

海外における在宅医療の実態 —英・米・仏・蘭のレビュー—

研究分担者	伊藤智子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	助教
研究分担者	佐方信夫	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	准教授
研究分担者	川越雅弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科	教授
研究協力者	阿部計大	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	研究員
研究代表者	田宮菜奈子	筑波大学医学医療系ヘルスサービスリサーチ分野	教授
		筑波大学ヘルスサービス開発研究センター	センター長

研究要旨

本研究では、我が国の在宅医療の在り方を検討すべく、英国、米国、フランス、オランダにおける在宅医療の実態をレビューした。対象国の行政が公開する Web サイトや、対象国の医療制度等について記述された論文等を参考にした。また、我が国の在宅医療の役割とされている、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの4つに加え、海外における在宅医療の特徴を把握すべく、医師以外のコメディカルの様子および利用者像や利用状況について、各国の状況を整理した。結果、対象国ではいずれも医師による訪問は減少傾向にあり、代わってコメディカルによる訪問や遠隔医療が拡大傾向にあった。各国とも、医師は貴重な医療資源として訪問といった実働は控え、在宅医療全体をマネジメントする指揮的役割を担おうとする傾向がみられた。コメディカルでは、看護職が中心であるが、薬剤師、管理栄養士や各種セラピストも在宅医療の重要な構成員となっていた。こうした実態から、我が国においても医師の役割を検討し、コメディカルが訪問してケアの強化を図っていく必要性が考えられた。

A. 研究目的

本研究では、我が国の在宅医療の在り方を検討すべく、英国、米国、フランス、オランダにおける在宅医療の実態をレビューした。

B. 研究方法

対象国の行政が公開する Web サイトや、対象国の医療制度等について記述された論文等を参考にした。また、我が国の在宅医療の役割とされている、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの4つに加え、海外における在宅医療の特徴を把握すべく、医師以外のコメディカルの様子および利用者像や利用状況について、各国の状況を整理した。

C. 研究結果

【英国】

英国における在宅医療は、同国特有の社会保障制度である NHS (National Health Service、国民保健サービス) を背景とした GP (General Practitioner、一般家庭医) による医療提供と、地域看護師 (District Nurse) による訪問医療サービスが主に挙げられる。

NHS は税財源による、公的関与度の高い原則無料の医療提供制度である。NHS の対象は広汎にわたり、予防・治療・リハビリテーションに及ぶ包括的なサービス体系を有する¹²。ただ給付水準の手厚さ、広汎さについては先進諸国の中では高い水準ではないことが指摘されている。

NHS 制度の医療においては、国民はあらかじめ登録した GP の診察を受けた上で、必要に応じて NHS 病院の専門医を受診する仕組みとなっている。GP は患者の予防活動にも積極的に関わることが推奨されており、GP による訪問医療 (GP visit) も必要に応じて行われている。GP は後述の地域保健サービス (Regional health authority) と、診療施設の共有 (ヘルスセンター) 等の連携を行うことで地域の医療を提供している。

GP による訪問医療は、近年急速に規模が縮小している。英国の診断情報データベースの QResearch と Health and Social Care Information Centre (現 NHS digital) の調査³⁾によれば、1995 年から 2008 年にかけて、イングランドの GP の診療に占める訪問診療の割合は 9% から 4% に減少していた。また同期間の電話診療の割合は 3% から 12% に増加していた。現在、GP による訪問診療は更に減少傾向にあり、NHS Digital によるイングランドの診療予約情報公開ダッシュボード⁴⁾によれば、2022 年 1 月現在における診療予約全体に占める GP visit の比率は、約 0.67% だった (2555 万件中 17 万件)。同期間における電話による診療の割合は約 35.94% (918 万件) であり、2008 年時点からも大幅に増加している。一方で、同期間のオンラインのビデオ通話は約 0.5% (13 万件) であり、電話による診療には及ばない。以上から、現在の GP による訪問診療は、主に電話を利用した遠隔診療に移行していると考えられる。

GP 制度、NHS 病院に並ぶ NHS の機能として、地域保健サービスが挙げられる。地域保健サービスは各自治体の管理下で、所属する保健師、看護師による訪問や、保健指導、看護サービスなど、疾病治療にとどまらない広汎な医療サービスを国民に提供する。特に在宅医療において重要な役割を担っているのが、訪問看護を担当する地域看護師 (District Nurse) である。地域看護師は患者の自宅を訪問し、包帯の交換、注射、投薬管理といった限定的な医療行為を行う。

英国政府は NHS の長期計画において、入院負担削減のための在宅看護の必要性を打ち出した。それに反して、地域看護師の総数は減少傾向にある。英国の看護師団体である Queen's Nursing Institute (QNI) と、The Royal College of Nursing (RCN) の調査⁵⁾によれば、イングランドの地域看護師の総数は 2019 年までの 10 年間に約 43% 減少していた (7055 人から 4031 人)。同レポートは、看護師の減少に対して在宅看護の需要が増大しているため、業務負担が過大になっていると指摘している。

Drennan による地域看護に携わる看護師を対象とした半構造化インタビュー⁶⁾では、英国の地域看護サービスは、NHS の体制変更と財政圧力の問題に最も直面している分野であると分析された。また、在宅ケアを推奨する政策方針と地域看護サービスの減少という実態の矛盾を指摘している。

【米国】

アメリカ合衆国 (米国) においては、House Call (Home-based primary care) と呼ばれる、医師が直接患者の家に赴くプライマリ・ケアとしての訪問診療が 20 世紀中頃まで一般的だった。House Call は 1940 年代には医師の全診察の 40% を占めていたが、診察に伴うコスト増とメディケアの保障内容の削減という背景があり、1980 年代には 1% 未満まで急減⁷⁾した。通院が難しい高齢人口の増加により House Call のニーズは再び高まっているが、担当医師の不足が指摘されている。⁸⁾近年ではスマートフォンのアプリケーションサービスを介して、医師が主に発熱や上気道症状のアセスメント等を行う遠隔診療という新しい形式の House Call が模索されているが、訪問医療という従来の概念とは異なる。

現代の米国の在宅医療は、主に在宅ケア事業者 (Home Healthcare Agency, HHA) が担う。HHA は、医師の指示・承認のもとに、看護師を主体としたコメディカルチームが、外出が難しい患者に

在宅医療ケアを提供する¹⁰。医療ライセンスのない「在宅介護ケアプロバイダー」（日本の訪問介護サービスに該当）とは機能が異なる。大半の HHA 事業所は公的支援の対象であり、アメリカ合衆国保健福祉省による 2015 年から 2016 年の長期ケアサービスを対象とした全国調査¹¹では、HHA のうち 98.7%がメディケア、78.4%がメディケイドの認定事業者だった。メディケアは主に高齢者を対象とした医療保険制度であり、HHA は基本的に高齢者向けの在宅医療サービスと言える。

同調査によれば、HHA 利用者のうち 65 歳以上の割合は 81.9%、75 歳以上の割合は 55.1%であり、他サービスに比べて老人ホーム（Nursing Home, NH）利用者の年齢構成に近い。また入浴・着替え・排泄などの生活介助依存度や、宿泊入院の使用率（15.7%）も NH 利用者（14.4%）と同等だった。HHA 利用者の病状については、関節炎、慢性腎臓疾患、糖尿病、心臓病、高血圧等が他のサービス利用者よりも高い。以上から、HHA 利用者のプロフィールは NH に近く、症状によってはより重篤な傾向にあり、高度ケアに集中したサービスと言える。

HHA のフルタイム職員の構成は、53.0%が登録看護師（Registered nurse）、19.5%が准看護師（Licensed practical or Vocational nurse）、25.1%が看護助手（Aide）、2.5%がソーシャルワーカー（Social worker）であり、デイサービスセンターや老人ホームと比較しても看護師が占める割合が大きい。HHA には医師も所属するが、その役割は限定的であり、実際の在宅ケアを実行するのは看護師や看護助手等のコメディカルである。初回訪問時のアセスメントも看護師が実施し、訪問看護計画の立案後に、医師の承認・処方を受けて在宅ケアを実施する。

1965 年のメディケア施行時から HHA による在宅医療は保険対象であり、HHA の規模は全国的に拡大傾向にある。HHA 事業者数は 1980 年には約 4,500 件だったが、2016 年には 12,200 件に増加した。

【フランス】

フランスの在宅医療体制には、開業看護師による訪問看護や、在宅看護サービス事業所（日本の訪問看護ステーションに該当する）に加えて、専用の在宅入院機関が提供する高度医療サービスに特化した在宅医療である、「Hospitalisation à Domicile (HAD)」(英: Hospitalization at Home、在宅入院) という制度が存在する¹²¹³。HAD の主な目的は、在宅の患者に対して入院と同様の医療を提供することで、入院期間を短縮しつつ患者の居宅生活への円滑な移行を支援することである。

HAD は医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関が病院の医療チームと個人開業者と協働することで、入院と同レベルの医療サービスを提供する。対象者は新生児から高齢者まで幅広く、サービス内容も多様である。HAD が提供するケアは患者の状態に応じて、「期間を限った医療（化学療法や抗生物質療法のような技術的かつ複合的な医療）」「在宅リハビリテーション医療」「終末期医療」に分けられる。

在宅入院は患者の担当医師が申請し、在宅入院機関のコーディネーター医師（médecin coordonnateur）が治療計画や患者の状態に基づいて可否を決定する。病院連携を強化するために、在宅入院機関は後方支援病院との契約が義務付けられている。費用はフランスにおける通常の入院と同様に、医療保険制度が 8 割を、2 割を患者が負担する。

パリ市内最大手の HAD 組織である、パリ公立病院協会附属在宅入院連盟（NPO 法人）の職員配置は、医師 10 人、管理栄養士 40 人、看護師 250 人、看護助手 100 人、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、臨床心理士などが 650 人となっており、医師に対してコメディカルの割合が非常に多い。コーディネーター医師は訪問診療や往診は行わず、病診連携、コーディネート、書類作成などを主に担当する。患者は 70 歳以上が 43%

であり、高齢者に限定されたサービスではないことが伺える。

仏調査研究政策評価統計局（DREES）によるHADに関するレポートでは、2006年から2016年の10年間におけるHADの患者数とキャパシティの大幅な増大が報告¹⁴された。2006年から2010年にかけて、HAD制度を導入する自治体は倍増している。また、2006年には2.1%だった短期・中期入院病床数に占めるHAD患者数は、2020年には7.0%に増加しており、フランスの入院患者は在宅入院への移行が進んでいる。¹⁵フランス連帯・保健省（Le Ministère des Solidarités et de la Santé）によれば、2020年時点のHAD患者は154,000人だった¹⁶。

連帯・保健省による2021年から2026年のHAD制度の戦略ロードマップ¹⁷では、「地域におけるHADの地位向上」「デジタル技術によるケアの多様化」といった軸を挙げて、HAD制度の一層の普及を積極的に推進している。

【オランダ】

オランダには特有の在宅ケアサービス組織である「ビュートゾルフ（Buutzorg、地域ケア）」が存在する。ビュートゾルフは従来型の在宅ケアサービスに代わって、近年急速に規模を拡大している。本項目ではビュートゾルフの創立者であるヨス・デ・ブロック（Jos de Blok）氏と、国内ビュートゾルフ研究の第一人者である堀田氏の文献¹⁸¹⁹を主に参照し、ビュートゾルフ公式サイト²⁰の最新情報や米国の文献を踏まえて概観する。

ビュートゾルフは、「トータルケアを提供する、セルフマネジメントチームのネットワーク組織」として、オランダの地区看護師であるヨス・デ・ブロック氏によって2006年に起業された。2007年1月に4名の看護師からなる1チームからスタートし、2022年現在には約950チームにまで急拡大した。現在、15,000人以上の地域ナース（看護師・介護士・リハビリテーション職等を含む職名）がビュートゾルフに所属し、オランダの訪問

看護を担っている。

ビュートゾルフはオランダのケアコストの削減にも貢献した。効率的なケアによって、患者に配分されたケア時間のうち平均40%しか使わなかったため、政府支出の削減を実現したという²¹（介護施設や医師、入院の費用を加味すると、ビュートゾルフのコストはオランダの平均程度であると指摘する資料²²もある）。利用者満足度については、ビュートゾルフはオランダのヘルスケア組織でトップである。スタッフの満足度も高く、過去5年間で4回の年間「Best Employer」賞を受賞した。この高い利用者・従業員満足度や、全人的な統合ケア、フラットなセルフマネジメントチームといった先進的なモデルによって、ビュートゾルフは近年国際的関心を集めている。

20世紀後半までのオランダの在宅ケアは、地域密着の宗教・宗派別民間非営利組織による統合的なサービスが主流だった。しかし1987年の医療制度に対する改革案（デッカープラン）を契機に、医療提供の形態が大きく切り替わり、在宅ケアも変化を余儀なくされた。従来、地区看護師らが担っていたアセスメントは、全国统一基準に従って独立機関が行うようになり、リハビリ・介護サービスは分業化が進み、誤ったインセンティブによるケアの質の低下を招いた。そのような社会的背景から、専門職としての職業倫理に則った専門的なケアを提供するという意識を背景に、ビュートゾルフが設立された。

オランダでは、患者が登録した地域の家庭医がプライマリ・ケアを担当すると同時に、患者の代理人として、それぞれの患者に合う医療サービスをコーディネートする役割も担う。ビュートゾルフは、家庭医と協働して在宅医療を提供する。

ビュートゾルフの組織構成は、最大12人の「地域ナース」による自律的なチームを基本単位としている。地域ナースは約7割が看護師であり、看護行為の一部が可能な看護助手が加わる。「ビュートゾルフプラス」と呼ばれるチームでは、リハビリ系の職員も参加する。

ビュートゾルフ組織の特徴として挙げられるのが、各チームに管理者も事務職もおらず、階層も存在しないというフラットな組織構成である。各チームは、ナースの採用・教育、計画、財務、イノベーション、外部連携・調整業務といったすべてのプロセスにおいて裁量を発揮する、セルフマネジメントチームとして機能する。各地域を担当する独立チームを、小規模のバックオフィスが支える。

また、ビュートゾルフでは、ケア・サポートの機能別分業は行われない。あらゆる利用者に対して「ケースマネジメント」「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」を柔軟に組み合わせた、全人的なケアを提供する。こうした分業の撤廃とチームによる総合的ケアが、利用者満足度とコストの削減に繋がっているとされる。

D. 考察

英国においては、医師の業務負担増大を背景に、医師による訪問は避けられ、代わって看護師による訪問が強化される傾向にあった。しかし、訪問を担当する地域看護師の人材不足も指摘されており、財政維持のための在宅医療推進と体制不足の矛盾が生じていた。

米国においては、メディケア、メディケイドの設立とともに、在宅療養が推進されてきたが、制度上、医師の訪問が組み込まれた体制ではなく、コメディカルの働きを主とするサービス体制であった。医師も組織に所属するが、役割は限定的であり、看護職が実施するケアを承認する役割が主であった。

フランスにおいては、在宅入院という制度のもと、多職種で在宅療養を支える体制になっているが、そこでの医師はコーディネーターとして治療方針等を決定する役割を担っていた。在宅入院制度は、過去 10 年で大幅に増大され、フランス政府としてもさらなる拡大を図っている。

オランダにおいては、訪問看護組織ビュードゾルフの働きが代表的で、フレキシブルで対象に密

着したケアが効果をみせている。主には看護師が患者のアセスメント、医師との連携、ケア実践まで包括的に行い、そうした全人的なケアが患者の満足度につながっているとされている。

こうした各国の実態から、まずは、「在宅医療における医師の働きは限局的である」という傾向があるとみられた。我が国では、少人数体制の診療所が訪問診療を実施している状況であり、医師という貴重な医療資源の効果的・効率的な活用を検討する上では、在宅医療に関わる医師の役割を検討する必要性が考えられた。また、医師の役割を限局的にする上では、コメディカルの働き強化・増大は欠かせず、人員の増加やコメディカルの役割拡大が必要と示唆された。訪問して行うケアに従事するコメディカルを増やすためには、病院等からの転職を促す施策や風潮が必要であるとともに、養成課程において地域医療の重要性の理解を深める教育のあり方が求められると推察される。こうしたコメディカル人材の補強を前提として、医師の役割を見直していく必要性が考えられた。

E. 結論

対象国ではいずれも医師による訪問は減少傾向にあり、代わってコメディカルによる訪問や遠隔医療が拡大傾向にあった。各国とも、医師は貴重な医療資源として訪問といった実働は控え、在宅医療全体をマネジメントする指揮的役割を担おうとする傾向がみられた。コメディカルでは、看護職が中心であるが、薬剤師、管理栄養士や各種セラピストも在宅医療の重要な構成員となっていた。こうした実態から、我が国においても医師の役割を検討し、コメディカルが訪問して行うケアの強化を図っていく必要性が考えられた。

F. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

参考文献

- ¹ 厚生労働省 (2020). 2020 年海外情勢報告 欧米地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (英国) . <https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/21/dl/t1-08.pdf>
- ² 白瀬 由美香 (2007). イギリスにおける地域保健サービスの形成——NHS 成立の一側面. 大原社会問題研究所雑誌 No.586・587: 34-46.
- ³ NHS Digital. Trends in Consultation Rates in General Practice - 1995-2009. <https://files.digital.nhs.uk/publicationimport/pub01xxx/pub01077/tren-cons-rate-gene-prac-95-09-95-08-rep.pdf> (Accessed 2022-04-06)
- ⁴ NHS Digital. Appointments in General Practice. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoieU2OT A2ODktZTIyNy00ODhmLTk1ZGEtOGVlZmRlZD NjYzY3IiwidCI6IjUwZjYwNzFmLWJiZmUtND AxY S04ODAzLTY3Mzc0OGU2MjllMiIsImMiOjh9> (Accessed 2022-04-06)
- ⁵ Nursing IN PRACTICE (2019). District nursing: ‘undervalued’ but vital. <https://www.nursinginpractice.com/latest-news/district-nursing-undervalued-but-vital/> (Accessed 2022-04-06)
- ⁶ Drennan. More care out of hospital? A qualitative exploration of the factors influencing the development of the district nursing workforce in England. J Health Serv Res Policy. 2019 Jan; 24(1): 11-18. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6304681/>
- ⁷ Ensign, S.F., et al. Characteristics of the modern-day physician house call. Medicine (Baltimore). 2019 Feb; 98(8): e14671. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6408061/>
- ⁸ Hamrick, I. More House Calls by Fewer Physicians. The Journal of the American Board of Family Medicine November 2012, 25 (6) 759-760. <https://www.jabfm.org/content/25/6/759>
- ⁹ Cornwell, T. House Calls Are Reaching the Tipping Point - Now We Need the Workforce. Journal of Patient-Centered Research and Reviews. 2019 Summer; 6(3): 188-191. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6675136/>
- ¹⁰ 日本貿易振興機構 サービス産業部 (2017). 米国医療機器市場動向調査～医療機関形態別に求められる製品・サービス～. https://www.jetro.go.jp/ext_images/_Reports/02/2017/0c5ab803745c687d/na-mdeicalrp201703.pdf
- ¹¹ United States Department of Health and Human Services. Long-term Care Providers and Services Users in the United States, 2015-2016. https://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_43-508.pdf
- ¹² 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. 海外社会保障研究 Spring 2008: 29-42. <https://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18715004.pdf>

¹³ 江口隆裕 (2011). フランス医療保障の制度体系と給付の実態—基礎制度と補足制度の関係を中心に—. 筑波ロー・ジャーナル 2011年10号.

https://www.lawschool.tsukuba.ac.jp/pdf_kiyou/tlj-10/tlj-10-eguchi.pdf

¹⁴ DREES(2017). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016)

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/dd23_dix_ans_d_hospitalisation_a_domicile_2006_2016.pdf

¹⁵ DREES(2021). Entre fin 2019 et fin 2020, la capacité d'accueil hospitalière a progressé de 3,6 % en soins critiques et de 10,8 % en hospitalisation à domicile.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf> (Accessed 2022-04-06)

¹⁶ Le Ministère des Solidarités et de la Santé. L'hospitalisation à domicile <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/had> (Accessed 2022-04-06)

¹⁷ Le Ministère des Solidarités et de la Santé. La feuille de route 2021 – 2026 <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/had-10951/article/la-feuille-de-route-2021-2026> (Accessed 2022-04-06)

¹⁸ Jos de Blok (2014). ビュードゾルフ:持続可能なコミュニティケアモデル (国際シンポジウム「転換

期におけるエイジング：オランダの経験に学ぶ」資料) http://www.glafs.u-tokyo.ac.jp/wp-content/uploads/2015/08/3Jos_de_Blok.pdf (Accessed 2022-04-06)

¹⁹ 堀田聡子 (2015). 明治安田生活福祉研究所 地域包括ケアシステム構築に向けた効果的・効率的なサービス提供のあり方に関する調査研究事業 報告書 VI 寄稿論文(1) オランダにおけるビュートゾルフの事例 . <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000136592.pdf>

²⁰ Buurtzorg. <https://www.buurtzorg.com/> (Accessed 2022-04-06)

²¹ Buurtzorg Nederland: A Global Model of Social Innovation, Change, and Whole-Systems Healing. Kreitzer et al. *Glob Adv Health Med.* 2015 Jan; 4(1): 40–44.

²² The Commonwealth Fund (2015). Home Care by Self-Governing Nursing Teams: The Netherlands' Buurtzorg Model. <https://www.commonwealthfund.org/publications/case-study/2015/may/home-care-self-governing-nursing-teams-netherlands-buurtzorg-model> (Accessed 2022-04-06)

表1 英国・米国・フランス・オランダにおける主な在宅医療体制および、①日常の療養支援、②入退院支援、③急変時の対応、④看取りの実態

国	主な在宅医療体制	① 日常の療養支援	② 入退院支援	③ 急変時の対応	④ 看取り
英国	地域保健サービス (Community Health Service) の 地区看護 (District Nursing) サービス提供者	・ 看護師：包帯の交換、注射、投薬管理など限定的な医療行為 ヘルスケアアシスタント：入浴、食事、移動、排便などの身体介護を提供	・ 回復過程の患者の支援を提供	・ 地域 GP 等の専門家と連携し、突発的症候に対応	・ 終末期患者ケアも担当する (保健省)
	一般家庭医 (General Practitioner) による訪問診療	・ 主目的は医療提供であり、療養支援ではない	・ 退院支援は対象ではない		
米国	在宅ケア事業者 (Home Healthcare Agency, HHA)	理学療法、作業療法、言語聴覚療法、認定介護士による入浴サービスなどの介護、ソーシャルワーカー、栄養管理を行う			・ 自立を目指したケアのゴール設定を行い、患者が自立した時点で終了する。 ・ 患者の死亡まではサービスは続けない。ほとんどの患者は1エピソード (60日) でサービスを終了する傾向にある。
	医師の訪問診察 (House Call)	・ 主目的は医療提供であり、療養支援ではない	・ 退院支援は対象ではない		
フランス	在宅入院制度 (Hospitalisation à Domicile, HAD)	・ 入院時と同等のケアを提供する	・ 在宅の患者に対して入院と同様の医療を提供 ・ 入院期間を短縮しつつ患者の居宅生活への円滑な移行を目指す		・ 主な役割のひとつが終末期医療

オランダ	<p>ビュートゾルフ (Buutzorg, 地域ケア)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ ケア・サポートの機能別分業は行わず、「ケースマネジメント」「看護」「介護」「予防」「リハビリテーション」を組み合わせた全人的なケアを提供 ・ あくまでも対象は医療とリハビリであり、食事介助などは行わない ・ ビュートゾルフモデルを応用した「Buurtdiensten」組織は家事援助、身体介護予防を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 高度資格のナースの割合が多く、複雑な病状のがん治療や手術を終えた退院患者も担当する 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 終末期患者も担当する
------	-------------------------------------	---	---	--	--

表2 英国・米国・フランス・オランダにおけるコメディカル・利用者像・体制/利用状況（件数等）の実態

国	主な在宅医療体制	コメディカル	利用者像	体制/利用状況（件数等）
英国	地域保健サービス（Community Health Service）の 地区看護（District Nursing）サービス提供者	<ul style="list-style-type: none"> 地域看護師長(Community Matron) 地区看護師(District nurse):主にアセスメントを担当 一般看護師(Registered nurse):具体的な訪問医療処置 ヘルスケアアシスタント(Health care assistant)など 	<ul style="list-style-type: none"> 回復期患者、高齢者、終末期患者など 	<ul style="list-style-type: none"> 2013年4月～ 地方自治体に所属。NHSの一部として幅広い保健サービスを担う 担い手は減少傾向 7055人(2009)→4031人(2019)（イングランドの地域看護師） 政府に重要性が訴えられる一方で、業務負担が過大に
	一般家庭医 (General Practitioner) による訪問診療	<ul style="list-style-type: none"> 原則的に医師のみによる訪問 	<ul style="list-style-type: none"> 病院への移動が難しい患者 	<ul style="list-style-type: none"> 約9%(1995)→0.67%(2021)（イングランドの診療予約に対する訪問診療の割合）
米国	在宅ケア事業者 (Home Healthcare Agency, HHA)	<ul style="list-style-type: none"> 53.1%が登録看護師（Registered nurse） 18.8%が准看護師（Licensed practical or Vocational nurse） 25.6%が看護助手（Aide） 2.5%がソーシャルワーカー（Social worker）（2013年の全国調査、フルタイム勤務者） 医師の役割は看護計画の承認・処方など限定的 	<ul style="list-style-type: none"> 85歳以上：26.0% 75～84歳：31.1% 65～74歳：25.5% 65歳未満：17.5%（2004） 	<ul style="list-style-type: none"> 約4,500件（1980）→12,400件（2014）（全米の事業者数）
	医師の訪問診察 (House Call)	<ul style="list-style-type: none"> 原則的に医師のみによる訪問 	<ul style="list-style-type: none"> 病院への移動が難しい患者 	<ul style="list-style-type: none"> 1940年代には医師の全診察の40%を占めていたが、1980年代には1%未満

				まで急減
フランス	在宅入院制度 (Hospitalisation à Domicile, HAD)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医師 10 人、管理看護師 40 人、看護師 250 人、看護助手 100 人、理学療法士、作業療法士、管理栄養士、薬剤師、心理臨床士などが 650 人 (パリ公立病院協会付属在宅入院連盟の職員配置) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 幅広い年齢層が利用 (70 歳以上は 43%) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 在宅入院専門の機関 (NPO 法人) が主体 ・ 後方支援病院との契約が義務付けられている ・ 2.1% (2006)→7.0% (2020) (短期・中期入院病床数に占める HAD 患者の割合) ・ 全国で 154,000 人の患者 (2020)
オランダ	ビュートゾルフ (Buutzorg, 地域ケア)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最大 12 人の「地域ナース」(7 割が看護師、その他が介護士、リハビリテーション職など) による自律的なチームが基本単位 ・ 担当家庭医との連携は行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 慢性疾患、機能障害の患者 ・ 高齢患者 ・ 終末期患者 ・ 認知症患者 ・ 退院したが完全に回復していない患者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 4 名の 1 チーム(2007 年 1 月)→約 950 チーム (2022 年)に拡大 ・ 各地域ナースのチームが独立して裁量を発揮 ・ 小規模のバックオフィスが全国のチームを支える ・ 地域の家庭医 (GP) と協働