

緊急対談

加納繁照 日本医療法人協会会長 × 馬場武彦 日本医療法人協会副会長

コロナ禍で実証した 民間主体の医療体制の底力 超高齢社会で本領を發揮

加納繁照会長が「2・3・4、8・7・6の法則」で言い表すように、日本の医療提供体制は民間主体で運営されてきた。コロナ禍では「民間主体だったことによる弊害」が一部で主張されたが、実態は大きく異なっているというのが加納会長と馬場武彦副会長の見方だ。民間主体の体制だったからこそ新型コロナウイルス患者の受け入れと通常医療の両立が図られたと強調し、今後迎える超高齢社会においても民間主体の体制は効果を發揮するという。改めてお2人に、民間主体の医療提供体制の重要性について語ってもらった。



民間主体の医療体制は 今後のモデルになる

——「ポストコロナ」の医療体制を迎え、2024年度から診療報酬改定や医師の働き方改革、あるいは第8次医療計画などが始まります。

加納 個々の政策も大事ですが、わが国の医療が大きな転換点を迎えていることをまず認識すべきで、これまでのように、従来型の発想の延長で医療政策を考えるのではなく、「日本の医療はどうあるべきか」という明確な軸を持ったうえで政策も検討しなければなりません。日本の医療は民間が中心に

なって頑張り、カバーできない部分を公立・公的に支えてもらうというのが現在の基本的なあり方です。今後もその形が有効に機能すると考えています。

私はいつも、日本の病院医療のあり方を「2・3・4、8・7・6の法則」と表現しています。すなわち、公立・公的は病院数の2割、病床数の3割、救急搬送受け入れ件数の4割を占めるのに対し、民間はその逆の、病院数の8割、病床数の7割、救急搬送受け入れ件数の6割を担っているというものです。都市部ではこの傾向がさらに顕著になり、大阪は「1・2・3、9・8・7の法則」になっているとさえいえるでしょう。つけ加えると、診療所や介護事業所に至ってはほぼ10割が民間によって運営さ

れているのです。こうした現状をしっかりと踏まえたうえで議論しなければ、いくら立派な政策を立てても必ずどこかで綻びが出てくるでしょう。

馬場 さらにつけ加えたいのは、これは特に大阪で見られる特徴ともいえますが、民間と公立・公的が対立しているだけでなく、役割分担ができていないということです。たとえば、大阪では救急搬送はほとんどを民間の二次救急病院が受け入れています、なかには手に負えないケースもあります。そうした時は公立・公的によって運営されている三次救急病院が対応してくれています。

大阪の地域医療はそのように、医師会も含めてコミュニケーションをしっかりと取りながら役割分担を担っているのです。これは今後、本格的な需要増を迎える高齢者医療提供体制を考えるうえでモデルの1つになると思います。

民間主体の医療体制が医療崩壊を防いだ

——新型コロナ対応でもそうした民間と公立・公的の役割分担が見られました。

加納 従来の感染症法では、新興感染症への対応は政策医療として位置づけられ、感染対策を万全に整えた病院が担うとされており、そうした病院の大半は公立病院でした。法律に基づいて、該当する病院にはマスクや防護服、消毒液が優先的に備蓄され、あるいは感染防止のための設備を準備するための補助金が用意されていたわけです。それ以外の病院にはそうした備えはなかったのですから、初期の対応に違いが出たのは当然です。

仮に、そうした感染防御のための備えのない病院が無防備のままに感染患者を受け入れていたら、職員、入院している患者さんに感染が広がり、感染患

者の受け入れどころか、それまで果たしていた医療機能まで失われていたでしょう。まさに「医療崩壊」です。そうならなかったのは、民間病院の経営者が独自の判断に基づいて「感染患者は準備が整うまでは受け入れない」という方針を立てたからです。

馬場 さらに、民間病院の一部でもそうした準備が整っていた病院は当初から感染患者を受け入れていました。大阪で言えば加納先生の加納総合病院や生野弘道先生が経営する守口生野病院は、まさに先頭を切って対応しています。そして、支援金政策が公表され、感染対策の準備が整った病院も続々と感染患者の受け入れに乗り出しました。たとえば、私が経営する馬場記念病院は2020年9月から感染患者の受け入れを開始しました。

民間病院の患者受け入れが公立病院より1テンポ遅れたもう一つの理由として、普段の病床稼働状況も挙げられるでしょう。民間の急性期病院はたいてい、病床稼働率90%で運営していると思います。そうでなければ十分な収益を上げることができないからです。スタッフもそのためにほぼフル回転で勤務しています。こうした状況で急に感染患者を受け入れるというのは不可能です。

加納 21年1月の第3波後半からは、感染患者受け入れ数は公・民の間で逆転し、民間病院のほうが多くを受け入れています。

重要なのは、これによって「新型コロナ以外の救急医療も維持された」ということです。20年4月の救急搬送件数は約1万5000件ありましたが、このうちの約9割は「新型コロナ以外」の救急疾患で、さらにその大半を「感染患者を受け入れていない」二次救急病院が対応しています。

欧米では、急性期機能を過度に集約化したために、感染症患者も一般の救急患者も同じエリア間で治療を受けることになり院内クラスターを誘発さら

に感染爆発してしまい、結果として感染症患者も一般の救急患者も受け入れることができないという、文字どおりの医療崩壊が起きました。日本ではこうしたことは起きませんでした、その背景には民間主体、かつ過度な集約化はしない「面」での対応があったのです。コロナ禍では、民間主体の医療体制が効果的に機能したとも言えるでしょう。

民間ならではの提供体制 今後は情報発信も重要

——そうした提供体制について、社会全体で認識していく必要がありそうです。

馬場 コロナ禍では、民間病院の運営体制についてはまだまだ認識が共有されていないことを痛感しました。たとえば、当院における新型コロナ患者の受け入れ体制について、7対1看護体制で重症患者を受け入れているというお話をしたところ、ある公立病院の関係者からは「感染症患者の対応にはたいへんな人数が必要です。7対1体制で受け入れられるはずがありません」と指摘されました。

決して楽ではありませんが、何とかやりくりして対応していたのでそのことをご説明したのですが、そのあたりの感覚はなかなか伝わらないと思ったものです。

加納 一部の自治体首長経験者やマスコミの間では、「民間病院は病床数に対して感染症患者受け入れ割合が公立・公的病院よりも少ない」と主張していましたが、これも誤解です。感染症患者の受け入れ体制などない回復期リハビリテーション病棟や慢性期病棟まで合算して割合を出せば、低くなるのは当然です。急性期病床のみに限って算出すればほぼ同水準になっていました。機能分化を進めることは医療政策の基本軸です。こうした情報発信も重

要になるでしょう。

高齢者人口が増える都市部こそ 民間の力が必要

——すでに民間と公立・公的の間で機能分化が進んでいるとのことですが、高齢者医療でも同様の図式をあてはめられるのでしょうか。

加納 民間主体の医療提供体制は、むしろこれから本領を発揮すると思います。ただ、その前に高齢者人口が増え、全人口に占める割合も高くなることは確かです。地域ごとの状況に目を向け、それに応じた医療提供体制をイメージする必要があります。人口密度の低い地域では、高齢者人口は現在ピークを迎えているところが多く、すでに減少傾向に入っているところもあります。こうした地域では、救急医療などは民間主体で展開するのはなかなか難しいでしょう。むしろ、政策医療として位置づけてしっかり公立・公的病院に担っていただく必要があると思います。

一方、都市部は事情が違います。高齢者人口は、むしろこれから増えていくのです。大阪府でいえば、15年から40年までの間に33万人増えると予測されています。さらに、ほとんどの都市部では救急搬送受け入れを民間が運営する二次救急病院が担っています。この現状を踏まえて体制を整備していくべきです。地域医療構想、医師の働き方改革、医師の偏在対策といういわゆる「三位一体改革」以降、現状を度外視した公主導型の医療提供体制を描こうとする動きがあるように見えますが、いたずらに現場を混乱させるだけです。高齢者医療に適した体制も構築しにくい点をご理解いただく必要があると考えています。

馬場 高齢患者の場合、急性期だけでなく回復期、

加納繁照 日本医療法人協会会長 × 馬場武彦 日本医療法人協会副会長

緊急対談

慢性期、さらには在宅医療といった「それ以降のステージ」まで視野に入れた医療提供が求められます。巨艦主義型の病院ではこうした対応は難しいように思います。高齢者の生活まで視野に入れた小回りの利く体制が必要ですし、救急医療に関しても、そうした高齢患者を三次救急病院に集中させればパンクするのは間違いありません。民間主体の二次救急で対応したほうが、その後の対応もスムーズです。

「都市部では公立病院や三次救急病院が不要なのか」というとそのようなことはなく、がん治療のように、高機能を備えた病院でしっかり診ていただくことが必要です。冒頭で言ったように、まさに民間と公立・公的の役割分担が重要になります。これは都市型モデルだと思います。

民間と公立・公的がうまくかみ合い、医療提供体制をつくっている地域はありますし、そのことを発信していかなければなりません。

加納 いつもお話ししているように、高齢者医療における患者さんの流れは「住み慣れた地域で暮らしながら、具合が悪くなった際に地域の病院に入院していただいて調子を取り戻してもらい、その後、地域に戻っていただく。そしてまた具合が悪くなったら……」というように、私は「輪廻転『床』」と称していますが、在宅と入院を繰り返すことが多くなります。これを支えるのは機能を集約化した大型病院ではなく、急性期医療機能をしっかり備えた小回りの利く地域密着型病院が面展開して支えるほうが、患者さんにとっても負担は少ないでしょう。

馬場 つけ加えると、現場の医療従事者に多様な「働きがい」を感じてもらうことについては、民間のほうが得意ではないかと思っています。私学のほうが特色ある教育を提供しやすいのと同じで、1つの勤め先にいながら急性期以外にも回復期、慢性期、さらには在宅医療、訪問看護など、1人の患者さん

に多角的にかかわることができます。医療従事者としての幅を広げることもできるでしょう。

「公的医療」は官民同じ イコールフットィングは必須

——民間と公立・公的がそれぞれの持ち味を活かしながら、今後の医療を担っていくことになりそうです。

馬場 もともと、保険医療は公的資金、保険料、自己負担で賄われているわけで、運営主体がどこであろうが「公的医療」であるには違いありませんし、そのために医療法人のような非営利性を担保する法人制度も整備されています。

加納 社会医療法人制度のように救急、災害、へき地、小児・周産期、精神科救急といった政策医療を担う医療法人類型もあります。ところが問題は、民間も公立・公的と同じように医療を担っているにもかかわらず、公立・公的が得ているような支援を受けずにいるということです。当協会の常務理事の安藤高夫先生(医療法人社団永生会理事長)が国会質問を通じ、総務省の予算枠から公立病院に対して年間約8500億円の繰入金が入っていることを明らかにしました。1病床1日当たり約1万4000円です。このような格差は是正すべきで、医法協としても「イコールフットィング」の実現を強く呼びかけているところです。

馬場 新型コロナウイルス感染症対策ではさまざまな支援金施策が実施されましたが、大半は民間も公立・公的も平等に配分されたのではないかと思います。厳密に言えば、それまでの病床稼働状況等は異なりますから「平等」とはならないかもしれませんが、不公平を是正していくきっかけにはなるのではないかと思います。

——本日はありがとうございました