

その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべき」とされている。

さらに、「在宅医療の推進」の項目の中で、「予防や社会資源の開発・連携体制の構築等について医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性の活用を推進する」ことが明示されている。

#### 4-4 5つの安心プラン「社会保障の機能強化のための緊急対策」（平成20年7月29日、内閣府）

「この国に生まれてよかった」と思える国づくりを進めるため、今求められている5つの課題（①高齢者が活力を持って、安心して暮らせる社会、②健康に心配があれば、誰でもが医療を受けられる社会、③未来を担う「子どもたち」を守り育てる社会、④派遣やパートなどで働く者が将来に希望を持てる社会、⑤厚生労働行政に対する信頼の回復）について、緊急に講ずべき対策とこれを実施していくための工程について検討し取りまとめたもので、「2. 健康に心配があれば、誰もが医療を受けられる社会 ③勤務医、看護師等の役割分担の見直し等勤務医の加重労働を緩和する方策」の中で、「勤務医の勤務状況の改善-短時間正規雇用等の導入支援、メディカルクラーク普及、医師と看護師等の業務分担と連携推進（21年度要求）」が記述されている。

#### 4-5 規制改革会議「第3次答申」（平成20年12月22日、内閣府）

規制改革会議の、「規制改革推進のための第2次答申」（平成19年12月）で、深刻化する医師不足問題へ迅速に対応するために、医師と他の医療従事者の役割分担を見直し、医師の業務をより高度で専門的なものに絞ることの提言に対する厚生労働省の「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」（平成19年12月28日 医政局長通知）は、医療従事者が現行法令の法解釈でも実施可能である事項を改めて列挙するにとどまっておらず、医師と医療従事者間の役割を大きく見直す内容となっていないとして、第3次答申において、再度、「医師および他の医療従事者の供給体制の在り方の検討」の具体的施策として「専門性を高めた職種の導入」として「海外においては、わが国の看護師には認められていない医療行為（検査や薬剤の処方など）について、専門性を高めた看護師が実施している事例が見受けられる。（中略）早急にこのような海外の事例について研究を行い、専門性を高めた新しい職種（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が

処置・処方・投薬ができる、いわゆるナースプラクティショナーなど)の導入について、各医療機関等の要望や実態を踏まえて、その必要性を含め検討すべきである」ことを明示している。

これに対する厚生労働省では「規制改革会議「第三次答申」に対する厚生労働省の考え方」を公表し、各重点分野における規制改革のうち、「医療分野」等の「問題意識」について、厚生労働省とは異なる主張を整理し、これに対する厚生労働省の考え方を明示しているが、上記については言及されていない。

## 5. 医療従事者間の役割分担等に関する行政の対応

### 5-1 看護師の業務とそれに対する行政解釈の変遷

看護師の業務に関しては、保助看法第5条に

「傷病者若しくはじょく婦に対する

①療養上の世話

②診療の補助」

と規定されている。

上記二つの業務についても、必ずしも解釈が一致していたとはいえない。

#### (1) 「療養上の世話」に対する解釈について

「療養上の世話」に関しては、以下の二つの解釈があった。

① 医師の指示を必要としない

② 診療の補助に準ずる行為であるとして「医師の指示」を必要とする場合もある

上記の後者②の解釈をとり、多くの療養上の世話に関しても医師の指示を受ける医療現場もあった。

厚生労働省に平成14年5月31日に設置された検討会（「新たな看護のあり方に関する検討会」）の報告書において、「療養上の世話」は、看護師が「看護判断」に基づいて独自に行う行為であることが明記され、「療養上の世話」に関しては上記①の解釈であることが明確になった。

さらに、平成19年12月28日付けの厚生労働省医政局長通知で「療養上の世話」は看護師が独自に判断して実施できる行為であることが明記されている。

したがって、「療養上の世話」に関しては、すべての看護師が、看護師としての的確な判断をし、的確な対応をすることが求められている。

#### (2) 「診療の補助」について

「診療の補助」業務に関連しては、保助看法第37条で、臨時応急の手当を除き「主治の医師または歯科医師の指示があった場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をし、その他医師又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してはならない」と規定されており、看護師等が行う「診療の補助」業務には「医師の指示」が必要であることが保助看法上に、明記されている。

## 5-2 「静脈注射」に関する行政解釈の変遷を通して「診療の補助」業務を考える

### (1) 「看護師等の業務分担」に関連した解釈

静脈注射に関しては、昭和 26 年に厚生省医務局長から「静脈注射は医師や歯科医師が行うべき業務であり看護師等が行う業務の範囲外である」との通知が出され、「診療」行為であって、「診療の補助」業務ではないとの解釈がとられてきた。しかし、①看護師の教育水準の向上、②医療器材等の進歩、③臨床現場の現状と従来の医務局長通知との乖離などの医療・保健を取り巻く環境の変化を考慮して、平成 14 年に厚生労働省医政局長通知として「医師又は歯科医師の指示の下に看護師等が行う静脈注射は保助看法第 5 条に規定する診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする」との行政解釈の変更が行われ、静脈注射を「診療の補助」業務であるとの解釈をとった。(注：「看護師等」：行政的には、看護師および准看護師を含めて「看護師等」と記述されている)

さらに、同通知の中で、薬剤の血管注入は身体への影響が大きく、安全な実施が必要であり、そのための教育・研修や看護師等の能力に応じた業務分担が必要であることが指摘され、**看護師の中での「業務分担」、すなわち、看護師の能力に応じて業務に格差が生じることを示唆している。**

### (2) 「医師の事前指示」

さらに、平成 19 年 12 月 28 日の厚生労働省医政局長通知（「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」）において、「医師と看護師等の医療関係職との役割分担」の一つとして、「静脈注射」をあげている。この役割分担の中で、「役割分担を進めることにより、医師が医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる」とし、「医師の事前指示やクリティカルパスの活用は、医師の負担を軽減することが可能となる」ことをあげており、「医師の指示」のあり方の一つとして「**医師の事前指示**」を示している。

## 5-3 「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」

(厚生労働省医政局長通達 (平成 19 年 12 月 28 日))

医師は医師でなければ対応できない業務により集中することが可能となる環境を作るために、医政局長通知により、以下に示す医師と看護職等との役割分担の具体例が示された。

- ①薬剤の投与量の調節（事前の指示に基づきその範囲内で）
- ②静脈注射および留置針によるルートの確保

- ③緊急医療等における診療の優先順位の決定（事前に院内において具体的な対応方針を整備していること）
- ④入院中の療養生活に関する対応
- ⑤患者・家族への説明

この場合も、上記の①および③については、対応マニュアルなどによる「医師の事前指示」が必要とされる。

#### 5-4 看護職の業務等に関連して行政から出された通知など

(1) 助産婦の血圧測定について（昭和 26 年 厚生省医務局長から佐賀県知事宛）  
「助産師が妊産婦の保健上必要な範囲において血圧測定を行うことは、助産師の業務に当然付随する行為として許されるものと解する」

(2) 看護師等による静脈注射の実施について（平成 14 年 厚生労働省医政局長から各都道府県知事宛）

「医師又は歯科医師の指示の下に保健師、助産師、看護師および准看護師が行う静脈注射は、保助看法上の診療の補助行為の範疇として取り扱うものとする」

(3) 看護師等養成所静脈注射実習設備整備事業の実施（平成 15 年 厚生労働省医政局長から各都道府県知事宛）

上記（2）に伴う実習環境を整備し、看護基礎教育段階における教育内容の向上を促進するための設備整備事業の実施

(4) 助産師の業務について（平成 14 年 厚生労働省医政局看護課長から鹿児島県保健福祉部長宛）

助産の業務の明確化と、助産業務は助産師又は医師以外の者が行ってはならないこと。

(5) 産婦に対する看護師業務について（平成 16 年 厚生労働省医政局看護課長から愛媛県保健福祉部長宛）

子宮口の開大、児頭の下降速度等の確認および分娩進行の状況把握を目的とした内診は助産業務であること

(6) 助産婦が乳房マッサージを業とすることについて（昭和 35 年 厚生省医務局長から高知県知事宛）

助産の業務として認められること

(7) 麻酔行為について（昭和 40 年 7 月厚生省医事課長から日本麻酔学会会長宛）  
「看護婦が、医療の補助の範囲を超えて、業として麻酔行為を行うことは、医師

法違反になるものと解される。」等

上記で示したように、看護師の業務としての「診療の補助行為」は、その時々  
の社会的なニーズ等を勘案して徐々に拡大されつつある。業務拡大の進め方として、  
「診療の補助行為」の拡大を進める以上は、保助看法第 37 条の規定により「医師  
の指示」が必要とされる。しかし、上述したように、現場では、診療の補助行為は、  
医師の「事前指示」あるいは「包括指示」で実施されている場合が多い。チーム医  
療における看護職の自律等を考えると、一定の教育を受けた看護職に対しては、症  
状の安定した患者や救急現場におけるトリアージ等の領域で裁量範囲の拡大を含  
めた検討をしていくことが必要であろう。

## 6. 日本における専門的な看護を提供できる実践家養成の現状

### 6-1 専門看護師 (CNS : Certified Nurse Specialist)

#### (1) 専門看護師

平成6年に制定された制度で、特定の分野の専門的な知識・技術を深めた看護職で、日本看護協会が実施する専門看護師認定審査に合格した者に、専門看護師の資格 (Certification) が与えられる。

専門看護師は、以下に示す6つの役割を担うとされている。

- ①実践：個人・家族または集団への卓越した看護実践
- ②相談：看護職等へのコンサルテーション
- ③教育：看護職者に対する専門分野の教育的機能
- ④調整：保健医療福祉チームへのコーディネート
- ⑤研究：専門知識・技術向上及び開発を図るための実践の場における研究活動
- ⑥倫理調整：個人・家族または集団の権利を守るための倫理的問題や葛藤の解決

#### (2) 専門看護師の分野

平成20年6月の時点で、次の10分野が特定の分野として認定されている。カッコ内に平成20年11月現在の認定看護師の登録者数を示す。

がん看護(129人)、精神看護(53人)、地域看護(9人)、老人看護(14人)、小児看護(27人)、母性看護(17人)、慢性疾患看護(25人)、急性・重症患者看護(26人)、感染症看護(1人)、家族支援(3人)。平成20年11月現在、304名が専門看護師として登録されている。

なお、日本看護系大学協議会は、「在宅看護」の分野をCNSの1分野として特定しているが、現時点では、まだ修了者が出ていない。

医療機関における専門看護師の有無等を医療機関の広告などに掲載することが認められている。

#### (3) 教育および認定システム

保健師、助産師、看護師のいずれかの免許証を有する者で、日本看護系大学協議会で認定された専門看護師養成課程(2009年2月現在 43大学院 119課程が認定

されている)で専門看護師カリキュラム(総計26単位)を取得し、実務経験が通算5年以上、うち3年以上は専門看護分野の実務研修(うち1年は修士課程修了後の実務研修であること)がある者が、日本看護協会が実施する認定審査(一次審査:書類審査、二次審査:口頭試問)を受け合格した場合に、日本看護協会によって専門看護師認定証を交付され、登録される。

#### (4) 更新制度

専門看護師のレベルを保持するために、認定後5年毎に更新審査(看護実践の実績と研修実績および研究業績等)を受ける必要がある。

また、専門看護師の養成課程は、10年ごとに日本看護系大学協議会の課程の更新審査を受ける必要がある。

## 6-2 認定看護師 (CN : Certified Nurse )

### (1) 認定看護師

平成7年に制定された制度で、特定の分野において、熟練した看護知識・技術を用いて、高度な看護実践をできる看護職で、日本看護協会が実施する認定看護師認定審査(筆記試験)に合格した看護職である。

認定看護師は、以下に示す3つの役割を担うとされている。

- ① 実践:個人・家族・集団に対し、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を  
実践
- ② 指導:看護職に対し看護実践をとおして指導
- ③ 相談:看護職に対するコンサルテーション

### (2) 認定看護師の分野

平成20年6月の時点で、次の19分野が特定の分野として認定されている。カッコ内に平成20年11月現在の認定看護師の登録者数を示す。

救急看護(360人)、皮膚・排泄ケア(818人)、集中ケア(421人)、緩和ケア(573人)、がん化学療法看護(268人)、がん性疼痛看護(323人)、訪問看護(65人)、感染管理(769人)、糖尿病看護(175人)、不妊症看護(73人)、新生児集中ケア(113人)、透析看護(74人)、手術看護(116人)、乳がん看護(79人)、摂食・えん下障害看護(108人)、小児救急看護(62人)、認知症看護(61人)、脳卒中リハビリテーション看護、がん放射線療法看護。



脳卒中リハビリテーション看護、がん放射線療法看護については、現時点では、まだ、認定看護師としての認定者が出ていない。残りの 17 領域で、4,458 人（平成 21 年 2 月現在）が認定看護師として登録されている。

### （3）養成教育

日本看護協会によって認定された養成課程で教育される。

養成課程では、実習も含めて 6 ヶ月 600 時間以上の教育を受ける。

養成課程の認定は、日本看護協会によって行われる。

### （4）認定システム

保健師、助産師、看護師のいずれかの免許証を有する者で、実務研修 5 年以上（うち 3 年以上は認定看護分野の実務研修）を有する者が、日本看護協会によって認定された養成課程（2008 年 6 月現在で 58 機関）において 6 ヶ月・600 時間以上の教育を受けた後に、日本看護協会が実施する認定審査をうけ合格した場合に、日本看護協会によって認定看護師認定証を交付され、登録される。

### （5）更新制度

認定看護師のレベルを保持するために、認定後 5 年毎に更新審査（看護実践の実績と自己研鑽の実績等）を受ける必要がある。

## 6-3 認定看護管理者

### （1）認定看護管理者

平成 10 年に制定された制度で、管理者として優れた資質をもち、組織を創造的に発展させる能力を持つ看護職で、多様なヘルスケアのニーズを持つ個人、家族、地域住民に対して、質の高い組織的な看護サービスを提供することにより、保健・医療・福祉に貢献することが期待される。

### （2）養成教育

日本看護協会によって認定された養成課程で教育される。

### （3）認定システム

保健師、助産師、看護師のいずれかの免許取得後、通算 5 年以上の実務経験を有

する者で、次の要件を満たす者が、日本看護協会の実施する認定審査（種類審査および筆記試験等）を受け合格した場合に、日本看護協会によって認定看護師認定証を交付され、登録される。

要件1：認定看護管理者の全課程（ファーストレベル、セカンドレベル、サードレベル）を終了している者。

要件2：看護部長または看護部長に相当する任にある者で、過去に合計4週（20日間）以上の看護管理者研修を受けている者で、セカンドレベルおよびサードレベルの教育を終了した者。

要件3：副看護部長または副看護部長に相当する職位に1年以上就いている者で、過去に合計4週間（20日間）以上の看護管理研修を受けている者で、セカンドレベルおよびサードレベルの教育を終了した者。

要件4：看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者。実務経験が通算5年以上あり、うち修士課程修了後の実務経験が3年以上ある者で、セカンドレベルおよびサードレベルの教育を終了した者。

要件5：管理経験が3年以上ある者で、看護系大学院において看護管理を専攻し修士号を取得している者で、セカンドレベルおよびサードレベルの教育を終了した者。

要件6：管理経験が3年以上ある者で、大学院において管理に関連する学問領域の修士号を取得している者で、セカンドレベルおよびサードレベルの教育を終了した者。

#### （4）教育課程と必要な教育時間

ファーストレベル：150時間（10単位）

セカンドレベル：180時間（12単位）

サードレベル：180時間（12単位）

#### （5）更新制度

認定看護管理者のレベルを保持するために、認定後5年毎に更新審査（看護管理実践の実績と自己研鑽の実績等）を受ける必要がある。

#### （6）認定看護管理者数

認定看護管理者は、平成20年11月現在で519人が登録されている。

#### 6-4 沖縄における駐在保健師

1951年に琉球列島米国民政府により、「公衆衛生看護婦」の資格が規定され、1972年に沖縄が日本に返還されるまでの22年間、活躍した。本土返還後は、「駐在保健婦」と呼ばれ、離島を中心に活躍した。しかし、1997年(平成9年)の地域保健法全面施行に伴い駐在保健婦の制度は廃止された。

大分県立看護科学大学では、日本返還前に「公衆衛生看護婦」として活動していた二人を招聘し、その活動を伺った。

##### 1) 公衆衛生看護師の活動

戦後、琉球列島米国民政府により孤児や孤老、身体障がい者や母子世帯、感染疾患や性病や結核など公衆衛生部門に重点をおいた施策がとられ、保健所開設と同時に「公衆衛生看護婦」が配置され、駐在制度が実施されるようになった。沖縄は多くの離島からなり、離島へき地が多く、医療や交通事情の悪い山間部や小さい島々に公衆衛生看護婦が配置された。乳幼児の栄養失調、感染症の疾病が多い中、公衆衛生看護婦は母子保健医療の向上に寄与した。また結核患者の在宅医療に対して効果的な活動を推進し、さらに、八重山や宮古地域を中心に風土病として発生したマラリア撲滅にも大きな貢献をした。このように当時の劣悪な健康状態に対し、公衆衛生看護婦は医師と連携し、必要な検査や医療的な処置を実施し、定められた範囲内の薬剤の処方などを行っていた。

##### 2) 検査・処置に関する業務基準

公衆衛生看護婦の実施する検査や処置に関しては、「業務基準」が作成されており、その基準に沿って業務を行っていた。例として、「耳痛によって二次感染を起こしたことがあるから耳痛の取扱については十分家族に理解させる必要がある。」といった保健指導以外に、「耳漏の病原菌検索の目的で、滅菌綿棒で耳漏をとり病理検査に送るようにする。」また、ハブの咬傷の場合は、「へき地において医師の治療を受けることが極めて困難な場合は、**・略・**咬傷部に十字切開を加えて0.5%の過酸化マンガン酸カリ5~10ccを創傷周囲の皮下に注射する。**・略・**ハブ抗毒血清(40cc)を注射する。10ccは創傷部に、残り30ccは殿部の筋肉内に注射する。」などが定められていた。

公衆衛生看護婦は、それぞれの状況に応じた医療的判断が求められる検査や処置を適切に行っていたので、医師は次第に信頼をおくようになった。

保健婦の市町村での駐在制度は、保助看法の制定により、全国各地で平等な保健所サービスの提供が求められるようになり、交通の不便な地理的条件の悪い地域末端まで衛生行政を浸透させるために、沖縄以外の各県においても「保健婦駐在制度」

が取り入れられた（高知県：昭和 23 年）。その結果、保健婦が衛生行政の平等な提供に貢献することができた。

## 7. アメリカにおけるナースプラクティショナー (NP)

### 7-1 APRN (Advanced practice Registered nurse)

アメリカでは看護師 (RN : Registered Nurse) の免許取得後に、さらに高度な大学院教育を受けて高い専門性を取得した実践家としての以下のものがあり、NP は、APRN の一つとされている。

- ① CNP ( Certified Nurse Practitioner)
- ② CNS (Clinical Nurse Specialist)
- ③ CNM ( Certified Nurse Midwife)
- ④ CRNA ( Certified Registered Nurse Anesthetist)

一方、医療関係職種として医師と非医師とを区別し、NP は以下の Non-Physician Clinician の一つとして分類されている。

- ①NP (Nurse Practitioner)
- ②PA (Physician Assistant)
- ③Nurse Anesthetist
- ④Nurse Midwife

### 7-2 アメリカにおけるナースプラクティショナーの歴史

(1) NP がスタートした当時 (1960 年代) のアメリカの医療・保健を取り巻く環境

1960 年代におけるアメリカの医療を取り巻く環境は、

- ① 専門医指向に伴う小児科医および家庭医の不足
- ② 遠隔地域や都市部の貧困層に対するプライマリヘルスケアの欠落
- ③ 保健医療費の高騰
- ④ 医療保険制度 (メディケア、メディアイド) の導入に対する医療提供体制の不備等が指摘されていた。そのよう中で、看護師の自律志向が高く、NP の導入に結びついた。

1) 1965 年に Loretta Ford と Henry Silver によってコロラド大学において研究的なプログラムとして NP 講座設置され、それが世界における NP のスタートとなった。

2) 最初の NP

- ① クリニックにおいて健康保持のためのプライマリケアの提供
- ② 小児 NP

- ③ 大学院修士課程での養成ではない
  - ④ 医師および看護師 (RN) とケアの責任の分担
- 4) 1980 年代の NP
- ① 新たな専門領域の追加 (WNP, OHNP, ANP, PNP, GNP その他)
  - ② クリニックあるいは外来でプライマリケアを提供 (とくに、健康保持、慢性疾患のケア)
- 5) 1990 年代の NP
- NP は修士課程を修了することが要件となった
- ① 医師の研修制度の変革
  - ② 病院におけるケアの密度と質に対するニーズの高まり
  - ③ 病院における急性期ケアへの NP の活動
- 1994 年 : ACNP scope of practice  
 1997 年 : Balanced Budget Act  
 2002 年 : Prescriptive Authority fully implemented

### 7-3 アメリカの NP の現状

- (1) NP の役割と特徴
- ① 医師から独立して、または連携を図りながら
  - ② 処方および検査の実施ができる
  - ③ 疼痛緩和剤の処方
  - ④ 提供したサービスに対する診療報酬が支払われる
  - ⑤ 病院の管理
  - ⑥ 診断と治療の実施
- (2) NP の種類
- ① Acute care
  - ② Adult Health
  - ③ Family Health
  - ④ Geriatric Health
  - ⑤ Neonatal Health
  - ⑥ Oncology
  - ⑦ Pediatric/Child Health

- ⑧ Psychiatric/Mental Health
- ⑨ Women' s Health
- ⑩ Emergency
- ⑪ School

Family Health, Adult Health, Women' s Health, および Pediatric Health の NP が多く、全体の 60%以上を占めているが、最近、Acute care NP が増加しつつある。

### (3) NP の教育

大学院修士課程で教育される。325 の大学で NP のプログラムをもっており、毎年約 6000 人の新しい NP が養成されている。

NP カリキュラムの 17 科目（栄養学、薬理学、倫理、疾病管理、病理学、NP の役割など）を履修し、520 時間の実習を履修する。

修士課程の NP のコアカリキュラムを、American Association of Colleges of Nursing が “The Essentials of Master' s Education of Advanced Practice Nurses (1996)” として提示している。

修士課程の NP 教育プログラムは、

- ① 修士としてのコアカリキュラム
- ② APRN としてのコアカリキュラム
- ③ NP としてのカリキュラム (role and population-focuses course)

によって組み立てられている。

APRN のコアカリキュラムとして

- ① Advanced pharmacology
- ② Advanced health assessment
- ③ Advanced physiology/pathophysiology

があげられている。

カリキュラムには、対象としたそれぞれの領域の実習（直接患者のケアにあたる）を最低 500 時間以上組み込むことが求められている。

カリキュラムは 3～5 年ごとに見直すことが要求されている。

### (4) NP の就労場所

- ① 外来

- ② 病棟
- ③ ICU
- ④ 救急部門
- ⑤ 都市部のクリニック
- ⑥ 遠隔地のクリニック
- ⑦ 老人ホーム
- ⑧ その他

(5) NP の就労数と勤務形態

2008 年現在：約 14 万人

NP の役割と業務の現状

- ① 臨床業務 (70%)
- ② 相談業務 (10%)
- ③ 管理業務 (10%)
- ④ 研究・教育業務 (10%)

(6) NP と医師との違い

- ① 医学および看護モデルを用いて対応
- ② 患者をより全人的な視点からケアする

(7) NP の資格等

- ① 修士課程で必要な単位 (500 時間以上の実習を含む) を取得すること
- ② 国家試験を受けて資格を取得する。さらに、各州毎の資格を申請する必要がある。
- ③ 1～3 年ごとに資格更新が必要である (州によって更新年数は異なる)。

(8) NP の教育プログラムの評価

NP の教育プログラムの評価が National Task Force によって “Criteria for Evaluation of Nurse Practitioner Programs 2008” としてまとめられているので、表 4 に評価項目を記述する。

(9) NP の活動に対する評価



- ① 医師とほぼ同等の質が確保できている。(Robbin et al. 2006, Paez and Allen, 2006)
- ② NP に対する患者の満足度は上がってきている。とくに遠隔地域でこの傾向が強い。(Horrocks, Alderson and Salisbury, 2002, Mundinger et al. 2002)
- ③ 不眠症などに薬を処方する割合が低い。
- ④ 術後の合併症の発生率が低い。
- ⑤ NP の存在によって各種の医療業務の効率化が実施できる。(Spisso et al. 1990)

#### 7-4 アメリカの医療保険制度

医療行為等に支払われる診療報酬等の仕組みは、看護職の専門性とその役割分担・業務提供の視点から重要な事項である。そこで、アメリカの現在の医療保険制度について概説する。

アメリカには、日本のような国民皆保険の制度はない。しかし、アメリカ国民の80%以上は公的保険あるいは／および民間保険に加入している。

公的医療保険制度として次の二つがある。

- ・メディケア (Medicare)
- ・メディケイド (Medicaid)

##### ①メディケア

1966年に創設された保険制度で、

- ・ 65歳以上の高齢者
- ・ 65歳以下で一定の障害を持つ者
- ・ 年齢に関係なく透析または腎移植を受けている腎不全患者

を対象とした連邦政府による医療保険制度である。

メディケアには、強制加入（現役世代が負担する社会保障税でカバー）のパートAと、任意加入（メディケア受給者自身が毎月自己負担する保険料と連邦政府が一般会計から負担する国費によってカバー）のパートBがある。

パートA：病院（critical access hospital および skilled nursing facilities を含む）の入院費用が無料となる。

パートB：医師等による外来診療や、PT や OT のサービスが無料で受けられる。

##### ②メディケイド

1965年にスタートした公的医療保険である。連邦政府および各州の法令に基づき低所得者および障害者と認定された個人（アメリカ国籍を保有していることが必

要)を対象にした公的医療保険制度であり、州政府によって運営されている。対象者(所得水準)と対象となる医療行為は、州ごとに異なる。対象者が受診した医療機関に、連邦および州政府(連邦政府と州政府の負担は、州によって異なる)から直接、医療費が支払われる。医療費の一部支払いを患者に求める州もある。子どもと妊産婦に手厚い保険制度であり、現在、子どもの20%、妊婦の40%がメディケイドでカバーされている。メディケアでは支払われない、ナーシングホームでの長期介護に関わる経費もメディケイドでカバーされる。

③ 民間の医療保険制度には次の3つのタイプがある。

- Indemnity Insurance Plan: 保険料は高いが、患者が受診する医療機関、医師を選択することができ、保険でカバーされる診療範囲が広い。
- PPO (Preferred Provider Organization): 保険料はIndemnity Insurance Planより安いですが、受診できる医療機関が制限される。保険会社や病院が中心となってネットワークが構築され、患者は、ネットワークに加盟している医療機関を受診した場合には、一定の診療費が保険でカバーされる。ネットワーク以外の医療機関を受診した場合には、自己負担額が高くなる。
- HMO (Health Maintenance Organization): 保険料は安い。保険会社と医療機関が中心となってネットワークが構築されている。加入者はあらかじめ主治医を登録しておく必要がある。加入者は、登録した医療機関でしか診療を受けることができない。受けられる治療も制限があり、薬もかなり制限される。最近では、メディケアの受給者がHMOにも加入するというメディケア・マネジドケアが進められており、マネジドケア組織がメディケアに進出している。

## 8. 諸外国における看護職の裁量範囲（役割・業務）

文献調査を基に、日本の看護職に比べて裁量範囲が拡大されていると判断される看護職の誕生の背景や、現状について以下にまとめる。

### 8-1 フランス

#### （1）開業看護師

看護師の免許取得後、病院での3年以上の実務経験を経た後に、地方公衆衛生局に登録することにより「開業看護師」になることができる。

開業看護師は、独立してオフィスを持つことができる。

開業看護師は、医師の診断を受けた患者が持参する医師の処方箋に記載されている行為（技術など）を患者に提供する。

看護師の業務は、

- ① 看護師独自の判断で行う活動
- ② 医師の指示で看護師単独で実施する活動
- ③ 医師のそばで実施する活動

に分けられており、病院では看護師の独自の判断で行われる①の基本的看護ケアも、開業看護師は、全て医師の指示を受けて実施することになる。これは、開業看護師が提供する行為に対する報酬は、医師の処方箋と結びついているので、自分の判断で医療サービスの需要を生み出せない仕組みになっている。しかし、医師の指示があれば、開業看護師は、あらゆる技術を提供することができる。このために、国民からの信頼は高い。

#### （2）専門看護師

専門看護師としては、小児看護師、麻酔看護師、手術室看護師がある。

各地方病院機構が認定する機関で指定の教育を修了後、国家試験に合格すれば、地方公衆衛生局から国家免許が与えられる。

#### （3）助産師

看護師免許を有する者（2年時に編入可）、18歳以上でバカロレア資格を有する者が、4年の養成課程を経た後、教育省から認定される。

#### （4）医療費

国民皆保険制度をとっている。医療費は、基本的に全額返還される。以前は、まず、自費払いで、その後返還という形をとっていたが、現在は、

“Carte Vitale”（バイタルカード）を、病院や薬局で提示すれば、自費払いの必要はない。

2006年から、自分の総合医を登録することが義務づけられた。その登録医を通して専門医にかかった場合は、診療費は基本的には全額払い戻される（国民保険から70%が払い戻され、残りを各自が加入している相互保険から払い戻される）。

## 8-2 イギリス

### (1) 処方ナース（処方権を有する看護職）

現在、一定の教育を受けた看護師に対しては、

- ① 独立処方（独立処方ナース）
- ② 患者群別投薬プロトコールによる補充処方（補充処方ナース）

が認められている。

独立処方ナースは、「患者を診断し、適切な薬剤を処方できるように訓練された看護職」である。

補充処方ナースは、「医師が最初に診断し処方した後、薬剤の服用状況、副作用などの確認、薬剤の変更、薬剤の投与量・投与時間・投与回数などの変更を臨床管理の一環として行う看護職」である。

2006年に、「ナース処方者用薬剤目集」の使用が廃止され、それ以降は、全てのナース処方者(Nurse Independent Prescribers)は、「どのような疾患に対しても、一部の麻薬を含むいかなる認可薬剤も自らの権限で処方できる」ようになった。

イギリスにおいて、処方業務ができる独立処方ナース/補充処方ナースが誕生した大きな理由は、医師の不足をカバーするためではなく、

・ より全人的なケアの実施や看護職の役割の発展を可能性にさせるためであった。

看護師の処方権の獲得が容易にできた背景には、医療保健を取り巻く次のような環境があった。

①欧州労働時間指針の短縮により医師の労働時間が削減され、患者の医師へのアクセスが容易でなくなったこと（国民保健サービス契約で、一般医の時間外労働は義務ではなくなったために、看護職がその穴埋めをしなければならなくなった）

②看護職が新しく拡大された役割を積極的に担い、患者の評価も高かった。