

日本におけるナース・プラクティショナーがもたらす 医療変革への期待

大釜 信政¹⁾・大釜 徳政²⁾

キーワード：ナース・プラクティショナー、医師法、保健師助産師看護師法

I. はじめに

日本の公的医療費は、約 33 兆円を超えた。その主な原因は、医療技術・医療機器・新薬といった新たな費用および高齢者医療費の増加にある¹⁾。日本の国家予算は約 80 兆円であり、医療費の占める割合は約 35%である。これは、世界比較をなしても多い予算とは言い難い。しかし政府は、この現状を改善する目的で平成 14 年から医療費削減政策や診療報酬の引き下げといった医療制度改革を実行している²⁾。

また、日本における医師の不足や偏在といった社会問題が顕在している。この問題によって国民がその時々に応じた質の高い医療を受けられないばかりか、医療過誤といった危険にもさらされている。加えて国民は、不安定なサービス供給といった状況に対して不信感をも感じざるをえない状況にある。

政府は、こういった現況への対策として「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について（医政発第 1228001 号平成 19 年 12 月厚生労働省医政局長通知一抄）」を発表し、看護師にも薬物投与量の調節、静脈注射、救急患者のトリアージ、慢性疾患患者を主とした病状説明等の権限を法的に認めた²⁾。また、平成 21 年 3 月に閣議決定された「規制改革推進のための 3 か年計画（再改定）」において、専門性を高めた医療職種の導入の検討を開始した³⁾。この主な内容として、検査・診断・処方が行える、いわゆる Nurse Practitioner（以下、NP と略）の導入に関する検討が挙げられる。

この NP は、米国で 1960 年代にはじめて誕生した上級専門看護実践者である。約半世紀前に米国でも、現在の日本と類似する医師の偏在や医療費の高騰といった問

題が深刻化した。そのため米国政府は、検査・診断・処置・処方といった医師の業務独占を一部の看護職の役割として法的に認めた。この看護職が NP であり、医療サービスの未発達の地域から成功を納め、米国でのプライマリー・ヘルスケアの担い手として大きな役割を果たしている⁴⁾。また NP は、米国における医療費の高騰といった問題に対して、比較的安いコストで良質なケアを提供している。加えて NP の診療は、米国政府や国民からの信頼を獲得した上で定着してきた歴史がある。

こういった米国での NP の活躍を発端として、世界各国における NP の誕生は、カナダ・イギリス・オーストラリア、そして日本と隣接する韓国等の国々で見受けられる。NP は、検査オーダー・薬物処方といった自主裁量権を法的に得ている比較的新しい看護職といえるであろう。そして日本では、2008 年 4 月から看護系大学院で NP の養成が開始されている。

草間⁵⁾、生活者の視点に立ち、対象者の QOL の向上を目指し、「ケア」と「キュア」を同時に提供できる看護職を NP と定義している。これに対し日本の看護師は、キュアにまつわる介入を「診療の補助」という法的権限の枠内で実践している。あくまでこれは、医師の指示のもとでの実践である。したがって NP は、日本には既存しない看護職である。

NP が日本にいち早く誕生することで、日本における医療問題の解決の糸口になると推測する。そこで、NP がもたらすと考える効果や、その実践に向けた課題に関して考察を行う。

II. 日本における看護業務の法的解釈

1. 保健師助産師看護師法及び医師法との関連

保健師助産師看護師法（以下、保助看法と略）第 5 条による看護師の法的規定は、「傷病者もしくはじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助」である。看護師は看護独自の機能として主に療養上の世話、つまり疾

1) Nobumasa OGAMA
聖母学園聖母看護学校

2) Norimasa OGAMA
関西福祉大学 看護学部

患者を抱え治療を要する対象への日常生活援助に着眼してきた。診療の補助に関しては、保助看法第31条・32条により、「看護師もしくは准看護師でなければ第5条に規定する業をなしてはならない」とされ、本来は医師の業務であるが、看護師が行っても患者に危害が及ばないと判断される行為に対しては医師の指示のもと行ってもよいと解釈できる。また第37条では、「保健師、助産師、看護師、または准看護師は、主治の医師または歯科医師の指示があった場合の外、診療機器を使用し、医薬品を授与し、また医薬品について指示をなし、その他医師もしくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をなしてはならない。但し、臨時応急の手当てをなし、又は助産師がへそのおを切り、浣腸を施し、その他助産師の業務に当然付随する行為をなすことは差し支えない」と規定されている。

つまり、療養上の世話は看護師の独自の機能として、診療の補助は医師と看護師が「協力」という面において権限が与えられていると解釈する。しかし第37条による規定には、看護師の診療行為について複雑な問題が包括する。この中で「臨時応急の手当て」や「衛生上危害を生ずる恐れのある行為」の判断基準は示されておらず、看護師及びその所属する組織の判断に委ねる状況を生み出している。こういった法的解釈の曖昧さは、日本におけるNPの誕生に今後も大きく影響するであろう。

2. 医療現場での規範

看護師は、清潔援助の可否などの「療養上の世話」に関する看護独自の業務までも、医師の指示を得ようとする姿勢が見受けられる。このような状況を鑑みても、看護師自身の法的解釈及びその認識が十分でないと推測する。また、コメディカルスタッフやサービスの受け手である国民にも、「医師中心の医療」という認識が根強く浸透している。日本人特有の「謙虚や遠慮」といった利他主義が、看護師及び国民全体へのこういった認識を高めているとも考えられる。

以上の内容に加えて、保助看法及び医師法に影響された医療現場における規範が、日本におけるNPの定着に向けての大きな阻害要因になっている。その第一の要因としては、医師のイニシアチブの強さと、それがもたらす看護師の「医師の補助的イメージ」という国民の観念である。

これらを変革していく一手段として、NPといった斬新たるスペシャリストの存在が必要であろう。例えば米国のNPは、自律した診断・処方が可能である。またそ

の行為は、必ずしも医師の指示を必要としないことが法的に認められている。こういった自主裁量権の面において、日本の看護師と大きな相違がある。

よって、法的に診療が行えるNPが日本に誕生することによって、看護職の持つ「医師の補助的イメージ」を打破していけると推測する。

III. NPがもたらす効果

1. 公的医療費削減への効果

政府による医療費削減の概念としては、医療費の直接的・間接的な医療供給の抑制である。政府は、直接的抑制として診療報酬や医療費の約30%を超える薬価に対する統制管理を行った。そして平成18年度の医療費は3.16%の削減に成功した。加えて政府は、受診抑制に代表される間接的抑制として療養病床の入院患者診療に対する保険点数の引き下げ等を実施した。以上の2点に加えて、高齢者の1割自己負担分を平成12年より収入源とした⁶⁾。こういった政策概念に基づき、医療費削減は実施されているが、大きな成果が現れていないのが現状と言えよう。

また、国民誰もが公的医療保険に加入する日本においては、適切な医療の供給が何時であろうとも保障されている。こういったフリーアクセスともいべき状況は、国民に対して「安心」という観念をもたらす。しかしこの国民心理は、医療機関の受診に相当しない病状の時までも受診及び投薬を受けようとする患者を生み出している。政府は、現行の公的医療保険の保障範囲やレベルを維持しつつ、国民意識の改革に向けた医療費削減のための策も講じなければならない。

以上の内容を踏まえた上で、プライマリ・ケアにおけるNPの実践が、この医療費削減に絶大なる効果をもたらすと推測する。NPは看護職であり、的確な根拠に基づく患者の個別性を踏まえたケアプランによって患者への介入を行う。こういった看護職独自の介入によって、国民の疾病予防及びその悪化を最小限にとどめることが可能と考える。例えばNPは、緊急性を要さない患者を対象に検査・診断を行い、治療（処方・投薬を含む）を実践する。NPはこの診療過程において、療養生活上の個別的指導や患者のコンプライアンスを高めるための看護実践で培った能力を活用するであろう。こういったNPの地道なケアによって受診者数は減少し、その費用対効果は高まると推測する。

つまりNPは、看護の独立機能を目指しつつ国民への医療サービスを提供することが目的であり、医師業務を

主とした Physical Assistant といった位置づけは現段階では考えにくい。

2. 国民への健康意識及び疾病予防意識の向上

「病気に罹患すれば病院に行く」といった日本人の国民意識よりも、国民自身が疾病予防のための対策に関する知識を向上させることが必要である。これを踏まえ、日本における NP の診療が国民の疾病予防に対する意識改革につながれると推測する。NP は、適切な検査及びフィジカル・アセスメントによる診断を踏まえ、ケアリングの観点から問題を抽出する。それを解決するための治療計画に加えて、患者の生活様式を考慮した個別の指導を実践していく。こうした NP の介入は、患者自身が持つ自然治癒力を高められると考える。例えば慢性疾患を抱えた患者の場合、疾患と共存するためのセルフケア能力の向上が重要である。このためには、患者の全体像を十分に把握し、個別性を生かした指導技術が求められる。看護師資格を持つ NP のケアリングは、その内容を十分に包括している。NP によるケアリングが、個人への健康の保持に向けた継続看護を提供することで、国民の健康意識の向上に多大なる効果をもたらすと考える。

IV. NP の実践に向けた課題

1. 法整備の必要性

NP が自律し実践する第一の課題として、医師法第 17 条による「医師でない者の医業禁止」及び補助看法第 37 条の法改正が早急に求められる。この改正がなされない限り、NP の能力を発揮する場さえも無い。加えて、現在の法律のもとでは NP の養成の価値を希薄にするばかりか、国民への医療サービスの還元を不可能にする。

また、NP を希望する者が一定以上の診療能力を持ち備えた人材であるか否かに関して、政府による確認が必要と考える。なぜなら、NP による診療の安全性を確保するためである。よって政府が NP の資格試験を実施し、その合否をもとに NP としての資格を与えることが望ましい。これにより NP は国家資格となり、法的規定に基づいて検査・診断・処方といった診療の遂行が行われる。この法的基盤を構築してこそ、NP の診療に関する今後の具体的な方向性が生まれるべきである。

第二として、今後における法改正が可能となった場合、NP の診療報酬の換算方法が挙げられる。過去の医療保険制度の改正を鑑みると、公的医療費は抑制するといった視点で行われている。恐らく NP の実践が、公的医療

費といった国家負担率を減少させる効果を持つことが必要であり、今後の NP 制度の立ち上げに向けての大きな鍵となるであろう。現在の日本における糖尿病患者数は約 228 万人であり、しかもこの疾患にまつわる国民医療費は、1 兆円を超えている。また糖尿病患者の中には、薬物処方のみといった症状が安定した患者も含まれている。NP が、こういった比較的軽微な症状が安定した慢性疾患患者の診察及び治療を積極的に受け入れ、かつ比較的安い診療報酬で医療を提供できたならば医療費の国家負担率の抑制につながるであろう。

第三として、NP の名称の選定に関する課題である。平成 21 年 6 月、日本における NP 制度の導入に関する報道があった⁷⁾。その報道において NP は、「診療看護師」と呼称されていた。この名称の是非はさておき、日本国民がその業務内容を理解しつ呼称するのに相応しい名称の選定が求められる。加えて政府は、NP の質や医療の安全を目的として法整備を行う際に、名称独占といった規定を設けることも重要であろう。

2. NP の人材確保

日本における NP の実践により、医療サービスの質の向上を目指すためには、一定数の NP を世に送り出すことが先決である。NP の活躍する領域として当面は、小児・周産期・地域（僻地）といった医師の偏在が著しい分野であることが推測される。こういった医療現場の医師は、多少なりとも不満や業務の限界を感じつつ診療に携わり、その結果バーンアウトしていくのであろう。多くの時間的・経済的負担の大きい小児医療、訴訟問題が多発している周産期医療、十分な物理的・人的環境が整備されていない地域（僻地）医療といった現場では、医師の不足が深刻化している。また患者の権利意識が高まる日本では医療訴訟の数も増し、この観点においても NP の責任能力やリスクマネジメント能力は重要である。加えて、こういった課題を多く抱える医療分野に NP が定着するか否かに疑問が残る。看護師が、新たな責任を回避しようとする心情を持つことは自然であろう。しかし、この責任の大きさこそ遣り甲斐の大きさであるとも考えられる。政府は、意欲ある NP がこれらの分野での能力を最大限に生かせる環境整備を検討していくべきである。また政府が、優秀な看護師の人材確保に向けて、NP に関する啓蒙と養成費用の助成（奨学金の充実化等）といった整備も必要であろう。

3. 実践現場の確保

先にも述べたが、NPの活躍の場として、現在の日本における医師の偏在する医療現場に着眼すべきといえよう。なぜなら国民の健康レベルを向上させ、かつ国民が満足感ある医療サービスを十分に提供できないためである。当面においてNPの存在価値は、国民への医療サービスへの還元にあると考える。よってNPは、小児・周産期・地域（僻地）を視野に入れた医療現場での活躍が必然であろう。

また、都市部の医療施設における医師の外来業務も多忙を帰している。武藤は⁸⁾、医師が勤務医を辞め開業の道をたどる原因として、診療以外の必要手続きや書類の記載業務の増加による多忙さや、常勤医師の平均勤務時間は70時間/週を超えるといった内容を報告している。また、「医師の需給に関する検討会報告書」の中で、2040年までに病院に勤務する医師は、現在の16.4万人から17.6万人と7%程度の増加にとどまり、このような状況からみて更なる国民の医療に対する不安を生じる可能性がある。加えて病院で勤務する医師の診療時間の4割は、外来に費やされているという現況報告を行っている⁹⁾。

よって都市部の医療施設でも、医師不足を誘因とした医療サービスの質の低下が懸念されている。草間は¹⁰⁾、「高度化・専門化により、医師には医師でないと対応できない業務に専念することが期待されている」と、医療の専門分化の必要性を述べている。

こういった中でNPが、比較的軽症な慢性疾患を持つ患者を対象とした診療が行えたならば、患者へのサービス還元率が高まると同時に、医師の業務負担が軽減することでバーンアウトする医師への歯止めの策となるであろう。

以上といった多くの問題を抱える日本の医療現場において、NPの実践が現実化してこそ、そのアウトカム評価が導き出せる。よって、政府が試験的にNPの活躍の場を設け、その診療能力や安全性を審査していくことも重要であると推測する。

4. NPにおける診療の安全性

塚本は¹¹⁾、米国におけるNPのアウトカム評価の一内容として、レントゲンのオーダーや解釈は、NP、医師も同程度のレベルであったと報告している。NPにおける診療の安全性は、最も重視されるべきである。NPによる診断・治療に誤りが多発した場合、国民への医療サービスの質の低下につながりかねない。平成20年6月に

厚生労働省が打ち出した「安心と希望の医療確保ビジョン」¹²⁾では、単に医師数を増やすのみで日本の医療が抱える諸問題の解決を求めるのではなく、医療従事者や患者・家族等を含めた国民全体で医療を支えていくことを示唆している。加えて、看護師といった医療従事者からの多様な意見を政策に盛り込むことも視野に入れている。こういったビジョンをもとに政府は、NP制度に関する今後の具体的かつ慎重な検討を行うべきである。その検討課題の一つとして、NPの診療における患者の安全性の確保については最優先されるべきである。日本看護協会や医師会といった職能団体及びNPの教育者等の専門家を踏まえた議論が今後も必要であろう。

5. 専門看護師・認定看護師の役割拡大に関して

我が国において専門看護師は、看護ケアの質の向上と、保健医療福祉や看護学の発展を目的とし誕生した。認定看護師においては、看護現場における看護ケアの質の向上といったことが、その誕生の背景となった¹³⁾。

こういった専門性の高い看護師に対し、役割拡大を求める動きがある。日本看護協会は、平成21年10月に厚生労働大臣を訪問し、「専門看護師・認定看護師をはじめとした専門性の高い看護師の役割拡大についても、積極的に議論を進めてほしい」¹⁴⁾と陳述した。ここでの役割拡大とは、医師法第17条及び保健師法第37条の法改正に関連する内容と考える。上記にも述べたが、ここでもやはり診療の安全性の確保が最優先されるべきである。NPや専門看護師、認定看護師の臨床における役割が異なる以上、教育カリキュラムの内容や養成期間も当然ながら相違する。医学モデルを中心とした診断・治療を安全に行うための教育カリキュラムのもとに養成された看護師か否かによっても、やはり診療の安全性に大きく影響を及ぼすと推測する。

以上の内容を踏まえ政府は、具体的にどういった看護師に新たな役割拡大を行うべきなのかを明確にしていくことが求められる。加えて今後は、文化・習慣が日本と比較的類似した韓国や台湾のNPに関するシステムを参考にしつつ検討していくことも有用と考える。

おわりに

日本におけるNPの活躍は、国民への医療サービスの質の向上と選択の幅をひろげ、患者権利の保証に繋がるであろう。また日本国民から信頼を得たNPの活躍によって、新たに看護師を希望する者が増加するとも考える。危機状況といった日本の医療改革を目的とし、NP

制度が早期に導入されることで、日本における看護職全体の更なる質の向上につながることを願う。

文 献

- 1) 厚生統計協会編：厚生指標増刊 国民衛生の動向 Vol.56 No.9 2009,228-234, 東京, 廣濟堂, 2009.
- 2) 森山幹夫：系統看護学講座 専門基礎分野 看護関係法令 健康支援と社会保障制度 [4], 265-268, 東京, 医学書院, 2008.
- 3) 内閣府：規制改革会議規制改革推進のための3か年計画(再改定), 平成19年6月22日閣議決定
<http://www8.cao.go.jp/kisei-kaikaku/publication/2007/0622/index.html>
- 4) 佐藤直子：専門看護師制度 理論と実践, 49-50, 医学書院, 東京, 1999.
- 5) 草間朋子, ナースプラクティショナー (NP) の養成, 看護, 61(10), 48-49, 2009.
- 6) 小坂樹徳編：新体系看護学全書6 社会保障制度と生活者の健康現代医療論, 199-203, メヂカルフレンド社, 東京, 2007.
- 7) クローズアップ現代放送記録
<http://www.nhk.or.jp/gendai/kiroku2009/0906-2.html>
- 8) 武藤正樹：スキルミクスとチーム医療
<http://masaki.muto.net/class/2008/20080625a.pdf>
- 9) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書, 平成18年7月
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
- 10) 草間朋子, ナースプラクティショナー養成の必要性, 看護展望, 33(4),24,2008.
- 11) 塚本容子：第9回 国際がん看護セミナー抄録, 米国におけるナースプラクティショナーの活動とその評価, 2008年11月28-29日
<http://www.fpcr.or.jp/enterprise/kango09abstract.pdf>
- 12) 厚生労働省編：厚生労働白書(平成20年度版), 150-158, ぎょうせい, 東京, 2008.
- 13) 佐藤直子：専門看護師制度 理論と実践, 14-19, 医学書院, 東京, 1999.
- 14) 日本看護協会：日本看護協会 協会ニュース 2009.11.15. Vol.509.