

表IV-4-2 イギリスの保健医療関連職

職種	数	対人口比	資格のタイプ (免許・認定等)	ライセンス取得方法 (教育)	資格が規定されている 法律	法律で規定されている役割	業務 独占	名称 独占	権限の範囲	
									(どの範囲まで独自の判断、行動が可能か)	医師との関係／指示の要否 (法律上)
医師	合計 101,732 人 うち 病院勤務 約65,000 人 地域保健医 約 2,320 人 一般家庭医 約 32,800 人	(対千人) 1.7 人	免許	医学部教育は5年間 医学部卒業後、国家 試験に合格した者 はジェネラル・メデ イカル・コミッテイ に仮登録される。そ の後1年間の臨床研 修を経ると本登録 が可能となる。	Medical Act 他		有	有	NA	NA
歯科医師	23,409 人	(対千人) 0.4 人	免許	国内に 14 ある歯科 医師学校で5年のコ ースをとる。コース 終了後1年間の自主 研修が必要。					NA	NA
看護師	299,010 人	(対千人) 5.8 人	免許	3~4 年間の看護学 校もしくは大学で の教育を受け、国家 試験を受験する。	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act ほか		不明	有	事柄によつて様々であるが、医療行為に関しては医師に多くの主導権がある	状況により様々
薬剤師	36,758 人 (’96)	(対千人) 0.6 人	免許	4 年間の薬学教育と 1 年間の登録前研修 を終了し国家試験 を受ける。			不明	不明		

* OECD Health Data 2001 より 1998 年もしくは 1996 年の常勤換算 (FTE) データ **看護職員 (看護師・助産師・保健師) の合計

イギリスは 1.0(1997 年)である。イギリスのベッド当りの医療従事者数および看護職員数は、EU 諸国に比べても高い水準となっている。

教育制度については、医師および歯科医師は 5 年間の大学教育に 1 年間の臨床研修を加えた 6 年間が必要である。また、薬剤師も 4 年間の教育に 1 年間の実践研修が必須となっている。看護師は 3 年もしくは 4 年間の教育である。Diploma を取得する看護学校に加え、Degree が取得できる大学での教育も行なわれている。

医師とその他の医療職の関係性については、今回は十分な情報を得ることができなかったが、医療行為については、医師に多くの主導権が与えられているようである。

2) 保健医療システム

(1) 保健医療システムの概要

イギリスでは、1946 年に制定された国民保健サービス法 (National Health Service Act) に基づいて、National Health Service (以下 NHS) による保健医療サービスが 1948 年から提供されている。NHS は病院などの医療機関でのサービスと地域での保健サービスを包括し、受診時無料を原則としてサービス提供を行なっている。その基本理念は、「全ての国民に保健医療サービスを提供する (Universal Coverage)」と「誰もが平等にサービスにアクセスできる (Equity of Access according to Need)」である。イギリスは、イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの 4 つの国からなる連邦国家であるため、保健医療政策も、地方分権によって実践されている。それぞれの国が、NHS の枠組みの中で独自に保健医療政策を策定し、財政の管理も各国が独自の責任において行なっている。

イギリスのヘルスケアシステムの特徴としては、プライマリ・ケアを担当する一般医 (General Practitioner: 以下 GP) がいることである。国民はまず居住地区にいる GP に登録をする。そして、医療サービスを受ける場合はまずこの GP にかかり、その紹介で専門医や病院を受診することになる。

NHS の基本理念は創設当初から変わっていないものの、サービス提供のあり方については何度か改革が行なわれている。現在は、ブレア政権下で保健医療改革が進められており、2000 年には国民一人一人のニーズに合った、迅速かつ利便性の高いケアを継続的に高い水準で提供していくことを目指した NHS Plan が策定された。このプランでは、予防ケア・セルフケア・プライマリ・ケアおよび病院と地域を繋ぐ移行ケアに主眼が置かれている。また、これまで低い水準に抑えられていた医療支出についても見直しがなされている。他の先進諸国では、医療費の抑制が大きな課題となっているが、イギリスでは、他の EU 諸国の水準にまで引き上げる取り組みが行なわれている。これは、国民の健康の保持と改善のために十分な資金をつぎ込んでこなかったために、必要とされる医療サービスの提供がなされてこなかったとの反省に基づいている。NHS

Plan の中には、医療サービスの向上の一方策として看護職の増員が盛り込まれている。

(2) 医療サービスの特徴

① 施設内医療

施設内医療は主に国営の NHS 病院トラストによってサービス提供が行なわれている。NHS の総入院ベッド数は約 250,000 床である。入院治療や手術には、GP の紹介を経る必要があり、救急外傷センターを除いては、直接病院を受診することはできない。

イギリスの病院では長い受診待ち (Waiting List) の存在が問題視されている。統計データによると、2000 年 3 月 31 日時点のイギリス国内の待機患者総数は、約 2,258,000 件であった¹。待機期間や待機患者の数は、地域によって偏りがあるものの、人工股関節弛緩術の待機期間が約 15 ヶ月というのも珍しくはない状況である。

国営の NHS 病院トラストでは長い受診待ちがあるため、よりアクセスのよいサービスを求める声が高まり、近年は民営の病院の数も増えつつある。しかし、NHS 病院トラストでの医療費が国庫で賄われ原則受診時無料なのに対し、民営病院での医療費は全額自己負担となり、民間の医療機関を利用できる人は限られた人となっている。

② 地域医療

地域保健医療サービスの提供は、プライマリ・ケアを担う GP とコミュニティ・ケア・トラストによって行なわれている。コミュニティ・ケア・トラストには Health Visitor や District Nurse といった看護職の他、各種療法士、その他のケア提供職がおり、在宅でケアを必要としている人々にケア提供を行なっている。また、1999 年からは NHS Plan を具現化するために Primary Care Group (以下 PCG) が設立された。PCG は GP と地域の看護職が参加したもので、地域により密着した形で住民の健康ニーズを把握し、必要な保健医療サービスを計画し、住民の健康改善に取り組む役割を担っている。この PCG は現時点では、コミュニティ・ケア・トラストからサービス提供を委託購入する形でサービス提供を行なっている。NHS Plan の実行が進んだ地域では、PCG はサービスの委託購入から提供までを統合的に行なう Primary Care Trust(以下 PCT)へ移行している。PCT は PCG の持つサービスの計画と委託購入の役割に加えて、コミュニティ・ケア・トラストの機能を吸収して、地域在宅ケアサービスの提供まで行なう。

NHS Plan にある予防ケアの促進や保健医療サービスへのアクセス改善を実行する新しい試みとして、Walk-in Centre や NHS Direct といったサービス提

¹ Department of Health; National Assembly for Wales; Information and Statistics Division, NHS in Scotland; Department of Health, Social Services and Public Safety, Northern Ireland のデータより

供も開始されている。どちらのサービスも無料である。

Walk-in Centre は看護師が運営と管理を行なう簡便なクリニック機能をもつ施設であり、人々が利用しやすい街中に設けられている。国の方針として打ち出されたプライマリ・ヘルス・ケアの充実のための具体的方策として、1999年4月から国内の36カ所でパイロット事業が開始された。クリニックの利用には、GPとは異なり事前の登録も受診の予約も必要がない。看護師による診察を受け、簡単な処置や制限はあるものの薬の処方も受けることができる。また、必要時には他の医療機関やGP、専門医への紹介も行なっている。主に、上気道や肺の感染症といった軽い症状や軽度の創傷の治療などに対応している。さらには、家族計画の指導やセルフケア・健康増進に関するアドバイスも行なっている。看護職の方がGPよりも話をし易いといった患者からのニーズにも支えられている施設である。

一方、NHS Direct は、電話による相談サービスである。一般市民は、健康や病気に関して心配事や相談がある場合、24時間いつでも電話をかけることができる。専門的な相談には看護師が当り、症状への対応方法やGPや救急外傷センターの受診が必要かなどについてアドバイスを行なっている。NHS Direct の概念は、1997年に出された白書『The New NHS: Modern, Dependable』の中で紹介された。その後、1998年3月から英国内3カ所の電話センターでパイロット事業として開始された。そして、現在では英国内各地に電話センターが開設され、1日平均50,000件の電話相談が行われている。

(3) 医療保険および介護保険のしくみ

① 医療保険

予防からリハビリテーション、在宅ケアまでを含めた包括的な保健医療サービスを対象にしている。財源は租税による国の一般財源である。全国民が対象であり、受診時原則無料である。

② 介護保険

介護保険として独立したものはないが、税金が税源となって社会福祉サービスが公的なサービス提供組織によって提供されている。将来的には保健医療サービス提供を行なうPCTとこの社会福祉サービスを統合し、Care Trustとしてサービス計画から提供までを行なおうとする政策が検討されている。

3) 保健医療政策の優先課題

保健医療サービスへのアクセスの改善（Waiting listの短縮）とサービスの質向上が大きな課題である。具体的には、看護職を含む医療専門職の増員、効率的なサービス提供のための組織改編、病院の専門分化とネットワーク化などが行なわれている。また、予防を含むプライマリ・ケアの推進もNHS Planに掲げられている。

4) 看護教育制度

看護の基本資格には、看護師（Registered Nurse：RN）と助産師（Midwife）がある。さらに、看護師の資格を得た後に新たな資格として得ることができる上級資格には、Health Visitor、District Nurse、General Practice Nurse、Nurse Prescriber や各領域の Nurse Specialist と Nurse Consultant がある。古い制度では、基本資格として RN の他に Certified Nurse の資格があったが、Project 2000 によって Certified Nurse の資格が廃止され現在は養成も行なわれていない。旧制度で Certified Nurse の資格を得た者は、移行教育を受けることで RN となることができる。

看護職の教育と資格の認定および登録に関しては、2002 年 4 月から新たに設立された組織 The Nursing and Midwifery Council (NMC) で行なわれる。これまでは、看護職の資格登録は、The UK Central Council for Nursing, Midwifery, and Health Visiting (UKCC) が担当し、看護教育に関する基準作成や許認可は、連邦内の 4 つの国にそれぞれ組織されていた National Boards for Nurses, Midwives and Health Visitors (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 つの Boards) で個別に行なわれていた。NMC は、UKCC と 4 つの National Boards を一本化し、基礎教育から継続教育まで看護職の教育全般および基礎資格から上級資格の認定と登録までを一括して担当することになる。

(1) 看護の基本資格とその教育

看護師の資格を得るための教育は、3 年課程の Diploma コースと 3 年もしくは 4 年課程の Degree コースがある。これらの準備教育を終え、教育修了の試験に合格した者には看護師の資格が与えられる。我が国のような国家試験はない。看護師の資格を得た者は、NMC に登録をすることで看護師としての業務に従事することができる。

助産師の教育は、看護師の教育同様、3 年課程の Diploma コースと 3 年もしくは 4 年課程の Degree コースがあり、看護師の教育を経ない助産師教育へのダイレクト・エントリーである。看護師の資格を持っている者には、78 週の短縮プログラムがある。

(2) スペシャリスト資格とその教育

① Health Visitor、District Nurse、General practice Nurse

Health Visitor は、地域の母子保健や地域保健サービスの計画・実践を担う看護職であり、その役割と昨日は、我が国の保健師と類似している。看護の基本法には Nurse、Midwife と並列して Health Visitor の名が記載されており、看護の基本資格との認識もある。しかし、Health Visitor の資格は、看護師の教育プラス 2 年間の専門教育を受けることで取得できるようになっており、近年は他のスペシャリスト同様、専門領域を担当する上級資格との認識が変わっ

てきている。

その他の認定専門資格には、District Nurse と General Practice Nurse (GP Nurse) がある。この2つは、継続教育を行なう機関で最低 32 週間以上の教育プログラムを受けることによって取得できる。どちらの資格も、主にコミュニティケアで活躍する専門領域の資格である。District Nurse は地区の保健局やコミュニティ・トラストに雇用され、地域において看護ケアを実践する。GP Nurse は GP の外科オフィスやヘルスセンターに勤務したり、ヘルスプロモーションのクリニックを運営したり、スクリーニング活動にも関わっている。最近のコースでは、両者とも同時に Prescriber 認定のための教育内容が含まれ、Nurse Prescriber の認定資格も取得できる。

② Nurse Prescriber

Nurse Prescriber は限定的ではあるが薬剤等の処方許された看護職の資格である。これは、特にコミュニティケアにおいて患者のニーズに迅速に対応するために看護職が処方権を持つことが必要であるとの認識に基づいて設けられた新しい資格で、1989 年に看護職の処方に関する諮問グループの政府提言が基盤となっている。この提言を受けて、1994 年に 8 カ所でパイロットプロジェクトが始まり、1997 年にはイングランド全域に拡大された。2001 年 9 月までにこの資格を持った看護職は、22,000 人以上に上る。

Nurse Prescriber は、Nurse Prescriber Formulary (NPF) のリスト²にある薬剤のみ処方が許されている。このリストには、皮膚保護のための各種軟膏やローション、抗真菌剤、鎮痒剤、緩下剤、浣腸液、アスピリン等の鎮痛剤・解熱鎮痛剤、解制酸剤、点眼薬、点鼻薬、点耳薬、消毒剤、禁煙補助剤などが含まれる。外用剤が多いものの、鎮痛剤や緩下剤の内服薬や持続点滴の維持液なども含まれている。また、NPF には、薬剤の他にも、尿糖や尿蛋白の検査用品、尿道カテーテルや尿失禁対応の装具、創傷管理用のドレッシング類、ストッキネットや弾性圧迫包帯など下肢静脈瘤治療用具などの各種処置用物品も含まれている。これらの物品に関しても、Nurse Prescriber は自身の判断によって処方し、処置が可能なのである。

この資格を得るための専門の訓練コースは、これまでは、Health Visitor、District Nurse、General Practice Nurse および Walk-in Centre に勤務する看護職など、コミュニティケアに従事する看護専門職に限定して提供されていた。現在では、Health Visitor、District Nurse、General Practice Nurse のための大学ベースのスペシャリスト・プログラムに統合されて提供されているものもある。しかし、政府は看護職による処方を、さらに多くの看護師に、「軽い疾患」「軽い創傷」「健康増進」「緩和ケア」の4つの実践領域をカバーするより広範囲の薬剤を処方できるように拡大を検討している。すでに、拡大を目指した

²最新のリストは、Association for Nurse Prescribing の Official Web Page (<http://www.nurse-prescriber.co.uk/>) で確認が可能。

Nurse Prescriber Extended Formulary を用いたパイロットも始まっている³。

③ Nurse Specialist と Nurse Consultant

さらに高度な専門知識と技術を身につけた専門資格として、Nurse Specialist と Nurse Consultant が存在する。これらは大学院レベルの教育と実践経験を持つものに与えられる資格である。看護専門職のリーダーとして、高度な臨床実践、ケアプログラムのマネジメント、他の看護職への教育、研究および開発などの役割が期待されている。

³ Department of Health (2002). Extending Independent Nurse Prescribing within the NHS in England, London, Department of Health.

(このレポートは、<http://www.doh.gov.uk/nurseprescribing> より入手が可能。)

表IV-4-3 イギリスの看護資格および教育

看護の基本資格 (Basic/General)			
看護の種類	Registered Nurse 看護師	Midwife 助産師	Health Visitor 保健師 → Specialist の項へ
看護教育			
入学資格	17歳半以上 5 GCSEs Degree コースはプラス 2 A levels	17歳半以上 5 GCSEs	
教育期間/機関	① Diploma コース 3年課程 ② Degree コース(学位取得/大学) 3~4年課程 ③ 移行教育 (Certified Nurse から RN へ) 1~2年	① Diploma コース 3年課程 ② Degree コース(学位取得/大学) 3~4年課程	
資格取得のための教育プログラムの認定機関	National Boards for Nurses, Midwives and Health Visitors →2002年4月より The Nursing and Midwifery Council (NMC)	National Boards for Nurses, Midwives and Health Visitors →2002年4月より The Nursing and Midwifery Council (NMC)	
根拠法	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	
実習中の活動範囲	看護師の指導の元、看護師が実施できる行為	助産師の指導の元、助産師ができる行為	
資格のタイプ(免許、認定等)	国家免許	国家免許	
資格試験の有無	なし	なし	
資格の発行機関・認定機関	The UK Central Council for Nursing, Midwifery, and Health Visiting : UKCC → 2002年4月より The Nursing and Midwifery Council (NMC)	The UK Central Council for Nursing, Midwifery, and Health Visiting : UKCC → 2002年4月より The Nursing and Midwifery Council (NMC)	
登録機関			
更新期間 更新方法 基準	有り 3年毎 最低5日(35時間)以上の継続教育を受けて更新の手續きをとる	有り 3年毎 最低5日(35時間)以上の継続教育を受けて更新の手續きをとる	
根拠法、制度的裏付け	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	
資格の法的な定義			
法律上の業務制限			
特記事項	教育制度に関しては、2001年に改革が行なわれ、Diploma コース・Degree コース共に、1年目は共通基礎プログラム (Common Foundation Programme:CFP) を履修し、その後4つの領域(成人看護、精神看護、学習障害看護、小児看護)に分かれてプログラムを履修する。	看護師の免許を得た者が助産師になる場合は、78週のプロ グラムで学ぶ。	★法律では、「The Nurses, Midwives, and Health Visitors」のように他の他の2つの資格と並列になっているが、資格の取得方法、教育が明確に異なるため、Specialist として記載する。

表IV-4-3 (つづき)

Advanced/Specialist 資格						
資格の種類	Health Visitor 保健師	District Nurse General practice Nurse	Nurse Prescriber	Nurse Specialist	Nurse Consultant	
看護教育	看護師の資格 看護師の資格取得後もしくは2年間の看護教育の後、2年間の専門コース (大学レベル)	看護師の資格 最低32週の継続教育機関での教育 (Degree 取得のプログラム)	District Nurse, Health Visitor, GP Practice Nurse, Walk-in Centre 勤務の Nurse 研修コース (期間は多様)	看護師の免許 専門領域の登録前教育の履修と実践経験 専門教育プログラム (大学院レベル) - Degree コースの最終学年以上の内容 1年 (32週間) 以上	看護師の免許と特定分野での臨床経験 大学院レベルの教育	
教育プログラムの認定機関	NMC	NMC	NMC	NMC	NMC	
根拠法	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act		The Medical Products: Prescription by Nurses, etc. Act 1992 他	Standards for specialist education and practice (UKCC) 2001年4月発行		
資格のタイプ	認定 (Qualified)	認定	認定	認定	認定	
資格試験の有無						
申請要件				専門コースの履修と実践経験	詳細は不明	
免許発行/認定機関	NMC	NMC	NMC	NMC	NMC	
登録機関	NMC	NMC	NMC	NMC	NMC	
更新制度	有り 3年毎 最低5日 (35時間) 以上の継続教育を受けて更新の手続きをとる	有り 3年毎 最低5日 (35時間) 以上の継続教育を受けて更新の手続きをとる	有り 3年毎 最低5日 (35時間) 以上の継続教育を受けて更新の手続きをとる	有り 3年毎 最低5日 (35時間) 以上の継続教育を受けて更新の手続きをとる		
根拠法	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	The Nurses, Midwives, and Health Visitors Act	The Medical Products: Prescription by Nurses, etc. Act 1992 他	Standards for specialist education and practice (UKCC) 2001年4月発行		
法的に基礎資格と業務範囲が異なるか	活動の場所が異なる	活動の場所が異なる	処方が可能			
備考	地域保健の専門職であり、母子保健 HIV 陽性者の健康、およびその他の地域保健全般を担当する。また、地域保健サービスの計画に携わるなど地域保健の管理者としての役割も期待される。	District Nurse は地域の保健局やコミュニティ・トラストに雇用され、地域において看護ケアを実践する。GP Nurse は GP の外科オフィスやヘルスセンターに勤務する。ヘルスプロモーションのクリニックを運営したり、スクリーニング活動を行う。最近のコースでは、両者とも同時に Prescriber 認定のための内容が含まれる。	Nurse Prescriber Formulary に記載されている薬品についてのみ処方が可能 2002年4月より、処方できる薬品および Prescriber の認定を受けられる看護職の範囲が広がる	スペシャリストの実践とは、「臨床ケアに関する高度なレベルの判断・自由裁量での行動・意思決定」であるとされており、このスペシャリストの実践の焦点は、「臨床実践」「ケアとプログラムのマネジメント」「臨床実践開発」「臨床実践リーダーシップ」の4つである。スペシャリストの領域としては、「一般実践看護」「精神看護」「障害者看護」「小児看護」「地域看護/Health Visiting」「産業看護」「在宅看護/District Nursing」「学校保健 (School Nursing)」がある	ナーズコンサルタントの領域としては、「精神保健」「助産」「移行人」救命救急」「循環器」「移行ケア」「高齢者ケア」などがある。	

5) 看護業務の現状と課題

多くの意思決定および行為に関して、看護師独自で実施が可能、もしくは医師の指示により看護師が単独で実施可能である。

ケアの必要性などの意思決定に関わる項目については、特に看護に関わる意思決定はほぼ全項目に渡って医師の指示なく、看護職自身が意思決定可能となっている。死亡の判断や宣告も看護師が行なっている。この点は我が国と大きく違う点である。医療施設における入退院の決定については、看護師が管理運営を行なう病棟や救急外傷部門などでは看護師が行なっている。しかし、一般病棟ではやはり退院の最終決定は医師によって行なわれており、日々の状態を的確に迅速に把握できる看護職が退院の決定をできるように権限を拡大したいという思いがある。特に、イギリスでは入院や手術の待機患者が多いことが問題となっており、看護職が入退院の決定ができるようになれば、より効率的な病床利用が可能になると考えている者も多いようである。

処方に関しては、薬剤や酸素、安静と運動については、基本的に医師の指示を受けて看護師が実施することになっている。しかし、実際の場合では、実施したのち医師に確認と指示書への記入を依頼することも起っている。また、一般の看護師はいかなる薬剤も処方できないが、処方の資格を持つ Nurse Prescriber はリストの中からの処方が許されている。処置に関する行為については、気管内挿管と動脈血採血を除いては、看護師が単独で実施している。

Walk-in Centre など医師が常駐しない場所では、簡単な縫合処置なども看護師によって行なわれている。また、Walk-in Centre やコミュニティケアの現場では、医師への患者紹介や患者の状態に関する相談も看護師の通常の役割として実施されている。

看護師には、保健医療サービスへのアクセスの悪さを是正するための様々な、例えば、Walk-in Centre、NHS Direct、看護師運営の術前クリニックなど新規プロジェクトの運営と管理の役割が期待されている。NHS の枠組みの中での管理・運営ではあるものの、予算管理や人員配置等、管理的手腕を求められる場面も多くなっている。

表IV-4-4 イギリスにおける看護実践

	具体的行為	一般看護師	Advanced/Specialist
1)-1	医療施設における入院・退院の決定	II-b 一般の急性期病棟 I 看護師運営の移行ケア病棟と救急外傷部門 (Accident & Emergency) では看護師が判断し決定する	
-2	訪問看護開始・終結の決定	I 全て看護師が判断し、決定する	
2)	死亡の判断、宣告、死亡診断書の記入	I 死亡の判断、宣告は看護師が行い、遺体は霊安室へ運ばれる III 死亡診断書への記載はできない	
3)	検査の指示 (具体的に)	II-b 医師から事前に要請があれば簡単な指示 (例えば、NG チューブ挿入位置確認のレントゲン写真など) ならばOK	
4)	処方		
-1	薬剤処方	III 一般急性期病棟では不可	I Nurse Prescriber には限定的に薬剤処方権がある。予め設定されたリスト内での処方。
-2	酸素処方	II-a 基本的には医師の処方が必要であるが、場合によっては、投与を開始した後から医師の指示をもらうこともある	
-3	人工呼吸器の設定処方	II-a	
-4	栄養 (食事) 処方	I	
-5	安静度処方・運動処方	II-a	
-6	リハビリテーション処方	II-a	
-7	その他の処方		
5)	外科的・侵襲的処置		
-1	創処置 / デブリードメント	I	
-2	気管内挿管	II-a 緊急時のみ	
-3	静脈血採取	I	
-4	動脈血採取	II-b	
-5	その他	特になし	
6)	注射		
-1	中心静脈路 (血管) 確保 末梢または中心	I	

-2	静脈注射（ワンショット）	I	
-3	その他の注射（筋肉、皮下、皮内アレルギーテスト）	I	
7)	基本的看護ケア		
-1	保清：方法に関して医師の指示が必要か（入浴・清拭など）	I	
-2	排泄ケア：浣腸や排便の実施に医師の指示が必要か	I	
-3	排泄ケア：膀胱カテーテルの留置や抜去に医師の指示が必要か	I	
-4	その他	特になし	
8)	インフォームドコンセント		
-1	入院に関して	II-a	
-2	治療内容に関して	II-b	
-3	その他（具体的に）	特になし	
9)	退院計画、退院指導	II-a	
10)	心理療法（形態は問わない）	II-b	
11)	コンサルテーション		
-1	他診療科医師への相談（助言を求める）	III	I Walk-in Centre やコミュニティケアの現場では通常の役割
-2	他診療科医師への患者紹介（診察依頼）	III	I Walk-in Centre やコミュニティケアの現場では通常の役割
-3	コメディカルへの相談	I	
-4	コメディカルへの患者紹介	I	
12)	保健医療施設の設置（経営）	I	
13)	予算管理	I	
14)	保険償還の対象となっている看護サービス		
15)	その他		
	今後、看護師の裁量権拡大が望まれる領域	* レントゲン等の診断に関連する指示権 * 緊急の場合の薬剤等の処方権 * 適時に患者を退院させる	
	備考		

I：看護師が判断・決定し、実施

II-a：医師の指示で、看護師が単独で実施 II-b：医師の指示で、医師立ち会いの下で、看護師が実施

III：看護師は実施しない／できない

6) 裁量権の現状と課題

病院のような施設内での看護職の活動は、医師の指示に従って実施することもまだまだ多く、診断に関する指示権や緊急時の薬剤等の処方権、適時に患者の退院を決定することなど、看護師が裁量権の拡大を望んでいる部分も多い。それでも、外来部門などでは、手術前の検査を看護師主導のクリニックで行なったり、移行ケアの病棟は看護師が運営するなど、看護師が独自の裁量で活動できる分野も広がりつつある。

また、コミュニティアケアに目を転じてみると、GP と協働しつつ、より国民のニーズに合致するようなサービス提供を可能にするように、薬剤の処方権や新規サービスの運営など、看護職の自由裁量で活動できる分野が拡大している。イギリスでは、保健医療サービスの質の向上に向けて政策的に様々な改革が行なわれているが、予防と健康増進も含めたプライマリ・ケアの担い手として看護職に期待されている役割が大きいと言える。

このような看護師の役割および裁量権の拡大に向けて、高度な専門職を育成する教育と資格の制度も整えられつつある。イギリスでは、新しい制度を導入する場合、まず一部地域でパイロット事業を実施し、その結果を受けて徐々に全国へと広げていく方式を取ることが多い。看護職の役割拡大に関しても、同様な方式が取られている。

< 参考文献 >

- 1) Department of Health (1999). Making a Difference, London, Department of Health.
- 2) Department of Health (2000). The NHS Plan, London, The Stationery Office Limited.
- 3) Department of Health (2002). Extending Independent Nurse Prescribing within the NHS in England, London, Department of Health.
- 4) 中村健 他(2000). 第2章 イギリスの薬局と調剤報酬, 薬剤使用状況などに関する調査研究 我が国と諸外国の薬局及び調剤報酬などに関する比較研究報告書, 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構, 6-16.
- 5) 社団法人日本看護協会 (2001). III-6 サービス提供システムのあり方に関する検討, 平成12年度看護政策立案のための基盤整備推進事業報告書, 社団法人日本看護協会, 144-177.
- 6) 週刊社会保障編集部(2000). 第5章 イギリス 第2節 医療提供体制, 欧米諸国の医療保障, 法研, 208-217

7)THE INTERNATIONAL NURSING FOUNDATION OF JAPAN(2000). 96
United Kingdom, NURSING IN THE WORLD 4th Ed., 503 -509

<紙面インタビュー>

看護師

Ms. Victoria Macmillan

IV 結果

5. デンマーク

5. デンマーク

1) 基礎データ

デンマークの人口は、約 550 万人で、60 歳以上の人口比率は 19.8% となっている。年間の総医療支出は 9,700 億クローネ（約 1 兆 4,550 億円、1 クローネ=15 円で計算）である。医療費の GDP 比は、8.3% である（表Ⅲ-5-1）。

デンマーク国民の平均寿命は、1960 年には、EU 諸国の中でトップであったが、現在はその位置を失っている。しかし、国内的には平均寿命は着実に伸びており、1995 年から 1999 年の間に、女性では 1 歳、男性では 1.4 歳の延長が認められている。

国民死亡の主因は、がん、虚血性心疾患、慢性気管支炎・肺気腫・喘息などの呼吸器疾患、肝疾患、自殺などである（1997 年データ）。

有病率も上昇しており、とくに、喘息、枯草熱を始めとするアレルギー性疾患、筋・骨格系疾患などの慢性疾患の増加が顕著である。

表Ⅳ-5-1 デンマークの基礎データ

項目	単位	値	データソース
人口	人	534 万 9 千	国内保健統計。 データは 2001 年のもの。
60 歳以上人口比	%	19.8	
65 歳以上人口比	%	—	
人口増加率	%	0.36	
出生率	人口 10 万対	1,260	
死亡率	人口 10 万対	1,090	
5 歳以下死亡率	人口 10 万対	100	
乳幼児死亡率	出生 10 万対	50	
平均寿命	年	76.7	
同 男性	年	73.8	
同 女性	年	78.7	
年間の総医療支出 (国民医療費)	クローネ	9,700 億*	
医療費の GDP 比	%	8.3	

*約 1 兆 4,550 億円

2) 保健医療システム

デンマークのヘルスケアにおける最大の特徴は、①税収を財源として、公的負担で運用されている、②公的機関が直接、管理・運営にあっている、という2点である。

(1) ヘルスケア提供の枠組み

デンマークのヘルスケア供給体制は、プライマリ・ヘルスケア部門と病院部門という2部門によって支えられている。

プライマリ・ヘルスケア部門はさらに、治療分野と予防分野に分かれる。それぞれの分野に含まれるサービスは、表IV-5-2に示す通りである。

ヘルスケア関連職種を表IV-5-3に示す。この他に、カイロプラクティショナーやカイロポディスト（足治療士）なども含まれる。

表IV-5-2 ヘルスケア提供の枠組み

セクター	細区分	含まれるサービス
プライマリ・ヘルスケア部門	治療分野	一般医（GP）、開業専門医、開業歯科医師、開業理学療法士、その他の開業保健医療職、在宅看護
	予防分野	予防サービス、保健サービス、小児歯科
病院部門		

医療を必要とする場合、人々は通常、まずプライマリ・ヘルスケア部門（一般医：GP）を受診し、必要に応じて病院部門あるいは開業専門医等への紹介を受ける仕組みとなっている。緊急時はこの限りではなく、直接、病院部門を受診できる。病院部門では専門的治療および高度な機器や装置を必要とする治療、集中治療などが提供される。また、各個人は特定のGPを担当医として指定するのが基本であるが、担当医の変更は自由に行える。

病院には、カウンティ設立（公的病院）のものと私立病院がある。後者は主として特定専門領域病院で、多くの場合、一つまたは複数のカウンティと契約を結んでいる。1993年以降、一定限度内ではあるが、患者は受診する病院を選ぶようになった。つまり、複数の公立病院（一部、私立病院も含まれる）の中から、自分に都合の良い所を選ぶことが可能となったのである。また、専門領域の治療を必要とする場合も、当該の治療を提供するいくつかの私立病院の中での選択が可能となっている。

表 IV-5-3 デンマークの保健医療関係職種 (2001 データ)

種類	数 (人)	対人口比 (1,000 対)	資格のタイプ (免許、認定、登録)	ライセンス取得方法 (教育)	根拠法	法律で規定されている役割・業務	業務独占	名称独占	医師との関係/指示の要否 (法律上)	医師との関係/指示の要否 (実際)
医師	15,100	2.9	所定の教育プログラムの修了により、デンマーク保健審議会が授与。専門医についても同様。			「医師でなければ、外科手術・麻酔・感染症治療・薬剤処方を行ってはならない」	○	○		
	うち GP 3,700 開業専門医 900									
歯科医師	5,000	1.0								
看護師	37,900	7.2	所定の教育プログラム修了により、当該教育機関が認定し、デンマーク保健審議会に登録。 ディプロマおよびスペシャリストは登録制ではない。	基本的には、高等学校卒業、看護教育機関に入學。就学期間は33/4年。 福祉・保健ヘルパー、同アシスタントを経るコースもある。 (図 III-5-1 参照)	看護法 看護師教育令		○	○	実践する行為によって異なる (表IV-5-5*参照)	
	内訳 (1991年データ) 病院 31,000 看護教員 1,000 市区町村 14,000 その他 4,000 このとき人口 1,000 対の看護師数は 8.3 であった)									
助産師	1,000	0.2	所定の教育プログラム修了により、当該教育機関が認定し、デンマーク保健審議会に登録。	図 III-5-1 参照	助産師教育令	* 助産所開設が認められている。 (実際は、分娩の 99% は、病院で行われている)	○	○	単独で (医師立ち会いはなしで)、分娩介助ができる。	
理学療法士	1,400	0.3						○		
薬剤師	薬局は全国 300 箇所									

(2) ヘルスケアの管理・運営

デンマークのヘルスケア運営・管理は「国」「カウンティ」「ミュニシパリティ」の3レベルで実施されている。国民のニーズにきめ細かく応じる目的で、具体的なサービス提供は、可能な限り地方レベルで実施されるようになっており、分散型モデルとなっている。

最小の行政単位である全国275のミュニシパリティでは、在宅ケアおよび歯科医療、児童・若年者を対象とした予防サービス、社会福祉サービス（高齢者への住宅供給など）の運営・管理を担当している。

ミュニシパリティの上位行政区分であるカウンティは、主として、病院部門の運営・管理を行っている。現在、全国は14のカウンティに分かれており、それぞれが自地域の住民のニーズに応じて病院のサービス・メニューや職員配置を調整している。コペンハーゲン市およびフレデリクスベルク市に関しては、「コペンハーゲン病院組合」という組織が同様の任にあたっている。

国は、保健に関する法令の整備および保健政策の策定、ヘルスケアに関するガイドライン作成などの役割を果たしている。

(3) ヘルスケア提供の動向

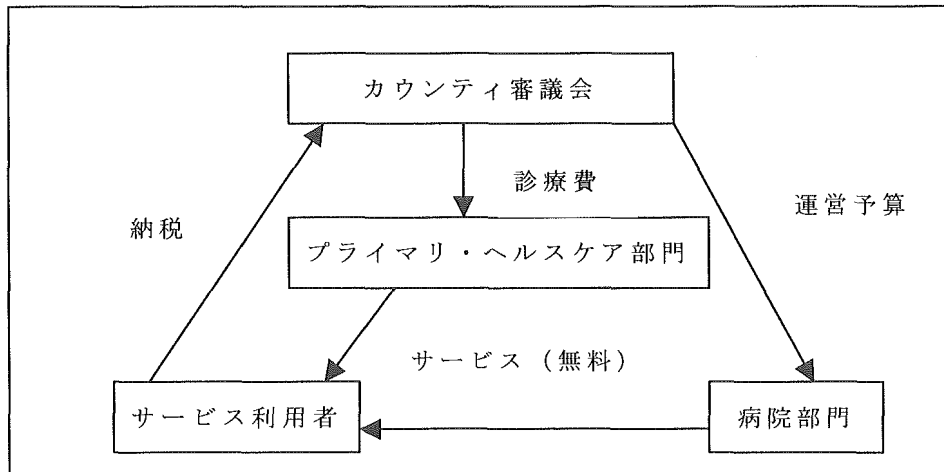
他の先進諸国の例に漏れず、デンマークでも、医療技術の発展に伴い、特に病院医療の状況が大きく変化しており、在院日数の短縮化とそれに伴う在院者の重症化や、外来治療へのシフトという傾向が顕著である。また、「病院は医療提供の場」という考え方が再確認され、いわゆる「社会的性質をもつ問題」への対応を病院医療から切り離す努力が強化されてきた。

その結果、1980年から1994年の間に、平均在院日数は9.9日から6.6日に短縮され、一般病院数は全国で117（病床数32,269）から83（同23,905）へと減少した。一方、この間の外来受診件数は約1.4倍となっている。精神科領域でも同様に、全国の病院数は16（病床数9,352）から13（同4,259）へと減少している。これに呼応して、プライマリ・ヘルスケア部門では、GPと開業専門医の数が約30%増となった。

(4) ヘルスケア財政

デンマークでは、大半のヘルスケア・サービスが無料で（利用者の自己負担なしで）提供される。1995年実績では、国民保健医療費総額のうち83%は公的財源によりカバーされ、残りの17%部分が利用者自己負担であった。

サービスおよび費用の流れは、図IV-5-1の通りである。



図IV-5-1 ヘルスケア財政

1980年から1995年の間に、国民保健医療費は13%増を示し、部門別では、プライマリ・ヘルスケア部門で33%増、病院部門で7%増、利用者自己負担分は42%増であった。プライマリ・ヘルスケア部門における増額の主要因は、薬剤消費の増加であった。利用者自己負担分の中では、薬剤、歯科診療費、理学療法などの占める割合が多かった。このように、保健医療費自体は増加したものの、その対GNP比は、若干の減少(▲0.5%)ながら減少が認められている。

また、何らかの民間医療保険に加入している国民は、全体の約30%である。

①プライマリ・ヘルスケア部門

プライマリ・ヘルスケア部門の費用償還に関しては、Health Care Reimbursement Schemeという公的プランが適用されている。同部門において、GPや開業専門医、開業歯科医師、開業理学療法士等によって提供されるサービスの費用(診療費)は、全額、このプランから支払われ、サービス利用者の自己負担はない。

Health Care Reimbursement Schemeの適用となる診療項目とその診療費の決定は、カウンティ審議会の全国体と個別の専門職団体の交渉を通じて行われる。GPに対しては人頭制と出来高払い制が併用されているが、その他の職種には出来高払い制が適用されている。

②病院部門

病院運営予算はカウンティが編成し、各病院は、その枠に従ってサービスを提供している。

(5) 地域・在宅ケア

①在宅ケア

在宅ケアは通常、ムニシパリティの管理・運営下であり、原則として費用は税収で賄われるため、サービス利用者の自己負担はない。