

社会医療ニュース

社会医療研究所

〒101-0047
 東京都千代田区内神田1-3-9
 KTⅡビル4F 日本ヘルスケアテクノ/機内
 電話 (03) 5244-5141 代
 FAX (03) 5244-5142
 E-mail: syakairyou-news@nhtpj.com
 HP: https://syakairyou-news.com/
 定価年間 6,000円
 月刊 15日発行
 振込銀行 三菱UFJ銀行
 京橋支店 (023)
 普通口座 1712595
 発行人 小山 秀夫

高度急性期病院というのは総合入院か 急性期体制加算を算定済病院のこと？

所長 小山 秀夫

どこかで聞いたことがある呼び名に「高度急性期」がありますが、どうも正確に理解できないままです。行政文書にこの単語が登場するのは「社会保障・税一体改革」の構想過程だ。医療法第30条の13に基づく「病床機能報告制度」が14年10月から施行されたことから医療の世界で使用されるようになりました。「特定の機能を有する病床における病床機能報告の取り扱い」という文書の中では「急性期の患者に対して、状態の早期安定に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能」を「高度急性期機能」と定義し、「該当すると考えられる病床の例」として、つぎのように列挙しています。

「救命救急病床、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病床」

医療従事者や病院の設計者などで、どこが違うのか正確に理解している人は少なくないかもしませんし、ICUやNICUをご存じの方も多いのかもしれません。ただ、病床の機能や医療密度ということをも病院外部の人が理解することは難しいかもしれません。あくまでも「病床機能」ですので、ひとつの病院内に複数の機能の病床があり、外から見てもどのような機能の病床がどこに配置されているのかは分かりませんが、病院を利用する全ての人が理解する必要はありません。

一般論として「高度急性期機能」で思い起こすのは大学付属病院本院だと思えますが、設置基準で600床以上必要なので確かに高度な機能を発揮しているのでしょう。しかし、ICUやNICUなどの特殊病床は最大でも30%まで、残りは一般病床なので、

どう考えても大学病院本院の全ての病床が「高度急性期機能」だとは考えにくいのです。

病床、その病床が複数で組織されている病床、そして1病床以上で構成される病院という区別があります。したがって、高度急性期病床とか病床という呼び名はありますが「高度急性期病院」という名称は法律にはありません。全ての病床が高度急性期病床で構成されている病院があれば、高度急性期病院と呼称できるかもしれません。蛇足ですが、高度急性期機能の病床を多数配置している600床を超える民間病院も公立・公的病院もあります。

病床機能報告制度は今でも続いています。各病院が自らの判断で病床機能を報告する制度ですので、「本院は全ての病床が高度急性期機能」と報告している病院もあります。例えば、大学病院本院やそれ以外の大病院が報告している場合です。報告義務があるだけなので、どのように報告しても行政から修正を求められることはありません。このような病院が自ら「高度急性期病院」とい

ていることから、收拾がつかなくなってしまうのでしよう。

高度急性期のイメージはそれぞれで選択は自由

「大病院志向」という患者側の診療志向があります。確かに大病院でしかできない手術や検査はありますが、全ての患者が大病院の外来受診をする必要はありません。本来は、救命救急センターでなければ対応できない救急患者や他の医療機関から専門紹介外来として受診をするというルートが奨励されます。大病院に患者が集中しないために病院の決めた高額の「初診料」を全額自己負担するという仕組みは経済的対応にすぎませんが、たとえ1万円払っても大病院がよいという人々には効果な事です。医療は医師と患者の信頼関係が基本ですが、大病院志向は「大きい病院の方が間違いのないだろう」という推定が動機と考えられます。ただ、フリーアクセスで、窓口で高い初診料を支払わせるといふ施策は、どう考えても有効ではないように思います。

つまらないことですが「高度」の逆は「低度」あるいは「中度」です。たいして支払う金額が変わらないのであれば「高度」の方を選ばないのかもしれない。何が「高度」かというイメージは人それぞれで、患者はそれなりに選択しているのでしょう。

総合入院か急性期体制加算を算定しているか

22年4月の診療報酬改定で「急性期充実体制加算」という点数が新設されました。7日間までは1日当たり460点算定できるといふものです。主な要件は、急性期一般入院料を算定し、24時間の救急医療を年間救急搬送患者が2000人以上あり、悪性腫瘍手術か腹腔鏡手術年間400件以上、心臓カテーテル法手術200件以上、消化管内視鏡手術600件以上、外来腫瘍化学療法1000件以上のうち4つ以上を満たすことなどです。なお、300床未満の病院の場合は、計算式が別に示されています。

これとは別に08年から登場した「総合入院体制加算」も見直されました。これは、「十分な人員配置及び設備等を備え総合かつ専門的な急性期医療を24時間提供できる体制及び医療従事者の負担の軽減及び処遇の改善に資する体制等を評価した」ものです。14日間て3360点算定可能です。

今回の報酬改定では、このどちらかを算定できるか大学病院本院などの特定機能病院を「高度急性期病院」だといいたいのではないかと勘ぐっています。病床とか病床というより、この方が患者にはわかりやすいかもしれません。で、ややこしくしてはいけません。

高度急性期機能を担当する特殊病床は最大でも9万床程度で一般病床の1割

所長 小山 秀夫

総合入院体制加算の要件として「救命救急センター又は高度救命救急センターを設置している病院」で「全身麻酔による手術件数が年800件以上であること。また、以下の全てを満たしていること」があります。

- 【ア】人工心肺を用いた手術及び人工心肺を使用しない冠動脈、大動脈バイパス移植術（年40件以上）
- 【イ】悪性腫瘍手術（400件以上）
- 【ウ】腹腔鏡下手術（100件以上）
- 【エ】放射線治療（体外照射法）4000件以上
- 【オ】化学療法1000件以上
- 【カ】分娩件数1000件以上

改めて診療報酬は細部までなんでも決められている複雑怪奇なもの、この全てをクリアしていない「総合入院体制」が確保されていないことになりす。この数字には当然何らかの根拠があるのでしょうか、300床未満の病院が総合入院体制加算を算定するのは至難の業です。

実は「急性期充実体制加算」は300床未満の病院でも算定可能ですが、条件を全てクリアできるのは300床以上の一般病院だけに限られるのではないかと想定で

きます。300床以上の一般病院は1600病院程度であるので、病院の20%程度に過ぎません。その全てがどちらかの加算を算定できるわけではありません。

厚労省の公表データでは、救命救急料算定病床は6411床、ICU5211床、HCU5412床、計17034床です。人口10万人当たりで比較するとドイツの2分の1、合衆国の3分の1弱しか整備されていないのが現状です。日本は病床が多いといわれていますが、高度急性期機能を担える病床はドイツ以外のヨーロッパ先進国並みといえるのかもしれないが、比較的困難です。

救命救急やICU/HCUの病床数に脳卒中、総合周産期、小児関係のICUを加えても2.5万床に過ぎません。これ以外の大学病院本院などの特定機能病院の一般病床を合計しても8.4万床です。これら全てが高度急性期だとしても日本の一般病床数は89万床弱なので、1割に過ぎません。正確な数字ではありませんが一般病院の1割、つまり700病院程度だけが「高度急性期病院」だと言っている時代になりつつある、と思います。

高度急性期を担える公立病院で2割ない

高度急性期を担える公立病院で2割ない

地方独立法人を含む都道府県立・市町村立・複数市町村の一部事務組合立の公立病院は、年々減少し、19年時点で857病院です。このうち人口30万人以上の行政区に所在する病院は139病院16%強に過ぎません。人口10万以下の市町村にある公立病院は65%強です。特に、人口3万人未満にある病院は30%強あります。

北海道中空知医療圏に砂川市立病院498床があります。砂川市は人口1万6千人程度ですが、病院の診療圏は人口約10万人といわれています。名誉院長の小熊豊先生は全国自治体病院協議会の会長として活躍いただいています。この病院は、紛れもなく「高度急性期機能」を有しており、中空知という広大な面積に住む地域住民の命を守っています。ただ、砂川市立病院は、全国ではマレな公立病院で、診療圏人口が30万人以下で「高度急性期機能」を存分に発揮できる病院は僅かです。

大都市部の公立病院を批判する人もいますが、青森の大間病院48床、外ヶ浜中央病院44床、三重の志摩市民病院90床、そして多くの島で地域医療を確保している公立病院は、住民のライフラインであり、病院がなくなってしまう市町村は急激な人口減少、崩壊の危

機にさらされます。もちろん民間病院でも地医療を支えている病院もありです。大都市部大病院のことしか理解できない人々は、日本の医療を理解できないでしょう。ただ、公立病院が頑張ってくれたとしても、公立病院の最大2割のみが「高度急性期機能」を担えるに過ぎないということを明確に理解して欲しいのです。

高度急性期機能は欲しいが基本は地域多機能病院だ！

パンデミックで医療崩壊や医療逼迫と報道されましたが、長年の政府の低医療費政策は、日本中の病院の経営体力を低下させ、災害時の対応について準備が十分でなかったことは明らかです。病院数も病床数も減少し、その上人口減という深刻な事態が、誰の目にも明らかです。日本の病院をどうするのかパーパスも戦略も示せないのは、日本の医療を正確に理解しようとしてこなかったことが原因なのではないかという疑いが、ぬぐえないで苦しみます。

まだ確定された呼び名ではありませんが「高度急性期機能病院」という高度急性期のみを担当する病院は必要だと思います。医師や看護師をはじめとした医療従事者の確保とともに、24時間365日3交代等のシフト制を確保する必要があることは、よく理解できたと思います。また、このような病

院は、通常、平均在院日数は7日以下とするべきで、何しろ外来患者のいつそうの制限と病病間連携を徹底する強力な政策を展開するべきだと思います。地域にとって通常の生活に必要なのは、約90%の患者の治療は自院で完結し、それ以上の高度急性期機能が必要な場合にはより高度の急性期機能がある病院にタイムリーに安全に転院させることができるシステムを確保することだと思います。

このようなことを実現させるには地域多機能病院として外来、入院、検診、往診、訪問看護をはじめとした在宅ケアの提供により、認知症や終末期とともに生きる人々のため活動する病院が必要で、だから、必要時には適時適切に高度急性期機能につき、日常生活場面では地域多機能病院として様々なニーズに親切丁寧に対応して欲しいと願うのです。

さらに、200床程度の病院が急性期のみに対応し、一般病床の入院基本料を算定する病院は、経営的に難しいです。地域包括ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟、疼痛緩和病棟あるいは療養病床などを組み合わせる、いわゆるケアミックス型の病院を目指すべきだと思います。このような病院以外を「なっちゃって急性期スタンダードアロン病院」と命名してみたいですが、経営的に展望を開くことができないのです。

有事斬然 (ゆうじざんぜん)

第32回 かかりつけ医の制度化②(医師はどこにいるのか?)

北部上北広域事務組合公立野辺地病院 病院事業管理者 一戸 和成

今回は、かかりつけ医の確保について、医師の所在を見ながら考えてみたい。

○医師を増やす必要性は何なのか

話は少し遡る。2004(平成16)年に導入された新医師臨床研修制度の下で、初期研修医が大学病院以外の病院を選ぶケースが増え、大学病院が地域の医療機関への医師の派遣を中止したため、医師の偏在が深刻化するとともに、医師不足が顕在化した。

そうした中、06(平成18)年2月、福島県立大野病院の産婦人科医師が逮捕される事案(大野病院事件)、同年8月、奈良県で「妊婦たらい回し」の問題(大淀病院事件)、また、同年10月、東京都で、出産間近の妊婦が脳内出血を起こし、都内8病院に転送を要請したが断られ、都立墨東病院が最終的に受け入れたものの、妊婦は帝王切開の3日後に亡くなるという事案など、産科関係の事案が立て続けに起こり、医師不足や、診療科の偏在、臨床研修制度による医師の引き揚げなどとの関係で大きな社会問題となった。おりしも「医療崩壊」といったワードが巷間騒

がれていた時期である。

政府・厚生労働省においては、この問題に対応するため、06(平成18)年には「新医師確保総合対策」、07(平成19)年には「緊急医師確保対策」を矢継ぎ早に発表し、暫定的に医師養成数の増加を図っていた。しかしながら、こうした対応では収まりきらず、当時の舛添要一厚生労働大臣の強い意向に沿う形で、08(平成20)年6月18日に「安心と希望の医療確保ビジョン」が発表され、「従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加」させることとされた。軌を一にして、6月27日、骨太の方針2008においても「早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する」とし、従来の医師養成に抑制的な政策を抜本的に見直したのである。今から約15年前の話だ。

○進む専門分化

22(令和4)年5月13日に公表された日医総研リサーチ・レポートNo.126「医師養成数増加後の医師数の変化について」によれば、増加した医師数のほとんどは

病院で増え、診療所医師への参入は伸び悩んでいる。また、診療科別で見ると、内科、外科の医師が減少し、標榜科の細分化により専門分化(〇〇内科)が進んでいる。全体としては精神科が増え、若手医師においては、形成外科や美容外科が増加している、との内容になっている。現状、かかりつけ医機能を担うはずの内科系医師の専門分化が進み、また、特に若手医師は保険外の自由診療の診療科に流出する事態にもなっており、政策の方向性と逆行していることが明らかである。

こうしたデータを見ると、奇しくも「安心と希望の医療確保ビジョン」では、医師数を増加させるとともに、医療従事者(医師)には、自身が公共性の高い存在であることの自覚を求めているのだ。15年が経過し、医師数は増え、医師が自由に診療科を選択できる環境にはなったが、ビジョンで記載された「医師の公共性」についての議論や医師(医学生)の意識改革は進んでおらず、また、診療科の偏在も是正されずに大きな課題として残っている。こうした課題に「拍車をかけている」のが専門医制度であり、19番目の領域として総合診療専門医を認めてはいるものの、専門医機構が主体的に国の施策に呼応する形で、かかりつけ医機能を担うであろう総合診療専門医への誘導を行っている姿

も全くないのである。

○非常勤医師に依存する中小病院

「地域の実情に応じた医療提供体制の構築を推進するための政策研究」の分担研究である「病床機能報告データを用いた見える化の試み―圏域別・人員規模別の病院勤務医の状況―(石川ベンジャミン光一国際医療福祉大学大学院教授他)」によれば、「2019(令和元)年度病床機能報告のデータから、全国では常勤換算医師数の過半が人員規模100人以上の施設に集中していることが確認された。ただし、人員規模の大きな施設であっても、常勤医師が占める割合が必ずしも高くない病院(大学病院等)が認められており、そうした施設の非常勤勤務医は近隣施設の非常勤労働力としても貢献している」と推測される。24(令和6)年度に予定されている時間外労働の上限規制の導入への対応の中で非常勤労働力の囲い込みが起きますと、人員規模が小さく非常勤医師への依存度が高い病院には大きな影響が及ぶものと懸念される。他方、常勤換算医師数が10人未満である病院は全国の病院の過半を占めており(3615病院)、こうした人員規模の小さな施設では、非常勤医師への依存が60%以上となっている施設は508施設(14%)に上っていた」と報告されている。コラム冒頭の問題が騒

がれていた当時は、医師に労働基準法を一律に当てはめることで、救急医療(産科医療も含め)に従事する医師が減り、救急医療が崩壊するのではないかとといった議論がされていたわけだが、その議論はどこかに吹っ飛び、今から2年後には医師の労働者性という観点から「医師の働き方改革」に関する法施行が迫っているのだ。

前回のコラムで記載したように

に、かかりつけ医に求められる機能(定義)は、事実上単科専門・一人開業診療所には厳しい内容である(と想定される)ことから、主に中小病院(や複数の医師が在籍する(有床)診療所等)が、そのかかりつけ医機能を担う必要があると考えている。しかし、中小病院等が非常勤医師に依存している現状では、かかりつけ医機能を提示されても、それを具現化するためのソフトとしての常勤医師がいないうえ、かかりつけ医の制度化の議論を進める際には、医師の働き方改革の影響や、医師の大病院と中小病院間の偏在是正についても同時に検討する必要がある。

○政策誘導の考え方

今回は、2回のコラムで議論した内容を踏まえて、どのような政策誘導が効果的かについて、私見を交えて考えてみることにしたい。

経営環境が変われば経営戦略・人材戦略も変わる(19)

一般財団法人竹田健康財団 法人事務局長 東瀬 多美夫

■リアルなコミュニケーション

若い人達へのスマートフォンとSNSの普及により、人と人とのリアルな関係が希薄になっていく。イヤフォンを纏い、一人でスマホ画面を注視し黙々と歩く姿が多くなったように思う。談笑しながら歩いたり、立ち話をしたりする人達を以前はよく見かけた。近くにいるにも関わらず、SNSを介したコミュニケーションが増えれば、リアルなコミュニケーションが減ってくる。表情やしぐさ、そして相手から感じる雰囲気などから得られる情報が少なくなっていくように思う。

だがこの時代、スマホのテレビ電話を利用すると、同じ場所に居なくとも対面コミュニケーションが可能となる。同時に、何人とも、アイオーエスとかアンドロイドとか機種やOSを問わず、コミュニケーションがとれる。どんな利用すべきだ。リアルなコミュニケーションにより相手を信頼することができ、協力関係を築くことができる。病院でも普段から良好なコミュニケーションをとり、相手を認め仕

事に取り組んでいきたい。

■行動に影響する2つの価値観

ハーバード大学の行動科学研究者であるマクレランド教授はコンピテンシー理論の研究報告の中で、人の行動の目に見える部分である「スキル、知識、態度」には、目には見えない「動機、価値観、行動特性、使命感」など潜在的な部分が大きく影響を与えていると報告している。

人の行動の目に見える部分は氷山の一角であり、実際に氷山(表出行動)を動かしているのはその水面下の大きな部分によるとしてている。この考えは「氷山モデル」と呼ばれ、成果を上げる行動を評価するコンピテンシー理論の基礎となっている。

表出行動に影響する目に見えない海面下にある価値観、特に自身自身に対する価値観は一人ひとり違っている。一方で、所属している病院に対する価値観は、自分自身の価値観とは違い、職員同士で共有できるように思う。

■価値観の共有の仕方

価値観とは、どのような物事に

価値を認めるかについての考え方、物事の優先順位、を意味する。どんなものに価値を認めるのかは、人によって違う。

一緒に仕事を進め活動していく中で、この人はどんなことを大切にしているのか、どこに重きを置いているのか、どんな考え方がベースにあるのか等がわかれば、双方に安心感が生じる。互いの価値観を知っていると、知らないのとではその活動に大きな違いが出る。そして、もし意見が違っていたとしても、「あなたはそうなのね」と一旦受けとめることができると思う。そこから建

設的な話し合いができるようになるのではないか。一緒に仕事をしていく、活動していく仲間を尊重しあえるし、それぞれの考えを大切に扱えるようになると思う。その人その人の背景にある想い、根底で支えている考え方、これを知ることによってコミュニケーションが円滑になってくる。

一方、病院として不確実な時代の変化に対応するには、病院の将来像(経営理念や将来ビジョンなど)を定義し、それを職員に明示し、到達への道筋を示す必要がある。それらを理解し、共感してくれる職員がいると、組織としての業績が向上し、個人としての意欲が向上することとなるのだ。だから、これまでとは異なるコミュニケーションスタイルによって職員

の皆さんに、病院の価値観を伝えていくことが重要となる。そして、それらの職員に対し活躍の場を提示し、その気になって成長してもらう仕組みをつくっておく必要がある。そうすれば、速さとの確に判断する能力を兼ね備え、俊敏な行動がとれる人材が増えていくこととなり組織力が増していくのではないだろうか。

病院を辞める多くの人たちは、病院の方針や価値観に不満を持って退職するケースが多いといわれている。病院側に話し合いの場を設けてもらえないことが大きな理由なのかもしれない。いかに優秀な人材であろうと考え方や価値観が違っていると、組織の中では孤立してしまう。結局は仕事を辞めてしまふ。すべての組織に該当することではないが、職員間で組織への価値観が共有できていないと仕事や話し合いの場面でまとまるものもまとまらず、組織が成長するスピードを遅らせるか止めてしまうことになる。

職員間でのコミュニケーションは勿論だが、院長や経営幹部だけでなく一般職員を含めた全員で問題意識を持ちコミュニケーションを行える場を創ることが、業績拡大には必要不可欠であると考えられる。多くの職員とのコミュニケーションが病院経営には必要であり、経営を行う上でも重視していく項目となるだろう。

自分の価値観は、なかなか一言で伝えるのは難しいし、自分で認識できていない部分もあるから、まとめるのも相手に伝えるのも大変だ。毎日のコミュニケーションで、一人ひとりの考えや想いを共有し合うことで、少なくとも言語化若しくは視覚化はされるから、どんな考えをしているかがわかってくるはずだ。

だから当院では、毎朝9時過ぎから15分程度、医師や看護師をはじめとする多職種でベッド・コントロール・ミーティングを開催し、情報を共有している。毎日のちょっとしたコミュニケーションでお互いを知り、尊重し合える関係が構築できていると思う。2015年5月からはじめたので、既に7年が経過している。

一人ひとりの価値観は、様々なコミュニケーションを重ねて理解できるし、病院への価値観は、経営理念や行動指針を浸透させ、仕事での目的やゴールなどの方向性を示すことで共有できる。実際の行動はチームや職員の判断に任せられれば組織は自然に成長するのである。

職員同士が、それぞれの価値観を理解し、互いに尊敬しあう関係にあり、何のために病院でこの仕事をしているのかを理解している、この2つの価値観の共有が大切だと思う。

小山所長の 暗中模索



感染症第7波と猛暑で皆様大変お疲れ様です。心よりお見舞い申し上げます。

最近頭から離れないのは、地方創生と地域包括ケアシステムとの関係で、人口5万人程度の人口規模での生活圏を再整備するにはどうすればよいのかということについてです。

首都圏への人口の一極集中を是正しなければならぬという意見は、長い間多くの人々が指摘してきたことですが、東京都内に在住している人々は、実は何にも考えていないのではないかと改めて気づく機会があります。東京には何でもあるが、田舎には何にもないなステレオタイプの感情というのは、恒常的な在宅勤務や自主的な外出制限という体験を通じて「東京にいてもどこも行かない」状態では、東京にいる意味が希薄になったような気になります。

この1か月の間に、青森、岩手、群馬、千葉、長野、和歌山、兵庫の各県を訪れましたが、何処も「空気がきれい」「葉の緑がきれい」「空や海がきれい」だと強く感じました。ただ、人口減少とか自治体崩壊そして病院の運営継続性の危機

という大問題に取り組まない大変なことになることが、実感できました。

去る7月23日に医療法人大誠会内田病院理事長の田中志子先生が大会長を務められた、8回地域包括ケア病棟研究大会が開催されました。

そのシンポジウム「地域密着&ポストアキュートの好事例病院」と題して国際医療福祉大学の高橋泰先生の司会で、平成医療福祉グループ代表の武久敬洋先生、広島島の井野口病院理事長の井野口真吾先生、医療法人天心堂志田病院理事長の志田知之先生、志摩市民病院院長の江角悠太先生がご登壇されました。4先生は若手のホープで、地域包括ケア病棟を自在に活用し地域医療に貢献されており、その姿はそれぞれ好事例でとても頼りになると思いました。

シンポジウム2「これからの制度改革の先を行く」地域ケア病棟の挑戦」と題して盛岡市立病院院長であり当会副会長の加藤章信先生の司会で、当会会長の仲井培雄先生、日慢協名誉会長の武久洋三先生、日本病院団体協議会代表者会議議長の小山信彌先生そして不肖小山が登壇しました。全員の共通点は、表現の差があっても今後は高度急性期機能を担う病院以外は、地域包括ケア病棟を含めた何らかの地域多機能病院として医療と介護で地域を支えようというこ

とでした。公立病院の病床が44.4%を占める岩手県の県庁所在地にある盛岡市民病院は、東北でかなり早期に地域包括ケア病棟を申請した病院で、地域包括ケアシステムを進めることを使命とされています。

DPC制度に詳しい小山信彌先生は心臓血管外科学の権威で、長年東邦大学の森森病院の院長を経験され「大病院のことしか知らない」と日頃おっしゃいますが、地域包括ケア病棟の必要性は十分理解されており、今や日本中の病院を暖かいお気持ちで応援していただいています。

私からは、病院に必要な費用を社会全体の「コスト」としてしかみない財界人などに対して、病院が雇用の創出や地域住民の生活に寄与している側面を正確に把握して欲しいこと、特に、人口5万人以下の市町村で運営されている地域包括ケア病棟を正当に評価しないと日本の地域医療を守ることはできなくなるのではないかとこのことについてしゃべらせていただきました。

地域包括ケア病棟協会は、急慢性を旗頭にこれまで精力的な活動を続けてきましたが、人口5万人以下の市町村で活躍している病院長たちがとても元気なことが嬉ししいし、参加者の皆様との輪が急激に広がり、各病院の経営的窮状やユニークな取り組みを直接話し

合えることは貴重な体験です。それにしても、この協会への参加病院が少ないことはとても残念なので、一度参加してみたいと思っています。

◎池端幸彦先生のプレゼン

7月30日には兵庫県立大学専門職大学院主催の第30回医療・介護マネジメントセミナーが開催されました。セミナーでは、医療法人池慶会池端病院理事長の池端幸彦先生に「令和4年度診療報酬改定と予測不能時代の事業運営」地域密着型多機能病院を目指して」と題して、講演していただきました。先生は福井県医師会長で日慢協の筆頭副会長、社会保障審議会医療保険部会・医療部会と中医協の委員も兼務されています。

30分程度で診療報酬改定について、端的にご説明いただき、その後、県医師会長として感染症拡大時の地域医療の確保、中医協などのご活用で多忙を極めたが「病院内では権限移譲を進めたおかげで、何とか病院を経営できている」とお話しされました。

医療法人池慶会池端病院30床と外来それに訪問看護・訪問リハ・通所リハ・通所介護・ケアマネを一体的に提供しています。「変わっていくか、それともつぶれるか」というぎりぎりの状態で懸命に働いている現状は、受講者にダイレクトにつながり、素晴らしいプレ

ゼンでした。

わが国には500床以上の病院が約400病院、39床以下の病院も同数程度あります。30床の病院の正確な経営状態を理解できるチャンスは、これまで少なかったと思います。病床の規模が10倍以上違っていても病院は病院でしかなく、やらなければならぬ業務種類はあまり変わりません。「DPC/PPDSもしっかりやってます。小病院でできないわけありません」という力強い主張は、多くの病床規模の小さい病院の経営者には是非聴いて欲しいと思いました。

池端先生の業務遂行の能力が際立って高いことはよく理解できますが、30床規模の病院の経営者が中医協の委員であることは、病院にとつてはとても心強いことなのではないかと思えます。池端先生には、日本の地域包括システムを支えてくれる病院の運営が継続できるように今後ともご尽力いただきたいと存じます。感謝です。

◎鎮魂の8月です

8月は旧盆と敗戦記念日が重なり鎮魂のひと月です。8月2日の未来研究所臥龍の設立2周年記念公開パネルディスカッションは「かかりつけ機能をいかに実装するか」です。地域医療を守りたいと祈ります。6日甲子園開幕、広島の日、9日長崎の日と続きますが、原爆は絶対NOだ。

私・愚管抄 第五回 災害は忘れた頃にやってくる

東京都済生会向島病院 院長 塚田 信廣

近頃、「まさか」と驚愕させる、また心が深く傷つき痛む事件、災害が頻発しています。国内外の人為的災害、感染症パンデミック、各地での地震発生、ゲリラ豪雨、線状降水帯、竜巻の発生や季節外れの台風、連日の猛暑、早魃など、激甚災害、観測史上最高、異常気象などの言葉をよく耳にします。気象庁は、ある地点・ある時期において30年に1回以下の現象を「異常気象」と定義しているようですが、毎年更新されているような感覚です。

ゆく河の流れは絶えずして、しかももとの水にあらず。淀みに浮かぶうたかたは、かつ消えかつ結びて、久しくとどまりたるためしなし。世の中にある人とすみかと、またかくのごとし。

鴨長明(1155-1216年)の「方丈記」の一節ですが、この頃も、赤斑瘡(麻疹)や疱瘡(天然痘)の流行、大火、台風、地震、早魃飢饉、福原遷都など、天災や人災が重なり、また公家政権から武家政権への移行期で世の中の価値観が一変し、誰もが無常観を感じていた時代だったようです。今年のNHK大河ドラマの主演の北

条義時(1163-1224年)や愚管抄の作者、慈円(1155-1225年)も丁度この頃の人です。

ハンス・ロスリングの「FACTFULNESS」流に言えば、私の思い込みだけで、実は世界はそれほど悪くなつてはいないのかもしれない。有為転変は世の習い、人類はその誕生以来、常に不安定、不確実な時代に生きています。とは言え、「人も地球も壊れかけてきているのか」と少なくとも体感不安は増しています。

私が勤務する東京都済生会向島病院は墨田区に立地しています。この周辺の道幅は狭く、海抜はマインス70cm、ハザードマップでは真っ赤な極めて危険な地域です。創立年は1948年ですが、病院の前身の診療所が1922年に設立され、今年で100年目に当たります。この間、診療所開設の翌年9月1日に関東大震災で倒壊焼失、再建された診療所は1945年3月10日の東京大空襲で再び焼失しました。

関東大震災では、関東1府(東京府)6県の死者数は9万余人、墨田区が最大の被害地域で約5万

人が命を失いました。その後、復興した墨田区には1935年の調査で、従業員数10人以下の1364の工場が立地し、東京都区部全体の20%が集中していたそうです。これらの工場は戦時体制へと組み込まれる中で、民需から軍需、兵器生産に転換していき、軍需工場化していきました。戦争末期には、軍の管理下におかれた工場で働く工員の多くは、学徒動員のみならず、学童や女子挺身隊だったそうです。東京大空襲では、B29から人口密集地域であるこの下町に投下された無差別焼夷弾爆撃によって一夜にして10万人以上が死亡し、墨田区の70%以上が焼失しました。

私がこの地域でも感銘を受けたことの一つは防災対策に非常に熱心なことです。歴史的経緯、地勢的環境、住民性など様々な要因があるとは思いますが、墨田区役所、保健所、消防、警察、行政のみならず、医療・介護・福祉関係者、事業者、住民防災組織、住民の防災に対する意識がとても高いのです。

墨田区医師会が主体のものに限っても、医師会長をはじめとした医師会役員、全二次救急指定医療機関、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション、柔道整復師会、墨田区保健所、墨田区役所などがメンバーの災害救急医療委員会がほぼ毎月開催されています。

そして年2回これらのメンバーに加え、区内の全病院と地域住民が参加する災害対応訓練が様々なシナリオのもとに実施され、反省会で課題を抽出し、次の訓練に繋がっています。

今般のCOVID-19パンデミックにおける地域の対応例として評価されている「墨田区モデル」もこの土壌、風土故だと思っています。日本の災害医療体制は、1995年1月17日に発生した阪神・淡路大震災を契機に大きく進歩してきました。発災後に救命医療を担う災害医療派遣チーム(Disaster Medical Assistance Team: DMAT)が創設され、広域災害救急医療情報システム(Emergency Medical Information System: EMIS)が整備されました。それにもかかわらず、2011年3月11日に発生した東日本大震災では、死者、行方不明、関連死を合わせて約2万2千人の尊い命が犠牲になりました。東北地方はこれまで何度も大地震や津波に襲われた経験があり、日本で最も地震と津波被害の知見の蓄積と備えを整えてきた地域だと思えますが、そこにおいてさえも甚大な被害を避けることはできませんでした。

災害には何一つ同じものはありません。想定外のこと多々あったことでしょう。災害が起きた時

に、被害がその地域の地勢や特徴などに依拠することが多く、地域の歴史が異なる様々な状況では、画一的な対策はあり得ません。また災害は自然災害だけでなく、産業災害や人為災害もあります。完璧な防災は無理でも減災の観点を組み込んだ地域ごとのレジリエンス向上、全体最適化した地域包括ケアシステム作りが求められます。それにはその地域の各主体間で緊密に連携を図り、「自助」「共助」「公助」の力を発揮して地域を守るという心構えが重要だと思います。

未知のことはとても想定できませんが、既知のことから拡大はできます。向島病院に勤務して3年、頼もしい仲間と共に事業継続計画書(Business Continuity Plan: BCP)の作成、職員、入院患者の3日分の水・食料の備蓄、止水板の設置、職員安否確認システムの導入、衛星電話の設置、電子カルテ情報のバックアップやセキュリティ対策、石油会社との災害時の燃料優先供給の提携締結、災害対応訓練を繰り返して少しずつ想定範囲の拡大をおこなっています。課題は尽きません。

より良き解を求めてもがき続けることによって「想定外」の事態に直面した時の頭や覚悟が少しずつでも鍛えられていけば、と願っています。そして念じています。桑原桑原。あとは、運否天賦。

2012年10月9日宮地病院の会議室で「第1回お結びの会」が開催されました。このころ認知症に関する課題や超高齢単身世帯を地域でどのように支えるのかということについて「地域ケア会議」が有効なのではないかということが奨励されていました。

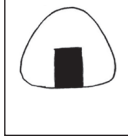
宮地病院の宮地千尋先生が「とりあえず地域住民と介護保険事業者などが集まって話し合う場が必要」ではないかと思いついた近隣のケアマネジャー、社会福祉協議会、市役所、通所介護・訪問介護事業者、有料老人ホームや特養の職員、病院のMSWや診療所の医師そして地域のボランティアさんなどに声をかけて、約40人が集まりました。

名称は「お結びの会」ということで地域の医療と福祉の絆を深め、顔の見える連携を構築することを目的に、とりあえず2か月に1回ぐらい話し合いの場をもつことと、認知症対応のオレンジカフェのような活動をできる範囲で始めてみようということになりました。いろいろ私はアドバイザーみたいなお役回りで参加させていただいています。

介護されているご家族が、同じ悩みやつらさを語り合い、時には日ごろの介護を忘れてリフレッシュする「ふら〜つとカフェ」、子どもたちとのふれあいもあり、素敵な交流ができる「キラキラカフェ」、おりがみで作品を作ることとで手先を動かし認知症予防にもなる「おりがみカフェ」などが動き始めました。

事務局は「本山東部あんしんすこやかセンター」です。通称「あんすこ」は神戸市が委託している「地域包括支援センター」の愛称で、地域支え合い推進員が配置されているのが特徴です。

祝：神戸市東灘区お結びの会10周年



7月7日18時から第43回が開催されました。「この約2年間リアルで開催できなかったため、今日は嬉しい」という明倫会宮地理事長の開会あいさつのおと、神戸栄町司法書士行政書士事務所の藤井芳典氏から成年後見制度に関する現状や課題についての説明と、「高齢者のお金の問題」に関する事例が提供されました。この事例について42名を6チームに分けて話し合いが行われ、チームごとに報告してもらいました。1人暮らしで頼りになる家族も親戚もないという人が急激に増えているにもかかわらず事前に「任意後見制度」

の手続きを取る人は多くはありませんとという大問題。

成年後見制度は介護保険制度が施行された年から開始されました。近年、どこの地域でも活用される制度として定着しています。が、今後はより広く利用されることが期待されます。結局「遠縁の親戚より地域の知人」が頼りになり、1人暮らしでいざ判断能力が不十分になる恐れがある人は、元気なうちから準備する必要がありますね。それと認知症とともに生きる人のことは地域でみるしかありませんね、というのが私のコメントです。

宮地病院と本山リハビリテーション病棟の看護部長を兼務する中川裕美子さんから「学びがあり貴重な時間だった。また開催しましょう」というシメ。10月までに10周年記念をやるう、というところで散会になりました。

この日の集まりには、東灘区、社協、各あんすこの職員をはじめ地域で往診活動を実施している医師や歯科医師が5名参加しました。報告していただいた司法書士の藤井さんは、常連で今では「任意後見制度のエキスパート」として大活躍です。地味な小さな地域での10年近くの活動ですが、地域にとってとても有効です。私たちは、この会が誇りなのです。小山

医療介護経営研究会

医療界をリードする講師をお招きし、コメンテーターを交えて自由闊達な意見交換ができる **経営者限定の会員制研究会** です。2003年に発足し200回を超えて開催しています。社会医療ニュースの読者限定で3人まで **<無料での体験参加>** を受付けます。

九州 9/10 『介護報酬改定の振り返りと今後の介護保険制度のあり方』
厚生労働省 老健局 老人保健課長 古元重和氏

東京 9/17 『この国の医療のかたち～医療政策の動向と課題』
九州大学 名誉教授 尾形裕也氏

九州 10/22 『この国の医療のかたち～医療政策の動向と課題』
九州大学 名誉教授 尾形裕也氏



↓ 詳しいご案内はこちら ↓
http://www.hcsrev-f.or.jp/WS000_list/



一般社団法人

医療介護の安定と地域経済活性化フォーラム

東京都中央区日本橋本町2-3-11 日本橋ライフサイエンスビルディング408 TEL : 03-6262-5774

関連イベント情報 掲示板

日本臨床看護マネジメント学会
第6回全国看護部長会を開催!

今回は看護の場面で日々蓄積される情報を、看護の質向上そして看護が果たす役割を示すために、看護管理者が身に付けておくべき視点に焦点をあてた企画となっております。講師に、兵庫県立大学

社会科学部教授の筒井孝子先生をお招きし、臨床で蓄積されたデータが示す意味を筒井先生の著書「ナースینگ・トランスフォーメーション」から読み解いていきます。さらに2施設の事例をふまえて、臨床での活用について意見交換する機会も設けております。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

【テーマ】看護のDX時代到来にどう挑むか〜看護必要度評価から見えるこれからの看護が果たす役割〜

【プログラム】講演「看護のDX時代到来にどう挑むか〜看護必要度評価から見えるこれからの看護が果たす役割〜」(兵庫県立大学 社会科学部 筒井孝子教授)、事例報告1「看護必要度評価を活用した地域包括ケア病棟における退院支援と地域連携」、事例報告2、意見交換会

【日時】9月25日(日)13時〜17時

【開催方法】オンライン(Zoom)

【対象】看護部長・看護師長・看護主任、他テーマに興味のある方

【参加費】会員5000円、非会員7000円(書籍「ナースینگ・トランスフォーメーション」を事前にお送りいたします。)

【申込】学会HPよりお申込下さい。(https://www.jsnam.com)



2022年度地域包括ケア病棟アカデミー第1講参加申込受付

地域包括ケア病棟アカデミーは、当初多職種協働のための研修として企画しましたが、まずそれぞれの専門職が実践していることをお互いによく知る事がその第一歩だと考えました。そこで、会員施設の医師・看護師や各専門職の皆様にとってお互いの活動を身近に感じられるように、総論としてmultimorbidity多病を、各論としてリハビリテーション、NST、SST、認知症ケア、ポリファーマシー対策、ACP等について企画致しました。

今年度はPerson Flow Management (Per FM) の概念と在宅復帰支援のあり方を学ぶ機会を加えまし

た。ICT、セル看護方式、ODA LOOP等を総動員して地域包括ケア病棟の持ち味である「時々入院ほほ在宅」を多職種協働で実践し、地域社会に貢献できる経営についての各論も設けました。

【テーマ】第1講「ポリファーマシー対策」地域包括ケア病棟の入院患者にとって、ポリファーマシーとMultimorbidity多病は強く関連しています。主に高齢者のポリファーマシー対策を学び、様々な事例を通じて具体的な取り組みを知り、自院で取り組むきっかけをつくりまます。

【プログラム】概要(地域包括ケア病棟協会 会長 仲井培雄)、概論(東京大学大学院医学系研究科 老年病学 教授 秋下雅弘)、事例(社会医療法人石川記念会 HITO病院 総合診療科 医長 五十野博基)、事例(医療法人社団永生会 みなみ野病院 医療技術部 部長 補佐(薬剤科 科長) 比留間 祐介)、(事例 医療法人社団和楽仁 芳珠記念病院 薬剤部 係長 中川貴史)

【日時】9月21日(水)〜10月20日(木)

【受講料】会員無料、非会員5000円/回

【申込】お申込、詳細についてはHPを「確認ください」。(https://chiki-hp.jp/academy2022/) ※今回は全6回コースの1回目です。2回目以降も順次申込開始しますのでぜひご参加下さい。

建替時の問題を明瞭に解決します

医療機関の建替え・新築移転では人手不足、予算不足、納期不安、移転計画等、課題が山積みです。私たちメディアックスは、建替えの専門家として貴院のプロジェクト成功に向けて総合的に支援します。

購入支援

現有機器調査/価格交渉
入札準備/納品管理
発注管理/リスト整備 など

移転支援

移転計画/運用計画
移転費用圧縮
患者搬送計画 など



建築支援

医療設備調整/図面プロット
定例会サポート
追加工事回避/圧縮案 など



株式会社 メディアックス

〒103-0004 東京都中央区東日本橋3-5-9五東ビル6階

TEL:03-5614-0961 FAX:03-5614-0962 ✉kanri@medi-ax.jp

オフィシャルサイト <http://medi-ax.jp>

ポータルサイトドクナビ <https://dr-navi.info>