



笹川保健財団

海外研修 2025 秋

スイス・フランス視察 報告書

笹川保健財団 海外研修 2025 秋

スイス・フランス視察 報告書

目 次

海外研修 2025 秋 —WHO 本部とパリ—	4
Program Summary	11
研修概要	15
日 程	16
スイス・フランスの概要	17
参加者報告	19
参加者一覧	88
編集後記	89

日本財団在宅看護センターネットワーク 海外研修 2025秋

WHO 本部とパリ

公益財団法人 笹川保健財団 会長 喜多 悦子

2023年秋に始まった「日本財団在宅看護センターネットワーク(以下ネットワーク)」海外研修は、これまで北欧諸国を訪問してきましたが、今回の第5回は、初開業者が出た2015年から10年目に当たる機会に、事業所管理者とともに世界保健機関(以下、WHO)とNurse Practitioner制度(以下、NP制度)が稼働するフランスの見学を企画しました。

理由は、世界の保健行政の核でもありパンデミックなどグローバルな保健問題に深くかかわるWHO本部と、NP制度の実践に踏み切ったフランスを視察することで、ネットワークの指導的立場である各管理者がより広く世界的視野をもって欲しいこと、さらにわが国の看護のあり方や看護師の立場を政策的により深く考える機会をもって欲しいことでした。

目的を達成したかどうかは本報告書をご覧くださいとしまして、ここではWHOとフランスの医療と看護制度を概説します。なお、フランスに関しては、日本医師会総合政策研究機構駐仏研究員奥田七峰子さまに企画と解説と通訳をお願いいたしました。長年生活されているフランスの医療保健の実態に通暁されている奥田様のご指導で、短期間ながら豊富な成果を得たことは報告書をご覧くださいただけですが、ここに特記して心からお礼申し上げます。

1. WHO 世界保健機関

1. WHO 創設とその機構

まずWHOは、第二次世界大戦終結後の1948年4月7日に設立された国際連合(United Nations、以下国連)の専門機関です。WHO設立の背景は、第二次世界大戦という戦争が甚大な健康被害をもたらしたこととあわせて、結核、マラリア、天然痘といった感染症の世界的な広がりにより対策が必要になったことです。そして戦争というネガティブな事態が国境を越えて広がったことありますが、既に当時に「健康」と「健康を護ること」を公共財とする考えがあったことに気づき、先人の叡智に感慨を覚えます。

すなわち設立時に制定されたWHO憲章前言に「健康とは、単に疾病や虚弱でないというだけではなく、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態である」とあり、健康が単に医学や医療・保健分野の問題に留まらず、社会的にも全うされるべき事態とみなす現在につながる健康観が明確に打ち出されていました。しかし、このことを私たちが理解するにはしばらく時間がかかりましたし、現在も実践できているとは申せません。

WHOの本部はジュネーブで、世界6地域に地域事務所を置いています(表1参照)。本部には、任期5年、世界保健総会(World Health Assembly : WHA)で選出される(再任可)事務局長(Director General, DG)以下、副事務局長(DDG)、事務局次長補(ADG)、部局長(Director)らが置かれ、その下に各実務体制があり、各事業執行は毎年5月開催のWHAに掛けられます。かつては8人程度のADGは、組織改編中の現在以下の5部門に集約されています。

- 疾病予防と健康増進
- 保健医療システム(PHC・UHC) 看護はこの部門
- WHOの運営・管理
- 保健緊急事態対応
- ガバナンスと対外関係

WHA(通称WHO総会)は、全加盟国(現在194か国)の保健(医療)責任者が集まって、WHOの方針・戦略の決定、予算の承認、国際保健規則(IHR)や各種条約など国際的事項の採択などを行うWHOの最高意思決定機関です。他の重要な機能は34か国の技術的に有資格の代表(任期3年)からなる執行理事会(Executive Board : EB)で、これは毎年2回(1月・5月)開催され、WHA議題の選択と決定事項の実施監督を行います。



Amelia Tuipulotu看護部長(左)、喜多会長(中央)、中谷祐貴子本部事務局長補(右)



WHO健康機器緊急時対応センターにて

表1 WHOの地域事務所(Regional Office : RO)

事務局名	地域(Regional Office for)	所在地	加盟国数
AFRO	RO for Africa	ブラザビル(コンゴ共和国)	46カ国
AMRO/PAHO	RO for the Americas/ (Pan American Health Organization)	ワシントンD.C.(米国)	50カ国
EMRO	RO for the Eastern Mediterranean	カイロ(エジプト)	23カ国
EURO	RO for Europe	コペンハーゲン(デンマーク)	53カ国
SEARO	RO for South-East Asia	ニューデリー(インド)	11カ国
WPRO	RO for the Western Pacific	マニラ(フィリピン)	38カ国
			計221カ国

各地域事務所に登録されている国数は本部発表と差がある。

昨年来、MAGA(Make America Great Again)を奉じるアメリカ大統領は国際機関、とりわけ、WHOに否定的であり、最大ドナーのアメリカが撤退することを前提に組織改革が行われています。実際、二十数年前には

1,200名程度だった本部職員数が2025年には2,500名にも増えていることなど、今一度、設立の原点に立ち返り、その使命を再考する時期であるような気がします。

WHOは設立から1970年代前半はいわゆる縦割り事業(vertical program)として多くの感染症対策に取り組みました。1950、60年代、DDTによる蚊の撲滅を目指したマラリア対策は効果を上げ得ませんでした。1956年に開始された天然痘対策は丁寧な発病者追跡と感染リスク者への徹底した予防接種(種痘)が成功しました。WHOは1980年に天然痘は地上から一掃された最初の感染症と宣言しました。しかし、この成果がその後のEPI(Expanded Program on Immunization、予防接種拡大作戦)への期待を高め過ぎた感もありますが、感染症と予防は今日に続く公衆衛生上の重要な活動です。

しかし、WHO最大の功績は1977年、78年のPHC(Primary Health Care)の確立です。第3代WHO事務局長ハルフダン・マーラー(Halfdan Mahler、デンマーク)の下、1977年代30回WHO総会は“Health for All, by the Year 2000「西暦2000年までに、すべての人に健康を」という画期的な目標を提唱し、翌78年、旧ソビエトカザクスタン地区アルマ・アタで開催した会議でそのための戦略でもあるPHC(Primary Health Care、プライマリー・ヘルスケア)の骨格—住民参加、予防、地域性、多職種協調の考え—とともに医療中心から地域と住民中心の保健体制の考えが生まれました。しかし、この理念も世界が理解するにはしばらく年月がかかります。わが国の地域包括医療制度も骨子は同じです。が、なお私たちがそれを十分理解しているとは云えません。

皮肉なことに、天然痘撲滅後の1980年代にはHIV/AIDSなど新興感染症やマラリア、結核という再興感染症が広がりました。また、がん・糖尿病・高血圧・動脈硬化などNCDs(Non-communicable Diseases、非感染性疾患。生活習慣病)や悪性腫瘍も増え始めました。それらは生活様式の変化にも関係することからSDHs(Social Determinant of Health、健康の社会的決定要因 WHO 1986)の考えが生まれ、さらにジェンダー、貧困、差別・偏見といった、それまで見えていなかった社会的要因と健康の関係にも関心が払われ、人間開発(Human Development 国連開発計画 UNDP 1990)への関心が高まりました。さらに1990年代には東西対立の一方の雄だったソビエト連邦が消滅し、世界は民主主義と自由経済の繁栄が期待されましたが、冷戦下に大国に陰に隠れていた地域や各国内の対立が顕わとなり、国同士の戦争に代わる国内紛争が続発し、新たな人道の危機への対応が迫られました。人間の安全保障(Human Security UNDP 1994)の考えが注目され、WHO内にも新興再興感染症対策や緊急人道危機対策の部門が生まれました。

世紀が変わる2000年、国連はMDGs(Millennium Development Goals 国連ミレニアム開発目標)を立てましたが、この内容はほぼ保健関連事項でした。その後を受けて2015年には現在に続くSDGs(Sustainable Development Goals、持続可能な開発目標)が提唱されました。それが目指す目標は膨大かつ複雑ですが、目標3は「すべての人に健康と福祉」を目指していること、また、SDGsが目指すのは「だれ一人取り残さない。“Leave no one behind”」であることを特記しておきます。WHOでは、このため、2018年にアスタナ宣言により、再度、住民中心のPHCを再確認し、そのための強力手段としてUHC(Universal Health Coverage、すべての人に保健医療保障を)を打ち出しています。これに関しては、1960年から、国民皆保険を実施してきたわが国の貢献が期待されています。

2020年からのCOVID-19(新型コロナ)パンデミックは、100年前のいわゆるスペイン風邪を凌駕する健康の危機でした。WHOは設立直後の1951年に国際衛生規則(International Sanitary Regulations)を制定し、1969年に国際保健規則(International Health Regulations : IHR)と改称し、国際的な感染症対策に備えていました。2000年初頭のSARS、鳥インフルエンザ流行から2005年には感染症に限定せず「あらゆる国際的公衆衛生上の緊急事態」へ対応すると対象を拡大しました(2007年発効)。

その後、COVID-19パンデミックから、2005年版IHR改正の交渉が進められ、2024年6月の第77回世界保健総会(WHA)でIHR改正案(2024年版)が採択されました。改正では、従来の「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態(PHEIC)」に加えて、パンデミックに至る可能性のある危機(pandemic emergency)の新設などが盛り込まれています。改正IHRは2025年9月19日付で発効しましたが、加盟国が改正「拒否」を通知した場合には当該国の発効は遅れます。

2. 看護とWHO

WHOは創設当初から看護を医療補助職ではなく、「地域に根ざした」中核的専門職と位置づけ、特にPHCの考えでは、「看護職なくしてPHCは成立しない」としています。看護はPHCの中核であり、

- ① 予防と健康教育
- ② 生活環境の評価
- ③ 住民エンパワーメント
- ④ 医療と生活の橋渡し
- ⑤ 継続的包括的なライフコースにかかわるケアに看護は無くてはならない としています。

したがってICN(International Council of Nurses、国際看護師協会)とも公式関係を持ち、世界の看護政策、看護教育や看護リーダーシップと看護人材戦略を共同で推進してきました。例えば、“State of the World’s Nursing (2020／2025)”を発刊したり、世界の看護人材不足を可視化したり、高度実践看護師(Advanced Practice Nurse : APN)の推進を図っています。

3. 日本とWHOの関係

第二次世界大戦で敗北した日本は、1951年9月8日の連合軍48か国とサンフランシスコ平和条約が締結されるまで連合軍最高司令官総司令部(GHQ)支配下にあり、独立国としての権限を制限されていました。しかしWHO加盟は同年5月1日、主権回復前でした。

わが国は長年にわたりWHOの主要ドナー国の一つであり、また、第4代事務局長中島宏博士は日本人として初めて国連機関のトップを務められたほか、長年にわたり事務局長補を出しています。WHO本部の結核対策は日本の貢献で設置され発展しましたし、1980年の天然痘撲滅にも日本人の貢献がありました。6WHO地域事務所の内、日本が属する西太平洋地域事務局(WPRO)でも地域事務局長を出しているほか、特にこの地域での医師、看護・公衆衛生専門家の貢献は大きいです。

4. WHOと笹川保健財団/日本財団の関係

笹川保健財団(Sasakawa Health Foundation)は1974年に、世界のハンセン病対策のために笹川良一翁によって設立されましたが、それに先立ち、良一翁によって1962年に設立された日本財団と密接に連携しながら国際活動を行ってきました。

特記すべき事項は二つです。笹川健康賞、ハンセン病対策です。

WHO 笹川健康賞は、1984年、世界がまだ十分にPHCの意義を認識できていなかった時期に、WHOが掲げる「Health for All(すべての人に健康を)」、すなわちPHCの理念拡張に貢献した個人・団体を顕彰するために創設されました。1985年から2025年の40回に受賞した個人は37人、団体は29件を数えます。笹川保健財団(当初は笹川記念保健協力財団)は、例年1月末のWHO執行理事会での選考に参加するとともに賞金とトロフィーを提供してきました。授賞式は、5月のWHA時に行われ、日本財団笹川陽平名誉会長が自ら授与されます。

ハンセン病対策は、1970年代から断片的な関与があった後、1980年代、世界におけるこの病気の実態が良く把握されていない中で、WHOが「ハンセン病は公衆衛生上のリスク」とした頃から、積極的な関与を始めました。多剤併用療法(MDT)が確立した後、1995年にはWHOを通じて全世界に5年間、MDT剤の無償提供を決定された笹川陽平日本財団名誉会長は、その後、この病気に関わる差別偏見対策にも関与され、2001年来、WHOハンセン病制圧親善大使を務められています。財団は大使をサポートしつつ、財団固有の活動を進め、2019年来、Sasakawa Leprosy(Hansen's Disease) Initiativeを実践しています。毎年1月末のハンセン病の日を喫して、差別偏見対策のGlobal Appealも20回を迎えています。このように笹川保健財団/日本財団はWHOとのパートナーシップを約半世紀続けていますが、特に親善大使としての成果は、偏見・差別解消にあり、2010年国連総会での差別撤廃決議にも影響を与えています。



第41回笹川健康賞を受賞したメレーテ・ノールデントフト博士(左から2番目)と笹川陽平日本財団名誉会長(右)、テドロス・アダノム・ゲブレイエスWHO事務局長(右から2番目)

2. フランスの医療制度

フランスの保健医療体制の基本は、いわゆるビスマルク型(社会保険方式)+国家(の強い)関与と説明されていますが、

- 連帯(solidarité)
- 平等(égalité)
- 普遍性(universalité)



フランス国旗とEU旗

医療は「市場財」ではなく、社会権と考えられています。すなわち、日本同様の国民皆保険 (Assurance Maladie) 制度の下にあり、ほぼ全国民がカバーされ、医療は原則現物給付、公的保険が中心で私的補完保険 (mutuelle) も広く普及しているとされています。言葉を変えますと、自由開業医制と社会的連帯制が共存するともいえそうです。しかし、大いに異なる点は、安易に医療施設…病院や開業医…を訪問する日本に比し、よほどのことがなければ受診しない民意があると云えるかと思えます。

まず医療機関には、公立病院(地域医療・教育・研究の中核)と民間非営利病院があることは日本と同様ですが、民間の営利的病院も開設が許されている点、いわゆる自由診療が認可されているともいえるようです。医師の多くは自由開業が許されているようですが、一次医療として、住民は原則「かかりつけ医 (médecin traitant)」を登録をします。二次医療への受診の際、かかりつけ医を経由することで医療費償還率が高くなる利点があると聞きました。つまりかかりつけ医はPHC、プライマリケアレベルの「ゲートキーパー的機能」が制度的に担保されている、とでもいえるかと思えます。一方、これまでの日本は、最初の受診時には、比較的安い経費で、どの医療施設も受診できたこともあって、安易にこれを濫用してきた、それが許されてきたこともあった、個々の住民が自分の健康を真剣に考える機会を失ってきたともいえるかと思えます。

日本との比較は以下のようです。OECD、日本外務省、IMF 資料他

指標	日本	フランス
人口	1億2300万人	6,860万人(2025)
平均年齢	84.9歳	82.9歳
出生率	1.3	1.6
高齢化率(65才以上)	29%	22~23%
一人当たりGDP	\$33,000~35,000 2024 IMF	\$39,000~46,000 (2023-24) Trading Economics
医療費(対GDP比)	11.5%	12.1%
医療費/1人当たり	US\$5,251	US\$6,630
医師数/人口1,000人	2.6	3.2
看護師数/人口1,000人	12.1	9.7
医師対看護師	4.7:1	3.0:1
病床数/人口1,000人	12.6	5.7
外来受診回数/人・年	12.5回(2018)	5.5回(2021)
平均在院日数	28日(2021)	9.1日(2021)
長期ケア	約2.7%	約1.9%
フリーアクセス	あり	原則無(GPゲートキーパー)
在宅死	17%	25~30%

在宅(訪問)看護事務所数では、日本のそれは2024年12月時点で18,753カ所で、前年比約8%増となっています。これらは医療保険と介護保険の二本立てで、医師の指示下に、必要な医療処置、生活支援、家族支援を行い、また、地域の多職種間の業務調整にもあたっています。特記すべきことは、在宅での看取りが増え、約17%となっていることです。

一方、フランスでの在宅看護は医師の処方に基づく(医師の指示の有無は?)医療行為が中心で、生活支援は限定的とされています。フランスの在宅看護は純粋な医療の延長であり、日本の生活支援を含めた一見「複合的!」な活動とは質が異なるともいえましょう。恐らく、フランスでは、介護は高齢者政策の一部(あるいは全部?)として家族政策と密接に連携しているのに対し、わが国では、急激な高齢化による医療・介護・福祉経費の高騰に対する介護保険による医療費抑制あるいは医療施設中心の保健政策からの変更のための受け皿的処置の役割がある、とも考えられそうです。日本では、手厚い看護が病院と在宅を連続させ、いわば生活の中でも医療が連続するのに対し、フランスでは、なお医師主導の急性期短期集中型医療と生活圏での医療に連続性はなく、時に応じて、また病状に応じて、どれを活用するかは住民の意思に依るのではないかと思います。

なお、フランスにおける看護師の資格・法的地位は、基本資格として国家資格(Diplôme d'État d'Infirmier)であり、3年制高等教育(大学水準)が基本またEU共通基準に適合(移動可能性が高い)しています。フランスの看護師は医師から相対的に自立しており、医師の指示に基づく医療行為と、看護師の裁量で行う看護行為が明確に区別されています。後者、看護師の独自性による領域としては、日常的な健康観察、慢性疾患管理、生活支援とケア調整、予防・健康教育、在宅での包括的ケアが挙げられていますが、実際にはこの範疇の活動は少ないのではないかと、しかし実際の裁量権は日本の在宅看護師より大きいのではないかと思います。

その上にIPA(Infirmier en Pratique Avancée)とよばれる修士レベル教育を修了した看護師が存在する。このIPAは一定範囲で検査の指示・処方(許可された範囲)・薬剤の更新/調整などが法令でリスト化されており(=権限が資格に付いている)、慢性疾患管理、精神、腎疾患、老年看護などで比較的大きな裁量権を持って管理できる体制にあると云えます。

一方日本の特定行為研修修了看護師では、なお、医師が作成するプロトコール下で分類された21区分38行為を実施できる制度であり、権限は“手順書”についており、人の能力は見えないともいえます。

フランスでも医師不足やこれから進行する高齢化対応として看護の専門性拡張が国家戦略として進行しえるともいえそうです。

Sasakawa Overseas Study Program 2025

Program Summary

1. Objective

The Sasakawa Overseas Study Program, launched in 2023, offers nurses affiliated with The Nippon Foundation Home-Care Nursing Centers^{*1} an opportunity to observe and learn from the healthcare and welfare systems from overseas. The program also aims to help participating nurses integrate new perspectives and ideas into their daily practice.

*1 The Nippon Foundation Home-Care Nursing Centers: The Sasakawa Health Foundation, a sister foundation of The Nippon Foundation, ran the "Nippon Foundation Home-Care Nursing Entrepreneurship Training Program" from 2014 to 2021. This program aimed to help nurses acquire the skills to set up home-care nursing centers in their communities. By 1st October 2025, the program has supported operations of 183 programs, in 30 out of 47 prefectures across Japan. Nearly 1,500 staff are working within this network.

2. Participants

Entrepreneurs (managers) or staff members affiliated with The Nippon Foundation Home-Care Nursing Centers. [Page 88]

3. Dates

September 18 - 26, 2025 [Page 16]

4. Overview of Visited Institutions

We selected Switzerland and France as our study destinations to achieve our objectives and visited several key institutions.

Switzerland – Geneva

World Health Organization (WHO)

- (1) Ms. Yukiko Nakatani, Assistant Director-General
- (2) Nursing Department (Dr. Amelia Tuipulotu)
- (3) Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health (Ms. Katrin Seeher, Mental Health Specialist)
- (4) Health Emergencies Programme (Dr. Nahoko Shindo, Senior Advisor)
- (5) Ageing and Health Unit (Dr. Yuka Sumi, Medical Officer)
- (6) Health Emergencies Programme – Emergency Operations Centre (Dr. Kazuki Shimizu)

France – Paris

(Coordination and interpretation: Ms. Naneko Okuda)

- (7) Ms. Myriam HASS (Nurse Practitioner in France)
- (8) Chemins d'espérance (Residential care facility with medical support for older adults)
- (9) Medadom (Telemedicine consultation booths)
- (10) Fondation Santé Service (Hospital-at-home care organization)
- (11) Home-visit nursing station in Paris

5. Results

The discussions among participants demonstrated a deeper understanding of Japan's home-visit nursing and community-based care from an international perspective. Detailed individual reflections are included later in this report (available only in Japanese). Key themes from these discussions are summarized below.

Japan's Home-Visit Nursing in a Super-Aging Society: Knowledge to Be Shared Globally

More than 57 million people worldwide are living with dementia, approximately 3 million of whom reside in Japan. Several participants noted that, as WHO has characterized Japan's rapid aging as "the future of the world," Japan's accumulated experience in caring for older adults—particularly through home-visit nursing—constitutes valuable practical knowledge for the international community. They emphasized that Japan's frontline practices in community-based elderly care should be actively disseminated through global platforms such as WHO's knowledge-sharing initiatives (Ishikawa, Naoe).

Learning from Global Infectious Disease Responses: The Power of Accurate Information

Through lectures at WHO that examined responses to Ebola virus disease and COVID-19, participants gained important insights into the critical role of accurate information dissemination and behavior change among community residents in infectious disease control. Participants reaffirmed their responsibility, as healthcare professionals supporting communities, to continue providing reliable and evidence-based information (Takata).

Primary Health Care and Universal Health Coverage: Connecting Global Policy and Local Practice

Participants identified clear alignment between WHO's emphasis on Primary Health Care (PHC) as the foundation for Universal Health Coverage (UHC) and their own practice in home-visit nursing in Japan. WHO lectures helped them understand how community-based activities in Japan are positioned and valued within global health policy, enabling participants to view their local initiatives from a broader international perspective. (Numazaki, Kanaya, Isono, Sakashita, Takata, Obata, Moriyama).

Leadership from the Frontline: Bridging Practice, Policy, and Research

Observing WHO experts working from a systems-level perspective highlighted the importance of looking beyond individual organizations to set socially relevant agendas. Participants recognized that nurses, as professionals closest to residents' daily lives, are well positioned to provide leadership linking clinical practice with policy. They further emphasized that closer integration of practice and research through bidirectional knowledge exchange is essential for building sustainable community healthcare (Nakazawa).

Contrasting Approaches to Home-Visit Nursing: Efficiency and Care Priorities in France

Many participants reported being struck by the highly procedure-oriented and efficient model of home-visit nursing in France, which differs markedly from common practices in Japan. They reflected that what constitutes "appropriate" nursing care is deeply shaped by national character, social context, and healthcare systems, making it impossible to judge one model as universally superior to another. At the same time, participants felt prompted to critically reexamine assumptions that have long been taken for granted in Japanese nursing practice (Numazaki, Takagishi, Isono, Sakashita, Shimooka, Nakazawa).

Redefining Priorities in Nursing amid Fiscal Constraints

Drawing on observations from home-visit nursing in France, participants noted that clearer role differentiation and greater reliance on patient self-management allow nurses to concentrate on tasks requiring professional expertise. Compared with this approach, nursing practice in Japan was seen as overly exhaustive, potentially leading to inefficiencies and increased healthcare costs. In light of Japan's growing fiscal constraints, participants emphasized the need to redefine nursing priorities by focusing on what is truly necessary. The use of ICT and AI was also suggested as a key strategy to support this shift while ensuring efficiency and safety (Numazaki, Ishikawa, Sakashita, Nakazawa).

Preserving the Value of Daily Living Care in Japanese Nursing

One participant cautioned that, as nursing in France and many other countries becomes increasingly efficiency-oriented and clinically oriented, the essential value of “daily living support” in nursing may be overlooked. As a core nursing function delivered by healthcare professionals, daily living support plays a vital role in disease prevention, early detection, quality of life, preservation of dignity, decision-making support, and peaceful end-of-life care. This reflection prompted renewed recognition of the distinctive value of Japanese nursing—particularly home-visit nursing—and highlighted the importance of clearly articulating and disseminating its contributions to community health (Maruyama, Yanagisawa).

Life-Oriented Care for Older Adults in France

In France, care for older adults prioritizes daily life over medical intervention, grounded in self-determination and dignity. Participants observed practices in residential care facilities such as permitting alcohol during meals, supporting residents' personal wishes, and taking a more selective approach to medical interventions, such as gastrostomy feeding or manual disimpaction, depending on individual goals of care. These observations prompted reflection on what constitutes a humane and dignified end of life (Kataoka, Naoe, Isono, Yanagisawa, Sasaki, Takata).

Lessons from the French Primary Care System for Home-Based Care in Japan

While Japan's universal health insurance system and free access to medical care are major strengths, they also present challenges, including a tendency toward duplicated consultations. The French gatekeeping system centered on general practitioners offers valuable lessons for Japan in terms of appropriate cost control and effective use of healthcare resources. In France, a well-established system integrates primary care with in-home hospitalization and home-visit nursing services. Looking ahead, a societal paradigm shift is required—one that goes beyond a transition “from institutions to home” and instead recognizes “home as the default setting of care.” To achieve this, Japan should further develop the infrastructure and service capacity needed to support home-based care and living (Numazaki, Kanaya, Naoe, Maruyama, Sasaki, Moriyama).

Scaled Home Healthcare Systems and Integrated Care Delivery

Several participants emphasized the importance of developing scaled home healthcare systems. By establishing 24-hour supply chains for medications and medical materials and creating structures that comprehensively manage multidisciplinary teams—including physicians, nurses, pharmacists, and therapists—it becomes possible to provide efficient and safe care even for patients with high medical dependency (Nakazawa, Sakashita, Moriyama).

Digital Health Infrastructure: Lessons from the Vitale Card

Many participants valued the opportunity to directly observe the use of France's electronic health insurance card, the "Vitale card," which centrally manages medical information. With patient consent, this card enables the sharing of clinical data, test results, and prescriptions across healthcare providers, significantly improving efficiency and reducing healthcare costs. Although electronic medical records are increasingly widespread in Japan, interoperability between systems remains limited. Participants stressed the urgent need for a nationally unified digital platform (Nakazawa, Ishikawa).

Telemedicine and the Expanding Role of Nurses

Participants also noted that online medical consultations are becoming increasingly common in France, with nurses playing a key role in their implementation. Inspired by this model, many expressed interest in introducing similar approaches within their communities. In particular, telemedicine booths staffed by visiting nurses or mobile clinics were seen as promising solutions for areas with limited access to medical institutions and for supporting older adults with limited mobility (Numazaki, Takagishi, Kataoka).

Institutionalization of Nurse Practitioners in France

Participants valued learning about the development, current status, and future prospects of nurse practitioner (NP) systems in France, where institutionalization has advanced ahead of Japan. French advanced practice nurses (IPA) collaborate closely with physicians while exercising autonomous judgment within defined scopes of practice in certain aspects of patient care, supported by legal, educational, and reimbursement frameworks. Participants emphasized that, for NPs to thrive in Japan, careful system design is essential to ensure that they are not treated merely as substitutes for physician shortages, but as professionals whose expertise strengthens community healthcare (Sakashita, Maruyama, Obata, Moriyama).

6. Future Outlook

The Sasakawa Overseas Study Program is expected to continue in the coming years, with participants applying the global perspectives gained through overseas learning experiences to further advance community-based care in Japan. In particular, sharing Japan's experience in home-visit nursing within international contexts and strengthening home-centered care systems are anticipated to contribute to more sustainable and person-centered healthcare. In addition, the effective utilization of The Nippon Foundation Home-Care Network is expected to play an important role in supporting the future development of home-visit nursing nationwide.

研修概要

1. これまでの経緯と研修の目的

当財団では、「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」を修了した全国の起業家とその職員のさらなる能力強化を目的とし、2023年より海外研修を実施している。本研修は、地域の保健・医療・福祉課題に最前線で取り組んでいる在宅看護師らが、少子・高齢化など日本と共通する社会的課題を抱えつつも、異なるアプローチをとる海外のヘルスケアシステムを視察・学習することを通じて、将来の日本の看護のあり方についての知見を深めることを目的としている。

第5回目の開催となった今回は、スイス・ジュネーブの世界保健機関本部、そしてフランス・パリにて高齢者入居施設等を訪問し、現地の専門家との意見交換や議論を行った。本研修を通じ、地域保健のリーダーである看護師が、日本の看護現場で今後何をすべきかを考え、その学びを日本社会に還元していくことを期待する。

2. 参加者

日本財団在宅看護センターの起業家(管理者)もしくはその事業所のスタッフ [ページ88を参照のこと]

3. 日程

2025年9月18日(木)～26日(金) [ページ16を参照のこと]

4. 視察先

視察国は、スイスとフランスを選定した。各視察先・面談者等は以下の通り。

スイス・ジュネーブ 世界保健機関(World Health Organization: WHO)

- (1) 中谷祐貴子本部事務局長補
- (2) 看護部門(Dr. Amelia Tuipulotu)
- (3) 精神保健・脳の健康および依存症部門(Dr. Katrin Seeher)
- (4) 緊急対応局(感染症危機管理シニアアドバイザー進藤奈邦子医師)
- (5) 母子・新生児・思春期保健および高齢化部訪問(角由佳医師)
- (6) 緊急対応局(清水一紀医師)

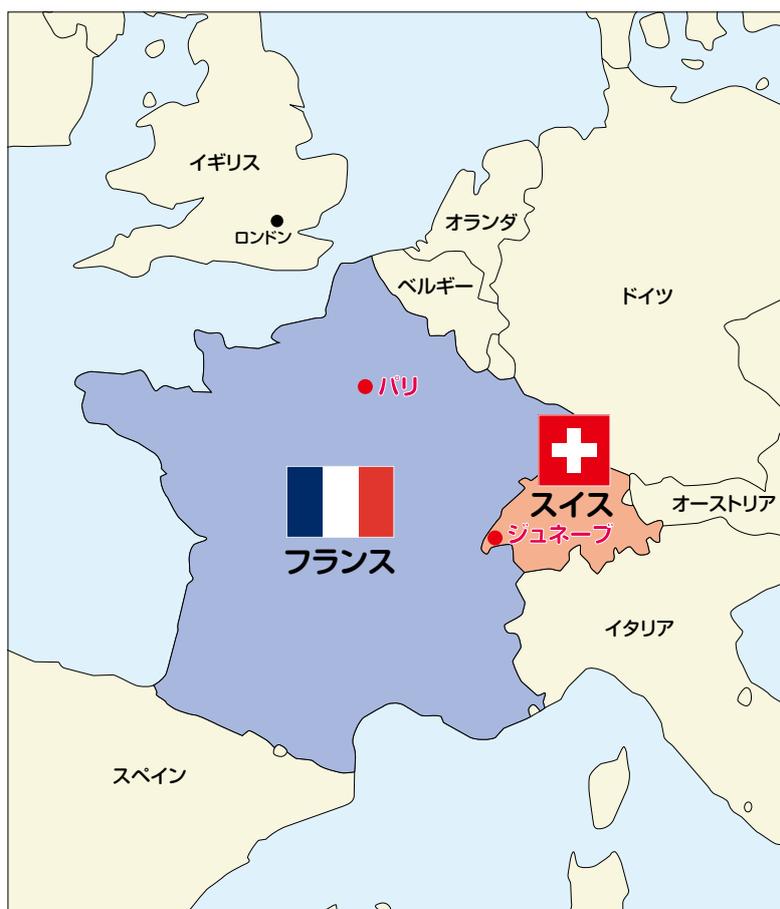
フランス・パリ (コーディネート・通訳: 奥田七峰子)

- (7) Ms. Myriam HASS(フランスのナース・プラクティショナーについて)
- (8) Chemins d'espérance(高齢者入居施設)
- (9) Medadom (遠隔診療ボックス)
- (10) Fondation Santé Service(在宅入院支援組織)
- (11) パリ市内訪問看護ステーション

日程

日数	月日	発着都市名	スケジュール
1日目	9/18(木)	羽田発 ジュネーブ着	航空機にてロンドン経由ジュネーブへ <ジュネーブ泊>
2日目	9/19(金)	ジュネーブ	1. 中谷祐貴子本部事務局長補表敬 2. 看護部門(Amelia Tuipulotu 看護部長) 3. 精神保健・脳健康および依存症部門(Dr. Katrin Seeher) 4. 緊急対応局(感染症ハザード シニアアドバイザー進藤奈邦子医師) 5. 母子・新生児・思春期保健および高齢化部訪問(角由佳医師) 6. 緊急対応局(清水一紀医師) <ジュネーブ泊>
3日目	9/20(土)	ジュネーブ パリ	ジュネーブからパリへ移動 <パリ泊>
4日目	9/21(日)	パリ	市内視察 <パリ泊>
5日目	9/22(月)	パリ	7. Ms. Myriam HASS(フランスのナース・プラクティショナーについて) 8. Chemins d'espérance(高齢者入居施設) <パリ泊>
6日目	9/23(火)	パリ	9. Medadom(遠隔診療ボックス) 10. 訪問看護同行 <パリ泊>
7日目	9/24(水)	パリ	11. Fondation Santé Service(在宅入院支援組織) 12. 訪問看護同行 振り返り会合 <パリ泊>
8日目	9/25(木)	パリ ヘルシンキ	航空機にてヘルシンキ経由羽田へ
9日目	9/26(金)	羽田着	

スイス・フランスの概要



1. スイス基礎情報 ¹⁾

面積	4.1万平方キロメートル(九州と同じくらい)
人口	約904万人(2024年、スイス連邦統計庁)
首都	ベルン
言語	ドイツ語(約61%)、フランス語(約23%)、イタリア語(約8%)、ロマンシュ語(約0.5%)
宗教構成 (2023年統計例)	カトリック 約30.7%、プロテスタント 約19.5%、イスラム教 約6.0%、その他宗教/無宗教等(残り)
政体	共和制(連邦制)
1人当たり名目GDP	約104,700米ドル(2024年)
名目GDP(総額)	最近の推計ベースでスイスの経済規模は大きく、国家GDPは世界銀行統計などで報告される。
在留邦人数	12,129人(2024年10月現在)
通貨	スイス・フラン(CHF)

2. フランス基礎情報²⁾

面積	54万9,134平方キロメートル(本土、フランス国立統計経済研究所)
人口	約6,860万人(2025年1月1日時点、国立統計経済研究所)
首都	パリ
言語	フランス語(国内の公用語)
宗教	多宗教。カトリック、イスラム教、プロテスタント、ユダヤ教など。
政体	共和制(大統領制)
主要産業	(1)自動車、化学、機械、食品、繊維、航空、原子力等 (2)農業は西欧最大の規模。工業においては自動車産業、宇宙・航空産業、原子力産業などの先端産業が発達。
通貨	ユーロ(EUR)
在留邦人数	37,056人(フランス全土)

3. スイス・フランス、日本の保健指数の比較³⁾⁴⁾⁵⁾

	出生時平均余命 (2023年)	合計特殊出生率 (2023年)	全人口に占める65歳以上の割合 (2024年)
日本	84	1.2	30%
スイス	84	1.3	20%
フランス	83	1.7	22%

4. スイス・フランス、日本の医療に関する比較⁶⁾⁷⁾⁸⁾

(人口1,000人あたり)

	臨床医数 (2022年)	臨床看護師、保健師数 (統計年)	病床数 (統計年)
日本	2.6	13(2022)	12.6(2022)
スイス	4.5	18.8(2022)	4.4(2023)
フランス	3.3	9.4(2021)	5.7(2022)

【参考資料】

1. 外務省 Website(2025 access) <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/switzerland/data.html#section1>
2. 外務省 Website(2025 access) <https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/france/data.html#section1>
3. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=JP-FR-CH>
4. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=JP-FR-CH>
5. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?end=2024&locations=JP-FR-CH&start=2000&view=chart>
6. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=FR-JP-CH>
7. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=JP-FR-CH>
8. The World Bank Website(2026 access) <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=JP-FR-CH>

参加者報告

沼崎 美津子	在宅看護センター 結の学校	20
高岸 博子	医療看護110番リハビリ訪問看護ステーション	24
金谷 益子	宝命訪問看護リハビリステーション	27
石川 麗子	街のイスキア訪問ナースステーション	31
直江 礼子	在宅看護センター本郷・番町	34
片岡 順子	ちせ訪問看護ステーション	40
磯野 祐子	地域まるごとケアステーション川崎	43
坂下 聡美	訪問看護・リハビリステーション 在宅看護センター北九州	47
下岡 三恵	めぐみ在宅看護センター	51
丸山 美智子	幹在宅看護センター	54
柳澤 優子	在宅看護センターLife&Com	58
佐々木 浩美	在宅看護センターポラリス	62
高田 紀子	在宅看護センター紀寿	65
小幡 順子	在宅看護センター日向ぼっこ	71
森山 薫	にじのはな在宅看護センター	76
中澤 ちひろ	コミケア在宅看護センター出雲	82
原口 美弥	公益財団法人日本財団	86
杉田 美夢	公益財団法人日本財団	

2040年を見据えた看護のあり方

— ジュネーブ・パリ視察から得られる示唆 —

在宅看護センター 結の学校 沼崎 美津子

1. はじめに

2040年に向けた地域包括ケアシステムと医療・福祉連携は、超高齢化社会のさらなる進行と人口減少という大きな課題に対応するため、「治し、支える」医療・介護体制を地域で包括的に確保し、持続可能な仕組みへと転換していく必要がある。

社会が大きく変化していく背景として、2040年頃には団塊の世代が全員85歳以上になり、要介護度の高い高齢者や認知症高齢者、独居高齢者が大幅に増加し、死亡者数もピークを迎えることが、厚労省のデータから推察されている。人口減少による地域格差も否めない状況の中、今回の海外研修で得た知見を踏まえ、わが国が誇ってきた国民皆保険制度の在り方と、自身の地域における看護のあり方を、あらためて深化させていかななくてはならないと考える。

2. 自事業所の取り組み

当事業所ではこれまで、看護小規模多機能型居宅介護（以下看多機）共生型、訪問看護、居宅支援事業、相談支援事業、その他行政からの委託事業等を順次立ち上げ、一体的な運営を行ってきた。開設から10年が過ぎ、それぞれの事業運営を丁寧に積み重ねてきた結果、地域の医療機関や住民、行政からも、一定程度認知される存在となっている。

私の地域は、人口約27万人の一般市であり、高齢化率は開業当初の27%から10年で31%を超え、要介護認定者数も年々増加している。医療機関は大学病院、赤十字病院、済生会病院、医療法人病院、クリニック等がそろい、医療アクセスは比較的良好である。一方で、救急搬送は輪番体制が徹底されており、必ずしもかかりつけ医療機関に搬送されるとは限らない状況にある。また、救急搬送件数は年々右肩上がりでも推移している。

当事業所では、訪問看護及び看多機事業を中心に、可能な限り救急搬送を回避するため、フィジカルアセスメントの強化に取り組んでいる。医療機関や薬剤師等との連携を迅速かつ密に行い、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）¹を都度進めながら早期対応を心がけている。その基盤として、多職種との顔の見える関係づくりには妥協することなく積極的に取り組んできた。

近年はデジタル技術を活用し、D to P with Nも取り入れ始めた在宅医との連携も進み、医療的ケア児等の家族が安心して在宅療養を継続できる体制が整いつつある。薬剤師も協力的で率先して関与してくれている。さらに、ネットワークを利用し患者グループを作成し、関係各所との情報共有も進んできている。

担当者会議や電話対応等については録音・要約を行い、AI機器の導入やクラウド電子カルテの活用により、計画書や報告書の作成にもAI要約機能を取り入れている。これらにより、スタッフの負担軽減を図っている。

今後の人口減少による看護師不足や働き方改革を見据え、先取りできる取り組みを進めながら、地域住民の「命と暮らしを護る」という理念のもと、必要な時に必要なケアを提供していきたい。不必要なケアは、利用者や家族の潜在能力を損なう恐れがあるだけでなく、社会保障費の無駄遣いにもつながる。災害発生時等も見据え、自助・互助の力を引き上げていく役割を地域看護師が担うことが重要であると考え、全世代をカバーできる事業所運営を目指す所存である。

3. 研修概要

WHOの活動と課題

医療分野においては、「WHOの定義」や指標を基に各国が指針やマニュアルを作成することが潮流となっており、WHOは国際的に絶対的な信頼を得ている組織である。今回、実際に視察および講義を通じて、WHOの現在の主な活動内容や直面している課題について理解を深めることができた。

WHOの加盟国は現在194か国で、世界は6つの地域事務局に分けられており、日本は西太平洋地域に属して

いる。新型コロナウイルス感染症パンデミックの教訓を踏まえ、パンデミック協定が採択され、新たな感染症対策に関する国際ルールの整備が進められている。

そのほかにも、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成、非感染性疾患およびメンタルヘルス対策、エイズ等の感染症対策、環境問題と健康、認知症への取り組みなど、WHOの活動は多岐にわたっている。一方で、財政基盤の脆弱性や地政学的要因の影響による資金面・政治面での課題も顕在化しており、これらは今後の重要な検討課題であると実感した。



WHO歴代事務局長のポートレートと喜多会長

バリの医療・看護

フランスの救急医療制度は、ユニバーサル・ヘルス・ケア制度のもと、すべての市民が医療を受ける権利を有している。救急医療は原則として誰でも受けることができ、費用の大部分は公的保険でカバーされている(一定の自己負担が生じる場合もある)。

救急搬送体制は大きく三つの組織で構成されている。SAMU(救急医療システム)は医師が現場に出向き医療判断を行う高度な救急医療サービスを担い、SMUR(移動式救急ユニット)は救急蘇生車両による搬送を担当する。消防署および民間救急サービスは主に通常の搬送を担っている。緊急時には電話連絡により医師の判断が介在し、適切な搬送手段が手配される仕組みとなっている。

また、在宅入院(HAD)制度も確立されており、医師の指示のもと、在宅で入院相当の医療を提供する体制が整備されている。訪問看護師が点滴管理、疼痛管理、終末期ケア等を担い、医療と社会福祉の連携が強固に機能している。その結果、フランスでは平均在院日数が短く、在宅移行が早いことが特徴である。特に、在宅入院用薬剤倉庫の存在は、医療DXの推進や地域医療連携の深化において、極めて重要な役割を果たす可能性を有していると感じた。

訪問看護の同行視察では、処置を中心とした必要最小限のケアに絞り、時間効率やコスト意識を重視しつつ、患者の自立性や自己管理を前提とした支援が行われていることを学んだ。

オンライン診療の整備も進んでおり、国の指針により、かかりつけ医との併用を基本としながらも、多様なシステムが存在している。在宅医療との連携も可能で、スマートフォンやPCを用いて医師の診療や処方を受ける仕組みが確立されており、高齢者入居施設等でも活用されている。これにより、医療機関の業務効率化や患者の通院負担軽減に寄与している。

さらに、パリ郊外では、薬局等に設置された「オンライン診療ボックス」も導入されており、地域住民や旅行者も利用可能な仕組みとなっている。医師不足や軽症患者への対応に有効であり、看護師が常駐することで、処置やケア、生活指導等を行うことができる点が特徴的であった。

フランスのナース・プラクティショナー (IPA)

フランスのナース・プラクティショナー (Infirmier en Pratique Avancée : IPA) は2018年に創設され、2023年には「ダイレクト・アクセス法」が成立した。法的には国家制度として位置づけられており、省令により詳細な規定が設けられている。実施可能な行為は医師とのプロトコール契約に基づくものの、一定の自律性が認められている。

日本の「特定行為研修修了者」とフランスの「ナース・プラクティショナー (IPA)」はいずれも高度な看護実践者であるが、法的権限、自律性、対象患者において大きな違いがある。これらの相違点について、次項の表にまとめる。



IPAの実態を学ぶ

日本の特定行為とフランスの看護師制度の比較表 (著者作成)

項目	日本：特定行為研修修了者	フランス：ナースプラクティショナー (IPA)
制度開始	2015年	2018年 (法整備は2023年)
法的権限	医師の包括的指示下	一部自律的判断が可能
処方権	なし	継続処方権あり (条件付き)
対象患者	急性期～在宅まで幅広い	安定期の慢性疾患患者
活動場所	病院・訪問看護・在宅	高齢者入居施設・医療機関など
役割	医師の補完・質向上	医師不足対策・医療費抑制

両制度の比較を通じて、日本の制度改善や地域医療戦略への応用を可能にしていく必要がある。

4. 視察から得られる示唆

ケアの「質」と「効率」のバランスについて、日本の看護は「質」に重きを置く一方、パリでは「効率」が優先される場面が多いと感じた。日本では「おもてなし」や「気遣い」が文化的に根付いており、ケアの丁寧さが強く求められている。一方、フランスでは「自己責任」や「合理性」を重視する価値観があり、医療者と患者との距離感も異なる。このような国民性や制度設計の違いが、看護実践にも反映されている。

社会保障費が逼迫する日本においては、ケアの優先順位や目的を明確にすることが今後の大きな課題となり得る。「すべてを行う看護」から「必要なことに集中する看護」へと転換することは、看護師の専門性や時間の使い方を見直す契機となり、看護師の役割再定義につながると考える。

また、オンライン診療ボックスのような仕組みは、日本においても医療機関へのアクセスが課題となる中で、フランスの事例は大いに参考になる。これらは医療の効率化と地域医療の補完に寄与しており、2040年を見据えた日本の医療改革においても応用可能であると感じた。教育や地域医療に関心を持つ立場としても、非常に示唆に富む取り組みである。

5. 学びを活かすために

日本の看護は、丁寧で繊細な、優しさを伴ったケアを提供している。一方、パリの訪問看護を視察して強く印象に残ったのは、ケアの目的が処置であれば、その行為のみに集中するという、日本の看護ではあまり見られない割り切った姿勢であった。不必要なケアやバイタルチェックは行わず、極めて合理的であった。

看護のあり方において何が正しいかは、国民性や社会背景、医療制度とも深く関係しており、一概に優劣をつけることはできない。しかし、これまで当たり前として行ってきた日本の看護の概念を、あらためて問い直す必要性を感じた。社会保障費が逼迫する我が国において、パリの訪問看護は、そのシンプルさと効率性の面で、見習うべき点があると考えさせられた。

今回の視察から得た気づきは、看護の本質や価値観に深く問いかけるものであった。日本の看護が大切にしてきた「優しさ」「寄り添い」「全人的ケア」の文化と、パリの訪問看護に見られる「目的重視」「効率性」「割り切り」の姿勢は、いずれもそれぞれの社会背景や医療制度、国民性に根ざしたものである。

日本の看護は、患者の感情や生活背景に寄り添うケア、バイタルチェックや環境整備を含む包括的支援、「安心感」や「信頼関係」を重視した関係性の構築を理念としてきた。パリの訪問看護をそのまま取り入れる必要はないが、2040年に向けては、少なからず参考にすべき視点があると考えます。

さらに、看護の働き方についても、柔軟な形を模索し、ICT活用による業務効率化や看護職全体の配置・配分の見直しなど、2040年ビジョンに基づいた制度整備が今後一層求められると考える。

6. まとめ

パリの看護に触れることで、日本の看護が持つ「優しさ」の価値をあらためて再認識すると同時に、限られた資源の中で「何を優先すべきか」という問いに向き合う必要性を強く感じた。看護の本質は国によって異なるが、私たちが目指すべきケアの姿を今こそ問い直す時期に来ている。2040年問題やDX導入を見据えた看護の未来像を描くうえでも、本研修は重要な示唆を与えるものであった。

また、実際にパリの文化や空気に触れたことで、一人の人間としても思考の幅が広がった。歴史的建造物や芸術の大きさを目の当たりにした感動は、生涯の宝物である。日本で日々忙しく働く自身を振り返る時間ともなり、人として、そして看護専門職としてもアップデートできた研修であったと感じている。

最後に、他では体験のできないこのような実のある海外研修の企画と資金繰りをしていただいた喜多先生はじめ、日本財団、笹川保健財団の皆様へ深く感謝申し上げます。

【註】

1. もしものときのために、本人が望む医療やケアについて前もって考え、ご家族や医療・ケアチームなどと繰り返し話し合い、共有する取り組みのこと。

https://www.mhlw.go.jp/stf/web_magazine/closeup/23.html

【参考文献】

1. 公益社団法人日本看護協会 2040年を見据えた看護提供体制のあり方について
2. 厚生労働省「2040年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会



喜多会長と、同行の仲間たち

2025年笹川保健財団ジュネーブ・パリ研修に参加して

2040年を見据えた大阪市東成区での訪問看護のあり方を考える

医療看護110番リハビリ訪問看護ステーション 高岸 博子

1. はじめに

2015年、「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」に参加し、起業してから10年が経過した。この間、人員不足、コロナ禍、ケアプラン事業所の開設など、さまざまな出来事を経験してきた。現在では、日々の業務がある意味で安定し、変化の少ない繰り返しになりつつあると感じていた。そのような折に海外研修に参加する機会を得たことで、2040年を見据え、地域における在宅医療・看護・介護・福祉のあり方について、あらためて考える時間を持つことができた。

2. 大阪市東成区の現状

大阪市東成区は、市の中央東部に位置し、交通の便が良く、古くから住宅地として発展してきた地域である。商店街も充実しており、東大阪市に隣接してモノづくり企業が多く集積している。地域の祭りやイベントも盛んで、住民同士のつながりが強く、地域サポーターや民生委員も活発に活動している。

東成区は大阪市で2番目に面積が狭いが、人口は約8万8千人と市内で5番目に多い。高齢化率は24.2%で大阪市内では16番目に位置している。一方で、大阪市全体では65歳以上の独居世帯が約5割を占め、東成区では地域によっては6割を超える状況にある。町会長や地域サポーターが個別訪問や地域行事への参加を促すことで孤立防止に取り組み、要介護事例については地域包括支援センターと連携し、必要なサービスにつなげている。

2014年の介護保険法改正により地域支援事業が開始された翌年、2015年5月に当ステーションは開設された。大阪市内では区ごとに医療介護推進会議が設置され、介護保険課、医師会、地域包括支援センターやランチ、病院連絡会、歯科医師会、薬剤師会、訪問看護ステーション連絡会、ケアマネジャー連絡会、障害者支援センター、認知症初期集中支援チームなどが参加し、顔の見える関係づくりが進められてきた。

当時は在宅医療が十分に普及しておらず、その要因として、地域住民やケアマネジャーの医療に関する知識不足が挙げられていた。そこでこの10年間、住民向けの啓発活動として、小学校区ごとに地域サポーターとともに「知ってトクする連続講座」を開催し、介護予防、認知症予防、在宅医療を柱とした勉強会を継続してきた。コロナ禍においても、人数制限やオンラインを活用しながら実施した。

地域活動の主体は女性会であり、「どう生き、どこで、どのような最期を迎えたいのか」をテーマにACP(アドバンス・ケア・プランニング)の勉強会も行ってきた。女性の理解力、行動力、発信力は非常に高く、地域における自助・互助・共助の実践には不可欠な存在であると実感している。

ケアマネジャー向けの研修については、医療職に対する苦手意識を和らげることを目的に、年3回の多職種連携会を開催してきた。「自分の役割を見直し、他職種の役割を知る」をスローガンに、毎回テーマを変えながら顔の見える連携を進めている。直近では、コロナ禍で連携が途切れたことにより、在宅死を希望していたにもかかわらず、望まない救急搬送が多発した問題を取り上げた。

消防署、特別養護老人ホームそれぞれの立場から事例発表を行い、その後、多職種によるグループワークを実施した。ケアマネジャー、医師、訪問看護師が在宅死において救急搬送を行わないことを理解していても、ヘルパーや家族が同様に行動できるとは限らない。突然の急変に動揺し、反射的に救急車を呼んでしまう現実がある。そのため、事前に何ができた

のかを振り返る機会とした。

現在の大きな課題は、コロナ禍で途切れた連携を再びつなぎ直すことである。10年前に12か所であった訪問看護ステーションは現在40か所に増加したが、その多くは有料老人ホーム併設型であり、在宅対応のステーション数は当時と変わっていない。在宅の訪問看護ステーションは、1か所新設されると1か所が廃業するという状況を繰り返してきた。

大阪の地域性として、初対面では距離を取るものの、一度信頼関係が築かれると長く継続する傾向がある。顔の見える関係を重視する文化があり、それを築けなければ利用者獲得は難しい。連携を大切に、独自の強みを活かすことで「選ばれるステーション」になることができる。この点も東成区の強みであると考えている。

3. 2040年に向けて看護師が出来ること

フランス研修では、かかりつけ医制度、ナース・プラクティショナー(IPA)の活用、ボックス型オンライン診療、救急車の使い分け、在宅入院制度など、日本ではまだ十分に定着していない仕組みを学ぶことができた。特に在宅入院制度は、病床数削減に寄与する画期的な取り組みであると感じた。一方で、日本での実現には、責任の所在、制度設計、病院医師と在宅医、病院看護師と訪問看護師の連携を誰がどのように担うのかといった高いハードルがある。

パリの訪問看護は無駄がなく、医師の指示に基づく医療処置に特化しており、1人あたり1日15件の訪問を可能にし



パリのIPAミリアムさんからナース・プラクティショナーの実践について聞いている。勤務時間が長時間であっても、5週間以上の休暇を取得する文化が定着していることが、その背景にある。エリアが限定され新規参加ができない制度のため、収益が安定しており、最小限の看護師数で必要なサービス提供が可能となっている。

日本において今後すぐに取り組めることとして、複数の医療機関を受診し、各所で薬を処方されている人に対して、かかりつけ医を定めていくことが挙げられる。将来的には制度化し、自己負担金による一定のペナルティ導入も検討されるべきであろう。慢性疾患を有する人に対しては、自己管理指導を行い、重症化を予防することが重要である。さらに、コスト削減の観点からも、オンライン診療を導入し、継続的な受診が可能となる仕組みが望ましい。

薬剤管理についても、居宅療養管理指導を活用し、かかりつけ薬剤師を定めることで、重複投薬や過剰処方を未然に防ぐことができる。現在、訪問看護は介護保険制度のもとで運用され、30分・1時間といった時間制限がある。医療処置とケアを同時に行うことで、結果としてコスト増や時間の浪費につながっている面も否めない。高齢化が進む中、現行の仕組みでは必要な人に必要な医療が届かなくなる可能性があり、改善が求められる。

4. この研修の後で私には何が出来るか。

これまでは病気を抱えた人を主な対象として訪問看護を行ってきたが、今後は要支援者が要介護へと悪化しないための予防に、より力を入れていきたい。病気の進行を抑える取り組み、食を含めたフレイル予防、生活習慣の改善、寝たきりにならないための健康寿命延伸に向けた支援を行っていく。

メタボリックシンドロームや糖尿病、ハイリスク者への予防的介入に対して保険が適用され、到達度に応じたインセンティブが支払われる仕組みが整えば、より積極的な介入が可能になると考える。

今年に入り、事業所の近くへ転居した。10年間、医療・介護連携会議に参加する中で地域の実情を知り、「ここで介護を受け、最期まで生活したい」と感じるようになったからである。在宅医療や介護の充実度、地域コミュニティ活動の活発さから、この地域には互助・共助の基盤が整っていると感じている。

終わりに

今回の海外研修は、現地に足を運ばなければ決して得ることのできない経験であった。また、日常業務から一度離れ、立ち止まって考える時間を持てたことも大きな収穫である。今後も継続して実施していただきたい研修であり、可能であれば代表者自身が参加することにも大きな意義があると感じた。

ここ5年ほどは経営者としての業務に専念してきたが、今回初めて10日間の休暇を取り、現場を離れた。全く不安がなかったと言えば嘘になるが、帰国してみると、スタッフ全員が協力し、主任を支える体制が自然とできていた。思い切って現場を離れることの大切さを、あらためて実感した研修であった。

謝辞

今回の研修を企画、後援いただきました喜多先生、日本財団の皆様には深く感謝致します。

【引用、参考文献】

1. 一般社団法人全国訪問看護事業協会、2040年を見据えた訪問看護のあり方に関する提案 2024
2. 斎藤洋子、チーム医療における看護師と診療看護師のチームワークに関する研究～研修医との比較から 2021 日本NP学会誌
3. 高崎順子、なぜ日本の医療現場でこれができないのか。人手不足のフランスの病院が5週間の休暇を完全消化できるワケ、PRESIDENT Online 2024
4. 西岡ひとみ、フランスの在宅入院制度からみたわが国の地域包括ケアシステムにおける訪問看護師の役割と課題、埼玉医科大学看護学科紀要、2017
5. 篠田道子、海外の在宅医療 第1回 フランス医療制度の概要とかかりつけ医、在宅医療カレッジ2025
6. 篠田道子、海外の在宅医療 第2回 フランス在宅入院制度と在宅医療、在宅医療カレッジ2025
7. 篠田道子、海外の在宅医療 第3回 フランス版介護保険「個別自立手当」と在宅医療、在宅医療カレッジ2025
8. 篠田道子、海外の在宅医療 第4回 フランス高齢者向け介護施設と在宅医療、在宅医療カレッジ2025



2025年スイス・フランス研修に参加して

宝命訪問看護リハビリステーション 金谷 益子

1. はじめに

世界が大きく変動する時期にスイス・フランス研修に参加する機会を得たことについて、改めて日本財団ならびに笹川保健財団の皆様深く感謝したい。加えて、研修最終日に私自身に不測の事態が生じたにもかかわらず、皆様から温かい支援を受け、無事に帰国することができたことに対し、心より御礼申し上げます。

2025年は6月にホリスティック看護協会の大会に参加するためアメリカ合衆国を訪問しており、複数の国を訪れたことで、世界の変革を肌で体感するとともに、各国が抱える課題について深く考える機会となりました。本報告では、スイス・ジュネーブにおける世界保健機関(WHO)本部、ならびにフランス・パリでの訪問看護や高齢者入居施設等の視察を通じて得られた示唆と考察を取りまとめ、報告します。

2. 研修背景としての国際情勢と問題意識

現在の世界情勢は、グローバリズムの進展により国境の概念が相対的に希薄化する一方で、移民受け入れ政策に伴う異文化・宗教・地域文化の摩擦や衰退、貧富の格差の拡大、治安の悪化といった深刻な課題を抱えている。これらの問題は、各国政府の政策動向や国家予算における医療・福祉分野への資源配分にも大きな影響を及ぼしていると考えられる。

今回訪問したWHO本部では、最大の支援国であったアメリカ合衆国が、トランプ大統領の判断により2025年1月に脱退したことを受け、職員の約4分の1が解雇され、各種事業やサービスが縮小・停止されるなど、組織機能の低下が強く懸念されていることを肌で感じた。さらに、その後訪問したフランスでは、政府の移民政策による移民の増加と少子高齢化が重なり、貧困や治安の悪化が深刻化している様子が見受けられた。

これらの世界情勢を踏まえると、私たち医療・福祉分野の経営者には、国内外の動向を的確に把握・理解した上で、将来を見据えた持続可能な対応策を構想し、実践していく姿勢が一層求められていると強く感じている。

3. 国際保健と在宅医療をめぐる示唆

3-1. WHOから得た問題意識

WHOは、世界の公衆衛生の改善を目的として1948年に設立され、感染症予防のためのワクチン開発、公衆衛生ガイドラインの策定、緊急事態への対応、加盟国の保健政策支援、ならびに世界的な健康格差の是正に取り組んできた。近年では、新型コロナウイルス感染症への対応に加え、がんや循環器疾患などの非感染性疾病対策も重要な課題となっている。

あくまで私見ではあるが、少なくともほとんどの加盟国においては、環境衛生の改善、水道・下水道の整備、食品衛生管理の徹底により、多くの感染症は予防・抑制可能ではないかと考える。加えて忘れてはならないのは、感染対策と並行して、海洋への排出物規制をはじめとする環境保全への取り組みを強化し、地球環境そのものを守る視点である。人間は自然の中で生かされている存在であり、持続可能な地球環境をどのように守るかを真剣に考える必要がある。

WHOでの講義を通じて最も衝撃を受けた事実の一つは、エボラウイルスなど極めて危険度の高い病原体を扱うBSL-4施設が日本国内で2か所稼働しており、そのうちのひとつが東京都武蔵村山市に存在するという点であった。この重要な事実が十分に国民へ共有されていないことには、強い疑問を抱いた。本来であれば、正確な情報を発信すべきメディアが、

その責任を果たすべきではないだろうか。インターネット上には正確な情報も存在するが、私たち経営者には、世界と日本が現在どのような状況にあるのかを常に把握し、主体的に考え、社会の「風」を読み取る姿勢が求められていると感じる。また、パンデミックや大規模災害時において、電力や通信など現在のテクノロジーが使用できなくなった場合、どのように対応するのかという視点でのシミュレーションも、今後ますます重要になると考える。

3-2. フランス医療に見る在宅移行の現実

フランスでの研修においては、入院日数が極めて短いことが強く印象に残った。今後、日本においてもDPC(診断群分類別包括評価)の進展により、入院期間はさらに短縮され、在宅(自宅・施設)への退院が主流になっていくと考えられる。そのためには、在宅療養を支える受け皿の整備が不可欠である。しかし、十分な指導や見通しの説明がないまま退院した結果、利用者や家族が不安や疲弊を抱え、在宅療養の継続を断念せざるを得ない状況も想定される。こうした中で、必然的に注目されるのが、看護小規模多機能型居宅介護、いわゆる「看多機」である。

4. 宝命訪問看護リハビリステーションと看多機の実践

4-1. 事業概要と地域展開

私は「宝命」という名をいただき、生命の尊さを知り、慈愛の心をもって守ることを理念として、19年前より人口約10万人の伊勢原市において宝命訪問看護ステーションを運営してきた。5年前からは看護小規模多機能型居宅介護(以下、看多機)、3年前からは24時間定期巡回サービスを開始し、病院と在宅療養をつなぐ地域の拠点として事業を展開している。

現在、伊勢原市には訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、24時間定期巡回一体型事業所、看護小規模多機能型居宅介護事業所「宝命の郷」を、平塚市・厚木市・藤沢市には訪問看護サテライトおよび居宅介護支援事業所を配置し、4市にまたがる体制を構築している。サテライト同士が連携することで、スタッフの欠員時にも相互にフォローできる仕組みを整えており、この体制が利用者にとっての安心につながっている。

宝命では、訪問看護、定期巡回、看多機の三本柱を組み合わせることで、24時間365日、きめ細かな看護・介護を提供するとともに、介護家族へのレスパイト支援を含めた体制を整えている。退院支援においても、看多機を活用することで、訪問看護や定期巡回の利用者が不安なく在宅生活を開始できるよう支援している。具体的には、利用者の体調悪化時や家族が在宅介護を継続できない状況が生じた場合、現場スタッフの判断により速やかに看多機の短期宿泊や登録につながる事が可能であり、在宅介護を担う人々にとって大きな安心となっている。

4-2. 看多機の機能と実績

看多機「宝命の郷」の登録定員は29名であり、現在は20～22名が登録している。1日の宿泊者数は6～9名、平均介護度は4である。利用者には気管切開、胃瘻、経鼻胃管、バルーンカテーテル、吸引、点滴、在宅酸素療法、褥瘡処置など医療依存度の高いケースが多く、在宅診療との連携が不可欠である。

体調が不安定な利用者については、初回は自宅往診、次回は看多機宿泊中の往診とし、看多機での往診には必ず看護師が同席することで、医師との連携が円滑となっている。これにより、本人・家族とACP(アドバンス・ケア・プランニング)を行いながら尊厳を守った医療・看護を提供し、最期まで寄り添う看取りが可能となっている。

開所当初は状態悪化時に救急要請を行っていたが、入院に至らず帰されるケースが多いことや、夜間の救急車の音が他の利用者の睡眠を妨げることから、在宅診療中心の体制へと方針転換した。さらに、居宅管理療養指導を活用し、薬剤師が月1回看多機を訪問して薬剤管理を行う体制を整えている。在宅診療所と提携する薬局との連携により、追加処方や

点滴薬剤への対応も円滑に行われている。

看取りは年間約20名に及び、看取り期には家族の希望があれば、宝命の郷に24時間泊まり込み、最期の時間を共に過ごすことが可能である。夜間帯には看護師とともに思い出話をしながら、旅立ちの時を待ち、心の準備を整えてもらっている。

このように、「宝命の郷」は退院直後の在宅生活への移行支援、状態不安定な療養者の在宅継続支援、介護者へのレスパイトケア、地域住民に開かれた相談の場の提供など、多様な役割を担っており、在宅療養を安心して続けるための基盤となっていると考える。

5. 看多機の課題と今後の展望

現在の制度では、看多機の宿泊定員は9床と定められている。しかし、介護度4・5の利用者を中心に支えていくためには、15～20床程度が現実的ではないかと感じている。9床では常に満床に近い状況となり、夜間のワンオペレーション体制も大きな課題である。宝命の郷では、市町村と協議のうえ3床を追加し、12床体制としたが、それでもなお不足感は否めない。

ベッド数が増加すれば、定期巡回利用者のレスパイトや、状態悪化時の短期宿泊への対応が容易になる。また、区域外利用の手続きを柔軟に運用することで、隣接する他市の看多機利用も可能となり、地域全体の在宅支援力は大きく向上すると考える。

報酬制度についても、現行の包括報酬には限界がある。退院直後の一定期間については、医療保険による特別指示で訪問できる仕組みや、医療処置の内容に応じた出来高制の導入が必要であると考えられる。現行制度では、精神看護など医療処置を伴わないケースであっても同一の報酬が算定されるなど、現場の負担と報酬との乖離が大きい。出来高制を採用しているフランスの制度から学ぶべき点は多いと感じた。

また、医療依存度の高い利用者の退院支援には、医学的知識を備え、全人的支援を行える看護師ケアマネジャーの存在が不可欠である。宝命では本年、特定行為研修修了看護師を看多機に配置し、在宅診療医と連携した体制構築を進めていく予定である。これにより、将来的には看多機における輸血対応も可能となる。

薬剤居宅管理指導については、フランスの在宅入院支援組織において、在宅治療を受ける人々のための巨大な薬剤管理室や運搬システムを見学した。しかし、コンビニエンスストアの数よりも薬局が多いのではないかとと思われるほど、身近に薬局が存在する我が国においては、同様の仕組みは必ずしも必要ではないと感じた。一方で、祝祭日や夜間に医師から出された処方に対応できる大型薬局が、市内に2～3か所程度は必要であると考えられる。

看多機は、胃瘻や気管切開、嚥下機能が低下した利用者が集まる場であることから、嚥下支援においても重要な役割を担っている。医師や嚥下を専門とする看護師と連携し、「食べたい」という本人・家族の思いを可能な限り支える取り組みを継続してきた。その結果、胃瘻を造設していた利用者が再び経口摂取を可能とするなど、具体的な成果も生まれている。今後も、食べる練習の場としての役割をさらに発展させていきたい。フランスでは「胃瘻は虐待と捉えられることがある」と聞き、医療やケアに対する価値観が、文化・思想・宗教によって大きく異なることを強く実感した。

フランスでの視察を通して自らの実践を振り返ると、複数市にまたがる看多機を核とした取り組みにより、住み慣れた地域で暮らし続け、老いていくことのできる地域包括ケアシステムを、具体的な実践として示すことができていると考える。



ネットワークの仲間たち

今後、看多機の機能や役割はさらに変化・拡大し、未病への啓発、フレイル対策、嚥下・栄養支援、リビングウイルの提案、認知症への対応など、担うべき領域は一層広がっていくであろう。

6. おわりに

一度、日本という国を離れ、世界を見ることは、自身にとって大きな刺激であり、日本人としてのアイデンティティを見つめ直す貴重な機会となった。2026年以降、世界はこれまでとは異なる局面に入ると感じている。今回の研修で得た学びを踏まえ、今後果たすべき役割と進むべき方向性を改めて整理し、次の一步を考えていきたい。



ジュネーブにて、同期と

起業して10年目、 フランスから日本の看護を眺めて考えたこと

街のイスキア訪問ナースステーション 石川 麗子

1. 開業地域(東京都目黒区)の現状と課題

1.1 現状

東京都目黒区は都内でも比較的コンパクトで治安が良く、自由が丘や中目黒などの富裕層が多く住むエリアを含んでいる。区全体の平均所得は高い傾向にあり、介護保険の負担割合が2割、3割の利用者も多い。一方で、同一地域内に貧富の差が凝縮して存在している点が特徴である。高齢化率は20%程度で、訪問看護事業所は40箇所以上存在し、訪問看護のニーズはおおむね充足されている状況だ。

1.2 課題

今後、高齢者人口のさらなる増加が見込まれる中、看護師・介護士の人材不足は深刻化すると考えている。また、在宅療養を支えるケアマネジャーの高齢化と引退が進み、後継者不足を日々肌身で感じている。在宅療養の「支える側」をどのように支援していくかは、喫緊の課題である。

弊社は、医療に「漢方薬や食事、体を温めること」などのホリスティックな関わりを組み合わせた“医療+α”のケアを当たり前前に提供できる世界を目指し、開業から10年目を迎えた。緩和ケア認定看護師として終末期医療に携わってきた経験を活かし、日本人の多くが望む「住み慣れた自宅で最期を迎えたい」という思いを実現するため、在宅看取りを支える訪問看護ステーションとして活動している。

具体的には、利用者の約3割を占める認知症のある方への対応として、日本語版BPSDケアプログラム研修をスタッフ3名が受講し、定期的な評価とケア内容の見直しを行っている。また、目黒区の認知症カフェ(Dカフェ)にも参加し、講師として招かれるなど、地域との継続的な交流を図っている。

さらに、ニーズが高いにもかかわらず専門的支援が不足しているグリーンケアについては、年1回の遺族会開催や個別訪問を実施している。今後は、世田谷区で助成事業として実施されている「グリーンサポートせたがや」のような仕組みを、目黒区でも実現することを目標としている。

2. フランス(パリ)の医療・福祉の現状

フランスでは、1970年代に医療費抑制を目的として医学部定員を制限する政策(ヌメラス・クラウス)が導入され、その影響により現在も医師不足が続いている。この状況を補うため、訪問看護師の役割は大きく、在宅で入院と同等の医療を提供する「在宅入院(Hospitalisation à Domicile : HAD)」という制度が整備されている。HADでは、人工呼吸器管理、ターミナルケア、化学療法、緩和ケア、術後管理など21項目が対象とされ、日本ではまだ一般的でない高度な医療ケアを訪問看護師が担うケースもあるという。

また、フランスの高齢者入居施設では、本人の意思に反する胃瘻などの延命措置を「虐待」と捉える人が多いため、胃瘻患者がほとんどいない点が大きな特徴である。一方、施設利用料は月額約50万円と高額であり、経済的に余裕のない場合は在宅で生活する必要がある点は、日本と共通している。

3. 研修で何を学んで、どう活かしていきたいか

3.1 WHO本部(スイス・ジュネーブ)での学びと活用

世界保健機関(WHO)は、「誰一人取り残されないヘルスシステム」の実現を掲げ、世界中どこにいても一定水準の医療を受けられる環境整備に取り組んでいる。今回受講した高齢者・認知症分野の講義では、認知症ケア費用の約50%がインフォーマルケア(家族等)によって担われているというデータが示され、家族を支える訪問看護師の役割が世界共通で重要であることを再認識した。また、WHOの認知症関連プログラムの5戦略の一つである「知識の共有」では、グッドプラクティスやストーリーを共有するプラットフォームが整備されており、継続的に情報収集する必要性を感じた。

WHOが2015年に提唱した「健康な高齢化(ヘルシーエイジング)」は、病気の有無ではなく、高齢者が自らの「機能的能力」を維持し、望むことを続けられる状態を目指す概念であり、その指針となる「高齢者のための包括的ケアアプローチ(ICOPE)」があることを学んだ。「機能的能力」の低下を予防・回復させ、高齢者が持つ能力を最大限に引き出すことを目的としている。

認知症のある人は世界で5,700万人を超え、そのうち約300万人が日本に居住しているとされている。高齢者ケアの最前線に立つ日本の訪問看護の実践は、こうした背景からも世界的に注目される可能性が高いと考えている。今後は、自らの実践の中でうまくいっている取り組みを、積極的に発信できるようになりたい。また、「高齢者のための包括的ケアアプローチ(ICOPE)」の考え方を踏まえ、訪問看護の関与を「状態が悪化してから」ではなく、予防的な関わりへとシフトさせていきたい。弊社には健康的な老いについて提唱しているインド医学(アーユルヴェーダ)に精通したスタッフが在籍しており、これまでもアーユルヴェーダの勉強会などを実施してきた。今後はセルフケアの提案をさらに充実させ、利用者自身が健康に関する目標やプランを持ち、継続的に取り組めるようなコミュニティの実現を目指したい。

加えて、自身の看取られ方や家族の看取り方について、一人ひとりが考える機会を提供していきたいと考えている。当事者が死を「自分ごと」として捉えることで、望まれない医療介入を減らし、残された遺族が過度な罪悪感を抱くことなく日常生活へ戻れるような人生の終焉を迎えられるよう、今後も支援を強化していきたい。

3.2 フランス・パリでの訪問看護同行での学びと活用

フランスではヴィタルカード(保険証)により保険手続きが簡素化され、点数計算などもコンピューターで管理されるため、スタッフも利用者も手間や負担がなく便利だと感じた。また、日本の訪問看護の算定基準が「30分、60分、90分」と時間単位であるのに対し、フランスでは「1処置いくら」という基準のため、処置内容によっては5分、10分で終わることもある。バイタルサイン測定も必要時に合わせて実施されるため、必要最低限の看護となり、効率的である。しかしその反面、清拭などのケアも小さなタオルで済ませるのが主流であり、日本のようにケアプランによって1時間の訪問が可能のため、利用者や家族の想いをじっくりと聴ける機会が多いことは、日本の訪問看護制度の恵まれた点であることを改めて認識した。処置だけでなく、手の温もりを伝えるケアができる日本の制度のありがたさを感じた。



WHO本部にて

活用

フランスの効率的なシステムは、日本の今後の人材不足や医療費削減に伴う日帰り手術や化学療法や輸血療法の需要の高まりを考える上で参考になる。特に、日帰り手術後の術後管理においては、看護師が直接相談に乗ったり、処置の手伝いをしたりできる仕組みは重要であり、そのための看護師教育プログラムの充実は、弊社が在宅での高度な医療ケアを担う上で必要不可欠である。一方で、日本の制度の強みである「時間をかけた丁寧な関わり」に甘んじることなく、訪問看護で確保できる時間を有効活用し、利用者の本当に希望していることや生活で大事にしていることを見出すことに、より注力していく。処置だけでなく、利用者が希望する入浴介助など、QOLを高めるケアを積極的にケアに組み込むことで、「手の温もりを伝えるケア」の価値を最大限に高めたい。

4. おわりに

今回の海外研修に参加したことにより、スタッフに業務を委ね、任せられることの重要性を痛感した。それまで、管理者が電話当番の対応を回せるかどうかで常に悩みであり、思い切った行動ができなかった。管理者不在の中、新規の受け入れに躊躇する私に対し、「できることはやりましょう」と言ってくれたスタッフの言葉に、もっと仕事を任せていいのだという気づきを得ることができた。これは、私がやらなくてはならないという固定概念から外れるための良いきっかけとなった。また、日本から眺めた諸外国の現状と、諸外国から眺めた日本の状況という、広い視野を持って問題を見ることを体感できたのも大きな収穫である。全員が管理者であった今回の研修では、空き時間を利用して、それぞれが抱えている問題や管理手法などについて意見交換ができ、非常に充実した時間を過ごせた。それぞれが多くの課題や、金銭的な問題などを抱えている中で、業務から離れる時間ができ、自身のウェルビーイング(心身の健康と幸福)を見つめる時間がとれたことは、何にも代えがたいものであったと考える。

このような海外研修は、とても有用で自身の世界観・看護観が広がるものだと思う。

謝辞

今回、フランス・ジュネーブでの視察研修に参加させていただく機会をいただき、心より感謝申し上げます。10年前にフランスを訪れた際に抱いた「また行きたい」という願いが叶い、スタッフに背中を押されて参加することができました。このような貴重な企画を実施して下さった笹川保健財団の喜多会長には、心から感謝申し上げます。喜多会長の先頭を切って颯爽と動かれる姿にも感銘を受けました。また、本事業にご支援いただきました日本財団様にも深く感謝申し上げます。

現地の通訳・コーディネーターの奥田様、そして一緒に同行して通訳や様々なサポートをして下さった笹川保健財団の宮前さんを始め、日本財団の杉田さん、原口さん、本当にありがとうございました。この研修で得た学びを、今後の訪問看護事業の発展と、利用者様へのより質の高いケアの提供に活かしてまいります。



パリの街中も自転車です！

フランス視察とWHOの視座から見た 超高齢社会の針路

在宅看護センター本郷・番町 直江 礼子

1. はじめに —東京が直面する超高齢社会の現実と訪問看護の使命—

世界保健機関(WHO)本部でのグローバルヘルスケアの潮流、そしてフランスでの地域に根差した在宅療養の現場。この二つの経験は、東京で訪問看護ステーションを経営する私にとって、自らの実践の座標軸を根底から問い直す強烈なきっかけとなった。

WHOでは、高齢化に伴い世界的に認知症の患者が急増していること、日本の高齢化が世界の未来図であること、感染症予防と発生時の対応、そしてその解決の一翼を担う看護師の育成及び役割強化が必要であることが強調されていた。一方、フランスで目の当たりにしたのは、高齢者が「患者」としてではなく、一人の「生活者」として、住み慣れた地域で尊厳を保ちながら暮らし続けることを社会全体で支えるという、個人の自立と尊厳を重視する思想が反映された揺るぎない哲学であった。

私の運営する「在宅看護センター本郷」「在宅看護センター番町」は東京の中心部、どちらも山手線の内側に位置する、いわば超都会の訪問看護ステーションである。東京の高齢化は、他の地域とは異なり、2025年には65歳以上の高齢者人口が約326万人に達し、高齢化率は24.2%となる見込みだ。これは全国平均よりは低いものの、特筆すべきは単身高齢者世帯の圧倒的な多さである。地方であれば期待できる家族や近隣コミュニティによるインフォーマルな支えが、東京のような巨大都市では希薄にならざるを得ない。この構造的な脆弱性は、要介護状態になった際の生活の破綻リスクを増大させる深刻な課題であり、訪問看護師の役割の一つに地域との橋渡しがあると常日頃より痛感している。

2. フランスとの比較から浮き彫りになる日本の課題

フランスでの視察で最も衝撃を受けたのは、社会全体のコンセンサスであった。高齢になっても、障害を抱えても、可能な限り自らの意思で生活の場や方法を選択し、社会との繋がりを保ち続ける権利が保障されている。この哲学が、在宅サービスや訪問看護のあり方に明確に反映されていた。

2.1 高齢者在宅サービスの思想と制度の違い

日本の高齢者への在宅療養サービスは、介護保険制度の枠組みの中で、ケアマネジャーが介護度に応じて利用者の意見を聞きながらケアプランを立案し、提供するサービス内容を決定するサービス給付型である。自己負担分は所得に応じて1~3割となる。一方、フランスには日本の介護保険制度はないが、APA(Allocation Personnalisée d'Autonomie)と呼ばれる、介護度と所得に応じた現金給付制度がある。その用途は各人の意志によって選択・決定が可能であり、個人で家政婦を雇ったり、家族を介護者に指名してその家族に現金で対価を支払ったりすることも可能な制度となっている。

在宅療養が主流なフランスでも要介護高齢者滞在施設は一定数存在する。見学した医療付き高齢者入居施設は、元教会を改良した建物で、広い中庭とリタイアしたシスターの居住区を併せ持つ。食堂では本人が希望すれば当たり前ワインも飲めるとの説明を受けた。日中は看護師が常駐し、医師不在時に状態変化があった際は、看護師が遠隔診療可能な診療バッグを携行していた。夜間はヘルパー対応だが看護師へは連絡が取れ、日本の高齢者介護施設と同様な体制だと感じた。NPO運営とのことだが、パリは家賃や生活費が割高なため、施設入所費用も高額となり、東京の民間介護付き有料老人ホームに似た印象であった。

2.2 かかりつけ医制度と在宅入院制度

フランスではかかりつけ医 (médecin traitant) が制度化され、各人がかかりつけ医を登録する義務がある。対して日本はかかりつけ医を推奨してはいるものの、制度として確立されていない。これは、病院受診の際に基本的にかかりつけ医からの紹介が必要なフランスに比べ、どの医療機関を受診するかを各人が自由に選択できるフリーアクセスが保障されている日本の制度との大きな違いだ。生活圏内に複数の大学病院がある東京では、受診する科によって病院を使い分けることは日常茶飯事であり、一つの診断名で複数の医療機関を受診するドクターショッピングも少なくないが、医療資源の効率利用という観点からフランスでは容認されない。

サンテサービス (Santé Service) は、フランスにおける「在宅入院 (HAD: Hospitalisation à Domicile)」を提供する代表的な非営利組織 (NPO) である。オートメーション化された巨大な物流倉庫と無菌室を備え、医師、看護師、セラピスト等が在籍する。本来であれば入院が必要な患者が、自宅で病院と同等の医療や看護を受けられる仕組みであり、かかりつけ医や地域の医療専門家と連携しながら、在宅化学療法、がんの緩和ケア、終末期医療など、専門的なケアを24時間体制で包括的に提供している。

2.3 無人診療所 (遠隔診療キャビン)

フランスには、遠隔診療キャビン (Cabine de téléconsultation) と呼ばれる無人診療所がある。地方や治安の悪いエリアでは医師が不在で診察が難しいという背景があり、実際に見学した場所もそうしたエリアの一つであった。地下鉄入り口にある看護師常駐型の施設だったが、無人の場合も少なくない。電話ボックスのような形状で、オンライン通話システム、血圧計、聴診器、パルスオキシメーター、ダーマスコプ等を備える。患者はカルト・ヴィタル (Carte Vitale) というICチップ付きの医療保険証を端末に入れ、待機する医師と画面越しに診察を受ける。感冒症状など軽症での利用や、継続処方希望者が仕事帰りなどに利用することが多い。医師不足という課題が、かえってこうした制度推進の後押しとなっていた。

3. 日本とフランスの訪問看護ステーションの違い

3.1 訪問看護の認知度と役割の違い

フランスにおいて、訪問看護師は地域のかかりつけ医と緊密に連携し、処方箋に基づいて専門的な医療処置を行うプロフェッショナルとして、医師や薬剤師と対等なパートナーと見なされている。ナース・プラクティショナーの益々の活躍が期待されるように、看護師の社会的地位は高く、地域住民からの信頼も厚い。訪問看護の主な業務は、注射、点滴、創傷処置といった医療行為が中心であり、1日に何度も短時間で利用者を訪問するスタイルが一般的だ。日本の訪問看護のように、身体の清拭や排泄介助といった「療養上の世話」を長時間行うことは少なく、そこはホームヘルパーの領域と明確に分離されている。

一方、日本における訪問看護は、介護保険と医療保険の双方の制度下で、医療処置から療養上の世話、リハビリ、看取りまで、非常に広範で包括的な役割を担っている。これは日本の訪問看護の強みであり、利用者に寄り添う「生活の視点」を持つ専門職としての価値の源泉でもある。しかし、その専門性は社会的に十分に認知されているとは



喜多先生と

言い難い。「看護師は病院で働くもの」という固定観念はまだまだ根強く、訪問看護が病院退職後のセカンドキャリア、あるいは介護の補助的役割と見なされることすらある。この社会的認知度の低さが、人材確保の困難さや他職種連携の障壁の一因となっていることは否めない。

3.2 訪問看護ステーションの運営形態の違い

フランスの訪問看護は、多くが「独立開業看護師(infirmier libéral)」であり、個人事業主として独立採算で運営されている。見学したステーションは、ベテラン看護師3名による共同事業所形態で、訪問スケジュールや休日を互いに融通しあっていた。業務は医療行為に特化し、医師の指示に基づき、自宅で指示された医療行為のみを行う。訪問エリアを限定し、その地区内の医師や薬局と連携してケアを提供していた。24時間体制ではあるが、夜間に呼ばれることはほぼないとのことであった。また、居宅における看護しか認められていない日本と異なり、フランスでは訪問の合間にステーションに来訪する患者への処置も実施可能である点は大変興味深かった。

看護師に占める訪問看護師の割合も高く、日本に比べて訪問看護師というキャリアをポジティブに捉えていることがうかがえる。日本では、訪問看護ステーションの開設基準が看護師常勤換算2.5人以上と定められ、厚生労働省がステーションの大規模化を推進している。これに対し、フランスの独立開業スタイルは、各人がプロ意識をもって自己の裁量で働けるため、看護師の採用や定着、育成に頭を悩ませる我々の状況とは大きく異なっていた。案内してくれた看護師は朝7時から夜10時頃まで働き、来訪者を含め1日40～50件の患者対応をしていると話していた。個人事業主として働いた分が直接収入になるため、「働けるときに稼ぐ」という明快な姿勢であった。訪問記録はほとんどなく、申し送りは口頭で実施、計画書や報告書の作成義務もなく、デスクワークが圧倒的に少ない点も特徴的であった。また、フランスでは訪問看護ステーションの飽和エリアでは許可なく新規開業ができないため、需給バランスが保たれている。事業所が密集し、過当競争に陥ることもある東京とは対照的であった。

4. 研修での学びと今後の展望

今回の研修で得た最大の収穫は、日本の訪問看護が置かれている現在地を客観的に捉え、進むべき未来への羅針盤を得たことである。WHOが示す世界的な保健医療の潮流と、フランスが実践する地域包括ケアの哲学は、日々の業務に追われる中で見失いがちであった我々の仕事の根源的な価値と、今後の社会で果たすべき使命を改めて浮き彫りにした。それは、単に日々のケアを提供することに留まらず、ケアのあり方そのものを社会に問い、変革を主導していくという能動的な役割である。この認識を基盤に、国際的な視点と地域に根差した実践の両輪で、以下の展望を描いていく。

4.1 国際貢献への展望 — 日本の経験を世界へ

WHOが提唱する「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)」の実現は、世界共通の目標である。日本の訪問看護は、世界で最も進んだ高齢社会において、医療依存度の高い利用者のケアや看取りを在宅で支えてきた、いわば「課題先進国」としての貴重な経験とノウハウの蓄積がある。この無形の資産は、国内だけでなく、これから急速に高齢化を迎えるアジア諸国をはじめ、世界全体の課題解決に貢献できる大きなポテンシャルを秘めていると確信する。

WHO本部では、日本財団が半世紀にわたりハンセン病制圧をはじめ世界の保健分野に多大な貢献をしてきた功績を、笹川良一前会長の銅像を通して再認識した。この国際的なネットワークと信頼を持つ日本財団在宅看護ネットワークだからこそ出来る、具体的かつ継続的な国際貢献の形を以下のように提案したい。

(1) 体系的なオンライン国際研修プログラムの構築

WHOで行っている「基本救急救命ケア(Basic Emergency Care: BEC)」トレーニングは確実な成果を上げているが、日本も属する西太平洋地域(WPRO)特にアジア諸国の看護師を対象に、一度きりの講演会ではなく、体系的・継続的な研修プログラムを構築すべきだ。例えば、「日本の在宅がん緩和ケア」「認知症高齢者の尊厳を守るケア技術」「医療的ケア児の地域生活支援」といったテーマで、基礎から応用までを学ぶコースを設計する。WEB会議システムとリアルタイム相互通訳ツールを活用し、講義だけでなく、日本の看護師とのグループディスカッションや事例検討を組み込むことで、双方向の学びを促進する。これにより、日本のケアの思想的背景まで深く共有することが可能となる。

(2) バーチャル空間を活用した没入型体験プログラム

言語や文化の壁を越えた直感的な理解を促進するため、メタバース空間にバーチャルの訪問看護ステーションや日本の在宅療養環境を忠実に再現する。海外の看護師や学生は、アバターを通じてその空間を自由に探索し、日本の福祉用具に触れたり、ケアのシミュレーションを体験したりすることができる。例えば、日本の一般的な家屋構造(玄関の段差、畳の部屋、狭い浴室など)を再現し、その環境下での体位変換や移乗介助をシミュレーションすることで、日本のケアが持つ独自の工夫や知恵をリアルに学ぶことができる。アバター同士での交流会も、国境を越えた看護師同士のコミュニティ形成と相互理解を深める強力なツールとなりうる。

(3) 戦略的マイクロ・インターンシップと指導者育成

オンラインで関係を構築した看護師の中から、特に意欲の高い人材を対象に、短期実地研修(マイクロ・インターンシップ)を全国の在宅看護センターで受け入れる。目的は単なる技術の習得ではなく、日本のケアの現場に流れる思想や文化、多職種連携の実際を肌で感じてもらうことにある。さらに、帰国後には彼らが自国で在宅ケアを広める「指導者」となれるよう、教育手法やマネジメントに関する研修も併せて提供する。これにより、一過性で終わらない、持続可能な国際貢献のサイクルを生み出すことができる。

これらの国際貢献活動は、決して一方的な「支援」ではない。海外の多様な文化や価値観、限られた資源の中でケアを創造する知恵に触れることは、日本の看護師にとっても自らのケアを客観視し、その本質を問い直す絶好の機会となる。それは職員のモチベーション向上、離職率の低下、そして新たな人材の獲得にも繋がる「内なる国際化」に他ならない。

当事業所ではないが「ささかわホーム」開設にあたり、介護療養、看取り対応のほかに、フランスで実施されている在宅入院のような対応が可能となる施設運営方針を取り入れ、現場を知る看護師が起業する事業所ならではの専門性の発揮に期待をしたい。

4.2 自ステーションでの具体的な取り組み — 未来への実装

フランスとの比較で、訪問看護の知名度と看護師の社会的地位の違いを痛感した。我々の専門性を社会に正しく伝え、地域におけるヘルスケアの中核拠点としての役割を確立するために、情報発信の強化とDX(デジタルトランスフォーメーション)推進に、これまで以上に積極的に取り組む必要がある。以下に具体的なアクションプランを掲げる。



パリ市内の自転車体験

(1) 戦略的情報発信によるブランディング強化

- ホームページの全面リニューアルと多言語化：単なる事業所紹介に留めず、「地域の健康課題を解決するオピニオンリーダー」としての姿勢を発信するプラットフォームへと進化させる。トップページの英語表記はもちろんのこと、ブログ機能を用いて、フランス視察のような海外の先進事例や、我々のケア実践から得られた知見を定期的に発信する。これにより、求職者や連携機関だけでなく、広く社会に対して我々の専門性とビジョンを訴えかける。
- SNSの目的別活用：休止状態だったX(旧Twitter)は速報性のある情報や地域連携の話題、新たに開設するInstagramは写真や動画を用いて訪問看護の日常やスタッフの魅力を伝えるツール、公式LINEは利用者家族や連携機関とのクローズドな情報共有ツールとして、各媒体の特性に応じた戦略的な運用を開始する。

(2) フランスモデルを参考にした新サービスの開発

来所型・自費処置サービスの試験導入：フランスの独立開業看護師の事例を参考に、保険外サービスの一環として、利用者が事業所に来所して医療処置(専門的な創傷処置、ストーマケア相談、フットケア等)を受けられるサービスを試験的に開始する。これは、地域住民の利便性向上に繋がると同時に、看護師の専門性を直接的に収益に結びつける新たなビジネスモデルの模索でもある。スタッフと具体的なサービス内容や価格設定について議論を重ね、小規模でも早期の実現を目指す。

(3) 認知症ケアにおける地域イニシアチブの強化

「認知症とともにパートナー事業」の発展的展開：参画している文京区の認知症伴走型支援事業において、これまでの伴走型支援に加え、WHOの「エイジフレンドリーシティ」の概念を具体化する活動を主導する。例えば、認知症当事者自身が企画・運営に関わる「認知症カフェ」の立ち上げ支援や、地域の商店や小中学生を対象とした「認知症サポーター養成講座」の開催など、当事者が孤立せず、地域の一員として役割を持ち続けられるような、多世代交流を核とした具体的なアクションを区や他の事業所と連携して提案・実行していく。

(4) DXの本格推進と未来のケアモデル構築

- 遠隔診療(テレナーシング)への積極的関与：フランスの遠隔診療は、未来の都市型ケアの姿を示唆している。独居高齢者の受診負担という喫緊の課題に対し、我々がハブとなり、かかりつけ医と利用者をオンラインで繋ぐ「テレナーシング」のモデルを構築できないか模索する。まずは導入予定のポータブルエコーに加え、電子聴診器を試験導入し、訪問時に得た客観的データを医師と共有することから始める。これにより、電話報告では伝わらない正確な情報を基にした遠隔での指示や判断を可能にし、看護師のアセスメント能力の向上と業務負担の軽減を図る。
- データ駆動型ケアへの転換：ボイスレコード等の記録データをAIで解析し、状態変化の早期予測やケアプランへの自動反映、記録作成の効率化を図るシステムの構築を本格的に検討する。日々のバイタルサイン、活動量、会話内容といった膨大なデータをAIが学習・分析することで、人間の感覚だけでは捉えきれない微細な変化を検知し、重症化予防に繋げる。これは、看護師の経験と勘をテクノロジーで補強し、「予測・予防型のケア」へと転換していくための重要な布石である。この取り組みを通じて、看護師が記録作業から解放され、利用者との対話や直接的なケアという本質的な業務に、より多くの時間を投入できる環境を創り出していく。

5. まとめ

現在、日本の高齢者介護は、2000年に始まった介護保険制度を基盤としている。しかし、制度開始から四半世紀が過ぎ、その仕組みは制度疲労を起し始めている。医療・介護需要が最大化する一方で、それを支える担い手は減少していく。この逃れようのない現実を前に、従来の延長線上にある対策では、制度そのものが崩壊しかねない。

フランスでは、清拭や入浴介助などは看護師以外の職種が担い、看護師は資格がなければできない医療行為に特化している印象を強く受けた。激増する高齢者に対し、ケア提供者の増加が見込めない東京においても、現状のケア内容を維持していくことは困難であり、事業所の運営方針の転換が急務であることを肌で感じた。一人ひとりに寄り添う丁寧なケアを醍醐味と考えるスタッフの意識を変えていくことは容易ではない。しかし、現地で学んだ我々が率先して声をあげていかなければならない。そして、「施設から在宅へ」というスローガンの段階を終え、「在宅が基本(Home First)」という社会全体のパラダイムシフトを目指すべきである。

謝辞

このような貴重な機会を与えていただきました日本財団、喜多先生をはじめとする笹川保健財団の皆様にご心より感謝申し上げます。また現地でのサポートをしてくださった皆様にも厚くお礼申し上げます。ステーション開設から10年目の節目となった本年、初めて1週間以上事務所を留守にしましたが、大きな問題もなく頑張ってくれたスタッフへも感謝、各人の成長を実感する機会ともなりました。この学びを次の一歩へ、仲間とともに歩んでいきたいと思っております。

【参考文献】

1. 東京都福祉保健局. 「東京都の高齢者人口(令和5年1月1日現在)」。2023.
2. 国立社会保障・人口問題研究所. 「日本の世帯数の将来推計(全国推計) (2019年推計)」.
3. 厚生労働省. 「令和3年(2021)医療施設(静態・動態)調査・病院報告の概況」。2022.
4. 海外状況報告. 「フランスにおける高齢者介護の現状」。JETRO. 2018.
5. 三菱UFJリサーチ&コンサルティング. 「フランスの在宅医療・介護の連携に関する調査研究報告書」。2020.
6. World Health Organization. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021-2025. 2021.
7. 内閣府.(2022). ナース・プラクティショナー(仮称)制度の創設に向けた日本看護協会の考えについて. 規制改革推進会議 第3回 医療・介護・感染症対策ワーキング・グループ 配布資料.
8. 一般社団法人日本NP学会.(2023). 「診療看護師(NP)制度の公的資格化に向けて」.
9. 厚生労働省.(2024). 『在宅における訪問看護の役割』. <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/001237297.pdf>
10. 公益財団法人日本訪問看護財団.(2022). 『訪問看護の現状とこれから 2022年版』
11. 東京都福祉保健局.(2022). 『東京都の訪問看護 将来ビジョン ~2025年に向けて~』. <https://tokyohoukan-st.jp/wp-content/uploads/2023/02/東京都訪問看護将来ビジョン-2025年に向けて.pdf>
12. 公益社団法人 日本看護協会. 『2040年を見据えた看護のあり方【建議】』
13. Pour les personnes âgées(フランス政府の高齢者向け公式情報ポータルサイト).(n.d.). *Les différents établissements médicalisés*. <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises>

スイス・フランス研修に参加して

ちせ訪問看護ステーション 片岡 順子

1. はじめに

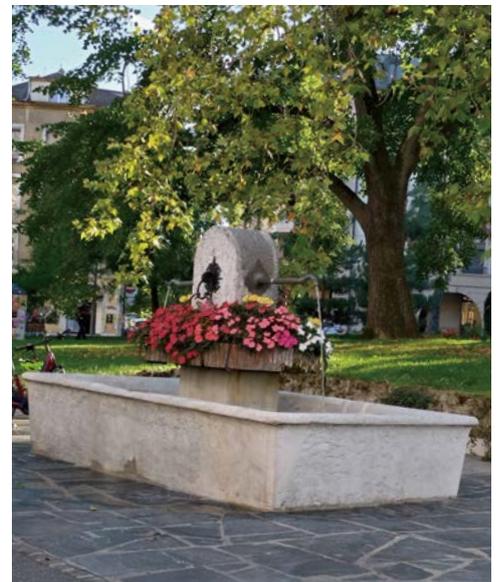
私には、日本で生まれ、フランスで教育を受けて育った甥がふたりいる。甥のひとりにはフランスで医学を学び、パリで救急医として勤務した後、現在は同国北部地方で家庭医(GP)として働いている。甥たちに直接会ったのは10年以上前になるが、実弟から聞くフランスの教育制度や、個人の自立を促す家族のあり方、働き方の価値観など、日本と欧州を比較した断片的な話は以前から興味深かった。

その甥が「収入や家族のことを考えると、週4日働ければ十分である」「患者層が違う地方は働きにくい」と話していると聞いたことがある。医療政策や制度は国によって異なるが、少ない人材で医療を回す工夫や、働き方と文化の関係性について、実際に現地で見えながら考えてみたいと思ったことが、今回の海外視察研修に参加した動機である。本研修を通して、地域医療をより俯瞰的に捉える貴重な機会を得ることができたため、以下に報告する。

2. 視察研修の目標、現状の課題整理

訪問看護師の役割の一つに医療連携があるが、利用者に関する情報や受診時の情報を正確に把握することは、個人情報保護の観点から実際には容易ではない。起業後、地域の多くの医療機関と連携してきたものの、ICTを活用した情報共有は一部の医療機関に限られているのが現状である。地方では都市部のような在宅医療の「量的拡充」よりも、質やアクセス方法、保険者・医療機関間、多職種間の情報共有をいかに合理的かつ効率的に進めるかが重要である。そのため、デジタル化が進む欧州の取り組みから学ぶ意義は大きいと考えた。

また、私は開業前から精神疾患をもつ人の在宅移行を支えたいと考えてきた。現在我がステーションでは、医療保険による精神科訪問看護利用者が全体の約2割、介護保険利用者のうち精神疾患を併せ持つ利用者が約1割を占めている。私たちは精神科専門ステーションではないが、医療観察法に基づく治療ケースや、児童相談所、自治体の障がい福祉課と情報共有しながら関わるケースも徐々に増え、精神疾患をもつ人の地域生活を支える一端を担うようになってきた。2019年以降に示された障害者の権利に関する条約(Convention on the Rights of Persons with Disabilities(以下「CRPD」))批准国への総括所見を読み解くと、日本では精神科病床数の削減だけでなく、認知症を含む高齢化への対応、女性や子どもなど脆弱な立場にある人の権利擁護、精神疾患への偏見解消など、多方面での改善が求められていることが読み取れる。以上のことから、戦地に近い欧州で、テロや難民問題などの社会課題を抱える国々を実際に見聞きすることで、日本社会が抱える弱者を狙った犯罪や依存症問題と重ね合わせ、精神保健福祉について改めて考える機会としたいと考えた。



車窓から見たジュネーブ市内の公園の水飲み場

3. WHOでの学び

今回のWHO訪問では数々の学びを得ることができたが、その中でも認

知症への取り組みが最も身近で興味深いテーマであった。特に高齢者のための包括的ケアのガイドラインに基づき、家族支援の重要性がデータをもとに示されていた点が印象的であった。

厚生労働省の「精神保健福祉資料」(いわゆる630調査)¹⁾によると、日本では精神科病床数が削減されている一方で、身体拘束を受けている人の数は増加傾向にある。精神科医療の現場では、精神保健福祉法に基づき、一定の要件と手続きを満したの場合に限って身体拘束が実施されているが、近年では、認知症のある高齢者や高度な一般科医療を受ける患者のなかにも、一時的な身体拘束を受ける人が増えている。このような状況を踏まえ、人権の観点や医療提供体制のあり方を改めて見直していく必要性が高まってきていると感じている。当ステーションの利用者においても、高齢者が高度医療を受けた後に認知症の進行やADL低下、経口摂取困難といった二次的課題を抱え、在宅生活の継続が難しくなるケースを経験している。

WHOでの講義は、紛争、感染症対策、看護師教育、医療物資供給など多岐にわたり、医療アクセスが良い日本だからこそ見落とされがちな課題にも気づかされた。医療が「必要悪」とならないよう、健康リテラシーを高める重要性を、マクロな戦略の中から改めて考える一日であった。

4. パリでの学びと気づき

フランス研修に先立ち、事前に医療制度等の説明を受けたことで、現地での理解が深まった。現地では「これはパリだから成り立つが、地方では難しい」という指摘もあり、地域差の大きさを実感した。パリでは、ナース・プラクティショナーによる講義に加え、高齢者入居施設、Santé Service社による在宅入院サービス(HAD)、無人診療所、訪問看護ステーションを訪れたが、その中で学びを自らの事業地の状況と照らし合わせて気づいたことについて、以下に記していきたい。

パリの訪問看護は近距離・短時間訪問を前提としており、広域で人材・資源が不足する北海道十勝の農村部では同様の運用は困難である。しかし、医材の流通や移動ロスを減らす仕組みは、地方医療においても示唆に富むと感じた。利用者宅で急遽医療材料が必要となった場合、それを受け取るためのタイムロス、人件費、燃料代等のコスト高は、経営の課題でもある。それについて、宮沢仁編著「地図で見る日本の健康・医療・福祉」(2017年)²⁾では次のように指摘している。「訪問診療料の診療報酬への算入は、患者宅までの距離が原則16km以内とされているためこれを1つの基準とすると、北海道の道東・道北地域、東北ならびに近畿南部から四国、九州地方にかけての山間部において距離の大きい地域が目立つ。(中略)さらに積雪寒冷地では冬季の道路状況の悪化が患者宅訪問の支障になるだけでなく、季節的に入院・入所が増えることで訪問看護などは利用者が減少し、経営は安定性を欠く」。数年前に町内の在宅医に聞いた話では、三次医療から在宅へ移行するケースの医材の規格変更や使用期間によるロスは、在宅医の負担であるという。在宅医とともに訪問看護が人材、医材の中継点として連携し、集中的なケア提供が出来る体制を構築していくことは、地域全体の負担を軽減できるのではないかと思った。

帯広市に隣接した町に位置する我がステーションは、総合病院まで片道20~30km、あるいはそれを超える地域への訪問や看取りを行っているが、当該地域に暮らす高齢者や家族は日々の受診にかかる負担が大きい。フランスで見た遠隔医療や施設内での看護師によるネット診療支援は、過疎・農村地域において受診困難な高齢者を支える手段となり得ると感じた。当地での導入にあたっては、産福協働



パリ高齢者入居施設のキッチン

や自治体委託で経営面を安定させつつ、訪問看護師によるマイクロバスやキャンピングカー等による出前診療補助車両を使用することができるのではないか。予防接種や慢性疾患の管理といった介護保険サービスの支援を組み合わせると、効率化やサービス利用者 / 提供者の負担軽減も考えられるのではないかと思います。地方医療のあり方、健康推進のために訪問看護師の役割を活かした取り組みを、自治体をはじめとした他の組織と協働して作っていく必要性を感じた。今後訪問看護師として出来ること、地域をよりよく変えていくことを町の医療介護連携推進会議の委員として提案していきたいと思う。

最後に、パリで訪問した高齢者入居施設内で説明を受けた際の感想を述べたい。当該施設では、作業療法士が高齢者の生活行動リハビリテーションを実践し、その人が取り組みたいプログラムの提供を行っている。おしゃれなキッチン、リアリティオリエンテーションのための掲示物が並ぶ中、喜多先生が日本から持参された、ハロウインの提灯などのおいしいお土産が華を添え、本当にわくわくした。入居者は素敵なインテリアの中で日常を過ごし、おいしく口から食べられることも尊重されているので、食事時のワインも許可されている。人間らしい最期についてのフランス人の考え方や文化を感じた瞬間であった。フランスの前に訪問したWHOの高齢化部門でも、高齢者が暮らす環境やウェルビーイングの向上が課題として挙げられていた。「グルメの国」フランスで育った先述の甥は、いまだに醤油味の日本食が大好きだが、そんな甥が、日本の医療をみてどう感じるかと思いを馳せた。日本人が気づいていない自国の良さや資源と共に、日本の看護師はまだ自分たちの存在価値を自ら高められると聞いてきた意味が、異国に行ってやっと分かった気がした。

また、高齢者入居施設で作業療法士が生活行動リハビリを行い、入居者が「やりたいこと」に取り組む姿や、食事や環境を大切にす文化に触れ、人間らしい最期とは何かを改めて考えさせられた。異国に身を置いたことで、日本の看護師が持つ価値や可能性を、初めて客観的に理解できたように思う。

謝辞

素晴らしい研修内容と、研修で得た優れた学びのために、準備段階から連絡調整をしていただいた日本財団及び笹川保健財団、現地コーディネーターや通訳の皆様に深謝します。

また、参加された起業家育成事業終了生の皆様には、宿泊先や余暇時間等の交流を含め、思い出に残る貴重な研修を共有していただき感謝します。

【註】

1. 精神保健福祉資料 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/630.html> (2026年1月アクセス)
2. 「地図で見る日本の健康・医療・福祉」2017年3月30日初版第一版発行 宮沢仁編著者 明石出版 P59～60

【参考文献】

1. 雑誌「精神医療」第12号第5次2024 特集「世界の精神医療—国連障害者委員会の総括所見を受けて—」責任編集：岡崎伸郎、佐竹直子、古屋龍太



提灯のお土産をダイニングに飾ってくれた



食の都パリの一番のクロワッサン店にて

笹川保健財団 ジュネーブ・パリ研修報告書

地域まるごとケアステーション川崎 磯野 祐子

1. はじめに

2025年笹川保健財団ジュネーブ・パリ研修に参加させていただいた。訪問看護ステーションを起業し現在までに取り組んできたことや本研修で学んだことをどう活かしていきたいか、考えたことを報告する。

2. 地域の医療・福祉・社会等の現状、何を指してどんなことに取り組んでいるか

～プライマリ・ケア(PC)+プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)への挑戦～

私は笹川保健財団が運営する「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」で国際保健や公衆衛生を学び、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)の達成のためには「保健サービスが身近に提供されていること」「保健医療サービスの利用にあたって費用が障壁にならないこと」が重要であることを学んだ。講義の中で、喜多悦子会長から「プライマリ・ヘルスケア(PHC)」や「貧困は最悪の病気である」ということを教えていただき、藤田勝利先生から「どのようにすれば社会と人を幸福にできるのか」というドラッカーのマネジメントを学んだ時、今まで習った医療や看護との違いに衝撃が走った。そして私の考えは、訪問看護事業だけではこれからの時代の看護は難しくなると日々の現場から感じ、地域社会全体を診ることのできる地域看護機能としての訪問看護/プライマリ・ケア(PC)+地域住民主体の地域ケア/プライマリ・ヘルス・ケア(PHC)に挑戦したいと大きく変わった。

偶然にも私達の事業所のある川崎市では、「高齢者に加え、障害のある方、子ども、子育て中の親など今はケアを必要としていない方を含めた『全ての市民』を対象として、誰もが住み慣れた地域や自らが望む場で安心して暮らし続けることができる地域の実現を目指して、地域包括ケアシステムの構築を進めています。」¹⁾と、地域包括ケアの対象者は高齢者、障害のある方に限らず全ての方を対象としていることを起業前に知った。その地域の一員である私自身やこれから開業する訪問看護ステーションは「全ての市民」に対して同じ市民としてなにができるのか。そう考えながら訪問看護事業を軸として起業した。

事業所名である「地域まるごとケア」は私が考えたのではなく、先駆的な地域医療・介護を実践してきた諸先輩方が考え、実践されていた。「老いや病いを支えるための医療・介護と連携し、地域コミュニティの中で支え合うまっつながり合うこと、仕組みではなく地域の人々と時間をかけてつくりあげていくもの、地域包括ケアよりも更に広いつながり」という地域まるごとケアの考えと、川崎の目指す「全ての市民」を対象とした地域包括ケアシステムやPHCはぴったりだと思い、住民主体の「地域まるごとケア」を広げたいと心から思った。

開業当初から地域コミュニティに積極的に参加したり、健康上の問題を抱える住民へのアウトリーチを行ったりして、さまざまな地域のコミュニティの中に溶け込んで地域福祉活動を行っていた。その中で複数科の受診によるポリファーマシーや、地域・暮らしの中でのケアが医療に偏る等の課題が見えた。地域でのケアを継続するため、ケアに携わる職種だけでなく、利用者のコミュニティや文化を使ったコミュニティケアに展開した。訪問看護から地域ケアへ、ケアの視点で地域を看るようになり、地域資源(ヒト・モノ・コト・場)を活用し、看護と福祉を融合させ地域マネジメントを行っている。その中で、知り合った地域の方々や医療やケア、福祉にアクセス・相談しやすいように様々なコミュニティの中に飛び込んで溶け込み、自事業所だけでなく、訪問看護という仕事を知られるように努力している。そして、一人ひとりの利用者を通して病院、診療所、介護、福祉機関など多職種・多機関連携をする中で、ニーズによっては他分野、他機関のステークホルダーと連携していった。

起業して8年が経ち、川崎で働き気付いたことは、川崎という地域には既に面的な支え合いの基盤があったことだ。長い歴史をかけて赤ちゃんから高齢者まで集える仕組みを町内会や地域主体で考えつくり、学校、社協、行政と連携し地域の他者を気にかける、思いやる、ケアのある文化がつくられていた。京浜工業地帯の一角であった川崎は、昔から工場が多くあり、かつて日本の高度経済成長期を支えた人たちが、現役を引退してもなお勤勉で、地域をよくしたい思いがあり、伝統文化を継承し、地域の安心や安全な生活を守る町内会や地域活動を通して、ご近所付き合いや地域の見守りが生まれていた。訪問看護を通して感じる事ができた「いのちの尊厳をまもる地域・コミュニティケア」の力に感銘を受け、私は訪問看護という仕事を通して、地域や地域包括ケアという言葉の意味を実感し、「訪問看護という“点”のケアから“面”となる地域ケアへ。ケアの視点で地域を見る!」ことの重要性に気付く事ができた。現在、管理者である私は地域の民生委員・児童委員として地域の方々に教えていただきながら、同じ市民として職員とともに地域の方々と共創し、ひとつ一つの地域課題に訪問看護事業所として取り組んでいる。

3. 研修で何を学んで、どう活かしていきたいか

(1) ジュネーブ

世界保健機関(WHO)本部では、看護部門、高齢化・生活過程部門、緊急プログラムなどを担当する部署の方に話を聞き、ディスカッションできる機会を得た。全体を通して特に印象に残ったことは、それぞれの部署でUHCの達成に向けてより強靱なヘルスケアシステムを考えていることだった。ヘルスケアシステムといっても、そのシステムが経済活動として持続可能な仕組みにならなければならないことを知った。

- クオリティーの担保：専門職としてのトレーニングにおいてその人が基準に達したのか
- イノベティブ：AI、テクノロジーのプラットフォームへのアクセス
- サステナブル：保健システムと医療従事者との仕組み、教育など

どんなサービスやサポートをするのかは、国の政策や予算分配などによって決まることを理解した。結局のところ、国全体を考えるには政治が重要であり、ヘルスケアシステムを機能させるためには住民の意識が大事である。今まで政治やシステムについて深く考えたことはなかったが、これらを身近に感じ、日本で行われている地域医療構想調整会議や地域包括ケアの実現がなぜ必要なのか、もっと私達も考えていかなければならないと思った。

高齢化部門の角由佳医師官からは、健康な高齢化のための公衆衛生の枠組みや、ヘルスケアとソーシャルケアサポートの重要性を学んだ。「この人にとって一番重要なことはなにか」を考える大切さを知り、私達の事業所のある川崎市幸区では、高齢者の高齢者による高齢者のための事業が多くなされていることに感動した。例えば、私の住む町内会では2か月に1回、男性高齢者が集い手作り弁当を作って配布する「ハラハラ亭」があり、私もサポーターとして参加しているが、主役の料理人は男性高齢者である。地域の高齢者に公会堂に来てもらい、健康講話や体力づくりを行い、120食の心のこもった弁当を200円で配っている。この活動は社会参加の機会となり、顔が見える関係が心地よく、私自身も参加することで癒されている。地域から生まれたこの知恵やノウハウを学ぶだけでなく、この会が少しでも長く続くようにサポートし、地域がより健康でいられる方法を考えていきたい。

エマージェンシーオペレーションセンターの清水先生からはインシデントマネジメントシステムを学び、ヘルス・メディカルだけでない人道危機やリスク評価から何をすべきか考える機会を得た。先生のざっくばらんな人柄と、世界を見つめる眼から見る日本についても意見交換できたことは貴重な経験となった。

(2) フランス

① ナース・プラクティショナー

今回は、多職種連携メディカルセンター・パリ8区ディレクターのナース・プラクティショナー(IPA)から話を伺った。慢性疾患の安定期の患者を担当し、看護師に直接アクセスできる体制は、ケアアクセスの改善や医師の労働時間軽減に寄与していた。

② パリ市内訪問看護ステーション

訪問看護ステーションの視察では、自転車で1日40～50件を回る訪問の一部に同行した。フランスでは処置ごとに料金が決まっており、日本のような時間制や生活支援への料金発生はない。必要な医療だけに料金が発生する仕組みに驚き、「パリの医療が日本の10年後の姿になるかもしれない」といわれる意味を理解した。自由開業である訪問看護の経営者が自分の人生を自由に謳歌している姿は非常に印象的であった。

④ 医療付き高齢者入居施設

医療付き高齢者入居施設では、「摘便」という行為がないことが議論になった。患者の尊厳を大事にするため、肛門に指を入れて便を出すということに現地の看護師が首をかしげたことに、参加者一同驚いた。改めて、私達が行う看護行為について考えさせられた。

⑤ 無人診療所

無人診療所では、治安が悪化し医療従事者の開業が進まない地域でのオンライン診療の実態を知った。景色が明らかに変わり、危険も伴うエリアであったが、オンライン診療の実際と社会の実態を肌で感じる事ができたのは貴重な体験であった。

⑥ 在宅入院支援組織

サンテ・サービス本社では、在宅入院(HAD)について説明を受けた。巨大な薬剤倉庫やテクノロジーを駆使したシステム、在宅での化学療法など、その進展に驚いた。多職種の教育プログラムや連携システムも非常に強固であった。

(3) 研修全体をとおして活かしていきたいこと

- ① ^{いのち}生命・人の尊厳について考え続けること。
- ② 無人診療所で感じた格差社会や貧困について、これからの地域社会はどうあればよいのかを考える。病気は複雑化し個々を取り巻く状況、社会も複雑困難で、社会的セーフティネットで対応できないことがある。一人ひとりのおかれた状況から生じる苦しみや悲しみ、歪みを知り、本当の意味での「こころの回復」や「自立」を共に考え、主体的に回復していくプロセスを大切にしたい。そして、自分の人生の「操縦士」となれるように、誰もが幸せになれる社会にしたい。
- ③ 超高齢社会となり、社会環境が複雑に変化した。今までのような病院など医療機関にきってもらう医療システムではなく、これからは「医療者が地域やコミュニティへ入っていく保健医療システム」への変換が重要となる。看護は病気だけを見るのではなく、その人の人生を見るものである。これからの地域看護機能を踏まえた看護教育プログラムを考えたい。数年前からステーション独自の地域包括ケア人材育成研修を行っていたが本研修に参加し、有事を見据えた他事業所交流・看護と介護の一体化・シチズンシップ教育を取り入れた小規模多機能で学ぶ研修を始めた。
- ④ 二次医療圏の病床過不足を調べたところ、川崎市南部では高度急性期や慢性期に対し、回復期機能が著しく不足して

いることがわかった。脳卒中や骨折などの受け皿として、地域内でHADのような多職種連携チーム(integrated care)が必要だと考えている。

- ⑤今回、WHOで進藤奈邦子先生にお会いできたことは大きな感動であった。かつてテレビで拝見し、その強さや勇気に涙した。先生から直接、「患者さんを中心とした感染症対策」「地域に根ざしたものの考え方」を学ぶことができた。WHOの角先生、清水先生、フランスのNPや開業看護師など、研修で出会った方々は皆、仕事に誇りを持っていた。この出会いと学びを大切に、私達の事業所も誇りを持ち続けられる組織でありたい。
- ⑥私は、複雑な家庭環境に生まれ幼い頃からつらいことがたくさんあった。努力して看護師になったが大きな医療事故を背景とした出来事に複数回遭い、PTSDになり社会復帰まで4年かかった。起業してつらい時もあったが地域の人や職員に支えられ、自分の人生の経験を活かして看護という仕事が出来ている。今回、喜多悦子会長をはじめ、日本財団、笹川保健財団の職員の皆様、日本財団在宅看護センターの起業家の仲間達と、これからの日本の看護についてたくさん語り合い、そしてパリの街で楽しんだ。こうして素敵な仲間達と出会えて私は、看護師を続けてよかったと思った。また、看護師として働きたい、働ける労働環境をつくれるよう努力し続けたい。そして、目の前の一人ひとりを大切にする仲間を増やし「看護のこころ」を広げたい。

謝辞

本研修の実施にあたり、多大なるご支援を賜りました日本財団ならびに笹川保健財団に、心より厚く御礼申し上げます。

また、フランスでの研修プログラムをきめ細やかにコーディネートしていただいた医療通訳の奥田七峰子様、アシスタントの藤田真由様に深く感謝申し上げます。慣れない異国の地での活動でしたが、皆様の温かいサポートに支えられ、充実した研修を実現することができました。

言葉や文化の壁を越えて得られた多くの学びは、私にとって何物にも代えがたい一生の財産となりました。多大なるご支援をくださった両財団、ならびに現地でご指導いただいた講師の皆様、快く研修に送り出してくれたスタッフ達に対し、この場を借りて深く御礼申し上げます。

【註】

1. 川崎市(2022).「よくある質問(FAQ) 地域包括ケアシステムについて知りたい」
<https://www.city.kawasaki.jp/templates/faq/350/0000136504.html>

【参考文献】

1. 独立行政法人国際協力機構.「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)」<https://www.jica.go.jp/about/policy/sdgs/UHC.html>
2. 喜多悦子(2019).「日本財団在宅看護センター起業家育成事業、ネットワークはなぜ必要か?」『コミュニティケア』21巻,13号,pp.010-015.
3. 藤田勝利(2013).『ドラッカー・スクールで学んだ本当のマネジメント』.日本実業出版.
4. 花戸貴司(2017).「誰もが安心して生活できる地域を実現する、地域まるごとケア」『コミュニティケア』19巻,7号,pp.018-031.
5. 磯野祐子(2019).「在宅/訪問看護から地域ケアへ、地域まるごとケアを展開する」『コミュニティケア』21巻,13号,pp.080-082.
6. 磯野祐子(2021).「これからの地域包括ケア・訪問看護に求められること」『ナーシングビジネス』15巻,3号,pp.01.
7. 磯野祐子(2025).「住民主体の地域ケアへの挑戦」『訪問看護と介護』30巻,2号,pp.115-122.
8. 磯野祐子(2026).「新米マネジャー時代のここの話」『訪問看護と介護』31巻,1号,pp.76-79.
9. 藤沼康樹(2024).『卓越したジェネラリスト診療入門』.医学書院.
10. 信田さよ子(2013).『愛情という名の支配』.海竜社.



事業所のキャラクター・まるごちゃん、エッフェル塔で飛ぶ！

世界基準から学ぶ日本型ケアの可能性

— 在宅看護センター北九州の取り組み —

在宅看護センター北九州 坂下 聡美

はじめに

在宅看護センター北九州は、北九州市若松区の北九州市学術研究都市「ひびきの」に位置し、九州工業大学をはじめとする学術機関と連携しながら、地域社会の医療・福祉・教育を結ぶ役割を担っている。当センターでは、医療保険7割・介護保険3割の構成で訪問看護サービスを提供しているが、医療保険利用者のうち約3割がパーキンソン病患者である。十数年前から専門医（神経内科医）との連携を深め、パーキンソン病患者やご家族を中心に、新薬ヴィアレブ持続皮下注射の在宅導入・モニタリングを全国に先駆けて実践してきた。

笹川保健財団主催のスイス（ジュネーブ）およびフランス（パリ）での海外研修は、多くの貴重な示唆を得ることができた。私にとって本研修は、在宅看護の本質を改めて問い直すとともに、地域社会と世界をつなぐ新しい看護の形を考える契機となった。特に、グローバル、ローカル両側面から医療・看護の仕組みを学び、地域医療の未来を見据えた新しい看護モデルを模索する機会に恵まれたとらえている。

本報告では、研修で得た考察を踏まえ、自身の事業を再検討することを通じて、最先端技術と看護の融合による医療費削減への取り組みの可能性、ならびに文化的背景を踏まえた、地域に根差した看護の在り方について述べる。併せて、現在計画中である「看護小規模多機能型施設」の設置に向け、地域社会と連携しながら「安心・安全な看護」の具体化するための提案を行いたい。

1. スイス（ジュネーブ）WHO 研修

ジュネーブでは、世界保健機関（以下WHO）本部を訪問し、第一線で活躍する専門家による講義及びディスカッションに参加した。WHOが提唱する「プライマリー・ヘルスケア（Primary Health Care）」の理念は、「誰一人取り残さない（Leaving no one behind）」を基本に、地域社会全体で住民の健康を支える体制の構築を目指している¹。各国の医療制度の中で、看護職が果たす役割は年々拡大しており、看護の専門性と自立性が医療アクセスの向上に寄与していることが強調された。この理念は、北九州市の地域包括ケア構想にも通じるものであり、在宅看護センター北九州が推進する「地域全体での見守り」や「看護による医療費抑制の取り組み」にも直結する。

また、WHOでは「看護職は地域変革の担い手である」という位置づけが明確であり、エッセンシャルワーカーとしての社会的認知と支援体制の重要性も強調された。私もこの考えに深く賛同し、日本でも、看護師が地域福祉の中心として活躍できるよう、制度的・教育的な支援を拡充する必要があると感じた。

2. フランス（パリ）研修

2-1. 上級実践看護師（IPA）の制度とNP（ナース・プラクティショナー）からの学び

フランスの看護制度で特に印象的だったのは、「上級実践看護師（IPA：Infirmier en Pratique Avancée）」制度である²。フランスのIPAは医師と看護師の中間に位置する専門資格であり、診察・処方・患者のフォローアップなど、一定の医療行為を自立して行うことができる。今回は、IPAとして実際に活動している方に、地域での役割や実践内容についてプレゼンテーションをしていただいた。彼女の話から、フランスのIPAが医師と協働しながらも、自らの判断で患者支援を行って

おり、それが地域医療を支えているのだと理解した。また、IPAの法制度や教育課程、報酬体系についての説明も受け、制度的な裏付けと現場実践の両面から理解を深めた。北九州市のように医療・介護・教育の融合を進める地域でも、IPAやナース・プラクティショナー(NP)のような高度実践看護師が判断・行動できる環境づくりを進めていきたいと考えているが、そのためにはまず仕組みづくりが重要であることも、フランスの実践から学ぶことができた。

2-2. サンテ・サービス社の在宅入院的支援

パリで訪問したサンテ・サービス(Santé Service)社は、ICTやロボットを駆使し、病院を退院した患者の「自宅での医療的見守り」をシステムティックに行っている³。医師や看護師、薬剤師、リハビリ専門職がチームを組み、患者の生活空間を医療の現場として捉える点が特徴的である。医療の主軸を「施設」から「生活」に移すという考え方は、日本の在宅看護にとっても極めて重要であり、看護小規模多機能型施設のモデル形成に活かせると感じた。

同社は、巨大な薬剤庫をオートメーションで管理し、ICTを活用したトレーサビリティの確保を行うことで、迅速・正確に患者へ薬剤や医療材料を届けることが可能となっており、在宅看護の安全性・効率性を追求した取り組みであると感じた。中でも、ロボット薬局による自動薬剤ピッキングや、未使用薬の回収・温度管理など、テクノロジーと看護が融合した仕組みは、北九州でのICT連携研究(九工大との共同研究)と方向性が一致している⁴。

3. 在宅看護センター北九州の今後のビジョン

在宅看護センター北九州では現在、看護小規模多機能型施設の立ち上げを計画している。本事業の特色は、地域密着型の「まちの保健室」としての機能を併せ持ち、看護外来や救護処置などを、看護師が主体的に提供できる点にある。あわせて、医師との遠隔連携やICT活用を進めることで、地域全体における医療資源の有効活用および医療費等の最適化への貢献を目指している。

また、大学との共同研究や教育連携を通じて、看護職・介護職・地域住民が共に学びあう「モデルハウス」としての機能を備えた場を創出する予定である。私は、地域住民一人ひとりがヘルスリテラシーを高め、自らの健康行動を主体的に選択できるよう支援することこそ、これからの看護に求められる重要な使命であると考えている。

在宅看護センター北九州では、地域における社会的処方(Social Prescription)の推進にも取り組み、孤立や生きづらさを抱える住民に対して、看護師がエッセンシャルワーカーとして継続的に寄り添うことで、地域全体で支え合う仕組みの構築を目指していきたい。

4. 看護文化の比較と今後の課題

フランスでは、患者の自立や尊厳を重視する看護文化が根付いている。看護師は必要な支援を提供しながらも、患者が自らできることを尊重する姿勢を一貫して保っていた。看護師は「寄り添う存在」であると同時に、「自立を促す専門職」として社会的にも高く評価されている。一方、日本の看護には、「きめ細やかに寄り添う」文化的特性があり、患者や家族の思いに深く寄り添いながら安心感を提供する力がある。こうした違いは、単なる制度の差ではなく、それぞれの国の文化や社会的価値観を反映したものである。したが



ネットワークの仲間たちと、WHO本部にて

って、日本型の看護モデルを構想する際には、欧州型の「自立支援」を単純に模倣するのではなく、そのエッセンスを取り入れつつも、日本人が持つ「つながりの文化」や「思いやりの看護」を核に据えることが重要である。特に、在宅看護センター北九州のような地域密着型の事業所においては、「生活の中で支える看護」とは何かをあらためて問い直し、患者・家族・地域がともに支え合う「協働のケアモデル」を構築していくことが求められると考える。

また、医師との連携を前提としながら、看護師が一定の判断権を持ち、自立的に行動できるフランスのIPA制度は、今後の日本における訪問看護の発展に大きな示唆を与えるものであると感じた。医師との連携を前提としながら、看護師が一定の判断権を持ち、自立的に行動できる仕組みは、在宅現場における迅速な対応や医療安全の向上に寄与する。北九州市のように医療資源が地域ごとに偏在する都市においては、こうした高度実践看護の考え方を在宅看護センターの中に取り入れ、制度の枠組みを超えた柔軟な対応力を育てていくことが必要であると思う。

さらに、ICTやAIの導入は、看護の質を高めるための重要なツールである。フランスで視察したロボット薬局やデジタル管理システムは、医療のトレーサビリティと安全性を確保する取り組みであり、今後、北九州においても九州工業大学との共同研究等を通じて、AI解析によるバイタルデータのモニタリングや、服薬状況・症状変化をリアルタイムで共有できる仕組みを構築していくことが望まれる。これにより、訪問看護師が患者宅で感じ取る「感覚的情報」と、テクノロジーによる「定量的データ」を融合させ、より精度の高い看護判断が可能になると考えられる。

在宅看護センター北九州では、こうした国際的な知見を踏まえつつ、地域の文化・環境・教育背景を生かした「日本型在宅ケアモデル」の構築を目指していきたいと考えている。その中核となるのは、「看護師が地域のハブとなる」という視点である。看護師が多職種や地域住民をつなぎ、健康支援にとどまらず、社会的孤立や経済的困難といった課題にも寄り添う役割を担うことで、地域包括ケアの中における看護の価値を、より一層高めていくことができると考える。

5. 今後の展望と在宅看護センター北九州での実践への活用

今回の海外研修を通じて得た最大の気付きは、「看護は文化であり、社会の鏡である」という認識であった。国や制度の違いを超えて共通していたのは、「人間の尊厳を守り、その人らしく生きる力を支える」という看護の原点である。在宅看護センター北九州は、この理念を地域の現場に確実に根づかせる実践拠点として機能していくことを目指したい。以下は具体的な行動指針である。

第一に、地域連携型の多職種協働モデルをさらに深化させていくこと。医師・薬剤師・リハビリテーション職に加え、地域包括支援センター、行政、大学の研究機関などと情報を共有し、ICTを活用した「つながる看護」を推進する。特に、パーキンソン病に代表される慢性進行性疾患においては、医療・介護・生活支援が一体となった包括的支援体制の構築が不可欠である。アッヴィ合同会社をはじめとする製薬企業とも連携し、薬剤管理や副作用モニタリング、患者教育を訪問看護の実践に組み込むことで、より安全かつ効果的な在宅治療の実現を目指す。

第二に、看護師教育の場としての機能強化である。フランスにおけるIPA制度の考え方を参考に、看護師が主体的に判断し行動できる力を育成するため、在宅看護センターを実践教育のフィールドとして位置づける。地域の大学と連携し、臨床推論、倫理、多職種連携を柱とした教育プログラムを構築することで、若い看護師が「在宅で見る力」を



WHO 本部で

体系的に身につけられる環境を整える。これにより、地域全体における看護実践力の底上げが期待される。

第三に、地域住民との協働による健康づくりの推進である。「まちの保健室」構想のもと、住民が気軽に相談できる場を設け、看護師が生活者の視点に立って健康課題を共に考える取り組みを広げていく。あわせて、地域イベントや学校での健康教育を通じて、「地域全体が学び合う健康文化」の醸成を図る。これは、WHOが提唱するプライマリー・ヘルスケアの理念である「Health for All(すべての人に健康を)」を、地域レベルで具体化する実践である。

第四に、看護の「見える化」とエビデンスの創出に取り組む。在宅看護の成果をデータとして蓄積・分析し、地域医療政策への提言や学会発表を通じて社会に発信する。看護が医療費削減や生活の質(QOL)の向上にどのように寄与しているのかを数値として示すことで、看護の社会的価値を明確化し、今後の制度設計にも貢献していくことが可能となる。

これらの取り組みを推進する上で、常に大切にしたいのは、「看護の本質は人と人との関係性の中にある」という視点である。AIやICTが発展しても、人のぬくもりや信頼関係が看護の根幹であることに変わりはない。テクノロジーはあくまで「支える道具」であり、看護師の感性や観察力を補完する存在である。だからこそ、在宅看護センター北九州においては、人間らしさを大切にしたい「温かい科学的看護」を実践し続けていきたい。

おわりに

本研修を通して得た多くの学びは、今後の地域看護の発展において大きな礎となるものであったと思う。スイスのWHO本部で示された「誰一人取り残さない」という理念、フランスで見た“自立支援と尊厳の看護”、そして日本の“寄り添いの文化”。これらを融合させ、在宅看護センター北九州は「世界と地域をつなぐ看護モデル」を発信していきたい。

これから開設予定の看護小規模多機能型施設では、医療・看護・介護・教育の垣根を越え、地域の人々が安心して暮らせる“共生の場”を実現していく。「看護の力で地域を変え、地域の力で看護を育てる」。この循環をつくることこそが、今回の研修で得た最大の気づきであり、使命であると考えている。その実現のために、在宅看護センター北九州はこれからも挑戦を続けていく所存である。

謝辞

本事業の実現にあたり、多大なるご支援を賜りました日本財団および笹川保健財団の皆様、心より感謝申し上げます。また、通訳の方をはじめ、関係者の皆様、そして研修期間中も、24時間体制で事業所を支えてくれた在宅看護センター北九州のスタッフにも、深く感謝の意を表したいと思います。

【註】

1. World Health Organization(2023). *Primary Health Care: Transforming Communities for Health Equity*. Geneva.
2. Ministère du Travail, de la Santé et des Familles(2023). *Infirmier en Pratique Avancée (IPA)*.
3. Santé Service - Présentation(2025). *Internal presentation materials*.
4. 北九州市保健福祉局(2024). 「地域包括ケアとICT活用に関する報告書」. 北九州市.

【参考文献】

1. OECD Health Statistics(2023). *Health at a Glance: Europe 2023*.

2025年笹川保健財団ジュネーブ・パリ研修に参加して

めぐみ在宅看護センター 下岡 三恵

1. はじめに

本研修では、ジュネーブおよびパリにおいて、国際保健機関およびフランスの在宅医療・看護の実践を学ぶ機会を得た。特に世界保健機関(以下WHO)本部での講義と現地視察を通じて、国際的な保健医療の課題と、日本の看護を相対化して捉える視点を得ることができた。

2. ジュネーブ・WHO本部での学び

ジュネーブではWHO本部を訪問し、現在のWHOが直面している財政的課題や組織改革について説明を受けた。米国家からの拠出金停止を背景に、大規模な人員削減や組織再編を行いながらも、これまで果たしてきた役割を継続しようとする取り組みが進められていることを知った。WHOの中期計画文書「General Programme of Work (GPW)」によると、WHOの活動は「強靱なヘルス・システム構築」と「アクセスの公平性向上」をビジョンに掲げ、3つの柱：Promote(健康増進・疾病予防)、Provide(サービス提供)、Prevent(危機管理・アウトブレイク予防/対応)に基づいて進められている。またその根底には、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)―「すべての人が、必要な時に、質の高い保健医療サービスを、経済的負担なく受けられる状態」の実現が据えられている。加えて、デジタル・AIの活用、AMR(薬剤耐性)対策、医療人材の国際的な移動に関する労働基準、教育認証の標準化、住民の意識改革など、幅広い課題に取り組んでいる。

講義の中で、日本の東京都武蔵野市にBSL-4施設が存在することや、その役割について説明を受けた際には、PABS/TAPS問題に関して、自身が医療職として感染症対応に関わっていながらも、知識不足や関心の低さ、情報を捉える視野の狭さがあったことを強く自覚した。より正確に状況を理解し、判断できる力を養う必要性を痛感した。

また、今回はWHO本部の現場で活躍されている日本人職員の方々から直接ご講義いただくという、大変貴重な機会に恵まれたが、聞くところによると組織全体に占める日本人の割合は決して多くないということであった。国際機関における日本のプレゼンスという、これまでほとんど関心を払ってこなかったことについても、考えを巡らせることとなった。自身の足元を見直してみて、海外で活躍する日本人のことだけでなく、日本国内においても外国人看護師や介護職と共に働く現実に目を向ける必要性も強く感じた。実際、八王子市内でも外国人看護師・介護士が働く医療機関があると聞いており、今後、医療人材不足を背景にその数はさらに増えると考えられる。将来的には、地域で働く外国人看護師や介護士の声を直接聞き、直面している困難や必要な支援について学ぶ機会を設けたいと考えている。言語や文化の違いを超えて協働することは、結果として利用者へのケアの質を高めることにつながると考える。

3. パリでの学び

パリでの研修では、市内の訪問看護ステーション、在宅入院支援組織、遠隔診療ボックス、高齢者入居施設などを



フランスのナース・プラクティショナーについての講義にて

見学した。病床数削減が進む日本においては、今後、急性期患者や医療依存度の高い患者、高齢者の看取りを在宅で支える場面が一層増加すると考えられる。その点で、フランスにおける在宅入院や遠隔診療の取り組みは、日本の今後を考える上で多くの示唆を与えるものであった。

中でも特に印象に残ったのは、3名の開業看護師が連携して運営している訪問看護事業所である。看護師が開業し、訪問看護ステーションを運営するという形態自体は日本と共通しているが、実際の運営や看護の在り方には、いくつかの顕著な違いが認められた。

一つ目は1件あたりの訪問にかかる時間である。見学した訪問看護ステーションの訪問エリアは非常にコンパクトで、徒歩または短時間の車移動で対応可能な範囲に限定されていた。そのため、朝8時頃から夜22時頃までの間に、40～50件の訪問を行っているという。当初は「どのようにしてこれほど多くの訪問が可能なのか」と疑問に感じたが、実際に訪問に同行する中で、その理由を理解することができた。訪問先での関わりは必要最小限にとどめられ、利用者の自己管理能力を前提とした看護が行われていた。日本で一般的に実施されているバイタルサインの測定は必須ではなく、「異変があれば利用者自身が測定し、看護師に伝える」という考え方が基本となっている。このような関わり方は、日本の訪問看護の感覚からすると、「十分なケアが提供されていない」と受け取られる可能性もあるだろう。看護師側も、身体状況の把握や急変時の対応について不安を抱くかもしれない。しかし、フランスではこの在り方が看護文化として定着しており、利用者もそれを前提として受け止めている点が強く印象に残った。

二つ目の大きな違いは、利用者が訪問看護ステーションに来所して処置を受けることが可能である点である。日本では、訪問看護における医療行為は、原則として利用者の「居宅」においてのみ実施が認められている。一方、パリでは、利用者がステーションに立ち寄り、必要な処置を受けることが制度上可能とされていた。日本においても、症状が安定している利用者など一定の条件を設けた上で、訪問看護ステーション内での医療行為が認められるようになれば、病院外来の待ち時間の軽減や、看護師・利用者双方の移動時間の削減につながり、結果として医療費および時間資源の効率化に寄与する可能性があると考えられる。

続いて、フランスでは訪問看護の報酬が「時間」ではなく「処置単位」で設定されている点である。日本の訪問看護の報酬は訪問時間で基本単位が決まるので、私たちは訪問時間内に何を提供するかを前提にサービスを組み立てる。訪問するとまず、バイタルサインを測定し身体状況等を確認する。食事や水分摂取量、排便や排尿等の排泄状況、睡眠、身体の活動状態、家族の介護状態などもみる。その上で清拭や排便処置が必要であれば時間内に実施していく。時にはそれ程時間がかからないこともあるし、反対に時間を超えてしまうこともある。時間超過があった場合は、報酬請求するようスタッフには伝達しているが、利用者の経済状況等を考慮して請求を控えてしまうことも少なからずあるのが現実だ。フランスの訪問看護はある意味「ドライ」であることとらえることもできるが、看護師という専門職の提供するサービスの価値を正當に評価することの重要性について、改め



パリの訪問看護に同行

て考えさせられた。フランス式の報酬体系を日本にそのまま導入することは難しくとも、将来的な医療人材不足を見据えれば、看護の提供方法や評価の仕組みを見直す必要があるだろう。療養者に寄り添う看護を大切にしながらも、「今行っている看護は本当に最善なのか」「他に方法はないのか」と問い続ける柔軟な視点を持つこと、そして自らのケアの価値を正しく認識する意識改革が、今後の目標であると考えた。

4. おわりに

今回の研修では、自身の視野の狭さを自覚すると同時に、日本の中だけにとどまらず、世界の中の日本を意識する貴重な機会となった。今後増加が予想される外国人看護師・介護士との協働や、日本人看護師が海外で果たし得る役割について考える上でも、多くの示唆を得た。こうした学びを次世代の人材育成に生かしていきたいと考えている。

最後に、このような貴重な研修の機会を与えてくださった日本財団、笹川保健財団の皆様、ならびにWHO関係者の皆様に心より感謝申し上げます。



パリ郊外の在宅入院支援施設にて



ネットワークの仲間と

Well-beingの向上を目指して

幹在宅看護センター 丸山 美智子

1. はじめに

私は2017年に「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」研修を第4期生として修了し、翌2018年に和歌山県内に「幹在宅看護センター」を開所した。2020年には、医療的ケア児を育てる保護者の「働きたい」という希望に応える形で、看護小規模多機能型居宅介護（共生型）事業を開始した。現在は、在宅看護センター（訪問看護）事業所を2か所（うち1か所はサテライト）運営しているほか、看護小規模多機能型居宅介護（共生型）、多機能型児童発達支援・放課後等デイサービス（障がいのある、または発達に配慮を要する未就学児および就学児童を対象とした福祉サービス）を2か所展開している。また、利用者の希望や地域ニーズに沿った形で、カフェ等の場の開設・運営にも取り組んでいる。事業の起点となった「幹在宅看護センター（和歌山市・紀の川市）」では、現在0歳から100歳以上まで、約250名が利用している。

今回、ジュネーブの世界保健機関（以下WHO）訪問をはじめ、パリにおけるナース・プラクティショナー関連講義、医療機能を有する高齢者入居施設、無人診療所、訪問看護への同行、在宅入院の視察など、幅広い研修の機会を得た。本報告では、まず開業の主たる拠点である和歌山市の現状を整理した上で、今回の研修で得た学びを踏まえ、自施設においてどのような実践が可能であるかについて考察する。

2. 和歌山市の医療・福祉・社会の現状と取り組み

和歌山市は、高齢化率が全国平均を上回っており（2023年1月1日時点で約30.9%）、慢性疾患を抱える高齢者や独居世帯の増加が顕著である。病院機能の集約化が進む中、退院後の療養支援や在宅ケアの充実が、地域医療における重要な課題となっている。地域包括ケアシステムの推進が図られている一方で、医療・介護・福祉の間における情報共有や役割分担の明確化には、なお課題が残されている。

また、和歌山市は都市部と中山間地域が混在しており、交通環境や医療アクセスに地域差が生じている点も特徴である。医療や福祉サービスが「届きにくい」状況が、生活困難の一因となっており、こうした隙間を補完する役割として、地域看護の重要性が高まっている。

以下は『和歌山市地域保健医療計画』（2024年3月）¹「医療機関等の機能分担と相互連携」の「現状と課題」より抜粋したものである。

「医療の専門化、高度化、患者ニーズの多様化等により一つの医療機関だけで患者の治療、回復までの医療サービスを提供することは困難になってきました。このため、地域の医療関係者等の努力のもとに、医療機関が機能を分担及び連携することで患者の疾病や病態に応じた切れ目のない適切な医療を提供することが重要です。医療を取り巻く状況の変化に対応して、地域で限られた医療資源をより効果的・効率的に活用し、不足する医療機能の確保等、質の高い医療の提供体制を確保・調整していくことが課題となっています。また、高齢化の進展により、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、かかりつけ医機能を担う医療機関において、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診るとともに、必要に応じて適切に他の医療機関に紹介する等、かかりつけ医機能を強化していくことが課題となっています。」

このように、和歌山市においては、医療機関の機能分担と連携、ならびに在宅療養を支える体制整備が、今後さらに重

要となっている。

3. WHO研修で学んだこと

WHO本部での研修を通じて、健康を「身体的・精神的・社会的に良好な状態(well-being)」として捉える視点の重要性を改めて認識した。各国の地域保健政策を比較する中で、健康格差の是正、社会的孤立への対応、地域主体のヘルスプロモーションの必要性を強く意識した。

健康を「医療の結果」としてではなく、「社会の営みの中で育まれるもの」と捉える考え方は、生活に寄り添う専門職である看護師が中心的な役割を果たし得る領域であると感じた。看護師は医療者であると同時に生活支援の視点を持つ職種であり、今後は医学的知識の研鑽に加えて、生活全体を見通す力が今後さらに求められると感じた。また、データに基づく政策立案(Evidence-based policy)の重要性についても学び、地域看護の現場においても、看護実践の可視化や効果検証にデータを活用する必要性を強く認識した。この視点は、今後の実践および看護研究に生かしていきたい。

今回のWHO訪問では、第一線で活躍する日本人専門家から貴重な講義を賜る機会に恵まれ、感染症管理分野のトッププランナーとして国際的にも高い評価を受ける日本人の姿に、誇らしい気持ちになった。同時に、日本国内でももっと彼らの活躍が認識されるべきだと思った。昨今国力低下が懸念される日本であるが、医療・福祉分野における人材やケアの質は世界に誇れるものであり、より積極的に国際社会へ発信していく必要があると考える。

4. パリ研修で学んだこと

フランスのナース・プラクティショナー(IPA)は、修士課程修了後に資格を取得する制度であり、教育内容は日本の専門看護師と近い。一方、日本にはNP制度が存在しないため、薬剤の処方ができない。近接する看護師が包括的指示のもとで処方を行うことが可能となれば、診察回数の削減や医療コストの抑制につながり、心不全や呼吸不全などの慢性疾患患者への支援において有効であると感じた。

続いて訪問した高齢者入居施設は2棟で構成され、入所者は計124名(64名、60名)であった。そのうち寝たきりの入所者は10名にとどまっていた。日本の介護療養型医療施設(現在は介護医療院)では、入所者の約9割が寝たきりであるとされている。「おいしいワインとチーズが食べられなくなったら、命を終えたとしても本望」という現地の方の言葉が印象的であり、日本人も本来は寝たきりの生活を望んでいないのではないかと考えさせられた。厚生労働省はACP(アドバンス・ケア・プランニング)を推進しているが、専門家や実践者の間では「死を語ることをタブー視する(日本の)国民性」が課題として指摘されることが多い。寝たきりの生活を具体的に想像できないことも、その一因である可能性がある。欧州の考え方の是非を論じるのではなく、多様な死生観が存在することを、市民講座等を通じて伝えていくことが重要ではないだろうか。今年度、市民講座の依頼を受けているため、こうした視点も共有していきたい。

パリ市内で視察した無人診療ボックスについては、日本の地方においても比較的早期に導入可能であると感じた。自身の健康を自ら管理し、バイタルサインを測定し症状を伝えた上で処方を受ける仕組みは、利便性が高く、初期トリアージの役割を担う初診窓口としても有用であると考えられる。

その後の訪問看護の同行視察では、その機能性の高さ



フランスのナース・プラクティショナーについての講義にて

が印象に残った。日本の訪問看護は丁寧さが強みである一方で、相手のできる力を奪ってしまう側面もあるのではないかと感じた。超高齢社会においては、丁寧さに加えて、より機能的な訪問看護の在り方も検討する必要があると考える。

最終日に見学させていただいた在宅入院システムは、非常に画期的であり自施設の訪問看護と比較すると、麻酔下での手術や高度な画像診断を除けば、対応可能な医療は大きく変わらないと感じた。日本でも在宅医療で使用可能な医療デバイスは増えており、和歌山市のように総合病院が近隣に複数ある地域では、必要な処置を病院と分担することで在宅入院の可能性は広がる。一方で、パリにおいても在宅入院は都市部に限られ、地方では採算性が課題となっている点は、日本と共通していた。

パリで視察した上記すべての仕組みを支えている基盤が、日本の健康保険証に相当する「カルト・ヴィタル」である。オンライン診療やICTを活用した情報共有体制が整備されており、医療・看護・薬局・行政が連携しやすい環境が構築されている。遠隔モニタリングや相談支援により、限られた人材でも効率的に在宅医療を支える体制が実現されていた。和歌山市においても、ICTを活用した多職種連携やオンライン診療・訪問看護の活用拡大は、地域包括ケアの質向上につながる可能性が示唆された。

5. 「医療機関等の機能分担と相互連携」に対して自施設でできること

治療の専門化・高度化、患者ニーズの多様化、ならびに複数の慢性疾患を抱える高齢者の増加により、疾病単位にとどまらず、予防や生活全般を含めて、継続的かつ診療科横断的に患者を診る視点が、これまで以上に求められている。

当施設では、在宅で使用可能な医療デバイスに幅広く対応しており、麻酔を伴う処置を除き、いわゆる「在宅入院」において実施される疾患管理や医療処置にも対応している。精神科訪問看護においても、心不全や腎不全などの身体合併症を有する利用者への支援を行い、医療・看護の一体的な提供に取り組んでいる。多職種間の情報共有については、日常的にICTを活用するとともに、週1回の対面ミーティングを実施し、顔の見える連携を維持している。

今回のパリでの研修を通じて、ICT活用のさらなる推進が、連携の質の向上と業務効率化の双方に寄与することを再認識した。これを踏まえ、自施設においてもICT活用を一層進めることとし、まずは一部職員が利用している音声認識技術について、利用率を職員全体の8割まで高めることを目標とする。あわせて、会議録作成へのAI活用から段階的に導入を進めていく。

また、パリのナース・プラクショナーと同等の教育課程を修了した専門看護師が在籍し、医療・介護職からのコンサルテーションに対応していることも、当施設の強みである。併せて、当施設が運営するカフェは、地域住民が気軽に相談できる場として徐々に定着しつつある。さらに、看取りに関わった家族からの強い要望を受けて開始した安否確認サービス(自費)についても、地域ニーズに応える取り組みとして好評を得ている。これらの取り組みを通じて、当施設が関与する利用者の健康寿命の延伸を図り、寝たがりの減少に寄与することを目指している。今後も、職員と利用者双方のWell-being向上を目標に、医療機関等との機能分担と相互連携を意識した実践を継続していきたい。今回の研修は、そのための多くの示唆を与えるものであった。

6. パリの街並み

今回の研修で訪れたパリは、19世紀に実施された「オスマンのパリ大改造」により整備された広大な並木道と、石造りで統一感のある建築群が、街並みに風格を与えていると感じた。街を歩き交う人々の装いや、日常的にカフェで過ごす光景そのものが一つの文化景観となっており、都市全体が美術館のようであった。

一方で、ルーブル美術館に日本語のパンフレットが用意されていなかったことには衝撃を受け、日本の国際的な存在感や

影響力の低下について考えさせられる出来事であった。また、円安の影響も相まって、パリは現在、日本人が気軽に訪れることのできる都市とは言い難い状況にあると実感した。そのような中、WHOで説明を行ってくれた日本人医師は、国際的な視点から見れば、日本は依然として国力があり、安全で安定した国であると述べていた。この言葉を受け、悲観的に捉えるだけでなく、日本が有する強みを改めて見つめ直す必要性を感じた。とりわけ、日本が世界に誇るることのできる在宅看護の実践や仕組みを、今後はより積極的に発信していきたいと考えるようになった。

謝辞

このような貴重な学びを支援して下さった日本財団、笹川保健財団喜多会長、皆さまに深く感謝申し上げます。

【註】

1. https://www.city.wakayama.wakayama.jp/_res/projects/default_project/_page_/001/001/556/r6_hokeniryoukeikaku.pdf



喜多先生と仲間たちと



パリ市内を自転車で走ってみた

ジュネーブ・パリ研修の学びと これからの取り組みについて

在宅看護センターLife & Com 柳澤 優子

1. はじめに

今回、ジュネーブ・パリ研修に参加する機会をいただいた。ジュネーブの世界保健機関(WHO)本部、パリにおける診療看護師、開業看護師、在宅入院、無人診療所など、さまざまな現場を視察した。ヘルスケアシステムの構造、パリにおける医療提供体制、看護師へのタスクシフト、無人診療所でのオンライン診療などについて、現地で実際に視て、感じて、学ぶ機会となった。ここでは、今回の研修を通して得た知見を整理するとともに、日本、特に自施設において今後どのような取り組みが可能かについて具体的に考察し、報告する。

2. 活動地域の現状と取り組みについて

在宅看護センターLife & Comは、訪問看護ステーション2事業所、サテライト2事業所を運営しており、藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町の2市1町、湘南東部医療圏(第二次医療圏)を訪問エリアとしてカバーしている。

藤沢市は人口約44万人で人口増加が続く都市であり、高齢化率は24.6%である。茅ヶ崎市は人口約24万人で、同じく人口増加傾向にあり、高齢化率は27.2%である。一方、寒川町は人口約4万8千人の人口減少地域であり、高齢化率は28.3%とやや高い。いずれの市町においても、2040年頃に高齢化率のピークを迎えると予測されている。

それぞれの地域ごとに在宅医療の状況は異なっており、寒川町では、寒川神社が運営する病院や特別養護老人ホームが存在する一方で、在宅医療や在宅看取りの普及は十分とは言えない現状がある。茅ヶ崎市および寒川町については、2025年4月に開業したばかりであり、現時点では地域特性を十分に把握しきれていないが、今後は各地域の特性を踏まえながら、地域の中で質の高い訪問看護を提供できる体制づくりに努めていきたいと考えている。

弊社では、「子どもからお年寄りまで、予防から看取りまで」をスローガンに掲げ、子どもから高齢者までをシームレスにつなぐプライマリ・ヘルスケアの実現を目指している。しかし、訪問看護事業は病気や障害をもつ地域住民を主な対象としているため、子どもや高齢者に対する予防的アプローチが十分に行えていないという課題もある。

人口減少・少子高齢化が進む中で、健やかな子どもの成長を支え、健康寿命を延ばすことは極めて重要な課題である。近年、子どもの貧困や虐待、若者のオーバードーズ問題などが連日報道されているが、その背景は複雑かつ多様である。こうした課題に対して、予防的・継続的な取り組み、早期発見につながるスクリーニング、相談窓口の整備、関係機関との連携といった「仕組み」自体にも課題があると考えられる。

今回の視察を通して、ヘルスケアシステムそのものやフランスにおける在宅入院、看護師の活動等を学び、今後の弊社の具体的な取り組みについて多くの示唆を得ることができた。

3. 研修での学びと今後の取り組みについて

3.1 ホスピスの立ち上げ

今回の視察を通して、私自身が取り組みたいと思ったことの一つは、以下のようなコンセプトを持つホスピスをつくることである。

- ①最期までその人らしく生きられる場所
- ②予防から看取りまで、子どもから高齢者まで地域に開かれた場所

- ③疾病予防・介護予防・認知症予防など、予防的な取り組みができる場所
- ④子どもの貧困や虐待などの予防・スクリーニングに取り組める場所
- ⑤地域住民のHealth & Well-beingに寄与する取り組みができる場所
- ⑥看護師と介護職が共同し、看護の価値を最大化できる場所
- ⑦施設として看取り率やQOLなどデータ収集・分析・研究を行う施設

日本では近年、いわゆる「ホスピス住宅」と呼ばれる施設が増加し、緩和ケア病棟の病床数を大きく上回っている。一方で、施設内訪問看護ステーションによる不正請求問題なども報道されている。日野原重明先生や石垣靖子先生、柏木哲夫先生など、日本でホスピスを広げてこられた先人たちの想いを考えると、こうした施設を「ホスピス住宅」と呼ぶことに強い違和感と憤りを覚える。私は、住まいとしてのホスピスを地域の中につくり、一人ひとりが最期までその人らしく生きられる場所、そして地域に開かれた場所を目指していきたいと考えている。

フランスでの視察から気づいた、日本の看護の価値

今回の視察を通して、フランスの診療看護師や開業看護師の活動は、主に診療の補助業務に特化しており、療養上の世話は行われていないことがわかった。フランスでは、高齢化や慢性疾患の増加、医師不足を背景に、入院期間の短縮も相まって、パラメディカルへのタスクシフトが進んでいる。これは、持続可能な医療提供体制を構築するうえで非常に有効な対策であると感じた。

一方で、看護の独自機能である「療養上の世話」が失われつつあることにも気づかされた。私は、看護の価値は療養上の世話の中にこそあると考えている。ナイチンゲールは、『看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択・管理すること、こういったことのすべてを、患者の生命力の消耗を最小にするように整えることを意味するべきである』と述べている。日本で訪問看護を実践する中で、この「療養上の世話」を含めた私たちの取り組みが、疾病予防や早期発見、QOLの向上、尊厳の保持、意思決定支援、穏やかな死に大きく寄与していることを日々実感している。今回のフランス視察を通して、日本の看護、特に訪問看護の価値を改めて見直す機会となった。

今後、医師から看護師へのタスクシフトがさらに進み、海外において看護が医業（主に診療補助）に近づいていく傾向がある中で、日本の看護が持つ価値は、より重要な意味を持つようになるのではないかと感じている。その価値を社会的価値として評価してもらうためには、地域住民のヘルスケアにどのようなアウトカムをもたらしているのかを、同時に発信していくことが重要な課題である。



フランスのIPAに関する講義にて

WHOでの学びとホスピス構想への示唆

ホスピス構想を考えるうえで、WHO本部、看護部門、精神保健・脳の健康および依存症部門、緊急対応局、母子・新生児・思春期保健および高齢化部門の担当者から話を伺えたことは、大変有意義であった。WHOの役割や機能だけでなく、世界規模でのヘルスケアシステムの考え方、各国政府や国際機関、NGO 棟との役割分担と連携、長期目標やアウトカム

指標を明確にした取り組みの重要性について学ぶことができた。

認知症部門では各国のユニークな取り組みが紹介され、高齢者部門ではエイジフレンドリーシティやヘルシーエイジング、高齢者のウェルビーイングに関するナレッジシェアが国境を越えて行われていることを知った。先進国を中心に少子高齢化が進む中で、グローバルネットワークを活かした取り組みの重要性を強く感じた。

講義終了後、「高齢者のウェルビーイングにおいて最も大切なことは何だと思いますか」と質問したところ、「高齢者が自分のやりたいことを続けていけること」という回答をいただいた。この言葉は、高齢者の自立支援、QOL、尊厳の保持において極めて重要なキーワードであると改めて認識した。

また、施設内のヘルスケアシステムをどのように構築するかについても多くのヒントを得ることができた。ホスピス事業の対象を「地域に暮らす子どもから高齢者、予防から看取りまで」と捉えるのであれば、看取りの場としてだけでなく、子どもから高齢者までが自由にアクセスできる開かれた空間であること、ユニバーサルデザインであること、そして健康寿命を延ばす、介護・認知症予防につながる教育的アプローチや、子ども食堂等を通じた子どもの孤立や貧困のスクリーニングと支援の仕組みも、構想段階から組み込みたいと考えている。さらに、大学等の研究機関とも連携し、施設内でのデータ収集・分析を行い、看護の価値の「見える化」にも取り組んでいきたい。

このようなホスピスを運営するためには、持続可能な運営体制の構築が不可欠である。これまでの起業過程で、まちづくりに熱い思いを持つ不動産業界や建築業界の方々とはご縁も得てきた。今後は、具体的な建築計画、予算、収益性の確保についても、現実的な検討を進めていきたい。

3-2. 離島など過疎地でのオンライン診療やテレナーシングの可能性

今回のフランス視察で特に興味深かったのが、無人診療所である。私たちが訪れたのは、地下鉄構内に設置された電話ボックスのような空間でオンライン診療を受けることができる仕組みであった。医療処置は、常駐する看護師が担っていた。

日本においても、離島や過疎地では、このような無人診療所を活用したオンライン診療は非常に有効であると感じた。トラック等で移動可能な無人診療所が整備されれば、訪問診療の一部を担うことも可能ではないかと考えた。高齢化と人口減少が進む地域において、訪問看護師が中心となって地域住民の健康を守り、医師がオンラインで後方支援を行う体制が構築できれば、住民が安心して暮らし続けられるのではないかと想像した。また、電話による体調確認や不安の軽減など、テレナーシングの活用も含め、DXの可能性が大きく広がると感じた。

また、サンテ・サービス本社で見学した在宅入院用の薬剤在庫管理の仕組みも、大変興味深かった。日本の過疎地においても、看護小規模多機能型居宅介護に併設する形で、いわばAmazonの薬剤庫版のような仕組みを整えば、在宅入院を含めた持続可能な医療提供体制が構築できるのではないかと考えた。私自身の故郷が鹿児島県で離島が多いこともあり、今後の離島医療の在り方について、できることを具体的に模索していきたい。

4. 謝辞

今回、このような貴重な機会をご支援いただきました日本財団の皆様、笹川保健財団の皆様、貴重なお話と多くの学びの機会を与えてくださいました喜多先生、現地にてコーディネートと研修生のサポートをしてくださいました宮前様、通訳や現地でサポートして下さった皆様、一緒に多くの時間を過ごさせていただきました研修生の皆様に心より感謝申し上げます。

5. その他

ジュネーブ・パリ研修について、貴重な学びの機会をいただきありがとうございました。喜多先生のお話や日本財団在宅看護センターネットワークの皆様との交流やディスカッションも大変有意義な時間となりました。

ジュネーブのWHO本部では、現地でしか聞くことのできない貴重な話を多く伺うことができ、フランスでは多様な社会情勢の中での在宅入院や看護師の役割について学ぶことができました。今後、もし再び海外研修の機会をいただける場合には、事前に数回のワークショップや学習会、グループごとの事前課題検討会などを行い、各研修生の目的や目標を明確にしたうえで参加することで、より充実した研修になると感じました。また、研修後のグループ活動や事後の振り返りを継続的に行う仕組みも重要であると考えます。

参加者については、起業家育成事業修了生、管理者、組織のNo.2等に対象を絞ることも一案ではないかと感じました。今後また機会がいただけるようであれば、オランダのビュートゾルフや、イギリスのセント・クリストファー・ホスピス、マギーズなどの取り組みも視察してみたいと思いました。この度は貴重な学びの機会をいただきまして本当にありがとうございました。

【参考文献】

1. 第9期介護保険事業計画(藤沢市・茅ヶ崎市・寒川町)
2. ナイチンゲール著,湯楨ます他訳「看護覚え書」(第8版),現代社,2023
3. 小磯明著,フランスの医療福祉改革,日本評論社,2019



喜多会長と同行の仲間たちと

ジュネーブ・パリ研修に参加し、 自分たちの地域に貢献できる事を考える

在宅看護センターポラリス 佐々木 浩美

1. はじめに

私は札幌市に隣接する江別市で在宅看護センターを開業し、笹川保健財団等からの支援を受けながら、まもなく5年を迎えようとしている。札幌市に隣接していることから都市部のイメージを持たれがちであるが、10kmほど離れると農村地帯が広がり、医療過疎・介護資源不足の地域が存在する。当事業所では、そのような地域への訪問看護も行ってきた。この5年間で人口減少はさらに進み、介護人材の枯渇により訪問介護サービスが停滞している現状を、現場で目の当たりにしている。こうした地域課題を前に、今後、自身の在宅看護センターがどのように地域に貢献できるのかを改めて考えたいと思い、本研修への参加を希望した。

2. ジュネーブ：世界保健機関(WHO)本部を訪問して

WHOでは、看護部門、高齢者・認知症部門、緊急対応部門などの専門スタッフから直接講義を受けることができ、今後自分自身に何ができるのかを考える貴重な機会となった。中でも、WHOがこれまで取り組んできたポリオ撲滅プログラム、衛生課題への対応、ワクチンや医療物資の普及、パンデミック予防戦略について改めて学び、また、講義を担当してくれた日本人専門家達が国際的な舞台で活躍している姿を目にし、大変誇らしく感じた。

講義とは別の点で印象に残ったのは、アメリカがWHOを脱退したことによる影響である。多額の拠出金を失ったことで、WHOでは日本人スタッフを含む人員整理が現実的な課題となっていることが説明された。今後、新たな感染症への対応能力が低下することで、アメリカ自身も公衆衛生上の脅威に直面する可能性があると言われている。

新型コロナウイルス感染症は一見収束したように見えるが、次のパンデミックは必ず到来すると言われている。私たちは、これまでの感染対策を忘れることなく、記録として残し、次に備える必要があると強く感じ、身の引き締まる思いがした。

感染症には国境がない。今後、アメリカのWHOに対する姿勢が変わることを期待したい。

3. パリ視察研修

日本と医療制度が比較的似ているフランスにおいて、医療制度、在宅医療、高齢者入居施設の現状を体系的に学ぶことができた。フランスでは医療費の自己負担割合は30%であるが、任意加入の補足制度や民間保険を活用することで、その多くがカバーされるという。また、がん、糖尿病、慢性腎不全、重度心疾患など、長期かつ高度な治療を必要とする31種類の疾患を対象としたALD制度¹があり、医療費はほぼ全額補償される。これは、日本の特定医療費制度の自己負担上限に通じる仕組みであり、患者が手厚く保護されている印象を受けた。

一方で、その背景には、在宅医療推進のために診療看護師(NP)を活用して病院医師の負担軽減を図る制度、在宅入院による医療費抑制、早期退院の促進、訪問看護指示書を簡便に発行できる仕組みなどがある。介護保険と医療保険の二本立てで複雑化している日本の制度と異なり、医療保険一本で運用されていることが、制度設計上の大きな利点であると感じた。

訪問看護の役割においても、入浴介助は看護師の業務ではないなど、介護職との役割分担が明確である点が印象的であった。

高齢者入居施設では、教会を母体とする、日本でいう介護老人保健施設に相当する施設を見学した。そこでは、その人らしさと尊厳が最後まで大切にされ、認知症ケアも充実していた。胃ろうなどの延命処置は行われず、長年教会に尽くしてきたシスターたちの介護・看取りが行われており、宗教関係者への深い敬意を感じた。

また、フランスでは日本と異なるかかりつけ医制度があり、専門医を自由に受診できないことが前提となっている。そのため入院期間が短く、在宅入院が推進されている。街角で気軽に利用できる無人診察室の普及や、フリーランス医師の活用など、国を挙げた多様な取り組みが進められていることを知った。

4. 日本の医療の現状と課題

日本では、誰もが容易に医療機関を受診でき、疾患ごとに自由に医療機関を選択できる。一方で、本人の明確な意思が示されていない場合、家族の希望により延命治療が行われる現実もある。

厚生労働省「令和5(2023)年度 国民医療費の概況」²⁾によると、2023年度の国民医療費は48兆円に達し、65歳以上が約28.9兆円で全体の約6割、75歳以上は約19.2兆円で約4割を占めている。1人当たり医療費は、65歳未満が21.8万円であるのに対し、65歳以上は79.7万円と約3.7倍、75歳以上では95.4万円と約4.4倍に拡大している。国民医療費は今後も増加が見込まれており、その要因として高齢化の進展に加え、医療の高度化、新薬の登場、さらに近年の物価上昇が挙げられる。

2025年11月に発行された第一生命経済研究所のレポート³⁾では、このように指摘されている。「国民皆保険制度を次世代に継承するためには、現状維持という選択肢はもはや存在せず、病床数の適正化を含む医療提供体制の再構築、在宅医療や介護への円滑な移行が不可欠である」。

こうした状況を踏まえると、日本においても延命医療のあり方や過度な医療の見直しが急務であり、診療看護師(NP)や特定行為看護師が、将来的にフランスのように国の制度として位置づけられる可能性を感じた。

5. まとめ

法制度の違いなどから、すぐに導入できることには限りがあるが、今回の研修を通して、自身の事業所で活かせる取り組みについて、以下の点に取り組んでいきたいと考えている。

- (1) 今後到来が予想されるパンデミックへの備えとして、各訪問先における口腔ケアや手洗いの励行・指導を継続する。また、訪問診療所や町役場と連携し、予防接種の実施に訪問看護師が関与する体制を提案し、接種の取りこぼし防止に努める。
- (2) 地域の訪問看護ステーションと連携し、「町の看護師」として医療相談を担うとともに、重複診療の弊害についての啓発を行う。あわせてACP(アドバンス・ケア・プランニング)の普及を通じ、「自分のこれからの考える」ための広報活動を進める。
- (3) 訪問先地域では、介護職員不足により老人保健施設の閉鎖やヘルパー不足が生じ、在宅療養の継続が困難な現状がある。中には、本来であればヘルパー支援で対応可能なケースにも、訪問看護が1日2回介入している例もある。こうした現実を踏まえ、利用者が安心し



フランスのナース・プラクティショナーについての講義にて

て生活できる場としての施設展開についても、自身が担う可能性を検討していきたい。

謝辞

今回の研修の機会を下された、日本財団、笹川保健財団の皆様、喜多先生、フランス・パリでのコーディネートをして下さった奥田七峰子様に心より感謝申し上げます。素晴らしい学びとなりました。また、今回の研修ではネットワークの諸先輩方との交流を通じ、事業所運営に関する多くの示唆を得ることができました。大変有意義な学びの機会となりましたことを、重ねて御礼申し上げます。

今後も本研修が継続されることを強く希望いたします。費用面では自己負担を増額しても価値があると思います。

【註】

1. Affection de Longue Durée (ALD) 奥田七峰子「日本とフランスにおける高額療養費制度の比較」<https://www.m3.com/news/open/iryoshin/1268757>
2. 厚生労働省「令和5(2023)年度 国民医療費の概況」<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/dl/R05kekka.pdf>
3. 谷口智明「国民医療費は過去最高の48兆円超に」<https://www.dlri.co.jp/report/ld/534226.html> (2026年1月アクセス)

【引用・参考文献】

1. 株式会社第一生命経済研究所 2025.11.6 資料



ネットワークの仲間と、凱旋門前で



パリで楽しんだスイーツ

ジュネーブ・パリ研修報告

在宅看護センター紀寿 高田 紀子

1. はじめに

私は2019年に第6期生として「日本財団在宅看護センター起業家育成事業」に参加し、コロナ禍であった2020年9月1日に「在宅看護センター紀寿」を開所した。開業当初から、地域で暮らす人々を意識し、在宅看護を中心とした地域貢献を重視してきたが、事業を継続・発展させていくためには、より広い視野、特にグローバルな視点を持つことが重要であると考えていた。また、開業から5年という節目を迎え、今後の方向性を見つめ直し、新たなヒントを得たいという思いから、本研修への参加を希望した。

2. 施設・市内視察所感と考察

(1) WHO 組織再編とユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)戦略から学んだこと

～地域の現状を見つめ、これからの在宅看護に活かす～

世界保健機関(WHO)は、限られた資源の中で質の高い医療をすべての人に届けるため、組織の効率化を進めつつ、「質(Quality)」「革新(Innovation)」「持続可能性(Sustainability)」の三本柱を重視している。医療人材の国際資格認証、デジタル技術の活用、安定した財源確保など、現実的でありながら将来を見据えた戦略が示されていた点が印象的であった。

神奈川県相模原市においても、高齢化の進行、独居高齢者の増加、医療・介護人材の不足など、地域課題は年々複雑化している。在宅で療養しながら暮らす利用者の「その人らしい生活」を支える在宅看護は、UHCが掲げる「誰一人取り残さない医療」を体現する分野であると感じた。

今後の取り組みとして、以下の点が重要であると考えている。

- ①質の向上：オンライン研修やeラーニングを活用し、訪問看護師が継続的に学べる環境を整備する。AIやVRなど新たな教育手法の導入も検討したい。
- ②イノベーション：医療機関や行政との連携を強化し、ICTを活用した迅速な情報共有体制を構築する。
- ③持続可能性：人件費や医療費の上昇を踏まえ、成果に応じた評価制度や地域内資源の共有など、柔軟な経営体制を模索する。

今回の研修を通して、在宅看護は「地域の小さな単位の医療」でありながら、世界の保健戦略の一部としてつながっていることを実感した。日々の訪問の中で「この支援が本当に本人にとって最適なのか」「地域の中でどのように連携していくか」と迷う場面は多いが、UHCの理念を学んだことで、「完璧を目指すより、誰も取り残さない支援を」という視点を持つことができた。地域に暮らす一人ひとりに寄り添いながら、法人の仲間と共に質の高いケアを継続的に提供していけるよう、学びを実践に活かしていきたいと考える。



7期生の小幡さんと

(2) 認知症と地域ケア — 東林間地域への展望

WHO 高齢者部門での講義から、世界の認知症人口は5,700万人を超え、その約40%が西太平洋地域に集中していることを知った。介護費用の約半分が家族などによるインフォーマルケアである現状から、家族への支援がいかに重要であることを改めて実感した。中でも、「研究と実践、制度と地域をつなぐ力こそが成果を生む」という講師の言葉が印象的であり、在宅看護の現場で地域課題を見つけ、解決の一步を形にしていくことの大切さを再認識した。

神奈川県相模原市南区東林間地域でも、高齢化の進行とともに独居高齢者や老々介護世帯が増えている。軽度認知障害や初期認知症の段階で支援につなげられず、家族が抱え込みすぎてしまうケースも多い。行政や包括支援センターの支援体制は整いつつあるが、現場の声や生活の実態と制度設計の間にはまだギャップがある。在宅看護はまさにこの「制度と生活のあいだ」をつなぐ存在であり、地域包括ケアの要としての役割がますます重要になっていると感じる。

当法人でも、認知機能が低下した利用者との関わりは日常的に多く、さまざまな実践を積み重ねてきた。「さがみはらチームオレンジ」に登録し、事業所を地域の認知症カフェの会場として提供するなど、地域活動にも積極的に協力している。このような取り組みを通じて、地域課題の早期発見や家族支援の拠点として機能していることを実感している。一方で、支援が必要な人がサービスにつながらないケースや、介護者の孤立といった課題は依然として多い。制度の枠組みの中では対応しきれない部分にこそ、看護師の視点と地域のネットワークを活かす工夫が求められている。今後の地域展開における提案は、次の三つである。

① 地域包括看護ステーションを核とした多職種連携

医療・介護・地域住民・企業・学校などが連携し、在宅医療や生活支援、介護者への教育などを一体的に提供できる仕組みを整えていきたい。看護師が中心となり、地域住民を巻き込みながら「認知症フレンドリー・ネットワーク」をつくることで、専門職だけに頼らない支え合いの地域を目指す。

② ICT・AIを活用した在宅看護データの共有

日々の訪問で得られる血圧や歩行、睡眠などのデータを匿名化して地域包括支援センターや医療機関と共有することで、リスクの早期発見や重症化の予防につなげられる。この仕組みが整えば、在宅看護は「ケアを届けるだけの存在」から「地域の健康インフラ」としての役割を果たすことができる。

③ 「ケア×交流×雇用」を軸としたコミュニティビジネスの推進

東林間商店街や地域企業、自治会などと連携し、在宅看護ステーションが中心となって「認知症カフェ」や「健康ステーション」を設立する構想を持っている。ここでは介護者のリフレッシュ支援や軽度認知症者の社会参加を支援し、地域の人々をスタッフとして雇用する仕組みを導入する。ケアと交流と雇用を循環させることで、地域に活気と安心を生むことができると考えている。さらに、WHOが推奨する知識共有の国際的なネットワークに、東林間からの実践モデルを発信し、日本の地域看護の価値を広く共有することも目指したい。

在宅看護は単なる医療や介護行為の提供だけではなく、「地域の課題を見つけ、支援の形をデザインする仕事」であると改めて感じた。制度や仕組みを待つのではなく、現場の視点から課題を見つけ、地域を動かしていくことが看護の力であると思う。

また、家族や地域住民、行政と関わる中で、「支援する側とされる側」という関係ではなく、共に地域をつくっていく姿勢が求められていると感じた。東林間という地域が、人と人のつながりの中で安心して暮らせるまちであり続けるよう、今回の学びを日々の実践につなげていきたい。

東林間地域には、高齢化や認知症の増加という大きな課題がある一方で、住民同士のつながりや地域の温かさという強みもある。今後は、当法人としても地域と協働しながら、「看護が地域を動かす力」「看護師が社会を変える」を実感できるよ

うな取り組みを積み重ねていきたい。そして、UHCの理念にも通じる「誰一人取り残さないケア」を、東林間から実現していくことを目指していく。

(3) 感染症・公衆衛生視点からの地域活動の課題と展望

エボラ出血熱やCOVID-19の事例から、感染症対策における正確な情報提供と地域住民の行動変容の重要性について学んだ。特に、専門チームによる治療支援や現地スタッフの育成、さらには生存者自身による情報発信が、地域の受診行動やコミュニティ全体の意識を大きく変化させたことは印象的であった。また、ワクチン接種が単に命を守るだけでなく、重症化予防や社会的医療負担の軽減につながるという点も改めて理解できた。個々が科学的根拠に基づいて判断し行動できるよう支援することこそ、公衆衛生の基盤であると感じた。

相模原市においては、人口約72万人のうち高齢化率は26%を超え、独居や老々介護世帯の増加が進んでいる。インフルエンザやCOVID-19などの呼吸器感染症は、高齢者入居施設や在宅療養中の方々にとって依然として大きな脅威であり、地域によるワクチン接種率の差も課題である。限られた医療資源の中で、感染症発生時に迅速かつ適切に対応できる体制づくりが求められている。

当法人では、まず在宅看護の現場を通して、正確でわかりやすい情報提供を心がけている。利用者や家族に対し、ワクチンの意義や副作用への対応を丁寧に説明し、自らの判断で安心して行動できるよう支援することを重視している。また、地域包括支援センターや医療機関と連携し、感染症発生時における迅速な情報共有やフォローアップ体制の強化も進めていく必要がある。

今後の取り組みとしては、法人拠点を活用した地域啓発活動の展開も重要である。地域住民やボランティア、学生と連携し、ワクチン説明会や感染症講座、オンライン相談会などを実施することで、誰もが科学的根拠に基づいて行動を選択できるよう支援していきたい。また、こうした活動を通じて、地域に根ざした持続可能な公衆衛生モデルの構築を目指したい。在宅看護は医療や介護の提供だけに留まらず、地域の感染症対策や公衆衛生活動の中心的存在となり得ることを再認識した。地域で暮らす人々が安心して生活できるよう、国際的な知見と地域実践を結びつけながら、相模原市における安全で持続可能なケア体制づくりにこれからも努めていきたい。

(4) ヘルシーエイジングと高齢者ケアの地域展望

WHOは高齢者の健康寿命を延ばすために、内在的能力、環境、機能的能力の三要素を重視した包括的ケアの重要性を示している。高齢者は一律ではなく、病気や年齢の差に関わらず、望む活動を継続できる環境整備が不可欠であるという考え方は、地域在宅看護の現場に直結する示唆である。

相模原市南区東林間は、都市型住宅地でありながら高齢化が進む地域である。市のデータによれば、65歳以上人口は増加傾向にあり、単身高齢者世帯や在宅療養者も多い。公共交通機関や商店街は整備されているものの、屋根付き歩道やバリアフリー化は限定的であり、日常生活の安全確保や移動の自立支援が地域課題である。

当法人では、こうした地域特性を踏まえ、在宅看護を通して高齢者一人ひとりの内在的能力や生活環境に応じた支援を行っている。具体的には、転倒予防や運動・栄養指導、服薬管理、認知機能維持のための社会参加プログラム、日常生活動作に応じた住宅改修や補助具活用の提案などを包括的に提供している。研修で学んだICOPEの考え方を実践に活かし、早期介入や機能的能力の維持に向けた取り組みを地域レベルで推進している。

未来に向けた提案として、次の三点を挙げたい。

①地域資源のマッピングと情報共有を強化し、住民が必要なサービスを迅速に利用できる体制を整えること

②在宅看護チームだけでなく、地域包括支援センター、行政、医療機関、民間団体などの多職種連携をさらに深化させることで、地域全体で高齢者の機能維持を支える仕組みを構築すること

③住民主体の健康づくり活動や認知刺激プログラムを取り入れることで、パーソンセンタードケアを実践し、生活の質の向上に貢献すること

研修を通じて、高齢者が住み慣れた地域で安全・安心に生活し、自ら価値を置く活動が続けられる環境を作る役割を果たすことを改めて実感した。今後は、東林間エリアで得られた知見を具体的な取り組みに反映させ、当法人として持続可能な在宅ケアモデルをさらに整備したい。

(5) パリ高齢者入居施設見学を踏まえた日本の現状との比較

パリの高齢者入居施設は、日本の介護福祉施設と同様の運営形態であり、看護師の役割も大きくは変わらない。しかし、施設運営や生活支援の考え方には文化的な違いが見られた。具体的には、食事中的ワイン摂取や屋外での喫煙が認められるなど、利用者の健常時の嗜好や生活習慣を尊重する姿勢である。老いや病気を理由に生活の自由を制限するのではなく、「その人らしく生きる権利」として尊重している点は、利用者中心のケアの実践例として評価できると感じた。施設自体はパリの市街地にありながら、外からは内部の様子が全く想像できない広い庭を備え、プライバシーと開放感を両立させていた点も注目に値する。

日本の高齢者施設では、生活の自由や個々の嗜好を尊重する事例はまだ限定的である。喫煙やアルコール摂取の制限、厳格な生活動線管理など、安全面や衛生面を重視するあまり、利用者の自己決定や生活の質が制約される傾向がある。さらに、屋外空間の確保や建物設計においても、利用者が自由に移動できる広さや開放感を持つ施設は少なく、都市部では特に課題が顕著である。

これらを踏まえると、日本における高齢者施設の今後の課題は、医療・介護安全の確保と、利用者の自己決定権や生活の質向上の両立にあると考える。具体的には、利用者の嗜好や生活習慣を尊重しつつ、安全面を確保する施設運営の工夫、屋外空間やプライバシーを考慮した建物設計、そして地域文化に応じた柔軟なケア方針の導入が求められる。在宅看護や地域包括ケアの視点からも、施設利用者が自立性や社会参加を維持できるよう支援する体制の強化が必要である。

3. おわりに

今回のジュネーブ・パリ研修を通して改めて感じたのは、「地域で生きる人を支える」という日々の在宅看護の役割が、世界の保健医療の流れと確かに重なっているということだった。WHOが掲げるUHC(ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ)やヘルシーエイジングの理念は、どこか遠い国の話ではなく、私たちが暮らす相模原・東林間の地域の姿にも通じている。誰もが安心して、自分らしく暮らし続けられる地域をつくること——それは世界共通の願いであり、看護の原点でもあるのだと思う。

パリの開業看護師に同行した訪問先では「その人らしさを尊重するケア」が印象的であった。たとえ病気があっても、自分の好みや生活のリズムを大切にできる環境が整っており、「安心して自分らしく暮らせること」が本当の意味でのケアではないかと感じた。私たち訪問看護師も、医療と生活を結び橋渡しとして、もう一步柔らかな視点を持つ必要があるのかもしれない。



パリ街中のオペラのポスター

また、認知症や感染症への取り組みを通して、看護師が地域の健康を守るための“つなぎ役”であることを改めて実感した。制度と生活の間にある小さな隙間を見つけ、誰かが取り残されないように支える——それが在宅看護の大切な役割だと思う。AIやICTなどの新しい技術を上手に取り入れながら、地域の健康データを共有し、早期に支援できる体制を整えていくことも、これからの看護に求められる挑戦だと感じている。

「在宅看護センター紀寿」を開所して5年。地域の人たちに支えられながら歩んできたこの時間の中で、私自身も多くの学びと出会いを重ねてきた。今回の研修は、その歩みを次の段階へ導いてくれる大きなきっかけになったように思う。世界の現場で得た知見を、地域の実践に還しながら、仲間とともに“誰も取り残さないケア”を形にしていきたい。これからも、看護の力で地域を少しずつ明るく、そして温かくしていけるよう歩み続けていきたい。

WHO視察およびバリ施設視察研修への参加を通じて、日本と世界の保健医療・ケアの在り方の相違を実感として理解することができた。他国との比較から得た視点を踏まえ、日本および地域社会に貢献できる人材を育成・輩出していくためにも、本研修事業の継続を強く希望する。また、参加者の一人として、この貴重な学びをいかに事業へ還元し、具体的な実践につなげていくかが、今後の重要な課題であると考えている。

謝辞

今回このような貴重な機会を頂きましたことに心より感謝申し上げます。笹川保健財団喜多悦子会長および宮前様、日本財団からご同行頂いた杉田様、原口様にはとても心強く市内視察中にも手厚いサポートをして頂きました。またバリにおいてサポートしてくださいました奥田七峰子コーディネーター様にも感謝申し上げます。特に今回は経営者限定の研修でしたので、財団研修中に実習先でご指導を賜りました諸先輩方との再会はとても嬉しく思いました。この機会を通じて、地域における在宅看護の役割や課題を再確認するとともに、グローバルな視点での学びを得ることができました。今後は研修で得た知見を地域活動や法人運営に活かし、より質の高い在宅看護サービスを提供できるよう努めてまいります。

【引用・参考文献】

1. 総務省統計局「国勢調査」(2020年・2025年概算データ)
2. 神奈川県「高齢化に関する統計」(令和7年版)
3. 相模原市「地域包括ケアシステムに関する報告書」(2024年更新)
4. 相模原市「南区地域包括ケア計画」(令和7年度版)
5. 厚生労働省「在宅医療・訪問看護実態調査」(2022年・2024年版)
6. 神奈川県「認知症施策推進計画」(令和7年度版)
7. 日本認知症ケア学会「地域包括ケアにおける認知症対応ガイドライン」(2023年)
8. 厚生労働省「地域包括ケア推進のための資料」(2024年版)
9. 厚生労働省「感染症発生動向調査」(令和6～7年)
10. 神奈川県「高齢者施設・在宅高齢者における感染症対策報告」(2024年版)
11. 相模原市保健所「ワクチン接種・感染症統計」(令和7年版)
12. 西岡ひとみ(2017年): フランスの在宅入院制度(HAD)から見たわが国の地域包括ケアシステムにおける訪問看護師の役割と課題 <https://cir.nii.ac.jp/crid/1050845762535360768>
13. 篠田道子: 海外の在宅医療シリーズ <https://zaitakuiryo-c.com/learn/special/94.html>
14. 厚生労働省: 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 https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/topics/dl/130705-2/2-41.pdf

二つのオペラ座

高田 紀子

オペラ「ラ・ボエーム」観劇

【オペラ・バステューユ】

L'Opéra de la Bastilleで観劇した「ラ・ボエーム」は、私にとって特別な体験となりました。暗い屋根裏部屋でのラブストーリーを想像して臨みましたが、宇宙服を着たキャストが舞う現代的演出には度肝を抜かれました。古典的な作品が斬新に再解釈された演出は、さすが芸術の街パリだと気持ちを切り替えて観劇しました。英字字幕を確認しながらの観劇でしたが、事前にストーリーを確認していたのでおおよその理解はできました。

この体験を通して、写真や映像では決して味わえない“本物”の力、空間や音響、オペラ歌手の息遣いを直接感じることの大切さを痛感しました。芸術は受け取る側の感覚と直接交わることで、深く心に刻まれると実感しました。

オペラ座の怪人 —ファントムの気配を感じて—

【オペラ座ガルニエ】

Palais Garnierは、私が今回の滞在で最も感動した芸術作品です。その豪華絢爛な装飾、広大なホール、そして舞台の精巧さに圧倒されました。日本で観劇していた「オペラ座の怪人」の舞台装置や演出が、この建物の中で生まれたことを肌で感じ、作品への理解が一段と深まりました。地下の迷路のような構造や舞台裏の緻密さ、光と影の演出は、怪人の孤独や愛の切なさをより鮮明に映し出していました。長年愛してきた物語と建築美の融合は、想像以上に心を揺さぶる体験で、オペラや演劇への情熱がさらに強まりました。

パリの街を歩き、パリの芸術作品に直接接触する経験を通して、感性を磨き、本物の作品と直接向き合うことの大切さを改めて実感しました。やはり、学びや感動は“本物”に触れることで初めて鮮明になり、自分の中に生き続けるのだと強く感じました。



ガルニエ宮殿にて

参考文献

- Opéra national de Paris(パリ国立オペラ公式サイト)
<https://www.operadeparis.fr/>
(オペラ・バステューユおよびオペラ座ガルニエの歴史・公演情報)
- 『オペラ座ガルニエとその建築美』(フランス文化省公式観光情報) Ministère de la Culture, “Palais Garnier - Opéra National de Paris.”
<https://www.culture.gouv.fr/>
- ガストン・ルルー著『オペラ座の怪人』(Le Fantôme de l'Opéra)原著出版：1910年
- フランス政府観光局(Atout France)公式サイト
<https://www.france.fr/ja>

ジュネーブ・パリ研修報告

在宅看護センター日向ぼっこ 小幡 順子

1. はじめに

グローバル化が進んでいる現在、人・物・情報は国境の垣根を低くし、各国の出来事は相互に影響を及ぼしている。特にCOVID-19の流行では、私たち一人ひとりの生活に影響を及ぼし、海外の出来事は他人事ではないことを痛感した。

私たち訪問看護師は日々目の前の利用者に懸命に向き合っている一方で、国際的な潮流を鳥瞰し、国際的視点から看護を捉えて実践する機会は、日常のケアの中では限られている。今回、WHO研修を通して国際医療の取り組みを直接学ぶ機会を得るとともに、パリ研修では日本とは異なる医療・看護の実践に触れることができた。本報告では、この貴重な経験を振り返り、今後の活動の糧としたい。

2. 開業地域の医療・福祉・社会などの現状

本事業所を開業している福岡県朝倉郡筑前町は、福岡県中央部に位置し、第一次産業を主産業としている。本年9月現在の人口は外国人504人を含む30,983人であり、福岡市内へのアクセスが比較的良好なことから、平成27年度以降は人口が微増傾向にある。

高齢化率は30.2%と国や県より高いものの、近年は微減傾向にあり、0～64歳人口は微増している。令和6年3月時点では、0～14歳人口が14.4%、15～64歳人口が55.4%である。出生数は平成30年以降微増を続け、出生率も平成29年以降、国を上回る水準で推移している。一般世帯数は増加する一方、1世帯当たり人員数は減少し、家族の少数化・核家族化が進行しており、特に高齢者の一人暮らしの増加が顕著である。実感としても、近年は空き家の解体後に新築住宅が建ち、若い世代の家族が居住するケースが増えている印象を受けている。

介護保険サービスの総受給者数はわずかに増加傾向にあり、居宅サービスは増加、施設サービスおよび地域密着型サービスは減少傾向にあるものの、保険給付額は施設サービスが最も多い。要介護認定率は15%前後で推移し、要介護1が最も多く、次いで要支援2が多い。要介護5認定者は微増している。

在宅診療については、福岡県では85歳以上人口が2040年をピークに増加する見込みで、訪問診療推進の取り組みが進められている。しかし、当事業所の属する二次医療圏では、訪問診療患者数は県内13医療圏中最少であり、人口比でも大きく下回っている。実際、当事業所への訪問依頼は、二次医療圏を超えた医療機関からのものが多く、地域内クリニックからの依頼は少ない。現在は、移動距離や訪問看護事業所数の増加も影響し、車で片道30分程度で対応可能な隣接地域からの依頼が中心となっている。

福岡県における在宅看取り患者数は全国平均を下回るものの、年々増加しており、特に令和3年度以降は顕著である。高齢者向け住居や特別養護老人ホームでの看取りも増加傾向にある。

3. 本事業所の取り組み

本事業所は2021年8月に訪問看護事業所を開業した。その際に作成した事業計画では、グローバルヘルスの概念を実践へとつなげるため、地元およびその周辺地域の足元に目を向けた取り組みを行うことを掲げた。理念を「誰一人取り残さない 未来のために」とし、持続可能な開発目標(SDGs)目標3「すべての人に健康と福祉を」に向けた取り組みとして、感

感染症対策、精神疾患および福祉の促進、性と生殖に関する保健サービス、健康リスク因子の早期対策と管理、ならびに UHC 実践に向けた質の高い保健サービスの提供を掲げてきた。

その実現に向け、24時間体制で新生児から看取りまで、周産期を含めた対応が可能な体制を整備してきた。開業から約3年間は人員確保も困難であり、質の確保や安定した事業運営に不確かさがあったものの、現在は小児の医療的ケア、精神疾患利用者への対応、緩和ケア認定看護師が関わる終末期医療、言語聴覚士や作業療法士によるリハビリテーションなど、専門性を発揮した対応が可能となってきている。

また、自治体からの委託事業として、産後ケア事業のアウトリーチ型を受託し、助産師による訪問を行っている。これらの取り組みを通じ、当初掲げた目標に向けた基盤がようやく整ってきたように感じている。加えて、看護学校での講師活動や緩和ケア認定看護師養成講習への講師派遣を行っており、今年度末には看護学生の実習受け入れも予定しているなど、次世代を担う看護師の育成にも携わっている。

訪問地域の特徴からも、今後はますます訪問看護の需要が高まると考えられるが、一方で、人口に比して地域面積が広いことや、山間部を含む地理的条件により、同一地域内であっても医療アクセスの実態を十分に把握できていない地区も存在する。また、在宅診療が必ずしも活発な地域とは言い難い現状もある。

今後の課題として、訪問看護の認知向上、疾病予防に関する情報発信、地域および関係機関との連携強化、特に医師との連携強化が挙げられる。なかでも、社会福祉協議会や民生委員との連携は十分とは言えず、訪問看護を必要とする住民が円滑に支援につながるよう、地域に根差した体制整備を進める必要があると考えている。

4. 研修での学びをどう活かすか

4-1. 世界保健機関(WHO)本部

WHO本部への訪問では、まず中谷祐貴子本部事務局長補佐より、UHC(Universal Health Coverage)に関するWHOの取り組みについて講義を受けた。UHCはSDGs目標3の中核的なターゲットであり、「誰一人取り残さないという保証こそがヘルスシステムである」という言葉は、地域での実践にも通じる視点であった。国際戦略と地域実践のスケールには差があるものの、健康課題は地域で生じ、住民の「健康に暮らしたい」という思いは共通している。地域での小さな取り組みがUHCに直結していることを再認識した。

続いてのAmelia看護部長の講義では、看護師・助産師・保健師のエンパワメントがUHC達成に不可欠であることが示された。エンパワメントには、専門性を発揮できる環境や仕事の充実感が重要であり、研修や学会参加、研究への参画機会を本人の意向に沿って提供する体制づくりが求められる。また、「看護の声が政策に届くことで、医療は社会の隅々まで届く」という指摘があった。全国170以上の事業所を有する日本財団在宅看護センターネットワークは、根拠あるデータを基に政策提言につなげ得る基盤を有しているが、私自身は発信力のある人にお任せしてきたところがあるため、今後は地域課題をネットワーク内で共有・発信していくことを自らの課題としたい。

Katrin Seeherメンタルヘルス専門官および角由佳医務官からは、認知症の現状、対策、課題について講義を受けた。地域での看護は、WHOが掲げる認知症対策(認知向上、リスク軽減、診断・治療・ケア、介護者支援、情報システム、研究)において重要な役割を担っており、日本のオレンジプランもグローバルアクションの一例として紹介された。角医務官からは、市町村レベルの取り組みを県・国へと展開し、高齢者にやさしいまちづくりを進める重要性が示された。この取り組みを進めるうえで、包括支援センターや社会資源との連携は不可欠となってくるが、「言うは易し、行うは難し」であることを講義中に角先生もご指摘なさっていた。協働を積み重ね、成果事例を共有していくことが重要となってくるだろう。我が事業所の訪問地域でも、認知症相談窓口の周知が十分とは言えないことから、訪問看護師の役割として、既存の認知症ガイドブック(認

知症ケアパス)の活用促進や、成年後見制度等の社会資源を含めた橋渡し役などを通じて貢献できるのではと考える。

進藤奈邦子本部感染症危機管理 シニアアドバイザーからは、感染症対策について講義を受けた。エボラ出血熱やCOVID-19への対応を通じ、WHOが専門的治療、現地人材育成、早期治療導入を組み合わせ、地域全体を俯瞰した戦略を展開してきたことを学んだ。COVID-19パンデミックの際は、日本が独自に築き上げた保健所体制の中、保健師が重要な役割を担ったことで適切なケアと感染管理ができたとの指摘があり、地域での訪問看護が公衆衛生と密接に連動していたと再確認した。また、ワクチンに関しては、個人が適切に判断できる情報提供と、稀な副反応を社会全体で支えるという公衆衛生の基本理念が示された。私たち訪問看護師は、地域住民に最も近い立場として、根拠に基づく情報を伝える役割を担っていると改めて感じた。



WHO本部にて

近年の気候変動やワンヘルスの視点から、感染症は安全保障上の課題でもある。日本では感染症への知識が必ずしも十分とは言えず、今後は看護職自身が知識を深め、地域で正確な情報を伝えていく必要があると考える。

今回のWHO訪問を通じ、地域全体をシステムとして捉え、関係機関を巻き込んだ取り組みと、研究に基づくエビデンスの重要性を再確認した。加えて、世界で活躍する日本人女性リーダーの姿勢や言葉から、多くの示唆と励ましを得る研修となった。

4-2 パリ研修

パリ研修に先立ち、医療通訳の奥田七峰子氏よりフランスの医療保険制度について講義を受けた。フランスでは病床数が年々減少しており、日本の約4分の1にとどまっている。一方で、病院看護師に対する訪問看護師の比率は日本より高く、病院医療と比べてコスト効率の高い在宅医療が推進されている。

医療保険制度は二階建て構造で、強制加入の社会保障に加え、民間保険や互助共済による補足制度が整備されている。補足制度には約9割が加入しており、原則3割の自己負担だが、それも民間保険によって軽減されることが多いという。在宅入院においては、重症・慢性疾患の場合、原則100%が保険でカバーされ、補足保険による追加的な保障もある。介護保険制度はなく、高齢者医療よりも高度医療に重点が置かれている点も特徴である。また、胃瘻は緊急的・一時的な場合を除き、本人・家族ともに選択されることは少なく、虐待と捉えられる場合もあるとの説明があり、終末期医療の価値観の違いを理解する機会となった。今回の研修では、ナース・プラクティショナー(IPA)制度、高齢者入居施設、無人診療所、訪問看護の現場を見学した。

フランスのIPA制度

フランスのナース・プラクティショナー(IPA)制度は、高齢化や慢性疾患の増加、医療従事者の高齢化を背景に、医療アクセスの改善や医師の負担軽減、医療の質向上を目的としている。2016年には法制化され、医師の紹介なしでの受診や、一定範囲での薬剤処方権、3日間までの休職証明書の発行などが認められており、開業する選択肢もある。

日本でも同様の背景から2008年にNP教育が開始されたが、法制化には至っておらず、学会認定資格にとどまっている。保健師助産師看護師法に基づく「診療の補助」の枠組みの中で実践されている点は、フランスとの大きな違いである。日本でもNP養成や認定者は増加しているものの、認知度は高いとは言えず、現場での活躍の実態を知る機会に限られている。

タスクシェアリングが進む中で、医師不足を補う手段としてNPが位置づけられることへの懸念もあり、看護師全体の業務負担増につながらない制度設計が求められる。

報酬面では、フランスでは包括支払いのためIPAに個別報酬は設定されておらず、日本でも評価は所属機関の裁量に委ねられている。訪問看護においては、医療ニーズの高い利用者への質の高いケアにIPAの活躍が期待される一方、現行の加算制度は対象・水準ともに限定的である。IPAが専門性を十分に発揮するためには、制度化と環境整備を通じて、その効果が患者・利用者に還元される仕組みづくりが必要である。

在宅入院と訪問看護、高齢者入居施設

サンテ・サービス本社では、在宅入院(HAD)の説明と薬剤庫の見学を行った。在宅入院は、「自宅で入院する」という考え方のもと、病院相当の高度医療を24時間体制で提供する制度である。急性期病院の在院日数が1~3日と短いフランスでは、重症度・複雑性の高い患者を在宅入院で対応し、その後必要に応じて訪問看護へ引き継がれている。

訪問看護に同行したところ、比較的軽症者を対象とし、身体的処置が中心である点が日本の訪問看護と異なっていた。単純な優劣比較ではなく、日本における記録業務の多さや時間制約、専門技術と生活援助の両立、医師指示のあり方など、改善の余地について考える契機となった。在宅入院は入院期間の短縮により医療コスト抑制にも寄与しており、社会保障関係費が国の歳出の3割超を占める日本においても、将来的な医療のあり方を検討する上で示唆を与えるものであった。

高齢者入居施設では、日本との大きな違いは感じられなかったが、医師不在時に看護師が専用機器を用いて遠隔の専門医と連携し、オンライン診療を行っている点が特徴的であった。無人診療所の見学も行い、IT化やオンラインによる医療情報共有が進む中で、看護職にも柔軟な連携と対応が求められると感じた。

5. パリの街から考えたこと

研修直前、フランスでは政権に対する抗議デモが発生し、パリ市内の一部では暴動化したとの報道があった。その影響もあり、街中で銃を携行し警備に当たる軍人の姿が見られた。初めて訪れたパリは、「芸術の都」と称されるにふさわしい優雅な街並みが広がり、歴史的背景を踏まえて訪れることで、より深い理解が得られただろうと感じた。一方で、危険とされる地区や高架下で生活する人々、アフリカ系と思われる移民の姿にも触れ、ヨーロッパ各国で課題となっている移民・難民問題を身近に感じた。フランスにおいても、不法移民の増加は社会問題となっていると聞く。

日本においても在留外国人は増加しており、2025年6月時点で約395万人と過去最高を更新している。国立社会保障・人口問題研究所の推計では、2070年には外国人人口比率が10.8%に達するとされており、実際にはそれを上回る可能性も指摘されている¹⁾。若年人口の減少と労働力不足が進む中、2019年の改正入管法・難民認定法により、単純労働分野での外国人労働者受け入れが拡大され、日本社会は外国人労働者なしでは成り立たない状況になりつつある。

その一方で、ムスリムに配慮した学校給食への要望に対する反対の声や、土葬整備を巡る計画の撤回、日本ファーストを掲げる政党の台頭、JICAによるアフリカ諸国との交流事業に対する苦情など、排外主義的とも受け取られる動きも見られる。グローバル化が進む一方で、社会の受け止めは必



喜多先生と凱旋門前で

ずしも一様ではない現状がある。

在留外国人の増加に伴い、医療機関を受診する外国人患者も増加している。これに対応するため、多言語対応の救急車利用ガイド、外国人患者受け入れマニュアル、外国人患者受け入れ医療機関認証制度(JMIP)などが整備されてきた。JMIPは第三者機関が受け入れ体制を評価・認証する制度であり、認証医療機関は10年前の8施設から現在は93施設に増加している。しかし、福岡県内の認証医療機関はいずれも大規模病院であり、外国人患者が最初に受診することの多い診療所レベルでは十分に普及しているとは言い難い。また、非正規滞在者の受診遅れによる重症化も課題として指摘されている。

看護・介護分野では、EPAに基づきインドネシア、フィリピン、ベトナムから看護師・介護福祉士候補生を受け入れており、加えて2017年には技能実習制度の対象職種に介護が追加され、外国人介護職の受け入れが進んでいる。近隣の介護施設においても、外国人職員を積極的に受け入れている例が見られる。

2009年にEPAによる看護師候補生を受け入れた病院で、共に働く日本人看護師を対象に聞き取り調査を行い、外国人看護師候補生との間に生じる葛藤について研究を行った。調査では、方言を含む言語の受け止め方、時間感覚、患者との距離感、装い、行動規範の違いに加え、日本の医療現場特有の報告・連絡・相談といった組織文化の違いが、違和感や評価の低下につながっていることが示された。一方で、患者との距離感についても「馴れ馴れしい」と感じる看護師がいる一方、「親しみやすく優しい」と肯定的に捉える看護師もあり、評価は一様ではなかった。

異文化を背景に持つ人々との共存には課題も伴うが、多文化共生が求められる社会においては、文化的・社会的背景の違いを理解し合い、互いのアイデンティティを尊重する姿勢が重要である。個々に目を向けた関わりを積み重ねていくことが、今後の医療・看護の現場においても求められると考える。

謝辞

このような貴重な機会を設けて頂いた日本財団、笹川保健財団、現地での視察に協力頂きました皆様、そして気持ちよく送り出してくれたスタッフに感謝いたします。また各地で活動する仲間との出会いからは強い刺激を受けて、エネルギーを頂きました。この研修の経験を無駄にすることなく、今後活かしていきたいと思えます。

【註】

1. 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」
https://www.ipss.go.jp/pp-zenkoku/j/zenkoku2023/pp2023_ReportALLc.pdf (2026年1月アクセス)

【参考文献】

1. 第9期筑前町高齢者福祉計画
2. 第3期筑前町子ども・子育て支援事業計画書(令和7年3月)
3. 国民衛生の動向 Vol.72 No.9: 厚生労働統計協会
4. 出入国在留管理庁HP: 令和7年10月25日閲覧
5. 一般社団法人日本医療教育財団 外国人患者受け入れ医療機関認証制度HP
6. 福岡県HP 令和7年度在宅療養支援診療所等調査 令和7年10月25日閲覧
7. 総務省消防庁HP 令和7年10月25日閲覧
8. 厚生労働省HP 令和7年10月25日閲覧
9. 法務省HP 令和7年10月25日閲覧
10. 国立社会保障・人口問題研究所HP 令和7年10月28日閲覧
11. 日本NP教育大学院協議会HP 令和7年10月29日閲覧
12. 草間朋子: 日本における診療看護師(NP: ナースプラクティショナー)の現状
13. 日本創傷・オストミー・失禁管理学会誌 Vol.25 No.3 pp499-505.2021

広島の地域包括ケアを考える

— スイス・フランス視察からの示唆 —

にじのはな在宅看護センター 森山 薫

1. はじめに

日本社会は急速な高齢化の中で、医療・介護・福祉の一体的な支援体制が求められている。広島市では高齢化率が30%¹に迫る地域もあり、独居高齢者や認知症高齢者の増加、在宅での看取り支援の需要拡大など、訪問看護の役割は年々大きくなっている。また、広島市郊外から市内中心部へ生活利便性や通院利便性を求めて移住する、いわゆる逆ドーナツ現象も見られる。

このような状況を背景に、私はスイス・ジュネーブのWHO本部での研修と、フランス国内の医療・介護関連施設の視察に参加した。本報告書では、これらの学びを整理し、広島市における地域包括ケアと訪問看護の課題および今後の展望について考察する。

2. 世界保健機関(WHO)での視察と学び

(1) 感染症対策²とOne Healthの理念

WHOでは、国境を越える地球規模の健康課題として感染症を捉えている。COVID-19では、限られたリソースをどこに集中させるかという戦略的判断、地域に根ざした公衆衛生システムの構築、人材育成の重要性、さらにワクチン研究開発が感染拡大防止に果たした役割が強調された。エボラ出血熱やCOVID-19を経て、ヒト・動物・環境の健康を一体的に考える「One Health」の理念が共有されている。地域における初期対応力の強化と住民への健康教育・予防啓発の重要性が再認識され、訪問看護師が地域の感染予防の担い手であることを実感した。

(2) 認知症とヘルシーエイジング

WHOは「Healthy Ageing(健康に高齢を重ねる)」の理念のもと、認知症を単なる疾病ではなく、人としての尊厳を支える社会課題として位置付けている。認知症に関するグローバル・アクションプラン³は2031年まで延長され、認知症の人と家族の生活を改善し、社会的負担を軽減することを目標としている。日本には地域を巻き込む「新オレンジプラン」があるが、ジュネーブ市でも行政・地域住民・学校が連携し、認知症フレンドリー社会の実現に向けた取り組みが進んでいた。

(3) プライマリ・ヘルスケア(PHC)の重要性⁴

WHOは人間の健康を基本的人権の一つと捉え、プライマリ・ヘルスケア(PHC)を「すべての人が暮らす地域で、基本的な保健・医療・福祉サービスを公平に受けられる仕組み」と位置付けている。起業家育成事業における喜多会長の講義でも繰り返示されたように、PHCは疾病治療に限らず、予防・健康増進・リハビリ・在宅ケアを含む、地域の生活を支える包括的支援である。地域看護に携わる者として、極めて重要な概念である。



WHO本部にて、ネットワークの仲間たちと

3. フランスでの視察と学び

(1) ナース・プラクティショナー (IPA) 制度

フランスでは、修士課程を修了したナース・プラクティショナー (IPA) が慢性疾患のフォローアップや投薬調整を、医師の指示を受けつつ自律的に行うことが認められており、地域医療の重要な担い手となっている。タスクシフトの観点から医師にとっても不可欠な存在となりつつある。

(2) 医療付き高齢者入居施設 (EHPAD)

EHPAD は医療と生活支援が一体化した高齢者施設である。看護師・医師・薬剤師・リハビリ職がチームで入居者の生活を支える。医療依存度の高い利用者も多いが、医療と生活のバランスを重視したケアが行われていた。日本との大きな違いは、施設が閉鎖式でなく、屋外スペースでの喫煙や食事時のワイン提供など、家庭生活の延長としての空間が確保されている点である。

(3) 訪問看護 (SSIAD) と在宅入院^{*5} (HAD)

SSIAD は訪問看護サービスで、処置ごとの料金設定が明確で、重複算定には制限がある。そのため、優先順位を考慮したケアが行われていた。日本の訪問看護ではバイタルサイン測定から始まることが多いが、フランスではバイタルはセルフケアの一環と位置付けられている。限られた資源の活用や、訪問看護の本質を損なわない仕組みとして、示唆に富む実践であった。

HAD は在宅で病院レベルの医療を提供する仕組みで、入院期間の短縮や医療費削減に寄与する。一方で知名度が低く、課題もある。必要な薬品や衛生材料を適時に配送するシステムは、日本でも導入を検討したい施策である。

(4) 無人診療所^{*6} (Maison de sante)

医師不足対策として設置され、遠隔診療で医療アクセスを確保している。COVID-19期には非接触型診療が普及し、ITを活用してバイタル情報を Bluetooth で即時送信。医師の指示で聴診器を当て心音や呼吸音を確認し、カメラで咽頭の発赤も確認できる。利用の多くは薬の再処方であり、受診困難による治療中断を回避。人件費を抑えつつ診療効果を高め、医師は診察が必要な患者に時間を割ける体制となっていた。



パリ市内を移動中

以下、フランスと日本の概要・医療制度を参考資料として添付する。

【表1】フランスと日本の概要

指標	フランス(最新値・年度)	日本(最新値・年度)
人口(総数) ^{*7}	約6,855万人(2024)	約1億2,398万人(2024)
合計特殊出生率 ^{*8}	1.7(2023)	1.2(2023)
高齢化率(65歳以上) ^{*9}	22%(2024)	30%(2024)
失業率 ^{*10}	7.4%(2024)	2.5%
病床数(千人あたり) ^{*11}	5.7床(2022)	12.6床(2022)
医師数(千人あたり) ^{*12}	3.281人(2022)	2.649人(2022)
看護師、助産師数(千人あたり) ^{*13}	9.4人(2021)	13人(2022)
ナース・プラクティショナー ^{*14}	IPA制度あり(累計3,000人超、2024/自由開業IPA約300人、2025)	未整備 特定行為修了者1.1万人越(2024)
訪問看護師数 ^{*15}	約9.9万人(2021, IDEL)～ 14.5万人(2025, 自由開業)	約6.8万人 (2020、訪問看護ST従事者)
出生時平均余命(男女) ^{*16}	84(2023)	83(2023)
健康寿命(男女) ^{*17}	男69.1歳 女71.0歳(2021)	男71.9歳 女74.8歳(2021)
主な死因	1位 がん、2位 循環器疾患、 3位 呼吸器疾患(2020) ^{*18}	1位 がん、2位 心疾患、 3位 老衰・肺炎等(2023) ^{*19}

【表2】フランスと日本の医療制度の特徴^{*20}

	フランス	日本
公的保険の対象	全国民の99% 職域ごとに強制加入の様々な保険制度がある	全国民 ● 国民皆保険制度を有する ● 市町村が運営する国民健康保険、または 職域ごとの被用者保険に加入する。
医療機関へのアクセス	かかりつけ医の紹介なしに、他の医師の受診をしないように制限している。	フリーアクセス
医療費	総医療費の対GPD比：11.2% 一人当たりの医療費：4,965ドル	総医療費の対GPD比：10.9% 一人当たりの医療費：4,766ドル
医療保障制度の財源	社会保険	社会保険(税源は保険と税の両方)
臨床医数、急性期病床数	人口1,000人あたりの臨床医数：3.4人 人口1,000人あたりの急性期病床数：3.5床	人口1,000人あたりの臨床医数：2.2人 人口1,000人あたりの急性期病床数：8.1床

4. 日本の地域包括ケアシステムへの応用

フランスでの視察を踏まえ、日本の地域包括ケアに取り入れ得る要素を考察する。

(1) 主治医制度の明確化

国民皆保険とフリーアクセスは日本の強みである一方、重複受診が生じやすいという課題がある。フランスのかかりつけ医制度は、医療費の適正化や医療資源の有効活用の観点から有効と考えられる。地域型的主治医制度を整備するとともに、医師の主治医制度に呼応する形で「かかりつけ看護師」を位置づけ、ACP(アドバンス・ケア・プランニング)や疾病予防に継続的に関与する体制づくりが重要である。

(2) 在宅医療の一体化(HADモデルの導入)

在宅医療、訪問看護、薬局、リハビリテーションを統合した在宅入院型プラットフォームを整備し、医療と介護の枠を超えた一体的支援を実現する必要がある。介護人材不足が深刻化するなか、定期巡回型サービスの充実は不可欠である。

介護職の離職問題は社会的課題であり、雇用の安定や身分保障といった対策を講じなければ、将来的に介護提供体制の維持は一層困難になると推察される。フランスではHADが医療保険で包括されている一方、日本では医療保険と介護保険が分断され、訪問看護の介入がケアプランに依存する場面が少なくない。訪問看護師が専門職として自律的に介入・判断できる仕組みの構築が重要である。

(3) 看護師の高度実践化

フランスのIPA制度は、日本の特定行為研修修了者と比較して制度的な自立性が高い。日本においてもNP教育課程修了者は約3,000名²¹とされているが、資格は民間認定にとどまっている。医師偏在や在宅医療の拡充を見据え、一定の範囲を定めた権限付与の制度化を早急に検討すべきである。特定行為看護師や認定看護師を地域医療のコーディネーターとして位置づけ、訪問看護師がより自律的に判断・処置できる法的枠組みの整備が求められる。

(4) 無人診療所の導入

日本では医師偏在地域が多く存在する。単なるオンライン診療にとどまらず、無人診療型の遠隔診療拠点は、離島や山間部における医療アクセス確保に有効である。

高齢者にも操作しやすい顔認証等の技術を活用し、郵便局、ガソリンスタンド、公民館など身近な場所に設置することで、現実的かつ早期の導入が期待される。

5. 広島の地域医療における課題と展望

(1) 現状と課題

広島市では、高齢者世帯の増加に加え、医療・介護職の地域偏在が課題となっており、独居高齢者や認知症高齢者に対する在宅支援は年々困難さを増している。政令指定都市でありながら、緩和ケア病床は150床未満²²と絶対数が不足しており、訪問看護が担う役割は拡大している。

地域医療構想²³が進むなか、一時増加した地域包括ケア病棟は減少傾向にあり、回復期病棟への転換が進行している。回復期病棟には入院要件が定められているため、急性期と在宅の中間に位置する医療・ケア提供の場が不足しているのが現状である。急性期からの退院支援は進んでいる一方、在宅移行の受け皿として、訪問看護ステーションの機能強化と

人材育成が求められている。

広島県健康増進計画「健康ひろしま21(第3次)」のなかでも健康寿命の延伸は総括目標となっており、「全国平均を上回り、平均寿命の伸び以上に延伸」することを目指している。令和4年時点の広島健康寿命²⁴は、女性は全国13位(75.8歳)、男性は34位(72.13歳)。平均寿命(令和2年)との差は男性が9.82歳、女性が12.31歳で令和元年に比べて男性は長く、女性は短くなっている。

(2) 今後の展望

①医療・介護の垣根を超えた地域包括ケアの深化

今後は、医療・福祉・教育・行政がより連携を深め、住民自らが健康を守る仕組みを構築することが求められる。看護師は「地域の健康の番人」として、健康教育や生活支援を担い、制度の縦割りを超えた地域横断的支援を推進する役割を果たすことができる。訪問看護は、医療・介護・生活支援の中間に位置する専門職として、多職種をつなぐハブ機能を発揮し得ると考える。

地域医療構想に伴う機能分化により中間施設が減少するなか、退院直後の生活支援や独居高齢者の不安、看取りへの対応を視野に入れ、看護小規模多機能型居宅介護やナーシングホームの活用・整備に貢献したい。在宅緩和ケアは面会制限のない環境を維持できる利点があり、当事業所の緩和ケア認定看護師とともに、質の高い在宅緩和ケアを実践していく。

さらに、いわゆる介護難民の早期発見および相談の受け皿として、調剤薬局と連携した夜間・休日相談窓口の設置を検討している。中区の管理者と連携し、継続可能な形で運用を目指す。この取り組みは、WHOが掲げる「誰一人取り残さない」地域包括ケアの理念の実践にもつながる。

②看護人材の育成と専門職の自律的实践

高齢者、慢性疾患、難病、がんなど多様化・複雑化するニーズに対応するためには、在宅領域における高度実践看護師や特定行為看護師の育成が不可欠である。広島においては、大学、医療機関、訪問看護ステーションが連携し、臨床・教育・研究を循環させる地域看護教育モデルの構築が望まれる。

③市民主体の健康づくりと地域共生社会

地域包括ケアの根底には、住民が自らの健康を守り、支え合う社会を目指すプライマリ・ヘルスケアの理念がある。かかりつけ看護の機能を確立し、予防、健康増進、リハビリテーション、在宅ケアを包括する仕組みづくりに寄与したい。フランスでは血圧管理などのセルフケアに看護師が過度に関与しない方針がとられており、日本においても住民のエンパワメントを重視した支援を強化することで、健康寿命の延伸につなげていく必要がある。

当センターとしては、市民講座の開催、ACP(アドバンス・ケア・プランニング、人生会議)の普及啓発、グリーンケアなど住民参加型の健康支援をさらに推進し、市民・家族・ボランティアが協働する地域共生型ケアの発展を目指す。

6. フランスの歴史・文化に触れて

研修期間中、地下鉄を利用してパリ市内を移動した。地下鉄には日本のような「優先席」の表示が見当たらなかったが、明示されなくとも自然に席を譲るといふ、思いやりを重んじる文化によるものだと知った。また、駅によっては日本語で「足元にお気をつけください」とのアナウンスが流れることも印象的であった。

エトワール凱旋門は、戦没者追悼式典の当日に訪れたということもあり無料開放されていた。約250段の階段を上り、屋外展望台から放射状に広がる街路を360度見渡すことができた。あわせて、ノートルダム大聖堂やルーヴル美術館等の見学を通じて、パリの歴史と芸術に触れた。休憩時間にはワインを楽しむ人々の日常的な風景に触れ、夜間のライトアップされた街並みとエッフェル塔の美しさにも魅了された。

7. まとめ

スイスおよびフランスでの視察を通じて、「地域で暮らしを支える看護」の普遍的な価値を再確認した。看護師が地域医療の中核として住民に寄り添い、健康と生活を支える姿勢は、国や制度の違いを超えて共通するものであり、日本の訪問看護の実践とも深く通じている。

今後は、医療・福祉・教育・行政が連携し、住民自らが健康を守る仕組みを一層推進していきたい。特に、看護師が「地域の健康の番人」として住民主体・地域主導のケアを支え、誰もが安心して暮らし続けられるまちづくりに貢献することが重要である。

本研修で得た学びは、笹川保健財団の在宅看護センターネットワーク内で共有し、「看護師が社会を変える」という理念の実践につなげていきたい。本海外視察研修は極めて意義深いものであり、今後も継続的に実施されることを強く期待する。最後に、本研修を企画いただいた喜多先生・笹川保健財団の皆様、そして実行を支援いただいた日本財団の皆様、現地での円滑な進行にご尽力いただいた奥田七峰子様に、心より感謝申し上げます。

【註】

1. 区別・高齢者人口の推移 | 広島市公式ウェブサイト
<https://www.city.hiroshima.lg.jp/living/fukushi-kaigo/1014902/1025759/1029763/1015443.html> (2025年10月アクセス)
2. 国際連合広報センター「世界がCOVID-19と闘うためにWHOを必要とする5つの理由」
https://www.unic.or.jp/news_press/features_backgrounders/37215/ (2025年10月アクセス)
3. 一般社団法人日本老年医学会「WHO認知症に対する公衆衛生上の対応に関するレポート」
https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/info/important_info/20210907_01.html (2025年10月アクセス)
4. WHO(世界保健機関)とはどんな組織? https://nihon-ichi.jp/who/#google_vignette (2025年10月アクセス)
5. 「フランス在宅入院制度と在宅医療」日本福祉大学社会福祉学部教授 篠田道子
<https://zaitakuiryo-c.com/learn/special/99.html> (2025年10月アクセス)
6. 「無人で診療を受けられる病院 AIチャットボットでウイルス相談に取り組むフランス」安部雅延
<https://masanobu-abe-gworks.jp/blog-entry-1509.html> (2025年10月アクセス)
7. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL?locations=FR-JP>
8. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN?locations=FR-JP>
9. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=FR-JP>
10. <https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.NE.ZS?locations=FR-JP>
11. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.BEDS.ZS?locations=FR-JP>
12. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.PHYS.ZS?locations=FR-JP>
13. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.NUMW.P3?locations=FR-JP>
14. 公益社団法人日本看護協会「ナース・プラクティショナー(仮称)制度構築」https://www.nurse.or.jp/nursing/np_system/
15. 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 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 (2025年10月アクセス)
16. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?locations=FR-JP>
17. 厚生労働省「主要先進国の平均寿命の推移」<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/001553892.pdf>
18. Sante Publique France (2025年10月アクセス)
19. 厚労省「令和5年 人口動態統計月報年計の概況」主な死因の割合
20. 関西広域連合「諸外国の医療保険制度の比較」<https://www.kouiki-kansai.jp/material/files/group/3/1378455555.pdf> (2025年10月アクセス)
21. 同上 公益社団法人日本看護協会「ナース・プラクティショナー(仮称)制度構築」
22. 広島がんネット <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/site/gan-net/kanwa-shisetsu.html> (2026年2月アクセス)
23. 広島県ホームページ「広島県地域医療構想」<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/64/hiroshimairyokousou.html>
24. 広島県健康福祉局「健康寿命の令和4年値の公表について」<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/604451.pdf>

WHOとフランスの医療から学ぶ

— 日本の持続可能な地域医療を目指した開業者の役割 —

コミケア在宅看護センター出雲 中澤 ちひろ

1. 中山間地域の地域医療とコミケアの取り組み

島根県の人口は約63万人であり、その約6割が東部の出雲市と松江市に集中している。東西に長い地形を有する同県では、地域医療における専門職の偏在が課題となっている。

当ステーションは、2015年に島根県雲南市で「持続可能な地域医療の実現」を目指して開業した。雲南市は松江市と出雲市に隣接し、面積は東京23区の約9割、2025年9月現在の人口は約3万4,000人、高齢化率40.93%(令和6年)、年少人口割合11.8%(令和6年)であり、年間約600人ずつ人口が減少している中山間地域である。

開設当初は、医師の高齢化による診療所の閉鎖や、人材不足による訪問看護ステーションの閉鎖があり、在宅医療の拡充が喫緊の課題であった。「持続可能な地域医療の実現」というテーマには、医療資源が限られる中で、医療に依存しすぎず、地域コミュニティの力を最大限に引き出すという意図が込められていた。また、医療従事者自身がその地域で生活し、働き続けられる仕組みを構築するという思いもあった。

ICTの活用、若手看護師の採用と育成に加え、地域住民の互助の活性化に向けた予防活動や支え合いの強化に取り組んだ結果、現在は市内全域で在宅看取りが可能な体制となり、精神疾患・小児・難病など多様なニーズに対応している。

一方で、10年の歳月を経て、利用者のニーズは変化している。かつては家族内で支える文化が根付いていたが、核家族化や経済的困窮の増加により、生活基盤そのものが脆弱となり社会的入院となる事例が増えている。

さらに、雲南市を含む雲南二次医療圏の医師偏在指数は全国335圏中328位と非常に深刻であり¹⁾、20~30代の看護師就業率も県内で最も低い。こうした状況の中、当ステーションでは2023年、県内で2番目に人口が多い出雲市に新規拠点を開設し、規模化を図るとともに、雲南市にも質の高い看護を継続して提供できる体制の構築を進めている。

過疎地域と都市部という異なる環境下での事業運営を通じ、医療・介護資源の偏在を肌で感じ、今後の地域医療の担い手としての役割を再考する契機となった。

2. フランス国民の意識と倫理観

2024年時点で日本の高齢化率は29.78%、フランスは22.15%であり²⁾、フランスも高齢化が進行している国の一つである。研修を通じ、最も印象的だったのは、公的サービスに対する国民意識の違いであった。

フランスの急性期平均在院日数は5.6日であり、日本の16.0日に比べて約3分の1と短い³⁾。日本では「病院にいる方が安心」と考える傾向が強いが、フランスでは「早く退院する方が望ましい」との意識が浸透している。視察した訪問看護の現場では、日本なら数日入院が必要な手術でも当日に退院し、創部管理を自宅で行っていた。訪問看護師からは「以前は入浴介助なども行っていたが、現在は看護スキルを要する医療的ケアに特化している」との説明を受けた。清潔ケアはフェイスタオルで身体を拭く程度であり、一見すると簡素である。しかし、公的財源の下で何を目的としてどこまでケアを行うのかという明確な基準がある点は示唆的である。日本のように「週2回は入浴させたい」という文化的価値観が盲目的にケアへ組み込まれている現状を見直す契機となった。

また、フランスでは倫理的観点から摘便を行わないことが一般的であり、ケアの受け手と担い手双方の尊厳を重んじる文化が根付いている。安楽死は現時点で合法化されていないが、議会で繰り返し議論されており、「自立と尊厳」を重視する

国民性がうかがえる。

このような倫理観の背景には、絶対王政から市民が主権を獲得したフランス革命の精神が影響していると考えられる。また、医療アクセスにも制限があり、初診時はかかりつけ医(GP)を経由し、必要に応じて検査センターを再予約するなど、日本のフリーアクセス制度と比べて受診までに時間を要する。このアクセス制限が、公的サービスへの過度な依存を防ぎ、国民の自立を促す一因になっていると考えられる。

3. フランスの医療提供体制からの学び

(1) 効率的な医療提供体制

第一の学びは、救急要請時の対応である。フランスでは、医師が電話でトリアージを行い、脳卒中や心筋梗塞などの重症例にのみ、SAMU(救急医療搬送車)を出動させる。その他、軽症には消防局の救急車や民間搬送車を選択し、専門職が最適な搬送手段を判断する。日本では軽症者による救急要請が多く、令和6年度には救急搬送の46.8%が軽症であった⁴。提供側によるトリアージは責任を伴うが、極めて効率的である。

第二の学びは、医療情報を一元管理する電子ICカード「Vitaleカード」の導入である。これにより、患者の同意のもと、医療機関間で診療情報・検査結果・処方内容を共有できる。結果として検査・処方の重複が減り、連続した診療が可能になっている。日本でも電子カルテは普及しているが、システム間の連携は不十分であり、国家的な統一媒体の整備が求められる。

第三の学びは、サンテ・サービス社に代表される「規模化された在宅医療体制」である。フランスでは「在宅入院」という制度があり、早期退院を支える仕組みとして機能している。薬剤や医療材料の24時間供給体制を持つと共に、同社は医師・看護師・薬剤師・療法士などが同一法人内で連携し、看護師だけで約400名を擁する。日本の在宅診療所の一部も類似の機能を持つが、このように多職種を包括的にマネジメントする体制は、医療依存度の高い患者に対しても効率的かつ安全なケアを提供できていると感じる。

(2) 医療アクセス改善と看護師の役割拡大

フランスでは、医師の高齢化と偏在が進行し、約600万人(17歳以上人口の約11%)がかかりつけ医を持たない状況にある⁵。慢性疾患の増加に対応するため、2016年にナース・プラクティショナー(IPA)制度が創設された。また、無人診療所や高齢者入居施設では、看護師がデジタル聴診器等を用い、遠隔診療(Doctor to Patient with Nurse:D to P with N)を実施している。

医師不足による不便さはあるものの、生活モデルの視点を持つ看護師が介在することで、患者の意思を尊重した医療提供が可能となる。特に日本の中山間地域の在宅医療や施設においても、同様のアプローチが有効と考えられる。

NP制度は日本の特定行為同様、医師からの反発や報酬体系の脆弱さもあり、期待される僻地での活躍にはまだまだ課題があるとのことだが、住民のゲートキーパーとして介護や福祉、インフォーマルケアをつなぐ役割を果たす点で、地域看護の強化に寄与する可能性が高い。



フランスIPAの講義にて

4. WHOから学ぶ地域医療を牽引するリーダーシップ

(1) 医療制度の経路依存性と制度変革の限界

島崎(2024)は、日本の医療制度を論じる中で「制度は過去の政策選択に拘束され、白紙から設計できない」という経路依存性を指摘している⁶。日本の医療制度は、アクセスの良さや自由選択性といった長所を有する一方で、高齢化の進展に伴い、財政・人材両面での持続性が問われている。他国制度の優れた要素を単独で導入しても、全体設計との整合が取れず、制度歪みを生じる恐れがある。この現実を踏まえ、制度変革には現場と研究の双方からの働きかけが不可欠であることを学んだ。

(2) 現場とヘルスシステムをつなぐリーダーシップ

WHOでの研修を通じ、世界規模で人々の健康を守るためのシステム設計には、「育成」「基準」「^{ファイナンス}財政」の三要素が不可欠であることを学んだ。特に印象的であったのは、健康課題のアジェンダ設定、データの可視化、ノウハウの共有、そして実装へとつなげる一連のプロセスである。世界というマクロな視座を持ち、仕組みを構築してきた専門家の姿勢からは、一事業所という枠を超えて俯瞰することで、真に必要なアジェンダを設定できることを実感した。

看護職は、住民の生活に最も近い専門職であり、現場から政策へ働きかけるリーダーシップが求められている。保健師のみならず、臨床現場の看護師が地域や制度に積極的に関与することが、持続可能な地域医療の構築に直結する。現場と研究の距離を縮め、双方向の知を統合する姿勢こそが、今後の地域医療を支える鍵である。

5. 日本の持続可能な地域医療を目指した今後の開業者の役割

(1) 経営母体を越えた連携体制の構築

島崎(2024)は、医療連携の難しさの背景に、組織間の情報伝達方法や利害の不一致を挙げている⁷。雲南市では人口減少に伴い外来患者数も減少し、医療・介護提供体制の再編が求められている。すでに病院間では地域医療連携推進法人による医師人材交流が始まっているが、看護師の交流は未着手である。今後は同規模ステーション間で人材交流や人材配置人数の調整を行い、地域全体の看護資源を最適化していく必要がある。

(2) 特定行為修了者の活用

軽度の状態変化でも医師往診が必要となるケースがあり、訪問コストが重複する非効率が見られる。雲南市立病院にはNPが在籍し、手順書に基づく処置を医師と連携して実施している。当ステーションでも今年度、特定行為研修修了者が誕生するため、市内のNPと連携し、共通手順書を作成して医師会に提案していく。実施後は、利用者の利便性や財政効果を検証していく。

(3) 将来的な展望

将来的には、フランスのサンテ・サービス社のように、医療依存度の高い人でも在宅療養が可能な体制を整備したい。その実現には、職種間連携を包括する強固な組織基盤が必要である。多職種によるグループ化や共同母体の形成



WHO本部にて

など、質を担保しつつ働きやすい環境づくりを模索していく。また、地域課題の多くは医療というより介護・福祉・生活面に
関わるため、生活関連産業やまちづくり団体との協働を通じ、「人が健康に生を全うできる地域社会」の構築を目指す。

6. まとめ

海外研修を通じ、異なる制度・文化・倫理観の中で成り立つ医療を体験し、これまで「当たり前」と思っていた日本の医療慣行を相対化する視点を得た。制度と文化、そして国民意識は相互に影響し合うものであり、制度設計が意識を形成し、また意識が制度を変えていく。

日本の医療制度を一変させることは容易ではない。しかし、現場と制度が乖離したままでは、持続可能なヘルスシステムの構築は不可能である。現場を知る私たちこそが、マクロな視点で課題を捉え、主体的に環境へ働きかけることが求められる。急速に変化する日本社会において、最大の専門職集団である看護師の役割は極めて大きい。職種や組織の壁を越え、共通の課題意識を共有し、意志ある未来に向けて現場から変化を起こしていくことこそが、開業者として果たすべき役割である
と考える。

謝辞

本研修は、地域全体として医療と看護の提供体制を、より効率的かつ公平に整備するために何が必要かを考える大きな契機となりました。実際に現地で学ぶ機会があったからこそ、広い視野で現場を捉え、行動へとつなげる意識を持つことができました。自らのフィールドに対してマクロな課題意識を持たたことは、何よりも大きな学びです。今後は、この課題意識を仲間と共有し、現場から変革を生み出していくことを意識的に実践していきたいと思えます。このような貴重な機会を与えてくださった笹川保健財団、日本財団、研修コーディネーターの皆様、そして喜多先生に心より感謝申し上げます。

【註】

1. 厚生労働省. 第4回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会資料1. 令和7年9月11日
2. グローバルノート - 国際統計・国別統計専門サイト. 世界の高齢化率. <https://www.globalnote.jp/post-3770.html> (参照2025.10.29)
3. 島崎謙治. 日本の国民皆保険. ちくま新書, 2025, p.25
4. 消防庁報道資料. 令和6年中の救急出動件数等(速報値). 令和7年3月28日
<https://www.fdma.go.jp/pressrelease/houdou/items/kyuki0328.pdf> (参照2025.10.29)
5. 木村志穂. 仏独両国の医師偏在の現状と対策—開業一般医を中心に—. 国立国会図書館. 調査と情報—ISSUE BRIEF—第1280号, 2024
<https://dl.ndl.go.jp/view/prepareDownload?itemId=info.ndljp/pid/13588393> (参照2025.10.29)
6. 島崎謙治. 日本の国民皆保険. ちくま新書, 2025, p.68-72
7. 同上 pp.227-228

日本財団在宅看護センター 海外研修の成果と今後の改善案について

日本財団 公益事業部 原口美弥・杉田美夢

今回の日本財団在宅看護センター海外研修では、日本財団より職員2名が同行させて頂いた。本レポートでは助成財団担当者としての視点から、本研修の成果について考察する。

1. 研修で得た成果

フランスは、日本と同様に高齢化という課題を抱えながらも、日本とは異なる医療制度・医療サービスを有している。本研修では、NP制度や在宅入院等、日本ではまだ広く認知されていない制度やケアの実践を学ぶことができた。これらの視察を通して両国の現状を比較することで、日本の医療制度や地域保健体制に係る課題や改善策について、新たな視点を得ることができた。これらの経験は、参加した訪問看護師にとって、日々の地域保健の推進に活用できる大変有意義なものであったと考える。

フランス政府が推進するナース・プラクティショナー (IPA) 制度は、医師の診療負担軽減と国民の医療サービスへのアクセス改善を目的としており、一部の処方権を含む幅広い業務を看護師が担うことで、看護師の地位向上に寄与している。一方で、看護師とIPAとの間に給与差が殆どないことや、IPA自体の認知度が低いことは、日本がIPA制度の導入や看護師の裁量・地位の拡大を検討する上で、参考となる事例であると感じた。またフランスの看護師の約17%が訪問看護師であるのに対し、日本では約5%に留まっている点も興味深く、この背景を分析することが、日本の訪問看護拡充のヒントになり得ると考える。

医師不足により、かかりつけ医 (GP) へのアクセスが困難な人々が多く存在する点は、日本も直面しつつある課題である。パリ郊外のガリエニ駅で視察した駅構内のリモート診療所は、治安上の問題などで開業医がいない地域において、個室ブースで医師によるオンライン診療を受けられる仕組みであった。日本でも、パソコンやスマートフォンを用いた遠隔診療のシステムは存在するが、フランスのようにブース内に聴診器などの医療機器を備え、対面に近い診察が可能である点や、インターネット環境がない人でもブースに来れば診療を受けられる点は、高齢者医療の対応として学ぶべき取り組みだと考える。こうした取り組みは、都市部や過疎地域で地域医療に携わる研修参加者にとって、新たな実践のきっかけになると期待される。

2. 今後に期待すること

各視察先で多くの学びや情報を得る機会があった一方で、参加者が自らの考えや学びを発信する機会が少なかった印象を受けた。感じたことや事業へ活かせることを、研修中に共有・発表できる場を設けることで、参加者間の議論が活発になり、より具体的で成果につながる研修になったのではないかと考える。また研修前に各参加者の事業所・地域が抱える課題と、解決に向けて視察で学びたいことを共有する機会を持つことで、より実践を見据えた視察が可能となると考える。

さらに、今回のような研修内容は、これから訪問看護事業所の起業を目指す看護師や、地域保健医療制度改革に寄与し得る看護師リーダーを目指す Sasakawa 看護フェローにとっても、日本の保健医療体制の改善を考えるきっかけとなるの

ではないかと感じた。本研修の機会をより幅広い年代や職域の人々に開くことは、日本の地域保健を改善する上で有効な選択肢の一つであると考える。

WHOでの研修では、認知症やメンタルヘルス、看護師の人材育成など、幅広い分野における世界的な動向や政策について学ぶことができた。特に、日本の看護師が太平洋・アジア地域で果たすべき役割とその重要性を再認識する機会となった。また、WHOが構築した認知症に関する知見の共有プラットフォーム等、日本の看護師が世界の医療保健水準の向上に寄与できる機会があることを知ることができた。一方で、各研修参加者が自身の地域で取り組む具体的な事業や課題と、WHOでの学びを関連付けることが難しい側面もあったと感じる。そのため、事前に各自の事業課題を整理・共有する時間を設けることで、より明確な目的意識を持ってWHOでの研修に臨むことができたのではないかと考える。

謝辞

本研修では、日本財団の担当者にとっても大変貴重で学びの多い機会を頂戴いたしました。

本研修の実施にあたり、企画・運営にご尽力くださった笹川保健財団の皆様をはじめ、同行させていただいた看護師の皆様、視察先で活動をご紹介くださった関係者の皆様およびコーディネーターの皆様に、心より御礼申し上げます。

参加者一覧

	氏名(敬称略)	所属／都道府県	資格	起業家育成事業
1	沼崎 美津子	一般財団法人脳神経疾患研究所	看護師、介護支援専門員 相談支援専門員 医療的ケア児等コーディネーター	1期生
2	高岸 博子	一般社団法人医療看護110番 リハビリ訪問看護ステーション	看護師	1期生
3	金谷 益子	一般社団法人宝命	看護師	1期生
4	石川 麗子	一般社団法人街のイスキア	看護師	1期生
5	直江 礼子	株式会社 Creade	看護師	2期生
6	片岡 順子	一般社団法人ちせ	看護師	3期生
7	磯野 祐子	一般社団法人コ・クリエーション	看護師、保育士、防災士	3期生
8	坂下 聡美	一般社団法人在宅看護センター北九州	看護師 医療的ケア児等コーディネーター パーキンソン病療養指導士	4期生
9	下岡 三恵	株式会社エンジョイライフケア	看護師、訪問看護認定看護師 介護支援専門員、保育士	4期生
10	丸山 美智子	一般社団法人幹	看護師、公認心理師	4期生
11	柳澤 優子	一般社団法人Life & Com	看護師 がん性疼痛看護認定看護師	4期生
12	佐々木 浩美	一般社団法人ポラリス	看護師 緩和ケア認定看護師	6期生
13	高田 紀子	株式会社 ONE	看護師	6期生
14	小幡 順子	株式会社こひなた	看護師	7期生
15	森山 薫	にじのはな株式会社	看護師	7期生
16	中澤 ちひろ	株式会社 Community Care	看護師、保健師	8期生
17	原口 美弥	公益財団法人日本財団	看護師	
18	杉田 美夢	公益財団法人日本財団		
19	喜多 悦子	笹川保健財団	医師	
20	宮前 ユミ	笹川保健財団		

笹川保健財団 宮前 ユミ

日本財団在宅看護センターネットワークの経営者及び職員を対象に、2023年から実施してきた海外研修は、このたび5回目を迎え、延べ参加人数は62名となりました。

これまでは北欧を主なフィールドとしてきましたが、今回はスイスおよびフランスに研修地を移し、世界保健機関(WHO)本部でのグローバルヘルスの政策的視点や、変化しつつある欧州の看護政策、とりわけ看護職の役割拡張が制度的に進められているフランスの取り組みに関する講義・視察を行いました。こうした内容を踏まえ、今回の参加者は全国各地で在宅看護センターを経営し、地域保健の最前線で活躍する16名に絞りました。

参加者たちは、フランスの地域医療の取り組みやWHOにおけるグローバルヘルスの視点に触れる中で、自らが日々実践してきた在宅看護・地域看護の価値を改めて捉え直す機会を得ました。地域に根ざした日常の実践が、住民のQOL向上や尊厳の保持、意思決定支援に寄与してきたこと、そしてそれらがプライマリー・ヘルス・ケアやユニバーサル・ヘルス・カバレッジと本質的に通じ合っていることを、本研修を通じて実感したと述べています。

さらに、視察中のディスカッションや帰国後の報告書作成・報告会を通じて、海外の取り組みと日本の現状を相対化して考察を深める中で、経営者として今後の地域医療を構想するためには、個別の制度や事業の枠を超え、社会にとって真に必要なアジェンダを設定していくことの重要性を学びました。実践・政策・研究をつなぐ視点を持ち、地域や社会全体に働きかけていくことこそが、持続可能な地域包括ケアを支える鍵であるという認識は、本研修を通じて得られた重要な成果の一つと言えるでしょう。

こうした気づきや学びは、本報告書にとどまらず、各事業所での報告会や地域での勉強会を通じて、すでに全国各地で共有され始めています。患者一人ひとりのケアにとどまらず、社会全体を見渡して地域保健の向上を図る彼女たちの挑戦は、まさに当財団が掲げる「看護師が社会を変える」、その理念の実践そのものであると実感しています。

最後になりますが、本研修の実施にあたり多大なるご尽力を賜りました在フランス医療通訳の奥田七峰子様、また研修に同行し、さまざまな現地調整にご協力くださいました日本財団の原口様、杉田様、そして本研修の実現をご支援くださった日本財団の皆様に、心より御礼申し上げます。

視察の様子

スイス



中谷祐貴子先生と



Amelia Tuipulotu 看護部長を囲んで



高齢化についての講義の後、角由佳先生と



緊急対応局にて、清水先生と



国連加盟国の国旗



WHO 構内で



ジュネーブの街中で



オンコセルカ症克服記念像

フランス



フランスのナース・プラクティショナー講義



パリ市内で開業する訪問看護ステーションの看護師と



訪問看護の利用者宅にて



高齢者入居施設の見学



訪問看護同行の様子



エッフェル塔



パリでの食事



在宅入院支援組織サンテ・サービス社の皆さんと

笹川保健財団 海外研修 2025 秋

スイス・フランス視察 報告書

2026年3月16日 発行

編集・発行 公益財団法人 笹川保健財団

〒107-0052 東京都港区赤坂1丁目2番2号 日本財団ビル5階

TEL:03-6229-5377

<https://www.shf.or.jp/>



