社会医療ニュース

医療法人の合併は無理、無理
人間存在の真の連携の時代だ

所長　岡田　玲一郎

遂に、ホールディングカンパニーまで出てきたか、という想いがある。医療法人の合併やらなんやらから始まった、いかにも産業界の人が言いそうなことだ。

これが出てきた今年の初頭から、わたしが発言してきたことは、日常はあまり言わない「無理、無理」である。無理とは理に適っていないことで、道理は引っ込まないのである、日本では。

アメリカのヘルスシステムとちがい　日本の医療法人の合併は無理

今年の6月、ここ10年ほど訪問しているオハイオ州の病院訪問ができなくなった。他のヘルスシステムからの買収で、結局は別のヘルスシステムの傘下に入ったようだ。

ヘルスシステムについては、10年ほど前から書いてきた。アメリカでは、どこかのヘルスシステムに加入していないと診療所でも病院でもやっていけない時代になった。ずいぶん昔のことのように感じる。患者の抱え込みというか、いろんな機能の医療を提供できる集団というか、いま日本でいわれている病診、病病連携を強固にしたものだ。といえば、お分かりになると思うし、日本でも一部の大学病院ではヘルスシステムという表現で連携を唱えておられる。

しかし、日本の医療法人の資産まで統合するのは無理があるというのが、わたしの現場的意見である。兄弟でも出資持ち分で揉めるのに、他人同士が資産まで持ち寄るようになるとは、わたしには到底思えないのである。法律的には可能かもしれないが、人間には感情というものがあるから無理だといわざるを得ない。

資産の統合を伴なわない連携は可能だが、これもなかなか、うまくいかないのは、そこに人間の感情があるからだ。会社のM&Aは外部からみていると苦労しながらも合併しておられるが、現場での人間の感情は無ではなかろう。みずほフィナンシャルグループだって、いまだに合併したいくつかの銀行の感情が残っていると報じられているのを読んで、さもありなんと思うのだ。機械の組み立てのように病院の合併がいくわけがないだろう、という反論がある。

公立病院の統合があれば　かなりコワイけど、できるか!?

例えば、ある県の公立病院が統合したら、民間病院にとっては脅威になる。しかし、これも、無理、無理というのは、先のお金を扱う銀行でも、みずほFGの例があるからだ。新日鉄住金でも、なんら障害がなかったとは思わない。

わが国は病院病床、特に一般（急性期と称する）病床が人口当たりで過剰だから、公立病院の合併による減床は正しいことだ。正しいことだけれど、病院の病床を減らすことは公立病院でも身を切られるほど辛いことなのである。法律で強制的にできればよいが、そこに人間が存在する以上、できなかった（少しは減ったが）のである。

しかし、公立病院が大幅に減床を伴なう合併をしてきたら、その地域の民間病院はよほどの実力を持ってないと、やっていけなくなる。民間病院の立場に立つわたしは、公立病院の赤字を住民が容認しなければよいと思うのだが、住民も分かった人ばかりではないから、必ず反対運動が起きて議員さんが動いて、いままでどおりだ。

かくなる上は、民間病院が合併ではない緩やかなヘルスシステムを築きあげるしかないのだが、ここにも妙な人間存在の問題がある。事務長クラスでは推進したいと合意するのに、院長が出てくるとダメになるというケースだ。

そのダメなものを乗り越えていく病院群が、これからの時代に繁栄するだろうというのが、わたしの主張である。百床の急性期病床が平均在院日数10日で病床利用率を80%に設定したら、何人の入院患者が月間に〝必要〟かということだ。必要っていったって、病院の都合で病気になり、入院する住民はほとんどいないだろう。

つまり、よほどの理念をもって、それを共有した緩やかな（資産は無関係な）連携をするしかないと思う。そして、緩やかな連携といっても機能は峻別することである。急性期病院間の連携でも、診療科という機能がちがえば連携できるが、同じ診療科の急性期での連携は、おそらく無理であろう。

機能の峻別とは、何回も書くことだが、短期急性期機能と長期急性期機能ではっきりと病院（棟）別に分かれることである。そして、慢性期機能との連携も不可欠なのだが、急性期医療は慢性期医療がないと成り立たないということを認識している急性期病院は少ない。ワンランク下にみる、これが伝統的な日本の急性期医療の図式だ。

慢性期医療だって、その後、その上、その横と、いろんな機能連携がないと、これまた成り立たないのである。一昨日も、老人ホームの入所者で家族に見捨てられ状態の老人を死ぬまでと、死んだ後からもいろんな面倒をみる会社の人がこられた。LMDをウリにしたいと言っていたが、葬式から遺産処理まで全部面倒をみる商売もできたのかと、変化を実感した。

老人ホームの入所者ができるだけ病院に行かないで死ぬ誘導をしてお金にするカンパニーである。弁護士さんも多くなったのか、いろんなところで出てくるもんだ。そんな会社との連携も、慢性期医療や老人施設は必要になってくるのだろう。世の中、変化だ。

病院も、いままでどおりでやっていると、いつの間にか衰退してM&Aされてしまうことになるぞと、ぞっとしたものだ。人間なればこそ難しい連携、それも真の連携の時代に、そっと一足、入ってきたような感じがする。

社会医療研究所
〒114-0001
東京都北区東十条3-3-1-220号室
電話 (03) 3914-5565㈹
FAX (03) 3914-5576
定価年間 6,000円
月刊 15日発行
振込銀行 りそな銀行 王子支店 1326433
振替口座 00160-6-100092
発行人 岡田 玲一郎

この一ケ月の喜怒哀楽

◎♪人生、いろいろ♪

島倉千代子さんは、強靭な生き方をなさった人だと、わたしは想っている。カチンカチンの硬さではなく、しなやかさがある強さなのだ。亡くなる数日前に最期の歌を集録するなんて、なんて強靭なお方だろうと、生きる糧とした。

わたしよりはお若いのに、病気はやはり病魔なんだなぁ。でも、安らかな最期であったと信じたい。そして、わたしのこれからの生き方に、及ばずながら倣いたいと思った。仕事の場で死にたいのだが、こりゃ～、迷惑というものだ。だけど、体が動かなくなるまで仕事をするのも、いいなぁと思う。

たった一度の人生なんだから、という人がおられるが、そんなに力まなくてもいいんではないかい。生まれてすぐに親に殺されてしまう人生なんて、たった一度の人生なんて言葉じゃ言い表せない。そう、やわらかく、強靭に生きていくしかないの、年寄りは。

若いときは夢や希望がいっぱいあるけれど、年寄りの夢や希望は限定されてしまうのだから、それを適えていけばいいのだろう。適えるとは、広辞苑によれば「うまく合わせる。あてはまらせる。満たす。」なんだそうだ。適当に生きていくのも、強靭だろう。

◎一票の格差は、どこにいった！

国会議員の定数削減の話は、どうなったんだ。「特定秘密」の話は大事なことだけど、定数削減も大事なことなのではなかろうか。もっとも、わたし自身は国会議員に愛想を尽かしているから、定数削減なんて話ではなく、国会を解散して投票率が少なくとも6割を超えるまで何回でも選挙をやったらいいと思っている。

暴論であることは覚知しているが、5割を割る投票率で〝民意を反映〟っていえるのだろうか。それも民意だという理屈はよく分かるのだが、なんだかすっきりしないのである。もっとも、投票率9割以上というのも、コワイものがある。要は、わが国意識でやって欲しいのだ。「この国の社会保障は……」なんて言われると、寂しくなってしまう。これを書いた翌日、違憲状態の高裁判決が出た。

◎不正選挙のわたしの経験

わたしは、特別養護老人ホームの生活指導員を3年間やっていた。そのときの地方選挙でも国政選挙でも、不正選挙をやっていた。

ご家族が強く支持している政党があると、施設内投票も施設側の意のままにならないが、特別の政党や個人の支持がない場合、認知能力、当事者能力がない入居者は、社会福祉法人の理事長が指示（支持かどうかは別として）する人物または政党に代筆で投票していた。現在でも、全部ではないにしてもやっているのだろう。

だから、徳洲会の選挙違反の報道には、まったく驚かない。昔からやっていることで、いや、わたしもやっていたのだから、一部を除いてごくフツーのことじゃありません?!　ぜったいに良いことではないのだが、世の中ってこんなものだと思っているのは、いけないこと?!

◎北米と日本の医療はちがう！

11月17日、NHKテレビの午後7時のニュースでカナダと日本のちがいについて報道していた。もちろん、医療のことだ。カナダといえば、トロント市長の暴言、コカイン中毒も11月19日に報じられていたけど、洋の東西を問わず政治家にはおかしな人がいる。

カナダは州によってちがうが、ほぼ全部、国民皆保険制度で一部負担のない国だ。日本でいう診療報酬点数表はフィー・スケジュールといって、昔は買ってきたものだ。診療報酬は日本より高いというちがいがある。日本が診療報酬が安いのは、国民の受診率がトップだからという意見をわたしはもっている。カナダの国民の受診率は日本の半分だから、診療報酬は高くても財政は大丈夫だ。

その日本の受診率を高めた罪は、わたしにもある。高血圧症の患者さんに「一週間に一回は血圧測定に来てください」と言ってたもん。わたしは、いま、血圧は自分で測定しているし、よほどのことがなければ受診は年に3回ぐらいだ。それでも、生活できている。

そのカナダの病院の映像が出ていて、とっても懐かしくてこの記事を書いた。日本とカナダは、はっきりと医療がちがう。

◎白か黒かの近藤誠さん

しばらくマスコミに出なかった近藤誠さん、最近はマスコミ依存症かい。アンタの理論は、人を迷わすんだよ。白もあり黒もありの融通無碍ならいいんだけど、がんもどきはがんもどきだと、意見を押し通す。がんもどきもあるんだろうが、完璧ながんもあるだろう。

わたしからみると、近藤誠さんは「医療の不確実性」を否定なさっているとしか思えない。なんか、がんの治療については近藤学説?が絶対だと引くところはみられない。長尾和宏さんを対談の場に誘っているが、わたしは不毛（近藤側の原因で）の主張になると思っている。

長尾和宏さんのおっしゃることは、わたしは融通無碍を強く感じており、賛成だ。死に方にしたって、いろいろあり、いろいろ悩むのが、人間の姿なのだ。ズンバラリはない。最近、近藤誠さんの本の宣伝を見るだけで、やかましい黙れ!!と叫んでいる。

◎年貢の納めどき

医療機関は社会にとって必要なものだから、儲かっていてよい。福祉施設も、同じだ。ただ、儲けの納めどころ、納めどきというものがあるだろう。この年貢とは、単なる金銭のことだけではない。儲かる制度がどんどん変わるし、社会も変わるから、いままでのやり方では医療機関、特に病院や施設は存続できなくなる。詳しくは、7頁をじっくりと読んで頂きたい。

口で急性期病院と言ってるだけの急性期医療らしきものは、やれた。何年言ってきたか忘れたが、急性期の基準が絶対にできるし、できなかったらおかしいだろうと警鐘を鳴らしてきた。

岡田

これからの一ケ月の不安・不運・不信