

衆議院議員 山崎麻耶先生、照沼秀也 対談

平成 24 年 1 月 24 日 17 時 30 分～

照沼 看護師さんの中で地域ケアに出ていく方が減ってきているかなという印象を持ちますがこの問題に対してどうお考ですか？対策があるというところがあったら教えていただきたいと思います。地域にお住まいの方々の在宅医療とか地域ケア活動をしておりますと、その中心は、やはり看護師さんです。看護師さんが患者さんと信頼関係をきちっと作れてはじめてケアが始まる場合も多くあります。患者さんが、ああ、あの看護師の顔を見たいというぐらいの信頼関係になって、初めて地域でずっと暮らしていける安心感が得られます。やはり安心・安全の中心にあるコアはヒューマンのネットワークですし、ヒューマンコミュニケーションですからね。

山崎先生 ええ。

照沼 日本全体を見ますと増えつつけるよう要援護者に対して地域ケアの中心をつくる看護師さんの割合がだんだん減ってきているという問題です。この問題をどうしていったらいいのかなということが一番気がかりです。

山崎先生 のっけから大きな問題で。

照沼 すみません、申し訳ないです。

山崎先生 いや、減ってはいないんじゃないかしら。

照沼 そうですね。ステーション。



山崎先生 ステーションも横ばいで、漸増ですよ。

照沼 要援護者の増加に比べて増えていかないと言った方がいいですね。

山崎先生 漸増しているけど看護師数の伸びは少ない。先生のおっしゃる通りです。それをわれわれも政府も厚労省も由々しく思っています。ですから今回の診療報酬、介護報酬のダブル改定は、かなり訪問看護にいろいろな仕組みとか、点数配分を付けて、インセンティブを与えようとしているとしています。かなり期待できると思います。

照沼 そうですね。

山崎先生 訪問看護ステーションの事業が単体でなかなか厳しければ、小規模多機能と複合型ですとか、24時間定期巡回型などと一緒にやるというふうに。訪問看護の仕組みそのものにも手を入れました。あとは都道府県地域医療計画を今回見直しますので、その中にきちんと在宅医療、看護も含めて、そこを推進目標を立てる。だからそれは、問題意識は持っていて、医療にしても介護にしても、やはりキーマンは質、量ともに看護師だと考えています。ケアマネージャーも含めてね。地域ケアは訪問看護師が中心という共通理解はあると思います。

照沼 もう一つ、それが大きな縦軸だとしたら、横軸的に看護師の臨床研修の問題があります、お医者さんの場合、研修医制度ってありますが、看護師の臨床研修制度をつくって、その中に地域ケア入れ込むというのはいかがでしょうか？

山崎先生 看護師も新人看護師の臨床研修制度を、予算を取って必須にしました。

照沼 そうですか。

山崎先生 えー、それは先生がおっしゃるように、今後、在宅とか高齢者とか、領域別になっていくにしろ、とりあえずは今、新しく新卒が入った時の病院が独自にやっていた研修を、国がちゃんと補助金を出して研修担当者を置いてやるというところの制度化までは行きました。もうひとつの問題は看護教育の問題です。看護教育が看護大学になり、実践的なスキルが落ちてきたという問題です。これ、ドクターにも同じ問題があると思います。

照沼 はい、ありますね。

山崎先生 そのため、基礎教育4年という年数を、法改正をして、国家試験受験資格にまず一番目は看護大学卒業、次に4年と入れました。ですからこれから看護の基礎教育は4年に向かっていきます。4年生大学がこの20年間で約200校程度にどーんと増えてきました。しかし4年教育でも過密になっていて、現場から見ると、すぐ使えない看護師増になっていることも課題です。。

照沼 よく分かります。

山崎先生 先般も国立大学病院の看護部長さんたちがお見えになりましたが、要するに昔

は大学病院に就職しても、その大学病院のやり方に慣れてもらうまで一月ぐらいたてば、ゴールデンウィーク明けぐらいから、夜勤が一人できたんですよ、われわれの時代は。

照沼 そうですね。

山崎先生 先生の若いころもね。ですが今の新卒者たちは、最低限の初歩的なスキルを身につけるのに最低3カ月、なかには6カ月もかかる人もいるというのです。具体的なスキルについていえば、看護部長さんたちがおっしゃったのは、4月に入ってきた新卒にチェックリストで何を実技でできますかって聞いたら、100%できるのはシーツ交換だけ。清拭だとか注射だとか浣腸だとか吸引だとか、そういう技術においては、ちゃんと患者さんにやった経験があるよというのが10%とか20%、30%だというのです。だから新卒が入ってくると、まず最初に看護に必要なスキルを一から教育をしないと使いものにならない、つまり即戦力にならないというのです。その初期研修に3カ月、6カ月かかる。けど大学教育の卒業生なので、やっぱり課題を与えると、一人の患者さんを目の前にしてどういうふうに看護計画を立てるとか、それからどういうふうにマネジメントするかとかいうことに関しては充実した教育を受けてきていますと。そういう問題解決能力は、良くトレーニングされ頭が回転して、それは専門学校とは違うわよねと。けど、いかんせん、そのスキルのギャップっていうのがもう本当に年々、ひどくなって。だから先生がおっしゃったように、新人の臨床研修というのが非常に大事になってきています。ですから私などは、大学教育を4年6カ月にしたらどうなの、って言ってます。大学に籍を置くのか、病院に新人で入るのかは別にして、6カ月ぐらいはやっぱりドクターのような新人臨床研修がしっかり必要になってきています。4年間で看護教育はめいっぱいなわけですから、教育終了後、半年ぐらいをやっぱり新人の臨床研修で、国がお金を持つのか、大学が持つのか分かりませんが、実践的スキルトレーニングをしっかりとやらないと、やはりソフトランディングできませんよねっていうところまで来ている。

それにご承知のように病院は、もう14日とか11日とか、在院日数短くなっているわけじゃないですか。そうすると、やっぱり在宅に帰したり、先生たちがおやりになっている地域医療の地域の受け皿にお渡しするわけですよ。入院したその日から、地域のことを考えて、入院中のパスを使う時にも、もう退院した後のことまで視野に入れてないと、パスは使えないわけです。そうすると入院してきてパスを使って1日目から、在宅に帰したり後方機関に送った時のことまで考えられる看護職でなければならない。このような看護の方向性がちゃんと分かっていたら、訪問看護というところまでスライドしますよね。この一連の流れをやはりどんなふうに人材育成の中でやっていくのかというのがやはり大きな課題かなと思います。そこの人材育成をちゃんとやらないと、訪問看護領域も人が増えないし、受け皿としてやはり定着していかないのではないかと思います。それともう一つはやはり3年くらいで辞めるという話ですよ（にっこり）。

照沼 そうですね。

山崎先生 大体臨床現場では3年で一回転する。そうすると今、特定看護師とか専門看護師の議論をしていますが、いずれも5年のキャリアで一定の管理監督ができて、一人で動いて、人をマネージメントできるという想定です。そこではキャリアパスを5年と言っているんだけど、5年じゃ足りないんじゃないかという話も出てきている。その一方で現状の看護師さんの卒後のキャリアは「プリセプターがはずれてリターンになるトレーニングの最中くらいの3年ぐらいで辞めていくのよね」という話もあり、やはり新しい時代の人材育成というのは大変だなというのが実感です、昨今の課題かもしれないですね。

照沼 そうですね。まとめますと看護師さんの臨床研修の中に、もちろん急性期の臨床もありますけども、地域ケアの臨床、訪問看護の臨床研修も入ってくる可能性があるということですね。分かりました。

山崎先生 それをやらないとまったく成り立たないですよ。

照沼 そうですね。そこまできちっと組み込んで具体的に動いていくということは大変重要なことだと思います。あともう一つは、やっぱり看護師さんになった方で、途中で辞めて、家庭に入ってしまう方が非常に多いですよ。やはりここにはインセンティブが必要だと思いますがいかがでしょう？今ほとんど議論されていませんが、例えば年金でインセンティブをつけるのはいかがでしょう。一生懸命看護師さんをやってきた方の年金を、専業主婦の方と同じというのはいかがなものかと思います。そういったことを大きな国の枠で見た場合に、社会参加した女性の年金を手厚くするのは成熟社会ではある程度必要に思われます。北欧とまではいかななくても女性の社会進出を促す意味でも年金によるインセンティブを国の全体で方向づけする流れはありませんか？地域ケアの充実の一環として。

山崎先生 いや、いいアイデアですね、先生、そういうのはね。

照沼 一生懸命地域ケアの現場で地域の安心安全ために日夜努力して、夜勤もやってというような人には、やはり手厚く年金をつけていくとは重要だと思います。国民の安心安全を守るという点では、ある意味国防と同じような意味を持ちます。ほかの職種は別として、現場で頑張った看護師さんには自衛官並みとまではいかななくても、将来、60になった時は、きちっと大丈夫ですよと。老後は安心ですよというぐらいのことを国の制度としてやってあげた方が、僕はいいと思うんですがね。

山崎先生 ぜひ先生、声を大きくしてください。私も動きますから。

照沼 そうですか。ありがとうございます。

山崎先生 そうですよ。

照沼 あと、今回ご意見を願った点で、実はフランスの在宅入院制度を見に行かれたということですが、いかがでしたか？

山崎先生 先生、ご存知ですか？

照沼 実は私も見に行ってきました。ブルゴーニュ地方の田舎町で。

山崎先生 おいしいワインを飲んできた？（笑）

照沼 （笑）ワインはいいですね。私たちは現地で実際在宅入院制度を使っている患者さんのインタビューをしてきてきました。在宅入院制度を使っている患者さんに、最初の日が2人、次の日が3人という形で、実際の患者さんの満足度を聞いてきました。1人だいたい、とりあえず30分から40分、インタビューの時間をいただいて、実際在宅入院制度に、満足度を伺いました。管理者のお話では、がんの患者さんとか、婦人科の患者さんとか、いろいろな患者さんがいらっしゃるというお話だったんですけど、僕らご紹介させていただいた患者さまは、やはり慢性期の療養をしている方でした。疾患でいえばパーキンソン病のような神経難病の方や、脳梗塞の後遺症とか、よく言えばスタッフと長い信頼関係ができていて、あまり変なことを言わない感じの方が多かったのですが、本音のどこをいえば急性期に近いような、サブアキュートの在宅入院制度の患者さんのお話を伺いたかったなという印象があります。良くわかったかとまではいきませんが、非常におもしろい制度だなというのは実感しました。例えば一つの在宅入院ステーションに40人ぐらいの看護師さんがいて、しかも開業看護師さんをしてきた人が辞めて在宅入院制度に参加するなどの看護資源の流動化の実態は参考になりました。あとはお医者さんの流動化ですよ。公立病院の先生方が、在宅入院の医師と一緒にチームで訪問診療に参加するところも見せてもらいました。この地域での在宅入院制度では医師資源の流動化も起こっていましたので、そういった意味では非常におもしろい制度で、日本でも十分活用する価値はあるかなと思いましたが、摩耶さんの見た感じというのをお聞かせしていただけたらなと思います。

山崎先生 私はやっぱり、文字どおり訳すると、フランス語で。在宅入院っていう。だから病院に入院するか、在宅入院するか、患者さんが選ぶっていう選択の自由。もちろん手

術だとか麻酔の必要なものは入院でやらなきゃいけないけど、それ以外のもので、在宅でできるものは患者さんが選ぶという仕組みがまずいいなというふうに思ったことと、病院、HADをご覧になったんだと思うんですけども、病院機能に必要なものは地域のオフィスにもあるわけですよ。つまり検査から薬といったものはオフィスにありますし多職種のスタッフもHADのオフィスにいました。そうすると病院のベッドがいらぬ話で、非常にこれは経済効率も、医療の経済的にもいいだろうということ。やはり患者さんと地域の人の満足度は高いんじゃないかなと私も見てまいりましたね。それはフランスの国旗に象徴される自由そのものです。

照沼 そうですね。

山崎先生 いかにもフランス国民的だなと。それと、医師を含めて医療従事者の側も、医師以外のコメディカルも、全員、全職種が独立できる資格を持っている。こんなインディペンデントなところと、患者さん自身は入院するか在宅でやるかを自分が選べるという、非常に自立的な国民であるという。「言うべきことは言うわよ、」みたいなところがあっていい。これがこの制度の功を奏しているスピリットじゃないかなという感じが一つあること、やはり医療と日本で言う介護保険の世界というのがパーフェクトに切り離されていますよね。

照沼 そうですね。

山崎先生 それと、昨今のトレンドは、HADの在宅入院の患者さんの半分を占めているのは、がんの治療の患者さん。だから手術だとか抗がん剤のアレンジが終わると、もう在宅でやりますよと。特に抗がん剤なんか、ほとんどもう在宅で行います。

照沼 ほとんどの抗がん剤治療は在宅でケアしてましたね。

山崎先生 それともう一つは日帰り分娩の産後のケアみたいなものですよ。それとおっしゃった、慢性疾患、難病。そしてあとは、高齢者のということになるのかと。だから、入院と同じように健康保険がみるのは一月までと。平均25日ぐらいと言っていましたけど、日本で言えば、在宅入院制度はポストアキュートですね。

照沼 そうですね。

山崎先生 日本の病院では、ポストアキュートの在宅ケアがありません。実は日本にはポ

ストアキュートの在宅ケアないのが問題なのです。伝統的に医師の往診も訪問看護も、寝たきりの高齢者の要介護から始まっちゃったので、在宅医療で、ポストアキュートの在宅ケアをしっかりとやるというところが抜けている。これがまだ日本の医療保険制度の中で定着しきってない。

照沼 そのとおりです。

山崎先生 ここを定着させるというのが、私たちのテーマかなと思っています。

照沼 そうですね。そのとおりですね。

山崎先生 だから今回のダブル改定で、ちょっとその布石というか、道筋はつけ、医療と介護の連携の中でも、在宅の訪問診療とか訪問看護が、働きやすい仕組みにしました。だから訪問看護も退院後2週間は特別指示書で医療保険で受けますよとか、看護師に裁量権がある、本来あるべき姿にちょっと戻ったかなと思います。それから入院中の患者が土日、外泊の時も、これももう何十年も私たちが言い続けてきたことですが、外泊中も訪問看護ができますよとか、退院当日も訪問看護は可能になりましたね。随分今回、よくなりました。

照沼 そうですよ。すごくポストアキュートの要素が入りましたね。

山崎先生 だから今後はがん治療も急性期が終わり退院した後の抗がん剤の外来のケモセラピーなんかでも、在宅でもやれる道筋はつきました。そこを手厚くしないと、うまく回転しない。先生がおっしゃったように、日本では医師もナースも流動性がないですからね。

照沼 ええ、そうですね。硬直化していますよね。

山崎先生 ええ。ですから医師や看護師のモチベーションを上げそこを打破するためにも、このポストアキュート若しくはロングタームアキュートケアの、在宅ケアをしっかりと保険で見るという仕組みは、大事になってきます。もう一つはやはり、患者教育を考えないとイケませんね。

照沼 ええ、そうですね。

山崎先生 この前もいらした国立病院の看護部長さんたちが、いらっしゃるたびに話題になりますが、例えば在院日数が去年は14日って言ってたのに、今年はもう13日ですから

とか、12.8日ですとなると、相変わらず患者さんから「追い出された」って言われるんです。「必ずおっしゃるのよ」と。「ええ？天下のでもそうですか？」って私なんかは伺ったんですけれども。やはり患者側の意識改革ですね。「病院はそう長くいるところじゃないよ」というコンセンサスづくりがやっぱり大事になってきます。それは患者さんご自身のためにも大切なことだということ。高齢者は1日でも長く病院にいれば、やはりADLが落ちるわけですから。これは、ヨーロッパとかオーストラリアに視察に行っても、先生と同じように、利用者にインタビューすると、「1日も早く帰ってきてよかったよ」って大体おっしゃるわよね。

照沼 そうそう。皆さん、おっしゃってますからね(笑)。そうですね。

山崎先生 欧米では患者さん側もね、「あんなところ(病院)、1日でも長くいるもんじゃないって」言うのに、日本の患者さんはどうして「追い出された」って言うのかしら。このコンセンサスづくり、これもやはり課題かなと思います。先生と同じ問題意識、私も持っていますね。

照沼 本当ですね。

山崎先生 それと、在宅ケアの形も大事です。最近のフランスのトレンドは、コメディカルもソロでクリニックを開くのではなく、1階はドクター、2階、3階は看護師やPT、OTや、薬剤師というように、それぞれの職種がご自分のオフィスを一つの建物の中で、多職種、多機能のクリニックを、ある地域で開業するという。こういうグループプラクティスのようですね。

照沼 そうですね。

山崎先生 市町村がそのグループプラクティスの箱物を建てて、貸してあげて、そこにお一人ずつ開業をしている人たちが入って、一緒にチームで仕事をする。これはまさしく理想ですよ。

照沼 一番いい、理想的ですね。

山崎先生 こういう仕組みになるといいなと私も思っているんですけどね。一つはですから、医師以外のコメディカルもしかるべき教育をすれば開業していいですよっていうふうにし、それもあり、グループプラクティスもありという。これはもう患者にとってメリットあるし、かなり保険財政的にもメリットが今後大きくなるんじゃないかと思えますね。

照沼 ありがとうございます。

山崎先生 いえいえ。

照沼 すごく充実した時間をもてた感じがあります。

山崎先生 いえいえこちらこそ。だからやっぱり形から入っていくというの、すごく大事で、お互いに独立した医療職種が、多機能で、グループプラクティスをやるとなると、なんか字面で職種連携とか地域包括ケアとか言わなくても、まさしくそのスタイルでもう一緒に仕事ができちゃう。

照沼 一緒のところにいるっていうことが大事なんですよ。

山崎先生 大事ですよ。

照沼 それが一番大事ですね。

山崎先生 それはね。

照沼 一緒の場所にいるということが。

山崎先生 はい。ですからそれをもう、先生は茨城で昔から実践してくださっているのも、ますます地域連携の核になってくださると。

照沼 ありがとうございます。

山崎先生 看護師にとっても大変うれしいんじゃないかなと。

照沼 ありがとうございます。

山崎先生 もうすでによりどころにはなっただいていただいているとは思いますが、本当に地域をおまとめくださると大変うれしいことですので、ますます頑張っていたきたく思います。今日は貴重なご意見をありがとうございました。