

# 看護師：変革の力

## 高いケア効果及び費用対効果



2015 年国際看護師の日

この文書の、他言語への翻訳を含む無断複製・無断転写を禁じる。国際看護師協会の文書による許可なしに、本文書のいかなる部分も、複写印刷またはその他の方法で活字として複製してはならない。また、検索システムへの保管、あらゆる形式による転送または販売もしてはならない。短い引用（300語未満）は、出典を記載すれば許可なく複製してもよい。

All rights, including translation into other languages, reserved. No part of this publication may be reproduced in print, by photostatic means or in any other manner, or stored in a retrieval system, or transmitted in any form, or sold without the express written permission of the International Council of Nurses. Short excerpts (under 300 words) may be reproduced without authorisation, on condition that the source is indicated.

---

Copyright © 2015 by International Council of Nurses  
3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland

ISBN: 978-92-95099-28-9

訳注) この文書中の「看護師」とは、原文では **nurses** であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを指す。

本書は ICN の許可のもと、ICN 会員協会として公益社団法人日本看護協会が日本語訳を行いました。許可のない商業目的での使用を禁止します。

## 目次

	会長及び CEO からのご挨拶	
第 1 章	はじめに .....	1
第 2 章	医療財政 .....	11
第 3 章	より高い「ケア効果及び費用対効果」を .....	19
第 4 章	「高いケア効果及び費用対効果」の保健医療制度に対する看護の価値 .....	31
第 5 章	今後の展望 看護師と NNAs の役割 .....	39
第 6 章	結論.....	47
付属書 1	ICN 所信声明: 看護の価値と費用対効果の促進.....	49
付属書 2	ICN 所信声明: ヘルスサービスの意思決定と政策立案における看護師の参加...	51
付属書 3	ICN 所信声明: 看護およびヘルスケア・サービスの管理.....	53
付属書 4	アクセス可能な公的保健医療サービス.....	55





2015年5月

看護師の皆様

医療費は世界中で高騰しており、全世界の保健医療制度及び住民にますます重い経済的負担を背負わせています。看護師は、保健医療従事者の中で、最大規模を誇る専門職として、質の高いケアを提供し、患者及び住民に最善のアウトカムをもたらしながら、効率及び効果の向上を推進できる立場にあります。

看護師は、財政、費用対効果と資源管理、医療費及びケアへのアクセスを含めた、保健医療提供の全貌に関心を持ち、理解しています。全ての看護師が日々の実践で1日に何度も下す判断は、制度全体の効率及び効果に重大な影響を及ぼします。看護師は、最高の質/アクセス/コストバランスを実現する中心にいます。そのため、看護師と政策立案者は、公平性の実現、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの提供、及び究極的には世界的な健康アウトカムの向上への最優先事項や決定因子として、ケア効果及び費用対効果の高い保健医療制度における看護の役割に焦点を当てなければならないのです。

2015年の国際看護師の日(International Nurses Day: IND)のテーマである「**看護師：変革の力 - 高いケア効果及び費用対効果**」は、世界中の保健医療制度を強化及び改善するための行動に対するICNの強い決意を表しています。これは、看護師の貢献を強化し、私たちが専門職として他の従事者が決して接触することのない、都市部、地方及び遠隔地のコミュニティに住む人達にまで手を差し伸べていることを認めるものです。つまり、世界の保健は、看護師なしには、そして、保健医療制度のあらゆるレベルにおける看護師の率先した貢献と関与なくしては、実現できません。

ICNのIND啓発文書は、看護師及び各国看護師協会が、費用対効果の高い方法でケアの質と患者安全を実現するための重要な手段として、保健医療制度の財政に関与し、豊富な知識を備えられるよう支援及び奨励するためのツールや情報を提供することを目的としています。この啓発文書では、資源の効率的活用を含めた医療財政の概要を提供し、効率的なサービスの提供、効果的な管理、効果的な保健医療労働力及び看護の価値を見ていきます。看護師が、この変革の課題に創造性と専門的な視野を活用するとどのようなことが可能になるのか、いくつかの例を示しています。これまでと同様に、皆様が、目立つように掲示したり、広く活用できる資料を、いくつか添付しています。啓発文書の最後には、看護師及び各国看護師協会が、それぞれの国でこの重要なイニシアティブを推進するために役立つアクション・アイデアが入っています。

---

ICN • CIE • CII

3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva - Switzerland - Tel.: +41 22 908 01 00  
Fax: +41 22 908 01 01 - e-mail: [icn@icn.ch](mailto:icn@icn.ch) - web: [www.icn.ch](http://www.icn.ch)

皆様の協会にも、独自の事例や独自に開発してきた他の資源があるでしょう。是非、それらの事例や資源を私たちと共有して下さい。私たちは、共有していただいた事例や資源を他の皆様と共有できるようにします。看護師は、社会のあらゆる環境にいる人々に最も近い保健医療専門職として、医療費の抑制及びケアの質の向上に、大きな影響力を持っています。

敬具

ジュディス・シャミアン  
会長

デビッド C・ベントン  
事務局長

# 第1章

## はじめに

敷かれた道を進むより、道なきところに自ら道を築いて進め — ラルフ・ワルド・エマーソン

国際看護師協会（ICN）は、「看護の将来ビジョン」において次のように述べている。「ICN内の結束により、世界の看護師の声を1つにする。私たちは、私たちが奉仕する全ての人々と私達が奉仕していない人々の擁護者として、社会正義、予防、ケア及び治療が、全ての人の権利であることを強く訴える。私たちは、保健医療の進歩の最前線におり、私たちの専門知識、数の強み、戦略的及び経済的な貢献、団結した取組み、及び市民、保健医療専門職、その他のパートナー、そして私たちがケアを提供する個人、家族、コミュニティとの協働を通じて、世界中の保健医療政策を形づくっている」（ICN 1999）

今年の国際看護師の日（IND）のテーマ「看護師：変革の力 - 高いケア効果及び費用対効果」は、崇高な ICN のビジョンの下で、全ての人々のよりよい健康アウトカムを達成するために、世界中の保健医療制度を変える行動への積極的な関与を呼び起こす。これを実施するために、看護師は、財政、費用対効果と資源管理、医療費及びケアへのアクセスを含めた、保健医療提供の全貌を理解する必要がある。

看護師は、圧倒的な数と多様な役割を備えているために、個々の看護師が日々の実践で1日に何度も下す判断は、制度全体の効率及び効果に重大な影響を及ぼす。看護師と政策立案者は、全ての人々がよりよい健康を実現するための最優先事項として、ケア効果及び費用対効果の高い保健医療制度における看護の役割に焦点を当てなければならない。

### 医療費の高騰

精神疾患を含めた非感染性疾患（NCDs）の増大する重い負担、高齢化社会、高額な治療や技術の革新及び増加するクライアントの需要により、世界中で医療費が高騰している（経済協力開発機構：OECD 2013）。高騰する医療費は、世界中の保健医療制度や住民に重い経済的負担を強いている。費用に関する情報は、財源、人材及び他の資源の制約の中で、状況をよりよくするための計画及び意思決定過程において重要である。

利用可能な資源を最大限活用することが、賢明である。看護師は、保健医療従事者の中で最大の構成員として、質の高いケアを提供し、最善の患者アウトカムをもたらし、できるだけ少な

いコストで大きな効果を上げられる立場にある。看護師が、医療財政、予算、資源配分及び戦略計画を適切に理解することが必須である。こうしたコンピテンシーは、政策立案及び資源配分に看護師が関与し、変革の力として、そして、費用対効果及びケアケア効果の高い専門職として、最前線に立って主導するために役立つ。

この IND 啓発文書の主要メッセージは、看護師は、「全ての人々により良い健康を費用対効果及びケア効果の高い方法で」を達成するための一策である、という点である。

### 医療費高騰の決定因子

全ての国において、保健医療の需要及び長期ケアが医療費を高騰させている。保健医療支出の増加要因には、人口動態によるものと人口動態以外によるものがある。人口動態による要素には、人口の増加及び高齢化がある。高齢者人口は、長期的な入院が必要となる慢性疾患や非感染性疾患の有病率増加により、保健医療の需要及び利用が多い (Palangkaraya & Yong 2009)。

また、高齢化は、複数疾患への罹患の増加とも関連している。例えば、先進国では、65～69 歳の 25%、80～84 歳の 50%が、2 つ以上の慢性的な健康問題を抱えており (WHO 2008a)、これらの健康問題は、コミュニティや専門家による保健医療サービス及び患者の長期ケアをより多く必要とする。

人口動態以外による費用増大の要因には、賃金インフレ、技術及び薬剤費等がある。高額な新薬及び診断・治療機器等の医療テクノロジーは、保健医療サービスと人々の健康状態に大きな進歩をもたらしたが、同時に保健医療支出増大の主要因にもなっている (OECD 2013; Costa-Font et al. 2009)。高騰する医療費は、不十分なヘルスリテラシーにも関連している。ヘルスリテラシーの低い人は、入院の頻度が高く、長期にわたって入院し、健康アウトカムが不良で、その結果、医療費が高い傾向にある (Baker et al. 2002; Berkman et al. 2004)。

世界の保健医療に関する年間支出は、約 5 兆 3000 億米ドルである (WHO 2010a)。世界の一部の地域では、感染性疾患による負担が相変わらず大きく、さらには、心臓病、がん、糖尿病及び慢性呼吸器疾患等の非感染性疾患の有病率はいたるところで増加しているため、医療費は今後も増え続けていくであろう。この傾向は、現在開発されているより優れた医薬品や治療の利用により、ますます拍車がかかる (WHO 2010b)。新薬や診断・治療技術の保健医療制度への導入が、新たな財源の確保よりも早いため、医療費が膨張し、より高い費用対効果が求められる、というのが現実である。

また、医療費は、人々に基本的な保健医療を提供する、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) の達成に取り組む国の数の増加による影響も受けている。



## ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ

健康の公平性という概念に支えられて、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）は、国際的に合意された保健及び開発政策の目標となっている。UHC は、全ての人々が、質の高い健康増進、予防、治療、リハビリテーション及び緩和ケアサービスを利用でき、同時にこれらのサービスの利用が財政的苦境を強いることがないように保証することを目指している（WHO 2013a）。

しかし、UHC は「どんなものにも当てはまる」のではなく、全ての人々に適用されるからといって、すべてのものが適用対象というわけではない。例えば、タイでは、がんの放射線治療と化学療法、外科手術、事故や緊急時の集中治療等の高額な医療サービスだけでなく、疾病予防、健康増進、処方薬、外来診療及び入院を、無料で患者に提供している。しかし、同国では、例えば、末期腎疾患のための腎代替療法は対象外となっている。国によりそれぞれの政策や資源に基づき、異なるサービスを提供している（WHO 2010b）。

UHC が掲げる 3 つの関連目標は（Carrin et al. 2005）：

- 保健医療サービスへのアクセスの公平性 - サービスの対価を支払える人だけでなく、サービスを必要とする人が、サービスを受けられること；
- 保健医療サービスの質が、サービスを受ける人の健康を向上できるものであること；
- 経済的なリスク保護を設定し、ケア利用の費用が、人々に財政的苦境のリスクを強くないように保証すること；

である。

これは、政府が、保健医療ニーズを満たすために、ケアの質を確保し、自己負担金による財政的苦境に陥らないよう利用者を保護しながら、UHC のための資源を創出し、資源を公平に分配し、そして、効率的に使用しなければならないことを意味する（Özaltın & Cashin 2014）。

ICN は、人々には公平に保健医療サービスを受ける権利があり、これらのサービスは、患者及び家族中心であり、エビデンスに基づくべきであると考え（ICN 2012a）。ICN が所信声明で述べた通り、「プライマリ・ヘルスケア・サービス、特に看護サービスへのアクセスとその公平性が、全ての人々の健康と安寧を促進するために重要である」（ICN 2007）。UHC は、全ての人々がよりよい健康アウトカムを達成する手段である。

## 健康と開発

健康は、開発の中心である。健康は持続可能な開発の指標及びアウトカムであると同時に、その前提条件である。なぜなら、健康な住民は長生きをし、生産性も高いため、健康は経済発展に重要な貢献をするからである。一方で、不健康な住民は、国の経済的収益をむしろ減らすことがある。例えば、アフリカでは、健康の向上及び平均寿命の延伸が、HIV/エイズの流行によって覆され、壊滅的な経済的影響を受けた（Bloom et al. 2004）。

健康は開発に貢献しているが、国際社会及び特に低所得国は、概して保健医療サービスへの投資にほとんど関心を示さず、特に保健医療労働力の課題に対する関心は低い。保健医療労働力は、経済発展や貧困削減に向けた投資ではなく、予算の浪費とみなされているようである。保健医療専門職の雇用に歯止めをかけ、保健医療サービスへのニーズが高いにも関わらず、保健医療専門職の失業が起こった国もあった（WHO & World Bank 2002）。

世界銀行と国際通貨基金（IMF）の構造調整プログラム（SAP）が実践した保健医療改革プロセスの結果、保健医療サービス及び看護人材提供の悪化が生じた。これらの改革の目的は、公的貸金のよりよい管理、公的支出の削減、公営企業の民営化、助成金の廃止、経済の自由化及び国の通貨の引き下げにより、費用を削減することであった（Liese & Dussault 2004）。

### ポスト 2015 年開発アジェンダにおける保健

2015 年を期限とするミレニアム開発目標（MDGs）は、目標の明確さ及び測定可能なターゲットであったことから、保健分野の開発に対する政治的支援を維持する上で大きな力を発揮してきた。次世代のポスト 2015 年開発目標をどのように定めていくかの議論も、まもなく完了する。その議論では、女子教育、健康の公平性とジェンダー平等、人権及び人の尊厳を含めた健康の社会的決定因子は MDGs で軽視された要素であり、これらへの取組みをポスト 2015 年における保健分野の優先事項とする必要性が強調された（WHO 2012a）。さらには、高齢化、非感染性疾患（NCDs）、気候変動による健康への影響及び人の移動や難民等の新たな優先事項への要求もある。また、健康と持続可能な開発の関係性の明確化も必要である。ポスト 2015 年の開発目標に保健分野を盛り込まなければならないという点では合意している。しかし、健康目標及びターゲットをどのように設定するかという点が明確になっていない（WHO 2012a）。

国際連合（UN）は、政府、市民社会及び民間セクターのリーダーで構成された事務総長有識者ハイレベル・パネルを招集し、ポスト 2015 年開発アジェンダ策定を主導している。ハイレベル・パネルは、2013 年 6 月にこのアジェンダに関する報告書を提出した。ハイレベル・パネルは、国際連合システム・タスク・チームからポスト 2015 年の広範囲な枠組みを定めた報告書を受領した。この報告書によると、枠組みは 4 つの柱から成っている：包括的な経済発展、環境の持続可能性、健康を含めた包括的な社会的発展及び人権、平等や持続可能性に裏打ちされた平和と安全、である（WHO 2013b）。

この諮問プロセスで、ポスト 2015 年開発アジェンダの新たな目標とターゲットが決まり、保健分野が重要な構成要素となるであろう。このアジェンダでは、MDGs の「未達成事業」が取り上げられ、新たな保健分野の問題が検討されることが予想される。保健分野の MDGs のターゲットは維持する一方で、NCDs 及びそのリスクファクターの拡大という課題も、明確な指標を付与され、アジェンダに取り上げられると考えられている（WHO 2012b）。

### 世界的な看護労働力不足がもたらす影響

#### 景気の低迷が看護労働力確保及びケアへのアクセスに与える影響

2008 年に始まった世界的な経済危機は、世界的な看護師不足が保健医療の需要の高まりに直面している時に、雇用及び人員配置レベルに制約を与え、看護労働力及びケアへのアクセスに甚

大な影響を与えた。世界中の多くの国で、政府は、特に看護に関する保健医療関連の支出を削減した。発展途上国の多くでは、UHC に向けた進歩が、全人口に質の高いサービスを提供する、適切な人数、適切な配置及び適正なスキルを備えた保健医療労働力の不足により妨げられている (WHO 2006)。また、先進国でも、世界的な景気低迷による予算削減により、保健医療従事者が著しく不足している (Sousa et al. 2013)。ルーマニア等、ヨーロッパの最貧国の中には、保健医療予算を 25%削減したところもある (International Medical Travel Journal 2011)。

さらに、この経済危機により、看護師の多くが、国外や看護職以外の場所で仕事を探さなければならなくなった。例えば、2013年11月には、アイルランド看護師助産師協会 (INMO) は、次のように伝えている：「アイルランド看護師・助産師審議会は、2009年から2012年の間にアイルランドを離れた推計 5,000 人の看護師に加えて、(中略) 登録看護師 1,231 人が、今年に入ってから 10 カ月の間に、国外で就労するための証明書を求めたことを明らかにした。INMO は、この数字を非常に憂慮すべき事態と捉え、1,500 人の新卒者が求職中であることから、この『頭脳流出』が加速すると警告している。INMO 事務理事 Liam Doran 氏は、(中略) この数字は、毎週 50 人の新卒者が国外で仕事をしようとしていることを示しており、そして、これらの新卒者は、4 年制課程で教育するためにかかる費用である 1 人あたり 75,000~80,000 ユーロをツケにしたまま、去っていくと付け加えた」 (INMO 2013/2014)。

看護師は、保健医療専門職の中で最大のグループであり、医療費総額の大部分を占めている。その結果、緊縮経済の際には、看護師の数が最初に削減され、患者安全やケアの質に悪影響をもたらす。具体例を挙げると、アイスランドでは、費用削減のための保健医療施設の統合、解雇や人員削減及び超過勤務やシフト手当の削減が行われ、その結果、不満度が高まり、景気低迷は看護師に悪影響を与えた (ICN 2010)。同様に、12のヨーロッパ諸国の看護師の研究は、看護師の多くが不満を抱いており、離職を考えていることを明らかにした。看護師の不満は、賃金、教育の機会及び専門性発展の欠如と関連していた (Aiken et al. 2013)。

### 世界的な看護師不足

以下に挙げた国は、深刻な看護師不足を示す、厳しい見通しの例である。

- マラウイは、深刻な看護師不足の状態にあり、看護師が必要数の 25%しかいない。2010年、マラウイは看護師対人口の比が 1.7:10,000 であったが、人口 10,000 人に対する看護師数は 3.4 人にまで改善したと言われる。しかし、WHO が推奨する人口 10,000 人に対して看護師 50 人の比率を大きく下回る (Mphande 2014)。

この状況は、他の南部アフリカ諸国でも同様である (Nullis 2007)。

- 南アフリカでは、人口 10,000 に対する看護師数は 39.3 人であるが、その多くは民間セクターで働いており、看護師不足は地方で特に深刻である。この看護師不足が、エイズケアと治療サービスの拡大における課題の 1 つとなっている。

- 同じくエイズによる深刻な影響を受けているレソトでは、人口 10,000 人に対する看護師数はわずか 6.3 人である。看護職の半数以上が欠員状態であり、保健医療サービスへのアクセスの不足につながっている。
- モザンビークでは、人口 10,000 人に対する看護師数は 2 人である。その結果、ある地区では、多くの患者が抗レトロウイルス治療の開始を 2 カ月待つ間に亡くなった。

ガイアナ、ジャマイカ、セントルシア、セントビンセント・グレナディーン諸島、及びトリニダード・トバゴの、カリブ共同体 (CARICOM) の 5 つの国でも、看護師不足は深刻である。これらの地域の看護師数は、推計で約 7,800 人 (2007 年) である。これを割合に直すと、CARICOM 諸国での人口 10,000 人に対する看護師数は 12.5 人であるが、OECD 諸国における割合はその 10 倍であることを考えると、好ましくない状況である (World Bank 2009)。CARICOM 諸国では、プライマリ・ケアに従事する看護師は 10%にも満たず、人口動態及び疫学的変化に関する健康課題に効果的に対応するには、不十分なレベルである。未充足率は 30% である。看護師不足には様々な原因があるが、移動による年間 8%の離職率が、看護師不足に拍車をかけている。英語圏の CARICOM<sup>1</sup> 諸国で教育を受け、国外で働く看護師は、英語圏の CARICOM 諸国内で働く看護師のおよそ 3 倍にも上ると推計される (World Bank 2009)。

アメリカ大陸では、人口 10,000 人に対する看護師数は、チリの人口 10,000 人に対して看護師 1.4 人から、カナダの人口 10,000 人に対して看護師 92.9 人まで、様々である (WHO 2014)。

CARICOM では、HIV/エイズの有病率が比較的高く、NCDs の有病率も増加していることから、プライマリ・ケアを提供する看護師の割合の全体的な低さは、効果的な介入を通じて、こうした状況を予防し、コントロールする CARICOM の能力に関して重要な意味をもつ (UNAIDS 2007; Hennis & Fraser 2004)。実際に、CARICOM 諸国における過去の研究では、糖尿病患者の血糖値コントロール等、看護師により管理されたプライマリ・ケア・サービスを、強化・拡大する必要があることが示されている。しかし、看護師不足により、これらのサービスへのアクセスが制限されている (Hennis & Fraser 2004)。

同様に、OECD 諸国も看護師不足及び保健医療サービスのアクセス、安全性と質に与える影響について懸念を表明している。OECD 諸国の大半は看護師不足を報告しており、オーストラリアは、2025 年までに 109,000 人の看護師が不足すると予測している (Health Workforce Australia 2012)。最近の英国の調査 (NHS Employers 2014, p.14) では、調査対象機関の 83%が、有資格の看護労働力不足を経験していると回答した。

### 看護師不足が患者に与える悪影響

看護師は、困難な時代に保健医療制度がより高い費用対効果及びケア効果となるように助け、質の高いケアを提供する不可欠な力である。看護配置レベル及び労働環境は、患者ケアに直接影響する。

<sup>1</sup> 注：英語圏の CARICOM には、以下の国々が含まれる：アンティグア・バーブーダ、バハマ、バルバドス、ベリーズ、ドミニカ、グレナダ、ガイアナ、ジャマイカ、モントセラト、セントクリストファー・ネイビス、セントルシア、セントビンセント・グレナディーン諸島及びトリニダード・トバゴ。

医療施設認定合同委員会（Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations）の報告書によると、米国で、不十分な看護配置が、患者の死亡、傷害、または永久的な機能喪失を含む事例の 24%の原因となっている。また、報告書には、長期療養施設の 90%が、最も基本的なケアを提供するのにさえ、不十分な看護配置であり、2020 年までは、看護師の数がさらに減るだろうと記載している。しかし、質の高い患者ケア、看護の卓越と革新で知られる、米国の「マグネットホスピタル」は、良好な労働条件と資金の増加で看護師不足を見事に回避、または克服した（Joint Commission 2005）。

研究によるエビデンスは、患者に対する看護師の比率が高い病院では、死亡率が低いことを明らかにしている（Aiken et al. 2014）。同様に、低い看護配置、労働負荷の増加、不安定な看護部門の環境は、転倒や誤薬を含めた、患者の望ましくないアウトカムと関連していた（Duffield et al. 2011）。

労働環境の改善と患者対看護師の比率の減少は、ケアの質と患者の満足度の向上に関係していた（Aiken et al. 2012）。また、同研究では、病院ケアの質の不足は一般的であることを明らかにし、病院の労働環境の改善は、病院のケアの安全性と質の改善、及び患者満足度の向上を、比較的低コストで行う戦略となりうると結論づけた。

世界的な看護師不足は、保健医療制度及び患者を傷つけ、さらには、看護師にも悪影響を及ぼしている。

### 看護師不足が看護師に及ぼす影響

コミュニティは、患者ケアにおける看護師の卓越性を求めている。そのことから看護師は、提供するケアの質にふさわしい労働条件と報酬を得るべきである。しかし、世界の至る所で、看護師の社会経済福祉は、不十分または不適切である。看護師の中には、非常に厳しい条件で働いている者がいる。先進国でも、発展途上国でも、看護師は、仕事量の増加によるストレスに晒され、過剰な負担を強いられている。

看護師不足は、看護師が、疲労、怪我及び仕事への不満足につながりうる、ストレスの多い状況で長時間働くことを意味する。看護師不足の国の看護師は、他の看護師が、給料の良い民間セクターの仕事や国外での機会を求めて離職することで、過度の仕事量を抱え、疲弊している。仕事量の増加、長時間労働、及び質の高いケアを提供するために必要な資源がないことにより、仕事への不満足が高まっている（Aiken et al. 2013）。

こうした理由により、ICN は、「交渉によるリーダーシップ・プログラム」と「働きやすい看護実践環境（PPE）キャンペーン」等のプロジェクトを通じて、世界中で看護師の職場安全の向上に努めている。2010 年に開始した PPE キャンペーンの目的は、関心を高め、良好な実践を特定し、管理者や保健医療専門職のためのツールを開発し、及び国や地域で実践環境を改善するためのプロジェクトを実施することにより、保健医療サービスの質を向上することである。このキャンペーンは、安全で、高い費用対効果をもち、健康な職場を推進し、これにより、最終的には保健医療制度を強化し、患者安全を向上する（ICN 2013a）。

## 看護師失業の矛盾

看護師不足であるにも関わらず、新卒看護師が職を見つけられない国もある。例えば、2006年にWHOは、グレナダ、ウガンダ及びザンビアでは、各国の保健医療制度で看護師の給料が支払えないため、看護師が失業していると報告した（WHO 2006）。オーストラリアのような先進国でも、就業できない看護師がいた。オーストラリア看護・助産連盟（ANMF）は、高度な教育を受けたオーストラリアの看護・助産学校の卒業生 3,000人以上が、正規雇用職を見つけられず、これが専門職の労働力に関する最大の課題の1つになっていると報告している（ANMF 2014）。

これは、看護師不足という背景下で、看護師が失業しているという矛盾に他ならない。例えば、2005年にVolqvartzは、ケニアでは、看護職位の半数が空きになっているが、ケニアの全看護師の3分の1が失業していると伝えている（Volqvartz 2005）。同様に、タンザニア、フィリピン及び東欧の一部でも、多くの看護師は、予算が付いて職位が確保されれば自国で就業できるだろうとの希望を抱いて、自分たちのコンピテンシーを維持するため無償で働かざるをえなくなっている（Kingma 2008）。これらのデータは最新のものではないが、状況が改善していることを示すエビデンスもない。

上述のとおり、保健医療労働力は予算の浪費と考えられ、保健医療サービスに対するニーズが高いにも関わらず、保健医療専門職の雇用に抑制をかけている国もあることから、保健医療専門職が失業する事態が起こった（WHO & World Bank 2002）。公共支出や賃金の削減、公共サービスの民営化、通貨引き下げ及び助成金の廃止等の費用削減措置により、保健医療の改革を推し進めた結果、サービスが低下し、保健医療労働力が崩壊した（Liese & Dussault 2004）。

エビデンスは、看護配置数の増加が、患者アウトカムをよくすることを支持している。住民のニーズに基づく適切な労働力計画が、住民の健康向上に役立つ。

## 医療財政と政策に看護師が関与すべき理由

ICN 看護師の倫理綱領（ICN 2012b）は、ケアの継続性を提供するという看護師の職業的責任、及び公平性と社会正義を擁護する看護師の役割を支持する。健康の社会的決定因子への取り組み、及び女性と子どもに対する暴力の低減における看護師の役割は、社会への看護の付加的な貢献を示す例である。健全な保健医療政策に関する対話の推進に看護師が関与することは、看護の潜在能力を実現する鍵である。

患者の擁護者、患者ケアの専門知識、及びコミュニティに焦点を定めた専門職としての資質を考えると、看護師は、公平性と費用対効果の両方を兼ね備えた保健医療政策の形成に、重要な貢献ができる理想的立場にある (Lathrop 2013)。様々な場面における保健医療の消費者との密接な交流により、看護師は、健康ニーズや環境因子がクライアントやその家族の健康にどのように影響するか、また様々なサービスや介入に人々がどのように反応するか等を十分に理解することができる。しかし、看護師には、政策立案者の支援やケアを革新するための資金が不足していることがよくある。例えば、経営層の看護師は、エビデンスに基づく実践 (EBP) を、質の高いケア、患者安全及び患者アウトカム改善の推進力とみなしている。しかし、資金は不足し、EBP に割り当てられた予算はごくわずかである (Elsevier Clinical Solutions 2014)。

看護師は、ヘルスサービスにおける計画および意思決定と、適切で効果的な保健政策の開発において重要な貢献を果たす。看護師は、健康の決定因子、保健医療従事者としての備え、ケア提供システム、保健医療ケア財政、ヘルスケア倫理に関する社会政策に寄与することができ、また関与すべき立場にある。

ICN (2008a)

看護師は、保健医療チームの中心にいる。看護師は、患者とその家族が、ケアに関与する他のサービス提供者とどのように交流するかを理解している。看護師は、保健医療サービス提供の費用と質の制約がある中で働いており、保健医療における費用対効果を目指す政策が及ぼす影響について、助言する立場にある。看護師が決定に影響を及ぼし、決定を形成するために、政策立案と実施の方法、及びその広範な背景を明確に理解する必要がある。政策開発の理解がなければ、看護はこの過程に介入できないであろう (ICN 2005a)。

また、看護師は、住宅やコミュニティ環境の設計に関して自分たちの見解を共有するなど、自立を支え、外傷につながるリスクを回避するために、保健医療分野以外にも関わる必要がある。例えば、電気コンセントを床レベルに設置するのではなく、腰の高さに設置することで、バランスに問題のある人が、より長く自宅で生活を送ることができる。つまづきや転倒を予防するために、色を使用することは、自立を促し、保健医療サービスのニーズを減らすことができる。

保健医療の質と保健医療サービスへのアクセスの向上は、世界の 1,600 万人を超える看護師が、どの程度、費用対効果及びケア効果を高めるために力を合わせられるかにかかっている。また、これらは、財政、保健医療政策、意思決定プロセス等の重要な課題に関する最新の知識や情報を、いかにして看護労働力に提供するかによっても左右される。最大規模の保健医療専門職として、看護師は、公平性、UHC、そして、最終的には世界全体の健康アウトカム向上に向け、最前線に立って変化を主導する鍵である。

「看護師1人1人が、議論に参加し、政策策定会議に出席し、看護の声を届けなければならない。その声なくして、政策は完成しない」

ジュディス・シャミアン, ICN会長 2013-2017  
ICN2年毎 報告書, 2012-2013

保健医療制度を強化するために、看護師は、政策形成、多職種チーム内での効果的な働き、保健医療サービスの計画・管理、保健医療計画・提供において、コミュニティや重要な利害関係者との交流、及び保健医療制度への資源の流れの増加のためのロビー活動に向け、十分に備える必要がある（ICN 2005b）。

このように、看護師は、日々の患者の生活、保健医療制度、コミュニティ及び専門職に変化をもたらす、独創的で革新的な解決策を提供できるよう、戦略的に立場を確立していかなければならない。

高いケア効果及び費用対効果を提供する保健医療制度を確立し、確実なものにしていく上で、看護師が、政府や他の資金提供者の欠かすことのできないパートナーだというのは、こうした理由からである。

#### アクションポイント

あなたの臨床現場で：

- 職場で使用されている、必須の資材や機材の費用を把握する。
- 日常実践において、医療費を削減するには、看護師は何ができるか？

国レベルで：

- あなたの国で、看護師が現在直面している費用面での制約は何か？
- 看護師はこの問題にどのように対応できるか？

次章では、質の高いケアを提供するための、医療財政モデル及び資源の効率的な使い方について述べる。



## 第2章

### 医療財政

問題を作り出した時と同じ思考では、その問題を解決することができない

—アルベルト・アインシュタイン

保健医療支出の課題は、様々な国でアジェンダの中心であり続け、資源の制約の中で人々の健康ニーズを満たすため、多くの財政イニシアティブが実践されてきた。医療財政の目的は、保健人材、診断・治療技術、医薬品及びその他の支出に関わる費用を満たすことである。そのために、医療財政には、3つの主要な要素がある：保健医療に対する十分な資金を調達すること、アクセスの経済的障壁を取り除くこと、及び利用できる資源をより有効に活用すること、である（WHO 2010b）。

低コストで質の高いケアを実現するには、これからも費用対効果及びケア効果が高い専門職であり続けるよう、変化に対する看護師のリーダーシップが必要である。医療財政の過程と仕組みを正しく理解することは、健康の公平性及びユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（UHC）に向けた看護のリーダーシップと擁護の基礎となる。

#### 保健医療の主要財政モデル

医療財政及び保健医療提供は、両者が密接に連携することでより効果的となる。財政構造は、貧困層に重い負担を強いることなく、ケアへの普遍的なアクセスを可能とする必要がある。すなわち、これは、自己負担金、保健医療施設までの距離や移動時間のようなアクセスへの障壁、及び質の高いケアへの障壁を取り除く、健全な財政モデルを整備することを意味する。

保健医療サービスの財政構造には、いくつかの方法がある（WHO 2010b; Macdonald 2009）。以下に例を紹介する：

**税金基盤の財源：**これは、サハラ以南アフリカ及び南アジアの大半で、最も広く採用されている財政モデルである。このモデルでは、保健医療サービスの費用は、所得税、輸入関税及びたばこ・酒税等の一般政府歳入から支払われる。このメカニズムは、一般的に貧困層に擁護的である。しかし、ケアの質及びケアへのアクセスに対する懸念から、貧困層は保健医療サービスの利用を控えるかもしれない。

**社会保険財政または積立金：**このメカニズムでは、保健医療サービスの費用は、被用者や雇用者等の保険料からなる保健医療基金から支払われる。これは、保健医療への支払いによる経済

的リスクを、病気になった個人ではなく、共同出資する全メンバーで負担する。加入は強制であるが、自営業等は任意の場合もある。

**民間保険**：個人が、受けるサービスの費用に見合った保険料を定期的に支払う。このメカニズムでは、健康リスクの高い人はより高額を、健康リスクの低い人はより低額を支払うこととなる。このモデルは、主にカナダや英国等の国民医療制度がある先進国で見られる。富裕層は、民間のサービスや国民医療制度では受けられないサービスを利用するために、追加でこの保険に加入する。加入は任意である。

**利用者負担または直接支払い**：このメカニズムでは、保険料や費用の相互負担はなく、個人が利用した保健医療サービスに対して、直接、自己負担で支払う。サービスを受けた時点で支払わなければならないことが、特に健康増進や疾病予防のサービスにおいて、サービスの利用を躊躇わせたり、適切なタイミングの受診を遅らせたりする。また、このシステムは、人々に経済的負担を強いることもある。

どのモデルを採用するにしても、ケアの質が約束されていなければならない。人々が保健医療サービスの質は低いと認識すると、サービスを利用しなくなる。様々な財政構造から選択するにあたって、人がケアの中心であるということを忘れてはいけない。つまり、税金、保険料及び寄付を通じて、保健医療サービスに必要な資金を提供するのは、人なのである。そして、資金調達を行う主な理由は、人々の健康と福祉の向上である。医療財政は、その目標を達成するための手段であり、それ自体が目標ではない（WHO 2010b）。

表 1. 医療財政の主な動向

動向	目的	国
税金基盤のシステムに利用者負担を導入、または増加する	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 歳入の増加及び資源のより効率的な活用</li> <li>- 消費者に対する説明責任の拡大</li> </ul>	サハラ以南アフリカの多くの国
現在、利用者負担と税収を基盤としているシステムに、コミュニティ基盤の医療保険システムを導入する	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 利用者負担による経済的障壁の軽減</li> <li>- 資源のより効率的な活用の推進</li> <li>- 歳入の増加</li> </ul>	タイ、インドネシア、インド、タンザニア、ウガンダ
税金基盤から社会医療保険型システムに移行する	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 独立した持続可能な保健医療財源の確保</li> <li>- 歳入の増加</li> </ul>	タイ、東ヨーロッパ、ガーナ、ナイジェリア、ジンバブエ
複数の州の保険基金を統合する	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 公平性の向上及び細分化の防止</li> <li>- 管理効率の向上</li> </ul>	メキシコ、コロンビア、その他、中南米諸国

出典：Bennett & Gilson (2001)

## 貧困層重視

UHC のための財政については、政策が「貧困層に擁護的」であり、その財源確保に貢献できない人々、または保険料を負担できない人々を排除しないことが重要である。「貧困層に擁護的」な医療財政システムの重要な要素は、以下である (Macdonald 2009) :

- 医療費の拠出は、支払能力と関連する
- 貧困層が、疾病に関連する経済的リスクから保護される
- サービスへのアクセスが可能である – 地理的なアクセス及び質を含める

UHC を実現するために、財政システムは、人々が、健康増進、疾病予防、治療及びリハビリテーション等の一連の保健医療サービスを、財政的苦境なく利用可能とする必要がある。しかし、多くの国では、何百万人という人々が、サービス利用時の直接支払いのために、保健医療サービスを利用できず、自己負担金の支払いのために、貧困に陥っている。資金積立等のような前払いの仕組みは、経済的障壁を取り除き、必要時のサービスへのアクセスを向上できる (WHO 2010b)。

## 保健医療サービスの費用

保健医療への投資額を決定するには、サービスの費用を知ることが重要となる。主要な保健医療サービスを提供するために必要な費用に関する WHO の新たな推計によると、調査を行った 49 の低所得国では、平均で 1 人あたり 44 米ドル未満ほどが必要であったが、2015 年までに 1 人あたり 60 米ドルを少し上回るほどに増加する見通しである (WHO 2010b)。この推計には、様々な介入を提供するための保健医療制度の費用拡充が含まれる。また、非感染性疾患及び保健分野の MDGs である乳幼児死亡率の削減、妊産婦の健康の改善、HIV/エイズ、マラリアやその他の疾病の蔓延の防止への介入も含まれる。これは、低所得国も、費用対効果の高い方法で、重要な保健医療サービスの費用を提供できることを意味する。

## 資源の効率的な活用

第1章で述べたように、医療費は世界中で高騰しており、費用対効果及びケア効果が高い方法で、利用可能な資源を活用することが重要である。ところが、不要な支出が、保健医療資源のかなりの部分を占めている。例えば、米国では、保健医療支出全体の半分である、最大1兆2000億米ドルが、乱費によるものである (PwC Health Research Institute 2010)。米国医学研究所 (IOM) の報告書では、不要な保健医療支出が、2009年だけで総額7500億ドルに上ると推計された (IOM 2012)。乱費が最も大きいのは、特に米国の場合、「防衛的医療」と呼ばれる分野で、保健医療の利用者が訴訟を起こすのを防ぐため、不適切または不要な検査や処置を行うことである (Thomson Reuters 2009)。その他、支出に多くの乱用が生じる原因として、患者が医学的助言や治療に従わないこと等が挙げられる (IOM 2012; Sabate 2003)。

ヨーロッパ保健医療不正・腐敗ネットワーク (EHFCN) は、約5兆3000億米ドルに上る世界全体の年間保健医療支出のうち、ミスや不正行為による損失は、6%弱の約3000億米ドルであると述べている (EHFCN 2010)。利用可能な資源を十分に活用できている国は多くなく、調達不

足、非合理的な医薬品の使用、または非効率的な人材及び技術資源の活用により、他の国より損失が大きい国もある。すなわち、非効率性のレベルが異なるということは、同じ資源を持つ他の国と比較して、ある国では、人々により広くサービスを提供し、より優れた健康アウトカムを実現しているということを意味する。例えば、ブラジル、チリやコスタリカでは、保健医療に1人あたり400米ドル以上を費やしているが、ブラジルの平均余命は72歳で、他の2カ国の78歳と比較するとより短い（Chisholm & Evans 2010）。

保健医療提供者への支払方法及び彼らに支払われる料金は、提供者の行動に影響を及ぼす。これは、経済シグナルやインセンティブを作り出し、医薬品の処方や診断検査を含むサービスの範囲に関する提供者の決断に影響を及ぼす。適切なインセンティブは、ケアの質向上、優先的サービスへのアクセスの拡大、または効率的な資源活用等の保健医療制度の目標達成に向けて、提供者の行動を導くことができる。一方で、支払方法によっては、保健医療提供者が私腹を肥やし、資源の乱用を助長することもある。例えば、出来高払い制度では、サービスを提供しただけ収入が増えるため、提供者がより多くのサービスを提供しようとするインセンティブになる。同様に、人頭払い制度では、患者1人につき決められたサービスに対して保健医療提供者に固定額が支払われるため、提供者が収入を増やすためにより多くの患者にサービスを提供しようとするインセンティブを生み出す（Özaltın & Cashin 2014; Chisholm & Evans 2010）。

多くの保健医療制度では、看護費用を分離せず病室料金の一部に含めている。しかし、追加費用に結びつく救命や合併症は看護ケアに密接に関係することが、研究より明らかになっている。従って、ケア効果及び費用対効果の高いシステムを追求していく上で、看護配置の方法を理解することは、極めて重要である。そのため、政策立案者は、インセンティブが患者への迅速な対応や資源の効率的な活用等の保健医療制度の目標に沿うように、支払方法と支払料金を決めていかなければならない。

### 非効率を生む主な原因

保健医療制度を非効率的にする主な原因には、以下が含まれる（Chisholm & Evans 2010）：

- ブランド医薬品を過度に使用し、後発医薬品の使用が少ない
- 低水準の偽造医薬品を使用する
- 資材や機材を過度に使用し、検査や処置を必要以上に行う
- 不適切または費用のかかるスタッフミックス、モチベーションの低い職員
- 不適切な入院や入院期間
- 医療過誤及び低いケアの質
- 乱費、不正行為及び詐欺行為
- 低コスト・高効果の介入に資金を投入せずに、高コスト・低効果の介入に資金提供する等、非効率的または不適切な戦略

世界全体で、処方薬の半分以上が、不適切に処方、投与または販売されていると推計される（WHO 2010c）。医薬品の非合理的な使用には、様々な形態がある：複数の処方や多剤投与、抗生物質や注射の過剰使用、臨床ガイドラインに従わない薬の処方、不適切なセルフ・メディ

ケーション、等である (Holloway & van Dijk 2010)。こうした非効率性に加えて、患者の半数が処方・調剤の通りに医薬品を服用していないと推計され (Sabate 2003)、保健医療制度における浪費や非効率性と共に、抗菌薬耐性の増加へと導いている。

一方で、必須医薬品に絞った合理的な薬の使用により、医薬品支出が抑えられる。例えば、オマーンでは、必須医薬品にこれまで以上に焦点を当てた国民医薬品集が発行された。より責任ある医薬品使用のアプローチによって、2003～2009年の医薬品支出が当初の予測より10～20%節約された (WHO 2012c)。

同様に、タスク・シフティングやタスク・シェアリングのような人材の合理的な活用は、十分な費用の節約につながる可能性がある。具体例を示すと、南アフリカでは、医師からプライマリ・ケアに従事する看護師に抗レトロウイルス治療をタスク・シフティングしたことによって、より低コストで、結核発見の向上、白血球数の増加、体重増加及び治療コンプライアンスの向上を達成できた (Fairall et.al 2012)。

### 保健医療の非効率性と質の低いケア

医療過誤、院内感染や褥瘡等の有害事象を引き起こす質の低いケアにより、入院の長期化や医療費の増加が生じ、保健医療分野での非効率や資源の浪費につながることもある。

### 医療過誤

医療過誤は、患者安全にとって深刻な脅威である。これは、人員不足や不十分な管理等の脆弱な保健医療制度の結果、生じることがある。医療過誤が発生すると、入院が長期化し、医療費がかさむとともに、患者やその家族に苦痛や苦難を与え、患者の死にさえ至ることがある (WHO 2005)。有害事象の報告は、患者安全の問題を明らかにするために重要である。しかし、報告して終わりではない。報告は、過ちから学び、組織の安全文化を変えることで、患者安全を向上するための手段である。効果的な患者安全に関する報告システムは、ミスを経験した人が恥をかいたり、責められたりするような懲罰的なものであってはならない。その上で、過ちから学び、実践に変化をもたらせるよう、その情報を普及しなければならない (WHO 2005)。

医療過誤の問題は大きく、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド及び米国では、健康問題を抱える成人の4分の1が、英国では5分の1が、過去2年間に誤薬や医療過誤を経験したと回答した (Blendon et al. 2003)。米国では、予防可能な深刻な誤薬が、入院患者380万人に起こっており、年間約164億米ドルもの費用が発生し、さらに、外来患者では、毎年330万人、年間42億米ドルもの費用が発生している (Massachusetts Technology Collaborative and NEHI 2008)。米国医学研究所は、報告書「人は誰でも間違える (To Err Is Human)」で、予防可能な誤薬により、米国では、毎年7,000人が死亡していると推計した (IOM 1999)。

誤薬を全体的に減少させるには、経済的インセンティブから、ミスの根本原因に迫る組織及びケア提供体制の改善まで、多面的なアプローチが必要である。

## 医療関連感染（HCAI）

HCAI に起因する世界全体の負担は、信頼できるデータの収集が困難なため、今なお不透明である。しかし、HCAI 罹患率は、様々な患者集団において、高所得国では約 7.6%であることが、複数の研究で明らかとなっている。欧州疾病予防管理センター（ECDC）は、ヨーロッパでは患者 4,131,000 人が感染し、毎年約 4,544,100 件の HCAI が発生したと推計した。米国における 2002 年の HCAI 罹患率は、推計 4.5%であった。これは、1,000 総入院患者数あたり 9.3 件の感染が発生し、170 万人の患者に感染したことになる。発展途上国における HCAI の負担に関するデータは不十分である。しかし、資源が限定された保健医療現場での研究によると、HCAI 罹患率は 5.7%から 19.1%までと広範囲にわたり、プール解析による罹患率は 10.1%であった（WHO 2011）。

HCAI は、入院の長期化、長期的な障害、抗菌剤耐性の増加、保健医療制度への財政負担、患者とその家族への高額な費用及び超過死亡の増加につながる。ヨーロッパでは、HCAI により、述べ 1,600 万日入院が長引き、3 万 7000 人が死亡し、推計で年間 70 億ユーロの経済的損失を引き起こしている。米国でも、HCAI で年間 99,000 人が死亡し、その経済的損失は 2004 年に 65 億米ドルであった（WHO 2011）。

HCAI は、巨額の経済的損失を伴った予防可能な疾病や死を招くことは明らかである。HCAI を、患者安全に関わる課題として優先的に取り上げ、看護師を感染予防、患者安全及びシステムの効率化の中心として、総合的なアプローチで取り組まなければならない。

## 褥瘡

褥瘡は、患者安全及びケアの質における課題である。英国では、褥瘡治療費の分析により、その治療費は 1,214 ポンド（カテゴリーI）から 14,108 ポンド（カテゴリーIV）と様々であることが明らかになった。褥瘡の重症度に応じて、治療費は高くなる。英国では、褥瘡治療は、患者及び保健医療提供者の両者にとって、重大な経済的負担であることは明らかである（Dealey et al. 2012）。

米国では、毎年 250 万人の患者に褥瘡が発生し、その経済的損失は推計で年間 91 億から 116 億米ドルに上る。褥瘡患者 1 人あたりの治療費は、20,900 から 151,700 米ドルである。褥瘡のない患者の平均入院日数は 5 日であったのに対して、褥瘡のある患者の平均入院日数は 14.1 日であった（Russo et al. 2008）。

病院内で発生した褥瘡は、単純に看護ケアの過失ではなく、むしろ、保健医療制度全体の問題である。褥瘡予防は多職種の責任であるが、その中心を担うのは看護師であり、看護師は費用対効果及びケア効果の高い立場にいる。協調した取組みなしには、人口高齢化が進む今後、費用はさらに増大するであろう。

## 保健医療制度の効率性向上に向け、看護師ができること

看護師は、変革の力として、無駄を省き、効率性を向上する機会に接している。他の保健医療専門職及び意思決定者との協力で、看護師及び他の保健医療専門職は、以下ができる:

- 処方ガイダンス、情報、研修及び実践を向上する
- 偽造医薬品の発見や監視について、個人とコミュニティを教育する
- 臨床ガイドラインとエビデンスに基づくベスト・プラクティスを開発及び導入する
- タスク・シフティング等、スキルとニーズを適合させる方法を実施する
- 感染予防手順を遵守し、病院における衛生基準を向上し、ケアの継続性を提供し、臨床監査をより頻繁に実施する
- 病院のパフォーマンスを監視し、臨床決定を導くためにデータを活用する
- 管理負担を軽減する
- 介入、技術、医薬品や政策オプションの費用及び影響に関する政策エビデンスを評価し、取り入れる

看護師は、費用対効果及びケア効果の高いサービスを提供する保健医療制度の中核を担っている。しかし、現在の世界的な看護師不足が、保健医療制度を効率的に運営する上で重要な課題となっている。

### アクションポイント

- あなたの国における、主な医療財政モデルは何か？
- その医療財政モデルは、UHCを推進しているか？
- あなたの職場における、保健医療資源の無駄の主な原因は何か？
- 日々の実践で、無駄を減らし、効率性を向上するために、看護師ができることは何か？

第3章では、チームケア、効果的なコミュニケーション及び保健医療制度パフォーマンスの最適化を含めた質と費用対効果の変革を追求するための最新のエビデンスや必要なスキルへのアクセスを通じて、看護師がより高い費用対効果及びケア効果を追及するための方法を見ていく。





## 第3章

### より高い 「ケア効果及び費用対効果」を

看護において、毎年、毎月、毎週、進歩しない限り、後退していることになる  
— フローレンス・ナイチンゲール

ICN には、看護師をケア効果及び費用対効果の高い人材へと導いてきた長い歴史がある。出版物、所信声明、プロジェクト及び会議を通じて、ICN は、世界中の看護師の知識伝達やコンピテンシー開発のアジェンダを実施する。ICN の 5 つの基本的価値観の 1 つは、先見性のあるリーダーシップである。この基本的価値観は、特に変革へのリーダーシップや交渉によるリーダーシップの両プロジェクト、及び ICN バーデット世界看護指導者機関を通じて、認識された。

世界中で医療費が高騰していることから、国や政府が負担でき、持続可能なレベルの費用に抑える措置が必要である。費用抑制の圧力があることから、保健医療及び看護の資源の最適な活用方法に関する理解をより深める必要性が強調されている。看護管理者やリーダーは、求められるケアのアウトカムを達成すると同時に、費用抑制を実現するためのアプローチやツールを活用する必要がある。その方法の 1 つが、費用対効果分析である。

#### 費用対効果及びケア効果の定義

保健医療サービスは、財源及び人材の制約の中で提供されるものであり、医療費とその利益の両方を十分に考慮しなければならない。看護師は、「費用対効果的」及び「ケア効果的」であるとよく聞く。そして、この 2 つの用語の理解が、最適な資源活用の意思決定をする上で重要である。

費用対効果分析（CEA）を行うことで、意思決定者は、防いだ下痢性疾患の数、救命した寿命年数または向上した生活の質のような健康アウトカムを測定することで、金銭面ではなく、「健康」面における健康利益を数値化できる（Neumann 2005）。これは、2 つ以上の保健医療介入の比較によって、より少ないコストで特定のアウトカムを達成できる介入を判断するために使用される。例えば、この費用対効果分析は、医師または看護師のどちらが予防接種を実施すると、より少ないコストでよりよいアウトカムを達成できるかを比較するために使用できる。また、2 種類の高血圧治療薬を比較して、どちらがより少ないコストでよりよいアウトカムを達成できるかを判断するために使用できる。

介入は、コスト、健康アウトカムまたは健康利益の観点から比較される。その目的は、より少ない資源で保健医療アウトカムを達成し、関連概念である「ケア効果」に導くことである。

また、費用対効果分析では、科学的エビデンスに基づき、目指した結果またはアウトカムを達成するケアを意味する「ケア効果」を考慮する必要がある（Newhouse & Poe 2005）。看護師において、ケア効果は、健康問題が解決した程度、及び成果が達成された度合いである。この定義に費用対効果を加えると、看護師はより少ないコストで所期の健康アウトカムを達成し、かつ、質は担保している、ということになる。

個人として、そして、保健医療チームのメンバーやコーディネーターとして、看護師は、人中心（パーソン・センタード）のケアを最も必要としているコミュニティに届け、人々の健康アウトカムとサービスの全体的な費用対効果の向上を促進している（WHO 2010d）。

### 「ケア効果及び費用対効果」の高い保健医療制度に向けた効果的なサービス提供

#### プライマリ・ヘルスケアと人中心の保健医療

ICN 看護師の倫理綱領は、看護師には 4 つの基本的責任があるとしている：すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである（ICN 2012b）。また、看護師には、エビデンスに基づき、人及び家族中心であるケアの継続性をもたらす保健医療サービスを公平に提供し、常に質を向上するという基本的役割がある。

心臓病、がん、慢性呼吸器疾患、糖尿病及び精神疾患等の非感染性慢性疾患（NCDs）は、世界の死亡及び障害の主要原因である（Lozano, R. et al. 2012, Vos T et al. 2012）。看護師は、喫煙、運動不足、アルコールの過剰摂取及び不健康な飲食習慣等の NCDs の共通リスクファクターに関する知識を持っている。そして、看護師は、健康増進や疾病予防という介入を通じて、個人及びコミュニティに行動の変化を起こす基盤でもある。子供から高齢者まで人生を通して健康増進や疾病予防のアプローチをすることで、看護師は、疾病や保健医療関連コストの重い負担の軽減を促進できる。また、看護師は、健康増進と疾病予防に焦点を当てた保健医療制度を再設計する上で重要な擁護的役割も担う。

強固なプライマリ・ヘルスケア（PHC）の概念に基づいた保健医療制度は、脆弱な PHC の概念に基づいたものと比較すると、よりよく、より公平な健康アウトカムを達成し、より効率的で医療費が低く、利用者の満足度も高いことが、国際的エビデンスから明らかである。

全米保健機構（2007）

プライマリ・ヘルスケア（PHC）が、政府及びコミュニティが負担できるコストで必要な保健医療サービスを提供するための効果的で好ましい手段であることを、覚えておかなければならない（WHO 2008a）。PHCに基づき、公的資金で運営され、普遍的に利用でき、公平で必要不可欠な保健医療サービスを住民に提供することにより、国民医療制度はより効果的になる。このアプローチでは、保健医療の焦点を病院基盤からコミュニティ中心の介入へと移行し、看護師により提供可能で費用対効果の高いものにしていかなければならない。「マクロ経済と健康に関する諮問委員会（CMH）」で述べられているように、PHCのアプローチを用いることで、看護師は、1人あたり約34米ドルでクライアントに寄り添った保健医療サービスを提供できる（CMH 2001）。

しかし、世界の保健医療制度は、病院と3次医療に大きく集中しており、プライマリ・ケアの有効性や安全性にはあまり関心を払ってこなかった (Iha 2008)。その結果、高額で非効率的な保健医療制度が生まれ、健康アウトカムは低いままであった。

1953年に初めて採択され、定期的に改訂されている ICN 看護師の倫理綱領には、プライマリ・ヘルスケアに対する看護師の責務が盛り込まれ、次のように述べられている。「看護師には4つの基本的責任がある。すなわち、健康を増進し、疾病を予防し、健康を回復し、苦痛を緩和することである。」

ICN (2012b)

プライマリ・ヘルスケアは、人々をケアの中心に置くことができる看護師によって提供され、サービスをより効果的、効率的及び公平なものにしている。看護師は、コミュニティで暮らし、地域の文化や言語を理解することにより、健康問題や健康ニーズを独自の観点で見ることができる。看護を明確にする特徴は、保健医療の最前線でケアの継続性を提供する看護師の存在である (ICN 2008b)。看護師は、全人的ケアにとって重要な人間中心、ケアの継続性、サービスの包括性及び統合に焦点を当てた保健医療提供の基本である。

#### アクセスと質の向上のための看護実践の拡大

多くの国が、新たにより高度な看護師の役割を開発することによりケアへのアクセスを向上できるとして、看護師を含めた保健医療専門職の役割を見直し、保健医療提供の向上を模索している (OECD 2010)。

**上級看護実践：**看護師の高度な役割を模索している、または導入している国が増加している。ICN は、上級看護実践を、「ナース・プラクティショナー/上級実践看護師は、専門的な知識の基盤があり、拡大した実践における複雑な意思決定のスキルや臨床コンピテンシーを身につけ、実践を認定されている状況や国に合わせた特徴を備えた登録看護師である。エントリー・レベルとして、修士号が推奨される」と定義する (ICN 2009a)。

人口動態の変化によりケアへのアクセスに関するコストや課題が増加しており、より多くの国が、コストを削減し、患者のアクセス及び満足度を向上するために、上級実践の役割の導入を検討している。

評価では、上級実践看護師 (APNs) の採用は、サービスのアクセスを向上し、待ち時間を減少できることが明らかとなっている。APNs は、軽症の患者や定期的な経過観察が必要な患者等、様々な患者層に対して医師と同等の質のケアを提供できる。看護師は、患者に接する時間が長く、情報やカウンセリングを提供する傾向があるため、ほとんどの調査で高い患者満足度が見られている (OECD 2010)。

**看護師の処方権：**保健医療提供において、革新的でより一層一般的になりつつある進歩は、登録看護師の処方権導入である。看護師の処方権を導入すれば、医師の診療時間をより重篤で複

雑な患者に充て、コミュニティでの迅速な治療により急性の需要や入院を減らし、患者への負担（移動、時間や費用）及び保健医療制度全体への負担を減らすことができる。また、これによって、特にサービスの行き届かない地域や不利な立場の人々へのアクセスがよくなり、消費者の選択肢を増やし、そして、資源管理の効率を向上することができる（ICN 2009b, Kroezen 2012）。国際的なエビデンスは、看護師の処方権の安全性を支持しており、文献レビュー（Latter & Courtenay 2004）やシステマティック・レビュー（Van Ruth et al 2008）でも一般的に肯定的にとらえられている。

### 「ケア効果及び費用対効果」の高い保健医療制度に向けた効果的な管理

負担及び持続可能なコストで健康アウトカムを達成するための、費用対効果及びケア効果への渴望が、保健医療制度の改革を励起している。今日の複雑な保健医療制度では、健康に貢献できる知識の所有権を主張できる単独の保健医療専門職はない。こうした理由から、異なる保健医療専門職間での協働的实践が必要であり、彼らのコンピテンシーが全人的ケアを提供するために統合される。（ICN 2004; Bower et al. 2003）。この結果、個人、家族及びコミュニティの健康ニーズに最も見合った保健医療サービス提供のためのよりよい方法を見つけるという新たな関心が高まっている。利用者の需要が増加し、疾病パターンが変わり、慢性疾患が増えている今の時代に、質が高く、費用対効果の高いケアを提供するには、看護師が有利な立場で、より協調し、チームに基づいたアプローチが求められている。

### チームアプローチ

チームアプローチは、世界中の保健医療制度が直面しているサービス提供の課題に対する実行可能な解決策となり得る。協働を中核とするチームワークが、現在、待ち望まれている。しかし、ケアに対するチームアプローチの潜在的利益への意識は増大しているが、多くの保健医療機関で、効果的なチームワークができておらず、その結果、患者アウトカムに望ましくない結果をもたらしている（Lemiex-Charles & McGuire 2006）。チームアプローチや共同実践を阻む要素は、いくつかある。構造の欠如、組織的支援の欠如、競争、職業階級制度、シフト制勤務による職員の頻繁な交代及び患者移送等のいくつかの要素は、協働やチームワークを困難にし、チームアプローチや協働的实践において障壁となっている。（ICN 2004; Storch1994）。

チームアプローチは、包括的なプライマリ・ヘルスケア・サービスの提供及び専門領域の患者層への一時的・継続的ケアにおいて、効果的である（Bower et al. 2003）。異なる保健医療専門職により提供されるケアでは多職種間の関係構築やコミュニケーションは重要であり、その継続性及びサービスの調整において看護師は欠かせない存在である。しかし、医師と看護師間の関係は希薄であることが多いことが、いくつかの研究により明らかとなっている。医師と看護師間の関係が希薄であると、有害事象、ミス及び望ましくない患者アウトカムにつながるリスクが増加する可能性がある（Rosenstein & O'Daniel 2005; IOM 1999）。その一方で、両者の関係、ケアの調整及びチームワークが向上すると、ミスが減り、及びケアの質、患者アウトカムや患者安全が向上する（IOM 1999）。例えば、マグネットホスピタルでは、1つの特徴として、医師と看護師間に良好な関係が築かれており、権限を与える環境が作り出され、看護師の仕事に対する満足度も上がり、結果として質の高いケアが実現できる（Laschinger et al. 2003）。

ほとんどの国では、PHC サービスの主な提供者として、看護師は、総合的な保健医療提供の利点、及び協働と提携の導入強化の必要性を理解している。日々最前線で働く看護師は、多くの現場で多職種から成る保健医療チームのリーダーである。協働的实践及びコンピテンシー統合の中心にあるのは、保健医療提供者間の相互依存である。協働的实践は、医師と看護師間の関係を超えて、薬剤師、理学療法士、作業療法士、ソーシャルワーカーや心理療法士等の他の専門職も含む。協働実践に関与する様々な専門職は、様々な文化的背景や地域の状況に応じて、その焦点や優先事項を変えている (ICN 2004)。専門職間の協働を通じて、タスク・シフティングやタスク・シェアリング、そして、人中心のケア提供に向けた知識統合が可能となる。

チームアプローチは人中心の保健医療の基本であり、看護師は保健医療チームの機能及び効果に大きく貢献する。今日の複雑な保健医療提供制度では、単独の専門職集団が人中心のケアや相談を継続的に提供することは不可能であり、ケアの調整と継続性の達成のためには連携と紹介が必要となる (ICN 2004)。看護師は、チーム間の交流のダイナミクスを統制する能力を持ち、保健医療制度をつなぎ完全なものにする役割を担っている。全体的には保健医療チームへの、特に人中心のケアへの看護師の貢献を最適化するために、保健医療制度を再設計しなければならない。

**効果的なコミュニケーション：**効果的なコミュニケーションは、患者安全と保健医療の質の基本である。一方で、保健医療チーム間での効果的なコミュニケーションの欠如は、医療過誤全体の約 66%の根本原因になっている (Institute for Health Care Communication 2011)。保健医療チームのメンバーのコミュニケーションスキル、及び医学的助言に従ったり、慢性疾患を自己管理したり、健康への予防的行動を取ったりする患者能力との間に密接な関係があることが、研究エビデンスにより明らかとなっている (Institute for Health Care Communication 2011)。

保健医療チームのメンバー間の効果的なコミュニケーションは、職場での関係性の質、仕事満足度及び患者安全への影響を左右する。そして、業務や責任に関するコミュニケーションが適切に取れていると、相互支援の文化が促進され、看護師の離職は大幅に減り、仕事満足度が向上する (Lein & Wills 2007)。

コミュニケーションの問題により、患者が診断及び予防や治療計画の重要性を理解しなかったり、保健医療サービスにアクセスできなかつたりすると、有害事象が起り、結果として損害や無駄につながるかもしれない。また、看護師が患者を理解することも同等に重要である。受けている保健医療の質に対する患者の見方は、保健医療提供者との交流の質次第であるというエビデンスもある (Wanzer et al. 2004)。

患者安全やケアの質、そして、チームメンバーの仕事満足度の向上における効果的なコミュニケーションの重要性を考慮すれば、看護師や他の保健医療専門職のコミュニケーションスキルの必要性には、組織内で高い優先順位を与えられなければならない。

**よりよい健康に向け、協働するために共に学ぶ：**今日の保健医療制度において、病院基盤の教育や職業分離を必要以上に重視しては、保健医療専門職に、チームワークやリーダーシッ

プへの教育ができない (Frenk et al. 2010)。見込みある解決策の 1 つが、専門職連携教育 (IPE) である。IPE では、複数の保健医療専門職の学生が、教育過程のいずれかの時点で共学する (WHO 2010d)。効果的な IPE により、保健医療専門職間の敬意が高まり、否定的な固定概念が除かれ、実践の場において患者中心のアプローチが促進される (Reeves et al. 2008)。チームアプローチや協働的实践を効果的に行うには、教育機関が共に学ぶ機会を提供することが重要である。

### 問題点の共同管理；解決策の共有

看護師は、問題の認識及び取組みができる理想的な立場におり、ケア効果及び費用対効果のより高い制度の発展に貢献できる。直面する問題及び試してきた解決策について、看護師が認識を共有することにより、豊かな資源がもたらされる (Benton et al. 2003)。個々の看護師のリーダーは、持っている解決策よりも多くの問題に直面しているが、集団としては、直面している問題より多くの幅広い解決策を持っている。解決策に焦点を当てた簡潔なミーティングを促進することにより、新たな見識が得られ、変化が生まれる。

### 効果的な保健医療制度の管理における看護師の役割

「費用対効果」及び「ケア効果」の高い保健医療制度に向けた効果的な管理における看護師の役割には、資材管理、偽造医薬品や抗菌薬耐性の対策及び医薬品の過剰処方防止等、広範囲に及ぶ活動が含まれる。

**資材管理：**医療費が高騰し続けていることにより、看護師には、機材や資材を含めた保健医療資源の管理において積極的な役割を果たすことが求められている。看護管理者は、資源配分や予算決定において重要な役割を担っている。同時に、看護師は、資材や機材を効果的に使用し、機材の費用と発生する浪費について把握していなければならない。例えば、ベッドメイキングの際に手袋をはめるのは浪費である。これにより、創傷の包帯交換やその他のより感染防止策が必要な処置の時等、最も手袋が必要な際に手袋が不足する事態を招きかねない。看護師には、必要とされている資材のために働きかけを行うという倫理的義務があるため、資材や機材が不足し、患者安全が脅かされる際には、状況を把握しなければならない。(ICN 2012a)。

資材の賢明な使用や適切な製品を使用することは、費用対効果の高いケアにとって必要不可欠である。しかし、看護師は、資材使用による「見かけだけの節約」を防がなければならない。例えば、注射器やカテーテル等の使い捨て機材の再利用は、一見経済的だが、感染につながる危険性があり、結果的に医療費が増大する可能性がある (Ellis & Hartley 2005)。特に、注射器の再利用は、B 型肝炎、C 型肝炎や HIV 感染等の深刻な長期的問題につながりかねない (Centers for Disease Control and Prevention 2011)。したがって、費用節約より患者安全を優先するべきである。看護部門と購買部門は、連絡を取り合い、使用目的に合った最適な製品を選ぶ必要がある。そして、妥当な費用で適切な数量の適切な資材が適切なタイミングで届くようにするために、供給連鎖管理システムを導入する必要がある (Ellis & Hartley 2005; McMahon et al. 1992)。

資材管理において最も重要となるのは、適切なサービスを提供するための十分な在庫の確保である。保健医療現場で資源が不足すると、ケアの質及び看護師や他の保健医療専門職の実践環境に深刻な結果をもたらす。

**偽造医薬品対策：**看護師は、費用対効果、ケア効果、ケアの質及び患者安全に関わっている。偽造医薬品が多く出回るようになり、偽造医薬品により保健医療チームの業務やケアの質に悪影響または危険が及び、患者安全が著しく脅かされている。偽造医薬品は、安全性や効果面において問題があるというだけでなく、結果として、資源の浪費及び疾病の治療や予防の機会喪失にもなりかねない（World Health Professions Alliance 2011）。

偽造医薬品は、疾病の重篤化やときには患者の死を招くことにより医療費を増大させ、抗菌薬耐性のリスク増大を通じて市民の健康を危険にさらし、保健医療専門職や保健医療制度に対する患者の信頼を低下させている。だからこそ、ICN は、他の世界的な保健医療組織と力を合わせ、偽造医薬品の危険性に対する意識を喚起してきた。偽造医薬品と戦う（[www.fightfakes.org](http://www.fightfakes.org)）キャンペーンは、実際より過小に報告されているが増え続けている偽造医薬品犯罪との戦いに、組織や個人を参加させることを目指している。

看護師は、保健医療の最前線におり、特にプライマリ・ヘルスケアの現場では、医薬品を管理したり、処方したりすることが増えている。そして、薬剤の効果や副作用を観察できる立場にあり、不適切な包装やラベル表示等、偽造医薬品の特徴に注意を払っていなければならぬ。また、看護師には、インターネット上の非合法のオンライン薬局または路上の無許可販売元から医薬品を購入する危険性について、市民に教育するという重要な役割がある。

「国際看護師協会の事務局長として、私は、最善を尽くして患者を早く回復させたいと考えている看護師にとって、患者の信頼がどれほど重要であるか知っています。患者が偽造医薬品を与えられたら、患者を助けようとしている保健医療専門職への、患者からの信頼や信用を失うことになりかねません。」

デビッド C・ベントン、偽造医薬品と戦う  
(2013)

米国のギャラップ社による誠実度と倫理観に関する世論調査（Gallup Honesty and Ethics Poll）が示すように、看護師は、患者と市民から高い信頼と信用を得ている。2013 年及びそのかなり前から、ギャラップ社による世論調査は、多くの割合の米国民が、看護師の誠実度と倫理基準を「高い」または「非常に高い」と評価していたことを明らかにした（Gallup 2013）。偽造医薬品に焦点を当てることで、看護師は、患者安全を確保し、保健医療に対する市民の信頼を取り戻せる主要な立場にある。

医薬品と費用対効果に関するもう 1 つ重要な看護の役割は、処方薬の多重使用または多剤併用の防止である。

**複数処方の管理：**人々が複数の慢性疾患を抱えて暮らす併存症の時代において、多くの患者が複数の処方薬を服用している。慢性疾患を抱えた高齢患者は、複数の処方薬を服用し、様々な

医師にかかっており、医学的助言や処方矛盾する可能性もあり、看護師はこれらの問題を抱えた高齢者の管理は困難であることを知っている。

1人の患者に対して多くの医薬品を使用する多剤投与は、非合理的な医薬品使用の典型であり、資源の浪費や広範囲な健康被害につながる（WHO 2012d）。英国では、1995年から2010年の間に10種類以上の医薬品を服用している患者数が3倍になったと推計されている（Duerden et al. 2013）。多くの処方薬を服用すると、望ましくない結果を招き、薬物相互作用等の有害事象をもたらす可能性がある。しかし、この問題は、解消されておらず、防止も困難であることが明らかとなっている。統合的なケアが、複数の疾病を抱えて生活する人々に対する前向きな手段として、今では広く受け入れられている。

多剤併用を防止し、合理的な薬の使用を推進するための介入には、以下のようなものがある：（WHO 2012c）

- 医師やその他の医薬品を処方する人材の教育
- 臨床ガイドラインの活用
- 国レベルでの、必須医薬品リストの開発及び活用
- 地域及び病院に薬剤と治療に関する委員会を設置
- 保健医療専門職の監督、監査及びフィードバック
- 多剤投与の危険性に関する市民の教育
- 処方者が必要以上の処方箋を発行して経済的利益を得ようとするのを避けるため、処方者への歪んだ経済的インセンティブの回避

処方者の意図したように医薬品が服用されるには、患者とより密接に関わる必要がある。このためには、患者が処方薬を服用する利益を理解し、医薬品を無駄にする状況を避けるため、患者への教育が必要となる。病院やコミュニティでケアの最前線にいる看護師は、この教育において重要な役割を果たすことができる。これは、患者行動を変え、医師や他の保健医療提供者の処方行動を変えることを意味する。

### 「ケア効果、費用対効果」の高い保健医療制度に向けた、効果的な保健医療労働力

保健医療労働力については、住民ニーズに沿った計画を立てることが必要不可欠である。必要な保健医療サービスを提供するために、適切なスタッフミックスを考えなければならない。世界中における、必要不可欠な保健医療サービスへのアクセスへの取組みを阻む主要な要因の一つが、深刻な保健医療従事者不足である。この問題への解決策の1つに、「タスク・シフティング」や「タスク・シェアリング」が挙げられる。タスク・シフティングは、より専門性の低い保健医療従事者に業務を委任することである。タスク・シフティングとは、労働力を再編成し責任を共有することにより、保健医療適用範囲を拡大するための実行可能な解決策を提供し、人材の効率的な活用を可能にするものである（WHO 2008b）。

前述のように、有資格の看護師数が増えれば、患者死亡や有害事象が減少する傾向があることが、エビデンスにより明らかとなっている（Aiken et al, 2014）。反対に、英国で行われた広範



困にわたる研究では、登録看護師と比較してより多くの保健医療助手が雇用されると、病院での死亡率が高くなり、その一方で、1床当たりの看護師数が多ければ、治療可能な合併症後の死亡（救命失敗）率が低くなることが明らかとなった（Griffiths et al. 2013）。

教育レベルに関しては、看護師の学士レベルの教育に重点を置くことにより、病院での予防可能な死亡を減少できると、エビデンスが示唆している（Aiken et al. 2014）。

効果的な保健医療労働力を計画する際には、インセンティブが、職員を引きつけて保持し、やる気を起こさせ、及びパフォーマンスを向上させる重要な手段となる。インセンティブには、積極的または消極的、経済的または非経済的、有形または無形のものがある（ICN 2005a）。また、業務上の自主性、柔軟な勤務時間やスケジュール、仕事の顕彰、コーチングや指導及びキャリア開発等の非経済的インセンティブも、労働力パフォーマンスにおいて重要な役割を果たしている（Mathauer & Imhoff 2006）。

適切なインセンティブ制度を考慮しないと、職員減少や組織運営経費の増大等の好ましくない結果を招く可能性がある。例えば、ウガンダやタンザニアでは、公共部門の保健医療従事者の賃金引き上げの結果、宗教団体運営の施設から政府機関へと保健医療従事者の国内移動が生じ、宗教団体運営の施設が唯一のサービス源であった貧困層や過疎地域が見捨てられた形になっていると報告されている（Dambisya 2007）。同様に、ガーナでも、医師と看護師の両者に対して残業手当を導入した際に、両者の額に差があったことから看護師の間に不満が広がり、その移動を増加させたと考えられている（Pooja 2007）。

長期的な保健医療分野への投資不足は、低い報酬、業務上の重い負担及び職業上の危険への暴露等の劣悪な雇用状態や政策と相まって、多くの国で労働条件を悪化させている。これが、保健医療専門職の雇用と定着、保健医療施設の生産性とパフォーマンス、究極的には患者アウトカムに重大な悪影響を及ぼすという明確なエビデンスが世界に存在する（ICN 2013a）。

このような望ましくない労働条件の下では、看護師が最善を尽くさず、従って、望ましい健康アウトカムを実現できそうにない。こうした不健全な労働環境では、看護師がよりよい労働条件及びよりよい報酬を求めて国外へと移住し、看護師不足がさらに悪化する。実際に、移住の主な理由は、管理者からの支援不足、意思決定への不参画、資材や機材の不足、昇進機会の不足、業務上の重い負担である（Kingma 2008; WHO 2006）。この状況を改善する1つの解決策が、「働きやすい看護実践環境」（PPE）という職場革新を導入することである。これらは、優れた実践及び適正な仕事を支援する現場のことである。特に、PPEは、職員の健康、安全性やウェルビーイングを確保し、質の高い患者ケアを支援し、及びモチベーション、個人や組織の生産性とパフォーマンスを向上することを目指す（ICN 2013a）。PPEの利点には、低い欠勤率や離職率、職員のモラルや生産性の向上及び業務パフォーマンスの向上等がある（ICN 2013a）。

労働環境においてコミュニケーションやリーダーシップの感覚を育むことで、職場に対する好感と職員の満足度が向上する（Registered Nurses Association of Ontario 2006）。看護実践環

境がよりよいものであると、看護師は、職務経験がより良好なものとなり、病院でのケアの質に対する不安が減少したと回答した (Aiken et al. 2008)。また、よりよいケア環境により、病院で、患者が死亡したり、救命に失敗したりするリスクが大幅に減ることが、研究より明らかとなった。

例えば、マグネットホスピタルには、質の高い患者ケア、看護の卓越性及び実践における革新を高めるリーダーシップが明確に存在する。マグネットホスピタルは、自主性、実践環境の統制及び医師・看護師間の良好な関係で特徴づけられている。働きやすい労働環境の結果、マグネットホスピタルでは、看護師不足や人員配置問題を避けることができる (Joint Commission 2005)。

看護師のリーダーと政策策定者は、労働力パフォーマンスやケアの質を向上する手段として、雇用や定着に関する政策目標に見合う、鋭敏で効果的な経済的・非経済的なインセンティブの組合せを通じて、働きやすい看護実践環境を提供していくよう取り組んでいる。

### 看護資源配分の決定

国際的に、看護は、最大規模の保健医療専門職で、病院予算の大部分を占めるにも関わらず、病院への費用償還において十分に評価されていない (Sermeus et al. 2008)。前章で述べたように、多くの保健医療制度は、看護費用を分離せず、病室料金の一部に含めている。追加費用に結びつく救命や合併症は看護ケアに密接に関係することが研究より明らかになっており、ケア効果及び費用対効果の高い制度を追求する上で看護師の配置方法を理解することは極めて重要である。しかし、人員配置レベル及び看護配置は、病院の財源及び報酬支払制度における看護の位置づけにより影響される傾向がある。

多くの国では、同様の内科/外科部門間及びこの部門内で、看護度や直接看護にかかる費用に大きく変動するにも関わらず、病院の財政システムに看護のケアミックスに対する調整がない (Welton et al. 2006)。看護度とは、看護の機能を発揮するうえで必要な直接・間接患者ケア活動と、この活動を遂行するうえで必要な仕事のレベルに影響を及ぼす諸要素の総計を指している (Morris et al. 2007)。看護度には、看護業務量、患者重症度及び患者ケア実施にかかる時間などが含まれている。医療財政に看護師の適正な評価を確保し、看護度を測定するために、看護ケアに関する患者分類システムが開発された。しかし、これらのシステムは、特定の看護専門分野でのみ採用されている場合が多く、広範囲での適用には至っていないようである。

看護の発展への貢献の一環として、ICN は 1989 年より看護実践国際分類 (ICNP) を開発してきた。ICNP は、世界中の看護師が同様の方法で実践を記録できるようにする専門用語集または統制用語集である。これは、コミュニケーションを向上し、情報共有を容易にし、また以下のような目的でもデータを再利用できるようになる。

- 看護実践の傾向を示すまたは予測する
- ニーズに応じて資源を配分する
- 健康医療政策に影響を与える

このように、ICNP は、看護にとって重要なツールである (ICN 日付なし)。

デンマーク、イタリア、オランダ、ポルトガル、スペイン及び米国等の国では、特定の看護ケアの特性に区分することなく、一般の「病室及び食事」料金の一部として看護報酬を支払っていることが、文献レビューより明らかとなった (Laport et al. 2008)。つまり、看護提供の時間の差異が反映されていないことを意味する。しかし、米国での1日あたりの固定病室料金の採用によると、看護費用が32.2%過小評価されていることを示されている (Welton et al. 2006)。

看護ケアに基づく調整を行っている大半の国では、臨床的特性及び資源活用の点で類似するグループの患者について、彼らを入院期間別に分けて、診断分類群 (DRG) ごとの平均看護資源ウェイトを採用している。相対的ウェイトは、患者レベル、DRG レベルまたは看護病棟レベル等、予め設定されたレベルでのケアにかかる時間の差異を表している。これは、資源消費を看護に必要な時間の関数として捉えるものである。例えば、DRG レベルにおいて、DRG 相対的ウェイト 4.0 は、同相対的ウェイト 1.0 に比して看護資源が4倍、投入されるということである。DRG ごとに平均看護資源ウェイトを割り当てる例は、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド及びスイスで使用されているシステムに見られる (Laport et al. 2008)。

このような平均看護資源ウェイトを多くの国で開発するために必要な情報が、看護費用配分に関する研究から得られる。しかし、こうした平均化する方法では、DRGs 内での看護度の変動性が考慮されていない (Welton & Halloran 2005)。

看護ケア及び看護資源を正確に説明するために、多くの国で看護ミニマムデータセット (NMDS) が開発されている。例えば、ベルギーでは、ベルギー-NMDS (B-NMDS) を基盤にした看護ウェイト・システムがあり、患者自立度、疾病重症度、ケアの複雑度及びケア提供にかかる時間を考慮した看護配置の必要条件の相違に合わせた予算配分とするため、入院日数を28ゾーンに分類し、活用されている。患者分類システムの各カテゴリーの標準時間は、労働時間測定方法ではなく、B-NMDS を使って決めることができる (Sermeus et al. 2008; Sermeus et al. 2009)。

B-NMDS は、看護度を反映した看護管理と資源配分への応用に向けた可能性を秘めている。

#### アクションポイント

- あなたが、高いケア効果及び費用対効果を実現できる方法を考えてみましょう。これらを達成するために、何を変えていきますか？
- 高いケア効果及び費用対効果を実現するために、あなたが直面している課題は何ですか？
- どのように変化をもたらす支援を動員しますか？

次章では、各国の様々な例を示しながら、ケア効果及び費用対効果の高い保健医療制度に向けたエビデンスに基づく看護の価値を取り上げていく。



## 第4章

### 「高いケア効果及び費用対効果」の 保健医療制度に対する看護の価値

組織のポテンシャルを開花させて秀でたものにするカギは、その力を、実際その仕事をする人の手に委ねることだ — ジェームズ・M・クーゼス

膨大なエビデンスは、看護師は費用対効果が高いのに、価値が低く見られ、十分に活用されていない保健医療資源であることを示している。最近行われた ICN と世界銀行の対話の参加者は、「看護師は、ケア提供、管理、政策策定において十分活用されておらず、統合的チームベースのアプローチから利益の得られる多くの環境で、十分に実践範囲を発揮できるようにには配置されていない」と意見を述べた（ICN/World Bank 2014）。

看護師は、看護の価値及び費用対効果の高さ及び看護アウトカムを、あらゆるレベルの利用者、他の保健医療提供者、政策立案者に対してははっきりと声に出して主張し、明示していかなければならない。また看護師は、安全な看護を提供するために必要な資源の交渉及び推奨ができなければならない。

看護師は、計画、管理、政策策定において看護師の有効性を示すエビデンスに寄与する、ケア提供の革新的なモデルの研究及び開発に関わる責任がある。ICNは所信声明で、「健康ニーズの高まりおよび、看護サービス関連の費用を含む医療費の増大にともない、看護師は、自己の活動がもたらす健康上のアウトカムおよびコストの定義・検証・評価に主体的に取り組む必要がある。」ことを認めている（ICN 2001）。看護の価値及び費用対効果に関する看護研究の普及は、アドボカシー及び健康政策に影響を及ぼす上で、必要不可欠な要素である。

#### アクションポイント

- 有効な研究エビデンスを、ケアの質向上にどのように役立てられるか考えてみましょう。あなたは何を変え、変化をどのように導入していきますか？
- あなたの実践を導くために、看護と他領域の研究成果を交換する仕組みをどのように確立していきますか？

看護師は、学校、職場、刑務所及びその他のコミュニティの場で保健医療サービスを提供する。そのプロセスにおいて、看護師は健康を増進させ、命を救い、生活の質を向上させる。しかし、これは、看護師が、高い費用対効果及びケア効果のサービスを幅広い人々を対象に実行しているところでは、どのように見えるだろうか？ 様々な国の例を以下に示す：

### 看護介入の費用の有効性及びケアの有効性

看護師は、幅広い場面で費用対効果の高いサービスを提供し、保健医療制度及び政府の財政その他の資源を節約している。看護師及び費用対効果に関する文献は広範かつ膨大にある。以下の国の例は、ケア効果及び費用対効果の点において看護師の価値を示している。

**台湾 - メンタルヘルスの改善：**台湾の看護師は、病院を基盤とした在宅ケア（HHC）を精神疾患のある患者に提供しており、これらのサービスは、従来の外来方式のフォローアップ（COF）治療を受けた患者と比較して、精神症状、社会的機能及びサービス満足度に関する患者アウトカムを向上した。HHC グループの平均コストは、1,420.6 米ドルで、COF グループのコストは 3,208.2 米ドルであり、看護師がケア効果及び費用対効果が高いことを明らかに示している（Tsai et al. 2005）。

**スペイン - 患者の機能向上：**看護師が主導するケース・マネジメントが関与する在宅ケアサービスのモデルは、保健医療サービス及び資源へのアクセスを合理化し、患者の機能的な能力とケア提供者の負担に良好な影響を及ぼし、満足度のレベルも上がった（Morales-Asencio et al 2008）。

**英国 - 心疾患罹患率の減少：**2009～2010 年、英国心臓財団（British Heart Foundation）の 453 人のスペシャリスト・ナースが合計 111,645 人の患者に会い、患者に 171,449 本の電話をかけ、9,658 回の教育セッションを行い、看護師主導の介入により、入院数を 8,438 減らした。看護師は、自宅やクリニックで患者に会い、彼らの状態を観察し、服薬量を調節し、情報や支援を提供した。看護師は外来クリニック、自宅訪問、電話観察など幅広いケアモデルを使用した。プログラムの評価では、心不全を見る看護師が、あらゆる原因の入院を平均 35%減らし、看護師のコストを差引いても、患者 1 人につき平均 1,826 ポンドの節減となったことが示された。患者の生活の質及び身体的健康が大幅に向上し、心不全のスペシャリスト・ナースが、心不全の患者への統合された分野横断的なコミュニティサービスの要となった（Pattenden et al. 2004）。

**米国 - 家庭内暴力の減少：**妊娠中及び乳児がいるときに、看護師の自宅訪問を受けた家庭は、自宅訪問を受けなかった家庭と比べて、母親が犯人の児童虐待の報告件数が大幅に少ない。28 件未満の家庭内暴力を報告した女性のうち、自宅訪問を受けた母親は、介入を受けなかった母親と比べて児童虐待の件数が、この 15 年間、顕著に少ない（Eckenrode et al. 2000）。

**米国 - 計画妊娠：**看護師の自宅訪問を受けた女性は、近接する妊娠が少ない；期間を空けない妊娠が少なく、経済的支援及びフードスタンプを使用する月も減少していた。自宅訪問は、都会で暮らす女性の生活に持続的な影響を及ぼす (Kitzman et al. 2000)。

**日本 - 良好な精神的ウェルビーイング：**産褥期うつ病を抱える女性で、メンタルヘルスを専門とする看護師から4週間の定期的な自宅訪問を受けた女性は、受けなかった女性と比較して、うつ症状が大幅に改善したことを研究は明らかにし、自宅訪問の利点が報告された。自宅訪問を受けた人とそうでない人とは、身体的、環境的及び世界的な尺度においてスコアが増加し、WHOの生活の質評価基準の総合平均点で著しい差を生じた。心理学的尺度でも、両グループ間には大きな違いが認められている。自宅訪問の利点に関するコメントの量的分析は、「心が落ち着く」「明確な思考ができるようになった」「物事への対処能力が上がった」「引きこもりがちな気分がなくなった」という4つのカテゴリーを明らかにした。これらの結果は、メンタルヘルスを専門とする看護師の自宅訪問が、産褥期うつ病を抱える女性のメンタルヘルス及び社会的変化に良好な影響を与える可能性を示唆している (Tamaki 2008)。

#### HIV/エイズのケアにおける看護師の有効性

HIV/エイズは、看護労働力及び保健医療制度に大変重い負担を強いている。看護師は主に彼らのケアを行う者であると同時に、感染を予防し、HIVに関するスティグマと闘い、抗レトロウイルス治療へのアクセスの向上をはかる。

**米国 - ウイルス量の減少：**HIV及び精神的治療計画へのアドヒアランスを推進するコミュニティを基盤とする上級実践看護師 (APN) の介入の効果を調べる研究は、APNが担当し、1年間のコミュニティ基盤のケアマネジメント、最低週1回の訪問、及び医療とメンタルヘルスケアのコーディネーション・サービスを受けた患者は、対照群と比較して、ウイルス量が大幅に減り、CD4の数が増加したことを示した (Blank et al. 2011)。このプロジェクトは、HIVと付随する深刻な精神疾患を抱える患者のアウトカム向上に適した介入を提供する、コミュニティ基盤のAPNの効果を明らかにした。

**中国 - アドヒアランスの改善：**看護師による自宅訪問と電話の組合せによる介入が、HIV感染ヘロイン使用者の服薬アドヒアランス及び生活の質へ及ぼす影響を調べる研究は、8カ月にわたる看護師の自宅訪問及び電話介入を受けたグループは、対照群と比べて、薬をより定時にきちんと服用したと報告していることを明らかにした。介入は、生活の質やうつ病の身体的、精神的、環境的側面に大きな影響を及ぼした。自宅訪問及び電話介入は、HIV感染ヘロイン使用者の抗レトロウイルス治療アドヒアランス推進と、生活の質及びうつ症状改善に効果的であった (Wang et al. 2010)。

**南アフリカ - 健康アウトカム改善：**医師から看護師へのタスク・シフティングを調べた研究から、看護師によるHIV患者のケアは、医師によるケアと同等の効果があり、利点もあることが明らかになった。利点には、結核 (TB) 検出の大幅な改善、白血球数の増加、体重増加、よりよい治療コンプライアンスがある。さらに、医師ではなく看護師が抗レトロ

ウイルス薬を投与しても、生存率に負の影響を及ぼさなかった。この結果から、ごくわずかな追加の研修とサポートで、看護師も、医師と同等に安全で効果的な HIV 治療を提供できることが明らかになった (Fairall et al. 2012)。

### 費用対効果の高いケアを提供するための技術利用

看護師は、保健医療ケアへのアクセス、アウトカム、ケアの費用を改善するため、技術を活用してきた。エビデンスは、テレヘルスを利用したケア提供は、対面で行うケアとアウトカムが同等であるが、より低コストであることを示している。

**カナダ - 入院日数の短縮**：いくつかの例が、いかに看護師が技術を利用して自宅にいる患者にケアを提供し、入院期間を短縮し、再入院の回数や救急外来の受診を減らしているかを示している。

- 研究は、ニューブルンスウィックテレヘルス在宅ケアプログラム加入者の入院が 85% 減少し、救急外来受診が 55% 減ったことを明らかにした。テレホームケアはまた、看護師の在宅ケアのための訪問頻度も減少させ、看護師の生産性を向上させた (Canadian Home Care Association 2006)。
- カナダ全土で登録看護師により提供される 24 時間対応の健康情報及び助言サービスは、高い満足度と低コストで、不必要な救急外来の受診を最大 32% 減少させた (Stacey, et al. 2004)
- オタワでは、テレホームケア・モニタリング技術を利用した心臓病患者の在宅モニタリングにより、狭心症患者の再入院が 1 年間に 45% 減少した (Woodend, et al. 2008)。

**米国 - 遠隔地コミュニティへのケアの提供**：ナーススペシャリストは、遠隔地の肺疾患を持つ乳幼児に対して、電話によるフォローアップ・ケアを行っている。このプログラムは、遠隔地に住んでいて、フォローアップ・ケアのために、遠方の医療センターまでたびたび足を運ぶのが困難な家族を対象にしている。乳幼児層に対する初の電話によるフォローアップ・ケアであろうと思われる、このプログラムの評価は、従来のケアモデルと同等の成長及び健康アウトカムを示しており、このプログラムで、ケアの質を落とすことなくアクセス拡大に成功したことを示唆している (AHRQ 2008)。

### コミュニティの健康及び開発における看護師の有効性

看護師は、健康増進及び疾病予防などの健康関連の活動に関する動員だけでなく、コミュニティの動員や開発の幅広い課題の解決に関与している。アウトカム及び費用対効果の情報という点に関しては課題であるが、コミュニティにおける健康の社会的決定因子に取り組む看護の役割を以下の例は示す。

**モザンビーク - 生活向上**：女性、若者及び子どもの生活向上を目指す看護師主導のコミュニティ開発のプロジェクトは、女性をプロジェクトリーダーとすることで、女性グループの関与を得た。研修後、女性は自分のコミュニティに戻り、コミュニティ開発委員会を組織し、委員会と協力して優先ニーズを特定し、情報を共有して、優先事項の解決に向け協働



した。女性は、コミュニティ開発及び健康の Promoter (プロモーター) に任命された。Promoter は、研修実施、予算、現場の監督、報告書のとりまとめに責任を負う。プロジェクトの評価は、Promoter 居住地域の住民の生活に良好な影響が見られたとことを示した。このプロジェクトからの主要な学びは、開発は木のようなもので、地面から上に向かって伸びていかなければならず、上から強制されるものではないということである (Ferrel 2002)。

**南米 - 適応範囲の拡大：**看護師は、多様な保健医療提供者及びコミュニティグループと連携し、彼らのニーズに応えてきた長い歴史がある。プライマリ・ヘルスケアの実践を通じて、看護師は以下を実施してきた：

- 適応範囲の拡大、基本的なケアの提供、病気のコントロール支援及び乳幼児の成長と発育の促進
- 就学児童の健康増進への取り組み及び予防接種率の拡大
- 妊産婦死亡率の低減及び乳ガン発見率の向上に貢献
- 貧困地域のコミュニティに持続可能な発展を働きかけて、社会的支援制度の確立に貢献 (McElmury 2002)。

### 薬物乱用に関する看護師の有効性

薬物乱用予防は、看護介入の重要な分野であり、研究は、看護師がこの分野に貢献してきたことを示す。

**タイ - リスク行動の減少：**タイの遠隔地にあるプライマリ・ケア・ユニット (PCU) の、危険飲酒者に対する動機づけ強化療法 (MET) の有効性を確認する研究は、タイでは、PCUs において看護師が提供する MET は、男性の危険な飲酒者に対して効果的な介入と思われることが示された (Noknuy et al. 2010)。

**カナダ - 禁煙及び飲酒への取り組み：**カナダの他の例は、ナース・プラクティショナーによる支援と教育は、喫煙・飲酒者の減少、入院期間の短縮、入院の減少及びクリニックの適切な受診に関する一貫した結果につながり、コスト削減とアウトカム向上を示した (Murphy 2005)。

### 看護師の人員配置及び教育レベルに関する看護師の有効性

職場環境は、看護師に複雑な課題を突きつける。これらの課題には、スキル・ミックスと労働量の兼ね合いの問題があり、すなわち、看護配置レベルが低いと、労働量が多くなり、患者アウトカムも良好でないものとなる。他の課題は、看護師の教育レベルと患者アウトカムに及ぼす影響に関するものである。

**米国 - 死亡率、疼痛、苦痛の軽減：**多数の研究が、有資格の看護師の数及び割合が多いほど、患者の死亡数、呼吸器や創傷、尿路感染の割合、患者の転倒件数、褥瘡発生率及び誤

薬の発生件数が低下することを明らかにしている (Irvine & Evans 1995; Shields & Ward 2001)。

**ヨーロッパ - 優れた資源の活用** : Aiken et al. (2014) による、看護師の労働量の負荷及び看護師の教育レベルが、一般外科手術後の病院での死亡に関係があるかを評価することを目的として、ヨーロッパの 9 カ国で行った研究は、以下を明らかにした :

- 1 人の患者に対する看護師の労働量が増えると、入院後 30 日以内に患者が死亡する確率が 7% 高まる
- 学士号取得看護師が 10% 増えるごとに、上記の確率が 7% 低下する

上述の関係性は、看護師の 60% が学士号を取得しており、看護師 1 人が平均 6 人の患者をケアする病院は、看護師の 30% しか学士号取得者がおらず、看護師 1 人が平均 8 人の患者をケアする病院より、患者の死亡率が約 30% 低くなることを示す。

### 学校保健サービスにおける看護師の費用対効果

以下の例が示すとおり、学校保健サービスが存在する国では、看護師が就学児に対して費用対効果の高いケアを提供している。

**米国 - UHC の提供** : 「基本電話サービス」 (POTS) 技術を用いて、都市部と遠隔地の小学校を基盤とするテレヘルス・センターで提供されている保健医療ケアの質と費用対効果を評価する研究では、常勤の学校看護師と半日勤務のメンタルヘルス・コンサルタントを置き、POTS により小児科医及び小児精神科医と連携し、電子聴診器、耳、鼻、喉の内視鏡、耳鏡を備えたテレヘルス・学校モデルを開発した。その結果、1 回の診察あたりの家族の節約は、平均 3.4 労働時間 (43 米ドル)、救急外来では 177 米ドル、医師のコストでは 54 米ドルであることが明らかとなった。テレヘルス技術は、これらの学校において子どもに小児科の急性期ケアの提供に効果を発揮した。小児科の医療提供者、看護師、両親及び子どもは、学校を基盤とするプライマリ・ケアのテレヘルスは、従来の保健医療提供制度に対する受入れ可能な代替ケアであると回答した。POTS を基盤とする技術は、十分なサービスを受けられていない子どものプライマリ・ケア及び精神科ケアへのアクセス向上に向け、このテレヘルスサービスを費用対効果の高い代替策とする上で役立つ (Young & Ireson 2003)。

**米国 - 経済感覚の養成** : 近年、多くの学区が有資格の学校看護師によるサービス提供を削減している。しかし、学校保健プログラムの費用対効果分析は、学校保健プログラムは 1 学年度に 7,900 万米ドルの費用であり、推計 2,000 万米ドルもの医療費、2,810 万米ドルの両親の生産性の損失、1 億 2,910 万米ドルの教師の生産性の損失を抑制することを示した。その結果、プログラムが社会に対して生み出す純利益は 9,820 万米ドルとなった。このプログラムへの投資 1 米ドルにつき、社会は 2.20 米ドルの利益が得られる。試算の 89% で、純利益となった (Wang et al. 2014)。この研究結果は、学校看護サービスは、費用面で有益

な公的資金投資であること、学校看護の職員に関する資源配分を決める際は、政策立案者及び意思決定者による慎重な検討が必要であることを明らかにした。

### PHCにおいて医師と比較した際の看護師の質と費用対効果

看護師は、多くの国においてプライマリ・ヘルスケア（PHC）サービスの主要な提供者である。PHCにおける看護師の役割には、健康増進、疾病予防、ケア調整及び薬の処方などがある。PHCにおける看護師の有効性を調べた研究では、ケアのアウトカムは、医師がサービスを提供した場合と比べて、同等かそれ以上であるという結果を示した。以下の例がこの結果を証明している。

**全世界 - 実践範囲の拡大：**プライマリ・ケアの現場において、プライマリ・ケア及びコミュニティ・ケアの看護師が患者アウトカムに与える影響は、医師が中心となって行う通常のケアと比較してどうか、という研究課題に答えるシステムティック・レビューを国際的に実施した。このレビューは、プライマリ・ケアの現場の看護師は、医師と同等の効果的なケアと良好な健康アウトカムを患者に提供するという、控えめな国際的エビデンスを示した。看護師は、ケア管理に力を発揮し、良好な患者コンプライアンスを実現する。看護師はまた、慢性疾患の管理、疾病予防及び健康増進等のより広範な役割においても、効力を発揮する（Keleher et al 2009）。

**カナダ、英国、米国 - 上級看護師役割への投資：**同様に、カナダ、英国、米国のプライマリ・ケアの現場における、ナース・プラクティショナー（NPs）と医師の比較を行ったシステムティック・レビューは、患者アウトカムは、ナース・プラクティショナー、医師ともに同様であったが、患者の満足度及びケアの質はナース・プラクティショナーのほうが望ましいという、低～中程度の質のエビデンスを示した。中程度の質のエビデンスは、ナース・プラクティショナーは医師より相談時間が長く、詳しく調べてくれたことを示唆した。処方、再診及び紹介の数については、ナース・プラクティショナーと医師のあいだに大きな差異は認められなかった（Horrocks et al. 2002）。

**イングランド及びウェールズ - 患者の満足度の向上：**PHCにおける一般医とNPsのケア効果及び費用対効果の比較では、アウトカム指標は看護師と一般医とで同様であったが、患者の満足度は看護師のほうが高くなった。NPsは、費用対効果では、一般医をやや上回っていた（Venning et al. 2000）。

**米国 - 金額に比して高い価値：**2009年の米国におけるNP訪問の平均コストは、国全体で、医師の診察をうけた場合より20%低かった（Eibner et al. 2009）。保健医療ケアの質、安全性及び有効性に関するNPの影響を医師と比較したエビデンスをメタ分析でレビューした。同レビューは、1990～2009年に出版された文献を網羅し、そこから11のアウトカムにまとめられた。このシステムティック・レビューは、11のアウトカム全てで、NPsのアウトカムは、医師（またはNPsを除いたチーム）のそれと同等か、上であることを示した。エビデンスの高いレベルが、プライマリ・ケア現場でNPsがケアを提供した患者の血清脂質レベルが良好であることを示した。また、ケアに対する患者満足度、健康状態、機能の状

態、救急外来の受診と入院数、血糖値、血圧及び死亡率に関するアウトカムは、NPs と医師で同様であることをエビデンスの高いレベルが示した (Stanik-Hutt et al. 2013)。

様々な例が、保健医療施設、コミュニティや自宅にかかわらず、看護師は費用対効果及びケア効果の高いサービスを提供していることを示している。しかし、看護師には、エビデンスに基づくケアを実践するためのサポートが欠けており、有効な研究を利用して、質及び医療費の改善を図る動きは、大幅に遅れていることが少なくない。看護師はプライマリ・ケアの提供者として好位置におり、他のレベルの保健医療サービスへのゲートキーパー（門番）及び入口としての役目を果たしている。この実現には、看護労働力の可能性をすべて結集して、健康な世界で、健康な社会を作らなければならない。

NP 関連の文献の簡潔なまとめの中で、Bauer (2010) は、学術雑誌に発表されたすべての研究が、NPs は医療サービスのかなりの部分 -- いくつかの専門分野では 25%程度だが、プライマリ・ケアでは 90% -- で、医師を代替し、最低でも同等のアウトカムをもたらしているという米国議会技術評価局の 1981 年の結論 (LeRoy & Solowitz 1981) を裏づけている。免許による実践範囲の重複において、NPs の提供するサービスが劣るとする研究は、ただの 1 つもない。どこでサービスを行うかに関係なく、ナース・プラクティショナーのケアは、質が高く、費用対効果が高いプライマリ・ケアの提供手段であることが証明された。

#### アクションポイント

上記の例は、看護師が 1 日 24 時間、週に 7 日、1 年 365 日を通じて何ができるかを示しています。自分の受け持ちケースで優れた成果を出すために：

- 自国の例を探しましょう
- 自分の実践と最良実践を比較してみましょう
- 費用対効果が高く効果的なケアサービス推進に向けたアジェンダを作成しましょう

第 5 章では、今後の展望にスポットを当て、看護師及び NNAs の行動アジェンダを概観する。

## 第5章

### 今後の展望

#### 看護師と NNAs の役割

人の思いは、言葉に変わること無駄にされているように、私には思えるのである。それらはすべて、結果をもたらす行動に変わるべきものなのである — フローレンス・ナイチンゲール

#### 行動アジェンダ

看護師及び各国看護師協会（NNAs）は、ケアの有効性のみではなく、持続可能な医療財政及びコストへの貢献において中心的役割を果たす。日々、看護師は、患者ケアや自身の保護に必要な資源確保の課題に直面している。こうした課題に関わらず、看護師は、保健医療政策に影響を与え、形成するためのスキルと自信を築くことができる。

看護師は、生死に関わる状況に対処し、効果的な保健医療政策の形成への支援を通じて、保健医療を向上するための知識と経験を備えている。看護は、保健医療政策の構築に多大な貢献を果たしている。しかし、看護師は、未だにこのメッセージを政策策定者に届けることができず、多くの国で、政策プロセスへの積極的な関与がなく、その機会も与えられていない（ICN 2005a）。

看護と政策参画の間の隔たりが、看護の有効性、保健医療チームの機能及びケアの質への重大な障壁になりうる。看護師は、日々の患者ケアに必要な材料・機材に関する問題に無駄な時間や労力を費やしているようだが、これらは、経営者側の支援や政策・意思決定への看護の参画があれば容易に対処できうることを、いくつかのエビデンスが示している（Tucker 2002）。

今年の IND のテーマ「**看護師：変革の力 - 高いケア効果及び費用対効果**」は、看護師と NNAs が、個々にまたは集団として、保健医療制度における財政問題に取り組み、費用対効果の高い方法でケアの質及び患者安全を実現することを、強く求めるものである。では、より効果的で持続可能な医療財政にするために、看護師は何ができるか？

看護師は、政策策定者等との交流と行動を通じて、以下を行う必要がある：

- **経験を生かす。** 看護師は、保健医療制度における幅広い就労経験があることから、効果的な保健医療制度の財政に向けて意見を言える。しかし、理知的なロビー活動や擁護活動を促進するためには、事実と数値を用いて経験を伝えるべきである。

- **知識を蓄積する。**看護師は、類似する問題に直面している。都度、一からやり直すのではなく、専門知識を蓄積し、他の場面で何が効果を発揮したのか、情報を収集する。状況に即した解決策を、知識、活力及び決断力をもって適用する。
- **経済学者が用いることばを学び、また、追加資金の必要性について政策策定者を説得する議論の方法を学ぶ。**ここには、費用対効果、ケア効果、費用便益及びケア・アウトカムの測定に関する理解が含まれる。政策策定者と良好なコミュニケーションを図るためである。
- **議論の対象を定める。**保健省だけでなく財務省や民間セクターも視野に入れておく。
- **流れを把握する。**医療財政、ケアへのアクセス、コミュニティの懸念事項及び国全体において何が起きているのかを知ることが重要である。看護師は、人々との対話への関与、市民集会への参加、及び新聞や専門誌の閲覧により、公共的課題に関する最新情報に把握していなければならない。
- **情報に基づいて自己の考えをまとめ、事実と数値を活用して他者と賢明な対話ができるようにする。**保健医療、防護装備または看護配置レベルへの増資の必要性等の重要な案件に関しては、感情的な議論は成果を生まない。
- **単著または共著で著述し発表する。**専門誌、新聞及び雑誌に、適切な内容をタイミングよく発表することで、世論に影響力をもたらすことができる。看護が役に立つことができそうな諸課題を見逃さないようにする。研究職の看護師と協力し、エビデンスを入手し、考えや議論を文書化する。
- **世論を動かす。**そのために、草の根グループへの参加や地方ラジオの活用を図る。人々が共感できるような話を語る。
- **特定利益団体に参加する。**これは例えば、あなたの関心や考え方が一致する患者団体や消費者団体である。より大規模の、評価や信頼性の高い団体から紹介を受ければ、より効果的な貢献ができるだろう。あなたが所属する NNA は、情報、支援及び相談の優れた資源である。
- **主要なプレーヤーを知る。**これは例えば、地方自治体や国の政治家及び行政官である。準備を入念に行い、彼らを訪問する。議事次第を作成し、何を提示して、困難な質問にどのように答えるのかを考えておく。会議において説得力を発揮するには、簡潔明瞭が求められる。さらに、あなたの考えの裏付けとして確実なデータや実証的根拠を提示、あなたの信頼性を高める。課題を簡潔にまとめたものを配布する。重要な利害関係者や政策策定者とは、必要な時だけではなく、定期的に連絡を取る。
- **主要な看護師リーダー及びネットワークとのつながりを持つ。**これは、政策に関与するために今後協働する可能性がある人やグループである。例えば、保健省の高官である看護師は貴

重なる関係者である。彼らは、あなたのメッセージを適切な人々に届けるうえで、重要な味方である。

- **影響力をもつ立場にある看護師と定期的な連絡を確立する。** 彼らの中には、政府保健医療部門やその他の保健医療団体において、政策策定職や上級管理職に就いている者もいる。看護師は、中央・地方政府等のあらゆるレベルで代表者に選出され、国会議員に就任している場合もある。また、公共サービス団体、任意団体及び NGO で働く看護師もいる。このようなグループは、あなたが保健医療政策目標を達成する際に、有用な資源となるだろう。
- **自分の立場を伝える。** このことは、政策策定組織に常に代表者を派遣すること、ロビー活動、書面または口頭による提言、影響力のある人々との会議等を通じて行う。メディアと良好な関係を保つことを忘れてはいけない。

健全な医療財政戦略の計画及び実施には、完璧なシステムを目指した一度限りの行動ではなく、継続的なロビー活動及び擁護活動が必要である。その趣旨は、ウィン-ウィンの状況を創り出し、保健医療政策に向けたあなたの努力と貢献が、保健医療制度、患者及び看護師に利益をもたらすようにすることである。効果的な保健医療及び社会政策を構築するためには、看護師が、患者団体、保健医療職能団体、人権団体や女性団体等の他セクターを含めた幅広い利害関係者と協力する必要がある。

## NNAs の役割

国の看護の顔及び声として、NNAs は、アクセス向上と効果的な保健医療介入の提供に向けた質の高い保健医療政策の策定と効果的・効率的な保健医療制度の再設計に際して、看護師が果たす重要な役割を擁護し強化するという、極めて重大な機会に直面している。NNAs は、看護という専門職の良心と道徳観の指針であり、個々の看護師及び一般社会は、保健医療上の重要な課題や政策に関して、NNAs の指導力とリーダーシップに期待している。これらの課題や政策としては、ケアへのアクセス、ケアの質、患者安全及び安全な労働環境等が挙げられる。医療財政は、これら全ての課題を支えるものである。

NNAs は、人々や専門職の利益のために活用可能な多様なコンピテンシー及び資源を備えた看護師を代表している。NNAs が有する叡智と知識の総体は、最大限に活用すべき資産である。現場の看護師、看護管理者、看護教育者及び看護研究者は、より健康な社会を構築するという看護のアジェンダを実現するために、NNA のリーダーシップと協力して取り組むべきである。そのためには、医療財政への関与を NNA の業務に含まなければならない。では、NNAs は、看護師が最適に機能し、ケア効果及び費用対効果の高い専門職となることを支える効果的な保健医療政策を、どのように支援できるのか？NNA が取り組むことのできる活動には、以下がある：

**アクション 1：ビジョンを明確に描く。** 現状を理解した上で将来ビジョンを確立することが重要である。なぜなら、高い費用対効果及びケア効果のために NNAs が選択する決定は、効果的な保健医療制度に不可欠だからである。そのために NNAs は、看護管理者、現場の看護師、看護

研究者、看護教育者をはじめ、政策策定者及び他の保健医療専門職団体等を巻き込んで、ビジョンを描かなくてはならない。ビジョンは、NNA がその活動を通じて保健医療政策に影響を及ぼす際の工程表として活用される。

**アクション 2：状況を分析する。**状況分析においては、財政、ケアへのアクセス、看護配置とその課題、職場環境、資材・機材・個人用防護装備へのアクセス等、保健医療制度の構成要素に注目すべきである。こうした情報の多くは、保健省やその他の保健医療施設の年次報告書から得られるため、状況分析をゼロから行う必要はない。正確な情報を得ることが、戦略開発及び変化に向けた良好な出発点の基本である。状況分析で得た情報を NNA 会員に普及する。

**アクション 3：経済学者が用いることばを使い、政策変更の必要性、資金追加または人員配置の増加の必要性等の課題に関して、政策策定者を説得できる議論の方法を採用する。**ここには、政策策定者と良好なコミュニケーションをとることができるよう、費用対効果、ケア効果、費用便益及びケア・アウトカムの測定について理解することも含まれる。

**アクション 4：現在、そして新たに出現する政府の優先事項を理解し**（例：ユニバーサル・ヘルス・カバレッジへの取組み、ポスト 2015 年持続可能な開発目標等）、これらの優先事項に関連付けてあなたの議論を組み立てる。

**アクション 5：NNA を専門的な資源として位置付ける。**そのために、保健医療の重要課題に関して明確な政策方針を策定する。関連する出版物や調査研究から得られたデータ及び権威筋の意見等の裏付けをもつ所信声明を印刷・発行する。ICN 所信声明 - 本文書の付属書や ICN のウェブサイトに掲載されたもの ([www.icn.ch/publications/position-statements/](http://www.icn.ch/publications/position-statements/)) - を参考にして、地域のニーズに適合させる。

**アクション 6：政府及び政策策定団体にロビー活動を行う。**そして。特に NNA が明らかに重要な貢献ができる分野において、看護の声が反映されるようにする。こうした分野には、医療財政が、ケアへのアクセスやケアの質、患者安全及び職場の課題にもたらす影響等がある。様々な政策プロセスに関与するには、それぞれに最も適した戦略を決定する。例えば、NNA は、政策審議会または委員会の公式メンバーの席を要求し、政策プロセスの一環として提言を行い、課題に関する NNA の見解を発表し、キーパーソンにロビー活動を行うことができる。政策策定者に対して、重要な看護や政策の課題が患者・看護師・健康アウトカムにもたらす影響について、定期的にブリーフィングを行う。事実と数値を活用し、論旨を明らかにする。

**アクション 7：地方及び全国レベルで、健康や公共の課題に注意を払う。**政府が提案している新たな政策の経過を把握する。課題、政策策定プロセス及びアプローチを知り、より良い保健医療・社会政策に向けて NNA がどのように貢献できるのかを見極める。面談または文書を通じて、時宜を得た対応を行う。文書による NNA の公的声明は、明確で、専門職にふさわしい方法で提示する。



**アクション 8：他の団体と戦略的同盟を結ぶ。** NNA と同様のビジョン、所信及び関心を共有する団体と連携する。結束を確立することは、NNA や専門職としての基本的価値観を損なうことなく、提言やブリーフィングの影響力を高める効果的な方法である。例えば、ICN が、主要な保健医療専門職団体の国際的な同盟である世界保健医療専門職同盟（WHPA）の会員であるように、他の保健医療専門職団体と同様の同盟を結ぶことも可能である（[www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/](http://www.icn.ch/projects/world-health-professions-alliance/)）。

**アクション 9：その他の看護団体との結束を図る。** 看護専門職内での結束は、課題に対する看護の声を統一する上で重要である。看護団体は、それぞれの独自性を失うことなく、重要な課題に関して相互支援と協働を図ることに合意すべきである。この中には、合意の上で政策策定者に届けるべき主要メッセージを含めるべきである。政策策定者が、国内の異なる看護団体から異なるメッセージを受け取ったら、彼らは看護の「声」を聞かないであろう。

**アクション 10：政策課題について、NNA 会員を教育する。** つまり、医療財政、医療費及びケアへのアクセスに関連などである。数と結束による強さを示しながら、協会の立場を擁護するよう会員を動かす。会員には常に情報を提供し、定期的なフィードバックを提供し、風聞や誤伝を避ける。NNA は、活動的、雄弁で、情報に精通し、政策課題において NNA を代表する代弁者を特定しなければならない。代弁者は、建設的で知識に富む者として認められ、積極的に議論に参加する準備ができていなければならない。また、彼らは、進んで NNA のリーダー層から指導を受け、政策プロセスで浮上した主要な論旨についてフィードバックを行うことができなければならない。

**アクション 11：若手看護師に、健康医療政策に影響を与えるリーダーシップの役割を担う教育をする。** 若手看護師を政策フォーラムに連れていき、政策プロセス及び主要人物と接触する機会を与え、指導する。若手看護師が、能力を開発できるような経験を積ませる。医療財政、看護の価値、ケアへのアクセス及びケアの質に関連する「政策活動家」になるという、新たな責任を担えるように支援する。

これら全てにおいて、特定の政策課題の主要な利害関係者または政策環境の重要人物等、影響力のある人々と建設的な関係を築くことが重要である。NNA は、建設的で解決策を提供する者と思われる必要がある。議論や提案書を通じて、NNA は建設的であると受け止められると、政策策定に関与できるようになり、政策策定アジェンダにおいて重要な利害関係者と見なされるようになるであろう。連絡や会合は、NNA が必要とする時だけでなく、定期的に行うべきであるということを知っておくと良い。

NNAs は、健全な保健医療政策を形成する上での役割を最大限に拡大するために、その資源と専門知識を動員しなくてはならない。保健医療政策プロセス及び医療財政の全貌を明確に理解することにより、看護師と NNAs は「有言実行」できるようになり、看護が真の変革力となれるよう導いていけるであろう。

## 研究アジェンダ

研究は、しばしば象牙の塔の活動と見なされ、看護師の日常業務からかけ離れたものと思われる。しかし、研究は日々の看護業務の本質的な部分であり、全ての看護師及び NNA は、看護研究において重要な役割を果たしていることを明確にしなければならない。保健医療政策に影響を及ぼすための看護の行動アジェンダは、研究を通じた新たな知識の創出、及び文献レビューを通じた既存の知識の掘り下げがなければ、不完全なものとなるだろう。NNAs は、会員組織による財源及び人的資源を動員し、既存の研究の普及のみでなく研究から新たな情報を収集できる好位置にいる。効果的な保健医療政策の形成には、堅固な研究に基づいたエビデンスに精通している必要がある。

看護は、政策分野への関与において、課題に直面している。保健医療政策策定への看護師の関与を促進するうえで、何が役立ち、何が役立たないかという知見を新たに生み出すことを助けるような、将来の看護研究アジェンダが必要とされている。例えば、保健医療政策への看護師の関与にとって、何が障壁であり、何が促進要因なのか？これらの要因は、専門職に内在するものか、または外的なものなのか？こうした知識は、障壁を排除し看護師の政策関与を拡大するための戦略の開発に必須である。

財源及び人的資源には限りがあることから、研究を通じて、より良く効果的な健康増進法や疾病予防法、及びより良いケアやケアの方法を解明すべきである。看護介入の費用対効果及びケア効果に関する膨大な文献が存在する。この研究を、看護管理者や政策策定者が広く入手できるようにする必要がある。しかし、タスク・シフティングやタスク・シェアリング等の革新的手法を通じて看護労働力の最適化を図ることへの理解を、一層、高める必要がある。また、スキル・ミックスとケア・アウトカムを解明する上で、より多くの研究が求められている。そして、看護師及び NNAs はこの解明に貢献できる。

資源の最適配分は、看護及びより広範囲な保健医療にとって、今なお優先順位が高い。看護は、世界の保健医療労働力の最大規模を占め、看護師は、保健医療提供及び健康向上の両者において鍵となっている。これらの極めて重要な機能を守るためには (Aiken et al., 2014)、堅固な費用計算方法が必要である。看護データの収集において一貫性を向上できる ICNP 等の看護専門用語は重要である。しかしながら、データを有意義なものにするには、付加的なツールが必要となる。そのようなツールの一例が、ベルギー看護ミニマムデータセット (B-NMDS) であり、これは、ベルギー全国の病院における看護ニーズに応じた予算配分の情報提供をするために使用されている (Sermeus et al. 2009)。ICNP と B-NMDS を関連づけるために、現在行われている研究の結果は有望なものである (Hardiker et al. 2014)。

看護師の教育レベルとケアの質及びそのアウトカムとの関連は、もう一つの刺激的な分野である。看護師と NNAs は、この課題を取り上げ、自国における看護教育政策を導くような知識を創出することに役立つことができる。例えば、プライマリ・ヘルスケア、集中治療、救急部門等で、費用対効果の高いサービスを提供するためには、どの看護教育レベルがより効果的なのか？研究を実施したり、委託したりできる NNAs もあれば、課題に直面するところもある。し

かし、広く普及を図るべき研究成果が数多くある。そして、研究成果の普及は、多くの NNAs にとって、出発点として最適であろう。

看護を変革し、看護師が真に「**変革の力 - 高いケア効果及び費用対効果**」となることを奨励するには、研究アジェンダが必要である。看護研究の将来は明るい、看護や政策課題をエビデンスに基づくものにするためにすべきことは多い。世界中の看護師の知恵、献身及び知識の集約は、全ての人々にエビデンスに基づく質の高いケアを拡大する希望をもたらす。



## 第6章

### 結論

看護は、しばしば「眠れる巨人」と表現されており、その十分な可能性を認識し、目を覚ますべきである。保健医療政策全般において、またとりわけ医療財政への関与において、この表現は適切なのではないだろうか。看護師は、保健医療提供の中核にいるが、保健医療政策策定及び意思決定への貢献に関しては、隅に追いやられている。第4章において各国の例に示したように、多様な臨床現場で、看護師が同等かそれ以上の健康アウトカムを実現していることを示すエビデンスは増えている。従って、看護師の政策策定への関与は必須である。管理者や政策策定者の全面的な支援を得て何百万という看護師のエネルギーが呼び起こされれば、そして、彼らが政策に全面的に関与すれば、看護師は、真に保健医療制度改革を変革する力となるであろう。ここに挙げた例を体系化し、実施したとすれば、経済的利益は膨大であろう。ケア効果及び費用対効果の高いサービスが、全世界の現実となりうる。

看護師は、資源や組織的支援が少ないか、または全くない中で、復元力及び多様な能力を持って、ケアを提供し続けている。看護は「保健医療提供の根幹」とも表現される。しかし、エネルギーの絶え間ない浸食や枯渇を通じて、この根幹が徐々に揺らいでいることは明らかである。これを如実に示す例が、WHO 本部での看護の存在の枯渇である（ICN 2013b）。しかし、WHO の最高意思決定機関である世界保健総会では、質の高い保健医療政策の策定及び効果的な保健医療介入の実施において看護師は必要不可欠であると、繰り返し認識されている。保健省及びWHO 内で看護の声がますます微弱になっていることには、今まで以上に注意を払うべきである。

今年の IND のテーマ「**看護師：変革の力 - 高いケア効果及び費用対効果**」は、実に適時適切である。様々な国の研究エビデンスの例で示されたように、看護師は、間違いなく、費用対効果及びケア効果の高い専門職である。保健医療制度の再設計及び政策への看護師の全面的な関与があれば、保健医療の全体像が変容し、全ての人々にとって、ケアへのアクセス、患者安全及びケアの質の向上が図られるであろう。





### 看護の価値と費用対効果の促進

#### Promoting the Value and Cost-Effectiveness of Nursing

##### ICNの所信：

看護は、費用対効果が高いが、保健医療資源として未だに過小評価されており、十分に活用されていないということを示す根拠が多々ある。

看護師は、消費者・他の保健医療提供者・政策策定者に対して、あらゆるレベルにおいて、看護の価値と費用対効果、そして看護のアウトカムを明確に表明・立証しなくてはならない。また看護師は、安全なケアを提供するうえで必要な資源について交渉・主張する能力がなくてはならない。

看護師は、研究を行い革新的なケア提供モデルを開発することにより、企画・管理・政策開発における看護の効果に関するエビデンスを蓄積する責任を負っている。

看護教育、とくに管理能力とリーダーシップの開発プログラムは、保健医療サービスにおける看護の価値と費用対効果を実証するための技能と発言力を育てるものでなくてはならない。看護教育機関や看護規制機関は、定期的カリキュラムの見直しを行い、看護の価値と費用対効果に関連した内容が含まれていることを保証すべきである。

各国看護師協会は、ケアの質および費用対効果の向上につながる健康・社会政策の形成と決定を助ける上で、重要な役割を担っている。

各国看護師協会は、看護が、保健医療サービスに関する意思決定および看護・保健研究、健康・社会政策の開発に積極的に参画できるようにするための方略を展開しなくてはならない。そのためには、保健医療サービスにおける看護の価値や費用対効果を実証し促進する技能と発言力を身に付けた看護リーダーを育成するための方略を開発・支援する必要がある。

看護師は専門職として、あらゆるレベルにおいて積極的に政策策定に関与すべきである。

健康ニーズの高まりおよび、看護サービス関連の費用を含む保健医療コストの増大にともない、看護師は、自己の活動がもたらす健康上のアウトカムおよびコストの定義・検証・評価に主体的に取り組む必要がある。

看護師、その中でもとくにリーダーの立場にある者は、保健医療改革の目的と内容および、あらゆる保健医療の場におけるサービスの計画・管理・指針開発に対して看護が果たすことのできる貢献について、十分に理解していなくてはならない。保健医療改革が計画段階にあるとこ

ろでは、看護リーダーは、政策策定においてリーダーシップを発揮して、保健医療改革の妥当性・内容・目的に関与すべきである。

ICNとその会員協会は、看護が保健医療における費用対効果に取り組む能力を高める上で、次のような支援を行うことができる：

- 費用対効果の高いケアを行うための中核的資源としての、また、保健医療支出に関する意思決定における重要な関与者としての、看護の役割を促進する。
- 看護師が、政治的手腕および経済原則、保健分野における予算編成や資源活用、費用対効果などに関する知識を獲得できるように、教育の機会を提供する。
- 資源管理や意思決定、政策開発における看護師の役割などを盛り込んだリーダーシップ・管理能力開発プログラムを支援する。
- コスト算定方法を保健・看護アウトカムと関連付けて、その妥当性を検証するための研究・評価を支援し促進する。
- 最善のケア方法と最も効果的な看護システムの確立に向けて、さまざまな場におけるアウトカムの比較を可能とするデータベース・システムの開発を奨励する。
- 費用対効果に関する研究および費用削減策、最善の実践基準に関する情報の普及を図り、双方向ネットワークを開発する。
- 関係者と専門職ネットワークを確立し、対等な協力関係を深め、質および費用対効果の向上を目的としてアイデアや情報の交換を行う。
- 看護師に代わってサービス契約条件の公平性を促進し、多職種が関与する場において費用対効果とケアの質の向上を図るという看護師の役割を認識し支援する。

1995年採択  
2001年改訂

- \* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- \* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。





## ヘルスサービスの意思決定と政策立案における看護師の参加

### Participation of Nurses in Health Services Decision Making and Policy Development

#### ICNの所信：

看護師は、ヘルスサービスにおける計画および意思決定と、適切で効果的な保健政策の開発において重要な貢献を果たす。看護師は、健康の決定因子、保健医療従事者としての備え、ケア提供システム、保健医療ケア財政、ヘルスケア倫理に関する社会政策に寄与することができ、また関与すべき立場にある。

看護師は、関連の専門的能力の開発の義務も含めた、ヘルスサービスの政策と意思決定における自己の責任を引き受けなければならない。

看護専門職団体は、地域的、国内的小および国際的な保健に関する意思決定と、政策策定機関や委員会における看護職の参加を促し、主張する責任がある。同様に、看護師リーダーが、方針決定の役割を十分に担うために、適切な準備が確実にできるよう支援する責任もある。

#### 背景

看護師は、あらゆる場面において患者/クライアントおよびその家族と密接な関係にあるため、人々がヘルスケアに必要とするものと期待するものを判断する助けとなる。看護師は、管理レベルと同様に、臨床実践レベルにおいても意思決定に関与する。看護師は、質が高く費用効果のあるヘルスケアの提供の決定を導くために、調査や臨床試験の結果を活用する。また、政策立案の証拠を促す看護および保健研究を行う。看護師はしばしば、他の人々が提供するケアのコーディネーターであるため、その知識と経験をもって、戦略的計画と資源の有効な活用に関与する。

看護師は、保健計画と意思決定、保健および社会政策の開発に参加し、効果的に役立つために、自己の価値を示し、自己が成し得るその他の貢献を他の人々に納得させることができなくてはならない。これは、政治上および行政上のプロセスへの理解を含め、看護師が管理とリーダーシップのための準備に対する機会を向上および拡大させることをも意味することとなる。同様に、管理やリーダーシップの役割、看護およびその他のヘルスケア・サービス両方における立場を通じて自己を表出する機会が増えることや、行政上および政治上の事業への看護師の参加の奨励、および看護のイメージの向上と広報をすることも意味する。

国際看護師協会（ICN）とその会員協会である各国看護師協会（NNAs）は、管理、リーダーシップおよび政策立案における看護師の参加を促進し、改善するためのあらゆる試みを支援する。このための準備は、変化への影響・政治的プロセスにおける奨励・ソーシャル・マーケティング・連携体制の整備・メディアとの協働や影響をおよぼすその他の手段のための知識と技術の開発等を行う広範なものでなくてはならない。それは、効果的な意思決定が本来備えているべき複雑なプロセスと要因を、認識して行われるべきである。

看護専門職団体は効果的な政策立案に寄与するため、数多くの戦略を活用する必要がある。その戦略の構成要素として、たとえば以下の項目が挙げられる：労働人口における看護師の稼働率の観察。新しいモデルと管理戦略の導入。国内のおよび国際的な管理・政策策定の中心的人物に対する看護の肯定的なイメージの継続的な広報。関連の知識と研究の普及。政府機関や非政府機関との協働を可能とする適切なネットワークの継続的な発展と維持。ICNは今後、保健医療における意思決定と政策立案への看護の貢献を促進し、情報を入手可能にしてゆきたい。

2000年採択

2008年改訂および再確認

- \* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- \* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。



## 看護およびヘルスケア・サービスの管理 Management of Nursing and Health Care Services

### ICNの所信：

看護には、保健に関する計画と政策およびヘルスサービスの調整と管理に寄与する責務がある。国際看護師協会（ICN）は、看護師に対し、各レベルにおける管理とリーダーシップの役割、および各国看護師協会（NNAAs）の直接関与とアドボカシー（主張）を通じて、地域的、国内のおよび国際的に保健政策に加わることを求める。看護とヘルスシステムの管理における卓越性が必要とされていることを、積極的に提示していくべきである。

ICNは、看護サービスは看護師が直接管理すべきであると強く主張する。スタッフに看護師が含まれ、管理者が看護師でない場合には、看護師職能に関する事柄について指示する権限を看護師リーダーに与えるべきだとICNは考える。こうした状況において看護実践の範囲と基準に関して説明責任を有するのは常に看護師である。

またICNは、看護師は幅広いヘルスサービスを管理する優れた能力を有すると考える。

ICNは、看護管理者が、管理や政策開発、リーダーシップという点で、保健分野の上級職に就く能力のある他の保健職種と同等の機会、教育、報酬を得ることを期待する。

### 背景

看護管理者の役割と機能については、保健分野における変化にあわせて絶えず定義が見直されている。

リーダーシップは、管理において必要不可欠な能力である。看護師のリーダーは、看護およびヘルスケア・サービス、教育、保健政策において、管理者としての役割を担う準備が整っていることが重要である。看護のリーダーシップには、他の人々を指導し助言を与え、そして継続的な発展と質の高いケアのための環境を作り出すことも含まれる。

強堅な看護のリーダーとは、職能および臨床の問題に対処し、仕事に対する満足度を高め、医療消費者への看護の質を改善することにより、看護を実践するスタッフを支援する者のことである。特に幹部職にある看護師は、強力かつ効果的なリーダーシップ、社会的影響力、戦略的

指示、組織内における権限を保持することにより、質の高いケアの提供に不可欠な役割を果たす<sup>1</sup>。

看護とヘルスケア・サービスにおける管理を積極的に高めるべきである。看護職能団体は、看護職が確実に保健計画と保健政策に関与できるよう、戦略的影響力を発揮することが可能である。

主要な関係者との間でネットワークと連携を保つことは、効果的なリーダーシップと管理にとって絶対不可欠である。同様に、継続的な環境評価、遂行状況の監視、必要に応じた変革または変化への適応なども重要な能力である。

管理のための教育要件は、看護管理者の役割とキャリア・パスにより様々である。ICNは、管理とリーダーシップのための適切な教育を促進する役割を担っている。看護職能団体は適切な教育を受ける機会を把握し、それを推進することによって会員を支援することが可能である。個々の看護師は、自身の教育について責任を負い、これを戦略的に計画・管理する能力を開発しなければならない。

看護師は、自身の専門職開発およびキャリア開発に関わる様々な場や段階において、管理、政策開発およびリーダーシップのための準備を効果的に行うための、適切な看護職向けプログラムまたは他職種向けプログラムを選ぶ必要がある。準備は、変化するニーズと期待に適応する継続的な学習の重要性を反映すべきである。また準備においては、ただ知識を習得することだけではなく、適切な技術や特性を開発することにも重点が置かれていなければならない。

看護管理者の業績に対しては、他の管理者と同じように報酬を与える必要がある。同時に看護管理者は、自身が重要なポストに就くことによってもたらされる利益を示す必要がある。看護管理者には、同レベルの他の管理職らと同等かつ自身の専門的特性と職責に見合った、適切な職位区分が適用されるべきである。

2000年採択

2010年全面改訂

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。</li><li>* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。</li></ul> |
|--|

---

<sup>1</sup> Cook M.J. 2001、有能な臨床看護リーダーの属性。Nursing Standard, 15(35), 33-36.



## アクセス可能な公的保健医療サービス Publicly Funded Accessible Health Services

### ICNの所信：

国際看護師協会（ICN）と各国看護師協会（NNAs）は、公的資金で運営される重要で、誰もが利用可能、かつ、公平な必須保健医療サービスを住民に提供する国営の保健医療システムの開発を提言する。

人は、公平な保健医療サービス、つまり健康増進、予防、治療、リハビリテーション及び緩和ケアなどのサービスを受ける権利がある。ICNは、これらのサービスは、患者・家族中心で、エビデンスに基づくものであり、そして、取り決められた尺度や指標による質の評価を通じて、継続的に改善されるべきであると確信する。

ICNは、こうしたサービスが公的資金で運営されていない場合、政府には、脆弱な集団、特に社会経済的に恵まれていない集団を中心とした住民がアクセス可能な保健医療サービスを保証する責任があると考えている<sup>1</sup>。

ICNは、保健に関する国の優先課題、公平性、包括的で必須サービスへのアクセシビリティ、効率（生産性を含む）、費用対効果及び質の高いケアに基盤を置いた、保健、社会、教育及び公共政策に、各国看護師協会が影響力を及ぼすための取組みを支持する。

ICNは、プライマリ・ヘルスケアは、政府と地域社会が負担できる費用で必須保健医療サービスを提供するうえで、推奨すべき手段と考える<sup>2</sup>。

アクセス可能で費用対効果と質が高いサービス、適切な規制原理と枠組み・基準・仕組み及び働きやすい実践環境が、公的・民間いずれの保健医療サービスにも等しく確立され、適用される必要がある。

看護師と NNAs は、全ての人々が看護と質の高い保健医療サービスが利用できるよう、そのような保健医療サービスを擁護し、有効性を監視し、及び保健医療政策の策定・意思決定・実施の推進をする責任がある。

<sup>1</sup> 「健康の社会的決定因子」委員会（2008）世代間格差の縮小：健康の社会的決定因子に関する行動を通じた健康の公平性（Closing the gap in a generation: health equity through action the social determinants of health）「健康の社会的決定因子」委員会最終報告書、ジュネーブ、世界保健機関

<sup>2</sup> 2008年世界保健報告、いまこそプライマリ・ヘルスケア（Primary Health Care Now More than Ever）、ジュネーブ、世界保健機関

ICN は、NNA<sub>s</sub> が公的資金で運営されるアクセス可能な保健医療サービスに関する政府方針によって、こうしたサービスに必要な複雑な要件を満たす看護教育のレベルが、引き下げられることのないよう、保障する努力をすることを支持する。それは、正看護師がより優れたケアのアウトカムをもたらすというエビデンスによるものである<sup>3</sup>。

## 背景：

健康な国民は、国家の極めて重要な資源である。各国の最大目標は、利用可能な資源の中で住民が可能な限り良好な健康水準の達成を図ることではなければならない。

全ての人々は、あらゆる場を通じて、ケア提供、監督管理、支援をする有能な看護師へのアクセスを享受すべきである。保健医療システムは、看護師の能力を拡大し、効果的、効率的で安全な保健医療システムを確保するための労働力計画や教育、スキル・ミックス、規制枠組み、キャリアパスに取り組む一連の戦略を立てる必要がある。

ICN と会員協会は、資源の分配とサービスの入手可能性がニーズと優先度に即し、プライマリ・ヘルスケアを促進し、質とコストを検討するために、関係者との間に効果的なネットワークを維持する必要がある。これには、全世界の国家と住民が直面する慢性疾患と非感染性疾患、傷害、災害及びその他の健康課題の増大する負荷に、看護労働力が備えるために必要な資源の擁護を含む。

1995年採択

2001年再確認

2012年改訂

- \* 文書中の「看護師」とは、原文では nurse(s)であり、訳文では表記の煩雑さを避けるために「看護師」という訳語を当てるが、免許を有する看護職すべてを含むものとする。
- \* ICN 所信声明の著作権は、国際看護師協会(ICN)にあり、ICN の許可のもとに、(公・社)日本看護協会が日本語訳を作成しました。許可の無い商業目的での使用を禁止します。

---

<sup>3</sup> Aiken L, Clarke S, Cheung R, Sloane D & Silber J (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. JAMA, 290, 1617- 1623.

Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, Diodidous M, Kinnunen J, Kóska M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, van Achterberg T & Sermeus W (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383 (9931): 1824 - 1830, 24 May 2014.

Aiken LH, Douglas MS, Bruyneel L, Van de Heede K & Sermeus W (2013). Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *International Journal of Nursing Studies*. 50: 143-153.

Aiken LH, Sermeus W, Van den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M, Bruyneel L, Rafferty AM, Griffiths P, Moreno-Casbas MT, Tishelman C, Scott A, Brzostek T, Kinnunen J, Schwendimann R, Heinen M, Zikos D, Strømseng Sjetne I, Smith HL & Kutney-Lee A (2012). Patient Safety, satisfaction and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ* 2012; 344:e1717.

Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Lake ET, Cheney T (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes, *Journal of Nursing Administration* 2008 May;38(5):223-9. doi: 10.1097/01.NNA.0000312773.42352.d7.

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) (2008). Innovation Profile: Periodic Nurse Initiated Telephone Contact Provides Quality Follow-up Care to Infants with Lung Disease in Rural Areas. Available at: <https://innovations.ahrq.gov/profiles/periodic-nurse-initiated-telephone-contact-provides-quality-followup-care-infants-lung>

Australia Nursing and Midwifery Federation (ANMF) (2014). Securing jobs for graduate nurses. 11 December 2014. Available at: <http://anmf.org.au/news/entry/securing-jobs-for-graduate-nurses-and-midwives>

Baker DW, Gazmararian JA, Williams MV, Scott T, Parker RM, Green D, Ren J, Peel J (2002). Functional health literacy and the risk of hospital admission among Medicare managed care enrollees. *American Journal of Public Health*, 92: 1278-1283.

Bauer JC (2010). Nurse Practitioners as an Underutilized Resource for Health Reform: Evidence-Based Demonstrations of Cost-Effectiveness. *J Am Acad Nurse Pract*. 22:228-231

Bennett S & Gilson L (2001). Health financing: designing and implementing pro-poor policies. London: DFID, Health Systems Resource Centre.

Benton D (2013). Fake medicines are everybody's business. Fight the Fakes Opinion Piece. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes\\_Op\\_Ed.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/projects/Fight-the-Fakes_Op_Ed.pdf)

Benton D, Chapman C, Smith E (2003). Sharing experiences and learning. *Nursing Management*, 2003;10(8):24-27.

Berkman ND, DeWalt DA, Pignone MP, Sheridan SL, Lohr KN, Lux L, Sutton SF, Swinson T & Bonio AJ (2004). *Literacy and Health Outcomes* (AHRQ Publication No. 04-E007-2). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Available at: <http://archive.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/literacy/literacy.pdf>

Blank MB, Hanrahan NP, Fishbein M, Wu ES, Tennille JA, Ten Have TR, Kutney-Lee AM, Gross R, Hines JM, Coyne JC & Aiken LH (2011). A Randomized Trial of a Nursing Intervention for HIV Disease Management Among Persons With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services* 62:1318–1324, 2011

Blendon R, Schoen C, DesRoches C, Osborn R, & Zapert, K (2003). Common Concerns Amid Diverse Systems: Health Care Experiences In Five Countries. *Health Affairs*, 22, no.3 (2003):106-121.

Bloom, D.E., Canning, D. & Jamison, D (2004). Health, Wealth and Welfare. Finance and Development, 41(1): 10-15. International Monetary Fund (IMF). Available at: [www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf](http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2004/03/pdf/bloom.pdf)

Bower P, Campbell S, Bojke C & Sibbald B (2003). Team structure, team climate and the quality of care in primary care: an observational study. *Quality & Safety in Health Care* 12(4):273-279.

Canadian Home Care Association (2006). High Impact Practices. September 11, 2008. Available at: [www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744](http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744)

Carrin G, James C, Evans DB (2005). Achieving universal health coverage: developing the health financing system. Geneva, WHO.

Centers for Disease Control and Prevention (2011). A Patient Safety Threat – Syringe Reuse Available at [http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse\\_faqs.html](http://www.cdc.gov/injectionsafety/patients/syringereuse_faqs.html)

Chisholm D & Evans DB (2010). Improving health system efficiency as a means of moving towards universal coverage. World Health Report 2010 background paper, no. 28. Geneva: WHO. Available at: [www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr\\_background/en](http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/whr_background/en)

Commission on Macroeconomics of Health (CMH) (2001). *Macroeconomics and health: investing in health for economic development*. Geneva: WHO.

Costa-Font, J, Courbage C & McGuire A. (eds.2009). *The Economics of New Health Technologies: Incentives, Organisation and Financing*. Oxford: Oxford University Press.

Dambisya Y (2007). EQUINET Newsletter #82 December: What do we need to do to keep health workers in Africa? Available at: [www.equinetafrica.org/newsletter/index.php?iissue=82](http://www.equinetafrica.org/newsletter/index.php?iissue=82)

Dealey C, Posnett J, Walker AJ (2012). The cost of pressure ulcers in the United Kingdom. *Wound Care*. 21(6):261-2, 264, 266.

Duerden M, Avery T & Payne R (2013). Polypharmacy and medicines optimisation: safe and sound. London: The King's Fund. Available at: [www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_publication\\_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/polypharmacy-and-medicines-optimisation-kingsfund-nov13.pdf)

Duffield CM, Diers D, O'Brien Pallas L, Aisbett C, Roche MA, King MT & Aisbett K (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research*, vol.24, issue 4 pp. 244-255.

Eckenrode, J., Ganzel, B., Henderson, C.R., Smith, E., Olds, D.L, et al. (2000). Preventing Child Abuse and Neglect With a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence. *JAMA*. 284(11):1385-1391

Eibner C, Hussey PS, Ridgely MS, McGlynn EA (2009). Controlling Health Care Spending in Massachusetts: An Analysis of Options. RAND Health.

Ellis JR & Hartley CL (2005). *Managing and Coordinating Nursing Care*. Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.



Elsevier Clinical Solutions (2014). National Survey and Forum for Nurse Executives Leveraging Evidence-based Practice to Enhance Healthcare Quality, Reliability, Patient Outcomes and Cost-containment. Available at: <http://visit.clinicaldecisionsupport.com/l/7222/2014-05-12/n9fy1>

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010). The financial cost of healthcare fraud. Available at: [www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-\(2\).pdf](http://www.ehfcn.org/media/documents/The-Financial-Cost-of-Healthcare-Fraud---Final-(2).pdf).

Fairall L, Bachmann MO, Lombard C, Timmerman V, Uebel K, Zwarenstein M, Boule A, Georgeu D, Colvin CJ, Lewin S, Faris G, Conick R, Draper B, Tshabalala M, Kotze E, van Vuren C, Steyn D, Chapman R & Bateman E (2012). Task Shifting of Antiretroviral Treatment from Doctors to Primary-Care Nurses in South Africa (STRETCH): A Pragmatic, Parallel, Cluster-Randomized Trial. *The Lancet*. 380 (9845): 889 - 898.

Ferrel BJA (2002). Community development and health project: A 5-year (1995-1999) experience in Mozambique, Africa. *International Nursing Review*, 49: 27-37.

Frenk J, Chen LC et al. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376:1923–1958

Gallup (2013). Gallup Honesty/ Ethics in professions. Available at: [www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx](http://www.gallup.com/poll/1654/honesty-ethics-professions.aspx)

Griffiths P, Jones S & Bottle A (2013). Is “failure to rescue” derived from administrative data in England a nurse sensitive patient safety indicator for surgical care? Observational study. *International Journal of Nursing Studies*, 50: 292-300.

Hardiker NR, Sermeus W, Jansen K (2014). Challenges associated with the secondary use of nursing data. *Stud Health Technol Inform*. 2014;201:290-7.

Health Workforce Australia (2012). Health Workforce 2025: Doctors, Nurses and Midwives, Vol.1. March 2012. Available at: [www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf](http://www.hwa.gov.au/sites/uploads/health-workforce-2025-volume-1.pdf)

Hennis A & Fraser HS (2004). Diabetes in the English-speaking Caribbean (Special report). *Pan American Journal of Public Health*, 15 (2), 90-93.

Holloway K & Van Dijk L (2010). Rational use of medicines. In: *The World Medicine Situation*. Geneva: WHO.

Horrocks S, Anderson E, Salisbury C (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324:819-23.

Iha A (2008) ed. Summary of the evidence on patient safety: implications for research. Geneva, World Health Organization, The Research Priority Setting Working Group of the Alliance for Patient Safety.

Institute for Health Care Communication (2011). Impact of Communication in Healthcare. Available at: <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>

Institute of Medicine (2012). “Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America.” Smith M, Saunders R, Stuckhardt L & McGinnis JM (editors). Washington, D.C. The National Academies Press. Available at: [www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx](http://www.iom.edu/Reports/2012/Best-Care-at-Lower-Cost-The-Path-to-Continuously-Learning-Health-Care-in-America.aspx)

Institute of Medicine (1999). *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Committee on Quality of Health Care in America. Washington, DC: National Academy Press.

International Council of Nurses (undated). International Classification for Nursing Practice (ICNP) Information Sheet. Available at:

[www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP\\_FAQs.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/ICNP_FAQs.pdf)

International Council of Nurses (2014) ICN Biennial Report 2012-2013, p.23. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial\\_reports/ICN\\_Biennial\\_Report\\_2012-2013.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/biennial_reports/ICN_Biennial_Report_2012-2013.pdf)

International Council of Nurses (2013a). ICN Fact Sheet on *Positive Practice Environments*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/9d\\_FS-Positive\\_Practice\\_Environments.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9d_FS-Positive_Practice_Environments.pdf)

International Council of Nurses (2013b). *Going, Going, Gone: The nursing presence in the World Health Organization* (revised 2013). A Fact Sheet for National Nurses Associations. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/7b\\_FS-Does\\_Nursing\\_Matter\\_within\\_WHO.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/7b_FS-Does_Nursing_Matter_within_WHO.pdf)

International Council of Nurses (2012a). Position statement on *Publicly funded accessible health services*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D07\\_Publicly\\_Funded\\_Accessible\\_Health\\_Services.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D07_Publicly_Funded_Accessible_Health_Services.pdf)

International Council of Nurses (2012b). ICN Code of Ethics for Nurses. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode\\_english.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf)

International Council of Nurses (2010). *The Impact of the Economic Recession on Nurses and Nursing in Iceland*. Developed by Elsa B. Friofinnsdottir & Jon Aoalbjorn Johnson. Geneva: International Centre for Human Resources in Nursing (ICHRN).

International Council of Nurses (2009a). *Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics*. A Nursing Matters Fact Sheet. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact\\_sheets/1b\\_FS-NP\\_APN.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/1b_FS-NP_APN.pdf)

International Council of Nurses (2009b). *Implementing Nurse Prescribing*. Geneva. ICN

International Council of Nurses (2008a). Position statement on *Participation of nurses in health service decision-making and policy development*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D04\\_Participation\\_Decision\\_Making\\_Policy\\_Development.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D04_Participation_Decision_Making_Policy_Development.pdf)

International Council of Nurses (2008b). *Nursing Perspectives and Contributions to Primary Health Care*. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/primary\\_health\\_care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf)

International Council of Nurses (2007). ICN Position Statement on *Nurses and Primary Health Care*. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D02\\_Nurses\\_Primary\\_Health\\_Care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D02_Nurses_Primary_Health_Care.pdf)

International Council of Nurses (2005a). *Guidelines on shaping effective health policy*. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline\\_shaping.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_shaping.pdf)

International Council of Nurses (2005b). *Nurse retention and recruitment: Developing a motivated workforce*, developed by Zurn P, Dolea C & Stilwell B. Geneva: ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free\\_publications/primary\\_health\\_care.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/free_publications/primary_health_care.pdf)

International Council of Nurses (2004). *Collaborative Practice in the 21<sup>st</sup> Century*. Developed by Madrean Schober & Nancy MacKay. Geneva: ICN.

International Council of Nurses (2001). ICN position statement on *Promoting the value and cost-effectiveness of nursing*. Available at:

[http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/D06\\_Promoting\\_Value\\_Cost-effectiveness\\_Nursing.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/D06_Promoting_Value_Cost-effectiveness_Nursing.pdf)

International Council of Nurses (1999). ICN's Vision for the Future of Nursing. Geneva, ICN. Available at: [www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/](http://www.icn.ch/about-icn/the-icns-vision/)

International Council of Nurses and the World Bank (2014). Strengthening Community and Frontline Health Workers for Universal Health Coverage. Event Summary, July 2014. Geneva: ICN. Available at: [www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf](http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/report/pdf/2014m/08-06.pdf)

International Medical Travel Journal (2011). European health systems under siege. Medical tourism news. 8 July 2011. Available at: [www.imtj.com/news/?EntryId82=297309](http://www.imtj.com/news/?EntryId82=297309)

Irish Nursing and Midwifery Organisation (Dec 2013/Jan 2014). "Media watch - Budget cuts focus". *World of Irish Nursing* Dec 2013/Jan 2014 Vol 21 (10). Available at: [www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149](http://www.inmo.ie/Home/Index/7820/11149)

Irvine D & Evans M (1995). Job satisfaction and turnover amongst nurses: Integrating research findings across studies. *Nursing Research* 44 (4): 246-253, Blackwell Publishing, UK. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva, ICN. Available at: [www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global\\_shortage\\_Overview.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf)

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (2005). Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Available at: [www.jointcommission.org/assets/1/18/health\\_care\\_at\\_the\\_crossroads.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/18/health_care_at_the_crossroads.pdf)

Keleher H, Parker R, Abdulwadud O & Francis K (2009). Systematic review of the effectiveness of primary care nursing. *Int J Nurs Pract.* 15(1):16-24

Kingma M (2008). Nurses on the Move: Historical Perspective and Current Issues. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing.* 13 (2), Manuscript 1.

Kitzman H, Olds DL, Sidora K, Henderson CR, Hanks C, Col R, Luckey DW, Bondy J, Cole K & Clazner J (2000). Enduring Effects of Nurse Home Visitation on Maternal Life Course: A 3-Year Follow-up of a Randomized Trial. *JAMA.* 2000;283(15):1983-1989.

Kroezen M (2012). Nurse prescribing of medicines in Western European and Anglo-Saxon countries: A survey of forces, conditions and jurisdictional control. *International Journal of Nursing Studies* 49 (2012): 1002-1012.

Laport N, Sermeus W, Vanden Boer G & Van Herk P (2008). Adjusting for nursing case mix in hospital reimbursement: a review of international practice. *Policy Politics and Nursing Practice,* 9 (2): 94-102.

Laschinger HKS, Almost J & Tuer-Hodes J (2003). Workplace Empowerment and Magnet Hospital Characteristics: Making the Link. *JONA,* 33 (7/8)

Lathrop B (2013). Nursing Leadership in Addressing the Social Determinants of Health. *Policy, Politics & Nursing Practice.* 14 (1): 41-47

Latter S, Courtenay M (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature, *Journal of Clinical Nursing,* Volume 13, Issue 1, Pages 26-32, 2004 Blackwell Publishing Ltd.

Lein C & Wills CE (2007). Using patient-centered interviewing skills to manage complex patient encounters in primary care. *American Academy of Nurse Practitioners,* 19:215-220

Lemiex-Charles L & McGuire WL (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review.* June 2006. 63(3):263-300.

Liese B & Dussault G (2004). Africa Region Human Development Working Paper Series. The State of the Health Workforce in Sub-Saharan Africa: Evidence of Crisis and Analysis of Contributing Factor. Washington D.C.: The World Bank, Africa Region.

LeRoy L & Solowitz S (1981). The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners. Office of Technology Assessment.

Lozano R, Naghavi M, Foreman K, et al. (2012). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012; Vol. 380, No. 2859, pp. 2095–2128.

Macdonald, T.H. (2009). Removing the Barriers to Global Health Equity. Oxon: Radcliffe Publishing.

Massachusetts Technology Collaborative (MTC) and NEHI (2008). *Saving Lives, Saving Money: The Imperative for CPOE in Massachusetts*. Updated to 2008 figures. Cambridge, MA: NEHI.

Mathauer I & Imhoff I (2006). Health worker motivation in Africa: The role of non-financial incentives and human resource management tools. *Human Resources for Health*, 4:24.

McElmurry, B. et al. (2002). Primary health care in the Americas: frame work, experiences, challenges and perspectives. Nº 25. Series. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, DC. PAHO/WHO.

McMahon R, Barton E & Piot M. (1992). On being In charge: a guide to management in primary health care. Geneva: WHO.

Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martin-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Carrasco AM, García-Arrabal JJ, Toral-Lopez I (2008). Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *Health serv Res*, 23(8):193

Morris R, MacNeela P, Scott A, Treacy P & Hyde A (2007). Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 57 (5): 463-471.

Mphande H (2014). “Shortage of nurses hit Malawi: Has only 25% of required number”, Nyasa Times. September 18, 2014. Available at: [www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/](http://www.nyasatimes.com/2014/09/18/shortage-of-nurses-hit-malawi-has-only-25-of-required-numbers/)

Murphy GT (2005). Health human resource planning, modeling activities for primary health care nurse practitioners. Ottawa: CNA. Canadian Nurse Practitioner Initiative.

Neumann PJ (2005). Using cost-effectiveness analysis to improve health care: opportunities and barriers. Oxford: Oxford University Press.

Newhouse R & Poe S (2005). Measuring Patient Safety. Sudsbury, MA: Jones and Bartlett.

Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality care in hospitals. *The New England Journal of Medicine*, 346(22): 1715-1722.

NHS Employers (2014). NHS Qualified Nurse Supply and Demand Survey – Findings. Report produced for the Health Education England Nursing Supply Steering Group. Available at: <http://hee.nhs.uk/wp-content/uploads/sites/321/2014/05/NHS-qualified-nurse-supply-and-demand-survey-12-May1.pdf>

Noknoy S, Rangsin R, Saengcharnchai P, Tantibhaedhyangkul U, McCambridge J (2010). RCT of effectiveness of motivational enhancement therapy delivered by nurses for hazardous drinkers in primary care units in Thailand. *Alcohol and alcoholism*, 45 (3): 263-70.

- Nullis C (2007). The Associated Press, 24 May 2007. Available at: [www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php](http://www.seattlepi.com/national/article/Nursing-shortages-in-Africa-hurt-AIDS-treatment-1238508.php)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). Public Spending on health and long-term care: a new set of projects. OECD Economic Policy Papers No.06. Available at: [www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf](http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf)
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). Nurses in advanced roles: A description and evaluation of experience in 12 developed countries. Available at: [www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en](http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=delsa/hea/wd/hwp%282010%295&doclanguage=en)
- Özaltın A & Cashin C, eds. (2014). Costing of Health Services for Provider Payment: A Practical Manual Based on Country Costing Challenges, Trade-offs, and Solutions. Joint Learning Network for Universal Health Coverage. Available at: [http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN\\_Costing\\_Toolkit\\_Interactive\\_FINAL.pdf](http://jointlearningnetwork.org/uploads/files/resources/JLN_Costing_Toolkit_Interactive_FINAL.pdf)
- Palangkaraya A & Yong J (2009). Population Ageing and its Implications on Aggregate Health Care Demand. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 9 (4): 391-402.
- Pan American Health Organization (2007). Renewing Primary Health Care in the Americas: A position paper of the Pan American Health Organization (PAHO/WHO). Washington D.C.: PAHO.
- Pattenden J, Lewin B & Blue L (2004). Heart Failure Specialist Nurse. Evaluation of a new service April 2002 – December 2003. British Heart Foundation.10. London: Department of Health.
- Pooja K (2007). Providing the providers — remedying Africa's shortage of health care workers. *NEJM*, 356:2564-2567.
- PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2010). "The price of excess: Identifying waste in health care spending." Available at: [www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml](http://www.pwc.com/us/en/healthcare/publications/the-price-of-excess.jhtml)
- Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M & Koppel I (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Registered Nurses Association of Ontario (2006). Healthy Work Environment Best Practice Guidelines: Collaborative Practice Among Nursing Teams. Toronto: RNAO. Available at: [www.rnao.org/Storage/23/1776\\_BPG\\_Collaborative\\_Practice.pdf](http://www.rnao.org/Storage/23/1776_BPG_Collaborative_Practice.pdf)
- Rosenstein AH & O'Daniel M (2005). Disruptive behavior & clinical outcomes: Perceptions of nurses and physicians. *AJN*. 105(1):54-64.
- Russo CA, Steiner C & Spector W (2008). Hospitalizations Related to Pressure Ulcers, 2006. HCUP Statistical Brief #64. December 2008. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. Available at: [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb64.pdf)
- Sabate E (2003). Adherence to long-term therapies. Geneva: WHO.
- Sermes W, Gillet G, Gillain D, Grietens J, Laport N, Michiels D, Thonon O, Vanden Boer G, Van Herck P & Van den Heede K. (2009). Development and validation of nursing resource weights for the Belgian Nursing Minimum Dataset in general hospitals: A Delphi questionnaire survey approach. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (2): 256–267
- Sermes W, Delesie L, Van den Heede K, Diya L / Lesaffre E (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian Nursing Minimum Data Set. *International Journal of Nursing Studies*, 45 (7): 1011-1021.

Shields M & Ward M (2001). Improving nurse retention in the National Health Service in England: the impact of job satisfaction and intentions to quit. *Journal of Health Economics* 20: 677-701, Elsevier Publishing. Cited in International Council of Nurses (2004). The Global Shortage of Registered Nurses: An Overview of Issues and Actions p.34, developed by James Buchan and Lynn Calman for ICN. Geneva: ICN. Available at:

[www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global\\_shortage\\_Overview.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/GNRI/Global_shortage_Overview.pdf)

Silva AMVAD & Fernandes RMP (2008). Foreign Nurses in Portugal. Lisbon, Portugal, Ordem dos Enfermeiros.

Sousa A, Scheffler RM, Nyoni J & Boerma T (2013). A comprehensive health labour market framework for universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:892-894. Available at: [www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/91/11/13-118927/en/)

Stacey D, Noorani H Z, Fisher A, Robinson D Joyce J & Pong RW (2004). A clinical and economic review of telephone triage services and survey of Canadian call centre programs. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA) 2004: 11.

Stanik-Hutt J, Newhouse RP, White KM, Johantgen M, Bass EB, Zangaro G, Wilson R, Fountain L, Steinwachs DM, Heindel L & Weiner JP (2013). The Quality and Effectiveness of Care Provided by Nurse Practitioners. *Journal for Nurse Practitioners*, 9 (8):492-500.

Storch JL (1994). Division of Labour in health care: Pragmatics and ethics. *Humane Medicine*, 10(4): 262-269.

Tamaki A (2008). Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Int J Ment Health Nurs*, 17 (6): 419-427.

Thomson Reuters (2009). Where can \$700 billion in waste be cut annually from the US healthcare system? White paper; Thomson Reuters; Ann Arbor, USA.

Tsai SL, Chen M & Yin TJC (2005). A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care that of a conventional out-patient follow-up for patients with mental illness. *Journal of Nursing Research*, 13 (3):165-173.

Tucker A (2002). When problem solving is a problem. *Harvard University Gazette*, 10 October 2002. Available at: [www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html](http://www.news.harvard.edu/gazette/2002/10.10/11-tucker.html)

United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS) (2007). Keeping score: AIDS responses in the Caribbean: a consolidated analysis based on Caribbean reports submitted to the United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS, 2006.

Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. (2012). Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163–96. Available at: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61729-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61729-2)

Van Ruth LM, Mistiaen P & Francke AL (2008). Effects of Nurse Prescribing of Medication: A Systematic Review. *The Internet Journal of Healthcare Administration*. 2008 5 (2).

Volqvartz J (2005). The brain drain. *The Guardian*, March 11.

Venning P, Durie A, Roland M, Roberts C & Leese B (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320: 1048-1053.

Wang LY, Vernon-Smiley M, Gapinski MA, Desist M, Maughan E, Sheetz A (2014). Cost-Benefit Study of School Nursing Services. *JAMA Pediatr*. 168(7):642-648.

Wang H, Zhou J, Huang L, Li X, Fennie KP, Williams AB (2010). Effects of nurse-delivered home visits combined with telephone calls on medication adherence and quality of life in HIV-infected heroin users in Hunan of China. *J Clin Nurs*, 19 (3-4): 380-388.

Wanzer M B, Booth-Butterfield M & Gruber K (2004). Perceptions of health care providers' communication: Relationships between patient-centered communication and satisfaction. *Health Care Communication*, 16(3), 363-384.

Welton JM, Fischer MH, DeGrace S & Zone-Smith L (2006). Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. *Nurs Econ*, 24(5):239-245.

Welton JM & Halloran EJ (2005). Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 35 (12):541-549.

Woodend A, Sherrard H, Stuewe M, Fraser M, Cheung T & Struthers C (2008). Telephone monitoring in patients with cardiac disease who are high risk for admission. *Heart & Lung*, 37 (1): 36-45.

World Bank (2009). The Nurse Labor & Education Markets in the English-speaking CARICOM: Issues and Options for Reform. Report No. 48988-LAC. Human Development Department, Caribbean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region. Available at: [http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The\\_Nurse\\_Labor\\_Education\\_Market\\_Eng.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTJAMAICA/Resources/The_Nurse_Labor_Education_Market_Eng.pdf)

World Health Organization (2014). World Health Statistics 2014. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2013a). World Health Report 2013. Research for Universal Health Coverage. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85761/2/9789240690837_eng.pdf?ua=1)

World Health Organization (2013b). Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals Health in the post-2015 United Nations development agenda. Report by the Secretariat.

World Health Organization (2012a). Positioning Health in the Post-2015 Development Agenda WHO discussion paper, October 2012. Available at: [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/WHOdiscussionpaper\\_October2012.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/WHOdiscussionpaper_October2012.pdf?ua=1)

World Health Organization (2012b) Informal Member State Consultation on Health in the Post -2015 Development Agenda, 14 December 2012. Summary Report. Available at: [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/post2015/summary\\_informal\\_consultation\\_memberstates\\_20121214.pdf?ua=1](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/post2015/summary_informal_consultation_memberstates_20121214.pdf?ua=1)

World Health Organization (2012c). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Technical Report prepared for the Ministers Summit. Available at: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO\\_EMP\\_MAR\\_2012.3\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75828/1/WHO_EMP_MAR_2012.3_eng.pdf)

World Health Organization (2012d). The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences. Geneva: WHO

World Health Organization (2011). Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide: A Systematic Review of the Literature. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010a). Health accounts. Available at: [www.who.int/health-accounts/en/](http://www.who.int/health-accounts/en/)

World Health Organization (2010b). *The World Health Report 2010. Health systems financing: the path to universal coverage*. Available at: [www.who.int/whr/2010/10\\_chap01\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2010/10_chap01_en.pdf)

World Health Organization (2010c). *The World Medicines Situation*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2010d). *Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery Services 2011–2015*. Available at: [www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/en/](http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/en/)

World Health Organization (2008a). *The World Health Report 2008. Primary Health Care: Now More Than Ever*. Available at: [http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf?ua=1)

World Health Organization (2008b). *Treat, Train, Retain: Task Shifting, Global Recommendations and Guidelines*.

World Health Organization (2006). *The World Health Report 2006. Working together for health*. WHO; Geneva, Switzerland.

World Health Organization (2005). *World Alliance for Patient Safety: WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems*. Geneva: WHO.

World Health Organization and World Bank (2002). *Building Strategic Partnerships in Education and Health in Africa*. Report presented at the consultative meeting on improving collaboration between health professionals, governments and other stakeholders in human resources for health development, Addis Ababa, Ethiopia.

World Health Professions Alliance (WHPA) (2011). *Joint Statement on Counterfeit Medical Products*. Available at: [www.whpa.org/WHPA\\_Joint\\_Statement\\_on\\_Counterfeiting.pdf](http://www.whpa.org/WHPA_Joint_Statement_on_Counterfeiting.pdf)

Young TL & Ireson C (2003). Effectiveness of school-based telehealth care in urban and rural elementary schools. *Pediatrics*, 112 (3): 1088-1094.