

# THE NEWZ

日本語版

07

May 2023



＼ 海外留学中の大学生が考える ＼

## 日本と海外の医療制度の違い



新時代戦略研究所

# THE NEWZ

MAY 2023 VOL.7

日本語版

## CONTENTS



2 発行にあたって

\ 海外留学中の大学生が考える /

## 日本と海外の医療制度の違い

3 **アメリカ** 橋詰加菜

5 **アメリカ** 池田唯花

7 **イギリス** 山崎栞奈

9 **フランス** 助川実雨

11 **マレーシア** 丹治いつき

13 メンバー紹介



撮影場所：ケンブリッジ大学（イギリス・ケンブリッジ） 撮影者：山崎栞奈

## 発行にあたって

日本の国民は国民皆保険制度の下、医療を享受する機会に恵まれてきました。

しかし少子高齢化の進行に伴い、若年層における社会保障費の負担増大が見込まれることに加え、コロナ禍で海外と比較した際の医療制度の欠点が露呈する等、現在、日本の医療制度を見直す必要性が高まっています。また、海外諸国と比べて医療サービスの受益者である患者（国民）の声が医療政策に反映されにくいという課題もあり、社会保障費の負担感が高い若者の間では、医療制度設計に参画したいとの声も高まっています。

この現状を踏まえ、新時代戦略研究所とジャパン・カウンセラーズは、将来の日本を担う若年層に向けて、今後の社会保障・医療保険制度や医療制度の在り方を考えるきっかけ作りとなる、マンスリー・レポートの発行を行うことしました。海外留学生が現地の医療制度と日本の医療制度との違いを象徴するようなエピソードを情報収集、取材し

て日本語、英語でレポートを執筆します。

タイトルの「The NewZ (ザ・ニューズィー)」は「Z世代」が意識されています。このニューズレターはプロジェクト立ち上げから原稿執筆、編集までのすべてを「Z世代」の大学生が中心となって担っています。読者の皆さんが自分の世代の医療制度、さらにはその先の未来の医療制度に関心を持ってくだされば幸いです。



[英語版はこちら](#)

# アメリカの医療への取り組み

橋詰加菜

アメリカ・リンデンウッド大学



アメリカと日本の医療における大きな違いとしては、医療費が挙げられます。アメリカは医療費が高額で、日本は国民皆保険により医療費の患者負担が比較的低いというイメージを皆さんもお持ちではないでしょうか。これらの違いが生んだ医療の特徴の違いやアメリカでの医療費を抑えるための取り組みについて紹介していきます。まず、日本の患者の入院日数が他の国と比べて非常に長いことが統計で明らかになっています。救急の患者の平均入院日数は日本が16.4日、アメリカは5.4日となっています。日本はアメリカの倍以上

の滞在日数となっています(2021)。次に、人口1000人あたりの医師数をみると、日本とアメリカともに2.6人(2020)ということが分かります。また、人口100万人あたりの病院数は日本が66.2に対し、アメリカは19.1となっています。日本はアメリカの3倍以上ということが分かります。しかし、1病院あたりの医師数は日本は37.7人に対しアメリカは136.7人なので、日本は病院が多く簡単にアクセスできるが、1病院あたりの医師の人数が少ないということになります。

## なぜ日本の一人当たりの入院日数はアメリカの倍以上なのか

アメリカの医療費は高く、一泊あたりの入院費も高いため、費用を抑えるためにいかに早く退院させられるかを考えます。入院が長くなれば長くなるほど患者にも経済的に負担がかかるため、いかに早い治療で終わらせられるかが重要となっています。一方で日本は病床の空きが病院の収入に影響するため、入院日数を長くすることがあります。日本の医療制度を使用すれば、高額な医療費を払うことなく入院することができるので、日本の患者の入院日数は長くなる傾向にあります。

日本には高額療養費制度があります。これは、収入や年齢に応じて1ヶ月あたりに医療機関や窓口で支払う金額の上限があり、上限額を超えた場合にはその超過分が戻ってくるという制度です。治療が長引いてもアメリカと比べて入院費があまりかからず、完治するまで入院することができるという点においては安心できますが、必要以上の入院はやはり身体的にも負担がかかります。

## アメリカの病院で感じた治療の手厚さ

アメリカでは基本的にUrgent Care(病院)やCVS(薬局)でコロナの検査を受けることができます。私は、アメリカから日本に帰国するためにコロナの検査が必要だった際、一人一人への対応が手厚い事に驚きました。日本でコロナの検査を受けた際は、座って検査をして終了という形でしたが、アメリカの病院ではコロナの

検査をする前に心臓の鼓動を確認して、その後に血圧を測りました。地域によって多少の差はあるかもしれませんが、私の家の近くのコロナの検査場では常に看護師の方が忙しそうにしている、その点に違いを感じました。

## コストを抑える取り組み

アメリカでは、医療費が年々上昇していることが問題になっています。このコストを少しでも削減するために、アメリカではデジタルヘルスの導入を進めてい

ます。デジタルヘルスの導入の利点として、コストの削減、病院へのアクセスのしやすさ、医療の質の向上と患者に提供する薬をより一人一人に合ったものにするこ

ができることがあげられます。

FDA(Food Drug Administration)という薬が安全かどうかを判断する機関でもデジタルヘルスの導入に向けて、様々な種類の機器がもたらすメリットとデメリットなどの情報を提供して

います。デジタルヘルスの具体例としては、オンライン上での健康管理、オンライン上での診察を通してより簡単に患者さんの健康状態を把握しています。

## 電子カルテ普及率

電子カルテの普及率はアメリカが約80%に対し、日本の一般病院では57%、一般診療所では49.9%となっています。病院の病床数別で見ると、400床以上の病院では導入率が91.2%になっていますが、200-399床の病院では74.8%、200床未

満の病院では導入率が48.8%と、小規模な病院では電子カルテがあまり普及していないことがわかります。(2020)

電子カルテの普及率を見ても、アメリカが医療へのテクノロジーの導入に積極的なことがわかります。



【写真】バーチャルケアセンター

## ミズーリ州にある Mercy のバーチャルケアセンター

ミズーリ州にある Mercy というアメリカで有名な病院のバーチャルケアセンターは、世界で初のデジタル治療を中心とした病院で、院内にはベッドがありません。この病院には4つのデジタルヘルスの設備があり、患者さんの健康状態を完全オンラインで把握しています。4つのシステムにはvICU、vStroke、vHospitalists、vEngagementがあります。

・vICUとは全米最大の電子集中治療室で、医師と看護師が患者の重要なサインを監視し、5つの州にわたる30のICUに提供させ、二重の監視体制を整えています。

・vStrokeとは神経科医の役割を果たす設備で、多くの地域の救急診療部に神経科医が駐在していないという問題を解決します。脳卒中の症状で救急外来を訪れた患者が、双方向の音声とビデオ接続を介して神経科医にすぐに診てもらうことができます。

・vHospitalistsではバーチャルケアテクノロジーを利用して、24時間体制で患者さんを診る医師がいます。必要な検査を指示したり、結果を読み取ったりすることで、より迅速な治療を

現しています。

・vEngagement: Mercyは3,800人以上の患者さんを継続的にモニタリングし、必要なときに迅速に介入しています。これにより、患者さんの入院の必要性を減らし、自立した生活をより長く送ることができるようになります。

医療のデジタル化は患者さんや医師の負担を減らすことができる上に、患者さんの診察や入院への時間を有効に使うことができます。一方で、やはり慣れていないデジタル機器を使用するよりも、これまでの紙でのカルテの方が医師や患者さんにとっては使いやすいのかもしれませんが、これから先医療のデジタル化を進めていくことで、医療コストを削減できるだけでなく、人手不足を解消し、より多くの患者さんが快適に診察を受け、治療を行うことができるようになると考えられます。

# 依存症問題

池田唯花

アメリカ・ワシントン大学



私は以前まで、眠気覚ましのためにコーヒーを日常的に摂取していました。しかしある日、コーヒーを飲んで暫くしてから手が震えてしまったことがありました。それを友人に話すと「それは中毒症状だと思うから、控えたほうがいいよ」と言われ、とても驚きました。そこで、今回は Addiction(中毒、依存症) について調査したいと思います。

アメリカの依存症に関する 2020 年の調査によると、アルコール依存症が最も多く、次いでマリファナ、市販

たは処方箋による鎮痛剤への依存症が多くなっているようです。依存症とは、特定の物質や行動を続けることにより「やめたくても、やめられない」状態になることです。本人の心の弱さのために起きている現象ではなく、脳に変化が生じて症状が引き起こされる病気です。行政機関や専門家から適切なアドバイスを得ながら早期の治療介入を行うことで、乱用や依存症への移行の予防につながります。どの依存症にも特効薬というものは存在せず、本人にあった方法で治療を続けることが重要です。

## カフェイン依存症

適量を摂取していれば問題のないカフェインですが、慢性的に摂取するようになると依存が発生し、摂取せずにはいられなくなります。人は脳内のアデノシン受容体という箇所にはアデノシンという物質が結合することで疲労を感じるのですが、カフェインはこの受容体に結合してアデノシンが結合するのを邪魔します。これにより人は疲労を感じにくくなるという仕組みです。ただカフェインの摂取を繰り返すうちに、少量のカフェインでは脳へ働きにくくなってしまいます。これにより、人はいっそう眠気や疲労を感じ、それを解消しようとカフェインの量が次第に増えていき、依存症に陥ることがあるのです。

私がアメリカで生活していて感じるのは、日本と比べて飲食物にカフェインが含まれているかどうか敏感な人が多いということです。例えば私のホストファミリーはコーヒーを毎日飲んでいるのですが、午後になったらデカフェのコーヒーを飲むようにしています。これは就寝

の際の妨げにならないように意識しているからだそうです。シアトルはスターバックスの発祥の地ということもあり、カフェが多くコーヒーを飲む機会が沢山あるのですが、チェーン店ではない地元の小さなカフェでさえ、注文をする時にデカフェかそうでないかを聞かれ、メニューの選択肢が多い印象です。私はカフェインの中毒症状が現れてからは、なるべくデカフェを選択するようにし、コーヒーを飲む頻度を減らすように心がけました。私自身は徐々にコーヒーを飲むことをやめていったのでカフェインの離脱症状はあまりなかったのですが、人によっては風邪をひいた時のように頭痛や著しい疲労感、眠気、抑うつ気分などといった離脱症状に悩まされることがあるようです。身近に手にとれるものだからこそ、必要以上にカフェインに頼らないようにしていきたいです。



【写真】スターバックス一号店

## アルコール依存症

飲酒は成人年齢になれば多くの国でも合法で、特に日本では仕事上の付き合いにも欠かせない存在です。その一方でアルコールは依存性が高く、若年層の依存者も増えているようです。日本では精神科医が依存症の治療を行います。アメリカでは、

依存症の治療資格を持ったカウンセラーが治療を行うのが一般的です。またカウンセリングだけでは断酒が難しい場合は、MAT(抗酒薬や飲酒量低減)という処方箋を使った治療を併用することもあります。

## 処方薬依存症

近年アメリカでは、フェンタニル使用にともなう死亡例が大幅に増加し、メディアでも大々的に報じられてきました。フェンタニル(Fentanyl)は本来、麻酔や鎮痛、疼痛緩和の目的で利用される合成オピオイドです。安価で製造が容易なため、嗜好用の薬物の多くに混在しているため、使用者が気づかずに服用し、致死量に至る過剰摂取が起こる事例が多く報告されています。また他の薬物と比べて使用方法が簡単で短時間で効果がなくなってしまうことから、過剰摂取になってしまう傾向があり

ます。アメリカの歯医者さんで親知らずを治療してもらった友人が、治療後に痛み止めとしてこのフェンタニルを処方されて服用したところ、今まで経験したことのない何もしてないのに楽しい(いわゆるハイ)という状況になったと話していました。また他の例として、ストレスなどによる不眠や不安を緩和するために処方されたベンゾジアゼピン系と呼ばれる睡眠薬や抗不安薬を常用しているうちに、使用量が増えて過剰摂取が続くことがあるようです。

## マリファナ(薬物)依存症

マリファナの効用としては、鎮痛効果、多幸感、吐き気の抑制、食欲増進、緊張の緩和などがありますが、一方で判断力や集中力、短期記憶を低下させ、依存性も問題になっています。日本では大麻取締法により、大麻の所持も栽培も禁止されていますが、アメリカではバイデン政権下でマリファナの規制撤廃が進んでいます。嗜好用のマリファナは、ワシントン州やオレゴン州をはじめとする 19 の州とワシントン DC で、医療用

は 37 の州で合法となっています。以前からマリファナ合法化への動きはアメリカ全土で進んでいたようですが、コロナ禍をきっかけに合法化を支持する人々がさらに増えたようです。そのためシアトルのダウントウンを歩いているとマリファナの匂いがあちらこちらから漂ってきます。また専門ショップもいくつかあるようで、まるで日本でお酒のような感覚だと感じました。



【写真】ダウントウンにあるマリファナショップの様子



冒頭で述べたように、依存症とは本人の心の弱さのために起きている現象ではなく、脳に変化が生じて症状が引き起こされる病気です。依存症になりうる可能性があるものはアメリカで生活をしていると思っているよりも身近に存在します。ですので、まずは依存症に陥らないために依存症のリスクがあることを知っておくことが大切だと思い今回の記事を書きました。も

し依存症になってしまった場合には、なるべく早く専門機関を受診しましょう。

# うつ病と自殺率

山崎 葉奈	ロンドンで就労中（金沢大学休学中）
-------	-------------------



## 各国のうつ病の状況

今回は日本とイギリスのうつ病への理解の違いについてお話ししました。今回は、日本におけるうつ病と自殺の関係性について、各国との相違点や私の見解を交えてまとめていきたいと思います。

WHOが発表しているデータによると、日本では1年間に全人口の約3%前後がうつ病を発症し、アメリカでは約5%~6%、一番多い地域は中東諸国やアフリカ諸国で約15%、特にアフガニスタンは約20%とかなり高い結果でした。アフガニスタンに関しては、戦時下である

## 年齢別で見た自殺率

日本では、若者の自殺が新たな社会的問題となっています。日本全国において、2010年から2018年まで一貫して若者（10歳から29歳までの居住者）の自殺率は低下し続けていましたが、2020年には若者の自殺者が19%増加し、若者10万人あたり年間2.2人（自殺率は10万人あたり11.7人から13.9人に増加）に自殺者が増加しています。この急激な上昇は、COVID-19のパンデミックの影響と関係があるのではと推測されています。一方、米国でも、COVID-19の同時期に若者の自殺率が2%増加しています。

10代の自殺の要因は、年齢によっても異なります。小中学生は、親に厳しく指導されたり、親とうまくいかなかったりするなど、家庭内の問題が原因で自殺する可能性があります。また、学校での孤立やいじめが要因になっているとも考えられます。

日本特有の文化が、子供や十代の若者の自殺率を高めて

## 職業別の自殺率

日本では過去10年間、失業中の人による自殺が全体の50%以上を占めており、失業と自殺の間に重要な関係があることを表しています。なお、2020年、学生による自殺が17%増加し、2011年以来初めて1,000人を超えました（概算自殺率10万人あたり5.0人）。やはり、

ため、日常的にそのような過酷な状況下にいるとうつ病になりやすいことが想像できます。

日本・韓国・中国など東アジアにおいて経済的に発展している地域は、うつ病の発症率が極めて少ないことがわかっており、実は日本人はうつ病になりにくいのではないかとわれています。

しかし、その反面、日本や韓国のうつ病患者の自殺率は世界でも高い割合を占めています。

いるのではないかと示唆する専門家もいます。

子どもたちが「自分は何者なんだろう？」と自身のアイデンティティを模索している成長期に、日本人特有の集団主義や同調圧力と言った文化が、うつ病を加速している可能性も考えられます。

私も実際、小中学校の成長期の段階で、「みんなと同じであるべき」「個人的な意見を主張してはいけない」といった、全体主義的な教育に疑問を覚えていました。周囲の空気を読んで他者の気持ちを考えて行動することはとても大切です。しかし、そればかりに気を取られていた10代の私は自分の意見を主張できず、むしろ主張してはいけないものなんだな、と捉えていました。日本人の「集団主義」「同調圧力」にはメリット・デメリットがありますが、この慣習的な目に見えない文化が若者を苦しめている可能性もあります。

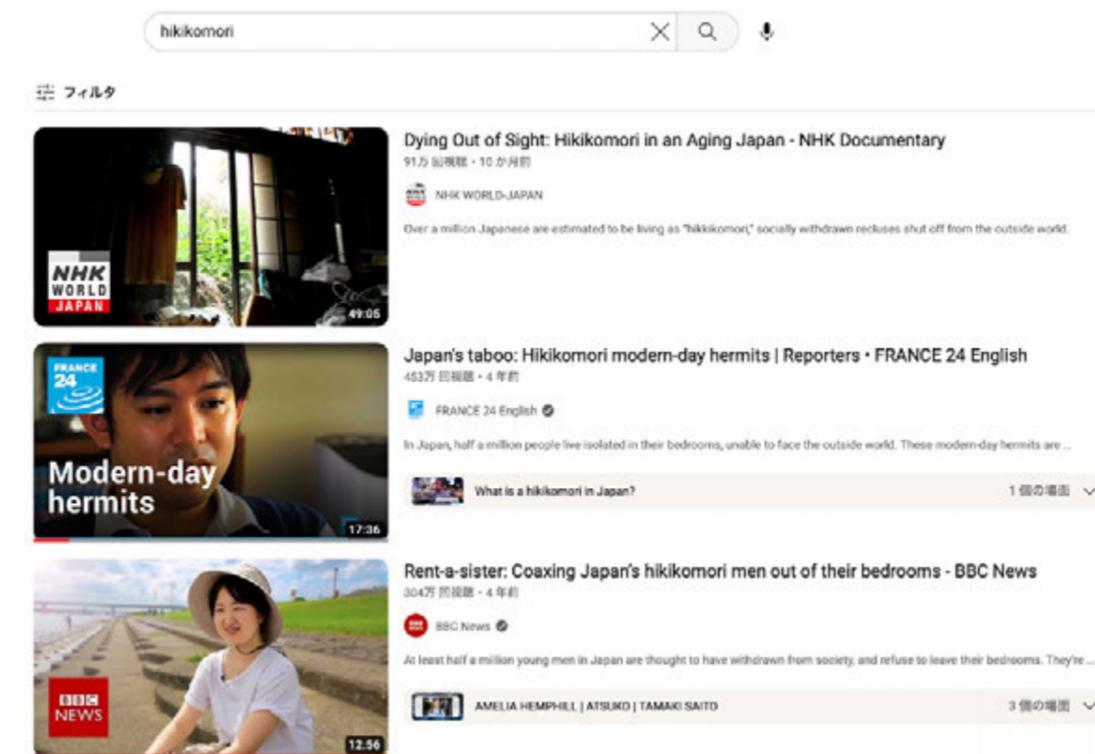
これはコロナ禍において、ステイホームにより家庭内問題が増加し、友人や社会とのコミュニケーション不足になり、感染への不安など、数多くの不安要素が重なったからではないでしょうか。

## 日本でのうつ病の要因

日本での高い自殺率の原因としてより可能性が高いのは、ひきこもり、社会的孤立の傾向の高まりであることが考えられます。学校での成績が悪いことを不甲斐なく感じ、両親や友人に自慢できるようなキャリアを獲得することができないことが原因で塞ぎ込むようになっていくことも、社会的孤立の原因になります。

近年、日本ではひきこもりが大きな問題になっています。Hikikomoriという言葉が海外でそのまま使われていることも、日本のひきこもり問題が深刻であることを表しています。しかし、これは日本特有の問題ではなく、世界各国で起こっている国際的な社会問題です。例えば、FRANCE 24 English というフランスのニュース番組が、日本のひきこもり問題に関するドキュメンタリーをYouTubeにアップロードしています。そのコメント欄には、「ひきこもりは日本だけの問題じゃなくて世界中にいる」というコメントや海外のひきこもり当事者のコメントが多く投稿されていました。

また、人々がソーシャルメディアなどのインターネットで繋がるようになってから、この問題が顕在化してきたように思えます。ソーシャルメディアはひきこもりを引き起こしている直接的な主要因ではないものの、その副作用として多くのひきこもりが世界中で増え続けているのだと思います。ひきこもりが自殺に繋がる事実も多くありますが、ひきこもりをネットメディアのせいにするのではなく、新たな現代社会で適用できる解決策を私たちが見つけだしていく必要があると感じました。



Youtubeで「hikikomori」と検索すると日本の引きこもりの実態について特集した動画が複数ヒットします

# フランスの医薬品不足問題



助川実雨	フランス・パリ政治学院
------	-------------

皆さんは普段どのような薬を服用されていますか。私は偏頭痛、鼻炎、生理痛に普段から悩まされているため、痛み止めなどの頓服薬を服用することが多いです。フランスの医薬品は想定している服用者が日本人より身体的に大きく、内容量がかなり違うため服用する際は一個の錠剤を砕いて服用したほうがいいと教えられましたが、砕くのも面倒だったので、一時帰国するたびに日本で最大3か月分の医薬品を買って、フランスに持って帰っていました。そのため、最近まで気付いていなかったのですが、去年からフランスでは医薬品不足問題が深刻化しているそうです。今回のレポートではフランスの医薬品不足問題及び医薬品生産体制についてお話ししようと思います。

2022年初頭からコロナ禍による社会経済活動の規制が緩和されましたが、感染者のV字増加、ロシアのウクライナ侵攻を起因とするエネルギー危機とインフレ、中国国内の需要増が重なり、深刻な医薬品不足が問題になっています。フランス国立医薬品安全性機構（ANSM）は、医薬品の在庫切れをサイトの「Disponibilité des produits de santé」というページ上に記載しているのですが、2023年3月現在でも多くの入荷待ち、もしくは在庫切れになっています。医療現場では特に医薬品不足が顕著で、抗高血圧薬、抗糖尿病薬、抗がん剤の不足により治療行為が制限されています。フランスの腫瘍内科医の68%は、医薬品不足が患者の今後5年間の生命やQOL（生活の質）に大きく影響すると考えているということが調査でわかりました。

RUPTURE DE STOCK	DATE	Produit
RUPTURE DE STOCK	3 MARS 2023	Octaplast, solution pour perfusion - (protéines plasmatiques humaines)
RUPTURE DE STOCK	2 MARS 2023	Takleff Quiver 20 mg, comprimé pelliculé - (tacrolimus)
RUPTURE DE STOCK	2 MARS 2023	Ultracore 4 mg/3 ml - 12 mg/3 ml - 24 mg/3 ml, poudre et solvant pour solution injectable - (somatropin)
RUPTURE DE STOCK	28 FÉV. 2023	Fraiparine et Fraipari Viarnis, solution injectable en cartouche pré-remplie - (héparine calcium)
RUPTURE DE STOCK	23 FÉV. 2023	Ravlen 150 microgrammes, implant intrafurieux avec applicateur - (actonide de Ravlen)
RUPTURE DE STOCK	17 FÉV. 2023	Strielgyn 20 mg/2 ml, solution injectable en ampoule - (nifédipine)
RUPTURE DE STOCK	17 FÉV. 2023	Triaxyl 500 000 UI/50 ml, solution injectable - (insuline)
RUPTURE DE STOCK	16 FÉV. 2023	Imanex 250 (250 mg bicalutamide), solution injectable - (bicalutamide)
RUPTURE DE STOCK	16 FÉV. 2023	Raldil 50 mg, comprimé sécable pour suspension buccale - (citalopram)
RUPTURE DE STOCK	14 FÉV. 2023	Rylisaline 20 mg/ml sans conservateur, solution injectable - (sulfate de lidocaïne)
RUPTURE DE STOCK	14 FÉV. 2023	Valactin 10 mg/ml sans conservateur solution injectable - (lactulose de Valactin)

[ 図：ANSM の在庫切れを告げるページ画面 ]

ではなぜこのような深刻な医薬品不足が生じてしまっているのでしょうか。実は医薬品不足は10年以上前からすでに懸念されていた問題であり、薬品の在庫切れの報告数は毎年加速しています。今回のレポートでは、フランスの医薬品製造

業界の構造自体に問題があると仮定して、考えられる原因を：1) 医薬品生産の対外依存、2) 薬価の過剰な引き下げ、3) 抗生物質の乱用や過剰投与の3つに絞りました。

## 1) 医薬品生産の対外依存

1980年代からフランスは製造業の生産拠点の海外移転に伴う産業空洞化（désindustrialisation）に直面しており、新型コロナウイルスの蔓延によって、マスクや人工呼吸器、医療器具、医薬品の有効成分などの生産を外国に依存している問

題が浮き彫りになりました。薬効成分はアジア、特に中国の生産に依存しており、コロナ禍のサプライチェーンの寸断および各国内での需要急増加により、供給が急激に縮小しました。これに対して政府は2020年9月に経済活性化策（France

Relance）を発表し、医療・健康分野の187事業（そのうち、42事業は薬効成分の製造拠点を海外からフランス国内へ回帰するための事業）に対して補助金を支給しました。さらに、フランソワ・ブロン保健・予防大臣は、マクロン大統領が推進する産業競争力の強化と未来産業の創出に向けた新たな投資計画である「フランス2030」の中で、薬効成分の生産拠点をフランス国内に建設し、医薬品生産サプライチェーンをフランス

## 2) 薬価の過剰な引き下げ

フランスでは医療サービスの改善度等の評価軸を用いて、医療用品経済委員会（CEPS）と製薬企業との交渉により償還価格が決まります。先発医薬品に関しては、製薬企業が薬価収載時に提出した3年間の需要予測以上に売れた場合は、価格の引き下げが行われます。ちなみに日本にも「市場拡大再算定」という同様の制度があり、予想よりも爆発的に売れた場合は品目によっては最大50%の値下げが行われます。フランスではさらに、特許期間終了時に価格が20%引き下げられ、その18か月後に12.5%引き下げられます。後発医薬品は、先発医薬品の4割の価格で収載され、先発医薬品の特許期間終了の18か月後に7%引き下げられます。

この薬価引き下げに加え、フランス医薬品流通システム内での追加値引きもあります。フランスの医薬品メーカーは製品の56%を販売業者（商品化のための子会社）に、39%を卸売業者に、わずか2%を病院に、3%をダイレクトに薬剤師薬局に販売します。ここで発生する価格交渉は、医薬品メーカーと卸売業者間、そして卸売業者と薬局間の二つで発生します。例えばジェネリック医薬品の卸販売価格に対する値引きは、法律における最大許容値引き率17%に加えて20~70%にも及ぶという研究結果が出ています。フランスの値引き慣例は大規模であり、国家規制によって許容される範囲を超えているため、

## 3) 抗生物質の乱用や過剰投与

最後に、医薬品全般に関しては上記2つの構造的問題が主なのですが、アモキシシリン（ペニシリン系抗生物質）の不足に関しては抗生物質の乱用や過剰投与の可能性が指摘されています。ANSMは気管支炎、インフルエンザ、新型コロナウイルスなどのウイルス感染症に対して抗生物質は効果がなく、効果があるのは肺炎や中耳炎、副鼻腔炎、蓄膿症や歯槽膿漏、性病、狂犬病、破傷風など細菌を原因とする一部の病気と発表してい

## 結論

以上のようにフランスの医薬品不足には医療業界の構造的問題が背景にあります。さらに、フランス人の値引き慣例や抗生物質に対する依存などの文化的原因もあります。これらの問題は、生産拠点のフランスへの回帰や価格制度の見直しだけでは解決

国内で完結させる計画があることを説明しました。2024年にはパラセタモール工場が建設される予定です。しかしそもそも生産拠点を海外に移した理由が生産コストの高さだったゆえに、今後フランスで薬効成分を生産することによる医薬品価格の上昇が、政府にとっては健康保険公庫の赤字を増大させ、医薬品業界にとっては利益率の低下に繋がることは免れません。

医薬品メーカーの売上減、利益率の低下に繋がっています。この薬価引き下げ・値引き問題及び低い利益率を抱える医薬品メーカーの現状は医薬品需要増への対応にも影響を及ぼしました。ロイター社の取材によると、多くの欧州医薬品メーカーはエネルギーや原材料の価格が上昇している中で、今の低い価格を維持することも難しいと答えています。需要増に対応するために供給を増やしたいものの、急激なコスト増をカバーできるくらいジェネリック医薬品の価格が上がらない限り、数百万ユーロを投じて生産能力の拡大をすることを正当化できない、という意見も上がりました。このことから現在の医薬品の価格制度が経済的合理性を求める多くの医薬品メーカーに対して負のインセンティブになっており、医薬品不足問題に貢献していると考えられます。しかし、もちろん薬という生活における必需品に対して、高い価格を適用することは、貧困層から薬へのアクセスを取り上げ、全体の国民健康を損なう可能性があります。

ヨーロッパ共同体（EC）は2023年内に医薬品法の改正案を議会に提出し、在庫の確保や供給に関する早期の情報提供をメーカーに義務付けることを提案していますが、医薬品製造業界側は入札制度や価格制度の見直しを盛り込むよう要望しています。

ます。しかし上記のような病気の蔓延が確認されているわけではないフランス国内だけで4000万箱が販売され、それでも不足しているのは異常なのではないか、という声が増加しています。Santé Publique Franceのレポートによると、フランス人は抗生物質を過剰に消費しており、特に0~4歳の子どもへの処方方がより顕著に増加しています。

できません。2030年までに医薬品不足による医療崩壊が起こる可能性があると指摘されている中、フランス政府はどう対応していくのか、注視が必要です

# 日本とオーストラリアの看護師

丹治いつき

マレーシア・モナッシュ大学



## はじめに

日本では、新型コロナウイルスによって医療従事者に対する見方が変化してきています。コロナ禍で看護師を含む医療従事者の方々は最前線で感染者の医療対応をしていました。「2021年看護職員実態調査」によると、新型コロナウイルス感染症の感染拡大に伴って受けた影響として、8割弱が感染への恐怖や不安をあげ、およそ5割が労働環境の悪化を指摘しました。さらに7割が看護職員として働き

続けたいとしたものの、若い世代において就業継続の意欲が低くなっている状況が判明しました。したがって、本レポートでは日本とオーストラリアの看護師の実情を比較することで、日本政府がどのような取り組みをすべきか考察していきます。また、本レポートをご覧になった方に対して、オーストラリアで看護師を目指すきっかけになれば幸いです。

## オーストラリアの看護師実情

まず、前提としてオーストラリアでは、看護師資格保持者は日本よりも高く社会的に評価されています。そのため、看護師に対して手厚いサポートを行っています。例えば、オーストラリアでは、看護師に対する精神的・身体的サポートが怠られないよう、幅広い看護業務内容を3種類に分け

ています。具体的には、看護助手、准看護師、正看護師の3つです。このように、業務範囲をはっきり分ける事によって看護師の負担を軽減し、尚且つ効率よく業務を行えるようになっています。

## 「オーストラリアと日本の看護師の違い」

### 実習スタイル

実習に関して、日本では患者さんごとに担当看護師が付くのが一般的です。そして、実習中はその担当した患者さんの1日の記録を取ることがメインであり、その莫大な作業の量から寝る暇もなく、非常に厳しい環境下での業務を強いられています。しかし、1人ひとりの患者を持つことにより看護師としての患者対応のクオリティーの向上が見込まれます。一方で、オーストラリアではレポートや看護過

程の記録を書くのではなく、今日は何を学んだかや何を感じ取ったかなど、感覚を軸に置いた教育方針を取っています。これにより、看護師はレポートに費やす時間を省き、現場での知識や経験の会得に集中することができます。また、日本とは違いオーストラリアは部屋単位で患者を担当するため、将来即戦力になる看護師を育てることを目的としています。

### 勤務体制

コロナ禍の真っ只中、日本の看護師は病床の余裕がなくなるほど感染者を受け入れていたため残業も多かったそうです。しかし、実際はコロナ禍に関係なく、日頃から残業が

あり、平均的に1日30分ほどのサービス残業が当たり前となっています。このため、無償で残業が行われている現状が問題となっています。さらに、過労死レベルといわれ

る60時間以上の残業は、0.8%も存在し、看護師として働くには、非常に厳しい状態です。一方でオーストラリアの勤務体制は全く日本とは異なっています。基本的にオーストラリアには看護師の残業がありません。また、残業によってより

稼ぎたいという方に限って、希望制で残業をすることができます。看護師が社会的に非常に高く評価されているため国としてストレスフリーな環境を提供するように努めています。



ストレスフリーな職場

## 看護師の判断と実務の幅広さ

オーストラリアの看護師は日本の看護師よりも裁量権があり、実務も幅広いです。例えば、オーストラリアには Nurse Initiated Medications と呼ばれる看護師の判断だけ(医師の処方なし)で投与できる薬があります。一方で、日本ではすべての薬において医師の指示がないと患者に投与することは

できません。また、オーストラリアでは胸腔ドレーンをはじめ、手術後のドレーン抜去、中心静脈カテーテル、手術の後の抜糸と抜釘は基本的に、看護師の管轄で、幅広い実務を任されています。一方、日本では手術のドレーンを抜く作業や抜糸は医師や研修医の役割です。

## 最後に

上記の通り、日本とオーストラリアでは看護師のあり方が非常に異なります。コロナ禍を経て、看護師を含む医療従事者の働き方について日本では変革を求める声が多く上がっています。個人的にも、日本政府は彼らに、より手厚いサポートを提供すべきだと考えます。また、オーストラリアと比較し

た通り、オーストラリアの看護師はより社会的地位が高く、ワークライフバランスが政府に考慮されているため、日本のお手本であるとも言えます。本レポートを読みオーストラリアで看護師として働くことに魅力を感じた方もいるかもしれませんが、ぜひ、より詳しいことをご自身でご確認ください。

# [ Members ]



橋詰加菜（はしずめかな）

リンデンウッド大学

ニュースレターを通して、多くの方が医療制度の違いについて関心を持っていただけたら嬉しいです。今後もよろしくお願いします。

池田唯花（いけだゆいか）

ワシントン大学

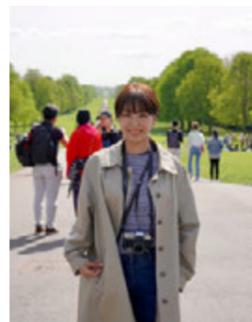
ニュースレターの製作に携わることができてとても嬉しい気持ちです。よろしくお願いします。



山崎栞奈（やまざきかな）

ロンドンで就労中（金沢大学休学中）

The NewZ のレイアウトやデザインにも携わっています。これからよろしくお願いします。



助川実雨（すけがわみう）

パリ政治学院

フランスに来てから医療保険の大切さを改めて学びました。ただ加入の面倒臭さは両国変わらないのでペーパーレス化を進めて欲しいです。



丹治いつき（たんじいつき）

モナッシュ大学

マイナーな国であるマレーシアの医療制度について発信できることを嬉しく思います。これからはマレーシア以外の国の医療制度についても発信していきます。



岡河萌（おかがわもえ）

函館大学

The NewZ に編集担当として携わりました。このニュースレターが世界や日本の医療制度に関心を持つきっかけとなれば幸いです。The NewZ は月1回のペースで配信予定なので、ぜひ次号もお楽しみください。

