

### Ⅲ．研究成果の刊行に関する 一覽表

### 研究成果の刊行に関する一覧表（平成 22 年度）

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
川越雅弘	医療・介護連携が求められる 背景とは	作業療法 ジャーナル	45(2)	102-107	2011
篠田道子	フランスにおける長期入院 への対応ー在宅入院制度の 展開からー	健保連 海外医療保障	87	21-28	2011
白瀬由美香	イギリスにおける医師・看護 師の養成と役割分担	海外社会保障研究	174	52-63	2011

#### IV. 研究成果の刊行物・別刷



## 医療・介護連携が求められる背景とは

The background where the cooperation of medical care and long-term care is pursued in

川越 雅弘\*

Key Questions Q1 今後の人口動態の特徴は？  
Q2 後期高齢者の増加と連携強化の関係性とは？  
Q3 日本の財政や医療提供体制の課題と連携強化の関係性とは？

## はじめに

今後15年間、後期高齢者の急増（特に都市部）が予想されている<sup>1)</sup>。

後期高齢者の場合、医療や介護サービスのみならず、見守り等の生活支援や成年後見等の権利擁護、住居確保等、日常生活を安心・安全に送るうえでさまざまな支援を必要とするため、これらサービスや支援が、日常生活圏域の中で包括的・継続的に提供される仕組みづくり、いわゆる「地域包括ケアシステム」の構築が、現在求められている<sup>2)</sup>。

社会保障財源確保が厳しい局面を迎える中、ここ数年間、同システムの構築に向け、さまざまな医療・介護提供体制や報酬の見直しが推進されてきたが<sup>3)</sup>、その根底にある基本的方向性は、「地域」という枠組みの中での、医療機関間や医療・介護間の「機能分化・機能分担の明確化による効率的なサービス提供の促進」であり、「施設間および職種間の連携強化による切れ目のない適切な医療・介護サービスの提供とその結果としての利用者のQOLの維持・向上」である。

さて、本稿の目的は、医療や介護に携わられるOTの方に、医療連携や医療・介護連携（以下連携）が求められているさまざまな背景について解説するとともに、今後の制度改定の方角性も踏まえた、リハ関係者に期待される役割について言及することにある。

そこで、まず、医療・介護制度見直しに大きく影響する人口構造の変化（医療・介護を取り巻く周辺環境の変化）について解説する。次に、連携が求められる背景因子として、①高齢者特性およびリスクの特徴、②日本の社会保障財政・医療提供体制が抱える課題、の2点を取り上げ、そのポイントを解説する。最後に、リハ関係者に期待される役割について私見を述べる。

## 人口構造変化の特徴と医療・介護制度に及ぼす影響

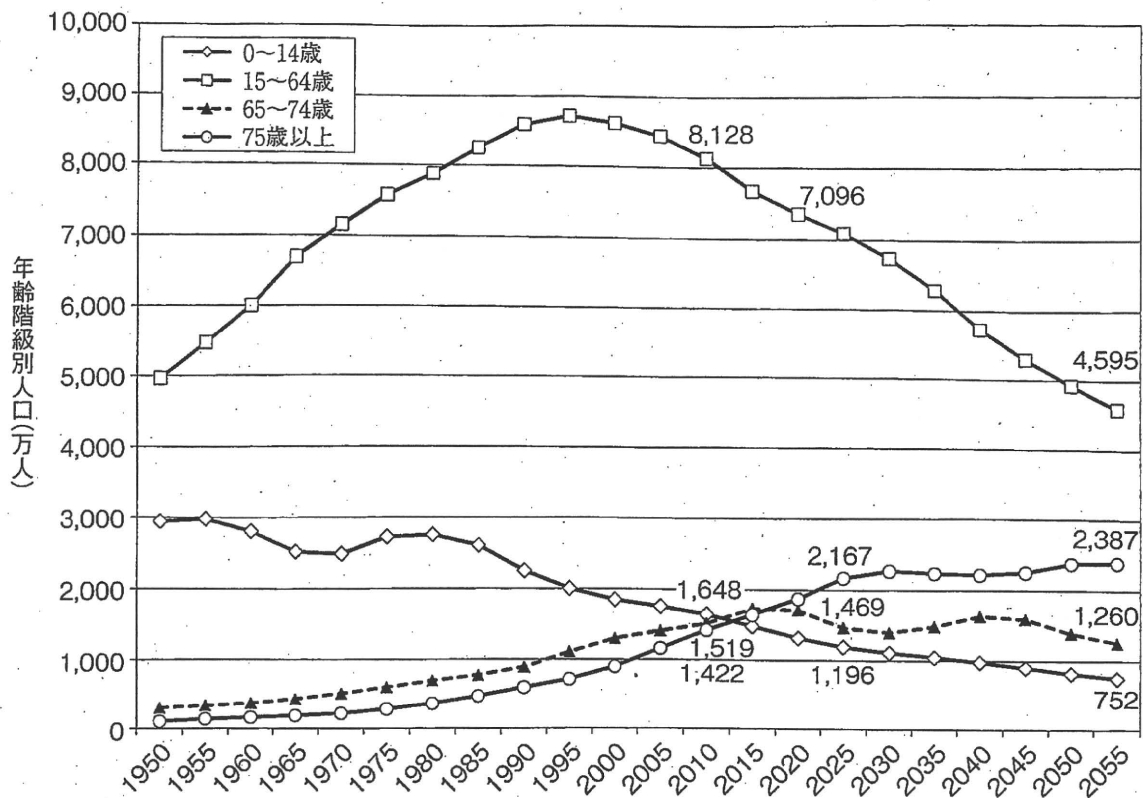
## 1. 急増する都市部の後期高齢者

国立社会保障・人口問題研究所が行った年齢階級別人口の将来推計（出生中位・死亡中位）<sup>1)</sup>によると、年少人口（0～14歳）および生産年齢人口（15～64歳）は年々減少、前期高齢者（65～74歳）も2016年まで増加後減少に転じる一方で、後期高齢者（75歳以上）のみ年々増加、特に、2010（平成22年）～2025年の間で、1,422万人が2,167万人まで急増すると予想されている（図1）。なお、この傾向は、都市部で顕著となる。

医療・介護ニーズが高い後期高齢者の急増は、結果として、医療・介護費用の増大も招くことから、財政面からみた制度の持続可能性を確保しながら、必要なサービスや支援を、日常生活圏域内で提供できる体制をいかに構築するかが、現在大

\*かわごえ まさひろ：国立社会保障・人口問題研究所企画部第1室、室長 〒100-0011 千代田区内幸町2-2-3 日比谷国際ビル6F 0915-1354/11/¥400/論文/JCOPY





注) 図中の数字は、2010年、2025年、2055年の年齢階級別人口(単位: 万人)である

図1 年齢階級別人口の推移 (文献1より筆者作成)

きな政策課題となっている。

## 2. 年間死亡者数の増加

同推計によると、年間死亡者数は、2010年の119万人が、2039年には166万人まで増加、その後徐々に減少し、2055年には156万人となると予想されている<sup>1)</sup>。

日本では、死亡者の約8割が病院または診療所で死亡している<sup>4)</sup>。死亡者数は増加する一方で、その受け皿となっている病床数は徐々に減少している。多様な住まいにおける終末期ケア提供体制・提供方法のあり方が、今後の重要課題となる。

## 3. 独居高齢者の増加

日本の世帯数の推計<sup>5)</sup>によると、65歳以上の独居高齢者は、2010年の466万人が、2025年には673万人まで増加すると予想されている。

このことは、家族による高齢者支援機能の低下を意味しており、その代替として、地域による高齢者支援機能の強化を図らざるを得ない。また、高齢者の自立を促進するサービスの拡充や包括的支援体制の構築も重要となる。

## 4. 生産年齢人口/高齢者人口の比率の低下

病院および診療所の外来・入院患者、介護サービス受給者に占める高齢者の割合は、「外来」48%、「入院」67%<sup>6)</sup>、「介護」97%<sup>7)</sup>と、医療や介護サービスの多くを、高齢者が利用している。今後、高齢者人口が増える一方で、年少人口、生産年齢人口は減少することから、外来や入院に占める高齢者の割合は、今以上に高くなることが予想される。

ところで、生産年齢人口は、サービス従事者として医療・介護提供体制を、また、被保険者として医療・介護保険財政を支える層であるが、この現役層の人口は、1995年(平成7年)の8,717万人をピークに年々減少している。表に、生産年齢人口/高齢者人口の比率の推移を示すが、1人の高齢者を支える現役層の人数は、1980年(昭和55年)の7.4人が、2010年には2.8人に、2025年には2.0人に減少する。すなわち、2025年には2人の現役層が、1人の高齢者を、サービス提供面および財政面から支援しなければならない状況になるのである。

表 高齢者1人を支える現役世代の人数の推移（文献1より筆者作成）

	1980	1995	2010	2025	2040	2055
生産年齢人口（万人）	7,884	8,717	8,128	7,096	5,734	4,595
高齢者人口（万人）	1,065	1,826	2,941	3,635	3,853	3,646
生産年齢人口/高齢者人口（人）	7.4	4.8	2.8	2.0	1.5	1.3

このような背景から、今後ますます医療・介護従事者の確保が困難になるとともに、医療・介護財源の負担問題（誰がどの程度負担するのか、どれくらいまで負担可能であるのか）が、制度構築上の大きな足かせとなる可能性がある。

## ◆ 連携が求められる背景Ⅰ：高齢者特性およびリスクの特徴

### 1. 救急ニーズの増大

長崎救急医療白書によると、①脳卒中、肺炎、大腿骨骨折が救急搬送疾患の上位3疾患である、②これら疾患の8割以上を65歳以上が占める、③2週間以内の死亡率は8%以下と比較的低く、入院が長期化している、④70歳以上人口の増加率以上に、70歳以上の救急搬送件数が増加している、ことが報告されている<sup>8,9)</sup>。

このことは、後期高齢者の急増が、救急搬送の増加、その結果としての入院期間の延伸をもたらす可能性を示唆したものである。

国は、入院医療費の適正化の観点から、平均在院日数の短縮化を進めているが、入院患者の高齢化、家族支援機能の低下は、その阻害要因となる。さらなる入院期間の短縮化を図るためには、①急性期病床におけるチームアプローチの強化（リハを含め）、②後方病院や後方施設、在宅チームとの連携強化を図る必要がある。

### 2. 高い再発リスク

久山町研究によると、病型別にみた脳卒中の再発率は、脳梗塞で「1年以内」10%、「5年以内」34%、「10年以内」50%、脳出血で「1年以内」26%、「5年以内」35%、「10年以内」56%、くも膜下出血で「1年以内」33%、「5年以内」55%、「10年以内」70%と報告されている<sup>10)</sup>。このように、脳卒中患者は高い再発リスクを抱えており、退院後の危険因子の管理が非常に重要となる。

脳卒中により、要支援・要介護者となった場合、退院後のケアマネジメントは、地域包括支援センター職員ないし介護支援専門員が実施することになるが、看護師の資格を有する者の割合は年々減少し、現在約2割となっている<sup>11)</sup>。

在宅での日常生活を把握しやすい、介護支援専門員を含めた在宅サービス関係者が、日常生活の変化や状態変化を関知するセンサーとして機能し、適切に医療従事者につなぐ方法論の現場レベルでの具体化が重要となる（医療マネジメントとケアマネジメントの融合）。

### 3. 機能低下の多面性

高齢者は、加齢に伴って種々の生理機能が低下している。このように、青壮年者にはみられないが、加齢とともに現れてくる身体的および精神的諸症状・疾患のことを老年症候群という。これは、①加齢に伴う生理機能低下、②体動の減少に伴う廃用症候群、が重なって生じるもので、多くの臓器が関与した症状・疾患であることが多い。

林<sup>12)</sup>は、老年症候群の代表的な諸症状・疾患として、①廃用症候群、②閉じこもり、③歩行障害、④易転倒性、⑤異常姿勢、⑥排尿障害、⑦感覚障害、⑧精神機能低下、⑨摂食・嚥下障害、⑩低栄養、⑪免疫機能低下、⑫医原性疾患、⑬褥瘡、を挙げているが、その原因や症状は多様であり、また、これら諸症状・疾患は互いに関連し、悪循環を招きやすいといった特徴をもつため、高齢者の症状や機能低下の原因および因果関係を理解するためには、老年症候群に関連した包括的なアセスメント（総合的な機能評価）が必要となる。

ところで、老年症候群に含まれる諸機能に、日常生活活動や社会参加も加えた包括的評価の必要性を提示したのが、世界保健機構（WHO）の国際生活機能分類（ICF）といえる。これは、①心身機能・構造、②活動（能力および実行状況）、③参加、

の3要素で構成される生活機能、ならびに生活機能に影響を与える健康状態、環境因子、個人因子を含め、障害を包括的にとらえる視点の重要性を提示したものであり<sup>13)</sup>、これら「生活機能の維持・向上」を図ることが、介護保険におけるサービスやケアマネジメントの目的となっている。

このような包括的アセスメントは、個々の専門職では実施困難である。各専門職が得意とする領域の評価結果を、マネジメント担当者が集約し、一定期間ごとに実施するアセスメント項目変化のモニタリング作業（点検作業）を通じて、生活機能の維持・向上の達成状況を確認するといった、多職種協働による適切なマネジメントの実施が求められる。

#### 4. 高い機能低下リスク—退院前後調査より

松下ら<sup>14)</sup>は、高齢者大腿骨近位部骨折患者を対象とした、退院後の機能予後調査（多施設調査）を実施し、受傷前には屋外活動が自立であった315人のうち、半年後も屋外活動「自立」は160人（50.8%）、「見守り」、「一部介助」各15人（4.8%）、「全介助」13人（4.1%）、「禁止・行っていない」112人（35.6%）であったと報告している。

村上ら<sup>15)</sup>は、大腿骨頸部骨折高齢者の自宅退院後2カ月間の歩行能力変化とケア内容の実態を調査し、受傷前伝い歩きであった7人は、退院後2カ月の日常生活全般に要介助の準寝たきり状態であったが、通所介護サービスを主に利用し、通所リハ利用者は1人のみであったと報告している。

退院支援とは、退院前後におけるケア環境の変化（療養環境の変化、ケア提供者の質と量の変化）を認識したうえで、これらギャップをできるだけ少なくし、退院後の療養生活を円滑に進めるための、病院関係者と、その後の受け皿となる在宅関係者間の一連の連携プロセス（申し送り機能）といえる。

国は、平均在院日数のさらなる短縮化を図るためには、病院と在宅関係者間の連携強化が必須と考え、2010年の診療報酬改定、2009年（平成21年）の介護報酬改定で、退院時連携強化に向けたさまざまな点数誘導を行っている。

ただし、「連携を図ること」それ自体が目的ではない。連携は、あくまで、「円滑な退院支援を実現

する」ための手段であり、平均在院日数はそれら取り組みの結果に過ぎない。退院前後で、必要なサービスが適切に判断・提供され、生活機能低下や再入院等を生じさせない形で、在宅療養が送れているかどうかといったアウトカムの観点から、退院時連携の質を評価することが、今後求められる。

## ◆ 連携が求められる背景Ⅱ：日本の社会保障財政、医療提供体制が抱える課題

### 1. 国家予算に占める社会保障費の割合の増加

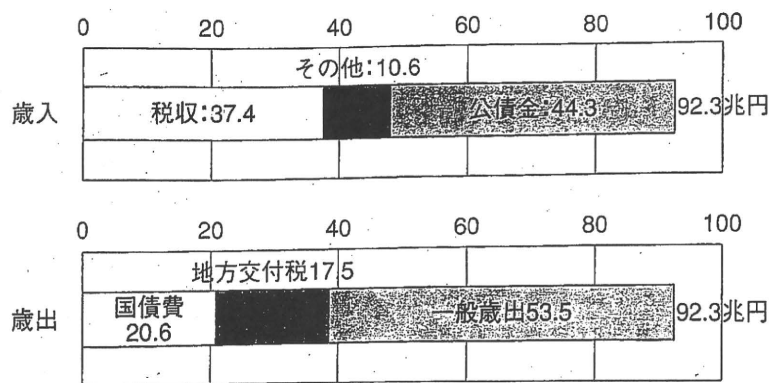
2010年1月22日に国会に提出された「平成22年度予算政府案」<sup>16)</sup>をみると、国の一般会計歳出92.3兆円から国債費および地方交付税交付金等を除いた一般歳出（53.5兆円）のうち、社会保障関係費は51%（27.3兆円〔内訳：年金10.3兆円、医療9.4兆円、介護2.1兆円、福祉その他5.4兆円〕）を占めている。ちなみに、2009年度は48%であり、1年間で3ポイント増加している（図2）。

今後の後期高齢者の急増は、社会保障費用の増加をもたらす。そのため、医療・介護制度見直しに際しては、サービス提供体制の改革（医療と介護の役割分担を含む）や報酬改定等の手段を通じて、費用の伸び率をできるかぎり抑えたいという財政運営側や保険者からの圧力が常にかかることとなる。

### 2. 医療・介護費用の適正化の推進

2025年にかけて、年少人口、生産年齢人口が減少する一方で、後期高齢者は1.5倍（約700万人増）となる。医療・介護ニーズの高い後期高齢者の急増は、医療・介護費用の増大と、それに伴う保険料や税負担の増大、制度の担い手の相対的減少等の問題を生じさせるため、医療・介護制度の持続可能性に大きな影響を及ぼす。厳しい財政事情のもと、これを実現するためには、医療・介護費用の適正化（サービス提供体制の効率化の推進、サービス提供および計画策定におけるPlan-Do-Check-Action〔PDCA〕サイクルの強化、保険給付範囲の見直し、患者自己負担の増加等）を図らざるを得ない状況に、現在おかれているのである。その具体策として、2005年（平成17年）の介護保険制度改革では、介護保険施設における食費・居





■一般歳出 (53.5兆円) 中、社会保障関係費 27.3兆円 (対前年度 +24,342億円)  
 (内訳) ①年金: 10.3兆円 (+2,721億円) ②医療: 9.4兆円 (+4,342億円)  
 ③介護: 2.1兆円 (+1,104億円) ④福祉等: 5.4兆円 (+16,175億円)

図 2 平成 22 年度の歳入および歳出 (文献 16 より著者作成)

住費の見直し (保険給付対象からの除外) が行われた。また、2006 年 (平成 18 年) の医療制度改革では、①生活習慣病の患者・予備群の増加抑制を目指した特定健診・特定保健指導の導入 (外来費用の適正化)、②平均在院日数の短縮 (入院費用の適正化)、③介護療養病床の廃止を含めた療養病床の再編成 (入院費用、介護施設費用の適正化)、④都道府県の医療計画策定プロセスへの PDCA サイクルの導入・強化等が行われたのである。

### 3. 医療提供体制が抱える課題—機能分化と連携の推進

日本の医療提供体制は、先進諸国に比べ、①平均在院日数が長い、②人口千人あたりの病床数が多い、③人口千人あたりの医師・看護職員数はほかの先進諸国を若干下回る程度だが、病床百床あたりの医師・看護職員数は非常に少ない (英国や米国の 1/5 程度) 等の特徴がある<sup>17)</sup>。

すなわち、日本の場合、病床・病院数や医療機器などの「資本」は、先進諸国よりも充実しているが、医師や看護職員等の「労働」の投入量が手薄になっているのである。平均在院日数が長いことも、急性期病床への医師や看護職員、リハ専門職の配置が薄いという実態が影響していると考えられる。

さて、財政圧力のもと、これら医療提供体制の改善を図っていくため、社会保障国民会議<sup>18)</sup>は、構造問題の解決への取り組みが不可欠であり、「選

択と集中」の考え方にもとづいて、①病床機能の効率化・高度化、②地域における医療機能のネットワーク化、③医療・介護専門職種間の機能や役割分担の見直しと協働体制の構築、④人的資源の計画的養成・確保等、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で、資源を投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であると指摘している。

ただし、効率化を目指した医療機関間の機能分化の推進は、つなぎ部分 (退院時) において、サービスの質の低下 (不本意な転院、退院や紹介等) を招く危険性がある。そこで、質の低下を引き起こさないために、「連携」の強化が、機能分化とあわせて求められているのである。



### リハ専門職に期待される役割—地域包括ケア構築の観点から

#### 1. 退院支援プロセスへの関与の強化—在宅関係者との連携強化

要支援・要介護高齢者の、地域における療養生活を支えるためには、在宅サービスの調整のみならず、在宅から病院や施設への入院・入所、および病院や施設から在宅への退院・退所に至る過程での切れ目のないサービス提供等、高齢者の状態の変化に応じた多様なサービス・支援を包括的・継続的に提供していく「地域包括ケアシステム」の構築が重要であり、現在、同システムの構築が

重要な政策課題となっている<sup>2)</sup>。

「地域でいかに安全・安心に暮らすか」の視点からみた場合、高齢者にとって、入院・入所は、療養生活の一部（非日常）であり、病院が行う退院支援プロセスは、非日常空間から、日常空間への橋渡し機能であるといえる。

多くのリハ職は病院勤務からスタートする。また、病院リハ職が退院後の患者の状況を把握することはあまり行われていないため、急性期リハしか担当していない者にとって、在宅のイメージ化は困難となる。ただし、今後、急性期病床は徐々に削減（機能分化）される一方で、地域におけるリハニーズは増加していく。自身のキャリア形成を図るうえでも、「地域」にも目を向け、在宅関係者との連携強化を図っていくことが重要となる。

## 2. リハマネジメント機能の強化—ケアマネジメントとの融合

介護保険サービスおよびマネジメントに期待されている役割は、「生活機能の維持・向上」であり、これを通じた「自立支援」である。

リハは、①本人の日常生活動作に対する能力の向上（ADL 向上等）、②環境調整・整備、③さまざまな道具・用具の活用と活用方法の指導・助言、等の手段を通じて、高齢者の自立を支援する重要なサービスである。また、生活機能予後評価を行い得る唯一の職種といっても過言ではない。

ただし、退院後においても、高齢者の24時間365日の日常生活を、リハサービスだけで支え切ることが不可能である。実際、訪問や通所の形で、直接的に提供されているサービス量は非常にかぎられているため、直接的なサービス提供時間以外での日常生活上の指導・助言や、他の在宅関係者との連携強化が重要となる。

他職種との差別化が可能な、リハ職が有する能力の特徴は、①自立を支援するための引き出しが多いこと（いろいろな手段をもっていること）、②生活機能予後評価ができることであろう。

地域包括ケア研究会報告書でも、リハマネジメントの機能強化が求められている。介護支援専門員や地域包括支援センター職員との連携強化を図り、より自立支援につながるケアプラン構築を支

援すること、リハサービスの適切な導入が自立支援につながることを、マネジメント担当者に体感してもらうことが、結果として、他職種からのリハに対する理解促進につながるものと考えらる。

## 文献

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口（平成18年12月推計）。2007
- 2) 地域包括ケア研究会：地域包括ケア研究会報告書—今後の検討のための論点整理（平成20年度老人保健健康増進等事業）。2009
- 3) 川越雅弘：我が国における地域包括ケアの現状と課題。海外社会保障研究，No.162，pp4-15，2008
- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部（編）：平成20年人口動態統計 中巻。厚生統計協会，2010
- 5) 国立社会保障・人口問題研究所：日本の世帯数の将来推計—全国推計（2008年3月推計）。2008
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成20年患者調査。厚生統計協会，2009
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部：介護給付費実態調査月報（平成22年7月審査分）。2010
- 8) 栗原正紀：続・救急車とリハビリテーション—高知から長崎へ 回復期リハ病棟への熱い想いをかたちに。荘道社，pp72-74，2008
- 9) 長崎市：長崎救急医療白書2008，2010
- 10) 中山博文：脳卒中になったその日から開く本。保健同人社，p86，2009
- 11) 三菱総合研究所：居宅介護支援事業所及び介護支援専門員業務の実態に関する調査報告書。p15，2010
- 12) 林 泰史：老年症候群。日医雑誌 127:1814-1819，2002
- 13) 障害者福祉研究会（編）：ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版。中央法規出版，2002
- 14) 松下 隆：高齢者の大腿骨頸部骨折後のADLの維持に関与する因子の解明と術後生活の自立を維持する治療法の確立に関する研究（主任研究者 松下 隆）。厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業），平成16-17年度総合研究報告書，pp1-11，2006
- 15) 村上満子，他：大腿骨頸部骨折高齢者の自宅退院後2か月間における歩行能力変化と必要なケア。日本在宅ケア学会誌 10:75-82，2007
- 16) 財務省：平成22年度予算政府案。2010（URL：<http://www.mof.go.jp/seifuan22/yosan.htm>）
- 17) OECD：OECD Health Data 2010。2010
- 18) 社会保障国民会議：社会保障国民会議最終報告（平成20年11月4日）。2008（URL：[http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukoku\\_minkaigi/saishu/siryou\\_1.pdf](http://www.kantei.go.jp/jp/singi/syakaihosyoukoku_minkaigi/saishu/siryou_1.pdf)）

## 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・看護師の基盤的特徴を踏まえて、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。

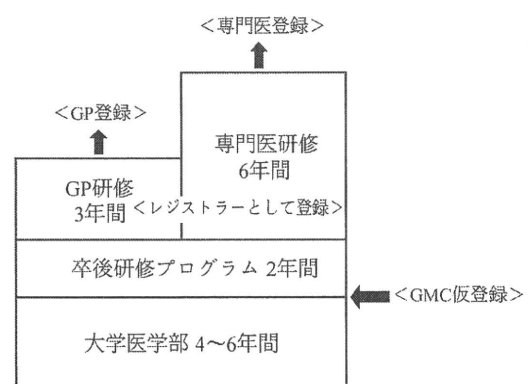
### 1. 医師の資格と養成システム

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

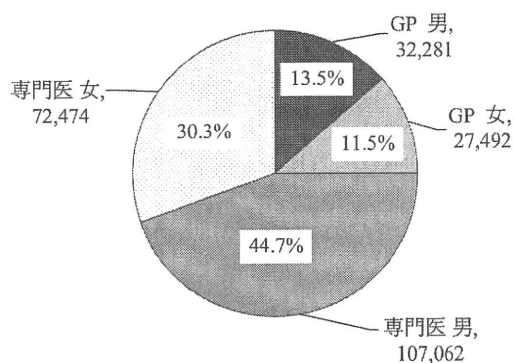
カ所)だが、学士入学者向けの4年制(14カ所)、生命科学系の基礎教育を充実させた6年制(12カ所)もある。イギリスの大学は医学部付属病院を持たず、臨床実習は教育病院(Teaching Hospitals)として位置付けられた近隣の病院で行われる。入学後は数日から数週間の実習が毎年行われ、実地での経験に基づいた教育が重視されている。最終年次には約1年間に渡って複数の診療科で臨床実習が実施される。大学はGMCの基準に沿ったカリキュラムを策定することになっており、教育の質に関する定期的なモニタリング結果は、GMCのホームページで公開されている。

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<sup>1)</sup>。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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>。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。

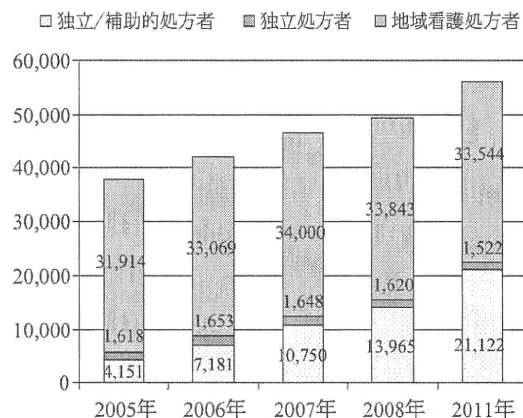
地域保健専門看護師とは、保健師や学校看護師を指し、主に公衆衛生活動に従事する看護師のことである。登録看護師取得後に少なくとも1年間、大学院レベルの教育を受けることとされ、カリキュラムの一環として処方に関する科目も履修する(NMC, 2004b)。そのため、地域保健専門看護師は、地域看護処方者(Community Practitioner Nurse Prescribers)という免許も同時に取得でき、一部の薬剤を処方することができる<sup>9)</sup>。看護師の処方が最初に認められたのは、保健師など地域看護の領域であり、1999年から全国で実施されている。

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<sup>5)</sup>。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<sup>6)</sup>。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<sup>7)</sup>。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年により「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、特定の業務行い上で必要な知識、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の臨床的・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(Matern 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。

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)<sup>8)</sup>。

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<sup>9)</sup>。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とは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

対処法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

ものののだと考えられる。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ものもあり、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*