第77号
2023.9
年6回発行

愛知県日本病院会 支部ニュース

発行所 愛知県日本病院会支部
〒450-0008 名古屋市中区栄四丁目14番28号 愛知県医師会館内
TEL(052)263-0800 FAX(052)242-4353 E-mail : jha-aichi@byouin-k.jp
発行人
支部長 松本隆利

目 次

○巻頭言 1
医療ＤＸの行方

○日本病院会報告 2
（7月22日）
（8月26日）

○支部理事会 １０
（9月5日）

愛知県日本病院会支部ニュースへのご寄稿のお願い

支部ニュースは、会員の皆様の意見交換の場として会員の皆様からの情報発信をお待ちしております。テーマ、字数の制限は特にありませんので、ご寄稿よろしくお願いします。

巻頭言

医療ＤＸの行方

副支部長 谷 口 健 次

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）の流行は、第８波が収束したところでいったん落ち着いたようにみえましたが、５月８日に感染症法上の扱いが五類へ変更になり、全国的な人の移動が活発になるにつれて、８月には「第９波到来」と表現されるほどに感染が拡大しました。愛知県も例外ではなく、患者数がピークになると予想されていたお盆休みから１か月が経過したものの、一向に収束する気配はありません。９月中旬時点での愛知県内の入院患者数は千人を超えており、オミクロン型の感染力の強さから、市中だけでなく病院、施設や学校でもまとまった数の感染者が発生しています。最近の COVID-19 の特徴は、重症化する例が明らかに減っていることであり、愛知県内の入院患者のうち重症者が10人台にとどまっているのはまだ幸いと言えます。入院になる理由のほとんどが、肺炎ではなく高齢や基礎疾患の悪化ということから、独居の高齢者等が発熱して救急搬送され、全身状態は悪くないものの、社会的な適応で入院になる事例が増えています。国、県は来年度から始まる第８次医療計画における新興感染症対策と並行して、新たに入院患者を受け入れる医療機関や施設のすそ野を広げる計画ですが、制度設計も不十分なために、来春以降に効果を実感できるようになるのかは不透明です。まずは、今回の流行が早々にいったん収束してくれることを願うばかりです。

コロナ禍で明らかになったことの一つに、日本社会におけるデジタル化の遅れがあります。COVID-19 患者の情報管理には、2023 年春までファックスが多用され続け、HER-SYS や G-MIS 等が導入されたものの、苦労して入力した情報が医療現場に適切にフィードバックされて十分に活用されたとは言えません。せっかく導入したのに「よくなった」という感覚が現場にないのはとても残念なことです。マイナンバーカード関連の躓きでは、人による入力間違いの修正に人海戦術を駆使しているのを見ると、むしろ滑稽と言わざるを得ません。これからも続く人口

減少と高齢化に備えて、国は内閣総理大臣を医療DX（Digital Transformation）推進本部長とし、工程表に基づき取り組みを始めようとしていますが、明るいはずの未来の全体像がわかりにくく、期待より不安の先行しているのが実情です。

医療DXとは、医療の現場においてデジタル技術を活用することで、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、「社会や生活の形を変えていくこと」と定義されています。最近は、医療DXに関する講演が各所で開催されており、そのいくつかを聞く中で、どうも日本では「変え方」を間違えてきたのではないかと考えるようになりました。人の関与の程度が大きい「究極のアナログ」の様な医療現場において、デジタル技術を導入するのはいいとしても、アナログなやり方を変えないままに、デジタル技術を無理に適用しようとしても、デジタル技術の良さは生かせません。デジタル技術にも向き不向きがあるわけで、本来ならばデジタル技術に向いたやり方に変えながら、それに合わせてデジタル化を進めていくべきだったのではないかと感じています。理屈だけで考えるならば、デジタルの専門家が医療現場を俯瞰して、描いた設計図を基に医療を変えていくというスタンスが最もよかったのでしょうが、それはそれで医療現場の混乱もかなり大きくなりそうで、頭の中で考えているようにはうまくいかないでしょう。どちらにしても、Transformationの過程には、それなりの苦痛と労力が伴うものなのかもしれません。

（小牧市民病院　院長）

日本病院会　２０２３年度　第２回定期理事会（2023.7.22）（WEB参加）

副支部長　谷　口　健　次

【相澤会長挨拶】

・新型コロナウイルス感染症は、5類移行後も大変な事態には陥っていないものの、収束せずに蔓延している。最近の病院では、入院患者数が減り病床利用率も低下している。加えてエネルギーや材料のコストが上昇し、経営が苦しくなっているところが多い。現状を調査して、日病としての対応を検討していく。

【外部説明】

○厚労省森光審議官から診療報酬改定DXについての説明があった。

・医療DX工程表に基づき、最終ゴール（進化するデジタル技術を最大限に活用し、医療機関等における負担の極小化を目指す）を目指して、4つのテーマ（①共通算定モジュールの開発・運用、②標準様式のアプリ化とデータ連携、③共通算定マスタ・コードの整備と電子点数票の改善、④診療報酬改定時期の後ろ倒し等）を段階的に実現する（①：R8年度から順次、②：R10年度、③④：R6年度）

・ベンダーに生じる負荷軽減効果については、運用保守経費等の軽減を通じて医療機関に確実に還元されるよう、厚労大臣から確実に働きかけを行う。

・④に関しては、2か月後ろ倒しして6月施行を想定。薬価については今まで通り4月施行とする。詳細は8月の中医協で議論される。

・出席者からは、最近のマイナンバーカードに関連した迷走などから、本当に大丈夫なのか、予定通りに進むのか不安視する意見が出された。

【報告事項】

1．　中医協総会（第548回）　入院について

・日本の人口は2070年に総人口が9,000万人を割り込み、高齢化率は38%台になると推計されている。死因：1位/悪性新生物、2位/心疾患、3位/老衰。

・年間の死亡数は増加傾向で、最も多い2040年と2015年では約38万人の差になる。

・一般病床数は横ばいからやや減少傾向。病床稼働率は、急性期一般入院料1が最も高い。令和2年から4年にかけて、病床稼働率は全体的に減少している。

・入院及び入院外の医療費は、令和2年度に一時的に減少したが、再増加傾向である。入院外の医療費が微増している。入院1日当たりの医療費は増加傾向である。

・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料の届出病床数はいずれも増加傾向。

2．　中医協 費用対効果評価専門部会

・令和5年7月1日現在までに、43品目が評価の対象となり28品目が評価を終了した。

・現在は2大学（立命館大学及び慶應義塾大学）が公的分析班として分析を担当しているが、今後も対象品目の増加が予想される中で公的分析に係る体制の充実が課題である。

3．　中医協 薬価専門部会

・新薬の評価に関する現状と課題

➢欧米で承認されているが国内で未承認の医薬品が増加しており、ドラッグ・ラグ／ロスの解消や日本への早期導入に関する評価の要望がある。未承認品目には、ベンチャー企業が開発している品目のほか、希少疾病の医薬品や小児用の医薬品も一定数存在する。薬価の観点から対応する方策に関してどのように考えるか。

4．　中医協総会（第549回）

・人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望（別添p338）

➢病状・時期により少しずつ変化している。

・在宅医療の提供体制については、病院が増えている。

・地域包括ケアシステムにおける在宅医療イメージ図（別添p347）

・訪問看護ステーション

➢訪問看護ステーションの利用者は、医療保険、介護保険ともに増加傾向。

➢主傷病は、「精神および行動の障害」が年々増加しており、平成21年と比較すると増加率も最も大きい。

5．　第3回診療報酬調査専門組織　入院・外来医療等の調査・評価分科会

○急性期充実体制加算について

➢令和4年9月時点（DPCデータ）において、全国で1,506の急性期一般入院料1を届出している医療機関のうち、165が急性期充実体制加算の届出を行っていた。

➢165の急性期充実体制加算を届出している医療機関のうち、約9割はこれまで総合入院体制加算の届出を行っていた。

➢都道府県別で比較すると、届出を行っている医療機関数はばらつきがあり、5 県で届出がなかった

○地域包括ケア病棟について

➢高齢者の搬送は、特に 75 歳以上の割合が増加傾向にある。高齢者の救急搬送人員が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。

➢地域包括ケア病棟を有する病院について、救急患者を受けている頻度は、週 7 日が 60.1%で最も多く、次に週 0 日が 13.0%であった。

➢救急患者を受け入れている時間帯については、夜間・深夜も受け入れていると回答した医療機関が 77.0%であった。

➢救急搬送の受け入れ件数については、100 件以下の医療機関が多いが、ばらつきも見られた。（2,000 件以上まであり）

➢地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送により入院した患者は 19.5%、救急搬送後、他の病棟を経由せずに地域包括ケア病棟に直接入棟した患者は 5.7%であった。（他は予定 45.6%、外来から 34.9%、他病棟から 13.8%）

➢地域包括ケア病棟に入棟している患者のうち、救急搬送後、他の病棟を経由せずに直接入棟した患者の主傷病は、誤嚥性肺炎や尿路感染症が多かった。

➢地域包括ケア病棟の現状と求められる 3 つの役割、増加している高齢者救急搬送への対応及び今後も需要の増加が見込まれる在宅医療への対応が期待されていることを踏まえ、地域包括ケア病棟のあり方についてどのように考えるか。

○横断的事項等について～身体拘束

➢ほとんどの病棟･病室において､身体的拘束の実施率は 0～10%未満が最も多く、急性期一般入院料､地域一般入院料､地域包括ケア病棟入院料で約 5 割であった。

➢一方で、身体的拘束の実施率が 50%を超える病棟・病室も一定程度ある。

➢「認知症あり」かつ「BPSD あり」の患者や､「せん妄あり」の患者において、身体的拘束の実施率が高かった。また自立度が低いほど実施率は高かった。

➢身体的拘束を行った日の 1 日の拘束時間は、約 7 割が常時拘束をしていた。

➢認知症ケア加算の全算定回数のうち、身体的拘束を実施した日の割合は約 3 割であり、やや増加傾向である。

➢入院患者に対する身体的拘束を組織的に予防・最小化するために必要な取組や評価についてどのように考えるか。

6．　第 4 回診療報酬調査専門組織 入院・外来医療等の調査・評価分科会

○情報通信機器を用いた診療について

➢情報通信機器を用いた初診料等の届出医療機関数は経時的に増加しており、令和 5 年 4 月 1 日時点において約 7,500 医療機関となっている

➢情報通信機器を用いた初診料等の算定回数は令和 4 年 8 月まで増加し、令和 4 年 9 月には減少した。多くの医療機関の算定件数は 0 件であったが、算定件数が約 700 件である医療機関を認めた。

➢オンライン診療を受けた際に感じたことについて、対面診療と比べ、「十分な診察が受けられない」等と回答した割合は60歳以上に比べて、60歳未満が多かった。
➢オンライン診療の受診者のうち受診医療機関の所在地が居住地と異なる割合は28.8%であった
➢情報通信機器を用いた初診における傷病名としては COVID-19 が 56.5%と最多であった。再診料における COVID-19 は 27.2%。対面診療における傷病名と比較すると、呼吸器感染症に類する傷病名の占める割合が高い。
➢対面診療の割合が5割未満の医療機関における情報通信機器を用いた初診、再診料・外来診療料に係る傷病名としては、初診では COVID-19 が 37.9%、再診料・外来診療料では不眠症が 39.7%と最多であった。
➢患者と医療機関の所在の関係、対面診療とオンライン診療の割合、初診のオンライン診療に適した症状等の取扱い、また D to P with N 等の活用を踏まえ、今後のオンライン診療の適切な評価についてどのように考えるか。

○外来医療について～かかりつけ医機能、生活習慣病対策、外来機能の分化推進
➢地域包括診療料の状況については、近年は届出医療機関数・算定回数ともに横ばい。
➢地域包括診療加算の届出医療機関数は横ばいであるが、算定回数は近年増加傾向。
➢生活習慣病の管理に係る報酬の算定回数はいずれも平成 28 年から令和元年にかけては増加傾向であるが、令和2年には特に病院における算定医療機関数・算定回数が減少し、以降横ばいで推移している。
➢時間外加算等の算定件数は平成26年と比べ、令和4年には減少していた。

○外来化学療法について
➢近年、がんの入院患者数は減少傾向であるが、外来患者数は増えている。
➢悪性新生物の治療のため、仕事を持ちながら通院している者は増加傾向であり、特に女性および高齢者の増加が著しい。
➢外来腫瘍化学療法診療料を届け出ている医療機関においては、病院では74%、診療所では58%の施設が外来化学療法実施対象患者に関する基準や指針を作成。
➢外来化学療法室において、看護師や医師と比較して、薬剤師配置数が少なかった
➢療養・就労両立支援指導料の算定状況については、平成 30 年以降徐々に増加しているが、算定回数は低水準であった。
➢外来栄養食事指導料を届出しない理由として、「④悪性腫瘍に関する栄養管理方法等の習得を目的とした研修を修了していないため」、「⑥悪性腫瘍の栄養管理に関する研修を修了することが困難であるため」の回答が多かった。

○横断的事項等～入退院支援加算、入院時支援加算
➢入退院支援加算と入院時支援加算の届出施設は徐々に増加している。
➢入退院支援加算と入院時支援加算の算定回数はいずれも増加している。
➢対象者における「退院困難な要因」は、急性期一般入院料では「緊急入院であること」の割合が高く、回復期リハ病棟や地ケア病棟では「入院前に比べ ADL が

低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること」の割合が高かった。

➢退院支援の取り組みを困難にしている事項は、急性期一般入院料 1、地域包括ケア病棟及び回復期リハビリテーション病棟を有する医療機関では、「患者 1 人当たりの退院調整に十分な時間を割くことができない」、「患者・家族と面会日等を調整することが難しい」等の割合が高かった。

➢入退院支援加算 1・2 届出医療機関のうち、急性期一般入院料 1、専門病院入院基本料、特定機能病院入院基本料では、入院時支援加算を 8 割以上届け出ている。

➢入院時支援加算を届け出ていない理由は、「入退院支援部門への看護師・MSW の配置が困難なため」が最も多い。

【意見交換】

○コロナ前後での病院を受診する患者数の減少について

➢病床利用率を見ると、一般病床では全国平均で 4.4%減（愛知県 4.3%、東京都 8.0%）、療養病床でも同じ傾向にある。

➢予定入院が減っているが、緊急入院に限ると横ばいかむしろ増えている。

➢病院職員数の減少による影響も考えられる。

➢神奈川県では、外来患者数は 10-20%減少している。長期処方の増加、高齢者の活動性の低下などが影響しているのではと考えている。

➢済生会：5－6 月のデータとして、外来 6%減、入院 12-3%減、単価は 10%増。全 81 病院中の黒字病院の数は、33 病院 /から 19 病院 / 全 81 病院に減っている。

➢日赤：入院患者数は 2%減、新入院患者数は 2-3%増だが、コロナ前の数には戻っていない。

➢石井監査よりコメント

・病院の医療は非営利を基本にしてきたが、最近は営利企業である調剤薬局や訪問看護ステーションが増えている。しかもそちらに人材や利益が流れるようになっており、病院の経営を圧迫し始めている。日病としてどのように対応していくのかを真剣に考える時期が来ている。

➢相澤会長よりコメント

・「現状を把握して日病としての対応を検討したい」。

➢島副会長よりコメント

・「実態調査を早急に企画したい。本当に大変な病院は調査への協力が難しい可能性はあるが、調査の質を上げるためには有効回答率 6 割ぐらいを目指して工夫したい」。

（小牧市民病院　院長）

意見交換　資料－２改
Ｒ５．５．１８

338

人生の最終段階において、医療・ケアを受けたい場所に関する希望

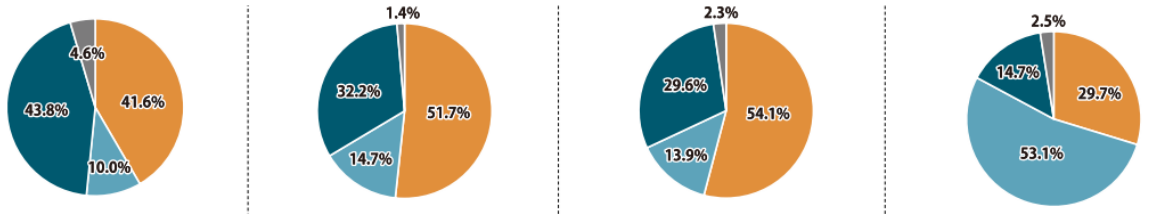
（あなたの病状）
病気で治る見込みがなく、
およそ１年以内に徐々にあるいは急に死に至ると考えたとき。

（あなたの病状）
末期がんと診断され、状態は悪化し、痛みはなく、
呼吸が苦しいといった状態です。今は食事や着替え、
トイレなどの身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

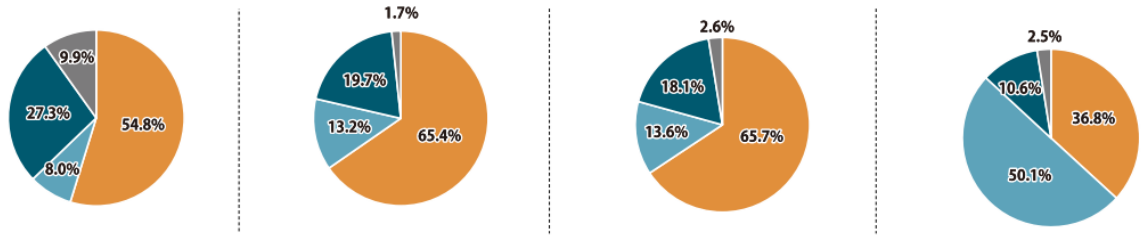
（あなたの病状）
慢性の重い心臓病と診断され、
状態は悪化し、痛みはなく、呼吸が苦しいと
いった状態です。今は食事や着替え、
トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。
意識や判断力は健康な時と同様に保たれています。

（あなたの病状）
認知症と診断され、状態は悪化し、
自分の居場所や家族の顔が分からない状態です。
今は、食事や着替え、トイレなど身の回りのことに手助けが必要です。

最期をどこで迎えたいですか　＜一般国民（n=3,000）のみ＞



それまでの医療・ケアはどこで受けたいですか　＜一般国民（n=3,000）のみ＞

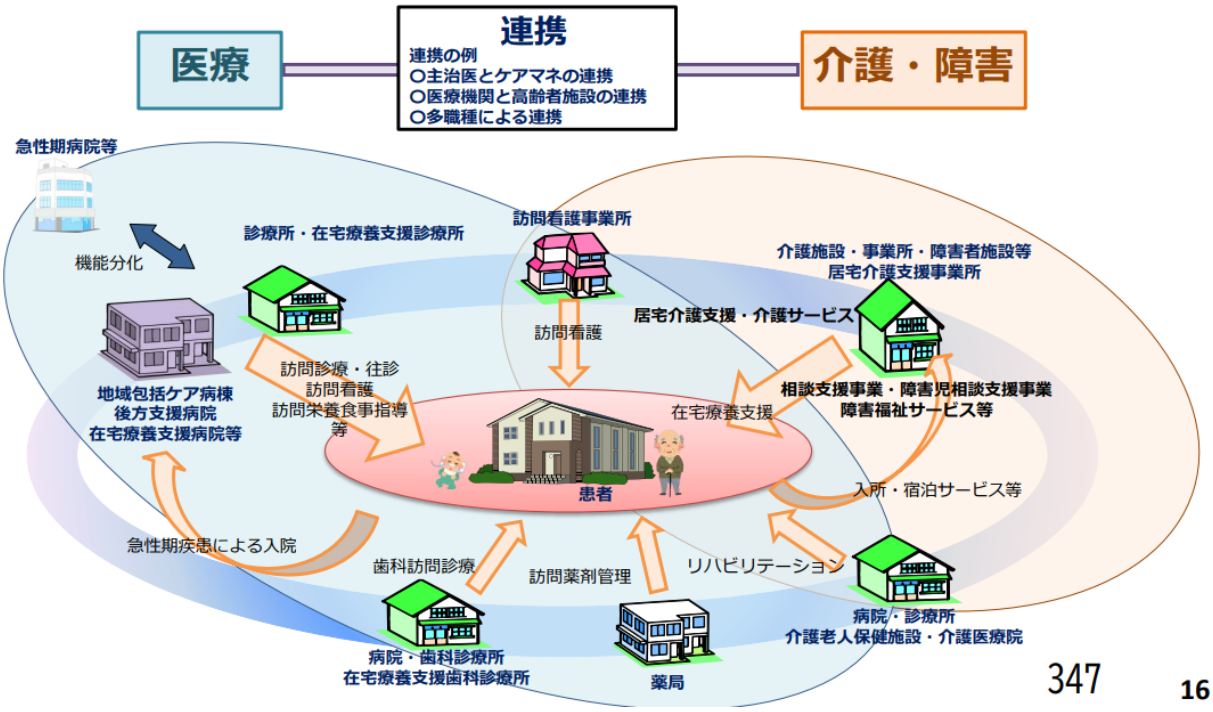


医療機関　介護施設　自宅　無回答

厚生労働省「令和４年度人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査の結果について（報告）」
※　集計は、小数点第２位を四捨五入しているため、数値の合計が100%ちょうどにならない場合がある
※　回答の比率（%）は、その質問の回答者数を基数として算出しているため、複数回答の質問はすべての比率を合計すると100%を超えることがある　338

347 地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



347　16

日本病院会　２０２３年度　第３回常任理事会（2023.8.26）

支部長　松　本　隆　利

【相澤会長挨拶】

・コロナ感染症は地域差があるがまだまだ終息していない。病床確保は実情を見、意見を聞き対処していく。

・8 月末より様々な政府系の委員会が開催されている。特に医療 DX 化についてしっかりと意見を述べていく。

【外部説明】

〇イノシア（三井物産 100%出資子会社）より施設基準管理ソフトの説明

・施設基準管理ソフトは、施設基準を遺漏なく管理し、診療報酬上の要件を戦略的に上手に満たし、収益向上を目論めるアプリケーション。管理が行き届かない施設が多く有用。導入費用は概ね導入時の 100 万円＋月額 15 万円

【報告事項】

1．ニュース編集委員会

・8 月 25 日号は 1100 号で特集を組んだ。（1）新型コロナウイルスと日本病院会の取り組み。（2）1000 号から 5 年間を振り返り、新型コロナ感染症や医療 DX 等の話題を中心に、日本病院会ニュースの今後のあるべき姿について、大道道大副会長と松本隆利日本病院会ニュース編集委員長の対談を掲載。

2．日本診療情報管理学会

・第 49 会学術大会は青森県十和田市で開催。

3．日本専門医機構理事会

・サブスペ　まだもめている。

・診療科広告　学会の認定なくても厚労省が認めていればよい。

4．診療報酬調査専門組織報告

・救急搬送は H22 と R2 比較で高齢者が増加。特に中等症、軽傷者が増加。

・高齢者では肺炎と尿路感染症が多い。一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の検討が論点になっている。（地域包括で扱うとの議論か？）

・ハイケアユニット入院管理料での重症度、医療・看護必要度の評価項目が論点に。

5．中央社会保険医療協議会　総会

・AWaRe 分類 Access, Watch, Reserve　日本の抗菌薬選択は問題が多い。

・抗菌薬使用量は病院よりも診療所で多い。

6．診療報酬改定スケジュール

・ソフトウエア改修のため、診療報酬改定は 4 月から 6 月に延期。
　但し薬価改定は例年通り 4 月に行う。

7．医療 DX

・全国医療情報プラットフォームの創設、電子カルテ情報の標準化、診療報酬改定 DX のため医療 DX 推進本部を設置予定。

・医療 DX 特に診療報酬改定 DX では削減効果を約 1400 億円と見込んでいる？

【協議事項】

○新型コロナ感染症の10月1日以後の問題

COVID-19は5月に感染症2類から5類に変更された。これ以後はコロナ関連の診療報酬は項目毎に算定点数は減額され、補助金や支援金も減額、あるいは中止されている。病床確保金も大幅な減額になり病院運営上厳しい状況になってきている。10月1日以降来年の3月末までのコロナ関連の措置については移行期間とされた。大筋について方針は示されたが、まだ細目は定められてはいない。

暫定的な診療報酬措置を経て、令和6年4月の診療報酬・介護報酬同時改定を通じて新型コロナウイルス感染症を組み込んだ新たな診療報酬体系に移行。秋以降は、重症者・中等症Ⅱ患者について医療機関間による調整の取り組みを進めつつ、対応を行った医療機関への支援を行うこと等々を検討。

外来医療費は、治療薬の公費支援は9月末までの措置。入院治療費は9月末まで高額療養費制度自己負担限度額から2万円を減額する。

確保病床はフェーズⅠではつくらない方針。確保病床は病棟から病室単位に変更となった。

○様々な意見

・フェーズⅠだと、確保病床がなくなるので個室対応しても減免せざるを得ないため、コストが増え、コロナ感染症入院を受ける病院が減る恐れがある。

・診療した分は支払われるべきで、今の実態を反映していない。

・フェーズⅠの地域も多く、また自治体毎の対応の差が見られる。まだ厚労省から各自治体への通達が出されていない。この現状できちんとした診療報酬が出されておらず、またパンデミックが再来しても対応できない。

・フロントの病院だけでなく後方病院にもきちんとした対応ができるように点数を付けてほしい。

・行政検査になると、保健所に連絡対応していただくが、結果が出るのに数日かかり、即日結果が出る自院検査との差が大きく、感染力の強い感染症を踏まえると大問題だ。

・スタッフの感染等での配置基準特に夜勤スタッフの確保が困難で難渋。コロナ感染での廃用ではリハ対象にならず、相澤会長は厚労省に申し入れをすることになった。

（社会医療法人財団新和会八千代病院　名誉院長）

第3回愛知県日本病院会支部定例理事会議事録（抄）

日時：2023年9月5（火）　15：00～16：00

場所：昭和ビル　9階　ホール

出席理事：松本隆利、岩瀬三紀、谷口健次、木村衛、佐藤公治、中澤信、後藤百万、宇野雄祐、奥村明彦、浦野文博、成瀬友彦、北川喜己、川口鎮

出席監事：細井延行、両角國男

（定数報告）
・理事16名のうち13名の出席があり、理事総数の過半数を超えていることから理事会は成立している。
（協議事項）
（１）会員の退会について
・社会医療法人杏嶺会尾西記念病院（一宮市）が令和5年6月30日をもって廃院となり退会届の提出があり、全会一致で承認した。会員数は115会員となる。
（２）仮事務所への移転及び臨時休業について
・愛知県医師会館建て替えのため支部事務局が名古屋市港区千鳥1-13-22へ移転する。時期は令和5年10月27日～10月31日に引っ越し作業を行う。その期間は事務所の業務を休業とする。全会一致で承認した。
（日本病院会報告）
（１）2023年度第2回理事会（7/22）
・新型コロナウイルス感染症は、5類移行後も減少はせず、まん延している。病院の入院患者数が減り病床利用率も低下している。エネルギーや材料のコストが上昇しており経営が苦しくなっている。現状を調査して、日病として対応を検討していく。
（２）2023年度第3回常任理事会（8/26）
・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等については、国の動きを注視。
（３）2024年度介護報酬改定に係る要望について
・基本報酬の適切な引上げ：高騰するエネルギー価格、食事療養費、人件費への対応
（意見交換）
◎電気料金等高騰による対応について
・令和5年4月の電気代が昨年の同月の2倍強であった。5月から新病棟でLEDを使うようになって1割ほどの節減となった。さらに、土日に電子カルテの電源を切るようにしたら7月は2割減となった。
・エアコンの設定温度を26℃にしている。照明を人感センサーにすることや、LEDに切り替えている。
・コロナ対策の習慣で換気をするようになり、会議後で誰もいない室内でも換気扇が回っている。節電の意識は下がっている。
・照明を抑えたり、消灯をすることは大切であるが、室内（廊下等）などが暗くなると職員のモチベーションが下がり気味になる。
・透析を行っているので節電は難しい。LEDに切り替えることは行っている。
・エレベーターやエスカレーターの常時稼働をやめているが節電効果ははっきりしない。

愛知県日本病院会支部ホームページ
https://www.byouin-k.jp/jha-aichi/