

第44回 高知女子大学看護学会 講演会

「ケアとキュアの融合の先にある看護技術の社会的評価」

上智大学総合人間科学部看護学科 准教授

渡邊 知映

多分なご紹介ありがとうございました。大会長の野嶋先生を始め、本当に今日このような歴史ある学会にお呼びいただきましたこと、心から感謝申し上げます。また先週の豪雨災害では本当にさまざまな思いをして、今日この場にいらしている看護職の方も沢山いらっしゃると思います。私事ではございますが、2011年の東日本大震災、自分の地元が奪われる苦しみや、その後5年経った今でも私の友人たちが地元の看護職として支えてくれている姿を見て、災害があると本当に全てのことが変わってしまうのですが、そこから長期間支えていけるのが本当に看護の力だと思って。看護学科を卒業したことを本当に誇りに思い、そしてその友人や仲間が、地元を支えてくれていることに、心から感謝をしなければならないなと思った次第でございます。

■本日の内容

私は日本がん看護学会で現在理事を務めさせていただいています。がん看護技術開発委員会と申しまして、いわゆる看護の専門的な技術を診療報酬につなげていく、どのような社会的評価につなげていくかという活動をしております。

日本の看護界でいま問題になっている特定行為の課題や、認定看護師の認定分野の再編成の問題など、さまざまな課題の中で、看護の専門性がどうなるのか、キュアとどう融合されるのか、今回の学会のテーマをうかがった際に、本当に難しいところだと思い、私自身の活動を振り返りました。

私は以前、実は医局にいました。乳腺外科で医師らとともに医局の中で看護職として助教と

いう立場をもらってました。だからこそ、患者さんを看ながら自分が看護のバックグラウンドで何が言えるのかということをいつも問われていたわけです。私が看護職と医師をつなぐ役割をさせていただいていた中で、私自身がケアとキュアの融合を、どのようにするのかと考えた時に、やはりアウトカムが何かということを意識してお話をさせていただきたいと思います。それが1つ、この診療報酬というものに繋がっていくこともあると思い、ご紹介をさせていただきたいと思います。

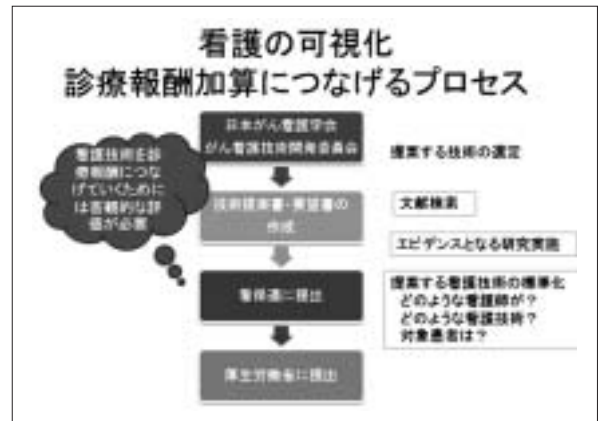
今日は3つのテーマをお持ちしました。1つは看護実践を可視化した先にある社会的評価、その1つとしての診療報酬加算の仕組み。もちろん看護職についていた頃には、診療報酬や自分を含めた看護職のこの技術がどのような対価として社会的に認められるか、ということは全く興味にもありませんでした。ただ、さまざまな活動をしていく中で、やはり看護技術がこれほど専門性を持って行われていること、ここに社会的な対価が認められる、それは看護の技術が患者さんにアウトカムをもたらしている、ということをお話させていただくことが大切なのではないかと考えるようになってまいりました。そのことも踏まえ、では診療報酬加算とはどういう仕組みなのかをご紹介させていただきたいと思います。そして、それをもとにしてケアとキュアの融合のアウトカムは何なのか、ということをお話しさせていただき、最後にそれが社会的に認められるために、医療の質の評価や看護実践の質の評価、そして高度看護実践の評価というものがどのようになされるべきなのかというところで、看護技術を社会的な評価

を得られるために、介入研究でどう明らかにしていかなければならないのかという、社会的な評価も考えた介入研究や看護研究のあり方をご紹介させていただきたいと思っています。

■診療報酬加算の仕組み

私が活動していく中で、看護技術の専門性を可視化していくことは必須事項になっています。それは、内科の医師たちが入っている内科の内保連、外科医が主に運営している外保連、そして看護の看保連に対して、看護技術がなぜ必要なのか、診療報酬で保険収載化していく必要があるのか、ということを知っていただく必要があります。そしてそれを社会に対してアピールをしていくことも大切だと思います。現場で働いている皆様にとっては、診療報酬加算というものが院内の看護職の人員配置に最も影響を及ぼし、その一方で、看護技術の専門性のみではなかなか診療報酬に反映しにくいという背景があります。だからこそ、このケアとキュアとが同じアウトカムに向かって共同する、それによって診療報酬につなげていく、社会に認めてもらうことも必要なのではないかと考えています。例えば、チーム加算のような形、さまざまな職種が関わることで患者さんに何のアウトカムがあるのかということ、診療報酬に認められていく、というような動きがいま主流になってきています。また、診療報酬が実際にできてきたとしても、それに必要な看護技術のニーズとエビデンスの構築が結びついていかないのです。私は日本がん看護学会の学会員様に、2年に1回全国調査をさせていただいて、どういう技術に診療報酬がつくと看護職が現場で働きやすくなるのか、また、人員配置がしやすくなるのかということについてアンケートを取らせていただいています。だからといって現場のニーズが高い看護技術を厚労省に持っていっても、本当にエビデンスがあるのですか、アウトカムとして日本の保健行政にプラスの影響はあるのですか、ということが問われるのです。そのため、エビデンスを構築していくことがとても重要になってきます。

■診療報酬加算につなげるプロセス



先ほど申し上げたように、全国調査をして、どういうがん看護の専門的な看護技術を保険収載できるように提案していくか、というところを選定していきます。それは実際にエビデンスに繋がるような調査を行なって、このようながん看護技術であれば、明らかに患者さんにアウトカムをもたらしている、もしくは日本の医療財政に対してアウトカムをもたらすことができる、だからこそ保険収載して欲しいということで、技術を選定します。それに対してエビデンスとなる研究を実施したり、たくさんの文献をつけなければなりません。その技術が保険収載されることによって、何の医療費を削減することができるのかという話をしなければならない。例えば、少し前になりますが、リンパ浮腫の指導管理料を技術提案した時には、乳がんや子宮がん、いわゆる腹腔内のがん患者さんがリンパ節郭清をしてリンパ浮腫になる可能性がある、ではリンパ浮腫を予防するようなセルフケア指導料に保険点数をつけてほしい、というような技術提案をしました。それを予防する技術がどのように診療報酬に影響を与えるのか、医療財政を減少することができるのかといった時に、何を持ってきたかということ、リンパ浮腫になり、そこから蜂窩織炎になり、緊急受診や緊急入院になった場合に、どのくらい医療費がかさむのか、その緊急受診がどのくらいの医療費になるのか、このセルフケア指導をすることによってそれをどの程度抑えることができるのかということ、これを全て算出しました。加えて、リンパ浮腫のセルフケア指導をするとどういったアウトカム

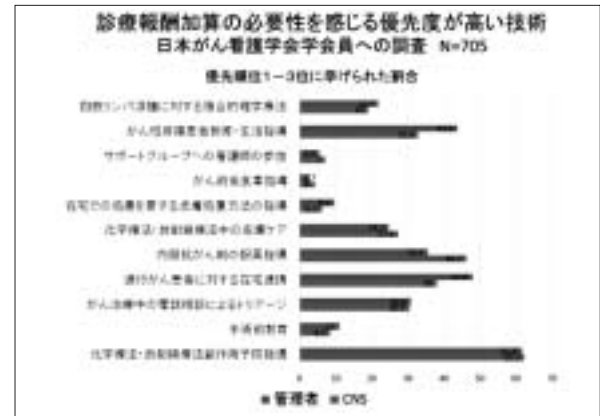
があるのか、どのくらい患者さんに有効性があるものなのかというエビデンスについて論文を調べて、日本の学会発表や論文を集めて、厚労省に提出をするということになります。その後ヒアリングで厚労省に呼ばれた時も、本当に冷たいなあと思いながらもいろんな話をして、現場の話をさせていただくのですが、「それがどれだけ医療費を削減できるんですか」と言われると、看護技術を認めて欲しいのに、それが減額にはなかなか繋がらないという難しいところがあって大変です。

■看護技術と診療報酬加算の仕組み



客観的な評価が必要ということで、看護技術と診療報酬加算の仕組みについてですが、1つは看護職の配置要件に関わることが今回の改定で大きく変わってきました。管理者の方々は本当に頭を痛める場所だと思いますが、入院病棟の機能分化ということで、7対1から10対1の一般病床の入院基本料への再編統合が進められています。厚労省としては急性期病院を明確化すること、地域包括ケア病棟と在宅との連携も見越してなのですが、これが2年に1回大きくドラスティックに変わってしまうと、看護管理の面から考えると、大きく看護職の人員配置が変わってくるという問題もありますし、ケア加算、いわゆる入院基本料や再診料に対して加算として算定要件に看護職が関与していく。例えば2年前に大きなインパクトがあったものとしては、認知症ケア加算で、それは専任の看護師がいることで、急性期病棟においても認知症ケアを充実させていく、それに対してケア加算

がついていくことや褥瘡のハイリスク患者ケア加算もあります。そして、私たちが主に技術提案をさせていただいているのが、専門性の高い看護技術の算定というところで、がん患者指導管理料、糖尿病合併症管理料、排尿自立指導料といったように、看護職がその専門性の高い技術を患者さんに提供することによって、診療報酬加算をいただくというところです。



平成30年度の診療報酬改定で1つ、新たに変わったところですが、先ほど言った加算の部分と、看護師の要件化というところで2つ出させていただくと、例えば早期離床リハビリテーション加算の中に、看護師が新たにあって、その中の施設基準の中に集中治療に関する経験5年以上及び適切な研修を修了した専任の常勤看護師というものが入りました。もちろんICUで早期離床やリハビリテーションをするためには、看護職が正しく適切なアセスメントをして、この患者さんは本当に離床してもいい状況なのか、それは心理的にも家族の受け止めも、医師とのコーディネートという意味でもとても大切だと思いますが、その部分が今まで入ってなかったことは驚きです。

これは、私が日本がん看護学会の学会員の方に3年前に調査をしたものです。どういう技術に診療報酬加算の必要性を感じていますかというのですが、例えば化学療法や放射線療法の副作用の予防指導に保険診療をつけてほしい、オリエンテーションとか副作用指導にはかなり時間をかけていますし、それに患者さんの個別性を考えて行なっていますので、そういう部分になんとかつかないのか。でも実は外来化学療

法加算についています。だから厚労省にこれを言うと、「いやいやそれはもうすでに加算の中に入っています。看護師のオリエンテーションというのは」と言われますが、なかなかそれだけでの運用は難しいと思っています。あとこれは私自身の課題であると思っておりますが、がん治療中の電話相談で、副作用マネジメントの話だったり、今すぐに病院に来た方がいいのかどうかというトリアージを行っていますが、その部分については全く診療報酬がつかないし、進行がん患者に対する在宅連携も、退院調整の加算について変わってきていますが、がんの場合ですと実は入院から退院調整という形ではなくて、外来と在宅の調整というのがとても大切になってきます。入院せずに在宅から訪問看護に移行したり、ホスピスだったり、別の療養病院に移行したりということもあるので、外来と在宅調整というのは私自身のいまの課題です。あとは内服抗がん剤の服薬指導で、分子標的薬剤とか、特にそれに伴う皮膚障害なども出てきています。化学療法を点滴でやっていたら、通院治療センターや外来化学療法室に行くと専門性の高い看護師に指導を受けることができるけど、どうしても内服になってしまうと医師と看護師を介すことがなく、患者さんのアドヒアランスや副作用のマネジメントが難しい。なのでそういうところに対する服薬指導にもつかないかという意見などさまざまなものが出ています。

この調査をした中で自由記載をしていただいたものをいくつかご紹介をさせていただきます。がん患者さんの多い病棟、特に緩和ケアが中心になっているような病棟では、数値で表せない繁忙さ、いわゆる意思決定だったり在宅指導などがあるが、それに対する診療報酬や重症度分類が上がってこないことで、人員を増やせず現場は困っているとか、地方の中規模病院では診療報酬で全ての看護師の勤務が決まるというご意見も頂いたり、がん看護相談など診療報酬がつかないと人員を確保してもらえない、モチベーションもあがらないなど、CNSの方のご意見だと思っておりますが、看護管理者に対する理解という面も含めてのご意見だと思っております。専門・認定看護師などのスペシャリストが介入することでの

加算があると良い、施設内で患者さんに提供することが多く実際に行っているが他のスタッフから何をしているか不明と言われることがあるためなど、これもなかなか難しい問題だと思います。あと電話相談が全く報酬につながらないし他の業務に支障がある、外来などで看護師さんが電話を取って相談に乗ることによって、その他の業務ができなくなる、という意見もありました。

■がん患者指導管理料

**2014年度改定により新設された
「がん患者指導管理料」**

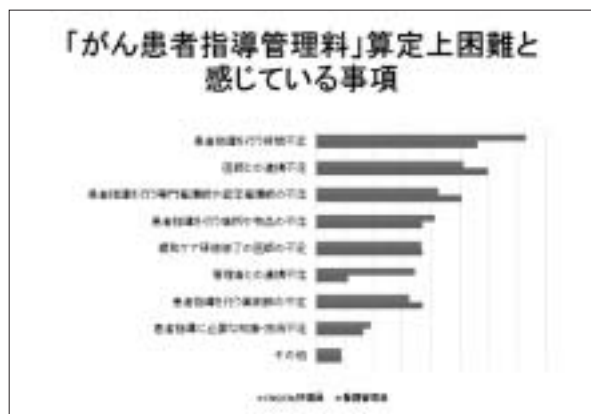
・ がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることを踏まえ、医師又は看護師が行う心理的不安を軽減するための介入及び医師又は薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等の指導管理の評価を新設する。

がん患者指導管理料	
1 医師が看護師と連携して患者の指導について話し合い、その内容や実施等により評価した場合（医師1回分）	300点
2 医師又は看護師が心理的不安を軽減するための指導を行った場合（医師2回分）	300点
3 医師又は薬剤師が抗悪性腫瘍剤の副作用又はその必須管理等について患者により指導を行った場合（医師1回分）	300点

2014年度に改正されて、新設されたがん患者指導管理料には1、2、3とあります。がん患者の精神的なケア、抗悪性腫瘍剤の副作用等の管理の重要性が増してきていることも踏まえて、がん患者指導料2では、医師または看護師が行う心理的負担を軽減するための介入ということになっています。3については、医師または薬剤師が行う抗悪性腫瘍剤の副作用等指導管理料の評価。がん患者指導管理料3がついたことによって、薬剤師さんすごく頑張ってもらっていますね。実際のアドヒアランスの問題に関する、個々に関わるような、薬剤師さんが独自に診療報酬をがん患者さんに対して算定できるようになったというのはこれが初めての診療報酬となっています。

がん患者指導料2は6回、看護師の指導、一応医師の指示が必要ですけど、看護師が独自に心理社会的な支援を行うこと、相談指導に対して診療報酬がついたということは本当にすごくよかったなと思っています。ただこれは一応CNかCNSということになっています。あとは対象患

者としては、1は1回だけですので、がんと診断されたICの場面で算定される場合が多くあるかと思います。たった1回だけです。これは医師と協働でないととれません。指導管理料2はある程度何らかの心理社会的問題があるというスクリーニングを行って、当てはまる場合には継続して6回まで行われるということですね。3については薬剤師もしくは医師が、ということ。なんとか専門性の高い看護職が患者さんの相談に乗って、患者さんも話を聞いてもらって自分の問題が整理されたとか、医師からの説明がなかなか難しく、治療方針を決めることができなかったけれど、その後看護師さんときちんと座って1対1で話をできたことによって、いま自分は何が心配なのか、何を決めていかなくてはいけないのかとても理解できたとか、いろんな話を聞いていたのに、そこがなかなか形として見えてこないのはとても難しいなと思っていました。



ただ実際にこれが2014年に算定できるようになって、2016年に全国調査をした時には、やっぱり算定することが難しいという意見が聞かれました。

どういう意見が多かったかというと、その患者指導を行う時間が不足しているとか、医師がこの患者さんは相談に乗ってあげてほしいという紹介をしてくださらないと、そして患者さんにも少し「専門性の高い看護師さんに相談できるんだけど」ということを説明してくださらないと、なかなかがん患者指導管理料2は繋がっていかないの、医師との連携不足というところも半数以上の方が答えていたり、あとは患者

指導を行う専門看護師や認定看護師が不足している施設ももちろんあるでしょうし、というようにいろんな問題がわかってきました。なのでこういう診療報酬の新しい項目ができればいいということではなくて、それをいかに施設の中で運用できるように、システムまたは算定する看護師の技術向上というものも含めて、維持していくことがとても課題だと思っています。

■外来で行われるがん看護技術に対する診療報酬

がん治療はいま外来に移行してきて、外来の中で意思決定やアドバンスケアプランニングも含めての療養過程の決定、有害事象や手術後の合併症後遺症との付き合い方など、がんとともにどう生きるかということは、ほとんど外来で行われているわけです。ただその外来の看護師の配置基準というのは戦後のままです。これだけががん治療が外来に移行していることが全く考慮されていないような看護師配置になっています。なので私としては外来に看護師がいる、がんと診断されたばかりで不安な患者さんがいらした時に、看護職がその患者さんに見える形にいる、そこはクラークさんではなく看護職がいることが私は大切だと思っているのですが、なかなか配置基準というのは出しても絶対に変わりません。



外来で行われるがん看護技術に対してなんとか診療報酬がつかないかな、ということをここ数年模索しているのですけれど。がん看護外来や外来でどういうことを相談しているのか、全国調査をしていると、やはり療養生活支援や治療前の相談、治療中の相談、心理的な支援、意

思決定支援、症状コントロールやボディイメージに関すること。では、このがん看護外来を診療報酬算定していますかという、がん患者指導管理料2か1になります。そうするとがん看護外来で話をすることしか算定できない、それも6回までしか算定ができない。なので、もう少し外来で行われているような相談をなんとかできないかなと思っています。

あとは電話介入についても電話相談の内容が多岐に渡ることで、心的な不安や日常生活に関する、がんと共に生きる治療だからこそ細やかな支援というのが外来あるいは電話で行われているこの現状はなんとかならないかなと思っています。

高齢のがん患者さんも増えたり、独居、失業した人、AYA世代などライフサイクルに合わせた問題もありますし、高齢者だったり認知症を持たれながら治療をするということもあります。

がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実

- ▶ がん患者の治療と仕事の両立の推進等の観点から、主治医が遠隔圏から診察を希望し、患者の病状の状態を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の遠隔管理を行った場合の診療報酬を算定する。
- ▶ 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設けた場合の診療報酬を算定する。

(例) 療養-就労両立支援指導料 1,000点
施設併付診療加算 500点

【療養-就労両立支援指導料】
遠隔圏から診察を希望し、主治医が遠隔圏から診察を希望し、患者の病状の状態を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の遠隔管理を行った場合の診療報酬を算定する。
① 主治医が遠隔圏から診察を希望し、患者の病状の状態を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の遠隔管理を行った場合の診療報酬を算定する。
② 専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設けた場合の診療報酬を算定する。
③ 療養-就労両立支援指導料を算定する場合は、主治医が遠隔圏から診察を希望し、患者の病状の状態を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の遠隔管理を行った場合の診療報酬を算定する。

【施設併付診療加算】
専任の看護師等が、がん患者に対し、就労を含む療養環境の調整等に係る相談窓口を設けた場合の診療報酬を算定する。

【療養-就労両立支援指導料の算定】
療養-就労両立支援指導料を算定する場合は、主治医が遠隔圏から診察を希望し、患者の病状の状態を踏まえて治療計画の見直し・再検討を行う等の遠隔管理を行った場合の診療報酬を算定する。

〔療養-就労両立支援指導料のイメージ〕

それに対して療養支援を外来から行う、それによって在宅療養生活を継続したり、合併症や有害事象を減少したり、在院日数を短縮したり。厚労省のヒアリングで話をしたのは、とにかく「入院してから在宅療養生活を考えても遅いんです」と話を強調しました。例えば頭頸部、食道や咽喉、それで失声をしたり食事が変わってしまったり、嚥下機能が低下したり、ストーマ造設によってストーマ管理が必要になったり、高齢者の方で大きな手術をするともしかしたら認知症が進んだり、在宅で家族のサポート力を考えれば退院後すぐに在宅調整が必要だとか、手すりが必要だとか。自宅のスクリーニングとかアセスメントができれば、それを入院してから

ではなく、患者さんや家族が在宅にありながら調整していくというところがとにかく大事ですと話を厚労省にさせていただきました。私共の提案とは別ですが、今回の改正で入院時からの支援加算というものが見つきました。

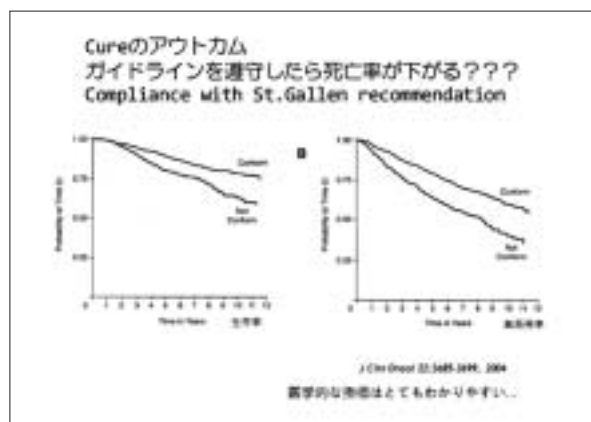
今までは入院してから退院調整を図っていきましょうというものでしたけれど、入院前から外来において、リスクアセスメントや退院支援のスクリーニングを事前に行なって、地域とか在宅に戻る時に、できるだけ速やかな在宅連携をとっていきましょうというところが、今年度新しく入院時支援加算というところで大きく変わったところだと思っています。なので例えばこうやって私達が色々なことを出してもこのまま通るということはなかなかなく、ただそれが形を変えて、「外来で関わるのが大切なんだ」というところが、外来に診療報酬がつくことで、評価を受けることができました。

がん看護外来では就労支援もしています。入院してしまうと仕事を辞めてしまったり、休職してしまったりするわけですが、これには色々な問題があります。産業医がいる会社に勤めている患者さんはしっかり休めます。がん患者の治療と仕事の両立に向けた支援の充実ということで、産業医と医師、専任の看護師が、がん患者に対して就労を含む療養環境の相談窓口を設けて調整した場合、療養就労両立支援指導料1,000点、平成30年度の診療報酬改定の大きなところかと思えます。

看護実践が診療報酬に認められるためには、看護実践による効果、患者さんへの影響や医療費に与える効果をとにかく提示するのが難しいので、エビデンスの構築や介入研究が必要になると思っています。そして看護が単独で取れるものは少なくなってきています。チームで提供された技術への評価、ここがやはり今日のテーマであるケアとキュアの融合というものがもたらすアウトカムなのではないかという風に考えています。そして、診療報酬として認められたとしてもシステムとしての汎用性が低い、項目として挙げられたとしても、それがどのようにその組織のなかで定着していくかということがとても大事になってきます。そのためには看護

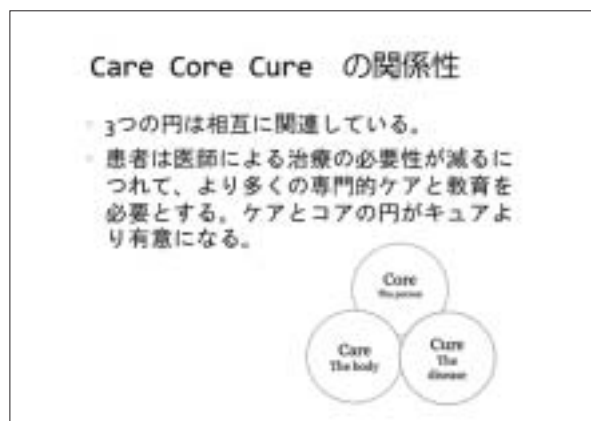
実践の技術の確保というものが大切になってくると思います。

■キュアのアウトカム



がんに関しては診療ガイドラインが多くあります。医師がガイドラインを守って行なったら死亡率は下がるのかということに対して、データ等が出ています。生存率にしてもそうですし、無再発にしても、それを守っている方が患者さんの生存率も高く、そして無再発率も高かったというところで、キュアのアウトカムというのはとてもわかりやすいです。

■ホール理論



リディアE. ホールは、看護理論家で、彼女はCare-Core-Cureモデルという理論を言っています。あまり馴染みのない方も多いかと思いますが、今まさにホールの理論は、これから注目されてくるのではないかと考えています。

このCareとCore、Coreというのは患者さんの個性の部分になってくるのですが、この3つの領域は相互に関連していて、治療の必要性にケ

アとキュアのバランスが変わってくると言っています。ホール理論の中でキュアとケアがどういう定義かということも大切になってくるのですが、実はホールはこれを検証したということが私はとても意味があると思います。

ホールは1963年、ニューヨークのモンテフィオーレという病院の中に、ロエブ看護センターを設立しました。ここは慢性期の看護ですが、直接的なケアは全て有資格の看護師が行なっています。80床で、16歳以上の成人、糖尿病や脳卒中の急性期の病棟を脱した、慢性期の患者さんが多くきました。

ここでの看護は、非指示的な環境の中でホールが提唱する理論に基づいた看護とリハビリテーションを提供しています。患者さんの中でのリフレクションを大切にされていて、患者さんが自分の言葉を明確化し、よく吟味して確認することを援助するような非指示的な方法を行なっていました。ホールは、ロエブセンターの中の理事長を最後まで勤めて亡くなりましたが、今もロエブセンターは病院の中核に残っています。

この看護を行っていた時に、保険会社が調査をしたところ、モンテフィオーレの病院の患者に比べて、ロエブ看護センターで療養期を過ごした患者の方が半分の期間で回復をし、そして医療にかかった経費も半分以下で再入院も少なかったというエビデンスを出しました。研究者ではなく、保険会社が出したということがとても大きいことです。ロエブ看護センターに患者を推薦した医師の満足度が高かったという追跡調査をしています。看護の評価は、ただ単に患者さんの満足度だけでなく、チームで働いている医師がこの看護師さんに紹介したらとてもやりやすかったとか、患者さんに対して良いアウトカムがもたらされたという、一緒に働いているチームである医師が感じることもとても大切だと思っています。

そしてもう1つロエブセンターのすごいところは、働いている看護者の満足度も病院で働いている看護師以上に高かった、これも1つの看護師の大きな質の評価ではないかと考えています。

このように、看護の専門性をとことん追求した患者さんへの看護の提供が、社会的なアウトカムをしっかりともたらすこともできるという

ことが、このホール理論の根拠ではないのかと私は考えています。

■ケアとキュアの融合のアウトカム

ケアとキュアの融合のアウトカムとは、診療報酬だけではなく現在の医療を考えただけでも、キュアだけでもケアだけでも、患者さんのアウトカムを達成するというのは本当に難しくなっていると思います。治療だけを提供しても患者さんの副作用のマネジメントがしっかりできなかったり、患者さんの意思決定をサポートしていかないと、その治療のアドヒアランスが上がってこないということは医師も感じていることだと思います。その中で緩和ケアチームなどがそうですが、多職種がそれぞれの専門性を活かしながらチームで同じアウトカムに向かって達成することが大切なのではないかと考えています。キュアのアウトカムを達成するための副作用のマネジメントだったり、意思決定を支えるためのケアの重要性というのが、今社会的にも評価がされているということ、そして今診療報酬の大きな改定でドラスティックに変わってきている病院と在宅の連携。在宅看護に関して、また病院と在宅の連携のあり方について、国の施策が先に行っていて、そこにエビデンスとなる前よりも先に診療報酬がついています。そこに患者さんのアウトカムが、何があるかということこれから検証していくこと、在宅、地域に傾倒していつているこの診療報酬が本当に何を患者さんにもたらしめているのかというアウトカムの検証は行っていく必要があると思っています。

■医療の質の評価、看護実践への質の評価、高度看護実践のための介入研究

看護の質の評価

医療の質の評価指標 Quality Indicator (QI)

- Structure 構造指標
例) 緩和ケア研修を受講した医師の割合
外来化学療法室におけるがん看護経験5年以上の看護婦率
ICUにおける臨床工学士、作業療法士の配置
- Process プロセス指標
ほとんどのQIはこれ
例) ガイドラインに基づいた制吐剤の使用
疼痛アセスメント実施率
精神医療の有無
- Outcome アウトカム指標
例) 死亡率、有害事象の発生率、入院日数、患者満足度

医療の質の評価、看護実践への質の評価、そして高度看護実践のための介入研究はどのように行っていけば良いのかというお話をさせていただければと思います。

私は、乳がん学会のQI (クオリティー・インディケーター) 委員会の副委員長も務めていて、医療の質の評価指標をしています。皆さんご存知かと思いますがQIという医療の質の評価指標には3つの指標があります。1つはストラクチャー、構造指標と言われるもので具体的に例をあげると、緩和ケア研修を受講した医師が何人いるか、医師の中で何パーセントいるか、外来化学療法における経験年数の高い看護師が病棟にどのくらいいるのか、他職種がどのくらいいるのかというような人員配置も大きいですし、いわゆるハード面に関することも構造指標です。そしてプロセス指標、ほとんどのQIはこれになると思います。例えばガイドラインに基づいた制吐剤をどのくらい使っているかとか、疼痛アセスメントをどのくらい実施しているかとか、情報をどう提供しているかとかという、いわゆる実践のプロセスに関することです。そしてアウトカム指標、先ほどのロエブセンターで出てきているような死亡率、有害事象の発生率、入院日数、患者満足度といったものがこれに当たっていると思っています。

例えばアメリカだと大きな学会、ASCOがあります。そこにCANCER LINQというのがあって、実際に全国のデータを集めて、Improved Performanceという、1つ1つの項目を立て、それが時期によってどういう項目の実施率が高まってきたかを出しています。



例えばこのsymptom28、症状マネジメントだと、ハイリスク、催吐性が強く出る抗がん剤に対して、適切な吐き気止めがどのくらいの病院で使われているかベンチマークされています。しかし、なかなか実施率が低いLow Performanceにはどういうものがあるかということ、エンドオブライフに関する、例えばホスピスも入る者が亡くなる7日前までにホスピスや、PCUなどの情報提供がどのくらいかとか、抗がん剤治療とかをする前の妊孕性温存ですね、卵子保存や精子保存などの情報提供をしている割合がどのくらいかを、話し合っている割合の項目については低いです。

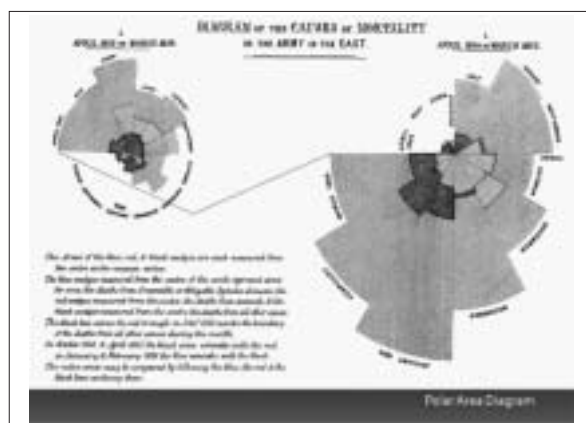
こういうことを学会で公開していて、この項目については全国平均としてどのくらいの施設が実施できていますよ、というベンチマークを出しています。看護の質は、どのように評価されるかということですが、もちろん患者さん自身の症状の軽減だったり、機能回復や心理的变化、安全性だったり、経済的評価というものもあるのかもしれませんが。

■看護実践の可視化

看護実践というものは、この看護の質というものがなかなか見えにくい、ではどのようにして可視化、なぜ可視化が求められているのかということですが、先ほどの全国調査の意見にもありました、看護管理者に高度実践看護師の活動の意義をわかってもらうためにはどうすれば良いのだろうか、自分たちが看護外来で患者さんの相談に乗っているけれども本当にこれは効果があるのか、病院へのコストの影響というのはどうか、例えばチームの看護の質を向上させるためのCNSとかCNとしての役割はどういうものがあるのか、病院の中で、看護業務の負担がなかなか評価されにくい、過小評価されるなということもあるのかもしれませんが。また、チーム医療において、看護の専門性というものを他の職種に理解してほしい、こういうことなどが看護実践を可視化する上で重要なことだと思っています。

■ナイチンゲールの功績

私のような若輩者がお話するのはとても僭越ですが、ナイチンゲールにはどんな功績があると思いますか。皆さんご存知だと思いますが、彼女は偉大な統計学者でした。彼女はクリミア戦争で近代看護の母というふうに言われていますが、彼女のすごいところは、クリミア戦争当時の野戦病院というのは本当に衛生状態が悪く、傷病兵は夜間に死亡していました。つまり、傷を負ってすぐに亡くなっているのではないということに彼女は気がついたわけです。そして統計学的に分析をして夜間の巡回看護というものを初めて開始したのですが、実はその野戦病院で亡くなっている傷病兵達の死因の多くは傷病死ではなく、衛生状態の悪化が原因であるということが示唆されています。



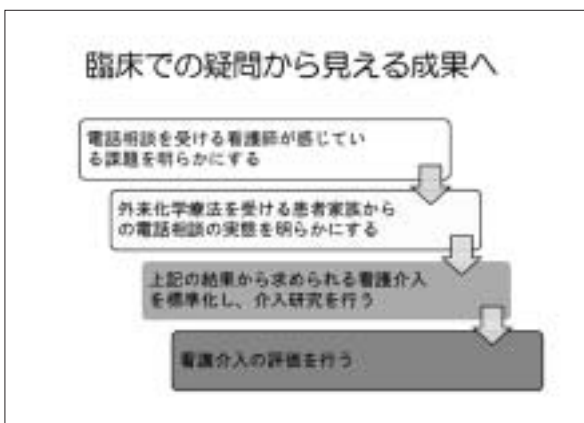
これはとても有名なPolar AreaのDiagramです。これは鶏頭図という日本語ではわかりにくいと思いますが、鶏のトサカのような感じで表していく統計的な手法です。彼女のすごいところは、どの時期にどれくらい、何の死亡者が多かったのかをこういうグラフで表して、そしてそれがなぜ起きているのかということを書いて、女王に送りました。野戦病院の衛生状態の改善をして下さいと。彼女は日々の看護実践の中でデータとして、あの野戦病院の中で、そしてこんな昔からデータをきちんと集めて自分たちの環境を変えるためにそれを可視化し、他者にも伝わりやすく啓発していくところがすごいと思っています。

上智大学の看護学科のキャンパスにはこれが壁画になっています。学生は最初「これは何な

んだらう」と思うのですが、学習をしていく中で、私達看護職はきちんと社会に対して自分たちが行なっている、問題意識を発信していくことが1つの役割なのだということを学生にもわかって欲しいと思っています。

■看護実践の評価

実践の評価を2つ紹介したいと思います。Nursing Sensitive Indicatorの設定とベンチマークの公表、もう1つは看護介入研究の話です。先ほどのQIと通じますが、このNursing Sensitive Indicatorは、どちらかという看護職がQIのうち、直接看護師が測定できたり、看護師が行うケアによって大きな影響を受けるものとして設定しています。例えばプロセス指標では、ICUなどで人工呼吸器関連肺炎のバンドルを守った場合、ケアをどれくらい実施しているか、外来化学療法実施前にどれくらいオリエンテーションをきちんとしているかなど。それを行なっているプロセス指標に対してアウトカム指標としては、ICUにおける実際のVAPの発症率を見ていたり、化学療法をしている時の感染予防など、実際に患者さんはそれを行なったことによってどれくらいセルフケア予防行動がとれているかという、アウトカムで見ていくといったように、さまざまな指標で看護の質というのは捉えることができるのではないかと考えています。



看護もこれから新しい技術が認められれば必ずそれがどういうアウトカムをもたらしたのか、ということを出さなければなりません。例えば私達は、リンパ浮腫の新しい診療報酬がつくと、本当にそれがどのくらい加算をとって

いるのか、それによってどういうアウトカムが患者さんにもたらされたのか、ということを示すことが必要になります。つまり、診療報酬がついて終わりではなく、それが正しく患者さんに運用されるためにはその診療報酬となった項目が、どういうアウトカムを患者さんにもたらしたのか、ということを示さなければなりません。そのため、そういうことを意識した看護実践を行なっていくことが今後求められます。やればいいということではなく、やった先に患者さんや患者さんだけでなくいろんなアウトカムを見ていかなければならないと思っています。

■看護介入と評価

介入研究の場合、もちろん最も新しい、明らかにしたいプライマリーエンドポイントは大切だと思いますが、さまざまな多角的な評価をすることが必要だと思います。主観的評価を行う場合には細かく評価ができるように標準化されたスケールの作成や項目数を増やすことも1つの方法だと思っています。

CNS実践の評価研究におけるoutcome

Table with 3 columns: ケア関連項目 (Care-related items), 患者関連項目 (Patient-related items), パフォーマンス関連項目 (Performance-related items). Rows include items like 'ケアにかかるコスト', '院内死亡率', '転倒・誤嚥性肺炎率', etc.

ケア関連項目	患者関連項目	パフォーマンス関連項目
ケアにかかるコスト	患者満足度	ケアの質
転倒回数	ケアへのアクセス	技術的達成度
院内死亡率	転倒発生率	ガイドライン遵守率
転倒・誤嚥性肺炎率	看護従事率	記録の達成率
患者あじりの実態	社会復帰率	APNとしての職務満足度
人工呼吸器関連肺炎	精神健康度	臨床的効果
外来待ち時間	知識	達成率
コンサルテーション数	出席・休業コントロール	患者や多職種との関係構築
再入院率	患者の自覚心	達成率
再入院までの期間	機材障害の改善	院外移行のために費やした時間
住居満足度	QOL	
	定期的なケア	

これは海外のものですが、CNS実践の評価研究、評価するためのアウトカムとしてどういう指標を使っているかというものをまとめたものです。日本では考えられないようなものも入っています。例えばケア関連項目として、コストがどれくらいかかるか、在院日数の変化、院内死亡率など色々な効果や副作用の出現率などもあると思いますし、患者関連項目としては患者満足度やケアへのアクセス、症状や健康維持率やQOL。例えば糖尿病や高血圧であれば、血圧

や体重コントロールの患者さんを捉えているのかとか、患者さんの知識が向上したかもあると思いますし、パフォーマンス関連項目としては、ケアの質とか技術的な成熟度もそうですけど、医師や他職種の時間の削減にどのくらい寄与できたか、APNとしての職務満足度が大事だと思います。さきほどのロエブセンターの例のように、患者さんへのアウトカムがきちんとあり、かつ患者さんへのアウトカムも一生懸命考えると看護職が疲れ切ってしまうということもあると思います。やればやるほど、患者さんにはいいけれども自分たちは疲れ切ってしまう。だからやはり働いている自分たちの職務満足度が上がることも大切だし、働き方改革というものにどう貢献しているのかということも大切な指標なのではないかと思います。

■乳房再建術に関する情報提供と意思決定を支えるチームアプローチ

私がいま行なっている介入研究の紹介をさせてもらえればと思います。昭和大学の乳腺外科で私が働いていた2013年に、乳房再建術が保険適応になりました。それまで乳がんに伴う乳房再建術は、背中の広背筋や腹直筋を持ってきて作る乳房再建は保険適応になっていましたが、かなり手術の侵襲が大きい技術で、簡便なエキスパンド、人工物を入れる乳房再建術は自費だったんです。乳房再建するのに100万円かかっていました。

ただしそれができた時にふと考えました。医師は「もう保険になったのだから」「安く乳房再建術できるから」「乳房全摘しても再建があるから大丈夫」という言い方をしました。実際には、術後にこんなはずじゃなかった、思ったより痛かった、もともとと思っていた胸と違う形だ、というように、術後に決して再建術を受けた女性が皆満足しているわけではないことがわかりました。やはり看護職なので、保険になったからではなく、一緒に乳房再建術というものを、なぜ乳房再建術をしたいのか、する必要はあるのか、そのメリットデメリットを考える時間がもっと必要だと考えたのです。それは外来でするしかないと思いました。

私はこういう研究をする時に、最初からすぐ介入と思うのではなく、1つ1つニーズをまず分析して、それによって介入の方法を決めるというようにして、まずはニーズ調査を行いました。すでに再建術をした人、これは自費でされた方も含めて、どういうことが気になっていましたかと聞いて、気になったことをオリエンテーションに入れていかなければならないと思って、乳房の見た目や術後の痛み、年齢層を分けて解析していますが、周囲や家族の理解というのが高齢の患者さんほど高いのです。だから若い人は乳房を再建することに対してあまり抵抗はないけれど、年齢の高い乳がんの患者さんだと、この歳になってとか、乳房再建したいということを夫に分かってもらえないとか、そんな贅沢な今更何を考えているんだと家族に思われるのが嫌だとか、乳房再建してもお友達にわかるのが嫌だとか、そういうことも大きく気になっているということがわかりました。そして、乳房再建中にはどういうことが負担だったかが分からないとそれをオリエンテーションに入れて意思決定していかなければならないと思ったので、聞いていきました。

あとは、どういった情報提供が望ましいのかと聞くと、口頭だけで説明を受けた場合よりも術後の写真などを用いてイメージ化を図った方が情報提供の満足度が高いということがわかってきました。やはりビジュアル的に何か入れていくことが必要で、そうすると合併症のリスク、見た目のこと、そしてイメージ化を図るという、この3つが大事なのだということが介入をする前にわかりました。

■iPadを用いた意思決定支援ツールの開発

いま2つの介入をしています。1つはiPadを用いて意思決定支援を行う介入群を作るというもので、ピア協働型意思決定支援のプログラムを実施するものと、従来のパンフレットを用いて情報提供を行っているという3群でどういう差があるかを見ていきたいと思っています。

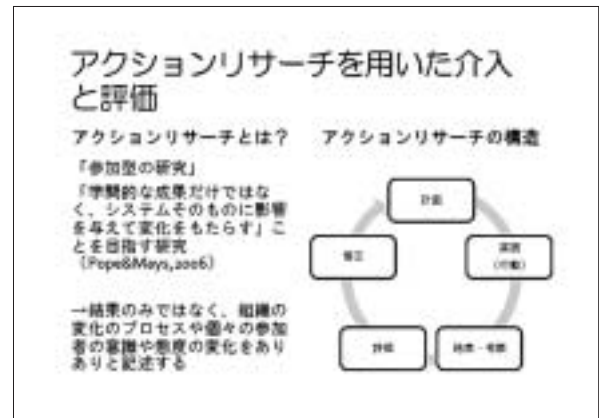
患者さんが外来の待合室で待ちながらiPadで自分の見たいところをクリックしていきます。動画を作ったり、患者さんに同意をいただいて、

実際に患者さんの写真を入れさせていただいて、最後こうやって膨らませたらもう1回手術が必要になってエキスパンダー取り出してシリコンバックを入れるんですよとか、乳頭乳輪はどういう風に作るんですよとか、長所と短所はどういうところがあって、というところを患者さん自身がiPadで待ち時間に見ながら理解していくというものです。

もう1つは、意思決定支援を考えた時に、患者さんの中には情報過多になったり、情報をうまく咀嚼できなかつたり、情報を与えられればいいというのではなくて、誰かと疑問を共有できたとか、他にも悩んでいる人がいるということに心強く思ったとか、あとは経験者の人たちから話を聞くことでイメージ化が図れたりとか、いわゆるピアの力ということも意思決定をしていく上ですごく大切なことで、それはiPadではできないと思っています。人の力というものを考えた意思決定プログラムというものはどういふものなのかと思い、iPadもしていますが、いまはピア協働型意思決定プログラム「びばば」というものをしています。これは、手術を受ける患者さんたちの前で、乳腺外科医と形成外科医、看護師である私と実際に経験をしたピアの人が協働して、意思決定支援のための集団プログラムをしています。これはiPadのように自分で情報を選ぶというのや医療者からの知識提供だけではなく、ピアのサポートを活用しています。最初30分くらい医師の説明をして、私も情報提供ではなく、医師とコミュニケーションをうまくとっていくために、術式決定のために何が自分の中で気になっているポイントなのかということを自分の中で整理していきましようというように、自分の意思決定能力を高めるためにどういふことを用いなければならないかという話を30分くらいして、その後乳房再建を受けた患者さんとこれから受ける患者さんが集まってグループで話してもらっています。再建をした方達が実際にその場でお胸を見せてくださったり、触らせてくださるということをしています。

例えば最初はiPad型の介入を考えましたが、それだけではなかなか難しいといって実践をし

て、またそこで修正をかけて計画にしていって、これは1つのアクションリサーチだと思っていますが、今日集まってくださっている皆さん、臨床の方も多いと思いますので、ぜひ臨床での研究力を上げるためには、はじめから1つの研究を大々的に始めるのではなく、研究しながら修正することによって組織の変化のプロセスだったり個々の参加者の態度というものがどう変化していくかということも含めて書いてくのがアクションリサーチだと思っていますので、そういうことも含めてしていければと思っています。



■看護技術が社会的な評価を受けるには

看護技術というものが社会的な評価を受けるために、看護実践による効果と、患者に与える影響や医療費への効果を提示するのはなかなか難しいです。ただこれができないと診療報酬に繋げることはできません。本当にエビデンスはあるのですか、という一言を厚労省に言われるのが怖いという数年を過ごしますが、例えば、ある学会は学会発表でこれは診療報酬につながっていく画期的な看護技術だという発表があったら、それを論文化するために助成金を出しているそうです。とてもいい看護技術だとか、いろんな病院で試されたものはあっても、それを論文化するまでは、やはり臨床の看護師さんにとってはとてもハードルが高かったりするので、そんな時に大学の教員や研究者がサポートをしながら、もしくは各施設での1つの取り組みを同じような患者さんがいる他の病院でも、試してみ、データを同じように取っていくという多施設の介入研究というのを学会が経済的な助成を行っていくということも私はとても有効なこ

とではないかと思っています。

今日のテーマでもありますが、この紹介した研究ですけれども、看護の力だけでできるものではなくて、看護技術が患者さんにアウトカムとしてもたらされるというのはとても大切なことですが、それが見えなかったとしてもチームでもたらせるものに、看護師がいることの意義というものを社会的に認めてもらうということがとても大切な加算になってきます。いま、そういう加算が多くなってきています。ですので、ケアとキュアの融合がもたらすアウトカムに、看護職がどのように寄与していくのかということを経験的に認めてもらうのが

ポイントだと思っています。そして、それが認められたとしても、システムとしての汎用性を伴うためにはその質を確保するような、先ほど言っていたNursing Sensitive Indicatorのような質の保証、担保というものが大切になってくるのではないかと思っています。

最後の謝辞に変えさせていただきます。このような機会を与えてくださいました学会長、野嶋先生に感謝申し上げます。最後になりますが、この度の豪雨災害により亡くなられた方々、及びそこにご尽力いただいている皆様に心からお見舞い申し上げます。長い時間になりましたがご静聴ありがとうございました。