

# 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

2024年(令和6年)10月25日  
第330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

## 「かかりつけ医機能」制度の論議を聞く

### 地域の高齢患者を支える制度に 中小民間病院は積極関与すべき

公益社団法人全日本病院協会 副会長／社会医療法人祐愛会 織田病院 理事長  
織田 正道氏

「かかりつけ医機能が發揮される制度の施行に伴い、かかりつけ医機能報告や患者への説明が2025年4月から始まる。報告事項を議論する「かかりつけ医機能が發揮される制度の施行に関する分科会」が開催され、7月31日に「議論の整理」がまとまった。その議論の内容を、病院団体代表として参加した織田正道・全日本病院協会副会長／社会医療法人祐愛会織田病院理事長に解説していただく。あわせて、猪口雄二・東京都病院協会副会長に病院の対応策を語ってもらった。

#### 「治し、支える医療」には かかりつけ医機能が必須

「かかりつけ医機能が發揮される制度の整備にあたっては、どのような問題意識があったのでしょうか。」

2023年5月に公布された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」で医療法が改正され、かかりつけ医機能が發揮される制度を整備することになりました。そこでは、今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合二



織田 正道氏

介護施設等での死亡の割合が増加しており、介護施設等と自宅を合わせると、22年では33・3%を占めています(厚生労働省厚生統計要覧第1編第2章人口動態)。こうした状況のなかで適切な医療を提供するためにも、かかりつけ医機能が重要というわけです。

#### 分科会では「議論の整理」として、

とりまとめを報告しています。まず大きなポイントとして、「医療機関」に焦点が当たっていることを注視すべきでしょう。「議論の整理」のうち、「基本的な考え方」には「医療従事者のマンパワーの制約があり、医療従事者の働き方改革を推進する中で、地域の医療機関等や多職種が機能や専門性に応じて連携」することが重要と指摘していますが、ここからも分かるように、かかりつけ医機能を担うのは一人ひとりの医師ではなく、医療機関です。さらに単独医療機関の「点」でなく、「面」で対応していくことを求めているのです。

具体的な連携体制については「地域における協議の場」で話し合うことを求めています。二次医療圏では検討の範囲としては広すぎるとの認識から、市町村単位や日常生活圏域単位等での協議を求めています。

#### 可能な限り多くの医師に 連携の輪に加わってほしい

「かかりつけ医機能」の具体的な内容としては1号機能「継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能」を有する医療機関が、休日夜間や急変時の入院対応、在宅医療の提供や支援などの2号機能について報告する仕組みになっています。

1号機能の報告事項のうち、主なものとしては①「具体的な機能を有することおよび「報告事項」について院内掲示により公表していること、②かかりつけ医機能に関する修了者の有無、総合診療専門医の有無(有無を報告すれば可)、③

17の診療領域ごとの一次医療の対応可能な有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること(一次診療を行うことができる疾患も報告する)。医療に関する患者からの相談に応じることができること(継続的な医療を要する者への継続的な相談対応を含む)――の3点があります。

1号機能のあり方は大きな論点の一つとなりました。病院団体、医師会の構成員は「できるだけ多くの医師に連携の輪に加わっていただきたい」という思いがあり、それを強く主張しました。必要以上には絞らなければならない要件を設定することとはそれを阻害し、結果として地域医療体制が機能不全を起しかねないからです。

特に地方では医師数がどんどん減っています。たとえば佐賀県鹿島市に所在する織田病院は開放型病床を設けていますが、かつては60人の医師が利用していたにもかかわらず、高齢のため閉院された医師が増え、今や50人弱になっています。また開業医も全国的に高齢化が進んでおり、70代の方々も一定割合がいます。あまり要件を厳しくするとそうした方々が逆に離脱しかねないとの懸念があったのです。

②で研修修了者や総合診療専門医の「有無」を報告するよう求めています。そうした医師がいなくても手上げできるという意味でもあります。5年後に見直すことになっていますが、そもそも現時点で総合診療専門医も全国でくまなく勤務できる状況にはなっていませんから、着地点としては妥当だろうと思います。病院でも、単独で地域を支えることはかなり難しい。地域の先生方に参加していただき、連携してこそ初めて支えられ

るのです。地域の中核病院であっても、「あらゆる患者さんを診る」は不可能でしょう。

### 医療専門職がそろって 病院への期待は大きい

—2号機能についてはいかがでしょうか。

「かかりつけ医機能」を考えると、本来重視すべきなのはこの部分です。具体的な報告機能としては、①通常の診療時間外の診療②入院時の支援③在宅医療の提供、介護サービス等と連携した医療提供—があります。全日本病院協会としても、これらの機能を担う病院を「かかりつけ医機能支援病院」と呼称し、中小民間病院に積極的に担うよう呼びかけています。病院は24時間365日体制を敷いていますし、医師、看護師をはじめ医療専門職も在籍しています。これらの機能を果たせる医療機関として、中小病院は大いに期待されています。

中小民間病院自身にとっても好機と捉えるべきです。既に多くの地域では外来患者が減少しています。遠からず、東京都でもそうした現象が見られるのではないのでしょうか。入院患者の経路が先細っていくことになるわけで、その代替経路として、地域のネットワークが重要になります。

マンパワーからも、病床を備えているということからも、中小病院にかかる期待は大きいのです。確かに負担も相応に発生するでしょうが、やはり病院経営の重要なポイントである病床稼働率を向上させるうえで、取り組んでいただきたいと思います。

—ありがとうございます。

## 「かかりつけ医機能」と病院の対応

### 病院が考えるべきは まず連携の輪に入ること

医療法人寿康会病院理事長／東京都病院協会 副会長

猪口 雄二

分科会で特に議論になっていたポイントを振り返ると、一つは「かかりつけ医機能」が診療すべき範囲があります。「議論の整理」はかなり細かく記述していますが、プライマリケアを担うか否かが目安の一つになるでしょう。私が経営する寿康会病院は自院でもかかりつけ医機能を果たしていますし、かつかかりつけ医がいる診療所の支援も担い、急変時の入院受け入れを行っています。「かかりつけ医機能」と対比されるのが「紹介受診重点医療機関」でしょう。自院がどちらを選ぶかは、行っている医療によって判断できると思います。

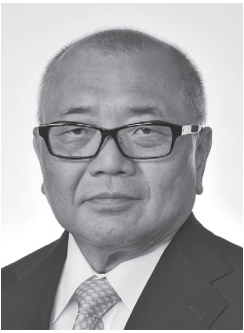
もう一つの論点として、夜間休日の診療体制をどう地域で連携しながら支えるかというテーマがありました。急変した患者さんの受け入れをはじめ病院が果たす役割は確かに大きいでしょう。

ただ、その前に「連携で支える」ときに焦点を当てるべきです。夜間については行政や地区医師会が運営する夜間休日診療所を交替で診る、一次救急を輪番で担うといったことがあり、地域の医療機関の多くは既に参加しているでしょう。

また在宅療養患者さんでも、施設の入所さんでも、かかりつけ医が日頃から報告を受け、熱発などの症状があり入院が必要と判断できれば、日中に病院に紹介し、必要に応じて入院を決めることも可能となります。時間外や休日に急に救急車で搬送されるケースと比べ、かかりつけ医が判断して必要に応じて「日中に」入院させることができれば、病院の負担は減ると思います。このように連携体制を充実させることで、地域における高齢者救急の様相も変わるかもしれません。

それでも、夜間、休日に急変して入院が必要になることもあるでしょうから、その時は断らずに受け入れる体制を地域として構築することは当然必要です。

「議論の整理」はいろいろ詳細に記述していますが、地域ぐるみで取り組んでいることを着実に進めていくことで方向性は導き出せると思います。



猪口 雄二

## 特別レポート 地域包括医療病棟算定に向けて

### 全床を地域包括医療病棟へ転換 地域の高齢者急性期医療を支える

医療法人財団興和会右田病院 理事長

右田 敦之氏

医療法人財団興和会右田病院は2024年6月、全床を地域包括医療病棟に移行した。1999年に八王子市内で開業して以来、「何かあったら右田さん」と称されるなど地域の救急医療の要役として機能し、現在も高齢者救急医療を中心に地域密着型の急性期医療を提供してきたことが背景にある。経営理念に「ホームホスピタル」を掲げているが、右田敦之理事長は「何かあったら右田さん」を現代版に仕立て直したのです」と語る。

#### 地域包括ケア病棟への転換で 病院の機能に磨きをかける

右田病院は、右田敦之理事長と右田隆之院長をはじめ、幹部の間で議論を交わし、「高齢者急性期を受けなければ、地域密着型の急性期病院とは言えない」という認識を共有し、その体制強化に努めていた。

そうした折、2014年度診療報酬改定で地域包括ケア病棟入院料が新設された。出来高払いで手術を評価するようになるなど、改定を経ることに評



右田 敦之氏

価体系が同院で展開する医療に近づいていったこともあり、段階的に移行を進めることになった。18年、全床を地域包括ケア病棟に転換、21年にはそれまでの82床から118床に増床した。地域包括ケア病棟への移行を機に、在宅復帰支援を念頭に置いた体制強化を図った。その一例がリハビリ体制の充実だ。病棟でもPOC(ポイント・オブ・ケア)といわれる生活機能の維持・回復に向けたリハビリを行えるよう、理学療法士の増強に努め、地域包括ケア病棟への全床移行時にはそれまでの5人体制から12人体制に拡充していた。

退院調整の体制も進め、入院支援室は7人体制、室長は退院調整認定看護師が務めている。「在宅復帰支援を多職種で実施することで、より円滑な病棟運営が可能となる機会を得たと思います。アウトリーチな機能、訪問診

療や訪問リハなども整備できました」と、右田理事長は振り返る。

**地域包括医療病棟転換で院内体制をさらに充実**

これら一連の取り組みの延長線上に、24年度診療報酬改定で新設された「地域包括医療病棟」への移行がある。施設基準の多くは同院が取り組んできた内容をそのまま当てはめることができ、新たな項目についてもほとんどは既に満たしており、かつ高齢者急性期医療を充実させる契機にもなった。

たとえば院内体制では、既に看護体制は10対1体制を敷き、病棟でのリハビリにも取り組んでいた。これに休日のリハビリ体制を求める施設基準に合わせて、日曜日も実施できる体制を整えた。ただ、外来リハビリは縮小を余儀なくされ、現在、人員強化に努めている。栄養管理についても管理栄養士をそれまでの3人体制から5人に増強、強化策を進めている。

施設基準を満たすうえでの調整もあつた。その一つが「B1低下患者割合」だ。地域包括医療病棟の施設基準では入院時から低下した患者の割合が5%となつている。同院で確認したところ、直近では9・7%という結果が出たという。そこで法人本部が現場にヒアリングを実施すると、「以前の生活に戻してあげたい」との思いから、入院前の状態を様々な手段を使って測定し、それを入院後も適用、退院直前の測定値と比較していたことが分かった。

そこで入院直後に測定することを決め、測定し直したところ、A病棟は4・69%、B病棟は2・25%に落ち着き、

施設基準も満たしていることが明らかになった。

右田理事長は「入院前の状態を入院時として評価していたのですから、ADLが高くなるのは当然です。一方、救急などではADLが下がったところで測定することが求められています。現場の思いが優先されて、評価基準をずらしてしまっていることが往々にしてあるため、間接部門の介入で客観的な評価に修正することも重要になります」と指摘する。

平均在院日数については「21日以内」とされているが、新型コロナウイルス感染症拡大のなか、ADLの低下が目立ったり、在宅復帰の受け入れ準備が間に合わなかつたりといった事態が頻発するなどの要因があつた。そこで法人本部長から看護部長に目標値を伝え、さらに各部門へ退院促進と入院促進の声掛けを実施。退院促進では看護部幹部がカルテチェックして医師に進言したり、入院促進では在宅部門への要請や連携先の在宅診療所などへの営業活動を展開したりといった取り組みを強化した。

**整形外科重視が奏功したものの「内科系疾患への評価も必要」**

地域包括医療病棟に速やかに移行してきた要因としては、同院が従来より整形外科領域に力を入れ、現在も骨折の患者を多く受け入れるなど中軸であり続けていることが大きい。これが顕著にうかがえるのが重症度、医療・看護必要度で、該当患者割合は22・85%。その内訳を見るとC項目で満たす患者が高い割合を占め、整形外科と消化器

外科の領域の疾患患者を除いて計測すると14・82%、さらに手術の患者も除くと、該当患者割合は11・18%に低下する。

この診療体制を維持するために大学整形外科の医局とは連絡を密に取り、医師派遣を受けているが、一方で消化器外科をはじめとする他の診療科の医師の貢献も大きいという。高齢者急性期医療全般を考えると、内科系疾患の医療に対する評価は改善の余地があるというのが、右田理事長の考えだ。

**適時調査対策に関する事務管理部会研修会**

**猶予期間に積極的な情報収集を行い「身体拘束」対策について周到な準備を**

東京都病院協会の事務管理部会研修会「これだけは理解しておきたい」入院基本料等における留意点(7基準、様式9、看護の実施)が9月27日、東京都医師会館で開かれた。元厚生局医療指導監視検査官で適時調査対策支援研究所の瀬下忠男所長を講師に、7月から開催している4回シリーズの3回目。2024年度診療報酬改定で新設された身体的拘束最小化の基準など最新動向を踏まえ、適時対策のポイントを解説し、施設基準の届出に携わる事務担当者ら50名の受講者が真剣な表情で耳を傾けた。

**トラブル防止のためきちんと記録を研修の頻度は各病院の実情に応じて**

瀬下氏はまず、入院基本料に関する施設基準の届出内容に不備や記入漏れがないよう、入念に確認する重要性を指摘した。そのうえで、従来からあつた通則的ルール(5基準Ⅱ入院診療計画、院内感染防止対策、医療安全管理

「当院は整形外科の体制が充実していることもあって手術件数が多く、地域包括医療病棟入院料を算定できる基盤になりましたが、逆にこれがなければ難しかったと思います。裏を返せば、地域包括医療病棟は本来、高齢者急性期で多くを占めるはずの内科系疾患の治療に対する評価がまだまだ低いと言わざるを得ません。高齢者急性期の充実という観点からも、今後の見直しに期待したいです」

体制、褥瘡対策、栄養管理体制)に、2024年度診療報酬改定から新たに加わった意思決定支援及び身体的拘束最小化の基準(表)について詳述した。身体的拘束最小化の基準では「身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならぬ」とされている。この点

人手をふやすのは、簡単ではありません。けれどエネルギー設備を最適化すれば、作業をへらすことはできる。課題を解決するために、課題から考えつづける。あなたの悩みも、どうか聞かせてもらえませんか。



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:03-6452-8413



ほんとうの課題は、人が少ないことではなく、仕事が多いことでした。

表 身体的拘束最小化の基準【施設基準】

- (1)当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。
  - (2)(1)の身体的拘束を行う場合には、**その態様及び時間、その際の患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録しなければならないこと。**
  - (3)身体的拘束とは、抑制帯等、患者の身体又は衣服に触れる何らかの用具を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいうこと。
  - (4)当該保険医療機関において、**身体的拘束最小化対策に係る専任の医師及び専任の看護職員から構成される身体的拘束最小化チームが設置されていること。**なお、必要に応じて、薬剤師等、入院医療に携わる多職種が参加していることが望ましい。
  - (5)身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。  
 ア.身体的拘束の実施状況を把握し、管理者を含む職員に定期的に周知徹底すること。  
 イ.身体的拘束を最小化するための指針を作成し、職員に周知し活用すること。なお、アを踏まえ、定期的に当該指針の見直しを行うこと。また、当該指針には、鎮静を目的とした薬物の適正使用や(3)に規定する身体的拘束以外の患者の行動を制限する行為の最小化に係る内容を盛り込むことが望ましい。  
 ウ.入院患者に係わる職員を対象として、身体的拘束の最小化に関する研修を定期的に行うこと。
  - (6)(1)から(5)までの規定に関わらず、精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。)における身体的拘束の取扱いについては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律25第123号)の規定による。
- [経過措置]令和6年3月31日において現に入院基本料又は特定入院料に係る届出を行っている病棟又は病床については、**令和7年5月31日までの間に限り、(1)から(5)までの基準を満たしているものとする。**

出典:厚生労働省「令和6年度診療報酬改定について」

について瀬下氏は「患者さんの尊厳を守るだけでなく、(身体的拘束を)適正な範囲内で行っていることを裏づけ、証明するためと考えてください。トラブル防止のため、きちんと記録を残す必要があります」と強調した。

また、設置が求められている身体的拘束最小化チームの役割や業務内容などについて説明。入院患者に係わる職員を対象に、研修を定期的に行うとされていることについて「少なくとも病棟の看護職の方々を対象となりますが、配置換えがあることを考慮し、外来の看護師さんも受けていたほうが無難でしょう。開催頻度については少なくとも年1回は実施すべきですが、それで十分というわけでもありません。新たに病棟に配属された人が知らないというにならないよう、各病院の実情に応じて実施してください」と呼びかけた。

身体的拘束最小化の基準は2025年5月末まで猶予期間が設けられているが、今年度中に専任チームを設け、研修会を開くなど準備しておく必要性を指摘。チームの組織図を作成しておけば、院内における位置づけがより明確になるとした。

一方、意思決定支援の基準については厚生労働省が策定した「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」などを参照し、それぞれの病院に見合った内容を定めるようアドバイス。身体的拘束最小化の基準と同様、猶予期間が設けられているが「内容が不十分」と指摘されるべきだとした。

そのうえで、瀬下氏は「2つの基準については手探りの状態だと思えます。準備を進めるにあたっては適時調査を受けた病院から積極的に情報収集



瀬下 忠男 氏

また、看護要員数については病棟において実際に入院患者の看護に当たっている看護要員の数であり、病棟にいても看護業務以外の仕事に従事したり、研修や各種の会議・委員会など現場を離れたりした時間は除外対象となる(例外あり)ことや、算定に当たって看護部長は原則カウントしないことなど注意が必要とした。このほか、1カ月の上限時間が定められている看

を行い、『どのようなことを言われたか』『それを言われなかったか』という備えをしたらいいのか』というように留意して対策を講じていただきたい」と話した。

「様式9」の平均在院日数規定  
算出対象は保険診療に係る入院患者

次に、入院基本料における看護配置(様式9)についての留意点を説明した。瀬下氏は、入院基本料に係る平均在院日数の対象患者について、通知に基づいた者となっていない点を指摘。「平均入院患者数(全患者が対象)と、『平均在院日数』(保険診療の患者のみが対象)は対象となる患者が異なるにもかかわらず、同じ患者を対象に算出しているケースが目立つため、分けて集計するよう改めて注意喚起した。

瀬下氏は、様式9は診療報酬請求においても大きなウェイトを占めるため、正確な理解が求められるとともに、適時調査でも細かく点検されるため、届出受理後は適切な管理・運用を行う必要があると指摘。そのうえで、「様式9を自動計算してくれるソフトもありますが、その内容が本当に正しいか、最終チェックは人の目で行うこと。担当者が正確に理解をしている必要がありますが、より多くの方が理解を深め、担当者に任せきりの体制にしないことが重要です」と述べ、チェック体制を構築することの重要性を訴えた。

次回最終回は10月22日、「過去の指摘から見る適時調査対策と心構え」をテーマに開かれる。

第19回東京都病院学会

■主 題: 人口減少社会の病院運営  
~どう乗り越える?医療界の人材不足~

■学会長: 高野研一郎  
(高野病院 理事長)

■副学会長: 土谷明男  
(葛西中央病院 理事長)

■学会運営委員長: 大坪由里子  
(三軒茶屋病院 院長)

■開催日: 2025年2月23日(日)

■会 場: アルカディア市ヶ谷  
(JR市ヶ谷駅徒歩2分)

学会特設  
ウェブサイト



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。