

(2) 専門的な看護職が処方権を獲得するまでの経緯

①1989年 カンバリッジ報告書 (Brooks, N., Otway, C., Rashid, C., et al. : The patient view : The benefits and limitations of nurse prescribing. Brit. J. Community Nursing 6 (342-348, 2001)

看護職の処方が始めて提案された報告書であり、地域看護職が限定された一定の薬剤を処方できるようにすべきであることを政府に勧告した。

②1989年 保健省諮問グループ (Comberledge, J. : Neighborhood nursing. A focus for care report of the Community Nursing Review, London HSMO, 1986)

適切な資格 (ディストリクトナースまたはヘルスビジター) を有する看護職は、薬剤リストを用いて薬剤の処方ができるようにすべきであることを勧告した。

③1992年 看護職による処方を許可した初の法案が可決した

④1994年 8施設においてモデルケースとして看護職による処方業務が開始された。

⑤1994～1998年 試験的に看護職による処方を実施する施設が全国に広がった。

⑥1999年 別の諮問グループにより、ディストリクトナース以外の看護職 (看護師、助産師) にも処方権を与えるように勧告され、2000年のNHS計画ではこの勧告を支持している。

⑦2006年 処方ナース (Nurse Independent Prescribers) となり、全ての疾患に関して、一部の麻薬 (表5に示す) を含む薬剤を独立して処方できることになった (処方箋: "Nurse Independent/Supplementary Prescriber")。

(3) 処方権を持つ専門的な看護職 (処方ナース: Nurse Prescribers)

①独立処方権を持つディストリクトナース

ディストリクトナース (地域医療をカバーする看護職) は、

①慢性疾患患者の長期管理

②患者と定期的にコンタクト

③患者と患者のニーズについて最もよく把握している

という特徴を備えているために、ディストリクトナースに独立処方権を与えることにより、地域住民に、より全人的なケアが提供できるようにした (Nurse Prescribers' Formulary for District Nurses and health Visitorsと呼ばれた)。

その後、1999年には、別の諮問グループにより、ディストリクトナース以外の看

護職にも処方権を与えるように勧告され、2006年5月1日から、処方ナース (Nurse Independent Prescribers) とし、全ての疾患に関して、一部の麻薬を含む薬剤を、自らの権限で処方することができるようになった。

現在 (2007年)、処方権を有している処方ナース (Nurse Independent Prescribers) は、

- ① ディストリクトナースの処方者 (Community Practitioner Nurse Prescribers) : 33,018人
- ② 独立処方ナース (Nurse Independent Prescribers) : 1,589人
- ③ 独立処方/補充処方ナース : 13,995人

で、看護師・助産師の中で、処方権を有する処方ナースは、48,602人である。

(4) 処方ナース (Nurse Independent Prescribers) の資格の取得

処方ナースになるためには、3年以上の臨床経験のある、1stレベルの看護師、登録助産師、登録公衆衛生専門看護師の資格を有する者が、養成・訓練プログラムの認定を受けた大学において通信教育による教育と3日間の研修コースを受講した後に、筆記試験による評価を受けることが、保健省の実施指針およびNMC (看護・助産審議会) の看護師・助産師処方能力基準で決められている。

(5) 独立処方ナース (Extended Formulary Nurse Prescribers: 2006年に処方ナースに変更になる以前の処方権を持つナース) に対する評価

- ① 住民は、ディストリクトナースやヘルスビジターによる処方にほぼ満足している。
- ② 処方する看護職側も自らの役割に満足している (看護職の薬学の知識が十分かどうか懸念の声が上がっている)。(M. Courtenay. Brit. J. Community Nursing, 13, 2008.)
- ③ インタビューを受けた患者の大半が看護職による処方が可能になったことを支持している。文献5)
- ④ nursing formulary にしたがって処方する看護職のほうが患者についてよく知っているのが看護職の方が一般医よりも処方者としてふさわしいという患者もいた。(N. Brooks et al. Brit. J. Community Nursing, 6, 2001)

(6) 救急ケア領域で活躍するナースプラクティショナー

- ・看護職が主導するマイナー外傷ユニット
- ・フォーキンセンター

において、自律的に活動している。ナースプラクティショナーの活躍により、救急ケアの領域で

- ・他の救急サービスの負担を軽減する
- ・患者の選択肢を与える
- ・ケアの質と患者にとっての利便性を改善する

等の効果が確認されている。

(7) 国民保健サービス

1946年に「国民保健サービス法」が制定され、医療費は税金によってまかなわれ、原則無料である。

8-3 韓国

看護師の資格を取得した後に一定の教育を受けた専門性の高い看護職として

- ① 保健診療員 (Community Health Practitioner; CHP)
- ② ナースプラクティショナー (Nurse Practitioner; NP)

(1) 保健診療員およびナースプラクティショナー

WHOのアルマアタ宣言による「プライマリヘルス：PHC」の概念を推し進める目的と、当時の保健医療状況の改善を目的に、1981年にCHPの制度が誕生した。当時、無医村や離島の保健医療の問題を抱えていたが、1976年に農村漁村支援法が成立し、CHPの育成が開始され各地の農村・漁村・無医地区を中心にプライマリヘルスケアの第一線で活動を開始した。

一方、韓国では1973年より分野別専門看護師(Certified Nurse Specialist; CNS)の教育が開始されたが、2000年にその教育を終了し、名称・職名をNPに変更した。NP制度が導入されるまでの27年間に約8,000人の分野別の専門看護師が養成され、活躍した。

韓国のNPは、従来の分野別専門看護師とアメリカ型のNPのハイブリッドととらえることができる。2003年に養成を開始した大学院のNP教育で育成されたNPは、現在、約3,000人で、前述の分野別専門看護師として活躍してきた看護職がNPの制度のスタートに伴ってNPとして認定された者とを合せて、2008年9月現在で約

11,000 の NP が登録されている。NP の専門分野は、NP 制度が開始された当初は、精神 NP、地域保健 NP であったが、順次、増えていき、現在 13 の分野で NP が活躍している。13 の分野は次のとおりである。①精神 NP ②麻酔 NP③地域保健 NP④家庭 NP⑤感染 NP⑥救急 NP⑦老年 NP⑧重症患者 NP⑨産業 NP⑩ホスピス NP⑪がん NP ⑫臨床 NP⑬小児 NP。

(2) 保健診療員およびナースプラクティショナーの養成教育

分野別専門看護師は、正看護師 (RN) の資格の上に、一年間の教育を受ける。CHP は、正看護師の資格を持った者が、24 週間の教育・訓練を受け資格試験に合格しなければならない。CHP は、資格取得後は、毎年 2 泊 3 日の研修が義務づけられている。

NP は正看護師資格を持ったものが大学院修士課程で 2 年間の NP 教育を受け、国家試験を受けた後 NP の免許が与えられる。NP は毎年 8 時間の継続教育と 5 年ごとの免許の更新が義務付けられている。

(3) 保健診療員およびナースプラクティショナーの業務範囲等

CHP と NP の業務、裁量範囲の違いは以下のとおりである。CHP (公務員として位置づけられている) は、地域のコミュニティヘルスクリニックに配属され、クリニック内に居住し基本的には 24 時間クライアントの対応をする。CHP は処方権を持ち、検査のオーダーと実施ができる。また、外科的処置 (縫合など) の行為をすることも認められている。CHP が処方することができる 104 種類の薬のリストがあり、それに基づき処方をする。患者の診療・ケアなどの記録は標準化されており、韓国全土の CHP が活用している。近年、開発が進み無医村は少なくなってきたため、現在は疾病予防、慢性疾患の治療管理、健康増進に関する活動が占める割合が多くなっている。

一方 NP には、処方権と検査の指示は、法的には認められていない。前述したように、現在 13 の分野の NP があり、その活動、役割業務は専門分野で異なっている。例えば、総合病院などで働く NP は、包括的健康アセスメント (Comprehensive Physical Assessment; CPA) を外来や病棟で行い、その行為には診療報酬が支払われる。NP は医師から信頼されている場合が多く、CPA の依頼は医師から出されることが多い。NP の行う CPA は患者の家族も同席して十分な時間をかけ包括的な視点をもって行っており、薬剤師・栄養士なども同席することも多く、多職種との協働

が行われている。また、CHP は家庭訪問をする時に NP を伴い、気管カニューレの交換など医療処置を NP に依頼することもある。ここでも NP は、このケアに対し診療報酬を得ることができる。CHP は、公務員としての身分であるため、クライアントに対する診療・カウンセリング・健康増進などに対する行為の個別には診療報酬は伴わない。NP は、その専門分野、職場により異なるが、医師との信頼関係の中で、その医師の名前で処方を実際には行われている場合がある。最終的には、その医師がチェックをすることになっている。

CHP は韓国の政策の一つとしてできた資格であり、裁量権の拡大としての処方権や必要な検査や診療などの行為が法律で守られてきた。そのため、他の医療職との軋轢問題はほとんどなく、地域住民に適切な診療を提供することができている。NP に関しては、個々の NP の能力によりその裁量範囲の拡大が徐々に拡大しつつあるのが現状であるが、法律や制度としては現時点では認められてはいない。

8-4 ドイツ

ドイツでは現在も医師と看護職の責任範囲が厳格に分かれている。それでも、プライマリケアを担当する家庭医らが不足している旧東独の過疎地で診療行為の一部を看護師が担う「アグネス」の試みが始まった。専門教育を受けた「アグネス」と呼ばれる看護職員が、通院困難な高齢者について医師の委任を受けて訪問診療を行うものである。高血圧、糖尿病といった慢性疾患患者の定期診療と健康管理が主な役割である。医師にとっては、仕事の負担の軽減と同時に、往診の時間分でもっと多くの患者を診ることができるという利点がある。今後はさらに高齢化により在宅看護を受ける患者の増加が予測される。これを受け全国で制度化していこうという動きも出ている。

「アグネス」プロジェクトの研究者によれば、看護師らのアグネスへの関心は高い。仕事内容の格上げにより、やはり不足が懸念される看護職の魅力が高まることも期待できる。

(同津在住ジャーナリスト 吉田恵子：2009年2月28日 日経新聞夕刊より)

9. 看護職の裁量範囲の拡大に係る報告等

看護職の裁量範囲の拡大に関する検討は、さまざまな機会に行われている。ここでは、厚生労働省の検討会「新たな看護のあり方に関する検討会」と、日本学術会議の看護分科会の提言について述べる。

9-1 厚生労働省検討会（「新たな看護のあり方に関する検討会報告書」平成15年3月24日）

「新たな看護のあり方に関する検討会」（委員長：川村 佐和子）は、看護の質の向上と在宅医療の推進の観点から、医師と看護師等との連携のあり方、医療技術の進歩に伴う看護業務の見直し、これらを推進するための方策等が検討され報告書として公開された。

1) 看護業務に関する基本的な考え方

保健師、助産師、看護師、准看護師の役割は、「利用者のQOLの向上のために、療養生活支援の専門家としての的確な看護判断を行い、また適切な看護技術を提供すること」とまとめられている。

2) 医師と看護師の連携のあり方

医師は、診断・治療に責任を持ち、治療方針に基づいて指示を行い、看護師はそれを患者の生活上の支障を軽減できるように図りながら、安全に実施して、患者のQOL向上のために役立てる。

3) 望ましい看護のあり方の普及に向けて

看護師の判断力や責任能力を向上するとともに、豊かな人間性や人権を尊重する意識の涵養、コミュニケーション能力の向上が求められる。

3) 看護の専門性を活用した在宅医療の推進

医療依存度の高い在宅療養者に対する看護師の対応としては、訪問看護の開始、継続は、医師の訪問看護指示書に基づいて行われるが、指示の内容や範囲が必ずしも明確ではない場合が多く、患者の病態等の急激な変化に対する対応が必要とされる場合があるので、医師の指示は、医師と看護師との連携の下、患者の病態の変化を予測した事前の「包括的指示」により、看護師等が柔軟に対応できるようにしておくことが望ましい。

①在宅がん末期患者の適切な疼痛緩和ケアの推進

がん疼痛緩和に関する専門的知識と技術を有する看護師の養成を拡大し、その活

用を推進していく必要がある。

②在宅医療を推進するためのその他の関連諸制度の見直しとして

- ・在宅で死を迎える患者への対応
- ・必要な医療機器・衛生材料の供給体制の確保
- ・在宅における注射の取り扱い

等についての具体的に記述されている。

「看護師等は、療養生活支援の専門家として、医師、薬剤師その他の医療関係職種・福祉関連職種との適切な役割分担と連携のもとに、その専門性と自律性を発揮し、的確な看護判断を行い、適切な看護技術を提供していくことが求められている。」とされている。

9-2 日本学術会議 健康・生活科学委員会看護学分科会 (2008年8月)

提言 「看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える」

日本学術会議 健康・生活科学委員会看護学分科会(委員長:南 裕子)は、崩壊の危機に面している日本の医療サービスの中、国民にとって安心して医療を受けられるためには、看護師等の役割拡大が社会のニーズにどのように貢献できるか、また、看護師等の役割拡大の内容と、制度の変更を含む対策について学術的で中立的な見地から意見をまとめ、政府および関係機関に提言した。

提言の内容は以下の通りである。

1) 高度実践看護師等の裁量の幅を拡大

現存する専門看護師は、医師の養成課程と相当の年限を費やすことになる大学院修士課程を終了しており、治療とケアを統合した臨床に特化した教育が行われている。

症状など身体状態が継続的で変化が比較的少ない状況であれば、専門領域の専門看護師等は、症状緩和のための薬剤の処方に関する判断基準を医師と共同で開発し、医師不在であっても看護師が対応できるようにすべきである。

今後は、米国等の高度実践看護師(Advanced Practice Nurse)を含む海外の実績を参考にしながら現在の専門看護師教育課程の見直しを行い、そのうえでさらに裁量範囲を拡大できる制度を整えるべきである。

2) 看護師等の役割拡大

看護師等の基礎教育が急速に大学で行われるようになったことに鑑み、また、基礎教育を受けた後、臨床経験や継続教育を受けた看護師等が増加するなかでその業

務の拡大ができるようになってきた。すでに厚生労働省から医師と看護師等の「役割分担」に関する通知が出されているが、さらなる業務拡大があり得ると考えて提言するものである。助産師や一定期間特定領域の研修を受けた認定看護師については、より多くの役割拡大があると考えられる。

特に医療過疎地域、在宅療養の場、助産関連機関、精神病院、高齢者施設などにおける看護師等の役割拡大についてできるだけ早く検討すべきである。

また、病院における認定看護師の行う医療処置については、その能力に添って裁量の幅が広げられることを検討すべきである。

3) 看護職の労働環境について

看護師等処遇や患者当たりの数が改善されることにより、患者の死亡率や合併症の発生率の低下や看護師の離職率の減少を起こすことができることが明らかになっており、看護師等の労働条件・環境はすみやかに改善されるべきである。また、看護師等の数の増加や処遇の改善は、看護師等の役割拡大の実現性を高めることになるので、早急な対応が求められる。さらに、高度な教育を受けた者や福祉分野で働く看護師等について処遇が改善されることが必要である。

10. 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成について

10-1 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成の必要性

日本における医療保健福祉を取り巻く環境の変化は以下のように大きく変化している。

- ① 超高齢社会の到来
- ② 疾病構造の変化
- ③ 核家族化等による家族構成の変化
- ④ 医療施設・保健施設の統廃合
- ⑤ 医療費の高騰
- ⑥ 医療保健施設の再編成など
- ⑦ 診断・治療等の医療技術の高度化、専門化
- ⑧ 医療関係職種の多様化
- ⑨ 国民のニーズの多様化とインフォームドコンセント
- ⑩ 看護教育の高度化・専門化
- ⑪ 医師の臨床研修制度の導入

このような中で、国民に安全で安心な医療を提供する上で、以下に示す課題が大きな社会的な関心事となっている。

- ① 医療保健サービス提供体制の地域格差
- ② 医師、看護師・助産師の不足
- ③ 急性疾患患者の在院日数の短縮化等に伴う在宅患者の医療的ニーズの高度化等

これらの問題を解決するために、医学生の数増加、医師研修制度の見直し、女性医師の労働環境の改善など、医師数の不足を解決することに特化したさまざまな施策が検討されているが、医師数の確保だけでは、さらに加速される超高齢社会の医療保健を支えることはできない。多職種間のチーム医療の推進を図ると同時に、看護職等医療関係職種の養成教育の高度化等を考慮した、それぞれの職種の業務のあり方を再検討すべき時期である。

チーム医療においては、それぞれの医療関係職種が、それぞれの立場・専門性を尊重しつつ、クライアントに満足のいく的確なサービスを提供していかなければならない。

10-2 日本における専門的な看護を提供できる実践家の育成のためには

(1) 専門的な教育を受けた看護職の業務範囲の拡大

チーム医療の重要な一翼を担う看護職に関しては、以下の点に考慮しつつ社会のニーズに的確に対応した業務の改善、業務範囲の拡大等について検討する時期であると考えられる。

- ① 疾病構造が変化している中で、日本の健康政策が、病気の治療から疾病予防、健康増進にシフトしつつある。
看護職は、健康増進、疾病予防、健康教育、健康相談などに焦点を合わせて、クライアントが賢い健康と生活スタイルを選択することを支援していく。
- ② 臨床医療の現場でも、医学的な処置 (Medical treatment) とヘルスケアサービス (Health Care Service) とが混在して行われており、クライアントが自分の受ける医療保健サービスに対して十分な理解ができない状態にある。看護職は、患者に分かりやすく説明し、クライアント自身によって行われなければならない生活改善を実行できるようにインフォームドコンセントを通して支援する必要がある。
- ③ 医療施設や訪問看護の現場では、医師の事前の指示や、包括指示に基づいて、看護師が、かなりの診療の補助業務を実施している実態がある。
- ④ クライアントが抱える健康問題に対して、ケアとキュアの両側面からアプローチしていく。すなわち、看護モデルと医学モデルを駆使したアプローチをしていく。

(2) 専門性の高い看護職の養成教育の必要性

看護師が、従来に比べて「拡大された診療の補助業務」を安全に実施していくためには、必要な教育を系統的に受ける制度的な整備を行う必要がある。

看護師の基礎教育、すなわち、養成教育は大変複雑で、一つの資格を取得するのに多様な道がある。社会の中には、この多様性を評価する意見もあるが、一つの資格を取得するのに複数の道があるということは、教育の標準化、看護の質の確保の観点からは問題があると考えられる。

看護師の業務範囲、すなわち、裁量範囲を拡大し、専門性の高い看護職を育成していくためには、系統的な教育と関連させて行っていく必要があり、アメリカや韓国など諸外国でとられているように看護師の教育に上乘せした教育、Advanced Course において教育を行っていくことが望まれる。

(3) 現行法令の下で、専門性の高い看護師を活用するために

入院期間の短縮化に伴い、在宅療養では医療依存の高い対象者が増え、病態の急激な変化に対応できるための知識や技術も必要とされる。また、医師不足、医師の偏在などにより、外来や病棟での専門性を高めた看護師の活躍により患者等の満足度を強化するために、現行法令の中、すなわち、前述した通り、厚生労働省等から出されている通知等の下で、医師の「事前指示」や「包括指示」により、看護職が臨機応変に臨床現場のニーズに対応した診療の補助行為を提供していくこともできると考えられている。

しかし、すべての看護師が医療的ケアに関係することは、安全上の問題が予想されるので、患者等への「安全」「責任」等を考慮すると、制度的な教育と連動させた、看護職の能力に応じた「診療の補助行為」の拡大が必要であろう。一定の教育を受け、それぞれの場に対応することができる能力を備えた看護職が活躍すべきであろう。現時点で、専門性を高めた看護職が機能を発揮し、迅速に適切な「ケア」を提供している医療施設も、以下のような例で、すでに存在する。

①「包括的指示」による医師と看護師の連携

現行法令では、医師法 17 条、保助看法 37 条の規定により、診療に関わる行為はすべて医師の指示が必要とされる。したがって、あらかじめ患者の病態を予測し、それに基づいて包括的に指示を受けておき、その指示の範囲内の活動を実践する。

②「包括的指示」に基づいて実施できる行為の例示

1) 苦痛の緩和

患者の「苦痛の緩和」は、看護の重要な機能の一つである。

疼痛、呼吸困難、発熱、不眠、便秘などの諸症状緩和のため、患者の実態を最も把握している専門性の高い能力を備えた看護職が、

①アセスメントを実施し、ケアを提供する

②医薬品が必要であると判断した場合には、包括的な指示により医師によりあらかじめ処方された範囲内で患者の症状に応じた医薬品等の処方を行う。その結果を医師に報告する。

医師の直接的な指示が必要と判断した場合には、直ちに連絡を図る

2) 高血圧症や糖尿病をもった外来患者への対応

症状が安定しており、「DO 処方」で、処方を受けにきた患者に対しては、専門性の高い能力を備えた看護師が、

①アセスメントを実施し、処方の変更の必要のないと判断確認し

②必要な説明を行った

後に、包括的な指示により医師によりあらかじめ処方された範囲内で患者の医薬品の処方を行い、その結果を医師に報告する。

医師の直接的な指示が必要と判断した場合には、直ちに連絡を図る。

3) 救急患者で重大な症状・疾病でないと判断した患者に対する対応

救急患者に対しては、迅速な対応が必要とされる。そこで、専門性の高い能力を備えた看護師が、

①アセスメントを実施し、ケアを提供する

②傷の手当などの処置および医薬品が必要であると判断した場合には、

包括的な指示により医師によりあらかじめ指示された処置あるいは処方された範囲内で患者の症状に応じた処置等を行い、その結果を医師に報告する。

医師の直接的な指示が必要と判断した場合には、直ちに連絡を図る

11. 日本における専門的な看護を提供できる実践家の養成教育と社会の理解に向けて

11-1 看護系大学の大学院博士前期課程（修士課程）の活用

新人看護師が自信を持って一人でできる技術などの低さが問題とされ、看護師の基礎教育の内容の見直し、改善の必要性が常に問題となる。

看護師の基礎教育の充実が不可欠であることは論を待たない。

専門性の高い看護職の育成には、看護師の基礎教育の上に、さらに追加の教育が望まれる。

中央教育審議会は、平成 15 年に、大学院修士課程の教育目標として、従来の研究者・教育者の育成に追加して、高度な実践家の育成を明確に打ち出した。これに、関連して全国各地に、法科大学院が設置され、弁護士等の育成を目指すこととなった。

平成 21 年 4 月、現在、看護系大学院修士課程を設置している大学は、118 校あり、総定員数は、1900 名を超えている。看護系大学の増加に伴い、大学院修士課程がさらに増加することが予測される。将来の看護界の人材育成を考えると、大学院修士課程の教育目標として専門性の高い実践家の育成を明確にし、専門性の高い高度な実践家を養成する課程として大学院修士課程を積極的に活用する時期ではないかと思われる。

11-2 専門性の高い看護職養成のためのコアカリキュラムの検討

コアカリキュラムとは、それぞれの専門職に必要とされる必要最低の教育内容を示したもの（ミニマム・リクアイアメント）であり、国家試験合格に必要な最小限のカリキュラムを定めたものとして、医学、薬学の領域で導入されている。コアカリキュラムは、あくまでも最小限のカリキュラムでありこれで十分というものではない。

医学領域では、約 70%のカリキュラムをコアカリキュラムで示されている内容とし、残りの時間を各大学の特色を表すカリキュラムを組むことが推奨されている。

看護教育に関しては、現在、保健師、助産師、看護師ともにそれぞれの指定規則の中で、ミニマム・リクアイアメントが示されており、コアカリキュラムは導入されていない。

専門性の高い看護職の養成にあたっては、高度な看護職として必要なカリキュラムをコアカリキュラムとして提示し、いずれの専門領域（例えば、老年、成人、小

児など)を選択する上でも最小限必要な教育内容(単位)とし、さらに、それぞれの専門性に対応したカリキュラムを専門領域ごとに検討するという方法が妥当ではないかと思われる。

いずれにしても、看護の専門性を強化し、裁量範囲を拡大することを念頭においた場合には、チーム医療の一員としての責任を果たせるカリキュラムとすることが必須である。この場合にとくに必要とされるカリキュラムとしては以下の3点に関連した内容をコアカリキュラムの一部として位置づけるべきであろう。

- ① クライアントの状況を正確に把握するためのフィジカルアセスメント
(Physical Assessment)
- ② 薬物代謝等の臨床薬理に関する技能(pharmacological knowledge)
- ③ クライアントの病態を正確に把握するための疾病病理学的な技能(Pathological knowledge)

さらに、高度な実践家であることを考えると演習および実習を重視したカリキュラムであることが望まれる。

11-3 専門性を強化した看護職の裁量範囲を拡大することによる効果

-看護職の自律の視点から-

アメリカや韓国等の諸外国において、既に、専門性の高い看護師としてナースプラクティショナーが制度化され、活躍している背景には看護職の自律に対する志向が強かったことがあげられている。

看護師が自律するためには、

- ① 自ら予測し判断する能力
- ② 自らの行動を的確にコントロールし行動する能力
- ③ 自らの行動に責任をとれる能力

が、必要とされる。

看護師が自律的に活動できるようにするためには、一定の業務に関しては看護職として裁量範囲の拡大を目指していく必要がある。裁量範囲の拡大に当たっては、個人等の努力に頼るだけではなく、系統的な教育が不可欠である。

教育を受けた看護師の裁量範囲を拡大し、自律することにより、看護師のキャリアアップの機会を確保することになり、看護師の離職防止にもつながるものと考えられる。

また、18歳人口が減少する中で、看護職を目指す優秀な学生を、継続的に確保

していくためには、看護職が努力すれば、自律でき、キャリアアップができる職種であるようにしておくことが重要であると考えている。

NURSING BUSINESS 誌が看護師を対象に行った「看護師の役割拡大について」の調査結果でも、看護師の役割拡大を望む声が上がっている。(NURSING BUSINESS, 2009 3月号)

前述したように、アメリカやイギリスの NP の導入に関する評価結果から判断しても、日本でも、一定の教育を受けた専門性の高い看護師の裁量範囲を拡大することにより、看護職が全人的視点（ホリスティック）から看護モデルと医学モデルによるキュアとケアを統合したケアとキュアを提供することができ、さらに次のような効果も期待される。

- ① 外来等で、長い待ち時間を経験している患者の満足度が高まる
- ② 勤務医の労働環境の改善に結びつく
- ③ 医療費の節約に結びつく

これらに関しては、モデル的に看護師の裁量範囲を拡大したうえで、今後、実態調査を実施し、エビデンスを積み重ねていくことが必要であろう。

11-4 専門的な看護を提供できる実践家の活躍に対する社会の受容について

看護職の裁量範囲を拡大していくためには、医療保健サービスの提供を受ける側のクライアント等の受容が重要な課題である。

(1) 看護師による診察の可能性について患者および医師の見解を把握するために、調査を実施し、以下に示す結果を得た。

- ① 調査目的：外来で看護師が疾病管理を行うことに関する調査
- ② 調査結果

1) 患者に関する結果

内科外来通院患者 186 名(回収率 95.4%)から回答を得た。その約 80%の患者は、処方内容に変更がなく前回と同じ処方（以下、D0 処方とする。D0 とは、前に同じという意味のラテン語の ditto の略語である。）を受けており、そのうちの 60%以上が 1 年以上 D0 処方を受けていた。また、調査対象患者の 9%が処方を受けていなかった。さらに、処方を受けていない患者の半数は食事療法の実践により状態が改善され合併症のリスク低下が期待される比較的安定した病状の糖尿病患者であ

った。

この結果から、D0 処方が継続する患者は、病状の変化が乏しく安定している患者と考える。つまり、内科外来の通院患者は、病状が安定している患者が多く割合を占め、生活習慣の改善による疾病管理が可能であると予測できる。

また、同調査結果では、114名(61.3%)の患者から看護師が医師と連絡をとりながら診察を行うとしたら利用するとの回答を得た。そして、看護師が診察してくれたら助かると思った場面は、薬だけもらいたい時が一番多く、次いで待ち時間が長い時、健康相談をしたい時、検査結果を聞くための受診の順であった。これらの結果から、看護師による疾病管理に対する慢性疾患患者側のニーズがあるとの示唆を得た。

2) 医師に関する結果

医師の56.5%は、看護師に外来診療の一部を権限委譲できると答えていた。そして、看護師に権限委譲できる診療行為で最も多かったのは、食事療法の処方が最も多く、次いで、検査結果の説明、本態性高血圧症薬の量の加減、運動療法の処方、糖尿病薬の量の加減の順だった。

患者に適した食事指導や運動療法は、医学的知識だけでなく患者の生活全般を把握することが必要であること、また、食事指導や運動療法に関しては、従来の看護師が行っている生活指導の延長上にあり、委譲しやすい行為だと考える。

糖尿病代謝の診療を行っている医師達のヒアリングでは、総じて外来における慢性疾患患者の看護師による疾病管理に対して肯定的であった。そして、実際に臨床現場では、患者に応じた的確な血糖コントロールの方法を看護師が医師に提案している現状や糖尿病の診療経験の浅い研修医よりも糖尿病に関する知識と経験のある看護師のほうが患者の特性に応じた血糖コントロールができるのではないかと述べている医師もいた。

(2) 一般国民の看護師の業務拡大に関する意識調査

厚生労働省研究班「新しいチーム医療体制確立のためのメディカルスタッフの現状と連携に関する包括的調査研究」(主任研究者：田林こう一東北大学教授)

上記のいずれの調査結果でも、患者あるいは国民は一定の教育を受けた看護職の裁量範囲の拡大を肯定的に受け止めていることが示唆されている。

社会の受容に関しては、今後さらに幅広い視点からの調査研究が必要とされる。

12. 日本における専門性の高い看護師の裁量範囲の拡大に向けて

12-1 看護師の裁量範囲の拡大とその領域

生活習慣病が死亡割合の60%以上を超える現状で、日本の健康政策は、病気の管理から疾病予防、健康増進にシフトしつつある。このような中で、健康問題を幅広くカバーし、対象者が賢い健康と生活スタイルを選択することを助け、ケアとキュアの両側面からアプローチしながら、質の高いヘルスケアサービスを提供することができる専門性の高い看護師が活躍することにより、現在の、日本の抱える医療保健に関する問題を解決することができるのではないかとと思われる。

また、臨床現場にあっては、第三次医療を担っているような病院においては、Medical treatment と Health Care Service とが混在しており、患者は待ち時間が長かったり、十分な説明を受けることができないなどの実態がある。このような中で、患者および家族の抱える健康問題を幅広くとらえ、ケアとキュアの両側面からアプローチし、疾病管理を行うことができる専門性の高い看護職が活躍することにより、患者、患者家族の安心、満足度は高まるものと予想される。

急性期病院の在院日数は、短縮化の傾向にあり、在宅医療を必要とする患者が増加している。専門性の高い看護職が在宅療養診療所等と連携を図りながら活躍することにより在宅患者、家族が安心して24時間安心して医療サービスを受けることができるシステムが構築できるものと期待される。

現在の日本が抱える医療保健に関する社会問題を解決するためには、専門性の高い看護職が、医療の一定の部分に関して責任を持ってカバーすることができるようにすることが一案であると考えられる。

このためには、アメリカやイギリス等の諸外国で既に制度的に実施されている看護職の裁量範囲を拡大することが必要であろう。

具体的に裁量範囲を広げ、専門性の高い看護師を養成するためには、領域を限定して教育と連動して進めるべきである。領域の選定にあたっては、医療保健の現場のニーズと養成教育のフィージビリティとの関連で考えていく必要があるが、可能性の高い領域としては以下の領域が考えられる。

- ① 病院の外来で、慢性疾患の患者を対象にケアおよびキュアを提供する
- ② 救急外来で、患者のトリアージを行い、比較的軽度な症状の患者にケアおよびキュアを提供する
- ③ 訪問看護ステーションあるいは在宅療養支援診療所等で、在宅患者のケアとキュアを提供する

12-2 専門性の高い看護師の裁量範囲を拡大するために必要な教育

大学院修士課程で、実践を重視した系統的な教育を行うべきである。

「看護モデル」と「医学モデル」を統合した、ケアとキューアを提供できるために必要とされる能力として次のものがあげられる。

- ① 包括的健康アセスメント能力（簡単な検査のアセスメントを含む）
- ② 医療処置管理的な実践能力（簡単な処方を含む）
- ③ 看護実践の能力
- ④ 看護管理能力
- ⑤ チームワーク・協働能力
- ⑥ 医療・保健・福祉システムの活用・開発能力
- ⑦ 倫理観の醸成

着目する専門性（慢性疾患、急性期など）に合わせて、それぞれの能力についてさらに細かい教育内容を検討していく必要がある。

用語の解説等

専門性の高い看護職者を養成し、活用していく過程では、医療職間の業務・役割分担などが検討され、それに関連した用語が使われる。そこで、医療職間の役割分担等に関連した用語の解説を以下に示す。

【タスクシフティング（業務移譲）】

タスクシフティングとは、特定のタスク（業務）を他職種の医療従事者の業務として移行させるプロセスで、一つのレベルから別のレベルの医療職に業務を割り当てる医療従事者チーム間における合理的な業務再配分である。これによって、医療サービスを効果的かつ効率的に行うことを目指す。

医療従事者の不足が顕在化しており、その不足を補うための戦略の一つの方策として打ち出されたものであり、正規の教育や資格がより低い個人が、本来は、より高い専門教育を受け高度な資格を持つ医療専門職が行う仕事を、専門職から訓練を受けた上で、専門職に代わって実践することを指す。

【スキルミックス（職種混合）】

2000年WHOの報告書の中で、スキルミックスの概念が提唱され、組織あるいは医療システム内で必要とされているポスト、レベル、仕事、技術・知識をミックスし、医療サービスを効果的かつ効率的に行うことを目的としている。

医療チームの中でそれぞれの職種の役割分担の補完・代替関係を示したり、チーム内部における職種混合のあり方や職種間の権限委譲・代替、新たな職能の新設を示す概念である。

スキルミックは、単なる役割分担ではなくチーム医療内における権限と責任の委譲を伴うものである。

Sibbald et al. (2004) は医療におけるスキルミックスの構成要素を以下のように分類している。

- ・ 役割の強化 (Enhancement)
- ・ 代替 (Substitution)
- ・ 委任 (Delegation)
- ・ 改革 (Innovation)
- ・ 移行 (Transfer)

・ 協働 (Liaison)

アメリカにおける医師と NP との関係は、スキルミックスの一例であり、NP 主導のプライマリヘルスケアで慢性疾患を管理したほうが、従来の医師主導よりもよい結果が出ていると報告されている。

OECD ではスキルミックスの例として

- ・ 看護師への限定的処方権
- ・ 一定の条件下での看護師による死亡診断の承認

を挙げている。

【チーム医療】

クライアント（患者等）を中心として、医師、看護職、臨床検査技師、介護福祉士などの医療関係職種が、それぞれの専門性を発揮して、協力体制をとりながら問題を解決する医療体制。

チーム医療の構成要素は、

- ① 専門性志向
- ② 患者志向
- ③ 職種構成志向（多数の職種）
- ④ 協働性志向（対等に協力して業務を行う）

この4つの要素が最大値をとる地点が「チーム医療」の理想点である。

（細田満和子：「チーム医療」の理念と現実 より）

クライアント（患者等）を中心に、お互いの専門職が相互に理解し合い、尊重し合いながら問題解決にあたることが、良質なチーム医療の実現に向けて重要である。

【医業・医療・治療】

医師法第 17 条に、「医師でなければ医業をしてはならない」と規定されており、「医業」は「医行為」を行うことで、医師の独占業務である。

医療は、「チーム医療」という言葉からも象徴されるように、医師のみが行う行為ではないと考えることも可能である。

「医療」に関して、広辞苑等でどのように解釈されているかを以下に示す。

① 広辞苑

医術で病気をなおすこと。療治。治療。