

〔第13回学術集会教育講演〕

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取り込むのか

日本看護連盟

石田 昌宏

I. はじめに

看護の質の向上のために、看護職個々人が努力することが必要であることはいうまでもありません。しかし、看護を取りまく法が整っていないければその努力は報われないこともあります。

例えば診療報酬は患者本人に対し算定されることになっているため、家族に対する看護がいくら行われたとしてもほとんどが算定対象となりません。コスト管理が厳しい病院がそれでも家族看護に積極的に取り組もうとするでしょうか。看護はボランティアではありません。家族を対象とした保健医療サービスを政策に取り込む理由はここにあります。

II. 政策過程

さて、政策について語るには、まず政策がつけられる過程を理解しなければなりません。政策が立案され決定される過程を大分すると、課題設定、政策立案、政策決定の3区分になります。

1. 課題設定

課題設定では、臨床や教育等の場面で実際に起きている課題を意思決定者たちが理解できるように表現することが重要です。団体が行政や行政府に考えを伝える場合は「要望書」「意見書」などが使われます(図1)。要望書等には、ただ「～してほしい」という願望ではなく、科学的な根拠を示しながらの意見表明が重要です。そのためにはしっかりした調査・研究とその成果を分かりやすく示す表現力が必要です。

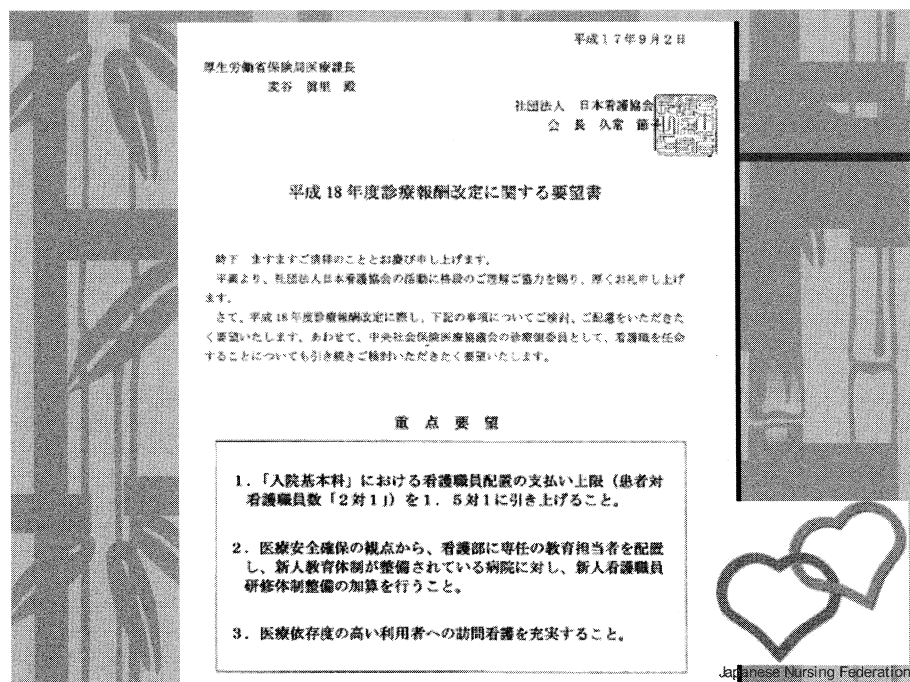


図1. 要望書の例

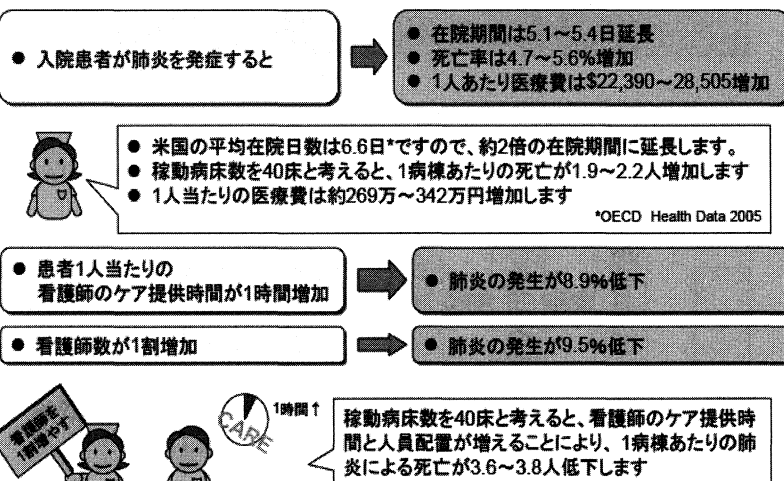
(図2).

またマスコミの報道などを通じて課題が設定されることもあります。医療事故対策が昨今進んだのもこのケースです。テレビCMや新聞の意見広告など意識的にマスコミ媒体を使って世論喚起することもあります(図3)。

課題が明らかになったとしてもすぐに設定されるとは限りません。むしろ解決に向けた取り組みが進むことの方が少ないといっているでしょう。関係者の間で意見が分かれるからです。看護界の一大テーマである准看護師問題は、当事者である看護団体が昭和20年代の制度創設以来、解決を主張しているに

看護配置と患者死亡に関連した研究結果②

Cho 他: The effects of nurse staffing on adverse events, morbidity, mortality, and medical costs. Nursing Research. 2003
Unruh L. Licensed Nurse Staffing and Adverse Events in Hospitals. Med Care. 2003



Copyright (C) Japanese Nursing Association Department of Policy Planning. All Rights Reserved.

図2. 意見書に付された調査・研究結果の例

■読売新聞 全5段⑤/平成18年9月4日掲載 刷寸サイズ(167.5×379mm)

安心・安全な看護を創出する——日本の看護が変わります。5

看護師の基礎教育には、4年制が必要です。

医療事故をゼロへ! 患者さんの早期回復へ!
安心・安全な看護の実現には、看護基礎教育の充実こそが不可欠です。

少子・高齢社会が到来し、医療の高度化・複雑化が進む中、看護職に期待される役割は大きく広がり、求められる技術と知識のレベルも日々高まっています。にもかかわらず、看護職の基礎教育は、なんと60年間も、3年制のまま変わっていません。この現状に対して、看護学校の教員の約60%が「教育時間が不足している」と考えています。今の時間数の中では、必要な内容が学びきれなくなっており、学校で身につけた能力と現場で求められる能力との間に、大きなギャップが生まれているのです。国民のみなさんからの「安心で質の高い看護」への期待に応えられるように、今こそ、看護職の基礎教育には4年制が必要で。

看護職の活躍する場が広がり、役割となる専門性も増えていきます。

看護は今、急性期医療だけでなく、終末期医療や在宅医療・訪問看護など、幅広い分野で必要とされるようになってきました。看護職はこれら全ての知識や技術を身につける必要があり、基礎教育で教えるべき内容も大幅に増えていくのが現状です。

基礎教育で学ぶべき科目が増え、実習での時間が増えています。

時代のニーズに合わせて、近年の基礎教育では、科目数が増えています。一方で、教育時間が変わらないために、看護基礎教育の基本とも言うべき病歴問診の時間が減り続けています。

■書にぜひご協力ください!

今年10月に日本看護協会では、最新鋭の看護教育・研究の中心となる人材を育成に貢献する人材を募集しています。お問い合わせ、資料請求は下記までお願いいたします。

<http://www.nurse-center.net/>
☎03-5778-8552

社団法人 日本看護協会
www.nurse.or.jp

図3. 日本看護協会による新聞広告の例

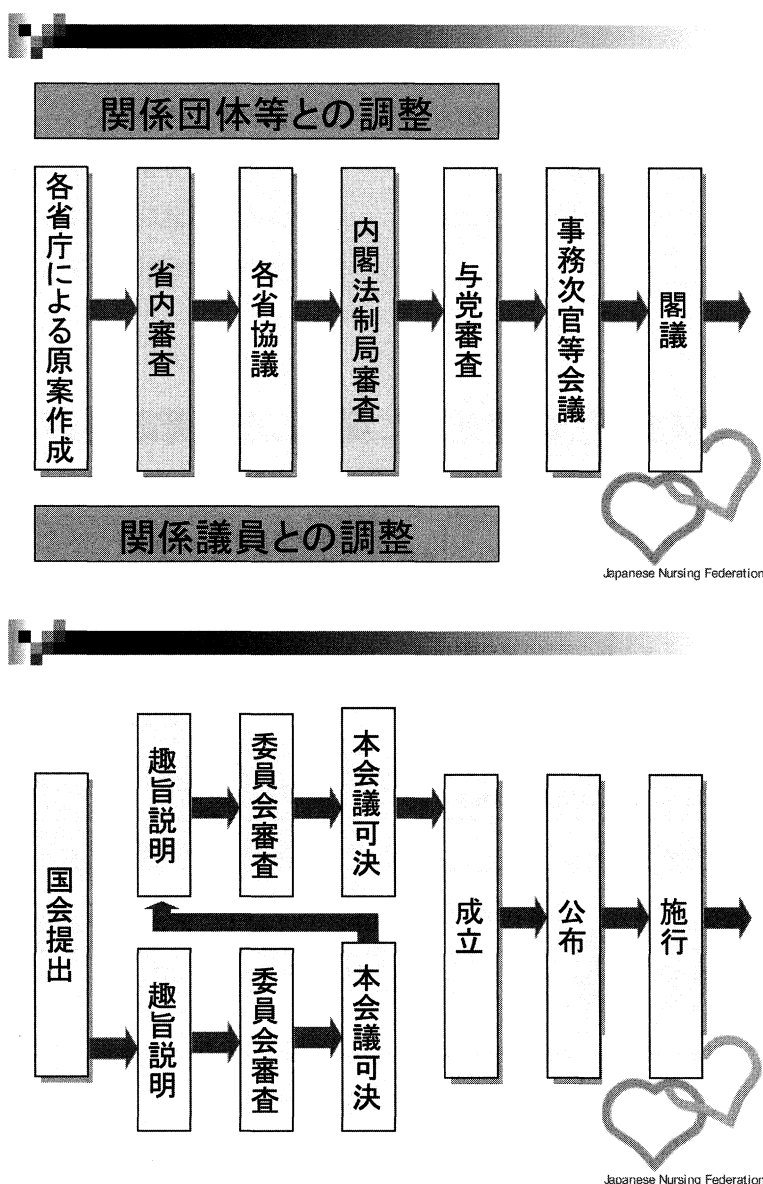


図4. 立法プロセス

もかわらず、日本医師会等の反対でいまだ解決されていません。平成18年4月診療報酬改定で創設された入院基本料の7対1のランクは10年来の看護団体の主張でした。長年中央社会保険医療協議会で支払い側と診療側の間で意見が対立していましたが、今回ようやく調整ができ解決の糸口がみえました。このような利害調整のプロセスでは「政治力」の強さがものをいいます。科学的な根拠も利害関係者を納得させるための政治力の一部と考えられるかもしれません。

2. 政策立案

課題設定が明確になれば、具体的な立法作業に入

ります。しかし法律改正には膨大なエネルギーが必要です。図4は法律の原案作成から施行までの流れの概要を示したものです。この過程に1年くらいの時間をかけることは珍しいことでもありません。各段階それぞれで関係者の要求が入り、少しずつ内容が変わっていくこともよくあります。時には原案とまったく違うものになることもありますから、気が抜けません。

この過程には与党の介入が目立ちます。「与党審査」があるので、政府が法律を提案する前提として与党の合意がなければならないことになります。与党にとっては合意の上、野党からみれば与り知らぬと

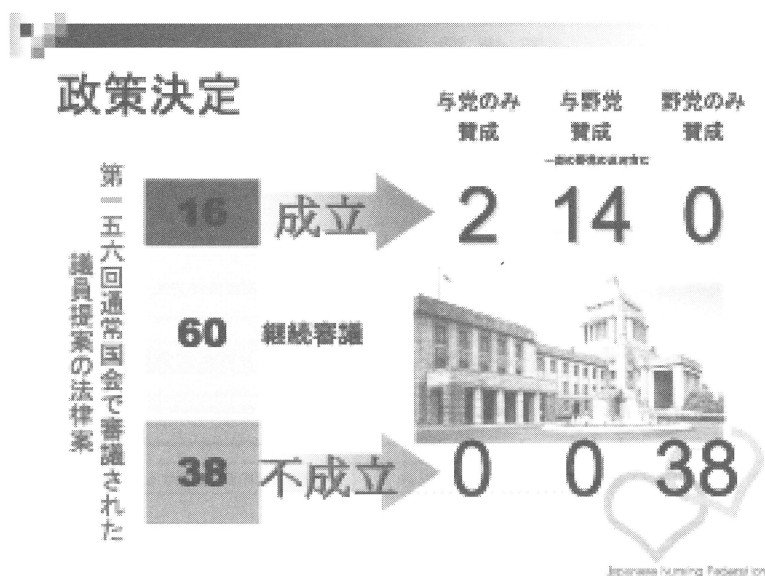


図5. 政策決定での与党と野党の違い

ころで法律案ができているといっても過言でありません。

3. 政策決定

この過程をスタートさせるには、可決されるめどがあるかどうかの見通しが必要です。平成17年には国会で成立した法律は124本でした。この5年をみても年間に150本程度が精一杯です。変えたい法律はたくさんあれども、国会のキャパシティの関係で限度があるので、法改正の優先順位を考える必要が生じます。優先順位の高いのは当然国民全体にとって緊急・重要な法律です。この視点からみると保健師助産師看護師法など特定の有資格者を対象とする法律は、国民全体からみれば小事になりがちで、優先順位が下がる傾向があります。この順位をめぐって日々、国会対策上の駆け引きが繰り返されています。

この駆け引きは与党が圧倒的に有利です。日本の議会での意思決定は多数決によって行われます。政党政治を行う日本では過半数を獲得した政党は、審議日程さえ決まれば採決の段階で造反が無い限り必ず多数をとることができます。図5をみれば一目瞭然でしょう。野党のみが賛成して可決した法律はゼロ。与党の賛成がないと法律は成立しません。

III. 政策の方向

現在、政府がすすめている保健医療福祉関連の政策には以下の2点の方針があります。

- 1 費用の伸びの抑制
- 2 利用者・患者による決定の促進

1. 費用の伸びの抑制

費用の伸びの抑制を医療費についてみると政府は図6のように構図を示しています。医療費の増加の主要因は高齢化です。特に後期高齢者の増加は著しく、2005年の8.9%から2030年には17.8%と倍以上に伸びる見込みです。一般の高齢化率も2030年には29.6%に達します。65歳以上の一人当たりの医療費は、64歳以下とくらべ約5倍もありますから、高齢化は医療費増加に非常に大きな影響を与えるわけです。

このような人口動態の下で医療費を削減するのは困難ですが、せめて伸びの抑制はめざすべきでしょう。伸びの抑制のため医療機関の機能分化と連携の促進、生活習慣病対策などが進められています。

2. 利用者・患者による決定の促進

図7は「患者の視点」に立って現在の医療政策をまとめたものです。特に医療情報提供の充実患者自



図6. 医療費増加の構図

(1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

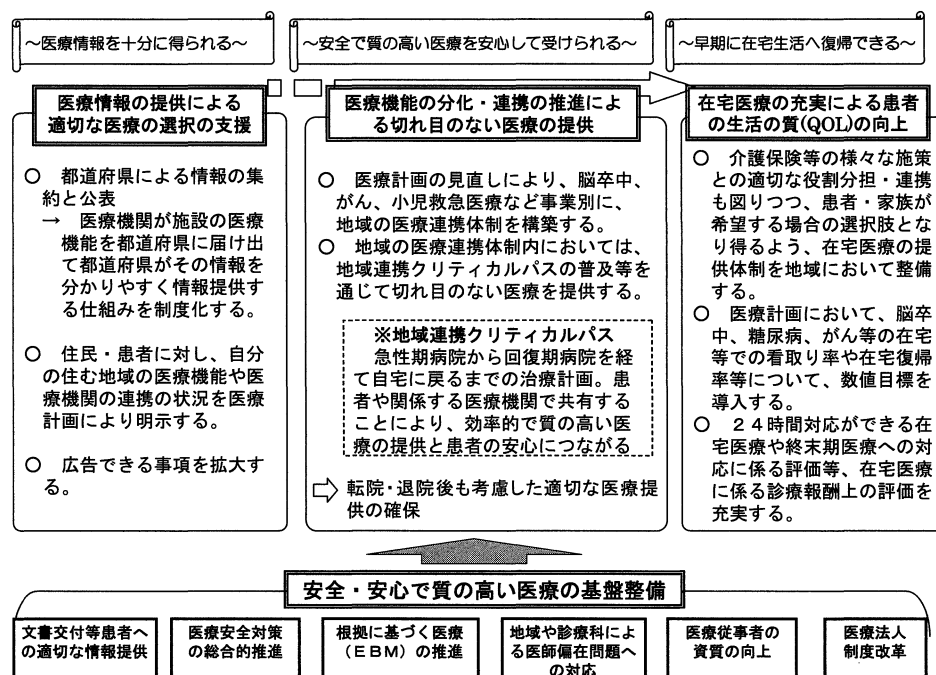


図7. 患者の視点にたった医療政策

身が決定するために不可欠です。最近は特に“結果”に関する情報を知りたいというニーズがたかまり、アウトカム評価の促進が期待されています。

2000年に創設された介護保険制度は「自己決

定」の原則が貫かれています。例えばケアプランの立案は、ケアマネジャーの仕事と考えている人が多いようですが、法律上は利用者本人の役割です。ただし利用者本人の知識等では立案が難しいですから、ケ

アマネジャーが代わって原案をつくり、利用者の承諾をえてケアプランが完成することになっています。自己決定の原則を貫いている介護保険制度がどうなっているかを知ることが、今後の保健医療福祉制度の動向予測におおいに参考になるでしょう。

IV. 家族看護についての課題

家族看護に関する政策を進めるにあたっては、家族看護を促進することが、費用の伸びの抑制と利用者・患者による決定の両者を同時に満たすものがあるかが最低条件となります。どんなに良い政策でもお金がかかるなら実施できません。どんなに安上がりでも従来の医療のようにパターナリズムにとらわれているのであれば合意は得られません。

また、政策の方向が決まったとしても、前半で述べた政策過程を着実に歩む意思と力があるかどうか。選挙にさえ行かない政策に関心が薄い学会員が多いとすれば、道のりのスタートさえできません。

最後に政策過程にそって、最低考えていかなければならない事項を列記して終わりにしたいと思います。

■課題設定

- ☐何を政策化したいのか
- ☐その根拠をもっているのか
- ☐社会はそれを支持しているのか
- ☐利害関係を把握しているのか
- ☐よりマクロの政策と方向が一致しているのか
- など

■政策立案

- ☐法的整合性の検討
- ☐法改正のプロセスへの介入力
- ☐より有力な団体との関係
- など

■政策決定

- ☐他の課題より優先順位を上げられるか
- ☐賛成の議決を得られるか
- など