

ームとして患者にサービスを提供することが必要であろう。

今回、看護職と医師の間での業務範囲と、看護職の業務拡大について海外での現状を鑑み、日本への示唆をえることを目的とし、報告書を検討した。

II. 方法

過去に提出された 2004 年 OECD 報告と、2005 年 ICM³⁾ の報告書より、医師と看護職業務の役割と看護職の業務拡大におけるスキルミックスについてまとめ、さらに助産師の役割と業務について検討した。

III. 結果

1. スキルミックス：医師と看護職の間について

医師の業務負担を軽減するためには、医師の指示のもと医療行為や患者のケアにたる看護職の役割と業務拡大の可能性を検討することが必要となる。とくに、「アメリカ」「イギリス」は、積極的に役割を委譲している。

OECD の報告書によると、医療労働者を効率的に活用するためには、「スキルミックス」について言及され、過去の文献から、プライマリーケアにおける上級看護師（Advanced practice nurses: 以下 APN^{注1)}）の役割について、看護職が医者同等の治療提供が可能であることを示唆していることや、看護師によるパーキンソン病患者の管理、助産師による低リスク産婦の出産等、特定の対象者に対して、医者が提供した治療と同等の効果があつたことが指摘されている。

また、看護師の電話診療サービスによって緊急通院件数が減少した等の報告がされており、医療費の削減にも寄与する可能性がある。

イギリスおよびアメリカでは、積極的に医師の業務を看護職が代替するような動きが活発になされてきた。アメリカでは、医師が実施するよりも、APN が実施するほうが、費用対効果が高いということで、導入され、イギリスでは、政府主導主義で、APN が普及してきた背景がある。特に、医師の代理として看護師の無作為化比較試験による研究（表 1）において、その有用性は証明されている。

表 1：医師の代理としての看護師の無作為化比較試験

著者	臨床の領域	調査結果と結論
Kinley 他 2001	術前ルーチンの査定 イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が行った術前のアセスメントは PHOR^(注2)が行ったものと、基本的に同等であった。 ・PHOR は看護師より優位に多くの検査をおこなった、しかし結果は同じであった。－これは訓練をあまり受けていない看護師の判断によるものであり、ケアの質を上げるとい問題を示唆している。 ・質的研究によると、患者はケアに満足していた。 ・PHOR の 1/8 は術前の説明で何かを忘れていた。1/10 の看護師も同じようであった。看護師も PHOR も同じように上手に行っていた。 ・結論－看護師が術前のアセスメントをするのを阻害する理由はない。
Shum 他 2000	看護師管理におけるまれな疾患の一般診療 イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・患者は医師と看護師のケアに満足していた。しかし、看護師からのケアの方により満足していた。 ・ほとんどの者は次も医師よりも看護師に見てもらいたいと思っていた。看護師の診察は時間がかかっていた。医者と看護師は似たような処方箋を書いていた。 ・73 %の患者は医師からの入力がなく（処方箋の）管理されていた。 ・まれな状態が見過ごされたとしても、安全は確保されると想定されるが不確率である。 ・経済的な評価はない ・結論－PN は同じ日の予約を要求するまれな疾患をもっている患者のために有効なサービスを提供する。
Venning 他 2000	GP、看護師、NP の一次医療における経済効果 イギリス	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の診察は有意に長く、患者とのやりとりも多かった。 ・2 つのグループにおいて処方、健康評価において優位な差はなかった。 ・患者は看護師の診察の方により満足していた。－診察の長さをコントロールした時でさえ、コストの有意な違いは報告されていない。 ・結論－結果とコストの指標は 2 つのグループにおいて似かよった結果であった。もし看護師が相談時間を減らせば、経済効果はもっとあがるのが可能であっただろう。

<p>Kinnersley 他 2000</p>	<p>看護師管理におけるまれな疾患の一般診療—同じ日の予約</p> <p>イギリス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の NP への相談の満足は有意に高かった。すべての患者に当てはまる訳ではないが。 ・症状の回復、処方箋の問題、2次医療への紹介、研究、再看護は2つのグループにおいて違いはなかった。 ・患者はNPから彼らの病状に対しての有用な情報や相談を受けている傾向があるようにみえる。 ・経済的な評価はない ・結論—研究は患者の同じ日の受診におけるNPの幅広い許容性の役割を支持している。
<p>Lattimer 他 2000</p>	<p>時間外1次医療の看護師の電話相談のコスト分析</p> <p>イギリス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師の電話相談の費用は一年間にイギリス £82,237 である。 ・NHS のレポートによると大人と子ども両方とも緊急入院費を £98,442 と £16,928 と減少させた。また、患者の家への訪問も減少させた。 ・患者の満足と病院の成績の両方ともが測定された。 ・結論—看護師の電話相談は NHS を減少させるであろう、しかし GPs のほとんどのコストと最小の利益削減である。
<p>Reynolds 他 2000</p>	<p>看護師管理によるパーキンソン病</p> <p>神経科医による V's care</p> <p>イギリス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・健康を測定する尺度の22種のうちの2つのなかの比較では医師の機能を果たすグループと一般的健康を扱うグループでは明らかな違いがあった。両者は専門医のケアの下で利益をもたらした。 ・専門看護師が付加価値のあるサービスとケアを提供するという経済的価値の根拠は推奨されることは出来なかった。 結論—2つのグループにおいて全体的な違いはほとんど見つけられなかった。代用というよりはむしろ認められた役割が将来的な方向性であった。
<p>Mundunger 他 2000</p>	<p>医師の代理としてのNPの一次医療における評価</p> <p>アメリカ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・研究評価の尺度：患者満足そして最初の受診、6ヵ月後、サービスを利用する最後の年までの状態 ・2つのグループの間に患者の健康、満足、サービス利用の明らかな違いはなかった。 ・結論—医師のケアと比べられた看護師主導のケアは経済的な価値はないと断言された。
<p>Law and Lam 1999</p>	<p>低リスクの女性に対する助産師と産科医のアセスメント、ケアの比較</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・評価基準は分娩第1期、分娩の結果、赤ちゃんの状態、そして、分娩第3期の困難な状態を含む。 ・結論—正期産で低リスクとアセスメントされた産婦に対する助産師のケアは産科医のケアと同じくらい安全であった。

	アメリカ	・産科医によるルーチンケアは不必要で、助産師は陣痛の困難さを取り除くことが出来、産科医に注意を喚起することが出来る。
Campbell 他 1998	看護師主導のクリニックにおける2次的心疾患予防の一次ケア、V'sの通常の医療フォローアップ イギリス	・研究評価の尺度：アスピリン管理、血圧管理、脂質管理、医師の診療、脂質の多い食事、喫煙状態。 ・看護師のクリニックでは禁煙を除くすべての指標において明確に利益をもたらしていた。どこにも違いがなかった。たいていの患者は2次予防効果を得ていた、そしてこれは心臓血管疾患で死亡率を1/3にまで減らすことが出来た。 ・結論—看護師主導のクリニックは1次ケアを満たすことが可能で、心臓疾患の2次予防を増加させた。

出典：OECD 報告書 P 19 Table 2

また、OECD 報告書によると、医師の業務負担を担う APN の役割拡大を促進する際の問題や提言が挙げられている。

第1に、APN の必要性に同意する支援者が必要である。例えば、看護師、医療の専門家、医療関係の官僚、医療機関の経営者等である。

第2に、医師、APN の業務分担のお互いの同意にもとづく原則、定義された高度な役割が要求され、それにふさわしい教育が必要である。

第3に、医師、APN の認定資格と業務範囲は、決定されていなければならない。

第4に、APN に対するキャリア形成や賃金システムの確立や保険制度における管掌方法の確立。また、具体的な例として、表2を提示した。

表2

項目	具体的内容
共通業務の明確化	看護師と医師が話し合い、業務分担、役割の境界をどのように引くか決めなければ成らない。(US)
政府からの支援	何が必要で、どんな役割があるのか明確に持つ；発展や教育のために政府からの補助金をうける (US)
看護職員数の確保	国の看護職員数を査定し、APN のポジションをとるとして、十分な数があるのか？ (UK)
法律と規定	明快な役割使用のための法律の発展と枠組みの規定 (UK)
調整	業務範囲の中での分担調整 (UK)

出典：OECD 報告書 P 34 Table 8 を筆者が意識した。

2. スキルミックス：助産師と医師の間について

諸外国における、助産師の業務範囲と、医師との連携について International Council of Midwife(以下 ICM)からの報告書より抜粋した。

表3は、各国で、最も活用されている出産ケアモデルである。低リスクの妊婦の場合には、どの国でも、助産師が担当し、高リスクの場合にのみ医師と連携し対応している。その際、病院内の産科医と助産師が協力している。

表3 現在最も多く使用されている出産ケアモデル

国	対象妊婦	出産前	分娩	出産後	ケアの継続性
イギリス	低リスク妊婦	地域社会または病院内の助産師	病院内の助産師	病院内の助産師、自宅では地域社会助産師	一部
	高リスク妊婦	病院内の産科医と助産師	病院勤務産科医と助産師	助産師、自宅では病院勤務／地域社会助産師	無
ドイツ	低リスク妊婦	開業産科医または開業助産師	病院勤務助産師と産科医、または病院特権をもつ助産師か産科医	病院勤務助産師または病院特権をもつ助産師（必要に応じて産科医）、自宅では開業助産師	無
	高リスク妊婦	開業または病院内の婦人科医と助産師	病院内の助産師、ほとんどん場合婦人科医の立会	病院内の産科医と助産師、自宅では開業助産師	無
フランス	全妊婦	助産師、臨床婦人科医、産婦人科医、開業医	病院内の助産師と産婦人科医	開業助産師、自宅では病院基盤の助産師	無
オーストラリア	全妊婦	助産師、産科医、開業医	病院内の助産師と産科医	病院内の助産師と開業助産師、自宅では病院勤務の助産師	一部

注) ケアの継続性とは、モデルにおいて提供されるケアの継続性の意図を意味し（これは異なるケア提供者の良いコミュニケーションを必然的に伴う）、必ずしもケア提供者の継続性を示すものではない。

出典： ICM 報告書 P91 Table 1を抜粋

上記のように共同は見られるものの、実際には様々な困難も抱えている。表5は、各国における医師と助産師における協力関係の障害になるものである。国によってさまざまであるが、妊娠や出産に対する考えや哲学、他の専門職に対する相互認識の欠如等が大きな障害となり、このような問題に対して取り組むことが業務連携を促進するための第一歩となりえるだろう。特に、良い協力関係の主軸となるのは、オープンで正直なコ

コミュニケーション、相互の理解と尊厳、また、同一の見解と業務手段を得るために妥協し、適合させる能力も必要となる。

表4 協力関係の障害

	イギリス	ドイツ	フランス	オーストラリア
妊娠や出産に対する考え方や哲学が異なる	X	X	X	X
他の専門職に対する相互認識の欠如	X	X	X	X
教育レベルの違い		X		X
報酬	X	X		X
医療専門職全体の人材不足	X		X	X
標準ケア基準策定への参画※		X		
共同ネットワーク/パートナーシップへの財政支援の欠如			X	X
性差の問題			X	

出典： ICM 報告書 P 92 Table 2 を抜粋

* ドイツの助産師は業務基準の策定に参加していないため、その基準が助産師としての業務基準に準拠していないとし、2004年にドイツ助産師協会自ら策定した。

1つの重要な障害となる要素は、良い信頼関係を作る時に「教育レベルの違い」はコミュニケーションのとり方等に大きな影響をもたらすことが考えられる。フランスでは、大学入学資格（バカロレア）を持っていれば医大の第I段階（PCEM1）に入学できるようになっている。逆に言えば、助産師学校に行く必要条件是医大の第1段階を終了していることとなっている。このような、教育カリキュラムの共通化は、今後の職種間の協同を考えていく上での課題となるであろう。

IV. 考察およびまとめ

昭和23年、保健師助産師看護師法が制定されて以来、看護の業務は、第2条から第3条までにおいて、それぞれの役割が明記されている。特に看護師では、「厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」とされ、助産師では、「厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする子女をいう」として法が制定され、約70年を経へた今も変わっていない。

しかし、法が制定された当初と現在とでは、医療および看護を取り巻く環境は著しく変化しており、医学の進歩、医療職種の多様化、医療機関におけるアウトソーシング等により、従来看護職がおこなってきた業務量が軽減され、看護の在り方が問われている。

また高度医療に対応するために、1996年以来、日本看護協会が主体となって、卓越

した看護実践能力で実践・相談・調整・倫理調整・教育・研究を行う「専門看護師」、熟練した看護技術と知識を有し、実践・指導・相談を行う「認定看護師」、管理者として優れた資質を持ち、創造的に組織を発展させる能力を有する者として「認定看護管理者」を育成し、すでにその数も増加傾向にある。2007年4月時点で専門看護師は、186人で、専門分野は、がん看護、精神看護、地域看護、老人看護、小児看護、母性看護、成人看護（慢性）クリティカルケア看護、感染看護の9つの分野にまで拡大されている。また認定看護師は、2474人にもものぼり、救急看護、創傷・オストミー・失禁（WOC）看護、重症集中ケア、ホスピスケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、訪問看護、感染管理、糖尿病看護、不妊看護、新生児集中ケア、透析看護、手術看護、乳がん看護、摂食・嚥下障害看護、小児救急看護、認知症高齢者看護の計17分野となる。

さらに、認定看護管理者は、307人であり、病院の看護部門等で管理者として管理実践している。

このように、上級看護実践者が多く育成されているが、保健師助産師看護師法を越えず、担う役割や報酬は雇用する病院によって異なっている。しかし、専門看護師の疼痛緩和、助産師の正常分娩における会陰切開や縫合の業務拡大などは、患者または産・褥婦にとり、タイムリーに必要な医療・ケアができることとなり、サービスの受け手側の満足度が高まるであろう。また引いては、医師の多重な業務を軽減させることに繋がる。

最後に、今回、2つの報告書が示すような、スキルミックスの導入における上級看護師（APN）や助産師のさらなる活用を促進することが必要であろう。

なお、今回、保健師に関する諸外国の文献を集めることが出来なかった。この研究の限界として記す。

文献

1) James Buchan and Lynn Calman. Skill-Mix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. OECD HEALTH WORKING PAPERS. Aug 17th, 2004.

2) <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/kinkyu/index.html>

(厚生労働省、医師確保対策について、平成20年3月24日)

3) Hanneke Kateman Kathy Herschderfer, Multidisciplinary Collaborative Primary Maternity Care Project Current Practice in Europe and Australia A descriptive study International Confederation of Midwives. July 9th, 2005.

注1) アメリカでは次の4つのAPNの役割が確立している。Nurse Practitioner, Clinical Nurse Specialist, Clinical Nurse Midwife, Certified Registered Anesthetist.

注2) PRHO とは医学部を卒業した後、若手医師は希望の研修病院を選んでそこへ履歴書などを送って面接を受けて一年間 Pre-Registration House Officer (最低3カ月は内科、最低三カ月は外科をまわる) という身分になり、翌年からは再度希望の研修病院、専攻科を選んで Senior House Officer (SHO) という身分で数年間研修する。

医師の需給のあり方に関する研究
平成 19 年度 総括研究報告書

平成 20 年 3 月

発行: 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

〒105-0003 東京都港区西新橋 1-5-11
第 11 東洋海事ビル

TEL : 03 (3506) 8529

FAX : 03 (3506) 8528

本報告書の全部又は一部を問わず、無断引用、転載を禁じます。

PJ No. 07307