

オランダの地域包括ケアの新たな担い手「Buurtzorg」調査報告

家族・地域支援学科 山路 憲夫

筆者は本センターの助成金により2012年8月、オランダの在宅ケア事業所「Buurtzorg」(注1) (ビュルツォグ)を調査した。以下はその調査のまとめである。

「ビュルツォグ」は10～12人の看護師と介護士によるチームが、40人～50人の利用者宅を訪れ、訪問看護と身体介護をトータルに提供する、細切れのケアではなく生活全体を見るのが特徴である。在宅ケア事業所として2007年設立、この5年間で急速に広がり、450チーム5,000人を超えた。地域包括ケア体制を担う新たなケアモデルとして世界に広がろうとしており、日本での関心も高まる。

筆者は今年8月19日から1週間「NPO福祉フォーラムジャパン」(2009年多職種連携による在宅ケアの実現を目指して設立)の副会長として「ビュルツォグ」をはじめとしたオランダの在宅ケアの調査に訪れた。「ビュルツォグ」を立ち上

げたヨス・デ・ブロックさん(52)にもインタビューすることができた(写真1)。

オランダだけではなく、世界各地にも広がっている。日本は2012年度からの介護保険改正で、在宅で24時間安心して暮らせる地域ケアの確立を目指す地域包括ケア体制を本格的に目指すこととした。地域で24時間のケアを担える仕組みづくりはまだ始まったばかりであり、「ビュルツォグ」の取り組みは日本で始まった地域包括ケア体制作りにとって、多くの示唆を得られるのではないかと。

その目的で「ビュルツォグ」を中心としたオランダの地域包括ケアを調査した。

I 「ビュルツォグ」はなぜ広がったのか

1 地域看護師の役割

「ビュルツォグ」の最大の特徴は地域(注2)看護師によるケースマネジメントを含めたトータルケアの提供である。看護師の専門性が高い。約65%がレベル5の学士以上の看護師である。

一つは「ビュルツォグ」での看護師の果たす役割の大きさである。ヨスさんは「かつての地域看護師の復活」という、そのトータルケアの内容について堀田聡子・労働政策研究・研修機構研究員は次の6つの役割にまとめている(注3)。

- ①ニーズアセスメント・ケアプランの作成
- 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
- ④QOL向上に向けたケア提供
- ⑤共感的・社会関係支援の提供
- ⑥セルフケアの支援

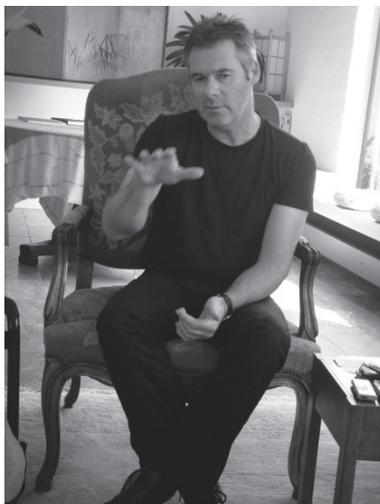


写真1 「ビュルツォグ」の代表、ヨスさん

である。

これらすべてのプロセスに地域看護師が責任を持つ。

これを可能にした一つは、看護師を養成する5段階にわたるオランダの看護師養成システムである。5段階の最上位にあるレベル5は学士以上の専門性の高い能力を持つ看護師となれる。そうした高い能力を持つ看護師が、トータルケアを委ねられ自らの能力を最大限発揮できる職場環境をもたらしたのは「ビュルツォグ」独特の組織形態であろう。

マネジメントや事務作業を本部に委ね、ケアに専念できる、職場内のフラットな関係が、組織にありがちな上下関係によるストレスを生まない、働きがいを生み出していると考えられる。

今回「ビュルツォグ」のアムステルダム西公園地区事務所にも訪れ、スタッフとインタビュー、訪問看護にも同行した。(写真2)



写真2 アムステルダム市内で、「ビュルツォグ」のスタッフのジュディスさんとともに患者宅訪問に自転車で同行した、その際の筆者

ジュディスさんとともに訪れた8月20日は8時半出勤、6人の利用者宅を自転車で回った。一人当たりにかかる時間は15分～1時間45分。最初の利用者(一人暮らし77歳男性)は点眼だけ、わずか15分の訪問だったが、8時～23時ま

での間に何回も訪問することもある。薬の管理、購入の際も薬局に同伴することもある。二人目訪れた利用者はガン手術後退院、ストーマーをつけており、その洗浄、管理が主な仕事だが、その間にさまざまな生活、暮らしの悩みにもアドバイスする。

ヨスさんの言うとおりに(後段のインタビュー参照)生活全体を見、ソーシャルワーカーの役割も担う。

ジュディスさんは1年半前に「ビュルツォグ」に移った。それまでは急性期病院のICUに勤務。夜勤もあるハードな仕事だったが、「ビュルツォグ」に移ってからは1週間に4日勤務。収入は月1800ユーロ(約18万円)。「何より自分の裁量で仕事ができる。以前の職場に比べ時間のゆとりもでき、仕事のやりがいもある」という。

2 家庭医との連携によるプライマリー・ケアの確立

「ビュルツォグ」の活動が広がってきた背景には「家庭医」との緊密な連携もある。

オランダの在宅ケアの大きな特徴はプライマリー・ケアが確立されていることである。そのゲートキーパーの役割(注4)を家庭医が担う。病院や専門医の治療は家庭医の紹介がないと受けられない。すべての市民は近所の家庭医に登録する。第二次の医療機関への紹介はわずか4%。オランダの家庭医は国の医療の93%をカバーし、それにかかる費用はオランダ全体の医療費の7%といわれる。「家庭医のための診療ガイドライン」が世界で最も整備されていることも費用対効果の高い医療の理由とされて(注5)いるが、家庭医だけではなく理学療法士、薬剤師、臨床心理士、助産師、そして「ビュルツォグ」のような地域看護師のようなケアチームとの連携がきちんとなされていることで、在宅で安心して生活できるプライマリーを実現できているように感じた。

今回の調査で訪問したホールン市の家庭医、アネット・W・ウィンド医師の診療所も訪ねた(写真3)。ウィンド医師は家庭医の役割として、①

ゲートキーパー②終末期③夜間対応——の3つを挙げた。

診察時間は平日の午前8時～5時、夜間は近隣の家庭医が当番制で対応、一人の家庭医が月に1～2回当番が回ってくる。ウィンド医師への登録患者は2700人いるが、1日に診るのは予約制で約25人、電話相談にも電子メールでの相談もWebで対応する。



写真3 オランダの家庭医ウィンド医師、同診療所で

ウィンド医師はライデン大学でも教えていることもあって、プラクティスナース(注6)を含めた二人のアシスタント・スタッフがいる。ここでもオランダGP協会が作成した「家庭医のための診療ガイドライン」に沿って、マニュアル化された手順で対応、最終的な診断、チェックをウィンド医師が行う。待合室には、患者向けの病名ごとの説明書も置かれている。終末期の中で、安楽死法に基づく手続きが認められた場合に、安楽死にも対応している。

ウィンド医師らの家庭医によってプライマリーな医療が確立されていることで、「ビュルツォグ」のような在宅ケアに取り組むチームの役割も明確になり、その連携を強めることで、ますます急性期以外の多職種による高齢者ケアの取り組みが、日本に比べシステム化され、それぞれの役割、分

業がうまく機能しているように感じられた。

地域包括ケア体制づくりを目指す上で日本が「ビュルツォグ」から学ぶものは、多々あろうが、ただ「ビュルツォグ」のやり方を真似て導入するだけで効果を期待できるものではもとよりないだろう。

家庭医をはじめとした多職種との連携、地域看護師の職域の確立、そのための介護職と看護職の養成教育、さらに医療保険制度と介護保険制度の報酬体系の見直し、統合化、さらにプライマリーケアを担える医師の養成と制度の確立である。

いずれも一朝一夕に解決できる課題ではないが、プライマリーケアの確立に向けて正面から取り組まない限り、地域包括ケア体制の確立は望めない、と考える。

II 「ビュルツォグ」のヨス・デ・ブロックさんとのインタビュー

——「ビュルツォグ」のケアとは？

ヨス 「ビュルツォグ」のケアを一言でいえば「近所の、お隣さんのケア」ということだ。私はこのケア組織のディレクター・マネジャーだが、地域看護師(コミュニティ・ナース)でもある。この仕事が好きで、一つの地域全体を担当し、さまざまな解決策を提供してきた。終末期であろうと慢性期であろうと、その人たちに適切なケアを提供するのが私の仕事だったが、ケアをする時に、私がいなくとも、どうすればやっていけるかを考えていた。家庭医やソーシャルワーカーのような仕事も私なりに創造してやっていた。私がやってきた地域看護師としての仕事はそんな仕事だった。

しかし、それは1994年までだった。その時期を境に国の方針として「Product」(成果)を求めるようになっていった。何かの成果を個別的具体的に求める。さまざまな個別のサービスが求められるようになった。同時に地域でも、ケア事業所の合併が進み、大規模化していった。高齢者の生活をトータルでケアするという地域看護師の役割も変えさせられた。

個別的技術的なケアに制限されるようになり、大勢の地域看護師は辞めていった。ケアの質は次第に下がっていった。

最近、担当大臣にケアのあり方についての意見を求められ「1990年代の成果志向を政府が打ち出した時、コスト削減を目指したが、ケアする看護師と患者の関係が崩れた。働くもののモチベーションは下がり、コストだけが上がった。効率性を求めたオランダのケアシステムは非効率なものとなった」と申し上げた。

——それを改革させるために「ビュルツォグ」を設立したということですね？

ヨス そうです。これまでの10年～20年間のシステムは間違っている、もっといいやり方がある、とわかっていた。オランダ全国の家医との連携をさらに密接に深める。今、病院がやっていることを家医が担う、家医がやっていることを看護師ができる。一歩ずつそういうやり方を進めていく。今までの政府のやり方は非効率だ。精神障害者の在宅ケアでも（「ビュルツォグ」のやり方で）変えられる。ただ、本人がもっと自分自身をサポートし、ネットワークを活用することが大事で、既存のインフラだけでは難しい。

われわれはかつて地域看護師がやっていた姿に戻した。当時は小規模な単位で働いていた。高度なケアの力を持っていて、自分たちで決めていた。家族や隣近所などのインフォーマルケアとのコーディネートもやっていた。（AWBZ＝特別医療費保険）での報酬体系では、1時間に着き53～54ユーロになる。管理部門は給与や保険請求等のやりとりといった事務を担当することで看護師は小規模なオフィスを各地域に設けてケアに集中できる。オランダは32の地域で「ケアオフィス」があり、保険会社と連絡をとる。ケアオフィスと契約すれば、地域でケアを提供できる。したがって、地域の「ビュルツォグ」には管理者を置く必要はない。もちろん、看護師は情報が必要でWebでチーム間での情報交換、提供をする。

現在、各地域の「ビュルツォグ」に所属する看

護師がやっていることは地域看護師が30年前にやっていたことと同じで、一人ひとりが解決策（solution）を生み出し、家族を支える。力のある看護師たちは自分たちで管理できる。わざわざ管理者を置く必要はない。「ビュルツォグ」の地域組織には上下関係がない。ボスになりたがる看護師がいても、その必要はないと説得する。

このやり方をとれば成果が出るということを見せたかった。

——政府が目指した「Product」重視とヨスさんのいう「solution」との違いは？
ヨス 例えば、足に傷をして包帯を巻いている患者の体を洗うためには、どのようにすれば、体全体を洗えるようにできるのか、私たちは考え、解決策を見つけ出すが、「Product」重視のケアでは、上半身だけを清潔にし、足の手当てをする。個別の細切れのケアをすることにとどまる。

最近のケースでは、74歳の女性の末期のがん患者には3人の担当をつけて、生活全体を見る。精神面のケアもする。もちろん保険者とも話し合い、同意を得て、そうしたケアを決める。

——目指した成果は上げられたと？

ヨス 「ニベル」というオランダのリサーチ会社が利用者・家族の満足度を調べたところ、「ビュルツォグ」は10点満点で9.1、オランダの他のケア事業の平均は7.1だから高い結果を得たことになる。

コスト的にも私たちの方が効率的だ。アメリカの会計監査会社の調査でもわれわれのコストは他に比べ半分という結果も出た。自助、利用者の周りのサポートを重視すれば、ケアにかかる時間も短くてすむ。

「ビュルツォグ」で働く人たちの満足度も高い。三年連続で「ビュルツォグ」はオランダで「最優秀雇用者賞」に選ばれた。今年は10点満点で9.7だった。

——それだけの高い評価を見て、他の事業所は「ビュルツォグ」のやり方を真似ないのか。

ヨス 当初はやり方を真似る事業所も出てくるか

もしれないと思ったが、他の事業所は「Product」を提供することにこだわり、解決策を出すことに慣れていない。（「ビュルツォグ」の）看護師でないとできない。現在「ビュルツォグ」で働く5300人の看護師のうち、70%が正規の高い資格を持つ看護師で、30%が基礎的な資格を持つ看護師だ。オランダの高い資格を持つ高い看護師の60%が「ビュルツォグ」で働いていることになる。今も毎月550人の看護師が「ビュルツォグ」に入ってくる。

——「ビュルツォグ」は財団ということだが、営利を追求する会社組織を採用しなかった理由は？
 ヨス 金をもうけるために、商業的にやりだしたわけではない。オランダの場合、いくつかのやり方がある。財団という形を選んだのは、そのグループに属し、働く人々、看護師にとって患者、利用者にとってベストになるよう選択できる、つまり倫理的に働ける。もっとも財団という形をとっても利益は出る。これを患者のために使う。看護師の研修、教育にあて、全員に「iPad」を配れる。
 ——そうした「ビュルツォグ」のケアが、オランダで認知されるようになった？

ヨス われわれにとって昨年は大事なステップの年となった。私たちのケアモデルが「オランダモデル」となることを政府が認めてくれた。今年9月の総選挙でも多くの政党が「隣人のケア」と同時に「地域看護師のケア」、予防の役割、重要性を総合的にとらえ、訴える政策が多い。すべての政党が「ビュルツォグ」の本部を訪れてきた。元首相は二回訪問してくれた。

——ここまで「ビュルツォグ」が広がってきた「マジック」があるのか。

ヨス Yes I know. この分野では給料、労働条件は悪くない。もともと看護師になった人たちは患者、利用者のためにベストを尽くしたい、という思いが強い。ところが、これまでは看護師としてのやりがいを感じられなかった。そのやりがいを「ビュルツォグ」で感じる事ができたからだろう。

——政府が1990年代に転換させたケアシステムが、十分な成果を上げられなかったのに、「ビュルツォグ」が設立されるまで、改革しなかったのはなぜだろうか。

ヨス 統合ケアへの転換によって利益を得る人がいたからだろう。政治家は自らやりだした政策を変えたくない。市場での成長率は上がっていき、ケアする事業所の責任者は高収入を得た。ところが、コストが劇的に上がり続け、利用者の苦情も出始め、在宅ケアにあたる看護師もやりたがらなくなってきた、ようやく見直さざるを得なくなったという事だろう。他のケア事業所のトップは、私の収入の2～3倍はある。

——今後の「ビュルツォグ」は？

ヨス 改革も進めていくし、私たちのやり方を必要とするところがあれば世界のどこにでも出かけたたい。

まずアメリカ・ミネソタで4年前にスタートした「オマハ^(注7)システム」を導入して、さらにIT化を進めたい。治療と手順、ケースマネジメント、調査等の共通するやり方をつくり、2600の解決策を示せる。このシステムはこれから10～15年間でオランダのスタンダードになるだろう。

「ビュルツォグ」が軌道に乗ってから、あるアメリカの企業から2400万ユーロで会社を買収したいという申し出もあったが、われわれはもちろん応じなかった。いま、イギリスやドイツ、アメリカや中国、インドネシアなどからわれわれの方式を取り入れたいという提案も出ており、日本とも提携したい。そのために外国に行くのも私にとってやりがいのある仕事だし、世界でわれわれの方式を拡げていくのも考えていきたい。

Ⅲ インタビューを終えて

ヨスさんとのインタビューは、アムルスフォルト市にある通訳をして頂いたシャボット・あかねさんの自宅で、2時間にわたった。半そでのポロシャツにジーンズ姿、2歳に近い長身で、エネル

ギッシュで飾らない態度，その明快な語り口は，新たなタイプのリーダーと感じた。もとより短時間のインタビューで「ビュルツォグ」がここまで広がってきた理由，背景が語りつくせている訳ではないが，日本にとっても貴重な教訓となるいくつかの点が語られた。

そのひとつは，地域看護師の役割の大きさである。看護師ではあるが，生活全体を見て，必要に応じて他の専門職や行政機関につなぐ，ソーシャルワーカー（社会福祉士）やケアマネジャー（介護支援専門員）の役割も果たしている。

ヨスさんは筆者とのインタビューでも「これまで病院がやってきたことの多くを家庭医で，家庭医がやっていることはわれわれができるだけやる」と述べ，今後さらに家庭医や多職種との連携を強め，プライマリーケアの比重を高めることを目指していることが明確に伺える。それが「ビュルツォグ」の広がりをもたらし，さらに広げていく大きな理由に思われる。

プライマリーケアでの要として「ビュルツォグ」がうまく機能することで，本人や家族の満足度も高い。コストパフォーマンスも高い効果を挙げている。「ビュルツォグ」が広がってきた理由だろう。「ビュルツォグ」はまだまだ広がるように見える。

今回のオランダ調査にあたっては堀田聡子 労働政策研究・研修機構研究員にヨスさんとのインタビューの設定をはじめ，関係者，関係先のアポイント，さまざまなアドバイス，資料提供も頂いた。深くお礼申し上げたい。

(注1) 「ビュルツォグ」はヨスさんら1チーム4人の地域看護師が，2007年1月設立。訪問介護（身体介護），訪問看護サービスを提供する。訪問看護師と介護士の1チーム10～12人が人口1万2,000人～1万5,000人の地域を担当する。チームには管理者，リー

ダーを置かず，すべてフラットな組織で，本部が人事管理や保険請求等の事務を担当する。本部とチームとの上下関係はないが，本部には10数人のコーチがおり，各チームを支える。

設立すると，急速に「ビュルツォグ」が広がり，全国450を超える独立チームに合計54,000人の看護師・介護士が活動する。利用者は50,000人（2011年）。売上高は1億8,000万ユーロ（2012年見込み）

(注2) 1990年までは住民3,000人ごとに一人の地区看護師（常勤）がいた。運営母体は教会。全国組織の支援を受けた小規模な地域の教会組織がサービスを提供。1970年までは宗派別に分かれていた。

(注3) 堀田聡子「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策——わが国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて——」

(JILPT discussion Paper Series 12-07)

(注4) ヨス・デ・ブロック「在宅ケアのルネッサンス」(2012年4月11日，東京での講演レジュメから)

(注5) 井伊雅子「先進国の医療制度と日本への教訓——オランダの家庭医制度を中心に」(「成長産業としての医療と介護」所収，2011年11月)

(注6) 5段階の看護師介護士資格のうち最上位のレベル5に位置づけられ，家庭医の診断後，慢性疾患患者に対するチェック，セルフケアの援助や情報提供をする。

(注7) 1970年代にアメリカ・オマハの訪問看護協会が中心になって開発した全人的な見地から見た地域看護活動の標準分類方式。看護診断（問題分類），介入分類，アウトカム評定からなる体系。「ビュルツォグ」は2010年からOMAHAシステムの導入を始めた。