

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

2022年(令和4年)4月26日

第300号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

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://tha.or.jp / E-mail: thaoffice@tha.or.jp

会長挨拶

会報・第300号 発行に寄せて

一般社団法人東京都病院協会会長 猪口 正孝



猪口 正孝

1997年の東京都病院協会発足当初から、ともに歴史を刻んできた『東京都病院協会会報』も、第300号を数えることとなりました。

これも、今まで都病協を支えていただき、また関係各位の皆様、毎月本会報に目を通してくださっている会員病院の方々、そして、歴代の広報委員会の頑張りによるものと思ひ、厚く御礼申し上げます。

さて、都病協会報に関しては、都内病院団体規模にもかかわらず、非常に密度の濃い読み応えのある内容と充実した情報を、会員病院の皆様に毎号お届けできているのではないかと、私自身読むたびに感じています。

都病協役員の先生方をはじめ、さまざまな有識者による都内の医療提供体制や病院経営に関する情報発信はもちろんです。時に、東京都の福祉保健局長や医療政策部長といった、都の医療政策に深くかかわる行政担当者への

インタビューなど、他では聞くことのできない話も盛り込まれています。これは、都病協会報ならではの特色と言えるでしょう。

こうした充実した内容を発信できるのも、都病協が都行政をはじめ各所と綿々と構築してきた関係性の賜物であると感じます。今後もより一層会員病院の皆様に関与し、情報発信を期待する次第です。

さて、早いもので設立から25年が経ち、現在の総会員数は362病院(22年4月15日現在)と、都病協としての活動もますます活発になってきております。たとえば、協会内の16の委員会・部会での検討や報告も、委員会ごとに精力的に取り組んでいただいております。こうした委員会活動の動向や旬のトピックスについても、本会報も含めて、もつと会員病院の皆様を知っていただく機会が増えれば嬉しいと、私自身は考えております。

第300号を迎え、これからも会員病院に寄り添う会報として号を重ねていくことを願うなかでは、毎号誌面づくりにご協力いただいている、関係各位の存在があつてこそだと思ひ、改めて深く感謝申し上げますとともに、今後も『東京都病院協会会報』を何卒よろしく願い申し上げます。

委員長挨拶

東京医療の実情を 伝え続けた25年

渉外・広報・会員組織委員会委員長 竹川 勝治



竹川 勝治

東京都病院協会設立から間もない1997年4月30日、『東京都病院協会会報』が創刊されました。2022年4月をもって300号を迎えることができました。

会報は25年の歳月とともに東京都病院協会の存在と活動を伝え、東京都における医療体制の重要性を訴えてきました。コロナ禍においても、地域の病院は改めて生活に不可欠な社会インフラとして注目を集めました。会報では猪口正孝会長に毎号、東京都のコロナ医療の現状をお話いただきました。

今後、超高齢社会の急速な進行を見据え、複合的に医療・介護を考えなくてはなりません。そこで今回は、記念対談「東京都の医療のこれから」をテーマとし、急性期、回復期・慢性期そして感染症と医療政策に分けて語っていただきました。皆で医療・介護を考えるきっかけになれば幸いです。

【速報】東京都病院協会の ロゴが完成しました！



一般社団法人
東京都病院協会
TOKYO HOSPITAL ASSOCIATION

新しく生まれた、東京都病院協会のロゴマークをお披露目いたします。

マークを取り囲む六角形は、当会の設立母体が東京の六つの病院団体であることを示しています。書体と色に誰でも判別しやすいユニバーサルデザインを採用したのは、「多くの人を支えたい」という想いを込めてです。

またこれを機に本会の英語表記を見直し、熟読の末 Tokyo Hospital Association(略THA)と改めました。今後の協会の発展と共に、この新しいロゴの活躍を期待します。

一般社団法人東京都病院協会
総務委員会委員長
高野研一郎

【急性期】

限りある医療資源のなかで

「最適」な選択ができる仕組みに

一般社団法人
東京都病院協会常任理事
中西 泉

中西 泉

一般社団法人
東京都病院協会常任理事
宮崎 国久

宮崎 国久

多彩な使命を負っている 東京都内の急性期病院

—はじめに、「高齢者救急医療」のあり方と今後の体制づくりを考えるにあたり、最近の傾向としてお気づきの点をお話いただけますでしょうか。

中西 医療現場のあらゆる場面で患者の高齢化を痛感します。救急搬送される患者さんの年齢も以前は70代くらいまででしたが、今は80〜90代は当たり前で、時に100歳を超える方も運ばれてきます。どこまで治療すべきか、救急として対応してもよいのかなどの判断が難しいケースが増えてきていると感じます。

たとえば、同居の家族がいる、あるいはすぐに駆けつけられるという人は、いざという時の治療方針も決めやすいですが、最近は独居高齢者も少なくありません。突然の病気で搬送され、本人に意思確認ができないケースでは、判断はさらに難しくなります。また、治療が済んでも独居の自宅で暮らすのは難しい場合もあります。結果として、急性期医療を終えたにもかかわ

らず、次の行き先が決まらないために急性期病床にいななければならない患者さんばかりになってしまいう問題も起きているのです。

宮崎 80〜90代患者の救急搬送が増えた背景には、在宅医療の充実もあると思います。これによって以前ならば療養型病院に入院せざるを得なかった人でも、在宅で療養するようになり、それでも病状が急変して病院に搬送するケースも出てくるので、そうした患者さんの救急搬送が増えたのではないのでしょうか。交通手段のない高齢患者さんは救急車で搬送するほかありません。そうすると「入口」は、急性期病院にならざるを得ないのです。

「急性期病院でなくても対応できる救急患者さんは回復期病院などでも受け入れるべき」という主張があります。救急搬送については、まだまだ課題はあるでしょう。

これは仕方ないことであり、むしろ次の回復期以降を担う病院の選定や、生活していくうえでの支援体制の整備など、「出口戦略」が肝心になると思います。ソーシャルワーカーやケアマネ

ジャー、行政など、誰かキーパーソンとなる人にかかわってもらい、適切な後方施設へスムーズに移れる仕組みづくりが必要だと感じています。

中西 現実的に「入口」、ゲートキーパーの役割を担うのは急性期病院にならざるを得ないでしょう。そのため、それほど重症ではない患者さんが急性期病院に一定期間入院することになる。その構造はどうしても変えられないと思います。

宮崎 2022年度診療報酬改定でも、「急性期充実体制加算」の新設などがありました。私が管理者である東京北医療センターは地域医療支援病院ですから、診療所などから紹介を受ければ、「最後の砦」として患者さんを断ることはできません。もちろん、医療資源を投入する医療にも重きを置かなければなりません。地域医療を守ることも、急性期病院の使命だと思っています。

人口の少ない地方都市と同じ連携づくりはできない

—特に、独居高齢患者の受け入れ先が見つからず在院日数が延びてしまふというお話がありました。その対応策としてはどのようにお考えでしょうか。

中西 私が運営する町田慶泉病院は、急性期病床、医療療養病床、回復期リハビリテーション病床から成るケアミックス型病院なので、術後の患者さんは回りへ移行し、リハビリをしながら次の受け入れ先を探す余裕があります。しかし、急性期病床のみの病院は、すぐに転院先を見つけないといただけないため連携先の開拓が重要になり



中西 泉

なかにし・いずみ●1972年、慶応義塾大学医学部卒業。同年4月、同大学外科学教室所属。83年8月、町谷原病院副院長。88年3月、同院長。2005年、医療法人社団慶泉会町田慶泉病院理事長・院長。13年8月、同会理事長。東京都病院協会では常任理事、急性期医療委員会委員長

ます。また、連携先を確保していても実際にはどこも満床で簡単には受け入れてもらえず、結局自院で診ざるを得ないのが実状という病院もあると思います。

宮崎 その点ではケアミックスは理想的ですが、一方で国は、病院ごとに機能分化してほしいという方針を打ち出しています。そうすると、やはりポイントでは連携ではないでしょうか。

たとえば、新型コロナウイルス感染症の第6波の渦中、当院に入院された高齢でADLも低い患者さんは、新型コロナウイルスから回復し療養解除基準も満たしているのに、家に帰れないという状況に陥りました。

療養型病院に受け入れてもらおうとしたのですが、さらにその先の高齢者施設でクラスターが発生するなど、あちこちで「目詰まり」を起こしてしまつた結果、急性期病院の逼迫にもつながったのです。そんなとき、都全

体で幅広く柔軟に対応できるネットワークが必要です。

中西 国の医療政策のもと、民間病院はこれまで、政策が求める医療提供体制に近づけるため、さまざまな期待や要求に応じてきました。近年は、急速な高齢化に対応すべく高齢者医療に重点を置いた体制を整えてきたのですが、今回のパンデミックのような想定外の事態が起こるとたちまち身動きが取れなくなってしまう。この両立は非常に難しい課題です。

宮崎 よく「選択と集中」がうまくいつている地方都市の医療体制が例に出ますが、同じことを東京都の病院に求めても、簡単なことではありません。人口規模も医療機関数も地方とはけた違いに多い都市では、医療機関同士の顔の見える関係づくりも容易ではないということ。300床病院を10施設集めて3000床の病院に集約すれば、医療資源を有効活用できるでは



宮崎 国久

みやざき・くにひさ ● 1984年3月、自治医科大学医学部卒業後、長崎中央病院(現・国立病院機構長崎医療センター)、長崎県内の島の病院、自治医科大学大宮医療センター(現・自治医科大学附属さいたま医療センター)等を経て、2004年東京北医療センター外科部長に就任。14年より同センター管理者。東京都病院協会では常任理事、診療情報管理委員会委員長

ないか」との意見もあります。確かに理屈はそうかもしれませんが、経営理念も組織風土も異なり、連携さえ十分でない病院同士が集まるのは簡単ではありません。結局、現状としては各病院の努力、あるいは間を取り持つキーパーソンの力を借りて、病院同士が役割を担い合う形で地域医療を支えていく形がベターだと思います。

——東京都ならではの経営の難しさもあるのでしょうか。

中西 都は地方と比べて土地代や人件費など、あらゆるコストが非常に高いため、診療報酬の点数が都も地方も同じ現状では、都内医療機関の経営環境が厳しくなるのは避けられません。そんな状況を背景に、地方で精力的に展開する医療法人が都内の経営状況の悪化した病院を買収して改修するといったケースも実際にあるわけです。

当院の場合も、人件費率は6割近くになっています。医療はどうしても人手がかかりますから、人件費を抑え詰めるのは難しく、人件費率を抑えるには売上を上げるしかありませんが、利益率も相当に低いため、急性期病院は経常利益率が2〜3%です。これが、都内民間病院の実態なのです。都民の皆様が知っていただきたいのは、都内の病院がいかに苦しい経営状況でやりくりしながら医療を提供しているのかという現実です。いまや、病院の相当な犠牲のうえに東京都の医療が成り立っていると言っても、過言ではないでしょう。

経営環境だけではなく、ヒトの問題も新たな課題が

——経営課題で言えば、人手不足も深刻です。直近では医師の働き方改革が進められていますが、これについてはどう見ておられますか。

宮崎 私が大学を卒業した1984年頃と今の医師数を比較すると、人口比では2倍以上になっています。看護師も、昔は急性期病棟の患者対看護師の割合は13対1でしたが、今は7対1。看護師1人が看る患者数は減っているはずですが、それなのに、今の現場は誰しもが多忙を極めています。私は業務量が格段に増えているからだと思っています。今、医療界では「医師の働き方改革」が進もうとしています。労働時間の削減が目が行きがちですが、業務を整理して効率よく働く体制も大事です。このままでは、現場の負担は減らないのではないのでしょうか。

中西 働き方改革で心配なのは、臨床医一人ひとりの経験の機会が損なわれてしまうことです。「残業できない」とさつさと帰ってしまうなかで、臨床医のレベルは従来どおり果たして維持・向上できるのかという点を心配しています。昔の大学病院では、多くの医師が勤務後も残って緊急手術などがあれば一斉に手術室へ見学に押し寄せ、術後には術者を囲んで議論を交わす光景がよく見られたものです。

要するに、臨床医は「業務」以外の部分でもいろいろなことを学ぶことでスキルや実力を上げていた一面もあるのです。代替となる教育体制を設けないままにその機会が失われると、臨床医の質が落ちるだろうという危惧があります。

宮崎 それはありますね。実際に振り返っても、勤務時間後も現場でいろいろと吸収した経験を得られたことは、医師としては幸せだったと思います。緊急手術の見学などに行つて刺激を受

けることもですが、自分が治療している患者さんにより長く寄り添えるという意味でもそうです。

「残業するな」と言われ、後ろ髪を引かれる思いで患者さんを残して病院から帰らなければならないとなると、医師としてはある意味、不幸とも言えるかもしれません。

命に限りがあるように医療にも限界がある

——医療の受け手である都民へ向けてメッセージをお願いします。

宮崎 最近では80代や90代でも、がんの手術を希望される方も増えていきます。私も侵襲的処置の可否の判断に、年齢はあまり考慮しません。「人生100年時代」ですから、90歳からさらに10年間を寝たきりで過ごすよりは、元気でいるほうが良いに決まっていますので、この考え方自体は間違っていないと思います。

ただし、これが抗がん剤治療だった場合、必ずしもそうではないでしょう。高額な費用や副作用の負担の大きいことは、軽視できません。

中西 私も同意見です。現に私も以前、100歳の患者さんの乳がん手術を行いました。化学療法となると話は別です。たとえば、90歳まで生きた患者さんと20歳の患者さんがいたとして、1バイアル30万円以上の薬を同じように使えば、際限なく医療費は上がっていきます。

宮崎 今後、がん治療も高額な分子標的薬が中心になってくると、限られた財源で医薬品費ばかりが高騰するでしょう。これを公的医療保険でどこまでカバーするのか。その判断については、



すべての人に保健・医療・福祉サービスを
—持続可能な医療経営に向けて—

日本医療経営 & 26 Congress コンサルタント学会



会 場：ホテルニューオータニ東京
主 催：公益社団法人日本医療経営コンサルタント協会
学会長：永山 正人/大会長：川原 文貴/実行委員長：眞鍋 一



損保ジャパン
SOMPO Innovation for Wellbeing

Innovation for Wellbeing



損害保険ジャパン株式会社

〒160-8338 東京都新宿区西新宿1-26-1 <https://www.sompo-japan.co.jp/>

国で何らかの基準を設ける必要があるでしょう。

中西 私は、医師の技量も求められるという気もしています。誰しも最先端の治療薬があつて使えばよくなると聞けば、使いたいと思うでしょう。そこで、「何が何でも治療して、どんなに苦しくても1日でも長生きするほうがいい」という1つの考え方だけを示すのではなく、患者さんの人生観を尊重しながらうまく対話し落としどころを探せる臨床家がいれば、患者さんいろいろな選択ができるはずですよ。

そうした話ができる多彩な経験のある臨床家が、これからは求められるのだと思います。命には限りがあります。運命を受け入れつつ、自分の生き方を大事にすることが、患者さんにも問われています。それを十分踏まえて考えたうえで、自分に合った医療を選択していただきたいです。

宮崎 命の限りと同じく、医療にも限界があります。なかには、医療に過度の期待をされる患者さんもあります。例えるなら、コンビニエンスストアに百貨店並みの品揃えを期待するような人です。病院が提供できる医療には限りがあり、24時間365日、患者さんの望みどおりの医療を何でも差し出せるとは限らないことを、患者さんにもご理解いただきたいです。

医療に限界があるからこそ、自分に最適な方法を賢く選択していただきたい。そのためには信頼でき、自分をよく理解するかかりつけ医を持つていた

— ありがたいございました。

【回復期・慢性期】

帰りたくても帰れない

社会的弱者をどう受け止めるか

一般社団法人
東京都病院協会常任理事

進藤 晃

一般社団法人
東京都病院協会常任理事

土谷 明男

疾病構造の変化のなか 患者を支える「回復期」

— 患者の高齢化が進むなかで、「回復期」の医療提供への注目度が高まっています。現状、必要とされる役割など、どのようにお考えでしょうか。

土谷 東京都病院協会では昨年、回復期医療委員会を立ち上げたのですが、その際に「そもそも『回復期』とは何なのか」という論点が上がりました。そのくらい、担うべき役割が多いからです。患者さんやその家族から見ると、回復期という名称から、「治療して疾患やけがが癒え、地域や家庭に帰る前の段階」とイメージされると思

います。しかし実際には、まだ急性期病院で診たほうがよさそうな患者さんを回復期の病院で受けることもかなり多いですし、救急車を受けることもあり、逆に慢性疾患など、完治は難しい病気をもらった患者さんも増えています。そうすると、他の医療機関や介護施設とも連携する必要があります。疾患

病構造は変わってきているし、患者像もずいぶん違ってきました。今までの医療体制は、結核や交通事故など、一つの疾患に対応することを想定していましたが、高齢化に伴って一つの疾患を治したら帰すという構図は成り立ちにくくなっています。

たとえば、脳卒中で急性期病院に運ばれた患者さんが治療を経て回復しても、その方が高血圧や糖尿病なども抱えていれば、そのまま「お大事に」と言っで見送るだけというわけにはいきません。再発を防ぐために継続治療していかねばなりませんし、時には在宅医療につながる仕組みも必要です。そんな人を支える中間的な存在として、回復期があります。

土谷 80〜90歳の高齢患者さんが骨折や肺炎などになったとき、ご家族は「治して」と言いますが、もう以前と同じ状態に完全には戻らないということも知っていただかなければなりません。老化の過程でだんだん身体は衰えていくのですよと、根気よく、話しています。発症前はとも元氣だった患者さんの場合、家族で延命治療などに



土谷 明男

つちや・あきお●1998年3月、群馬大学医学部卒業。同年5月、東京医科歯科大学整形外科入局。以降、関連病院に勤務。2007年3月、東京医科歯科大学大学院整形外科分野卒業。12年4月、医療法人社団葛西中央病院理事長・院長(現職)。以降、在宅を含む地域医療に従事。18年3月、公益社団法人東京都医師会理事(現職)。東京都病院協会では常任理事、回復期医療委員会委員長、医療安全推進委員会委員長

ついて話し合ったことがないことがほとんどです。人生の終わりから逆算し残された時間をどう過ごすのか。いわゆるアドバンス・ケア・プランニング(ACP)を、都民の皆さんにもっと触れていただきたいですね。

進藤 それぞれの死生観にまで及ぶ判断を踏まえたうえで、提供する医療を考えなければなりません。「とことん医療」と「まあまあ医療」という表現があります。

前者が、「治せる病気はきちんと、早く治す」ことを目指すのに対し、後者は「治せない病気は癒す医療にシフトして、満足してもらうことに注力する」という考え方です。この言葉を借りるなら、回復期や慢性期の医師が、患者さんごとの死生観や希望を聞いたうえで、どちらに比重をかけるかを判断することも、患者さんの幸せを実現するうえではとても大事ではないかと思

土谷 ただ、本人や家族の意向がすべてかなえられるとは限らず、落としどころが必要な場合もあります。そこでポイントになるのは、やはり社会だと思

患者・家族の意向や医療者の考えだけでは不十分で、その時々、文化的背景や社会制度上の制約といった社会的状況も加味することで、落としどころを決めなければなりません。

進藤 そうですね。たとえば、ある日高次脳機能障害により失語症になった独居高齢者がいたとして、本人の意向は「自宅に帰りたい」だったとしても、自宅での支援や見守りの制度が地域に十分整っていないければ、帰すことはできません。土谷先生が言われたとおり、社会的な状況が許してくれないが、本人は帰れると思つていてというギャップが生じることになります。

土谷 昨今、医療介護連携や在宅医療の成功事例として取り上げられてい



進藤 晃

しんどう・あきら ●1989年に埼玉医科大学卒業後、埼玉医科大学付属病院循環器内科入職。92年、大久野病院に入職後、96年、同院院長に就任。99年、医療法人財団利定会を設立し理事長に就任。東京都病院協会では常任理事、慢性期医療委員会委員長

るようなケースは、現状はほんのひと握りです。もちろん、理想へ近づくための追求は大切ですが、生じたギャップからは目を背けずしっかりと対応していく必要があります。

回復期・慢性期の現場はケースワークが肝の時代

——高齢化や疾病構造の変化に伴うギャップが挙げられましたが、そのなかで現在の回復期・慢性期の現場では、どのような役割や仕事が重要になっているのでしょうか。

進藤 ケースワークは特に重要です。先ほどの失語症になった独居高齢者の例ですが、元氣だった方が突然倒れて急性期病院で治療を受け、その後回復期病院に転院しても、そのままでは家へ帰せないといった場合に、ケースワーカーを中心に必要な対応を話し合っていく必要があります。「お金はここまでしか使えない」「それならこういった施設がある」

「在宅ではこんなことができるが、費用はこれぐらいかかる」など、その方の生活水準なども含め組み立てていくには、ケースワーカーの存在が肝となります。私が運営する大久野病院の地域連携課には、ケースワーカー3人と看護師1人を配置しています。看護師がいることで、医療的な相談にも随時対応できるようにしています。

土谷 私の葛西中央病院は現在、MSWは1人です。1人ですべてのケースワークに対応することはできないため、そのMSWを軸に、看護師、管理栄養士、リハビリスタッフなどが情報共有して、対応していく仕組みを設けています。週1回、患者全員についてのカンファレンスを開き、「この人は退院に向けてどうすればいいか」「リハビリ視点ではどういった状態になれば自宅に帰せるか」「この患者さんはあの施設に入所する予定なので、こうした調整が必要だ」など、特に行き先の決まっ

ていない患者さんを重点的に検討していきます。医療だけではなく、社会的背景や患者自身が人生のどの過程にあるのか、家族との関係など、人の全体をすべて見ながら、ケースワークすることになります。それは当院に限ったことではなく、昨今の回復期・慢性期病院はどこも皆取り組んでいるはずですから。そうしなければ、患者さんが地域に帰ることができません。

進藤 その方の人生と家族を「見なければ」、どう「診ていく」かも決まりません。先ほどACPも話題に上がりましたが、そんな患者さんの「人」の部分を知っている医師がACPの1員に加わって方針を決めていかないと、難しいのではないかと思います。

——ケースワークを行うなかでの課題や、今後の対応策についてはいかがでしょうか。

土谷 課題の一つは、ケースワークには多くの人手と時間がかかることです。病气やけがでこれまでの生活が困難になった場合、家に帰るための算段を一から整えていく必要があるからです。解決しなければならぬのは医学的問題だけではなく、ということですが、また、先述のとおり、そこには本人の意向だけではなく、家族の意見や社会制度上の問題、お金の問題も出てきます。

進藤 そうした課題の解決を誰が請け負っているのか、どれぐらいの労力がかかるのか、現場を実際に見なければなかなか理解が進まないと思います。人件費などのコストが診療報酬という形で担保されているわけでもなく、病院の持ち出しとなっているのが現状でしょう。

理解を得るのは難しいところですが、患者さんごとに時間をかけてケースワークを行い、「自分たちのこれからのあり方」に納得していただくまでには、確実に時間とコストがかかっているのですが、現場の外からは見えづらいため、あまり重要視されていないのが、回復期・慢性期の現場の悩みです。

社会的弱者をいかに受け止めるか

——厚生労働省からは、慢性期病院においても患者を治し地域へ帰す流れをつくるような方針を打ち出そうとしているように感じますが、現場としてはどう見ますか。

進藤 たとえば、在宅でも人工呼吸器などは使用できますから、医療提供の面だけを考えるならば、帰れるでしょう。ただ、先ほどからも指摘されているように、地域や在宅でそうした受け入れるための環境を整えることが難しいため、慢性期病院にとどまっているという状況です。

土谷 環境に加えて、家族や介護者といった周りの人の覚悟も必要です。その点では、在宅に移行できる方は恵まれた人々たちなのです。やはり一定数はそうした環境を整えられず、取り残されてしまっています。その人々たちを誰かが看取り、吊つていく必要があります。それは非常に尊い仕事だと私は思っています。そのために社会として人としてどう工夫しているのか。これから高齢者医療は、そうした陰ながら奮闘する仕事であり、私たちが担っているのはその部分になります。

こうしたホスピタリティの担保は、医療というよりも心の領域になるた

病院を必要とするすべての人に
強みや「想い」を伝える

Hospitals File

ホスピタルズ・ファイル

お問合せ先:株式会社ギミック ホスピタルズファイル編集部 hospitalsfile_info@gimic.co.jp

aim エムサービス株式会社
SERVICES

安全安心な食の提供で「選ばれる病院/高齢者施設づくり」をサポートします。

〒107-0052

東京都港区赤坂2丁目23番1号アークヒルズフロントタワー
東日本営業開発部 TEL: 03-6234-7552

め、限りある財源をどの程度、使うのかという論点も浮上します。これから財政がさらに厳しくなれば、今よりもっとお金をかけずに運用していくことが求められていくと思います。ただ、時間をかけて温もりをもって支援していくという方針は、そこまで間違っていないのではないのでしょうか。

進藤 願わくば家で看たいけど、どうしてもそれができない。だから大切に看てくれるところで過ごしてほしいというのは、家族の心情でしょう。そのために、限られた費用でもできるだけ良いものを提供するにはどう工夫すればいいか。そのように考えていくべきなのだろうと思います。

——最後に、これからの回復期・慢性期病院における、お二人の姿勢や使命を教えてください。

土谷 冒頭に紹介した「とことん医療」と「まあまあ医療」で言えば、回復期・慢性期病院が提供する医療に関しては「まあまあ」かもしれません。しかし、人の人生を支えるという意味では「とことん」やっていると自負があります。一昔前までは、「医療は治したらそこで終わり」でしたが、私たちは今、その先を丁寧に取り組んでいると言えるでしょう。

困っている人を救うと言うと、おこがましい言い方かもしれませんが、一緒に悩むということに尽きるのだと思います。一緒に悩みながら困っている人たちやその家族を支えるというのが、私たちの大きな使命だと思います。

進藤 急性期病院の医師は、その培った専門技術を短期間に効率よく多くの方に提供するほうが、都民にとってのメリットになります。しかし、その

うち2割くらいは、どうしてもそのまま帰ることができない患者さんがいらつしやいます。その2割くらいの人たちのために用意されているのが、私たち

の病院であり、その方たちが理解し納得していくための時間を提供する場でもあると考えます。

——ありがとうございます。

【政策・感染症】

コロナ禍の教訓から

都内医療の有効活用を体制を

一般社団法人
東京都病院協会副会長

安藤 高夫

一般社団法人
東京都病院協会副会長

大田 健

「国難」という意識を共有し
逃げずに立ち向かった

——安藤副会長が理事長を務める南多摩病院、大田副会長が院長を務める複十字病院では、早期の段階から新型コロナウイルスの受け入れ等に力を尽くしていました。当時の振り返りをお願いします。

大田 複十字病院での最初の症例は、2020年2月とかなり初期でした。夜間に近隣病院から「肺炎らしい患者がいるので診てほしい」との依頼を受けたのですが、当時の当直医が鋭く、少し調べたほうが良いと判断して一般病棟の個室に受け入れた後、すぐに陰圧室へ移しました。結果、陽性と判明し、この際10人弱が濃厚接触者となりましたが、幸い全員陰性でした。まさに手探りの対応でした。

安藤 南多摩病院の最初の対応は、中国・武漢から帰国した日本人の診

療支援でした。チャーター便の到着前夜に厚生労働省から連絡を受け、「国内のさまざまな施設で受け入れ、隔離しなければならぬが、医療スタッフ

が不足しており、医師を派遣してもらえないか」という要請があり、当院でも派遣するとともに、こちらからも関係各所に支援要請を依頼したことを覚えています。その後も、ダイヤモンド・プリンセス号の乗客や、八王子エリア周辺の患者など、益子邦洋院長の陣頭指揮のもと積極的に受け入れてきました。

また、接触者外来の開設や、クラスター発生した病院や保育園などへのスタッフ派遣などの周辺対応にも取り組んでいます。大田先生の複十字病院は、もともと感染症対応に強い病院ですが、院内に感染症関連の教育やシステムがすでにあつたのですか。

大田 もともと当院は結核患者を受け入れる病院としてスタートしたこと



安藤 高夫

あんどう・たかお ●1984年3月、日本大学医学部卒業。89年8月、医療法人社団永生会理事長。97年4月、東京都慢性期医療協会会長。99年4月、八王子医師会理事。2003年4月、全日本病院協会副会長、東京都病院協会副会長、東京都医師会理事。06年4月、日本慢性期医療協会副会長。14年12月、医療法人社団明生会理事長。15年6月、日本医療法人協会常務理事。17年～21年、衆議院議員を務める

もあり、職員間に感染症対応に関する基本的な知識やスキルは備わっていました。そのため、最初の症例以降はしばらく間が開きましたが、その後の受け入れも比較的スムーズにできました。

安藤 当院は感染症特化の病院ではなかったため、体制づくりや職員への呼びかけなどで正直、苦労しました。コロナ禍は国難であり、地域へ貢献するのが私たちの役割ではないかと事務

したから、怖いのは当然です。反対意見は、私まで直接は聞こえてきませんでしたが、おそらくあつたと思います。そのため、用意した病床は最大限運用する、しかし、それ以上は難しいので依頼があつても他をご紹介してお断りするという姿勢も合わせて打ち出しました。

能力以上のことをしようとすれば、かえって病院にクラスターが発生し、他の患者に迷惑がかかります。できる範囲で力を尽くそうと明確に職員へ伝えたところ、少しづつ現場の不安も落ち着いていきました。幸い、新型コロナウイルスを理由に離職する職員もいませんでした。

安藤 あとは、危険手当などもなるべく早く対応したのはよかったと思つています。

大田 現場はリスクを負って仕事をしてくれているわけですから、それに対する評価はきちんとすることが大切です。

機能ごとの役割分担が
医療資源の有効活用

——日本は諸外国のような専門病院の設立といった施策は取らず、民間病院をはじめ個々の病院の一般医療従事者が献身的に対応し、今に至っていると言えます。

安藤 東京都は中小民間病院が多く、複十字病院のように感染症に強い病院もありますが、ほとんどは一般病院です。そのなかで、さまざまな病院が少しずつ新型コロナ患者を受け入れ、しかもそれ以外の一般救急患者の受け入れも止めずに運用していく難しさに直面しました。当法人は一般救急を極力止めずにやっていくと決め、非常に苦労しましたが、現在に至るまで何とか救急を止めずに対応できています。

また、20年末ごろからは慢性期病院である永生病院やセントラル病院でも感染者受け入れに取り組みまし



大田 健

おおた・けん ●1975年、東京大学医学部卒業後、77年、東京大学物療内科入局。国立国際医療研究センター呼吸器内科技官、東京大学物療内科助手、聖マリアンナ医大講師、帝京大学内科助教授、同大学呼吸器・アレルギー内科教授を経て、2012年4月、国立病院機構東京病院長、18年4月に名誉院長。同年4月、公益財団法人結核予防会（JATA）複十字病院長に就任。19年6月、東京都病院協会副会長

た。これは、行政・病院団体等をはじめとした多方面からの要請もありますが、院内感染が発生し、特定の病棟に感染者を集めざるを得なくなったという事情もあります。感染者への対応をする病棟をつくるのなら院外からも少なからず受け入れていくと判断したのです。慢性期病院で受け入れてよかつたと思ったのが、高齢の感染者を受け入れられたことです。

高齢患者は一般的に、認知症の進行や体力低下などで介護が必要な人が多く、回復にも時間がかかります。慢性期病院はそうした患者への対応に慣れています。そうした患者を永生病院やセントラル病院が引き受けることで、他の急性期病院には若い患者さんを受け入れていただき、退院したら、すぐに新たな患者を受け入れるという役割分担ができました。

大田 おっしゃるとおり、役割分担によつて医療資源を有効活用できると感じました。これは、行政・病院団体等をはじめとした多方面からの要請もありますが、院内感染が発生し、特定の病棟に感染者を集めざるを得なくなったという事情もあります。感染者への対応をする病棟をつくるのなら院外からも少なからず受け入れていくと判断したのです。慢性期病院で受け入れてよかつたと思ったのが、高齢の感染者を受け入れられたことです。

——今回のコロナ対応を契機に、病院が力を合わせて地域医療を支える仕組みが構築できると安心できます。

安藤 都立・公社病院を含む東京都全体での新型コロナ患者の受け入れ体制に関しては、猪口正孝会長を筆頭に東京都病院協会（都病協）でも繰り返し発信してきました。この効果も大きかったと感じます。特に猪口会長は東京都医師会（都医）の副会長でもあり、他にも都病協と都医両方で幹部を務めている方々がいたからこそ、都病協、都医、そして東京都がスムーズに連携できたと感じています。こうしたネットワークがコロナ対応の基盤にあることは、都民の皆さんにも知っていただきたいですね。

——都病協の活動としては、コロナ禍において「ヒト」では職域接種や宿泊療養施設への人員出動、「モノ」ではマスク、アルコール、PPE等の物資調達、「カネ」では病院の経営支援に向け、国や東京都と現場の橋渡しも担いました。

安藤 支援金も含め、都病協の働きかけをきっかけに制度化されたものもあります。衆議院議員であつた私のものにも、当初より新型コロナを受け入れていた病院から経営が危機的な状況になっていたという話が届いていました。そのため、収支内容をもとに必要な支援額を試算し、都だけでなく国にも支援を要望しました。

さらにその後、日本医師会、日本薬剤師会、日本歯科医師会、全国老人保健施設協会などからも同様の意見が挙がるようになりました。そこで、各団体でデータを収集し、必要な補助金へとつなげるための検討を進めて、20年5月に補助金案を作成し国へと提出

したのです。結果的に案のうち8割ほどが国の補正予算に反映されました。

大田 補助金という形で支えていただいたことで、中小病院においても倒産という事態は避けられましたし、むしろ頑張りが評価されるということでも、安心して新型コロナに対応できたことは確かでしょう。

——大田先生は、都病協の新型コロナウイルスの院内感染防止マニュアル制作にも携わられました。

大田 都病協から、「COVID-19禍における病院BCP作成のための指針」というガイドラインを整備しました。この要請を受けて、当院のマニュアルをもとに病院関係者や学識経験者の方々と一緒に作成しました。新型コロナに對しどのような形で対応していくことで、病院としてクラスター発生などを防げるのか、また、発生した場合の対応も含めて、標準的に推奨される方法や対応をまとめることができたと思います。あくまで絵に描いた餅ではなく、各病院がそれぞれの状況に応じて実践できるよう、配慮したものです。

安藤 このマニュアルが院内感染対策の基礎として、都内病院はもちろんのこと、全国的にも周知されていきました。作成にかかわつたのは感染対策の第一人者ばかりですが、そうした方々との太いパイプがあることも都病協の強みと言えます。

——今後、高齢化が一段と進展します。医療政策と民間病院のかかわり方についてどのような考えですか。

安藤 国の政策で私たちに関連するの

株式会社イジュリー

◆入院セット・リースシステム ◆請求～回収代行システム

・パジャマ・タオル・肌着

◆私物ネット洗濯

・日用品・紙オムツ等

◆寝具・リネン・白衣等リース

気持ちの良い入院・入所生活を全力でサポートいたします

本社 〒339-0036 埼玉県さいたま市岩槻区横根 2340-7 Tel.048-791-3112

エムピックらいふは自治体PCR等検査無料化事業の協力検査会社です。

確かな検査で 明るい未来を

ALSOX

食と環境の安心安全の世界標準を目指す



株式会社エムピックらいふ

〒140-0002 東京都品川区東品川2-2-24

天王洲セントラルタワー 18階

TEL:03-5769-7247 FAX:03-5769-7248

《取り扱い検査項目》

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ 腸内細菌検査 | ☐ 食品栄養成分分析 |
| ☐ ノロウイルス検査 | ☐ アレルギー検査 |
| ☐ 食品微生物検査 | ☐ 残留農薬検査 |
| ☐ 食品保存検査 | ☐ 異物混入検査 |
| ☐ 拭き取り検査 | ☐ 室内化学物質検査 |
| ☐ 水質検査 | ☐ 放射線量測定検査 |
| ☐ HACCPサニテーション | ☐ 新型コロナウイルス検査 |

は、大きく地域医療構想と地域包括ケアがあります。前者は、患者の状態に応じて高度急性期、急性期、回復期、慢性期という形で病院単位で役割を分担し、状態が落ち着いていくごとにバトンタッチしていくことを軸にしています。都民の皆様的身近にある民間病院の多くは高度急性期よりも、急性期から慢性期までの医療を担うことになるでしょう。また病院として、在宅医療を支えることも必要かもしれません。病院以上に地域の方々にとっては身近な診療所が中心的な役割を果たすこととなりますが、東京都は今後ますます高齢者が増えていきますから、皆で力を合わせる必要があります。病院に在籍する内科、外科、眼科、耳鼻科、整形外科、精神科——などの専門医が病態に応じて訪問診療を行い、何かあれば病院へ入院してもらう。役割分担を軸とする国の政策はあるけれど、一方でそういう観点から医療体制を見直し、ある程度の急性期患者を受けられるけれど、さまざまな機能も持つ「慢性期地域包括ケア病院」のような形も必要かもしれません。

私の医道

自見 庄三郎

元金融・郵政大臣、医師

1983年12月、衆議院議員に初当選して以来、多くの人と議論し、お考えに耳を傾けてきた。しかし、どうしてもゆずれない場合は、決して引き下らず、自分の信念を貫いた。

郵政大臣として郵政問題を解決するために奔走していた頃、数度にわたって橋本龍太郎総理と激論を交わした。通信行政と郵政事業の一体化を強硬に主張していた私に対して、「なぜ一体でなければならぬのか。その理由は何か」と激しい口調で詰問された。

第18回

政治家としての姿勢

私は非礼を承知で「お言葉を返すよ

うで恐縮ですが、歴史的にも世界中を見渡しても、郵便と通信は類似業務として一つの組織で行われているのが一般的であって、例外はアメリカとカナダ、デンマークの3カ国だけです」とやり返した。議論はさらに過熱し、ついに「自見君、そこまで言うかつ」と詰め寄られたが、私はひるむことなく「言いますよ」と言い返した。

すこととなりますが、東京都は今後ますます高齢者が増えていきますから、皆で力を合わせる必要があります。病院に在籍する内科、外科、眼科、耳鼻科、整形外科、精神科——などの専門医が病態に応じて訪問診療を行い、何かあれば病院へ入院してもらう。役割分担を軸とする国の政策はあるけれど、一方でそういう観点から医療体制を見直し、ある程度の急性期患者を受けられるけれど、さまざまな機能も持つ「慢性期地域包括ケア病院」のような形も必要かもしれません。

大田 当院も、以前は医師が往診対応等を行っていましたが、今は主に自前の訪問看護ステーションが病院と在宅患者さんの窓口を担ってくれています。退院時にも訪問看護師がうかがうので、患者さんも安心感があると思います。私が少し懸念しているのは、国が、病院の役割分担を強引に進めようとしているのではないかと。今回のコロナ禍のような事態が起きた場合、急性期に負担が一気にかかり、その後のポストコロナ患者さんを慢性期ですべて診ることができているかと言

閣議とは、秘書官であつても中の様子うかがうことすら許されない、閣僚だけの世界である。大臣に就任して初めて閣議室に入り、他の17人の閣僚とともに直径約5mの円卓を囲んだ時、「ここが国家の中核だ」という、とてつもない重圧が身体にのしかかったことを覚えている。こればかりは、経験した者にしかわからない感覚で、筆舌に尽くしがたい。その席上で総理とやり合ったわけだ。ちょうど同期の町村信孝先生が文部大臣

で、このやりとりを聞きながら「自見君が罷免されてしまう」と冷や汗を流した」と後でつぶやいていたが、私も政治生命をかけてこの難局に臨んでいたから、引くわけにはいかなかった。

実際、総理にモノ申すことがどれだけの重圧を伴うか。戦後間もない頃、吉田茂内閣のもと、外務省の人員削減策が示されたことがあった。約2万人から約5000人に減らすという大リストラ策である。この時、外務大臣は吉田総理に

た。医学生の時、大学紛争に巻き込まれ、あやうく命を落とすという場面に何度も遭遇した。一度は失った命と思ひ、世の役に立てようという一心で政治家になつていったのだ。この信念で常に臨んでいたから、2005年8月、小泉純一郎総理が「郵政民営化」を強行すべく衆議院を解散、総選挙となつた際も、私の姿勢は全くぶれなかった。そして今、私の政治姿勢は娘のはなこが継いでくれている。

えば、必ずしもそうではない一面もあります。地域の実情に合った体制を作っていくべきです。

安藤 確かに現状として、ポストコロナ患者さんを受け入れる病院はまだ少ないです。現在、慢性期病院を中心にどうすれば受け入れやすくなるかについて、都と都病協でも検討されています。論点は主に2点で、どんな患者情報が揃っていれば受け入れられるかと、受けた場合の報酬です。

大田 前者については転院の際、発症後の日数も大事ですが、受けていただくからにはその患者さんが絶対にウィルスを持ち込む可能性がないことを、きちんと示さなければならぬと思います。転院先の先生方としては、日数が経過しているとはいえリスクはぬぐえないわけですし、そこは多少手間をかけても検査を踏まえて、安心して受けていただけるのではないのでしょうか。

安藤 それは重要ですね。そうした転院に関する仕組みづくりも今後、都病協としても都と話し合い構築していくべきだと思います。大田先生はもちろん、会員病院の皆さんからも、こうすれば安心できるというご意見をぜひ積極的に寄せていただきたいですね。

大田 その点で私が今回再認識したのが、都病協の先生方が本当に熱心で、こうした不測の事態が起こった際にも東京都の医療を最大限良い形にしている、こうした姿勢で取り組まれていること、すばらしいなと改めて実感しました。

安藤 成り立ちとしても河北名誉会長が仰るようなパブリックマインドから始まっているからでしょう。とても大切なことでありますね。

——ありがとうございます。

東京きらぼしフィナンシャルグループ
きらぼし銀行

東京の地域医療を支える

病院を応援します。

医療・福祉事業部 〒107-0062 東京都港区南青山3-10-43 TEL.03-6447-5770 URL.http://www.kiraboshibank.co.jp

photo © mapo - stock.adobe.com