

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
LTD制度・医療共済制度
引受保険会社



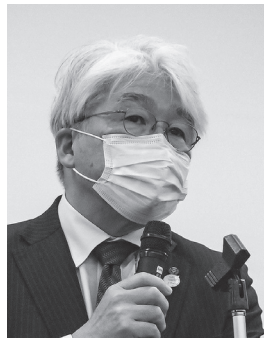
東京海上日動

2021年(令和3年)5月28日

第289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: https://tmha.net / E-mail: info@tmha.net tmha@mri.biglobe.ne.jp



猪口正孝

会長談話

状態の落ち着いた患者を 重症対応病院から移す流れを強化

一般社団法人東京都病院協会会長 猪口 正孝

変異株N501Yは
若年層も重症化させる

4月25日から始まった東京都の緊急事態宣言措置はこのインタビュー(5月14日)の時点でも継続中ですが、この措置と大型連休が重なったことよって、新規陽性者の増加は抑えられていくような期待が持てる兆候が出ています。

一方で、新型コロナウイルスの流行の主体は感染力の強い変異株(N501Y)に置き換わりつつあり、これは若い人でも決して安全ではないことが明らかになっています。現に人工呼吸器を装着しなければならない感染患者のうち6割は60歳以下という数字も示されています(5月6日開催の厚生労働省アドバイザリーボード、西浦博先生提出資料)。もはや「変異株」というより「新たなウイルス」と考える必要があります。

要があるからです。

ただし、実際の診療では従来の新型コロナウイルスと考えるべきことに大きな違いはないとも考えています。重症化する年齢層が広がっていることは確かですが、症状が劇的に重くなる、あるいは治療法が変わるといったことは現在のところ、確認されていません。もちろん今後の推移を見守る必要がありますが、若い年代の方々にこれまで通り3密回避を守っていただき、感染拡大を最低限に抑えることができれば、集中治療室が若い重症者で埋まってしまうといった事態は十分に避けられると思っています。

また高齢者での感染拡大を防ぐことが大事であることも従来と変わりありません。低い感染割合で抑えていけば、高齢者からワクチン接種は進んでいきますので、そうなれば亡くなる方や重症に陥る方の人数も抑えられていきまし、医療提供体制が患者数の増加に追いつかなくなるといったことはなくなるでしょう。

後方病院への流れをつくる調整機能を強化

もちろん、医療提供体制の強化は引

き続き取り組んでいきます。

特に東京都に申し入れられているのが、「後方調整」機能の充実です。感染者を見つけて病院に受け入れる際の「前方調整」は、1月以降、都立病院が積極的に受け入れるようになったことで、かなりスムーズに進むようになりました。従来は患者受け入れ先の調整が困難になることがあったのですが、現在は「調整が困難になったら都立病院が診る」という仕組みが出来上がりました。

ただ、そうかといつていつでも患者が都立病院に留まるようでは、病床ひっ迫は避けられません。退院要件を満たした患者の回復期以降の受け入れ先はもちろん、急性期を脱して安定した状態に回復した患者を受け入れる病院へ速やかに転院できる流れをつくる必要があります。件数そのものは多く

ありませんが、重症患者を診ている病院の負担を軽減させるうえでも、特に介護を必要とする患者の調整機能は不可欠なのです。ある都立病院では、所在地の区が患者の送り先を調整しているようですが、そうした機能を東京都全体に広げていくイメージです。

現在、後方病院に手あげしていただいている施設数はおよそ200病院1000床にのびります。ところが、体制を整えているにもかかわらず、患者の転院受け入れ要請の連絡が来ないという声を聞いています。

具体的には調整機能を都に設ける、あるいはITシステムを活用するなどの方策が考えられますが、いずれにしても、調整力を高め、東京都における医療体制の総力戦を展開していく必要があるのです。

特定非営利活動法人ピープルズ・ホープ・ジャパン様を通じ、アイロボットジャパン合同会社様よりロボット掃除機を寄贈いただきました



寄贈式の様子(左：当協会会長 猪口正孝、右：アイロボットジャパン合同会社社長 挽野 元氏)

アイロボットジャパン合同会社様より、会員病院宛にロボット掃除機を寄贈いただきました。ご厚意を賜りましたことをご報告するとともに心より御礼申し上げます。今後も引き続き、各企業・団体からのご支援を東京都病院協会が会員病院の皆様につないでいきます。

東京都病院協会

なお、寄贈については、随時、東京都病院協会Twitterでも報告させていただきます。

特別レポート 第15回東京都病院学会

学会初のオンライン開催(後編)

第15回東京都病院学会のライブ配信が3月7日に開催された。主題に掲げた「私たちはどう生きるか」―持続可能な病院医療を考える・コロナ禍に打ち勝つ―」のとおり、今回は新型コロナウイルス感染症の流行下を踏まえ、全プログラムをインターネット配信するという学会初の試みが行われた。月号号では、シンポジウムと特別講演の様子を紹介する。

シンポジウム

Withコロナ時代の社会と病院
―立場ごとの新型コロナの
中間評価と今後の戦略―

冒頭、座長の高橋泰・国際医療福祉大学赤坂心理・医療福祉マネジメント学部学部長は、新型コロナウイルス感染症の現状を改めて解説。感染拡大が



緩和した時期を利用し、高齢者など重症化しやすいハイリスク・グループへの集中的な対応と、国民に現状への正しい認識を周知する重要性を強調した。一方、病院経営では、新型コロナがなくとも2020年・30年は「団塊の世代の75歳超え」「働き方改革」など、医療・福祉が大転換を求められる時期とし、「コロナ禍前に戻す」戦略ではなく、「30年の医療に向けて進む」戦略で動くべきと強調した。

講演では、3人のシンポジストが登壇した。はじめに、猪口正孝・東京都病院協会会長は、昨年1月から現在までの東京における新型コロナ関連の行政や医師会等の動きを振り返り、「人の身体に例えれば、まだ全身に炎症が広がっている状態。原因(集中的)対策を講じるには、増加比を下げ、新規陽性者を少なくとも100人以下まで抑えなければならぬ」と現状を訴えた。また、今後の医療体制として従来の急性期の体制に加え、回復期、慢性期等の支援病院との連携が必要であるとした。

続いて、小川聡子・調布東山病院理事長は、自院の新型コロナ対応を紹介した。同院は、83床のうち2床を新型コロナ受入病棟に転換。疑似症救急の

受け入れのほか、周辺病院のひっ迫にともない、ADLが維持できている「下り」の患者や、昨年末には初めて「上り」の患者も受け入れた。

「ゾーニングやフローチャートなどによる現場判断の統一をしながら、職員意識へ浸透するよう教育を行った。また、疑い症状などで休んだ職員には、幹部が率先して「早めに休んでくれてありがとう」と伝えるなど、とにかく感染拡大防止を最優先かつ、復帰しやすい雰囲気づくりに努めた」

流行が再拡大した今年1月にクラスターが発生したものの、3月3日に収束。コロナ禍では平時の組織力が改めて問われる一方、経営者・管理者がどれだけ自分ごとで現場を見ているかが求められると振り返った。

進藤晃・大久野病院理事長は、自院の療養病棟で発生した院内感染による病棟隔離の事例を紹介した。コロナ禍以降、感染対策を徹底していた同院だが、20年11月、新入院の高齢患者の転院元病棟で院内感染が発覚。その患者もPCR検査で陽性が判明。病棟内で濃厚接触者が多発した結果、病棟全体を隔離することを決断した。

「患者だけでなく、病棟の医師、職員も全員濃厚接触者に該当し、診る人もいない状態になった。そこで、近隣病院から派遣してもらった感染管理認定看護師と保健所とともに検討し病棟を隔離し、人員も『濃厚接触者が濃厚接触者を診る』という体制で決定した。その間の2週間でゾーニング等の対応を実施し、2回のPCR検査でようやく全員の陰性を確認した」

ウィルスの侵入を防ぐ対策にも限界があり、いかに侵入を早期発見し、濃

厚接触者をつくらず感染拡大を防止する仕組みができるかが重要とした。

後半は、座長とシンポジストによる討論が行われた。「コロナ禍が長期化するなかでの今後の病院経営の持続性」という高橋座長の議題に対し、進藤理事長は、「感染対策やゾーニングなどの教育については、療養病床や若健は急性期と異なり、職員があまり若くなく、浸透させる難しさを感じた」と振り返る。また、人材面に関して座長の竹川勝治学会長は、「当院では、早期から外国人材の活用を進めている。彼らはやさしいと患者からも人気があるため、これからの病院経営でなくてはならない存在だろう」と話した。小川理事長は、「クラスター発生時は、離職者が出ることも覚悟した。また、濃厚接触や感染疑いで休んだ人はこちらが想像する以上に病んでいく。とにかく幹部や上司は率先してフォローに努め、復帰しやすい雰囲気をつくるのが重要」と強調した。

また、猪口会長は、現在の病院経営のリスクに「コロナ受入の有無」「院内感染の有無」を挙げ、前者は受け入れている場合、補助金等の補てんがあるが、後者が発生すれば経営は確実に悪化すると指摘。「今後の病院経営のキーワードは『院内感染の防止』であり、現状は新型コロナを受け入れているかつ院内感染が拡大せず安定しているのが、最も良い経営状態といえる」とした。

一方、「新型コロナによる患者の受療行動の変化」についての話題では、「この受診抑制が収束以降もしばらく続くのであれば、診療報酬の付け替えも必要になると思うが、その場合1人

の患者をじっくり診る診療体制を評価する形に変えていくほうが、本来望まれるのではないかと。また、その際にかかるべき患者をプレレーションする目的でのオンライン診療は確実にニーズがあると考えている」と、猪口会長。これに対し、小川理事長は、「気になるのは、こまめに診るべき高齢患者も受診を控えてしまいう重症化するケース。こうした方たちをオンライン診療で対応したいが、やはり高齢者については、若いご家族などのサポートなしにオンライン診療は難しい。また、当院の外来に関しては、一時期最も減少したのは連携診療所からの検査オーダーで、診療所のほうがより深刻な状況であると思われる」と話した。

また、進藤理事長は、「当法人でも高齢者の外来受診は明らかに減ったが、逆に在宅へのニーズが非常に増え、また、小川先生もお話のとおり、受診が遠のいた高齢患者で、認知症などが進行している人も見受けられる。あとは、入院で不思議だったのは、コロナ禍でも発症率は変わらないと思われるはずの脳血管疾患の入院依頼も、一時期減ったことだ」と振り返った。

特別講演①

医療介護における持続可能な
環境経営とReaction

古城 資久氏

医療法人伯鳳会・
社会福祉法人あそか会理事長

2015年の国連サミットで採択されたSDGs(持続可能な開発目標)には、環境に関する目標があり、世界



古城資久氏

各国でも気候変動を社会安定への重大な脅威ととらえている。医療界にとっても、気候変動で過去50年の医療の進歩が帳消しになる可能性すらあり、環境問題は他人事ではないのだ。

伯鳳会グループでは、02年にISO14000へ参加、11年の東日本大震災後の節電時には全施設の照明器具のLED化なども行った。ただ、徐々にISOの活動に齟齬を感じ、代わりに移行したのが、テーマにもある「Reaction」だ。これは、「Reaction」(企業が自らの事業の使用電力を100%再生で賄うことを目指す国際的なイニシアティブ)が前身で、消費電力50GWh以上等の企業が対象のものだ。

たとえば、当法人の18年全施設年間総電力使用量は、25587万2107kWh。そのうち2・65%を太陽光発電で賄い、残りは再生可能エネルギー比率75%の電気を電力会社から購入し充てている。

また、今年度からは再生可能マテリアルへの取り組みを開始し、「価格のため」「人員配置と業務の煩雑さのため」にディスプレイを使用していた製品について、1年間で品目数を10%削減する方針だ。

今や世界は、損得だけではなく動かない時代を迎えている。経済成長だけ



安田 陽氏

が本当に人間を幸せにするのか改めて自問したとき、医療・介護人の目指す福祉国家・健康な社会が、今こそ注目されるのではないだろうか。

特別講演②
再生可能エネルギーの利用と持続可能性
リスク多発時代における合理的な意思決定

京都大学大学院経済学研究科
再生可能エネルギー経済学講座
特任教授 安田 陽氏

WHOの大気汚染による健康被害の調査によると、虚血性心疾患、脳卒中、肺がん、急性下気道疾患、慢性閉塞性肺疾患などの疾患により、世界中で何十万人規模の死亡につながっているという。

日本においても、発電事業などを中心に有害物質はいまだ排出されている。さらに、コスト面からも、気候変動による自然災害はもちろん、新たな疾病の出現などに起因する健康被害などにかかる対策コストは甚大だ。

そのため、世界各国では2050年に向けて、主に「エネルギー効率化」と「再生可能エネルギー」などに取り

組んでいる。ただ、日本は世界と比べ遅れを取っており、いかにそのギャップを埋めるかが課題である。

たとえば、日本は国土が狭く、再生エネの設備を整備できないと思われるのではないだろうか。実は、日本の再生エネのポテンシャルについては、現行技術でも集結すれば日本の総発電量の約8割を賄えると試算されている。実際に、日本の10km四方当たりの風力発電設備容量は、風力発電先進国のデンマークやドイツの約10分の1と、まだまだ開発の余地がある。印象論ではなく、数値に基づく客観的評価が重要だ。

一方、「エネルギー効率化」については、より効率の良い機器への投資促進を含む活動になる。たとえば、建物の窓の断熱を例にすると、日本の窓の等級で定められている熱貫流率は、断熱政策先進国と比べて非常に緩い。結果、先進国では人の健康に支障をきたすとして販売できないレベルの窓も普通に流通しているのが現状だ。

なぜ、日本と比べ世界ですぐにそこまで再生エネが進んでいるのかといえ、再生エネは外部コストが一番低い電源であり、費用便益比が大きい施策であることが、各国で浸透しているからだ。

日本では、エネルギー問題に対してこうした議論はほとんど行われておらず、外部コストを含む費用と便益の関係を定量化し、便益のほうが大きければ積極的に推進する合意形成を図れる社会にならなければならない。

病院の皆様には、ぜひこうした認識を共有し、自院についてもよりエネルギー効率の良い設備に投資するなど、取り組んでいただきたい。

コラム 東京都病院学会《運営・準備》編

オンライン開催の新たな可能性 会場との併用開催も望ましい

東京都病院協会常任理事

第15回東京都病院学会学会長

竹川 勝治

Q. 初のオンライン開催のなか、学会長として、プログラム等どんな工夫をされましたか。

A. 学会長として、皆様にお伝えしたいことを集約して講師の先生を選ばせていただき、学会長企画といたしました。学会長講演のなかでも紹介させていただいた早朝勉強会(東京青年医会)の講師の方々、ロータリークラブの卓話にいらした方々、全日病学会の講師の方々に、ご講演をいただきました。

また、中止となった第14回学会の講師の方々にもご講演いただきました。

Q. 実際に開催したことで、気づかれた点や、オンライン開催に感じた可能性などについて、教えてください。

A. アーカイブ配信により、時間を気にせず繰り返し学ぶことができること、また、会場開催であれば同時時間帯に重なった講演はどちらかを選ばなくてはなりませんが、オンライン開催であればそういった必要はなく、すべて受講することが可能であることは大きなメリットであると感じました。

Q. 事前準備から開催当日を振り返って、今後の課題や抱負は何でしょうか。

A. オンラインでの学会運営には多くの費用が必要であったため、今回は、残念ながら実現できなかったこともあり

ました。可能であれば、会場とオンラインの併用開催が望ましいのではないかと考えています。そのためには、参加者や協賛企業により多く参加していただくなど、予算段階からしっかりと取り組んでいく必要があると思います。

初の試みに試行錯誤しながらも 運営委員会一丸で準備に邁進

東京都病院協会事務局

Q. どのような経緯で、第15回学会の開催が決まったのでしょうか。

A. 昨年3月の都病協理事会にて、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を鑑み、第14回学会の中止が決定、同日、第15回学会の検討も始まり、14回に引き続き▽学会長・竹川勝治先生、▽副学会長・横山 孝先生、▽運営委員長・進藤晃先生

の3役が選出されました。そして2020年7月〜今年2月まで計9回にわたる運営委員会の検討での活発な議論のもと、オンライン開催が具体化されていきました。

議論の内容は主に、「一般演題発表者が安心して参加できる学会の実現」「LIVE配信+収録した動画配信を組み合わせたオンライン学会の開催」で、最終的に、一般演題は事前収録による発表とし、期間中いつでも視聴可能とすることが決まりました。

Q. オンライン開催にあたり想定された課題や、開催・運営に向けての役割分担はどのように進められましたか。

A. オンライン配信を業者委託するにあたりこれまでにない大規模な支出が予想され、予算編成が大きな課題でし

た。また、会場開催の際は個人単位で徴収していた参加費については、今回は施設単位としたため、収入の見積りに苦労しました。運営委員会の先生方のご指導や、これまでの参加実績から想定参加施設を算出し、病床数別の料金設定を行う一方、抄録等の印刷費用などの見直しを行い、オンライン開催の費用を確保しました。

LIVE配信会場に東京都医師会館をお借りできたことで、会場費を大幅に削減することができました。これもひとえに、猪口会長と土谷常任理事に働きかけをいただいたことで実現できました。

作業分担としては、オンライン配信業務(▽WEB学会専用ページの制作、▽当日実施したLIVE配信およびLIVE配信のアーカイブも含めたオンデマンド配信)については、運営委員会にて2社のコンペを行い選定したオンライン学会の開催経験が豊富な協力業者に委託しました。その他の業務(参加申込や演題受付、抄録・動画の確認、タイムスケジュール作成、配信会場の運営など、学会事務局運営関連の作業)はすべて、都病協内部者で行いました。また、一般演題発表者および学会長企画、共催セミナーの講師(企業)には資料だけではなく動画作成まで事前をお願いすることになり大きな負担をおかけいただきましたが、皆様には快くご対応をいただきました。

本番前日には会場設営を行い、竹川先生にもご参加いただき平日がかりでLIVE配信のリハーサルも実施しました。カメラアングルを意識した設営など行ってみないと分からないことも多く、当日運営に非常に役立ちました。

Q. 当日の運営の様子や、開催の成果について教えてください。

A. 当日は学会長および副学会長が経営する病院、また、いつも学会スタッフとしてサポートをいただいている永生会から応援をいただき、都病協事務局員全員を含めた会場対応フォーマーションを組みました。インカムも全員装着してリアルタイム連携を図り、会場運営および配信視聴されている方々からの問い合わせにも問題なく対応することができました。また、LIVE配信では各企画の講師の皆様、来賓の皆様、皆様に感染防止を徹底した会場運営にご協力をいただきました。なお、本学会は1029アカウントからご視聴いただきました。

Q. 次回以降に向けた課題や抱負は何でしょうか。

A. 専用ページへのログイン数と講演動画に対する再生回数、視聴時間は集計が可能でしたが、施設単位にログインアカウントの払い出しを行ったため、視聴者の属性情報まで取得することはできませんでした。また、初めての試みとしてZoomの質問コーナーを設置しましたが、会場実開催時のように質疑応答や参加者相互のコミュニケーションの機会の提供はできませんでした。

コロナ禍での開催方法として現状最適であったと思われるが、今後は会場開催のように発表者と聴衆の双方向のコミュニケーションが取れるオンライン学会を実現したいです。

本学会にご参加いただいた皆様よりご好評の声を多数いただきました。ご参加・ご協力をいただいた皆様に心より感謝申し上げます。

活動報告

田村憲久厚生労働大臣宛てに 要望書を提出

— 東京都病院協会、東京都慢性期医療協会より、 コロナ禍における医療提供体制や 後方支援病院への支援について要望 —

東京都病院協会および東京都慢性期医療協会は、コロナ禍における医療提供体制に関する要望書を、4月16日に田村憲久厚生労働大臣宛に提出した(前号で既報)。本号では、当日の詳細を報告する。

要望書提出には、田村憲久厚生労働大臣の代理として間隆一郎大臣官房審議官に対応いただいた。また、この度の申し入れに関して調整いただいた、自見はなこ参議院議員もご参加いただいた。まず、東京都病院協会を代表して安藤高夫副会長が、続いて東京都慢性期医療協会を代表して進藤晃会長(東京都病院協会常任理事・慢性期医療委員会委員長)が、それぞれ要望書を提出した。



写真前列左より、進藤 晃、自見はなこ議員、安藤 高夫、厚生労働省大臣官房審議官・間 隆一郎様(医政、医薬品等産業振興、精神保健医療担当)
後列左より、尾藤秀規、玉城成雄、竹川勝治、大田 健

安藤副会長は、都病協としての5つの要望(①自然災害や人為的災害と同様、感染症災害を新設し、COVID-19を災害と認定した幅広い支援、②COVID-19に対するワクチン接種の介護施設への優先化、③院内感染を可能な限り防止する対策への支援、④2020年度に準じたCOVID-19関連補助金の次年度継続、⑤持ち分の定めのない社会医療法人等に対する基金制度の採用範囲拡大)を説明した。

特に①は、「新型コロナウイルス受入れ病院でクラスターを起こしてしまい、現時点での補助金でも補てんできないほど大幅に減収した病院があり、受け入れに踏み切れない病院もある。院内感染が発生した病院に対して災害支援の視点をもって十分な補助をしていただくようお願いしたい。また、重点医療機関の病院はさまざまな支援がなされているが、通常の医療を守る重点医療機関以外の病院へも補助金支援をいただきたい」と、さらなる支援を依頼した。進藤東京都慢性期医療協会会長は、



当日の様子

「新型コロナウイルスが流行するなか急性期病院の病床を確保するには、慢性期病院の後方支援が非常に重要であると考えており、都病協・都慢協の会員病院へは後方支援のご協力をお願いしている。しかし、院内感染等への懸念から病床稼働率は低下しており、受け入れが進んでいない。

そこで、都病協・都慢協からは、後方支援病院や高齢者施設に向けた支援をお願いしたい」として、
①退院基準の啓発や検査のための人員確保・スペース確保のための費用、②後方支援病院への安定的な物資供給、③昨年12月からは医療保険で、今年2月からは介護保険で、アフターコロナの方の受入れの手当てをいただけるようになり大変ありがたいが、それより以前に新型コロナウイルスが発生し減収せざるをえなかった病院への適切的な補てん——の3つの要望を説明し、協力を求めた。

間大臣官房審議官からは、日々新型コロナウイルスの対応に追われている医療従事者への感謝とともに、引き続きの支援を行いたいとの言葉をいただいた。

当日は、大田健副会長、竹川勝治常任理事(東京都慢性期医療協会副会長)、玉城成雄慢性期医療委員会委員等も出席し、自院の状況や都内の感染対策の現状を説明した。

セミナーレポート

令和3年度介護報酬改定における重要ポイント
～施設サービス分野・居宅サービス分野も含めて～

算定に向けた体制づくりや

データ提出時の留意点を詳説

医療法人永寿会陵北病院／介護医療院陵北病院 事務長

東京都病院協会慢性期委員会 委員

東京都慢性期医療協会 監事

村山 正道

東京都病院協会の医療保険・経営管理委員会と事務管理部会は4月23日(30日)、「令和3年度介護報酬改定における重要ポイント」施設サービス分野・居宅サービス分野も含めて」をWEB配信した。講師は慢性期委員会委員を務める村山正道・陵北病院／介護医療院陵北病院 事務長。3月以降に発出された厚生労働省の事務連絡等、最新情勢を踏まえ、改定の5本柱「1. 感染症や災害への対応力強化」「2. 地域包括ケアシステムの推進」「3. 自立支援・重度化防止の取組の推進」「4. 介護人材の確保・介護現場の革新」「5. 制度の安定性・持続可能性の確保」のうち、とりわけ大きな業務上の変更が見込まれる1～3の主要ポイントについて解説した。

1. 感染症や災害への
対応力強化

〈業務継続に向けた取組の強化〉

「業務継続に向けた取組の強化」の具
体策として、業務継続に向けた計画等
の策定、研修の実施、訓練(シミュレ
ーション)の実施等を義務づけている
点に触れ、厚生労働省が参考として挙



村山正道

2. 地域包括ケアシステムの
推進

〈リスクマネジメント〉

介護保険施設におけるリスクマネジ

メントの強化の一環で、施設系サービ
スでは施設基準として事故発生防止の
ための指針の整備や発生した際の報
告、従業者に対する研修の定期的な実
施を求めてきたが、今回の改定では担
当者の設置も追加している。「病院の
専任医療安全担当者の兼務について確
認が必要。医療施設側で専任要件があ
る際は介護施設で独自に設置しなけれ
ばならない」として注意を促した。

また事故報告については国で報告様
式を作成、周知するとしているが、「従
来の自治体の報告様式もその様式に統
一する可能性が高く、それぞれの自治
体へ確認する必要がある」とした。さ
らに事故報告書は第1報として事故状
況、事業所の概要、対象者、事故の概要、
事故発生時の対応、事故発生後の状況
は発生後5日以内を目安に報告し、事
故の原因分析、再発防止策、その他特
記すべき事項については第2報の報告
で支障がないことなども紹介した。更
に具体的な事故報告項目が示されたこ
とで4月以降はサービス毎での報告項
目の再検討の必要性について述べた。

〈訪問看護・リハビリ〉

訪問看護における基本報酬の動向に
も触れた。指定訪問看護ステーション
の場合、20分未満、30分未満、30分以
上1時間未満がいずれも改定で単位が
上乘せされたのに対し、「理学療法士、
作業療法士または言語聴覚士の場合」
のみ、単位数が引き下げられている点
を挙げ、「背景には一部の訪問看護ス
テーションが事実上の『訪問リハビリ
ステーション』となり、重度者対応を
行わず、24時間対応を行っていない状
況を踏まえている」と指摘した。一方

で訪問リハビリテーションの基本報酬
は15単位アップしており、「明らかに
訪問看護のリハビリから訪問リハビリ
へ誘導している」と語った。

〈介護医療院〉

介護療養型医療施設と介護医療院の
報酬の推移についても解説した。介護
療養型医療施設の基本報酬が軒並み引
き下げられたのに対し、介護医療院の
それは軒並みアップし、「誘導策が明
らかになっている」。さらに、移行定
着支援加算が廃止された一方で長期療
養生活移行加算が新設され、算定要件
も「入所者が療養病床に1年間以上入
院していた患者であること」が盛り込

3. 自立支援・重度化予防の
取組の推進

〈リハビリ・栄養管理・口腔管理〉

3月16日発出の厚生労働省老健局事
務連絡「リハビリテーション・個別機
能訓練、栄養管理及び口腔管理の実施
に関する基本的な考え方並びに事務処
理手順及び様式例の提示について」の
内容に言及。「リハビリテーション・
個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理
に関する各種計画書について、重複す

表 厚生労働省に情報を提供しないと算定できない加算の一覧

区分		加算項目	単位数
LIFE 前提の 加算	新設	栄養マネジメント強化加算(1日当たり)	11
	新設	理学療法・作業療法及び言語聴覚療法に係る加算 ※介護医療院 リハビリテーションマネジメント計画書情報加算 (1月につき) ※老健	33
	見直し	褥瘡対策指導管理(Ⅰ)(1日につき)	6
	見直し	排せつ支援加算(Ⅰ)(1月につき)	10
	新設	自立支援促進加算(1月につき)	300
	新設	科学的介護推進体制加算(Ⅰ)(1月につき)	40
LIFE 上乘せ 加算	見直し	口腔衛生管理加算(Ⅱ)(1月につき)	110
	新設	褥瘡対策指導管理(Ⅱ)(1月につき)	10
	見直し	排せつ支援加算(Ⅱ)(1月につき)	15
	見直し	排せつ支援加算(Ⅲ)(1月につき)	20
	新設	科学的介護推進体制加算(Ⅱ)(1月につき)	60

る記載項目を整理するとともに、それぞれの実施計画を一体的に記入できる様式を設けることとした」との記載を紹介し、ここで示された様式を用いて計画書を作成した場合、「リハビリテーション・個別機能訓練、栄養管理及び口腔管理の各関係加算等の算定に際し必要とされる」様式に代用できることなどにも触れた。

施設系サービスにおける栄養ケア・

私の医道

自見 庄三郎

元金融・郵政大臣、医師

私は1983年の衆議院議員総選挙に初当選し、国会議員としての第1歩を踏み出した。38歳だった。当時の自民党では、1期目の議員は国会対策委員を務めるのが慣例だった。予算委員会や厚生委員会などで出席者が定足数に満たない際にはすぐに駆けつける。国会の益荒男派出夫と呼ばれていた。

まず私は、原点である医療、すなわち当時の衆議院・社会労働委員会奔走することになった。19

第9回

1年生議員、奔走する

のところへ行つて「そちらが反対するのならそれでもいいが、その代わり、こちらにも考えがある」と伝えてこい」と言う。そこで私は中曽根総理に誰かにパイプ役を務めてほしいとお願ひすると、藤波孝夫官房長官が渡辺美智雄幹事長代理(いづれも当時)にしなさいと言われたので、私が師事していた渡辺美智雄幹事長代理と羽田会長の対談の場を秘密裏に設けた。

渡辺先生は厚生大臣、農水大臣、大蔵大臣の経験者。さらに当時、保険局

84年の健康保険法の大改正である。この法案が仮に成立しなければ、内閣の命運が危うくなるほどの大事だった。一つの法案の行方がこれほどの大事になることは滅多にない。

最大の眼目は被用者保険本人の自己負担の新設だったが、日本医師会が猛反対していた。これに激怒したのが当時の中曽根康弘総理大臣である。

私は中曽根総理に呼ばれ、何事かと駆けつけると、大変な剣幕でまくし立てられた。「日本医師会が法案に反対している。今から羽田春鬼会長(当時)

マネジメントの充実策についても解説した。栄養マネジメント加算が基本報酬に包括され、未実施の場合は減算されることになったが、これに加えて新設された「栄養マネジメント強化加算」の要件には管理栄養士を常勤換算方式で入所者比で50対1、施設に常勤の栄養士を1名以上配置し、給食管理を行っている場合は70対1以上配置することを求めている点を挙げ、「管理栄養

士の配置が課題になる」と指摘した。

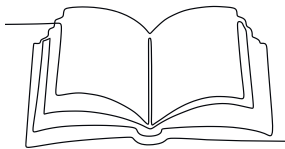
「LIFE情報の収集・活用」

科学的介護情報システム「LIFE」にも触れた。「VISIT(通所・訪問リハビリ)」と「CHASE(全サービス)へのデータ入力・フィードバック機能」を「LIFE」として一本化するが、これを活用することで▽利用者の状態像が把握される、▽厚労省を交えた

い」となりかねず、将来に禍根を残してしまう。立会人としては2人に署名を残してもらわなければ困ると強く迫った。渡辺先生は「自見君、そう怒るな」となだめてくれ、合意案に署名してくれた。私は中曽根総理を訪ねて報告し、無事、大役を果たすことができた。

ここから、法案審査が始まり、採めに採めたが、結果、合意書通りに落ち着き、中曽根内閣は2期目を迎えた。羽田会長も再選を果たしている。後日聞いたのだが、中曽根総理と羽田会長は戦争中、片や主計大尉、片や軍医として同じ駆逐艦に乗っていた仲だったそう。

このエピソードは今まで一切話したことはなく、今回が初めてである。これ以降、医療界も私を重用してくれるようになった。政治の世界では、いかに裏舞台での根回しが重要かを学ぶことができた。



PDCAサイクルの実施が可能になる——といったメリットが期待できるとした。今までの加算が人数や取り組みの評価にとどまり、加算ごとに完結していたのに対し、利用者ごとのアクセスメントをもとにリハビリ、栄養マネジメント、排泄支援、褥瘡指導管理等の加算の取り組みと評価を行い、厚労省へデータを提出、さらに厚労省からのフィードバックを受けてプランの見直しも行えるようになるなど、「科学的介護推進体制加算」の算定だけでなく、介護の質向上にも役立つ点を強調した(5面表)。

(5面表)

厚労省へ提出する評価シートについても言及し、①誰が「記入者」となるかをあらかじめ打ち合わせておく、②「障害高齢者の日常生活自立度」・「認知症高齢者の日常生活自立度」の評価について他の評価との整合性に留意する(ただし状態が変わるので月単位での確認が必要)、③口腔・栄養の記載事項は現場で記入するか、役割分担するかを確認する——などの留意事項を挙げた。特に提出するデータ間の整合性をとるために責任部門の配置が必要との見解も示した。

「自立支援促進加算」

施設系サービスで新設された自立支援促進加算についても触れ、「月あたり300単位で、入所者全員について算定できる非常に大きな加算だ」と、積極的に算定するよう促した。ただ、これも「自立支援促進に関する評価・支援計画書」の作成が求められる、医師、介護支援専門員、看護師もしくは介護職、リハビリ職など多職種種の参画が必要な点も強調した。

エネルギーのことなら、まずは、**東京ガスに相談を。**

病院のエネルギーに関するご相談は「エネルギーのプロ」東京ガスにおまかせください!



パッチョ

電パッチョ

エネルギー・フロンティア
TOKYO GAS

お問い合わせ

東京ガス株式会社

都市エネルギー事業部

公益営業部 運営事務局

TEL.03-5400-7735

✉ kouekia@tokyo-gas.co.jp