

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

2019年(令和元年)9月24日

第269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：猪口正孝 〒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

インタビュー

「定量的基準」を通じて議論すべきことは何か

東京都病院協会会長
東京都医師会副会長
平成立石病院理事長
猪口 正孝

病床機能報告にあたって、東京都では今春、「定量的基準」を設けた。指標のあり方については様々な議論があるが、これに基づいて導き出された数値をどう読み、地域医療や病院経営に役立てていくべきか。東京都医師会副会長、地域医療構想調整部会部会長を務める、猪口正孝会長に聞いた。

「定量的基準」に基づく数値を何に活用すべきか

今春、病床機能報告にあたって自院の機能を判断する際の目安となる「定量的基準」が東京都から示されました。

「急性期」と「回復期」の線引きのための定量的基準として、「1床あたりで年間1件、全身麻酔の手術か、化学療法を実施していること」を設けました。



猪口正孝会長

300床規模の病院で年間300件の全身麻酔手術を行っているイメージです。定量的基準は確かに個々の病院の「機能」を示していますが、それによつて病院の経営方針が左右されることはまったくないことです。便宜上、それぞれの病床を機能別に振り分けていますが、私はそれに病院が振り回される必要はないと考えています。そもそも、この定量的基準は作業を簡便にする目的もあつて、病床機能報告の報告項目から抽出しています。ですから多くの先生方からご指摘が出ているように、機能の線引きも完全に実態を反映しているとは言えず、自院の医療内容に関する認識と、東京都が示した「機能」の間に乖離が生じることも当然あるでしょう。

むしろ私が重視したいのは構想区域内の医療体制について、より実態に近い数値が示されたことです。

病床機能報告では少しずつ回復期機能の増加がみられますが、これは中小病院が経営上の理由で一部を地域包括ケア病床に移行していることが反映されているのだと思います。一方で大型の高度急性期・急性期病院は急性期医療の治療後に生じる、地域医療構想で言う回復期相当の患者が3割ぐらいい院していても、機能報告では高度急性期・急性期としていきますので、回復期の割合が増えていきません。これは病床機能報告制度の限界といえるのではないかと思います。今回の定量的基準に基づいて各構想区域の医療機能を算定したところ、現状で既に、かなり構想区域内で必要な医療を提供できていることが推測されました。具体的には「回復期」が不足しているとされているわけですが、定量的基準をもとに算出すると、かなり充足しているのです。これこそは大病院が潜在的に抱えている回復期患者を地域の総和としてあぶり出していると考えれば重要ですね。

無理に病院や病床を新たに設けるよりも、既存の病院や病床がより効果的に機能を発揮できる政策のほうが地域医療にとって有効かつ効果的と考えることができるとは思います。

地域包括ケア病床入院料を算定する病院が増えている

「回復期」の機能は不足していると言われていますが、実際にはかなり充足しているということでしょうか。

病床機能報告を見ても、当初の内容から変わってきています。以前は多くの病院が実際には地域包括ケア病床入院料や療養病床入院料基本

料を算定しているにもかかわらず「高度急性期」「急性期」で報告するケースが目立っていました。この1〜2年は実態に応じた報告が増えている気がします。中小民間病院で地域包括ケア病床入院料や地域包括ケア入院医療管理料を算定する病院が増えています。が、実際の患者像にあわせた入院料算定を行っていると考えざるべきでしょう。

一方で大病院の潜在的回復期患者の算定が進んでいないための乖離ですが、実際には(高度)急性期の大病院に回復期の患者が多く入院していると考えられます。

「定量的基準」の内容が議論になりましたが、猪口会長は「急性期」機能の目安についてどのようにお考えですか。

先ほど申し上げたとおり、東京都の定量的基準は、構想区域の医療機能の分布状況を検討する指標として、けつして悪くないと思っています。また個々の病院の機能については、病院それぞれで検討するのが最善でしょう。

これが前提ですが、あえて言うならば、初めて何かの傷病を発症した患者、つまり新鮮症例を中心に受け入れて、濃厚な治療を行える病院は、急性期機能を果たしているイメージでいいのではないのでしょうか。自院内でどれだけ最初の医療を完結できるか、と言い換えてもいいでしょう。それには手術をはじめ、血管内治療、内視鏡治療など必要な処置に対応できる機能は揃えておかなければなりません。全ての疾患について完結させるのは難しいにしても、たとえば「脳外科領域ならば当院

ですべて対処します」と言えるかどうか。救急搬送を受け入れたとして、他院に転送させることはほとんどなく、せいぜい月1回あるかどうかというレベルになるでしょう。

消化管内視鏡、あるいはCT、MRIなどで検査や診断はするけれど、あとは点滴で様子を見るか投薬するだけで、それ以上に手の込んだ処置が必要な場合は他院へ依頼するというのでは、急性期病院としては少し物足りない気がします。心筋梗塞の患者さんが搬送されてきた際、ステントのために他院へ送る、脳卒中の患者さんにt-PAもできない——というのでは、地域の患者さんや救急隊、他の医療機関も戸惑うでしょう。

——では、どのような病院は「回復期」中心と考えられますか。

地域で暮らす高齢者の生活を支える病院というイメージがしつくり来ます。

救急搬送を受け入れるにしても、脳卒中を頻繁に起こしていて、自院によく入院する患者だから受け入れるとか、既にACP(Advance Care Planning)を考えていて、積極的な治療は望まないという意思表示をしている患者さんを中心に診ているのならば、「回復期」と位置づけたほうが地域から見ても腑に落ちるでしょう。ただ、ここでもう一つ強調しておきたいのは、このような役割分担を検討するうえで「地域医療の本質は何か」を念頭に置かなければならないということです。

高齢患者が大半の現在、求められる医療の多くは「急性期」とは限りませ

ん。そうした認識を皆で共有したうえで、地域医療のあるべき姿を考えてい

寄稿 東京2020年オリパラ大会まであと1年 医療提供のあり方Ⅱ

東京都医師会理事 新井 悟氏

以下の文献、研修内容をもとに要点を述べた。

「大規模イベント医療・救護ガイドブック」(編集/公益社団法人日本医師会救急災害医療対策委員会、公益社団法人東京都医師会救急委員会)

「東京2020大会テストイベント前研修講義資料」(作成/オリパラ組織委員会・ACC2020コンソーシアム)

※「1. 東京2020大会での医療提供体制について現時点での準備状況」は前号に掲載。

II. 大規模イベント開催時の医療・救護の基本、病院としての体制確保・準備

○大規模イベント開催時の医療体制の三本柱は

①日常の医療体制を堅持すること



新井 悟氏

ただきたいと思えます。——ありがとうございます。

②マスコギャザリングに伴う医療需要に対応すること

③テロ、CBRNE事案発生、多数傷病者事故などの医療需要に対応すること

であり、これらを達成するために医療の準備を進める必要がある。

すなわちマスコギャザリングに備える、Scheduled disaster/MCI(計画された災害・多数傷病者事故)対応ということになる。

II-1 基本的な考え方、リスク評価、体制準備

II-1-1(1) 大規模イベントのリスク、マスコギャザリング医療

・大規模イベントは救急患者の増加と集団災害発生のリスクをあわせもつ。

・マスコギャザリングとは一定期間、限定された地域、同じ目的で集合した多人数集団のことであり1000人以上の集団と定義される。オリピック・パラリンピックは100万人以上が集まることからメガマスコギャザリングと言われる。東京2020大会では都市部の恒常的なマスコギャザリングにさらにメガマスコギャザリングが追加される。

・アクセスが制限された結果、緊急時への対応が遅れる可能性がある。またイベントに関係しない市民への救急医療対応が遅れる可能性がある。

正確に伝える。
II-1-1(3) 病院セキュリティ
・病院はテロの標的となりえる
・体制整備・本部機能、予防対策&初動体制を準備、関係機関&情報伝達システムを準備する
・不審者・不審物に対する意識を高める
・見せる警備を行う
・薬品物管理を徹底する
・面会者の受入の一本化をする
・ゾーニングを行う
・避難経路・避難区域を決める
・院内テロ対応アクションカードを作る(医療職、事務職、不審電話、不審者・不審物に対する注意喚起)

・オリピックでは1000人当たり1.5~2.0人の傷病者が想定されるがほとんどバンドエイドとアスピリンで対処できる。想定では救護所・医務室受診者数は2万人以上、会場周辺の医療機関受診は1000人以上、救急車搬送1000~1500件であり、過去の大会では大会関係者、メディア関係者の救護所受診が多かった。

II-1-1(4) 多言語対応・外国人対策
・2018年の訪日外国人は3119万人以上であった。東京2020大会期間中の訪日外国人の予測は20万人~80万人(正確な予測は困難)で、通常時と比べて極めて多様な国々(通常はわずかである南米、アフリカ等)から訪日することが予想される。海外渡航と健康リスクのデータより渡航中20~70%が何らかの健康問題を経験し1~5%が医療機関を受診、0.01~0.1%が緊急搬送、10万人に1人が死亡する。

・テロ対策の中で爆弾テロ対策はもっとも優先度の高い対策のひとつである。

・外国語対応としては多国籍対応意思表示ツールの利用や遠隔医療通訳システムがある。スマホアプリは正確性に欠け、医療通訳の代替ツールにはならない。

II-1-1(2) 大規模イベントの医療体制のプランニングと実際
あらかじめリスク評価を行い体制を考えること、指揮命令系統(関係性)と情報伝達システム(連絡ツール)の準備が成功の鍵である。
開催地域の日常の医療供給体制に支障をきたさないように十分に配慮して、かつ著しく医療需要が増大する局面を想定して医療体制を構築する。
緊急事態の情報伝達事項
METHANE(4面・編集部注)を

・宗教、生活習慣、医療への信頼等に留意する。イスラム教では女性ムスリム対応は女性スタッフが行う(ただし重篤な緊急対応では男性スタッフも可)。

・外国人対応可能な病院の検索 (JMIP・67病院、JNTD・1608医療機関) が出来るようにしておく。紹介時に確認すべき事項は①パスポート/在留カード、②旅行保険や医療保険の加入の有無である。

II-1-5) 輸入感染症対策

政府、東京都が以下の対策を強化しているが詳細は省く。
 ・風疹、麻疹に対する免疫の確保 (ワ

クチン接種)

・感染症予防策の基本知識の周知・情報発信、性感染症対策のためのコンドーム使用の周知

・海外からの感染症侵入対策
 ・サーベイランス機能強化
 ・食中毒予防策

II-2 大規模イベント開催時に遭遇する蓋然性の高い事案に対してとるべき行動

II-2-1) 想定される事案
 最低限の決まり事
 ・自らの安全確保を第一にして、想定外を想定しよう (テロ、マスマギヤザリング)。
 ・テロのターゲットには2つある。ハードターゲットは守られている人。ソフトターゲットは脆弱な人。施設、ソフトターゲットは脆弱な人。施設。狙いやすいのはソフトターゲット。1968〜2005年のテロ事案ではソフトターゲットが72%、

II-2-2) 爆傷・銃創

ハードターゲットが27%であった。テロ以外に不特定多数が集まるというだけで医療が必要になるリスクがある (マスマギヤザリング)。いちばん大切な事は医療者の安全確保↓場の安全↓傷病者の安全確保↓Scene/Survivor
 II-2-2) 爆傷・銃創
 ・テロの70%は爆弾、25%は銃。
 ・近年簡単に合成できる有機過酸化化合物 (TATP) が増えている。

故・野中 博 (前東京都医師会長) 氏を偲ぶ

―友よ、同志よ 「大志道半ばで……」

社会医療法人河北医療財団 理事長相談役 天本 宏氏

野中博氏は、「日本の医療を医療人自らが主体的に改革しなければならぬ」と志し、理念を明確に持ち、自らの目標「ビジョン」を語り、具現化への道を行んできていた男である。

彼は1989年、41歳の若さで浅草医師会会長になった。東京青年医会 (河北博文代表 (編集部注、当時)) は「日本で一番若い地域医師会長を呼んで話を聞こう」と早朝6時半からの勉強会にお呼びした。それ以来のお付き合いである。会えば議論し、酒を飲んだ。「犬の遠吠え」ではなく、積極的に各種委員会に参画し、主張し、改革案を示し、「改革を図ろう」と合意した。

しかしその当時「医療への取り組み姿勢」は肝心の当事者である医師、診療所、病院団体は保守的で、疾病

医療・臓器別・専門医療、大病院志向を崩さず、自院のみの医療で自己完結する「一匹狼」となっていた。「フリーアクセス」「出来高払い」「9時〜5時開業」死守への挑戦となる。外部環境のニーズ変化や社会保障費の効率化などへの対策がなかなか示されず、実践されなかった。

野中氏は「病を見ずして病人を診よ」、QOL重視 (肉体的・精神的・文化的・社会的生命、生活、人生の質) など本人・家族の意向を尊重する医療姿勢や「協業、多職種協働」といった地域医療 (地域内完結型) の重要性を強く訴えてきた。

そして2003年、東京都医師会理事 地域医療担当、翌年日本医師会介護保険担当理事となるが、日本医師会理事は1期で終わる。これは大阪、東京の日本医師会選挙の戦いとなり、野中

氏は当時、同じ日本医師会執行部の大阪府医師会会長、東京都医師会元副会長との義理を第一のスタンスとし、選挙活動において「微動だに」しなかった。しかし結果は敗れてしまう。そして2006年、日本医師会執行部に野中氏に代わり天本宏 (ピンチヒッターという思い) が介護保険担当理事として就任。そして野中氏は日本医師会会長諮問の介護保険委員会委員長に任命され「諮問案」作成に携わり「野中ビジョンの継承」はなされた。2年後、野中氏の再起を期し、日本医師会会長、東京都医師会会長に「よろしく」とお願いし、天本は日本医師会理事を1期で降りたが、野中氏の再任とはならなかった。2年後、天本は「野中氏が東京都医師会会長に先ずはなるべし」と、選挙対策本部長となりともに動いた。まずは地域内完結型、病診連携を重視していくために東京都病院協会 (河北博文会長 (編集部注、当時)) とじっくり話し合い、さらに東京都で一番大きな世田谷区医師会 (古畑正会長 (編集部注、当時)) に絞り込み「野中博」

を理解していただくように何回も話し合い、合意形成、その努力が実り、一票差で東京都医師会会長選挙を勝ち取った。将来に向けての足がかりができた。野中氏は会員のみなならず、厚生労働省や東京都幹部の方々にも幅広く人望があり、皆さん喜んでくれた。

それはいつ頃からののか、選挙後まもなくだったのか? 夢を、志を阻む「病魔」が立ちほだかかってきた。野中氏は立身出世を望むタイプではなく、「今自分が、医師として、医療をどう変えていくべきか」を語り続けられ、次第にその思いが具現化しつつあったその矢先であった。野中博は愚痴らない男でもあった。

同世代の、同志の死は「おもしろい」「さみしい」「かなしい」。勝手ながらレモニーには参加はしたくない。一人静かに思いふけりた。追悼文とならず「天本宏」の「野中博」への夢を思い返したこととなり申し訳ない。「のなか、またあおう」。

「のなか、またあおう」。

・救命しうる爆弾損傷は四肢の外傷。
 ・爆傷・銃創からの大量出血では3〜8分で心停止に至る。
 ・大量出血にはターニケットを使用する (世界標準)。
 《アクションカード》
 爆発音・銃声・閃光を感じたら……
 ・瞬時に背中を向け身を伏せる。
 ・耳・目を防護し物陰や窪地に身を隠す。
 ・爆発はもう一度起こる可能性が高い。決してあわてて救助に向かわない。
 ・四肢からの噴出性出血には速やかに止血帯ターニケットを巻く。

II-2-3) CBRNE災害かも?
 CBRNE災害とは
 化学 (Chemical)、生物 (Biological)、放射性物質 (Radiological)、核 (Nuclear)、爆発物 (Explosive) によるテロ・災害をいう。
 ・CBRNEを疑うStep 1、2、3 ↓同一場所、同一時期に
 Step 1 原因不明の患者1人
 ↓いつもと同じ対応
 Step 2 原因不明の患者2人
 ↓CBRNEを疑いながらもまずはいつもとと同じ対応
 Step 3 原因不明の患者3人以上
 ↓CBRNEを疑う、安全確保を考慮
 ・CBRNEを疑ったらスイッチを入れる。
 ・安全確保のための「3つの離せ」と「通報」。

「避難」汚染源からみんなを離せ
 「脱衣」汚染された着衣を脱がせ
 「除染」毒物を身体から拭き取れ
 乾式拭き取りだけで99%除染可能

《通報》安全を確保しつつ第一報を警察・消防に行う

II-2-1(4) 熱中症

- ・発生場所…45%屋内、25%道路
- ・高齢者が重症になりやすく、入院が多い

- ・熱中症の応急処置 F I R S T
- F : Fluid (水分補給)
- I : Ice (冷却)
- R : Rest (安静)
- S : Sign (状態観察15~30分)
- T : Treatment, Transport (治療、搬送)

・現場での冷却方法

私の医道

三 敬 武見
参議院議員



日本の医療保険制度の始まりは、1922年に制定された健康保険法に遡る。

国策として健康な労働者を確保することが目的であったから、雇用者保険のみであった。他方、地域保険は、農村で働いている国民も対象に市町村の区域ごとに設立される国民健康保険組合による任意の保険として全国に徐々に設立されるようになった。保険者である市町村が医療行為に対する保険適用の条件を自由に定めていた。そこで1938年に国民健康保険法が採択され、国の政策として統一的に制度設計されるようになったが、保険者の統一はされなかった。

戦時中において、既に国民の7割程度は何らかの医療保険に属する状況と

スプレー+送風
冷水浸漬
冷タオルで全身を覆う

暑さ指数 WBGT 28~31℃(厳重警戒)を超える熱中症が著しく増加し、31℃以上(危険)では原則スポーツ禁止。

・重症度判定で意識障害(JCS 10以上)は救命救急センターに搬送、軽い意識障害(JCS 3以下)で水分が自力で摂取できない場合は一次・二次救急医療機関に搬送する。

II-2-1(5) 外国から持ち込まれる感染症、食中毒対策

はなっていたが、保険でカバーしていた医療行為には限界があり、保険適用外の医療行為は患者負担となり混合診療の形態がとられていた。

戦後、冷戦下に占領下のわが国でも社会主義運動と労働組合の運動が一体化し、一時は社会党政権が誕生するなど社会主義の影響力が確実に台頭していた。

岸信介内閣は社会の安定の為に健康な中産階級社会を実現する為の一環

第4回 皆保険制度に武見太郎はどう臨んだか①

として社会保障制度の再構築を進め、1958年に健康保険法と国民健康保険法を同時に改正した。その際、居住者は居住する地域の市区町村を保険者とする国民健康保険に加入することが義務付けられ、組合健保や共済組合などその他の保険者に加入する者についてはその適用除外として認められることとなった。診療報酬制度については、組合健康保険が用いていた診療報酬制度に全ての保険者の診療報酬制度を統一することとした。

これによりどの保険者に属していても同じ給付が受けられる給付の平等が保障された。

他方、医師にとっては、疾患ごとの医療行為に厳しい制限を課していた組合健康保険の診療報酬制度を全体に適用することは、診療行為に対して極めて厳しい制限を課することを意味しており、医師の裁量権を認めず患者への適切な医療行為ができなくなると猛反発した。

最近の発生動向より年々増加しており、東京都は全国の約16%を占める。2013年風疹のアウトブレイク、2015~16年は梅毒が増加。麻疹は15年に国内の麻疹ウイルスは排除されたと認定されており輸入感染と考えられている(14、19年に増加)。これら輸入感染症に特別な対策はなく標準予防策、感染経路別予防策を徹底することが大事である。

II-2-1(6) 急性中毒トキシドルーム

- ・中毒物質を症状や徴候からおおまかに推察し迅速に治療を開始する
- ・まず自分が汚染しないように個人防護具を使用する
- ・コリン作動性、オピオイド、窒息性、刺激性ガス、腐食性物質のトキシドルームがある
- ・主な症候、主な原因物質、解毒剤の説明は成書に譲る

II-2-1(7) 雷撃傷

- ・落雷で負傷者が発生した場合まず自身の安全を確認する
- ・雷撃による心停止は蘇生成功率が高いので心停止、呼吸停止の治療を優先する
- ・気道確保時は頸椎保護に留意する(転倒時に頸椎損傷していることがある)
- ・速やかに救命救急センターに搬送する

【編集部注】

M : My call sign / Major Incident
……まず名乗り、災害の宣言。

E : Exact location
……正確な位置・座標。

T : Type of incident
……災害の種別。

H : Hazard
……現場活動における危険性の情報。

A : Access
……現場までの経路と手段。

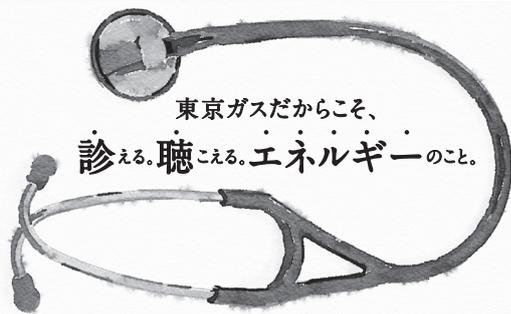
N : Number of casualties
……傷病者数。

E : Emergency services present and required
……緊急対応機関の現況と今後の必要性。

といった形で情報共有していく(出典：日本赤十字社医療センター救命救急センター・救急科ホームページ)

エネルギーの悩み、お聴かせください

東京ガスは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。



東京ガスの電気は顧客満足度第1位!

2017年度JCSI(日本版顧客満足度指数)調査
電力小売部門
※調査対象5社(ENEOSでんき・auでんき・大阪ガス・J.COM電力・東京ガス)

ぜひ、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