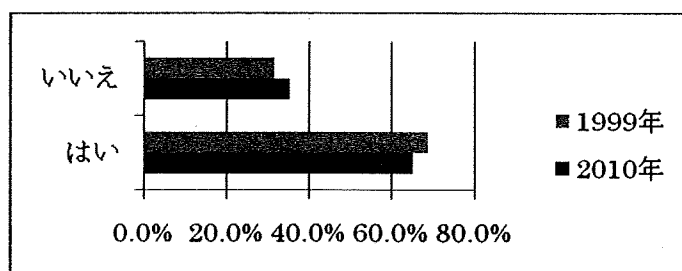


2010年では1999年と比較したところ、有意差が認められ($P < 0.001$)、患者の問題について相談する際に、直接医師ではなく、まずは師長に伝えている割合が高くなっていました。

(7) 看護処置をしているときに、医師に手伝ってもらったことはありますか？

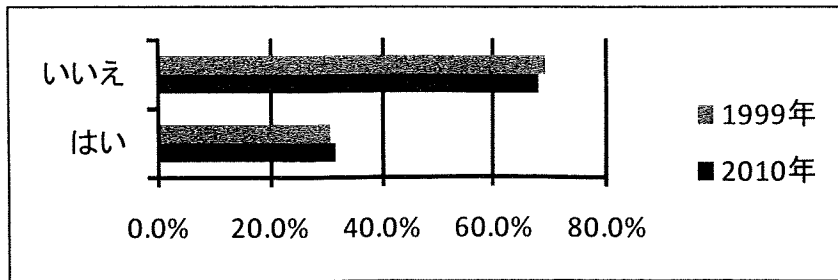
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	4085	2206	n.s
	%	64.9%	35.1%	
1999年	度数	331	151	
	%	68.7%	31.3%	



医師による看護処置への手伝いは、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(8) 一緒に働いている医師のほとんどが、あなたの判断を尊重していると思いますか？

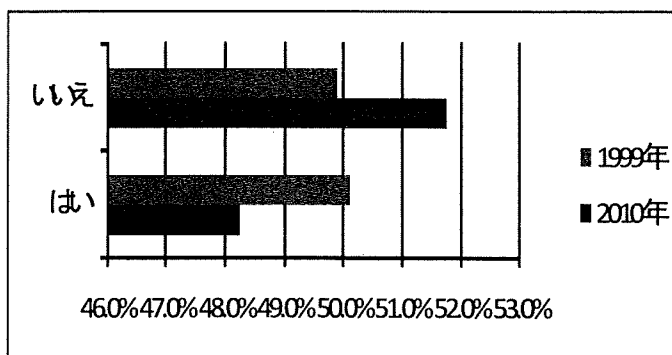
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	1600	3424	n.s
	%	31.8%	68.2%	
1999年	度数	144	323	
	%	30.8%	69.2%	



看護師の判断への尊重においては、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(9) 年長の医師よりも若い医師とのほうが、よい関係がもてますか？

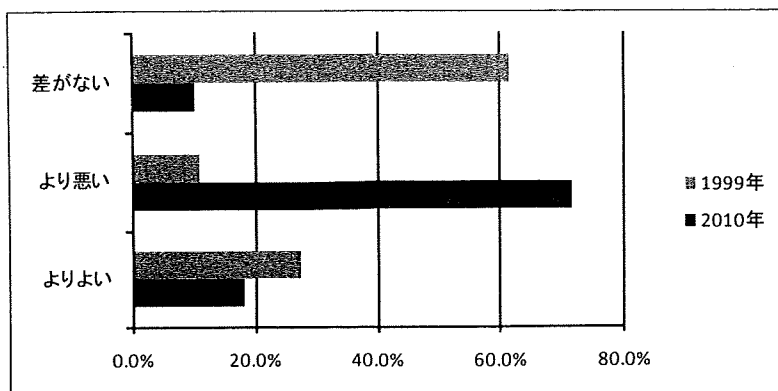
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	2341	2512	n.s
	%	48.2%	51.8%	
1999年	度数	233	232	
	%	50.1%	49.9%	



医師の世代に関する看護師スタッフとの関係性について、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(10) 女性医師との関係は、男性医師との関係とどう違いますか？

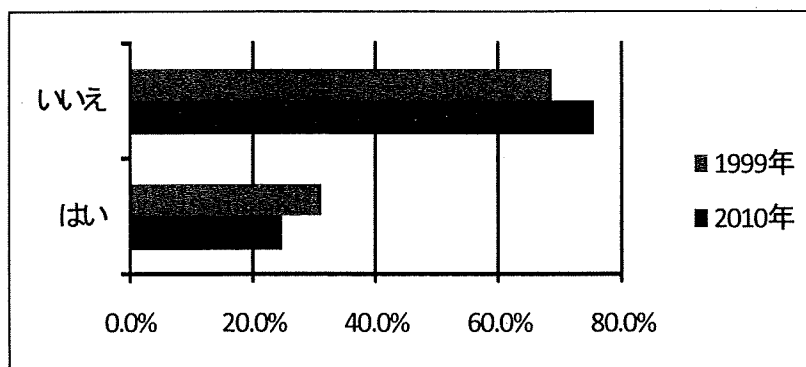
		よりよい	より悪い	差がない	有意差
2010年	度数	1196	4693	664	p<0.001
	%	18.3%	71.6%	10.1%	
1999年	度数	128	51	287	
	%	27.5%	10.9%	61.6%	



女性医師との関係において、1999年と2010年の比較では有意差が認められ($p < 0.001$)、1999年では女性医師との関係について「差がない」との回答の割合が最も高かったが、2010年では「より悪い」と回答した割合が最も高かった。

(11) 医師はあなたを姓以外で呼びますか？

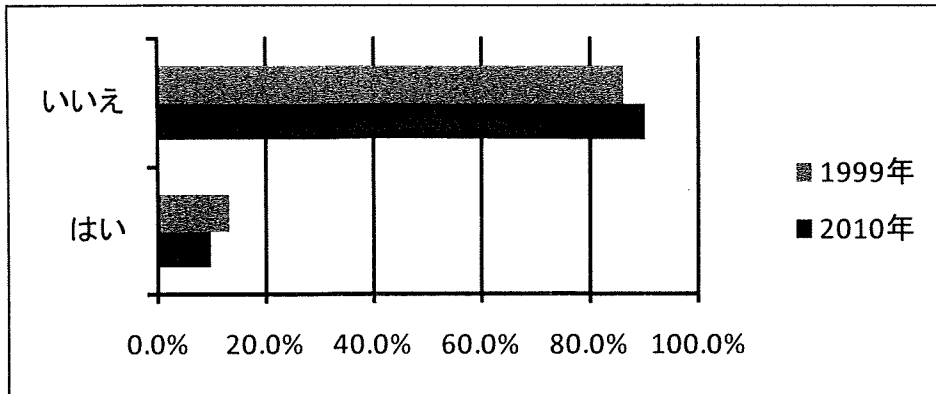
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	1616	4940	p<0.005
	%	24.6%	75.4%	
1999年	度数	150	331	
	%	31.2%	68.8%	



医師の看護師に対する呼び方について、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(12) あなたは一緒に働く医師を姓以外で呼びますか？

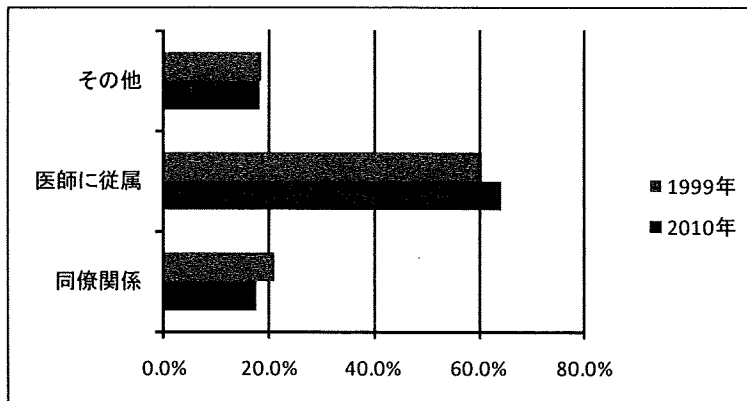
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	652	5913	n.s
	%	9.9%	90.1%	
1999年	度数	65	417	
	%	13.5%	86.5%	



看護師の医師への呼び方についても、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(13) 一般的に言って、あなたの病院の「医師—看護師」関係をどう表現しますか？

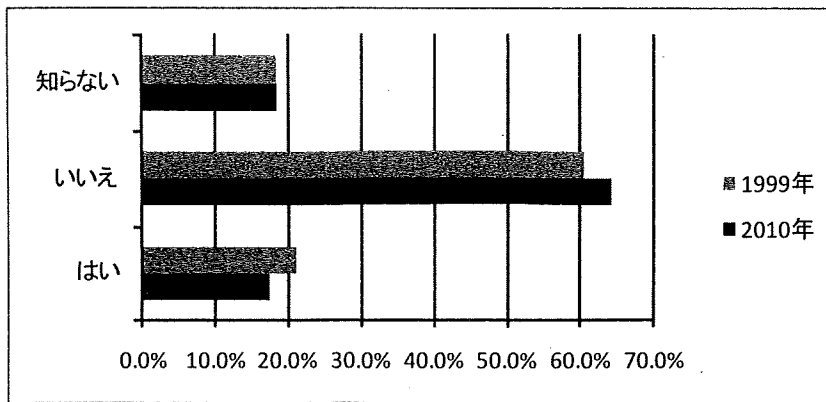
		同僚関係	医師に従属	その他	有意差
2010年	度数	1134	4171	1189	n.s
	%	17.5%	64.2%	18.3%	
1999年	度数	100	287	87	
	%	21.1%	60.5%	18.4%	



医師—看護師関係については、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(14) 医師の回診に、看護師は同行しますか？

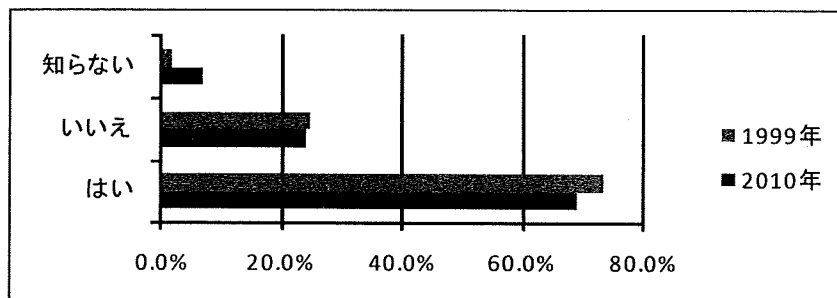
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	1134	4171	1189	n.s
	%	17.5%	64.2%	18.3%	
1999年	度数	100	287	87	
	%	21.1%	60.5%	18.4%	



医師の回診への同行は、1999年と2010年で違いは認められなかった。

(15) 病院に医師—看護師の連携のための委員会がありますか？

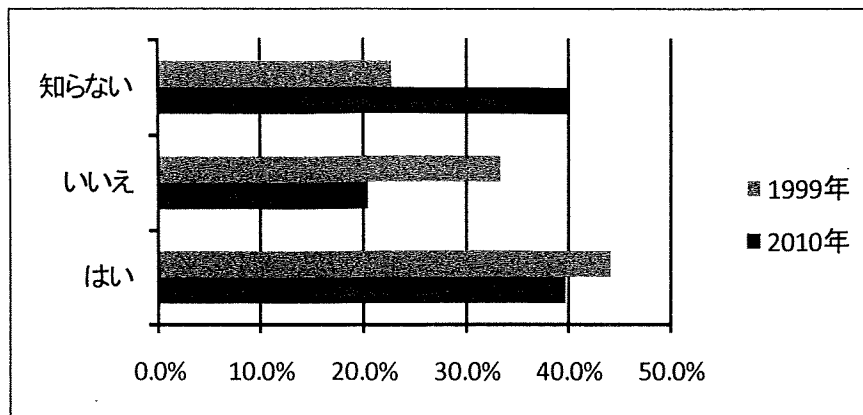
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	3994	1385	396	p<0.005
	%	69.2%	24.0%	6.9%	
1999年	度数	350	117	9	
	%	73.5%	24.6%	1.9%	



2010年では「知らない」の割合が増加し、統計的に1999年と2010年で違いが認められた(p<0.005)。しかし、「いいえ」の割合についてはほとんど変わらなかった。

(16) 無能な医師にかかわった場合、それを報告する方法はありますか？

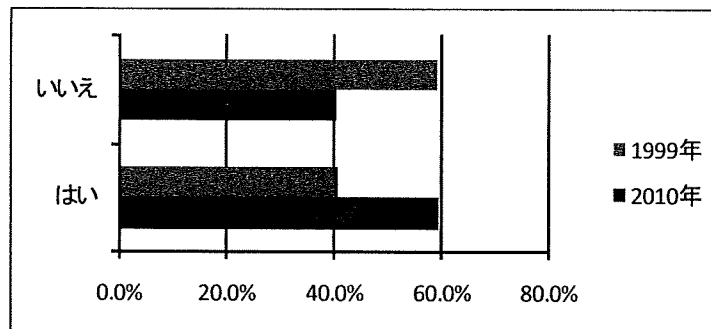
		はい	いいえ	知らない	有意差
2010年	度数	2593	1337	2612	p<0.005
	%	39.6%	20.4%	39.9%	
1999年	度数	208	157	107	
	%	44.1%	33.3%	22.7%	



2010年では「知らない」の割合が高く、1999年と違いが認められていた($p < 0.005$)。しかし、「知らない」の回答を除外し、割合を比較したところ、「はい」が1999年では57.0%に対し、2010年では66.0%と、高くなっていました。

(17) 医師と看護師の間の対立は、管理的な方法を通じて伝言できますか？

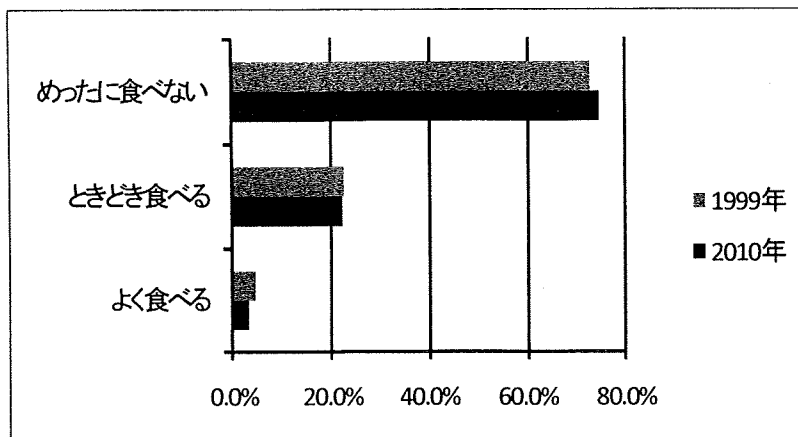
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3976	2703	p<0.001
	%	59.5%	40.5%	
1999年	度数	189	273	
	%	40.9%	59.1%	



2010年においては、医師と看護師の間の対立について管理的な方法を通じて伝言できるといった割合が1999年より、高くなっており、違いが認められていた($p < 0.001$)。

(18) 医師と看護師は昼食を一緒に食べますか？

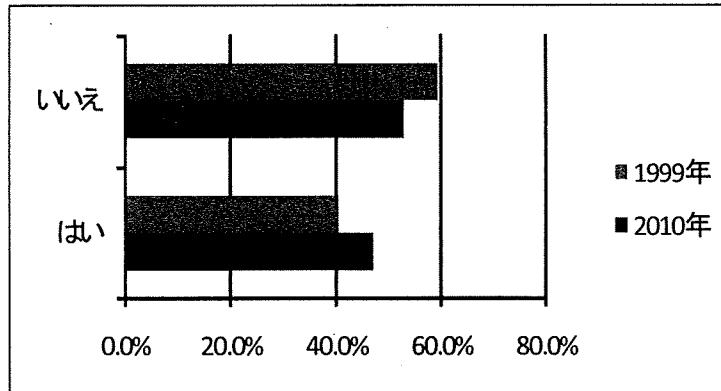
		よく食べる	ときどき食べる	めったに食べない	有意差
2010年	度数	155	1043	3514	n.s
	%	3.3%	22.1%	74.6%	
1999年	度数	22	106	344	
	%	4.7%	22.5%	72.9%	



医師と看護師は、昼食を一緒に食べるかについて、1999年と2010年では違いは認められなかった。

(19) あなたの病院の医師は、看護師をパートナーだと思っていますか？

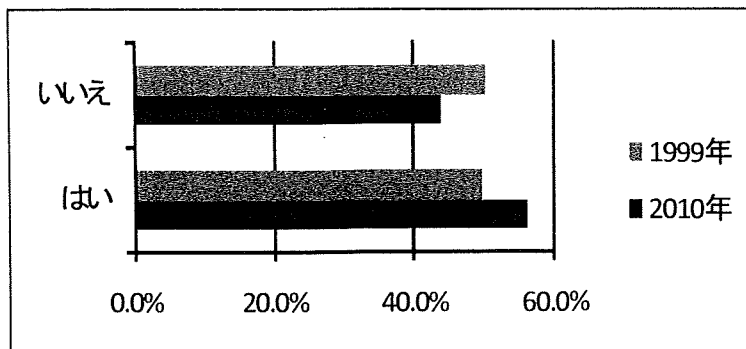
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	2978	3367	p<0.05
	%	46.9%	53.1%	
1999年	度数	183	268	
	%	40.6%	59.4%	



医師の看護師に対するパートナーとしての認識は、1999年と2010年の比較で有意差が認められ(p<0.05)、2010年の方が高くなっていった。

(20) あなたの病院の看護師は、自分たちを医師のパートナーであると思っていますか？

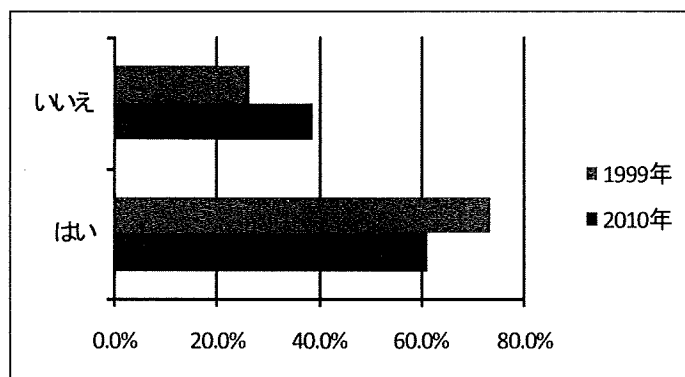
		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3594	2805	p<0.01
	%	56.2%	43.8%	
1999年	度数	235	237	
	%	49.8%	50.2%	



看護師の医師に対するパートナーとしての認識も、1999年と2010年の比較で有意差が認められ($p < 0.01$)2010年の方が高くなっていた。

(21) 医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的でしょうか？

		はい	いいえ	有意差
2010年	度数	3920	2480	p<0.001
	%	61.3%	38.8%	
1999年	度数	347	125	
	%	73.5%	26.5%	



医師が看護師をパートナーと考えるように期待することが現実的か否かについて、1999年と2010年の比較で有意差が認められ($p < 0.001$)、2010年のほうが1999年より、「いいえ」と回答する割合は高かった。

5. 考察

1) 看護の専門性

医師が看護師としてすることを理解している否かについて、1999年と2010年では違いが認められなかったものの、医師との専門的な関係については満足しているという割合は

高くなっており、看護の専門性を発揮できる機会が増えてきているのではないかと思われた。しかし、満足しているとの回答は約 37%にとどまっており、現在、専門的な関係が構築するまでには至っていない状況であることが明らかとなった。

医師が看護師に対してふさわしくない態度で何か話しかけたことがあるか否かに対し、2010 年の方があるという回答が増加していた。この一つの理由として、スタッフ看護師が自身を専門家として認識し、医師と接するようになってきていることが推察された。

2) 医師との関係性

医師が看護師スタッフに患者ケアや処置について相談することについて、1999 年と 2010 年では違いは認められていないものの、医師が看護師の記録をいつも読む割合は 2010 年では増加していた。これは、近年、チーム医療の推進に伴い、クリティカルパスを記録用紙としても活用している場合にはチーム全員でクリティカルパス上に記録を記載する形式にしたり（オールインワンパス）、あるいはクリティカルパスに記載された記録を情報共有する仕組みが整備されてきている影響があるのではないかと思われた。また電子カルテの導入に伴い、医師が看護記録にアクセスしやすい環境が整備されていることも推察された。しかしながら、「いつも医師は記録を読まない」との回答は約 63%となっており、現在でも、医師が患者情報を把握するに際し、看護記録を活用していない状況が浮き彫りとなった。看護記録が患者の情報源として医師に活用されない理由について精査していく必要がある。

3) スタッフ看護師の臨床判断

患者の問題について医師を呼ぶ前には師長と相談する割合が 1999 年では約 35%であったのに対し、2010 年では過半数を超えていた。医師のスタッフ看護師の判断に関する尊重について、1999 年と 2010 年で違いは認められていなかった。そして、2010 年では、スタッフ看護師の約 68%が、ほとんどの医師は自分の判断を尊重していないと回答していた。現在も、スタッフ看護師と医師が直接、話をした際、自身の判断が尊重される機会はあまり多くなく、このため、患者の問題に対する判断をまず師長に相談しているのではないかと思われた。

4) 医師との関係性

女性医師との関係性において、1999 年と 2010 年では違いが認められていた。1999 年では女性医師と男性医師との関係では「差がない」との回答が約 61%であったのに対し、2010 年では「より悪い」との回答が約 72%であった。近年、女性医師が増加しており、女性医師と一緒に働く機会は増加しているものと思われるが、悪化が認められた背景については、さらに調査を行い、検討することが必要と思われる。

無能な医師に関わった場合にそれを報告する方法があるか否かということについては、1999年では約57%であったが、2010年では約66%と高くなっていた。そして、医師と看護師の間の対立は管理的な方法を通じて伝言できるかについては、1999年では約41%であったのに対し、2010年では約60%と増加しており、医師との関係性における問題に対処するための管理的な方法がこの10年で整備されている傾向にあると思われる。

医師と看護師の関係性は、1999年と2010年では違いは認められておらず、ともに「医師に従属」との回答が60%以上であった。しかし、医師が看護師をパートナーとして認識しているか否かについて、1999年は約41%であったが、2010年では約47%と増加していた。また、自分の病院の看護師が医師をパートナーとして認識しているか否かについても、パートナーと思っているとの回答が、1999年は約50%であったが、2010年は約56%と増加しており、パートナー意識については変化してきていると考えられた。その一方で、医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的であるか否かについては、1999年では「現実的である」との回答が約74%であったのに対し、2010年では約61%であった。看護師が、パートナーとしての関係性を構築することに様々な限界を感じていることのあらわれであることが推察されるが、この理由についてさらなる精査が必要である。

6. 結論

1999年と2010年との看護師と医師との関係性に関する変化について把握を行った。医師との専門的な関係に関して満足している割合や医師をパートナーとして互いに認識する割合は増加してきており、変化が認められていた。しかし、医師の看護師の判断に対する尊重ではこの10年で違いは認められておらず、また医師が看護師をパートナーと考えるように期待することは現実的かということに対し、現実的と捉えるのは約6割にとどまり、1999年より1割以上の減少が認められた。2010年現在も、看護師と医師の専門的な関係性の構築に向けて課題は多く残されていることが明らかとなった。

7. 健康危機情報

なし

8. 研究発表

なし

9. 知的財産権の出願・特許

なし

引用

1. エキスパートナース編集部：看護婦—医師関係はどのように変わってきているでしょう？ エキスパートナース、16(1)、36-37、2000.
2. 小林美亜：今回の「看護婦—医師関係」のアンケートから、何が言える？ エキスパートナース、16(1)、38-46、2000.

5. 国際比較

1) 英国の看護政策を踏まえた我が国の対応への示唆

ジェームス・ブッハン

2) フランスにおける看護

小林美亜

3) 病院職員数の国際比較

長谷川敏彦

4) 病院の生産性 国際比較

鈴木修一 長谷川敏彦

英国の看護政策を踏まえた我が国の対応への示唆

～看護師不足や在院日数短縮への対応を中心に～

James Buchan 氏に聞く

インタビュー：長谷川敏彦、小林美亜

長谷川：世界中のあちこちで看護師不足が起きていると思います。英国では過去に深刻な看護師不足があったと思います。これは、政府が看護師を養成するための教育予算を縮減した影響によるものものだと思いますが、これに対し、どのように対応したのでしょうか？

Buchan：確かに、英国では15年程前に大変深刻な看護師不足がありました。これは、主に看護師養成への投資不足が招いた結果であると思います¹。そして1997年に発足したブレア政権がこの問題に取り組みました。ブレアは、ヘルスケアシステムを改善し、医療サービスの量と質を向上させることを公約して当選したのです。ブレア政権は、発足時、看護師不足に対して何らかの手立てをとらなければならないということを認識していました。しかし、そもそも需要に十分に対応できるだけの看護師がその時に存在していなかったため、どうにもならなかったのです。

そこで、1997年から2000年のブレア政権のうち、最初の2年間、私たちは労働組合、専門職団体、病院管理者の代表者といった多くの利害関係者と一緒にこの状況について検討し、この問題に取り組みました。そして2000年に「NHS Plan (National Health Service plan)」と呼ばれる医療制度改革案が発表されました。これは、ケアの改善に向けて医療サービスの提供者である看護師を大幅に増加させることを確約したものでした。NHS Planの5つの計画²の中に、看護師の養成数を増加させ、生産性をあげることが規定されたのです。

まず、英国の看護師養成数を増加させるための予算が提供され、それが実行にうつされました。しかし、これが実際的な効果としてあらわれるのには、5年あるいはそれ以上の時間がかかることは認識していました。というのは、看護師を新たに養成するためには、どうしても時間がかかるからです。このため、NHS Planが開始された2年目には、現在、臨床に従事している看護師が離職しないように定着を図る取り組みを行いました。3番目の取り組みは、再び仕事に戻る復帰者に焦点をあて、離職者した潜在看護師に対し、復帰を促進しました。そして、4番目の方策として、海外からの看護師を積極的に雇用しました³。最後に、患者ケアにあたる看護師スタッフのスキルミックスを工夫し、労働生産性をあげるようにしました。

3番目にあげた臨床現場から離れた潜在看護師の復帰を促進する取り組みは、とりわけ多

くの国で共通にみられることだと思います。実際に、日本でもこのような取り組みを行っていると思います。英国では、具体的に、職場復帰を希望する潜在看護師に対し、再教育を受ける機会を提供することによって職場復帰をサポートする対応を行いました。現場からしばらく離れていたことで、彼女たちが以前取得した知識や技術では対応できなくなっていることもありますし、看護師として働く自信も低下しています。離れていた間の遅れを取り戻し、現在の臨床現場に対応できるように、知識・スキルを向上させ、自信を取り戻させることが必要でしょう。

また、復帰者促進策として、看護師募集の広告やマーケティングにも力を注ぎました。復帰者に対し、キャリアアップを図る機会を提供すること、柔軟な勤務体制で働くことができる権利を保障することを伝えるようにしました。英国では復帰した看護師の多くはフルタイムで働いていないと思います。というのは、彼女たちはパートタイムで勤務が自由になる勤務場所を探して仕事に復帰しているからです。年間 3000~4000 人の看護師を現場に復帰させるための方策として、これは非常に成功だったと思います。

長谷川：実際に、英国で看護師不足が起きているときに現場ではどのくらい深刻だったのでしょうか？ 現場レベルではどのような取り組みが必要だと思われますか？

Buchan：それは、とにかく非常に深刻でした。看護部長や看護師長は、常に看護師不足への対応を求められました。事実、彼女たちは、新人看護師、非常勤の看護師、欠員を満たすための派遣看護師を探し回ることに奔走し、多くの時間を費やしました。看護師スタッフがいつも不足している部門では、患者の手術が延期になることもあれば、治療やケアがあとまわしにされることもありました。

このような状況から脱却するためには、ただ看護師を探しまわることに多くの時間と労力を投入するよりも、看護師不足の問題にふりまわされてきたことに対して戦略的な取り組みを持つことが必要でしょう。看護師長の仕事は、ただ単に看護師スタッフの数を増やすということだけではありません。自分の部署の看護師達がスキルアップを図れるようにサポートすることも必要ですし、もちろん、師長と呼ばれるからには、チームマネジメントの実践に責任を持たなくてはなりません。師長として必要な能力を養うためには、研修の機会を提供する等多くの投資が必要になると思いますが、このような投資があつてこそ、成果をより発揮できるようになるのではないのでしょうか。

さらに、英国では現場管理のために必要となる患者の重症度や看護配置状況といった情報を病院全体で共有できるような IT システムを整備することにかかなりの投資を行いました。このシステムの活用により、看護師間の仕事量にばらつきが生じないように、患者の重症度に応じた仕事量を評価できるデータに基づいて、実際にどの程度の看護人員配置が要求されるのかを検討できます。これは、管理者が適切な看護スタッフ配置を行う際の意思決定に役立っています。このようなシステム整備も必要でしょう。

長谷川：このシステムは、実際に、管理者の日常業務に変化をあたえましたか？

Buchan：そうですね。現場の第一線で働いているような看護師長は、適切な情報を得ることで、自身の意思決定に確信をもって、労働生産性をあげるための取り組みが実践できますので、自律性の向上に対して非常に影響を与えていると思います。実際に、現場の看護師長はこのシステムの導入によって、ケア提供体制が変わったことを認識していると思います。これは労働力を効率的かつ効果的に活用する上で主要な要素だと思います。

小林：日本の看護師はものすごくよく勉強しますが、いつも不安で自信がないように感じます。これについてどう思いますか？

Buchan：私たちは、英語で“certificate gathering syndrome（資格収集症候群）”という言葉を持っています。資格や免許を取得するためにどんだんのめりこんで勉強することをいいます。おそらく、これと似ているのではないのでしょうか。

長谷川：これは国際的な現象でしょうか？ それとも日本だけみられる現象でしょうか？

Buchan：多くの国において、看護師は、他の専門職よりも自分たちの価値を示すために、より一生懸命勉強して働かなければならないといった問題を抱えていると思います。これは、歴史的に大部分が女性で占める職業でみられる問題ではないのでしょうか。英国では看護師は医師に従属しなければならないという考え方がありますので、その払拭していかなければならないと思います。看護師は、他の専門職と同じように自身の能力や貢献に対する自信を持つことはできるはずで、自分たちの能力にもっと自信を持たなくてはならないでしょう。

小林：英国では必要な研修を受けて登録さえすれば看護師も薬剤を処方することができますし、医学的な診断を下すことができます。現在のところ、日本ではこのような権限が与えられていません。これは、日本の看護師が自信を持ってない一つの理由ではないかと思いますが、いかがでしょうか。

Buchan：私もそう思います。処方や診断といった何かに対して意思決定するという場面に直面することなしに、自分の実践能力に自信を持つようになることは難しいと思います。常に自分の意思決定に対して第三者の意見を仰がなければならないので、いろいろなことを知ることが必要だというある種の感覚を持つのだと思います。

長谷川：英国では、看護師に対する国民のマイナスイメージについてはどのように対応していますか？

Buchan：医療ドラマを通じて良いイメージを国民に伝えています。例えば、英国 BBC が制作した医療ドラマ「Casualty⁴」は大変人気があります。米国で制作された ER のように看護師達の奮闘をみることが出来ます。この番組は国民の漠然とした看護師に抱くイメージに対し、看護師や看護管理者の仕事の素晴らしさを認識する場を提供してきました。このような戦略は重要だと思います。

長谷川：それでは、病院の現場レベルでの看護管理の話題に戻りたいと思います。近年、日本では在院日数が短縮し、また患者の重症度が高くなってきていることで様々な変化が起き、その対応が求められています。英国では在院日数の短縮に対してはどのように対応してきたのでしょうか？

Buchan：在院日数が短縮する中で生産性をあげるためには多くのシステムを整備することが必要だと思います。また、患者の重症度も高くなれば、仕事量も増加しますし、仕事の密度や複雑さも同様に増加します。これは看護の現場に大きなストレスを与えます。重症度レベルの高さに比例した仕事量が要求されるのであれば、看護師の配置にあたり、その場合の要求されるスキルを明らかにすることが求められると思います。また、英国では重症度の高い患者に対して迅速かつ柔軟に対応することができる高いレベルの看護師を育成するようにしています。しかし、このような看護師個々の養成だけではなく、重症度の高い患者に対して対応できるチームを創り上げることもまた必要だと思います。まだ、私たちが改善すべき課題があり、現在もシステム整備に取り組んでいます。

長谷川：それはどんなシステムで、今までとの違いはなんですか？

Buchan：在院日数短縮に伴う変化は突然起こったわけではなく、徐々にあらわれていくものだと思います。その影響による変化は今も続いています。在院日数を削減する方針に対して、どのように患者さんを退院させるのかについて意思決定をしなければなりません。その患者にとって必要なケアの継続性を保証するために、然るべき機関に情報を提供し共有できるシステムや実際にその機関と協働して医療サービスを提供できるように契約を交わすシステム等が必要になると思います。在院日数が短縮する中では、病院を退院した後の患者に必要なサポートを明確にして対応することが求められるでしょう。

長谷川：英国では実際にどのように退院患者をサポートしているのでしょうか？

Buchan：私たちは、急性期とプライマリケアが区分されています⁵。病院の看護師が地域に退院患者を送ることに對して責任を持つことが求められるでしょう。個々の患者に對する代弁者として病院の看護師が機能することが必要です。病院の看護師は、患者が治療や処方方を必要とする場合、患者が自宅できちんと療養できるように、プライマリケアセクターの家庭医と協働してケアに取り組んでいく責任があります。また、ケアのタイプによっては訪問看護師が提供するサービスを保証していくような取り組みも必要になります。英国では、病院に退院調整専門の看護師がいますので、その看護師が責任を持って、地域の家庭医と調整したり、継続的に連絡をとりあっています。

長谷川：最後の質問になりますが、看護師不足の対応に關する今後の展望について教えてください。

Buchan：看護師不足の対応については、看護の仕事をどのように価値づけるかということではないかと思います。看護師が豊富な知識と高い技術で仕事に取り組めることを保証していくことが重要でしょう。これは、優先課題だと思いますし、不必要なお金をかけ、複雑な代替案を考える必要もなく、力を注ぐことができる対応策です。つまり、医療の高度化や人口構造の変化に對した知識とスキルに基づいたケアを常に身につけられる機会を提供することに投資を行い、現在の労働力の確保に努めていけばよいのです。

また、多くの国でも議論されてきていますが、現在、発展途上のプライマリケアに對する資源や政策の観点から、取り組んでいくことも必要だと考えます。今後、財政的にどのようなことがこの領域に起きるのか、またどんなケアが必要になるのかといった視点から今後の看護について認識していくことが求められます。さらに、在宅医療を推進する前提条件として、多くの看護師に在宅でのケア経験を積む機会や再教育を提供し、看護には多くの可能性があることを知ってもらえるような取り組みを行い、政策的に新しい方策を生み出すことに焦点をあてていかなければならないと思います。

注釈

1.英国は、1948年に無料で公平な医療を全国民に提供することを目的に NHS (National Health Service) が創設された。しかし、高齢化や移民者の増加により、どんどん医療費がかさんでいった。このため、1990年まで首相を務めたサッチャーは、財政赤字を克服するために、医療費抑制策を打ち出した。これにより、看護師を養成するための予算が縮減され、結果的に看護師の絶対数が大きく不足するという事態を招いた。英国では、看護師養成機関も国が運営しているため、定員数のコントロールを行うことは容易であった。このため、定員数の削減に比例して全体の供給数が低下することとなった。また、医療費抑制策は医療の荒廃を招き、看護師の離職率ははねあがり、看護師不足に拍車をかけた。

2. NHS Plan には、①国民医療費の大幅増額、②医療サービスの供給を増加させる、③医療政策の地方分権化を促進する、④主要疾患に対する医療サービスの質指標を作成し、改善目標を立案、⑤電子カルテ等の医療 IT の推進が含まれた。看護師養成数の増加は、医療サービスの供給の増加の中に明記され、18%増加させることによって約40万人の供給を確保するというものであった。
3. 英国内で看護師を養成している間の対策として、1990年代後半から2000年代初めに外国人看護師の雇用を促進する政策がとられた。この政策の影響を受け、外国人看護師の大規模な雇用斡旋が行われ、2001年では新規登録する看護師のうち、半分は外国人看護師となった。しかし、2000年代半ば以降になると英国で養成をすすめてきた看護師が予定通り増加してきたことを受け、NHSは外国人看護師の雇用斡旋の抑制を行うようになった。その結果、現在、外国人看護師はどんどん減ってきている。
4. Casualty は、約100年前にあたる20世紀初頭のロンドン病院の救急病棟を舞台にしたドラマ。看護管理者や看護師の仕事ぶりについてドラマを通してみることができる。
5. 英国の医療は、国営のNHSとプライベート医療から構成される。NHSは、税金で運営されており、原則、加入に際し保険料を支払う必要はあるが、診察は無料で受けられる。ただし、地域によっては歯科医療や薬剤処方等に対し、一部自己負担をしなければならない場合もある。プライベート医療の医療費は全額自己負担となる(民間保険を適用することは可能)。NHSに加入するには、まず自分の居住区のGeneral Practitioner (GP) と呼ばれる家庭医に患者登録を行う。英国では、病気になったとき、NHSであってもプライベート医療であっても、プライマリケアの家庭医(近年では、診療看護師も家庭医の役割を担っている)に相談し、家庭医が必要と判断した場合に限り、病院に受診することができる。診療所には、家庭医の他、地方の保健局の職員である診療看護師、看護師、保健師等が出向し働いている(診療所、保健所、訪問看護ステーションが一体化したイメージ)。病院から退院した患者で医療処置・介入が必要な場合には、家庭医が患者に必要な医療職者をコーディネートし(家庭医以外の診療処の他の職種がコーディネートする場合もある)、指示を与え、連携を図りながら、医療サービスを提供している。

フランスにおける看護

1. 研究対象

あらかじめ送付した調査項目に従って構造化したインタビュー調査を行った。

(1) インタビュー対象者

パリ看護学校管理看護学校マリー・アンドレ・ヴィジリ＝ポッシュ氏

(2) インタビュー場所と日時

パリ、2009年10月

(3) インタビュー内容

別紙参考資料

(4) インタビュー結果

別紙参考資料

2. まとめ

フランスでは、法的に看護の「固有の役割」が明文化されており、看護師は「医療補助職」ではあるが、日本で医師が行うような医療行為を行うことが可能となっている。「固有の役割」は、医療施設に限らず、在宅看護や病院以外の保健施設でも看護師であれば、実効が可能となっている。上級資格にも「固有の役割」が定められており、看護を続けていくキャリアアップ形成につながっている。

また、看護師の行う医療行為については、「医師のプロトコールにより実施することができる医療行為（看護師単独で実施可能）」と「医師の処方に基づき医師がそばにいる状況下で実施することができる医療行為」が規定されている。「医師のプロトコールにより実施することができる医療行為（看護師単独で実施可能）」には、採血、点滴、胃チューブの挿入・抜去、ドレーンの抜去、ワクチン接種、創傷処置、心電図等の検査などが含まれる。そして、「医師の処方に基づき医師がそばにいる状況下で実施することができる医療行為」には、除細動、輸血、中心静脈カテーテルへの鎮痛薬投与等がある。病院で看護師によって行われる医療行為に対し、看護報酬は定められておらず、入院医療の包括点数の中に含まれている。

フランスで DRG が導入される以前には、入院医療において看護報酬を組む込みために看護必要度を測定し、その重症度に基づいて看護報酬に反映させるような試みが行われた。しかし、DRG が導入され、看護報酬が包括点数の中に含まれてからは、看護必要度の測定は行われなくなったとのことであった。フランスにおける看護人員配置は、病院の裁量にまかされており、日本のように診療報酬を通じてインセンティブを与えるような仕組みは存在しない。しかし、フランスの看護師の役割は、医療行為が主となっており、療養上の世話は看護補助者が行うというように役割分担が明確になっている。そして、通常、看護師一人当たり、4～7人の患者を受け持ち、そのフォローとして、准看護師1名あるいは看護補助者1名がつくという人員配置がとられている。

フランスにおける在院日数短縮への対応として、急性期病院の所属する看護師が、看護師が単独で実施できる医療行為の権限を活用しながら、自宅にもどった患者の医療的ケアを実施している。また、慢性期管理としては、フランスには開業看護師が存在しており、開業看護師がその管理にたずさわっている。例えば、患者が診療所にかかると、医師により診断が行われ、処方が出され、その処方箋を持って薬剤師に薬を処方してもらい、その薬物（例えば点滴など）の投与は、開業看護師のもとを訪れて実施してもらう。開業看護師は、医師から出された処方箋（指示）にしたがって与薬や処置を実施する。開業看護師が行う行為一つひとつには、点数がきめられており、それに基づいて看護報酬が支払われる。

資料 A.

Research Project

Research Background

I have become a principal investigator of the research project of hospital management to aim for quality and efficacy improvement through interdisciplinary collaboration. The average length of stay of Japanese hospitals is longest in the world although it has been shortened from 40days in1980' to 15 days last year because of medical cost control policy by the Ministry of Health and Welfare. The change of the working environments is drastic as the nursing organization & management have to change to deal with the situation. I understand the situation is similar in Europe although length of stay is shorter. It will be quite helpful to know how European colleagues have dealt with it. I hope you to introduce appropriate persons in UK, France and