

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～

The introduction of nursing prescription rights analyzed from various stakeholders' perspectives: a literature review

水木 麻衣子¹・高橋 都²・甲斐 一郎³

¹MPH. 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻 (E-mail: maimizuki-ky@umin.ac.jp)

²Ph.D.(保健学), MD. 獨協医科大学公衆衛生学講座准教授 (E-mail: miyakot@dokkyomed.ac.jp)

³Ph.D.(公衆衛生学), MD. 東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻教授
(E-mail: ichirokai-ky@umin.ac.jp)

看護師の役割拡大に対する認識は立場によって異なり、関係者間でコンセンサスが得られにくいいため潜在的な問題を把握できないまま政策課題の設定がなされる可能性がある。本研究では、看護師の処方権導入にあたり利害関係者間の問題を明らかにするために文献研究を行った。その結果、処方権をもつ看護師と利害関係者間には認識の「ずれ」があり、処方権をもつ看護師の処方実践の障害になっていること、「ずれ」を調整する仕組みがないことがわかった。

キーワード： 看護師の処方権, 利害関係者, 文献調査

1. はじめに

日本の医療は、今、負担と給付のバランス、患者満足度、医療水準、平等性など多くの課題をかかえている。医療制度の規範的論点について、井原は医療保障の最終的な受益者は個人であるという認識に立ち、社会保障の規範的内容として利用可能性、アクセス可能性、受容可能性、質をあげ、それぞれの課題に言及している。また、その実効性に関して、患者、国民が制度改革、運営に参加していく重要性も指摘している¹⁾。一方、患者、国民の間にも医療の望ましい形として、患者主体の医療を目指すべきだという考え方が普及定着をしつつある²⁾。患者主体の医療とは、患者の生き方を尊重し、患者の「安心・納得」を最大限に尊重することである³⁾。医療制度を見直していくにあたり、患者主体の医療を実現するために規範的な論点とその方法論を考えていくことが、今後は重要になってくると思われる。そして、このような患者主体の医療を目指すためには、医療政策に国民が参画していくだけではなく、実際に医療に従事する人、医療を利用する人など、医療に関わる人たちの合意が必要である。しかし、今までは医療に深く関わる人々が話し合う場すらなかったという指摘がある²⁾。

最近、「看護師の役割拡大」という話題が注目を集めている。看護師の役割拡大は超高齢社会の到来、医療財政の逼迫、医師不足、勤務医の過重労働を解決するにあたり即効性の期待される方策として浮上してきた。神野は

役割拡大の中身は二つあると述べている⁴⁾。第一に医師が従来担っていた業務を引き受ける、あるいは医師に協力すること、つまり患者への説明と同意の取得や、疾病に関わる教育・指導など看護師が持つ医療知識を存分に発揮することで医師の過重を軽減させることができる。第二に、従来看護師が行ってきた役割を、看護師の本来業務とは何かをもう一度見直すことで、他の医療職に移譲していくことである。この看護師の役割拡大は、患者、地域住民、臨床現場の医療者からの提案ではない。看護の地位向上、専門性の確立が患者のためになると考えている業界団体と、高度に専門分化した医療を担う関係者からの提案である。看護師の役割拡大を、看護の専門性を確立するためではなく、医師不足対策を目的にするのでもなく、患者主体の望ましい医療提供の方策の一つにするための、適切な政策課題を設定する必要がある。

そこで、本研究では、看護師の役割拡大の中の特に処方権の導入について、適切な政策課題を設定するために、看護師の処方権導入に影響を受けるだろう関係者を特定し、その問題認識に注目し、課題を抽出することを考えた。しかし、日本では看護師の処方権導入に影響をうける関係者が誰なのか、その問題は何かといったことに関する調査研究はない。そこで、制度や文化の違いという大きな問題はあがあるが、諸外国の状況について検討することにした。

本論文の構成は以下の通りである。2章では看護師の処方権の導入の概要から本研究の論点を整理した。3章

では諸外国での看護師の処方権導入に影響を受けた関係者の認識を文献から明らかにした。4章では日本における処方権導入に関する利害関係者の認識を検討した。5章では本研究の限界と今後の課題について、6章では本研究の結論をまとめた。

2. 看護師の処方権導入の概要

超高齢社会の到来、医療財政の逼迫、医師不足、勤務医の過重労働などの日本の医療の課題が議論される中、看護界は看護師の役割拡大を看護師の専門性確立の絶好の機会とみなしている。例えば「この状況を追い風として、看護職の養成教育が高度化し、看護の専門化がすすめられている状況などを十分に活用すべきである」、そして「専門性の高い看護師の資格の制度化や看護業務の見直しを行い、看護職の身分法、業務法である保助看法などの見直しまで進展させる絶好の機会である⁵⁾」という主張が目立つ。これまでの報道をみると、看護師の役割拡大に関連した発言をしているのは、主に政策立案者、看護業界、病院経営者、日本医師会^{6,7)}である。マスメディアが取り上げる意見では、医師会以外は看護師の役割拡大に好意的または積極的であり、中には看護師の処方権に言及しているものもある^{8,9)}。

日本において、処方とは高度な教育とそれに続く相当の訓練を修了していること、高い倫理性を有していることを条件に、医師のみに認められている行為である。医師に限定して処方を認める根拠は、患者の安全のためといわれてきた¹⁰⁾。一方、看護師の仕事は「診療の補助」「療養上の世話」となっており、診療の補助に関しては「医師の指示のもと」に業務をすることになっている¹⁰⁾。よって、看護師に処方権を導入することは、医師のみが持っていた権限が看護師に一部委譲されるというだけではなく、今までの医師と看護師の指示系統や、看護師と他職種との関係が変わることをも意味する。

看護師の処方権が認められている国は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、韓国¹¹⁾、ニュージーランド¹²⁾、スウェーデン¹³⁾、アイルランド¹⁴⁾、オランダ¹⁵⁾、医療資源の少ない国ではボツアナ、南アフリカである¹⁶⁾。これらの国は医療制度が異なり処方権の内容も様々であるが、処方権を導入する背景に①医療費の抑制の必要性、②医師の不足（サービスの低下、へき地での需要）、③医師の過重労働問題、④看護師の地位向上が考えられている。いくつかの国の看護師の処方権の概略を見てみると、まずアメリカでは、専門看護師(Nurse Practitioner, 以下NP)に処方権を認めている¹⁷⁾。NPとは正看護師の資格をもち更なる教育課程を経た看護師に与えられる認定資格である。1960年代から大学院教育とその後の臨床ト

レーニングを積んだNPに、スペシャリストとして処方権を認めてきた。一方、イギリスは対照的に様々なバックグラウンドを持っている看護師に処方権を認めてきた。特に、地域医療の建て直しのために保健師や訪問看護師から限定的に処方を認めてきており、加えて現在では法律で定められた240の薬を看護師の判断で処方できる自立的看護処方者(independent extended prescriber)と医師の計画の範囲内で処方ができる補助的処方者(supplementary nurse prescriber)に処方権を認めている。イギリスの特徴は、効率だけでなく、効果(質)や公正も重視した医療改革であるNHSプラン2000の政策目的に合致するように、ジェネラリストの看護師に処方権をもたせ、現実にはその80%以上が地域で働いていることである¹⁸⁾。また、オーストラリアとスウェーデンも医師の負担軽減のために限定的に処方権を認めている。アメリカとイギリスにおける看護師の処方権導入の政治過程では、政策担当者、医師代表、看護代表の間で様々な意図が交錯し対立があった^{17),19),20)}。日本でも同様に、権限を譲りたくない医師対看護の専門性を発揮したい看護師の権限の奪い合いといった対立軸や政策的意図のみで議論が進みかねない状況である⁷⁾。

そういった政策的意図、あるいは権限にからんだ議論が有識者の間でなされているが、果たして臨床の現場の認識はどうだろうか。看護師へ処方権を認めることは実際に望まれているのだろうか。処方権を必要としている場所はどこなのだろうか。看護師が処方権をもったとしても本当に機能できるのだろうか。看護師の処方権に関して、制度や資格についての議論だけではなく、看護師の処方権導入に影響を受ける人たちが看護師の処方権について何が問題だと考えているか、に注目し、そこから論点を見出す必要があると考えられる。看護師の処方権導入に影響を受ける立場の人たちの間で、十分な合意形成ができないまま実態に合わない制度が導入されても現場が混乱するだけである。

本研究では諸外国の事例から、看護師の処方権導入について①看護師の処方権導入に影響を受けた人たち(以下利害関係者)は誰なのか、②それぞれの利害関係者が看護師への処方権拡大について何が問題だと認識しているのか、の二点を明らかにする目的で文献研究を行った。そしてその結果をふまえ、日本で看護師の処方権導入を検討する場合、適切な政策課題の設定のために、事前に現場の利害関係者の認識を確認し調整することの重要性を考察し提示する。

3. 看護師の処方権導入をした諸外国の利害関係者の認識に関する文献調査

3.1. 研究方法

2008年8月から10月までデータベース等を使用して文献調査を実施した。看護師への処方権拡大についてMEDLINE, Web of Science, CINAHLを使い「Nurs* and prescri* and policy」の検索式で文献を収集した。さらに、得られた文献の引用文献や看護師の処方権導入に影響を受けた人の認識や問題について書かれている関連文献を加えて考察した。文献検索で得られた文献は130件であった。そのうち、利害関係者間の問題に関する記述があった31件に、引用文献等10件を加えた41件を解析対象とした。利害関係者として含めたのは、看護師に処方権を認めることによって影響を受ける立場・職種とした。対象論文の内訳は実証研究32件、文献研究7件、総説2件であった。得られた文献で取り上げられていた国は英国29件、米国6件、オーストラリア1件、スウェーデン1件、アイルランド1件、オランダ1件、複数の国を含んだ文献が2件であった。以下、利害関係者が誰か、利害関係者が看護師への処方権拡大について何が問題だと認識しているのかについて述べていくことにする。

3.2. 利害関係者は誰か

Cooperは利害関係者を医師、患者、薬剤師、看護師、政府と指摘している²¹⁾。地域保健当局(行政機関)^{22),23)}、保険会社や製薬会社を含めている研究もあった^{24),25)}。

3.3. 利害関係者は看護師の処方権導入について何が問題だと認識しているのか

(1) 処方権をもつ看護師にとっての利害関係者とその間で問題として認識されていること

処方権のある看護師は、医師が看護師の処方役割を理解していないと思っている^{26),27),28)}、あるいは医師が制度そのものに無関心であると思っている²⁹⁾ということを示した研究があった。また、処方権のある看護師は、医師が伝統的な役割、専門職階層を侵食されること、安全性が保障できないことを脅威に感じている³⁰⁾、裁量権を委譲したくない防衛的な考え方が医師にある³¹⁾と考えているとする研究もあった。

医師との関係に関する実践面の障害として、医師の非協力的な態度^{32),33)}処方に関する助言や指導の欠如^{34),35),36)}、医師がパターナリスティックな関係を過度に重視することによる意思決定の困難さ³⁷⁾、処方権のある看護師は医師からの支援がないと処方に消極的になること³⁸⁾が挙げられた。一方で、処方権のある看護師の働き方は様々で、Offredyらの調査では、処方について医師から高い自律性

を認められているか否かによって、看護師の処方率に差があることが指摘されている³⁹⁾。別の研究では処方権のある看護師の26%が資格をとってから一度も処方行為をしていないことが明らかになっている⁴⁰⁾。処方権のある看護師の中には、医師からの自主的な協力を待つのではなく自ら医師に働きかけて、協力を得るようにしている者もいた⁴¹⁾。処方権のある看護師が自律性を発揮できない理由としては、薬理学の知識の不足^{31),42)}、処方の適切性に対する不安や自信のなさがあげられている^{43),44)}。

処方権のある看護師の薬剤師に対する認識に関しては、Cooperらの研究では、処方権のある看護師は、同じ処方権をもつ薬剤師に対して、薬理学の知識はもっているが患者に対するコミュニケーション力が不足していると認識していることが明らかになった⁴²⁾。しかし、処方権のある看護師は同時に、薬剤師とお互いの専門知識を共有して拡大していく必要があるという認識をもっていることも指摘されていた³⁸⁾。

処方権のある看護師が患者・地域住民に対して持っている認識としては、看護師が処方することによる医療アクセスとコストの改善、十分な相談時間の確保がメリットとして挙げられていた⁴⁶⁾。その一方、患者が処方権をもつ看護師の役割を認識していないため、看護師と医師のどちらを受診すればいいのかかわかっていない、看護師が処方できない薬を依頼されるといった問題が指摘されていた²⁹⁾。

処方権のある看護師は政策立案者に対し処方の拡大と裁量拡大を望んでいた^{22),47)}。それは医師の治療計画内で処方をするイギリスの補助的処方者の処方実践が進まない、医師との連携が不十分であるといった事情がある⁴⁵⁾。処方実践に必要な社会基盤として、患者情報や最新情報へのアクセス³⁸⁾、継続教育への参加⁴⁹⁾、報酬への配慮⁵⁰⁾を指摘する研究もあった。

処方権のある看護師の間でも処方権拡大に対する意識は一樣ではなく、Kaplanらが行ったアメリカのNPの自律性と処方権に関する認識に関する調査では、NPの間でも権限拡大に対して様々な反応があることが明らかになった⁵¹⁾。他の研究でも訴訟リスクに対する不安が処方実践の障害になっていた¹⁴⁾。中には看護師に処方権は必要ないと考える看護師も存在した¹³⁾。

その他、保険会社や製薬会社といった企業の営業担当者や処方権をもつ看護師の利害関係を示唆する研究もあり、処方権を持つ看護師が製薬会社の熱心なマーケティングの中で正しい処方ができるかといった、倫理的課題が指摘されていた^{24),25)}。

(2) 医師が看護師の処方権拡大について問題だと認識していること

看護師の処方権拡大に対して医師側の認識を調査した

研究は3件あり、医師は処方権を持つ看護師の診断能力⁵²⁾や薬理学の知識に対する不安を示していた³²⁾。

Wilhelmssonらは医師の不安の中身を「新たな医療費がかかる」、「過剰投与や誤診の危険が増える」、「医師はより高度な重要な知識を持って処方している」「看護師に処方権は必要ない」と述べている¹³⁾。

(3) 患者・薬剤師が看護師の処方権拡大について問題だと認識していること

Lukerらは患者への調査で、患者は利用しやすさ、話しやすさ、説明のわかりやすさを理由に、処方権をもつ看護師にかかることを好んでいると述べている⁴⁶⁾。処方権をもつ看護師の地域での受け入れに関する研究では、住民は看護師の人柄や性格のよさを看護師にかかる条件として挙げている他、看護師が医師と連携をしていることを条件にあげている患者もいた⁵³⁾。一方で、調査時点で処方権をもつ看護師がいることを知らなかった地域住民や、緊急の状態での医師の受診が必要な場合、看護師の判断に対する不安と医師との連携に不安をもっていた住民もいた⁵³⁾。患者や地域住民は、処方権をもつ看護師と医師を選択できるようになっているが、実際の振り分けは医師や看護師、受付がしている場合もあった³³⁾。薬剤師の処方権をもつ看護師への認識に関する調査では、薬剤師は看護師の薬理学の知識が不十分であると考えていた⁴⁵⁾。

(4) 処方権に関する政策立案者と行政機関の意図

Cooperらは政策立案者の意図、政策の方向性への見解は利害関係者にとって重要であると指摘している²¹⁾。政策立案者の意図は、看護師に処方権を持たせることによって医療サービスの改善をめざしながら、医療費抑制、医師不足の問題の解消をはかることにあるとする研究があった^{54),55)}。一方でMazhinduらは、制度導入後も関わらず看護師の処方役割が利害関係者に認識されていない、処方実践に必要な条件が整備できていないという問題があることを指摘していた⁵⁶⁾。さらに、一律に導入されたルールが地域の実情にあっていないため、実践の場で処方権をもつ看護師がストレスを抱えているといった指摘もあった²²⁾。

行政機関の意図は、効率のよい医療サービスを提供することにある²³⁾。処方権をもつ看護師が行政機関に求めている役割は、専門職間の連携への支援、最新知識と患者情報へアクセス環境の整備であった³⁸⁾。行政機関には各専門職の役割の明確化と専門職の機能の調整を検討していくことが求められている⁵⁷⁾。しかし同時に行政機関自身がその役割を認識していない、モチベーションがない、向上心がないといった問題があるという指摘もみられた²³⁾。

3.4. 看護師の処方権導入の効用に関する調査

看護師に処方権を持たせることでの効用を検証した研究も見られたが、一貫した結果は得られていなかった。看護師に処方権を与えることで、医療へのアクセスの改善、患者満足の上昇、医師の過重労働の緩和を指摘する研究もあったが^{29),31)}、別の研究では医師の労働軽減がみられないこと¹⁵⁾や医療費への効果は明確ではないという指摘がみられた⁴⁵⁾。

3.5. 看護師の処方権導入に関する認識のずれについて

本研究から、看護師の処方権導入後の利害関係者として、医師、看護師、薬剤師、患者、政策立案者、行政担当者が挙げられていること、それらの利害関係者間で看護師の処方権導入に対して持っている認識が異なり、「ずれ」が生じていることが明らかになった。処方権をもつ看護師と医師の間の認識の「ずれ」は、看護師は、医師が処方権をもつ看護師に無関心で、非協力的であると思っている一方、医師は、処方権をもつ看護師の診断能力、薬理知識の不足に不安を持っているところにある。処方権をもつ看護師と患者の認識の「ずれ」とは、処方権をもつ看護師は、処方権導入が患者にとって恩恵が大きいと認識しているが、患者は恩恵だけでなく、看護師の薬の知識不足や医師との連携に不安をもっているところにある。薬剤師との間の「ずれ」とは、処方権を持つ看護師が薬剤師の診断力やコミュニケーション力が不足していると考える一方、薬剤師は看護師に対し薬の知識不足があると認識していたことである。看護師同士の認識にも「ずれ」があり処方範囲と自律性の拡大を求める看護師と処方権は必要がないと考えている看護師がいた。以上のような認識の「ずれ」は、処方権導入に関する規範的論点と技術的論点にわけられる (Table 1)。つまり、看護師の処方権導入とは本質的にどのような価値を推進する政策であるのかという規範的な論点と価値観にかかわらず解決が求められる技術的論点である。利害関係者のうち、医師、看護師、患者・住民、薬剤師は技術的論点を多く指摘しており、政策担当者、行政担当者は規範的論点をあげている。規範的論点にも「ずれ」があり、看護師は処方権導入に看護師の地位向上という価値を求め、患者・政策担当者は患者へのメリットという価値を求めている。もちろん、政策担当者の意図には医療費の抑制という価値がある。一方、医師は安全性の保障ができないという理由で看護師の処方権導入に批判的である。技術的論点でも、看護師が医師の防衛的な考え方を問題にしているのに対し、医師、住民、薬剤師は看護師の知識不足を大きく問題視している。

Table 1 看護師の処方権導入に関する問題認識

		論文に見られた看護師の処方権に関する問題認識										
		技術的論点					規範的論点					
問題認識	利害関係者	看護師の知識不足	診断能力への不安	継続教育の必要性	報酬への配慮	情報へのアクセス	医師の無理解	患者にとっての利点	医療費抑制	安全性への危惧	医療サービス向上	看護師の地位向上
	医師	◎	◎							○		
	住民	○	○					○				
	薬剤師	◎	○									
	政策担当者							○	○			
	行政担当者									○		
	看護師	○	○	○	○	○	◎	○				◎

(◎は頻度の多かった意見)

このような「ずれ」は、利害関係者間で明示的に共有できていなかった。また、その「ずれ」を調整する仕組みがないことがわかった。

以下、日本で看護師の処方権導入にあたって、どのようなことを検討する必要があるかを考察する。

4. 日本における看護師の処方権導入に関する利害関係者の認識の整理と考察

4.1. 日本の処方権導入の現在の議論

看護側からは、2008年8月に日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会がだした報告書で「専門領域の専門看護師等は症状緩和のための薬剤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ある一定の裁量の幅をもって対応できる能力をもっている」⁵⁸⁾として高度実践看護師等の裁量の幅の拡大を提言している。他にも同様の見解を示している文献が複数ある^{59),60),61),62)}。看護側からはいずれも共通した主張で、看護師の役割拡大が可能である根拠として、海外での看護師の活躍、海外での看護実践の成果、日本における教育の高度化・専門化、国民の健康に寄与できるという点を挙げ、それを阻むのもとして、看護師の役割を規定する現行の法律に言及している。

一方、政策担当者の考えは医師不足を緩和し医師の過重労働を緩和することにある。規制改革会議は2008年2月の中間取りまとめで医療問題解決のために「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に相当する職能を導入する」⁶³⁾という提言をだした。医師側の見解としては東北大学の田林が「医療の高度化・専門化が進む中、看護師の役割が広がれば、新たなチーム医療

体制の構築にも期待できる」と表明し⁹⁾、外科医志望者の減少に危機感を抱く日本外科学会では今秋にも検討チームを設け、看護師の裁量権拡大も視野にいれながら具体的な提言をまとめる予定にしている⁹⁾。すでに動き始めた取り組みの例として、大分県立看護大学のNPの養成がある。アメリカでの例に倣い、法制化の前に取り組みを始める方法をとった⁶⁴⁾。地元医師会の協力を得て、薬の処方のほか、風邪などの軽症の病気や、初期症状の患者の診断ができる看護師の養成を目指している⁶⁵⁾。国立病院機構でも平成21年からNPの養成を検討している⁸⁾。その中で、日本医師会は「看護師の役割を拡大していけば安全性が揺らぐ、患者が不利益をこうむるような状態になる」⁶⁾と反対の声明をだしている。

4.2. 日本の議論に欠けている視点

以上のように日本ではまず権限をめぐる話し合いが政府主導の会議でなされ、それをうけて職能団体が意見を述べている状態である。しかしどの見解をみても、看護師の処方権導入に影響をうける医療提供者や患者が看護師に処方権を持たせることをどのように捉えているのか、の視点がない。本当に現場は看護師の処方権導入を必要としているのか、実際に処方権導入に影響をうける利害関係者が何を考えているのかを明確にし、問題点を把握すること、さらにはその利害関係者の視点を政策課題、制度設計に反映することが必要ではないだろうか。以下は文献研究によって明らかになった利害関係者とその認識を参考にして日本の医療現場にあてはめて考察する。

(1) 現場の利害関係者は誰か

利害関係者は誰であるかを検討する際には、まず、どこで働く看護師に処方権を持たせると効果的か、という

議論が不可欠であるが、日本においては関係者の間でコンセンサスは得られていない。Bonsallらは看護処方者の活躍の場はプライマリケア、高齢者施設、健康増進関連が適当だと述べていた²⁹⁾。一方、専門分化の徹底したアメリカではプライマリケアだけではなく病院で処方権をもつ看護師が活躍している。

患者主体の医療を実現する方策として、日本で看護師に処方権を持たせるのであれば、プライマリケアの場にこそ必要であると私は考えている。プライマリケアでは地域住民の疾患の初期対応や在宅医療、慢性疾患をもつ患者への健康管理が提供される。そこで医療者と住民が生活の場で日頃から十分に信頼関係をつくり健康状態や健康情報を共有できれば、その関係性に基づいて地域住民に必要な医療を必要な時に必要なだけ提供できるようになるはずである。現状では医師がそのすべてを行うことは困難であり、かつ医療者と地域住民の関係性は十分構築できていない。今後、医療ニーズの高い患者が地域で生活することになれば、医師だけではとても、今以上に医療ニーズを満たすことができない。そのプライマリケアの機能を看護師が医師と協働で担うのであれば看護師に処方権を認めるということには意味があると考えている。

そこで看護師の処方権が必要な場合はプライマリケアの場であると想定すると、利害関係者として医師、薬剤師、患者・地域住民のほか、訪問看護師、クリニック勤務の看護師、福祉関係者などが考えられる。

(2) 利害関係者にとって看護師の処方権拡大の何が問題となりうるか

a. 医師 看護側は看護教育の高度化、専門性の確立を処方権導入の根拠にしている。しかし、その根拠に基づいて看護師に処方権を持たせることに医師側は不安もっている可能性がある。文献研究の結果にあるように医師の不安は「過剰投与や誤診の危険が増える」、「医師はより高度な重要な知識を持って処方している」¹³⁾というものである。医師からみると、看護教育の高度化、専門性の確立が、処方という医師の行為を担うのに足り得るのか判断がつかないと考えられるのではないだろうか。実際、医療現場では、医師は医療事情に合わせて看護師に指示を出しているものであり、看護師の教育レベルや専門性によって指示を変えているわけではない。看護師が専門性を確立すればするほど、逆説的だが、医師に看護師の知識や能力を理解してもらい、医師から看護師に処方権が必要だという認識を得る必要がある。臨床現場で、医師が処方権を持つ看護師に助言をし、処方実践を支援することができるような、実践に即した仕組みを検討する必要があるだろう。

例えば、アメリカの例にみられるように医師が処方権

をもつ看護師と業務提携契約をする¹¹⁾、あるいは看護師の指導医となることでインセンティブを得るとともに、看護師の処方行為に関与できるようにすることも一法だろう。日本において、看護師が処方権をもつことについて医師との合意形成は特に必要であると考えている。そうでなければ、処方実践に即した支援を得られず、患者の安全性に影響がでてくるか、処方を実践しない看護師が増える一方である。

b. 患者 日本では、患者は医師に対し敬意と信頼を歴史的にもっている⁶⁰⁾。患者と看護師との人間関係も、患者が信頼する医師を仲立ちとして成り立っている側面がある。諸外国で指摘されてきた看護師の処方権導入のメリットは、費用の安さ、医療へのアクセス改善と待ち時間の短縮が挙げられているが、日本は医師の技術料は必ずしも高くない。看護に関しても療養費で算定されており、看護師の新しい役割に診療報酬がつくことは、患者負担になることはあってもメリットは少ないのではないかと考えられる。アクセスに関しては日本は医療機関が多くかつフリーアクセスであり、また待ち時間もイギリスのように開業医にかかるのに2日かかるといった⁶¹⁾諸外国ほどではない。その中で患者に処方権をもつ看護師が受け入れられるか、どの部分なら看護師に診てほしいと考えるか、その役割に対価を払う価値を患者が見出すかが問題であろう。

c. 薬剤師・コメディカル・福祉関係者 現在の日本の法制度では、各コメディカルは医師の指示の下で医療を実践している。看護師が処方権を持つとき、コメディカルが医師ではない看護師の指示をどのように受け止めるのか、今回の文献研究では明らかではなかった。コメディカルが看護師の処方権導入に関してどのような認識をもっているのかを把握し、実態に合わせたルールを利害関係者間で一緒に作る必要があるだろう。

d. 看護師内 看護師の役割拡大には業務量の増加、責任の増大、訴訟リスクなどの問題がある。また処方権をもつ看護師の資質として何を求めるか、法的根拠をどうするかといった問題もある。しかし、もっと本質的な議論を看護界の中でも行う必要があるだろう。つまり、現在の看護教育の高度化、専門化の延長で処方権を導入することとジェネラリストの看護師に処方権を導入することのメリットとデメリットを検討すべきである。

e. 政策立案者・管理者 日本では医師不足、医師の過重労働緩和策として、役割拡大が提案されている。しかし、医療現場の混乱への対策を急ぐあまり、現場の実態を知らぬまま、発言力の強い利害関係者の意見のみで政策課題を設定すれば実態に合わない制度になりかねない。具体的な制度の議論に入る前に、実際に看護師の処方権導入に影響を及ぼす利害関係者とその認識を把握し、看護師の処方権導入の実行可能性を検討するべきであろう。

その過程で大きな役割を果たすのは行政機関である。行政の役割に期待することの一つは議論の場を用意することである。つまり、行政が利害関係者である現場の医師、看護師、薬剤師、福祉関係者、地域住民をあつめ、話し合いの場を設定することである。そして行政のもう一つの役割は、どのような社会基盤が必要か、医師の協力が得られる体制をどのように整備するか、処方権をもつ看護師の合理的な資格基準と評価基準について、利害関係者からでた意見をまとめ政策立案者へ伝えていくことである。

(3) 処方権導入の評価

日本で看護師の役割拡大を主張する立場が示す根拠は、諸外国でなされた看護師の処方の効用に関する実証研究である。それらの研究には、処方行動に関する研究もあるが、医師と NP の処方行動には違いがないという研究^{68),69)}だけでなく、医師に比べて看護師は抗生剤の投与が多いといった結果⁷⁰⁾や、経済的効果には有意差がない⁷¹⁾という研究があり、実証研究では一貫した結果が得られていない。

5. 本研究の限界と今後の課題

看護師の処方権導入に関する利害関係者の認識を明らかにするため文献研究を行ったが、各国の医療制度、教育レベル、組織文化等によって看護師の業務実態が異なることが考慮できていないことは方法論の限界である。今回の文献の検索式、抽出基準について、処方権をもつ看護師に関する文献を網羅できるような検索式の検討や利害関係者の定義を明確にする必要があった。また、それぞれの国の医療制度や看護師の処方権導入のプロセス、社会基盤に関する研究も今後は必要である。現状では看護師の処方権に関する現場の利害関係者の認識に関する研究は多くない。日本における看護の業務は多様でありばらつきも大きいだけに、今後は、他にも含むべき利害関係者、認識の「ずれ」、さらにはその調整システムを明確にするために問題構造化分析、ステークホルダー分析を行い、看護師の処方権導入にあたり適切な政策課題の設定に必要な論点を整理する必要がある。とくに、看護師の処方権に関心をもち、日本で処方権導入について発言をしている多くは看護師であり、看護師以外のコメディカルや患者・住民らが看護師の処方権導入についてどのような認識をもっているのか、明らかにしていくことは重要である。

6. 結論

本研究では、文献調査に基づき、看護師の処方権導入後に生じた利害関係者とその間の問題を明らかにした。その結果、日本で看護師の処方権導入を検討する際には、適切な政策課題の設定のために、①看護師の処方権導入に影響をうける実践の場の利害関係者を把握すること、②利害関係者間の認識の「ずれ」を明示的に共有し調整することが必要と示唆された。看護師の裁量拡大は患者主体の医療の方策でなければならない。それには看護師に処方権を付与させることが単に看護師の権限拡大で終わることがないように、政策課題の設定にあたり事前に現場の利害関係者とその認識を把握しそれを踏まえて議論していく必要がある。

参考文献

- 1) 井原辰雄(2006)『社会保障法』明石書店
- 2) 高本眞一(2009)「なぜ医療、そして医療政策を知るべきなのか」東京大学医療政策人材育成講座『医療政策入門』(p.14)
- 3) 21世紀の医療システムを考える研究会(1999)『医療を変える』日経BP社
- 4) 神野正博(2008)「看護師の役割を今問い直す」『病院』67(1), 1.
- 5) 草間朋子(2008)「ナースプラクティショナー養成の必要性—高度な実践家の養成とその業務・資格の制度化を目指して」『看護展望』33, 21-24.
- 6) 日本医師会(2008)『日本医師会定例会記者会見資料』[2008.July 9]
- 7) 安心と希望の医療確保ビジョン第5回会議議事録2008.3.19.
- 8) 日々野守男「看護師の裁量拡大を」東京新聞2008.3.30.
- 9) 「看護師の役割拡大」読売新聞2008.7.29.
- 10) 樋口範雄(2007)『医療と法を考える』(pp.107-128)有斐閣.
- 11) 山本あい子(2004)「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究報告書」『平成13年度厚生科学研究費補助金厚生科学特別研究事業』(pp.13,26,46,131,147)厚生労働省.
- 12) Jacobs, S., and Boddy, J (2008). The genesis of advanced nursing practice in New Zealand: policy, politics and education. *Nursing Praxis in New Zealand*,24,11-22.
- 13) Wilhelmsson, S. (2001). Opinions about district nurses prescribing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*,15, 326-330.
- 14) Lockwood, E., Fealy, G. (2008). Nurse prescribing as an aspect of future role expansion: the views of Irish clinical nurse

- specialist. *Journal of Nursing management*,16, 813-820.
- 15) Leese, B. (2004). Nurse practitioners do not reduce general practitioner's workload. *Evidence-based Healthcare & Public Health*,8,335-338.
 - 16) Miles, K.,, Seitio, O., McGilvray, M. (2006). Nurse prescribing in low-resource settings: professional considerations. *International Nursing Review*,53, 290-6.
 - 17) 山本則子(2003)「米国におけるナース・プラクティショナーとクリニカル・ナース・スペシャリスト」『国際ナショナルナーシングレビュー』26,83-91.
 - 18) 工藤桂子(2003)「イギリスのスペシャリストとジェネラリストの変遷:日本の認定・専門看護師への示唆」『国際ナショナルナーシングレビュー』26: 92-100.
 - 19) Jones, M. (2004). Case Report. Nurse prescribing: a case study in policy influence. *Journal of Nursing Management*,12, 266-272.
 - 20) Jones, M., Gough, P.(1997). Nurse prescribing--why has it taken so long? *Nursing Standard*,11, 39-42.
 - 21) Cooper, R., Guillaume, L., Avery, T.et al. (2008). Nonmedical prescribing in the United kingdom: developments and stakeholder interests. *The Journal of Ambulatory Care Management*,31, 244-252.
 - 22) Rosen, R., Mountford, L. (2002). Developing and supporting extended nursing roles: the challenges of NHS Walk-in centres. *Journal of Advanced Nursing*; 39 ,241-248.
 - 23) Smith, J., Regen, E., Shapiro, J. et al. (2000). National evaluation of general practitioner commissioning pilots: lessons for primary care groups. *The British Journal of General Practice*; 50, 469-472.
 - 24) Bradley, P., Taylor, J., Blekinsopp, A. (1997). Primary care-opportunities and threats: Developing prescribing in primary care. *British Medical Journal*,314,744-747.
 - 25) Hansen, T., Ritter, A., Rothman, N. et al. (2006). Insurer Policies create barriers to health care access and consumer choice. *Nursing Economic*; 24: 204-211.
 - 26) Anderson, A., Gilliss, C., and Yoder, L. (1996). Practice environment for nurse practitioners in California identifying barriers. *Western Journal of Medicine*; 165, 209-214.
 - 27) Bradley, E., Campbell, P.,and Nolan, P.(2005). Nurse prescribers: who are they and how do they perceive their role?. *Journal of Advanced Nursin*, 51, 439-448.
 - 28) Stenner, K., Courtenay, M. (2008). The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain. *Journal of Advanced Nursing*, 63, 276-283.
 - 29) Bonsall, K., Cheater, FM. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1090-1102.
 - 30) Brimblecombe, R..(2005). The changing relationship between mental health nurses and psychiatrists in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing*; 49, 344-353.
 - 31) Latter,S., Courtenay, M. (2004). Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 26-32.
 - 32) Cooper, R., Anderson, C., Avery, T., et al. (2008). Stakeholders' views of UK nurse and pharmacist supplementary prescribing. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13, 215-221.
 - 33) Hall, J., Cantrill, J., Noyce, P. (2006). Why don't trained community nurse prescribers prescribe?. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 403-412.
 - 34) Marsden, J., Dolan, B., Holt, L. (2003). Nurse practitioner practice and deployment: electronic mail Delphi study. *Journal of Advanced Nursing*; 43, 595-605.
 - 35) Pontin, D., Jones, S. (2007). Children's nurses and nurse prescribing: a case study identifying issues for developing training programmes in the UK. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 540-548.
 - 36) Woolley, B., McHugh, G, and Luker, K.(2006). Exploring the views of nurse prescribing among Macmillan nurses. *British Journal of Community Nursing* , 13, 171-177.
 - 37) Spinewine, A., Swine, C., Dhillon, S., et al. (2005). Appropriateness of use of medicines in elderly inpatients: qualitative study. *British Medical Journal*, 331, 935.
 - 38) Humphries, L., Green, E. (2000). Nurse prescriber: infrastructures required to support their role. *Nursing Standard*, 14, 35-39.
 - 39) Offredy, M., Townsend, J. (2000). Nurse practitioners in primary care. *Family Practice*, 17, 564-569.
 - 40) Bradley, E., Hynam, B. and Nolan, P. (2007). Nurse prescribing: Reflections on safety in practice. *Social Science & Medicine*, 65, 599-609.
 - 41) Offredy, M., Kendall, S., Goodman, C. (2008). The use of cognitive continuum theory and patient scenarios to explore nurse prescribers' pharmacological knowledge and decision-making. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 855-868.
 - 42) McCartney, W., Tyrer, S., Brazier, M., et al. (1999). Nurse prescribing: Radicalism or tokenism?. *Journal of Advanced Nursing*; 29, 348-354.
 - 43) Alison, W., Kathryn, M. (2003). Benefits and challenges of nurse prescribing. *Nursing and Health Care Management and Policy*, 45, 559-567.
 - 44) Allen, J., Fabri, AM. (2005). An evaluation of a community aged care nurse practitioner service. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 1202-1209.
 - 45) Cooper, RJ., Anderson, C., Avery, T., et al.(2008). Nurse and

- pharmacist supplementary prescribing in the UK - A thematic review of the literature. *Health Policy*, 85, 277-292.
- 46) Luker, A., Austin, L., Hogg, C., et al. (1998). Nurse-patient relationship: the context of nurse prescribing. *Journal of Advanced Nursing*; 28, 235-242.
- 47) Pan, S., Straub, L. and Geller, J. (1997). Restrictive practice environment and nurse practitioners' prescriptive authority. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*; 9: 9-15.
- 48) Courtenay, M., Carey, N. and Burke, J. (2007). Independent extended and supplementary nurse prescribing practice in the UK: a national questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1093-1101.
- 49) Latter, S., Maben, J., Myall, M., et al. (2007). Evaluating nurse prescribers' education and continuing professional development for independent prescribing practice: Findings from a national survey in England. *Nurse Education Today*, 27, 685-696.
- 50) Kass, M., Dahl, D., Dehn, D., et al. (1998). Barriers to prescriptive practice for psychiatric/mental health clinical nurse specialists. *Clinical Nurse Specialist*, 12, 200-204.
- 51) Kaplan, L., Brown, M. (2007). The transition of nurse practitioners to changes in prescriptive authority. *Journal of Nursing Scholarship*, 39, 184-190
- 52) Jones, A. (2008). Exploring independent nurse prescribing for mental health settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 109-117.
- 53) Baldwin, K., Sisk, R., Watts, P., et al. (1998). Acceptance of nurse practitioners and physician assistants in meeting the perceived needs of rural communities. *Public Health Nursing*, 15, 389-397.
- 54) Buchan, J., DalPoz, M. (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of The World Health Organization*, 80, 575-580.
- 55) Bergen, A., While, A. (2005). 'Implementation deficit' and 'street-level bureaucracy': policy, practice and change in the development of community nursing issues. *Health & Social Care in The Community*, 13, 1-10.
- 56) Mazhindu, D., Brownsell, M. (2003). Piecemeal policy may stop nurse prescribers fulfilling their potential. *British Journal of Community Nursing*, 8, 253-255.
- 57) Greenhalgh, T., Robb, N. and Scambler, G. (2006). Communicative and strategic action in interpreted consultations in primary health care: A Habermasian perspective. *Social Science & Medicine*; 63, 1170-1187.
- 58) 日本学術会議. 提言 看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える. 2008.8.28.
- 59) 草間朋子, 林猪都子, 赤司千波, 他. (2007) 「日本でナースプラクティショナーが果たす役割」『日本医事新報』4365, 77-80.
- 60) 草間朋子, 林猪都子, 藤内美保. (2007) 「日本におけるナースプラクティショナー(高度実践看護師)の実現を目指して」『日本医事新報』4328, 79-84.
- 61) 田中幸子. (2008) 「看護職の業務拡大の方向性はどうか示されているか」『看護展望』33, 17-18.
- 62) 坂本すが, 福井トシ子, 秋山正子. (2008) 「看護の役割と専門性を考える」『看護展望』33, 8-16.
- 63) 規制改革会議. 規制改革推進のための第2次答申. 2007.12.25.
- 64) 草間朋子. (2008) 「アメリカにおけるナースプラクティショナー制度と日本への導入の可能性」『病院』67, 312-316.
- 65) 藤内美保, 桜井礼子, 高野政子, 他. (2008) 「大学院修士課程におけるナースプラクティショナー養成教育」『看護展望』33, 25-33.
- 66) 進藤雄三, 黒田浩一郎. (2005) 『医療社会学を学ぶ人のために』. 世界思想社 161-184.
- 67) 近藤克則. (2007), 『医療費抑制の時代を超えて』 医学書院. 57-67.
- 68) Horrocks, S., Anderson, E. and Salisbury, C. (2000). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324, 819-823.
- 69) Munding, M., Kane, R., Lenz, E., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians. *The Journal of the American Medical Association*, 283, 59-68.
- 70) Roumie, C., Halasa, N., Edwards, K., et al. (2005). Differences in antibiotic prescribing among physicians, residents, and nonphysician clinicians. *The American Journal of Medicine*, 118, 641-648.
- 71) Venning, P., Durie, A., Roland, M., et al. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal*, 320, 1048-1053.

謝辞

本研究を実施するにあたり、各方面の先生方、医療関係者、政策立案者の方にご助言、ご協力いただきましたこと厚く御礼申し上げます。論文作成にあたり助言をいただきました、老年社会科学研究室はじめ医学系研究科の方々、ご支援いただきましたすべての皆様に、深く感謝申し上げます。

The introduction of nursing prescription rights analyzed from various stakeholders' perspectives: a literature review

Maiko MIZUKI¹, Miyako TAKAHASHI², Ichiro KAI³

¹MPH, University of Tokyo, Dept. of Public Health (E-mail: maimizuki-ky@umin.ac.jp)

²Ph.D. (Health Science), MD, Associate Professor, Dokkyo medical university, Dept. of Public Health
(E-mail: miyakot@dokkyomed.ac.jp)

³Ph.D. (Public Health), MD, Professor, University of Tokyo, Dept. of Public Health
(E-mail: ichirokai-ky@umin.ac.jp)

Each stakeholder concerned with nursing role expansion has a totally different perspective on policy goals, agendas, values/norms, and problem recognition, and stakeholders are far from reaching a consensus. An inappropriate agenda might thus be set with neither mutual understanding among the stakeholders nor analysis of potential problems, and this may lead to unintended results. We analyzed potential problems and discrepancies among stakeholders by conducting a literature survey regarding the introduction of nursing prescription rights and found significant gaps among stakeholders' perceptions of the problems. We conclude that the perception gaps prevent the introduction of nursing prescription rights in Japan and that no mechanism has been found to adjust the gaps.

Key Words: *nursing prescription rights, stakeholders, literature review.*