

第4回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会 概要

日 時：2022年5月24日（火） 1800～2000

場 所：JRS事務局（web開催）参加者30名

講 演：

「With コロナ時代の医療のあり方を考える」

講師：神野正博先生

（社会医療法人財団董仙会恵寿総合病院理事長、全日本病院協会 副会長、日本専門医機構 理事、日本社会医療法人協議会副会長、日本専門医機構理事、日本病院会常任理事、サービス産業生産性協議会（SPRING）幹事、石川県病院協会副会長、厚生労働省社会保障審議会医療部会委員、医道審議会医師臨床研修部会委員・医師需給分科会委員・看護師特定行為研修部会委員）

○JRS 青木理事長 開会挨拶

本日は神野正博先生をお招きしてご講演をいただく。事前資料を拝見すると、日本医療について、幅広い領域にわたるご講演であり、大変勉強になると考える。

○講演概要

- ・石川県は医師不足・看護師不足・患者の減少など、都市圏よりも未来の日本を見ているような状況である。
- ・放射線科医は遠隔医療への親和性・理解度は高いと考える。
- ・専門医機構理事を務めているが、専門医制度に関しては色々意見があるところと思う。

日本医療の状況と新型コロナについて

- ・現在の日本医療の状況は、「大きな荷物と大きな嵐」の状態。
- ・2040年に向けての社会変化・人口構造の変化は重要である。日本人口全体は減、2025年までは高齢者数の急増、そして2025年以降は、高齢者数は増えず、生産年齢人口が急減するが、これは日本のみならず世界が経験したことのない状況に突入するという問題意識が必要。
- ・65-75歳の年代が生産年齢に入れば、ということも考えられる。全員参加・社会参画、多様な人材を包摂（インクルージョン）する社会が重要。また、地域社会の存続を考える事が重要。
- ・働き方改革を進めると、多様な人材が働くことが可能となる。また一方、シニア人材が働くとなると、ひいては健康寿命の延伸・健康経営にもつながる。さらに、生産性向上のためDX, robotの導入や外国人材活用のための翻訳ソフトの利用は必然であり、これらをフルに活用して働き方改革を進めないと社会が回らなくなることを理解する。自施設は定年制を廃止し、シニア人材に活躍してもらおうと考えている。
- ・高齢者増による医療需要について：DPC入院データからみた75歳以上の入院疾患では、誤嚥性肺炎がトップであり、その他も、入退院を反復するような疾患が主体であるため、入院患者数とし

ては増える。

・現在、医師は「スーパードクター」の様な高度専門志向であるが、今後は、こういった高齢者を診療することが主体となるため、総合的に診療する医師が必要となると考える。

・中医協の資料における入院料別の資料では、急性期一般入院料1、2、3では悪性腫瘍が最多であるが、急性期一般入院料4-7・地域一般入院料・地域包括ケア病棟では骨折・外傷、肺炎、心不全、脳梗塞が多い傷病名である。行政としては、急性期一般入院料1で骨折、肺炎、心不全等を診療するのではなく、その他（医療費が安価な入院料）で診療をしてほしい。

・新型コロナの流行状況は現在も多い状況であるがそれ以外に、想定外事象が多発化している。感染症のみならず、自然災害や国家間の侵略等地政学的な事柄も想定外事象であり、医療としてもBCPとして真剣に考えなければならない。

・Before コロナに戻るか？・・・人口減少社会、高齢社会、働き方改革、デジタル化、高速通信、価値観の変容などがあり、元に戻ることはない。

・慢性期の患者でも必ずしも通院しなくてもよいという考え。癌や末期患者も入院では面会が不可能となり、在宅医療への大きなシフトが起こりつつある。元には戻らず、コロナにより加速したと考える。

・三密に関して：密接⇒非接触、密集⇒リモートやオンライン、密閉：バーチャルという新たな常態が実現。

・K字経済とは：回復するグループと、落ち込むグループがある。一般の業界では、コロナ下での回復グループは製造業・ゲーム等。落ち込むグループは宿泊飲食等であった。

・病院のK字経済：「良い」ところはコロナを診療した病院・慢性期（在院日数等でコントロール可能）、「落ち込む」はコロナに非対応、非慢性期病院。ただし一般企業と病院では、その原資が支援金・診療報酬加算であるため、政治に左右される。

・診療所でも病院でもない第3集団が勃興：在宅専門集団（在宅医療のUber化）＝隙間時間労働（仕事の細分化）医療界にとって大きな変化

・2040年の医療提供体制を見据えた改革：医療施設の最適配置の実現と連携・働き方改革・実効性のある医師偏在対策、の三位一体＋コロナ対策となっている。これらは、医政局のみの話ではなく、診療報酬改定とも深く関わっている。

・2021年5月医療法改正に関して：改正の概要として医師の働き方改革、タスクシフト/シェア、医師養成課程の見直し、新興感染症等の対策「5疾病6事業」として政策医療として行うことその他、重要な点として、外来機能の明確化・連携が明記された点は重要。

・コロナ患者受け入れの状況に関して：100床未満の医療機関はコロナの診療が極めて少ないとされたが、民間医療機関は100床未満が多いため、母数が多くなり、コロナを診療した率が極めて低くなってしまふ。この印象が2022年の診療報酬改定にて反映されている感がある。

2022年度（令和4年度）診療報酬改定について

・2022年診療報酬改定に関して：病床機能報告について、今後、行政が目指す地域医療構想に基

づいたものに近づけるため診療報酬により、強く誘導する方向性。

・R4 年度診療報酬改定の基本方針：「成長と分配の好循環の創出に貢献する視点」＝診療報酬で看護職の収入を引き上げるとのこと。診療報酬改定+0.43%のうち、看護職収入や不妊治療分を除くと、実質+0.03%となる。

・2022 年度診療報酬改定を総括：

財務省/経済財政諮問会議/官邸主導、コロナ対応（救急対応）という近視眼的改定、集中治療以外に逃げ場のない殲滅改定、「分配の好循環」＝医師からの再分配

・対策として：病床規模や病床機能の維持の妥当性や、地域で求められている医療を探る事、また介護/在宅を含めた PFM(patient flow management)の構築、仕事の標準化と同時に、Critical Path (最良の outcome を最短の日数で、最少資源、チーム介入（加算）を漏らさず実行する)の作成が急務

入院医療の評価・入院/在宅医療の連携等について

・医療資源の投入量と患者の状態：医療ニーズが低い患者に多くの医療資源を投入するのは非効率的医療。医療ニーズが高い患者に必要な医療資源が投入されないと粗診粗療となる。「やりたい医療」と「地域で求められる医療」が合致しているかが重要。

・入院医療は患者割合により段階的に決められる。急性期医療から、在宅復帰と認められるには多様な要件があり、これに関しても PFM がとても重要である。

・入院から在宅まで切れ目のない医療を提供する取組では、感染対策を中心に置き、医療機関が peer review・相互評価を行いつつ連携するというのが大きな流れとして出てきた。ここでも PFM は重要である。災害対策等でも peer review の考え方は重要。機能分化に関しても、具体的な事項ごとで考える事が良いかもしれない。

・急性期医療とは：高度かつ専門的な医療の提供・重症救急患者に対する医療の提供・自宅や後方病床等への退院支援する機能

・急性期医療は、病院の機能分化（選別）が進む方向性：総合入院加算の有無、救命救急入院料の有無。チーム医療加算が沢山ついたこともポイントの一つ。

・地ケア病棟入院料も厳しくなった（要件の複雑化・自宅から入棟した患者割合が重視されている等）。回復期リハ病棟も同様で、新規参入を抑制する方向性と見える。

・紹介受診重点医療機関：外来機能の明確化・連携を強化。紹介・逆紹介が多いところを認定し、受診時定額制とする。

・紹介受診重点医療機関（重装備・徹底的に精査・治療）：出来高算定。紹介受診重点医療機関ではない外来（軽装備・コンサルテーション・かかりつけ医）：包括算定となる予想。

遠隔医療に関する考え方と展望

・遠隔医療の類型と費用負担：遠隔コンサルテーション⇒遠隔診断⇒オンライン診療という機能がある。遠隔コンサルテーションは自費が可能、遠隔診断は保険診療、オンライン診療は保険診療となっているが、コンサルテーションでは無料としながら、特定の医療機関への誘導がありうるため

警戒が必要。

- ・遠隔医療の形：遠隔相談・遠隔画像診断・遠隔病理診断・遠隔診療があるが、社会的にオンライン会議等が浸透していることから今後、不可能ということは現実的に困難。ただし、得意・不得意なところは認識が必要。D to D, D to P, D to P with D/Ns/Robot/AI/Others など様々な形が考えられる。
- ・当院の経験で、コロナ下で派遣医が自施設に來れない場合、自施設に患者にいてもらい、派遣医にオンラインで入ってもらった。医療機関であるため検査は全て可能であり「逆オンライン診療」という形としてあり得ると考える。
- ・Quality of Life の考え方：Life, は多様なとらえ方ができるが、医療者は「生命」と考える。ただし生活、人生とも解釈できる。医療者は「生命」の観点を最重要としてきたが、介護では「生活」が最も重要である。病院医療の前後には「生活」があり、病院医療はその間で安心を提供するが、現在在院日数が極めて短くなっており、医療の前後の「生活」の場が大きくなっている。病院「後」連携には医療者は力を入れてきたが、病院の「前」（未病や予防・予測）が重要で、今、企業等がそこに注目している。
- ・これからの地域連携は、今までの前方・後方連携と異なり、高齢者では反復することとなる。これら全てを包括的にヘルスケア（ケアのみではなく健康管理も）とすることが高齢社会では必要。
- ・入院前後の連携・職種連携の構築がさらに重要。感染対策に関して、行政も ICT 同士の連携を重要視している。

働き方改革について

- ・働き方と生産性向上：時短と労働生産性は対である。すなわち、（労働時間） \times （労働生産性）＝企業業績となる。ただし急に業務量を倍化することは不可能であり、core mission の確立とタスクシフトが必須。TQM, Critical Path, ICT, AI, DX 等の効率化も同時に必要となる。
- ・タスクシフト：委譲、タスクシェアリング:分ち合い。業務を Cascade させた先に DX、という事になる。
- ・ICT, DX は誰が担うか：ICT は他業種における先行事例・外部企業人材の活用。一方、DX の仕組みを変えるのは病院。企業文化・風土を変える。これらの区別が重要。
- ・自施設に関して：ケアミックス病院、地域医療支援病院、基幹型臨床研修指定病院。様々な認定を受けている（一例：グッドデザイン賞：運用の仕組みに対して）
- ・先端医療から福祉まで広く行っている。病院・介護施設、すべて同じ ID で電子カルテを一つに統合している。病院食もセントラルキッチン形式としている。
- ・1994年、日本で初めてSPDを導入、統合オーダリングシステム、PHRなどの先進的取組を行ってきた。
- ・デイケア施設や病院の受診記録がすべて一つの電子カルテにおいて時系列で利用できる。必要に応じ、記録の種類（医療のみなど）を選択表示できる。老人施設⇔病院と移行しても連続して経過観察が可能である。
- ・PHRにて患者に閲覧を可能とし、それにより他医療機関・薬局等との連携もある程度可能となっ

たと考えている。

- ・目指すところは Society5.0 であるが、課題は様々：リーダーシップ、費用負担は誰が持つか…一番ふさわしいのは保険者か。
- ・自施設の働き方改革：本来業務の見直しとタスクシェアリング、医療介護福祉共通カルテ、仮想化環境、AI 問診、ベッドサイド情報端末、RPA,PFR 等。
- ・健康経営を行っている：健康経営優良法人、心の相談室、健康保険組合設立、就業規則の見直しと定年制の廃止等
- ・今後重要な点として、「病院」の品質から「地域」の品質の時代へ、と考えている。

○質疑

・過去、自施設において、経産省関連で遠隔画像診断システムの構築を行った際、その負担は、保険者が負担すべきと考えたが、なかなか進まない。保険者の意識改革が重要と考えるが、どのような方策が有効と思われるか

→IHN(Integrated Healthcare Network) (米国) を多数見てきたが、保険者機能と病院を両方持っており、急性期患者へ集中治療を行い、その後、再発させないために地域にクリニックを作る。双方にインセンティブが生じ、保険者にとってはメリットと考える。そこを証明できればと考える。

・保険は、介護と医療を分けるべきであろうか。それとも社会保険として様々なところで配分しながら行うべきか、介護を今のように別個にしていなければならないのか。

→急性期病院でも現実的に介護は行われており、使えるようにすべきと主張している。

・Kaiser Permanente の日本での地域版で、それを構築されたことに感銘をうけた。国立大学等では難しいことがある。一方、働く人の中でデジタルへの親和性の低い人もいると思うが、どうやってここまで巻き込めたのか。

→介護記録は時間的な余裕がある。そのため、代行入力センターをつくって手書き等のものを代行入力してもらっている。実際にこの形式は効率がいいことが明確となった。

・日本では学閥により地方での統合が極めて困難であるが、それについてもっと流動性のある人材交流が今後実現するかについて、どのように考えるか。

→自分の病院の「思い」はあるかもしれないが、「必要な医療」という観点が必要である。現状は、国が旗を振るよりも、社会の流れの方が早く、実際に「困った」地域では医療の再編は加速し、他は衰退するのでは。

・医師の再配置、特殊病態や治療ではなく common disease を診るために総合診療科養成を進めたと思うが、この流れのなかで、放射線科はどのような方向性を目指すべきか

→専門特化すべき分野である。遠隔に最適と思う。画像センター等において適切な働き方のもと、交代勤務で 24 時間対応し、レポートのみならず、的確なアドバイスを各科にしてほしい。集約化と遠隔に向いている。IVR の場合にはそれは難しいので地域にセンターが必要。私見であるが、放射線治療も遠隔で可能かと思っている。

・地域の患者が、地元を受診せず、都会の専門性の高い医師が地域の患者も診るということが起きるのではないか。

→比較的高齢の方もオンラインに馴染んでいる時勢となっており、今後オンライン化は止まらない。触診が不要な分野などでは避けて通れないのではと考えている。オンラインでできない会話等を求める人は地域の医療機関へ、結果のみを求める人はオンライン、というのは仕方が無いと考えている。

・放射線治療に関しては視触診が極めて重要であり、小線源治療もあるので、全てを遠隔では困難である。治療計画に関しては遠隔を進めて行きたい。

・D to P を実現するとなれば Nurse Practitioner/Physician Assistant (NP/PA) が必要となると考えている。医師会の反対により停滞しているが、このまま医師の競合者がいない状況を放置しているのかと考える。

→NP には大賛成である。看護協会会長にももっと訴えるように働きかけている。保健師助産師看護師法内では、できることが限られる。NP 法をつくれればもっとできることが増える。PA も同様で別の法制を考えるべき。米国では処方権を持つ NP が多数いる。

・遠隔診療の整備は、保険者や国がセキュアなシステムを作って全国で利用できれば企業へ依存しなくてもいいのでは。

→民業の圧迫の観点もある。競争原理という点ではいい物ができれば、みんなが使用するようになると思う。AI 問診を行っておくと、医療機関へ受診してから効率的に診療を進められる。従来と異なる新たな診療形態を作るべき。

・日本医療の遅れには外科医療が関わっているのでは。他国と比べて外科医の手術症例数が少なく、医療の律速段階を作っているようにも見える。欧米のように毎日外科医が手術をできるような仕組みにはできないのか。

→集約化が重要か。しかし今の外科医は外来・手術・術後管理まで行う。米国では hospitalist が術前術後管理を行う。このような分業化が必要と考える。長時間の手術をして術後管理に泊まり込んで、合併症管理までしてきた状況である。また、合併症が起こるほど報酬が高くなるという仕組みも問題と思われる。

・チーム医療（複数主治医制）に関して患者がいやがる事も多いが、どのようにしたらよいか。

→働き方改革により大きく医療体制は変わる。長い手術でも途中で交代できる。あるいは分業化を進められると大きく変わると考える。

・行政は GP のようなモデルを目指し、それ以外は集約化することをめざしているのか。

→そう思うが、「かかりつけ医」と「主治医」は別で良いという考え方を進めるべき。日本の患者にそこを受容してもらうことが必要。

・手術をする人と術後管理をする人を分けるというところはいいが、実際には自分は術後管理をしたくないという人も出てきうるが、インセンティブを変えるなどの仕組みを作るべきか。

→インセンティブよりも、自然淘汰の方が現実的ではないかと考える。

・eICU のように見守ることは遠隔に移行すると思われるがいかがか。

→米国では一カ所のセンターで複数の ICU を見張り、なにか対応が必要であれば、現場の看護師等に指示をだすという仕組みができています。

○JCR 山田理事長挨拶

恵寿グループの取組は、先進的であり、まるで「小宇宙の様」であった。あらためて他の機会においても色々と教えていただきたいと考えている。

以上にて第4回 JRS/JCR 医療経済・政策勉強会は終了した。

(了)