

## 民間の医療機関が 日本の医療を支えてきた

——まずは医業経営を取り巻く環境変化についてどのように捉えておられますか。

**加納** 人口動態の変化が大きなポイントといえるでしょう。日本全体として少子高齢化が進んでいるといわれていますが、これには地域特性があります。まさに今、加速度的に少子高齢化が進んでいる地域もありますし、すでに高齢者人口が減り始めた地域もある。一方、東京や大阪などの大都市においては、これから高齢者が増えていくと見込まれています。まずはそれぞれの地域の人口動態を正確に把握して、整理することが何よりも重要です。

もう1点、おさてほしいのは、地域によって人口動態の変化の仕方は異なっているとしても、総じてどの都道府県でも人口は減少



本誌編集人 石川 誠

し、高齢者人口の割合は増加することです。そして、2040年、厳密には2042年に高齢者人口のピークアウトを迎えるということです。つまり、2042年までは需要が増える高齢者医療の充実をいかに図るかが非常に大切になり、それ以降は医療機能、病床機能などに随わらず“整理整頓”的時代に入るということ。こうしたこと強く意識した医業経営が求められると思います。

——目まぐるしく経営環境が変化するなかで、今後、ますます民間病院・診療所が果たしていく役割は大きくなりますね。

**加納** そのとおりです。これまでの日本の医療は、民間病院等が支えてきたといつても過言ではありません。戦後、荒廃した社会において日本が医療をどのように立て直したのか。その要因の1つとして国民皆保険制度があげられます。いつでも、どこでも、誰でも医療にアクセスできる世界に類を見ない体制をつくったわけです。

そして、もう1つの要因が医療法人制度です。昭和25年、医療における民間の法人組織を制度化したわけです。その大きなポイントは、株式会社と違い余剰金の配当を禁止したことになります。これにより、医療機関には公益性が担保され、またハード・ソフト面においても拡大・発展していったわけです。

その結果、今、約8,300の病院があるわけですが、8割は民間病院が占めています。公的病院は全体の2割です。診療所についてはほぼ民間です。また、ベッド数についても全国約160万床のうちの7

割を民間病院が保有しています。救急の受け入れに関しても年間約600万件のうちの6割を民間病院が担っています。

こうした数値からも民間の医療機関がこれまでの日本の医療を支えてきたことがわかると思います。そして、これからも変わらず、民間の医療機関をベースに各地域の医療提供体制をつくり上げていくことになるのは間違ひありません。

### 高齢患者の「輪廻転“床”」をいかに支えるかが大切

——2042年までは高齢者医療のさらなる充実が必要になるということですが、それに対応するための具体的なお考え、方向性についてお聞かせください。

**加納** ご存じのとおり、現在、地域医療構想が進められています。将来人口推計をもとに、地域ごとに必要となる病床機能（病床数）を導き出し、機能分化と連携を進めることで効率的な医療提供体制を実現するという取り組みです。

地域医療構想の実現の目途が2025年となっているのですが、昨今、2042年に高齢者人口がピークアウトすることがはっきり見てきたわけですから、そこまでを意識した取り組みにしなければならないと思っています。

この前提をお伝えした上で、昨年から75歳以下の医療費が下がり始めました。人口減少、少子化という流れを考えると75歳以下の医療需要は今後、どんどん減少していくでしょう。つまり、2042年までは75歳以上の医療ニーズ

にいかに応えるかが重要になるとということです。

では75歳以上の方々は今後、どのような形で地域で過ごされるのでしょうか。病気になったら在宅から離れて病院で治療をする、治療を終えたらリハビリテーションを行い、また在宅に帰る。私はこれを「輪廻転“床”」といっているのですが、この流れを繰り返しながら天寿をまとうするのだと思います。それぞれの医療機関は、「輪廻転“床”」を支えるために自らの強みをどのように生かしていくかをしっかり考えていかなければなりません。

また、「輪廻転“床”」を支えるためには、具体的にどのような医療が求められるのでしょうか。高齢者がかかりやすい疾病を考えると、ある程度、限定的になると思われます。具体的には、「脳卒中」「心不全」「骨折」「肺炎」の4つです。加えて「がん」もありますが、これは高齢者に限った病気ではありません。日本人の2人に1人がかかるといわれ、そのうちの3人に1人が亡くなるとされています。がん治療は別段、必要な医療として位置づけられます。

——高齢者のかかりやすい4つの疾患群プラスがんにしっかりと対応できる体制をつくるなければならないということですね。

**加納** 確かにそうなのですが、大切なのはその提供体制です。各地域のなかである程度、広く、“面”で提供するものと、集約化し、“点”で提供するものとに分けなければならないと考えています。たとえば、「脳卒中」「心不全」「骨折」「肺炎」の4つは高齢者がかかりや

すい一般的な病気ですから需要も高い。迅速な対応で重度化を防ぐことができるものもある。こういうものは、小回りの利く“地域密着型”病院が“面”で広く対応することが大事です。

一方、集約化すべきのが「がん」です。ただ、がん治療でも化学療法については自宅から気軽にアクセスできる環境が望ましいので一部、“面”で対応することが必要だと思います。また、高齢者医療とは少し話が逸ますが小児・周産期医療も集約すべきです。少子化が進みニーズは減少し、その医師も減っているわけですがこの分野は必ず残さなければなりません。ほかに3次救急も該当するでしょう。いずれにしてもある程度の数に対応し、医療の進化とともに質の向上が求められる分野は集約化が必要です。

こうした医療提供体制を各地域で構築することで、限られた医療資源のなかで、人口減少や高齢者医療ニーズの激増といった環境変化に、適切に効率的に対応できるようになると考えています。

先般、厚生労働省から再編統合を求める全国424の公的病院のリストが公表され、各地域に大きな混乱と不安を招きました。その真意はともかく、厚労省がいいたかったのは面で支える部分と、集約化し点で支える病院に各地域で検討してもらいたいということだったのではないかと見ていました。



### 役割高まる“地域密着型”病院 懸念される公的病院の巨大化

——その他、高齢者医療を支える上で重要な視点は何でしょうか。

**加納** 高齢者医療で大事なことは「環境」です。住み慣れた地域で必要な医療にすぐにアクセスできるかということです。自宅近くの病院に入院できれば、家族や知人もお見舞いに行けますし、患者さんだって安心できるわけです。各地に適切な疾患に対応できる“地域密着型”病院が整備されていなければならぬということです。

もう1つが、高齢者の2次救急医療の充実です。今後、ここが整備されていないと高齢者医療は崩壊するとさえ考えています。この部分も“地域密着型”病院の大重要な役割です。

——高齢者医療を地域で適切に支

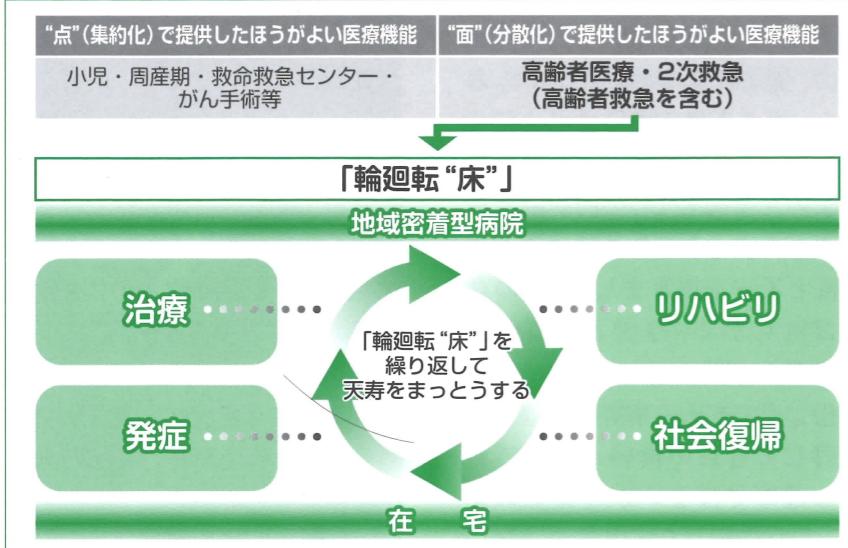
える体制をつくるためには、これまで同様、民間病院をいかに上手に活用するかにかかっていますね。

**加納** ただ、少し気になる動きが出てきたことを懸念しています。

先ほど公立病院の再編統合の話をしましたが、その流れで“巨大病院”をつくろうという話が出ているのです。たとえば、公立の400床のA病院と300床のB病院、200床のC病院を統合し、700床の“巨大病院”をつくるということです。もちろん、小児や周産期医療、がん医療においては集約化して対応するのがよいと思います。そこは大型化してよいのですが、巨大化した病院は“地域密着型”病院にはなれず、「輪廻転“床”」には適しません。

また、地域にそうした“巨大病院”ができると、それまで機能してきた周りの“地域密着型”病院が淘汰されてしまうのです。日本人の大病院志向もあり新設された“巨大病院”的集患力は非常に高いのです。“地域密着型”病院で2次救急の患者さんを積極的に受け入れ

#### ■参考：地域における高齢者医療の考え方



資料：加納繁照会長の資料をもとに編集部で作成

れてきたのに、それが来なくなつてつぶれていけば、補完作用が働くかなくなります。いざとなった時に入院先がないウエイティング状態になり、困るのは住民の方々です。本当にそういう“巨大病院”をつくるならば、地域の民間病院と議論を重ね地域での役割分担を明確にすることが大事だと思います。もちろん、国としてはそうした動きを制限するような取り組みも求められると考えています。

#### 高齢者の2次救急医療の評価を期待したい

—4月には2020年度診療報酬改定が控えていますが、どのような内容を期待しておられますか。

**加納** 当協会としては、これから環境変化を見据え、高齢者の2次救急に対する評価を要望してきました。これまでも救急医療の重要性について議論が進められてきましたが、それは3次救急の話に留まっています。徐々にその重要性は厚労省でも認識していただ

いているので、今改定、または次の診療報酬・介護報酬同時改定ではしっかり評価していただけるのではないかと期待しています。

ここで誤解してほしくないのは、私たちは3次救急が必要ないといっているわけではないということです。3次救急はいわば“最後の砦”です。その質の向上と評価は欠かせません。ただ、当初は人口100万人に対して1か所ということで整備したはずですが、実態は倍以上になっています。多過ぎます。結果、高齢者も3次救急に運ばれているのです。

救急医が少ないなか、本来、対応すべきではない高齢者の治療に追われ、現場は疲弊しています。そこは、集約化したり、整理したりして、本当に必要なところを残すような形に変えなければなりません。その分、高齢者の2次救急を評価していただきたい。少なくとも現状の評価は低すぎます。

—昨年末、全世代型社会保障制度改革の中間報告が公表され、これによる高齢者医療への影響も少なからず出てくると思われますが。

**加納** 一定の所得以上がある後期高齢者の方の窓口負担割合を1割から2割に引き上げることについては、医業経営に若干の影響は出てくるかもしれません。社会保障制度の維持のためにはやむを得ないと考えています。

私が断固、反対の姿勢をとっているのは、他の医療機関からの紹介状がない患者さんが大病院を外来受診した場合に初診時5,000円・再診時2,500円以上(医科の場合)の定額負担を求める制度について、その対象病院を400床以上か

ら200床以上に拡大することです。しかもその定額負担の増加分は公的医療保険の財源に返すという話も出ています。200床以上に拡大したとしても、大病院・中小病院・診療所の外来機能の明確化が進むとは思えません。中小病院への受診抑制だけが助長されることになるのではないかと懸念しています。この点は、今年の夏に取りまとめられる最終報告までに慎重な議論を望んでいます。

#### ケアミックスにすることが中小病院の生き残り戦略

—今後、2042年までの間には医療法人の事業承継の問題も深刻化していくと思います。この点について、貴協会としてはどのように考えておられますか。

**加納** 2020年度税制改正において認定医療法人制度の3年延長がほぼ決まりました。これは医療法人を次世代に継続させていく上で大事なことだと認識しています。

ただ、「持分あり」のままでよいのか、「持分なし」に移行したほうがよいのかは、各医療機関によって判断しなければなりません。すべてが「持分なし」がよいわけではありません。たとえば、後継者がいる、または地域でそのまま医業を続けても将来性が見込めるという場合は、事業承継を見据えて「持分なし」に移行すべきです。

しかし、そうでない場合は、「持分なし」とすると財産権を手放すことになります。病院の場合は、今度、ベッドの売却、いわゆる“減反政策”が進められていますが、



それが財産権としてできるのは「持分あり」の医療法人だけです。将来、どのような状況にあるのかは、経営者しかわからないところであり、その判断は慎重に進めていただきたいと思います。

—これからの医業経営のポイントについて教えてください。

**加納** 地域の状況を適切に見極めることです。将来的な人口や地域の医療資源をしっかりと把握する。いくら自院が強みを生かして医療を提供しても、それが地域のなかで供給過剰になってしまえば経営は成り立ちません。逆に需要が望める分野であれば、今後、どのように投資し、強化していくのかを判断する。自院がやりたい医療ではなく、求められる医療を提供することが大事になります。

あとは、“地域密着型”病院として機能する中小病院においては、2次救急を担う急性期を持ったケアミックス病院にすることが生き残り戦略だと見えています。限られた病棟を上手に活用し、患者さんの利便性を高めるわけです。たとえば、脳卒中の治療からリハビリまでを1つの病院で対応できれば、患者さんも家族も安心できる

でしょう。大病院と違い小回りも利くわけですから在宅を担う診療所や訪問看護ステーションなどと入院からリハビリ、退院までの病状の転機を密に共有化することもできます。「輪廻転“床”」をサポートする重要な病院として、地域での存在価値も高まると思います。

—最後になりますが、貴協会の会長として全国の民間医療機関の経営者にメッセージをお願いします。

**加納** 日本の医療は民間の医療機関が支えてきました。その誇りをみんな、もっと強く持つべきだと考えています。これから人口減少がますます進み、約20年後には“整理整頓”的時代に入ります。今は、そのイントロダクションとして、各病院で少しづつダウンサイジングも計画的に行われつつあります。非常に不安定な時代を迎えるわけですが、そのような時代にあっても日本の医療を支えるのは民間の医療機関であるべきです。

のために当協会では引き続き、政策提言等を含め、会員の医療機関が地域に貢献できるようにサポートしていきたいと思います。  
(2020年1月21日/構成・本誌編集部  
佐々木隆一)