

多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制 —我が国における地域包括ケア提供体制充実に向けて

独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員
堀田 聰子

過去の会議の資料を拝見し、松田晋哉先生やほかの先生もオランダの概観をされており、医師会でも鈴木先生をリーダーとして2013年5月にオランダに行かれていますので、制度の詳細に立ち入るよりは、これまでどのような流れでオランダのケアの提供体制が変わってきたのかに焦点をあてて話してみたい（図表1）。

図表1

構成

- オランダをとりあげる理由
- オランダのケアを支える仕組み
- ケア提供体制の変遷と特徴
(別添資料:年表、オランダにおける家庭医療)
 - 地域居住の基盤としての住まい
- ケアの品質・監査—長期ケアを中心に
- ケアの担い手確保に向けた方策
- 我が国への示唆と課題

2

1. 地域包括ケアシステムの2つのコンセプト

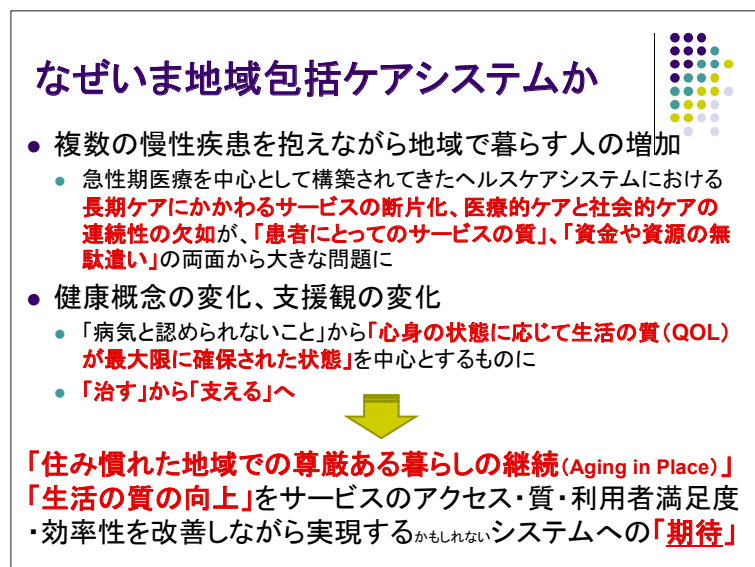
今回、地域包括ケアシステムの充実に向けて手がかりとなるようなことをオランダでの経験からということでご依頼を頂いたため、なぜオランダなのか、に触れる前に改めて地域包括ケアをめぐる潮流を紹介しておく(図表2)。

なぜいま地域包括ケアシステムか。高齢化の進展、医療の発展とともに疾患構造が変わり、複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす方々が増え、急性期医療を中心として構築されてきたシステムでは、なかなかうまくいかなくなってきた。サービスの断片化、医療的なケアと社会的なケアの連続性の欠如は、サービスの質という面だけではなく、資金や資源のむだ遣いの面からも、大きな問題になってきている。

疾患構造の変化に伴って健康概念も変わってきた。以前は「病気と認められないこと」が健康であったが、病気や障害とつきあいながら、いかにそのときの「心身の状態に応じて生活の質を最大限に確保された状態」とするかを中心とするものになってきた。

そうしたなかで、これはすでに医師会からも出され、社会保障制度改革国民会議でも言われているが、治す医療から支える医療へと支援観も変容しつつある。住み慣れた地域で生活の質を維持向上させながらその人らしい暮らしを継続すること、Aging in Place を、実現しうるシステムへの期待、これが地域包括ケアシステムの背景とされる。これは日本だけではなく、とくに高齢化に直面する諸外国において90年代ヘルスケア改革の共通の課題である。サービスのアクセスや質と効率性を同時に改善しうるか

図表2



図表3



どうかは、研究によってさまざまであるが、持続可能なシステムが各国で模索されている。

地域包括ケアは、「地域を基盤とするケア」と「統合ケア」という2つのコンセプトからなるものである（図表3）。地域を基盤とするケア、これは公衆衛生アプローチに立脚して地域の健康上のニーズ、健康に関する資源や社会的価値観に合わせて地域社会による参画を保証しながら構築されるケアである。統合ケアは、切れ目のないケアである。

統合ケアというのは提供者側の論理にたてば放っておいてもある程度進んでいくものと考えられるが、重要なのは地域に根ざすということである。医師会でも強調され、ご当地医療などともいわれているが、その地域に合った形でどう切れ目のないケアを実現するか、地域における最適を、住民を中心にさまざまなステークホルダー、市はもちろん地区医師会などが、自ら選んでいくことがとても重要になってくる。

2. オランダを取り上げる理由

地域を基盤とするケアと統合ケアを組み合わせて入れ込もうという流れは、特に90年代以降、欧米各国共通の流れである。オランダに着目した理由の1つ目は、この2つのコンセプトを含むシステムの構築を実際に試みた数少ない国のひとつであると言われていることにある（図表4）。慢性疾患患者が亡くなる場所は自宅が3割を超えている。

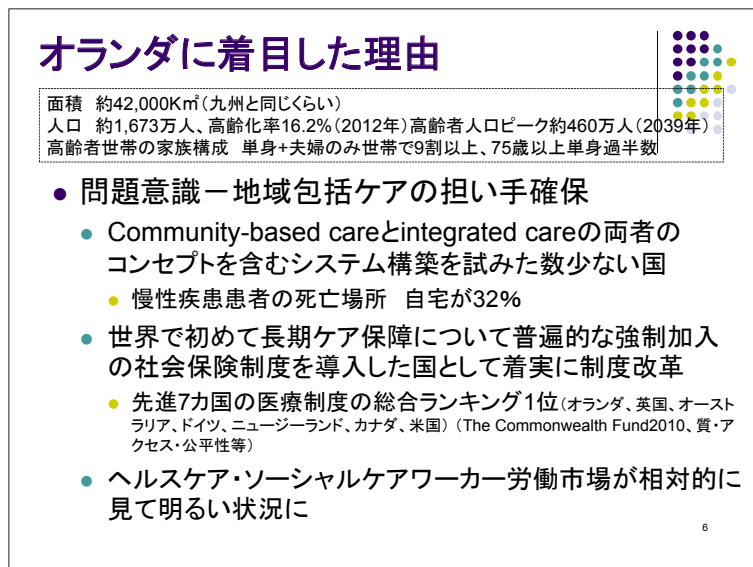
2つ目は、ドイツよりも前、1960年代に世界で初めて長期ケア保障についてAWBZという普遍的な強制加入の社会保険制度を導入し、さまざまな課題に直面しながら着実に制度改革を進めてきた点である。ある国際的なシンクタンクによる先進7か国の医療制度の質、アクセス、公平性等の面からみたランキングでオランダが1位とされた。

それから3つ目、私はケアの担い手に関心があり、OECDの比較研究にも携わっていたのだが、オランダは2000年代に入ってから相対的に見てケアワーカー労働市場が明るい状況になってきたと評価されていたこともつけくわえておく。

図表4の上にオランダの基礎情報をまとめた。九州と同じぐらいの広さで人口1,670万人、高齢化率は日本よりもまだ大分低く、16.2%である。ただし、高齢者世帯の家族構成を見ると、単身と夫婦のみ世帯がすでに9割以上で、75歳以上の単身者が過半数であり、これは、我が国のこれから先取りしているともいえる。

次に医療関連指標について、特にオランダと日本を比べてみると、人口1,000人対医師数や看護師数はあまり大きく変わらないが、病院病床数、

図表4



平均在院日数、1人当たりの外来受診回数は、日本よりもオランダのほうが大分少ない（図表5）。これはいろいろな解釈ができるが、病院よりも地域で、プライマリ・ケアで活躍している専門職の方々が多いといえる。

5月の医師会の皆様の視察報告のタイトルに高コスト構造とあるが、総保健医療支出対GDP比をみても、1人当たりの総保健医療支出をみても、オランダのほうが日本よりも高くなっている。

ただし、この数値は注意が必要で、オランダは完全に介護費用を含むが日本は含まない、歯科診療も十分に含まれていないなど単純には比較ができない。今、OECDでも細かいデータをどうつくるかを検討しており、日本でも医療経済の方々が検証を予定されているとも聞く。あくまで現在のところ、OECDが出している数値として紹介させて頂く。

図表5

オランダの医療関連指標		オランダ ¹⁾	日本 ²⁾	ドイツ ³⁾	フランス ⁴⁾	イギリス ⁴⁾	スウェーデン ⁴⁾	アメリカ ⁴⁾
人口(千人) ⁴⁾		16,390 ⁴⁾	127,692 ⁴⁾	82,110 ⁴⁾	62,304 ⁴⁾	60,519 ⁴⁾	9,217 ⁴⁾	304,177 ⁴⁾
65歳以上人口割合(%) ⁴⁾		14.9	22.1	20.2	16.6	15.7	17.6	12.8
平均寿命(歳) ⁴⁾		80.3	82.7	80.2	81.0	79.8	81.2	78.0
出生率 ⁴⁾		1.77	1.37	1.38	1.99	1.96	1.91	2.08
医師数(人口千対) ⁴⁾		2.9	2.2	3.6	3.3	2.6	3.7	2.4
看護師数(千人) ⁴⁾		8.4	9.5	10.7	7.9	9.5	11.0	10.8
病院病床数(千人) ⁴⁾		4.7	13.8	8.2	6.9	3.4	2.8	3.1
急性期病床数(千人) ⁴⁾		3.1	8.1	5.7	3.5	2.7	2.1	2.7 ²⁾
平均在院日数 ⁴⁾		12.5 ²⁾	33.8	9.9	12.9	8.0	5.9	6.3
平均在院日数(急性期) ⁴⁾		6.0	18.8	7.6	5.2	6.9	4.5	5.5
1人あたり外来受診(回/年) ⁴⁾		5.9	13.2	7.7	6.9	5.9	2.9	3.9
総保健医療支出対GDP比(%) ⁴⁾		11.0	8.6	10.7	11.0	8.8	9.2	16.6
1人あたり総保健医療支出(米\$) ⁴⁾	要 注 意	4,729 ⁴⁾	2,878 ⁴⁾	3,967 ⁴⁾	3,750 ⁴⁾	3,143 ⁴⁾	3,656 ⁴⁾	7,761 ⁴⁾

出所: OECD Health Data2011 (Nov.2011)、OECD.Stat(2012年6月15日最終確認)。
注1: 日本の医療支出等データの収録データの最新が2008年であったため、諸外国のデータも注がなければ2008年に揃えている。
注2: 2007年。注3: 2001年。
注4: オランダ・フランスの医師、フランス・アメリカの看護師には医療セクターでマネジメント・教育・研究に従事する医師・看護師を含む。

3. オランダのケアを支える仕組み

次にオランダのケアを支える制度がどのようになっているか。枠組みと、特に健康保険を中心に特徴をお話します。

図表6は、地域包括ケア研究会で昨年度まとめた地域包括ケアシステムの構成要素の図と住まいを除くそれぞれの構成要素にかかわるオランダの制度を示している。

まず、在宅生活継続の基盤となる住まいのなかに生活を構築するための生活支援・福祉サービス、土の部分、新しく社会支援法というものがつくられている。オランダには四百あまりの地方自治体があるが、この地方自治体が主体となって税と自己負担で運営している。

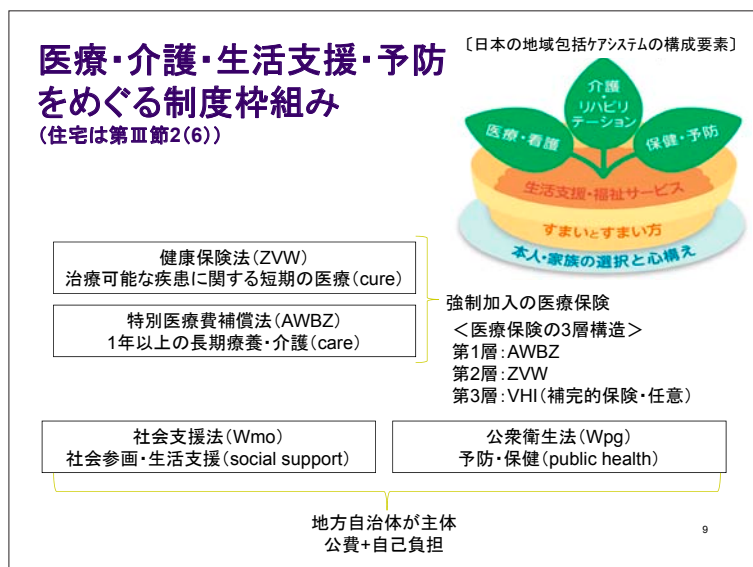
それぞれの課題にあわせて専門職によって提供される葉っぱの部分については、まず、保健・予防は伝統的に19世紀から地方自治体が担っており公衆衛生法により定められている。

医療・介護の葉っぱについては短期か長期かで制度がわかれている。医療保険は3層からなっており、1年以上の長期療養・介護は特別医療費補償法、短期の医療は健康保険法が賄い、この2つはいずれも強制加入である。特別医療費補償法は年齢にかかわらず長期のケアをカバーするものである。これに加え任意ではあるが多くの方々が補完的保険にも加入している。

健康保険法についてやや詳しく、あとは簡単にお話しして次の提供体制の変遷に移りたいと思う。

まず、健康保険については、以前は所得・職域により3つの制度が分立

図表6



していたが、80年代の終わりから長らく効率的な運営に向けて議論が続けられ、2006年の医療制度改革により、全国民を対象とする健康保険に一本化され、各国から注目を集めている（図表7）。

保険者は民間の保険会社で、この民間の保険会社が提供する政府が定めた基本パッケージの購入を義務づける形で国民皆保険を実現している。財源は、被保険者の保険料と国庫補助金、最近導入された利用者の控除免責額からなる。特に被保険者の保険料の中のリスク構造調整保険料と呼ばれる所得比例部分が精緻に組み立てられていることは特徴的である。

オランダの健康保険について各国が関心を寄せている最大のポイントは、保険者機能を強化して、いわゆる管理競争を導入していることである（図表8）。健康保険には被保険者、保険者、医療提供者の3つのステー

図表7

ZVW(健康保険)の概要1

- ▶ 所得・職域により分立していた制度を全国民対象の健康保険に一本化
- ▶ 根拠法: 健康保険法(2005年制定2006年施行)
- ▶ 被保険者: オランダの居住者、非居住者のうち支払給与税対象者は強制加入(基本パッケージ購入を義務づけ)
- ▶ 保険者: 民間の保険会社
- ▶ 財源
 - ▶ 被保険者の保険料: 定額部分+所得比例部分(→リスク構造調整保険料...加入者属性から予測される健康リスク・医療コストに応じて調整された保険料)
 - ▶ 国庫補助金
 - ▶ 利用者の控除免責額(被保険者の自己負担分の一定金額、2008年から導入、年額220ユーロ/2012年、家庭医・出産・産後ケアは対象外)

図表8

ZVWの概要2

- ▶ 政府が定めた基本パッケージ: **家庭医による診療**、病院・**専門医**、助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科、産後ケア、理学・運動・作業・言語療法や栄養指導(限定的)、禁煙指導等
- ▶ 現物給付型、償還型、複合型
- ▶ **保険者機能強化・管理競争**
 - ▶ 被保険者は保険会社(1年ごとに変更可)と医療提供者を自由に選択
 - ▶ 保険会社は上限価格規制の範囲でサービスの価格と品質について医療提供者と交渉(保険会社間で競争)
 - ▶ 医療提供者はDBCに基づく包括払により治療内容とコスト透明化、ベンチマーキング(価格・質に関して提供者間で競争)
 - ▶ 健全な市場機能推進とモニタリングに向けたスーパーバイズ機関(Nza)
- ▶ 支払
 - ▶ 病院診療: オランダ版診断群分類DBCをWHOのICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)に基づき約4,400に集約したDTCに基づく包括払
 - ▶ 家庭医: 登録した患者数に応じた定額部分+出来高部分
 - ▶ **慢性疾患4疾病についてはケアグループへの包括払いへの移行進む**

クホルダーがあるわけだが、その三者が常に選び合う環境をつくり、国は健全な市場機能を推進、モニタリングする役割を担っている。

三者の選びあう関係というのは、まず、被保険者である国民は保険者・保険会社を自由に選択、1年ごとに変更することができる。医療提供者も自由に選択できる。そして、保険会社は、医療提供者とサービスの品質や価格について交渉する。医療提供者は治療内容やコストを透明化して提供者間で競争する。こういった形で効率的な制度運営ができていると言われている。

それから、先ほど触れた購入を義務づけている基本パッケージの中身については、政府や関係機関がさまざまな研究に基づいて定期的に見直している。現在のところは、家庭医による診療、病院・専門医・助産師による医療、1年未満の入院、18歳未満の歯科、産後ケア、限定的だがリハビリや栄養指導、それから禁煙指導も最近加わった。

支払いは、病院診療は包括払い、家庭医の部分については、イギリスと同様に、基本は登録した患者数に応じた定額部分と出来高部分となっている。最近、慢性疾患に関しては大体人口30万人規模で多主体多職種ケアグループを構成し、ケアグループへの成果に基づく包括払いへの移行が進んできている。イギリスではQOFと呼ばれる業績払いの部分があることが知られているが、オランダもこのような形で成果に基づく支払いへの移行が進んできている。

全住民を対象として長期ケアをカバーする特別医療費保険について簡単にご紹介する（図表9）。日本の介護保険と比較すると、年齢制限がないこと、保険者が国であること、現金給付があること等が大枠としての違い

図表9

AWBZ(特別医療費保険)の概要1

- ▶ 目的: **長期に**医療や介護を必要とする人々を過度の費用負担から保護するための全住民対象の医療保険 (**年齢制限なし**)
- ▶ 根拠法: 特別医療費補償法(1967年制定1968年施行)
- ▶ 被保険者: オランダの居住者、非居住者のうち支払給与税対象者は強制加入
- ▶ 保険者: 国
- ▶ 事務代行者: **ケアオフィス**(国内32)...サービス提供者との契約・サービス購入、保険料徴収、被保険者の相談対応
※ケアオフィスは廃止の方向→保険会社
- ▶ 財源
 - ▶ 被保険者の保険料(67%): 15歳以上で課税所得がある者(課税所得比例、12.15%)
 - ▶ 国庫補助金(24%)
 - ▶ 利用者の自己負担(8%): 65才以上か、所得、世帯構成により異なる

12

である。

保険者は国だが、実質的な保険者機能は、事務代行者として今のところはケアオフィスが担っている。ケアオフィスは、国内 32 圏域で最大のシェアを持っている保険会社が受託しており、サービス提供者との契約やサービス購入、保険料徴収、被保険者との相談対応等にあたる。

ケアオフィスはサービス購入ガイドラインをつくっており、長期ケアの提供者とサービスの質や価格について交渉し、一定の範囲内でサービスの質に応じた支払いができることになっている。


サービス受給にあたっては、必要な機能とその提供時間の判定を受ける必要がある（図表 10）。要介護認定のようなものである。日本のような要介護度という考え方はなく、1 人ひとりに機能とその量の組み合わせの判定となる。この「機能」アプローチというのが実は重要だが、さしあたり立ち入らないことにする。

給付される機能は、現段階での大きな違いは日本では介護保険で賄われている家事援助が日本でいう地域支援事業のような性格をもつ社会支援法のもとに移行している点である。

長期ケアを賄う制度の持続可能性を高めることは諸外国共通の課題で、オランダでもさまざまな議論がある。AWBZ は 1968 年に導入され、脱施設化の流れとともに 90 年代にかけてカバー範囲をどんどん広げてきた。90 年代以降は、必要なケア・サポートをいかに関連制度全体で効率的に賄っていくかという考えに基づき、見直しを進めている。その一環として既に家事援助が、また近日ガイダンスと呼ばれる機能も社会支援法に移行が予定されている。ガイダンスという機能は、日本ではピンとこないかも

図表 10

AWBZの概要2 受給手続



- 審査機関で給付の必要性、サービス種類、量についての審査を受ける
- 地域看護師らによる判定→地域ケア判定機関(RIO)→ケア判定センター(CIZ)へ→→地域看護師らの裁量を高める方向へ
- **「機能」別の必要時間と提供時間を判定する機能アプローチ**
- 審査項目: 疾病、障がい、意思疎通、移動、日常生活上の問題、住環境、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族や友人・隣人等からの支援可能性(「**ふだんのケア**」の提供可能性)、他の公的・一般サービス利用可能性
- 高齢者・障がいの者の区別なく適用
- サービス内容の決定: 利用者と提供者間の契約、認められた範囲内で現物給付と現金給付(PGB)を自由に組み合わせ

13

図表11

AWBZの概要3 給付される「機能」

- 身体介護 (Persoonlijke verzorging) :
シャワー、着衣、ひげそり、排泄、食事介助など
- 看護 (Verpleging) :
傷口手当、薬品投与、注射、病気対処へのアドバイスなど
- **ガイダンス (Begeleiding)**
行動・精神的な問題に対処しながら暮らすための助言等
- **リハビリ等の治療 (Behandeling) ※通い/訪問 個人/集団**
- 短期入所 (Kortdurend Verblijf)
- ケア付き滞在 (Zorg met Verblijf)

家事援助はAWBZの対象ではなくなった(後述)

14

図表12

社会支援法の導入(2007) (Wmo:Wet maatschappelijke ondersteuning)

- 目的: 地方自治体レベルで互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参画を促す社会的支援を展開
- 社会福祉法+障害者福祉法+特別医療費(補償)法の一部を統合
- **患者・利用者団体、住宅、福祉、介護関係機関を政策形成及び実施過程に包摂**
- 9つの実行領域
 - 地域における社会一体性とQOLの向上、成長に問題を抱える青少年及び養育に困難を抱える親への予防的支援、**情報・助言・利用者支援、介護者またはボランティアの支援、身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進、身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付**、民生的救援施設特に女性用シェルター整備、精神保健の推進、中毒者対策
 - 地域における社会うち長期ケアを必要とする人に関連が深いサービス等: 家事援助、住宅改修、移送、福祉用具、地域社会におけるコミュニケーション促進、ソーシャルワーク 等
- PGB利用も

15

しれないが、例えば居場所機能の色合いが強いデイサービスが介護保険から地域支援事業に移管されるとイメージして頂くとよい。リハビリについても一部は管理競争がはたらく健康保険に移そうという動きがある(図表11)。

社会支援法の導入は、地域を基盤とするケアを考えるうえで、ひとつの転機といえる(図表12)。社会福祉法、障害者福祉法、そして前述した特別医療費補償法の一部を統合する形で2007年から始まったものだ。


日本でも地域包括ケアをめぐる議論にあたり自助・互助・共助・公助の役割分担が言われているが、キリスト教民主主義政党が70年以上続いたオランダでは、この補完性原理は長く社会で共有された考え方である。社会支援法は改めて補完性原理に根ざし、地方自治体レベルで互助を活用し

ながらできる限り自立と社会参画を促すことを目的としている。

ご覧のとおり9つの実行領域があるが、特に赤字が直接的に長期ケアに深く関係するところであろう。先ほど触れた家事援助以外にも住宅改修や移送、またさまざまな居場所の提供等を含めた関係性の支援等も含まれる。介護者支援を明確に地方自治体の責任と位置づけたことも重要な点である。

それから、公衆衛生法に関しては、特に、最近の改正の中で、地方自治体のプライマリ・ケアにかかる責任を強化しており、オランダの特徴ともいえる多職種協働の推進や改善も改めて地方自治体が担うものとされた(図表13)。

図表13



公衆衛生法(Wpg)

- 公衆衛生は19世紀から地域で取り組まれ、早くから地方自治体の役割が明確化されてきた
- 近年さらに**地方自治体のプライマリケアにかかる責任を強化**する方向で公衆衛生法が改正された(2008年)
 - 地域における保健センター等を基盤とした予防・健康増進・ヘルスプロテクションの展開について、健康寿命延伸や健康格差是正の観点から見直し、例えば高齢者については自宅訪問等をつうじて健康状態の把握と疾患の予防・早期発見に努めること、**プライマリケア領域における多職種協働の推進・改善も地方自治体任務**とされた。
- 財源は税が中心であり、一部(予防接種等)に自己負担が発生

16

4. ケア提供体制の変遷と特徴

次にケア提供体制がどのように変わってきたかをざっと概観する(図表14)。抜粋をお配り頂いているディスカッションペーパーに掲載している「オランダのケア提供体制と関連制度・政策及びステークホルダーの動向」という年表も適宜参照していただきたい。

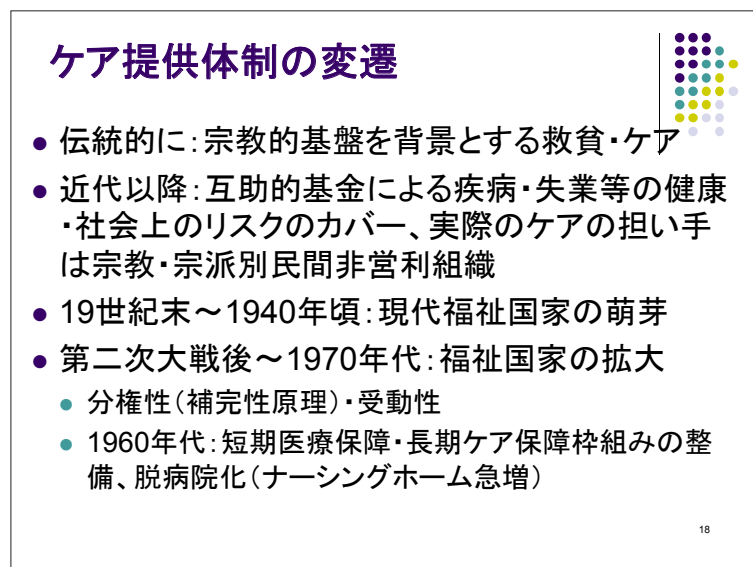
これは、日本で地域包括ケアシステムの5つの構成要素について、オランダの関連制度・政策動向、ケア提供体制、ステークホルダーの動きをまとめたものである。それぞれ→で傾向をまとめてあるので、その流れをざっと追ってくださればと思う。

まず、伝統的にオランダでは他の欧州諸国と同様、宗教的基盤を背景として救貧とケアが行われており、近代以降はさまざまな互助的基金によって健康リスクを含む社会上のリスクがカバーされていた。

19世紀末から1940年頃は、現代福祉国家の萌芽といわれる時期である。年表の一番左の矢印をご覧くださいと、第二次大戦後から1970年代にかけては福祉国家の拡大期である。互助的な基金から国家による保障へ、住まい、お金、医療など、戦後から1960年代に一気に社会保障の基盤がつくられた。

ただし、オランダの大きな特徴は、千葉大の水島先生が指摘されるように、分権性(補完性原理)、受動性といわれる。国の役割は財政的支援と監督で、実際にケアを担うのは伝統的に宗教・宗派別民間非営利組織である。現在もケア提供主体はさまざまな中間団体、民間非営利組織が中心となっている。

図表14



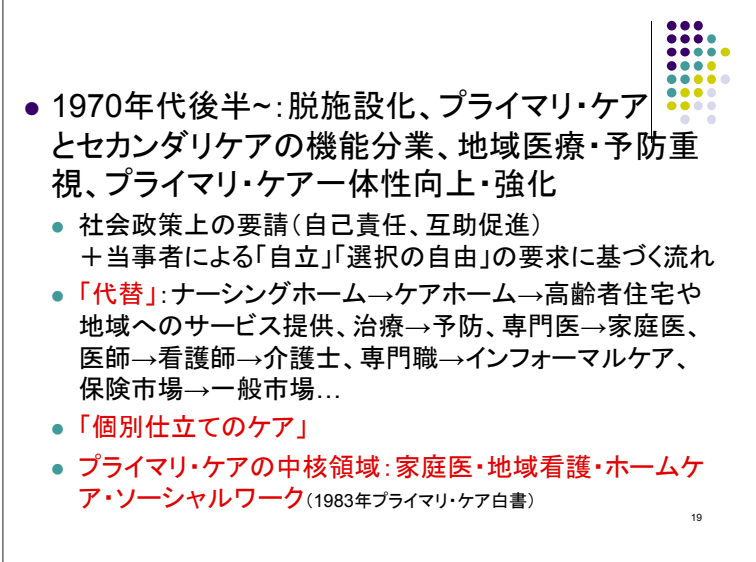
そして1960年代には脱病院化の流れが始まる。前述した長期ケアを賄うAWBZができたのは、慢性疾患の患者さんたちに病院からナーシングホームにできる限り移っていただくとしたときに、ナーシングホームでの療養費用をカバーする制度が必要になったという背景がある。

脱病院化の受け皿としてこの当時、ナーシングホームがどんどん増え、ヨーロッパの中でもオランダは施設入居率が高い国と言われていたが、その後1970年代後半には脱施設化が進められるようになる。これは年表の真ん中、ケア提供体制というところ左から2番目の矢印をご覧頂きたい。60年代から70年代の初めぐらいまで脱病院化、70年代後半から一貫して脱施設化がはかられ、これに応じてどんどん訪問や通所の地域ケアが開発され、AWBZはカバー範囲を広げてきたというのが90年代までの流れになる。

1970年代はオランダのケア提供体制を語るうえで重要な転機のひとつである。年表の一番左にあるが1974年にヘルスケア構造白書が出された。ここから1980年代後半にかけて公的関与が強化された。非効率化につながったといわれるが、地域医療計画を立て、集権的に医療費をコントロールしようとしたものである。プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの役割分化もこの白書によるものである。

のちに1983年に出されたプライマリ・ケア白書では、家庭医療・地域看護・ホームケア・ソーシャルワークをプライマリ・ケアの中核領域として、改めてプライマリ・ケアの一体性を高める必要性を説いており、それから現在に至るまで機能分化を前提に、いかにプライマリ・ケアを強化するかということで一貫した政策がとられている（図表15）。

図表15



- 1970年代後半～: 脱施設化、プライマリ・ケアとセカンダリケアの機能分業、地域医療・予防重視、プライマリ・ケア一体性向上・強化
 - 社会政策上の要請(自己責任、互助促進)
+ 当事者による「自立」「選択の自由」の要求に基づく流れ
 - 「代替」: ナーシングホーム→ケアホーム→高齢者住宅や地域へのサービス提供、治療→予防、専門医→家庭医、医師→看護師→介護士、専門職→インフォーマルケア、保険市場→一般市場...
 - 「個別仕立てのケア」
 - **プライマリ・ケアの中核領域: 家庭医・地域看護・ホームケア・ソーシャルワーク** (1983年プライマリ・ケア白書)

この1970年代後半の脱施設化、プライマリ・ケア重視の背景だが、ひとつは社会政策上の要請によるものである。前述したとおり、地域化したほうが効率的かどうかはまだ証明されておらず、二木先生も地域にしたほうが安いとは全く限らないと指摘されているが、ともかく脱施設化によりコスト削減をはかれるのではないかと政策上の期待があった。

それに加えて、オランダの場合、非常に大きかったのは年表の一番右、ステークホルダーの動きである。1970年代以降、患者の権利確立と政策形成への参加に関する課題意識が高まり、まず障害者、その後高齢者団体といった当事者から、もっと自分の居場所や生活、ケアのありようを決めたい、もっと元気でいたいなどの自立と選択に向けた発言・要求が大きくなった。

この頃から現在に至るまでオランダの統合ケアのスローガンのようなものとして欠かせないのは「代替」と「個別仕立てのケア」という考え方である。


代替というのは、さまざまな側面があり、まずは病院からナーシングホームへ、ナーシングホームからケアホームへ、さらに高齢者住宅や地域に機能を展開していくという意味でも、治療重視から予防重視へ、セカンダリ・ケアの専門医からプライマリ・ケアの専門医である家庭医へ、さらに、医師から看護師、介護士へ、専門職からインフォーマルへ、それから保険市場から一般市場等、さまざまな側面から本人の自立と選択をより効果的かつ安く実現するための模索が重ねられている。ちなみに、この代替の中で、医師から看護師や医療助手へというのは医師が推進してきたものでもある。

個別仕立てのケアというのは、これは日本でも言われるところだが、その人の状況にあわせて、住まい、そして生活支援と必要なケアやサポートを組み立てるということで、ケースマネジメントが発達をみている。ただし日本ではケアマネジャーがそれを担うことになっているが、オランダにおけるケースマネジメントという機能の担い手は家庭医であったり看護師であったりさまざまである。

さて、1970年代からプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアを分化したうえで、まずプライマリ・ケアのなかでの一体性改善に取り組まれたわけだが、80年代の後半ぐらいからはプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの継続性が焦点となる。日本では、いま水平統合と垂直統合を同時に進めようとしているが、オランダでは段階的に取り組まれてきたといえる。

1980年代の後半には、オランダ版 Chain of care の萌芽と言われる中間ケアや、住まい機能が向上した生涯住宅と多様で柔軟なケア、サポートの

図表16

- 
- 80年代後半: 中間ケア-オランダ版Chain of care (Ketenzorg)の萌芽、住まい機能が向上した独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせ
 - 90年代後半~: 脳卒中や糖尿病のケア提供者の地域ネットワークにおける疾患管理プログラム(成果指標開発、ベンチマーク、ガイドライン更新)の実践・評価、ケア基準の整備
 - 2000年代: 政府による慢性疾患の疾患管理プログラム推進、成果に基づく包括払いへ
 - ケア基準の整備発展(WagnerのCCMが概念的背景)
 - 予防・治療・介護の連携強化
 - セルフマネジメント支援
 - 多職種による統合ケア
 - 統合ケアの新たなテーマとしての認知症
- 20

組み合わせが発展した(図表16)。

そして90年代の後半から、脳卒中や糖尿病について、日本では地域連携パスと言ったほうが通りがいかもしいかもしれないが、各地域のケア提供者のネットワークにおいて疾患管理のプログラム、成果指標の開発やベンチマーク、ガイドラインの更新等の実践と評価が行われた。

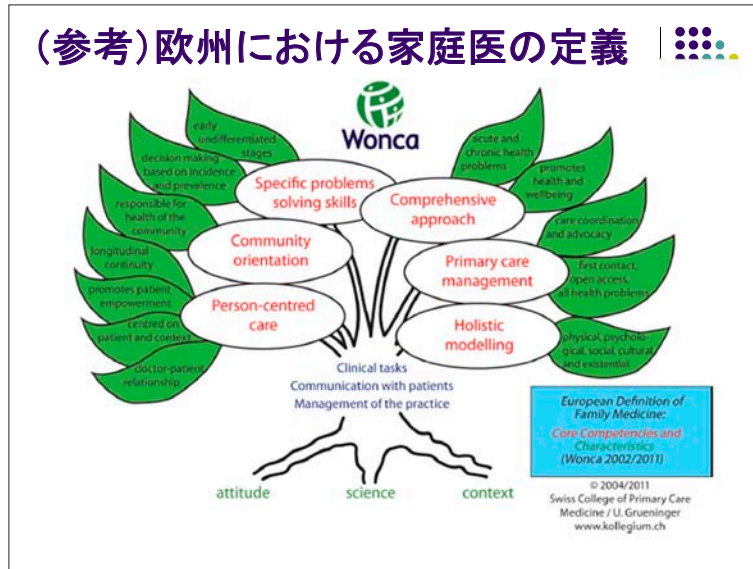
こうしたさまざまな地域での取組みを集約する形で、2000年代になって政府が慢性疾患の疾患管理プログラムを推進、前述のとおり、慢性疾患4疾病については、成果に基づく包括払いになっている。なお、慢性疾患の疾患管理に限らず、オランダではすべてにわたりトップダウンではなくボトムアップが主流である。干拓の歴史による影響も指摘されるが、各地域でステークホルダーが議論しながらさまざまな取組みとその評価を行い、国はプラットフォームを設けて地域同士の交流を促す、一定の基準を整備するといった役割を果たす場合が多い。

日本でもオレンジプランが推進されているところだが、オランダでは2000年代以降、認知症が統合ケアの大きなテーマになってきている。

このような変遷を経たうえでの現在のオランダのケア提供体制を端的に示したのが図表17である。

ここに至る流れをまとめると、1970年代にプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアを分化、70年代から80年代にかけて、まず、プライマリ・ケアの中の一体性を高めた。この文脈のなかで、それまでは一人開業だった先生方がグループ診療を始めること、また直訳すると健康センターとなる多職種協働のプライマリ・ケアセンターの整備等が推進された。80年代後半以降、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの垂直統合を含めたさま

図表18



図表19

(参考) 在宅ケア組織Buurtzorg
地域看護師等の自律を活かしたトータルケア

<事業者概要—BuurtzorgNederland> <特徴: 地域看護師によるトータルケア>

- 地域看護師が2006年に起業した在宅ケア組織(財団)
- 2007年に1チーム4人でスタートし、**募集活動をしなく**約620チーム、ナース(看護・介護士等)約6,500人に
- 管理部門約35人(間接費8%...他の在宅ケア組織の平均は25%)
- 利用者約5万人、売上高約2.3億ユーロ(2013年見込み)
- **クライアントあたりのコストは他の在宅ケア組織の半分**
- 全国の在宅ケア組織のなかで**利用者満足度第1位、従業員満足度高く、最優秀雇用者賞**、オランダで最も成長する事業者
- スウェーデン、ベルギー、アメリカ...
- 約65%が学士レベル以上の地域看護師
- あらゆるタイプの利用者に対して
 - ① 看護師によるニーズアセスメント・ケアプラン作成
 - ② インフォーマルネットワークのマッピングと活性化
 - ③ 専門職ネットワークのマッピング(家庭医・パラメディカル・福祉・病院等)と連携・調整
 - ④ QOL向上に向けたケア提供(介護・看護・ガイドダンス) ※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - ⑤ 共感的・社会関係支援の提供
 - ⑥ セルフケアの支援を実施
- **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
 - ケースマネジメントとケア・支援提供の分業はしない(ジェネラリスト)
 - 細切れの機能別分業ではない**包括的ケア提供**
- セルフケア・インフォーマルネットワークと協働を重視。専門職によるケアを次第にセルフケア・インフォーマルケアに置き換えていく。
- 家庭医等とともに地域の予防プロジェクトにも多く取り組む

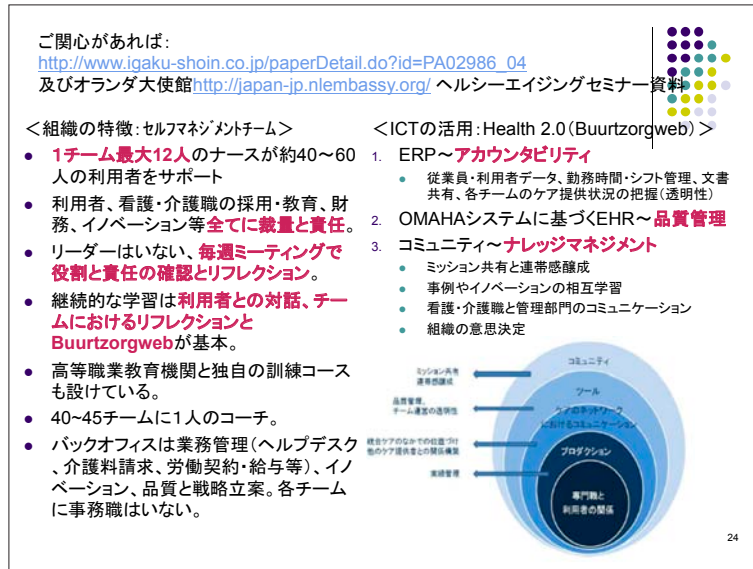
23

として、全人的医療を提供、地域全体をサポートする。

詳細は触れないが、地域看護に関しては、オランダで地域看護師が起業した在宅ケア組織が世界的に注目されている(図表19)。利用者満足度が高く、従業員満足度は全産業でトップ、これを他の在宅ケア組織の約半分のコストで実現している。

大きな特徴は、地域に根ざし、最大12人の看護師・介護士・リハ職等からなる自律型チームがトータルケアを提供していること。ケースマネジメントとケア提供の分業をせず、ケアについても看護は看護師、介護は介護士という機能別の分業をしていない。各チームには管理者や事務職はおらず、一人ひとりのナースがリーダーであり、チームとして全世代のあらゆる疾患・障害のケアに対応する。これをナースが一緒に開発したICT

図表20



と小さなバックオフィスが支える。最近のイノベーションとして、地域の実態にあわせて予防プロジェクトに多く取り組んでいることも重要な点である（図表 20）。

今までのところ、地域包括ケアシステムの5つの構成要素のなかで、植木鉢にあたる住まいには全く触れないうえきた。住まいは地域居住の基盤であり、諸外国における統合ケアに関する議論においても重要な要素とみなされるようになってきた。オランダでは住宅政策は社会保障政策の中の重要な1つと位置づけられており、ここで住宅政策について、今後の医療法人のあり方などに関係するかもしれない部分を中心に簡単に話しておきたい。

オランダにおいて、住まいは長期ケアが提供される場として、エイジング・イン・プレイス実現に向けて不可欠な資源と考えられている（図表 21）。住宅政策はユニタリズム、社会住宅が全住宅ストックの約3割を占め、民間非営利の住宅協会の存在感が大きく、日本とはだいぶ色合いが異なっている。適切な住宅供給は当局の責任と憲法で定められているが、90年代以降、国は住宅政策から次第に撤退し、地方分権が推進された（図表 22）。


21世紀の住宅政策では、近隣地区と地域のQOLの改善、社会的連帯の強化、そして住まいとケアの連携強化、生涯住宅の供給といった観点が住宅政策の面でも明確に位置づけられるようになってくる。

住宅政策のありようは異なるが、社会保障制度改革国民会議等においても地域づくりの担い手としての医療法人や社会福祉法人という議論があり、興味深いと考えられるのは住宅協会の実行領域として定められている

図表21

地域居住の基盤としての「住まい」


- 住まいは長期ケアが提供される「場所」であり、地域居住を可能にする重要な資源のひとつあるいは基盤とみなされるように
- **代替政策×当事者の自立・選択の主張**
→住まいとケアの新しい関係の模索(80年代～)
- 住宅政策の特徴
 - 適切な住宅供給は当局の責任(憲法)
 - **ユニタリズム**(社会賃貸市場を民間賃貸市場に統合)
 - **社会住宅が全住宅ストックの32%、賃貸住宅の75%**
 - 国から認可された民間非営利住宅協会の存在感
 - 特に戦後、住宅協会への建設資金融資・運営費補助、家主への家賃規制、テナントへの家賃補助をつうじて大量の社会住宅建設
 - 90年代以降財政的に自立(強固な財政基盤)、社会的起業家
 - 近年は市街地再開発事業において主導的役割
 - インフラ環境省・地方自治体協会・住宅協会連合会・テナント協会 4者の垂直・水平的協議調整



25

図表22

- 90年代の住宅政策
 - 国の住宅政策からの撤退(住宅建設補助の中止と権限委譲)と**地方分権推進**
 - 住宅協会の自立(**民営化・規制緩和**)
- 21世紀の住宅政策
 - 社会住宅建設抑制、持家政策推進
 - **近隣地区と地域のQOL改善、社会的連帯強化(統合的アプローチ)**
 - **住まいとケアの連携強化、生涯住宅の供給**
 - テナントの発言力強化 等
- 住宅協会の6つの実行領域(BBSH)
 - 低所得者層等のターゲットグループへの適切な住宅の供給
 - 社会賃貸住宅のメンテナンス、リノベーション、新規建設等による質の維持
 - 事業計画作成や住宅管理にあたっての居住者(テナント)との協議
 - 財政的な持続性確保
 - 近隣・コミュニティにおけるQOLの向上 ※1997年改正で追加
 - ケアを必要とする人々への住宅の供給(ケアとの連携) ※2001年改正で追加




26

内容である。

前半部分は、伝統的に行われてきたことだが、「近隣・コミュニティにおけるQOLの向上」や、「ケアを必要とする人々への住宅の供給、ケアとの連携の改善」などが近年追加されてきている。今後、地域包括ケアの担い手として医療法人等を考えるとき、こうしたコミュニティソーシャルワーク、地域全体のQOLの向上という機能、また実行領域ごとに計画・実施・評価するという枠組み等は参考にする余地があるだろう。

地域居住の推進に向けた流れは割愛させていただく（図表 23、24）。

図表23




- 地域居住の推進
 - 入所施設のマクロ予算を固定～事業者が本当に必要とする人に必要なサービスを提供するよう仕向ける
 - ケアホームの入居判定基準の厳格化、高齢者住宅整備（施設や古い住宅の改築を含む）への助成
 - 個人向け家賃補助の充実
 - 入所施設のケア・サポート機能の地域への展開
 - ホームケアの充実、24時間365日巡回サービス、予防重視の地域看護、福祉サービス等の開発
 - インフォーマルケアや私費によるホームケア利用を促す

↓

ただし、90年代は高齢者の住まい選択やケアサービス利用行動に関する仮定が実態と異なり、明らかに予算不足で地域における十分な住まい・ケア・サポートを整備するには至らず。

27

図表24



- 住まいの質向上、住まいとケアのさまざまな組み合わせを模索
 - 既存のケアホームやナーシングホームの現代化：ナーシングホームからケアホームへ、併設の高齢者住宅へ、近隣住民へのサービス提供（24時間巡回ケア、デイサービス・ケア、食事、レク、ランドリー、美容等）
 - 多様なサービス付き住宅の展開：独立の安全で保護された「生涯住宅」＋ケア、サービスの組み合わせ（住居費・介護費その他サービス費用の切り離し、低所得者へは家賃補助）
 - 公共スペースに、より多様なサービス（娯楽を含む）を配置
 - 認知症者等のための小規模住宅整備
 - プライマリケアセンター・コミュニティセンターを内包する生涯住宅エリア、複合化、多機能化
- サービスゾーン構想？
- Beter (t)huis in de buurtアクションプラン（インフラ環境省・保健福祉スポーツ省協働） × Wmo
 - 地方自治体・住宅協会・ヘルスケアソーシャルケア事業者・高齢者団体等

28

5. ケアの品質・監査

次に、ケアの品質・監査の話題にうつりたい（図表25）。

オランダでは、個々の患者・利用者に対するケアの中身の「見える化」とともに、ケア提供者の事業者レベルでの質評価の枠組み等が議論され、アカウントビリティの徹底を通じた継続的な質向上への取組みが進められてきた。

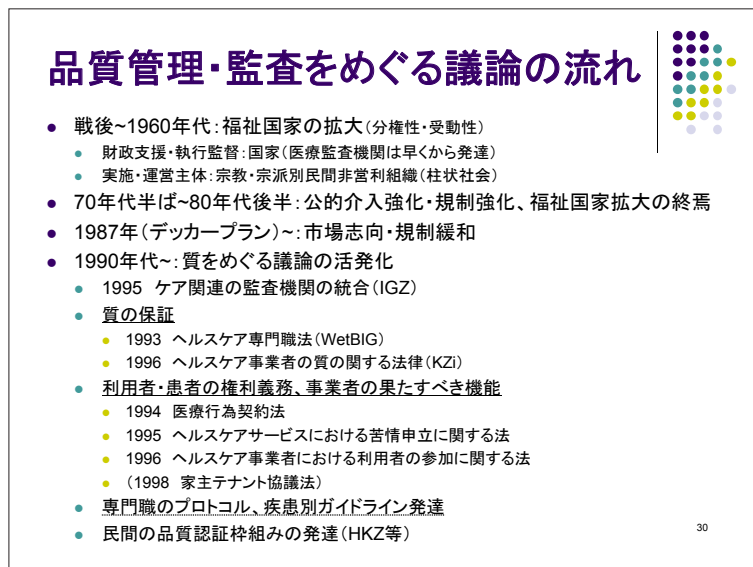
前述のように、オランダでは分権性・受動性を特徴として福祉国家が拡大してきており、柱状社会のもとで宗教・宗派別民間非営利組織が実施・運営主体となってきた。医療費の増加を背景として70年代から80年代にかけて公的介入強化へと舵が切られたが、医療資源配分の非効率化や待機リスト増大につながってしまった。

これを受け、医療サービスへのアクセスを保証しつつ効率を高めるための検討が行われ、1987年にデッカープランと呼ばれるドラスティックな改革案が出された。これは、医療保険の一元化、医療保険市場と医療サービス市場双方における管理競争を基本的考え方とする急進的な市場志向の改革案で、以降、次第に規制緩和が進められていく。

年表で左側から3本目の矢印、市場政策に関して90年代市場志向・規制緩和の流れに対応して質の保証・患者の権利と書き込んである。市場原理を導入しながら、患者・利用者中心のケアを提供していくには、安全で質の高いケアへのアクセスとサービスを選択できる環境の保証が不可欠となる。

まず、監査機関は古くから発達していたが、いくつかにわかれていたケ

図表25



ア関連の監査機関が1995年に統合された。


質を保証しようということに関連して、2つの法律ができた。1つは専門職個人レベルで、医師や看護師等定められた職種については一定の臨床経験を前提に更新が必要となった。事業者レベルでは、なんらかの品質管理システムを導入しなければならないことが1996年のヘルスケア事業者の質に関する法律で定められた。

それと併せて、患者の権利に関する議論も進んだ。事業者の果たすべき機能と患者の権利義務についての法として、医療行為契約法、ヘルスケアサービスにおける苦情申立に関する法、ヘルスケア事業者における利用者の参加に関する法が整備された。また、居住者という立場における参加を定めた家主テナント協議法が出されたのも同じ時期である。

さらに、専門職によるプロトコルや疾患別のガイドラインが発達した。これは、高く評価されるオランダの医療制度の効率性を支えている資源のひとつといえる。例えば家庭医療の質というときに、参考資料（「オランダにおける家庭医療」）の10～11ページに示すように、プライマリ・ケアの専門医としての教育のうえに、標準化されたケアが重視されており、EBMのための100を超える診療ガイドライン、プライマリ・ケアの診療ガイドラインがある。日々の診療内容は、ICPC（プライマリ・ケア国際分類）に基づいて記録されており、長年にわたり蓄積された膨大なデータが分析可能で、最新のエビデンスを反映して診療ガイドラインは常に更新されている。

その後、2000年代に入ると、デッカープランから20年近くを経て健康保険に管理競争がとりいれられ、さらなる規制緩和、質・成果に基づく支

図表26

- 
- 2000年代: 管理競争(短期医療保険)、さらなる規制緩和、質・成果に基づく支払への検討
 - ケアオフィス(保険会社)における購買ガイドラインの見直し
 - 事業者団体等におけるベンチマークプロジェクト
 - 2006 利用者・患者の経験に関する指標の設定(CQ-Index)
 - 責任あるケア提供に向けた質の評価枠組みの検討(KVZ)
 - 2007~ 見えるケアプログラム
 - 2010年代: 高い信頼・高いペナルティ、監査機能強化

31

払いの検討が行われた。長期ケアに関しては、ケアオフィスにおける購買ガイドラインの見直しにあたってアウトカムに基づく支払いが進められつつある（図表26）。

こうしたなか、事業者における自己評価、利用者への情報提供、監査機関への情報提供の観点から質の評価指標を標準化することを目的として、「責任あるケアの提供に向けた質の評価枠組み」構築に向けた検討が重ねられた（図表27、28）。

例えば長期ケアセクターの場合は、監査機関と事業者団体、利用者評議会と専門職団体と保険会社協会といった体制での議論を経て、10の領域について自己評価と利用者評価を行い、結果を公表することになった。

近年は、高い信頼と高いペナルティという考え方に基づき、できる限り

図表27

責任あるケア提供に向けた質の評価枠組み(KVZ)

- 目的: 事業者における自己評価、利用者への情報提供、IGZへの情報提供の観点から質の評価指標を標準化(継続的な検討の始まり)~見えるケアプログラムによる指標改善・適用・発展、データベース構築
- 検討体制(長期ケア): IGZ、事業者団体、利用者評議会連盟、専門職団体、保険会社協会
- 適用された評価の枠組み: 10の領域と領域ごとの指標、2年に1回の利用者評価、1年に1回の自己評価、結果の公表(KVZに基づく評価とIGZによる監査結果を掲載する公的なポータルサイト)

32

図表28

領域	利用者評価 (CQ-Index)	事業者による自己評価	
		組織レベル	利用者レベル
①ケア・ライフプラン	✓		
②コミュニケーションと情報	✓		
③身体的健康	✓		
④ケアの安全性	✓	✓	✓
⑤住まい・生活環境	✓		
⑥参加	✓		
⑦精神的健康	✓		✓
⑧住環境の安全性	✓	✓	
⑨十分かつ有能な人材	✓	✓	
⑩コーディネートされたケア	✓		

33

規制緩和するが、監査機関の機能を強化する方向にある（図表29）。

また、いろいろなガイドラインやケア基準等が出てきているので、改めて医療・介護の見える化と質の継続的な改善に向けて国レベルでケア品質研究機関をつくろうという話もしている（図表30）。

これから、できる限り質の高いケアを持続可能な形で実現していくうえでは、オランダにおけるこうした取組みを参照できるところもあるのではないかと。特に個別の診療内容がコーディング、記録・蓄積されていることにより、ガイドラインが進化していくこと、さらに事業者レベルでも見える化がはかられていることは重要である。近年では、地域レベルで統合ケアの観点から評価を行うことも検討されている。

図表29

ヘルスケア監査機関

- 安全性、有効性、患者中心、アクセシビリティ、公平性、効率性の観点から監査
- 評価と指導結果の公表
- 助言、勧告、懲戒、行政処分、刑事訴訟

34

図表30

展望～ケア品質研究機関の設立に向けて

- 国民・保険会社・IGZ等に対する医療・介護の透明性を高め、質を継続的に改善
- 質の評価指標、疾患別ガイドライン、ケア基準、ベストプラクティス等の整理
- 患者・利用者中心、安全性・適時性・透明性・効率性・有効性の高い
 - ① ケア手法の開発・標準化、ベストプラクティス蓄積、技術革新
 - ② 質の評価指標のブラッシュアップ
 - ③ ケアの質に基づく報酬のあり方の検討
 - ④ 質の高いケア提供を促す監査・指導(IGZ)
 - ⑤ 質の高いケアの購買促進(保険会社)

35

6. 職業資格の整備

次に専門職のあり方について、これまでの会議では、医師以外の専門職に関する議論はそれほど行われていないようなので、地域包括ケアを進めていくうえでの手がかりとして、オランダで多職種協働を高めていく観点等から行われてきた関連職種の職業資格の見直しと、継続的な発展の仕組みについて若干お話ししたい。

まず、職種を問わずオランダの職業資格について、中等職業教育レベルの整備・発展の仕組みをご紹介する（図表 31、32）。背景に、労働党政権に代わってつくられた1996年の職業教育訓練法がある。労働市場のニーズと職業教育の結びつきを強化して、労働者の柔軟性とエンプロイアビリティ

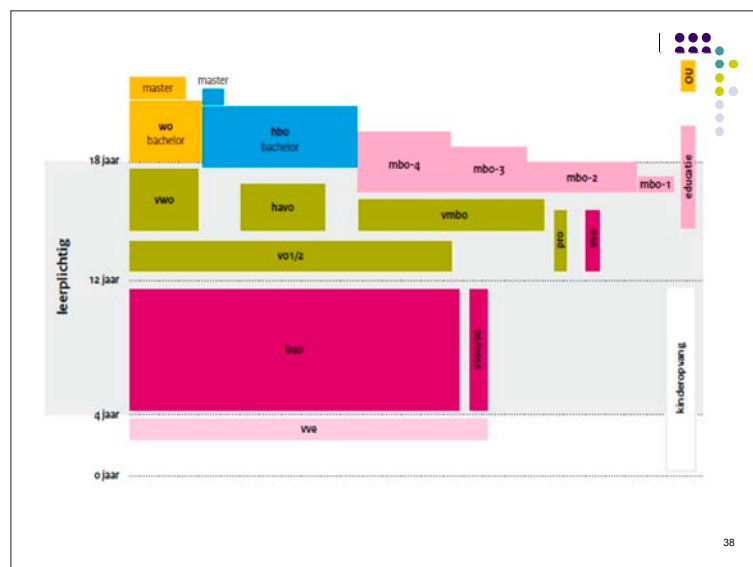
図表31

オランダの職業資格(中等職業教育レベル) 整備・発展の仕組み 1)背景

- 1996年職業教育訓練法
 - 背景:労働市場の急速な変化・グローバル化進行
 - 目的:労働市場ニーズと職業教育の結びつき強化、労働者の柔軟性とエンプロイアビリティ向上
 - 国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備
 - 中等職業教育の一貫性改善、中等職業教育と成人教育の一本化(地域職業教育センター設置・・・介護福祉、技術、経済、農業)
 - セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤

37

図表32

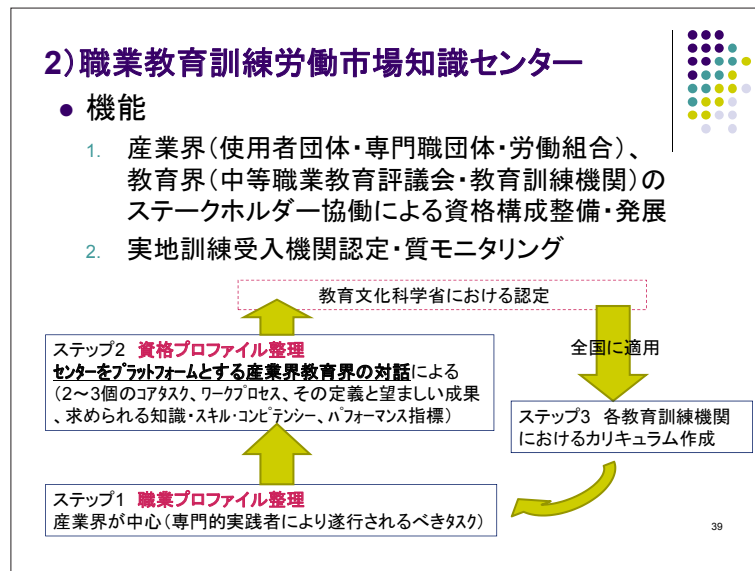


ティの向上をはかろうという目的で、国レベルの資格枠組みの整備、中等職業教育と成人教育の一本化等が行われ、セクター別の職業教育訓練労働市場知識センターが中等職業教育レベルの全国統一職業資格の整備・発展の基盤と位置づけられた（図表 33）。

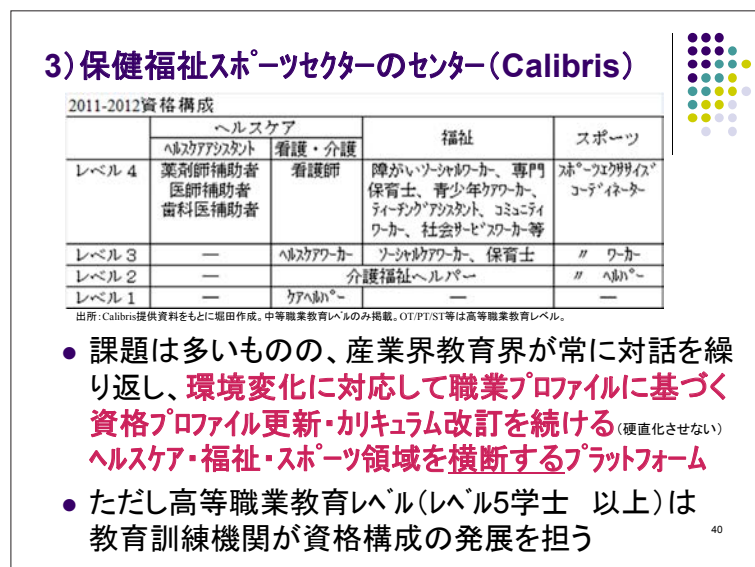
労働市場のニーズに応じて、例えばケアの領域では地域に根ざした統合ケアを進めようという流れに即して産業界が中心になって職業プロフィールを整理、これに基づいて産業界と教育界のステークホルダーが対話をつうじて資格プロフィールを整理、教育文化科学省の認定を経て全国に適用する。

ケアに関するセンターは、ヘルスケア、福祉、スポーツ領域を横断するプラットフォームとなっており（図表 34）、例えばレベル 2 の部分に関し

図表33



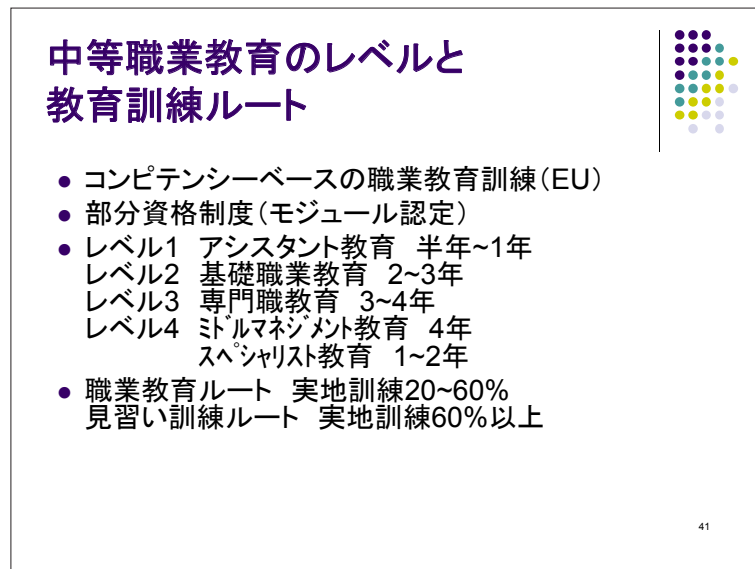
図表34



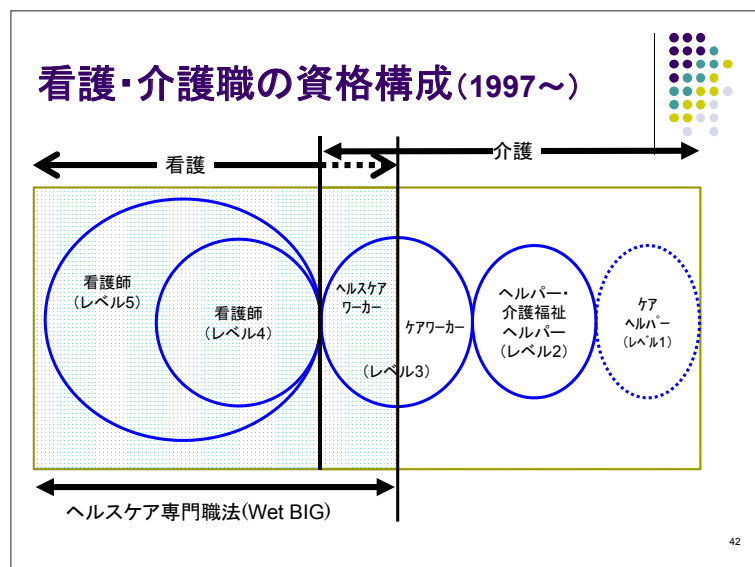
では、ヘルスケアと福祉を共通にするほうがいいのか、医師はヘルスケアアシスタントをつくってもっと任せたいとか、常にこのプラットフォームでの対話を繰り返すことで、もちろんいろいろと問題は山積みであるものの、より時代に合った形で資格構成を発展させようと努力してきている。

それから、看護・介護職の資格構成をみると、連続的なものになっているのも重要である。モジュール認定であり、実地訓練の割合も高いことから、働きながら学び続ける者が多い。継続的な学習を可能にする教育資源や職業資格のあり方は我が国における課題でもある（図表 35、36、37、38）。

図表35




図表36



図表37


(参考) 看護・介護職の資格モジュール(2011年レベル1~3部分抜粋)



モジュール	ケアヘルパー	介護福祉ヘルパー	ケアワーカー・ヘルスケアワーカー	看護師	看護師
	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づいた仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓	✓		
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 質の保証・能力開発(ケアヘルパー)		✓			
206 社会の中での発達1		✓		✓	
301 介護計画			✓		
302 基礎介護			✓	✓	✓
303 予防と健康教育			✓	✓	✓
304 看護入門			(✓)	✓	✓
305 ケアのコーディネート			✓		
306 質の保証・専門性向上(ケアワーカー)			✓		
307 社会のなかでの発達2			✓	✓	
308 慢性疾患・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、新生児ケア			✓		
312 短期ケア			△		
313 産褥ケア			△		
314 高齢者ケア			△		
315 慢性疾患ケア			△		

図表38

(参考) 長期ケアセクター看護・介護職の賃金(CAO)抜粋



FWG 49					FWG 45				
Uurloon ex art. 1 lid 14 sub a (1078)					Uurloon ex art. 1 lid 14 sub a (1078)				
Periodiek	Volgvr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon	Periodiek	Volgvr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooppersdiak 0	10	1.784,67	1.641,60	11,40	Aanlooppersdiak 16	2.150,82	1.978,56	13,74	
Aanlooppersdiak 1	11	1.839,24	1.692,00	11,75	Aanlooppersdiak 18	2.270,86	2.089,44	14,51	
0	12	1.896,22	1.745,28	12,12	0	20	2.393,31	2.201,76	15,29
1	14	2.024,73	1.863,36	12,94	1	21	2.455,16	2.259,36	15,66
2	16	2.150,82	1.978,56	13,74	2	22	2.515,77	2.315,52	16,03
3	17	2.205,38	2.028,96	14,09	3	23	2.577,59	2.371,68	16,47
4	18	2.270,86	2.089,44	14,51	4	24	2.640,65	2.429,38	16,87
5	19	2.330,76	2.149,16	14,92	5	25	2.704,89	2.488,32	17,28
6	20	2.393,31	2.201,76	15,29	6	26	2.771,58	2.550,24	17,71
7	21	2.455,16	2.259,36	15,69	7	27	2.840,71	2.613,60	18,13
8	22	2.515,77	2.315,52	16,08	8	28	2.901,30	2.669,76	18,54
9	23	2.577,59	2.371,68	16,47					
10	24	2.640,65	2.429,38	16,87					

FWG 50					FWG 55				
Uurloon ex art. 1 lid 14 sub a (1078)					Uurloon ex art. 1 lid 14 sub a (1078)				
Periodiek	Volgvr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon	Periodiek	Volgvr.	Maandsalaris	Periodesalaris	Uurloon
Aanlooppersdiak 0	18	2.270,86	2.089,44	14,51	Aanlooppersdiak 19	2.330,26	2.144,16	14,89	
Aanlooppersdiak 1	20	2.393,31	2.201,76	15,29	Aanlooppersdiak 21	2.455,16	2.259,36	15,69	
0	21	2.455,16	2.259,36	15,69	0	23	2.577,59	2.371,68	16,47
1	23	2.577,59	2.371,68	16,47	1	26	2.771,58	2.550,24	17,71
2	25	2.704,89	2.488,32	17,28	2	28	2.901,30	2.669,76	18,54
3	27	2.840,71	2.613,60	18,13	3	30	3.035,91	2.793,60	19,40
4	28	2.901,30	2.669,76	18,54	4	32	3.161,98	2.908,80	20,20
5	29	2.969,21	2.731,68	18,97	5	34	3.295,29	3.032,64	21,06
6	30	3.035,91	2.793,60	19,40	6	35	3.357,71	3.088,80	21,45
7	31	3.099,05	2.851,20	19,80	7	36	3.419,02	3.146,40	21,83
8	32	3.161,98	2.908,80	20,20	8	37	3.490,57	3.211,20	22,30
9	33	3.228,66	2.970,72	20,63	9	38	3.563,31	3.278,88	22,77
10	34	3.295,36	3.032,64	21,06	10	39	3.634,84	3.345,12	23,23
					11	40	3.699,11	3.404,16	23,64

7. 我が国への示唆と課題

担い手確保については時間が迫っているので省略させて頂き（図表 39、40、41）、我が国への示唆と課題として5点挙げておきたい（図表 42）。

まず、いかにその地域に合った形で、地域を基盤とする統合を進めるかということが極めて重要だ。長期ケアを地域ケアとして再組織化する、そのための地方自治体機能の強化は諸外国共通の潮流といえる。

次に、多職種協働プライマリ・ケアの充実である。プライマリ・ケアの機能を制度上・教育上どのように位置づけるのか、我が国の文脈に即して長期的に展望する必要がある。オランダにおけるプライマリ・ケアの専門医である家庭医のように地域を診る医師や地域社会を強化しつつ連携を促す人材といった、プライマリ・ケアの中核となる地域住民の伴走者のあり方について、地域看護機能の再評価と充実という観点をあわせつつ、議論することも重要だ。

超高齢社会を迎え、複数の疾患を継続的に発症して死に至る方々が増えていくなか、地域包括ケアシステム構築に向けた議論の背景ともなるが、地域で暮らす慢性疾患の方々をどう支えるかについても模索が重ねられている（図表 43）。

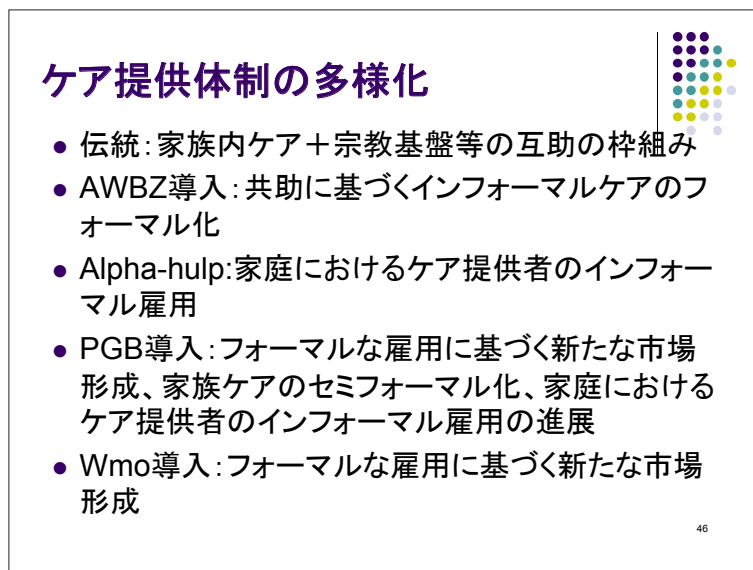
WHOでも推奨している慢性疾患ケアモデルにおいて、アウトカム向上の基盤となるのは、活性化されたコミュニティにおける「情報・スキルを得て活性化された患者」と「先を見越して準備ができた多職種チーム」の生産的相互関係であるといわれる。これは急性期医療における患者-専門職関係とは異なるものである。

慢性疾患ケアのためのコアコンピタンスもまとめられている（図表 44）。5つの柱は目新しいものではないと思うが、改めて患者中心のコミュニケーションとは、lay expert、素人専門家としての本人の力を引き出す自己管理とはなにか（図表 45）。さらに協働のなかに、よくいわれる多職種協働、すなわち他の提供者と、のみならず、患者と、コミュニティと、が含まれていることも興味深い。

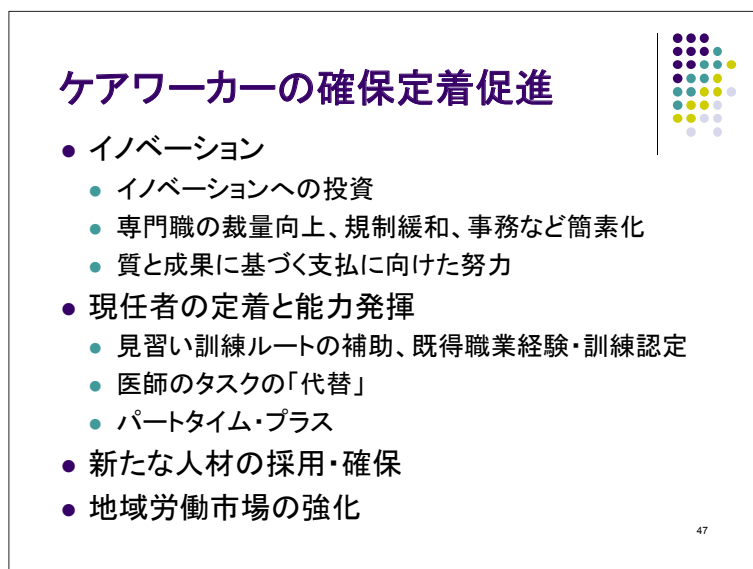
疾患構造の変化とともに、専門職の役割も進化が求められることを前提とすれば、オランダのように関係領域を通じた職業資格の継続的な発展の仕組みを考えていくことは不可欠だろう。

最後に、規制緩和や事務簡素化、質と成果に基づく制度や支払いに向けた基盤整備等により、専門性が発揮される環境づくりとイノベーションを促している点について触れておきたい。

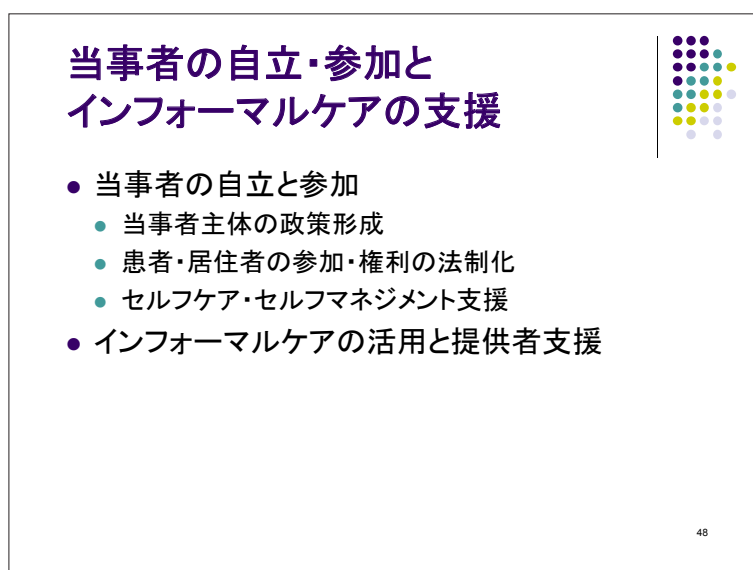
図表39




図表40



図表41



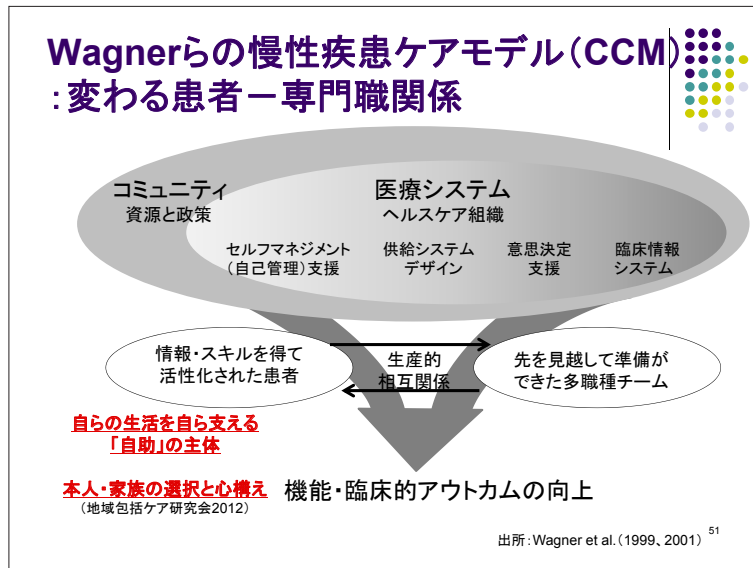
図表42



- 「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン
- 多職種協働プライマリ・ケアの機能強化
- セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的發展
- イノベーションの進化
- 労働政策との連動


50

図表43



図表44

(参考)慢性疾患ケアのための コアコンピタンス

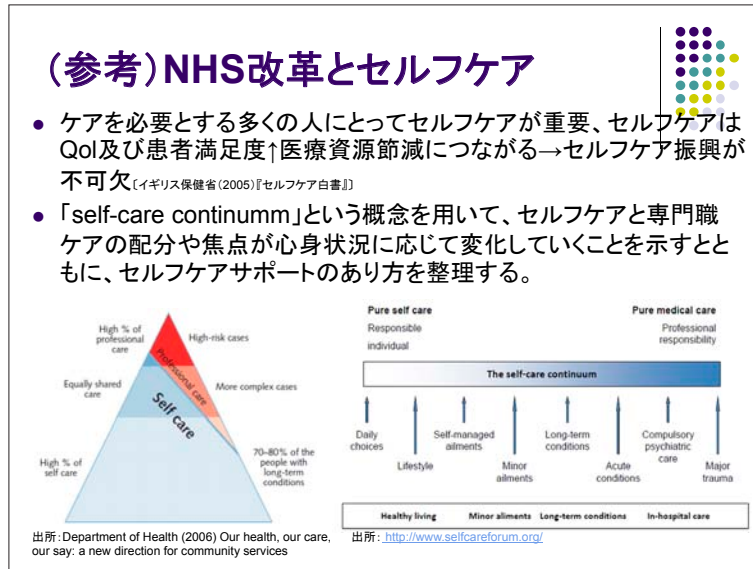


1. 患者中心ケア
 - 効果的なコミュニケーション
 - 健康行動変容のサポート
 - セルフマネジメント支援
 - プロアクティブアプローチ
2. 協働 (Partnering)
 - 患者と
 - 他の提供者と
 - コミュニティと
3. 質向上
 - プロセス・成果の測定
 - 学習→変化
 - エビデンスを実践に反映
4. ICT
 - 患者の登録
 - パートナーとのコミュニケーション
 - コンピュータ技術の活用
5. 公衆衛生視点
 - Population-based care
 - 予防重視とケアの連続を横断する働き
 - プライマリケア主導のシステム

出所: WHO (2005)、Nolte and McKee (2008)

52

図表45



専門職や事業者の裁量を高め、質の高いケアを効率的に提供していくためには、アカウントビリティの向上が欠かせない。途中で触れた在宅ケア組織がオランダのケア政策上も大きなインパクトを持ったのは、よりよいケア、やりがいのある仕事をより安く実現したことによる。個別のケアについて、診療、看護・介護を通じて見える化をはかることは、標準化と質のたゆまぬ改善を進めるうえでも極めて重要となる。

また、さまざまな議論やプロジェクトが地域発・当事者発のボトムアップで始まり、国レベルで設けられるプラットフォームがナレッジマネジメントの場として機能し、必要に応じてボトムアップの議論や実践に基づいてモデルやガイドラインを策定、それをトップダウンで適用することによりイノベーションが効率化されていることも注目の余地がある。他分野の知見も踏まえてイノベーションを普及・促進する要件を検討することも今後の課題といえよう。