

本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する文献検討

大釜 信政¹⁾・中筋 直哉²⁾

抄 録

本研究では、本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する研究動向を概観しながら、この政策課題について考察することを目的とした。その結果、政策を構築していく上での主となる今後の課題は、①医療の現場で求められる高度実践看護師のより具体的なスキル内容の明確化、②医療サービスを受ける当事者の具体的なニーズを知るための調査の実施、③高度実践看護師による診療に纏わる医行為についての責任所在の明確化、④高度実践看護師による診療の安全性確保と医療現場のニーズに対応するための教育カリキュラムの検討、といった点が示唆された。この点を踏まえた上で政府は、高度実践看護師の裁量権拡大に関して、国民への医療サービスの質を下げることなく、また国民のニーズに対応すべく、この政策構築に向けて慎重に議論を継続する必要がある。

キーワード：高度実践看護師、裁量権拡大、ナース・プラクティショナー、特定看護師（仮称）、医療政策

I. 緒言

更なる良質な看護サービスを提供することを目的した「看護師特定能力認証制度（案）」は、厚生労働省が主催する「チーム医療推進会議」および同会議の下に設置された「チーム医療推進のための看護業務検討ワーキンググループ」によって、継続的な審議がなされている¹⁾。こういった現況から研究者は、看護師の裁量権拡大に関する政策提言を行う際にも、医療を受ける当事者や現場の声を反映することが必要と考えている。この理由としては、以下に記載した調査結果等があるためである。

日本国憲法第25条には、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営む権利をもつことに加え、国家が社会福祉・社会保障及び公衆衛生の向上・増進といった社会的責務を負うことについて謳われている。これに関連して二木は、この条文に基づいた政策立案の必要性について言及を行っており²⁾、また近藤らは、国民の声を反映できていない既存する医療政策の構築システムに対して、問題提起している³⁾。この点を示唆するデータとして、2007年に日本医療機構が実施した、世論調査の結果が挙げられる。現在の医療制度に対する満足度に関して73%の国民が、「制度決定への市民参加の度合い」に対する不満を抱いていた。次いで「制度決定プロセスの公平さ（既得権益の排除）」に関しての不満が、70%であった。また同調査において「国の医療制度改革は誰が主導

して決定すべきか」との問いに対し、62%の国民が「市民代表・患者代表」と回答していることから、国民自身が医療制度に対して、自らの意見を反映させたいと強く願っていることが伺える⁴⁾。

さて、本研究で扱う「看護師の裁量権拡大」を簡潔に言い換えれば、一定の実務経験と教育課程を修了し、医行為を担うにふさわしい能力があると認められた看護師（以下、高度実践看護師と略）に対して、これを自律的に実施できる権限を与えるということである^{5)~7)}。こういった提言がなされるようになった背景には、労働に対する意識変化に起因した医師の偏在⁸⁾、医師が常駐していない医療現場（訪問看護、老人施設、へき地）での多様なニーズへの対応^{9)~11)}、超高齢化社会に向けた医療サービスの充実化等¹²⁾の要因が挙げられる。つまり、憲法第25条に謳われている「最低限度の生活」として、医療における国民のニーズが満しきれていない危機的状況といえる。特に、地域医療の現場では、この問題点が顕著に現れている¹³⁾。こういった現況においては、ケアは医師が、ケアは看護師が担うといった二分化された医療よりも、この二つが融合した機能を看護師が担うことによって、社会的ニーズに対応できるだけのアウトカムを生み出すことが求められる¹⁴⁾。

アメリカ合衆国やカナダ、イギリスといった欧米諸国に加えて、近年では韓国でも看護師の裁量権拡大が現実化されている¹⁵⁾。研究者は、こういった諸外国における高度実践看護師にまつわる諸事情やアウトカム評価を政策構築のための一資料にできたとしても、本邦独自の政策に適応させるまでの根本には繋がらないと考えてい

1) Nobumasa Oogama
法政大学大学院公共政策研究科博士後期課程

2) Naoya Nakasuji
法政大学大学院公共政策研究科

る。制度が人のためにある以上、日本国民の文化や国民性、慣習を視野に入れた政策が求められる為である。したがって、本邦における立場の異なった者の提言や、医療サービスを受ける当事者に向けた調査結果をもとにしながら、政策の検討が必要である。

そこで本研究では、本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する実証データや提言といった研究動向を概観しながら、この政策における課題について考察することを目的とした。

II. 本研究における高度実践看護師の裁量権拡大に関する概念

厚生労働省は、チーム医療推進会議において、高度実践看護師の裁量権拡大に関する検討を重ねている。ここでの検討内容は、特定の医行為の範囲や、この行為を実践できる能力を認証する仕組みについてである。いわゆるチーム医療の推進に向けた一政策として、特定看護師（仮称）制度を掲げ、幅広い医行為（診療の補助）を含む看護業務を高度実践看護師が行えることで、患者の療養生活の質を向上させるための専門的なケアに繋げようというねらいがある。

保健師助産師看護師法（以下、保助看法と略）第5条および37条に規定されている通り、看護師は、医師の指示があった場合のみ、診療の補助として医行為を行うことができる。しかし法的な規定として、この医行為の範囲が明確に定められていない。そこで、衛生上危害を生じる恐れのある医行為を法的に定めた後、特定看護師（仮称）においては、医師の包括指示（プロトコール等の活用）のもとで、この実施を可能なものにしてほしいといった提言がなされたのである¹⁶⁾。また、注目すべき点は、多職種協働による質の高い医療を提供するための、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みを導入することについては、平成24年2月17日の閣議で決定されていることである¹⁷⁾。

要するに、特定看護師（仮称）とは、現行の保助看法の下で、高度な知識や判断を必要とする診療に纏わる医行為を、診療の補助業務として実践する看護師である。加えて、医療サービスの安全面を重視するが故に、高度な診療の補助業務に該当する医行為を特定行為と定め、この医行為を担うにふさわしい能力があると認証された看護師が、特定看護師（仮称）と捉えることができる。そして、厚生労働省は、この認証においては、厚生労働大臣が指定する研修機関を修了する必要性に関して、継続的に議論を重ねている¹⁸⁾。

本研究で扱いたい2つ目の高度実践看護師として、Nurse Practitioner（以下、NPと略）が挙げられる。このNPとは、1960年代にアメリカ合衆国で誕生した高度実践看護師である。NPは、検査・診断・処置・処方といった医行為が自立して行え、この裁量権が州法によって認められている¹⁹⁾。つまり、上記した特定看護師（仮称）に相反して、医師の指示を必ずしも要することなく医行為が行える。藤田²⁰⁾は、まず医師の指示を受けて「特定の医行為」を実施する特定看護師（仮称）の検討から始めることについて、行政を担う者の立場として言及している。このことから研究者は、第一段階の行政政策として特定看護師（仮称）の検討があり、この制度導入後に得られたアウトカム評価をもとにしながら、NP制度の検討に入るであろうと推測する。

特定看護師（仮称）やNPの条件としては、一定期間の臨床経験を持った看護師が指定された教育課程を修了した後、能力評価試験に合格をすることが求められるであろう²¹⁾。どちらの資格においても、新たな裁量権の拡大を意図して制度化の検討が進むことになる。さらに、特定看護師（仮称）においては、包括指示といえども、この指示の範疇で医行為に関する高度な判断を要することは、臨床業務の中では避けることができない。また、上記した閣議決定の内容でも特定看護師（仮称）は、「高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師」と謳われており、このことから自律的に診療に纏わる医行為を担う看護師と想定できる。つまり、特定看護師（仮称）とNPは、医師の包括指示のもとで医行為を行うか否かの違いはあれども、安全面において、既存する看護師では担うことがふさわしくないと考えられる診療上の医行為について、高度な知識と技術に裏付けされた医行為を担う看護師と考えることができる。この点を踏まえながら研究者は、本邦に既存しない診療に纏わる高度な知識と技術を持ち備えた看護師を高度実践看護師と捉えるものとする。また、高度実践看護師に対して新たに、診療に纏わる医行為の実践が行える権限を与えることについて、高度実践看護師の裁量権拡大と捉えることとする。

したがって本研究においては、診療に纏わる医行為の実践能力を持つ特定看護師（仮称）とNPを高度実践看護師と捉え、これらの看護職の裁量権拡大に関する本邦の研究動向を概観しながら、この政策に関する課題を考察する。

III. 看護師の裁量権拡大に関する先行文献の選定

2012年1月から8月までの間、医学中央雑誌Web（以

下、医中誌と略)およびインターネットを使用して文献調査を実施した。医中誌による検索では、「高度実践看護師」「ナース・プラクティショナー」「特定看護師」「裁量権拡大」「役割拡大」をキーワードとして検索した。インターネットにおいては、医中誌と同様のキーワードを用いて検索を行い、PDFファイルとして掲載されている文献を対象とした。この検索の結果、241件の文献が得られたが、この中には重複している文献もあった。医中誌及びインターネットによって得られた文献の内、文献題目もしくは抄録、またはこの両方を概観し、高度実践看護師の裁量権拡大に関する認識や課題、調査結果について記載されている(会議録以外)39の文献を研究対象とした。

IV. 看護師に対する調査から

高度実践看護師の裁量権拡大について、看護師の認識に関する調査結果が記載された文献数は9つ顕在した。

1. 訪問看護師の認識

在宅医療における死亡診断および確認に関する看護師への実態調査(質問紙調査)²²⁾では、現行の医師法によって規定されている死亡診断の現況と問題に関して言及していた。特に、訪問看護の利用者や家族に加えて、訪問看護師や医師自身も困惑している現況が報告されている。具体的には、「死亡確認ができないために、家族や親戚がみんな集まっても何もできない」や、「死後の処置ができず、警察に連絡することによって検死になる」「人工呼吸器をはずせない」など、医師を待つことしか行えない実態が明らかとなっている。加えて、「在宅で看取りを行う医師を探すことが困難」や「24時間対応の在宅診療のできる医師が少ない」といった在宅の医療現場における独自の問題点が顕在化していた。この問題への一解決策として、高度実践看護師の死亡診断に関する裁量権拡大といった提言がある。この提言に対する訪問看護師の認識は、賛成意見もある一方で、「看護師の不安や抵抗感」「家族の納得が得られるか」といった反対意見も顕在した。

訪問看護師の自律的な判断によるケア実施状況の調査²³⁾においては、今日までに様々な医行為の実施が余儀なくされている現況が報告されている。看護師によるアセスメントが行われた後、グリセリン浣腸の実施や薬剤の量の調節、在宅酸素量の調節、病状説明等の医行為が訪問看護師によって実施されている。また、この医行為の実施にあたっては、訪問看護師が自律的な判断に基づいて実施した後に、医師に事後報告を行うといった傾

向も見受けられる。この実施の際には、適切なアセスメントに基づきながら医師の包括指示のもとで医行為を実施していることから、「利用者および家族のQOL向上」を目的としながら、サービス利用者を主体とした看護の必要性に駆られた実施であることが示唆される。したがって、医師が身近に存在しない訪問看護師の場合は、専門職として看護師自らが現状に対処する方策を考えながら医行為を実施していくことで、訪問看護の質を担保しようといった使命感が大きいと考えられる。

2. クリティカルケアに関わる看護師の認識

救急病棟・手術室・ICU/CCUに勤務する20歳代・30歳代の看護師125名から得られた質問紙調査²⁴⁾の結果では、研究対象者の半数以上がNPを認知しておらず、また、NPの必要性があると認識していた看護師は3割であった。さらに、自身がNPになることへの興味に関しては、2割程度に止まった。この要因としては、責任や業務量が増えることへの懸念といった理由が挙げられていた。加えて、この調査では、NP導入の条件として、十分な教育システムの構築と看護職自体の社会的・経済的効果を高める必要性が示唆されていた。

周手術期管理における医行為の実施に対する外科系看護師112名からの調査結果²⁵⁾では、6割以上の外科系看護師が、患者を主体としたチーム医療の充実や看護師のキャリアアップを理由として、本邦におけるNPあるいは裁量権拡大に期待をしていることが明らかとなった。相反して、裁量権拡大に対する看護師の反対意見や、この政策に対する障害因子も見取れた。具体的には、責任の所在の不明確さや医師および患者・家族からの理解を得ることの難しさ、また上記した調査と同じく、業務量の増加を懸念した声が存在した。また、グレーゾーンに該当する医行為の中でも賛同比率の高かった内容は、ルーチンとしての術前後の検査オーダーや前投薬の準備、縫合状態が良好な患者の抜糸、動脈採血、(浅い創の)不良組織でデブリードマン等であった²⁶⁾。

3. 精神科病院における看護師の認識

精神科看護に関わる看護師736名から得た質問紙調査²⁷⁾の結果においては、特定看護師(仮称)やNPの活用に関して、様々な意向が見受けられた。精神科病棟において、特定看護師(仮称)に期待する役割として多かった内容は、高度看護実践のモデル提示や看護スタッフへの教育、コンサルテーションや相談、行動制限に関する判断と指示であった。向精神薬の処方に関する判断と指示に関する役割期待は、2割未満であった。また、NPに関する認識は、「将来的には診断や処方権を有する精

神科NPの登場が望まれるが、しばらくは様子をみたい」といった内容が半数以上を占めていた。この意見の背景としては、看護教育そのものの一元化が行えていない(准看護師制度等)といった問題や、優先順位として常勤看護師の確保の方が先決といった認識が顕在していた。

4. 介護保険施設に勤務する看護師の認識

介護保険施設における看護師の多くは、(医師との連絡が付きにくい)夜間における急変時の対応に困難さを感じており、また、医師からの指示がタイムリーにもらえないといった問題意識を持っていた。こういった理由を主として、現場における特定看護師(仮称)やNPの活躍に期待が高まっている²⁸⁾。期待される特定の医行為として、介護保険施設の看護師が挙げた内容は、褥創の壊死組織のデブリードマンの実施やレントゲンや心電図等の検査指示、状態が安定している入居者への鎮痛剤の処方等についてであった。逆に、医師が行うべきと認識していた内容は、死亡確認と死亡診断書の作成やインフルエンザの診察・処方、薬剤の変更や中止に関する医行為であった²⁹⁾。

5. 外来での疾病管理に対する看護師の認識

生活習慣病を持つ患者に対する診療の実施に関して、看護師151名からの質問紙調査の結果³⁰⁾が得られた。この調査における看護師の認識は、薬理学や病態・生理の知識不足と、フィジカル・イグザミネーション技術とアセスメントの未熟さを主な要因として、診療に対する消極的な傾向を示唆していた。また、「診療は医師の仕事であり、看護師としては責任を負い兼ねる」、「自信が無い」といった意見も見受けられた。加えて、上記した要因が解決できたと判断した場合においても診療を行わないと考えている看護師が、8割を占めるといった結果であった。

6. 裁量権拡大に対する看護師の問題認識

上記した看護師の認識に関して、ここで整理したい。看護師は、医療サービスの質の向上自体がサービスを利用する当事者のQOLの向上に繋がると考えていた。また、医師が常駐していないことによって、医療サービスがタイムリーに提供できない場合は、その質を担保するといった意味において、看護師が代替することが必要とも考えており、実際、現場におけるこのニーズも高い。加えて、こういった考えの一方で、看護師の知識・技術不足から生じる医行為の安全性確保に関する懸念や、この行為に対する責任の所在の不明確さ、サービス利用者やその家族からの理解が得られないといった内容を理由に、看護師の裁量権拡大に対する反対の認識を持つ看護

師も顕在していた。

V. 医師に対する調査から

高度実践看護師の裁量権拡大について、医師の認識に関する調査結果が記載された文献数は5つ顕在した。

1. 外科系医師の認識

大学病院における周手術期・急性期に関与する特定看護師(仮称)の導入に関して外科医師は(160名から質問紙による回答を得た)、7割の外科系医師が賛成意見を持っていた³¹⁾。この理由としては、外科系医師の多忙・疲弊が続いているため、安心・安全な医療を患者に提供できる環境を整備する必要性が高いためであった。特定看護師(仮称)に対する具体的な役割期待については、皮膚手術創閉鎖や手術助手、術前・術後の管理といった内容が挙げられていた。また、外科専門医を目指す若手外科医795名からの意識調査³²⁾では、高度実践看護師が医行為を行うことに関して、「無条件で賛成」「条件付きで賛成」を合わせると、6割の賛意を示していた。この調査においても、外科系医師の厳しい労働環境の改善ために、高度実践看護師の裁量権拡大に期待していることが示唆された。

外科系医師が、特定看護師(仮称)による実施が可能と考えていた代表的な医行為の内容は、心肺停止患者への気管内挿管や人工呼吸管理と離脱に向けての設定変更、気管切開等の小手術の助手、抜糸・抜鉤等であった³³⁾。こういった医行為を特定看護師(仮称)が担うにあたっては、安全性の確保が重要な課題である。したがって、実践家を養成する教育機関の評価や、実践能力の有用性の評価が求められる。

2. 介護保険施設に勤務する医師の認識

介護保険施設において、医師が求めた高度実践看護師による医行為の内容としては、慢性期や状態が安定している入居者に対する不眠・疼痛時の処方、また、この継続処方が上位を占めていた^{34)~35)}。今後も医師が行うべき医行為と認識されていた内容は、インフルエンザの診察・処方や深部に及ばない創部処置、死亡確認と死亡診断書の記載等であり、介護保険施設に勤務する看護師の認識とはほぼ同様であった。

3. 外来での疾病管理に対する医師の認識

医師23名からの質問紙調査³⁶⁾の結果においては、高度実践看護師による外来診療への賛否が二分した。外来診療の一部を高度実践看護師に委譲できない理由として挙げられた内容は、「診療そのものが医師の業務である」、「(看護師の)診察技術不足」、「患者や世間の理解が得ら

れない」であった。

4. 裁量権拡大に対する医師の問題認識

上記した医師への調査結果から、裁量権拡大に関する医師自身の問題認識について整理する。医師は、自らの多忙さや心身の疲弊を理由として、一部の医行為に関しては、高度実践看護師に役割期待を持っていた。特に、外科系医師について、この傾向が顕著に認められていた。

この一方で、看護師自身の診察技術不足やサービス利用者の理解が得られないといった理由に加えて、診療そのものが医師の業務であるという認識から、高度実践看護師が医行為を担うことに対して、反対の意を示す医師も顕在していた。

VI. 医療サービスを受ける当事者に対する調査から

医療サービスを受ける当事者に対して実施された裁量権拡大に関する調査では、4件の文献が本研究の目的に該当した。

1. 外来診療に対する患者の認識

糖尿病患者7名に対する質的調査³⁷⁾では、看護師への親近感や患者自身の負担軽減に向けた期待感といった理由から、高度実践看護師による疾病管理に対しての賛意が示唆されていた。しかし、医行為の一部は承認できると認識している一方で、診断や薬物処方といった医行為に対しては「医師の方が安心」といった認識があることも判明した。また、外来診療を継続している186名の患者から得た質問紙調査³⁸⁾においては、高度実践看護師の裁量権拡大に対する肯定的な回答が6割を超える結果であった。「どういった時に看護師の診察が助かると思うか」の質問に対して患者は、順に「薬だけをもらいたい時」「(医師による外来診療を)待つ時間が長い時」「健康相談を受けたい」「検査結果を聞くための受診」といった理由を挙げていた。加えて、医療機関が充実した地域に居住する住民130名からの質問紙調査³⁹⁾の結果でも、半数以上がNPの診療を利用したいという認識を持っていた。医療機関が充実している地域においても、生活習慣病を主とした慢性疾患を持つ患者が多く顕在している。したがって、NPの診療は、これらの人々に対する定期受診や薬剤処方に加えて、生活習慣病に対する生活改善を目的としたプライマリケアにおける役割が期待できる。

2. 無医地区に居住する住民の認識

無医地区(医療機関のない地域で当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に5人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を

利用することができない地区)に居住する住民においては、医療機関への受診を行うにあたって多くの問題を抱えている⁴⁰⁾。居住地区に医療機関が無いことを原因として、医療機関までの患者輸送手段の確保やこの便数に関する問題、受診したい診療科が無いといった診療体制の問題等が挙げられる⁴¹⁾。こういった問題を抱えながら生活を送る住民71名からの質問紙調査⁴²⁾においては、次のような結果が得られていた。「NPの診療を利用したいか」の問いに対して、住民の45%が「利用したい」と回答していた。「わからない」が25%、「利用したくない」を選択した住民は3%程度に止まっていた。医師が実施している業務の中で、「NPに委譲しても良い」と住民が考える内容は、血液や尿といった比較的簡単な検査や、状態が安定している慢性疾患の診療や処方といった医行為が上位を占めていた。さらに75%の住民は、「24時間対応であればNPがよい」と考えていることから、救急時の受診行動に対して不安を強く感じていると言える。また、「軽微症状や安定した慢性疾患であれば医師でなくてもよい」との認識は66%を占め、症状等が安定している慢性疾患を持つ住民において、NPが行う診療へのニーズは高いことが示唆された。

3. 裁量権拡大に対するサービス利用者の問題認識

医療サービスを受ける当事者の認識として、高度実践看護師による医行為の実施に肯定的な意見がある一方で、従来から医師が行っている診断や新たな内容の薬物処方に対して患者は、医師の診療を希望していることが理解できる。また、無医地区に居住する住民への調査からも、医師もしくは医療機関が身近に無いことを理由として、高度実践看護師への診療に期待が向けられていることが示唆されていた。しかし、医療機関が身近に顕在した場合にも、高度実践看護師の診療に肯定的な意見を持つか否かについては明らかとなっていない。

VII. 高度実践看護師の裁量権拡大に関する政策的課題

様々な立場から、高度実践看護師の裁量権拡大に関する提言や問題提起がなされた文献数は21件であった。これらの文献に記載された内容から、高度実践看護師の裁量権拡大に関する政策的課題について、以下に考察する。

1. 看護師・看護教育者の立場から

在宅の現場では、医師との連絡が付きにくいことを原因として、いきおい看護師が様々な医行為を行わざるを得ない現況がある。この際の看護師は、視診、聴診等のフィジカル・イグイザミネーションと、この情報の分析・解釈にもとづいて医行為の実施を行う。必要時、速やか

に判断を行った後に、看護師は医師に対して、単なる伝達ではない報告を行うことで、ケアとケアの融合した対応の実施が可能となる。また、この対応によって、訪問看護の利用者やその家族の身体的・精神的負担を軽減できることに繋がる⁴³⁾。医師や病院との関係上、速やかな対応が行えない訪問看護ステーションも多いといった現況を鑑みても、高度実践看護師の裁量権拡大に関する政策の実現は必要と考えられる。但し、医療サービスの受け手となる当事者に対する診療の安全性については、慎重に議論をした後に制度化することが望まれており^{44)~45)}、「医行為の実施に関する責任の所在」と「医行為の安全性の確保」が最大の政策課題になるであろう。また現場においては、どういったスキルが求められており、また、どのような場面でニーズがあるのかについても、具体的に明確化する必要がある。加えて、この点が明確にならない以上、高度実践看護師を養成するにふさわしい教育カリキュラムの具現化は困難とも考えられる。

日下⁴⁶⁾は、精神看護の現場における特定看護師（仮称）の活用に関して、次のように指摘していた。医師数の不足から、この活用の余地はある一方で、特定看護師（仮称）は決して精神看護のスペシャリストにはなり得ないことについて言及している。なぜならば、ケアはあくまで医行為そのものであり、ケアの達人とはみなされないといった見解である。また田中⁴⁷⁾は、「昨今の医師不足を中心とした医療経済事情が絡み合いながら、NP推進の動きに便乗するような歪んだ形で特定看護師（仮称）の議論がなされている」といった問題点を指摘している。つまり、単なる医師の肩代わりといった医行為を実施する者として、特定看護師（仮称）が構想されるならば、本邦における看護の発展に大きな禍根を残すことに加えて、国民への安全な医療の提供にも重大な脅かしになることを示唆している。

また、特定看護師（仮称）制度の問題点^{48)~50)}としては、次のような内容が述べられている。第一に、この資格認定を受けるための教育課程として、複数の既存するカリキュラムが候補として挙げられている点である。医学モデルを中心としたNPの養成を目指す大学院カリキュラム（2年間）や、日本看護協会が実施している認定看護師養成のためのカリキュラム（6ヶ月以上）に加えて、専門看護師の養成を行う大学院カリキュラム（2年間の教育期間であるが医学モデルの教育が中心ではない）が挙げられる^{51)~52)}。しかし、同じ資格で同等の能力や専門性を想定する場合、カリキュラム内容や養成期間に差が生じること自体が大きな矛盾点である。また、既存す

る専門看護師や認定看護師との折り合いについて、どの様につけていくのかといった問題点がある。加えて高橋⁵³⁾は、看護の基本を土台としながらも、医師による十分な医学教育を受けられるシステムが、特定看護師（仮称）の養成には必要であることを示唆していた。

大釜⁵⁴⁾は、高度実践看護師によるケアを含めたケアリングが、公的医療費削減に効果をもたらす必要性について言及している。なぜなら、日本政府による公的医療費の抑制に向けた政策を無視できないためである。しかし、この方策に関する具体的な視点を示した文献は見当たらない。診療報酬という視点において、高度実践看護師による診療をどう位置付けていくのかも、今後の課題と言える。

2. 医師の立場から

在宅医療を担う医師の立場から太田⁵⁵⁾は、看取りを含めた高齢者の在宅医療や、特別養護老人ホームといった医師が常駐していない地域医療の現場でも、医師の指示に基づいて医行為が行われることが当然と考えている。しかしこの一方で、今まで以上に看護師が主体的に関わる必要性についても言及している。この理由としては、既存する地域での医療システムの貧困さによって、在宅医療を受ける当事者のQOLの低下といった問題点が顕在している為である。この打開に向け、ケアの視点を持った看護師によるケアの実施の必要性に結びつくのである。また、山口⁵⁶⁾は病院長の立場から、医師がより先進的かつ侵襲的な医行為を担うとすれば、より侵襲の少ない難易度の低い行為や判断を担う医療者が必要であることを示唆している。加えて、この診療領域に日常業務が最も近い職種は、看護師であることも言及していた。野田⁵⁷⁾も、日本人NPと協働した経験から、中間医療プロバイダーであるNPの存在によって、チームワークを強固にする潤滑剤となる可能性があることを述べていた。

上記した賛意と相反して、高度実践看護師の裁量権拡大に対する否定的な見解もある。北濱⁵⁸⁾は、米国のナースと比較し、日本のナースの知識と技術のレベルの低さについて言及しながら、解剖・生理学や薬学等に関する知識や医行為を担うにふさわしい臨床経験の不足を理由として、特定看護師（仮称）のを含めた高度実践看護師の裁量権拡大に対しては反対の意思を表明している。医師の立場から提言された最も大きい課題としては、新たに医行為を担おうとする者の知識・経験不足である。このことに起因して、医療サービスの質の低下や安全性の欠如に繋がる懸念される。

3. 職能団体からの見解から

2012年2月に発表された「社会保障・税一体改革素案」に対する日本医師会の見解⁵⁹⁾においては、特定看護師(仮称)の創設に対する反対意見を述べている。この理由としては、①国民は、看護師がリスクの高い医行為を実施することは望んでいない、②新たな資格や認証制度の創設が、更なる看護師不足を招来し、また一般の看護師の業務を縮小させ、地域医療の現場の混乱に繋がる、③医療安全の観点から容認できない、④この政策によって利害を受ける関係者や国民の合意が無い中、法制化されること自体が問題である、といった内容を挙げている。加えて、日本医療労働組合連合会も、特定看護師(仮称)問題について議論を重ねた後、この制度の創設に反対の意を表明した。この制度は、チーム医療という聞こえの良いキーワードを使って、より安上がりな医療体制を目指すことに繋がっており、また、侵襲性の高い医行為そのものは看護師が担える範疇ではなく、安全性の欠如について指摘している⁶⁰⁾。

相反して、日本看護協会⁶¹⁾の見解では、限られた医療資源で質の高い医療・介護を効率的に提供するためには特定看護師(仮称)制度の導入が必要と捉え、この政策を推進していく意向をみせている。

4. 患者および家族の立場から

国民の皆保険を財源していることで営利を目的としない本邦の医療は、市場原理に左右されない分、より一層、患者や国民のニーズに敏感であるべきである。誰の、何のためのチーム医療であるのかといった根本的な視点で、医療を受ける当事者の認識を優先させる必要性についても言及されている。また、患者の意識と医療従事者との間に意識のズレが生じている場合には、修正する必要があることも述べられている。特定看護師(仮称)制度の導入によって、どこまで医行為を行うのかといった議論の以前に、医療サービスの受け手にとって、どうあるべきかについて、患者や家族の認識のもとで政策決定が行われるべきであろう⁶²⁾。このため、今後は、国民に対する意識調査を拡大しながら、具体的なニーズがどういった点にあるかについても、明確にしていく必要がある。

VIII. 結論

本研究では、本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する研究動向を概観しながら、この政策課題について考察することを目的とした。その結果、政策を構築していく上での主となる今後の課題は、①医療の現場で

求められる高度実践看護師のより具体的なスキル内容の明確化、②医療サービスを受ける当事者の具体的なニーズを知るための調査の実施、③高度実践看護師による診療に纏わる医行為についての責任所在の明確化、④高度実践看護師による診療の安全性確保と医療現場のニーズに対応するための教育カリキュラムの検討、といった点が示唆された。この点を踏まえた上で政府は、高度実践看護師の裁量権拡大に関して、国民への医療サービスの質を下げることなく、また国民のニーズに対応すべく、この政策構築に向けて慎重に議論を継続する必要がある。加えて、こういった課題に取り組んだ末に誕生した医療政策は、民衆の生命と生活の尊厳に繋がり、更には、利用者を主体とした医療サービスの具現化によって、国民からの支持を得られるまでに発展していけるであろう。

文献

- 1) 洪愛子：看護師特定能力認証制度の検討状況，看護，vol 64. No. 13, 40-43, 2012.
- 2) 二木立：医療経済・政策学の視点と研究方法（第一版），116-122, 勁草書房，東京，2010.
- 3) 東京大学医療政策人材養成講座編：「医療政策」入門 医療を動かすための13講（第一版），21-53, 医学書院，東京，2010.
- 4) 前掲書3) 26-31.
- 5) 日下修一：特定看護師（仮称）制度導入を考える 第5回 特定看護師（仮称）と法改正，精神科看護，vol 39 No. 334, 34-41, 2012.
- 6) 大釜信政，大釜徳政：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，ヒューマンケア研究学会誌，第1巻第1号，29-33, 2010.
- 7) 水木麻衣子，高橋都，甲斐一郎：看護師の処方権導入に関する文献研究～利害関係者の視点から～，社会技術研究論文集，Vol. 7, 222-231, 2010.
- 8) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指増刊・第57巻第9号 通巻第896号，192-198, 2010.
- 9) 野末聖香，金子仁子，上野まり，他：訪問看護ステーションにおける看護師の裁量権の拡大に関する研究，2012年4月28日，<http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/.../17kangokenkyu-2.pdf>
- 10) 芦刈弘枝，藤内美保，中尾勇祐，他：介護保険施設での医行為必要時の連携実態と特定看護師（仮称）に求める特定医行為Part I，看護，Vol. 63 No. 5, 98-102, 2011.

- 11) 吉村伊世, 大隈咲季, 藤内美保: 求められるナースプラクティショナー (診療看護師) とは Part I 過疎地・無医地区編, 看護, Vol. 62 No. 10, 90-95, 2010.
- 12) 石井安彦: チーム医療に関する厚生労働省の取り組み, 看護, Vol. 64 No.4, 12-15, 2012.
- 13) 金子勇編: 高齢者の生活保障 (第一版), 104-115, 放送大学教育振興会, 東京, 2011.
- 14) 南裕子: なぜいま、看護職の役割拡大か, 高知女子大学看護学会誌, Vol. 36, No. 1, 2-17, 2011.
- 15) 健康・生活科学委員会 看護学分会: 提言 高度実践看護師制度の確立に向けてーグローバルスタンダードからの提言, 2012年4月28日, <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t135-2.pdf>
- 16) 厚生労働省: 第12回チーム医療推進会議議事次第, 平成24年7月12日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fbgo.html>
- 17) 社会保障・税一体改革大綱について平成24年2月17日閣議決定, 2012年7月31日, <http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihousyoku/.../240217kettei.pdf>
- 18) 岩澤和子: 特定行為と看護師の能力認証について これまでの議論の整理と現状, 看護教育, Vol. 53 No. 12, 1008-1020, 2012.
- 19) 佐藤直子: 専門看護師制度 理論と実践, 49-69, 医学書院, 東京, 1999.
- 20) 藤田冬子: 「日本の行政の立場からみたNPを考える」, 日本看護医療学会雑誌, Vol. 12, No 2, 70-71, 2010.
- 21) 前掲書5)
- 22) 藤内美保, 桜井礼子, 草間朋子: 在宅終末期医療に関わる訪問看護師の「死亡確認」に関する実態・提案, 看護管理, Vol. 22 No. 4, 324-331, 2012.
- 23) 前掲書9)
- 24) 伊原由美子, 清水陽一, 窪田和巳, 他: 病院若手看護職者を対象とした看護職の裁量権拡大に関するアンケート調査結果, 日本外科学会雑誌, 第111巻第2号, 113-115, 2010.
- 25) 山田静子, 近藤八恵美, 渡邊孝: 日本版ナースプラクティショナー (NP) に関する当院外科系看護師の意識調査, 日本外科学会雑誌, 第111巻第6号, 387-391, 2010.
- 26) 河野恵美子, 山崎芳郎, 赤丸祐介, 他: 看護師とすすめる外科診療, 日本外科学会雑誌, 第112巻第3号, 211-216, 2011.
- 27) 松下年子: 特定看護師 (仮称) 制度導入を考える 第3回 速報! 特定看護師 (仮称) 制度に関する精神科看護師の意識ー精神科病院を対象とした全国調査より, 精神科看護, Vol. 39 No. 1, 58-63, 2012.
- 28) 芦刈弘枝, 藤内美保, 中尾勇祐, 他: 介護保険施設での医行為必要時の連携実態と特定看護師 (仮称) に求める特定医行為Part II, 看護, Vol. 63 No.6, 100-102, 2011.
- 29) 前掲書10)
- 30) 関弘子, 湯沢八江: 外来での疾病管理における看護師の役割拡大に関する研究 権限の委譲に焦点をあわせて, 日本看護管理学会学会誌, Vol. 12 No. 2, 86-93, 2009.
- 31) 渡邊孝, 安藤太三, 高木靖, 他: 「特定看護師 (仮称)」 (周術期・急性期) 制度導入に関する当院外科系医師を対象としたアンケート調査結果, 日本外科学会雑誌, 第111巻第6号, 392-398, 2010.
- 32) 兼松隆之, 田林暁一, 富永隆治, 他: 看護師の業務拡大に対する外科専門医を目指す若手外科医の意識調査, 日本外科学会雑誌, 第112巻第2号, 135-138, 2011.
- 33) 田林暁一, 石井元康, 田代雅彦, 他: 特定看護師 (仮称) に関する医師・看護師の実態・意識調査, 日本外科学会雑誌, 第12巻第16号, 414-425, 2011.
- 34) 前掲書10)
- 35) 前掲書28)
- 36) 前掲書30)
- 37) 大釜信政, 大釜徳政: 高度実践看護師による疾病管理に対する糖尿病患者7名の認識, ヒューマンケア研究会誌, 第3巻第1号, 1-8, 2012.
- 38) 前掲書30)
- 39) 大隈咲季, 吉村伊世, 藤内美保: 求められるナースプラクティショナー (診療看護師) とは Part II 医療機関充実地域編, 看護, Vol. 62 No. 11, 90-95, 2010.
- 40) 前掲書8) 180-181.
- 41) 厚生労働省: 平成21年度無医地区等調査・無歯科医師地区調査の概況, 2012年8月17日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/76-16a.pdf>
- 42) 前掲書11)
- 43) 秋山正子: これからのチーム医療と看護② 訪問看護師の立場から, 看護, 2012. 3月臨時増刊号, 23-26, 2012.
- 44) 前掲書6)
- 45) 大釜信政, 大釜徳政: 高度実践看護師に求められる疾病管理能力に関する検討, ヒューマンケア研究会誌, 第3巻第1号, 31-37, 2012.
- 46) 前掲書5)
- 47) 田中美恵子: 日本の看護の高度専門家に向けて、次の一歩をどう踏み出したら良いのか? ケアとキアを融合

させた高度実践看護師を目指して, 精神看護, Vol. 14
No. 4, 58-63, 2011.

- 48) 前掲書5)
- 49) 前掲書14)
- 50) 前掲書15)
- 51) 松下年子: 特定看護師(仮称)制度導入を考える 第1回 精神看護の専門性の発展 特定看護師(仮称)制度導入の可能性を見据えて, 精神科看護, Vol. 38 No. 11, 48-53, 2011.
- 52) 野嶋佐由美, 石垣和子, 井上智子, 他: 高度実践看護師の教育課程に関する提案 高度実践看護師制度推進委員会, 2012年4月18日, <http://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2010/08/H22-APN.pdf>
- 53) 高橋淳: 東日本大震災被災地で日本人NP/PAと働いて - 看護師の視点から見たNP/PAの資質 -, 日本外科学会雑誌, 第112巻第5号, 354-357, 2011.
- 54) 前掲書6)
- 55) 太田秀樹: これからのチーム医療と看護⑤ 地域の在宅医の立場から, 看護, 2012. 3月臨時増刊号, 36-39, 2012.
- 56) 山口徹: これからのチーム医療と看護④ 病院長の立場から, 看護, 2012. 3月臨時増刊号, 32-35, 2012.
- 57) 野田一成: 東日本大震災被災地で日本人NP/PAと協働して, 日本外科学会雑誌, 第112巻第4号, 288-291, 2011.
- 58) 北濱昭夫: 「非医師による医療への参加」に対する私見, 日本外科学会雑誌, 第112巻第4号, 292-294, 2011.
- 59) 「社会保障・税一体改革素案」に対する日本医師会の見解, 2012年7月31日, <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120201.pdf>
- 60) 中野千香子: 「特定看護師(仮称)」は何が問題なのか? 日本医労連の見解, 医療労働, 535号, 22-27, 2011.
- 61) 看護師特定能力認証制度 日本看護協会, 2012年7月31日, <http://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei/index.html>
- 62) 海辺陽子: これからのチーム医療と看護⑦ 患者・家族の立場から, 看護, 2012年3月臨時増刊号, 44-46, 2012.