



| 未来の社会に貢献する看護

熊本大学 医学部 保健学科 教授 森田敏子
信州大学 医学部 保健学科 教授 松永保子

はじめに

STEP 2では、自然科学の発展と技術革新によって高度先端医療や遺伝子診断、再生医療に見るように高度化、複雑化、細分化を遂げる医療の中で、チーム医療の推進を図りつつ、入院医療から在宅医療へと医療システムが転換されている現在の医療を見据えて、社会に貢献する看護の将来を検討する。

なお、看護職者（保健師、助産師、看護師、准看護師）を、記述の煩雑さを避けるため看護師と表現する。

看護に生かす 診療報酬改定の視点

1) 第5次診療報酬改定

我が国の医療制度は国民皆保険によって、国民が比較的高い水準の医療を受けられる社会を実現してきたが、近年の高齢化や経済的危機から医療制度の転換を迫られている。2006（平成18）年4月に第5次の診療報酬改定が行われ、看護においても診療報酬改定を視野に入れて将来を構築する必要がある。

2) 基本的な医療政策の方向性

2006（平成18）年度診療報酬改定の基本的医療政策の方向性¹⁾は、次に示す3点である。

- ① 患者が、医療に積極的かつ主体的に参加し、必要な情報に基づき患者が選択し、患者が求める医療を提供していく、という患者本位の医療が提供される仕組みの構築
- ② 生活習慣病の予防に積極的に取り組み、入院加療が必要となった場合でも早期に在宅に復帰し、生活の質（QOL：Quality of Life）を高めながら、自らの生活の場において必要な医療を受けられる体制の構築
- ③ 人口構成などの構造変化に柔軟に対応し、国民の安心や制度の持続可能性を確保する観点から見直し、経済・財政とも均衡がとれたものとするために過大・不必要な伸びを具体的に厳しく抑制することを通じて、将来にわたり国民皆保険制度を堅持すること

3) 診療報酬改定の視点

医療政策の方向性に基づいて、保険財政の状況や経済指標の動向、全国の医療機関の収支状況などを踏まえつつ、次の4つの視点¹⁾から診療報酬改定が行われた。

- ① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質 (QOL) を高める医療を実現する視点
- ② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点
- ③ 今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点
- ④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方を検討する視点

これからの看護への課題

診療報酬改定の視点と検討事項(表)から、看護が取り組むべき課題を検討する。

1) 患者中心の看護

アブデラ (Faye G. Abdellah) が『Patient-centered Approaches to Nursing』を1961 (昭和36) 年に著した2年後に『患者中心の看護』²⁾と訳されて日本に紹介されたことから、「患者中心」は我が国の看護が最も大切にしてきた概念である。それが、今、医療制度の中心に位置付き、社会に表明されたことになる。

しかし、実際には医師が行う診断や治療に阻まれ、患者中心の看護を力強く推進してこなかったという自省を込めて、これからは、さらに患者中心の看護を展開していかなければならない。

2) 患者の生活の質 (QOL)

QOLは、21世紀を目前にして政治的、経済的、社会的課題として注目されるようになり、医療界では1980年代になってから注目されるようになった³⁾。QOLにはソフト化

経済と呼ばれる特徴があり⁴⁾、医療における特徴は次のようになる。

①量から質へ

延命治療から生きる意味を重視する治療へ
→生活者として生きる意味への質保証

②ヒエラルキーからネットワークへ

三角形の医療構造(頂点は医師、底辺は患者)から、患者を中心とした円形の医療構造へ、患者同士のセルフヘルプ・グループネットワークの形成へ

→患者が中心のチーム医療の推進

③販売店からサービスショップへ

医師が決定する医療から患者が選択できる医療へ、患者が満足できる医療および入院医療から在宅ケアへという医療の内容の拡充と場の広がり

→選択できる医療サービス

④大衆から分衆へ

臓器や機能など疾患を治療することに対する固定観念からの脱却、個別性を尊重した人間の治療へ

→個別性や価値観に対応する医療。例えば、大部屋から個室化へ、患者が参画する治療計画、患者と共に立案する看護計画

⑤手段的から享受的へ

病気の回復、ならびに症状の緩和のみならず、患者の生命や生活の質を尊重した医療の恩恵の享受

→生活の質を見据えた医療とケア

このように見てくると、日本国憲法第25条に謳われているように、患者のQOLは我が国の医療、看護において真摯に取り組むべき課題であることを、改めて自覚させられる。看護においては、患者の生き方の尊重と自尊心への配慮、価値観を含めた患者のQOLの

◎表 平成18年度診療報酬改定の視点と検討事項（要約）

視点	項目	検討事項
1. 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質（QOL）を高める医療の実現	患者本位の医療	<ul style="list-style-type: none"> 患者に医療に関する積極的な情報提供を推進 患者の生活の質（QOL）を高める医療を提供
	患者にとって分かりやすい診療報酬体系	<ul style="list-style-type: none"> 現行の診療報酬の名称、位置付け等の点検・見直しの推進
	患者への情報提供の推進	<ul style="list-style-type: none"> 所要の経過措置を講じた上で、保険医療機関や保険薬局に医療費の個別単価など詳細な内容の分かる領収書の発行の義務付けを視野に入れ、情報提供を強力に推進
2. 質の高い医療を効率的に提供するための医療機能の分化・連携の推進	患者の生活の質（QOL）を高める医療の提供	<ul style="list-style-type: none"> 不適切な食生活、運動不足、喫煙等の生活習慣に起因した生活習慣病等の重症化予防を推進するための方策
	質の高い医療の効率的な提供のために、地域の医療機能の適切な分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養へ切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで患者の生活の質（QOL）を高める方策 必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む）が短くなる仕組みの作成 地域における疾患ごとの医療機能の連携体制に係る評価の在り方
	高齢者が住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れる体制の構築	<ul style="list-style-type: none"> 入院から在宅への円滑な移行 介護保険との適切な役割分担 24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応 これらに係る評価の在り方
	身近な人に囲まれて在宅での最期を迎えることも選択できる支援体制の構築	
	必要かつ十分な医療の確保と平均在院日数の短縮	<ul style="list-style-type: none"> 平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価の在り方 急性期入院医療における診断群分類別包括評価（DPC）の支払い対象病院の拡大等
3. 今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方	病院・診療所の機能分化・連携の推進	<ul style="list-style-type: none"> 病院と診療所の初再診料の格差の問題など、外来医療に対する評価の在り方
	国民の安心や制度の持続可能性の確保と経済・財政との均衡	<ul style="list-style-type: none"> 産科や小児科、救急医療等について、医療機関の連携体制を確保するための診療報酬上の適切な評価
	医療分野におけるIT化	<ul style="list-style-type: none"> 被保険者、医療機関、保険者、審査支払機関等のそれぞれにメリットがあるIT化について解決すべき課題を整理しつつ集中的に推進していくための方策
4. 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方	医療の安全性の更なる向上	<ul style="list-style-type: none"> 医療安全に係るコストの実態を踏まえつつ、診療報酬上の更なる取組の可能性
	医療技術	<ul style="list-style-type: none"> 難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価 新しい医療技術の有効性、安全性等、その導入の効果
	国民の安心や制度の持続可能性を確保し、経済・財政と均衡をとるために、医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の適正化と評価の在り方	<ul style="list-style-type: none"> 患者の病態像に応じた慢性期入院医療の評価の在り方 入院時の食事に係る評価の在り方 外来医療における不適切な頻回受診を抑制するための評価の在り方 コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価の在り方 かかりつけ歯科医・かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価の在り方
医薬品の薬価制度	<ul style="list-style-type: none"> 画期的新薬の開発を促進する薬価制度の構築 良質かつ廉価な後発医薬品の使用促進のための環境整備の方策 	
もの代	<ul style="list-style-type: none"> 医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 	

厚生労働省ホームページ：平成18年度診療報酬改定の基本方針を基に作成

視点を入れる必要があり、看護記録に患者のQOLの実態と変化を記載して評価するようにしなければならない。

3) 患者への情報提供および情報の開示

2005（平成17）年4月に、個人情報の保護に関する法律が全面施行されたことは周知のとおりである。この法律により、本人からの情報開示請求があれば、その求めに応じて情報を開示しなければならなくなった⁵⁾。これまで看護師は患者の身近な存在として医療チームの中でコーディネーターの役割を果たし、医師のインフォームドコンセントに立ち会い、適切な情報提供に努め、患者の意思を尊重してきた。

診療報酬改定によって、患者への情報提供のレベルは個人情報保護法の遵守や患者の意思の尊重だけでなく、医療費の個別単価や詳細な内容が分かる領収書発行の義務付けとなって具体化する。2006（平成18）年10月からは猶予期間が終了し、領収書発行が完全義務化されたことから、実際に行った看護ケアのカルテへの記載漏れがないようにしなければならない。情報の開示は、看護の真価を社会に認識させる機会となり、看護にとってメリットとなると言える。

インフォームドコンセントが行われた際は、看護記録に必ず残しておく。看護判断と看護ケアは看護記録に正確に表現する。そして何よりも、看護が見えないという批判に対して、看護の質を保証しつつ、看護の可視化を目指し、看護診断という方略によって適切な判断による看護ケアを実践し、看護の実績を残すことが目標になる。

4) 在院日数の短縮

入院から外来へ治療の移行が、患者の主体的な意思によりシフトできるかは、看護の力量にかかっている。医療者からの強引な在院日数短縮は、患者満足度の実現にはほど遠い。

2004（平成16）年のデータ⁶⁾では、フィンランド10日、フランス13.4日、ドイツ10.4日、イギリス7.2日、アメリカ6.5日、日本36.3日という在院日数である。2005年度版医療白書⁷⁾によると、平均在院日数が20日を切っている県は、長野県（17.7日）と岐阜県（19.7日）の2県である。

自院において患者満足度を高めつつ、病状の安定と回復の促進を促すことなく在院日数をいかに短縮するかが課題である。対応として、医療チームが一丸となった治療の推進が必要であり、クリニカルパスが効力を発揮する要素が多い。看護師がクリニカルパスを有効活用する推進者として機能するように、看護実践を看護記録にしっかりと残す必要がある。

5) 医療安全の向上への貢献

看護師は、医療安全向上の中心者となって貢献する立場にある。日本看護協会は、「リスクマネジメント」の構成要素である「組織で取り組む医療事故防止」を1999（平成11）年9月に、「感染管理に関するガイドライン」を2001（平成13）年8月に公表した⁸⁾。診療報酬改定に反映されるまでもなく、看護においては、いち早く医療事故に取り組み、医療安全を推進していかなければならない。

「組織で取り組む医療事故防止」としては、情報の共有と対策の徹底、事故防止のための教育システムの整備、医療事故とその分析、事故発生時の対応などを示し、「感染管理に

関するガイドライン」では、感染対策の基本、看護ケアと感染防止、部門別の感染防止、職業感染防止、サーベイランス、アウトブレイクなどが示されている。

しかし、看護業務基準の公表による取り組みにもかかわらず、ヒヤリ・ハットなど看護師が関与する医療事故や感染が多発している。2006（平成18）年12月には、ノロウイルスの感染によって尊い命が失われて社会問題となり、対応が急務であった。

そこでやはり、医療安全はこれからの看護において、第一義的な課題としたい。看護師が医療安全にかかるコストとのバランスを図りつつ、医療事故、医療過誤を未然に防ぐ取り組みを徹底的に行わなければ、患者と家族からの信頼は得られず、不安を増強させる一方である。当然、リスクマネジメントにかかる看護記録の充実が不可欠となる。

6) IT化への対応

2001（平成13）年に「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」が厚生労働省から公表されたが、その後順調に推移しているとは言い難い。オーダリングシステムにしても電子カルテにしても、コストの初期投入と維持費がネックになっていると推察される。

しかし、診療報酬改定により、今後重点的に対応していくべき領域として、被保険者と医療機関、保険者、審査支払機関など、それぞれにメリットがあるITと位置付けられ、課題の整理と集中的な推進の方策がとられると予測される。したがって、看護部門は、どのようなITが理想か、実現できるか、活用できるか、貢献できるかといったことを具体的に検討しておかなければならない。

当面は、看護支援システムやクリニカルパスなどの電子カルテの活用など、IT環境の現状の推進において実績を上げ、その経験から問題点を抽出し、改善策を見つけることを提言しておきたい。

また、医療システムは在宅にシフトしており、地域医療との連携が重要課題となることから、地域連携パスの活用など情報システムの整備とITの有効活用が期待される。

7) 看護技術開発によるエビデンスの蓄積

発展する医療技術に伴って、看護技術も新しい視点で開発していかなければならない。例えば、尿路感染予防のための尿路カテーテル管理⁹⁾、局所温罨法によるリラクゼーション¹⁰⁾、乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラム¹¹⁾などがある。このほかにも、褥瘡や転倒防止、痛みの緩和に関する技術などの看護技術のエビデンスが蓄積されつつある。

日常の看護に創造的に取り組み、研究的視点で看護技術を評価してエビデンスに貢献しなければ、看護の独自性、すなわち、生活行動援助技術によって人間の根本的な可能性に目を向けることから出発する看護治療学¹²⁾は確立されない。そのためには、患者への看護実践の記録が不可欠であり、看護記録からの看護技術の検証も視野に入れておく必要がある。

8) 包括払い制度

包括医療とは、診断群別包括診療報酬支払い制度（DRG）と予定標準定額支払い制度（PPS）によって、あらかじめ包括的に設定された疾患関連群別に、1人当たりの保険支

払い額の上限と入院期間が決められている制度である。

包括医療において病院の収入を上げるには、適切なアセスメントによる看護診断と的確な看護ケアの提供、患者の反応からの評価と再アセスメントのサイクルを有機的なものとし、患者の信頼や満足度を高めて健康回復を支援していかなければならない。この実現には、看護記録との一体化が不可欠である。看護実践の評価を記録するシステムが機能しない限り、看護からの貢献は実現しないだろう。

9) 看護師の確保

診療報酬改定によって看護配置基準が見直されたことから、看護師の確保は急務の課題となっている。看護師の確保に当たっては、単なる数合わせではなく、看護の質を高める姿勢を堅持していかなければならない。質保証は時代の要請であり、看護師が看護師として自覚して責務を果たしてこそ、評価される重要な要因だからである。

医療白書、看護白書に見る日本の医療が進むべき道

2005年度版の医療白書には『徹底検証、日本の医療力！一創造と変革への「指針」と「戦略リポート」』、2006年度版には『日本の医療の「未来像」—国民が真に求める医療を徹底追究』というサブタイトルが付いている。いずれも、医療の現状認識から将来を予想して課題に挑戦するものである。

『2006年度版医療白書』の巻頭特集に、「岐路にたつ日本の医療の選択肢—国民が真に求める医療とは」¹³⁾と題して、日本の医療が進

むべき道への提言が述べられている。また、『看護白書』からは、将来の看護への提言を得ることができる。

1) レセプトの開示

勝村は、妻の出産の際に陣痛促進剤によって子どもを亡くした経験から、レセプト開示を訴えている¹⁴⁾。そして、多くの病院で陣痛促進剤が医療上の必要性の判断でなく使われるのは、夜間や祝祭日の出産が病院や医師にとって負担が大きいにもかかわらず、請求できる診療請求は昼間の出産と変わらないことにあると言う。そのことが、平日の昼間に出産を誘導すると指摘する。

今日の医療ではインフォームドコンセントが浸透しつつも、まだ十分とは言い難く、インフォームドコンセントに実効性を持たせるのが、カルテ開示と考えられる。カルテが開示されれば、患者と家族は、どのような医療と看護ケアがなされたかを知ることができる。

インフォームドコンセントについて、カルテ開示以上の実効性を持つものが、レセプト開示だと考えられる。レセプトは診療報酬請求のための明細書であり、医療行為に対する価格が明記されている。つまり、レセプトにはどのような医療や看護ケアが行われたか、それらの行為のすべての価格が明記されているのである。レセプトが開示されるなら、医療はすべてガラス張りとなる。当然ながらカルテも開示されるだろうし、インフォームドコンセントも真の意味で行われると推測される。カルテやレセプトの開示によって、医療の不透明さが是正されるなら、医師中心の医療から患者中心の医療に完全にシフトし、患者中心の医療は推進されると推察される。

以上のように、カルテやレセプトの開示を視野に入れてなお一層、看護ケアを看護記録として適切に残す必要がある。この姿勢は、これからも推進していかなければならない。

2) 国民が重視する課題

日本医療政策機構が、2006（平成18）年1月に全国の20歳以上の者を対象に、医療政策について調査した結果、次のような課題が浮かび上がった¹⁵⁾。

- ① 国民の医療への不満の解消：国民の6割が医療制度に不満を持っている
- ② 市民・患者主導の医療政策のプロセスの確立：市民・患者不在の意思決定に対する国民の不満は大きい
- ③ 政府支出は公共事業から社会保障へ：国民の7割が公共事業を減らし、半数が社会保障を増やすべきと考えている
- ④ 社会保障の規模：公的医療費の水準は、「現在の負担水準を維持する」と「高齢化による増加分は負担を増やす」が共に4割で、意見が二分している
- ⑤ 社会保障目的の消費税増税：今後の社会保障のすべての増加分を消費税で負担する場合、税率9%程度はやむを得ない
- ⑥ 生活習慣病の予防に向けた自助努力が報われる医療制度：生活習慣を改善することで慢性疾患を個々人が予防することは可能
- ⑦ 高齢者、治療中心から、現役、研究・予防・ケア重視への資源配分の変更：世代間の不公平を解消すべく、高齢者医療の負担方法について現実的な政策提言が求められ、研究・予防・ケアを重視した医療体系が望まれている

3) 生活習慣病予防への対策

これらの課題に看護が取り組むべきことは、生活習慣病の予防とそのケアへの貢献である。看護師は生活習慣病患者に対して、生活指導を十分に行ってきたらどうか。例えば、外来カルテに食事指導についての看護記録を書くスペースは確保してきただろうか。

入院治療よりも予防が重視され、在院日数を短縮して外来看護、在宅看護を図っていく時代である。今こそ、外来における看護ケアと外来カルテの看護記録について検討し、記載するシステムを確立する必要がある。

また、生活習慣病に対しては、医療費適正化策が課題となっている。2000（平成12）年には、「健康日本21」¹⁶⁾として1次予防対策の環境を整備し、生活習慣病およびその原因となる生活習慣などの課題について、2010年度を目途とした「基本方針」「現状と目標」「対策」などの数値目標が標榜された。2003（平成15）年8月には、具体的な対策として健康増進法¹⁷⁾が施行され、「健康日本21」を中核とする国民の健康づくり・疾病予防をさらに積極的に推進するために医療制度改革の一環として公布された。さらに、「健康フロンティア戦略」¹⁸⁾として10カ年計画（平成17～26年）が示された。

4) 患者の意思尊重

—医療コーディネーター

医療コーディネーターは、医療サービスを提供する側（医療者）と医療サービスを受ける側（患者、家族を含めたすべての医療消費者）の間に立ち、治療法、医療サービス、医療システム、医療倫理などさまざまな「立場の違い」の隙間を埋める新しい形態の21世

紀型医療ソリューションビジネスである¹⁹⁾。

そして、「生命を脅かす可能性が高い疾患と診断された患者や家族の苦悩を十分に聴いたうえで、主治医から治療法に対する説明を元に、様々な情報提供と見通しを説明し、患者の意志を尊重しながら、最終的にその人にとって最善の選択ができ、最適な治療を受けることができるように病院間の壁を超えてあらゆる面からサポートしていく²⁰⁾」という仕事を担う。

医療コーディネーターの役割としては、患者の治療についての意思決定における、①患者を取り巻く断片的な情報、②安易なデータの解釈と評価、③治療法の模索、④周囲の意見に惑わされる、⑤治療法に振り回される、などの問題への対応がある。

ちなみに、「日本医療コーディネーター協会(JPMCA)」は、2003(平成15)年2月に発足している。今後、医療コーディネーターの役割と機能に期待が寄せられるが、現在、医療コーディネーターにかかる費用は、医療費控除の対象となっていない。将来にわたって検査、診断、治療はますます高度化・複雑化すると予測されることから、看護師は医療コーディネーターの必要性を判断し、患者に紹介する役割を果たす必要がある。

● おわりに

診療報酬改定と医療白書、看護白書から医療の現在を見つめ直し、医療の将来像から看護の課題を検討してきた。今後も、医療や看護は大きく変革していくことが予測されるが、常に倫理的姿勢を内在させて対応していかなければならない。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：平成18年度診療報酬改定の基本方針
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/11/tp1125-2.html> (2007年2月閲覧)
- 2) フェイ・G・アブデラ著、千野静香訳：患者中心の看護、医学書院、1963。
- 3) 日本保健医療行動科学会年報1988 Vol.3、中川米造他：クオリティ・オブ・ライフと保険医療、P.3～5、メヂカルフレンド社、1988。
- 4) 中川米造他：クオリティ・オブ・ライフと保健医療、日本保健医療行動科学会年報(1988年)、Vol.3、P.4、1988。
- 5) 個人情報の保護：個人情報の保護に関する法律(平成一五年五月三十日法律第五十七号)
<http://www5.cao.go.jp/seikatsu/kojin/houritsu/index.html> (2007年2月閲覧)
- 6) 日本医療政策機構編：2006年度版医療白書、日本の医療の「未来像」—国民が真に求める医療を徹底追究、P.286、287、日本医療企画、2006。
- 7) 黒川清他監修：医療白書2005年版、徹底検証、日本の医療力—創造と変革への「指針」と「戦略レポート」、P.111～223、日本医療企画、2005。
- 8) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準2005年、P.377、日本看護協会出版会、2005。
- 9) 戸ヶ里泰典他：尿路感染予防のための尿路カテーテル管理—外尿道口ケアに関する文献検討、日本看護研究学会雑誌、Vol.27、No.1、P.115～123、2004。
- 10) 岩崎眞弓、野村志保子：局所温療法によるリラクゼーション効果の検討—温療法と足浴が身体に及ぼす影響の比較検討より、日本看護研究学会雑誌、Vol.28、No.1、P.33～43、2005。
- 11) 井沢知子：乳がん術後のリンパ浮腫に対するナーシングリンパドレナージプログラムの開発、日本看護科学会誌、Vol.26、No.3、P.22～31、2006。
- 12) 川島みどり：生活行動援助技術から看護治療学へ、日本看護科学会誌、Vol.16、No.1、P.1～9、1996。
- 13) 前掲6)、P.3～27。
- 14) 前掲6)、P.4～7。
- 15) 前掲6)、P.58～74。
- 16) 健康・体力づくり事業財団ホームページ：健康日本21
<http://www.kenkounippon21.gr.jp/> (2007年2月閲覧)
- 17) 健康・体力づくり事業財団ホームページ：健康日本21—健康増進法
http://www.kenkounippon21.gr.jp/kenkounippon21/law/index_1.html (2007年2月閲覧)
- 18) 自民党ホームページ：健康フロンティア戦略
http://www.jimin.jp/jimin/jimin/2004_seisaku/kenkou/ (2007年2月閲覧)
- 19) 日本医療コーディネーター協会ホームページ：医療コーディネーターとは
<http://www.jpcca.net/coordinator.html> (2007年2月閲覧)
- 20) 宮坂友美：質の高い医療環境へ誇り新たな看護活動を展開する医療コーディネーター、平成18年版看護白書、P.119～129、日本看護協会出版会、2006。