

新しい医療専門職の導入による分業体制の変化に関する考察 -1970年代のPhysician Assistantの事例から-

メタデータ	言語: jpn 出版者: 明治大学経営学研究所 公開日: 2019-09-30 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 早川, 佐知子 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10291/20406

新しい医療専門職の導入による分業体制の変化に関する考察 — 1970年代の Physician Assistant の事例から —

早川 佐知子

1. はじめに — 本研究の目的

本研究は、新しく誕生した医療専門職が現場において、あるいは市民社会において浸透した結果、もたらされる分業体制の変化を分析することを目的とする。このために、1965年に Duke 大学で養成プログラムをスタートさせた、アメリカの Physician Assistant (以下、PA) の事例を採りあげたい¹。American Academy of Physician Assistants は PA について「病気の診断、治療計画の作成と管理、薬剤の処方、そして患者にとって最も大切な医療提供者として貢献する医療専門職である²」と定義している。現在 PA は、10 万人以上がその資格を有しており、医師と患者、あるいは医師とその他の医療専門職の橋渡しをする役割として、活躍の場を得ている。また、将来もさらなる増加が見込まれており³、近年、日本でも導入が検討されている。

1 PA という概念はアメリカで初めて創られたわけではなく、それ以前にもさまざまな国で同様の職種が活躍していた。元々は近代ドイツの軍隊で用いられており、これを 17 世紀半ばにピョートル大帝がロシアの軍隊に導入し、Feldsher と呼ばれた。Feldsher は後に軍隊から市民社会へも活躍の場を広げ、医師を凌ぐ数が存在していた。Hooker et.al (2003) p.1, Sidel (1968) pp.934-935。

その他に、医師を養成する余裕のない途上国でも、呼称はさまざまであるが、PA と類似の職種が用いられていた。Rosinski (1967) が紹介している国に、イラン、スリランカ、エチオピア、ケニア、フィジー、パプアニューギニア、タンザニアがある。これらは呼称もレベルもさまざまであるが、教育水準はおおよそ高卒レベルとのことである。養成期間は 2 - 3 年、座学と臨床実習という伝統的なアプローチが取られていること、医師と患者のリエゾン役を果たしていることは共通している。多くの国では、この職種は政府が雇用主となっており、医師のみならず、政府の職員からも監督を受けている。Rosinski (1967) pp.1664-1669。

2 AAPA ホームページより引用。https://www.aapa.org/what-is-a-pa/

3 アメリカ労働省統計局による 2016 年から向こう 10 年の職業予測によれば、PA は全体の職業の中で 5 番目に高い、37.4% の増加率が見込まれている。U.S. Department of Labor(2017) p.1。

Hooker et.al (2003) によれば、PA は表 1 に示した 5 つの段階を経て現在に至っている⁴。早川 (2018b) では、「Ideology」と名付けられた第 1 の段階である 1960 年代の文献資料を精査し、これによって、当時のアメリカにおいて PA の創設を後押しした諸要因を明らかにした。すなわち、①医療需要の増加と医師不足、②医療の専門化、③マイノリティの雇用対策、④退役した衛生兵の雇用対策、以上の 4 つである。中でも、ベトナム戦争に従軍していた衛生兵を市民社会にスムーズに復帰させるための政策の力が大きく、その点が、類似の職種と見られることが多い Nurse Practitioner の創設の背景とは大きく異なるということを強調した。

これに続く本論文では、第 2 の段階から第 3 の段階、すなわち、PA という専門職のコンセプトを具体化し、彼らが実際に何をなしているのかという評価を行ってきた時代に焦点を当てる。PA という新しい職種が進出することによって、医療の現場ではどのような変化が起きたのか、主に医師との分業体制に焦点を当てながら、明らかにしたい。チーム医療の中で、PA はどのようなポジションに位置づけられたのか、既存の職種との違いは何であったのか、そして具体的にどのような職務を行っていたのか、以上の点を 1970 年代の文献資料から提示したい。

表 1 PA の発展段階

Stage I	1961-1969	Ideology
Stage II	1966-1975	Implementation of the Concept
Stage III	1976-1980	Evaluation and Establishment
Stage IV	1981-1990	Recognition and Incorporation
Stage V	1991-Present	Maturation

Hooker et.al (2003) より筆者作成

4 Hooker et.al (2003), pp.31-36。

表2 現在のPAの概要

資格保持者の数	123,000人
実際にPAとして働いている数	109,220人
養成課程	27ヶ月あるいは3年以上
求められる学位	修士
時給中央値	\$50.37
人種の割合	白人 86.7%, アジア系 5.3%, 黒人 3.9%, その他 4.1%
活動している分野	家庭 / 総合医学 21.0%, 外科系専門 18.6%, 救急 13.4%, 内科系専門 8.6%, 内科系総合 5.3%, 皮膚科 4.0%, 病院 3.3%, 外科系一般 3.0%, 小児科 2.0%, 労働衛生 1.6%
勤務している場所	ドクターズオフィス 43.6%, 病院 37.7%, 連邦政府系施設 / 病院等 6.2%, コミュニティヘルスセンター 3.7%, 郊外のクリニック 2.5%, 公的 / コミュニティクリニック 1.6%, 労働衛生施設 1.2%, 学校 / 大学のヘルスセンターやクリニック 1.0%, 長期ケア施設 / ナーシングホーム 0.7%, 精神疾患施設 0.5%, 外来外科センター 0.4%, リハビリ施設 0.3%, 無料診療所 0.1%, 在宅医療組織 0.1%, ホスピス 0.1% 未満

National Commission on Certification of Physician Assistant (2016), 労働統計局ホームページ, AAPA ホームページより筆者作成

2. 先行研究のレビュー

アメリカのPAの歴史は約60年にわたるため、先行研究も膨大な蓄積がある。内容に関しても前掲の時代区分ごとに大まかな論点があり、一つ一つ問題を解決しながら、専門職種としての信頼を勝ち取り、前進していったことがわかる。そのすべてをレビューする紙幅はないため、本研究が対象とする時代区分である第2期・第3期の文献を整理したい⁵。

PAという職種の誕生には、当時のジョンソン政権やアメリカ医師会などの強い後押しがあったため、議論への注目度は高かった。また、MEDEXを始めとした類似の専門職種の養成

⁵ Hooker らによる時代区分では、第1期を1969年までとしている。そのため、1969年に書かれた内容が多く掲載されていると考えられる。1970年までの先行研究を第1期として扱い、第2期は1971年から1980年までとして、ここでは取り扱うものとする。

が全米各地で始まっていた。しかし、未だ現場で活動しているPAの数じたいは非常に少なく、その存在自体に懐疑的な向きもあったことから、PAという職種を認知させるための先行研究が多くを占めていた。しかし、1970年代に入ると、多様な医療の現場にPAが浸透したことで、先行研究もより幅広く、また、実証的な研究も増えてくることが特徴である。

(1) 多様な診療科における研究の始まり

始めに、多様性という点で言えば、活躍の場が広がったことを示す先行研究が多い。もともとはPAが、不足していたプライマリケア⁶の医師を補う目的でつくられたため、当初はこの分野での活動が中心であった。ここで一定程度の成果が認められたため、1970年代からは、さまざまな専門医学の分野でPAを用いる試みが活発化する。依然として最も先行研究の数が多いのは、プライマリケア、とりわけ、医師不足が著しい僻地におけるプライマリケアの分野であり、Oseasohn et al. (1971), Borland et al. (1972), Henry (1972), Henry (1974), Duttera et al. (1978), Ekwo et al. (1979), Reilly et al. (1980) などがある。

その他では、PAは衛生兵出身者が多数を占めていたことから、適性があると考えられた救急医療科に関するものが多く、Golomb et al. (1974), Maxfield et al. (1975), Goldfrank et al. (1980) などがある。救急医療科はプライマリケア同様、人手不足が深刻であり、PAが強く求められていた。

また、呼吸器科・循環器科に関するMiller (1972), Greenfield et al. (1974), 放射線科に関するThompson (1974), Kiernan et al. (1977), 精神科のBuhmeyer et al. (1977), 麻酔科のSteinhaus et al. (1973), 老年科のBecker (1976), 産科のFairweather (1972), 内科のRiddick et al. (1971), 外科のHeinrich et al. (1980) など、主だったほぼすべての領域にPAが用いられつつあることがわかる。

(2) 実証的な研究の始まり

1970年代にはPAの数も増え、実証研究にふさわしいサンプル数も確保できるようになったことで、さまざまな角度から実証的な研究が行われた。複数の医療機関を対象に行った研究も出始めている。最も多いのは、患者の受け止め方に関する研究で、Litman (1972), Strunk (1973), Nelson et al. (1974), Storms et al. (1979) が挙げられる。いずれの研究も、患者はPAを好ましいものとして受け止めているが、属性によって若干の差があることが示されている。また、医師の受け止め方については、Fottler (1979) がある。

6 専門的な診察を受ける前段階に受診する、一般医学を指す。アメリカの場合、家庭医学と呼ぶ場合もある。

その他の実証研究は、PAを導入することによる生産性の向上について調べたものである。Sox et al. (1973), Lairson (1974), Nelson et al. (1975), Hershey et al. (1979) などである。これらの研究は、あくまでひとつの医療機関の中での生産性について論じたものであり、医師をPAで代替することによる国全体のマクロ的な効果についての議論は未だなされていないことに注意する必要がある。

1960年代には軍関係の先行研究が非常に多かったが、1970年代においても Mingo (1970), Gaudry (1977), Perry (1978), Armor (1979) などがある。この時代も衛生兵出身のPAが多かったし、軍の病院では医師不足から、積極的にPAが用いられていたようである。そして、1960年代は未だPAの養成も手探りの状態で行われていたため、Duke大学を中心とした養成プログラムに関する先行研究も豊富であったが、1970年代には養成プログラムの認証制度が徐々に創られるなど安定しつつあった。そのため、教育に関する先行研究は減少し、Dobmeyer et al. (1975), Westberg et al. (1980) が存在する程度になっている。

また、1960年代にも予想に反して非常に少なかったPA制度に否定的な先行研究であるが、この時代にあってもほとんど見当たらず、RNの立場から書かれた Bergman (1971) が唯一と言ってよい。PAを用いる際に留意すべき点、たとえば、職務の範囲や医師の監督のレベル、医療事故の際の責任などに触れている先行研究は多いが、存在自体を強く否定する論調は、1970年代にも見られなかったと言ってよいであろう。むしろ、医療アルゴリズムを用いることで、不適切なPAの医療行為を防ぐことを主張した Charles (1974) など、さまざまな方法でPAを受け入れようとした当時の姿勢がうかがえる。

現在はその数で比較するとPAよりはるかに多く、PAには与えられていない開業権もほぼ手にしている Nurse Practitioner であるが、当時はごく一部の専門分野にしか存在しなかった。そのため、PAとNurse Practitionerの比較を行った先行研究もさほど多くはなく、Sox (1979), Weston (1980), Bicknell et al. (1974) 程度である。また、PAとほぼ同じ職務を担うMEDEXに関する研究にはLawrence (1975) がある。

以上は概ね、医師によって行われた研究であるが、社会科学のフレームワークからPAという存在を考察しようとした研究もこの時代には現れる。人的資源管理論として論じた Zeckhauser et al. (1974), 社会学から論じた Schneller (1978) である。そして、Schneller (1978), Sadler et al. (1975) というPAをテーマにした書籍も初めて出版された。

このように、1960年代と1970年代の先行研究を比較してみると、論点がかなり異なっていることがわかる。養成プログラムの増加に伴って修了したPAの数が増加していること、プライマリケアのみならず、専門医療にまで活躍の場が広がっていること、PAに対して否定的な主張がほとんどなされていないことなどから、PAは順調にアメリカ社会に浸透していったこ

とがうかがえる。それでは、1970年代にPAが専門職として現場で受け入れられた結果、どのような変化が生まれたのであろうか。次章以降で見てゆきたい。

3. PAのバックグラウンドの変化

(1) 性別と前職の多様化

1965年にDuke大学にてPAの養成が始まり、全米各地に同様の医師補助職種を養成するプログラムが創られた⁷。1970年代に入ると、養成プログラムの数はさらに増え、修了したPAの数も年々増加していった。この時代は、資格としての統一をしようと試みている最中であったため、PA、ないしは類似の職種が全米で何人存在したかについての信頼に値する統計はまだ作られていない。さしあたり、Dobmayerらが1972年に全国のPA養成プログラムについて行った調査によれば、1972年には一定要件を満たすPA養成プログラムは119存在すると推定している。これらのうち、回答のあった75のプログラムの設立主体の内訳は、Medical Schoolが33%、4年制大学が33%、2年生カレッジが27%と多数を占め、その他、医学校附属病院が7%、退役軍人組織が5%、公的医療サービス機関が5%、その他が4%となっている⁸。

1960年代にPA養成プログラムに入学した学生の前職は、政策の影響もあって、退役衛生兵が多くを占めていた。そのため、男性が大多数であった。最初にプログラムを創設したDuke大学の関係者は、離職率が低く、安定して仕事ができ、職業的ステータスを上げてくれるため、PAとして養成するのは男性の方が好ましいと考えていたようである。しかし、1970年代に入ると、これに変化が見られる。1977年に全米のPAプログラムの状況を調査したSchneller(1978)によれば、1977年のPAプログラムの学生は男性が68.8%、女性が31.2%と、女性の割合が増えている。前職も衛生兵はわずか25.4%にとどまり、検査関係の技師や、リハビリを担うセラピストなど、他の医療職の割合が多数派となっている(表3)⁹。

この変化の要因は、ベトナム戦争が終結して衛生兵という供給源が減少したことが大きい。その他にも、PAプログラムが高度化・高学歴化し、学位と連動したプログラムが増えたことも挙げられる。元衛生兵は他の職種と比べると学歴が低く、4年制大学以上のプログラムに求

7 名称はそれぞれであったが、PAと類似した医師補助職種の養成プログラムは1970年の時点で、全米に30存在した。設置した機関も州もさまざまである。Goldstein(1970),pp.256-257。

8 Dobmayer et al.(1972), p.295。

9 1990年代半ばを境には男女の割合が逆転し、2016年の時点では67.2%が女性となっている。Hoff et al.(2017)はこの現象の背景として、多くのPAが郊外や僻地ではなく、都市部で勤務するようになったという変化を挙げている。National Commission on Certification of Physician Assistant (2016) p.9, Hoff et al. (2017) pp.53-54。

められる科目の単位を有していないことが多かったのである。実際に入学後も、元衛生兵の座学の成績は他職種に劣る傾向が見られた¹⁰。

表3 1977年にPA養成プログラムに在籍した学生の性別、および前職の構成

前 職	男 性		女 性		Total		男性の割合 (%)
	%	N	%	N	%	N	
衛生兵	36.5	283	1.0	3	25.4	286	99.0
Registered Nurse (正看護師)	3.0	23	17.7	62	7.5	85	27.1
セラピスト/技師	18.5	143	21.4	75	19.4	218	65.6
LPN (実務看護師)	3.5	27	3.4	12	3.5	39	69.2
雑役係/看護助手	9.8	76	14.8	52	11.4	128	59.4
その他医療職	9.8	76	19.9	70	13.0	146	52.1
医学校志望者	15.6	121	10.3	36	13.9	157	77.1
学生	2.3	18	8.5	30	4.3	48	37.5
医療以外	1.0	8	3.1	11	1.7	19	42.1
Total	-	-	-	-	-	-	68.8

Schneller (1978), p.50 より引用

それぞれの学生は、前職と関わるさまざまな動機をもってPAを志望している。Schneller (1978) で紹介されている元Registered Nurseたちは、「看護師はできる仕事が限られてしまう。本当は診察をしたいのだが、求められるのは愛を与えること。自分がベビーシッターのように感じられてしまう。主任になったことでペーパーワークが増えたことも不満だった」「医学についてもっと学びたい。看護師の仕事はルーティンで、修士号をとってもそれは変わらなかった」と志望理由を述べている。Schnellerは、Registered Nurseたちが学校でプロフェッショナルとして教育されてきたのに対し、現場ではそのような地位を与えられないことに不満を持つであろうこと、また、「医師とはこういうもの」「看護師とはこういうもの」という固定観念を持たれているのに対し、新しい職種であるPAは固定観念から自由であることが魅力だと指摘している。

他方、元臨床検査技師は「患者との接点がなく、自分が検査をした患者がその後どうなったのかわからないので、やりがいなかった」と述べる。Schnellerは、セラピストや技師はテク

10 Schneller(1978), pp.52-55.

ノロジーに適応してゆく仕事であり、患者との相互作用がほとんどないこと、およびスキルを磨く機会に乏しいことを指摘している。これに対し、PAは患者と直接関わることができるのが、彼らにとって魅力に映るのである。

その他、医師になるべく医学校への進学を希望しながら、それが叶わず、副次的な選択肢としてPAを選ぶ人も存在する。妥協の末に選んだ職業であっても、いずれ「PAはステイタスはないが責任はある」ということに気づくようである¹¹。

(2) コミュニケーションの重要性の高まり

以上のように、PAの志望者には、患者とのコミュニケーションを求めている人が多い。実際に、PAは患者のみならず、医師や医療チームの中のお他職種とのコミュニケーションの要としての存在を求められる。PAが生まれた時代は、医療におけるコミュニケーションの役割が高まった時代でもある。

その背景には、以下の点が挙げられる。第一に、医療が専門化した結果、多職種チームでの連携が必要になったことである。第二に、人手不足によって医師が丁寧にコミュニケーションを行うことが物理的に難しくなったことである。第三に、患者の権利運動の中から、全人的に扱われることを求める意識が高まってきたからである。また、患者の感情に配慮するのみならず、患者と協働して意思決定することが求められるようになった。第四に、医療訴訟が増加したことである。訴訟に至るか否かは、医療従事者側の過失の有無というよりもむしろ、患者との信頼関係が構築できているかどうかによる影響が大きい¹²。

これに応えるかのように、PAの養成プログラムは対人能力を高めるための科目が多く設置されている。Westberg et al. (1980)によれば、調査した44のPAプログラムのうち、30のプログラムで対人能力向上のための科目が設置されていた。うち26はビデオ撮影による評価方法を採用していた。対人能力向上のための科目とは表4のようなものである。

このように、PAは医学研究、医療テクノロジーが急速に進化する時代にあって、それだけでは対処できない医療の人間的な側面の向上を託されて成長してきた職種と言える。

11 Schneller(1978),pp.75-102。

12 Sadler et al.(1975),p.87。

表4 PA 養成プログラムに設置されていた対人能力養成のための科目

スキルと科目	採用している割合 (%)	スキルと科目	採用している割合 (%)
対人プロセススキル <ul style="list-style-type: none"> ■ 傾聴 ■ 観察 ■ レスポンス ■ 開始・質問・挑戦 ■ 自己認識 ■ 自己評価 	84 90 84 84 79 69	情報収集スキル（聞き取り） <ul style="list-style-type: none"> ■ 問診（医学的な内容） ■ 問診（心理学的な内容） ■ 医学検査のための対人スキル 	74 89 79
情報－伝達・カウンセリングスキル <ul style="list-style-type: none"> ■ 情報伝達－診断結果の共有 ■ アドバイス－明確な行動の推奨 ■ 1対1の患者教育 	58 63 37	心理学的介入スキル <ul style="list-style-type: none"> ■ 親密さの表現 ■ 心理学的援助の提供 ■ 患者の感情への反応／患者が感情に向き合うサポート 	84 74 74
【チームメンバーとしてのスキル】 <ul style="list-style-type: none"> ■ グループでの問題解決 ■ ケースマネジメント－責任共有 ■ グループでの相互作用 	32 32 42	【監督スキル】 <ul style="list-style-type: none"> ■ フィードバックの提供 ■ 監督の契約 ■ 対人関係過程の呼び起こし 	47 16 26
【特別な応用分野】 <ul style="list-style-type: none"> ■ 難しい患者への対応 ■ 危機への介入 ■ 死と終末期のカウンセリング ■ 自殺予防 	63 53 47 37	<ul style="list-style-type: none"> ■ 術前のカウンセリング ■ 性的なカウンセリング ■ 家族のカウンセリング ■ 医療専門職のセルフケア 	21 37 26 32

Westberg et al. (1980) ,p.139 より引用

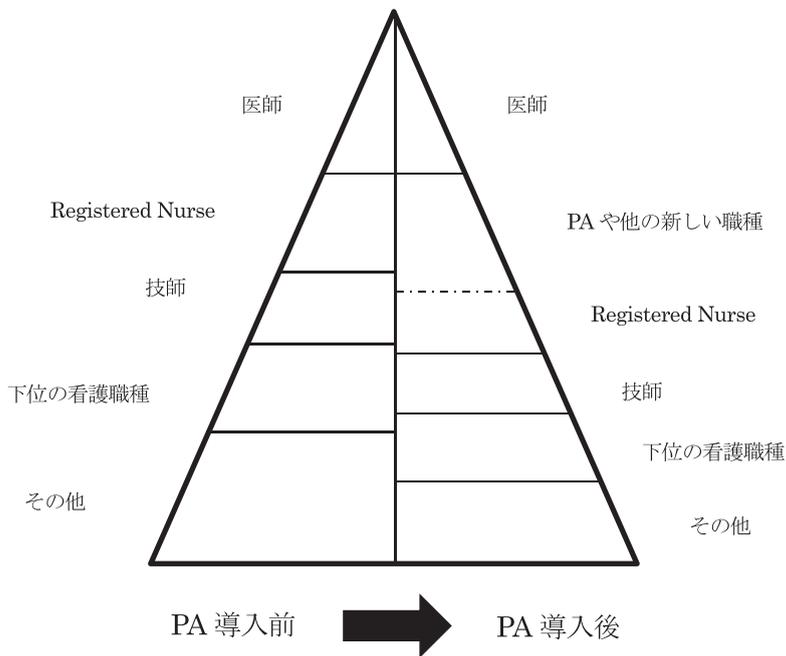
4. PA を導入した成果

それでは、実際に多くのPAが医療の現場に進出し始めたことで、どのような変化があったのであろうか。1960年代には未だその人数が少なかったため、ごく身近な医師や患者の反応の観察結果でいどしか研究が残されていないが、1970年代に入ると、ひとつの医療機関の中で、あるいは複数の医療機関を比較した量的研究も現れるようになっていく。

(1) 組織の中の PA

PA を社会的に分析した Schneller (1978) は、PA という存在の特殊性をいくつか指摘している。Schneller は、PA などの新しい医師補助職種が誕生したことで、医療ヒエラルキーに図1のような変化が生まれたと示した。PA が Registered Nurse より上位に位置している理由は、これまで医師の聖域とされていた診断と処方を行うことができるためである。

図1 医療ヒエラルキーの変化



Schneller (1978) ,p.4 より引用

また、Schneller は、PA の職務の特殊性について、「医療の問題解決プロセス」という角度からも説明している。表6のⅠからⅤまでの各段階にはおおよそ携わる職種が決められているが、PA が特殊であるのはすべての段階に関与しうること、そしてこれまで医師しか関与が許されなかったⅢとⅣの段階に参入していることである。PA は他職種のように、「PA しかできない職務」は何もない。その代わりに、聖域であった医師の職務を、「医師の監督のもとに」という条件付きではあるが、委譲されうる唯一の存在なのである。当時は、PA が行うことのできる職務を厳密に規定している州法は少なかったため、医師とPAの個人的な能力の見極めや

信頼関係によってフレキシブルに仕事を展開することができたという意味で、非常に例外的な職種であった。

表 5 医療の問題解決プロセス

	段 階	機 能	関わる職種
I	クライアントの訴え	「医療の問題解決プロセス」への患者のとりこみ、症状の記録	伝統的な医療職種、 医師、PA
II	クライアントの訴えの検証	“臨床的な”援助、報告されている症状の“サイン”を集める	伝統的な医療職種、 医師、PA
III	診断	解釈的知識の適用	医師、PA
IV	行うべき一連の行動の提案	クライアントの問題解決のための計画	医師、PA
V	行うべき一連の行動の実施	クライアントの問題への処置	伝統的な医療職種、 医師、PA

Schneller (1978) ,p.6 より引用

フリードソンは、医師が医療ヒエラルキーの頂点に君臨し続けることができた根拠として、その行為の秘技性を挙げている¹³。しかし、後述するように、PAが登場することで、医師の職務の多くはPAで代替可能であるということが明白になった。後には独立開業も可能な Nurse Practitionerも台頭し、PAと同様に、医師に代わって多くの医療行為を行うようになった。

だからと言って、医師が医療ヒエラルキーの頂点から引きずり降ろされたわけではない。医療の高度化・専門化によって、医師はより高度な職務、より専門的な職務に専念できるようになり、「医師でしかできない職務」は相変わらず存在し続けた。そして、より高度で専門的な職務は医師により高い収入をもたらした。結局のところ、PAの導入は、ヒエラルキーのさらに上層に多くの医師が移動し、プライマリケア医との格差が拡大するという結果をもたらした¹⁴。このように、1970年代という時代は、PAが医療ヒエラルキーに横から加わったことで、権限の移譲を伴いながら、ピラミッドの形が縦に拡張されるという変化が起こった時代なのである。

(2) PAの職務

それでは、実際にPAはどのような職務を医師から移譲されていたのであろうか。具体的な

13 フリードソン (1992) p.125, Schneller(1977),p.138。

14 Schneller(1977),pp.136-137。

疾患はあるが、医師のみが携わっている疾患はない。また、PA は外科的な処置に当たることが多い傾向が見られる。

表 6 PA ないしは医師が担当した最も一般的な診断のカテゴリー

疾 患	PA が担当した患者数	医師が担当した患者数
切り傷, すり傷, 打撲	48	18
身体検査 (予防・症状が出る前のもの)	32	25
咽頭炎	31	29
急性気管支炎	28	32
高血圧	23	40
一般的な風邪	17	34
中耳炎	14	19
鬱血性心疾患	12	17
急性膀胱炎	11	13
前胸痛	10	0
インフルエンザ	9	14
捻挫, 筋違え	9	0
慢性糖尿病	9	15
関節炎	9	13

Duttera et al. (1978) ,p.226 より引用

② ER における PA の職務

Maxfield et al. (1975) では、New Hampshire 州 Claremont の病院の ER における事例が報告されている。1960 年代から ER の患者は増加し続け、深刻な医師不足の状況の中、医師のオンコールを頼りにどうにかしのいでいた。しかし、このような状態が長続きすることは不可能であり、患者にとっても医師にとっても良くないことは明白であった。また、ER の患者の半数は、決して緊急の処置を要する症状ではないこともわかっていた¹⁵。そこで PA を採用し、ほとんどの患者は最初に PA が診察し、それから医師に報告して指示を仰ぐという方法をとった。医師はこれについて 24 時間以内にサインをすることが義務付けられた。そして患者には予め書

15 緊急でなくても患者が ER を利用してしまう理由は、かかりつけ医をもっていないこと、重症度を自分では判断できないこと、予約が不要で便利なこと、以上の 3 つを Maxfield et al.(1975) は挙げている。pp.795-796。

面によって、「診察はPAが行うこと」「待ち時間が長くなっても医師に診察を求める場合には、その意志を看護師に伝えること」を伝えていた。このような分業を行った結果、救急救命医の職務の50%はPAによって代行できることが明らかになった。分業、および協働の詳細は表7のとおりである¹⁶。

表7 New Hampshire州 ClaremontのCommunity Hospitalにおける患者の診察状況

(1974年3月-4月)

	小児	裂傷の治療・縫合	その他の軽い外傷	その他の外科処置	内科処置(成人)	患者数合計	%
PAが処置をし、医師に書面で報告、フォローを得る	106 (82%)	76 (88%)	74 (56%)	31 (32%)	30 (43%)	317	62%
医師との相談の上、PAが処置	19 (15%)	7 (8%)	53 (40%)	44 (46%)	34 (50%)	157	31%
最初にPAが診察し、処置は医師が行う	4 (3%)	3 (3%)	5 (4%)	21 (22%)	4 (6%)	37	7%
Total	129	86	132	96	68	511	

Maxfield et al. (1975) ,p.797 より引用

③ 診療科ごとの比較

Borland (1972) は、PAに移譲可能な職務とはどのようなものかを、医師に対して調査した結果である。複数の診療科の医師に尋ね、その差異も明らかにしている。医師不足に対応するために、医学校の増設、定員増が議論されていた時代にあって、どの程度の職務をPAに委譲できるかを明らかにすることは、連邦政府の今後の医療専門職養成計画を左右する重要な問題であった。Borlandらは1971年の1月から3月にかけて、Pennsylvania州のSusquehanna Valley Regional Medical Programに登録している1997人の医師にアンケートを送付し、637人より回答を得た。結果については表8にまとめている。最も「委譲できる」と回答した割合が低いのは「必要な検査の特定と指示」であり、「予備的な生理学的検査」「育児相談、健康診

16 筆者が2015年にNebraska州の大学病院のERにて行なった調査においても、トリアージの後、緊急手術などを要する重傷の患者は医師が、その他の患者はPAとNurse Practitionerが担当していた。ここでのPAとNurse Practitionerの職務はまったく同じであるという。早川(2018a)参照。

断、注射」および「医師の監督のもとでの処方」が多くの診療科で50%を下回っている。しかし、その他は診療科を問わず、おおむね高い割合で「委譲できる」と回答していることがわかる。

表8 医師が「PAに委譲できる」と回答した割合(%)

	産婦人科	小児科	放射線科	病理科	家庭 医学科	内科	整形 外科	外科	精神科
定型的な問診	90	91	90	96	85	76	83	89	88
予備的な生理学的検査	48	59	69	52	49	63	60	53	47
ERの処置	63	72	53	80	67	85	82	67	73
医師が到着するまでの緊急の対応、 生体機能の補助	90	84	94	100	90	96	100	91	88
特定の診断と治療器具の操作	100	96	94	100	93	94	89	91	86
特定の臨床検査	100	91	100	86	99	95	88	97	100
必要な検査の特定と指示	32	23	29	43	36	34	54	41	35
診断	97	88	94	100	93	91	95	92	94
育児相談、健康診断、注射	56	52	50	70	53	62	50	49	40
ギブスの着脱	34	55	80	38	61	62	72	54	29
医師の監督のもとでの処方	44	52	26	77	78	40	53	50	60
慢性疾患・術後の経過観察	77	77	71	76	64	85	87	79	86
定型的な産前検査	73	68	63	65	64	67	51	73	44
単純な、あるいは緊急の処置	66	60	30	62	49	54	41	49	26

Borland et al. (1972) ,pp.468-469 より筆者作成

④ HMOにおけるPA

1970年代の先行研究では、国全体の医療費を削減するために、医師に代わってPAを用いるという政策はまだ前面に出てきていない。しかし、「偉大な社会」を目指して医療アクセスを向上させるべく、公的な支出がかさんだ1960年代への反動は、少しずつ始まっている。その一例がHMO (Health Maintenance Organization) の増加である。保険会社が主体となって契約者

のために運営する医療機関であり、保険料は前払い方式を採用していた。出来高払い方式をとる病院と比較すると、コストを重視した経営を早くから行なっていたことが特徴である。国の医療費を削減する効果があるとして、1973年にはニクソン政権がHMO法を制定し、その拡大を推し進めた。

現在、全米最大のHMOとなっているKaiser Permanenteは、以前より退役衛生兵を手術室助手として用いていたこともあり、早い段階からPAの採用にも関心を持っていた。1970年にDuke大学のPA養成プログラムを視察、PAに好印象を持ったため、同年に1人、2年後に6人のPAを採用した。当時のKaiser Permanenteは深刻にプライマリケア医が不足していたわけではなかったが、主に西部の州において拡大戦略をとっている最中であったため、将来を見据えた上でのPAの採用であったようである。最初のPAの採用の際は、医師、看護部門など関わりを持つ多くのメンバーが協議を重ねた。初任給は年間で\$13,000、加えて他の職員と同額の\$2,288相当の福利厚生、\$250の研修費が支給されることになった¹⁷。

当時、Kaiser ParmanenteがPAを導入していたOregon州とWashington州は、全米でも最も早い段階でPAに関する州法が制定された州の一つである。ただし、その職務範囲に関する規定は両州で差があり、それが活躍の範囲の差となって表れた。Washington州ではさほど詳細な規定がなかったため、より独立性があり、医師が近接した場所で直ちに監督する必要はなかった。そのため、PAは検査、診断、臨床検査やレントゲン撮影のオーダーをし、処方もすることができ、それを1日の終わりに医師が書面でチェックするという方法が可能であった。一方、Oregon州では、近接した場所で医師が直接監督しなければ診断や意思決定ができず、PAが独立して医療行為を行えるのは緊急事態の場合に限られるなど、大きな違いがあった¹⁸。

この導入期においては、患者にどのようにしてPAを受け入れてもらうかについても協議が重ねられた。最終的には、受付係が以下のような書面でPAという新しい職種を紹介することになった。

「Mr./Ms. ●●は我々のPhysician Assistantの1人です。医師ではありませんが、予約をしていない患者をサポートするために医師の助手を致します。よって、彼はあなた様を診る可能性があります¹⁹。」

その他、医師とPAの振り分けの基準の一つとなったのが、合併症の有無であった。合併症を起こしている患者は原則として医師が担当し、また、合併症を起こす可能性が高い高齢者も

17 この額は高額だとして当初は看護部からの抵抗を受けた。しかし、共に働くにつれ、良き仲間として受け入れられるようになった。Lairson et al.(1974),p.208。

18 Lairson et al.(1974),p.216。

19 Lairson et al.(1974),p.217。

医師が担当することが多かった²⁰。

⑤ その他

紙幅の関係で、ここでは詳しく紹介できないが、Gershenson et al. (1971) では、アメリカ内科医学会が全米の3,425人の内科医に対して実施した調査の結果を明らかにしている。この調査では地域ごとの比較も行っているが、人口あたりの医師数が少ない州ほどPAへ職務を委譲している割合が高まることを示している。そして、内科医の75%の職務はPAに委譲できるということを示した²¹。

また、Heinrich et al. (1980)によれば、3年間外科病棟でPAを使い続けた結果、前期研修医に匹敵する能力があるということが明らかになった。患者の術前・術後のサポートをするためには、病院の常勤であることが条件となる。しかし、オープンシステムを採用しているアメリカの場合、医師の多くは自営であり、収入の少ない常勤は好まれない傾向がある。病院に常勤で採用されているPAは、目の離せない術前・術後も常駐し、医師の代わりに切れ目なくサポートを行うことができるという意味で非常に有益であった。また、術前・術後は患者が心理的にナーバスになりがちであるが、前述のようにPAは優れたコミュニケーションができる人材が多いという点も歓迎された²²。

5. 終わりに

本研究では、PAが1970年代の医療現場に何をもたらしたのかという点を、医師とPAとの分業体制に着目して明らかにすることを目的とした。考察の一つのポイントとして、揺籃期にあった1960年代との比較も意識した。以上の観点から明らかになったことを要約すると、以下のようなになるだろう。

第一に、最も重要な点は、これまで医師が担っていた職務、とりわけプライマリケア医の多くの職務は、PAに移譲可能だということが明白になったことである。フリードソンが言うところの「医師を医師たらしめるための秘技」の一部は暴かれた形になるが、多くの医師はより高度で専門的な職務に専念できるようになり、結局のところ医療ヒエラルキーを崩すには至らなかった。PAの創設、浸透に関しては、アメリカ医師会など医師の団体が最も力強い主導の役割を担ったが、これはPAによって自らの職務が奪われると危惧するよりも、却ってヒエラ

20 Lairson et al.(1974),pp.210-211。

21 Miller(1972),p.734。

22 Heinrich et al.(1980),pp.310-314。

ルキーを拡張するという結果を見通すことができたがゆえだと、振り返ることができよう。

第二に、医師とPAとの分業体制はフレキシブルで多様であったということである。残念ながら今回は触れることができなかったが、当時のPAの活動を規制する州法は未だ足並みが揃っておらず、かなりのバラツキがあった。そして、現在と比較すると、職務範囲に関する規制は曖昧であった。これは、PAをどのような形で活用するのがベストであるのか、試行錯誤を重ねていた段階だったためもある。そして、Duke大学関係者を始め、PAに幅広い活躍の場を提供するには、言葉を変えれば、医師の側から見て使い勝手が良いのは、一律に規制を設けるのではなく、個々のPAと医師との契約によって職務範囲を定める方法であるとする層も存在したからである。その後は、PAが専門職として社会的な信頼を得てゆくためにはきちんとした法規制が必要であるとする勢力が力を増し、現在に至っている。しかし、この時代は依然として、以上可能な職務範囲も、監督の方法も、かなり自由に決めることができた。

第三に、キャリアという観点でPAを見るとすれば、1960年代の「衛生兵を市民社会に吸収する」から、「Registered Nurseや検査技師、セラピストなどのキャリアアップの受け皿」へとその役割が変化しつつあったことである。これにより、PAのバックグラウンドは多様になった。

第四に、PAが、医療におけるコミュニケーションの重要性の高まりという時代の要請に応える存在であったことである。患者の権利運動などにより、医療従事者と患者が対等なコミュニケーションを行いながら協働して治療するという流れ、チーム医療体制の中で多職種が連携しながら患者中心の医療を提供するという流れ、いずれにおいても、PAはコミュニケーションのリエゾン役として重用された。実際に、コミュニケーション能力を高めるための科目も養成プログラムでは重視されている。

現在の日本においても、医師不足を背景に、PA制度の創設が検討されている。現段階では、自分たちの職務が奪われるという懸念も医師たちからは見られ、国民も医師以外の職種が医療行為を行うことに対して抵抗が大きいように感じられる。本研究は、先行してPAを導入したアメリカの事例から、PAに移譲可能な職務や分業の方法、PAの供給源となる層、医療職種間の関係性の変化などについて、一定の示唆を与えられたのではないだろうか。

1970年代という時代について言えば、PAが専門職として社会的な信頼を得るべく、統合の過程を進めた時期でもある。具体的には、専門職団体の創設、資格試験の統一、養成プログラムの基準づくり、職務範囲を中心とした州法の制定などである。この重要な論点については、次回の課題としたい。また、この時期は通常のPAプログラムからさらに進んだ専門分野ごとの上級PAプログラムが各地の医学校で作られ始めた時期である。これを経たPAには、さらに高度な職務が移譲された。このPAの専門化についても、今度明らかにしてゆきたい。

【参考・引用文献一覧】

- 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 (2018a) 「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
- 早川佐知子 (2018b) 「Physician Assistants and Social policies in the 1960s」, 『医学史研究』 第 100 号 (掲載予定), 医学史研究会
- フリードソン・エリオット (1992) 『医療と専門家支配』, 恒星社厚生閣
- 横尾恒隆 (2013) 『アメリカにおける公教育としての職業教育の成立』, 学文社
- AANP (2015) *2013-2014 National Nurse Practitioner Sample Survey*
- Alexander, Leslie L. (1970) “The Physician Assistant: A Challenge toward Bridging the Gap”, *JOURNAL OF THE NATIONAL MEDICAL ASSOCIATION*, Vol.62, No.6
- Carlson, Rick J. (1970) “Health Manpower Licensing and Emerging institutional Responsibility for the Quality of Care”, *LAW AND CONTEMPORARY PROBLEMS*
- Charles, Gerald, Stimson, David H., Maurier, Michael D. and Good, John C. (1974) “Physician’s Assistants and Clinical Algorithms in Health Care Delivery: A Case Study”, *ANNALS of Internal Medicine*, Vol.81, No.6
- Coe, Rodney M., Fichtenbaum, Leonard (1972) “Utilization of Physician Assistants: Some Implications for Medical Practice”, *MEDICAL CARE*, Vol.10, No.6
- Dobmeyer, Thomas W., Sonderegger, Laurie L. and Lowin, Aaron (1975) “A Report of a 1972 Survey of Physician’s Assistant Training Programs”, *MEDICAL CARE*, Vol.13, No.4
- Duttera, M Julian, Harlan, William R. (1978) “Evaluation of Physician Assistants in Rural Primary Care”, *Arch Internal Medicine*, Vol.138
- Ekwo, Edem, Daniels, Marvel, Oliver, Denis and Fethke, Carol (1979) “The Physician Assistant in Rural Primary Care Practices: Physician Assistant Activities and Physician Supervision at Satellite and Non-Satellite Practice Site”, *MEDICAL CARE*, Vol.17, No.8
- Fottler, Myron D. (1979) “Physician Attitudes Toward Physician Extenders: A Comparison of Nurse Practitioners and Physician Assistants”, *MEDICAL CARE*, Vol.17, No.5
- Greenfield, Sheldon, Bragg, Franklin E., McCraith, Douglas L. and Blackburn, Jane (1974) “Upper-Respiratory Tract Complaint Protocol for Physician-Extenders”, *Arch Internal Medicine*, Vol.133
- Golestein, Joan (1970) “Medical Corpsmen as a Source of Civilian Health Manpower for New Jersey”, *MEDICAL CARE*, Vol.8, No.3
- Golomb, Harvey M., Herrold, Stuart R. (1974) “An Alternative Staffing Proposal for Emergency Rooms: Three-Year Experience in a Rural Hospital”, *JAMA*, Vol.228, No.3
- Hershey, John C., Kropp, Dean H. (1979) “A Re-Appraisal of the Productivity Potential and Economic Benefits of Physician’s Assistants”, *MEDICAL CARE*, Vol.17, No.6
- Hooker, Roderick S. (2015) “The 1965 White House Conference on Health: Inspiring the physician assistant movement”, *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, Vol.28, No.10
- Lairson, Paul D., Record, Jane C., and James, Julia C. (1974) “Physician Assistants at Kaiser: Distinctive Patterns of Practice”, *Inquiry*, Vol.11
- Lawrence, David, Wilson, William M. and Castle, Hilmon (1975) “Employment of MEDEX Graduates and Trainees: Five-Year Progress Report for the United States”, *JAMA*, Vol.234, No.2
- Levin, Tom (1970) “Social Policy and Guild Policy in Health Manpower”, *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol.46, No.12

- Lohrenz, Francis N. (1971) "The Marshfield Clinic Physician-Assistant Concept: Critical Evaluation of Advantages, Disadvantages and Prospects", *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*, Vol.284, No.6
- National Commission on Certification of Physician Assistants (2016) *2015 Statistical Profile of Certified Physician Assistants*
- Nelson, Eugene C., Jacobs, Arthur R. and Johnson, Kenneth G. (1974) "Patients' Acceptance of Physician's Assistants", *JAMA*, Vol.228, No.1
- Nelson, Eugene C., Jacobs, Arthur R., Breer, Paul E. and Johnson, Kenneth G. (1975) "Impact of Physician's Assistants on Patient Visits in Ambulatory Care Practice", *ANNALS of Internal Medicine*, Vol.82, No.5
- Oseasohn, Robert, Mortimer, Edward A., Geil, Carol C., Eberle, Betty J., Pressman, Ann E. and Quenk, Naomi L. (1971) "Rural Medical Care: Physician's Assistant Linked to an Urban Medical Center", *JAMA*, Vol.218, No.9
- Perry, Henry B. (1977) "Physician Assistants: An Overview of an Emerging Health Profession", *MEDICAL CARE*, Vol.15, No.12
- Reilly, Bernard J., Legge, Jerome S., and Reilly Mary S. (1980) "A Rural Health Perspective: Principles for Rural Health Policy", *Inquiry*, Vol.17
- Riddick, Frank A., Bryan, John B., Gershenson, Maurice I. and Costello, Addis C. (1971) "Use of Allied Health Professionals in Internists' Office: Current Practices and Physicians' Attitudes", *Arch Internal Medicine*, Vol.127
- Rosenski, E.F., Spencer, F.J. (1967) "The Training and Duties of the Medical Auxiliary Known as the Assistant Medical Officer", *American Journal of Public Health*, Vol.57, No.9
- Sadler, Alfred M., Sadler, Blair L., Bliss, Ann A. (1975) *The Physician's Assistant Today and Tomorrow*, Ballinger Publishing Company
- Schneller, Eugene S. (1978) *The Physician's Assistant*, Lexington Books
- Sidel, Victor W. (1968) "Feldshers and 'Feldsherism'; The Role and Training of the Feldsher in the USSR", *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*, Vol.278, No.17
- Silver, Henry L. (1970) "The Syniatrist: A suggested Nomenclature and Classification for Allied Health Professionals", *JAMA*, Vol.217, No.10
- Sox, Harold C., Sox, Carol H. and Tompkins, Richard K. (1979) "The Training of Physician's Assistants: The Use of a Clinical Algorithm System for Patient Care, Audit of Performance and Education", *THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE*, Vol.288, No.16
- Sox, Harold C. (1979) "Quality of Patient Care by Nurse Practitioners and Physician's Assistants: A Ten-Year Perspective", *ANNALS of Internal Medicine*, Vol.91, No.3
- Spencer F.J. (1970) "Physician Assistants; New Positions and Expanding Roles in U.S. Medical Care", *MCV QUARTERLY*, Vol.6, No.3
- Storms, Doris, Fox, John G. (1979) "The Public's View of Physicians' Assistants and Nurse Practitioners: A Survey of Baltimore Urban Residents", *MEDICAL CARE*, Vol.17, No.5
- Todd, Malcom C., Foy, Donald F. (1972) "Current Status of the Physician's Assistant and Related Issue", *JAMA*, Vol.220, No.13
- U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics (2017) *News Release*, October 20
- Warshaw, Leon J., Guida, Miriam, Brogan, Mildred, Gitman, Leo, Lloyd, William,

本稿は、文部科学省科学研究費若手研究 (B) 26860460 および、基盤研究 (C) 17K09254 の助成を受けたものである。