

医師不足が社会に認知され、少しは良い方向に医療が動くと思っていましたが、診療報酬の値上げはごくわずか、大野病院産婦人科事件で、医療関連死に関する問題が解決すると思ったら、かえって責任追及の色彩が強い法案が準備される。医療界のトップは事の重大さに気付いておらず、いままで身を切る思いで改善に取り組んできたことが、一気に逆戻りか崩壊かという状況です。医師の認識は組織の中核でも世の中の変化に遅れています。その自覚もないままの組織固めでは意識改革は出来るわけではない、これは深刻な悩みだと思います。

医療制度研究会では、この問題を詳しく分析することを目的に、12月19日に緊急勉強会を開催しました。井上清成弁護士に解説をしていただき、大野病院事件を担当している安福謙二弁護士と虎ノ門病院泌尿器科小松秀樹先生にコメントをいただきました。厚労省案も自民党案もどうにもならないくらいの重大な不備があり、誤りに学ぶという業務改善にはいちじるしい障害となり、信頼を失う結果になるという共通したコメントをいただきました。至急こちらでも報告書を作り配布する予定です。また何らかのアクションにつなげたいと思います。

第45回医療制度研究会講演会抄録

「病院・在宅連携の米国視察報告会—多職種チームで力あわせベストプラクティスを探る—」

医学ジャーナリスト村上紀美子氏、調布市医師会訪問看護ステーション所長伊藤文子氏、医療制度研究会中澤堅次の報告の抄録です。

アメリカの医療提供体制は、日本と大きく異なり、考えられないくらい大規模に展開する訪問看護サービスVNS (visiting nurse service) が活躍している。高齢者は入所ではなく在宅で訪問看護が支えているようでした。もうひとつの受け皿であるナーシングホームは、急性期と在宅を結びハビリテーションと終の棲家という位置づけで、急性期入院を受ける機能がないことは日本の一般病床との違いです。急性の入院はホスピタルだけが対応し、在院日数を減らさなければならない理由は、高額な医療費のほかに集中する病人を次々に受けなければ他に受ける場所がないという事情によるようでした。療養病床の削減が、在宅支援システムが少ない日本で行なわれると、行き場のない介護難民を生む可能性があり、一般病床の削減が行なわれると、急性期の病人の受け入れがうまく行かなくなる、マンパワーの不足は急性期で受け入れられない難民を生じる可能性があるとの印象でした。

第46回医療制度研究会講演会のおしらせ

「助産師による院内助産10年の試行錯誤」済生会宇都宮病院産婦人科部長飯田俊彦氏

平成20年2月2日午後4時：北里研究所病院3階セミナー室

出産数は減少しているとはいえ産科医の不足は深刻です。少なくとも医師の確保ができない今後10年間はこの悩みは消えません。医師に集中している役割の見直しは法的な整備が必要ですが看護師が担当する妊娠・出産は現行のままでも出来る数少ない分野の一つです。長く助産師による妊娠と出産について取り組んできた飯田先生のお話をお聞きます。

■第45回医療制度研究会講演会抄録■

在宅介護、病院以後の看護、退院在宅ケアの米国視察報告会

アメリカにおけるポストホスピタルの医療提供体制は厚労省が手本としており、病床数削減政策の理論的根拠にもなっていますが、現状はまだ大きな問題を抱えています。

ポストホスピタルの安全と質の確保はまだ未成熟で、既存のシステムからの変換には段差があり、連携や退院調整など新しいシステムの必要性が増しています。

2007年8月、北米のポストホスピタルの仕組みを見学するツアーが企画され、看護師の他、在宅医、療養型、一般急性期病院の関係者など、多数の職種の人がいろいろな視点で参加しました。

このツアーの準備から中心にかかわった村上さんと、ツアーに参加した調布市医師会訪問介護ステーション所長の伊藤さんと医療制度研究会中澤氏が報告を行うという企画になりました。思いもよらなかった新しい発見もあり、介護の現場を担当している方も多く参加し、熱のある議論がありました。(中澤記)

退院支援・在宅ケア～NY&コネチカットに学ぶ

村上紀美子氏(医学ジャーナリスト)

■はじめに今回の北米ツアーについて

医療提供体制に興味があり、国内はもちろん、米国全土、ノルウエー、スウェーデンなど多くの国々に視察を行っている。今回は病院在院日数の短縮で受療者への影響が出始め、日本の医療機関でも退院支援を重視し、退院後の医療・介護をコ・オーディネートする必要に迫られている。特にターミナルの患者さんが自宅に退院するのが難しい。本人が自宅に帰りたという気持ちがあれば、帰れるようにしたいと考える仲間がいて、今回の米国ツアーとなりました。米国に注目した理由は、パートナーシップということで、米国政府から日本政府に年次改革要望書などが毎年きて、医療機器や医薬品の分野どころか制度にも入り込んできている。影響を避けられないから行ってみるしかないという意味があります。企画は日本ホスピスケア協会の顧問で、日本の訪問看護やホスピスケアの先駆者の千葉静子さんに相談し、米国のVNS (visiting nurse service) を中心に周りの病院とナーシングホームとの連携を見てこよう、欲張って同行訪問も味わいたいということになった。同じ時期に当会の中澤氏から米国で人が死ぬときはどこでどういう風に亡くなっていくかが知りたいという要望があり、それも見学の目的に入りました。私はそこまで見るのは無理といったのですが、同行訪問が加わることである程度は要望は実現することができました。

■VNS (訪問看護サービス) とそれを取り巻く病院とナーシングホーム

訪問先はニューヨークと、コネチカット州ブリッジポートという人口10万の都市二箇所を選びました。NYには訪問看護の一番大きな事業所があることを知っており、大都市とさびれた地方の小都市の事情を同時に見たいという気持ちでした。そんなわけで訪問先は二つのVNSを中心に、連携関係にある病院とナーシングホームをそれぞれ一箇所ずつ、合計6箇所を回るツアーになりました。VNSは、NYの「VNS-NY」、ブリッジポートでは「VNS-CT」で、連携関係の病院は「ワイルコーネルMC」と「St.Vincent Health Center」、ナーシングホームは「メ

リーマニング NH」と「Lord Chamberlain Nursing&Rehabilitation」の6施設です。

■VNSCT（コネチカット訪問看護サービス）と連携先病院とナーシングホーム

VNSは日本と異なり非常に大きな組織で大きな活動をしています。ブリッジポートで始まったのは100年前の1909年、結核患者が沢山でていて、町の有志の方が相談し、一人のナースに頼んで活動を開始したそうです。一人のナースが始めた活動がいまでは州で3番目の規模になっている

連携先である聖ヴィンセント病院はブリッジポートにある急性期病院二つのうちのひとつで397床ですが、職員が1800人いる、にわかには信じがたい数字です。ドクターは、米国は主治医である開業医が病院にやってくる形を取っている。救急が年に6万件、宇都宮の中澤さんの病院では6百床で2万人だそうですからかなり多い。ナーシングホームは長期ケアを担当しますが、亜急性期、短期リハビリをやっている。

急性期だけの病院のあとはスキルドナーシングホームが担当することになります。私が見学した感じでいいですけど日本の急性期一般病棟みたいな感じです。そこではリハビリセンターにもなっていて在宅に戻るまえの短期リハビリをやっている。10年位前から米国のナーシングホームは亜急性と短期リハビリの役割を持つようになったそうで、NYでも同様でした。

■VNSCTの活動

この施設の特徴はユーモアを一番大事にしていることに興味を持ちました。管轄するオフィスは5つ有り見学したのはそのうちのひとつで、中堅の組織とさせていただいて結構です。スタッフが全部で700人なので、一つのオフィスは100人ちょっとだと思います。その中のスタッフはナースは250人位、後はホームヘルスエイド、日本で言えばホームヘルパーが300人、その他にソーシャルワーカー、PT、OTなどでナースケアに必要な職種がみんな揃っています。ドクターは開業医で町にオフィスを構えていて、主治医になっている。管理部門は経理担当が15人、お金の計算が大変そうなのでそれぞれのオフィスにいて、人事担当が5人、新人の教育は教育プリセクターがいて行っている。年間の訪問件数は28万件、その内訳は、ホームヘルスエイド43%、看護40%、PT10%、その他各2%。といった状況です。

例えば創傷ケアの場合、まもなく退院というときに訪問しケアの目標を決める。ケアは治ることが前提になっています。医療器具をつけて自宅に戻るので、自分達でやっていけるところまでケアをする。ケアの期間は60日が一単位で、傷が治るところまで続ける。その一区切りが在宅ケアの目標になる。対象者は小児から90歳以上のお年寄りまでカバーしている。

病院との連携は二つの病院があり、そのひとつはVNSから非常に近い、従業員同士がおなじ顔なじみになっていて、病院側のケースマネジャーは在宅ケアとNH経験を持っている人が多い。その人たちが、入院の最初から退院後のケアを想定し、必要なアセスメントを行い在宅ケアにバトンタッチする。退院困難な場合は、病院と在宅の合同カンファレンスをする。

在宅ケアの依頼が来たときには、信頼を築くために24時間以内に訪問することが重要、また依頼の内容が事業所の力量にあっているかどうかを検討して受け入れを決めることを重視している。必要なスキルを持つスタッフがいて、訪問の頻度に応えられることが引き受ける要件となるという。ケアの基本単位は60日間になっていて、時期が来るとそれ以上続けるかどうか主治医の判断を待って再評価する。日本の場合は終わりの目途を立てないで続くことが多いが、在宅ケアにも目標があり終了がある。連続的なケアが必要となる場合は、病院か施設に移るようにな

っており、そうでなければ、プライマリーケアの外来通院と、デイケアや食事などの公的なサービスにバトンタッチする。以上はコネチカット州で見られたシステムでしたが、人口800万人の大都会NYに行くともっとすごい世界が見えてきます。

■VNS-NYは巨大な訪問看護システムで在宅医療をリードしている。

NYの病院で退院する人は、7割はサポートの必要なく自宅退院になり社会生活に戻ります。そして10%がナーシングホームに行き、スキルドナーシングホームの機能を使って回復期を過ごします。残りの20%が在宅ケアを利用して自宅退院することになり、この部分をHNSが支援しています。見学したのはVNSNYでした。

前にサンフランシスコの訪問看護の勉強に行ったときに、サンフランシスコで年間3万件の訪問支援行っていると聞き多いなと感じましたが、NYに行くとも一日でその位訪問している施設があるといわれました。それは違うじゃないかと皆がそう思い、通訳に何度も数字を確認してもらったんですがやはり1日で3万件訪問なのです。それがNYのVNSで、今回行ってみたらひとつの施設でやはり1日3万件の訪問をしていました。スタッフが12000人いるので、10000人スタッフがいたら、1日3万件は充分ありえることですね。これにはおまけがついて、その施設がNY市を全てカバーしているかと思ったのですが、病院で退院後の支援先として患者さんに渡しているVNSのリストには大小合わせてなんと70もあったんです。VNSNYはその内の一つの大きな施設ということになります。

■VNSNYとワイルコーネルメディカルセンターの連携と退院調整

VNSNYにケアを依頼する機関は、67%が病院、17%が開業医、11%がナーシングホームです。病院と在宅ケアがどういう連携の仕方をしているかが大切な問題で私たちの興味の対象です。両者を結びつけるには糊代の部分が必要ですが、病院側では病棟にケアコーディネーターとかケアマネジャーとか云われる人がいて、ソーシャルワーカー、看護師長、病院医師の方々がいて、このグループでどのような支援が必要かを見極めていきます。在宅の方針が決まると依頼の多い病院にはVNSの担当が入っていて病院に10人入り込んでいるところもあるし、一人のVNSが2、3の施設を担当するとか、地区で担当するなどさまざまな形態がある。またVNSの中にコールセンターがあって、開業医、中小の病院、ナーシングホーム、個人からの依頼を受けたりもしています。実際の形は退院のミーティングで、病棟では病棟入院者全員に毎日30分から40分多職種の眼で見て方針を決めていく。退院後自宅にはいろんな医療機器も無く、自宅の風呂を使って代わりをやっていかなければならない、そういうケアをご本人と家族ができるように入院中に練習して、だいたい出来るようになって退院していく。一方では在宅スタッフがすぐに自宅にいて、習ったことがうまく出来るか退院したその日に調整していく。退院支援は入院を予約した時点、または入院の初日からコーディネーターが関わり退院後のことを考えていきます。入院日数が4.5日と余りに短いので、早い時期からの指導が必要なのです。場合によっては在宅側スタッフが病院に入って、退院困難で支援の必要な人に、入院早期から病棟で協力することもあります。退院後ケアの予算も大切なので具体的な生活イメージを持って計画することが必要なのです。

■アメリカに学ぶべきことと気になること

ケアの中でもIT化が進んでいて、訪問看護師は電子カルテのような携帯端末を持って移動しています。アメリカで学ぶべきこと避けなければならないことと両極端があるのですが、便利な

ツールで省力化することもいいと思います。そのほか、私が特に良いと思っていることは、ご本人や家族への説明の意思確認がきちんと出来ているということで、意思表示が出来ない場合、死が近づき生命維持装置をつけるかどうか、ケアに対する希望、代理人のことなどを事前に皆聞いており、意思確認をしたらそれをちゃん継続することになっている。この4つのお願いは日本でも弁護士と医師が作成して動きが始まったことは良いことだと思います。

一つ気になったこと、退院支援が病院内で積極的に行われる目的が、退院をとにかく早くし、保険会社の人も入ってこの保険ではこれ以上支援できないとかが決まっていく、お金で診療内容を決めてしまうというのはこういうことなんだなと思いました。退院支援はお金で決めるのではなくて、ケアの必要性で決めて欲しいと思いました。

適切な入院日数は、米国が短いから日本も短くしましょうというのは大きな間違いだと思います。適正な入院日数は自分たちで決めたい。それから在宅ケアも本人の希望で選択できるということが大切だと思います。嫌なだけけど強いられた在宅ケアはNO、家族の意思は2番目ということが日本のある在宅ケアマネジャーの言葉でした。

最後にターミナルケアをもっと知りたい、ホスピスケアが他の国ではしっかりしていると思うのですが、日本ではどうなのでしょう。死が自然らしいこととか、其の時どうなっていくのか、病院の中でどういう死が待っているのか、あるいは専門家の方が、この病院での死をどういうふうに作っていかうとしているのか、そんなことも話しあいたいなあとと思っています。こんなところで、伊藤さんにバトンタッチしたいと思います。

米国から日本が学べること

在宅ケアの規模と基盤強化、退院支援に病院と在宅の協力

伊藤 文子氏（調布市医師会看護ステーション所長）

■調布市医師会訪問看護センターの紹介

調布市は人口が20万人で、さきほど村上さんが話したコネチカット州ブリッジポートが10万人です。VNSにはかなりのスタッフ（700人）がいて看護師が250人位います。信じられない数字です。私のところは、平成7年度にスタートし、13年目、10月現在、利用者は141名、開業医37名、病院17施設からの主治医47名から訪問看護の指示書をいただいています。職員は13名。医療事務担当2名、ケアマネ専任（社会福祉士）1名、看護師9名（ケアマネ兼務）です。介護保険になりケアマネジャーという新しい職種が増えた時に、看護師全員が、資格をとって毎年毎年ケアマネジャーを増やしていきました。訪問看護師とケアマネジャーの仕事を並行して行ってきましたが、平成18年度の介護保険改定から、ケアマネの事務量の多さと、また最近の傾向として、訪問看護の対象者の重症者が多くなり、両方の仕事の兼務が厳しくなりました。昨年専任のケアマネを1人増やしました。昨年の介護保険改定で国の制限で専任ケアマネジャー1人の受け持ち利用者が35名程度となり（制度の内容で効率的な数字）ました。それまでの介護保険では、ケアプラン作成人数の制限がなく、事業所での効率で人数枠を決めていました。

■大きく変わった訪問看護の内容—日本でも増加するホスピスケア—

訪問看護では、癌末期患者の在宅療養が増え、月10人程度の新規依頼と月10人程度の入院、

死亡の方々がいて、訪問看護ステーションは目まぐるしい業務内容の展開と変化していきました。当ステーションでは、依頼は断らないという方針でいます。24 時間、365 日の夜間と休日はオンコール体制をとっています。米国と日本の在宅ケアの違いが先ほど村上さんから出ていましたが、大きな違いは米国には 100 年以上の成熟した訪問看護の歴史があって、先ほどからの説明のように、職員スタッフ数、サービスの充実や職種の多さが極端に違います。日本も PT や OT などの職種は増えてはいますが、訪問看護の患者のニーズに応えるにはまだまだだと思いません。

■制度的に未熟な訪問看護の悩み、参考になるアメリカのVNS

定期的な病院めぐりの営業活動もマンパワーがたりないので出来ない状況です。病院からの依頼があれば、退院カンファランスに参加出来るよう努力はしておりますが、退院カンファランスに行った場合、医療保険では診療報酬が算定されますが、介護保険では算定されないという現状があります。事業所の体制、力量ともにVNS・コネチカットは、充実しており、人口規模が調布市の1/2倍にあたりますが、5ヶ所のオフィスを持ち、大勢のスタッフが働いているという現実、日本の訪問看護ステーションの体制を考えさせられました。10万人の人口でのVNSCTの活躍は日本での将来の方向性として参考になるのではないかと思います。

■今後増加する在宅ケアには在宅での医療・介護の連携が重要

また、終末期アンケートの結果では、自宅での希望が6割ありますが現実には2割です。やはり日本では、まだ訪問看護ステーションとの連携が十分に活かされていないことと、それと医師の問題意識もあるかもしれません。最近、在宅療養支援診療所という制度ができましたので、在宅医療に関心のある先生方が在宅療養支援診療所の届出を出し、訪問看護ステーションとの連携の届出も必要になっていますので24時間の連絡体制をとり、いつでも連絡が取れるということになっています。学会などで不在の場合は、届出している他の先生と協力をし、例えば在宅での看取りの場合は医師同士での協力が見られ自宅での看取りを行っています。日本での在宅ケアの現状も変化して行っていると思います。在院日数が短くなってきている現状と在宅での療養者が今後増えていくことを考えると、在宅での医療や看護の充実と拡大と連携が重要になってくるのではないかと思います。

北米におけるポストホスピタルの医療・看護提供体制 中澤堅次 [NPO 法人医療制度研究会・済生会宇都宮病院院長]

■日米病床比較での誤解を確認することがツア参加の目的

私が今回のツアに参加したのは、厚労省が出しているOECDの急性期病院の国際比較からきています。日本の病床数がアメリカの3~4倍と言われていて、医療費の削減のために病床を削減すると言いき、一般病床まで廃止することが検討されている。平均入院日数も日本はアメリカの3倍、この差は何なんだ、効率が悪いからだももっと在院日数を短くしろと来るわけですが、よく見ると日本の病院は急性期、亜急性期・療養型それに精神病棟、結核病棟まであり、病院のベッドを病床とカウントしているのに、アメリカのデータは在院日数3日とか7日とかの超急性期のホスピタルだけ、アメリカではそのほかにナーシングホームといわれる病人さんを収容するベッドがあるが、病院ではないからと病床数にはカウントしない。病院=ホスピタル、同じ病床だけ

らこれで良いんだといわれても、片方は急性期から終の棲家や精神病床まで数え、片方は超急性期だけというのはまったく納得がいかない。これを現地で確かめてみたいというのが今回のツアーに参加する目的の一つでした。

■日米の医療提供体制の比較は病院＝ホスピタルと定義すると計算間違いになる

行くまえに病床の詳しい内容を調べてみました。日本の千人当たりの病床数は一般病床 7.1、療養病床 2.7、精神病床 2.8、結核病床 0.1、ところでアメリカは、短期入院病床が 3.1 で後はない。アメリカの長期入院の病院は非常に少ないが、慢性期の病人を収容する施設があり、これはナーシングホームと呼ばれ千人当たり 6.8 床あるが病床数にはカウントされない。超急性期のホスピタルとナーシングホームを合わせると、日本の精神病床を除いた一般病床と療養病床の合計とほぼ一致する。

機能を比べるのに良い指標は無いかと、死に場所という視点で比較してみました。日本は病院で 80%がなくなり、アメリカではホスピタルとナーシングホームで、合計するとほぼ同じくらいの数になる。どうも日本の病院＝アメリカのホスピタルではなく、病院＝ホスピタル＋ナーシングホームと考えた方が良く、病院＝ホスピタルとしたのでは計算違いを起す。計算違いをもとに病床を削減していってしまうと、ボタンの掛け違いみたいなことがおきないとも限らない。それも検証してみたいと思っていました。

■アメリカの急性期入院はホスピタルだけが頼り

米国においては急性期の入院受け入れはホスピタルだけが行い、医師が常駐しないナーシングホームでは救急で入院を受けることはありません。また ER に運ばれる病人はすごい外傷から比較的軽い傷、末期の在宅療養者の急変にも利用され、入院を要する人のすべてがホスピタルに集中することになります。この点日本は多くの一般病床があり、療養病床まで時には緊急の入院の受け皿になる。高齢者の急性期需要に対応するという目的には緩衝地帯のある日本のほうが効率的だと思います。

■セントヴィンセントメディカルセンターの救急部が抱える問題点

見学したのはブリッジポートにあるセントヴィンセント病院で、約 400 床、アメリカの病院ランキングで 100 位に入る病院です。院長は看護師、救急を担当する副院長は医師でその人の話を聞きました。救急はアメリカでは ER が行い ER は原則断ってはいけない。運ばれる人たちはさまざまですが、癌末期の在宅で治療を受けている患者さんが肺炎など急性期の病気にかかる、それは全てホスピタルの ER に集中します。日本のように急性期医療を分散する仕組みもないから ER は戦場のようになっていました。

実際軽い切創などでは 5 時間待つ、病院の前には救急車が列を作る。救急室の前には入院ベッドに移れない人のストレッチャーが何時間も待っているというような光景が見られ、アメリカ中で同じ問題を抱えているとの説明でした。

NY では病院で死を迎える人は、結構多く 70%、急性期に搬送が集中することを悩んでおり、後でテープを聴きなおすと、病床数を少なくしすぎたことが原因だと言っていました。病床数を増やしたいのだけれど、看護師が不足しているので増やせないということでした。また、日本のように病院に勤務する医師（ホスピタリスト）がもっといれば急性期医療の効率は上がるということも話していました。ちなみにこの病院では心筋梗塞のカテーテル手術に病院と契約する開業医が呼ばれるシステムになっています。

システムが違う日本が一般病床数を削減していけば救急の受け皿がなくなりそうで、救急医がいないからもっと悲惨なことになるそうです。

■ ナーシングホームの役割は “回復期機能” と “終の棲家”

急性期の入院者は 10%がナーシングホームに行きます。そこでは回復期ケアを担当し、在宅に持っていくことが目的のひとつです。近年になってスキルドナーシングホームといい、リハビリ機能を持つことが一般的になっています。ここでは OT・PT などの技術者を抱えており、外部の医師の指示で回復期を受け持っています。

もう一つは地下に教会があることでわかるように終の棲家という役割も果たしています。個室は今まで住んでいた家の続きというコンセプトで、家具や備品は家庭から持ってくることもできます。最終的に死を迎えるまで生活とケアを提供する設備や看護が整っています。滞在費用もかかるので回復期はできるだけ早く帰れるように計画的にケアが組み、終の棲家とする人はかなりの経済的負担があるので誰でも入れる状況にはなっていないようです。

■ ポストホスピタルケアの主力は VNS と呼ばれる訪問看護サービス。

先ほどのお話しの中で一番話題になっていたのは、VNS（訪問看護サービスシステム）で、これが大規模に展開していることが日本と異なることです。VNS は大規模なマンパワーと、高度な看護スキルを持って地域に密着したサービスを提供する、リハビリ機能も持つし、ホームケアも提供できるサービス事業所というかんじでした。医師との連携があって、看取りもホスピスケアもここではやっている。医師は通常往診はしないところが日本とは違う点で、死亡確認は看護師が行い医師は診断書を書く。日本の在宅支援療養所とはちょっと性格が異なると思います。VNS が 100 年の歴史をもつことを考えると、アメリカの最も基本的な医療システムはここにあり、並列して NH があって、その上の超急性期をホスピタルがあるという構造と考えられます。アメリカをモデルに行われる療養病床の削減は、VNS のような在宅サポートが無いなかで行われていることは国も医療者もしっかり認識する必要があります。

■ 訪問看護同行訪問で見たアメリカの公的介護システム。

先ほど同行訪問の話があり印象深かったことをお話しします。NY にはコングロマリットという公営マンションのようなものがあり、訪問看護的には特色のある施設になっています。私が連れてってもらったのは NY の郊外にあって、大きなマンションが林立する地域でした。成長期にはここに若い夫婦がいてお子さんもここで育つ、大きくなって、ここから外に出て、老夫婦だけが残ってしまって、それも一人暮らしになっていき、空き部屋ができる。そこに市が独居の高齢者や障害のある人を集めて集団的に住居と食事とホームケアを提供している。

VNS からは看護師が訪問し、マンションの中に荷物を置くだけのオフィスがあり拠点になっている。マンションの中には食堂があり朝飯が食べられる。またちょっとしたリハビリ器具を置いた訓練室のようなものもある。賃貸で一月 10 万円ほどのお金が掛かるが、入居者の経済力に応じて自己負担は軽減されるとのこと、住居と食事を提供することが生活困窮者には必要な施策と考えているから、おそらくただではいる人もいると思われます。このようなシステムになると、元気でお金がある人でも、独居生活をここで送りたいと選んで入居するようになっているとのことでした。営利事業の介護付き豪華マンションの日本とはちょっと違う点だと思います。

訪問先に卵巣がんの寝たきりの患者さんがいましたが、ご主人が昼間はいないことが多い、ホームヘルパーが派遣されて昼間は面倒を見ている。「せきをしている」と電話で訪問看護師が担

当の医師の指示を聞いていました。肺炎のように重篤になるとE Rに運ばれるそうで、短期間で返されるそうですがここで死ぬ場合もある。この人は家族がいるから見取りは簡単と看護師は話してくれました。

別なところでは糖尿病の患者さんの所に、訪問看護師が訪室してインシュリンの世話をする。そのほかに掃除をしてくれるヘルパーが訪室するようになっている。

お金が無い人は無料ということは何処かで資金が出ているはずですが、アメリカでは社会の底辺を支えているメディケアやメディケイドと呼ばれている医療保険があり、そちらの方から支払われる、国の負担する規模は日本の総医療費と同じくらいです。

■米国の医療提供体制を日本に持ってきたときの問題点

日本がアメリカのシステムにまねて数合わせをすると、介護療養病床を削減し、これからは一般病床に切り込むと厚労省は考えているようです。

介護療養病床を削減したぶんは老健や特養と言った介護療養施設に転換するつもりなのですが、医師や看護師の件費が少し少なくなるだけの効果しかなく、それも制限があるので行き場を失う人が出ているし、これからもっと増えると予測される。在宅支援というがアメリカのV NSのような仕掛けが無いから家庭に頼るしかなく、今度は家庭崩壊が起きそうです。

数合わせの政策のリスクでもう一つ考えなければならないのは一般病床の削減です。日本は回復期の病院でも救急を受けるところがあるので、アメリカに比べれば余裕があります。機能が落ちた病院から削減が行なわれたとしても、需要をまかなうためにはアメリカのように一部が巨大化するしかない。それには急性期に特化し手術室の拡充に投資をして、看護師と医師のマンパワーを集約する必要がありますが、医療費が抑制され、医師のマンパワーにも抑制がかかっているので事業拡大は難しい。結局は急性期の救急難民増加になる可能性があるとおもいます。

■解決策はあるか？

ポストホスピタルの現行システムは今後の高齢需要にはまだ不十分だと思う。国が高齢者の住居と食を確保し、死ぬまでの生活危機に責任を持つという政治的な意思を示すことが必要で、その上に日本の実情に即した介護・看護システムをデザインしなければならない。高齢需要を正確に分析し、過度なサービスは要らないから、必要なケアには国が関わり、少なくとも長期的な展望を持って高齢化に対応しなければならないと思う。財政的な規模が大きいアメリカのとおりにならないことはわかるが、日本はその部分を家庭が担っていた。削減だけの責任逃れではそこも崩壊する危険がある。今までの政策の内容を現実と照らして正確に評価し、誤りがあれば修正し、国民の生活危機には国民とともに国がかかわる意志をしめすことが大切と思う。



医療は命の安全保障、医療崩壊を食い止めよう！

本 部 栃木県宇都宮市竹林町9 1 1-1 栃木県済生会宇都宮病院 内

東京事務所 東京都千代田区神田駿河台2-1-1 9 アルベルゴ御茶ノ水2 F

海外文献サービス株式会社 内

仙台office 仙台市青葉区貝ヶ森1-2-6 ☎080-1808-3241 (事務局 坂詰 清)

なお、本件に関するご質問は、上記の仙台オフィスまでご連絡ください。zumechan@aol.com