

海外社会保障研究

SPRING 2011

No. 174

特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較

特集の趣旨	尾形 裕也	2
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	4
カナダの現状：看護師の教育・登録・業務範囲を中心に	泉田 信行	16
フランスにおける医師と看護師の役割分担 —看護師の「固有の役割」を中心に—	篠田 道子	30
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	42
イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担	白瀬 由美香	52

研究ノート

中国上海市と北京市におけるホームヘルプサービスの現状	鄭 小華・黒田 研二・関川 芳孝	64
-------------------------------------	------------------	----

書評

長谷川千春著『アメリカの医療保障：グローバル化と企業保障のゆくえ』	天野 拓	77
池本美香編著『子どもの放課後を考える 諸外国との比較でみる学童保育問題』	西村 智	82



THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH
(KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2011 No. 174

Special Issue: International Comparison on Training of Doctors and Nurses and Role Assignment

ForewordHiroya Ogata

Organizational Factors in the Division of Roles Played by Healthcare

Professionals in U.S. Hospitals: A Focus on Physicians, Registered

Nurses and the Non-Physician ClinicianSachiko Hayakawa

The Roles of Registered Nurses and Nurse Practitioners, Case Study of CanadaNobuyuki Izumida

Roles of Doctors and Nurses in France: Focusing on the Unique Role of NursesMichiko Shinoda

Role Assignment of Physicians and Nurses in DenmarkYukari Yamada

Professional Qualification Systems and Role Sharing between Doctors and Nurses in the UK

.....Yumika Shirose

Research Note

Current Realities of Home Help Services in Shanghai and Beijing, China

.....Xiaohua Zheng, Kenji Kuroda and Yoshitaka Sekikawa

Book Review

Chiharu Hasegawa *American Medical Security: Restructuring of*

Employer-Sponsored Health Insurance under Global CompetitionTaku Amano

Mika Ikemoto (ed.) *Out-of-School Time - An International Comparative Research on*

Afterschool Care for ChildrenTomo Nishimura

ISBN 978-4-904486-24-5

ISSN 1344-3062

海外
社会
保障
研究
第
174
号

特集
医師・
看護師
の養成
と役割
分担に
関する
国際比
較

国立
社会
保障
・人
口問
題研
究所

海外社会保障研究

SPRING 2011

No. 174

特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較

特集の趣旨	尾形 裕也	2
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	4
カナダの現状：看護師の教育・登録・業務範囲を中心に	泉田 信行	16
フランスにおける医師と看護師の役割分担 —看護師の「固有の役割」を中心に—	篠田 道子	30
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	42
イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担	白瀬 由美香	52

研究ノート

中国上海市と北京市におけるホームヘルプサービスの現状	鄭 小華・黒田 研二・関川 芳孝	64
-------------------------------------	------------------	----

書評

長谷川千春著『アメリカの医療保障：グローバル化と企業保障のゆくえ』	天野 拓	77
池本美香編著『子どもの放課後を考える 諸外国との比較でみる学童保育問題』	西村 智	82

海外社会保障研究

SPRING 2011 No. 174

国立社会保障・人口問題研究所

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¹⁾)。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²⁾。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」³⁾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⁴⁾。

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⁵⁾。

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)

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。

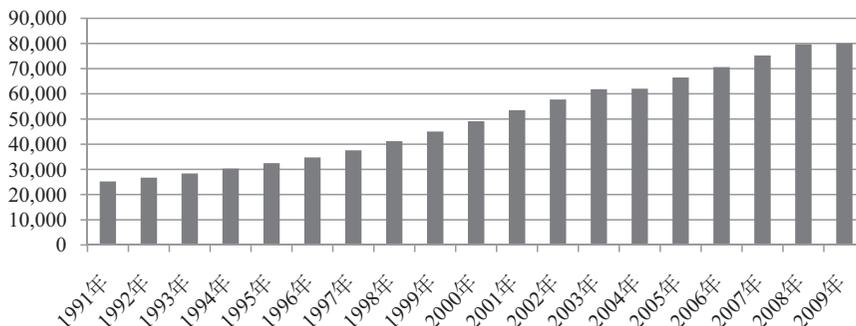
ふたつめは、包括支払い方式の採用により、病院が人件費を中心としたコストの削減に取り組まざるを得なくなったことである。アメリカでは多くの場合、医師は独立した存在であり、病院と雇用契約を結ぶわけではない。支払いも病院に支払われる分(Hospital Fee)とは別に、直接医師へ払われる(Doctor's Fee)。それゆえに、

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%	Inpatient	33.7%
Solo Physician Practice	9%	Emergency Room	29.5%
Rural/Community Health Center	8%	Intensive Care Unit/Critical Care	22.2%
Other	10%	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、生きるのではなく、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)

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。

知れない。

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。

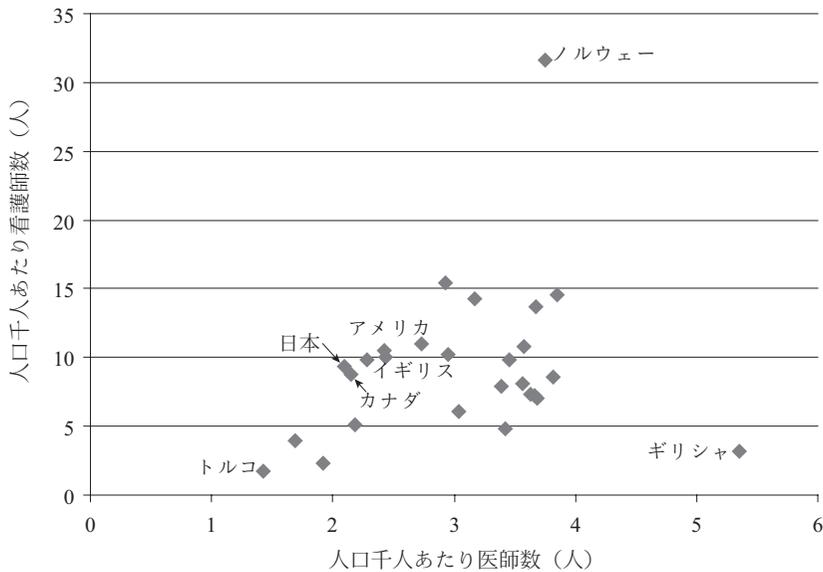
図1 カナダの州と人口密度

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。

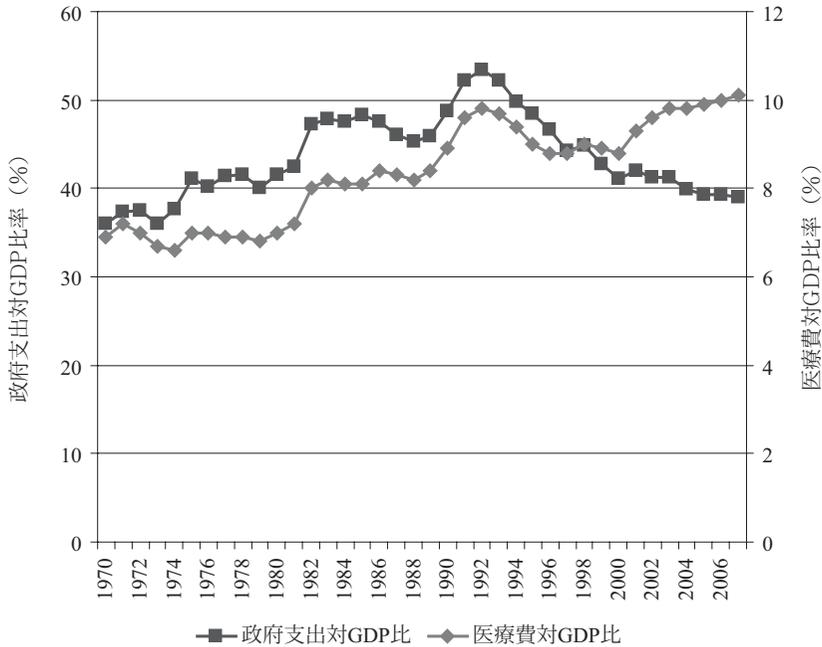
2. カナダにおける政府間関係と医療制度

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。

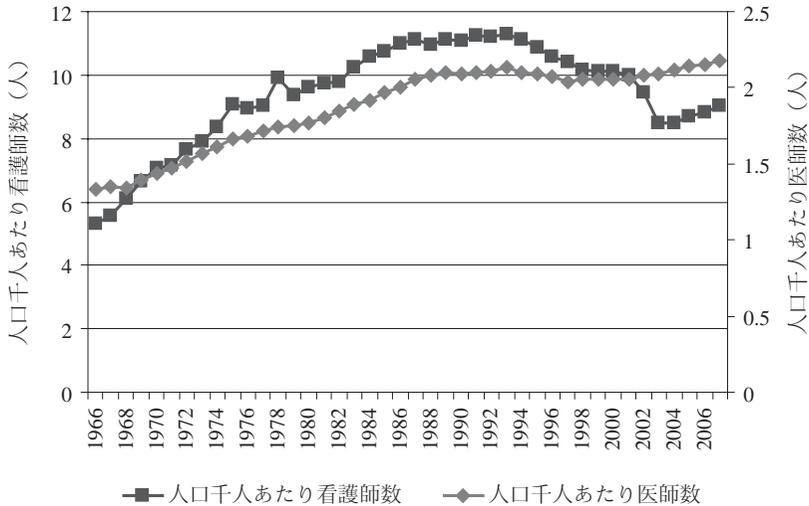
図3 政府支出・医療費の推移（対GDP比）

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(LP_N)、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・固定及び脱臼の整備
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、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/cmc/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)

フランスにおける医師と看護師の役割分担

—看護師の「固有の役割」を中心に—

篠田 道子

■ 要約

フランスには処方権を持ついわゆるナースプラクティショナーは存在しない。手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理し、看護師の「固有の役割」を法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の高度化・複雑化に伴い、医師から看護師への行為の委譲が求められたこと、古くから専門看護師制度が存在していたことがあげられる。専門看護師は、小児、麻酔、手術室という限られた領域しかカバーしていないため、看護師の役割拡大は、一般看護師を対象に行われた。一方、在宅入院制度で配置が義務付けられている管理看護師は、院内外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。チーム医療の推進には、このような調整役が求められるのではないかと。

■ キーワード

フランス専門看護師、固有の役割、管理看護師、在宅入院制度

はじめに

わが国の急性期医療は、医療技術の進歩で医行為が高度化、複雑化し医師の負担が増えている。一方で、高度な教育を受けたコメディカルが増えているにもかかわらず、その専門性が十分に発揮されていないという声がある。このような背景から、2006年12月に内閣府の規制改革・民間開放推進会議が、医師とコメディカルの役割分担の見直しや、看護師の業務拡大の検討を提言し、2009年6月23日には「経済財政改革の基本方針2009」を閣議決定し、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)」について専門家会議で検討を行い、2009年8月28日に厚生労働省内に「チーム医療の推進に関する検討会」(以下「検討会」)が設置され、2010年3月18日に報告書をまとめた。

検討会では、コメディカルの役割の拡大、ス

タッフ間の連携の推進とともに、保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)の中で、医師の包括的指示のもとで一定の医行為(特定の医行為)を実施する、特定看護師(仮称、以下同様)の創設を検討することが明記された。処方権を持つナースプラクティショナー(nurse practitioner: NP)の制度化は見送られた。

フランスには処方権を持つNPは存在しないが、古くから専門看護師制度が発達し、医療技術の進歩に合わせて医師と看護師の役割分担を整理し、「固有の役割」(role propre)を法的に位置付けてきた。ただし、フランスにおいても看護教育は現時点でも専門学校での養成であり、法的にも医師の補助的役割という位置付けで、必ずしも社会的地位は高くないなど、医師と看護師の関係は日本と同じような課題を抱えている。

本稿では、フランス医療制度、医師・看護師・専門看護師の動向を概観しながら、法的に定め

られた看護師の「固有の役割」を例示しつつ、医師との役割分担をわが国の看護師業務の現状と比較しながら整理する。フランス看護師は、一部の医師の反対に対抗しながらも、関係各団体を巻き込みながら「固有の役割」を確立し、これを拡大してきた経緯がある。また、専門看護師制度があり、専門看護師率は全看護師の8.6%である。専門看護に特化していくコースと、マネジメントに特化するコース(管理看護師)に分かれ、専門看護師の3分の1が管理看護師である。背景には、専門に特化した看護師だけではチーム医療が円滑に回らないこと、短い入院医療をカバーする在宅入院制度(後述)が発達し、ここでは病院・在宅・開業者との三つ巴の連携が求められることから、マネジメントができる管理看護師の配置が義務付けられている。

フランスは一般看護師の「固有の役割」を位置付けたこと、専門に特化する看護師とともに、マネジメントを学び、チーム医療や病診連携・看護連携を円滑にする管理看護師の役割も評価されていることを強調したい。最後に、現在厚生労働省の「チーム医療推進会議」で検討されている「特定看護師」が医師の包括的指示のもと、特定の行為を行うことについて、フランス看護師の「固有の役割」を比較しながら、その是非も含めて私見を述べたい。

1. フランス医療制度の概要

(1) 国民皆保険で公的医療保険と補足医療保険の2階建て

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度(船員や国鉄職員など)、農業制度、非被用者制度(自営業者や聖職者など)がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。保険者は疾病金庫(Caisse)

である。

2001年1月に、低所得者を対象とした普遍的医療給付(*converture medicale universelle* : CMU)を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国、公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している。

フランスでは、公的医療保険で給付されない医療費(自己負担金、私費診療の医療費など)をカバーする補足医療保険が発達している。強制加入ではないが、国民の93%が加入している。運営は共済組合、相互扶助組合、一般の保険会社などである。このように、公的医療保険と補足医療保険の2階建て制度という、手厚い給付体制を誇り、実質自己負担はほとんど発生しない仕組みになっている。

(2) 医療機関と医療費の支払い

表1にフランスの基本情報を示す。医師・看護師数は、団塊世代の退職を控えているものの、現時点では十分な数が確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2日と短い。フランスの病院は設置主体により、公的病院、民間非営利病院、営利病院に区分され、公的病院が多くを占める。機能分化も進んでおり、急性期病院、中期医療施設(わが国の亜急性期病床や回復期リハビリテーション病棟に該当する)、長期療養施設、精神病院に分かれている。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

入院医療費は、公的保険でカバーされる部分については、疾病金庫から病院に直接支払われる。給付率は80%であり、自己負担部分の20%

を一旦支払い、後日補足医療保険者に請求する。外来医療費は償還払いが基本である。償還率は医療行為によって異なる。例えば、医師の外来診察料は70%、看護師やリハビリ技師によるセラピーは60%である。

(3) 近年の医療費抑制政策

2008年フランスの医療費はGDPの11%であり、人口の伸び率より医療費の伸び率が高い状態が続いていた。医療機関へのフリーアクセス、自由開業制、手厚い医療体制、低い自己負担などから医療費が増大する仕組みとなっていた。

医療費を抑制するため、2004年に医療制度を改革した。主な取り組みとして、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他(有効性が低い薬剤の償還率の低下、患者カード導入による医療情報の共有化)である。本稿では①と②について述べる。

① 「かかりつけ医制度」によるフリーアクセスの制限

16歳以上の国民は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することが義務付けられた。かかりつけ医を経由せずに、直接専門医に受診した場合は、自己負担額が増額されるペナルティが課せられた。2006年6月には、国民の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている。

② 保険免責制度による自己負担の増額

国民にコスト意識を持ってもらうために、診察1回当たり1ユーロを自己負担する制度である(開業看護師やリハビリテーションなどの医療サービスも同様)。この自己負担については、補足医療保険でもカバーされないため、実質自己負担が増えた。ただし、1年間の負担上限額は50ユーロである。また、入院医療費、18歳未満と6ヶ月以上の妊婦、CMUの受給者については適用されない。

表1 フランス/日本基本情報

項目		単位	フランス	日本
総人口		千人	62,149	127,395
65歳以上の人口比率		%	16.6	22.1
平均寿命		年	男77.8/女84.5	男79.3/女86.1
合計特殊出生率		%	2.00	1.37
病床数	人口千人当たり総病床数	床	7.1	13.9
	人口千人当たり急性期病床数	床	3.5	8.1
医師数	人口千人当たり医師数	人	3.34	2.15
	病床百床当たり医師数	人	48.4	15.6
看護師数	人口千人当たり看護師数	人	7.93	9.54
	病床百床当たり看護師数	人	114.9	69.1
平均在院日数(急性期)		日	5.2	18.8
一人当たりの外来受診回数		回	6.3	13.6(06年)
社会保障費対GDP		%	29.0	18.6
医療費対GDP		%	11.2	8.1(07年)
国民負担率		%	61.2	39.0

出典：OECD Health Data 2010

2. フランスにおける医師・看護師の養成

(1) 医師

Code de la Sante Publique(以下、「公衆衛生法典」)L4111-1では、医師(medecin)、歯科医師(chirurgien-dentiste)、助産師(sage-femme)を「医療職」と位置付け、「いかなる者も医師業、歯科医師業、助産業を行うことはできない」と業務独占を明記している。さらに、所轄の県医師会、歯科医師会、助産師会への名簿登録が義務付けられている。本名簿は、県庁および地方裁判所に提出され、毎年1月に新しい名簿が公表される。医師、歯科医師、助産師は登録県以外の会には登録できない。

フランスの医師は、国立大学で6年間勉強し、卒業試験に合格すると医師免許が与えられる。免許の更新はない。専門性から一般医と専門医に分れ、専門医になるためには、医学部終了後「アンテルヌ試験」(インターン試験)に合格し、4-5年の専門教育を受ける。一般医を希望した者は、2年間の臨床研修を受ける。また、雇用形態から自由診療を行う医師(営利病院、開業医)と保険診療を行う医師(公的病院の勤務医)に分けられている。自由診療医は、Sector 1、Sector 2、Sector 3の区分がある。Sector 1の医師は協約料金に基づいて保険診療を行い、Sector 2の医師は保険診療+協約料金を超える診療、Sector 3の医師は自由診療のみを行う。

国立医師会評議会(CNOM: Conseil national de l'ordre des medecins)が2010年11月23日に「フランスにおける医師人口図解」を公表した。それによると、2010年1月1日時点で、フランスにおける医師保有資格者は261,378人、このうち216,450人が医療に従事している。人口10万人あたりの医師数は平均308.8人で、ここ30年間では、人口の伸び率より医師の増加率が上回っている。さらに、医師の都市部偏在、女性医師とパートタイマー医師の増大、医師の高齢化など、日本と共

通する問題を抱えている。

(2) 看護師

フランスの看護の資格は看護師(Infirmiere)と助産師の2種類である。教育プログラムの根拠法は公衆衛生法であるが、教育の管轄については、看護師は保健省、助産師は教育省と異なっている。両者ともに国家資格が必要あり、免許の更新はない。

看護師免許を取得するためには、高校卒業後に看護師養成学校(専門学校)で、3年間(37.5ヶ月、4,760時間)履修し、地方公衆衛生局が実施する国家試験に合格して、看護師国家免許を取得する。准看護師制度はなく、すべて正看護師である。

助産師は、高校卒業後に助産師養成学校(専門学校)で、4年間の教育を受け、教育省が実施する国家試験を受験し、合格すれば助産師免許を取得する。

フランスではさらに専門看護師(小児・麻酔・手術室)を取得して専門化するコースと、管理看護師としてマネジメントに特化するコースに分かれる。専門看護師は2年以上の実務経験を経た後に、一定期間専門の教育機関で教育を受ける(ただし、小児看護師は実務経験を問われない)。管理看護師は4年以上の実務経験が必要で、専門看護師を取得する必要はない。より専門化するか、あるいは管理職化していくかを選択する。

さらに管理看護師は、①医療保健管理職、②上級医療保健管理職、③看護部長2級、④看護部長1級の4段階に分かれる。管理職になると、指導的立場や院内の重要なポストに就くようになる。こららは、資格ごとに存在する「身分に関する法令」によって規定されている。これら専門看護師の根拠法、教育機関や期間、資格試験などについては、表2に示すように、山本、刀根、岡谷が詳細な報告をしているので参考にされたい。

表2 フランス専門看護師の資格と教育の概要

	小児看護師 Puéricultrice	麻酔看護師 Infirmiere - anesthésiste	手術室看護師 Infirmiere - de bloc operatoire	管理看護師 Diplome de cadre de santé			
				医療保健管理 職	上級保健医療 管理職	看護部長2級	看護部長1級
前提条件	看護師免許 (実務経験は 必要なし)	看護師免許取 得後2年間の 臨床経験	看護師免許取 得後2年間の 臨床経験	看護師または 専門看護師の 免許実務経験 4年以上	医療保健管理 職の免許と管 理職の実践	上級保健医療 管理職の免許 と5年間の管 理業務を含む 10年実践	看護部長2級 の免許と実践
教育期間	12ヶ月	24ヶ月	18ヶ月	10ヶ月	実践現場での 訓練・教育	9ヶ月	実践現場での 訓練・教育
認定機関	地方病院機構						
根拠法	デクレ47-1544 小児看護師の 身分に関する 法令	デクレ88-903 麻酔看護師の 身分に関する 法令	デクレ71-388 小児看護師の 身分に関する 法令	デクレ2000-1009 看護管理職の身分に関する法令			
資格	国家免許						
資格試験 の有無	国家試験			国家試験	書類審査	国家試験	国家試験
登録機関	地方公衆衛生局						

出典：山本あい子他(2004)：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」pp.48-51を加筆・修正

本稿では、これらの先行研究を参考に看護師の「固有の役割」を整理する。

(3) 開業看護師

フランスではすべてのコメディカル職に開業権がある。多くは、多職種が共同でビルを借りて、グループ診療を行っている。開業看護師数は2009年末で約70,000人であり、看護師の14%を占める。開業看護師は専門看護師である必要はなく、実務経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。開業看護師は、自宅やオフィスなどで看護クリニックを開業し、訪問看護も提供する。

3. フランスの看護師と専門看護師の動向と歴史

(1) 看護師と専門看護師の動向

全国被用者疾病金庫 医療職者台帳の2009年1

月1日付けによれば、フランスの看護師数は502,500人で、人口1,000人当たりの看護師数は7.93人、100床あたりでは114.9人である。専門看護師数は43,000人で、専門看護師率は8.6%である(内訳は、小児専門看護師3%、麻酔専門看護師1.6%、手術室専門看護師1.2%、管理看護師2.7%)。ここ10年間で看護師数、専門看護師数ともに伸びている。表3に看護師数と専門看護師数の動向を示した。

専門看護師の勤務場所は、個人開業15%、病院71%(公的病院54%、民間非営利+営利病院17%)、高齢者施設4%、その他10%であり、公的病院勤務が半数を占めている。

(2) 専門看護師の歴史

専門看護師の歴史は古く、戦後まもない1947年に母子保護政策を高める職種として、小児専門看護師が誕生した。手術と麻酔技術の高度化

表3 フランスにおける看護師と専門看護師の動向

	2000年	2003年	2006年	2009年
看護師数(人)	383,200	422,800	464,900	502,500
専門看護師数(人)	27,900	32,600	37,100	43,000
小児専門看護師	12,000	11,600	13,200	15,000
麻酔専門看護師	5,400	6,400	7,200	8,100
手術室専門看護師	3,700	4,800	5,500	6,200
管理看護師	8,600	9,900	11,300	13,700
専門看護師率(%)	7.3%	7.7%	8.0%	8.6%

出典：ADELI(全国被用者疾病金庫 医療職者台帳)

に伴い1960年に麻酔専門看護師、1971年に手術室専門看護師が誕生した。

医療技術の高度・複雑化に伴い、医師にはより高いレベルの医療行為が求められるようになってきた。そのため、医師が提供していた医療行為が徐々に看護師に委譲されようになり、かつ、看護補助者による療養上の世話が認められるようになってからは、看護師は医療の技術的業務を実施する「技術者」にシフトしてきた。

1980年代になり、医師から委嘱された業務について、看護師の「固有の役割」(role propre)としてDecret(デクレ：政令)¹⁾に明記しようとする動きが活発になった。しかし、「看護師は医師の助手」と考えていた一部の医師の団体が反対したため、看護師の職業団体や労働組合がデモを行い、対抗した。その結果、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記された。これにより、看護師は患者との関係を基本にしなが、固有の役割について責任をもって遂行することになった。看護師の自律性を承認する大きな出来事であった。

4. フランスにおける看護師の固有の役割

(1) 看護師の業務実践における「固有の役割」

日本の保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)第37条では、医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応

できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること、つまり「包括的指示」により看護業務が行われている。包括的指示はあいまいな概念で、基準や行為など具体的な例示がないため、しばしば人によって解釈が異なる、いわゆるグレーゾーンとして扱われている。

個々の医療行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度を総合的に勘案し、社会通念に照らし合わせて判断されるとし、これまで厚生労働省は、2002年「静脈注射」、2007年「薬剤の投与量の調整」が「診療の補助」の範囲に含まれるとしている。ただし、膨大な医療行為を一つひとつ区分けするのは限界があること、診療の補助業務にも難易度があり、どのような方法で区分けするかは議論されていない。

フランスでは、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記されたことをきっかけに、看護行為について、雇用連帯省2004年7月29日「看護職実践・職業行為に関する法」に明確している(表4)。以下、法の概要を示す。

- ・ 第1条：「看護実践には、分析、計画、実行、評価、臨床データ収集、疫学と予防活動への参加、検査、保健衛生教育が含まれる。看護実践にあたっては、多職

- 種とチームを形成して活動する」と規定されている。
- ・ 第2条～第4条(略)
 - ・ 第5条：看護師が独自に判断・決定して行う看護行為(本稿では「A」とする)
 - ・ 第6条：救急の場合を除き、医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコルが必要で、看護師が単独で行う行為(「B」)
 - ・ 第7条：医師の処方またはプロトコルに則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載

- すること。
- ・ 第8条：医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコルが必要で、至近距離に医師の物理的臨場を必要とする行為(「C」)
 - ・ 第9条：医師が行う際に、介助者として参加できる行為(「D」)
 - ・ 第10条：麻酔専門看護師が行える行為(「E」)
 - ・ 第11条：小児専門看護師が行える行為(「E」)
 - ・ 第12条：手術室専門看護師が行える行為(「E」)
- また、上記A～Eの看護行為について、わが国の保助看法「療養上の世話」と「診療の補助」業務

表4 フランスにおける看護職実践・職業行為(抜粋)

<p>A. 看護師が判断・決定して行う行為(医師の指示や処方必要なし)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬：服薬の確認、作用・副作用の管理と教育 ・ 排泄ケア ・ 呼吸管理 ・ 褥瘡予防とケア ・ 経管人工栄養の注入と交換、ケア、観察 ・ 食事や栄養のケア ・ 睡眠、安静、移動のケア ・ 心理精神的ケア <p style="text-align: right;">合計38行為</p>
<p>B. 医師の処方やプロトコルに基づき、看護師が単独で行う行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 静脈注射、筋肉注射、皮下注射、点滴、ワクチン接種 ・ 中心静脈路(血管)確保 ・ ドレーンの交換や除去 ・ 洗浄目的の胃管挿入 ・ 肛門ゾンデ挿入、洗浄、浣腸、摘便 ・ 2回目以降の気管カニューレ交換 ・ 心電図、脳波記録 ・ 採血、血中酸素濃度測定、中心動脈圧の測定 ・ 他院への患者移送時のケアと観察 ・ 医師、患者、看護師間での治療計画作成 等 <p style="text-align: right;">合計34行為</p>
<p>C. 医師の処方やプロトコルに基づき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸血などの注射(適合性の確認が必要なもの) ・ 中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入 ・ 中心静脈カテーテルの除去 ・ 手動徐細動器の使用 ・ 脱アルコール治療、睡眠治療 ・ 手術直後から覚醒までを除く手術直後の経過観察とケア <p style="text-align: right;">合計10行為</p>
<p>D. 医師が行う際に、介助参加できる行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 負荷または薬剤使用での心電図や脳波の記録 ・ 貯留物除去ゾンデ初回 ・ 循環動態データ観察 ・ 精神科における電気ショック <p style="text-align: right;">合計10行為</p>

E. 専門看護師に限って行える行為	<p>【麻酔専門看護師】 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ麻酔医が物理的に臨場している場合に行える行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔 ・部分麻酔 ・手術直後蘇生覚醒 ・手術直後、覚醒室での経過観察 <p>【小児専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児の発育と成長観察 ・新生児の栄養 ・障害の予防と早期発見目的の検診 <p>【手術室専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術室内管理, リスクマネジメント ・各部署との調整
-------------------	--

表5 「診療の補助」行為に関するフランスと日本の比較

	診療の補助行為	フランス	日本
注射	筋肉注射, 皮下注射, 皮内アレルギーテスト	○	○
	静脈注射(ワンショット)	○	○
	中心静脈血管確保	○	×
	中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入	△	×
	中心静脈カテーテルの抜去	△	×
検査	採血(静脈)	○	○
	採血(動脈ライン)	○	△
	12誘導心電図検査の実施	○	○
その他	創部洗浄・消毒	○	○
	体表面創の抜糸	○	×
	気管カニューレ交換	○	×
	ドレーンの交換や抜去	○	×
	気管内挿管	×	×

注) ○：医師の指示で看護師が単独で実施できる行為
 △：医師の指示があり、かつ医師がそばにいれば実施できる(している)行為
 ×：看護師は実施できない(しない)行為

との関係を整理した。

- | | |
|--|--|
| <p>A. 看護師が独自に判断・決定して行う行為
⇒医師の指示や処方を必要としないので、「療養上の世話」に該当する</p> <p>B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為
⇒ほとんどが「診療の補助」に該当するが、一部該当しないハリスク行為が混在している(動脈血採血、中心静脈路確保)</p> <p>C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ</p> | <p>医師の物理的臨場を必要とする行為
⇒ほとんどがハイリスク行為で、「診療の補助」に該当しない</p> <p>D. 医師が行う際に、介助者として参加できる行為
⇒「診療の補助」に該当しない行為</p> <p>E. 専門看護師に限って行える行為(麻酔看護師のみ)
⇒「診療の補助」に該当しない行為
また、第7条「医師の処方またはプロトコール</p> |
|--|--|

に則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載すること」では、鎮痛剤に関する看護師の裁量権が定められている。

さらに、上記「診療の補助」行為で主要なものを抽出して、フランスと日本を比較した(表5)。フランスでは多くの医療行為は一般看護師が行っている。

(2) 開業看護師は医師の処方に基づき看護行為を提供

開業看護師が行う看護行為には、一つひとつに看護点数(診療報酬に該当)が決められている。注射や創処置など医療行為を評価する「医療・看護技術」(AMI: Actes Medico Infirmierde)と、ケアプラン作成や清拭など「看護・生活技術」(AIS: Actes Infirmierde Soins)の2種類に分かれており、それぞれ単価が定められている(1AMIは3.15ユーロ、1AISは2.65ユーロ)。これらは出来高払いで請求できる。これらは開業看護師に対する報酬であり、病院勤務の看護師は算定できない。表6に主なAMIを示す。急性期病院の平均在院日数が5.2日と短いため、患者は早々に退院し、抜糸や注射などの処置は在宅入院または開業看護師が実施している。

開業看護師の看護行為は、あくまでも医師の処方に基づいて実施されており、病院看護師であれば独自の判断で行う「療養上の世話」についても医師の指示が必要になる。ただし、看護師が看護行為の追加や変更が必要と判断した場合は、医師に相談し処方を変更してもらうなど柔軟な対応をしている。処方の有効期間は、慢性期疾患で状態が安定している場合は6ヶ月、術後や抗癌剤治療など急性期～回復期については、状態によって1週間から1ヶ月に設定されている。

(3) 在宅入院制度では管理看護師がキーパーソン

在宅入院制度(Hospitalization à Domicile: HAD)とは1970年12月31日病院法によって導入されたもので、2000年5月30日の雇用連帯省通達によって基本的な枠組みが定められている。本通達によれば「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供されるサービス」と定義されている。

医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入

表6 主な医療・看護行為(AMI)の点数(抜粋)

医療・看護行為(抜粋)	AMI*	金額(ユーロ)
皮下注射	1	3.15
筋肉注射	1	3.15
小児皮下注射・筋肉注射	2	6.3
静脈注射	1.5	4.725
採血	1.5	4.725
気管切開口処置・吸引・管交換	2.25	7.087
抜糸(10針未満/10針以上)	2/4	6.3/12.6
潰瘍・皮膚移植処置	4	12.6
尿道カテーテル挿入(男/女)	4/3	12.6/9.45
尿道カテーテル交換(男女同じ)	1.25	3.93
在宅医師への報告(書類作成)	5	15.75

注) ※1AMI=3.15ユーロ

院機関が病院チームと個人開業者と三つ巴の連携をしながら、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チームによる集中的ケアマネジメントである。在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者との関係を強化し、家庭復帰を支援する。在宅入院の目的は、在院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものである。精神科を除くあらゆる診療科を対象とする。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務付けられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している²⁾。

HADは多職種・他機関とのシステムづくりがポイントであり、キーパーソンはコーディネーター看護師である。コーディネーター看護師は管理看護師の資格が必要で、公衆衛生法でも配置が義務付けられている³⁾。フランスにはわが国のような介護支援専門員が存在しないため、病診連携や看護連携はもっぱらHADの管理看護師が担っている。

管理看護師は、医師の処方に基づいてケアプランを作成し、患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。その後定期的にモニタリングを行い、症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅サービス事業者に引き継ぐ。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理

フランスの看護師は処方権を持たず、「固有の役割」として裁量の幅を拡大し、法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の発達に伴い、医師から看護師への行為の委譲が行

われてきたこと、古くから専門看護師制度が発達していたことがあげられる。自らの業務の拡大には、医師会の反対があるなど日本と同じ状況を経験してきたが、関係団体を巻き込みながら合意を得てきた。

諸外国ですでに導入されている看護師の処方権のメリットとして、①費用の安さ(医療費の抑制)、②医療へのアクセスのしやすさ、③待ち時間の短縮などが指摘されている⁴⁾。フランスは手厚い医療保険と医療提供体制により、自己負担は低く抑えられており、かつ、医師へのアクセスも容易で、病床数に見合った医師数も確保されていることから看護師による処方権を求めてこなかった。ただし、医療の現場でしばしば問題となる、いわゆるグレーゾーンに該当する医療行為については、医師が裁量を委譲しながら、医師と看護師の役割を整理し、法で定めるなど合理的な方法をとってきた。

わが国はフランスよりも医療へのアクセスが良く、外来にかかる待ち時間はほとんどない。さらに、医師の技術料もこれら諸外国と比較すると高くない。ただし、病床数が多いため、医師・看護師の配置数が少なくなっている現状がある。

(2) 一般看護師を対象に「固有の役割」を拡大

フランス看護師の「固有の役割」の拡大は、専門看護師ではなく一般看護師を対象に行われてきた。これは、看護師とはジェネラリストであること、小児・麻酔・手術室専門看護師は、限られた領域での専門性であることが合意されているからである。一方で、病診連携や看護連携を促進し、在院日数を短縮化し、在宅医療への軟着陸を多職種とともに行う管理看護師の存在が早くから評価され、HADでも配置を義務付けている。

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討

会」で議論されている特定看護師は、「医師の包括的指示のもとで侵襲性の高い医療行為を行う看護師」であり、処方権を持つNPとは異なっている。その意味では、フランスの一般看護師が行っている医療行為「B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為」に近いものと理解している。検討会で議論されている「特定医行為として想定される行為例」は、①動脈血ガス測定のための採血、②創部ドレーンの抜去、③縫合などの創部処置、④褥瘡の壊死組織のデブリードマン、⑤副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止、⑥CTやMRIなどに実施時期の判断などである。

フランスと異なるのは、これらの行為を特定看護師のみに解禁し、一般看護師が実施できないことである。これまでの実態調査では、一般看護師が特定の医療行為を行っている実態がある。特定看護師のみが実施できて、一般の看護師が出来なくなると現場が混乱するのではないか。また、すでに養成が始まっている認定看護師・専門看護師との役割の違いも曖昧である。医療の高度化や複雑化に対応した、看護師の専門化は時宜にかなったものであるが、専門看護師、認定看護師、特定看護師、看護師、准看護師、看護補助者というように、看護組織のヒエラルキーが拡大し、国民や医療チームにとって分かりにくい組織になるのではと危惧している。

特定看護師を創設しなくても、保助看法第37条に規定する「包括的指示」(看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すること)は、一般看護師でも対応可能と思われる。ただし、検討会の報告書でも指摘されているように、「包括的指示」が成立するための具体的な要件(フランス看護師の「固有の役割」に該当)を例示する必要性を感じている。

(3) 高度に訓練されたジェネラリストとしての管理看護師

特定看護師のような、少人数の実践者が医療現場にいてだけで医療の質が向上するとは考えにくい。医療現場は30を超える専門職の集団であり、それぞれが高度な専門教育を受けている人材の宝庫である。この機会に看護師だけでなく、ほかの職種も業務範囲や役割を見直さないとバランスが悪い。また、病院に配置される医師・看護師数が少なく、まずは人員基準を引き上げるべきである。特定看護師や専門看護師を増やしても、絶対数が不足する状態は改善しないのでは、医療現場の疲弊は改善しない。

フランスHADの管理看護師は、院内と院外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。それぞれの専門職が持つ専門能力を存分に発揮してもらい、統合された形で患者に届けるという役割を大切にしている。専門分化した組織には、これらを高度に統合する専門家、すなわちジェネラリストを束ねるゼネラルマネジャーというスペシャリストが求められているのではないか。

注

- 1) 「L」の頭文字はLois (ロワ：法律)を表す。Loisに続くものとして、Reglementaire (レグルマンテール：法規)、Decret (デクレ：政令)、Arrete (アレテ：省令・条令)、Circulaire (サーキュレール：通達・通知)がある。
- 2) 2008年末でのHADの設置数は265か所であり、フランス全国土をカバーしている。1999年の時点では、68か所であったことから10年間で約4倍になっている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。
- 3) 公衆衛生法では、HADの人員基準を、入院患者6名に対し、最低1名以上の常勤の医療従事者を配置するよう定めている。また、医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保持者でなければならない。さらに、30床以上の許可を受けた組織は、管理看護師を1名以上配置するよう定めている。

- 4) 看護師の処方権が認められている国（先進国に限定）は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、スウェーデン、アイルランド、オランダ、韓国、ニュージーランドである。

参考文献

- Stffen M (CNRS-Grenoble University) (2010): The French health care system.liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(3), pp.353-387.
- 厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』, p.241.
- 山本あい子他（2004）：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」 pp.38-51.
- 刀根洋子（2007）：「フランスの医療と看護の動向」、『インターナショナルナースングレビュー』, 30(3), pp.96-100.
- 岡谷恵子（2005）：「フランスの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題－」、『世界の労働』, 55(10), pp.42-53.
- 原山哲（2005）：「看護におけるジェンダーの次元の脱構築－フランスと日本の比較社会史試論－」、『東洋大学社会学部紀要』, 43(2), pp.77-86.
- 篠田道子（2008）：「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－」、『海外社会保障研究』, No.162, p.33.
- 水木麻衣子, 高橋都, 甲斐一郎（2010）：「看護師の処方権導入に関する文献研究－利害関係者の視点から－」、『社会技術研究論文』, No.7, pp.222-231.
- 厚生労働省（2010）：「看護業務実態調査 結果概要 看護師が行う医行為の範囲に関する研究（速報）」9月27日発表資料.

（しのだ・みちこ 日本福祉大学教授）

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

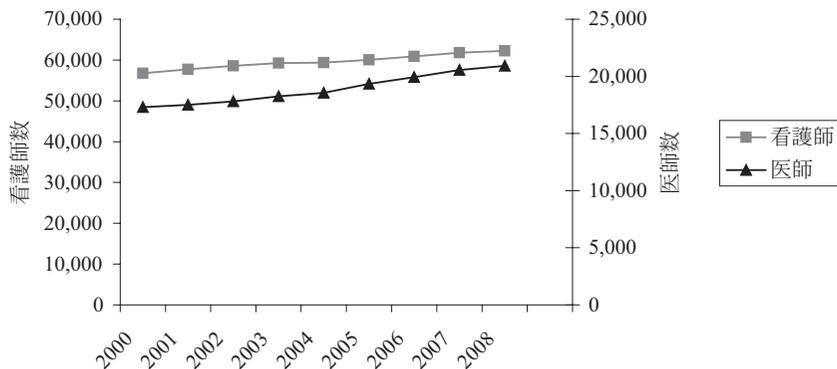
出典：看護専門学士教育に関する通知 Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje (2008年1月24日)より、邦訳は筆者

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

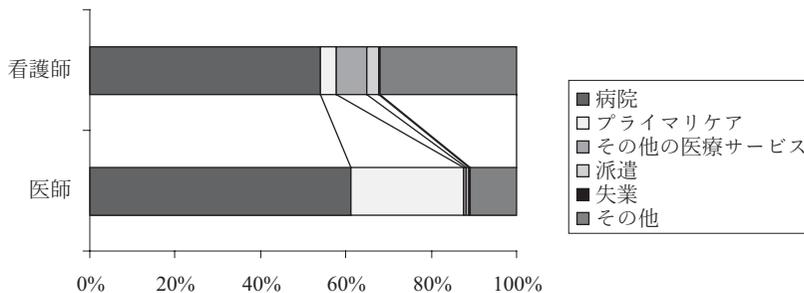
護師数は7.7人であり、日本は同年医師2.1人、看護師9.4であるので、医師は約1.5倍デンマークのほうが多く、看護師はデンマークのほうがやや少ないことになる。

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、薬を変更する必要性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2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, 施設か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)

イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担

白瀬 由美香

■ 要約

イギリスの医師・看護師の資格登録、養成カリキュラムの認定は、国が直接するのではなく、専門職の自己規制を重視したGMC、NMCという団体で行われる。薬剤の取り扱いを除き、医師・看護師の各々の業務を規制する法令はなく、医療機関による雇用契約と労務管理、NHSのクリニカル・ガバナンスを通じて、従事可能な仕事の範囲が決定されている。そのため、看護師による診療行為は処方を除いて法改正せずに可能であり、ナース・プラクティショナーはプライマリ・ケアを中心に普及している。医師と看護師の役割分担の在り方は、資格や養成システムの状況だけでなく、医療機関の機能分担や財政的側面も含めた医療システム全体の影響を受けるのだと示唆された。そして、ブレア、ブラウン政権期の多職種の業務拡大を伴う改革は、単なる医師不足への対応を目指していたのではなく、医療の質の向上への取り組みが同時に進められていた点が重要であった。

■ キーワード

GMC、NMC、NHS、イギリス

I. はじめに

イギリスでは現在、医師・看護師をはじめ、医療に携わる専門職の養成システムと役割分担の再編がなされつつある。1948年以来National Health Service(NHS)は、租税を財源に無料の医療を提供してきたが、労働党のブレア政権が発足した1990年代末の医療は質・量ともに水準が低下していた。医療設備の老朽化、医療従事者の不足、待機時間の長期化などの問題が山積していたことが知られている。そして、医療の質向上に向けて、医学部の定員増加、卒後研修の短縮、外国人医師の受け入れなどの人的資源の確保策が積極的に行われた。さらに、多様な医療従事者の業務拡大や新たな職種の創設が必要であるとされ、医師・看護師の養成システムの改革も進められた(DH, 2000; 近藤, 2004)。

本稿が課題とするのは、こうした時代背景のもとで形成された医師・看護師の役割分担の在り方についての検討である。イギリスでは1970年代末頃よりアメリカに倣ったナース・プラクティショナー(Nurse Practitioner)の活動が始まり、現在は一部の看護師については医師と同様に薬剤を処方することも認められている(江藤, 2010; Jones, 1999)。したがって本稿の検討作業は、アメリカの上級看護師モデルが、異なる医療システムを持つ他国にどのように導入されたのかを示すことになるだろう。また、イギリスの地域看護の分野では、助産師(Midwife)・保健師(Health Visitor)・訪問看護師(District Nurse)は、医師から独立した自律的な専門職として活動してきた伝統があった(Sweet, 2008)。本稿では、ナース・プラクティショナーと、これら伝統的な看護職との活動スタイルの違いを探ることも

念頭において検討を行っていく。

以下、政府刊行物、医師・看護師関連団体の公式文書、医療従事者の実態に関する研究成果などの文献調査に基づいて議論を進めていく。2節では、医師・看護師の資格と養成システム、医療専門職への規制の在り方に関する特徴を紹介する。3節ではまず、ブレア政権期の医師・看護師を取り巻く背景を論じる。そして、病院およびプライマリ・ケアでの役割分担をそれぞれ検討する。4節では、イギリスの医師・看護師の基盤の特徴を踏まえて、医療提供の場ごとに異なる役割分担の在り方を整理し、まとめとする。

II. 医師・看護師の資格と養成システム

イギリスの医師・看護師の資格登録や管理、養成カリキュラムの認定などのシステムは日本と大きく異なる。中央・地方の行政機関が直接管理するのではなく、法律に基づいて設置された資格管理団体がそれらの責任を果たしている。医師・看護師ともイギリスを構成するイングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドの4カ国で共通した基準が設けられている。

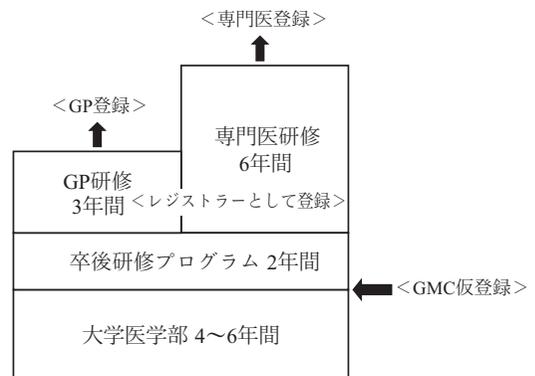
1. 医師の資格と養成システム

医師免許の登録、管理、大学の医学教育プログラムの規制、認定をするのは、総合医療審議会(General Medical Council; GMC)である。GMCは1858年医師法(Medical Act 1958)に基づいて設立された。慈善委員会(Charity Commission)の認可を受けた非営利組織であり、医師の登録料・更新料で運営されている。現在の根拠法は1983年医師法で、これまでに何度も修正が加えられているが、基本方針として自己規制を重視して医師の管理を行ってきた。

イギリスには現在、医師養成コースを持つ大学が全国に32カ所ある。5年制が最も一般的(24

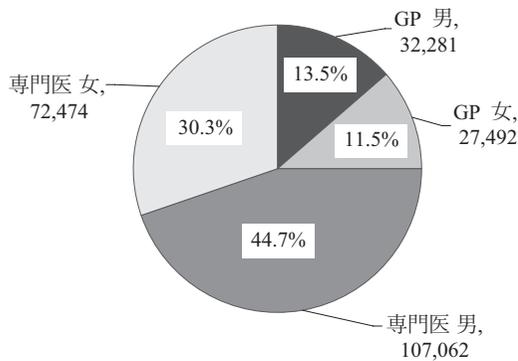
カ所)だが、学士入学者向けの4年制(14カ所)、生命科学系の基礎教育を充実させた6年制(12カ所)もある。イギリスの大学は医学部附属病院を持たず、臨床実習は教育病院(Teaching Hospitals)として位置付けられた近隣の病院で行われる。入学後は数日から数週間の実習が毎年行われ、実地での経験に基づいた教育が重視されている。最終年次には約1年間に渡って複数の診療科で臨床実習が実施される。大学はGMCの基準に沿ったカリキュラムを策定することになっており、教育の質に関する定期的なモニタリング結果は、GMCのホームページで公開されている。

卒後教育については、2005年から「医師養成の現代化」と題した新しいプログラムが開始され、教育目標や教育期間が明確にされた(House of Commons Health Committee, 2008)。医師の国家試験はなく、学士課程を修了すると、GMCに仮登録(Provisional Registration)でき、それから2年間の研修医プログラム(Foundation Programme)に参加する。その後は「レジストラ(Registrar)」という役職で登録され、各自の志望に従って、家庭医であるGP(General Practitioner)は3年間、専門医は6年間の専門分野別研修がある。すべての研修を終了すると、GMCからGP、専門医それぞれ



出所：Tooke, 2008: 36をもとに作成。

図1 医師の卒後研修システム



出所：GMC, 2011をもとに作成。

図2 GMCに登録する医師数

れの認定証(Certificate)が発行され、医師として正式に登録される(図1)。専門医の場合は、その後経験を積むことで、最終的にはコンサルタントと呼ばれる上級医師となるキャリア・パスが開かれている。

GMCによれば現在の医師登録者数は約24万人であり、その4分の1がGPである。女性医師は全体の約4割を占めている(図2)。ただし、この数値はイギリスの医師免許を持つ者の総数であるため、民間医療機関の医師、国外にいる医師なども含まれている。実際にNHSで働く医師は4カ国合わせても登録者の7割弱にすぎない。2009年以降、GMCへの登録は、医師としての登録(registration)、診療に関する免許(license to practice)という2つの要素から構成されている。これは、2012年から予定されている免許更新制の導入に向けた布石であり、専門医団体、患者、雇い主などの見解も交えた業績評価に基づく免許の更新が検討されている(GMC, 2010)。

2. 看護師の資格と養成システム

看護師については、看護助産審議会(Nursing & Midwifery Council; NMC)が看護師免許の管理と養成プログラムの認定を行っている。NMCは看護助産令(Nursing & Midwifery Order 2001)に基

づき、United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visitingを引き継いで2002年に設立された。GMCと同様に、看護師が支払う登録料・更新料で運営される非営利組織である。

NMCに登録が義務付けられる免許は、登録看護師(Registered Nurse)、助産師(Midwife)、地域保健専門看護師(Specialist Community Public Health Nurse)、処方者(Prescriber)である¹⁾。2011年1月現在の登録状況は、複数の資格を重複して持つ者を含めて、登録看護師が63万8,000人、助産師が2万8,000人、地域保健専門看護師が2万6,000人である²⁾。そのうち約9割が女性である。

(1) 登録看護師

登録看護師となるには、各地の大学の看護学科で開設されるNMCが認定した3年間のコースを修了する必要がある。既に看護現場で補助職として働いている者や何らかの学士号を持っている者は、履修科目の免除や在学期間の短縮が認められている³⁾。看護師についても「看護師養成の現代化」と称する養成システムの改革が進められている(DH CNO Directorate, 2006)。従来は高等教育機関で看護学のディプロマ(Diploma)を取得すれば、学士号(Degree)はなくても看護師登録が可能であったが、2013年度入学生からはすべてのコースが学士課程となるように改革されつつある。

卒前教育では、在学期間の約半分は実習に従事し、座学と実習合わせて3年間で4,600時間以上のプログラムからなる実践的なカリキュラムである。初年次は全員共通の基礎プログラムを履修し、残り2年間は成人・小児・精神保健・知的障害の4分野から1つを選択し、特定の分野についての専門性を高めていく(NMC, 2004a)。看護師の場合も免許取得の国家試験はなく、コース修了によってNMCへの登録が認められる。

NMCへの登録時にも、上記4分野から選択し

た専門分野が登録される。登録後は毎年76ポンドの登録料を支払い続けなくてはならない。3年ごとに更新があり、要件として過去3年間に少なくとも5日間(35時間)の学習と450時間の臨床経験が求められる。したがって、マネジメントや研究・教育に従事する看護師も、臨床を継続していないと免許の更新ができなくなる。

(2) そのほかの看護関連免許

助産師は登録看護師と同様に、NMCが認定する3年間のコース修了が要件である(NMC, 2009)。追加的に助産師免許を取る看護師には、1年半で修了するコースが開講されている。助産師についても実習に費やす時間が在学期間の約半分を占めるが、理論の学習についても40%を下回ってはいけないことになっている。助産師の業務に関しては、NMCの基準や指針が看護師とは異なり、一部の薬剤については処方や投与が認められている。

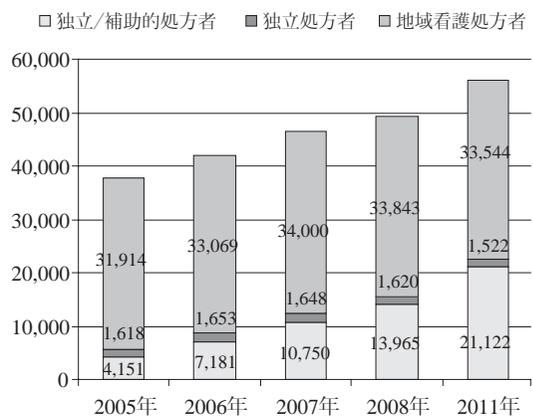
地域保健専門看護師とは、保健師や学校看護師を指し、主に公衆衛生活動に従事する看護師のことである。登録看護師取得後に少なくとも1年間、大学院レベルの教育を受けることとされ、カリキュラムの一環として処方に関する科目も履修する(NMC, 2004b)。そのため、地域保健専門看護師は、地域看護処方者(Community Practitioner Nurse Prescribers)という免許も同時に取得でき、一部の薬剤を処方することができる⁴⁾。看護師の処方が最初に認められたのは、保健師など地域看護の領域であり、1999年から全国で実施されている。

処方者には上記も含めいくつかあるが、近年増加しているのが独立/補助的処方者(Independent/Supplementary Prescribers)を両方取得する免許である⁵⁾。独立処方者は2002年に導入され、現在は医師と同じ範囲の薬剤を各自の判断で処方することができる⁶⁾。補助的処方者は医師が作成

した診療管理計画(Clinical Management Plan)に基づく処方が可能であり、2003年から養成が始まった。これらの免許の取得は、3年以上の臨床経験と大学卒業相当の学歴を要件としている⁷⁾。NMCの認定を受けた養成コースには通学制と通信制の両方があり、通学の場合は26日間のスクーリングと12日間の実習が最低基準とされている。標準的な受講期間は3~6カ月程度であり、仕事を続けながら免許の取得ができる。処方者についても国家試験はなく、コースの修了試験に合格すればNMCに登録できる(NMC, 2006)。2005年から2011年にかけて独立/補助的処方者は4,000人から2万人へと増加し、処方者数も全体で50%近くも伸びている(図3)。

以上のNMCに登録する免許は、いずれも登録看護師と同じく3年ごとに更新が必要であり、その間に必要な臨床経験と研修の基準を満たさなければならない。

他方、イギリスには「ナース・プラクティショナー」として活動する看護師がいるものの、NMCが免許を与える正式な資格ではない。確かに継続教育の一環として、専門看護師や上級看護師を養成するコースも開設されている。けれども、



出所：NMC, 2008およびNMC渉外担当者Craig Turton氏からの情報をもとに作成。

図3 処方者数の推移

それらは各々の大学や大学院の認定資格であり、NMCによって資格名称やカリキュラムは統一されていない。そのため、これらの認定資格を持つ看護師がどれくらいの規模で存在するのかについても正確には把握できていない。

NMCは2005年ようやく「上級ナース・プラクティショナー(Advanced Nurse Practitioner)」免許の創設に向けて動き出した。それに先駆けてイギリス看護協会(Royal College of Nursing; RCN)は、ナース・プラクティショナーの定義付けを試み、最近も養成システムの整備を提言する報告書をまとめている(Ball, 2005; Ball, 2006; RCN, 2010)。保健省も『信頼・保証・安全：21世紀の医療専門職の規制』において、患者の安全という観点から、ナース・プラクティショナーを規制する枠組みを設けるよう強く求めている(DH, 2007: 37)。だが、現在のところ議論はまとまっておらず、実現はいつになるのかわからない。ナース・プラクティショナーと類似した職種である、診療行為に従事するフィジシャン・アシスタント(Physician Assistant)養成は2009年から始まっている(白瀬, 2010)。それとの差別化をどう図るかという点からもナース・プラクティショナー資格の整備が望まれるところである。

3. 医療専門職への規制と業務範囲の設定

先に述べたように、診療や診察に従事する看護師は1970年代末から普及し始めた。しかし、「ナース・プラクティショナー」という国家資格はなく、NMCが看護師の診療行為について規制を行っているのは処方に関する事柄だけである。これはイギリスの医療専門職の業務範囲に関する規制の在り方が如実に表れている。

医師・看護師をはじめとした医療専門職の業務内容を具体的に規制する法律はイギリスにはない。医師への規制は伝統的に自己規制のみに委ねられていた。そして、医師以外の医療専門

職も、GMCに倣った資格管理団体を形成し、専門職による自己規制を推進してきた。1990年代以降のGMCは、行政や患者などを含めた多面的な規制の在り方へと変質したと言われているが(石垣, 2010)、それでも依然として法律によって専門職の業務を規定することには至っていない。各団体が専門職としての指針(Guidance)や行動規範(code of conduct)を示すことによって、患者の安全を第一として、自己規制を行うように促す仕組みとなっている(DH, 2007)。そして、医療規制審議会(Council for Healthcare Regulatory Excellence; CHRE)が職種別の団体間の調整を図っている。

だからといって、医療専門職の業務を規定するものが何も無い訳ではない。医師も含めて、NHSで雇用される職員については、誰がどのような業務に従事可能かを雇い主である医療機関が規定してきた。特定の業務に対してその専門職が十分な対処能力を持つかどうかを保証するのは、雇い主の重要な役割であるとCHRE(2009)も指摘している。そして、技能に見合った業務の配分、複雑な仕事の管理、技能の向上への適切なサポートなどを確保することは、雇い主の義務であるという。具体的には、雇い主は「職務記述書」(job description)を用い、特定の業務行う上で必要な知識、技能、特質などを規定する。採用された専門職は職務記述書の範囲内で業務に従事し、NHSのクリニカル・ガバナンスや医療機関の人事管理システムを通じて、医療の質は保たれると考えられている(CHRE, 2009: 6-7)。

他方、薬剤の取り扱いについては、薬事法や関連する法令によって制限が設けられている。特に規制医薬品は、薬物乱用法(Misuse of Drugs Act)や薬物乱用規制(Misuse of Drugs Regulations)に基づいて、国で定められた職種しか扱うことができない。そうしたことから、処方に関する部分のみは、資格管理団体が免許を発行し、管

理することになっている。医療専門職の業務への規制がこのような仕組みであったために、薬剤の処方をしていない限り、看護師がナース・プラクティショナーとして診療に従事することも可能だったのである。

III. 医師と看護師の役割分担

1. ブレア、ブラウン政権期の医師・看護師を取り巻く状況

ブレア政権は、医療の質の向上のため、GDP比7%程度であった医療費を欧州諸国の平均である10%水準に引き上げ、医療従事者の確保に積極的に取り組んできた(DH, 2000)。その理由の1つは、EUが定める最長でも週48時間以内という労働時間制限をNHSも遵守しなければならず、医師の労働時間の短縮が不可避だったからである。さらに、前政権までの長年の医療費抑制は医療従事者の給与にもおよび、より良い労働環

境を求めてNHSから流出する者が増加していたからであった(近藤, 2004)。続くブラウン政権期には、養成システム改革を通じて、医療チームを再編し、質の向上を目指したことが特筆される(DH, 2008)。

医師に関してなされた改革では、先述の新しい研修医プログラムの導入による研修期間の明確化と短縮、医学部の定員増加や養成課程の多様化、そして外国人医師の活用などが挙げられる。これらを通じて3年間で医師数を1万人増加させるという目標が設定された。最終的に2009年には、イングランドのNHSで働く医師数は、2000年の1.5倍程度にまで増加し、約13万人となった(表1)。

看護師については、看護管理の責任者として看護師長(Modern Matron)、臨床でのエキスパートとしてナース・コンサルタント(Nurse Consultant)などの役職がNHSに設けられ、上級レベルの看護師への処遇改善がなされた。このようにマ

表1 NHSの医師数の推移(イングランドのみ、常勤換算)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
コンサルタント	20,909	21,680	22,558	24,229	25,758	27,549	28,995	29,995	30,776	31,966	33,875
専門医	1,289	1,333	1,356	1,524	1,723	1,958	2,185	2,411	2,552	2,695	3,020
専門医(新課程)										361	2,600
医師	3,258	3,764	3,999	4,672	4,700	4,817	4,816	5,163	5,275	5,122	2,820
レジストラー	11,822	11,953	12,370	12,740	13,708	15,811	16,979	17,837	29,788	33,838	36,235
シニア・ハウス・オフィサー	14,464	14,918	15,233	16,468	17,942	19,785	20,816	18,182	5,358	2,023	1,535
研修医2年目								3,687	4,811	5,474	5,984
研修医1年目、ハウス・オフィサー	3,494	3,634	3,676	3,933	3,960	4,228	4,618	4,866	5,189	6,016	6,465
病院プラクティショナー	191	183	181	205	205	211	198	178	168	178	155
診療助手	1,502	1,387	1,446	1,183	976	859	713	578	490	634	543
その他病院スタッフ	942	818	761	679	577	442	326	173	158	127	66
GP	26,879	26,947	27,043	27,248	27,932	28,567	29,467	31,194	31,321	30,988	32,426
GPレジストラー	1,475	1,597	1,811	1,907	2,153	2,454	2,435	2,190	2,409	3,055	3,659
合計	86,225	88,213	90,435	94,787	99,634	106,680	111,548	116,454	118,297	122,478	129,383

注1: コンサルタントには公衆衛生医も含まれる。

注2: 病院プラクティショナー(Hospital Practitioner), 診療助手(Clinical Assistant), その他病院スタッフは、専門医資格のないGPや歯科医師などが務めている。

出所: NHS Information Centre, 2010aおよび2010bをもとに作成。

表2 NHSの看護師・助産師数の推移(イングランドのみ、常勤換算)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年
ナース・コンサルタント			130	315	449	609	697	758	790	810	918
看護師長							1,544	1,901	2,067	5,066	5,045
地域看護師長								351	571	1,422	1,559
マネジャー	4,566	4,584	5,228	5,442	6,372	7,542	6,601	6,683	7,105	7,055	7,861
地域保健専門看護師	21,545	21,366	20,920	20,550	20,837	20,744	20,180	19,371	18,763	18,328	17,937
診療所看護師	10,689	10,711	11,163	11,998	12,967	13,563	13,793	14,616	14,554	13,962	13,582
登録看護師	187,142	196,091	205,754	219,861	231,588	241,254	248,639	250,741	251,054	256,145	262,648
准看護師	19,522	16,574	15,590	13,977	13,781	12,057	10,242	8,780	7,980	6,945	6,222
登録助産師	17,876	17,662	18,048	18,119	18,444	18,854	18,949	18,862	19,298	19,639	20,236
不明			501	1,022	454	817	892				
合計	261,340	266,987	277,334	291,285	304,892	315,440	321,537	322,062	322,182	329,372	336,007

出所：NHS Information Centre, 2010cをもとに作成。

ネジメント面、臨床面で看護部門のリーダーとして処遇される者は毎年着実に増加している。イングランドの看護師・助産師の総数は10年間で1.3倍になり、33万人超となった(表2)。

看護師という職業集団の内部でも改革は行われていた。1990年代にかけて進められた養成システム改革「プロジェクト2000」によって、見習い修業的な看護教育は徐々に廃止され、大学での教育がなされるようになった。そして、看護師が医師のように自律的な規制・管理を基礎とする専門職への転換が図られる上で、RCNの働きも大きかった(Jones, 1999)。こうした積み重ねが、看護師による薬剤処方拡大するなど、活躍の場が広がる素地になっていたといえる。

また、医療システム上の要因として、医療の質を保つための基盤となるNational Service Framework(NSF)が策定されたこと、NICE(National Institute for Health & Clinical Excellence)という組織が診療ガイドラインを作成するなど、治療法の標準化が図られたことも挙げられる。同時に、質の評価を行うHealthcare Commission(現在のCare Quality Commission)が設置され、医療機関のパフォーマンスが監視されることになった。これら機関の存在は、第一に一般国民の医療の

質への信頼を回復させることにつながった。さらに、かつては圧倒的な知識・技能を持つことで医師だけが担っていた診療行為に対して、医師以外の者による参入が拡大されることを、間接的に促したのではないかと考えられる。

こうした政治的・社会的な変化を受け、看護師の業務拡大で医師の労働時間短縮を補うことが現実的な問題として議論されることになった。ロンドンの病院では、研修医の労働時間の短縮をカバーするため、ナース・プラクティショナーを採用し、夜間に病状が急変した際の対応チームを設けたところもあるという(Hamilton-Fairley et al, 2009)⁸⁾。

ただし、ここで考慮しなければならないのは、医師と看護師との給与水準の格差である。処方者免許を持つような上級レベルの看護師であっても、平均年収は4万ポンド程度(俸給表Band7)である。他方、GPやコンサルタントの平均年収は約10万ポンド、レジストラーは6万ポンド弱である。研修医でさえも2年目には4万ポンドを超える収入を得ている(NHS Information Centre, 2010d)。EUの労働時間制限をめぐる議論で特に問題になったのは、研修医の長時間労働であった。穿った見方をすれば、当時の政策で看護師

に期待されていたのは、人件費の面でもまさに研修医の代わりとなる診療業務の担い手だったのではないかと推察される。

2. 病院における役割分担

イギリスの医療機関には明確な機能分担があり、病院は急性期の患者への専門的な治療に特化している。病院では、コンサルタントを中心にした多職種からなる医療チームで行動する。そのため各々がチーム内で分担する役割も明確化されており、プライマリ・ケア従事者のように独立して判断しなければならない場面は限られている。医療従事者の業務は、病院内における役職、職務記述書で示された内容に加え、医療チーム内での相互評価に基づいて、範囲が決まることになる。

病院の看護師の大部分は一般の登録看護師であるが、例外的なのは救急部門である。救急では、看護師がトリアージや処置をするだけでは

なく、ナース・プラクティショナーが医師と同様に患者の診断や治療を行っている。ほかの部門と違い、限られたスタッフで多様な傷病の患者を扱う必要があることから、処方者免許を持つ看護師が救急部門で果たす役割は自ずと大きなものになる。

しかし、それ以外の部門では、看護師が診断に携わる機会は必ずしも多くない。病院では基本的な治療方針はコンサルタントが決めるため、看護師が自ら診断したり、処方したりする必要があるのは、医師の不在時に病状が急変した場合など非常に限られている。その上、ナース・プラクティショナーが患者のアセスメントをするようになると、研修医の訓練機会が奪われるという指摘もある(Wilson et al, 2007)。

処方に関しては、病院は「患者群別指示書(Patient Group Directions; PGD)」という特定の薬剤の提供・投与の方法を記載した文書を発行し、緊急時など必要な場合には、免許のない者でも

表3 退院支援に関する役割分担

役職	担当業務の例	職種
看護・助産・サービス改善部長	退院支援システム全体に関する最高責任者	看護師
診療部長	医師が円滑に退院支援を行えるよう環境整備	医師
担当コンサルタント	患者のパスの医学的側面に関する説明責任	医師
コンサルタント	患者の退院後10日以内にサマリーを作成	医師
医師	診断結果に基づく退院日時の決定とレビュー	医師
当直の看護師マネジャー	1時間ごとに患者の状態をモニタリング	看護師
看護師長	退院報告書を毎週レビュー、成績改善に取り組む	看護師
病棟マネジャー	患者・家族への治療計画の説明と病棟看護師の管理	看護師
病棟看護師	退院計画の実施、継続ケアの要否を確認 福祉サービス、プライマリケアチームへの引継	看護師
その他の医療専門職	患者が必要な他サービスへ退院予定の連絡	PT, OTなど
退院コーディネーター	患者・家族・多職種チーム間の調整を図る	看護師
退院支援チーム (Integrated Discharge Team)	病棟スタッフのサポート、継続ケアに関する助言 リハビリテーションに関するアセスメント ウェイティングリストや転院の管理	多職種
薬剤師	退院後に服用する薬剤の用意	薬剤師

出所：Nottingham University Hospitals NHS Trust, 2010をもとに作成。

処方薬が利用できるような措置を講じている。そのため、処方免許の取得は病院では必ずしも必要とされていない。近年の研究から、病院における処方者の存在は、持病がある入院患者の血糖値管理や疼痛管理には有効であり、医師とのコミュニケーションの円滑化や協働の推進、同僚の看護師への教育効果もあると評価されている(Stenner et al, 2008)。EUの規制に対応し、医師の労働時間を短縮しなければならないこともあり、チームとしてのサービス供給量を維持するため、今後は病院でも処方のできる看護師が増加する可能性はある。

病院内での医師・看護師の役割を明示した事例として、ここでノッティンガム大学病院トラストの退院支援システムを取り上げたい。退院支援は入院待機者問題解決に向けたブレア政権期の重点施策であり、各地の病院でシステム整備が進められた。入退院の調整については、疾患別のクリティカルパスに加え、表3のように退院支援全般に関する役割分担と責任の所在が示されている。患者の診断・診察は基本的に医師の仕事であり、退院に関する決定の最終責任を負うのはコンサルタントである。しかし、大部分のケースについては、診療管理計画に基づいて、看護師が患者の病状を管理し、入退院に関する必要な連絡や調整もすべて執り行うようになっている。退院患者の約20%は、継続的な医学的管理が必要であるなどの理由で、多職種からなる退院支援チームによるサポートが必要であるといわれている(DH, 2004)。そうした場合に、連携のイニシアティブをとるのも看護師の役割である。

3. プライマリ・ケアにおける役割分担

NHSでは長年、医療を受けるにはまず家庭医であるGPに登録することが必要であった。しかし現在は、必ずしもGPに直接登録する形ではな

い。多くの診療所では複数の医師がグループ診療を行っており、患者は診療所やヘルスセンターの単位で登録をする⁹⁾。サービス提供の継続性を重視しているため、担当のGPは決まっているが、もし不在でも同じ診療所内のほかのGPにかかることができる。あるいは、診療所看護師(Practice Nurse)の診察を受けることもできる。

独立/補助的処方者免許を取得した者の約4割が診療所看護師だとの調査結果もある(Courtenay et al, 2007)。診療所看護師は診療の補助やトリアージを担っているだけではなく、自らの診察室を持ち、診察や診断を行うナース・プラクティショナーとして働く者もいる。とりわけ移民の多い都市部では、急激な住民数の増加にGPの配置が間に合わないこともあり、処方のできる看護師がGP不足を補っている場合もある。

例えばロンドン南部のWandsworth地区には、「看護師主導のヘルスセンター(Nurse-led Health Centre)」がある。ここは、管理責任者を含め2人のナース・プラクティショナー、その助手であるヘルスケア・アシスタント1人、事務スタッフ数名で運営されている。非常勤職員としてGPが2人、心理療法士が1人いる。ナース・プラクティショナーは、診察・診断・処方・処置から検査依頼や病院などへの紹介まで、GPとほぼ同様の業務に従事している。非常勤GPの採用は、子育て中の女性医師の活用という側面もある。

また、医療へのアクセス手段を拡大する取り組みでも、看護師が主要な役割を担っている。軽症患者を対象に、登録・予約なしで看護師の診察が受けられるウォークインセンターという施設がある。市中の薬局に併設されたもの、ヘルスセンターの中に夜間診療所として設けられたもの、病院の救急部門に隣接したものなどがあり、これも都市部を中心に増加している。さらに、NHSダイレクトという24時間対応の看護師による電話相談のサービスもあり、救急時の

対処方やセルフケアに関する助言を行っている。

プライマリ・ケアには、診療所やヘルスセンターで働く診療所看護師のほかに、助産師や保健師や訪問看護師がいる。助産師や保健師、訪問看護師は20世紀初頭より地域で独立して活動する看護職であった。それに対して、診療所看護師は、1960年代に保健師や訪問看護師を診療所に配置する試みから発展した経緯を持つ(Sweet, 2008)。

だが、保健師は現在、公衆衛生活動に専従しており、個人の疾病を治療するような業務にはほとんど従事していない。保健師や訪問看護師は地域看護処方者の免許も持つが、実際にはほとんど処方を行っていないとの調査結果もある(Courtenay et al, 2007)。在宅での看護についても、高度な医療的知識・技能が求められる場合には、訪問看護師では対応できないため、特定分野の専門看護師が派遣されるようになりつつある。診療所看護師が看護職における1つの専門家集団となった現在、保健師や訪問看護師の自律的な活動の在り方にも変化が見られる。

IV. まとめ

イギリスの医師・看護師を特徴付けるのは、薬剤の処方に関する事柄を除いて、業務範囲を規制する法令が無いという点であった。資格管理団体による患者の安全確保を目的とした自己規制を専門職に促す枠組みが基礎となり、具体的な業務内容の設定は雇用契約と労務管理に任されていた。さらに医療の質を確保するNHSのクリニカル・ガバナンスを通じて、誰がどの業務に従事するか、各々の役割分担が決定されていた。

本稿は、医師と看護師の役割分担を各地での実際の取り組みをもとに検討した。その結果、医療が提供される場によって、役割分担の仕方

は異なることが見て取れた。病院では、医師・看護師は、多職種からなる医療チームの構成員として、自ら診療に携わる者もいれば、人と人、サービスとサービスをつなぐことに貢献する者もいるなど、多様な形で業務を分担し合っていた。チーム・リーダーであるコンサルタントが作成した診療管理計画に従い、各々の知識や技能に応じた業務が割り当てられ、常にチームとして医療に従事するという役割分担であった。退院支援システムでは、病棟看護師が患者や家族、他部門との連絡・調整を担うキーパーソンであることが示されていた。円滑に医療を提供するために、業務の隙間や部門の隙間を埋める作業が看護師によってなされている点は、診療面での技能や専門性の高さだけでなく、看護師の役割の重要性を表している。

他方、プライマリ・ケアの専門職は、かつては多くのGPが単独で開業し、保健師や訪問看護師も地域で自律的な活動をするなど伝統的に単独行動であった。それはある意味で明確に役割分担をしていたともいえるが、各々が自律的ではあったものの互いの連携はなかった。けれども現在はその構図から大きく変化した。GPは診療所看護師をはじめ多様なパートナーシップのもとで、相互に補完し合いながら、診療を行っている。さらに、病院の早期退院が進み、主たる療養の場が地域に移行するにつれて、在宅の患者に対しても医療面での高い専門性が求められるようになった。すなわち、プライマリ・ケアの医師・看護師は、単独でも行動できる専門性・自律性の高さを持つと同時に、病院から地域まですべてを包括するチームの一員として、患者の治療過程の一部を担うようになった。

以上のことから、医師・看護師の役割分担のあり方は、資格や養成システムの改革だけではなく、医療機関の機能分担や財政状況なども含めた医療システム全体の影響を受け、変化する

ものなのだと考えられる。イギリスの場合は、法令による業務内容の規定が無いことから、なおさら柔軟に変化しうるのであろう。ここで注目すべき点は、ブレア、ブラウン政権期になされた改革は、単なる医師不足への対応だけを目指していたのではなかったことである。医療の質の向上という大きな目標があったことを見逃してはならない。患者を待たせず、できるだけ早く適切な処置をするため、医師でなくとも対応可能なことは、ほかの職種に任せることも、総体としての質の確保には必要であった。看護師が担うことになった業務には、連絡や調整、マネジメントもあれば、処方など診療行為の一部もあったということなのだ。

とはいえ本稿は、医師・看護師の養成と役割分担に関して、現在の制度の状況を中心に検討し、変化の背景となった歴史的展開については、十分に考察することができなかった。養成システムの変遷を丹念に追いながら、医師・看護師の役割分担のあり方をNHS改革の流れの中にさらに明確に位置付けて行く作業が必要となろう。また、資格管理団体であるGMCやNMCの保健省との関係、国民との関係を、労働党政権期の消費者主義的な政策に引き寄せて検証することも課題である。それらによりイギリスの医師・看護師関係の相対化が可能となるだろう。

付 記

本稿は、平成22年度・厚生労働省科学研究費補助金・政策科学総合研究事業(政策科学推進研究事業)「要介護高齢者の生活機能向上に資する医療・介護連携システムの構築に関する研究」(研究代表者 川越雅弘)による研究成果の一部である。

注

- 1) 現在は准看護師の養成は廃止され、継続教育によって登録看護師への転換が図られているが、引き続き准看護師のまま勤務を続ける者もいる。詳細は表4参照。
- 2) NMC渉外担当者Craig Turton氏からのメールによる。NMCは2008年度以降、登録者数に関する統計を公表していない。
- 3) フルタイムで在学する場合は休学期間を含めても5年以内に修了しなくてはならない。パートタイムでの履修も可能であり、その場合は7年以内に修了となる。
- 4) なお、訪問看護の専門看護師も(Specialist Practitioner: District Nursing)、カリキュラムに保健師と同じ処方者養成科目が含まれているため、資格取得と同時に地域看護処方者として登録できる。
- 5) 処方者免許の内容および導入の経緯については、白瀬(2011)が詳述している。
- 6) ただし、実際に処方するのは自分の専門とする診療分野に限られている。
- 7) 養成コースへの入学には雇い主の推薦が必要なこともあり、Courtenay & Carey(2007)の調査によれば、処方免許を取得しているのは臨床経験20年以上の看護師が多い。
- 8) 看護師が診察・診断に従事するには、教育訓練期間・内容が不十分だという声はいまだに根強いのも事実である(Knight, 2008; Wilson et al, 2007)。
- 9) ヘルスセンターは複合的な機能を持つプライマリ・ケアの医療機関である。グループ診療所がその中心となるが、規模に応じて検査設備、リハビリ施設、薬局などを備えている場合もある。

参考文献

- Ball, J, 2005, *Maxi Nurses: Advanced and Specialist Nursing Roles*, RCN.
- Ball, J, 2006, *Nurse Practitioners 2006*, RCN.
- CHRE, 2009, *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments*.
- Courtenay, M., Carey, M, 2007, "Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey", *Journal of Advanced Nursing*, 61(3): pp.291-299.
- DH, 2000, *The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- DH, 2004, *Achieving Timely 'Simple' Discharge from Hospital: A Toolkit for the Multi-disciplinary Team*.
- DH, 2007, *Trust, Assurance and Safety: the Regulation of Health Professionals in the 21st Century*, Cm7013.
- DH, 2008, *A High Quality Workforce: NHS Next Stage*

- Review.
- DH CNO Directorate, 2006, *Modernising Nursing Careers: setting the direction*.
- 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ッシングレビュー』33(1): pp.47-51.
- GMC, 2010, *Revalidation: the way ahead, Consultation Document*.
- GMC, 2011, *List of Registered Medical Practitioners ? statistics*, http://www.gmc-uk.org/doctors/register/search_stats.asp (2011年2月5日閲覧)
- Hamilton-Fairley, D, Hendron, A, Okunuga, C, "Creating teams for acute clinical services", *Nursing Standard*, 16(3): pp.26-29.
- House of Commons Health Committee, 2008, *Modernising Medical Careers*, Third Report of Session 2007-08, vol.1, Report, together with formal minutes.
- 石垣千秋, 2010, 「英国ブレア政権下における医療専門職規制の「近代化」: 規制主体の変化を中心に」『医療と社会』20(3): pp.251-262.
- Jones, M. (ed.) 1999, *Nurse Prescribing: Politics to Practice*, Bailliere Tindall.
- Knight, R, 2008, "Should primary care be nurse led?", *BMJ*, 337: pp.659.
- 近藤克則, 2004 『「医療費抑制の時代」を超えてーイギリスの医療・福祉改革』医学書院.
- McGee, P. (ed.) 2009, *Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions*, Wiley-Blackwell.
- 水木麻衣子・高橋都・甲斐一郎, 2010, 「看護師の処方権導入に関する文献研究: 利害関係者の視点から」『社会技術研究論文集』社会技術研究会, 7: pp.222-231.
- NHS Information Centre, 2010a, *NHS Staff Medical & Dental Bulletin 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010b, *General & Personal Health Services England 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010c, *NHS Staff Non-Medical Bulletin 1999-2009*.
- NHS Information Centre, 2010d, *NHS Staff Earnings Estimates December 2010*.
- NMC, 2004a, *Standards of Proficiency for Pre-registration Nursing Education*.
- NMC, 2004b, *Standards of Proficiency for Specialist Community Public Health Nurses*.
- NMC, 2006, *Standards of Proficiency for Nurse and Midwife Prescribers*.
- NMC, 2008, *Statistical Analysis of the Register*.
- NMC, 2009, *Standards for Pre-registration Midwifery Education*.
- Nottingham University Hospitals NHS Trust, 2010, *Discharge and Transfer Policy and Procedure*.
- RCN, 2010, *Advanced Nurse Practitioners: an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*.
- 白瀬由美香, 2010 「英国におけるPhysician Assistant導入とチーム医療」『日本外科学会雑誌』111(1): pp.61-65.
- 白瀬由美香, 2011 「英国における看護師の職務拡大: 看護師による医薬品の処方に関する検討」『社会政策』(近刊).
- Stenner, K., Courtenay, M, 2008, "The role of inter-professional relationships and support for nurse prescribing in acute and chronic pain", *Journal of Advance Nursing*, 63(3), pp.276-283.
- Sweet, H., 2008, *Community Nursing and Primary Health-care in Twentieth-Century Britain*, Routledge.
- Tooke, J, 2008, *Aspiring to Excellence*, Modernising Medical Careers Inquiry.
- Willson, J., Bunnell, T, 2007, "A review of the merits of the nurse practitioner role", *Nursing Standard*, 21(18): pp.35-40.
- (しらせ・ゆみか 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部研究員)

中国上海市と北京市におけるホームヘルプサービスの現状

鄭 小華・黒田 研二・関川 芳孝

I. 研究の背景と目的

中国政府は1990年代から、増大する高齢人口の介護問題への対策を講じ始めた。中国民政部は2001年には「中国老齡事業發展十五計画綱要(2001～2005年)」、2006年に「中国老齡事業發展十一五計画(2006～2010年)」¹⁾を策定し、高齢者入居施設の増設とともに、高齢者の在宅生活を支援する地域のホームヘルプサービス²⁾の展開を重視するようになってきている。

日本と同様に中国においても家族のもつ介護機能は次第に低下してきており、政府によって高齢者介護サービスが促進される一方で、高齢者の介護ニーズも増大してきている。近年に行われた研究(鄭ら2008、2009)では、中国の高齢者は在宅介護サービスを利用しながら自分の家での生活を維持していく意向が強いことが示されている。

現在、中国では、財政状況の良い都市部において、国の政策に呼応してホームヘルプサービスが実施されている。また、上海市、大連市、北京市、天津市、撫順市などでは、低収入高齢者や、日常生活において介助を要する高齢者、高い年齢層の高齢者などを対象に、介護サービスの補助制度(以下介護補助制度とする)が実施されている。国の政策では、各地方政府が地方の実情に合わせて介護サービスを発展させていく方針がとられているため、これらの都市の介

護補助制度の給付基準、給付方法はそれぞれ異なっている。2008年において受給者1人当たり1カ月、天津市では100元から200元まで、北京市では50元から250元まで、遼寧省撫順市では50元から140元までの介護補助制度を実施している(中国民政部2009)(2008年の平均為替相場で1元は約14.8円に相当)。多くの都市ではバウチャー(サービス券)を介して、介護補助制度を介護サービスの現物給付の形で実施しているが、一部の都市では金銭給付を行っている。また、地方政府によって介護補助給付の基準や関連施策の内容が異なるため、ホームヘルプサービスの現状、ホームヘルパーの労働実態にも差異が生じている。ホームヘルパーの雇用については、地域の失業住民や早期定年退職者の再就職施策の一環として取り組む都市(上海市、天津市など)がある(中国新聞晨報2004、中国天津日報2008)一方で、ホームヘルプサービスを民間会社に委託し、地方政府がヘルパーの雇用に関与しない都市(北京市)もある。

また、ヘルパーの社会的地位が低く待遇が悪いため、人材が集まらず人手不足が問題となっている(中国民政部2008)。現状では、都市部介護サービス従事者には農村部からの出稼ぎ労働者が少なくない。高齢者の介護サービスのニーズが増大しつつある中国において、ホームヘルパーを定着性のある職業として確立することが重要な課題だと思われる。しかし、各地のホー

ムヘルプサービスはまだ実施され始めて期間が短いこともあり、ホームヘルプサービスに関する研究はほとんど行われていない。

本研究は、上海市と北京市において、ホームヘルプサービスを所管する行政部門とサービス事業者からの聞き取り調査、ホームヘルパーに対する質問紙調査を行うことによって、両都市のホームヘルプサービスの運営形態、介護補助制度の給付水準、ヘルパーの人材確保策(資格要件、社会保険の適用)などの実態を明らかにし、ヘルパー自身の仕事に対する満足度、定着性を両都市間で比較し、それらの関連要因を分析することを目的にした。両都市では、ホームヘルプ事業の開始時期が異なり、介護補助制度の水準にも違いがある。また、ヘルパー雇用に当たり地域の失業住民や早期定年退職者の再就職施策を重視するかどうか、民間会社への委託を重視するかどうかといった違いもある。こうしたホームヘルプ関連施策の違いが、ヘルパーの特性や仕事の満足度、定着性に差をもたらしているかどうかを検討した。

II. 研究方法

本研究では、調査の協力が得られた上海市のA区のX1街道³⁾とB区のX2街道、北京市のC区のY1、Y2、Y3の3つの街道において、ホームヘルプサービスおよび介護補助給付に関与する行政担当者と、ホームヘルプサービス事業者からの聞き取り調査を実施し、さらに、サービス事業所に所属するホームヘルパーを対象とする無記名の自記式質問紙調査を行った。

上海市では、2009年1月14日から20日にかけて、A区の民政局の担当者と、A区X1街道とB区X2街道の行政担当者から、また2つの街道のホームヘルプサービス事業所である2つの助老服務社(ホームヘルプサービス事業所)の責任者から、聞き取

り調査を実施した。また、ホームヘルパーの調査は、2008年12月31日と2009年1月20・21日に、2つの助老服務社の毎月の例会の際に行った。A区のX1街道の助老服務社のヘルパーの106人のうち60人、B区のX2街道の助老服務社のヘルパー75人のうち63人、合計122人からの回答が得られた(回答率67.4%)。

北京市では、2009年6月2日から12日にかけて、C区の民政局の担当者、Y1、Y2、Y3街道の行政担当者、およびY1とY2の街道のホームヘルプサービス提供事業所責任者から、聞き取り調査を実施した。ホームヘルパーの調査も、聞き取り調査と同期間に実施した。Y1街道の社区服務中心(政府主導型地域サービスセンター)のヘルパー20人のうち16人、Y2街道の契約家政会社のヘルパー37人のうち33人、Y3街道の契約家政会社のヘルパー27人のうち21人、合計70人からの回答が得られた(回答率83.3%)。調査票の配布と回収は、社区服務中心または家政会社を通じて行った。

ホームヘルパーの調査では、性別、年齢、戸籍、学歴、前職内容、研修の有無、資格の有無、現在の所属事業所での勤務年数、以前の介護職の経験年数、月収、担当する高齢者人数、社会保険制度(年金保険・医療保険・失業保険)への加入状況、ヘルパーの仕事に関する満足度などを尋ねた。

聞き取り調査とホームヘルパー調査では調査の趣旨を説明して同意を得て回答してもらった。研究の倫理的配慮に関して、著者の所属する大学の研究倫理委員会の審査と承認を得た。

ホームヘルパー調査の分析は、以下の手順で行った。まず、ヘルパーの特性に関する回答の分布を調べ、両都市間で比較した。次に、ヘルパーの仕事への満足度に関する5項目の質問への回答分布を両都市間で比較した。また5項目を元に指標化した満足度をもとに、満足度が「高い群」

と「低い群」に区分し、都市別に両群間の比較を行い、仕事満足度に関連する要因を分析した。さらに、ヘルパーの仕事への定着性に関連する要因を検討するため、ヘルパー勤務期間が「2年以上」と「2年未満」の2群に区分し、都市別に両群間の比較を行った。最後に、ヘルパーの戸籍によって2区分（「在住都市戸籍」「他地域戸籍」）し、都市別に両群間の比較を行った。分析は、統計解析ソフトウェアSPSS 15.0J for Windowsを用いて行い、2群間の回答分布の有意差をみるため、 χ^2 検定を行った。

Ⅲ. 研究結果

1. 聞き取り調査の結果

(1) 上海市

中国において上海市は最も早く人口が高齢化した地域であり、最も早く高齢者の介護対策に取り組んだ地域でもある。2008年現在、上海市では65歳以上高齢人口が総人口の15.4%を占めている（上海市民政局2008年）。

上海市は、2000年にホームヘルプサービスと介護補助制度を一部の地域で実験的に実施し、2001年から18の行政区・県の全地域に普及させた。介護補助給付はホームヘルプサービス、施設入居サービス、デイサービスに適用できる。2009年現在、補助の申請をする高齢者の経済状況、身体機能（日常生活動作（ADL）の自立度、認知能力等の精神状態・視力）の状況、生活環境、疾病罹患状況などに基づいて、300元から500元までの補助がバウチャー（サービス券）で給付される。今回の調査地域であるA区では、2008年度に計1.32万人の60歳以上高齢者⁴⁾（A区60歳以上高齢人口の7.2%）がホームヘルプサービスを受けていた。

補助給付となるホームヘルプサービスは各街道に設置される助老服務社から提供される。各

助老服務社は所轄する区と街道の財政から1:1の投資で設立されたホームヘルプサービス事業所であり、地方政府の財政で運営されている。助老服務社はサービスの提供とともに、ヘルパーの雇用、研修、資格交付、勤務体制などを管理している。研修は、職業倫理、介護行為、家事援助、心理的ケア、緊急時対応などに関するものである。研修をした人は「助老服務員」という資格証書を受け、ヘルパーとしてホームヘルプサービスに携わることができる。ヘルパーの給料は基本的に時給制である。介護補助給付となるサービスについては1時間当たり約8元の利用料金（市・区の財政と福祉宝くじ⁵⁾公益金から支出）、利用者自費負担のサービスについては1時間当たり8~10元の利用料金となる。サービスの利用料金はほぼ全額がヘルパーの賃金になる。

上海市は2004年から、地域失業者の再就業のため、「万人就業項目（職域）」を指定し、指定された職域に再就業する市民を対象に、社会保障諸制度の加入や再就業の研修などに対して補助金を支給している。ヘルパー職が万人就業職域の一つであるため、各街道の助老服務社は地域の失業住民からヘルパーを雇用するように努めている。

A区のX1街道では、ヘルパーの雇用について、他地域からきた出稼ぎ者である外来工⁶⁾の person費が低いとため、上海市の関連施策が許せる範囲で「外来工」を雇用している。

X1街道の助老服務社は2004年に設立された。現在、当助老服務社では106人のホームヘルパーを登録しており、約1,100人の地域高齢者にサービスを提供している。ヘルパーのうち、上海市の戸籍を持っている上海市「万人就業項目」プロジェクトで再就業した者が44人、残りの62人は地域の早期定年退職住民または外来工である。「万人就業項目」プロジェクトで再就業した者について、1人に対して、市と区の財政から1か月

450元の賃金補助と、社会保険料(医療保険、年金保険、失業保険)の補助が支出される。

B区のX2街道は上海市の施策に従い、A区とほぼ同じようにホームヘルプサービスを実施している。ヘルパーの雇用では、当街道は地域失業住民または早期定年退職住民から優先して採用している。X2街道の助老服務社は2004年に設立された。現在当社では70人のホームヘルパーを登録しており、1,265人の高齢者にサービスを提供している。ヘルパーのうち、「万人就業項目」プロジェクトで再就業した地域失業住民が52人であり、市と区の財政から賃金の補助と各種社会保険料の補助を受けている。残りの18人は地域の早期定年退職住民と外来工(2人)である。2人の外来工に対して、当社は「外地従業員総合保険」⁷⁾に加入させている。

(2) 北京市

北京市も中国において人口高齢化率の高い地域であり、2007年現在、65歳以上高齢人口が総人口の13.1%を占めている(中国全国老齡工作委员会2008)。

北京市は国の政策に呼応して2005年から市内の一部地域において、2007年からは18ある行政区・県のそれぞれの一部地域において、ホームヘルプサービスと介護補助制度を実験的に開始した。2008年10月からはC区を含めて10の行政区において、その全域にホームヘルプサービスと介護補助制度を普及させている。上海市と同様、北京市では介護補助給付がホームヘルプサービスや、施設入居サービスに適用できる。北京市の介護補助制度では、補助の申請をする高齢者の経済状況、日常生活動作(ADL)と手段的日常生活動作(IADL)の自立状況に基づいて、50元から250元までの補助がバウチャー(サービス券)で給付される。補助給付となるホームヘルプサービスは各街道の社区服務中心を介して提供され

る。ホームヘルプサービスについて、社区服務中心が民間の家政会社と契約して、サービスの提供を委託する街道が多い。北京市では、ヘルパーに対して主に職業倫理・規則に関する研修を求めているが、資格に関しては特に規定がない。

C区は2007年からY1街道を含む一部の街道においてホームヘルプサービスと介護補助制度を実験的に開始し、2008年10月から全地域で実施している。2008年10月から2009年4月までC区では計3,337人の60歳以上高齢者(60歳以上高齢人口の4.7%)が介護補助給付を受給している。

C区のY1とY2街道では、介護補助給付が1人当たり50~250元であるが、現状では50元を受けている高齢者の割合が多い(約50%)。補助給付がホームヘルプサービスに利用される場合、月に2回、1回当たり2時間程度の利用が多い。サービスの利用料金は1時間当たり10元程度であり、市・区の財政と福祉宝くじ公益金から支出される。利用料金の全額がヘルパーの賃金になるが、社会保険金など諸費用の支出がそのうちの30%を占めている。Y1街道はC区で唯一、地域住民を雇用してホームヘルプサービスを提供している街道である。介護補助給付となるホームヘルプサービスは当街道の社区服務中心の20人の登録ヘルパーによって提供されている。20人のヘルパーのうち、他地域から嫁いできた住民、地域の早期定年退職住民や失業住民が多い。Y1街道の社区服務中心では、ヘルパーの諸社会保険制度の加入を任意加入としている。Y2街道は、補助給付となるホームヘルプサービスを、契約している民間家政会社に委託している。サービス料金はY1街道と同様1時間当たり10元程度であるが、サービスの内容によって料金が異なる場合がある。

Y2街道のホームヘルプサービスの契約家政会社R社は、2005年1月に設立されたもので、家庭

教師、ホームヘルパー、病院の付き添い、引越し手伝いなどの派遣会社である。当社は複数の街道社区服务中心と契約しており、委託を受けてホームヘルプサービスを提供している。現在、当社では25人のヘルパーを登録しており、そのうち、地方から嫁いできた地域住民(7~8人)、早期定年退職した地域住民(5~6人)のほか外来工が多い。ヘルパーの給料は時給制であり、サービス内容によって1時間当たり10元から15元の給料となる。当社は登録ヘルパーを労働者災害保険制度に加入させている。会社は利用者の利用料から20%の管理費を引いて運営をしている。

2. ヘルパー質問紙調査の結果

(1) ヘルパーの特性に関する都市間比較

両都市のヘルパーの特性に関する回答の分布を表1にまとめた。両都市とも、女性ヘルパーの割合が95%を超えていた。年齢は、上海市では40歳代が62.8%、50歳代が23.1%であった。北京市でも40歳以上が半数を超え、39歳以下の割合は44.3%であった。戸籍は、「在住都市戸籍」をもつ人の割合が上海市では82.8%、北京市では57.1%であった。資格については、上海市では「有り」の人の割合は81.6%であり、北京市の22.9%より高かった。所属事業所での勤務期間2年未満の人は、上海市23.0%に対し、北京市では78.6%を占めた。年金保険、医療保険、失業保険の各社会保障制度に「加入している」ヘルパーの割合は、いずれも上海市が北京市より高かった。

(2) ヘルパーの仕事への満足度

ヘルパーの仕事に満足を感じているかどうかを調べるため、表2にあげる5項目の質問に対して5件法で回答を求めた。これらの質問に回答したヘルパーは、上海市103人、北京市53人であった。各項目について、「そう思う」と「ややそう思う」を合わせて「そう思う」とし、「どちらとも言

えない・よく分からない」を「分からない」とし、「あまりそう思わない」と「そう思わない」を合わせて「そう思わない」として回答を3区分にして表に示している。5項目の回答においていずれも満足を表す回答割合は上海市の方が北京市より高かった。特に、「3.介助する高齢者は自分のことを信頼している」に対して、「そう思う」の割合は上海市では93.9%、北京市67.3%と差が大きかった。「5.自分は介護職に向いていない、現在の仕事を長期的にしようと思わない」に対して、「そう思わない」の割合は上海市で57.6%、北京市で37.5%であった。

ヘルパーの仕事への満足度を指標化するために、5項目の回答に、満足度が高いほど点数が多くなるように1点から5点の得点を与えて各項目の平均得点を求めた(項目5は消極的内容であるため、その回答の得点は逆転させた)。この平均得点の、両都市合わせた分布の中央値を基準にして、調査対象をほぼ均等に満足度が「高い群」と「低い群」に2区分した。満足度が「高い群」に属する人は上海市では52人(50.5%)、北京市では25人(47.0%)である。次に、都市別に2群間でヘルパーの諸特性を比較した結果を表3にまとめた。仕事への満足度が「高い群」と「低い群」を比べると、上海市では、満足度が「高い群」で資格「有り」の人の割合、および月収が「1,000元以上」の人の割合が有意に高かった。北京市では、満足度が「高い群」では、45歳以上の人、年金保険・医療保険・失業保険に加入している人の割合が高かった。

(3) 所属事業所での勤務期間と諸特性との関連

ホームヘルパー職への定着性と関連する要因を調べるために、所属事業所での勤務期間が2年未満と2年以上の群に2区分して、両群の間でヘルパーの特性分布を比較した。結果を表4に示す。

両都市に共通して、勤務期間が「2年以上」の人

表1 ヘルパーの特性

項目	上海市(n=122)		北京市(n=70)		P値	
	人数	%	人数	%		
性別	男性	4	3.3	3	4.3	
	女性	118	96.7	67	95.7	
年齢	39歳以下	17	14.0	31	44.3	
	40～44歳	30	24.8	16	22.9	***
	45～49歳	46	38.0	8	11.4	
	50歳以上	28	23.1	15	21.4	
戸籍	在住都市戸籍	101	82.8	40	57.1	***
	他地域戸籍	21	17.2	30	42.9	
学歴	学歴無し・小学校	8	6.6	6	8.6	
	中学校	73	59.8	33	47.1	
	高校・専門学校・大卒	41	33.6	31	44.3	
前職	貿易・サービス関係	37	30.3	37	52.9	
	生産・運輸関係	53	43.4	8	11.4	***
	仕事をしたことがない・その他	32	26.2	25	35.7	
研究の有無	なし	17	14.9	3	4.3	*
	有り	97	85.1	67	95.7	
資格の有無	なし	21	18.4	54	77.1	***
	有り	93	81.6	16	22.9	
所属事業所での勤務期間	2年未満	28	23.0	55	78.6	
	2年～4年	55	45.1	15	21.4	***
	4年以上	39	32.0	0	0.0	
以前の介護職の経験期間	経験がない	71	59.2	50	73.5	
	3年未満	24	20.0	15	22.1	*
	3年以上	25	20.8	3	4.4	
月収	750元未満	38	31.4	14	20.9	
	750～1,000元未満	33	27.3	20	29.9	
	1,000元以上	50	41.3	33	49.3	
担当する高齢者の人数	1～4人	60	50.0	4	6.9	
	5～6人	49	40.8	5	8.6	***
	7～15人	11	9.2	24	41.4	
	16人以上	0	0.0	25	43.1	
年金保険	加入している	82	75.9	29	48.3	***
	加入していない	26	24.1	31	51.7	
医療保険	加入している	84	77.1	29	48.3	***
	加入していない	25	22.9	31	51.7	
失業保険	加入している	67	62.0	26	43.3	*
	加入していない	41	38.0	34	56.7	

注：比率は無回答を除いたうえで計算している。 + $p<0.1$ * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表2 ヘルパーの仕事への満足度の回答分布

		(%)		
項 目		上海市 n=103	北京市 n=53	P値
1. 高齢者介護はとても意義のある仕事である	そう思う	97.1	88.7	*
	分からない	2.0	11.3	
	そう思わない	1.0	0.0	
2. 所属事業所では自分の仕事がよく理解されている	そう思う	90.9	76.9	+
	分からない	8.1	19.2	
	そう思わない	1.0	3.8	
3. 介助する高齢者は自分のことを信頼している	そう思う	93.9	67.3	***
	分からない	5.1	24.5	
	そう思わない	1.0	8.2	
4. 現在、仕事上の待遇に比較的満足している	そう思う	69.2	64.7	+
	分からない	7.7	19.6	
	そう思わない	23.1	15.7	
5. 自分は介護職に向いていない、現在の仕事を長期的にしようと思わない	そう思う	29.3	25.0	**
	分からない	13.0	37.5	
	そう思わない	57.6	37.5	

注：+ $p < 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

表3 「ヘルパーの仕事への満足度」の高低と諸特性との関連

		上海市			北京市		
項 目		高い群 n=52	低い群 n=51	P値	高い群 n=25	低い群 n=28	P値
年齢	44歳以下	44.2	35.3		44.0	92.9	**
	45～49歳	36.5	39.2		16.0	3.6	
	50歳以上	19.2	25.5		40.0	3.6	
戸籍	在住都市戸籍	77.4	84.3		64.0	50.0	
	他地域戸籍	22.6	15.7		36.0	50.0	
学歴	学歴無し・小学校・中学校	66.0	64.7		56.0	57.1	
	高校・専門学校・大学	34.0	35.3		44.0	42.9	
前職	貿易・サービス関係	34.0	31.4		56.0	46.4	
	生産・運輸関係	41.5	45.1		20.0	7.1	
	仕事をしたことがない・その他	24.5	23.5		24.0	46.4	
資格の有無	なし	10.0	27.7	*	80.0	75.0	
	有り	90.0	72.3		20.0	25.0	
所属事業所での勤務期間	2年未満	28.3	17.6		84.0	85.7	
	2年以上	71.7	82.4		16.0	14.3	
以前の介護職の経験の有無期間	なし	61.5	56.9		80.0	64.3	
	有り	38.5	43.1		20.0	35.7	
月収	750元未満	20.8	48.0	**	32.0	11.1	
	750～1,000元未満	30.2	14.0		28.0	25.9	
	1,000元以上	49.1	38.0		40.0	63.0	

担当する高齢者の人数	1～6人	90.6	88.2	18.2	11.5	
	7人以上	9.4	11.8	81.8	88.5	
年金保険	加入している	78.8	71.4	73.9	32.1	**
	加入していない	21.2	28.6	26.1	67.9	
医療保険	加入している	80.8	72.0	73.9	32.1	**
	加入していない	19.2	28.0	26.1	67.9	
失業保険	加入している	61.5	61.2	60.9	32.1	*
	加入していない	38.5	38.8	39.1	67.9	

注：比率は無回答を除いたうえで計算している。+ $p<0.1$ * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表4 「所属事業所での勤務期間」と諸特性との関係

(%)

項 目	上海市			北京市		
	2年未満 n=28	2年以上 n=94	P値	2年未満 n=55	2年以上 n=15	P値
年齢	44歳以下	53.6	34.4	72.7	46.7	
	45～49歳	32.1	39.8	9.1	20.0	
	50歳以上	14.3	25.8	18.2	33.3	
戸籍	在住都市戸籍	60.7	89.4	56.4	60.0	***
	他地域戸籍	39.3	10.6	43.6	40.0	
学歴	学歴無し・小学校・中学校	82.1	61.7	60.0	40.0	*
	高校・専門学校・大学	17.9	38.3	40.0	60.0	
前職	貿易・サービス関係	25.0	31.9	56.4	40.0	
	生産・運輸関係	32.1	46.8	7.3	26.7	+
	仕事をすることがない・その他	42.9	21.3	36.4	33.3	
資格の有無	なし	20.0	18.0	80.0	66.7	
	有り	80.0	82.0	20.0	33.3	
以前の介護職の経験の有無	なし	64.3	57.6	69.1	92.3	+
	有り	35.7	42.4	30.9	7.7	
月収	750元未満	21.4	34.4	23.6	8.3	
	750～1,000元未満	42.9	22.6	34.5	8.3	*
	1,000元以上	35.7	43.0	41.8	83.3	
担当する高齢者の人数	1～6人	85.7	92.4	16.0	12.5	
	7人以上	14.3	7.6	84.0	87.5	
年金保険	加入している	52.0	83.1	49.0	44.4	**
	加入していない	48.0	16.9	51.0	55.6	
医療保険	加入している	60.0	82.1	49.0	44.4	*
	加入していない	40.0	17.9	51.0	55.6	
失業保険	加入している	36.0	69.9	43.1	44.4	**
	加入していない	64.0	30.1	56.9	55.6	

注：比率は無回答を除いたうえで計算している。+ $p<0.1$ * $p<0.05$ ** $p<0.01$ *** $p<0.001$

表5 「戸籍」と諸特性との関係

		上海市			北京市		
		在住都	他地域	P値	在住都	他地域	P値
項目		市戸籍 n=102	戸籍 n=21		市戸籍 n=40	戸籍 n=30	
年齢	44歳以下	29.0	85.7		45.0	96.7	
	45～49歳	44.0	9.5	***	17.5	3.3	***
	50歳以上	27.0	4.8		37.5	0.0	
学歴	学歴無し・小学校・中学校	63.4	81.0		37.5	80.0	***
	高校・専門学校・大学	36.6	19.0		62.5	20.0	
前職	貿易・サービス関係	28.7	38.1		60.0	43.3	
	生産・運輸関係	50.5	9.5	**	20.0	0.0	**
	仕事をしたことがない・その他	20.8	52.4		20.0	56.7	
資格の有無	なし	15.6	33.3	+	80.0	73.3	
	有り	84.4	66.7		20.0	26.7	
所属事業所での勤務期間	2年未満	16.8	52.4	***	77.5	80.0	
	2年以上	83.2	47.6		22.5	20.0	
以前の介護職の経験の有無	なし	59.6	57.1		71.1	76.7	
	有り	40.4	42.9		28.9	23.3	
月収	750元未満	34.0	19.0		23.1	17.9	
	750～1,000元未満	26.0	33.3		35.9	21.4	
	1,000元以上	40.0	47.6		41.0	60.7	
担当する高齢者の人数	1～6人	94.9	71.4	**	17.1	13.0	
	7人以上	5.1	28.6		82.9	87.0	
年金保険	加入している	90.9	10.0	***	68.8	25.0	**
	加入していない	9.1	90.0		31.3	75.0	
医療保険	加入している	89.9	20.0	***	68.8	25.0	**
	加入していない	10.1	80.0		31.3	75.0	
失業保険	加入している	75.0	5.0	***	59.4	25.0	**
	加入していない	25.0	95.0		40.6	75.0	

注：比率は無回答を除いたうえで計算している。+ $p < 0.1$ * $p < 0.05$ ** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

では月収「1,000元以上」の人の割合が高かった。また、上海市では、勤務期間が「2年以上」の人に、在住都市戸籍をもつ人、年金保険・医療保険・失業保険の各社会保障制度に加入している人の割合が高かった。

(4) 戸籍とヘルパーの諸特性との関係

上海市において2年以上勤務のヘルパーは「在住都市戸籍」である割合が高かった。また両都市で「在住都市戸籍」と「他地域戸籍」のヘルパーの

割合には差がみられた。そこでヘルパーの戸籍とそのほかの諸特性との関係を都市別に分析し、表5に示した。両都市ともに、「他地域戸籍」を有する人では、「44歳以下」の人の割合が高く、また、ヘルパーになる前に無職であった人、年金保険・医療保険・失業保険の諸保険に加入していない人の割合が高かった。

IV. 考察

近年、中国の都市部でホームヘルプサービスが実施され始めたが、その現状に関する調査研究は乏しい。本研究は、上海市と北京市においてホームヘルプサービスの地域行政担当者と提供事業所責任者からの聞き取り調査、ヘルパーへの質問紙調査を行うことによって、その実態を実証的に提示したことに意義がある。

本研究において、上海市と北京市のホームヘルパーは、女性で40歳以上の人が多いことが分かった。この実態は陳(2010)の中国大連市高齢者施設の介護職員に関する調査結果や、日本のホームヘルパーの実態調査(石橋ら2004、張2005)の結果と一致している。一方、ヘルパーの特性、ヘルパーの仕事に関する意識(満足度)、介護職への定着性などに関しては、両都市間で差異がみられることも明らかになった。上海市と北京市ではホームヘルプサービスおよび介護補助制度の開始時期やヘルパーの雇用施策が異なることが背景にあると考えられる。

上海市では、ホームヘルパーの雇用に地域失業住民の再就業施策を組み込んでいるため、ヘルパーには「在住都市戸籍」をもつ人、40歳以上の人の割合が北京市より高かった。また、上海市では介護職として再就業した失業住民に、地方政府から社会保障諸制度の加入保険料の補助が支給されるため、ヘルパーの年金保険、医療保険、失業保険の加入割合は北京市より高かった。上海市では資格「有り」のヘルパーの割合が北京市より多かったが、それは上海市ではヘルパーの資格システムが北京市より重視されていることを物語っている。

一方、北京市では、ヘルパーが担当する高齢者の人数は上海市より多かった。その理由として北京市は介護補助制度の給付基準額が前述の

ように上海市より低く、そのためホームヘルプサービス利用者1人当たりの給付時間数が上海市より少ないため、ヘルパー1人当たりの担当者数が多くなっていると考えられる。また、北京市ではホームヘルプサービスの提供が契約家政会社に委託されることが多く、サービスの運営およびヘルパーの雇用に行政的関与が少ないため、ヘルパーのうち他地域戸籍をもつ若い出稼ぎ者の割合が多かった。

ヘルパーの仕事への満足度に関する5項目の質問に対し、満足の回答をした人の割合は、いずれも上海市の方が北京市より高かった。満足度が高いヘルパーと低いヘルパーを比較すると、上海市では、資格の有無および月収に関して有意差がみられ、満足度が高い群では資格のある人の割合、月収1,000元以上の人の割合が高かった。張(2005)はホームヘルパーの業務専門性とサービス評価に関する韓日比較の研究において、ヘルパーの知識と技術のレベルが高いほど、サービスに対する自己評価が高いことを明らかにしている。資格を持ち、専門知識・技術を有することにより、仕事に対する自己評価や満足度が高まるものと考えられる。ヘルパーの学歴をみると両都市ともに、学歴なし・小学校・中学校の人が6割程度であり、高齢者の介護ニーズを満たす質の高い支援を行うには、改めて専門知識や技術を学習する機会を保証することが必要だと思われる。ヘルパーの仕事への満足度を高めるためにもサービスの質を高めるためにも、専門知識と技術を重視した資格制度の整備が不可欠であろう。一方、北京市で、ヘルパーの仕事満足度の高低に関連する要因は年齢と社会保険への加入の有無であった。すなわち満足度が高いヘルパーは、低いヘルパーに比べて45歳以上の人、社会保険に加入している人の割合が高かった。中国では45歳以上の女性では失業者または早期定年退職をした人が少なくない。近年地方

政府の施策でこれらの中年の再就業に配慮するところが徐々に増えている。中年女性は高齢者介護事業の主な担い手になると思われる。ヘルパー職に就業した人が安定して仕事を継続できるように社会保険制度を整備することも必要である。

現在所属する事業所で2年以上勤務しているヘルパーは、上海市では4人に3人、北京市では4人に1人と大きな差が認められた。その第一の理由は、上海市では21世紀になり早い時期からホームヘルプサービスが導入されたのに対し、北京市ではホームヘルプサービスが本格実施されてからの期間が短いことであろう。それぞれの都市の中で、2年以上の勤務者と2年未満勤務者の比較をすることで、ヘルパーの仕事への定着性に関連する要因を検討した。上海市では、2年以上勤務者には在住都市戸籍の人、高校卒以上の学歴の人、社会保険に加入している人の割合が2年未満勤務者より高く、北京市では、月収が1,000元以上の人が2年以上勤務者に多かった。社会保険制度への加入および月収に示される待遇状況は、ホームヘルパーの仕事への定着性に関連する要因だと推察できる。

ところで都市住民の平均月収は、2008年度北京市では2,060元(北京市統計局2009)、2009年度上海市では2,400元(上海市統計局2010)であった。今回の調査では、両都市のヘルパーの月収分布に有意差はなく、両都市合わせて、「750元未満」が27.7%、「750元～1,000元未満」が28.2%で、「1,000元以上」は44.1%でしかなかった。中国の介護従事者の給料待遇が低いことはほかの中国都市部高齢者施設職員の調査(趙2005、陳2010)においても報告されている。今回の調査からも、両都市ともにヘルパーの収入はその都市の住民平均収入より低いことがわかる。前述のように、月収や社会保険制度への加入は、ヘルパーの仕事への満足度と関連する要因でもあるので、今

後こうした待遇面での改善を図ることが、仕事満足度や定着性を高めるために重要であるといえる。

上海市ではホームヘルパーとして2年以上勤務している者では「在住都市戸籍」の割合が高かった。戸籍の種類(都市戸籍か農村戸籍か)によって介護職員の勤務年数に差がみられることは、大連市の施設介護者を調べた陳(2010)の研究においても報告されている。「在住都市戸籍」の人と「他地域戸籍」(農村戸籍が大部分を占める)の人を比較すると、上海市と北京市に共通して、他地域戸籍の人には、44歳以下の若年者、ヘルパーになる前は無職だった人、社会保険に加入していない人の割合が高いという特徴がみられた。中国の都市部では、その地域の戸籍をもつ住民のみを対象として社会保障政策を実施している。そのため「在住都市戸籍」をもつヘルパーは「他地域戸籍」のヘルパーに比べ、社会保障諸制度に加入している割合が高く、ヘルパー職への定着性も高いと考えられる。しかし今後、高齢者介護事業の人手不足を解消するには、現地戸籍住民以外の流動労働力を雇用することは避けられないと思われる。中国の流動人口は1990年代では規模が大きく、沿海地方の都市部における産業に多く進出していたが、2000年以降各地の地方産業の発展によって、各地域に分散する傾向がみられている(王2006)。高齢者介護事業の従事者確保に、上海市のように現地住民からの雇用を重視するとしても、今後は、社会保障諸制度を強化したうえで他地域戸籍の人の雇用も考えなければならないであろう。

以上みてきたように、上海市、北京市の両都市ではホームヘルプ事業の開始時期が異なること、介護補助制度の水準が異なること、地域失業者の再雇用や資格を重視するかどうかといったヘルパー雇用についての政策上の差異などによって、ヘルパーの特性分布(年齢、戸籍、資格

の有無、勤務期間、担当する高齢者の人数、社会保険加入など)には差が認められ、また、ヘルパーの仕事への満足度や定着性に関連する要因にも差がみられた。一方、仕事への定着性に対する月収の関連といった共通する要因も見いだされた。

なお、上記のように両都市でみられた差異は、それぞれの都市のホームヘルプサービス関連施策の差異を反映したものだと考えられるが、差異をもたらす要因としては、都市の特性以外に事業者の特性が反映している可能性もある。また、今回の両都市の調査対象地区や対象事業者は、協力が得られることを条件に任意に選定されたものであり、それらが両都市の実態を反映する代表制のあるサンプルであるかどうかには更なる検討が必要である。ホームヘルパー質問紙調査のサンプル数もさほど多くなかったため、両都市全域のホームヘルプサービスの実態の解明という点でも限界がある。さらに、現在、中国政府および中国の各地方政府において、高齢者介護サービスを含む社会保障諸制度の整備が進みつつあり、数年の間にサービス提供の現状も変化してきている。本研究は2009年時点での上海市と北京市のホームヘルプサービスの一端を捉えて比較したものと位置づけられる。中国の高齢者介護の実態を把握するには、各地域の施策の展開を考慮しながら、研究を継続する必要がある。

投稿受理(平成22年 4月)

採用決定(平成22年10月)

謝 辞

本研究の実施では、上海市華東師範大学の桂世勛教授と北京市石景山区民政局にご協力を賜った。心から感謝申し上げます。また、本調査は、(財)日本証券財団からの研究助成(主任研究者：大阪府立大学人間社会学部関川芳孝)によって実

施することができた。

注

- 1) 「十五計画」とは第十次五カ年計画、「十一五計画」とは第十一次五カ年計画とのことである。
- 2) 中国では、ホームヘルプサービスは居家養老服務という。
- 3) 中国の地方行政区画(単位)は、省(自治区、直轄市)、市、区(県)、街道(郷、鎮)、居民委員会という段階となっている。
- 4) 中国では一般的に、高齢者とは60歳以上の者をさす。
- 5) 福祉宝くじは1990年代から、社会福祉事業の資金を集める目的で発行されている「福利彩票」のことである(民政部1994)。
- 6) 農村を含む他地域から都市部に出稼ぎに来る人たちは「外来工」と呼ばれている。
- 7) 「外地従業人員総合保険」とは、上海市において2002年から施行されてきた、上海市で就労する他地域戸籍の人々を対象として、事故による負傷の保険、入院治療の医療保険、養老(年金)保険の三項目を含む総合保険である。

参考文献

- 北京市統計局ホームページ 2009「北京市2008年国民经济和社会发展统计公报」
(<http://www.bjstats.gov.cn/tjnj/2009-tjnj/>, 2010.03.16)
- 陳引弟 2010「中国都市部における老人施設介護職員の労働実態に関する研究—質問紙調査を中心に」『介護福祉』第17巻第1号 pp.108-115.
- 石橋智昭・佐久間志保子・滝波順子・ほか 2004「ホームヘルパーの就業実態—都市部の指定訪問介護事業従事者」『厚生指標』第51巻第1号 pp.7-11.
- 上海市民政局 2009「2008年上海市老齡事業發展報告書」
(<http://www.shmzj.gov.cn/gb/shmzj/node6/node592/node596/userobject1ai22228.html>, 2009.09.15)
- 上海市統計局 2010「2009年上海市国民经济和社会发展统计公报」
(<http://www.stats-sh.gov.cn/>, 2010.03.16)
- 張允楨 2005「ホームヘルパーの業務専門性とサービス評価に関する韓日比較」『厚生指標』第52巻第13号 pp.10-16.
- 天津日報 2008.04.04「失業者がホームヘルプサービス事業において再就業、わが市は高齢者事業の設置を政策上に支える(下岗失业人员在居家养老服务中找到再就业机遇, 我市政策扶持办养老机构)」.
- 王徳文 2006「わが国の労働力の流動における新たな

- 傾向（我国劳动力流动的新趋势）」中国社会科学
院院報。
- 新聞晨報 2004.01.17（謝惠仁）「上海市は12項目の万
人就業職域を指定し、困難市民階層が就業ができ
る（困难群体体面就業、上海启动12个万人就业项
目）」。
- 趙偉偉 2005「中国の社区における高齢者ケア」『保健
の科学』第47巻第8号 pp.584-588.
- 鄭小華 2009『中国都市部における高齢者介護サー
ビスに関する研究』大阪府立大学大学院人間社会学
研究科社会福祉学専攻2009年度博士学位論文。
- 鄭小華・黒田研二 2008「北京市高齢者の介護サー
ビス利用希望およびその関連要因に関する研究」
『社会福祉学』第48巻第4号 pp.131-145.
- 中国国家统计局ホームページ「地方年度統計公報」
(<http://www.stats.gov.cn/tjgb/>, 2010.03.16)
- 中国民政部 1994「中国福祉宝くじ管理方法」(中国福
利彩票管理办法)。
- 中国民政部 2001「中国老齡事業發展十五計画綱要
(2001～2005年)」(中国老齡事业发展‘十五’年计
划綱要)。
- 中国民政部 2006「中国老齡事業發展十一五計画」
(中国老齡事业发展‘十一五’年规划)。
- 中国民政部 2008「在宅サービスの全面推進に関する
意見」(关于全面推进居家养老服务工作的意见)
([http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/
200802/20080200011957.shtml](http://www.mca.gov.cn/article/zwgk/fvfg/shflhshsw/200802/20080200011957.shtml), 2009.10.10)
- 中国民政部 2009「老年福利政策文件汇编」(各地老年
福利政策編集)
([http://fss.mca.gov.cn/article/Inrfl/zcfg/200902/
20090210026930.shtml](http://fss.mca.gov.cn/article/Inrfl/zcfg/200902/20090210026930.shtml), 2009.10.09)
- 中国全国老齡工作委员会ホームページ 2008「2007年
北京市老年人口情報と老齡事業發展狀況報告」
(北京市2007年老年人口信息和老齡事业发展狀況报
告)
([http://www.cnca.org.cn/default/iroot1001310000/
4028e47d1bbeb02e011cdfa7554a0900.html](http://www.cnca.org.cn/default/iroot1001310000/4028e47d1bbeb02e011cdfa7554a0900.html), 2009.08.
16)
- (Xiaohua Zheng 大阪府立大学客員研究員)
(くろだ・けんじ 大阪府立大学教授)
(せきかわ・よしたか 大阪府立大学教授)

長谷川千春著

『アメリカの医療保障：グローバル化と企業保障のゆくえ』

(昭和堂、2010年)

天野 拓

1 はじめに

2010年の3月23日、バラク・オバマ大統領の署名のもと、医療改革法が可決成立した。アメリカ合衆国において、ついに国民皆保険の導入が決定したのである。20世紀以降のアメリカの医療政策の歴史は、それ自体国民皆保険導入の試みの失敗の繰り返しであった、とあってよい。そのため、一部では、「その実現は不可能である」との、悲観的な見通しもあった。こうした歴史的な経緯をふまえれば、今回改革法が可決成立したことは、きわめて画期的な「事件」といえるだろう。しかし、同時に、以下の点も重要である。それは、今回オバマ政権のもとで導入が決まった国民皆保険制度が、公的医療保険制度を中核とする日本やヨーロッパ諸国のそれとは、大きく性格を異にする点だ。それは、公的な保険ではなく、むしろ民間保険を中核とする点で、「アメリカ型」とでも呼ぶべき独特の国民皆保険制度なのである。

周知のように、アメリカの医療制度のなかで中心的な役割を果たしているのは、民間保険制度である。主な公的医療保障制度としては、1965年に導入が決まったメディケアとメディケイドの二つしか存在しない。1930~40年代以降のアメリカでは、公的医療保険制度の導入が難航する一方、民間の医療保険が急速な発展を遂げた。とりわけ重要なのは、税制的な優遇措置

の存在や労使交渉の結果として、雇用主提供医療保険(employer-sponsored health insurance)、すなわち、企業雇用主が民間保険プランと契約し、保険料の多くを負担することによって従業員に対して提供する民間保険への加入者が、急速に増加した点である。現在にいたるまで、アメリカの医療保障制度のなかで中核的な役割を果たしているのは、こうした雇用主が提供している医療保険なのである。

本書は、まさにこの雇用主提供医療保険の存在に焦点を当て、主に1980年代以降、アメリカの医療保障システムにいかなる変化が生じているのか、また、そうした変化が意味するものとは何か、といった点について考察した研究であり、現代のアメリカ医療を理解するうえで、きわめて重要な研究といえる。

2 本書の概要

まず、本書の内容の紹介からはじめたい。本書が取り組んでいる課題は、きわめて明快である。すなわち、「アメリカの医療保障システムの中核である雇用主提供医療保険(Employer-Sponsored Health Insurance)に焦点を当て、主として1980年代以降のアメリカ医療保障システムの変化とその意義を明らかにすること」(1頁)である。1980年代以降、医療費が高騰を続ける一方で、グローバルな経済競争が激化するなか、

アメリカの企業は厳しいコスト節約圧力にさらされることとなった。その結果、企業の雇用主は、これまでになく積極的なかたちで、自らの医療費負担の削減に取り組みつづけている。まさに、これこそが、現代のアメリカの医療保障システムに生じている、大規模な再編の実態にほかならない。以下、本書の第一章から第五章までのそれぞれの内容について、評者なりに簡単にまとめてみることにしたい。

まず第一章では、雇用主提供医療保険を中核とした、アメリカの医療保障システムの現状が、簡潔かつ明快にまとめられている。アメリカでは、公的医療保障制度が限定的である一方、企業の雇用主が被用者やその家族、さらには退職者に対して、いわゆる「付加給付(fringe benefit)」として提供する民間医療保険が中心的な位置を占める。実際、2006年時点で、非高齢者の六割以上、1億6200万人近くが、雇用主提供医療保険に加入している。これは、医療費の負担構造に関しても、同様である。民間保険料も含めた全体的な視点からみれば、医療費の支払い者としては、民間企業の拠出額が最も大きい。すなわち、加入者数、費用負担、いずれの面からみても、雇用主(企業)がきわめて大きな役割を果たしているのである。

続く第二、第三章では、とりわけ1980年代以降、医療費の急騰とグローバルな経済競争の激化に直面し、コスト節約圧力が強まるなかで、企業雇用主が行っている医療費負担の削減努力の実態が、GM社とWal-Mart社という二つの企業を事例に、実証的に考察されている。まず第二章では、これまで世界屈指の自動車産業として君臨してきた、GM社の事例が取り上げられている。同社は歴史的に、労使交渉のもと、被用者、その配偶者、家族、そして退職者などに対して、「付加給付」として「気前のいい医療保障」を提供してきた。しかし、1980年代以降の医療給付費

の増大と、日本をはじめとする海外企業との激しい競争に直面するなか、医療費の抑制や被用者・退職者へのコスト転嫁など、医療給付面での改革を模索せざるを得なくなっている。そして、UAWとの労使交渉に制約されるなか、そうした試みは、組合員と非組合員、現役被用者と退職者との間での、医療保障内容の格差を生み出しつつある。

GM社が、アメリカの製造業の代表的な存在であるのに対して、第三章で取り上げられているのは、近年新たに台頭しつつあるサービス産業の代表格である、Wal-Mart社である。アメリカでは、とりわけ2000年代に入り、サービス産業における雇用が急速に増加しているが、その特徴の一つとしては、非正規雇用が多い点を指摘できる。もちろん、Wal-Mart社も、例外ではない。近年、同社は多額の売り上げや利益を誇り、その被用者数も増えているが、パートタイム労働者も含めた非正規雇用が多い。重要なのは、これらの非正規の被用者に対しては、低い賃金しか支払われていないだけでなく、十分な医療給付が行われていない点である。Wal-Mart社は、2007年度、医療貯蓄口座を中心とした安価な保険料の医療保険の提供を開始したが、同社の提供する医療保険への加入率は五割に満たず、また一割近くの従業員が無保険者となっている。すなわち、非正規雇用という「雇用の不安定層」は、同時に、「医療保障の不安定層」となっているのである。

第四章では、アメリカの医療システムが抱える最も深刻な問題の一つである、無保険者問題について、雇用主提供医療保険の「空洞化」の進展に焦点を当てた考察が加えられている。1990年代以降、きわめて短いインターバルを除けば、アメリカ国内の無保険者の数は増加傾向にあるが、その主要な理由の一つは、まさに雇用主提供医療保険への加入率が低下している点に求め

られる。実際、1980年代までは70%以上であった加入率は、その後低下傾向にあり、2008年には61.1%にまで落ちた。被用者の雇用主提供医療保険加入における有資格率が、パートタイム被用者や非正規雇用の増加によって低下する一方で、雇用主による保険料抛出の削減や被用者へのコスト転嫁によって、加入率のほうも低下しているためである。産業・雇用構造が変化し、企業のコスト節約圧力が強まるなか、雇用主提供医療保険は空洞化しつつあり、無保険者となる可能性は、もはや一部の国民に限定されたものではなくなっている。

第五章では、とりわけ1990年代以降、企業雇用主が行ったコスト抑制戦略について、マネジドケア・プランの発展・普及に焦点を当てたかたちでの考察が加えられている。1980年代まで、アメリカの民間保険制度において中心的な位置を占めてきたのは、従来型の出来高払いプランであった。しかし、1990年代以降、マネジドケア・プランの加入者が急速に増加する。大企業が、さまざまな医療サービスの管理・介入手法を用いることにより医療の効率性を改善するとともに、コストの削減を図るマネジドケアの活用によって、医療費の抑制を図ろうとしたためである。具体的には、雇用主は、①より安価な医療保険プランを導入し、②保険者に対する競争入札の実施や、企業地域連合の形成にvalue-based purchasing戦略の実行によって、保険料そのものを引き下げようとし、さらには③医療費負担を被用者側に転嫁しようとした。

3 本書の意義

以上、序章と終章をのぞく本書の内容について、評者なりの概観を行った。著者は本書の意義について、①アメリカの医療保障システムの基軸となる雇用主提供医療保険に視座を置くこ

とによって、アメリカの医療保障システムの全体像とそれをめぐる問題の連関を示した点、②戦後のアメリカ医療保障システムの歴史的発展と、その意味をとらえることができた点、③20世紀末から21世紀はじめにかけての、アメリカの医療保障システムの大きな変動の基本要因をとらえることができた点、④医療保障システムの転換に関して、企業における人件費コストの問題が大きな圧迫要因として働いていることを示した点、の四点を指摘している。評者からみても、しばしばその役割の重要性が軽視されがちであった企業雇用主提供保険に焦点を当てつつ、現代アメリカの医療保障システムに生じている重要な変化を、これほど明快に示した研究はこれまでになく、その意義はきわめて大きいものといえる。

たしかに、アメリカにおいて歴史的に、社会保障サービスの供給にあたり、公的セクターではなく民間セクターが重要な役割を果たしてきた点、なかでも企業雇用主が大きな役割を果たしてきた点は、近年アメリカの学問界のなかでも、新たに大きな注目を集めている。企業福祉に対する税的な優遇措置の存在もあり、歴史的に発展を遂げてきたこうしたアメリカ独特のシステムは、「民間福祉国家(private welfare state)」(Jacobs S. Hacker)、「影の福祉国家(shadow welfare state)」(Marie Gottshalk)、「隠された福祉国家(hidden welfare state)」(Christopher Howard)などと呼ばれ、研究が進められつつある。しかし、著者も述べているように、以上の研究のなかでも、具体的な企業による医療給付プログラムの内容や実態についての考察は乏しく、また1980年代以降のアメリカ経済を取り巻く状況の変化が、医療保障システムに対して及ぼした影響などについては、十分な焦点があてられてきたとはいえない。この点で、本書の価値は大きいものといえる。

とりわけ、個人的には、第二章と第三章における、具体的な企業についての実証的研究の持つ意義は、大きいものと思われた。コスト節約圧力に直面する企業雇用主が、医療給付費の削減を図っていく実態が、詳細に分析されているためである。評者も、アメリカの医療政策を専門とする身として、近年の企業雇用主提供保険に生じつつある変化についてはおおむね理解していたものの、今回本書により、その全体像をより明快に把握することができた。とりわけ、実証的な考察にあたっての、事例の選択は見事といわざるを得ない。すでに述べたとおり、取り上げられている事例は、20世紀のアメリカ経済のけん引役であり、製造業の象徴的存在であるGM社と、21世紀に入り急速に成長を遂げ、新たな雇用を生み出しつつあるサービス産業を代表するWal-Mart社であるが、歴史的な労使交渉関係のなかで企業雇用主提供保険を提供してきた旧来型の企業を代表する前者と、非正規雇用を多く抱える現代型の企業を代表する後者という、アメリカ経済の過去と現在を象徴的に示す存在を事例として取り上げる手法は鮮やかというほかなく、本書の説得力を高める効果をもたらしているといえよう。

4 おわりに

残念ながら、本書の刊行は、オバマ政権の医療改革法が可決成立する以前であったため、改革法の内容については、ふれられていない。しかし、著者自身が本誌171号の論考「アメリカの医療保障システム—雇用主提供医療保険の空洞化とオバマ医療保険改革—」のなかで指摘しているように、また評者もふれたように（「オバマ政権の医療改革：「保険加入の義務付け」案の導入とその背景」『アドミニストレーション』第17巻）、今回の改革法は、これまでの民間医療保険制度

を中核とした制度に変容を迫るものではなく、むしろそれに依拠したものである。現在のアメリカ政治のもとでは、共和党のみならず民主党内でも「大きな政府」に反発する勢力が台頭しており、公的医療保険制度の拡張は困難な状況にあるためである。実際、結果的に今回の改革法のなかでは、公的医療保険プログラムの創設（いわゆる“public option”）は見送られてしまい、政府の介入は限定的なものにとどまった。

しかし、本書の考察からも明らかとなるのは、著者も指摘しているように、「民間での競争と選択の自由を重視した企業保障をベースとしたアメリカの医療保障が空洞化の方向にあることは間違いない」なか、民間をベースとした今回の改革法が成果をあげるのには、それほど容易ではない、という点だ。現在、リーマン・ショックなどに端を発する経済不況を背景に、雇用主提供医療保険はさらに危機的な状況にあり、無保険者もとうとう五千万人を突破しているが、そもそも、経済が比較的好況であった1990年代の後半にも、1999年から2000年にかけての短い期間を例外とすれば、無保険者数にはそれほど大きな変化はみられなかった。Rick Mayesが指摘するように、「1990年代半ばから後半にかけての時期が示す、最も印象的な教訓は、経済的な繁栄も無保険者問題を解決できはしなかった点である。アメリカは、かつて記録されたなかでも、最も長期間の切れ目ない経済成長を経験したが、（中略）しかしながら、無保険者の割合は少々変化する程度にとどまった。1990年代のとてつもない経済的な好況の波は、（中略）15%を占めるアメリカの無保険者に対しては、ほとんど、あるいはまったく影響を及ぼさなかったのである。」（Rick Mayes, *Universal Coverage* (Ann Arbor, The University of Michigan Press, 2004), p.150.)

しかし、このように「空洞化」しつつある雇用主提供医療保険制度ではあるが、同時に、今後

ともこの制度がアメリカの医療制度のなかで中核的な役割を果たし続けることは間違いない。オバマ政権の医療改革が成功するか否か、に関しても、この雇用主提供医療保険をいかに建て直せるか、がカギを握っているといえよう。いずれにせよ、著者も指摘するように、今後のアメリカの医療保障システムの動向を理解するためには、公的部門における政策形成だけでなく、雇用者提供医療保険を中核とした民間部門

の動向、さらには両者の関係性について、考察する必要があるだろう。今後徐々に実施されていくであろう、オバマ政権の医療改革の実効性を考えるうえでも、こうした考察は欠かせない。その点でも本書は、まさにアメリカ医療の今後を考えるうえで、必読の書といえるのではないだろうか。

(あまの・たく 熊本県立大学准教授)

池本美香編著
『子どもの放課後を考える 諸外国との比較でみる学童保育問題』
(勁草書房、2009年)

西村 智

本書は8つの先進諸国における学童保育の現状を紹介しながら(わが国では軽視されがち)放課後対策の重要性について読者に多くの気づきと示唆を与えてくれる貴重な一冊である。日本では、子ども達の学びや育ちの話になると学校教育や家庭教育のあり方が議論されることが多く、学童保育が議論の対象になることはあまりない。しかし、海外では、学童保育を子ども達の豊かな育ち、学びの場として学校教育と同レベルで位置づけている国が多く、それらの国は、多かれ少なかれ、学童保育の充実が次世代を担う人材の育成、社会が抱える諸問題(格差問題、少子化問題、少年犯罪など)、小・中学校が抱える諸問題(階層格差が教育格差につながる問題、教員の負担増加問題など)を解く鍵になるという認識を持っている。学童保育の内容も補習からスポーツ、文化・芸術活動、夏休みのキャンプと多種多様で、子ども達はさまざまな人と係り合いを持ちながら自らやりたいことを選択し、充実した放課後生活を過ごしている。もちろん、国によって、内容や充実度に違いはあり、いわゆる社会民主主義的福祉レジームをとる国々では普遍主義的に、自由主義的福祉レジームや家族主義的レジームをとる国々では選別主義的に学童保育を展開しているが、いずれにしても日本において学童保育が未整備である事実に考えさせられる。それと同時に、諸外国では学童保育が担っている役割が、日本においては学校や

家庭の役割として期待されており、そのことが教員の過重労働や階層格差の拡大につながっているのではないかという疑問を抱く。

本書は日本総合研究所が2008年10月に立ち上げた「初等教育に関する研究プロジェクト」の最終成果である。第I部「諸外国の放課後対策」と第II部「国内の放課後対策の事例」の二部から構成されており、また、それらの前後で日本の放課後の現状(序章)と日本の放課後対策の課題(終章)が議論されている。序章では日本の放課後対策の歴史と現状、子どもの放課後の現状が包括的にまとめられている。第I部では各国の事情に明るい専門家達(社会学、教育学が中心)によりそれぞれの国の保育・教育制度、その中で学童保育の位置づけ、子ども達の放課後の過ごし方、当該国特有の社会問題や両親の就業事情、学童保育の内容とその果たしている役割がわかりやすく紹介されている。第II部では国内におけるいくつかの先進的な取り組み事例が、運営主体(自治体、私立学校・企業、民間非営利組織部門)別に紹介されている。終章では先進諸国の取り組みをもとに日本の放課後対策の課題があらゆる側面から議論されている。以下、各章のポイントを簡単にまとめた。

序章では、家庭や地域社会、それらを取りまく環境の変化が子ども達の育ちの場と可能性を縮小させていることから、日本においても放課後を議論する必要性が説かれる。政策的には

1998年に学童保育が放課後児童健全育成事業として児童福祉法に位置づけられ、2007年には総合的な放課後児童対策として「放課後子どもプラン」が創設されたものの、縦割り行政のために学童保育(厚生労働省所管)が学校教育(文部科学省所管)や塾(経済産業省所管)などと連携がとれず、初等教育時の子どもに対する総合的な子育てビジョン・戦略が議論されていないことが問題点としてあげられている。また、学童保育への需要は増えつづけ、待機児童の増加が問題になっているにもかかわらず、行政上の都合により設置件数が伸びず(ただし、自治体間でばらつきはある)、国による設置・運営基準がないために学童保育の質が問題となっていることが指摘されている。

第1部第1章ではフランスの学童保育が紹介されている。同国では学童保育が児童福祉政策のみならず、余暇政策、教育政策として家族政策の中に位置づけられている。学童保育を提供する余暇センターは2歳から17歳まで就学児童を対象とし、平日の放課後、休日と長期休暇中に多彩な活動を提供している。運営主体は主に自治体と非営利団体であるが、国による認可制度、余暇指導員の国家資格制度の下で一定の質が担保されている。余暇センターは子どもたちの個性を伸ばし、集団的余暇を通じた人間形成を可能にする場であり、学校教育を補完するものとして重要な役割を担っている。

第2章はドイツである。同国では6歳から12歳(州によっては14歳)の学童を対象にした学童保育所(デイ施設)と乳幼児を主に対象にした保育ママ・パパがある。国が大まかな方針や枠組みを定めているが、実際の権限は各州にある。東西ドイツで大きな差があり、保守的な家族観が支配的だった旧西ドイツではデイ施設の整備、利用率ともに低い水準である。ただし、学童保育を少子化対策の一環として位置づけたり、移

民や低所得世帯の児童に配慮したりする新しい動きがある。ドイツに特徴的なことは、幼稚園が対象年齢を上下に拡大させて年齢拡大大型施設になっていることと学童以外の活動場所がいろいろあるということである。国の補助を受けた多世代の家や音楽学校では、あらゆる年齢層の人たちとともに児童がさまざまな活動を行っている。

第3章はスウェーデンである。最も大きな特徴は2000年前後に行われた「保育と教育の統合」の中で学童保育と義務教育が統合されたことである。背景に義務教育と保育(就学前保育と学童保育)との補完性、生涯教育が重要との認識が高まったことがある。政府は大まかな枠組みだけを作り、実際の内容や運営は自治体の裁量によって行われている。学童保育は6歳から12歳までの児童が対象で、平日の学校外時間と学校の休み期間に保育を行う学童余暇センター、自宅で4、5人の児童を預かる自治体登録型のチャイルド・マインダー、10～12歳の児童を対象とした開放型学童余暇センターがある。無料ではないためか親の学歴が低いと学童の利用率も低い。ただし、理念上、保育は子どもの権利とする考えが主流で、親の就労状況にかかわらずすべての子どもに学童保育を含む教育を受ける権利が与えられている。

第4章はフィンランドである。同国の政策的優先事項は子どもの福利である。スウェーデン同様、学童保育の管轄は教育省である。子ども達の社会的疎外の予防、子どもをめぐる諸問題への早期介入の重要性との認識から、乳幼児期からの継ぎ目のない教育システム(学童保育を含む)の構築が目指されている。学童保育の目的は、前述の社会的包摂のほかに、子どもの教育活動と情緒的発達への支援、子ども達の多様な活動やくつろぎを可能にすることである。国が定めたガイドラインの下、自治体が運営を行っている。

フィンランドでは基礎学校の3年生から放課後クラブ活動やサークル活動が整備されているため、学童保育は1年生と2年生、そして、障がいなどにより特別な支援を必要とする児童(全学年)を対象としている。経済的問題を抱える児童には保育料の減免措置があり、学童保育へのアクセスの制限がされないよう配慮がなされている。学童保育のほか、放課後の児童の居場所として一般的なものにレイッキピスト(児童公園)や地域図書館があり、子ども達の充実した放課後生活がうかがえる。

第5章はイギリスである。同国もまた子ども政策の充実に力を入れており、すべての子どもを対象とした教育福祉政策に取り組んでいる。2007年には教育と福祉の縦割り行政を見直す観点から子ども・学校・家族省が設置されている。同省によって管轄されている学童保育は、通常5～11歳の児童を対象に放課後クラブやサマーキャンプなどを提供している。8歳未満の子どもを預かる施設やサービスは教育水準局に登録することが義務付けられており、同局によって質のチェックを受けている。基本的に学童保育の費用は保護者負担であるが、税額控除制度により低所得世帯の保育料負担に対して一定の配慮がなされている。イギリスでは、放課後に教科外のさまざまな活動を提供することで子ども達が自己肯定感を持てるチャンスが増え、そのことが成績向上につながる効果があるとの認識がある。また、放課後対策を充実させることで学校教員が授業に専念でき、授業の質が向上することが期待されている。

第6章はアメリカである。同国の放課後対策は5～14歳と対象児童年齢の幅は広いが利用率は約2割と低い。これは親や親族、ベビーシッターが世話をしている割合が高いためである。放課後活動の運営主体の3分の2は非営利団体である。放課後対策について法的な整備はされておらず、

NAAという民間団体が独自の認証基準により認証を行っている。政府の関与は主に低所得者層に対する放課後活動費用の補助や運営団体への助成金である。母子家庭の子どもが2割を超える同国では主に社会格差を改善する目的から放課後の取り組みがなされている。放課後の過ごし方如何で格差改善の機会にもなりうるし格差を生みだすリスクにもなりうるという認識がある。

第7章はオーストラリアである。就学前児童(6歳未満)のケアが基本的に親に委ねられていること、母親の就業率が高いこと、ひとり親世帯が2割強であることなどアメリカとの共通点が多い。学童保育について連邦政府による基準はあるが、実際の所管は各州政府である。提供主体は学校や自治体、NPOなどである。連邦政府による認証制度の下で質の管理が行われている。利用希望率が低いにもかかわらず待機児童の問題を抱えている。そのほかの学校外活動としては、スポーツやメンタリングプログラム、ユース・センターなど多様な年齢の児童を対象とした取り組みが行われている。

第8章は韓国である。放課後に7割の小学生が塾に通う一方で、放課後プログラムを利用している児童は約1割と少ない。また、所得階層が高いほど塾に通う比率が高く、低いほど放課後プログラムの利用率が高い。このように塾に通える児童と通えない児童との格差が社会問題となっている同国では、政府が低所得層をターゲットにした対策を行っている。小・中・高等学校で放課後学校が運営されており、中・高では教育中心のプログラムが提供されている。

第II部第9章では、国内の自治体の取り組みが紹介されている。子どもを含む関係者参加により放課後対策を検討している目黒区や横浜市の取り組み、学童保育対象外の小学校高学年や中学生を対象として多様な挑戦の場を提供する世田谷区や千代田区の取り組み、放課後補習教室

を導入している大田区の取り組みなどが紹介されている。

第10章では、放課後活動を提供する私立学校や企業の取り組みが紹介されている。諸外国の例で見られたような多彩な活動、年齢を超えた活動の中で育ちの場、保護者同士の交流などが提供されている。

第11章では、民間非営利組織による取り組みが紹介されている。さまざまな能力を持った市民のかかわりによる地域の社会的資源を活用したプログラム、自然体験教室、まちづくりへの子どもの参加など活動内容は多種多彩である。子ども達の自主性を育み、学校では発揮しにくい能力開発の機会が提供されている。

終章では諸外国の取り組みから得られる知見をもとにわが国の放課後対策に求められる視点や対策が議論されている。筆者が特に強調するのは「教育福祉」という概念である。諸外国では、社会保障・社会福祉の充実という観点から教育が果たすべき役割が検討されているのに対して、日本では福祉と教育が独立に議論される傾向にある。しかし、学歴偏重社会で子どもが抱えるストレス度が高まり、子どもの貧困が社会問題となっている現在、福祉と教育は切っても切り離せない関係になっている。放課後に充実した時間を過ごすことで子どもは学業のストレスを発散できたり、学校では発見しにくい自己の能力に気づき自己肯定感を持てたりすることは、学業においてもよい影響を与えうる(本書のあとがきではこれを「子どものワーク・ライフ・バランス」と呼んでいる。読者に新しい視点を持たせてくれるよい表現である)。また、学校は学業、放課後は遊びや集団生活と分担することで、双方がそれぞれの役割に集中でき、トータルで教育の充実を図ることができる。さらに、筆者は放課後対策に求められる視点として、放課後の充実による「人づくり」、「社会的統合」、対象年

齢を広げることによる「子育て支援の強化」の3つをあげる。いずれも極めて重要な指摘である。なぜなら、グローバル化の深化に伴い、企業や家計におけるリスクや不確実性が高まっているために能力開発機会の減少、社会的排除の問題、子育て支援へのさらなる需要が喫緊の課題となっており、放課後はそれらに対して最も効率よく働きかけができる場だからである。

家計においては雇用不安、収入低下、それに伴う結婚生活の不安定化、貧困化が具体的な問題として顕在化している。これまでのように子どもを含む家族構成員の福祉をすべて家族が担うことは難しくなっている。企業もまたすべての従業員をじっくりと育て上げる余裕を持たなくなってきている。家族や企業任せにしてきた日本の人材育成は危機的な状況を迎えている。また、韓国ほどではないにしても日本でも通塾率や習い事をしている割合が高く、子どもの放課後が充実するかどうかは家計収入や社会階層によるところが大きい。そのため、貧困世帯の児童の社会的排除、格差の再生産が懸念される。それでは、その格差を学校教育の見直しだけで解消できるかといえは否である。すでに教員の過重労働が問題になっている。また、共働き世帯が増える中、就学児童を持つ世帯への保育支援が少なく両親(特に母親の)のワーク・ライフ・バランスを難しくしている。したがって、このような問題を解消するために放課後対策の充実、強化を図ることは極めて重要な課題で、早急に取り組まれることが望まれる。本書の最大の貢献はこの気づきを読者に与えたことであろう。

最後に、僭越ながら、本書に対して若干不足に感じた点を述べさせていただきたい。本書では日本を含めた9カ国の学童保育が取り上げられたが、学童保育の在り方について福祉国家レジームとの関連で明示的には議論されておらず、各

国の良い点を日本への課題としている点がやや具体性に欠けると感じた。対策の中にはそれなりの財源も必要とするものもあるので、今後日本がとるべき社会保障制度のあり方についても議論していく必要がある。

いずれにしてもこれまで目を向けられてこな

かった子どもの放課後にスポットライトを当て、その意義を明快に示した本書の貢献は大きい。本書が多くの人に読まれること、そして、これを機に放課後対策の研究が広がることを切に願う。

(にしむら・とも 関西学院大学准教授)

研究の窓

社会保障実態調査から政策研究の展開にむけて ……………高橋 重郷

特集：人々の暮らしと共助・自助・公助の実態—「社会保障実態調査」を使った分析—

親の子どものための支出・経済的援助と社会保障給付との関係

—代替的關係と補完的關係に関する実証分析— ……………金子 能宏

生活保障の不安定化に関する分析—「生活費用の担い手」の動態へのアプローチ— ……………西村 幸満

子ども期の貧困が成人後の生活困難(デプリベーション)に与える影響の分析 ……………阿部 彩

退職者における予期しない出来事が生活水準と暮らし向きに与える影響 ……………暮石 渉

社会的・経済的要因と健康との因果性に対する諸考察

—「社会保障実態調査」および「国民生活基礎調査」を用いた実証分析— ……………野口 晴子

投稿(研究ノート)

夫の出産・育児に関する休暇取得が出生に与える影響 ……………水落 正明

登録ヘルパーの労働供給と希望労働時間のミスマッチ ……………岸田 研作・谷垣 静子

経済的支援が子ども数と女性の労働供給に与える影響—児童手当と保育サービス

利用への補助に関するモデル・シミュレーション分析— ……………坂爪 聡子

判例研究

社会保障法判例 ……………常森 裕介

—国民健康保険一部負担金減免取扱要領が不合理であること等を理由として、

減免不承認処分を裁量権の範囲を逸脱したもので違法とした事例—

書評

碓井光明著『社会保障財政法精義』……………島崎 謙治

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 原稿の長さ

原稿の長さは以下の限度内とします。(図表1つにつき、200字で換算してください)

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)
本文のほかに要約文(400字以内) およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1)(2)(3)…→①②③…の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書きの文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a)(b)(c)または・などを使用してください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

- (例) <表1>受給者数の変化
<図1>社会保障支出の変化

6. 敬称

敬称は略してください。

- (例) 宮澤健一教授は → 宮澤は 貝塚氏は → 貝塚は

7. 注

注を付す語の右肩に1) 2)…の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

- (例) 1) 天川によると、集権・分権の軸に分離・融合の軸を…。

8. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性－退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会。

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." *In The Development of Welfare State*, edited by P.Flora and H.Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and prospects in Asia and the pacific." *International Social security review*, Vol.58, No.3, 63-87.

檜原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp.56-72.

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp.260-267.

インターネット掲載ページの場合は、そのページのタイトルとURL、ダウンロード日を明記してください。

UN (2009) Human Development Report 2009, Human development indicators,

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2009/> (2010年6月3日)

9. 原稿の提出方法

編集作業はDTP(Desk Top Publishing)にて行いますので、以下の点についてできるだけご協力頂ければ幸いです。

- (1) 原稿はデジタルで提出してください。基本はメールに添付ファイルで結構ですが、ファイルの読み込みが困難な場合はCDなどのメディアに記録したものをご提出いただく場合もあります。
- (2) テキスト形式だけでは、欧文のアクセント、ウムラウト等や和文の記号や特殊文字などが消えたり、正しく保存されなかったりする場合がありますので、紙による完成原稿の提出も併せてお願いする場合があります。事務局からご連絡いたしますのでその際にはご協力ください。
- (3) 図表についても、デジタルデータでご提出ください。デジタルデータが無い場合は手書きまたはコピーなどの完成原稿でご提出ください。その際OS(Windows、Macintosh など)、アプリケーション名(Excel、Lotusなど)、バージョン名(2.0など)を提出する際に明記してください。

海外社会保障研究

第175号 2011年6月発行予定 特集：高齢女性の所得保障：年金を中心に

バックナンバー

- 第174号 2011年3月発行……特集：医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較
第173号 2010年12月発行……特集：諸外国の就学前教育・保育サービス
—子どもの「育ち」を保障する社会のしくみ—
第172号 2010年9月発行……特集：社会保障制度における財源徴収と情報管理の国際比較
第171号 2010年6月発行……特集：アメリカの社会保障
第170号 2010年3月発行……特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—
第169号 2009年12月発行……特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年
第168号 2009年9月発行……特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題
第167号 2009年6月発行……特集：韓国の社会保障—日韓比較の視点から—
第166号 2009年3月発行……特集：障害者福祉の国際的展開
第165号 2008年12月発行……特集：拡大EUの社会保障政策と各国への影響
第164号 2008年9月発行……特集：世界の高齢者住宅とケア政策
第163号 2008年6月発行……特集：カナダ・韓国・日本3カ国社会保障比較研究
第162号 2008年3月発行……特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向
第161号 2007年12月発行……特集：フランス社会保障制度の現状と課題
第160号 2007年9月発行……特集：子育て支援策をめぐる諸外国の現状
第159号 2007年6月発行……特集：所得格差と社会保障

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障およびその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向などを迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」および「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文などはいずれもほかに未投稿・未発表のものに限ります。「論文」、「研究ノート」および「動向」は独創性(分析テーマ、内容、そして手法が、すでに発表されたり知られたりしていることから容易に導き出せるものではないこと)、有用性(内容がわが国の社会保障政策のあり方に重要な問題を提起する内容を含んでいること)を基本に、おおむね以下のようなものとします。
「論文」：独創性や有用性があり、結果の信頼度が高く、かつ学術論文としての体裁も整っているもの(図表、参考文献などを含む文字数上限：16,000字)。
「研究ノート」：独創性や有用性は、「論文」には及ばないが、今後の発展が期待できる水準に達しているもの。併せて、結果の信頼度も相当に高く、学術論文としての体裁も整っているもの(同：12,000字)。
「動向」：「論文」や「研究ノート」に該当しないもので、有用性に優れ、諸外国の社会保障の動向などを政策資料、統計等をもとに的確にまとめているもの。併せて、内容の信頼度もあり、学術論文としての体裁も整っているもの(同：8,000字)。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、デジタルファイルも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」および「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文などは、ほかの雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

医療従事者の不足については、各国で議論されてきました。他国からの医療従事者の流入は従事者の実数を確保するためのひとつの手段であるといえます。他方、今回の特集のような職種間の連携は、一定の従事者数の下で効率的・効果的なサービス提供を行うための手段のひとつといえます。人的資源も無限ではなく、限りあるものであるため、各国において今後ともその実効的な確保に工夫がなされていくと考えられます。

(N.I.)

編集委員長

西村 周三 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

江口 隆裕 (筑波大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (国際医療福祉大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

廣瀬真理子 (東海大学専任教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所・副所長)

松本 勝明 (同研究所・政策研究調整官)

東 修司 (同研究所・企画部長)

佐藤龍三郎 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

阿部 彩 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

深尾 信悟 (同研究所・企画部第2室長)

小島 克久 (同研究所・国際関係部第2室長)

泉田 信行 (同研究所・社会保障応用分析研究部第1室長)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

酒井 正 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

暮石 渉 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 174

平成23年3月25日発行

ISBN 978-4-904486-24-5

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage; <http://www.ipss.go.jp>

印刷

大和綜合印刷株式会社

〒102-0072 東京都千代田区飯田橋1丁目12番11号

Tel: 03-3263-5156 Fax: 03-3263-0470

e-mail: daiwa@cd.mbn.or.jp

homepage: <http://www17.ocn.ne.jp/~daiwasg/>

ISSN 1344-3062