

医師の地域偏在におけるNPとCCCsの推奨¹

日本でのNPとCCCsの在り方

日本大学 宮里研究会 社会保障分科会

井須なつき 小川亜香莉 酒井菜摘

関拓哉 田中優美 長谷川紅亜

2014年11月

¹ 本稿は、2014年12月13日、12月14日に開催される、ISFJ日本政策学生会議「政策フォーラム2014」のために作成したものである。本稿の作成にあたっては、中田 大悟教授（日本大学）をはじめ、多くの方々から有益且つ熱心なコメントを頂戴した。ここに記して感謝の意を表したい。しかしながら、本稿にあり得る誤り、主張の一切の責任はいうまでもなく筆者たち個人に帰するものである。

要約

本稿では、近年医師不足について議論され続けているが、それを解消するために日本での NP の導入とそれにともない地方に CCCs を設置し、医師の地域偏在の問題解決を目指すことを政策提言とする。NP とはナースプラクティショナー (Nurse Practitioner) といい、主にアメリカなどで導入されている高度な教育と診断能力を培った看護師のことであり、一定レベルの診察や投薬などの医療行為を行うことができる。また CCCs とはコンビニエント・ケア・クリニック (Convenient care clinics) と呼ばれ、医師ではなく NP が中心となって医療行為を行う施設のことである。

本稿ではまず医師不足の現状を医師数、診療科偏在、地域偏在について述べ、つづいて NP について述べていく。今日、超高齢化社会になったことにより医師不足の問題が議論されているが、医師数だけを見ていくと右肩上がりに増えている。しかし、OECD 諸国の比較によると 2011 年度人口千人当たり医師 2.2 人であり、対象国 34 カ国中下から 6 番目の 29 位である。このことから、他の先進国に比べ少なく医師の絶対数が不足していることがわかる。次に医師不足の原因の一因として考えられる診療科、地域ごとの偏在について述べる。診療科偏在の改善策として、「過剰勤務の解消」「インセンティブの付加」「訴訟への不安解消」があげられている。そして本稿で重点をおく地域偏在について、その原因として考えられるのが、新医師臨床研修制度の導入である。この制度の導入により研修医の研修病院の選択が自由になり医師が都市部へ流出した。このため地方の医師が減り地域偏在を引き起こす一因となった。そこで政府は、「初期研修制度のマッチングの見直し」「研修施設の認定基準を厳格化」「国立大学卒業生に対し、一定期間の医師不足地域での勤務を促す制度の構築」を掲げ、地域偏在の解消を目指す。しかし現在、未だに解決されているとは言い難い。そこで NP を導入し、地方における医師不足解消を目指す。NP は前述したとおり、一定レベルの診断・治療することができる看護師のことであり、看護師が一定以上の経験を積みその後専門職大学院において学位を取得し、試験を合格することで資格を得ることができる。アメリカで生まれ、現在様々な国で導入されている。

続いて、本稿の位置づけのために医師不足の分野では、西部・壽福 (2009) と松本 (2011) を先行研究とし、理解を深めた。西部・壽福 (2009) では、短期型政策と長期型政策を提言しており、速急に地域偏在の問題解決の必要性を述べている。松本 (2011) では日米英を比較し、医師の分布は国の医療システムや経済システムに強く影響されるということを明らかにしている。NP については緒方 (2008) で、アメリカの事例を挙げるとともに、日本での NP 導入について提言している。よって、先行研究から、本稿では NP の導入が医師不足の問題解決において重要だと考える。

NP(ナースプラクティショナー)、地域偏在、CCCs(コンビニエントケアクリニック)、

目次

はじめに

第1章 現状分析

- 第1節（1． 1）医師数の現状
- 第2節（1． 2）診療科との偏在
- 第3節（1． 3）医師の地域偏在
- 第4節（1． 4）NPについて
- 第5節（1． 5）NPの教育

第2章 先行研究と本稿の位置づけ

- 第1節（1． 1）先行研究
- 第2節（1． 2）本稿の位置づけ

第3章 回帰分析

- 第1節（1． 1）医療機関数と人口の関係性
- 第2節（1． 2）重回帰分析

第4章 政策提言

- 第1節（1． 1）政策の概要
- 第2節（1． 2）今後の課題
- 第3節（1． 3）最後に

先行論文・参考文献・データ出典

はじめに

医学や医療の進歩によって 1960 年代から現在に至るまで減少する年もあったが日本の平均寿命²は着実に上昇してきている。出生率は第 1 次ベビーブーム³ 期には約 270 万人、第 2 次ベビーブーム期には約 200 万人であったが、1970 年代から 200 万人を割り込み、それ以降、毎年減少を続けた。1980 年代には 150 万人を割り込み 1991 年以降は増加と減少を繰り返しながら、緩やかな減少傾向となっている。子供は生まれてきていないが、寿命が伸びてきていることによって、総人口のうち 65 歳以上の高齢者の割合は 25%以上を記録し、4 人に 1 人は 65 歳以上になっている。他の先進国と比べてみても高齢化率は高く、日本は超高齢化社会⁴となってしまった。

現在の日本の医療の現場では医師の数が足りていない医師不足の問題がある。以前から問題視されてきているこの問題は未だに解決されてはいない。医師が不足していることによって起こる病院でのたらい回しや、医師一人の仕事量が増えていくことにより負担が大きくなってしまい、より過酷な状況を生み出してしまっている。益々高齢化社会へととなっていく現状と医師が不足している問題を考え合わせるとこれからの日本にとって避けては通れない大きな課題である。

そこで本稿ではまず第 1 章の現状分析では医師不足の問題について偏在をメインに進めていき、都市部よりも更に深刻化している過疎地域に焦点をあてて分析し、政策提言をするにあたって必要な NP（ナースプラクティショナー）について述べていく。第 2 章の先行研究では CCCs（コンビニエントケアクリニック）などの論文について紹介をしていく。第 3 章の回帰分析では政策を実施する限定的な地域をどのような地域と定義するか決定するために医療機関数と市町村別人口の関係と医師数の変化には周りの環境がどのように影響するのか、医師数の増加はまわりの環境をどのように変化させるのかを調査した。第 4 章の政策提言ではこれまで研究したものをもとに自分達の政策を述べていく。

² 平均寿命は、年齢別の推計人口と死亡率のデータを使い、各年齢ごとの死亡率を割り出す。このデータを基にして平均的に何歳までに寿命を迎えるかを出す。

³ ベビーブームとは、主に特定の地域で一時的に新生児誕生率が急上昇する現象である。

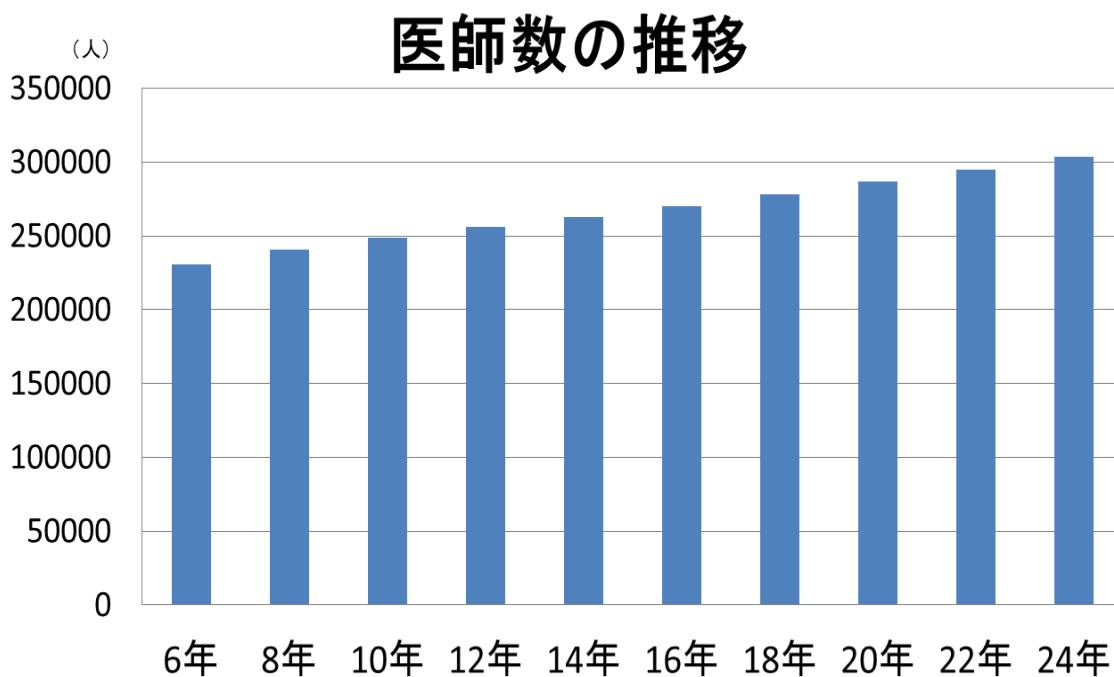
⁴ 高齢化社会は、総人口に占めるおおむね 65 歳以上の老年人口が増大した社会のこと。

第1章 現状分析

第1節 医師数の現状

今日、日本の医療問題は様々存在する中で、医師不足の問題は長年議論されてきたにもかかわらず未だに解消されてはいない。医療技術の進歩、生活の質の向上により平均寿命は高まり、日本が超高齢化社会になったことによる、医療需要の増大は医師不足の問題を更に深刻なものにしてしまっている。本稿では医師不足を大きなまとまりで「医師の絶対数の不足」「医師の診療科、地域ごとの偏在」の2つに絞って考える。

図 1



厚生労働省の医師、歯科医師、薬剤師調査を基に作成

医師の絶対数の不足についてまず上記図 1 の厚生労働省の医師、歯科医師、薬剤師調査を基に作成したグラフを見ると医師の数は右肩上がりに伸びており、平成 6 年の約 23 万人から 1 年あたり約 7000~1 万人程の割合で伸びていき 18 年間で 7 万人増加して平成 24 年には 30 万人を超えました。医師の数は確実に増加しているにもかかわらず、未だに医師不足といわれているのは OECD 諸国の人口当たりの医師数の比較によるものである。

下記の図 2 は 2011 年度の OECD 諸国の人口千人当たりの医師数と看護師数である。医師数では、2.2 人と対象国 34 カ国中下から 6 番目である。2006 年の世界保健機関（WHO の報告

によると、世界では 63 位になる。なお欧米での医師数は患者を診察している医師の実績であるが、日本の医師数約 28 万人は保健所に届けた医師数をもとにしてカウントされている。実際には患者を診察していない研究者や、80 歳以上の引退している医師も含まれており、臨床の現場での実績数をカウントしたものではない。また結婚して苗字を変えた女性医師が二重登録されていた例もある。このような算定では日本の医師の絶対数は更に少なくなってしまうのではと考えられる。

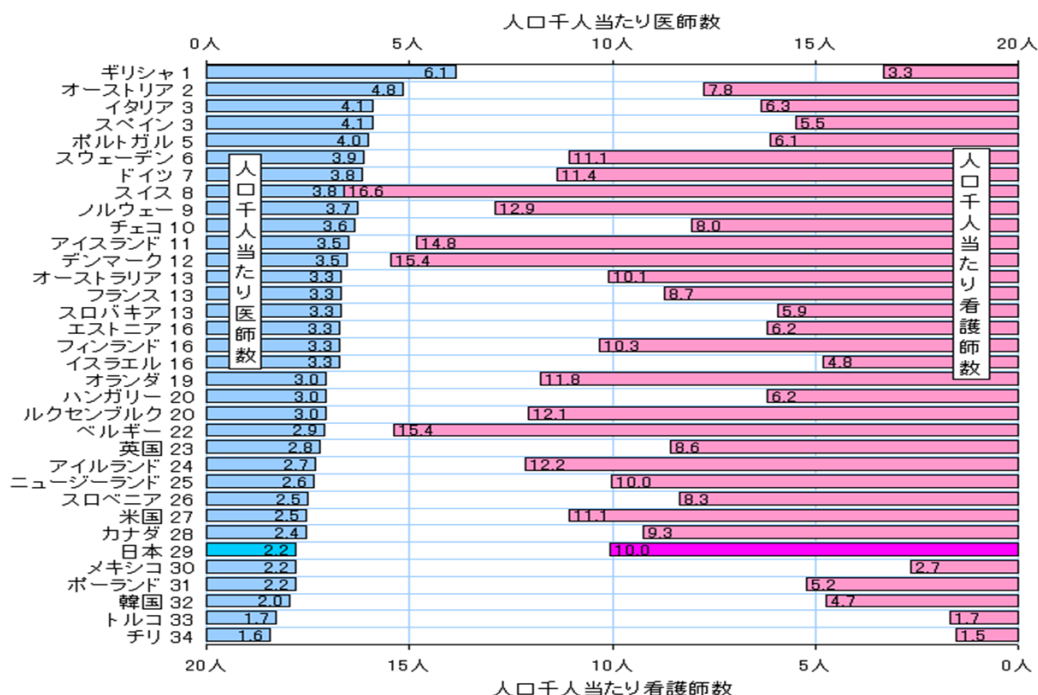
英米でも 2.5～2.8 人、ヨーロッパ先進国は 3.0～4.0 人前後であることを考慮すると、他の先進国と比べてみても少ないことがわかる。

フランスの人口千人あたりの医師数は 3.4 人であるが、それでも足りないとして医師数を 5 年間で 1.5 倍に増員、アメリカも同様に 1.3 倍の増員をすでに実行している。欧米各国では医療の専門家と高齢者増加に対応していくために医師数を増やしているが、日本では減らすための政策を行ってきたときの問題が回ってきている。

日本の医師数を都道府県別で見ると、最も多い県ですら OECD 平均の 3.1 人に達していない。

図 2

医師数・看護師数の国際比較(OECD諸国、2011年)



(注) 臨床など医療関係に就業している医師、看護師が対象。国の並びは医師の多い順。表題以外の年次は、スウェーデン、オランダ、日本の医師・看護師、フィンランドの看護婦は2010年、デンマークの医師・看護婦、ギリシャの看護婦は2009年。

(資料) OECD Health Data 2013 (June 2013)

日本医師会が 2008 年 10 月、都道府県医師会と病院を対象に行った「医師確保のための実態調査」の報告によると、47 都道府県医師会の回答では 42 医師会が病院医師数を不足と考えている一方、診療所医師については 18 医師会が不足、14 医師会が充足と考えており、各県で差があることが分かった。また、病院医師の不足は 335 の二次医療圏のうち 281 圏域、83.9% で見られ、不足している診療科目としては産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科が多い。

次に、病院調査では 2,668 病院が回答しているが、5 年前と比較して病院全体で医師数が減少した病院の割合は 39.6%（増減なし 26.0%、増加した 34.4%）であり、診療科別では産科・産婦人科、内科などで減少の割合が高い。病院属性別で見ると、医師数が減少した病院の比率は大学以外の研修病院が一番高い。

医師数が減少した病院の比率を見ると東北地区、中国四国地区が高い。都道府県別では三重、鳥取、山形、和歌山、栃木などである。大学・公的病院からの供給医師数が減少した病院の比率が高いのは、中国四国地区、東北地区、中部地区であった。医師不足を理由として起きた問題は、外来の閉鎖・休止・縮小が最多で 487 病院、病棟閉鎖・病床縮小が 253 病院、夜間等の救急対応休止が 189 病院であった。病院長の回答では、病院全体で医師不足を感じている比率 71.5% で、特に救急医療、産科・産婦人科、内科、麻酔科などが高く、この医師不足感は大学以外の研修病院が 78.2% と最も高かった。日本医師会は、この実態調査で病院長に質問した必要医師数と現状の医師数とを比較し、現状の約 1.10 倍の医師数が必要と推計した。現状と比較して必要な医師数が大きい県は、島根、青森、新潟、三重、高知、富山、山口などとなっている。また、日本の人口千人当たりの医師数は 2.1 人であるが、この平均未満の二次医療圏で一律 2.1 人に引き上げるとすると必要な医師数は 1.15 倍であるとした。

(1) 医師不足をもたらしている直接的な要因

① 医療費抑制政策

WHO の発表する健康達成度の各国比較によると、日本人の健康寿命は世界一であり、健康達成度の総合評価も世界一である。しかし、医療に投下されている対 GDP 比総医療費は OECD 加盟国中 21 位という低い状況である。国民医療費の増加は、人口の高齢化、医療の高度化・専門細分化、医療技術の進歩、交通網などのインフラ整備などによる自然増に負うところが大きい。しかし 1970 年代後半、高度経済成長の鈍化により GDP 上昇率が低下し、国民総医療費の伸び率が問題となった。そして、第二次臨時行政調査会の答申を受け、わが国は約四半世紀にわたり、医療費抑制政策を実行してきた。この低医療費政策が、診療報酬の抑制や医学部入学定員数の削減、さらに医療技術の進歩と相俟って勤務医の過重労働や疲弊を促進し、医師のモチベーションの低下につながり、現在の医師不足や医療崩壊の主要因となった。

② 医学部入学定員数の削減

医学部の入学定員数は、1970 年に 4,040 人であったが、「最小限必要な医師数を人口 10 万対 150 人」との政策提言を受けて、1 県 1 医大構想の実施、さらには私立新設医学部の急増により、医学部入学定員数は 8,280 人（1981～84 年）と大幅に増加していた。しかし、医療費抑制政策のもとに「医師数抑制閣議決定」が出された結果、医学部入学定員数は 1985 年に 8,260 人、1999 年には 7,630 人と削減され、さらに 1997 年の「医師数抑制継続閣議決定」により 2003 年から 2007 年にかけては 7,625 人まで抑制されていた。このため、前述のとおり OECD 諸国の人口千人対医師数（スウェーデン 3.6 人、ドイツ 3.5 人、フランス 3.4 人、アメリカ・イギリス 2.4 人）に比し、わが国では 2.1 人と絶対的に医師数が少なくなっている。

(2) 医師不足をもたらした間接的要因

① 医療の専門化・細分化

近年、医師法・医療法、医療保険制度や各学会の専門医制度推進などにより、医療内容の専門化・細分化は著しく医師の仕事量を増加させた。従来のパターンリズムの医療からの脱皮は、患者・家族への説明と同意（インフォームドコンセント）が必要となり、また各種の説明文書や同意書、診断書の作成に要する時間は医師の労力を奪っていった。各診療科はそれぞれ臓器別、疾患別診療体制を要求され、1 人の患者に複数の医師が専門医的立場からの診療に携わることを求められるようになり、結果として相対的医師数不足に拍車を掛けている。

② 労働に見合わない給与水準や勤務環境

わが国における医師数の絶対的不足は、次第に 1 人の医師の労働時間を増加させ、時間外勤務や日直などは明らかに労働基準法から逸脱していたが、永年医師は職業的倫理観・使命

感・義務感からそれらを当然のものとして頑張ってきた。しかし近年、社会や住民、患者などが、医師としての価値観や倫理観、職業人としての誇りを傷つけ、奪う事例が多く見られ、医師自身にも労働環境に対する評価に大きな変化が起こってきた。同時に、医療費抑制政策により多くの公的病院を中心に経営が困難となり、慢性的な赤字を計上するようになった。しかし、社会や住民は病院に過剰とも言える医療期待度や経営の効率化を要求している。そのため、公立病院を中心に一律に職員給与の削減策が実行され、その報酬額が労働対価に見合わないと感じた医師は病院を去って行き、残された医師の労働環境は益々悪化し、勤務医不足を加速させた。

③ 医療訴訟の増加や患者要求（期待度）の高まり

さらに、労働対価の低下や勤務環境の悪化に負けず努力していた医師の勤務意欲を失わせ、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる勤務医不足に輪を掛けたのが、医療訴訟の増加、マスメディアの恣意的報道、住民・患者モラルの低下であった。これらは、医師としての価値観や義務感、倫理観を崩壊させる大きな間接的要因となって勤務医不足を助長させた。

政府は昭和 57 年及び平成 9 年の閣議決定により、7,625 人まで抑制していた医学部入学定員を近年の医師不足に対応するため、平成 18 年の「新医師確保総合対策」により医師不足が深刻な都道府県（青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重）について各 10 人の増員。平成 19 年の「緊急医師確保対策」により全都道府県について各 5 人などの入学定員の増員。平成 20 年、医師不足が深刻な 10 県、医師養成総数が少ない 2 県等で計 168 人の増員。平成 21 年、全都道府県で計 693 名の増員。平成 22～25 年度は、地域の医師確保等の観点から、計 360 名（H22）、77 名（H23）、68 名（H24）、50 名（H25）の増員。平成 26 年は 22～25 年度と同様の枠組みで、地域の医師確保等の観点から、

①地域医療への従事を条件とした奨学金、選抜枠の設定（地域枠）を行う大学の入学定員の増員。

②複数大学の連携により研究医養成の拠点を形成する大学の入学定員の増員（研究医枠）

③歯学部入学定員を減員する大学についての医学部入学定員の増員（歯学部振替枠）

以上 3 つの緊急臨時的に増員を認めている。増員期間は平成 31 年までの間とされており以降の取扱いは、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断するとされている。

そのほかに行われている活動としては

①医学教育の見直し

奨学金制度の推進、地域枠の設定、総合医を視野においた学部教育の見直し、新医師臨床研修制度の見直し、メディカルスクール構想

② 勤務医の就業環境の改善

交代勤務制の導入、主治医制・当直制の見直し、訴訟上のリスク低減、存院日数短縮政策の是正、給与水準の改善確保等

③女性医師への支援

離職の防止策、再就業支援策の実施、短時間正規雇用の推進、院内保育所の整備、特に長時間保育や病児保育の完全実施

④ドクターバンク

定年後の雇用継続で、社会的貢献は十分果たし得ると考える

⑤医療連携の推進

開業医と勤務医の連携、救急医療の連携、各医療機関の機能分担と連携等

⑥医師、コメディカル等の業務分担

看護職員等の業務拡大、医療秘書の養成、院内助産所、助産師外来等

⑦住民・患者とともに考える取り組み

住民・患者の医療への理解と協力を得る取り組み（市民フォーラム等）

住民、医療者、行政がともに地域の医療に取り組み実効を上げる等

第2節 診療科との偏在

次に医師の診療科、地域ごとの偏在について。本稿では医師の地域ごとの偏在について重点を置き進めていくが、診療科偏在についても少し説明していく。診療科の偏在とは文字通り、診療科ごとに医師の数が偏ってしまう問題である。これまでは大学の卒業後にそのまま本人が希望をする科の医局に入局をしていた。しかし平成 12 年に医師法が改正され 4 つの改正が行われた。

- 1、診療に従事しようとする医師は 2 年以上臨床研修を受けなければならない
- 2、臨床研修に専念しなければならない
- 3、臨床研修修了を医籍に登録、修了登録証の交付
- 4、臨床研修未修了者の診療所解説は知事の要許可
- 5、病院・診療所の管理は臨床研修修了者に限定

これにより、医師が将来専門とする分野を問わず、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を身につけることを目的にして 2 年間の間に複数の科を研修するスーパーローテート式の臨床研修が義務づけられた。また研修中においてのアルバイトをすることを禁止した。これによって、研修医はアルバイトをすることなく研修に専念でき、プライマリ・ケアへの知識により患者を全人的に診ることができ診療能力を身につける時間を確保できるようになった。しかし志望している科の過酷な医療状況を目の当たりとし、志望を変えてしまい、診療科ごとに偏りができてしまっている。対応としてあげられるものは、

(1) 過剰勤務の解消

そのために①医師数の増加②主治医制から、交代勤務制へ。③スキルミックスの導入④メディカルクラークの導入④トリアージナースの養成⑤医療メディエーターの育成⑥助産師・看護師等により医行為の規制緩和と教育等。⑦残業手当。夜間勤務手当の支給。又、これを可能とする診療報酬体系。など多くの対策方法で対応している。

(2) インセンティブの付加

①現行の保険制度

専門医の行う手術等に加算（10-20%）。救急医療、分娩施設に対する補助金を、病院を経由して直接医師に還元する方法により支給。専門医の質と量をコントロールできる権限を有する組織が必要だと認識している。

②混合診療が認められる場合

医師にインセンティブを付加する方法はあり得る。限定的な領域について、一定限度の自由診療をミックスさせる。慎重な議論が必要としている。

(3) 訴訟への不安の解消（安心して診療に従事できる環境の確保。

刑事罰から、ADR（裁判外紛争処理）、民事訴訟、行政処分へ。

以上が診療科の偏在についてである。

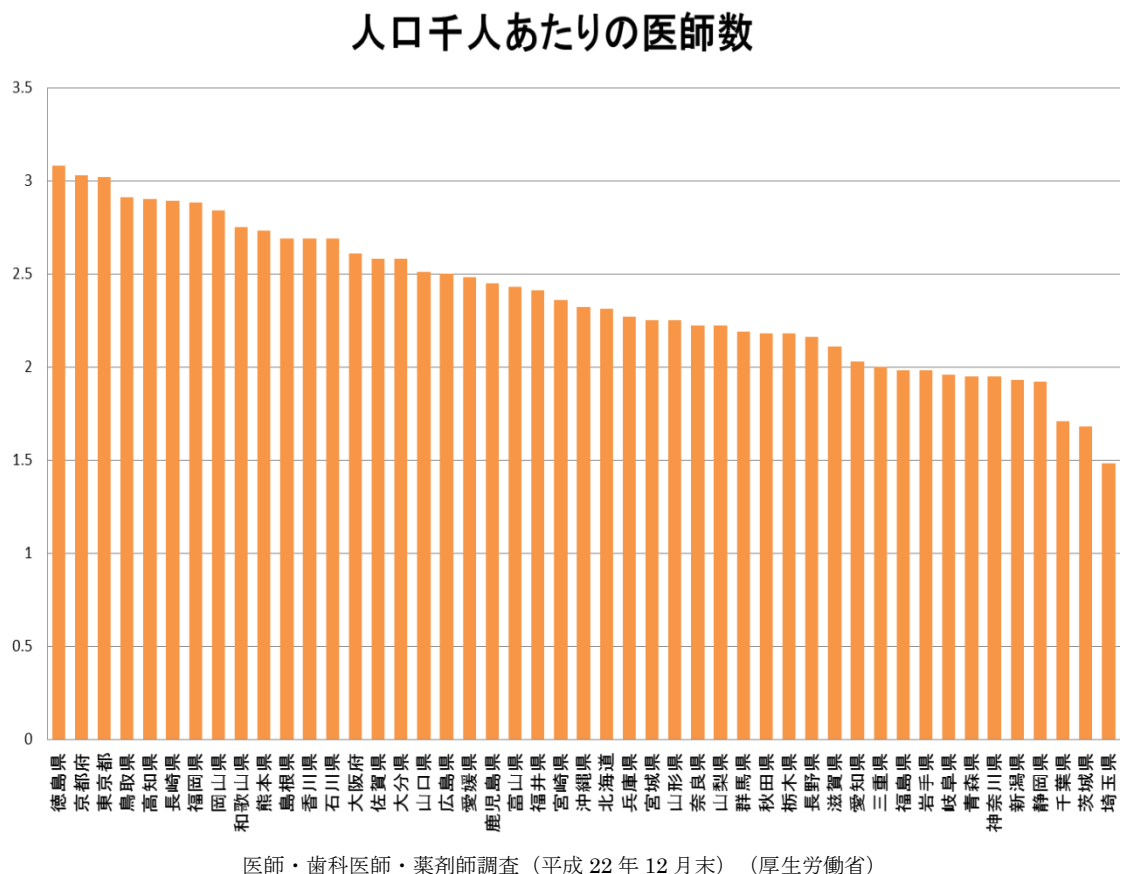
第3節 医師の地域偏在

医師の地域偏在とは、地域によって必要な医師数に達している地域と達していない地域による医師の数が偏ってしまう問題である。近年の地域偏在に、拍車をかけている問題として 2004 年より開始された新医師臨床研修制度があげられる。それまでの臨床研修は、医学部の卒業生が任意で出身大学の医局へ進み、単一の専門科を選んで受けるのが習慣だった。

しかし、「地域医療との接点が少ない」「研修医の待遇が悪い」等の批判を受けたことにより、2004 年に医師法を改正して新制度が導入された。新制度によって出身大学以外でも臨床研修病院の指定を受けた病院で研修を受けられるようになり、研修医は全国を視野に入れて研修病院を選ぶことができるようになった。医師の都市部への流出や大学病院で研修を行う研修医が減少し医局の人員不足から、大学病院から僻地に送られていた医師の呼び戻しが行われ、医局の地域医療への役割が弱まっていると言われている。

下記の図 3 は厚生労働省の平成 22 年度の医師・歯科医師・薬剤師調査を基に作成をした都道府県ごとの人口千人あたりの医師数である。徳島県が最も多い 3.08 人となっています。これは徳島県が行っている、退職後の医師が医療支援、代診を行うドクターベテランバンク・女性医師再就業バンクを設けて、結婚・出産などによって離職した女性医師の復職の支援・高校生の早い段階から、医療現場体験などを通して人材育成を図る等の政策によるものだと思います。逆に最下位の埼玉県は 1.48 人となっており、地域による差がわかる。

図 3



現在の医師の地域偏在に対する政府の対応（厚生労働省より）

（１）初期研修制度のマッチングの見直し

①定員が過剰。希望者数と均衡させる必要がある。（平成 19 年度 定員 11,563、希望者 8,500、空席 3,063 人）

②地域別定数の導入。

人口比で配分。都道府県に委員会を作って、研修医の配分を行う。地方の大学と地域の基幹病院が連帯したプログラムの作成。

（２）研修施設の認定基準を厳格化

指導体制の確保、専門研修と連続性を持たせる。つまり、質の高い医師の養成を図る必要がある。

しかし、結果として全診療科のバランスのとれた医師養成は困難

（３）膨大な国費が投じられている、特に国立大学医学部の卒業生に対し、一定期間の医師不足地域での勤務を促す仕組みを構築する。

第4節 NP について

本稿を進めていくにあたって重要なナースプラクティショナー（以下 NP）について説明していく。NP とは 1960 年代にアメリカで生まれた医療システムであり、資格を持つ看護師が一定レベルの診断や治療などを行うことができるというものである。アメリカでの NP は、看護師として一定以上の職務経験を積んだものが専門職大学院において必要な学位を取得し試験に合格することにより、この資格を得ることができる。同職は州単位の規制によって規定されており、NP 自らによる診療所の開設は、自己の責任においてこれが可能である州、提携関係にある医師の監督下において可能となる州などがある。ナース・プラクティショナーの専門領域は、全ての州で認められているウィメンズヘルス（女性の健康）、小児、高齢者、精神、急性期の 5 つの領域のほか、救急、家族、新生児などの領域がある。一般外来では、急性の病気の手当てのみならず慢性病の診断を行い、血液検査や放射線検査を勧め、結果に判断を下し、薬の処方も医師を仰ぐことなく行うことができる。複雑な患者の場合は医師に相談するか、医師の診察に回すことが多いが、経験年数の長い NP や、ある分野が得意な NP は、逆に医師に相談される場合もある。

・NP と特定看護師の違い

現在 NP を国内でも創設しようと日本 NP 協議会を中心に話が進んでおり、すでに 5 つの大学院修士課程で、その養成コースが動き始めています。特定看護師と混同しがちですが、日本における特定看護師と欧米各国で活躍している NP は異なる性質のものです。

大きな違いとして、NP は医師の指示を受けずに医行為を行います。特定看護師は医師の包括的指示の下で、あらかじめ定められた特定の医行為を行うものです。看護師は病態学を学んでいますので、フィジカルアセスメントにより病態を把握するという診断プロセスの第一段階のことはできても、診断学は学習していないため病気を診断することはできません。仮にその診断学を学んだとしても、この国の現行の法体系の中で看護師は、医師の指示なく処方などの医行為を行う事を禁止されています。

ですから現行法の枠内では NP を養成しても、いまずぐにというのは難しいという声があります。

・アメリカにおいて、NP の成果

1980 年代ごろから NP の効果に対する研究がなされてきた。

そこで、先行研究をみるとアメリカにおいて NP は医師不足の抑止に多少貢献しているということが分かる。

・米国以外の NP

① 韓国

1980年初期、CHP（保険診療員）制度ができた。2000年代にはNP制度も導入され、精神NP、感染NP、がんNP、小児NPなど、13の専門分野のプログラムが設置されている。

韓国のNPは処方権、検査などは認められていないが、CHPは処方権を持ち検査を実施できるという点で、アメリカにおけるNPに近いのはCHPである。CHPは主に地方のプライマリ・ヘルスケアの場で活躍している。

② カナダ

カナダでは、1970年代にNPが導入されたものの、その後医師が過剰供給となったため、NPは普及しなかった。しかし、2000年頃医師が不足し始めたことをきっかけに、再びNPの養成が進んでいる。

カナダの認可方法は、アメリカ同様大学院卒業後に州ごとの試験を受け認可される。権限は州ごとに規定され、NP の定義も細部は州ごとに異なる。ほぼすべての薬を処方できる州もあり、NP の権限は比較的大きく、年々拡大している。カナダの NP はプライマリ・ケア医の 7 割程度の診察・治療を行うことができるとされている。上級看護師資格として、NP の他にクリニカル・ナース・スペシャリストがある。

・ NP に対する日本の見解

日本の医師法では、医師・歯科医師以外が診断や薬剤の処方などを行うことを認めておらず、現状ではナース・プラクティショナーに相当する職種は存在し得ない。しかし 2008 年には大分県立看護科学大学では NP コースが新設され、NP の養成に向けた大学院教育を推進し、教育標準化や制度化に向けた取組みや活動を行っている日本 NP 協議会が存在している。2009 年 5 月 19 日、経済財政諮問会議においてでも、医師不足について対応するためには、より高い専門性を持つ看護師の業務範囲の拡大をし、医療従事者間の役割分担の見直しに取り組むべきと考える」との発言があった。しかし、その反面で「NP が切り札ではない 足りないのは医者なので 医者を増やす これに尽きると思う。」という意見も出ていた。（平成 21 年第 12 回経済財政諮問会議議事要旨より）

日本医師会の見解を簡単にまとめると、3つの視点に分けられる。

(1)国民皆保険の視点から

NP の導入がもっとも進んでいるアメリカでは、民間保険が中心であり、公的保険は、メディケア、メディケイドのみで、無保険者も 15.3%に達している。そのような状況において、コストの低い NP へのニーズがあると考えられるが、国民皆保険の日本では、国民の多くが所得の高低にかかわらず同じ質の医療を受けられることを望んでいる。

(2)医療の質の視点から

診察や診療は人体に侵襲を及ぼす行為であり、また軽微な症状や症状が安定した時期であっても、常に、急変し重症化したり、全身状態に影響を及ぼしたりするリスクを抱えている。したがって、診察、治療、処方などは、高度な医学的判断及び技術を担保する資格の保有者によるものでなければ、患者にとって不幸な結果をもたらすだけでなく、生命をも脅かすことになりかねない。

(3)業務分担の視点から

保助看法に定められた看護師による「診療の補助」は、その内容までが規定されているわけではない。その内容は、医師の指示によって、また医療の普遍化、高度化に応じて変化するものであるから、業務分担の拡大については、現行の医師法、保助看法で十分対応できる。日医としても医療現場における実際の業務を把握したうえで、保助看法の現行法の下、実情に即した業務分担の在り方を検討したい。

第5節 NP の教育

現在日本で行われている NP の養成コースとして公立大学法人大分県立看護科学大学大学院修士課程（2008 年度開始）国際医療福祉大学大学院修士課程（2009 年度開始）東京医療保健大学大学院看護学研究科修士課程（2010 年度開始、国立病院機構と密接な連携）北海道医療大学大学院修士課程（2010 年度開始）東北文化学園大学大学院修士課程（2011 年度開始）藤田保健衛生大学大学院保健学研究科看護領域急性期・周術期分野（2012 年度開始）愛知医科大学看護学研究科高度実践看護師（看護師特定能力認証）コース（2013 年度開始）以上の大学院で行われている。そこでいくつか例に挙げて教育方法を表していく。

大分県立看護科学大学の大学院では実践者養成として NP コースを設置しており、2 種類の老年コースと小児コースが設けられている。

老年コースでは地域で暮らす高齢者（成人を含む）に対して、慢性疾患（糖尿病・高血圧症・慢閉塞性肺疾患（COPD）など）の継続的な管理・処置や軽微な初期症状（発熱、下痢、便秘など）の診察や検査、必要な治療処置を行い、医師と連携しながら、一般病棟の病棟・外来、訪問看護ステーション、老人保護施設、老人福祉施設などで、プライマリ・ケアを提供できる看護師を養成する。

小児コースでは慢性疾患（気管支喘息、I 型糖尿病、在宅で生活している状態が安定した重症心身障害者）を持つ小児の維持的な管理・処置。発熱、下痢、便秘などの軽微な症状に対する初期の処置ができる看護師を養成し、一般病棟小児病棟、小児科クリニック、重症心身障害者施設・社会福祉施設等で、プライマリ・ケアを提供できるとしている。受験要件として①日本国の看護師の免許を取得していること②5 年以上の看護師として経験があることを指定している。

NP コースの養成教育の目的としてプライマリ・ケアを提供し、地域で活動できる診療看護師を養成するためとし、NP 教育で特に大切にしていることとして①医学的知識を持ち臨床推論できる能力②看護師としての立ち位置を大切に、医師との連携がタイムリーに適切にできる能力③倫理論、コミュニケーション能力とし、NP にしていく所在である。以下、本学養成カリキュラムの特徴を挙げる。①米国で実際に NP として勤務経験がある教員を専任アドバイザーとして設置②社会人でも受講可能な制度導入⇒夜間・土日開講、長期履修制度（同じ授業料で、長期にわたり在籍が可能）③CNS 課程の修了書・NP カリキュラム修得の修了書を同時に取得が可能④国際的に活躍することが可能な人材の育成⇒選択科目として医療英語の科目の以上が特徴である。実習に関して、NP 育成では、実習の割合が大きく、CNS 課程で必修の実習 I（2 単位）、II（6 単位）合計 16 単位が課せられ、実習場所として、地域医療のモデルケース構築を試みている「夕張診療所」、長年にわたり地域医療を提供し続けている「奈井江クリニック」など実際に地域医療提供モデルとなっている医療施設での実習を予定している。実習指導は、NP の技術・知識に関しては、診断・治療の知識が必要不可欠となるので医師に協力を得て行う。以上が北海道医療大学である。

第2章 先行研究と本稿の位置づけ

第1節 先行研究

・ 医師不足

西部・壽福(2009)

本稿では医師不足を医師の地域偏在を取り上げて研究している論文は意外と少ない。そこで西部・壽福(2009)をみていく。新臨床研修制度の下で医師の地域偏在が発生していることを問題視している。研究により、人口が高齢化している地域には医師が集まらなく、そういった地域は経験を積みたい医師には魅力的でないと捉えられている可能性が高いことや過疎地の学会への参加の困難さが地域偏在を招くことが明らかとなっている。又、研修指定病院には医師が集まりやすいことも分かった。「都道府県内でみた医師の偏在拡大と医師数増加の関係」のグラフを厚生労働省の調査データから作成しており、そこから半数以上の都道府県で医師の地域偏在が拡大していることが分かった。

公益研修期間を設定する短期型政策と病院の再編・統合と医師の地域内ローテーションを実施する長期型政策を提言し、喫緊の問題である地域偏在を早急に解決しなければならないと論じている。

松本(2011)

ここでは医師の地域的分布について日米英の国際比較を行っている。医師分布は国の医療システムや経済システムに強く影響される。そのような医療システムが異なる国同士で医師分布を比較することにより、医師の公平な分布のためにどのようなシステムが望ましいのか、又我が国の医療制度のどのような側面が医師の地域偏在に影響を与えているのか考察することが可能であると論じている。分析から、日本は単位人口当たりの医師数は一貫して増えているにもかかわらず、医師の地理的偏在の程度は過去 25 年間でほとんど変化していないことが分かった。日本の医師数と地理的偏在度はその科の医師の開業度強い相関を示す。そして、日本の診療所医師は英国の診療所医師に比べて地理的偏在度が著しく高い。

このことは、医師が診療場所を選ぶ際、かなり強い都市部へのバイアスがかかっており、市場原理でいう「見えざる手」をもってしても偏在の是正が困難である可能性を示すかあるいは、大都市で医師自らが需要を誘導して営利を維持している可能性も考えられると考察している。

・ NP

大釜信政・大釜徳政(2010)

ここでは、日本における NP がもたらす医療革新への期待を検討している。日本の公的医療費として主に医療技術・医療機関・新薬といった新たな費用および高齢化医療費の増加傾向に

ある。そこでこの現状を改善する 1 つの策として NP の導入が挙げている。NP の導入がもたらす効果として 2 つ挙げており、1 つ目に公的医療費の削減としてプライマリ・ケアにおける NP の実践が、この医療費削減に絶大なる効果をもたらすことを推測している。2 つ目は国民への健康意識及び疫病予防意識の向上である。NP は、適切な検査及びフィジカル・アセスメントによる診断を踏まえ、ケアリングの観点から問題を抽出する。それを解決するために治療計画に加えて、患者の生活様式を考慮した個別的指導を実践し、こうした NP の介入は、患者自身が持つ自然治療力を高められる。それに足してケアリングを行い、個人への健康の保持に向けた維持看護を提供することで国民の健康意識の向上に多大なる効果をもたらすと考察している。また、NP の実践に向けた課題として医師法第 17 条による「医師でない者の医業禁止」及び補助看護第 37 条の法改正と今後における法改正が可能となった場合、NP の診療報酬の換算方法と NP の名称の選定の 3 つを挙げている。

したがって、NP がもたらす医療革新により、日本における医療問題の解決の糸口になると共に日本国民から信頼を得た NP の活躍によって、新たに看護師を希望する者が増加するだろうと考察している。

緒方(2008)

米国の事例を複数挙げて日本での NP 導入を検討している。①米国の研究者が挙げたものとして 1990 年代に入り NP の提供する医療の質が、医師のケアと同等又はそれ以上であるということ②NP を取り入れた医師機関のコストパフォーマンスを評価する論文が数多く書されていること③プライマリ・ケア医が足りず、保険・医療全体の危機ともいわれるが、それを補って各種医院、診療所、病院などで活躍している NP が多く存在すること④1981 年の政府のレポートによれば、NP は医師と同等もしくはより良いケアを提供できるという結果も出ていることなど多くの NP の活躍を挙げている。

医師不足にあえぐ、特に過疎の地域であり、地元の住民や看護師を NP に育て上げ、人口が一定以下の区域で働けば国からの援助が出るなど制度を整えることで、特に高齢化社会に対応する 1 つの有力な手段となるのではないかと考察している。そして、NP の名称及び訳し方を慎重に検討し、NP に対する国民の理解を広める必要があるとしている。

・ コンビニエント・ケア・クリニック (CCCs)

加藤 (2009)

NP とフィジシャン・アシスタント (PA) が医療従事者となり限定された軽疾患の患者に対して事前予約無しで診断・治療・投薬を行う外来医療機関である。近年、アメリカでは高額な医療費負担や 4,500 万人（人口比率 15.3%）を超える無保険者が社会問題化し、オバマ新大統領による政権下での医療分野における政策動向が注目を浴びており、このような医療環境もと、個々数年新たな医療サービスとして急速に成長している。CCCs の起源は 2000 年でまだ歴史は浅いものの業界でも最大手へ成長を遂げる MinuteClinic 社の第一号店であった。ここから CCCs の成長と消費者のニーズが見えてくる。そして CCCS とはまだ広まりが浅いが、日本で CCCs や NP 制度の確率へ向けての取り組みは行われている。2008 年 11 月、ケアプロ者というベンチャー企業が、アメリカの CCCs 事業を参考に、事前予約なしで気軽に立ち寄れるワンコイン診療サービスを提供する施設を東京都中野区にオープンした。看護師及び保健師の両資格を所有するスタッフが主体となって簡易血液検査や血圧測定、骨密度検査などを行い、必要に応じて保健指導を行うモデルである。アメリカの CCCs モデルとは内容が大きく違うため単純に比較をすることはできないが、我が国において、日頃から健康を気遣い気軽に検査したいというニーズがどれほどの価値観を見出すのか、今後の動向に注目したいとしている。

先ほど取り上げた NP に関しても、必要とする者あつての制度確率へ向けてさまざまな取り組みが行われている。2008 年 4 月には大分県立看護科学大学にて大学院 NP 育成コースの開設、2009 年 4 月からは国際医療福祉大学や聖路加看護大学において同様なコースの設置が成された。（補足で東京医療保健大学大学院でも 2010 年 4 月より NP の開設あり）また、2008 年末には大分県立看護科学大学と大分岡病院より、NP 育成コースを修了した看護師に対しての裁量の幅を広げるべく、構造改革特区における規制緩和要請が提出されているのである。

以上のまとめとしてアメリカの新たな医療サービスの一つとして CCCs を紹介したが、日米における医療システムの相違は大きく、アメリカの事業モデルをそのまま我が国へ導入することは大変困難である。しかしながら、両国ともに地域医療におけるプライマリ・ケアの重要性は高まっており、今後このような環境下でどのような新しい医療サービスが生まれるか期待されるばかりである。としている。

第2節 本稿の位置づけ

先行研究により、医師の地域偏在の深刻さ・その中で限界地域にまで医師を展開できる可能性の低さと NP の導入が医療崩壊の改善へと繋がるということが理解できたと思う。

本稿では、松本(2011)が地域的分布を比較した国の一つであるアメリカが導入した NP が、日本の高齢化が特に進んでいて人口が一定数より少ない地域偏在が生じている限界地域に医療サービスを受けられる場を提供することに役立てることができないかを検討する。そして、政策提言においては加藤(2009)より CCCs の設置を NP とあわせて導入することを考える。

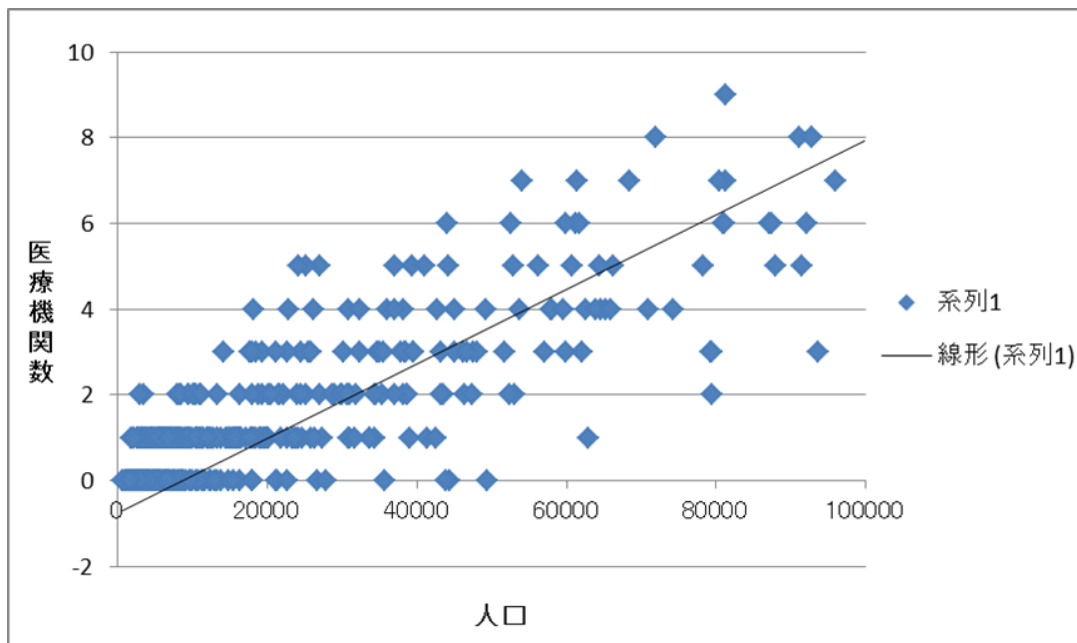
第3章 回帰分析

第1節 医療機関数と人口の関係性

私たちは、政策を実施する限定的な地域をどのような地域と定義するか決定するために医療機関数と市町村別人口の関係を調べた。

まず診療所とは 19 人以下の入院施設を持つ医療施設のことで、「医院」や「クリニック」とも呼ばれている。20 人以上の入院施設があると「病院」に分類される。診療所は全国に 100,152 軒あり、人口 10 万人あたり 78.54 軒という計算になる。また、全国にある病院は 7,493 軒で、人口 10 万人あたり 5.88 軒という計算になる。ここでは、病院と診療所の数を合わせて医療機関数とする。(平成 24 年度)

そして、各都道府県市町村別の医療機関数と人口 10 万人以下の市町村の人口を散布図にしたグラフを作成した。作成にあたって私たちは、人口がある一定人数以下になると急激に医療機関数が現象しゼロに近づくことを推測した。結果は以下のようになった。



縦軸に市町村別の医療機関数、横軸に人口 10 万人以下の市町村の人口を取った。

このグラフから、多くの人口過疎化が進む市町村では病院の数が限りなく 0 に近いこと、人口が 2 万人より多くても医療機関の数が 0 の市町村が存在すること、人口の増加とともに医療機関の数が増加する右上がりになること、人口が 10 万に近づくほど医療機関数の数に幅が出

ること、人口 2 万人以下の市町村から医療機関数が徐々に減少するという、という結果になった。

この結果から、人口過疎化が進む市町村に何らかの形で医療支援をすること、市町村ごとに人口に対する医療機関数にばらつきの無いようにするなどが必要と考える。

第2節 重回帰分析

続いて、重回帰分析を行う。私たちは、医師数の変化には周りの環境がどのように影響するのか、医師数の増加はまわりの環境をどのように変化させるのか調査した。分析に使用するデータは、医師の地域偏在に関係あると考えられる項目の平成 24 年度の都道府県別データである。被説明変数として医療機関数(一般診療所数+病院数)÷人口。説明変数として、①高齢者指数②人口③大都市ダミーを設定した。

次に医療機関数増加に選んだ要因がどのように影響を与えているか仮説を設定する。私たちは、①高齢者指数が大きくなるということは医療機関を多く使用するであろう高齢者増加する、よって医療機関が必要になる②人口が増えたとその分医療機関を必要とする人数が増加すると推測した。また③大都市ダミーは、東京、埼玉、千葉、神奈川、愛知、大阪、福岡を設定し、全国的に隔たりのないようにした。

次に考えた変数とその仮説が有意であるかどうか重回帰分析によって検証する。

回帰統計									
重相関 R	0.977416								
重決定 R2	0.955341								
補正 R2	0.952225								
標準誤差	526.818								
観測数	47								
分散分析表									
	自由度	変動	分散	割された分散	有意 F				
回帰	3	2.55E+08	85097968	306.6182	4.89E-29				
残差	43	11934102	277537.3						
合計	46	2.67E+08							
	係数	標準誤差	t	P-値	下限 95%	上限 95%	下限 95.0%	上限 95.0%	
切片	-153.181	129.7633	-1.18047	0.244303	-414.874	108.5111	-414.874	108.5111	
高齢者数指	-234.846	101.424	-2.31548	0.025424	-439.387	-30.3045	-439.387	-30.3045	
人口	1.019868	0.058722	17.36772	4.75E-21	0.901444	1.138292	0.901444	1.138292	
大都市ダミ	-1294.99	445.2026	-2.90877	0.005722	-2192.83	-397.154	-2192.83	-397.154	

ここでは P-値<0.1 ならば有意、P-値>0.1 ならば有意でない、とする。

重回帰分析の結果から、①高齢者指数②人口③大都市ダミーの結果は有意になっており、また、補正 R2 が 0.95...と相関が高い数値となり十分説明力のあるものといえる。

- ① 高齢者指数では、P-値<0.1 となり医療機関を多く使用するであろう高齢者増加する、よって医療機関が必要になるという仮説に当てはまった。
- ② 人口も P-値<0.1 となりこちらも人口が増えたとその分医療機関を必要とする人数が増加するという仮説に当てはまった。

第4章 政策提言

第1節 政策の概要

医師不足の現状分析を通し、多様な意味を持つ「医師不足」を「医師の絶対数の不足」と「医師の診療科、地域ごとの偏在」の2つに分けた。そして、本稿では「医師の偏在」、中でも「地域の医師偏在」に注目し、改善に向けての提言をしていくことに決定した。本稿において、いくつかの先行研究参考にし、アメリカの医療システムである CCC を設置し NP による簡単な治療や診断・薬の処方を行えるようにすることでこの問題の改善を提言したいと思っている。NP を選択したのは、現状分析の「NP と特定看護師の違い」でも明らかにしているが、①医師の指示がなく治療できる点②開業の権利がある点をポイントとしたからだ。しかし、現状分析において説明したとおり、NP 導入に対する医師会を初めとする日本の見解はなかなか厳しいことが分かったと思う。その反面、先行研究に挙げた松本(2011)で医師不足の中で限界地域にまで医師を展開するのは不可能に近いことが明らかとなった。そこで、本稿が提言する NP の導入は「限界地域のみ」を対象とした実施を目指す。又、ここで定義している限界地域とは、分析で載せた縦軸に市町村別の医療機関数、横軸に人口 10 万人以下の市町村の人口をとった右上がりのグラフを独自に作成したことによって判明した、医療機関数が徐々に減少している人口 2 万人以下の市町村のこととする。この政策を提言するにあたって、NP の導入に関してアンケートが必要か検討したが、本稿では国民にアンケートを取ることを行わないことに決定した。理由はいくつか存在する。①NP 導入の地域として対象としているのは高齢化が極限まで進み、地域が消滅する可能性のある限界的な地域であるから、全体的にアンケートを取っても意味がない②医師と NP のどちらが良いか。と質問されれば、情報の非対称性から大抵の人は医師が良いと答えるに決まっている。③国民の大部分は CCC の存在や NP の可能性について理解していない。理解していないところにアンケートを取ればネガティブな回答しか得られないと推測するというものである。アンケートを行わなかった要因の①にもあるとおり、本稿では財源と人の確保のために NP の診療・治療を受け入れなければ、限界地域において我が国の医療が潰れてしまうことを危惧している。つまり、限界地域在住で CCC・NP の導入に賛成できない方には、充実した医療サービスを受けることができる都市部に移り住んで欲しいという政策メッセージを含ませている。加えて、実は診療費が安く済み、簡単な治療や検査をするのに気軽に通える CCC は地域の厚生拡大に非常に便利なツールであることを啓蒙するための政策でもある。全体としてみると、本稿の政策はすべての人々から好かれる政策かもしれないことは承知した上で提言していく。

第1項 CCCs

コンビニエント・ケア・クリニック（CCCs）とは、医師ではなくナース・プラクティショナー（NP）と呼ばれる医療従事者が、限定された軽疾患の患者に対し、診断・治療・投薬を行う外来診療機関である。CCCs で診療を行う代表的な対象疾患は主に熱・咳・のどの痛み・鼻づまりなどのかぜ症状やアレルギー症状、血液検査を含む健康診断、発疹や日焼けなどの皮膚症状に加え、予防接種などを対象とする。一方で、重篤な急性疾患はもちろんのこと、慢性疾患に関しても基本的に治療・投薬は行わず、実施するのはコレステロールや血糖値などの検査のみをおこなう。これを偏在地域に設置し、住民が気軽に検査や診療を受けられ、また診断結果に応じて大病院への紹介状を書き、円滑に治療ができることを目指す。

第2項 CCC の位置づけの重要性

まず、私たちが CCC を設置する上で重要視しているのは、限界地域に設置する CCC を中心部にある大きな病院の「派生的な診療所」と位置づけることだ。
なぜ、派生的にするのが重要なのか理由はいくつかある。

1つ目は、医師会に認めてもらうためである。医師たちは NP よって仕事が減少するのを危惧している。しかし、先行研究の西部・寿福(2009)から分かった通り多くの医師にとっては、地方の病院は経験を積みたいと考えている医師には魅力的ではないことや人口が高齢化している地域には医師が集まらないことが明らかである。つまり、多くの医師は私たちが NP の導入を提言するような地域には勤務したくないと思っている。そのような地域への NP の導入は医師たちにマイナスにはならないと考える。加えて、大病院の派生的診療所であるから診察に訪れた患者の中で大きな病院へ回して診てもらう必要があると判断した患者には派生元の病院への紹介状を出すことが可能である。大病院は患者さんを獲得できるわけであるから、医師の仕事は NP によって減少することはないだろう。

2つ目は、必ず NP を限界地域に派遣できるからだ。NP は、看護師の中でも特に優秀な存在である。そこで危惧されるのは、優秀な NP が進んで限界地域に行くのだろうかということだ。もともと地域に貢献していた「地方での勤務を受け入れてくれる看護師」が NP になってくれたら、そのまま残って活躍してくれる可能性が高く望ましいことだが地域偏在の解消には至らないだろう。そこで、NP は派生元の病院から派遣される看護師と位置付ける。

第3項 保健師助産師看護師法

NP を含む看護師は、法律によって医師の指示なしでの治療が認められていないが、内容を見ると、例外として但し書きが可能ではないかと推測する。

第三十五条 保健師は、傷病者の療養上の指導を行うに当たって主治の医師又は歯科医師があるときは、その指示を受けなければならない。

第三十六条 保健師は、その業務に関して就業地を管轄する保健所の長の指示を受けたときは、これに従わなければならない。ただし、前条の規定の適用を妨げない。

第三十七条 保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、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。ただし、臨時応急の手当をし、又は助産師がへその緒を切り、浣腸を施しその他助産師の業務に当然に付随する行為をする場合は、この限りでない。

本稿の政策を実施する場合には、上記にある第三十七条の例外に「限界地域に設置された CCC による NP の治療」を加えることができることが理想である。しかしながら、法の変更・追加に関して絶対に可能かどうかは推測できないので、検討を続けていかなければいけない点の一つである。

第2節 今後の課題

私たちは、医師の地域偏在の解消を目指すために限界地域において CCC を設置し NP を導入することを提言した。しかし、この政策には今後考えなければならない課題がいくつか存在する。その中で、考えられる課題を4つ提示した上で改善のための方向性を検討する。

1 つは、医療の進歩についてだ。医療は日々進歩を続けている。その中で、限界地域に行き、診療を行う NP には研修の機会が設けられず、取り残されてしまう恐れを問題視している。そこで、NP の派遣を大病院からローテーション制として定期的に研修を行う制度を設けることを考えている。

2 つは、NP が誤った診断をしてしまった場合の対処についてである。ここでの誤った判断とは、本院へ送らなければならないような状態の患者を見抜けずに責任を問われたというようなケースである。NP が CCC にて治療・診察を行うことは、ナースに大きなリスクが伴う。本稿の政策では、大病院からの派遣を行うのであるからリスクに対する補償は怠ってはならない。方針としては、派遣元の病院の医療チーム全体が責任を負うべきであると考えている。そのために、限界地域に派遣された NP は face time のような機能を用いて定期的に患者の状況や様子を医療チーム内に報告をするなど情報の共有を充実させる必要があると考える。

3 つは、育成方法についてだ。現在、NP は認められていないが大分県立看護科学大学の大学院では実践者養成として NP コースを設置している。受験要件としては、①日本国の看護師の免許を取得していること②5 年以上の看護師として経験があることを指定している。NP コースの養成教育の目的を、プライマリケアを提供することができ、地域で活動できる診療看護師を養成することを目指している。このように NP の育成コースを設けている学校も存在するが数少ない。加えて、導入を決めたところで NP という職業が知られていくのには時間がかかるし、NP の業務に関する法律を作成しなければならないといけないうだろう。1 つ目の問題で記した通り、限界地域に派遣する NP を大病院からローテーション制とすると、限界地域に行きわたるような NP を育成するには多くの時間を必要とするだろう。しかし、先行研究や現状から明らかになったとおり、今すぐにも医療サービスの提供をしなければならない程に限界地域の医師不足は深刻化している。そこで、NP 育成のコースを設ける学校を増加させるのと並行して派遣元の大病院において現役の看護師を NP 育成できるような方法を目指す必要があるのではないかと考えている。しかしながら、現段階において具体的な方法・制度は掴めていないので、今後検討していく。

4 つは、NP の給料についてだ。NP は通常の看護師より優秀であるから、看護師以上の給与をする必要があるが具体的にどのくらい上げるか判断しなくてはならない。NP とはいっても、通勤できるような地域へ派遣される者や住み込みで勤務しなければならない地域に派遣さ

れる者もいる。さらには、ローテーション制により NP ではあるが大病院勤務の者もいる。よって、NP の中でも、業務内容によって給料は何段階かに分ける必要がある。私たちは、通常の看護師の 1.5～2 倍程度を検討している。無論、この増加で医者給料に届くことはないの
でこの件においての医師会の批判は想定していない。

第3節 最後に

今回、本稿が提言した政策によって限界地域における医師の偏在問題が完全に解消するわけではないだろう。しかし、医師の偏在問題の現状は深刻であり、早急に何らかの策をうつ必要があることは明確である。本稿の研究には多くの問題が存在すると思っているが、その点に関しては自身での検討を進めていくと共に、今後の研究に期待したい。本稿での研究が「医師の地域偏在」解消の一助となることを願い、本稿を締めくくる。

先行研究・参考文献・データ出典

主要参考文献

- ・加藤貴子（2009）「アメリカにおけるコンビニエント・ケア・クリニックの動向」 Vol91, No5 〈2009.5〉 p.1598-1602
- ・大釜信政・大釜徳政（2010）「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革新への期待」ヒューマンケア研究学会誌 第1巻 p.29-33
- ・富田 昌良・佐藤雅之・吉岡 晋吾・桑原 秀美・竹下 玲子・田中 光枝「法人内ナースプラクティショナー制度の導入と効果」日外会誌 112（6）
- ・信州医誌 中澤勇一（2010）「医師不足の現状と対策」

引用文献

- ・緒方さやか（2008）「米国の医療システムにおけるナースプラクティショナー（NP）の役割及び日本でのNP導入にあたっての考察」日本外科学会雑誌
- ・西部裕介、寿福朝子（2009）「医師の地域偏在の課題と政策提言」東京大学公共政策大学院ワーキング・ペーパーシリーズ
- ・松本正俊（2011）「医師の偏在に関する国際比較研究」
- ・文部科学省 高等教育局 医学教育課 「これまでの医学部入学定員増等の取組について」
- ・地域医療振興協会 顧問 吉村博邦 「医師の地域偏在、診療科偏在への対応」
- ・日本NP協議会
- ・平成20・21年度勤務医委員会答申 医師の不足、偏在の是正を図るための方策

データ出典

- ・厚生労働省 HP
厚生労働省 「地域保健医療基礎統計」 (<http://www.mhlw.go.jp>)
- ・総務省 HP
総務省 「医療施設調査」 (<http://www.e-stat.go.jp>)
総務省 「地方財政状況調査」 (<http://www.soumu.go.jp>)
総務省 「統計でみる都道府県のすがた」 (<http://www.e-stat.go.jp>)
- ・OECD 「Health Data 2013」 (<http://www.oecd.org>)