

アメリカの病院における医療専門職種の 役割分担に関する組織的要因

— 医師・看護師・Non-Physician Clinicianを中心に —

早川 佐知子

■ 要約

現在あるアメリカの医療専門職の姿は、アメリカに特有の医師、看護師の働き方、およびそれら医療専門職が形作った病院組織が映し出された姿であると言える。本論ではアメリカの病院が有する特徴のうち、医療組織の役割が細分化されていること、合理化・標準化が進んでいること、オープンシステムがとられていることの3点がどのように急性期医療の現場で医師、看護師、PA/NPの役割分担に影響を与えたのかを論ずる。

日本においても医療専門職導入の是非が論じられる際には、制度自体を創設することと同時に、病院組織の在り方や医師、看護師の役割を客観的に検証し、そのうえで医療専門職をいかに日本の病院組織に合った形で定着させ、活用させてゆくかがより重要になると考える。

■ キーワード

医療専門職、PA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner)、アメリカの病院組織、急性期医療

I はじめに

1970年代以降にアメリカ連邦政府が行った医療費削減を目的とした数々の政策は、医療専門職の需給にもさまざまな影響を与えた。従来、医療の現場は医師と看護師を中心として担われていたが、その需給要件の変化や医療技術の発達、病院機能の変化などにより、いくつかの新しい医療専門職が創造され、現場に加わることで、よりきめ細かく市民の求める医療が提供できる体制が整えられていった。例えば数多くある医療専門職のうち、医師、看護師の職務と特に密接なかかわりをもつPhysician Assistant (PA) とNurse Practitioner (NP) に関して言えば、これらを生み出したのは地域におけるプライマリケアの担い手としての活躍が期待されたことが端緒だった。しかし、医療の時代的な変遷を経て、彼らは今や急性期の病院においても必要不可欠

な職種となっている。

医療専門職の制度は、それ単独で存在するものではなく、医師や看護師などの他職種が医療組織や地域社会で担っている役割を背景として存在するものである。そして、医療組織自体の在り方とも密接にかかわっていると考える。ゆえに、現在あるアメリカの医療専門職の姿は、アメリカに特有の医師、看護師の働き方、およびそれら医療専門職が形作った病院組織が映し出された姿であると言える¹⁾。

そこで本論ではアメリカの医療組織、特に病院が有するいくつかの特徴を挙げ、それぞれの特徴がさまざまなアプローチで医療専門職を必要とし、彼らの働き方を規定してきたことを論ずる。病院組織の在り方によって、あるべき治療システム、あるべき治療プロセスが決められ、それに応じて必要となる人員が決定される過程を分析することで、医療専門職の役割分担と組

織との関係を分析する。

アメリカの病院の特徴の中で、特に医療専門職の働き方に与える影響が大きいと思われるものを挙げるとすれば、医療組織の役割が細分化されていること、合理化・標準化が進んでいること、オープンシステムがとられていることの3点である。これら3つの特徴をもつアメリカの病院組織の在り方が、どのように現在の医師、看護師および医療専門職の働き方やその役割分担を決定づけていったのか、それぞれの要因について考察したい。この問題を考えるにあたっては、とりわけ医師との関係がポイントになるとらえている。そのため、医療専門職の中でも医師の職務と一部クロスし、最も近い役割を果たしていると言えるPAおよびNPの役割を中心に論ずる。

これまでのアメリカの医師、看護師、およびPA/NPに関する先行研究をレビューすると、国内でも各々の歴史や具体的な働き方について述べられたものは遠藤2009、高山2009、緒方2008など数多く存在する。そして医師や看護師との相補関係についてもそれぞれで論じられている。しかし、それらの役割分担について、病院組織全体とのかかわりにはあまり焦点が当てられていない。また、地域のプライマリケアに携わる場合と、病院で勤務する場合とでは医療専門職に求められる役割が異なると考えるが、就業場を区別したうえで論じたものも少ない。アメリカの先行研究に関しては、医療専門職が行う医療行為の安全性に関して論じられたものはCipher et.al 2006やNyberg et.al 2007など、PA/NPとも数多くある。それぞれの診療科における役割分担に関して論じたものもDehn et.al 1999やRiportella-Muller et.al 2101など、多く蓄積されている。しかし、自国の病院組織の特徴を客観的に見る視点を求めることは難しいであろう。

日本で医師、看護師の役割分担が論じられる

場合、開業医が独立して経営する医院においてよりも、病院でのケースが多いと考えられる。また現在、医師不足や看護師不足とのかかわりで医療専門職の導入が求められているのも病院である。それゆえに、本論文では、アメリカの病院組織をフィールドとする医師、看護師、PA/NPに限定して考察対象とした。

医療専門職導入の是非が論じられる際には、制度自体を創設することと同時に、病院組織の在り方や医師、看護師の役割を客観的に検証し、そのうえで医療専門職をいかに日本の病院組織に合った形で定着させ、活用させてゆくかがより重要になるであろう。そのような意味で、医療専門職と病院組織との関係性に着目してアメリカにおける役割分担を考察することは、日本の病院組織における役割分担を論ずる場合にも大きな示唆を与えると考える。

II 医療専門職種の概略

医療専門職種の具体的な働き方や病院組織との関係を見る前に、アメリカの医師、看護師、および医療専門職の制度について概観したい。

(1) 医師

アメリカには現在、約661,400人の医師が就業している²⁾。医師は、大学卒業後に入学するMedical Schoolにて4年間の基礎教育を修了した後、医師資格試験(United States Medical Licensing Examination: USMLE)を受験して免許を取得する。その後それぞれの専門分野を選択して3-8年間、研修医(以下、レジデント)として実地教育を受けることになる。レジデント期間を終えた後も、さらなる専門医資格の取得を目指す医師が多く、極めて専門医志向が強いことが特徴的である。

(2) 看護師

看護師の基本資格はRegistered Nurseと呼ばれるものである。アメリカ全体で約250万人がこの資格を有しており、現在そのうち約213万人が就業している³⁾。以下、本論では便宜上、Registered Nurseのことを「看護師」と称することにする。看護師の養成期間はコミュニティカレッジにおける3年間のコースから、4年制大学における4年間のコースまでさまざまであり、現在は後者が主流となっている⁴⁾。

(3) Non-Physician Clinician

アメリカの医療専門職にはNon-Physician Clinicianと呼ばれる、医師と看護師の中間的なポジションを担う専門職が存在する。そのうちPAとNPについて歴史的背景と現状について述べる。

① 歴史的な要請

PA/NPが求められた要因は、その誕生から現在に至るまで、時代ごとに異なっている。しかし、根底に存在するのは「僻地や郊外を中心としたプライマリケア医の不足」および「連邦政府の医療費削減政策」という問題であった。以下、この2点を軸としてPA/NPがたどってきた歴史とその背景を振り返りたい。

i) 1945-1964年

第二次世界大戦後、連邦政府は医学研究を強力にバックアップすることで、国民に広くレベルの高い医療を提供する政策をとった。専門的な研究の進展は医師たちの専門化を促し、専門的な医療を実践できる都市部の大規模な病院への医師の集中をもたらした。それゆえ、僻地や郊外でプライマリケアを担う医師が不足するという現象が起きたのである⁵⁾。

この問題を解決するために、非医師である者を訓練し、新しい医療専門職を養成することで、プライマリケア医不足を補う手段が試みられた。

それがPA/NP養成の端緒である。奇しくも同じ1965年に、PAはデューク大学においてベトナム戦争からの帰還兵4名を訓練することから、NPはコロラド大学にNP講座が設けられたことからスタートしている。

プライマリケア医不足および医師の地域偏重という課題は、1968年のヘルス・マンパワー法制定の際にも確認されており、PA/NPの養成、拡大を後押しした[広井, 1992, p.168]。

ii) 1965-1982年

その後、連邦政府の医療政策は医療保険制度を整備することで国民に医療への公平なアクセスをもたらす方向へと進んだ。1965年には初の公的医療保険であるメディケアおよびメディケイドが創設された。これにより医療へのアクセスは改善されたものの、医療需要の拡大により国民医療費が急増したことが問題視され始めた。1971年に出された「新国民医療戦略」で医療費抑制への方向転換が打ち出され、1976年の医療専門職教育援助法では医師養成の拡大路線の見直しが行われた[広井, 1992, p.55, p.168-169]。

一方で、PA/NPはこの間に着々と地歩を固めている。PAは1973年に初の国家試験が実施され、1974年には職業団体であるAmerican Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS(AAPA)が創設された。医療技術が高度化しつつあったこの時代には、医師の助手としての役割もPAに期待されるようになった。NPも1971年にAmerican Academy of Nurse Practitioner(AANP)が創設された。医師と比べると養成期間が短いPA/NPは、養成・教育にかかる政府からの助成金も医師より少ないという意味で、国民医療費の抑制という政策に沿うものであった。また、後に多くの州でPA/NPの医療行為が保険償還することも可能になるが、医師の医療行為よりも少ない額であることが多かったのも、彼らが歓迎される要因のひとつであった。

1980年、医師卒業後教育に関する国家諮問委員会(Graduate Medical Education National Advisory Committee: GMENAC)は、医師が過剰状態にあることを内容とする報告書を政府に提出した。この報告書においてGMENACは「医学部の定員を削減すること」「外国出身の医師の流入を制限すること」「PA/NPに独立性を与えて活用すること」などを提案している[広井, 1992, pp.169-170]。

iii) 1983-2002年

国民医療費の増大の原因を医療保険の出来高払い方式による過剰供給に求めたレーガン政権は、1983年にメディケアPart. Aに包括支払い方式を導入した。以後、民間医療保険においても包括支払い方式を採用する保険が増えたこともあり、医療保険支払者が医療提供の管理を強化した、いわゆる「マネジドケア」が普及してゆく。

マネジドケアの広がり、PA/NPにふたつの面で影響を与え、その拡大を促した。

ひとつは、マネジドケアの普及によりプライマリケア医の需要が再び増加したことである。マネジドケアは、ゲートキーパー的な役割としてプライマリケア医を配置することで、高額な医療費のかかる専門医への受診を制限する性質をもっていた。この時期においても医師の専門医志向は変わることがなく、プライマリケア医の供給は不足した状態であったため、主としてNPは独立して診療所を開設することで、PAはプライマリケア医の助手としての役割を担うことで、それぞれプライマリケア医不足の改善に貢献した。

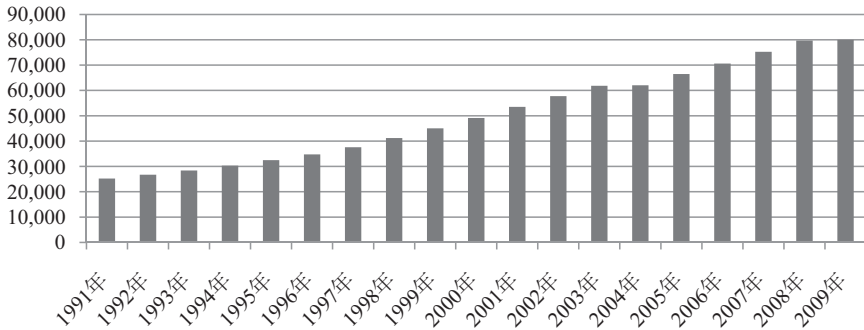
ふたつめは、包括支払い方式の採用により、病院が人件費を中心としたコストの削減に取り組まざるを得なくなったことである。アメリカでは多くの場合、医師は独立した存在であり、病院と雇用契約を結ぶわけではない。支払いも病院に支払われる分(Hospital Fee)とは別に、直接医師へ払われる(Doctor's Fee)。それゆえに、

病院と医師が雇用関係にない場合、医師をPA/NPに置き換えることでもたらされる直接的な病院の人件費の削減効果は薄い。しかし後述のように、この時期に病院で講じられたさまざまな合理化策は、PA/NPの雇用拡大に適合したものであったと考えることができる。

1986年にはOffice of Technology Assessment (OTA)から「NP/PA/Nurse Midwife: 政策分析」という報告書が連邦政府に提出された。この報告書では、NP/PA/NMのケアの質は医師に劣るものではなく、僻地での医師不足の解消に役立ち、養成費用の面でも国民医療費の抑制に役立つ旨が述べられている。また、医師と直接に雇用契約を結ぶパターンの多いHMOにおいては、医師の代わりにNP/PA/NMを雇用することで人件費を削減できる可能性があるとも示唆している。この報告書は、公的医療保険におけるPA/NPに対する償還要件の緩和に大きな影響を与え、PA/NPを雇用することに対する病院側のインセンティブを増大させたという意味で、果たした役割は大きい⁶⁾。

iv) 2003年-現在

病院に勤務するPA/NPの職務は、レジデントのそれと重なる部分が多い。そのレジデントの労働条件に対して規制が設けられたことは、PA/NPの働き方にも影響をもたらした。一般的に長時間労働を強いられることの多かったレジデントの健康問題を憂慮した Accreditation Council of Graduate Medical Examinationは、レジデントの労働時間を週80時間以内とするなどの制限を定めた。この規制により、レジデントの労働力に頼る側面が特に大きかったTeaching Hospitalでは人手不足が生じ、それを補う人員としてPA/NPが採用されるようになった。それまでプライマリケアに従事することが中心だったPA/NPが、以後急性期医療においても存在感を高めてゆくことになる。



出所：American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS *National Physician Assistant Census Report*各年版より筆者作成。

図1 PA資格保持者の推移

② 現在のPA/NPとその働き方

i) PA

2009年にAAPAが行った調査によれば、全米で79,980人がPAの資格を有している。この統計調査が始まった1991年の調査ではPAの資格保持者は25,191人にすぎず、18年間で3倍以上と急速な成長があったことがわかる(図1参照)。これら資格保持者のうち、おおよそ85-90%程度のPAが実際に就業している⁷⁾。

PAの就業先は病院が38%と最も多い割合を占め、医師グループが35%、個人の医師が9%、コミュニティヘルスセンターが8%となっている。また、もともとPAはベトナム戦争から帰還した衛生兵にルーツをもっていることもあり、現在も4.1%が軍関係の施設で雇用されている。従事している診療科をみると、プライマリケアが最も多く(24.8%)、救急医療(10.3%)、外科・整形外科(9.7%)などが上位を占めている。

PA資格を取得するには、約2年間の認定されたPAプログラムを修了した後に、全米統一試験に合格する必要がある。資格取得後はレジデント制度のような研修期間を経ずに、臨床現場で働くことが可能である[遠藤2009, p.723]。PAプログラム入学者のうち79%がもともと何らかの形で医療の仕事に携わった経験を有していた⁸⁾。

賃金に関しては、2009年の年収平均は84,830ドル、時給の中央値は40.58ドルである。

ii) NP

Advanced Practical Registered Nurseと呼ばれる上級看護師資格にはNPのほかにClinical Nurse Specialist(CNS)、Certified Registered Nurse Anesthetist(CRNA：認定麻酔登録看護師)、Certified Nurse-Midwife(CNM：認定助産看護師)の3種類がある。これらを取得するには看護師としての実務経験の後、大学院の修士課程を修了し、全米認定機構による認定を受けることで、それぞれの資格を取得することができる。*The Registered Nurse Population 2008*によれば、看護師全体の約8.2%にあたる250,527人が何らかの上級看護師資格を取得している。NPは資格取得者の割合が最も多く、158,348人が取得していると推定されている。2004年の同調査と比べても4.2%増加している。

PAの教育が専門分野を定めずに、ゼネラリストの養成として行われるのとは対照的に、NPは養成プログラムの入学時に専門分野を定め、資格認定試験もそれぞれの分野のNP団体が行う。NPの養成プログラムは期間も内容もまちまちであったが、2007年からはすべての専門団体で修士号レベルが求められるようになった⁹⁾。また、

表1 NPの専門分野

Acute Care	6.5%
Adult	22.5%
Family	61.7%
Gerontological	2.6%
Neonatal	0.2%
Oncology	1.0%
Pediatric	1.8%
Psychiatric/Mental Health	1.4%
Women's Health	2.1%

出所：2009 AANP Membership Survey より
筆者作成.

PAの養成プログラムはすべてフルタイムで行われるのに対し、NPのプログラムはフルタイムのコースとパートタイムのコースがあり、看護師として勤務しながらNP資格取得を目指すケースも多い¹⁰⁾。NPの専門分野は表1のとおりである。

NPには開業権があることがPAとの大きな相違点であり、3.6%が自営である。雇用されている場合には個人の医師が経営するクリニックが最も多く26.3%、病院の入院部門が9.5%、病院の外来部門が9.4%などとなっている¹¹⁾。

NP全体の収入は時給換算すると平均で45.06ドル、中央値が44.00ドルである¹²⁾。

III 病院組織における医療専門職

1 医療専門職種間の役割分担

それでは病院における急性期医療の現場で、

表2 PAの就業場所

Hospital	38%
Group Physician Practice	35%
Solo Physician Practice	9%
Rural/Community Health Center	8%
Other	10%

Inpatient	33.7%
Emergency Room	29.5%
Intensive Care Unit/Critical Care	22.2%
Operation Room	21.4%
Outpatient	21.0%
Other	7.3%

出所：American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS 2009 *National Physician AssistanCensus Report*
より筆者作成。(具体的な勤務ユニットに関しては複数回答)

実際にPA/NPはどのような職務を担っているのだろうか。いくつかのケーススタディを中心に、医師や看護師との役割分担がどのようになされているのかを確認したい。

病院で雇用されているPAは38%、NPは30.1%であり¹³⁾、ユニット別の内訳はそれぞれの表2、3のとおりである。各ユニットでPA/NPおよび、医師・看護師はどのように役割分担がなされているのだろうか。

表3 NPの就業場所

Hospital Outpatient Clinic	12.1%
In-Patient Hospital Other	5.9%
In-Patient Hospital Critical Care	3.9%
Veterans Administration	3.6%
Emergency Room	2.4%
In-Patient Hospitalist Team	2.2%
Private MD/DO Practice	27.9%
Community Health Center	5.8%
Private NP Practice	3.9%
Rural Health Center	3.2%
Extended Care/Long Term Care Facility	3.0%
College Health Service	2.9%
Other Freestanding Primary Care	2.2%
Retail Based Clinic	2.0%
Other	4.5%

出所：2009-10 AANP National NP Sample Surveyより
筆者作成.

(1) Operation Room(手術室)の場合

手術室に関してはNPがかかわることが少ないため、PAのケースを中心に述べる。

遠藤ら2009は、スタンフォード大学移植外科部門における、外科医、フェローおよびレジデント、PAの分業体制について詳述している。それぞれの役割分担についてまとめたものが表4である。この調査では、フェローおよびレジデントとPAがほぼ同じ役割を担っていることが明らか

になっている[遠藤ら2009, pp.25-26]。

高山2009はコロンビア大学メディカルセンターの心臓外科における役割分担について考察している。ここでは外科医が6名、フェローと呼ばれる研修医が5名、PAが30名という体制がとられている。30名のPAのうち、5名は手術室が中心、6名がICU専属、7名が一般病棟専属、4名が外科医専属という配置である。術前における外来検査、手術室、術後におけるICUと一般病棟という

表4 スタンフォード大学移植外科部門における分業体制

	外科医	フェロー/レジデント/PA	その他
術前	術前サマリの確認 手術方針の決定	術前検査のオーダー 術前サマリの作成 手術説明, 同意書作成・署名	
術中	執刀 手術サマリ作成	執刀までの準備 第一助手・第二助手	器械出し(Surgical Technician) 外回り業務(看護師)
術後	患者・家族への説明 報告の確認 回診 病状経過報告 退院サマリの確認	術後ICU管理 病棟での管理, オーダー 外科医以外への相談 カルテ記入 退院サマリの作成	

出所：遠藤ら2009, p.726より筆者作成。

表5 コロンビア大学メディカルセンターの心臓外科における役割分担

診療	場所	外科医	フェロー	PA
術前	外来	診察 治療方針の決定 患者へのインフォームドコンセント	まれに見学	予診 必要な検査の確認, 追加 同意書の作成
術中	手術室	人工心肺中の術操作	開閉胸 カニューレション 術者または第一助手	体位, 消毒, ドレーピング 開閉胸の手伝い(執刀) 大伏在静脈の採取 第一または第二助手 搬送
術後	ICU	おおまかな治療方針の確認 カルテ記載	1-2/日の回診 カルテ記載	評価と加療 集中治療医への報告 簡単な手技
	一般病棟	おおまかな治療方針の確認	なし	評価と加療 循環器内科医への報告 外科医への報告 簡単な手技 退院サマリー

出所：高山2009, p.53より引用。

3つの区分における外科医・フェロー・PAのそれぞれの役割分担に関しては表5のとおりである[高山2009, p.53]。

また、外来部門において日帰り手術の際に術前の諸検査を行う施設であるハーバード大学医学部教育病院の術前評価センターにおいて、役割分担とチーム医療体制を考察したのが細田2009である。これによれば、リーダーを麻酔科医が務めながらも、CRNA、NP、レジデント、看護師がひとつのチームを作って業務に当たっている。この医療チームでは、医師資格を有するのは麻酔科医とレジデントであるが、必ずしもそれを基準にヒエラルキーが構成されるわけではない。キャリアのあるCRNAやNPも大きな責任を担っており、医療チームはフラットな組織となっている[細田2009, pp.225-226]。

(2) Trauma Center(外傷治療センター)の場合

外傷治療センターは2003年のレジデントの労働規制による影響を最も大きく受け、これによってPA/NPの増員が進んだユニットのひとつである[Nyberg et.al 2010, p.35]。2003年以降、外傷治療センターで働くPAの数は倍増した[Nyberg et.al 2010, p.37]。Nybergらの調査によれば、外傷治療センターに勤務するPA/NPが携わっている職務は外科における一般的な治療や蘇生が最も多く、そのほか胸腔チューブや中心静脈カテーテルや動脈ラインの挿入といった侵襲的手技、および頭蓋内圧のモニターなどが多い。同論文でも、外傷治療センターにおけるPA/NPの職務は、レジデントの職務とほぼ同じであると結論づけている。また、Sherwoodらの調査によれば、外傷治療センターにおけるPA/NPは蘇生法の指揮をとることのほかに、入院手続きを行う部門や病棟、ICUといったユニットにおいて、外科医と連動して治療に当たっていた[Sherwood et.al 2009, p.34]。

これらのケースを鑑みるに、PA/NPは技術的な面でも、チーム医療におけるコミュニケーションの要としても独自のポジションを築き、医師と看護師の隙間にできる職務を担うことで、現代の急性期医療の現場を円滑に運営するキーマンとしての役割を果たしていることがわかる。それでは、アメリカの病院のどのような組織的要因がこのようなPA/NPの働き方を形作ったのであろうか。

2 アメリカの病院組織が役割分担に与えた影響

筆者が考える医療専門職の役割分担に大きな影響を与えた組織的要因は、医療組織の細分化、医療費抑制政策が病院組織にもたらした合理化、オープンシステムの3点である。

(1) 医療組織の細分化

アメリカで一般的に病院といった場合、Community Hospitalのことを指す。病院は1970年代以降、徐々に外来部門の役割を拡大させているが¹⁴⁾、入院の場合は急性期の患者を主な対象とする。長期療養が必要な非急性期の患者はNon-Community Hospital¹⁵⁾やナーシングホーム、リハビリ専門施設などに移るなど、医療組織の機能が分化していることがアメリカの特徴である。

病院の入院患者が急性期の期間に限られるということは、入院日数が短いことを意味している。平均在院日数は2007年では5.5日である[American Hospital Association 2008, p.3]。また、手術も日帰りで行われることが珍しくない。このため、病院で求められるのは高度に専門的な医療であることがほとんどである。それゆえ、従来の看護師のみならず専門性の高いNPが求められるようになり、医師やレジデントのみならず高度な技術をもつゼネラリストとしてその職務をサポートするPAが求められるなど、多様な

医療専門職を配した層の厚い医療供給体制を構築する必要があった。また、提供する医療が複雑化するにつれ、診療科を跨いだ治療が必要になるなど、広い領域にわたるマネージャーとしての役割を担う職種が存在が重要になる。この役割を期待されたのが多くの場合、PA/NPであった[Wunderlich, G.S. et.al 1996, p.99]。よって、アメリカの医療組織が細分化され、病院が急性期の患者のみを対象とした高度な医療の提供に特化した組織であるがゆえに、その複雑で変化のスピードが速い治療を支える医療専門職であるPA/NPが求められたと行うことができよう。

(2) 医療費抑制政策が病院組織にもたらした合理化

前章でみたように、国民医療費の抑制が連邦政府の至上命題となり、医療保険に包括支払いシステムが導入されたことなどにより、病院はより少ない支出で経営することを強いられるようになった。このため、1980年代後半以降、さまざまなマネジメント改革が行われた。

病院は主に1980年代に入ってから外来部門を発達させ、入院の場合は在院日数を削減することで合理的な収入を得るべく努めた。しかし、それによって病床稼働率が低下し、多くの病院で収入が減少した。経営状態の悪化した病院は合併のパターンをとることが増え、専門経営者による厳しい予算管理のもとに置かれることが多かった。また、合併や提携が増加したことで合理化策は諸業務の統合やアウトソーシングといった形をとって現れるようにもなった[高山2000, pp.22-23]。この時期に進歩の著しかった情報システムを駆使した治療記録の電算化も急速に進んだ[高山2000, p.24]。

これらの変化はDRG/PPSの導入ともあいまって、すべて治療プロセスの標準化へと導かれた。クリティカルパスを用いることで、緊急の場合

以外は医師の指示を待たずとも、ほかの医療専門職が判断できるようなシステムが作り上げられていった。医師を中心とした医療提供システムに代わって、フラットなチーム組織による標準化されたシステムが築かれ、その中心としての役割を期待されるようになったのがPA/NPであった。ゆえに、標準化に支えられた合理化策もまた、PA/NPの働き方を決める要因となったといえよう。

(3) 医師の働き方とオープンシステム

アメリカの病院は多くの場合、医師と雇用関係を結ばない¹⁶⁾。外部の医師が病院施設を必要とするときにだけ使用する、オープンシステムと呼ばれる方式を採用している¹⁷⁾。医師は病院から独立しており、報酬も病院とは別に請求するシステムとなっている。古くから病院は公的な存在であり、公共に奉仕する義務があると考えられていたため、特定の医師にその使用を限定することは私的利益供与とみなされ、一般的に禁じられている。病院には「医療スタッフ定款」が定められており、外部の医師もそれに従うことが求められる。医師は自営のクリニックやドクターズオフィスで患者を診察し、手術などの高度な施術が必要となった場合にのみ、自らの患者を病院へ行かせ、そこで病院の施設を使用して治療にあたる。医師が病院を使用する際に使用料を支払う必要もない[溜瀧2007, pp.46-54]。

オープンシステムをとっているがゆえに、医師は病院に常駐した存在ではない。それゆえ、医師が不在の時間も長く、ほかの医療専門職は医師の指示によらずに自立して判断する必要があった。そのため、クリティカルパスを用いたStandard Orderの構築が発達した側面は大きいであろう [岩田2009, p.299]。

しかしながら、Standard Orderが存在するとはいえ、医師不在時に数々の医療専門職を現場で

まとめ、患者に術後のケアなどを行う存在は欠かすことができない。従来、その役割を担っていたのはレジデントであったが、前述のように2003年にレジデントの労働時間規制がもうけられたことから人手不足が生じ、レジデントと同等の専門知識・技術を有していると判断されたPA/NPがそのポジションに就くことになった。当初こそPA/NPの知識・技術を疑問視する声もあったが、数年で病院を離れることが多いレジデントよりも、長期にわたって雇用されることの多いPA/NPに知識・技術を伝えてゆく方が安全性も高く、効率も良いととらえられるようになった[エクランド源2010, p.196]。教育病院においては、PA/NPを導入することで、医師がレジデントの教育に十分な時間をかけることができるようになったというメリットもあった[緒方2009, p.229]。このように信頼度を増したPA/NPは、医師不在時にも常に患者のそばにいて治療の継続性を保ち、またその病院における治療の質を長きにわたって守ってゆく存在として、病院に定着していったのである。ゆえに、病院が医師の常駐しないオープンシステムであったからこそ、PA/NPが必要とされたと言える。

IV むすびにかえて

本論ではPA/NPという医療専門職が生み出された過程と現状、およびその制度が生かされているアメリカの病院に特有の組織的背景を示した。病院の目的が急性期医療の提供に限定され、治療プロセスの標準化をもとにした合理化が進み、オープンシステムをとっているという組織的な条件があったからこそ、医師、看護師、Non-Physician Clinicianの協業システムが形作られ、それぞれの働き方が定められていった。ひとつの医療専門職が単独で生まれ、活きるのではなく、それを支えるための組織的要因や他職

種との関係によって現在の姿があるのである。

日本でも医師、看護師とその他の医療専門職との役割分担の見直しが議論されている。しかし、今後もし日本がNon-Physician Clinicianを増員し、現場で活かす方向をとるのであれば、日本の医療組織の特色や他職種との関係をよく検討した上で、あるべき日本の協業システムの姿を探るべきであろう。アメリカのNon-Physician Clinicianが時代の変遷を経てその役割を変化させていったように、日本の場合も現在の医療現場が求めるNon-Physician Clinicianの姿とは何なのかを吟味する必要があるし、将来はまた別の姿が求められる可能性もある。医療組織とのかかわりを考慮することなしには、医師や看護師など既存の専門職との協業システムを構築し、機能させることは不可能であるし、向上心をもってNon-Physician Clinicianを目指し、多額の費用と努力を費やして教育を受け、資格を得た彼らの能力を活かすことは難しいであろう。医療従事者不足を解消することは、今や喫緊の課題である。十分な能力を持ちながら、組織的要因との齟齬によってそれを活かすできなかった医療専門職たちを失望させることは、さらなる人手不足を生み出すことにつながる可能性もある。そのため、病院組織と役割分担の問題は、今後の医療を支える医療従事者の需給に大きな影響を与える重要な論点であるということを指摘したい。

注

- 1) 青島ら [2003] p.65では「一般に協業システムのアーキテクチャは製品や生産システムのアーキテクチャと同型化する傾向にある」と述べられている。
- 2) U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 2010, pp.2-3参照。
- 3) U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration 2010参照。アメリカの場合、看護師資格は2-3年ごとに更新制

度があるため、就業率は比較的高く出る傾向にある。更新制度のない日本の場合、現在約80万人の看護師が就業しているのに対し、55万-60万人の潜在看護師がいると言われている。

- 4) Registered NurseのほかにもLPN/LVNやNurse Assistantなど、より短期間で養成される看護職がある。詳細は早川2009を参照のこと。
- 5) 菅原2001, p.207参照。菅原はここで、医療の専門化の背景には第2次世界大戦後の好景気により豊かな層が増えたこと、およびモータリゼーションの発達により、高度な専門医療を受診できる人たちが増えたという事情があると述べている。
- 6) 直後の1989年に制定された総合予算調整法は、メディケアにおいて、NPに医師の85%の償還額を条件付きながら認めた。メディケア以外でも、1999年には全州で償還が認められるようになっている。菅原2001, p.209参照。
- 7) AAPA Census各年版参照。
(<http://www.aapa.org/about-pas/data-and-statistics/aapa-census>)
- 8) AAPA 2008 p.3参照。
- 9) Roderick et.al 2010, p.175
- 10) Roderick et.al 2010, p.177
- 11) 2009 AANP Membership Survey, p.1-2
- 12) 2009-10 AANP National NP Sample Survey: Income & Benefits, p.1
- 13) NPに関しては2009-10 AANP National NP Sample Surveyの勤務場所調査から、病院で急性期ケアに携わっていると考えられる項目をカウントした数値である。
- 14) American Hospital Association 1980-88各年版を参照。
- 15) American Hospital Associationの定義によれば、Non-Community Hospitalとは、精神病や伝染病のための長期療養型国立病院のことを指す。1970年代以降、その数は減少し続けている。
- 16) 救急診療科など、診療科によっては雇用された医師が常駐することが多い場合もある。また、マネジドケアが普及して以後、病院に雇用される医師も増える傾向にある。HMOなど、大規模なHealthcare Systemは医師を雇用して「囲い込む」ことも多い。
- 17) 菅原2001は、このオープンシステムが医師の大都市集中を促進した原因のひとつであると述べている。患者を送り込むことができ、優秀なレジデントもそろっている病院はもっぱら大都市に集中しているため、医師のクリニックやドクターズオフィスもその近辺に構えた方が利便性が高いからである。

参考・引用文献

- 青島矢一, 武石彰 2003「アーキテクチャという考え方」藤本隆宏ら編『ビジネス・アーキテクチャ』, 有斐閣
- 岩田恵里子 2009「米国麻酔看護師 (Certified Registered Nurse Anesthetist: CRNA) の歴史と社会的貢献にみる日本の看護業務拡大とチーム医療実現に関する可能性の考察」『日本外科学会雑誌』第110巻第5号, 社団法人日本外科学会
- エクランド源稚子 2010「急性期ナースプラクティショナーの歴史的背景」『日本外科学会雑誌』第111巻第3号, 社団法人日本外科学会
- 遠藤玲奈, 高木安雄, 池上直己 2009「米国におけるPhysician Assistantの役割と日本における外科医療の分業化」『病院』第68巻第9号, 医学書院
- 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) の役割および日本でのNP導入に当たっての考察」『日本外科学会雑誌』第109巻第5号, 社団法人日本外科学会
- 緒方さやか 2009「米国急性期医療におけるNP, PAと医療の質とコストパフォーマンス」『日本外科学会雑誌』第110巻第4号, 社団法人日本外科学会
- 菅原真優美 2001「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」『新潟青陵大学紀要』第1号, 新潟青陵大学
- 高山一夫 2000「アメリカの医療産業複合体と病院」『経済論叢別冊 調査と研究』第19号, 京都大学
- 高山博夫 2009「Physician Assistant, Nurse Practitionerの心臓外科における役割-コロンビア大学メディカルセンターの現状-」『日本外科学会雑誌』第110巻第1号, 社団法人日本外科学会
- 溜箭将之 2007「アメリカの医療法人-病院・医師・公益性」『立教法学』第74号, 立教大学
- 早川佐知子 2009「アメリカ合衆国におけるLPN養成制度-オレゴン州の場合を中心に」『経営学研究論集』第30号, 明治大学大学院
- 広井良典 1992『アメリカの医療政策と日本』勁草書房
- 細田満和子 2009「社会学から見たチーム医療: 日米の病院フィールドワークからの一考察」『日本外科学会雑誌』第110巻第4号, 社団法人日本外科学会
- American Academy of Nurse Practitioners 2009. 2009 AANP Membership Survey.
(<http://www.aanp.org/NR/rdonlyres/D9FA91FB-8DC8-4B28-AC67-E3DA3495A2D9/0/09MemSurveyWebReport.pdf>, 2010年12月24日アクセス)
- American Academy of PHYSICIAN ASSISTANTS 2009. National Physician Assistant Census Report.

- (http://www.aapa.org/images/stories/Data_2009/National_Final_with_Graphics.pdf, 2010年12月24日アクセス)
- Cipher, D.J. 2006. Are order patients satisfied with physician assistants and nurse practitioner?, *JAAPA*, No.10, Vol.1, AAPA, VA.
- Dehn, R.W., Hooker, R.S. 1999. Clinical activities of Iowa family practice PAs, *JAAPA*, No.12, Vol.4, AAPA, VA.
- Hooker, R.S., Berlin, L.E. 2002. Trends in the Supply of Physician Assistants and Nurse Practitioners in the United States, *Health Affair*, No.5, Vol.21, Project Hope, MD.
- Nyberg, S.M., Keuter, K.R., Berg, G.M., Helton, A.M., Johnston, A.D. 2010. Acceptance of physician assistants and nurse practitioners in trauma centers, *JAAPA*, No.23, Vol.1, AAPA, VA.
- Pedersen, D.M., Chappell, B., Elison, G., Bunnell, R. 2008. The productivity of Pas, APRNs, and physicians in Utah, *JAAPA*, No.21, Vol.1, AAPA, VA.
- Riportella-Muller, R., Libby, D., Kindig, D. 2010. The Substitution of Physician Assistants and Nurse Practitioners for Physician Residents in Teaching Hospitals, *Health Affair*, 14, No.2, Project Hope, MD.
- Sherwood, K.L., White, T.W., Boerum, D.H. 2009. A role in trauma care for advanced practice clinicians, *JAAPA*, No.22, Vol.6, AAPA, VA.
- U.S. Government Accountability Office 2008. Primary Care Professionals: Recent Supply Trends, Projections, and Valuation of Services, *Testimony Before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions*, U.S. Senate, U.S. Government Accountability Office, DC.
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources and Services Administration 2010. *Initial Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses* (<http://bhpr.hrsa.gov/healthworkforce/rnsurvey/initialfindings2008.pdf>, 2010年7月26日アクセス)
- U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics 2010. *Occupational Handbook 2010-2011 Edition* (<http://www.bls.gov/oco/pdf/ocos074.pdf>, 2010年12月19日アクセス)
- Wunderlich, G.S., Sloan, F. A., Davis, C.K. Editors 1996. *Nursing Staff in Hospitals and Nursing Homes: Is It Adequate?*, NATIONAL ACADEMY PRESS, DC.
- Duke University Physician Assistant History Center HP (<http://pahx.org/timeline.html>, 2010年12月19日アクセス)
- (はやかわ・さちこ 明治大学大学院
経営学研究科博士後期課程)