

合衆国連邦議会技術評価局による ナース・プラクティショナーの評価

菅原 真優美

新潟青陵大学看護学科

The Report of Nurse Practitioners
by U.S. Congress, Office of Technology Assessment

Mayumi SUGAWARA

NIIGATA SEIRYO UNIVERSITY
DEPARTMENT OF NURSING

Abstract

Nurse Practitioner(NP) was born in the middle of 1960's having developed Registered Nurse's role. At the present time, they are providers of primary care who can diagnose and prescribe as physicians do so far. However, there were discord between and restrictions concerned laws, it spent long times to enable them to act what intended to do.

This study investigates the estimated roles of NP concerning the case study of "Nurse Practitioners, Physician Assistants and Nurse-Midwives: A Policy Analysis" by U.S. Congress, Office of Technology Assessment(OTA) in 1985. The OTA estimated that the quality of NP's care is equal with that of physician's. And it is superior to that of physician's in point of effective communication with patients and long term and continuous care managements for patients. Moreover, the cares of NP are effective for under privileged people living in rural areas, nursing home residents and the poor people. This case study is important in that it made it clear that NP's role developed making up for the lack of medical treatment of U.S.

Key Words

nurse practitioner, office of technology assessment, primary care, care to access

要 旨

ナース・プラクティショナー（NP）は登録看護婦の役割を発展させる形で1960年代半ばに誕生した。現在彼らは従来医師の行ってきた診断、処方を行うことが可能なプライマリ・ケア提供者である。しかし、医師との確執や法律上の制限があり、予定した活動が行われるためには期間を要してきた。

本稿では、1985年に連邦議会技術評価局によって行われた「ナース・プラクティショナー、医師アシスタント、助産看護婦：政策分析」というケース・スタディを通じ、NPの評価された役割について検討した。その中でNPのケアの質は医師と同等であり、特に患者とのコミュニケーション、継続的な患者の管理は医師よりも優れていると評価された。また、過疎地住民、ナーシング・ホーム在院者、貧困者など医療を受ける機会に恵まれない人々にNPは有効であるとされた。このケース・スタディは、NPが当時のアメリカの医療に不足していた部分を埋める形で展開してきたことを明らかにした点で重要であるといえる。

キーワード

ナース・プラクティショナー、技術評価局、プライマリ・ケア、ケアへのアクセス

I. はじめに

アメリカにおけるナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner, 以下NPと略す)¹ は従来の登録看護婦 (Registered Nurse) の役割を発展させつつ、医師の行っている診断・治療も活動範囲に含めるプライマリ・ケア提供者として1960年代半ばに誕生した。現在の活動範囲は各州の看護法により異なるものの、医師の監督や協力を必要とせず²に診断、治療、薬品の処方を行うこと、監督している医師や雇用主を経由することなく報酬を得ることを法律上認められている場合もある。これらの活動は当初から予定されていたとはいえ、制定法上認められるには時間を要し、医師との確執も存在した。以上の発展過程において、保健医療にかかわる新しい職種が権能の拡大を成し遂げる要因、社会的背景を検討することは、当該職種の意義を確認する重要な指標となりうると考えられる。²

本稿は上記の視点にたち、連邦議会の技術評価局 (Office of Technology Assessment, 以下OTAと略す) が1986年に発表したケース・スタディ「ナース・プラクティショナー、医師アシスタントおよび助産看護婦: 政策分析 (Nurse Practitioners, Physician Assistants and Nurse-Midwives: A Policy Analysis)³」を題材に、NPがどのような評価を受けたかについて検討する。その理由は、このケース・スタディは連邦の医療プログラムであるメディケアおよびメディケイド⁴から、NPに対する看護報酬の直接的な支払に関する要件が緩和されるきっかけとして位置付けられるためである。看護報酬が直接に支払われるということは、医師と同様の手続きによって報酬を得ることになり、NPにとって経済的な自律を果たすことを意味する。この権能の拡大をもたらしたケース・スタディが、どのような観点に立ちNPを評価しているかは今まで論じられてこなかった部分である。本稿はまずNPとOTAの概要についてふれた後、ケース・スタディの内容を概観する。そして何がNPの発展の原動力であったのかについて、当時の医療供給の背景を交えながら検討する。ケース・スタディは、NPのほかにも

医師アシスタント (Physician Assistant, 以下PAと略す)⁶ および認定助産看護婦 (Certified Nurse-Midwife, 以下CNMと略す)⁷ についても検討されているが本稿ではとりあげず、NPのみに論点を絞っていきたい。

II. ナース・プラクティショナーの概要

NPは急性、慢性疾患を有する個々の患者の直接的なマネジメントについて包括的なヘルス・アセスメント、診断、薬品を使用するあるいは薬品を使用しないケアの実施、およびアウトカムの評価を行う高度な能力を有する登録看護婦である。以前は登録看護婦の免許取得後に3~6ヶ月の養成教育が行われていたが、現在では大学院修士レベルでの養成が主流となっている。

NPの主な活動の内容は、病気の管理や疾病のマネジメントに加え、ヘルス・プロモーションや疾病の予防活動に携わる。さらに、単独で、あるいは相互間の規律に基づいた協働的なグループ内で活動することによって個人、家族および地域に対して直接的なケアを提供する。このようにNPはさまざまな状況でその役割を果たす。NPの専門領域は老人、小児、成人、家族、プライマリ・ケア、救急ケアおよびメンタルヘルスなどに細分化されている。具体的には病歴の聴取、系統的な診察を含め、日常的によく見られる単純な病気の診断と治療を行う。また、慢性疾患の病状を管理し、臨床検査やX線検査の指示を出し、検査結果の解釈や読影、クライアントからの相談に応じ、教育を行う。⁸

現在、NPは多くの州で処方の権限を有するものの、NPの判断によって規制薬品¹⁰を含め全ての薬品を処方することを認める州から、NPの薬品処方には医師の関与 (医師の監督、プロトコールの許可など) が義務付けられている州、規制薬品については処方が不可能な州までその態様はさまざまである。同様に業務の範囲も医師の関与を必要とせず単独でプライマリ・ケアを提供することが可能な州から、医師との協働や医師の監督を必要とする州まで幅広い。しかしNPの活動範囲は年々拡大する傾向を認めることができよう。¹¹

また、NPは経済的にも第三者支払組織から直接的に看護報酬を受け取ることが可能である¹²。NPへの直接支払を実現した最初の法律は、過疎地における保健医療サービスへのアクセスを改善するため、1977年に制定された過疎地診療所サービス法（Rural Health Clinic Service Act）である。この法律はNPによって提供される「医師（と同等の）サービス」（括弧内は筆者による）や「医師の指示したサービス」に対して、過疎地診療所への支払をメディケア、メディケイドで認めた。また、NPの診療に対して、彼らを規制する州看護法および施行規則の範囲内であるかぎり、医師の直接的な監督がなくとも報酬を得ることを可能にした¹³。

III. 技術評価局 (Office of Technology Assessment) の組織と活動

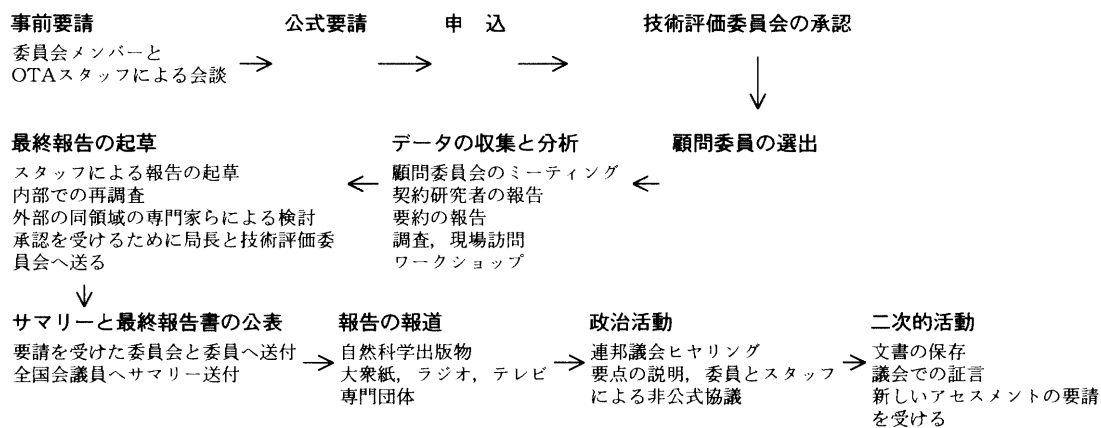
OTAは1972年に複雑な科学・技術問題の分析を目的として設立された合衆国連邦議会直属の組織である。そして、議員および議会が設置する委員会へ詳細で広範囲な技術的レベルの分析を提供し、立案される公共政策と関連する専門的な問題と取り組む重要な情報の供給源であった¹⁴。OTAは上院、下院議員各6名で構成される技術評価委員会(Technology Assessment Board, 以下TABと略す)により管理される¹⁵。TABの指名により構成される評議会は、産業界、研究機関および連邦政府の外部から指名される10名の有識者か

ら成り、OTAに対して助言を行う。OTAのスタッフはおよそ200名で、そのうち3分の2はプロフェッショナルな研究スタッフである。このほかにOTAは外部の個人や組織と契約を交わして特定分野の分析を行う¹⁶。

OTAは連邦議会に付随する各委員会による要請を受け調査を開始する。まず、OTAスタッフは利用可能な情報の有無、効果的な情報提供は可能か、さらに研究効果が高く、各党の利益に偏らないかを検討する。その後、OTA局長はTABに研究計画書を提出し、研究の着手が認められた場合、当該研究の諮問委員会(Advisory Panel)が選出される。諮問委員会は、各研究報告の客観性、公平性および信頼性を保証するために第三者と専門家で構成する。研究はOTAスタッフおよび契約した外部組織、個人により行われ、草稿が作成される。次に諮問委員会およびOTAスタッフによる検討と改訂が何度も繰り返され、TABおよびOTA局長の許可を経た後に公開される。研究結果は立法、行政活動の資料として利用されるのはもちろん一般にも公表される(図1)。

OTAの研究組織は「産業、通商および国際保障」と「保健、教育および環境」の2部門から成る¹⁷。後者は「教育と人的資源」、「環境」および「保健」の3分野で構成され、保健分野の主要な働きは、第一に特定の臨床分野と一般的なヘルスケア技術の評価(アセスメント)、第二に技術の適用に関連、あるいはそれに伴う保健政策の幅広い問題に関す

図1 OTAの活動



出典：OTA Assessment Process, <http://www.ota.nap.edu/process.html>

る研究、第三に人間の健康に対する生物学・行動科学の適用に関する研究となっている。OTAは科学技術に関する評価を幅広い見地から行い、アメリカの政策に有益な情報を提供する機関であるといえる¹⁸。ただし、OTAの報告した内容については何ら法的拘束力を持つものではない。

IV. ケース・スタディの内容

1. 目的

「ナース・プラクティショナー、医師アシスタントおよび助産看護婦：政策分析」は上院歳出委員会（Committee on Appropriations）の求めに応じて1986年に作成された¹⁹。ケース・スタディは88ページから成り、1981年にOTAの報告した「NPに関する費用と効果」の更新を目的としている²⁰。委員会が求めた内容は、さまざまな連邦医療プログラムと民間の第三者支払組織がNP、PAおよびCNMのサービスに対して支払う程度を評価することであった。委員会はこれらの医師以外のプラクティショナーが行うサービスに対する適用（例えば支払に対する許可²²）と直接的な報酬の支払に関心を持っていた。また、委員会はNPとCNMの提供するケアの質と費用の証明に関する検討を要請した²³。

ケース・スタディの中心的な問題は、まず国民のヘルスケアの必要性に適うNP、PAおよびCNMの作り出す貢献とは何か、次にヘルスケア提供システムの展開において、NP、PAおよびCNMの担う役割に影響する彼らの支払方法をどのように変更していくか、そして支払方法の変更は、患者に対するヘルスケア費用、第三者支払組織および社会にどのように影響するかということであった。OTAは以上の問題をケアの質、ケアへのアクセス、生産性・費用・雇用、支払いに関する問題という4つの観点からケース・スタディを行った²⁴。

2. ケアの質（Quality of Care）

ヘルスケアには「専門的ケア（Technical Care）」と「ケアの技能（Art of Care）」が含まれるため、双方の観点からNPのケア

の質を評価しなければならないとされた。ここでいう専門的ケアとはケアに関する診断や治療の要素を、ケアの技能は医療提供者と患者とのコミュニケーションを図るためのマナーと行動の状態を指している²⁵。そして、ケアの質を測る指標として、NPと医師の提供するケアの比較、患者の満足度およびNPに対する医師の受容の程度を採用した。

NPと医師との比較は、プロセスによる評価とアウトカムによる評価に分けて、検討された（図2）²⁶。前者は診療手順の正しさを見る手法で、後者は患者の健康結果を直接的に測定する方法である²⁷。その結果、NPは患者と効果的なコミュニケーションをとるための技能に優れており、長期的・継続的なケアを必要とする患者の管理には医師よりも適していることを裏付ける相当量の文献が存在することを指摘した。薬品の処方については医師との間に相違はなく、医師より種類は少なく、比較的良好に知られ、かつ通常よく用いられる薬品を処方する傾向にあることを明らかにしている。

患者は概ねNPのケアに満足しており、その理由としては親しみやすさ、ケア費用が安価であること、そしてNPから与えられる情報の適切さを挙げている。一方、NPのケアを不満足とする患者の存在も指摘している。その理由は診察前の待ち時間が長いこと、容態が深刻な状態の場合にNPで対処できるのかという不安、診断・治療方針の決定について医師と相談しないことなどであった²⁸。NPに対する医師の受容の程度は、NPの臨床的な業務を認めるよりも、病歴の聴取のように比較的単純な業務に対して認める傾向にあった。また、NPと共に活動した経験のある医師はNPの行動に満足しており、高いレベルの業務の委任を進んで行っていた。グループ診療や施設でNPと共に活動する医師の受容は、個人開業している医師よりも良好であった。

しかし、研究手法に関しては次の二点を問題点として指摘している。まず、ケース・スタディのために集められた論文の多くがNP、PAおよびCNM自身の手により行われているため、意図的な偏りの存在する可能性がある

図2 NPと医師により提供されたケアの質

活動あるいは方法	ケアの質の比較 (NPと医師)	研究対象となった状況	出典
プロセスの測定			
小児の身体検査の適切さ	NP=医師	医療センター	a)
薬品処方の適切さ	NP=医師	2人の医師によるfamily practice	b)
症状の発現の管理に関する適切さ	NP=医師	HMO	c)
高血圧患者の管理	NP=医師	過疎地プライマリケアセンター	d)
小児患者に対する治療計画の類似性 (NPと医師の治療計画の評価)	NP=医師	軍の外來クリニック	e)
短期間・長期間の患者のコンプライアンス	NP=医師	救急治療室	f)
診断検査数	NP>医師	病院の外來診療所	g)
診断検査数	NP>医師	HMO	h)
診断と治療の情報に関する記録の完全さ	NP>医師	多分野を扱う専門的なクリニック の予防医療部門	i)
通常の小児の症状に関する電話対応の適切さ	NP>医師	大学の小児クリニック	j)
人間関係をマネジメントする技能の有効性 (面接, コミュニケーション)	NP>医師	大学の小児クリニック	k)
専門的な解決を要求される問題に関するマネジメント	NP<医師	刑務所保健サービス	l)
アウトカムの測定			
患者の身体的, 心理的, 社会的機能の状態	NP=医師	2人の医師によるfamily practice	m)
急性の問題の解決	NP=医師	病院の通院ケアクリニック	n)
急性の問題の解決	NP=医師	前払い型グループ診療	o)
小児患者の痛みや不快感の減少	NP=医師	前払い型グループ診療	p)
職場復帰する患者の割合	NP>医師	大学関連病院の医療クリニック	q)
患者の症状数の減少	NP>医師	大学関連病院の医療クリニック	r)
患者が提供者の指示について自覚するレベル	NP>医師	大学関連病院の医療クリニック	s)
高血圧の患者に対する血圧のコントロールのレベル	NP>医師	都市部の病院と保健クリニック	t)
高血圧の患者に対する血圧のコントロールのレベル	NP>医師	大学関連病院の高血圧クリニック	u)
慢性的な問題を有する患者の行動の制限と不安のレベル	NP<医師	前払い型グループ診療	v)
成人患者に対する疼痛あるいは不快の減少量	NP>医師	前払い型グループ診療	w)
肥満患者に対する体重減少量	NP>医師	大学関連病院の高血圧クリニック	x)

出典: U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Nurse Practitioners, Physician Assistant, Certified Nurse-Midwives: a Policy Analysis-Health Technology Case Study #37, NTIS-PB87-177465, Springfield, VA: National Technical Information Service 1986, Table2-1, 2-2を要約して作成. 各研究の出典については文末脚注に記載した.

こと. 他方, 医師とNPとを比較する専門的なケアの評価を行う場合に, NPの行う「看護」は比較の対象にならないこと. すなわちケアの質に関する高度な看護の技能は, 評価の対象外となっていることも指摘している. 以上の二点について検討手法に欠点があることを認めた上で, 同程度の対象者に対するケアの質に関して, NPと医師は同等, もしくはNPは医師よりも優れていることを示した.²⁹

3. ケアへのアクセス(Access to Care)

1960年代のアメリカの医療政策は, 全ての住民に対するヘルスケアのアクセスを改善させる方向に焦点があてられた. なぜならば, 医師の専門化と都市集中の傾向により, 多くの住民がプライマリ・ケアを受ける機会から遠ざけられてしまったためである. そして, NPは医師が開業しようとする過疎地域お

よび都市中心部のスラム地域において, 基本的な医療サービスのアクセスを改善するために発展していった. NPの活動に際し医師の監督を必要とする法的な制約は, NPの自律性を妨げてきたものの, NPはプライマリ・ケアへの地理的なアクセスの改善に役立ってきたと評価した. また, NPの診療する患者の半数以上は過疎・スラム地域に居住する年収1万ドル以下の低所得者であることから, 貧困者の医療提供に対してNPは有効であったと指摘されている.³⁰

次に, NPの活動範囲は従来の過疎・スラム地域に限定されない現状について分析が行われた. 当時のNPは高齢の患者に対する在宅医療, ナーシング・ホーム, 矯正施設(刑務所や薬物依存症のリハビリ施設), 慢性疾患を有する小児に対する在宅医療, ターミナルケア, 職場, 学校などさまざまな分野での

活動を開始していたためである。特に高齢者に対するケアは、当時の医師がこれまで積極的に取り組んでこなかった分野であった。NPは老人の急性・慢性疾患の悪化を判断し、医療的な介入が必要か否かの評価技能を持っていると位置付けられた³¹。つまり、NPは医療を受けることが困難な地域および貧困者に対するケアのアクセスを改善するといった役割だけでなく、高齢者や小児のケアの改善に有効であることが証明された。

また、NPはケアの連続性を改善することに対して有効で、NPの受持ち患者は医師の患者よりも確実に受診する割合の高さが証明されている。それは、NPが十分な時間をかけて患者とコミュニケーションをとり、信頼関係を築いているためである。具体的には服薬方法、薬品の作用に関する説明、健康教育、ヘルス・プロモーションに対する行動について、医師よりも長く時間をかけて説明を行っていることが、コンプライアンスの良さにつながっているといえる。これは彼らの提供したケアと患者との適切な関係を反映するものと評価された³²。OTAは医師の供給が過剰になるにつれ、NPの雇用機会は減少することに懸念を示している。しかし、これから過疎地やスラム地域といった小さなコミュニティへ移る医師は若い医師が多く、彼らのNPに対する受け入れは年輩の医師よりは良いのではないかと指摘した。そして、医師とNP（あるいはPA）のチーム医療は医療供給の不十分な地域において価値ある活動を継続するだろうと結んだ³³。

4. 生産性、費用および雇用 (Productivity, Cost, and Employment)

まず、NPにより提供される診療の範囲は、伝統的に医師により提供されてきたプライマリ・ケアの大部分を行うことが可能であることを示す複数の研究が紹介された³⁴。以上を前提に生産性は、1) 1回の受診あたりの診察時間、2) 時間あたりの受診数の平均、3) 医師が診察を行った総受診者数にNPを加えた効果という三つの観点から医師とNPとを比較し、検討が行われた。そして、医師は自分の監督のもとで働くNPを雇用することに

よって彼らのアウトプットを確実に増加させることができる。NPは医師と比べ時間あたりの患者数は少ないとはいえ、プライマリ・ケア医の仕事量の重要な部分を行うことが可能である。HMO (Health Maintenance Organization) とこれまで診療が行われてきた状況とでは、NPの利用と生産性に関する違いが証明されたため、診療を行っている状況がNPらの生産性にとって重要な要因であるという結論が出された³⁵。

次に、費用について、医療費だけではなく社会全体の支出を視野に入れた検討が行われた。連邦議会予算局 (Congressional Budget Office) が1985年に算出した医師の養成にかかる連邦政府からの補助費は、医師一人あたり約8万6千ドルであるのに対し、NPは約1万5千ドルである。これらの費用の大部分が税金で支えられていることから、医師の養成費に関連する社会的な影響は大きい。そのため、社会全体の費用を考慮すると医師は必ずしも費用効率が高いとはいえない³⁷。他方、NPの養成費用は低額なため、もし開業医が追加的に医師あるいはNPの雇用を考える場合にはNPの方が費用は少なく済むことになる。1983年におけるプライマリ・ケア医の年収は約6万ドルから8万ドルなのに対し、NPは2万5千ドルであった。

最終的に、NPや医師の養成費用までを社会的支出として医療費の一部とみなした場合、NPの費用効果は高く、NPの雇用を拡大することは社会や雇用主に費用削減をもたらす。それにもかかわらず、なぜNPらの地位は向上しないのかという疑問が提起された。そしてNPに対する看護報酬の直接支払にかかわる障害、および州における看護法の制限（処方権限および業務に対する医師の監督の必要性）を除去することによって、NPを選択しようとする患者の増加する可能性が示された。

5. 支払の問題 (Payment Issues)

支払の問題に関して強く働いているインセンティブは、医療保険からNPに対する看護報酬の直接支払を認めた場合、第三者支払組織側の支出は削減されるのではないかという

予測であった。これに関しては、もしNPへの支払額を医師の料金よりも低額で設定するならば、第三者支払組織の支出は減少する。しかし、独立して開業しているNPの少ない状況ではその効果ははっきりしない。NPの提供するプライマリ・ケアに支払いを行うようになったとしても、財政的にはそれほど大きな削減にはならないという見方を示している。その理由は、プライマリ・ケアに必要な費用は低額で、その内容は主に問診や身体検査に限定される。高度で専門的な外科領域（心臓血管外科、脳外科、眼科）および内科領域（人工血液透析、悪性腫瘍の抗がん剤治療）のように高額な費用を必要とするわけではない。したがって全体としての医療支出はそれほど節約できないのである。³⁸

次に、支払方法の変更が及ぼす影響について、独立して診療を行っているNP、医師、HMO、病院、ナーシング・ホームという就業パターン別に分析が行われた。

独立して診療を行っているNPに看護報酬を直接支払した場合にもたらされる効果について次のような検討が行われた。医師の行う一般のおよび特殊なサービスを提供するNPに対して直接的に看護報酬を支払うと、医師から管理上独立するNPの数は劇的に増加すると予測される。しかし、管理上の独立を得ても臨床上の独立が可能になるわけではない。具体的には、NPに対して看護報酬を直接支払うことにより、彼らが養成プログラムで学習した内容、および州の看護法で規定される範囲内の業務を提供することになる。しかし、当時のNPは医師から業務を委任された場合のみ医療行為を実施することが認められ、医師の監督のもとで、または医師と協働で業務することは避けられなかった。そのため臨床上の独立は直接的な看護報酬が支払われるほかに、州の看護法および施行規則による権能の拡大を通じて推進されるとした。支払額に関しては、サービス量が増加しないならば、NPらに対する支払のレベルを医師よりも低く設定することで第三者支払い組織の費用は減少するはずであると考えられた。しかし、独立して開業しているNPは少数であること、プライマリ・ケアの単価が低額であるため

接支払に対する効果は明確にすることはできない。結局、第三者支払組織の支出節減に影響を及ぼすのは、患者がNPを選択して受診することであるとした。

支払方法の変更が開業医に与える効果としては次のようなことが考えられた。1970年代にNPの雇用をためらってきた医師側の最大の理由は、連邦政府の政策がNPによるサービスに対して支払を認めないためであるとされてきた。そのため、NPらに対する支払レベルが高い場合これらを雇用する医師の金銭上の誘引も大きくなり、NPを雇用する機会も増加すると考えられた。しかし、同時にこれは第三者支払組織のコスト削減の可能性を減少させることになる。医師は報酬を増加させるため、NPに対して委任する業務量も増すというインセンティブが働くためである。さらに、NPの行っているサービスを医師が提供したこととして診療報酬を請求することが現実に行われていることも指摘されている。この場合、NPの支払レベルを医師よりも大幅に低く設定すると、医師の収入は以前と比し減少することになる。これについてOTAはNPらに関する雇用機会の減少に結びつくと懸念を示した。³⁹

HMOは、高額な費用を必要とする医師にかわり、NP、PAおよびCNMを利用し、最も効果的な組み合わせによってサービスを生産することでコストを節約してきたデータを示した。⁴⁰

支払方法の変更がもたらす病院への影響は、1983年にスタートしたDRG/PPSからはずれるものであるとみなされた。なぜならば病名および手術名によって入院費を決定し、そこからオーバーした部分は病院の負担とすることにより費用効率化を図るというDRG/PPSでは、賃金の高いNPの雇用機会は減少することが予測されたためである。しかし、NPに対しては早期退院のためのケア・コーディネーターとしての新しい役割が期待されていることを指摘した。

1980年代のナーシング・ホームは、プライマリ・ケアを提供する医師が不足していること、さらに老人に対するケアについてトレーニングを積んだ医師は少数であることが問題

化していた。ナース・ホームの在院者の多くは急性期を過ぎた慢性期の患者、すなわち自立に向けた援助を必要とする患者を収容する施設である。ここでは高度な医療介入よりも、生活支援を重視する看護職の方が患者の自立のためには必要である。NPは慢性疾患や障害を有するナース・ホーム在院者に対するケアの提供に適していると評価された。そして、このマンパワーを活用するため、またナース・ホームにかかる費用を削減するためには、NPの権限に限界を設けるメディケア・メディケイド規則の変更が必要であるとされた。

以上の問題を考慮した上で、看護報酬の直接支払とNPのサービスを適用する問題について次のような結論が導かれた。NPのサービスに対する支払を認めることは、現在適切なケアを受けることの困難な状況にある市民にとって有益であること。また、NPへの支払額は医師のサービスに対する支払よりも低額の場合に、第三者支払組織の支出を削減する可能性のあることが示された。しかし、この時点のアメリカにおける医療政策はNPへの看護報酬の支払に関する問題以外に、DRG/PPSやマネジド・ケアの展開に重点が置かれていた。したがってNPに対する直接支払による費用効果をどのように評価するかについてはデータの不足を理由に明言を避けている。

6. OTAの政策的結論

OTAは以上のようなさまざまな分析を通じ、次のようにケース・スタディを結んだ。

NPは現在行われているケアの質およびヘルスケアサービスへのアクセスを改善し、診療と施設の生産性を増加させる。これにより連邦レベルにおける保健医療の必要性に適合する重要な貢献をしてきた。多くの異なった支払組織のもと、幅広い環境において受容されてきたこれらのプラクティショナーは、医療費を減少させる可能性を有し、ヘルスケアシステムにおける合理的な役割を明確に果たす。連邦政府の第三者支払組織は、彼らの適用およびこれらの提供者のサービスに対する支払の拡大についてかなり変化したとはいえ、

一般的にはまだ制限される。これについては、NP、PAおよびCNMのサービスに対する適用と支払に関する制限を排除することにより、支払の実施を展開することが可能であろう。NPらの適用を認めることは全ての状況において、あるいはある一定の状況において彼らのサービスを拡大することができ、直接支払は業務への障害を取り除くだろう。

看護報酬の直接支払は、医師の診療と競合する独立した開業をNPらに認めることになる一方、医療費の総額の増加が予測される。もし、サービス量の増加により、費用も増加するならば量的な管理が必要となる。そして、サービス量が増加せず、同じサービスに対するNPらの支払レベルが医師よりも低い場合は第三者支払組織の費用は減少するであろう。患者の支払う料金は減少するので、幅広い提供者からプライマリ・ケア提供者を選択することが可能となる。そして、これによりプライマリ・ケアサービスに対するアクセスは拡大される。直接支払の効果はデータ不足から確実な結果は見出せないものの、NPらは医療へのアクセスを拡大し、医療提供が不十分あるいはサービスが行き届かない地域で診療することが可能である⁴²。

V. ナース・プラクティショナーに対する評価の背景

OTAは本稿でとりあげたケース・スタディを通じ、NPをアメリカの医療システムにとって有効な存在であることを明確に位置付けた。その理由として、看護職による優れた教育や研究および実践⁴³、あるいは強い政治的な働きかけの存在を推測することができる。しかしながらこのケース・スタディの評価は、医師の専門化と都市集中、医療費の増加、メディケア、メディケイドによる医療アクセスの増大というアメリカの医療システムが抱える問題点を解消する担い手としてNPの活動に期待する部分を強調していたように思われる。

その問題点の一つである医師の専門化が進んだ理由としては、次のようなことが指摘されている。アメリカでは世界最高の医療レベルを維持するため、連邦政府が医学振興のた

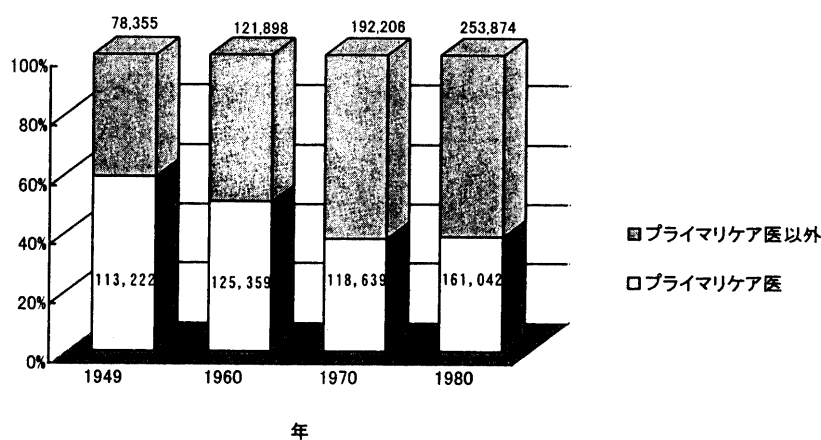
めに莫大な予算を投じていた。特に1950年から1965年の間は医学研究費が急激に増大した時期で、その総額は1.6億ドルから18.8億ドルへと11.7倍の増加を示している。また、生命科学・医療分野への研究開発支援はアメリカ国民の健康水準の向上に大きく寄与していくことを訴える「科学：その終わりのなきフロンティア」という大統領宛てのレポートが提出されたこともあり、アメリカ全体として最高水準の医療を追求しようとする機運が高まっていた。そしてその治療法の開発のために専門分化がすすみ、医師には専門医志向が強まっていたのである。他方、専門医は一般医よりも高い報酬を請求することが可能であった。第二次世界大戦後の好景気と経済成長は高額な医療費を支払うことの出来る裕福な階層を増加させたこと、さらに鉄道や自動車などの交通手段の発達により、専門医の診療を遠くから受診することも可能になったことなどから、専門医は営業としても成立するようになった。⁴⁵

診察形態がオープンシステムであることも専門医傾向を助長した要因としてあげることができよう。病院と契約している開業の専門医たちは、優秀なレジデントを数多く病院に配置することで自らの助手として利用した。また、そうすることにより自分の患者を多数病院へ入院させることが可能であった。そのため、専門医の収益を増加させるためには専

門医の卵である多数のレジデントを必要とした。このような専門医志向は一般医の地位をおとしめ、一般医は専門医になれなかった二流の医師というようにさえみなされた。一般医のイメージを一新するために家庭医(Family Physician)という専門医も生まれた。⁴⁶これは内科、小児科、産科、外科の一部を広くカバーし、「家庭全体」の医療問題を包括的に処理するという従来的一般医と大差のない活動内容である。しかし、専門医であるがゆえに受診料は一般医に比し高額であった。アメリカにおいて医師の専門化をもたらした原因には先進的な医学研究、高額な報酬、および一般医へのマイナスイメージという要素が挙げられる。専門医志向の強さは継続しており、プライマリ・ケア医(一般医と家庭医)対それ以外の専門医の比率は縮まらないのが現状である(図3)。⁴⁷

医師の都市集中については専門化と密接に関連している。なぜならば前述したように医師の診察の形態はオープンシステムのため、医師は入院を要する患者がいる場合、契約している病院へ入院させなくてはならない。そのため、人口に応じて大病院の存在する大都市で開業した方が多くの患者を病院に送り込めるので有利となる。これに加え、大病院といわれる教育病院や地域病院はレジデントも豊富である。このような医療供給体制が医師の都市集中に拍車をかけ、人口の少ない分収

図3 専門医数とプライマリ・ケア医の割合



※グラフ上の数字は実際に診療を行っている医師数を示す。

出典： U.S. Department of Health and Human Services, Health, United States, 2000, DHHS Publication No(PHS)2000-1232-1, Table103. (原典は American Medical Association) に基づき作成。

入も少なくなる過疎地における医師不足をきたす原因となった⁴⁸。このように、NPを活用しようとした理由として、プライマリ・ケア医へのアクセスが断たれている人々に対する医療を受ける機会の提供が考えられよう。

専門医数の増加は同時に医療費の増大も招くことになる。1960年にGDPに占める医療費の割合は5.1%であったものが、1970年には7.1%、1980年には8.9%と上昇している⁴⁹。これは単に医師の報酬の問題だけではなく、医療の高度化に伴う複雑な検査、手術などが増加したこともその要因として挙げられる。また、プライマリ・ケア医が不足していることにより、疾患の早期発見が遅れ重症化してから治療にとりかかるなどの悪循環が展開されていくことなども考えられよう。折しも1965年にアメリカの公的な医療プログラムであるメディケア・メディケイドが制定された。この制度によって利用者側からの医療を受ける権利が主張されるようになり、医療に対する需要も高まっていく。さらに、健康に対する概念の変化も生じ、病気に罹患しないこと、すなわち予防医学を重要視するようになった。その結果、病気の場合のみでなく、予防的なケアあるいは健康時のケアに対しても専門職⁵⁰のマネジメントを求める声も高まりを見せた。増大する医療費への不安が生じ、費用効果の高いヘルスケアとは何かを模索し始めた時期に、プライマリ・ケアの重要性が考え始められたのである。そして、タイミングよく自らを社会的必要性に適合させ、その役割を果たしていったのがNPであったといえる。

また、NPが行った「看護」を強調したプライマリ・ケアもまた当時のアメリカの医療に欠けていた部分であることを指摘することができよう。その理由として患者との良好なコミュニケーション、カウンセリング、インタビューに関してNPは医師よりも優れていると評価されている。これは医療には欠かせない部分であると考えられているものの、報酬として評価されない部分であるがゆえに軽視されてきた部分でもある。ヘルスプロモーション、健康教育およびカウンセリングは看護職の養成教育の核心でもあり、NPのカリキュラムの中で強調されている部分である。

これに対し、医師の養成教育においてこの部分は大学や教育者によりばらつきが存在していたこともケース・スタディの中で明らかにされている⁵¹。

以上からOTAのケース・スタディでNPが高い評価を得た理由として、NPがプライマリ・ケアを受けられない人々のニーズに対応してきたこと、対象者に必要な技能を身につけてきたこと、安価で良質なケアを提供してきたことを挙げることができよう。

VI. むすびにかえて

本稿はOTAのケース・スタディを題材にして、従来の看護職の役割を拡大させて発展するNPの活動が認められてきた背景を探ってきた。そこには、社会全体を見通して、看護および医療が必要な人々に対して、必要なケアを行ってきた活動があったように思われる。単に優れた教育が行われていること、あるいは医療のレベルが高いという理由のみでNPが発展してきたわけではないということは興味深い事実であった。また、政府機関であるOTAによって新しい保健医療職種に対する公平な評価が行われていることは、ケアの質を維持しつつ医療費を抑えるための医療政策に科学的根拠を示そうとする現れでもある。

私たちが看護を展開する場合にも、目の前の対象者はもちろんのこと、ケアを必要とする人々が必要なケアを受けているのか、あるいは将来的な見通しといった社会全体の利益を含めて活動するNPは参考にならう。これは看護および医療を社会全体から見直し、問題点に対応可能な看護の提供を考えることと言い換えることができる。日本の医療においても高齢化社会への対応、医療費の増大、医療事故の頻発など問題は数多い。これらの問題を解決するために必要な教育、研究、実践が行われる環境を整え、連動し、成果を出すことが今後の看護に対する評価につながっていくことをOTAの報告は示しているように思われる。また、多くの専門分野の専門家が公平な評価を行う第三者機関の存在ものぞまれるところである。

最後に連邦議会における今回取り上げたケース・スタディの展開、および制度的な発展につながった経緯について本稿では述べる事ができなかった。また、医師側からこのケース・スタディ⁵²に対する強い反発があったことも事実である。これらを含め、このケース・スタディ以降のNPの変化に関する検討については今後の課題として後日を期したい。

本稿は新潟大学大学院法学研究科修士論文の一部を抜粋し、加筆、訂正したものである。

注

- 1 以前、ナース・プラクティショナーは開業看護婦、診療看護婦などと訳される事が多かった。しかし、彼らの全てが開業するわけではないこと、また診療も行うが活動の基本は看護であることからこれらの訳語は適当とはいえない。最近の文献ではナース・プラクティショナーとそのまま訳されることが多いことから、本稿でもナース・プラクティショナー、あるいはNPの略称を用いた。
- 2 筆者の主たる関心は日本の看護職がNPのように単独で治療を行うことや処方権を求めることではない。むしろ、アメリカにおける看護の発展経緯や社会的な背景を明確にすることにより、専門職の存在意義、将来の権能を確認したいと考えている。
- 3 U.S. Congress, Office of Technology Assessment, Nurse Practitioners, Physician Assistants and Nurse-Midwives: A Policy Analysis, NTIS-PB87-177465, U.S. Government Printing Office, 1986.
- 4 メディケアは社会保障法 (Social Security Act) Title X VIII 「高齢者および障害者に対する健康保険」の通称で、メディケイドは低所得者および財産を所有しない個人とその家族に対する医療的な補助を連邦と州政府とで提供するプログラムである。アメリカの医療制度の詳細については藤田伍一、塩野谷祐一編「先進諸国の社会保障7, アメリカ」東京大学出版会, 2000を参照されたい。
- 5 総合予算調整法 (Omnibus Budget Reconciliation Act 1989) では、NPが医師と協働で活動することやナーシングホームまたは病院で雇用されていなければならないという制限つきながら、メディケアにおける医師報酬の85%を支払うことが認められた。メディケイドでは同じくOB RA1989で家族NPと小児NPに対して医師の監督の有無に関係なく、州看護法の範囲内で業務する場合に限り支払を提供することを認めた。この他にも1990年の連邦従業員医療給付プラン (Federal Employee Health Benefit Plan) は、そのプランに加入している連邦従業員が医療提供者としてNPを選択することを可能とした。

- P.L.101-509, amends section 8902(k)(1), Title 5, U.S.C.
- 6 医師アシスタントは2年以上の養成の後、医師の直接的な監督のもとでアセスメント、モニタリング、診断、治療、カウンセリングおよび患者の紹介などを行う。
 - 7 アメリカ助産看護婦学会によると、助産看護婦は「女性と乳児のケア・マネジメントに対して必要な判断と技能を得るように養成され、分娩前、分娩中、分娩後のケア、乳児のケア、家族計画および健康な女性に関する婦人科学を提供する」登録看護婦である。American College of Nurse-Midwives, Standards for the Practice of Nurse-Midwifery, 1993.
 - 8 Hickey, J.V., Advanced Practice Nursing (second edition), Lippincott, 1999, pp. 7-8.
 - 9 アイリーン・M・キャロル (小島道代, 近藤房恵訳), アメリカにおける先進業務看護, 近藤房恵, アメリカの看護婦は看護をいかに前進させたか, 小島道代編著「看護を一生の仕事とする人・したい人へ」日本看護協会出版会, 1998年, 81-150ページ。この文献はNPの具体的な活動を詳しく紹介している。
 - 10 例えばカリフォルニア州では保健・安全法典 (Health and Safety Code) において § 11000-11373.3条を規制薬品法 (Controlled Substances Act) として定め、薬品の作用の強いものからスケジュール I ~ V までに分類する。主な規制薬品としては麻薬, 麻酔薬, ステロイドホルモンおよび眠剤などである。
 - 11 アメリカでは州法により看護職の法的な権能が規定されているため、各州により看護職の権能は若干異なる。またNPの業務の範囲, 処方権限については毎年変化が見られている。Pearson, L.J., Annual Update of How Each State Stands on Legislative Issues Affecting Advanced Nursing Practice, Nurse Pract., Jan;24(1), 1999, 16-19, 23-24, 27-30 passim.
 - 12 本稿でいう看護報酬の直接支払とは、NPらが雇用主を介することなく第三者支払組織から直接的に報酬を受領することを指す。
 - 13 Rural Health Clinic Service Act 1977, P.L.95-210. この法律ではNPのほかPAに対しても同様の権限を認めている。報酬はNPに対してではなく過疎地診療所に対して行われ
- る。しかし、実際に診療所を運営しているのはNPであることからNPに対する直接支払であると解釈されている。Wasem, C., The Rural Health Clinic Service Act, Journal of American Academy of Nurse Practitioners, 2(2), 1990, pp.85-87. 実際には、診療時間や過疎地診療所の認定に対する要件が厳しく、このプログラムに対する参加は少なく、連邦議会は1990年までに全米で2,000箇所の過疎地診療所が認定されると予測したものの、1989年の時点で480箇所しか認定されていなかった。
- 14 Office of Technology Assessment Act (P.L.92-484). OTAは1972年に発足したが、1995年9月にその活動を終了した。OTAのレポートは現在でもインターネットを通じて閲覧することが可能である。http://www.wws.princeton.edu/~ota/
 - 15 Office of Technology Assessment Act, P.L.92-484, Sec.4(a).
 - 16 OTAの研究スタッフのうち88パーセントは修士号以上を所有し、58パーセントはPh.D.である。また、全スタッフの40パーセントは特定の研究のために採用される非常任のスタッフである。また、契約研究者はOTAスタッフの能力を補完するため、データ分析やケース・スタディを行い、専門的知見を提供する。Office of Technology Assessment, The Assessment Process, http://www.wws.princeton.edu/~ota/ns20/process_n.html.
 - 17 産業, 通商および国際保障部門は、1) エネルギー, 輸送およびインフラストラクチャー, 2) 国際保障と宇宙, 3) 産業, 電気通信と通商の3分野で構成される。
 - 18 アメリカにおいて医療技術評価の試みが活発となった背景として次の三点が指摘されている。第一に1965年に成立したメディケア・メディケイドにより医療に対するアクセスが改善された結果生じた経済的・財政的な問題, 第二に医学研究への大きな投資が果たして所期の効果を上げているのかという問いかけ, 第三に70年代に入って医療に限らない一般的な「テクノロジー・アセスメント」という動きが登場してきたことである。広井良典「アメリカの医療政策と日本」勁草書房, 1992, 95-99ページ。
- また、当初、技術評価は安全性と効果に焦点が

- あてられてきた後に対象が拡大され、生活の質 (QOL) や患者の満足度を考慮するようになり、費用と便益の評価といった社会経済的問題も検討するようになった。V.R. フェニックス著、江見康一、二木立、権丈善一訳「保健医療政策の将来」勁草書房、1995、229-231ページ。
- 19 このケース・スタディの完成までに要した時間は記されていないが、通常OTAの研究報告は18~24ヶ月をかけて作成される。http://www.wws.princeton.edu:80/~ota/ns20/blair_n.html
- 20 1981年のケース・スタディは上院の労働・人的資源委員会の要請によって作成された。U.S. Congress, Office of Technology Assessment, The Costs and Effectiveness of Nurse Practitioners, Background Paper #2: Case Studies of Medical Technologies, NTIS-PB82-101326, U.S. Government Printing Office, 1982.
- 21 このケース・スタディのために利用された文献は268本を数える。
- 22 ここでいう適用 (coverage) は医療保険の被保険者あるいは契約者が利用可能な給付を指し、支払 (payment) は行われたサービスに対する支払額および支払方法を指す。Office of Technology Assessment (1986), op. cit., p.3. また、歳出委員会がNPらの支払やケアの質に関心を抱いていた理由はケース・スタディの中からは明らかにすることはできない。しかし、1980年代のアメリカの医療は、連邦政府のヘルスケア予算の抑制による医療アクセスの低下、医療供給側の競争の激化という流れの中に存在していた。Sorkin, A.L. 著、大谷藤郎、濃沼信夫監訳「アメリカ社会の医療戦略」医学書院、1987年、7ページ。この状況を改善するためにNPらを活用することで医療費を削減し、その活用のために看護報酬の支払方法を変更するという意図があったように思われる。
- 23 このケース・スタディでは特にプライマリ・ケアを実践するNPに焦点をあてている。
- 24 この研究に関する諮問委員会のメンバーは、政府機関、保険会社、医療経済学研究者、看護婦、医師、消費者団体などから20名が選ばれた。同様に草稿段階におけるレビューには53名 (団体) が参加している。主たるメンバーは教育研究職、看護および医療に関連する職能団体、病院関係者、OTAスタッフである。
- 25 Office of Technology Assessment (1986), op. cit., p.17.
看護は患者とのコミュニケーションや生活全体への支援という立場を重視するため、客観的なアウトカムデータを算出することが難しい。しかし、これは高度な先進的医療を重視してきたあまり軽視されてきた分野でもある。近年のQuality of Lifeやインフォームドコンセントの強調はこれにあてはまり、現在の医療には欠くことが出来ない要素である。ケアの技能はこうした分野を指している。
- 26 図2の資料は次の各論文から引用されている。
a) Duncan B., Smith, A. N., and Silver, H. K., Comparison of the Physical Assessment of Children by Pediatric Nurse Practitioners and Pediatricians, *Am. J. Public Health*, 60(6), 1971, pp.1170-1176, b) Spitzer, W. O., Sackett, D. L., Sibley, J. C., et al., The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner, *N. Engl. J. Med.*, 290(5), 1974, pp.251-256, c) Ibid. Salkever, D. S., Skinner, E. A., Steinwachs, D. M., et al., Episode-Based Efficiency Comparisons for Physicians and Nurse Practitioners, *Med. Care*, 20(2), 1982, pp.143-153, d) Watkins, L. O., and Wagner, E. H., Nurse Practitioner and Physician Adherence to Standing Orders Criteria for Consultation or Referral, *Am. J. Public Health*, 72(1), 1982, pp.22-29, e) DiGirol, M. T., and Parry, W. H., "Consultation to the Pediatric Automated Military Outpatient Systems Specialist (AMOSIST): A Comparison of Consultation by a Pediatric Clinical Nurse Specialist and by a Pediatrician, *Milit. Med.*, 148(4), 1983, pp.364-367, f) Powers, M. J., Jalo wiec, A., and Reichelt, P. A., Nurse Practitioner and Physician Care Compared for Nonurgent Emergency Room Patients, *Nurse Pract.*, 9(2), 1984, pp.39-52, g) Flynn, B. C., The Effectiveness of Nurse Clinicians' Service Delivery, *Am. J. Public Health*, 64(6), 1974, pp.604-611,

- h) Salkever, D. S., Skinner, E. A., Steinwachs, D. M., et al., Episode-Based Efficiency Comparisons for Physicians and Nurse Practitioners, *Med. Care*, 20(2), 1982, pp.143-153, i) Brown, J. D., Brown, M. I., and Jones, F., Evaluation of a Nurse Practitioner-Staffed Preventive Medicine Program in a Fee-for-Service Multispecialty Clinic, *Prev. Med.*, 8(1), 1979, pp.53-64, j) Perrin, E. C., and Goodman, H. C., Telephone Management of Acute Pediatric Illnesses, *N. Engl. J. Med.*, 298(3), 1978, pp. 130-135, k) Ibid. Hastings, G. E., Vick, L., Lee, G., et al., Nurse Practitioners in a Jailhouse Clinic, *Med. Care*, 18(7), 1980, pp.731-744, l) Hastings, G. E., Vick, L., Lee, G., et al., *ibid.*, m) Sackett, D. L., "The Burlington Randomized Trial of the Nurse Practitioner: Health Outcomes of Patients, *Ann. Intern. Med.*, 80(2), 1974, pp.137-142, n) Komaroff, A. L., Sawyer, K., Flatley, M., et al., Nurse Practitioner Management of Common Respiratory and Genitourinary Infections, *Using Protocols, Nurs. Res.*, 25(2), 1976, pp.84-89, o) Levine, D. M., Morlock, L. L., Mushlin, A. I., et al., The Role of New Health Practitioners in a Prepaid Group Practice: Provider Differences in Process and Outcomes of Medical Care, *Med. Care*, 14(4), 1976, pp.326-347, p) *Ibid.*, q) Lewis, C. E., Resnick, B. A., Schmidt, G., et al., Activities, Events and Outcomes in Ambulatory Patient Care, *N. Eng. J. Med.*, 280(12), 1969, pp. 645-649, r) *Ibid.*, s) Flynn, B. C., *op.cit.*, g), t) Runyon, J. W., The Memphis Chronic Disease Program: Comparisons in Outcome and the Nurse's Extended Roles, *J.A.M.A.*, 231(3), 1975, pp.264-270, Ramsay, J. A., McKenzie, J. K., and Fish, D. G., Physicians and Nurse Practitioners: Do They Provide Equivalent Health Care? *Am. J. Public Health*, 72(1), 1982, pp.55-57, u) Ramsay, J. A., McKenzie, J. K., and Fish, D. G., *Ibid.*, v) Levine, D. M., Morlock, L. L., Mushlin, A. I., et al., *op.cit.*, o), s) *Ibid.*, x) Ramsay, J. A., McKenzie, J. K., and Fish, D. G., *op.cit.*, u).
- 27 池田俊也「医療サービスの評価はどこまで可能か」慶応大学医学部医療政策・管理学教室ホームページ, http://www.mc.med.keio.ac.jp/~shunya/article_quality.html.
- 28 Office of Technology Assessment (1986), *op. cit.*, pp.19-20. このケース・スタディが行われた以降もNPに対する患者の満足度を示す論文は数多く存在する. 患者の97%がNPの医療手技に満足するという調査結果を出している論文も存在する. Perry, Kristie., Why Patients Love Physician Extenders, *Medical Economics*, August 21, 1995, pp.58-67. そのほかに1994年の全国調査では85%以上の人がNPのケアに対して「満足」もしくは「非常に満足」と回答していることが明らかにされている. Richards, R.W., *Building Partnerships Education Health Professions for Communities They Serve*, Jossey-Bess Inc., 1996, p.9. 同様にNPに対する患者の高い満足度を示す研究としてBrown, S.A., & Grimes, D.E., *Nurse Practitioner and Certified Nurse-Midwives*, American Nurses Publishing, 1993が存在する.
- 29 Office of Technology Assessment (1986), *op. cit.*, pp.18-19.
- 30 *Ibid.*, p.30.
- 31 NPは将来の老人人口の増加を予測し, 老人に対するケアに力を入れてきた. 特に健康維持, 慢性疾患管理, 詳細で包括的な健康状態の評価の継続, 投薬管理, 患者家族に対する教育とカウンセリングなどに能力を発揮する. *Ibid.*, pp. 30-31
- 32 *Ibid.*
- 33 *Ibid.*, p.34.
- 34 *Ibid.*, pp.39-41. 通常医師により行われるプライマリ・ケアの60~80%は, 医師にコンサルテーションをすることなくNPとPAにより提供されることが可能であること, あるいは小児のケアについては90%, プライマリ・ケアの50~70パーセントは医師の代用となりうることを証

- 明した研究の存在を示した。
- 35 Ibid., p.42-43. 生産性の測定については問題点も指摘されている。まず、調査した対象群となる患者の重症度が反映されていないこと、取り上げられた研究が医師の代用としてNPを評価していることである。
- 36 この医師の養成費用の中にはレジデント期間のメディケア、メディケイドからの補助金も含まれている。Ibid., pp.44-45.
- 37 Ibid., p.43
- 38 Ibid., p.65. 疾患の予防や早期発見がもたらす医療費の削減効果については別の問題として扱われているようである。
- 39 Ibid., p.57.
- 40 Ibid., p.58.
- 41 Diagnostic Related Group.国際疾病分類で1万以上ある病名をマンパワー、医薬品、医療材料などの医療資源の必要度から、統計上で意味のある500程度の病名グループに整理し、分類する方法をいう。PPSはProspective Payment Systemの略で包括支払方式と訳される。DRG/PPSについては川渕孝一「DRG/PPSの全貌と問題点」, 「DRG/PPS導入の条件と環境」薬業時報社, 1997, 1998に詳しい。
- 42 Office of Technology Assessment (1986), op. cit., pp.10-12.
- 43 アメリカではNP, CNM, Nurse Anesthetist (麻酔看護婦), Clinical Nurse Specialistの4職種をAdvanced Practice Nurseとして総称する。これらの看護スペシャリストの理論展開については佐藤直子「専門看護制度, 理論と実践」医学書院, 1999, 39-123ページで詳細に述べられている。
- 44 広井良典「アメリカの医療政策と日本」勁草書房, 1992, 79-80ページ。
- 45 岡本祐三「アメリカの医療と看護 その光と影」保険同人社, 1984, 89ページ
- 46 同前, 88ページ。
- 47 保健福祉省の一部門である卒業医学教育評議会 (Council on Graduate Medical Education) は、プライマリ・ケア医数と専門医の割合を2020年までに1:1の割合にすることを勧告している。しかし、メディカルスクール卒業生全体のうち、半数がプライマリ・ケア医になることを選択したとしても、目標とする1:1の割合になるのは2040年ごろになるだろうとされている。Kindig, D.A., Counting Generalist Physicians, J.A.M.A., 271(1), 1994, pp.1505-1507.
- 48 保健・福祉省では、医療職不足地域では人口3,500人対1人以上のプライマリ・ケア医を、全体でも2,000人対1人のプライマリ・ケア医が適切なレベルであると位置付けている。しかしこの基準を達成するためには現在過疎地でプライマリ・ケアを提供している2倍以上の医師数が必要である。Bureau of Primary Health Care, Health Resource and Services Administration, Selected Statistics on Health Professions Shortage Areas of September 30, 1996, DHHS.また、クリントン大統領は就任時に「クリントン・プラン」と呼ばれる保健医療改革を提唱したが、この中で特に過疎地やスラムなどの医師不足地域で開業するプライマリ・ケア医師に対して税金の控除を行うことにより開業を促進しようと試みている。さらにメディカルスクールの卒業生の55%がプライマリ・ケア医を選択するよう勧告している。Castro, Janice., The American Way of Health, BackBay Books, 1994, pp.93-94.
- 49 以降もGDPに占める医療費の割合は上昇を続けたものの、1995年の13.7%を最高にして1998年は13.5%となっている。DHHS, Health, United States, 2000, U.S. Government Printing Office, 2000, p.322.アメリカの医療費が高騰した要因としては、(1)アメリカの医療保険が自由任意保険であるために、患者も医師も無制限に医療費を保険会社に請求する傾向があったこと、(2)医師、看護婦などの人件費、施設費の増加、(3)医療費の不正請求、(4)医療過誤訴訟の増加と過誤責任保険料の増加、(5)高齢人口の増加、(6)ハイテク医療の供給による高額医療費の増加が指摘される。西川俊之「アメリカの医療制度改革(一)その方向性と問題点」駿河台法学, 7(2), 1994, 163-189ページ。
- 50 Marion, L.N., Nursing's Vision for Primary Health Care in the 21st Century, American Nurses Publishing, 1996, p.1.
- 51 Office of Technology Assessment (1986), op. cit., p.17.
- 52 KassirerはこのOTA報告はデータが古く、研究手法に欠陥のあること (サンプル数が少ない

こと、当時の保健医療研究のレベルが低かったこと、対象としたサンプルが無作為化されていないこと、看護婦同士によって書かれた研究であること)について批判している。また、養成費用を社会支出として計算した場合に、NPが医師よりも費用効果が高いと結論されたことについても、医師と同様のことを行うにもかかわらず、NPの養成期間が短期であること、さらに少ない報酬で医師と同じことを行うことに疑問を呈している。Kassirer, J.P., What Role for Nurse Practitioners in Primary Care, *N. Engl. J. Med.*, 330(3), 1994, pp.204-205.