

201520056A

厚生労働科学研究費補助金

地域医療基盤開発推進研究事業

統合ケアを指向した新たな地域包括ケアステーションに関する研究

平成27年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 堀田 聡子

研究分担者 西村 周三

研究分担者 山岸 暁美

研究分担者 野口 麻衣子

研究分担者 成瀬 昂

研究分担者 吉江 悟

平成28（2016）年5月

目 次

I. 総括研究報告

統合ケアを指向した新たな地域包括ケアステーションに関する研究（堀田聰子）	1
---	---

II. 分担研究報告

報告1：オランダの地域包括ケア・ビュートゾルフとトランジション（堀田聰子） …	5
報告2：オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフの自律型チームとそれを支える 仕組みの実態（吉江悟）	24
報告3：看護師のワーク・ライフ・バランスのオランダと日本との比較 －訪問看護の発展に向けて－（西村周三）	69
報告4：ビュートゾルフの利用者属性とケアの内容 （堀田聰子、Nicole M.Koster）	78
報告5：日本の訪問看護師の仕事と働き方に関する調査研究 （山岸暁美）	166
報告6：日本の訪問看護師の就労環境と就労時間分配に関する記述と考察 （成瀬昂）	205
報告7：日本の訪問看護師の5年後の就業継続意向に関連する要因の探索 （野口麻衣子）	212

III. 研究成果に関する一覧表	なし
------------------------	----

IV. 研究成果の刊行物・別刷	なし
-----------------------	----

「統合ケアを指向した新たな地域包括ケアステーションに関する研究」

研究代表者 堀田 聰子（国際医療福祉大学大学院 教授）

研究分担者 西村 周三（医療経済研究機構 所長）

研究分担者 山岸 暁美（慶応義塾大学医学部衛生学公衆衛生学教室 研究員）

研究分担者 野口 麻衣子（東京大学大学院医学系研究科 助教）

研究分担者 成瀬 昂（東京大学大学院医学系研究科 助教）

研究分担者 吉江 悟（東京大学医学部在宅医療学拠点 特任研究員）

研究協力者 Nicole M. Koster（MSc Public Health, Department of Research Methodology, Measurement, and Data Analysis (OMD), Faculty of Behavioural Science, University of Twente, Enschede, The Netherlands）

【研究要旨】

我が国を含め、各国で地域包括ケアシステムをめぐる移行のムーブメントが起きている。本稿では、地域包括ケアの先進国のひとつともいわれるオランダをとりあげ、まずそのケア提供体制の変遷を概観した。さらに、持続可能な社会の構築という観点から複雑化する社会問題とそのガバナンスについての新しいアプローチとして「トランジション」という概念に着目し、世界的に統合ケアの先進事例とされるオランダの在宅ケア組織 BUURTZORG の進化と社会的インパクトについて検討を加えた。

望ましい将来のビジョンを構築して長期目標を策定し、それに向けた道筋をバックキャストしつつ、学習と社会実験の場を創出することは、我が国においてケアと地域の持続可能性を高める地域包括ケアステーションを構想し、その移行を加速するうえでも有効ではないかと考えられる。

ビュートゾルフの自律的チームの実態や、そのチームを支える仕組みを明らかにすることを目的として、計 6 つのビュートゾルフチームへの同行のほか、本部事務局の構造や機能、ICT システムについて視察・ヒヤリングを行った。ビュートゾルフ看護師の臨床実践は、技術的・理念的には日本の訪問看護師と大きな違いをもつものではないと思われたが、一方で短時間・高頻度の訪問スタイルは、両国の制度等の違いを反映していると捉えられた。

ビュートゾルフウェブに蓄積されたデータを分析してみると、ケア内容は利用者属性による特徴がみられ、最もケアの密度が高いのは認知症の高齢者と緩和ケア患者である。例えば認知症の高齢者はケアエピソードの期間が長く、合計ケア時間も長い。緩和ケア患者については、週あたりケア時間、週当たり訪問回数ともに最大であった。

また、ビュートゾルフが用いている OIM©などの理論や「ルールや規制を最小限にする」等の考え方は、自律的なチームを形成していく上で寄与しているように捉えられ、日本の看護実践に対しても示唆を与え得ると思われた。

日本とオランダの一般の就業者の WLB のありかた、日本の長時間労働の実態についての比較、オランダにおける病棟看護師の勤務シフトのあり方を含む WLB や訪問看護師の WLB の現状を調査し、特に病棟看護師、訪問看護師の間の働き方に関するさまざまな調査をサーベイした。これに基づいて、ビュートゾルフという組織における看護師の急増の要因を、単にその組織の特徴を知るだけでなく、日蘭の全般的な WLB 事情の差異、病棟看護師と訪問看護師との勤務実態の差異に視野を広げて、日本が学ぶべき課題を考察した。

さらに、我が国でケアの持続可能性を高める多主体多職種協働ケアチーム（地域包括ケアステーション）を構想するうえでの基礎資料とすることを目的とし、我が国の訪問看護師の働き方や就業意識、日常生活の現状を把握するアンケート調査を行った。今後、ビュートゾルフで就業する看護師に対するアンケート調査との比較分析を行い、より患者中心/住民本位かつ看護職の働きがいをもつ地域包括ケアステーションのあり方について、検討を加えたい。

A. 研究目的

オランダで 2006 年に地域看護師が起業した在宅ケア組織 BUURTZORG（ビュートゾルフ）は、①管理者や事務職をおかない最大 12 人からなる看護師らの自律型チームがケアにかかる全プロセスに裁量をもつ、②看護・介護・リハビリ・ケースマネジメント等をチームとして統合的に実現、③自立支援を徹底し専門職によるケアを「自助」「互助」に置換え、④ナースがともに開発する ICT の活用によるナレッジマネジメントとアカウントビリティ、といった特徴を持ち、患者、看護師、多職種からの支持を集め、コストを下げることに成功し、わずか 10 年で約 10,000 人に急成長、世界的に統合ケアの先進事例として注目を集めている。

本研究では、我が国でケアの持続可能性を高める多主体多職種協働ケアチーム（地域包括ケアステーション）を構想するうえでの基礎資料とすることを目的とし、上記の特徴を中心に、オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフの実態を明らかにするとともに、比較検討のために我が国の訪問看護師の働き方や就業意識、日常生活の現状を把握する。

B. 研究方法

1. オランダの地域包括ケア・ビュートゾルフとトランジション

文献調査及び（主に）2015 年～2016 年にかけてのオランダにおける関係者のヒヤリング調査

2. オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフの自律型チームとそれを支える仕組みの実態

2015 年 5 月のオランダ現地調査（本部、6 チームの訪問、利用者宅同行等）

3. 看護師のワーク・ライフ・バランスのオランダと日本との比較

文献調査

4. ビュートゾルフの利用者属性とケアの内容

2008年1月から2015年3月にかけてビュートゾルフウェブに蓄積されたオランダ全土の利用者77,129人分のデータを分析

本邦の訪問看護師と比較可能なビュートゾルフの看護師らを対象とするアンケート調査票を開発

5. ～7. 日本の訪問看護師の仕事と働き方、就業意識

関東1都6県の訪問看護ステーションから二層化無作為抽出により抽出された500機関及びそこに勤務する3人の訪問看護師を対象とするアンケート調査

G. D. E. 研究結果・考察・結論

1. オランダの地域包括ケア・ビュートゾルフとトランジション

地域包括ケアの先進国のひとつともいわれるオランダをとりあげ、まずそのケア提供体制の変遷を概観した。さらに、持続可能な社会の構築という観点から複雑化する社会問題とそのガバナンスについての新しいアプローチとして「トランジション」という概念に着目し、世界的に統合ケアの先進事例とされるオランダの在宅ケア組織BUURTZORGの進化と社会的インパクトについて検討を加えた。

望ましい将来のビジョンを構築して長期目標を策定し、それに向けた道筋をバックキャストしつつ、学習と社会実験の場を創出することは、我が国においてケアと地域の持続可能性を高める地域包括ケアステーションを構想し、その移行を加速するうえでも有効ではないかと考えられる。

2. オランダの在宅ケア組織ビュートゾルフの自律型チームとそれを支える仕組みの実態

ビュートゾルフ看護師の臨床実践は、技術的・理念的には日本の訪問看護師と大きな違いをもつものではないと思われたが、一方で短時間・高頻度の訪問スタイルは、両国の制度等の違いを反映していると捉えられた。また、ビュートゾルフが用いているOIM[®]などの理論や「ルールや規制を最小限にする」等の考え方は、自律的なチームを形成していく上で寄与しているように捉えられ、日本の看護実践に対しても示唆を与え得ると思われた。

3. 看護師のワーク・ライフ・バランスのオランダと日本との比較

日本とオランダの一般の就業者のWLBのありかた、日本の長時間労働の実態についての比較、オランダにおける病棟看護師の勤務シフトのあり方を含むWLBや訪問看護師のWLBの現状を調査し、特に病棟看護師、訪問看護師の間の働き方に関するさまざまな調査をサーベイした。これに基づいて、ビュートゾルフという組織における看護師の急増の要因を、単にその組織の特徴を知るだけでなく、日蘭の全般的なWLB事情の差異、病棟看護師と訪問看護師との勤務実態の差異に視野を広げて、日本が学ぶべき課題を検討した。

4. ビュートゾルフの利用者属性とケアの内容

ケア内容は利用者属性による特徴がみられ、最もケアの密度が高いのは認知症の高齢者と緩和ケア患者である。例えば認知症の高齢者はケアエピソードの期間が長く、合計ケア時間も長い。緩和ケア患者については、週あたりケア時間、週あたり訪問回数ともに最大であった。

アンケート調査票の開発過程において、例えば「褥瘡等創傷部の処置」、「人工呼吸器の管理、気管カニューレの管理」、「マッサージ」等は、ビュートゾルフ（の看護師）においては稀であることがわかった。また、そもそもケアを「行為×時間」としてとらえるのではなく、患者にとっての解決策に導く「介入」と考えることを推奨しているため、時間記入は悪影響を及ぼすため削除となった。

5. ～7. 日本の訪問看護師の仕事と働き方、就業意識

国内の訪問看護師の就労環境、および就労時間分配を記述した。訪問看護師の約半数は自宅から15分以内の事業所に勤め、各事業所の訪問範囲が事業所から片道21～60分圏内とする事業所が半数以上を占めていたことから、訪問看護師の半数以上は、自身が居住するコミュニティと訪問看護を提供するエリアのコミュニティが重複する可能性が高いと考えた。また、管理者は、事業所外を含む関係者との連絡・会議、およびその調整業務に労働時間の約18%を費やし、その分だけ訪問滞在時間への分配が少なかった。他方、管理者でない看護師は訪問滞在に50%を費やしていた。いずれも「移動」に労働時間の約15%を費やしており、これは事業所の訪問範囲の広さと正の相関を示した。

5年後の就業継続意向と就業継続意向有無の2群間で看護師の個人特性・事業所特性・看護師の認識の検討を行った。訪問看護師の5年後の就業継続意向について、「働いている可能性がとても高い・高い」と答えた者が45.6%であった。5年後の就業継続意向の有無の2群間で検討したところ、医療事例数と認知症・精神疾患事例数が多いこと、状態の軽快のため利用終了した利用者数が多いこと、希望する就業時間との一致、弾力的な勤務時間の設定、柔軟なスケジュール調整が可能であること、同僚間で平等な協調関係が保たれる等のフラットな関係性を持つことが、就業継続意向を持つことに関係していた。今後は、オランダのビュートゾルフで働く訪問看護師との回答の比較、及び実際の離職行動との関係を明らかにする必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 27 年度厚生労働科学研究費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

「統合ケアを指向した新たな地域包括ケアステーションに関する研究」

分担研究報告書

オランダの地域包括ケア・ビュートゾルフとトランジション

研究代表者 堀田 聰子（国際医療福祉大学大学院教授）

【研究要旨】

我が国を含め、各国で地域包括ケアシステムをめぐる移行のムーブメントが起きている。本稿では、地域包括ケアの先進国のひとつともいわれるオランダをとりあげ、まずそのケア提供体制の変遷を概観した。さらに、持続可能な社会の構築という観点から複雑化する社会問題とそのガバナンスについての新しいアプローチとして「トランジション」という概念に着目し、世界的に統合ケアの先進事例とされるオランダの在宅ケア組織 BUURTZORG の進化と社会的インパクトについて検討を加えた。

望ましい将来のビジョンを構築して長期目標を策定し、それに向けた道筋をバックキャストしつつ、学習と社会実験の場を創出することは、我が国においてケアと地域の持続可能性を高める地域包括ケアステーションを構想し、その移行を加速するうえでも有効ではないかと考えられる。

A. 研究目的

高齢化が進み、疾患構造が変化するなか、虚弱な高齢者、複数の疾患や障害を抱えながら生きる人々の増加を背景として、地域を基盤とする統合ケアは、我が国のみならず、特に 90 年代以降の欧米各国におけるヘルスケア・ソーシャルケア改革に共通するチャレンジとなってきた。とりわけ後期高齢期には、複数の疾患を継続的に発症しながら次第に死に至る軌道が知られており、寿命が延びるにつれて、病院で治す医療から地域で治し、支える医療への転換が求められることになる。

1970 年代後半以降の人の暮らしを支える活動全般にわたる生活モデル化の進行、すなわち QOL (Quality of life) の増進を目標として当事者のおかれた状況をエコシステムとしてとらえるという支援観の浸透もまた、地域包括ケア化を必然的に伴うものとされる。

こうしたなか、すべての人に居場所と出番があり、よりよく生きることができるといえる地域の持続可能なモデルが模索され、各国で「地域包括ケアシステム」をめぐる移行のムーブメントがおきている。

オランダは、地域を基盤とするケア (community-based care) と統合ケア (integrated care) という地域包括ケアを成す 2 つのコンセプトを含むシステム構築を実際に試みた数少ない国といわれている。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、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 (2006 年) により、効率的な短期医療保険制度 (Zorgverzekeringswet, 以下 Zvw) 運営を行っていることでも知られる。

そのオランダを中心に EU 各国において、持続可能な社会の構築という観点からの複雑化する社会問題とそのガバナンスについての新たなアプローチとして、「トランジション」という概念とそれに基づく

「トランジション・マネジメント」の理論と手法の議論及び実践が 2000 年頃からみられるようになってきた。保健医療はトランジション・マネジメントにおいても近年注目を集める領域であり、オランダでは 2006 年に開始された長期ケア領域のプログラムが知られている。世界的に統合ケアの先進事例のひとつと評価される在宅ケア組織 BUURTZORG もまた同プログラムを契機として飛躍を遂げた。

本稿は、オランダにおける長期ケアを中心とするケア提供体制の変遷、トランジションとトランジション・マネジメントの考え方を整理したうえで、ビュートゾルフの創業から現在に至る進化とそのインパクトについて概観することを目的とする。

B. 研究方法

文献調査及び（主に）2015 年～2016 年にかけてのオランダにおける関係者のヒヤリング調査による。主たるヒヤリング対象者は次のとおり。

- ・ 保健福祉スポーツ省 Anno Pomp 氏、Jacqueline Hoogendam 氏
- ・ V&VN（看護協会） Sonja Kersten 氏他
- ・ LHV（家庭医連盟） Lodi Hennink 氏
- ・ NPCF（患者団体連合） Dianda Veldman 氏
- ・ NPHF Thomas Plochg 氏
- ・ FNV Zorg&Welzijn（労働組合） Corrie van Brenk 氏
- ・ Zilveren Kruis（保険者） Erik-Jan Wilhelm 氏
- ・ Buurtzorg（在宅ケア組織） Jos de Blok 氏、Gonnie Kronenberg 氏、Kety de Kwaasteniet 氏、Gertje van Roessel 氏、Margo Berends 氏、Karin van Aalst 氏
- ・ ZorgAccent（ケア組織） Irma Harmelink 氏
- ・ Amsterling Wijkzorg（在宅ケア組織） Matthias van Alphen 氏、Aenne Werner 氏
- ・ 家庭医 Wilbert Sluiter 氏
- ・ オマハシステムサポート財団創始者 Ard Leferink 氏
- ・ Erasmus 大学 Dutch Research Institute for Transitions Jan Rotmans 氏
- ・ Nyenrode Business 大学 Sharda Nandram 氏

C・D. 研究結果・考察

1. オランダにおけるケア提供体制の変遷-長期ケアを中心に

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た。その受け皿としてナーシングホームが急増し、1970 年代から 1980 年代にかけて、欧州で高齢者の施設入居率が最も高い国となる。長期ケアをカバーする特別医療費保険（AWBZ）は、当初このナーシングホームにおける療養を賄うものとして導入された（1968 年）。

1970 年代になると、伝統的に宗教的基盤に基づく地域密着の宗教・宗派別民間非営利組織に実施・運営が委ねられてきたケア提供体制は、次第に変化を迫られる。世俗化が進み、経済成長が鈍化するなか、地域医療計画の策定等をつうじた地域レベルでの包括的な体制整備に向け、80 年代後半にかけて公的介入強化の方向に舵が切られたためである。

ケア、よりよいケア（Gedeelde Zorg, Betere 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。

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慢性疾患患者の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、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。

地域居住実現への道のりは、しかし決して平坦ではない。1970年代からの医療費抑制に向けた公的介入強化は、医療資源配分の効率化にはつながらず、待機リストを拡大させた。その克服に向けた改革案であるデッカープラン（1987年）を契機に市場志向への転換がはかれると、地域に根ざしたケア提供のあり方は大きく変質する。1990年代には合併・大規模化の失敗が多く、経営破綻を招き、巨大化した事業者による一律の体制整備、ケア統合を目的としながらも地域ニーズから切り離された組織間連携を生んだといわれる。

また、90年代は施設から在宅への誘導策をとりながら、適切な住まいと在宅ケアを提供するには予算を引き締め過ぎ、代替が不完全であったとも指摘されている。提供主導で柔軟性を欠くケア提供、必要以上で細切れの「ストップウォッチケア」への誤ったインセンティブは、利用者の不満を高め、専門職のや

りがいを損ねた。

状況打開に向けた長期ケアにかかる改革の構想は、地方自治体・州・国レベルで患者・利用者、ケア提供者、保険会社、ケア判定機関等を巻き込んだ議論によりボトルネックを見極めるところから始まった。これらを踏まえ、2000年代を通じて提供主体別・領域別アプローチから機能アプローチへの転換を軸とした AWBZ の改革が進められる。さらに、質と成果に基づく評価に向けた基盤整備と監査機能の強化をはかりつつ規制緩和を進め、専門職・事業者の裁量を拡大することで、利用者中心の質の高いケアの効率的な提供を目指している。短期医療保険については、デッカープラン発表後、20年にわたる政治的妥協と漸進的改革を経て、保険者機能の強化、管理競争の導入等を柱とする医療制度改革により健康保険(Zvw)に一本化された(2006年)。

ケアを再び地域に根ざしたものにするための模索としては、近年、社会参画と公衆衛生の切り口からアプローチが重ねられている。統合ケアの観点から地方自治体任務の広がりを取り返ると、公衆衛生と住宅政策については早くから役割が明確化されていたが、1980年代以降、福祉分野の自治体役割が拡大、90年代には住宅政策にかかる分権化がさらに進行する。そのうえで、2007年に互助を活用しながらできる限り自立と社会参画を促す社会支援法(Wet maatschappelijke ondersteuning、以下 Wmo)を施行、住宅政策に次いで空間計画についても大幅に地方に権限を委譲し、空間政策・空間戦略という観点からも関係団体や住民との対話に基づく「ローカルで個別仕立ての解決策」の推進をはかっている。

社会支援法では、地方自治体の「実行領域」を定め、実際に各領域でどのような目標を設定して何に取り組むかは、各自治体の裁量となる。定期的に社会生活支援に関する政策大綱を含む社会生活支援計画を策定することになっており、ステークホルダーの関与が重視されていることもあり、ほとんどの地方自治体が患者・利用者・住民団体、住宅、福祉、介護関係機関のみならず、多様な関係者を政策形成や実施過程に包摂している。

欧州諸国では、都市再開発政策のなかで、地域住民が抱える空間的・社会的・経済的な問題を棚卸して、それを包含する方策を展開する「統合的アプローチ」と呼ばれる手法が知られおり、オランダでは市と住宅協会が重要な役割を果たす。古くから発達してきた住宅協会は、1990年代に財政面での自立性を高め、国の監督のもと、住宅法の法的枠組みのなかで、定められた社会的責任を果たす社会的企業として進化を見せている。ここでもやはり「実行領域」を設定し、その方向性やゴール、推進方法についてはそれぞれに任されている。90年代後半には、新たな実行領域として「近隣・コミュニティにおける QOL の向上」、すなわち地域の QOL というアイデアが追加されたのも注目に値する。

さらに、2008年の改正公衆衛生法は、健康寿命延伸や健康格差是正の観点から地方自治体における予防・健康増進の展開を見直し、プライマリ・ケア領域における多職種協働の推進・改善を地方自治体任務と定めた。昨今、改めて多職種によるプライマリ・ケアを充実させ、「ゼロライン」と呼ばれる地区レベルでの福祉や公衆衛生の役割を強調しつつ、日常生活の場におけるシンプルなケアへのさらなる「代替」、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の政策文書が出され、地方自治体の地域マネジメント力の重要性が高まっている。

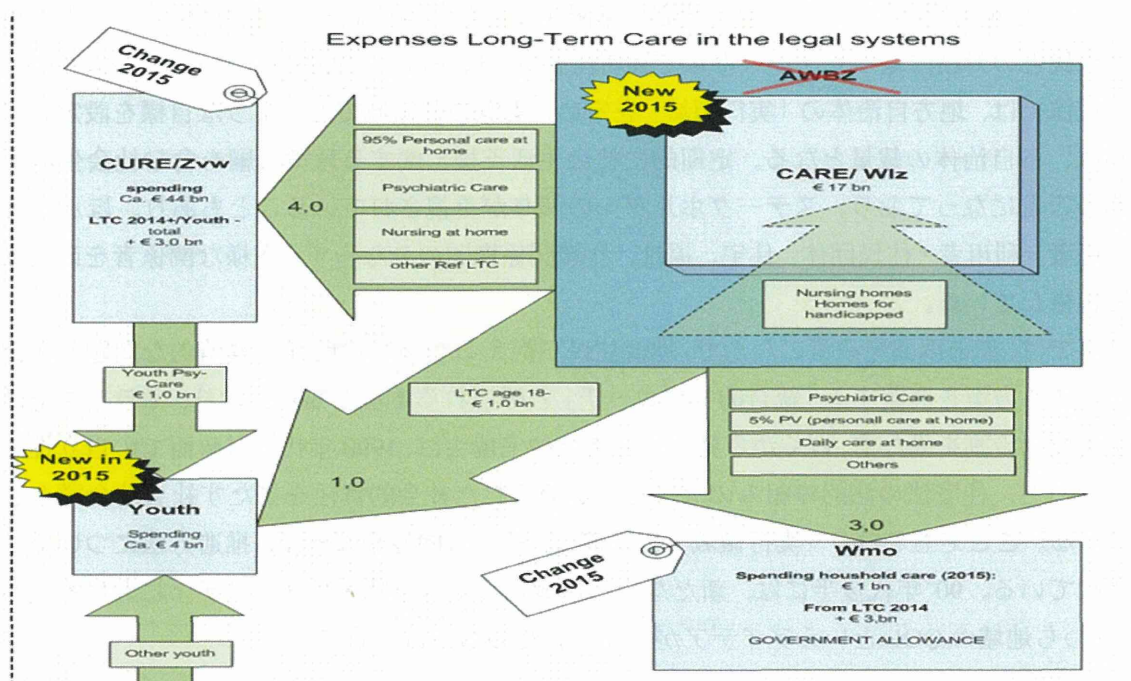
医療、介護・福祉支出が増え続けるなか、とりわけ長期ケア財源の持続可能性は大きな課題となってきた

た³。AWBZ は脱施設化に伴い 1970 年代から 1990 年代にかけてカバー範囲を拡大してきたが、2000 年代以降は一転して Zvw や Wmo への移行が進む。ケアの質の向上、統合ケアの推進と財政効率の改善、高齢社会における安定的なケア提供体制とすべく、約 20 年にわたる議論を経て、2015 年に AWBZ 創設以来の長期ケアにかかわる大改革が行われ、図表 2 のとおり、長期ケアの再編に向けた移行が進行中である⁴。

まず、長期ケア関連制度によるカバー範囲の広さとそれに対する高水準の公的支出が、患者を非自立的な位置づけとさせ、「医療化」を促すシステムとしてきた面があるとの立場から、改めて自己責任と、家族や地域による助け合いが優先することを強調し、AWBZ を廃止、対象を重度の者（永続的に 24 時間のケアを必要とする者）に限定して長期ケア法（Wet langdurige zorg, 以下 Wlz）を新たに創設した。在宅におけるケアにさらにシフトすべく、施設入所は最重度の者のみとしている。

在宅ケアを必要とする者のうち、Wlz の対象とならない者に対する（従来 AWBZ がカバーしていたうち大半の）身体介護、看護、さらにメンタルヘルスサービス（3 年以内の入院を含む）は Zvw が、それ以外のあらゆるケア・サポート（一部の身体介護及び日常生活支援全般）は Wmo2015 がカバーすることになる。

図表 2 オランダにおける 2015 年の長期ケア関連制度再編



(出所) 保健福祉スポーツ省提供資料

2015 年改革は、2007 年の Wmo の施行に続き、地方自治体の役割を大きくするものであり、分権化により地域の実態に即した個別仕立てでの効率的なケアの実現が期待されている。2015 年には子ども子育て

³ オランダの人口は 1,690 万人、高齢化率は 17.7%（2015 年）で、ヘルスケア関連支出は €94.2 billion、うち長期ケア関連支出は €27.6 billion。長期ケア関連支出が GDP に占める割合は 4.3%（2010 年）にのぼり、OECD 諸国ではスウェーデンに次いで高い水準にある。

⁴ ここでは主な改革のポイントを、変更点を中心に概観するとどめる。2014 年までのケア提供体制及び関連制度の概要については堀田 2014a、大森 2011 を参照のこと。

に関する法律 (Jeugdwet) も地方自治体が制度運営するものとして再編・新設となった。

当初、政府は 2015 年改革を通じて長期ケアにかかる大幅な支出削減を目指していたが、ステークホルダーとの議論を重ねた結果、2015 年の支出は改革がなかったときよりも 5% 減にとどまった (Maarse and Jeurissen 2016)。

2. トランジションとトランジション・マネジメント

トランジションとトランジション・マネジメントは、オランダの 2001 年の第 4 次環境計画において、公式に政府の政策に組み込まれるようになった。気候変動のように解決が容易でない課題への処方箋として、短期的なアクションのための長期的な視点と、実践しながら学び、学びながら実践する社会実験を組み合わせるということであり、同計画では一般的なトランジションと脱炭素に関するトランジションの両方を対象にしていた。

その後、持続可能な社会の構築を目指すシステム・イノベーションやトランジションを起こし、持続させるために求められる知識が技術の開発をミッションとした大規模な調査研究プロジェクトが設置された。ここでは、トランジションやそのマネジメントに関する基本的な知識と、農業や交通、保健医療といった具体的な領域に関連するコンテキスト依存的な知識の相互作用に特に焦点が当てられた。

さらに積極的な研究及び実践が行われるようになり、2010 年頃からは EU の資金援助を伴い、EU 域内及び途上国における都市政策や地域開発計画に関連する事例も多くあげられるようになった。

本節では、まずトランジション及びトランジション・マネジメントについての基本的な考え方を整理したうえで (Frantzeskaki N. et al. eds. 2015)、オランダにおける長期ケア領域にかかるトランジション・プログラムを事例として紹介する。

2.1. トランジションとはなにか

トランジションは、社会システムの構造的変容にかかる非線形過程とみなされているが、異なる学問領域で概念が構成されてきたため、その定義は一様でない。以下は、持続可能なトランジションに関する多様な説明の一例である。

- 社会もしくはそのサブシステムが根本的に変わる長期的なプロセス (Rotmans et al. 2001)
- 構造的な社会特性 (もしくは社会の複合サブシステム) が変容するという社会変化の漸進的、継続的なプロセス。…互いに強め合うが、科学技術、経済、本能、行動、文化、生態学、及びシステム等のいくつかの異なった領域において起こる一連の変化 (Martens and Rotmans 2005)
- トランジションは、主要な社会のサブシステムにおける構造的変化のプロセスとして理解される。それらは、支配的な‘ゲームのルール’における変化を意味する。つまり、通常数世代に及ぶ確立した科学技術と社会的慣習の変容、及びある動的平衡状態からもう一つの動的平衡状態への動きを意味する” (Meadowcroft 2009)

トランジション研究においては、分析的に次の 3 つの基本原則が利用されることが多い。

① 共進化 (Co-evolution)

トランジション研究においては、異なるシステム間の相互作用をさす。主に科学技術の相互作用の観点。

② 調和的創発 (Coordinated Emergence)

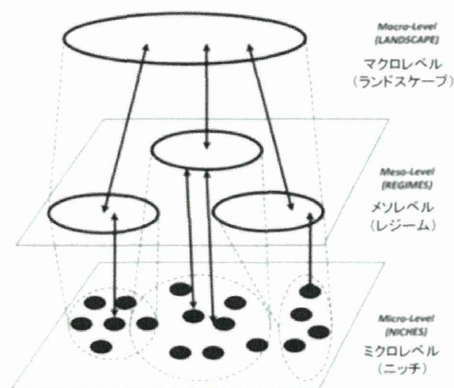
トランジションは、創発と調和の特徴を含む基礎的な変化のプロセスと考えられる。複雑な適応システムは共進化、自己組織化 (self-organize) し、出現パターンを産み出す。

③ 進化革命 (Evolutionary Revolution)

トランジションは、長期にわたりシステムの進化に寄与する、異なる時間・領域における革命を含む根本的な変化のプロセスとして概念化されている。すなわち根本的な変化 (革命) のプロセスを、ますます増幅する社会システムのトランジションを構成する変化 (進化) の総体と呼ぶ。

多数のアクターやセクター、ガバナンスレベルに影響を及ぼし、高度な複雑性を持った社会現象としてのトランジションは概念化や分析が極めて難しいといわれるが、最も重要で普及していると考えられるのは、「マルチレベルの視点」である (図表3)。

図表3 マルチレベルの視点

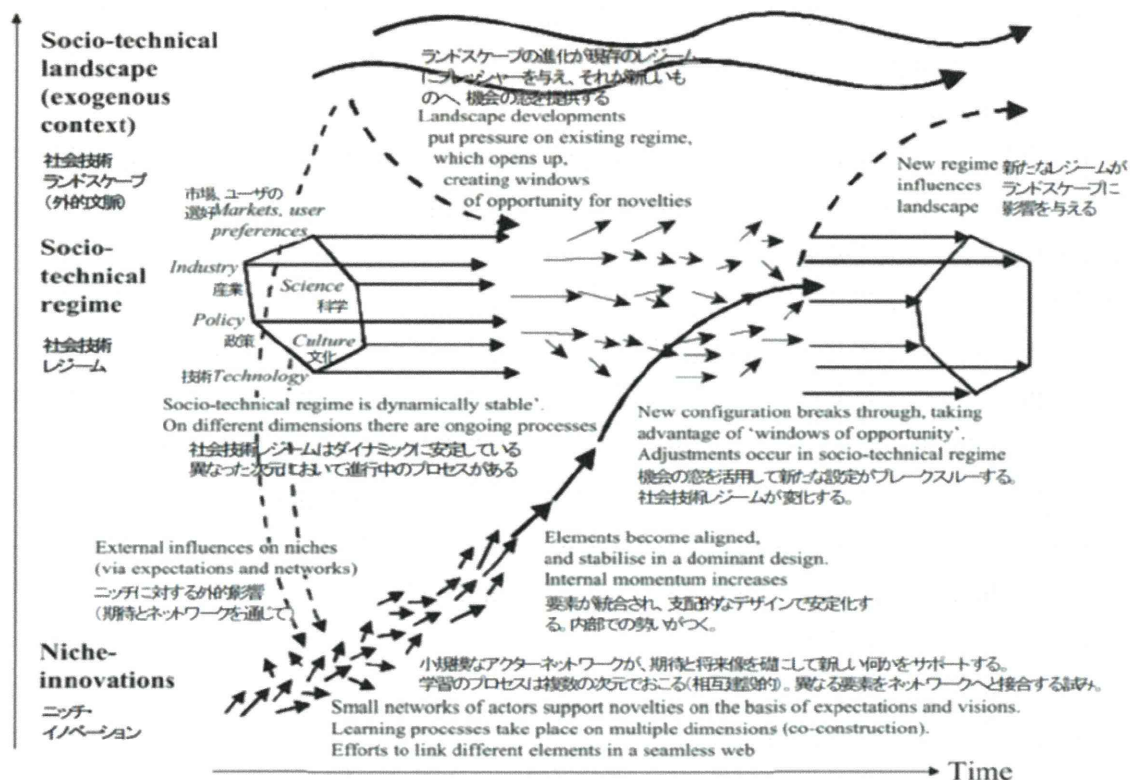


(出所) Geels and Schot 2007

- マクロレベル：環境・人口的な変化、新しい社会的運動、政治的イデオロギーの変化、経済の広い意味での再構築、科学的パラダイムの出現、文化的発展を含む、社会技術的な発展に影響する環境という観点から説明される「ランドスケープ (社会情勢)」によって形成される。アクターの直接の影響力の届かないところにあり、意思によって変えることはできない。
- メゾレベル：社会技術的な「レジーム (社会秩序)」によって形成される。トランジションがおこらなければならないシステムユニットとみなされており、トランジションにおいて明確な役割がある。レジームはそれ自体が変化を拒むものであり、したがってトランジションは完全にレジームが変化することである。
- ミクロレベル：技術ニッチ、急進的なイノベーションの存在する場によって形成される。ニッチは保護された実験的な設定で、現在の体制とは異なる規範や実践が構築されうるもので、イノベーションをサポートする社会のネットワークを築き、学習プロセスの場を提供するために重要。ニッチのなかで構築された規範と実践が広く受け入れられるようになるとき、レジームの変化が始まる。

レベル間の相互作用により、現場の実践における活動の構造化が加速される（図表4）。

図表4 マルチレベルの観点から構造化されたレベル間の相互作用



(出所) Geels and Schot 2007

2.2. トランジション・マネジメント

トランジション・マネジメントとは、これまで困難だった課題に対応するために、それによって生じる症状ではなく、その根底にある原因に対応するために根本的な変化、すなわちトランジションの必要性を主張するもので、調査や学習、社会実験のための場の創出を通じてトランジションに影響を与えていこうとする新しいアプローチである。

トランジション・マネジメントの基本原理は、総合すると社会的なトランジションを引き起こす基礎的な要素を成しており、複雑で変化をつづける社会システムのガバナンスに向けた手引きを提供してくれる (Loorbach 2010)。

- システムの洞察
- 長期的視点
- フレキシブルな目的
- タイミングの重要性
- 均衡と不均衡の有効性
- ニッチの創出
- 「システムの外部」は存在しない

- 学習への焦点
- ステークホルダーの参画

また、トランジションのコンテキストでアクターの行動を観察すると、以下の4つの異なる取組みが行われていることがわかる。

① 戦略 (Strategic) <長期>

問題を構造化、望ましい将来のビジョンを構築、長期目標を策定、規範を設定する。トランジション・マネジメントは明確に Strategic に焦点をおくことにより、短期的視点にとどまりがちな政策形成に長期的ガバナンスを組み込む。

② 戦術 (Tactical) <中期>

交渉の成果としての戦略ビジョンに基づき、サブセクターにおいてより具体的な計画を形成する。システム全体の方向性よりも、5~15年程度の中期にわたって展開する具体的なゴールに力点をおく。戦術レベルにおけるアクターは、より長期のビジョンを追求するなかで、交渉を重ね、パートナーシップとネットワークを構築し、現実在即した形でより大きな目標を適応させていく。

この作業はしばしばビジョンの細分化・分裂を招き、システム全体を最適でないものにする場合がある。よって、長期的な戦略における目標・問題の構造化と戦術レベルにおける取組みをうまく統合する手段を見つけることが重要となる。

③ 実施 (Operational) <短期>

日々の決定やアクションは実施レベルで行われるものであり、プロジェクトや実験、アクションや即座な意思決定はすべてここにあたる。よってシステム・イノベーションにつながる新たな構造やルーティンを形作りうるのは実践レベルとすることができる。そこには戦略から実施へという流れのみならずボトムアップの方向もある。ただし、アクションは個人のスキルや野心、関心によるもので、その総和からトランジションを引き起こすことは決して容易ではない。

④ 振り返り (Reflexive)

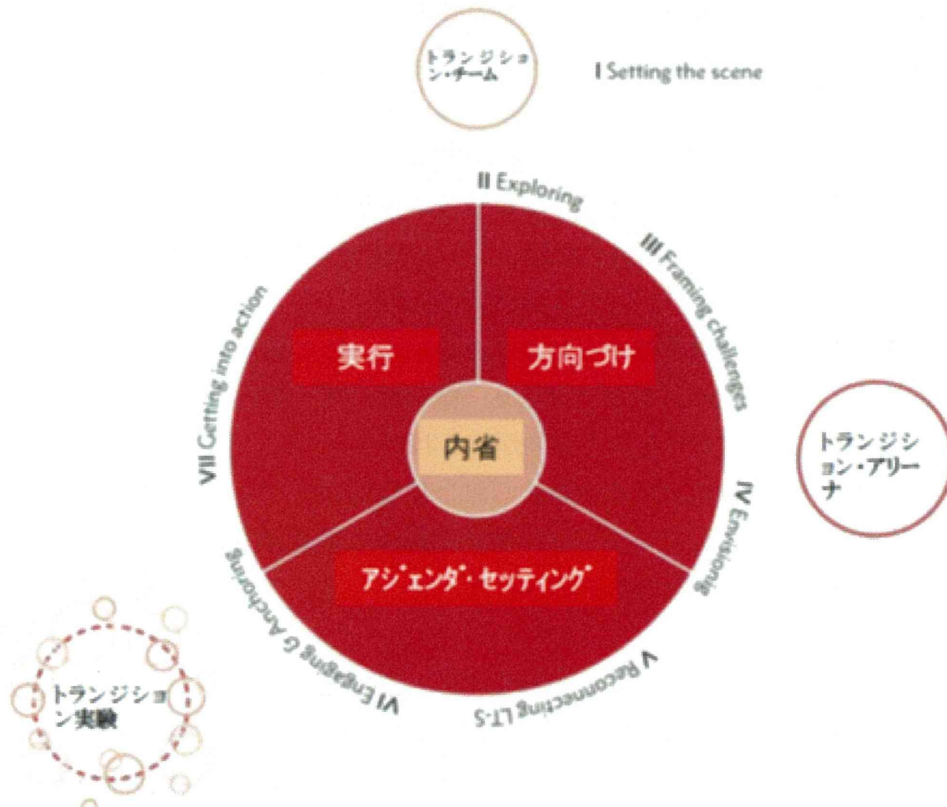
モニタリング及び政策と変化プロセスの評価にかかる取組みが含まれる。さまざまな方法が行われるが、重要なのは他の3つのレベルと分けて考えるべきではないという点である。

トランジションの実現のためには、上記の4つのレベルごとにアクターはさまざまな介入を行う。プロセスをガイドする具体的な7つのステップが、図表5に示される。

- シーンの設定：プロセス全体の設定・推進役となるトランジション・チームを設立、地域のコンテキストに組み込まれる。
- 地域のダイナミクスの調査：トランジション・チームがシステムやステークホルダーを分析、多様な関係者を巻き込み、トランジション・アリーナとして一連のミーティングを開催
- 課題のフレーミング：課題とその枠組みについての共通認識を構築
- ビジョン策定：ありうる将来についての意見交換、将来像についての明確なビジョンを策定する。
- 長期と短期の再接続：トランジション・アリーナ構築の最終ステップとして、トランジションの道筋について意見交換、根本的な変化と将来ビジョンに到達するためのアクションを表明。トランジション・アリーナで出されたアイデアはトランジション・アジェンダとして公表される。

- 巻き込み・アンカリング：公表により、他の人がアジェンダを採り入れたり、自らのアジェンダや実践に関連づけることができる。アジェンダのアイデアを自らのものと感じる人によってトランジション・チームを更新して進める。
- アクション：トランジション・アジェンダに沿った革新的な短期的アクションであるトランジション実験の開始、さらに多くのアクターが参加、そこで得られた洞察が戦略レベルに反映される。
- リフレクション

図表5 トランジション・マネジメントの手順とステップとセッティング



(出所) Frantzeskaki N. et al. eds.2015

2.3. トランジション・マネジメントの事例：

オランダの長期ケアにおけるトランジション・プログラム

トランジション・マネジメントの事例として、オランダの長期ケアにおけるトランジション・プログラム (Transitieprogramma in de Langdurende Zorg、以下 TPLZ) をとりあげる (Van Raak 2015, Loorbach and Rotmans 2010 等)。

TPLZ は保健福祉スポーツ省と事業者団体、コンサルティング機関、トランジション・マネジメントのアクションリサーチャー (エラスムス大学等) 等が 2006 年から 2010 年にかけて推進した。その目的は、長期ケア領域における実社会での利用者中心のラディカルなイノベーションの経験をセクター全体で学び、長期ケアを望ましい姿に進化させることにあり、トランジション実験がプログラムの中核に位置づけられた。

トランジション・プログラムは、他のトランジション・マネジメントの事例とは異なり、通常最初に構

築するトランジション・アリーナ（図表5参照）を設置する代わりに、トランジション実験のポートフォリオから始まった。そもそもは、保健福祉スポーツ省と事業者団体、患者団体の代表による、AWBZの支出削減にかかる議論（AWBZ 盟約 2005-2007）をつうじ、長期的にシステムの効率化と質の改善をはかり、持続可能性を高めるために、削減する AWBZ 支出の一部（9,000 万€）を「イノベーションファンド」としてセクターに還元、これを従来の散発的な助成金交付とは異なる形で活用しようという取り決めに端を発するものである。これに対して助言を求められたコンサルティング機関（CC zorgadviseurs、Ernst&Young）及び DRIFT（エラスムス大学トランジション研究所）が、トランジション実験として実験をフレーミングすることを提案し、トランジション・マネジメントの基本原則とセクター固有のコンテキストを組み合わせ、トランジション実験の採択基準を作成した。この基準において、のちに実験の適応においても重要な要素は、スケールアップ・普及可能性であった。

第一期は公募はせずに開始し、2007 年から（BUURTZORG を含み）10 のトランジション実験に対して助成が行われ、秋以降は参加者のジョイントセッションが重ねられて学習コミュニティができ、次第にフロントランナーのネットワークが形成された。こうしたグループでの実践・学びの振り返りとともに、個別のコーチング・モニタリングのシステムも構築された。

2008 年には、第二期が公募により始められることになり、42 の応募のなかから、16 の実験プロジェクトが助成対象とされた。第二期のプロジェクトリーダーは、第一期と比べるとラディカルなリーダーというよりもラディカルなフォロワーという傾向がみられた。

プロジェクト期間の中期には振り返りが重ねられ、理論的探求ではなく実践におけるイノベーションがプログラムの基礎となること、プロジェクト開始段階から事業者のトップマネジメントの会議等へのコミットメントが重要であることなども確認された。

アリーナの構築にはやや時間差があり、予算獲得の目途がたってから、ニッチの視点からビジョンをつくり、レジームを変化させることができるという観点から人選を行い、2008 年春から、当初独立して、後半はトランジション実験プロジェクトとのインタラクションも踏まえてセッションが重ねられた。

- 現状分析、歴史的経緯の理解とともに現在の問題構造の根深さの説明
- 直面する持続可能なトランジションのチャレンジ（もしくは目標）の明確化
- 将来の持続可能なシステムのための基本原理の確認
- ありうる将来イメージの形成（持続可能なシステムの潜在的要素）
- これらの将来イメージに向けて道筋をバックキャスト
- 短期のアジェンダ設定と連携・協働の検討

1 年に及ぶセッションを経て、ビジョン文書がまとめられ、発表会には約 200 人が参加、スライドを用いたプレゼンテーションのあと、アリーナ参加者の詩、私的な物語の披露があり、文書の最初のコピーが招待された若き患者の手に渡された。

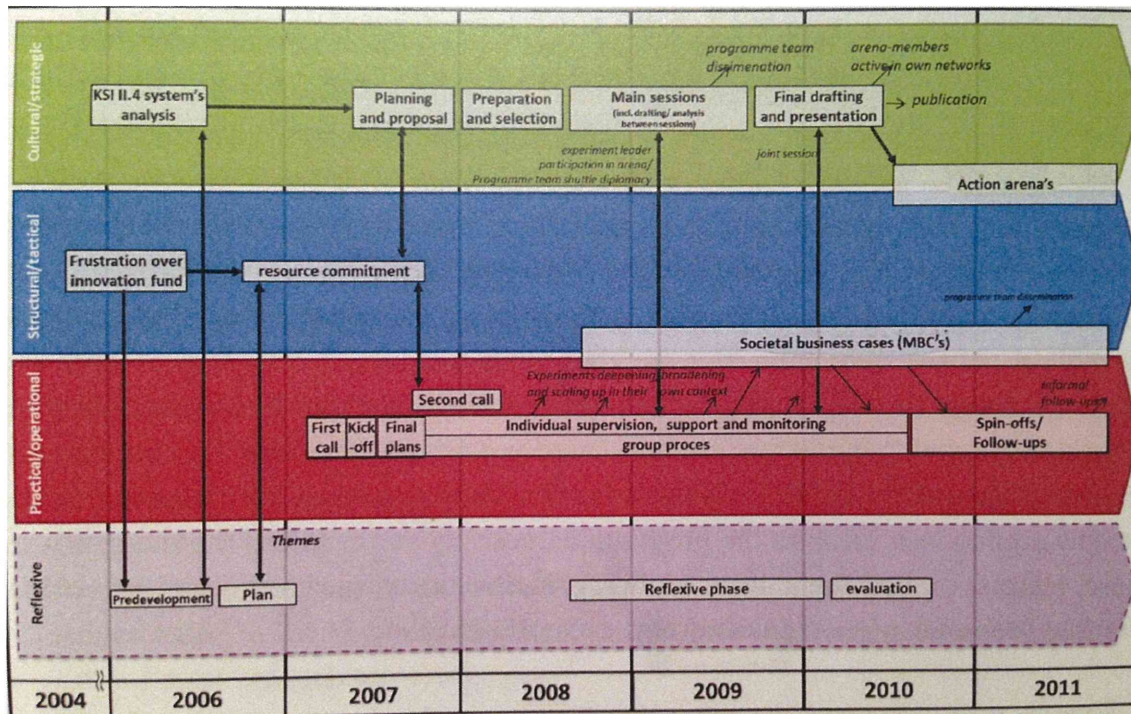
2010 年にはプログラムの評価とともに TPLZ は終了を迎えた。ここで力点が置かれたのは以下のような副産物としての取組みである。

- プログラムそのものを広げるとともに、戦略マネジメントと戦術マネジメントが交差する場として

のアクションアリーナ

- 実施レベルのトランジション・マネジメントと戦術レベルのトランジション・マネジメントを横断するものとしての「ソーシャルビジネスケース」
- 例えば「地域密着ケースを推進するプログラム」といったように、本質的な目標は異なるが、手法が類似したプロジェクト間のジョイントセッション

図表6 TPLZのフレームワーク



(出所) Van Raak, R. 2015

3. ビュートゾルフとトランジション

3.1. ビュートゾルフと地域包括ケア

地域看護師が起業して急速に拡がり、いまや世界的にも統合ケアの成功事例とみなされる在宅ケア組織 BUURTZORG (ビュートゾルフ財団)⁵。利用者満足度は全国の在宅ケア組織のなかでトップ、スタッフ満足度は全産業トップで、利用者あたりのコストは他の在宅ケア組織の約半分、現在、オランダのすべての産業を通じて最も成長している事業者といわれる。創業間もないころから注目を集め、政府文書にも「ケアの量でなく成果を重視し、よりよいケアをより安く提供するビュートゾルフモデルのさらなる推進」が盛り込まれるなど、近年のオランダにおけるケア関連政策に大きな影響を与えている。

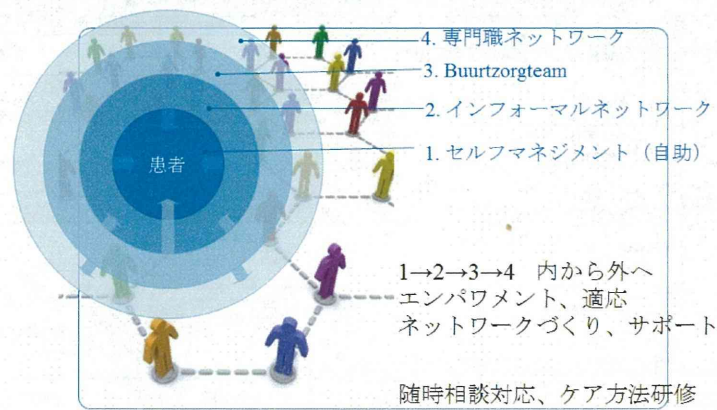
ビュートゾルフは2006年に創業、2007年に1チーム4人で始まり、2016年現在、九州ほどの広さのオランダ全土で約850チーム、看護師・介護士・リハ職ら10,000人が活躍、利用者は約7万人にのぼる。「患者の力を第一に、患者とそのネットワークとの協働により最良の解決策を見出す。そのために各チームがすべてのプロセスに責任を持って専門性の高いケアを提供する」というミッションに基づき(図

⁵ チーム及びケアの実態については分担報告書の報告2及び4、ビュートゾルフの理念と実践、支える仕組み、そのモデルの詳細については、堀田(2014b)、Nandram(2014)等を参照のこと。

表7)、最大 12 人のフラットな自律型チームがあらゆるタイプの患者にトータルケアを提供、地域の実態に即して多彩な予防プロジェクトも展開する。専門職とともに進化する ICT、50 人の小さなバックオフィスと 16 人のコーチが、ケアだけでなく採用や教育、財務等にも裁量を持つチームの実践と継続的なイノベーションを支える。

創業者で地域看護師の Jos de Blok 氏は、ビュートゾルフの根底には「自分の人生のなかで起きるいろいろなことについて自分で判断して決定できれば、自分の人生に自ら影響を与えられるし、より幸せな人生を送ることができる」という信念があるという。専門職自身が自らの専門性が発揮される組織とビジネスモデルをつくったことで、ケアをとりまくシステムのなかで失われてきたさまざまな「人間的な」要素やかかわりが再生され、専門職と患者が立場を超えて人としてのキャパシティを引きだしあい、いわば人間復興を通じて担い手やコストの面でも持続可能性を高めることにもつながっており、ケア領域のみならず、他セクターにも示唆を与えている。

図表7 ビュートゾルフの玉ねぎモデル



(出所) BUURTZORG 提供の図に基づき筆者作成

オランダでは、2000 年代後半以降、(特に地域看護師の復権を中心に) 専門職・事業者の裁量を高め、規制緩和や事務の簡素化を推進、質と成果に基づく評価に向けた転換が図られてきているが(堀田 2014a)、その背景としてもビュートゾルフの躍進は無視できない。患者や家族、そして専門職からも支持される質の高いケアをより安く実現してきた実績をもとに、プロダクションからソリューションへと価値を転換させつつあるわけだ。

これには徹底したアカウントビリティも欠かせない。ビュートゾルフは、ICT⁶(ビュートゾルフウェブ)を業務管理とナレッジマネジメントの“ba”としてのみならず、アウトカム、生産性、コストを「見える化」、継続的な質と効率の向上のために活用するとともに、説明責任を果たし、信頼と支持を集めてきたのだ。

冒頭 (A.) 述べたとおり、人口構成の高齢化と医療の進展は疾患構造の変化をもたらし、このことはしばしば地域包括ケアシステム構築の背景として語られる。病気や障害とともに暮らす人々を支えるモデルとして 90 年代後半から開発されてきた慢性疾患ケアモデル(図表 8)は、integrated care の主流とみなされ、WHO によっても普及がはかられている。ここで、アウトカム向上を支えるのは、「活性化された

⁶ 分担報告書・報告 2 C.2. (2) ICT システムを参照のこと。