

春季試験 入試問題回答例

問 1 解答例

「デジタル技術を使う」だけで終わらず、公平なアクセス・デジタル格差・セルフマネジメント・個人情報・人を中心とした看護まで触れる

デジタルヘルスを活用して健康アウトカムを改善し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現するためには、看護師はデジタル技術を単に利用するだけでなく、誰もが必要な保健医療サービスを受けられるよう支援することが重要である。例えば、通院が困難な高齢者や遠隔地に暮らす人に対して、オンライン相談や遠隔看護を活用することで、継続的に健康状態を把握し、必要に応じて医療機関への受診につなぐことができる。また、スマートフォンや健康管理アプリ等を活用して、患者自身が血圧や体重、服薬状況などを確認できるよう支援することは、セルフマネジメント能力を高め、疾病の予防や重症化予防にもつながる。

高齢者や障害のある人、経済的に困難な人、デジタル機器の操作に不慣れな人などが、デジタル化によって医療から取り残される可能性もある。そのため看護師は、患者のデジタル機器を使用する能力や生活環境を把握し、必要に応じて操作方法を説明したり、対面による支援を選択したりする必要がある。また、個人情報や健康情報のプライバシーを守り、安全にデジタル技術を利用できるよう支援することも重要である。

看護師には、デジタル技術と人との間をつなぎ、一人ひとりに適した方法で必要な保健医療につなげる役割が求められる。デジタル技術を活用しながらも、人を中心とした看護を実践することが、健康アウトカムの改善とユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現につながると考える。

問 2 解答例

文化を組織文化・職場文化・医療者の価値観や行動様式などに捉える

保健医療分野のデジタルトランスフォーメーションにおいて「文化」への適応が求められるのは、新しいデジタル技術を導入するだけでは、保健医療の実践そのものを変えることはできないからである。

ここでいう文化とは、保健医療従事者がこれまで培ってきた価値観、仕事の進め方、職種間の関係、患者との関わり方、情報の共有方法などを含むものと考えられる。例えば電子カルテやオンライン診療などの技術が導入されても、医療従事者が従来の方法にこだわったり、デジタル技術に対して抵抗感を持っていたりすれば、十分に活用することはできない。また、情報を職種間で共有する意識がなければ、デジタル化しても多職種連携の促進にはつながらない。そのため、看護師を含む保健医療従事者には、新しい技術を使う能力だけでなく、デジタル技術を患者にとってより良いケアにつなげるという価値観を共有し、従来の業務方法や役割を見直すことが求められる。また、デジタル化によって業務効率だけを追求するのではなく、患者との対話や人間関係を大切にする看護の価値を維持する必要もある。したがって、デジタルトランスフォーメーションとは単なる「紙からデジタルへの変更」ではなく、技術を活用してより良い医療を提供するために、組織や医療従事者の考え方、行動、働き方そのものを変化させることであり、そのために文化への適応が必要である。

問3 解答例

「政策・保健医療制度・ケア現場」と3つの区分から、(政策：権利保障・制度への提言・差別解消、保健医療制度：通訳・アクセス・多職種連携・教育体制、ケア現場：文化的配慮・意思決定支援・個別性・社会資源への接続) 記述する。

移民・難民・避難民(MRDPs)が保健医療サービスを利用する際には、言語、経済状況、法制度、差別、文化の違い、医療制度に関する知識不足など、さまざまな障害が存在する。看護師は、これらの障害を軽減するために、政策、保健医療制度、ケア現場のそれぞれのレベルで支援することができる。政策のレベルでは、MRDPsの健康上の問題や医療へのアクセスが困難な実態を把握し、それを社会や行政に伝えることが重要である。例えば、経済状況や在留状況にかかわらず必要な医療を受けられる仕組み、多言語による情報提供や医療通訳を利用できる制度などについて提言することが考えられる。また、MRDPsへの偏見や差別をなくし、健康に関する権利が保障されるよう働きかけることも看護師の役割である。

保健医療制度のレベルでは、MRDPsが必要な医療機関やサービスにアクセスしやすい体制を整える必要がある。例えば、多言語による案内、医療通訳の配置、相談窓口の設置、地域へのアウトリーチ活動などが考えられる。また、医師、看護師、ソーシャルワーカー、行政、福祉機関などが連携し、医療だけでなく、住居、経済、就労、子育てなどを含めた生活上の問題にも対応できる仕組みをつくることが重要である。さらに、保健医療従事者に対する文化的能力や多様性に関する教育・研修も必要である。

ケア現場のレベルでは、患者の言語、文化、宗教、価値観、生活背景、健康観などを理解し、一人ひとりに合わせたケアを提供する。言葉が十分に通じない場合には医療通訳などを活用し、患者が理解できたかを確認しながら説明する。また、文化の違いを一方的に否定せず、患者の考えや希望を確認しながら治療やケアの方法を一緒に考えることが必要である。さらに、移住や避難の過程で経験した喪失や心理的苦痛にも配慮し、必要に応じて専門機関や地域支援につなげる。

このように看護師には、MRDPsを単に「医療を受ける患者」として捉えるのではなく、その人の文化や生活背景、社会的状況を含めて理解し、必要な保健医療や社会資源との橋渡しを行う役割があると考えられる。

①評価は質の向上や説明責任のために必要、②しかし評価する側・される側に過度な負担を生じさせることがある、③評価結果が単純な順位づけや競争に使われる危険性がある、④評価そのものを目的化せず、改善につながる「効果的な伴走者」にする必要がある（医療保健分野で評価が必要な理由、評価による現場の負担・「評価疲れ」、数値化・ランキング・評価結果の利用の問題、「評価自体が目的化してはいけない」という視点、評価を医療・ケアの改善につなげる方策）

医療保健分野において評価は、医療やケアの質を保証し、よりよいサービスを提供するために欠かせないものである。例えば、医療機関では、医療安全、患者満足度、感染対策、平均在院日数、再入院率など、さまざまな指標を用いて医療の質が評価されている。このような評価によって、自施設の課題を把握し、医療や看護の改善につなげることができる。また、患者や社会に対して医療の質を示すという説明責任の面でも重要である。

本文で述べられている「評価疲れ」は、医療保健分野でも起こり得ると考える。医療従事者は日常の診療や看護に加えて、評価のための記録やデータ収集、報告書の作成などを求められることがある。評価項目が増えすぎれば、本来患者に向き合うために使われるべき時間が減少し、評価のために仕事をするような状況になりかねない。評価は医療の質を高めるための手段であるにもかかわらず、評価を受けること自体が目的になれば、本末転倒である。

評価結果の利用方法にも注意が必要である。例えば、病院ごとの治療成績や患者満足度などを単純に比較して順位づけした場合、その背景にある患者の重症度、地域特性、病院の役割などが十分に考慮されない可能性がある。数値の高低だけが注目されれば、評価をよく見せることが優先され、本当に必要な医療やケアが十分に評価されないことも考えられる。

医療保健分野における評価では、評価項目を増やすことよりも、何のために評価するのかを明確にし、その結果を改善に結びつけることが重要である。評価する側は現場の負担を考慮し、必要性の低い評価を整理するとともに、評価結果を現場に還元して改善を支援する必要がある。また、評価を受ける側も、評価を単なる点検や監視として捉えるのではなく、自らの実践を振り返る機会として活用することが求められる。

医療保健分野の評価は、医療従事者を疲弊させるものではなく、患者にとってより安全で質の高い医療を実現するための「伴走者」であるべきである。そのためには、評価に要する負担と得られる効果のバランスを考え、現場の改善に実際につながる評価のあり方を不断に見直していく必要がある。