

財務省財務総合政策研究所・フィナンシャル/レビュー(2006.88)、藤野美都子「立法による社会保障財政の統制—フランスの社会保障財政法律について—」植野妙実子編『現代国家の憲法的考察—清水陸先生古稀記念論文集』(信山社、2000年)参照。なお、補足的医療給付、普遍的医療給付(CMU)あるいは補足年金等は社会保障財政法律の対象外とされている。

4) Loi organique No.2005-881 de financement de la sécurité sociale.

5) 2001年8月1日の財政法律に関する組織法については、木村琢磨「フランスの2001年「財政憲法」改正について」自治研究78/9/57以下参照。

財政法律との関係について、財政法律が10月第1週の火曜日に付託されるのに対して、社会保障財政法律は10月15日に付託される。付託から採択までの期間も財政法律が70日とされているのに対して社会保障財政法律は50日とされている。このように、財政法律の審議過程の中で、社会保障財政法律が制定される。また2005年組織法は、一般制度および連結制度の会計について、会計検査院がその適正性(regularité)、真実性(sincérité)及び忠実性(fidélité)を証明する報告書を提出することとした。

6) ONDAMの対象となるのは基本的に、疾病、出産および労災を保険事故とする給付である。しかし、わが国の傷病手当金に相当する日額手当金は含まれるものの、労災に関する年金給付や出産手当金に相当する給付は含まれない。このため、ONDAMは、開業医や病院などに診療報酬として支払われる費用に相当するといえる。

7) Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. 拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷」社会保険旬報2272号18頁以下2006年3月参照。

8) D.Tabuteau, op.cit., pp.874-875.

9) 社会債務償還拠出金(CRDS)は、1996年1月24日のオルドナンスにより、EUの統一通貨への参加条件とされた財政赤字を国内総生産の3%以下に抑えるため、社会保障制度に関する1995年末までの累積赤字の償還を目的として創設された。一般社会拠出金同様、租税に分類され、稼働所得や代替所得などに対して0.5%の料率で徴収される。当初、2008年までの13年間で償還することを予定していたが、1998年社会保障財政法律により2014年1月末まで延長されていた。

10) かかりつけ医については、1996年4月24日のオルドナンス(No.96-345)において Médecin référentとして導入された。

11) 高等保健機構には、統括委員会と専門委員会が置かれる。統括委員会は8名から構成され、大統領・国民議会議長・元老院議長・経済社会評議会議長がそれぞれ学識経験者を2名指名する。専門委員会は、委員の一人が主宰する。薬品透明性委員会と医薬品評価委員会という二つの常設専門委員会が設けられるほか、アドホックに設立される専門委員会を設置することが認められている。

12) 警告委員会は、社会保障会計委員会事務局長、国立統計経済研究所事務局長および経済社会委員会会長の指名する有識者から構成され、社会保障会計委員会のもとに置かれる。社会保障会計委員会事務局長がその業務を組織する。

13) この通知を受けた医療保険全国金庫は、1ヶ月以内に、ONDAMの範囲内に収めるための必要な措置を講じることとされ、その内容は再度、警告委員会に送付される。そして送付後15日以内に、警告委員会が最終的な措置内容を定めるものとされている。

14) Loi No.2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

15) Loi No.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

16) ARSは地域圏社会衛生問題局および県社会衛生問題局、地域圏疾病保険金庫連合、地域圏公衆衛生組織、地域圏保健医療機構、地域圏疾病保険金庫の保健医療部門を統合した組織である。

17) Programme de qualité et d'efficience maladie, LFSS 2012, indicateur 14.

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が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 coordinateur) 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に属するので、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き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以上あるいは協約料金が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いいかえることもできる。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.L174-4)。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）とも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_14.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のように、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っては、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ヵ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	-	-	-

Rapport 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'Interêt 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:	Tarification 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. Dupeyroux, 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)

論壇

医療サービスの情報提供と評価 —日本とイギリスの比較を中心に—

小樽商科大学教授 片桐 由喜

はじめに

インターネットを駆使した情報の検索・収集を通して、買い物をするのが日常の一コマになって久しい。インターネット売上の最大のメリットは自宅にいながら、品物やサービスの商品購入ができることであろう。そして、このメリットと同じくらいインターネット取引に消費者を引き付ける魅力が、売り手や商品に関する情報を容易に入手できることと、それについて、他の消費者による評価を知ることである。

どの影響力を持っている。なぜなら、品物を直接、手に取らずに購入を決定しなければならぬ物品売買や、可視化されず評価には実体験が不可欠のサービス商品購入の場合、消費者視点からの率直な感想、評価は貴重な情報源だからである。口コミで高い評価・評判を得れば多くの顧客を得ることが可能であり、逆に批判的であつたり誤つた口コミが流布すると、売り手は大きな損害を被るおそれがある。この意味で、口コミは両刃の剣である。

現在、市場で流通する大半の商品はインターネットでの購入が可能であり、これら商品に関する情報と消費者からの評価が世間に広く公表されている。他方で、私たちにとって関心の最も高いサービス

のひとつである医療、介護サービスに関しては上記商品のような情報公開、評価の公表が進んでいない。それはこれらのサービスは「市場」で売り買いされる「商品」ではないからであろうか。国民皆保険、それを支える強制加入、公定価格制診療報酬、医療供給における医療計画などは、この論拠となる。

しかし、現に私たちは医療機関を自ら選び(フリーアクセス)、受けた医療行為に対し自己負担(3割負担)もする。そうであれば、医療機関の選択に資するような彼らの情報公開と評価の実施・公表が「市場の商品」とは異なるスタイルとなるにせよ、求められているのではないだろうか。

イギリスは医療機関の情報公開と評価について、興味深い取り組みを実施している。日本の医療保障制度には相違点が多いけれども、この点について示唆を得ることは多い。以下では、その概略を紹介したい。

1. イギリスの医療保障制度—NHSの概観—

1942年にイギリスで公表されたベヴァリジ報告は、本国のみならず日本を含む多くの国が戦後の復興に際し、福祉国家を志向すべきことを、そして、福祉国家建設に際し、どのような理念と政策を持つて進むべきかを示した。同報告に基づき、イギリスは1946年、公的医療保障制度として、国民健康保健サービス(以下、NHS)を創設した。NHSの基本骨格は①全国民に、②予防からリハビリまでの普遍的な医療保健サービスを、③無料で提供することであり、これは制度創設以来、不変である。NHSの財源は租税で調達され、③のとおり、原則、自己負担はない。なお、NHSの外縁には患者が費用を全額負担するプライベート診療が存在する。ここでの費用を賄うための民間保険も発売され、その加入率は1割程度である。

患者の立場からみる日英医療制度の最も大きな相違点は、医療機関へのアクセス方式である。日本が基本的にはフリーアクセスであるのに対し、イギリスはそうではない。イギリスにおいては、住民が当初は家庭医(General Practitioner。以下、GP)個人に、2004年からは診療所に登録し、体調の悪い時には、この登録した診療所で診察・治療を受けることになる。高度な検査や治療を受けるために病院へ行く場合には、登録した診療所の医師の紹介状が必要である。

NHSに対する批判的な評価は少なくない。その一つが上記のようなフリーアクセスを排除した制度設計、つまり医療機関の選択肢の少なさである。GPに関して言えば、制度設立当時は居住地域内のGPの中から選ばなければならず、病院はそのGPが紹介するところであつた。診療することができなかった。しかし、GPや病院の数、質などには地域間格差があり、それゆえ、住民にとって医療機関の選択は「郵便番号による宝くじ」と揶揄されるほどであつた。

NHSはイギリスの誇りであり、歴代政権はその維持と発展のために不断の改革を計画、実践してきた。その一つが、「郵便番号による宝くじ」批判を返上するた

めの医療機関の選択肢拡大である。

この点、日本の場合は被保険者証1枚を持って、日本中のどの医療機関であっても受診することが可能である。このことは、患者が納得できる医療サービスを提供することを求めることができる半面、ドクターショッピングと評される行為を招来し、医療資源、保険財源の濫費とも指摘されていることは周知のとおりである。

2. 医療機関選択の拡大と保障

(1) GP診療所の選択
GP診療所を選択することは住民の権利であると宣言したのは、2009年、ブレア政権が公布したNHS憲章である。そして、2012年、現連立政府は「保健および社会ケア法 Health and Social Care Act」を制定し、同法に基づき、現在、住民たちは住所地に関わらず、自由にGP診療所を選択することができるようになった。

(2) 病院の選択

NHS体制下で病院選択という概念を最初に導入したのはサッチャー政権期の1991年改革である。ただし、当時の病院選択の主体は患者ではなく、病院に費用を支払う当局や患者を紹介する立場

表 GP診療所名、基本的な情報と評価

	ユーザー評価 5つ星	登録患者数	患者評価	電子処方箋	登録受入の 可否	オンライン 予約	オンライン 処方箋発給
診療所名 ABC	☆☆	35,000人	平均	×	○	○	×
DEF	☆☆☆☆	5,000人	平均以上	○	○	○	○

告書によると、同ホームページは2012年度、1か月平均2700万人が閲覧する巨大サイトであり、多くの人がここから医療機関等に関する情報を入力し、選択のための道具として活用していることがわかる。

(1) GP診療所
GP診療所の検索は、NHSチャイスのトップページにあるサービスクラスターをクリックスすることから始まる。ここをクリックするとGP、病院、歯科等、探したい保健サービスの項目が現れるので、GP診療所を選択する。次にどこにある診療

所に登録したいかが問われ、地域名(基礎自治体)もしくは郵便番号で応え、当該地域に住所を置くGP診療所の一覧が表示される。一覽表の縦軸にGP診療所名、横軸に診療所所属の医師名(医師登録番号を表示する医師あり)、特に力を入れている診療科目(たとえば喘息など)、施設(リアフリー度、駐車場の有無、等)などの情報が表示される。

先に述べたNHS憲章は政府から医療機関の情報を得ることも国民の権利であると定めた。そして、現代の情報はその種類を問わず、大半がインターネットを通して提供されることから、2007年、保健省の管轄のもとに、GP診療所や病院などに関する情報提供サイトが立ち上げられた。

このサイトはNHSチャイス(NHS Choices)と名付けられ、GP診療所、病院のみならず、救急病院、歯科、薬局、あるいは、訪問介護サービスなどに関する情報も提供している。興味深いことは、医療機関の所在地や医師、看護師等、従事者の数、診療科目などの客観的な事実の提供にとどまらず、患者等の評価、いわゆる口コミも掲載されている点である。評価は最も有益な情報であると当局が認識している証左であろう。

もともと、NHSが租税財源によって運営される制度であることから、政府が責任を持つ公的ホームページにおいて、個々の医療機関に対する患者自身の評価、口コミの公表が可能であるといえる。わが国のような社会保険方式、医療機関の8割が民間立という状況で、政府がNHSチャイスと同様の情報提供をすることは困難であろう。

あるGPであった。患者による病院選択が実現するようになるのは、GP診療所選択肢拡大と同じく、ブレア政権期である。

2000年、ブレア政府はNHSプランを公表し、2005年までに患者は全国の病院に予約が可能となることを宣言し、これは2006年に患者に4〜5カ所の病院の選択肢が与えられるという形です、実現した。そして、2008年、ブラウン政権下では、GPの紹介により患者が初めて病院外来へ行く場合、患者自身が病院を自由に選択することが可能になった。2012年からは患者が地域的な制約なしに専門医を指名することができるようになっていた。

筆者は本年2月、NHS医療改革調査のため訪英した折、GP診療所を見学し、その際、患者の許可を得てGPによる診察の場に同席した。ある患者に病院を紹介する際、GPは近隣の病院を2〜3、候補として挙げ、GPとしての助言を与えながら、紹介病院の決定を患者の選択に委ねた。また、ある患者は病院選択に対し、自分が民間医療保険に加入しているので、プライベート診療を提供する病院を希望することを伝えていた。これらの状況をみる限り、患者に病院選択権が

与えられ、現にそれが行使されていることが理解された。

このように住民・患者による医療機関の選択肢が広がった結果、次に求められるのは、どの医療機関を選択したらよいかを住民や患者が自ら判断するための情報提供である。換言すれば、情報提供は選択権行使の前提条件である。これに関して、前記NHS憲章は選択のための情報を与えられることもまた、患者の法的権利である旨を明言する。そこで次のステップは、GP診療所や病院に関する情報提供のための体制作りである。

この体制作りの一環として、イギリス保健省は住民らのために手引きを作成公表している(Liberating the NHS: No decision about me without me (2012) Read 2012/2013 Choice Framework、および Read 2013/2014 Choice Framework)。ここではGP診療所、および病院の選択が権利であること、また、具体的に何をを選ぶことができ、何が選択できないかについて、Q&A形式で、わかりやすく説明している。

3. イギリス版情報提供システム

なる。項目の大半は、客観的な情報・オンライン処理の可否などよりも、複数の視点から作成された評価項目である。

評価項目は①ユーザー評価(これはG P診療所と同じ方式による五つ星評価)、②職員による評価(当該病院の職員による自己評価的な性質のものではない。全国的に実施されるNHS職員調査 2010 national NHS staff survey)の「この病院を家族や友人に薦めるか」という問いに対する回答結果である。③当該病院を退院48時間以内の患者からの評価、などである。

ところで、このような評価項目が設定されているにもかかわらず、2009年、スタオード病院スキャンダルが報じられた。スタフォード病院スキャンダルとは、同病院の死亡率が他院と比べて極めて高いことに不信を持った住民らの訴えが契機となって発覚した同病院の一連の不祥事である。調査の結果、看護・介護職員の不足、および、彼らによる極めて不適切な医療・介護サービスなどが明らかにされた。

外来患者と異なり、入院患者は病院という密室の中におかれていること、彼らの中には情報発信が困難な状態にある者もいることを考えると、当事者による病

院サービスの評価がいかに困難であるかが露呈されたともいえる。

4. 日本版情報提供システム

現在、日本にはNHSチャオイスのような診療所、病院に関する公的情報検索サイト、例えば厚生労働省や都道府県、市町村が管理・運営する情報サイトは存在しない。医療機関がホームページを作成・公開しているならば、そこから情報を入力できるけれども、NHSチャオイスが紹介する評価、とりわけ患者等による評価、コメントなどは当然に見つけることはできない。そして、診療所の場合には、ホームページを持たない所も少なくない。このことから、我が国の場合、医療機関の情報提供、評価の公表という点では、未だ発展途上にあると言ってよいだろう。

日本では医療機関へのフリーアクセスが保障されており、受診先の選択肢拡大は無用な政策であったために、選択に資するための公的機関による情報提供が整備発展されて来なかったのかもしれない。しかし、私たちが、どの医療機関を選んで受診すればよいのかを判断するために、各種の情報や、病院等に関する患者の評価を知りたいと思う気持ちは強

い。これは「全国名医・病院ガイド」¹⁾「頼れる病院・医師」あるいは「病院格付け」などの書名が付けられた書籍が書店に並んでいるのを見れば了解できる。つまり、我が国ではNHSチャオイスのような公的情報提供サイトの欠如を民間メディアによる情報提供が埋めているのである。ところで日本においても、病院の第三者評価機関として、1995年に公的機関(公益財団法人)である日本医療機能評価機構(以下、機構)が設立された。機構は申請のあった病院の評価を有料で実施し、その結果を公表している(病院機能評価事業)。現在、同評価を受け入れ認定病院となり、評価結果を公表している病院は全国の病院のうちの3割である。そして、機構のホームページから評価結果を閲覧すると、評価結果はどの病院のどの項目も大半が5段階評価中、3、もしくは4である。

まとめにかえて

医療サービスに関する情報提供に關し、簡単に日英を比較してみた。まず、前述の病院等のガイドブックや機構の評価対象は、日本にあるすべての病院を網羅していない。これに対し、イギリスの

フリーアクセスの弊害を冒頭で指摘した。NHSチャオイスが提供するような、私たちが患者の視点で知りたい情報や、患者の立場からの率直な評価が事前に明らかになっているならば、このような事態を防ぐことができるのではないだろうか。

※本稿は厚生労働省行政政策研究分野政策科学総合研究(政策科学推進研究)「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」(課題番号: H24-政策-1-08-文庫番号: 201201035A)の成果の一部である。

- (1) 2013年5月、飲食店情報サイトに書き込まれた口コミにより客が激減したとして、当該飲食店主がサイト運営会社に対し損害賠償を求める訴えが札幌地裁に提起された。あるいは、2012年、ある飲食店が「やらせ書き込み」を行った疑いがあるとして、消費者庁が調査に着手した事例もある。
- (2) 国京則幸「第7章 イギリスの医療保障」加藤智章・西田和弘編著「世界の医療保障」(法律文化社、2013年)、健康保健組合連合会「NHS改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」(2012年)、イギリス医療保障制度に関する研究会編「イギリス医療保障制度に関する調

査研究報告書」(医療経済研究機構、2012年)等、参照。

- (3) 2012年ロンドンオリンピックの開会式で看護師や病院ヘッドが登場し、世界にNHSを紹介する場面が設けられた。
- (4) 現行NHS憲章は、「The NHS Constitution-The NHS belongs to us all」(for England 26 March, 2013)。
- (5) 法的根拠は2012年制定のHealth and Social Care Act 2012である。同法の中でNHS憲章を尊重すべきことが保健大臣の義務と規定された。
- (6) 「The NHS Plan: a plan for investment and a plan for reform」(1 July 2000)。
- (7) <http://www.nhs.uk/ServiceSearch/>
- (8) アンケートは「GP Patient Survey」と呼ばれ、その実施主体はNHS インタラクティブ(NHS England)である。
- (9) 2013年2月にまとめられた最終報告書には「老人や弱った患者に食事や水を与えず、清拭をしない。動けない患者をトイレに置き去りにする。介助を必要とする患者を椅子に座らせられたまま、放置し、当人は食べる事も飲む事も出来ない状態だった」看護師は患者が排尿しても放置したり、時には患者に花瓶の水を飲ませることもあった」などという調査結果が記載されている(Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry: Executive Summary)。
- (10) 日本医療機能評価機構「日本医療機能強化機構の取り組み 2012」。

NHSチャオイスは病院のみならず、診療所もすべて情報公開、評価の対象としている。

次に、日本の前述した書籍は、評判の良い病院や医師を紹介することが目的であるため、否定的な評価記事などはほとんど見当たらない。また、機構の評価は主として点数評価であり、それらは大半が3と4である。他方、NHSチャオイスには、患者の生の声が記載され、かつ、五つ星評価で、星一つ、二つという医療機関も少なくない。患者の声など、いわゆる口コミは主観的で、信頼度が高いものばかりでないことは周知のとおりである。しかし、日英の情報・評価の公開状況を比べたら、市民、あるいは患者の立場として、どちらがより信頼できていると有益であると考ええるかは明らかであろう。

かたぎり・ゆき 小樽商科大学商学部教授。
北海道大学大学院法学研究科博士後期課程退学。主な著書に、「第4章 韓国の医療保障」(加藤智章ほか編著「世界の医療保障」、法律文化社、2013年)、「第15章 介護生活支援の保護の実施体制」(日本社会保障法学会編「新・講座 社会保障法2 地域生活を支える社会福祉」(法律文化社、2012年)、「第14章 失業」(道幸哲也ほか編「18歳からのワーカーール」、法律文化社、2012年)等がある。

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

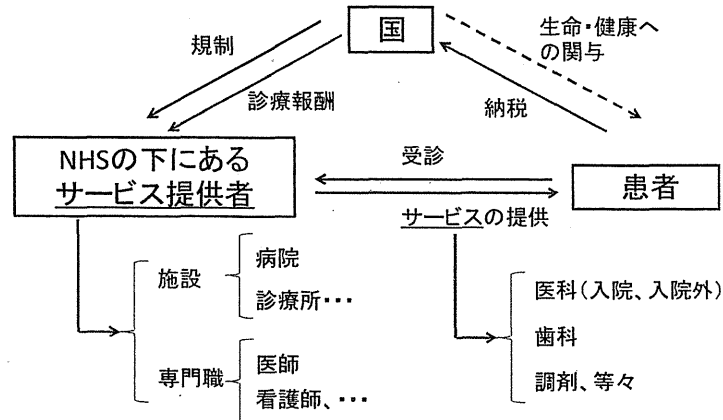
研究方法

- 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

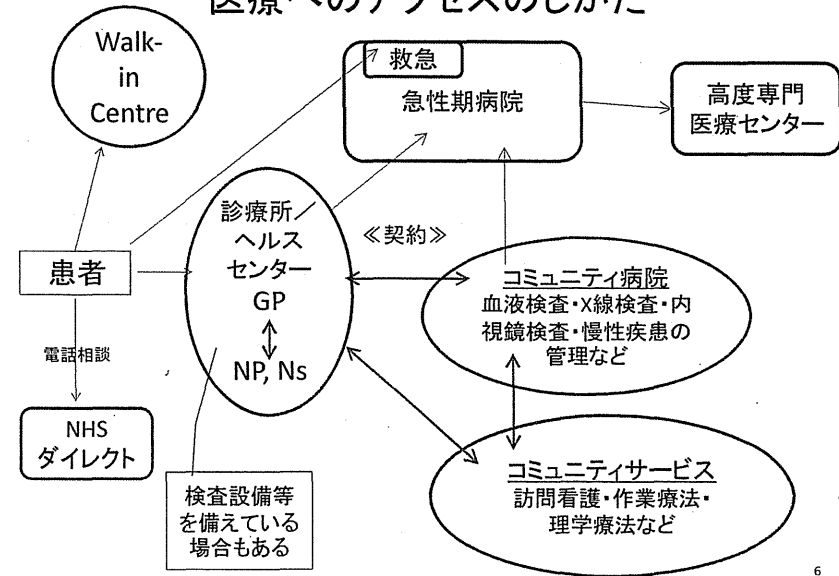
2. イギリスの医療制度

- 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
 - 現在はすべて学士課程(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

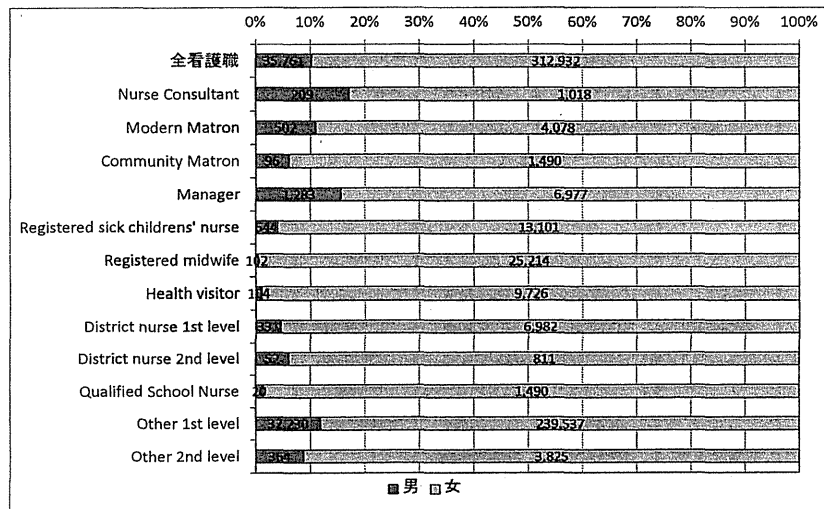
看護職数(2011年)

- 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

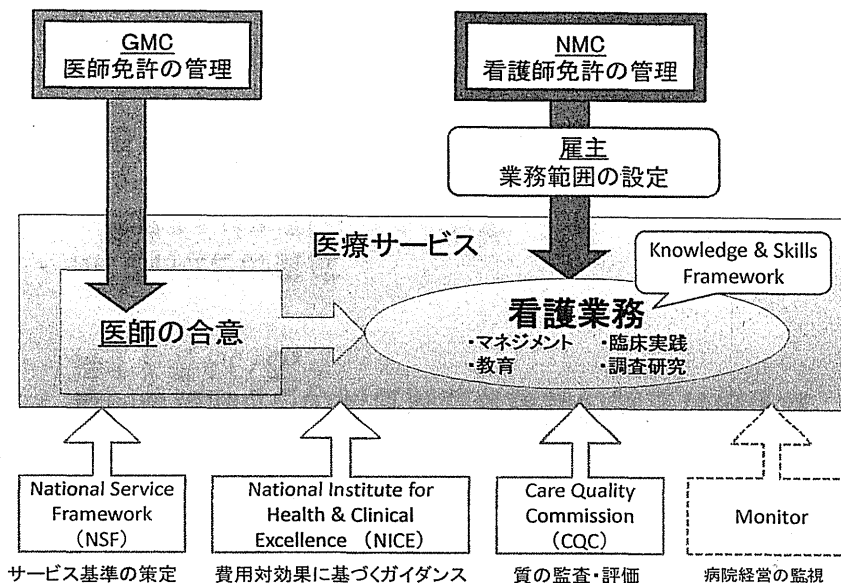
※2001年 The Nursing and Midwifery Orderに基づく。

※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

名称		専門看護師資格			
		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				

名称		役職			
		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
	マネジメント	○	○	○	
主な業務	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。

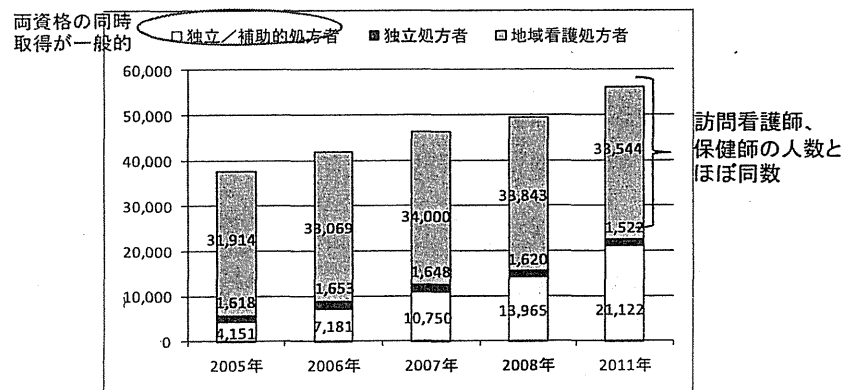
17

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

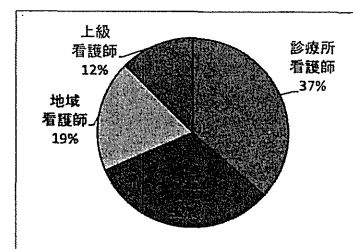
処方資格を持つ看護師数の推移 (UK)



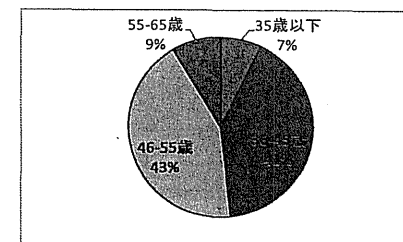
出所: NMC, 2008, *Statistical Analysis of the Register* および NMC 渉外担当者 Craig Turton 氏からの情報をもとに作成。

19

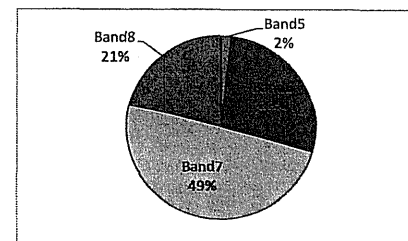
• 処方看護師の職名 (N=1377)



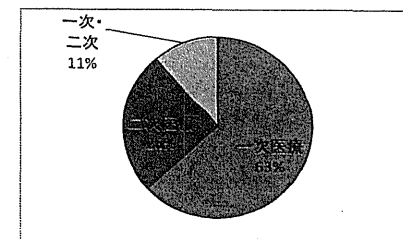
• 処方看護師の年齢



• 処方看護師の職位



• 処方看護師の勤務場所



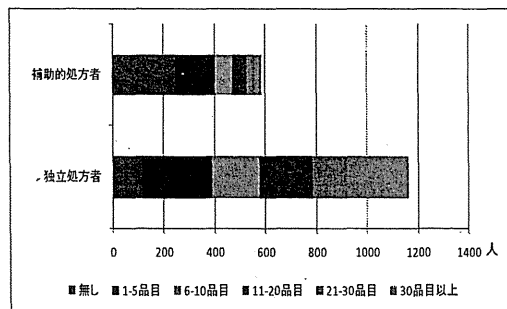
以上、Courtenay & Carey (2007) をもとに作成。

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GPI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)

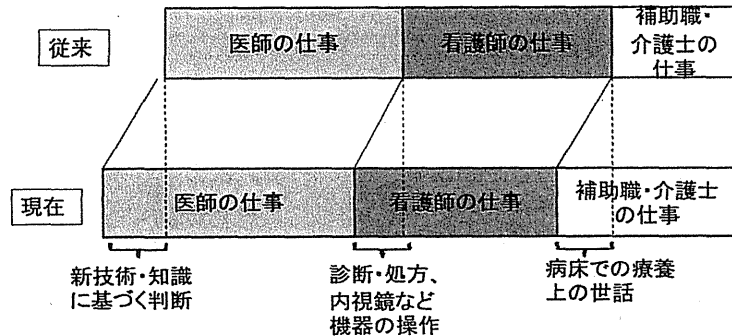
業務	従事者	NHSの事業区分	事業開始年
小児在宅看護	地区看護師(小児科)	在宅看護	1954
診療所・ヘルスセンター配属		在宅看護	1960
在宅看護	地区看護師	在宅看護	1948
入浴介助	入浴介助者	在宅看護	1952
夜間見守り	ホームヘルパー	ホームヘルプ	1950
洗濯サービス	市営洗濯施設	疾病予防・ケア・アフターケア	1951

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？



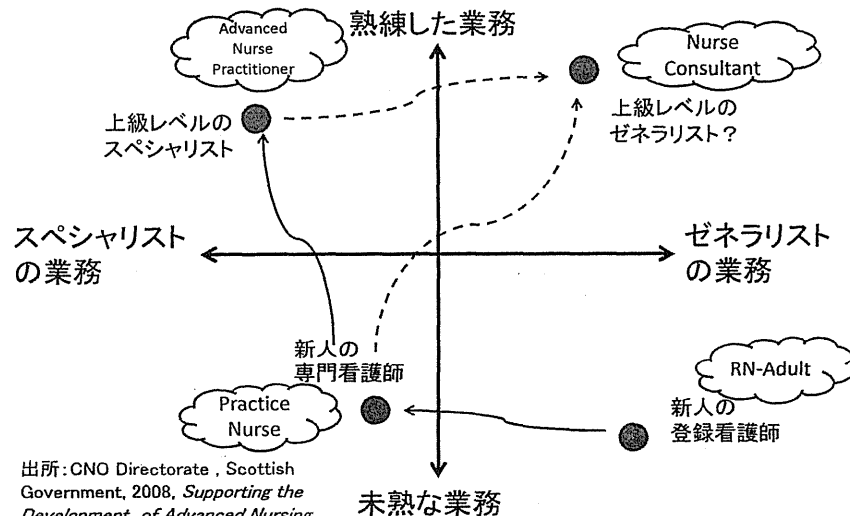
25

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