

---

## 特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較 趣 旨

---

医療サービスの提供に関しては、①資本(病床施設・設備等)と労働(医師、看護師等)の代替・補完関係とともに、②各種の労働(ないしは資本)の間における代替・補完関係が問題となる。①に関しては、わが国は、諸外国と比べて極端に資本集約的＝労働節約的な医療サービス提供体制が長らくとられてきた(非常に多数の病床や医療機器に比べ、きわめて手薄な人員配置<sup>1)</sup>)。近年の医療制度改革においては、これをより労働集約的な方向に転換しようという動きが明らかに見てとれる<sup>2)</sup>。一方、②に関しても、医療の高度化、医療ニーズの多様化などの中で、「医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築」<sup>3)</sup>が重要な課題として取り上げられるようになってきた。

そうした中で、「チーム医療の推進に関する検討会」が、チーム医療推進の観点から、「日本の実情に即した医師と看護師等との協働・連携の在り方等について検討を行う」ことを目的に設置され、その報告書(2010年3月)においては、特定看護師(仮称)の創設を含む看護師の役割の拡大などが提言されている。一方、医師に関しては、いわゆる総合医を含む専門医制度の確立が言及されているが、具体的な提言には至っていない<sup>4)</sup>。

国際的にも、看護師の役割拡大を中心とするこの問題に関する関心は高まってきている。例えば、OECDは、日本を含む先進12カ国における看護師の役割と業務の高度化の現状および課題を比較検討したワーキングペーパーを2010年7月に公表している<sup>5)</sup>。

それによると、各国における高度診療看護(APN: Advanced Practice Nursing)の状況にはかなりの相違が見られ、アメリカ、カナダ、イギリスといった先行する各国、次いでオーストラリア、アイルランドのような近年APNを展開し始めた諸国、さらにいまだ「揺籃期」にある(日本を含む)その他の国々に分けることができるという。APN導入の理由としては、医師不足を背景とする医療サービスへのアクセスの改善、医療サービスの質の改善、コスト抑制、看護職の魅力の増進といったことが挙げられている。また、APNについては、国によって呼称や資格制度、業務内容等が異なっているが、概括すれば、NPs(Nurse Practitioners)およびCNSs(Clinical Nurse Specialists)に大別することができるという。NPは主としてプライマリケアを担い、(ファーストコンタクト、慢性期医療のフォローアップ、薬剤処方等)ある程度医師の代替的な役割を担うものである。これに対して、CNSは病院に勤務し、指導的ナースとして医療・看護サービスの質の改善にかかわる職種とされている。こうしたAPNの評価に関しては、これまでの先行諸研究によれば、①医療サービスへのアクセスの改善に寄与、②(適切な教育訓練の実施を前提条件として)医師と同等の質のサービスの提供が可能、③患者満足度は医師と比べて高い、④費用への影響については、まだ十分な研究の蓄積がない(医師代替的か補完的かによって異なる)、といったことが明らかになっている。

本特集においては、こうした内外の動向を踏まえ、医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較を試みている。取り上げている国は、アメリカ、イギリス、カナダ、フランス、デンマークの5カ国である。上記のOECDワーキングペーパーの分類では、APNに関して先行する3カ国と、「揺籃期」にある2カ国ということになる(ただし、それほど話は単純ではないことは、各論文が詳述している通りである)。これらの諸国の状況は、もちろんそれぞれの国の医療制度のみならず、経済社会や歴史といった各国特有の背景要因に規定されているものであり、そのままの形でわが国に適用できるものではない。しかしながら、医療の高度化、医療ニーズの多様化といった各国共通の医療政策上の基本的課題

を踏まえれば、今後の日本の医療政策を考える上で参考になる点も多いものと思われる。以下、簡単に各論文の梗概を紹介しておく。

早川論文は、NP・PA(Physician Assistant)などのNon-Physician Clinicianが最も普及した国の1つであるアメリカにおける医療専門職の役割分担の現状について、病院組織のあり方という組織的要因の視点から分析を行っている。そこでは、医療の機能分化(病院は急性期医療に特化)、治療プロセスの標準化をもとにした合理化、オープンシステムといったアメリカの病院組織が有する諸特徴が、独特の分業・協業システム発展の背景にあることが明らかにされている。

白瀬論文では、イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担について分析が行われている。イギリスの医療専門職は薬剤の処方関連を除き、基本的に法令による規制ではなく、専門的な非営利の資格管理団体による自己規制に委ねられており、柔軟な対応が行われてきた面がある。その一方で、NP資格の整備などが現在課題となっていることが明らかにされている。なお、両論文に共通する指摘として、(研修)医師の勤務条件改善・労働時間制限が両国におけるNPやPAの拡大をもたらしている面があるという点は注目されよう。

泉田論文は、アメリカともイギリスとも異なる医療制度・政策をとってきたカナダの現状についての分析である。カナダはMedicareと呼ばれる州単位の(租税財源による)公的(保険)制度とともに、州法に基づく専門職の自己規制を基本とする体制をとってきた。近年、NPはプライマリケアの分野を中心に役割を拡大しつつあるものの、全体としては看護職が医師を代替する形での役割分担の変化という段階には至っていないという基本的な認識が示されている。

篠田論文は、5カ国の中では最も日本に類似した社会保険医療・皆保険体制をとっているフランスの現状について分析し、日本における「特定看護師」導入の動きなどに対する示唆を整理している。フランスにおいては、処方権を有するNPは存在せず、むしろ医師と看護師の役割を整理し、看護師の「固有の役割」を法的に位置付ける方向がとられてきた。看護教育は専門学校での養成にとどまっているが、古くから専門看護師制度が発達してきており、かなりの範囲の医行為が認められている状況にある。

最後に、山田論文は、デンマークにおける現状を分析している。デンマークにおいては現時点で診断・処方権を有するNPは存在せず、看護師の業務に関する法的な位置付けも日本と大きな相違はないとされる(NP導入は看護協会主導で検討されている段階にある)。その一方で、医師の「包括指示」の解釈の相違により、実際に自律的に医行為を実施する範囲はデンマークの方が格段に広がっているという。このことは、上述のフランスの状況なども併せて考えると、こうした問題における制度の「運用」の重要性を示唆しているものと思われる。

#### 注

- 1) こうしたわが国の医療提供体制の特色については、尾形裕也「医療サービス提供のあり方の改革」田近栄治・尾形裕也編著(2009)『次世代型医療制度改革』第2章(pp.51-78)所収・ミネルヴァ書房を参照。
- 2) 例えば、2006年の「医療制度構造改革」においては、病床数の削減政策と合わせて、診療報酬におけるいわゆる「7対1看護」の導入が行われた。
- 3) 『社会保障国民会議最終報告』(2008年11月)。
- 4) 総合医の確立を提言したものとしては、国民健康保険中央会『総合医体制整備に関する研究会報告書』(2010年4月)などがある。
- 5) Marie-Laure Delamaire, Gaetan Lafortune (2010), *Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries*, OECD Health Working Papers No.54, OECD, Paris.

(尾形裕也 九州大学大学院教授)