

カナダの現状：看護師の教育・登録・業務範囲を中心に¹⁾

泉田 信行

■ 要約

本稿は、カナダの医療制度における、看護師の役割の変化という視点から医師と看護師の役割分担について検討する。

カナダの医療制度の歴史的な経緯を確認した後に、看護師資格の現状、登録制度、看護師の職種別の就業動向、NPの現状について概観する。カナダにおいては州法に基づいて専門職の自己規制を基本とした規制を受ける。NPは州法に基づく看護師の分類に含まれる。他方、RNと同じ業務範囲で自律性の高いCNSは法に基づくものではない。

NPとCNSの人員数はRN全体の2%に満たず、またRNの教育が大学化したことにより、NPとCNSが現状では果たしている役割は相対的に小さい可能性が示唆された。それゆえ、NPがプライマリケアの分野で役割を拡大しつつあるものの、全体としては看護師が医師の業務範囲をカバーする形で役割分担が変化するという段階ではないと考えられた。

■ キーワード

看護教育の大学化、RN、NP、CNS

1. はじめに

本稿ではカナダにおける医師と看護師の役割分担について、特に看護師の資格制度の面の現状について明らかにし、日本への含意を得ようとするものである。

カナダは10の州と3の準州からなる連邦制国家であり、連邦政府と州政府の権限配分が憲法によって規定されている²⁾。医療制度は州政府の管轄となっている。患者は最初にGPに受診し、その後病院に紹介されるなどの基本的な骨格は同一であるが、州ごとの医療制度そのものや運営のあり方の詳細は州ごとに異なるかも知れない。その結果、医療現場において医師と看護師がどのように役割を分担するかが、州ごとの法律上の権限や責任の配分によって変わってくるかも知れない。

知らない。

医療提供体制に対して影響を与えるそのほかの要因も、医師と看護師の役割分担を州ごとに異ならせるかも知れない。例えば、図1はカナダの州別の人口密度を示したものであるが、ユーコン準州やノースウエスト準州の1km²あたり0.0人からプリンスエドワードアイランド州の23.9人までの差がある³⁾。また、図から州ごとの面積が異なることも明らかであろう。

このような地理的な違いにも関わらず、医療サービスに対する患者の物理的なアクセスを確保しようとする場合には、医師と看護師の役割分担は変わらざるを得ないかも知れない。医師も看護師も無限に供給されるわけではなく人的資源の制約の下で役割を分担し診療に当たらざるを得ないからである。それゆえ、役割分担



出所：カナダの地図はカナダ政府による“Coastline, Boundaries and Names of Canada”を著者が複製して利用している。各州の人口密度は Statistics Canada, 2006 Census of Population による。

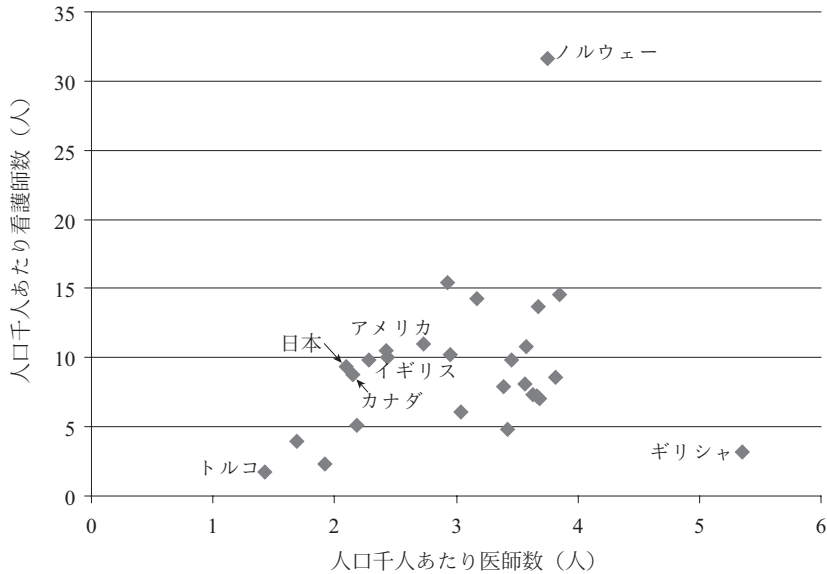
図1 カナダの州と人口密度

に影響を与える州ごとの地理的環境の違いなどの制度外の要因も踏まえて検討していく必要がある。

このようにカナダ一国の中において医師・看護師間の役割分担には潜在的な多様性があると考えられる。他方で、一国全体としての医師や看護師の供給量を見ると、特別な国ではない。図2はOECDヘルスデータにより、2006年の各国別の人口千人あたり医師数・看護師数を比較したものである。

カナダの人口千人あたり医師数・看護師数はそれぞれ、2.15人、8.82人である。日本はそれぞれ2.09人、9.35人である。図を見ると、イギリスやアメリカも類似した水準にあることがわかる。

現在の制度はこうした過去の経緯や制度改革の帰結であるから、少なくとも現在の医師・看護師のマクロ的な供給量は、過去の経緯に影響を受けることになる。また、一国全体の医師・看護師の供給と一国全体の医療費支出との関係は強い関係を持つ。カナダは1980年代から1990年代初めに財政危機を経験し、克服した。その過程において支出抑制が医療分野においても行われた。医療費支出が医療制度の運営に影響を



出所：OECD Health Data 2009より筆者作成。

図2 人口千人あたり医師数・看護師数

与える蓋然性は強く、支出抑制がカナダ各州の医療制度に対して影響を与えたと考えられる。

以下で触れるが、2002年に設置されたRomanow委員会の報告書が現在のカナダの医療制度の基礎となっている。その中でも看護師は医療従事者の中でも最も多数を占めること、例えばカナダでは35%、であることが第1に指摘されている。また、人口あたり看護師数の減少がそれまでの10年間で、registered nurseで約8%、licensed practical nurseで約21%、と顕著であったことが次に指摘されている。このため、看護師の人材供給が医師・看護師間の役割分担に影響を与える可能性が高いと考えられる。そこで、本稿では以下において、カナダの医師と看護師の役割分担を特に看護師の教育・登録・業務範囲やそれを支える教育面から明らかにしていく。さらに言えば、医師が実施できる診療行為の範囲は医療従事者の中でも最も広く、かつ、技術進歩以外で変化しないのが一般的であり、現実の役割分担を考える場合には看護師の役割について考える方が適当であると考えられるためでもある。

本稿での検討に当たっては、上で述べた、連邦制国家であることによる州間での多様性、制度がこれまで経験してきた歴史やマクロ的な経済変動などの検討すべき背景について第2節において述べる。第3節においては看護師教育の概況について説明する。第4節においては看護師の職種とその業務について量的側面も含めて現状を示す。また、看護師の業務拡大についての評価をNPについて中心に述べる。最後の節では結語が与えられる。

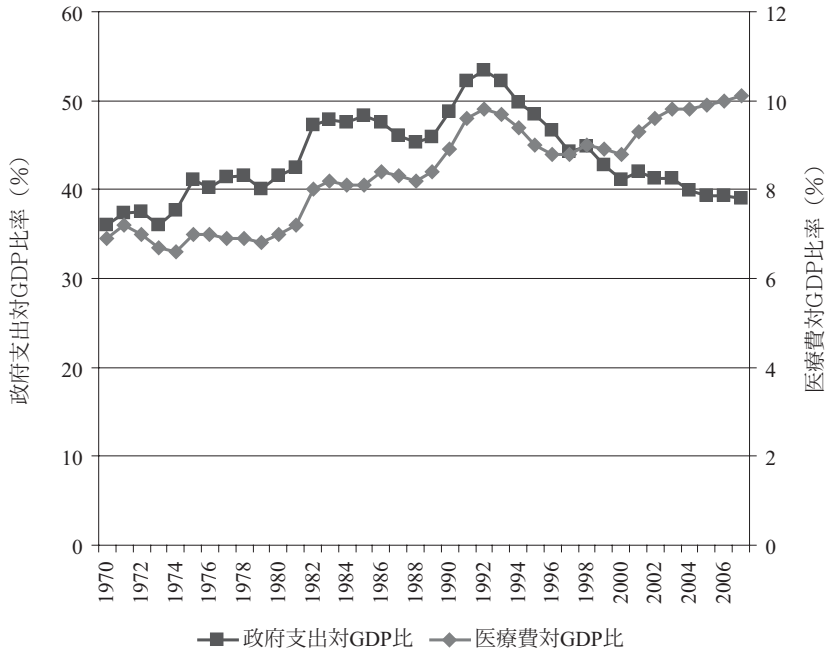
2. カナダにおける政府間関係と医療制度

カナダの憲法である、Constitution Acts, 1867 to 1982では連邦政府の権限と州政府の権限が明文で規定されている⁴⁾。前者は91条に列挙されてお

り、社会保障制度にかかわるものとしては、失業保険と老齢年金が規定されている。後者は92条によって規定されている。同条7項によって、州の権限の中に、病院、保護施設の設立・維持・管理が含まれている。さらに、財産権および私権、地方的・私的事項が州の管轄とされている。開業医に関する事項は労働災害・医薬品販売などとともに財産権および私権に関する事項として、公衆衛生に関する事項は地方的・私的事項として、それぞれ州の管轄の下にある⁵⁾。なお、教育に関する事項が第93条にて州の管轄事項とされていることは本稿の内容との関連で重要である。

カナダの医療制度はMedicareと呼ばれ、1966年にMedical Care Actの施行により現行制度の骨格が構成された。そこでは、医学的に必要な医療を給付するものであり、(1)公的な運営、(2)包括性、(3)普遍性、(4)随伴性、の4原則を満たす医療制度を州が運営する場合には、その費用の半額を連邦政府が補助するものであった。この制度は1972年までにすべての州が実施することになるが、石油危機により連邦から州への補助金の支出方法が変更されるなど、州政府のみならず連邦政府の財政状態に影響を受けることになる。1984年にはカナダ保健法(Canada Health Act)の実施により、(5)アクセス確保、の原則を付加した5原則の条件を満たす州の制度に対して連邦政府が補助を実施することとなった。これにより、患者への自己負担請求や超過請求は行われなくなった⁶⁾。

この後、1992年には政府支出のGDP比率が53.3%に達するなど政府支出規模が大きくなり、それに伴い政府債務残高が急激に増加したことを受けて、財政再建路線が取られることとなった。図3でわかるとおり、1992年以降、政府支出の対GDP比は近年まで一貫して低下傾向にある。医療制度においては、1995年にCanada Health and



出所：OECD Health Data 2009より筆者作成。

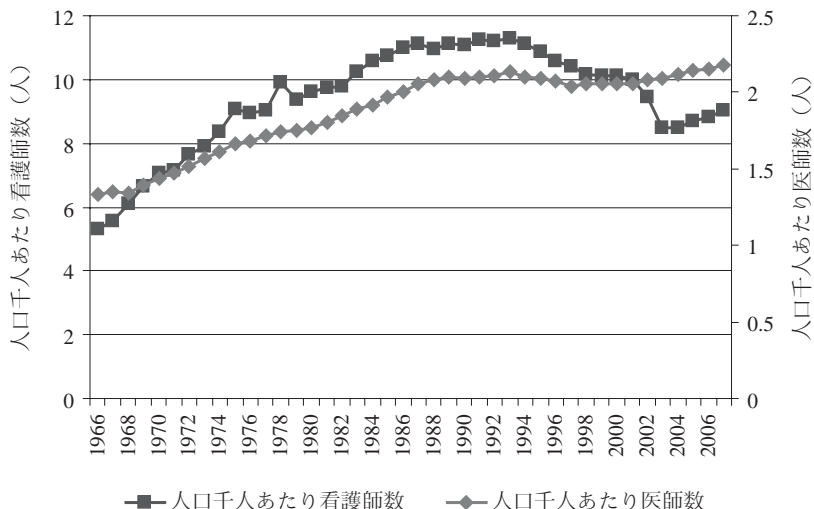
図3 政府支出・医療費の推移 (対GDP比)

Social Transfer(CHST)という制度が導入された。CHSTはそれまで行われていた医療・高等教育に対する補助金に社会福祉に対するものも含めて補助金の使途についての州の裁量権を高める一方、州への財政移転額自体は削減することにより連邦政府の財政移転支出を抑制するものであった。図3を見ると、2000年まで医療費対GDP比も低下し続けたことが明確にわかる。

医療費の抑制は給付の抑制のみならず、サービス提供者の確保にも影響を与える。図4はカナダにおける人口あたり医師数・看護師数の時系列推移を示したものである。1993年に人口千人あたり医師数が2.13、看護師数が11.3となった後に、特に看護師は医療費対GDP比の抑制と軌を一にして長期低落傾向となることがわかる。医師数は1998年に減少傾向に歯止めがかかるが、看護師数は2004年まで減少傾向に歯止めがなかった。

看護師については、全体的な供給不足のみならず看護師の分布の州間不均等も問題となっていた。2001年時点でカナダ全体では人口千人あたり看護師数は7.4人であったが、最も多いニューファンドランド・ラブラドール州で10.20人に対して、最も少ないブリティッシュコロンビア州では6.66人であった⁷⁾。医療制度の管理・運営は州政府の管轄であるが、医療従事者の州間での移動を踏まえれば、従事者確保のためには州政府間の協力が必要になることは明らかであった。

公的な医療制度の給付内容が医療制度やその背後にある政府の財政状況に影響を受けることはカナダに限ったことではなく普遍的な事実であろう。カナダの場合には特に、専門医の診療、手術を受けるまでの待機期間、在宅ケア、介護ケアまで連続する長期ケア、などに課題があるとされていた⁸⁾。また、日本と比較すれば、そもそも公的医療制度における給付範囲が狭いなど



出所：OECD Health Data 2009より筆者作成。

図4 人口あたり医師数・看護師数時系列推移

の課題があった⁹⁾。

転換点は2001年にCommission on the Future of Health Care in Canadaを設置されたことである。Roy Romanowがその委員長に就任したが、この委員会の目的はMedicareのシステムの質と持続可能性を増進するための勧告を行うことにあった。彼の委員会はカナダ人の価値観に基づいたMedicareの精神を基本に改革を進めていくことを11章から構成される報告書により勧告した¹⁰⁾。この報告書と続くMicheal Kirbyによる上院委員会、2003年、2004年の州首相の協定によりHealth Human Resources Strategy(HHRS)が採用された。

HHRSは持続可能な医療サービスへのアクセス確保のために、医療提供者確保に関する4つの戦略的目標：①より多くの従事者の確保、②人材の能力のより有効な活用、③健康的かつ支持的で、学びのある労働環境の創造、④より有効な計画と予測、を掲げた。その達成の中には、業務範囲の拡大(prescribing pharmacists)や新たなケア提供者の役割(nurse practitioner)が検討課題の中に含まれていた。

3. 看護師の養成

上で述べたように、教育は州の管轄事項である。それゆえ、医師と同様に看護師の養成も州の管轄事項となる。カナダにおいては、看護職として大きく分けて、Registered Nurse(以下、RNとする。以下同じ)、Licensed Practical Nurse(LPN)、Registered Psychiatric Nurse(RNP)、Nurse Practitioner(NP)の4つがある。

以下、NPを除く各職種別に入職前に必要な教育を概観しよう。カナダの高等教育機関にはcommunity college, university college, universityなどがある。まず、RNの資格は基本的に大学卒業後に取得することになる。1990年代までに、RN資格の教育はcommunity collegeにおける3年diplomaコースと4年制大学におけるbaccalaureateコースによって行われるようになっていた。現在、各州において看護教育は3年diplomaコースから4年baccalaureateコースに移行する段階にある。Manitoba州は2013年までに移行する。ケベック州はdiplomaコースの教育を続けながら、baccalaureateコー

ス拡張を支援している段階である。ユーコン準州は看護教育を提供していない。その他の州では2010年までに移行が完了している。2009年時点でRNのうち、23.7%が入職前にbaccalaureateを取得している。入職前にmasterの学位を取得しているRNは全体の0.05%である¹¹⁾。これらの教育の修了後にカナダ登録看護師試験(CRNE; Canadian Registered Nurse Examination)に合格し、後述の各州登録機関に登録することによってRNとしての診療が可能となる¹²⁾。

LPNはdiploma、certificateないしはequivalenceのプログラムを修了することが求められる。certificateは個別の科目の修了証明である。LPNとして働くために必要なcertificateを取得することになる。equivalenceは他の州でLPNとして教育されたか他国で教育されたことを当該州のLPN規制当局が証明するものである。LPNのうちdiploma、certificateの資格を入職前に取得している者は全体の97.5%である¹³⁾。LPNとして必要な教育を修了した後に、国家試験を受験し合格することが必要となる。

RPNは精神面の健康とサービス提供について特に焦点を当てたdiplomaないしはbaccalaureate水準の精神科看護教育を受けて登録される看護師である。ただし、RPNの登録はマニトバ州、サスカチュワン州、アルバータ州およびブリティッシュコロンビア州のみに行われている。diplomaコース以上の教育が必要となる。2009年では90.9%が入職前にdiplomaの資格を取得している。8.9%がbaccalaureateの資格を取得している¹⁴⁾。

NPとは追加的な教育と経験を持つ、自律的に診断、検査を依頼し解釈し、薬剤を処方し、法定の診療の範囲内で特定の手技を実施するRNと定義されている¹⁵⁾。2005年時点でNPは66.6%がdiplomaを、32.9%がbaccalaureateを、0.5%がMaster/Doctorateの資格を入職前にそれぞれ取得していた¹⁶⁾。入職以後の教育などを通じてより高い学

位を取得することが可能になる。取得した学位のうち、最高のものがdiplomaであるのは15.2%、baccalaureateであるのは61.9%、Master/Doctorateであるものは22.9%であった。

実際には、各種の看護師として働くためには、州ごとに設置される規制機関への登録が前提となる。各州の州法によって専門職(看護職)に対する規制が行われる。看護職の業務範囲(scope of practice)や規制機関の設置規定は州法の下位規定として定められている。規制機関は看護職の登録や継続教育プログラムの実施に当たる。RNについては表1にまとめられている。同表には州ごとの規制機関もまとめられている。各州の規制機関は各州の看護協会などが州の認可の上で活動を行っている。それゆえ、看護職が専門職としてその活動についての自己規制を行っていることになる。

NPの登録資格はRNのそれにさらに条件が付加されたものであり、やはり州ごとに異なる。例えばアルバータ州では次のとおりである。

- ID確認文書を提出すること
- 性格円満なこと
- 過去5年間に登録したすべての登録機関からよい評価を得ていること
- 雇用主の紹介状があること
- 自己申告書を提出すること
- 業務要件に適合していること
- 看護学の分野で最低でもbaccalaureateの学位を取得していること
- NP教育コースを修了していること
- RNないしはNPとして最低限でも4,500時間働いていること
- 過去5年間でRNないしはNPとして最低でも1,125時間働いており、
 - ・過去2年間でRNないしはNPとして最低でも600時間直接ケアを提供していること、もしくは

表1 州別の看護職規制機関(LPNおよびRPNを除く)

州(準州)	規制機関	根拠法	登録される看護職種
AB	College & Association Of Registered Nurses of Alberta	REGISTERED NURSES PROFESSION ACT	RN, NP(Family/All Ages, Adult, Child)
ON	College of Nurses of Ontario	Nursing Act, 1991および Regulated Health Professions Act, 1991	RN, RN(EC)としてNP-Primary Health Care, NP-Paediatrics, NP-Adult, NP-Anaesthesia
QC	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec	Nurse Act	RN, NP-Cadiology, NP-Neonatology, NP-Nephrology, NP-Primary Health Care
SK	Saskatchewan Registered Nurses' Association	The Registered Nurses Act, 1988	RN, RN(NP) Primary Care, RN(NP) Neonatal
NB	The Nurses Association of New Brunswick	Nurses Act	RN, PHCNP
NL	Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador	Registered Nurses Act 2008, Nurse Practitioner Regulations, 2009	RN, NP-Primary Health Care, NP-specialist
NW/NU	The Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut?	Nunavut Nursing Profession Act, NWT Nursing Profession Act	RN, NP
NS	COLLEGE OF REGISTERED NURSES OF NOVA SCOTIA	Registered Nurses Act, Registered Nurses Regulations	RN, NP - Family / All Ages, NP - Adult, NP - Pediatrics, NP - Neonatal
BC	College of Registered Nurses of British Columbia	Health Professions Act, Nurses (Registered) and Nurse Practitioners Regulation	RN, NP-family, NP-adults, NP-pediatrics
PE	The Association of Registered Nurses of Prince Edward Island	Registered Nurses Act, NURSE PRACTITIONER REGULATIONS	RN, NP
MB	College of Registered Nurses of Manitoba	THE REGISTERED NURSES ACT, REGISTERED NURSES REGULATION, EXTENDED PRACTICE REGULATION	RN, RN(EP)
YT	Yukon Registered Nurses Association	REGISTERED NURSES PROFESSION ACT	RN

- ・6カ月以内にNP教育コースを修了していること

看護師の登録においてカナダの制度が日本のそれと異なる点は一旦登録(registration)しても、一定期間後に登録更新(registration renewal)が求められ、その際に勤務時間や継続教育programの修了が求められる点である。すなわちcompetencyに対する要求は強く、それに対応して継続教育programも行われている。例えば、アルバータ州のRNの登録更新条件は

- A.臨床にかかわる条件として、
 - ①1,125時間の臨床業務従事、
 - ②看護基礎教育programの修了、
 - ③後期看護学位の修了、
 - ④nursing refresher programの修了、

のいずれかひとつを満たし、

- B.精神状態や評判が良好であり、

- C.業務への適合性、

をそれぞれ満たさなければならないとされている。B.の条件は犯歴がないことが含まれる。この登録更新の条件も州によって異なる。

4. 看護師の働き方と役割

4-1. 看護師の就業場所・地域

2009年の看護師の種類別就労者数を見ると、RN：266,341人(76.4%)、LPN：76,944人(22.1%)、RPN：5,214人(1.5%)、NP：1,990人(RNの内数)となっており、RNが多数を占めている¹⁷⁾。

州別に職種別の看護師数を観察したのが表2である。NPとRPNの人数は合計の計算から除外している。上段の州別・職種別人数から各州の職種別構成比率を算出したのが表の下段である。カナダ全体ではRNが76.4%を占めるが、州ごとにその比率は異なることがわかる。ノースウェスト準州・ヌナブト準州では92%と最も高いが、

表2 州別の就業看護師数(2009年)

実数	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC	YT	NW/NU	Canada
RN	5,825	1,406	8,929	7,866	66,055	94,296	11,153	9,117	29,405	30,900	367	1,022	266,341
LPN	2,521	665	3,357	2,729	19,184	28,804	2,651	2,629	6,669	7,577	64	94	76,944
合計	8,346	2,071	12,286	10,595	85,239	123,100	13,804	11,746	36,074	38,477	431	1,116	343,285
RPN	-	-	-	-	-	-	949	866	1,202	2,197	-	-	5,214
NP	94	*	85	55	38	1,124	6†	111	251	119	-	46	1,990
構成比率	NL	PE	NS	NB	QC	ON	MB	SK	AB	BC	YT	NW/NU	Canada
RN	69.79	67.89	72.68	74.24	77.49	76.60	80.80	77.62	81.51	80.31	85.15	91.58	77.59
LPN	30.21	32.11	27.32	25.76	22.51	23.40	19.20	22.38	18.49	19.69	14.85	8.42	22.41

出所：CIHI (2010), 表2, 19, 25, 39から筆者作成。

表3 職種別就業場所別看護師数構成比(%:2009年)

	病院	コミュニティ ヘルスセンター	Nursing Home /LTC	その他
RN (州)	62.7	14.1	9.9	13.3
RN (準州)	40	39.8	2.8	17.4
LPN (州)	45.6	7.8	39.1	7.4

出所: CIHI (2010), 図19, 36から筆者作成.

表4 職種別就業地域別看護師数構成比(%:2009年)

	Urban	rural	remote	Territories
RN	89.3	4.4	6.1	0.2
LPN	82.1	8.1	9.7	0.1
RPN	83.2	9.9	6.8	0.1
NP	78.8	9.5	10.6	1.1

出所: CIHI (2010), 図17, 21, 34, 48から筆者作成.

ニューファンドランド・ラブラドール州では70%程度となる。

表3にて、職種別・就業場所別に見ると、病院勤務であるのは、州で勤務するRN、RN(州)の約63%、RN(準州)の約40%、LPN(州)の約46%、とそれぞれの職種で最も高い構成比率となる。他方、準州で勤務するRN(準州)はコミュニティヘルスセンターにやはり4割近く勤務している。LPN(州)は4割近くがNursing Homeないしは長期療養施設に勤務している。なお、LPNとRNの職務上の関係も州によって異なる。医師やRNの指示・指導の下に看護を行う、とする州もあれば、それよりもやや独立的な関係性を規定する州もある。この点は紙幅の都合により割愛する。

勤務地域を州・準州ではなく、より狭い地域で見たのが表4である。ここで、Urbanとはセンサス調査における大都市部、人口集中地域を指す。RuralはUrbanではない地域を指す。RemoteはRural地域のうち、Urban地域などとの社会経済的な関係性が稀少である地域を指す。Territoriesはここでは準州という意味ではなく、北部準州のうちイエローナイフとホワイトホースの外側

の地域を指している。

表4を見ると、RN、LPN、RPNについてはUrban地域での就業者が80%を超え、Territories地域では0.1%~0.2%であるのに対し、NPについてはUrban地域での就業者の比率は80%をやや下回る一方、ruralとremote地域を合わせると約20%程度、Territories地域では約1%と非都市部での就業が行われている傾向が伺われる。

4-2. NPの活動

NPは果たす機能の面から大別すると2種類に分けられる¹⁸⁾。ひとつはPrimary Health Care Nurse Practitionerであり、コミュニティ・ヘルス・センターやプライマリ診療、長期ケアなどの場において典型的に働くNP-Familyなどである。彼らの主たる目的は健康増進、予防ケア、急性の軽疾患やケガの治療、安定している慢性疾患の管理である。もうひとつがAcute Care Nurse Practitionerである。彼らはspecialist NPとも呼ばれる。急性で致命的ないしは慢性的な疾患に罹患した成人・小児患者に対して連続的な急性期ケアの中でより高度な看護ケアを提供する。

NPの種類は州別に異なるが、それらは既述の表1の右端にまとめられている。オンタリオ州やマニトバ州では、それぞれRN(Extended care)やRN (Extended practice)とも呼ばれる。なお、ユーク

オン州ではNPに関して登録制度は行われていない。

NPの可能な業務範囲については、表5に州別にまとめられている。ケベック州のように侵襲

表5 州別のNPの資格

州(準州)	NPの可能な業務範囲
AB	①薬剤師法の範囲内でSchedule1の薬剤を処方すること, ②静脈栄養法の処方, ③血液製剤の処方, ④放射線医学や核医学分野におけるイオン化放射線をオーダーすること, ⑤MRI検査をオーダーすること, ⑥胎児に対するものを含めて, 超音波検査オーダーしたり, 実施すること, ⑦診断用の造影剤を処方すること, ⑧指定された放射性医薬品を処方すること
ON	①診断結果を伝えること, ②規制によって特定化された病理検査やその他の検査や超音波, X線などの放射線治療・診断の適用をオーダーすること
QC	①診断のための検査を処方すること, ②侵襲的もしくは傷害の危険のある診断技術を用いること, ③薬剤やその他の物質を処方すること, ④医学的治療を処方すること, ⑤侵襲的もしくは傷害の危険のある医学的治療法を用いること
SK	①規則により指定された検査をオーダーし, 実施し, その結果を受け取り, 解釈すること, ②規則の下に薬剤を処方・投与すること, ③規則に定められた軽微な外科的・侵襲的な処置を行うこと, ④軽微な症状について診断し, 治療すること
NB	①疾病, 不調, 状態の診断・評価し, 診断・評価結果を患者に伝えること, ②検査をオーダーし, その結果を解釈すること, ③薬剤を選択し, 処方し, 有効性を観察すること, ④エネルギー療法の適用をオーダーすること
NL	①専門医を含む医師へ紹介すること, ②診断し, それを患者やその代理人に伝えること, ③検査のオーダーをすること, ④規制や処方プロトコールによって規定された薬剤を処方すること, ⑤救急医療を提供すること
NW/NU	①疾病, 不調, 状態を同定し, 診断をすること, ②診断結果を患者に伝えること, ③検査をオーダーし, 結果を解釈すること, ④規制によって規定されているか, もしくは処方プロトコールによる薬剤の処方をする, ⑤大臣によって是認されているガイドラインによって認められているその他の処置を行うこと
NS	①疾病, 不調, 状態の診断し, 診断結果を患者やその代理人に伝えること, ②規定された検査のオーダーをし, その結果を解釈すること, ③薬剤と治療を選択, 勧告, 処方し, その有効性を観察すること
BC	①疾病, 不調, 状態の診断を同定し, 診断をなし, 患者に伝えること, ②CTを除いて, 診断や造影目的でX線を使用すること, ③X線, CT, 超音波をオーダーすること, ④州の規定であるDrug Schedule RegulationのうちSchedule 1,2 によって規定される薬剤の処方, ⑤閉鎖単純骨折の接骨・固定及び脱臼の整復
PE	①診断し, それを患者やその代理人に伝えること, ②X線撮影を含む検査のオーダーをし, その結果を解釈すること, ③ガイドラインに従って薬剤を処方すること, ④救急医療を提供すること, ⑤エネルギー療法の適用をオーダーすること
MB	①患者の健康や疾病状態の診断や評価をすること, ②検査をオーダーし, 結果を受け取ること, ③薬剤を処方すること, ④軽微な外科的・侵襲的な処置を行うこと
YT	NPに関する独立した規定は無い. RNが診断と処方に関する雇用者の方針に従って過疎地で働いている.

出所：CNA/CIHI(2006)から筆者作成.

表6 職種別就業分野別看護師数構成比(%:2009年)

RN			LPN			NP		
診療科	人数	構成比	診療科	人数	構成比	診療科	人数	構成比
外科	44,409	16.90%	老年科/長期療養	33,087	43.40%	外科	137	7.10%
老年科/長期療養	25,573	9.80%	外科	13,860	18.20%	community health	137	7.10%
Critical Care(熱傷)	19,096	7.30%	複数診療科での看護	5,090	6.70%	老年科/長期療養	93	4.80%
ER	17,262	6.60%	精神科	3,674	4.80%	外来医療	89	4.60%
周産期/新生児医療	14,969	5.70%	リハビリ	2,885	3.80%	ER	87	4.50%
community health	13,862	5.30%	community health	2,787	3.70%	小児科	86	4.40%
精神科	13,478	5.10%	在宅医療	1,622	2.10%	複数診療科での看護	74	3.80%
手術室	12,883	4.90%	外来医療	1,230	1.60%	Critical Care(熱傷)	57	2.90%
複数診療科での看護	8,916	3.40%	緩和ケア	1,229	1.60%	公衆衛生	32	1.60%
在宅医療	7,411	2.80%	ER	1,091	1.40%	精神科	21	1.10%
小児科	7,352	2.80%	手術室	985	1.30%	周産期/新生児医療	21	1.10%
公衆衛生	7,017	2.70%	周産期/新生児医療	897	1.20%	腫瘍	19	1.00%
外来医療	6,216	2.40%	小児科	820	1.10%	職域ケア	15	0.80%
リハビリ	4,024	1.50%	公衆衛生	253	0.30%	リハビリ	†	†
腫瘍	3,488	1.30%	Critical Care(熱傷)	240	0.30%	在宅医療	7	0.40%
職域ケア	2,898	1.10%	職域ケア	176	0.20%	手術室	*	†
電話相談	1,232	0.50%	腫瘍	149	0.20%	電話相談	*	†
その他の患者ケア	23,945	9.10%	その他の患者ケア	4,730	6.20%	その他の患者ケア	932	48.00%
直接ケア合計	234,031	89.30%	直接ケア合計	74,805	98.10%	直接ケア合計	1,817	93.70%
管理部門合計	17,039	6.50%	管理部門合計	745	1.00%	管理部門合計	45	2.30%
教育職合計	9,098	3.50%	教育職合計	657	0.90%	教育職合計	71	3.70%
研究職合計	1,995	0.80%	研究職合計	33	<0.1%	研究職合計	7	0.40%
総合計	262,163	100.00%	総合計	76,240	100.00%	総合計	1,940	100.00%

出所: CIHI (2010), 表15, 20, 30から筆者作成。

性のある行為を実施することを許容することは例外的と考えられる。アルバータ州やブリティッシュコロンビア州のような比較的業務範囲を広く取っている州からオンタリオ州のように比較的狭いと考えられる州までである。とは言え、NPの業務範囲には診断と処方が含まれる点が多いの州について共通点である。

実際にどのような業務を実施しているか、RNとは異なるのか、はNPの役割を考える上で重要な点である。表6はRN, LPN, NPについて従事している分野についてまとめた表である。各職種について構成比率が高い分野の順に記載されている。RNについては外科が約17%、老年科/長期療養が9.8%、Critical Care(熱傷)が7.3%となっ

ている。直接ケアに従事するRNは約89%であるため、さまざまな診療科にRNが分散していることがわかる。

他方、LPNは構成比率が最も高い老年科/長期療養が43.4%、外科が18.2%、となっており、このふたつの分野で6割を超えるLPNが集中している。

NPは93%が直接ケア部門で働いているが、外科およびコミュニティケアがそれぞれ7.1%、老年科/長期療養が4.8%とRNと同様に極めて分散していることがわかる。さらに、RNではその他の患者ケアと回答した者が9.1%に過ぎなかったのに対し、NPでは48%と過半数に近い数となっている。このことは、NPの専門性を明確にする

ためには、業務範囲の情報だけでは限界があり、より詳細な点について明らかにする必要があることを意味している。

5. まとめと展望

これまでの節でカナダの医療制度の歴史的な経緯を確認した後に、看護師資格の現状、登録(更新)制度、看護師の職種別の就業動向、NPの現状について概観してきた。

1990年代前半から2000年頃までは医療費抑制の影響を受けて、人口当たり看護師数は減少した。医療制度全体にかかわる改革を勧告するRomanow報告を経て、Health Human Resource Strategyにより看護師を含む医療部門の人的資源確保策が実施されてきた。

HHRSには量的な人的資源確保も検討課題として掲げられていたが、人的資源の能力をより有効な利用も掲げられていた。その中にprescribing pharmacistと並んでNPの役割の検討が含まれていた¹⁹⁾。NPはRNよりも拡張的な業務範囲を持つRNであるが、他方でRNと同じ業務範囲でRNよりも自律性を持つとされるClinical Nurse Specialist(CNS)が存在する。NPはPHCNPとACNPに大別されるが、後者のACNPとCNSが職務として持つcompetencyは類似している。しかしながら、両者を取り巻く制度的な環境は著しく異なると考えられる。NPについては州法での規定を背景に専門職の自己規制により看護師(専門職)の登録やそれを通じた質の管理が行われてきた。しかしながら、CNSについては行われていない²⁰⁾。また、同時に州法によりNPは業務範囲がRNよりも広いものとして規定されている。他方、CNSの業務範囲はRNと同じである²¹⁾。さらに、自律した意思決定を行う職種であれば、それに伴って過誤があった場合の責任からも逃れ得ない。NPに対しては賠償責任保険が提供されているが、

CNSについては議論が全くないとされている²²⁾。業務範囲の拡張や業務範囲内での自律性の拡大にはそれに伴う責任の明確化は単独で開業してサービス提供する場合は利用者保護の観点から必須であろう。しかしながら、病院などが典型の多職種協同でのケア提供においては、円滑の協調のためになおさら重要であると考えられる。これはNPやCNSの働きやすさになると考えられる。2005年から2009年にかけて両者の人員数は、NPが943名から1990名に増加している一方²³⁾、CNSは2,279名から2,222名とほぼ不変である²⁴⁾。もちろんこれだけでは判断はできない。しかしながら、この傾向が今後も続く場合には、働きやすさの一要素として権限・責任の明確化を当事者が感じて、それが選択に反映されている可能性がある。

他方、RNの資格取得のための条件として3年diplomaから4年baccalaureateへと看護教育の大学化が進んできたことは既に述べた。これは医療制度改革とは別の文脈で進められてきたと考えられる²⁵⁾。入職時の教育水準の高度化はRN全体のcompetencyを高める。他方で、既存のCNS自身がそれに応じて高めなければ彼らのcompetencyの水準を相対的に低下させることになる。これは職務としてのCNSの魅力を下げるであろう。

医師と看護師の間の役割分担を変化させる場合、それぞれの業務範囲が変化することになる。それに応じて権限と義務を変化させたとしても当事者がその職自体に魅力を感じなければ新たな役割分担を支える人的資源が確保されないこととなる。カナダにおけるRN, NPとCNSの関係は、今後も継続して観察した上で含意を導く必要はあるが、この点についての示唆を与えていると考えられた。

ただし、NPが現実に医療現場で果たしている役割についてはさらなる検討が必要である。表4

ではNPはほかの看護師よりも人口密度の薄い地域に多少シフトして勤務していることが明らかになった。このとはNPがよりプライマリケア指向であることを意味し、そのような地域でこれまで医師が果たしてきた役割をより多く果たしているのかも知れない。しかしながら、表6のような就業分野別に見てもその他の診療科目と回答しているNPが多く、特に病院内でどのような活動を現実に行っているのかは定かではない。NPが果たし得る役割を考える場合にはより詳細に現実の活動について情報を集める必要がある。ただし、そもそも2009年時点でNPは2,000人弱、CNSは2,000人強であり、26万6千人のRNと比較すれば現状では果たしている役割は相対的に小さいかも知れない。

これらの結果から、NPがプライマリケアの分野で役割を拡大しつつあるものの、全体としては看護師が医師の業務範囲をカバーする形で役割分担が変化するという段階には来ていないのではないかと考えられる。

カナダの医療制度はカナダ人の価値観によって制度運営が行われている。州ごとに医療制度を運営するという分権的ないしは多様性を重んずるアプローチはその一例であろう。また、州法での規定を背景に専門職の自己規制により看護師(専門職)の登録やそれを通じた質の管理を行う点も別の一例であろう。また、本稿でも活用されたデータのような、限界はあるものの政策を実施するために質の高いデータを収集・公表している点はカナダ人の価値観に基づく制度運営を支える基盤になっている。日本においても、医師と看護師の役割分担を考える場合においても、カナダの医療制度のこうした理念や実務的背景を踏まえて参考にする必要があると考えられる。

注

- 1) 本稿は国立社会保障・人口問題研究所一般会計プロジェクト「家計の経済資源・人的資源と社会保障の機能の関連性に関する実証的研究」(主査: 井堀利宏東京大学経済学部教授)による研究成果である。
- 2) 以下、特定の州や準州を示す場合以外は一括して州と表記する。
- 3) カナダの州の略称は次のとおり。オンタリオ州: ON、ケベック州: QC、ノバスコシア州: NS、ニューブランズウィック州: NB、マニトバ州: MB、ブリティッシュコロンビア州: BC、プリンスエドワードアイランド州: PE、サスカチュワン州: SK、アルバータ州: AB、ニューファンドランド・ラブラドール州: NL、ノースウエスト準州: NT、ユーコン準州: YT、ヌナブト準州: NU。
- 4) <http://laws.justice.gc.ca/en/Const/index.html>を参照のこと。
- 5) これらの点は池上(2006)を参照のこと。
- 6) それ以前も含めて、カナダの医療制度の歴史はティエッセン(2008)ないしはカナダ政府のwebサイト、<http://www.civilization.ca/cmcc/exhibitions/hist/medicare/medic00e.shtml>を参照のこと。
- 7) Romanow(2002), p.94を参照のこと。
- 8) Romanow 2002, 尾形 2002, 新川 2006, などを参照のこと。
- 9) 尾形(2002)を参照のこと。
- 10) 第4章が医療提供者に対する投資について述べている章である。そこで示されている改革の方向性を列挙すると次のとおりである;
 - ・特にプライマリケアに対する新しい接近法を通じて、医療ケアが提供される方法についての変化を反映した医療提供者の診療体系や範囲を変化させる必要性がある。
 - ・へき地において、現地の医療ニーズに適合する熟練医療従事者の適切な配置の確保を進めるべきである。
 - ・カナダの医療労働力についての情動的基礎を実質的に改善すべきである。
 - ・チーム医療を見据えた、統合された接近法により焦点を当てるために、現行の医療従事者の教育訓練プログラムを再検討すべきである。
 - ・カナダの医療従事者の、供給、分布、教育、訓練、診療パターンと診療技術の変化に注目するべきである。
- 11) CIHI(2010), p.33を参照のこと。
- 12) カナダ看護師協会(Canadian Nurses Association)によって開発・維持されている。
- 13) CIHI(2010), p.81を参照のこと。

- 14) CIHI (2010), p.118を参照のこと.
- 15) CNA/CIHI (2006) を参照のこと.
- 16) CNA/CIHI (2006) を参照のこと.
- 17) CIHI (2010), Figure3を参照のこと.
- 18) CHSRF (2010), p.3を参照のこと.
- 19) <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/p1-2/index-eng.php>を参照のこと.
- 20) Dicenso and Bryant-Lukosius (2010) を参照のこと.
- 21) Dicenso and Bryant-Lukosius (2010) を参照のこと.
- 22) Dicenso and Bryant-Lukosius (2010) を参照のこと.
- 23) CIHI (2010), 表18を参照のこと.
- 24) CIHI (2005), CIHI (2009) を参照のこと.
- 25) 舟島ほか (1996) を参照のこと.

参考文献

- Black J., Allen D., Redfern L., Muzzio L., Rushowick B., Balaski B., Martens P., Crawford M., Conlin-Saidon K., Chapman L. Gautreau G., Brennan M., Kelly C. and B. Gosbee, (2008) "Competencies in the context of entry-level registered nurse practice: a collaborative project in Canada," *International Nursing Review*, vol.55(2), pp.171-178.
- Canadian Association of Nurses/Canadian Institute of Health Information (2006) *The regulation and Supply of Nurse Practitioners in Canada*, 2006 update.
- Romanow R. J. (2002) "Building on Values: The Future of Health Care in Canada-Final Report."
- Canadian Institute for Health Information (2005) *Workforce Trends of Regulated Nurses in Canada*, 2005.
- Canadian Institute for Health Information (2009) *Workforce Trends of Regulated Nurses in Canada*, 2009.
- Canadian Institute for Health Information (2010) *Regulated Nurses: Canadian Trends, 2005 to 2009*, December 2010.
- Dicenso, A. and D. Bryant-Lukosius, (2010) "Clinical Nurse Specialists and Nurse Practitioners in Canada-A decision support synthesis," Canadian Health Services Research Foundation.
- <http://www.statcan.gc.ca/start-debut-eng.html>
- <http://laws.justice.gc.ca/en/Const/index.html>
- <http://www.civilization.ca/cmc/exhibitions/hist/medicare/medic00e.shtml>
- http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_91n32_e.htm
- <http://www.nurses.ab.ca/Carna/index.aspx>
- <http://www.cno.org/en/>
- <http://www.nanb.nb.ca/index.php>
- <http://www.crnns.ca/default.asp?mn=414.1116.1126>
- <http://www.arnpei.ca/default.asp?mn=1.2>
- <http://www.srna.org/>
- <http://www.arnnl.nf.ca/index.php>
- http://www.yrna.ca/new_yrna_home.html
- <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/p1-2/index-eng.php>
- 池上岳彦 (2006) 「カナダにおける社会保障財政の政府間関係－医療財政を中心に－」『フィナンシャル・レビュー』財務省財務総合政策研究所, September.
- 岩崎利彦 (2009) 「カナダの医療政策・健康政策の最近の動向」『健保連海外医療保障』No.84, pp.25-40.
- 江藤美和子 (2010) 「諸外国の看護裁量権②：オーストラリア, イギリス, カナダ, タイ, 韓国におけるNPの裁量権と活動」*インターナショナル・ナーシング・レビュー*, vpl.33, No.1, pp.47-51.
- 尾形裕也 (2002) 「日本とカナダの医療保険制度改革：共通の課題と多様性」『海外社会保障研究』No.139, pp.14-26.
- 小島克久・尾形裕也 (2008) 「カナダ・日本・韓国の高齢化の状況と医療政策の在り方」『海外社会保障研究』No.163, pp.45-54.
- ジェームズ・H・ティエッセン (2008) 「カナダにおける保健医療の財政基盤：その歴史と課題」『海外社会保障研究』No.163, pp.18-32.
- 新川敏光 (2006) 「カナダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.59-74.
- 舟島なをみ・杉森みどり・定廣和香子・鈴木純恵・亀岡智美 (1996) 「諸外国における看護婦養成教育大学化への促進要因と阻害要因の検討」『千葉大学看護学部紀要』Vol.18, pp.37-45.
- (いずみだ・のぶゆき 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第1室長)