

2007年から2008年にかけて川村史記が取材した  
厚生労働省関連審議会の取材抜粋記事です。

## 第 11 回 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会

### —相談支援について論点を整理—

今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会の第 11 回会議が 10 月 17 日に開かれました。会議では、今回一度限りの議論として『相談支援』をテーマに検討が行なわれました。相談支援については、障害者の自立した生活を支えていく上で、障害者の抱えるニーズや課題にきめ細かく対応するため、必要な情報の提供や助言等を行うとともに、様々な地域の資源や、契約制度の下で障害福祉サービスを組み合わせて利用する方向を継続的に支援していくこと、また、個々の障害者への支援を通じて明らかになった地域の課題への対応については、地域全体で連携して検討し、支援体制を整えていくことが必要であること等が確認され、地域における相談支援体制、ケアマネジメントのあり方、自立支援協議会の観点から以下に示す施策の充実を検討することになりました。

#### 【地域における相談支援体制の強化と総合的な相談支援体制】

①地域における相談支援体制について市町村による相談支援の充実や地域生活支援事業費補助金の活用を促すことなどにより、全国的に必要な相談事業が実施されるようにする。②相談支援を担う人材について、研修事業の充実を図るなど、質の向上を図る。また障害者同士のピアカウンセリングなどの活用を図る。③同時に質の向上を図っていくために、総合的な相談支援を行なう拠点的な機関を設置する。

#### 【ケアマネジメントのあり方】

①サービス利用の手続き：サービス利用の手続きについて、そのプロセスにケアマネジメントの仕組みを導入する。その際、市町村がその責任において統一かつ総合的な判断により支給決定を行なうという仕組みとの整合性を確保する工夫が必要。②モニタリングの実施：サービス利用計画の作成後についても、サービス利用計画作成費の活用により、一定期間ごとにモニタリングを実施する。③ケアマネジメントを実施する体制：研修の実施などによる質の確保を含め、ケアマネジメントを実施する者、体制について考える。

#### 【自立支援協議会】

①自立支援協議会の法制化：自立支援協議会について、設置の促進や運営の活性化を図るため、法律上の位置づけを明確化する。②自立支援協議会の運営の支援：運営マニュアルや運営がうまくいっているサンプルの周知など、国や都道府県において設置・運営の支援を図る。

議論に先立ち、事務局としては“制度を軸に具体的論じて欲しい”という要望を示しましたが、実際の討議では、構成員の職業や職務を背景にした哲学や理想論、経験論が錯綜し、制度論を深めるまでには至らない意見応酬の場が展開されました。ただし、他の仕事と兼務していない“相談を専門に、かつ家族の抱える問題も含めて幅広く受付ける場”の確保や、介護保険の範疇でのみ発想しがちなケアマネージャーの視野を精神保健にまで広げる必要性、また、書類の処理に振り回される支援サービス事業のあり方等々、現場ならではの切実な制度や仕組みに対する気付きや要望も出されました。また、“待っている相談窓口”ではなく、“出向いて行く（障害者を積極的に早い時期に発見してゆく）”取り組みの必要性についての提言もありました。

## 第2回 看護の質の向上と確保に関する検討会

### —実質審議は優れた事例から学ぶ—

看護職員の確保、新人看護職員の質の向上、チーム医療の推進、看護教育のあり方をテーマに計4回の審議で、方向性を打ち出すことを前提とした『看護の質の向上と確保に関する検討会（懇談会から改名）』の第2回会議が12月8日に開催されました。意見集約に終わらないアクションプログラムとするという認識を共有するなかで今回は、

1. 看護職員の確保について：尾形裕也氏（九州大学大学院医学研究院医療経営・管理）、大久保清子氏（福井済生会病院副院長・看護部長）
2. 新人看護職員の質の向上について：石垣靖子氏（北海道医療大学看護福祉学部教授）、福井次矢氏（聖路加国際病院院長）

から話題提供という形で、それぞれの取り組みが紹介されました。特に注目を集めたのは福井済生会病院の事例で、多様な勤務体制（正職員短時間制度、パートは1時間から可能、夜勤免除制度）、子育て支援（育児支援環境、育児休業制度、育児支援制度）、専門職としての業務整理、キャリア継続の活用と支援等々、看護師の目線に立って、看護師の生活実態および要望・意見を反映した長期にわたる取り組みでした。その結果、同病院では看護師確保が順調に進み、離職率の低下やモチベーションの大幅な向上にもつながっている実態が数値やグラフで具体的に紹介されました。出席した舛添厚生労働大臣は、女性が圧倒的に多い看護師の確保にも女医の確保や職場定着と全く同じ施策が必要で、課題の根底は“人間を大事にする”考え方にあるとの認識を示しました。また、尾形裕也氏からは、看護師の『質の向上』と『確保』はトレードオフではなく、両立すべきことであり、日本も欧米同様に、資本集約的（すなわち、労働節約的）医療サービスから、労働集約的医療サービスに移行すべきであるとの提言がありました。また、ある制度ができるとそれにより看護師の需給が左右される実態の把握にも努めなければならないとの指摘もなされました。

一方の新人看護職員の質の向上については、以下のような東札幌病院の教育プログラム事例が紹介されました。

【1年目研修】看護の基本姿勢とともに生活の営みを整える援助技術を学ぶ／事例を通して患者の全体像の把握を学ぶ

【新卒看護師教育】集合教育は技術以外、医療ソーシャルワーカー、リハビリスタッフと合同／技術教育は就職前から開始（マニュアルの工夫）、個別の相互研修／最終の仕上げは事例発表（ケアの統合能力）／主任がプリセプター（みんなで育てる共通認識）／臨床看護の全体像把握／専門職としての基本姿勢の強調（成長の基礎づくり）

こうした教育システムの結果、1年以内の離職率ゼロや医療事故の減少、中堅ナースの成長と定着率の向上が図れたとのこと。なお、事例紹介をした石垣靖子氏は「新人看護師教育の場で大切なことは教育の質であって、離職防止はあくまでもその結果である」と述べていました。出席委員からは、こうした優れた研修の取り組みが地域や病院の規模の大小にかかわらず標準として行われる施策の必要性が指摘されるとともに、新人や準看・正看の区別が明確になるワッペン等の採用が患者との信頼関係や看護技術の向上に役立つという指摘もなされました。さらに、前回会議と同様、在宅医療に就労する看護師の教育環境と教育システムの早急な整備の必要性が意見交換され、看護技術の向上のためにも在宅看護の経験が大きな意味を持つという現場からの体験的認識も多くだされました。

## 第8回専門医・家庭医のあり方に関する研究会開催

### —英国の家庭医と医師の専門医教育研修制度についてヒアリング—

『医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究』の第8回会議が2月9日に開催されました。今回の会議では“英国における家庭医と医師の専門医教育研修制度のあり方”についてのヒアリングが行われ、英国家庭医学会の前会長であるロジャー・ネイバー博士の講演を軸に活発な質疑応答が行われました。衆知の通り、現在、日本の医療においても、地域住民の病気の発見や地域における急性期患者の治療に当たる医師や病院の役割を明確化し、回復期に入った患者や慢性疾患の治療や介護に関して、地域医師と病院のシステマティックな連携でうまく対応していく道筋が模索されてきており、なんでもかんでも病院に患者を搬送するという無秩序から、プライマリーケアは“家庭医”が担うという明確な方向性を打ち出しつつあります。そうしたなかで、医師の教育課程を介し、どのようにして家庭医を育成するかは医師後期臨床研修制度の見直しの根幹にもかかわる問題ともなっています。こうした課題の解決に当たって、英国における家庭医制度から学ぶことが多いとの認識から、今回のヒアリングがおこなわれました。英国の医療の場合、“病気はどこで取り扱われるか”というとその90%が自己ケア、9%がプライマリーケア、そして残りのたった1%が2次ケア（病院等）へ紹介されるということです。家庭医の役割がいかに大きいかがわかります。

**英国家庭医療の重要な特徴【その1】**市民は家庭医療の診療所に必ず登録している／各家庭医は約2,000人の患者をケアしている／家庭医は地域で通常3人以上で共同し、設備の整った診療所で働いている／家庭医は、通常健康サービスにおける患者の最初の接点である／救急の場合を除き病院を基盤とする2次ケアに到達するためには、患者は家庭医からの紹介が必要である【その2】家庭医は10の診療のうち9を2次ケアへ紹介することなく取り扱う／家庭医はほとんどの検体検査や放射線検査を利用できる／通常、家庭医療診療所は、看護、点滴・採血、カウンセリング、栄養士を備え、時に（へき地で）薬剤提供を行う／ほとんどの診療所は、糖尿病、喘息、高血圧、小児発達、妊娠・出産前ケアなどの専門外来を提供する／多くの家庭医は、皮膚科学、リウマチ病学、糖尿病、喘息、内視鏡などの専門分野にも臨床的興味を持つ

なお、家庭医は病院の昇進競争から落ちこぼれた医師のたどる道筋ではなく、家庭医になる競争率も高く、社会的地位も確立されている存在とのこと。家庭医になるプロセスは以下の通りです。

**英国の家庭医養成制度：**医師としての基本的な認証を得た後、すべての医師は2年間の卒後研修を経てから各科専門医の研修に入る／家庭医をめざす専門研修は最低3年間で、その中に家庭医療の教育診療所での最低12ヵ月の研修を含む／家庭医のカリキュラム、教育方法、評価方法、英国家庭医学会専門医免許のアウトラインが示される（臨床応用テスト、臨床技能評価テスト、職場基盤評価テスト等から成る厳しい家庭医療専門医認定試験が待ち受ける）／英国の卒後医学教育の計画・準備と管理運営

ロジャー・ネイバー博士の講演は医療制度の全体像から、医師育成の具体的なプロセスやカリキュラムに至るまで、英国の実状を誠実かつ正確に解説したものとして、研究会の参加者から賞賛を浴びました。日本と英国とは双方ともに島国で、伝統的に家庭医の役割を重視した医療展開という点でも共通点が多々ありますが、英国の家庭医の場合は明確な制度の中にしっかりと位置付けられている点で、日本の実態よりもはるかに先進性があるようです。最後に、「ただし、島国同士といっても、両国には地勢学（地形の高低や深淺）上の相違があるため、多くを学びながら、日本独自のものを創りあげていきたい」との土屋了介研究会班長（国立がんセンター中央病院病院長）によるコメントがありました。

### 第3回 終末期医療のあり方に関する懇談会

終末期医療のあり方に関する懇談会の第3回会議が2月24日に開催されました。できるだけ多くの人の意見を聴取したいという、座長・町野 朔氏（上智大学大学院法学研究科教授）の意向に沿って、今回もヒアリングが行われ、福永秀敏院長（国立病院機構南九州病院）と石島武一名誉院長（聖ヨハネ会桜町病院―東京都小金井市―）両氏による“医療現場での終末期医療のケア”の実状を紹介するプレゼンテーションを軸に意見交換が行われました。

まず福永秀敏氏は確かな治療法のない難病『筋ジストロフィー』医療と携わってきた臨床医としての40年近くにわたる取り組みから確認した“医師としての立ち位置”を次のように表明しました。◆1984年からALSの在宅医療と人口呼吸管理をすることになった。そして条件整備ができれば、在宅ケアが患者・家族にとって最も満足できる医療と思う◆平成になって格段に進歩した筋ジストロフィーの終末期医療では、しっかり生きるための教育、死と向き合う教育の重要性を感じた◆それぞれの生き方があるように、それぞれの死にもある。人生は一つの物語であり、医療者はその物語を意義あるものにするための援助者でありたいと思う。そして、福永氏は、患者や家族の思いを少しでも代弁できたらという思いでのプレゼンであったこと、喜びも、悲しみも、怒りも、理不尽さも、すべての気持ちが入り混じっているのが医療現場であること。しかも、日頃、患者の皆さんの『一生懸命』前向きに病気と立ち向かう姿に勇気付けられていることを表明しました。そこには終末期医療というものが一人ひとりの“ケース・バイ・ケース”で異なる事実と、その事実へ医師がいかに対応するかとの自問自答が色濃くにじんでいました。

また、石島武一氏からは終末医療について『現時点で最低限考慮に入れるべき事項』として、◆生命を守る◆急性型（生存期間が短期に迫っている）終末期では治療に全力を尽くす◆亜急性型終末期：現在の緩和ケア、スピリチュアルケアで対応可能◆慢性型終末期：脳障害性PCSDでは一般的に呼吸器は不要◆意識（認知能力）のあるMCSではANHは持続◆若い人ではANH中止は少なくとも3年は待つ◆終末期医療の線引きをどこで行なう、といった現場での対応と、終末期医療の線引きの難しさが、キリスト教世界の倫理観における“生命の尊厳”への考え方も含めた、医療現場の対応の悩みおよび生死に関する世界観の問題として“告白”されました。

このヒアリングをベースとした討議では、患者やその家族のサイドからは、そうした医療現場の悩みをなんとかして克服し、終末期医療への対応を法整備も含め、共に、かつ果敢に取り組んでいけないものかという切なる要望がだされました。さらに医師・患者・その家族から、『病気による変化の説明のみで、そうした患者をどのように支えていくかを、医師が患者やその家族に十分に説明していない』という現状が述べられ、その事実が共通認識されました。また、ある調査によると、病院の約70%以上の医師が患者を在宅に戻すべしを知らない深刻な実態も報告されました。終末期医療はともすると医療事故として、警察沙汰になることを恐れる流れから、いわば“猫”に誰が鈴をつけるのだ！という“ネズミの会議”のような思いにとらわれる現状がありますが、そろそろ、こうしたしり込みを打破する勇気を、医療関係者と患者およびその家族の両者が共有すべき時期にきているのではないのでしょうか。なお、『終末期医療に関する調査』の詳しい解析結果が仙台往診クリニック院長（調査解析ワーキングチーム委員長）から報告されました。この詳細な調査データと回答内容をより分かりやすい形に再編集することで、終末医療に関わる人々の意見の多様性とコンセンサスを把握する成果が得られそうです。

## 第7回高齢者医療制度に関する検討会

—高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理で終止符—

塩川正十郎氏（元衆議院議員・現東洋大学総長）を座長とした高齢者医療制度に関する検討会の第7回会議が3月17日に開催され、事務局から提出された高齢者医療制度の見直しに関する議論の整理（案）に関する若干の意見聴取をした後、これを了承して、半年間にわたる検討会を終了しました。議論の整理（案）では“見直しについての基本的考え方”とし、『制度の施行から概ね1年が経過している中で、各種調査においては、制度に対する理解は一定程度進んできていることが伺えるものの、高齢者をはじめ、すべての世代の共感がより得られるものとなるよう、必要な見直しを着実に進めていく必要がある。』と記述しています。そして“制度の見直しに関する論点”として、（1）高齢者の尊厳への配慮、（2）年齢で区分すること、制度の建て方について、（3）世代間の納得と共感が得られる財源のあり方について、（4）運営主体について、（5）保険料の算定方法、支払方法等について、（6）医療サービスについて—という柱を建てていますが、その内容は本検討会を構成する各委員のさまざまな意見を網羅しているに過ぎないものとなっていました。しかも、（3）の世代間の納得と共感が得られる財源のあり方については、『後期高齢者医療制度は高齢者の医療費について、公費・現役世代からの支援金・高齢者の保険料により、国民全体で支える仕組みであり、この仕組みの下で高齢者からの応分のご負担をお願いしていくことについては、高齢者の理解が深まりつつある。』という、一般社会が高齢者医療制度を見る視点とはことなる“現状維持”のニュアンスが強く醸し出されています。結局、この検討会が高齢者医療制度を見直すとして掲げた当初の課題を、構成委員のさまざまな言葉の表現で置き換えて、そのまま持ち越した印象を強くしました。しかも、介護保険制度も高齢者医療制度もほとんど同じ手法で創案したのに、一方が受け入れられ、医療制度の方が国民の拒否反応にあつたのは、地域や国民に対する説明不足が最大の原因であるとし、

- ① 国民の医療費に係る負担や、財政調整を含めた高齢者医療制度の仕組みなどを、改めて国民に十分周知すること
- ② 当事者である高齢者の意見を聞く場を設けること
- ③ 現役世代の支援も不可欠である中で、現役世代を含めて、すべての世代の納得と共感が得られるための一層の努力を傾注すること等が必要である。

と締めくくっているなど、国民に役立つ医療制度についての国や政治のビジョンが見えてこないもどかしさも感じられます。

確かに、国民一人ひとりに対する高福祉・高負担という世界的な流れはあるにしても、ビジョンがあやふやななかで、制度が利害関係の微妙なバランスを反映したまま存続し、小手先の手直しを重ねていくとしたら、舩添厚生労働大臣の当初の意欲とは裏腹に、高齢者医療制度の議論そのものが今後、行政や国会の議論の場でも竜頭蛇尾に終わってしまうのではないかという危惧を覚えました。