

デンマークにおける医師と看護師の役割分担

山田 ゆかり

■ 要約

デンマークには現時点で診断・処方権をもつナースプラクティショナーは存在せず、看護師の医行為に関する法的根拠は日本のそれと大きな違いがあるとはいえない。しかし、両国の看護実践の在り方は大きく異なり、デンマークの看護師が自律的に医行為を実施する範囲は日本と比べて格段に広い。これは現行法の範囲内での「包括指示」の解釈の違いが背景にあるといえる。つまり医師の指示を前提としてある医行為を医師でなく看護師がしてもいいかという同じ課題に対し、日本では看護師がしてもいい行為を決めているが、デンマークでは医師でなければしてはいけない行為を決めているという点が大きく異なる。こうした解釈の違いには、デンマークでは発達した地方自治のもと現場の必要性に応じた形での柔軟な取り組みが可能であったため現状が先んじていたこと、そして療養の世話に近い部分の医行為を別の職種に移していることが要因として存在すると考える。

■ キーワード

デンマーク、看護師、医行為、ナースプラクティショナー、専門看護師

はじめに

デンマークのナースィングホームや在宅など介護の分野における看護師は、日本ではおよそ医師を呼ぶ場面で呼ばれる存在である。一方病院には医師が不在で看護師しかいない救急外来がある。またかかりつけ医の診療所で看護師を見ることはまずなく、日本では看護師の助けを得て行うようなことを医師が一人で行っている。このような日本と異なる医師と看護師の役割分担が成立している背景は何か。本稿ではまず、デンマークの医療提供体制と医師・看護師の養成課程や就業場所についての客観的な把握をする。次に日本とは異なる看護師の活動状況の実例をとりあげ、関連する法の動向を整理することで日本との現状の違いの背景を考察した。最後に現在具体的な検討がすすんでいるナースプ

ラクティショナーの役割像についても紹介する。

デンマークの医療提供体制と 医療行政の概要

デンマークの医療提供体制の中心はGP (General practitioner 一般開業医) である。住民は、特別に選択しない限り、自分の住所地に近いGPを自分のかかりつけ医とし、医療関連ニーズが起きたときにそのGPにファーストコンタクトをする制度である¹⁾。GPは診察時間のほかに電話診療時間(通常朝の1時間)や訪問診療時間(通常午後1,2時間)を用意し、就業時間以外(通常午後4時以降と週末)は当番制で当直体制を敷き、こうしたニーズに対応している(Vedsted, 2005)。GPは診察(電話やメールの診察も含む)の結果、自分の診療所では対応できない検査や

開業専門医のサービス、病院サービスが必要と判断した場合、それらに紹介する。なお、専門医や病院での治療中も当該GPがかかりつけ医であることには変わりはなく、それはナースングホームなどに入所した後も同様である。一方の病院サービスの中心は公的病院であり、平均在院日数(精神科以外)は2009年で3.8日(Indenrigs-og Sundhedsministeriet, 2010)と病院は急性特化していることがうかがえる。

こうした医療行政を担うのは、国内を5つに分けるレギオンと呼ばれる行政主体である。レギオンは2007年の地方自治体法の改正で、それまでの Amt を再編して誕生した²⁾(Pedersen, 2005)。レギオンは公的病院を所有し運営するとともに、個人事業主であるGPに対しては人頭制と出来高の混合した診療報酬を支払う。一方基礎行政主体である コミュニオン は、レギオンが管轄する病院やGP、専門開業医以外のあらゆる住民サービスを担っており、医療に近い分野としてはナースングホームや訪問看護、維持期のリハビリテーション、保健予防における提供責任をもつ。

医師・看護師の養成課程

医師養成の修業年限は6年間で、デンマーク内の4つの大学において養成が行われている³⁾。大学6年間で修了すると医師となり、その後12か月の臨床研修がある。臨床研修場所は、内科、外科、GPの診療所に分かれ、ここから2か所を選択し、それぞれ6か月ずつ研修する。またこの12か月の間に9日間にわたるコミュニケーション、学習、救急処置と救急搬送の研修を受けることが義務となっている。臨床研修後は数年間レジデントとして働き、通常はその後専門医となるための教育を受ける。専門医はGPや社会医学を含め28分野に分かれている。

看護師の養成期間は3年半であり、デンマーク、

フェロー諸島、グリーンランドにわたる24か所の教育機関で養成されている。看護師養成のカリキュラムを表1に示した。理論と臨床に分かれ、臨床に約半分近くが使われている。このカリキュラムを修了すると看護の専門学士が与えられる。日本の保健師に近い「健康看護師」の養成は、看護学士取得後少なくとも1年間の看護師としての経験(8か月の小児科、4か月の訪問看護の経験を含む)が進学要件である。なお助産師は看護師の上位資格ではなく、最初から看護師とは別の養成課程である。

表1 看護師養成カリキュラム

	理論	臨床	合計
看護学	60	60	120
医療科学			
人間工学	1	1	2
栄養学	2	2	4
薬理学	5	3	8
公衆衛生学	4	2	6
医療情報学	2	2	4
疾患学習	7	4	11
科学理論と研究手法	5		5
自然科学			
解剖, 物理, 遺伝学	12	6	18
生化学	2		2
微生物学	3	2	5
人文科学			
哲学, 宗教, 倫理学	3	2	5
コミュニケーション	2	1	3
心理学	2	1	3
教育学	3	1	4
社会科学			
法学	1	1	
組織管理学	3	2	
社会, 人類学	3		
ETCS(※)	120	90	210

注：※ECTS(European Credit Transfer system)はヨーロッパ共通の単位システムで、1.5ポイントが1週間のフルタイム教育に相当する

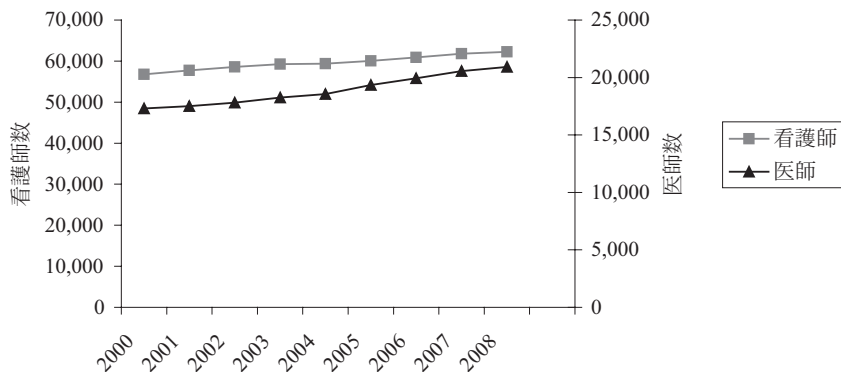
出典：看護専門学士教育に関する通知 Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (2008年1月24日)より、邦訳は筆者

医師・看護師の就業者の推移と就業場所

医師数・看護師数は、図1に示すようにこの10年間漸増傾向にある。1999年から2008年の10年間の増加率は、医師は23%、看護師は11%であり、特に医師数の増加が顕著といえる。これは当時においても医師不足が問題となっていたうえ、GPの高齢化および医師に占める女性割合の増加により将来の医師不足がより深刻化することが予想されたため、新卒医師数を増やしたことが背景にあると思われる。比較可能な統計としてOECDのヘルスデータを活用すると、デンマークの人口千人あたりの医師数は2007年3.6人、看

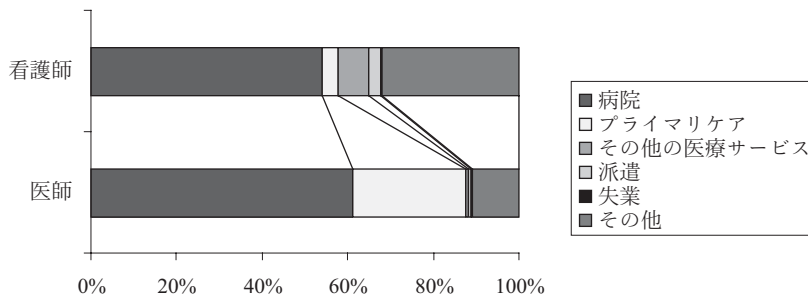
護師数は7.7人であり、日本は同年医師2.1人、看護師9.4であるので、医師は約1.5倍デンマークのほうが多く、看護師はデンマークのほうがやや少ないことになる。

図2に医師と看護師の2008年における就業場所を示した。医師も看護師も病院勤務者が半数を超えるが、医師のほうがその割合は大きい。医師はその四分の一がプライマリケア分野、つまりGPやそのほかの専門医として開業しているが、プライマリケア分野で働く看護師の割合は多くない。この統計上「その他の医療サービス」には検査機関など、「その他」にはナースホーム、社会サービス（訪問看護を含む）、医療産業などが含まれており、看護師は病院以外こうした分



出典：参考文献2

図1 医師と看護師数の推移



出典：参考文献2

図2 2008年における医師・看護師の就業場所

野に多く働いていることがわかる。

看護師の臨床実践の実際

上記統計において「その他」に含まれるナーシングホームや在宅ケアの分野には、看護師の多くが働いているが、その分野全体の就業者数常勤換算約10万人からみれば、看護師は約6,000人を占めるに過ぎず、多くはヘルスケアアシスタント(約3万人)⁴⁾とヘルスケアヘルパー(約5万人)が占めている⁹⁾。つまり、こうした分野における看護師は「日常的」に発生する医行為、例えばナーシングホームで毎日のインシュリン注射をするのではなく、「非日常時」、例えば転倒や精神症状の悪化、薬を変更する必要があるときなどに呼ばれるのが通常である。その場合の看護師は、いわゆる頓用処方された薬剤を用いるなど自ら対応するか、できないあるいは効果がない場合は、本人のGPや専門医と連絡を取り、例えば新たな処方箋の発行を依頼したり、検査や入院のための手続きをとる。

一方病院における看護師と医師の役割分担は、当該病院や当該病棟における求められる業務により異なってくるが、一般的に看護師の医行為の実施範囲の実際は、日本のそれと比べて医師に近い。デンマーク看護協会コンサルタントであり、後に述べる集中治療専門看護師のDahl氏とSomerset氏によれば、静脈注射はもちろん「創傷の縫合」や「創部ドレーンの抜去」といった現在日本において医師の包括指示の範囲内で、かつある要件を満たした看護師であれば行ってもいいかを議論している医行為⁹⁾は、基礎教育を受けた看護師の通常の業務の範囲である。

さらにデンマークの看護師は、基礎教育の後各病院や部門において必要とされる技術や知識を身につけることによって、より広い範囲の医行為を実施している。例えばある地方の病院の

救急室は医師は勤務せず、常勤換算5.6人の看護師が朝8時から22時半まで交代制で勤務し、年間約7,000件の表2にあげる処置を行っている(Sygehus Sønderjylland, 2009)。バックアップ体制として、撮影したレントゲン写真をスキャンし医師のいる中央の救急センターに電子的に送ることができるが、それは必要時のみで必須ではない。この救急室で働く看護師は、レギオンが主催する3週間のコースで創傷、単純骨折などの診断、治療方法を学んでおり、救急外来受診後の経過外来も表に示す範囲を単独で担当している。

ほかの例として循環器外来看護師は、ある一定の患者層(心不全、抗凝固剤、抗不整脈剤服用中で安定している患者、ペースメーカーのコントロール)を対象に、看護師が外来を担当し、医師の指示の範囲内の抗凝固剤の選択や経過観察を行う。また糖尿病看護師、透析看護師なども同様にある固定のガイドラインの枠内で、患者指導、薬剤の選択、容量の増減を行っている。こうした各病院や各部門における活動には、特

表2 処置看護師が扱う疾病の範囲

救急外来
<ul style="list-style-type: none"> ● 小さい創傷, 1度か2度の火傷 ● 皮膚の異物 ● 破傷風ワクチン ● 虫, 動物の接触 (蜂, くらげなど) ● 骨折, 脱臼 ● 複雑でない眼疾患 ● 耳鼻科 (単純な鼻出血, 異物の除去) ● 軽度の歯の傷害 ● 胸部レントゲン
看護師の経過外来の対象
<ul style="list-style-type: none"> ● 上腕骨折 ● 手指前腕の複雑でない骨折や脱臼のレントゲンコントロール ● 複雑でない足首の骨折 ● 抜糸 ● 複雑でない創傷の経過観察

出典：参考文献4

表3 専門看護師の養成

	精神看護	麻酔看護	集中治療	感染看護	がん看護
期間	1年	1年半	1年半	3か月	1年半
入学資格	2年間の精神看護の経験	2年の病院看護師と麻酔科での6か月の経験	2年の病院看護師と集中治療室での6か月の経験	3年間(指導, 管理経験を含む)	腫瘍科, 血液科, がん患者の多い内科・外科, 放射線科, 施設が在宅における緩和ケア, がんリハビリのいずれかの分野における臨床経験2年間
コースの内容	臨床 25週 理論 20週 試験	臨床 70週(週に1, 2時間の理論を含む) 理論 8週 試験	臨床 70週(週に1, 2時間の理論を含む) 理論 8週 試験	臨床 25時間 理論 215時間 技術 60時間 試験	臨床 55週 理論 23週 試験
導入年	1996年	1997年	1997年	2000年	2008年

出典：デンマーク看護協会(Dansk Sygeplejeråd)のホームページ<http://www.dsr.dk>および各専門看護教育に関する通知より筆者作成

別な研修プログラムがある場合もあれば、特
ない場合もある。

こうした現場での研修のほか内務保健省下の教育として専門看護師の養成プログラムもある。専門看護師の分野は表3に示すように麻酔看護、感染管理、集中治療、精神看護、がん看護に分かれており、それぞれ要求される臨床看護の年数や養成期間が異なる。これらのカリキュラムは健康局が管理しているが、実際の教育は感染管理以外はレギオンが行っている。専門看護師は雇用市場において有利とされ、中でも麻酔専門看護師と集中治療専門看護師は、その教育課程は医行為の技術を磨く臨床中心であり、それぞれの領域においてさらに広範囲の医行為の実施を任されている⁷⁾。麻酔看護師は気管内挿管もその業務である。

関係法

このように看護師の臨床実践の範囲は日本よりも広く、デンマークの看護師の「自律性」の高

さは疑う余地はないが、法的根拠をみると実は日本と大きな変わりはないことに気づく。表4に看護師の臨床実践に関係すると思われる法を示した。まず、ヘルスサービスの中央機関に関する法において、デンマーク医療の中央行政機関は内務保健省下の健康局であり、医行為の実践を統制するのは健康局としている。これをうけて看護師法には、看護師は医官の監督下に置かれているとある。この看護師法には、看護師免許の取り扱いや業務内容を健康局が決定することが含まれるが、何が看護師の業務であるかは具体的に示されていない。翻って日本では保助看法における「診療の補助」と「療養の世話」という看護師の業務のうち診療の補助は医師の指示を必要とするが、療養の世話については看護師の自律した分野であると解釈されている。つまり、最も基本となる法の下ではデンマークの看護師は業務全体が医官の監督下にあることが明記されており、この点はむしろ日本よりも自律性は低いともいえない。前述の専門看護師であっても、法的に保護された活動分野はも

表4 看護師の臨床実践に関する法律

<p>ヘルスサービスの中央統制に関する法 Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse(1932年)</p> <p>4条 健康局はヘルスケアの枠内で人が行う医行為の監督をする。ただし免許をもつ臨床心理士には適用されない。さらに健康局は医師が雇用されていないナースングホーム等の管理者も監督する。</p>
<p>看護師法 lov om sygeplejersker(1956年)</p> <p>7条 看護師は上記の法4条の下健康局下におかれ、医官の監督を受ける必要がある。健康局は看護師免許登録を実施する。</p>
<p>医療職の免許と医行為に関する法律 Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (2006年)</p> <p>18条 健康局は本法の定める医療職が医行為の実践に関して補佐を利用することに関する詳細な決まりを規定することができる。</p> <p>74条 医師の資格がないものは、感染の危険性がある段階の性病、結核その他の感染性の疾患を治療してはならない。</p> <p>2項 医師の資格がないものは、特別な当局の定めがない限り、外科的処置、全身または局所麻酔の開始、産科補助の実施、処方箋を必要とする薬品の使用、レントゲンや放射線治療の使用、電気的装置を用いた治療方法を用いてはならない。これらを実施したものは、罰則規定がある。</p> <p>3項 鍼灸治療には2項は適用されない。</p>
<p>医療職の医行為の実施に補佐を得ることに関する通知 Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners brug af medhjælp til udførelse af forbeholdet sundhedsfaglig virksomhed(2009年 健康局)</p> <p>1条 医療職の免許と医行為に関する法律で定められた医療職は、すべての保留された医行為を質量を問わず移譲することができる。</p> <p>2項 医療職は、医行為の移譲にあたっては更なる移譲をしてならないことを宣言することができる。</p> <p>2条 以下の保留された医行為について補佐を得ることは認められない。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 公文書の発行(医師のみが実施) 2) 処方箋の発行(医師、歯科医師のみ) 3) 死亡診断書の発行(医師のみ) 4) 死亡確認(医師のみ) 5) 脳死判定(医師のみ) 6) 精神科における強制手段(医師のみ) <p>2項 略(美容外科に関すること)</p> <p>3条 医療職は補佐人がその行為を遂行するのに適任であるか確実にする責任がある。</p> <p>2項 医療職は補佐人が明確なインストラクションを得ているか確実にする責任がある。</p> <p>3項 医療職は補佐にあたって、必要な回数監督すべきである。</p> <p>4条 病院、ナースングホーム、その他の機関では、その管理者が、移譲された行為が技術的に安全に行えるインストラクションを用意すること、および補佐人がそれを教育されていることを確実にすることに責任がある。</p> <p>5条 この通知は2009年3月1日から有効となる。</p>

出典：各法、通達より。邦訳は筆者

たない。

こうした現実と乖離しているともいえる状況を整理するためか、2006年に医療職の免許と医行為に関する法律が出されている。同法では、医師、歯科医師、カイロプラクティック、助産

師、臨床歯科技師、眼鏡師、コンタクトレンズ師、歯科衛生士の業務および名称独占、看護師、理学療法士、作業療法士、バイオ分析士、臨床栄養士、放射線技師、義肢装具士、足治療士、ヘルスケアアシスタントの名称独占が定められ

ている。特に医師については、医師でなければしてはならない行為として外科的処置や麻酔の導入などが示されたが、同時に同法18条において、医療職が医行為の実践に補佐を得ること(実施を他者に移譲すること)について健康局が詳細な決まりをつくることができるとあり、これを受けた形で2009年2月に同法の通達が出された。

そこには、特定の職種でなければならないとされている独占的行為は、処方箋や死亡診断書の発行などいかなる場合も他者に移譲してはならない行為を除けばすべての職種の移譲することができること、移譲する際は移譲する側の医療職が移譲される側にその能力があるかを判断する責任があることが明記された。これによって看護師が行っている医師の業務独占分野まで及ぶ医行為は、看護師に委譲されている行為であることという整理がされたことになる。

なお、同通達のガイドラインに医師の業務であるが移譲可能な医行為である外科的処置とは「皮膚と組織を貫通すること、身体の自然な開口部に器具を挿入すること」とある。これは新しい規定ではないが、この通知を受けて尿留置カテーテルの挿入についての議論が浮上した。看護協会は、在宅でカテーテルを挿入するのにGPの許可を得るために連絡する必要があるのか、それは時間の無駄であり、患者のためにならない、非現実的だという趣旨の反対意見を出している。つまり現状において留置カテーテルの挿入は看護業務の一つと認識されており、実施の必要性の判断に医師はまったく関与していないことがわかる。これに対して健康局はこの通知は現行を追随しているに過ぎず、看護師の看護実践を制限するものではないこと、医師が医師以外に移譲していくべきことはまだまだあり、インストラクションと責任をはっきりさせれば外科手術でも移譲できる、とのコメントを翌日に出している⁷⁾。

実際同ガイドラインには、「固定した枠組み」の中で、看護師が治療の必要性を判断したり、治療を開始することもその部門の管理者である上級医がそれを看護師に(まるごと)移譲しているとして解釈可能とし、具体的に処置看護師のように骨折が疑われる症例にレントゲンや血液検査を指示し、縫合・静脈確保をすることや、糖尿病など慢性疾患患者の薬の選択や容量の決定をすることが挙げている。つまり、看護師側にその能力があることを医師側が判断し、看護師もできるとした場合には、その部門の長の責任の下、個別の患者に対する指示すらも必要とせず、あらゆる行為を看護師が実施することができるという整理がされたのである。ただし、前述の看護協会のDahl氏とSomerset氏によれば、健康局のこうした整理は、現実とはやはり乖離しているとのことである。つまり、現場には中心静脈カテーテルの留置やドレーンの挿入など専門看護師であっても看護師は絶対に行わない医行為はたくさんあり、逆に処方箋の発行は医師が絶対に移譲してはならない行為とされているが、実際は薬剤も用量も看護師が決め、医師はサインだけするというのは実情であろうとのことであった。

このような医師・看護師の役割のあり方について、看護師のアイデンティティとは何かを指摘する声もある。例えば、Holm-Petersenは医師看護師へのインタビュー調査および内科系3病棟のタイムスタディ調査により、どこまでが看護師が判断する責任の範囲であるのかが曖昧であること、医師は医師にとって「つまらない」業務を看護師に移譲していること、そのために看護師のアイデンティティである患者ケアに費やす時間が減っていることを指摘し、これ以上の医師の役割を看護師に移すのであれば、看護師の増員か看護師の役割を医師が担うべきという議論を展開している(Holm-Petersen, 2006)。

表5 看護協会が想定するナースプラクティショナーの役割例

<p>1) 早期診断</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 2型糖尿病の検査を実施する対象を判断する(2型糖尿病のリスクのある患者、臨床症状のある患者) b. 血糖値、血圧、体重の測定、尿検査、血液検査その他の関連する検査を実施し、結果を評価する c. 合併症のスクリーニングをする d. 重症度レベルの判断スキームに従った重症度の決定をする e. 専門医、眼科、糖尿病治療、運動療法、足治療などの必要性を判断し、各機関につなげる f. 投薬を開始する g. 患者とともに構造的患者教育プログラムを計画する(定期的な経過観察と年に一度の診察のスケジュールを組むことが含まれる) <p>2) 重症度レベル2の患者の経過観察(個人の必要性により年2回から4回)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 血液検査、尿検査、血圧、体重の管理をする b. 自己測定血糖値の評価する c. 臨床糖尿病看護をする(観察、アセスメント、糖尿病性足病変のケアが含まれる) d. 患者と2型糖尿病と暮らす毎日について話をする e. 患者がインフォームドチョイスをするための理解と能力をつけるため栄養、運動、喫煙習慣について話をする f. 更なる患者教育の必要性を明らかにする g. 患者と協力して糖尿病包括的治療計画を確立し、実施する(薬と個別の治療目標の調整の必要性が含まれる) <p>3) 年に一度の診察(上記の経過観察とは別に)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 眼科スクリーニングの必要性を明らかにする(眼科医における眼底および視力検査) b. 足検査(血流、変形、皮膚の硬化、知覚、潰瘍の有無、モノフィラメントを用いた検査)病変があれば足治療士や創センター、糖尿病外来につなぐ c. 性機能障害の症状 d. 糖尿病性腎症(尿アルブミン-クレアチニン比または1日尿中アルブミン量) e. 循環器疾患の検査(心臓、脳、末梢の虚血症状や臨床サイン)疑われる場合に医師につなぐ f. その他の循環器リスクのスクリーニング(総コレステロール、HDL、LDL、中性脂肪) g. 患者が必要なものを入手しているか確実にする(薬剤、血糖測定器など) h. レギオンやコミュニティが提供するその他のサービスにつなぐ i. 患者と協力して治療目標を立て、治療計画を確立する <p>4) 患者のもつ資源の強化・動員</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 2型糖尿病のリスクのある住民とすでに2型糖尿病を発症している住民に対して健康増進と予防のための専門知識に基づいた住民/患者に対する包括的なアプローチを提供する b. 2型糖尿病の環境要因と遺伝要因、合併症の症状と予防などの知識を個人または集団単位で指導する c. 在宅モニタリング中の患者に対し、発熱や感染症、旅行中、宴会など特別な状況時の対処法を教育する d. 必要性に応じて健康的な食事、日々の運動、禁煙など生活習慣を変えることへの指導と動機づけをする e. 慢性疾患とつきあうことをマスターするための患者指導を継続する f. 特別な身体的あるいは心理社会的な支援の必要性を評価し、必要性に応じてケースワーカーや精神科につなげる <p>5) 2型糖尿病ケアに向けた取り組みの組織化</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 院内および病院と在宅ケア間の協力体制を確実にする b. 患者に対する電話相談や助言をする c. グループや個人単位の教育とガイダンスをする(新人教育や学生教育も含む) d. 在宅や施設を訪ね、存在する枠組みとその本人の必要性に照らし合わせて糖尿病治療が行われているか評価し、判断する

出典：注8)参照。邦訳は筆者

ナースプラクティショナー実現に 向けた動き

以上のようにデンマークの看護師は広範囲な医行為と裁量を医師から業務を移譲された形で実施しているが、医師から離れ単独で診断・処方権を法的に有するナースプラクティショナーは現在存在しない。しかし、近年近隣のオランダ、ベルギー、イギリスですでに導入されている慢性疾患患者を対象としたナースプラクティショナーの導入が看護協会主導で検討されている。当看護協会によれば、ナースプラクティショナーを導入する背景は、慢性疾患患者の増加(540万人の人口で170万人と推計)とその社会的インパクトの大きさ(健康寿命の損失の70%、医療費の70-80%を消費)、そしてそれと比べた場合の現状のケアおよび治療の貧弱さにある。この点は健康局においても、慢性疾患患者が適切なケアや治療およびリハビリテーションを受けていないために病状悪化や入院が発生している現状や患者が誤った知識をもっていること、健康増進や予防が優先されていないこと、患者が異なる医療職への再三のコンタクトをしていること、さらにそうした異なる医療機関の間でケアの継続性がないことを指摘している。

デンマークにおいて目指しているナースプラクティショナーは、国際的な定義に沿い「限られた疾患/状態の分野において、独立した診断、指示、検査結果の解釈、薬の処方、看護ケアと治療の開始、専門医への紹介、患者の退院決定をする権限をもつこと」、「専門知識と技術を得るための臨床経験と継続的な学術教育を受けていること」、そして「国の機関の承認を受けた教育を終えた後に、ナースプラクティショナーとして正式登録されていること」である。看護協会が作成した資料(Dansk Sygeplejeråd, 2009)によれ

ば、想定している疾患の範囲は2型糖尿病、慢性閉塞性肺疾患、ある種の心疾患であり、ナースプラクティショナーが看護師全体の2-5%必要としている。同資料にあげられた糖尿病ケアを例としたナースプラクティショナーの具体的な役割を表に示した。ナースプラクティショナーの対象は2型糖尿病の重症度3段階のうち最重度を除外し、最重症度は専門開業医や病院の対象としているものの、表をみると想定しているナースプラクティショナーの機能は、限られた患者層に対して内科開業医や大学病院の内科外来と遜色ない機能であることがわかる。

まとめ

以上デンマークにおける医師・看護師の役割分担を整理すると、最も基本となる法律上は、看護師と医師の役割分担は日本と大きく変わらず、デンマークにおいても看護師は医師の指示を受けずに医行為を行ったり、診断、処方をすることはできない。しかし現状は大きく異なり、デンマークの看護師の看護実践の範囲は日本のそれと比べて格段広く自律性も高い。こうした現状の違いが生まれた背景は、いわゆる「包括指示」の解釈の違いであり、特に医師の指示があることを前提としてある医行為を医師でなく看護師が実施してもいいかという課題に対する議論の方向性が日本とデンマークでは180度逆であった。つまり、日本では、従来「診療の補助」に含まれないと理解されてきた一定の医行為を看護師が実施できる枠組みを構築することを議論しているが、デンマークでは、逆に医師が絶対にしなくてはならない行為のみを決め、あとは現場が責任をもつという整理をしている。さらに、当の「包括指示」自体も、個別の患者ごとの書面での指示である必要性が必ずしもないため、表面上、あるいは現実にデンマークの看護師はあ

る枠組みの中で自律的な活動を展開しているといえる。こうした役割分担が生まれた背景として、デンマークでは発達した地方自治のもと地方の医療行政主体が病院運営者の立場から人材をより効率的に活用する誘因があり、かつ裁量もあつたため現状が先んじていたこと、さらにヘルスケアアシスタントの誕生を受けて、看護師が医師の立場に近い業務を獲得していく可能性と必要性があつたことが考えられるだろう。

注

- 1) 眼科，耳鼻科の専門開業医の受診と歯科，および緊急時の病院受診を除く。
- 2) この改正の目的には，医療サービスの中央集権化と同時に，より住民に近いコミュニティへの医療サービスの分散化の両方の側面があるとされる。中央集権化とは，レギオンはアムトと異なり課税権を持たず，収入の大部分は国からの補助金となつたこと，そして各レギオンは医療計画を策定するが，高度専門部門についてはレギオン共同で利用することに同意する義務があることなどにあらわれている。二点目のコミュニティへの分散化は，機能的にはそれまでアムトの責任であつた維持期のリハビリテーションなどの医療サービスをコミュニティに移したことであり，財政的には，レギオンの支出の責任を部分的にコミュニティに負わせることにあらわれているといえる。
- 3) コペンハーゲン大学，南デンマーク大学，オーフス大学に2010年よりジェトラン半島の北にあるオーホルボー大学が追加された。
- 4) ヘルスケアアシスタントの教育内容には薬剤の服用量分け，服薬介助，薬剤の注文，創処置の実施・プラン作成，圧迫包帯，インシュリン投与，血圧測定，血糖測定，モルフィネパッチ，点眼，尿スティック，尿検体の採取・提出，カテーテルのフラッシュとケア，ストマケア，末期のケア，応急処置が含まれ，養成期間は3年3か月である。養成

期間は，高校卒業後1年間の教育や就業をした場合は2年9か月に，ヘルスケアヘルパー（1年3か月の養成期間）を持っている場合は1年8か月に短縮される。ヘルスケアアシスタントの就業場所は在宅ケア，ナースিংホーム，病院，精神および身体障害者施設などである。

- 5) Danmarks Statistik RES10: Personale i ældreomsorg, fuldtidsbeskæftigede efter område og funktionデンマーク統計 高齢者ケア領域の常勤換算スタッフの表 (RES10) より
- 6) 厚生労働省 2010年チーム医療の推進に関する検討会の議事録「チーム医療の推進について」より
- 7) 平成13年度厚生科学特別研究 2002 「5.デンマーク」『諸外国における看護師の業務と役割に関する研究総括研究報告書（主任研究者山本あい子）』pp.68-82より
- 8) Dagens Medicin（ネットニュース）の記事2009年2月12日 Styrelse: sygeplejersker skal spørge læger om lovおよび2009年2月13日 Sundhedsstyrelsen: Kritik fra sygeplejersker er langt ude.より

参考文献

Vedsted P, Olesen F, Hollnagel H, Bro F, Kamper-Jørgensen F. 2005. "Almen lægepraksis i Danmark." *Månedsskrift for praktisk Lægegerning*.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 2010. *Sundhedsvæsenet i national perspektiv*.

Pedersen, K M, Christiansen, T, Beck, M. 2005. "The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system." *Health Economics*, Vol.14, No.S1,S41-S57.

Sygehus Sønderjylland. 2009. *Etablering af Døgndækket skadestuefunktion med lægeligt back-up i Sønderborg*.

Holm-Petersen C, Asmussen M, Wilemann, M. 2006. "Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger." *DSI Institut for Sundhedsvæsen*

Dansk Sygeplejeråd.2009. *Kliniske eksperisygeplejersker -bedre sundhedstilbud til kronisk syge*

(やまだ・ゆかり コペンハーゲン大学 公衆衛生研究所客員研究員)