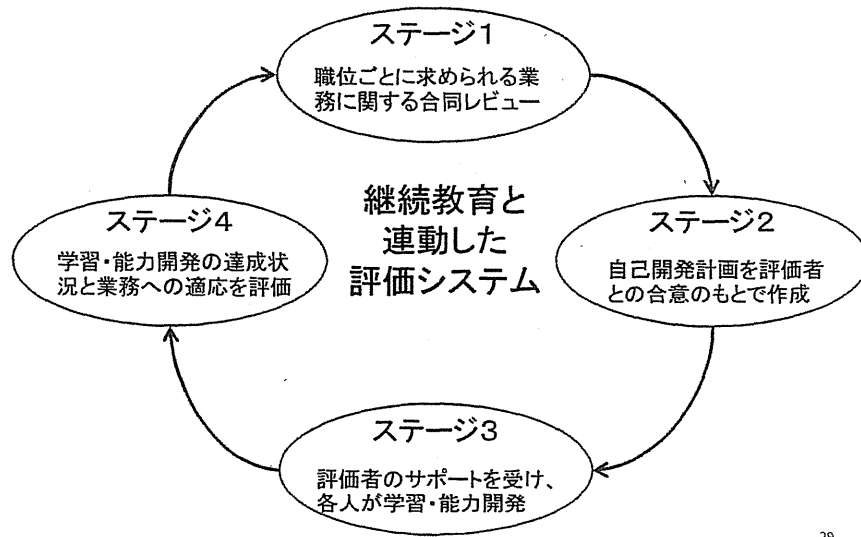


評価プロセス

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。

NHS職員の職位段階と俸給表 (Agenda for Change)

	NHS職員としての職位	レベル	年収(£)	
ナース・コンサルタント	9	Clinical Director of Service	地域の管理運営責任者	77,079~97,478
NP, 師長, 処方看護師	8	Consultant Practitioner	臨床責任者・教育従事者	38,851~80,810
訪問看護師, 保健師	7	Advanced Critical Care Practitioner	独立した活動が可能	30,460~40,157
登録看護師	6	Senior Practitioner	診察・診断等に従事可能	25,528~34,189
	5	Registered Practitioner	看護師資格取得	21,716~27,625
看護助手	4	Assistant Critical Care Practitioner	補助職等の資格取得	18,652~21,798
介護士	3	Senior Health Care Assistant	一定の職業訓練を修了	16,610~19,077
	2	Health Care Assistant	義務教育修了	14,153~17,253
	1	Health Care Assistant	義務教育修了	14,153~14,864

研修医の
給与水準と
ほぼ同じ

出所: NHS Employers, 2012, *Pay Circular (A for C) 2/2012: NHS Terms and Conditions of Service Handbook (amendment no.26)* をもとに作成。

QCF またはNVQ
(職業訓練基準)
Level2~3

Agenda for Change (AfC) に基づく契約

- 2004年10月1日～ 導入
- 医師、歯科医師以外のすべての職員が対象(事務職員も含む)
- 人事評価と連動した給与システムで同一価値労働、同一賃金の実現を図る。
- AfCを構成する主要な要素として
 - Knowledge & Skills Frameworkと自己開発レビュー
 - 職務評価(Job Evaluation)
 - 契約条件(NHS Terms & Conditions)

National Job Profileと職務内容評価

Factor	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Communication and relationship skills	5	12	21	32	45	60		
2. Knowledge, training and experience	16	36	60	88	120	156	198	240
3. Analytical skills	6	15	27	42	60			
4. Planning and organisation skills	6	15	27	42	60			
5. Physical skills	6	15	27	42	60			
6. Responsibility - patient/client care	4	9	15	22	30	39	49	60
7. Responsibility - policy and service	5	12	21	32	45	60		
8. Responsibility - finance and physical	5	12	21	32	45	60		
9. Responsibility - staff/HR/leadership/training	5	12	21	32	45	60		
10. Responsibility - information resources	4	9	16	24	34	46	60	
11. Responsibility - research and development	5	12	21	32	45	60		
12. Freedom to act	5	12	21	32	45	60		
13. Physical effort	3	7	12	18	25			
14. Mental effort	3	7	12	18	25			
15. Emotional effort	5	11	18	25				
16. Working conditions	3	7	12	18	25			

Band	Job Weight
1	0-160
2	161-215
3	216-270
4	271-325
5	326-395
6	396-465
7	466-539
8a	540-584
8b	585-629
8c	630-674
8d	675-720
9	721-765

6. まとめと考察

専門性

- 基礎教育段階から専門分野(対象患者)別に養成
- 限られた範囲(診療科、疾病、年齢層)の患者を対象とした実践の高度化を追求
- 専門性の4つの方向性:
 - マネジメント
 - 医療(補助)行為
 - 教育
 - 調査研究

自律性

- 職業集団としての自律性
 - 看護助産協議会(NMC)
 - 国家、他の専門職、一般市民との関係
- 臨床現場での雇用契約の範囲内での自律性
- Cf. 看護助手や補助職: 看護師の指示に従う

ご静聴ありがとうございます

- 本報告は、平成24年度厚生労働科学研究費補助金・政策科学総合研究事業(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)の成果の一部である。

37

参考文献

- Ball, J, 2005, *Maxi Nurses: Advanced and Specialist Nursing Roles*, RCN.
- —, 2006, *Nurse Practitioners 2006*, RCN.
- Carpenter, M, 1977, “The New Managerialism and Professionalism in Nursing”, in *Health & Division of Labour*, eds by Stacey M et al.
- Courtenay, M., Carey, M, 2007, “Nurse independent prescribing and nurse supplementary prescribing practice: national survey”, *Journal of Advanced Nursing*, 61(3): 291-299.
- CHRE, 2009, *Advanced Practice: Report to the four UK Health Departments*.
- 江藤美和子, 2010, 「諸外国の看護裁量権②: オーストラリア、イギリス、カナダ、タイ、韓国におけるNPの裁量権と活動」『インターナショナルナーシングレビュー』Vol.33, No.1..
- McGee, P. (ed.) 2009, *Advanced Practice in Nursing and the Allied Health Professions*, Wiley-Blackwell.
- NMC, 2004a, *Standards of Proficiency for Pre-registration Nursing Education*.
- —, 2004b, *Standards of Proficiency for Specialist Community Public Health Nurses*.

38

参考文献

- NMC, 2006, *Standards of Proficiency for Nurse and Midwife Prescribers*.
- RCN, 2010, *Advanced Nurse Practitioners: an RCN guide to the advanced nurse practitioner role, competencies and programme accreditation*.
- 白瀬由美香, 2008 「イギリスにおける在宅看護の普及と機能分化」『同志社政策研究』第2号.
- 白瀬由美香, 2011a 「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担」『海外社会保障研究』No. 174.
- 白瀬由美香, 2011b 「英国における看護師の職務拡大: 看護師による医薬品の処方に関する検討」『社会政策』Vol. 3, No.1.
- 曾根志保、高井純子、大木秀一、斉藤恵美子、田村須賀子、金川克子、佐伯和子, 2005 「イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状」『石川看護雑誌』Vol.3, No.1.
- Stacey M et al, 1977, *Health & Division of Labour*, Croom Helm.
- Taylor, S & D. Field (ed), 2007, *Sociology of Health & Health Care*, 4th ed., Blackwell.
- Tooke, J, 2008, *Aspiring to Excellence*, Modernising Medical Careers Inquiry.

39

イギリスの地域看護師の歩みと 医師職との関係

白瀬由美香

しらせ ゆみか 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第三室長
連絡先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町 2-2-3 日比谷国際ビル 6F

はじめに

イギリスで地域看護師 (community nurse) とはいえ、プライマリケアで主に在宅患者に対するサービスを提供する看護師のことである。代表的な職名として、乳幼児への保健活動をする保健師 (health visitor) や、地区看護師 (district nurse) と呼ばれる訪問看護師が挙げられる。しかし、イギリスの地域看護師には、地域精神保健看護師 (community psychiatric nurse) や地域知的障害看護師 (community learning disability nurse) などのように、さまざまな専門分野の看護師として地域で活動する者もいる。また、診療所をベースに働くナース・プラクティショナーも地域看護師である。

本稿では、イギリスの地域看護師の中でも保健師と訪問看護師を中心に取り上げ、その歴史的な経緯と現在の業務、医師職などとの関係を紹介し、地域看護師の現状と課題について述べていく。

地域看護師の歩み

1. 保健師の歩み

イギリスで記録に残る最初の保健師の活動

は、19世紀半ばに中流階級の女性が主な担い手として行った、保健衛生に関する啓発活動だとされている¹⁾。最も組織化されていたのが、マンチェスター・ソルフォード婦人保健協会 (Ladies' Health Society) であり、労働者階級の家庭を訪問し、衛生上の注意を与え、石鹸や消毒剤とともに小冊子の配布を行っていた。活動に従事した女性たちは、女医や衛生監督官、助産師、教師などであったという。しかし、これら中流階級の女性による保健衛生指導は、労働者階級の女性の警戒を招き、効果を上げることは難しかった。そこで1880年頃から、労働者階級の女性に保健衛生教育を受け、訪問活動に従事させる手法が各地で取り入れられるようになった。ただし、その活動の実態は、公衆衛生の指導というよりも、家庭管理法の教授が中心であった。

それでも、こうした訪問指導活動は地方自治体の注目を集め、19世紀末から20世紀初頭にかけて都市部を中心に公衆衛生行政に保健師が組み込まれることになった。保健師の主な役割は、5歳までの乳幼児のいる家庭を対象とした育児法や、衛生状態改善の指導、および結核対策などであった。ロンドンやノッティンガム、シェフィールドなどでは、女性の工場監督官や衛生監督官が、保健師を兼任した。だが、保健

師は求められる教育水準の高さにもかかわらず、工場監督官や衛生監督官と比べると、当時は給与や資格要件の面で低く位置づけられていた。

戦後に医療保障制度 (National Health Service; NHS) が創設されると、公衆衛生も NHS の中に位置づけられた²⁾。保健師は乳幼児のいる家庭への訪問に加え、「疾病予防・ケア・アフターケア」事業の一環として、高齢者や退院直後の患者にも訪問指導を行うこととなった。当時の保健師は、本人の健康状態の確認をすることに加えて、住居やベッドの衛生状態を確認し、入浴や手洗い、食事に関することなどの日常的な健康管理にまつわる指導も行っていた。もし何らかの病変がみられた場合には、保健師は家庭医である GP (general practitioner) や病院へすぐに連絡を取り、緊急入院できるよう手配することになっていた。

このように、疾病で容態が急変するリスクの高い乳幼児や高齢者、退院患者などを定期的に訪問することによって、GP だけでは果たしきれない健康管理の役割を保健師が担ってきた。そして、1960年代頃から都市部では、診療所に保健師の相談日を設けることが試みられ、あらゆる年代の患者から保健相談を受けるほか、予防接種などの公衆衛生関連業務で診療所と地方自治体との連絡役を担った³⁾。

2. 訪問看護師の歩み

訪問看護サービス開始のきっかけは、リヴァプールの慈善家ウィリアム・ラスボーン (William Rathbone) が、瀕死の妻への看病を通じて、専門的な訓練を受けた看護師による支援がいかに重要であるかということに、深く感銘を受けたことにあるといわれている。そこで彼は1859年に看護師を雇い、病人を抱えた貧困家庭に向けて訪問看護サービスを提供しはじめた。さらに看護学校を創設し、看護が必要であっても支払能力のない人々がサービスを受けら

れるように慈善団体を設立した。こうして始められた組織的な訪問看護師養成とサービス提供は、次第に全国各地に広がり、1889年には地区看護師協会 (Queen's Institute of District Nursing, 現在は The Queen's Nursing Institute に改称) が結成された。

各地に設立された地区看護師協会支部は、共済制度や寄付、自治体からの補助金などによって運営され、共済加入者や貧困者は基本的に無料で在宅看護を受けることができた。訪問看護師は高い専門家意識を持ち、自らが判断する看護ニーズに基づいてサービス提供することが任務であるとされていたため、患者の経済状況にかかわらず、看護の対価としての料金徴収をしなかった。当時のイギリスには、低所得労働者を対象とした国民健康保険制度があったが、高齢者や主婦、子どもなどは対象外であり、訪問看護はそうした人々が比較利用しやすいサービスとして歓迎されていた。

戦後に NHS が発足すると、訪問看護は公的な医療保障制度の中に位置づけられ、すべての国民が利用可能なサービスとなった。訪問看護師は患者の看護をするだけでなく、健康問題に関する身近な助言者でもあることが期待され、将来的に NHS 全体にとって最も重要な部門になると見なされていた。訪問看護師の養成においても、① 病院看護の手法を在宅に応用すること、② 家族に対して社会サービスの助言をすること、③ 健康づくりへの関心を高め予防を推進することなどが重視されていた⁴⁾。

保健師と同様に、1960年代から訪問看護師も GP の診療所に配属する取り組みが開始された。診療所に配属された地区看護師は、患者の外傷の手当て、注射や予防接種、採血、視力検査、尿検査、血圧測定などに従事しつつ、在宅患者も訪問することとなった。この取り組みが、その後の診療所看護師、さらにはナース・プラクティショナーへとつながっていく。1980

年代になると、診療所看護師の中には、独立した診察室で診察や治療を行い、医師の監督のもとに処方を行う者も登場しはじめる。そして1999年には、地区看護師や保健師が日常的に用いる処方薬については、自ら処方することが公式に認められるようになった。

1) 現在の地域看護師の業務と医師職との関係

現在の保健師は、学校看護師や産業看護師とともに正式名称を地域公衆衛生専門看護師 (specialist community public health nurse) として、免許登録されている⁵⁾。以前は診療所に配属されていた者もあったが、現在は家庭訪問をするほか、子どもセンターや小児クリニックなどを拠点として、妊産婦と5歳未満の乳幼児の健康管理と子育て支援に関する業務に専従している。具体的には、①子育て支援および家族の健康、軽症の疾患に関する助言、②新生児訪問と授乳、離乳、歯科に関する助言、③身体測定、④産後うつに対する支援、などがある。また、児童虐待の防止と早期発見という任務もある。

保健師は地域の子ども向けサービス提供のリーダーとしての役割を担い、基本的には独立して活動する。診療所のGPや助産師、ソーシャルワーカーからの紹介により家庭訪問や個別相談を行うほか、保育士や子どもセンターの職員とも連携して業務に当たっている。

他方、地区看護師は診療所、病院の医師を含めた地域ケア・チームの一員として活動している。病院や専門看護師、GPなどから患者の紹介を受けるところから患者との関係が始まり、いわば患者の在宅療養に関する窓口となっており、さまざまな医療サービスへとつないでいく存在である。紹介された患者に自らアセスメントを行い、訪問看護サービスで提供すべき内容を決定する。そして、必要に応じてGPに連絡し、必要な薬剤を患者の自宅に手配し、患者が自信をもって自己管理ができるように支援するのが

通常の流れである。

しかしながら、近年は早期退院の推進により、ゼネラリストである訪問看護師でも対処しきれない患者も増えている。前述の通り、訪問看護師は一部の薬剤の処方権が与えられているが、実際に処方する者は少ないとの調査結果もある。高度な医療知識・技能が求められる患者に対しては、訪問看護師ではなく特定分野の専門看護師の派遣が必要とされている⁵⁾。

また、地域で訪問看護に従事する新たな高度実践看護師として、2004年から導入されたコミュニティ・メイトロン (community matron) がある。コミュニティ・メイトロンは、医療ニーズの高い要介護高齢者に対して、医療・介護サービスを調整するケース・マネジメントを行っている。訪問看護チームのリーダーを務めると同時に、地域のリハ職や介護職、病院の退院支援チームなどとも連携して働いている⁶⁾。調整業務に加えて、ナース・プラクティショナーとして自らもサービス提供に従事し、患者とその家族に看護・介護方法の指導を行うことで、症状の安定に貢献している。しかしながら、GPの中にはコミュニティ・メイトロンの役割に懐疑的な者もいるようである⁷⁾。

2) 地域看護師の現状と課題

王立看護協会 (Royal College of Nursing; RCN) によれば、医療政策全体としては、ケアの場の中心を病院から地域へ移行させることが進められているものの、地域で働く看護師の確保は不十分だと指摘されている⁸⁾。早期退院の推進により、患者がかつてよりも早く退院するようになり、以前よりも複雑な医療ニーズをもつ在宅患者が増えている。そのうえ、介護サービスの予算削減の影響もあり、地域看護師の業務量は増加していると指摘されている。地域看護師数は2001～2011年までの10年間で約1万人増加したものの、看護師全体における構成割合は2割程度を推移し続けている。保健師と訪

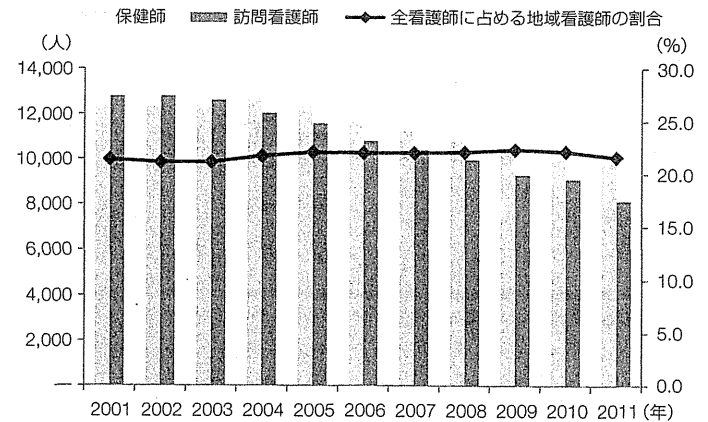


図1 保健師・訪問看護師数と地域看護師の構成割合の推移 (Health and Social Care Information Centre: NHS Hospital and Community Health Services, Non-medical staff, England-2001-2011, HSCI(Leeds)より改変)

問看護師に限ってみれば減少傾向にあり、2001年に両者とも1万2,000人超だったものが、2011年には保健師9,800人、訪問看護師8,200人にまで落ち込んでいる (図1)。

そうしたなか、保健省 (Department of Health) は「保健師実行計画 (health visitor implementation plan)」を2011年に発表し、保健師業務の見直しと、積極的な採用に乗り出した。また、2013年に発足した Public Health England は6月に「公衆衛生への看護師・助産師の貢献 (Nursing and midwifery contribution to public health)」を発表し、個人・地域・国それぞれのレベルで、すべての看護職が人々の健康状態の改善のため務めていく構想が示された。

イギリスにおける地域看護師の役割は確実に大きなものになってきている。しかし、その一方で期待される業務をこなすのに十分な人員が確保できていないという問題も抱えている。目下のところ NHS の組織改編によって、これまで通りに他職種との連携のもと、地域でサービス

提供をし続けることができるのかは定かではない。地域看護師が人々の健康のため、公衆衛生の向上のために、どこまで力を発揮できるのかを、今後も見守っていく必要があるだろう。

参考文献

- 1) 松浦京子: 世紀転換期イギリスにおけるヘルス・ヴィジティングの転換と保健医官。京都橘女子大学研究紀要 22: 155-174, 1995
- 2) 白瀬由美香: イギリスにおける地域保健サービスの形成—NHS 成立の一側面。大原社会問題研究所雑誌 586-587: 34-46, 2007
- 3) 白瀬由美香: 戦後イギリス地域医療の展開—1948~74年のバーミンガム市を事例として。医療と社会 17(3): 315-327, 2007
- 4) 白瀬由美香: イギリスにおける在宅看護事業の普及と機能分化。同志社政策研究 2: 63-77, 2008
- 5) 白瀬由美香: イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担。海外社会保障研究 174: 52-63, 2011
- 6) RCN: Community Nursing: Transforming Health Care, RCN (London), 2011
- 7) Steve Ford: GPs sceptical of community matron value, Nursing Times.net, 2011 <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/clinical-zones/district-and-community-nursing/gps-sceptical-of-community-matron-value/5035500.article> (2013年10月閲覧)
- 8) RCN: The Community Nursing Workforce in England, RCN (London), 2012

フランスにおける医療の質の確保に関する政策

松本由美

Policy on Quality Assurance in Health Care in France

Yumi MATSUMOTO

(Received October 1, 2013)

はじめに

フランスでは、1990年代から医療保障制度の抜本的な改革が実施されている。近年では、病院改革と患者、健康および地域に関する2009年7月21日の法律 (loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires 以下、HPST 年法) が制定され、医師や病院などの医療提供者をとりまく状況が大きく変化しつつある。同法において、医療の質と安全の確保は優先的な課題として位置づけられている。

日本を含む多くの国々において、医療の質の確保はますます重要な政策課題となっており、各国でさまざまな試みが行われている。フランスにおいて医療の質を確保するための取組みが本格的に開始されたのは1990年代であり、アングロサクソン諸国や北欧諸国との比較においては遅れた状況にあった (Gardette 2010: 2)。しかしながら、その後、医療保障制度の多様な領域において、医療の質を確保することを目的とした積極的な改革方策が実施されている。現在もHPST法に基づいて、医師等の医療従事者の教育研修と評価に関する制度が統合されるなど、医療の質をさらに改善するための制度の見直しが続けられている。本稿は、近年、注目すべき取組みを行っているフランスを対象として、1990年代以降の医療の質の確保に関する政策の展開とその到達点を明らかにすることを目的とする。

1. 医療の評価と質の確保

医療の質を確保するためには、提供される医療の評価 (évaluation) を行うことが必要となる。医療の評価の必要性については1980年代から認識されていたが、政策的な取組みが本格化したのは1990年代初頭である。病院改革に関する1991年7月31日の法律

(以下、1991年病院改革法)において、「公立・私立病院は、職業的実践、医療提供組織のあり方、および患者を包括的に引き受けるためのすべての活動の評価方策を発展させる」ことが定められた。これ以降、医療の評価の政策的な重要性が高まっていった。

医療の評価をめぐるのは、大きく三つの領域が区分される (Dupont et al. 2011: 177)。一つ目は、経済的な評価である。これは、医療活動による成果 (résultat) とそれに投じられた費用との関係を検討することによって、ある医療活動に用いられた資源がもっとも良い形で使われたのかどうかを明らかにすることを目的とする。二つ目は、医療技術の評価である。薬剤、バイオテクノロジー、医療機器等を対象として、それらの安全性、有効性および経済性の評価を行うことを目的とするものである。三つ目は、医療の質の評価である。これは、個々の患者に、医学の現状に応じて最良の医療的な成果を確保する診断・治療行為の組合せ (combinaison) を保証するためのものである。医療の質の評価は、最小の費用およびリスクで、また医療システム内部での手続き、成果、人間的接触における患者の最大限の満足を達成するような医療提供を可能にするために実施される。本稿において焦点を当てるのは、三つ目の医療の質の評価である。

フランスにおいても、評価にかかわる以上の三つの領域において積極的な政策的取組みが進められている。今日、医療の評価と質の確保に関わる広範な政策の中心に位置するのは、2004年3月13日の法律によって創設された高等保健機構 (Haute Autorité de Santé : HAS) である。HASは、法人格と財政的自律を付与された独立した公的機関であり、医療の質の改善を通して医療システムのコントロールに寄与することを任務とする。その主要な活動として、まず「評価と推奨 (recommandations)」が挙げられる。HASは、医療・経済的な観点から医療技術、医薬品、医療行為等々を評価し、費用の償還や価格の決定を支援する役割を担う。さらに臨床的な望ましい実践、医療安全および公衆衛生に関する推奨を定める役割を担う。二つ目は「認

証」を実施することである。HASは病院における質の確保を推進するために認証(certification)を実施し、特定の分野の医師に対する認証(accréditation)も行う。また、HASは、病院における医療提供の質に関する情報を、広く一般市民に提供する役割も担っている。

なお、医薬品との関連において医療の質や安全を確保する上では、ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) が重要な役割を担っている。ANSMは、医薬品の安全性を強化するために2011年12月29日の法律によって創設された公的機関である。すべての患者に革新的な医療への平等なアクセスを提供し、医薬品の安全を確保する役割を担っており、薬剤、バイオ製品、医療機器等に関する権限を有している。ANSMはHASとともに医療の質と安全をコントロールしている。

医療の評価と質の確保をめぐる政策の対象は広範にわたるが、本稿では、患者に提供される医療の質により直接的な影響を及ぼす諸施策について考察を行う。とくに認証制度、評価と継続的な教育研修、望ましい実践の推奨を中心に検討していく。

2. 病院における質の確保

医療の質の確保に関する施策としては、病院における医療提供の全体を対象としたものと、医師等の医療従事者による実践に焦点を当てたものとに分けて考えることができる。最初に、病院全体を対象として実施される医療の評価および質の確保のための方策について見ていく。

病院における評価の取組みは1991年病院改革法によって本格的に開始されたが、その後、評価は、医療供給のコントロールに関わるさまざまな施策と結び付けられ、医療の質を改善するための重要な道具となっていった。以下では、病院の評価のための中心的な手段である病院の認証制度と、目標と手段に関する複数年契約 (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens: CPOM) を通じた医療の質の改善方策を取り上げる。

(1) 病院の認証制度

認証 (accréditation) は、公立・私立のすべての病院を対象とし、その運営と活動全体に関わる義務的な外部評価の手続きである¹。認証は、当該病院および監督機関から独立して、病院とはかかわりを持たない医療従事者によって実施される。認証の目的は、評価の手続きと実践の改善を推進することを通じて、患者に提供される医療の質と安全を改善することである。認証制度は1996年4月24日のオルドナンス (大

統領令) によって導入されたが、あわせて全国医療認証評価機構 (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé: ANAES) が創設され、認証の手続きが推進されることとなった。これ以降、すべての病院は5年ごとに認証の手続きを行うことが義務付けられた。

2004年の法律によって高等保健機構 (HAS) が創設されると、病院の認証の実施は ANAES から HAS に引き継がれた。新たな仕組みのもとで、認証手続きが実施される期間は4年ごとに短縮され、また認証を示す用語「accréditation」は「certification」に置き換えられた。

1) 評価の内容

認証の内容や方法は絶えず見直しが行われており、HASによって認証の手引きが作成されている。2010年からはバージョン3の手引きに基づいた認証手続きが実施されている。この手引きでは、認証の内容は大きく二つに分けられており、第一章「施設のマネジメント」、第二章「患者の引き受け (prise en charge)」となっている。それぞれの章は複数の「参照 (référence)」と呼ばれる項目に分かれており、全体で28の参照項目が示されている。例えば、第一章の参照1は「施設の戦略」である。各参照項目には、多くの場合、複数の「基準 (critère)」が列挙されている。先の参照1には6つの基準が存在し、例えばそのなかの基準1.eは「医療の質と安全の改善方策」に関するものである。実際の評価はそれぞれの基準ごとに実施されるが、各基準には複数の判定要素 (éléments d'appréciation) と呼ばれる確認事項が詳細に定められており、これに従って評価が行われる。最終的に、すべての参照項目の各基準についてAからDの評価が行われる²。これらの具体的な評価に基づき、病院全体を対象とした認証についての決定が行われることとなる。

2) 認証のプロセス

通常、認証は病院の申請に基づいて開始される³。認証は、事前に行われる病院の自己評価を踏まえて、HASの専門調査官 (experts-visiteurs) のグループが病院を訪問することを通して行われる。具体的には、認証は次のようなプロセスで実施される。最初に、医療従事者とともに病院の自己評価が実施され、認証のための訪問調査の3カ月前までにHASに送付される。最初に病院内部で質の水準が確認されることとなるが、これは改善のために必要な行動を明らかにするとともに、質の改善プロセスへの医療従事者の参画を促すものである。

このような段階を経て、専門調査官による認証の訪問調査が実施される⁴。この調査の目的は、病院の自己評価を確認し、達成された質の水準と改善へ向けた動きを客観的に把握することである。訪問終了後、専門調査官によって主要な所見が示される。最終的には、認証手続きのために収集された分析資料、訪問調査および自己評価に基づく報告書が6カ月以内に作成される。

評価に基づき HAS によって認証についての決定が行われる。訪問時に確認された問題や不十分な点がある場合には、HAS は「推奨」、「留保 (réserve)」および「重大な留保」を伴う決定を行うことができる。これらの推奨や留保に基づいて、「認証 (推奨も留保も伴わない)」、「推奨を伴う認証」、「留保付きの認証」の三つのレベルの認証が決定される。なお、重大な留保がある場合には、HAS は病院の認証決定を一時的に差し控えることができる。この場合、重大な留保の理由となった点について、HAS の定める一定期間内 (最長 12 カ月) に病院が明確な改善を行った場合にのみ認証が行われる。これらに該当しない場合には、「不認証」の判断が下される。

作成された報告書は、病院と管轄の地域圏保健庁 (agence régionale de santé)⁵ に届けられると同時に、HAS のインターネットサイトで一般に公表される。このような過程を通じて、病院の質と医療安全の水準および病院による改善の取組みに関する情報が広く人々に提供され、同時に、病院には医療の質と安全を改善するための行動が求められることとなる。

また、認証制度において患者が中心に位置づけられるようになったことが指摘されている。これは、現在の認証の手続きが「患者の引き受け」の評価を中心としたものとなっていること、さらに自己評価と訪問調査への利用者の参加が増加したことにおいて確認される (Gardette 2010: 15)。

3) 認証制度の現状

2012 年現在、1,162 病院がバージョン 3 の認証手続きによる認証を受けている (HAS 2013)。傾向的には、公立病院よりも私立病院において高い水準の認証レベルを獲得する割合が高い。一つ前のバージョン 2 の認証手続きによる結果を見てみると、最もよい認証を受けた病院の割合は、営利私立病院では 62.2% であったのに対して、非営利私立病院では 59.6%、公立病院では 29.4% という結果である (FHP 2012: 170-171)。現在、実施されているバージョン 3 の認証手続きをすでに終了した病院に関する結果も、同様の傾向を示している。

4) 関連施策との関係

病院に関する他の公的施策と認証制度の関係は、現在のところ曖昧である。認証は、病院に関する計画とかかわる許可 (autorisation) や病院が社会保険の被保険者を受け入れるための資格とは直接的な関係はなく、認証が行われない場合の制裁制度の実施も予定されていない (Dupont et al. 2011: 189)⁶。

一方で、認証の結果に基づき、より直接的に病院に改善を促していく制度的枠組みとして、目標と手段に関する複数年契約 (CPOM) が存在する。CPOM は 1991 年に導入され、1996 年のオルドナンスによって重要性を増した契約的手法であり、現在では、地域圏保健庁が医療提供者をコントロールするための手段の一つである。CPOM は地域圏保健庁と個々の病院との間で締結される⁷。HPST 法は、CPOM の適用対象を拡大して、その役割を強化した。同法によれば、CPOM は、地域圏保健計画に基づき、病院、医療活動あるいは高額医療設備の許可の保有者等の戦略的方針を定めるものである。これらの医療提供者にとって地域圏保健庁との CPOM の締結は義務であり、最長 5 年の期限で締結される。

CPOM には多くの内容が含まれる⁸。なかでも、医療の質にかかわるものとして「医療の質と安全に関する目標と HAS の認証手続き後の医療の質と安全の改善義務」および「支出の医学的抑制 (maîtrise médicalisée)⁹、実践の変化 (évolution) と改善の目標」が盛り込まれることとなっている。CPOM に盛り込まれた内容を完全にあるいは部分的に実行しなかった場合には罰金が科される¹⁰。つまり、認証制度を通じて明らかとなった質の改善のための取組みや質の高い医療を提供するための目標は、地域圏保健庁との契約的枠組みを通じて推進されていくこととなる。

(2) 質と安全の指標

病院の認証制度とあわせて、質と安全の指標 (indicateur de qualité et de sécurité des soins) に基づいて情報を収集し、公表すること等を通じて質の改善を促す政策的試みが行われている。質と安全の指標は、病院における患者の健康状態や医療提供の状況、医療事故の発生等を測定する道具であり、有効で信頼できる医療の質の評価を可能にするものである。

2009 年 12 月 30 日のデクレ (政令) によって、すべての病院は医療の質と安全の指標に基づく評価を行い、それを公表する義務を負うこととなった。評価の結果を公表しなければならない質と安全の指標のリストは、アレテ (命令) によって定められている¹¹。多様な指標がこの対象となっているが、例えば、院内感染 (7 指標)、患者記録の管理、退院後の書類の送

付、痛みの評価の記録、栄養に関する問題の追跡、麻酔の記録の管理、心筋梗塞後の適切な薬剤処方等が含まれている。病院は、これらの指標について定められた基準に従って評価を行い、その評価は、社会問題・保健省の運営するインターネットサイト Platines (plateforme d'informations sur les établissements de santé) で公表される。データ収集時期などの問題により現時点ですべての指標が公表されているわけではないが、すでに病院ごとに多くの指標が閲覧可能な状態となっている¹²。

ところで、質と安全の指標に基づく評価と病院の認証は、病院における医療の質を確保するという目的において共通している。近年では、認証制度における指標の活用が進められている。このような指標の活用は、認証制度において病院の自己評価の資料を改善し、訪問調査時に専門調査官との対話の基礎を提供すること、評価におけるいくつかの基準や判定要素を代替することができること等のメリットがある。このため、バージョン3の認証の手引きにおいては、指標をよりよく活用するために、関連するいくつかの「基準」にマークが付され、それらの関係についての説明が加えられている。

このように認証手続きと質と安全の指標は補完的な関係にあり、その整合を図ることが求められている。実際には補完関係が整理されている指標の数は、認証の手続きにおいて確認することが求められる基準や判定要素の膨大な数に比べるとほんのわずかでしかないこと、いくつかの指標は認証手続きにおいては考慮されていないこと、さらに認証の結果と指標の評価には不整合（承認において最もよいレベルを獲得した病院が、指標の評価において必ずしも最もよいレベルに該当するとは限らない）が見られること等が問題として指摘されている（FHP 2012: 168-169）。

3. 医療従事者を対象とした質の確保策

(1) 評価と継続的な教育研修

医師等の医療従事者の実践の質を確保するための新たな制度として注目されるのが、2009年 HPST 法によって新たに導入された「継続的な職業発展 (développement professionnel continu: DPC)」と呼ばれる仕組みである。病院改革や医療へのアクセスに関する改革とは異なり、医療の継続教育研修は、それまで議会内外での議論や論争を巻き起こすテーマではなかった (Couty et al. 2009: 210)。新たな DPC 制度は、職種ごとに多様に展開されていた継続教育研修を統合・簡略化するとともに、それまで別々に展開されて

いた教育研修と評価の手続きを一体化するものである。

同法によれば、DPC は、職業的実践の評価、知識の改良 (perfectionnement)、医療の質と安全の改善、公衆衛生上の優先課題を考慮に入れること、医療費の医学的抑制を目的としている。DPC は、医師をはじめとする多様な医療従事者に対して義務化された¹³。DPC の対象となる医療従事者は、年間、少なくとも一つの DPC プログラムに参加しなければならない。

次に、DPC の中身を確認しておきたい。DPC は、「医療継続教育研修 (formation médicale continue: FMC)」と「職業的実践評価 (évaluation des pratiques professionnelles: EPP)」を統合して設けられた医療の質と安全の継続的な改善のための新たな仕組みである。多様な医療従事者が対象となるが、ここでは「医師」に焦点を当ててこれらの仕組みを見ていく。まず、前者の FMC は、従来、医師の倫理的義務として位置づけられていた。医師倫理法典には、すべての医師は知識を維持・改良し、継続教育研修活動に参加するために必要なあらゆる準備を行わなければならないことが規定されており、これに基づく継続教育研修が要請されていた。そのようななか 1996 年 4 月 26 日のオルドナンスによって、すべての医師・薬剤師に対して FMC が義務化されることとなった。さらに 2002 年には、対象別 (自由医¹⁴・病院勤務医・病院以外の勤務医) の FMC の全国協議会 (conseil national) が創設され、この全国評議会が研修実施組織を承認するという体制が整備された。なお、全国評議会は 2010 年 9 月まで存在していた。

後者の EPP に関しては、まず 1998 年に自由医を対象とした制裁を伴わない任意の形での EPP の仕組みが導入され、地域圏自由医連合 (URML) と ANAES によって共同運営されていた。2004 年 8 月 13 日の法律によって、EPP はすべての医師に対して義務化された。EPP の目的は、医療の質および医療従事者によって提供される患者への医療を継続的に改善することであり、倫理規定の遵守を重視した上で、医療の質、安全、有効性と効率、さらに予防、公衆衛生を推進することが目指された。具体的には EPP は、推奨 (後述) を基準として、HAS によって定められた方法に従って職業的実践の評価を行うものである。

EPP は HAS のコントロール下で展開されたが、実際の EPP の実施機関は対象となる医師の区分によって異なっていた。自由医に対しては URML が、病院勤務医に対しては各病院の施設医療委員会 (commission médicale d'établissement) 等が EPP の実施を委託されていた。HAS はこれらの EPP 実施機関の承認を行う役割を担った。一方で、個々の医師の EPP の有効認証 (validation) は、FMC の地域圏評議

会に委託されていた (Couty et al. 2009: 211)。なお、病院の認証の手引き (バージョン3) に示された基準のなかには、EEPに関する項目が複数盛り込まれており、EPPの実施を確保することは、病院の認証制度においても重視されている。

このように医療の質を確保するという目的において重なりながら、別々に実施されていたFMCとEPPの調和を図ることが政策的な課題として認識されるようになった。そもそも二つの手続き (FMCとEPP) は相互に補完的である。EPPは実践について振り返ることを促し、現実的な研修の必要性を明らかにする。またEPPは、個々の実践を仲間の実践あるいは望ましい実践の規範と突き合わせることを通じて、それ自体が教育的な手続きとなる (Couty et al. 2009: 212)。さらにHPST法は、多様な医療従事者の継続教育研修の仕組みを医師の教育研修義務と調和させながら、実施体制を合理化することも企図していた。こうしたなかで、従来の二つの手続きを統合して、多様な医療従事者を対象として新たに創設されたのがDPC制度である。

新たなDPC制度の全体的な舵取りを担うのが、2012年7月に創設されたDPC管理機関 (organisme gestionnaire du développement professionnel continu: OGDPC) である。OGDPCは、国と全国疾病保険金庫連合のメンバーによって構成され、DPC実施機関の登録、財源の供給、DPCの推進、DPCの活動の総括と医療従事者に対する実施報告書の作成等を担うほか、保健医療担当大臣に対して当該施策の質と有効性について意見を述べる役割を担う。医療従事者にDPCの取組みを義務づけることを通じて医療の質を確保しようとする試みは、緒に就いたばかりである。その効果や問題点などを分析することが今後の課題となる。

(2) 医師を対象とした認証制度

1996年の認証制度の導入当初、病院の認証を意味していた「*accréditation*」は、2004年以降、病院で医療を提供する医師に対して実施されるリスク管理の手続きを示す言葉として用いられている。これは、医療実践・行為に関連したリスクを予防し、削減するために実施される手続きである。病院に対して実施される認証と区別するために、以下では認証 (医師) と表記する。2004年8月13日の法律によって新たに位置づけられた認証 (医師) は、病院で医療に従事する医師あるいは同じ専門科の医師グループを対象として、彼らの職業的な実践を認証する手続きであり、義務的ではなく自発性に基づくものである。認証の結果は公表される。認証の対象となる医師は、特に職業的なリス

クにさらされている特定の専門分野の医師であり、その対象範囲はデクレによって定められている¹⁵。認証 (医師) の有効期間は4年間である。

この認証 (医師) は、2004年のHASの創設と同時に制度化された。認証 (医師) 制度において、HASは、リスクを孕む出来事の情報収集・分析し、科学的に承認された方法に従って医療の質と職業的実践の標準 (*référentiels*) を定め、その普及と活用の促進を図るというように、制度全体を統括する役割を担っている¹⁶。

実際には、それぞれの専門分野ごとの連合組織がHASから承認を受けて認証 (医師) を実施している。認証 (医師) を実施する組織は、方法論に関するHASのサポートを受けながら、医師に対して施策を推進し、リスクを伴う出来事を医師らが分析することを支援し、さらに教育研修、リスク削減プログラム、推奨、安全確保策において経験をフィードバックさせる役割を担っている (HAS 2012: 10)。認証 (医師) の手続きを行っている、あるいは認証された医師と医師グループは、望ましくない医療事故を分析するために必要な情報をHASに伝達しなければならない。HASは、専門分野ごとのリスク管理を通じて得られたデータを共有化するために、専門分野横断的に構成されるリスク委員会を設置している¹⁷。

2012年6月1日現在、認証 (医師) 制度をめぐる状況は次のとおりである (HAS 2012: 10)。18の専門分野の連合組織がHASから承認を受けており、これらの組織は、認証 (医師) の手続きに関わるほぼすべての専門分野をカバーしている。10,721人の医師が登録されており、7,759人が認証されている。また、47,227件のリスクを伴う事故がデータベースに登録されている。

なお、医師の認証はDPCプログラムの一つとして位置づけられるため、対象となる医師が、毎年、認証 (医師) プログラムに参加する場合には、DPCの義務を履行したこととなる。

(3) 望ましい実践の推奨

医療保険財政の悪化を背景として、1990年代に入ると医療費の「医学的抑制」と呼ばれる考え方が現れてきた。不適切な治療や薬剤の処方によって不必要な医療支出が引き起こされているという認識が高まるなかで、1993年に拘束力をもつ医療基準 (*références médicales opposables: RMO*) が導入された。RMOは医学的に不要な治療や処方を回避することを目的とした望ましい医療実践の基準であり、医師組合と疾病保険金庫が医療協約を通じて適用するRMOを定め、基準が守られない場合には罰金を科す仕組みであった。

このような制裁的な仕組みに反感をもつ医師も少なくなかった。

1996年のオルドナンスによってRMOの適用の強化が図られた。RMOは、同オルドナンスに基づいて創設された全国医療認証評価機構(ANAES)によって(薬剤部門に関してはフランス医薬品安全庁(AFSSAPS)¹⁸によって)作成された¹⁹。また、これらの二つの機関は、RMOのテーマごとに「望ましい実践の推奨(recommandations de bonne pratique)(以下、「推奨」)」を作成する役割も担っていた。

しかしながら、1999年にコンセイユ・デタ(国務院)がこの制裁措置を無効としたことによって、RMOは実施できない状況となった(Dupeyroux et al. 2011: 513)。RMOの実施が難航する一方で、同じ時期に「推奨」を基準として医療実践を評価するEPPの仕組みが導入されたこともあって、「推奨」を整備し、活用することが重視されるようになった。2004年にANAESを引き継いだHASは、「推奨」を作成し、これを医療従事者と一般市民に広く伝達する役割を担っている。

「推奨」は科学的なデータを総合し、学術的な議論を踏まえて作成されるものであり、一定の臨床的な状況において、医師と患者が最適な医療を追求することを支援するための、体系的に展開された提案であると定義される。実際には、あるテーマ(例えば、2013年1月発効の「2型糖尿病の血糖値コントロールの薬による治療戦略」)に関する「推奨」には、患者の状態や状況ごとに細かく設定された具体的な推奨が数多く提示されている。個々の推奨には四段階のグレードが設けられている。推奨のグレードは、科学的な根拠のレベルに応じて、「A」(確立された科学的根拠に基づく)、「B」(科学的推定に基づく)、「C」(低いレベルの根拠に基づく)、「D」(専門家の合意に基づく)と表記される。HASと医薬品安全庁によって作成された数多くの「推奨」は、HASインターネットサイトで公表されている。今日、望ましい臨床的な実践を推進していく上で、「推奨」の果たしている役割は大きい。

おわりに

本稿では、1990年代以降の医療の質の確保に関する諸施策の展開について検討してきた。この20年あまりの間に、医療の質の確保をめぐる政策は大幅に拡充されたことが明らかとなった。考察の対象期間には、施策の量的な拡大のみではなく、いくつかの質的な変化が生じたと考えられる。最後に、それらはどのよう

な変化であったのかという観点から考察を行うこととしたい。

変化の一つ目として、医療の質に関する制度の強制的な性質が強まった点を指摘することができる。1990年代に開始された医療の質を確保するための取組みにおいては、当事者によって自発的、任意的に実施されるものが見られた。これらの施策のいくつかはその後法制化され、さらに認証制度が創設されるなど、義務的な制度が拡大していった。これは、医療の質を確保し、改善するという目的のために公的な介入が急速に拡大したと捉えることができる。このような変化が生じた背景には、医療費が増大し、その抑制がますます重要となったことに加えて、医療の質と安全の確保に関する国の役割が増大した状況があると考えられる。本稿では、これらの背景についての検討を行うことはできなかったが、変化が引き起こされた背景とその要因、そのような変化を可能とした条件等を明らかにすることは、今日のフランスの医療保障システムを理解する上で不可欠であろう。さらに、フランスにおいて生じた変化を分析することを通じて、医療の質の確保をめぐる、いかなる主体が、何を根拠に、どのように医療保障システムに介入することが妥当であるのかということについて検討するための材料が得られる。本稿で掘り下げることができなかったこれらの観点から医療の質の確保政策のあり方について検討することを、今後の課題としたい。

二つ目の変化として、医療の質の確保や改善を目的として展開されてきた諸制度の統合化および補完性の強化を指摘することができる。「医療の質を確保する」という目的のもとで実施される諸施策は、その実施主体や対象、方法等において多様であった。諸施策がそれぞれに目的に向かって展開されていくなかで、相互の重なりと調整の必要性が認識されるようになった。近年の改革で試みられている施策の相互の調整は、整合性を高めることにより制度体系全体を効率化し、施策によって生み出される効果を高めるものと期待される。一方で、FMCとEPPを統合したDPC制度や病院の認証制度における指標等の活用等においては、そのような方向へ向かう過渡期の混乱や制度運営の複雑化が懸念される。このような方向をどこまで追及することが可能であり、望ましいのかという点については、今後のフランスの経験から多くの示唆が得られると考えられる。

フランスにおける医療の質の確保政策は、関連制度の義務化や統合化を行いながら、実効性を高めつつあるように見える。このような動きが、今後、医療提供者および患者に、さらには医療保障システム全体にどのような影響を与えることになるのかが注目される。

*本研究は、平成24～25年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）による「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）による研究成果の一部である。

注

¹ なお認証は、病院のみではなく、保健医療ネットワーク（réseaux de santé）と医療協力連合（groupements de coopération sanitaire）に対しても義務付けられている。公衆衛生法典 L.6133-4 参照。

² 評価は、①すべての判定要素が遵守されているか否か、②判定要素は病院のすべての部門において遵守されているか否かという観点から、遵守されている度合いに従って行われる。評価が「A」となるのは、すべての判定要素がすべての部門において常時遵守されている場合である。

³ 病院が申請を行わない場合には、地域圏保健庁（注5参照）が病院にかわって手続きの実施を要請する（Dupont et al. 2011: 188）。

⁴ 原則的に2～6人の専門調査官によって訪問調査が行われる（Dupont et al. 2011: 188）。

⁵ 地域圏保健庁は、2009年HPST法によって新たに創設された公的機関であり、地域圏における医療供給の包括的なコントロールを行っている。

⁶ なお、病院に与えられる許可は一定期間ごとに更新される仕組みとなっており、更新の際には評価の状況も考慮されることから、認証と許可が全く無関係であるわけではない。

⁷ HPST法の制定以前は、1996年4月24日のオルドナンスによって創設された地域圏病院庁（agence régionale de l'hospitalisation）と病院の間で締結されていた。

⁸ CPOMに盛り込まれる内容は、医療の質の確保に関するもののほか、医療活動の変更および連携のための義務、施設における緩和ケアの活動に関する項目、許可を得た医療活動と高額医療設備の量的な目標とそれを実施するための条件、組織と施設運営に関する変更等である。

⁹ 医療費の「医学的抑制」は、医療費の総額を固定し、数値化された目標を設定するような「会計的抑制」に対して、医療提供の質的な側面も考慮に入れながら医療費の抑制を行うために1990年代に導入された考え方である。不要な処置・処方回避することが重視された。

¹⁰ 罰金は、確認された違反の程度に応じて計算されるが、病院あるいは許可の保有者が医療保険制度から受け取る収入の5%を超えないものとされている。

¹¹ 最新のリストは2013年3月5日のアレテの付属文書に定められており、22の指標が列挙されている。

¹² それぞれの指標の評価は、視覚的にも分かりやすいように星（1～3つ）で示されている。また、指標ごとに

評価の前年からの変化が示されており、各病院における質の改善の動きが分かるように工夫されている。あわせて病院の認証に関する情報（認証のバージョン、認証日、認証のレベル、認証後の調査の実施）も掲載されている。

¹³ 医師、歯科医師、助産師、薬剤師、調剤師助手、医療補助職等に対してDPCは義務となっている（Couty et al. 2009: 168）。

¹⁴ 自由医は、個人的な患者に対して、診察室（cabinet）、私立病院、検査所（laboratoire）等において医療を行う医師である。

¹⁵ 認証（医師）の対象となるのは、麻酔・蘇生、顔面・口腔外科、整形・外傷外科、形成外科、胸部・心血管外科、小児外科等の外科、産婦人科、胎児超音波検査等に従事する医師である（HAS 2012: 10）。

¹⁶ 認証（医師）制度におけるHASの役割については、公衆衛生法典 L. 1414-3-3 参照。

¹⁷ 当該リスク委員会は、複数の専門分野に共通するリスクの管理政策の実施、提案された専門分野間の教育方法と推奨の有効性の確認、およびすべての専門分野に適用可能な実践安全の改善プログラムの提案を任務とする。

¹⁸ AFSSAPSは2012年に改組され、現在の組織はANSMである。

¹⁹ 2002年の時点で450のRMOが設けられていた。これは、主に薬剤の処方に関するものであり、検査に関するものは少数であった（Dupont et al. 2011: 191）。

参考文献

- Couty, Édouard et al., 2009, La loi HPST, regards sur la réforme du système de santé, Presses de l'EHESP.
- Dupeyroux, Jean-Jacques et al., 2011, Droit de la sécurité sociale 17^e édition, Dalloz.
- Dupont, Marc et al., 2011, Droit hospitalier 8^e édition, Dalloz.
- Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), 2012, Cliniques et hôpitaux privées au coeur du système de santé, Rapport sectoriel-Édition 2012.
- Gardette, Virginie, 2010, Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles, http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCE_M2/module1/sous_module4/001_Principes_demarche_0'assurance_qualite.pdf#search=RMO+qualite, 2013.9.25.
- Haute Autorité de Santé (HAS), 2012, «Régulation par la qualité: la HAS présente ses principales orientations», Dossier de presse, Conférence de presse de rentrée.
- Haute Autorité de Santé (HAS), 2013, Rapport d'activité 2012 Synthèse.
- 松本由美, 2012, 『フランスの医療保障システムの歴史の変容』早稲田大学出版部.

