

### 地域包括ケアシステムの要素として高度実践 看護師を活用する社会的意義

大釜, 信政

---

(出版者 / Publisher)

法政大学大学院

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

大学院紀要 = Bulletin of graduate studies / 大学院紀要 = Bulletin of graduate studies

(巻 / Volume)

73

(開始ページ / Start Page)

225

(終了ページ / End Page)

244

(発行年 / Year)

2014-10

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00010206>

# 地域包括ケアシステムの要素として 高度実践看護師を活用する社会的意義

公共政策研究科 公共政策学専攻

博士後期課程3年 大釜信政

## 1. はじめに

医療や介護、公的年金といった本邦における社会保障制度は、大きな転換期を余儀なくされている。また、この理由としては、少子・高齢化による人口構造の変化や社会保障費の増加、更には、これらの点に起因した財政圧迫や人的資源の制約等が挙げられる。尚、日本政府（2013年時点）はこの危機的状況を鑑み、「社会保障・税一体改革」を目的とした様々な取り組みの実施姿勢を構えている。政府による施策においては、日本経済の不況を回復させつつ、持続性ある強固な社会保障制度の確立が最大の論点である。

近年、医師や看護師の偏在・不足といった状態を要因として、医療サービスを提供する施設や地域毎の格差が問題視されている。また、医療技術の高度化や終末期医療における延命治療、慢性疾患患者の増加等によって、社会保障を保持するに足りる財源の確保が困難な状況にあることは周知のことであろう。そこで政府は、病院で「治療を行う医療」ばかりに着眼するのではなく、疾患や障害を持ちながらも住み慣れた地域で暮らすための「生活を支援する医療」をも視野に入れた「地域包括ケアシステム」の構築について、地方自治体と協働しながら検討を重ねている。言い換えるならば、病院での診療や入院・加療といった考え方に留まることなく、回復期にある患者、及び、慢性疾患患者、並びに、看取りを含めた医療サービスを在宅や高齢者施設で賄うことによって、緊迫した本邦の医療財政の立て直しに繋げる意図が伺える。

しかしながらこの政策自体は、必ずしも計画通りに進捗している状況とは言い切れない。地域包括ケアシステムの構築を例にとっても、この具体的な施策を講じなければならない地方自治体の多くが困惑の念を露わにしている。また政府は、高齢社会の到来や医師の偏在・不足等の課題が顕在化する中で、多様化する医療サービス利用者のニーズに対応するためには、医療専門職種毎の専門性を高めながらこの役割を拡大し、各職種が互いに連携することの重要性を示唆している<sup>1)</sup>。そして、この対応の一政策として厚生労働省は、現場で患者に寄り添っている看護師の裁量権拡大に関する検討を継続している。

そこで本研究では、本邦における医療サービスの提供体制に関する課題を概観しつつ、この課題の一つとして取り上げる地域包括ケアシステムの構築に向けて、従来の看護師以上に裁量権を持った看護職が、このシステムの構成要素としての機能を担える可能性がある点を示唆しつつ、この社会的な意義に関して論考したい。

## 2. 本邦における医療サービスを提供するにあたっての基本理念

国民が健康で文化的な最低限度の生活を営むために日本国家は、社会福祉や社会保障、公衆衛生の向上・増進に努めなければならない。尚、この点については、日本国憲法第25条で明言されている。つまり、守られるべき国民の基本的権利の一つとして、健康で文化的な生活が保障され、行政国家の責任において、この権利を保持、及び、拡大する義務が課されている。

1961年に達成された「国民皆保険・皆年金」では、全ての国民に対する医療や年金による保障がなせることを現実のものとした。また、これを中核として、雇用保険や生活保護、2000年には介護保険制度が発足し、日本の社会保障制度の根幹となっている。国民の全てにおいて、傷病を患った際にはいつ何時にあっても、公的医療保険を利用して良質で高度な医療サービスが受けられる機会を平等に保障し、老後の生活においては、これに必要な収入の基礎的部分を現金給付される仕組みによって、国民の生命、並びに、生活の質を担保する

機能を保持してきた。この結果、日本人の平均寿命は更なる伸長を示し、2060年には男性84.19歳、女性90.93歳に到達すると見込まれている<sup>2)</sup>。そして、65歳以上の人口割合が、2025年に3割を占め、更に2060年には全国民の4割を占めるといった将来推計人口が報告されている<sup>3)</sup>。尚、本邦では、少子化といった問題も顕在している。

これまで経験したことがない少子・高齢社会の到来に対して現政権（2013年時点）は、大胆な金融政策と機動的な財政政策に基づいた日本経済の再生によって、将来を見据えた社会保障の確約に繋げ、安心かつ安全な社会づくりをマニフェストに掲げている。2025年には、国民の約3割が65歳以上の高齢者となる本邦の人口構造を見据え、今まさに医療・介護のあるべき姿を模索しているところである。

また1995年には、公的な報告書である厚生白書において、初めて「医療サービス」という語彙が使用された。この中で医療は、「人が生まれる時から死ぬときまで、国民一人ひとりに密接に関連するサービス」として定義されている<sup>4)-5)</sup>。次に、広辞苑によるサービスとは、「奉仕、給仕、接待であり、物質的生産過程以外で機能する労働」であると明記されている。そして近藤<sup>6)</sup>は、「人間や組織体に何らかの効用をもたらす活動であり、市場で取引の対象となる活動」と定義付けている。これらの点を踏まえ著者は、サービスとしての保健医療が、生命の誕生から臨終を通して、生命の尊重と個人の尊厳を貴重とした国民にとって欠くことのできないサービスの一つであると考え。医療サービス利用者との信頼関係に基づきながら、その内容は単に治療のみならず、疾病の予防のための措置、並びに、リハビリテーションを含む良質かつ適切な人的支援とも言えよう。尚、近年における保健医療の現況として、インフォームド・コンセントやセカンド・オピニオン、個人情報の保護といった医療サービス利用者を護るための施策<sup>7)</sup>の徹底が推し進められている。

こういった動向を鑑みた著者は、本邦の医療サービスにおいては、日本国憲法第13条に謳われる「個人の尊厳」も基本原理のひとつとしながら、家族構成や地域コミュニティ、職場といった時代毎の変容に対応しつつ、国民の生活を保障するといった観念の下に発展し続けていく必要性が高いと考えている。また政府も、国民全体の利益を尊重しながら制度改革の理念や政策の全体像を提示するために、国民的議論に積極的に参加することを表明している<sup>8)</sup>。従って医療サービスは、公的な皆保険制度のもとで行われているからこそ、より一層、国民のニーズに敏感であるべきと願う。誰の、何のための医療サービスであるのかといった根本的な視点を見失うことなく、国民の利益を向上させるためにはどうあるべきなのかを模索した結果に誕生した医療政策は、国民の生命や生活の尊厳に繋がるであろう。更には、サービス利用者の意向を取り入れることによって、国民が望むべき姿に変容し、この定着が期待できる。また著者は、この視点にこそ、本邦における医療サービスの根本的理念が存在し、今後も受け継がれていく必要性が高いと感じている。医療サービスの提供体制が、何かしらの理由によってこの変革を強いられる状況となった場合にも、国民の生命尊厳と生活の質を保障できる施策の検討が求められよう。

### 3. 医療サービスを担う専門職種と医業実施に関する法規定

本研究の最大の論点となる看護師の裁量権拡大に関する政策課題を論考する上において、取り上げておきたい内容がある。それは、医療サービスを担う各専門職種と、これを定めた法規定である。

2012年に実施された「医療施設（動態）調査・病院報告の概況」に関する調査<sup>9)</sup>によると、医師や看護師等をはじめ、病院に従事する職種は31以上にも上る。医療サービスの質の向上や安全性といった観点も含めて、医療サービスを提供する者の多くが、専門技能の教育を受けた後に国家試験を受験し、この合格をもって資格取得者となる。また、こういった専門職種毎に制定された法律によって、業務範囲等の詳細が定められている。この一例として紹介するならば、医師に関する規定を定めた医師法が挙げられる。医師法第17条には、「医師でなければ医業をなしてはならない」と謳われており、医師以外の者が医業を行うことを禁じている。すなわち、医師以外の者が、人を対象として、疾病の診察・治療等の医学的な判断と技術を要する医業の実施は人体に危害を及ぼしかねないといった理由から、医師のみに業務独占を認めている<sup>10)</sup>。しかしながら、医師がすべての医業を担えるわけではないため、医業の一部に関しては、診療の補助業務として他の医療職種に移譲させることで、現在の医療サービスの質の保持と向上に繋げている<sup>11)-12)</sup>。

医師以外に医療を担っているコ・メディカルスタッフとしては、保健師や助産師、看護師といった看護職に加えて、薬剤師や診療放射線技師、臨床検査技師等の様々な職種が存在し、この各職種の専門性を統合したサービスの提供によって、個別的なニーズへの対応を目指している。尚、これらのコ・メディカルスタッフの法制化に関しては、医師の業務独占である医業の一部について、その禁止を解除した形式で法体系がとられている点に注目したい。

表1には、一部の医療関係職種に関する法で定められた業務内容とこの法律名、制定年を記した。この表からも見て取れるように、医療に携わる関係職種の資格の多くが厚生労働大臣から免許を与えられた国家資格である。また、従来であれば医師が実施するはずの医業の一部をコ・メディカルスタッフに移譲したことを証明するかのようになり、これらの職種が行う医業については、それぞれの職種を規定した法律によって医師又は歯科医師の指示が必要になることを謳っている<sup>13)</sup>。看護師の場合であれば、1948年に制定された保健師助産師看護師法（制定当時は、保健婦助産婦看護婦法と呼称）第5条により、「看護師とは、厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」といった職業定義を規定したうえで、第37条では、「保健師、助産師、看護師又は准看護師は、主治の医師又は歯科医師の指示があつた場合を除くほか、診療機械を使用し、医薬品を授与し、医薬品について指示をなし、その他医師又は歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をしてはならない」といった職務範囲を定めている<sup>14)</sup>。つまり看護師は、療養中の患者や褥婦に対して、医学知識・技術を用いながら病態や症状に応じた世話を主体的に行う者であり、更には、医師又は歯科医師が患者を診断・治療する補助者と捉えることができる。

看護師の業務範囲に関する規定からも見て取れるが、看護師独自の判断で行える業務は患者や褥婦に対する療養上の世話業務であり、医学知識や技術を必要とする医業に関しては、原則、医師の具体的指示が必要なのである。尚、医師の具体的指示があつたとしても行つてはならない業務も存在する。この例を挙げるならば、診断や薬物処方、検査指示、高度な医学知識・技術を必要とされる手術等の絶対的医行為である。繰り返すが、現代の医療を取り巻く環境を鑑みても、医療機関等で医師がすべての医行為を実施することは現実的に不可能であり、医師の具体的な指示の下でのコ・メディカルスタッフによる医行為については、相対的医行為として法的に認められている<sup>15)</sup>。こういった法的規定の背景には、直接、人の生命・身体に重大な影響を及ぼす危険性を考慮した上で、安全性の確保、及び、この徹底が義務化されている。そして、この制度が長年にわたって本邦の医療現場に根付き、現行の医療サービス提供がなされている。

しかしながら、この規定に関しては、法的観点からみて、矛盾する点も顕在する。尚、この点の例としては、次の内容が挙げられる。

医師が行う医業の一部を移譲したのであるから、医師の具体的指示の下に行われるコ・メディカルスタッフの相対的医行為については、医師、又は、歯科医師も臨床で実施が可能になるといった点である。著者は、例えば医師や歯科医師が、看護師の業務である療養上の世話を臨床の場で行えるとは言い難い。何故ならば、医師になるための基礎教育において、患者に対する療養上の世話に関する具体的内容は存在せず、患者にとって安全で安楽なこの実施が行えるとは考えにくいためである。

表1 医療関係職種の業務内容と法律

職種	業務内容	法律	制定年
医師	厚生労働大臣の免許を受けて、医業をなす者。（歯科医業と歯科技工業を除き、以下のすべての職種における業務施行が、法律上では可能となっている。）	医師法	1948年(昭和23年)
歯科医師	厚生労働大臣の免許を受けて、歯科医業をなす者をいう。歯科医業とは、咬合構築に関与する行為（補綴、充填、矯正）、歯牙・顎骨・口腔粘膜・舌・口唇・唾液腺・咀嚼筋など下顔面に発生する疾患の治療、全身疾患のうち口腔または下顔面に症状を現す疾患の機能回復訓練、などの行為をいう。	歯科医師法	1948年(昭和23年)
薬剤師	厚生労働大臣の免許を受けて、調剤、医薬品の供給その他薬事衛生をつかさどることによつて、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。薬剤師でない者は、販売又は授与の目的で調剤してはならない。	薬剤師法	1943年(昭和18年)薬事法 1960年(昭和35年)薬剤師法
保健師	厚生労働大臣の免許を受けて、保健師の名称を用いて、保健指導に従事することを業とする者、看護師免許を持ち備えているため、看護師業務も可能。	保健師助産師看護師法	1948年(昭和23年)

助産師	助産師とは厚生労働大臣の免許を受けて、助産又は妊婦、じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子である。看護師免許を持ち備えているため、看護師業務も可能。	保健師助産師看護師法	1948年(昭和23年)
看護師	厚生労働大臣の免許を受けて、傷病者若しくは褥瘡に対する療養上の世話、又は診療の補助を行うことを業とする者。診療の補助に関しては、医師もしくは歯科医師の指示が必要となる。	保健師助産師看護師法	1948年(昭和23年)
★准看護師	都道府県知事の免許を受けて、医師、歯科医師または看護師の指示を受けて、看護師業務に規定することをなす者をいう。	保健師助産師看護師法	1948年(昭和23年)
診療放射線技師	厚生労働大臣の免許を受けて、医師又は歯科医師の指示の下に、放射線を人体に対して照射することを業とする者をいう。	診療放射線技師法	1951年(昭和26年)
臨床検査技師	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指導監督の下に、1.微生物学的検査2.血清学的検査3.血液学的検査4.病理学的検査5.医動物学的検査6.生化学的検査7.生理学的検査(厚生労働省令で定めるもの)を行うことを業とする。	臨床検査技師衛生検査技師等に関する法律	1958年(昭和33年)
衛生検査技師	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指導監督の下でほぼ、臨床検査技師と同様の業をなす者。臨床検査技師との違いは、臨床検査技師は診療の補助としての採血と厚生労働省令で定める生理学的検査ができるが、衛生検査技師はできないところにある。	臨床検査技師衛生検査技師等に関する法律	1958年(昭和33年)
理学療法士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示のもと「理学療法」を行うことを業とする者をいう。理学療法とは、身体に障害のある者に対し、主としてその基本的動作能力の回復を図るため、治療体操その他の運動を行なわせ、及び電気刺激、マッサージ、温熱その他の物理的手段を加えることをいう。	理学療法士及び作業療法士法	1965年(昭和40年)
作業療法士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、作業療法を行うことを業とする者をいう。作業療法とは、作業を通して人々の健康と安寧を促進する方法である。	理学療法士及び作業療法士法	1965年(昭和40年)
言語聴覚士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師もしくは歯科医師の指示を受けて、音声機能、言語機能又は聴覚に障害のある者についてその機能の維持向上を図るため、言語訓練その他の訓練、これに必要な検査及び助言、指導その他の援助を行うことを業とする者。	言語聴覚士法	1997年(平成9年)
視能訓練士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、両眼視機能に障害のある者に対するその両眼視機能の回復のための矯正訓練及びこれに必要な検査を行なうことを業とする者。	視能訓練士法	1971年(昭和46年)
臨床工学技士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、生命維持管理装置の操作(生命維持管理装置の先端部の身体への接続又は身体からの除去であって政令で定めるものを含む。)及び保守点検を行うことを業とする者。	臨床工学技士法	1987年(昭和62年)
義肢装具士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の処方の下に、義肢及び装具の装着部位の採寸・採型、製作及び身体への適合を行うことを業とする者。	義肢装具士法	1987年(昭和62年)
救急救命士	厚生労働大臣の免許を受けて、医師の指示の下に、救急救命処置を行うことを業とする者(全国の自治体の救急隊の救急車に、常時最低1名乗車させることを目標とされている)。	救急救命士法	1991年(平成3年)

資料：「千代豪昭，黒田研二編：学生のための医療概論第3版増補版，p3，医学書院，2012。」をもとに著者が加筆・修正

この他としては、病院や診療所といった医療サービスを提供する場の法的な規定に関する内容である。医療法で定められたこれらの定義は、「医師又は歯科医師が公衆または特定多数人のために、医業または歯科医業を行う場所」である<sup>16)</sup>。しかし、現在の病院や診療所において医療サービスを提供する者は医師のみではない。そして、医師の具体的指示の下にコ・メディカルスタッフによる相対的医行為がなくなるとは、現代の医療サービスは成り立たない。著者は、矛盾にはらみ時代に即していないこれらの法規定が、未だに改正されないことについて疑問を呈す。

今後は更に、高齢社会に向けた医療サービスの質の向上や幅広いニーズへの対応が迫られることを想定した場合、こういった法規定の現況を要因として、この発展の妨げになることが懸念される点である。医師や歯科医師が行う診療に関する指示によってのみ、コ・メディカルスタッフは相対的医行為が行える点については、更なる少子・高齢社会を迎える医療サービスの提供体制の中で、様々な問題を生じさせるであろう。例えば、医師の偏在や不足が生じている本邦の現況を要因として、適切かつタイムリーな医療サービスを受けることができない国民が、更に増加する可能性がある。言い換えるならば、コ・メディカルスタッフの判断に基づいた医療サービスが提供できないことによって、タイムリーな利用者のニーズに対応することへの障害へと繋がる

点が懸念される。尚、この法的観点を踏まえながら、医療サービスを提供する上での人的資源に関する現況と課題については、この後に詳細を述べる。

## 4. 医療サービス提供者の人的資源に関する現況と課題

### 4.1 医師の就業状況と課題

厚生労働省の調べによると、医師数は年々増加の一途にある（図1）。2012年の時点での届出医師数は約30万人である。また、人口10万対の医師数は237.8人と報告されている。そして、1年間に8,000人ほどの新しい医師が誕生している。2011年度の医学部入学定員数は9,008人であり、医師養成数の増加が見込まれている。尚、2006年7月に発表された厚生労働省による「医師の需給に関する検討会報告書」によると、今後の医師需給の見通しとしては、供給の伸びが需要の伸びを上回り、2022年には需要と供給が均衡し、必要な医師数は確保できることが示唆された。しかしながら同省は、需要は医療政策をはじめとして様々な要因の影響を受けるため、確定的ではないとしている。更には、医師数そのものの供給は満たされたとしても、医師の地域や診療科の偏在に関する課題が残る件についても言及している<sup>17)</sup>。

図2からも見て取れるが、都道府県別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数は明らかに西高東低といえる地域的分散型である。東日本の諸県は軒並み単位人口当たりの医師数が少ない。また、東海道～山陽～北九州にかけての人口密集大都市圏を含む都道府県が必ずしも上位にあらず、東京都以外の首都圏における医師数の少なさが際立っている。神奈川県、千葉県、埼玉県がいずれもワースト10に含まれ、中でも最下位の埼玉県では、10万人当たりの医師数が146.1人で、首位である徳島県の医師数の半数以下になっている。

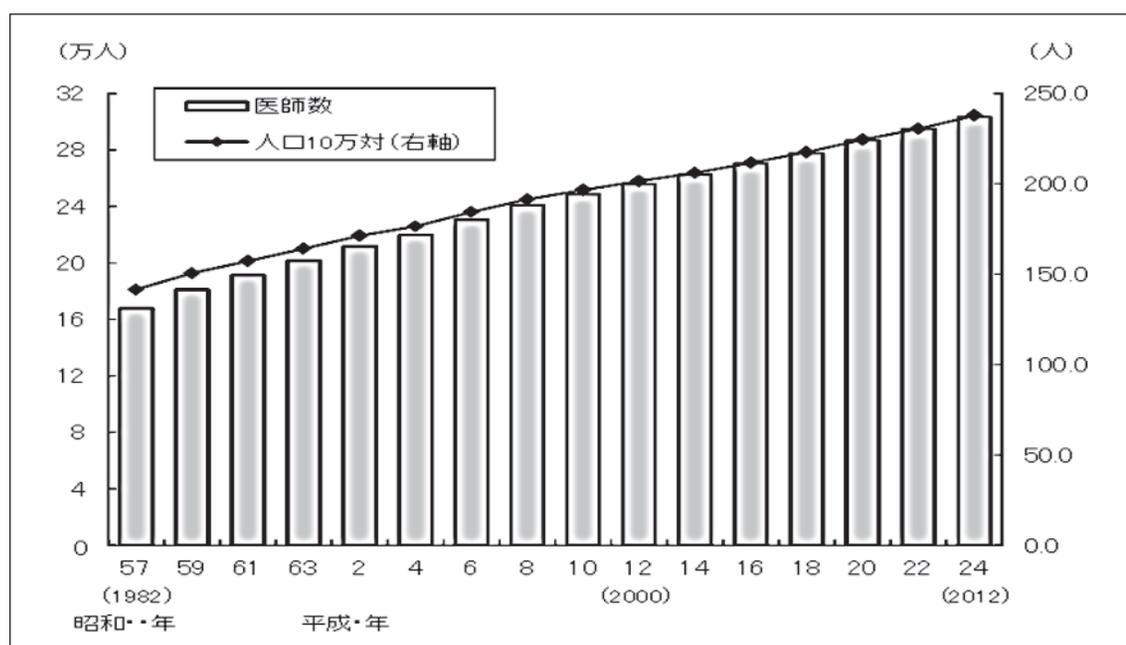


図1 日本における医師数の推移

資料：「厚生労働省 平成24年（2012年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より

この要因としては、各都道府県に存在する医学部数が直接的な影響を与えている点が示唆される。「一県一医大構想」に基づいて医学部を設置した際、各県の人口規模の大小を十分に考慮することなく、名目上の平等を達成したが故に、医科大学や医学部の数は同じでも、単位人口当たりの医師数に差が生じてしまったと考えられる。尚、高齢者を多く抱える地域を考慮した医学部の設置といった政策はとられていないが、医学部定員の増がこの地域枠を中心にはかられ始めている。また、人口密集地帯である（すなわち患者数も多い）首都圏、

主に埼玉、千葉、神奈川の各県が医師数の不足を示している理由については、県内に医学部が少ないこと以外にも諸説<sup>18)</sup>が挙げられている。例えば、①隣接諸県の住民は、東京都に勤務先を持つ場合が多く、会社への行き帰りに都内の病院にかかることが多いため、医師が開業する地域は収益が確保できる都心地域を選択する、②医師の出身校（医学部）の所在や行政サービス充実等の観点から、医師自身も都内に住むことを望む傾向に

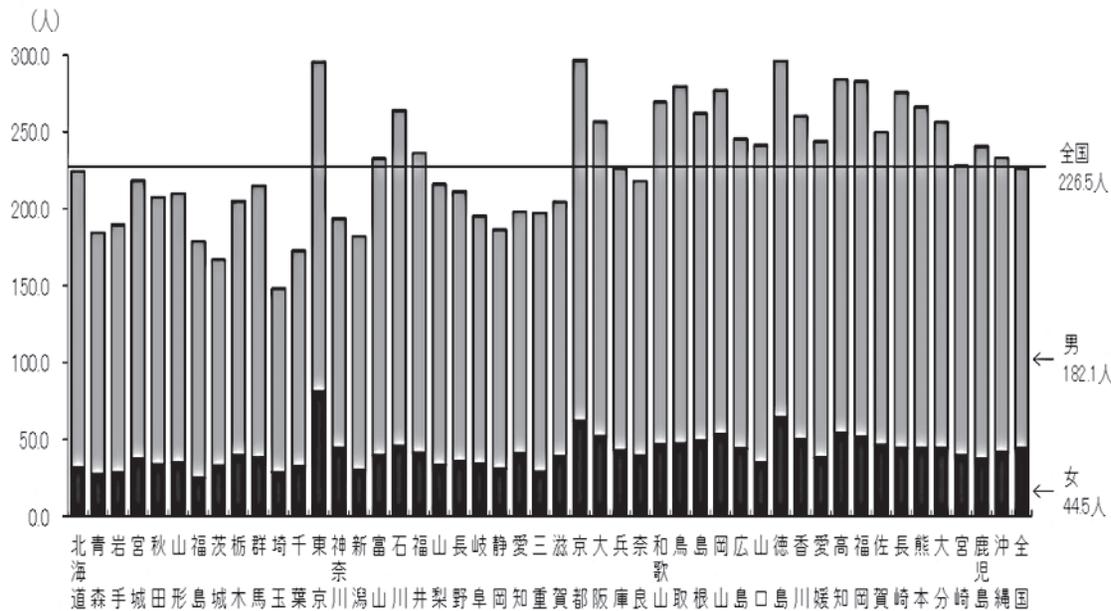


図2 都道府県(従業地)別にみた医療施設(病院・診療所)に従事する人口10万対医師数

資料：「厚生労働省 平成24年(2012年)医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より

ある、③東京都、とりわけ23区内においては、行政による医療費補助が充実しており(中学生まで医療費無料等)、こうした後押しによって患者が診療に来る機会も多くなるため、医師側も都内の開業を好み、④東京都内には、いわゆる富裕層と呼ばれる高所得者が多い為、自由診療(健康保険適用外の診療で、原則、実費をすべて患者が支払う)による医師の利益を目的として東京都内の開業を医師は好み等、どちらかと言えば患者側の立場よりも医師側の意思・事情が大きく反映している。いずれにしても、医師数の地域偏在は顕在していると結論付けられる。

また、医師の偏在を助長させるその他の理由のとしては、2004年に導入された医師の新臨床研修制度が挙げられる。これまでの研修制度と大きく異なる点は、マッチング制度の導入である。このマッチング制度とは、研修医が日本全国の研修指定病院を自由に選択して希望を出し、一方で研修指定病院側は、希望者の中から採用したい研修医を雇用するといった方式である。そして、このマッチング制度によって、医師の就職・雇用が自由化となり、医師偏在を助長させてしまったと言えよう。尚、この状況は、研修医の立場に立ったプログラムの構築や待遇改善に結び付くと同時に、研修指定病院間の研修医獲得競争を生じさせた。ともなれば、必然的に病院間、あるいは診療科間で医師確保の格差が拡大することは言うまでもない。この結果、地方大学医学部に残る研修医が減少し、更には、研修終了後の医師も期待されたほど大学医局に戻ってこないといった現実的な現象が、医師の偏在を生じさせた理由の一要因とも示唆できる。そして、地域病院への医師供給を担っていた大学医局は、新臨床研修制度や医局所属の医師数減少によって、若手医師を地域病院に十分な数だけ配置するといったことができず、結局は地域毎の医療格差を招いたことは否めない。

厚生労働省が2012年に発表した施設種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移(図3)にもよると、病院や診療所に勤務する医師数は右肩上がりの上昇を示している。単純にとらえるならば、医業をいずれかの場で行っている医師数は増加しているのである。しかしながら、こういった統計に表れていない医師の偏在が社会問題となっている点に関しては周知のことであろう。医師の偏在から生じる医療現場での医師不足の要因

は、定量的な理由（養成施設や人口等）ばかりではなく、上記した定性的（制度や政治）な事情も挙げられる。また、都道府県別に、人口に対する医師の就業者割合を厚生労働省は示しているが、各地域別の数を把握するだけでは十分とは言い難い。地域毎の医療施設に従事する医師数のみならず、各医療施設にどのくらいの医師が配置され就業しているのか、また、診療科別を踏まえたこの充足率はどうか、医療サービスを提供するに相応しい人数が確保できているのか、医療施設を利用する患者はどのように感じているのか等、これらの資料に基づいた現状把握による対策が急務であろう。また、診療科別ごとの医師の充足率も、国民への医療サービス内容に大きな影響を及ぼすことは述べるまでもない。例えば、周産期や小児、へき地医療についての問題である。厚生労働省が2012年に行った診療科別にみた医療施設（病院・診療所）に従事する医師数に関する

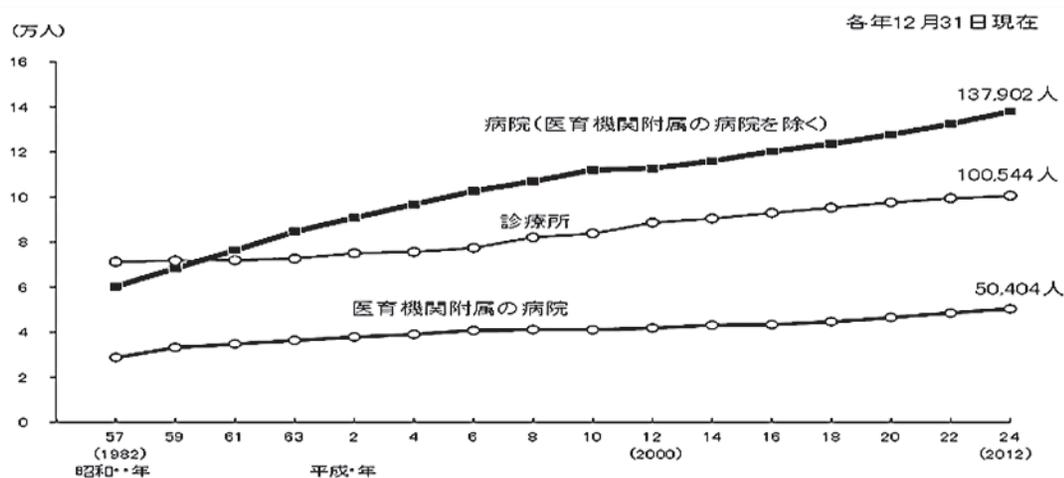


図3 施設の種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移

資料：「厚生労働省 平成24年（2012年）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」より

報告<sup>19)</sup>によれば、従事する全体医師数の内、小児科に従事する者が約5.9%、産婦人科が3.8%であり、決して高い比率とは言えない。晩婚化によって生じる高齢出産に起因した訴訟問題に揺れる周産期診療や、小児を対象として診療するが故に時間や労力を要する過酷な勤務に加えて、これに見合った診療報酬が十分に得られない小児科診療の現実的問題によって、これらの診療科を志す医師数の絶対的不足が懸念視されている<sup>20)</sup>。

そして、無医地区（医療機関の無い地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、更には容易には医療機関を利用することができない地区）を含めた山村や離島のへき地医療の確保に関する課題が挙げられる。尚、これに対する施策は、昭和32年からへき地保健医療計画として実施されている。また、この実施によって、国内における医療機関のない無医地区の数は、2009年の時点で705地区と減少しているが、およそ14万人の国民が保健・医療サービスをタイムリーに受けることができない状況<sup>21)</sup>として、生命に直結する重要課題が顕在している。

以上、医師の偏在から生じる地域毎や診療科別の医療格差が、国民自身の生存権を脅かすといった状況下にあると言える。

#### 4.2 看護師の就業状況と課題

2012年末における就業看護師数は1,015,744人であり、この数は年ごとに増加の傾向を見せている。都道府県別の人口10万対就業看護師数を示した図4を見ると、高知県が1,222.9人と最も多く、埼玉県が528.4人が最少であった。また、埼玉県、千葉県、神奈川県、東京都を取り巻く首都圏自治体においては、平均を下回る看護師の就業数であることが見て取れる。そして、看護師の就業者数の地域格差を含めて今後は、高齢社会の到来に対応すべく、進歩し続ける高度医療を担うに相応しい看護師数の確保が重要課題となっている。就業看護師数が増加傾向にあるとはいえ、十分に医療サービスを賄えるまでの数に追いつけていないのが現状なので

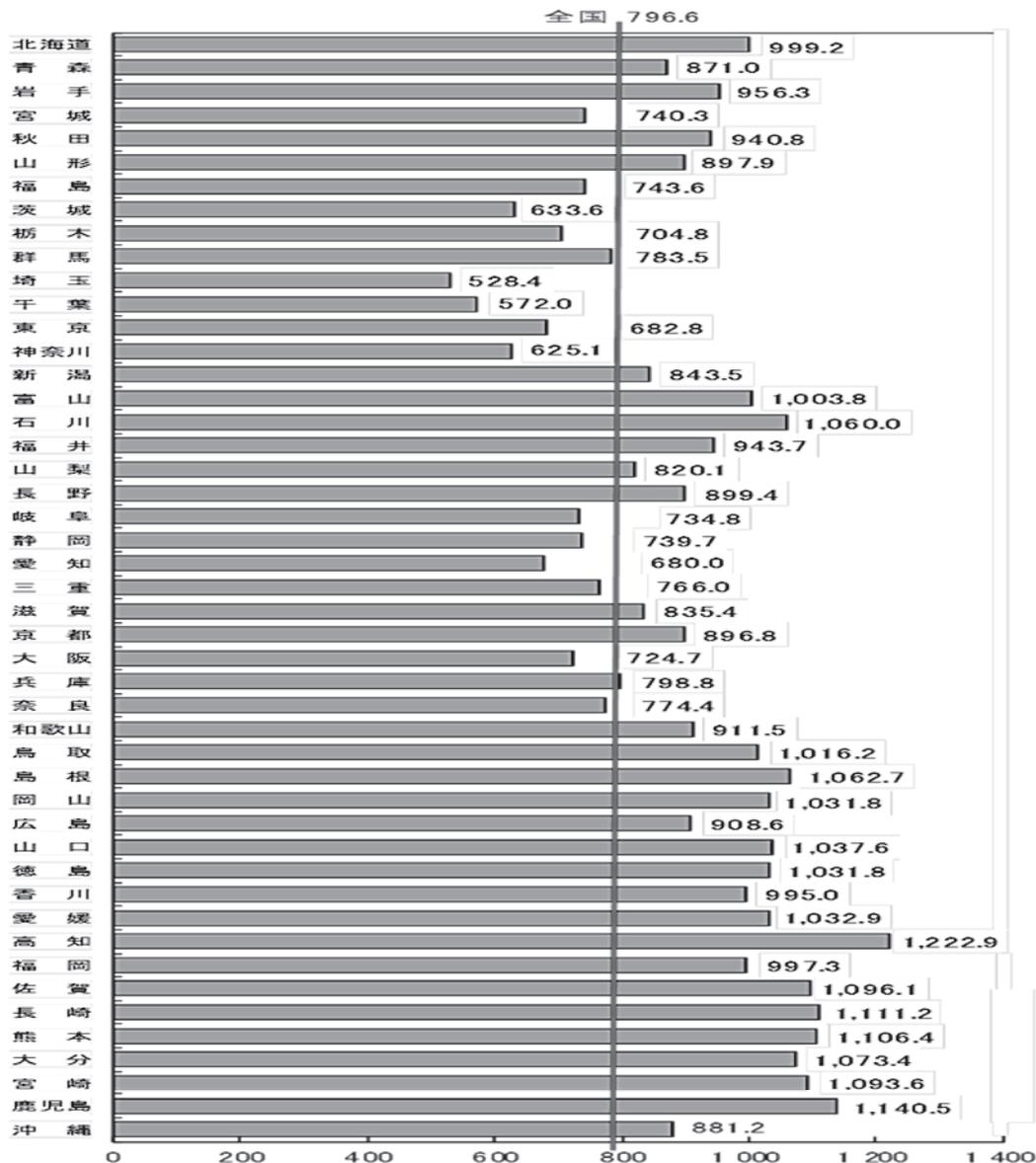


図4 2012年(平成24年)末 人口10万対就業看護師数

資料：「平成24年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」より

ある。2010年に厚生労働省が発表した「第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書」によると、2025年の看護師需要数は約191万人程度と推計されているのに対して、この供給数は179万8千人になると見込まれている<sup>22)</sup>。全人口の3割が65歳以上の高齢者となるこの時点でも、医療サービスの質の保持・向上に必要なとされる看護師の確保については、非常に困難を要することが示唆される。

尚、この点に関する論考<sup>23)-24)</sup>によると、就業看護師不足の諸要因としてはいくつかの内容が挙げられている。まず一つ目として、病床数との関連である。厚生労働省が発表した2011年時点での病床数は1,712,539床である。表2からも見て取れるが、諸外国と比較しても、病床数に応じた医師や看護師の数が少ない点は明らかである。次の要因としては、高度医療化によって生じた看護必要度の高まりである。安全面に配慮した高度医療機器の管理や重篤患者の看護を実践するためには、従来以上の看護師数が必要となる。更には、少子・高齢化といった人口構造の変容に関する要因である。近年の人口動態を概観すると、65歳以上の高齢者の増加に相反して出生数は減少している。つまり、医療現場のみならず今後は、福祉領域での看護師の需要がより見込ま

れるにもかかわらず、看護師志望者の減少が懸念される点である。4つ目の要因としては、看護師の離職率が高いことである。同省の調べによると、2009年のこの離職者数は約125,000人であった。看護師の多くは女性であり、結婚・育児を起点として、看護師を辞めてしまう傾向にある。尚、女性が結婚・育児を理由に退職する割合は54%であった（厚生労働省：平成23年度版働く女性の実情）。この退職理由としては、「育児に専念したい」「仕事と育児の両立が困難」といった内容が多くを占めていた。こういった現況への策として政府は、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」を制定し、離職防止、処遇改善、就業の促進、養成数の強化などを行っているが、今後における高齢社会を担い得るまでの看護師数を確保することの難しさが懸念される。

また、医療機関に対する診療報酬支払の仕組みによって、看護師の偏在が要因となり、一部の病院で看護師不足が深刻化している。2012年の一般病棟入院基本料の診療報酬点数においては、7:1（看護師1人に対し

表2 日本の医療提供体制の諸外国との比較(2008年)

	平均在院日数 (日)	人口1,000人当た りの病床数(床)	病床100床当たり の医師数(人)	病床100床当たり の看護職員数(人)
日本	33.8	13.8	15.7	69.4
ドイツ	9.9	8.2	43.3	130.0
フランス	12.9	6.9	48.5	115.1
イギリス	8.1	3.4	76.5	279.6
アメリカ	6.3	3.1	77.9	344.1

資料：「中西睦子編 看護制度・政策論第7巻、日本看護協会出版会、2011」より

て患者7人の看護基準を満たした場合)は1,566点(15,660円)の加算、10:1の場合は1,311点(13,110円)、15:1であれば945点(9,450円)と算定される。入院患者の数に対してより多くの看護師を多く配置すれば、「手厚い看護を行っている」と判断され、病院の収入も増額される評価体系なのである。こういった診療報酬支払の仕組みによって、特に病院においては、看護師の争奪戦が繰り広げられている。看護師達は、待遇面や卒後教育充実といった条件の良い病院に集中し、一方、こういった好条件が整備できない病院では慢性的な看護師不足を生じさせ、看護師の偏在問題へと繋がっている。この状況に対して更に追い打ちをかけるのが、看護師の離職問題である。上記したように看護師の多くが女性であるが故に、結婚・育児を主だった理由として医療現場を離れてしまうことに加えて、需要が非常に高い市場であることを強みとしながら好条件の病院を渡り歩くといった傾向が見受けられる。定着率が決して良いとは言い切れない看護マンパワーの現況に応じつつ、経営の合理化を図らざるを得ない病院側にとっては、既存する病棟をいくつか閉鎖させてでも7:1の看護配置の基準を取ることで、診療報酬の増額を目指すといった涙ぐましい経営努力が見受けられる。

以上のように、本邦における医療サービスの質を担保しながら、今後の高齢社会に対応していくための看護師数の確保は、医師の偏在・不足と同様に深刻な問題となっている。

## 5. 少子・高齢化による人口構造の変容がもたらす地域医療サービスに関する課題

### 5.1 「病院」での医療サービス提供から「在宅医療・高齢者施設」へのシフト

日本がこれまでに経験したことがない高齢社会を一要因として、社会保障における世代間や世代内の格差を生じさせ、国民の不安や不満を強めている。総務省が発表した統計によれば、日本の65歳以上の人口割合は、2025年に約30%、2045年には約38%、2060年になると約40%にまでに上昇すると推定されている。今後は、更なる高齢化を要因として、社会保障に関する切実な問題が山積みである。この内容を部分的にかいつまんで

言うならば、介護が必要となった高齢者に対する医療・介護サービスの具体的な対処方法の将来的な見通しが立っていない点である。

そこで厚生労働省は、この問題の一打開策として、住み慣れた地域で生活の継続が行えるための「地域包括ケアシステム」の構築に関して、保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基つきながら、各地域の特性に応じて作り上げていくことについて言及している<sup>25)</sup>。更に同省は、病院数やベッド数、これを担う専門職数、人口構造等が地域毎で異なるため、その地域のニーズに合致したシステムをつくりあげることに、地方自治体に指示を出した。

このケアシステムでは、在宅や高齢者施設内での切れ目のないケアサービスを中心としながら、居宅や高齢者施設での生活における限界点を高めるために、24時間対応の訪問サービス、小規模多機能サービスなどを充実させることを意図としている。現行の介護保険サービスでは「在宅」と「施設」という二元的なサービス類型となっているが、生活圏域の中での多機能にわたるサービスを提供していく観点を前面に押し出しながら、それぞれのサービスの機能に着目し、「訪問系サービス」「通所系サービス」「短期滞在系サービス」「居住系サービス」「入所系サービス」等に再編した結果、サービス利用者の特性に応じた多様なサービス体系を新しく構築できることを目指している。また政府は、この体系構築がなされた末には、高齢者に対する医療サービスの提供の場は主に病院である現状から、在宅や高齢者施設でのサービスにシフトしていく構想なのである。しかし、この具体的な視点は不透明な部分も非常に多く顕在し、政府を含めた地方行政も根本的な施策までには至っていない。

猪飼<sup>26)</sup>は、国民の健康・疾病パターンが変化しながら長寿命化していることを理由に、治療に依拠した医療システムの有効性に限界を呈している旨を述べている。加えて、障害を持つ者の生活改善に対する社会的な権利の承認が確立されてきたことによって、病院での治療よりも優れた医療システムの存在について言及している。つまり同氏は、20世紀までに行われていた病院での治療が終焉に至る一要因として、疾病構造の転換や長寿命化といった現象をとりあげながら、これまでの医療の軸として君臨してきた医師や病院という枠内での極端な医療システム編成上の制約から解放された本邦の未来像を示唆している。21世紀の医療を含んだ社会サービス組織においては、より多くのサービス供給要素が互いに影響し合いながら、この者達が共存できるシステムへ移行することの必要性を論じ、また、このシステムこそが、21世紀に求められる医療サービス像であると捉えている。

また政府が、地域医療、特に在宅や高齢者施設を主体とした地域包括ケアシステムに着眼している最大の理由には、社会保障の財源確保を視野に入れた財政改革が挙げられる。全ての国民に対する適切かつタイムリーな医療を受けられる権利を今後も保障していくためには、これに相当する財源の確保が必要である。

今日におけるこの財源としては、被保険者による保険料で約6割が、税金を財源とする公費で約4割が賄われている。そして、この公費に相当する額が40兆円であり、このうち国の負担が概ね30兆円である。国の税収が約40兆円であるのに対して、毎年のように30兆円以上が社会保障へと費やされている。従って、税収のみでこれを賄いきれるわけではない為、国債の発行に頼るのみにしか手立てがない状況であり、毎年、新たな約44兆円の借金を背負うことに繋がっている。更には、この現況に追い打ちをかけるかのように、年金や医療、福祉における社会保障費の伸びは著しく増加し、1990年の段階では47.2兆円だったものが2012年には109.5兆円にまで倍以上にも跳ね上がっている。現在の制度を維持するだけでも、毎年1兆円を超える給付費増が生じているにもかかわらず、少子・高齢化に加えて人口減少がもたらす税収の縮小化は、本邦の医療を含めた社会保障サービスの提供体制を維持するどころか、このままでは質の低下や更なる格差社会の到来を招きかねない。真の意味で、困窮者に対する国家扶助を用いた最低限度の生活保障が行えない状況さえも想定できる。憲法第25条「国民の生存権、国家の生存権保障義務」の基本理念を押し通したくとも、これを行いつつ兼ねる事態が襲い迫っている危機的状況と言えよう。今まさに社会保障制度のセーフティ機能の強化が求められている点について著者は、行政を担う者は勿論のこと、国民自身にもこの理解は拡大されていることであろう。

そこで政府は、「社会保障・税一体改革」の中で社会保障費を適正化、つまり縮小する手立ての一つとして、医療費抑制に向けた策を示唆している<sup>27)</sup>。医療費の継続的削減を視野に入れながら、病院における診療報酬の抑制を実施するために、医療サービスの提供の場を在宅や高齢者施設へとシフトする方針なのである。現在

の医療財政を圧迫している慢性疾患患者への診療や、治癒することができない患者への延命治療にかかる費用の削減が視角となっている点が理解できる。また、費用対効果をも意図しながら、急性疾患に対する診療は高度急性期病院で行われ、それ以外の慢性疾患や終末期医療においては在宅や高齢者施設のサービスで賄うことを想定しているのであろう。そして、この大まかなモデルを「地域包括ケアシステム」と称して示した政府は、おおむね30分以内にかけてつけらる範囲（中学校区等）での医療と介護を連携させたサービスによって、重度な要介護状態になった場合でも病院のみに依存せずにして、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで行えることを謳い、この施策を地方自治体に委ねている。

戦前や戦後直後の日本では、大多数の国民が自宅で死を看取られていたが、1961年に達成された皆保険制度や経済成長とともに増加した病床数といった要因に加えて、医療技術の進歩が病院での看取りに拍車をかけてきた。この証拠として現在では、9割の国民が病院での臨終である。尚、2008年の内閣府調査によると、この現況に相反して6割以上の国民は、終末期の療養場所として在宅を希望している<sup>28)</sup>。しかし、この希望に逆行し、核家族化や無縁社会、親族に生じる心身の負担といったことを理由として、在宅での看取りや療養を断念せざるを得ない現況なのである。

まとめると、高度化された病院での診療に費やされる医療費の抑制に向けた政府の方針と、国民自身の療養の場に対する希望が合致したが故に、地域包括ケアシステムの構築が目指されるようになったと言えよう。住み慣れた自宅や地域社会の中で、できる限り長く生活を送れること、すなわち、在宅や高齢者施設でのサービス推進こそが、日本を含めた先進国の政策目標になっている。従って、高度急性期医療を要さない疾病を抱えた高齢者が、自宅もしくは自宅に近い環境内で生活を送るためには、看護を含めた医療と介護が連携された24時間対応のサービスに加えて、これを支えるための人材確保とハード面の整備が必要である。また国民も、今までの単一的な「治療」を中心とした医療サービスのみに焦点を置くのではなく、障害を持ちながらも生活をいかに保持し、そして自宅や住み慣れた地域でいかに死を自分らしく迎えられる環境を整備するのかといった意識や責任、そして覚悟を持つことも求められよう。現行の医療サービスを含めた社会保障制度が崩壊の危機にある現況の中で、政府や医療職者、国民の意識変革が今こそ必要になった時代であることが示唆できる。

## 5.2 地域包括ケアシステムとは

長寿化や疾病構造の変化によって、ヘルスケアを地域へとシフトする必要性が現れた要因はすでに述べたが、生活習慣病や治癒を望めない終末期にある患者、介護を必要とする高齢者に対する地域包括ケアシステムについて井上<sup>29)</sup>は、2つのコンセプトが存在することを述べている。この一つは、integrated care（統合型のケア）であり、いま一つはcommunity based care（地域を基準としたケア）である。

まず一つめのintegrated careは、今現在はフリーアクセスのもとに利用者自身がパーツ化されたサービスを必要時に選択するといった仕組みから、医療や介護をサービス利用者の視点で統合させていくためのシステムとしている。また、①急性期から回復期・慢性期・終末期へと至る垂直的統合と、②慢性期や終末期ケアにおける水平的統合という2つのステージを示唆している。

垂直的統合とは主として、患者が選択する医療機関の地理的な分布を指す医療圏との関連を踏まえたサービスの統合に該当する。疾患の内容やその治療ステージに応じて、3次医療圏（高度医療や精神病床を整備する範囲）から2次医療圏（市区町村単位に線引きをされた一般病院の範囲）、さらには1次医療圏（日常的な医療が提供される市区町村の区域）というように、対象とする地理的範囲を狭めていくといった医療の機能分担の枠組みで議論となる。

水平的統合は、診療と看護を含めた医療の分野と、介護にわたる枠組みに関する議論として位置付けている。政府が表した地域包括ケアシステムの定義にもあるように、「おおむね30分以内にかけてつけられる範囲（中学校区等）」でサービス利用者のニーズに応じた生活を支援する医療と介護を統合したサービスを在宅や高齢者施設で提供できる旨を指す。そして、政府の掛け声のもとに地方自治体が格闘している地域包括ケアシステムにおけるintegrated careでは、医療と介護の連携を重んじた水平的統合を最優先としているのである。

また、地域包括ケアシステムでは、医療や介護を内付と外付けの組み合わせとしての調達を目指している。

在宅や高齢者施設でのサービスに関して、これを供給側から見ると、入居者の大半が利用するサービスは内部で賄われ、利用者の状態像によっては外部にサービスを求めるといった、効率性と個別性の双方を追及する仕組みである<sup>30)</sup>。

更に井上は、地域包括ケアシステムにおける自宅や住宅系サービス、施設系サービスに関して、医療と介護のサービス付帯から整理した後、これを大変にわかりやすい図で示している(図5)。

2つ目のコンセプトである community based care においては、政府が掲げる地域包括ケアシステムの概念の中で示している「地域における自助・互助・共助・公助」といったインフォーマルなケアに着眼している。中学校区等の狭い地域範囲内でのコミュニティをも活用したケアシステムなのである。

著者は、井上が示唆するこの2つのコンセプト組み合わせさせた後に、利用者の現実的な生活圏の中で必要なサービス提供が行える体制こそが、地域包括ケアシステムの基本的な考え方であると捉えている。このシステムについては、おおむね30分以内につけられる範囲内毎に、市区町村といった地方自治体によって構築されていくことが想定されている。従って、地方自治体側の立場から考えるに、無数に顕在する中学校等区域毎の特殊性を生かした integrated care と community based care が包括されたケアサービスを導き出さなければならず、このため、果てしなく膨大な施策検討となることは言及するまでもない。政府としては、全人口の3割が高齢者となる2025年までの構築を目標としているが、この期限内までに施策として成り立つか否かが懸念される。そして、こういった難題であるが故に、各地方自治体も苦慮しているのであろう。

### 5.3 地域包括ケアシステムの構築に向けたマクロ視点での課題

#### 1) 本邦における地域包括ケアシステムの構築に向けた Suter による 10 の原則の活用

integrated care に関する先行研究のレビューから筒井<sup>31)</sup>は、政府による今回の「社会保障と税の一体改革大綱」で示された医療と介護の連携を包括した地域毎のケアシステムの構築を成功に導くためには、Suter による「へ

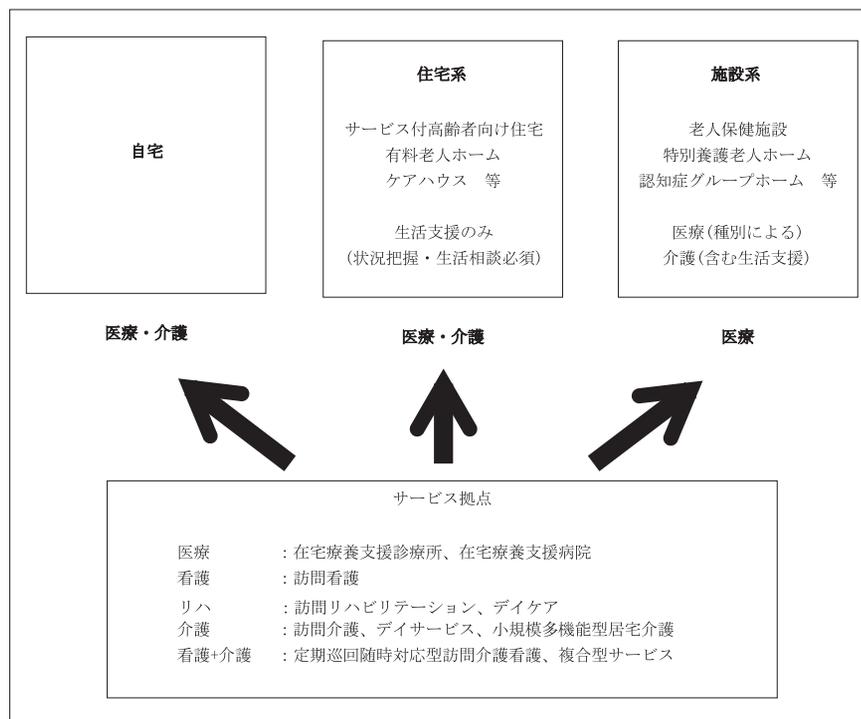


図5 医療と介護の連携としての地域包括ケアシステム

資料：「ヘルスケア総合政策研究所編：医療白書 2012 年度版 地域包括ケア時代に迫られる、病院“大編成”と地域医療“大変革” p36 に記載されている図3」より

ルスケアシステムの統合の10原則」が効果的に機能すると考えている。更に同氏は、この原則を活用する意義として、地域毎の多様なケアシステムを作り上げていく上において、国際的に普遍的な内容であると考えられている点や、中核的な要素を示すと評価されている旨を挙げている。

この10原則に基づきながら筒井は、システムを動かすには結局のところ「人」であり、この「人創り」こそが、最も大きな課題として捉えている。また、この点について同氏は、「人」に焦点を合わせる必要性を述べており、本研究における「高度実践看護師を活用した地域包括ケアシステムの構築」にとっては、大変に有意義な論稿を示している。従って、この概略に関する内容を次に紹介する。

## 2) 地域包括ケアシステムの構築に向けた人材育成

地域包括ケアシステムにおいてサービス提供者が一職種でない以上、多職種間の連携を重んじようとする各個人の姿勢も重要になることは言うまでもないが、この姿勢と並行しながら、このシステムの仕組みづくりを推進できる知識・技術を持った人材育成こそが最優先の課題として挙げられる。また、このシステムの発展を考慮した場合、新たな高度な専門性を持ち備えた専門職をどういった形で養成できるのかがキーポイントとも言える。

筒井が示した「10の原則に基づいた地域包括ケアシステムに必要とされる人材像（表3）」からも見て取れるように、運営、財政、組織、臨床を包括した能力を持ち備えたリーダー的人材を養成するのか、または、各分野のスペシャリストをチームリーダーとして抜擢した上で、これらのリーダーの意見の集約化を行った後にシステム運営を行うかは、今後の課題となる。むしろ著者は、このことを限定させることなく、市区町村の特殊性を考慮しながら、この運営に適したリーダーシップやメンバーシップの執り方を検討することも、一手法として採用できると考える。そして、地域毎に、どういった人材を最優先して機能させていくかの検討も必要である。

更には、上記した地域包括ケアシステムを構築する上での戦略もさることながら、本章の冒頭で記載した「本邦における医療サービスを提供するにあたっての基本理念」も軽んじることはできない。換言すれば、サービス利用者のニーズや認識を度外視した施策の継続性は望めないということである。まして、この地域包括ケアシステムにおいては、中学校区等の地域の特殊性を熟知した上での構築が求められている以上、その地域住民の属性等を考えつつ、要望やニーズを積極的に取り入れた施策が求められる。

## 3) 人材を中心とした地域におけるリソース・マネジメント

筒井によるヒューマン・マネジメントに関する論稿を踏まえ著者は、地域包括ケアシステムを構築する上においては、地域毎のリソースを効率よく、そして合理的にマネジメントできるか、必要に応じては、不足している機能を新たにつくり出せるかが成功の鍵を握っていると考ええる。山岸<sup>32)</sup>は、医療職種が多い都市部では「各職種の専門性を発揮できる連携」を、逆にこれらの少ない郊外の地域では「多職種が互いの機能や役割を補完しあう連携」の必要性に関して、厚生労働省の在宅医療連携拠点事業の実施を通して示唆している。また、このシステムの構築に向けては、地域毎の課題内容がそれぞれ異なる場合もあると同時に、課題が同じでも解決

表3 ヘルスケアシステムの統合の10の原則に基づいた地域包括ケアシステムの構築に必要と考えられる人材像

10原則の項目	必要とされる人材像
1. 包括的サービスと連続したケア提供	・医療と介護の2つの領域の知識と技術を具備した人材
2. 患者中心	・病態を正確に捉えられ、これに応じたサービスを考えられる人材 ・患者に対してスーパーバイズが行える人材

3. 地域圏域と登録	・地域圏域内の住民の構成割合、あるいは要介護高齢者数やその程度といった変数を用いながらシステムの効率性を示唆できる研究者
4. 学術的なチームとケア提供の標準化	・地域包括ケアに関わる各職種の連携を高めるためのOJTやOFF-JT等の研修を実施できる人材
5. パフォーマンス管理	・地域包括ケアシステムのアウトカムを計測できる研究者
6. 情報システム	・サービス利用者によるアウトカム評価や、サービス提供者と利用者間におけるコミュニケーションに関するツールやIT技術を開発できる人材
7. 組織の共通の文化とリーダーシップ	・サービスの提供において異なる組織文化を持つ多職種間内で共通的文化を作り上げられるリーダーとしての人材
8. 医師による統合	・ケアシステム全般で患者中心主義に基づいた水平的統合を促進できる医師
9. 統治体制	・地域包括ケアシステムを統治できる人材
10. 財政管理	・診療報酬と介護報酬の2つの大きな資金を適切かつ効率的にマネジメントできる人材

資料：「ヘルスケア総合政策研究所編 医療白書 2012 年度版 地域包括ケア時代に迫られる、病院“大編成”と地域医療“大変革”，15-27」  
に示された筒井による論稿に基づき著者が作成

策は同一とはならない場合も考えられる。更には、地域の特性が類似するのであればこそ、この課題や解決策も同様のパターンになる可能性も否定できない。そこで、いくつかの叩き台となるモデルを作り出し、この改善を繰り返した結果、地域特性に合致したケアシステムに繋がる点も考えられよう。つまり著者は、前例としての具体的実践内容を土台とする姿勢も考慮する必要性があることについて言及したい。

山形県庄内南部地域において、在宅医療の推進にむけたプロジェクトを遂行する三原<sup>33)</sup>によると、このシステムを成功に導く大まかな考え方としての6つの視点を示唆している。

この一つ目は、「組織化とマネジメント」に関する内容である。医療職者に対する教育、市民啓発、多職種の連携、専門医の活用といった4つの基本方針に基づきながら、これらの運営に必要となるマンパワーを組織化した上で、それぞれの役割を明確化することの重要性である。三原の経験からは、特に、この4本柱に沿った多職種から構成されるワーキンググループの運営においては、事務局の機能が重要である点を述べている。予算運営や会計処理、会議の周知やセッティング等、医療や介護分野に特化した専門職種以外の者の人的資源が無くしては、事業自体が効率的に機能しないことを指摘した。次の視点は、PDCA サイクルの活用である。目的・目標を設定した上でこの課題を明確化し、課題解決のための具体策立案とこの実施、評価からのフィードバックといった思考プロセスによって、多職種やいくつかの組織によるプロジェクトにおいてこの活用は有

効とされている。第3としては、プロジェクトに関わる者同士が対面式による検討会等を通しながら、お互いを理解し、信頼関係を深めることの必要性についてである。続いては、多職種間や組織を束ねられる専門家としてのコーディネータの存在である。多職種が連携をするといった観点から、この存在は非常に重要であろうと考えられている。専門職種の各々においては、置かれている立場や教育背景等が異なるため、自らの職種文化に基づきながら意見を発することも予測され、ともなれば、イニシアチブを執る職種の者の意見ばかりが反映され、その他の職種の貴重な意見が施策に生かし切れない可能性が生まれる。そこで、このプロジェクトに関して知識や経験を十分に持ち備えた、また、アサーティブな連携をコーディネートできる人材が必須であると考えられる。5つ目の視点として挙げられているのが、IT技術の活用である。日々の経過とともに身体的・精神的変化をきたすサービス利用者の状態について、多職種がどのようにして情報を共有できるかが大きな課題となっている。そこで、時間的・空間的制約が少ないことに加えて、職種間の意見交換までもが可能であるカルテ等の電子化が必須であることを示唆している。そして、最後の視点はやはり、人材育成と活用方法に関する内容である。人材をいかにその地域内で発掘し、あるいは育成し、ある程度の裁量と責任を持ち得るポジションにある人材がアウトカムを十分に評価できる環境を整えることこそが、組織の充実化と持続性を保持できる。

筒井や三原が、地域包括ケアシステムの構築を成功に導くための要件として示唆した内容の多くは、システム要素について、つまり人材に関する課題であったことを理解していただけたであろう。

著者は、地域包括ケアシステムが本邦における人口構造の変化や財政事情を要因として発案された施策モデルであることはさておき、このシステムが人を対象としながら生命や生活を基調とした改革である以上、人材開発と、この能力を最大限に発揮できる仕組み作りこそ、成功の鍵が隠されていると考える。また、現実的な視点に立って考えてみた場合、実際に現場でサービスを提供する人的資源の確保や活用方法においても、非常に深刻な問題を抱えている。

これまでの地域包括ケアシステムにおける課題について著者は、人材活用を中心としながら、システム内の構成要素をどのように繋ぎあわせていくのかに関する、主として形態や仕組みづくりといった広義の意味合いでの視点で論じてきた。そして、これらの内容については、地域包括ケアシステムにおける構造構築に向けたマクロ視点での課題として捉えたい。

また、更なる課題として著者は、地域包括ケアシステムの要素となる各現場でのサービス提供内容そのものや、これを提供するための人的資源に関する課題も顕在すると考えている。効率的で、費用対効果をも見出せるであろうシステムの形態が存在できたとしても、そのシステムの要素となる人材が良質なサービスを提供できないのであれば、絵に描いた餅と同様である。そこで、この実質的なサービスそのものに関する課題について本研究内では、ミクロ視点での課題として取り扱うことにする。

サービス利用者の生活面において、ダイレクトに影響を受けるサービス内容やこの質に関する本質的な課題を検討されずして、地域包括ケアシステムに対する地域住民からの支持を得られるとは考えにくい。何故ならば、政府が思慮するこれは、国民自身が抱くこれまでの医療サービスに対する固定観念を、多少なりとも変革しなければならないためである。例えば、「看取りを含めた医療サービスは、病院といった医療機関内で行われるもの」といった国民認識がこの一つに該当し、医療機関に限らず、在宅や高齢者施設においても利用者のニーズに応じた医療や介護サービスを24時間タイムリーに提供できることを何らかの形で示すことが必要になってくるであろう。

地域包括ケアシステムに基づいたサービス提供の場として重点が置かれる在宅や高齢者施設におけるミクロ視点での課題については、本研究での重要な問題意識となる。このため、この概要に関して、以下に述べておきたい。

#### 5.4 地域包括ケアシステムの構築に向けたミクロ視点での課題

##### 1) 地域医療を支える人的資源の不足

著者は、各地域性に根差したケアシステムの形態や仕組みを構築することも最大の課題として捉えている一方で、仮に、おおよその形態構築がなされた後において、医療サービスを、在宅や高齢者施設といった医療

機関以外で提供できる専門職者がこの先、各現場で確保できる現況にあるのかについて危惧する。また、医療職種の法的観点から鑑みた場合にも、効率的なサービスを提供できる法的体制が整備されているとは到底考えにくい。地域包括ケアシステムにおける医療サービスのみに着眼しても、在宅や高齢者施設での医療サービスをタイムリーに提供していけるまでの環境があまりにも整備されていないと感じるためである。

今まで以上に医療サービスの提供をこれらの場で行うと想定した場合、医行為の実施や指示を行うための医師数に加えて、相対的医行為を含めたケアリングを数多く担わなければならない看護師数の絶対的不足が懸念される。厚生労働省の調べ<sup>34)</sup>でも、患者に対する24時間の窓口として往診が行える在宅療養支援病院や診療所、訪問看護事業所の数が充足されていない現状が報告されている。人口10万人当たりの都道府県別に算出された平成23年の在宅療養支援病院数の全国平均は0.41であり、この平均を上回る都道府県数は20である。また、この診療所数でみると、全国平均は10.1であり、平均以上を確保できている都道府県数は在宅療養支援病院と同様に20である。特に、北海道、東北、関東、中部といった地方におけるこれらの数の不足が顕著に認められている。そして、平成22年における人口10万人当たりの都道府県別訪問看護事業所数の平均は6.8であり、平均以上の都道府県数は24である。訪問看護事業所数の不足は概ね、北海道、東北、関東、中部といった地方で認められている。

こういった現況から著者は、地域包括ケアシステムの形態や仕組みの構築はもとより、このシステムの要素となる人的資源をいかに確保し、また効率的にサービスを提供するための環境を整えるのかについても早急の課題であると考えている。少子化といった本邦の人口構造が示唆するように、今後はますます労働人口の減少が見込まれる。こういった中で、医療の担い手をどのように確保していくのかについての検討も必要である。更には、医師や看護師の偏在といった課題が顕在する一方で、如何様にして地域医療を希望する人材を増加させ、また定着させるための手立てを講じなければならない。

## 2) 日本国民に根付いた医療サービスに対する観念

戦後における日本国民には、皆保険制度に基づく医療サービスを受ける権利に加えて、フリーアクセスによる受診行動が保障されている。このため、疾病に罹患した場合には、当然として医療施設を受診し、医師の診療を受けるといった行動観念を持つ。更には、緊急性のある場合には、119番通報をすることによって、この治療に必要な適切な医療機関まで無料で搬送されるシステムが一般化している。国民の認識として、「治療や看取りを行う場所は病院を主とした医療機関である」といった観念が根強く染みついている。また、6割以上の国民が在宅での看取りや療養を希望するにも関わらず医療機関内でのサービスを選択せざるを得ない一背景としては、核家族化や無縁社会、親族に生じる心身の負担といったことが理由に挙げられる<sup>35)</sup>。そこで、財政面や国民の希望を前提とした政府は、療養生活や看取りの場を、在宅や高齢者施設といった住み慣れた場でできるためのシステム構築を行うことで、国民の意向を現実的な形で示そうとしている。

著者は、今後の医療サービスにおいて、国民が抱く「診療は医師が行うもの」といった固定観念も払拭せざるを得ない状況が生じるであろうと考えている。表3でも示した通り筒井は、地域包括ケアシステムの構築に必要と考えられる人材像として、医療と介護の2つの領域の知識・技術を具備した人材の必要性を掲げている。更には、病態を正確に捉えられ、これに応じたサービスを考えられることや、患者に対してスーパーバイズが行える人材の重要性を示唆している。そして、ケアシステム全般の中で患者中心主義に基づいた水平的統合を促進できる医師の必要性も論じている。仮にこれらの役割をすべて医師が担うと考えた場合、今以上に医師の日常的業務の負担は増すことが予想できる。また、医師は、医業を安全かつ効果的に行うための基礎教育や臨床研修を行ってきた者であり、必ずしも利用者の生活を支えるといった視点に基づいた教育を受けてはいない。

地域包括ケアシステムの最大の趣旨は、治療することに主眼を置くのではなく、このこと以上に、地域住民の生活を住み慣れた場で支えることにある。従って著者は、生活面にまで介入しながら医行為を判断し、この対応に24時間追われると想定した場合、医師だけではなく、他の医療職種の活用も考慮する必要性を感じる。

また、本邦における現行の医療制度においては、サービス提供者の中でイニシアチブを握るのは医師だと考える。前述したが、医業実施に関する法規定によって原則、コ・メディカルスタッフは、医師以外の判断で医行為を行うことは禁じられている。つまり、法的観点からも、医師の指示を必ず受けて相対的医行為を実施す

ることが求められる。医師を含めた医療サービス提供者をヒエラルキーに置き換えて考えた場合には、自ずとこの頂点にある職種は医師なのであろう。この点に関する観念は恐らく、国民にも深く根付いていると思われる。尚、著者は、このヒエラルキーのあり方そのものに異論を唱えたいのではない。あくまで、地域包括ケアシステムの構築といった重要な課題に目を向けた場合、現行の法的現況や国民が持つ医療サービスに対して持つ観念のままでは、24時間タイムリーなサービスを提供することは困難を極めるであろうことに対して懸念しているのである。

以上の内容を鑑みた著者は、ミクロ視点での課題に対する一解決策として、看護師の効果的活用の可能性について模索している。そして、この視角こそが、最大の論点として存在することに言及する。

## 6. 地域包括ケアシステムにおける新たな裁量を持つ看護師活用に関する社会的意義

アメリカ合衆国においては、検査実施の判断や、この検査結果等に基づいた診断、そして薬物処方が行える権限を持ち備えた Nurse Practitioner (以下、NP と略) が存在する。この NP は、米国で 1960 年代にはじめて誕生した高度な医行為を担う看護師である。約半世紀前に米国でも、現在の日本と類似する医師の偏在や医療費の高騰といった問題が深刻化した。このため米国政府は、検査・診断・処置・処方といった医師の業務独占を一部の看護職の役割として法的に認めた。そして、この看護職が NP であり、医療サービスの未発達の地域から成功を納め、米国でのプライマリ・ヘルスケアの担い手として大きな役割を果たしている<sup>36)</sup>。NP は、米国における医療費の高騰といった問題に対して、比較的安いコストで良質なケアを提供している。更に、NP の診療は、米国政府や国民からの信頼を獲得した上で定着してきた歴史がある。

米国での NP の活躍を発端として、世界各国における NP と同様の裁量を持った看護職の誕生が、カナダ・イギリス・オーストラリア、そして日本と隣接する韓国等の国々で見受けられる。また、この看護師は、検査オーダー・薬物処方といった自主裁量権を法的に得ている比較的新しい看護職と言える。

草間<sup>37)</sup> は、生活者の視点に立ち、対象者の QOL の向上を目指し、「ケア」と「キュア」を同時に提供できる看護師を NP と定義している。つまり、生活支援における看護師としての専門的なケアリングに加えて、疾病管理のための診療に関する自律した医行為までも療養者のニーズに応じて提供できる看護師と捉えられる。また、NP に相反して日本の看護師は、キュアに必要となる相対的医行為の実施においては、「診療の補助」という法的権限の枠内で実施している。あくまでこれは、医師の指示の下で行われている。

保健師助産師看護師法第 5 条による看護師の法規定は、「傷病者もしくははじょく婦に対する療養上の世話または診療の補助」である。看護師は看護独自の機能として主に療養上の世話、つまり疾患を抱え治療を要する対象への日常生活援助に着眼してきたと考える。診療の補助に関しては、保健師助産師看護師法第 31 条・32 条により、「看護師もしくは准看護師でなければ第 5 条に規定する業をなしてはならない」とされ、本来は医師の業務であるが、看護師が行っても患者に危害が及ばないと判断される行為に対しては医師の指示のもと行ってもよいと解釈できる。また第 37 条では、「保健師、助産師、看護師、または准看護師は、主治の医師または歯科医師の指示があった場合の外、診療機器を使用し、医薬品を授与し、また医薬品について指示をなし、その他医師もしくは歯科医師が行うのでなければ衛生上危害を生ずるおそれのある行為をなしてはならない。但し、臨時応急の手当てをなし、又は助産師がへそのおを切り、浣腸を施し、その他助産師の業務に当然付随する行為をなすことは差し支えない」と規定されている。また、この法規定に従って看護師の基礎教育においては、人体の構造や疾病に関する病態・生理、治療等に関する医学知識についての教育は行われているものの、これはあくまで疾病を持った療養者の生活を支えることと、この者達に対する安全で安楽な診療の補助業務を遂行するための学習である。そもそも本邦の看護師は、医学診断や治療内容の決定を行うための教育はおろか、医師の業務とされる絶対的医行為を安全に行うに相応しい学習と経験は有していない。あくまで、療養者の生活支援のために必要となる看護上の判断に基づきながら、安全で安楽なケアリングが行えるための教育課程を修了した者である。したがって、法的観点や基礎教育内容、実際の臨床業務を考えてみた場合、本邦には、諸外国に既存する NP といった、日本では医師が担うと規定されている高度な医行為を実践できる看護師は存在しない。

著者自身の構想としては、このNPのような、もしくはこれに近い権限をもった看護師を日本に誕生させることで、医師が24時間常駐しない在宅医療や高齢者施設といった現場で、医療を含めた生活支援のためのサービス提供に貢献できる可能性があると考えている。また、療養者の生活の延長線上で必要となるケアとケアを統合させた医療サービスをタイムリーに提供できる看護師の存在自体が、本邦における地域包括ケアシステムを構築する上において、社会的意義の高い一要素になり得ると考える。

更に著者は、安全面において既存する看護師では担うことが相応しくないと考えられる診療上の医行為について、高度な知識と技術に裏付けされたこの行為を担い得る実践能力を持った看護師を高度実践看護師と呼称したい。

前述したように、医師の偏在によって在宅療養支援病院や診療所の不足が生じており、24時間365日対応可能な在宅医療を担う医師の不足や緊急時の対応に関する課題が顕在化している<sup>38)</sup>。このため、地域医療を担う医師数の確保が難しい以上、代替的役割を担える職種の必要性が高まることは必然的な流れとも言える。そこで、なぜ著者が、地域包括ケアシステムの一要素として、高度実践看護師の活用を示唆するのかについてを次に述べたい。

看護師は、医学診断名や治療内容、検査結果等の所見を含めた患者を取り巻くあらゆる情報について、患者が療養上で抱えている重要な環境因子と捉えている。また、この他、疾病を改善できる環境因子や、逆に悪化させる因子も存在するといった考え方を持つ。従って看護は、患者を取り巻く物理的・化学的環境因子（明るさや室温、臭気等）や、療養を手助けできる人的環境因子を最大限に整え、患者自身が備え持つ恒常性を最大限に機能させながら、疾病の治癒へと導いたり、健康を増進させようとするを目的としている。尚、看護師は、こういった患者を取り巻く環境因子に関する情報を意図的に収集し、これを科学的根拠に基づきながら分析・解釈を行った結果として看護上の問題点を抽出している。看護学の分野では、この分析・解釈を看護診断と呼称している。そして、この看護診断が行われた後に、患者の生命力を消耗させている問題を解決・緩和するための具体的手法を導き出し、この計画的実践によって看護サービス利用者の生命力の向上を目指すことこそが看護の重要な視点となる。医学診断が病因や治療内容を重視したものであるのに対して、看護診断は常に“人”を対象としている点に差異が存在する<sup>39)</sup>。つまり看護の主な機能としては、サービスの対象となるその“人”自身に焦点を当てながら、療養に必要な生活援助と言える。尚、看護基礎教育における医学知識の習得は、科学的根拠に基づいた看護診断や、疾病を持つ療養者への個別的な生活援助を行うための知識として必要となり、医療技術の習得に関しては、まさに、この生活援助や診療の補助業務の実践へと結びつくのである。

地域包括ケアシステムの最大の趣旨は、地域住民の生活を住み慣れた場で支えることである点については既に述べた。著者が本邦に既存する医療専門職を見渡しながら考えた場合、何らかの疾病を抱えた“人”に対する生活支援を的確になせる最適な職種としては看護師よりほかに存在しておらず、ケアシステムの要素としてまさに、ケアとケアを統合した機能を果たせる可能性が最も高いと考えている。

猪飼<sup>40)</sup>は、包括ケアシステムがカバーする領域は地理的にも機能的にも極めて多岐にわたることから、医師は、もはや人々の健康を支える統括者になることはできず、患者が医師に対して求める権威は、より部分的なものとなる可能性について示唆している。既に、日本の医師は、地域に展開する看護師（訪問看護師）の活動の隅々まで監督することは出来なくなりつつあることを理由に挙げ、20世紀の医療に一般化していた医師を頂点とする専門職階層構造は、特に地域社会を舞台として後退していくことをも予測している。

また、かつて厚生労働省保険局保険課長（現在、政策研究大学院大学教授）であった島崎<sup>41)</sup>は、看護師の職能範囲の見直しの必要性を示唆している。医師法や保健師助産師看護師法が制定された1948年当時は医学・看護学の水準は低かったが、今現在の本邦における医療技術の進歩は著しいことを理由の一つに掲げ、高度な医療を行うためには医師だけではなく、臨床実践能力の高い看護師等が必要になることを述べている。

更に徳田<sup>42)</sup>（2012年時点、厚生労働省医政局総務課医療政策企画官）も、国家行政で医療政策を担う立場から、在宅でサービスを受ける利用者や家族が希望する医療サービスを現実のものとするためには、専門的な臨床実践能力を有する看護師が医師の包括指示の下で高度な医行為を含めた看護業務を実施できる仕組みを作り上げることの必要性を示唆している。そして、厚生労働省を中心としたチーム医療推進会議によって、看護

師の裁量権拡大に関する検討が今現在（2014年時点）も継続的に行われている。また、2013年10月に開催されたこの会議内で、41種類の医行為を特定行為と定め、看護師の診療の補助業務とする施策案を示した。加えて、この行為を安全に実施するための指定研修を修了した看護師は、医師又は歯科医師の指示の下に、プロトコル等を活用した包括指示に従って特定の医行為を実施する方向性が概ね合意されていた<sup>43)</sup>。尚、日本では、2008年4月から看護系大学院でこういった高度実践看護師の養成が開始されている。

著者は、療養上の世話は看護師の独自の機能として、診療の補助は、医師との「協力」といった形で権限が与えられているとも解釈している。しかし第37条による規定には、看護師の診療行為について複雑な問題が包括する。この中で「臨時応急の手当て」や「衛生上危害を生ずる恐れのある行為」の判断基準は示されておらず、看護師及びその所属する組織の判断に委ねられている状況が存在していることによって、いわゆるグレーゾーンと捉えられる医行為を看護師が担っている現状も否定しきれない。こういった法的解釈の曖昧さは、国民に対する安全な医療サービスの提供を行う上での足枷になり得る可能性がある。今後はますます在宅医療を含めたサービス利用者へのニーズに対応していける質の高い医療サービスの提供を目指すならば、これに関する法整備や、この具体的な仕組みの検討は急務である。

## 7. まとめと課題

本研究では、医療サービス上の人的資源の偏在・不足があるといった点や、少子・高齢化による人口構造の変化が更なる国家財政の圧迫に繋がっているといった現況から、これを抑止するために考案された地域包括ケアシステムの構築に向けた課題を取り上げた。尚、この課題については、マクロ及びミクロといった2つの視点に大別しながら論考した。

更に著者は、今まで以上に、看護を含めた医療サービスを居宅で賄うことを想定した場合、看護師の医行為に関する裁量を拡大することで、地域包括ケアシステムの要素としての活躍が期待できる点を示唆した。また、猪飼や島崎、徳田といった医療政策の構築に寄与する担い手達も、看護師の活用に対して前向きな姿勢をみせていた。そして、著者が、看護師に着眼した主な理由としては、次の内容を挙げた。

まず一つ目は、看護の機能として、サービスの対象となるその“人”自身に焦点を当てながら、療養に必要な生活援助の実践能力を持つ国家資格取得者であるといった点であった。2つ目としては、看護師の基礎教育において、療養上の世話及び診療の補助に必要な解剖・生理学や病態・治療学、薬理学等に関する医学知識を既習している理由を示した。

しかし著者は、この施策については、いくつかの課題が存在すると考えている。また、この課題の一つとしては、高度実践看護師の裁量権拡大に対して、何かしらの疾病を抱えながら療養生活を送る医療サービスの利用者、または、この家族が、この政策に対する賛否も踏まえ、こういった認識を抱くかについてを明らかにするべきである。

尚、この政策に対して日本医師会は、「現場の混乱」や「一般の看護師業務を縮小させる」、「医療安全の観点から容認できない」等の理由に基づきながら反対する意向を表明している<sup>44)</sup>。

こういった医師会の考えも踏まえ著者は、実際に在宅や高齢者施設でケアリングを実践する看護師の意向も取り入れた政策の構築が必要と考える。そして、これらの認識を一資料としながら導き出した施策内容であれば、国民の権利意識を尊重することに繋がり、この政策が現実化された場合においても、国民からの支持が得やすいといった可能性が存在する。

従って、地域包括ケアシステムの構築を目指しながら、この要素として高度実践看護師を活用した施策とする過程において、医療サービスを利用する国民や、地域医療を担う現場の専門職種の意向を調査した上での検討が望まれる。また、この点こそ、地域包括ケアシステムを構築する上での重要な課題の一つと言えよう。

## 文献

- 1) 厚生労働省編：平成 24 年版 厚生労働白書－社会保障を考える－, 362-378, 日経印刷株式会社, 東京, 2012.
- 2) 前掲書 1) 135-149.
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所 (2012)：日本の将来推計人口－平成 24 年 1 月推計の解説および参考推計 (条件付推計), 2013 年 10 月 1 日, <http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/newest04/kaisetsu.pdf>
- 4) 井部俊子：遅れてやってきた「サービス」としての医療, KEIO SFC JOURNAL, Vol.6 No.1,66-76, 2007.
- 5) 厚生省編 (1995)：厚生白書 (平成 7 年版) 医療－「質」「情報」「選択」そして「納得」, 2013 年 3 月 22 日, <http://www.whakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199501/body.html>
- 6) 近藤隆雄：サービス・マネジメントとは, 日本看護管理学会誌, 3 (2), 14-20, 1999.
- 7) 千代豪昭, 黒田研二編：学生のための医療概論第 3 版増補版, 263-274, 医学書院, 東京, 2012.
- 8) 前掲書 1) 218-245.
- 9) 厚生労働省 (2012)：平成 24 年 (2012) 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況, 2013 年 10 月 1 日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/12/dl/gaikyo.pdf>
- 10) 森山幹夫：系統看護学講座 専門基礎 10 看護関係法令, 46-50, 医学書院, 東京, 2008.
- 11) 大森武子, 山内義廣：看護と法人権・看護実践・現代医療, 98-103, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2007.
- 12) 前掲書 10) 26-30.
- 13) 前掲書 7) 2 - 9.
- 14) 前掲書 12)
- 15) 厚生労働省 (1989)：厚生省平成元年度厚生科学研究「医療行為及び医療関係職種に関する法医学的研究」報告書, 2013. 10 月 18 日, [http://www.jpo.go.jp/shiryoutoushin/shingikai/pdf/iryowg1/tokkyo\\_iryousiryou5.pdf](http://www.jpo.go.jp/shiryoutoushin/shingikai/pdf/iryowg1/tokkyo_iryousiryou5.pdf)
- 16) 前掲書 11) 104-106.
- 17) 厚生労働省 (2006)：医師の需給に関する検討会報告書 (平成 18 年 7 月), 2014 年 2 月 17 日, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
- 18) 前掲書 7) 2-9.
- 19) 厚生労働省 (2010)：平成 22 年 (2010 年) 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況, 2014 年 1 月 7 日, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/10/>
- 20) ヘルスケア総合政策研究所編：医療白書 2012 年度版 地域包括ケア時代に迫られる、病院 “大編成” と地域医療 “大変革” 274-283, 日本医療企画, 東京, 2012.
- 21) 厚生労働統計協会編：国民衛生の動向・指標 増刊・第 59 巻第 9 号 通巻第 912 号, 183, 厚生労働統計協会, 東京, 2011.
- 22) 厚生労働省 (2010)：第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書 (概要), 2014 年 2 月 17 日, [http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1\\_35.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35.pdf)
- 23) 関口恵子：看護職不足の諸要因と新しい看護職のあり方, 法政大学大学院紀要, 第 70 号, 163-175, 2013.
- 24) 前掲書 18)
- 25) 厚生労働省：地域包括ケアシステム, 2013 年 9 月 19 日, [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 26) 猪飼周平：病院の世紀の理論, 205-232, 有斐閣, 東京, 2013.
- 27) 前掲書 1) 295 - 307.
- 28) 厚生労働省 (2012)：在宅医療の体制構築に係る指針, 2014 年, 1 月 7 日, [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryousiryou/iryou\\_keikaku/dl/shiryou\\_a-5.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryousiryou/iryou_keikaku/dl/shiryou_a-5.pdf)
- 29) 前掲書 20) 32-41.
- 30) 前掲書 28)
- 31) 前掲書 20) 12-30.
- 32) 前掲書 20) 42-55.
- 33) 前掲書 20) 56-67.
- 34) 前掲書 28)
- 35) 前掲書 28)
- 36) 佐藤直子：専門看護師制度 理論と実践, 49-50, 医学書院, 東京, 1999.
- 37) 草間朋子, ナースプラクティショナー (NP) の養成, 看護, 61 (10), 48-49, 2009.
- 38) 前掲書 1) 246-305.
- 39) 前掲書 7) 240-243.
- 40) 前掲書 26)
- 41) 島崎謙治：日本の医療 制度と政策, 303-340, 東京大学出版会, 東京, 2013.
- 42) 徳田郁生：医療・介護提供体制の将来像, 看護, 64 (1), 43 - 47, 2012.
- 43) 厚生労働省 (2013)：これまでの検討状況 (案), 2014 年 5 月 8 日, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000026761.pdf>
- 44) 「社会保障・税一体改革素案」に対する日本医師会の見解 (2012), 2012 年 7 月 31 日, <http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20120201.pdf>