

フランスにおける医師と看護師の役割分担

—看護師の「固有の役割」を中心に—

篠田 道子

■ 要約

フランスには処方権を持ついわゆるナースプラクティショナーは存在しない。手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理し、看護師の「固有の役割」を法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の高度化・複雑化に伴い、医師から看護師への行為の委譲が求められたこと、古くから専門看護師制度が存在していたことがあげられる。専門看護師は、小児、麻酔、手術室という限られた領域しかカバーしていないため、看護師の役割拡大は、一般看護師を対象に行われた。一方、在宅入院制度で配置が義務付けられている管理看護師は、院内外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。チーム医療の推進には、このような調整役が求められるのではないかと。

■ キーワード

フランス専門看護師、固有の役割、管理看護師、在宅入院制度

はじめに

わが国の急性期医療は、医療技術の進歩で医行為が高度化、複雑化し医師の負担が増えている。一方で、高度な教育を受けたコメディカルが増えているにもかかわらず、その専門性が十分に発揮されていないという声がある。このような背景から、2006年12月に内閣府の規制改革・民間開放推進会議が、医師とコメディカルの役割分担の見直しや、看護師の業務拡大の検討を提言し、2009年6月23日には「経済財政改革の基本方針2009」を閣議決定し、「医師と看護師等の間の役割分担の見直し(専門看護師の業務拡大等)」について専門家会議で検討を行い、2009年8月28日に厚生労働省内に「チーム医療の推進に関する検討会」(以下「検討会」)が設置され、2010年3月18日に報告書をまとめた。

検討会では、コメディカルの役割の拡大、ス

タッフ間の連携の推進とともに、保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)の中で、医師の包括的指示のもとで一定の医行為(特定の医行為)を実施する、特定看護師(仮称、以下同様)の創設を検討することが明記された。処方権を持つナースプラクティショナー(nurse practitioner: NP)の制度化は見送られた。

フランスには処方権を持つNPは存在しないが、古くから専門看護師制度が発達し、医療技術の進歩に合わせて医師と看護師の役割分担を整理し、「固有の役割」(role propre)を法的に位置付けてきた。ただし、フランスにおいても看護教育は現時点でも専門学校での養成であり、法的にも医師の補助的役割という位置付けで、必ずしも社会的地位は高くないなど、医師と看護師の関係は日本と同じような課題を抱えている。

本稿では、フランス医療制度、医師・看護師・専門看護師の動向を概観しながら、法的に定め

られた看護師の「固有の役割」を例示しつつ、医師との役割分担をわが国の看護師業務の現状と比較しながら整理する。フランス看護師は、一部の医師の反対に対抗しながらも、関係各団体を巻き込みながら「固有の役割」を確立し、これを拡大してきた経緯がある。また、専門看護師制度があり、専門看護師率は全看護師の8.6%である。専門看護に特化していくコースと、マネジメントに特化するコース(管理看護師)に分かれ、専門看護師の3分の1が管理看護師である。背景には、専門に特化した看護師だけではチーム医療が円滑に回らないこと、短い入院医療をカバーする在宅入院制度(後述)が発達し、ここでは病院・在宅・開業者との三つ巴の連携が求められることから、マネジメントができる管理看護師の配置が義務付けられている。

フランスは一般看護師の「固有の役割」を位置付けたこと、専門に特化する看護師とともに、マネジメントを学び、チーム医療や病診連携・看護連携を円滑にする管理看護師の役割も評価されていることを強調したい。最後に、現在厚生労働省の「チーム医療推進会議」で検討されている「特定看護師」が医師の包括的指示のもと、特定の行為を行うことについて、フランス看護師の「固有の役割」を比較しながら、その是非も含めて私見を述べたい。

1. フランス医療制度の概要

(1) 国民皆保険で公的医療保険と補足医療保険の2階建て

フランスはわが国と同様に国民皆保険を原則とする社会保険制度である。職域ごとに分化された医療保険制度があり、加入者の職業形態により、被用者一般制度、特別制度(船員や国鉄職員など)、農業制度、非被用者制度(自営業者や聖職者など)がある。このうち一般制度に国民の80%が加入している。保険者は疾病金庫(Caisse)

である。

2001年1月に、低所得者を対象とした普遍的医療給付(*converture medicale universelle* : CMU)を導入して国民皆保険を徹底した。CMUとは、国、公的保険、補足的医療保険組織が共同出資したもので、医療保険に加入できない低所得者や無保険者にも、同等の医療サービスを無料で受けられるようにしたもので、2006年にはCMUの加入者は500万人にも達している。

フランスでは、公的医療保険で給付されない医療費(自己負担金、私費診療の医療費など)をカバーする補足医療保険が発達している。強制加入ではないが、国民の93%が加入している。運営は共済組合、相互扶助組合、一般の保険会社などである。このように、公的医療保険と補足医療保険の2階建て制度という、手厚い給付体制を誇り、実質自己負担はほとんど発生しない仕組みになっている。

(2) 医療機関と医療費の支払い

表1にフランスの基本情報を示す。医師・看護師数は、団塊世代の退職を控えているものの、現時点では十分な数が確保されている。急性期病院の平均在院日数は5.2日と短い。フランスの病院は設置主体により、公的病院、民間非営利病院、営利病院に区分され、公的病院が多くを占める。機能分化も進んでおり、急性期病院、中期医療施設(わが国の亜急性期病床や回復期リハビリテーション病棟に該当する)、長期療養施設、精神病院に分かれている。2008年の全病床数は、440,656床で、そのうち急性期病床が50%を占める。人口は日本の半分であるが、病床数は4分の1と少ない。その分、医師や看護師の配置が手厚くなっている。

入院医療費は、公的保険でカバーされる部分については、疾病金庫から病院に直接支払われる。給付率は80%であり、自己負担部分の20%

を一旦支払い、後日補足医療保険者に請求する。外来医療費は償還払いが基本である。償還率は医療行為によって異なる。例えば、医師の外来診察料は70%、看護師やリハビリ技師によるセラピーは60%である。

(3) 近年の医療費抑制政策

2008年フランスの医療費はGDPの11%であり、人口の伸び率より医療費の伸び率が高い状態が続いていた。医療機関へのフリーアクセス、自由開業制、手厚い医療体制、低い自己負担などから医療費が増大する仕組みとなっていた。

医療費を抑制するため、2004年に医療制度を改革した。主な取り組みとして、①「かかりつけ医制度」の導入、②保険免責制度、③その他(有効性が低い薬剤の償還率の低下、患者カード導入による医療情報の共有化)である。本稿では①と②について述べる。

① 「かかりつけ医制度」によるフリーアクセスの制限

16歳以上の国民は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知することが義務付けられた。かかりつけ医を経由せずに、直接専門医に受診した場合は、自己負担額が増額されるペナルティが課せられた。2006年6月には、国民の77%がかかりつけ医を持ち、そのうち99.6%は一般医から選ばれている。

② 保険免責制度による自己負担の増額

国民にコスト意識を持ってもらうために、診察1回当たり1ユーロを自己負担する制度である(開業看護師やリハビリテーションなどの医療サービスも同様)。この自己負担については、補足医療保険でもカバーされないため、実質自己負担が増えた。ただし、1年間の負担上限額は50ユーロである。また、入院医療費、18歳未満と6ヶ月以上の妊婦、CMUの受給者については適用されない。

表1 フランス/日本基本情報

項目	単位	フランス	日本	
総人口	千人	62,149	127,395	
65歳以上の人口比率	%	16.6	22.1	
平均寿命	年	男77.8/女84.5	男79.3/女86.1	
合計特殊出生率	%	2.00	1.37	
病床数	人口千人当たり総病床数	床	7.1	13.9
	人口千人当たり急性期病床数	床	3.5	8.1
医師数	人口千人当たり医師数	人	3.34	2.15
	病床百床当たり医師数	人	48.4	15.6
看護師数	人口千人当たり看護師数	人	7.93	9.54
	病床百床当たり看護師数	人	114.9	69.1
平均在院日数(急性期)	日	5.2	18.8	
一人当たりの外来受診回数	回	6.3	13.6(06年)	
社会保障費対GDP	%	29.0	18.6	
医療費対GDP	%	11.2	8.1(07年)	
国民負担率	%	61.2	39.0	

出典：OECD Health Data 2010

2. フランスにおける医師・看護師の養成

(1) 医師

Code de la Sante Publique(以下、「公衆衛生法典」)L4111-1では、医師(medecin)、歯科医師(chirurgien-dentiste)、助産師(sage-femme)を「医療職」と位置付け、「いかなる者も医師業、歯科医師業、助産業を行うことはできない」と業務独占を明記している。さらに、所轄の県医師会、歯科医師会、助産師会への名簿登録が義務付けられている。本名簿は、県庁および地方裁判所に提出され、毎年1月に新しい名簿が公表される。医師、歯科医師、助産師は登録県以外の会には登録できない。

フランスの医師は、国立大学で6年間勉強し、卒業試験に合格すると医師免許が与えられる。免許の更新はない。専門性から一般医と専門医に分れ、専門医になるためには、医学部終了後「アンテルヌ試験」(インターン試験)に合格し、4-5年の専門教育を受ける。一般医を希望した者は、2年間の臨床研修を受ける。また、雇用形態から自由診療を行う医師(営利病院、開業医)と保険診療を行う医師(公的病院の勤務医)に分けられている。自由診療医は、Sector 1、Sector 2、Sector 3の区分がある。Sector 1の医師は協約料金に基づいて保険診療を行い、Sector 2の医師は保険診療+協約料金を超える診療、Sector 3の医師は自由診療のみを行う。

国立医師会評議会(CNOM: Conseil national de l'ordre des medecins)が2010年11月23日に「フランスにおける医師人口図解」を公表した。それによると、2010年1月1日時点で、フランスにおける医師保有資格者は261,378人、このうち216,450人が医療に従事している。人口10万人あたりの医師数は平均308.8人で、ここ30年間では、人口の伸び率より医師の増加率が上回っている。さらに、医師の都市部偏在、女性医師とパートタイマー医師の増大、医師の高齢化など、日本と共

通する問題を抱えている。

(2) 看護師

フランスの看護の資格は看護師(Infirmiere)と助産師の2種類である。教育プログラムの根拠法は公衆衛生法であるが、教育の管轄については、看護師は保健省、助産師は教育省と異なっている。両者ともに国家資格が必要あり、免許の更新はない。

看護師免許を取得するためには、高校卒業後に看護師養成学校(専門学校)で、3年間(37.5ヶ月、4,760時間)履修し、地方公衆衛生局が実施する国家試験に合格して、看護師国家免許を取得する。准看護師制度はなく、すべて正看護師である。

助産師は、高校卒業後に助産師養成学校(専門学校)で、4年間の教育を受け、教育省が実施する国家試験を受験し、合格すれば助産師免許を取得する。

フランスではさらに専門看護師(小児・麻酔・手術室)を取得して専門化するコースと、管理看護師としてマネジメントに特化するコースに分かれる。専門看護師は2年以上の実務経験を経た後に、一定期間専門の教育機関で教育を受ける(ただし、小児看護師は実務経験を問われない)。管理看護師は4年以上の実務経験が必要で、専門看護師を取得する必要はない。より専門化するか、あるいは管理職化していくかを選択する。

さらに管理看護師は、①医療保健管理職、②上級医療保健管理職、③看護部長2級、④看護部長1級の4段階に分かれる。管理職になると、指導的立場や院内の重要なポストに就くようになる。こららは、資格ごとに存在する「身分に関する法令」によって規定されている。これら専門看護師の根拠法、教育機関や期間、資格試験などについては、表2に示すように、山本、刀根、岡谷が詳細な報告をしているので参考にされたい。

表2 フランス専門看護師の資格と教育の概要

	小児看護師 Puéricultrice	麻酔看護師 Infirmiere - anesthésiste	手術室看護師 Infirmiere - de bloc operatoire	管理看護師 Diplome de cadre de santé			
				医療保健管理 職	上級保健医療 管理職	看護部長2級	看護部長1級
前提条件	看護師免許 (実務経験は 必要なし)	看護師免許取 得後2年間の 臨床経験	看護師免許取 得後2年間の 臨床経験	看護師または 専門看護師の 免許実務経験 4年以上	医療保健管理 職の免許と管 理職の実践	上級保健医療 管理職の免許 と5年間の管 理業務を含む 10年実践	看護部長2級 の免許と実践
教育期間	12ヶ月	24ヶ月	18ヶ月	10ヶ月	実践現場での 訓練・教育	9ヶ月	実践現場での 訓練・教育
認定機関	地方病院機構						
根拠法	デクレ47-1544 小児看護師の 身分に関する 法令	デクレ88-903 麻酔看護師の 身分に関する 法令	デクレ71-388 小児看護師の 身分に関する 法令	デクレ2000-1009 看護管理職の身分に関する法令			
資格	国家免許						
資格試験 の有無	国家試験			国家試験	書類審査	国家試験	国家試験
登録機関	地方公衆衛生局						

出典：山本あい子他(2004)：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」pp.48-51を加筆・修正

本稿では、これらの先行研究を参考に看護師の「固有の役割」を整理する。

(3) 開業看護師

フランスではすべてのコメディカル職に開業権がある。多くは、多職種が共同でビルを借りて、グループ診療を行っている。開業看護師数は2009年末で約70,000人であり、看護師の14%を占める。開業看護師は専門看護師である必要はなく、実務経験3年を経た後に、地方公衆衛生局に登録して開業する。開業看護師は、自宅やオフィスなどで看護クリニックを開業し、訪問看護も提供する。

3. フランスの看護師と専門看護師の動向と歴史

(1) 看護師と専門看護師の動向

全国被用者疾病金庫 医療職者台帳の2009年1

月1日付けによれば、フランスの看護師数は502,500人で、人口1,000人当たりの看護師数は7.93人、100床あたりでは114.9人である。専門看護師数は43,000人で、専門看護師率は8.6%である(内訳は、小児専門看護師3%、麻酔専門看護師1.6%、手術室専門看護師1.2%、管理看護師2.7%)。ここ10年間で看護師数、専門看護師数ともに伸びている。表3に看護師数と専門看護師数の動向を示した。

専門看護師の勤務場所は、個人開業15%、病院71%(公的病院54%、民間非営利+営利病院17%)、高齢者施設4%、その他10%であり、公的病院勤務が半数を占めている。

(2) 専門看護師の歴史

専門看護師の歴史は古く、戦後まもない1947年に母子保護政策を高める職種として、小児専門看護師が誕生した。手術と麻酔技術の高度化

表3 フランスにおける看護師と専門看護師の動向

	2000年	2003年	2006年	2009年
看護師数(人)	383,200	422,800	464,900	502,500
専門看護師数(人)	27,900	32,600	37,100	43,000
小児専門看護師	12,000	11,600	13,200	15,000
麻酔専門看護師	5,400	6,400	7,200	8,100
手術室専門看護師	3,700	4,800	5,500	6,200
管理看護師	8,600	9,900	11,300	13,700
専門看護師率(%)	7.3%	7.7%	8.0%	8.6%

出典：ADELI(全国被用者疾病金庫 医療職者台帳)

に伴い1960年に麻酔専門看護師、1971年に手術室専門看護師が誕生した。

医療技術の高度・複雑化に伴い、医師にはより高いレベルの医療行為が求められるようになってきた。そのため、医師が提供していた医療行為が徐々に看護師に委譲されようになり、かつ、看護補助者による療養上の世話が認められるようになってからは、看護師は医療の技術的業務を実施する「技術者」にシフトしてきた。

1980年代になり、医師から委嘱された業務について、看護師の「固有の役割」(role propre)としてDecret(デクレ：政令)¹⁾に明記しようとする動きが活発になった。しかし、「看護師は医師の助手」と考えていた一部の医師の団体が反対したため、看護師の職業団体や労働組合がデモを行い、対抗した。その結果、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記された。これにより、看護師は患者との関係を基本にしなが、固有の役割について責任をもって遂行することになった。看護師の自律性を承認する大きな出来事であった。

4. フランスにおける看護師の固有の役割

(1) 看護師の業務実践における「固有の役割」

日本の保健師助産師看護師法(以下「保助看法」)第37条では、医師から看護師への「指示」については、看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応

できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すべき行為を一括して指示すること、つまり「包括的指示」により看護業務が行われている。包括的指示はあいまいな概念で、基準や行為など具体的な例示がないため、しばしば人によって解釈が異なる、いわゆるグレーゾーンとして扱われている。

個々の医療行為が「診療の補助」の範囲に含まれるか否かについては、当該行為の難易度、看護教育の程度、医療用機材の開発の程度を総合的に勘案し、社会通念に照らし合わせて判断されるとし、これまで厚生労働省は、2002年「静脈注射」、2007年「薬剤の投与量の調整」が「診療の補助」の範囲に含まれるとしている。ただし、膨大な医療行為を一つひとつ区分けするのは限界があること、診療の補助業務にも難易度があり、どのような方法で区分けするかは議論されていない。

フランスでは、1984年に看護師の「固有の役割」がデクレとして明記されたことをきっかけに、看護行為について、雇用連帯省2004年7月29日「看護職実践・職業行為に関する法」に明確している(表4)。以下、法の概要を示す。

- ・ 第1条：「看護実践には、分析、計画、実行、評価、臨床データ収集、疫学と予防活動への参加、検査、保健衛生教育が含まれる。看護実践にあたっては、多職

- 種とチームを形成して活動する」と規定されている。
- ・ 第2条～第4条(略)
 - ・ 第5条：看護師が独自に判断・決定して行う看護行為(本稿では「A」とする)
 - ・ 第6条：救急の場合を除き、医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコルが必要で、看護師が単独で行う行為(「B」)
 - ・ 第7条：医師の処方またはプロトコルに則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載

- すること。
- ・ 第8条：医師の処方箋(内容・量・日付・署名を明記)、またはプロトコルが必要で、至近距離に医師の物理的臨場を必要とする行為(「C」)
 - ・ 第9条：医師が行う際に、介助者として参加できる行為(「D」)
 - ・ 第10条：麻酔専門看護師が行える行為(「E」)
 - ・ 第11条：小児専門看護師が行える行為(「E」)
 - ・ 第12条：手術室専門看護師が行える行為(「E」)
- また、上記A～Eの看護行為について、わが国の保助看法「療養上の世話」と「診療の補助」業務

表4 フランスにおける看護職実践・職業行為(抜粋)

<p>A. 看護師が判断・決定して行う行為(医師の指示や処方必要なし)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 投薬：服薬の確認、作用・副作用の管理と教育 ・ 排泄ケア ・ 呼吸管理 ・ 褥瘡予防とケア ・ 経管人工栄養の注入と交換、ケア、観察 ・ 食事や栄養のケア ・ 睡眠、安静、移動のケア ・ 心理精神的ケア <p style="text-align: right;">合計38行為</p>
<p>B. 医師の処方やプロトコルに基づき、看護師が単独で行う行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 静脈注射、筋肉注射、皮下注射、点滴、ワクチン接種 ・ 中心静脈路(血管)確保 ・ ドレーンの交換や除去 ・ 洗浄目的の胃管挿入 ・ 肛門ゾンデ挿入、洗浄、浣腸、摘便 ・ 2回目以降の気管カニューレ交換 ・ 心電図、脳波記録 ・ 採血、血中酸素濃度測定、中心動脈圧の測定 ・ 他院への患者移送時のケアと観察 ・ 医師、患者、看護師間での治療計画作成 等 <p style="text-align: right;">合計34行為</p>
<p>C. 医師の処方やプロトコルに基づき、かつ医師の物理的臨場を必要とする行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸血などの注射(適合性の確認が必要なもの) ・ 中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入 ・ 中心静脈カテーテルの除去 ・ 手動徐細動器の使用 ・ 脱アルコール治療、睡眠治療 ・ 手術直後から覚醒までを除く手術直後の経過観察とケア <p style="text-align: right;">合計10行為</p>
<p>D. 医師が行う際に、介助参加できる行為</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 負荷または薬剤使用での心電図や脳波の記録 ・ 貯留物除去ゾンデ初回 ・ 循環動態データ観察 ・ 精神科における電気ショック <p style="text-align: right;">合計10行為</p>

E. 専門看護師に限って行える行為	<p>【麻酔専門看護師】</p> <p>医師の処方やプロトコールに基づき、かつ麻酔医が物理的に臨場している場合に行える行為</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全身麻酔 ・部分麻酔 ・手術直後蘇生覚醒 ・手術直後、覚醒室での経過観察 <p>【小児専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・小児の発育と成長観察 ・新生児の栄養 ・障害の予防と早期発見目的の検診 <p>【手術室専門看護師】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手術室内管理, リスクマネジメント ・各部署との調整
-------------------	---

表5 「診療の補助」行為に関するフランスと日本の比較

	診療の補助行為	フランス	日本
注射	筋肉注射, 皮下注射, 皮内アレルギーテスト	○	○
	静脈注射(ワンショット)	○	○
	中心静脈血管確保	○	×
	中心静脈カテーテルへの鎮痛剤注入	△	×
	中心静脈カテーテルの抜去	△	×
検査	採血(静脈)	○	○
	採血(動脈ライン)	○	△
	12誘導心電図検査の実施	○	○
その他	創部洗浄・消毒	○	○
	体表面創の抜糸	○	×
	気管カニューレ交換	○	×
	ドレーンの交換や抜去	○	×
	気管内挿管	×	×

注) ○：医師の指示で看護師が単独で実施できる行為
 △：医師の指示があり、かつ医師がそばにいれば実施できる(している)行為
 ×：看護師は実施できない(しない)行為

との関係を整理した。

- | | |
|--|---|
| <p>A. 看護師が独自に判断・決定して行う行為
⇒医師の指示や処方を必要としないので、「療養上の世話」に該当する</p> <p>B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為
⇒ほとんどが「診療の補助」に該当するが、一部該当しないハリスク行為が混在している(動脈血採血、中心静脈路確保)</p> <p>C. 医師の処方やプロトコールに基づき、かつ</p> | <p>医師の物理的臨場を必要とする行為
⇒ほとんどがハリスク行為で、「診療の補助」に該当しない</p> <p>D. 医師が行う際に、介助者として参加できる行為
⇒「診療の補助」に該当しない行為</p> <p>E. 専門看護師に限って行える行為(麻酔看護師のみ)
⇒「診療の補助」に該当しない行為
また、第7条「医師の処方またはプロトコール</p> |
|--|---|

に則り、鎮痛治療を自主的に使用することができる。さらにこれらを看護記録に記載すること」では、鎮痛剤に関する看護師の裁量権が定められている。

さらに、上記「診療の補助」行為で主要なものを抽出して、フランスと日本を比較した(表5)。フランスでは多くの医療行為は一般看護師が行っている。

(2) 開業看護師は医師の処方に基づき看護行為を提供

開業看護師が行う看護行為には、一つひとつに看護点数(診療報酬に該当)が決められている。注射や創処置など医療行為を評価する「医療・看護技術」(AMI: Actes Medico Infirmierde)と、ケアプラン作成や清拭など「看護・生活技術」(AIS: Actes Infirmierde Soins)の2種類に分かれており、それぞれ単価が定められている(1AMIは3.15ユーロ、1AISは2.65ユーロ)。これらは出来高払いで請求できる。これらは開業看護師に対する報酬であり、病院勤務の看護師は算定できない。表6に主なAMIを示す。急性期病院の平均在院日数が5.2日と短いため、患者は早々に退院し、抜糸や注射などの処置は在宅入院または開業看護師が実施している。

開業看護師の看護行為は、あくまでも医師の処方に基づいて実施されており、病院看護師であれば独自の判断で行う「療養上の世話」についても医師の指示が必要になる。ただし、看護師が看護行為の追加や変更が必要と判断した場合は、医師に相談し処方を変更してもらうなど柔軟な対応をしている。処方の有効期間は、慢性期疾患で状態が安定している場合は6ヶ月、術後や抗癌剤治療など急性期～回復期については、状態によって1週間から1ヶ月に設定されている。

(3) 在宅入院制度では管理看護師がキーパーソン

在宅入院制度(Hospitalization à Domicile: HAD)とは1970年12月31日病院法によって導入されたもので、2000年5月30日の雇用連帯省通達によって基本的な枠組みが定められている。本通達によれば「HADとは、患者・家族の同意のもと、病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ限定された期間に(ただし、患者の状態に合わせて更新可能)、医師およびコメディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供されるサービス」と定義されている。

医療ニーズの高い退院患者に対して、在宅入

表6 主な医療・看護行為(AMI)の点数(抜粋)

医療・看護行為(抜粋)	AMI*	金額(ユーロ)
皮下注射	1	3.15
筋肉注射	1	3.15
小児皮下注射・筋肉注射	2	6.3
静脈注射	1.5	4.725
採血	1.5	4.725
気管切開口処置・吸引・管交換	2.25	7.087
抜糸(10針未満/10針以上)	2/4	6.3/12.6
潰瘍・皮膚移植処置	4	12.6
尿道カテーテル挿入(男/女)	4/3	12.6/9.45
尿道カテーテル交換(男女同じ)	1.25	3.93
在宅医師への報告(書類作成)	5	15.75

注) ※1AMI=3.15ユーロ

院機関が病院チームと個人開業者と三つ巴の連携をしながら、在宅ケアへ軟着陸させるシステムであり、多職種チームによる集中的ケアマネジメントである。在宅入院機関は病診連携の中核的役割を担い、個人開業者との関係を強化し、家庭復帰を支援する。在宅入院の目的は、在院日数を短縮し、再入院を回避しつつ、患者の在宅生活を支援するものである。精神科を除くあらゆる診療科を対象とする。公立病院協会傘下の急性期病院は、在宅入院機関の支部を併設することが義務付けられ、地方病院局は、病院の入院を代替する在宅入院をより一層発展させるよう通達している²⁾。

HADは多職種・他機関とのシステムづくりがポイントであり、キーパーソンはコーディネーター看護師である。コーディネーター看護師は管理看護師の資格が必要で、公衆衛生法でも配置が義務付けられている³⁾。フランスにはわが国のような介護支援専門員が存在しないため、病診連携や看護連携はもっぱらHADの管理看護師が担っている。

管理看護師は、医師の処方に基づいてケアプランを作成し、患者・家族の同意を得てサービスの調整を行う。その後定期的にモニタリングを行い、症状が安定したり、セルフケア能力が高まって自己管理できるようになれば、HADの役割を終えて個人開業者や在宅サービス事業者に引き継ぐ。

5. まとめとわが国への示唆

(1) 手厚い医療保険と医療提供体制のもと、看護師の処方権よりは医師と看護師の役割を整理

フランスの看護師は処方権を持たず、「固有の役割」として裁量の幅を拡大し、法的に位置付けてきた。背景には、急性期医療や在宅医療の発達に伴い、医師から看護師への行為の委譲が行

われてきたこと、古くから専門看護師制度が発達していたことがあげられる。自らの業務の拡大には、医師会の反対があるなど日本と同じ状況を経験してきたが、関係団体を巻き込みながら合意を得てきた。

諸外国ですでに導入されている看護師の処方権のメリットとして、①費用の安さ(医療費の抑制)、②医療へのアクセスのしやすさ、③待ち時間の短縮などが指摘されている⁴⁾。フランスは手厚い医療保険と医療提供体制により、自己負担は低く抑えられており、かつ、医師へのアクセスも容易で、病床数に見合った医師数も確保されていることから看護師による処方権を求めてこなかった。ただし、医療の現場でしばしば問題となる、いわゆるグレーゾーンに該当する医療行為については、医師が裁量を委譲しながら、医師と看護師の役割を整理し、法で定めるなど合理的な方法をとってきた。

わが国はフランスよりも医療へのアクセスが良く、外来にかかる待ち時間はほとんどない。さらに、医師の技術料もこれら諸外国と比較すると高くない。ただし、病床数が多いため、医師・看護師の配置数が少なくなっている現状がある。

(2) 一般看護師を対象に「固有の役割」を拡大

フランス看護師の「固有の役割」の拡大は、専門看護師ではなく一般看護師を対象に行われてきた。これは、看護師とはジェネラリストであること、小児・麻酔・手術室専門看護師は、限られた領域での専門性であることが合意されているからである。一方で、病診連携や看護連携を促進し、在院日数を短縮化し、在宅医療への軟着陸を多職種とともに行う管理看護師の存在が早くから評価され、HADでも配置を義務付けている。

厚生労働省の「チーム医療の推進に関する検討

会」で議論されている特定看護師は、「医師の包括的指示のもとで侵襲性の高い医療行為を行う看護師」であり、処方権を持つNPとは異なっている。その意味では、フランスの一般看護師が行っている医療行為「B. 医師の処方やプロトコールに基づき、看護師が単独で行う行為」に近いものと理解している。検討会で議論されている「特定医行為として想定される行為例」は、①動脈血ガス測定のための採血、②創部ドレーンの抜去、③縫合などの創部処置、④褥瘡の壊死組織のデブリードマン、⑤副作用出現時や症状改善時の薬剤変更・中止、⑥CTやMRIなどに実施時期の判断などである。

フランスと異なるのは、これらの行為を特定看護師のみに解禁し、一般看護師が実施できないことである。これまでの実態調査では、一般看護師が特定の医療行為を行っている実態がある。特定看護師のみが実施できて、一般の看護師が出来なくなると現場が混乱するのではないか。また、すでに養成が始まっている認定看護師・専門看護師との役割の違いも曖昧である。医療の高度化や複雑化に対応した、看護師の専門化は時宜にかなったものであるが、専門看護師、認定看護師、特定看護師、看護師、准看護師、看護補助者というように、看護組織のヒエラルキーが拡大し、国民や医療チームにとって分かりにくい組織になるのではと危惧している。

特定看護師を創設しなくても、保助看法第37条に規定する「包括的指示」(看護師が患者の状態に応じて柔軟に対応できるよう、患者の病態の変化を予測し、その範囲内で看護師が実施すること)は、一般看護師でも対応可能と思われる。ただし、検討会の報告書でも指摘されているように、「包括的指示」が成立するための具体的な要件(フランス看護師の「固有の役割」に該当)を例示する必要性を感じている。

(3) 高度に訓練されたジェネラリストとしての管理看護師

特定看護師のような、少人数の実践者が医療現場にいてだけで医療の質が向上するとは考えにくい。医療現場は30を超える専門職の集団であり、それぞれが高度な専門教育を受けている人材の宝庫である。この機会に看護師だけでなく、ほかの職種も業務範囲や役割を見直さないとバランスが悪い。また、病院に配置される医師・看護師数が少なく、まずは人員基準を引き上げるべきである。特定看護師や専門看護師を増やしても、絶対数が不足する状態は改善しないのでは、医療現場の疲弊は改善しない。

フランスHADの管理看護師は、院内と院外の多職種・他機関を調整する「高度に訓練されたジェネラリスト」である。それぞれの専門職が持つ専門能力を存分に発揮してもらい、統合された形で患者に届けるという役割を大切にしている。専門分化した組織には、これらを高度に統合する専門家、すなわちジェネラリストを束ねるゼネラルマネージャーというスペシャリストが求められているのではないか。

注

- 1) 「L」の頭文字はLois (ロワ：法律)を表す。Loisに続くものとして、Reglementaire (レグルマンテール：法規)、Decret (デクレ：政令)、Arrete (アレテ：省令・条令)、Circulaire (サーキュレール：通達・通知)がある。
- 2) 2008年末でのHADの設置数は265か所であり、フランス全国土をカバーしている。1999年の時点では、68か所であったことから10年間で約4倍になっている。設置主体の3分の2がNPO法人など非営利団体、残りの3分の1が民間企業などの営利法人である。
- 3) 公衆衛生法では、HADの人員基準を、入院患者6名に対し、最低1名以上の常勤の医療従事者を配置するよう定めている。また、医師を除く全職員の半数以上は看護師資格保持者でなければならない。さらに、30床以上の許可を受けた組織は、管理看護師を1名以上配置するよう定めている。

- 4) 看護師の処方権が認められている国（先進国に限定）は、アメリカ、イギリス、オーストラリア、スウェーデン、アイルランド、オランダ、韓国、ニュージーランドである。

参考文献

- Stffen M (CNRS-Grenoble University) (2010): The French health care system.liberal universalism. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 35(3), pp.353-387.
- 厚生労働省大臣官房国際課：「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（フランス）」、『海外情勢報告（2005～2006年）』, p.241.
- 山本あい子他（2004）：平成13年度厚生科学特別研究事業「諸外国における看護師の業務と役割に関する研究」pp.38-51.
- 刀根洋子（2007）：「フランスの医療と看護の動向」、『インターナショナルナースingleレビュー』, 30(3), pp.96-100.
- 岡谷恵子（2005）：「フランスの看護師制度の概要－医療・看護制度の現状と課題－」、『世界の労働』, 55(10), pp.42-53.
- 原山哲（2005）：「看護におけるジェンダーの次元の脱構築－フランスと日本の比較社会史試論－」、『東洋大学社会学部紀要』, 43(2), pp.77-86.
- 篠田道子（2008）：「フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に－」、『海外社会保障研究』, No.162, p.33.
- 水木麻衣子, 高橋都, 甲斐一郎（2010）：「看護師の処方権導入に関する文献研究－利害関係者の視点から－」、『社会技術研究論文』, No.7, pp.222-231.
- 厚生労働省（2010）：「看護業務実態調査 結果概要 看護師が行う医行為の範囲に関する研究（速報）」9月27日発表資料.

（しのだ・みちこ 日本福祉大学教授）