

平成 25 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金

老人保健健康増進等事業

諸外国における訪問看護制度についての調査研究事業

報告書

平成 26(2014)年 3 月

株式会社 キャンサーズキャン



## はじめに

老人保健健康増進等事業（老人保健事業推進費等補助金）は、「高齢者の介護、介護予防、生活支援、老人保健及び健康増進等に関わる先駆的、試行的な事業等に対し助成を行い、もって、老人保健福祉サービスの一層の充実や介護保険制度の適正な運営に資すること」を目的としている。本報告書は、平成 25 年度の課題の一つである、「諸外国における訪問看護制度についての調査研究事業」の結果をまとめたものである。

訪問看護とは、病気や障害を持った人が住み慣れた地域でその人らしい療養生活を送れるように、看護師等が生活の場へと訪問し、療養上のお世話、医療処置、ターミナルケア、医療機器の管理、リハビリテーションといった各種支援を提供するサービスである。また訪問看護師は、厚生労働省が推進する地域包括ケアシステムにおいて、在宅での医療と介護をつなぐ専門職として期待されており、サービスのより一層の充実が求められている。

ヨーロッパでは、日本よりも高齢化の開始が早かったこともあり、訪問看護を含む高齢者を対象とした保健医療福祉サービスの歴史が深く、今後のわが国における訪問看護制度の運用・設計についても参考となる点が多い。一方で、各国の保健医療福祉政策の理念や課題にはバラつきがあり、制度の歴史的文化的背景を踏まえなければ、日本の現状に沿った施策の参照や応用は難しい。

したがって、本事業の実施においては、まず諸外国における保健医療福祉制度の成り立ち、訪問看護サービスの財源や支払制度、訪問看護サービスの提供体制、その教育制度など制度の全体像を把握することに重きを置いた。また、各国の政府や看護協会などが出版する調査結果を紹介しながら、諸外国における訪問看護従事者数の推移や訪問看護サービスの実態と課題について考察を行った。

以上のような視点で諸外国における訪問看護の制度と現状についてまとめながら、最終的には、日本の訪問看護従事者の確保に向けて、諸外国において参考となる施策や事例をもとに政策的示唆を与えることを試みた。わが国における訪問看護サービスの安定的な供給体制の構築に向けて、今後は、本事業によって明らかにされた諸外国の制度及び施策例が参照されていくことが期待される。

本事業の実施にあたっては、国内外の専門家の方々より多大のご高配、ご協力を賜った。ここにあらためて皆様に厚く御礼を申し上げる。

平成 26 年 3 月  
株式会社 キャンサーズキャン



# 目次

第1章	事業概要	
	第1節	背景と目的.....1
	第2節	事業実施体制.....2
	第3節	調査の方法.....3
第2章	イギリスの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....7
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....11
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....19
第3章	スウェーデンの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....27
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....30
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....33
第4章	デンマークの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....37
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....39
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....43
第5章	オランダの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....47
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....51
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....55
第6章	ドイツの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....57
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....61
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....65
第7章	フランスの訪問看護制度	
	第1節	訪問看護制度の概要.....69
	第2節	訪問看護に関する調査報告書の紹介.....71
	第3節	訪問看護従事者確保に関する政策的示唆.....77
第8章	総括	
	第1節	諸外国における訪問看護制度の比較検討.....81
	第2節	日本の訪問看護従事者確保に向けた政策的示唆.....85



## 第 1 章 事業概要

## 第1節 背景と目的

厚生労働省は、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、病気や障害を持った人が住み慣れた地域において自分らしい生活を継続できるよう、地域の包括的な支援・サービス提供体制の構築を推進しており、訪問看護は、その中でも在宅での医療と介護をつなぐサービスとして、今後より一層の充実が求められている。特に、安定的な訪問看護サービスの提供体制の構築に向けて、諸外国における訪問看護制度との比較を踏まえて議論を行うことは、重要かつ緊急の行政課題である。

しかし、既存の調査研究は、海外文献も含め、各国の在宅医療もしくは在宅介護に関する制度全般を対象としており、訪問看護に焦点を絞った制度の国際比較はなされていない。つまり、諸外国における訪問看護は、在宅医療や在宅介護を支えるサービスの一つとして紹介されるにとどまっており、わが国における訪問看護サービスの充実に向けて、制度設計の参考になるような知見はほとんど得られていない。

一方で、訪問看護制度に関する議論は、その特性上、在宅における医療と介護それぞれの制度について網羅した、より包括的な視座が求められるが、国際比較を目的とした既存の調査研究はそのどちらか一つのみを扱っている場合が多く、各国における訪問看護の位置づけは明らかにされていない。例えば、イギリスの訪問看護サービスは、国が全ての住民に対し公平無料で提供する保健医療サービスのひとつとして位置づけられており、地方自治体が提供する在宅介護との連携は弱い。ドイツでは、看護師が提供する身の回りの世話は介護保険を財源としており、訪問看護と在宅介護は一体となって提供されている。

また、単なる制度の比較に終始することなく、わが国における訪問看護制度について示唆を導くことは大きな課題とされている。諸外国における保健医療福祉政策の理念や課題にはバラつきがあるため、各国の訪問看護制度との類似点や相違点を踏まえなければ、日本の現状に沿った施策の参照や応用は難しい。

以上の背景をもとに、本事業では、1)諸外国における保健医療福祉制度の成り立ちを踏まえながら、訪問看護サービスの財源や支払制度、訪問看護サービスの提供体制、その教育制度についてまとめ、2)各国で実施された訪問看護に関する調査結果を紹介し、3)日本の訪問看護従事者の確保に向けて、諸外国において参考となる施策や事例をもとに政策的示唆を与えることを目的とする。

## 第2節 事業実施体制

事業実施にあたり、検討会を設置した。表 1-1 では、その検討会委員を示す。また表 1-2 では、検討会が開催された日付とその内容について示す。

表 1-1. 検討会委員(50 音順、敬称略)

氏名	所属	職位
柏木聖代	横浜市立大学 医学部看護学科	准教授
白瀬由美香	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
富塚太郎	桜新町アーバンクリニック	外来部長
福井小紀子	日本赤十字看護大学 地域看護学分野	教授
堀田聡子	労働政策研究・研修機構	研究員
山本則子	東京大学大学院医学系研究科 健康科学・看護学専攻成人/緩和ケア看護学分野	教授

表 1-2. 検討会の開催

	日付	テーマ
第1回	平成 25 年 9 月 2 日	調査の枠組みの検討
第2回	平成 26 年 1 月 7 日	現地訪問調査結果の報告と追加調査項目の選定
第3回	平成 26 年 3 月 27 日	報告書のとりまとめと今後の課題

## 第3節 調査の方法

### (1) 調査対象国

本事業では、調査対象国としてイギリス、オランダ、スウェーデン、デンマーク、ドイツ、フランスを選定した。表 1-3 は、日本及び調査対象国の基礎統計データを示している。日本は、平均寿命、2010 年の高齢化率、2050 年の高齢化率、人口 1000 人当たり病床数、平均在院日数で最も高い値になっており、また 1 人あたり年間医療費(US\$)、人口 1000 人当たり医師数においては最も低い値になっている。

表 1-3. 日本及び調査対象国の基礎統計データ

	イギリス	スウェーデン	デンマーク	オランダ	ドイツ	日本	フランス
人口(千人)	61,344	9,378	5,548	16,615	81,777	128,058	64,827
平均寿命	80.7 歳	81.6 歳	79.3 歳	80.8 歳	80.5 歳	83.0 歳	81.4 歳
高齢化率【2010 年】	17%	18%	17%	15%	21%	23%	17%
高齢化率【2050 年】	25%	23%	23%	27%	33%	37%	26%
1 人あたり 年間医療費(US\$)	3,422	3,717	4,495	5,028	4,349	3,213	4,016
人口 1000 人当たり 医師数	2.8	3.9	3.5	2.9	3.7	2.2	3.1
人口 1000 人当たり 看護師数	9.7	11.1	15.4	11.8	11.4	10.0	8.5
人口 1000 人当たり 病床数	3.0	2.7	3.5	4.7	8.3	13.5	6.4
平均在院日数	7.4	6.0	4.6	5.6	9.5	18.2	5.7

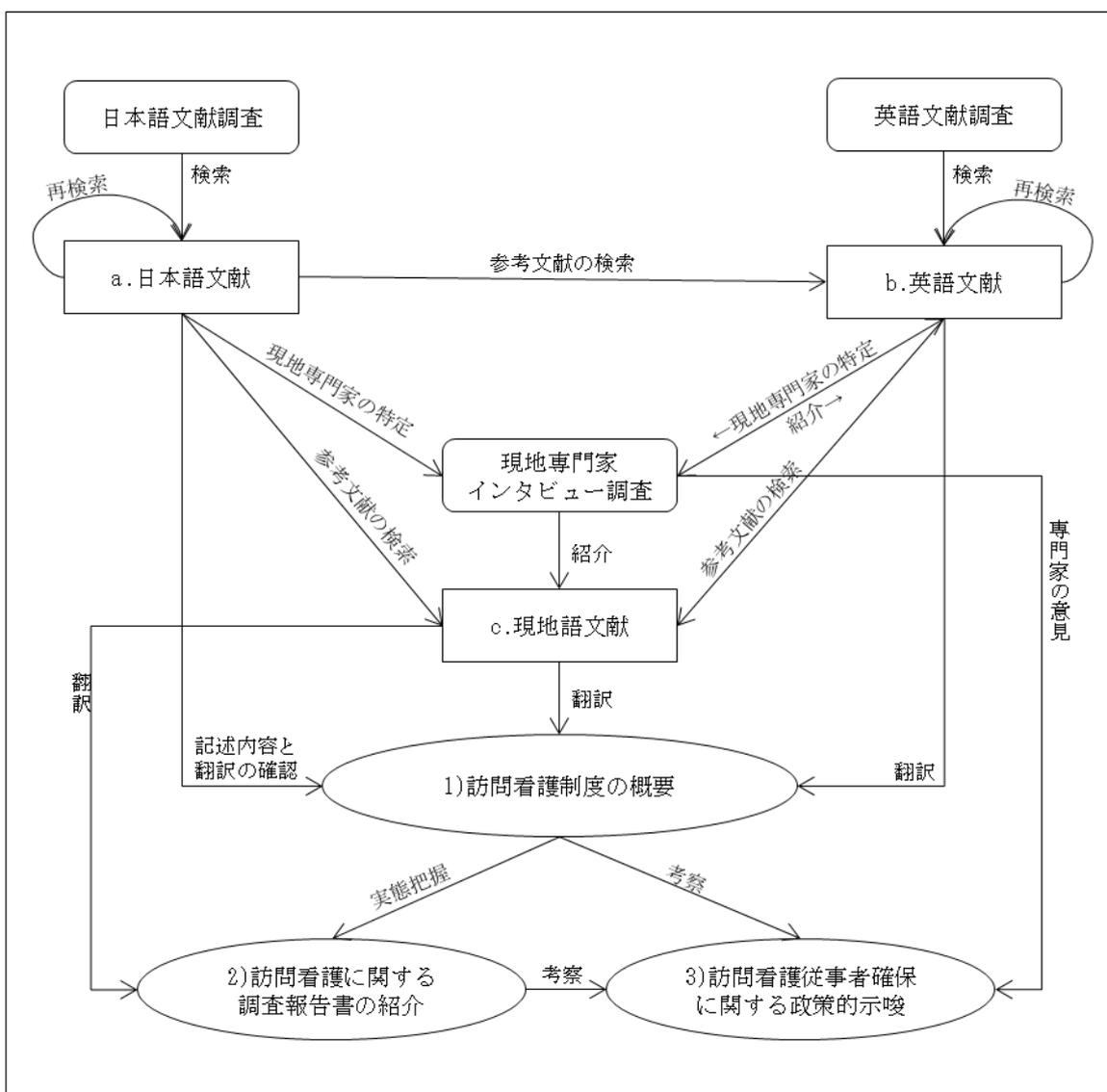
出所:2010 年及び 2050 年の高齢化率は United Nations, World Population Prospects: The 2012 Revision より、それ以外の項目は OECD Health data より 2010 年のデータを引用(2014 年 3 月 24 日最終確認)。

(2) 調査の枠組み

本事業では、諸外国における 1)訪問看護制度の概要、2)訪問看護に関する調査報告書の紹介、3)訪問看護従事者確保に関する政策的示唆を目的に、図 1-1 に示される手順で、調査を行った。具体的には、日本語文献及び英語文献の調査より始め、それら文献に記載された参考文献を手がかりに、より詳細な記述を含む文献を検索し、インタビュー対象となる現地専門家を特定した。

また報告書の執筆においては、正確を期すため、a. 日本語文献、b. 英語文献、c. 現地語文献の記述を比較することによって整合性を確認した。加えて、b. 英語文献や c. 現地語文献の翻訳に関しては、可能な限り c. 日本語文献で確認された訳語を用いて、翻訳前の単語を括弧内に付記した。

図 1-1. 調査のフローチャート





## 第2章 イギリスの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では、訪問看護を取り巻くイギリスの諸制度を概観する。イギリスの訪問看護は、主に租税によって運営される国民保健サービスの枠組みで提供され、全ての国民が原則無料で利用することができる。訪問看護の中核人材は地区看護師(District nurse)と呼ばれる上級スタッフであり、一般看護師(registered nurse)やヘルスケアアシスタント(Health care Assistant)を含む地域保健チームを率いて、家庭医(General practitioner)と連携を取りながら、サービスを提供する。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

イギリスの保健医療福祉制度は、NHS(National Health Service; 国民保健サービス)を中心に全国的に提供される、公平無料の包括的保健医療サービスと、各地方自治体の責任によって運営・提供される社会福祉サービスの2本の柱で構成される。

現代イギリスの保健医療制度の起源は、1942年の「ベヴァリッジ報告」の影響を受けて1946年に制定された国民保健サービス法(National Health Service Act of 1946)に端を発する。NHSは同法律に基づき1948年に創設されたが、その特徴として、1)保健医療サービスの提供を国の責任と位置付け、大部分を一般財源でまかなうこと、2)保健医療サービスは全国民に対して原則として公平無料で提供されること、3)狭義の医療のみならず、予防やリハビリテーションサービスなどを含む包括的な医療保障であること、4)保健医療サービスの供給は、予算の範囲内で計画的に行われることなどが挙げられる。

これらの基本理念・運用方針はNHSの設立以来一貫しているが、NHSの組織体制や現場でのサービス提供体制に関しては、政権ごとに大きな改革が実施されている。第二次世界大戦後に公的サービスと支出は拡大を続けたが、オイルショックを背景に緊縮財政への転換が図られた。1979年に政権を取った保守党のサッチャーは、NHSにもマネジメント手法を導入して効率化を図り、病院の統合や病床数削減を進めてNHSの支出削減を図った。同じく保守党のメージャーの政権下(1991年～)では、サービスの非効率性が主要な問題とされ、サービス提供者の病院を公営企業体であるNHSトラストに改組し、内部市場での競争とそれに伴う事業の効率化を促した。次にブレア・ブラウン労働党政権期(1997年～)には、地域医療資源配分に責任を持つPCT(Primary Care Trust; プライマリケアトラスト)を設立し、患者のニーズを本位としたサービスの提供が目指された。最後に現行のキャメロン保守・自民連立政権(2010年～)では、組織体制の大幅な刷新が行われた。具体的には、PCTを廃止する一方で現場医療の予算管理権限を家庭医(General Practitioner)・専門医・看護師等で構成されるCCG(Clinical Commissioning Group; クリニカルコミッションンググループ)へ委譲するなど、大幅な組織改革による管理コスト削減と医療現場への資源の転換を図っている。

## (2) 訪問看護サービスの財政

保健医療サービスと社会福祉サービスの財政運営責任は、それぞれ NHS と各地方自治体に分かれている。訪問看護サービスは NHS が提供する保健医療サービスに含まれており、租税を主な財源とする。

NHS の財源は、租税による国の一般財源からの拠出が約 80%、国民保険料からの拠出が約 18%、ごく一部のサービスに対する患者負担約 2%となっており、訪問看護を含めた保健医療サービスの利用は基本的に無料である。国民保険料は社会保障一般を対象に徴収され、徴収総額の一部が NHS に拠出される。残りは国民保険基金に払い込まれ、退職年金、労働不能給付、出産手当金などの現金給付として利用される。

一方、地方自治体による社会福祉サービスの財源は、中央政府からの補助金、地方税、利用者負担の組み合わせによって賄われており、高齢者の在宅介護を含めた福祉サービスの利用には、資力調査とサービス内容・量に応じて、自己負担を求められることが特徴である。

## (3) 訪問看護サービスの支払制度

イギリスの NHS 下では、家庭医の診療所を除く保健医療サービスの事業者は NHS から配分された包括予算によってサービスを運営しており、NHS 雇用の保健医療スタッフへは俸給制によって報酬が支払われていることが特徴である。

まず、事業者に対する予算配分について、訪問看護を含むコミュニティサービス事業者や病院などへは、家庭医・専門医・看護師等で構成される CCG を通して行われる。一方、GP 診療所に対しては、NHS England が支払いを担当する。各診療所の登録患者人数に応じた包括報酬がベースとなり、付加的サービスに対する出来高報酬などを付与して資金が配分される。

次に、各事業所で勤務するスタッフ俸給について、医師・歯科医等を除く全ての NHS スタッフは、Agenda for Change と呼ばれるスキームに基づき、それぞれの職種ごとの等級 (Band) と勤続年数等に応じて決定される。医師や歯科医等に対しては、Doctors' and Dentists' Pay Review Body という組織が定める別の支払いスキームが適用される。下記に 2013 年 4 月 1 日より適用された Agenda for Change に基づく、NHS スタッフの俸給額一覧表を紹介する。訪問看護の担い手となる看護スタッフに関しては、一般看護師は Band5、上級スタッフである地区看護師は Band6 とされることが一般的である。地域保健サービスに携わる各職種の位置付けや役割、教育制度については次項以降で詳しく紹介する。

Agenda for Change が定める俸給の金額等に関する交渉は、保健省及び NHS と、各職種を代表する労働組合の間で毎年行われる。看護師、助産師、保健訪問員などの看護系スタッフを代表する労働組合は、RCN (Royal College of Nursing; 英国看護協会) である。新しい報酬体系が発表されると、医師・歯科医師を除く全ての NHS スタッフに適用される。家

庭医の診療所は独自の裁量を持つが、公平性を期すため、診療所のスタッフへも NHS と同様の報酬体系を適用することが推奨されている。

また NHS に雇用されない看護師は、民間病院、介護施設、学校、民間企業などに雇用される。彼らの報酬体系は RCN が交渉で合意した内容に準じる必要はないが、RCN と NHS の交渉によって NHS 看護師の報酬増額が達成された場合には、雇用するスタッフに対して同様の俸給を支払うことが推奨されている。

表 2-1. Agenda for Change に基づく NHS スタッフの俸給一覧表 2013/14 年

Band 1	Band 2	Band 3	Band 4	Band 5	Band 6	Band 7	Band 8				Band 9
							Range A	Range B	Range C	Range D	
14,294	14,294	16,271	18,838	21,388	25,783	30,764	39,239	45,707	54,998	65,922	77,850
14,653	14,653	16,811	19,268	22,016	26,822	31,768	40,558	47,088	56,504	67,805	81,618
15,013	15,013	17,425	19,947	22,903	27,901	32,898	42,190	49,473	59,016	70,631	85,535
	15,432	17,794	20,638	23,825	28,755	34,530	43,822	52,235	61,779	74,084	89,640
	15,851	18,285	21,265	24,799	29,759	35,536	45,707	54,998	65,922	77,850	93,944
	16,271	18,838	21,388	25,783	30,764	36,666	47,088	56,504	67,805	81,618	98,453
	16,811	19,268	22,016	26,822	31,768	37,921					
	17,425			27,901	32,898	39,239					
					34,530	40,558					

出所: NHS Employers, Pay Circular(AfC)1/2013 および Royal College of Nursing, NHS Agenda for Change pay scales - 2013/2014 をもとに筆者作成

#### (4) 訪問看護サービスの提供体制

近年のイギリスの保健医療政策は、病院での入院医療から地域保健サービス(Community Health Service)への移行をすすめており、増え続ける高齢者の長期的で多様なニーズに対応するため、住み慣れた地域での効果的で効率的なケア提供が目指されている。イギリスの地域保健サービスのうち、日本の訪問看護に対応するサービスは、地区看護(District nursing)と呼ばれる活動に包含される。地区看護は、「主に 1)病院から退院した人々、2)複雑で長期的なケアニーズを抱える人々、3)衰弱状態あるいは終末期にある人々を対象として、適切な看護ケアプログラムを計画・提供・評価する」ことを目的とした包括的な活動と定義づけられる。

地区看護を担う看護スタッフは、主に地域保健サービス事業所で雇用され、利用者の自宅を訪問する。地域の訪問看護サービスは、地域看護師長(Community Matron)、地区看護師(District nurse)、一般看護師(Registered nurse)やヘルスケアアシスタント(Health care assistant)など、様々な職能のスタッフで構成されるチームによって提供される。表 2-2 は、地区看護を含む地域保健サービスに携わる主な職種の一覧である。地区看護師は、訪問看

護の開始時に利用者宅を訪問してアセスメントを行い、一般看護師は、日常的に利用者宅を訪問し看護計画に沿って利用者ニーズに合わせた医療処置を提供する。したがって、地区看護師は主にケースマネジメントや他の専門職スタッフとの連携コーディネートを担う、地区看護の中心的存在である。また、より上級のスタッフである地域看護師長は、複雑な症状を抱えている人のアセスメントやケースマネジメントを担当する。

保健省は、地区看護サービスが担う役割として、1)地域の全住民の健康状態及び症例数の調査や管理マネジメント、2)在宅で衰弱状態あるいは回復過程にある患者や終末期患者に対する支援とケア、3)自立した生活を送るための支援とケアの3つの柱を挙げている。1)の具体例として、地域のニーズや症例数に関する調査、GP及び社会福祉サービス従事者と連携した予防接種やスクリーニングといった、地域の疾病予防やヘルスプロモーションの実施が挙げられる。2)は、突発的な症状や専門的なケアが必要になった際の専門家との連携、3)は創傷ケアマネジメントや日々の栄養に関するアドバイス、テレビモニタや電話を活用した遠隔支援(テレヘルス、テレケア)などを意味する。

以上は訪問看護の提供体制に関する原則・一般論として理解することができるが、現場での一人ひとりの具体的な役割は、病院や地域の診療所・事業所などの雇用主が作成する「職務記述書(Job description)」によって決められている。したがって、地区看護サービスにおいて地区看護師とその他の職種が担う役割の違いは、資格の違いだけで説明することはできず、地域や事業所ごとに異なってくるのが実態である。

表 2-2. 地域保健サービスに携わる職種一覧

	職能	教育機関等
一般看護師 (Registered Nurse)	患者宅を訪問し在宅看護一般を行う。	大学学部以上
地区看護師 (District Nurse)	地域の患者のアセスメントやサービス提供の計画・マネジメント、GPや専門家との連携をはかる。自ら訪問看護を行うこともあるが、頻度は少ない。	主に大学院以上
地域看護師長 (Community Matron)	複雑な医療ニーズを持つ要介護者のケースマネジメントを提供する。	主に大学院以上 熟練した現場経験
保健訪問員 (Health Visitor)	乳幼児がいる家を訪問、地域公衆衛生の担い手として活躍する。	主に大学院以上
ヘルスケアアシスタント (Health Care Assistant)	入浴、食事、移動、排便などの身体介護を提供する。近年では看護行為の一部を担当する事例も増えてきている。	職業訓練校

注: 保健訪問員は、保健師と翻訳される場合もあるが、日本の保健師の役割とは必ずしも一致しないため、原語に沿った翻訳にした。出所: NHS Careers (<http://www.nhscareers.nhs.uk/>)をもとに筆者作成。

## (5) 訪問看護にかかる教育制度

イギリスにおける保健医療福祉人材の資格認定や教育基準は、国ではなく各専門職団体の自律・自主規制に任されているのが特徴である。訪問看護の担い手となる看護スタッフに関しては、NMC(Nursing and Midwifery Council; 看護助産審議会)という専門職団体が教育や資格認定の基準・ガイドラインを設定し、質の担保を図っている。

まず原則として、看護師として NMC に登録されるためには、大学学部以上の教育レベルが必要である。かつては高等教育機関で看護学のディプロマ (Diploma) を取得すれば、学士号 (Degree) はなくても看護師登録が可能であったが、2013 年度入学生からはすべてのコースが 3~4 年間の学士課程となるように改革された。大学の看護プログラムでは、最初の 1 年で基礎概念を学んだ後、成人・小児・精神保健・知的障害の 4 種類の中から専攻を選ぶ。通常は専攻を含めて 3 年間でプログラムを修了するが、4 年間をかけて 2 つの分野を専攻・修了できるプログラムを提供している大学も存在する。

地区看護師や保健訪問員などの上級資格を得るためには、追加で最低 1 年の専門プログラムを受ける必要がある。地区看護プログラムでは、臨床看護実習、限定的な薬剤処方、ケースマネジメントやリーダーシップ研修など、その役割に応じた計画・調整能力の訓練が盛り込まれていることが特徴である。地区看護師となるための教育プログラムは学部 4 年または大学院レベルであることが NMC から要求されているが、近年では大学院レベルのプログラムを提供する大学がほとんどになっており、地域看護が高度専門的な仕事だという認識が反映されている。

地区看護師などの上級職と一般看護師の職能上の違いは、一部の薬剤に関する処方権の有無だけであり、それ以外の具体的な診療・看護行為の可否について NMC は規制していない。よって先に述べた通り、勤務現場での各スタッフの具体的な役割は、雇用主が作成する職務記述書に準ずることになる。

## 第 2 節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、訪問看護に関する調査及び政策に関する報告書の概要を紹介する。まず初めに、看護師等の労働組合である RCN(Royal College of Nursing; 英国看護協会)と、地区看護の支援団体である QNI(Queen's Nursing Institute; クイーンズ・ナーシング協会)による調査報告書の要旨をまとめ、訪問看護従事者数に関わる課題の現状を紹介する。次に、保健省(Department of Health)によってまとめられた、保健訪問員の大幅な増員をもたらした政策と 2013 年から導入された新たな人材需給予測と教育計画システムを紹介し、国家レベルでの戦略的・包括的な従事者確保計画策定の参考例とする。

### (1) 地域看護の従事者数に関する分析

看護師等の労働組合である RCN(Royal College of Nursing; 英国看護協会)は、2012 年に発行した報告書、*The Community Nursing Workforce in England* (イングランドにおける地域看護の労働人口)において、イングランドの地域看護の現場とその従事者を巡る状況を分析した。看護を含めたイギリスの保健政策全体の流れとして、病院から地域への移行が掲げられてきたが、その目標は看護分野において未だ十分に達成されていないことを指摘している。

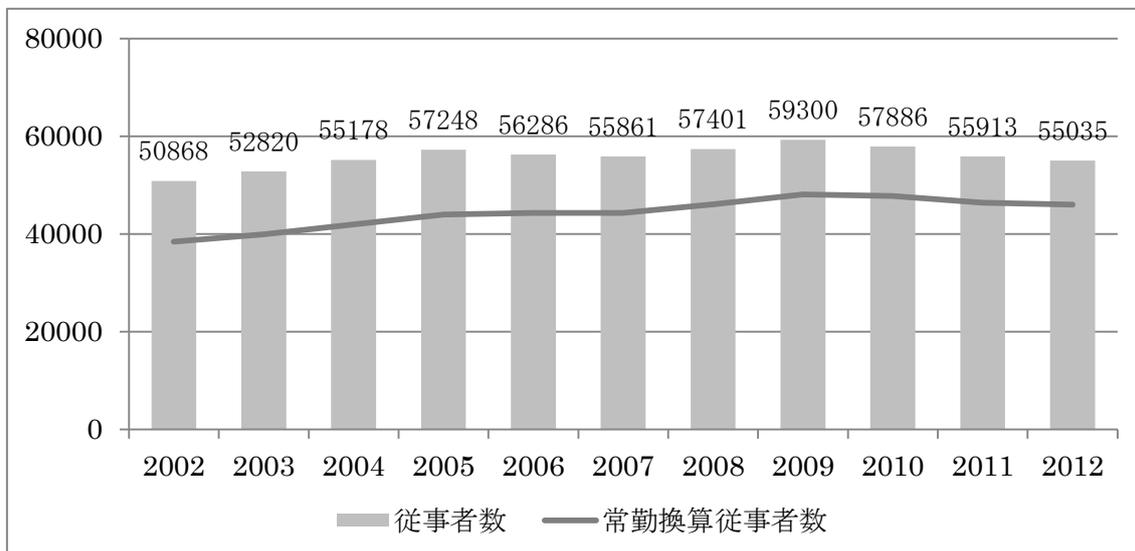
まず、全看護師数に占める地域看護従事者の割合をみると、2001 年時点では 14.5%だったのが、2011 年時点でも 15.1%と 1%以下の変動に留まっている(図 2-1)。一方で、全看護師数は 256,218 人から 306,346 人へ増加していることから、看護人材の地域への移転は未だ不十分であると指摘している。また、地区看護師や保健訪問員等の上級スタッフの大幅な減少により、地域看護を担うチームが機能しなくなっていることも懸念されている(図 2-3 および 2-4)。2001 年から 2011 年にかけて、地区看護師数は 34% (常勤換算で 3,589 人)減少している。地域看護に従事する看護師の高齢化が進み、更なる人員減少・不足も危惧されている。図 2-2 は勤務環境による看護従事者の年齢分布比較であるが、地域看護従事者の 38%は 50 歳以上となっており、急性期病棟などの職場環境での年齢構成(50 歳以上人口は 23.6%)と比較して高くなっている。

RCN は主に NHS の統計調査データから以上の分析を行っているが、一方で、NHS の調査方法自体が抱える限界が、地域看護従事者数やその労働環境の正確な把握と分析を困難にしていることも指摘している。例えば、NHS 以外の民間・非営利セクターで働く看護師数などはデータの収集が困難であり、実態把握が難しい。また、地区看護師や保健訪問員以外の一般看護師は、“Other 1st level”や“Other 2nd level”などといった大きなカテゴリーでしか集計されておらず、資格と現場雇用レベルでの肩書き・職能の不一致があることも相まって、現場での具体的な人材構成や役割を明らかにするには限界がある。また、資格は持っているものの現在働いていない潜在看護師の存在も指摘されている。

また、地域で高齢者のケアに関わる社会福祉サービス(福祉・介護)の分野でも人員減少が進んでおり、そのことが医療・看護スタッフの労働負担にも繋がっていることが指摘されている。つまり、社会福祉サービス側の人員不足のためにニーズアセスメントに時間がかかってしまうことは、在宅ケア利用者の健康レベルの低下と再入院リスクの上昇を招く恐れがある。

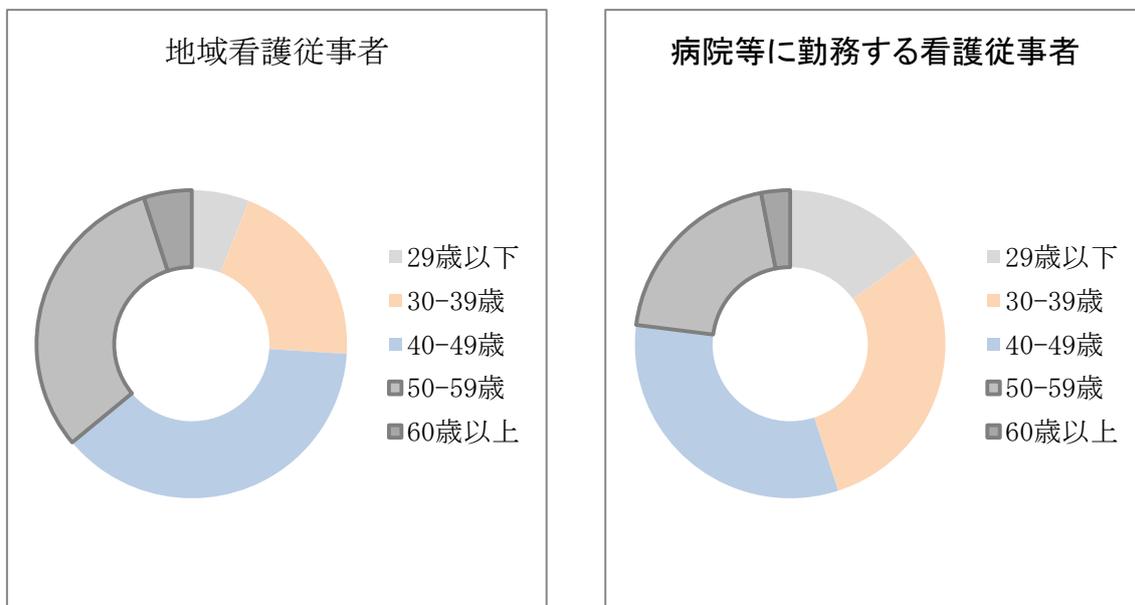
NHS による公開統計データの分析のみならず、RCN は独自に地域看護従事者への聞き取り調査も実施した。そこでは、現行 NHS 制度下での給与レベルが、自分たちのコミュニティでの働きや能力に見合っていないこと、時間外(無給)労働が増加してきていること、今後さらに病院からコミュニティへと患者の移転が進んでも対応していける自信がないこと、病院側も十分なケアや紹介なしに早期退院を進めていること、などの意見が多く見られたことが報告されている。

図 2-1. 地域看護従事者数の推移



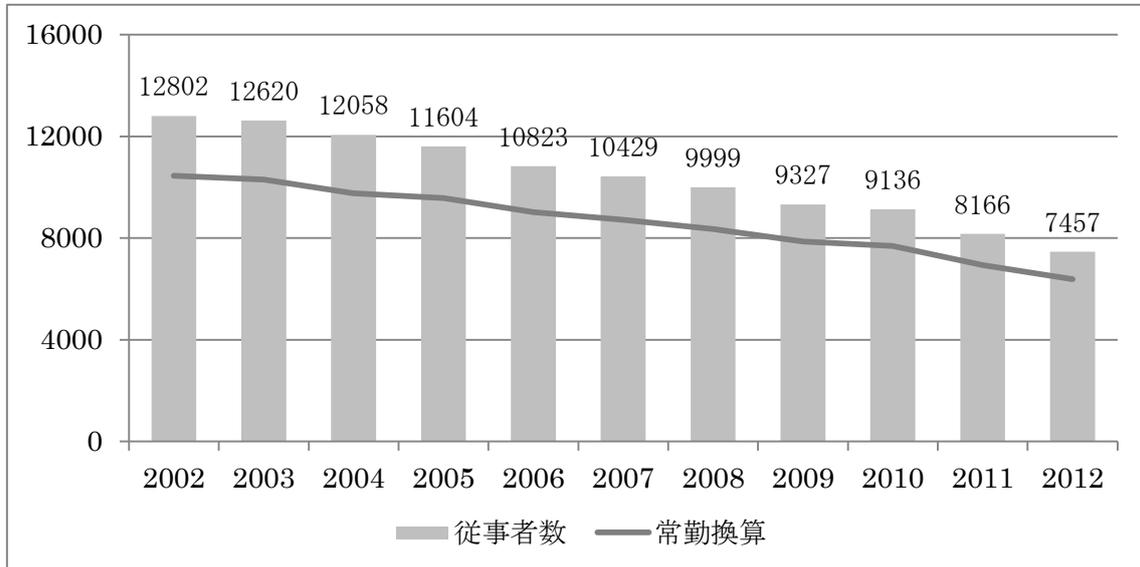
出所: NHS Health and Social Care Information Center: NHS Hospital and Community Health Services: Non-medical staff, in England – 2002-2012 より報告書 p5 に掲載される図を更新

図 2-2. 勤務環境による看護従事者の年齢分布比較



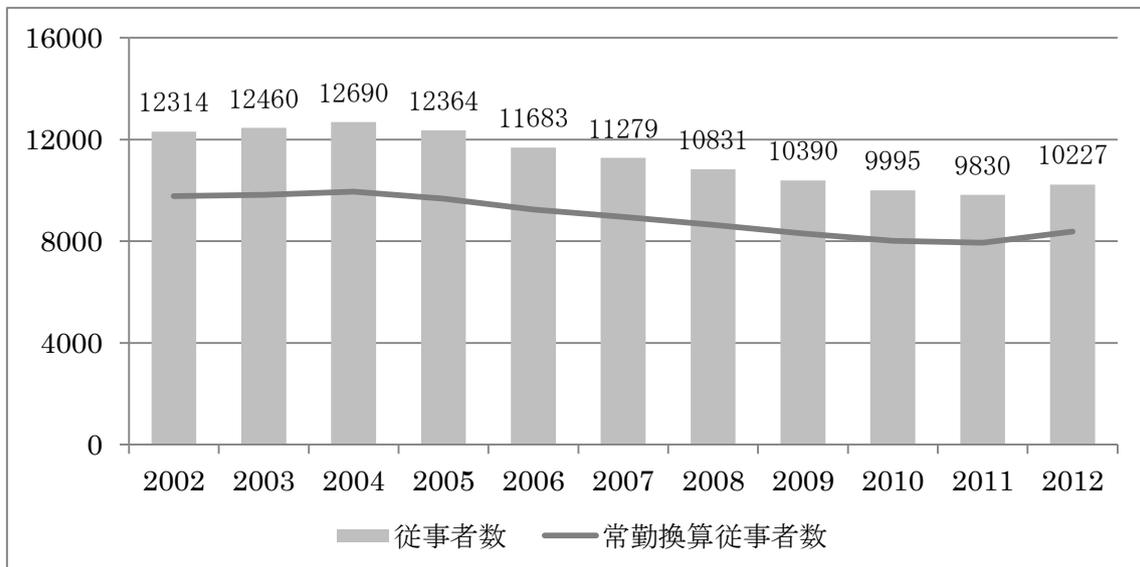
出所: 報告書 p7 に掲載される図をもとに筆者作成

図 2-3. 地区看護師数の推移



出所: NHS Health and Social Care Information Center: NHS Hospital and Community Health Services: Non-medical staff, in England – 2002-2012 より報告書 p8 に掲載される図を更新

図 2-4. 保健訪問員数の推移



出所: NHS Health and Social Care Information Center: NHS Hospital and Community Health Services: Non-medical staff, in England – 2002-2012 より報告書 p8 に掲載される図を更新

## (2) 地区看護師の教育プログラム

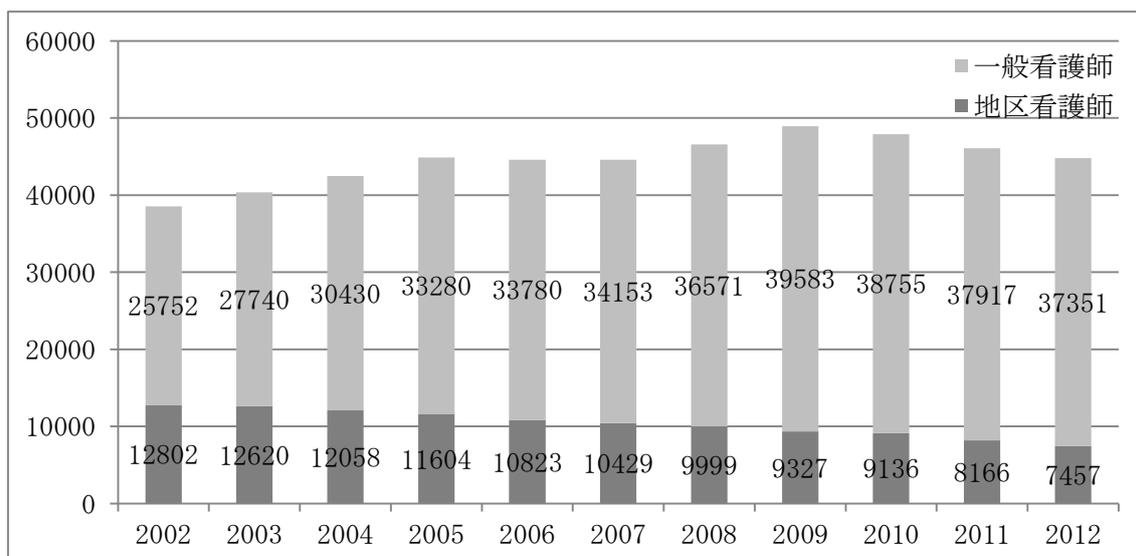
地区看護の支援団体である QNI(Queen's Nursing Institute; クイーンズ・ナーシング協会)は、過去 10 年間の地区看護師数の大幅な減少を受け、大学での地区看護プログラムの教育をめぐる状況を調査した。その報告書が 2013 年に発行された **Report on District Nurse Education in England, Wales and Northern Ireland 2012/13** (イングランド、ウェールズ、北アイルランドにおける地区看護師の教育に関する報告書) である。

地区看護師数は、2002 年から 2012 年にかけて、12802 人から 7454 人へと減少し、過去 10 年間で約 40%もの減少となっているが、その要因のひとつとして、地区看護養成プログラムの受講者数の減少、すなわち新規従事者の減少が挙げられる。在宅や地域で提供されるケアと病院で提供されるケアの性質や実践は根本的に異なることが指摘されている一方で、看護師が地域で働くこと自体には、通常の看護師資格以外に特別な要件は存在しない。

以下の図 2-5 は、地域看護従事者数統計から保健訪問員を除き、一般看護師と地区看護師の比率とその推移を示したものである。ここで重要なのは、過去約 10 年にわたって、地域看護従事者数の総数自体は概ね増加傾向にあるにもかかわらず、上級スタッフである地区看護師が減少を続けていることである。

また地区看護師教育の実施状況について、2012/13 年において、看護助産審議会(NMC)に認可された 33 の地区看護師養成プログラムの内、21%(7/33)は休止中であることが明らかになった。また、実施中のプログラムの内、67%(16/24)は 10 人以下、13%(3/24)は 5 人以下の受講者しかいないのが現状である。

図 2-5：地域看護従事者数(一般看護師及び地区看護師)の推移



出所: NHS Health and Social Care Information Center: NHS Hospital and Community Health Services: Non-medical staff, in England – 2002-2012 をもとに筆者作成

### (3) 保健医療分野における包括的な人材需給予測と教育計画策定

保健医療分野の従事者確保に関する政策は、これまで個別の専門分野ごとの視点と需要に基づいてバラバラにリードされてきたが、それらが NHS 全体の活動を支えるための最適解になっているかについては十分な検討がなされなかった。それゆえ、国家レベルで、将来的な需要を予測し不足人材を補うための教育的投資を計画する必要に迫られ、2012年にイングランド保健教育機関(HEE: Health Education England)が設立された。

HEE は、イングランドの保健医療政策史上初めての、保健医療分野全体の人材の需給予測及び教育計画策定の責任を担う組織として位置づけられる。2013年4月から本格的な活動を開始した HEE は、各地域の事業者の代表で構成される、13のイングランド地域教育・訓練委員会(LETBs: Local Education and Training Boards)が予測する各地域のニーズに基づき、国全体の教育・訓練計画である、「イングランド保健医療人材計画」を策定する。そこで公開された計画資料が、Investing in people For Health and Healthcare, Workforce Plan for England Proposed Education and Training Commissions for 2014/15 (健康とヘルスケアのための人材への投資 教育・研修委員会による 2014~2015年のイングランド人材計画)である。

「イングランド保健医療人材計画」の策定は、次のようなプロセスによって実施された。まず、事業者が、今後必要となる従事者数の見通しを所属地域の LETB に報告する。それぞれの地域の LETB は、事業者から集積した従事者数の見通しをもとに、投資計画を立てる。HEE は、各 LETB の作成した計画を査定・承認し、専門家や関係機関の意見も取り入れながら、イングランド全体の人材計画を作成する。人材計画の作成にあたって、HEE は、過剰供給によって専門職が人材失業してしまうことや、供給不足によって地域間のサービスに格差が生じないようにバランスを取ることが求められる。

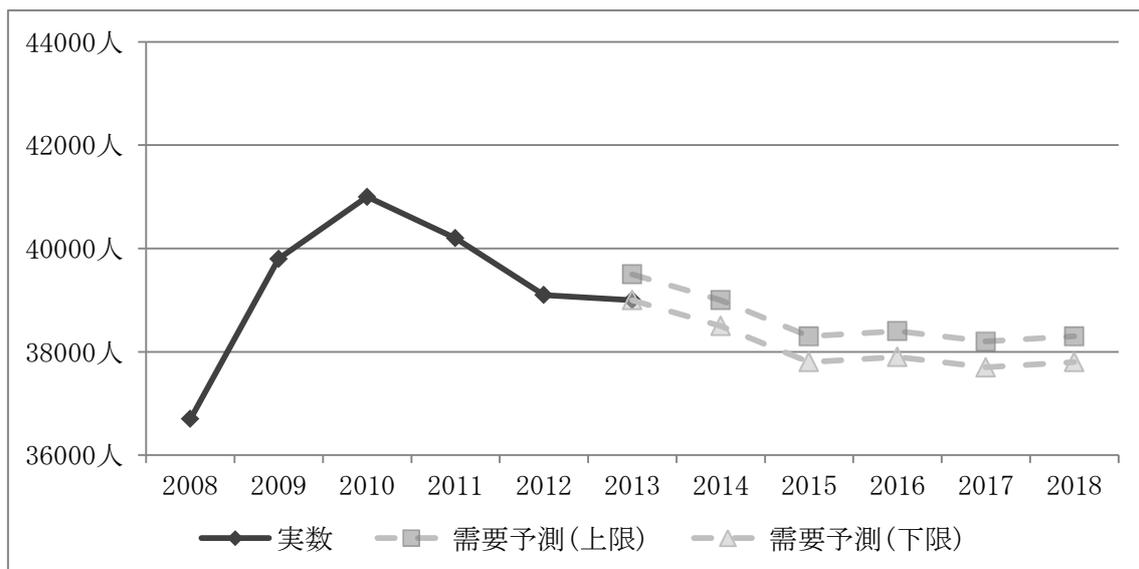
また、事業所レベルの推定のみでは、サービスに対する実際の需要だけでなく、事業所の運営可能性(affordability)に影響されて、人材需要が過小評価される懸念がある。そこで、HEE は人材の需要・供給に影響する様々な要素を勘案し複合的な分析・予測を行っている。需要に影響する要素としては、1)疾病パターンの変化、2)テクノロジーの発展、3)専門性や規制に関する新しい基準の導入、4)財政難、5)既存の職種を代替する新たな職種の出現などが挙げられる。一方、供給に影響する要素としては、1)現在の労働力レベル、2)研修・訓練からの離脱率、3)職員の離職率、4)退職年齢、5)他の国や事業者との間の人材の流出入、などが挙げられる。他にも、専門家や利益団体・関係機関などが出す意見や調査結果、研究のエビデンスなども利用し、LETBs から集積された地域ニーズ・人材計画を修正・補完しながら最終的な国全体の人材計画を完成させていく。

以下の図 2-6 では、保健訪問員を除く地域看護従事者数の推移と今後の需要予測が示されている。2008 年度から 2012 年度までの従事者数の推移は実線で、2013 年から 2018 年にかけての需要予測はその上限と下限がそれぞれ点線で描かれている。

図 2-6 で示されている需要予測は減少傾向にあるが、HEE は、この予測は、今後地域レベルでケアの統合がより進んでいくであろうことや、高齢者ケアや精神保健に対するニーズの高まりが十分に反映されていないと判断し、実際にはより多くの地域看護従事者が必要になると予測している。

このような需要の見通しをもとにして国全体で必要な従事者数が推定され、年度ごとに職種別の教育課程の募集人員数が設定される。以下の表 2-3 では、2014/15 年における看護従事者の予定募集人員数が示されている。また表 2-4 では、2014/15 年の予定募集人員数をもとに、2017/18 年に増加する職種別の従事者数の推定値がまとめられている。

図 2-6：英国における地域看護従事者数の推移と需要予測 ※保健訪問員を除く



出所：報告書 p30 に掲載された図をもとに筆者作成

表 2-4. 2014/15 年の職種別教育課程の予定募集人員数とその増加数

	2013/14 年の 募集人員数	2014/15 年の 予定募集人員数	増加数(%)
<b>一般看護師及び助産師</b>			
看護師(成人)	12134 人	13228 人	1094 (9%)
看護師(小児)	2151 人	2182 人	31 (1%)
看護師(発達障害)	628 人	653 人	25 (4%)
看護師(精神保健)	3096 人	3143 人	47 (2%)
助産師	2563 人	2563 人	0 (0%)
学位未満課程	165 人	250 人	85 (52%)
<b>専門看護師</b>			
地区看護師	402 人	431 人	29 (7%)
学校看護師	192 人	198 人	6 (3%)
保健訪問員	2787 人	1041 人	-1746 (-63%)

出所: 報告書 p62 に掲載された表をもとに筆者作成

表 2-5. 2017/18 年に見込まれる職種別従事者数の増加

	2013 年時点の 従事者数	2017/18 年の 従事者数増加の見込み	増加率
<b>一般看護師及び助産師</b>			
看護師(成人)	208063 人	10840 人	5.2%
看護師(小児)	15877 人	1950 人	12.3%
看護師(発達障害)	4515 人	460 人	10.2%
看護師(精神保健)	39198 人	2600 人	6.6%
助産師	21396 人	2090 人	9.8%
<b>専門看護師</b>			
地区看護師	6381 人	390 人	6.1%
学校看護師	1202 人	180 人	15.0%
保健訪問員	8911 人	780 人	8.8%

出所: 報告書 p65 に掲載された表をもとに筆者作成

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

本節では、日本の訪問看護従事者確保に向けた政策的示唆として、近年のイギリスで行われている、保健訪問員増員計画について述べる。とりわけ、一度休職・退職した保健訪問員の現場復帰や、既存の人材の定着支援策など、新規人材の教育・育成以外の方法で従事者を確保する施策について重点的に紹介していく。

#### (1) 「保健訪問員増員国家計画」の背景と概要

イギリスでは、地区看護師と並ぶ上級看護職として、保健訪問員(Health visitor)が新生児・乳幼児の子育て支援や地域の健康教育に従事しているが、その従事者数は、過去10年にわたって減少の一途をたどっていた。このような背景を受けて、キャメロン保守・自民連立政権の強いイニシアティブの下、2010年に保健訪問員の増員を掲げた計画が宣言された。具体的には、2010年で約8000人にまで減少した保健訪問員数を、2015年までに12000人にまで増加させるという目標値が打ち出された(常勤換算値)。

こうしたなか、保健省は、2011年に「2011～2015年の保健訪問員増員実施計画(Health Visitor Implementation Plan 2011-15)」を発表し、その中間報告として2013年に「保健訪問員増員国家計画: 2013年進捗報告と今後の実施計画(The National Health Visitor Plan: progress to date and implementation 2013 onwards)」をまとめた。保健訪問員増員目標そのものは連立政権の重点政策としてトップダウンで示されたものだが、実際の計画は国レベルから地域・事業者レベルまで様々なアクターが連携して行う包括的な内容となっており、施策別に実施主体とスケジュールが明確化されていることが特徴である。計画の柱は3つに分けられており、「従事者数の増加」「専門性の強化・確立」「実施体制の整備」のそれぞれで具体的な施策が示されている。以下の表では、2011年時点における「従事者数の増加」を目標とした各施策について、そのスケジュール及び実施主体が一覧にされている。

まず、現状を正確に把握のためのデータ収集、すなわち、保健訪問員数や地域状況の調査・分析や、それを継続的に可能にするためのデータ収集システムの構築を CfWI(労働力情報センター)が担っている。一方で保健省や NMC、HEIs(高等教育機関)などは、教育・研修や採用活動にまつわる施策を担っており、組織ごとの役割と責任を明確化しつつ、保健訪問員増員に必要な取り組みを国全体として推進していることが特徴的である。また、従事者数確保のための具体策に注目してみても、研修・教育の改善を通じた新規人材の育成のみならず、既存の人材の定着支援策や、休退職した潜在保健訪問員の再採用・現場復帰策も含めた総合的な人材育成・活用を目指していることがわかる。また、保健訪問員数不足地域への研修・採用支援策を通じた地域格差是正にも配慮がなされている。

施策ごとの責任主体を明確化する一方で、各組織がバラバラに活動することによる分断と非効率を防ぐため、組織間横断的な計画・運営がなされていることも特徴的である。2011年に発行された実施計画では、四半期ごとの施策の実実施計画や、年度ごとの保健訪問員数の増減予測が示されており、すべての関係組織が共通の指標を持てるようになっている。また、個別の施策を見ても、たとえば、保健省と NMC 主導で、教育機関も巻き込んだ研修オプションの検討がなされていたり、教育・研修プログラム提供者との取り決めや情報周知を強化するなど、組織間の調整・連携が意識されたものが少なくない。

表 2-3. 保健訪問員数の増加に関する施策一覧とスケジュール及び実施主体

	開始予定	完了予定	実施主体
<b>1. 計画開始時点における保健訪問員数の調査</b>			
i. 保健訪問員数に関する実態把握(略歴、年齢、勤務地)	完了		CfWI
ii. 開始時点における保健訪問員数(基準値)の設定	開始済	2011.2.	
<b>2. 人口統計的・地理的分析</b>			
i. 地域別のニーズを明らかにし研修生と研修地をマッチングするための保健訪問員の人口統計的・地理的マッピング	開始済	2011.2.	CfWI
<b>3. データ集計システム</b>			
i. NHS 及び地方自治体に従事する保健訪問員数を把握するためのデータ集計システムの確立	2011.1.	2011.3.	CfWI
<b>4. 人材定着に関する戦略</b>			
i. 柔軟性がある退職パッケージの調査	開始済	2011.6.	DH
ii. 保健訪問員が好まない役割と解決に役立つ手段(例: ラップトップや携帯電話の利用、研修)に関するエビデンス収集	2011. 1.	2011.2.	CfWI
iii. 人材定着とキャリアアップに関する長期的戦略の策定	2011.3.	2012.3.	DH
<b>5. 採用活動に関する戦略: 現場復帰 (RtP: Return to Practice)</b>			
i. RtP に関する構想とインセンティブの検討	開始済	2011.2.	DH
ii. RtP 試験の場所決定	完了		DH
iii. RtP 試験の実行	開始済	2011 3.	PCTs
iv. RtP 試験の評価	2011.3.	2011.3.	DH
v. RtP プログラムの全国展開	2011.3.	実施中	DH/SHAs
vi. 休職保健訪問員の家族やスタッフ看護師が、保健訪問員をサポートしたり再開の後押しをしたりする可能性の模索	2011.1.	2011.5.	DH
vii. キャリアとしての保健訪問員を積極的に推奨するためのサポートパッケージ開発に向けて、外部事業者と協働	開始済	2011.6.	DH

表 2-3. 保健訪問員数の増加に関する施策一覧とスケジュール及び実施主体（続き）

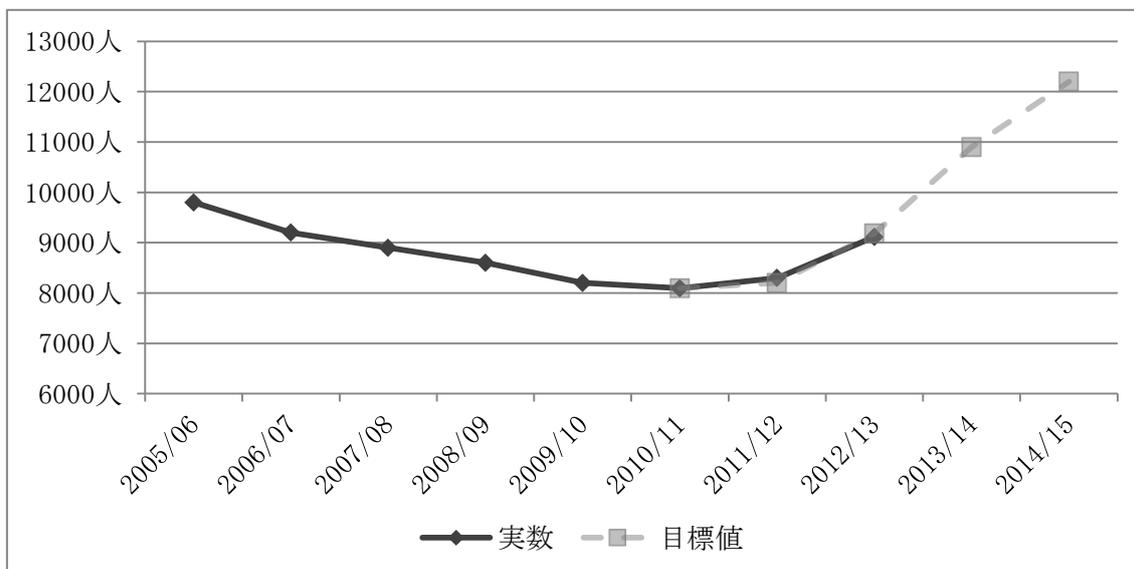
<b>6. 研修地と柔軟な研修オプション</b>			
i. 保健訪問員の柔軟な研修を議論するための公衆衛生政務次官と看護助産審議会による会議	完了		
ii. 保健訪問員の研修場所を増やすための計画策定	2011.1.	2011.3.	SHAs/ HEIs
iii. 看護助産審議会、学長審議会、高等教育機関、戦略保健局教育委託機関と共に、柔軟な研修オプションの検討	2011.1.	2011.3.	DH/NMC
iv. プログラム提供者との契約及び柔軟な取決めに関する情報周知	2011.1.	2011.3.	DH/NMC
v. メンターを対象としたガイドラインや研修における教師とメンターの比率に関するガイダンスなど、保健訪問員教育の実施に関する柔軟性のあるアプローチの明確化	2011.3.	2011.1.	NMC
vi. 教育コースの互換可能性の検討	2011.1.	2011.3.	DH/NMC
vii. 登録制度に関する見直し	2011 年	要検討	NMC
viii. 地域の公衆衛生を専門とする看護師となるための多様なプログラムを比較するための基準を提示	完了		NMC
<b>7 保健訪問員不足地域での採用促進</b>			
i. 保健訪問員が不足している地域での就業を勧め支援するための研修及び採用活動の検討	2011. 3.	2011.8.	DH

略称一覧: DH: Department of Health (保健省)、CfWI: Centre for Workforce Intelligence (労働力情報センター)、PCTs: Primary Care Trusts (プライマリケアトラスト)、SHAs: Strategic Health Authority (戦略的保健局)、HEIs: Higher Education Institutes (高等教育機関)、NMC: Nurse and Midwifery Council (看護助産審議会), 出所: 報告書 p27-29 に掲載された表をもとに筆者作成

これら施策に関する中間報告が 2013 年に公表され、保健訪問員数の減少傾向がストップし、増加に転じたことが報告された。以下の図 2-7.は、2005 年から 2013 年までの保健訪問員数の推移と、2015 年の目標達成に向けた今後の見通しである。

2010 年を基準値としたところ、2011 年から 2013 年までの 3 年間で保健訪問員数は 1,000 人以上増加し、保健訪問員数の合計は 9113 人（常勤換算値）となった。これは予想より 1% 程度下回る数値であるが、ほぼ計画通りの成果と言える。また 2012 年度は、2010 年度の約 4 倍の学生が、保健訪問員となるべく研修を開始し、保健訪問員教育への申込数も増加していると報告されている。

図 2-7：英国における保健訪問員数の推移と目標値



出所：報告書 p8 に掲載された図をもとに筆者作成

## (2) 保健訪問員の定着支援策と現場復帰施策

保健訪問員も地区看護師と同様にスタッフの高齢化が進んでいる職業であり、約 54%の現役保健訪問員が 50 歳以上、35 歳以下はわずか 3%に過ぎないという現状が報告されている。従事者数の減少を食い止めるためには新規人材の教育・育成も重要であるが、上級職ゆえに保健訪問員の資格取得には通常の看護師資格よりも年数がかかる。そこで、退職年齢に近づいている熟年スタッフを含めた現役保健訪問員が少しでも長く現場に定着し、働き続けられるようにするための施策が取られている。なかでも特徴的な施策は、退職パッケージの柔軟化である。これは、経験豊富な熟年保健訪問員に、心身への負担が少ない勤務形態に切り替えつつ、退職定年を超えて活躍し続けてもらうための施策である。具体的なプランは本人の要望や事業所との交渉に応じて様々であるが、主に 1)勤務日数あるいは労働時間の削減、2)より負担の少ない役割への配置換え、3)退職はするが必要に応じてピンポイントで現場に復帰、などといったパターンがある。

また、既存の人材の定着支援を行う一方で、休退職している保健訪問員の現場復帰(RtP: Return to Practice)にも重点が置かれている。イギリスでは、休退職した保健訪問員が大学における短期の RtP コースを受講することで、学業と実習を通して最新の理論や実践を学び直し、保健訪問員免許の期限が切れて失効していた場合は資格を取得し直すことができる。RtP コースはこれまで複数の地域・大学でパイロット事業として実施されてきたが、保健省はそれらの事業評価をもとにした、RtP の実施ガイドラインを 2011 年 3 月に発表している。そこでは、休職期間や資格保持状況に応じた柔軟な履修オプションを設けること、十分な人数のメンターや研修教官を確保すること、履修中の収入源を補うための奨学金や授業料減免措置を講じることなどが推奨されている。

## 第2章の参考文献

- Bennett V, and Nicholson W. Care in local communities: a vision and service model for district nursing. *British Journal of Community Nursing* 2013; (2): 74-76.
- Department of Health. Health visitor implementation plan 2011 to 2015: a call to cation. Department of Health 2011: 1-41.
- Department of Health. National health visitor plan: progress to date and implementation 2013 onwards. Department of Health 2013: 1-29.
- Commissioning Board Chief Nursing Officer, DH Chief Nursing Adviser. Compassion in Practice, Nursing, Midwifery and Care Staff Our Vision and Strategy. NHS Commissioning Board 2012: 1-29.
- Cook R. The future of nursing begins at home: qualification is the key. *British Journal of Community Nursing* 2010; 15 (4): 188.
- Department of Health Public health nursing. Care in local communities - district nurse vision and model. Department of Health 2012: 1-32.
- Department of Health Public health nursing. Care in local communities A new vision and model for district nursing. Department of Health 2013: 1-32.
- Jane Ball, Geoff Pike. Past imperfect, future tense Nurses' employment and morale in 2009. *Royal College of Nursing* 2009: 1-114.
- King's College London. District nursing – who will care in the future? Policy plus evidence, issues and opinions in healthcare 2013: (40)
- Mandy Amin, Sandra Martin, Nicy Turney, Sharon Gregory, Allson O'Donell. Evaluation of a return to practice health visiting scheme. *Community Practitioner* 2010; 83(3): 25-28
- NHS Health Education in England. Investing in people For Health and Healthcare, Workforce Plan for England Proposed Education and Training Commissions for 2014/15. NHS Health Education England 2013: 1-68.
- Reid B, Kane K, Curran C. District nursing workforce planning: a review of the methods. *British Journal of Community Nursing* 2008; 13(11): 525-30.
- Sean Boyle. United Kingdom(England): Health system review. *Health Systems in Transition* 2011; 13(1): 1-514.
- Storey C, Ford J, Cheater F, Hurst K, Leese B. Nurses working in primary and community care settings in England: problems and challenges in identifying numbers. *Journal of Nursing Management* 2007;15(8): 847-52.

The Royal College of Nursing. Pillars of the community: the RCN's UK position on the development of the registered nursing workforce in the community. The Royal College of Nursing 2010: 1-8.

The Royal College of Nursing. The Community Nursing Workforce in England. The Royal College of Nursing 2012: 1-19.

The Royal College of Nursing. District nursing – harnessing the potential The RCN's UK position on district nursing. The Royal College of Nursing 2013: 1-16.

The Royal College of Nursing. Moving care to the community: an international perspective. The Royal Collage of Nursing 2013: 1-40.

The Queen's Nursing Institute. 2020 Vision The Queen's Nursing Institute's vision of the future of district nursing. The Queen's Nursing Institute 2009: 1-49.

The Queen's Nursing Institute. Nursing People at Home The issues, the stories, the actions. The Queen's Nursing institute 2011: 1-54.

The Queen's Nursing Institute. Report on District Nurse Education in England, Wales and Northern Ireland 2012/13. The Queen's Nursing Institute 2013: 1-8.

イギリス医療保障制度に関する研究会(2012)「イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書【2011年度版】・医療保障制度概要・医療関連データ」『一般財団法人 医療経済研究・社会保障福祉協会 医療経済研究機構』平成24年3月

白瀬由美香(2008)「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』No.2, pp.63-77

白瀬由美香(2011)「イギリスにおける医師・看護師の養成と役割分担(特集 医師・看護師の養成と役割分担に関する国際比較)」『海外社会保障研究』No.174, pp.52-63

白瀬由美香(2012)「イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携」『社会政策』第三巻第三号, pp.68-77

白瀬由美香(2012)「イギリスの医療制度改革 II」『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』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), pp.173-198

白瀬由美香(2014)「イギリスの地域看護師の歩みと医師職との関係」『公衆衛生』第78巻第1号, pp.20-23

健康保険組合連合会(2012)「NH S改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」



### 第3章 スウェーデンの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では訪問看護サービスに関連するスウェーデンの諸制度を紹介する。スウェーデンでは、地方税を主な財源としながら、日本の県にあたるランスタングが保健医療サービスに関して、日本の市町村にあたるコミューンが社会福祉サービスに関して、財政及び提供の責任を負う。1992年のエーデル改革以降、高齢者ケアをコミューンの管轄に一元化していくことが大きな方針となり、もともとランスタングの管轄であった訪問看護の運営責任に関しても、契約によりコミューンへと移管することが可能になった。現在では約6割のコミューンが訪問看護サービスを管轄しているが、自治体によって、その財政、支払制度、提供体制ともにバラつきがみられる。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

スウェーデンの保健医療福祉制度は、財政運営及びサービス提供に関して地方自治体に強い権限と責任を与えていることが特徴である。保健医療サービスに関しては、保健医療サービス法(1982年)によって、日本の県にあたるランスタングが財政及び提供の責任を負う。一方で、社会福祉サービスに関しては、社会サービス法(1980年、改正2001年)によって、日本の市町村にあたるコミューンが財政及び提供の責任を負う。したがって、ランスタング及びコミューンが提供するサービスに重複はなく、対等な関係にあると言える。

しかし、このようなサービス提供主体の分断は、入院して治療を終えたはずの高齢者が在宅に移行せず病院に留まってしまう「社会的入院」などの諸問題を招いていた。そこで、限られた医療資源を効率的に使用し、利用者のニーズに沿ったサービスを提供できるようにすることを目的に、1992年にエーデル改革と呼ばれる一連の制度改革が実施された。

エーデル改革では、高齢者ケアに関する財政及び提供の責任をコミューンに一元化するため、ランスタングが管轄していた長期療養病院をナーシングホームという形でコミューンに移管することに成功したが、訪問看護に関しては徹底を欠き、ランスタングとの契約によりコミューンへの移管が可能とされることにとどまった。その結果、2008年現在では、290のコミューンの内171が訪問看護を管轄している。

表4-1. スウェーデンにおける各社会保障制度の実施主体と主なサービス内容

提供主体	国	ランスタング(県)	コミューン(市町村)
主な法律	社会保険法	保健医療法	社会サービス法
サービス内容	現金給付 (年金、両親手当、児童手当等)	保健医療サービス (病院、GP、訪問看護等)	社会福祉サービス (高齢者介護、訪問看護等)

出所: 伊澤(2006)を参考に筆者作成。

## (2) 訪問看護サービスの財政

訪問看護を含めた保健医療福祉サービスの主たる財源は、自治体ごとに徴収する地方所得税であり、その税率は平均で約 32%である。徴収された地方所得税の約 2/3 はコミューンへ、約 1/3 はランスタイングへ配分される。

ランスタイングの財源の内訳について、税が 71%、国の助成金が 17%、補助金が 3%、利用者負担は 2%程度という構成になっている。ランスタイングの管轄で提供される訪問看護サービスは、原則無料である。

一方、コミューンの財政に関しては、コミューンごとの違いが大きく多様である。コミューンの管轄で提供される訪問看護サービスは、介護など他の高齢者在宅ケアと一体となって提供される場合が多く、利用者の経済状況に応じた自己負担が求められるが、自己負担の上限額はコミューンによって異なる。

## (3) 訪問看護サービスの支払制度

ランスタイングが管轄する保健医療サービス事業者への支払いについて、病院に対しては、包括予算(Global Budgets)を通じた償還方式を取り、予算内での財政運営責任を医療機関に任せることが多い。一方で地区診療所に対しては、登録患者の人頭報酬をベースに、出来高報酬や成果報酬を組み合わせた様々な支払い方式を取っている。またコミューンが管轄する社会福祉サービスへの支払制度に関しては、コミューンによって違いがみられる。

次に、訪問看護サービスに関わる従事者の待遇について、訪問看護の管轄によってランスタイングまたはコミューンに雇用され、棒給制で報酬を得ている。地区看護師の俸給は、コミューンに雇用される場合の方がランスタイングよりも高額となる傾向にあり、コミューンで地区看護師を採用することが難しいことが反映されている。

雇用者と被雇用者との賃金交渉も行われており、ランスタイングとコミューンの従事者を代表する団体として、スウェーデン地域・地方自治体連盟(SALAR: Swedish Association of Local Authorities and Regions)が、2,000以上の民間事業会社の代表としてはAlmegaという民間ケア事業者連盟(The Association of Private Care Providers Almega)が存在している。一方、スウェーデンのヘルスケア従事者のほとんどはなんらかの専門労働組合に所属している。看護師、助産師、生体医科学者、放射線技師を代表する労働組合としてVardförbundet(The Swedish Association of Health Professionals)という団体が存在しており、合計約 110,000人が登録している。

## (4) 訪問看護サービスの提供体制

スウェーデンにおける訪問看護サービスには 3種類あり、1)ランスタイングが管轄する地区診療所からの訪問看護、2)コミューンが管轄する訪問看護、3)病院の医師・看護師による「高度訪問看護」である。

1)ランスタイングが管轄する地区診療所からの訪問看護では、地区診療所に勤務する地区看護師や准看護師が利用者の住居を訪問してサービス提供を行う。こちらは、エーデル改革以前から実施されている、従来の形態である。

2)コミュニケーションが管轄する訪問看護では、コミュニケーションに雇用される地区看護師がサービス提供の中心を担っており、在宅介護などの他の高齢者ケアと統合され24時間対応がなされる場合が多い。こちらは、エーデル改革以降に可能となった形態であり、介護サービスとの統合によってより利用者のニーズに沿ったケアの提供が可能となっているが、看護師が患者のカルテ等を見ることができない等の問題も指摘されている(ランスタイングが管理する患者の電子カルテにアクセスできないため)。

3)の「高度訪問看護」については1)や2)の訪問看護とはサービス提供の目的が異なり、がん患者などの緩和医療および終末医療などの医療ニーズが高い患者を対象に、病院をベースとする医師や看護師の混合チームが、24時間対応の訪問サービスを展開する。また、「高度訪問看護」の利用者は、必要に応じてすぐに入院することが可能とされる。

#### (5) 訪問看護にかかる教育制度

スウェーデンの医療看護職の養成は国立大学が中心となっており、国立高等教育機関が行う現在および未来の人材需要予測などを通して、必要な入学者数等が計画されている。

一般看護師となるためには、国立医科大学又は民間独立教育機関の看護コースで、一定期間の実習を含めた3年間の学部レベルの教育を受ける必要がある。近年では、毎年約5,000人が看護コースに入学している。国立医科大学の教育は全てランスタイングの財源でまかなわれ、実習も付属の大学病院で実施されている。教育プログラムを終えた一般看護師は、国立保健福祉委員会に申請することで、自身の専門性に応じた職務を行う資格を得ることができる。資格の期限や定期的な更新に関する制度は存在しない。資格を得た登録看護師全体のうち、在宅ケアに従事する看護師数は約14,000人とされている(2007年時点)。

訪問看護サービスの中心的役割を担う地区看護師は上級の看護職であり、看護師資格取得の後、最低2年間の職業経験と約1年間の継続教育を受ける必要がある。地区看護師には、通常の看護業務に加え、社会心理学的要素も含めた患者の包括的なアセスメント、特殊なケアに関する技術、ケースマネジメントや他職種との連携、訪問看護チームにおけるリーダーシップが期待されており、継続教育を通してこれら知識や技能の習得が求められる。

一方で、ヘルパーと准看護師の教育制度に関しては、1990年代初頭に統合が図られ、3年間の高校教育における介護コースを出ることにより取得可能とされる。ヘルパー及び准看護師が提供する主なサービスは、入浴・着替え・食事・排泄など身体介護や家事援助であり、他に散歩や社交の支援なども行う。

## 第2節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、スウェーデンの社会保健福祉庁がランスタイピング及びコミューンを対象に2008年に実施した、在宅医療に関するアンケート調査の結果について紹介する。報告書では、訪問看護を含む在宅医療サービスの利用状況等やサービス内容に関して、実施主体の違い(ランスタイピングとコミューン)などに着目して分析がなされているが、結論の一つとして、訪問看護サービスの提供主体をコミューンに一元化する方が、患者のニーズに沿ったサービス提供が可能になることが示されている。

### (1) 在宅サービス及び在宅医療の利用者数の推移

表4-2に示されるように、コミューン管轄の在宅サービスについて、「特別な住居」と呼ばれるナースィングホームなどの居住施設に入居してケアを受ける利用者の数は減ってきている。これは、コミューンの財政難に伴う「特別な住居」に対する予算の縮小や、一般住居での在宅ケアを重視する各コミューンの方針が反映された結果であると、報告書中では考察されている。

一方、ランスタイピングが管轄する在宅医療に関して、表4-3に見られる通り、医師による訪問診療も、看護師を中心とする医師以外のスタッフによる訪問件数も、2002-2006年の間に増加を続けており、より多くの人々が在宅医療を利用するようになってきていることがわかる。一方で、病院のベッド数も減少傾向にあり(2002-2006年で約6%減)、病院から地域・在宅へとケアの移転が進んでいることを示していると言える。

表4-2. コミューン管轄の在宅サービス利用者数の推移(2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006	変化率
一般住居	48,388	53,645	53,818	55,134	55,919	15.6
特別住居	120,906	116,132	110,112	106,207	104,501	-13.6

出所: Socialstyrelsen(2008)の表8をもとに筆者作成。

表4-3. ランスタイピング管轄の在宅医療における訪問件数の推移(2002-2006)

	2002	2003	2004	2005	2006	変化率
医師による訪問診療件数	135,600	158,700	173,200	199,800	181,000	33.5
医師以外の訪問件数	2,702,400	2,494,000	2,719,700	2,861,300	3,151,600	16.6

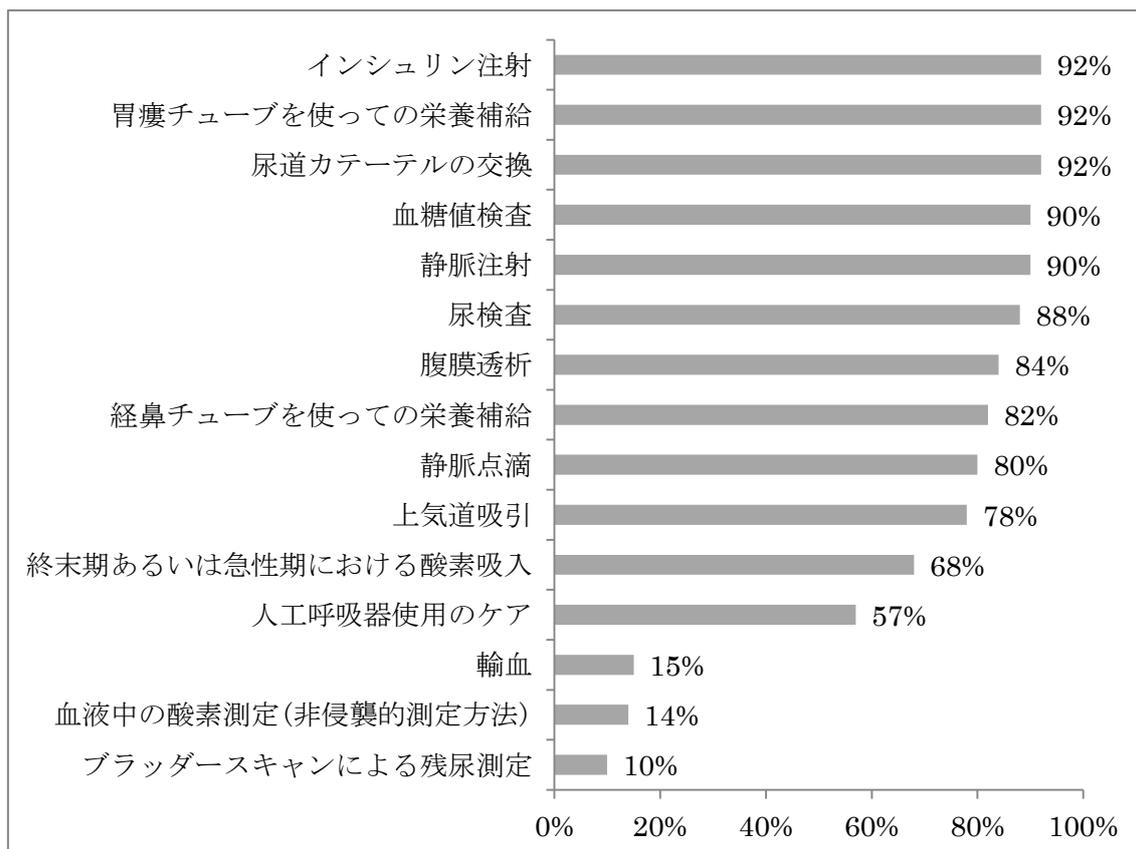
出所: Socialstyrelsen(2008)の表5、表6をもとに筆者作成。

## (2) コミューン及びランスティングにおける訪問看護の違い

図 4-1 と図 4-2 では、それぞれコミュニオン又はランスティングによる訪問看護における各医療行為の対応能力について、まとめられている。いずれの診療行為及び医療行為においても、全自治体で対応可能な項目はなかったが、「インシュリン注射」、「胃瘻チューブを用いた栄養補給」、「尿道カテーテルの交換」、「血糖値検査」、「静脈注射」、「尿検査」に関しては、対応可能と回答としたコミュニオン及びランスティングの割合が大きい。また、コミュニオン及びランスティングの回答の傾向を比較すると、コミュニオンが管轄する訪問看護の方が、ランスティングよりも各サービスへのアクセスが良好であると判断される。

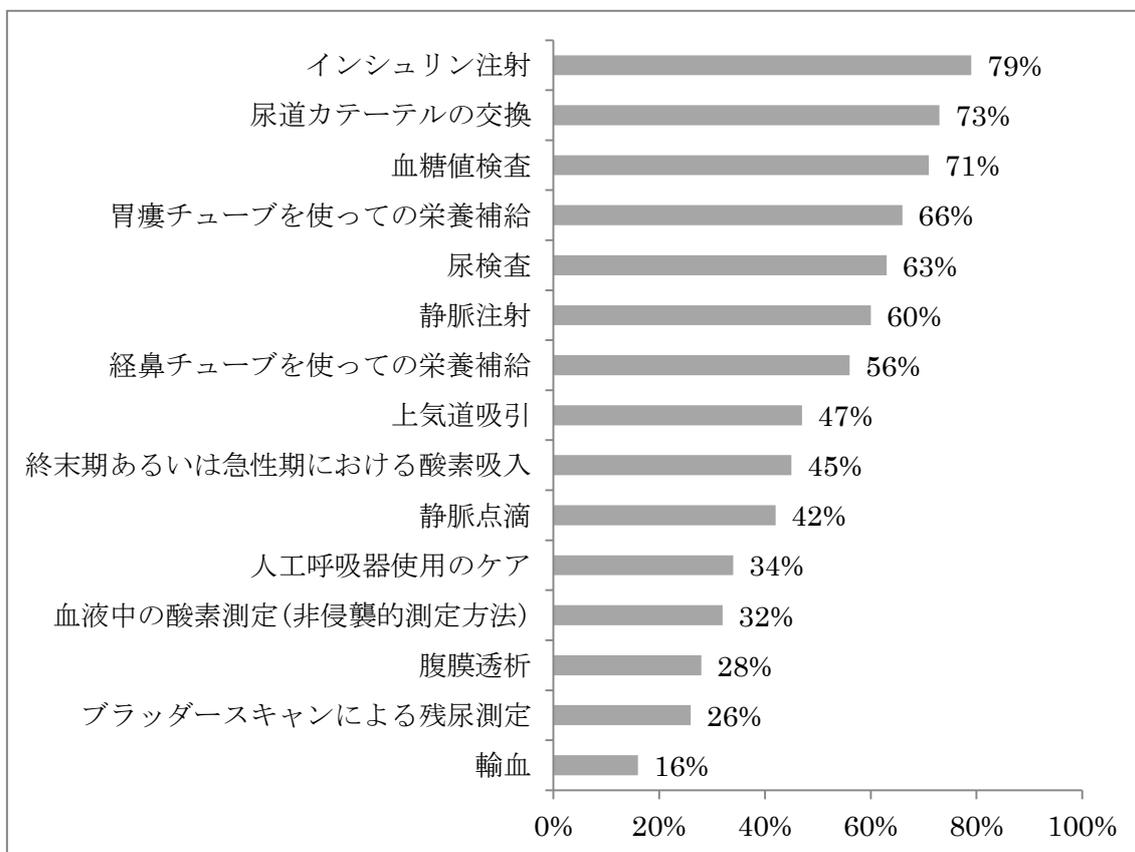
図 4-3 で示されるように、実施主体別に看護師が訪問先に到着するまでの平均時間を比較すると、コミュニオンで提供されている訪問看護の方が、ランスティングで提供される訪問看護よりも到着までの平均時間が短いことが示されている。

図 4-1. 訪問看護における医療行為について「対応可能」と回答したコミュニオンの割合



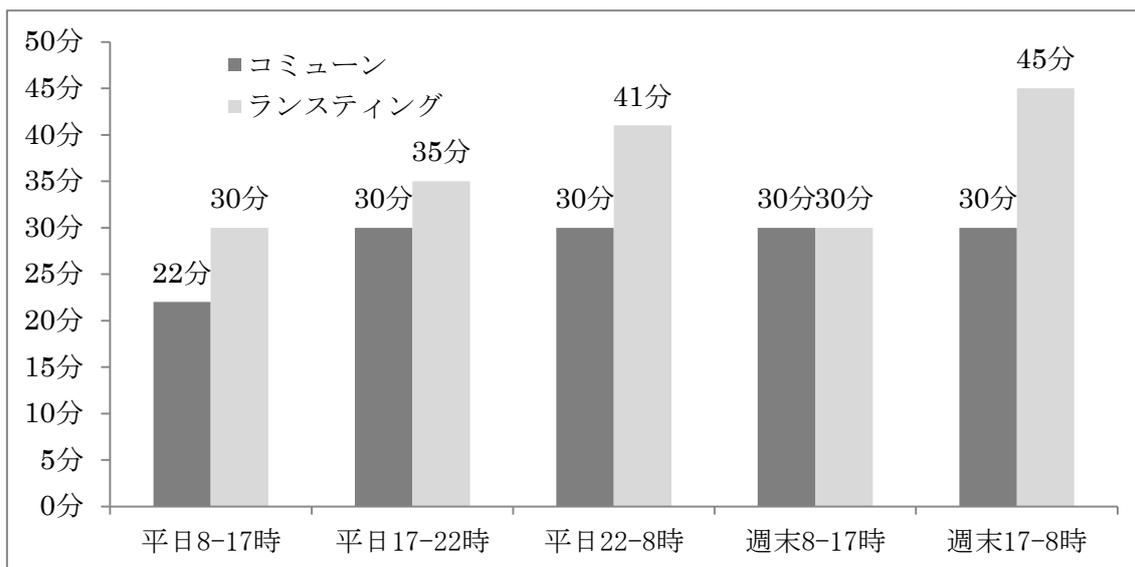
出所: Socialstyrelsen(2008)の図 13-25 をもとに筆者作成

図 4-2. 訪問看護における医療行為について「対応可能」と回答したランスティングの割合



出所: Socialstyrelsen(2008)の図 13-25 をもとに筆者作成

図 4-3. 訪問看護サービスにおける看護師が訪問先に到着するまでの平均時間の比較



出所: Socialstyrelsen(2008)の図 9 をもとに筆者作成。

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

本節では、日本の訪問看護従事者確保に向けた政策的示唆として、カールスクローナ(Karlskrona)市の在宅サービスにおける、ICT(Information and Communication Technology; 情報通信技術)の活用事例を紹介する。

#### (1) Mobipen による情報記録・管理の効率化

カールスクローナで活用されていた ICT のひとつに、Mobipen と呼ばれる在宅ケアデータ管理システムがある。これは、D-PAS というカメラ内蔵デジタルペンと紙を組み合わせたシステムであり、在宅ケア従事者の業務情報管理負担を軽減するために導入された。

在宅ケア従事者が、看護や介護行為の記録を D-PAS を使って紙に記帳すると、内臓カメラがペン先の動きを追い、記帳内容をペン内に記録することができる。また、記録された内容は自動的に各事業者のコンピュータ・データベースにも転送、記録される。紙に記帳した内容を毎回コンピュータで打ち込み直す手間が省け、紙の記録原本は在宅ケア利用者やケア従事者が手元に留めておくことができるため、情報の共有・管理が容易になる(図 4-5)。

また、同システムは在宅ケア従事者の勤務時間記録にも活用されている。まず、在宅ケア利用者は識別コード付きの小さなステッカーを受け取り、自宅玄関に貼り付ける。ケア従事者は訪問時および退出時に、D-PAS ペンを使ってステッカーに書かれた「到着」「退出」ラベルにタッチすることで、ペン内に訪問・退出時間を記録できる。そして、事業所に戻ってからコンピュータと接続されたペンホルダーに D-PAS ペンを収納することで、自動的に出勤記録をデータベースに転送・蓄積することができるという仕組みである。

Mobipen は、特別な ICT の知識を必要とすることなく、通常の紙とペンと同じように記帳するだけで情報を容易に共有・管理することができるシステムであり、在宅ケア従事者の業務負担軽減のために有効に機能している ICT 活用事例であると言えるだろう。

図 4-4. D-PAS と看護記録



## (2) その他の ICT 活用事例

Mobipen 以外にも、カールスクローナを含むスウェーデン諸地域では様々な ICT が活用され、看護・介護を含む在宅ケアの質の向上や効率化に寄与している。

コミュニケーションの促進・効率化という点では、Ippi と呼ばれる、テレビと接続して簡単にテレビ電話やショートメッセージの送付が可能な機器や、タブレットコンピュータが積極的に活用されている。Ippi やタブレットをテレビと接続することで、在宅ケア従事者による遠隔地居住者の生活支援が容易になるほか、「特別な住居」に暮らしている高齢者が複数人で音楽や映像、インターネット通信を楽しむことができる。

また、自宅や「特別な住居」の安全性を確保するためのセキュリティシステムについても訪問時に紹介を受けた。例えば、自宅や各施設に設置されたセキュリティアラームは、コムーン自治体の中央管制室を IP ネットワークで繋がっており、どこかの施設で事故が発生してアラームが鳴った際、容易に状況を把握し、指示を出すことが可能になっている。また、ケア従事者が携帯電話を利用して認証制で所持するデジタルキーの普及も進んでいる。これは、在宅ケア利用者の体調悪化などの有事の際に、鍵の受け渡しによる時間のロスを防ぎ、ケア従事者が家に駆けつけてすぐに扉を開けることができるようにするためである。

さらに、カールスクローナでは新たな取り組みとして、自室設置カメラを利用した遠隔観察支援サービスを 2014 年 9 月より開始する。これは、夜間のケア従事者の訪問後に寝付けなくなるという特別な症状やニーズを抱えた在宅ケア利用者が少数だが存在することを受けてのサービスであり、夜間の自宅訪問の目的がケアの提供ではなく問題が生じて無いかの確認だけである場合は、カメラを使って室内を観察・確認するに留めるというものである。これによって居住者を夜間に起こすことを避けることができ、またケア従事者の労働負担も軽減することができる。しかし、自室にカメラを設置することにはプライバシー上の問題もあるため、利用者の同意を含む厳密な法的手続きと許可を踏んだ上でのみ実施される特別なサービスとなっている。

### 第3章の参考文献

- Anders Anell, Anna H Glenngård, Sherry Merkur. Sweden Health system review. Health Systems in Transition 2012:14(5)
- Cecilia Fagerström, Ania Willman. Sweden. Home care across Europe – Case studies.2013: 272-278
- Socialstyrelsen. Current developments in care of the elderly in Sweden. 2007
- Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. 2007
- 伊澤知法(2006)「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—(特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携)」『海外社会保障研究』No.156, pp.32-44
- 安藤範行(2008)「スウェーデンの介護事情～海外調査報告～」『立法と調査』No.282, pp.14-27

## 第4章 デンマークの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では訪問看護サービスに関連するデンマークの諸制度を紹介する。デンマークでは、税金を主な財源として、地方自治体(kommuner)が訪問看護を含む在宅ケアサービス提供の責任を担っている。デンマークでは「住まいとケアの分離」がすすんでおり、介護施設に居住する者に対し、看護師や介護士が施設外部から訪問サービスを提供することも特徴の一つとされる。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

2007年の改革によって、デンマークの地方行政区画は5つの広域行政地域(regioner)と98の地方自治体(kommuner)に統合されており、広域行政地域は公的病院の運営に責任を負い、個人事業主であるかかりつけ医に対しては人頭制と出来高払いの診療報酬を支払う一方、地方自治体は社会福祉サービス、高齢者ケア、リハビリテーション、予防医療等の提供に責任を負う。これらサービスは、税金を財源として、原則無償で提供される。

デンマークにおける福祉制度の発展は、1974年に成立した生活支援法及び1979-1982年の高齢者政策委員会で打ち出された高齢者三原則(表5-1を参照)に由来する。まず生活支援法は、高齢者、身体障がい者、精神障がい者、母子家庭等に分けられていた福祉関係法を一本化して、日常生活が困難になった国民全てを対象にすることとし、福祉制度に関する総合的な枠組みを構築した。また高齢者三原則では、高齢者福祉政策の方向性が示され、それまで政策の中心であった高齢者施設の新規建設が禁止され、高齢者住宅への移行と24時間の在宅ケア体制の整備がすすめられた。

またデンマークでは「住まいとケアの分離」がすすめられており、高齢者施設(plejehjem)や介護型住宅(plejebolig)といった24時間の介護付き施設であっても、介護や看護サービスの外部化(看護師や介護職が施設を訪問してサービスの提供を行うこと)がなされている。Houben & Voordt(1993)、Daatland(2000)、Houben(2001)によれば、「住まいとケアの分離」は、「住まいとケアをパッケージ化して捉えると、住む場所によってケアの量が規定されるために、不必要な住まいの移動を強いられる。したがって、施設内で提供されていたケアは、空間的に分離され地域で提供されなければならない。」という考えに基づいている。

表5-1. 高齢者三原則

	説明
① 継続性の維持	これまでの生活を断絶せず、継続性を持って暮らす。
② 自己決定の尊重	高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこちらを支える。
③ 自己資源の活用	高齢者が持っている資源に着目して自立を支援する。

出所: 松岡(2008)より抜粋。

## (2) 訪問看護サービスの財政

訪問看護サービスを含む在宅ケアサービス提供の責任を負う地方自治体は、所得税と国からの包括的補助金を財源とする。所得税の税率は、国が定める範囲にしたがい各地方自治体が独自に設定する。

## (3) 訪問看護サービスの支払制度

訪問看護サービスは、かかりつけ医や病院の医師による指示にもとづき、地方自治体によって無料で提供される。地方自治体に雇用される訪問看護師の給与は、看護師の労働組合であるデンマーク看護協会(Dansk Sygeplejeråd)と各地方自治体との間の協議にもとづいて決定される。

また地方自治体が提供する身体介護及び家事援助についても住民は無料で利用することができるが、各地方自治体によるニーズ・アセスメントを受ける必要がある。審査は、地方自治体から派遣される調査員によって行われるが、その評価基準は地方自治体によって大きく異なる。なおデンマークでは、家族が介護を提供する義務や責任はないと広く考えられており、各地方自治体は十分な量の介護サービスを提供することが期待されている。

## (4) 訪問看護サービスの提供体制

訪問看護サービスの提供組織は、地方自治体によって様々であるが、身体介護や家事援助などの介護サービスの従事者が一緒になった組織と、訪問看護サービスを独立して提供する組織の2種類に大別することができる。

在宅ケアにおいて、訪問看護師はサービス提供の中心的な役割を担っており、社会保健アシスタント (SSA: Social- og sundhedsassistent)は、看護師の管理の下で、服薬管理、カテーテル交換、鼻腔カテーテルによる栄養補給などを提供する。また介護職である社会保健ヘルパー (SSH: Social- og sundhedshælper)は、主に家事援助と身体介護に従事する。

なお、デンマークの看護師の看護実践の範囲は日本よりも広く、自律性も高いと評価されているが、これは「包括指示」の解釈の違いによるものであり、デンマークでは医師が行う必要のある行為のみを定め、あとは現場が責任を持つというように捉えられている(山田, 2011)。

## (5) 訪問看護にかかる教育制度

看護師資格を取得するには、高等学校卒業後に看護教育機関において3年6ヶ月の教育を受けなければならない。内容は理論と臨地実習に分かれており、臨地実習は、病院もしくは地方自治体にて行われる。一方で、介護職の養成期間に関しては、社会保健アシスタント (SSA) が1年8ヶ月(延長2ヶ月)、社会保健ヘルパー (SSH)は1年2ヶ月と定められている。

## 第2節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、国のデータベース及び2011年にデンマーク看護協会(Dansk Sygeplejeråd)が発行した訪問看護に関する2本の調査報告書の内容について紹介する。

表5-2は、2011年における在宅ケア及びナースিংホームの常勤換算従事者数を示しており、看護師は従事者全体の8.6%を占めることがわかる。一方で、最も多い職種は社会保健ヘルパー等であり、全体の63.1%を占めている。

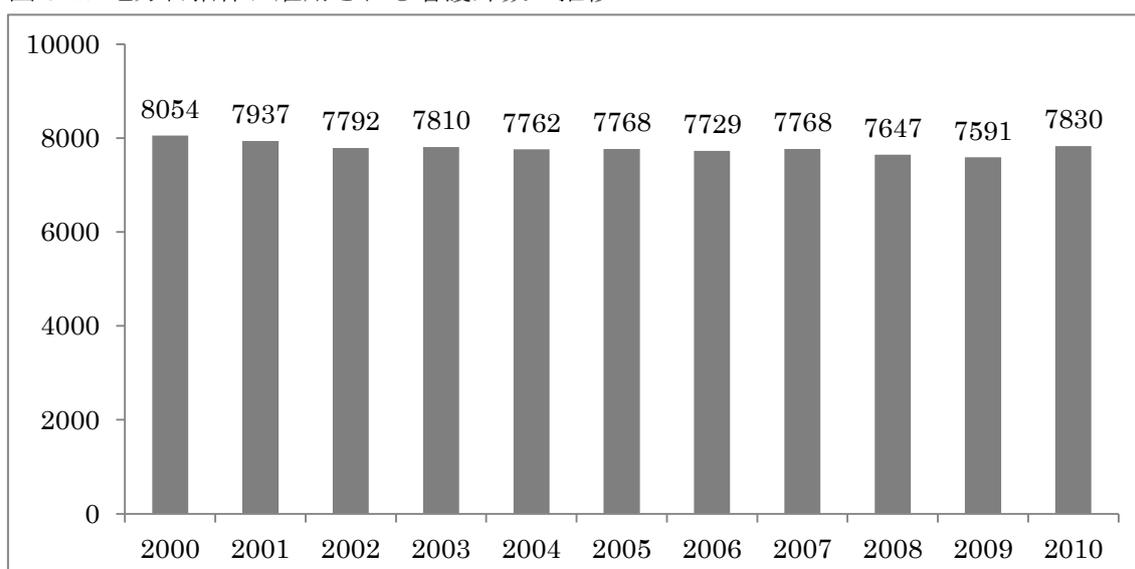
図5-1では、地方自治体に雇用される看護師数(つまり在宅ケア及びナースিংホームの看護師数)に関する推移が示されているが、10年間でその数はほぼ横ばいになっている。

表5-2. 在宅ケア及びナースিংホームの常勤換算従事者数(2011年)

	常勤換算従事者数	構成割合(%)
看護・介護の従事者全体	90,901	100
看護師 (Sygeplejerske)	7,801	8.6
理学療法士/作業療法士 (Fysioterapeut/Ergoterapeut)	1,006	1.1
社会保健アシスタント (Social- og sundhedsassistent)	16,489	18.1
社会保健ヘルパー等 (Social- og sundhedshælper)	57,379	63.1
その他介護職員	8,225	9.0

出所: DANMARKS STATISTIKBANK より筆者作成。

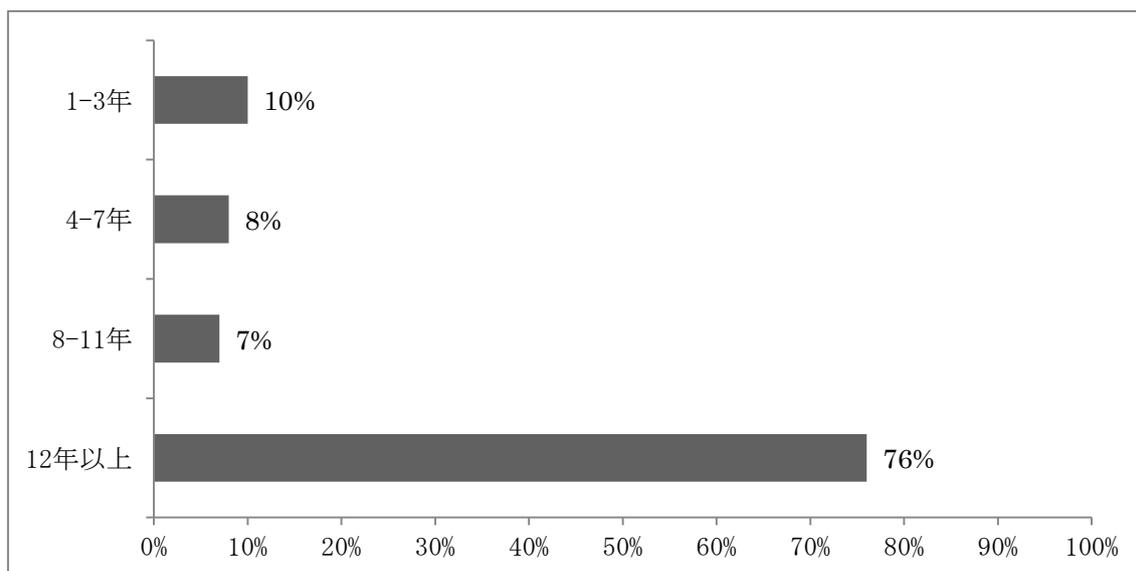
図5-1. 地方自治体に雇用される看護師数の推移



出所: Dansk Sygeplejeråd(2011a)の表2より筆者作成。

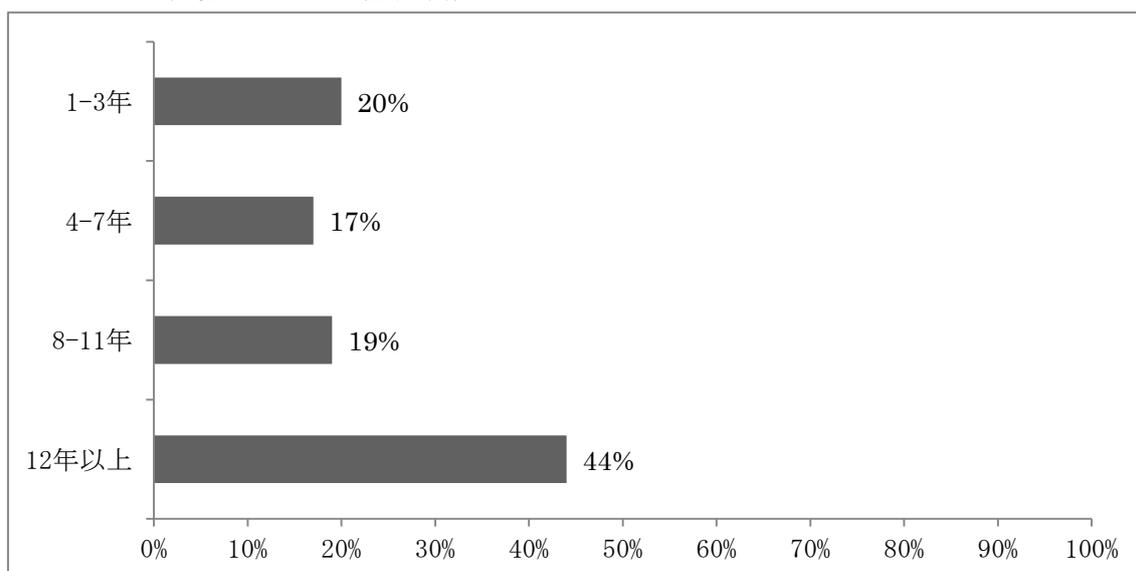
図 5-2 は看護師としての経験年数について、図 5-3 は訪問看護サービスの経験年数について示されている。第一に、訪問看護サービスの経験年数において、「12年以上」と回答した割合は全体の44%であり、半数近くの訪問看護師は、十分な訪問看護の経験を持っていることが予想される。第二に、訪問看護サービスの従事者の10%は、看護師としての経験年数が「1-3年」であり、看護師としての職歴も短い従事者が一定数存在することがわかる。

図 5-2. 訪問看護師の看護師としての経験年数 n=123



出所: Dansk Sygeplejeråd(2011b)の図 1 を翻訳。

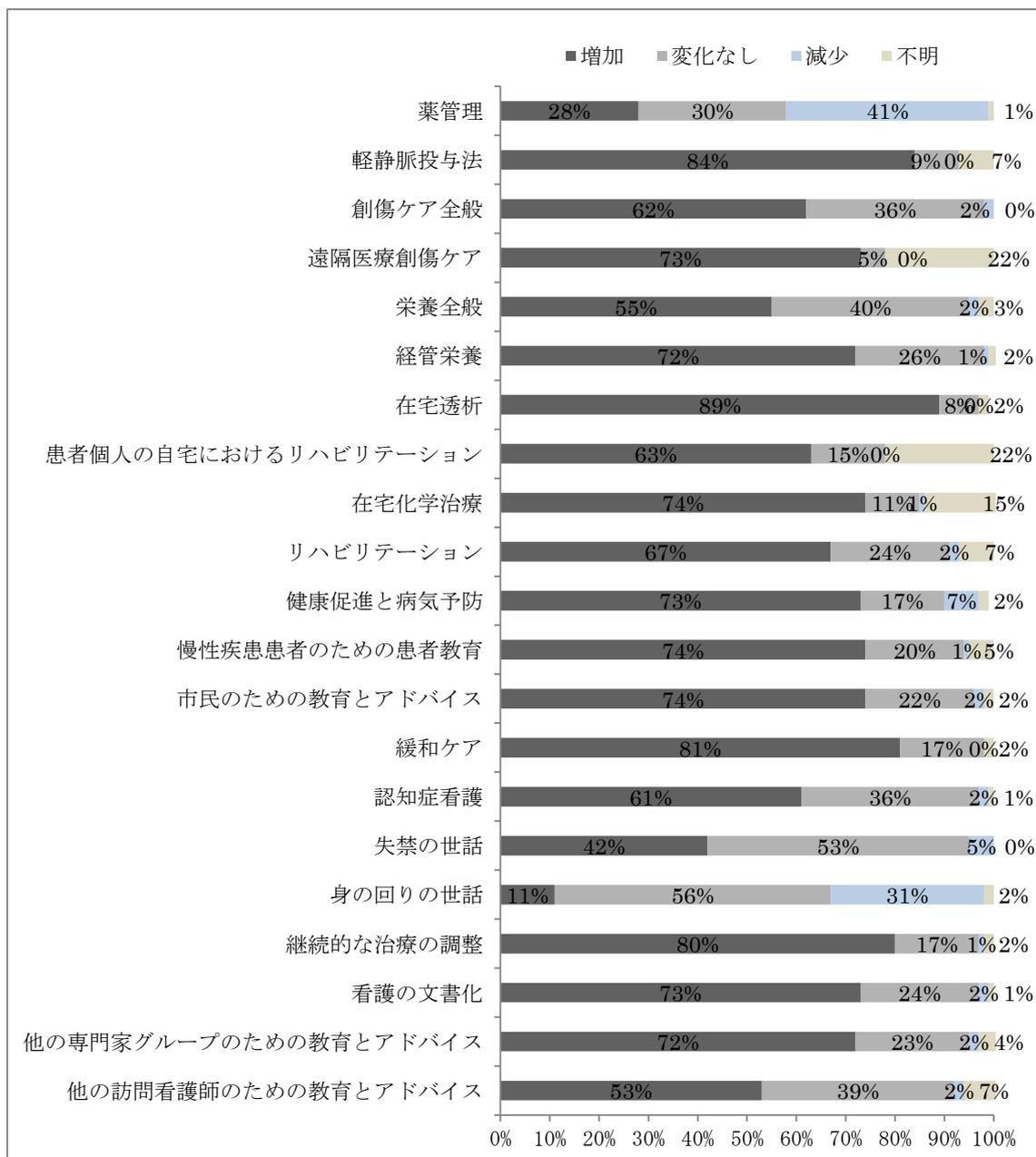
図 5-3. 訪問看護サービスの経験年数 n=123



出所: Dansk Sygeplejeråd(2011b)の図 2 を翻訳。

図 5-4 では、今後 5 年間で増加/減少すると考えられる業務について、訪問看護師を対象に調査した結果がまとめられている。各業務の中でも、「在宅透析」が増加すると回答した訪問看護師は全体の 89%であり、最も多い。一方、「薬管理」や「身の回りの世話」について減少すると回答した訪問看護師は、それぞれ 41%と 31%であり、訪問看護師の専門性は高まっていく傾向にあると予想されている。

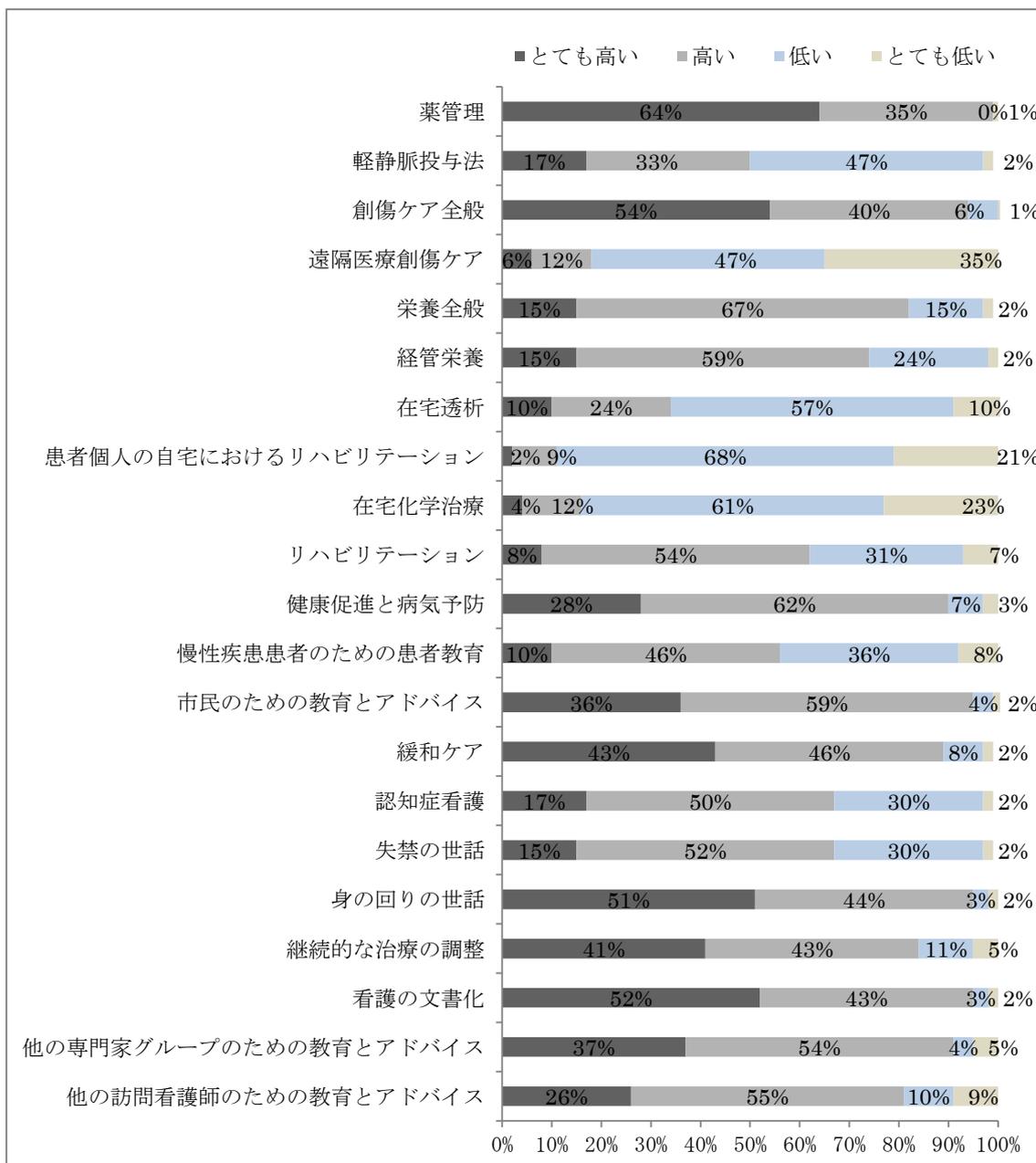
図 5-4. 訪問看護サービスにおいて、今後 5 年間で増加/減少すると考えられる業務 n=123



出所: Dansk Sygeplejeråd(2011b)の図 8 を翻訳。

図5-5は、訪問看護師が自分自身の専門能力について評価した結果を示す。今後最も増加すると考えられた業務である「在宅透析」について、専門能力がとて高いと回答した訪問看護師の割合は10%であった。一方で、今後減少すると考えられた業務である「薬管理」や「身の回りの世話」に関する専門能力について、とて高いと回答した訪問看護師の割合は、それぞれ64%と51%であった。

図5-5. 訪問看護師が評価する自分自身のコンピテンシー n=123



出所: Dansk Sygeplejeråd(2011b)の図9を翻訳。

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

本節では、訪問看護従事者の確保に関連して、1996年に導入されデンマークの全ての地方自治体において実施されている、看護師による予防訪問に関して紹介する。地域における疾病予防や介護予防を狙った施策は、訪問看護サービスを含めた保健医療福祉サービスを必要とする住民の数を減らし、サービス提供に必要とされる従事者数の確保につながる。

看護師による予防訪問は、法律によって規定されている。法律上では、予防訪問の提供主体である地方自治体に関して、1) 75歳以上の全ての住民を対象に予防訪問を実施すること、2) 住民は少なくとも年に2回の予防訪問を受ける権利があること、3) 身体介護や家事援助を利用している住民を予防訪問の対象から除外可能であることなどが定められている。2006年時点では、対象とされる住民の約60%が予防訪問を了解し、利用していることがわかっている。

予防訪問の概要については表5-3に示されているように、5つのステップにもとづいて実施される。ここに示されるとおり、予防訪問は、単なるヘルス・チェックではなく、住民が自立した生活を継続するための、疾病の予防や日常生活に関するアドバイスを提供することを目的としていることがわかる。このような予防訪問の効果については、1998年より34の地方自治体が参加して実施された、4000人の高齢者を3年間追跡したコホート研究によって示されており、予防訪問を受けた高齢者において身体機能の低下を防ぐなど、多くのアウトカムにおいてその改善が確認された。

また2002年に実施された、予防訪問の提供体制等に関する地方自治体を対象にした調査では、40%の地方自治体では在宅ケアサービスの一貫として提供していること、具体的なガイドライン及び予防訪問の評価指標を作成までを行っている地方自治体は50%未満であること、多くの地方自治体では身体介護や家事援助を利用している住民に対して予防訪問が実施されていなかったことなどが明らかにされた。

表5-3. 予防訪問の概要

予防訪問のステップ	説明
① コンタクト	自宅への訪問を了解してもらえよう、目的を説明して連絡を取る。
② インタビュー	高齢者の日課や社会的、精神的、身体的状態に関する質問を行う。問診は、生活上のリスクや困難だけではなく、日常の楽しみなどの望ましい点に関するものも行う。
③ アセスメント	インタビューの結果に応じて、高齢者の状態に関して包括的な評価を行う。
④ アドバイス	健康増進や予防に向けて、高齢者の希望等を考慮しながら、日常生活や健康行動に関するアドバイスを提供する。
⑤ フォローアップ	継続的に高齢者の自宅を訪問して関係性を構築し、評価を行う。

出所: Vass(2007)の記述を参考に筆者作成。

## 第4章の参考文献

- Cecilia Fagerström, Ania Willman. Denmark: Home Care across Europe, 2013, p60-66
- Daatland SO, Gottschalk G, et al. Future Housing for the Elderly : Innovations and Perspectives from the Nordic Countries, Copenhagen; NordBuilding and Housing 2000.
- Dansk Sygeplejeråd (2011a), Fremtidens hjemmesygepleje Statusrapport
- Dansk Sygeplejeråd (2011b), Fremtidens hjemmesygepleje Udfordringsrapport
- Houben, PPJ, Van der Voordt TJM. New Combinations of housing and care for the elderly in the Netherlands. *Netherlands Journal of Housing and the Built Environment* 1993; 8(3): 301-325.
- Houben PPJ. Changing Housing for Elderly People and Co-ordination Issues in Europe. *Housing Studies* 2001; 16(5): 651-673
- Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(2):1 – 192.
- Statbank Denmark [cited 2013 March 1] Available from: [http://dst.dk/eng/Statistics/subjects/consumer\\_prices.aspx](http://dst.dk/eng/Statistics/subjects/consumer_prices.aspx)
- Vass M, Avlund K, Hendriksen C, Philipson L, Riis P. Preventive home visits to older people in Denmark--why, how, by whom, and when?, *Z Gerontol Geriatr.* 2007 Aug;40(4):209-16
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 上』 No.2435, pp.10-17
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 中』 No.2436, pp.16-22
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 下』 No.2437, pp.20-33
- 関龍太郎(2008)「デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの」『海外社会保障研究』 No.162, pp.53-66
- 筒井澄栄、石川彪(2010)「ドイツ連邦共和国・デンマーク王国における介護職員養成」『海外社会保障研究』 No.172, pp.57-65
- 山田ゆかり(2011)「デンマークにおける医師と看護師の役割分担」『海外社会保障研究』 No.174, pp.42-51
- 松岡洋子(2008)「デンマークの高齢者住宅とケア政策」『海外社会保障研究』 No.164, pp.54-65



## 第5章 オランダの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では、訪問看護サービスにかかわるオランダの諸制度を概観する。オランダの訪問看護は、長期的な医療や介護へのニーズを抱える住民を対象とした特別医療費保険を財源とし、ケア判定センター(CIZ)によるニーズアセスメントの結果に応じて給付される。オランダにおける訪問看護は、訪問介護と同じ在宅ケア(Thuiszorg)の枠組みで提供され、レベル1~5に分けられた看護介護職の中でも、4年間の中等職業教育を受けたレベル4の看護師と4年間の高等職業教育を受けたレベル5の学士レベルの看護師が、訪問看護サービス提供の責任を担う。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

オランダの保健医療福祉制度は、主に健康保険法(Zvw: Zorgverzekeringswet)、特別医療費補償法(AWBZ: Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)、社会支援法(Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning)、公衆衛生法(Wpg: Wet publieke gezondheid)という4つの法律によって支えられている。

まず2006年より施行された健康保険法(Zvw)は、治療可能な疾患に関する短期的な医療を対象とする。健康保険法(Zvw)は、2006年以前は職域や所得で3つに分立していた制度を1本化し、保険者の民営化を推進した。健康保険法(Zvw)において、オランダの居住者は、少数の例外(軍人と宗教的理由等による保険加入拒否者)を除き健康保険への加入が義務付けられており、自ら保険者を選択し契約を結ばなければならない。一方で、保険者(民間の保険会社)は、診療報酬の上限価格規制等の制約の下で、医師や医療機関とサービスの価格と質について交渉し、契約する。このように管理された競争は、オランダ医療サービス庁(NZa: Nederlandse Zorgautoriteit)によって監督される。

次に1968年より施行された特別医療費補償法(AWBZ)に基づく特別医療費保険は、1年以上の医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護するための保険である。特別医療費補償法(AWBZ)は、時代とともにその給付対象を拡大し、現在では1年以上の長期入院、ナーシングホームやケアホームなどの施設におけるケア、身体・精神障がい施設でのケア、在宅ケア等を保障の対象とする。特別医療費保険は原則強制加入であり、例外となる者は上述の健康保険と重なる。保険者は国であるが、給付にかかる事務(事業者との契約、サービス購入、保険料の徴収、被保険者の相談対応等)はケアオフィス(Zorgkantoren)が代行する。

また2007年より施行された社会支援法(Wmo)は、基礎自治体レベルにおける互助を活用しながら、できる限り自立した生活と社会参画を促すことを目的として導入された。これにより、特別医療費補償法(AWBZ)がカバーしていた買い物や掃除などの家事援助等のサービス提供が、基礎自治体(gemeenten)の責任へと移行された。

最後に、2008年に制定された公衆衛生法(Wpg)は、疾病予防や健康増進における地方自治体が担う役割について規定している。

## (2) 訪問看護サービスの財政

訪問看護サービスは、特別医療費補償法(AWBZ)に基づく特別医療費保険が対象とする在宅ケア(Thuiszorg)に位置づけられ、保険料を主な財源とする。財源の内訳は、所得比例保険料(68%、15歳以下は免除)、国庫補助金(24%)、自己負担金(8%)によって構成される。なお自己負担金は年齢(65歳以上か否か)や所得、世帯構成等により異なる。※訪問看護や身体介護の財源は、将来的には健康保険(Zvw)に移されることが決定されている。

## (3) 訪問看護サービスの支払制度

在宅ケアサービスの事業者は、ケア判定センター(CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg)が認定する利用者に必要な「機能」の種類と量にもとづいてサービスを提供し、その報酬は出来高払いで支払われる(表3-1を参照)。ケア判定センター(CIZ)は、疾病、障がい、意思疎通、日常生活上の問題、住環境、社会活動、学習、家族や友人・隣人等からの支援可能性、公的・一般サービスの利用可能性などの項目について、全国共通の基準に基づいて評価する。

また特別医療費補償法(AWBZ)では、1995年より個別ケア予算(PGB: Persoonsgebonden budget)が導入され、受給者は現金給付を選択できるようになった。支給される金額は、現物給付を選択した場合にかかる費用の75%であり、在宅サービス事業者、家族や友人等による介護の支払い等に充てることができる。

表3-1 特別医療費補償法(AWBZ)が給付の対象とする「機能」とその具体例

「機能」	具体例
身体介護	シャワー、入浴、着衣、髭剃り、スキンケア、排泄、飲食の介助など。
看護	傷口の手当(医薬品の塗布や包帯)、医薬品の投与、注射、病気の対処法のアドバイス、患者が自分で注射する方法の教育など。
ガイダンス	患者の生活をよりよくするための相談を受けること。身体的精神的問題がある場合に習慣を変える手助けなど。
治療	病気・疾患に関連するサービスであり、例えば脳卒中後のリハビリテーションなどが対処とされる。
ケア付き滞在	自宅での療養が難しい場合等の施設等への入所・入居。

出所: 堀田聡子(2012)、大森(2006)、Schäfer et al.(2010)を参考に作成。

在宅ケア従事者の給料は、ナーシングホーム/ケアホーム/在宅ケア(VVT: Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg)領域の労働協約で示されており、その金額は、従事者の等級(FWG: functiewaardering gezondheidszorg)と勤続年数に従う。等級(FWG)は、各事業者が従事者の能力等に応じて、5~80 までの範囲で 5 の倍数ごとに定める。表 3-2 では、等級 40-55(一般に看護師等が該当)の月額給与が示されている。

表 3-2. 施設ケア/在宅ケアにおける等級 40-55 に該当する従事者の月額給与(€) 2012 年版

勤続年数	等級 40	等級 45	等級 50	等級 55
0	1896	2393	2455	2578
1	2025	2455	2578	2772
2	2151	2516	2705	2901
3	2205	2578	2841	3036
4	2271	2641	2901	3162
5	2330	2705	2969	3295
6	2393	2772	3036	3357
7	2455	2841	3099	3419
8	2516	2901	3162	3491
9	2578	-	3229	3563
10	2641	-	3295	3635
11	-	-	3699	-

出所: Sociaal Overleg Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (2012)より筆者作成。

### (3) 訪問看護サービスの提供体制

訪問看護サービスは、訪問介護サービスと同じ在宅ケア(Thuiszorg)の領域において、提供される。前項で示されたように、特別医療費保険は「機能」の種類と量にもとづいて給付を行うことを原則とするため、オランダの事業者は、日本の居宅サービスのように訪問介護事業所や訪問看護ステーションといったサービス内容別に区分がされていない。したがって、在宅ケアの事業者は、利用者別に定義された「機能」の種類と週当たりの時間や回数等にもとづき、利用者ごとにカスタマイズされたケアを提供する。

一方で、在宅ケアを提供する事業者における看護介護職の構成割合は、事業者によってばらつきがあり、例えば、第 2 節(2)でみるように、最上級のスタッフである学士レベルの看護師が従事者の約 40%を占める事業者も存在している。

#### (4) 訪問看護にかかる教育制度

看護介護職の教育制度及び資格構成は、1990年代に教育文化科学省と保健福祉スポーツ省によって整理がすすめられ、病院、精神保健、障がい者ケア、施設ケア、在宅ケアといった領域を超えて、あらゆるレベルの看護介護職に一律に適用されるようになった。この改革により、看護職と介護職の間の教育内容のばらつきが解消され、介護職から看護職へのレベルアップが可能になった。

看護介護職の資格構成は、中等職業教育のレベル1~4と高等職業教育のレベル5が基本となり、各レベルに求められるタスクが定められている(表3-3を参照)。中等職業教育へすすむためには、12歳までの初等教育を受けた後、4年間の中等職業準備教育を受ける必要がある。また高等職業教育へすすむためには、同様に12歳までの初等教育を受けた後、5年間の一般中等教育を受ける必要がある。

レベル1のケアヘルパー(Zorghulp)とレベル2の介護福祉ヘルパー(Helpende Zorg en Welzijn)は、利用者の自立につながるよう家事援助等を提供する。これらサービスは、社会支援法(Wmo)により、基礎自治体との契約にもとづいて提供される。レベル3はケアワーカー(Verzorgende)と呼ばれ、介護計画の策定、身体介護と心身の健康状態の観察、情報提供やアドバイス等を行い、資格取得には中等職業教育の3年間を要する。

レベル4は看護師(Mbo-Verpleegkundige)であり、看護計画の策定、身体及び心理社会的看護の提供、ケアの評価等を行い、資格取得には中等職業教育の4年間を要する。レベル5は学士レベルの看護師(Verpleekundige5)であり、レベル4の看護師のタスクに加えて他職種と協働する際のケアマネジメント等を行い、在宅ケアにおける中心的な役割を担う。資格取得には4年間の高等職業教育を要する。

表3-3. 看護介護職の資格構成

レベル	資格名	主なタスク	教育期間
レベル5	看護師 ※学士 (Verpleekundige5)	他職種と協働する場合のケアマネジメント/プライマリナーシング過程における助言と指導	高等職業教育 4年間
レベル4	看護師 (Mbo-Verpleegkundige)	看護診断、看護計画策定、身体介護と心身の健康状態の観察等、看護、ガイダンス、情報提供	中等職業教育 4年間
レベル3	ケアワーカー (Verzorgende)	介護計画の策定/家族のケア・身体介護・利用者のカウンセリング/心身の健康状態の観察	中等職業教育 3年間
レベル2	介護福祉ヘルパー (Helpende Zorg en Welzijn)	家事援助/身体介護	中等職業教育 2年間
レベル1	ケアヘルパー (Zorghulp)	家事援助	中等職業教育 半年~1年間

出所: 堀田(2012)を参考に作成。

## 第2節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、オランダの看護介護職に関する調査統計データを用いて、オランダの在宅ケア従事者の特徴を俯瞰する。

看護介護職に関する調査分析業務をオランダ政府より受託した Prismant 社は、2009 年に 2 本の報告書を発表した(Van der Windt 2009a, 2009b)。これら報告書では、病院、精神保健、障がい者ケア、施設ケア、在宅ケアなど、看護介護職が活躍する領域別の従事者数の推定値やその特徴が示されている。

表 3-4 では、2009 年における領域別の看護介護職の従事者数推定値が示されている。在宅ケアに従事する看護師数は、レベル 5 の看護師 4500 人とレベル 4 の看護師 4200 人である。またレベル 3 のケアワーカーは、27900 人と在宅ケアに従事する看護介護職の内、最も大きな割合を占めている。

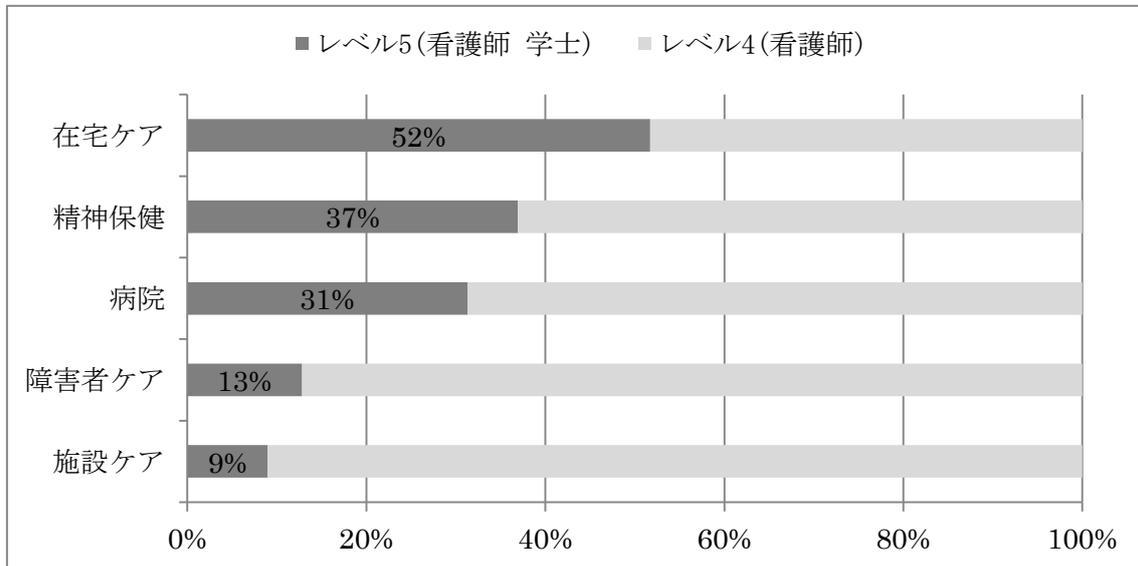
図 3-1 は、オランダで看護介護職に従事する各領域における、看護従事者数(レベル 4 及びレベル 5)にレベル 5 の看護師が占める割合を示す。在宅ケアにおいて、レベル 5 の看護師が占める割合は最大の 52%であり、他の領域と比較して上級の看護師が集中していることがわかる。一方で、施設ケアではレベル 5 の看護師が占める割合は 9%であり、領域によってその割合に違いがみられる。

表 3-4. 領域別にみる看護介護職の従事者数推定値 (2009 年, 単位:人)

	看護師 (レベル 5)	看護師 (レベル 4)	ケアワーカー (レベル 3)	介護福祉 ヘルパー (レベル 2)	ケアヘルパー (レベル 1)
病院	22400	49100	5100	1100	300
精神保健	9200	15700	1900	500	300
障がい者ケア	2000	13600	13200	8700	2400
施設ケア	2100	21300	97100	11200	4000
在宅ケア	4500	4200	27900	11600	24400
青少年ケア	400	500	500	—	—
託児所	100	900	2500	2100	200
社会福祉サービス	800	2200	2000	1200	200
全体	41500	107500	150200	36500	31800

出所: Van der Windt (2009a) 表 4.1 をもとに筆者作成。

図 3-1. 領域別にみる看護従事者数にレベル 5(看護師 学士)が占める割合



出所: Van der Windt (2009a) 表 4.1 をもとに筆者作成。

表 3-5 では、領域別の看護介護職員の特徴(常勤の割合、平均年齢、50 歳以上の割合、女性の割合、職業満足度、離職率)が示されている。施設ケア及び在宅ケアの領域では常勤の割合が低く、また女性の割合が比較的高いことがわかる。また、職業満足度は領域によってほとんど変わらないにも関わらず、離職率に注目すると、在宅ケアの従事者は 17.4%と最も高いことがわかる。

表 3-5. 領域別にみる看護介護職員の特徴

	常勤の割合	平均年齢	50 歳以上の割合	女性の割合	職業満足度	離職率
病院	90%	41 歳	27%	81%	3.5 点	7.4%
精神保健	95%	42 歳	32%	72%	3.5 点	7.1%
障がい者ケア	89%	39 歳	24%	83%	3.5 点	8.4%
施設ケア	83%	42 歳	31%	92%	3.6 点	13.4%
在宅ケア					3.6 点	17.4%
青少年ケア	82%	38 歳	23%	73%	3.5 点	9.0%
託児所	73%	35 歳	14%	96%	3.6 点	11.3%
社会福祉サービス	85%	43 歳	33%	72%	3.6 点	12.0%
全体	86%	-	-	-	3.6 点	11.3%

※職業満足度は五件法(1=“とても悪い”, 5=“とてもよい”)で測定された。

出所: Van der Windt (2009a)表 3.8、 Van der Windt (2009b) 表 2.3、表 5.1、表 7.1 をもとに筆者作成。

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

本節では、革新的な事業モデルで知られる在宅ケア事業者、Buurtzorg Nederland 財団(以下、Buurtzorg)について紹介し、生産性の高いサービスの展開について検討する。

オランダの看護師が2006年に起業した Buurtzorg は、2012 年末には従事者数は約 5500 人となり、約 500 のチームがオランダ各地で活動している。Buurtzorg に関する内外からの評価は高く、オランダの在宅ケア事業者を対象とした利用者満足度調査では第 1 位を、またオランダの全産業における従業員満足度調査でも第 1 位を獲得している。

表 3-6 では、その Buurtzorg の利用者満足度調査の結果が示されている。これは、政府が管轄するオランダの全在宅ケア事業者を対象とした CQ-Index にもとづいており、Buurtzorg は各項目で平均かそれ以上の評価を得ていることがわかる。また表 3-7 は、CQ-Index にもとづく利用者満足度調査結果について、オランダの全在宅ケア事業者の分布を示しており、Buurtzorg は「9-10 項目」の最上位に位置している。

表 3-6. Buurtzorg の利用者満足度(政府が調査を実施する CQ-Index の結果)

項目	評価※
ケアプラン	***
相談内容	****
治療内容	****
コミュニケーションと情報	****
電話での連絡体制	*****
身体的健康	****
ケアの安全性	*****
日常活動	***
利用者の自律性	***
精神的健康	***
住環境の安全性	****
ケアスタッフの信頼性	****
ケアスタッフの利用可能性	*****
ケアの継続性	****

注: 「評価」について、“\*”は「平均より著しく低い」、「\*\*\*\*\*」は「平均より著しく高い」を表す。また CQ-Index とは、2007 年より長期ケアセクターの全事業者に適用されている、オランダ政府によって開発された、利用者・患者視点による評価と事業者による自己評価が組み合わされた指標である。出所: A.J.E. de Veer(2009)表 4.1 をもとに筆者作成。

表 3-7. 利用者満足度別にみる在宅ケア事業者の分布

星の数が 4/5 の項目数※	事業者の数	構成割合	累積%
0 項目	204 事業者	66.2%	66.2%
1-2 項目	52 事業者	16.9%	83.1%
3-4 項目	25 事業者	8.1%	91.2%
5-6 項目	26 事業者	5.2%	96.4%
7-8 項目	7 事業者	2.2%	98.7%
9-10 項目	4 事業者	1.3%	100%

注: 具体的な項目は、表 3-6 に示されている。出所: A.J.E. de Veer(2009)表 4.2 をもとに筆者作成。

このように、Buurtzorg が高い評価を得ている背景には、看護師を中心として自主的に管理運営される最大 12 人からなるチームを単位にしなが、看護師らによるトータルケア、利用者や家族らの力の重視、ICT による業務管理/品質管理など、革新的な事業モデルを確立したことにあるとされる。

第一に、看護師によるトータルケアに関して、Buurtzorg では、看護師がサービス提供の全プロセスにおいて責任を持ち、医療処置等のサービス提供と一緒にケースマネジメントを合わせて行う。またサービス内容別の分業を廃止し、看護師は、医療処置だけでなく療養上の世話や家事援助も含めた包括的な支援を展開する。このように、Buurtzorg では看護師の専門性を活用したトータルケアの提供を目指しており、従事者の 40%以上はレベル 5 の看護師で構成される。

第二に、利用者や家族らの力の重視においては、利用者自身による健康管理や家族による介護や地域のボランティアに着目し、専門職によるケアを自助や互助に置き換えることを狙いとする。したがって、Buurtzorg の看護師は、介護者との対話を重視しながら助言や相談対応を行い、地域のボランティア団体等を積極的に活用していく。

第三に、Buurtzorg は、ICT による業務管理/品質管理によって、費用を他の在宅ケア事業者の半分に抑えながら、高い品質でサービス提供することに成功している。まず業務管理に関しては、従事者の勤怠時間やシフト管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握が容易になり、バックオフィスが約 30 人の間接費 8%で運営されている。これは、オランダの他の在宅ケア組織の平均間接費 25%を大きく下回る。また、品質管理に関しては、アメリカで開発された OHAMA システム (地域看護活動の標準分類方式) に基づき、問題・介入・成果の観点からケアの評価と質の管理を行っている。他にも、各チームが経験した事例等を共有し組織内の学習を促進することを目的に、ICT が活用されている。

以上のような Buurtzorg の事業モデルは、ケアの量ではなく成果を重視しよりよいケアを安く提供することができる点でオランダ政府からも注目されており、政府文章に Buurtzorg の事業モデルの推進が盛り込まれるなど、近年の政策にも影響を与えている。

## 第5章の参考文献

- Huijbers, P. (2011) “Care in the neighbourhood: better home care at reduced cost”, <http://interlinks.euro.centre.org/model/example/NeighbourhoodCareBetterHomeCareAtReducedCost>, date accessed 3 March 2014
- NZa(De Nederlandse Zorgautoriteit): Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg 2007.
- Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, van Ginneken E. The Netherlands: Health system review. Health Systems in Transition 2010; 12(1):1–229.
- Sociaal Overleg Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg (2012) “Collectieve Arbeidsovereenkomst voor de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg, Kraam- en Jeugdgezondheidszorg 2012-2013”
- Statline [homepage on the Internet]. Centraal Bureau voor de Statistiek [cited 2013 March 1]. Available from:<http://statline.cbs.nl/StatWeb/?LA=en>
- Van der Windt, W., Van der Verde, F. and Van der Kwartel, A. (2009a) “Arbeid in Zorg en Welzijn 2009”, Prismant.
- Van der Windt, W., Smeets, R. and Arnold, E. (2009b) “RegioMarge2009”, Prismant.
- オランダ医療保障制度に関する研究会(2012)「オランダ医療保障制度に関する調査研究報告書【2011年度版】・医療関連データ・制度概要」『一般財団法人 医療経済研究・社会保障福祉協会 医療経済研究機構』平成24年3月
- 大森正博(2006)「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156, pp.75-90.
- 大森正博(2011)「オランダの介護保障制度」『レファレンス』平成23年6月号
- 廣瀬真理子(2008)「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No.162, pp.43-52.
- 堀田聡子(2012)「ケア従事者確保に向けた諸課題—オランダの経験から—」『季刊社会保障研究』47(4)
- 堀田聡子(2012)「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—」『ディスカッションペーパー12-07, 労働政策研究・研修機構』

## 第6章 ドイツの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では、訪問看護サービスにかかわるドイツの諸制度を概観する。ドイツでは、看護師が利用者の自宅を訪問し提供するサービスの内、原則、医療保険は治療看護(Behandlungspflege)を、介護保険は基礎介護(Grundpflege)及び家事援助(hauswirtschaftliche Versorgung)を給付の対象とする。また在宅介護施設(Pflegedienst)で雇用される看護師や老人介護士が、訪問看護を含む在宅サービスの中心的な担い手となる。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

ドイツにおける社会保障制度は、12編から構成される社会法典(SGB: Sozialgesetzbuch)によって定められており、在宅ケア及び訪問看護と関連する社会法典は、公的医療保険に関する第5編(SGBV)、公的介護保険に関する第11編(SGBXI)、社会扶助に関する第12編(SGBXII)である。

ドイツは世界で初めて社会保険による医療保障制度を導入した国であり、現在その中核をなす公的医療保険(以下、医療保険)は、社会法典第5編(SGBV)によって規定される。ドイツの医療保険は、全ての住民を強制加入させるような形式(いわゆる国民皆保険制度)をとっておらず、2011年における被保険者は、全国民の86.9%となっている。これは、所得の高い労働者や官吏警察官軍人等の一部の就業者などに関しては、加入義務が免除されているためである。医療保険の保険者である疾病金庫(Krankenkasse)は、政府とは独立した自主管理原則に則って運営を行う公の法人である。

一方、公的介護保険(以下、介護保険)は社会扶助の一部である介護扶助が地方自治体の財政を圧迫するようになったことなどをきっかけに、1995年に導入された。介護保険の保険者である介護金庫(Pflegekasse)は、「医療保険の屋根の下での介護保険」の考え方に沿って、医療保険の保険者である疾病金庫に設けられ、保険料は医療保険の保険料と一緒に徴収される。同様に、介護保険の被保険者は、原則として公的医療保険の被保険者の範囲に準じている。ただし、財政的には介護保険は医療保険と明確に区分されている。

表6-1の社会法典第11編が定める介護保険の基本原則によると、特に②在宅介護の優先と③基礎的保障において、日本の介護保険との相違がみられる。具体的には、②在宅介護の優先は、要介護者は在宅介護又は部分入所介護(デイケアやナイトケア)が不可能である場合等において、介護ホーム(日本の介護保険施設等に該当)が利用可能となり、また介護ホームへの給付の水準は低い。また③基礎的保障は、家族等による介護や要介護者による費用負担が行われることを前提としていることを意味しており、これにより、ドイツの介護保険は給付の対象を重度の要介護者に限定して、日本よりも低い水準で給付が行われている。

表 6-1. 社会法典第 11 編が定める介護保険の基本原則

原則	説明
① 自己決定	介護保険による給付は、要介護者が人間としての尊厳にふさわしい自立したかつ自律的な生活が送れるよう援助するものでなければならない。要介護者は様々な施設及びサービスの中から自分が利用するものを選択することが認められる。
② 在宅介護の優先	介護保険は、要介護者ができる限り長く家庭的な環境に留まれるよう、その給付を行うことにより在宅介護を優先的に支援する。
③ 基礎的保障	介護保険の給付は、在宅介護の場合には家族等による介護を補完し、入所介護の場合には介護のために必要な費用負担を軽減する。つまり、介護保険は、要介護者が必要とする介護の全てを保障するものではなく、要介護者を支援する基礎的な保障を行うものである。
④ 予防及びリハビリテーションの優先	要介護の発生防止、克服、軽減及び悪化防止のため、予防及びリハビリテーションの適切な措置が講じられなければならない。
⑤ 自己責任	被保険者は、予防及びリハビリテーションへの参加等を通じて、要介護の発生防止、克服、軽減及び悪化防止に努めなければならない。

出所: 松本(2007)の p1-p2 の本文中より抜粋。

最後に、介護保険導入の背景となった社会扶助の一部である介護扶助は、介護保険を補完する制度となり、介護保険による給付だけでは不十分である場合、または介護保険では要介護者として認定されない程度の軽度の要介護状態にある場合において適用される。

## (2) 訪問看護サービスの財源

看護師が利用者の自宅を訪問し提供するサービスは、主に医療保険及び介護保険によってまかなわれる。ドイツの医療保険は、薬剤や特殊な治療等を除き原則無料で給付を行うため、医療保険が対象とする訪問看護サービスについても、自己負担は発生しない。またドイツの介護保険は、要介護別に定められた給付の上限額を超えない限り、自己負担は発生しない。介護保険は保険料のみを財源とするが、1995年の導入から2008年7月までの13年間にわたり保険料率の引き上げがなされなかった。これは、各疾病金庫は支出を賄うのに必要な保険料率を自ら設定できるのに対し、各介護金庫は法律によって定められた保険料率に一律に従わなければならないためである。また介護保険に要する費用は全介護金庫が共同で負担するよう定められており、このような仕組みも介護保険の保険料率の安定に貢献していると考えられている。

### (3) 訪問看護サービスの支払制度

看護師が利用者の自宅を訪問して提供するサービスの内、原則として、医療保険は治療看護 (Behandlungspflege) を、介護保険は基礎介護 (Grundpflege) 及び家事援助 (hauswirtschaftliche Versorgung) を給付の対象とする。

医療保険が給付の対象とする治療看護には、注射、カテーテルの装着、浣腸、薬を服用させることなどの医療行為が含まれ、利用には医師の指示が必要とされる。なお、急性期で原則四週間以下の疾病治療のケースが想定されている入院回避看護 (krankenhausvermeidungspflege) では、治療目的達成看護 (Sicherungspflege) と異なり、基礎介護及び家事援助についても医療保険が給付を行う。入院回避看護及び治療目的達成看護の区別に関しては、表 6-2 に示される。

一方、介護保険が給付の対象とする基礎介護及び家事援助を利用するには要介護認定を受ける必要があり、審査は各州に設置されている MDK(医療保険のメディカルサービス) によって実施される。表 6-3 に示されるように、ドイツにおける要介護度は 3 段階で構成され、要介護者として認定されるためには、最低 90 分の介護を必要とする。基礎介護及び家事援助に関する介護報酬は、原則として、給付の組合せ(パッケージ)に応じて出来高払いで支払われるが、州によってその組合せ方や単価が異なる。

なお、ドイツの介護保険では、現金給付を選択することができる。現金給付は、家族による介護に報いるという目的で導入され、受給者は基礎介護や家事援助などのサービスを受ける代わりに現金を受け取ることができる制度である。また、在宅サービスの受給者は、「現金給付のみ」と「現金給付と現物給付の併用」のどちらかを選択することができる。「現金給付のみ」を選択した受給者は、要介護度に応じた金額を受け取ることができる(例えば、要介護度 I なら 235 ユーロが支給される)。一方で、「現金給付と現物給付の併用」を選択すると、現物給付の上限に届かなかった分を、現金給付として受け取ることができる(例えば、要介護 I の受給者が、現物給付上限の 33% である 150 ユーロ分の現物給付を受ける場合は、現金給付支給額の 66% である 157 ユーロを現金で受け取ることができる)。

表 6-2. 入院回避看護と治療目的達成看護の区分

種類	説明
入院回避看護 (krankenhausvermeidungspflege)	・入院療養が必要であるがそれが実施できない場合 ・訪問看護を行うことにより入院療養を回避・短縮できる場合
治療目的達成看護 (Sicherungspflege)	・医師による治療の目的を達成する上で必要がある場合

注: ドイツにおける「訪問看護」(häusliche krankenpflege) とは、医療保険が対象とする入院回避看護及び治療目的達成看護を意味し、介護保険が対象とする基礎介護及び家事援助は含まれないが、本事業では、看護師が利用者の自宅を訪問して提供するサービス全般について訪問看護サービスと呼ぶ。出所: 松本(2007)の p107-p109 の本文中より抜粋。

表 6-3. 要介護度の区分と給付額(2012年1月現在)

	介護の分野及び頻度	必要介護時間	給付月額 (単位：ユーロ)
要介護度 I	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、1又は複数の分野の最低2つの活動について、最低毎日1回の援助を必要とすること。加えて週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低90分 うち基礎介護に 45分以上	現物給付上限:450 現金給付:235 終日入所介護:1,023
要介護度 II	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、異なった時間帯に最低毎日3回の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低3時間 うち基礎介護に 2時間以上	現物給付上限:980 現金給付:440 終日入所介護:1,279
要介護度 III	身体の手入れ、栄養摂取及び移動に関し、夜間も含めて24時間体制の援助を必要とすること。加えて、週に何回かの家事援助を必要とすること。	1日最低5時間 うち基礎介護に 4時間以上	現物給付上限:1,470 現金給付:700 終日入所介護:1,550

出所: 要介護度の区分は松本(2007)p4、給付額はTheobald(2012)から抜粋。

#### (4) 訪問看護サービスの提供体制

在宅介護施設(Pflegedienst)では、看護師や老人介護士が雇用され、養成教育を受けた介護専門職の恒常的な責任の元で各種サービスが提供される。在宅介護施設は、自立的に経営される施設である必要があるが、その主体が、営利法人か公益法人か地方公共団体かは問われない。したがって、在宅介護施設には、福祉団体や地方自治体により各地に設置され、伝統的に在宅サービス提供の役割を担ってきたソーシャルステーション(Sozialstation)や、介護保険導入以降に増加している民間の事業所などが含まれる。また、在宅介護施設の中には、病院、介護ホーム及びリハビリテーション施設に併設されている事業所もある。

在宅介護施設の管理者となる、養成教育を受けた介護専門職には、看護師、児童看護師、又は老人介護士としての養成訓練を終了した者のうち過去5年間に2年間の介護の実務に従事した経験があり、かつ460時間の管理者としての教育を受けた者が該当する。

#### (5) 訪問看護にかかる教育制度

在宅サービスにおける中心的な職種は、一般看護師(Krankenpfleger/-in)と老人介護士(Altenpfleger/-in)である。

一般看護師の資格を得るためには、病院等に附属する看護専門学校等で3年間の教育を受けた後、国家試験に合格しなければならない。ドイツでは看護系の学部を有する大学は少なく、看護専門学校での養成が一般的とされる。また一般看護師の他に、同等の教育過程を経て得られる、小児看護師(Kinderkrankenpfleger/-in)という資格が存在する。

一方で、老人介護士に関する制度は、従来、各州の州法によって定められており教育年数など各州による違いが見られたが、2003年に連邦法である老人介護法が施行された結果、老人介護士の全国統一的な養成教育を実施する基盤が整備された。これにより、老人介護士の資格は、3年間の養成教育を受け国家試験に合格にすることによって得られることに統一されると共に、老人介護士の教育水準は看護師と同等のものになり、連邦憲法裁判所は、老人介護士が医療関係職に分類されるとの判断を下している。

## 第2節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、ドイツ連邦政府が発表する介護保険に関する各種統計資料をもとに、介護保険の財政状況、介護保険の受給者、在宅介護事業所、在宅介護事業所の従事者について、その現状を俯瞰する。

### (1) 介護保険の財政状況

表 6-4 が示すように、2011年における介護保険の収入総額は222億ユーロであり、保険料収入がそのほとんどを占める。一方で支出総額は219億ユーロであり、その内訳は、介護ホームでの介護である終日入所介護給付が100億ユーロと最も大きく、次いで介護手当(現金給付)のための支出が47億ユーロ、介護現物給付が30億ユーロとなっている。2007年まで赤字であった財政が2009年に黒字に転じたのは、2008年7月に保険料率を引き上げたことに由来する。

### (2) 介護保険の受給者に関する統計

表 6-5 に示されるように、2009年における介護保険受給者数は、2,338,252人であり、その内、在宅サービスの受給者は全体の69.3%を占め施設サービスの受給者数よりも多い。在宅サービスの受給者の中でも、「現金給付のみ」の受給者は全体の45.6%を、「現金給付と現物給付の併用」の受給者は全体の23.7%を占め、「現金給付のみ」を受給する利用者の方が多。しかし2007年の受給者数と比較すると、「現金給付と現物給付の併用」の受給者数は+10%と増加しており、専門職が提供するサービスへのニーズが高まってきていると推察される。

表 6-6 では要介護度別の利用者の構成割合が示されており、要介護度Ⅰは53.4%、要介護度Ⅱは33.7%、要介護度Ⅲは12.5%である。また、施設サービス受給者の方が要介護度が高くなる傾向があり、施設サービス受給者の20.5%は要介護度Ⅲである。

表 6-4. 介護保険の財政状況(単位: 10 億ユーロ)

	1995	1997	1999	2001	2003	2005	2007	2009	2011
<b>収入総額</b>	<b>8.4</b>	<b>15.9</b>	<b>16.3</b>	<b>16.8</b>	<b>16.9</b>	<b>17.5</b>	<b>18.0</b>	<b>21.3</b>	<b>22.2</b>
保険料収入	8.3	15.8	16.1	16.6	16.6	17.4	17.9	21.2	22.1
その他の収入	0.1	0.2	0.2	0.3	0.3	0.1	0.2	0.1	0.1
<b>支出総額</b>	<b>5.0</b>	<b>15.1</b>	<b>16.4</b>	<b>16.9</b>	<b>17.6</b>	<b>17.9</b>	<b>18.3</b>	<b>20.3</b>	<b>21.9</b>
給付費支出	4.4	14.3	15.6	16.0	16.6	17.0	17.5	19.3	20.9
介護手当(現金給付)	3.0	4.3	4.2	4.1	4.1	4.1	4.0	4.5	4.7
介護現物給付	0.7	1.8	2.1	2.3	2.4	2.4	2.5	2.8	3.0
デイケア・ナイトケア	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2
ショートステイ	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.4
終日入所介護	---	6.5	7.4	8.0	8.4	8.8	9.1	9.5	10.0
その他給付費	0.6	1.6	1.6	1.4	1.5	1.5	1.5	2.1	2.6
管理費支出(MDK/事務)	0.6	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0	1.0
<b>剰余</b>	<b>3.4</b>	<b>0.8</b>	---	---	---	---	---	<b>1.0</b>	<b>0.3</b>
<b>欠損</b>	---	---	<b>0.0</b>	<b>0.1</b>	<b>0.7</b>	<b>0.4</b>	<b>0.3</b>	---	---

出所: Bundesministerium für Gesundheit より筆者作成。

表 6-5. 介護保険受給者の内訳(2009 年)

	総数	構成割合(%)	対 2007 年
受給者全体	2,338,252	100	+4.1%
在宅サービス受給者	1,620,762	69.3	+5.4%
A. 現金給付のみ	1,065,564	45.6	+3.1%
B. 現金給付と現物給付の併用	555,198	23.7	+10.1%
施設サービス受給者	717,490	30.7	+4.6%

出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009 より筆者作成。

表 6-6. 要介護度別の利用者の構成割合(2009 年)

	要介護度 I (%)	要介護度 II (%)	要介護度 III (%)
受給者全体	53.4	33.7	12.5
在宅サービス受給者	60.7	30.3	9.0
施設サービス受給者	36.8	41.2	20.5

出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009 より筆者作成。

### (3) 在宅介護事業所に関する統計

表 6-7 が示すように、2009 年のドイツにおける在宅サービスの事業所数は、全体で 12,026 ヶ所である。その内訳は、営利法人が 61.5%、非営利法人が 36.9%、地方公共団体が 1.6% である。また、開設主体別の 1 事業所当たりの利用者数をみると、非営利法人が 64 人であるのに対し、営利法人は 35 人と小規模であることがわかる。

表 6-8 によると、医療保険が対象とする訪問看護サービスを提供している事業所は、全体の 97.2% であり、社会扶助が対象とする介護扶助等を提供している事業所は、全体の 60.8% である。また、介護付き住宅が併設されている割合は 9.1%、介護ホームが併設されている割合は 5.9% である。

表 6-7. 開設主体別の在宅サービスの事業所数(2009 年)

	総数	構成割合 (%)	対 2007 年	1 事業所当たりの利用者数(人)
事業所全体	12,026	100	4.3	46
営利法人	7,398	61.5	7.2	35
非営利法人	4,433	36.9	0	64
地方公共団体	195	1.6	2.2	51

出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009 より筆者作成。

表 6-8. 介護保険対象外のサービス提供及び併設施設の有無(2009 年)

	介護保険給付対象外のサービス		併設施設(%)	
	医療保険(%)	社会扶助(%)	介護付き住宅(%)	介護ホーム(%)
事業所全体	97.2	60.8	9.1	5.9
営利法人	96.7	58.9	7.0	4.1
非営利法人	98.1	64.2	12.3	8.6
地方公共団体	97.9	53.8	14.9	13.3

出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009 より筆者作成。

### (4) 在宅介護事業所の従事者に関する統計

表 6-9 が示すように、在宅サービス全体の従事者数は 268,891 人であり、常勤換算で 176,856 人である。その内訳は、一般看護師が 54,775 人と全体の 1/3 を占め、次に老人介護士が 39,715 人と全体の 1/4 を占めている。また 2007 年の従事者数と比較すると、老人介護士の従事者数は、+18.4% と最も増加している。

表 6-9. 在宅サービスの従事者数(2009 年)

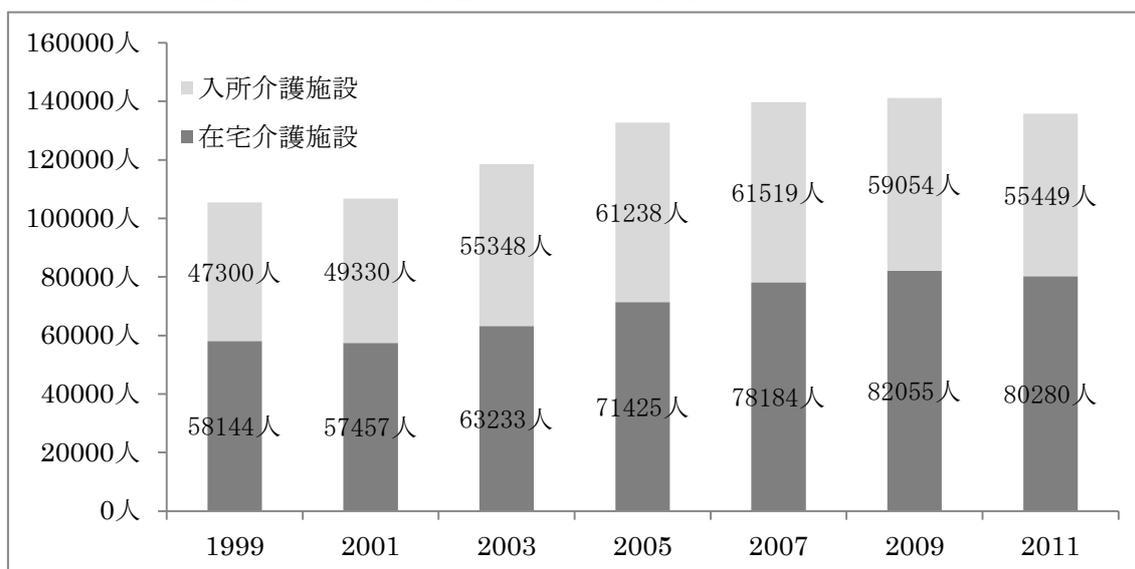
	従事者数	常勤換算値	構成割合(%)	対 2007 年
従事者全体	268,891	176,856	100	+14.1
一般看護師 (Krankenpfleger/-in)	82,055	54,775	33.0	+4.6
小児看護師 (Kinderkrankenpfleger/-in)	7,737	5,166	3.1	+5.2
老人介護士 (Altenpfleger/-in)	52,889	39,715	23.9	+18.4
看護補助士/老人介護補助士	20,259	13,963	8.4	-
作業療法士/理学療法士等	5,605	3,558	2.1	-
その他の介護職員	100,347	59,678	35.9	-

出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009 より筆者作成。

#### (5) 在宅介護施設及び入所介護施設に従事する看護師者の推移

図 6-1 は、在宅介護施設及び入所介護施設に従事する看護師数の推移を表している。ドイツの在宅介護施設に従事する看護師数は、1999 年から 2011 年にかけて 1.4 倍になり、年間平均増加率は+2.7%である。一方で、入所介護施設に従事する看護師数は、2007 年まで増加していたが、2009 年及び 2011 年は減少傾向にある。

図 6-1. 在宅介護施設及び入所介護施設に従事する看護師者の推移



注: 「入所介護施設」には、介護ホームのような終日入所介護に従事する看護師数に加えて、デイケアやナイトケアといった部分入所介護及び短期介護に従事する看護師数も含まれる。出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011 より筆者作成。

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

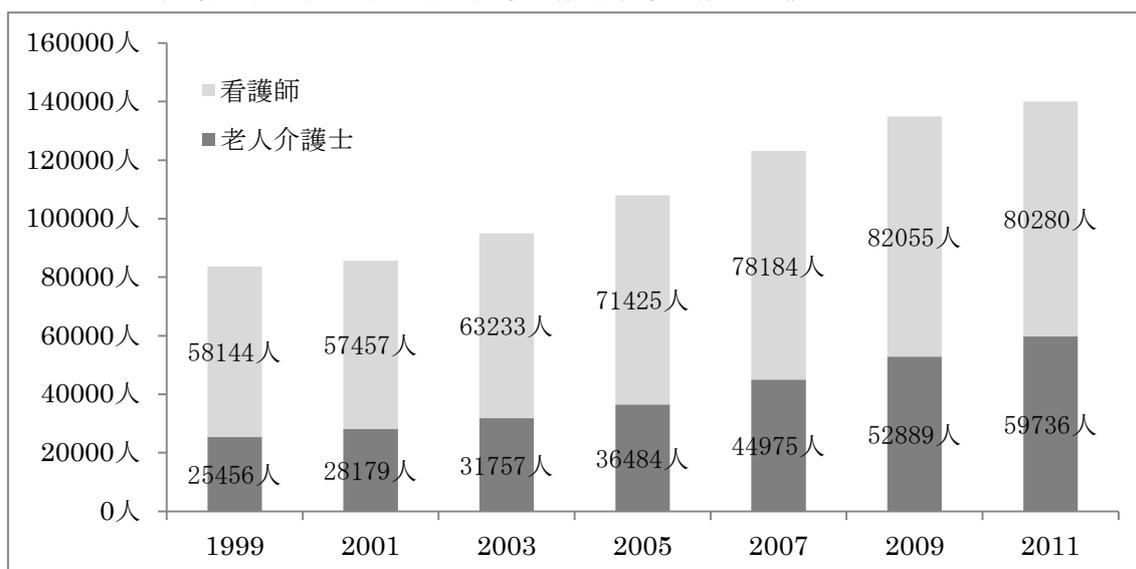
本節では、老人介護士の養成教育に関する改革を概観し、老人介護士が看護師と同様の医療行為を実施するようになったことで、訪問看護従事者の確保につなげた施策例を紹介する。

2003年に制定された老人介護法は、全国統一的な基準に基づく老人介護士の養成教育を可能にただけでなく、表6-12に示されるように、養成教育の水準を看護師と同等のものとした。ドイツでは老人介護士が看護師と同様の医療行為を実施することに関して、社会法典第5編(SGBV)では、医療保険の被保険者は、訪問看護(häusliche Krankenpflege)を「適切なケア従事者(geeignete Pflegekräfte)」から受けるものと規定されており、訪問看護が看護師により実施されることは必ずしも前提とされていない。

したがって、養成教育水準の向上の結果、老人介護法に基づく養成教育を受けた老人介護士は、看護師と同様に、注射、カテーテル及び胃ゾンデの装着、浣腸、薬を服用させることなどの医療行為の実施に必要な能力を有するものと考えられるようになった(一方、老人介護法が制定される前の各州の規定に基づく養成教育を受けた老人介護士に関しては、養成教育の内容にばらつきがあるため、その能力を慎重に見極める必要があるとされる)。

また、図6-2に示されるように、近年、在宅介護施設に従事する老人介護士の数は増加しており、年間平均増加率で見ると、看護師は+2.7%であるのに対し、老人介護士は+7.4%であることがわかる。したがって、在宅介護施設の従事者としては、未だ看護師の方が多いが、今後は老人介護士の割合が増大していくものと推察される。

図6-2. 在宅介護施設に従事する老人介護士数と看護師数の推移



出所: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2011 より筆者作成。

表 6-10. 老人介護士及び看護師の養成教育制度の比較

	老人介護士	看護師
資格取得方法	州の許可(所定の養成教育終了+国家試験合格)	州の許可(所定の養成教育終了+国家試験合格)
養成期間	3年	3年
養成目的	高齢者の介護を自立して、かつ、自己責任で行うために必要な知識、能力及び技能を習得させること	疾病の予防、治療などに責任を持って協力するために必要な専門能力を習得させること
授業の実施主体	州の承認を受けた養成校	州の承認を受けた養成校(病院に併設又は病院と連携)
入学資格	実業学校終了 <sup>1)</sup> 又はそれと同等	実業学校終了 <sup>1)</sup> 又はそれと同等
授業時間数	2,100時間以上	2,100時間以上
実習時間数	2,500時間以上(このうち2,000時間以上は高齢者のための入所施設又は介護サービス事業で実施)	2,500時間以上
国家試験	筆記、口述及び実技試験	筆記、口述及び実技試験

注: 実業学校終了時には10年間の学校教育を終了している。出所: 松本(2011)より抜粋。

## 第6章の参考文献

- Statistisches Bundesam, Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Pflegestatistik 2009.
- Statistisches Bundesam, Statistische Ämter des Bundes und der Länder: Pflegestatistik 2011.
- Theobald H. Long-Term Care Insurance in Germany: Assessment, Benefits, Care Arrangements and Funding. Institute for Futures Studies. Working Paper 2011; 13.
- Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung[homepage on the Internet]. Bundesministerium für Gesundheit; [cited 2013 March 1]. Available from: <http://www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.htm>
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 上』No.2435, pp.10-17
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 中』No.2436, pp.16-22
- 河口洋行、田近栄治、油井雄二(2010)「デンマーク及びドイツの医療・介護制度」『社会保健旬報 下』No.2437, pp.20-33
- ドイツ医療保障制度に関する研究会(2013)「ドイツ医療関連データ集【2012年度版】・医療関連データ・医療保障制度概要・医療保障参考文献・単語集」『一般財団法人 医療経済研究・社会保障福祉協会 医療経済研究機構』平成25年3月
- 松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅲ—介護保険—』信山社, 2007年
- 松本勝明『ヨーロッパの介護政策-ドイツ・オーストリア・スイスの比較分析-』ミネルヴァ書房, 2011年
- 松森直美、笠置恵子(2013)『ドイツの看護教育』県立広島大学保健福祉学部誌 13(1), pp41-49

## 第7章 フランスの訪問看護制度

## 第1節 訪問看護制度の概要

本節では訪問看護サービスに関連するフランスの諸制度を紹介する。フランスでは訪問看護サービスが3種類(開業看護師による訪問、在宅看護サービス、在宅入院制度)ある。各サービスは医療保険を財源としながらも、サービスの実施主体、支払方式、サービス内容等で特徴が異なり、重層的な訪問看護提供体制が築かれている。

### (1) 保健医療福祉制度の概観

フランスでは、保健医療サービスは医療保険によって提供され、介護を含む福祉サービスは租税を財源として提供される。

フランスの医療保険制度は、職域ごとに分化されているが、国民のほぼ100%をカバーしている。日本の国民健康保険のような地域保険は存在しないため、退職後に保険者が変わることはない。またフランスでは非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、こちらは医療サービスの利用に伴う自己負担金をカバーしている。

一方の介護サービスについては、60歳以上の要介護高齢者を対象とした所得制限のない普遍的な介護給付として、個別化自律手当(APA: Allocation Personnalisée d'Autonomie)が2002年より導入された。個別化自律手当(APA)の財源は、県(département)の一般財源、一般社会拠出金(CSG: Contribution sociale généralisée)や自律連帯拠出金(CSA: contribution de solidarité pour l'autonomie)などからなり、ホームヘルプサービス(service d'aides à domicile)や要介護高齢者滞在施設(EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)の利用に伴う費用を賄う。

### (2) 開業看護師(Infirmier libéral)による訪問看護

フランスでは看護師が自宅等で開業することが認められており、医師の処方に基づいて、訪問看護サービスを提供することができる。開業看護師(Infirmier libéral)が提供するサービスは、注射や創処置などの医療行為(AIM: Actes Infirmiers Médicaux)、身体の清拭や褥瘡予防などの保険衛生的なケア行為(AIS: Actes Infirmiers de Soins)、ケアプランなどを策定する看護ケア過程(DI: Démarche de soins infirmiers)に区分され、医療保険の保険者である疾病金庫から各行為の点数に応じて出来高払いで支払われる。また開業看護師は訪問看護の交通費も請求することができ、その金額は、訪問ごとに請求可能な固定の交通費(IFD: Indemnité forfaitaire de déplacement)と移動距離に応じて変動する交通費(IK: Indemnité kilométrique)を合計することによって決定される。

開業看護師が行う全てのサービスは、あくまで医師の処方にもとづいて実施される必要があり、病院に勤務する看護師であれば独自の判断で行うことができる療養上の世話などのケア行為(AIS)に関しても、医師の指示が必要とされる。

### (3) 在宅看護サービスによる訪問看護

1975年から始まった在宅看護サービス(SSiAD: Sservice de soins infirmiers à domicile)は、医師の処方にしたがって、看護師や医療系介護士が、注射や創処置などの医療行為(AIM)や身体の清拭や褥瘡予防などの保険衛生的なケア行為(AIS)を提供する。

在宅看護サービス(SSiAD)は、高齢者を主な対象とした医療福祉サービスの一つとして位置づけられており、財源は、要介護高齢者滞在施設(EHPAD)と同様に、医療保険の疾病金庫より全国自律連帯金庫(CNSA: Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)を通して各州保健庁(ARS : Agence régionale de santé)に配分される。また在宅看護サービスの支払いは、各事業者の定員の規模にもとづく人頭払い方式であったが、2012年より患者のニーズに応じた1件当たりの包括払い方式に変更された。またサービス提供事業者のほとんどは、非営利法人もしくは地方自治体であるが、必要に応じて地域の開業看護師を雇用することが可能である。

### (4) 在宅入院制度による訪問看護

1970年から導入された在宅入院制度(HAD: Hospitalisation à domicile)は、入院が必要な患者の自宅において、予め決められた期間(患者の状態により更新可能)で、継続的な治療を多職種が協働して提供するサービスであり、患者の入院を避けたり遅らせたりすること、または入院日数の短縮化を目的としている。在宅入院制度は、医療保険を財源として、非営利の在宅入院機関もしくは病院の在宅入院部門によって提供され、その支払方式は、1日当たりの定額制と定められている。

在宅入院サービスで提供される治療には、化学療法、抗生物質投与、疼痛緩和、人工栄養法、ガーゼ交換各種、治療経過観察、術後経過観察、リスクを伴う妊娠産前観察、産後観察、患者および家族への教育、作業療法、理学療法、人工呼吸、家庭復帰訓練、輸血、終末期における看取りなどが含まれており、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種が関わる。

表 7-1. フランスの訪問看護サービス

	開業看護師による訪問	在宅看護サービス(SSiAD)	在宅入院制度(HAD)
財源	医療保険	医療保険	医療保険
実施主体	開業看護師	非営利法人、地方自治体	在宅入院機関/病院
支払方式	出来高払い	1件当たりの包括払い	1日当たりの定額制
サービス内容	ケア行為(AIS) 医療行為(AMI) ケアプラン(DI)	ケア行為(AIS) 医療行為(AMI)	多職種協働の治療やケア (がん患者の在宅化学療法、 脳梗塞後在宅リハビリ等)

出所: Chevreul K. et al.(2010)、松田(2006)、医療経済研究機構(2012)を参考に筆者作成。

### (5) 訪問看護にかかる教育制度

看護師免許を取得するには、高校卒業後に看護学校で3年間の教育を受け国家試験に合格する必要があるが、免許の更新はない。また開業看護師となるためには、病院における2年間の臨床経験がその条件とされる。2012年より看護学校のディプロマは学士に相当すると認められるようになり、公的病院等に勤務する看護師の給与改善などが期待されている。

一方の介護職には、看護師の指導の下で保険衛生的なケア行為(AIS)を提供する医療系介護士(Aide soignant)と身体介護や家事援助を提供する社会生活介護士(Auxiliaire de Vie Sociale)がある。特に、医療系介護士は、在宅看護サービスや施設介護の中心的な担い手となっており、看護師との連携が重要視されている。

## 第2節 訪問看護に関する調査報告書の紹介

本節では、フランスの厚生省が管轄する調査機関 DREES( Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)が発行する報告書を紹介し、開業看護師及び在宅看護サービスに関して、その従事者数の推移や提供体制などについて示す。

### (1) 開業看護師に関する統計資料

表 7-2 及び表 7-3 では、フランスにおける看護従事者数の推移が示されており、図 7-1 では、その推移がグラフで表されている。その内訳について、「病院」は公的病院や私的病院に勤務し給与を受け取っている看護師、「開業」は開業して自営となっている看護師、「その他」は要介護高齢者滞在施設や在宅看護サービスに従事し給与を受け取っている看護師を意味する。

まず、2000年では47,407人であった開業看護師数が、2013年では92,803人と約2倍になっており、開業看護師数の年間平均増加率は+5.2%であることがわかる。この開業看護師数の増加は、図 7-1 に示されるように、2000年から2013年にかけて毎年ほぼ一定のスピードであることがわかる。

また、看護師全体に占める開業看護師の割合をみると、2000年から2013年にかけて12.4%から15.8%に上昇しており、看護師にとって開業して地域で働くことがより魅力的になってきていることが推察される。

表 7-2. 看護従事者数の推移(2000-2006 年)

	2000 年	2001 年	2002 年	2003 年	2004 年	2005 年	2006 年
看護師全体	382,926	397,506	410,859	423,431	437,525	452,466	469,011
病院	278,496	289,768	299,013	309,081	322,477	332,413	343,528
開業	47,407	50,245	53,256	54,894	54,321	57,353	60,261
その他	57,023	57,493	58,590	59,456	60,727	62,700	65,222

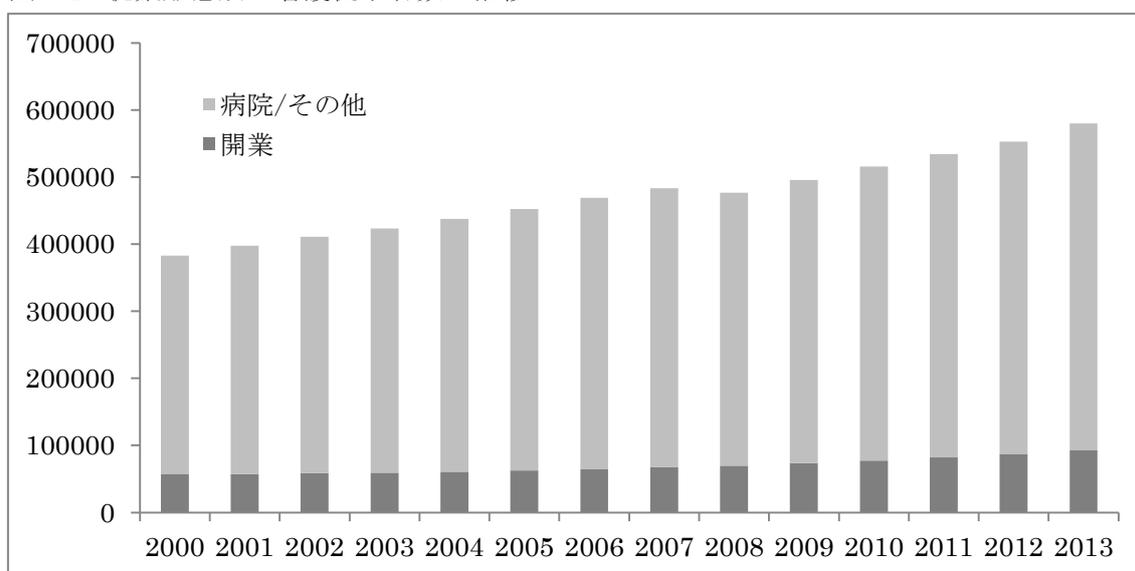
出所: Sicart (2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006)及び Garrec(2013)より該当する数値を抜出。

表 7-3. 看護従事者数の推移(2007-2013 年)

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年	2013 年
看護師全体	483,380	476,897	495,834	515,754	534,378	552,908	579,866
病院	352,372	340,959*	351,728	362,831	371,382	380,315	395,527
開業	63,137	66,319	70,596	75,733	80,753	85,357	91,536
その他	67,871	69,619	73,510	77,190	82,243	87,236	92,803

注: 2008 年の病院に就業する看護師数について、過小に算出されている。出所: Sicart (2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013) より該当する数値を抜出。

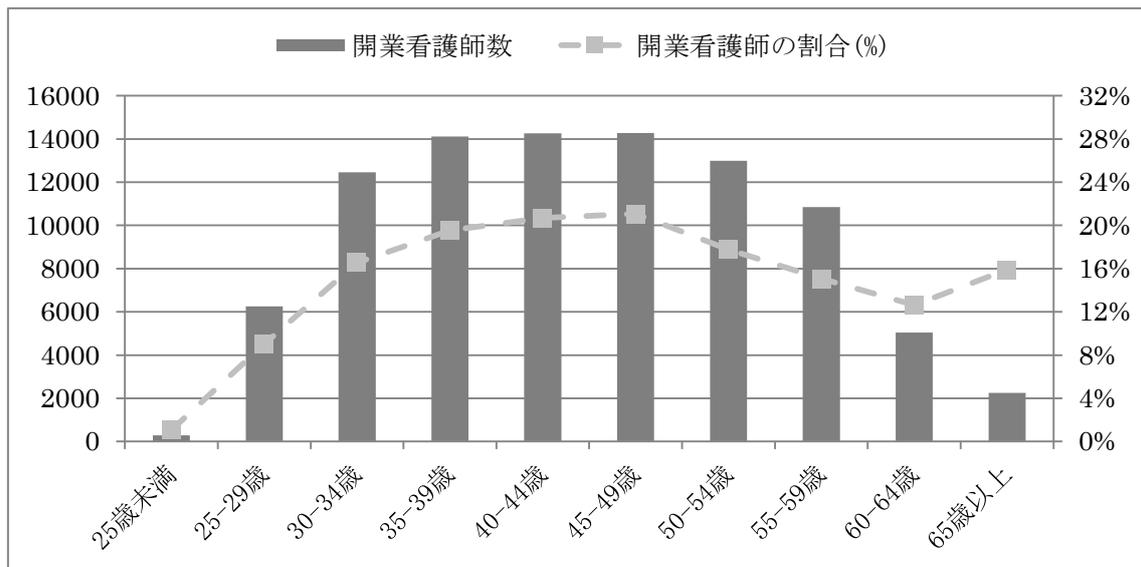
図 7-1. 就業形態別の看護従事者数の推移



注: 2008 年の病院に就業する看護師数について、過小に算出されている。出所: 表 7-2 及び表 7-3 より筆者作成

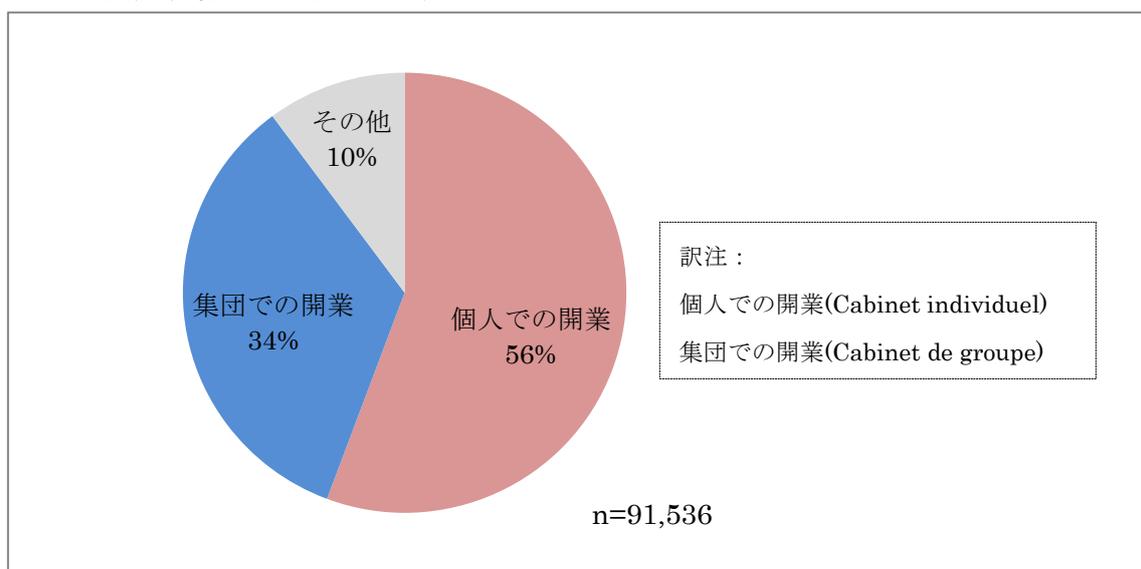
図 7-2 では、年齢階級別の開業看護師数と全看護師に占める開業看護師の割合が示されており、35歳~49歳において、開業看護師数が最も多く、フランスの看護師の約4人に1人が開業看護師であることがわかる。また図 7-3 の円グラフでは、開業看護師の形態が示されており、開業看護師の半数以上が個人で開業していることがわかる。

図 7-2. 年齢階級別の開業看護師数と割合(2013年)



出所: Sicart D. (2013), p38 より筆者作成。

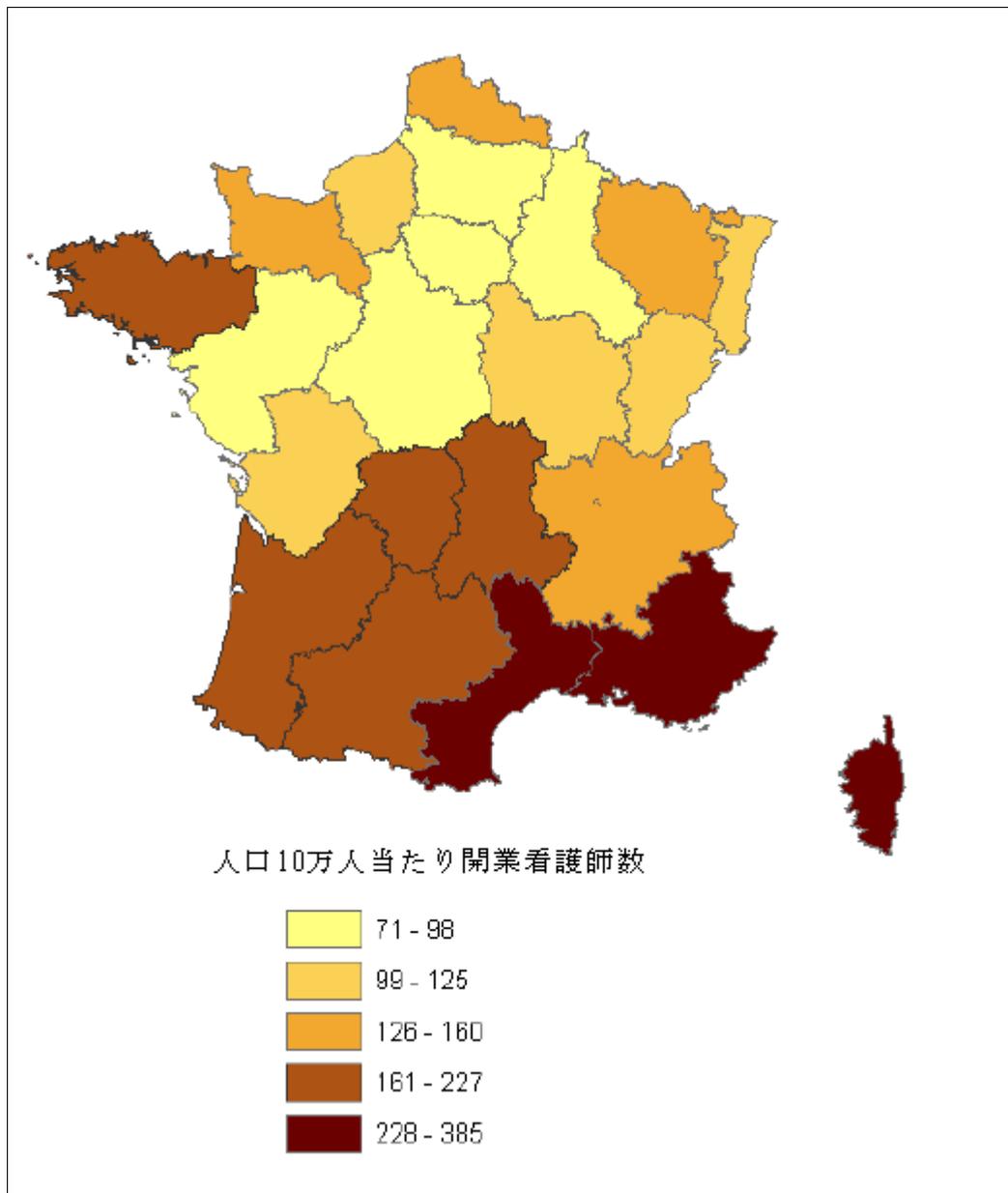
図 7-3. 開業看護師の形態(2013年)



出所: Sicart D. (2013), p38 より筆者作成。

図7-4では、人口10万人当たりの開業看護師数が地域別に表されており、色が最も濃い南東部では、人口10万人当たり228-385人の開業看護師がいる一方、色が最も薄い中部やその周辺地域では、人口10万人当たり71-98人の開業看護師がいることが示されている。したがって、人口10万人当たりの開業看護師数は、地域によって2倍以上の差があることが分かる。なお、このような地域間格差はより小さな行政単位である県(département)別にみると、より顕著に現れることが分かっている。

図7-4. 地域別の人口10万人当たり開業看護師数



出所: Sicart D. (2013), p42 を一部改変。

## (2) 在宅看護サービスに関する統計資料

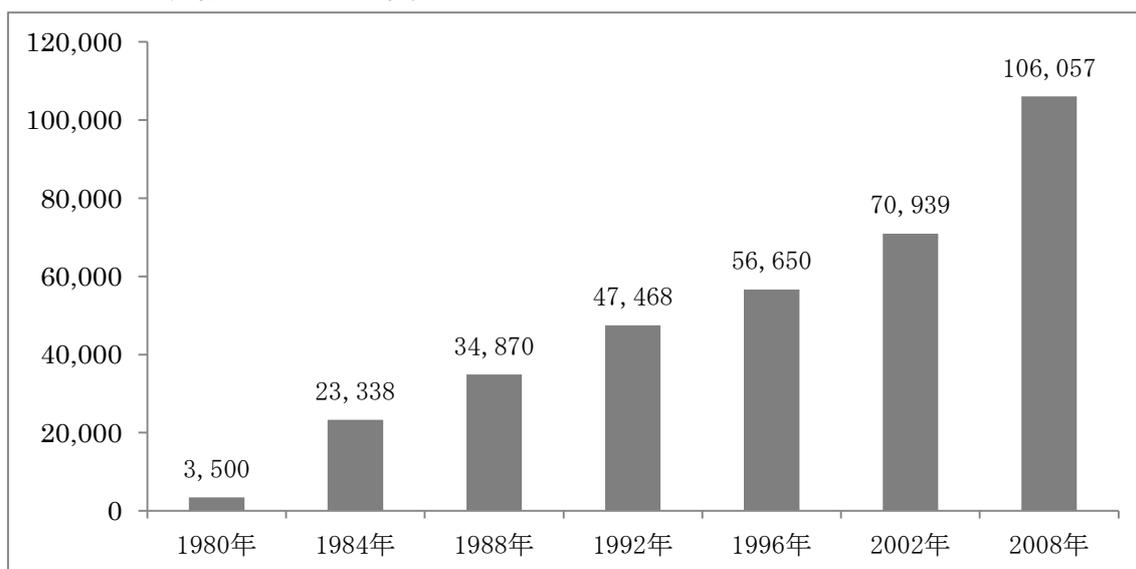
図 7-5 で示されるように、在宅看護サービスは、1980 年では 3,500 人であった定員が、2008 年では 106,057 人まで増加し、急速に発展していることがわかる。定員とは在宅看護サービスを利用可能な人数であり、2012 年以前の在宅看護サービスへの支払いは、この各事業所の定員に応じた人頭払い方式であった。

表 7-4 では開設主体別の在宅看護サービスの事業所数が示されており、非営利法人は全体の 63%、地方自治体は全体の 36% であることから、営利法人の事業所はほとんどないことがわかる。

表 7-5 は在宅看護サービスの従事者数を示しており、職種別にみると、医療系介護士が従事者全体の 76.4% を占めており、在宅看護サービスの中心的な担い手であることが分かる。また在宅看護サービスに従事する看護師 4,416 人は、2008 年の看護師全体の 0.9% を占めていることが分かる。しかし、看護師の大半は管理業務に従事していることから、在宅看護サービスでは、医療系介護士に権限のない注射や創処置などの医療行為(AIM)よりも、医療系介護士が看護師の指示の下で行う身体の清拭や褥瘡予防などの保険衛生的なケア行為(AIS)が、頻繁に提供されていると推察される。

表 7-6 と表 7-7 では、在宅看護サービスの利用者の特徴が示されている。2008 年 10 月 6 日週における利用者数は合計で 101,900 人であり、2008 年の定員は 106,057 人であるので、その 96% が利用されていることがわかる。一方で利用者に占める女性の割合と 75 歳以上の割合は、それぞれ 66.5% と 80.6% であった。また、2008 年 12 月 31 日時点における利用期間別の利用者数をみると、2 年以上の利用者は全体の 24% であることがわかる。

図 7-5. 在宅看護サービスの定員



出所: Bertrand(2011)より作成。

表 7-4. 開設主体別の在宅看護サービスの事業所数(2008年12月31日時点)

	総数	構成割合	1事業所当たりの定員
全体	2,095 カ所	100%	51 人
営利法人	26 カ所	1%	38 人
非営利法人	1,322 カ所	63%	54 人
地方自治体	747 カ所	36%	45 人

出所: Bertrand(2011)より作成。

表 7-5. 在宅看護サービスの従事者数(2008年12月31日時点)

	従事者数	常勤換算数	構成割合
従事者全体	33,733 人	24,303 人	100%
管理業務従事者	6,320 人	4,060 人	16.7%
看護師(Infirmier)	2,683 人	2,204 人	9.1%
ヘルスケア従事者	27,413 人	20,243 人	83.3%
看護師(Infirmier)	1,733 人	1,330 人	5.5%
医療系介護士(Aide soignant)	25,115 人	18,577 人	76.4%

出所: Bertrand(2011)より作成。

表 7-6. 在宅看護サービスの利用者数(2008年10月6日週)

	総数	女性の割合	75歳以上の割合
在宅看護サービス利用者	101,900 人	66.5%	80.6%

出所: Bertrand(2011)より作成。

表 7-7. 利用期間別の在宅看護サービスの利用者数(2008年12月31日時点)

	総数	構成割合
3ヶ月未満	22,545	23%
3ヶ月以上1年未満	33,605	34%
1年以上2年未満	18,475	19%
2年以上	23,629	24%

出所: Bertrand(2011)より作成。

### 第3節 訪問看護従事者確保に関する政策的示唆

本節では、訪問看護従事者の確保に向けて、フランスにおける開業看護師数の増加について考察する。第1節でみてきたように、フランスの看護師は自宅などを職場として開業することが認められており、職場や患者の住居において、注射や創処置などの医療行為(AIM)や身体の清拭や褥瘡予防などの保険衛生的なケア行為(AIS)を提供する。

第2節でみてきたように、開業看護師の数は2000年から2013年にかけて約2倍に増加しており、年間平均増加率は+5.2%である。一方の日本の訪問看護ステーションに従事する看護師数は、平成12,14,16,18,20,24年の衛生行政報告例によると、2000年から2012年にかけて18,575人から30,225人に増加し、年間平均増加率+4.1%である。したがって、フランスの開業看護師数の増加は、日本の訪問看護ステーションの従事者数の増加よりもそのペースが速いことがわかる。

一方で、開業看護師数の地域間格差は重大な課題として認識されており、2007年に医療保険と開業看護師の労働組合の間で取決められた協約では、既に開業看護師が集中している地域では州保健庁(ARS)が看護師の開業に制限を設けることになり、また開業看護師が不足している地域では開業看護師への報酬が高く設定されるようになった。

最後に、開業看護師に関する特別なトレーニング等については、今後追加的な調査が期待される。フランスでは開業看護師の半数以上は個人で開業しているため、日本のように訪問看護ステーション内で研修や実地訓練等を受けることは、あまり一般的でないように考えられる。また、このような小規模な提供体制でありながらも安定してサービス提供を行うために、どのような施策が打たれているかに関しても、さらなる実態把握が求められる。

## 第7章の参考文献

- Bertrand D. et Falinower I.(2011) “Les services de soins infirmiers à domicile en 2008”,  
SÉRIE STATISTIQUES, n° 160 – août 2011
- Chevreur K, Durand-Zaleski I, Bahrami S, Hernández-Quevedo C and Mladovsky P.  
(2010) France: Health system review. Health Systems in Transition,  
12(6): 1– 291.
- Marie-Anne LE GARREC, Marion BOUVET (2013) “Comptes nationaux de la santé  
2012”, SÉRIE STATISTIQUES, n°185 - septembre 2013
- Michel Naiditch, France: Home Care across Europe, 2013, p98-109
- Sicart D. (2001) “Les professions de santé Au 1er janvier 2001”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 21 – juin 2001
- Sicart D. (2002) “Les professions de santé Au 1er janvier 2002”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 33 – mai 2002
- Sicart D. (2003) “Les professions de santé Au 1er janvier 2003”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 52 – mai 2003
- Sicart D. (2004) “Les professions de santé Au 1er janvier 2004”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 68 – juillet 2004
- Sicart D. (2005) “Les professions de santé Au 1er janvier 2005”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 82 – mai 2005
- Sicart D. (2006) “Les professions de santé Au 1er janvier 2006”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 97 – mai 2006
- Sicart D. (2007) “Les professions de santé Au 1er janvier 2007”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 108 - Mars 2007
- Sicart D. (2008) “Les professions de santé Au 1er janvier 2008”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 123 – mai 2008
- Sicart D. (2009) “Les professions de santé Au 1er janvier 2009”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n°131 – avril 2009
- Sicart D. (2010) “Les professions de santé Au 1er janvier 2010”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n°144 – mai 2010
- Sicart D. (2011) “Les professions de santé Au 1er janvier 2011”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 158 – juillet 2011
- Sicart D. (2012) “Les professions de santé Au 1er janvier 2012”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 168 – mars 2012
- Sicart D. (2013) “Les professions de santé Au 1er janvier 2013”, SÉRIE STATISTIQUES,  
n° 183

- 医療経済研究機構 (2012) 『フランス医療関連データ集 2011 年版』.
- 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ー在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心にー」, 『海外社会保障研究』, No.162, pp.29-42
- 篠田道子(2011) : 「フランスにおける医師と看護師の役割分担ー看護師の「固有の役割」を中心にー」, 『海外社会保障研究』, No.174, pp.30-41
- 原田啓一郎(2007) : 「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」, 『海外社会保障研究』, No.161, pp.26-36.
- 松田晋哉(2006) : 「フランスにおける医療と介護の機能分担と連携」, 『海外社会保障研究』, No.156, pp.45-58
- 藤森宮子 「日仏比較の視点から見るフランスの介護職と人材育成政策」, 『京都女子大学現代社会研究』, pp.73-88

## 第8章 総括

## 第1節 諸外国における訪問看護制度の比較検討

本節では、本事業における総括の一つとして、既存の医療制度類型化の枠組みを踏まえた上で、諸外国における訪問看護制度の比較検討を行った。

### (1) 医療制度類型化に関する既存の枠組み

Fred Stevens(2010)によれば、本事業の調査対象国と日本は、2つの医療制度モデルに分類することができる。つまり、イギリス、スウェーデン、デンマークは、税方式により行政が全住民を対象とした医療サービス提供の責任を担う国民保健サービスモデル(National health service model)に、オランダ、ドイツ、日本、フランスは、社会保険方式にもとづき、被保険者、保険者、サービス提供事業者から制度が成り立つ社会保険モデル(Social insurance model)に分類される。また田中・二木(2007)でも同様の類型化が行われており、公的医療の適用人口(100%~)、財政方式(税方式→社会保険→民間保険)、供給方式(国営→公私ミックス)、政府の関与の強さなどが分類の基準とされる。

このような既存の医療制度類型化の枠組みを踏まえ、本事業では、税を主な財源として全ての住民に対し無料で訪問看護サービスを提供するイギリス、スウェーデン、デンマークと、医療保険もしくは介護保険を主な財源とし民間の事業者も混じって(もしくは中心となって)出来高払いで訪問看護サービスを提供するオランダ、ドイツ、フランスに大きく分類し、諸外国における訪問看護制度について、比較検討を行った(表 8-1 及び表 8-2 を参照)。

### (2) イギリス、スウェーデン、デンマークにおける訪問看護

イギリスでは、国税を主な財源としながら、国民保健サービス(NHS)が中心となって全ての住民に対し公平無料で提供される保健医療サービスの一つとして、訪問看護が位置づけられている。一方、イギリスにおける在宅介護は、社会福祉サービスの一つとして位置づけられており、各地方自治体が提供の責任を担っているため、訪問看護とは別の枠組みで提供されている。イギリスにおける訪問看護は、国民保健サービスから配分される包括報酬にしたがって運営される。訪問看護サービスの中心的担い手は、修士レベルの地区看護師(District nurse)であり、患者のアセスメントやサービス提供の計画・マネジメント、家庭医や専門家との連携をはかっている。またイギリスの保健省は、地区看護師が担う役割のひとつとして、地域の全住民の健康状態及び症例数の調査や管理マネジメントを挙げており、イギリスの地区看護師に期待される役割が多岐にわたることがわかる。地区看護師の他に、一般看護師(Registered nurse)は、日常的に利用者宅を訪問し看護計画に沿って医療処置等を行い、ヘルスケアアシスタント(Health care assistant)は、看護師と協働して入浴、食事、移動、排便などの身体介護を提供する。2002年から2012年にかけて、地区看護師の数は12,802人から7,457人に大きく減少しており、対策が求められている。

一方で、スウェーデンやデンマークにおいては地方分権化がすすめられており、地方税を主な財源としながら、市町村が訪問看護を含む在宅ケアサービス提供の責任を担っている(スウェーデンでは県が管轄する診療所から訪問看護が実施される地域もあるが、将来的には、全て市町村へと移管される予定である)。したがって、スウェーデンやデンマークでは、市町村が身体介護や家事援助についても提供の責任を担っており、訪問看護と一体となって提供される場合も多い。また、スウェーデンやデンマークでは、「住まいとケアの分離」にもとづいて脱施設化がすすめられており、高齢者住宅における看護は、原則として、看護師が外部から訪問することによって提供される。

スウェーデンでは、イギリスと同様に地区看護師が訪問看護の中心的役割を担っており、資格取得には、看護師としての最低2年間の職業経験と約1年間の継続教育を受けることが必要とされる。また、看護師資格の取得には、3年間の学部レベルの教育を受ける必要がある。一方で、ヘルパーと准看護師に関しては、1990年代初頭に教育制度の統合が図られ、3年間の高校教育における介護コースを出ることにより取得可能とされる。

デンマークの訪問看護の中心的担い手は看護師(Sygeplejerske)であり、その看護実践の範囲は広く自律性が高いと評価されている。看護師資格取得には3年6ヶ月の教育を受ける必要がある。一方で、社会保健アシスタント(Social- og sundhedsassistent)は、看護師の管理の下で、服薬管理、カテーテル交換等の医療処置を提供し、社会保健ヘルパー(Social- og sundhedshælper)は、身体介護と家事援助に従事する。

表 8-1. イギリス、スウェーデン、デンマークにおける訪問看護制度の一覧

	イギリス (第2章)	スウェーデン (第3章)	デンマーク (第4章)
主な財源	国税	地方税	地方税
支払制度	包括報酬	各市町村が管理・運営	各市町村が管理・運営
提供体制	介護サービスと別	介護サービスと同じ	介護サービスと同じ
資格構成 (訪問看護師及び 協働する介護職)	地区看護師 一般看護師 ヘルスケアアシスタント	地区看護師 一般看護師 ヘルパー及び准看護師	看護師 社会保健アシスタント 社会保健ヘルパー
備考	地区看護が担う役割には、地域全体の健康状態や症例数調査、疾病予防なども含まれている。	他に、県が管轄する診療所からの訪問看護(市町村に移管予定)、病院による高度訪問看護がある。	他に、75歳以上の全住民を対象とした予防訪問を年2回実施している。高齢者住宅への訪問も実施。

出所: 第2章、第3章、第4章より抜粋。

### (3) オランダ、ドイツ、フランスにおける訪問看護

オランダでは、1968年より導入された1年以上の医療及び介護を対象とする特別医療費保険(AWBZ)を財源として、在宅での看護や身体介護などを含む在宅ケア(Thuiszorg)が提供されている(但し訪問看護及び身体介護の財源は、将来的には介護保険から医療保険へと移行される予定となっている)。在宅ケアサービスの事業者は、ケア判定センター(CIZ)が認定する利用者に必要な「機能」の種類と量にもとづいてサービスを提供し、その報酬は出来高払いで支払われる(機能には、身体介護、看護、ガイダンス、治療、ケア付き滞在がある)。オランダでは、看護職及び介護職の資格構成の統合がすすめられており、レベル1からレベル5の5段階からなる。レベル1のケアヘルパー(Zorghulp)とレベル2の介護福祉ヘルパー(Helpende Zorg en Welzijn)は、税金を主な財源とし基礎自治体が提供の責任を担う家事援助を中心に実施する。一方、レベル3のケアワーカー(Verzorgende)は身体介護やアドバイス等を行い、レベル4の看護師(Mbo-Verpleegkundige)とレベル5の学士に相当する看護師(Verpleekundige5)は、医療処置等の看護行為に加え、他の専門職との連携をとりながら在宅ケアチームのマネジメントを行う。オランダの在宅ケアに従事する看護師の内、レベル5の看護師(学士)が占める割合は52%であり、その他の領域と比較して(病院では31%や施設ケアでは9%)、レベル5の看護師(学士)に対するニーズが高いことが推察される。

ドイツでは、看護師が利用者の居宅を訪問して提供するサービスの内、原則として、医療保険は医療処置等を、介護保険は身体介護及び家事援助を給付の対象としており、それぞれの報酬は、出来高払いで支払われる(医療保険による医療処置には医師の指示が求められ、介護保険による身体介護及び家事援助には要介護認定が必要とされる)。介護報酬は、原則として給付の組合せ(パッケージ)に応じて決定されるが、州によってその組合せ方や単価が異なる。ドイツの看護師(Krankenpfleger/-in)は、老人介護士(Altenpfleger/-in)やその他の介護職と同様に在宅介護施設(Pflegedienst)に雇用され、介護サービスと一体となって在宅での療養生活を支える(2009年における在宅介護施設の全従事者に占める割合は、看護師は33.0%、老人介護士は23.9%である)。また、看護師と同等の養成教育の水準にある老人介護士は、看護師と同様の医療処置を実施しており(医療処置等が看護師により実施されることは、制度上必ずしも前提とされていないため)、また看護師と同様に事業所の管理者となることも可能である(管理者となるためには、過去5年間に2年間介護の実務に従事した経験があり、かつ460時間の管理者としての教育を受ける必要がある)。1999年から2011年にかけて、在宅介護施設に雇用される従事者の内、看護師は58,144人から80,280人(年間平均増加率は+2.7%)に、老人介護士は25,456人から59,736人(年間平均増加率は+7.4%)に増加し、看護師数よりも老人介護士数の方が増加が速いことがわかる。

フランスにおける訪問看護は、開業看護師(Infirmier libéral)による訪問、在宅看護サービス(SSIAD)、在宅入院制度(HAD)の3種類であるが、その中でも、開業看護師は2013年時点で全看護師の15.8%を占めており、最も充実したサービスである。開業看護師は、医師の処方にもとづいて、注射や創処置などの医療行為(AIM)、身体の清拭や褥瘡予防などの

保険衛生的なケア行為(AIS)、ケアプランなどを策定する看護ケア過程(DI)を提供し、その報酬は、医療保険の保険者である疾病金庫から各行為の点数に応じて出来高払いで支払われる。また開業看護師は訪問看護の交通費も請求することができる。開業看護師数は、2000年から2013年にかけて47,404人から92,803人に増加している(年間平均増加率は+5.2%)。一方、在宅看護サービスでは、医師の処方にしたがって、看護師と医療系介護士が医療行為やケア行為を提供するが、従事者の76.4%は医療系介護士であり、看護師の大半は管理業務に従事している(支払いは1件当たりの包括払い)。また在宅入院制度は、多職種が協働して入院が必要な患者の在宅での療養を支えるサービスであり、患者の入院を避けたり遅らせたりすることを目的としている(支払いは1件当たりの定額制)。

#### (4) 今後の課題

本事業はヨーロッパの先進諸外国を調査対象としているため、今後は、民間保険を中心とした医療制度を確立するアメリカや韓国、中国、シンガポールといったアジアの諸外国についても調査を実施し、網羅的な資料としていく必要がある。また、今後日本で安定的な訪問看護サービスの提供体制を築いていくために、特に日本と同様に社会保険方式を採用し介護サービスと同一の枠組みで訪問看護が提供されているオランダやドイツにおいて、各国の制度が訪問看護サービスの実態にどのように反映されているか、訪問看護師の1日の業務フローに関する事例集等を作成していくことで、精査していく必要がある。

表 8-2. オランダ、ドイツ、フランスにおける訪問看護制度の一覧

	オランダ (第5章)	ドイツ (第6章)	フランス (第7章)
主な財源	特別医療費保険 (1年以上の医療介護)	介護保険 / 医療保険	医療保険
支払制度	出来高払い	出来高払い	出来高払い
提供体制	介護サービスと同じ	介護サービスと同じ	介護サービスと別
資格構成 (訪問看護師及び 協働する介護職)	レベル 5: 看護師(学士) レベル 4: 看護師 レベル 3: ケアワーカー	看護師 老人介護士	開業看護師
備考	訪問看護の財源は、将来的には、介護保険から医療保険へと移行される予定となっている。	介護保険は身体介護等を、医療保険は医療処置等を給付の対象とする。老人介護士も医療処置を実施可。	他に、医療系介護士が中心の在宅看護サービス、看護師を含む多職種が協働する在宅入院制度がある。

出所: 第5章、第6章、第7章より抜粋。

## 第2節 日本の訪問看護従事者確保に向けた政策的示唆

本節では、本事業における総括の一つとして、既存のケアワーカー確保に関する枠組みを踏まえながら、日本の訪問看護従事者確保に向けた政策的示唆について検討する。

### (1) ケアワーカー確保に関する既存の枠組み

Colombo et al.(2011)で示されている、ケアワーカー(介護職及び看護職)確保に関する枠組みでは、入職者数、定着率、生産性の改善を目指した施策が重要とされる。入職者数は、新たにケアワーカーとして就職した人の数である。また定着率は、離職率の逆で、ある一定の期間においてケアワーカーとして仕事を継続した人の割合を意味する。生産性は、ケアワーカー1人当たりのサービス提供量を増やすという意味で、従事者の確保につながる。

このような既存のケアワーカー確保に関する枠組みを踏まえ、本事業では、訪問看護従事者確保に向けて参考となる諸外国の施策例について整理を行う。

### (2) 入職者数の改善を狙った施策例(ドイツ、フランス)

ドイツでは、在宅介護施設(Pflegedienst)に雇用される看護師及び老人介護士が中心となって在宅での療養生活が支えられているが、従来、老人介護士の養成教育は各州の州法によって定められていたため、養成教育の内容や養成期間で違いが見られた。しかし、2003年に制定された老人介護法によって、老人介護士の養成教育の水準が看護師と同等のものに統一され、看護師と同様に、注射、カテーテル及び胃ゾンデの装着、浣腸、薬を服用させることなどの医療行為の実施に必要な能力を有するものと考えられるようになった(医療処置等が看護師により実施されることは、制度上必ずしも前提とされていない)。1999年から2011年にかけて、在宅介護施設に従事する看護師と老人介護士の年間平均増加率はそれぞれ+2.7%と+7.4%であり、医療行為まで実施する介護専門職として、老人介護士へのニーズが高まってきていることが推察される。

フランスでは、看護師が自宅などを職場として開業することが認められており、医師の処方にしたがって、患者の居宅で注射や創処置などの医療行為や身体の清拭や褥瘡予防などの保健衛生的なケア行為を実施することができる。開業看護師となるためには、病院における2年間の臨床経験が条件とされる。2000年から2013年にかけて、開業看護師数は47,404人から92,803人に増加し、また全看護師に占める開業看護師の割合は12.4%から15.8%と増加している(データは2000年以降の統計のみ確認された)。今後は、開業看護師の増加をもたらした要因について検討するために、開業看護師のトレーニング制度や提供体制、労働環境について、詳細に調査していく必要がある。

### (3) 定着率の改善を狙った施策例(イギリス)

イギリスでは、地区看護師と同じ上級の地域看護従事者である保健訪問員の増員に成功している(保健訪問員は、乳幼児がいる家を訪問するなど地域公衆衛生の担い手として活躍する職種である)。保健訪問員は、従事者の高齢化などを原因に2004年から2011年にかけて12,690人から9,830人にまで減少を続けていたが、2011年から開始された増員計画(イギリスの保健省が実施)によって、2012年では10,227人に回復し今後も増加の傾向が続くと見込まれている。

保健訪問員の増加をもたらした一連の施策には、1)多様な勤務形態の促進と2)退職している保健訪問員の復職支援の教育プログラムが含まれており、保健訪問員の定着率と定着せずに退職してしまった保健訪問員の復帰に貢献している。1)多様な勤務形態の促進では、イギリスの保健訪問員の半数以上は50歳以上であるため、心身への負担が少ない勤務形態に切り替え、定年を超えても活躍し続けてもらうための施策を展開した。具体的には、勤務日数あるいは労働時間の削減、より負担の少ない役割への配置換え、退職はするが必要に応じてピンポイントでの現場復帰など、従事者の希望に沿った勤務形態を可能にした。また2)退職している保健訪問員の復職支援の教育プログラムでは、休退職した保健訪問員が大学における短期のコースを受講することで最新の理論や実践を学び直し、保健訪問員免許の期限が切れて失効していた場合は資格を取得し直すことができるようになった。

### (4) 生産性の改善を狙った施策例(オランダ、スウェーデン)

オランダでは、Buurtzorg という在宅ケア事業者が生産性の高い革新的な事業モデルを展開している。Buurtzorg では、看護師を中心として自主的に管理運営される最大12人からなるチームを単位にしながら、看護師らによるトータルケア(職種別に細切れにされた分業を廃止し看護師がケースマネジメントも含めてサービス提供の全プロセスにおいて責任を持つ)、利用者や家族らの力の重視(利用者や介護者への助言や相談を通し、専門職によるケアを、自助や互助に置き換える)、ICTによる業務管理/品質管理(Buurtzorg の従事者5500人に対し約30人のバックオフィスが、ICTを活用して勤怠管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握を行う / OMAHA システムにもとづき、ケアの評価と質の管理を行っている)などによって、看護師の専門性が発揮される環境が作られている。

スウェーデンのカールスクローナ(Karlskrona)市が実施する訪問看護を含む在宅ケアでは、ICT(情報通信技術)が積極的に活用し、生産性の向上を促している。例えば、Mobipen と呼ばれる在宅ケアデータ管理システムでは、カメラが内蔵されたデジタルペンが、紙の看護記録に記した内容をコンピュータに自動的に転送、記録することができるので、書類作業の削減に貢献している。Mobipen は、特別な ICT の知識を必要とすることなく、通常の紙とペンと同じように記すだけで情報を容易に共有・管理することができるシステムであり、看護師等の業務負担の軽減に貢献する施策例であると考えられる。

### (5) その他の施策例(デンマーク)

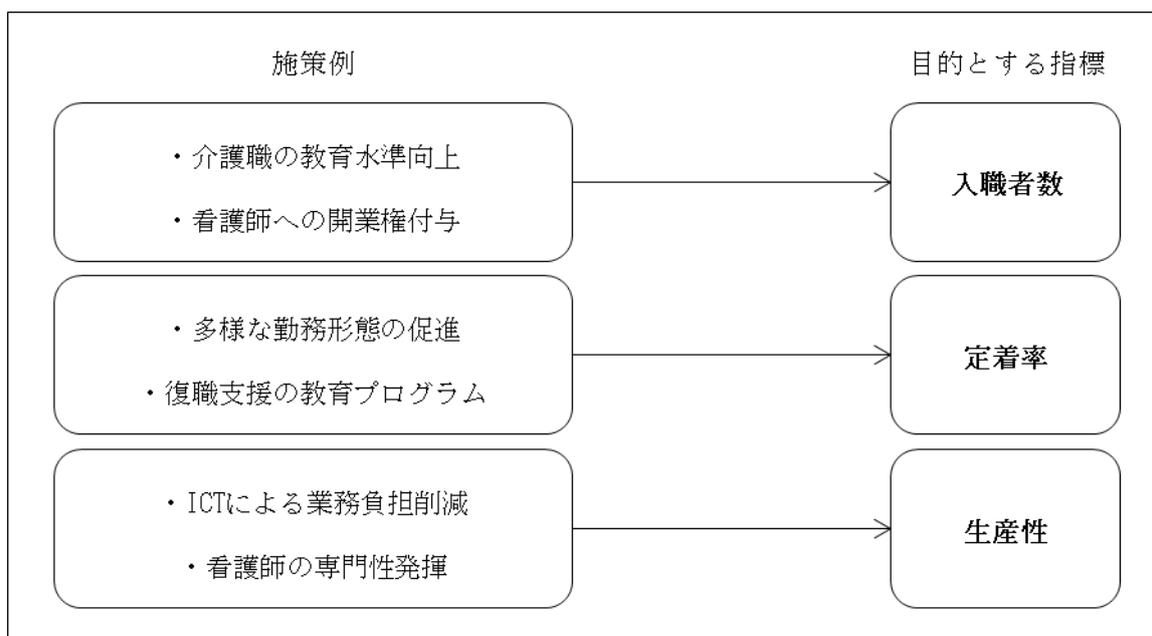
デンマークでは、地方自治体が訪問看護を含む在宅ケア提供の責任を担っており、看護師は各地方自治体によって雇用されるが、その総数は、2000年から2010年にかけて8,054人から7,830人と大きな変化はない。しかし、デンマークの各地方自治体が75歳以上の全住民を対象に年2回実施する、看護師による予防訪問は、医療や介護を必要とする住民の数を減らすという点で、訪問看護従事者数の確保につながっている。予防訪問は、単なるヘルス・チェックではなく、住民が自立した生活を継続するための、疾病の予防や日常生活に関するアドバイスを提供することを目的としており、4000人を対象にした3年間のコホート研究でも、高齢者の身体機能の低下を防ぐなどの効果が確認されている。

### (6) 訪問看護従事者確保に向けた施策の整理

諸外国における訪問看護従事者の確保に関する施策例は、図8-1のように整理することができる。図では、各施策例と最も関連の強いと考えられる指標が矢印でつながれているが、実際には各指標は関連しており、例えば、サービスの生産性を高めた結果、従事者の労働環境が改善され入職者数が増加し定着率が高くなるということも考えられる。

諸外国における保健医療福祉政策の理念や課題にはバラつきがあるため、ここに挙げられる施策例を一概に参照することはできないが、諸外国の訪問看護制度との類似点や相違点を踏まえて、日本の現状に沿った訪問看護従事者の確保に関する施策を検討していくことが求められる。

図8-1. 訪問看護従事者の確保に向けて参考となる施策例



第8章の参考文献

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. and Tjadens, F.(2011) “Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care”, OECD

Fred Stevens(2010) “Divergence and Convergence of Modern Health Care Systems”,  
In William C. Cockerham, *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*.

田中滋・二木立(2007)『医療制度改革の国際比較』勁草書房



平成 25 年度 厚生労働省老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

諸外国における訪問看護制度等についての調査研究事業

報告書

平成 26(2014)年 3 月発行

発行 株式会社 キャンサーズキャン

〒150-0043 東京都渋谷区道玄坂 1-8-3 イオレ渋谷ビル 5F

TEL 03 (6427) 8875 FAX 03 (6427) 8895

本書の無断複製は禁じられております。