

## 教育講演

# 家族を対象とした保健医療サービスを どのようにして政策に組み込むのか

石田昌宏

日本看護連盟幹事

専門家がその立場で十分検討をしてきたから当然政策に反映されるべきだ、と考えることに無理がある。制度の関する意思決定をするのは国民・住民の代表が集う議会であり、それを受けて様々な細目をきめていく行政である。利権で動く時代ならともかく、今は立法府も行政府も、国や地方公共団体全体の利益を第一としている。特定の人のために動いているとみられるだけで国民・住民から批判される時代なのだ。

法律を改正するにしても診療報酬を改定するにしても、求められることすべてを実施するキャパシティーが立法府・行政府にない。法体系を再構築するために必要な膨大な事務をこなす人員は足りないし、限られた国会会期では年間200数十本の法律を改正するのが精一杯である。立法も行政も国民全体にとっての利益をまず考えるため、専門家だけに関する法令は優先順位が下がる。したがって法改正をしたければ、専門家が「自分たちの質向上のために」と主張するだけでは難しい。世論を伴う形で提案をすべきだ。ところが「ファミリー・ナース・プラクティショナー」「家族のヘルスプロモーション」「ファミリーヘルスナース」……言葉の意味でさえ、知っている国民がどれくらいいるだろうか。

限られた医療費をどこに配分すれば患者にとって最高の結果を残せるかと考えれば、「安心できる」「癒される」等の重要性はわかるが、やはり医療の主目的である「治すこと」を達成できるよう重点配分が進められることになる。平成18年4月の診療報酬では、入院基本料で従来最高の10:1を大きく上回る7:1ランクが新設されたが、同時に13:1, 15:1で点数が減っている。6月に成案した医療改革関連法では、療養病床の削減がきまった。いずれも慢性期から急性期へ、との医療費配分の変更と考えられよう。とすると「治すこと」に家族看護はどのように貢献するのか。これを明らかにすることが重要だ。

医療施設の機能分化が進むというが、それは、急性期-リハビリテーション-療養-在宅がそれぞれ平等に進むのではない。今の流れは、急性期を終えたらできるだけ直接在宅へという形をめざしており、でもそれができない人もいるので、限定つきでリハビリ、療養も必要と考えているとみたほうがいいだろう。しかしこれが達成できるには、豊かな在宅医療が不可欠であり、その充実が最大の課題。このたびの診療報酬改定で在宅療養支援診療所が創設されたがこれで十分だろうか。看護職がもっと貢献する場はつukれないのだろうか。家族看護が貢献するチャンスだ。

時代背景や政策動向を知り、政策介入のタイミングを見極められるようにしよう。政策過程とそこに介入するさまざまな方法を十分理解し、発言力を強めよう。そのために学会の“知”は大きな力になるはずだ。