

# 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

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

2024年(令和6年)3月22日  
第323号  
毎月1回 定価200円(会員購読料は会費に含む)

## 特別レポート 第18回東京都病院学会・前編

# 自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療 働き方改革を見据えて①

第18回東京都病院学会が2月25日にアルカディア市ヶ谷で開催された。「自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療」働き方改革を見据えて」をテーマに、これからの東京都の医療提供体制に必要な要素を、さまざまな観点から検討。当日は、740人が参加した。今月号では、基調講演、協会長講演、学会長講演の模様をお送りする。

### 基調講演

## 国家財政の呪縛 自由市場経済の中の漂い

河北 博文

東京都病院協会名誉会長



河北 博文

私は昔から、本来医療は情緒的であるべきだと思いつけているが、現状の日本の医療は基本的に診療報酬などの国家財政に引張られている以上、なかなかそうならない。今回のテーマにある「自己犠牲」を医療人がやってきた側面は大いにあり、もちろん、献身

的な医療に取り組む心は大切だが、それだけで医療は成り立たない。皆さんには、日本の医療制度を左右している国家財政や我が国の経済状況に関する、もっと基本的な部分を知っていたかなければならないと考えた。

まず、「公(パブリック)」と聞くと公立病院などを連想する人がいると思われるが、そもそも医療自体が「公」であり、「運営主体(セクター)」に自治体などのガバメントセクター、民間のプライベートセクターがある。実のところ、「公」の多くは民間で担える。その例の一つが数十年前の国鉄の民営化だろう。鉄道事業のみでは厳しいからこそ民営化し、資産を持たせることでさまざまな事業を組み合わせ、現在に至る。しかし、民営化した事業体だけが繁栄し、周辺地域が衰退してしまつても問題だ。このつながりをどう考えるかは非常に大切だろう。

今年の2月22日、約34年ぶりに日経平均が3万9000円台を超えて話題

となった。しかし、喜ぶべきかといえど、その間にアジア諸国やアメリカなどでは何倍にも伸びているのに対し、日本は当時の水準によりやく戻つてきたにすぎない。日本経済が置かれているのは、そのような状況なのだ。

そのうえで、財政とは何か。私の愛読書の一つに、財務省監修の『図説日本の財政』がある。同書にもある財政の役割とは、「資源配分の調整」「所得の再分配」「経済の安定化」の3つだ。日本は安定しているようで、年々低レベルの安定しか維持できなくなっている。今の国家財政は、第二次世界大戦時よりも悪化していると言われているが、冒頭のとおり、日本の医療費は国家財政に引張られている。

では、すべてが自由市場経済であればいいかといえば、そうではない。たとえば、アメリカの医療費は日本の10倍以上だが、裕福な層以外の中間層や貧困層は高額な医療費が生活を圧迫している。その点では、全国民が医療・介護を受けられるようになっていく日本の医療制度は確かに素晴らしいものだろう。ならば、それを残しながら日本経済の弱さと実質破綻した国家財政の状況を自覚し、今後のあり方を考えなければならぬと思う。

また最近、15歳から64歳のいわゆる「引きこもり」の人は146万人いるとの報道があった。その背景には、心身の問題、特に心のケアの問題が非常に大きな問題としてある。さらに、若い層の死亡原因の第1位が自殺であることも踏まえれば、目に見えない心の揺らぎに適切に対応できていない、日本の医療の現状がある。

こうした心の問題も解決できる医療

を、私たちは大きく伸ばしていかねばならない。そのためには医療・介護従事者自身も、「本当にこの仕事を選んでよかった」と思えるような環境が必要で、それをつくるのも私たちの仕事だと思つてほしい。これができなければ、この先医療・介護界に若い層は入つて来てくれなくなるだろう。

経済学者の宇沢弘文氏の提唱した概念に「社会的共通資本」がある。ここでは豊かな経済生活などの持続的かつ安定した維持を可能にする社会的装置として、自然環境、社会インフラに加え、制度資本である教育、医療、金融などを挙げている。現行の医療制度の外郭ができた当時と比べ、人口も出生数も減つてしまひ、経済状況も悪化するなか、制度資本である医療の質を向上させていくうえで、資本調達のあるり方や制度の建てつけの見直しを考へる時代が来ているのだろう。

### 協会長講演

## 日本の医療における、 東京の病院の展望

猪口 正孝

東京都病院協会会長

2024年診療報酬改定で、7対1の要件が厳格化されたことは皆さんもご存じだろう。この背景には、7対1病床数の割合を減らして医療費を削減していきたいという、財務省の意向があると思われる。ただ、本当に7対1は「警沢」だろうか。むしろ7対1程度の人員はあつてしかるべきだというのが、医療現場の感想ではないか。

アメリカと比べても、日本の病床当



猪口 正孝

たりの人員は医師も看護師も非常に少ない。7対1を「贅沢」だと切り詰めようという日本の医療への考え方は、私としては理解に苦しむ。

重症度、医療・看護必要度も同様だ。削除されたB項目は、以前から日本看護協会をはじめとする看護師たちが絶対に死守すべきと相当働きかけてきた経緯がある。B項目がなくなつた今、もはや「医療・看護必要度」ではなく、「医療必要度」ではないだろうか。

日本は医療をどうしたいのか、そんな時代に私たちは何を考えるべきか。そのなかで東京都病院協会を含む病院団体は、より一層リーダーシップを取っていくことが重要だと思つている。

たとえば、学会長の宮崎国久先生から、へき地医療をマンパワーで支えるのは難しいという問題提起があつたが、都病協には都内368病院(24年2月25日時点)が集まつている。つまり、1つの病院ではできないことを複数の病院に呼びかけ解決していくことも、私たちの役割だろう。

実際に、パンデミックや災害医療などの研修には多くの医療従事者が意欲的に参加している。病院団体が旗振り役となつて参画を募れば、大きな力になるのではないかと期待している。また、こうした研修やへき地医療など、定期的に日常業務とは異なる環境に身を置く機会は、医療人のモチベーションにも寄与するのではないか。

とはいえ、東京都の病院が抱える課題は多く、前述した診療報酬改定もその一つだ。これまでの改定でも、民間病院は地域医療や自分たちの生活を守るために踏ん張り、半ば献身的な働きもして身を削ってきたが、今年4月には働き方改革も始まるなか、6月以降はどうなっていくだろうか。

地域医療構想もそうだ。実のところ地域医療構想とは、行政が示した膨大なデータをもとに各地域が自らの問題を挙げ、解決していくための方策なのだ。つまり、行政から方向性を宛がわれるのではない。うまく活用すれば自分たちで地域に必要な医療提供体制を整備していくチャンスになるだろうが、そこまで議論が行きつつかずに終わっていることも少なくない。

ここで、都内の二次医療圏や受療行動の話をしよう。面積は島しょを含め約2200km<sup>2</sup>、二次医療圏の全国平均が約1061km<sup>2</sup>のため、単純計算だと都には2つの医療圏があれば十分ということになる。地形はほぼ平野で、比較的山間部である西多摩方面もそれに居住者がいることもあり、山間や海などに医療圏が分け隔てられている道府県とは事情が異なる。

そのうえで受療行動を見ると、非常に大きく患者が移動しており、ほぼ一つの医療圏のような受療行動をしていることがわかる。昨今はパンデミックもあつて患者が減り、病床稼働率も下がっていたが、最近はまだ入院患者も戻り始めてきた印象を受ける。

ただし、患者が戻る一方で人手は足りていないままだ。そもそも地域医療



構想の議論が始まつた13年当時から、東京都の病床数は過剰にもかかわらず、そこで働いている医療人の数を計算しないまま基準病床数などの話をするのは問題だろう。

最後に、災害医療についても触れておきたい。先般、日本災害医学会で登壇の機会をいただいたが、南海トラフ地震にしても首都直下型地震にしても、将来起こるとされる災害時に、都内の民間病院はかなり被害を受けると思われ、医療提供体制そのものが非常に小さくなるだろう。そうなれば災害拠点病院や連携病院が200%以上で稼働して対応しても限界がある。

そのため、都病協と東京都医師会が以前から提案しているのが、コロナ禍の臨時医療施設も参考にした、災害時やパンデミック時に備えた専用施設を事前に用意しておくことだ。各区市町村に100床程度の施設があると、状況に合わせて小回りが利いていいだろう。



宮崎 国久

う。中等症程度までの受け入れや、高度な病院で治療を終えた患者の受け皿として使い、人員は冒頭でも言つたように平時に研修を受けていた各地の病院の職員に集まつてもらうわけだ。

そろそろ日本は、平時のものを有事に転用する形から、平時から有事用のものを持つておくという形へ発想を変えるべきではないだろうか。

学会長講演

自己犠牲に頼らないチームとシステムで築く献身的医療

宮崎 国久  
第18回東京都病院学会学会長

に医師のあり方も専門職から労働者に変遷したことも、一つのポイントだと考えている。私自身も昭和の人間だが、当時の医師には勤務時間が終わつても病院に残り、急患がくれば自己研さんになると、いつ休んでいるのかわからないような人も多かつた。ただ、やはりそうした考えは根本的に見直し、医療機関も1人のスーパーマンが回すのではなく、皆で取り組んで同じ質を担保するという発想に変えていかなければならないことだろう。

次に、私が現在管理者を務める東京北医療センターと、その母体の公益社団法人地域医療振興協会について紹介する。へき地医療を担い、地域保健医療の質向上による地域振興を目的に、私の母校である自治医科大学の卒業生たちを中心に設立された組織だ。

主な事業としては▽施設運営事業、▽医師派遣・診療支援事業、▽医師研修事業――の3本柱であり、北は北海道池田町、南は沖縄県与那国島まで施設運営を行っている。都内にも複数の運営病院がある。なぜかというところ、多くのへき地医療の課題として医師が確保できないという相談は、当協会にも多く寄せられる。それを何とかするためにはへき地医療に取り組み医師の育成が必要であり、東京の運営病院にはそうした医師教育の役割もある。

実際の医師派遣実績については、2022年度だと協会内の施設には年間1万4477日、運営施設以外の依頼でも1700日ほど派遣している。

また、東京北医療センターは、東京都北区周辺の医療圏の急性期を担う病院に位置づけられており、病床数は351床でICU(8床)HCU(12床)、

NICU(6床)といった高度急性期にも対応している。職員数は848人で、うち常勤医師は145人だ。

当院は地域医療支援病院として、周囲の医療機関や行政と連携しながら既存の機能を果たすことはもちろん、新しい機能の増設にも精力的に取り組んでいる。たとえば、コロナ禍においてはPCR検査センターやワクチンセンターを迅速に設置した。救急指定病院としては救急車の受け入れに加え、自院の病院救急車による患者搬送にも注力。また、災害拠点病院としても11年の東日本大震災で被災した宮城県女川町へ人員派遣と支援などを行ってきたほか、北区行政や関係機関と合同で毎年の災害訓練にも取り組んでいる。

そして、同協会の重要な役割であるへき地医療では、医師、看護師、医療技術部職員などの派遣を毎年数多く実施している。もちろん、派遣する医療者の教育についても力を入れており、研修病院としては初期研修医の定員に對する応募希望者数は全国7位だった。

さて、ここからはへき地医療と東京都の医療を比較して掘り下げておきます。へき地医療の問題点を一言にまとめると、「集約化ができない」だ。離島などが最たる例で、たとえ人口数百人でもどこにも行けない以上、診療所等が必要になる。そして、その時は医師・看護師1人ずつは配置しなければならぬ。しかし、もし彼らが倒れば、現地の医療は継続できない。

一方、東京都はどうか。他道府県より医療資源が多いと言われる東京だが、冒頭にも言ったとおりコロナ禍で何が起きたかといえば、救急をはじめ

とする医療のひっ迫だ。つまり、これも現地の医療の継続が困難になりかけたわけで、へき地でも東京都でも継続性においては問題を抱えているのだ。それでは、どうすれば継続性に資する医療提供体制になるのか。これはあくまでも机上の空論だが、私が思ったのは、都内の病院一つひとつが点で動くのではなく、都内全体で役割分担した運用を考えるべきではないか。

たとえば、個々の病院の病棟が満床になっても、都内全体の約10万床として俯瞰すれば、1割程度は空いているベッドがあるはずだろう。言ってしまうと、今後のへき地医療ではスケールメリットを活かしチームでカバーする体制がカギになると思われるが、そのモデルは東京都にも当てはめられるのではないかと、というわけだ。

とはいえ、個々の病院の勤務環境改善も必要だ。当院でも実際に進めているが、まずはタスクシフト・タスクシェアリング。特に診療看護師、特定行為看護師、救急救命士や看護補助者、医師事務作業補助者に活躍していただくように現在取り組んでいる。

また、同時に業務そのものの見直しと削減を進めなければならない。というのも、私が医師になった1984年と現在で医師数は倍近くまで増えているというのに、なぜ昔以上に多忙なのか。それはつまり、医師数も増えたが、同意書などの書類仕事を始め単純にやらなければならない作業量もずっと増えているからだ。今後の医療需要に対応していくためにも、業務整理は待ったなしの話であると感じている。

そして、医療を受ける患者側の意識・行動の変容も大事だと思う。患者側の

医療リテラシーが高まれば、必然的に不要不急の医療は抑えられ、対応する現場の負担は減るわけだ。医師の働き方改革は、利用者の意識改革にも紐づいていると言える。

最後に、医療の継続性と関連して、当院が近年取り組んでいるSDGsの活動についても少々紹介しておく。当院がSDGs部会を設置し目標設定や活動を開始したが、一昨年の11月ごろ。外務省が審査している「ジャパン

解説

2024年度診療報酬同時改定

2024年度診療報酬改定は、6年に1度の介護報酬・障害福祉サービス等報酬との同時改定であり、「2025年」前の最後の改定であり、昨今の物価高騰や人件費引き上げ等の状況下での初改定だ。そんな今次改定のポイントを、株式会社メディフロアの上村久子氏に解説いただいた。

上村 久子氏

株式会社メディフロア代表取締役

項目を把握するだけでなく、組織力の強化が求められる改定

今次改定は一応プラス改定ですが、大半は処遇改善が目的のため、以前と同じマネジメントでは利益は下がると

「ロゴマーク」も取得した。SDGsの理念や目標を見ると、ゴール3で「すべての人に健康と福祉を」とあるように、実は医療自体もSDGsとは不可分である。

つまり、SDGsで掲げている理念や方向性に近い意識を医療者はもともと全員備えており、利益追求ではなく社会貢献へ尽力することを前提とする医療機関は、まさしくSDGsに符合する存在であると実感する次第だ。



上村 久子 氏

考えたほうがいいです。さらなる利益率向上策が必要であり、いかに加算を取るのかが課題でしょう。ただ、要件にある研修へ職員を送り出すなど組織としての「体力」も求められ、研修の開催状況といった必要な情報の収集など、情報戦も重要です。

単なる内容の把握で終わらず、組織力強化にも目を向けるのが今次改定だと、強くご留意いただきたいです。

組織体制で言えば、院内のチームづくりに関する評価もあります。たとえば、入院料の通則では身体拘束の最小化に向けた基準が定められ、満たせな

Advertisement for Kiraboshi Bank featuring the text '東京の地域医療を支える 病院を応援します。' and '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'

い場合1日40点の減算です。基準には医師・看護師のチーム設置も盛り込まれていますが、実は認知症関連の加算の要件にも併用できるので、これを機に複数の加算に寄与する組織づくりへトライするのもいいでしょう。

なお、今回から6月施行になりましたが、そもそも4月は多忙な時期ですので、2カ月の猶予も結局そこまで変わらないと思います。必要なデータや書式の準備など、今からできることは早急に進めることをおすすめします。

### 急性期・地域包括ケア病棟の改定のポイント

急性期で、東京都病院協会の会員病院に多い民間中小病院へ影響が大きいのは、やはり7対1の厳格化です。

「急性期一般入院料1」の平均在院日数は16日に短縮。重症度、医療・看護必要度(以下、必要度)はB項目廃止のほかA項目・C項目も見直され、該当患者割合は厚労省のシミュレーション結果のうち「見直し案4」が採用されました。

特に厳しくなるのは内科系入院が多い病院で、基準を満たすのが難しくなる病院は多いと思います。ただ、外科系中心の病院でも在院日数が長い病院は厳しいかと思えます。

なお、入院料1の病院におけるB項目ですが、診療報酬上では評価されないが記録自体は続けるべきか、その場合看護師の負担は軽減しないなど、取り扱いは線引きは検討されるべきだと考えています。

一方、新しい加算で「ADL維持向上等体制加算」の廃止に代わり創設した、「リハビリテーション・栄養・口

腔連携体制加算」があります。土日祝日の一定以上のリハ実績や、専任の配置等の要件はあるものの、1200点/日を14日間算定できるため、取れそうな病院にはぜひ積極的に取っていただきたいです。

次に、地域包括ケア病棟にも触れておきます。今回は必要度の見直しや、在宅復帰率の計算式から「短期滞在手術等基本料」の患者等を除外のほか、40日と41日以降で入院料の点数区分などが行われました。これを踏まえ、売上のシミュレーションを行って見たところ、実のところ大きな売上の変動はなさそうだというのが所感です。

というのも、多くの地ケア病棟の平均在院日数20〜30日であるため、他の見直しで減取になっても、40日以内の入院料引き上げで全体は差し引きがなくなるのではないかと思います。

あとは、在宅医療等の実績に介護保険サービスが加わったことや、介護老人保健施設からの入院患者の受け入れの評価の見直し、協力医療機関に関する言及など、介護関係の文言が追加されているのは、同時改定ならではです。逆説的に、地域の施設の動向や戦略にも注意を向け、選ばれる病院になる必要があるとも捉えるべきでしょう。

### 回復期・慢性期の改定のポイント

回復期リハビリテーションは、特に厳しい改定になったのではないかと懸念しています。入院料の単価は引き上げられましたが、要件等を満たしたとしても、マイナスになる病院が少なくないのではと感じています。

たとえば、「体制強化加算1・2」

はADLの改善に大きく差がなかったことから廃止が決定。運動器リハビリもFIMの改善効果に変化がないとして1日6単位までの算定となり、不要と判断された部分はしっかりと削られました。そのうえで、FIMに関する研修実施の義務化など、アウトカム評価の適正化が図られています。

また、注目すべきはやはり国際的な栄養評価指標の「GLIM基準」が導入されたことでしょう。現状の導入病院は全体の13%と報告されているため、逆に残り8割の病院は、早急に体制づくりを進めなければなりません。特に、入院料1以外の義務化されていない入院料2〜5も次回改定以降に義務化していく可能性は高いため、今から進めておきたいところです。

他方で、「回復期等口腔機能管理計画策定料」(300点)など、口腔管理関連の項目が複数新設されています。これも決して小さくない点数です。取れる病院は押さえていただきたいです。

続いて慢性期では、「療養病棟入院基本料」の区分変更、中心静脈栄養の見直しの2つが主なトピックスだと思います。

前者では、従来の9区分から30区分となり、医療資源や療養の質の適正化が期待されますが、現場はより正しい記録を徹底しなければ正しい入院料を算定できないので、一層の意識づけが重要です。そして、後者は医療区分3に該当する場合の対象疾患などを絞り、中心静脈栄養からの離脱を促している形です。

また、新たな加算では「経腸栄養管理加算」(300点)が創設。要件に「経

腸栄養開始時から7日を限度に加算」とあるなど、こちらも栄養摂取の適正化と言えるでしょう。

これらの改定からは、患者の状態をより精緻に把握し、適切な療養につなげていくという慢性期の方向性が何えるかなと思っています。

### 外来診療の改定のポイント

最後に、200床未満病院にかなり影響がありそうな外来にも触れます。まず一つは、都内病院にも多い敷地内薬局について医療機関も「処方箋料」の引き下げがあり、これだけでも影響がある病院は少なくないと思います。

また、もう一つは「特定疾患療養管理料」の対象疾患から、糖尿病、脂質異常症、高血圧が除外。多くの病院で算定できない患者が増えるでしょう。

国としては「生活習慣病管理料」へ移行させたい意向があり、特に、新設した「生活習慣病管理料2」は333点と、決して低くはありません。ただ、多職種連携に基づく治療計画の実施など、病院としては労力がかかると思いますが、取らなければ外来収入激減は避けられないと言えます。

そうした意味では、今回は入院・外来ともに地域の中小病院に求める役割について、従来から変えなければならぬと思いつつも宿題にしていた部分を、一気にやりきってきたようなイメージです。

会員病院の皆さんをはじめ、地域の病院には本当に自院が求められている役割を明確にし、実現のために必要な体制を正しく認識するタイミングが来ていると、お考えいただきたいです。

誰もできない、に挑む。  
TGES

脱炭素への  
知恵がある。  
技術がある。  
責任がある。



東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社  
都市エネルギー営業本部 公益営業部  
TEL: 03-5443-4195  
MAIL: kouekib@tokyogas-es.co.jp



TGESの取組みは  
こちらで

未来をつむぐ エネルギー TOKYO GAS GROUP