

し、連邦憲法裁判所は次の理由によりこの憲法異議を棄却した。

第一に、通常のタリフに基づく保険に加え基本タリフに基づく保険を提供することは、保険会社の職業遂行を制約するものではあるが、不可能にするものでも、また、継続的に困難にするものでもない。基本タリフの場合には保険料額に上限が定められており、また、特にリスクの高い者に対して保険料の加算を行うことや給付に除外を設けることが認められないため、場合によっては、保険会社はリスクに見合わない保険料で保険を提供しなければならない。しかし、保険料で賄いきれない費用は、保険会社により負担されるのではなく、民間医療保険の被保険者により負担される。また、それほど多くの被保険者が基本タリフに基づく保険に移動するとも見込まれない。

第二に、保険会社に基本タリフに基づく保険に関する契約を締結する義務を課したことは、代替医療保険に加入することになる者に十分でかつ負担可能な保障を確保するという目的を達成する上で適切なものである。この義務がなければ、重大な既往歴がある者は民間医療保険に加入することはできないであろう。また、代替

医療保険の解約を禁止したことは正当な介入である。これにより、代替医療保険の被保険者は公的医療保険の被保険者と同等に包括的で、法的に安定し、かつ、継続性のある保障を受けられる。

第三に、高齢化引当金の部分的なポータビリティを認めたことは、基本法にも調和するものである。立法者の目的は、これにより民間医療保険市場における競争を作り出すとともに、被保険者が他の保険会社に移ることを容易にすることにある。保険会社の職業遂行に対するこのような介入は、公共の福祉により正当化される。また、高齢化引当金のポータビリティは部分的に認められたにすぎず、それが保険会社にリスク選別の危険性をもたらす過度の介入にあたるとは言えない。

この判決は、公的医療保険競争強化法により、民間医療保険が、公的医療保険と並んで、全ての者にとって負担可能な医療保険による保護を確保する役割を担うものとして位置づけられたことに伴い、保険会社に対してその役割に応じて必要な制約を加えることを容認する考え方を示したものと理解される。

VIII. まとめ

ドイツにおいて、医療保険の公私関係については、現在までのところ決定的な変化をもたらす改革は行われていない。もちろん、「国民保険」が導入されることになれば、公的医療保険と代替医療保険との関係は現状とは根本的に異なるものとなる。すなわち、代替医療保険はいずれ存在しなくなり、全ての者を対象とした公的医療保険のなかで、保険会社は疾病金庫と同じルールで競争する保険者として位置づけられることになる。しかし、現状では、国民保険の案がそのままの形で実施に移されるような政治的状

況にはない。

また、公的医療保険の給付範囲の変更についても、その対象は、疾病治療のためにどうしても必要な給付とはいえないものであって、個人による対応に委ねることができるような必要性に応じた給付にとどまっている。このことは、公的医療保険から除外された給付が付加医療保険の給付に取り込まれるようになっていないことにも表れている。つまり、実施された給付範囲の変更は、疾病治療のために必要な給付は公的医療保険を通じて確保するとの考え方を変え

るものではなく、財政負担軽減の観点から、そのような給付まで公的医療保険から付加医療保険へと振り替えていこうとする意図は窺えない。

たしかに、公的医療保険の給付範囲を縮減し、それを付加医療保険の給付とすることは、公的医療保険の給付費支出の削減をもたらすことが期待される。しかし、国全体で見た場合には、そのことにより医療費が削減されるわけではい。それどころか、民間医療保険のより高い報酬基準が適用されることにより、医療費の増加とそれに伴う国民の負担増につながるものが予想される。

将来の公的医療保険の在り方については、特に民間医療保険との関係や財政方式を巡って政党間で考え方の大きな対立がみられる。このため、今後の改革が何れの方向に進んでいくのかを予見することは容易ではない。しかしながら、何度かの政権交代を伴いながら進められてきた近年の改革からは、次のような方向性が見出せる。

連帯に基づく公的医療保険は今後も維持される。公的医療保険の給付範囲が大幅に縮減され、それらが付加医療保険によりカバーされるようになるとは考え難い。むしろ、公的医療保険の効果と効率性を高めるとともに、被保険者の要望に適切に応えるための手段として、公的医療保険のなかで民間保険的な要素である「選択」や「競争」が一層活用される。また、このような競争が医療給付の内容や質の改善につながるよう、保険者と医療供給者との関係についても見直しが進められる。

ドイツにおいて医療保険の公私関係に関して行われた見直しや提案からは、日本の医療保険への次のような示唆を得ることができる。

ドイツにおいて国民保険の提案が行われている理由の一つは、公的医療保険と民間医療保険では給付の範囲や診療報酬基準が異なるために、両者の間で被保険者の医療へのアクセスに関して格差が存在することである。もう一つの理由は、収入が一定額を超える被用者は、公的

医療保険において行われる所得再分配から逃れており、これによって負担の不公平が生じていることである。

これに対して、日本の場合には、全ての者が公的医療保険に加入しており、かつ、被用者と自営業者で適用される給付の範囲や診療報酬基準が異なるわけではなく、ドイツのような医療アクセスへの格差はみられない。また、高収入の者を含めた全ての者が公的医療保険に加入し、公的医療保険において行われる所得再分配に参加している。一方で、高齢者以外の被保険者に関して、公的医療保険の保険者間には、加入する被保険者の年齢構成や収入の水準などのリスク構造の違いが存在している。このため、国庫補助による調整は行われているものの、保険料の水準には保険者間での格差がみられる。しかも、我が国においては、各被保険者は自ら加入する保険者を選択することが認められず、加入している保険者の保険料が高いからといって他の保険者に移動することはできない。負担の公平性を高めるためには、リスク構造の違いが各保険者の財政に及ぼす影響に関する調整の在り方を検討する必要があると考えられる。この点で、ドイツの取組みはさまざまな示唆を与えるものである。

また、連帯に基づく公的医療保険に「選択」や「競争」の要素を適切に取り入れることは、被保険者の同等取扱いが重視される日本においても、医療の質と効率性を高めるための効果的な手段となりうるものと考えられる。これにより、保険者が地域における医療の改善に積極的に取り組む医療供給者と協力し、新たな診療プロセスや給付形態を開発・実施し、被保険者のニーズにより適合した給付を実施することに主導的な役割を果たすことや、選択タリフのような仕組みを活用して、望ましい医療供給を実現するためのプログラムにより多くの被保険者が参加することを促すことが可能になると考えられる。

付 記

本稿は、厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）「諸外国における医療制度改革

と日本への適用可能性に関する研究」（研究代表者 松本勝明）の研究成果の一部である。

引用文献

- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011a) *Daten des Gesundheitswesens 2011*.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2011b) *Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitt 2010*.
<http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Jahresdurchschnitt_2010.pdf>
- Karl, B. and B. von Maydell (2003) *Das Angebot von Zusatzkrankenversicherung*, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV).
- Lauterbach, K. (2004) "Die Bürgerversicherung" in: U. Engelen-Kefer (ed), *Reformoption Bürgerversicherung*, VSA-Verlag, pp. 48-63.
- 松本勝明 (2012) 「ドイツにおける社会保障財源の見直し」『海外社会保障研究』第 179 号, pp. 4-16.
- von Maydell, B. (2005) "Gesetzliche und private Krankenversicherung. Neuere Entwicklungen eines schwierigen Verhältnisses in der Europäischen Gemeinschaft", in: A. Söllner, W. Gitter, R. Waltermann, R. Giesen and O. Ricken (ed), *Gedächtnisschrift für Meinhard Heinze*, C.H.Beck, pp. 585-595.
- Nagel, E. (2007) *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, 4. Auflage, Deutscher Ärzte-Verlag.
- Orlowski, U. and J. Wasem (2003) *Gesundheitsreform 2004*, Economica-Verlag.
- Orlowski, U. and J. Wasem (2007) *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)*, C. F. Müller, 2007.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (SVR) (2005) *Jahresgutachten 2005/06*.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD) (2011) *Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger*, Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011, Beschluss – Nr. 59.
- Uleer, Ch. (2002) "Die »richtige« Abgrenzung von PKV und GKV", in: W. Boecken, F. Ruland and H.-D. Steinmeyer (ed), *Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa*, Luchterhand, pp. 767-785.
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2011) *Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/broschueren/zahlenbericht_2010_2011.pdf>
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2012a) *Gut für sie. Gut für alle*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_allgemeine-informationen-zu-pkv/pkv_kampagnenbroschuere.pdf>
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) (2012b) *Private Zusatzversicherung. Ergänzung zum gesetzlichen Versicherungsschutz*.
<https://bestellungen.pkv.de/w/files/shop_krankenversicherung-in-der-pkv/private_zusatzversicherung.pdf>

フランスにおける患者負担の動向

北海道大学大学院法学研究科教授

加藤 智章

Kato Tomoyuki

フランスは、世界有数の医療消費国・薬剤消費国である。フランス医療制度の特徴は、開業医と病院施設の役割分担、医薬分業が明確にされていることである。2000年代以降、医療需要に着目した医療費抑制策を積極的に展開している。かかりつけ医制度を導入することによって、受診行動の合理化を図り、受診時定額負担金などを導入することによって、医療費を抑制しようとしている。しかし、補足制度の展開もあり、その効果は十分に達成されているとはいえない。ここではフランスにおける様々な患者負担の内容を検討する。

1. はじめに

医療費の増加傾向は世界的な潮流である。フランスもその例外ではない。医療費の対GDP比および国民一人当たりの医療費はともに、アメリカ合衆国が17.6%、8,233ドルで群を抜いて首位独走状態にある。フランスの国民一人当たりの医療費は、OECD諸国中第10位である（ドイツよりも64ドル低い3,974ドル）が、対GDP比は11.6%で12%のオランダに次いで第3位である。フランスはまた世界でも有数の薬剤消費国で、わが国の国民医療費に相当する2011年の医療・医療財消費額は1,800億ユーロで、うち薬剤消費は347億ユーロで全体の19%強を占めている。ちなみに、日本は2009年のデータであるが対GDP比9.5%（16位）国民一人当たり3,035ドル（19位）であり、薬局調剤医療費は5兆8,000億円で国民医療費の16%である。（OECDヘルスデータ2012。日本の数字は2009年である）。

2. 医療費抑制策の概観

1990年代、フランスは供給サイドへの規制を強めることによって、医療費を抑制しようとした

が、医師達の反対運動や一定の政策に対して違憲判決が出されたため、うまく機能しなかった。このため、2004年に、需要サイドに着目した医療費抑制策を採用した。2004年8月13日法に基づく改革である。本稿で取り上げるかかりつけ医制度や受診時定額負担金を導入した。

また時代は前後するが、医療費の抑制策にも関連してここで指摘しておきたいことは、情報の透明化・可視化ともいべき社会保障財政法律の制定とそれに伴い導入された全国医療保険支出目標（ONDAM）の設定である。1997年から制定されている社会保障財政法律は、社会保障制度を構成する医療、年金、家族手当および労災部門について、前年度の決算を行い、当該年度の執行状況を確認するとともに、翌年度の予算措置を定める。これらの財政状況の検討を通じて、社会保障政策の方針やその内容を定めるとともに、医療保険支出に関し、開業医、病院など医療施設ごとに目標値を設定し、その具体的な遵守状況を検証する。

このほか、1999年には普遍的医療給付（CMU）制度が導入された。これは疾病や痛みに対して、経済的理由に基づく差別があってはならないということから、いわば医療費の無料化を目

指すものである。基礎給付 (CMU-B)、補足給付 (CMU-C) および補足医療扶助 (ACS) とからなるが、基礎給付が医療保険の保険給付相当部分、補足給付が患者負担相当分を支給するものである。このため、低所得者で条件を満たす者には、基礎給付と補足給付が支給されることによって、医療費の無料化を実現する。なお補足医療給付は、後に検討する補足制度に加入するための保険料補助というべき給付である。

また2009年には、医療供給体制に関する抜本的な改革を目指す「病院・患者・健康および地域」に関する法律 (HPST法) が制定された。この法律は、質の高い医療サービスを効率的に提供するための枠組を作ることにあり、この目的を各地域の優先課題に応じて実行するために、医療機関・医療職の役割、地域保健庁 (ARS) および関係者間の役割などを定めている。

3. 医療制度の概要

先に簡単に触れた2004年の医療費抑制策は、2004年8月13日の法律により、受診行動の合理化・適正化を図るためにかかりつけ医制度とともに、受診時定額負担金を設けた。かかりつけ医制度も受診時定額負担金も患者負担と密接に関連するため、後に詳しく検討するが、ここではまず、フランスの医療制度を概観しておきたい。

(1) 開業医

フランスは、開業医が外来診療を、病院やクリニックが入院診療を担当する。

開業医は、多くの場合、医師一人で受付から診療までをこなしている。設備は日本と比較しても貧弱で、医学国家博士号の資格あるいはこれに相当する資格を有することと開業地を管轄する県医師会に登録することによって開業することができる (Csp.L4111-1)。医師は医学部卒業後、全国クラス分け試験 (ECN) により、専門とする診療と研修先を選択することになる。専門診療科は、一般医、内科専門医、外科専門医など11の診療科に分かれ、それぞれ3年から5年

の研修を受けなければならない。これらの研修期間中に、医学国家博士号を取得することとなる。

開業医の診療報酬は原則として、医師組合と公的医療保険の全国組織との間で締結される協約に基づいて決定される (これを協約料金という)。ここで注意を要するのは、協約料金に拘束されない開業医が存在することである。1980年、一定の条件を満たした医師については、協約外料金の請求を認めた。このような医師はセクター2に分類され、協約料金の遵守義務を負う医師はセクター1に分類される。セクター2に属する医師が過度に増加したため、この制度は凍結されているといわれるが、過去にセクター2の資格を得た医師は、現在も引き続き協約外料金を請求することができる。

なお、フランスでは看護師も開業することができるし、柔道整復師に相当するマッサージ運動療法士なども個別に開業している。これらパラメディカルの診療報酬も、医師の場合と同様に、看護師やマッサージ運動療法士らの組合と公的医療保険の全国組織との間の協約による。ただし、医師におけるセクター2のような分類は存在しない。

(2) かかりつけ医 (médecin traitant)

フランスでは2005年7月1日から、かかりつけ医制度が導入されている。

16歳以上の被保険者および被扶養者は、医師との合意を前提として、所属する医療保険金庫にかかりつけ医を通知しなければならない (18歳未満の被扶養者の場合は、両親の一方あるいは親権者と医師との合意に基づき、かかりつけ医としての通知をする (Css.L162-5-3)。通知は、所定の用紙に、被保険者とかかりつけ医の住所、氏名、登録番号を記載し署名のうえ、所属金庫への送付によって行われる。医師は、一般医・専門医、開業医・勤務医の別を問わず、その指定に地理的制約はない。例えば週末に実家に戻る大学生の場合、実家の所在地か大学通学のための所在地のどちらかでかかりつけ医を選択す

ることができる。しかし、複数の医師をかかりつけ医に指定することは認められていない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。

かかりつけ医制度の核心は、かかりつけ医がいわゆるゲートキーパーとして、患者に対して受診行動の方向性を適切に指示することである。このため、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合には一部負担金が増額される。このように、かかりつけ医制度は受診行動の合理化という目的を有するため、緊急の場合や旅行先での受診、あるいはかかりつけ医の不在の場合には適用されない。また、婦人科医、眼科医および歯科医については診療の性格から、小児科医については患者の年齢との関係で、一部負担金の増額措置はとられない。

(3) 病院施設

フランスの病院施設は、その設立形態から3つに分類することができる。公的病院、非営利病院および営利病院である。また、公的医療保険との関係からいえば、公的病院サービス (PSPH) に参加する施設とそうでない施設という分類も可能である。公立病院と多くの非営利病院は公的病院サービスに参加していた。なお2009年7月21日の法律 (HPST法) は、公立病院サービスという概念に代えて、公益民間保健施設 (ESPIC) という概念を導入した。公的病院サービスのもとでは、このサービスに参加するか否かにより、予算配分の仕方が異なっていた。公的病院サービスに参加する病院については、それぞれの病院に総括予算といわれる予算を配分するために医療行為カタログ (CdAM) が用いられていた。これに対して公的病院サービスに参加しない病院については、開業医に用いられる診療報酬表 (NGAP) に基づいて予算配分が行われていた。しかし、NGAPは診断名や具体的な医療行為の内容が明らかにされないと指摘がされていたほか、CdAMとNGAPとでは医師の技術料の評価が異なり不公平であるとされていた。このため、開業医と病院とに共通する医療行為分類表が作成されることになった。それが医療行為共

通分類 (CCAM) である。このような医療行為に関する分類が統一されたことにも密接に関連して、診療報酬は1件あたり包括支払方式 (T2A) により支払われることとなった。

(4) 在宅入院

わが国で用いられている「在宅医療」という言葉に近いが、より組織化されているものに、在宅入院 (HAD) 制度がある。この制度は、1950年代から結核療養の一環として登場し、1991年7月31日の病院改革法において伝統的な入院概念を支えるものとして位置づけられた。周産期からターミナル・ケアまでの急性期疾患を対象に、2010年現在、292の組織が9万7,624人に対して在宅入院サービスを提供している。

具体的に提供される医療は、化学療法や抗生物質を用いた療法など期間を限定した医療、神経系の疾病や心臓病あるいは整形外科治療の急性期を過ぎたあとのリハビリテーション医療、癌、心臓病あるいは肺結核などの不安定な終末期医療である。在宅入院を実施するためには、その実施が認められている地域の在宅入院が認められる住宅基準を満たしていることが必要である。さらに、患者又は家族の同意のもとに、在宅入院サービスのコーディネーター医 (médecin coordonnateur) の作成した治療計画に基づいて、1日から20日までの間でサービスを受けられる。なお、この期間については更新可能である。

4. 患者負担

フランスは医療費抑制政策の一環として、2004年改革により受診行動の合理化を意図したかかりつけ医制度を導入したほか、受診時定額負担金を設けた。わが国では、医療や薬剤の提供を受けた場合、それらのサービスに要する費用の一定割合を一部負担金として負担する。これ以外に、医療サービスを受けることに伴う負担を求められないため、一部負担金を自己負担金あるいは患者負担金といいかえることも多く、そのことに違和感はない。しかし、フランスでは

一部負担金 (ticket modérateur) のほかにも、受診時定額負担金 (participation forfaitaire)、免責負担額 (franchises médicales)、入院時定額負担金 (forfait hospitalier) および事前承認 (entente préalable) システムなど、患者の負担する費目が数多く存在する。そして、それぞれに負担しなくてもいい対象者が異なるなど複雑でわかりにくい。ここでは、これら患者が負担しなければならない費目に応じて、それぞれの内容を検討してゆく。

(1) 償還払い方式と償還率

フランスの公的医療保険は、外来診療も入院診療も、原則として、償還払い方式を採用している。これは、受診した時点で診療に要した費用を全額、患者がまず医師や医療機関に支払う。次に、患者である被保険者の請求に基づき、保険者が被保険者に対して、あらかじめ定められている償還率に基づいて、患者の負担する一部負担金を差し引いた金額を払い戻すという方式である。したがって、償還率とは保険診療の給付率といいかえることができ、償還率を差し引いた比率が、患者の負担する一部負担割合ということになる。

ここで診療に要した費用は、先に簡単に触れた協約料金に基づいて算定される。

わが国における一部負担金は、年齢に応じた負担割合の違いは存在するものの、基本的に診療や薬材の内容による取扱の差異は存在しない。しかし、フランスでは、医師による診察、入院時における治療、パラメディカルに関する施術などに応じて、あるいは薬剤についてもその効果や価格に応じて、一部負担金の負担割合が細分化されている。さらに、それぞれの償還率は一定の範囲のなかで、全国医療保険連合の評議会によって決定される。例えば、医師の診察については25%から30%、入院時における治療については15%から25%というように定められている (Css.L322-2,R322-1) が、具体的には、医師すなわち開業医の診察に関する一部負担割合は30%、入院時の治療の一部負担割合は基本的に

20%とされている。

(2) かかりつけ医による診療

まずここでは、ごく一般的な外来診療に関する一部負担金についてみていきたい。

かかりつけ医のもとで外来診療を受ける場合、償還率は70%である。したがって、患者の負担する一部負担金の割合は30%となる。しかし、かかりつけ医が一般医なのか専門医か、また協定料金との関係で、その拘束を受けるセクター1なのかセクター2に属するのかわ、協定料金と償還の算定基礎となる金額が異なることから、具体的な一部負担金すなわち保険者から払い戻される払戻額は変化する (表1参照)。

表1 かかりつけ医による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	70%	15.10€
一般医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€
専門医・セクター1	25€	25€	70%	16.10€
専門医・セクター2	自由料金	23€	70%	15.10€
精神科医・セクター1	39.70€	39.70€	70%	26.79€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	70%	24.90€

(なお、表1・表2の払戻額は、すべて受診時定額負担金1ユーロを控除している。)

次に、かかりつけ医の意見あるいは紹介に応じて他の医師を受診する場合がある。このとき紹介された医師を連携医 (médecins correspondants) という。連携医を受診した場合も、かかりつけ医の場合と同様、償還率70%は変わらない。しかし、連携医の属性に基づき、一般医、専門医および精神科医でセクター1の協約料金はそれぞれ26、28および43.70ユーロでこれらが償還基礎額となる。またセクター2に属する医師の償還基礎額はそれぞれ表1と同額である。

さらに、かかりつけ医を登録していないか、かかりつけ医以外の医師を受診した場合、表2にみるように償還率は大きく減少し、一部負担金額が増加することになる。セクター1の一般医をかかりつけ医とし、そこに受診した場合と比較すると、一部負担金で9.20ユーロの違いが発生する。

表2 かかりつけ医ではない医師による外来診療

	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額
一般医・セクター1	23€	23€	30%	5.90€
一般医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
専門医・セクター1	33€	25€	30%	6.50€
専門医・セクター2	自由料金	23€	30%	5.90€
精神科医・セクター1	52€	39.70€	30%	15.71€
精神科医・セクター2	自由料金	37€	30%	15.71€

(3) 一部負担金の減免

以上で検討した償還率すなわち一部負担割合は、被保険者の社会的状況と疾病の性格ないし診療行為の内容に応じて、一部負担金を免除したり減額する対象となる。

被保険者の社会的状況については、一部負担金の免除と減額による対応が存在する。障害年金の受給権者あるいは障害年金から老齢年金に裁定替えになった受給権者、労働災害により少なくとも3分の2以上の労働不能による年金受給権者、そしてこれらの配偶者、さらには出産に引き続く30日間までの新生児の入院については、一部負担金が免除される (Lss.L.322-3.11°.13°.14°)。最低老齢所得保障受給者は、一部負担割合を20%に減額されるだけである (Lss.R.322-3)。

疾病の性格ないし診療行為の内容に応じた減免についても、一部負担金を免除される場合と減額される場合の二つの類型がある。

まず、脳血管障害、パーキンソン病あるいはアルツハイマーその他の認知症など、6カ月以上の長期の治療を要する慢性疾患であり、治療に高額のコストがかかることを理由に特定長期疾病 (ALD) として指定される30の疾病については、一部負担金は全額免除される (Css.L.322-3.3°)。

いまひとつは、一部負担金を減額される場合である。診療係数が60以上あるいは協定料金が120ユーロ以上の診療行為については、費用がどれだけ増加しようとも一部負担金を18ユーロとする。これは、2006年社会保障財政法で導入されたもので、一部負担金の最高限度額を18ユーロとしているともみられる (このため、forfait 18

ユーロとも標記される)。しかし、以下のような場合には、18ユーロの支払いを免れる。障害年金・障害寡婦 (夫) 年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者、出生後13日までの新生児、入院期間が30日以上に及ぶ診療などである。

(4) 薬剤の一部負担

薬剤の償還率は薬剤投与の必要性や薬価により5段階に分かれている。①非代替的かつ高価な薬剤、②抗生物質など著しい効果の認められる薬剤、③一般的な疾病に対する薬剤、④効果が低いとされる薬剤および⑤その他であり、償還率はそれぞれ、100%、65%、30%、15%および0%となっている。

また、受診時定額負担金に関連して、薬剤1パッケージにつき0.5ユーロの免責負担金が賦課される。

5. 受診時定額負担金と免責負担額

本来であれば支給の対象となる保険給付の一定部分につき、保険者の支給義務を免責という趣旨で、受診時定額負担金と3種類の免責負担額が存在する。

受診時定額負担金は、2004年8月13日法に基づき、2005年1月1日から設けられた制度である。外来診療において、診察を受ける都度1ユーロを負担するというものである (Css.L.322-2II)。二つの上限が設けられている。ひとつは、1日当たり1ユーロおよび1医療職当たり1ユーロという制限であり、いまひとつは年50ユーロという上限である。妊婦、18歳未満の者、CMU受給者はこの負担を免れる。

3種類の免責負担金は、2007年12月19日法に基づき、医療保険のより一層の財政均衡を実現するために制定された (Css.L.322-2III)。薬剤定額負担金、パラメディカル受診時定額負担金および移送時定額負担金と置き換えることもできる。薬剤の1パッケージおよび1診療行為あた

り0.5ユーロ、また移送1回当たり2ユーロとされる。受診時定額負担金と同じように、年50ユーロを上限とし、パラメディカルの診療行為については、1日当たり2ユーロ、移送については1日当たり4ユーロを限度とする。この薬剤等定額負担金についても、妊婦、18歳未満の者、CMU-C受給者および労働災害の被災者はその負担を免れる。入院時に提供される薬剤や診療行為あるいは救急医療に関する領域に関しては、この定額負担金は適用されない。

受診時定額負担金および免責負担金は、具体的には、償還払いのなかで、被保険者に払い戻されるべき額から徴収されることになる。表1をもとに説明すれば、一般医でセクター1のかかりつけ医を受診した場合、協約料金、償還基礎額ともに23ユーロで、償還率は70%すなわち一部負担割合は30%である。このとき、被保険者はかかりつけ医に23ユーロを支払った後、保険者からその70%すなわち16.10ユーロの払戻を受けることになるが、受診時定額負担金1ユーロをさらに負担しなければならないので、実際に被保険者に払い戻される金額は、16.10ユーロから受診時定額負担金1ユーロを差し引いた15.10ユーロということになる。また、かかりつけ医から、償還率65%の薬剤の処方を受け、これを薬局で10ユーロで購入するとき、6.50ユーロが払い戻されるはずであるが、薬剤定額負担金0.5ユーロを負担しなければならないので、実際に償還される金額は6ユーロとなる。

6. 入院にかかる負担

患者は、緊急入院以外、公立・民間を問わず、入院する病院を自由に選択することができる。開業医の場合と同じように、協約を締結していない民間病院の場合には、法定費用よりも高い費用を徴収することができるために、患者は追加的費用を支払わなければならない。労働者が入院したとき、労働者はその事実を48時間以内に、所属する医療保険金庫と事業主に通知しなければならない。労働者が通知できない状

況にあるときは入院先の病院が必要な手続を行う。

入院に関する患者負担には、基本的に、入院医療費にかかる負担とホテルコストともいえるべき入院時定額負担とがある。

(1) 入院医療費にかかる負担

基本的に、医療保険からの償還率は80%である。このため、20%が患者の負担となる (Css.L322-3.1^o)。このほか、個室料やテレビ代などの個人的な入院環境に要した費用、協約外の病院における追加的費用が患者の負担となる。

しかし、継続して30日以上入院する場合の31日目以降の費用については、20%相当額の負担も医療保険が全額負担する。また、以下のような人々の入院についても、医療保険が全額支給するため、患者が一部負担金を負担する必要はない。産前4カ月及び産後12日間の妊産婦の入院、出生後30日以降の新生児の入院、労働災害または職業病による入院、特定慢性疾患 (ALD) による入院、3分の2以上の労働不能を理由とする労災保険における障害年金受給者およびその被扶養者の入院、障害年金・障害寡婦 (夫) 年金・障害年金から切り替えた老齢年金受給者の入院、さらには補足的CMUおよび国家医療扶助受給者の入院等である。

(2) 入院時定額負担金

24時間を超えて病院施設に滞在した患者は、ホテルコストとして、入院1日につき18ユーロ (精神科病院の場合には1日につき13.5ユーロ) の入院時定額負担金を支払わなければならない (2012年11月19日現在。Css.L1744)。この入院時定額負担金は医療保険ではカバーされないため、患者が全額負担しなければならない。

しかし、産前4カ月及び産後12日間の妊産婦の入院、補足的CMUおよび国家医療扶助受給者の入院、出生後30日以降の新生児の入院、労働災害または職業病による入院、在宅入院で治療している場合、特別教育施設又は職業訓練施設に入所している20歳未満の入院などについては、

入院時定額負担金の負担はない。

また、この入院時定額負担金は、補足制度の給付対象となるほか、補足制度に加入していない場合にはCMU-Cを利用することができる。

(3) 在宅入院における負担

在宅入院にかかる費用は一般の入院と同じように、医療保険が80%負担し、患者負担は20%である。ただし特定慢性疾患 (ALD) については患者の自己負担はない。また、在宅入院の範囲で行われるかかりつけ医や専門医の報酬、薬剤費、在宅入院に関する検査費用などについては、それらの費用を前払いすることなく事後的に支払うこととされている。第三者支払方式を採用していることになる。

7. 事前承認システム

このほか、事前承認 (entente préalable) というべき類型が存在する (Css.L315-2)。わが国でいえば、保険外併用療養費に類似した給付である。例えば、16歳未満の未成年者に対する歯列矯正は、その未成年者を扶養する被保険者が所属する医療保険金庫の承認を受けた上で行えば、歯列矯正に要する費用のうち1935ユーロについては償還の対象となるが、それを超える部分については、患者の負担となる。歯列矯正は協約料金に基づく診療も可能とされるが、ほとんどの場合、協約に基づかない自由診療として行われる。このため、高額の診療報酬を支払わなければならないが、この事前承認制を利用すれば、1935ユーロについては負担を免れることになる。なお、歯列矯正の場合、金庫の事前承認の有効期間は6カ月とされ、最大6回まで更新が可能とされている。

8. 補足制度の存在

フランスにおける医療保障の特徴のひとつは、補足制度が発達していることである。ここで補足制度とは、公的医療保険の法定給付に上

乗せする補足医療給付を提供するシステムであり、共済組合、保険会社および労使共済制度という3種類の組織が補足給付を提供している。これら補足医療給付が存在するため、患者が現実的に支払う負担は軽減されることになる。事実、CMU-Cが導入される以前、83%の人が何らかの補足制度に加入していたといわれる。また、2010年における医療費のうち、公的医療保険によって構成される社会保障基礎制度が75.8%を負担し、残り25%弱の費用について13.5%を補足制度が負担している。このため、家計負担部分は9.5%となっている (後掲<http://www.insee.fr/>参照)。

補足制度は医療保険分野だけでなく年金部門でも事業を展開しており、共済組合、保険会社および労使共済制度は、歴史的経緯に基づく特性に応じて事業展開をしており、先に示した補足制度の13.5%という負担は、共済組合7.5%、保険会社3.6%および労使共済制度2.5%という構成になっている。

補足制度は団体加入方式、個人加入方式などの加入形態があるほか、具体的な給付類型も個別の契約により多様に選択することができる。したがって、補足医療給付の個別具体的な給付内容は契約内容によると言わざるを得ないが、次のように要約することができる。

ひとつは、診察や入院、検査や移送あるいは薬剤など、医療の中核部分については、補足制度に加入することによって、自己負担なしで医療を受けることができる仕組みとなっていることである。いまひとつは、コンタクトレンズやインプラントなど、そもそも医療保険の対象とならない医療行為等についても補足医療給付の対象となっていることである。

このように補足制度が普及し、補足医療給付の内容も充実していることは、医療費抑制策の阻害要因となりうる。公的医療保険において、入院時定額負担や薬剤投与免責制度などを取り入れても、補足医療給付がそれらの負担をカバーすれば、患者の受診行動を抑制しようという政策目的を達成されないからである。このた

め、かかりつけ医を登録していないときに制裁として適用される70%の自己負担部分、受診時定額負担金や3種類の免責負担額については、補足医療給付の対象として補填することが禁止されている。

9. むすびにかえて

以上、フランス医療保険制度における患者負担のあり方を概観してきた。

フランスの代表的な社会保障法の教科書において、1996年から2003年にかけて医療保険における償還率が76.9%から79.7%へ増加していること、患者がその負担を免れた金額は償還された金額の半分以上に該当するとの指摘がなされている。前者の償還率の上昇傾向が、かかりつけ医や受診時定額負担金を導入した2004年の医療保険改革に結びついた。事実、国立統計局のデータによれば、医療・医療財消費額に占める家計負担の割合は、2005年に9.0%であったものが2010年には9.4%に微増している。2004年改革はそれなりの効果をもたらしたといえる。次に、後者の負担を免れた額と償還額との関係に関連して、2010年における一般制度・医療保険支出の63%が特定慢性疾患（ALD）に関する費用で、ALDと認定された患者は890万人全人口の16%に過ぎないという文献も存在する（http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2011_plfss_pqe_maladie_l4.pdf）。

ここまで、ふたつの動向を紹介した。これらは、フランスの医療保障のありようと患者負担の関係について、以下のような示唆を与えてくるよ

うに思われる。第一に、補足制度の存在と医療費抑制効果との関係である。先に示した資料からも明らかなように、医療費に占める家計負担は1割を割り込んでいる。このため、医療費抑制策は、補足制度との連携なくして、その効果を発揮することができない。医療保険における負担を強化しても、補足制度でその負担を吸収してしまうことが可能だからである。このため、医療保険と補足制度との役割分担、抑制効果の共有化が求められることとなる。第二が、患者負担の費目が多様であることである。保険給付における一部負担にとどまらず、一定回数までの受診や投薬に関する免責負担やホテルコストとしての入院時定額負担金などが存在する。第三に、これに対応する形で、一部負担金や入院時定額負担金などの免除対象者が、数多くかつきめ細かく定められていることである。表3は、患者負担の費目と免除対象者の関係を簡略に示したものである。わが国における長期高齢者医療制度が存在しないフランスにあつては、妊娠6ヶ月以上の妊婦、年齢に応じて3つに分類される未成年者のほか、受給している年金に応じた免除対象者の設定という構造となっている。複雑な構造であることは否定できないが、医療アクセスの確保という点では日本よりも公平性が確保されているようにも思われる。なお一部負担金をはじめとする多くの患者負担費目が、単なる医療費抑制という目的を超えて、いかなる論理により導入されたかについての検討、そしてHPST法の概要とその成否については今後の検討課題としたい。

	一部負担金	受診時定額負担金	免責負担額	入院医療費	入院時定額負担金	かかりつけ医
CMU-C	免除	免除	免除	-	-	-
妊娠6ヶ月以上の妊婦	免除	免除	免除	免除	免除	-
特定長期疾病（ALD）	免除	-	-	免除	-	-
労災被災者	免除	-	免除	免除	免除	-
障害年金	免除	-	-	-	-	-
1カ月未満の未成年者の入院	免除	免除	-	免除	免除	免除
16歳未満の未成年者	-	免除	免除	-	-	免除
16歳以上の未成年	-	免除	免除	-	-	-

Report annuel 2009 du Haut Conseil pour l'Assurance Maladie.p19.に基づき筆者作成。

略語表

ACS:	Aide pour une Complémentaire Santé
ALD:	Affections de Longue Durée
CCAM:	Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM:	Catalogue des Actes Médicaux
CMU:	Couverture Maladie Universelle
CMU-B:	Couverture Maladie Universelle de Base
CMU-C:	Couverture Maladie Universelle Complémentaire
ESPIC:	Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif
HAD:	Hospitalisation à Domicile
NGAP:	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM:	Objectifs Nationaux des Dépenses d'Assurance Maladie
PSPH:	Participation au Service Public Hospitalier
T2A:	Tarifcation à l'activité

参考文献

- ・ 稲森公嘉「フランスの薬剤政策の動向」健保連海外医療保障 81号(2009年3月)
- ・ 江口隆裕「フランス医療保障の制度体系と給付の実態」筑波ロー・ジャーナル 10/1(2011年)
- ・ 笠木映里「社会保障と私保険－フランスの補足的医療保険」(有斐閣、2012年)
- ・ La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - rapport 2011
- ・ J.-J. Dupeyrou, M. Borgetto, R. Lafore, "Droit de la sécurité sociale", 17. ed. Dalloz.
- ・ <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er809.pdf>
- ・ OECD2012年ヘルスデータ:
<http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>
- ・ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATFPS06303
- ・ <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php>:
(Dossier mis a jour le 15 octobre 2012)

イギリスの看護師の専門性と自律性 —資格・教育・人事 システムに基づく考察—

国立社会保障・人口問題研究所
白瀬由美香
2012年6月30日(土)

1

今日の報告の流れ

1. 問題意識と研究方法
2. イギリスの医療制度
3. 看護師の資格と業務
4. 看護師への継続教育
5. 人事システム
6. まとめと考察

2

1. 問題意識と研究方法

- NPやCNSなど諸外国の高度実践看護師の状況がしばしば言及されるが、日本との制度的基盤の違いをどのように理解すればよいか？
- その上で、イギリスの看護師の専門性と自律性にはどのような特徴があるといえるか？

3

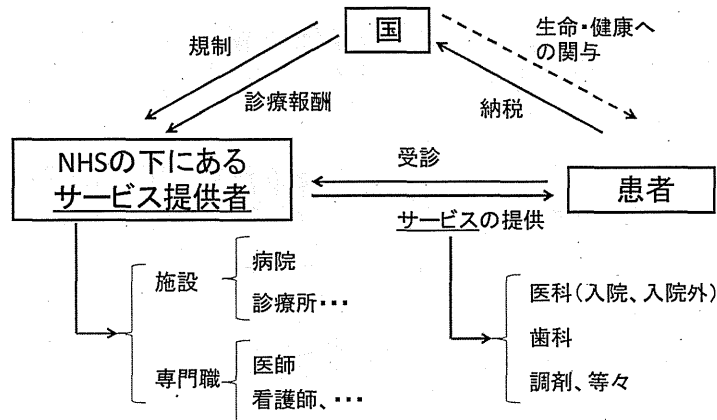
研究方法

- イギリス政府刊行物、看護助産協議会(NMC)やイギリス看護協会(RCN)など看護関連組織の文書を中心に文献調査。
- 看護師の業務実態に関する情報を補足するため、内外の看護研究の成果も適宜参照。
- 現地でのヒアリング調査も実施。
- 倫理的配慮： 調査の趣旨を説明し、同意を得られた者にヒアリングを実施。本報告は文献調査を主とする研究であることから、ヒアリングから知り得た情報についても可能な限り文献の裏付けを取った。

4

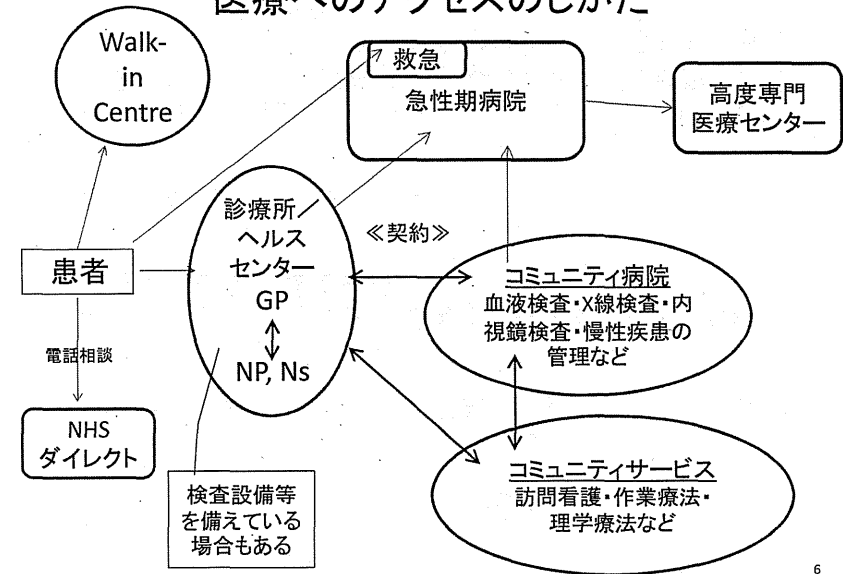
2. イギリスの医療制度

- National Health Service: 租税を財源として、無料でサービスを提供する医療制度



5

医療へのアクセスのしかた



6

3. 看護師の資格と業務

- 基礎資格＝登録看護師
 - －現在はずべて学士課程(3年間)
 - －Cf. 2010年までDiploma(3年間)、学士(4年間)
 - －成人看護、小児看護、精神保健、知的障害看護の4分野から1つを選んで履修。
 - －コースの約半分が実習。
- 准看護師の養成は2000年頃までに廃止。

7

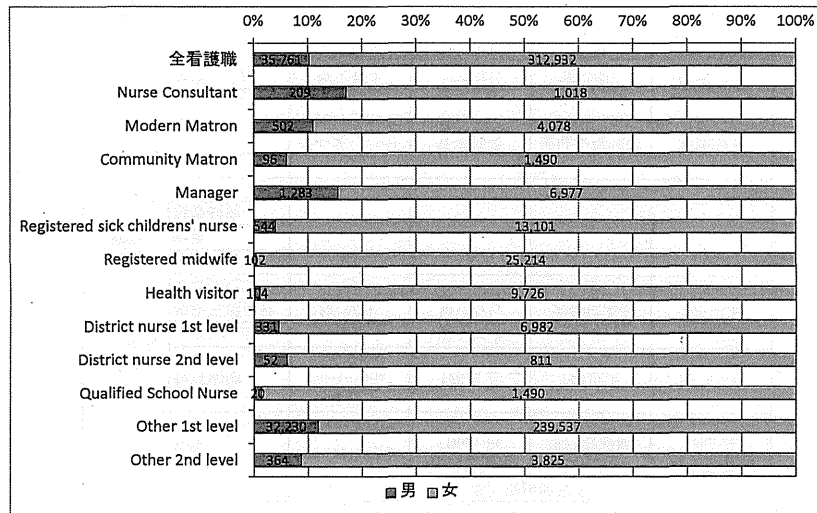
看護職数(2011年)

- 登録看護師・保健師・助産師
 - －NMCへの登録者数(連合王国) 約66万5000人
 - －イングランドでNHSに勤務する者 約37万人
- 医師または看護職の補助者
 - －イングランドでNHSに勤務する者 約27万人

出所: 白瀬(2011a)およびThe Information Centre of Health and Social Care, 2012, NHS Staff 2001 - 2011 Overview.1

8

性別・職種(役職)別・看護職の人数



9

業務範囲の規定

- 看護師の従事する業務が法令等で規定されていない。
- NMC (Nursing & Midwifery Council) による管理。
 - 行政機関から独立した組織で、資格管理、登録、更新。
 - 行動指針やガイドラインの提示を通じて、医師に準ずる形で自己規制を基礎とした管理を行う。
- 実質的には医療機関による雇用契約と労務管理の中で業務範囲が決定。
- 処方に関しては薬事法や医薬品規則等に従う。

10

Nursing & Midwifery Council

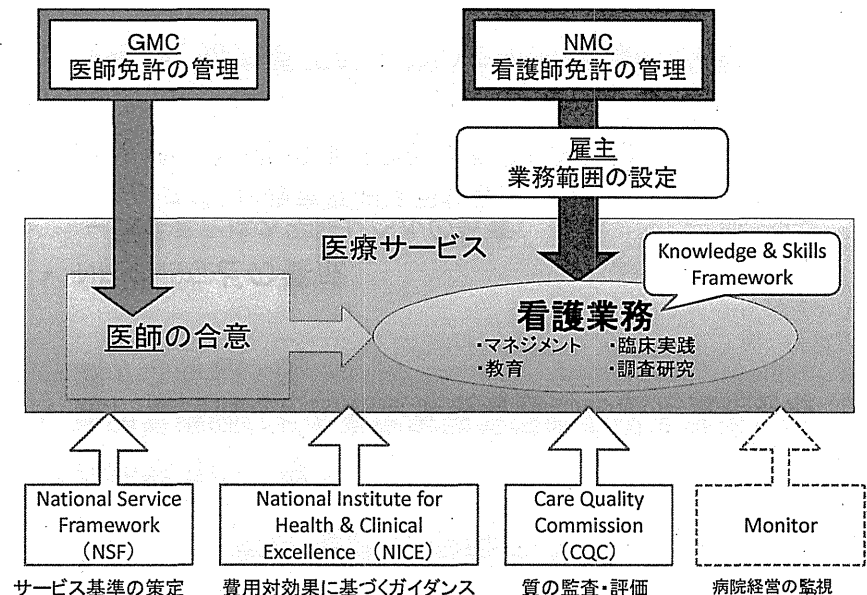
※2001年 The Nursing and Midwifery Orderに基づく。

※公共の健康と福祉を守るための活動に従事。

- 看護師、助産師の登録と資格認定。
- 看護師、助産師の教育・訓練・管理規準の策定。
- 看護師、助産師の技能と知識の向上を支援。
- 助産における安全確保のためのルール策定。
- 患者から看護師、助産師への不服申し立て体制の整備。

→NMCは看護師を緩やかに管理する自主規制組織。

11



4. 看護師への継続教育

- 3年ごとにNMCに看護師免許の登録の更新が必要。
- 35時間の学習と450時間の臨床実践が要件。
- 誰もが定期的に何らかの継続教育プログラムを履修。

13

高度実践看護師の養成

＜継続教育の一環＞

- 専門看護師などの高度実践看護師の認定資格を取得する者もいる。
- NP, CNSなどの養成
 - 大学または大学院レベルの教育。
 - コースごとに教育期間は異なる。
 - 必ずしも学位(修士号など)を取得しなくてよい。
- 保健師、処方看護師を除いてNMC登録の必要なし。

14

高度実践看護師の養成と業務

		専門看護師資格			
名称		ナース・プラクティショナー	訪問看護師 (District Nurses)	その他の専門看護師 (CNS)	処方看護師 (Nurse Prescribers)
養成システム	教育期間	1年以上 (part-time 2~5年)	1年以上	1年以上	3~6ヶ月
	教育レベル	学士以上	学士以上	学士以上	学士相当
	臨床経験要件	特になし	特になし	大学による	3年以上
主な業務	マネジメント	○		△	
	診療	○	△		○
	教育				
	調査研究				

		役職			
名称		ナース・コンサルタント (Nurse Consultants)	看護師長 (Modern Matrons)	地域看護師長 (Community Matrons)	看護教員 (Nurse Educators)
養成システム	教育レベル	修士以上	特になし	特になし	修士以上
	必要資格	特になし	特になし	特になし	特になし
主な業務	マネジメント	○	○	○	
	診療	◎			
	教育	○	△	△	○
	調査研究	○	△	△	○

出所: Ball, 2005, 2006およびNHS Careers ウェブサイトなどをもとに作成。

15

処方看護師 (Nurse Prescriber) の養成

- 要件: 3年以上の臨床経験、大学レベルの学力
 - 養成機関: 大学院レベルの高等教育機関 (NMC V300コース)
 - カリキュラム: 26日間の通学学習、12日間の実習、52時間の自宅学習
 - 試験: コース終了時に客観式+論述式試験を実施
 - 資格: 独立処方者 (Independent Prescriber)
補助的処方者 (Supplementary Prescriber)
(地域看護処方者 (Community Practitioner Nurse Prescriber))
- ※保健師養成のカリキュラムには、地域看護処方者の資格取得に関する科目が含まれている。

16

2つの処方資格の違い

独立処方者

- “prescribing by a practitioner (doctor, dentist, nurse and pharmacist) responsible and accountable for the assessment of patients with undiagnosed or diagnosed conditions and for decisions about the clinical management required, including prescribing”.
- 診断の未確定/確定を問わず患者の評価をし、処方を含め必要な診療管理を決定する、責任と説明義務のある医療従事者。

補助的処方者

- “voluntary partnership between an independent prescriber (a doctor) and a supplementary prescriber (nurse or pharmacist) to implement an agreed patient-specific Clinical Management Plan (CMP) with the patient’s agreement”.
- 患者との合意の上で、個別の診療管理計画を遂行するために、医師との協力の下で処方を行う医療従事者。

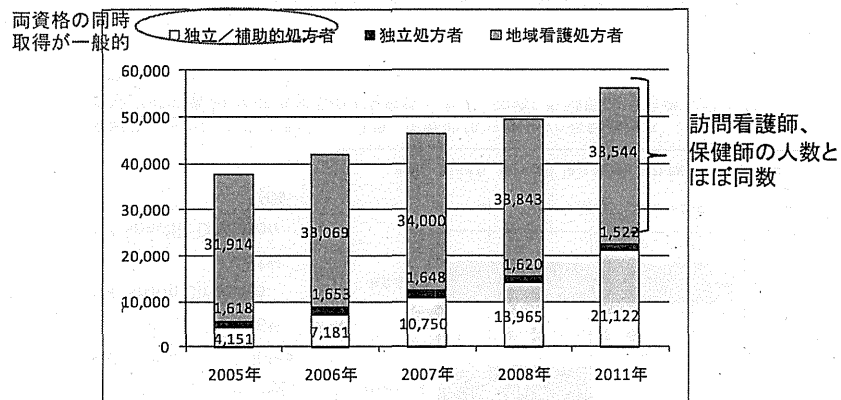
17

処方の職務範囲と安全管理

- 独立処方者の資格を持っていても、実際にあらゆる薬剤を処方している訳ではない。
→ その看護師の専門分野や経験等に即して、雇主との契約と、職場の合意が得られる範囲内で働く。
- 安全管理: 診療管理計画に従った補助的処方。
患者群別指示書(PGD)の活用。
継続教育による能力の維持向上。

18

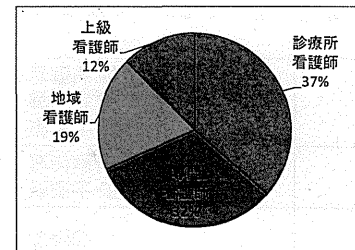
処方資格を持つ看護師数の推移(UK)



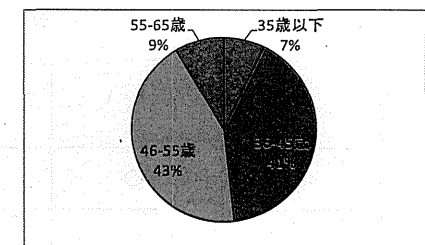
出所: NMC, 2008, *Statistical Analysis of the Register*およびNMC渉外担当者Craig Turton氏からの情報をもとに作成。

19

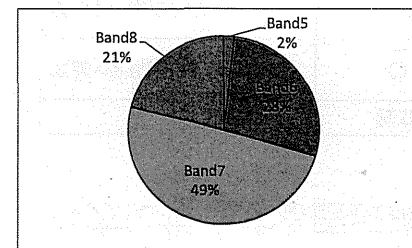
•処方看護師の職名(N=1377)



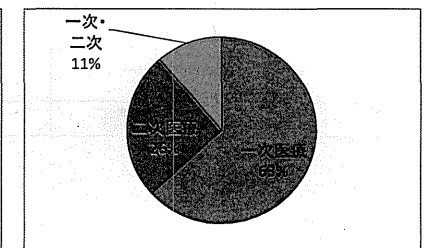
•処方看護師の年齢



•処方看護師の職位



•処方看護師の勤務場所



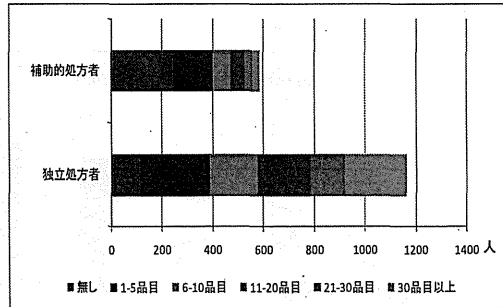
以上、Courtenay & Carey (2007)をもとに作成。

20

• 用いたことのある処方

- Independent Prescribing 87.0%
- Supplementary Prescribing 44.6%
- Patient Group Direction 44.1%
- Patient Specific Direction 5.9%

• ある1週間の処方品目数(累計)



※平均すると独立処方者は17.5品目、補助的処方者は6.0品目を処方。
 ※独立処方者として処方するのでも自信があると回答した補助的処方者: 699人 (53.0%)
 出所: Courtenay & Carey (2007)より

※看護師による2009年の処方品目数: 延べ1,160万品目 (前年比18.8%増)

※主要な処方薬: ①ペニシリン(7.8%)、②皮膚軟化剤(4.2%)

出所: NHS Prescription Service (2009) Update on Growth in Prescription Volume and Cost in the Year to March 2009. 21

処方に従事する医療職

	独立	補助的	PGD
医師・歯科医師	○	—	—
看護師・助産師等	○	○	○
薬剤師	○	○	○
検眼士・理学療法士・放射線技師・足治療医	×	○	○
栄養士・視能矯正士・義肢装具士・救急救命士・言語聴覚士・作業療法士	×	×	○

Department of Health(2006) *Medicine Matters*, p.12-18をもとに作成。

Nurse-led Health Centre

Furzedown Primary Care Centre (ロンドン Wandsworth地区)

- PCT直営のヘルスセンターで看護師が管理責任者を務める。2000年に開設。
- 人員: 看護師(処方権を持つナースプラクティショナー)2名、ヘルスケア・アシスタント1名、GP(非常勤)2名、心理療法士(非常勤)1名、その他事務スタッフ数名
- 患者数: 約4000人
- 利点: 地域内で継続的なサービス提供が可能
- 課題: GPの確保

※医師不足の現状に対応するため、患者は家庭医であるGPにではなくPCTに直接登録をしている。

1940～60年代の看護業務の分化の過程 (バーミンガム市保健事業の場合)

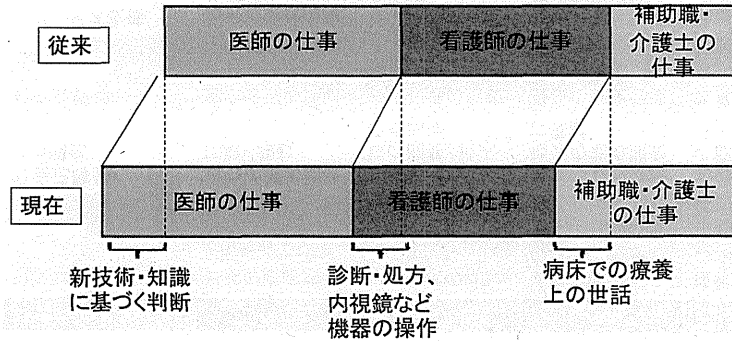
	業務	従事者	NHSの事業区分	事業開始年
医療(補助)	小児在宅看護	地区看護師(小児科)	在宅看護	1954
	診療所・ヘルスセンター配属		在宅看護	1960
療養上の世話 生活支援	在宅看護	地区看護師	在宅看護	1948
	入浴介助	入浴介助者	在宅看護	1952
	夜間見守り	ホームヘルパー	ホームヘルプ	1950
	洗濯サービス	市営洗濯施設	疾病予防・ケア・アフターケア	1951

出所: 白瀬, 2008, p.74.

- NHSが創設される1948年以前には、これらの業務はすべて訪問看護師である地区看護師(District Nurse)が行った。

イギリスでの役割分担の現状

- タスクシフティングによる職務範囲の変化？



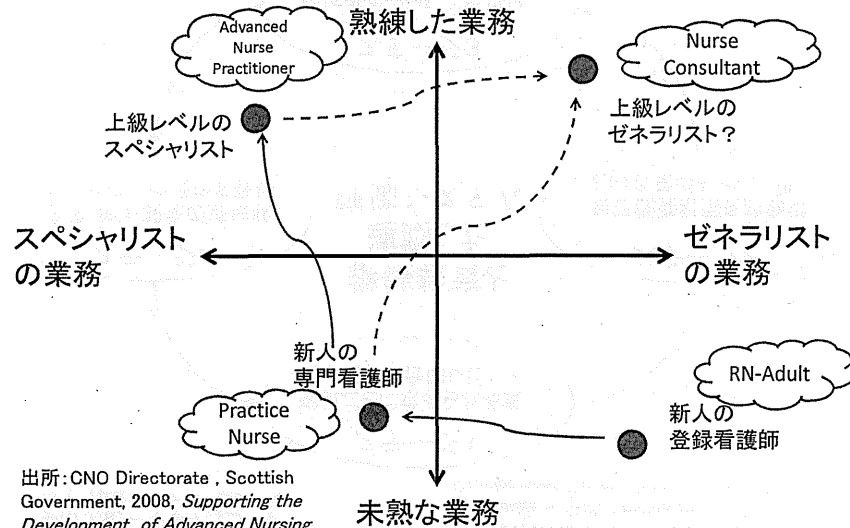
25

高度実践看護師の役割の類型化

活動形態 主な活動場所	タイプ	業務内容	医師との関係
単独行動型 プライマリ・ケア	診療所勤務者 ・Nurse Practitioner	診察・診断・処方等を行う	ほぼ独立して活動 必要に応じて医師に紹介 <パートナーシップ>
	訪問活動者 ・伝統的な地域看護師 Health Visitors, District Nurses	予防的な訪問指導・訪問看護をする	必ずしも医師の指示は求められない <自律的な予防・療養支援>
チームワーク型 病院	診療行為従事者 ・Clinical Nurse Specialists ・Endoscopy nurses	必要に応じて診断・処方もする	医師が作成した診療管理計画に従う <チームワーク>
	マネジメント従事者 ・Modern Matron	看護部門の管理 現任教育 院内の連絡調整	病院内のガバナンス構造 (経営管理部門)に従う <マネジメント主導>
調査研究型 大学	教育・調査研究従事者 ・大学教員, Nurse Educators ・地域医療の調査研究部門	看護師の養成 看護研究 診療データの収集・分析	所属機関・組織による

※ナース・コンサルタントは臨床のエキスパートであるが、どの活動形態、タイプにもありうる。 26

高度な実践とは？



出所: CNO Directorate, Scottish Government, 2008, *Supporting the Development of Advanced Nursing Practice*, p.14.

27

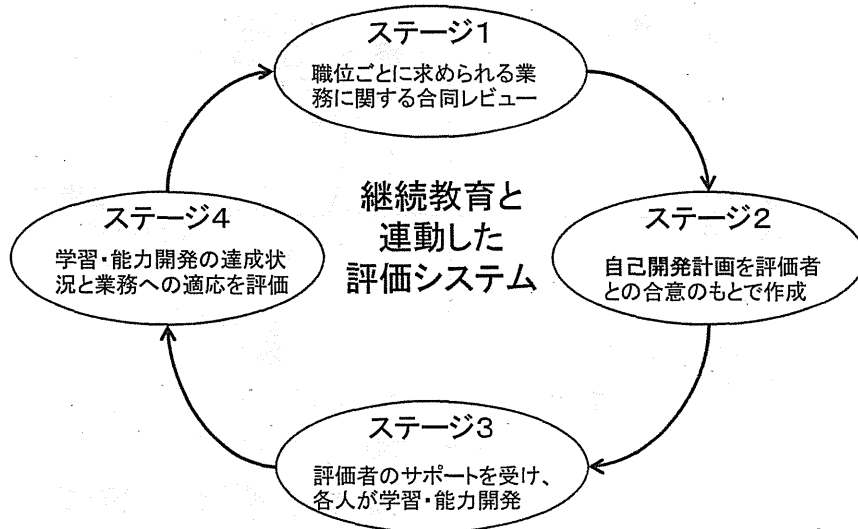
5. 人事評価システム

- 2004年 KSF (Knowledge & Skills Framework) 導入
- 全体で30余項目。
- コア: 1)コミュニケーション、2)自己啓発、3)健康・安全、4)サービス改善、5)質、6)平等と多様性
- 職位ごとの業務レベルに応じた給与水準、それと連動した到達すべき知識・技能のレベルを提示。
 - Agenda for Change

28

評価プロセス

出所: Department of Health 2004, *The NHS Knowledge & Skills Framework (NHS KSF) & Development Review Process.*



KSFを通じたキャリア形成

- 職位が上がるほど、コミュニケーションやマネジメント面での知識・技能が重視される。
- 医療制度全体として、すべての職種に対して同じ枠組みで継続教育・人事評価システムを適用：
 - それぞれの専門職による「自治」ではなく、
 - マネジメント部門が強力に管理する制度の表れか？

KSF Core Dimensionの概要

コア	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4
1) コミュニケーション	日常の限定的なコミュニケーション	一定程度のコミュニケーション	困難な状況下でのコミュニケーションの促進・維持	複雑な状況下でのコミュニケーションの促進・維持
2) 自己啓発・能力開発	自分の個人開発に取り組む	自分の技能と知識の開発、他人の手助け	自分の能力開発、他人の能力開発に貢献	自分および他人の能力開発
3) 安全管理	安全管理の補助	安全管理の監視、維持	最良の安全管理実践の促進、監視、維持	改善のための環境、文化の維持、開発
4) サービス改善	自分の実践の改善、他人への提案	サービス改善への貢献	改善に向けた評価、説明、提案、実施	改善のための連携推進、戦略の評価
5) 質	自分の業務の質を維持	自分の業務の質の維持と、他人の啓発	質の改善への貢献	質を改善する文化の開発
6) 平等と多様性	平等と多様性をふまえた行動	平等と多様性を支持	平等と多様性を促進	平等を促進し、多様性を受容する文化の開発

出所: Department of Health 2004, *The NHS Knowledge & Skills Framework (NHS KSF) & Development Review Process.*

ある地域医療の管理運営組織における 給与段階(職位)別技能・知識要件

給与段階	コミュニケーション	自己啓発能力開発	安全管理	サービス改善	質	平等と多様性
Band9a, b	4	4	4	4	4	4
Band8a, b	4	4	3	4	4	3
Band7	3	3	3	3	3	3
Band6	3	3	2	2	3	2
Band5	3	3	2	2	2	2
Band4	2	2	2	2	2	2
Band3	2	2	2	1	2	2
Band2	2	1	2	1	1	2
Band1	1	1	1	1	1	1

出所: NHS Staff Council, 2010, *Appraisals and KSF Made Simple: A Practical Guide.*

※職位が上がるほど、コミュニケーションやマネジメント面での知識・技能が求められる。