

第20回 オランダの地域包括ケアシステム①

様々なセクターが
横断的に協力

今回は、高齢者住宅財団主催の視察で訪れているオランダからの寄稿である。オランダのケアシステムの特徴をいくつかのキーワードでみる事ができる。

第一に統合ケアの実現である。この場合「統合」というコンセプトはいくつかのサブグループに分解して理解できるだろう。統合ケアを実現する上で、これを推進する事業主体は、社会的企業体とでもいう非営利民間組織である。背景は多様であるにせよ、営利企業と同等かそれ以上の経営力を持ちながらも、その収益を所有者に配分しない非営利民間組織が、ケア部門にも多々あり、地域で創意工夫にとんだ事業を展開している。

この場合「統合」というコンセプトはいくつかのサブグループに分解して理解できるだろう。統合ケアを実現する上で、これを推進する事業主体は、社会的企業体とでもいう非営利民間組織である。背景は多様であるにせよ、営利企業と同等かそれ以上の経営力を持ちながらも、その収益を所有者に配分しない非営利民間組織が、ケア部門にも多々あり、地域で創意工夫にとんだ事業を展開している。

この企業体が国の社会保険制度や住宅制度を活用しながら、社会的ニーズに答える活動を、効率性を追求しながら展開する。内部に強力な専門職統合の機能を

有し、医療、福祉、住宅等のサービス機能を統合している。

これをひとつの空間に展開するのが、建築デザイン力である。

例えば、住宅とケアサービスとを融合した地域センターは二棟の住宅部分をアトリウムで結びつけ、一階の通路部分には街路として、その両側に医療、リハビリテーション、福祉、保育、理美容を始めとする、サービス部門がショッピングモールのように並んでいる。その中心にレストラン機能を備え、モダンなあるいは伝統的なデザインの家具や調度品によった人々の交流や語り合いが実現する共同空間が配置されている。

居住部分には、一般住宅とナースینگホーム部分などが配置されている。認知症高齢者のための居住スペースは6人程度のユニット型の配置となっている。どこからが日本的な理解で



高橋 紘士教授

国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授。1944年生まれ。立教大学教授などを歴任後、2010年4月より現職。(財)高齢者住宅財団理事長、財団高齢者住宅推進機構理事、財団老人ホーム協会理事などを兼務。地域包括ケア研究会委員(厚労省)、高齢者居住安定化モデル事業評価委員会座長(国文省)、国土審議会長期展望委員会委員(国文省)などを務める。地域包括支援センター実務機構(オムニ)、コミュニティ福祉学入門(有斐閣)、介護保険のマネジメントシステム(医学書院)、高齢者の権利擁護システム(勁草書房)など著作多数。専攻は福祉政策、地域ケア論。

地域包括ケアと
高齢者の住まい

その理念と役割

インフォーマルな支援を重視

「施設」で、どこからか「住まい」かが、容易には見分けがつかないように連続的に配置されている。外側は、開放的な庭園に連続している。

社会住宅としての住まい部分は所得制限があるものの、75平米以上の基準面積が確保されている。また、経済力がある階層に人々は負担能力に応じた家賃で入居している。

なによりも、日本での統合ケアの阻害要因となる縦型のしくみではなく、横断的に平等にさまざまなセクターが協力し合うシステムは、オランダの歴史と風土に根ざして発展してきたものであるとしても、広く普遍性を持つものである。

利用者中心主義と透明性徹底を追求

第二の特徴はこのような、ケアサービスの統合を導きだす原理としての、「利用者中心主義」である。

高齢者ケアでいえば、認知症を含めた、老年性疾患の特性をふまえたケアの追求が行われている。

高齢者は80歳以上のケアリスクを抱えた年齢層の、とりわけ孤立や孤独の問題への対応がターゲットとされる。医療や看護や生活支援の専門サービスについてもこの点の配慮が自己完結的に陥るのではなく、人々の繋りを重視したケアとして、協働的な支援を展開するという手法に表現されている。

また、マントルケアといわれる、理解しにくい概念がしばしば登場する。家族や近隣のインフォーマルな支援をマントルのようにとりこんだという意味である。

インフォーマルセクターの重視はオランダのケアの特徴でもある。施設や病院に依存した社会保険(特約給付として、一般のケアを中心として健康保険と組みあがっている)は別建ての制度で、ケアに

さらに徹底した透明性の追求もオランダの特徴である。事業継続の可否を評価する監査システム、サービス利用にあたっての徹底した情報提供と選択の尊重、サービスへの大量のボランティア参加など、様々な手法でケアサービスとその事業体への透明性の確保の仕組が定着している。

第21回 オランダの地域包括ケアシステム②

サービス展開では トップランナー

アムステルダム市の旧市街には、レンガ造りの歴史

的な街並みが広がっている。今は、市の中心のダム

広場がある場所に水を堰き止めるダムを築造し、海水

を抜き干拓をして土地を作り、その土地にアムステル

ダム市が建設された。

オランダには埋め立てる

べき土がないので堤防を張り巡らし、海抜下の土地に

都市を造る。だから、リス

ク管理には極めて厳格であ

る、また、計画のための合

意形成には多くの時間と労

力を惜しまない。一旦、合

意形成ができれば、その遵

守は絶対的である。これが

オランダ社会の基本的考え

方である。

計画の思想と手法が、お

いであつた。

そうく世界で最も発達した

国かもしれない。「神は人

を創りたもうたが、オラン

ダの民は国土を造った」故

である。

そして、海の上に浮かぶ

島ともいえるのがオランダ

人の住まいである。基礎ま

で、杭をうち建物を支える。

そのため定期的なメンテナ

ンスが必要であり、これが

行われないとたちまち家屋

が傾き、使用不可能となり

撤去が必要となる。



高橋紘士教授

国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授。1944年生まれ。立教大学教授などを歴任後、2010年4月より現職。(財)高齢者住宅財団理事長、(社)高齢者住宅推進機構理事、(社)有料老人ホーム協会理事などを兼務。地域包括ケア研究会委員(厚労省)、高齢者居住安定化モデル事業評価委員会座長(国交省)、国土審議会長期展望委員会委員(国交省)などを務める。地域包括支援センター実務必携(オーム社)、コミュニティ福祉学入門(有斐閣)、介護保険のマネジメントシステム(医学書院)、高齢者の権利擁護システム(勁草書房)など著作多数。専攻は福祉政策、地域ケア論。

医療・介護サービス全般、圏域毎に整備

オランダ第一の都市アムステルダム市は人口がほぼ75万人で、その人口規模が維持されてきた。都市機能の拡大による人口増は近郊都市に展開する。これが干拓による新都市建設である。

機能総合化し 新都市をケア

アムステルダム市の東北部に広がるマルカー湖を干拓して、1970年代後半からアルメル市という海抜6m下の新都市が造られた。アルメル市の人口は現在では19万人、2025年には30万人になると見込まれている。

この新しい市のケアを担う社会企業体が「ケア集団アルメル」(Almere Health Care Group)が英訳であるが、ヘルスという語は我が国の保健という概念よりはるかに広い。以下ケア集団と略す)である。あらかじめ計画のなかに、23カ所のケア拠点が織り込まれている。

現在では、「ケア集団」は19の地域ケアセンター、4カ所のナースینگホーム、4の地域ケアセンターとナースینگホームの複合施設、さらに、虚弱高齢者向け病床、救急、時間外サービス拠点、総合的薬局などを経営している。

「アルメルモデル」と呼ばれるサービスモデルによると、人口1万5千人の街区単位にコミュニティヘルスセンターが看護、助産、薬局、栄養管理、家庭医、歯科医、ソーシャルワーカー、保育、理学療法などの機能を総合化して用意される。4万の区単位で、ナースینگホーム、福祉、在宅ケア、施設ケアが用意され、15万人から25万の市単位で、病院、精神保健センター、保健所、リハビリセンターが100万人の広域圏単位で、専門病院が用意された。

このような人口圏域単位で、諸サービスを総合的、体系的に用意することが考えられている。オランダは、経済計画や都市、住宅計画のみならず、社会サービス計画についてもトップランナーと言えるかもしれない。

アルメル市の高齢化率は現在約9パーセントで、2025年には13パーセント、絶対数で約2・3倍と見込まれている。このような状況のなかで、どのようにサービスが展開されているのであろうか。私どもが訪れた住宅とケアの複合セ

ンターにみる地域包括ケアについては次号で述べることにする。

また、住宅手当に言及した部分は「今後財政の悪化で、低所得者対策には制約が多く、また、実現も難しい」としている。

追記 12月15日付の本紙のオピニオン欄に筆者へのインタビュ記事が掲載された。その記事の一部の発言が筆者の意図と異なる内容となっている。

第二の問いへの回答の末尾の部分は「サービス付き高齢者向け住宅は一部で喧伝されているようなローリスクハイリターンではな

く、新しい事業モデルが必要かもしれない。高齢者の需要にきちんと答えるローリスクローリターンモデルが必要であらう。事業者の持続可能性を確保したうえで、単なる賃貸業としての装置産業ではなく、社会企業、コミュニティビジネスなどの新しい事業モデルが必要で、これを後押しする新しい産業政策が求められる」。

また、住宅手当に言及した部分は「今後財政の悪化で、低所得者対策には制約が多く、また、実現も難しい」としている。

また、住宅手当に言及した部分は「今後財政の悪化で、低所得者対策には制約が多く、また、実現も難しい」としている。

第31回 オランダの医療福祉介護をどう理解するか

地域包括ケアには
新事業形態が必要

10月にケア人材政策についての若手研究者である、堀田聡子さんのコーディネートでオランダにおける最先端のケア組織として高い評価を集めているBuurtoeg (ヒールツォグ・日本語では「近隣ケア」と訳せるが、この組織の持つ革新的な含意が消えてしまうと判断したのである。堀田氏はあえて原語のまま紹介しておられる)の主要スタッフ等4名が来日し、金沢と東京でセミナーを開催し、私もそのセミナーの一つに参加する機会があった。

が。あった。

このBuurtoegの意義と背景については、堀田氏によって詳細な研究結果がまとめられることを期待することとして、今後日本でも政策目標とされる地域包括ケアを実現する上で、その核となる

諸サービスの組織的展開にあたって重要な示唆を与えるような気がした。地域包括ケアシステムとは、一橋大学大学院の猪飼周平氏が指摘するように、治療医学の時代に適合的な病院の時代の終焉と共に現れる新しいヘルスケアシステムの形態を指すもので、それが政策的スローガン以上のもの

のである。とすれば、新しいケアシステムにふさわしい、組織と事業形態が開発されるべきである

ということを含意している。したがって我が国の医療・介護システムの主流である医療法人、社会福祉法人、介護保険により参入した営利法人、そして零細事業所にとどまっている特定非営利活動法人などの事業体と一線を画した事業形態が登場する必要があるということが想像される。

BuurtoegはCommunity Nurse (これも日本語

の文脈では誤解を招く)による、小地域に根差す専門職が裁量と責任を持つトータルケアチームを事業単位としており、これをバックオフィスが業務管理を中心としてサポートする、フラットだがインテグレイティブな組織形態である。

筆者はかねがね自己完結的な医療福祉複合体のような指揮命令系統が明確な階層的組織をスイカ型組織と呼び、これに對

オランダ在宅ケア 日本に示唆

してそれぞれの事業単位は小規模であるが、それが相互に連繋しているブドウ型組織とを対比し、これからのケア組織は後者のほうがふさわしいと漠然と考えていたが、これが現実のものとして実現していることに驚いた。

経営のトップは
専門職が務める

また、昨年コラムで紹介した医療介護そして住宅にまたがって統合的に展開するオランダの社会企業体というべき事業形態をこのBuurtoegもっており、その経営のトップは地域看護師出身である。筆者が訪ねた社会企業体も専門職が経営トップを務めている事例に出合い、これも興味深いことであった。

社会企業体といえども経営効率の追求は重要な課題だ。効率化と利用者満足度を高めるための経営努力をどう実現するかが至上命題であるようで、そのことがICTの先端利用により実現している。Buurtoegの利益

率は8%と報告されているが、この利益は地域における予防プロジェクト等のインベションなどに再投資されているとのこと。株主への配当を、優先すべき営利法人や、収支差を内部留保として凍結してしまったり、私的所有原理により収益を私的に還元してしまう日本の医療介護の事業体とはほど様子が異なっている。

造ってきた、オランダの歴史によって培われた「ボルダーモデル」というコンセンサス形成の伝統は、ケア政策においても強い影響を及ぼしているようだ。とすると、Buurtoegのような事業体を創り出したオランダ社会のバックグラウンドの理解も不可欠である。

もともとオランダという国は非営利事業体がサービス活動の主流となつた国でもある。近年は高齢化に伴い介護需要の爆発のなかで、コスト削減と合理化が追求され、制度による支援に加え、マントルケアという大変わがりにくい概念によって、自助と互助が強調されてきた。

また、事業体は質と効率の追求が強調されるとともに、その質の評価枠組みの検討が進み、監査によって問題があると認定された事業体は退出を余儀なくされる。このような考え方を、ダムを造ることにによって国土を創

造ってきた、オランダの歴史によって培われた「ボルダーモデル」というコンセンサス形成の伝統は、ケア政策においても強い影響を及ぼしているようだ。とすると、Buurtoegのような事業体を創り出したオランダ社会のバックグラウンドの理解も不可欠である。

追記、Buurtoegの紹介については前記セミナーにおける堀田聡子氏の資料によっている。記して感謝したい。

地域包括ケアと
高齢者の住まい

その理念と役割

国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授。1944年生まれ。立教大学教授などを歴任後、2010年4月より現職。(財)高齢者住宅推進機構理事、社有老人ホーム協会理事などを兼務。地域包括ケア研究会委員(厚労省)、高齢者居住安定化モデル事業評価委員会委員(国文省)、国土審議会長期展望委員会委員(国文省)などを務める。地域包括支援センター実務連携(オムス)、コミュニティ福祉学入門(有斐閣)、介護保険のマネジメントシステム(医学書院)、高齢者の権利擁護システム(勁草書房)など著作多数。専攻は福祉政策、地域ケア論。



高橋 敏士 教授

第32回 オランダの医療福祉介護を生活から理解する

オランダケアに通ずる
ホームホスピスの輪

このコラムを熊本の南阿蘇で開催されているホームホスピス研修会の宿で執筆している。

ホームホスピスとは、民家の力に依拠しながら、看取りを共同生活の中で居宅介護や在宅医療を活用しながら、支える市民活動である。この活動は宮崎からはじまり、今では全国7カ所に活動が広がっており、NHKなどのドキュメンタリーで取り上げられて、注目を集めている。

今回はオランダ在住40年の後藤猛氏の「認知症の人が安楽死する国」(雲母書房刊)の紹介をする。前回予告したが、ホームホスピスの集会の最中にこの書物の紹介文

を書くというのは偶然でないような気持ちにさせられた。

オランダで広がっているマントルケア(マントに包み込むようなケア)という概念が本書の冒頭の章で紹介されている。

オランダ語のケアはzorgであるが、オランダ語辞典によると、世話、配慮、気配り、心配、気遣いといった意味が原義であるようだ。

我が国ではケアという外来語は、介護、看護、などの専門語があらわれることが多い。他者が業務として実施するという語感が勝っている。世話とか気遣いとか、見守るという言葉は、英語のケアの語義もそうであるが、日本語ではこのような日常語から切り離されたところでケアという概

念が成立してしまったことが、マントルケアの意味をわかりにくくしているようである。

実は、ホームホスピスもこのようなケア概念の意義を踏まえないと理解できない。

後藤氏は、マントルケアの定義として「支援団体や組織ではなく、本人の周りにいる社会的関係、つまり隣近所・家族・友人などが通常のお世話を超えて、長期にわたるケア(介護)を行うことであり、本人にとってなくてはならない必要な介護(ケア)である」として、特別介護保険の適用が認められるに至ったと述べている。(同書23ページ)

家族介護を補完
支援部隊が存在

この場合マントルケアの主体は家族ということだとすれば、我が国での家族内介護とどう違うのかという質問が出るであろう。家族への現金給付という方法の導入を主張する人々への援軍となつて介護の社会化を目指す方向と逆行するではないかという反論にさらされるであろう。

自発的支援、介護保険で支え

オランダでは家族に介護負担を負わせるのではなく、家族介護を補完する「マントルケア支援部隊」というべきものが各地域社会に必ず存在し、家族介護に全てを委ねるのではなく無償ではあるが、その運営費用を介護保険により、自治体から財政的支援を受けて活動している。自発的な支援と介護保険が組み合わさることによって、マントルケアが成り立っているようである。

これを成り立たせる基盤として、ポルダーモデルと呼ばれる、堤防をはりめぐらして国土と人々の生存を確保してきたオランダ人の伝統によって説明される。ダムが決壊などの大災害の可能性に対処し、全員が生き残るための手だてを探るために、徹底的なコンセンサスを追求するオランダ人の伝統が、ケアの世界にも反映したのだと考えられる。

基礎とした、独自の合意形成モデルを創り出したことによるように思われる。

医療福祉介護の対等でフラットなシステム。とりわけ地域社会で精神障害者や、認知症高齢者が地域社会で、住宅と医療と介護が総合的に提供され、これを地域社会の自発的な参加活動が補完するシステムによって生活が可能になっている現実。

誰でもが手厚い公教育の普及により、医師などの専門職として働くことのできる社会システムなどの一端は、本書で生活経験に即して生き生きと描かれている。

読者はこの書で紹介されたこのようなオランダシステムの意義についての報告を補完し、理解を深めるため、オランダの社会経済システムについてのレポートである長坂寿久著「オランダモデル」(日本経済新聞社)、オランダモデルの影の部分にも言及した研究書である水島治雄著「反転する福祉国家」(岩波書店)などを紐解くことを薦めたい。

地域包括ケアと 高齢者の住まい

その理念と役割



高橋 紘士 教授

国際医療福祉大学大学院医療福祉学分野教授。1944年生まれ。立教大学教授などを歴任後、2010年4月より現職。(財)高齢者住宅財団理事長、(社)高齢者住宅推進機構理事、(社)有料老人ホーム協会理事などを兼務。地域包括ケア研究会委員(厚労省)、高齢者居住安定化モデル事業評価委員会座長(国交省)、国土審議会長期展望委員会委員(国交省)などを務める。地域包括支援センター実務必携(オーム社)、コミュニティ福祉学入門(有斐閣)、介護保険のマネジメントシステム(医学書院)、高齢者の権利擁護システム(勤草書房)など著作多数。専攻は福祉政策、地域ケア論。