

表6 月額医療費支払と潜在的介護・介助ニーズのTobitモデル推定

	Model 19	Model 20	Model 21	Model 22	Model 23	Model 24
	係数推定値	係数推定値	係数推定値	係数推定値	係数推定値	係数推定値
	[標準誤差]	[標準誤差]	[標準誤差]	[標準誤差]	[標準誤差]	[標準誤差]
年齢	0.4448	0.545	0.4516	0.5685	0.5767	0.5995
	[0.0615]***	[0.0779]***	[0.1551]***	[0.0781]***	[0.0939]***	[0.1854]***
年齢の二乗	-0.0037	-0.0044	-0.0036	-0.0046	-0.0047	-0.0048
	[0.0005]***	[0.0006]***	[0.0012]***	[0.0006]***	[0.0007]***	[0.0014]***
性別	0.0971	0.0838	0.0453	0.1134	0.1226	0.0728
	[0.0459]**	[0.0524]	[0.1085]	[0.0551]**	[0.0618]**	[0.1323]
地域ダミー	-0.2315	-0.256	-0.0485	-0.0881	-0.1572	-0.1601
	[0.0680]***	[0.0821]***	[0.1867]	[0.0672]	[0.0755]**	[0.1618]
潜在的介護需要（重度）	0.0936	0.0758	-0.238	-0.0287	-0.0109	-0.4295
	[0.1108]	[0.1247]	[0.2210]	[0.1332]	[0.1474]	[0.2823]
潜在的介護需要（軽度）	0.2445	0.2741	0.292	0.2965	0.2872	0.3027
	[0.0571]***	[0.0653]***	[0.1276]**	[0.0725]***	[0.0773]***	[0.1537]**
配偶者の潜在的介護需要（重度）	-0.0087	0.1102	0.2055	0.0241	0.0153	0.0619
	[0.1383]	[0.1491]	[0.2639]	[0.1666]	[0.1735]	[0.3321]
配偶者の潜在的介護需要（軽度）	-0.1484	-0.1978	-0.1937	-0.2286	-0.1957	-0.2105
	[0.0761]*	[0.0850]**	[0.1583]	[0.0959]**	[0.1001]*	[0.1959]
子どもの居住地	-0.034	-0.0442	0.0022	-0.0264	-0.0358	0.0546
	[0.0155]**	[0.0177]**	[0.0348]	[0.0187]	[0.0211]*	[0.0428]
過去1年間の病気診断の有無	0.238	0.1764	0.2126	0.037	0.0606	0.195
	[0.0693]***	[0.0865]**	[0.1871]	[0.0978]	[0.1176]	[0.2726]
かかりつけ医の有無	0.1367	0.1574	0.0968	0.0214	0.0678	0.0396
	[0.0955]	[0.1145]	[0.2745]	[0.1178]	[0.1428]	[0.3402]
健康状態（とてもよい）	-0.2082	-0.1555	-0.3252	-0.2229	-0.1402	-0.6534
	[0.1314]	[0.1510]	[0.3737]	[0.1641]	[0.1828]	[0.4694]
健康状態（よい）	-0.139	-0.1132	-0.2988	-0.1451	-0.134	-0.3306
	[0.0527]***	[0.0640]*	[0.1328]**	[0.0749]*	[0.0850]	[0.1923]*
健康状態（悪い）	0.4532	0.4665	0.5178	0.3399	0.3131	0.2288
	[0.0648]***	[0.0754]***	[0.1531]***	[0.0797]***	[0.0875]***	[0.1687]
健康状態（とても悪い）	1.3757	1.3562	0.7108	1.018	1.0125	0.9687
	[0.2610]***	[0.3177]***	[0.6902]	[0.3539]***	[0.3869]***	[0.9593]
健康状態（未回答）	0.0839	0.075	0.3193	0.2863	0.1715	0.4071
	[0.1689]	[0.1966]	[0.4209]	[0.2037]	[0.2336]	[0.4689]
所得（対数値）		-0.011	0.045		-0.0309	0.0244
		[0.0219]	[0.0504]		[0.0285]	[0.0801]
資産（対数値）			-0.0116			0.0344
			[0.0357]			[0.0427]
年ダミー	0.1389	0.1509	0.0893			
	[0.0396]***	[0.0541]***	[0.1170]			
頻繁に行く病院までにかかる時間				0.0004	0.0005	-0.003
				[0.0016]	[0.0018]	[0.0035]
頻繁に行く病院までにかかる交通費				0.0001	0.0001	0.0001
				[0.0000]*	[0.0001]*	[0.0001]*
定数項	-5.4225	-8.5538	-6.4422	-9.0508	-9.1969	-10.7754
	[1.9681]***	[2.5193]***	[5.0278]	[2.4726]***	[3.0157]***	[5.9910]*
N	2231	1516	381	1163	925	217

\* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

表7 月額医療費支払と潜在的介護・介助ニーズのヘックマンの二段階推定

	Model 25	Model 26		Model 25	Model 26
	係数推定値	係数推定値		係数推定値	係数推定値
	[標準誤差]	[標準誤差]		[標準誤差]	[標準誤差]
月間支払額			病院への通院の有無		
年齢	0.6414	0.606	年齢	0.1281	-0.0016
	[0.1112]***	[0.2070]***		[0.1205]	[0.1729]
年齢の二乗	-0.0051	-0.0048	年齢の二乗	-0.0008	0.0002
	[0.0008]***	[0.0016]***		[0.0009]	[0.0013]
性別	0.0692	-0.0271	性別	-0.1433	-0.1759
	[0.0762]	[0.1715]		[0.0824]*	[0.1193]
地域（2007年の五都市）	-0.1343	-0.1031	地域（2007年の五都市）	0.0689	0.0922
	[0.0850]	[0.1866]		[0.0997]	[0.1474]
潜在的介護需要（重度）	-0.0352	-0.3032	潜在的介護需要（重度）	-0.0931	0.1371
	[0.1689]	[0.3118]		[0.2152]	[0.2930]
潜在的介護需要（軽度）	0.3814	0.465	潜在的介護需要（軽度）	0.2717	0.3169
	[0.1010]***	[0.2266]**		[0.1175]**	[0.1637]*
配偶者の潜在的介護需要（重度）	-0.0632	-0.072	配偶者の潜在的介護需要（重度）	-0.2215	-0.3187
	[0.2018]	[0.4160]		[0.2512]	[0.3470]
配偶者の潜在的介護需要（軽度）	-0.1563	-0.0608	配偶者の潜在的介護需要（軽度）	0.1165	0.3171
	[0.1161]	[0.2715]		[0.1514]	[0.2116]
子どもの居住地	-0.0422	0.0353	子どもの居住地	-0.0175	-0.0295
	[0.0239]*	[0.0489]		[0.0277]	[0.0399]
1年以内の病気の診断の有無	0.3486	0.5981	1年以内の病気の診断の有無	0.6257	0.6681
	[0.2094]*	[0.5078]		[0.1232]***	[0.1901]***
かかりつけ医の有無	0.1553	0.3108	かかりつけ医の有無	0.2005	0.4834
	[0.1667]	[0.4473]		[0.1559]	[0.2511]*
健康状態（とてもよい）	-0.306	-0.9955	頻繁に行く病院までにかかる時間	-0.0008	-0.0001
	[0.2179]	[0.6094]		[0.0022]	[0.0031]
健康状態（よい）	-0.1191	-0.3759	頻繁に行く病院までにかかる交通費	-0.0002	-0.0002
	[0.0955]	[0.2165]*		[0.0001]***	[0.0001]**
健康状態（悪い）	0.4497	0.4328	健康状態（とてもよい）	-0.3372	-0.6134
	[0.1280]***	[0.2941]		[0.1971]*	[0.3311]*
健康状態（とても悪い）	0.8257	0.2848	健康状態（よい）	0.0535	-0.0882
	[0.4426]*	[1.1938]		[0.1100]	[0.1651]
健康状態（未回答）	0.0411	0.1635	健康状態（悪い）	0.4194	0.4531
	[0.2669]	[0.5544]		[0.1411]***	[0.1929]**
所得（対数値）	-0.0308	0.0253	健康状態（とても悪い）	-0.4952	-1.2286
	[0.0283]	[0.0791]		[0.4751]	[0.7919]
資産（対数値）		0.0368	健康状態（未回答）	-0.3326	-0.4275
		[0.0430]		[0.2743]	[0.3953]
定数項	-12.2796	-12.7836	定数項	-4.977	-1.9059
	[3.8346]***	[7.0141]*		[3.8321]	[5.4969]
			Mills lambda	0.8722	0.8231
				[0.5267]*	[0.8321]
			Adj-R-squared		
			N	1235	527

\* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

\* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

表8 医療費支払額と潜在的介護・介助ニーズの固定効果推定

	Model 27	Model 28	Model 29
	係数推定値	係数推定値	係数推定値
	[標準誤差]	[標準誤差]	[標準誤差]
年齢	0.1088	0.3958	0.1955
	[0.2137]	[0.3807]	[0.5902]
年齢の二乗	-0.0012	-0.0035	-0.0022
	[0.0017]	[0.0030]	[0.0046]
潜在的介護需要（重度）	0.1071	-0.2039	0.0751
	[0.1698]	[0.1722]	[0.4513]
潜在的介護需要（軽度）	0.1105	0.0857	0.3639
	[0.0905]	[0.1387]	[0.2021]*
配偶者の潜在的介護需要（重度）	0.1892	0.3731	-0.2107
	[0.3179]	[0.2124]*	[0.3501]
配偶者の潜在的介護需要（軽度）	0.2134	0.2035	-0.15
	[0.1113]*	[0.1679]	[0.1869]
子どもの居住地	0.0317	-0.0633	
	[0.0666]	[0.0800]	
かかりつけ医の有無	0.2459	0.1455	-2.3783
	[0.2368]	[0.2925]	[0.1778]***
健康状態（とてもよい）	-0.3465	-0.1679	-0.1677
	[0.2194]	[0.1851]	[0.2969]
健康状態（よい）	0.0208	0.1453	-0.0404
	[0.0702]	[0.1235]	[0.2531]
健康状態（悪い）	0.274	0.5036	
	[0.1180]**	[0.1924]***	
健康状態（とても悪い）	1.4103		
	[0.6092]**		
健康状態（未回答）	0.0702	0.2387	
	[0.2058]	[0.2663]	
所得（対数値）		0.0317	-0.1204
		[0.0372]	[0.0325]***
資産（対数値）			-0.0312
			[0.0892]
定数項	5.9	-3.0402	7.9409
	[6.8299]	[11.9041]	[18.7841]
修正済み決定係数	0.0561	0.0649	0.452
N	2231	1516	381

\* p<0.1, \*\* p<0.05, \*\*\* p<0.01

第一に、pooled OLSの結果では、軽度の潜在的介護ニーズと二つの医療サービス需要の指標との間には正の相関が見られ、この正の相関はモデルの定式化や推定方法によらず頑健なものであった。この結果は、軽度の潜在的介護ニーズが医療サービス需要により代替されている可能性を示唆するものである。

第二に、この潜在的介護ニーズと二つの医療サービス需要の指標との間の相関は、日常生活における支障が軽度の個人においてのみ得られ、日常生活における支障が重度の個人にはほとんどの定式化において統計的に有意な関係は認められなかった。支障が重度の場合には、医療

サービスで代替することが困難でありインフォーマルかフォーマルかの介護者が必要であることが可能性として考えられる。

第三に、軽度の潜在的介護ニーズと二つの医療サービス需要との間の相関は、固定効果推定により時間を通じて不変の固定効果を取り除いた場合には、統計的に有意ではなかった。この結果の解釈としては、第一に、個人の観察されない異質性が潜在的介護ニーズと医療サービス需要との間の関係を説明していたという可能性であり、このような異質性として例えば観測できない個人の健康状態があげられる。この場合、例えば病気への罹患による健康状態の悪化により日常生活に困難を伴い、また病気の治療のために病院へ通っているという状態が考えられる。第二に、こちらは分析上の問題ではあるが、二年間の間のパネルデータの限界として、潜在的介護ニーズと医療サービス需要に個人内でのばらつきが少なかったため関係性が検出できなかったという可能性である。

本稿の分析の主要な結果である軽度の潜在的介護ニーズと医療サービス需要との間の正の相関に関しては、そのメカニズムについて更なる分析が必要となる。そのためには今後パネルデータが蓄積されるにつれて同一個人の追跡が可能となることが大きな役割を果たすことが期待される。

#### 参考文献

菊池潤（2010）「高齢者の介護ニーズが在院日数に与える影響」、『季刊・社会保障研究』第46巻第3号, 235-248頁。

菅原琢磨・南部鶴彦・開原成允・河口洋行・細小路岳史（2005）「介護保険と老人保健の利用給付関係の検討—個票データを用いた栃木県大田原市における例—」, (編) 田近栄治・佐藤主光『医療と介護の世代間格差』第8章, 東洋経済新報社。

鈴木亘・岩本康志・湯田道生・両角良子（2011）「別紙 レセプトデータを用いた医療費・介護費の分布特性に関する分析」

<http://www.iwamoto.e.u-tokyo.ac.jp/fukui-gero/results/pdf/receptdatawomochiitairyohikaigohinobunputokusei.pdf>

花岡智恵・鈴木亘（2007）「介護保険導入による介護サービス利用可能性の拡大が高齢者の長期入院に与えた影響」『医療経済研究』第19巻第2号, 111-126頁。

# 第5章

## オランダにおけるコーディネートされた認知症ケア

堀田聡子

(労働政策研究・研修機構)

### 1 はじめに

オランダは、1968年に世界で初めて長期ケア保障について普遍的な強制加入の社会保険制度を導入した。プライマリケアを重視し、保険者機能の強化と管理競争の導入により、効率的な短期医療保険制度運営を行っていることでも知られ、ある著名な国際的シンクタンクによる最近の調査では、先進7カ国で最も優れた医療制度と評価された。

我が国でも「地域包括ケアシステム」の構築に向けた模索が続き、community-based care（地域を基盤とするケア）とintegrated care（統合ケア）<sup>1</sup>という2つの独立したコンセプトを統合させて組み込もうという議論が世界的に活発化するなか、オランダは実際に両者のコンセプトを含んだシステム構築を試みた数少ない国ともいわれている。

そのオランダで、2000年代に入り、統合ケアにかかわる新たなチャレンジとして、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けた国を挙げた取組みが本格化している。

そこで本稿では、オランダにおけるケアに関連する制度の枠組みとケア提供体制の変遷を概観したあと、認知症ケアをめぐる国家戦略の動向、そのポイントのひとつである認知症ケースマネジメントの先進事例を紹介する。

なお、オランダの面積は約41,864 km<sup>2</sup>（九州と同じくらい）で、総合行政は全国政府である国と12の州、415の地方自治体（2012年1月）からなる三層制である。

2012年時点の人口は約1,673万人、このうち65歳以上人口の占める割合は16.2%。今後高齢化が急速に進み、高齢者人口は2039年にピークを迎え460万人にのぼると予想されている。高齢者の世帯構成をみると、単身世帯と夫婦のみ世帯の合計が9割を超え、配偶者以外（子やきょうだい等）との同居率はきわめて低く、75歳以上では単身世帯が過半数を占める（2005年）。平均寿命は男性78.8歳、女性82.7歳、合計特殊出生率は1.80である（2010年）。本稿のテーマとなる認知症をめぐる状況は表1のとおり。

### 2 介護・医療・社会生活支援・予防をめぐる制度

ニーズと需要に応じた住まい、生活支援・福祉、保健・予防、介護・リハビリテーション、医療・看護が我が国の地域包括ケアシステムの構成要素といわれる（図1）。そこでまず、住まいを除く4つの構成要素に対応するオランダの制度を概観しておくこととする。

オランダでは長期ケアの保障にかかる特別医療費保険（AWBZ）が医療保険制度の一環として整備されているため、医療保険制度の構成と介護及び医療にかかわる制度を紹介したうえで、社会支援法、公衆衛生法について触れる。

<sup>1</sup> 諸外国における統合ケアを巡る動向については、筒井孝子（2012）「地域包括ケアシステムに関する国際的な研究動向」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』オーム社を参照のこと。

表1 オランダにおける認知症関連基礎データ（2012年）

- 認知症の人の人数：2012年に25万人（うち1.2万人が65歳未満）→2040年に50万人。
- 診断：25万人のうち認知症の診断を受けている人は15万人、受診・診断までの平均期間は14ヵ月、診断から死亡までは8～10年。
- 一生のうち認知症になる可能性：20%。
- 認知症リスク：65歳以上で10%以上、80歳以上で20%以上、90歳以上で40%以上。
- 生活：7～8割が在宅（半数程度は独居）、6万人がナーシングホーム・ケアホーム等。
- 認知症のインパクト：
  - ▶ 頻度の高い疾患（common disease）のなかで患者自身の負担感が最大。
  - ▶ 頻度の高い疾患のなかで最もコストがかかり、約40億€（医療介護福祉支出合計の約5%）。年約2.7%の伸びを予測。
  - ▶ 家族や隣人として認知症の人のケアにあたる者が約30万人（平均週20時間を5年間）、約半数が仕事 and/or 育児と両立、約8割が強い負担感（介護者の燃え尽きは入所の重要な要因）。

（出所）Alzheimer Nederland（2012）‘Cijfers en feiten over dementie’ 及び保健福祉スポーツ省提供資料に基づき筆者作成。

なお、いずれの制度も改正年次が定められていないため、随時見直しが行われていることに注意されたい。本報告書でも紹介されているように、とりわけ財政緊縮をうちだす新政権の成立により、大幅な制度変更を伴いうるさまざまな議論が行われている（ただし2013年2月に保健福祉スポーツ省で行ったインタビューによれば、いずれも決定に時間を要する見込みとされていることから、本稿では2012年時点の内容を記述する）。

### （1）医療保険制度の構成

医療・介護にかかる費用をまかなう医療保険制度は、社会保険方式を基礎に、1年以上の医療・看護・介護、すなわち長期ケアをカバーする第1層、治療可能な疾患に関する短期の医療をカバーする第2層、以上の公的医療給付以外を扱う第3層から構成される。第1層と第2層が全住民を対象とする強制加入の保険となる。

第1層が、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ことを目的として1968年に導入された特別医療費保険（AWBZ）である。年齢や障がい種別による区別はない普遍的な仕組みとなっており、1年以上の長期入院、ナーシングホームやケアホーム、身体・精神障がい者施設でのケア、在宅ケア等をカバーする。具体的に給付対象となる機能は、①身体介護（Persoonlijke Verzorging）、②看護（Verpleging）、③ガイダンス（Begeleiding）、④リハビリテーション等の治療（Behandeling）、⑤短期入所（Kortdurend Verblijf）、⑥ケア付き滞在（zorg met Verblijf）となっている。保険者は国である。

サービス提供（事業）者（すべて民間、主に非営利、一部営利）との契約・サービス購入、保険料の徴収、被保険者の相談対応といったAWBZの運営実務については、国の事務代行者として国内32の圏域ごとに当該圏域でマーケットシェアが高い民間保険会社がケアオフィスとなり、その役割を担っている。

財源は保険料、国庫補助金と利用者の自己負担で、保険料は15歳以上の課税所得がある者が課税所得比例により納付する。

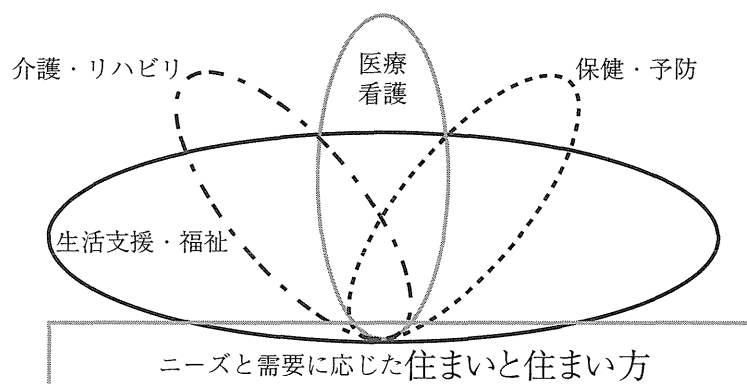


図1 我が国における地域包括ケアシステムの5つの構成要素  
(出所) 慶應義塾大学田中滋氏(地域包括ケア研究会座長)作成資料

第2層(短期医療保険)は、以前は所得・職域により3つの制度が分立していたが、2006年の医療制度改革により、全国民を対象とした健康保険(ZVW)に一本化された。保険者は民間保険会社であり、被保険者に基本パッケージ購入を義務づけることで、国民皆保険を達成している。政府が定めた基本パッケージは、家庭医(後述)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歳未満の歯科治療、産後ケア、理学・運動・作業・言語療法や栄養指導(限定的)、禁煙指導等をカバーする。

財源は保険料、国庫補助金と利用者の控除免責額で、保険料は18歳以上の加入者全てが支払う定額部分と所得比例部分の2つからなる。

第3層は以上の公的医療給付の対象とならない18歳以上の歯科、広範な理学療法等をカバーする補完的保険である。購入は任意だが、約9割が加入している。

## (2) 社会支援法

2007年に社会福祉法と障がい者サービス法、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法(Wmo)が施行された。同法の目的は、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にあり、地方自治体レベルで、その責任において住民ニーズに即した社会生活支援を展開することとなった。

社会支援法のもとで地方自治体が行うべき領域は多岐にわたるが、認知症の人に関連が深い内容をみると、AWBZから家事援助がWmoの対象に切り替えられた他、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(友人の訪問、コミュニティセンター等でのアクティビティ、レジャー等への参加)とソーシャルワーク等が含まれる。また、介護者及びボランティアへの支援も地方自治体の役割と位置づけられた。

財源は税が中心であり、利用には各地方自治体が定めた自己負担が必要となる。

なお、サービスの給付は現物給付が中心だが、AWBZ、Wmoともに現金給付も選択できる。

## (3) 公衆衛生法

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が、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(Wpg, 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)に自己負担が発生する。

### 3 ケア提供体制の変遷

ここでは、1960年代以降のオランダのケア提供体制の変化について、脱病院化、脱施設化とプライマリケアの充実に着目して整理し、特に1990年代以降の切れ目ないケア提供の推進にかかる動向をまとめておく。

#### (1) 1960年代以降のケア提供体制の変化

オランダでは、1960年代に専門医療にかかる医療費増大を背景として慢性疾患患者の脱病院化がはかられ、その受け皿としてナーシングホームの数が急増した。そのため1970年代～1980年代にかけ、欧州で高齢者の施設入居率が最も高い国となる。

1970年代に入り経済成長が鈍化すると、地域医療・予防を強調し、プライマリケアとセカンダリケアの役割を分化、セカンダリケアへの直接アクセスをなくす方針が示され、多職種協働のプライマリケアセンター整備等を通じて家庭医を中心とするプライマリケアの一体性が高められるようになる。オランダでは、プライマリケアの専門医である家庭医が産まれてから死ぬまで患者、家族に寄り添う医師、ヘルスケアシステムへのアクセスポイントとなり、地域全体をサポートする。<sup>2</sup>

長期ケアについては、社会政策上コスト削減の必要性を背景に、自己責任と互助促進が強調されたことに加え、障害者団体、のちに高齢者団体が「自立」「エンパワーメント」「選択の自由」を要求するようになり、以上の2つの文脈から、集中的で高いケアをより安いケアにシフトしつつ(「代替(substitutie)」)、利用者・患者の自律と選択を保証し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア(zorg op maat)」を目指すこととなった。ここでいう「代替」とは、脱施設化のみならず、治療から予防へ、専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護師から介護士へ、さらに専門職からインフォーマルケアへ、といった多様な意味を含むものである。

脱施設化と高齢化に伴う慢性疾患患者の増加は、統合ケアを要請する。こうして80年代以降、ヘルスケア・ソーシャルケアセクター内・間の水平的・垂直的統合が進み、プライマリケアとセカンダリケアの継続性改善に向けた中間ケアの発展、ケースマネジメントの発達が見られた。さらに、地域における組織的連携(ネットワーク)に基づく多職種チームによる切れ目ないケア提供(慢性疾患、緩和ケア、認知症)が推進されることとなった。

近年、ケアを必要とする高齢者の急増や費用の拡大、労働市場縮小が見込まれるなか、改めて家庭医と地域看護師を中心として、地区レベルでの福祉や公衆衛生を含めた多職種によるプライマリケアを充実させ、セルフマネジメントの推進と身近な関係のなかでの問題解決をはかることが重要といわれている。

<sup>2</sup> オランダの家庭医療については、澤憲明(2012)「これからの日本の医療制度と家庭医療第6章オランダの医療制度」社会保険旬報 no.2506 を参照のこと。



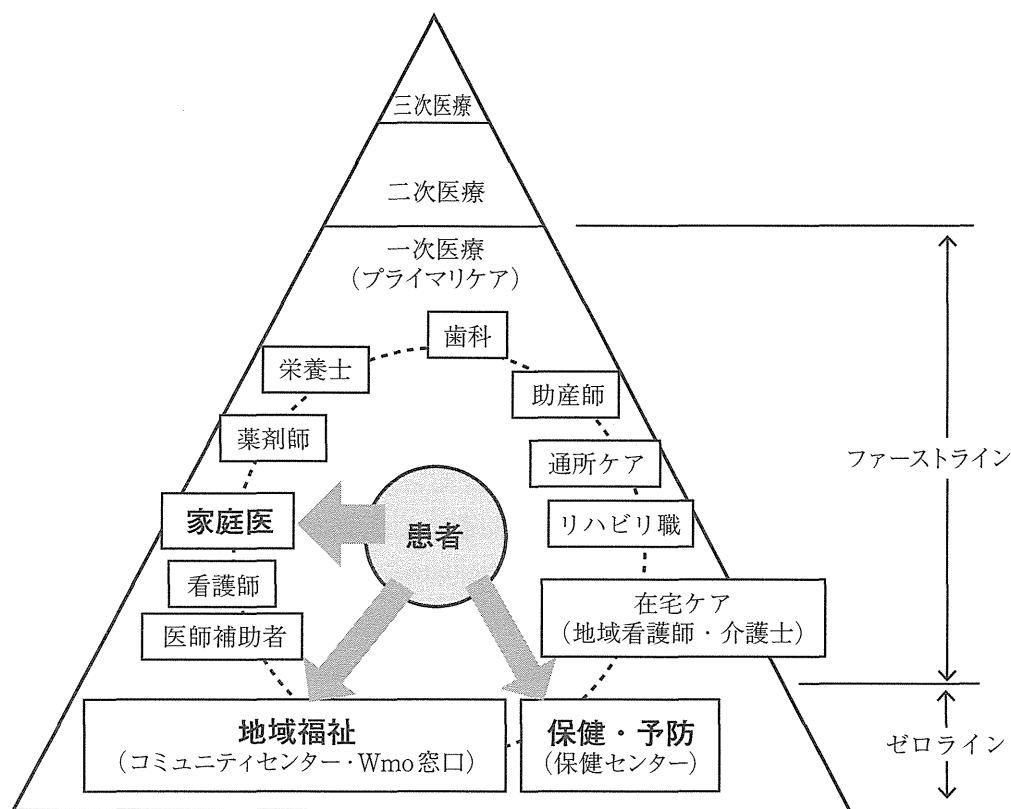


図2 オランダのケア提供体制 (出所:筆者作成)

## (2) Chain of Care : 切れ目ないケア提供に向けた連携

「Chain of care」とは、ふつう臨床ガイドラインやプロトコル等に導かれる連続的な臨床段階に応じて、必要なヘルスケア及び社会的支援が切れ目なく提供されるための連携・協調を意味する。疾病管理は、特定疾患のライフサイクルあるいはトータルなヘルスケアを通じた地域住民に対する臨床的介入や資源の連携により、ケアとその成果を改善する体系的アプローチのことである。両者の中核は、多職種・学際的チームとケースマネジメントの活用であり、全ての患者グループに応用できるが、とりわけ虚弱高齢者を含む深刻な慢性疾患を抱える者に対して適用される。

オランダでは、80年代後半に中間ケア(transmurale zorg)の概念が導入され、1994年に「シェアードケア、よりよいケア(Gedeelde Zorg, Beter Zorg)」報告により、とりわけ慢性疾患患者に対するプライマリケアとセカンダリケアの継続性の改善、共同責任に基づく利用者中心の個別仕立てのケアに向けた改革の必要性が謳われた。中間ケアは、オランダ版 Chain of care の萌芽と位置づけられる。

1990年代以降、病院、介護施設、家庭医、在宅ケア、ソーシャルケアといった従来病院・施設ベースと在宅ベースで別々に機能していたケア提供(事業)者が地域レベルで連携し(あるいは既に形成されていたケアネットワークにおいて)、共同マネジメントによる効率的でシームレスなケア提供に向け、さまざまな中間ケアプログラムに取り組むようになった。中間ケアプログラムには、プライマリケアとセカンダリケアにかかるケア提供者が一緒にケアを提供する、セカンダリケアのサポートを得ながら在宅ケアを提供する、入院・入所、退院・退所といっ

た移行段階での両者が連携するといったものが含まれる。

例えば脳卒中についてみると、90年代後半から、ケア提供(事業)者の地域ネットワークにおける疾病管理プログラムが多く見られるようになり、成果指標の開発とベンチマーク、ガイドライン更新等が行われた。2006年には全国の脳卒中ケア連携グループのネットワーク組織が創設され、情報共有のみならず、ベンチマーク、ケア連携グループのコントロール、教育研修、慢性期ケア等のワーキンググループにおいて、よりよいケア連携に向けた検討が重ねられている。

また、糖尿病についてもセカンダリケアのなかでのシェアードケア、プライマリケアを含む疾病管理プログラムがいくつかの地域で計画的に実行・評価され、1995年に糖尿病ケア提供(事業)者、研究者等のアンブレラ組織としてオランダ糖尿病連盟(NDF)が発足し、ケアプロセスの内容・組織間連携のデザイン・品質管理と結果のモニタリング(質の指標)等を含むケア基準の本格的な整備が始まった。2006年からはNDF等により45歳以上や移民等を主なターゲットとして全国糖尿病予防キャンペーン(Kijk op Diabetes)が展開され、地域レベルでの家庭医や地方自治体の保健センター(GGD)等による早期発見・予防、生活指導等が活発に行われた。

こうした地域での実践・評価やケア基準の整備等を経て、政府は①慢性疾患患者増加スピードを遅らせる、②発症を遅らせる、③合併症を予防・遅らせる、④慢性疾患患者のQOLを向上させること、すなわち慢性疾患にかかるコスト削減とケアの質改善を目指し、①ケア基準の整備発展、②予防・治療・介護の連携強化、③セルフマネジメント支援、④多職種による統合ケア(Ketenzorg)の推進を柱とする慢性疾患の疾病管理プログラム構築を提唱した。

さらに2010年以降、4つの慢性疾患(糖尿病、慢性閉塞性肺疾患(COPD)、心不全、脳心血管疾患リスク)について、ケア基準に基づいて統合ケアを提供するケア連携グループに対する成果に基づく包括払い(Keten-DBC)への移行が順次進められることになった。

保健福祉スポーツ省は、ヘルスケア研究開発機構(ZonMw)を事務局としてさまざまな慢性疾患のガイドライン・ケア基準開発に携わるプロジェクト間の調整、共通テーマに関する議論の場となるプラットフォーム(Coördinatieplatform Zorgstandaarden)を設置し、ケア基準のモデル策定等をつうじて、基準間の調和をはかっている。なお、これらのケア基準策定の概念的背景は、Wagnerらによる慢性疾患ケアモデル(CCM)にあるといわれている(図3)。

#### 4 認知症国家戦略—「コーディネートされた認知症ケア」実現に向けて

前述のように、1990年代から、慢性疾患や緩和ケアにかかる統合ケア(Ketenzorg)が推進されてきていたが、2002年の健康審議会による認知症の人及び認知症ケアの現状と課題に関する答申を契機に、「コーディネートされた認知症ケア」の実現に向けて国を挙げた取り組みが本格化した。

現在までに大きく3段階の発展がみられる。第1段階は地域レベルでの認知症の人と介護者の視点からみた課題抽出と改善に向けたプロジェクトの展開を通じた「良い認知症ケア」像の明確化、第2段階は統合ケアのガイドライン作成、またそれに基づくケアオフィス(2(1)参照)によるケアの購入に関する地域での実験・普及、第3段階はガイドラインの見直しとケア基準の策定である。

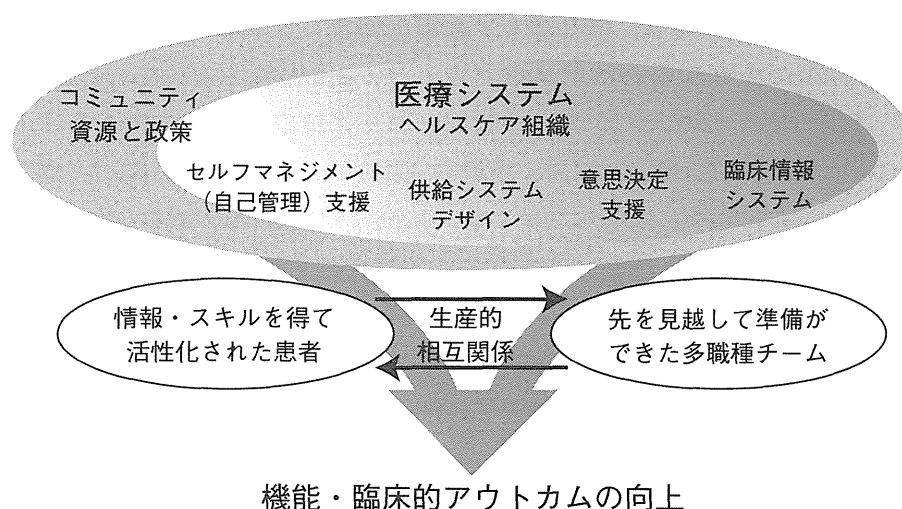


図3 Wagner らの慢性疾患ケアモデル

(出所) Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., and Austin, B. (1999) 'A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature?' , *Managed Care Quarterly* 7(3), Wagner, E.H., Austin, B.T., Davis, C., Hindmarsh, M., Schaefer, J., and Bonomi, A.(2001) 'Improving chronic illness care: translating evidence into action' , *Health Affairs* 20(6).

### (1) 全国認知症プログラム

第1段階は全国認知症プログラム(Landelijk Dementie Programma : LDP、2004～08年)。全国57地域において認知症の人、介護者とケア提供(事業)者から成るワーキンググループを設け、当該地域の認知症ケアの課題抽出・優先づけ、緊急度の高い問題改善に向けた3～4つのプロジェクトを実施した。

特徴は、ワーキンググループに認知症の人と介護者を必ず含めたことにあり、認知症の人と介護者の言葉を用いて整理された「各地域で」「認知症の人と介護者が日常直面している問題」が出発点となった。同プログラムはアルツハイマー協会の地位向上も意図しており、これには各地の協会支部が重要な役割を果たした。

緊急度が高いとされた問題領域の上位は、①気分や行動上の問題に対する本人の恐怖・怒り・混乱、②介護者のストレス・不安・孤独感、③施設入所への抵抗感、④何かがおかしいが原因も対処法もわからない、⑤専門職とうまくコミュニケーションできない(コミュニケーション・連携不足、専門職の知識不足等)であった。

改善に向けて取り組まれたプロジェクトの上位は、①ケースマネジメント、②認知症および認知症ケアに関する情報の充実、③早期発見・診断、④家族介護者支援・レスパイトケア、⑤専門職教育、となった。

LDPは「利用者視点に基づく良い認知症ケア」の明確化のみならず、各地域における多様な連携、現場の熱気の高まり、ケースマネジメントの開始・拡大等大きな成果を挙げた。LDPに参加した関係者はプログラム終了後も全国認知症ネットワーク(Landelijk Netwerk Dementie : LND)を形成し、知見共有を重ねている。

しかし統合ケアに対する財政的インセンティブがなかったことからマネージャークラスの理解が十分得られず、提供(事業)者間の組織的連携が未成熟であることが課題とされた。

## (2) 認知症統合ケアプログラム、認知症ケア基準の策定

そこで、第2段階の認知症統合ケアプログラム(Programma Ketenzorg Dementie : PKD、2008～11年)では、認知症の人・介護者の状態とニーズに応じてコーディネートされた認知症ケア(いわゆる認知症ケアパス)の開発、組織的連携(ネットワーク)に基づく統合ケアのガイドラインの作成、ガイドラインに沿ったケア購入に向けた地域での実験・質の評価、認知症の人と介護者に対する体系的な支援を提供するケースマネジメントの発展をめざした。

標準的なガイドラインは、保健福祉スポーツ省・アルツハイマー協会・ケア事業者団体・保険会社連合が主導して作成。診断前、診断とケアへのアクセス、ケアやサービス提供という3つのフェーズにおいて、質の高い認知症ケアに向けた17の構成要素、関与すべき関係者(機関)を整理し、連携の要であるケースマネジャーの役割・要件、統合ケアの質の評価指標、調達プロセス等を盛り込んだ。

16地域で各地域版ガイドラインに基づく連携構築とケア購入に関する実験を経て、2011年までに全国約90%の地域でケースマネジメントを含む認知症統合ケアが提供されるようになった。しかし、地域によるばらつき、質の評価指標の有用性が課題とされた。

これを受け、第3段階として、PKDで作成されたガイドラインにおけるケアプロセスの内容改善、組織間の効果的な連携の在り方、質の評価指標改訂、ケースマネジメントの定義明確化等を取りまとめ、認知症ケア基準の策定が進んだ(Zorgstandaard Dementie、2011～12年)。同基準は初めての医療・介護・福祉をつうじたケア基準であり、今後全国に普及予定である。

## (3) 今後の展望

統合ケアの進捗状況は定期的に研究機関によりモニタリングされており(2010年以降年1回これまでに3回)、認知症の人と介護者によるケアの改善の体験、地域における認知症ケアにかかわるステークホルダー間の協働の深化、ケースマネジメントの利用可能性向上等の観点から、コーディネートされた認知症ケアの浸透がはかられてきているとされる。

ただし、全ての地域での組織的連携(ネットワーク)の形成、地方自治体の積極的な関与による社会サービスの充実、統合ケアの支払等の課題が残されている。

これを受け、パブリック・プライベート・パートナーシップ(PPP、官民連携)に基づく認知症デルタプランと呼ばれる新たな計画が議論されている。この計画にはケア基準に基づく統合ケア推進、それに向けた教育の充実に加え、産学官連携の認知症にかかわる長期的な研究開発計画、全国認知症登録システム、認知症ケアポータルサイトの構築等が含まれている。

## 5 認知症ケースマネジメントの先進事例

オランダでは、1980年代以降の脱施設化の流れのなかで、ケース(ケア)マネジメントが発展をみた。ただし基本的に制度上の位置付けはなく、ケースマネジメントの在り方は極めて多様である。

こうしたなか、認知症ケアについては各地域のケア提供組織間連携の中で、独立してケースマネジメントの役割を担う専門職を割り当てる動きが多くみられるようになった。

彼らは認知症ケースマネジャーと呼ばれ、認知症の疑いが出てから死亡(もしくは入所)に至るまで、認知症の人と介護者に対するコーディネートされたケア・サポートの体系的な提供の窓口となる。

本節では組織間連携を基盤とする認知症ケースマネジメントの先進事例として Geriant 財団をとりあげる。

### (1) 診断・治療・ケースマネジメントと介護者支援を担う独立組織

Geriant 財団はオランダの認知症ケースマネジメントの先駆けのひとつであり、国家戦略における認知症ケースマネジメントや認知症ケースマネジャーの発展にも大きく貢献している。

地域のナーシングホームとメンタルケア組織のネットワークが母体となり、2000年に認知症診断・ケースマネジメントチーム(Dementie Onderzoeks- en Casemanagement team : DOC-team)が発足。その後、外来治療および急性増悪期の短期集中治療(16床)等のためのDOC-centrumを創設した。これらが2003年に独立した組織体、Geriant 財団となる。

Geriantにおける認知症ケースマネジメントの目的は、認知症の人と介護者のQOLを維持しながらできる限り認知症の人の住み慣れた家での暮らしをサポートすること。Geriantモデルの特徴は、「多職種チームによるcureとcareの包括的な提供」にある。ここには診断、治療、ケースマネジメント、介護者支援、限定的な在宅ケア等が含まれる。

現在、北オランダの人口60万人エリア(高齢化率14%)で在宅の人を支える4つのDOC-team、ケアホームや高齢者住宅に住む人のためのGeriant-wonen、DOC-centrumを擁する。

スタッフ約190人(うち認知症ケースマネジャー約70人)、利用者約3,700人、営業利益は約1,100万ユーロで(2011年)、短期医療保険(精神保健の包括払い)を主たる財源とする。

### (2) 多職種チームマネジメントの実際

DOC-teamは、10人程度の認知症ケースマネジャー、在宅で老年精神看護を提供する看護師(TOP-zorg)、老年医、精神科医、心理士、認知症コンサルタント等各1~2人から成る。

Geriantのケースマネジャーは、全員が認知症ケアの経験を持つ学士レベル以上の看護師であり、独自に開発した研修を修了している(現在アルツハイマー協会の支持を得て高等職業教育訓練機関で実施)。この研修は、単にケアをコーディネートするだけでなく、多職種チームと協働で治療と介護(臨床ケースマネジメント)、福祉を横断して認知症の人と介護者に効果的な援助を展開する力を身につけることを目的としている。

認知症の兆候が見られる人と介護者は、主に家庭医や在宅ケア組織、病院等の紹介によってGeriantにやって来る。ケースマネジャーとDOC-teamの医師や心理士が自宅を訪問、本人や家族等と面談し、介護拒否等がある場合は必要に応じてTOP-zorgが期間限定で在宅老年精神看護を提供しつつ、できる限り生活の場である自宅において診断を行う。各職種のアセスメント結果をもとに多職種チームミーティングにおいて治療・ケア・サポート計画(投薬、行動療法、看護・介護、家事援助、認知症の人と介護者へのガイダンス・カウンセリング、介護者支援)を立案、ケースマネジャーが本人と介護者に説明・合意の上、必要な援助を調整する。

その後、ケアはすべて地域の在宅ケア組織等に、治療も随時家庭医等に引き継がれるが、ケースマネジャーは、認知症の人が亡くなる(あるいは入所する)まで一貫して援助する。また他のケア提供(事業)者や介護者を交えた利用者ごとのカンファレンスをもとに、DOC-teamが継続的に専門的見地からモニタリングを行う。

すなわちGeriantに紹介された認知症の人(とその介護者)には、医療のパートナーである家庭医に加え、DOC-teamを基盤とするケースマネジャーが、ケア・サポートのトータルなパー

トナーとして寄り添い続けることとなる。

### (3) 介護者と専門職への支援と助言

Geriant の援助対象は、認知症の人だけでなく、介護者や地域の専門職にも及ぶ。介護者にはケースマネジャーを中心とする DOC-team の専門職が日常的にサポートを提供、Geriant は介護者支援コースを設けるほか、アルツハイマー協会等が開発したアルツハイマーカフェも主催する。また、認知症の人と介護者を統合的にサポートするミーティングセンターと呼ばれる地域のデイケアを紹介することもある。

さらに、地域の認知症ケア提供(事業)者の専門職や家庭医には、研修の開催に加え、認知症コンサルタントが助言・アドバイスを行う。

## 6 むすび

コスト削減の必要性だけでなく、ケアを必要とする当事者の市民・消費者としての参加・発言を推進力として(脱病院化に次ぐ)脱施設化を進め、地域における家庭医と地域看護師を中心とした多職種によるプライマリケアの充実と並行して、切れ目ないケアの提供を模索してきたオランダ。

認知症については、各地域での認知症の人と介護者視点による問題抽出を出発点として課題解決とよい認知症ケア実現に向けた多様なネットワーク形成を促進、これをもとに認知症ケアパスを開発し、地域を基盤としてコーディネートされた認知症ケアを実現しつつある。本稿では、政策動向とあわせ、多職種チームを基盤とした認知症の人と介護者への包括的で一貫した援助を展開する認知症ケースマネジメントの独立組織を紹介した。

認知症の人も介護者も、そして専門職や行政も、ともに同じまちで暮らす住民として地域をよりよくしていく対話をどのように行うか。家庭医療の役割・機能が明確に合意されておらず、患者と地域に寄り添う家庭医が普及していないなか、いかにして認知症の人の伴走者をデザインするか。オランダの挑戦は、オレンジプランの推進に向けてもさまざまな論点を投げかける。

さらに、オランダでは、さまざまな専門性を持つ最大 12 人の地域看護師による地域密着の自律型チームが全プロセスに責任を持ち、あらゆるタイプの利用者にトータルケアを提供する在宅ケア組織(Buurtzorg Nederland 財団)が急成長し、世界的に注目を集めている。<sup>3</sup>

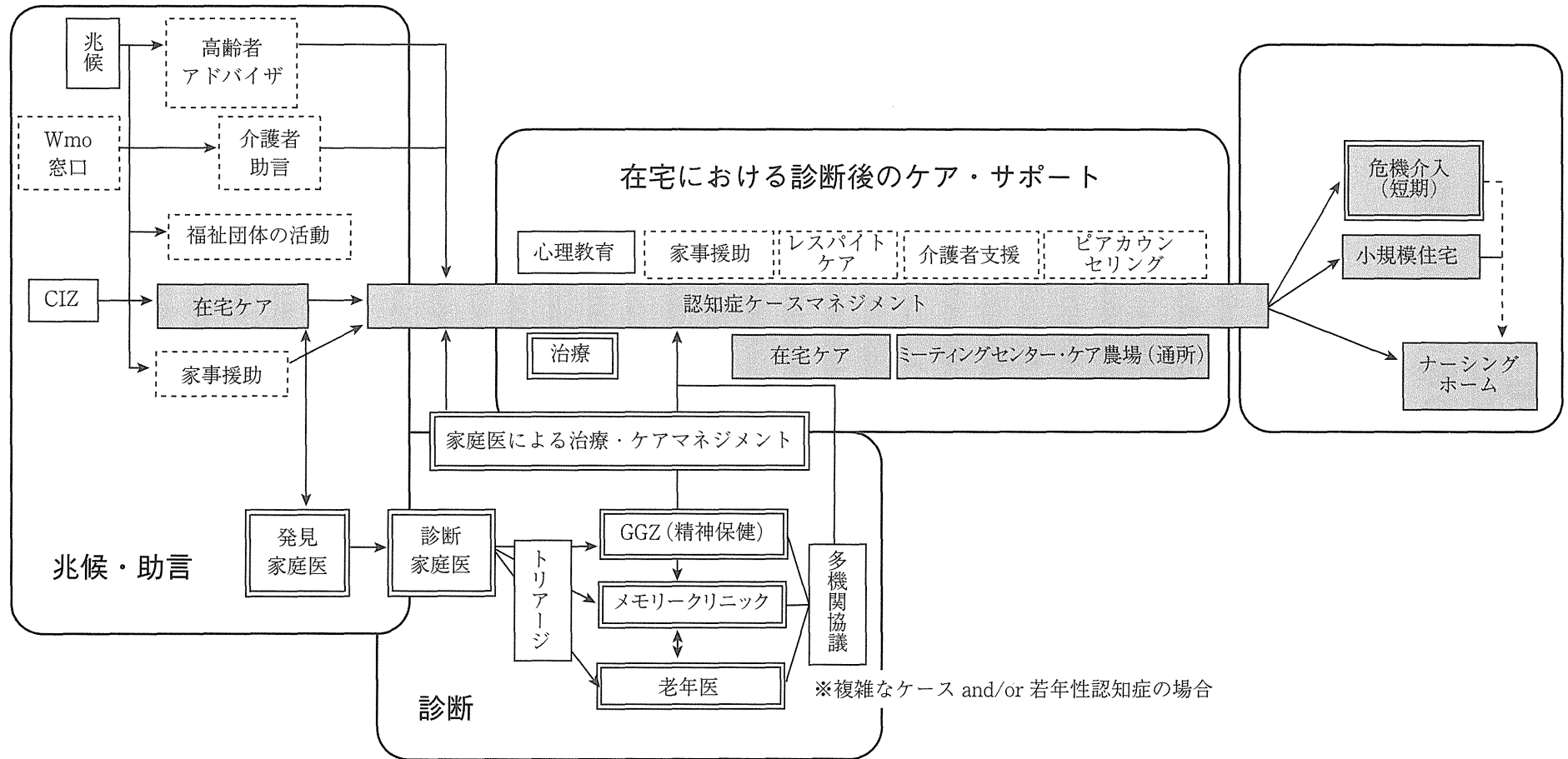
地域のなかで、ある疾患(さらにそのある段階)だけに焦点をあてるのではなく、患者中心の全人的ケアを長期的にどのように実現していくかという観点を忘れてはならない。

\*本稿は、堀田聡子(2013)「オランダの認知症ケアー各地域の利用者視点による問題抽出を起点に」『日本認知症ケア学会誌』11(4) pp.781-787 を加筆修正したものである。なお、関連制度及び及びケア提供体制、従事者にかかる詳細及び参考文献は、労働政策研究・研修機構ホームページで公表しているディスカッションペーパー「オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策」及び日蘭認知症ケアにかかる調査研究報告書(今夏公表予定)を適宜参照されたい。

<sup>3</sup> 堀田聡子 (2012) 「在宅ケアのルネサンスーBuurtzorg」医学界新聞第 2986 号を参照のこと。

資料：地域における認知症統合ケアと関連制度間の役割分担の例

認知症の人をめぐるケアの流れ、組織間連携と情報共有のあり方、財源の運用は地域の実情に応じて多様である。  
ここでは、Delft・Westland・Oostland 地域におけるケアの流れと関連する制度間の役割分担を例として紹介する。



(出所) 2013年2月に行った Stuurgroep Dementie DWO (同地区における認知症ケアにかかわる機関のネットワーク運営委員会) メンバーに対するインタビューに基づき筆者作成。

(注) ■ は特別医療費保険 (AWBZ)、□ は健康保険 (ZVW)、⋯ は社会支援法 (Wmo) がカバーする。

# 第6章

## 医療保育士の専門性と課題

松田典子

(実践女子大学)

### 1 はじめに

我が国の保育士は、1999（平成11）年に保母から保育士への名称変更、2003年（平成15）年に児童福祉法改正に伴う国家資格化、2008（平成20）年に保育所保育指針の改正など、近年の保育士制度は目まぐるしく新しい展開がなされている。

保育士は一般に保育園などの保育現場で働く場合が多いが、それ以外にも様々な場所で活躍している。保育士資格は、厚生労働省が管轄する資格であるが、例えば、乳児院、児童養護施設、知的障害児施設といった児童福祉施設で働く保育士もいる。また実際に保育士として現場に出てからだけでなく、その前段階の保育士資格取得のためには、大学、短期大学、専門学校といった保育士養成校で保育士資格を取得するための履修要件として、少なくとも児童福祉施設で2週間（11日間以上）の実習を行う必要がある。この実習を行う児童福祉施設とは、保育所及び乳児院、母子生活支援施設、障害児入所支援施設、児童発達支援センター（児童発達支援及び医療型児童発達支援を行うものに限る）、障害者支援施設、指定障害福祉サービス事業所（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を行うものに限る）、児童養護施設、情緒障害児短期治療施設、児童自立支援施設、児童相談所一時保護施設又は独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園である（「指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について」厚生労働省（平成24年3月30日））。養成校の学生はこれらのいずれかの施設で施設実習を行い、保育士資格取得に必要な単位を得なければならない。

これまでに施設で働く保育士の専門性の問題は、1970年代以降、特に議論されていた。施設で働く保育士にとって、保育士養成校における児童福祉施設の種別に応じた専門科目が十分であるとはいえないとされたのである。こうした議論は80年代も続き、福祉施設で働く保育士には、保育園で働く保育士との共通性と同時にそれぞれの専門性を深める必要であると議論されてきた。しかし、結局、具体策や議論が深まることなく、現在においても、保育園や児童福祉施設で働く保育士は、共通した保育士資格となっている。

またこのような福祉施設で働く保育士だけでなく、主に小児病棟などの医療現場で働く保育士もいる。このような医療現場で働く保育士のことを「医療保育士」という（（「医療保育士」、「病棟保育士」などと呼ばれることがあるが、ここでは「医療保育士」で統一する）。医療保育士の学びの場としては、保育士養成校における保育士になるための学びの段階としては、「子どもの保健Ⅰ」（講義4単位）、「子どもの保健Ⅱ」（演習1単位）、「子どもの食と栄養」（演習2単位）が子どもに対する健康や保健の知識として関連が深い科目である（前述の「指定保育士養成施設の指定及び運営の基準について」）。しかし、保育士資格取得後、実際に医療現場で保育士が病児に対して保育を行う場合には、通常の保育とは違った、医療に関わる専門的な知識が必要とされていた。

そこで、医療現場における保育士の専門資格については、2007（平成19）年、日本医療保育





また2006（平成18）年に長嶋らが行った調査によると、小児科の病床を有する3,104医療施設（有効回答率97.3%）のうち、病棟に保育士を導入していると回答したのは全体の10.2%で、導入している保育士の総数は1,363名であった（帆足・長嶋（2007））。保育士の配置数は、もっとも多いのが1名配置で105施設（34.5%）、次いで2名配置48施設（15.5%）となっており、1～6名導入している施設は全体の77.6%を占める結果となっている。

## 2 我が国の医療保育士の歴史

先に述べた医療保育専門士の資格ができる以前より、小児病棟などの医療現場で働く保育士は、我が国でそれほど多くはいないがすでに存在していた。

我が国においては、1954年、聖路加国際病院の小児病棟で保母が導入されたのが最初とされている。また1965年、国立療養所の重症心身障害児病棟に保母が導入された。

こうした医療現場で働く保育士が求められるようになった背景には、戦後の医療技術の進歩にも一因がある。これまで治せなかった病の治療が可能となってくると、生存率が格段に向上し、長期に渡って病院で過ごし、治療を続ける子どもが増えた。さらに、医療向上に伴い、単なる医療技術のみならず、患者の精神面のサポートや生活の質の向上を目的とするケア（care）が求められるようになってきたことから、患者である入院児の発達を促すために、子どもの精神的欲求を受け入れ、情緒的刺激を与え、子どもの成長を促す保育士の役割の重要性がわかってきたのである。

その後、実際に医療保育専門士資格制度をはじめ、医療現場での保育士の制度化が進むようになったのは、1990年代後半からである。1998（平成10）年5月、「病棟保育士配置促進モデル事業の実施について」（厚労省）の通知が、医療保育専門士の資格を設立するきっかけとなったと考えられている。またこの前年の1997（平成9）年6月、医療保育専門士の認定団体である日本医療保育学会の前身となる全国病棟保母研究会が発足している。同研究会は、2001（平成13）年に日本医療保育学会へと名称変更を行った。それから2007（平成19）年に、「医療保育専門士」資格ができたのである。

## 3 医療現場の保育士の国際的な動向

これまでの治療重視から患者である子どものQOL向上を目指す潮流は、患者の権利擁護の動きにも影響を受けている。1980年代に、イギリスで「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト（HPS）」、アメリカで「チャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）」という入院児を対象に遊びのプログラムを提供し、苦痛や精神的負担を和らげることを主な業務とする専門職の国家資格ができた。また1988年5月には、オランダのライデンで開催された、第1回病院の子ども会議で、「ライデン憲章（病院の子ども憲章<sup>1</sup>）」が採択されている（病院の子どもヨーロッパ協会（European Association for Children in Hospital, EACH））。このように1980年代の欧米諸国では、入院児の権利擁護が急速に進展した。それから少し遅れて、わが国では1994年の「児童の権利に関する条約」の批准によって子どもの権利意識が向上し、病児であっても発達する権

<sup>1</sup>「病院の子ども憲章」（EACH CHARTER / EACH 憲章）については、病院の子どもヨーロッパ協会の日本の準会員団体である「子どもの病院環境&プレイセラピーネットワークのホームページに詳しい（<http://www.nphc.jp/charter.jp.htm>）。

利を保障しなければならないという観点から、子どもの発達を支援するために保育士が病院に配置されるようになってきた。

この米国のチャイルド・ライフ・スペシャリスト (CLS) や英国のホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS) は、今では日本で多く知られるようになり、日本における研究もかなりなされているが、オランダにおける医療現場での保育士についてはほとんど知られていない。

ここで、先に現在のオランダの病院について述べると、すべての病院で子供の病棟があり、入院中の子供の保育や子供が入院中に学校の勉強についていくための多くの施設を設置した子ども用の特別な病院も整備されている。また子供病院や子供病棟の一部が必要に応じて親が子どもと一緒に一晩滞在するための宿泊施設を持っている。

その中で、例えば、オランダの UMC は、患者のケア、教育、研究を行っている医療センターである UMC St.Radboud の例を挙げると、医師や看護師などの医療従事者、また病院内の教科を担当する教師とは別に教育スタッフ (De pedagogisch medewerker) がいる。この教育スタッフは、病室ではなく、プレイルームなどで子どもと遊んだり、手術前のサポートをしている。

またドイツにおいても、チャイルド・ライフ・スペシャリスト (CLS) やホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS) といった専門職種があるのではなく、病棟における医療現場では保育士が勤務している。

このように、欧米諸国において、各国で医療現場における子どものケアに重点が置かれ、病院内に保育室などの施設が整備されるようになってきているが、それを支える保育スタッフの在り方はそれぞれ異なっている (表 2)。

#### 4 医療保育士の位置づけの問題

これまでの医療保育士に関する研究では、医療保育士の専門性や他の医療職種との協業につ

表 2 医療保育士の国際比較

	日本	米国	英国	ドイツ	オランダ
名称	医療保育専門士	チャイルド・ライフ・スペシャリスト (CLS)	ホスピタル・プレイ・スペシャリスト (HPS)	-	
認定機関	民間資格 (日本医療保育学会認定)	国家資格	国家資格	-	-
取得条件	1) 保育士資格の有資格者 2) 日本医療保育士学会員 3) 病院等の勤務が1年以上	-	-	-	-
備考	独占資格ではない。保育士資格のみでも病棟などの医療現場で働く保育士がいる。			医療現場で働く保育士のための特別な養成はなく、一般の保育士が勤務。※1	一般の保育士等が勤務。※2

いて、次の点が指摘されている。

まず、山田(2009)は、保育士が現状では病院の看護部に所属していることが多く、その場合には保育士の専門知識・技能が十分に生かされないことが多いことを指摘する。看護師は医療行為と生活支援の両方ができるが、保育士は医療行為ができない。そのため、保育士よりも看護師を雇用した方がよいと病院は考えるため、子どもへの支援という点での保育士の専門性が発揮できない。

次に、吉田(2010)は、小児病棟に配置される保育士の位置づけについて、診療報酬の加算方法という制度的な問題によって保育士が看護師より低い地位にみなされる可能性があることを示唆している。2002年より医療保険制度において保育士配置による加算制度が導入されるようになった。しかし、現行の診療報酬の加算方法は、医療管理料の加算届出に関わる保育士以外は、看護補助者とみなされる場合があるため、そのことが職種の序列化を生みだし、保育士の地位や待遇について他職種より低位に位置づけられる可能性があることを指摘している。

また日本学術会議(2008)では、小児病棟に保育士が配置されている施設は2割程度であり、平成18年から保育士を配備する小児病棟に保育士加算が認められているが、高次医療施設には認められていないことを指摘している。

また米国のチャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)や英国のホスピタル・プレイ・スペシャリスト(HPS)の資格取得者を雇用する国内の医療機関もある。このうちの国内のチャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)の活動状況の実態を把握する調査からは、遊び内容や親支援、プリパレーションなどCLSとしての本来の業務に従事しているが、雇用形態は非常勤で不安定であることが多いことが考察されている(下村ほか(2008))。

このように、医療現場で働く保育士の専門性、また他職種との区分と協業が問われている。

## 5 今後の展開

本稿では、主に小児病棟などの医療現場で働く保育士(医療保育士)に着目し、我が国における医療保育士の歴史的な経緯や現状、また他国における医療保育士の動向を述べ、またこれまでの研究における医療保育士の専門性に関する課題を整理した。

はじめに、我が国の保育士制度については、2007(平成19)年、日本医療保育学会認定の「医療保育専門士」が創設され、保育士資格に加えて、研鑽(研修、レポート、論文の作成等)を積み上げることで、医療現場での保育に必要な専門知識や技術を上乘せさせるという仕組みとなっていることを述べた。またこの専門資格ができる以前にも、小児病棟などの医療現場で働く保育士はすでにおり、1954年、聖路加国際病院の小児病棟で保母が導入、また1965年、国立療養所の重症心身障害児病棟に保母が導入されている。

次に医療現場の国際的な動向では、アメリカの「チャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)」、イギリスの「ホスピタル・プレイ・スペシャリスト(HPS)」という入院児を対象に遊びのプログラムを提供する専門職の国家資格がある。また日本国内の病院においてもこれらの資格所有者が病院等の医療現場で活躍している。

さらにこれまでの研究における医療保育士の医療現場における協業とその中で指摘されている課題を概観した。医療保育士の専門性については、保育士が現状では病院の看護部に所属していることが多く、その場合には保育士の専門知識・技能が十分に生かされないことが多いこと、また看護師は医療行為と生活支援の両方ができるが、保育士は医療行為ができないため、