

健保連海外医療保障

No.129 2022年3月

■特集：看護師の業務範囲とその拡大

- ドイツ
ドイツにおけるケア専門職養成教育制度の改革 松本 勝明
- フランス
フランス看護師の業務範囲とその拡大 篠田 道子
- イギリス
イギリスにおける看護師の業務範囲とその拡大 白瀬 由美香
- アメリカ
アメリカの看護師の職務範囲とその拡大 早川 佐知子

■参 考 掲 載 国 関 連 データ

- ドイツ／フランス／イギリス／アメリカ

健保連海外医療保障

No.129 2022年3月

ドイツにおけるケア専門職養成教育制度の改革

熊本学園大学教授

松本 勝明

Matsumoto Katsuaki

ドイツでは、看護師、児童看護師および老人介護士の分立した養成教育制度が存在した。2017年に制定された改革法により、これらを統合して、ジェネラリストとしてのケア専門職の養成教育を導入することなどを中心とする改革が行われた。この改革の目的は、人口高齢化に伴うケア需要の質・量両面での変化に対応し、ケアの質の向上を図るとともに、ケアの仕事の魅力を高め、ケア専門職として従事する人員を確保することにあった。この改革法は、ケアに関する専門職養成教育の在り方を考えるうえで重要な参考となる点を含んでいる。

ドイツにおいては、人口高齢化の進展等に伴い、病人の看護および高齢者の介護（以下、両者を併せて「ケア」という）に対する需要の量的な拡大および質的な変化が進展する一方で、専門職としてケアに従事する者の不足が大きな問題となっている。このような状況に対応するため、ケアの質を向上させるとともにケアの仕事の魅力を高めることを目的として、2017年にケア専門職養成教育制度の根本的な改革を行うための法律（以下、「改革法」という）が制定され、2020年からはこれに基づく新たな養成教育が開始された。本稿では、改革法制定の背景、目的および内容などについて検討を行うこととする。

I. ケアをめぐる状況

ドイツにおいても、人口学的な変化はケアに対して持続的な影響を与える最も重要な要因の一つとなっている。寿命の伸長はケアを必要とする人の増加とケアに対する需要の拡大をもたらしている。たとえば、公的介護保険における要介護者数は、2020年現在で430万人となっているが、高齢化の進展などにより今後とも増加

し、2040年には570万人、2050年には650万人に達すると見込まれている¹⁾。また、公的介護保険による給付受給者の数は2010年の229万人から2020年には432万人へと増加した。この間に公的介護保険の給付費支出も204億ユーロから456億ユーロへと増加した。

ケアに対する需要の量的な拡大は、同時に質的な変化も伴っている。ケアに従事する者は慢性疾患、多疾患併存、認知症あるいは精神疾患を有する人のケアにかかわる機会がますます増加してきている。高齢者の特別のニーズや医学的な兆候に配慮することは特に病院におけるケアの場合に必要性が高い。しかし、平均在院日数の短縮化により、ますます複雑なケアへの対応が在宅介護事業や入所介護施設でも求められるようになってきている。

ケアをめぐるもう一つの大きな課題は、ケアの分野においては広範な地域で人手不足がみられることである。職業紹介および失業保険を担当する公的機関である連邦雇用エージェンシー（Bundesagentur für Arbeit）によれば、ケア専門職に関する労働市場は需要が供給を大きく上回る状況となっている。2020年の平均では、専

門職に関しては、求人100人に対する失業者数が、高齢者の介護の分野で26人、病人の看護の分野では47人とどまっている（BA, 2021：17）。

II. 従来の養成教育制度

1. 連邦と州の立法権限

ドイツの憲法である基本法（Grundgesetz）によれば、連邦（Bund）が立法権を有する分野には「専属的立法（Ausschließliche Gesetzgebung）の分野」、「競合的立法（Konkurrierende Gesetzgebung）の分野」などがある。このうち、競合的立法の分野においては、連邦がその立法権限を行使しない間かつその限度において州（Land）²⁾が立法権限を有するものとされている（基本法第72条第1項）。基本法第74条第1項第19号によれば、医師その他の医療関係職（Heilberuf）の資格を与えることは競合的立法の分野に属するものとされている。2002年に出された連邦憲法裁判所の判決³⁾においては、この場合の医療関係職の資格には高齢者介護の専門職の資格である老人介護士（Altenpfleger/in）が含まれるものと解されている。

医療関係職の資格のうち、大学教育により養成教育が行われる医師、歯科医師および薬剤師の資格については、連邦法により全国統一的に定められている⁴⁾。これに対して、大学教育によらずに養成教育が行われる医療関係職の資格については、連邦法または州法により定められている。後者のうち、連邦法で定められている資格としてはケア専門師（Pflegefachfrau/Pflegefachmann）などが、州法で定められている資格としては看護補助師（Gesundheits- und Krankenpflegehelfer/in）⁵⁾などが挙げられる。

州法で定められた資格の場合には、資格付与の前提となる養成教育の内容に州による違いがみられる。このため、ある州で定められた資格が必ずしも他の州でも認められるとは限らない。このことは養成教育を修了し、資格を取得した

者の州間での移動を妨げる原因となる可能性がある。近年においては、州法による資格から連邦法による資格へと移行する傾向がみられる。その代表例は、老人介護士について定める連邦法として老人介護法⁶⁾が制定されたことである。

2. 制度の沿革

ドイツでは、従来、病人の看護に関する専門職の資格である「看護師（Krankenschwester/Krankenpfleger）」および病気の子供の看護に関する専門職の資格である「児童看護師（Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger）」と並んで、高齢者の介護に関する専門職の資格である「老人介護士」が存在し、それぞれ独自の養成教育制度が設けられていた。このように、病人の看護に関する専門職の資格とは別に、それと同等のレベルの資格として高齢者の介護に関する専門職の資格が存在することは、ヨーロッパの他の国と比較した場合のドイツの大きな特徴となってきた。2002年に前述の連邦憲法裁判所の判決が出された時点では、2004年に旧東欧諸国が加盟する前からEU（欧州連合）に加盟していた15か国のうち、ドイツ、オーストリアおよびルクセンブルクを除く12か国には老人介護士の独立した養成教育制度は存在しなかった⁷⁾。

ケア専門職に関するこの三つの資格に係る養成教育制度は、次のような経緯をたどって発展を遂げてきた。

（1）看護師および児童看護師

他のヨーロッパ諸国と同様、ドイツにおいても病人の看護は長い歴史を有している。しかし、看護に関する専門職の養成教育については、1938年に一般看護に関する養成教育について定める看護法⁸⁾および看護令⁹⁾が、その翌年に乳児および児童の看護に関する養成教育について定める「乳児および児童看護令」¹⁰⁾が制定されて初めて全国的統一的な規定が設けられた。養成教育期間はいずれの養成教育についても1年半とされていたが、1942年には2年間に延長

された。

戦後においては、当初、養成教育の内容は州によって異なるものとなっていた。1957年に連邦法である看護法¹¹⁾が制定され、これによって看護師および児童看護師の養成教育に関する全国統一的な規定が定められた。1965年の改正では、病院における人手不足に対応してドイツ病院協会 (Deutsche Krankenhausgesellschaft) が勧告した養成教育改善策の重要点が盛り込まれた。さらに、1968年、1972年にも改正が行われた。これらにより、看護師および児童看護師の養成教育の開始可能年齢が18歳から17歳に、養成教育期間が2年から3年に変更されるなどの改正が行われた。

1938年の看護令によれば、看護を職業として行うためには、国家試験に合格し、許可を受けることが必要とされた (第1条第1項および第2条第1項第4号)。しかし、1957年の看護法では、「看護師」の名称を用いて看護を行うまたは「児童看護師」の名称を用いて児童看護を行うためには、国家試験に合格し、許可を受けることが必要とされた (第1条第1項および第2条第1項第2号)。1957年の看護法制定時と同様に、1968年改正法の審議においても、看護法がこのように同法に基づく養成教育を修了した者の名称を保護することだけでよいのかどうか一つの重要な論点となった。連邦議会では、看護についても資格を有する者にのみ行うことを認めること、すなわち、看護師を「業務独占」の資格とすることはできないとの意見が多数を占めた。その理由の一つは、看護従事者の不足が深刻さを増したため、資格を持たない者が看護を行うことを完全に排除することができなかったことにあった。もう一つの理由は、病院において看護の業務とその他の業務との明確な線引きを行うことが困難なことにあった (Storsberg et al., 2006 : 2)。このため、資格を有する者にのみ看護を行うことを認めることは、患者の医療に相当の困難をもたらすことになると考えられた。

1985年には、それまでの看護法に代わる新た

な看護法¹²⁾が制定された。その目的は、看護師に関する資格の加盟国間での相互承認について定めた欧州経済共同体指令 (指令77/452)¹³⁾ および看護師の活動に関する法規および行政規則の規定の調整について定めた欧州経済共同体指令 (指令77/453)¹⁴⁾ を実施することにあった。欧州経済共同体指令において定められた看護師の養成教育時間に合わせて、この法律では看護師および児童看護師の養成教育時間が最低4,600時間とされるとともに、少なくともその半分は実習時間に、1/3以上は養成校での授業時間にあてることとされた (第11条第1項)¹⁵⁾。

さらに、2003年には、1985年法に代わる新たな看護法¹⁶⁾が制定され、院内にとどまらず在宅でのケアが増加していることや、ケアが、治療だけではなく、予防、健康増進、リハビリテーションにまでかかわるようになってきていることに対応して、養成教育の目的、実習施設の範囲などの見直しが行われた¹⁷⁾。

(2) 老人介護士

ドイツでは、1950年代の終わりに職業としての老人介護士が登場した。その背景には、一定の資質を備えて高齢者の介護を行う者への需要が増加するとともに、看護師の十分な確保は困難であり、かつ、費用がかかるという事情があった (Klie, 2006 : 552)。1969年には、老人介護士の養成教育に関する州法がノルトライン・ヴェストファーレン州で初めて定められ、その後、他の州にも広がっていった。前述のとおり、看護師に関しては連邦法により全国統一的な規定が設けられたのに対して、老人介護士に関しては州ごとに異なる規定が設けられた。このため、老人介護士の養成教育期間、養成教育開始の条件、養成教育の時間および内容、費用負担などに関して州の間での大きな違いがみられた。例えば、養成教育期間は、多くの州で3年であったが、バイエルン州やザクセン州では2年となっていた。

2003年には、これらに代わって、老人介護士の養成教育について定める連邦法として老人介

護法が施行された。この法律に関しては、2000年に連邦議会および連邦参議院で可決された後、バイエルン州政府の申し立てに基づき連邦憲法裁判所による規範統制手続きが行われた。その際の重要な争点は、この法律の対象が連邦の立法権限が及ぶ分野に属しているかどうかにあった。具体的には、老人介護士が基本法第74条第1項第19号に掲げられる「医療関係職」の資格に該当するかどうかの問題となった。この点に関して、連邦憲法裁判所は前述の2002年の判決において老人介護士が医療関係職の資格に分類されるとの判断を明確に示した。その根拠は、老人介護士に関して必要とされる専門性や業務実施上の前提条件が、連邦が老人介護士に関する法律を制定しうる程度にまで医療関係職に近接していることにあった。この連邦憲法裁判所の判決に基づき、看護師および児童看護師の養成教育について定めた連邦法である看護法とは別に、老人介護士の養成教育について定めた連邦法である老人介護法が2003年8月に施行された。

老人介護法に基づき老人介護士の新たな養成教育制度が導入された意義は次の二点にあると考えられる。ひとつは、全国統一的な基準に基づく老人介護士の養成教育が可能となったことである。もうひとつは、老人介護士により高い資質が求められていることに対応して、養成教育の水準が看護師と同等のものとされたことである¹⁸⁾ (松本, 2011: 221)。

看護法の場合と同様、老人介護法においても「老人介護士」の名称を用いて介護を行うためには、国家試験に合格し、許可を受けることが必要とされた(第1条および第2条第1項第1号)。しかし、高齢者の介護を行うことが老人介護士にのみ認められたというわけではない。つまり、老人介護士の資格もいわゆる「業務独占」の資格ではなく、「名称独占」の資格に該当する。その理由は、高齢者の介護は老人介護士のみならず家族によっても行われているわけであり、仮に高齢者の介護のうち一定の行為が老人介護士にのみ許されるとすれば、家族によ

る介護が脅かされる恐れがあると考えられたからである。

Ⅲ. 改革法の制定

1. 改革に至る経緯

高齢化の進展とケア専門職の人手不足に対応することを目的として、従来は老人介護法と看護法に分かれて規定されていたケア専門職の養成教育が2017年に制定されたケア職法¹⁹⁾に統合して規定されることになった。そこに至るまでには長い準備期間があった。1999年に老人介護法が提案された際には、老人介護士の養成教育と看護師の養成教育が並行して行われていることに鑑み、将来の統合された養成教育のために老人介護士と看護師の共通養成教育をモデル的に試行することの必要性が指摘された²⁰⁾。これに対応して、老人介護法および看護法の双方に、養成教育を発展させることを目的として、期間を限定したモデル事業の実施に関する規定が設けられた。この規定に基づき、老人介護法の施行直後から連邦家族・高齢者・女性・青少年省の費用助成の下で4年間のモデル事業が開始された。8州で8件のプロジェクトが実施され、合計で15の老人介護士養成校および看護師養成校、約300人の学生、多くの介護施設および病院が参加した(Klaes/Weidner, 2008: 8)。モデル事業においては、養成校での教育のための新たなカリキュラムや実習教育のための新たな実習プランの開発などが行われた。モデル事業には学識経験者がかかわるとともに、それぞれの州による支援も行われた。また、州、保険者、福祉団体、大学および民間サービス供給者連合会の代表が参加した諮問委員会(Beirat)もモデル事業にかかわった。この諮問委員会は、立法者に対して、老人介護士の養成教育と看護師・児童看護師の養成教育を融合することを目的としてケア専門職に関する養成教育の改革を実施することを求めた(Klaes/Weidner, 2008: 208)。

2009年に成立したキリスト教民主・社会同盟

(CDU/CSU) および自由民主党 (FDP) による連立政権の連立協定には、高齢者介護の仕事をより魅力的なものにするとともにケアに関する養成教育の根本的な近代化と統合化を進めることが盛り込まれた²¹⁾。しかし、次の連邦議会選挙までの4年間には、これに対応した立法は行われなかった。

2012年には、連邦および州による作業グループから新たな養成教育に関する提案が行われた。各州保健大臣からなる保健大臣会議 (Gesundheitsministerkonferenz) は、この提案を改革の基礎になるものとして位置づけ、多面的な知識と技能を有するケア専門職の養成教育 (以下、「ジェネラリストとしてのケア養成教育」という) がケアの様々な分野における要請に適切に応え、ケアの改善とケア従事者の職業的な満足度の向上をもたらすことができるものであるとした。

2013年に合意されたキリスト教民主・社会同盟および社会民主党 (SPD) による連立協定には、ケア職法を制定することにより、共通の基礎養成教育とその上に構築される高齢者介護、看護および児童看護の専門教育からなる統一的な職業像を定着させること、養成教育にかかる費用は統一的かつ共同で負担されること、すべての施設が費用負担に参加することを確保するため拘束力のあるリファイナンスの手続きについて検討すること、養成教育を受けるすべての者に養成教育は無料であるべきことが盛り込まれた²²⁾。これを実行するため、連邦政府は2016年3月に「ケア職改革のための法律案」²³⁾を議会に提出した。連立与党の内部でも、ケア専門職に関する統一的な養成教育の導入に賛成の議員と反対の議員がおり、そのために議論が何カ月にも及んだが、最終的に合意が成立し、2017年7月に法律が可決された。これにより2020年から新たな養成教育が開始されることになった²⁴⁾。

2. 新たな養成教育の目的および内容

この改革法の目的は、ケア専門職に関する養成教育の分立を廃止し、ジェネラリストとして

のケア養成教育に統合することにある。新たな養成教育は、それを修了した者がケアに関するあらゆる分野の仕事に対応することができ、また、それによってケアの各分野間 (高齢者のケア、病人のケアおよび病気の子供のケア) を容易に異動できるようにするものである。また、ケア専門職の人手不足に対応して、養成教育の魅力と質の向上を図ることにも貢献するものである。

この改革法により制定されたケア職法に基づくケア専門職養成教育の目的および内容は次のとおりである。新たな養成教育は、施設または在宅での急性期あるいは継続的なケアが必要な状態において、すべての年齢階層の人に対して自立的、包括的かつプロセスを重視したケアを行える専門職の養成を目的とする。そのため、この養成教育は、養成教育を受ける者にケアに関するあらゆる分野で働くことに必要なすべての専門的および人間的能力を習得させようとするものである。この養成教育を開始するためには中等教育修了 (mittlerer Schulabschluss) あるいはそれと同等の学校教育修了が条件とされる。一般的には、実業中等学校 (Realschule)²⁵⁾を卒業することにより中等教育修了と認められる。また、養成教育期間は基本的に3年間であり、養成教育は理論および実技の授業 (2,100時間) ならびに実習 (2,500時間) により構成される。

このうち、理論および実技に関する授業は、認可を受けたケア養成校 (Pflegeschule) において行われる。ケア養成校は授業と実習との調整を行う全体的な責任を負う。実習は、実習実施者の施設およびその他の実習施設において行われる。実習実施者は、実習についての責任を有し、養成教育を受ける者との間で養成教育契約 (Ausbildungsvertrag) を締結する。実習の大部分は実習実施者のところで行われる。実習は、病院、入所介護施設および在宅介護事業において、一般的なケア提供分野である入院での急性期ケア、入所での長期ケアならびに在宅での急性期および長期ケアについて行うことが必

頃となっている²⁶⁾。さらに、これらのなかから、特定の分野をより深めるための実習も行われる。

養成教育を受けるすべての者は、最初の2年間はジェネラリストとしてのケア養成教育を受ける。2年間の養成教育を修了した者は、3年目において、ジェネラリストとしてのケア養成教育を引き続き受けるのか、それともその代わりに特定の分野の知識と技能を有するケア専門職の養成教育（以下、「スペシャリストとしてのケア養成教育」という）を受けるかを選択することができる。前者を選択し、3年間のジェネラリストとしての養成教育を修了して国家試験に合格した者は、ケア専門師の資格を取得することができる。後者を選択した者のうち、3年目において、高齢者のケアに関する養成教育を修了して国家試験に合格した者は老人介護士の資格を、児童・青少年のケアに関する養成教育を修了して国家試験に合格した者は児童看護師の資格を取得することができる。この老人介護士および児童看護師のための特別の養成教育を引き続き存在させるかどうかについては、2025年末までに再検討を行うこととされている（ケア職法第62条）。このような形で後者の選択肢が設けられた理由は、前述の連立与党内部における政治的な合意によるものである（Leuxner/Schwänenflügel, 2018：204）。

3. ケア専門職の魅力の向上

ケア専門職の人手不足を解消するためには、養成教育の魅力の向上を図ることが必要となっている。このため、ケア職法は次のような措置を定めた。ケア養成校での養成教育は全国的に無料とされた。また、実習実施者は実習を受ける者に対して実習期間全体について適切な養成教育報酬（Ausbildungsvergütung）を支払わなければならないこととされた²⁷⁾。これらの規定が遵守されることを確保するため、新たな財政システムが構築された。

実習施設による実習指導とケア養成校教員による指導は質の高い養成教育の重要な基盤と考えられている。このため、より多くの実習指導

が行われるよう、実習時間の10%以上は実習施設による実習指導にあてることとされた。これによって、実習の養成教育としての性格が明確にされた。また、ケア養成校における教員配置に関する法的拘束力のある最低基準が定められた。

4. 新たな財政システム

この改革によって、全国各地で質の高いケア専門職養成教育を受けられるようにするため、養成教育に要する費用を統一的かつ公平に賄うための新たな財政システムが導入された。そのためには、従来の分立した財政システムを相互に調整のとれたものとするという難しい課題が解決されなければならなかった。看護師の養成教育報酬については、すべての病院が負担する分担金によって賄われていた。また、各病院が負担する分担金は、医療保険が各病院に支払う診療報酬によってリファイナンスされていた。これに対して、老人介護士の養成教育報酬については分担金によって賄われる仕組みは存在していなかった。このため、実習を受け入れた入所介護施設および在宅介護事業（以下、「介護施設」という）だけが養成教育報酬を自ら負担しなければならなかった。この費用は当該介護施設の介護報酬に反映された。ただし、介護保険が行う在宅介護給付および入所介護給付には上限額が定められているため、給付に要する費用（介護報酬）が給付上限額を上回る場合には、給付受給者である要介護者が超過額を負担しなければならない。したがって、そのような場合には、介護報酬の額が高くなることは給付受給者の自己負担が増加することになる。このため、老人介護士の養成教育を受ける者の実習を受け入れることは、当該介護施設にとっては、利用者の負担を増加させることとなり、実習の受入を行わない施設との競争において不利となる恐れがあった。そこで、新たな財政システムの構築に当たっては、養成教育を受ける人数に上限を設けないことおよび養成教育を受けるための費用負担をなくすことと併せて、実習を受け入

れる施設が実習を受け入れない施設との競争において不利にならないようにすることが前提条件とされた（Leuxner/von Schwanenflügel, 2018：205）。

新たな財政システムにおいては、ケア専門職養成教育に要する費用は州レベルで設置・管理される調整基金（Ausgleichsfonds）を通じて賄われる（図1）。調整基金は、州が選定した機関によって管理される。

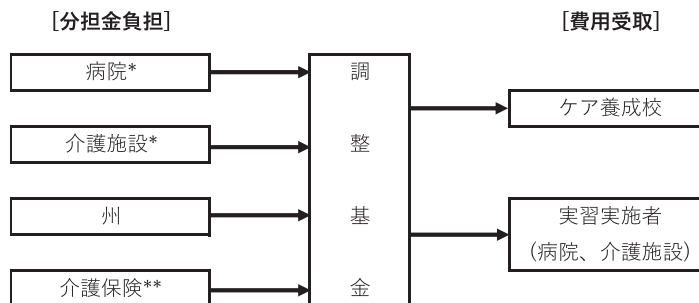
ケア養成校および実習実施者は調整基金から「養成教育に要する費用（以下、「養成教育費」という）の償還を受けることができる。養成校に係る養成教育費には実習の指導に要する費用を含む運営費（教職員の人件費、教材費など）が該当する。実習実施者に係る養成教育費には実習指導を含む実習教育に必要な費用が該当する。このほかに、実習実施者に係る養成教育費には養成教育報酬に係る追加費用が含まれる。このように、調整基金からの費用償還の対象となるのは、実習実施者が養成教育を受ける者に支払う養成教育報酬の全体ではなく、養成教育報酬に係る追加費用に限られていることに注意する必要がある。追加費用のみを対象とする理由は、養成教育を受ける者が実習として行う活動は患者や要介護者に対するケアの提供として評価できる部分があるからである。病院および

入所介護施設でのケアについては、実習を行う者9.5人で養成教育を修了したケア専門職1人に相当する貢献を行うものとみなされる。したがって、実習実施者が実習を行う者1人に支払う養成教育報酬からケア専門職1/9.5人に支払うべき報酬を控除した額がケアの確保に必要な費用を超える追加費用とされる。この9.5対1という比率は、看護師の養成教育報酬に係る追加費用の算定に用いられてきた比率に相当するものである。在宅介護事業での実習の場合には、そこで行われるケアの状況を勘案して9.5対1の代わりに14対1の比率が適用される²⁸⁾。なお、養成教育報酬から調整基金により償還される追加費用を除いた費用は診療報酬および介護報酬により負担される。

さらに、実習実施者は、養成教育契約を締結した者が他の実習施設で行った実習の費用についても償還を受ける。それを基に、実習実施者は、他の施設との間で締結した協力契約（Kooperationsvertrag）の定めに従って、当該他の施設に対して実習費用の償還を行う。

養成校および実習実施者が調整基金から受け取ることのできる養成教育費の額は、州内統一的に定められた「養成教育を受ける者一人当たり」に要する費用（以下、「一人当たり費用」という）の額に当該養成校および実習実施者の下

図1 調整基金の仕組み



*診療報酬および介護報酬によるリファイナンス

**介護給付受給者の負担軽減

出所：筆者作成。

で養成教育を受ける者の人数を乗じることにより算定される。養成校に係る一人当たり費用の額は、州の担当行政庁、疾病金庫および介護金庫の州連合会 (Landesverbände der Kranken- und Pflegekassen)、民間医療保険連合会の州委員会 (Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung) ならびに公立および私立の養成校の州レベルでの利益代表 (Interessenvertretungen der öffentlichen und der privaten Pflegeschulen auf Landesebene) の合意に基づき定められる。また、実習実施者に係る一人当たり費用の額は、州の担当行政庁、州病院協会 (Landeskrankenhausgesellschaft)、州内の在宅介護事業者および入所介護施設設置者の団体 (Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land)、疾病金庫および介護金庫の州連合会ならびに民間医療保険連合会の州委員会の合意に基づき定められる。それぞれの金額は、たとえばノルトライン・ヴェストファーレン州では2021年度で養成校に係る一人当たり費用の額が年7,563ユーロ、実習実施者に係る一人当たり費用の額が年8,232ユーロと定められている。一人当たり費用の額の決定に携わる者は、上記の州内統一的な額に代わって、各養成校および各実習実施者の状況に応じた額を定めることも可能である。

一方、調整基金の費用を負担するのは、a) 病院、b) 入所介護施設および在宅介護事業、c) 州ならびに d) 公的介護保険である。それぞれの負担割合は、全国統一的に a) が57.24%、b) が30.22%、c) が8.94%、d) が3.6%と定められている (ケア職法第33条第1項)²⁹⁾。ただし、公的介護保険の負担すべき分担金の10%は民間介護保険が負担する。このうち、病院および介護施設 (在宅介護事業を含む) が負担すべき分担金は、当該病院または介護施設が実際に実習生を受け入れたか否かにかかわらず、各病院の入院件数や各介護施設の介護専門職の人数などに応じて、すべての病院および介護施設に割り当てられる。これによって、介護施設につい

ても、すべての施設が分担金を支払うこととなるため、実習生を受け入れた施設が受け入れなかった他の施設との競争上不利になる恐れはなくなった。

病院および介護施設が支払う分担金は最終的にそれぞれが自ら負担するわけではない。なぜならば、病院および介護施設が支払う分担金は診療報酬および介護報酬を通じてリファイナンスされるからである。分担金の負担が介護報酬の額を引き上げ、それが給付受給者である要介護者の負担増につながることは、従来どおり変わりはない。前述のとおり介護保険が調整基金の費用の3.6%を負担することとされた理由は、この要介護者の負担を軽減するためである。

5. 再教育

人生の半ばになって初めてケアの仕事に関心を抱く人も少なくない。このような人々を念頭に、連邦雇用エージェンシーは従来から高齢者介護に関する再教育を推進し、専門職の確保に貢献してきた。2013年に制定された「高齢者介護における職業的な養成教育および再教育の強化に関する法律」³⁰⁾により、雇用促進について定める社会法典第3編に第131b条が追加された。これにより、連邦雇用エージェンシーは2013年4月から2016年3月までの間に開始される高齢者介護の再教育を受ける者に対して3年間フルに助成を行うことが可能とされた。この助成は、高齢者介護分野の再教育を開始する者の顕著な増加につながった³¹⁾。これによって、潜在的な人員を追加的な専門職として継続的に確保することの意義が認識され、その後、この助成の対象になる再教育の開始期間が延長された。このような時限的な規定に代わって、ケア職改革法では、連邦雇用エージェンシーが、ケア専門師、児童看護師および老人介護士の資格取得につながる再教育を受ける者に対して助成を行うことを可能にする恒久的な規定が設けられた (社会法典第3編第180条第4項)。この助成の対象となる養成教育については、その費用がバウチャーにより負担されるとともに、再教

育を受ける者に失業手当が引き続き支給される場合もある。通常の養成教育の場合と同様、再教育を受ける者も養成教育報酬を受け取ることができるが、失業手当からは養成教育報酬の大部分に相当する額が控除される。

6. 大学教育

これまででも、大学教育におけるケアのための特別の教育課程は存在した。例えば、ヘッセン州ではケア科学（Pflegewissenschaft）に関する大学教育課程が存在したが、それを修了することによってケア専門職に関する資格を取得できるわけではなかった。今回の改革では、ケア専門職に関する職業養成教育と並んで、第一級の資格を付与する大学でのケア教育がケア職法に位置づけられた。この大学でのケア教育は、新たなキャリアと昇進の可能性を開くとともに、あらゆる年齢層の人々のケアを科学的な基礎と方法に立つて行う能力を習得させるものである。この大学教育は、通常のケア専門職の養成教育に加え、高度に複雑なケアプロセスを構築およびコントロールし、最新のケア科学的知見を獲得し、かつ、実践的な知見と同様に理論的な知見を批判内省的に分析する専門的な能力を習得させる。大学でのケア教育課程を修了し、国家試験に合格した者は、アカデミックな学位と併せてケア専門師の資格を取得することができる。

IV. ケア専門職の任務

1. 有資格者にのみ許される任務

一定の任務を行うことが特定の資格を有する者にのみ許されることは、それ以外の者にとってはその任務を行うことが禁止されていることを意味するものであり、専門職間の役割分担を考える上で重要な意味を持っている。看護師および老人介護士の資格に関しては、養成教育や名称の保護のための規定が設けられていたものの、その資格を有する者にのみ許される任務は定められていなかった。看護師および老人介護士の資格について規定する看護法および老人介

護法においても、それぞれ看護師および老人介護士に係る養成教育の目的が定められていた。これによって、それぞれの法律が想定している看護師および老人介護士の職業像（当該資格を有する者の使命、業務分野）を導き出すことは可能であった。しかし、これらは当該資格を有する者にのみ許される任務を定めたものではなかった。

これに対して、ケア職法においては、ケア専門職の資格を有する者にのみ許される任務が新たに定められた（第4条）。つまり、ケアに関しても、特定の任務については、目的に適合した養成教育を受け、そのために必要な専門的な知識および技能を身につけた者だけが行えることとされた。ケア職法により、ケア専門師ならびに老人介護士および児童看護師にのみ職業として行うことが許されることと定められたのは、ケアの質の確保およびケアを受ける者の保護にとって特に重要な意味を持つと考えられる次のような任務である³²⁾。

- a) 個人のケアニーズを調査し、確定すること
- b) ケアのプロセスを企画し、組み立て、コントロールすること
- c) ケアの質を分析し、評価し、確保し、発展させること

これによって、ケアの目的およびケアのための措置について定める個別ケア計画に関する業務を職業として行うことができるのは、ケア専門職の資格を有する者に限定されることになった。この規定は、ケア専門職に対する評価を顕著に高めようとするものであり、ケアに関するこのような中核的な任務は、目的にかなった養成教育を修了し、それに必要な専門的な能力を有する者によって遂行されなければならないことを明らかにするものである（Kreutz/Opolony, 2019 : 24）。

2. ケア専門職と医師との関係

（1）実施権限の委譲

ケア職法第5条第3項は養成教育の目的として、養成教育を通じてそれを行う能力を習得さ

せるべき任務を列挙している。そのような任務は、i) 医師による指導や指示なしに自立的に (selbständig) 行う任務、ii) 医師の指示に基づき自分で (eigenständig) 行う任務、ならびに iii) 他職種の者との専門分野を越えた専門的コミュニケーションおよび効果的協力に区分される。i) の任務には、上記1のa)、b) およびc) の任務のほかに、ケアを実施し、適用した措置を記録すること、予防・健康増進措置の必要性を把握し、実施すること、ケアを受ける者に対する相談・指導・援助を行うことなどが該当する。また、ii) の任務には、医師に指示された医学的診断、治療およびリハビリテーションの措置などを自分で行うことが該当する。ケア専門職養成教育において、ii) の任務を行うことが想定されている背景には、ケア専門職と医師との間の次のような関係がある。

医師は診療を自ら行わなければならないとされている。しかし、このことは、医師が診療のための全ての行為を自らの手で直接実施しなければならないことを意味するわけではない。ドイツには、医師がどのような行為を医師以外の者に委ねることが許されるかについての法的な規定は存在しない。医師法に関する文献などでは、一定の医療行為については、医師自身が実施しなければならないと考えられている。これに該当する医療行為かどうかは、その困難さや危険性がどの程度か、患者に起こりうる反応がどの程度予想できるかによって判断される。具体的には、手術、困難な注射、点滴および血液採取、診察、診断などは医師以外の者に委ねることができないとされている (Kern, 2010 : 647)。しかし、その他の医療行為については、その実施を医師が医師以外の者に委ねる (実施権限の委譲 (Delegation)) ことが可能とされている。

ただし、このことが許されるのは、次の三つの条件が満たされる場合である。第一に、患者が、その医療行為を医師以外の者が実施することを了解している必要がある。第二に、その医療行為は、医師により必要性が判断され、医師

の指示に基づき実施されなければならない。第三に、実施を委ねられる者がその行為に必要な能力を有し、かつ、実施を引き受けることを了解している必要がある。なお、この場合の「能力」に関しては、実施を委ねられる者が有する資格だけでなく、その者が実際に有している能力も見極める必要があるとされている。

以上のことから、医師が医療行為の実施を医師以外の者に委ねることが可能かどうかは、一方では当該行為の複雑さおよび潜在的な危険性に、もう一方では委ねる相手方の能力に依存するといえることができる。この場合に、医師は当該医療行為を委ねた責任 (指示責任) を、医師以外の者はそれを実施した責任 (実施責任) を負うことになる (松本, 2012 : 63)。

このような考え方にに基づき、入所介護施設や在宅介護事業においても、医師の指示に基づく一定の医療行為が治療看護 (Behandlungspflege) として行われている³³⁾。治療看護は看護師だけでなく老人介護士に委ねることも可能とされてきた。その理由は、老人介護法に基づく養成教育を受け老人介護士の資格を取得した者には看護師と同等に典型的な治療看護の業務を実施するのに必要な能力が備わっていると考えられることである (Klie, 2006 : 105)。

(2) 代替

2008年に制定された介護継続発展法³⁴⁾により、医療保険について定める社会法典第5編³⁵⁾の第63条が改正され、従来は医師により行われてきた医療行為を看護師および老人介護士が医師に代わって行うことを可能にするモデル事業が医療保険の枠内で実施されることになった。その背景には、旧東独地域などでの家庭医不足に対応して、看護師および老人介護士にさらに大きな役割を委ね、医師の負担を軽減することが重要であるとの考え方があった (Ruser, 2008 : 90)。このモデル事業においては、具体的には、共同連邦委員会³⁶⁾ (Gemeinsamer Bundesausschuss) が指針で定める医療行為を看護師および老人介護士が自立的に行うことが

可能とされる。共同連邦委員会が2011年10月に定めた指針³⁷⁾によれば、糖尿病、慢性創傷、認知症などの患者のモニタリング、アセスメントなどの措置の実施が対象とされている。

このモデル事業において定められた医療行為を行う看護師および老人介護士は、そのための特別の養成教育を受ける必要があるとされた。これに対応して、看護法および老人介護法の改正が行われ、看護師および老人介護士の養成教育の中で、通常の養成教育に加えて、こうした医療行為の実施に必要な専門的能力を習得させるための養成教育を行う規定が設けられた。また、新たに制定されたケア職法にもケア専門師の養成教育に関して同様の規定が設けられた。

この仕組みについては、モデル事業を通じて効果と実施可能性が証明されれば、医療保険による通常の給付として全国的に導入することが想定されている。ケア専門職が一定の医療行為を医師に代わって行うことを可能にすることは、将来的には、医師の負担を軽減する観点のみならず、ケア専門職の仕事の魅力を高めるとともにケアの確保を長期的に可能とする観点からも意味があると考えられる（Kreuz/Opolony, 2019：82）。

しかし、現在までのところ、このモデル事業は実施には至っていない。その背景にはモデル事業への参加への関係者の消極的な姿勢がある。連邦医師会（Bundesärztekammer）および連邦保険医協会は、当初から、このモデル事業に対して次のような理由に基づく反対を表明している（Hoppe, Köhler, 2008：2）。「このモデル事業により、医師以外の者による医療行為の禁止が緩和され、医師以外の医療関係職が医師に代わって特定の診断・治療を行うこと（代替（Substituion）³⁸⁾）への扉が開かれる。また、疾病の診断・治療には包括的な養成教育により習得される知識と医師としての実践的な経験が必要であり、大学教育によらずに養成される医療関係職にそれを期待することはできない。」両団体は、「代替」ではなく、医師の責任の下で行われる「実施権限の移譲」の活用を考える

べきであるとの立場に立っている。

このモデル事業を推進するため、2021年に制定された医療供給継続発展法³⁹⁾では、医療保険について定める社会法典第5編に第64d条が追加され、医療保険の保険者である疾病金庫が共同で各州少なくとも一つのモデル事業を遅くとも2023年からは開始しなければならないと規定された。この規定や今回のケア専門職養成教育制度の改革により、モデル事業の実施をめぐる状況がどのように変化するかについては、今後の動向を見守る必要があると考えられる。

V. むすび

以上のように、人口高齢化等に伴いケアに対する需要が増大・変化することに対応して、ドイツではケアの質とケアの仕事の魅力の向上を目的とするケア専門職養成教育制度の根本的な改革が行われた。この改革により講じられた様々な措置のなかでも、特に注目されるものとして次のような点をあげることができる。

第一に、長年にわたり続いてきた看護師、児童看護師および老人介護士に分立した養成教育を統合し、すべての年齢階層の人のケアに適切に対応できるジェネラリストとしてのケア専門職の養成教育が導入されたことである。この改正は、ケア専門職として従事する者の質の向上のみならず、ケアの分野において専門職の人手不足が生じていることに対応することを目的としていることに留意する必要がある。たしかに、専門職の養成教育がケアの各分野（病人の看護、病気の子供の看護および高齢者の介護）に分立する制度では、それぞれの分野でケアを提供する施設や事業にとっては、専門職の雇用に当たってその者がいずれの養成教育を修了したかが重要な意味を持つ。また、ケアの仕事を行おうとする者にとっては、修了した養成教育が就労する施設・事業の範囲に影響を及ぼすことになる。このため、ケア専門職の養成教育が分立していることは、ケア専門職の雇用・就労を難しくする要因となることは間違いない。今回、ジェネ

ラリストとしてのケア専門職の養成教育が導入されたことは、施設・事業がケア専門職として雇用する者の範囲および養成教育を修了した者が就労する施設・事業の範囲を拡大し、ケア専門職の雇用・就労の機会を拡大する効果を持つものと期待される。また、専門職としてケアに従事する者にとっては、各分野間での異動が容易となり、将来においてより広い範囲の仕事を選択することが可能となる。このことは、ケア専門職の養成教育を受け、ケアの仕事に就く魅力を高めることにもつながるものと考えられる。

第二は、専門職としてケアに従事する者の養成教育費用の負担である。ドイツでは、従来から、看護師、児童看護師および老人介護士の養成教育を受ける者に対して、養成教育報酬が支払われてきた。今回の改正では、これに加えて、養成校の費用についても、養成教育を受ける者に負担が求められることとなった。これらの費用は病院や介護施設が受け取る診療報酬および介護報酬などで賄われ、最終的には保険料や利用料などで負担される。これによって、ドイツにおいては、自らの費用で養成教育を受けケア専門職として働こうとする者が出てくることを待つのではなく、医療保険、介護保険などの費用負担により、給付の提供に必要なケア専門職を積極的に確保する方向への転換が行われたとみることができる。

第三は、大学でのケア教育に関する規定が設けられたことである。これにより、通常の養成校で行われるケア専門職の職業的な養成教育を通じて習得される能力に加え、大学でのケア教育を通じて習得される高度の専門的な能力が示された。この結果、大学でケア教育を受けることにより、単に大学教育による学位とケア専門職の資格とを同時に取得することが可能とされただけでなく、養成校における養成教育とは異なる大学でのケア教育の目的、役割などが明確にされた。

第四は、ケア専門職の資格を有する者にのみ許される任務の導入である。ケアの分野においてはこれまでは資格を有する者にのみ許される

任務は定められてこなかった。しかし、ケアの分野においても、個別ケア計画の策定のように、専門的な養成教育を受け、必要な知識・技能を習得した者によって遂行されるべき任務は存在する。したがって、こうした任務の遂行を専門職の資格を有する者に限り認めることは、ケアの質の確保およびケアを受ける者の保護の観点から有効な手段となりうるものと考えられる。また、このことはケア専門職に対する評価を高めることにもつながると期待される。

ドイツにおいては、専門職としてケアに従事する者の確保とその質の向上を図るため、本稿が対象としたケア専門職養成教育の改革のほかに、ケア専門職の労働条件の改善、社会的評価の向上、外国人ケア従事者の確保などを目的とした様々な取組みが行われている。したがって、ケア専門職養成教育の改革について検討するだけで、ケア専門職確保のための取組みの全体像が把握できるわけではない。しかしながら、上記の点は、高齢化等に伴うケア需要の量的拡大および質的变化への対応を考えていくうえで、重要な参考となりうるものであるといえる。

注

- 1) 公的介護保険に関するデータはいずれもBMG (2021) による。
- 2) 連邦国家であるドイツでは16の州により連邦が構成されている。
- 3) Bundesverfassungsgericht, 2 BvF 1/01 vom 24. 10. 2002.
- 4) 医師の資格については連邦医師法 (Bundesärzteordnung vom 16. 4. 1987, BGBl. I S. 1218)、歯科医師の資格については歯科医療法 (Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 16. 4. 1987, BGBl. I S. 1225)、薬剤師の資格については連邦薬剤師法 (Bundes-Apothekerordnung vom 19. 7. 1989, BGBl. I S. 1478, 1842) において、それぞれ定められている。
- 5) たとえば、ブランデンブルク州ではブランデンブルク看護補助法 (Brandenburgisches Krankenpflegehilfegesetz vom 26. 5. 2004, GVBl. I/04, S. 244) が看護補助師の資格につ

- いて定めている。
- 6) Altenpflegegesetz vom 25. 8. 2003, BGBl. I S. 1690.
 - 7) Bundesverfassungsgericht, 2 BvF 1/01 vom 24. 10. 2002, S. 18.
 - 8) Gesetz zur Ordnung der Krankenpflege vom 28. 9. 1938, RGBl. I S. 1309.
 - 9) Krankenpflegeverordnung vom 28. 9. 1938, RGBl. I S. 1310.
 - 10) Säuglings- und Kinderpflegeverordnung vom 15. 11. 1939, RGBl. I S. 2239.
 - 11) Krankenpflegegesetz vom 15. 7. 1957, BGBl. I S. 716.
 - 12) Krankenpflegegesetz vom 4. 6. 1985, BGBl. I S. 893.
 - 13) Richtlinie 77/452/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 über die gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind, und über Maßnahmen zur Erleichterung der tatsächlichen Ausübung des Niederlassungsrechts und des Rechts auf freien Dienstleistungsverkehr.
 - 14) Richtlinie 77/453/EWG des Rates vom 27. Juni 1977 zur Koordinierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften für die Tätigkeiten der Krankenschwester und des Krankenpflegers, die für die allgemeine Pflege verantwortlich sind.
 - 15) この法律の規定に基づき、看護職養成教育・試験令(Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege) 第1条第1項において、養成校における授業時間は1,600時間以上、実習時間が3,000時間以上と定められた。
 - 16) Krankenpflegegesetz vom 16. 7. 2003, BGBl. I S. 1442.
 - 17) 2003年に制定された新たな看護職養成教育・試験令第1条第1項において、養成校における授業時間は2,100時間以上、実習時間が2,500時間以上と定められた。
 - 18) 看護師の場合と同様、老人介護士の養成教育についても、養成教育期間は「3年間」、養成校への入学資格は「実業中等学校修了またはそれと同等」、養成教育時間は「4,600時間以上」とされた。
 - 19) Pflegeberufegesetz vom 17. 7. 2017, BGBl. I S. 2581.
 - 20) BR-Drucksache 162/99, S. 20.
 - 21) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 17. Legislaturperiode, S. 92.
 - 22) Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD 18. Legislaturperiode, S. 85.
 - 23) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (BT-Drucksache 18/7823).
 - 24) 2020年においては53,610人が新たな養成教育を受けることになった(Statistisches Bundesamt, Pressemitteilung Nr. 356 vom 27. Juli 2021)。
 - 25) 実業中等学校は小学校(Grundschule) 4学年修了後に進学する6年制の実業学校である。
 - 26) このほか、小児科ケアおよび精神科ケアの実習も必須となっている。
 - 27) 養成教育報酬の額は実習実施者と養成教育を受ける者との間で締結される養成教育契約において定められる。したがって、養成教育報酬の金額は実習実施者により異なる。たとえば、6大福祉団体の一つであるディアコニー(Diakonie)の施設で実習を行う場合の養成教育報酬の額は、第1学年で月1,140ユーロ、第2学年で月1,210ユーロ、第3学年で月1,305ユーロとなっている(2019年7月現在)。このように、養成教育報酬の金額は養成教育を受ける者の学年に応じてより高くなる場合が多い。
 - 28) たとえば、ケア専門職に対するグロス報酬が月2,500ユーロ、養成教育報酬が月900ユーロであるとする、養成教育を受ける者一人当たりの追加費用は、病院および入所介護施設では月637ユーロ(900ユーロ-2,500ユーロ×1/9.5)、在宅介護事業では月721ユーロ(900ユーロ-2,500ユーロ×1/14)となる。
 - 29) この割合は、従来の看護法および老人介護法の枠内で負担されていた費用の負担割合などに基づき定められたものである(Kreuz/Opolony, 2019: 183)。
 - 30) Gesetz zur Stärkung der beruflichen Aus- und Weiterbildung in der Altenpflege vom 13. 3. 2013, BGBl. I S. 446.
 - 31) その数は2012年の3,950人から2013年には7,383人へと87%も増加した(Leuxner/von Schwanenflügel, 2018: 202)。

- 32) 従前の看護法に基づく看護師または児童看護師の資格を有する者ならびに老人介護法に基づく老人介護士の資格を有する者についても同様にこれらの行為を行うことが許される（ケア職法第64条第1項）。
- 33) 治療看護としては、注射、カテーテルの装着、浣腸、薬を服用させることなどが行われている。
- 34) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. 5. 2008, BGBl. I S. 874.
- 35) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20. 12. 1988, BGBl. I S. 2477.
- 36) 共同連邦委員会は医療保険による診療に関する指針の決定などを行う。共同連邦委員会の決定機関は、連邦保険医協会（Kassenärztliche Bundesvereinigung）、連邦保険歯科医協会（Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung）、ドイツ病院協会および疾病金庫連邦中央連合会（Spitzenverband Bund der Krankenkassen）をそれぞれ代表する委員ならびに中立的な委員から構成される。
- 37) Richtlinie über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach § 63 Abs. 3c SGB V vom 20.10.2011.
- 38) 「実施権限の移譲」と「代替」との最も重要な相違は、前者の場合には当該医療行為が必要かどうかの判断は実施権限を移譲する医師が行うのに対して、後者では当該医療行為が必要かどうかの判断も医師以外の者が行う点にある。
- 39) Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz vom 11. 7. 2021, BGBl. I S. 2754.

参考文献

- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2021) *Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*, Nürnberg.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2021) *Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten* (Stand: 14. Juni 2021).
- Hoppe J.-D./Köhler A. (2008) *Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung*

zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung unter Einbeziehung der Stellungnahme des Bundesrates und der Gegenäußerung der Bundesregierung.

- Kern B.-R. (2010) Die Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistung, in : Laufs A./Kern B.-R., *Handbuch des Arztrechts*, 4. Auflage, München, S. 647-651.
- Klaes L./Weidner F. (2008) *Pflegeausbildung in Bewegung*, Berlin.
- Klie T. (2006) *Rechtskunde*, 8. Auflage, Hamburg.
- Kreuz M./Opolony B. (2019) *Gesetz über die Pflegeberufe*, München.
- Leuxner A./von Schwanenflügel M. (2018) Reform der Pflegeberufe, NZS, 6/2018, S. 201-207.
- Ruser C. (2008) Änderungen und Konsequenzen der Pflegeversicherungsreform für ambulante Einrichtungen, in : Möwisch A./Ruser C./von Schwanenflügel M., *Pflegereform 2008*, Heidelberg, S. 49-94.
- Storsberg A./Neumann C./Neiheiser R. (2006) *Krankenpflegegesetz*, 6. Aufl., Stuttgart.
- 松本勝明 (2011) 『ヨーロッパの介護政策』 ミネルヴァ書房
- 松本勝明 (2012) 「ドイツにおける医療・介護の連携：サービス供給システムと専門職」『社会政策』 3巻3号、58-67頁

フランス看護師の業務範囲とその拡大

日本福祉大学教授

篠田 道子

Shinoda Michiko

フランスでは古くから専門看護師制度が導入され、高度な実践看護師を養成してきた。高齢の慢性疾患患者の増加による医療機関・在宅ケア・高齢者施設の連携体制の強化や、医師の業務負担の軽減と看護師への業務の委譲が議論され、2018年からフランス版NP（ナースプラクティショナー）である高度実践看護師（IPA）の養成が開始された。本稿では、IPAの概要と養成課程、IPAに認められている「看護職実践・職業行為」の具体的な内容、裁量権の範囲、報酬体系について述べる。また、フランスは高度な実践看護師を養成するだけでなく、看護管理者のマネジメント力を高める多様なコースが準備されている。高度に専門分化するだけでは医療・介護の連携は限界があり、これらをマネジメントする管理看護師やコーディネーター看護師の養成にも舵を切っている。

はじめに

わが国では超高齢社会の構築に向けて、少ない人的資源で多くの高齢者を支えるためには、医療の提供方法を変える（①病院・病床の機能分化、②在宅医療の推進、③チーム医療の推進、④看護師・医療スタッフの役割拡大）という方向性が確認されている。

2009年厚生労働省「チーム医療推進に関する検討会」が設置され、2010年に公表された報告書の中で、看護師は「チーム医療のキーパーソン」としての役割を担うことへの期待が寄せられていた。その後3年半の議論を経て、2014年6月18日「医療介護総合確保推進法」が成立し、扶助看法を改正して「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設された。特定行為とは、「診療の補助であり、看護師が手順書により行う場合には、実践的な理解力、思考力および判断力ならびに高度かつ専門的な知識および技能が特に必要とされる38行為である」（厚生労働省）と定義されている。手順書とは、「医師または

歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるためにその指示として作成する文書」で、医師の指示の1つの形態である。研修は順調に進み、2020年8月で特定行為研修修了看護師数は2,887人である。

背景には、チーム医療や医師の働き方改革を推進する観点から、医療機関でのタスク・シフティング（医療従事者の合意形成のもとでの業務移管や共同化）を進めていく必要性が高まっているからである。特に医師の勤務時間上限規制が適用される2024年に向けて、看護師等を活用する対策が求められている。

また、2008年にナースプラクティショナー（NP：Nurse Practitioner）教育がスタートし、2020年3月までに487名のNPが誕生している。日本NP教育大学院協議会（以下、協議会）によれば、NPとは「本協議会が認めるNP教育課程を修了し、本協議会が実施する資格認定試験に合格した者で、患者のQOL向上のために医師や多職種と連携・協働し、倫理的かつ科学的根拠に基づき一定レベルの診療を行うことが

できる看護師」と説明している。同協議会ではNPを「診療看護師」という呼称を用いている。

一方、フランスでは戦後まもなく専門看護師や管理看護師が養成され、専門分化を進めてきた。その後、医療の高度化に伴い、医師が実施していた行為を看護師 (infirmière) に委譲することになり、これらの行為は看護師の「固有の役割」として2004年にデクレ (Décret : 政令) に明記され、医師の処方やプロトコールにもとづいて看護師が単独で行う行為や、医師の物理的臨場を必要とする行為など「看護職実践・職業行為」が整備された。つまりこの頃からわが国の特定研修修了看護師が行う特定行為はすでに実施されていた経緯がある。

さらに、医療の高度化に伴うアクセスの改善を明記した「医療制度現代化法」が2016年に制定されたり、2020年7月にまとめられた「セギュール報告書」には、「高度実践看護師 (IPA : Infirmiers en Pratique Avancée) の広がりを促進する」を明記するなど、いわゆるフランス版NPの拡大を支持する発言が続いている。

本稿では、フランス専門看護師・管理看護師・開業看護師の現状、養成課程、役割を概観し、フランス版NPである高度実践看護師 (IPA) 創設の経緯、養成課程、IPAに認められている「看護職実践・職業行為」を整理する。さらに、フランスでは高度に専門分化するだけでなく、多職種連携・協働や医療・福祉サービスのマネジメント力を高めるための多様なコースが用意されている。特に管理看護師のキャリアコースは、病院長・施設長というトップマネジャーへの挑戦も可能である。加えて、高齢者施設での医療・看護・介護サービスのコーディネート機能を高めるために誕生したコーディネーター看護師についても紹介する。

I. フランス医療制度の課題と最近のトピックス

フランスの医療機関は設置主体により、公的機関、民間非営利機関、民間営利機関に区分さ

れている。フランス調査研究政策評価統計局 (DREES) の調査によれば、2018年の医療機関数は3,042で内訳は、公的機関1,360 (45%)、民間非営利機関682 (22%)、民間営利機関1,000 (33%) である。病床数についても、公的機関24.3万床 (62%)、民間非営利機関5.6万床 (14%)、民間営利機関9.6万床 (24%) と、いずれも公的機関と民間非営利機関が7割を占め、中心的な役割を担っている。

医療機関は急性期病院、長期療養型病院、精神病院に分かれており、急性期病院の平均在院日数は5.4日と短い。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、給付率はほぼ80% (医療行為や薬の種類によって異なる) であるが、国民のほとんどが補足医療保険に加入しているので、残りはこちらから支払われる。結果として窓口での自己負担はほとんどない。

フランス医療制度については、保健医療サービスへの不便なアクセス、制度の縦割りによる病院・診療所・高齢者施設等の連携体制の未整備、医療従事者の負担増大と賃金の低さ (特にコメディカル職)、デジタル化の遅れなど、さまざまな問題を抱えていた。

フランス医療制度現代化法 (Loi n.2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du notre système de santé ; 2016年1月26日法) は、オランダ政権下で行われた医療制度改革である。本法の目的は、高齢化の進展や慢性疾患の問題に対応するとともに、不平等を是正し、保健医療システムを現代化させることを目的としており、保健予防を強化し、医療へのアクセスを強化するとともに、患者のための新たな権利を保障することにある。

「医療へのアクセス」とは国民が必要なときにどの程度必要な医療サービスを受けられるかという平等性の指標であり、医療機関への距離はもちろん、医療サービスの自己負担価格や医療機関選択の自由の有無、診察を受けるまでの待ち時間の長さなども含まれる。

2020年7月にまとめられた「セギュール報告

書」には、4分野33項目の合意事項が記せられている。第1分野「医療従事者の待遇を改善し、評価を引き上げる」（8項目）の一つに、「高度実践看護師（IPA）の広がりを促進する」と明記された¹⁾。

Ⅱ. 医師・看護師の就業状況と看護師の「固有の役割」

フランス公衆衛生法典（Code de la Santé Publique）では、医師（medecin）、歯科医師（chirurgien-dentiste）、助産師（sage-femme）を「医療職」と位置づけ、「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。これら3職種は所轄の県医師会、歯科医師会、助産師会への名簿登録が義務づけられている。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医師会等には登録できない。

フランス国内に勤務する医師数は、2019年1月時点で226,859人、内訳は総合医102,169人（45%）、専門医124,690人（55%）である。OECD（2021）によれば、2019年の人口千人当たりの医師数は3.2人で、OECDの平均3.5人より少ない（表1）。戦後のベビーブーム世代の大量引退もあって、医師不足が顕在化してきている。そのため、近年は医学生数の枠を増加さ

せる措置を講じている²⁾。また、わが国と同様に地域や診療科ごとに医師数の差があるという問題も生じている。

フランス国内に勤務する看護師数は2021年1月時点で764,260人、内訳は医療機関に勤務している看護師490,197人（64%）、開業看護師135,027人（17.6%）、その他（高齢者施設などに勤務）139,036人（18.2%）である。OECD（2021）によれば、2019年の人口千人当たりの看護師数は11.1人で、OECDの平均8.8人を上回る。

フランスの看護師は医師の補助的役割という位置づけで、低い賃金水準が続いている³⁾。1980年代になり、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た。そのため、医師が実施していた医療行為が徐々に看護師に委譲されるようになり、かつ看護補助者である医療系介護士（DEAS：Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant）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⁴⁾。

また、医師から委譲された業務について、看護師の「固有の役割」（role propre）としてデクレに明記しようとする動きが活発になった。医師会等の反対を乗り越えて1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記された。これは看護師の自律性を承認する大きな出来事であった。

デクレに明記されたことをきっかけに、看護行為は雇用連帯省2004年7月29日「看護職実践・職業行為に関する法」（以下、行為）に明確された。行為は5段階に分類されている（本稿ではこれら行為をA.B.C.D.Eと記す）。

- ・Aは、看護師が判断・決定して行う行為（医師の指示や処方はいらない、いわゆる療養上の世話に該当する）
- ・Bは、医師の処方やプロトコールにもとづき、看護師が単独で行う行為：中心静脈路（血管）確保、ドレーンの交換や除去など34行為
- ・Cは、医師の処方やプロトコールにもとづき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為：中

表1 フランス基本情報（2019年）

総人口（千人）	67,410
平均寿命（年）	男性79.1／女性85.1
医療費対GDP（%）	12.4
失業率（%）	8.0
高齢化率（%）	20.7（65歳以上）、9.5（75歳以上）
合計特殊出生率	1.83
医師数（千人） （人口千人当たり）	213.2（32）
平均在院日数（日）	5.4

出所：OECD, Health Statistics 2021

心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入やカテーテルの抜去など10行為

・Dは、医師が行う際に介助ができる行為：負荷または薬剤使用下での心電図や脳波の記録など10行為

・Eは、専門看護師に限って行える行為

看護師の「固有の役割」と「看護職実践・職業行為に関する法」の詳細については、篠田(2011)を参考にされたい。

このように、B「医師の処方やプロトコールにもとづき、看護師が単独で行う行為」、C「医師の処方やプロトコールにもとづき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為」は2004年から法的に認められており、さらに専門看護師に限って行える行為もあり、わが国の特定看護師が行っている特定行為はすでに実施されていた経緯がある。特定看護師と特定行為については後述する。

Ⅲ. フランス専門看護師制度と開業看護師

フランスの看護師(infirmière)と助産師(sage-femme)の教育プログラムの根拠法は公衆衛生法典に定められているが、看護師の管轄は保健省、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で、免許の更新はない。

フランスの看護教育は専門学校が主流であるが、2010年のEU間のボローニャ・プロセスL-M-D学位システム導入に伴って、単位互換を可能とする教育改革が進められ、3年間で5,100時間のカリキュラムを修了すれば、大学課程一般教育課程修了証書(Licence Professionnelle)が与えられ、ヨーロッパ互換単位180クレジットを取得できるようになった。2009年の看護師養成カリキュラム改訂では、3年間で5,100時間(理論2,100時間・臨床実習2,100時間・個別指導学習900時間)とし、10のコンピテンシーが示された。2009年のカリキュラム改正とL-M-D学位システムの詳細については、刀根(2014)の論文を参考にされたい。

1. 専門看護師と管理看護師

フランスでは古くから専門看護師制度が導入されている。戦後もない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(puéricultrice)」が誕生した。さらに、手術と麻酔技術の高度化に伴い1960年に「麻酔専門看護師(infirmier-anesthésiste)」、1971年に「手術室専門看護師(infirmier de bloc opératoire)」が誕生した。

専門看護師になるためには、看護師として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、小児専門看護師は実務経験を問われない)。教育期間は、小児専門看護師12か月、麻酔専門看護師24か月、手術室専門看護師18か月である。修了後は国家試験を受けて、合格すれば地方公衆衛生局に登録する。

管理看護師は4年以上の実務経験が必要になる。フランスではより専門的な看護師を目指すか、あるいは管理・教育者を目指すのかを選択する仕組みになっている。管理看護師にはキャリアアップのための多様なコースが用意されており、グランゼコール(Grande école)課程を修了すれば病院長にもなれる。管理看護師の養成課程については後述する。

看護師・専門看護師数の推移を表2に示す。専門看護師は看護師と同様に微増しており、2018年時点で57,755人、全看護師に占める割合は8.2%で推移するものの近年は横ばいが続いている。

2. 開業看護師制度

フランスでは看護師が自宅やオフィスで開業する開業看護師(infirmier libéral)が認められており、医師の処方があれば看護(訪問看護含む)サービスを提供することができる。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。

2000年に47,407人であった開業看護師数は、2013年に92,803人、2021年には135,027人に増加

表2 フランスの看護師数と専門看護師の推移

	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
全看護師数（人）	616,573	638,248	660,611	681,459	700,988
専門看護師数（人）	51,118	52,464	54,176	56,040	57,755
小児専門看護師	18,490	19,074	19,834	20,699	21,385
麻酔専門看護師	9,465	9,709	9,989	10,311	10,649
手術室専門看護師	7,110	7,225	7,427	7,617	7,851
管理看護師	8,878	9,307	9,821	10,367	10,866
専門看護師率（％）	8.3	8.2	8.2	8.2	8.2

注：専門看護師数には、表中以外の職種も含まれる。

出所：DREES, 2018

している。20年間でおよそ3倍も増えている理由の一つに、地域で働くことの魅力が増しているものと思われる。

開業看護師が提供するサービスの報酬は、注射や創処置などの「医療的看護行為」（AIM：Actes Infirmiers Médicaux）、身体の清拭や褥瘡予防など療養上の世話である「ケア的看護行為」（AIS：Actes Infirmiers de Soins）、ケアプランなどを策定する看護ケア過程（DI：Démarche de soins Infirmiers）に区分され、疾病金庫から各行為の報酬に応じて出来高払いで支払われる⁵⁾。

開業看護師が行う全てのサービスは、あくまで医師の処方にもとづいて実施されることが前提で、病院に勤務する看護師であれば独自の判断で行うことができる療養上の世話などのケア的看護行為（AIS）に関しても、医師の処方が必要である。

Ⅳ. 高度実践看護師（IPA）の養成課程と看護職実践・職業行為

フランスでもNP創設の議論が2016年頃から始まった。その背景には、①人口の高齢化とそれに伴う高齢の慢性疾患患者の急増、②医療アクセスの改善と医療機関・在宅ケア・高齢者施設の連携システムの構築、③医師の業務負担の軽減と看護師への業務の委譲、医師と看護師の新しい協力体制の構築、④看護師がより高度な

業務を実践することで、社会的評価を高め、賃金水準を上げる、⑤プライマリケア体制の強化などがあった。

NPは1965年アメリカで始まった制度で、わが国でも2008年にNP教育がスタートし、2020年3月には487名のNPが誕生している。日本NP教育大学院協議会によれば、NPとは「本協議会が認めるNP教育課程を修了し、本協議会が実施する資格認定試験に合格した者で、患者のQOL向上のために医師や多職種と連携・協働し、倫理的かつ科学的根拠に基づき一定レベルの診療を行うことができる看護師」と説明している。同協議会ではNPを「診療看護師」という呼称を用いている。

フランス版NPの正式名称は、高度実践看護師（IPA：Infirmiers en Pratique Avancée）である。2018年9月に、フランス国内の大学・大学院でIPA養成プログラム（2年間）が開始され、2019年度の修了生は63人、2020年度は260人である。

以下にIPAの概要と養成課程、IPAに認められている「看護職実践・職業行為」の具体的な内容、裁量権の範囲、報酬体系、IPAの給与について述べる。

1. IPAの概要と養成課程

・根拠法：医療制度現代化法（2016年1月26日法）第119条、「高度な看護実践に関するデクレ」（No 2018-629）、2018年7月18日公布

・ **資格要件**：看護師として3年間の実務経験後、フランス国内の大学・大学院で開講されているIPA修士課程において2年間（4セメスター）、120単位を取得すること。修士課程の在學生は2年次から編入できる。入学希望者は、5つの専攻から希望する専攻を選択する（ただし、精神専門看護師は精神疾患専攻のみ選択すること）。

・ **主な養成大学・大学院**：Paris Est Créteil Sorbonne Université、AMU Aix Marseille Université や Université de Paris など35か所の大学・大学院。

・ **教育内容**：

【1年目】共通基幹科目（第1・2セメスター）を履修する。以下、主な内容である。

- ・ インテーク面接、病歴聴取、ハイリスク者のスクリーニング検査と判定
- ・ 遠隔診察（オンライン診察）とデータ収集・分析方法
- ・ 診断した病状および健康状態に関するアセスメント
- ・ 患者のケアプラン全体における治療コンプライアンス
- ・ 薬物療法の副作用の判断と解釈
- ・ 医療チームと介護チームが作成したケアプランの整合性の確認

【2年目】以下の5つの専攻から1専攻を選んで履修する（第3・4セメスター）。

・ **5つの専攻**：

- ① 症状が安定している慢性疾患（PCS：Pathologies Chroniques Stabilisées）
- ② 精神疾患（SMP：Santé Mentale et Psychiatrie）
- ③ 腫瘍・血液腫瘍（OH：Oncologie-Hématologie）

④ 腎疾患・人工透析・腎臓移植（NDT：Néphrologie-Dialyse et Transplantation rénale）

⑤ 救急科（Urgences）2021年に新設された。具体的な内容は、専攻ごとの固有の行為に示す。

【現場実習】

- ・ 第2セメスターにおいて、協力医療機関で2か月間実習する。
- ・ 第4セメスターにおいて、協力医療機関で自己の専門領域と一致する診療科で4か月間実習する。

【修士論文】

第4セメスター修了後に、修士論文のテーマと指導教員を選び、論文を作成する。

【修了要件】

2年間（4セメスター）120単位の取得、所定の現場実習の履修、修士論文の提出により総合的に判断する。

・ **勤務場所**：医療機関、医療付き高齢者施設、グループ診療所など、基本的には医師の管理する医療チームの一員として活動する。単独での行動は禁止され、一人で開業することはできない（開業看護師は単独でIPA業務は実施できない）。

・ **在籍者数と修了生数**：UNIPA/IPA連合（高度実践看護師連合会）の調査によれば、2020-2021の在籍数はM1（1年生）729人、M2（2年生）664人である。専攻別の内訳は、①症状が安定している慢性疾患（PCS）360人、②精神疾患（SMP）143人、③腫瘍・血液腫瘍（OH）108人、④腎臓疾患、人工透析、腎臓移植（NDT）53人であり、M2では①PCMが54%と半数を占めている（表3）。修了生は2019年63人、2020年260人と徐々に増えているが、フランス政府が目標にしている2022年3,000人、2024年5,000人には届きそうにない。

表3 高度実践看護師（IPA）の在籍数（2020-2021）

（人）

M1	M2	M2PCS	M2SMP	M2OH	M2NDT	合計
729	664	360 (54%)	143 (22%)	108 (16%)	53 (8%)	1,393

出所：WWW.unipa.fr（2021年2月8日アクセス）

2. IPAに認められている「看護職実践・職業行為」

IPAに認められている具体的な「看護職実践・職業行為」について紹介する。これらの行為は、2018年7月18日デクレで定められており、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」を改正したものである。行為は広範囲に渡っており、①5つの専攻ごとの固有の行為、②医師の処方なしでIPAに許可される行為、③IPAが予防・モニタリング目的で処方できる検査、④IPAが更新できる処方、⑤IPAが処方できる器具・衛生材料等に分類されている。

【5つの専攻の固有の行為】

①症状が安定している慢性疾患：公衆衛生法典で指定されている「症状が安定している慢性疾患」は次の通りである。

- ・脳卒中、動脈硬化症、心臓疾患（冠状動脈疾患）、1型糖尿病と2型糖尿病、慢性呼吸不全、アルツハイマー病およびその他の認知症、パーキンソン病、てんかん
- ・病状や症状のモニタリングと検査の処方、安定期に限定した処方箋の更新と投与量の調整、身体機能の評価、禁煙治療の処方と更新、アルコール離脱治療の処方箋の更新など

②精神疾患：公衆衛生法典では特定の精神疾患名は明記されていない。精神障害、神経発達障害、行動障害などの既往歴、臨床症状、検査データを収集し、薬物治療（精神安定剤・神経弛緩剤・抗てんかん薬）や各種セラピーの効果、副反応、モニタリングを実施し、症状が安定していれば処方箋を更新する。複数の専門家と連携・協働し、緊急時の対応や入院を回避する方法を共有する。

③腫瘍・血液腫瘍：全人的なケアを提供するとともに、病状の変化などのリスクマネジメントを講じる。腫瘍マーカーなど治療の効果と副作用のモニタリング。緩和ケアや心理療法など適切な支持療法をタイムリーに提供する。放射線療法のモニタリング。

④腎疾患・人工透析・腎臓移植：全人的なケアを提供するとともに、腎機能・代謝障害の評価をする。ハイリスク因子の除去と人工透析の回避。免疫抑制剤のモニタリング。腎臓移植前評価と生体ドナーの前評価。

⑤救急科：公衆衛生法典で言及されている救急時の介入は、次のとおりである。介入の際、医師の指導・監督のもとで対応する。急性腹症、急性心筋梗塞・狭心症、重度な心不全、喘息などの呼吸困難、中毒、広範囲のやけど・凍傷、意識障害を伴う低血糖、小児の熱性けいれん、乳児の下痢・嘔吐など。

【医師の処方なしでIPAに許可される主な行為】

- ・血流量計測
- ・静脈カテーテル挿入と抜去
- ・粘膜採取、分泌物採取、排出物採取、無菌尿採取
- ・特殊ガーゼ交換と観察
- ・皮膚にあるマテリアルの除去・抜糸
- ・弾性包帯の使用・固定・除去
- ・医薬ガーゼ使用の更新と除去
- ・胆嚢ゾンデと洗浄用直腸ゾンデ設置、傷・潰瘍・瘻・ストーマの器具サーベイ
- ・血液・腹膜透析および血漿交換の開始と終了
- ・メディエーションテクニックを使ったセラピー

【IPAが予防・モニタリング目的で処方できる検査】

- ・視力検査・眼機能検査
- ・Mydriaseを使って・使わないレチノグラフィー
- ・心電図・ホルター心電図
- ・呼吸機能検査
- ・脳波
- ・フォロー目的の画像検査
- ・頸動脈ドップラー
- ・シャント血流量検査
- ・血液検査（血液一般、生化学、免疫機能、CRP、ヘモグロビンA1c、血中ガス濃度など）
- ・細菌検査（上皮・粘膜採取含む）
- ・腫瘍マーカー

【IPAが更新できる処方】

- ・公衆衛生法典L第4311-1にある看護師固有の

予防・教育活動、ワクチン接種

- ・1年未満の処方箋更新（ただし、経口ピル薬や避妊薬など例外あり）
- ・プロトコルにもとづく処方薬の投与量変更（ただし、必ず血液検査結果をみて変更する）
- ・ニコチンパッチ、消毒薬、生理食塩水

【IPAが処方できる器具・衛生材料等】

- ・移動補助器、杖、歩行器、車いす（3か月未満のレンタル）
- ・ウィッグ
- ・乳房パッド
- ・衛生材料

※IPAは、初診以外は状況に応じてオンライン診療を行うことが可能である。

3. IPAの報酬体系

IPAが行うサービスの報酬は、AIM（医療的看護行為）については開業看護師等と同じ報酬であるが、IPA定額加算がある。「初診」1回のみ算定20ユーロ、「再診（年1回の看護計画策定料・医師のプロトコルの確認）」58ユーロ90セント、「再診（年3回のサーベイランス、多職種連携コーディネイト料）」32ユーロ70セント、「年齢加算（7歳以下の小児、80歳以上の高齢者）」一人につき3ユーロ90セントである。

4. 公的医療機関に勤務するIPAの給与

フランス看護師の多くは公的医療機関に勤務し、給与は公務員の俸給表に定められている。2019年の平均給与は、OECD加盟国32か国中28位と低い。IPAの給与も一般看護師と同様に俸給表に定められている。2021年の新卒IPAの給与は月額2,216.49ユーロであり、これに夜勤手当等が加算される。フランスの最低賃金は、月額1,603.12ユーロであり、IPAを取得しても給与の低さは変わらない。卒後5年目のIPAは2,478.91ユーロ、10年目は2,755.38ユーロである。これに夜勤手当等が加算されるものの、低い水準である（表4）。

前述したように、フランス政府は2022年度

表4 高度実践看護師（IPA）の給与表（2021）

俸給級	経験年数	基本給（ユーロ）
1	0～2年未満	2,216.49
2	2年以上～4年未満	2,347.70
3	4年以上～6年未満	2,478.91
4	6年以上～9年未満	2,614.80
5	9年以上～12年未満	2,755.38
6	12年以上～15年未満	2,900.65
7	15年以上～19年未満	3,050.60
8	19年以上～23年未満	3,209.93
9	23年以上	3,383.31

出所：https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere-auxiliaire-medical-classe-normale/1/6639/11496.htm（2022年2月10日アクセス）

3,000人、2024年度5,000人のIPA養成を目指しているが、低い給与水準が改善されなければ目標達成は難しいと思われる。

V. フランスの看護管理者養成教育は多様

IPAのような高度実践看護師を求める一方で、多職種連携・協働や医療・介護サービスのマネジメントの高まりを受けて、看護管理者に対する教育が多様化している。経営学修士（MBA：Master of Business Administration）との単位交換やクレジット制を導入したり、グランゼコールに看護ディレクターや病院長コースを設立するなど、多様なトップマネジャーコースが用意されている。グランゼコールとはフランス独自の高度専門職業人を養成するエリート大学・大学院教育で、古くから発達している⁶⁾。

表5にフランスの看護管理者養成教育の概要を示す。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。さらに管理看護師は、①保健医療管理職（Cadre de Santé）、②上級保健医療管理職（Cadre Supérieur de Santé）、③看護ディレクター（Directeur des Soins）でこちらは看護部長レベルに該当し1級と2級に階層化されている。③の看護ディレクターは、国家試験に合格する

表5 フランス看護管理者養成教育の概要

資格の種類	保健医療管理職 (Cadre de Santé)	上級保健医療管理職 (Cadre Supérieur de Santé)	看護ディレクター (Directeur des Soins)	病院長
前提条件	看護師または専門看護師 の免許取得者で、 臨床経験4年以上	保健医療管理職の国家 免許を有する。修士 課程修了またはマネ ジメント研修終了など を重視	保健医療管理職または 上級保健医療管理職 の実務経験5年以上	CNGの選抜試験に合 格した者
教育機関	保健医療管理職養成 校（国内40か所）	なし	EHESP（2010年より フランス政府の委託）	EHESP（2005年より フランス政府の委託）
教育期間	10か月	なし（実践での教育・ 訓練）	12ヶ月	24か月
資格のタイプ	国家免許	国家免許	国家免許	国家免許
資格試験の有無	国家試験	書類審査	国家試験	国家試験
根拠法	デクレN°2008-806 (2008年8月20日)	デクレN°2012-1466 (2012年12月26日)	デクレN°2010-1138 (2010年9月29日)	デクレN°2005-1112 (2005年8月2日)
更新制度	なし	なし	なし	なし

出所：篠田道子（2020）「フランスの看護管理者教育と活躍する管理者たち①－フランス高等教育課程と看護管理者教育－」『看護管理』, 30(09), p.857

と看護ディレクター2級の資格が与えられる。さらに、5年間の実務経験と昇進試験に合格すると看護ディレクター1級の資格を得ることができる。

これらとは別にグランゼコールの病院長コースに進学し、24か月の教育訓練を受け、国家試験に合格すれば病院長にもなれる。看護ディレクターと病院長のコースは、フランス政府よりグランゼコールの一つであるフランス公衆衛生高等研究院（EHESP：École des Hautes Études en Santé Publique）に教育が委託されている。管理職になると、職場の重要なポストに就くようになる。これらは、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。

本稿では、保健医療管理職（臨床のマネジャー）と、グランゼコールEHESPの病院長コースの養成課程の概要を紹介する。

1. 保健医療管理職教育概要

保健医療管理職とは、臨床現場のマネジャーであり、保健医療分野における幅広いマネジャー養成を目指すため、2010年からは多職種にも養

成校への入学が認められている。以下に概要を示す。

- ・対象者資格：看護師、栄養士、作業療法士、リハビリ士、補聴器技師、放射線技師、言語聴覚士、臨床検査技師、心理士、足指補正士
- ・要件：上記職に従事する資格保有者
上記職にフルタイム勤務4年以上
- ・選抜試験：筆記試験 医療・社会福祉関連記事に関する記述（4時間、20点満点）
書類審査 履歴書・志望動機書（20点満点）
面接試験 上記書類をプレゼンテーション（10分間）の後、審査員より口頭試問を受ける（20分間）

【カリキュラムの内容・時間・特徴】

- ・期間：42週（うち2週間は個別学習、1週間は休暇）
- ・履修内容：6カリキュラム
管理学導入（6週間）、公衆衛生学（3週間）、実技の分析と研究への導入（3週間）、管理職の役割と機能（9週間）、教育の役割と機

能（9週間）、上級管理職の役割と機能および職業教育（9週間）

- ・認定：上記6カリキュラムを全修了した者に、県より資格が発行される。
- ・修了生：ほとんどが臨床現場のマネジャーとして勤務を継続しているが、一部は大学院に進学して看護部長や副病院長を目指す人もいる。

2. グランゼコールEHESPにおける病院長コース (Directeur d'hôpital)

病院長の養成は、フランス政府から2005年8月2日デクレでグランゼコールの一つであるフランス公衆衛生高等研究院 (EHESP) に委託されている。以下に概要を示す。

- ・入学試験：試験は記述試験（小論文）で、医療・社会福祉のマネジメントを総合的に判断するものである。
- ・授業料：研修期間中は最低月額1,743.20ユーロの報酬が給付されるため、自己負担はほとんどない。

【カリキュラムの内容・時間・特徴】

- ・研修期間：24か月
- ・講義（12か月）：公衆衛生、多職種連携、プロジェクト戦略、人材マネジメント、財務管理、医療オーガナイズーション、地域間協力とパートナーシップ、運営管理、リスクマネジメント、医療機関法、病院広報、病院マーケティング、公共医療物流システム、医療建築とテクノロジー
- ・実習（12か月）：3種類に分かれている。①病院実習：病院現場の観察と理解、②マネジメント実習：①と同じ病院でマネジメント実習を行う、③外部実習：海外の医療機関またはフランス国内の企業でマネジメント実習を行う。旅費はEHESPが負担する。最後に実習の総括として論文にまとめる。
- ・専門研修（3か月）：研修後の最初の赴任先となる病院で、役職（副病院長など）に応じた専門研修を行う。

VI. 新たな専門職としてのコーディネーター看護師

1. コーディネーター看護師とは

医療付き高齢者施設 (EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) の増加に伴って、施設内の医療・看護・介護・リハビリテーションサービスのコーディネーターが高まり、EHPADに勤務している看護師からコーディネーター看護師 (infirmier coordinateur または infirmier référent) という新たな資格を創設する動きが活発になってきた。コーディネーター看護師という職名は、2002年頃から確認されている。コーディネーター看護師は、老人医学・看護・介護の知識にもとづいたマネジメントの知識とスキルを持ち、高齢者施設・住宅や在宅医療・看護の連携の要としての役割が期待されている。

2014年にコーディネーター看護師の国家認定課程が整備され、本課程を修了すれば国家認定コーディネーター看護師の資格を取得できる。規定するデクレが未整備であったが、2021年7月7日フランス社会連帯大臣付き高齢者政策担当に提出された「EHPADとUSLD（病院内高齢者長期入院病棟）における患者の医療改善策に関する調査報告書」(Claude JEANDEL-Olivier GUERIN レポート) の28種類の提案事項の一つに、コーディネーター看護師という職種をデクレで認めることが提案された。今後は、社会連帯大臣とコーディネーター看護師連盟 (FFIDEC : Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices) が話し合いを重ねて、法整備を行う段階にきている⁷⁾。

現在はEHPADに優先的にコーディネーター看護師を配置している。その理由は、当該施設における重度要介護高齢者の増加による医療ニーズの高まりである。EHPADとは、60歳以上の医療・介護の必要な高齢者を受け入れる施設で、2001年の設立以来増え続け、2016年の入居者数は728,000人である。平均年齢は85歳、

5人に1人が認知症で、わが国の医療療養病床に近い機能を持っているが、常勤医師は配置されず嘱託医で対応している⁸⁾。

EHPADは原則として個別自律手当（APA：Allocation Personnalisée d'Autonomie）で要介護状態と判定された人を優先的に入居させている。GIR（要介護度）1：最重度と、GIR 2：重度を合わせると55%を占め、入居者の重度化が進んでいる⁹⁾。

2. パリ・デカルト大学におけるコーディネーター看護師養成課程の概要

本稿では、パリ・デカルト大学におけるコーディネーター看護師養成課程（IDEC：Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices）の概要を紹介する。本課程は、2014年に設立されたフランス政府公認の国家認定養成課程である。これまでに約300名の修了生を輩出してきた。

【基本情報】

- ・入学資格の要件：①看護師の国家資格を有している、②看護業務の実務経験が3年以上ある、③コーディネーターに関連する職務の経験がある、またはその職務に就くことを希望していること。
- ・定員：70名（2019年度の応募者数は120名）
- ・入学者の年齢・男女比：平均年齢は45～50歳で、ほとんどが長年にわたり高齢者医療・看護に従事してきたミドルマネジャーである。男女比は、女性9割、男性1割。
- ・研修期間：1月～6月の6か月（時間数換算で182時間）
- ・入学金と授業料：1,700ユーロ＋手数料300ユーロ
多くの学生が雇用者負担で学んでいるため、自己負担金はほとんどなし。
- ・修了要件：①規定の出席要件を満たすこと、②規定の実習時間を満たし、修了判定に合格すること、③修了試験（筆記試験・論文・口頭試問）に合格すること。これまでの合格率は90～95%である。

【カリキュラムの概要】

① 4つの獲得目標

- ・マネジメント能力の開発
- ・高齢者施設におけるコーディネーター看護師の役割の位置付けの把握・理解
- ・現行法とガイドラインにもとづいた品質管理の原則と手法の習得
- ・医療プログラムを推進実行するための手法の習得

② 講義（112時間）

- ・高齢者のための社会医療政策と関連法規
- ・在宅と施設の高齢者ケアに関する疫学、心理学、医学、倫理学
- ・多職種連携とサービスのコーディネーション
- ・看護・介護サービスの品質管理と評価
- ・看護・介護サービスの財務管理
- ・マネジメントの原則・理論・手法：プロジェクト管理、リスクマネジメントなど

③ 実習（70時間）

1日（7時間）×10日間実施する。実習施設は、EHPAD、病院の老人科病棟、在宅入院機関（HAD：Hospitalisation à Domicile）、訪問看護ステーションの中から選択する。EHPAD（5日間）と訪問看護ステーション（5日間）の組み合わせを選択する人が多い。

3. EHPAD コーディネーター看護師を配置する意義

EHPADには医療ニーズの高い要介護高齢者が数多く入所されている。しかし、医師や看護師の配置は手薄く、夜間は介護職のみで対応しているのが現状である。看護師は多職種・他機関との連携にストレスを感じており、離職率も高くなっている。特に医師が不在の中、終末期ケアの提供に大きな不安を感じている。

EHPAD内での死亡割合は74%と高く、施設内の年間死亡者数は平均20人で、ほとんどの入所者とその家族は最期までEHPAD内でのケアを望んでいる。フランス終末期研究センター（ONFV）「EHPADにおける終末期ケア報告書」（2013年9月）によれば、EHPADの3割

がコーディネーター看護師を配置しており、さらに、コーディネーター看護師を配置しているEHPADの方が、施設内看取りを高めているという調査結果が示された。

このような調査結果や入所者・家族の満足度調査からEHPADのサービスの質向上のためには、コーディネーター看護師を育成することが必要と判断されている。

Ⅶ. まとめとわが国への示唆

1. わが国における認定看護師養成とフランス専門看護師制度との関係

厚生労働省医政局看護課「特定行為研修制度に関するトピックス」によれば、特定行為兼修を行う指定研修機関等は2020年8月現在222機関、特定行為研修修了看護師数は2,887人である。

この制度とは別に認定看護師制度の認定審査が1997年からスタートした。認定看護師(Certified Nurse)とは、ある特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を有する者として、日本看護協会の認定を受けた看護師で、以下の3つの役割を果たす。①個人、家族及び集団に対して、高い臨床推論力と病態判断力にもとづき、熟練した看護技術及び知識を用いて水準の高い看護を実践する(実践)、②看護実践を通して看護職に対し指導を行う(指導)、③看護職等に対しコンサルテーションを行う(相談)。教育期間は6か月以上で、看護師としての実務経験5年以上(そのうち認定分野3年以上)を有し、認定試験を経て登録される。これらはフランスの専門看護師・管理看護師に該当する。

さらに2015年に設立した特定行為研修制度を受け、認定看護師制度に特定行為研修を組み込み、新たな認定看護師制度を2020年4月からスタートさせた。2020年5月現在で21分野、20,721人の認定看護師が全国で活動している。

厚生労働省の調査によれば、2019年10月現在、在宅領域の特定行為研修修了者は、全修了者のうち約7%と少ない。その理由として、①患者

ごとに主治医が異なり、それぞれの医師が手順書を作成しなければならないこと、②制度に関する情報が十分医師に浸透していないことがある。

地域包括ケアシステムの構築を見据えた場合、在宅領域で就業する特定行為研修修了者数が伸び悩んでいるのは心もとない。フランスではこの領域をカバーする開業看護師の人気は高く、20年間で3倍増加し、2021年には全看護師の17%を占めるようになった。増加の背景には、地域で働くことの魅力が増していること、医師の処方箋があればある程度の裁量権が付与されているため、自律的に看護実践が展開できることがある。

また、新たに創設されたIPAは、チーム医療のもとでの裁量権が拡大している。わが国の在宅領域で頻度の高い4行為(気管カニューレの交換、胃ろうカテーテルまたは胃ろうボタンの交換、褥瘡または創傷の治療における血流のない壊死組織の除去、脱水症状に対する輸液による補正)は、すでにフランスでは看護師の「固有の役割」として認められていた行為もあったが、チーム医療のもとでIPAが実施できるようになった。

2. フランスではマネジメントや多職種連携を高める多様なコースが準備されている

フランスでは専門看護師や高度実践看護師(IPA)のように、高度に専門分化する看護師を養成する一方で、開業看護師、管理看護師、コーディネーター看護師という多職種連携やマネジメント機能を身につけた看護師も養成してきた。特に管理看護師には保健医療管理職(臨床のマネジャー)だけでなく、病院長や施設長などトップマネジャーになれるコースも用意されている。

2009年7月21日法により医療計画と地方健康計画が統合されたことで、制度上縦割りであった保健・医療・福祉・介護を包括した行動計画が策定されるようになった。これにより地域全体を大きな施設として捉え、在宅入院(HAD)

等をネットワークとして位置づけ、場所や制度を越えてサービスを提供する仕組みを整えてきた¹⁰⁾。つまり、フランスもわが国と同様に地域包括ケアシステムに舵を切ったため、看護管理教育にも地域マネジメントや多職種連携教育などが含まれるようになった。

わが国の特定行為研修修了看護師の行為は、フランスではすでに看護師の「固有の役割」のもとで、専門看護師や開業看護師が実践してきた経緯がある。さらにIPA創設によりさらなる拡大が期待されている。ただし、これらは医師の処方やプロトコルに準じて実施するものであり、あくまでもチーム医療の一貫として実践するものである。

3. 有機的なネットワーク形成には多様な看護師の配置が求められる

チーム医療や多職種連携には、コーディネーターやマネジメント機能が不可欠である。それゆえ、管理看護師（特に保健医療管理職）やコーディネーター看護師養成に舵を切ったことは、フランス版地域包括ケアシステム構築にも貢献するものと思われる。

また、在宅医療・ケアの要として存在しているHADにも管理看護師が配置され、開業看護師ともチームを形成している。つまり、フランスでは医療機関だけで専門分化した看護師を配置するのではなく、地域全体を見据えた専門看護師・管理看護師・コーディネーター看護師を配置し、さらに高度な実践についてはIPAを活用するという、多様な看護師によるネットワーク形成を目指している。つまり点ではなく、ネットワークのハブ（結節点）として、看護師を配置することで、有機的な連携ができるものと期待される。

超高齢社会の構築に向けて、少ない人的資源で多くの高齢者を支えるためには、医療の提供方法を変える（①病院・病床の機能分化、②在宅医療の推進、③チーム医療の推進、④看護師・医療スタッフの役割拡大）という方向性は、先進国ではほぼ共通の認識として確認されている。

いずれにしても人財育成とネットワーク形成が鍵になるものと思われる。

注

- 1) 「セギュール報告書」とは、セギュール医療全体会議で検討した内容を2020年7月に取りまとめたものである。次の4本の柱について検討された。
①医療従事者の業務内容を改善するとともに、評価を引き上げる、②医療介護サービスに対する財源確保をし、投資する、③医療チームの簡素化と効率化を図る、④保健医療介護分野での連携を高め、ネットワーク形成を促進する。
これらについては、在フランス日本国大使館参事官である大来志郎氏のレポート（『ファイナンス』；2021年9月・10月号）「コロナ危機下におけるフランスの制度改革の行方～医療提供体制改革編・上下～」に詳細にまとめられている。
- 2) 医学部の定員増が検討されており、2021年3月からは、同年秋以降、5年間にわたり、医学部2年生の定員を2,000人（前年比14.3%）増やす計画を発表した。
- 3) フランス看護師の平均給与は現在も低い水準にとどまっている。OECD（2019）によれば、OECD32か国中28番目と低い。公的医療機関に勤務する看護師は公務員としての俸給表によって定められており、新卒～2年目までが1,513ユーロ+夜勤手当等、10年目で1,778ユーロ+手当等と低い。
- 4) 看護補助者である「医療系介護士（DEAS Diplôme d'Etat d'Aide-Soignant）」は、2007年に国家資格化された。この資格は、看護スタッフの一員として、看護師の責任の下で、患者の療養生活を支援する（いわゆる療養上の世話）。主な業務は、排泄ケア、移動、食事介助、褥瘡予防等である。2012年の就業者数は約39万人で、10年前に比べて20%増加した。30歳以下の失業者の受け皿になっており、離職率は48.3%と高い。
- 5) 疾病保険の償還対象となる医師・歯科医師・助産師・コメディカル職による医療行為については、医療行為共通分類（CCAM）で規定されている。看護師が行うAIM（Actes Infirmiers Médicaux）は3.15ユーロ、AIS（Actes Infirmiers de Soins）は2.65ユーロ、DI（Démarche de soins Infirmiers）は2.50ユーロである。

- 6) グランゼコール (Grande école) とは、フランスにおける独自の高等職業教育機関である。フランスでは古くから大学教育とは別に高度専門職業人養成教育が盛んで、その受け皿としてグランゼコールがエリート教育を行っている。教養としての学問や教育ではなく、社会に直接寄与する「高度専門職業人の養成」を理念としている。グランゼコールに入学するためには、バカロレアを取得後、グランゼコール準備級を経て各学校の入学選抜試験に合格しなければならない(バカロレア取得後に、準備級を経ずに直接入学できる学校も一部ある)。フランスのグランゼコールは多様で、技師系、商業・経営系、社会科学系、行政・司法系、軍事系など300校以上ある。
- 7) フランスコーディネーター看護師連盟(FFIDEC: Fédération Française des Infirmières Diplômées d'Etat Coordinatrices)は全国のコーディネーター看護師の代表機関として、国家または地方権威機関との交渉窓口となり、コーディネーター看護師を、資格、使命、研修制度などを法的に定められた正式な職業にすると、ホームページで紹介している (<https://ffidec.fr>)。設立は2016年5月で、2019年度の会員数は約500名、入会金は25ユーロである。
- 8) EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) は、医療付き高齢者施設と訳される。60歳以上の医療・介護の必要な高齢者を受け入れる施設であり、わが国の医療療養病床に近い機能を持っている。フランスでは、高齢者向け住居施設に医療機能を付与する政策を推進してきた。そのため、利用料金が高くなる傾向にある。

筆者が2019年に訪問したEHPAD Le Boisquillon レジデンス・ル・ボウキヨン(2005年設立、パリ郊外)の料金表を示す。料金は部屋のタイプによって異なる。以下は、部屋代、食事、介護サービスすべて含んだ料金である。1か月の入居費用は、1人で入居している場合は2,820～3,870ユーロ、夫婦で入居している場合は、4,530～5,130ユーロと高額である。自炊する場合は、1.5～9.0ユーロ/日が差し引かれる。

料金表(2019年)

部屋面積	1人1日 (30日間)	2人1日 (30日間)
30㎡	94ユーロ (2,820ユーロ)	—
40㎡	109ユーロ (3,270ユーロ)	151ユーロ (4,530ユーロ)
50㎡	119ユーロ (3,570ユーロ)	161ユーロ (4,830ユーロ)
70㎡	129ユーロ (3,870ユーロ)	171ユーロ (5,130ユーロ)

APAからの給付はGIR 3・4が12.31ユーロ/日(1か月369ユーロ)、GIR 5・6は1か月156ユーロと少ない。APAの給付金は県から直接入居者に振り込まれる。

- 9) 個別自立手当 (APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie) は、2002年1月1日に施行された介護制度である。財源は税金で、介護扶助(社会福祉の位置づけ)である。ドイツの介護保険制度に準拠したシステムで、要介護認定やケアプラン作成などを位置付け、要介護度別にGIR 1(最重度)～GIR 6(自立)までの6区分による給付を行っている。
- 10) 在宅入院 (HAD: Hospitalisation à Domicile) とは、「病院勤務医およびかかりつけ医により処方される患者の在宅における入院である。予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)、多職種連携により、継続性を要する治療を自宅で提供するサービス」と定義されている。患者の自宅を病床とみなし、医療ニーズの高い患者に対し、HADが病院の医療チームと、かかりつけ医を含む開業看護師と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。制度を支えるコーディネーターは、HAD所属のコーディネイト医師とコーディネーター看護師である。

参考文献

- Claude JEANDEL-Olivier GUERIN (2021) Unités de Soins de Longue Durée Et EHPAD: Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
DREES (2019) 「Les Retraités et les retraites édition 2019」 「Minima sociaux et prestations sociales édition 2019」
<https://www.ars.sante.fr/les-communautes-professionnelles-territoriales-de-sante>

DREES2018

OECD Health Statistics 2021 <<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>>

医療システムの現代化法 (l'article 119 de la Loi No 2016-41 du 26 Janvier 2016) <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913702/#:~:text=%C2%AB%20Sont%20tenues%20de%20se%20faire,l'exercice%20en%20pratique%20avanc%C3%A9e.>

フランス終末期研究センター (ONFV) <<https://sites.google.com/site/observatoirenationalfindevie/>>

フランス専門看護師数 <<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3707>>

フランス高度実践看護師統計表 (UNIPA/IPA 連合) <www.unipa.fr>

フランス開業看護師数:医療従事者台帳 (RPPS-ADELI :Repertoire Partag des Professionaels Intervenant dans Systeme de Sante-ADELI)

フランス公的医療機関に勤務している看護師の給与体系 <<https://www.syndicat-infirmier.com/Grilles-salaires-infirmiers-a-l-hopital-en-2021.html>>

フランス公的医療機関に勤務しているIPAの給与体系 <<https://www.emploi-collectivites.fr/grille-indiciaire-hospitaliere-auxiliaire-medical-classe-normale/1/6639/11496.htm>>

厚生労働省医政局看護課看護サービス推進室 (2021)「特定行為研修制度に関するトピックス」 <https://www.nurse.or.jp/nursing/tokutei_katsuyo/symposium/pdf/2020/mhlw_document.pdf>

日本看護協会編 (2021)『令和2年度版看護白書』日本看護協会出版会 p.227

大来志郎 (2021)「コロナ危機下におけるフランスの制度改革の行方～医療提供体制改革編・上」『ファイナンス』 Sep. pp.29-37

大来志郎 (2021)「コロナ危機下におけるフランスの制度改革の行方～医療提供体制改革編・下」『ファイナンス』 Oct. pp.18-27

篠田道子 (2011)「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－」『海外社会保障研究』 No.174, pp.30-41

篠田道子 (2020)「フランスの看護管理者教育と活躍する管理者たち①－フランス高等教育課程と看護管理者教育－」『看護管理』 30 (09) , pp.854-858

篠田道子 (2020)「フランスの看護管理者教育と活躍する管理者たち②－グランゼコールEHESPによる保健医療福祉のトップマネジャー養成－」『看護管理』 30 (10) , pp.930-934

篠田道子 (2020)「フランスの看護管理者教育と活躍する管理者たち③－保健医療管理職養成教育は臨床のマネジャーを要請－」『看護管理』 30 (11) , pp.1010-1014

篠田道子 (2020)「フランスの看護管理者教育と活躍する管理者たち④－コーディネーター看護師は高齢者施設・在宅ケアの連携の要－」『看護管理』 30 (12) , pp.1100-1104

刀根洋子 (2014)「フランスの看護教育－2009年カリキュラム改正とL-M-D学位システムの構築－」『目白大学健康科学研究』 第7号, pp.53-59

特集：看護師の業務範囲とその拡大

イギリスにおける看護師の業務範囲とその拡大

一橋大学大学院教授

白瀬 由美香

Shirase Yumika

イギリスでは1980年代から診察や診断を行うナース・プラクティショナーの導入が進められてきた。その背景には、看護師の業務範囲が法律によって定められていないという制度基盤があり、各々の看護師の経験や技能、職場の安全管理の観点などを踏まえて、業務範囲の拡大が柔軟に行われてきたことが特徴的である。現在では、雇用契約の際に提示される、職位に応じたコンピテンシー枠組み、職務記述書、個人別仕様を通じて、各々の業務範囲が設定されている。さらに、看護師のみならず多様な医療専門職に処方が認められている。看護師の業務は他の医療専門職との関係性のなかで変化し続けながら、医療において重要な役割を占め続けている。

I. はじめに

イギリスには、診察や診断を行うナース・プラクティショナーが導入されており、診療所で軽症患者を診るだけではなく、病院でも救急部門での処置、入院患者の投薬量の調節、内視鏡の操作など、多様な場面で高度な実践を行う看護師が活躍している。しかしながら、近代的な看護師養成システムの発祥の国として知られているイギリスではあるものの、ナース・プラクティショナーの導入ではアメリカやカナダが先行していた。1980年代からイギリスでもナース・プラクティショナーの導入が試みられるようになり、1990年代末に看護師による処方が認められるようになった。そして近年では、看護師による処方権が世界でもっとも発展した国の1つとされている (Courtenay, 2018)。

本稿は、イギリスにおける看護師の業務拡大について、その実態や要因の検討を目的としている。まずイギリスの医療提供体制の概要を説明したうえで (Ⅱ)、看護師の資格や業務範囲、処遇について解説する (Ⅲ)。そして、看護師

の業務範囲がいかにして拡大してきたのか歴史的経緯を描くとともに、高度実践看護師の養成システムや他の医療専門職との関係を検討する (Ⅳ)。これらを通じて、イギリス看護師の業務拡大の現状を位置づけることとしたい (Ⅴ)。

なお本稿でイギリスとして表記する際にはイングランドを指している。医療関連の法律や制度は、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドで異なる点も多い。ただし、看護師の資格管理は連合王国全体を統一的に管轄する団体によって行われていることから、全体を指す場合は連合王国と記して書き分けることにする。

Ⅱ. イギリスの医療提供体制の概要

イギリスの公的医療制度NHS (National Health Service) は租税を主な財源として、無料で保健医療サービスを提供する制度である。NHSは1948年に創設され、その後、幾度もの

組織再編を経つつも、医療提供体制の基本的な枠組みはさほど変わらずに維持されている。

一次医療はGP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医によって担われ、NHSを利用する人は必ずGPの診療所に登録することが必要である。現在診療所の多くは複数のGPからなるグループ診療所として運営されており、看護師など様々な医療専門職も配置され、協働のもとでプライマリ・ケアが提供されている。医療機関は明確に機能分化されており、二次・三次医療は病院で提供される。病院では専門医による診療が行われ、入院だけでなく、外来も扱っている。したがって、患者が医療機関にかかる際には、まずGPの予約を取って受診することになる。そして、専門的な検査や治療が必要な場合や、訪問看護など在宅療養に関するサービスが必要な場合には、GPによる紹介を通じて利用する。救急を除いて患者がいきなり病院を受診することは基本的にできず、GPがゲートキーパーの役割を果たしている。救急については病院の救急部門のほか、軽症者向けのウォークインセンターなどと呼ばれ、予約なしで診療を受けられる救急治療センター (Urgent Treatment Centre) もあり、NHS111という電話相談サービスを通じて、どこを受診すべきか相談することもできる (松本, 2015)。

NHSにおいて、しばしば問題視されるのは、受診までの待機期間の長さである。2000年代初頭の政策目標では、診療所は48時間、病院外来は3か月、入院は6か月を最長として受診できるようにすることが示されていた。その後、2008年頃には入院までの待機期間は平均して約6週間にまで短縮されるなど、目覚ましい改善が見られたが、日本と比べると、医療へのアクセスは必ずしも良いとは言えない状況だった (松本, 2015)。この時期に待機期間が長期化した要因は、メジャー政権期に医療予算を抑制していたことだけではなく、1998年に適用されたEUの労働時間規制の影響もあった。規制により、NHSの所定労働時間は週37.5時間となり、医療現場に大幅な人員不足が生じることとなっ

た (白瀬, 2019)。本稿が扱う看護師の業務拡大は、このような時代背景の中で進められたといえる。

NHSの最近の動向としては、2019年1月には「NHS長期計画」と題する10年後に向けた将来構想が発表され、医療・介護の統合ケアシステムを構築し、地方自治体や第3セクターとの連携のもとで、予防・治療・介護にいたる一連のケア提供の財源と組織を統合することが企図されたことが注目される (石田, 2019; 白瀬, 2020)。2020年以来、新型コロナウイルス感染症の流行により、医療現場はひっ迫し、救急対応にリソースを割く目的で多くの高齢者が退院を余儀なくされ、介護施設での死亡率上昇が起こるなどの混乱もあった (ウィザード, 2020)。こうした状況下ではあるが、「NHS長期計画」に沿った改革は粛々と進められつつあり、2021年には医療・介護を統合した包括的なケア提供体制の構築を実現する新たな法案も提出されたところである (石田, 2021)。医療と介護をつなぐ存在として、NHSにおける看護師の役割は今後も重要性を増すことが予想される。

Ⅲ. 看護師の業務範囲と処遇

1. 看護師 (看護職) の登録

(1) 養成システムと登録制度

イギリスで看護師として活動するには、看護助産協議会 NMC (Nursing & Midwifery Council) に登録することが必要である。NMCは連合王国全体の看護職 (看護師・助産師・看護アソシエイト¹⁾) の規制機関であり、イングランドの中央省庁である保健社会的ケア省²⁾や医療制度NHSからは独立した組織として、2002年に設置された³⁾。医師免許を管理する総合医療協議会 GMC (General Medical Council) のように、登録する専門職が支払う登録料や更新料で運営される非営利組織である (白瀬, 2011a)。NMCの中心的業務は、①看護職の教育や業務水準の向上、②資格の登録管理、③問題行動の調査の3つからなる。これらを通じて、

専門職と一般市民を支え、医療や社会的ケアに好ましい影響を及ぼすことを使命としている (NMC, 2021a)。

旧来の看護師養成システムは、病院での実習が中心であったが、1990年代以降は大学レベルの養成機関で3年間のプログラムを修めるように変更された。2013年からは学士号を取得することが必須とされ⁴⁾、新規に養成される登録看護師 (Registered Nurse) はすべてNMCが認可した養成プログラムを持つ大学で教育を受けている。看護師養成プログラムは、1年次は全員共通の基礎科目を履修し、2年次から成人・小児・精神保健・知的障害の4つの専門分野に分かれる (松本, 2015)。プログラムは座学と実習がほぼ半々の割合で構成されており、資格取得を目的とした国家試験は無く、大学の卒業試験に合格すれば、卒業と同時にNMCに登録することができる。カリキュラムと同様に、NMCに看護師として登録する際にも、成人・小児・精神保健・知的障害の4分野に分かれた登録が行われる。登録料として毎年120ポンドを支払うことになるが (NMC, 2014)、勤務先が支払う場合が多いと言われている (白瀬, 2011b)。そして、看護師の資格を保持するためには、3年ごとに更新 (revalidation) が必要であり、450時間の臨床経験、35時間の継続教育、業務評価などが要件とされている。更新制度は、臨床の質の向上、看護職への一般市民の信頼の強化のために行われており、実践適合性を評価するだけではないのだという (NMC, 2021b)。

また、NMCが正式に管理する看護職資格には、助産師や看護アソシエイトのほかに、地域保健専門看護師 (Specialist Community Public Health Nurse) がある。地域保健専門看護師とは、訪問保健師 (Health Visitor) や学校保健師 (School Nurse)、産業保健師 (Occupational Health Nurse) などが含まれ、主として公衆衛生活動に従事する。看護師登録後に、大学院レベルで1年間 (52週間) のコースを修了すると資格取得ができる。NMCが認可する地域保健

専門看護師のカリキュラムは、公衆衛生学、リーダーシップ論、傷病のアセスメント、根拠にもとづく診断などからなり、座学と実習が50%ずつの構成である。さらに、後述する地域看護処方者 (Community Practitioner Nurse Prescriber) のプログラムも含まれており、修了者は一部の医薬品を処方できるようになる (白瀬, 2011b)。

なお、地域保健以外の分野の一般の看護師も大学院レベルの一定のプログラムを修めると、地域看護処方者だけでなく、独立処方者 (Independent Prescriber) や補助的処方者 (Supplementary Prescriber) の資格を得られる。処方資格の保有状況はNMCに登録される。

イギリスではそのほか、様々な領域における大学院レベルの高度実践の学修をした者は、専門看護師 (Specialist Practitioner) として専門領域の名称をNMCに登録できる。専門看護師の専門領域には、成人・小児・精神保健・知的障害・診療所・地域精神保健・地域知的障害・地域小児・訪問看護などがある (NMC, 2021b)。ただし、専門看護師のカリキュラムに関してはNMCが認可する訳ではなく、大学や大学院によって受講期間や科目構成などが異なる場合がある (白瀬, 2011a)。

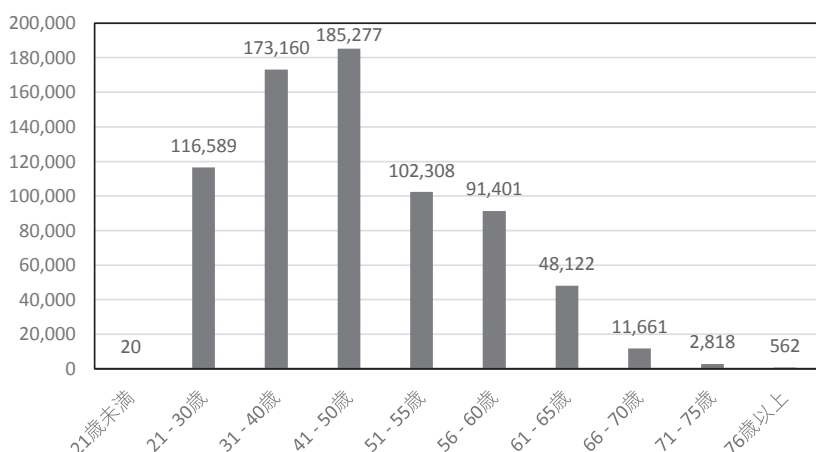
(2) 登録状況

NMCの登録状況は、2021年3月末現在、連合王国全体で、看護師のみが681,527人、助産師のみが39,070人、看護師と助産師の両資格を持つ者が6,968人、看護アソシエイトが4,353人で合計731,918人であった。そのうち9割が女性である。年齢構成を見ると、最も人数が多いのは41～50歳で185,277人、次に多いのが31～40歳で173,160人であった (図1)。

なお、登録看護師については、複数分野で登録する者もいるが、それらを累計して割合を示すと、成人看護が77.2%、小児看護が7.6%、知的障害看護が2.4%、精神保健看護が12.8%である (表1)。

また、地域保健専門看護師は合計で30,426人

図1 NMCに登録している看護職の年齢構成 (2021年3月31日現在)



注：看護師のほか、助産師と看護アソシエイトを含む合計人数。

出所：NMC (2021) The NMC register 1 April 2020- 31 March 2021をもとに筆者作成。

表1 看護師の登録分野

分野	人数	割合
成人看護	548,579	77.2%
小児看護	53,652	7.6%
知的障害看護	17,128	2.4%
精神保健看護	91,226	12.8%
合計	710,585	100.0%

出所：NMC (2021) The NMC register 1 April 2020- 31 March 2021をもとに筆者作成。

であった。処方者以外のその他の専門看護師で登録が最も多いのは、訪問看護師で15,343人である。処方者については、独立処方者の資格を単独で持つ看護師は1,152人、独立処方者と補助的処方者の両方の資格を保有する者が50,693人である。地域看護処方者は41,301人であることから、公衆衛生活動に従事する専門看護師以外で訪問看護などに従事する者のうち地域看護処方者の資格を持つ者が約1万人いることになる（表2）。

（3）新型コロナウイルス感染症への対応

新型コロナウイルス感染症の拡大による医療ニーズの増加に対応するため、2020年3月、NMCは看護師の一時登録を開始した。この対

表2 専門看護師の登録者数

コード	地域保健専門看護師	登録者数
RFHN	登録地域保健専門看護師(家庭保健師)	30
RHV	登録地域保健専門看護師(訪問保健師)	22,851
ROH	登録地域保健専門看護師(産業保健師)	3,164
RPHN	登録地域保健専門看護師	334
RSN	登録地域保健専門看護師(学校保健師)	4,047
	合計	30,426

コード	その他の専門看護師	登録者数
LPE	講師／実習講師	3,904
SPA	専門看護師（成人看護）	4,649
SPC	専門看護師（小児看護）	386
SPCC	専門看護師（地域小児看護）	864
SPCLD	専門看護師（地域知的障害看護）	406
SPCMH	専門看護師（地域精神保健）	1,166
SPDN	専門看護師（訪問看護）	15,343
SPGP	専門看護師（診療所）	1,660
SPLD	専門看護師（知的障害看護）	68
SPMH	専門看護師（精神保健）	696
TCH	看護教員	5,078
V100/ V150	地域看護処方者	41,301
V200	独立処方者	1,152
V300	独立処方者／補助的処方者	50,693
	合計	127,366

出所：NMC (2021) The NMC register 1 April 2020-31 March 2021をもとに筆者作成。

象となったのは、2017年3月から2020年2月までに看護師資格が失効した看護師、外国で資格を取得しNMCの登録基準を満たすが正規登録していない看護師である。その後、2015年3月から2021年12月までに資格が失効した者にも対象が拡大された（NMC, 2022）。

2020年7月時点での一時登録者14,243人の内訳を見ると、離職後3年以内が65.5%、3～5年が16.3%、海外の資格取得者が18.2%であった。2021年8月にNMCが行った調査によれば、一時登録者の約7割がワクチン接種に従事しているとのことであった（NMC, 2021d）。

先述のとおり、看護師資格は3年ごとに更新が必要であることから、引退した者や看護師資格が不要となった者などは登録が失効している場合がある。資格の更新制度は専門職の質を保つうえで一定の有効性があるが、今回のような緊急時に十分な人員を確保できなくなる側面もある。

そのほかに行われた医療現場の人員不足への対応としては、看護学生についても臨床実習の一環として有償で現場に出ることになったほか、臨時の補助職員として働くことになった者もいたという（RCN, 2021）。

2. 業務範囲の規定

イギリスでは、医療専門職の業務内容を具体的に規制する法律はなく、雇用契約、職場の安全管理ルール、専門職団体等が提示する専門職としての自己規制（指針や行動規範にもとづく実践）などが業務範囲を規定する基盤となっている。したがって、看護師の業務は日本のように診療の補助と療養上の世話とに法律で限定されている訳ではない。当人の経験や能力、職場の人員配置の状況などに応じて、柔軟に業務範囲を拡大することが可能となっている。そこでとりわけ重要となるのが雇用契約を通じた業務範囲の規定である。

雇用契約においては、それぞれの業務範囲は職位に応じたコンピテンシー（実践能力）枠組み（competency framework）、職務記述書

（job description）、個人別仕様（person specification）にもとづいて具体的に個別に決定される。これらは看護師に限らず、すべてのNHS職員に対して設定され、採用時だけでなく昇進や定期的な人事評価の際にも用いられるものである。以下では、NHSが発行する「職務評価ガイドブック」（NHS Employers, 2018）やインターネット上の求人情報などを参考にして、業務範囲を規定する仕組みの概要を紹介する。

詳細は次項で説明するのだが、NHSではすべての職種に関して共通した職位と俸給表の枠組みがある。看護師であれば、正規の登録看護師として初めて入職した者はBand 5とされ、一定の経験を積むことや研修を受けるなどを通じて技能が向上するとBand 6に昇格する。コンピテンシー枠組みでは、個人の資質、他者との協働、サービス管理、サービス向上、組織運営などの面に関して、各職位に応じて職場で求められる行動様式が設定されている。これにもとづいて、職務記述書や個人別仕様が具体的に作成されることになる。

職務記述書は、雇主と従業員が当該業務に求められる内容に対して共通理解を得るうえで不可欠なものとされている。一般的には、業務の主たる目的の記述に続いて、業務リストが列挙される。看護師の業務リストでは、臨床上のケア、質確保への取り組み、教育、調査と研究開発、マネジメント、コンプライアンスとガバナンス、コミュニケーションなどに関して、どのような振る舞いが求められるかが言及される。たとえば、シニア看護師（俸給表Band 6レベル）に関する臨床上のケアでは、「多職種チームの一員として、自らの専門領域に関する患者については単独で個別的なケア提供をすることができる」、「複合的な症状を持つ患者などの高度な実践スキルが求められる領域において、安全で効果的なケアを保証する」、「患者や家族が治療や疾病管理を行うのに必要な情報を提供し、意思決定を支援する」などの看護実践上の活動内容が記載されている。

そして個人別仕様では、①資格、②知識と専門性、③経験、④技能などの項目別に、職務記述書で記載された業務を遂行する上で必要となる最低水準と望ましい水準が提示され、何にもとづいてそれらを評価するかの方法（書類審査／インタビューなど）も示される。①資格では、保有資格や学歴、在学中の成績などが評価項目となる。②知識と専門性では、具体的な診療場面を前提とした知識の有無、コミュニケーション能力、専門職としての倫理指針の遵守などが問われる。③経験では過去の業務内容、④技能では臨床上で担当可能な業務や活動範囲のほか、マネジメント能力なども評価の対象となる。

これらを総合して、各看護師の業務範囲は、それぞれの現場の判断で柔軟に具体的に定められる。ただし、医薬品の取り扱いについてだけは、1968年薬事法（Medicines Act 1968）および2012年医薬品規制（Human Medicines Regulation）にもとづく規制がある。そのため、医薬品を取り扱うことに関しては国家資格が設けられており、処方を行える専門職の範囲が法令で定められている。医師・歯科医師以外の医

療専門職には、共通した処方の研修プログラムがあり、それを修めると免許が発行される。後述するように看護師については1992年から処方が認められるようになった。なお、医師・歯科医師以外の処方資格は、各専門職の資格管理団体が管理することとなっており、看護師の場合は、NMCに処方資格の保有状況が登録されている（白瀬, 2019）。

3. 看護師の処遇

（1）給与体系

NHSで働く看護師の給与は、医師・歯科医師以外のすべてのNHS職員に共通した俸給表（表3）にもとづいて支払われている。この俸給表は1999年に発表された「変革のための協議事項（Agenda for Change）」にもとづいて策定されたものであり、職位ごとに同一の給与水準となっている。給与水準は、当該職位に求められる知識と技能に関するコンピテンシー枠組み、自己開発レビュー、職務評価、契約条件から構成される人事評価システムと連動している。看護師をはじめとするコメディカルだけでなく、

表3 NHS 職員の俸給表（2021年～2022年）

等級	職位	看護職の例	年収	年収上限までの年数
Band 1	義務教育修了者	—	£18,546	—
Band 2	義務教育修了者	ヘルスケア・アシスタント	£18,546～£19,918	2
Band 3	職業訓練受講者		£20,330～£21,777	2
Band 4	補助職資格取得者	看護アソシエイト	£22,549～£24,882	3
Band 5	専門職資格取得者	看護師	£25,655～£31,534	4
Band 6	実践経験者 上級資格取得者	保健師、助産師 訪問看護師、専門看護師 ナース・プラクティショナー	£32,306～£39,027	5
Band 7	高度実践者	処方看護師（独立処方者） チームマネジャー	£40,057～£45,839	5
Band 8a	臨床責任者 教育従事者	ナース・コンサルタント	£47,126～£53,219	5
Band 8b			£54,764～£63,862	5
Band 8c			£65,664～£75,874	5
Band 8d			£78,192～£90,387	5
Band 9	管理運営責任者		£93,735～£108,075	5

出所：NHS Employers (2021) Annual pay scales 2021/22および松本 (2015) をもとに筆者作成。

事務職員にも適用され、この人事・給与システムを通じて、医師・歯科医師を除くすべてのNHS職員に対して同一価値労働・同一賃金が実現されている。(白瀬, 2019; 松本, 2015)

看護師のキャリアパスでいうと、義務教育修了後に未経験で入職するヘルスケア・アシスタントはBand 2からスタートし、働きながら職業訓練を受けるなどしつつ、経験を積むとBand 3に昇格できる。その間の所要年数の目安は2年とされている。そして、2017年から導入された新しい看護補助職である看護アソシエイトは、2年間の教育を受けることとされており、資格を取るとBand 4となる。正規の登録看護師の資格取得者はBand 5であり、4年間の経験を積むか、大学院レベルの継続教育を通じて専門資格を取得するとBand 6に昇格する。さらに、ナース・プラクティショナーとして経験を積み、独立処方者の資格を取得するなど高度臨床実践が可能になった者や、看護チームの責任者を務める者などはBand 7に位置づけられる。Band 8やBand 9となる最も職位の高い看護師はナース・コンサルタント(Nurse Consultant)と呼ばれており、業務のうち少なくとも50%は患者のケアに従事し、高度臨床実践を行うが、実践技能の開発、調査研究への従事、看護教育への従事、組織のマネジメントなどの責任も負う(NHS Employers, 2022)⁵⁾。

(2) 労働時間・雇用環境

2020年にイギリスはEU離脱をしたが、労働時間規制については、EU加盟中に欧州労働時間指令に即して国内法が改正されており、現在もその1998年労働時間規制(Working Time Regulation 1998)がNHS職員に適用されている。NHSの所定労働時間は、週37.5時間とされ、残業を含めても勤務時間は最長で週48時間以内と定められている⁶⁾(白瀬, 2019)。

しかし実際には規制が必ずしも守られている訳ではないようである。看護師の職能団体である王立看護協会(Royal College of Nursing)が実施した2019年の雇用実態調査によれば、

39%の看護師は週数回、18%は毎回の超過勤務があり、あわせて77%の看護師が少なくとも週1回以上の超過勤務を経験していた。そして、超過勤務をした者のうち54%が無報酬のサービス残業だったと答えている(RCN, 2019)。

少々古い調査であるが、他の欧州諸国と比較してイギリスの看護師は相対的に長時間労働の傾向があると指摘されている。欧州12か国の国際比較調査によれば、所定労働時間以上の超過勤務を行った看護師の割合は、1位がイングランドで50%、2位がギリシャで44%、3位がベルギーで43%だった。勤務ごとのシフトの長さについても、イギリスは長い傾向がある。イギリス、アイルランド、ポーランド以外のすべての国で、おおかたの看護師は日勤で8時間以下、夜勤で10時間以下のシフト勤務であった。イギリスの場合は日勤で8時間以下が45%に過ぎず、12時間以上も32%が占めている。夜勤でも10時間以上のシフトであるケースが合計で76%になっていた(Griffiths et al., 2014)。このようにイギリスの看護師は、欧州諸国に比べると比較的長いシフト勤務をしており、国営の医療制度とはいえ、サービス残業も少なからずある中で働いていることがわかる。

2020年以来の新型コロナウイルス感染症への対応に迫られた看護現場では、所定勤務時間を超えた長時間労働が常態化していたことが指摘されている。王立看護協会が2021年10月に実施した調査によれば、回答者の53.3%がサービス残業をしていたと回答している。それに加えて、業務内容に変化があった者は15.8%、配置転換をされた者は6.0%いたという。2020年に行われた調査では離職を考える看護師は36%であったが、2021年には56.8%にまで上昇している。離職を検討する理由は、評価されていない(69.9%)、プレッシャーが強すぎる(61.4%)、疲弊している(59.6%)、人員不足(59.1%)、対価に見合わない(53.1%)などとなっている(RCN, 2021)。

IV. 看護師の業務範囲の拡大

1. 歴史的経緯

(1) 初期の試み

イギリスにおける看護業務の歴史的な変化をたどっていくと、1950年代には、医療・介護・福祉は未分化であり、現在で言うところの介護や福祉に含まれるような業務も看護師が担っていた。たとえば、訪問看護師は医療的なケアが必要ではない虚弱で寝たきりの高齢者を訪問し、部屋の掃除やシーツの洗濯などを行っていた。それが次第に、介護や生活支援に関する部分はホームヘルプなど他のサービスに移管され、1960年代になると市の訪問介護事業に従事していた看護師が、GPの診療所（General Practice）に配属されるようになる。診療所看護師（Practice Nurse）は、診療所で傷の手当、注射、予防接種、採血、各種の検査等に従事し、必要に応じて患者宅で訪問看護を行うようになった。この取り組みは、GPとの密接な連携を実現し、患者の症状や治療法に関する看護師の専門的知識の向上につながったと言われている（白瀬, 2008）。

その後、イギリスでは看護師の業務拡大を模索する政策上・実践上の顕著な動きはしばらくなく、ナース・プラクティショナーの試みがはじめて行われたのは1980年代であった。先駆的なナース・プラクティショナーとして知られているバーバラ・スティルウェル（Barbara Stilwell）は、1982年～85年にバーミンガム市内のGP診療所で独立した診察室を与えられ、診察・診断・治療に従事したという。処方箋を発行する際には、彼女の診断にもとづいて書かれた処方箋にGPが署名することで対応していた⁷⁾。疾病予防や慢性疾患の管理、精神保健や性に関する相談などを行い、とりわけ女性患者から歓迎されていたと言われている。このような試みは、次第に他の地域でも増加していき、1990年代になるとロンドンやマンチェスターでナース・プラクティショナーの養成研修も開始されることになった（Chambers, 1998；Salvage, 1991；白瀬,

2011b）。

(2) 法制度の整備に向けて

1980年代は、看護師養成システムや専門職としてのあり方にも大きな改革がなされようとしていた時期でもある。この改革は「プロジェクト2000」と名付けられ、看護師養成を大学レベルの教育機関で行うとともに、看護師も医師と同様の専門職の自律的な規制・管理を基盤とする資格へと変えることが決定された⁸⁾。しかしながら、計画は「看護師の実践能力（competence）」の向上をうたっていたものの、それにはどのような要素が含まれるのか、どのようにしたら能力が高まるのかが明確になっていなかった（Bradshaw, 2001）。とはいえ、こうした議論を通じて、看護師の技能・専門的知識の向上に向けた基盤が形成されていった（白瀬, 2011b）。

1986年には、保健社会保障省によって『カンバリッジ報告書（Cumberlege Report）』が発表され、ナース・プラクティショナーの導入、地域看護管理者の配置、看護師への処方権限の付与などが提言された。処方に関しては、既に助産師には特定の状況下で一部の医薬品の処方が認められていたことから、それと同様の権限を認めることが想定されていた（DHSS, 1986）。さらに、王立看護協会が政府に積極的に働きかけを行った結果、1987年の保健社会保障省白書『さらなる健康の促進（Promoting Better Health）』においても、チーム医療の推進、ナース・プラクティショナーの導入、処方看護師の導入が提言された（Jones, 1999）。

それを受けて、保健省（1988年に保健社会保障省から名称変更）は看護師の処方に関する諮問委員会を組織し、1989年に通称『クラウン報告書（Crown Report）』と呼ばれる『看護師の処方に関する諮問委員会報告書』が発表された。この報告書は、保健省が作成する「看護師用医薬品処方リスト（Nurses' Formulary）」にしたがって、地域看護に従事する訪問看護師や保健師に処方を認めることを勧告した（DH, 1989）。

当時の認識として、地域看護においては、訪問看護で日常的に使用する処方薬の入手に時間がかかることや終末期の患者への鎮痛剤投与のタイミングなどの問題が指摘されていた。そこで、訪問看護時に看護師の判断で処方薬を投与することを認め、責任の所在を明らかにすることが、医師・看護師の双方にとって好ましいと考えられた。先のナース・プラクティショナーの試みにもあったように、実際には現場の看護師の判断で処方箋を書き、医師が後から署名する方策が各地で行われており、それを追認する形で法律を整備することが方向づけられた (DH, 1989)。

しかし、処方に関する法改正に対して、処方看護師の養成コストや薬剤費の上昇が懸念され、政府は当初消極的であった。そこで保健省は民間の会計事務所と共同で看護師による処方にもなう費用を推計した。その結果、処方看護師の養成には800万ポンドがかかるが、処方権を認めることで、看護師とGPが節約できる時間は1,250万ポンドに相当すると算出された (DH, 1991)。それでもなお政府は消極的な態度を続けていたが、王立看護協会の粘り強い活動を経て、1992年に「看護師等による処方に関する医薬品法 (Medicinal Products: Prescription by Nurses etc. Act 1992)」が成立した (Jones, 1999)。

(3) 処方看護師の導入

看護師による医薬品の取り扱いに関する法律が整備されたことにより、1994年からイングランドの全国8か所の診療所でパイロット事業が開始された。事業対象となる診療所の選定基準は、財政基盤が安定し、看護師の処方予算を集計できるコンピューター・システムを導入していることが要件であった。事業開始に先立って、政府はいくつかの関連する法律・規則の改正も行い、看護師向けの処方医薬品集を作成、訪問看護師や保健師への処方訓練を実施、薬剤師が看護師の処方箋を受理することの許可などを行った。とはいえ、当初の看護師向け処方医薬

品集は、訪問看護師が1980年代に処方権の獲得を目指してキャンペーンをしていた際に主流だった医薬品が中心で、非常に限られた種類の内容であった。それでも、パイロット事業には患者も処方看護師も高い満足度を示し、全体として評価はおおむね好意的なもののばかりであった (Jones, 1999)。それを受けて、1999年には、訪問看護師、保健師による処方が全国の診療所で本格的に開始されることとなった。

1999年にはまた『医薬品の処方・供給・管理に関する再検討 (Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines)』も発表された。これは『第二クラウン報告書』とも呼ばれ、地域看護だけでなく、すべての領域の看護師に処方を認めること、処方医薬品リストも拡大することが勧告された。この勧告で示されたのが、後に制度化される「独立処方者」および「補助的処方者」という概念であり、看護師以外の医療専門職にも処方権を拡大することが言及されていた (DH, 1999)。

2002年に「独立処方者」資格が創設され、一定の研修を受けた看護師は、保健省が定める130の医薬品からなる「看護師用拡大処方医薬品集 (Extended Formulary Nurse Prescribing)」にもとづく処方が認められるようになった。翌2003年には「補助的処方者」資格も導入され、資格保有者は患者の合意のもとで、医師が治療計画で示した範囲内での処方が認められた。そして、2006年に独立処方者は医師と同様の「英国医薬品集 (British Formulary)」のすべての医薬品の処方が可能となった。それと同時に、訪問看護師や保健師には、「地域看護師用処方医薬品集 (Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners)」が定められ、地域看護の専門資格取得者であれば誰でも当該範囲内の処方が認められることとなった。これらの改革は、①患者の安全を考えたケアの質改善、②医薬品の容易な入手手段の確保、③医薬品アクセスの選択肢の多様化、④医療専門職のスキル活用、⑤NHS全体にわたる柔軟なチームワーク推進を意図したものだった (DH, 2006; 白瀬,

2011b)。

2. 高度実践看護師の業務と養成システム

(1) ナース・プラクティショナー (Nurse Practitioner)

1980年代から導入が始まった初期のナース・プラクティショナーは、診療所が主たる活動場所であった。診療所では、軽症患者の診察や慢性疾患の管理などを担当してきた。その後、病院の救急部門でもトリアージや処置だけでなく、看護師が診断や治療も行うようになっていった。1990年代末に導入された労働時間規制が医師や研修医の不足を招いたことも、様々な場面にナース・プラクティショナーの活躍の場を広げていくことにつながった。ただし、病院では基本的な治療方針は医師が決定するのが常であることから、救急以外の部門でナース・プラクティショナーが診断や処方をする場面は限られていた(白瀬, 2011a)。

現在のところナース・プラクティショナーは大学や大学院が看護師の専門分野や診療領域ごとに設定する認定資格であり、必ずしも国家資格となっていない。1990年代からナース・プラクティショナーを養成する研修や大学のプログラムが開始されているが、短いものでは数か月間、長いものだと1年に及ぶなど、修学期間や基準、内容は統一されていない。そのため、現在イギリスにどれくらいの人数のナース・プラクティショナーがいるのかを統計的に把握することは難しい。

しかしながら、ナース・プラクティショナーの資格整備に向けた議論は進められつつある。2005年より、王立看護協会はナース・プラクティショナーの定義付けを試み始め、NMCも高度実践看護師(Advanced Nurse Practitioner)に関する議論を開始した。2007年には、保健省も患者の安全の観点から、ナース・プラクティショナーを規制する仕組みを設けるよう強く求めるようになった(白瀬, 2011a)。

その後も引き続きナース・プラクティショナーをめぐる議論は王立看護協会などで続けられた。

さらに、NHSは2017年10月に医療専門職団体との合同により「高度臨床実践の多職種枠組み(Multi-professional framework for advanced clinical practice in England)」を策定した。この中で、多職種にわたる高度実践者の役割の統一的な定義付け、要件、指針や原則、キャリアパスの明確化が示された(NHS England, 2017)。そこで、枠組みを踏まえて、王立看護協会は2018年7月に、高度看護実践(Advanced Level Nursing Practice)の基準を発表した。看護協会によれば、高度実践とは実践の種類ではなくレベルを表しており、その要件は以下の7点とされる(RCN, 2018)。

- ①NMCの登録が有効。
- ②高度臨床実践、リーダーシップ、教育訓練、調査研究・開発の4つの柱に従事。
- ③高度看護実践を示す職務計画を保持。
- ④所定のコア領域を含む修士レベルの教育。
- ⑤独立処方者の資格を保有。
- ⑥NMCの資格更新要件に適合。
- ⑦自律的に業務に従事するエビデンスを提示。

ただし、これら王立看護協会の基準は、NHSの俸給表でBand 8以上のナース・コンサルタントに該当するような内容に見える。それに対して、現状ではBand 6の水準の看護師がナース・プラクティショナーと名乗っている。今般の基準策定は、ナース・プラクティショナーの質を確保し規制するというよりは、ナース・コンサルタントをNHS上の職名ではなく、看護実践として定義付けるものであるように思われる。きわめて多様なナース・プラクティショナーがどのように整備されていくのかは、引き続き議論を注視しなければならないだろう。

(2) 処方看護師 (Nurse Prescriber)

看護師が取得できる処方資格には、独立処方者、補助的処方者、地域看護処方者がある。先述のとおり、看護師の業務拡大に関して、診療行為の多くは職場の判断で柔軟に実施可能であるのに対して、処方は資格保有者のみが行えることとされている。ここでは、看護師が取得可

能な処方関連資格の違いと処方者の養成システム、現場での実態や評価を概説する。

1) 独立処方者 (Independent Prescriber) ・ 補助的処方者 (Supplementary Prescriber)

独立処方者は、規制医薬品等を含めて「英国医薬品集」に掲載されている認可薬であれば、すべての医薬品を取り扱うことが認められている。診断や処方の過程で医師の監督は受けず、担当する患者の診療管理上の責任と説明責任を負い、すべて独立して業務に従事することができる。しかしながら、実態としては医師とまったく同様に処方を行っている訳ではない。看護師はNMCが示す医療専門職としての行動規範にしたがい、処方とは自らが専門とする領域において、単独で診察や診断が十分に可能な患者についてのみ、経験や技能の範囲内で処方することとされている。したがって、複合的な疾患を有するようなケースに、独立処方者が処方することは適していない。だが、救急医療の現場などで多くの患者を迅速に処置しなければならない際には、独立処方者は大きな戦力になり得る(白瀬, 2011b)。

補助的処方者は、医師が患者の診断をしたうえで、患者の合意を得た個別の診療管理計画書(Clinical Management Plan)にもとづいて、医師との協力関係のもとで処方を行う。診療管理計画書には、患者ごとに特定の症状に関して、補助的処方者がどのように対処すべきかが示されている。具体的な内容としては、疾病の特徴や症状の詳細、処方可能な医薬品、医師への報告や助言を受ける必要のある状況が記載されている。なお、この診療管理計画書に記載された医薬品であれば、規制医薬品を含めどのような医薬品であっても処方が可能である。補助的処方者の活動の場として代表的なものに、糖尿病やぜんそくなど医師の定期的な診察を要する長期療養中の患者への対応が挙げられる(RCN, 2014)。ただし、このような協力体制を実現するためには、補助的処方者も医師と同様に患者

のカルテにアクセスできるようにするなどの環境整備が必要である(白瀬, 2011b)。

資格としては、独立処方者と補助的処方者に分かれているが、養成システムは独立処方者と補助的処方者を同時に取得するプログラムが一般的である。この同時取得プログラムは、NMCが認可するコードでV300と呼ばれており、それに沿ったカリキュラム編成となっている。2019年以降は、王立薬剤師会(Royal Pharmaceutical Society)が示す、すべての医療専門職に共通の処方に関するコンピテンシー枠組みに沿った内容である。現在の養成プログラムでは、養成機関は学士レベル以上の高等教育機関とされ、入学には看護師登録後に最低1年以上の臨床経験が必要である⁹⁾。臨床経験に関しては、特定の専門領域で診察や診断、治療計画などについて安全で効果的な実践が行えるだけの水準が求められている(NMC, 2018)。プログラムには通学課程と通信課程の双方があり、受講期間は3か月から6か月程度である。通学の場合は26日間のスクーリングと12日間の実習を行うのが最低基準とされており(白瀬, 2011b)、いくつかの養成機関の案内を見ると、現在でもほぼ同様の内容となっている。

2) 地域看護処方者 (Community Practitioner Nurse Prescriber)

地域看護処方者は、「地域看護処方者用医薬品集(Nurse Prescribers' Formulary for Community Practitioners)」に掲載されている医薬品であればどれでも医師の監督や助言なしで、自らの判断で医薬品を処方することができる。この医薬品集に掲載されている品目は、OTC医薬品や創傷被覆材などが中心である(RCN, 2014)。

保健師、学校保健師、産業保健師などの地域保健専門看護師のカリキュラムには、NMCがV100というコード名で認可したプログラムが組み込まれており、修了と同時に自動的に地域看護処方者の資格が取得できる。そのほか、訪問看護師(地区看護師 District Nurse)などの

専門看護師の養成コースでも、V100のプログラムが提供されている。また、一般の看護師が地域看護処方者を取得する場合には、300時間相当の学習を要するとされるV150のプログラムを受講することになる（白瀬, 2011b）。

ただし、保健師を中心とする地域保健専門看護師の多くは、現在では公衆衛生活動が業務の中心であり、個人の疾病を治療するような場面で働く者は少ないと言われている。2007年に発表された調査では、地域看護処方者の資格を持っていたも、ほとんど処方を行っていない実態が指摘されていた。その理由として、医療の高度化や早期退院の影響もあるという。地域看護処方者が処方できる範囲では在宅ケアに対応できず、独立処方者の資格を持つ専門看護師が求められているようである（白瀬, 2011a）。

3) 看護師による処方の実態・他職種との関係

連合王国では現在、約5万人の独立処方者／補助的処方者と約4万人の地域看護処方者の資格を持つ看護師がいる。ここでは看護師の処方に関する既存のレビュー等にもとづいて処方の実態や評価、他職種との関係を紹介する。

養成プログラムの特徴や表2で示した通り、大部分の独立処方者はあわせて補助的処方者の資格も持っている。独立処方者が導入された後、ごく初期に行われた調査によれば、独立処方者の資格保有者のうち20%は補助的処方しか行っていなかったという。いくつかのNHS病院では、独立処方の新規資格取得者は、6か月間は補助的処方者として実践を積むことを課していたとも報告されている。さらに、病院等を運営するNHSトラストがローカル・ルールを定め、看護師による処方が可能な診療部門（たとえば救急部門）や医薬品の範囲を規制している場合もあった。また、処方者が知識や技能の向上を図るための継続教育の機会も限られていることが問題となっていた（Lomas, 2009；RCN, 2014）。

看護師による処方には、職場のルールによる制約があっただけでなく、初期には専門職間のわだかまりもない訳ではなかった。実際のところ、

英国医師会も独立処方者の導入の際には、診断の訓練を十分に受けていない者が安全に適切な処方ができるのかという懸念を示していた（Day, 2005）。

初期に独立処方者資格を取得した看護師たちへのインタビューでは、次のような実態が語られている。医師の中には処方ができるのは医師のみであるという信念を持ち、看護師による処方に猛反対する者もいたという。医師は看護師よりも長期間にわたる訓練を経ており、解剖学や生理学、診察や診断のスキルに関して看護師よりも多くの知識を備えており、看護師が習わないことや実施できないことも可能である。そのため、看護師が診察や診断に加え、処方まですることには安全性の面から懐疑的であった。そして、看護師による処方は医師不足を埋める安価な方法に過ぎないとみなされていた。さらに、薬剤師や看護師との関係にも難しいものがあったことが指摘されている。ある独立処方者の看護師が処方箋を発行したところ、薬局の薬剤師が患者をGP診療所に送り返したこともあったという。病院で働いていた独立処方者は、他の看護師が処方に関する新たな役割の導入を不快に思っているように感じたそうである（Oxtoby, 2016）。

しかし、一部の医師は、看護師が処方者として活動することを熱心にサポートしてくれ、処方の実績を積んでいくなかで、専門職間の関係は改善していった。自身が処方者でもある看護学研究者によれば、看護師と他の医療専門職との関係は処方看護師が成功する上での基盤であるという。医師が当該看護師をよく知り、その判断を信頼しているならば、医師は看護師による処方に賛同しているという調査結果がある。そもそも看護師が処方する場合には、自らの専門領域で単独で診察や診断が十分に可能な患者についてのみ、経験や技能の範囲内で処方することとされている。このような規定が十分に理解されることを通じて、看護師の処方への懸念は和らいでいった（Oxtoby, 2016）。

また、別の調査によれば、GP診療所の3分

の1、病院の4分の1で医師以外の医療専門職による処方が行われており¹⁰⁾、それは安全で臨床上も適切なものだったと評価されている。処方を行うことは、看護師の自律性、職務満足度、独立性を高める可能性があると考えられ、とりわけ訪問看護師や保健師のように、医療資源が少ない中で単独で活動する機会の多い場合には有効であるとされている。概して看護師による処方は、医薬品や治療のタイムリーな提供を確実にし、医師の診察を待つしかなかった患者の選択肢を増やすことを通じて、ケアの質の向上につながるというエビデンスが示されている。それは、複合的な症状を持つ患者の治療に医師が専念できることにもつながり、救急医療や入院医療の負担軽減にもなる (RCN, 2014)。

患者もまた、看護師の処方には高い満足度と信頼を示している。ある質的研究によれば、看護師と医師とで治療効果に違いはないが、看護師が処方した場合のほうが患者の満足度は高かった。特に、病気の進行について明確な情報や助言が得られること、副作用や投薬量などに関する質問に答えてもらえることが歓迎されていた。そして、看護師による投薬過誤はごく少数であると評価されている (RCN, 2014)。

V. おわりに

医療に関する法令のあり方と雇用契約の仕組みが看護師の業務拡大を柔軟に促すことを可能にしていた点が、日本と大きく異なるイギリスの特徴である。それによって、学校教育を通じて高度実践看護師の養成を行うだけでなく、現場に出てからも実践の中で着実かつ安全に看護師が診療経験を積める環境が維持されている。ナース・プラクティショナーが国家資格となっていない点は懸念材料ではあるが、既存の雇用契約の仕組みを通じて一定の安全管理や質の確保がなされているといえる。

医薬品の処方に関する規制のもとで処方者の国家資格が設定されているが、資格取得の前提となる診察や診断の実践経験を積む素地が制度

的に確保できることは、高度実践を志す者にとって大きな強みとなろう。看護師による処方は、患者のケアと満足度の向上に寄与し、医薬品へのアクセスを高め、受診までの待機期間を縮小し、総じて質の高いケア提供につながることが、過去の調査からも示されていた。処方看護師がこれまでのところ順調に広がってきた要因はそうした医療現場の基盤にあったと考えられる。

現在では多様な医療専門職に関して業務範囲の拡大が進められ、処方が認められている。したがって、看護師の業務範囲は医師だけでなく様々な職種との関係性のなかで変化し続けながら、発展していくことが予想される。これまでの経緯や医療・介護連携を目指す将来のケアシステム像からしても、看護師がNHSで果たす役割は大きくなりこそすれ、縮小することはなさそうである。イギリスの医療において看護師は今後も重要な役割を占め続けていくことだろう。

注

- 1) 看護アソシエイト (Nursing Associate) は2017年から養成がはじめられた新しい職種であり、看護師とヘルスケア・アシスタントとの知識・技能の差を埋める位置づけとされている。現状でNMCが管理しているのは、イングランドの看護アソシエイトの登録のみである。看護アソシエイトの養成については、白瀬 (2019) を参照されたい。
- 2) イングランドの医療を管轄する中央省庁には組織改編や名称変更があり、1968年～1988年は保健社会保障省、1988年～2018年は保健省、2018年以降は保健社会的ケア省である。
- 3) NMCの前身は、UKCC (United Kingdom Central Council for Nursing, Midwifery and Health Visiting) であった。2001年に公布された看護助産令 (Nursing and Midwifery Order) によって、現行の組織に改編された (白瀬, 2011a)。
- 4) 看護学生に学士号取得を義務付けることは、2006年に「看護師養成の現代化」という改革案で示された (白瀬, 2011a)。
- 5) コンサルタントとは、もともとは専門医の最上位の役職名であり、独立して診療を行うことができ、後進の指導にあたることができる医師を指して

- いた。2000年に保健省が発表した『NHSプラン』は、あらゆる医療専門職にコンサルタントの職位を設けることを提唱し(DH, 2000)、看護師にはナース・コンサルタントの職位が創設された。
- 6) 労働時間規制で特徴的な点はそのほかに、24時間ごとに連続11時間の休養、7日間ごとに連続24時間の休養、勤務6時間に一度は休憩を確保、などの取り決めがある(白瀬, 2019)。
 - 7) 処方箋の発行は、診察にあたったケースのうち15%程度とのことである(Chambers, 1998)。
 - 8) 注3で述べた、看護師の資格を管理する規制機関がUKCCからNMCへ改編されたのは、この提言によって行われた改革であった。
 - 9) 2006年に独立処方者が導入された際には、3年以上の臨床経験が養成プログラムに入学する要件とされていた(白瀬, 2011b)。現在の多職種共通のコンピテンシー枠組みが導入されたことで、臨床経験の最低基準が1年以上に引き下げられた。
 - 10) 医薬品の処方に関しては、看護師以外にも薬剤師、足治療医(chiropract/podiatrists)、理学療法士、救急救命士、放射線技師なども独立処方者、補助の処方者の資格を取得できる。詳しくは、白瀬(2019)を参照。

参考文献

- ※ウェブサイトのアクセス日はすべて2022年1月27日。
- 石田道彦(2019)「イギリスNHSの長期改革プラン」『週刊社会保障』No.3028, pp.42-47.
- 石田道彦(2021)「英国ジョンソン政権のNHS改革案」『週刊社会保障』No.3145, pp.44-49.
- ウィザード, ポリー(2020)「高齢者のケイバビリティと新型コロナウィルス」宇佐見耕一・小谷眞男・後藤玲子・原島博『世界の社会福祉年鑑2020』旬報社, pp.25-43.
- 白瀬由美香(2008)「イギリスにおける在宅看護事業の普及と機能分化」『同志社政策研究』2, pp.63-77.
- 白瀬由美香(2011a)「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』No.174, pp.52-63.
- 白瀬由美香(2011b)「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』3(1), pp.102-112.
- 白瀬由美香(2019)「イギリスにおける医療専門職の業務変化:労働時間規制下での持続可能性

- 確保」『社会保障研究』3(4), pp.521-535.
- 白瀬由美香(2020)「イギリスにおける「普遍的な個別ケア」構想:2019年NHS長期計画にもとづく新たなサービスモデルの検討」『同志社政策科学研究』21(2), pp.101-112.
- 松本勝明(2015)『医療制度改革:ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社
- Bradshaw, A (2001) *The Project Nurse 2000: The Remaking of British General Nursing 1978-2000*, Whurr Publishers.
- Chambers, N (1998) *Nurse Practitioners in Primary Care*, Radcliffe Medical Press.
- Courtenay M. (2018) "An overview of developments in nurse prescribing in the UK", *Nursing Standard*. <<https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11078>>
- Day, M. (2005) "UK doctors protest at extension to nurses' prescribing powers", *BMJ*, 331: 1159.
- DH (Department of Health) (1989) *Report of the Advisory Group on Nurse Prescribing*.
- DH (1991) *Nurse Prescribing Final report: A cost benefit study*.
- DH (1999) *Review of Prescribing, Supply and Administration of Medicines*.
- DH (2000) *NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform*.
- DH (2006) *Improving Patients' Access to Medicines: A Guide to Implementing Nurse and Pharmacist Independent Prescribing within the NHS in England*.
- DHSS (Department of Health and Social Security) (1986) *Neighbourhood Nursing: A Focus for Care*, HMSO.
- Griffiths et al. (2014) "Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety", *Medical Care*, 52(11):975-981.
- Jones, M. (1999) *Nurse Prescribing: Politics to Practice*, Bailliere Tindall.
- Lomas C. (2009) "Nurse prescribing: The next steps", *Nursing Times Online*. <<https://www.nursingtimes.net/archive/nurse-prescribing-the-next-steps-14-07-2009/>>
- NHS Employers (2018) *NHS Job Evaluation*

- Handbook. <<https://www.nhsemployers.org/publications/nhs-job-evaluation-handbook>>
- NHS Employers (2021) Annual pay scales 2021/22. <<https://www.nhsemployers.org/articles/annual-pay-scales-202122>>
- NHS Employers (2022) Training and Development (Adult Nursing) <<https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/nursing/roles-nursing/adult-nurse/training-and-development-adult-nursing>>
- NHS England (2017) *Multi-professional Framework for Advanced Clinical Practice in England*. <<https://advanced-practice.hee.nhs.uk/multi-professional-framework-for-advanced-clinical-practice-in-england/>>
- NMC (Nursing & Midwifery Council) (2014) NMC council makes the difficult decision to increase the annual registration fee to £120. <<https://www.nmc.org.uk/news/news-and-updates/nmc-council-make-the-difficult-decision-to-increase-the-annual-registration-fee-to-120/>>
- NMC (2018) Standards for prescribing programmes, Part 3 of Realising professionalism: Standards for education and training. <<https://www.nmc.org.uk/standards/standards-for-post-registration/standards-for-prescribers/standards-for-prescribing-programmes/>>
- NMC (2021a) What we do. <<https://www.nmc.org.uk/about-us/our-role/>>
- NMC (2021b) What is revalidation. <<https://www.nmc.org.uk/revalidation/overview/what-is-revalidation/>>
- NMC (2021c) The NMC register 1 April 2020 – 31 March 2021. <<https://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/data-reports/annual-2021/0005b-nmc-register-2021-web.pdf>>
- NMC (2021d) Covid-19 temporary register survey analysis. <<https://www.nmc.org.uk/about-us/reports-and-accounts/covid19-temporary-register-analysis/>>
- NMC (2022) Covid-19 temporary registration. <<https://www.nmc.org.uk/news/coronavirus/temporary-registration/>>
- Oxtoby K. (2016) “Ten years of nurse prescribing”, Independent Nurse Online. <<https://www.independentnurse.co.uk/professional-article/ten-years-of-nurse-prescribing/148317>>
- RCN (Royal College of Nursing) (2014) RCN factsheet on nurse prescribing in the UK. <<https://www.rcn.org.uk/about-us/our-influencing-work/policy-briefings/pol-1512#tab1>>
- RCN (2018) *RCN Standards for Advanced Level Nursing Practice*. <<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007038>>
- RCN (2019) *RCN Employment Survey 2019*. <<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-007927>>
- RCN (2021) *RCN Employment Survey 2021*. <<https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/employment-survey-2021-uk-pub-010-075>>
- Royal Pharmaceutical Society, 2021, A competency framework for all prescribers. <<https://www.rpharms.com/resources/frameworks/prescribing-competency-framework/competency-framework>>
- Salvage, J. (1991) *Nurse Practitioners: Working for Change in Primary Health Care Nursing*, King's Fund Centre.

アメリカの看護師の職務範囲とその拡大

明治大学准教授
早川 佐知子
Hayakawa Sachiko

本論ではアメリカの看護職の構造と、その職務拡大について述べる。多様性の著しいアメリカ社会にあって、遍く医療サービスを提供するために、看護職も幅広く、厚みのある体制が整えられてきた。特に Advanced Practice Registered Nurse と呼ばれる上級資格を持った看護師が活躍している。

本稿の前半では、Registered Nurse（正看護師）を中心に、アメリカの看護職の概要を提示する。そして後半では、今回の中心となるテーマ、職務の拡大という問題について論ずる。ここでは、看護職のみならず、医師以外の医療職の職務拡大に大きな追い風となった COVID-19、そして連邦取引委員会の勧告など、近年の動向についても触れる。最後に、日本への示唆を加える。

I. はじめに——社会の多様性が求める多様な看護師

本稿ではアメリカの看護師とその職務範囲の拡大について述べる。アメリカの看護師について論ずる際に鍵となる概念は、「多様性」であろう。これは、看護師それ自体の多様性でもあり、また、それを求めたのがアメリカという社会の多様性でもある。そのため、本稿では看護師だけにフォーカスするのではなく、それを作り出した背景についても掘り下げたい。

たとえば、アメリカ社会の多様性に目を向ければ、経済的な格差が大きいことは周知の通りである¹⁾。そして、ユニバーサルな保険が存在せず、公的医療保険の対象となる一部の人を除いて、国民はさまざまな民間医療保険の中から選択して加入することになる（表1参照²⁾）。保険適用となる医療行為や医薬品の範囲、アクセスできる医療機関、保険料や自己負担額など、内容には大きな幅があることはよく知られているであろう。この経済的な格差と、医療保険の格

差とは明確に結びつき、医療格差・健康格差となって現れてくる。国民皆保険・フリーアクセスを貫く日本の医療と比較すると、アメリカの医療はさまざまな意味で多様性が大きいのである。

表1 医療保険のタイプ別加入割合

何らかの民間医療保険に加入している者	66.5%
うち雇用主提供型の民間医療保険に加入している者	54.4%
うち個人で民間医療保険に加入している者	10.5%
うち Marketplace 経由で加入している者	3.3%
うち TRICARE（軍関係の保険）に加入している者	2.8%
何らかの公的医療保険に加入している者	34.8%
うちメディケアに加入している者	18.4%
うちメディケイドに加入している者	17.8%
うち VA/CHAMPVA（退役軍人係の保険）に加入している者	0.9%
無保険者	8.6%

出所：U.S.Census of Bureau (2021) *Health Insurance Coverage in the United States: 2020* pp.4-5 より筆者作成。

アメリカといえば市場原理の国、自己責任の国というイメージをお持ちの方は、このような格差がただ放置されていると思われるかもしれない。しかし一方で、かつては公民権運動、近年ではブラック・ライブズ・マター運動が興ったように、不平等の是正、特に人種的マイノリティや社会的なハンディキャップを持つ人々、失業者や薬物中毒者などへの包摂に対して正面から向き合う姿勢も持ち併せている国でもある。このような人々の医療アクセスをいかに向上させるかということも、常に議論の俎上にある。

そして、アメリカは広大な国土を持ち、連邦制を採用している分権的な国である。そのため、地理的な多様性も非常に大きい。医療機関の集積地となっている大都市もあれば、クリニックに通うことさえ大きな移動を強いられるような僻地も多い。とりわけ、高齢者の多い後者のような地域に、いかに医療を提供してゆくかということは、建国以来、必然的に課題となってきた。

このような多様性の著しい社会に、遍く医療サービスを提供するためには、医療専門職も多様でなければならない。本稿で採り上げるアメリカの看護職は、非常に幅が広い。無資格の看護補助者から、有資格の看護補助者、Licensed Practical Nurse (LPN: 実務看護師)、Registered Nurse (登録された正看護師)、そして Advanced Practical Registered Nurse (上級資格を持つ看護師) に至るまで、さまざまな階層の看護職が活躍している。このうち最も人数が多いのはもちろん Registered Nurse (以下、RN と省略) だが、その中にもさまざまな貌がある³⁾。また、地理的な多様性との関わりで言えば、これらの資格の職務範囲を定めているのはそれぞれの州政府であるため、同じ資格を持っていても、仕事をする州によって可能な職務が変わってくることも指摘しなければならない。

こうして前書きとして説明しただけでも、問題が複雑であることはご理解いただけたと思う。可能な限り、明快にお示しできるよう努めたい。本稿の前半では、RN を中心に、アメリカの看

護職の概要を提示する。そして後半では、今回の中心となるテーマ、職務の拡大という問題について論ずる。ここでは、看護職のみならず、医師以外の医療職の職務拡大に大きな追い風となった COVID-19、そして連邦取引委員会の勧告など、近年の動向についても触れる。最後に、日本への示唆を加えたい。

II. アメリカの看護職の概要

本章では、RN を中心としたアメリカの看護職について、概略を示す。前述のように、アメリカの看護職は非常に幅が広い。この多様性ということポイントをしたい。

1. 看護職の構造と現状

(1) 看護の階層化

アメリカの広義の看護職は、有資格・無資格の看護補助者、Licensed Practical Nurse (以下、LPN と省略)⁴⁾、Registered Nurse (登録された正看護師)、そしてさらに上級の資格を持つ Advanced Practice Registered Nurse (以下、APRN と省略) と、階層化された構造になっている⁵⁾。現在の棲み分けを簡単に言うならば、急性期の病院で主に看護を担当するのは RN であり、ナーシングホームなどの高齢者施設や療養型の病院では、看護補助者や LPN が主軸となる⁶⁾。アメリカの場合、日本のように医療職と介護職が分離しているわけではないため、日本の介護職が担う役割を看護補助者が担っている。U.S. Bureau of Labor Statistics (アメリカ労働統計局) による National Occupational Employment and Wage Estimates より、それぞれの職種の数と年収中央値を示すと表 2 のようになる。

この統計は自己申告によるため、各職業団体が公表している資格所有者数とイコールではないことをお断りしておく。だが、おおよそのボリュームと社会的ステイタスはおわかりいただけるであろう。そして、アメリカの医療関係の公的資格は更新制である。そのため、ここに示

表2 アメリカの看護職数と年収中央値

職種		人数	年収中央値（ドル）
Registered Nurses（RN）		2,986,500	80,010
Licensed Practical Nurses（LPN）		676,440	50,090
Nursing Assistants		1,371,050	32,050
Advanced Practice Registered Nurse（APRN）	Certified Registered Nurse Anesthetists	41,960	189,190
	Certified Nurse Midwives	7,120	115,540
	Nurse Practitioners	211,280	114,510

出所：U.S. Bureau of Labor Statistics, May 2020 National Occupational Employment and Wage Estimates
より筆者作成。

されている数字のほとんどの者は、フルタイムにせよパートタイムにせよ、活動中であると考
えてよい。

それでは以下、看護の中心となるRNの概要
と、アメリカの看護職に特徴的な点をいくつか
指摘する。

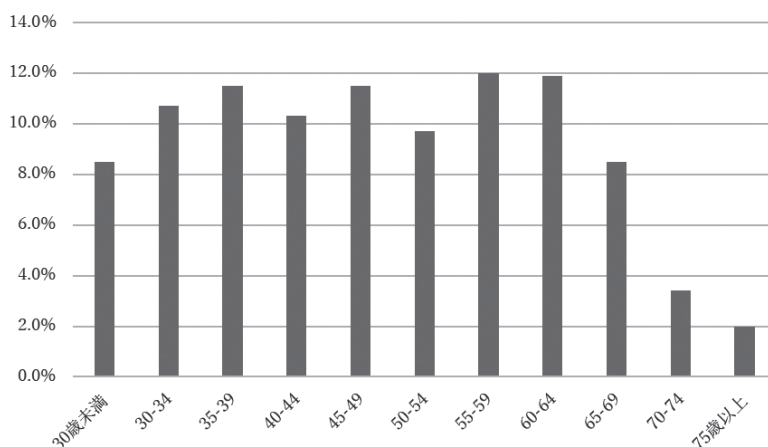
1）Registered Nurseの概要

看護職の中で圧倒的なボリュームを占めるの
がRNである。登録は州単位でなされ、職務範
囲や欠格要件など、州法でそれぞれに異なる規
定を設けている。更新制をとっており、継続教
育の必要単位数を取得することを要件として、
2-3年に1回、更新が行われる。そのため、

さまざまな団体が継続教育のプロバイダーと
なっており、RN自身もスキルアップに対して
意欲的である。

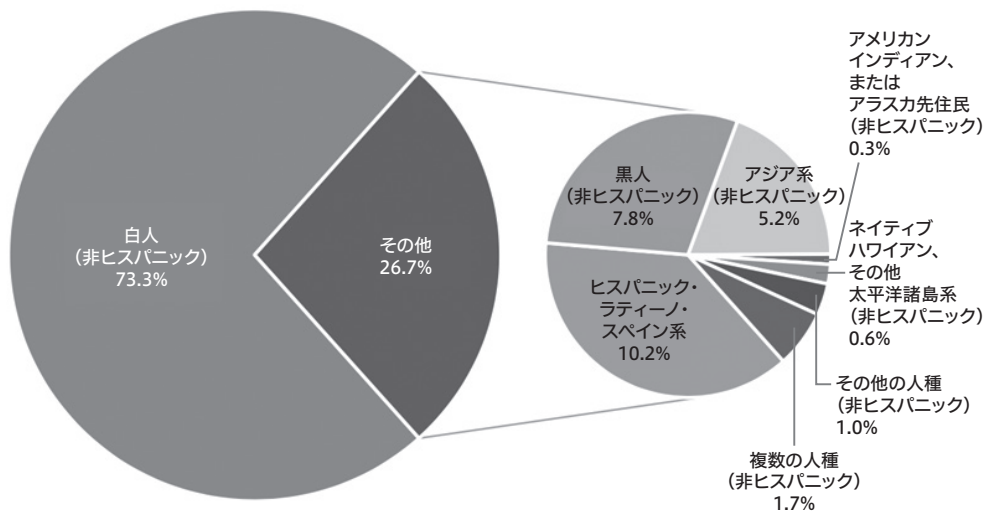
U.S. Department of Health and Human
Services Health Resources Services
Administration による *2018 National Sample
Survey of Registered Nurse* によれば、現在ア
メリカには約3,957,661人のRNが登録されてい
る。そのうち83%にあたる3,272,872人が就業中
であり、78.9%がフルタイムで働いている。日
本同様に、ベビーブーマーの高齢化が進むアメ
リカでも、看護職の需要は高く、RNの数は10
年前の2008年より26%も増加した。男性の割合
は9.6%と少ないものの、少しずつ増加してい

図1 Registered Nurseの年齢構成



出所：U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services
Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*, p.4より
筆者作成。

図2 Registered Nurseの人種構成



出所：U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) 2018 National Sample Survey of Registered Nurse, p.5より引用。

る⁷⁾。

そして、RN自身の年齢の高齢化も一つの課題となっている。60歳以上が約1/4を占めている現状は、この世代が退職した後の人手不足を予期させる⁸⁾。しかし、深いM字カーブを描くことなく、どの世代も満遍なく就業している現状は、出産・育児を機に離職することなく、生涯にわたってRNという一つのキャリアを追求できる環境であることを意味すると考える。勤務先の人事労務管理や福利厚生はもちろんのこと、継続教育や上級資格が充実していることも大きいであろう。

現在の人種構成は図2の通りである。白人の占める割合が73.3%というのは、全人口における白人の割合(76.3%⁹⁾)より若干少ない。マイノリティの占める割合は年々上昇を続けており、若い世代になるほど有色人種の割合が高くなっている¹⁰⁾。

そして、最終学歴は44.6%が学士(Bachelor Degree)、29.6%が準学士(Associate Degree)、ディプロマのみが6.4%である。これに加え、大学院以上の学位を持つRNが多いことも特徴

であり、修士が17.5%、博士が1.9%となっている¹¹⁾。この修士以上の学位を持つRNたちの多くは、次に述べるAPRNであり、看護職の職務範囲を拡大する牽引役となっている。

2) Advanced Practice Registered Nurseの存在

日本にない特徴を挙げるとすれば、やはりAPRNの活躍であろう。一般的に、APRNは、各看護分野のエキスパートであるNurse Practitioner (NP)、麻酔を専門とするCertified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)、助産を専門とするCertified Nurse Midwife (CNM)、そしてこの統計には挙げられていないが、管理や教育を専門とするClinical Nurse Specialist (CNS)の四つが公的に認められた資格となっている。これらの中で近年成長が著しいのがNurse Practitionerであるが、創設されたのは1965年であり、その他の資格も歴史がある。当然のことながら、創設当時から現在に至るまで、これらの資格の職務範囲については議論が続けられ、アメリカ医師会からの反対など、障壁を

一つずつ乗り越えながら前進させてきた。これについては第3章で詳しく述べたい。

3) Licensed Practical Nurse

アメリカでは、第一次・第二次世界大戦中の看護師不足を解消するために、看護補助者とLPNが短期間で育成され、RNの不足を補ったという歴史を持つ。LPNは日本の准看護師に近い存在ではあるが、職務範囲はそれぞれの州法で定められており、RNとは異なる。非常に厳格な規定を設けている州もあれば、曖昧にしている州もあることが興味深い。RNが3年以上の養成課程を経て育成されるのに対し、LPNは1-2年と短い期間の学習で資格を取得できる。そして、人口あたりのLPN数には地域差が大きい。南部・中西部に多い一方、東部や西部では少ないという特徴がある。

LPNは医師やRNの指示のもとで働くという規定は、州を問わず共通している。基本的な看護職務、すなわち検温や血圧の測定、注射の準備、カテーテルの観察、包帯を巻く、患部への軟膏の塗布、消毒、床ずれの手当て、マッサージ、着替えや入浴のサポート、衛生管理などが典型的な仕事になる。RNと異なり、独立してケア計画を作成したり、それを変更したりすることはできない。そして、在宅ケアの患者から、

電話による治療相談に応じたりすることもできない。LPNが行う医療行為の中で、議論の焦点になっているのは、静脈注射、点滴、人工透析の可否である。州によって判断が分かれており¹²⁾、追加研修を受けることで可とする場合もある。このような職務や責任の違いが、RNとの年収の違いとなって明確に表れていると言えるだろう。

4) 看護補助者

日本の施設介護職が担う職務をカバーすることも多い看護補助者は、州政府が資格制度を設けている。賃金こそRNやLPNと比べると低く抑えられているものの、看護補助者、とりわけ有資格の看護補助者が担っている職務を見ると、必ずしも不熟練の職務ばかりではない。看護補助者は現在、すべての州において資格制度が存在し、呼称は表3のように異なる。そして、養成施設の基準や、携わることが可能な職務の範囲に至るまで、州法で細かく規定されている。

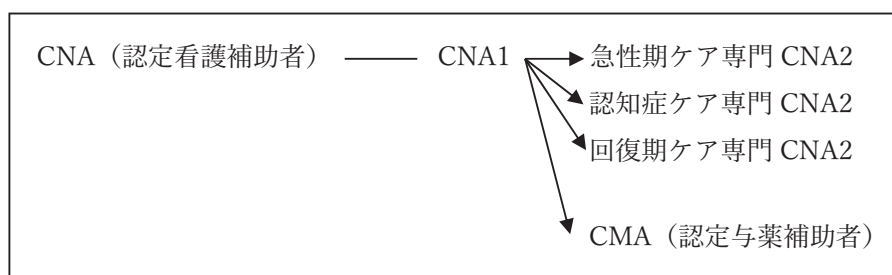
一つの例として、オレゴン州の場合を見てみたい。オレゴン州には、CNA（Certified Nursing Assistant：認定看護補助者）レベル1、レベル2、そしてCMA（Certified Medication Aide：認定与薬補助者¹³⁾）という3種類の看護

表3 有資格看護補助者の呼称

Certified Nurse Aide (28)	アラバマ、アラスカ、コロラド、コネティカット、コロンビア特別区、ジョージア、ハワイ、アイダホ、カンザス、ルイジアナ、マサチューセッツ、ミシガン、ミシシッピ、ネブラスカ、ニュージャージー、ニューメキシコ、ニューヨーク、ノースカロライナ、ノースダコタ、オクラホマ、ペンシルヴェニア、サウスダコタ、テネシー、テキサス、ヴァージニア、ウエストヴァージニア、ウイスコンシン、ワイオミング
Certified Nursing Assistant (16)	アリゾナ、アーカンソー、デラウェア、フロリダ、イリノイ、アイオワ、メイン、メリーランド、ミネソタ、ネヴァダ、オレゴン、ロードアイランド、サウスカロライナ、ユタ、ヴァーモント、ワシントン
Certified Nurse Assistant (3)	カリフォルニア、ミズーリ、モンタナ
Certified Nursing Aide (1)	インディアナ
Registered Nurse Aide (1)	ケンタッキー
State Tested Nurse Aide (1)	オハイオ
Licensed Nursing Assistant (1)	ニューハンプシャー

出所：筆者作成。

図3 オレゴン州における認定看護補助者のシステム



出所：筆者作成。

補助者資格が存在している。レベル2になると、急性期ケア、認知症ケア、回復期ケアと3つの専門分野によって認定される。

Certified Nursing Assistant 1の場合、コミュニティカレッジや医療機関、高校などが提供するプログラムにおいて、75時間の座学と75時間の臨床実習、計150時間の教育を受けることが要件となっている。Certified Nursing Assistantの職務は単に病棟の雑用をこなすのではなく、バイタルサインの測定と記録など、医療の知識が必要なものも多い。患者の清潔の保持、移動の補助、食事の介助、排泄や入浴の援助など、療養上の幅広い職務を行うことができる。そして、上級のレベル2になると、それぞれの分野で課せられる職務もより専門化し、細分化されたものになっている。RNの監督のもとでという条件付きではあるが、採血などの検査、カテーテルの着脱など高度なスキルを要する職務もある。

Certified Medication Aideの場合は、さまざまな薬を患者に投与することも可能になる。

次に、同じく2段階の認定看護補助者の制度を設けているノースカロライナ州が定めたNurse Aide Iの職務のリストは表4の通りである。

Nurse Aide IIの職務リストは以下の通りである。Nurse Aide Iと比較すると、侵襲的な処置も可能になるなど、より高度な技術を要する職務が任されていることがわかる。

- 酸素吸入（病室へのセットアップ、モニタリング）
- 吸引（口腔咽頭、鼻咽頭から）
- 無菌包帯の交換（損傷から48時間以上経過していること）
- 点滴の補助業務（セットアップの際の組み立てと流入、モニタリング、部位のケア・衣類

表4 ノースカロライナ州におけるNurse Aide Iの職務のリスト

1. 個人的なケア	入浴、口腔ケア、皮膚のケア、髪の毛のケア、爪のケア、ベッドメイキング、衣類の着脱
2. 身体機能	方向転換、搬送、リフトの使用、歩行の援助、動作の補助
3. 栄養	配膳、食事の援助、流動食の援助
4. 排泄	差し込み式便器の使用、腸・膀胱の再訓練、尿の採取、カテーテルのケア、カテーテルの装着、膣・肛門の洗浄、直腸チューブ・腸ガスバッグの挿入、排膿器具を外すこと、胃の吸引器のメンテナンス
5. 安全	サイドレール・コードレール、ミットと拘束具、心肺蘇生法・ハイムリック法、感染症管理
6. 特別な処置	バイタルサインのチェック、身長と体重の測定、温度調節、褥瘡性潰瘍の予防とケア、外科的な皮膚の準備と手洗い、消毒した衣類への着替え、伸縮包帯・結束具の装着、心電図モニターの着脱、死後のケア、深呼吸

出所：North Carolina Board of Nursing ホームページより筆者作成。

の着脱、非継続的な末梢静脈への注入)

- 排泄の処置（人工瘻のケア、灌注）
- 栄養摂取（口・鼻からの注入、胃瘻栄養の注入、締め付けチューブの使用、口・鼻の栄養チューブの取り外し）
- 尿道カテーテルの使用（装着）

Certified Nursing Aideを始めから専門分化させているのがオクラホマ州である。同州では、長期ケア（Long Term Care Aide）、在宅医療（Home Health Aide）、発達障害ケア（Developmentally Disabled Direct Care Aide）、成人デイケア（Adult Day Care Aide）、施設ケア（Residential Care Aide）、与薬（Medication Aide）と、福祉も含めた六つの分野が設けられている。

（2）階層化の背景にあるアメリカ社会

このように看護職が階層化したのには、いくつかの社会的背景を見出すことができる。ここでは、「下位職種が存在」と、「専門化への熱意」という二つの観点から見てゆきたい。

1）下位職種の存在

病院附属看護学校の学生が現場を担い、プロの看護師たちは独立して訪問看護を行なっていた1930年代までの体制から、第二次世界大戦前後を契機として、階層化が出来上がった¹⁴⁾。そして戦後も、いくつかのターニングポイントを経て変化させながら現在に至っている。

RNが上方へ移動し、APRNなどの専門看護への展開を可能にした背景の一つは、LPNや看護補助者といった下位の看護職種が存在し、ベッドサイドにおける患者のケアという職務を担ったからに他ならない。前述のように、RNでは白人の割合が73.3%を占めているのに対し、LPN、さらに看護補助者と、有色人種の割合が増えてゆく。RNの養成が4年制大学主体となっているのに対し、LPN、看護補助者ではコミュニティカレッジ等における短期のプログラムで行われる。すなわち、移民や低学歴者などの入

口の職業として機能しているということである。

特に、看護補助職を資格化することには、採用する医療・介護施設の側にも、看護補助者本人の側にも、いくつかの利点があるだろう。

医療・介護施設にとってのメリットは、採用の際に本人の能力が担保されることである。また、任せることが可能な職務の範囲も州法で定められているため、その都度検討する必要がない。日本の看護補助者が資格化されていないために、個々人によって能力にバラつきがあること、職務範囲も法定されていないこと、これらによって看護補助者の活用が阻まれていたことと比較するとわかりやすいだろう。

そして、看護補助者にとってのメリットは、自らのキャリアの証明になり、職を得やすくなることである。医療・介護施設で看護補助職を募集する場合、認定看護補助者の資格を有していることが条件となることが多い。もちろん、有資格であることは賃金を引き上げる。前述したオレゴン州やノースカロライナ州のように、最初のステップである看護補助者の資格から、上位の看護補助者へキャリアアップする道がつけられている。ひいては、看護補助者の資格を取得した際に履修した科目の単位は、LPN、あるいはRNを目指す際にも認定され、近道となるのである。このように、社会的ハンディを有する層が多く存在し、社会政策としてそのキャリアラダーを確保することが課題となっているアメリカという国の事情が反映されている制度なのである。

2）専門化への熱意

アメリカのRNは、戦前より、常にその専門職としての地位の確立が追求されてきた。また、そのための方策として最も強く意識されてきたのは「自律性」という概念である。いかに自律性を獲得し、専門職としての権威を認めさせるかということが、かなり早い段階からRNの職業団体や研究者たちから提起されてきた。そのために必要と考えられたのが、科学的な知識を身につけ、客観的な判断ができるようになること

であった。そのような志向性は20世紀初頭からすでに表れており、徒弟制度的な病院付属看護学校における「技能」を中心とした教育は否定され、早くから4年制大学を中心とした教育機関において、「技術」を中心として行われる普遍的な教育が推奨された。

現在でもRN養成プログラムにおいては、実務よりも座学が重視され、一般教養を含めた幅広い知識と、看護チームのリーダーとして求められる意思決定やリーダーシップに関する科目が用意されている。ベースとなる養成プログラムにおいては、専門看護に関する科目はほとんどない。しかし、その後も各自が継続教育を受け、自らの専門分野に磨きをかける。そして、さらなるAPRNを志したり、学会認定の専門資格を取得するためのプログラムを積極的に受講する。表2で表した通り、このようなキャリアアップの努力は勤務先からも認められ、賃金に反映される。そして、RNでは許可されていないさまざまな職務に携わることも法律で認められるようになるのである。こうした医療機関や政府がその専門性をきちんと認め、活躍の場を与えていることが非常に大きなポイントであると考えられる。

このような上方への移動、つまり専門化を促したのは、American Nurse Associationを中心とした職業団体の100年間にわたる努力が最も大きい。そして、伝統的に、医師は原則として医療機関には雇用されずに、あくまで独立自営のプロフェッショナルとして「病院を利用する」契約 (Clinical Privileges) を結ぶ、いわゆるオープンシステムを採用していることも要因の一つであろう。担当医師が不在の時間も多いその空間にあって、主役となるのは看護職である。

アメリカのAPRNは、病院という空間において、医師不在の時だけリーダーシップを発揮するにとどまらない。医師の監督や指示がなくても自ら医療行為を行ったり、処方箋を書くことも可能にするなど、その職務範囲を長年の努力で拡大させてきた。次章では、このAPRNを中心に、看護職の職務拡大について詳述する。

Ⅲ. アメリカの看護職の職務拡大

本章では、アメリカの看護職の職務拡大の現状とここまでの道のり、そして中心的な論点について論ずる。アメリカの看護職の職務範囲は、各州法で定められているものが原則となる。これはRNのみならず、LPNや認定看護補助者、APRNにも共通する。しかし、それぞれの医療機関が、州法の規定より厳しく範囲を限定する場合もある。医療機関内の規定、あるいは労働組合との労働協約、個々の職務記述書など、制限の方法はさまざまである。しかし、本論では医療機関ごとの取り決めについては触れず、あくまで州法のレベルで議論してゆくことをお許しいただきたい。

はじめに、看護職の職務を大きく広げる推進役となったAPRNについて、より詳しく紹介する。

1. 4つの Advanced Practice Registered Nurse

RNの上級資格や認定については、学会など、さまざまな団体が創設している。しかし、全米の州法レベルで公的に保護されているのは表5のグレー部分の4資格である。

アメリカではプライマリケア医の不足が深刻となった1960年代から、医師とRNの間のポジションを担う中間職種 (Mid-level Provider) の活躍が期待された。この時に作られたのが、APRNのうちの一つ、Nurse Practitionerである。奇しくも同じ年に、当時はベトナム戦争から復員した衛生兵が大勢いたことから、彼らを教育して創設されたのがPhysician Assistantである¹⁵⁾。Nurse PractitionerがあくまでRNの延長線上にあり、看護教育をベースとしているのに対し、Physician Assistantは医学をベースとした教育を受ける。現在では、この2職種が特に勢いを持っており、高齢化社会におけるプライマリケアの担い手として成長し続けている。

Physician Assistantについては、APRNの職務と重複する部分がかなり存在するし、職務範

囲などが議論される場合にも、セットでなされることが多い。しかし、厳密な括りで言えば看

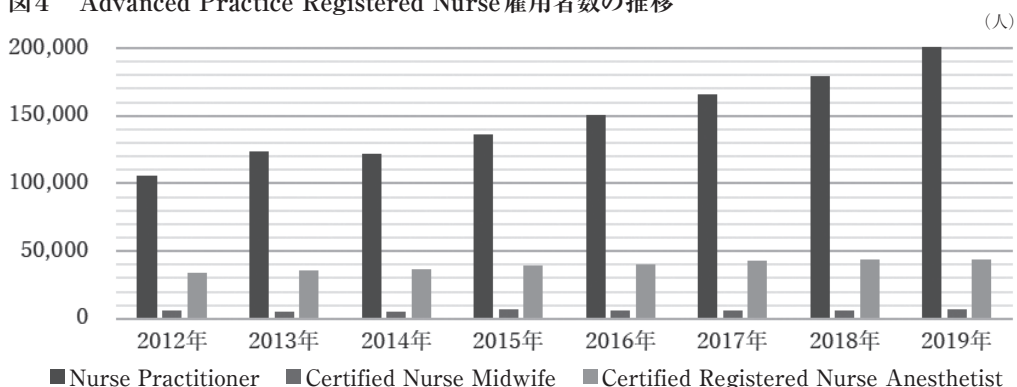
護職ではないため、今回は詳述を省く。それでは、以下、APRNの職種を一つずつ見てゆこう。

表5 Advanced Practice Registered Nurseの概要

Mid-level Provider	看護教育ベース (Advanced Practice Registered Nurse)	Nurse Practitioner (NP)	- 家庭医学、成人、急性期、小児科、婦人科、精神科、老年、産科の各分野のエキスパート 1960年代に創設される
		Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)	- 麻酔を専門とする - 麻酔科医と協力、または単独で施術 - 資格化されたのは1956年だが、職業団体は1931年に創設
		Certified Nurse Midwife (CNM)	- 助産を専門とする - 職業団体が創設されたのは1955年だが、養成プログラムは1930年代から
		Clinical Nurse Specialist (CNS)	管理と教育のエキスパート
	医学教育ベース	Physician Assistant (PA)	- 衛生兵がルーツ 1960年代に創設される

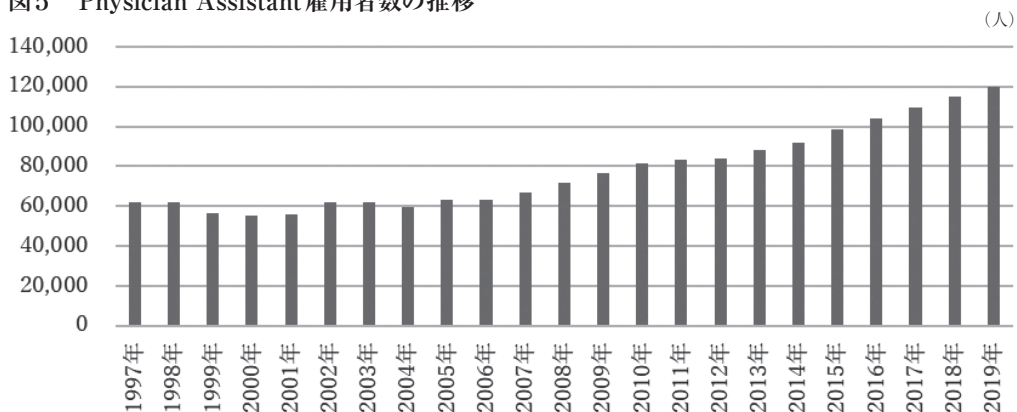
出所：筆者作成。

図4 Advanced Practice Registered Nurse雇用者数の推移



出所：U.S. Bureau of Labor Statistics, OES Data 2012-2019より筆者作成。

図5 Physician Assistant雇用者数の推移



出所：U.S. Bureau of Labor Statistics, OES Data 1997-2019より筆者作成。

(1) Nurse Practitioner

1) Nurse Practitioner の概要

APRNのうち、最も人数が多いのがこの資格である。アメリカ労働統計局の調査では211,280人が就労しており、職業団体であるAmerican Association of Nurse Practitionerによれば325,000人がNurse Practitionerの資格を取得している。

アメリカでは1965年に初の公的医療保険であるメディケアとメディケイドが創設されたことから、医療需要が急増した。そして、医療専門職、特に医師の獲得が難しい僻地やインナーシティでプライマリケアを提供できる人材の育成が急務とされた。そこで白羽の矢が立ったのがNurse Practitionerと前述したPhysician Assistantである。

Nurse Practitionerは1965年にコロラド大学において、小児専門の高度な知識と技術を持つ看護師として養成が始まり、その他の分野にも広がっていた。他のAPRNと同様に、当初は養成プログラムのカリキュラムもバラバラであったが、一つの専門資格として信頼を勝ち得るべく、資格団体を作り、養成プログラムも統一基準が作られていった。現在では大学院の修士課程レベルの養成課程を修了することが要件とされている。

Nurse Practitionerは各看護分野で専門化されており、養成も分野ごとに行われる（表6参照¹⁶⁾）。アメリカの場合、RNは一般的に、診療科のローテーションを行わない。そのため、それぞれが経験を積んできた専門分野の延長線上にNurse Practitionerの資格が存在する。少々古いデータになるが、勤務している場所は表7の通りである。

Nurse Practitionerは現在に至るまで、その職務範囲を徐々に拡大してきた。その議論の焦点となったのは、以下の二つである。第一に、「自律性」、すなわち医師の監督要件の程度や独立開業の可否である。第二に、「処方権」である。処方権については、扱う薬物の危険性によってレベルが分けられており、どの段階まで処方を

表6 Nurse Practitionerの専門分野

認証を受けている分野	割合
家庭医学の看護	69.7%
成人看護	10.8%
成人－老年看護（プライマリケア）	7.0%
精神科看護	4.7%
急性期看護	4.1%
小児看護（プライマリケア）	3.2%
成人－老年看護（急性期）	2.9%
婦人科看護	2.9%
老年看護	1.8%
新生児看護	1.0%
小児看護（急性期）	0.7%

出所：American Association of Nurse Practitioner
ホームページより筆者作成。

許可するかという議論が行われている。

これらの事項について認める範囲は州によって異なる。この幅を決定づける要素となるのは、人口あたりプライマリケア医の数、各州職業団体の政治力など、さまざまである。一般的に、最も権限が広く認められているレベルは“Full Practice Authority”と呼ばれる。これは、「患者の評価、診断、オーダー、検査結果の解釈、処置の実施と管理、薬物の処方とコントロール¹⁷⁾」がすべて可能であることを指す。現在、23の州でFull Practice Authorityが認められている。これらの州は西部・中西部の人口の少ない州がほとんどであり、特に僻地でのプライマリケア提供者が求められていることによるのであろう。逆に、人口の多い州ほど職務の範囲は制限的である。

2) 現場での活躍事例

①ネブラスカ州の事例

Nurse Practitionerに関しては、筆者が2015年にネブラスカ州で調査を行った。本稿でもこちらの一部をご紹介しますことで、Nurse Practitionerが実際にどのような職務を担っているのか理解する手助けとなれらると思う¹⁸⁾。

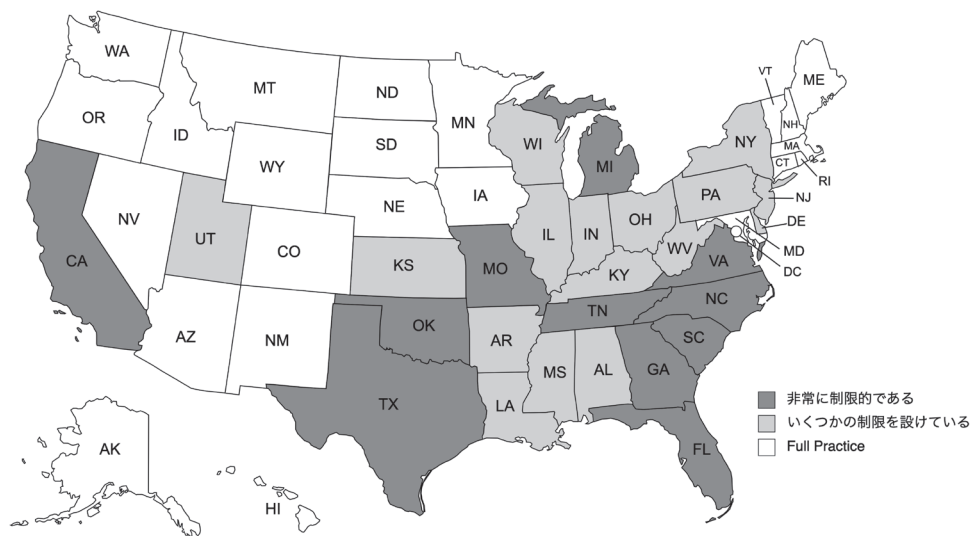
調査を行ったのはネブラスカ州の州都オマハ

表7 Nurse Practitionerの勤務場所

主たる専門分野	最も多い勤務場所	二番目に多い勤務場所	三番目に多い勤務場所
急性期ケア看護	病院・病棟部門その他 (34.3%)	病院・急性期ケア (22.5%)	救急救命室／応急処置室 (12.0%)
成人看護	フィジシャンズ・オフィス (24.1%)	病院・外来クリニック (17.4%)	病院・病棟その他 (12.9%)
家庭医学	フィジシャンズ・オフィス (22.9%)	地域のプライマリケア (14.3%)	病院・外来クリニック (10.8%)
老年看護	長期ケア施設 (32.4%)	その他 (9.0%)	地域のプライマリケア (8.1%) フィジシャンズ・オフィス (8.1%)
新生児看護	病院・急性期ケア (72.9%)	病院・病棟その他 (23.6%)	—
腫瘍科看護	病院・外来クリニック (54.9%)	フィジシャンズ・オフィス (26.0%)	病院・病棟その他 (10.5%)
小児看護	フィジシャンズ・オフィス (26.0%)	病院・外来クリニック (23.5%)	地域のプライマリケア (10.2%)
精神看護	精神科医療施設 (31.8%)	独立自営 (21.7%)	病院・外来クリニック (7.7%)
婦人看護	フィジシャンズ・オフィス (38.7%)	病院・外来クリニック (14.2%)	その他 (11.3%)

出所：American Association of Nurse Practitioner (2015), p.11より引用。

図6 Nurse Practiceの職務範囲



出所：American Association of Nurse Practitioner Fact Seatを参照のうえ筆者作成。

にあるAメディカルセンターである。新生児ICUでは医師3名に対し、2名のNurse Practitionerが所属していた。職務の内容は両者ともほぼ同じであり、患児のベッドサイドのプレートには「主治医師/NP」との記載があるなど、対等な関係が窺われた。このユニットで個室オフィスが与えられているのは医師とNurse Practitionerだけである。

そして、救急救命室では2名の急性期ケアを専門とするNurse Practitionerが所属していた。この2名は、Physician Assistant 2名と共に、処置室での処置を独立して任されていた。軽症の患者は医師ではなく、この2つの職種が担当するという。アメリカの場合、救急救命室は無保険者なども受け入れる義務があり、医療の最後の砦としての役割を果たすなど、重要である。このような分業体制をとることで、充実した体制を構築していた。

そして、アメリカに特徴的なユニットと言えるのがHIVクリニックである。HIV患者はアルコールやドラッグなどの依存症患者、低所得やホームレスの患者、家庭環境に問題を抱える患者、精神疾患の患者など、社会的な背景を考慮に入れながら、行政機関やNPO、他の診療科との連携が必要となる場合が多い。そのため、クリニックのメンバーはソーシャルワーカー、ケースワーカー、薬剤師など多様な職種でチームが構成されている。ここでは、医師2名に対してNurse Practitionerが2名配置されており、新生児ICUと同様に、医師かNurse Practitionerのいずれかが主担当として診察に当たっていた。その他、産婦人科では医師15名に対して婦人科Nurse Practitionerが4名、小児精神科では医師3名に対し、Nurse Practitionerが4名という体制である。Nurse Practitionerは医師とほぼ同じ職務を行うものの、電気ショック療法のみ携わることができないとのことである。

ネブラスカ州ではオマハのような都市部は例外的であり、多くは人口の少ない小さな町である。認知症の患者が増える現在、とりわけ精神科看護を専門とするNurse Practitionerは高齢

化の進むこれらの地域で重宝されているようである。また、近隣の小学校には、主にメディケイド受給者を対象としたクリニックが併設されていたが、ここで診療を行うのは医師ではなく、4名のNurse Practitionerである。

いずれのNurse Practitionerも、自分たちのアイデンティティを「患者とコミュニケーションをよくとり、バックグラウンドまで含めた統合的な診療を行うこと」だと述べていた。医師と同様の職務を割り当てられながらも、視点や価値観が異なるのだという。

②メディカルセンターでのNurse Practitioner

Nurse Practitionerの多くはプライマリケア領域に携わるが、上記の事例同様に、高度な急性期医療を提供するメディカルセンターでも活躍している。Moote et al. (2011) は大学病院コンソーシアム (University HealthSystem Consortium) に加盟する複数のメディカルセンターにおいて、Nurse PractitionerとPhysician Assistantがどのように用いられているのかを明らかにした研究である。所属している医師・Nurse Practitioner・Physician Assistantの人数については表8に示す。Vanderbilt University Medical Centerの352人から、University of Illinois Medical Center at Chicagoの48人まで開きはあるものの、回答したほぼすべてのメディカルセンターでNurse Practitionerが採用されていることがわかる。特にNurse Practitionerは患者を直接ケアする職務よりも、ケア・コーディネーターやケース・マネージャー、リサーチ・コーディネーターなど、管理や統合の役割を求められる傾向にある。

研修医の育成も行うメディカルセンターでは、Nurse PractitionerやPhysician Assistantに頼らざるを得ない特別な事情がある。それは2003年に研修医の労働時間規制が厳格化されたことである。実際に、この調査の対象メディカルセンターのうち、81%が「レジデントの代わりにNurse Practitioner/Physician Assistantを用いている」と回答している。これらの職種を用い

る理由を尋ねた項目では、「研修医の労働時間規制」が最も多く、ついで「患者の医療アクセス向上」「ケアの継続性の向上」「入院患者の回転率の向上」「医師の生産性向上」と続く。急性期ケアを担い、同時にスタッフの教育・育成、そして研究を行うメディカルセンターにおいても、Nurse Practitionerは今や不可欠の人材となっていることがわかる¹⁹⁾。

(2) Certified Registered Nurse Anesthetist
アメリカでは麻酔科医のみならず、このCertified Registered Nurse Anesthetistが麻酔処置を行うことができる。表2で示したように、アメリカ労働統計局の調査では41,960人であり、

人数はそう多くないものの、収入は非常に高く、専門性の高さが推測できるだろう。そして、想像以上にこの職種の歴史は古い。資格公認の養成プログラムの設置こそ1952年であるが、記録に残る限り19世紀の終わりには看護師による麻酔が一般的となっていた。19世紀の麻酔は、知識も十分でない研修医が行う危険なものであった。そのため、何人かの外科医が、少しでも患者の苦痛を和らげようと、修道院のシスターに精神的な援助を頼ったことが始まりであるという。その後に行われたいくつかの戦争でも、麻酔看護師は戦場で活躍し、信頼性を高めた。

Certified Registered Nurse Anesthetistとして資格制度が整ったのは1956年である。その

表8 Academic Medical Centerにおける医師・Nurse Practitioner・Physician Assistantの配置 (Moote et al. (2011) による)

AMC Name (City, State)	医師数	NP数	PA数	割合
University of Colorado (Denver, CO)	1072	69	29	1/10.9
Stanford Hospital and Clinics (Stanford, CA)	1800	100	45	1/12.4
University Hospital of the SUNY Upstate Medical University (Syracuse, NY)	735	116	30	1/5.0
Penn State M.S. Hershey Medical Center (Hershey, PA)	613	78	67	1/4.2
University of Illinois Medical Center at Chicago (Chicago, IL)	980	48	5	1/18.5
UC Davis Medical Center (Sacramento, CA)	880	87	4	1/9.7
University of Pennsylvania Health System (Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA)	1830	275	70	1/5.3
University of Wisconsin Hospital & Clinics (Madison, WI)	1200	120	95	1/5.6
University of Maryland Medical Center (Baltimore, MD)	1000	150	5	1/6.5
Virginia Commonwealth University Health System (Richmond, VA)	851	156	19	1/4.9
The Nebraska Medical Center (Omaha, NE)	550	88	62	1/3.7
Vanderbilt University Medical Center (Nashville, TN)	—	352	9	—
The Ohio State University Medical Center (Columbus, OH)	1216	177	40	1/5.6
University of Kentucky Hospital (Lexington, KY)	500	64	32	1/5.2
The University of Connecticut Health Center, John Dempsey Hospital (Farmington, CT)	350	50	23	1/4.8
The University of Michigan Hospitals and Health Centers (Ann Arbor, MI)	1599	192	181	1/4.3
North Carolina Baptist Hospital (Wake Forest University Baptist Medical Center, Winston-Salem, NC)	612	68	69	1/4.5
Froedtert Memorial Lutheran Hospital (Milwaukee, WI)	838	102	76	1/4.7
Brigham and Women's Hospital (Boston, MA)	2700	150	130	1/9.6
UNM Hospitals (Albuquerque, NM)	890	120	60	1/4.9
Presbyterian Medical Center (Philadelphia, PA)	—	50	40	—
Fletcher Allen Health Care (Burlington, VT)	771	80	67	1/5.2
UT Southwestern Medical Center University Hospitals-St. Paul (Dallas, TX)	1100	—	—	—
Rush University Medical Center (Chicago, IL)	816	77	40	1/7.0
University of Mississippi Health Care (Jackson, MS)	510	93	2	1/5.4
Barnes-Jewish Hospital (St Louis, MO)	1827	109	17	1/14.5
(再掲)				
平均値	1052	119	49	1/7.1
最小値	350	48	2	1/3.7
中央値	885	100	40	1/5.3
最大値	2700	352	181	1/18.5

出所: Moote et al. (2011), p.3より引用、一部加筆。

後、1986年にはメディケアにおいてCertified Registered Nurse Anesthetistの行為に保険償還が認められるようになった。これが職務拡大のきっかけとなり、2001年にメディケア・メディケイド・サービスセンターは、Certified Registered Nurse Anesthetistが医師の監督なしに自律的に医療行為を行うためのガイドラインを作成した。Nurse Practitioner同様に、Certified Registered Nurse Anesthetistも都市部の多忙な急性期病院、そして僻地の病院で需要が高い²⁰⁾。

(3) Certified Nurse Midwife

出産に携わる女性の仕事として、助産師は古代社会から存在した。その後、近代以降は、産科医の隆盛の影に迫りやられた時期もあった。しかし、アメリカでは1925年にケンタッキー州でFrontier Nursing Serviceという訪問看護の団体が創設され、ここで看護師が助産の職務に携わったことが一つの転機となった。この創設者であるMary Breckinridgeはイギリスで助産学の教育を受けた人物で、イギリスのNurse Midwifeの制度を参考にしたようである。Frontier Nursing Serviceは、貧困や地理的なハンディから適切な医療を受けられない女性と乳児のために設立され、やはりここにも福祉的な理念が見える。

その後、Certified Nurse Midwifeとしての教育プログラムが設立されたのは1932年、ニューヨークにおいてであった。従来の助産師は、あくまで分娩と出産前後のケアに携わる役割であったが、Certified Nurse Midwifeはこれを拡大し、青年期から閉経に至るまでの女性すべてに対し、医療サービスを提供するという位置づけである。産科医・婦人科医との違いは、必要以上に医学的な介入をせずに、自然なライフプロセスを尊重する点にある。ここにはかつての助産師の価値観が受け継がれていると言えよう。現在ではすべての州において、その行為に保険償還が認められ、処方権が与えられている。Frontier Nursing Serviceの掲げた理想と同様に、現在

もCertified Nurse Midwifeは十分なケアの行き届かない無保険者、低所得者、マイノリティなどの女性へのケア提供を重視している²¹⁾。

(4) Clinical Nurse Specialist

アメリカ労働統計局の統計にはこの資格が掲げられておらず、その役割も他の3職種と比べると若干曖昧なところがある。しかし、浮き沈みを経験しながら、2017年の時点で216の養成プログラムが開講している。端的にこの資格を言い表すなら、エビデンスベースの看護のリーダーであり、エキスパートである。

病院においても、合理的なマネジメントということに関心が高かったアメリカでは、第二次世界大戦前から、管理と教育のスペシャリスト看護師という役割を模索しており、1943年に初めてNurse Clinicianという用語が用いられている。1954年に初めての大学院修士課程のプログラムが設立されているので、現在隆盛を誇っているNurse Practitionerと比べると、実はClinical Nurse Specialistの方が歴史は長い。

ただ、現在でも多くの病院ではケース・マネージャーやケア・コーディネーターという肩書であることが多く、入院中や退院後のコーディネイトを行ったり、退院プランナーとしてケアの継続性を保つことに貢献している。この若干曖昧な役割ゆえに、病院でリストラクチャリングの嵐が吹き荒れた1980年代から90年代前半にはポジションを減られる憂き目に遭うことが多かった。

現在、Clinical Nurse Specialistは47の州でAPRNと認められている。約半数の州では独立自営が許可され、1/3の州では処方も可能である。徐々に保険償還も認められるようになってきたことを機に、再び増加傾向にある²²⁾。

2. Advanced Practical Registered Nurse 躍進の背景

このように、RNからステップアップしたAPRNたちが職務範囲を広げ、アメリカ医療のさまざまな現場に浸透してゆくことを可能にし

たものとは何だったのだろうか。いくつかの背景を挙げる。

Blair et al. (2019) は APRN がその地位を確かなものにできた要因を三つ挙げている。第一に、彼女らの医療行為が保険償還の対象となったことである。第二に、州法を中心とした公的な保護が与えられたことである。第三に、養成課程のカリキュラムとプログラムを統一したことである。

これら三つに加え、プライマリケア提供者の慢性的な不足、患者や他職種からの信頼を勝ち得たこと、研修医の労働時間規制が厳格化されたこと、そして医療弱者への対策について述べたい。

(1) 保険償還の広がり

APRN の医療行為が保険償還の対象となったのは、Certified Nurse Midwife が初めてであった。約40年前のことである。そこから、他の三つの職種にも少しずつ認められるようになっていった²³⁾。これにより、医療機関も APRN を積極的に雇用するようになり、また、独立して活動することも後押しした。

前述のように、アメリカではいくつかの公的医療保険、数多の民間医療保険が存在する。そのため、APRN の医療行為が償還の対象となるか否か、なるとすればどの範囲が対象となるのかは、言うなれば保険の数だけルールがある。多くの保険は、各州法で可能と認められた行為については償還をしているが、さらに限定された行為にのみ償還をする保険もある。Poghosyan et al. (2017) は、比較的所得の低い層が加入することが多く、保険料が安い HMO (Health Maintenance Organization) では、そのうちの25%のプランしか APRN への償還を認めていないことを問題として指摘している²⁴⁾。また、同じ医療行為であっても、医師への償還率と比べると低く設定される場合もある。

(2) 州法による公的な保護

それぞれの州法では、RN や LPN などと並び、

四つの APRN に関する条項を設けている。内容はさまざまであるが、主に実行可能な職務の範囲、免許制度、養成機関の条件などが定められている。一例として、オレゴン州法における APRN の規定を見てみたい。詳細を記載することは紙幅の関係で叶わないため、枠組みだけ提示する²⁵⁾。

Oregon Revised Statutes, Chapter 678.010 to 678.410

Oregon Administrative Rule, Chapter 851

Division 53 Advanced Practical Registered Nurse としてのライセンスの基準

Division 55 Advanced Practical Registered Nurse の職務の範囲と基準

- 851-055-0000 職務の範囲と基準を定める目的
- 851-055-0010 すべての Advanced Practical Registered Nurse の職務範囲と基準
- 851-055-0020 ライセンスを持った Nurse Practitioner の職務範囲
- 851-055-0030 ライセンスを持った Certified Registered Nurse Anesthetist の職務範囲
- 851-055-0040 ライセンスを持った Clinical Nurse Specialist の職務範囲
- 851-055-0050 発行されたライセンスに関するオレゴン州看護委員会における職務拡大
- 851-055-0060 全米認定試験の委員会認証の基準
- 851-055-0070 処方権の基準
- 851-055-0072 処方権と投薬権の停止
- 851-055-0076 薬剤の受け渡しと投薬
- 851-055-0078 規制薬物に関するルール
- 851-055-0080 Nurse Practitioner と Clinical Nurse Specialist についての開業手続きとケアの基準
- 851-055-0090 特別規定

このような州政府による公認を得ることで、資格の信頼度は格段に向上した。

(3) 養成課程とプログラムの統一

それぞれの資格はもともと、一つの大学や医療機関が試験的にスタートさせ、徐々に規模を拡大して団体ができ、複数の団体を統合して全米統一の機構を作っていた。それまでは、養成プログラムも統一された基準がなく、修了者のレベルにも開きがあった。しかし、専門職種としての信頼を勝ち得るために、看護教育機関の団体である American Association of College Nursing がカリキュラムガイドラインと養成機関の基準を作成した²⁶⁾。

(4) プライマリケア提供者の慢性的な不足

Nurse Practitioner および Physician Assistant は1965年に、公的医療保険であるメディケア・メディケイドが作られたことによる医療需要の増加を見込んで作られた職種である。これ以前も、医療が高度化するに従い、プライマリケアより専門医を目指す医師が増えていったこともあり、これを補うことは大きな課題であった。

その後、1980年代には医療費の高騰が問題視されたことから、保険者が医療支出をコントロールする、いわゆるマネジドケアが広がりを見せた。ここでは、医療アクセスを制限するために、地域のプライマリケア医がゲートキーパーとなることを求められている。国の医療費削減政策においても、プライマリケア提供者の充実が重要なテーマの一つとされ、APRN への期待が高まった。

その後、近年では人口の高齢化という先進国共通の現象、そして2014年に施行された Affordable Care Act、いわゆるオバマケアによるさらなる患者増の影響も大きい。

(5) 患者や他職種からの信頼

現在ほど APRN が地位を確立していなかった1978年に書かれた論文である Sullivan et al. (1978) では、Nurse Practitioner の雇用と活躍の障壁となるであろうものが五つ挙げられている。それは、第一に心理的要因、すなわち他職種からの心理的な抵抗感である。特に医師

はこれまで、権限の委譲という訓練をしてきていないため、特に抵抗は大きいであろうと述べている。第二に、患者からの受容である。第三に、州法の規定の曖昧さである。第四に、環境的不適合や組織構造である。第五に、保険償還がなされないことである。現状の活躍を見ると、これらの課題の多くは、40年以上の時間をかけて克服されているように思える。

特に、他職種や患者から受け入れられ、信頼されることが、他の障壁をも崩す第一歩であるため、多くの研究が重ねられてきた。これらは、医師の行う医療行為と比べ、質が遜色ないこと、医療過誤を起こす割合も低いことなどを証明するものが多い。Nurse Practitioner の項でも述べたように、APRN は医師よりも患者との関係作りを重視する傾向にある。特にプライマリケアでは、患者とのコミュニケーションや継続的な関係が大きな意味を持つため、彼女らのスタンスが好意的に評価されることには疑問の余地がない。

(6) 研修医の労働時間規制厳格化

2003年、医学教育機関の評議会である Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) は、長時間労働が問題視されていた研修医の労働時間規制を厳格化した。これまで、研修医の労働力に依存していた医療機関は、これを補うべく、APRN の雇用を増やさざるを得なくなった。近年の APRN の急増はこの法改正による影響、そして養成プログラムが増えたことが大きく影響している。

実はこの動きはアメリカに限ったことではない。イギリス、アイルランドでも医師の労働時間規制の厳格化により、Physician Assistant や Nurse Practitioner の需要が高まっている²⁷⁾。

(7) 医療弱者への対策

国民皆保険制度を敷いていない唯一の先進国であり、多くの移民を抱えた経済格差の大きな国でもあるアメリカは、医療にアクセスできない層を生み出している。アメリカにおいて、他

国と比べても APRN の活躍が著しい背景には、このような社会の構造がある。

キャリアアップを望んだ RN の職務を拡大し、活躍の場を作り出したことは大いに評価されてよい。だが、もともとは、僻地やインナーシティといった環境を医師たちが忌避したことが発端であるとも言える。そして、民間病院や多くの医師たちは、無保険者や公的医療保険しか持たない人々への医療提供にも積極的ではなかった。このような社会で、適切な医療を受けられない層が生まれるのは必然である。良きにつけ悪きにつけ、この問題の解決を期待されたのが APRN であることは否定できないだろう。数々の政策もまた、APRN の職務拡大や養成数の増加などを通じて、これを支援してきた。

近年では、Affordable Care Act の中にも、このような趣旨の内容が盛り込まれている。The Graduate Nurse Education demonstration と称した 2 億ドルのファンドは、APRN の臨床実習の場を拡大するために、大学院に与えられるものである。また、Affordable Care Act は、医療過疎の地域で働くことを希望する者へのファンドである National Health Service Corps program においても、Nurse Practitioner への増額を行なった。そして、高齢者を対象とした公的医療保険であるメディケアに関しても、在宅ケアを改善するための Independence at Home Demonstration が創設され、Nurse Practitioner が担い手となることを期待されている。

少々古いデータとなるが、医師と Nurse Practitioner・Physician Assistant と患者の関係を調べた Hooker et al. (2005) では、公的医療保険にのみ加入している患者では Nurse Practitioner にかかっている患者が多く、公的医療保険と併せて民間医療保険にも加入している患者は医師にかかる割合が高かった。すなわち、貧しい患者ほど Nurse Practitioner が診察していると結論づけている²⁸⁾。

そして、McMichael et al. (2019) は、Nurse Practitioner の職務範囲と、救急救命室の利用

との関係を調べた研究である。前述のように、救急救命室はプライマリケアにアクセスしにくい無保険者や低所得者向けのメディケイドに加入する患者が重症化した後に搬送されるケースが多く、医療費を押し上げる原因として問題視されていた。そのため、Nurse Practitioner に広い職務範囲を認めている州では医療弱者へのプライマリケア提供体制が整っており、限定的な職務範囲しか認めていない州では提供体制が劣るという前提のもと、メディケイド患者の救急救命室利用率を調査した。この結果、職務範囲の狭い州ではより多くのメディケイド患者が救急救命室を利用していることが明らかになった。

同じく、Timmons (2016) もメディケイド患者の医療アクセス改善と Nurse Practitioner・Physician Assistant の職務拡大の相関を調べた研究である。そして、Poghosyan et al. (2017) も、プライマリケア提供者の不足はマイノリティが適切な医療を受けることを妨げるため、Nurse Practitioner の職務範囲を拡大し、彼女らの能力がもっと発揮できるようにすることを推奨している。この研究では、特にマイノリティや低所得者の利用する割合の高い公立保健センターにおける Nurse Practitioner の役割を重視している。

ここでは Nurse Practitioner に関する記述が中心となったが、Certified Nurse Midwife、Certified Registered Nurse Anesthetist も、弱者へのケア提供をアイデンティティの一つに掲げている。仮に、APRN が存在しなかったとしたら、アメリカの医療格差はさらに大きいものであったに違いない。このような福祉的医療の必要性が、APRN を後押ししたと考える。

3. 職務範囲 (Scope of Practice : SOP) をめぐる新しい動き— COVID-19 と連邦取引委員会の勧告

これまで、APRN を中心とした看護職の職務拡大について述べてきた。医療専門職の職務領域、すなわち Scope of Practice は、看護職のみならず、薬剤師や歯科衛生士など、他職種

でも議論が行われるなど、関心の高い課題である。州法における職務範囲の限定の仕方は、a) 行為に焦点を当てたもの、すなわち、特定の処置や手続きの可否について規定する方法、そして、b) 患者に焦点を当てたもの、例えば新患であるか否かなどによって規定する方法の二つがある²⁹⁾。

最後に、近年 APRN の職務拡大の追い風となったであろう、二つの事象について説明を加える。COVID-19 と、連邦取引委員会の勧告である。

(1) COVID-19 による一時措置

言うまでもなく、医療スタッフの著しい不足に見舞われたアメリカでは、病院において医師の代わりに医療チームを率いるために、そしてクリニックなどで診察や検査を行うために、APRN に対する医師の監督要件が緩和された。これにより、一時的にせよ州法の規制は停止され、APRN が独立して意思決定や医療行為を行うことで、緊急事態をしのいだ。Nurse Practitioner に関する各州法の一時修正措置³⁰⁾については表9にまとめた³¹⁾。

あくまで COVID-19 への一時的な対応策ではあるが、APRN がここで果たした役割は事実として残り、収束後も職務拡大を勢いづける材料となるであろう。

(2) 連邦取引委員会の勧告書

独占禁止を司る連邦取引委員会 (Federal Trade Commission) は、2014年に Competition and the Regulation of Advanced Practice Registered Nurse と題する勧告書を出している³²⁾。この趣旨は、医師による独占行為が、異職種間の健全な競争を妨げ、医療に悪影響を与えするというものである。もともと連邦取引委員会は医療専門職の競争排除構造に関心を寄せていた。これに先駆けて、2003年には、アメリカ司法省の反トラスト局と合同でヒアリング調査を行っている³³⁾。連邦取引委員会が主張するには、資格制度というものはもともと、その職種に求められる能力があることを担保したものであり、州法でさらなる職務範囲規定を設けることは、能力の過剰な制限に相当する。

この勧告書は、職務制限、特に医師の監督要件と協働契約に要請が引き起こすデメリットを、以下のようにまとめた。第一に、医療提供者、特にプライマリケア提供者の不足が深刻化することである³⁴⁾。第二に、医療のコストと価格の上昇である³⁵⁾。第三に、医療提供モデルに起こりうるイノベーションの抑制である³⁶⁾。第四に、医師と APRN の協働によってもたらされる利益を却って損なうことである³⁷⁾。

以上のように、現在のアメリカでは、看護職の職務拡大は、職業団体によるデモンストレーションの域を超えて、より普遍的な課題として認識されつつある。

表9 Nurse Practitioner に関する州法の一時停止・適用除外のレベル (2021/12/15現在)

州知事命令発行	カンザス、テネシー、ミシガン、オクラホマ、アラバマ
職務を行うのに求められる要件のすべてを一時停止	ウイスコンシン、ケンタッキー、ニュージャージー、ニューヨーク、ルイジアナ、ヴァージニア
職務を行うのに求められる要件の一部を一時的に適用除外	アーカンソー、インディアナ、ウエストヴァージニア、カリフォルニア、サウスカロライナ、テキサス、ノースカロライナ、ペンシルヴェニア、ミズーリ
措置なし	イリノイ、オハイオ、ミシシッピ、ジョージア、フロリダ、ユタ
すでに Full Practice を獲得	アイオワ、アイダホ、アラスカ、アリゾナ、デラウェア、ヴァーモント、オレゴン、コネティカット、コロラド、コロンビア特別区、サウスダコタ、マサチューセッツ、ニューメキシコ、ニューハンプシャー、ネヴァダ、ネブラスカ、ノースダコタ、ハワイ、ミネソタ、メイン、メリーランド、モンタナ、ロードアイランド、ワイオミング、ワシントン

出所: American Association of Nurse Practitioner ウェブサイト “COVID-19 STATE EMERGENCY RESPONSE” より筆者作成。

IV. おわりに

本論ではアメリカの看護職における職務拡大について、特にAPRNを中心に論じた。医療提供者側の要因、患者側の要因、さらに大きな社会経済的要因、実にさまざまな力が働いて現状が作られた。特に筆者が着目したいのは、国民皆保険ではない社会にあって、いかに多様な国民に医療を提供してゆくか格闘する過程である。APRNは「ミニドクター」と揶揄されることもあるし、社会的弱者は「ミニドクター」の診療しか受けられない格差社会だとネガティブに捉えることもできるかもしれない。しかし、それはあくまで医師を絶対視する見方であり、従来型の医療の形を不変のものとする見方である。本当の意味での医療の質は何か、自分が求めるQOLとは何かと今一度考えてみるとしたら、APRNをはじめとする看護職の役割はより重要性を増すだろう。

最後に、アメリカとは違う文脈に置かれた日本の医療に対して示唆できることを挙げたい。

はじめに、社会経済的な観点から指摘できることは、日本もジニ係数が上昇の一途にあるという点である。国民皆保険制度があるとは言え、今後、福祉的医療を必要とする人は増えるであろう。そして、2020年以降、私たちは公衆衛生に携わる医療専門職の価値を、痛感させられた。保健師を筆頭に過重労働を強いられ、機能がパンク寸前に至った経験を、感染症の収束とともに忘れ去るべきではない。折しも、医療機関の機能分化が課題とされ、かかりつけ医の存在に焦点が当たっている時でもあった。歴史上類を見ない人口の高齢化を迎えていることも併せ、重層的な医療提供体制を整える機は熟している。

そして、看護師や医療提供者の側から見てみよう。日本でも四年制大学を卒業した看護師が増えた。向学心旺盛な彼女らのキャリアラダーを整え、生涯にわたって看護の仕事を極めたいと望む気持ちに答えることもまた、良き医療を作るには不可欠のように思える。2024年からは労基法による労働時間規制が医師にも適用さ

れ始める。ACGMEの規制厳格化をAPRNやPhysician Assistantの活用によって乗り切ったアメリカの事例は、何がしかの学びがあるのではないだろうか。

注

- 1) 2019年のアメリカ合衆国のジニ係数は0.4と、OECD諸国の中で7番目に大きい。OECD Data Income inequality 参照 (<https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm#indicator-chart> 2022年1月3日アクセス)
- 2) パーセンテージの合計が100になっていない理由は、複数の保険に加入している人がいるためである。特に、公的医療保険はカバー範囲が狭いため、余裕があれば民間医療保険にも併せて加入する人が少なくない。
- 3) RNのアイデンティティについては早川 (2021) を参照。
- 4) カリフォルニア州ではLicensed Vocational Nurse (LVN) と称されている。
- 5) この他に、事務職とごく簡単な医療行為の補助を兼ねるMedical Assistantという職種が710,200人、在宅看護・介護を担うHome Health and Personal Care Aideという職種も3,211,590人存在するが、本稿では触れないものとする。
- 6) かつて医療技術がさほど進化しておらず、急性期と慢性期の病院が明確に分れていなかった時代には、RNをリーダーに、LPNや看護補助者が一つのチームを作ってケアに当たっていた。詳しくは早川 (2015) pp.177-186を参照。
- 7) U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*, p.3.
- 8) U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*, p.4.
- 9) U.S.Census Bureau, <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US/PST045221> (2022年1月3日アクセス)
- 10) U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*, p.5.

- 11) U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*, p.6.
- 12) 州ごとに異なる要因のひとつには、その州のRNの職業団体とLPNの職業団体との力関係がある。LPNの団体は其の範囲の拡大を求めるが、RNの団体はそれを阻止する方向へ動くことが一般的である。
- 13) オレゴン州のみならず、34の州で与薬補助者の認定制度が設けられている。
- 14) 1930年代後半になると、民間医療保険会社の普及や医療技術の進化により、病院の患者数が増加し、RNが不足していた。そのため、American Nurses Association (アメリカ看護協会) と American Hospital Association (アメリカ病院協会) が協力し、病院の近代化へと乗り出すことになる。人事労務管理の面では、忠誠心のあるスタッフを病院内で安定的に育成する人事制度の構築、そして、階層的なチームを用いた管理監督組織の合理化である。
- 15) 現在では Physician Assistant の7割程度が女性である。看護職から転ずる者もいるが、むしろ理学療法士や放射線技師など、他の医療専門職からのステップアップ組が多い。
- 16) NP FACTS, American Association of Nurse Practice ホームページ (https://storage.aanp.org/www/documents/NPFacts__052721.pdf)
- 17) American Association of Nurse Practitioner の定義による。
- 18) 詳細は早川 (2018)。
- 19) Moote らは論文で、この調査に応じたメディカルセンターはコンソーシアムに加盟している74施設のうち26施設に過ぎず、Nurse Practitioner/Physician Assistant の活用に向きの施設が多く含まれている可能性もあると断り書きをしている。
- 20) Blair et al. (2019), pp.18-20参照。
- 21) Blair et al. (2019), pp.12-15参照。
- 22) Blair et al. (2019), pp.15-17参照。
- 23) Blair et al. (2019), p.4参照。
- 24) Poghosyan et al. (2017), p.87参照。
- 25) それぞれの項目の詳細は <https://www.oregon.gov/osbn/Pages/laws-rules.aspx> にて閲覧可能である。
- 26) Blair et al. (2019), p.5参照。
- 27) Ritsema et al. (2021), pp.34-45参照。
- 28) Hooker et al. (2005), p.90参照。
- 29) Federal Trade Commission (2014), pp.9-10.
- 30) <https://www.aanp.org/advocacy/state/covid-19-state-emergency-response-temporarily-suspended-and-waived-practice-agreement-requirements> (2022年1月7日アクセス)
- 31) その他 Advanced Practice Registered Nurse に関する一時修正措置についても、<https://www.aanp.org/advocacy/state/covid-19-state-emergency-response-temporarily-suspended-and-waived-practice-agreement-requirements> にまとめられている。
- 32) この勧告書のベースとなっているのが Institute of Medicine (現 National Academy of Medicine) が2011年に発行した *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health* である。
- 33) Federal Trade Commission (2014), p.6.
- 34) Federal Trade Commission (2014), pp.20-27.
- 35) Federal Trade Commission (2014), pp.27-31.
- 36) Federal Trade Commission (2014), pp.31-33.
- 37) Federal Trade Commission (2014), pp.33-34.

参考文献

- 早川佐知子 (2015) 『アメリカの看護師と派遣労働—その歴史と特殊性』 溪水社
- 早川佐知子 (2018) 「The Shifting Division of Labor Systems and Significance of Nurse Practitioners—Focused on the Changes of Medicine—」『広島国際大学 医療経営論叢』第11号 広島国際大学
- 早川佐知子 (2021) 「アメリカ看護師の歴史における労働関係制度の意義：そのプロフェッショナルリズムとユニオニズムに注目して」『経営論集』第68巻第4号 明治大学
- Auerbach, David I., Buerhaus, Peter I., Staiger, Douglas O. (2020) “Implications Of The Rapid Growth Of The Nurse Practitioner Workforce In The US”, *HEALTH AFFAIRS*, Vol.39, No.2
- Brock, Douglas M., Nicholson, Jeffrey G., Hooker, Roderick S. (2016) “Physician Assistant and Nurse Practitioner Malpractice Trend”, *Medical Care Research and Review*, Vol.1, No.12

- Carthon,J. Margo,Brooks, Barnes,Hilary, Sarik,Danielle Altares (2015) “Federal Policies Influence Access to Primary Care and Nurse Practitioner Workforce”, *Journal of Nurse Practitioner*, Vol.11, No.5
- Federal Trade Commission (2014) *Competition and the Regulation of Advanced Practice Registered Nurse*
- Hooker,Roderick S., Cipher,Daisha J., Sekscenski,Edward (2005) “Patient Satisfaction with Physician Assistant, Nurse Practitioner, and Physician Care: A National Survey of Medicare Beneficiaries”, *JCOM*, Vol.12, No.2
- Hudspeth,Rndall S. Klein,Tracy A. (2019) “Understanding nurse practitioner scope of practice: Regulatory, practice, and employment perspectives now and for the future”, *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, Vol.31, No.8
- Judd, Deborah M., Sitzman, Kathleen, Davis, G. Megan (2010) *A History of American Nursing : Trends and Eras*, Jones and Bartlett Publishers
- McMichael,Benjamin J., Buerhaus,Peter I. (2019) “The Association of Nurse Practitioner Scope-of-Practice Law With Emergency Department Use: Evidence From Medicaid Expansion”, *Medical Care*, Vol.57, No.5
- McMichael,Benjamin J., Markowitz,Sara (2021) “Toward a Uniform Classification of Nurse Practitioner Scope of Practice Laws”, *NBER WORKING PAPER 28192*
- Oregon Board of Nursing (2018) *Oregon Nursing Assistant Candidate Handbook*
- Noote, Marc, Krsek, Cathleen, Kleinpell,Ruth,Todd,Barbara (2011) “Physician Assistant and Nurse Practitioner Utilization in Academic Medical Centers”, *American Journal of Medical Quality*, Vol.26, No.6
- Poghosyam,Lusine, Carthon,J.Margo Brooks (2017) “The Untapped Potential of the Nurse Practitioner Workforce in Reducing Health Disparities”, *Policy,Politics,& Nursing Practice*, Vol.18, No.2
- Ritsema, Tamara S., Brown,Darwin L., Vetrosky,Daniel T. (2021) *Ballweg’s Physician Assistant: A Guide to Clinical Practice, Seventh Edition*, ELSEVIER
- Sullivan,Judith A., Dachelet,Christy Z., Sultz,Harry A., Henry,Marie, Carrol,Harriet D. (1978) “Overcoming Barrier to the Employment and Utilization Of the Nurse Practitioner”, *AJPH*, Vol.98, No.11
- Timmons, J. Edward (2016) “Healthcare License Turf Wars: The Effects of Expanded Nurse Practitioner and Physician Assistant Scope of Practice on Medicaid Patient Access”, *George Mason University MERCATUS CENTER WORKING PAPER*
- OECD Date Income inequality参照 (<https://data.oecd.org/inequality/income-inequality.htm#indicator-chart> 2022年1月3日アクセス)
- U.S.Census of Bureau (2021) *Health Insurance Coverage in the United States: 2020*
- U.S. Department of Health and Human Services Health Resources Services Administration (2019) *2018 National Sample Survey of Registered Nurse*
- U.S. Bureau of Labor Statistics, May 2020 National Occupational Employment and Wage Estimates
https://www.bls.gov/oes/2020/may/oes_nat.htm#00-0000 (2022年1月3日アクセス)
- Utah University, The Center for Growth and Opportunity (2021) *Scope of Practice Reform : Cost Saving and Patient Empowerment*
- Xue,Ying, Ye,Zhiqui, Brewer,Carol et al. (2016) “Impact of state nurse practitioner scope-of-practice regulation of health care delivery: Systematic review”, *Nursing Outlook*, Vol.64, No.1
- Yee,Tracy, Boukus,Ellyn, Cross,Dori, Samuel,Divya (2013) “Primary Care Workforce Shortages: Nurse Practitioner Scope-of-Practice Laws and Payment Policies”, *National Institute for Health Care Reform, Research Brief*, No.13

1. 基本情報

(20年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
総人口(千人)	125,325	83,167	67,320	67,196	332,639
高齢化率(%)	28.9	21.8	20.4	18.7	16.9
合計特殊出生率※	1.36	1.54	1.83	1.63	1.71
平均寿命(年)	男81.6/女87.7	男79.0/女83.7 (19年)	男79.2/女85.3	男78.4/女82.4	男75.5/女80.2
失業率(%)	2.78	3.81	8.00	4.55	8.09
医療費対GDP(%)	11.04(19年)	12.53	12.38	12.75	16.77(19年)
国民負担率 (国民所得比) (%)※	(A) + (B)	44.4	54.9	67.1	32.4
	租税負担率(A)	25.8	32.0	43.1	23.9
	社会保障負担率(B)	18.6	22.9	23.9	11.0

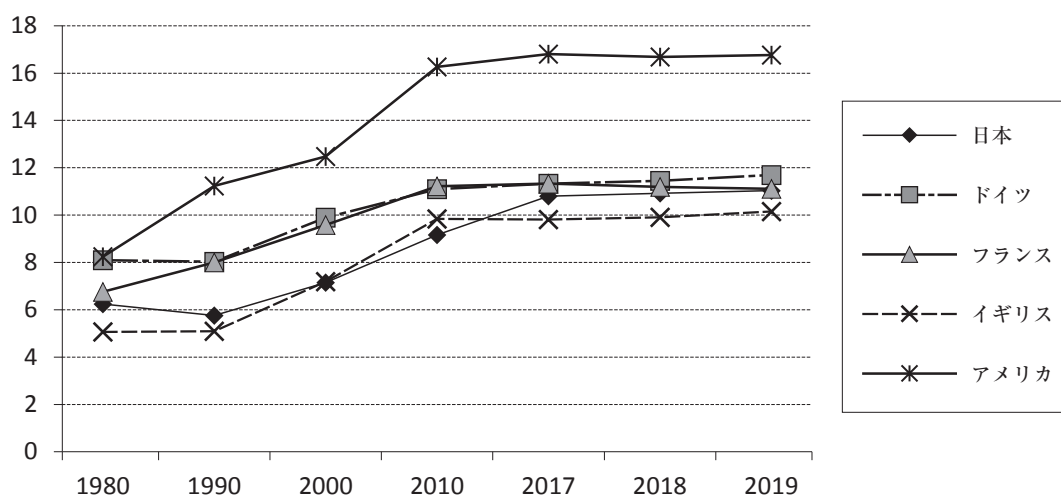
(注) 合計特殊出生率および国民負担率については、各国19年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2021 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2021

失業率はLabour Stat 2021、国民負担率は財務省HP「令和4年度の国民負担率を公表します」

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2021

3. 医療提供体制

(19年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス	アメリカ
平均在院日数			16.0	7.5 (18年)	5.4	6.2	5.5 (18年)
病床数	医療施設	急性期	977,048 (7.74)	494,326 (5.95)	201,971 (3.00)	—	802,927 (18年) (2.46) (18年)
		長期	316,326 (2.51)	—	30,950 (0.46)	—	60,035 (18年) (0.18) (18年)
		精神	326,666 (2.59)	108,519 (1.31)	54,991 (0.82)	23,658 (0.35)	81,799 (18年) (0.25) (18年)
医療 関係者数	医師		315,406 (18年) (2.49) (18年)	365,100 (4.39)	213,201 (3.17)	196,784 (2.95)	866,316 (2.64)
	歯科医師		101,811 (18年) (0.81) (18年)	71,040 (0.85)	42,559 (0.63)	35,568 (0.53)	—
	薬剤師		240,371 (18年) (1.90) (18年)	55,415 (0.67)	69,078 (1.03)	58,239 (0.87)	—
	看護師		1,487,444 (18年) (11.76) (18年)	1,159,000 (13.95)	—	547,661 (8.20)	—

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat 2021 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

4. 掲載国通貨円換算表 (2022年2月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	アメリカ (1ドル)
130.84	158.58	116.55

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-3403-3155
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp