

「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

医 療 経 済

慶應義塾大学医学部 池 上 直 己

はじめに

マスコミからは「患者本意の医療」、「国民の望む医療」を求める声が強いが、実は患者と国民とでは利害はむしろ対立していることに着目する必要がある。つまり、患者の立場からすれば、現在の最高の医療技術を駆使し、費用のことを気にしないで最善の医療を受けることを望んでいる。しかし、国民の立場からすれば、毎月の給与から徴収される保険料や税金はできるだけ少ないことを望んでいる。

このような対立が存在することはむしろ当然であり、これに対して経済学では個人の支払能力に応じてサービスを購入する、という解決策が示されている。しかし、支払能力に応じて医療サービスを購入する制度を導入すると、当然お金のない人は医療を受けられないか、あるいは質の悪い医療で我慢しなければならないことになり、こうした事態は日本には受け入れられないであろう。

そこで、医療サービスの提供は、医師や医療従事者の「医療ニーズ」の判断に任すべきだと考えられてきた。ところが、専門家に白紙一任することに対して、患者の側からも国民の側からも疑問が湧き起こっており、「医療ニーズ」を裏付けるより明確な基準が求められている。こうした動きを受けて、EBM（Evidence based medicine, 根拠に基づく医療）が提唱されているが、問題はたとえEBMが定着しても、ある病気に対して医療サービスが適切とされる範囲は依然として患者の

持っている固有な性質によって大きく左右される点にある。したがって、「医療ニーズ」の積み上げから医療費の総額や配分を決めることは非常に難しい。

そのうえ、実際に提供される医療サービスは医師や医療機関に対する支払い方法によって大きく変わってくる。つまり、同じ状態の患者であっても、図1に示す灰色部分の中から提供されるサービスは、出来高払いであれば収入になるので多くなり、包括払いであれば逆に持ち出しになるので少なくなって白の部分までが提供されない危険性もある。

以上のように、最高の医療を望む患者と最小の負担を望む国民という矛盾を経済学的に解決することは難しく、また従来の専門家による「医療ニーズ」の判断にも問題があるので、新たな枠組みを模索する必要がある。演者はその1つのかぎが政治学における政策決定の分析と考えたので、医療分野におけるそのプロセスについてまず解説する。



図1 ある病気に対して医療サービスが適切とされる範囲

政策決定の実際

医療の分野のように各当事者の主張にそれぞれ一理があって、容易に妥協点を見出せない場合には、一般に前年度の実績がベースとなって問題の解決が計られる。つまり、マクロのレベルでは、新年度予算における医療費の総額（負担する側からすれば保険料と税金）も、その内訳（入院、外来、疾病別割合等）も前年度の実績によってほとんど決められている。一方、ミクロの医療現場では、同じような状態の患者に対しては、昨年度と同じレベルの医療サービスが通常提供されており、それがまた患者の期待水準にも合致している（たとえば、昨年、頭痛の患者に対してCT スキャンを撮っていれば今年も撮るし、また患者も撮られることを期待している）。

しかし、前年度の延長だけではもちろん医療政策は決まらない。高齢化が進展するので同じ内容の医療を提供していても医療費は増え、医療技術の発達でも増える。また国民生活が豊かになれば、病室等の医療環境に対して期待される水準も当然上がってくる。一方、医療費の伸びは同じであっても、経済不況になれば国民生活に与える負担は相対的に大きくなる。

そこで、調整のメカニズムが必要である。日本の場合、それには3段階のプロセスがある。第1段階が、中医協（中央社会保険医療審議会）という厚生大臣の諮問機関である。中医協では医療費全体の規模を決め、個々の医療行為の点数も改定している。中医協で点数改定が行われれば、提供されるサービスの内容は変わってくる。たとえば、在院日数の短縮を目的として、入院期間が長くなるにつれて、入院料が段階的に下がった結果、病院は収益を確保するために患者をより早く退院させるようになった。

中医協での話し合いで結論がでない場合には、自民党の族議員等によって構成される第2の中間段階で折衝が行われ、そこでも結論が出ない場合に

は、首相などトップが介在して政策決定がなされる。このような段階構造となっているのは、医療に限らず、政治的な解決を計る際には、複雑な問題を各分野の政策通に任せの方が効率的であり、また交渉に当たる双方としても第3者の介在を好まないからである。

政策決定能力の源泉

中医協の答申は実質的には厚生省保険局と日本医師会との話し合いで提出され、また中間段階やトップのレベルに上がった場合でも、日本医師会が大きな影響を与えている。その理由は、日本には専門医団体や病院団体のような医師会に拮抗する勢力が発達していないからである。勤務医は、大学とその関連病院による縦の医局講座制度に組み込まれているので、横のつながりである各専門医団体の力は相対的に弱くなっている。これは専門医、一般医という形で医師が二極化しているヨーロッパにおける状況、および総専門医化しているアメリカの状況と著しく異なる。

一方、病院は補助金が集中する公的病院と、産業収益だけ運営されている私的病院の間では対立があり、また大小や一般病院と精神等の専門病院との間でも利害が必ずしも一致せず、病院団体も分立している。その背景には病院の大部分は医師の診療所から発達してきた中で、高次医療を提供する大病院の整備については国や自治体を中心であった、という日本特有な事情がある。

なお、日本看護協会などの他の団体は、それぞれの利益を比較的狭く捉えて追求してきており（たとえば看護協会ならば看護婦の地位の向上等）、医療政策全体に対してこれまであまり積極的に発言してこなかった。会員の地位向上は団体執行部にとっては確かに最重要な課題であるかもしれないが、国民にとって、あるいは場合によっては末端の民間病院等に勤務する一般会員にとっても、日常の医療場面における切迫した課題として必ず

しも十分に理解されていない。

次に、医療費を支払う側において、なぜ厚生省が大きな力を発揮しているかを考えてみたい。その第1の理由は、保険制度がサラリーマン等の被用者保険、自営業者や年金生活者等の国民健康保険に大きく分かれ、さらに前者は1,800以上の組合健保等、後者は3,200以上の市町村ごとに分かれている中で、厚生省が直接所管する政管健保には国民の3分の1近くが加入し、ガリバー的なシェアを持っていることにある。

第2の理由は、政管健保は比較的所得の低い中小企業従事者を対象としているので、保険料だけで医療費を賄おうとすると、月収に占める保険料の割合が高くなりすぎるので、国は政管健保の医療費の14%という一定の割合で税金から補填している。したがって、この分を国の予算に計上しなければならないので、政管健保を運営する厚生省の意向が強く反映されることになる。

今後の展望

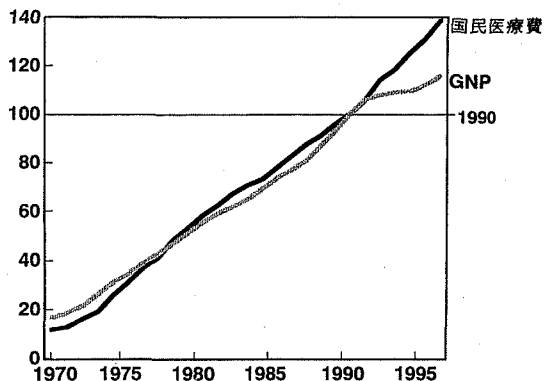
現在日本は戦後未曾有の経済不況下にあり、図2に示すように、医療費は同じペースで伸びているが、GNPは落ち込んでいる。こうした事態を従来の枠組みで解決するのは難しく、改革が模索されている。そこで、問題の本質を理解するために、まず医療におけるお金の流れに着目すると、図3に示すように、

I) 国民から保険者、政府への保険料、税金を介した流れ

II) 保険者、政府から医療機関への診療報酬と補助金を介した流れ

がある。これに対して、国民（患者）から医療機関への流れは細く、保険制度が存在する限り太くなり得ないので、改革の焦点を患者の負担増に置くべきでない。そこで、演者の改革案はI)、II)が中心となる。

I) 国民から保険者、政府への流れ



(厚生省：国民医療費，1998)

図2 1990年を100とした国民医療費、およびGNPの値(1970~96)

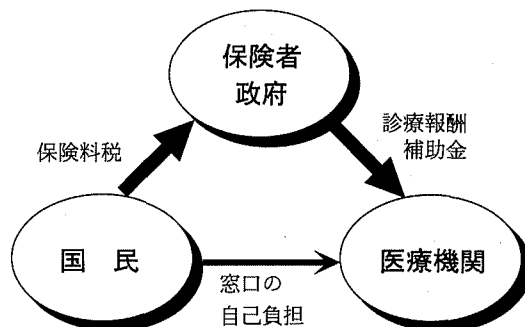


図3 医療におけるお金の流れ

基本的には、都道府県（以下、県と略）を保険者とする地域保険に再編して行くことを目標とする。そのためには、被用者保険、国民健康保険に対して、それぞれ国と県のレベルで加入者の年齢と所得構成に従って財政調整を進め、保険料の格差を縮小する。このようにして保険者が互いに合併しやすい環境を整える。そして、最終的には県を保険者にすることで負担と給付の関係を明確にし、市町村への地方分権で空洞化する県に対して新たな役割を与える。

II) 保険者、政府から医療機関への流れ

現在の診療報酬体系において矛盾がもっとも大

きく表れている高機能病院から改革する。これらの病院に対しては、病院ごとに入院については日額包括、外来については1回包括の料金を設定する。料金は当該病院における前年度の出来高払いの実績から出発し、以下の指標を総合的に判断することによって毎年改定する。

a) 各病院に対して提示された、医療の質についての数値目標、および地域医療計画に従って設定された目標値の達成度（分野ごとの高度手術などの件数、患者の紹介率など）

b) DRG指数によって重み付けられた入院患者数からみた病院の生産性

県には、各病院に対して、a) の目標値の設定、a) と b) の各評価値を重み付けした総合的な評価、および同評価に基づいた包括料金を改定する権限がそれぞれある。なお、目標値を設定する際は、当該病院の前年度の実績を重視し（たとえば、紹介率25%であれば30%を目標値とする）、また総合的に評価する際には他の病院の達成度と比べて相対的に評価する。こうした評価を病院の施設整備にも反映させ、がん治療やNICU等の各機能別にどの病院に重点的に投資するかを決める。

以上のように高機能病院を総合的に評価して料金を改定することによって、質に着目した健全な競争原理の導入が可能になり、それと同時に地域医療計画に従って施設をより合理的に整備することもできる。また、これらの病院は医療費全体で大きなウェートを占める高額医療を提供しているので医療費の適正化という面でも、あるいは研修指定病院であるので教育の改善という面でも大きな効果が期待できる。なお、このような新しい料金体系に移行するに従って、補助金を段階的に廃止できる。

このように県による保険料と給付水準、各病院の評価と料金改定、の2つの関係が明確になれば、医療政策の透明性が高まり、身近な県のレベルで住民は選挙を通じて、政策決定に主体的に関与することができるようになろう。

文 献

- 池上直己・J. C. キャンベル：日本の医療—統制とバランス感覚（中公新書），中央公論社，1996
池上直己：ベーシック医療問題（日経文庫），日本経済新聞社，1998

「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

看護の独自性を見直す

京都大学文学部 加藤 尚武

医療や看護を巡った世の中の動きが激しいものではないかというふうに私は観察しております。厚生省でよく来いと言うので出かけていくわけですが、いま私がやっている仕事は、主として産婦人科の領域における人工的に援助された出産をどういうふうに認めるかということと、それから、遺伝子治療、これは厚生省の手を離れて、もう各大学で認めればよいという線になっていくようでもありますけれども、遺伝子治療をどういうふうに認めるかという、そういうことが大きな話題になっておりますし、今は科学技術庁に議論の場面が移ったんですけれども、クローン人間を造っていいかどうかって、そういう委員会もあるわけですね。それと、それらは何れも先端的な医療の領域、クローン人間が医療になるかどうかというのは難しい問題ですけれども、そういう領域で、どういう開発が行われているかということと関係があります。こういうのを見てまいりますというと、21世紀における医療技術の開発、医療技術の革命的な変化というのは、おそらくもっともっと進むのではないかというふうに思われるわけです。たとえば、最近、そういうところで話題になっているのは、胎児幹細胞、胎児性幹細胞と呼ばれている細胞を培養すると、私の心臓が、心臓だけでもって育つことができるのではないかと、いうそういう技術開発の可能性が吟味されておりますけれども、実際問題としてそれができるかどうかは、非常に難しい問題があるでしょうけれども、しかし、今ま

ででしたら、他人様の臓器を切り取ってきてはめ込んでうまくいくかどうかという話をしていたのに、今度は、私の臓器をいわば、私の細胞をうまく使って、どこかで育てておくという、そういうふうな技術開発がなされるといたしますと、これは、20世紀後半に発生した医療技術の飛躍的な大転換というものが、21世紀になると、もっと実用化されたレベルで、全く大きな歩みを遂げるであろうという、そういう予測が成り立つのではないかと思うわけです。私、先ほど、中木先生からヘーゲルの研究家だというふうに紹介していただきましたけれども、たとえば、ヘーゲルの自然哲学の翻訳というのを私が日本で初めて行いましたが、そういうのを見ると、本当にわずか百年間の間にすっかり変わったという感じがするわけですね。それは、19世紀の全般部分の医療思想を私は、たとえば研究しているわけでありまして、そのころは、黴菌によって病気が起こるなんて、馬鹿なことを言ったら、学会を追放されるわけですよ。どうして黴菌が病気の原因になるなんて言ったら、学会を追放されるかといえ、自然発生説というのが認められていて、体の中では、いろんな生物が新しくどんどん生まれてきているんです。ですから、外からよその生物が入ったということで病気が起こるとするならば、そんな馬鹿なことってあり得ないことだっていうふうに考えられていたわけですね。そして、病原体というのが病気の原因になるという考え方が確立するのは、1892年

ですから、19世紀のもう末のぎりぎりいっぱいになった時になって初めて病原体というのが認められるようになるわけで、千葉大学に川北先生という先生がおられて、晩年にウイルス学から医学史の研究まで進めておられた方ですけれども、川北先生といつか話していて、「そのパスツールやコッホが出る前までの間に、医療技術が実際にどのくらい進歩したかということを考えたら、先生、どうでしょうね」と言ったら、川北先生、「加藤君、実はほとんど進歩してないんだよ」というふうにおっしゃるんですね。つまり、医療のいろんな記述がたくさん残されるようになったとか、いろんな、これをやったらうまくいったというアイデアが普及したというようなことがあるけれども、目に見えてどんどん、どんどん患者さんが、今まで治せなかった患者さんが治っていくというような形で医療技術が更新するということは、おそらく19世紀の後半までほとんどなかったんじゃないかというふうに川北先生、おっしゃっておられましたけれども。ところが、現代では、医療技術が日に日に変わっていくというぐらい大きな変化を遂げておりますけれども、このことは、しかし同時に、医療というものが大変お金のかかる仕事になってきているわけでありまして、日本では、一人の患者さんでもって、一年間に1,000万円以上医療費を使っている患者さんというのが毎年時々発表されますけれども、何十名かになる。もっと多いのかもしれませんが、何十名かになるわけですね。最高額ですと、1億円ぐらい、一人の患者さんで使っている人もいるわけですが。中国で、学生に、生命倫理学を教えたときに、その数字を言ったら、どうしても学生が信用してくれないので、黒板に丸をいっぱい書いて、このくらいの額です。その当時厚生省から発表された最高額の保健医療の適応例というのを示したら、学生がどよめきましたですね。そんなに、いわば、まるでどっかの自治体の予算ではないかと思われるような額

を一人で使うということが、考えられないことだというふうに中国では思われたのかもしれませんが。ところが、こういうふうにして、医療が高度技術化すると同時に、高額化していくということがありますので、先ほど、伊東光晴先生がおっしゃったように、また、池上先生からお話があったように、医療をどうやって経済的に見て合理的な治療体系にもっていくかという、そういう工夫がなされるわけでありまして。今回の研究大会の発表でも、この舞台の上にぶら下がっているのを見ると「ああ、なんだ、経済と教育がずいぶんたくさん場所を占めてるな」という、そういう感じがいたしますけれども、これは、今まで何となく親方日の丸感覚でもって、日本の医療というのが営まれたのに対して、ともかく無駄があったら必ず無駄を招いたご当人に責任が行くようにしようではないかということで、ずいぶんいろんな工夫がなされているわけでありまして。たとえば、入院の日数がどんどん短くなっていくというようなことも行われておるようでありまして。すると、医療全体としては、高度化と効率化という方向に向けて動いているというふうに言うことができるわけでありまして、そしてまた、医療が高度化すれば、看護の専門家というのも進んでまいっているわけでありまして。先だって、日本で初めての脳死者からの臓器移植が行われまして、いろいろな問題があって、そんなに大した問題は起こってなかったんじゃないかと私は思うんですけれども。それでも多少の手違いというのはあったわけですね。脳死判定の時の手順を間違えたなどというようなことがありまして、そんなことで、大阪でもってエマージェンシー・ナーシング、救急医療の看護の研究をしておられる太田先生という方とお話しして、いろいろ太田先生の話伺った。太田先生の話の聞くと「どうしても救急医療の看護というのは、専門化しなきゃだめだ。わしは専門化するために長年尽力しております」そういうお話しで、そういうふうに今までと

違って、ここの救急の看護婦さんという、看護婦さんの中でも専門職というような形が出てくる。すると、いったい今度は、看護という領域の中で、専門化していない部分はいったいどういう部分なんだろうか、看護という仕事の中で、どういう部分がすべてに共通する部分で、その中で、どういうことを将来像として考えていかなければならないのかという、そういう問題が起こってくるのではないかと思うわけでありますが。

この臓器移植もそうであります、たとえば、一ついま外科の領域というものを考えてみますというと、こういう言い方をして不謹慎になって怒られるかもしれませんが、今までですと、外科というと、体をブサブサと切って、大きく穴開けて、お腹開いて、で、切ったりつないだりと、そんな簡単なもんなんじゃないかもしれませんけど、まあそういう感じがするわけですね。私、こういう方式を野天堀方式というふうに呼んだんですね。それに対して、今度は小さな穴ぼこを開けて、そこからなんかいろいろ内視鏡だとかなんかつつこんで、こうやってなんかこうやるというの、これをトンネル堀方式というふうに呼んだわけでありまして。確かに、野天堀方式とトンネル堀の方式というのを考えると、体に穴が開くか開かないかというので、ずいぶん違いますし、私はまだジャキジャキという傷痕はどこにもないんですけど、私の子供なんかで、一部分お腹を切った痕なんかを見るというと、やっぱりなんかずいぶん長い間が痕が残っていますから、ずいぶん見た目の上での患者にとっての気持ちの負担というのがありますし、場合によっては、そのことが非常に精神的な長引く苦痛の原因になることもあるわけですが。また、見た目だけではなくて、もっと患者自身の具体的な体の上での負担というものも大変きいだろうと思うわけでありますが、これが野天堀方式からトンネル堀方式になれば、確かに患者さんにとっての体の負担というのは、ずっと少なく

なるであろうと思われるわけです。しかし、トンネル堀をしている先生というのは、どこを見ているかという、テレビの画面を見ながらこうやって手を動かしているものでありまして、もう患者さんの体を直接見るということがなくなってきている。それだけではなくて、診断の面でも、コンピュータ化されたトコグラフィの方法というのがどんどん進んでまいりますというと、たとえば、体のあらゆる部分というのが電子的な切断処理でもって画像が取られてきていて、その電子的に切断された画像を、今度はまた電子的につないでみると、たとえば、私のお腹の中へ入って、私のお腹の壁を覗いたならば、どういう凸凹が見えるか、というそういう画像を作り出すことができる。あるいは、そういう画像を見ながら、診断をしたり、手術をしたりすることができると。実際問題として、信州大学では、登山をしている最中の患者さんが、急に病気が悪くなった場合に、約100キロ離れた病院から患者さんの手術ができるような、そういう体制を考えているという。実際に、そういう考えているだけではなくて、実用例というものも既にあるようでもありますけれども。これは、なぜそういうことができるかというならば、見るということがコンピュータ化された画像でもって見るということに変わっていき、そしてその場合には、隣の部屋から見ることもできるし、100キロ離れたところから見ることもできる。その間に雑音が入ったらどうするんですかと、停電したらどうしますかと、いろいろ電波障害の危険だとかということはこれから手当をしなければならぬ重大な課題になるかもしれませんけれども。

この見るということの電子化、つまり、病院というものを巡る高度化の中の一つとして、細胞レベルでのDNAを操作するという、そういう遺伝子工学化というレベルもありますけれども、また、一方では電子化というレベルもあるわけでありまして。この電子化された医療というものは、私のよ

うな哲学者の目で見るといって、これはもう見るということの意味が全く違って来たんだと思われるわけですね。16世紀頃に、顕微鏡ができますといふと、顕微鏡によって人間のものの見方はすっかり変わったといふふうにいふことができます。それまでは、ものを見るということ、肉眼で見るといふレベルに限られておりましたから、肉眼よりもっと細かい世界に肉眼で予測したのと全く別なものが、世界が広がってくるという可能性はほとんど考えられていなかったんですね。ある哲学者はこういうことを言いました。あらゆる死んだと思われるものの中に生命が宿ってるかもしれない。たとえば、こういったものの中には生命が入っているかもしれない。それは今の顕微鏡で見てもわからないかもしれないけれども、将来開発されるかもしれないすごい顕微鏡で見れば、あらゆるものは全部生命でできてるかもしれないといふ、そういうふうなことを述べた人もおります。しかし、この顕微鏡を通じて開発されたものを見るという営みの拡大は、本来的に肉眼で見るといふことが拡張されていったのではないかと思うわけです。ところが、今日の電子化された情報の世界といふのは、そもそも見ようと思っても絶対に見ることでできるはずのないものが見るといふ形に転換されるという、そういう新しい意味での見るという営みが開発されつつあるわけです。このCTといふのは、コンピュータ・ライズト・トポグラフィーという言葉の訳語として使われていることが多いかと思いますが、トポグラフィーといふのは、元々は地図のことを指していたと思われるんですね。ギリシャ語の「トポス」場所、「グラフィー」画像。だから、場所、地図の画像化といふ、そういう意味だったんですが。元々地図といふのは、あれは見えるものなのか見えないものなのかといふと、あれは本来見えないものを見るようにする技術なのではないかと思うんですね。浜松から東京まで歩いてみますといふと、道ばっ

かし見えていて、どこに三浦半島があるかとか、どこに駿河湾があるかとかいふのは、いくら見ようと思っただけで見えませんか。あれはつまり、地球という非常に巨大なものをあたかもパードビュー、鳥の目でもって見たかのようなものを見るようにするものなので、そもそも地図といふのは、元々人間に見えないものを見るようにする技術だったと思われるんですが、それは、ものすごく大きなものを縮めて見る技術だったわけですが、今は小さなものを拡大するだけではなくて、中に入ってしか、入ったらもう見えなくなってしまうものを、あたかも中に入ったかのようにして見えるようにするといふ、新しい見る技術が開発されてきております。こうなりますといふと、今まで患者さんを見るといふのは、診断の診といふ字を書いて、それに「み」といふかなを振って診る、患者さんを診るといふ言葉がありまして、英語で患者さんを見る。seeといふば、患者さんに会うという意味もある。すると、患者さんに会って、患者さんの話を聞いて、で、患者さんの体を見てといふ、そういういわば診察といふのは、まずあって話を聞いて、体の状態を見て、話すと、見たこととを照らし合わせてどういふ病気を患者さんが持ってるかといふことを判断するといふ、そういう意味での診るだったわけでありすけれども。こういう新しい電子化された見るという観測体系の世界では、もはやそういう患者さんと一対一でお話をして、その中で診るということとは全然違う診るが発達し、患者さんの診断は、どちらかといふと、そういう生身の患者さんの手に触れるという形で診るよりも、機械を通じて観測するほうが大きな意味を持つようになるだろうと思われるわけです。しかし、私のプリントの中にちょっと書かせていただきましたけれども、日本の医療といふのを、患者さんの満足度といふのをお金でもって比較した図表を資料の中に載せさせていただきましたけれども、これはファイザー製薬から

頂いた宣伝用のプリントの中に載っていたものなんですけれども、日本とかオランダとかイタリアあたりは、大体同じくらいのお金をかけて、ドイツもお金をかけて治療を行っている。ところが、日本の患者の満足度は真ん中ぐらいで、イタリアはガクンと低くて、割合高いところにオランダがある。すると、同じお金をかけても患者さんが満足する治療と、患者さんが満足しない治療というのがあるわけでありまして。そして、患者の権利の拡充ということをどういう尺度で見るかという見方は、いろいろありますけれども、一つは、患者の満足度というところでもって、見るというふうに想定しますと、同じお金をかけても、どうしたら患者の満足度を高めることができるかということは、医療というものをみていく上での大きな注目点になるのではないかと思います。私は、患者にとって満足度の高い医療というのは何かというと、自分の言っていることをちゃんと聴いてくれて、なんか、治療を受けたならば、ちゃんと自分の言った言葉が伝わったという、感じのする医療がいわば満足度の高い医療です。確かに体は治ったけれども、何となくどっかでごまかされたよう

な感じがするし、いったい自分の言い分をちゃんと聞いてくれたのかどうかという点は、何となく間尺に合わないようなわけの分かんない、狐につままれたような感じがするというのだとすると、お金をかけた割には患者の満足度は少ないということになるのではないかと思います。すると、そういう意味での患者とのコミュニケーションというのをいったいどういう人が責任を持って担い、どういうふうな形でもってコミュニケーションを拡充したような形で医療を展開していくかということがこれからの大きな課題になるかと思いますが。確かに、ホームドクター制度を導入するということも大きな眼目かと思いますし、また、看護と看護教育の場面において、患者との対話の方法というものをもっともっと開発し、患者との対話を豊かにすることによって、患者の満足度を高めるということが、看護の領域の今後の大きな責任分担領域になるだろうと、そういう展望を持つこともまた必要なのではないかとと思われるわけがあります。とりあえず私の最少のお話はここで終わらせていただきます。

「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

看護行政の経験から

厚生省健康政策局看護課 田村 やよひ

21世紀を目前にして、わが国は20世紀に作り上げた社会システムを見直し、再構築するための大きな変革を進めている。保健医療福祉分野においては、平成9年に臓器移植法が制定され、今年になって相次いで脳死臓器移植が実施された。新たな感染症への対応などから平成10年には感染症新法が制定され本年4月から施行された。平成12年4月からは介護保険制度も実施される予定であり、現在実施に向けた細かい検討が精力的に行われている。医療提供体制の改革については、この7月1日に医療審議会で、一般病床を急性期病床と慢性期病床とに区分すること、医療機関の広告規制の緩和、診療録の開示の方向などがまとめられたところである。これからこの報告に基づき医療法改正が計画されている。さらに現在、医療保険制度の改革に向けた検討も進んでいる。

これらの改革は、ともすれば急速な高齢社会の進展への対応とか、低成長時代における医療経済の視点が強調されて伝えられているが、本質的には保健医療福祉サービスの根本的なあり方や、考え方の変革を目指すものであることを忘れてはならない。

すなわち、医療や福祉サービスは、生活者としての人間の尊厳や人権を基盤としたものであること、国民の多様な保健医療福祉ニーズに総合的・一体的に対応するものであること、高い専門性に裏付けられたサービスであること、規制を緩和し

情報を公開することで個人の意思決定と参加を促すものであることなどを、従来以上に強調し、重視したシステムへの転換を図ろうとしているのである。

このような今日的状況をふまえて、今看護界は何を問われているのかについて考えてみたい。

まず第1には、看護基礎教育の質の向上をどれだけ図れるかが問われよう。

平成4年に成立した「看護婦等の人材確保に関する法律」とその基本指針、および平成8年以降に行われた指定規則改正によって、看護婦等の教育は教育体制の面でも教育内容の面でもより充実したものとなった。本年4月の看護婦課程の1学年定員は、3年課程と2年課程併せて約5万3千人に上り、うち1万人は大学・短大教育を受けている。一方、まだ2万8千人余の准看護婦教育も行われている。

少子化・高学歴化の進行する中で、優秀な看護職員を確保するためには、看護教育の仕組みを学習者のニーズに適合したものにしていくとともに、病院機能の分化や在宅医療の進展をふまえると、判断能力の高い看護婦の教育を強化する必要がある。

またこれからの看護職は、ケアに関わる多くの職種とともに働くことを考えると、従来以上に看護ケア技術の教育を強化する必要がある。いうま

でもなく看護は実践科学である。看護実践を通してのみ看護職は国民に価値ある存在として認めていただけるのではなかろうか。看護職が「売れる技術」は何か、これを意識して教育を考えていくことが必要であろう。

第2に、専門性の高い看護サービスを提供できる看護婦のニーズが高まっている。このことに看護界はどれだけ対応できるかが今問われている。

米国での研究によれば、CNS やナース・プラクティショナーが行ったケアの結果は、在院日数の減少、医療費の低減、再入院率の低下などに貢献していたと報告されている。我が国でも厚生科学研究医療技術評価研究事業において取り組まれた、日本看護協会認定の WOC ナースを対象にした研究でも、その導入によって看護活動の様々な内容や患者のセルフケア達成に有意な違いがあったばかりでなく、在院日数の短縮も明らかにされている。

今後は、看護協会や看護系大学協議会など専門看護婦の育成に関わる機関との連携をこれまで以上に強めるとともに、行政としては専門看護婦を指向する看護系大学院生への修学資金援助を拡大していくことが必要であろう。そのためにも多くの院生の申請があることが翌年予算の拡大につながるので申請をしていただきたい。また専門看護婦の採用、組織での位置づけ、報酬など彼女たちが活動しやすい環境作りも必要とされる。管理者の積極的な取り組みが期待されていると言えよう。

第3には、看護教育の中で政策や政治、経済等と看護との関連を意識的に織り込み、学生のこれらへの関心を高め、やがて看護職としてそれぞれの持ち場で変革の主体者になれる人材をどれだけ育てられるかも重要である。

副院長として病院のマネジメントに参画している看護職や看護管理者はもちろんのこと、一人一

人の看護職にとっても、たとえば患者の人権を擁護するための仕組み、適切な自己決定ができるような情報提供、情報開示の仕組み作り、ますます高度化・複雑化する医療を安全に提供するための仕組み作りなど、つねに現存のシステムを点検し変革を進めなければ専門職としての責務を果たせない状況が生まれている。

第4に、今後、看護実践の質を変化させうる技術やシステムについての研究成果をどれほど多く生み出せるか、またその成果を実効性のある形で普及できるかが問われている。また過去には、看護政策を推進するのに役立つ研究がきわめて少ない状況もあった。厚生省で准看護婦問題調査検討会を開いていた時期に痛感したことだが、看護婦と准看護婦の臨床実践には相違があるのかないのか、あるとすればどのような点でどの程度違うのか、というような研究報告がなかったのである。行政的に看護を変革させようと思えば、信頼性のある多面的なデータが必要である。そのためには看護研究者と看護行政担当者の密な連携が求められるのはいうまでもなからう。

行政の立場からは、行政上必要な研究課題を提案したり、実施していただいた研究結果を用いて政策を推進するなどが考えられる。研究者の立場からは、研究の結果から政策を提案したり、またすでに実施された政策を評価する研究などもあろう。研究課題を選択していくときに、それがどれだけ看護や医療の変革にインパクトを与えるものであるかを考えて頂きたいものである。研究者と行政とが連携すべきことは山積している。

「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

開業ナースの存在価値と有効性

—看護職による一人開業の可能性を探る—

在宅看護研究センター 村松 静子

看護婦になって31年。その間、看護は実践が伴わなければどんな理屈を言おうとも認めてもらえないということを肌で感じてきた。そこで私は、この場をお借りして、看護の実践家として常々考えていることを、次の4点に絞って、本音で語らせていただこうと思う。

1. 看護過誤はなぜ多発するのか→「本当に怖いことだ。看護婦は、自分が何をする者なのかということを実感していないんだよ。一人開業なんてとんでもない」この医師の言葉に対して、私は答えた。……今こそ看護の自立の時。あえて自らに対して責任を課す必要がある。～3度の確認、看護の基本こそがその鍵。だからこそ、自らの業を問う一人開業の精神が必要なのだ。

2. 規制緩和、公的介護保険は看護の追い風になるのか。それともその荒波は看護職のリストラを引き寄せるのか→福祉領域から誕生した介護職は、今、確実に自立の道を歩み始めた。「訪問看護ステーションよりヘルパーステーションの方が役立つよ」その周囲の期待に応えるべく福祉職の意気込みにはすごいものがある。そこで私は考えた。……評価を得る。実践と理論の融合を図る。時代にマッチした看護とはこういうもの～実践で提示し、今後は、第三者の評価を得なければならないだろう。「介護ではない看護ってすばらしいですね」98歳の母親を介護

していた娘の言葉だった。家族介護者たちは看護と介護の違いをすでに見極め、それぞれのニーズによって求め始めている。法律上での違いを示すだけではもはや意味がなく、それらの活動内容に違いを示せるようでなければ、看護職は厳しい状況に置かれることも考えられる。

3. 看護職は今何を見据え、何を為すべきか。看護職に足りないものは何なのか→業務の類似した職種が次々に誕生するなか、看護職の独自機能がさらに不透明になっている。「看護婦さんにはただの看護婦さんと本当の看護婦さんがいる」「看護と介護はどこが違うの?」「必要な時に、必要な看護をしていただきたい。単なる技術者であっては困ります」看護の受け手が発する言葉には説得力がある。私は思う。……看護は聖職?～今では、医療もサービスと言われる時代になっている。看護の根本精神は変わらない。看護職としての自覚と責任、経営感覚を身につける。「高いか、安いかを決めるのは私たちです」サービスを選ぶのも決めるのも個人というのが21世紀なのだ。だからこそ、教育のあり方が重要となる。最も重視しなければならないのが継続教育だ。

4. 看護職の一人開業の可能性はないのか。一人開業は何を意味するのか。→在宅看護は、あくまで1対1である。フランスの『自由開業看護

婦制度』は、在宅が推進されるなかで国民の評価が高まっている。自らの責任において、処方箋を記すことが許されている国も増えている。

「SEIKO, 日本もきっと変わるわよ。あきらめないで！」アメリカのナースプラクティショナーの励ましの言葉に、私は気づかされた。……裁量権の拡大。互いに議論。実践。責任をもつ～結局は、私たち看護職の考え方次第なのだ。在

宅の場では、あくまで1対1。分担作業は極力やめなければならない。

看護は今、いろいろな意味で問われている。まさに、看護の変革に向けて問われているのだ。まずは、地域で看護実践を提供しながら自己を高め、看護をPRし、さらに、私たち看護職の意識変革にチャレンジしなければならないのではないか。

「医療・看護の変革に向けて問われるもの」

過去の内省に基づく抜本改革

—新しい医療科学というパラダイム—

日鋼記念病院 西村昭男

本学学術集会のメイン・テーマに添えられた「自立・変革・連携」は、正に我が国の政治・経済・社会における、あらゆる分野を覆う混沌・閉塞の状況からの離脱を占うキーワードでもある。まずは、学会長の取り組みと姿勢に敬意を表したい。そして、本シンポジウムでは、“医療・看護の変革に何が最も重要か”について、病院管理の立場から私に見解が求められている。

そこで私は、歴史をさかのぼって「原点」から考えなおし、その「根本」を見通す過程を経て、「変革」への「意識」を高揚させようとして、医学／医療あるいは医療／看護のあるべき将来像（ヴィジョン）へのパラダイム（大枠）転換を達成するための戦略と行動について、主にイラストを利用して述べてみたい。

最近、私は、言語など明示知のみではなく、このような暗黙知によって伝えられる知を高く評価して、講演などにイラスト／マンガを多用する慣になった。今回は、講演時間も短いので、いきおい、紙芝居様になることをお許し願いたい。

◆医療／看護における暗黙知の重要性

医学を自然科学の分野とすれば、形式知として明示的であればならないことは論を待たない。しかし、その応用を基本とする医療／看護の実践的領域では暗黙知が想像以上に大きな役割を果たしている。むしろ、臨床の場において、暗黙知が付加的に新しい価値を創造し、良質なサービスへの道を開いてくれる。また、新しい企画の構想を

文章に記すよりも、図形的に表現した上で、想像をめぐらす方が、より創造的であり、暗黙知の効用の一面でもある。

例えば、病院理念を問われた場合、文言以上に1枚の絵が雄弁に語ってくれる。日鋼記念病院の外来ロビーの壁面に掲げられている「カレス」とい母子像（ザン作）は、当法人の理念を象徴しているが、約10年前に入手した際には、長い旅路の末に寶を発見したような感動で今も忘れ難い。

我が国の医療近代化における偉大な師として尊敬している日野原重明理事長から戴いた近影の背景に、高名な日本画家の母子像の額が写っていた。母子の構図と表現の類似性にすっかり感動して、私も、ここに示すような写真をあやかって撮らせていただいた。

◆空転し続ける論を前進させるには

保健・医療・福祉など、我が国の社会保障のあり方が問われ、抜本改革の必要性が説かれてから長い年月が経過している。この日本病院会ニュース紙面には、医療費高騰、DRG、病院管理者教育などの見出しから最近号とも思いきや、1987年の発行で、この10年余の空白を皆様も読み取られたと考える。この間、無為にして、全く空虚な時間であった訳ではないが、基本問題を正面的に捉えることなく、護送船団方式や総論賛成各論反対といった体質で、基本問題の解決が先送りされてきた事実は否定できない。そして、行政、特に厚生省、日本医師会などの医療関係団体、大学

などの医育機関、業界などの産業界などが「国民の医療・福祉」といった崇高な共通理念と目標に則った行動と連携の道を最適に辿ることができなかった事は極めて残念な事である。いま、最も肝要な事は、社会問題として露呈し続ける夥しい現象（膿疱）の根幹的な原因（膿瘍）をつきとめて、大胆に切開する作業であり（イラスト省略）、破壊的創造への活動ともいえる。そして、これら膿瘍・膿疱の由ってくる処は、「医療における思想の貧困」ともいえるので、新しいパラダイムへの転換が求められる場面になるように考える。

このような問題意識から、医療・看護の変革に向けて問われるものを、なるべく具体的に忌憚なく述べて討論の俎上に乗せてみたい。

◆医学と医療の“はざま”を埋める新しい枠組みー「医療科学」

今世紀、特に最近の30年間の科学と技術の進歩は、医学／医療の高度化、専門分化をもたらしたが、それらをそのまま医療の場に適応さえすれば、人類の福祉に何らかの貢献ができるなどと簡単に考えられない時代になっている。

このような観点から、特に、我が国では、医学と医療における“はざま”や“いびつ”が顕著に認められる。その主たる項目として、①米国医学の導入（戦後）における拙速と偏向 ②前項の穴埋め→医師パターナリズムによる覆い ③厚生行政の時代変革の遅滞 ④大学中心の卒前・卒後臨床教育の旧態依然 ⑤医療サービスの提供者 v. s. 消費者という意識の未成熟、などが挙げられる。

さて、このような多岐にわたる問題の解決は、それぞれの根深い因縁からも極めて困難である。我が国の医療に寄せる国民の信頼度について、最近の国際比較データを見ても、極めて低い事が示されている。この信頼性の回復の背後にある問題点として、①医師およびその組織のパターナリズム意識 ②“イイコ仲間症候群”の諸相 ③望ましい医育制度への改革における障壁、などが挙げ

られる。

「臨床の知」（中村雄二郎 1992年）のなかで、「現在、学校と病院ほど人間的価値の制度化、つまり情性的形骸化が深く進行しているところはないと言われている。」と記されている。現に、「学級崩壊」が社会問題化している。また、「医療崩壊」も、医師パターナリズムのベールの陰では、徐々に進行している状況を否定し得ない。学校と病院には、根源的に支配して好ましくない現象を引き起こす共通した状況（症候群）があるものと考ええる。

この点、特に学校と病院が共存する医育機関は大いに留意すべきである。

◆イイコ仲間症候群とイイコ度

40年余の医師として、また、後半、病院管理者として私の経験の中で、カフカが描いた不条理と絶望感を人や組織との関わりの中で味わう場面が幾多あり、それらの集約的理解（納得）として辿りついたのが「イイコ仲間症候群」である。

ここでは、詳述する紙面がないが、マンガ／イラスト¹⁾に良く暗示されているので、参照いただければ幸いである。なお、イイコ特性10項目の設問調査の結果から、イイコ度を測定する方法（宗像1991年）を用いて、当院の医師（41名）と婦長・看護主任（36名）の比較では、やや強い／かなり強いが、前者で27.5％／7.5％、後者で33％／0％と有意の差が認められた。

そして、戦後復興という努力目標を失ったバブル期とその崩壊に続いて、連鎖的に続発するあらゆる醜悪な社会事件の大部分において「イイコ仲間症候群」を根底に見る思いがする。

◆組織的医療のリーダーに求められるもの

ここに土俵で相撲を取っているイラストがある。医師も看護職も一生懸命に汗を流し続けた感があるが、単に与えられた土俵で相撲を取るだけで腐りかけた土俵の土台を根本的に直す事に留意してこなかった。与えられた場をより適切に活用する

ためには、まず場を改善するのに一生懸命でなければならない。今日でも、医療において主体的な業務を担っている医師に、このような意識改革がぜひ必要である。医師は常にリーダーとして包括的な管理責任を果たすべき存在であり、単に、専門分野の臨床能力に秀でているだけでは、看護職など協働スタッフの能力を引き出して、安全で良質の医療を受療者に提供することはできない。これから目指す医療は、従来の「ピラミッド組織」では動かないものであり、「フラットな組織」へのリエンジニアリングが前提となる。例えば「コンカレント・マネージメント」など、異業種の成功例を参考に、個人・組織が目標とビジョンを共有して最大限の力を発揮できるシステムに転換する事が期待される。医師、特に病院管理者の立場では、自己の組織を“全体”として良く把握すると同時に、常に外部の大きな社会組織の“部分”として、最適化の再調整が求められている。

残された時間もなくなり、「医療科学」²⁾について詳しく述べる事ができないが、医学／医療の再定義を切り口とする新しいパラダイム作りにおいて、例えば、医学部附属病院という在り方を発展的に改組し、保健・医療・福祉の関連学部に通の実践教育を担う独立センターに再編などが目論まれ、これが医育や医療の抜本的構造改革のプレリュードになる期待もある。

この際、看護における専門性の向上と確立に向かう自立・変革・連携が同時並行的に進む事が前提の要件である事を最後に強調したい。

<参考資料>

1. 西村昭男：原点から考えなおす医療科学－輝かしい未来への挑戦－日本病院会雑誌46（11）13～20，1999
2. 西村昭男編：医療科学－原点から問いなおす，医療文化社，1999

The Effects of the Dynamically Changing Health Care Environment on Nursing and Medicine in the United States

Seirei Christopher College of Nursing

Phyllis R. Easterling, RN, FNP, Ed. D.

Rapid cost-driven change toward a managed care system has characterized the United States' health care environment for the last ten to fifteen years. Before managed care, hospitals physicians and other health care providers delivered care to patients under a fee-for-service system, billing the patient's government and private insurers for their costs. Because treatments and diagnostic tests were ordered without restraint, healthcare costs spiraled, reaching nearly 15% of the Gross National Product. Increasingly, both private industry and government payers including Medicare and Medicaid began to question the increasing costs and instituted cost-controls on care providers.

Large Health Maintenance Organizations (HMO) have been developed which provide contracted managed care under a new the word is "capitation" system for the government and private industry. Providers are given a certain amount of money per patient (per capita or head) and provide all care within that budgeted amount. More than 80% of health care in the U. S. is now provided by HMOs, which has shifted the control of health care from the providers to the purchasers of care.

These changes have had some negative effects on all care providers and personnel. Physicians lose business unless they are under contract as part of a large provider. Their reimbursement has decreased along with control of patient care. In hospitals, expenses have exceeded payments and severe cost-saving methods such as hiring non-RN staff have been instituted. For nursing, the problems are short staffing along with the increasing role responsibilities of supervising poorly trained personnel. Even patients have suffered by being required to seek care from approved providers, limiting their choice of physicians and hospitals.

Under these increasing economic, competitive and control restraints, hospitals, physicians, nurses and other health care providers have been forced to become more efficient, productive and creative. Among the strategies being used are: more aggregate preventative care; shortened hospital stays; increasing out-patient surgeries; more community-based care versus acute hospital care; greater use of home health care agencies; outside contracting of support services; rationing and control of care; managed care mechanisms; differentiation of practice; and quality assurance methods.

Rapid societal change has always brought with it great opportunities for innovation. The current health care environment in the U. S. has been very good for nursing. Nurses have been dominant in developing case management and quality control systems and providing the bulk of these services. Nurses have also been instrumental in developing and using the Diagnostic-Related-Groups (DRGs) which categorize care and set reimbursement payments. Nurses have written Critical Pathways, which outline the most important nursing care along with timelines. Advanced practice nurses have provided documented high quality primary care in the community in cost-effective ways. Entrepreneur nurses have started clinics and home health care agencies.

As the rapid pace of health care change continues in the U. S., the next task for nurses and other health care workers is to meet the new ethical and legal challenges concerning the fragmentation and dehumanization of patient care under the HMO system.