

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社

MetLifeSM
メットライフ生命

2017年(平成29年)6月27日

第242号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒101-0062 千代田区神田駿河台2-5 東京都医師会館404号室
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

東京都病院協会 会報

インタビュー

東京五輪を控え 学術連合体が本格稼働

東京オリンピック・パラリンピックを想定した医療提供体制について検討すべく、昨年5月に関連医学会が中心となり「2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体（コンソーシアム）」を発足させ、今年に入ってから本格稼働を始めようとしている。コンソーシアムの事務局機能をもつ一般社団法人日本救急医学会の横田裕行・代表理事にお話をうかがった。

1カ月にわたって同時時間帯に
多会場イベント開催という特徴

2020年東京オリンピック・パラリンピックに係る救急・災害医療体制を検討する学術連合体（コンソーシアム）の概要について教えてください。

2016年5月に結成されました。現在は日本外傷学会、日本集中治療医学会、日本集団災害医学会、日本中毒学会、日本熱傷学会、日本臨床救急医学会、日本救急医学会、日本救急看護学会のほか、東京都医師会、東京消防庁にも加わっていただいています。

救急災害医療体制は学術的視点からの体制構築も重要で、2020年東京



横田 裕行氏

一般社団法人日本救急医学会代表理事／厚生労働科学特別研究「2020年東京オリンピック・パラリンピック競技大会にむけて」主任研究者／日本医科大学付属病院高度救命救急センターセンター長、教授

オリンピック・パラリンピック（以下、東京五輪）も例外ではありません。そこで学術団体としての使命を全うすべく、コンソーシアムを結成しました。

オリンピックに代表されるような大きなイベントでは、計画策定開始時点から救急・災害医療対策チームが関係機関と十分な調整を行い、予測できる傷病者への救急疾患だけでなく、社会状況を踏まえたテロ攻撃などを想定した災害医療対策を準備し、医療機関だけではなくさまざまな組織と連携した総合的な訓練を積んでおくことが重要です。

具体的にはどのような課題があるのでしょうか。

大規模な国際イベントというと、最近では洞爺湖サミット（2008年）、伊勢志摩サミット（2016年）やサッカーのワールドカップ（2002年）などが開催されましたが、これらとはかなり様相が異なります。サミットはせいぜい3日間ですし、会場も1カ所でした。ワールドカップも会場はサッカー競技場に限られ、1都市あたりの試合の頻度もそれほど多くありませんでした。ところが五輪の場合、パラリンピックも含めると約1カ月間という期間にわたって、同時時間帯に多くの会場

で一斉に開催されます。

競技者は帯同する医師やトレーナーが対応するでしょうけれど、観客・観光客への対応は国内の医療機関が担う必要があると考えるべきです。選手や関係者、あるいはIOC関係者を収容する医療機関としては「オリンピック病院」として現在は10病院が選定されていますが、観客の対応まで考えるならば、そうした病院と会場周辺、あるいは都内の病院との役割分担も整理しておくべきです。そのような視点から東京都医師会や地域の医師会が極めて大きな役割を担うと考えられ、準備が着々と進んでいると聞いています。

救急の視点で言うと、現場から病院までの仕組みを構築しなければいけません。が、どのような傷病の患者が発生しそうかということも想定しておく必要があります。8月の暑い時期に開催されるということで、熱中症は当然ですし、食中毒のように日本に滞在するなかでの発症に対応する必要もあるでしょう。最も懸念されるのはテロや大規模事故ですが、これらも念頭に置いた仕組みづくりが必要です。

コンソーシアムは各学会がその専門性を発揮し、傷病者が発生した時の対応法を提案する会議体ですが、そのような学術的な活動に対して厚生労働省からも一部支援を受けることができます。今後はオリンピックの組織委員会とも協力していきたいと思っています。どここの会場にどのような観客が何人集まるかといった見込みは組織委員会が最も精通されていると考えています。その見込みをもとに医療体制も敷くことになるでしょう。

——コンソーシアムの活動内容を教えてください。

とください。

それぞれの学会が得意分野を持っていますから、それぞれで対策を検討し、それを関連団体で横断的に共有することになるでしょう。たとえば日本外傷学会は爆発時の爆傷・銃創・刺創、日本中毒学会はNBC（核〈nuclear〉、生物〈biological〉、化学物質〈chemical〉）災害の対応、日本救急医学会は熱中症や救急医療体制、日本集団災害医学会はMCCS（Mass Casualty Life Support）の体制づくり、日本熱傷学会であれば化学熱傷への対応——といった具合です。東京都医師会や地域医師会、そして厚生労働省の後盾も得ながら、治療法や処置、体制づくりの認識を共有していく予定です。

情報の収集と共有も重視しています。東京五輪では都市の構造などから2010年のロンドン五輪が参考になると考えていますので、ここからどのような体制を敷いたかなどのノウハウを吸収していきたい。2020年が本番ですが、前年には「プレ五輪」が開かれますので、シミュレーションをして本番に備えていく予定です。

五輪の「レガシー」とすべく
オールジャパンでの対応を

実際の現場対応はどのようなイメージが描けますか。

「マスギャザリング」という言葉があります。一般的には「群衆」と訳されていますが、日本集団災害医学会では「一定期間、限定された地域において、同一目的で集合した多数の集団」と定義し、これへの対応を「マスギャザリング医療」と呼んでさまざまな対策の検討が進んでいます。日本ではサ

サッカーの国際試合などが「マスギャザリング・イベント」に相当しますが、現在はスタジアムに医師が配置され、競技場の周囲には所轄の消防署から救急車を一台配置されるというのが一般的な体制のようです。

大半のケースは競技場やその近辺の救護所に対応できるでしょうが、そのなかから中等症以上を効率よく医療機関に搬送することも重要なテーマとなります。

サミットの時には全国の救急医が集まって対応しましたが、1週間程度の期間でした。それでも留守を守った医療機関のご苦勞は大変なものだったと思います。今回はそれが1ヵ月に及び、しかも先ほども述べたように会場が多く、かつ同時刻に行われます。東京消防庁が中心となって各会場周辺に医療救護所、救急車や救急隊が固定で配置することになるでしょうが、医師、看護師がどのようにかわるかは医師会が中心になって議論されると思います。しかし、都内だけで対応するのは難しく、まさに「オールジャパン」の体制が必要になることは間違いありません。

——どのくらいの規模の動員が必要でしょうか。

リオ五輪の際は新たに救急車を約200台購入して各会場に配備したそうです。少なくとも開催中は各会場に1台、マラソンや競歩の場合はコースに沿って一定間隔で配置することも考えなければいけません。そう考えていくと、やはりリオ五輪並みの規模になるでしょう。

現在、東京消防庁が保有する救急車は220台くらいですが、これは日常

の救急活動をカバーするのにギリギリの体制で、競技会場に回すゆとりはいはずです。さらに言えばそれと同じだけの救急隊も必要ということになります。

もう一つ、五輪期間中も「日常の医療」は続いていることも考え合せなければいけません。実際、ロンドンオリンピックの時は心筋梗塞による死亡率が上がったという論文もあります。それだけ日常の医療体制から人手が割かれていたことをうかがわせます。そうした事態にならないよう、万全を期す必要があるのです。

さらに言えば、外国の観客が行く先は多くの場合、競技会場だけではないでしょう。東京で観戦した後に京都や北海道に観光に行くことは十分考えられます。その意味からも全国的な体制を整える必要があるのです。

——読者の皆様にメッセージをお願いします。

競技場等の新設にあたって、「東京オリンピックのレガシー(遺産)になる」との論点が示されていますが、医療体制も同様です。リオ五輪の際に新規購入した救急車200台は「五輪のレガシー」として大会後もリオデジャネイロの救急医療に用いられているそうです。東京でも救急病院に配備するなどしてこれからの医療に役立てていただけたらと思います。

これだけ大きな規模のイベントは特定の医師や医療従事者だけの課題ではありません。繰り返しですが、まさに「オールジャパン」で対応する必要があります。ぜひ、いろいろなかたちでお力を貸していただきたいと思います。

——ありがとうございました。

東京都病院協会セミナー開催情報

●平成29年度医療安全講演会

東京都病院協会では、この度、「医療安全」をテーマに講演会を開催し、2つの講演を行っていただくこととなりました。

一つは、制度開始から2年目を迎えた「医療事故調査制度」について、厚生労働省医政局総務課医療安全推進室室長の名越 究氏を講師としてお招きし、昨年の改正点を踏まえた制度の解説とこれまでの経緯、そして、今後の展望についてご講演いただきます。

もう一つは、院内感染対策の中でも「薬剤耐性菌」をテーマに、昭和大学医学部内科学講座臨床感染症学部門 特任教授の二木芳人先生を講師としてお招きし、抗菌薬の適正使用とその管理体制についてご講演いただきます。

〈講演①〉「医療事故調査制度について」(60分)
講師：名越 究氏(厚生労働省医政局総務課医療安全推進室室長)

〈講演②〉「抗菌薬の適正使用とAntimicrobial stewardshipの実践」(60分)

講師：二木芳人先生(昭和大学医学部 内科学講座 臨床感染症学部門 特任教授)

◇日時＝7月12日(水)
午後2時～午後4時15分

◇場所＝東医健保会館
(JR信濃町駅、徒歩5分)

◇会費＝会員4000円、非会員8000円
(当日会場にて申し受けます)

◇定員＝先着60名(定員を超えた場合のみ事務局からご連絡いたします)

診療情報管理勉強会

●シリーズ講座 臨床医学勉強会(12)

「虚血性心疾患の診断と治療と予防」

臨床医学勉強会は、様々な疾患について、名前は聞いたことがあるが、内容がよくわからないと思っておられる事務・メディカルの方を対象に、どのようなことをしているのか、どんな病気を対象にしているのか、わかりやすく説

明いたします。今回は虚血性心疾患の診断・治療・予防についての講義です。職種限定はありません。どなたでもご参加いただけます。

◇講師＝田村裕男先生(第三北品川病院内科・循環器内科部長)

◇日時＝7月19日(水)
午後6時～午後8時(質疑応答含む)

平成29年度

東京都病院協会幹部職員セミナー(経営塾)

当協会では将来の病院経営を担う幹部職員の育成を目的として、幹部職員セミナーを開講しております。本セミナーは、医療の質向上・経営の質向上および病院のガバナンスを中心テーマに、幹部職員に必須と思われる内容のカリキュラムを約半年間、月1回のスクーリングで総合的に学び、専門的知識と医療人としての姿勢を身に付けることができる研修です。

また、講義を受けるだけではなく、病院経営について主体的に考えるために、計3回のグループディスカッションも行います。他院との情報交換の機会ともなり、過去の本セミナー参加者からも有用であったと好評をいただいております。

開催スケジュール

	日時	テーマ	講師	所属
第1回	平成29年 9月15日(金)	医療概論(制度)	河北博文	河北総合病院
		グループディスカッション「今、医療は何が問題か」		
第2回	平成29年 10月13日(金)	医療提供体制と診療報酬制度	猪口雄二	寿康会病院
		財務管理	鈴木喜六	ヘルスケアマーケティング研究所
第3回	平成29年 11月10日(金)	2025年へのカウントダウン ～同時改定について～	武藤正樹	国際医療福祉大学大学院
		都内病院の経営戦略	伊藤雅史	等潤病院
第4回	平成29年 12月 8日(金)	高齢社会を見据えた病院経営	進藤 晃	大久野病院
		在宅医療の現状と課題	英 裕雄	新宿ヒロクリニック
第5回	平成30年 1月12日(金)	医療の質評価	福井次矢	聖路加国際病院
		病院をとりまく法的問題・リスク管理	宮澤 潤	宮澤潤法律事務所
第6回	平成30年 2月9日(金)	人事管理・労務管理	浅見 浩	浅見社会保険労務士法人
		グループディスカッション「労務管理」		
第7回	平成30年 3月9日(金)	東京都地域医療構想	猪口正孝	平成立石病院
		グループディスカッション「東京都地域医療構想」		

報告

地域包括ケアシステムで考慮すべき
地域格差の一考察

平成28年度東京都医師会調査研究委託事業

医療と介護の経営情報室室長 土屋 敬三氏

このたび東京都病院協会は平成28年度東京都医師会調査研究委託事業として「地域包括ケアシステムで考慮すべき地域格差の一考察」の報告書をまとめた。代表執筆者である土屋敬三・医療と介護の経営情報室室長に、策定のなかでの問題意識等について述べていただいた。



土屋 敬三氏

「データ」を
「インフォメーション」へ

「地域包括ケアシステムで考慮すべき地域格差の一考察」の着想と経緯から説明しましょう。病院経営者の自主的な勉強会である東京青年医会において、「地域によって人口構成や各種の社会資源は異なるのではないか。そして『存在している社会資源』と『必要な社会資源』は異なっている場合もあるのではないか。具体的に考えてみたい」という問題提起がされたことがきっかけでした。

そこで研修会を開くことになり、実際に渋谷区西部のデータを取って見たところ、当初のイメージとは異なる実像が浮かび上がり、さまざまな議論を

誘発しました。たとえば、当初は地価も高いイメージもあり、昔から暮らしている方々も多く、かなり高齢化が進んでいるのではないかと想像していたのですが、実際には高齢化率17・6%と全国的に見ても若い世代が多く、かつ比較的富裕層が多いことがわかりました。

メンバーのなかには同地域内の病院経営者もいて、この方から「実際に来院する患者さんは高齢者が多く占めており、かつ退院時在宅療養や介護の支援体制を整備するのに大変苦労している」ことなどが報告されました。こうしたことも加味して考察したところ、同じ地域内でも所得格差が大きくなっていること、医療需要のボリュームゾーンと人口構成がかならずしも並行していないことなどが推測されました。

さらに収入状況と健康状態に合ったサービスが手当てされているのかも、見きわめていかなければなりません。渋谷西部は結果的に裕福な層が多いために、ある程度必要に応じたサービスを受けられている、あるいは今後も受

けられるだろうという結論に落ち着きましたが、メンバーが指摘したような、それほど裕福でない層に対するサービス提供も検討していかなければならないでしょう。

このように自分たちがふだん目にしている現象だけでなく、検討してはいけなことが再確認されたわけですが、それだけでなく、「データをどうインフォメーションに読み替えるか」が、重要であるとの認識を共有することもできました。

なぜ世帯収入や
持ち家率に着目したか

本報告書では、ここでの議論をもとに、各地域の人口構成、健康度、住まい方(世帯年収や持ち家率)、医療・介護サービス提供体制等のデータを収集し、幾分かの考察を加えています。

これによって地域包括ケアシステムを構築するため、すなわち「高齢者が可能なかぎり、住み慣れた地域で自立した日常生活を営む」ために必要な社会資源とは何かを明らかにしていければと考えています。

さらに「区市町村別将来推計人口構成(2025年、2040年)」と、「区市町村別世帯当たり年間収入試算額と住まいの分布」も併載しました。

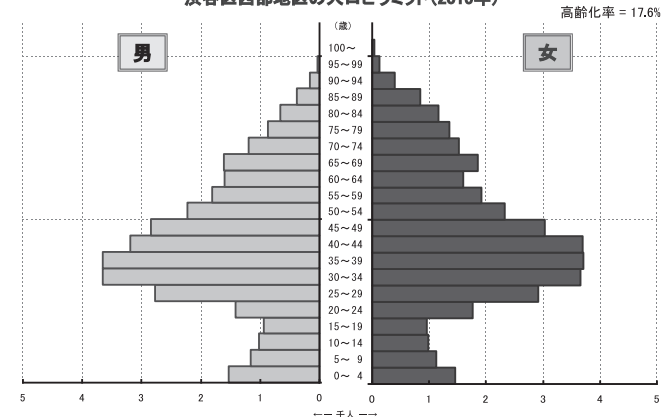
ここで載せている項目のうち、特に医療関係者の皆様にご留意いただきたいと考えているのが「持ち家率」です。持ち家住宅率が低いことは住民の流動性が高いことを推察させます。地域コミュニティの形成における課題であるとともに、医療介護総合確保推進法における「住み慣れた地域」という用語の定義そのものにかかわる問題になってきます。

医療提供においても「患者さんの住まいが持ち家かどうか」は重要です。総務省が5年に一度行っている「住宅・土地統計調査」では、住宅の所有区分と世帯の年間収入階級などを市区町村別に調査したデータがあります。「平成25年度住宅・土地統計調査」によれば、全国平均は61・7%ですが、東京都では45・8%と、持ち家率は全体の世帯の半数以下となっています。

なぜ「持ち家に住んでいること」が重要かというと、これによって受けられるサービスも大きく変わってくる可能性が高いからです。持ち家であれば家賃の負担がありませんから、その分サービスに費やせる余力も大きくなります。その方の症状にもよりますが、仮に年金収入が中心で収入そのものが少なかったとしても、医療・介護にお金を回すことができるのではないかと考えられます。一方、借家ですと、月々の家賃負担が発生しています。今回の分析では金融資産保有額が把握できませんでしたが、低収入の方の場合には支出でぎる額に限度があります。

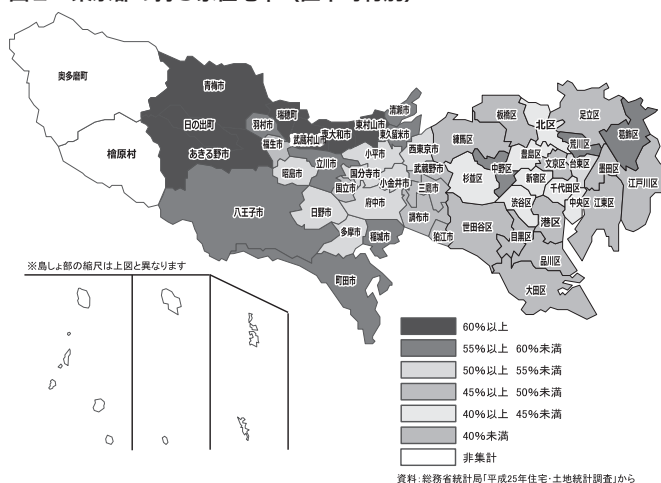
図1 渋谷区西部の人口ピラミッドはスピード型

渋谷区西部地区の人口ピラミッド(2015年)



資料：渋谷区「渋谷区町丁目別年齢別人口」から作成

図2 東京都の持ち家住宅率(区市町村別)



資料：総務省統計局「平成25年住宅・土地統計調査」から

このことと関係するかは分かりませんが、2007年4月から17年3月までで東京都の生活保護人員は人数にして9万5000人弱、率

にして5割増増加しています。

また、住み替えを検討する場合、新たに購入・賃借するための収入を確保できるのかという課題も浮上します。地方であれば、持ち家はそのままの状態にしてサービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームへ移り住むこともできるでしょうが、東京の場合は、持ち家を処分しなければ移り住むためのお金を捻出できない人が多いだろうと思われる。その際に物件が早々売れるとも限りません。

これは今後、さらなる考察を加えていただきたいテーマです。全国平均と比べて東京都の持ち家率は低いですが、

私の医道

唐澤祥人

元日本医師会会長

以前も述べたが、東京都医師会の仕事は診療報酬の引き上げを訴えることだけではない。むしろ「都の保健行政の実務担当」として、東京都の医療・保健を担っていくことのほうが大きいとさえ思っている。行政はさまざまな保健行政政策を打ち出す、それを実行するのは医師会である。当時を振り返っても、

第10回

東京都医師会が「保健」事業を担う理由

医療では救急医療崩壊、休日夜間の緊急時対応、看護師の疲弊などがあつたし、保健面ではHIV問題や産業保健、学校保健と課題が山積だった。これに対応するの、都医の重要な役割だった。

そう考えるのは、やはり医療のめざすものが、終戦以降に一変したことがある。戦前・戦中は「国民医療法」に基づいて医療は提供されていたが、その主目的は一言で表せば「良い兵士を育てること」だった。しかし、戦後の医療は明らかに違う。1961年の皆

が、では在宅医療体制が脆弱かと言うと、そうとも言い切れないからです。

本報告書では厚生労働省の「在宅医療にかかる地域別データ集」に掲載されている「自宅死の割合」も紹介していますが、これによると自宅死の割合は全国平均が12・8%であるのに対して東京都は16・8%となっています。つまりそれだけ「自宅での看取り」が行われているということでもあり、在宅支援体制の充実ぶりを示すデータと言えるのです。

「圏域」設定の目安はどこに置くか

保険制度施行によつて「国民のための医療」の道がひらかれ、それを追うように母子保健法(65年)、労働安全衛生法(72年)、老人福祉法(73年)――

と、国民の健康を国が支える仕組みができあがっている。つまり医療と保健はセットであり、医師会も医療だけを担つて満足してはいけないのだ。

さらに都医の場合、武見太郎先生の存在も大きかったと思う。72年に前身の東京都医師会館が竣工したが、その

本報告書でも述べましたが、地域包括ケアシステムも地域医療構想も、全く新しいものをゼロから作り出すのではなく、それぞれの地域において現在ある人的・物的資源を有効に活用すること、現在そして将来にわたる課題・不都合を是正しながら、その時々合った体制づくり、街づくりをすることが重要です。

この視点に基づけば、地域包括ケアシステムについても「日常生活圏域にサービスが整っている」状態の実現こそ重視されるべきでしょう。一例が地域範囲の設定です。

区を単位とした人口概ね1万人の範囲を目安としています。特に東京のような大都市圏では「中学校区では広すぎる、むしろ小学校区のほうが適切ではないか」という見解を聞くこともあります。

また一口に「生活圏域」と言っても住民とサービス提供者では、受け止め方は当然異なります。住民にとっては買い物などで「歩いていけるかどうか」が重要目安になりますが、それを考え合せると中学校区は少し広すぎるイメージがあります。また在宅療養を続けている人で要介護4・5になると、生活圏域はそれほど重視しなくてもいいかもしれません。

一方、サービス提供者は事業の効率性、採算性を勘案することになりますから、利用者の生活圏域より広い範囲での事業展開を想定することになるでしょう。そのように考えていくと、「高齢者の日常生活圏域」は本人が地域のなかで買い物ができるとかいうことよりも、業者がすぐに駆けつけられるか、そして業者が事業を展開するにあたってどれくらいの顧客を必要とするかという視点を重視する発想があっても不自然ではありません。

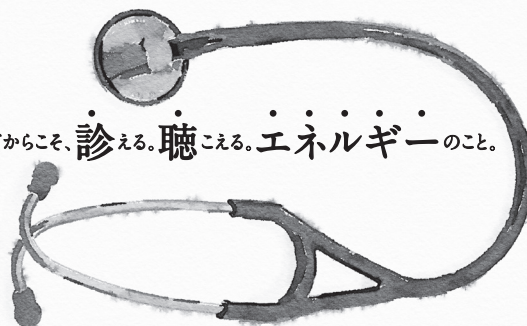
本報告書では次の言葉で結んでいます、ここに再掲して、読者の皆様へのメッセージしたいと思います。

「地域の方々並びに行政の医療機関に対する期待は大きい。と同時に、医療機関に勤務される方々自身も地域住民であることの発想を持って、地域にある人的・物的資源を把握し、活用することにより地域包括ケアの推進に尽力いただきたい」

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。

東京ガスだからこそ、診える。聴こえる。エネルギーのこと。



東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは低圧のお客さま向けに電気の販売を開始しました。下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社

都市エネルギー事業部 公益営業部

東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735