



高橋 Tai 氏 ● 独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員

高橋 Tai 対談
今月のゲスト

堀田聡子 氏

● 独立行政法人労働政策研究・研修機構研究員



本人・家族・地域の力を引き出し
人間らしい暮らしと死を支える
オランダの地域包括ケア

地域包括ケア研究会、社会保障審議会介護給付費分科会や福祉部会の委員として、ケア提供体制やその担い手のあり方に関する議論に関わっている堀田聡子氏。オランダの地域包括ケアを研究してきたことでも知られている。海外の事例を日本にどのように活かすべきか。同様にフランスの医療を研究している高橋泰氏が聞いた。

構成=野澤正毅 撮影=関口宏樹

地域包括ケアのあり方は
国民の死生観によって決まる

高橋 堀田さんは近年、海外の社会保障制度を研究され、最近では、地域包括ケアのあり方についても、いろいろ提言されていますよね。私はひそかに、わが国にも「ジャンヌ・ダルク」が現れた、と期待しているんですが。特に、オランダの地域包括ケアの研究に力を入れてくれたそうで、ぜひ詳しく教えていただきたいと思っています。

これは私の考えですが、地域包括ケアや在宅医療のありようは、突き詰めると、死生観によって規定される。つまり、「どうやって死を迎えるべきか」という、エンディングに対する一人ひとりの意識によって、左右されると思うんです。たとえば、欧米では、基本的に「自分で物が食べられなくなる＝死」という考え方が根づいています。本人が食べようとしない場合、日本のように頑張って食事介助をいたしません。このようなケアを行うと、重度の要介護状態になる前に、自然な形で亡くなります。終末期ケアでも、胃ろうを造

設したり、人工呼吸器をつけたりすることは減多にありません。つまり、日本のような重度の要介護者はいないんです。

フランスでは、日本と同じように、約7割の人が病院で看取られるのですが、中身が違うんです。できる限り家において、ぎりぎりの状態になってから、やっと病院に搬送される。だから、入院から死亡までの在院日数がきわめて短い。

堀田 日本の医師や看護師がオランダの在宅ケアを見学なさると、医療依存度が高い方が少ないことに驚かれます。でもオランダの病死率は約3〜4割なのです。生活の場で、枯れるように亡くなる方が多いということです。

高橋 私は1991年から93年にかけて3度北欧を訪れ、「食べられなくなったら諦める」という社会常識があり、そのうえで、北欧のケアがなりたっていることを発見しました。その当時の日本の終末期ケアでは、あらゆる延命措置を講じていました。またそれが日本の国民の死生観に基づくもので、「欧米の制度を日本に持ち込むのは無理ではないか」と、当時の私は考えました。スウェーデンは、日本では「高福祉国家」というイメージが強いのですが、実はほかの欧州諸国と同様、終末期には積極的な医療を施さない。それを見た同行の日本の医師が、「けしからん。何が高福祉だ。医療放棄じゃないか」と、激怒したのが

忘れられません。

堀田 認知症を想定した看取りの方針選択理由について、日本は「生存時間」と「家族の意向」、オランダは「QOL」と「尊厳の保持」が高いという調査結果もあります。

高橋 しかし、最近ではエンディングが注目されるようになり、日本国民の意識も変わりつつあるようにも感じます。団塊世代より後の世代は、自分の最期を自分で決めるようになるんじゃないかな。そうすれば、死生観も欧米に近づいていくだろうし、地域包括ケアも、浸透するかもしれませんね。

堀田 日本でも、もともと自分らしい生き方死に方を考えること、その意思決定を支援する仕組みを整えていくことも重要ですね。

日本と世界で違う
プライマリ・ケアの概念

高橋 社会保障の前提について話をしたところで、オランダのケアを支える仕組みについて、紹介いただけますか。まず、なぜオランダに注目したのですか。

堀田 世界で初めて長期ケアについて普遍的な社会保険制度を導入した国ですし、「地域を基盤とす

高橋 オランダの関連する制度の枠組みは、どうなっているのですか。

堀田 オランダのケア関連制度は、大きな転換期にあります。1年以上の療養・介護(ケア)をカバーするAWBZ(特別医療費保険)がスタートしたのは1968年です。日本の介護保険の年齢制限をなくしたようなイメージです。当初、AWBZは、脱病院化の受け皿として急増したナーシングホームの療養を賄う位置づけで、70年代以降の脱施設化とともにカバー範囲を拡大しました。しかし90年代以降、財源の持続可能性の観点から縮小、他の制度への移行が進んでいます。

家庭医療と短期の治療(キュア)はZVW(健康保険)が賄います。AWBZとともに強制加入の医療保険で、管理競争や民間保険者機能の強化で世界的に知られます。AWBZと社会福祉・障害者福

社関連の制度の一部を統合して2007年にできたのがWmo(社会支援法)です。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ことを目的とし、居場所づくり、家事援助、移送等に加え、介護者支援等も含まれます。日本の新しい総合事業はこの一部のような感じともいえます。保健・予防は早くから自治体の役割で、近年その責任を強化する方向で公衆衛生法が改正されています。

高橋 日本と比べた大きな違いは、どんな部分でしょうか。

堀田 オランダのケア提供体制は、多主体多職種協働のプライマリ・ケアの充実が特徴です。70年代に専門分化し、入院・入所のセカンダリ・ケアとプライマリ・ケアの機能を分化してから、家庭医療・在宅ケア・ソーシャルワークを中核とするプライマリ・ケアを一貫して強化してきています。最近、プライマリ・ケアのなかでも、福祉や保健・予防を「ゼロライン」と称してその役割を強調しています。オランダにおけるプライマリ・ケアの意味づけは幅広いものです。

高橋 オランダの場合、医療や介護のマネジメントは、誰が行っているのですか。

堀田 オランダでは、80年代以降地域ケアへのシフトが進むとともに、英国や米国から紹介されたケースマネジメントが発展してきました。基本的に制度上の位置づけはありませんので、マネジメントの担い手も、その射程や財源も、多様です。

プライマリ・ケアの中核となる家庭医・地域ナース・ソーシャルワーカー等が担う場合が多いですが、「最初に出会い、最後まで関わる医師」といわれる「家庭医」の存在はきわめて重要です。患者に適したケアをほかの適切な提供者と協力しながら提供する「ゲートオープナー」であり、患者の代理人になりながら、それぞれにあったサービスをコーディネートする指揮者ともなります。

高橋 つまり、家庭医はケアマネジャー的な機能やソーシャルワーカー的な機能も、兼ねているということですね。オランダの家庭医について、もっと教えてください。



堀田聡子氏は今夏もオランダを訪問した

堀田 2014年度の診療報酬改定でも、主治医機能を持った診療所の医師による継続的かつ全人的な医療の評価が盛り込まれたところで、期待しています。オランダの効率的な家庭医療は、地域の健康データとエビデンスを反映した診療ガイドラインに支えられるところも大きく、日本でも診療内容の見える化を進めることも重要だと思います。

地域ナース中心のチームによるトータルケアが急速に発展

高橋 ところで、堀田さんはオランダの在宅ケア組織「ビュートゾルフ」の紹介をすすめていますね。ビュートゾルフというのは、どういう組織ですか。

堀田 地区看護師であるヨスさんが、仲間4人で06年に起業した非営利組織です。ひとことといえば、地域ナースの自律型チームのネットワーク組織で、オランダ全土で約750チーム、約8000人の

ナースが働いています。各チームは、最大12人(約7割が看護師、他に介護・リハビリ職)で、人口約1万人圏域の患者約40〜60人を24時間365日トータルにサポートします。ケアマネジメントと介護、看護、リハビリ、予防を一体的に提供するイメージです。各チームには管理者も事務職もいません。地域ナースがチームとして全プロセスの裁量を持ち、コンセンサスにもとづいてオーガナイズします。

高橋 ビュートゾルフの急成長の理由は何でしょうか。

堀田 よりよいケアとよりよい仕事をよりよく実現していることでしょう。利用者満足度は在宅ケア組織のなかで最高水準、従業員満



たかはし・たい ●1986年、金沢大学医学部卒業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔科で研修。92年、同大学医学系大学院医学博士課程修了(医学博士)後、米国スタンフォード大学に留学。94年、ハーバード大学公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4月より国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営管理学科教授、2009年から同大学大学院教授。主な著作に「TAI高齢者ビジュアル・ケアプラン作成」(日経BP出版局、共著)、「DPC実践テキスト」(じほう、共著)ほか



エッフェル塔の前でホースを決める高橋泰氏

族単位で登録します。家庭医は新生児から高齢者までカバーし、健康問題や疾患のすべてに対応する全人的医療を提供、24時間365日にわたり患者と家族・地域を支えます。家庭医は登録者個々人の電子化された診療記録の保管者でもあります。

高橋 医療事情が違うせい、フランスでは家庭医の仕事の範囲が限定されています。フランスの医療は分業が進んでいるので、家庭医はいわば、医療コンサルタントのような存在です。内科的な診断はするが、患者は注射なら開業看護師のオフィスへ、レントゲン撮影なら検査センターへといった具合に、それぞれの専門職のところに行って受けます。フランスでは、家庭医の社会的地位はあまり高く

足度は全産業でトップ、コストは他の在宅ケア組織の半分といわれています。

患者との確かな関係性を基盤に、地域ナースが自立支援とQOL向上につながる最良の解決策を見出すために、患者・家族・地域と協働する。信頼に支えられた患者を中心とするフラットなチームが、患者と専門職という立場を超えて、お互いの人間としての力を引き出させ、結果的にすべての関係者がハッピーになっています。

高橋 オランダは、サッカーの「トータルフットボール」で有名になったように、チームプレーが得意ですものね。フランスは、チームプレーが苦手だから、そういう在宅ケアはありませんね。オランダの在宅ケアの報酬は包括払いですか。

堀田 今のところオランダでも看護・介護・リハビリといった機能別の出来高払いが基本です。ただし一定の範囲内で質に基づいて報酬単価の交渉ができます。

でも、ビュートゾルフの場合は、質の高いケアを効率的に提供してきた実績とオマハシステムを用い

た品質管理を背景に、機能にかかわらず1時間あたりの単価を一定とする国の実験プロジェクトに参加しています。質や生産性にかかわる透明性を高めることで、ビュートゾルフはオランダのケア関連制度にも大きな影響を及ぼしつつあります。

高橋 日本の地域包括ケアは、オランダの経験をどう活かしていくべきでしょうか。

堀田 オランダは、1970年代から一貫して、「人間中心」かつ「住民を基盤とする」という理念を包含するプライマリ・ケアを充実させてきています。現行のケアをとりまくシステムのなかで失われたさまざまな「人間的な」要素や関わりを再生しつつ、各地域の文脈に合わせてあらゆる統合を進めていくことが重要だと考えています。

一人ひとりがどのように生き、死んでいきたいのか、よりよく生きるためにながでできるか、すべての住民が当事者として考え、地域のなかで共有していくことが出発点になると思います。

高橋 オランダの事例はとも興味深いですね。本日は有意義なお話をありがとうございました。