東京都病院協会会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社
MetLife℠
メットライフ生命

2018年（平成30年）3月29日
第251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

第13回東京都病院学会

「同時改定」「働き方改革」などを多角的に議論

773人が参加

第13回東京都病院学会が2月25日、アルカディア市ヶ谷で開催された。学会主題は「分水嶺に立つ東京医療―未来をどう生きる　今やるべきことは―」。当日は参加者・関係者合計で773人が参加、一般演題発表は132題にのぼった。ここでは河北博文会長による基調講演と、東海林豊学会長による学会長講演の要旨のほか、シンポジウムの様子などをレポートする。

基調講演

東京都病院協会設立20年
過去を検証し、未来につなぐ

東京都病院協会会長　**河北　博文**

未来からの投影で今を考える

東京都病院協会は2017年で20周年を迎えたが、そもそもなぜ協会が設立されたか、そしてこの東京都病院学会が始まったかを考えていただきたい。目の前にあるコト、モノが何であるか本質まで掘り下げる必要があると思う。

元日本医師会会長の武見太郎先生から学んだことはたくさんあるが、いつも仰っていたのは「未来からの投影で今を考える」ということだった。ほとんどは現在からの延長線で物事を考えがちだが、好ましい未来を自分で想定し、それを実現するために今から何を準備すべきかということだ。

それを象徴するエピソードがある。1946年、吉田茂は旧憲法（大日本帝国憲法）のもとで天皇陛下から指名された最後の総理大臣だが、指名された際に宮中にうかがったところ、昭和天皇から「新しい憲法のもとで、天皇はどうあるべきか」というご下問を頂いたそうだ。ところが1946年のことなので、新憲法はまだ存在していない。吉田首相は答えに窮し、真っ青になって総理官邸に帰ってきた。その時に、吉田首相の主治医だった武見先生は、福沢諭吉の『帝室論』という本のなかで「天皇は象徴である」という趣旨のことを述べていることを教え、その本を手渡したという。吉田茂は徹夜で読破し、第一次吉田内閣をスタートさせた。

ここで大事なことは、法律の条文が大切なのではなく、ある好ましい社会を想定し、その社会を維持・発展させるための最小限の決まりごとを明記したものが法律という点だ。文章でなく、想定する社会こそが大切であって、その逆ではない。私たちも「日本はこういう社会になったほうがいい」ということを想定して、今から準備を始めることが大切だと思う。

第三者による評価・検証の重要性

昨年、私の家内がアーネスト・コッドマンのお墓を訪ねる機会があった。コッドマンは外科手術患者の退院後を追跡し、診療の質を結果によって評価するシステムを考案した人物で、病院機能評価の元祖と言える。訪ねたお墓はその業績が評価され、2014年9月、無名のお墓から埋葬し直されたものだ。

彼は医学生の時に、患者に大きな負担をかける当時の麻酔技術に疑問を抱き、質の向上を図るべく、「麻酔記録」を提唱する。記録の蓄積が物事の改善につながると考えたからだ。さらに外科医になってからも自分の医療が本当に患者さんにとって適切なのか、同僚の外科医や専門性の高い人などの第三者に評価してほしいと申し出た。これが医療の質の評価の原点になっている。

日本では1995年に日本医療機能評価機構が誕生しているが、実は機構も、「第三者評価」を受けている。世界の医療の質を向上させることを目的とする国際学会ISQua（International Society for Quality in HealthCare）が行う世界の病院機能評価機関の審査・認定IAP（International Accreditation Programme）のうち、運営機関を評価する組織認証と評価項目を評価する項目認定を2013年に取得している。機構であっても、そうした姿勢は不可欠なのだ。

医療者も社会維持に力を尽くすべき

「公」「私」「官」「民」はよく混同して用いられる言葉だが、整理して考えなければならない。「公」「私」は「気持ちのありよう」のことを指す。「public mind」とか「personal mind」という使い方をする。一方、「官」「民」は運営主体を指す。「government」「private sector」のことだ。

日本は明治維新以降、多くの「公」が「官」によって運営されてきた。しかし国鉄が民営化されJRとなり、電信電話公社はNTTになったように、多くの「公」は「民」でも運営できるのだ。軍隊や警察は難しいかもしれないが、ほとんどすべては「民」によってできると思う。社会保障でもすべてを官が担う必要はないのだ。

現在、河北医療財団では「スマート

告　知

「東京都病院協会 20周年記念誌」
発行します

お問い合わせ先
一般社団法人東京都病院協会
〒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
E-mail:tmha@mri.biglobe.ne.jp

ソサエティ杉並」という構想を立ち上げている。「医食住」を中心に、「楽しむ」「学ぶ」等の要素も取り入れ、主軸産業に育てたいと考えている。どう「まちづくり」をしていくかが課題になっているが、私たち医療者もそれぞれの立場で努力し、社会を維持していかなければならない。

学会長講演

病院の選択と決断
―新病院設立にあたって―

第13回東京都病院学会学会長　東海林　豊

「断らない慢性期病院」など さまざまな挑戦に着手

東海林　豊

私が院長を務める東京さくら病院は江戸川区に2013年7月1日に開設した。桐和会グループは東京都内に20余の診療所のほか、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、各種介護事業所を展開しおり、そうした施設・事業所との連携も視野に入れている。また当院の位置する区東部医療圏は30年までは人口はほぼ横ばいで推移し、高齢者人口は35年までの増加率は60％と見込まれるなど、高齢者医療のニーズが高いと考えられている。

そうした背景もあり、当院は「慢性期医療中心のケアミックス病院」という基本指針を掲げて開設した。病床構成は医療療養病床（20対1）120床、回復期リハビリテーション病床（回復期リハビリテーション病棟入院料1）60床、緩和ケア病床38床、地域包括ケア病床40床の計258床。また同一建物内に介護老人保健施設80床を16年8月に開設している。

具体的な方針としてまず掲げたのが、「断らない慢性期病院」だった。一例としては慢性期病院で見られる入院判定会議の廃止が挙げられる。私自身、当院の院長に就任するまで外科医として現場に立っていたこともあり、この慣習には正直、違和感があった。入院の可否を判断する場があると、どうしても「受け入れるのは難しい」「当院の機能にはなじまない病態だ」といった思いが出てきてしまうので、あらかじめそうした場をなくせば、そうしたことはなくなるはずと考えたのだ。

その他にも「嚥下機能」を重視した病院にすべくVE（嚥下内視鏡検査）・VF（嚥下造影検査）を全患者に提供できる体制を整え、さらに東京都指定の地域連携型認知症疾患医療センターを拝命し、病棟でも認知症患者を積極的に受け入れるようにするなど、慢性期病院としてできることにいろいろ挑戦した。

ただ、こうした方針を形にしていくには組織づくりが不可欠である。そこで好機となったのが、病院機能評価の受審だった。開院の翌月には取得に向けた話し合いを幹部と進め、病院機能評価の受審を掲げつつ、業務の標準化などを進め、15年5月1日には認定を取得できた。

ただし、こうした病院の実現は一筋縄では達成できなかった。開院後1年でフルオープンにこぎ着けたが、その間、病棟の看護体制を頻繁に変えたり、標準化に必要なマニュアル整備を日々の患者さん対応と並行して進めたりと、職員にかなりの負担を強いたこともあり、特に看護職の離職が相次ぎ、離職率が30％に届いたこともあった。

介護との連携を見据え 「介護天気予報システム」を開発

地域の介護事業者との連携も重視しており、2016年に開発した「介護天気予報システム」はその一例である。そもそもの目的は法人グループの介護施設との連携強化を目的とした、高齢者の健康状態の認識についての標準化・可視化だった。健康状態や今後の見込みを点数化し、入院判定や受診指示の参考にしようというもので、医療職と介護職の『共通言語』をつくるというねらいもあった。

現場では、介護職と医療職の会話がかみ合わないことがしばしば見られる。実際、介護職と話すと、介護職が「入所者さんが、顔色が悪く吐き気があると訴えている。身体に触れると冷汗を感じる」といった連絡を病院に入れると、看護師のほうは介護職の訴えには耳を貸さず血圧、サチュレーション、意識レベルなどを聞いてくるという声を聞く。

そうした両者の意思疎通の齟齬を解消するのが目的だ。11のチェック項目を用意し、これらを入力すると自動的に一人ひとりの「健康天気予報」が表示される仕組みになっている。利用者Aさんの今日の健康は「雨健康」、入所者Bさんは「曇り健康」、Cさんは「大雨健康」――というふうにし、即入院を促す、あるいは様子を見るといった指示を出せるようにしたのだ。

運用開始からまもなく2年になろうとしているが、256の症例報告のうち入院に至った入所者は24人で、誤嚥性肺炎による発熱が最も多い。かつ、平均在院日数も短縮しつつある。地域包括ケアシステムが謳う「時々入院、ほぼ自宅」を実現できるものを目指し、情報共有と適切な判断、指示出しが行われていると考えられる。今後は法人内にとどめず広くシステムを提供していきたいと考えている。

特別講演

渋沢栄一の「論語と算盤」で未来を拓く！

シブサワ・アンド・カンパニー株式会社代表取締役　渋澤　健氏

渋澤　健氏

渋澤健氏の祖父である渋沢栄一（1840～1931年）は、「日本資本主義の父」と呼ばれ、明治期に多くの企業、大学、病院を設立し、その数は合計600にのぼる。ほかにも日本銀行開設の9年前に、日本初の銀行となる第一国立銀行を1873年に設立しているという。

また渋沢が提唱した「合本主義」についても説明した。渋澤氏は合本主義について「ステークホルダー資本主義」との解釈を示し、その対義語として「シェアホルダー資本主義」を挙げた。「シェアホルダーとは株主のこと。株主のことだけを考える資本主義に対して、ステークホルダーとは、経営者、社員はもちろん、顧客や社会の利益も追求し、かつそれらが力を合わせて会社を盛り上げていくイメージだ」

さらに渋澤氏は「富をなす根源は何かと言えば、仁義道徳。正しい道理の富でなければ、その富は完全に永続することができぬ」という渋沢の言葉を紹介し、「経営者や株主一人だけが富を独占し、多数が貧困に陥っては幸福は継続されない」との解釈を示した。

一方で「複数のステークホルダーが存在する場合、それらの利益は相反することがある。それらを合わせて決断するのが経営者の仕事。これは、人工知能（AI）ではできない仕事だ」と語った。

平成30年度介護報酬改定説明会

医療・介護の連携を後押し「介護医療院」のねらいについても解説

事務管理部会は3月19日、「平成30年度介護報酬改定説明会」を東医健保会館で開催した。参加者は104人。当日は厚生労働省老健局老人保健課の西嶋康浩・介護保険データ分析室長、陵北病院の村山正道事務長（慢性期医療委員会委員）が登壇し、医療・介護連携に対する介護報酬上の評価や今回の改定で新設された介護医療院の算定要件などを中心に解説した。

地域包括ケアシステム推進と重度化防止が主眼

初めに西嶋室長が登壇し、「平成30年度介護報酬改定とその意義・期待について」と題して講演した。

まず今回の改定の背景について、介護給付と保険料の推移を挙げて解説した。介護保険料は制度立ち上げ当初の2000年代は全国平均で2000円程度だったが、15年以降は5000円を超え、地域によっては8000～9000円に達している現状を紹介。自治体の間ではサービス提供量をコントロールする必要があるとの認識が広がっており、介護給付だけでなく介護予防も同時に推進するようになっているという。西嶋室長は、こうした介護予防支援事業にも積極的な関わりを期待し、報酬上の評価も設定したことを説明した。介護報酬改定はプラス0・54％となったが、方向性は「『地域包括ケアシステムの推進』『自立支援・重度化防止に資する質の高い介護サービスの実現』に重点的に配分している」と述べた。

西嶋　康浩氏

入退院時の情報共有を一層推進

2018年度介護報酬改定のうち、医療・介護連携に関連する内容にも触れた。

「入院前後における医療・介護連携の強化に関する事項」については、「入院時情報連携加算」の算定にあたっての指針を変更したことに言及した。従来は情報提供にあたって入院後7日以内に医療機関を訪問するか、訪問以外の方法を用いるかによって評価が分かれ、前者が（Ⅰ）（200単位／月）、後者が（Ⅱ）（100単位／月）となっていた。改定後は情報提供の方法は問わず、入院後3日以内に提供すれば（Ⅰ）（単位は同じ）、7日以内に提供すれば（Ⅱ）（同）と改められた。「入院後3日以内のケアマネジャーによる情報提供は5～6割に達しているという調査結果が出ている。利用者の情報は速やかにご提供いただきたい」と説明した。

一方、ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加した際に算定できる「退院・退所加算」については、参加することを重視し、連携1回の報酬が300単位から600単位に増加した。さらに連携回数を増やすと150単位ずつ加算される（3回まで）。西嶋室長はこれらの入退院時の連携評価について「入退院時の情報共有を進めやすくするというコンセプト」と述べている。

（新設）介護医療院基本報酬（多床室の場合）（単位／日）

	Ⅰ型療養床			Ⅱ型療養床		
	Ⅰ型 介護医療院 サービス費（Ⅰ）（療養機能強化型Ａ相当）（看護6：1 介護4：1）	Ⅰ型 介護医療院 サービス費（Ⅱ）（療養機能強化型Ｂ相当）（看護6：1 介護4：1）	Ⅰ型 介護医療院 サービス費（Ⅲ）（療養機能強化型Ｂ相当）（看護6：1 介護5：1）	Ⅱ型 介護医療院 サービス費（Ⅰ）（転換老健相当）（看護6：1 介護4：1）	Ⅱ型 介護医療院 サービス費（Ⅱ）（転換老健相当）（看護6：1 介護5：1）	Ⅱ型 介護医療院 サービス費（Ⅲ）（転換老健相当）（看護6：1 介護6：1）
要介護1	803	791	775	758	742	731
要介護2	911	898	882	852	836	825
要介護3	1,144	1,127	1,111	1,056	1,040	1,029
要介護4	1,243	1,224	1,208	1,143	1,127	1,116
要介護5	1,332	1,312	1,296	1,221	1,205	1,194

※　療養室等の療養環境の基準を満たさない場合には25単位を減算する。

病院と同じ機能持ちつつ「生活の場」も重視

介護医療院の要件や考え方についても解説した。まず、基本的な機能として「医療ニーズが高くても受け入れることのできる施設」とし、施設基準についても「病院と同じスペックを求めている」とした。

介護医療院は人員基準で見ると介護療養病床相当の「Ⅰ型」と、老健相当の「Ⅱ型」があるが、老健と大きく異なる点として西嶋室長は「医療設備」を挙げた。老健が調剤所のみを求められているのに対し、介護医療院では処置室、臨床検査施設、エックス線装置、調剤所が指定基準となっている。

一方で、介護医療院は「生活の場」である点も強調し、「レクリエーションルーム」については介護療養病床では求められてこなかった「十分な広さ」が施設基準に盛り込まれている点も強調した。

算定要件として重度者割合はⅠ型、Ⅱ型とも50％超。医療処置割合はⅠ型が50％超、Ⅱ型が30％超。ターミナルケアはⅠ型が10％以上、Ⅱ型が5％以上となっている。またⅠ型、Ⅱ型ともサービス費（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）が設けられており「人員基準、利用者要件の差に応じて単位を設定している」と語った。

患者のハイリスクへのアプローチも評価

加算関係については介護療養病床からの転換に伴って新設されたものを中心に紹介。「移行定着支援加算」（93単位／日）は、介護療養型医療施設、医療療養病床、介護療養型老健から介護医療院に転換した場合に算定できる2021年3月末までの期限付き加算だが、加算の主旨として西嶋室長は「新しい施設に移行することを患者さんやご家族に説明する際の手間を評価したもの」とした。

また「患者のハイリスクへのアプローチについても評価」していると解説し、具体例として「低栄養リスク改善加算」（300単位／月）、「排せつ支援加算」（100単位／月）、「緊急時施設診療料（緊急時治療管理）」（511単位／月）などを挙げた。このうち「排せつ支援加算」については「結果は変わらなかったとしてもプロセスを評価する要件になっている。施設にはぜひ取り組んでいただきたい」と呼びかけた。

介護医療院転換にあたっての留意点

続いて登壇した村山事務長は「平成30年度介護報酬改定『現場からの視点』」の演題で、介護医療院への移行にあたっての注意点などを解説した。

まず開設主体について、当初は「地方公共団体、医療法人、社会福祉法人などの非営利法人等」とされていたが、現在は国や日本赤十字社、健康保険組合・健康保険組合連合会、厚生（医療）農業協同組合連合会などに拡大される予定である点を挙げて注意を促した。

介護療養病床からの転換について考慮すべきポイントについて、▽「Ⅰ型」「Ⅱ型」「特別介護医療院」の3つの型が

あり、様々な組み合わせが可能である、▽中小病院では病棟単位だけでなく病室単位での転換も可能性がある、▽医療と介護の中間施設として、介護老人福祉施設や介護老人保健施設よりも医療ニーズにマッチしている、▽早期転換にはインセンティブがある――などを挙げた。また医療法上の「病床」ではなくなることや、機能強化型Aもしくは機能強化型Bから、それぞれⅠ型介護医療（Ⅰ）やⅠ型介護医療院（Ⅱ）への転換に際しては、面積要件8㎡／人を満たさない場合（6・4㎡／人）の減額は25単位であり、これは事実上従来報酬と収支差がゼロとなるよう設計されていることも指摘した。ただし、廊下幅が介護医療院の基準に満たない場合の減算も25単位の重複減算があるため注意が必要であるとも付け加えた。

村山　正道氏

医療療養病床からの転換では「総量規制」も視野に

医療療養病床からの転換についても言及した。医療療養病床から転換する際は、対象が40歳以上の要介護認定のある人のみになることや、入所者の介護度、日常生活自立度を考慮する必要が生じること、生活保護受給者の基準額が下がるなど公費適用対象の変更が生じるといった、さまざまな「変更」が生じることに注意を促した。

さらに、Ⅰ型・Ⅱ型の介護医療院では算定要件として「生活機能を維持改善するリハビリテーションを行っていること」が盛り込まれている。新たにリハビリを行う体制づくりが必要になる病院が出てくることを念頭に、「変更項目が多い病院においては、まず介護医療院Ⅱへ転換し、3～6カ月の実績を積んでからⅠへ転換するのが順当ではないか」との見解を示した。

また医療療養病床から転換する際の注意点として、市区町村での入所定員、利用定員の「総量規制」を挙げた。厚労省老健局介護保険計画課からの事務連絡「第7期介護保険事業（支援）計画における療養病床、介護医療院等の取扱いに関する基本的考え方について」（平成29年8月10日）では、「第7期計画における必要入所定員総数、必要利用定員総数に含まないこととすることから、介護保険法第94条第5項等に基づく介護保健施設等の拒否（いわゆる「総量規制」）は基本的に生じないものと考えられる」としているものの、「自治体の姿勢を見るかぎり、実際には厳しい。特に介護保険財政がひっ迫し、保険料が高額になっている東北地方の自治体などはかなり難色を示すのではないか。厚労省の意向に市町村レベルではついていけない実情があると思う」との見方を示し、「本当に介護医療院を展開させるならば、財政的インセンティブを自治体に付与することも国は検討していただきたい」と付け加えた。

私の医道

野中　博
前東京都医師会会長

第2回

父、母、浅草の思い出

私の父・正夫は明治31年に岐阜で生まれ、大正13年に現在の東京医科大学を卒業した。その後浅草の病院勤務を経て、昭和6年に現在地に「野中医院」を開業した。その後順風満帆な生活だったらしいが、昭和20年3月10日の東京大空襲で、自宅兼診療所は全焼、父以外の家族は全員亡くなってしまった。その後、静岡県沼津市へ疎開し、一時沼津市立病院に勤めたという。そこで、母・敏子と再婚した。母は東京生まれで明治41年生まれ、東京女子大学を卒業し、英語も堪能な才女だったようだ。

この2人のあいだに昭和22年生まれたのが私である。私が生まれてまもなく、一家3人は東京浅草へ戻り、父は再び診療所を開業した。

私の物心ついた頃の浅草はまだガレキがところどころあり、戦争の爪痕も残っていたが、「下町情緒」は今以上に濃厚だった。日常的に近所のおばちゃんが「お寿司をつくったからお裾分け」と持って来られ、母からはお礼にマッチ箱の束を持って行かされた記憶がある。年に一回の大掃除は町ぐるみでそれぞれの家だけでなく通りや路地、公園などを掃除するのが習わしで、夕方になると大通りの真ん中に大きなゴミの山ができていた。隣近所が助け合いながら暮らしていたのである。わが家の隣は材木屋で、材木を運ぶ馬車も往来していた。道には時々馬糞が落ちており、「踏むと背が高くなる」という口承もあったが、試したことはない。

そんな町のなかで、私の父は文字通り「まちのお医者さん」だった。前回も書いたとおり、午前は外来診療をこなし、午後は往診に出かけていた。近所の大人たちに頼られて往診に出かける父の背中は今にして思えば私にとっての「医師像」の原点の一つでもある。

子供の頃の楽しい思い出は、浅草の繁華街が程近いところにあるので、夜、よく親子三人で映画を観に行き、帰りに雷門通りの喫茶店「ナガシマ」でクリームパフェを食べるのが定番コースだった。テレビ放送も始まり、父がプロレスの大ファンだったためか早くから我が家にはテレビがあった。昭和34年6月25日、長嶋茂雄の天覧ホームランは、たまたま友だちの家で見たことを鮮明に覚えている。

幼稚園は我が家の隣の小学校に併設されておりそこに通った。幼稚園の仲間とはその後、自分が小学校受験をしたため会えなくなったが、開業後、今でも近所に住んでいる仲間が来てくれたことは嬉しかった。

小学校は文京区小石川にある東京学芸大学付属竹早小学校に、都電で通った。母は今でいう「教育ママ」で、私を竹早小に通わせたのも、母自身の母校でもあり、きちんとした教育を授けてくれるという安心感があったからだろう。通学には約30分要したが、車掌と顔見知りになるなど、通学も楽しかった。一方、そのため地域のお祭りにはなかなか参加できず、悔しい思いもした。小学5年生になると中学受験に備えての勉強を始めた。志望校の近くの三鷹まで週何回か通ったが、帰りに読む少年週刊誌が楽しみで苦にはならなかった。

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