



労働政策研究報告書 No. 167

2014

JILPT : The Japan Institute for Labour Policy and Training

オランダの地域包括ケア
— ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて —

労働政策研究・研修機構

オランダの地域包括ケア

－ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて－

独立行政法人 労働政策研究・研修機構

The Japan Institute for Labour Policy and Training

まえがき

本報告書は、労働政策研究・研修機構におけるプロジェクト研究「経済・社会の変化に応じた職業能力開発システムのあり方についての調査研究」のサブテーマ「企業内外の能力開発・キャリア形成のあり方に関する調査研究」のうち「介護人材の確保・育成と能力発揮に関する調査研究」に位置づけられる研究の成果を活用したものである。

高齢化が進むなか、増大をつづける高齢の慢性疾患患者に対応できる持続可能な医療・介護提供体制の再編に向けた議論が高まり、住み慣れた地域での尊厳ある生活の継続を支える地域包括ケアシステムの構築が急務とされている。

本報告書は、我が国における地域包括ケアシステムの担い手をどのように確保するかを問題意識として、早くから地域を基盤とするケアの統合に取り組み、その医療制度が世界的にも高く評価されるオランダをとりあげ、オランダにおけるケア提供体制及びケアの担い手をめぐる議論を歴史的な文脈のなかで概観している。これにより、我が国における今後のケア提供体制整備と広くケアの担い手確保に向けた示唆を得ようとするものである。

なお、ケアの担い手のなかでも介護サービスに従事する介護職の安定的な確保に向けた諸課題については、『介護人材需給構造の現状と課題』（労働政策研究報告書 No.168、2014年5月）をあわせてご覧頂きたい。

本報告書作成にあたっては、日蘭両国において多くの方々にご協力を頂いた。この場を借りて、厚く御礼申し上げます。

本報告書が、関係者のお役に立てば幸いである。

2014年5月

独立行政法人 労働政策研究・研修機構
理事長 菅野和夫

執筆担当者

堀田 聰子

労働政策研究・研修機構 研究員

目 次

第 I 部 総論	1
はじめに	3
第 1 章 現状認識と問題意識	4
第 1 節 地域包括ケアシステムの構築と担い手確保	4
第 2 節 介護・福祉人材をめぐる最近の政策の展開	6
1 介護労働市場の状況	6
2 介護・福祉人材をめぐる政策動向	9
第 3 節 ケア提供体制とケア従事者	12
第 2 章 先行研究と本稿の目的	14
第 1 節 諸外国におけるケア従事者をめぐる政策・研究動向	14
第 2 節 integrated care（統合ケア）をめぐる国際的な潮流	16
第 3 節 目的と構成、本稿の特徴	19
第 3 章 要約と我が国への示唆	25
第 1 節 要約	25
1 ケア提供体制	25
2 看護・介護職等の職業資格	27
3 ケア従事者の確保・活性化	29
第 2 節 我が国への示唆と課題	31
1 「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン	31
2 多職種協働プライマリ・ケアの機能強化	34
3 セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的發展	38
4 イノベーションの進化	40
5 ケア関連政策と労働政策との連動	43
補章 I オランダのケア関連制度の枠組みと従事者の現状	46
第 1 節 生活支援・予防・介護・医療をめぐる制度	46
1 医療保険制度の構成	47
2 特別医療費保険（AWBZ）の概要	50
3 社会支援法（Wmo）	53
4 公衆衛生法（Wpg）	53

第2節 ケア従事者の現状	54
1 ケアワーカー	54
2 インフォーマルケア提供者	56
第Ⅱ部 オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策	59
第4章 ケア提供体制の変遷—統合ケアの観点から	61
第1節 歴史の概観	61
1 福祉国家の発達と変化	61
2 ケア提供体制及び関連政策の変遷	65
第2節 ケアの統合	78
1 運営の統合	78
2 サービスの共同配置	81
3 ケアネットワーク	83
4 ケース（ケア）マネジメント	85
5 切れ目ないケア提供に向けた連携	88
6 サービス付き住宅	91
第3節 自治体と統合ケア	99
1 自治体組織	99
2 地方自治体任務の広がり と 統合ケア	100
第4節 ケアの品質管理・監査	103
第5章 職業資格のあり方とケア関連資格の整備・発展	107
第1節 職業資格と中等職業教育	107
1 職業教育訓練法	107
2 国レベルの資格枠組み	108
3 中等職業教育レベルの職業資格のあり方とその整備・発展	110
4 中等職業教育のレベルと教育訓練ルート	111
第2節 看護・介護職の資格構成とその整備・発展	112
1 看護・介護職養成の歴史と資格構成検討の経緯	112
2 看護・介護職の資格構成	115
第3節 専門職としての資質の管理・向上	118
第6章 ケア従事者の確保・活性化をめぐる方策	120
第1節 ケア提供形態の多様化	120
第2節 ケアワーカーの確保定着促進	122

1	イノベーション	123
2	現任者の定着と能力発揮	124
3	新たな人材の採用・確保	125
4	地域労働市場の強化	125
第3節	当事者の自立・参加とインフォーマルケアの支援	125
1	当事者の自立と参加	126
2	インフォーマルケアの活用と提供者支援	129
補章Ⅱ	コーディネートされた認知症ケア	133
第1節	認知症国家戦略	134
1	認知症国家戦略の段階的発展	134
2	認知症ケースマネジメントの先進事例	136
第2節	認知症の人を支えるネットワーク	138
1	独居認知症者の暮らし：事例調査から	138
2	認知症の人と介護者をともに支えるさまざまな形態	142
引用文献		144
資料	インタビュー対象者リスト	161

略 語 一 覧

※アルファベット順。本稿の複数個所で（ ）等の説明なく利用されている略語のみ。

AWBZ	特別医療費補償法
AZR	AWBZ ケア登録システム
BBSH	社会住宅運営管理令
CAK	中央管理庁
CIZ	ケア判定センター
CVZ	健康保険委員会
DBC	オランダ版診断群分類
EVC	既得職業経験・訓練認定制度
GGD	地方自治体の保健センター
IGZ	ヘルスケア監査機関
Keten-DBC	慢性疾患ケア（連携）グループへの包括払い
KVZ	質の評価枠組み
LAZ	全国セルフマネジメントアクションプログラム
LDP	全国認知症プログラム
LHV	全国家庭医協会
LND	全国認知症ネットワーク
LOC	利用者評議会連盟
Mezzo	全国介護者・ボランティア連盟
NHG	オランダ家庭医学会
NMa	オランダ競争庁
NPCF	患者・（ヘルスケアサービス）消費者団体連合
NZa	オランダヘルスケアサービス局
PGB	個別ケア予算
PKD	認知症統合ケアプログラム
RIO	地域ケア判定機関
RVZ	公衆衛生ヘルスケア審議会
SIP's	アセスメントプロトコル
V&VN	オランダ看護介護職協会
WCZ	ヘルスケアサービスにおける患者の権利に関する法律
WetBIG	ヘルスケア専門職法
WMCZ	ヘルスケア事業者における利用者の参加に関する法律
Wmo	社会支援法
Wpg	公衆衛生法
WTZi	医療介護施設許可法
ZVW	健康保険法
ZZP	ケア強度パッケージ

第 I 部 総論

はじめに

高齢化のさらなる進展と高齢者像の変化が予想されるなか、住み慣れた地域での尊厳ある生活の継続を支える地域包括ケアシステムの構築が喫緊の課題となっている。本稿の問題意識は、その担い手をいかにして確保するか、である。

地域包括ケアシステムは、「地域を基盤とするケア（community-based care）」と「統合ケア（integrated care）」という2つの概念からなり、コミュニティを基盤とすることを要素として包含した integrated care という提供体制の変革に焦点をおいたものであるとされる〔筒井（2014）〕。

本稿は、我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向け、担い手確保の観点から示唆を得ることを目的として、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、上記の2つのコンセプトを含むシステム構築に取り組むオランダをとりあげ、ケア提供体制、それに影響を及ぼす制度・政策、ステークホルダーの動向、ケアの担い手をめぐる議論について、主として高齢者の長期ケアを念頭に、歴史的な文脈のなかで俯瞰を試みるものである。

第Ⅰ部総論においては、まず現状認識と問題意識として、我が国における地域包括ケアシステムの構築とその担い手確保にかかる議論、そのうち介護・福祉人材（ケアワーカー）をめぐる最近の政策の展開を概観する。必要となる従事者の量・質や役割分担等は、ケア提供体制に大きく規定されるため、担い手確保策の検討にあたっては、ケア提供体制の効率化にかかる議論への目配りが極めて重要であることにも言及する（第1章）。そのうえで、諸外国におけるケア従事者及び統合ケアにかかる政策・研究動向を踏まえ、オランダに着目する理由及び本稿の目的と構成を整理する（第2章）。

第3章は、第Ⅱ部本編におけるケア提供体制と関連政策の変遷、統合ケアの観点から国際比較可能なカテゴリーに基づくケア提供体制の実態、看護・介護職の資格構成と資質管理、資格の整備・発展のあり方、広くケアの担い手確保・活性化に向けた方策の検討を要約し、我が国における住民（患者）を中心とする質の高いケアの効率的な提供体制の整備とケア従事者確保に向け、「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン、多職種協働プライマリ・ケアの機能強化、セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的發展、イノベーションの進化、労働政策との連動の観点から、示唆と課題をまとめている。

なお、我が国の地域包括ケアシステムの構成要素に対応するオランダの制度及びケア従事者の現状については、適宜補章Ⅰを参照されたい。

第1章 現状認識と問題意識

第1節 地域包括ケアシステムの構築と担い手確保

日本の65歳以上人口は2010年に23.0%にのぼり、団塊世代が75歳以上となる2025年には30%を超えると見込まれている〔国立社会保障・人口問題研究所（2012）〕。量的な拡大のみならず、医療・介護ニーズが高い後期高齢者人口や認知症の人の数の伸び、単独・夫婦のみ世帯の増加など高齢者像の変化が予想されるなか、いかにして最期まで住み慣れた地域で尊厳ある生活を支えるかが課題となり、「地域包括ケアシステム」の構築に向けた議論が重ねられている。

地域包括ケアの原点は、広島県御調町（現在尾道市）の公立みつぎ総合病院における昭和50年代からの実践にある。同病院の山口昇医師は、地域包括医療（ケア）を「地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすものであり、包括医療（ケア）とは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）である。地域とは単なるAreaではなくCommunityを指す」と定義した〔山口（2003）〕。

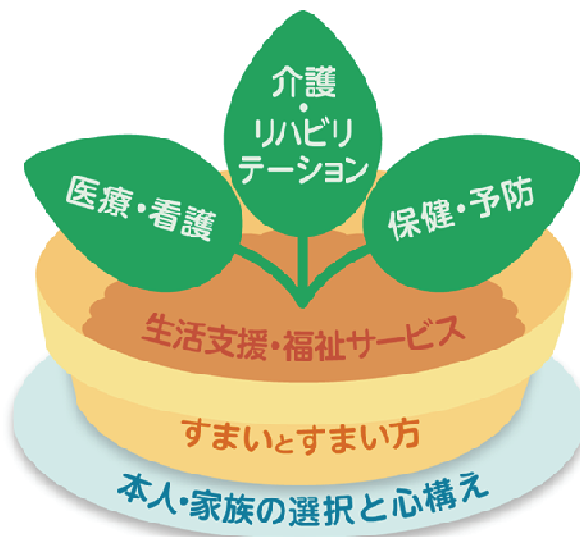
その後、高齢者介護研究会〔高齢者介護研究会（2003）〕による再定義、2006年の介護保険制度改正における予防重視型システムへの転換、地域包括支援センターの設置や地域密着型サービスの創設、医療制度改革における患者中心の地域医療連携の推進といった「地域」という枠組みの中でのサービス提供体制再構築に向けた改革を経て¹、地域包括ケア研究会において、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義づけられた〔地域包括ケア研究会（2009）〕。さらに、2025年に実現すべき姿と必要な改革〔同（2010）〕、システムの構成要素（図表1-1）とそれを支える方法といった全体構造、諸主体の役割等の検討〔同（2013）〕を経て、統合ケアの理論に基づき基本理念や概念を整理、中長期的視点から具体的な方策が議論されている〔同（2014）〕。

こうして、地域包括ケアは、地域包括ケア研究会、社会保障国民会議〔社会保障国民会議（2008）〕、社会保障制度改革国民会議〔社会保障制度改革国民会議（2013）〕における議論や税と社会保障の一体改革をつうじて、今後の医療・介護改革にあたって目標と

¹ Tsutsui et al.（2010）は、「家族による介護（～1999年）」が介護保険導入により「社会による介護（2000～2005年）」へと転換、さらにこの2006年の改革により「地域による介護」への転換がはかられたとして、それぞれの概念定義をおこなっている。

すべき政策概念として定着するに至っている^{2,3} [高橋 (2012)]。

図表 1 - 1 地域包括ケアシステムの構成要素



出所：地域包括ケア研究会 (2013)

高まる需要に対応して良質なサービスを安定的に提供するためには、担い手の確保が不可欠となる。社会保障・税一体改革に向けた検討のなかで⁴、医師・看護職・介護職・コメディカル職等として医療・介護に従事する者は 2011 年度には合計 462 万人であったが、2025 年度には現在のサービス提供体制を前提として 620 万人～651 万人、提供体制の改革を想定すれば 704 万人～739 万人が必要と推計されるなど、医療・介護従事者の確保は喫緊の課題となっている。とりわけ介護職については、2025 年度には 2011 年度時点の 1.5 倍以上にあたる 213 万人～224 万人（現状投影シナリオ）／232 万人～244 万人（改革シナリオ）が必要と見込まれ、労働力人口に占める割合の大幅な上昇が求められており、さまざまな政策的対応が行われてきている。

² 地域包括ケアシステムの理論と考え方、我が国における地域包括ケアの実践については太田・森本編 (2011)、高橋編 (2012)、高橋・武藤編 (2013)、筒井 (2014) 等を参照のこと。地域包括ケアの介護保険法上の規定は第 5 条第 3 項。持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律に基づく措置として、効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムを構築することをつうじ、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するため、医療法、介護保険法等の関係法律について所要の整備等を行うことを趣旨とした「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」が国会審議中である (2014 年 5 月現在)。

³ こうした政策的推進の経緯とは別に、猪飼 (2010) は、日本の医療の歴史に対する緻密な検討に基づき、20 世紀という時代の産物である「病院の世紀」の終焉に付随する必然的な現象として「地域包括ケア」の時代の始まりを指摘している。

⁴ 第 10 回社会保障改革に関する集中検討会議 (2011 年 6 月 2 日) 参考資料「医療・介護に係る長期推計」 (<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/syakaihosyou/syutyukento/dai10/siryou1-2.pdf> 2012 年 3 月 20 日最終確認)。

第2節 介護・福祉人材をめぐる最近の政策の展開

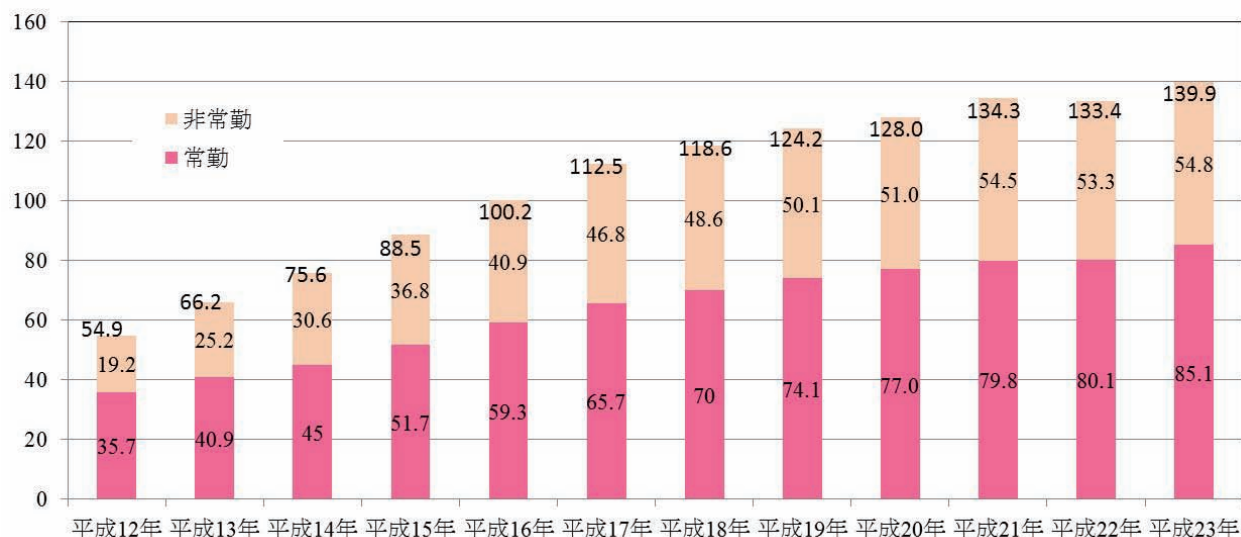
ここで、介護労働市場の現状と介護・福祉人材確保をめぐる最近の政策の流れを概観しておく⁵。

1 介護労働市場の状況

まず、介護保険事業に従事する介護職に焦点をあて、従事者数の推移（実人員）をみると（図表1-2）、合計では2000年に約54.9万人であったものが毎年増加を続け、2011年には約139.9万人となっている。各年の変化に注目すると、2006年以降、やや伸びが鈍化している。事業所種類別にみると、サービス受給者数の伸びに対応して、従事者についても居宅サービス事業所における伸びが著しい。

介護職のうち介護福祉士資格を有する者の推移をみると、約13万人（2000年）から約58万人（2012年）に増加している。ただし、介護福祉士登録者数は2000年度に約21万人、2012年度には約109万人にのぼっており、介護保険事業以外の福祉・介護サービスに従事する者を差し引いても、資格を持ちながら介護の仕事に就いていない者が相当数存在する。

図表1-2 介護保険事業に従事する介護職数（実人員）の推移（単位：万人）



出所：厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」（各年10月1日現在）。

注：各年の介護サービス施設・事業所調査の数値の合計によるため、年ごとに調査対象サービス範囲に相違があること、また2009年度以降は調査方法の変更等があることから単純に年次推移をみることはできない。

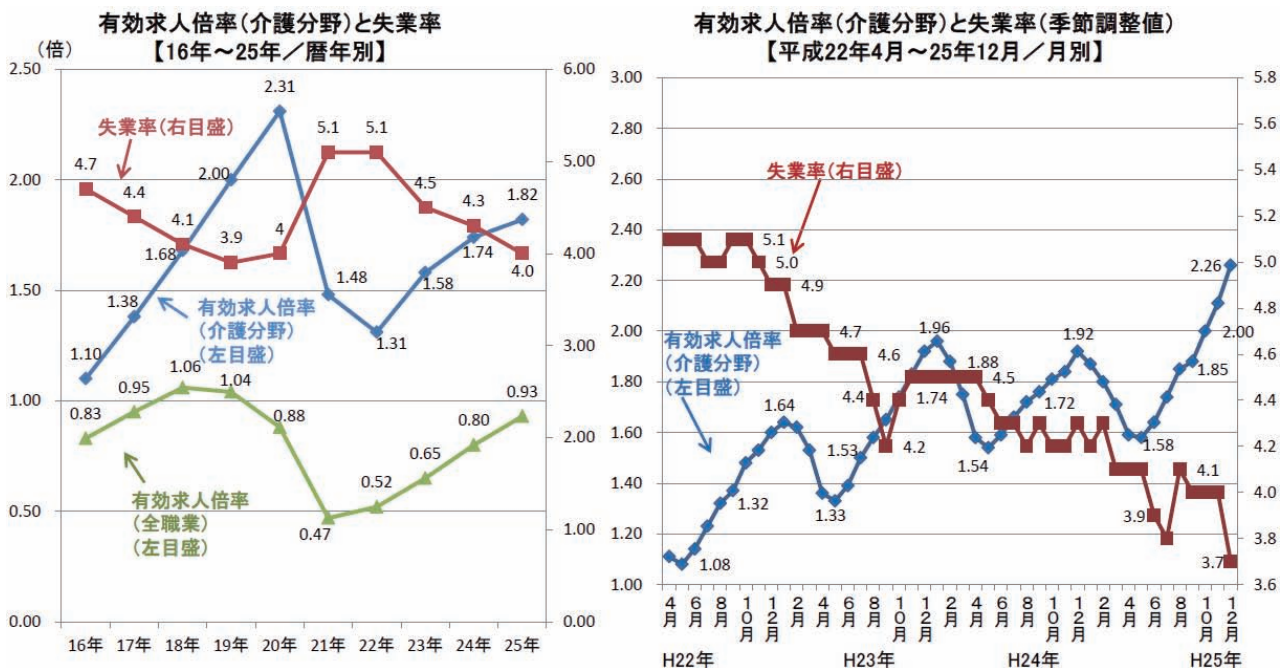
⁵ 介護職員（及び看護師）の養成・就業状況は川越（2009）、高齢者介護労働市場及び介護職の現状、近年の政策展開の概観は北浦（2013）、堀田（2010）等を参照のこと。直近の関連施策については第47回社会保障審議会介護保険部会（2013年9月4日）資料で一覧できる（http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/000021718.pdf 2013年12月15日最終確認）。

厚生労働省「職業安定業務統計」により介護関係職種における有効求人倍率をみると(2013年平均)、全国平均は1.82倍で、職業計の0.93倍を大きく上回る。都道府県別にみると介護関係職種が職業計を上回することは共通であるが、その値は極めて地域差が大きく、とりわけ都市部で高い傾向にある。

ここで、完全失業率と介護関係職種の有効求人倍率の関係をみておこう。介護保険制度が導入された2000年前後は平成不況にあたり、とりわけ2001年～2003年は完全失業率が5.0%を超え高い水準にあった。ところが2004年頃から景気回復とともに完全失業率が低下しはじめ、2007年までこの傾向が続いた。すなわち、介護関係職種の有効求人倍率が上昇を続けている時期は、経済状況が好転している時期にあたる。

国際的な金融危機のなか日本でも2008年秋以降経済情勢が急速に悪化、完全失業率は2009年に入ってから上昇を続け、これに対応して有効求人倍率は全体として低下したが、とりわけ介護関係職種における有効求人倍率は著しく低下した。すなわち、景気が悪化するとともに介護分野においては相対的に人材確保がしやすくなる傾向がみられる。介護分野における有効求人倍率は、これ以後も常に経済情勢の影響を大きく受けている。

図表1-3 介護関係職種及び職業計の有効求人倍率と失業率



出所：有効求人倍率は厚生労働省「職業安定業務統計」、失業率は総務省「労働力調査」
 注：介護関係職種とは、「122 福祉施設指導専門員」「124 福祉施設寮母・寮父」「129 その他の社会福祉専門の職業」「341-10 家政婦(夫)」「342 ホームヘルパー」をいう。すなわち、介護保険事業に従事する介護職以外の者も含まれる。

離職の状況をみよう（図表1-4）。介護職の1年間の離職率は、介護保険の訪問介護事業所で働き直接介護を行う訪問介護員（以下、「訪問介護員」）で14.0%、訪問介護以外の介護保険の指定介護事業所で働き直接介護を行う介護職員（以下、「介護職員」）で18.3%である。産業計の常用労働者の1年間の離職率は14.8%であり、訪問介護員はこれをわずかに下回り、介護職員ではこれを上回っている。

就業形態別にみると、訪問介護員では正社員16.8%に対し非正社員13.2%、介護職員では正社員15.5%に対し非正社員23.2%となっており、訪問介護員では正社員のほうが、介護職員では非正社員のほうが離職率は高い水準にある。単純な比較はできないが、介護職の正社員の離職率は、訪問介護員・介護職員ともに産業計の一般労働者のそれを上回っている。他方、介護職の非正社員と産業計のパートタイム労働者を比べると、訪問介護員・介護職員ともに産業計を下回る（図表1-4）。

なお、離職率の分布を確認すると、離職率が30%以上と高い水準にある事業所と、10%未満と低い水準にある事業所の二極化がおきている（図表1-5）⁶。

さらに、介護職の離職率については、主たるサービスの種類、事業所規模、介護事業開始時期、法人格といった事業所属性別にも差がみられる。例えばサービスの種類では特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム）や認知症対応型共同生活介護（グループホーム）で、事業所規模では小規模事業所で、介護事業開始時期では新しい事業所で、離職率が高い傾向がある。

図表1-4 介護職及び産業計の入職率・離職率（単位：%）

【介護職】			【産業計】		
	採用率	離職率		入職率	離職率
訪問介護員	19.9(17.7)	14.0(13.8)	常用労働者	14.8(14.2)	14.8(14.4)
正社員	26.9(22.3)	16.8(16.8)	一般労働者	11.3(11.0)	11.5(11.7)
非正社員	18.1(16.6)	13.2(13.1)	パートタイム労働者	26.0(24.1)	25.1(23.1)
介護職員	24.7(22.3)	18.3(16.9)			
正社員	20.0(17.3)	15.5(14.0)			
非正社員	32.8(30.3)	23.2(21.7)			

出所：介護職については介護労働安定センター「平成24年度介護労働実態調査」2011年10月～2012年9月の値〔介護労働安定センター（2013）〕。採用（離職）率=10月～9月1年間の採用（離職）者数÷前年9月末現在の在籍者数×100。

産業計については厚生労働省「平成24年雇用動向調査」2012年1月～12月の値。入（離）職率=入（離）職者数÷1月1日現在の常用労働者数×100。

注：（ ）内は前年の値。

⁶ 事業所属性別の離職率の特徴等は介護労働安定センター（2013）。離職率の二極化の実態は各所で指摘されるようになり（厚生労働省職業安定局（2008）等）、離職や就業継続意向の規定要因の分析、介護の労働特性・職場特性を踏まえた望ましい経営・雇用管理のあり方についての検討、雇用管理モデル事例の収集・蓄積等が進められている。

図表 1 - 5 離職率階級別にみた事業所の割合（単位：％）

	10%未満	10%以上 15%未満	15%以上 20%未満	20%以上 25%未満	25%以上 30%未満	30%以上
訪問介護員	55.6	9.8	6.2	6.0	5.4	17.0
介護職員	47.0	10.2	6.8	6.4	6.6	22.9

出所：介護労働安定センター「平成 24 年度介護労働実態調査」2011 年 10 月～2012 年 9 月の値〔介護労働安定センター（2013）〕。

2 介護・福祉人材をめぐる政策動向

近年の我が国の介護・福祉人材確保にかかる施策は、1992 年の「社会福祉事業法及び社会福祉施設職員退職手当共済法の一部を改正する法律」（いわゆる「福祉人材確保法」）により基盤がつけられた。

ここでは、2005 年介護保険法改正をめぐる議論以降、現在までの介護・福祉人材の確保・定着・育成にかかわる最近の政策の流れを時系列で概観する。

（1）資格要件や研修の見直し

社会保障審議会介護保険部会報告「介護保険制度の見直しに関する意見」（2004 年 7 月）は、「サービスの質の確保・向上」のためには、介護サービスを支える人材の資質向上が不可欠であるとして、介護に携わる全ての職種において「専門性の確立」を重視する必要があること、この方向に沿って資格要件や研修の見直しが求められること、将来的には介護を担う人材の任用資格は「介護福祉士」を基本とすべきことなどを提言した。1. で述べたように、これが出された時期は、まだ介護職の伸びが順調だった頃にあたる。

提言を受けて、介護福祉士の資格のあり方や現任者研修の体系化等に関する検討が進められ（厚生労働省（2006）、全国社会福祉協議会（2006）、日本介護福祉士会（2007）等）、2007 年 11 月に「社会福祉士及び介護福祉士法等の一部を改正する法律案」が成立、同 12 月に改正法が公布された。また、訪問介護員養成研修（2 級課程で 130 時間）と介護福祉士（養成施設ルートの場合 2 年間で 1,800 時間）の中間の位置づけとして、2006 年度には 500 時間の介護職員基礎研修が創設された。

（2）量・処遇への関心

2006 年以降、介護職数の伸びが鈍化し、有効求人倍率の上昇や介護職の離職率の水準に注目が集まるようになると、厚生労働省は 1993 年に制定された「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」を抜本的に見直し、新たな指針を発表した⁷（2007 年 8 月）。拡大する福祉・介護ニーズに対応できる質の高い人材の安

⁷ 見直しの背景及び新指針については以下を参照のこと。

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/fukusijinzei/index.html（2013 年 12 月 15 日最終確認）

定的な確保が大きな課題となっているとの認識のもと、人材確保のための視点として①労働環境整備の推進、②キャリアアップの仕組みの構築、③福祉・介護サービスの周知・理解、④潜在的有資格者等の参入促進、⑤多様な人材の参入・参画の促進をあげ、関係者が担うべき役割を示したものである。

さらに2008年5月には第169回通常国会で「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律」が成立、「平成21年4月1日までに、介護従事者等の賃金をはじめとする処遇の改善に資するための施策の在り方について検討を加え、必要と認めるときは、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」とされた。

こうした動きを受けて、あるべき介護サービスの実現に向けたサービス提供体制の構造改革を前提とした必要なマンパワーの推計、地域包括ケアの実現に向けた従事者の役割分担の見直しと人的資源の計画的養成・確保（社会保障国民会議）、意欲とやりがいをもって働くことのできる環境整備（安心と希望の介護ビジョン会議、介護労働者の確保・定着等に関する研究会等）等に向けた検討が行われ、事業者の雇用管理改善、従事者の能力開発、福祉・介護人材の参入促進等の総合的な推進（予算措置）がはかられている。

これらと機を同じくして、社会保障審議会介護給付費分科会では、介護サービス事業の実態把握のためのワーキングチームの報告を受けて審議が進み、2008年10月に政府・与党（自由民主党）において「介護従事者の処遇改善のための緊急特別対策」として2009年度介護報酬改定率を+3.0%とすることが決定され、2009年度介護報酬改定は、制度発足後初めてのプラス改定となった。

2009年度改定は、「介護従事者の人材確保・処遇改善」を3つの基本的視点のうちの1つに掲げており、負担の大きな業務への評価、人件費の地域差への対応に加え、専門性への評価・介護従事者の定着促進として、「介護福祉士の割合」、「一定以上の勤続年数の者の割合」、「常勤者の割合」等の評価することとなった。なお、これらについては、「本来、質の高いサービスを提供する事業所への適切な評価を行うことによって処遇改善を推進すべき」として、暫定的に用いるものとされ、サービスの質の評価が可能と考えられる指標の早急な検討の必要性が審議報告に明記された。

さらに、介護報酬改定直後には、政府・与党（自由民主党）において「経済危機対策」の一環として「介護職員処遇改善交付金」等をつうじた処遇改善、人材確保と新たな雇用機会の創造が発表され（2009年4月）、民主党政権における緊急雇用対策としても、介護分野における雇用創造が盛り込まれた（2009年10月）。「介護雇用」は経済対策のテーマにもなってきた。

（3）介護サービスの質と介護従事者の資質

一連の処遇改善に焦点をあてた対応が矢継ぎ早に行われるなか、2012年度から始まる第5期介護保険事業計画の期間以降を展望して論点整理を行った地域包括ケア研究会

(2009)においては、「地域包括ケアシステムを支える人材」として関係領域の基礎職種の統合とキャリアラダーの開発、専門性の向上をはかると労働供給の制約要因となるジレンマの克服等といった論点があげられた他、住居の形態にかかわらず地域の中での介護保険サービスの提供という発想に立った望ましい地域包括ケアシステムの構築、これに向けたサービスの質に着目した介護報酬体系等、現行のサービス体系や介護従事者の資格等に捉われないさまざまな検討課題が整理された。

また、社会保障国民会議の提言のフォローアップを行った社会保障改革推進懇談会(2009)においては、改革のさらなる前進に向けて「介護人材育成戦略」として、①介護報酬引き上げを賃金水準の向上につなげていくうえでの課題の明確化と政策的対応、②介護施設等における経営の透明化と人的資源管理の高度化、③介護労働者の処遇改善・資質向上と介護サービスの質の向上に向けた総合的な取組み、④サービスの質の向上と連動した職業訓練の強化の必要性に言及している。

地域包括ケアシステムの構築を見据えながら、改めてあるべきサービスのあり方を問い直し、介護サービスの質の評価に関する具体的な検討を進め、それに連動した介護従事者の役割や資質の見直しを行っていくという方向性が示されているといえよう。

現在、①参入促進、②キャリアパスの確立、③職場環境の整備・改善、④処遇改善の4つの視点から対策が行われているが、上記の方向性に関連する取組みをみると、キャリア・アップについては、2011年にホームヘルパー2級研修相当の初任者研修を介護職として働くうえで基本となる知識・技術を習得する研修と位置づけ、実務経験を重ねながら⁸介護福祉士、認定介護福祉士へとステップアップする今後のキャリアパスのイメージが示され(今後の介護人材養成の在り方に関する検討会)、認定介護福祉士制度のあり方についてのモデル研修等をつうじた検討も進められている。

また、2010年に閣議決定された「新成長戦略」では、雇用・人材分野の戦略の一環として、実践的な職業能力の評価・認定制度とそれにもとづく育成プログラムの整備、労働移動の円滑な仕組みづくりを含めた「実践キャリア・アップ制度⁹」構築の方向が盛り込まれ、「介護・ライフケア分野」はこの戦略の対象領域となり、介護プロフェッショナルのキャリア段位制度が整備・導入された¹⁰〔内閣府(2012)〕。

⁸ 介護職員基礎研修及びホームヘルパー1級研修は実務者研修に一本化。

⁹ 実践キャリア・アップ制度専門タスク・フォース介護人材ワーキング・グループ 第1回会合(2010年12月7日)資料「実践キャリア・アップ制度について」
http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kinkyukoyou/suisinteam/TF/kaigo_dai1/siryou2.pdf(2012年2月10日最終確認)。

¹⁰ 詳細は介護プロフェッショナルキャリア段位制度ホームページ <https://careprofessional.org/careproweb/jsp/>(2014年1月8日最終確認)を参照のこと。

第3節 ケア提供体制とケア従事者

さて、2008年の福田・麻生政権時の社会保障国民会議は「社会保障の機能強化」と「サービスの効率化」を同時に実現していくことをうたい、2025年度におけるあるべき医療・介護サービスの提供体制確立に向けた青写真を描いた。その目的と政策の方向性は政権の変遷にかかわらず引き継がれ、社会保障制度改革国民会議において実効性と加速度を加えるための検討が行われた。

同会議は、それぞれの専門職の努力にもかかわらず、結果として提供されているケアの総体は不十分かつ非効率なものになっていると指摘する。そのうえで、医療の機能分化を進めるとともに急性期医療を中心に資源を集中投入し、回復期等の医療や介護サービス充実により入院期間を短くし、同時に在宅医療・介護の大幅な充実と医療から介護までの提供体制間のネットワークを構築することにより、人的資源を有効に活用しながら利用者・患者の生活の質を高めていくという姿を描き出した。

この審議等の結果を踏まえ、講ずべき社会保障制度改革の措置等は、「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に明示され(2013年12月成立)、2014年度の診療報酬改定も、提供体制改革の具現化に向けた第一歩と位置づけられる。

必要となる従事者の量・質、役割分担等は、ケア提供体制に大きく規定される。よって、担い手の確保策を検討するうえでは、ケア提供体制の効率化にかかる議論への目配りが欠かせないものとなる。

さらに、「地域には、介護保険サービス(共助)だけでなく、医療保険サービス(共助)、住民主体のサービスやボランティア活動(互助)、セルフケアの取組み(自助)等数多くの資源が存在するが、これらの資源は未だに断片化している。今後、それぞれの地域が持つ「自助、互助、共助、公助」の役割分担を踏まえながら、有機的に連動して提供されるようなシステム構築が検討されなければならない」「地域包括ケアの実現という観点から、専門職のほか、NPOや住民によるボランティア、利用者自身も含めた多様な人々の参画を推進していくことが必要である」〔地域包括ケア研究会(2010)〕と指摘されるとおり、フォーマルな領域(制度的支援)における担い手である専門職の確保に加え、インフォーマルな領域(非制度的支援)における多様な提供主体の参画推進と統合¹¹も課題となっている。

また、介護保険法第4条第1項において、要介護状態とならないために予防する努力や要介護状態になってもその有する能力の維持向上に努めることが「国民の努力及び義務」と定められているところだが、地域包括ケア研究会(2014)は、我が国で古くから根づいている「養生」という言葉を用い、自らの生活を自ら支える「自助」の主体とし

¹¹ とりわけ互助のシステム化の可能性〔筒井(2012a)、井上(2012)〕は課題とされる。

での国民の努力の重要性を説いている。

そこで、本稿では、さまざまな人的資源を有効活用しつつ地域包括ケアシステムの構築を目指す、すなわち、効率的なケア提供体制の実現に向けた方策を議論したうえで、フォーマル／インフォーマル、有償／無償、対象の別を問わず、さらにケアの主体としての住民（患者）を含め、広く地域包括ケアの担い手となる者（以下、ケア従事者）の確保をめぐる諸課題を検討することとする。

第2章 先行研究と本稿の目的

本章では、諸外国におけるケア従事者をめぐる政策・研究動向と、integrated care（統合ケア）にかかわる国際的な潮流を概観したうえで、本稿の目的を整理する。

第1節 諸外国におけるケア従事者をめぐる政策・研究動向

ケア従事者の確保という課題は、我が国だけでなく、とりわけ高齢化に直面する多くの国々において共通のものであり〔Colombo et al. (2011)〕、諸外国におけるケア従事者の確保や支援に関する方策や政策研究から学ぶべきところは多いと考えられる。その動向を概観しておこう。

ケア従事者にかかる研究は、まずインフォーマルケア提供者の発見・着目にはじまる。介護と介護者の歴史は、アメリカ、スウェーデン、イギリス等の研究者によって早ければ1920年代から取り上げられ、政策対応を要する事柄として明確に位置づけられる。調査研究の進展と介護者団体の運動を背景として、介護者支援は萌芽的には1960年代後半に制度化し、介護者を視野に収める政策領域も広がりを見せる〔三富(2010、2011)〕¹²。その後、各国におけるインフォーマルケア提供者に対する経済的な補償にとどまらない多様な支援策(図表6-1参照)を包括的に把握して紹介する取組みも重ねられる〔ISSA(1984)、Huber et al. (2005)、Glendinning et al. (2009)〕。近年は、EU等において無償労働の供給減が縮小傾向にあることへの危惧を背景として、その確保に向けて、社会的排除との関連からインフォーマルケア提供者を位置づけ、その社会的保護と社会的包摂を図る政策的検討が進められている〔Room et al. (1992)、European Commission (2008)〕。

欧米でケアワークの家族からの外部化(フォーマル化)が進み、ケアワーク労働市場が形成され、高齢者・障害者の介護、児童の保育を包括するケアワーカーについての研究が活発化するのには、1980年代後半以降のことである〔三富(2005)〕¹³。2000年代になると、欧州諸国における多様なケアワークについて、その対象やケア関連政策における位置づけ、実践を精緻に把握したうえで、マクロレベルの福祉レジームと関連づけながら配置と雇用状況、教育体系とコンピテンスを検討し、良質な雇用を展望する意欲的な研究が行われる〔Moss and Cameron (2002)、Cameron and Moss (2007)〕。長期ケアに携わるワーカーに関しては、規模や属性、確保定着策にかかる国際比較も蓄積されてきた〔Fujisawa and Colombo (2009)〕。

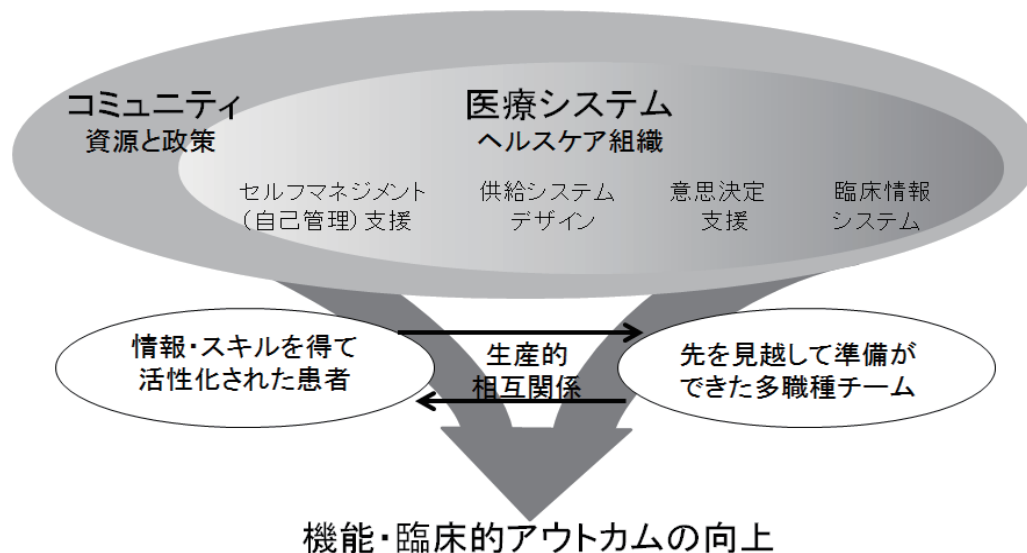
¹² 欧米における介護者の歴史と社会政策研究については三富(2010)に詳しい。

¹³ 欧米における主たるケアワーカー研究については三富(2005)を参照のこと。森川(2004)は、日本での介護労働の評価を論じる理論的視座を設定する作業として欧米のケア・ワークにかかる諸研究を検討している。

さて、欧州諸国では日本の介護保険制度によるものに通じる「インフォーマルケアの市場を活用したフォーマル化¹⁴」に加え、90年代半ば以降、社会的市民権の一側面として「ケアする権利」を位置づけるとの提起〔Knijn and Kremer (1997)〕を背景に、家族や友人による介護や育児のための手当支給や有給の休暇導入といったかたちで「家族ケアのセミフォーマル化」が進展しつつある。他方、移民の増加とそのフォーマルな雇用の厳格化、現金給付枠組みの浸透とともに、「家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用（労働法や社会保障権が適用されない）」も広がってきた。こうしたなか、フォーマル／インフォーマル、有償／無償といった二分法を越え、多様化するケア提供形態・提供主体〔Ungerson (1997)、Pfau-Effinger and Geissler eds. (2005)〕を包括的にとらえながらケア従事者への評価、確保について論ずる研究も進んでいる¹⁵。

また、国際連合社会開発研究所の「ケアと政治社会経済」プロジェクト¹⁶は、福祉レジーム論を根底に、ケアの供給を「家族／世帯」「市場」「公的部門」「非営利（コミュニティ・ボランティア）」のバランスから理論的に描くとともに、有償・無償のケアを見渡して実証的な国際比較に取り組んだ〔Razavi (2007)〕。OECD は、介護者の現状と支援策、ケアワーカー労働市場の実態と確保策を分析して長期ケアの従事者全体の充実に向けた展望を示し、併せて持続可能で効率の高い長期ケアの財政のあり方についても検討を加えている〔Colombo et al. (2011)〕。

図表 2-1 Wagner らの慢性疾患ケアモデル



出所：Wagner et al. (1999、2001)。

¹⁴ ケアの人権を、ケアする権利、ケアされる権利、ケアすることを強制されない権利、ケアされることを強制されない権利の4つの権利の集合とみなす上野(2011)は、ケアすることを強制されない権利は、こうした代替選択肢の供給を可能にすることによって保証されるとする。

¹⁵ 欧州におけるケアの種類と提供体制の多様性を巡る動向は、筒井(2012a)に詳しい。

¹⁶ 本プロジェクトの成果の一部は「特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ」『海外社会保障研究』(2010年、170号)でも紹介されている。

さらに、高齢化の進展のなかで慢性疾患患者が急増し、急性期医療における専門職が主導する治療の受動的な「受け手」としての患者像〔Parsons (1951)〕から、慢性疾患ケアモデル (Chronic Care Model、CCM)〔Wagner et al. (1999、2001) 等〕において強調される、先を見越して準備ができた実践チームと生産的相互関係を結ぶ「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」像への転換が謳われるなか (図表2-1)、患者・利用者をケアの主体 (担い手) と位置づけなおし、セルフマネジメント (自己管理) を促す施策やその効果に関する研究も進められている〔Expert Patients Programme Community Interest Company (2010)、Lorig et al. (1999)、Rijken et al. (2008)、松繁 (2010)、筒井 (2014)〕。

日本では、海外の社会保障の枠組みに関する研究は多数蓄積されているものの、こうした多様なケア従事者の確保や支援に向けた諸外国における施策及び政策研究の動向に検討が加えられるようになったのは比較的最近のことである¹⁷。

そのなかで際立つのは三富紀敬氏による仕事である。イギリスをはじめとする諸外国における介護者のありようとその支援の展開、介護者にかかる政策研究の整理を社会的包摂、福祉国家類型と結びつけながら論じる一連の労作〔三富 (2000、2008、2010)〕と並行し、欧米のケアワーカー研究に検討を加え、主に自由主義型レジームに属するイギリス・アメリカ・カナダにおけるケアワーカー (高齢・障害者ケア、保育) の規模・構成、労働条件とサービスの質の関係等を丹念に考察する〔三富 (2005)〕。

また、松本勝明氏は、フィンランド・ドイツ・イタリア・アメリカの介護供給における公私バランス、家族介護者の支援、介護従事者の養成・確保のあり方を横断比較し、それぞれの観点から日本への示唆を検討するプロジェクト〔松本 (2009)〕に続き、EUレベルでの介護政策と各国への影響の概観とともにドイツ・オーストリア・スイスの介護保障の枠組み、現金給付、家族介護者支援、介護士と看護師の関係等を比較分析し、我が国の介護政策の可能性を議論する〔松本 (2011)〕。

しかし、諸外国におけるケア従事者の確保施策にかかる動向を各国のケア提供体制と関連づけた検討については、最近になり、高齢者ケア供給システムの統合化と専門職の役割分担・位置づけ・資格を関連づけた研究が発表されているものの¹⁸、ごく限られたものである。

第2節 integrated care (統合ケア) をめぐる国際的な潮流

ケア提供体制に関する国際的な潮流に目をうつそう。

¹⁷ 伊藤 (1996) はソーシャルワーク職の発展型について精緻な米英日比較をおこなっているが、労働の評価への言及はほとんどみられない。

¹⁸ ドイツの統合供給に着目する松本 (2012)、イギリスの退院支援を扱う白瀬 (2012)、フィンランドの社会・保健医療ケア基礎資格とその在宅ケアチームにおける職務を扱う森川 (2012) 等。

我が国は、2025年に向けて最期まで住み慣れた地域で尊厳ある生活を支える地域包括ケアシステムの構築を目指している。住まいの種別を問わず、原則として安全・安心・健康を確保するサービスが、その人の状況に応じて24時間365日連続して提供されることが理想であり、地域包括ケアシステムは「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」と定義される（第1章第1節参照）。

この我が国における地域包括ケアシステムは、国際的な文脈からみれば「地域を基盤とするケア（community-based care）」と「統合ケア（integrated care）」という2つの概念からなり、コミュニティを基盤とすることを要素として包含した *integrated care*（以下、統合ケア）という提供体制の変革に焦点をおいたものであるとされる。統合ケアは、ケアを改善する目的のためにサービスをよりよく調整する方策として存在し、サービス間の連携、チームとしての協調、資金の共同出資といったすべての連携の基盤、すなわちケア提供をシステム化する際の基盤となる理念であるといわれる〔筒井（2014）〕。

ここでは、統合ケアにかかわる潮流のうち、本稿とかかわりが深い要点のみ紹介する。欧米諸国における統合ケアの背景、定義、概念や法則、戦略、プログラムとその効果にかかる研究動向の詳細な検討と、それを踏まえた我が国における地域包括ケアシステム構築に向けた示唆については、筒井（2011、2012b、2012c、2014）を参照されたい。

複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす者の増加により、急性期医療を中心として構築されてきたヘルスケアシステムにおける慢性疾患患者等に対する長期ケアにかかわるサービスの断片化、ヘルスケアとソーシャルケアの連続性の欠如が、患者にとってのサービスの質、資金や資源の無駄遣いの両面から大きな問題となってきた¹⁹。他方、健康概念が「病気と認められないこと」から「心身の状態に応じて生活の質（QOL）が最大限に確保された状態」を中心とするものに変わりつつあり、社会政策の全領域における「生活モデル化」の潮流のなか、予防・治療・生活支援を統合的に行うことで新しい健康を達成しようとする社会システムが不可避となる〔猪飼（2010）〕。

こうして、とりわけ高齢者をめぐる統合ケアは、90年代の欧米におけるヘルスケア政策改革に共通する概念となり、WHO〔Gröne and Garcia-Barbero（2001）〕、OECD〔Hofmarcher et al.（2007）〕等によっても積極的に推進された。ケアセクターにおける *integration* については、多様な意味や方向性を持つ定義づけが重ねられてきているが、統合ケアの定義としては、WHOによる「診断・治療・ケア・リハビリテーション・健康増進に関連するサービスの投入・分配・管理と組織をまとめる概念」が知られ、サー

¹⁹ WHO（2002）は、現在のシステムが抱える慢性疾患ケアに関する問題を、ミクロ（患者・家族）、メゾ（ヘルスケア組織とコミュニティ）、マクロ（政策）レベルから整理している。

ビスのアクセス・質・利用者満足度・効率性改善に向けた手段と位置づけられる〔Gröne and Garcia-Barbero (2001)〕。統合ケアの推進は、医療資源のより適正な活用にもつながると期待されている〔Kodner and Spreeuwenberg (2002)、Edwards and Miller (2003)〕。

統合ケアを導入した国では、まず医療分野の臨床における integration とシステム化、その地域医療圏への拡大が図られ、さらに介護・福祉領域まで integration の範疇が広がられてきた〔筒井 (2012a)〕。Integration の定義が多面的であることから、①個々の患者レベル（ケアのプロセス：臨床統合、専門職統合）、②ローカルなケア事業者間関係レベル（事業者間の協調：組織統合）、③政策レベル（法律、財源、コミュニケーションにかかわるプロセス：システム統合）〔Nies (2004) 等〕の統合に向けた戦略や方法論は多様なものとなる。②組織統合や③システム統合においては、linkage（つながり）、coordination（連携・協調）、full integration（完全な統合）²¹といったつながりの強度の段階についての合意を得ることも重要となる。

各国の統合ケアのモデルについては、運営の統合・サービスの共同配置・ケアのネットワーク・ケース（ケア）マネジメント・切れ目ないケア提供に向けた連携・サービス付き住宅〔Kodner (2003)〕、ケース／ケアマネジメント、病院・施設と在宅の中間ケア、多職種によるニーズアセスメントと計画策定、利用者による選択／利用者中心サービス（介護保険等）、共同作業、予防、住まい・福祉・介護の統合（施設機能の分離）、家族介護者の支援、独立したカウンセリング、ケアの調整会議、品質管理／保証〔Leichsenring (2004)〕といった観点から比較が行われている²²。

その結果、国によって組み合わせはさまざまであるが、共通の要素も多く示されるようになってきた。例えば統合型の住居は各国共通に含まれており、このことは、日本の地域包括ケアシステムに含まれている community-based care（地域を基盤としたケア）と integrated care という2つのコンセプトのうち、地域をベースとするという考え方も各国で基本となりつつあることを意味するといわれる〔筒井 (2012c)〕。

また、統合ケアプログラムのシステマティックレビューをレビューした Ouwens et al. (2005) は、プログラムの中核となる要素はケースマネジメントと組み合わせられたセルフマネジメントの支援と患者教育、多職種のケアチームとクリニカルパスウェイ、ヘルスケア提供者へのフィードバックと教育といったものであり、図表2-1でみた Wagner らによる慢性疾患ケアモデル（CCM）の6つの構成要素（①地域を基盤とした資源と政策、②ヘルスケア組織、③セルフマネジメント（自己管理）支援、④供給システムのデ

²¹ Leutz (1999) による統合に向けた戦略の区分。解説は筒井 (2012c, 2014) を参照のこと。

²² 欧州では、統合ケアの概念定義、方法論等の国際比較と政策提言にかかる研究プロジェクト（CARMEN：2001～2004年、PROCARE：2002～2005年）も重ねられ、これらの成果を踏まえ、特に予防とリハビリ、品質管理、介護者支援に焦点をおいた統合ケアの事例共有・検討も行われている（INTERLINKS：2008～2011年）。

ザイン、⑤意思決定支援、⑥臨床情報システム）と一致すると指摘している。

統合ケアの効果にかかる研究も進められてきた。概念が一貫していないこととその多面性から統合ケアの評価及びその解釈には未だ課題が多いが、プログラムレベルの効果として健康アウトカム、入院（再入院・入院期間の減少）、患者の満足度、QOLといった観点から概ねケアの質の改善につながると考えられる〔Ouwens et al. (2005)〕、慢性疾患のケアコーディネーションプログラム²³には、ケアの質を維持改善しつつ、ヘルスケア資源の利用を減らす潜在的可能性がある〔Chen et al. (2000)〕といった分析が行われている。ただし、いずれにおいても費用効率に関する効果は十分に明らかにされていない。また、疾病管理は慢性疾患管理を改善させる体系的かつ包括的なアプローチだと考えられているものの、十分なエビデンスがなく、成果の評価にかかる分析的手法の確立が課題との指摘もある〔Lemmens et al. (2008)〕。

第3節 目的と構成、本稿の特徴

こうした諸外国におけるケア従事者及びケア提供体制をめぐる議論の動向を踏まえつつ、あるひとつの国における具体的な展開を歴史的経緯も含めて俯瞰することにより、我が国における地域包括ケアの担い手確保に向けた諸課題を整理するうえで、貴重な手がかりが得られるものと期待される。

そこで、本稿は、社会民主主義型と保守主義型のハイブリッド型福祉国家に位置づけられることが多い²⁴オランダを取り上げ、ケア提供体制の変遷を統合ケアの文脈と関連づけながら整理したうえで、広くケア従事者の確保及び活性化にかかる方策を検討する。これにより、我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向け、担い手確保の観点から示唆を得ることを目的とする。なお、地域包括ケアシステムは本来すべての地域住民にとっての仕組みであるが、介護保険の文脈から高齢者に焦点をあてた議論がその端緒となっていることから、本稿では、とくに高齢者を念頭に置きながら長期ケアを中心として検討を行う。

オランダに着目する理由は主に次の3点による。第1に、community-based care と integrated care 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の構築を試みた数少ない国〔筒井(2011)〕とされることである。オランダにおける死因の過半数を占める慢性疾患患者の死亡場所をみると、自宅(32%)が最も多く²⁵(2006年)〔Van

²³ 主に疾病固有でないプログラム(ケースマネジメントプログラム)と、疾病固有のプログラム(疾病管理プログラム)の2つのタイプが含まれる。

²⁴ Arts and Gelissen(2002)等。日本は保守主義と自由主義を併せ持つハイブリッド型と位置づけられる〔Esping-Andersen(1997)〕。日蘭の福祉国家類型にかかる議論は筆者の力量及び本稿の趣旨の枠を越えるため、ここでは立ち入らない。

²⁵ 次いで病院(27%)、ナーシングホーム(25%)、ケアホーム(10%)等。

der Velden et al. (2007)]、我が国と比較して最期まで地域で暮らせる者の割合はかなり高いことがうかがえる。

ただし、前述のように統合ケアの評価には未だ課題が多く（本章第2節2参照）、オランダでもその効果が十分に明らかにされているわけではない。すなわち、成果が約束された取組みとして、あるいはより狭義には、我が国における現状と比較してコスト拡大を緩和できるか否かという関心から検討を加えているのではなく、コストの比較分析には立ち入っていない。住民（患者）を中心とする質の高いケアの効率的な提供に向け、我が国が目標とする地域包括ケアに通じる概念を採り入れるべく既に重ねられてきた努力を概観することにより、今後の議論に向けた手がかりを得ようとするものである。

第2に、特別医療費補償法（法：Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten、AWBZ）に基づき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〔Schut and Van den Berg (2010)〕、着実に制度改革を重ねてきていることである。先進7カ国の医療制度を質・アクセス・効率・公平性等の面から比較したある国際シンクタンクのレポートによれば、総合ランキング1位と評価される〔Davis et al. (2010)〕。

オランダのケア関連制度が優れて安定的であるかということ、そうではない。むしろ、日本の医療・介護保険制度とは異なり、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おり、とりわけ緊縮財政を掲げる第2次ルッテ政権（2012年9月～）においてはドラスティックな改革案が議論されている。つまり、我が国と同様、制度の持続可能性を高めるという観点からも転換期にあるといえる。

なお、第2次ルッテ政権下での議論は現在進行中であり、本稿においては、基本的に第1次ルッテ政権（2012年4月23日総辞職）時点の実態及びそれまでの経過について検討を加えることとする。

第3に、長期ケアにかかわるケアワーカーについて、OECD諸国のなかでも比較的労働条件が良く、ケアセクターに留まる従事者が多い〔Tjadens (2011 未公刊)〕と指摘されることである。

本稿の構成は次のとおりである。第I部を総論とし、第3章では、本章に示す問題意識に基づく第II部における検討を総括しながら、我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向け、とりわけ長期ケアの担い手をめぐる議論への示唆を5つの観点からまとめる。補章Iは、第II部を理解する前提として、オランダの基礎情報、図表1-1で示した我が国の地域包括ケアシステムの構成要素に対応する制度及びケア従事者の現状を概観するものである。

本編となる第II部では、はじめにケア提供体制をとりあげる（第4章）。ケア提供体制

と関連政策の変遷を踏まえつつ、統合ケアの観点からオランダの状況を検討する。そのうえで、ケア従事者のなかで、まず看護・介護職に焦点をあて、資格構成と資質管理、資格の整備・発展の仕組みをみたのち（第5章）、広くケアの担い手確保に向けた方策を整理する（第6章）。補章Ⅱは、第Ⅱ部でみたケア提供体制や担い手のあり方について、我が国をはじめとして先進国共通の重要な政策課題とされる²⁶認知症を例にとり、近年のオランダの取組みを概説する。

以上の構成の背景とも言い換えられる本稿の主な特徴を3点あげておく。

第1に、地域包括ケアの担い手確保を問題意識の中心に据えながら、ケア提供体制、それに影響を及ぼす制度・政策、ステークホルダーの動向について、歴史的な文脈のなかで俯瞰を試みることである。

このやや無謀ともいえる試みには、次のような理由がある。前述のように、必要とされるケア従事者の量・質、役割分担等は、ケア提供体制に大きな影響を受ける。社会保障国民会議及び社会保障制度改革国民会議においては、医療・介護従事者数の必要量の見込を、現状投影シナリオに加え、サービス提供体制について選択・集中等による改革を図ることを想定したシナリオに基づいて試算している。求められる担い手確保を論じるにあたり、ケア提供体制の検討は不可欠のものとなる。

とりわけ、我が国において構築が急がれている地域包括ケアシステムに含まれるコンセプトの1つである *integrated care*（統合ケア）の推進は、サービスのアクセスや質の改善に加え、人材や資金面での資源の効率的な活用を可能にすることが期待されている。しかし、高齢化に直面する諸外国におけるケア従事者のありよう及びその確保施策について、ケア提供体制と結びつけた検討は緒に就いたばかりである（本章第1節）。

そこで、ケア従事者確保方策と銘打たれた施策を把握するだけでなく（第6章）、いかに効率を高めうる（と信じられている）ケア提供体制を構築するかについての示唆を得るため、統合ケアの観点から、ケア提供体制について概観した（第4章第2節）。統合ケアのモデルについては国際比較研究が蓄積されつつあることから（本章第2節）、今後我が国におけるモデルの進化に資するためにも、国際比較可能なカテゴリーを用いて検討を加えることとした。

当然のことながら、ケア提供体制は人口構成や社会情勢、住民の意識や価値観等の影響も受けながら、関連する制度及び政策と連動しつつ、時代とともに変化してゆく。そこにはさまざまなステークホルダーがあり、政策形成にも関与している。海外の経験を我が国における議論の材料とするには、現状のみならずその背景の理解が欠かせない。

このため、本稿では、制度・政策、体制、ステークホルダーの動向・変遷を時系列で

²⁶ 2013年12月にロンドンにおいてG8による初めての認知症サミットが開催された。

関連づけながら俯瞰することにより論点を浮かび上がらせることを目的として、次節以降の主要な議論をできる限り盛り込み、戦後を中心として独自に年表を作成・整理している（図表2-2）。ケア提供に関連する制度及び政策は広範かつ膨大であるが、現状の制度枠組み（補章I）をみるにあたって、歴史をみるにあたって（第4章第1節）、常に図表1-1でみた我が国における地域包括ケアシステムの5つの構成要素を念頭におくことにした。5つの構成要素にわたり体制、制度・政策、ステークホルダーの動向を俯瞰しうる年表はオランダにも存在しないものであり、我が国における議論の振り返りと展望の基礎資料ともなりうる。

第2に、これまで日本ではほとんど紹介されてこなかった²⁷オランダの看護・介護職の養成体系を検討するにあたって（第5章）、職種共通の職業教育や資格の位置づけ、資格の整備・発展にかかるプロセスと仕組みにも目配りすることにある（第5章第1節）。

諸外国のケアワーカーの資格等にかかる先行研究においては十分な言及がみられず、他方職業能力開発等にかかる海外調査においては必ずしもケアワーカーについての記述がみられるわけではない。近年、我が国では地域包括ケアの実現に向けた従事者の役割分担や養成体系の見直しにかかる検討が活発化しており（第1章第2節）、こうした議論を進めるうえでの基礎資料とするためである。

第3に、「ケア従事者」の現状（補章I）及び確保施策等（第6章）をみるにあたって、概念整理が尽くせていないものの、制度的支援の担い手のみならず、非制度的支援の担い手、さらに自助の主体、「ニーズの帰属する主体」〔上野・中西編（2008）〕としてのケアを必要とするひと本人も視野に入れて概観することにある。

これは、我が国で非制度的支援における多様な提供主体の参画推進と統合が課題とされていること（第1章第3節）に加え、欧州諸国でケア提供形態や提供主体の多様化が進んでいること、患者・利用者をケアの主体として改めて位置づけなおす方向にあること（本章第2節1）等を背景としている。また、セルフケア及びインフォーマルケアの促進といったケアワーカーの需要減につながる努力は、ケアワーカーの持続的な供給に向けたアプローチの柱のひとつとしても位置づけられるにもかかわらず、我が国ではケアワーカーの確保とセルフケアやインフォーマルケアのあり方や求められる支援等に関する議論が別々に行われてきており、広くケアの担い手を見通した議論が求められると考えられることによる。

²⁷ オランダのヘルスケアシステム全体を概観できる Schäfer et al.（2010）でも看護・介護職の教育制度に1～2頁割くのみであり、医療経済研究機構（2008）では看護・介護職の資格構成をごく簡単に紹介するにとどめている。なお、本稿のうち一部は、堀田（2012）を再編・加筆したものである。

図表 2-2 オランダのケア提供体制と関連制度・政策及びステークホルダーの動向 (年表)

	主なケア関連制度と政策動向	ケア提供体制	ステークホルダーの動き 他
伝統的に			
13世紀～	1648オランダ連邦共和国独立	地域密着の宗教的基盤を背景とした救済とケア	(地域治水委員会(waterschap)設立:民主主義的地域自治組織)
19世紀半ば～	1815オランダ王国独立 1854救貧法→1964ABW 中間団体の保護・支援 政府が自治体による地域健康委員会設置を助言 1901健康法(Gezondheidswet)、住宅法(Woningwet)	教会・慈善団体、労働組合等による互助的な基金の創設 ローカルな宗派別地域看護組織、ホームケア組織の発展 地域を基盤とした公衆衛生の萌芽 医療監査機関設立→1995IGZ	国・州・地方自治体(分権的統一国家)「柱(zuil)」形成 薬剤師・薬局(1842KNMP)、医師(1849KNMG)、 理学療法士(1889KNGF)、助産師(1898KNOVの起源)、 ソーシャルワーカー(1908NVMWの前身)専門職団体設立
戦後～1960年代	1956一般老齢年金法(AOW):高齢期の経済保障 1963高齢者ホーム法(WBO):住まい確保 1965空間計画法(WRO) 1964公的扶助法(ABW):生活保護→2003WWB 1964疾病金庫法(ZFW):短期医療保障→2005ZVW 1967特別医療費補償法(AWBZ):長期ケア保障	ナーシングホームの整備:脱病院化の受け皿 高齢者ホーム(退職者向け集合住宅)の整備 (運営主体は宗派別民間非営利組織) 自治体保健センター(GGD)増加	ネオ・コーポラティズムの成立 社会経済協議会(SER)設立 中間団体の政策形成過程への包摂 1956オランダ家庭医学会(NHG)設立
1970年代	1971病院施設法(WZV)→2006WTZi 1974ヘルスクア構造白書(Structuurnota Gezondheidszorg):医療費の集権的コントロール (プライマリケアとセカンダリケアの役割分化、地域における包括的ヘルスクア計画・政策)	ナーシングホーム急増、ケアホームの整備→高い施設入居率 世俗化の進展、地域看護の宗派別全国団体3つが統合 Alpha-hulpの導入 プライマリケアセンター整備:プライマリケアの一体性	患者の権利確立と政策形成への参加への課題意識 テナント組織の発展 女性運動における保育充実の主張
1980年代	1982ヘルスクアサービス法(Wet Voorzieningen Gezondheidszorg):地域医療計画等 保健福祉にかかる地方自治体の責任定義 1986社会福祉法(Welzijnswet)→2006Wmo 1989予防と公衆衛生に関する法(WCPV)→2008WPG 施設から地域、セルフケア・インフォーマルケア重視等:「代替(substitutie)」 AWBZカバー範囲拡大(リハビリ・在宅ケア等) 「個別仕立てのケア(zorg op maat)」 患者の教育・参加・患者団体・患者の権利への注目 1987デッカープラン:医療保険一元化を含む市場志向型のラディカルな改革案 1989「90年代住宅白書(nota Heerma):分権化・民営化・規制緩和	ナーシングホーム、ケアホームの近代化 在宅ケア(巡回含む)・通所機能(精神保健含む)の充実 住まいとケア革新プロジェクト ケースマネジメントの発展 ローカルな地域看護組織、ホームケア組織の地域レベルでの合併進む 在宅ケアへの営利組織の参入 ナーシングホーム、ケアホームの合併・大規模化	障害者団体の発展と選択の自由の主張 高齢者(団体)の自立・参加意識の高まり 利用者・患者の政策形成やガイドライン策定への参加 テナント組織の影響力拡大 (1982ワッセナー合意) (女性の労働市場進出促進に関する答申)
1990年代	1990シモンズプラン:医療改革案の修正、規制緩和、専門職による自己規制推進へ 1992社会住宅運営管理令(BBSH) 1998家主テナント協議法 1993障害者サービス法(WVG)→2006Wmo 1994「高齢者介護の未来」「シェアードケア」:統合ケア推進 1995個別ケア予算(PGB):ケアの商品化・市場化 1996「Gekwalificeerd voor de toekomst」:看護介護職養成の刷新 1997地域ケア判定機関(RIO)設立→2004CIZ 質の保証 1993ヘルスクア専門職法(WetBIG) 1996ヘルスクア事業者の質に関する法律(KZi) 利用者・患者の権利義務、事業者の果たすべき機能 1994医療行為契約法(WGBO) 1995ヘルスクアサービスにおける苦情申立に関する法律(WKCZ) 1996ヘルスクア事業者における利用者の参加に関する法律(WMCZ)	地域看護、ホームケア、助産ケア組織の統合(在宅ケアが1つのドメインに) 在宅ケアとナーシングホームや病院、福祉団体等との合併・大規模化 セクター内・セクター間での水平的垂直的統合 組織間ネットワークの形成 共同マネジメントによる中間ケア:プライマリケアとセカンダリケアの継続性改善 ケア提供者の多様化(←PGB) 住宅協会の財政的自立、住宅協会連合(Aedes)設立 保険会社の合併、関係団体合併により保険会社連合(ZN)設立 セクター別機関合併によりヘルスクア監査機関(IGZ)設立 保育サービス急増(補助金増)	審議会の整理統合 (コンビネーションシナリオ) 患者消費者団体連合(NPCF)設立 利用者評議会の発達 介護者団体・介護者支援団体の発達 専門職による疾患ガイドライン発達 HKZ認証 (1996職業教育訓練法) 看護・介護職養成体系構築に向けた協働 (1996労働時間差別禁止法1999フレキシビリティ法)
2000年代	2000「21世紀住宅白書」:ケアとの連携、生涯住宅、コミュニティのQOL、住民参加強化等 介護者支援・ケアする権利 2000労働時間調整法 2001就労とケアに関する法律(Wet Arbeid en Zorg)「身近なケア白書」(ZorgNabij) 2003就労と扶助法(WWB) AWBZの現代化(modernisering) 2003需要主導の機能アプローチ 2004ケア判定センター(CIZ)設立 2009ケア強度パッケージ(ZZP)導入 等 2004保育法(Wet Kinderopvang) 2005健康保険法(ZVW)、医療介護施設許可法(WTZi)、医療介護市場法(Wmg) 自治体のサポートとプライマリケアにかかる責任定義・強化 2006社会支援法(Wmo):ケアの市場化 2008公衆衛生法(WPG) 2008空間計画法(WRO)抜本改正・施行 2009病院・施設等の建設・修復許可制の廃止 AWBZカバー範囲縮小(Wmo、ZVWへの移行) ヘルスクアサービスにおける患者の権利に関する法案(WCZ) ケアの質指標開発・適用とデータベース構築(KVZ) 制度横断的統合ケアの推進(慢性疾患・認知症)	AWBZ提供主体の柔軟化(←機能アプローチ) ケア提供者、ケアアレンジメントのさらなる多様化(←Wmo) 継続的なヘルスクア組織再編、大規模化(相次ぐ経営破綻) 介護事業者と生活支援サービスの合併・連携 介護等事業者団体(Actiz)設立:入所系団体と在宅ケア・ 助産ケア・小児ケア団体の合併 住宅介護情報センター(KCWZ)設立 :住宅協会連合(Aedes)と介護等事業者団体(Actiz)による ヘルスクア市場の監督機関(NZa)設立 慢性疾患ケア連携グループの実験 認知症統合ケア(KetenzorgDementie)の実験 STAGG-model(1万人単位のサービスゾーン構想) 多様な高齢者住宅の充実 小規模グループホームの整備	看護・介護職協会設立(2006V&VN) :35の看護・介護職団体の合併による初めての全国団体 全国介護者・ボランティア連盟(Mezzo)設立 自治体における社会生活支援計画の策定・実施 新しいスタイルの福祉プログラムでの関係団体・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模索 質の評価枠組み構築に向けた協働 全国認知症プログラム、高齢者ケア国家プログラムでの 地域レベルのネットワークを基盤とした各種プロジェクト推進 イノベーションプログラムにおける専門職・事業者間の 情報共有、交流(Zorg Voor Beter、In Voor Zorg他)
2010年代	「近所でのケア・サポート」、予防・プライマリケア強化 介護施設の枠組みに関する法案(Beginnenwet zorginstellingen) ケアオフィス廃止、ケア品質研究機関設立 個別ケア予算(PGB)給付対象の制限 AWBZカバー範囲縮小 CIZケア判定簡素化 規制・運営事務見直し 住まいとケア分離(リスクフリーの資金コスト償還からの転換、施設の居住費・介護費分離等)	慢性疾患ケア連携グループへの移行進む(Keten-DBC) ケースマネジメントを含む認知症統合ケアの普及 監査機能の強化(IGZ) 施設の合併効果アセスメントの義務づけ	慢性疾患・認知症等のガイドライン・ケア基準発展に向けた協働 質の評価指標ブラッシュアップ //

出所:我が国の地域包括ケアシステムの構成要素を念頭に、労働政策研究・研修機構 堀田聡子が独自に作成。 注:年号は制定年。

第3章 要約と我が国への示唆

本稿は、住み慣れた地域での尊厳ある生活の継続を支える地域包括ケアシステムの構築及びその担い手確保を問題意識として、主として高齢者の長期ケアを念頭に、地域を基盤とするケアの統合をはかってきたオランダの経験を検討した。

必要とされるケア従事者の量・質はケア提供体制に大きな影響を受けることから、特にサービスのアクセスや質の改善に加え、資源の効率的な活用を可能にすることが期待されている *integrated care*（統合ケア）の観点から、ケア提供体制、関連制度・政策、ステークホルダーの動向の変遷を俯瞰した。さらに、ケアワーカーのなかで、看護・介護職に焦点をあて、資格構成と資質管理、資格の整備・発展のあり方をみたのち、広くケアの担い手確保・活性化に向けた方策について整理した。

本章は、オランダの状況を要約したうえで、我が国における住民（患者）を中心とする質の高いケアの効率的な提供体制の整備とケア従事者確保に向けた示唆と今後の検討課題をまとめるものである。参考文献は第Ⅱ部の該当箇所を参照されたい。

第1節 要約

1 ケア提供体制

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。

併せて（専門分化かつ／もしくは入院・入所による）セカンダリ・ケアとプライマリ・ケアの機能を分業し、セカンダリ・ケアへの直接アクセスをなくすとともに、家庭医療・在宅ケア（地域看護・ホームケア等）・ソーシャルワークを中核領域とするプライマリ・ケア強化、地域医療・予防重視の方針が示される。これを受け、まずプライマリ・ケアの一体性向上が課題となり、地域を基盤とする多職種協働のプライマリ・ケアセンター整備等をつうじてケア提供者間の連携が進んだ。

福祉国家の拡大は1980年代で終焉を迎え、長期ケア政策においても自己責任と互助促進をつうじたコスト削減が課題となる。他方、当事者団体が「自立」や「選択の自由」

を要求して政策形成に参加するようになり、集中的で高いケアをより安いケアに「代替」しながら、「個別仕立てのケア」が目指されることとなる。「代替」には脱施設化（ナーシングホームからケアホームへ、ナーシングホームやケアホームから併設の高齢者住宅や地域住民へのサービス提供）のみならず、治療から予防へ、各科専門医から家庭医、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、保険市場から一般市場へといった多様な意味が含まれる。

脱施設化を進めつつ、複数領域にわたる利用者ニーズにあわせた「個別仕立てのケア」を実現するには、ケアの統合が必要となる。こうして 80 年代以降、住まい機能が向上した独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせ、90 年代になると在宅ケアの統合（地域看護・ホームケア・助産ケア）を含み、ヘルスケア及びソーシャルケアセクター内・セクター間の水平的・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、地域におけるネットワークもしくはケア（連携）グループによる切れ目ないケア提供（緩和ケア、慢性疾患、認知症等）とグループに対する成果に基づく包括払いへの移行（慢性疾患）が推進されている。

地域居住実現への道のりは、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振り返ると、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（Wmo）が施行されると、地方自治体を中心とする地域住民のニーズと強みに応じた地域レベルでの住まい・福祉・介護の組み合わせが促されることとなる。

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。

なお、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いる。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。財政効率の改善と自己責任、インフォーマルケア強化及び分権化が求められるなか、長期的にAWBZを維持すべきかについては結論が出されていない。

2 看護・介護職等の職業資格

70余年にわたり政権の中軸を担ってきたキリスト教民主主義政党が下野し、1994年に労働党のcockを首班とする連立政権が成立すると、雇用促進、ワークフェア改革が進められる。その一環として、労働市場のニーズと職業教育の結びつきを強め、労働者のエンプロイアビリティと国際競争力を高めることを目的として職業教育訓練法（1996年）が制定され、国レベルの資格枠組みと全国統一の職業資格の整備、中等職業教育と成人教育の一本化に向けた地域の職業教育訓練機関の再編がはかられた。

国レベルの資格枠組みは欧州資格枠組みに対応し、当初中等職業教育レベル（レベル1～4）に加え高等職業教育レベルのレベル5を含めた5段階が基本として策定され、近年8段階枠組みへの関連づけが進められている。

中等職業教育レベルの職業資格の整備・発展には、産業別の職業教育訓練労働市場知識センターが重要な役割を担う。センターは産業界・教育界のステークホルダーにプラットフォームを提供し、産業界が中心となって整理した職業プロフィールに基づき、産学の対話により各レベルの資格プロフィールを策定する。これが教育文化科学省の認定を経て全国に適用され、教育訓練機関がカリキュラムを作成する。センターは実地訓練

受入機関の認定や質のモニタリング・助言も行う。

看護・介護職は、従来柱状社会（第4章第1節1参照）のなかで病院、施設、在宅ケア等のセクター別に各宗派の考え方に基づいて教育されていたが、世俗化が進み、統合ケアに向けた提供者の連携・協働や合併・再編が盛んになるなか、養成体系見直しの必要性が高まった。そこで1970年代以降、国レベルで教育内容の標準化や訓練ルートの整理にかかわる議論が行われるようになったが、いずれも頓挫していたところに、上記の（全産業にわたる）職業教育訓練改革がやってきたことになる。

教育文化科学省と保健福祉スポーツ省が共同で、1991年から4年間にわたる地域レベルでのステークホルダー協働による実験プロジェクトと国レベルでの産業界・教育界を交えた議論を推進し、ケアセクターにおけるあらゆる職業の棚卸と分析に基づき看護・介護職の職業プロフィールを整理した。さらに国レベルの資格枠組みの分類基準である責任・複雑さ・応用の概念を参照し、レベル2は家事援助・身体介護をおこなうヘルパー、レベル3はさまざまなタイプの疾患や障害を持つ人々に身体介護と心理社会的ケアを提供するケアワーカーと一定の看護もおこなうヘルスケアワーカー、レベル4と5は看護過程を自立して遂行する看護師といった分類を行い、各レベルについて知識・スキル・コンピテンシーと資格モジュール等からなる資格プロフィールを開発した。

1997年から新たな資格構成に基づく教育訓練機関における看護・介護職養成が始まり、中等職業教育レベルについては、保健・福祉・スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センターである Calibris という機関をプラットフォームとして継続的に職業プロフィールと資格プロフィールの見直しを行っている。これにより、例えばレベル1の定義づけの追加、基礎職業教育（レベル2）における看護・介護職と福祉職の資格共通化やコンピテンシーベースの資格構成への移行等、社会環境と労働市場ニーズの変化に応じた職業資格の継続的な発展をはかっている。

なお、1990年代以降、医師の役割を代替する看護師、医師と看護師のギャップを埋めるヘルスケアアシスタント職等の新たな資格も創設されている。近年は、とりわけ地域住民に伴走しつつ先を見越した支援を展開する要として地域看護師（レベル5）が再び見直されている。

専門職としての資質の管理・向上についてみると、ヘルスケア専門職法（1993年）によりヘルスケア専門職に登録・更新が義務づけられ、肩書き利用の保護、特定手順・介入について実施できる専門職の種類が規定されており、看護・介護職ではレベル4以上の看護師に加え、一定の看護行為を担うレベル3のヘルスケアワーカーが同法の対象となる。

看護・介護職については、これに加えて専門職団体が独自に看護介護職品質登録制度（任意）を設けており、専門職・使用者双方が継続的に専門能力向上に向けた取組みを

行うことを促している。

3 ケア従事者の確保・活性化

広くケアの担い手確保・活性化に向けた方策を、ケア提供形態の多様化をつうじたさまざまな主体の参入促進、ケアワーカーの量・質確保、当事者の自立・参加（それぞれの当事者力の発揮、セルフマネジメント）とインフォーマルケアの活用・支援という3つの観点から整理した。

第1に、ケア提供形態の多様化の観点からは、1968年のAWBZ導入に加え、1995年の個別ケア予算（PGB）の導入と2007年の社会支援法の施行が主要な転機となる。

古くから家族内ケアに加え、宗教基盤等の互助の枠組みのなかで民間非営利組織によるケアが発達してきたが、1960年代にAWBZが導入され、そのカバー範囲が広がるにつれ、共助（医療保険）に基づくインフォーマルケアのフォーマル化がはかれる。

欧州諸国では、経済自由主義やコミュニタリアニズム、女性の社会的市民権の確立等を背景として1990年代に家族や友人からのケア提供に対する現金給付（cash-for-care）枠組みの導入が進む。オランダでは障害者及びその親を中心とする自立と選択の要求と家族・市場による「代替」を通じたサービス提供体制効率化に対する政府の期待を背景としてPGBが導入された。現在AWBZ・Wmoのいずれにおいても現金給付を選択することができ、判定に基づく現金給付にかかる費用の25%減の金額が要介護者に支給され、要介護者は、あらゆる組織または個人からサービスを購入できる。フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成、家族ケアのセミフォーマル化、家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用の進展であり、多様な懸念や課題を指摘されながらも利用が広がってきた。

Wmoの施行により、AWBZから移行した家事援助に関しては、現物給付においても提供主体の多様化が進んだ。AWBZの現物給付で必要とされる医療介護施設許可法に基づく許可の要件がないためである。今後もAWBZからWmoへの移行が予定されており、フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成が加速することが見込まれる。

第2に、近年のケアワーカーの確保定着促進策をみた。世俗化の進展や市場志向の改革の流れのなかで、ケアセクター労働市場も変容する。90年代には合併・大規模化の進行や機能別出来高払いの報酬、全国統一のケア判定機関の設立が専門的なケア提供プロセスを阻害し、専門職と利用者の関係を悪化させ、専門職にとって苦難の時代となる。バーンアウトや欠勤率が増加してケアワーカー不足が深刻となり、2000年代に入りケアセクター労働者の量と質の確保に向けてさまざまな対策が講じられる。その後ケア労働市場の状況は改善が見られたが、拡大を続ける需要を安定的に満たすため、イノベーシ

ョン、現任者の定着と能力発揮、新たな人材の採用・確保、地域労働市場の強化といった切り口から対応が重ねられている。

生産性向上に向け、能力開発にかかる助成、キャリアの縦横な展開を助ける仕組みの活用推進・改善等を通じた専門性強化に加え、規制や運営事務見直し、ケア判定手続き効率化、専門職による自己規制の推進、質と成果に基づく制度への基盤整備（監査機関の再編、質の管理・評価枠組みの構築、質の高いケアの購買促進等）等を通じて専門性が発揮されやすい環境づくりに取り組んでいることに特徴がある。イノベーションにおいて重視されるのは、労働市場縮小と緊縮財政を前提としたワークプロセスの進化であり、オペレーション効率化、統合ケアの推進、専門性が発揮される組織、利用者の自立に焦点をあてた ICT 活用という 4つのテーマに基づき全国でプロジェクトが推進され、そのナレッジが全国のケアセクター事業者等によって共有されている。

なお、労働条件や処遇に関しては、賃金のみならず、労働時間、休暇、教育訓練、労働安全衛生、福利厚生等を含め、セクター別の労使間で締結する労働協約が詳細に規定している。

第3に、当事者の自立と参加、インフォーマルケアの活用・提供者支援をめぐる動きをみた。オランダは治水の重要性を背景に、全員参加で議論を行い機能的・实际的にコンセンサスを得ながら対処するオランダ的民主主義を創り上げてきたといわれる。官僚制が発達しなかった一方で、補完性原理のもと、福祉、医療、教育、環境等の諸分野において公的財源に支えられる市民社会のさまざまなアクターが実施主体として活躍しており、NPO 雇用者比率は国際的にみても高い水準にある。

ケアセクターにおける中間団体の存在感は、専門サービス提供主体としてのみにとどまらない。とくに 1980 年代以降はさまざまな障害者団体、患者団体、ヘルスケア消費者団体、高齢者団体、介護者団体やボランティア団体及びこれらの全国レベルの連合組織が発展して政策形成に包摂されるようになった（メゾ・コーポラティズム）。1990 年代には患者の権利、テナントの参加等にかかる法制化が進み、ケアサービスの利用者としても、居住者としても、「当事者」が個人・集団レベルで他のステークホルダーと協議する法的枠組みが与えられた。こうしてケア関連政策や市街地再開発の議論、地域における課題発見に基づく各種プロジェクトの推進、地方自治体における計画策定、疾患ガイドライン作成、質の評価枠組み検討、調査研究等にあって、当事者（団体）が発言・要求あるいは政府、保険会社、監査機関、住宅協会、事業者団体、専門職団体、労働組合、教育訓練機関、研究機関等とパートナーとして協働している。

前述のとおり、1980 年代から自立とエンパワーメント、主体性の獲得は当事者団体の主要な要求のひとつであり、脱施設化や予防推進はその成果でもある。高齢化の進展に伴い慢性疾患患者が増え、慢性疾患ケアモデルにおいても柱のひとつとなるセルフマネ

ジメント支援の重要性が高まり、近年は全国セルフマネジメントアクションプログラム等のもと、患者団体と専門職、研究者らによりセルフマネジメントの普及・支援が行われている。

伝統的に男性稼得者モデルのもとで女性が育児や介護等のケアを担うものとされ、就労とケアの両立やインフォーマルケア提供者支援が政策課題になったのは、ケアにかかるコスト削減と待機リストが引き続き問題となるなか、女性の労働市場進出が進んだ1990年代以降のことである。2000年代以降、ライフスタイルに応じた労働時間調整の権利、多様なケアにかかる休暇を導入する法整備が相次いだほか、介護者支援センターの全国展開等を含む総合的な介護者支援施策の充実がはかられ、社会支援法のもと、インフォーマルケア提供者及びボランティア支援は地方自治体の実行領域として明記されるに至った。病院や施設等ではなく、コミュニティセンターやカフェ、レストラン等の地域生活に密着した敷居が低い場で要介護者へのケアと介護者へのサポートを統合する多様なイニシアティブも生まれている。

1980年代以降、社会政策上の「自己責任」の要請と当事者による「自立」の主張が呼応しながら歩んできたことはオランダのケア政策の特徴のひとつであるが、労働市場への参加を推進しつつ、ケア提供事業者への予算削減や自己負担増加を行い、ケア判定において家族や友人等による「ふだんのケア」提供可能性を加味するようになったことは、インフォーマルケア提供者の負担を増したともいわれる。近年の政権は緊縮財政を強調する潮流にあり、社会保障政策全般にわたり生涯参加、自己責任重視の方向性が堅持されるなか、インフォーマルケア提供者支援の重要性が高まっている。

第2節 我が国への示唆と課題

住民（患者）中心の良質なケアを効率的に提供する体制として地域包括ケアシステムを構築し、その担い手を確保するうえで、オランダの経験から得られる主たる示唆と課題を、①「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン、②多職種協働プライマリ・ケアの機能強化、③セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的發展、④イノベーションの進化、⑤ケア関連政策と労働政策との連動という5つの観点からまとめておく。本稿はケア提供体制とケア従事者をめぐる俯瞰的検討を主眼としたが、今後、それぞれの課題について実証研究を重ねるとともに、関連するさまざまな制度の具体的な設計と結びつけて議論を深めることが求められる。

1 「地域を基盤とする」統合とコミュニティデザイン

まず、ケアの統合を「地域を基盤として」促すことがきわめて重要となる。地域ニーズに立脚しない統合は、資源の適正配分につながらなければか住民（患者）のQOLの維持向上に貢献しないものとなり、専門職の意欲も失わせる。そしてオランダの（と

りわけ 90 年代の) 経験は、コスト節減をはかり市場原理に任せるだけでは統合は進んでも「地域を基盤とする」ケアからは遠ざかる可能性があることを示している(第 4 章第 1 節、第 6 章第 2 節)。

「地域を基盤とするケア」は、公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズ、健康に関する信念や社会的価値観にあわせ、地域社会による参画を保証しながら構築されるものといわれる(第 4 章第 3 節)。地域における最適状態を、地域住民の対話をつうじて地域が自ら選択できること、これを自治体が推進できることが鍵となる。

我が国における地域包括ケアシステムが、地域を枠組みとするサービス提供体制再構築に向けた改革、介護予防²⁸事業という名称の介護サービスと公衆衛生的な予防活動との integration [筒井 (2014)] から始まっていることは意義深い。都道府県、市町村、さらに圏域ごとに人口、地理的条件、住民意識、資源の量・質には大きな違いがある。地域の特色・課題を効率的に抽出して計画作成や体制整備に活かすことが必要となる²⁹。

住まい、福祉、保健、介護、医療という領域をつうじてどのレベルでどのような指標・情報を収集・集約、包括的に分析し、関係部門及び地域住民が課題と目標を共有して計画作成や体制整備に活かし、解決に向かっていけばよいのか、さらに評価すればよいのか、市町村の役割を中心として整理する余地がある。オープンデータ化の促進³⁰、圏域単位でのサービスの質、目標設定とそれに対応する評価の枠組みやインセンティブ、都道府県による後方支援のあり方の検討も有効であろう。

長期ケアを地域ケアとして再組織化する方向性、そのための地方自治体機能の強化は諸外国共通の潮流といえる³¹。市町村の地域マネジメント力の向上・発揮を促す諸方策については研究の蓄積が待たれるところだが、オランダの 20 世紀初頭から、とりわけ 1980 年代以降、公衆衛生、住宅政策及び都市・空間計画、福祉、社会生活支援と段階的に地方分権を進め、各領域におけるステークホルダー間の関係形成をはかりながら政策単位の平仄を揃えてきたプロセスは示唆に富む。なかでも、オランダでは近年自立生活と社会参画を促す「社会生活支援」を新しい地方自治体任務として確立するとともに、

²⁸ 地域包括ケアの原点といわれる広島県御調町(現在尾道市)では、1970 年代から寝たきりゼロ作戦、健康づくりや疾病予防に力が注がれてきた [山口 (2003)]。

²⁹ 埼玉県和光市は、地域視点を重視し、公衆衛生に依拠した自立支援型マネジメントで知られる [東内 (2012)]。

³⁰ 欧米諸国等ではオープンデータ化による公共セクターの民主化、民間活性化が進んでおり、40 カ国以上でオープンデータサイトが構築されている。オランダもそのひとつであり、学生、教員、警官、地域看護師、住民代表等からなる会議により地域の社会問題を議論し、解決に向けてオープンデータを活用するといったイニシアティブも生まれている (<https://data.overheid.nl/>、2012 年 3 月 8 日最終確認)。我が国は G8 では唯一オープンデータサイトを導入しておらず、高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部が作成した新たな情報通信技術戦略工程表 (http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/pdf/120704_siryou1.pdf、2012 年 7 月 19 日最終確認)に基づき、行政情報の公開、提供と国民の政策決定への参加等の推進の観点から、オープンガバメントの確立に向けた公共データ活用の推進と環境整備にかかる取組みが始まったところである。

³¹ 『海外社会保障研究』(2008 年、162 号)の「特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向」等を参照されたい。

(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、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」を推進していることは興味深い(第4章第1節、第3節)。

欧州諸国では、都市再開発政策において地域住民が抱える空間的・社会的・経済的問題を棚卸して、これら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とられるようになってきており、オランダでは市と住宅協会が中心となり、ステークホルダーの参加を得ながら近隣・コミュニティにおける QOL 向上に取り組んでいる(第4章第2節6)。

この実態については本稿では検討を加えておらず、コミュニティソーシャルワークの質や都市・住宅とケアセクターの連携にはオランダでも未だ課題が多く残されていると考えられるが、「地域における QOL 向上」という観点から社会福祉法人や医療法人等が都市再開発に参画する仕組み、理念や目的を同じくする多様な主体³²あるいは複数法人³³の連携によるイニシアティブやまちづくりを促す仕組み³⁴、図表4-8のような統合サービス事業体の可能性、都市政策・住宅政策とケア関連政策の有機的連携を高める方策は、組織統合・システム統合(第2章第2節)の観点からも重要な論点となる。

ローカルオペティマムの実現に向けては、地域住民が抱える多様な課題を一元的に把握し、地域の経済・文化・社会資本にあわせて再構成し、課題と資源を結びつけて解決する自立したコミュニティづくりが欠かせない^{35,36,37}。ひろく地域の課題を地域に住む人たちが解決するための(地域主体の)コミュニティデザイン〔山崎(2011)〕という切り口から、各地のベストプラクティスを収集・蓄積・共有し、理念や目標、エリア設定、拠点のあり方等について、関係者の役割やプロセスとともに整理することも参考になる。

³² オランダではケア提供に関しては、個別ケア予算(PGB)の導入もさまざまな主体間のイニシアティブを加速したといわれる(第6章第1節)。

³³ 例えば京都府京都市の地域密着型総合ケアセンターきたおおじは、社会福祉法人グループ化による複合拠点である。

³⁴ 多主体連携によるまちづくりを促す仕組みとしては米国の Community Development Corporation 等。

³⁵ 滋賀県東近江市のキーマンが集う会は、ケア・食料・エネルギーの自給圏を目指し、多様な主体の参加と連携による持続的発展が可能な共生の仕組みとして①行政にぶら下らず②プラス思考で③手をつなぐ面白さを知っているグループをハブキーマンとともにマッピングしている。分野を超えた顔が見える関係をもとに、地域の広範なケアのニーズに24時間対応する安心安全の拠点として「福祉モール」も構想・整備されてきている〔魅知普請～魅力と知力と民力でつくるまち〕。各地のまちづくり協議会等にもこうした理念に基づく活動を展開しているところがあるだろう。

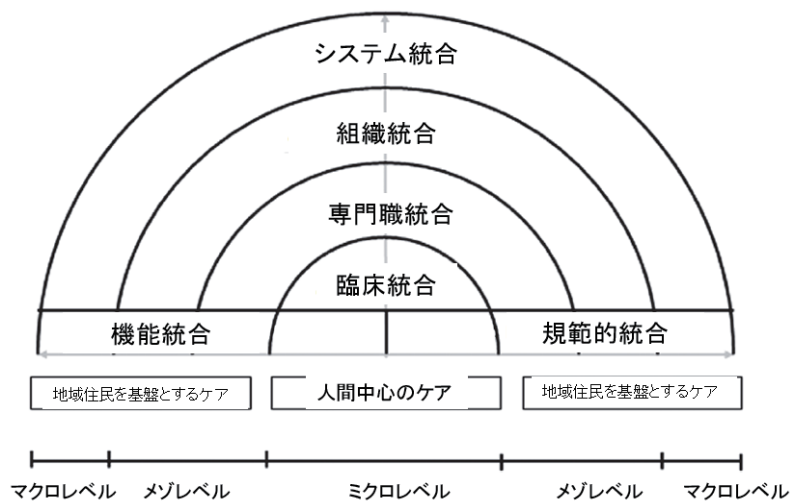
³⁶ これからの地域福祉のあり方に関する研究会は「地域社会で支援を求めている者に住民が気づき、住民相互で支援活動を行う等の地域住民のつながりを再構築し、支え合う体制を実現するための方策」を検討して報告書を取りまとめている(2008年)。地域サロン等の他、市町村や地域包括支援センター、住民組織等と協働する小規模多機能型居宅介護がこうした地域福祉の拠点となっている例もみられる。

³⁷ 地域保健対策検討会報告書においても、ソーシャル・キャピタルに立脚した健康づくり、まちづくりへの期待が述べられ(2012年)、保健所や市町村保健センター等の地域保健関係機関に「健康」の視点から、ソーシャル・キャピタルの活用と拠点機能の発揮が求められているとする。例えば高知県高知市ではじまった介護予防「いきいき百歳体操」は、保健師が中心となった住民主体の地域展開手法も効果をあげているとされる(<http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/pdf/2963.pdf>、2012年4月12日最終確認)。

「地域を基盤とする」統合ケア、各地域の文脈において地域包括ケアの推進をはかるには、一人ひとりがどのように生き、どのように死んでいきたいのか、よりよく生きるために何ができるか、それはどのようなまちにおいて実現できるのか、「当事者として」考え、語り合うことが出発点となる。「高齢者の」「利用者の」「患者の」ケアの改善を手がかりとしながらも、目標は「すべての住民」が「よりよい生活のなかでの経験」を「ともに創りだして」いけるまちづくり、地域としての「物語」(Narrative)を紡ぐことを、基本方針とともに地域において十分に共有していくことが不可欠である。

これは、すなわちプライマリ・ケアの基本的な理念のひとつである「人間中心のケア」とは何か、「住民を基盤とするケア」とは何かを改めて追求すること、ひいては、今日の産業文明のなかで、あるいは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、あらゆる統合を進めていくことの重要性を意味しているともいえるかもしれない(図表3-1)。

図表3-1 プライマリ・ケアの包括的機能に基づく integrated care の概念枠組み



出所：Valentijn et al. (2013)。

2 多職種協働プライマリ・ケアの機能強化

質・アクセス・効率・公平性等の面から国際的にも高く評価されるオランダの医療制度を支えるケア提供体制の大きな特徴は、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの機能分業をはかり、1970年代から一貫して前述の「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たことにある(第4章第1節2)。ヘルスケア・ソーシャルケアを通じた多職種協働、とりわけ近年は福祉と保健・予防(ゼロライン)の役割を強調しており、オランダにおけるプライマリ・ケアの意味づけは、専門分化かつ／もしくは入院・入所によるセカンダリ・ケアを除く地域におけるすべてのケア機能領域を包含する幅広いものである(図表3-2)。

日本では、1987年に厚生省（現・厚生労働省）が家庭医に関する懇談会報告書をまとめたが、具体的な政策には結びつかず、地域医療は主に病院勤務を経た臓器別専門医によって賄われ、医療の入口は診療所でも中小病院でも大学病院でもよい「フリーアクセス」を重視して³⁸、プライマリ・ケアの役割は医療制度上明確に位置づけられてこなかった。在宅医療については、1980年代以降、診療報酬の設定や引き上げ、看護・介護の拡充、法制上の整備等が講じられてきたものの、全国的に十分に進んできたとはいえない³⁹。

こうしたなか、2006年医療制度改革以降、患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担、地域完結の医療機関間、医療と介護の間のネットワーク型連携の推進とあわせ、在宅療養支援の強化・評価がはかられてきた。また、日本プライマリ・ケア連合学会の責任においてプライマリ・ケアの専門医である家庭医が育成され、厚生労働省が2011年度に設置した「専門医の在り方に関する検討会」は総合的な診療能力を有する医師のあり方についても議論を重ね、「総合診療専門医⁴⁰」を基本領域の19番目の専門医と位置づけた〔厚生労働省（2013）〕。さらに、社会保障と税の一体改革をめぐる議論のなかで「病院完結型」医療から「地域完結型」医療への移行がうちだされ、「緩やかなゲートキーパー機能」を備えたかかりつけ医の役割、地域医療の核となりうる存在としての総合診療専門医の普及が重要であることがうたわれ〔社会保障制度改革国民会議（2013）〕、2014年度診療報酬改定は、一連の議論の具体化に向けた次なる一步を示している。

オランダのみならず、プライマリ・ケア先進国では健康指標や患者満足度、公平性、費用対効果の改善が見られるといわれる⁴¹。高齢化が進み複数の慢性疾患を抱えながら地域で暮らす者が増加しており、その生活の質を支える人間中心のケアを効率的に実現するためには、プライマリ・ケアの機能向上が欠かせない。健康増進や自己管理の推進、疾病予防・早期発見、重度化予防、End of life care に至る意思決定支援の観点からも、地域住民の伴走者として先を見越した支援を展開する要となる存在が、とりわけ重要となる。

オランダでは、プライマリ・ケアの専門医である家庭医が「最初に出会い、最後まで関わる医師」としてゲートオープナー役を担い、患者の代理人になりながらそれぞれの患者にあった医療サービスをコーディネートする指揮者ともなる（図表補I-1、第4章第2節2）。地域における保健・福祉・介護・医療の顔が見える連携のハブ及び住民同

³⁸ 日本の診療構造及びその歴史的背景は猪飼（2010）を、家庭医療の役割を中心とした日本と諸外国の医療制度の比較については澤（2012）を参照されたい。

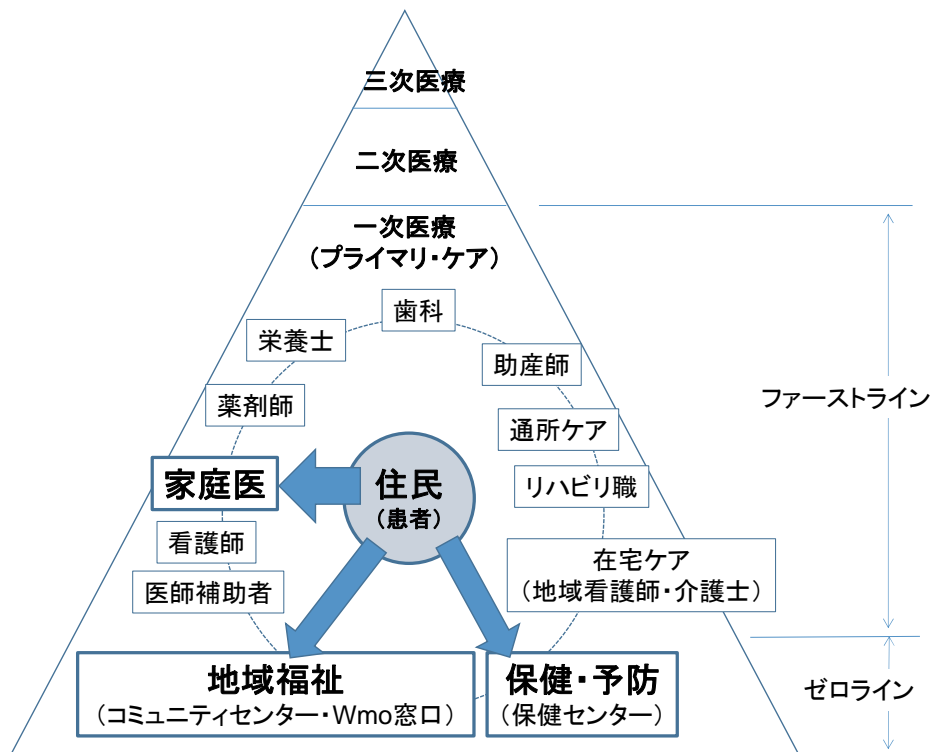
³⁹ 在宅医療とその政策の現状と課題については佐藤智編集代表（2008）等を参照されたい。

⁴⁰ 総合診療専門医の役割としては、「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供する」ことが求められており、また「地域によって異なるニーズに的確に対応できる『地域を診る医師』としての視点も重要であり、他の領域別専門医や他職種と連携して、多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することが期待される」とされた。

⁴¹ 近年 WHO でも再びプライマリ・ケアの重要性が説かれている〔WHO（2008）〕。

士の関係強化する役割、すなわち統合ケアの核としては、再び地域看護機能が見直されてきた（図表4-2、4-6）。古くから地域に根ざした活動を展開してきた福祉団体のソーシャルワーカーがその役割を担うこともあり（第4章第2節2）、助産師による出産が主流（かつ自宅出産の割合が約3割）であることから、妊産婦と助産師の間に育まれる信頼が地域における諸資源とのつながりの入口となる場合も少なくないといわれる。

図表3-2 多職種協働プライマリ・ケア重視のオランダのケア提供体制



出所：筆者作成。

我が国において、プライマリ・ケアの機能を制度上・教育上どのように位置づけるのか、医療のみならず保健・福祉・介護も領域や対象別に専門分化するなか、現在地域で活躍するさまざまな専門職等が全人的ケアの視点を共有し、その能力を互いに高めあいながら、効果的に発揮・協働するための環境整備と実績評価を積み重ねつつ、保健・福祉・介護・医療政策部局を横断して日本の、そして各地域の文脈に即したプライマリ・ケアを長期的に展望する必要がある。

将来的には総合診療専門医にその役割が期待されている「地域を診る医師」や、「地域社会を強化しつつ連携・統合を促す人材」といったプライマリ・ケアの中核となる地域住民の伴走者のあり方についての多様なモデルの収集と分析も重要となる。2012年度の診療報酬・介護報酬同時改定においては、看護を核とした水平的統合に向けたさまざまな加算の新設や基準見直しが行われ、2014年度の診療報酬改定では、主治医機能を持つ

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ある。我が国においては、制度設計上、介護支援専門員にも連携の要としての役割が期待されているが、その機能発揮についてはケアマネジメントの位置づけとともに、さらに議論の余地があるだろう。

オランダでは、プライマリ・ケア領域における多職種協働の推進・改善を公衆衛生の文脈から地方自治体任務と定めており、その実態は地域ごとに違いがみられる。日本では都道府県が医療計画を策定することになっているが、前述のケアの場としての住まいあるいは空間とあわせ、市町村が地域包括支援センターや在宅医療連携拠点事業と連動し、地区医師会や関係職種の専門職団体、事業者団体、さらに住民を巻き込んで、地域包括ケアの基盤として地域の実情にあった多職種協働プライマリ・ケアを主体的に構想する取組みも推進されてよい⁴⁴。

プライマリ・ケア充実に向けた環境整備について、オランダの経験から得られる手がかりは少なくない。家庭医は伝統的に診療所で単独診療を行っていたが、次第に複数診療体制をとる者が増え、広域で夜間・週末の共同診療体制の整備も進んだ。

広大なプライマリ・ケア領域における多職種協働、近隣病院を含む地域の事業者間連携は、1970年代後半以降はプライマリ・ケアセンターの設置⁴⁵、近年は認知症、慢性疾患、緩和ケア等各種プロジェクトをつうじた地域レベルでのネットワーク構築⁴⁶によっても促されてきた（第4章第1節2、第2節）。こうした連携・統合のハブとしての地域看護師の復権については、地域看護師自身が明確なミッションを共有して、その専門性が発揮される組織（フラットな自律型チームのネットワーク組織）とビジネスモデルを構想し、より低いコストで患者と看護師たちの高い満足を実現して急成長を遂げた在宅ケア組織 **Buurtzorg** の例（図表4-6）が示唆に富む。

スムーズな連携、最新のエビデンスを反映したプライマリ・ケア独特の診療ガイドラインの更新と研修への反映、さらに地域の保健医療データを基盤とする政策立案には、プライマリ・ケア国際分類を活用した電子カルテの充実と継続的に蓄積された診療内容のデータベースの存在（第4章第2節1（2））が欠かせない。**Buurtzorg** の躍進もまた、地域看護活動の標準分類方式のひとつであるオマハシステムに基づくアセスメント、目

⁴⁴ フレキシブルな主治医機能を中核としたグループ・プラクティスかつ多職種協働ケアマネジメントを特徴とする広島県尾道市の「尾道方式」は、1990年代からさまざまな地域におけるネットワークを重層的に重ねて成立、進化してきている〔片山（2013）〕。

⁴⁵ プライマリ・ケアセンターは提供者側からみれば「統合」を意味するが、専門職間のコミュニケーションや情報共有が不十分なら、利用者からみると必要なケアは分化したままである〔Wait（2005）〕と指摘されるように、そもそも提供体制の統合が、すなわち「利用者にとっての」切れ目ないケアの実現を意味するわけではないことには、改めて留意が必要である。

⁴⁶ 日本では近年地域連携クリティカルパスを通じてネットワーク形成が進んでいる。滋賀県東近江市の三方よし研究会（脚注34の仕組みのなかに位置づけられる）は、医療・介護関係者のみならず広く地域住民等も参加して顔が見える関係を意識しながら脳卒中クリティカルパスを推進〔小鳥（2012）〕、地域から医療福祉を考える懇話会にもつながっている。

標設定、ケアプラン作成、モニタリングと記録に依拠する品質管理とアカウントビリティの徹底に支えられている。

地域内の限られた資源の有効活用の観点からは、1970年代以降一貫した「代替」の潮流も重要となる。とりわけ90年代以降の関係職種の職種間分業・協業の見直し（第5章第2節）、長期ケアにおける機能アプローチ（図表4-1）や慢性疾患ケア（連携）グループへの成果に応じた包括払い（第4章第2節5）にみられる提供（事業）者の種別や形態、領域を問わず機能に着目した判定や支払は、病院や施設内の資源の地域展開⁴⁷・地域支援機能の強化を含めるとともに、専門職や組織が持つ機能提供の柔軟性を高め、統合を促すものとして参考になる。長期的には、ライフステージや疾患・障害の別にかかわらず住民（患者）中心の全人的ケアを継続的に実現するという観点から、地域包括ケアチームとでも呼べる多職種チームの多様なデザインを、制度設計とあわせて構想する必要があると考えられるためである。

3 セクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的發展

オランダでは、統合ケアの機運が高まった1990年代にワークフェア改革が行われ、その一環としてケアセクターにおいてもあらゆる職業の棚卸と分類、一貫性ある資格構成について、地域の病院・介護事業者等や中等・高等職業教育機関といったステークホルダーの協働による実験プロジェクトの報告に基づいた検討が行われた（第5章）。新たな資格構成が適用された後も、中等職業教育レベルについては、職業教育訓練労働市場知識センターが中間組織として産業界・教育界にプラットフォームを提供し、その対話に基づき職業プロファイル・資格プロファイルの更新が行われている（図表5-4）。

我が国では、地域包括ケアシステムの構築に向け、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制構築の必要性が謳われるようになって久しい〔社会保障国民会議（2008）等〕。2で触れた医師のあり方のみならず、チーム医療の一環として看護師が医師又は歯科医師の包括的な指示の下、診療の補助を行う場合の仕組みのあり方⁴⁸や、介護職員による医行為の実施にかかる検討が進められた他、さまざまな専門職団体で多職種協働にかかる調査研究等が行われ、在宅医療連携拠点事業においても多職種連携にかかる課題解決が大きなテーマのひとつとなった。他方、地域における非制度的支援における多様な提供主体の参画推進と統合、自助・互助・共助・公助の役割分

⁴⁷ 新潟県長岡市におけるこぶし園、東京都多摩市における医療法人財団天翁会（あいセーフティネット）の展開等がよく知られる。

⁴⁸ 我が国では日本看護協会が教育機関の認定と専門的教育・研修を受けた看護職への資格認定を行っており、現在専門看護師・認定看護師・認定看護管理者の3つの資格がある。さらに、チーム医療の推進にかかる最近の議論のなかで、看護師の臨床実践能力のうち医学的な部分を強化した看護師について、厚生労働大臣が能力を認証する制度（看護師特定能力認証制度）の創設が検討され、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律案」の一環として国会審議中である（2014年5月）。

担と有機的な連動も課題となっている（第1章第3節）。

オランダの経験を敷衍すれば、多主体・多職種協働の推進のために次の2つの試みが検討されてよい。

第1に、地域レベルで地域包括ケアシステムの担い手となる地域住民、さまざまな当事者団体、住民組織、地域包括ケアシステムの5つの構成要素にわたる専門職や事業者、教育訓練機関、関係団体、学校、企業等と自治体の参画により、ケアを必要とする人の生活像とそれを支える仕組みやサービス、そのなかで公的財源を使用する範囲を定義し、それぞれの現状の機能を棚卸したうえで、誰がどこまで何を担うべきかを徹底的に議論することである。各地域の実態に基づき、さまざまなケアの担い手の役割分担の青写真を描き、これを持ち寄って国レベルの議論の基礎とする。これによって、はじめて広くケアの担い手に求められる質と量に関する長期的展望が定まり、そのなかで各専門職が担うべき部分（職業プロファイル）も把握できることになる。議論のプロセスを通じて、役割や専門性に関する自覚と相互理解が深まり、新たな連携が生まれること、各者の主体性の向上・発揮と新しい資源の発見も期待できる。

地域包括支援センターや在宅医療連携拠点事業と連動し、市町村が主導すれば地域を基盤とするケアや自立したコミュニティづくり（1）、プライマリ・ケアの構想（2）にもその場や議論を活用しうる。さらに、現在介護人材確保に関して、都道府県が需給推計を行うとともに、関係団体が問題意識を共有して施策を推進する協議会を設置すること等が推進されており⁴⁹、都道府県がこうした協議会の枠組みのなかで、市町村における先進的な実践（多主体・多職種）と理論的背景をあわせて各者の役割ビジョンを見直し、現状を評価し、これを全国で集約するような仕組みでもよいだろう。

第2に、こうして資格のベースとなるべき職業プロファイルについての社会的合意を形成したうえで、資格プロファイルを整理し、カリキュラムに反映させる（オランダにおける職業教育訓練労働市場知識センターのような）ケア関連領域横断の職業資格整備・発展プラットフォームを設けることである。もちろんその位置づけやカバー領域は我が国の実態に基づき、産業・教育政策とも連動して検討すべきであり、産業界・教育界のみならず、利用者・患者、介護者や保険者等の参画も重要と考えられる。また、プラットフォームを硬直化・形骸化させないためにも、専門職による日々の実践の反映を可能にする工夫も求められよう。

我が国の現状は、ケア関連の職種あるいは資格別にはそれぞれの文脈で幅広い関係者が集い、さまざまな議論が行われているものの、十分な連携が見られず時に近視眼的なものとなり、専門職にとっても利用者にとっても望ましい状況とはいえない。連携・協働を促すためにも、長期的な視点から関係者が「当事者として」ビジョンを共有しつつ、

⁴⁹ 「介護保険制度の見直しに関する意見」（社会保障審議会介護保険部会 2013年12月20日）。

ケアセクター「横断」で、「継続的に」資格構成を発展させる場が求められる。こうした場の存在により、各所で提言されるようになってきたケア専門職の基礎資格の共通化⁵⁰についても、その方向性が見えてくるのではないだろうか。

Schön (1983) は医学や法律を対象とする「メジャー」な専門職と対比して、社会福祉等を対象とする専門職は、可変的で不明確な目的と不安定な制度基盤の下で提供される「マイナー」な専門職だと指摘する。変わりゆく社会環境・制度のなかで活躍する専門職であればあるだけ、常に関係者の対話に基づき、知識基盤の安定化を視野に入れながら職業プロフィールと資格プロフィールの更新をはかることは、専門性の強化にもつながる。

4 イノベーションの進化

ケアワーカーの確保定着策や良質な雇用を展望する国際比較研究によれば〔Cameron and Moss (2007)、Fujisawa and Colombo (2009)、Colombo et al. (2011) 等〕、ケアワーカーの持続的な供給に向けたアプローチは、①予防やインフォーマルケア促進といったケアワーカーの需要を減らすことにつながりうる努力、②新たな採用プールの開拓、③労働条件や雇用管理改善、能力開発やキャリア形成等を通じた定着・能力発揮促進、④専門性強化と生産性向上等に分類できる。我が国もオランダも、ウェイトや具体的な施策は異なっても、ケアワーカー確保定着にかかる諸施策のアプローチの大枠は大差ないものである。

我が国と比較したオランダの特徴をあげるとすれば、ケアワーカーのみならず広くケアの担い手全体にわたり「イノベーションを通じた各主体の力の発揮」を最優先課題ととらえていること、地域労働市場の強化を促していることのように思われる。ここではイノベーションに着目して若干の考察を加える。

まず、規制緩和と事務簡素化を進め、専門職・事業者の裁量を高めるとともに（図表4-2、図表4-3、第6章第2節）、質と成果に基づく制度に向けた基盤整備と監査権限の強化をはかることにより（第4章第4節）、専門性が発揮される環境を整え、イノベーションを促している。モットーは「専門職への信頼（Vertrouwen in Professionals）」である。介護サービスの質の評価指標のみならず、質の高いサービス提供を促す監査・指導のあり方の検討を重ねつつ、人員・設備や運営にかかる基準の柔軟化を進め、不要な規制を見極めることは、イノベーション促進につながるかもしれない。重要なのは専門性が発揮されやすい環境をつくりだすことである。オランダにおいては「専門職の自律」が鍵となったが、我が国において専門職が自らの専門性発揮の阻害要因と考えているこ

⁵⁰ 地域包括ケア研究会（2010、2014）、実践キャリア・アップ戦略 介護人材WGにおける論点整理（2011年4月22日）等。森川（2012）は、フィンランドのラヒホイタヤを手がかりに「機能統合された総合職モデル」の可能性を提起する。

と、事業者がイノベーションの阻害要因と考えていることを、専門職・事業者自身による考察を中心として見直すことが出発点となる。

次に、ケア提供主体の柔軟化と多様化も、イノベーションを意図したものとなっている。前者は機能アプローチやケア（連携）グループへの包括払いによるものである（2）。後者は個別ケア予算（PGB）の導入と社会支援法が契機となり（第4章第1節、第3節、第6章第1節）、PGB 利用により理念や目的を共有する多様なイニシアティブによる利用者本位のサービスイノベーションがおき、Wmo は家事援助の新たな市場形成につながった。いずれもさまざまな懸念や課題も指摘されており、個別ケア予算は社会的市民権としてのケアの人権にかかる議論、Wmo には長期ケアを構成する医療ケア（医療、看護、リハビリテーション等）と社会的ケア（身体介護、家事援助、生活支援、社会参加等）〔OECD (1996b)〕のうち社会的ケアにかかる制度上の分節にかかる議論にもかかわり、制度設計上直ちに参考にできるものではない。ただし、とくに生活支援を担う地域資源の確保が課題とされるなか、3で述べた地域レベルでの多主体の役割分担等にかかる対話を進めながら、さまざまな主体によるサービス提供実態の分析を深め、そのシステム化の可能性を検討することは必要となろう。その際、理念に基づくビジネス・マネジメント・サービスイノベーションが継続する枠組みを考慮することが求められる。

この他、近年は住民（患者）と専門職の新たなパートナーシップ構築をつうじたセルフマネジメント支援にかかわる地域におけるさまざまなイニシアティブ⁵¹が、患者の力を引き出すイノベーションとして広がってきている。また、地域包括ケア研究会（2014）は、生活に留意し健康を保ち病気や怪我が治るような努力について、日本では古くから「養生」という言葉でその考え方や方法が示されてきたとして、「養生」のための動機づけ支援や知識の普及、自己決定に対する支援の意義について説いている。オランダのプライマリ・ケアにおいては、慢性疾患ケアモデル（図表2-1）の考え方が浸透している。実践モデルは1で述べたように各地域において構想されるべきであるが、その理念や慢性疾患ケアにあたる全ての専門職に求められる5つの基礎的コンピテンス〔WHO（2005）〕等は、参考になるだろう（図表3-3）。

さて、介護保険は我が国の壮大なソーシャル・イノベーションのきっかけであり、制度的イノベーションが、ケアないしサービスイノベーションにつながり、社会や地域に大きなインパクトを与えてきており、今後民主的（住民本位の）イノベーションへの展開が期待されている〔田中・栃本編（2011）〕。マクロレベルのみならずメゾレベルの政府-中間団体間の協調関係を含めた「オランダ・モデル」で知られるオランダにおいては、

⁵¹ 我が国でもセルフマネジメント（自己管理）支援と銘打っているかどうかはともかく、このような試みは徐々に広がってきている。例えば、一関市国民健康保険藤沢病院は20年近くにわたり住民との対話に基づき地域医療を育ててきており、やる気とQOLに着目して健康増進外来を創設している〔佐藤・松嶋（2011）〕。また、東京都新宿区で始まった「暮らしの保健室」も、住民の力を引き出し、つなぐ活動として意義深い（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuu/zaitaku/dl/48.pdf>、2012年6月8日最終確認）。

ケアセクターも例外ではなく、多様な中間団体が対話、協働を重ね、政策形成に包摂され、第Ⅱ部の随所で民主的イノベーションがうかがわれた。

本稿の範囲でその特徴の一端と考えられることを整理すると次のようになる。まず、住民、利用者、患者、居住者、介護者、専門職等さまざまな立場の「当事者」として個人・集団レベルで参加の枠組みが設けられ（法制化され）、エリア（地区、地方自治体、国レベル）とテーマを組み合わせると重層的かつ継続的な発言・協議と協働の機会が生まれている。これにより、立場を超えて自らの持つ力と互いの持つ力への信頼が生まれ、さまざまな主体が相互に学び合い、「当事者力」が引き出される継続的でスパイラルなプロセスが構築されているように見受けられる。エリアに基づくコミュニティとテーマに基づくコミュニティに根ざした対話を重ね、つなぐことは、自立したコミュニティづくり（1）にもつうじる。1980年代後半には、政策決定上強い発言権を得るため、「当事者」の組織化と連携の機運が高まり、患者・消費者団体連合も創設されている。

また、さまざまな議論やプロジェクトが地域発・当事者発のボトムアップで始まり、国レベルで設けられるプラットフォームがナレッジマネジメントの場として機能し、必要に応じてボトムアップの議論や実践に基づきモデルやガイドラインを策定、必要に応じてトップダウンで適用することにより、イノベーションを効率化している。顔が見える関係づくりを基盤としつつ、ビジョンを共有する多主体・多職種が、地域のなかで、さらに地域を超えて日常的にナレッジを共有できるプラットフォームのあり方、「共同学習」を促す関係づくりのデザインは、さまざまな場面において検討の余地がある。

イノベーションの進化は、社会全体のケアワーク力を高めることにつながると期待され、イノベーションを普及・促進する要件については今後の検討課題となる。その際、自立・自律と地域へのコミットメントを高める教育のあり方にも目配りする必要がある。

図表 3-3 慢性疾患ケアのための基礎的コンピテンス

1. 患者中心ケア	4. ICT
● 効果的なコミュニケーション	● 患者の登録
● 健康行動変容のサポート	● 2. のパートナーとのコミュニケーション
● セルフマネジメント支援	● コンピュータ技術の活用
● プロアクティブアプローチ	5. 公衆衛生視点
2. 協働	● 地域住民を基盤とするケア
● 患者と	● 予防重視とケアの連続性を通貫する働き
● 他の提供者と	● プライマリ・ケア主導のシステム
● コミュニティと	
3. 質向上	
● プロセス・成果の測定	
● 学習→変化	
● エビデンスを実践に反映	

出所：WHO（2005）。

5 ケア関連政策と労働政策との連動

最後に、労働政策面からケア関連政策と連動した議論が求められる点について、主にケアワーカーのキャリア形成と専門性強化、就労とケアの組み合わせの観点から検討を加えておきたい。これらは、広く担い手の充実をはかるうえでも、経済の安定的な成長を支える人的資源の有効活用を進めるうえでも重要と考えられる。

まず、介護プロフェッショナルのキャリア段位制度等を手がかりに、雇用形態に係わらず、自らの職業能力を軸として円滑な労働移動を可能にしていくことが期待される。

第1章第2節でみたように、介護・ライフケア分野は「実践キャリア・アップ戦略」の対象領域となり、欧州共通資格枠組み等も踏まえた職種横断的な共通概念としてのエントリーレベルからプロレベルに至る7段階のレベル設定を念頭に置き、地域包括ケアシステムを担う人材育成の観点から連携能力を重視すること、各レベル設定の考え方等が議論され、「わかる（知識）」と「できる（実践的スキル）」の両面を評価する介護プロフェッショナルのキャリア段位制度が整備・導入された。介護プロフェッショナルのキャリア段位制度は、効果的かつ効率的なサービス提供体制の実現に向けても重要な意義を持つと考えられるサービスの質の評価をストラクチャ・プロセス・アウトカムという3つの観点のうちプロセス面から可能にする指標としても活用しうるものと考えられているものである。生涯を通じた主体的なキャリア形成を可能にする手がかりとしても、持続可能なサービス提供体制の構築に向けても、同制度等を基礎としつつ検討を深めていくことが求められる。

その際重要なのは、3で述べたセクター横断の対話に基づく資格構成検討と継続的発展の仕組みを構築することである。欧州のケアワークにかかる比較研究では、各国でコンピテンス／コンピテンシー概念が多く用いられていることが指摘されており〔Cameron and Moss (2007)〕、オランダでもコンピテンシーベースの資格構成への移行が進んでいる。しかし、模範的な行動の形式化が学習者による意味づけや理解を阻害する、果たすべき役割・行動に注目することにより利用者の全人的理解が軽視される可能性があるといった批判的見解も少なくない〔Evans (1999), O'Hagan ed. (2003)〕。関係者の対話に基づいて職業プロファイルについて社会的合意を形成し、常に関係者が「当事者として」長期的なビジョンを共有しながら社会環境と労働市場の変化にあわせて職業プロファイルと資格プロファイルを更新するセクター横断のプラットフォームがあつてこそ、我が国の実態にあった医療・介護専門職の専門性の進化も促される。

さて、日本型雇用システムは企業内教育訓練システムに依存するところが大きく、ケアワーカーについても、資格取得後の教育訓練は、基本的に現状では事業者や専門職に任されている。小池（1999）は、労働者の能力開発は、幅広いOJTを中心としてOff-JTの受講が組み合わされることによって実務経験の整理・体系化がはかれるとしており、

介護職においても事業所内におけるOJTとOff-JTが組み合わせられることにより職業能力向上のみならず介護の仕事継続意向にもプラスの影響があることが明らかにされている〔堀田（2007）〕。

他方、就業形態や勤務先事業所の属性等によって企業内教育訓練の充実度にばらつきがあることや、他の分野と比べて勤続年数が短い者が多いことも知られている〔介護労働安定センター（2013）〕。キャリア段位制度等を活用して生涯にわたるケアワーカーの主体的なキャリア形成を推進するには、企業内教育訓練システムのみならず、複数法人の連携等による取組みや、職業教育機関と職業訓練機関の再編を含めた良質な教育訓練機会の確保が不可欠となる。

オランダでは、ワークフェア改革の一環として、入職後も長期にわたって縦横のキャリア展開を可能にする系統だった全国統一の職業資格の整備が進み、併せて中等職業教育と成人教育を一本化して地域職業教育センターが設置された。中等職業教育には教育訓練機関における学習が中心で実地訓練割合が2～6割の職業教育ルートに加え、企業と労働契約を結び実地訓練割合が6割以上の見習い訓練ルートがある。ともに実地訓練の割合が高く、その受入機関の認定やモニタリングは職業資格の整備・発展を担う職業教育訓練労働市場センターの役割と定められている。また、部分資格制度（モジュール認定）であり、どのモジュールがレベル間で共有されているかが明確で、レベル移動にあたっては既習部分の受講が免除され、未だ課題も多いものの既得職業経験や訓練の認定制度（EVC）も設けられている。これにより、ケアセクターにおいても自らの資質、キャリア志向やライフステージに合わせ、労働時間を調整しつつ（後述）、働きながら柔軟に継続教育に取り組む者が少なくない（第5章）。

現場の実践に即して働きながら継続的かつ段階的に職業能力を高めることを促すためにも、専門能力活用型の労働市場の整備とあわせ、職業教育訓練や職業資格のあり方について、費用負担のルールとともに見直していく必要があるだろう。

ところで、オランダでは、1990年代にパートタイム労働をベースとして性別役割分担を見直し、1996年に賃金・手当・福利厚生・教育訓練等労働条件のすべてにわたって労働時間による差別を禁止し（労働時間差別禁止法）、2000年に労働者が時間当たり賃金を維持したまま労働時間を自ら短縮・延長する権利を認めている（労働時間調整法）（第3章第1節1）。このことが、専門性を強化したい者を含め、広くワーク・ライフ・バランスを重視した働き方の普及にもつながっている。ちなみに、OECDによれば2011年のオランダの年間実労働時間は平均1,379時間、日本は同1,728時間であり、労働時間1時間あたりGDPはオランダが59.8米ドル、日本は同41.6米ドルとなっている⁵²。

⁵² OECD StatExtracts。なお、労働時間との関係は必ずしも明らかでないが、ボランティア参加率はオランダ37.1%、日本は24.7%である。

こうしたワーク・ライフ・バランスを促す環境整備は、就労とケアの両立を推進するうえでも有効であろう。オランダでは、上記の労働時間改革ののちに就労とケア法（2001年）により（使いにくさも指摘されるが）多様な休暇を導入することで、労働者が労働市場を退出することなくケアを担うことを支援しようとしている（第4章第1節1、第6章第3節2）。

ケア提供体制の充実の観点からも、統合ケアのネットワークの構築をはかるうえでインフォーマルケア提供者の役割は極めて重要な役割を持つといわれる〔Leichsenring（2004）〕。オランダを含む欧州諸国の介護者団体や研究機関等で構成される Eurocarers は、以下の10の原則に基づきケアラーの地位強化と支援を促しており（図表3-4）、ケアと仕事の両立は、社会的包摂、機会均等の観点からも欠かせないものと位置づけられる。

図表3-4 Eurocarers におけるケアラー支援にかかる10の原則（介護者憲章）

- | | |
|---|--|
| ① | ケアラー認識：コミュニティケアにおける中心的役割を果たすという認識、この認識がケアラーに影響を及ぼす全ての政策に反映 |
| ② | 社会的包摂：ケアラーが社会生活を享受する権利 |
| ③ | 機会平等：ケアラーは生活の全側面において平等な機会を持つべき |
| ④ | 選択：ケアラーになりたいか/負担の程度を選択、介護を必要とする人はケアラーを選択する権利を持つべき |
| ⑤ | 情報：ケアラーの経験・局面に応じた情報、助言、アドボカシー、訓練 |
| ⑥ | 支援：経済、実践、精神的支援と活用可能で手頃なフォーマルケアへのアクセス |
| ⑦ | 介護から離れる：ケアラー・要介護者双方にニーズに応じたレスパイトケア等 |
| ⑧ | ケアと仕事の両立：ケアと有給雇用両立の可能性（労働政策の前提） |
| ⑨ | ケアラーの健康増進 |
| ⑩ | 経済保障：介護の結果としての貧困化を避ける |

出所：<http://www.eurocarers.org/index.php>（2012年7月10日最終確認）。

三富（2011）は、日本には介護休業を除いて介護者を対象とする一般的なサービスは他の先進諸国と異なり今日も存在せず、介護の社会化論という日本独自の議論がこれに影響を及ぼしてきたと評する。就業構造基本調査によれば、我が国では家族の介護・看護のために離職・転職する人が増えており、その数は年齢別にみれば40歳代以上、とりわけ50歳代、性別では女性が多い。当該年齢層は中核人材であることから、企業経営上も重要な課題となっている。

オランダにおいても生涯参加と自己責任を重視する社会保障政策とインフォーマルケア強化の方針の衝突が指摘されている。我が国においても経済社会の持続的な成長をはかりつつ質の高いケアの安定的な提供に向けた体制を構築することが求められる。インフォーマルケア提供者に関する調査研究等を踏まえ、役割の位置づけと支援の考え方を改めて整理するとともに、ケア関連政策と労働政策が連携して就労とケアの両立について検討を深める必要がある。

補章 I オランダのケア関連制度の枠組みと従事者の現状

本補章では、オランダの基礎情報、ケアに関連する制度の枠組み、ケア従事者の現状を紹介する。

オランダの面積は約 41,864k m²（九州と同じくらい）で、総合行政は全国政府である国（Rijk）と 12 の州⁵³（provincie）、415 の地方自治体（gemeente）（2012 年 1 月）からなる三層制である。この他、治水事業については中世から発達した地域治水委員会⁵⁴（waterschap）が地方自治体と同じ階層の地方行政機関として位置づけられている（第 3 章第 3 節参照）。

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%である〔Statistics Netherlands (2012)〕。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〔Statistics Netherlands (2011)〕⁵⁵。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い。75 歳以上では単身世帯が過半数を占める（2005 年）〔De Boer ed. (2006)〕。すなわち日本と比べると高齢化率は低いが、高齢世帯に占める（日本でこれから増加が見込まれる）単独世帯と夫婦のみ世帯の割合は、かなり高い。

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）。

第 1 節 生活支援・予防・介護・医療をめぐる制度⁵⁶

我が国の地域包括ケアシステムの構成要素は、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・看護といわれる（図表 1-1）。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⁵⁷。「居場所」であり生活の基盤をなす住まいに関しては、主に第 4 章第 2 節 6 で取り上げる。

⁵³ 県とする文献もみられる〔金井他編（2011）〕。

⁵⁴ 概ね州より狭く自治体より広い区域に置かれる。

⁵⁵ なお、政府や福祉団体、高齢者団体にとって政策上とくに重要なターゲットグループとなってきた虚弱高齢者については、身体的・精神的・社会的側面から虚弱度を総合的に評価する指標（Tilburg Frailty Indicator）に基づくと 2010 年に 69 万人、2030 年には 116 万人にのぼると推計されている〔Van Campen ed. (2011)〕。

⁵⁶ オランダのヘルスケアシステムを概説する英語文献としては Schäfer et al. (2010) が包括的で充実しており、長期ケア保障については Mot (2010) が詳しく、1 及び 2 の記述は特記がなければこの 2 文献及び保健福祉スポーツ省におけるインタビュー・同省提供資料・オランダ政府のヘルスケア関連ホームページ（<http://www.rijksoverheid.nl/themas/gezondheid-en-zorg> 2012 年 3 月 20 日最終確認）、公衆衛生ヘルスケア審議会（RVZ）、オランダヘルスケアサービス局（NZa）におけるインタビューに基づく。なお、日本語文献では医療経済研究機構（2008、2012）が医療関連データ及び社会保障制度、福祉未来研究所（2012）が医療保険制度の概要をまとめており、長期ケア保障については大森（2011）、短期医療保険については佐藤（2007）、田近・河口・菊池（2011）等において現状及び最近の改革が紹介・検討されている。本稿は制度の紹介を主目的としないため深く立ち入らないが、金・情報・サービスの流れを含む運用、利用状況の詳細等については以上の文献を参照されたい。

⁵⁷ なお、成年後見については 19 世紀に制定された民法典により規定されている。

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、近年特別医療費保険の一部（家事援助）も移行された社会支援法、公衆衛生法について触れることとする。第2次ルッテ政権（2012年9月～）においてさまざまな改革案が議論されているが、現在進行中のため、本稿の記述は2012年時点のものとした。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。

なお、医療、介護・福祉支出は合計で871億ユーロ（対GDP比14.8%）、うち医療支出505億ユーロ（同8.6%）、介護・福祉支出336億ユーロ（同5.7%）、運営事務費30億ユーロ（同0.5%）となっている⁵⁸（2010年）。

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年以上の医療及び介護、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、長期にわたり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。年齢や障害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・精神障害者施設でのケア、在宅ケア等をカバーする。従来AWBZがカバーしていた家事援助は、2007年より社会支援法（法：Wet maatschappelijke ondersteuning、Wmo）のもとで提供されることになった（3参照）。被保険者はオランダ国内居住者及びオランダに給与税を納めている者で、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（Zorgverzekeraar）がケアオフィス（Zorgkantoren）となり、その役割を担っている⁵⁹。

財源は保険料（67%）、国庫補助金（24%）と利用者の自己負担（8%）で⁶⁰、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（被用者の場合は給与天引き、保険料が課される所得の上限あり）。課税所得に占める保険料の割合はAWBZ開始

⁵⁸ 平均寿命以下の出所は <http://statline.cbs.nl/statweb/>（2012年1月31日最終確認）。

⁵⁹ 近日ケアオフィスが廃止され、民間保険会社が健康保険と特別医療費保険を一体的に取り扱うようになることが予定されている（第4章第1節2、第2節1）。

⁶⁰ 財源構成は2009年、<http://www.cvz.nl/zorgcijfers/awbz-baten/awbz-baten.html>（2012年2月10日最終確認）に基づき筆者計算。

当初の 0.41%から大幅に上昇し、2012 年は 12.15%である。自己負担は年齢（65 歳以上か否か）や所得、世帯構成等により異なる⁶¹。

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⁶²、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（法：Zorgverzekeringswet、ZVW）に一本化された。被保険者はオランダ国内居住者及びオランダに給与税を納めている者で、保険者は民間保険会社⁶³である。被保険者には基本パッケージの購入が義務づけられており、公的ポータルサイト（第 4 章第 4 節参照）で公表される情報をもとに、保険会社を自ら選択し、1 年ごとに変更することができる。保険会社は基本パッケージの加入希望者の受入を拒否できない。

政府が定めた基本パッケージは、家庭医（図表補 I — 1）・各科専門医・助産師による医療、医薬品、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⁶⁵。被保険者による医療提供者の選択の幅を広げるため、現物給付型保険に加え、保険会社が契約もしくは雇用していない医療提供者からサービスを受ける場合に対応する償還型保険、両者の複合型の契約もある。

財源⁶⁶は保険料、国庫補助金（6%）と利用者の控除免責額（4%）で、保険料は 18 歳以上の加入者全てが支払う定額部分（38%）と所得比例部分（52%）の 2 つからなる。控除免責額とは被保険者の自己負担分の一定金額のことで、モラルハザード防止のために 2008 年から導入されたものであり、2012 年の強制控除（eigen risico）は年額 220 ユーロとなっている⁶⁷。被保険者は契約時に強制控除に任意の控除免責額を上乗せし、保険料率の割引を受けることもできる。

定額保険料は被保険者が所得と関係なく支払うものであり、医療アクセスを保障するため、低所得者に対しては国が一部を補償する手当（zorgtoeslag）を支給することを定めた法がある。保険会社は定額保険料を自由に設定することができ、2010 年の定額保険料は年額 1,000～1,200 ユーロ程度となっている。

所得比例保険料の保険料率は、概ね被用者は 7.1%（給与天引き、使用者が一部負担）、それ以外の者は 5.0%である（2012 年）。保険料が課される所得には上限がある。所得比

⁶¹ 慢性疾患患者と障害者はいくつかの条件を満たした場合には手当を受給できる。

⁶² 第 4 章第 1 節 2（7）参照。

⁶³ 4 大保険会社が 88%を占める。4 社のうち 1 社が営利、3 社が非営利 [Schäfer et al. (2010)]。

⁶⁵ 基本パッケージの内容は、健康保険委員会（CVZ）の助言に基づきしばしば変更される。例えば理学療法の範囲は近年縮小傾向にある。

⁶⁶ 財源構成は 2011 年、保健福祉スポーツ省提供資料に基づく。

⁶⁷ 次第に引き上げられている。なお、家庭医、出産・産後ケア等は対象外である。

（[http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekeringswet/vraag-en-antwoord/wat-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekeringswet.html](http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekeringswet/vraag-en-antwoord/wat-is-het-eigen-risico-in-de-zorgverzekeringswet) 2012 年 3 月 10 日最終確認）被保険者が慢性疾患の予防プログラムを受けている場合等については、保険者が強制控除を設定しない場合がある。

例保険料は健康保険基金（Zorgverzekeringsfonds）に集められ、リスク構造調整システム⁶⁸により、加入者の属性（性別・年齢・雇用状況・社会保障給付の有無、居住地域）や健康状態から予測されるリスクに応じて調整された保険料（リスク構造調整保険料）が各保険者に交付される（事前リスク調整）。年内の新たな被保険者の加入や高額療養費への配慮のため、事後的な補償システムが設けられている。

図表補 I - 1 オランダにおける家庭医療の概観

世界的にも高く評価されるオランダの医療制度（第2章第3節）の特徴のひとつは、家庭医療・在宅ケア・ソーシャルワークを中核領域とする多職種協働プライマリ・ケアが充実していることにある（第3章第1節1、第2節2）。ここでは「最初に出会い、最後まで関わる医師」といわれるプライマリ・ケアの専門医である家庭医について、オランダにおける位置づけや現状を概観する。家庭医の役割に関しては WONCA（世界家庭医機構）ヨーロッパの定義⁶⁹ならびに葛西（2013）等を参照のこと。

- ・ オランダ国内居住者は、自宅から 15 分以内の家庭医を選択して（ふつう家族単位で）登録
- ・ 家庭医の受診は無料（ZVW）。原則的に二次医療以上の専門医受診は家庭医の紹介が必要
- ・ 家庭医は
 - 生涯にわたる医療のパートナー、ゲートオープナー、水先案内人、患者の代理人であり、登録者の電子カルテの保管者（第4章第2節1（2））
 - 住民がかかえるさまざまな問題や疾患のうち 96% に対応
 - 24 時間 365 日にわたり患者の日々の生活・家族・地域全体を支える
 - ◇ 平日は予約制（10 分単位）が主流：外来・訪問・電話相談
 - ◇ 時間外は家庭医ポストと呼ばれる人口 20～30 万人単位の広域の共同診療体制により対応（詰所の多くは病院救急外来内部もしくは隣接）
- ・ 単独診療 3 割、複数診療 4 割、プライマリ・ケアセンター 3 割（第4章第2節2（1））
- ・ 1 人の家庭医への登録者は平均約 2,500 人
- ・ 家庭医への支払いは人頭払い、出来高払い、慢性疾患については業績に応じた包括払い
- ・ 質と効率を支えるのは
 - 教育
 - ◇ 全国 8 つの医科大学で 3 年間の家庭医療専門医教育を実施（病院等で 1 年間の臨床経験ののち受講）
 - ◇ 年間 40 時間の生涯研修義務（医療、コミュニケーション、ピアレビュー）
 - ◇ 任意の専門研修、各科専門医との合同教育
 - 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（第4章第2節1（2））
 - ◇ 1970 年代から診療内容を蓄積、1991 年から全国家庭医療情報ネットワークを構築～疾病・処方箋・紹介についてのビッグデータ（電子カルテを完全導入、プライマリ・ケア国際分類に基づく評価・診断・記録。アカデミック家庭医の存在）
 - ◇ 最新のエビデンスを日々の診療に反映できる約 90 の診療ガイドラインを家庭医学会（NHG）、家庭医協会（LHV）等が看護・介護職協会（V&VN）等とも協働して構築・随時更新
 - 多職種協働（第4章第2節2（1）、第5章第2節2（2））

出所：Van Weel et al. (2012)、葛西（2013）、澤（2012）、井伊（2011）及びオランダ家庭医学会（NHG）ならびに複数の家庭医へのインタビューに基づき筆者作成。

⁶⁸ 詳細は佐藤（2007）を参照のこと。田近・河口・菊池（2011）はリスク調整について日蘭の公的医療保険制度の比較検討を含んでいる（No.2460、pp.22）。

⁶⁹ http://www.unige.ch/medecine/umpr/Enseignement/stage3ememaster/Definition_wonca_tree.pdf（2014 年 3 月 10 日最終確認）。

保険会社は、医療提供者と上限価格規制のもとでサービスの量・品質・価格について交渉して契約を結ぶ⁷⁰。病院医療を中心として治療内容とコストの透明化、質と効率性の改善に向けてオランダ版診断群分類である DBC's (Diagnose Behandelings Combinaties : 診断治療群)⁷¹が導入されており、これを WHO の ICD-10 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) に依拠して約 4,400 に集約した DTC に基づき医師による診療行為が経時的に記録され、包括払いが行われる⁷²。家庭医への支払は、登録した患者数に応じた定額部分 (患者の年齢により異なる) と、診察 (時間により異なる) ・往診 ・電話やメールによる診察 ・処方箋等のサービスごとに支払われる出来高部分等からなる。

なお、患者中心の統合ケア推進とプライマリ・ケアのさらなる強化を目指し、慢性疾患 4 疾病については、2010 年からケア基準に基づきコーディネートされたケアを提供する慢性疾患ケア (連携) グループ⁷³への成果に基づく包括払い (Keten-DBC) への移行が進められている [Ministerie van VWS (2009a)] (第 4 章第 1 節 2、第 2 節 5)。

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 (VHI) である。購入は任意だが、約 9 割が加入している。なお、基本パッケージとは異なり、保険会社は補完的保険については申し込みを拒否することができる。

2 特別医療費保険 (AWBZ) の概要

本稿は長期ケアを中心とした検討を行うため (第 2 章第 3 節参照)、医療保険制度の第 1 層をなす AWBZ について、ニーズアセスメントと給付内容、給付の方式、利用状況を補足しておく。

(1) ニーズアセスメントと給付内容

AWBZ から給付を受けるには、独立した機関であるケア判定センター (Centrum Indicatiestelling Zorg、CIZ) からの認定が必要となる。CIZ は、疾病、障害、意思疎通、日常生活上の問題、住環境、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族や友人・隣人等からの支援可能性 (「ふだんのケア (gebruikelijke zorg)」の提供可能性)、他の公

⁷⁰ 家庭医については、全国家庭医協会 (LHV) 等と集団的に交渉・契約する。

⁷¹ DBC については医療経済研究機構 (2008、2012) を参照のこと。松田 (2007) は、オランダの DBC を含めた診断群分類の国際的動向及びその影響を検討している。

⁷² 病院診療については、2012 年より約 30,000 存在していた DBC を WHO の ICD-10 (疾病及び関連保健問題の国際統計分類) に基づき約 4,400 に集約した DTC (DBC's Op weg naar Transparantie) に基づいて支払われることとなった [http://www.nza.nl/zorgonderwerpen/dossiers/dbc-dossier/ 2012 年 3 月 10 日最終確認]。

⁷³ Zorggroep。直訳はケアグループとなるが、1990 年代以降に発達した統合サービス事業体 (第 4 章第 1 節 2 (6) 及び図表 4-8 参照) も Zorggroep と称するものが多いことから、本稿では慢性疾患のための多主体・多職種ケアグループをケア (連携) グループと呼ぶこととする (以下同様)。

的・一般サービスの利用可能性といった項目について審査し、全国共通の評価基準に基づきニーズアセスメントをおこなう⁷⁴。

AWBZ の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⁷⁵ (Begeleiding)、④リハビリテーション等の治療 (Behandeling)、⑤短期入所⁷⁶ (Kortdurend Verblijf)、⑥ケア付き滞在 (zorg met Verblijf) である。③④は1対1のものとグループで行われるものがある。

我が国における要介護度認定とは異なり、CIZ は、要請される具体的な機能の種類と週当たりの時間や回数等⁷⁷を判定する。利用者ごとに機能別の時間・回数を組み合わせる「個別仕立てのケア (zorg op maat)」が目指されている。2003年以降、在宅・通所・入所といった提供(事業)者の種別や形態、看護介護・障害・精神保健といった領域を問わず、「機能」に着目した判定となっていることに特徴がある(第4章第1節2(7)参照)。支払は原則として機能の種類と量によって決まる出来高払いである⁷⁸。

特別な住まいにおける常時の見守りやケアが必要 (zorg met Verblijf) と判定されると、ケア強度パッケージ (Zorgzwaartepakket、ZZP) が適用される。住まいの種類と必要な援助(介護・看護・ガイダンス・その他のサポート)の種類・週当たりの時間が定義づけられており、主に高齢者に関連する看護・介護領域については10種類のパッケージがあり、パッケージに応じて最高補償額が定められている⁷⁹。上記の機能アプローチにより、ケア付き滞在の判定は必ずしもナーシングホームやケアホーム入所を意味するものではなく、ZZPのパッケージで決められた最高補償額の範囲内で、自宅や多様な高齢者住宅でケアを受けることもできる⁸⁰。

高齢者の施設・住まいについてみると、24時間の看護・介護体制を必要とする慢性疾患患者や重度の身体・精神障害者を対象とする医療施設と位置づけられるナーシングホーム (Verpleeghuis)、常時の見守りが必要だがケアニーズは比較的高くない者を対象とするケアホーム (Verzorgingshuis)⁸¹が古くから発達している。ナーシングホームは24

⁷⁴ 近年さまざまな観点からケア判定手続きの効率化が進められている(第4章第1節2(7)(8)参照)。

⁷⁵ 社会的スキル・心理的機能・記憶・行動上の問題や障害を抱える者への日常生活スキルの援助や事務処理等の援助。Wmoへの移行が予定されている(第4章第1節2(7)参照)。

⁷⁶ 週3日まで。

⁷⁷ 1週間合計の時間・回数の上限が階級で示される。例えば身体介護では、クラス1(0~1.9時間/週)からクラス8(20~24.9時間/週)の範囲となり、1回の提供あたりの時間は問わない。

⁷⁸ ただし、ケアオフィスはケア提供事業者とサービスの価格・品質について交渉し、選択的契約を結ぶことができる。なお、政府は成果に基づく支払への移行を表明しており [Ministerie van VWS (2011a)]、包括払いに関する実験的プロジェクト等もすすめられている(保健福祉スポーツ省におけるインタビューに基づく)。

⁷⁹ <http://zorgzwaarte-pakket.nl/> (2012年2月10日最終確認)。同じパッケージでもリハビリテーション等の治療の有無によって補償額が異なる。他に身体障害、精神保健領域のパッケージがある。なお、住まいと組み合わせられたケアの判定を受けても自宅で暮らし続けることもできる。

⁸⁰ 以上はCIZ(2012)及びCIZにおけるインタビューに基づく。

⁸¹ 高齢者ホーム法(1963)に基づく。

時間体制の看護・介護、リハビリ、ナーシングホーム医による診療と家事援助・生活支援を、ケアホームは介護と家事援助・生活支援を中心に援助を提供し（診療は家庭医）、いずれも原則として居住費・ケアサービス費ともに AWBZ がカバーする⁸²。入居者はナーシングホームが約 10 万人、ケアホームが約 6.5 万人であり、合計すると 65 歳以上人口の約 6% を占める（2008 年）。この割合は低下傾向にあるが、入居者が必要とするケアの量は増加してきている〔De Klerk（2011）〕。なお、ともに地域に暮らす者へのサービス提供も行っている。

また、1980 年代から、高齢者に配慮した住環境と必要に応じた敷地内外からの外付けケア・サービスを組み合わせて提供するさまざまな高齢者住宅が発達しており、55 歳以上で高齢者住宅に住む人の数は約 12.9 万人である（2006 年）〔Van Campen ed.（2008）〕。近年、とくに認知症の人のための小規模グループホーム（kleinschalige woongroepen）の整備が急速に進められてきた（第 4 章第 2 節 6 参照）。

（2）給付の方式

サービスの給付は現物給付が中心だが、1995 年の個別ケア予算（Persoonsgebonden budget、PGB）の導入により、リハビリテーション等の治療以外については現金給付も選択できるようになった⁸³。

現金給付を選択すると、認定された機能の種類と時間に基づく現物給付にかかる費用の 25% 減の金額が要介護者に支給される。PGB 利用者は、さまざまなケア・サポート事業者、家族や友人、近隣住民等のなかで担い手を自由に組み合わせ、受けた現金給付を支払に充てることができる（第 6 章第 1 節参照）。PGB 利用者のメンバー組織である Per Saldo が政府からの助成を受け、利用者に対して関連制度や現金給付の仕組み、サービス購入にあたっての情報提供や助言を行っている。

（3）利用状況⁸⁴

AWBZ の利用者は開始当初約 5.5 万人であったが、2008 年には約 58.8 万人（総人口の 3.6%⁸⁵）にのぼった。うち高齢者が約 39.1 万人を占め、障害者が約 11.3 万人、精神疾患患者が約 8.4 万人である。

総費用は、10 億ユーロ未満から 234 億ユーロ（2009 年）にまで拡大している。費用の内訳は、看護・介護サービスが 54%、障害者ケアが 27%、精神保健が 7%、その他のケ

⁸² 2014 年より ZZP 1・2（ケア・サポートのニーズが低い層）から順に居住費と介護費の分離を進めるべくさまざまな準備が進められている〔Ministerie van VWS（2011a）〕（第 4 章第 1 節 2（8）参照）。

⁸³ 2012 年から給付対象が制限される（第 4 章第 1 節 2（8））。

⁸⁴ Ministry of Health, Welfare and Sport（2009）、<http://www.cvz.nl/zorgcijfers/awbz-lasten/awbz-lasten.html>（2012 年 2 月 10 日最終確認）による。一部資料に基づき筆者計算。

⁸⁵ 総人口に占める長期ケアサービス利用者の割合は、OECD 平均で 2.3%、日本は 2.7%〔Colombo et al.（2011）〕。

アが 1%、PGB 補助金が 8%、その他の費用が 3%となっている。

給付の方式をみると、利用者全体では現物給付のみが約 50.0 万人、現金給付のみが約 7.1 万人、併用が約 1.8 万人（2008 年）である。

3 社会支援法（Wmo）⁸⁶

2007 年に社会福祉法（法：Welzijnswet）と障害者サービス法（法：WVG）、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法が施行された。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（gemeente）レベルで、その責任において住民ニーズに即した社会的支援を展開することとなった（第 4 章第 3 節参照）。

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、さしあたって長期ケアを必要とする人々に関連が深いサービスをみると、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。サービスの給付は現物給付が中心だが、現金給付も選択できる。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。

各自治体の社会支援窓口（Wmo-loket）で給付申請を受け付け、アセスメントは各自治体の基準によって行うことになっており、その体制は、CIZ や他の評価機関と共同、自治体単独、CIZ 等に完全に委託とさまざまである〔Van Houten et al.（2008）〕。

財源は税が中心であり、家事援助については毎年政府が SCP（社会文化計画局）の試算等に基づくアドバイスを受けて総額を決定し、余剰が出れば他の用途に使うことができる予算として地方自治体基金（gemeentefonds）経由で各自治体に配分する〔Mot（2010）〕。利用には各自治体が定めた自己負担が必要となる。

4 公衆衛生法（Wpg）

公衆衛生は 19 世紀から地域で取り組まれ、早くから自治体の役割が明確化されてきたが（第 4 章第 3 節）、近年 WHO の感染症対策にかかる国際保健規則改定に対応するとともに、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関連する 3 法を統合し、公衆衛生法が制定された（法：Wet publieke gezondheid、2008 年）。

地方自治体における保健センター（GGD）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を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情報や助言の提供、健康状態の変化のモニタリング、疾

⁸⁶ <http://www.invoeringwmo.nl/content/wmo-algemeen>（2012 年 3 月 10 日最終確認）、保健福祉スポーツ省及び自治体におけるインタビュー、金井（2009）に基づく。

病予防・早期発見、ケアニーズの評価に努めること、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。

第2節 ケア従事者の現状

次に、ケア従事者の数や属性等をみておこう。第2章第1節で触れたようにケア提供主体はフォーマル／インフォーマル、有償／無償といった二分法を超えて多様化しており、オランダでも同様の傾向があるが（第6章第1節参照）、ここではひとまずケアワーカーとインフォーマルケア提供者として整理する。なお、ケア従事者をめぐる諸統計は、射程や定義が異なることから数値にばらつきがある場合があることをことわっておく。

1 ケアワーカー

（1）セクター別・職種別労働者数

ケアセクター全体の労働者数をセクター別にみると（2009年）、アカデミック病院 6.4万人（常勤換算 5.1万人）、それ以外の病院 20.7万人（同 14.1万人）、精神保健機関 8.4万人（同 6.3万人）、障害者ケア 15.9万人（同 9.9万人）、長期ケア 42.7万人（同 24.7万人）、小児ケア 8.0万人（同 4.5万人）、青少年ケア 3.1万人（同 2.4万人）、社会福祉 7.0万人（同 4.7万人）等となり、ヘルスケア・ソーシャルケアセクターで働く労働者を合計すると 126.2万人（同 83.8万人）にのぼる〔AZW（2011）〕。

次に、ヘルスケアセクターについて主な職種別労働者数をみると⁸⁷、看護・介護職が 49.5万人と多くを占め、医師のうち家庭医 0.9万人、専門医 1.5万人、公衆衛生医 0.4万人、ナーシングホーム医 0.1万人、歯科医 0.8万人等、薬剤師 0.3万人、助産師 0.2万人、リハビリ専門職のうち理学療法士 1.8万人、作業療法士 0.3万人、言語聴覚士 0.5万人、栄養士 0.3万人、歯科衛生士 0.2万人等となっている〔Schäfer et al.（2010）〕。

ここでオランダと日本の医療関連指標を比較すると（図表補I-2）、人口千人に対する医師数や看護師数はあまり差がみられない。他方、病院病床数や平均在院日数をみると、オランダは日本の3分の1程度となる。医療ニーズの大部分を占めるプライマリ・ケアと高度医療を担う病院との役割分担が明確で、人口百万人当たりの病院数はオランダ 16.6 に対し、日本は 68.2 であり〔澤（2012）〕、オランダの医師・看護師は、日本と比べ（病院ではなく）地域で活躍している割合が高いことがうかがえる。

⁸⁷ 職種によりデータの時点が異なる（2005年～2007年の間）。

図表補 I - 2 オランダと日本の医療関連基礎指標

	オランダ	日本
医師数（人口千対） ¹⁾	3.0	2.2
看護師数（〃） ¹⁾	11.8	10.0
病院病床数（〃）	4.7	13.4
急性期病床数（〃）	3.3	8.0
精神科病床数（〃）	1.4	2.7
平均在院日数（急性期）	5.3	17.9
MRI 保有台数（人口百万対）	12.9	46.9
CT 〃	12.5	101.3
1人あたり外来受診（回/年）	6.6	13.1
総保健医療支出対 GDP 比（%） ²⁾	11.9	9.6
〃 に占める公的支出（%） ²⁾	85.6	82.1
〃 自己負担（%） ²⁾	6.0	14.4
〃 医薬品等（%） ²⁾	9.4	20.3

出所：OECD Health Data2013、OECD.Stat（2014年5月11日最終確認）。

注1：オランダの医師・看護師には医療セクターでマネジメント・教育・研究に従事する者を含む。

注2：総保健医療支出は、オランダは長期ケア（AWBZ）の費用をすべて含み、日本については一部しか含まれないなど、含まれる費用が異なることに留意が必要である。

（2）長期ケアセクターにおける労働実態

長期ケアセクター（VV&T⁸⁸）における労働者⁸⁹をとりあげ、その属性や労働時間をみると、女性が91.8%、平均年齢は42歳で50歳以上の割合が31.0%、週当たりの平均労働時間は19.5時間である〔Van der Windt et al. (2009a)〕。働き方については、期間の定めのない雇用が82.5%にのぼるが、オンコール（7.3%）、有期雇用（5.6%）、資格を持たず利用者に直接契約してケアを提供する Alpha-hulp と呼ばれる形態（3.6%）等、多様な形態が認められる〔Van der Windt et al. (2009b)〕。なお、常勤換算1人あたりの長期ケアサービス利用者数は、在宅ケアで14.5人（日本は4.7人）、施設等で2.4人（日本は2.2人）である〔Colombo et al. (2011)〕。

労働条件や処遇に関しては、賃金のみならず労働時間、休暇、教育訓練、労働安全衛生、福利厚生等を含め、長期ケアセクターの団体協約⁹⁰において詳細に規定されている〔Actiz et al. (2011)〕。このうち賃金についてみると、第IV節に示す職業資格等に基づく

⁸⁸ ナーシングホーム、ケアホーム、在宅ケアの頭文字。

⁸⁹ データにはごく一部助産ケアが含まれる。保有資格別割合は第5章第2節2参照。

⁹⁰ オランダの労組の組織率は22%程度に過ぎないが、大半の企業が労働協約締結に参加し、労働法制上産業別の労使間で締結される労働協約が社会問題相の出す一般的拘束宣言を通じて当該業種に一律適用されることができると、結果的にオランダの労働者の約8割は労働協約の適用下にある〔水島(2012)〕。

機能と経験年数の組みあわせによって定められており、従事者の半数を占めるケアワーカー資格（レベル3、第IV節2参照）保有者の場合、おおむね月給で1,764ユーロ～2,426ユーロ、時間給で11.3ユーロ～15.5ユーロの範囲となる（2011年）。なお、参考までに2009年のオランダ全労働者の平均年収は30,700ユーロ（常勤者のみの平均年収は44,100ユーロ）である〔CBS（2011）〕。

離職率は13.6%、長期ケアセクターからの退出率は6.0%とされる〔Van der Windt et al.（2009a）〕（2008年）。

2 インフォーマルケア提供者

1970年代から、家族だけでなく隣人・友人などインフォーマルで「暖かいマントのようなケア（Mantelzorg）」は、オランダ福祉国家のひとつの柱である見えない・聞こえない・気づかれない介護基盤として認識されてきたといわれる〔Van der Lyke（2000）〕。

インフォーマルケアの提供者数は、その定義により大きく異なる。ここではまず定義を明記した文献のなかから Oudijk et al.（2010）をとりあげ、インフォーマルケア提供者の現状をみる。

このレポートでは、インフォーマルケアを「ケアの受け手の近い者から提供されるケア」とし、ケアする人とされる人の関係に基づき家族、親族、友人、知人、近隣、同僚等から提供されるケア（専門職や組織化されたボランティアからのケアや支援は除く）であり、終末期を含み健康上の問題や障害をかかえる人に対する支援、家事援助も身体介護も含むものと定義したうえで、その実態を整理している。2008年の状況をみると、18歳以上のインフォーマルケア提供者は350万人、うち週に8時間以上かつ／もしくは3ヵ月以上にわたってケアに携わる者が260万人であり、18歳以上人口の約20%を占める。45万人以上がケア提供による強い負担を感じている。

（支援施策上重要な対象として）週に8時間以上かつ／もしくは3ヵ月以上にわたってケアに携わる260万人の属性をみると、約6割が女性、45歳～65歳の者が約半数にのぼる。対象は親が40%、配偶者（パートナー）が18%、子が11%、その他の親族が15%、友人・知人・近隣・同僚等が16%となっている。週1時間以上有給の仕事に就く者の割合は男性で80%、女性で66%であり、いずれも全人口に占める割合をわずかに下回る。

次に、OECD 諸国⁹¹におけるインフォーマルケア提供者の状況について、定義が各国異なる前提のうえで比較を試みた Colombo et al.（2011）により、オランダの特徴をみる。50歳以上人口のうちADL（Activities of Daily Living、食事・排泄・更衣・移動・入浴等の日常生活動作）の支援を提供する者の割合は8.0%（スウェーデン）～16.2%（イタリア）と幅があり、オランダは11.4%である。IADL（Instrumental Activity of Daily Living、

⁹¹ データ入手可能な国、日本はデータなし。

家事全般・金銭管理・服薬管理・電話・交通機関の利用等の集団的日常生活動作)の支援を提供する者の割合は3分の1近くにのぼる。公的介護保険がある国でその割合が高い傾向があり、オランダは34.1%である。ただし週当たりのケア提供時間をみると、10時間未満の者の割合がOECD17カ国平均では約半数であるのに対し、デンマーク、スイス、スウェーデンは7割を超え、オランダも6割以上であり、長時間ケアに携わる者は相対的にみると少ない。

欧州諸国における比較研究によれば、オランダはフォーマルな長期ケアサービスが発達し、重介護は専門職が担っていることから、潜在的なインフォーマル介護力は最も潤沢だが、実際に使われている度合いは最低レベルに位置づけられる。なお、ひとり暮らしの親が自立して生活できなくなったときに「家族が介護すべき」との回答(他の選択肢は「在宅ケアを呼ぶ」「ナーシングホームに入居させる」)は2割程度と北欧諸国同様極めて低い水準にある〔Pommer et al. (2007)〕。

第Ⅱ部 オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策

第4章 ケア提供体制の変遷－統合ケアの観点から

本章では、はじめに福祉国家、そのなかでケア提供体制及び関連政策に焦点を絞って歴史を概観したうえで、オランダにおける統合ケアのモデルについて、国際比較で用いられているカテゴリーに基づいて検討を加える。諸外国において統合ケアは地域をベースとするという考え方が基本となりつつあること、「地域を基盤とするケア」は統合ケアとともに我が国における地域包括ケアに含まれるコンセプトとされることから、次に自治体と統合ケアの関係を整理する。さらに、統合ケアの目的がサービスのアクセスと質、効率性の改善であることを踏まえ、特にサービスの品質管理にかかる取組みを把握する。

なお、時系列で全体の流れをみたあと、体制、地域、質の面から再構成している都合上、必然的に記述に重複がうまれることをことわっておく。できる限り参照箇所を明記して前後との関係性を示すとともに、年表（図表2-2）では、ケア提供体制と関連する制度、ステークホルダーの動向について、矢印を用いて主要な傾向と特徴が把握できるよう工夫した。

第1節 歴史の概観

まず、福祉国家の変化について大きな流れをとらえたのち、とくに高齢者の長期ケアを念頭に置きながら、ケア提供体制、関連制度の変遷を時系列で概観する⁹²。

1 福祉国家の発達と変化⁹³

オランダの現代福祉国家は19世紀末にその萌芽があるといわれる。ドイツでビスマルクによって整備された諸制度を参考に、1901年に労働者災害保険法（法：Ongevallenwet）が最初の社会保険として施行され、1940年頃までに相次いで被用者保険が創設された。

第二次大戦後、イギリスのベヴァリッジ報告の影響を受け、被用者のみならず全住民を対象として国家責任において社会保障制度を構築するという青写真を描いたファン・ライン委員会報告が出されると（1945年）、急速に社会保障制度の整備がはかれる。

とりわけ、戦後成立したネオ・コーポラティズム⁹⁴と呼ばれる政府・労働組合・雇用者団体の三者協調にもとづく社会経済政策決定システムが円滑に機能したことも背景にして、1960年代には諸制度が高度な発達を見せ、1960年代から1970年代にかけては、政府の強力な支援を受けた民間非営利の住宅協会（もしくは財団⁹⁵、以下「住宅協会」）

⁹² オランダにおける高齢者ケアの制度枠組みの検討にあたっては、住宅政策とヘルスケア、社会的ケア政策の相互関係をみる必要があるといわれる〔De Boer（1999）〕。

⁹³ 特記がなければ De Gier et al. eds.（2004）、Van Oorschot（2006）、Visser and Hemerijck（1997）、長坂（2000）、水島（2001、2003、2005、2012）に基づく。

⁹⁴ ネオ・コーポラティズムの成立とその背景については水島（2001）を参照のこと。

⁹⁵ 20世紀初頭には組合、協同組合、有限会社等さまざまな形態が存在したが、今日は協会と財団の2つに集約されている〔Ouweland and Van Daalen（2002）〕。

と地方自治体住宅公社により、大量に社会住宅の建設も行われた〔Ouweland and Van Daalen (2002)〕(本章第2節6参照)。

拡大したオランダ福祉国家の特徴は、分権性と受動性にあるとされる〔水島(2003)〕。19世紀末以降、教育の世俗化政策に対する反対運動をきっかけとして、カトリック・カルヴァン派・自由主義・社会主義の4つの宗派・イデオロギー別に政党、労働組合、雇員者団体、農民団体、教育、メディア、福祉、医療、住宅協会等の各種団体を包摂し、系列組織化を進めた⁹⁶。この系列組織の強固なネットワークは「柱(zuil)」と呼ばれ、各種審議会への参加等をつうじ、1970年代に至るまでのオランダ政治社会に大きな影響を及ぼしてきた。1918年以降70余年にわたって政権の中軸を担ってきたキリスト教民主主義政党のイデオロギーの基盤は、下位集団の自治・自立を重視し、国家の関与の限定を説く補完性原理(カトリック)、領域主権論(カルヴァン派)にあり、被用者保険は産業別の労使自治に基づいて運営され、救貧、福祉、医療、教育等の諸分野で、宗派系の団体を中心とした民間非営利組織が実施主体となってきた(分権性)。また、男性稼得者への所得保障を重視するが、就労義務づけには関心が薄く、職業教育訓練や就労支援も未発達という寛大な制度が構築されていた(受動性)。

この特徴は、オイルショックを経て経済情勢が悪化した1970年代後半以降のオランダ福祉国家に大きな困難をもたらした(オランダ病)、「連帯」を理念とする福祉国家の拡大は1980年代で終焉を迎え、社会保障の焦点は「福祉から就労へ」と転換し、就労を通じた社会への「参加」⁹⁷と「自己責任」を重視する改革が重ねられる。

1982年には経済構造改革を目指し賃金抑制と労働時間短縮等を柱とする「ワッセナー合意」と呼ばれる包括的な政労使協定が結ばれ⁹⁸、3次にわたるルベルス政権(1982年～1994年、1次2次はキリスト教民主アピール・自由民主人民党、3次はキリスト教民主アピール・労働党)は、福祉制度にかかるさまざまな改革に着手する。キリスト教民主主義政党が76年ぶりに下野し、1994年にコック政権(～2002年、労働党・自由民主人民党・民主66からなる「紫連合政権」)が成立すると、①分権的被用者保険制度の抜本的改正、②福祉給付の申請と職業紹介を統合してワンストップで扱う雇用・所得セン

⁹⁶ 「多極共存デモクラシー」という概念を提出した Lijphart は、「柱」相互の「内線一步手前」の状況で政治的安定が実現したのは、それぞれの「柱」に存在してきた卓越した政治エリート相互の妥協と合意(大連合政権・争点の非政治化等)によるところが大きいと指摘している〔Lijphart (1968)〕。ただしこの議論にはさまざまな疑問も呈されている〔水島(1993)等〕。

⁹⁷ 水島(2012)は、「参加」を重視して、より多くの人々を労働市場に「包摂」し、福祉国家の持続可能性を高めることは、シティズンシップ概念の変質と不可分であり、就労をはじめとする社会参加の見込みが低い移民やマイノリティは入国段階から(「包摂しがたい存在」として)「排除」が進められつつあること、(以下に示すような)労働者本位の改革の恩恵を蒙るには労働市場への「参加」が前提になっていることを指摘する。

⁹⁸ 機動的なネオ・コーポラティズムの復活をつうじた労働市場改革の推進〔Visser and Hemerijck (1997)〕は、「オランダ・モデル」もしくは「ポルダー・モデル」として知られる。なお長坂(2000)は、マクロレベルのみならずメゾレベルの政府-団体間の協調関係を含めて「オランダ・モデル」と呼んでいる。

ター（CWI）の設立等による福祉と雇用の連動、③生涯教育の推進と資格と連動した職業教育訓練制度の充実（第5章第1節参照）といった、いわゆるワークフェア改革が進められた。

オランダの福祉・雇用改革においては、就労強化策と並行して、就労形態の多様化、労働市場の柔軟化⁹⁹を通じた就労促進策がとられ、このことが女性や高齢者の就労促進に大きな意味を持ってきた。

伝統的に、オランダではキリスト教的社会観を背景として男性稼得者モデルが支配的で、男性がフルタイムで働き女性は家事やケアを担うものとされ、1980年代までの女性の就業率は他の欧州諸国や日本と比較しても極めて低かった。1960年代以降の社会意識の変化、企業におけるパートタイム労働需要の増加を受け、70年代後半に女性解放と失業抑制への期待から政府もパートタイム労働を促進するようになり、ワッセナー合意で弾みがついた。

政府は1995年に、パートタイム労働をベースとして性別役割分担を見直し、個々の事情に応じた幅広い働き方の実現を重視する「コンビネーション・シナリオ」を提唱する。これは、いまだ実現していないが（第6章第2節2参照）、男女とも最大週32時間働き（2人で1.5人分）、家庭内で家事や育児等を分担、ケアの一部を外部化（社会化）するという考え方である。1990年代はパートタイム労働者や派遣労働者の保護規定の大幅な拡充がはかられただけでなく、就労とケアの組み合わせが福祉国家の新たな政策領域となった。

1996年には賃金・手当・福利厚生・教育訓練等労働条件のすべてにわたって労働時間による差別が禁止され（労働時間差別禁止法）、2000年には労働時間調整法により、労働者は時間当たり賃金を維持したまま労働時間を自ら短縮・延長する権利を認められた。派遣労働者についても1999年のフレキシキュリティ法による地位強化がはかられた。

就労とケアに関しては、労働時間調整法により育児や介護を含め、ライフスタイルに応じた労働時間選択を可能にしたことに加え、就労とケアに関する法律（法：Wet Arbeid en Zorg、2001年）により多様な休暇を導入（第6章第3節2参照）することで、ケアする権利の保障を充実させた。他方、1990年代以降整備が遅れていた保育サービスに補助金を集中的に投入し、保育法（2004年）以降は補助を利用者に対して行うことによって、市場原理をつうじた保育サービスの拡充をはかっている¹⁰⁰。

⁹⁹ オランダにおけるフレキシキュリティ政策（失業者への所得保障政策、生涯教育政策、積極的労働市場政策、労働法政策）、EUにおけるフレキシキュリティ政策採用に至る経緯と現状については、柳沢（2009）、廣瀬（2011）を参照のこと。労働時間と就業場所の柔軟性に注目したワーク・ライフ・バランスに関するオランダの特徴については権丈（2011）に詳しい。

¹⁰⁰ ただし、公的保育サービスは不足しており、親や祖父母等の他、民間の子守等が増えているとされ〔Portegijs et al.（2002）〕、いまだ母親による家庭内育児が中心となる。これを踏まえると、労働時間調整法は、公的育児が不足するなか、労働者の自己責任による子育てを奨励しているとみる解釈も可能である〔水島（2012）〕。

高齢者の就業についてみると、従来手厚い社会保障制度により早期退職が促され、特にワッセナー合意以降、若年労働者の失業改善に向けて奨励されてきたが、1980年代後半より早期引退からフレックス引退への政策転換が進められ、2000年には継続雇用促進、高齢者の失業保険受給削減と段階的廃止等を含むアクティブ・エイジングのための総合的な施策が導入された〔De Vroom and Guillemard (2002)〕。

さて、ケアセクターにおける福祉国家の変容は、医療費の増加を背景とした70年代から80年代にかけての公的介入強化への舵切りが端緒となる。脱病院化に次ぎ、脱施設化を進め、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの機能分業をはかり、地域医療・予防を強調するようになったのも70年代のことである(2(4)参照)。その後、80年代後半に市場志向型のラディカルな改革案(デッカープラン)が出されると、管理競争へと大きく転換し、約20年にわたる紆余曲折を経て2006年の医療保険制度改革へと結実する(本章2(5)参照)。

長期ケアについては管理競争の導入は見送られたものの、「代替(substitutie)」、「個別仕立てのケア(zorg op maat)」、「現代化(modernisering)」という名のもとで地域における質の高いケアの効率的な提供に向けた努力が重ねられるとともに(ケアの統合)、1980年代後半には高齢者の在宅ケアにおいて民間営利組織の参入を認めるなど¹⁰¹、90年代以降さまざまな規制緩和が進んでいる(2(4)以降参照)。

増大する医療、介護・福祉支出への対応が大きな課題となるなか、ケアセクター全体として、自己責任とインフォーマルケアの強化、分権化が改革の共通する目的となる。1980年代以降、キリスト教民主主義政党は「福祉国家(verzorgingsstaat)」から「福祉社会(verzorgingsmaatschappij)」へのシフトを強調するようになったが、これが、政権交代後も現在に至るまで一連の改革の概念的背景といわれる〔Da Roit (2010)〕。

なお、オランダでは、マクロレベルでの政労使の協調体制(ネオ・コーポラティズム)のみならず、福祉・医療・教育等の政策領域ごとに各種中間団体が政策形成に包摂されるメゾ・コーポラティズムの発展がみられたといわれる〔Van Waarden (1989)、Frouws (1993)、Van Munster et al. (1996)〕。その最も主要な方法は審議会への参加であるが、1990年代に「粘着的国家」批判の高まり等を受け、政策の機動性を重視するさまざまな改革が行われ、審議会制度も大幅な改革がはかられた。他方、多様な利害関係者に開かれたガバナンスを保証し、義務づける行政法上の発展もみられる〔水島(2005、2012)〕。

こうしたなか、とくにケアセクターにおいては現在も民間非営利組織が単独あるいは

¹⁰¹ ただし、80年代から90年代にかけての在宅ケアへの市場原理の導入は、費用対効果、組織効率の向上、自由競争の実現のいずれの目的からみても失敗に終わったとの批判的見解〔Knijn (1998)〕が少なくない。なお、現在もヘルスケア・ソーシャルケアセクターの主要な提供主体は民間非営利組織である。オランダの福祉セクターにおける「民間」の役割については廣瀬(1998)を参照のこと。

さまざまな理念や目的を共有するイニシアティブに基づき専門サービス及び地域における生活支援サービス提供主体として重要な役割を担っていることに加え、とりわけ 1980 年代以降、高齢者・障害者団体、利用者・患者団体、介護者やボランティア団体、専門職団体等さまざまな非営利組織¹⁰²が発展を遂げ、こうした諸団体が、審議会への参加のみならず、広くロビー活動やアドボカシー機能を発揮し、多様な形で政策形成に参画している（本章、第 5 章第 2 節 1、第 6 章第 3 節参照）。

2 ケア提供体制及び関連政策の変遷¹⁰³

（1）中世

6 世紀にイタリアで修道院を建設した聖ベネディクトゥスが編纂し、ながく西方教会唯一の修道会規律となったベネディクト戒律には、修道士の勤めとしてケアや救貧が含まれている。オランダでも病者・高齢者等への居場所、食事や身の回りの世話、治療や看病の提供といったケア・救貧のほとんどが、伝統的に宗教的基盤を背景とした組織によって担われ、とりわけ 13 世紀以降、修道院に付設する救貧院、ゲストハウス等と呼ばれるさまざまなシェルター施設（寡婦、収入のない高齢者や障害者、孤児等の生活の場、疫病者の手当て、ホスピス等¹⁰⁴）が発達をみせた。

（2）近代以降

17～18 世紀にはギルドにより、19 世紀になると慈善団体（教会）、医師、薬剤師、労働組合等によりさまざまな互助的な基金が創設され、疾病・失業等の健康・社会上のリスクをカバーするようになる。1854 年に救貧法が制定されても、前述の「柱状社会」〔Lijphart (1968)〕が形成されるなか、実際のケアを担っていたのは引き続き宗派別民間非営利組織であった¹⁰⁵〔Wiegman (1996)〕。

オランダは 1648 年に独立したが、この時期の欧州諸国が絶対主義国家化を進めたのとは対照的に、君主を置かず、強力な常備軍や官僚制度を持たない分権的な共和政体を採

¹⁰² 政府のパートナーとしてのオランダの NGO については長坂 (2000)、オランダの NPO セクターの規模や法的枠組みについては長坂 (2003) を参照のこと。ジョンズ・ホプキンス大学の 35 カ国における NPO セクターの国際比較プロジェクトによれば、NPO セクターにおける雇用者比率はオランダが最も大きく 14.4%にのぼる。日本は 4.2%にとどまり、35 カ国平均 4.4%を下回る〔Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project〕。

¹⁰³ 主に Da Roit (2010)、De Boer (1999)、Jamin (1999)、Knijn (1998、2001)、Schäfer et al. (2010)、Van den Heuvel (1997) 及び保健福祉スポーツ省、公衆衛生ヘルスケア審議会におけるインタビュー、両者から提供された政策文書、諮問・報告等の資料に基づく。また <http://www.canonsociaalwerk.eu/nl/index.php> (2012 年 3 月 10 日最終確認) も参考にしている。

¹⁰⁴ 例示はアムステルダム市、アムスフォート市、ユトレヒト市内の救貧院(Hofje)・ゲストハウス(Gasthuis)を起源とする施設訪問に基づく。こうした施設は現在も主に高齢者の生活の場となっているところが少なくない。

¹⁰⁵ 例えば病院についてみると、小さなコテージホスピタル、公的病院、概ね宗教基盤の非営利病院の 3 種から構成されていたが、特にカトリック系を中心として宗教基盤の非営利病院が大きく発展し、1924 年には公的病院 40 に対して宗教基盤の非営利病院が 221 存在していた〔Jeurissen (2010)〕。

用した。このことは、市民社会のさまざまなアクターが公的な役割を積極的に担ってきたことに影響を及ぼしているとされる¹⁰⁶〔水島（2005、2012）〕。

（3）第二次大戦後～1960年代

第二次大戦後1960年代にかけて、高齢者の暮らしを支える諸制度を含む社会保障制度の整備がはかられた。まず取り組まれたのは、退職後のお金（一般老齢年金法）と住まいの確保である。さらに、第二次大戦中に公布され、社会保険に基づく医療保険制度の端緒となった疾病金庫令（Ziekenfondsenbesluit、1941年）が拡大して1964年に短期医療をカバーする疾病金庫法（法：Ziekenfondswet、ZFW）が制定され、長期ケア保障に向けた特別医療費補償法（AWBZ）が1968年から施行された。細分化された任意の互助的な基金による補償は、こうして徐々に強制的な国家の枠組みに置き換えられていく。

住まいについては、特に深刻な住宅不足に見舞われた戦後、政府や民間救貧組織が退職者向けの集合住宅¹⁰⁷の建設を推進した。急速に整備された高齢者ホーム（bejaardenoord）には住まい・ケアともに貧弱なところも少なくなく、1963年に品質管理と監査、財政支援を受けられる基準等を規定する高齢者ホーム法（法：Wet op de bejaardenorden、WBO）が制定される。その後、高齢者ホームは1970年代にケアを必要とする人の住まい（ケアホーム）へと位置づけが変えて発展し、入居者の高齢化や介護ニーズの高まりを受け、1997年以降AWBZの給付対象となる施設とされた。

もともと長期ケアを必要とする者の施設としては、20世紀初頭よりナーシングホームの開設が始まっていたが、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〔Da Roit（2010）〕、慢性疾患患者の受け皿として、その数が急増する。1968年にはナーシングホームにおける長期ケアにかかる例外的な医療費が、AWBZによってカバーされるようになった。こうしてオランダは、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¹⁰⁸〔OECD（1996a、1996b）〕。

前述のように60年代に拡大したオランダ福祉国家の特徴のひとつは分権性であり、ナーシングホームやケアホームについても、国家の役割は原則として財政支援と執行の監督に限定され、宗教・宗派別民間非営利組織が実施・運営主体となっていた。住宅供給においても国家財源に基づき民間非営利の住宅協会が建設・運営するという形が主流であった〔De Boer（1999）〕。

宗派別民間非営利組織が担い手となっていたのは地域ケアにおいても共通である¹⁰⁹。

¹⁰⁶ 17世紀オランダのように経済的に圧倒的優位にたつ覇権国家では、国家は民間の経済活動に適した条件整備を行えばよく、集権的な国家機構構築の必要性がなかったとの論もある〔Wallerstein（1980）〕。オランダの中間団体のあり方については〔Van der Ploeg and Sap eds.（1995）〕を参照のこと。

¹⁰⁷ 若夫婦と子が自分の家に住めるよう、高齢者の生活の場を新たに確保するという発想であったとされる〔Van den Heuvel（1997）〕。

¹⁰⁸ ただしこれは慢性疾患患者の脱病院化の結果という面もあることに留意する必要がある。

¹⁰⁹ ヘルスサービスとソーシャルサービスは多くの異なる組織から提供されていたため、1960年代後半以

高齢者ホームの供給が需要に追いつかず、待機リストが拡大するにつれ、地域ケアに対するニーズが急増した。これを受け、戦後、全国的にローカルな宗派別地域看護組織（クロス組織）、ホームケア¹¹⁰組織が増加し、宗派別に全国団体も設立された〔Knijn (1998)、Van der Boom (2008)〕。

（４）1970年代～

しかし1970年代に入ると、宗教的基盤の弱体化¹¹¹等を背景として、この特徴は方向転換が図られる¹¹²。医療費の増加は、既に慢性疾患患者の病院から施設へのシフトを生み出していたが、とくに70年代に入り経済成長が鈍化すると、1974年に「ヘルスケア構造白書 (Structuurnota Gezondheidszorg)」において、「地域化 (regionalisatie)」と称して、ヘルスケアへの公的介入を強める方向性がうちだされた。地域レベルでの包括的で一貫性のあるヘルスケア提供体制整備に向け、ヘルスケア関連の計画・政策にかかる地方分権化を進めつつ、国・州・地方自治体の各レベルにおいて政府・行政を中心とした意思決定枠組みを整備し、医療費の集権的コントロールを図ろうとするものである〔Van der Grinten and Kasdorp (1999)〕。以後1980年代後半に至るまで、一貫して医療提供主体への規制強化（地域医療計画の策定¹¹³、病院に対する総予算枠制、専門医治療に対する総支出制限等）をつうじて医療費抑制が目指された¹¹⁴。

併せて地域医療・予防を強調し、高度に専門化かつ／もしくは入院・入所によるセカ

降、高齢者に対するヘルスサービスとソーシャルサービスのコーディネートの必要性が政策課題となっていた〔Tester (1996)〕。

¹¹⁰ もともとホームケアは慈善・教会組織による救貧の一環〔Maessen (1989)〕、さらに身体的精神的疾患により家事を担うことができなくなった主婦の仕事を代替あるいは助け、助言を与え、健康な家族生活の維持・再構築を目的として、職業訓練を受けた専門職により提供されるものとの位置づけで発達した〔Neij (1989)〕。高齢者ホームの待機リスト拡大を受け、高齢者・慢性疾患患者もホームケアを利用できることとなり〔De Boer (1999)〕、1955年以降ホームケアの費用は教会（員）ではなく、国の補助金と疾病金庫が賄うこととなった。ホームケア組織は1948年の259から1962年の979へと急増した〔Knijn (1998)〕。

¹¹¹ 柱状社会は宗教の世俗化、都市化の進展等により急速に溶解する。1980年にはカトリック系政党とプロテスタント系政党がキリスト教民主アピール (CDA) として統合し、90年代には労働組合や雇用者団体等の多くが柱を超えて統合されていった〔長坂 (2007)〕。

¹¹² 宗教・宗派別民間非営利組織は、宗派色を失いつつあるなかで機能別専門集団としての性格を強める。政府は、地域ごとに小規模に細分化された組織をより合理的な規模に合併すること、市民に開かれた組織づくり等を提案し、宗派別民間非営利組織は新たな役割を迫られる〔廣瀬 (1992)〕。

¹¹³ 国レベルの医療施設委員会 (CBZ) が人口当たり病床数、専門医数等について、受療率等から求められるニーズ、各医療施設の機能等を基礎情報として、地域の個別条件を勘案したうえでガイドラインを作成している。中央の委員会で作成されたガイドラインをもとに州レベルの委員会において計画を作成し、中央政府と討議したうえで修正加筆し、大臣認可の後、公的なものとして発効する。なお、20世紀前半に医師団体が100床未満では医療の質が保てないと指摘したこと等から病院はもともと大規模化の傾向にあったが、地域医療計画においては250床未満（大都市では450床未満）は効率性の観点から望ましくないとされ、1970年代に小規模病院の閉鎖あるいは合併が相次いだ〔Jeurissen (2010)〕。

¹¹⁴ オランダでは、1で触れたコーポラティズム的政策決定システムにより、急進的な改革案は政治的妥協により修正を加えられ、漸進的に進められることが少なくない〔Van der Grinten and Kasdorp (1999)、Elsinga (1989)〕。Schut (1995) は1974年（ヘルスケア構造白書）、1987年（デッカープラン）の2つの急進的な改革案の導入をめぐる経緯を検討し、コーポラティズム、国家主義 (etatism)、市場メカニズムのよりよいバランスの必要性を提起している。

ンダリ・ケア（病院、ナーシングホーム等）とプライマリ・ケアを分化、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、プライマリ・ケアセンター（本節2（2）参照）整備等をつうじた多職種協働が推進されることとなる。のちにプライマリ・ケア白書（Nota Eerstelijnszorg、1983年）は、プライマリ・ケアの中核領域を家庭医療・地域看護・ホームケア¹¹⁵・ソーシャルワークとし、改めてプライマリ・ケアの一体性を高める必要性を説いた。

長期ケアにおいては、2つの文脈から変化を迫られる。第一に、社会政策上、自己責任と互助を促進することにより、長期ケアにかかるコストを削減する必要性が提起され、福祉国家から福祉社会へのシフトが次第に強調されるようになる¹¹⁶。第二に、障害者団体、のちに高齢者団体が発展をみせ、自立、エンパワーメントと選択の自由を要求し〔Kremer（2006）〕、市民・消費者として発言するようになると、大規模施設への反発の機運が高まった¹¹⁷。80年代頃から「自立」が新世代の高齢者にとっての重要な要素となり〔Ex et al.（2003）〕、「高齢者自身が、どこでどのようなサービスを使い、どのように暮らすかを決めなければならない」ということが、新たな信条となったのである〔Lammers and Driest（2002）〕。

こうして70年代から90年代にかけて、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・患者の自立と選択を保証し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア¹¹⁸（zorg op maat）」が目指されることとなった。ここでいう代替とは、脱施設化（ナーシングホームからケアホームへ、ナーシングホーム・ケアホームから併設の高齢者住宅や地域住民へのサービス提供）のみならず、治療から予防へ、各科専門医から家庭医、医師から看護師やパラメディカル、看護職から介護職へ、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んでいる〔Nies（1992）、Ex et al.（2003）〕。

（5）1980年代～

1980年代には、入所施設から地域（在宅）へ、セルフケアとインフォーマルケアへのシフトを謳う政策文書が相次ぎ¹¹⁹、在宅ケアの量の充実、24時間365日巡回サービスの

¹¹⁵ 地域看護、ホームケア及び助産ケアは、のちに「在宅ケア」としてひとつのドメインとなる（6）。

¹¹⁶ そもそも補完性原理はキリスト教民主主義政党的イデオロギー基盤であり（前述）、ケア提供においては家族、地域社会、国家という責任の優先順位を意味する〔Knijn（1998）〕。

¹¹⁷ 1960年代から、役割・関係・プライバシーと自立の喪失、自己決定能力の剥奪につながるといった大規模高齢者施設の弊害が指摘されるようになっていた〔Townsend（1962）等〕。

¹¹⁸ 「個別仕立て」は供給されるケアが利用者ニーズにあわなければならないことを意味する。高齢者のニーズは複数領域（ケア、住宅、移動等）にわたり、領域を超えた統合が求められることから、「個別仕立てのケア」概念は統合ケアと緊密に関係しているとされる〔Ex et al.（2003）〕。

¹¹⁹ Nota Volksgezondheid bij beperkte middelen（1983年）、Nota Zorg voor ouderen: voorstellen voor opvang ouderen, zoveel mogelijk via thuiszorg（1986年）。

開発、通所機能の整備等を含む地域を基盤とするケアの推進、インフォーマルケアへの働きかけが行われる。

これと並行して、「住まいとケア革新プロジェクト (Innovatieprogramma Wonen en Zorg、IWZ)」等をつうじて施設の近代化（地域への開放）、住まいの質の向上、多様な高齢者住宅の整備がはかられ〔Houben and Van der Voordt (1993)〕、個人家賃補助が導入された（本章第2節6参照）。他方、入所施設は生き残りをかけて合併・大規模化を始める¹²⁰。

「代替」の目的のひとつは、入所施設よりも安くて費用対効果の高いケアの実現であり、施設から在宅への動きが推奨されたにもかかわらず、在宅ケアへの予算も引き締められた¹²¹。これにより、地域看護組織やホームケア組織も運営の効率化を模索して地域レベルで合併を重ねた。ホームケア組織は、予算削減と需要増に対応するため、ホームケア組織と雇用契約を結ばず、利用者と直接契約により週に最大24時間の範囲でケアに従事する無資格の Alpha-hulp という形態を導入せざるを得なくなるなど（1975～）、厳しい環境におかれた〔Knijn (1998)〕。

なお、当初ナーシングホーム等の施設入所や長期の入院にかかる費用をカバーするものとして創設された AWBZ は、脱施設化の流れのなかで、リハビリや地域看護¹²²（1979～）、ホームケア（1989～）等を含め、カバー範囲を拡大した。

さて、1970年代からの公的介入強化による医療費抑制の取組みによって、医療費の対GDP比は8%前後に抑えられてきたが、医療資源配分の非効率化、待機リスト拡大といった問題が引き起こされた。1980年代になると医療サービスへのアクセスを保証しつつ医療機関・保険者の効率的運営促進を目指すための検討が行われ、第2次ルベルス政権のもと1987年に「デッカープラン」と呼ばれる改革案 (Bereidheid tot verandering) が発表される。デッカープランの基本的な考え方は、医療保険を一元化し、全国民共通の基礎医療保険制度を創設するとともに、医療サービスの供給量及び価格に関する70年代以降の直接的な政府の介入から医療保険市場及び医療サービス市場双方における「管理競争¹²³」へと大きく方向転換をはかるものである〔Jeurissen (2010)、佐藤 (2007)〕。

この急進的な市場志向型の改革案は、のちに修正を加えられ（シモンズプラン）、90年代半ばに AWBZ を含む医療保険の一元化は断念されたものの、1980年代後半以降の高齢者の在宅ケアへの市場原理の導入〔Knijn (1998)〕、90年代のヘルスケア分野にお

¹²⁰ 精神障害、身体障害、65歳以上といったターゲットグループに基づくアプローチから機能障害の結果（それぞれが抱える問題）に基づくアプローチへと転換してきたことで、施設間の区別は希薄化していた〔Ex et al. (2003)〕。

¹²¹ 高齢者の志向に応じて適切な高齢者住宅とホームヘルプを提供するには明らかに予算を引き締め過ぎ、代替は不完全であったと分析されている〔De Boer (1999)〕。

¹²² より主体的でアクティブな利用者・患者の増加によって、予防、特に訪問看護と予防、患者教育を担う地域看護の重要性が増したとされる〔Van der Made et al. (1991)〕。

¹²³ 政府は被保険者の利益を代弁するが、個別の医療ニーズに関する情報収集や供給体制へのフィードバックは市場機能（競合する保険者）にゆだね、政府は市場の健全な機能をサポートする。

ける規制緩和（専門職による自己規制の推進）、2000年代のAWBZの機能アプローチへの転換を含む「現代化」、2006年の医療制度改革及び現在に至るまでのさまざまな改革の基盤となっている。

（6）1990年代～

1990年代は、財政上の懸念と利用者のエンパワーメント（あるいは自己責任）を要因とする欧州諸国における高齢者ケア政策の転換期といわれる¹²⁴ [Da Roit (2010)]。

20世紀半ば頃からの世俗化の進展、1955年以降の財源の移行（本章第1節2（3）参照）、1970年代以降の予算削減、市場志向の政策は、地域密着の宗教的基盤を背景とした看護・介護提供のあり方をも大きく変質させた¹²⁵。1990年には地域看護（Nationale Kruisvereniging：全国クロス組織協会）とホームケア（Centrale Raad voor Gezinsverzorging：ホームケア中央協会）、さらに助産ケア¹²⁶の全国団体が統合され（Landelijke Vereniging voor Thuiszorg：全国在宅ケア協会）、オランダは「在宅ケア組織（Thuiszorg）¹²⁷」が訪問看護と訪問介護をひとつのドメインとして提供する欧州でも数少ない国のひとつとなった [Swagerman (1997)]。

統合は在宅ケアの内部に留まらない。1980年代以降、代替政策を推進するなかで、長期ケア提供体制改革への要請が高まり、「高齢者介護の未来（Ouderenzorg met toekomst）」報告は、より個々のニーズにあった地域を基盤としたサービスの提供を可能にする一貫したケアシステム、「住まい」と「ケア」の整備の必要性を提唱する [Commissie Modernisering Ouderenzorg (1994)]。

その後、高齢者ケアにかかわるヘルスケアとソーシャルケアセクターの内部、セクター間での水平的・垂直的統合の動き [Fabricotti (1999)] が加速し、在宅ケアと介護施設、病院、福祉団体等との合併・大規模化、組織間ネットワークの形成等も相次ぐ。保健・医療・介護・福祉・居住サービスの全てを地域レベル、あるいは広域で展開する事業体（Zorggroep）も成長を見せた。

¹²⁴ Da Roit (2010) は、1990年代の欧州諸国における改革を①80年代以降の脱施設化、②ヘルスケアから社会的ケアへのコスト移行（病院→ナーシングホーム→ケアホーム）、③在宅ケアにおけるコスト節減（判定基準の厳格化、自己負担の拡大）、④アウトソーシングと競争原理の導入、⑤さまざまなcash-for-care 枠組みの導入、⑥インフォーマルケアの強調、⑦高齢者ケア政策の地域分権化の7つに特徴づける。

¹²⁵ 従来は住民3,000人あたり常勤換算1人の地域看護師（wijkverpleegkundige）が、家庭医、ホームケア、福祉団体、ボランティア、理学療法士、精神科看護師等と連携して地区住民に対するトータルなケア提供の要として、看護・介護、小児ケア、予防にあっていたといわれる [Buurtzorg におけるインタビューに基づく]。自治体の公衆衛生看護師との関係や役割分担の変遷の詳細は確認できていない。

¹²⁶ オランダでは低リスク妊娠は、伝統的に独立助産師による家庭での出産となる。最近でも自宅出産の割合が約3割を占める [Schäfer et al. (2010)]。家庭医が出産を担当することはほとんどなくなり、自宅出産でない場合でも、助産師が1日入院等で対応することが多い。

¹²⁷ 90年代半ばに地域看護組織とホームケア組織のよりよい統合に向けた諸施策がとられ、1997年以降、訪問看護・介護を一貫して提供できないとAWBZの在宅ケア事業者として参入できなくなった。これも数多くの合併を生むこととなる [Tester (1996)]。

こうしたケアセクターにおける変化と、労働党のコックを首班とする連立政権におけるワークフェア改革の流れのもとで、全国統一の看護・介護職養成体系の整備が進められることになる（第5章参照）。

AWBZの財政規模拡大のなか、長期ケアの制度運営上の統合も進む。1997年には、地域ケア判定機関（RIO）と呼ばれる独立したアセスメント機関が設立された。以前は地域看護師等の専門職がニーズアセスメントを行っていたが、利益追求型の事業者のもとでは実際の利用者ニーズを上回る判定をする可能性があったこと、利用者がニーズに応じて多様なケアサービスを選択できる「ひとつの窓口」への要請が高まったこと、高齢化が進み介護需要が拡大するなか、ケアの標準的な分配ツールが求められたこと等を背景として、ニーズアセスメントの統合がはかられたのである¹²⁸。

しかし、1990年代の合併・大規模化は、事業者内の運営管理コントロールの強化・集権化、間接部門のスタッフ増につながったとされる〔Knijn（1998）〕。こうしたなか、専門職は、合併プロセスのなかで職業倫理が損なわれ、競争原理のもとでの高いプレッシャーにより、利用者としっかり向き合えないことへの不満を高め〔Vulto and Morée（1996）〕、バーンアウトや欠勤率増加をつうじてケアワーカー不足と待機リストの拡大が深刻化した。他方、利用者は数多くのワーカーによって専門性に欠ける細切れのケアが継続性なく提供されることへの不満を募らせた〔Boeije et al.（1997）〕。

また、1970年代以降30年余りにわたるアムステルダムへのヘルスケア提供事業者間の連携のあり方を検討したPlochg et al.（2006）は、90年代の規制緩和と競争原理導入、RIOの設立といった政策のもとで、プライマリ・ケアを強調した地域全体のヘルスシステムの統合が、「地域基盤」という性格を薄め、高齢者と慢性疾患患者に焦点をおいた連携へと変容したことを指摘している。

市場原理を導入しつつ、患者・利用者中心のケア提供を実現するには、安全で質の高いケアへのアクセスと、サービスを選択できる環境を保証することが不可欠となる。こうしたなか、1980年代以降の患者・利用者団体の発言力の拡大にも後押しされ、患者の権利義務に関する議論と法整備が進められた（第6章第3節1参照）。

さらにケアの質を保証する仕組みの議論も高まり、1990年代半ばにヘルスケア専門職の質、事業者の質に関連する法制化が行われ、セクター別に分立していた監査機関が合併してヘルスケアの質とアクセシビリティを監督する機関（IGZ）が設立された。2000年代には質の評価枠組み（KVZ）構築に関する議論が進み、ヘルスケアの各セクターでケアの透明化に向けた検討、指標の設定とデータ収集・分析が行われるようになった。政府はヘルスケアサービスにかかわる支払いを、成果に基づくものへと変更していく方

¹²⁸ CIZにおけるインタビューに基づく。

針をうちだしており、ケアの標準化（ケア基準の発展）やケアの質の評価と支払いへの反映を含めた質に関する包括的な検討の場として、ケア品質研究機関の設立を予定している〔Ministerie van VWS（2011a）〕（本章第4節参照）。

1990年代のもうひとつの大きな変化は、個別ケア予算（PGB）の導入である（第5章第1節参照）。欧州諸国では経済自由主義やコミュニタリアニズム〔Clarke and Newman（1997）、Knijn（1999）〕、女性の社会的市民権（ケアを与える権利）の確立〔Knijn and Kremer（1997）〕、といった流れを背景として、1990年代から家族や友人からのケア提供に対する現金給付が拡大した〔Colombo et al.（2011）、Pfau-Effinger and Geissler eds.（2005）〕（第1章第2節1参照）。オランダでは、障害者団体〔Kremer（2006）〕及び障害者の子を持つ親たち¹²⁹を中心とした自立と選択を求める運動と、待機リスト縮小やサービス提供体制の効率化を目指す政府の関心を背景として、1990年代に入って AWBZ における PGB の実験が始まり、1995年から本格的に開始された。

PGB 導入の目的は、利用者のサービス（提供者）選択と組み合わせの自由を高めるとともに、家族と市場による「代替」をはかることを通じて、介護市場の形成と競争・イノベーションを促し、質の高いケアをより安く提供する体制を構築することにある。補章 I で示したように、CIZ の判定に基づくサービスの予算が要介護者に現金で支給され、要介護者が自由にサービスを選択して購入するという仕組みとなっており、家族や親族、友人、知人、近隣等を含むあらゆる主体が要介護者を介してケア提供に対する支払を受けることができることとなった（第6章第1節参照）。

（7）2000年代～

バルケネンデ政権のもと、2007年に社会支援法（Wmo）が施行されると、「代替」はさらなる進展を見せる。Wmo は、ケア政策の地方分権化により（本章第3節参照）、住民の社会参画を促しながら地域を基盤とした社会的ケアの展開をはかるとともに、ヘルスケアコストを削減することを目的として導入されたものであり、「自己責任、家族や隣人による互助が地方自治体による援助に優先する」補完性原理が明確に謳われている。

1990年代以降の介護者及び介護者支援団体の発言の高まりを受け、2000年代以降総合的な介護者支援施策が展開されるようになっていたが（第6章第3節2参照）、Wmo において、インフォーマルケア提供者やボランティアの支援は地方自治体の役割と規定された。

AWBZ から Wmo へと移行した家事援助の給付についてみると、AWBZ と同様、個別ケア予算（PGB）利用による現金給付が選択できるだけでなく、現物給付についても一

¹²⁹ Per Saldo におけるインタビューに基づく。

般の生活支援サービス事業者等の参入が可能となり、提供主体の多様化と新たな市場形成につながった（第5章第1節参照）。

さて、1987年に発表されたデッカープランは、約20年間にわたる政治的妥協と漸進的な改革のなかでの修正を経て、2006年の医療保険制度改革をもたらした。従来併存していた疾病金庫法（ZFW）に基づく保険、地方公務員に対する保険、基準以上の所得のある者や自営業者、中央政府公務員等を対象とする民間保険は統合され、営利の保険会社の参入も認められた（現状の制度概要は補章I参照）。

デッカープランで方向づけられた保険者機能の強化¹³⁰と管理競争の導入という原則は堅持、（所得比例保険料等をもとにした）リスク構造調整保険料により、社会連帯も維持された。被保険者は公的なポータルサイト¹³¹で提供される比較可能な情報をもとに保険会社と医療（提供）者を自由に選択し、保険会社は上限価格規制の範囲でサービスの価格と品質について医療（提供）者と交渉し、保険会社間で競争する。医療（提供）者にはDBCに基づく包括払いにより治療内容とコストの透明化を促し、ベンチマーキング等とあわせ、価格と質に関して医療（提供）者間で競争させる。こうしたヘルスケアセクター（短期・長期ケアとも）における健全な市場機能の推進とモニタリングに向け、価格規制や保険者の監督等を担う独立したスーパーバイズ機関としてNZa（オランダヘルスケアサービス局）が設立された¹³²。

2006年改革の流れのなかでヘルスケアサービスの配置に関する政府の介入も弱められ、長く問題になっている待機リスト縮小に向け、各ヘルスケア事業者の建物や設備投資に関する裁量が拡大した。2009年からは施設規模が自由に決められるようになり、施設の建設・修復の許可も不要となった¹³³ [Ministerie van VWS (2009c)]。

デッカープランで示されたAWBZを含めた医療保険の一体化は90年代半ばに断念されたが、AWBZについては第2次コック政権下で構想された改革が、バルケネンデ政権に交代後も2000年代を通じて実施されていくこととなる。

改革の構想は1998年末以降、AWBZの構造と機能のボトルネックを見極めることから始まった。患者・利用者団体、2地域におけるAWBZ関係者、ケア判定機関、ケア提供（事業）者、保険会社との議論、再び2地域に戻り、制度運営機関、地方自治体・州・国の関係者によるパネルディスカッションが重ねられた。これにより、提供主体の種類

¹³⁰ 保険者機能からみた各国医療制度改革については、例えば「特集：保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較」『海外社会保障研究』（2001年、136号）を参照のこと。

¹³¹ 本章第4節及び脚注を参照のこと。

¹³² この他、オランダ競争庁（NMa）が全セクター共通でカルテル防止等公正な競争を推進する。また、品質についてはヘルスケア監査機関（IGZ）が監督機能を担う（本章第4節参照）。

¹³³ 従来、政府の許可を得ると全ての資本コストがリスクフリーで償還されるようになっていた。

や領域ごとの量・価格にかかる厳しい規制が、提供主導で柔軟性を欠くケア提供につながっており、適切なケア資源の配分にかかる責任・権限が不明瞭で、待機リストが問題となるなか、利用者はしばしばケアへのアクセスの手がかりをつかめず途方に暮れていることが確認された¹³⁴。また、事業者に「できるだけ多くのケアをできるだけ安いワーカーに提供させれば儲かる」という誤ったインセンティブが与えられており、必要以上の「ストップウォッチケア」等の最善でない解決策が提供され、ワーカーは厳しいスケジュール管理とプロトコルに基づく仕事への不満を高め、利用者とワーカーとの関係性が悪化していることも指摘された。

これらを踏まえ、アクセシビリティ・公平性・連帯・手頃さという AWBZ の基本方針は維持しつつ、利用者中心・個別仕立てのケア・ケアの社会化・効率化の推進に向け、利用者、ケア判定機関、ケアオフィス、ケア提供（事業）者、政府の責任と権限が整理され、1999年に「AWBZ 現代化計画（Zicht op Zorg）」がとりまとめられ〔Ministerie van VWS（1999）〕、2003年以降実施にうつされた。

図表 4-1 AWBZ 現代化プロジェクトの主要項目

- ・ 機能アプローチ（2003年～）：ケア判定において、在宅ケア、施設等といったサービス提供（事業）者の種類を特定するのではなく、果たされるべき「機能」の種類と量を指定するという重要な変更。ねらいはサービスの代替性を高め、事業者の市場志向のサービス提供を促しながら「個別仕立てのケア」を提供すること。
- ・ ケア強度パッケージ（ZZP）導入（2009年～）：ケア付き滞在判定にあたり、住まいの種類と必要な援助の種類・量及び最高補償額を定義する。従来の事業者単位の給付から、被保険者個人単位の給付（Persoonsvolgende bekostiging、PVB）への転換。目的はケア判定結果とケア資源配分の結びつきを高め、効率的なケア提供につなげること¹³⁵。
- ・ 事業者が提供する「機能」の展開の柔軟化（規制緩和）
- ・ ケア判定センター（CIZ）設立（2004年～）：RIOにおけるアセスメントは時間がかかり統一性に欠けるといわれ、客観的で包括的な判定に向け、全国統一のガイドラインや標準的なアセスメントプロトコル（SIP's）を開発し、RIOからCIZに移行。
- ・ PGBの領域別スキームの統合・簡素化（2003年～）：前述。

出所：Ministerie van VWS（1999、2008b）に基づき筆者作成。

一連の「現代化（modernisering）」¹³⁶に向けた改革の原則は、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需要主導で利用者本位の柔軟なケア提供の実現にある。主な改革の内容は図表 4-1 のとおりである。

第4次バルケネンデ政権（2007年～2010年、キリスト教民主アピール・労働党・キリ

¹³⁴ 国際的にみればオランダのケアは、質、インフラ、専門職の教育レベル、イノベーション等ともによいと評価できるが、財政、ケアニーズ、待機リスト、ワークロード、間接費等全てが増大してきていることが問題の背景とされている。

¹³⁵ 住まいとケアの分離の布石にもなると考えられる。

¹³⁶ 「現代化」は2000年のリスボン戦略前後から、EUにおける社会政策のキーワードとなっている。

スト者同盟)は、利用者と専門職チーム間の信頼を基盤とした対話、専門職チーム内での対話、統合ケア (Kertenzorg) やネットワークケア (Netwerkgorg)、統合されたプライマリ・ケアと地域密着の小規模グループホーム等の推進をつうじた利用者の QOL とワーカーの仕事の質向上、ケアの質指標の改善と評価を柱とした施策〔Ministerie van VWS (2007a)〕を初期から積極的に展開した。

のちに、持続可能で効率的な利用者中心の長期ケア提供の保証に向けた財政面での改革について複数の諮問機関に助言を求め、その答申を踏まえて現代化プロジェクトとは別に、先進事例を織り交ぜながら AWBZ の将来ビジョンをとりまとめている〔Ministerie van VWS (2009d)〕。

利用者の QOL 向上に加え、ケア提供 (事業) 者のプロフェッショナリズムへの敬意を強調する点に特徴があり、図表 4-6 に示す地域看護師らによるトータルケア (Buurtzorg Nederland) の実績を踏まえ、地域看護師等の専門職が自律的に利用者を取りまく地域資源をつなぎあわせ、コミュニティのなかで解決策を提示できるよう、制度横断的な利用者中心の統合ケアを推進するといった姿が描かれた。また、AWBZ・ZVW・Wmo のカバー範囲の透明化、質と価格のバランスのとれたケア購入に向けたケアオフィスへの期待とその役割の保険会社への移行、ワーカー確保定着策等も盛り込まれた (図表 4-2)。

統合ケアについては、インセンティブを伴う形での推進に向けたいくつかの動きが開始される。慢性疾患患者や複数の疾患を抱える患者の増加を背景として、プライマリ・ケア強化をうちだし、地方自治体に予防とプライマリ・ケア領域における地域のヘルスケア提供 (事業) 者の連携改善を促す。さらに慢性疾患患者の疾病管理¹³⁷プログラム構築を促進すべく、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアを含むコーディネートされたケアを提供する慢性疾患ケア (連携) グループへの包括払い (Keten-DBC) の実験、ガイドラインやケア基準、成果指標の開発等が行われた (本章第 2 節 5 参照)。Keten-DBC は AWBZ の現代化における機能アプローチと同じく、提供 (事業) 者の種類を問わず機能に基づく支払を意味しており、代替 (例えば家庭医からナーススペシャリストや医師補助者: 第 5 章第 2 節参照) やイノベーションの促進も意図したものである〔Ministerie van VWS (2008c、2008e、2009a)〕。

2000 年代は国を挙げた認知症ケアへの取組みが開始・発展した時期でもあり¹³⁸、認知症についても地域を基盤とした Wmo・AWBZ・ZVW を横断する統合ケア (Kertenzorg) のガイドライン開発と購入促進がはかられた (本章第 2 節 5 参照)。

¹³⁷ 疾病管理の考え方と方法については森山編 (2007)、さらに我が国における地域連携クリティカルパスの実情と作成過程については武藤他編 (2009) を参照のこと。

¹³⁸ 健康審議会 (Gezondheidsraad) 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〔Gezondheidsraad (2002)〕が、その出発点となった。

図表 4-2 第4次バルケネンデ政権における AWBZ 将来ビジョン

＜ビジョン＞

- ・ 利用者中心：利用者の希望とニーズが中心、介護と福祉・治療と介護のよりよい協力の必要性、障害や慢性疾患患者の自律に向けた社会全体の責任、一人ひとりのソーシャルネットワークの重要性（介護者とワーカーのよりよい関係づくり）。
- ・ 専門職の自律の尊重：最善の解決策が提供できるよう訓練された専門職が個別のケアに対する需要に対応できるローカルな組織とコミュニティケア。
- ・ 利用者へのトータルなケア・サポート提供に向け、より主要な役割を担うケア提供（事業者）：連携調整マネジメントを効果的に果たしうる地域看護師への期待¹³⁹、介護者やボランティア・近隣の社会資源の統合への期待。
- ・ 新しいスタイルの福祉：社会支援法（Wmo）のもとでのプロジェクトにおけるローカルな個別仕立ての解決策の推進。
- ・ Wmo、AWBZ、ZVW の利用者ニーズに基づく一体的な運用。
- ・ ケアワーカー確保定着、イノベーション（第5章第2節参照）。

＜必要な改革＞

- ・ 永続的な社会連帯と財源の持続可能性：不適正利用の防止、AWBZ ターゲット層の明確化と ZVW や Wmo への移行。
- ・ 個人単位の給付（PVB）：ただし完全に個別化したモデルではなく集団・グループベースを想定。ケア付滞在判定における ZZP 導入（前述）、在宅への拡大に関する調査。
- ・ ケアオフィスにおける質の評価枠組み（KVZ）に沿った購入ガイドライン整備（地域の患者消費者団体との協議に基づく）
- ・ 統合ケアの購入促進：例えば認知症統合ケアプログラム（本章第2節5参照）。ケアオフィスと地方自治体・福祉団体・住宅セクター等との連携。
- ・ ケアオフィスの役割の保険会社への移行（2012年～¹⁴⁰）
- ・ PGB の見直し：不適切な使用、質。
- ・ ケア判定手続きの明瞭化・効率化：アセスメントプロトコル（SIP's）の発展、ジョイントアセスメントプログラムの実験。
- ・ 制度運営機関における利用者情報の共有：ケア登録システム（AZR）構築（本章第2節1参照）。

出所：Ministerie van VWS（2009d）に基づき筆者作成。

（8）2010 年以降

2010年にバルケネンデ政権が崩壊し、自由民主人民党党首ルッテを首班とする新政権（2012年4月23日総辞職、自由民主人民党・キリスト教民主アピール・自由党（閣外協力））が成立すると、ケアセクターにおいては専門職及びセクターに対する「信頼」がモットーとなる。専門職の裁量を高め、規制緩和や事務等の簡素化を進め、質と成果に基づく評価に向けた基盤を整える一方、監査機関の権限を強める（信頼と高いペナルティ）。併せて制度の持続可能性と効率性の向上を図る方策を展開するといった方向性が示され、とりわけケアオフィスの廃止は制度運営上大きなインパクトを持つものとして期待を集めている（本章第2節1参照）。なお、PGBは2012年から給付対象を制限するこ

¹³⁹ とりわけ虚弱者の QOL と自立を高め、福祉、予防、介護、医療、住宅について地区レベルでの連携を深めるためにハブとなる地域看護師を設けるプロジェクト（Zichtbare Schakel）等が始められた。

¹⁴⁰ 実現前に政権交代し、第1次ルッテ政権においては2013年から移行と計画修正された。しかしその後内閣総辞職となり、2013年末時点で移行は行われていない。

ととされた^{141,142}。

図表 4-3 第1次ルッテ政権における長期ケア関連の改革プログラムの主要項目

- ①専門職・事業者裁量の拡大、規制緩和
- ・ 規制・運理事務見直し：間接費・管理コスト削減とワーカーの専門性発揮に向け、質・効率性向上を阻害し不要な事務を生む規制を事業者に報告させたうえ、2年間にわたり撤廃できる規制の見極め実験を実施（2012年～）。ケアを必要とする人の状況にあわせ多種制度情報等を引き出せるポータルサイトの充実（本章第2節1（1）参照）。
 - ・ ケア判定手続き効率化：更新分は一定条件のもとでケア提供（事業者）者が判定を実施・CIZはサンプルチェック、判定の最大有効期限を15年に延長、アセスメントプロトコル（SIP's）の拡大による判定迅速化、80代以上施設入所者の判定簡素化等。
- ②質と成果に基づく評価に向けた基盤整備
- ・ ケア品質研究機関設立（2013年）：ケア基準・ガイドライン、質の評価指標整備発展、ベストプラクティス蓄積等（本章第4節参照）
 - ・ ケアセクターにおけるイノベーションと良いケアを称え移行を促す各種プロジェクトの推進（前政権から続行）（第5章第2節参照）
- ③規模の適正化・監査機能強化（質の維持）
- ・ 施設の巨大化抑制（2013年～）：合併にあたり NZa の許可を求める前に、利用者評議会やワーカーを交じえ、合併による利用者にとっての積極的な効果のアセスメントを義務づけ。ねらいはヒューマンスケールでの責任あるケアの推進。
 - ・ IGZ の機動的な監査・権限強化（2012年～）：抜き打ちを含む実地監査・指導の機動的な展開（評価報告他書類ベースのみならず苦情や虐待通報等に基づいても実施、人員増強）。質の観点からケア事業者を分割する権限を付与（2013年～）。
- ④制度の持続可能性・効率性向上
- ・ ケアオフィス廃止（2013年～）：各保険会社がケアオフィスの役割を引きつぎ、ZVW と AWBZ を一体的に取り扱う。
 - ・ AWBZ カバー範囲縮小（2013年～）：ガイダンス→Wmo、リハビリの一部→ZVW 等。
 - ・ 個別ケア予算（PGB）給付対象制限（2012年～）
 - ・ 住まいとケアの分離：建設等の資本コストのリスクフリーの償還からハイリスクの資金調達への転換、居住費と介護費分離（必要に応じた家賃補助）に向けた入居者の家族や収入状況、施設の賃貸価値等の調査。
- ⑤現場のケア関係の改善等
- ・ 従事者の雇い入れと訓練にかかる大規模な助成（2012年～）（第5章第2節参照）
 - ・ 患者の権利強化：WCZ、介護施設の枠組みに関する法律（第5章第3節参照）。
 - ・ 高齢者虐待防止（2011年～2014年）

出所：Ministerie van VWS（2011a、2011d）に基づき筆者作成。①～⑤の分類は筆者による。

注：内閣総辞職に伴い、内容や時期の変更もありうる。

長期ケアに関係する改革プログラムは図表4-3のとおりである。長期ケア財源の持続可能性は引き続き大きな課題であり、「信頼」に基づく利用者と専門職との関係重視や質の追求など〔Ministerie van VWS（2007a）〕、第4次バルケネンデ政権の初期から提唱されてきた流れを基本的に継承しながら、ペナルティをセットにする形で発展させ、質と効率の向上に向けて踏み込んだものとみることができる。

¹⁴¹ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb/veranderingen-in-het-persoonsgebonden-budget>（2012年2月10日最終確認）。

¹⁴² PGBを完全に廃止すれば常勤換算で20,000人の専門職が必要になるとの試算もある〔Voortman（2011）〕。

連立合意文書の段階から、慢性疾患を抱える者やケアを必要とする高齢者の急増、費用の拡大、労働市場の縮小が見込まれるなか、日常生活環境（buurt、近所/近隣）における家庭医と地域看護師を中心としたケア・サポートが強調されていたが〔Kabinet-Rutte-Verhagen（2010）〕、必要以上のケア利用の回避に向け、治療から予防へ、専門職ケアからセルフケアとインフォーマルケアへ、スペシャリスト・病院ケアからシンプルな地域ケア¹⁴³へのシフトが不可欠とされ、一人ひとりが自身の健康に責任を持ち、セルフケアや地域における身近な関係のなかで問題解決をはかることの重要性も改めてうたわれた〔Ministerie van VWS（2011e）〕。自己責任、インフォーマルケア強化及び分権化の流れも堅持とみなせる。

第2節 ケアの統合

統合ケアは、90年代の欧米におけるヘルスケア政策改革に共通する概念となり、その多様な戦略や方法論について、国際比較も進められるようになってきた（第2章第2節参照）。ここでは、WHOが長期ケアに関する主要政策課題をまとめたレポートに収められた欧州4カ国（デンマーク、ドイツ、オランダ、スウェーデン）における長期ケアの統合の比較検討〔Kodner（2003）〕に際して用いられたカテゴリーに基づき、オランダにおける統合ケアのモデルについて検討を加える。

具体的には、運営の統合（Kodnerによる英文は administrative consolidation）、サービスの共同配置（同 co-location of the services）、ケアのネットワーク（同 care network）、ケース（ケア）マネジメント（同 case management）、切れ目ないケア提供に向けた連携（同 chains of care）、サービス付き住宅（同 service-enriched housing）の6区分となる。各カテゴリーの最初に Kodner（2003）による整理を中心としてカテゴリーの説明を付し、Kodnerが言及した事例等も踏まえたうえで、過去の経緯及び2012年までの進展を含めてオランダにおけるケアの統合に向けたさまざまなアプローチを概観する。

なお、Kodner（2003）は、オランダを含む4カ国のいずれについても Leutz（1999）による統合の段階区分のうち linkage 及び coordination のモデルであるとしている¹⁴⁴。

1 運営の統合

長期ケアにかかわる責任が複数の機関や行政レベルに細分化していることは、患者の反応やケアの質・成果に影響を及ぼす。よって、長期ケアにかかわる中核的機能（アセスメント、ケア計画、サービス調整、品質管理等）を利用者に近いレベルの単一の機関

¹⁴³ 地区（wijk）レベルでの福祉や公衆衛生、多職種によるプライマリ・ケアの連携、特に慢性疾患患者のセルフマネジメントの推進に向けた ICT 活用（セルフテスト、セルフモニタリング、オンラインサポート、予定調整、電子記録等）の可能性にも言及されている（E-health）。

¹⁴⁴ 慢性疾患の統合ケアを提供するケア（連携）グループへの包括払いへの移行や認知症統合ケアの進展の状況（5及び補章II）によっては full integration のモデルが現出するかもしれない。

に集約・分権化することが統合ケアを推進するうえで有効となる。上記のような機能の再編は、長期ケアへのアクセスの単純化、ケアの継続性改善、資源の有効活用だけでなく、サービスの重複や複雑さの軽減につながる〔Kodner (2003)〕。

ここでは、マイクロ（個々のクライアント）、メゾ（事業者間関係）、マクロ（制度・政策）レベルのうち、マクロレベルの運営統合の経過をみておく。さらに運営の統合に向けた基盤のひとつとなる利用者・患者情報の共有について言及する。

（１）マクロレベルの管理統合

AWBZは「途方もない費用のかかるリスク」に対応する制度と位置づけられ、主に脱病院化の受け皿としてのナーシングホーム入所をカバーするものとして発足した。その後、脱施設化が進むと、1970年代から1990年代にかけて、徐々にカバー範囲を拡大した（リハビリ、地域看護、ホームケア、ケアホーム等）。

1990年代には地域看護、ホームケア、助産ケアをひとつのドメインとして提供する体制（Thuiszorg）となり、長期ケアニーズの判定を担う「ひとつの窓口」として独立のアセスメント機関が設置された（RIO、のちCIZ）。アセスメント機関の機能や位置づけにはさまざまな議論が繰り返され、プロトコルの精緻化、ケア提供（事業）者への権限移譲、事務簡素化に向かっている。

AWBZの規模は拡大の一途にあり、2000年以降カバー範囲は縮小に向かう。社会支援法（Wmo）の施行とともに家事援助がWmoに移行、精神保健については治療的なケアは健康保険（ZVW）に移行した。さらに今後、ガイダンスがWmoへ、短期のリハビリがZVWに移行予定であり、知的障害は対象を制限、小児ケアについては別制度に移行が計画されている。

治療と介護、社会生活支援を必要とする高齢者や慢性疾患患者が増加するなか、それぞれの財源（制度）が異なることは、包括的なケア提供の妨げとなるだけでなく、そもそも利用者がどこにどのようなサービスの申請をすべきか戸惑いかねない¹⁴⁵。

こうしたなか、前述のようにバルケネンデ政権は、長期的にAWBZを維持すべきかZVWとWmoに移管すべきかという問いも含めた財政面での改革について、複数の諮問機関に助言を求めた。

利用者中心のケアと効率性へのインセンティブを高め、慢性疾患患者のケアにおける

¹⁴⁵ これに対応するため、2007年に、本人や家族、介護者、インテークを行う者等が状況に応じた情報や解決策を引き出すことができるサイトが保健福祉スポーツ省、社会雇用省（Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid）、自治体、CIZ等により立ち上げられた（<https://www.regelhulp.nl/> 2012年3月10日最終確認）。同サイトは長期ケア、社会的支援、障害者、福祉的就労（シェルタードエンプロイメント）等をカバーする。もちろんこれとは別に各自治体はパンフレット等をまとめている。例えばユトレヒト市では、高齢者、障害者、慢性疾患患者、介護者向けにWmo、福祉、ヘルスケア、住まい、移動、金銭、介護者向け情報、アドボカシー等にかかる窓口・施設・団体・支援やアクティビティ等を紹介するガイドブック「plus gids Utrecht」を発行している〔ユトレヒト市におけるインタビュー及び同市提供資料に基づく〕。

医療、介護、予防と生活支援の連携を改善する観点、よりよい組み合わせを実現する観点から AWBZ を完全になくして ZVW、Wmo に移行するというラディカルな提案もあった (CVZ、RVZ)。

しかし、管理競争が導入された健康保険 (ZVW) 市場において普遍的アクセスを保証する重要な要素は適切なリスク構造調整にあり、長期ケアに関しては標準化が難しく、リスク構造調整の可能性が不透明であること、高齢や健康上の問題を抱える長期ケア利用者の多くは、各保険会社におけるケアの品質と価格を十分に比較して選択することが難しく (あるいは望まず)、質の悪化につながりかねないこと等から、長期ケアは管理競争になじまず、ZVW への完全移管には潜在的に大きな問題がある。また、ZVW も Wmo も開始から間がなく、保険会社や地方自治体がヘルス・ソーシャルサービスの慎重な購入者として行動できるかどうかは未知数であることも指摘され [Schut and Van den Berg (2010)]、他の諮問機関は AWBZ を維持するよう助言した。結果として、将来に向けた青写真は未だ描かれていない [SER (2008)]。

ただし、こうした答申を受け、第4次バルケネンデ政権 [Ministerie van VWS (2009d)] 以降、ケアオフィスを廃止して、サービス提供 (事業) 者との契約やサービス購入、被保険者の相談対応といった運営実務を個々の保険会社に引き継ぐ方向性が示され、移行準備が進んでいる。これが実現すれば保険会社が健康保険 (ZVW) と特別医療費保険 (AWBZ) を一体的に扱うことになる。

従来、ケアオフィスは圏域内の被保険者に対するサービス予算を与えられ、予算内で給付を行なってきた。近年ケア提供 (事業) 者とサービスの価格・品質について交渉し、選択的契約が行えるようになっていたものの、ケアオフィスは圏域を独占しているため、効率性のインセンティブは働きにくい仕組みだった。各保険会社がケアオフィスの役割を引き継げば、価格と品質のバランスよい利用者中心のケア、費用効率向上、サービス購入にあたっての治療 (ZVW) と介護 (AWBZ) の連続性改善などさまざまな観点から良い影響があるのではないかと期待されている [Ministerie van VWS (2011a)]。

(2) 利用者・患者情報の共有・活用

運営の統合には、利用者・患者情報の適切な交換・共有が不可欠となる¹⁴⁶。長期ケアについては、一連の包括的なプロセスをつうじて利用者の状況をモニタリングし、タイムリーで適切なケア提供と管理効率化、待機リスト縮小を進めることを目的として、2003年より AWBZ ケア登録システム (AWBZ-brede Zorgregistratie、AZR) が稼働している。CIZ、ケアオフィス、ケア提供 (事業) 者、健康保険委員会 (CVZ)、中央管理庁 (CAK)

¹⁴⁶ ここでの記述は網羅的でない。ヘルスケアセクターにおける情報システムについては Schäfer et al. (2010) pp.108-111、ZVW・AWBZ・Wmo の枠組みにおける情報の流れについては福祉未来研究所 (2012) を参照のこと。

が待機リスト情報、利用者のケア判定結果、ケア提供実績の変遷等の情報共有をはかるものである¹⁴⁷。

オランダの医療制度は、プライマリ・ケア国際分類を活用したプライマリ・ケアのデータベースが優れていることも特徴といわれる〔Van Weel et al. (2012)〕。家庭医の診療内容は 1971 年から継続して蓄積されており〔井伊 (2011)〕、1991 年には全国家庭医療情報ネットワーク (LINH) が構築され、疾病・処方箋・紹介についての経年的な保健医療データがマスとして分析可能となっている。これは、さまざまな臨床研究や医療政策立案に活用されるほか、最新のエビデンスを反映し、予防にも力を入れたプライマリ・ケア独特の診療ガイドラインの整備にも役立てられ、効果的でコスト効率の高い家庭医療の実現に貢献している¹⁴⁸。

他方、個人の医療・健康情報の生涯にわたる利活用とそれをつうじたヘルスケア提供（事業）者間の情報連携という観点からの国レベルでの健康情報活用基盤（オランダの Electronic Health Record : EHR は Elektronisch patiëntendossier、EPD と呼ばれる）の整備は、医師の反対や国民のプライバシーへの懸念等から難航している¹⁴⁹。地域レベルで実証実験が行われ、電子カルテと EPD の接続義務化を経て、家庭医・薬剤師・各科専門医が他の医療機関のシステムにアクセスし¹⁵⁰、市民サービス番号 (BSN) を利用して患者情報を閲覧できるようにする法案が下院を通過していたが、2011 年 4 月に上院で否決された¹⁵¹。

2 サービスの共同配置

複数のケアサービスをコミュニティセンター・サービスセンター等ひとつ屋根のもとに配置することは、連携・調整・チームワークの円滑化につながりうる。利用者やその家族からみれば、サービスへのアクセスがシンプルになり、サービス間の断絶を感じることなく、適切な時・場所で必要な援助を得られる可能性が高まる。こうした利用者中心のメリットの他、長期ケアにかかる地域計画立案や地域資源の有効活用のためにもサービスの共同配置は役立つものである〔Kodner (2003)〕。ここでは、プライマリ・ケア、

¹⁴⁷ <https://www.zorgregistratie.nl/web/zorgregistratie/home>(2012年3月20日最終確認)及び Ministerie van VWS (2008d) に基づく。

¹⁴⁸ <http://www.nivel.nl/en/linh-zorgregistratie-huisartsen>(2012年3月20日最終確認)及び Schäfer et al.(2010) に基づく。現在約 90 の健康問題や疾患についてのガイドラインが存在する〔Van Weel et al. (2012)〕。

¹⁴⁹ とくに 2000 年代に夜間や週末の家庭医の共同診療体制 (huisartsenpost) ができたことにより、医療過誤や重複投薬の回避等の観点から必要性が高まった。オランダを含む諸外国における EHR の取組みは、NTT コミュニケーションズ (2011)、田中 (2011) を参照のこと。

¹⁵⁰ 個人情報・医療情報の一元化が法律により禁じられているため、統合データベースは構築できず、EPD は各医療機関をつなぐための基盤という位置づけである〔NTT コミュニケーションズ (2011)〕。

¹⁵¹ 経緯の詳細は福祉未来研究所 (2012) を参照のこと。この法案においても、家庭医・薬剤師・専門医以外のヘルスケア提供（事業）者や制度運営機関等はアクセス権がない。また、国民は情報開示を拒否する権利を与えられている〔<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/elektronisch-patientendossier> (2012年5月15日最終確認)〕。

高齢者福祉について、サービスの共同配置の取組みをみておく。

(1) プライマリ・ケア

オランダは、「最初に出会い、最後まで関わる医師」といわれる家庭医を中核としたプライマリ・ケアが充実していることで知られる(図表補I-1)。家庭医はプライマリ・ケアの専門医として、新生児から高齢者までカバーし、健康問題や疾患の全てに対応して全人的医療を提供、地域全体をサポートする。家庭医は患者に適した医療を他の適切な医療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の患者に合った医療サービスをコーディネートする指揮者でもある〔澤(2012)〕。また、長期ケアも含めたヘルスケアシステムへの重要なアクセスポイントにもなっている〔Ex et al. (2003)〕。

1970年代にセカンダリ・ケアへの直接アクセスがなくされ(本章第1節2(4)参照)、原則的に家庭医の紹介なく各科専門医等にかかることはできない¹⁵²。家庭医は、患者が抱えるさまざまな問題や疾患のうち96%に自ら対応し、他のプライマリ・ケアの専門職やセカンダリ・ケア(病院等)への紹介はわずか4%である〔Cardol et al. (2004)〕。にもかかわらず、家庭医療の支出はヘルスケア支出の約5%にとどまっている¹⁵³。

家庭医は、伝統的には診療所で独立して家庭医療を提供していたが、パートタイムで働く女性医師の増加等を背景として、これを前提としながら24時間365日対応のケアを可能にするため、複数診療体制が広がってきた。また、1970年代後半以降、プライマリ・ケアの一体性を高める観点から多職種協働のプライマリ・ケアセンター(Gezondheidscentrum、直訳は健康センター)整備が進められると、このセンターを拠点として家庭医がグループで地域医療に取り組む例が増えてきた。現在家庭医の3割が単独診療、4割が(多職種ではない)複数診療、3割がプライマリ・ケアセンターで診療している。

プライマリ・ケア提供体制の「統合」を意図したプライマリ・ケアセンターには、家庭医を中心としてさまざまなプライマリ・ケア提供者が配置されている。家庭医、ソーシャルワーカー、在宅ケアを基本として、理学療法、運動療法、言語療法、心理療法、栄養士、助産師、小児ケア、歯科、薬局等その組み合わせは地域の状況により多様である。地方自治体の公衆衛生機能(GGD、本章第3節参照)や②に示す福祉機能が合体さ

¹⁵² 家庭医がヘルスケアシステムのゲートオープナーとして中心的役割を担うが、他にナースিংホーム医、助産師、歯科等もセカンダリ・ケアへの紹介を行うことができる。患者の紹介に関する詳細は、Schäfer et al. (2010) pp.146-148を参照のこと。

¹⁵³ <http://statline.cbs.nl/statweb/> (2012年5月15日最終確認)に基づき筆者計算。なおヘルスケア・ソーシャルケア・事務運営費を全て含めたケア支出全体に占める家庭医療にかかる支出の割合は約2.9%(医薬品等は含まない)。1(2)で触れた優れたデータベースを基盤としてオランダ家庭医学会(NHG)が全国家庭医協会(LHV)との緊密な関係のなかで構築・随時更新しているガイドラインと研修システムが高効率の源泉といわれる〔NHGにおけるインタビューに基づく〕。

れている場合もある。また、最近ではプラクティスナース、ナーススペシャリスト（第4章第2節参照）等が家庭医を代替する新たな専門職として活躍するセンターも出てきている。近い将来、プライマリ・ケアセンターが近隣の病院と緊密に連携しつつ人口1万人～1.5万人をカバーする姿がふつうになっていくとされる¹⁵⁴。

なお、ひとつ屋根に集まった提供（事業）者間の連携の実態もセンターによって異なっている。単に同じ建物のなかでケアを提供するだけに近いところから、センター全体の情報共有をはかる、共通の情報システムを設ける、コーディネーターを設ける等のほか、予防¹⁵⁵や慢性疾患の疾病管理にかかるプロジェクトを多職種協働で推進しているセンターもある¹⁵⁶。

（2）高齢者福祉

高齢者福祉にかかるさまざまなサービスは、古くから地方自治体の財源を中心として地域を基盤とした民間非営利の福祉団体が担ってきた。

福祉団体は、コミュニティセンター・サービスセンター等と呼ばれるセンターを地域の高齢者とともに運営し、①高齢者アドバイザー（Ouderenadviseur）による住宅・介護・福祉・金銭等にかかわる助言と必要な支援のアレンジ、②さまざまなアクティビティの企画・提供¹⁵⁷、③ケアホームや地域へのサービス提供（配食、ランドリー）、④ボランティアの発掘・地域住民の自宅や施設等への派遣といった多様な機能を包括的に展開している。介護者支援センター機能を有するものも多い（第6章第3節2参照）。また、地方自治体の公衆衛生機能と連携し、地域の高齢者の自宅訪問・スクリーニングとプライマリ・ケアその他機能への橋渡しを行なっている場合もある¹⁵⁸。

3 ケアネットワーク

ケアネットワークとは、利用者中心の効果的なケアの連続性の創出・維持を強調し、単独では難しい、ケア提供システムの共有された目標を追求するために作られる、法的には独立したヘルス・ソーシャルサービス提供（事業）者のグループのことで〔Scott（1993）〕、共同所有、アフィリエーション、事業者を超えたプログラム・サービス・ケア提供チーム等のさまざまなメカニズムが見られる。ネットワーキングは複数の事業者

¹⁵⁴ 保健福祉スポーツ省におけるインタビューに基づく。

¹⁵⁵ 例えば家庭医に一定期間以上コンタクトがない高齢者を在宅ケアの地域看護師等が訪問する等。

¹⁵⁶ プライマリ・ケアセンターにおけるインタビューに基づく。

¹⁵⁷ 例えばユトレヒト市内の福祉団体が作成する55才以上のためのアクティビティガイドには、体操（ヨガ・エアロビクス・ダンス）、音楽、創作活動、ゲーム、パソコン、お茶会・食事会、旅行、移送といった内容が含まれる〔福祉団体におけるインタビューで提供された資料に基づく〕。

¹⁵⁸ 例えばユトレヒト市内の福祉団体では、とくに社会経済文化的に不利な立場に置かれがちで、センターには訪れない低学歴・低所得者層や移民等への情報提供と問題の早期発見を目的として、市から75才以上高齢者約2,000人のリストの提供を受け、全戸訪問調査を実施している〔福祉団体におけるインタビューに基づく〕。

の協働を促進するうえでの主要な方法論と位置づけられる。

オランダでは、80年代以降のヘルスケア・ソーシャルケアセクター内・間の水平的・垂直的統合の流れのなかで、病院、ナーシングホーム、ケアホーム、在宅ケア、住宅事業者等がアンブレラ組織を作る、あるいは合併する事例が出てきた。こうした傾向の背景には、ネットワークが虚弱高齢者や複合的あるいは慢性的な疾患を抱える人々へのシームレスなケア提供に向けた連携体制（5参照）構築の基盤になると考えられただけでなく、運営効率を高め、競争が激化するヘルスケア市場のなかでの有効な戦略のひとつとみなされたことがあるとされる〔Kodner（2003）〕。

地方分権化と脱施設化が進められた70年代以降、さまざまな事業者間のパートナーシップが観察され¹⁵⁹、シェアードケアが推進された90年代（5参照）にネットワーク形成が盛んになり、さらに2000年以降認知症、慢性疾患、緩和ケア等における統合ケア促進に向けたネットワークやグループ組織が発展した。

また、2008年から4年間にわたり、虚弱高齢者のケアの質向上を目的として0.8億ユーロを投じて実施されている高齢者ケア国家プログラム（Nationaal Programma Ouderenzorg）においても、まず地域レベルでの関係者間の協力関係向上に向けたネットワーク構築を推進した。ネットワークは地域で高齢者のケアや支援にあたるあらゆる組織、家庭医、パラメディカル、薬剤師、在宅ケアといったプライマリ・ケア提供（事業者）、病院やナーシングホーム等のセカンダリ・ケア、専門職団体、高齢者団体、患者団体、地方自治体、保険会社、住宅業者、教育機関が参加でき、高齢者自身を含めることとされた。この地域レベルのネットワークが補助金の受け皿となり、それぞれ複数の実験的事業や教育・研究プロジェクトの企画・運営を担っている¹⁶⁰。

ここで、ネットワーク組織の例（図表4-4）、緩和ケアにかかるネットワーク構築推進施策（図表4-5）を紹介しておく。

¹⁵⁹ 例えば Ploch et al.（2006）は、アムステルダム南東地域におけるヘルスケア提供（事業者）者のネットワークが、国や地域の政策に対応してプライマリ・ケアセンター、精神保健センター、レスパイトケア、ケア判定、脳卒中の統合ケア、虚弱高齢者の統合ケア等さまざまなプロジェクトに取組み、政策の影響を受け、連携・協力の性格や焦点は変容しながらも、パートナーシップを維持してきたことを示している。

¹⁶⁰ <http://www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl/>（2012年4月17日最終確認）及び NUZO におけるインタビューに基づく。

図表 4-4 ユトレヒト市におけるケア提供事業者のネットワーク組織—Rhijnhuysen

- ・ ユトレヒト市のヘルスケア提供（事業）者間の協働促進をつうじた地域における統合ケアの推進を目的としたネットワーク組織（財団）。
- ・ メンバーは病院、高齢者ケア事業者（入所・通所・居住・在宅等多角化）、在宅ケア事業者、プライマリ・ケアセンター（2参照）、精神保健事業者、リハビリセンター等 15 事業者。
- ・ 15 事業者及びその他のヘルスケア関連機関にプラットフォームを提供し、統合ケアに関するプロジェクト・プログラムのマネジメントを担う。
- ・ 例えば高齢者ケア国家プログラム、緩和ケア（図表 4-5）や認知症（5 及び補章 II 参照）にかかるプロジェクトの補助金を受けた事業、COPD・心血管疾患等のガイドライン作成に取り組む。
- ・ メンバー間の人材交流、合同求人活動等も実施。

出所：Rhijnhuysen におけるインタビュー（2010 年 3 月及び 6 月）に基づき筆者作成。

図表 4-5 緩和ケアに関するネットワーク構築推進

緩和ケア¹⁶¹の発展が政策課題として大きく取り上げられたのは 1996 年のことであり、1997 年以降、次のような施策が展開された。

- ・ ヘルスケア研究開発機構（ZonMw）が推進した「緩和ケアプログラム」のもとでのターゲットグループごとやケアホームでの緩和ケアの改善、ボランティアの役割強化等に関する調査研究（1997 年～2002 年）
- ・ 6 つの市に設置された緩和ケア開発センター¹⁶²（COPZs）におけるセクター内の構造改革とケア調整、緩和ケアの知見蓄積と高度化に向けた研究や教育プログラムの開発（1998 年～2003 年）
- ・ ホスピスケア統合プロジェクト（PIH）において、多様なホスピスの一般医療への統合をはかるとともに、ホスピス・病院・ナーシングホーム・ケアホーム・在宅ケアのパイロットネットワークの構築と連携評価を実施（1999 年）、ネットワークモデルにおける関係者の連携がケアの柔軟性と利用可能性を改善させることが確認された。

これを受け、2000 年代に入り、緩和ケアのネットワークづくりが積極的に進められ、2003 年には保健福祉スポーツ省が、緩和ケアサービス提供者間の交流と情報交換、ネットワーク構築、ケアのイノベーションに向けた協働促進を目的としたサポートセンターを設置している¹⁶³。

出所：Schumann（2005）及び保健福祉スポーツ省におけるインタビューに基づき筆者作成。

4 ケース（ケア）マネジメント

脱施設化、分散する地域資源、複数の慢性疾患を持ち地域で暮らす者の増加、ケアサービスの断片化、介護者への社会的支援の重要性の高まりと費用抑制の必要性は、ケースマネジメント（ケアマネジメントとも称される）の発展を要請する〔Moxley（1989）〕。

ケースマネジメントは「多様なニーズを持つ人々の機能と健康（well-being）を最大化することを目的として、フォーマル・インフォーマルの支援や活動のネットワークの組織・調整・維持を計画的に実施する人（やチーム）」と定義され〔Moxley（1989）〕、サービス提供の選択と柔軟性、サービス間の調整を改善し、在宅あるいは地域を基盤とし

¹⁶¹ オランダにおける緩和ケアの定義、緩和ケアをめぐる政策の展開については廣瀬（2009）を参照のこと。

¹⁶² 2003 年に包括的癌センター（IKC）に統合された。

¹⁶³ サポートセンターは、古代ギリシャの広場・市場を示す AGORA と名づけられた。<http://www.palliatief.nl/>（2012 年 3 月 20 日最終確認）。

たケアの効率と効果を増すといわれる〔Kodner (2003)〕。また、住まいとケアの分離を進め、住まい、ヘルスケア、ソーシャルケアを含めたトータルな環境を整えるためにも、在宅ケア、デイセンター、中間ケア等の充実に加え、ケースマネジメントが有効となると考えられている〔Heumann and Boldy eds. (1993)〕。

オランダでは、1970年代に介護、福祉団体、ボランティア組織等が提供するさまざまなサービスの一貫性を高めるコーディネート機能の必要性が提起され、英米からケースマネジメント概念が紹介されると、1980年代以降の在宅ケアへのシフトが加速するとともに、各地で発展を見せた〔Ramakers (2000)〕。

現在多くのケアネットワーク、在宅ケア事業者、中間ケアプログラム（5参照）、住宅業者等において、サービス提供システムの中核機能としてケースマネジメントが取り入れられているが〔Kodner (2003)〕、我が国のような制度上の位置づけはなく、ケースマネジメントの定義は明確でない。

結果としてオランダにおけるケースマネジメントは、その担い手の属性、専業か否か、単独か多職種チームか、ケア提供（事業）者からの独立性、射程、財源（ZVW、AWBZ、Wmo）ともにきわめて多様であることが知られている〔Ramakers (2000)、Peeters et al. (2011)〕。

ここでは、地域看護師らからなる自律型チームが、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、全てのケアプロセスに責任を持ち、人口1万人圏域で地域に根ざした統合ケアを展開するという在宅ケア組織（Buurtzorg）の事例を紹介する（図表4-6）。Buurtzorgは、自律した専門職によるコミュニティケア〔Ministerie van VWS (2009d)〕として創業間もない頃から政府からも注目され、ルッテ政権の連立合意文書ではケアの量でなく成果（利用者への最善の解決策提供）を重視し、よりよいケアをより安く提供する Buurtzorg モデルのさらなる推進¹⁶⁴が盛り込まれるなど〔Kabinet-Rutte-Verhagen (2010)〕、近年のケア関連政策に大きな影響を与えている。また、統合ケア〔Leichsenring (2012)〕、人的資源の有効活用（間接コストの削減）と質の改善につながる専門職裁量を重視したチーム〔Colombo et al. (2011)〕といった観点から、国際的にも関心を集めている。

¹⁶⁴ 介護事業者におけるイノベーションと問題を抱える事業者の改革を促すプロジェクト（第6章第2節参照）においても、新たな在宅ケア提供モデルとして Buurtzorg のソーシャルビジネスケースが検討され、広く公開されている〔Buurtzorg / Transitieprogramma (2009)〕。

図表 4-6 地域看護師らの自律型チームによる統合ケア—Buurtzorg Nederland

<組織概要>

- ・ 地域看護師が 2006 年に起業した在宅ケア組織（財団）。
- ・ 2007 年 1 月に 1 チーム 4 人でスタートし、募集活動をすることなく約 750 チーム、ナース（看護・介護・リハビリ職）約 8,000 人に（2014 年）。
- ・ バックオフィスは約 40 人（間接費 8%…他の在宅ケア組織の平均は 25%）。
- ・ 利用者年間約 6 万人、売上高約 2 億 3,000 万ユーロ（2013 年）。
- ・ クライアントあたりのコストは他の在宅ケア事業者の半分。
- ・ 全国の在宅ケア事業者のなかで利用者満足度第 1 位、全産業のなかで従業員満足度第 1 位（最優秀雇用者賞）、オランダで最も成長する事業者。
- ・ Buurtdiensten（家事援助）、BuurtzorgPlus（リハ職を含むチーム）、BuurtzorgJong（青少年）、BuurtzorgPension（ショートステイ）、BuurtzorgT（精神）等の展開。

<ミッション>

- ・ 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利用者及び利用者がもつネットワークと協働
- ・ 各ナースの責任あるケア提供、専門職の基準とエビデンス、モニタリングに基づく専門性の高いケア
- ・ ケアの効果が第一（必要以上のケアを提供しない）

<ケアの特徴：地域看護師らによる地域に根ざした統合ケア>

- ・ 約 70%が看護師（35%が（レベル 5 = 学士）以上の地域看護師）（第 4 章参照）
- ・ あらゆるタイプの利用者に対して
 - ①ナースによるニーズアセスメント・ケアプラン作成
 - 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（家事援助は関連事業者 Buurtdiensten との連携も）
 - ④QOL 向上に向けたケア提供（介護・看護・ガイダンス）
 - ⑤共感的・社会関係支援の提供
 - ⑥セルフケアの支援 を実施。
- ・ ナースが全プロセスに責任を持つ。各利用者に窓口となる「パーソナルカウンセラー」役を決めているものの、ケースマネジメントとケア・支援提供の分業はしない。ケア提供は、細切れの機能別分業でなく、利用者との関係構築に基づく解決策の発見とトータルケア。
- ・ 利用者の力、インフォーマルネットワークの力を引き出す（介護者との対話も重視、助言や相談対応、地域のボランティア団体等の活用）。専門職によるケアを次第にセルフケア・インフォーマルケアに置き換えていく。
- ・ 各地域で健康増進・予防プロジェクトにも多く取り組む。

<組織の特徴：最大 12 人のナースによるセルフマネジメントチーム>

- ・ 1 チーム最大 12 人の様々な専門性を持つナースが約 40~60 人の利用者をサポート（人口約 1 万人エリア）。
- ・ 利用者、ナースの採用・教育、財務、イノベーション等全てに裁量と責任。
- ・ 管理者はいない、毎週ミーティングで役割と責任の確認とリフレクション。
- ・ 継続的な学習は利用者との対話、チームにおけるリフレクションと Buurtzorgweb によるものが基本となるが、高等職業教育機関とのパートナーシップにより独自の訓練コースも設けている。
- ・ 15 人のコーチ。
- ・ シンプルな収支構造（1 時間あたり収入 55 ユーロ、支出 52 ユーロ：ナース人件費 43 ユーロ・移動 2 ユーロ・オフィス賃料 1 ユーロ・ICT 2 ユーロ・間接費 4 ユーロ）。
- ※起業後の実績により、提供する機能の種類にかかわらず訪問時間あたり報酬を定額とする実験を認められている。
- ・ バックオフィスは業務管理（ヘルプデスク、介護料請求、労働契約・給与等）、イノベーション、品質と戦略立案。各チームに事務職はいない。

< ICT の活用：Health 2.0 (Buurtzorgweb) >

- ・ チームにおける業務管理（利用者情報、文書共有、従業員データ・勤務時間登録・シフト管理、バックオフィスとのコミュニケーション）
- ・ 知識創造の“ba”（事例やイノベーション等を含むナースのナレッジの共有・議論、ミッション共有と連帯感醸成）
- ・ チームの生産性の「見える化」（チームコンパス）
- ・ ケアの「見える化」（オマハシステム¹⁶⁵に基づくアセスメント、目標設定、ケアプラン作成、モニタリング）

出所：De Blok（2011）、Buurtzorg / Transitieprogramma（2009）及び2010年以降のBuurtzorgにおけるインタビュー、フィールドワークに基づき筆者作成。

注：本事例の詳細は、http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02986_04（2012年7月20日最終確認）及び医学書院『訪問看護と介護』2014年6月号における特集を参照のこと。

なお、認知症ケアに関しては、2000年代にケースマネジメントが浸透し、近年ケアオフィスに対してケースマネジメントを含む統合ケアの購入が推奨されるようになった。ケースマネジメントの定義を含めたケア基準の策定が進められ、多職種チームによるケースマネジメントが推奨されている（補章Ⅱ参照）。併せて看護・介護職協会（V&VN）のもとに作られた認知症ケースマネジャーのネットワークを中心として、認知症ケースマネジャーの職業プロフィールとコンピテンシーを整理する作業が行われている¹⁶⁷。

5 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〔Kodner（2003）〕。

この他にも患者ニーズが1つの専門職や単独のヘルスケア提供（事業）者では賄われない場合における、利用者を中心とした組織及び専門職・介護者を横断して一体的に計画・管理・提供されるケアは、coordinated care、collaborative care等とも称される〔Van Raak et al.（2003）〕。

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, 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

¹⁶⁵ 1970年代に米国・オマハの訪問看護協会等が中心となって開発した全人的見地からみ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・アウトカム評価からなる体系で、ケアの成果のモニタリング、EHR、多職種コミュニケーション、研究のためのデータ収集等に活用される。

¹⁶⁷ ネットワークの代表を務める Paul-Jeroen Verkade 氏へのインタビューに基づく。

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〔Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994)〕。中間ケアは、オランダ版 chain of care〔Kodner (2003)〕の萌芽と位置づけられる。

(1) 中間ケア～慢性疾患の疾病管理

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¹⁶⁸に取り組むようになった〔Spreeuwenberg and Elfahmi (1998)、Van der Linden (2001)〕。

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¹⁶⁹。

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〔Vrijhoef et al. (2001)〕、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（本章第3節2参照）による早期発見・予防、生活指導等が活発に行われた¹⁷⁰。

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

¹⁶⁸ 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、セカンダリ・ケアのサポートを得ながら在宅ケアを提供、入院・入所、退院・退所といった移行段階での両者の連携等。

¹⁶⁹ <http://www.kennisnetwerkcva.nl/>（2012年5月17日最終確認）。

¹⁷⁰ Ministerie van VWS (2008e) 及び <http://www.diabetesfederatie.nl/>、<http://www.kijkopdiabetes.nl/publiek/>（2012年5月17日最終確認）に基づく。キャンペーンは大きな効果をあげ、当初の予定より延長して2011年まで実施された。終了後も糖尿病リスクテストや健康生活コーチ等のツールはキャンペーンサイトで引き続き公開・活用されている。

（自己管理）支援、④多職種による統合ケア（Ketenzorg¹⁷¹）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¹⁷²〔Ministerie van VWS（2008e）〕。

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、心脳血管疾患リスク）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¹⁷³。各疾患について、人口約30万人エリアで家庭医、プラクティスナース、ナースプラクティショナー（第5章第2節参照）、専門医、栄養士等のヘルスケア専門職が多職種協働の疾病管理を目的として、所属組織を超えてケア（連携）グループを構成する。ケア（連携）グループには提供するケアの内容と価格の透明化、ミニマムデータセットに基づく記録等が義務づけられ、保険会社との交渉に基づく価格でグループとして包括払いを受け、ケア及びICTを含むグループ運営費等に充てる。

併せて利用者を中心とした質の高いケアを効率的に提供し、ヘルスケアシステムの持続可能性を高めるためにも家庭医を中心としたプライマリ・ケアが強化されるべきとされた〔Ministerie van VWS（2009a）〕。

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〔Coördinatieplatform Zorgstandaarden（2010）〕等をつうじて、基準間の調和をはかっている¹⁷⁴。なお、第2章第1節で言及したWagnerらによる慢性疾患ケアモデル（図表2-1）が、ケア基準策定の概念的背景といわれている〔Vrijhoef et al.（2001）〕。

（2）認知症の人に対する統合ケア

さて、ケア基準に基づく統合ケア（Ketenzorg）の推進は、慢性疾患ケアにとどまらない。Gezondheidsraad（2002）による答申を契機に、認知症ケアの国家戦略が展開されるようになり、地域レベルでの利用者視点からみた問題抽出と克服に向けたプロジェクトの展開をつうじた「良い認知症ケア」像の明確化（LDP）を経て、統合ケアのガイドライン作成とそれに基づくケアの購入にかかる地域での実証・普及がはかられた（PKD）。さらに、ガイドラインの見直しとケア基準の策定、質の評価指標の見直しが行われている（Zorgstandaard Dimentie）。補章Iでコーディネートされた認知症ケア提供に向けた動

¹⁷¹ keten は chain、zorg は care の意味。

¹⁷² 慢性疾患患者の増加とそれに伴う医療費の拡大、慢性疾患を抱える者の多くが仕事や教育・家族・社会関係など生涯をつうじてさまざまな課題を持ち、労働参加率も低い（一般 69%に対し慢性疾患患者 34%）こと等が背景とされる。

¹⁷³ 2012年までが移行期間とされ、包括払い評価委員会においてモニタリングが行われている〔Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging（2011）〕。

¹⁷⁴ 本章第4節で紹介する質の評価指標に関する「見えるケアプロジェクト（Zichtbare Zorg）」とも連動。

きを整理する。

6 サービス付き住宅

長らく住宅とケアは異なる領域として、別々のプログラム、規制、財源に基づいて営まれていたが、次第に住まいはケアが提供される「場所」であり、地域居住¹⁷⁵を可能にする重要な資源のひとつあるいは基盤とみなされるようになった〔Kodner (2003)〕。健康上の問題を抱える高齢者は居住環境、近隣、家そのものの安全性への要求が強く、住まいの安全性は引越し願望にも大きな影響を及ぼすといわれている〔Kingston et al. (2001)〕。

欧州 9 カ国における統合ケアシステム達成に向けた戦略・道具立てを整理した Leichsenring (2004) によれば、「施設機能の分離（住まいと外付け介護・福祉等サービスの統合）」は、比較対象となった 9 カ国の全てで実施されており、統合ケアの必須要素となってきたことがわかる。

ここではまず、オランダの住宅政策の特徴と変遷について、住宅協会の位置づけ・役割に着目しながら概観したうえで、1980 年代半ば以降のケアセクターと住宅セクターの接近、地域における多様な協働について紹介する。

（1）住宅政策の特徴と変遷

住宅保有形態の特徴に基づき住宅政策イデオロギーを 2 つに分類し、国際比較を行った Kemeny によれば、オランダは、社会賃貸部門を民間賃貸市場に統合するユニタリズムが見られる¹⁷⁶。ユニタリズムの国では、持家か賃貸かの選択の中立性が確保され、相対的にみると持家率は低いとされる〔Kemeny (1995)〕。公共賃貸住宅である社会住宅の占める割合が全住宅ストックの約 32%、賃貸住宅ストックの約 75%と EU 諸国のなかで最も高く（2008 年）〔Pittini and Laino (2011)〕、長らく社会住宅¹⁷⁷が低所得者層のみならず、幅広く中高所得者層も相当数含む¹⁷⁸国民住宅としての役割を果たしてきた〔角橋

¹⁷⁵ 地域居住（Ageing in place）の理論と諸外国及び日本における地域居住に向けた取組みについては松岡（2011）を参照のこと。

¹⁷⁶ もうひとつの分類は、社会賃貸部門と民間賃貸市場を分離し持家政策を推進するデュアリズムであり、日本はデュアリズムの国であるとされる〔佐藤（1999）〕。

¹⁷⁷ オランダの社会住宅の発展と住宅協会の役割の詳細は Ouweland and Van Daalen (2002)（邦訳あり）、簡便には Elsinga and Wassenberg (2007)・Aedes (2007)、最新の議論等は住宅協会連合 Aedes（<http://www.aedesnet.nl/>）及び政府の住宅協会に関するホームページを参照のこと（<http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/woningcorporaties>）（2012 年 6 月 5 日最終確認、いずれもオランダ語のみ）。オランダを含む欧州各国の社会住宅をめぐる議論とその実態については Scanlon and Whitehead eds. (2008) 及び <http://www.housingeurope.eu/>（2012 年 6 月 5 日最終確認）が参考になる。

¹⁷⁸ 社会住宅に住む高所得者層の存在は、1989 年の住宅白書（nota Heerma）によって初めて問題視されたが〔Elsinga and Wassenberg (2007)〕、ごく最近まで社会住宅入居にあたって収入制限はなく、実質的に誰もが入居可能であった。2009 年時点の賃貸住宅の平均面積と年間家賃をみると、社会賃貸部門で 82.0 m²・4,900 ユーロ、民間賃貸市場で 106.0 m²・10,100 ユーロである〔Dol and Haffner eds. (2010)〕。その後、2010 年のオランダ社会住宅制度に関する欧州委員会決定により、社会住宅は社会的に不利な状況

(2009)] ことも特徴といわれる。

19 世紀半ばにコレラ等の疫病流行により不衛生で高密度な住環境改善が課題となり、19 世紀後半の人口急増に伴い都市部のスラム問題解決の必要性が高まったこと等を背景として、1901 年に住宅法 (Woningwet)¹⁷⁹が制定された。1814 年に制定された憲法において適切な住宅供給の推進は当局の責任と定められ (第 22 条)、19 世紀半ばには社会住宅を建設する組織が登場していたが¹⁸⁰、住宅法の制定により、社会住宅に法的枠組みが与えられることとなる。ここで国から認可された住宅協会 (Woningcorporatie) が、社会住宅の供給者で補助金の受取人として明確に位置づけられた。

国は、低所得者向け住宅建設を助成するための予算を地方自治体に分配する。地方自治体はこれにより公営住宅を整備することもあるが、大半は民間非営利の住宅協会が社会賃貸住宅を建設・管理した¹⁸¹。特に戦後、住宅協会への建設資金融資・運営費補助、家主への家賃規制、テナントへの家賃補助をつうじて大量の社会住宅建設が行われた。こうして、ケアセクターをはじめとする他の多くのセクター同様 (本章第 1 節参照)、住宅セクターにおいても国家の財政支援に基づき民間非営利組織が実施主体となるという形でオランダ福祉国家における発展がみられた [De Boer (1999)]。

福祉国家の拡大が終焉を迎え、1980 年代後半に住宅不足が解消しはじめると、拡大を続ける社会住宅関連支出の削減が急務となった。1989 年には国の住宅政策からの撤退と地方分権の推進 (住宅建設補助の中止と権限移譲)、住宅協会の自立と持家推進 (民営化・規制緩和) に向けた住宅白書 (nota Heerma) が発表される [Ministerie van VROM (1989)]。

住宅協会は、1990 年代に財政面での自立性を高め¹⁸²、国による財政・実行面での監督

に置かれた層及び労働者の特定層に対して市場価格を下回る価格で供給される住宅と定義づけられ、2012 年時点では原則として年収 34,085 ユーロ以下の者を対象とする家賃 664.66 ユーロ/月以下の住宅となっている (社会住宅の 1 割までは高所得者層に分配してもよいものとされている)。ただし 2012 年からケア判定を受けている場合は収入にかかわらず社会住宅に入居できることになった [http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/woningcorporaties (2012 年 5 月 26 日最終確認)]。

¹⁷⁹ 1901 年住宅法は住宅政策と都市計画にわたる法であり、1965 年に住宅法から分離して国土・地方・都市計画を総合した空間計画法 (Wet op de Ruimtelijke Ordening、WRO) が制定される。空間計画法は度重なる改正で複雑化していたが、2008 年に抜本的な改正法が施行された。改正の背景、同法の運用、改正法の全訳については日本都市センター編 (2012) を参照のこと。なお、オランダの空間計画の包括的な検討にかかる日本語文献として角橋 (2009)、国土政策の概要資料として国土交通省 (2010) がある。

¹⁸⁰ 慈善団体 (教会) のみならず、当時重要な社会問題であった労働者階級の住宅建設に関しては労働組合主導の組織が大きな役割を担っていた [Ouweland and Van Daalen (2002)]。

¹⁸¹ 特に 1965 年の住宅法改正により民間非営利の住宅協会による住宅建設が自治体公社によるものに優先するという原則が確認され、その役割が大幅に強化されるとともに、住宅協会の数が増えた [Ouweland and Van Daalen (2002)]。

¹⁸² 住宅協会が国から受けた融資に対する償還金の合計と協会が今後受ける予定の国庫補助金の合計 (貸し借り関係) を相殺する *brutering* と呼ばれる手法がとられた。これにより、国は公共住宅政策に関する権限と財政面で身軽になり、住宅協会は政府への負債なしで約 240 万戸の住宅と土地資産の無償譲渡を受けるという絶好の経営環境を確保することができた。なおセーフティネットとして 2 つの金融機関 (融資保証機関とその救済機関) が設立された [角橋 (2009)]。現在、住宅協会は強固な財政基盤を築いているが、その背景には過去数十年間にわたって継続された国からの援助があることから、しばしば「社会連帯資産」といわれる [Ouweland and Van Daalen (2002)]。

のもと、住宅法の法的枠組みのなかで社会住宅運営管理令（Besluit Beheer Sociale Huursector、BBSH）に定められた社会的責任（図表4-7）を果たす社会的起業家（maatschappelijke ondernemer）として発展をみた。財政基盤が強固になるにつれ、住宅協会の資産の所有関係（政府のものか住宅協会のものか）、事業運営の正当性、将来的な社会住宅セクターのあり方についての議論が高まり〔Conijn（2005）他〕、住宅協会が担うべきミッションは次第に拡大してきている。

図表4-7 社会住宅運営管理令（BBSH）に規定された住宅協会の6つの実行領域

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 低所得者層等のターゲットグループへの適切な住宅の供給 ② 社会賃貸住宅のメンテナンス、リノベーション、新規建設等による質の維持 ③ 事業計画作成や住宅管理にあたっての居住者（テナント）との協議¹⁸³ ④ 財政的な持続性確保 ⑤ 近隣・コミュニティにおけるQOLの向上 ※1997年改正で追加 ⑥ ケアを必要とする人々への住宅の供給（ケアとの連携） ※2001年改正で追加 |
|---|

出所：BBSH（1992年制定、その後の改正を反映）に基づき筆者作成。※は筆者注。

さて、住宅分野での政策課題、社会住宅の建設と管理運営については、インフラストラクチャー・環境省¹⁸⁴（Ministerie van Infrastructuur en Milieu）、オランダ地方自治体協会（VNG）、住宅協会連合会（Aedes）、全国の居住者とテナントからなるオランダテナント協会（Woonbond）の4団体を中心として国レベル、地方自治体レベルで垂直・水平的な協議・調整が行われる¹⁸⁵〔Ouweland and Van Daalen（2002）〕。

2000年に発表された住宅白書（以下、21世紀住宅白書）は、21世紀における住宅ビジョンとして、持家推進¹⁸⁶、低所得者の住環境改善（家賃補助・住宅購入資金援助）、住

¹⁸³ 戦前、住宅協会の多くは同じ社会経済的背景（宗教・政治・職業等）を基盤としてテナントと強力な相互連帯意識を持っていた。しかし戦後住宅不足解消に向け入居者配置等にも政府が大きな権限を発揮するようになると、いったん関係が希薄化する。1970年代の社会全体の民主化の流れのなかで多くのテナント組織が設立され、住宅協会や自治体の政策に影響を強める。1990年代に住宅協会が大規模化するとテナントとの関係はビジネスライクなものになったが、BBSHによりテナントの発言権が強化される。さらに、住宅協会及び民間家主に適用される家主テナント協議法（Wet op het overleg huurders verhuurder、1998年制定、2009年改正）によってテナント参加が法律上義務化された。これにより、テナント個人と家主の権利義務関係のみならず、テナント組織として住宅協会、自治体や国と協議する法的枠組みが与えられた。住宅協会の理事会にテナント審議会から選出された理事を含めることも定められている。多くの住宅協会は、この枠組みのもとでテナント組織との間で独自にテナント参加に関する契約を交わし、管理運営にあたってもテナントの選択・発言を重視している。テナント参加実態についてはBBSHに基づき毎年報告が義務化されている他、住宅協会連合会の自主規制（Aedes-Code）においてもモニタリングの仕組みが規定されている〔Ouweland and Van Daalen（2002）、Pittini（2011）〕。

¹⁸⁴ 2010年10月の省庁再編前は住宅・空間計画・環境省（Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer）。

¹⁸⁵ オランダでは伝統的に法は枠組みを定め、方針決定・実行は関係者の協議に基づく。空間計画や都市計画においても12・13世紀以降の治水・干拓の歴史における垂直調整・水平調整を原点とする協議型プランニングシステムが根づいている〔Needham（2007）〕。

¹⁸⁶ 持家率は戦後徐々に高まり、nota Heermaにより持家重視政策（社会住宅建設抑制、持家取得の税優遇、市場家賃化等）がとられると、1990年代後半以降持家が賃貸住宅を上回るようになった。近年持家率が6割近くとなっている。ただし、西欧諸国以外からの移民、とりわけ第一世代では持家率は低く社会住宅入居者が多い〔Dol and Haffner eds.（2010）、Elsinga and Wassenberg（2007）〕。

宅の質向上と多様性拡大等とともに、ケアと連携した高齢者・障害者向け住宅の積極的な供給(家賃補助の充実)と改築促進、ケアが必要になっても住み続けられる生涯住宅¹⁸⁷の整備、コミュニティにおける QOL 改善と社会的連帯強化、テナント参加と住民ニーズにあった住宅・住環境改善等を提起した〔Ministerie van VROM (2000)〕。これと前後して、BBSHにはコミュニティ全体の環境整備・QOLの向上、ケアとの連携強化等が追加されることになる。

こうしたなか、約400の住宅協会のなかには¹⁸⁸、ホームレス等から障害のある人、高齢者、学生といった伝統的なターゲットグループ以外の人々への住宅供給、時には居住者への保険やごみ処理、店での割引といった追加的サービスの提供、近隣での子どもの遊び場づくり、監視員配置、特に地方自治体の手がまわらないところでソーシャルワーク等を提供するコミュニティセンター(2参照)の設置〔Elsinga and Wassenberg (2007)〕、学校やスポーツ施設の建設・リース、ヘルスケア・ソーシャルケア提供(事業)者と協働したさまざまなプロジェクト等に取り組むものも増えてきた。

また、戦後集中的に建設された¹⁸⁹住宅ストックのリニューアル、市街地の再開発が課題となるなか、市街地における住宅ストックの大規模所有者であり、専門性と潤沢な資金を持つようになった住宅協会は、市街地再開発・地域再活性化事業における空間的・社会経済的再生に向けた統合的アプローチ¹⁹⁰のなかで、多様なステークホルダー間の協議・調整の主導的役割を担うに至っている¹⁹¹〔Scanlon and Whitehead eds. (2008)〕。

かくて、住宅協会は、低所得者向け住宅の供給と中高所得者向け高家賃住宅や持家を建設するという2つの機能を担いつつ、市街地再開発事業や高齢者等のケア付住宅建設も行うという多機能組織へと衣替えに成功したといわれる〔角橋(2009)〕。

ただし、90年代以降の住宅協会の民営化と持家推進政策は、都市内部での居住地分化(移民を中心とする低所得者層の居住地集中等)の傾向を生みだしており、21世紀住宅

¹⁸⁷ 生涯住宅(Levensloopbestendig wonen)とは、安全性、機能性、アクセシビリティ、アダプタビリティ、フレキシビリティを保証する住宅のこと。特徴は松岡(2011) pp.89-91を参照のこと。

¹⁸⁸ 2010年現在415〔<http://statline.cbs.nl/statweb/> (2012年6月6日最終確認)〕。吸収合併を繰り返し、次第に減少傾向にある。数百の住宅ストックを持つローカルな協会から数万を保有する地域あるいは全国規模で活動する協会までさまざまであり、その活動内容もばらつきが大きい。

¹⁸⁹ 他のEU諸国同様、全住宅ストックに占める1945年～1970年に整備された住宅の割合が最も高く、約27%にのぼる〔Dol and Haffner eds. (2010)〕。

¹⁹⁰ 戦後の都市再開発政策の焦点は、戦時のダメージ回復(戦争直後)、都市拡張・市街地再構築・スラムクリアランス・交通網整備と集中的な住宅建設(～1970年代前半)、市街地の社会住宅建設(1970年代)、環境・防犯・安全対策を含めた居住環境への関心(1980年代)と変化し、1990年代以降、他の多くの欧州諸国同様、空間的・社会的・経済的目標を包含する統合的アプローチがとられるようになってきた。当該地区住民の空間的居住環境のみならず、各居住者が抱える個々の社会経済的問題を棚卸して安全・教育・雇用・職業訓練・ケア・娯楽等にかかる社会的方策を統合的に展開する方法である〔Scanlon and Whitehead eds. (2008)、Ouweland and Van Daalen (2002)〕。角橋(2009)ではアムステルダム市のペイルマミーア高層住宅団地再生事業における統合アプローチの事例が検討されている(ただし、同事例においてケアは焦点になっていない)。

¹⁹¹ ただし再開発事業において住宅協会がどの程度の役割を担うべきかについてはさまざまな議論がある。

白書がさらに社会住宅売却と所有形態自由化を促進していることには、懸念も示されている〔Van Kempen and Priemus (2002)〕。

（２）ケアセクターと住宅セクターの接近・協働～分離・再統合

本章第１節で述べたように、1970年代後半以降、次の２つの背景から脱施設化がはかられ、とりわけ1980年代半ば以降「代替」政策（本章第１節２（４）（５）参照）のもとで施設から地域への動きが加速し、ケアセクターと住宅セクターのさまざまな協働が始まった¹⁹²。

１つめは、経済情勢悪化により、長期ケアについても自己責任と互助を強調する福祉社会への移行をつうじたコスト削減が急務となったこと、２つめは、障害者・高齢者自身が、既存の入所施設における小さくてプライバシーに欠ける居室、「必要かどうかにかかわらず」食事・生活支援・家事援助・身体介護等がフルパッケージで提供〔Bijsterveld (1995)〕されることに反発し、自立・エンパワーメント・選択の自由に対する主張を高めたことである。

1980年代半ばに始まった「住まいとケア革新プロジェクト（IWZ）」は、入所施設において強固に結びついた住まいとケアを切り離し、住まい機能が顕著に向上した独立住宅と多様で柔軟なケア・サポートの組み合わせを可能にする多くの試みを生み出した¹⁹³。中心的価値は高齢者の自立であり、高齢者は自らが必要とするケアを（社会的・医療的観点からの助言に基づき）獲得することができる成熟した自由な消費者とみなされるようになってきた〔Houben and Van der Voordt (1993)〕。

その後、「高齢者介護の未来（Ouderenzorg met toekomst）」報告（1994年、本章第１節２（６）参照）は、施設削減と自立して暮らす高齢者のニーズにあう住宅の整備、地域における住まいとヘルスケア及びソーシャルケアのコーディネート、高齢者住宅における住まい機能とケア機能の費用分離を政策課題として取り上げる。さらにAWBZ現代化に向けた改革のなかでの「機能アプローチ」への転換は、利用者本位のコーディネートを可能にする基盤となった。

こうして入所施設におけるケアをより安く費用効果が高いケアで置き換え、地域のなかで個別仕立てのケアを提供することをつうじた地域居住を推進するため、①入所施設のマクロ予算を固定し、事業者が本当に必要とする人に必要なサービスを提供するよう仕向ける、②ケアホームの入居判定基準を厳格化し、高齢者住宅の整備（施設や古い住

¹⁹² 高齢者向けサービスのコーディネートは1960年代後半から政策課題となっていたが、当初の焦点は多数の専門職組織から提供されるヘルスケアとソーシャルケアにかかるものであり、1980年代の代替政策推進のなかで、その焦点が住まいとヘルス・ソーシャルケアのコーディネートへと拡大された〔De Boer (1999)〕。近年、QOL改善の観点から、福祉的側面に、より関心が高まっている。

¹⁹³ 日本語文献では松岡（2011）が同プロジェクトの事例を住まい・ケアの側面から紹介している（pp.128-140）。

宅の改築を含む)を助成する、③個人向け家賃補助を充実するといった誘導策がとられるとともに、④入所施設のケア・サポート機能を地域に展開する、⑤ホームケアの充実、24時間365日巡回サービス、予防を重視する地域看護、福祉サービス等の地域におけるヘルス・ソーシャルサービスの開発・発展をはかる、⑥資産調査つき自己負担とは別に、インフォーマルケアや私費によるホームケア利用を促すといった取組みが行われることとなる¹⁹⁴〔De Boer (1999)、Van der Made et al. (1991)、Ex et al. (2003)〕。

2000年代以降も引き続き「個別仕立ての住まいとケア (Wonen en zorg op maat)」が称揚・助成され〔Ministerie van VWS (2001 a)〕、2007年には保健福祉スポーツ省と住宅空間計画環境省(当時)が連名で、高齢者や障害のある人たちの自己決定・選択に基づく地域居住促進に向け、地域を基盤とした一貫したアプローチ(本章第3節参照)、十分な数と多様性ある住宅の整備、個別仕立てのケアとサポート等のテーマを掲げ、住まい・福祉・介護にかかる5年間のアクションプランを策定した〔De minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007)〕。

1980年代以降、地方自治体と住宅協会、介護事業者、福祉団体、高齢者団体等が協働して実現した新しい住まいとケア・サポートの組み合わせには、次のような例がある¹⁹⁵。

まず既存のナーシングホームやケアホームの近代化があげられる。従来ホームの入居者にのみ提供していたサービスをナーシングホームからケアホームへ、さらに隣接する高齢者住宅(大規模ホームの一部改築を含む)の入居者、ケアホーム等への入居待機者を含む地域住民にも展開し、地域におけるサポートセンターとしてリニューアルするものである。身体介護、看護、ガイダンス、リハビリテーション等の治療といったAWBZの給付対象となる「機能」の訪問・通所形態での提供¹⁹⁶のみならず、食事、ランドリー、理美容等の生活支援、レクリエーション等の提供も含まれる。

次にケア付集合住宅(woonzorgcomplex)等の整備である。(高級な賃貸や持ち家との組み合わせもあるが)多くは社会住宅としての独立したアラーム付の生涯住宅に、入居者のニーズに応じて24時間巡回型の訪問介護・看護サービス、家事援助・生活支援¹⁹⁷、

¹⁹⁴ ただし、1990年代の研究では、高齢者の住まい選択(問題が起きてからではなく先を見越して行動する者もいる)やケアサービス利用行動に関する仮定が実態と異なり、明らかな予算不足で、全国的に十分なコミュニティケア(住まい・ケア・サポート)を整備するには至らなかったことが実証されている。とりわけ都市部で高齢者住宅の整備が遅れたこと、高齢者の暮らしに配慮した住宅の整備はケア・サポート利用の縮小にはつながらなかったこと、インフォーマルケアを活用している者のほうがそうでない者よりもホームケアを多く使っており、インフォーマルケアがフォーマルなホームケアへの仲介役となっている可能性が示唆され、フォーマルなホームケアのインフォーマルケアによる代替は非現実的であること等が分析されている〔De Boer (1999)〕。

¹⁹⁵ Van Vliet (1995)、Kodner (2003)及び住宅協会連合会(Aedes)と介護等事業者団体(Actiz)が設立した住宅介護情報センターにおけるインタビューに基づく。なお、オランダの高齢者住宅は定義が明確でなく、種類・呼称ともに多岐にわたる。

¹⁹⁶ 前述の機能アプローチへの転換により柔軟性が高まった。

¹⁹⁷ 日本語文献では福田他(2009)が高齢者住宅における生活支援機能を考察している。

ソーシャルワーク、アクティビティ等各種サポート・サービスを柔軟に組み合わせて提供するものである。ケースマネジャーやコンサルタント等と呼ばれる者が入居者のニーズを見極め、個別に必要なケアやサポートをアレンジする体制をとるところが多い。集合住宅の1階部分に地域住民にも開かれたサービス機能を備えたものもあれば¹⁹⁸、隣接あるいは近隣のナーシングホームやケアホーム、プライマリ・ケアセンターやコミュニティセンター（本章第2節2参照）、介護事業者等と連携するものもある。いずれにしても、ケア付集合住宅においては住居費、介護費、その他サービス費用は分離され、低所得者には家賃補助がある。

2000年代に認知症ケアへの取組みが本格化するなか（本章第1節2（7）及び第2節5（2）、補章Ⅱ参照）、6～8人程度が1つのユニットとして生活する小規模グループホーム（kleinschalige woongroepen）が政策的にも推奨されるようになると〔Ministerie van VWS（2009b）等〕、独立した4ユニット程度の小規模ホーム、多様な生活様式にあわせて多くのユニットと公共スペースを配した比較的大規模なホームの他、一部を小規模グループホームとするケア付集合住宅等、さまざまな形態で整備が進んだ。

このように、高齢や障害によりケア・サポートを必要とする人のための施設・住まいは、独立したもののほか、ナーシングホーム、ケアホーム、小規模グループホーム、生涯住宅等を敷地内に併設あるいはひとつ屋根の下に連結して設置し（増築・改修含む）、広く公共スペースを設け、敷地内外の誰もが使えるヘルスケア、家事援助や生活支援等を含むソーシャルケア、文化娯楽等サービス機能を配置するもの、近隣のプライマリ・ケアセンターやコミュニティセンターを含めて一体的に計画・整備するものなど、空間として複合化・多機能化している。

サービス提供主体は、住まい、ヘルスケア、ソーシャルケア、その他サービス機能を系列として擁する統合サービス事業者もあるが（図表4-8）、各地域の関連組織がコンソーシアムを形成する等により連携・協働する場合もある。

なお、近年虚弱高齢者等の自立を助け、QOLを改善するとともに省力化につながる可能性があるとしてさまざまなホームオートメーション（オランダ語では Domotica）の導入が推進・助成されており¹⁹⁹、住まいとケア・サポートの組み合わせにかかるプロジェクトには ICT 事業者も参加するようになってきている。

¹⁹⁸ 住宅介護情報センターによれば、ケア付集合住宅は大規模多機能化の傾向にある。サービス機能について、「ケア付」から生活文化娯楽等を含めた多様な「サービス付」のイメージにシフトしようとしている。

¹⁹⁹ オランダでは保健福祉スポーツ省の主導による小規模グループホームにおけるホームオートメーション導入を支援するプロジェクト（<http://www.syntens.nl/KWmD/home.aspx> 2012年7月25日最終確認）等があり、EUレベルでは23カ国が参加して高齢社会とICTに関するプロジェクト（<http://www.aal-europe.eu/> 2012年7月25日最終確認）が推進されている。

図表 4-8 圏域単位の計画と統合サービス事業体—Zorggroep Almere

<ul style="list-style-type: none"> 1970年代後半にアムステルダム郊外のニュータウンとして造られたアルメーレ市（人口19万人）において、市及びケアオフィスとの緊密な連携のもと、以下の圏域単位の計画に基づき住まい・生活支援・予防・介護・医療サービスを提供する統合サービス事業体。従業員約2,700人。 	
1.5万人単位/街区	プライマリ・ケアセンター（家庭医、看護師、ソーシャルワーカー、助産師、母子ケア、栄養士、歯科、理学療法、薬局）
4万人単位/地区	福祉、在宅ケア、高齢者住宅、ナーシングホーム
15-20万人単位/市	保健センター、リハビリセンター、精神保健センター、病院
100万人単位/広域	専門病院
<ul style="list-style-type: none"> 23カ所のプライマリ・ケアセンター、7カ所の高齢者向け複合拠点（ナーシングホーム、小規模グループホーム、多様なケア付集合住宅。一部はプライマリ・ケアセンターを併設）、虚弱高齢者向けリハビリ病床、16の薬局、病院と連携した時間外・救急サービスを運営。各拠点で在宅・通所ケア、生活援助を提供する他、健康・リラクゼーション・保育等に関するワークショップや教室も開催。 病院、精神保健センター、保険会社との慢性疾患6種の地域連携パスを構築。 アルメーレ認知症プロトコルに基づきケースマネジメントを含む認知症統合ケアを提供（補章II参照）。 80年代以降統合ケアのモデルとしてしばしば紹介されてきているが〔Schrijvers et al. (2003)等〕、近年23カ所の画一的な提供モデルの硬直化に対する反省に基づき、より各地区のニーズにあう効率的なケア提供モデルの再構築が模索されつつある²⁰⁰。 	

出所：Schraeverus and Roessink (2012) 及び <http://www.zorggroep-almere.nl/> (2012年6月10日最終確認) に基づき筆者作成。

さて、1995年に、建築家らの研究グループにより、2015年に向けた地域居住の姿として、スカンジナビア諸国に着想を得たサービスゾーン²⁰¹（Woonzorgzone）構想が提唱された（STAGG-Model）〔STAGG（2000）〕。1万人程度をひとつのゾーンにとらえ、ターゲットを高齢者や障害者に特定せず、多様で質の高い生涯住宅、ヘルスケアサービス（徒歩圏内の小規模ヘルスケアサービスセンター・24時間巡回ケア）、福祉（コミュニティセンター等）、各種生活文化娯楽サービスの配置、公共交通整備の考え方を示したもので、虚弱者を対象とする住宅ストックは全体の25%を超えないものとされている。松岡（2011）は、これを普遍化した住まいとゾーン発想に基づくケア・社会サービスの再統合による「誰もが、どこでも、いつまでも暮らせる町」づくりと評価する。

ただし、サービスゾーン構想は、地方自治体における都市・住宅・サービス整備関連の計画立案、再開発等にあたって参照することが推奨されているものの、相互理解が未だ十分でない住宅・介護・福祉といった複数のセクターの異なる役割と財源を持つアク

²⁰⁰ <http://www.lvg.org/digi/2012/14/ZAM-maart-2012.pdf> (2012年6月10日最終確認)

²⁰¹ 考え方や事例は松岡（2011）を参照のこと（pp.84-88・140-143）。事例として紹介されているアムステルダムの新興開発地区である IJburg（松岡（2011）pp.140の Ijberg は誤表記）において筆者が行ったインタビューでは、広々とした生涯住宅に住む独居障害者から「家は満足だが、ここにはやる事が無い」、計画担当者から「若年層が多く地域でのつながりがまだ薄い」等の指摘もあり、未だ課題は多い。

ターが連携しなければならないこと²⁰²、市場原理が導入されるなか、競争と協調のバランスが難しいこと等から〔Harkes (2005)〕、サービスゾーン構想に基づく計画の実行、当該地域での「利用者からみた」統合ケアの実現には、さまざまな困難があるとみられている。

第3節 自治体と統合ケア

オランダにおける自治体組織を概観したうえで、ケアに関連する地方自治体任務の広がりを見ておく。

1 自治体組織²⁰³

前述のように、オランダの総合行政は国、州、地方自治体²⁰⁴からなる三層制であり、これに加え水管理のみを所管する地域治水委員会がおかれている。自治制度は国が中央政府であり、州と地方自治体が地方政府という二層制自治制度となる。州及び地方自治体は自治権に基づいて固有の事務を行う一方、国から委任される共同事務を遂行するよう義務づけられている。首長は公選制ではなく国から任命される点に特徴がある。

州 (provincie) と地方自治体はかなり性質が異なり、州は中 2 階的な計画事務が多いこと、実際の所管事務の範囲や政治的伝統、自治的基盤などから、地方自治体 (gemeente) こそが実質的なオランダの地方自治の担い手であるとされる〔金井他編 (2011)〕。

地方自治体は都市化と都市問題への対応に向けた合併の進展により、1851 年には 1,209 あったが、2012 年 1 月時点で 415 と大幅に減少した。これにより、各自治体の人口規模が拡大しており、平均約 4.0 万人となっている。

地方自治体の人口規模が比較的大きいこともあり、区 (deelgemeenten) という制度があり、憲法上の位置づけはないが、地方自治体の議会・理事会・首長の合同決定により 1 つまたは複数の区を設置できることとされている。区は区住民の選挙に基づく議会と行政当局を持ち、民主的正統性と公式の決定権限を有する存在である。ただし、従来の行政の一体性が損なわれること、地方自治体内分権には費用がかかること等から多くの地方自治体は区議会設置に慎重である。

地域治水委員会 (waterschap) は、堤防の維持・管理を通じて形成されるコミュニティを管理する自治的組織として 13 世紀にできたものであり、オランダのみならず世界でも最も初期の近代的な民主主義的自治体組織とされる。この歴史的重要性は憲法上の規定からも明らかで、現在も地域治水委員会は行政上の地方自治体と対等の位置づけとなっており、水域管理権 (治水、水量、水質、水路・道路管理) については独自の自治が

²⁰² 多くの場合、住宅協会や地域のナーシングホーム・ケアホーム等が協調体制を主導する。

²⁰³ 特記がなければ金井他編 (2011)、自治体国際化協会 (2005) に基づく。

²⁰⁴ 全国画一的に都市農村や人口規模などでの差異がなく、都市特例制度はない〔金井他編 (2011)〕。

与えられている。

オランダは干拓・堤防による治水をつうじた国土形成が重要であることから、治水の前には皆が対等で、全員参加で激しく自己主張を闘わせるが、洪水が来るまでに合意する、すなわち合意のための議論を行いつつ、機能的・实际的にコンセンサスを得ながら対処する文化が「オランダ的民主主義」を創り上げてきたともいわれる〔長坂(2007)〕。

2 地方自治体任務の広がり と 統合ケア

相対的に小国であり、地方自治体が必ずしも多くの事務を担っているわけではなく、財政的には地方自治体の比重は小さい²⁰⁵。必ずしも量的に大きな比重をもっているわけではないが、地方自治体任務分担の幅は、市民登録、教育・文化、住宅・街区・建築・都市計画、介護・福祉、ゴミ処理・観光、公共交通等、多岐にわたる。なお、いずれの分野も基本的には国・州・地方自治体で権限を共有する共同施政（medebewind）である〔金井(2009)〕。

ここで、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（図表1-1）と関連が深い分野について、19世紀以降の地方自治体（gemeente）任務の広がりを概観しておく。

19世紀半ばに疫病流行を経験し、その原因に関する公衆衛生学の観点からの統計的研究が蓄積・還元されると、次第に住宅・食・水・下水・健康教育に関する意識が高まってきた〔Rosen(1958)〕。

こうしたなか、1856年に国は地方自治体に地域健康委員会を設置して公衆衛生に取り組むよう助言、これが都市の富裕エリア、のちに貧困エリアや郊外にも広がり、地域を基盤とする公衆衛生の萌芽となる。1901年に健康法（法：Gezondheidswet）が制定され、20世紀初頭からは地方自治体による保健センター（Gemeentelijk Gezondheidsdienst, GGD）開設が推進された。当初、地方自治体が公衆衛生部局を設けることに法的義務づけはなかったが、伝染病や救貧関連部署の監督下に設置されるようになり、次第に幼児、青少年、学校保健、結核ケア、地域看護など任務の広がりが見られ、1980年代（ヘルスケアサービス法、予防と公衆衛生に関する法）にGGDの設置が義務化された〔Schäfer et al.(2010)〕。地方自治体はGGDのマネジメントと財源の責任をもち、地域における予防・健康増進・ヘルスプロテクションの役割を担うことになる。community-based care（地域を基盤としたケア）はWHOにより推進された伝統的な公衆衛生アプローチに立脚し、地域の健康上のニーズに基づき、一定レベルの地域社会による参画を保証しながら、地

²⁰⁵ 州及び自治体の予算総額の90%以上は国からの移転財源であり、自治体は自主的にまたは国の要請に基づいて定める公的事業の大部分について財源を国に依存しているといわれる〔自治体国際化協会(2005)〕。

域の健康に関する信念や社会的価値観にあわせて構築されるものといわれるが〔Ploch and Klazinga (2002)〕、オランダでも早くから公衆衛生に関して地域を基盤とした展開が見られた。

疫病流行やスラム問題解決等を背景として、公衆衛生と並び、早くから地方自治体役割が明確化されたのが住宅政策及び都市計画・空間計画である(本章第2節6参照)。1901年に制定された住宅法は、建築基準等の制定を通じた住宅と建築の質確保、不良住宅の撤去(クリアランス)、国の助成に基づく住宅協会への融資、都市計画の策定・実施等、住宅政策と都市計画に関して、地方自治体に大きな役割と権限を持たせるものだった〔Van Weesep and Van Kempen (1993)〕。住宅政策は1989年の「90年代住宅白書」以降、地方分権化が進み、地方自治体は住宅協会や居住者組織と協議し、社会住宅を含めた住宅政策文書とその事業内容を明記した事業計画書を、さらに住宅供給数やその配置に関する住宅規制を作成する〔角橋(2009)〕。なお、政府は地方自治体に高齢者住宅の積極的な供給と必要に応じた改修、高齢者の家賃補助の充実、住まいの質の向上、住まいとケアの組み合わせの奨励を指示している。空間計画も2008年改正により大幅に地方への権限移譲が進められ、地方自治体が域内の全ての土地にかかる土地利用計画(Bestemmingsplan)を策定・更新することが義務づけられ、州の承認なく計画を策定できることになった。

前述のように、福祉にかかる諸サービスの実施主体は、古くから民間非営利主体であったが、1980年代半ば以降、次第に福祉分野での地方自治体役割が拡大した。社会福祉法(1986年)において地方自治体が高齢者福祉政策に責任を持つこととなり、①高齢者が社会的役割を果たせるよう刺激するとともに自助組織において高齢者の興味が引き出されることを促すといった社会的な「再活性化」、②社会的排除等の予防と自己管理に向けた支援、③周囲との関係維持・再構築の個別支援といった利用者中心のガイダンスという3つの中核機能が定められた。さらに、障害者サービス法(1993年)によって、住宅改修や移送、車いす等のサービス提供の責任が地方自治体に移行した。

また、1990年代の女性の社会進出に伴い保育政策の重要性も高まり、2004年の保育法制定により、地方自治体はその役割を担うこととなった(第3章第1節1参照)。

さて、近年新しく地方自治体の任務とされた大きな分野で、オランダの福祉国家及び社会保障制度の一部をなすのが、社会生活支援である。社会支援法(Wmo)の施行(2007年)は、自治体関係者からもその意義が注目されている。同法の目的はすべての市民に対して自立生活と社会参画を促すことにあり、社会福祉法や障害者サービス法、特別医療費補償法の一部を統合することにより、障害者や慢性疾患患者への長期ケアの一部を

含め、よりスムーズに地域を基盤とした地方自治体による社会的ケアを展開することが意図された。個人、家族や地域社会、国家という問題解決に対する権限行使の順序を示す補完性原理に基づいており、自己責任、自立組織、介護者、ボランティアが社会支援法を通じた支援に先んじることも強調されている（補章Ⅰ第1節3、本章第1節参照）。

Wmo に定義された社会生活支援にかかる地方自治体の実行領域は図表4-9のとおり広範に及び、地方自治体の責任において政策形成及び給付の実施を行う。地方自治体議会は少なくとも4年ごとに社会生活支援に関連する政策大綱を含む社会生活支援計画を定めることになっており、計画策定にあたってステークホルダーの関与が重視されている。これにより、ほとんどの地方自治体が患者・利用者団体を含む Wmo 評議会の設置を含め、患者・利用者団体、住宅、福祉、介護関係機関を政策形成及び実施過程に包摂している〔De Klerk et al. (2010)〕。

Wmo 制定以後、Wmo と関連づけながら、地方自治体を中心とした地域を基盤とするアプローチがさまざまな側面から推進されている。例えば地域居住促進に向けた住まい・福祉・介護にかかる5年間のアクションプランのなかでも、個別仕立てのケアとサポートのテーマにおいて Wmo への言及がみられる〔De minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007)〕。また、Wmo 制定後の政策評価を経て、「新しいスタイルの福祉 (Welzijn Nieuwe Stijl)」プログラムが導入され、連携、統合とローカルで個別仕立ての解決策という3つの概念に基づき、関係団体や住民との対話をもとにしたビジョンと工程表の作成、ソーシャルワークの質を向上させながら、地域住民のニーズと強みに応じた地域レベルでの住まい・福祉・介護の組み合わせを促進することが謳われている〔Ministerie van VWS (2010b)〕。すなわち、Wmo を契機として、地方自治体にはますます地域マネジメントという観点が問われているといえる。

図表4-9 Wmo に規定された地方自治体の社会生活支援にかかる9つの実行領域

- ① 地域における社会一体性と QOL の向上
- ② 成長に問題を抱える青少年及び養育に困難を抱える親への予防的支援
- ③ 情報・助言・利用者支援
- ④ インフォーマルケア提供者 (mantelzorgers) 及びボランティアの支援
- ⑤ 身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進
- ⑥ 身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付
- ⑦ 民生的救援施設特に家庭内暴力のためのシェルター整備
- ⑧ 精神保健の推進向上
- ⑨ 薬物中毒者対策

出所：Wmo に基づき筆者作成。

医療・介護についてみると、現在のところ健康保険法 (ZVW) 及び特別医療費補償法 (AWBZ) を中心とする医療保険制度がカバーしており、それぞれ保険者は保険会社、

国であることから、地方自治体はその制度運営や給付に対する責任は負っていない。

ただし、ケア提供体制全体をみると、プライマリ・ケア、とりわけ予防をさらに重視し、医療・介護需要をできる限り引き下げるという観点で、地方自治体役割の重要性が増している。ヘルスケア構造白書（1974年）においてプライマリ・ケアとセカンダリ・ケアの分化、地域医療と予防の強化が提起され、プライマリ・ケア白書（1983年）においてプライマリ・ケアの一貫性を高める提案がなされたが（本章第1節2（4）参照）、近年改めて寿命延伸・健康寿命延伸・健康格差是正を主要目標として〔Ministerie van VWS（2006）〕プライマリ・ケアの一体的提供の意義が強調されている。

日常生活環境におけるシンプルな地域ケアへのシフトをうちだす文書〔Ministerie van VWS（2011e）〕（本章第1節2（8）参照）では、改めて「ゼロライン」として保健センター、地域福祉（コミュニティセンター、本章第2節2（2）参照）、Wmo 窓口での相談、「ファーストライン」として家庭医、プラクティスナース、ナーススペシャリスト、在宅ケア（地域看護師・ホームケア）、通所ケア、薬剤師、理学・運動・心理療法、栄養士、歯科、助産師等の多職種による統合ケアとの整理がなされ、プライマリ・ケア領域における多職種協働の推進・改善は、公衆衛生法（2008年、Wpg）において地方自治体の任務とされていることから、地方自治体におけるプライマリ・ケア政策の意義が高まっているといえる。

第4節 ケアの品質管理・監査

1987年のデッカープラン以降、特に1990年代から規制緩和が進められ、監査及びサービスの質の管理・評価の仕組みの構築、疾患別のガイドライン等の開発、専門職による自己規制の推進をつうじて効率的で質の高いサービス提供体制が追求されるようになってきた。2006年の医療保険制度改革の流れのなかで、規制緩和をさらに進め、専門職及び事業者の裁量を高め、質・成果に基づく支払への移行に向けた基盤を整える一方、監査機関の権限を強化する方向性が模索されている（本章第1節2）参照）。

医療分野における監査は19世紀半ばに始まり、セクター別に発展をみせた。これが1995年に統合・再編されヘルスケア監査機関（Inspectie voor de Gezondheidszorg、IGZ）となる。現在、ヘルスケアサービス提供（事業）者について、安全性、有効性、患者中心、アクセシビリティ、公平性、効率性の観点から監査を行い、評価と指導結果を公表しており、質の管理にあたって、重要な役割を担う。

個々のヘルスケア専門職の質、ヘルスケア事業者の質の管理については、患者の権利保障と並行して法制化が進んだ。ヘルスケア専門職法（法：WetBIG、第5章第3節参照）に次いで、1996年にはヘルスケア事業者の質に関する法律（法：Kwaliteitswet zorginstellingen、KZi）が制定され、事業者は利用者ニーズに基づく効果的効率的で質の高いケア提供に向けた基準や質のモニタリングといったクオリティシステムを構築し、

IGZ 等に報告することが義務づけられた²⁰⁶。

こうした流れのなかで、事業者における自己評価、利用者への情報提供、IGZ への情報提供の観点から質の評価指標を標準化することを目的として、長期ケアセクター（VV&T）については、IGZ、事業者団体、利用者評議会連盟（LOC）、専門職団体（医師・看護・介護職）、保険会社協会が、責任あるケアの提供に向けた質の評価枠組み（Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg、KVZ）構築に向けた検討を重ねた〔Steering Committee Responsible Care（2007）〕。

「責任あるケア」に関するビジョン共有に基づき、①ケア・ライフプラン、②コミュニケーションと情報、③身体的健康、④ケアの安全性、⑤住まい・生活環境、⑥参加と社会的スキル、⑦精神的健康、⑧住環境の安全性、⑨十分かつ有能な人材、⑩コーディネートされたケアという 10 のテーマを設け、利用者・患者の経験に関する指標（CQ-Index）とケアの内容についての組織レベル・クライアントレベルでの指標を開発し、利用者・患者視点からの評価と事業者による自己評価を組み合わせることとして、実証実験を経て 2007 年からこの枠組みを長期ケアセクター全体に適用した。事業者は、CQ-Index に基づく評価を 2 年ごと、事業者による自己評価を毎年実施するものとされ、その結果が健康、ヘルスケア事業者や保険会社等にかかわる公的なポータルサイト²⁰⁷で公表されている。

質の評価指標は継続的に改善・発展させていくものと位置づけられ、保健福祉スポーツ省は、2007 年から、「見えるケア（Zichtbare Zorg）」プログラムにより、ヘルスケアにかかわる 11 のセクターで、患者、利用者、事業者、専門職、保険会社、監査機関の協働によるケアの質の定義、指標改善・適用・発展を推進した。

長期ケアセクターでは、2007 年に適用された枠組みに基づくデータ収集・データベースの構築と分析が始められ、評価指標の妥当性の検証と、より包括的な評価指標の検討に取り組んでいる〔Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T（2010）〕。収集された情報は、患者・利用者による選択、事業者・専門職による質の改善、保険会社による購買、監査機関の指導等に活用されることが期待されているが、枠組みの複雑さや求められる指標の多さ等からなかなか十分なデータが収集できないとされ、発展途上であることがうかがわれた²⁰⁸。

²⁰⁶ 医療介護施設許可法（WTZi）の許可を得ていない事業者には適用されない。

²⁰⁷ <http://www.kiesbeter.nl/algemeen>（2012 年 2 月 10 日最終確認）。財源は保健福祉スポーツ省。長期ケアセクターの提供（事業者）については、基本情報に加え、KVZ に基づく評価、IGZ による監査結果といった質にかかわる情報が公表されている。

²⁰⁸ 参加機関におけるインタビューに基づく。IGZ においても、見えるケアプログラムの枠組みで求められるデータをすべてそろえることは難しく、現時点では監査にそのまま活用することはできないとされた。

本章第1節2(7)、第2節5で触れた慢性疾患の統合ケア推進に向けた品質管理やモニタリングの基盤となる質の指標の開発は、同プログラムのプライマリ・ケアセクターにおける検討にも関連づけられている。ケアの統合が主要な政策課題となるなか、IGZにおいては事業者単位ではない監査のあり方が〔Ketelaars (2011)〕、また保険会社（ケアオフィス）においては購買ガイドラインにおける統合ケアの評価のあり方が議論の的となっている。こうしたなか、Minkman (2012) は、オランダにおける脳卒中と認知症の統合ケアの検討に基づき統合ケアの主要要素群を9つにまとめ、品質管理の観点から統合ケアの発展段階モデルを提案し、保険会社（ケアオフィス）等からも注目を集めている²⁰⁹。

なお、介護の事業者団体（Actiz）では以上の枠組みとは別に2010年から事業者のサービス提供効率（単位時間あたりのケア提供にかかるコスト²¹⁰）、ケアの質、仕事の質にかかるベンチマーク・プロジェクトを実施している。

医療・介護の質、アクセス、コストについて125の指標に基づき定期的にモニタリングする国立公衆衛生環境研究所（RIVM）の報告書は〔Westert et al. eds. (2010)〕、質に関する指標は全体的に高い水準にあり改善がみられるとしながらも、未だ質とアウトカムに関する情報が消費者に十分に提供されておらず、地域の実情にあった分析にも情報が不足していることを指摘しており、さまざまな取組みが重ねられてきているものの、管理競争と市場志向の政策が質に基づいて機能するには、透明性の改善が引き続き課題となっている。

以上の経緯を受け、ルッテ政権においてケア品質研究機関（Kwaliteitsinstituut）を2013年に設立することが発表された。国民・保険会社・IGZ等に対する医療・介護の透明性を高め、質を継続的に改善することを目的としており、さまざまな機関で検討されていた質の評価指標、各専門職団体等が中心となって90年代から作成してきた疾患別のガイドラインやケア基準、ベストプラクティス等を整理し、とりわけ長期ケアについては専門職に専門性発展のプラットフォームを提供することにより、患者・利用者中心、安全性・適時性・透明性・効率性・有効性の高い①ケア手法の開発・標準化、ベストプラクティス蓄積、技術革新、②質の評価指標のブラッシュアップ、③ケアの質に基づく報酬のあり方の検討、④質の高いケア提供を促す監査・指導（IGZ）、⑤質の高いケアの購買促進（保険会社）をはかる計画であり〔Ministerie van VWS (2011c)〕、動向が注目される。

また、将来的にケアオフィスが廃止され、個々の保険会社がその役割を担い、健康保

²⁰⁹ 保険会社連合及びケアオフィス、Vilansにおけるインタビューに基づく。

²¹⁰ 介護事業者におけるインタビューでは、単位時間あたりのケア提供にかかるコストを指標のひとつとすることで、より安いワーカーにケアを提供させたほうがよいという誤ったインセンティブが与えられるとの懸念も示された。

険（ZVW）と一体的に AWBZ を扱うことになると、価格と質のバランス、効率性などさまざまな観点から良い影響があるのではないかと期待されている〔Ministerie van VWS（2011a）〕。保険代行者であるケアオフィスは、近年ケア提供事業者とサービスの価格・品質について交渉し、選択的契約が行えるようになっていたが、それでも効率性のインセンティブが働きにくい仕組みだったためである。

第5章 職業資格のあり方とケア関連資格の整備・発展

本章では、オランダにおける国レベルの職業教育訓練や資格のあり方を概観したうえで、ケアワーカーのなかで看護・介護職をとりあげ、1990年代に行われた養成体系整備の経緯、資格構成とそのメンテナンス、資質の管理について検討する。

第1節 職業資格と中等職業教育²¹¹

看護・介護職の資格構成をみる前に、その理解を助けることを目的として、職業教育訓練のあり方について、職業資格と中等職業教育（middelbaar beroepsonderwijs、MBO）を中心に整理しておく。

なお、オランダの教育システムは次のとおりである〔Ministry of Education, Culture and Science (2007)〕²¹²。初等教育（PO）が4・5歳～12歳、卒業年次にCITOテストと呼ばれる全国テストを受け、その結果を参考に、生徒の能力や関心に基づき、中等教育は中等職業準備教育（VMBO、4年間）、一般中等教育（HAVO、5年間）、大学準備教育（VWO、6年間）の3つのコースで行われる。VMBOを卒業すると中等職業教育（MBO、半年～4年間）に進学、一般中等教育に編入する、そのまま就職といった選択肢があり、主としてHAVO修了者は高等職業教育（HBO）、VWO修了者は大学（WO）に進学して高等教育を受ける。

1 職業教育訓練法

労働市場の急速な変化、グローバリゼーションが進行するなか、労働市場のニーズと職業教育の結びつきを強め、労働者の柔軟性と幅広いエンプロイアビリティを育むとともに国際競争力を高めることをねらいとして、1996年に職業教育訓練法（法：Wet Educatie en Beroepsonderwijs、WEB）が制定された²¹³。

同法策定により、①国レベルの資格枠組み²¹⁴と全国統一の職業資格の整備がおこなわれ、併せて②中等職業教育の一貫性を高め、中等職業教育と成人教育を一本化する趣旨から、数々の小規模教育訓練機関を地域ごとに再編し、地域職業教育センター（Regionaal Opleidingen Centrum、ROC）が設置された（技術、介護福祉、経済、農業分野）。

²¹¹ 特記がなければ Westerhuis（2001）、Visser（2011）に基づく。

²¹² これを図示したものは以下を参照のこと。

<http://www.nuffic.nl/international-students/docs/Diagram-DES.pdf>（2012年3月7日最終確認）。

²¹³ ここにいたる歴史的背景は Visser（2011）を参照のこと。

²¹⁴ 資格枠組みは「一群の基準（たとえば資格レベル説明指標を使うなど）に沿って、特定のレベルの学習成果に適用される各国・部門レベルなどの資格を分類・開発するための仕組み」と定義づけられる〔職業能力開発総合大学校（2011）〕。

2 国レベルの資格枠組み

国レベルの資格枠組みの整備にあたっては、まず 1985 年に導入された欧州 5 段階資格枠組み²¹⁵、英国 (NVQ) やオーストラリア (ASF) の資格枠組み等を参照し (ステップ 1)、レベル分類の基準として「責任 (Verantwoordelijkheid)」、「複雑さ (Complexiteit)」、「応用 (Transfer)」の 3 つを選択した (ステップ 2)。次にレベル分類に向けた各基準の段階を定義し (ステップ 3)、各レベルにおける「度合い」すなわち説明指標を設定した (ステップ 4)。図表 5-1~3 は 3 基準にかかるステップ 3・4 の検討をまとめたものである。

ステップ 4 までの検討を踏まえ、レベル 1~5 のそれぞれについて、「責任」「複雑さ」「応用」の度合いを組み合わせる形で、職種共通の資格枠組みのレベル定義 (ステップ 5) が行われた。例えばレベル 3 の定義は、「自身の仕事の遂行に加え、チームの同僚の仕事を説明できなければならない (非階層的)。さらに自動的なルーティンと標準的手順の適用に関するモニタリングと助言を行い、これに関して階層的な責任を負う。仕事は標準的な手順の適用と、その組み合わせからなる。仕事の組み立てや助言を考慮して手順を組み合わせ・工夫する。スキル・知識の多くは異なる状況へも応用できる。」となる。

策定された資格構成は、中等職業教育レベルのレベル 1~4 に加え、高等職業教育 (hoger beroepsonderwijs、HBO) レベルのレベル 5 を含めた 5 段階が基本となっている。資格枠組みの策定当初は欧州 5 段階資格枠組みへの対応が考慮され、さらに近年は 2000 年にリスボンで開催された欧州サミットでうちだされた「リスボン戦略」を受けた 8 段階の欧州資格枠組み²¹⁶ (European Qualifications Framework、EQF) への関連づけが進められている²¹⁷。

²¹⁵ オランダでは SEDOC 分類と呼ばれる。

²¹⁶ さまざまな資格枠組み及び欧州資格枠組みについては岩田 (2012) を参照のこと。なお、EU における医療従事者・介護労働者の養成・就業について、自由移動の視点から EU 労働政策の基本構造と EU レベルでの職業資格認定の統合化政策の流れとともに紹介した岡 (2009) も、欧州資格枠組みに言及している。

²¹⁷ 欧州では、EU のイニシアティブのもと、欧州職業訓練発展センター (European Centre for the Development of Vocational Training、CEDEFOP) が EU 及び欧州諸国での職業教育訓練にかかわる政策発展を支援している。職業教育訓練を重視する欧州諸国における取組みに関する訓練成果の EU 全域での共有化を含めた紹介は岩田 (2010) を参照のこと。

図表 5-1 「責任」の段階定義とレベル分類との対応

① 自分の行動に対する責任
 ② 非階層的責任：自分の業務及びチームやグループ等自分が属する集団の同僚の行動に関する相互責任
 ③ 階層的責任：モニタリング、助言、管理業務等に関連する組織の階層的責任

	自分の行動に責任	集団的（非階層的）責任	階層的責任
レベル 5			
レベル 4			
レベル 3			
レベル 2			
レベル 1			

出所：Westerhuis（2001）。図表 5-2 も同じ。

図表 5-2 「複雑さ」の段階定義とレベル分類との対応

① ルーティン：自動的に実行されるアルゴリズム
 ② 標準的な手順の適用：自動的ではないアルゴリズム
 ③ 標準的な手順の組み合わせ：なじみの手順を使った問題解決スキル
 ④ 新たな手順の開発：新しいソリューションにつながる問題解決スキルの適用

	ルーティン	標準的な手順の適用	標準的な手順の組み合わせ	新たな手順の開発
レベル 5				
レベル 4				
レベル 3				
レベル 2				
レベル 1				

図表 5-3 「応用」の段階定義とレベル分類との対応

① 限られた特定の状況において適用されるコンテキスト特有のスキル・知識
 ② 異なる状況においても適用される仕事特有のスキル・知識
 ③ かなり多様な状況に応用される仕事に依存しないスキル・知識

	コンテキスト特有のスキル・知識	仕事特有のスキル・知識	仕事に依存しないスキル・知識
レベル 5		ssssssssssssssssssssssssssssss	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa
レベル 4	ssssssss	aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	
レベル 3			
レベル 2			
レベル 1			

注：a はオールラウンド、s はスペシャリストを示す。

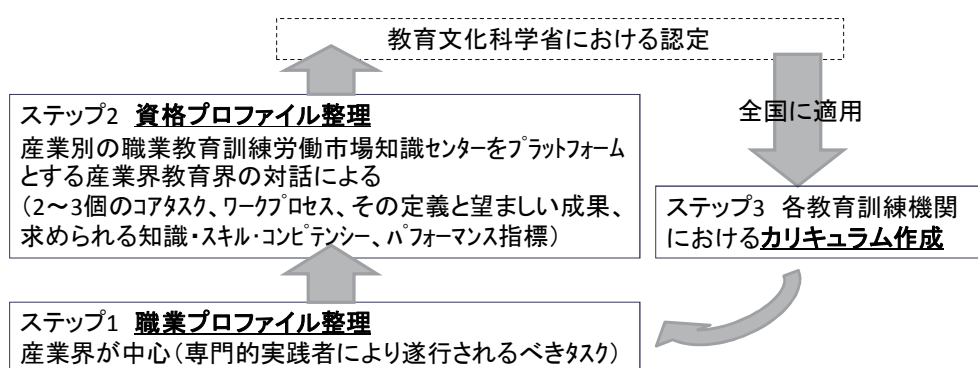
出所：Westerhuis（2001）をもとに一部教育訓練機関のインタビューに基づき改変。

3 中等職業教育レベルの職業資格のあり方とその整備・発展

国レベルの資格枠組みにもとづき、とくに中等職業教育レベル（レベル1～4）について全国統一の職業資格を整備・発展させていく役割を担うのは、産業別の職業教育訓練労働市場知識センター（2011年時点で17）及び職業教育産業界連携協会（stichting Samenwerking Beroepsonderwijs Bedrijfsleven、SBB）である。

産業別の職業教育訓練労働市場知識センター²¹⁸の機能は、①産業界（使用者団体、労働組合、専門職団体等）と教育界（中等職業教育評議会（MBO-raad）、教育機関等）のステークホルダーから成る理事会のスーパーバイズを受けながら、使用者、雇用者、教育機関の協働により資格構成を整備・発展させていくこと、②実地訓練受入機関の認定、質のモニタリング、助言を行うことと定められている。

図表5-4 中等職業教育レベルの職業資格整備・発展の仕組み



出所：筆者作成。

資格構成の設計・発展にかかるプロセスは次のとおりである（図表5-4）。まず、使用者・雇用者・教育機関のステークホルダーにプラットフォームを提供し、産業界が中心となって職業プロフィールを整理する（ステップ1）。当初、職業プロフィールは当該産業におけるすべての職業の職務分析、デルファイ法²¹⁹、会議、当該産業におけるトレンドやイノベーションの予測等に基づいて整理され、「責任」、「複雑さ」、「応用」の観点からとりまとめられていた。しかし異なる基準の組み合わせによる混乱もあり、近年は専門的実践者により遂行されるべきタスクをまとめて記述するようになってきている。

次に、職業プロフィールに基づき産学のパートナーとの対話をつうじて、国レベルの資格枠組みを参照しながら各レベルの資格プロフィールを策定する（ステップ2）。資格プロフィールは、2～3個にまとめられたコアタスクとそのワークプロセス、各ワークプ

²¹⁸ 職業教育訓練労働市場知識センターに関する記述は Colo（2010）及び Calibris におけるインタビューに基づく。

²¹⁹ 多方面の専門家からそれぞれの見解を集め、これを統計的に集約してフィードバックし、再び意見を求めるという作業を数回繰り返す、意見を収斂させていく方法〔Dalkey and Helmer（1963）〕。将来起こりうる事象に関する予測を行う方法としてよく用いられる。

ロセスの定義・望ましい結果、求められる知識・スキル・コンピテンシー、パフォーマンス指標の記述、コアタスクごとのワークプロセスと全産業共通の 25 のコンピテンシーのマトリクス等からなる。

この資格プロフィールが教育文化科学省の認定を受けると、各教育機関は資格プロフィールに基づいて知識・スキル・コンピテンシー習得に向けたカリキュラムを作成する（ステップ3）。すなわち資格構成の設計はセクターレベルで行い、これが教育文化科学省の認定を経て全国に適用され、カリキュラムや試験は教育機関レベルで決定される。

なお、資格はモジュール認定（部分資格制度）となっており、各レベルを構成するすべてのモジュールが認定されると当該レベルのディプロマが得られることとなる。また、既得職業経験・訓練認定制度（EVC）があり、面接、コーチのサポートのもとでのポートフォリオの作成、実技・テスト、アセッサーによる評価をつうじてコンピテンシーの認定を受け、効率的にレベルアップや他の職種への移動ができる道が開かれている〔Dutch Knowledge Center for APL（2009）〕。職業教育訓練労働市場知識センターにおいて整備された資格構成は、既得職業経験・訓練認定制度（EVC）の基礎にもなっている。

職業教育産業界連携協会²²⁰は、産業を越えた職業資格及び職業教育訓練の発展に向け、産業界（使用者団体、労働組合等）と教育界（中等職業教育評議会、農業教育評議会（AOC-raad）、教員組合）、産業別の職業教育訓練労働市場知識センターをパートナーとして、教育文化科学省への諮問を行う。資格構成、中等職業教育、実地訓練の他、欧州資格枠組みや Europass²²¹（欧州共通履歴書）等を含む国際的な職業能力評価への対応といったテーマを扱い、産業別のセンター間の協働プロジェクト等も推進する。職業教育産業界連携協会の理事は産業界と教育界から構成され、産業別のセンターがアドバイザーボードとなる。テーマごとの委員会もまた、産業界と教育界から構成されており、委員会での議論・作業を経て理事会から教育文化科学省に諮問される。

4 中等職業教育のレベルと教育訓練ルート

中等職業教育は、2 で述べた 5 段階の資格枠組みのうちレベル 1～4 の 4 段階の職業教育訓練を担う。レベル 1 はアシスタント教育、レベル 2 は基礎職業教育、レベル 3 は専門職教育、レベル 4 はミドルマネジメント教育もしくはスペシャリスト教育となる。オランダでは原則的にレベル 2 が労働市場に参入する最低レベルとみなされており、レベル 1 はレベル 2 のディプロマが得られない者のために設定されたとの位置づけである。

²²⁰ 職業教育産業界連携協会に関する記述は、<http://www.s-bb.nl/start.html>（2012年3月10日最終確認）に基づく。同センターは産業別センターの連合体としての役割を担う Colo を前身として 2012 年に創設された（Colo はもともと職業教育の中央組織として 1954 年に創立され、職業教育訓練法施行後、2000 年前後から産業別センターの連合体へと位置づけが変わった）。

²²¹ 岩田（2012）を参照のこと。

中等職業教育に要する期間の目安は、レベル1が半年～1年、レベル2が2～3年、レベル3が3～4年、レベル4はミドルマネジメント教育が4年、スペシャリスト教育が1～2年で、原則としてレベル2～4は中等職業準備教育修了等が受講要件となる。

教育訓練ルートは、教育訓練機関における学習が中心で実地訓練の割合が20～60%の職業教育ルート（Beroepsopleidende Leerweg、BOL）と、企業と労働契約を結び、週に4日働き1日理論を学ぶ等、実地訓練の割合が60%以上の見習い訓練ルート²²²（Beroepsbegeleidende Leerweg、BBL）の2種類がある。

第2節 看護・介護職の資格構成とその整備・発展

1 看護・介護職養成の歴史と資格構成検討の経緯

第3章第1節で概観したように、オランダでは伝統的に教会・修道院による救貧活動の一環としてケアが提供されていた。1854年の救貧法以後も、柱状社会〔Lijphart（1968）〕のなかで、引き続き地域密着の宗教的基盤を背景とした組織がケアを担っており、看護・介護職は主として病院や介護施設内で教育、養成されていた。総合病院、精神病院、ナーシングホーム、在宅ケアといったセクター固有の教育であり、教育の方針や内容は、それぞれの宗派の影響を色濃く受けるものであった〔Wiegman（1996）、Van der Boom（2008）〕。

ところが、20世紀半ば頃からの世俗化の進展や1968年のAWBZの創設は、ケア提供のあり方を大きく変質させる。小規模な訪問看護、訪問介護組織の地域レベルでの統合、病院や介護施設等とのセクターを越えた合併や再編が相次ぎ、1990年代以降、訪問看護と訪問介護はひとつのドメインとして「在宅ケア事業者（Thuiszorg）」が提供することとなった〔Swagerman（1997）〕。

こうした変化を受け、教育内容のばらつきの解消に加え、労働者のスキルアップやセクター間の移動、教育訓練と労働市場の関連性強化への要請が高まり、1990年代に教育文化科学省（Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen）と保健福祉スポーツ省が共同で看護・介護職養成体系の整理を本格的に推進した。すなわち、第1節で述べた国レベルでの職業教育訓練改革に伴い、すべての産業において全国統一の職業資格の整備が進められることとなったが、ケアセクターについては、セクター独自の歴史的背景からも、この時期に養成体系見直しへの機運が高まっていたこととなる。

検討はボトムアップで行うことになり²²³、6つの地域で病院・介護事業者等や中等・高等職業教育機関といった関連するあらゆるステークホルダーの協働により、1991年か

²²² 教育訓練期間中に訓練生に支払われる報酬は、団体協約で規定されている。

²²³ 1970年代以降、国レベルでケアセクターにおける教育訓練ルートの統合整理に向けたさまざまな努力が重ねられたがいずれも頓挫したため、地域レベルでの実験をつうじたボトムアップの政策形成による行き詰まりの打破に期待がかけられた。

ら4年間で透明で一貫性のある資格構成についての青写真を描く自律的な実験的プロジェクトを実施、1995年に参加地域が共同で最終報告書を取りまとめた。この報告書に基づいて、その後1年間で使用者団体、労働組合、専門職団体、教育機関等の代表者からなる検討会において議論と作業が重ねられた。

ここでの作業手順は次のとおりである。まず、ケアセクターにおけるすべてのレベルのあらゆる職業の棚卸と分析が行われ、コアタスクの定義（ステップ1）、追加的なタスクの見極め（ステップ2）を経て、国レベルの資格枠組みのレベル分類基準である「責任（Verantwoordelijkheid）」、「複雑さ（Complexiteit）」、「応用（Transfer）」の概念を用いて看護・介護職の職業プロファイルを整理し、これを「責任」、「複雑さ」、「応用」の度合い（VCTスコアと呼ばれる）に基づいて5レベルにふりわけた（ステップ3）。

VCTスコアの適用により、産業界の主張によればヘルスケアセクターにはレベル1は存在せず、レベル2は家事援助・身体介護をおこなうヘルパー（Helpende）、レベル3はさまざまなタイプの疾患や障害を持つ人々に身体介護と心理社会的ケアを提供するケアワーカー（Verzorgende）と一定の看護もおこなうヘルスケアワーカー（Verzorgende-IG²²⁴）、レベル4と5は看護過程を自立して遂行する看護師（Verpleegkundige）で、高等教育レベルであるレベル5は、さまざまな状況における看護に加えコーディネート、看護過程の改善等にも責任を負うという分類が行われた。

さらに、分類された各レベルについて、専門的実践者として身につけるべき知識・スキル・コンピテンシーを検討し、これに基づいて看護・介護職の資格モジュールが開発された（ステップ4）。1996年に出された報告書における看護・介護職の資格モジュールは、図表5-5のとおりである。なお、この時点では、第1節2で示したようなコアタスクごとのワークプロセスとコンピテンシーのマトリクスといった資格プロファイルの整備には至っていない。

こうして「責任」、「複雑さ」、「応用」の基準からみた職業プロファイル、各レベルで身につけるべき知識・スキル・コンピテンシーと資格モジュール及びその説明等を取りまとめ、1996年に保健福祉スポーツ省と教育文化科学省が連名で検討会報告書²²⁵を発行した。

新しい資格構成は、1997年からセクターを越えてあらゆるレベルの看護、看護補助者、ホームヘルプ、老人ケア、その他介護・看護を提供する全ての専門職に適用された。従来の病院・介護事業者内教育は廃止され、看護・介護職の教育は、独立した教育機関が担うこととなった〔Westerhuis（2001）、Ministerie van VWS and OCW（1996）〕。

²²⁴ 直訳は独立ケアワーカー。

²²⁵ Ministerie van VWS and OCW（1996）。

図表 5-5 1996年報告における看護・介護職の資格モジュール

モジュール	ヘルパー	ヘルスケアワーカー・ケアワーカー	看護師	看護師
	レベル 2	レベル 3	レベル 4	レベル 5
201 理論に基づく仕事	✓			
202 家事援助	✓	✓		
203 ADL 援助	✓			
204 専門職間の対話	✓	✓	✓	✓
205 ケアの質の保証・能力開発 (ケアヘルパー)	✓			
206 社会の中での発達 1	✓	✓	✓	
301 介護計画		✓		
302 基礎介護		✓	✓	✓
303 予防と健康教育 1		✓	✓	✓
304 看護入門		(✓)		
305 ケアのコーディネート		✓		
306 ケアの質の保証・専門性向上 (ケアワーカー)		✓		
307 社会のなかでの発達 2		✓	✓	
308 慢性疾患・身体障害者、リハビリ患者ケア		✓		
309 高齢者ケア		✓		
310 精神障害者ケア		✓		
311 産婦、新生児ケア		✓		
312 短期ケア		△		
313 産褥ケア		△		
314 高齢者ケア		△		
315 慢性疾患ケア		△		
401 看護計画 1			✓	✓
402 手術看護			✓	✓
403 ケアのコーディネートと継続性			✓	✓
404 ケアの質の保証・専門性向上 (看護師 1)			✓	✓
405 慢性疾患・身体障害者、リハビリ患者の看護 1			✓	✓
406 検査や治療、手術前後の看護 1			✓	✓
407 高齢者看護 1			✓	✓
408 精神障害者看護 1			✓	✓
409 精神疾患看護 1			✓	✓
410 妊婦、産婦、新生児看護 1			✓	✓
411 子ども、青少年看護 1			✓	✓
412 臨床ケア			△	
413 産科、子ども、青少年ケア 1			△	
414 精神疾患・精神障害ケア 1			△	
415 慢性疾患ケア 1			△	
501 看護計画 2				✓
502 予防と健康教育 2				✓
503 ケアのコーディネートと継続性 2				✓
504 ケアの質の保証・専門性向上 (看護師 2)				✓
505 慢性疾患・身体障害者、リハビリ患者の看護 2				✓
506 検査や治療、手術前後の看護 2				✓
507 高齢者看護 2				✓
508 精神障害者看護 2				✓
509 精神疾患看護 2				✓
510 妊婦、産婦、新生児看護 2				✓
511 子ども、青少年看護 2				✓
512 集中的な臨床ケア				△
513 産科、子ども、青少年ケア 2				△
514 精神疾患・精神障害ケア 2				△
515 慢性疾患ケア 2				△

出所：Ministerie van VWS and OCW (1996)。

注：✓は必修、△は選択必修。304 看護入門はヘルスケアワーカーのみ必修。

2 看護・介護職の資格構成²²⁶

さて、看護・介護職の資格構成については保健・福祉・スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センターである Calibris という機関が、その整備・発展の役割を担っている（基本的に中等職業教育レベル）。Calibris はヘルスケア、福祉、スポーツ関連の職業について、それぞれ産業界及び教育界にプラットフォームを提供し、職業プロフィール、資格プロフィールの整備とそれに基づくカリキュラム作成というサイクルにかかるステークホルダー間の対話と議論、作業を推進する。

このサイクルが繰り返されていくため、常にセクター内の産業界と教育界による対話が活発に行われており、社会環境と労働市場のニーズの変化に応じて、資格構成に修正が加えられていく。ここでは中等職業教育レベルにおける 1997 年以降 2011 年までの主な変更点と最近の動きをみたうえで、高等職業教育レベルを含めた現在の資格構成の状況を整理しておく。

（1）中等職業教育レベルにおける 1997 年以降の主な変更点

第 1 に、レベル 1 の定義づけの追加である。資格構成の検討にあたっては、産業界がレベル 1 は存在せず、雇用されるべきでない、よって養成されるべきでないと主張し、関係者の合意が得られたため、1996 年報告ではレベル 1 に関する記述は一切見られない〔Westerhuis (2001)〕。しかし労働力需要の高まりや、移民等を含む多様な人材の参入を促すため、のちに提案、定義された。

第 2 に、レベル 2 の位置づけの変更である。レベル 2 は、当初看護・介護職の基礎資格との位置づけでヘルパー（Helpende）と称されていたが、のちに福祉職のレベル 2（Helpende Welzijn、福祉ヘルパー）と統合し、現在は看護・介護職と福祉職共通の基礎資格（Helpende Zorg en Welzijn）として位置づけられている²²⁷（図表 5－6）。

²²⁶ 特記がなければ Calibris (2007、2011a、2011b)、Ministerie van VWS and OCW (1996) 及び Calibris、保健福祉スポーツ省、教育訓練機関におけるインタビューに基づく。

²²⁷ 背景・経緯等の詳細は確認できていない。ヘルパー及び福祉ヘルパーは 2011 年をもって養成を終えることとされている。各レベルの職業プロフィール、資格プロフィールとあわせてレベル 2 の位置づけの見直しにかかる背景・経緯については 2012 年夏の移行完了後の状況を踏まえ、追加調査が必要である。

図表 5-6 中等職業教育レベルにおけるヘルスケア関連職と福祉職の資格構成

	ヘルスケア		福祉	スポーツ
	ヘルスケアアシスタント	看護・介護		
レベル 4	薬剤師補助者 医師補助者 歯科医師補助者	看護師	障害ソーシャルワーカー、専門保育士、 青少年ケアワーカー、ティーチングアシスタント、 コミュニティワーカー、社会サービスワーカー等	スポーツエクササイズ コーディネーター
レベル 3	—	ヘルスケアワーカー	ソーシャルケアワーカー、保育士	// ワーカー
レベル 2	—	介護福祉ヘルパー		// ヘルパー
レベル 1	—	ケアヘルパー	—	—

出所：Calibris（2011a）をもとに筆者作成。

注：本表が Calibris をプラットフォームとして検討される範囲。本節では主に網掛け部分を取りあげている。OT・PT・ST 等リハビリ職は高等職業教育レベル。

第3に、よりコンピテンシーを重視した職業教育訓練への移行である。2005年からコアタスクとワークプロセスの見直し²²⁸、これと結びついたコンピテンシーベースの職業教育訓練に関する実験的プロジェクトが繰り返された。各ワークプロセスの定義・望ましい結果、求められる知識・スキル・コンピテンシー、パフォーマンス指標の記述、コアタスクごとのワークプロセスとコンピテンシーのマトリクスといった資格プロファイルの整備も進み、2012年夏から新たなコンピテンシーベースの資格構成に基づく教育訓練に移行することになった²²⁹。ここには、欧州資格枠組み（EQF）が知識・スキル・コンピテンシーの側面から資格参照レベルを設定していることも、影響を及ぼしているものとみられる。

（2）看護・介護職の資格構成の現状

2011年時点の看護・介護職における各レベルの主なタスクは、以下のとおりである²³⁰。いずれも在宅、高齢者住宅、高齢者・障害者施設、病院等さまざまな職場があるが、タスクの記述は職場を問わない。

レベル1はケアヘルパー（Zorghulp）で、ワークスケジュールに基づく家事や生活環境整備の手伝いの提供と、自身の職業能力向上、仕事の自己評価といった組織・職業関連タスクを担う。

レベル2は介護福祉ヘルパー（Helpende Zorg en Welzijn）であり、介護・生活支援・ガイダンス・アクティビティ等の計画に基づく家事・生活環境整備の援助、身体介護、社会的活動やレクリエーション支援の提供、心理的サポートを含む自立に向けた助言・

²²⁸ 近年の職業プロファイルを見ると、以前の「責任」、「複雑さ」、「応用」の基準で書き分けた記述はみられなくなり、責任と役割、複雑さを組み合わせた各レベルの仕事の概要と職場の種類、コアタスクとワークプロセスをまとめる形になってきている。

²²⁹ 2011年11月に Calibris を訪問した時点で2012-2013年の資格プロファイルのドラフトが最終的な認定を受けていなかったため、資格プロファイル等関連する文書は掲載しない。

²³⁰ レベル1～4は Calibris（2011b）に基づく。

サポートと、自身の職業能力・専門性向上、仕事の自己評価といった組織・職業関連タスクをおこなう。

レベル3はヘルスケアワーカー（Verzorgende-IG）で、介護計画の策定、身体介護と心身の健康状態の観察、一定の看護、個人・グループ単位でのガイダンス、情報提供やアドバイス、家事・生活環境整備の助言、緊急対応、ケアの調整と評価といったタスクと、組織における専門性向上、ケアの質の管理、仕事の助言等を担う。

レベル4は看護師（Mbo-Verpleegkundige）であり、看護診断、看護計画策定、身体介護と心身の健康状態の観察・モニタリング、看護、個人・グループ単位でのガイダンス、情報提供やアドバイス、緊急対応、ケアのコーディネートと評価といったタスクと、組織における専門性向上、ケアの質の管理、仕事の助言等を担う。

レベル5は学士レベルの看護師（Verpleegkundige5）である。レベル4の看護師のタスクに加え、あらゆるプライマリーナーシング過程における助言・指導、とりわけ標準的手順が適用できない状況でのケア提供のサポート、どのような専門職がどのような順序で介入すべきかの決定や多職種が含まれる統合的なケアプロセスのコーディネート等ケア内容のマネジメント、基準やプロトコルの開発等をつうじたプライマリーナーシング過程の改善等を担う。

なお、1990年代以降、医師の役割の代替、医師と看護師のギャップを埋める新たな資格として、プラクティスナース（Praktijkondersteuner）、ナースプラクティショナー（Nurse practitioner）、ナーススペシャリスト（Verpleegkundig specialist）、医師補助者（Doktersassistent）等が創設されている。

プラクティスナースはレベル5に位置づけられ、全国家庭医協会（LHV）のイニシアティブにより90年代から広がり始めた。家庭医の診断後、慢性疾患患者（特に糖尿病、COPD、心血管疾患）に対してチェック、セルフケアの援助や情報提供等を行うもので、家庭医療において重要な役割を担うようになっている〔Lamkaddem et al. (2004)〕。

90年代後半以降、看護に加え特定領域の医療の専門性を持ち、両者の知識とスキルを統合して高い独立性をもって治療・ケアにあたるナースプラクティショナーが登場し〔NVNP (2004)〕、2006年に「看護職の将来ビジョン」において、ナースプラクティショナーも包含する形でレベル6（修士レベル）にあたるナーススペシャリストの創設が提言された〔VBOC- AVVV (2006)〕。ナーススペシャリストには臨床行為、コミュニケーション、多職種及び患者とその周辺資源との連携、組織的活動、ソーシャルアクション、生涯学習と臨床・科学的研究、プロフェッショナリズムという共通の7つのタスク、予防・急性期治療・集中治療・慢性疾患ケアという4領域（それぞれ身体障害、精神障害と行動上の問題の2カテゴリ）の専門プロファイルが規定されている〔VBOC(2008)〕。

医師補助者はヘルスケアアシスタント職（看護・介護職ではない）のレベル4に位置

づけられるものであり、家庭医の診療所で電話応対やその内容に応じたアポイント設定、簡単な質問対応や血圧測定等にあたる。

長期ケアセクター労働者の保有資格を確認すると(2009年)、ケアヘルパー(レベル1)が10.7%、介護福祉ヘルパー(レベル2)が8.6%、ヘルスケアワーカー(レベル3)が47.3%、看護師(レベル4)が9.7%、学士レベルの看護師(レベル5)が2.5%、その他21.2%となっている〔Van der Windt et al. (2009b)〕。

教育訓練ルートについて、看護・介護職で中等職業教育を受講している者のうち企業と労働契約を結ぶ見習い訓練ルート(BBL)の割合をみると(2008年)、レベル1で28%、レベル2で19%、レベル3で61%、レベル4で41%、レベル5で17%にのぼり、働きながら上位資格に向けた継続教育に取り組む者が少なくない〔Van der Windt et al. (2009b)〕。

第3節 専門職としての資質の管理・向上

ヘルスケアセクターにおける専門職による高い水準の実践の促進・モニタリングと、利用者をヘルスケア専門職の専門能力の欠如等によるリスクから保護することを目的として、1993年にヘルスケア専門職法(法:Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg, Wet BIG)が制定された〔Ministerie van VWS (1996)〕。これにより、法定の教育要件等を満たす8つのヘルスケア専門職(医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、健康心理士、心理療法士、助産師、看護師)に登録・更新が義務づけられるとともに、専門職としての肩書の利用が法的に保護されることとなった(BIG-register²³¹)。また、特定の手順・介入については実施できる専門職の種類が規定された²³²。

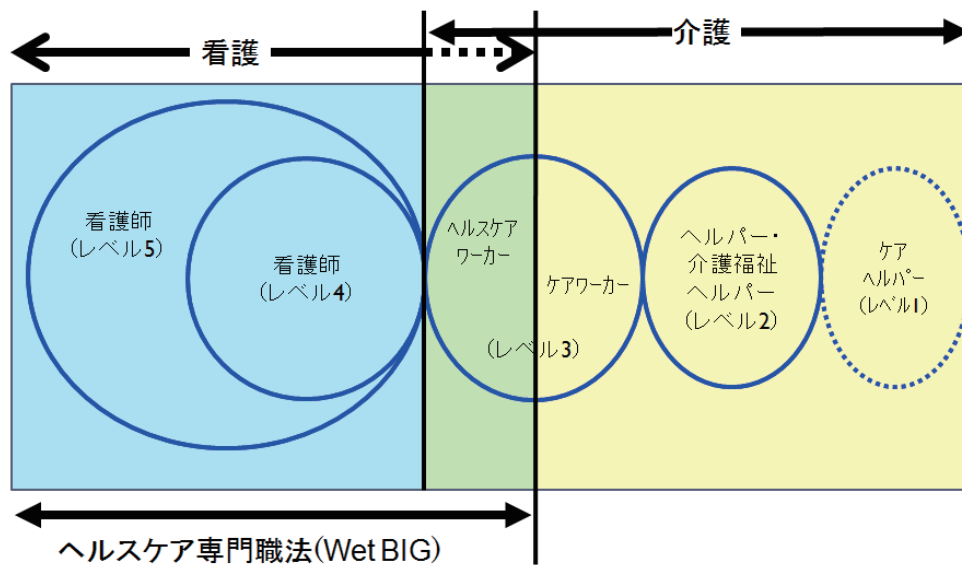
看護・介護職のなかでは、レベル4・5²³³(第3条)及びレベル6(第14条)の看護師に加え、レベル3のうちヘルスケアワーカー(第34条)が同法の対象となっている。更新は5年ごとで5年間に2,080時間の実務経験が要件であり、これに満たない場合は試験を受け、結果に応じて必要な研修を受講する。登録・更新を行わないと当該資格職として実務に従事することはできない。

²³¹ <http://www.bigregister.nl/> (2012年2月10日最終確認)。

²³² すなわち前章で示したヘルスケア提供者の「代替」は、ヘルスケア専門職法で規定された範囲で行われることとなる。

²³³ レベル4と5は資格構成上タスク及び求められる知識・スキル・コンピテンシーが異なるが、WetBIGのなかでは区別がなく、専門職団体等が、この不一致解消に向けた実験的プロジェクトを行っている〔VBOC- AVVV (2006)〕。

図表 5-7 看護・介護職の資格構成とヘルスケア専門職法



出所：Ministerie van VWS and OCW（1996）をもとに、その後の変更を踏まえ一部筆者改変。

なお、オランダ看護介護職協会（V&VN）は、BIG-registerの更新には実務経験の時間のみが問われるが、これでは質の観点からみて不十分であり、継続的な専門能力向上²³⁴が不可欠との考えに基づき、独自に、看護介護職品質登録制度（Kwaliteitsregister V&V²³⁵）を設けている。

患者団体、教育訓練機関、使用者、組合、保険会社との協働により、質の高いケアを提供するために求められる活動を専門職自身が定義した専門職基準がベースとなり、患者関連、組織関連、専門職関連の活動にかかわる登録、ポートフォリオの作成と、それを踏まえた教育訓練受講の管理ができる。全てのレベルの看護・介護職が登録できる任意の制度で、就職活動に役立てる、使用者にポートフォリオへのアクセス権を付与して使用者とともに専門職としての能力開発計画を立案するといった活用を促している。保険会社のサービス購入ガイドラインのなかに同制度をボーナスとして位置づけ、事業者が専門職に同制度活用を勧めるためのインセンティブにするといった動きもみられる。

²³⁴ V&VNは5年間に184時間の研修を「十分な継続的能力開発」の基準と定義している。

²³⁵ <http://www.kwaliteitsregistervnv.nl/index.asp>（2012年2月10日最終確認）。

第6章 ケア従事者の確保・活性化をめぐる方策

本章では、広くケアの担い手確保に向けた方策として、さまざまな主体の参入を促すとともに、それぞれの主体が持つ力を高め、最大限発揮できる環境整備について検討する。主に高齢者の長期ケアに焦点をあて、ケア提供形態の多様化、ケアワーカーの確保定着促進、当事者の自立・参加とインフォーマルケアの活用・支援という3つの観点から整理する。

第1節 ケア提供形態の多様化

第2章第1節でみたように、欧州諸国ではケアのフォーマル化に加え、とりわけ90年代以降、家族ケアのセミフォーマル化、家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用といった形でインフォーマルケアの提供形態が多様化し、ケアアレンジメントが変化しつつあるといわれる〔Pfau-Effinger and Geissler eds. (2005)〕。

オランダにおける長期ケアの提供形態をみると、古くから家族内ケアに加え、宗教基盤等の互助の枠組みのなかで民間非営利組織によるケアが発達してきたが（第3章第1節参照）、特別医療費補償法（AWBZ）が導入され、脱施設化とともにそのカバー範囲が広がるにつれ、共助（医療保険）に基づくインフォーマルケアのフォーマル化が進むこととなる。

1970年代以降、施設から在宅への流れが推進され、在宅ケアに対する需要が拡大した。しかし70年代～80年代を通じてホームケアに対する予算は大幅に削減されたため、ホームケア組織は、主婦等が無資格²³⁶で利用者と直接契約してケアを提供するAlpha-hulpという形態（家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用）を導入せざるを得なくなった（第4章第1節2（5）参照）。

その後、多様な主体の参入の観点から主要な転機となるのは、1995年の個別ケア予算（PGB）の導入（第4章第1節2（6）参照）と、2007年の社会支援法（Wmo）の施行（第4章第1節2（7）及び第3節2参照）である。

家族等に対するさまざまな現金給付（cash-for-care）枠組みの導入は、1990年代の欧州諸国における改革の主要な方策のひとつとされる〔Da Roit (2010)〕。オランダのPGBは、家族等のケア提供者に対する直接的な手当の支給ではなく、判定に基づく要介護者に対する現金の給付であり、利用者の選択と組み合わせの自由を高める仕組みであること、あらゆる主体に対する支払が可能であることに特徴がある。ケア提供形態の観点か

²³⁶ 1950年代には家族政策の文脈において、職業訓練を受けたホームケアの担い手は明確に家政婦と区別され、職業上の地位が保護されていたが、短時間の仕事を探す主婦等を採用するため、次第にホームケア提供者に対する職業訓練要件は消え、非専門職化が進みつつあった〔Knijn (1998)〕。

らみると、フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成、家族ケアのセミフォーマル化、家庭におけるケア提供者のインフォーマル雇用の進展という複数の意味合いを持つ。

若い障害者を中心として PGB の利用が拡大し、給付対象は制限の方向にあるものの（第4章第1節2（8）参照）、現在 AWBZ 及び Wmo のいずれにおいても現物給付に加え、現金給付が選択できることとなっている。すなわち、PGB を利用すれば、リハビリ等の治療を除き、AWBZ 及び Wmo でカバーされる機能について、いかなる組織または個人（家族・親族、友人、知人、近隣、個人事業主等）からもサービスを購入できる。

PGB 利用者のメンバー組織である Per Saldo は、現物給付よりも低いコストで²³⁷利用者本位のケアを実現できる仕組みであり、あらゆる提供主体が参入できることにより、イノベーションが促されると評価する²³⁸。その例としては、農場と介護事業者、自治体等のイニシアティブによる農場におけるデイサービスやショートステイ（Zorgboerderij、ケア農場）、患者・利用者と家族、住民組織、自治体等のイニシアティブによる小規模グループホームのフランチャイズ展開等²³⁹があげられる。

他方、PGB は教育訓練を受けた専門職によるケアの価値を引き下げ、長期的にみればケアの質を下げることにもつながりかねない〔Knijn and Verhagen (2007)〕、(PGB を家族等に支払う場合) ケアを必要とする者も提供者も概ね満足しているが、ケア提供者のケア経験は通常の労働市場においては価値あるものとは認識されがたいという意味で、ケア提供者の将来的なエンプロイアビリティが脅かされる、感情的コストのみならず経済的コストを伴うことにより、両者のケア関係の変更がさらに難しくなる〔Ungerson (2004)〕等の観点から、さまざまな懸念や課題も提起されている。

さらに、Wmo の導入により家事援助が AWBZ から Wmo に移行すると、現物給付についても提供主体の多様化が進んだ。AWBZ のもとでの現物給付のサービス提供には医療介護施設許可法（法：Wet Toelating Zorginstellingen、WTZi）に基づく許可が必要だが、Wmo ではその要件がない。地方自治体は入札等をつうじて安価な調達を目指しており、クリーニング業者等一般の生活支援サービス事業者も参入している（フォーマルな雇用に基づく新たな市場形成）。また、介護事業者における家事援助の提供者をみると、教育訓練レベルが低い者へのシフト（レベル2からレベル1へ：第5章参照）、Alpha-hulp の増加といった「代替」がみられ²⁴⁰、家事援助のあり方は変容を遂げたといわれる〔Roerink and Tjadens (2009)〕。2013年にはガイダンス（Begeleiding）の AWBZ から Wmo への移

²³⁷ 現金給付を選択すると、現物給付にかかる費用の25%減の金額が支給される。

²³⁸ Per Saldo におけるインタビューに基づく。

²³⁹ 16人の認知症の人等のための Herbergier（全国約30カ所）、8人の知的障害者のための Thomashuis（全国約100カ所）等が知られる。

²⁴⁰ より低い労働条件で働かざるを得なくなった者も少なくない。なお、導入直後の利用者満足度調査によれば、家事援助の満足度は10点満点で8.1点、従事者の資質も高く評価されている〔Quist et al. (2008)〕。

行が予定されており、市場への「代替」の加速、提供主体のさらなる多様化が見込まれる。

なお、2001年の就労とケアに関する法律（本章第3節2参照）等を通じたケアにかかる有給の休暇の整備は、家族ケアのセミフォーマル化を意味する（第2章第1節参照）。

第2節 ケアワーカーの確保定着促進

ここでは、ケアワーカーの確保・定着・育成にかかわる諸施策〔Ministerie van VWS（2007b、2011a、2011b、2011d）他〕を、イノベーション、現任者の定着・能力発揮、新たな人材の採用・確保、地域労働市場の強化という4つのアプローチにわけて整理する。

施策の紹介の前に、近年のケアワーカー関連施策の背景として、90年代以降のケアセクター労働市場の状況を概観しておく。

伝統的に宗教的基盤を背景として小規模地域密着の組織が多職種協働で提供していたケアは、世俗化の進展や市場志向の改革の流れのなかで、とりわけ1990年代に大きく変容を遂げる（第3章第1節2参照）。

合併・大規模化を重ねて形成されたヒエラルキー型組織のなかで、専門職に対する管理が強化され、より長い時間より安いスタッフがケアを提供すれば儲かるという誤ったインセンティブが働きうる出来高払いのもと、必要以上のケアが機能別に分業して細切れに提供されるようになり、専門職と利用者の関係は悪化し、両者ともに不満を高めた（第4章第1節2（6）（7）参照）。

1997年の地域ケア判定機関（RIO）の設立は、利用者からみた窓口の一本化と統合ケア体制の第一歩との評価もあるが〔Ex et al.（2003）〕、専門職からみれば「アセスメント」という専門的なケア提供プロセスの一部を非実践者に明け渡すことによる非専門職化につながったとの指摘もある〔Donker（1997）〕。

また、90年代前半にケアの質を保証する観点から推進された専門職ガイドラインやプロトコルの発展は（第3章第4節参照）、全体としてはよい影響を及ぼしつつも、時に専門職の自律〔Van Everdingen（2003）〕、専門性やスキル、経験に基づく独立した決定の自由〔Abbott（1988）〕の脅威になりうるともいわれる。

こうして90年代は専門職にとっても苦難の時代となり、バーンアウトや欠勤率の増加につながり、ケアワーカー不足が深刻化することとなる〔Boeije et al.（1997）〕。

そして、我が国同様、2006年頃からケア労働市場の量的な逼迫とスタッフの資質の問題が相次いで指摘され、短期的にはレベル3のヘルスケアワーカー（第4章第2節参照）を中心として看護・介護・福祉関連資格職種の全てにおいて不足となり、長期的にみるとオランダの労働力人口の伸びをうわまわるスピードでケアセクターの労働力が必要に

なるといった予測が発表され〔Van der Windt et al. (2007)、RVZ (2006)、SER (2006)等〕、ケアセクターの労働者にかかわる政策的関心が高まり、第四次バルケネンデ政権において、量と質の確保に向けたさまざまな対策が講じられるようになった〔Ministerie van VWS (2007)〕。

その後不況期を迎えると、対策の効果も相俟ってか、ヘルスケア・ソーシャルケアの職業教育受講生の増加、修了者の労働市場への順調な移行、欠員率・欠勤率の改善、とりわけ看護・介護職のケアセクターからの低い退出率等、ケア労働市場は相対的に見て明るい状況になった〔AZW (2011)〕。しかし、例えば長期ケアセクター事業者においては6割以上が労働力の高齢化と新しいスタッフの募集を課題とするなど〔Van der Windt (2009a)〕、拡大を続ける需要が安定的に満たされる見込みはたっていない〔Eggink et al. (2010)〕。

そこで、ルッテ政権(2010年～)においても引き続き前政権の路線を継続してケアワーカーにかかわる次のような措置が検討・実施されている〔Ministerie van VWS (2011a, 2011b) 他〕。

1 イノベーション

2007年にケア提供プロセスの効率化、質の高いケアの提供、従事者の負担軽減をはかるイノベーションに向けたいくつかのアクションプランが発表され、イノベーションへの投資はルッテ政権においても最優先課題とされた。あわせて専門職の裁量を高め、規制緩和と事務等の簡素化を進めるとともに、質と成果に基づく支払に向けた基盤整備を目指したことに特徴がある(第4章第1節2(8)及び第4節参照)。

「イノベーション」は第四次バルケネンデ政権全体の政策の柱の1つでもあり、ヘルスケア事業者、患者団体、保険会社、産業技術関連ビジネス、研究者等からなるプラットフォームやイニシアティブ(Zorginnovatieplatform、Zorg voor innoveren²⁴¹)が立ち上げられ、省力化と利用者の自立促進、QOL向上のためのICT、インターネット、モバイル技術等の開発・適用(e-Health)に向けた動きを加速させている。

とりわけ長期ケアにおいて重視されているのは、ヘルスケア事業者におけるワークプロセスの進化という観点からのイノベーションである。いくつかの全国的なプログラムが展開されており、例えば2009年に開始された「In Voor Zorg!²⁴²」プログラムは、労働市場の縮小と緊縮財政のなかでの事業者によるワークプロセス革新を目的として、①オペレーション(効率化)、②統合ケア(住まい・介護・福祉等のよりよい連携による質の

²⁴¹ <http://www.zorgvoorinnoveren.nl/> (2012年2月10日最終確認)。健康保険委員会(CVZ)、オランダヘルスケアサービス局(NZa)、保健福祉スポーツ省、ヘルスケア研究開発機構(ZonMW)のイニシアティブ。

²⁴² <http://www.invoorzorg.nl/> (2012年3月20日最終確認)。保健福祉スポーツ省・長期ケア研究機関(Vilans)のイニシアティブ。

高いケアの効率的な提供)、③専門職(専門性が発揮される組織、ケアプロセス)、④リモートケア(利用者の自律・自立に焦点をあてた技術)という4つのテーマを掲げ、2012年3月現在312組織が参加して221のプロジェクトに取り組んでおり、そのナレッジが広く共有されている。

ここには、持続可能で質の高いケアの効率的な提供を趣旨として、①学習、②統合型のケア、③組織のスリム化をテーマにしたプロジェクトを展開する「Zorg Voor Beter²⁴³」プログラム、事業者における財政的持続性と質の維持向上にかかわる組織的な問題解決をすすめ、新しいケアコンセプトを確立・普及させることを目的として、介護事業者とコンサルタントがソーシャルビジネスケースを蓄積、分析して相互に学びあい、問題を抱える事業者の改革(移行)を進めるプログラム²⁴⁴(図表4-6に同プログラムで取り上げられたソーシャルビジネスケースの1つを掲載)、全国認知症プログラム(補章II)等の成果も集約されている。

参加組織・取り組まれるプロジェクトは増え続けており、プロジェクトに携わる専門職はプロジェクトミーティングや大会、あるいはオンラインで常に情報を共有し、学び、称え、助言しあう機会が得られ、事業者は集められた事例のなかから自らが選んだイノベーションを実行する際にサポートを受けることができる。

2 現任者の定着と能力発揮

まず、病院や介護事業者等における職員に対する能力開発促進に向けた助成、働きながら学び、高いレベルの資格を取得することを促すための見習い訓練ルート(BBL)研修生への投資、特に他のセクターから移動してくる者の既得職業経験・訓練認定制度(EVC)の活用促進に向けた同制度の運用見直しといった、能力開発やキャリアの縦横の展開をはかりやすくする支援があげられる。

また、前述の「In Voor Zorg!」プログラムにおける「専門職」テーマのプロジェクトの展開、オランダ看護介護職協会(V&VN)の医療・看護・介護職の自律とよりよい協働・利用者中心カルチャー醸成に向けたプログラムへの助成等のほか、事務の効率化等により、プロフェッショナリズム発揮の環境を整えようとしている。近年は家庭医や地域看護師がアセスメントを担いCIZはサンプルチェックとするなどを含め、ケア判定手続きの効率化・明瞭化も進められている(第4章第1節2(7)(8)参照)。

医師のタスクの「代替」も近年の重要な傾向と指摘されており[Schäfer et al. (2010)]、医師補助者やナーススペシャリスト/ナースプラクティショナー(第4章第2節2参照)の養成も推進されている。

²⁴³ <http://www.zorgvoorbeter.nl/> (2012年2月10日最終確認)。事業者団体・専門職団体・利用者団体の協議に基づく保健福祉スポーツ省のイニシアティブ。

²⁴⁴ <http://www.transitieprogramma.nl/liz> (2012年2月10日最終確認)。保健福祉スポーツ省、事業者団体、コンサルティング機関、エラスムス大学等のイニシアティブ。

現任者の力を量的にさらに活用するという観点からは、2008年～2010年にかけて職種横断的に実施されたパートタイムで働く女性の労働時間拡大を奨励するパートタイム・プラスタスクフォース（werkgroep DeeltijdPlus）〔Staatscourant（2008）〕と連動し、短時間労働者の労働時間増大の促進がはかられた。これは、「コンビネーション・シナリオ（第4章第1節1参照）」を提唱しても未だオランダ社会に残る「家事・育児は女性の役割」という風潮をなくし、家庭内の協力を促して女性の雇用分野における参画を推進するため、フルタイム労働者が労働時間を減らすことを勧める「フルタイム・マイナス」、男性のための育児休暇「パパ・デイ」等の施策・制度とともに社会・雇用省が主導したものである。

3 新たな人材の採用・確保

2011年には、緊縮財政のなか補足的に8.5億ユーロを投じ（Kwaliteitsimpuls）、2013年末までの12,000人の採用・訓練の実現、ヘルスケアセクターについて特例として30歳以上であっても最長2年間の中等職業教育は国が費用を負担するといった方向性が示された。

この他に、介護事業者と教育訓練機関の協働への投資、教育訓練レベルの低い者や移民の採用・訓練パイロットプログラムの実施、若者へのヘルスケアセクターに関するガイダンスの提供等も実施されている。

4 地域労働市場の強化

地域におけるヘルスケアセクターのステークホルダーと教育訓練機関、大学、地方自治体等の協働により地域労働市場を強化するため、2012年～2015年にかけて年間750万ユーロを投じて「RegioPlus」プログラムと銘打ったプロジェクトを実施予定である。テーマは、関係団体の共同研究・議論をつうじた地域労働市場の研究と労働市場戦略の策定、学校への情報提供や地域サービススポットの設置等を含めた採用戦略の策定、教育訓練機関のコーディネート・メンター制度・生涯教育等介護福祉の仕事の質の確保、地域の事業者ネットワークのなかでの情報共有や人材交流等が予定されている。

第3節 当事者の自立・参加とインフォーマルケアの支援

長年にわたり政権の中軸を担ってきたキリスト教民主主義政党のイデオロギー基盤は、下位集団の自治・自立を重視し、国家の関与の限定を説く補完性原理、領域主権論であり、1980年代以降は福祉国家から福祉社会へのシフトが謳われてきた。さらに、2000年代以降、AWBZのケア判定にあたって自己責任の観点が強められ、社会支援法においても自己責任と家族や隣人による互助が地方自治体の援助に先立つことが確認されている（第4章第1節参照）。

そこで、ここでは当事者の自立と参加、インフォーマルケア（Mantelzorg）の活用と提供者（現状は補章Ⅰ第2節2参照）支援をめぐる動きを概観する。

1 当事者の自立と参加

（1）当事者主体の政策形成

オランダでは、1970年代に患者の権利確立と政策形成への参加に関する課題意識が生まれたといわれる。80年代にかけ、患者の解放とヘルスケアの民主化に関する動きの萌芽がみられ、徐々に患者が医療政策、ガイドライン形成や医療における科学研究に影響を及ぼす等、ヘルスケア政策形成に包摂されるようになった〔Trappenburg（2008）〕。

住宅政策においては、戦前強固であったテナントと住宅協会の相互連帯意識は戦後いったん希薄化していたが、1970年代の社会全体の民主化の流れのなかでテナント組織が数多く設立され、住宅協会や地方自治体の政策形成にあたっての存在感を再び高めた（第4章第2節6（1）参照）。

1980年代には、障害者団体、のちに高齢者団体が発展をみせ、自立、エンパワーメントと選択を要求する発言を重ね、これが脱施設化や「個別仕立てのケア（zorg op maat）」の推進力ともなつたとされる（第4章第1節2（4）参照）。

1980年代後半には、患者団体が協働して国の政策決定上強い発言権を得ることが重要であるとの認識が高まり、疾患・障害別の患者団体、ヘルスケアサービスの消費者団体の全国組織が患者・消費者団体連合（NPCF）を創設した（1992年）。NPCFのねらいはヘルスケアサービスのアクセス、質、透明性、患者・消費者の地位の向上等であり、調査研究、広報活動、政策担当者やステークホルダー（ヘルスケアサービス提供者、保険会社等）へのロビー活動をすすめる、審議会等の諮問機関、各種検討会に参加している。加盟の要件は、患者視点で、複数の財源に基づきヘルスケアに焦点を置く活動を全国で展開していることであり、現在24の全国組織がメンバーとなっている（会員数の合計は約300万人）²⁴⁵。

また、高齢者団体が地域の高齢者の関心に常に耳を傾けながら活動を開発して会員数を増やし、高齢者政策に影響力を持ち、併せてケアセクター等においてボランティア²⁴⁶として活躍するといった事例〔長坂（2000）〕にも事欠かない。

例えば18万人以上のメンバーを持つオランダ最大の高齢者団体であるANBO（高齢者連盟）は、現在及び将来の高齢者の利益を代表して、高齢者のQOLの維持向上に向け、ヘルスケア、収入、住まいと移動、社会参画の4つのテーマについて活動を展開す

²⁴⁵ <http://www.npcf.nl/>に基づく（2012年3月10日最終確認）。

²⁴⁶ 健康な者、宗教コミュニティのメンバーである者がボランティアに参加する割合が高い。ただし、近年65歳以上高齢者のボランティア参加率は低下傾向にある。他方65歳以上高齢者のうちインフォーマルケアを提供する者の割合は増加している〔Van Campen ed.（2008）〕。

る²⁴⁷。高齢者介護については、異なる希望やニーズに応じた選択を可能にする適切な住まい、ケアサービス、移動手段等の充実に向け、保険会社や事業者、住宅協会等と協議〔Ex et al. (2003)〕、地方自治体及び国レベルで政策形成に関与する。主たる高齢者団体としては、他にカトリック系 (KBO)、プロテスタント系 (PCOB)、移民 (NOOM)、年金受給者 (NVOG) の 4 組織のパートナーシップによる CSO (中央高齢者協力組織) が合計すると 55 万人のメンバーを有し、自立、多様性、連帯、質、統合、参画等を理念として活動している。

さらに、さまざまな患者団体や利用者団体、高齢者団体、障害者団体、時に介護者団体は、独自の発言・活動や会員 (団体・個人) のサポートにとどまらず、ともに議論を重ね、ロビー活動を行うこともある。

とりわけ 1990 年代以降は、広くケア関連政策や市街地再開発 (第 4 章第 2 節 6 参照) 等に関する議論、地域レベルでのネットワークを基盤とした各種プロジェクトの推進 (認知症国家戦略、高齢者ケア国家プログラム等)、慢性疾患の疾患管理プログラムの構築 (第 3 章第 2 節 5 参照)、疾患ガイドラインの策定、質の評価枠組みの検討 (第 3 章第 4 節参照)、調査研究、Wmo 導入以後は地方自治体における社会生活支援計画策定 (第 3 章第 3 節参照) 等にあたり、政府 (国・地方自治体)、保険会社、監査機関、住宅協会、事業者団体、専門職団体、労働組合、教育訓練機関、研究機関等のパートナーとして多様な協働が見られるようになった。

(2) 患者・居住者の参加・権利の法制化

1987 年に急進的な市場志向型の医療制度改革案 (デッカープラン) が出されると、1990 年代以降、市場原理の導入と規制緩和が推進される。市場化を進めつつ、患者・利用者中心のケアを実現するため、患者の権利義務に関する法整備がはかられることとなる (第 4 章第 1 節 2 (6) 参照)。

1990 年代半ばにアクセス、選択、情報、説明と同意、安全と品質、プライバシー、苦情処理、参加等の観点から患者の権利に関する法制化が相次ぎ、従来複数の法律で規定されていたタイムリー・安全・効果的・効率的で患者中心のケアに向けた患者・利用者の個人的・集団的権利と義務に加え、事業者の果たすべき責任を一体的に定めることを目的として、ヘルスケアサービスにおける患者の権利に関する法律 (法: Wet Cliëntenrechten Zorg、WCZ) 案が審議されている²⁴⁸。さらに 2011 年には施設におけるケ

²⁴⁷ <http://www.anbo.nl/>に基づく (2012 年 3 月 10 日最終確認)。

²⁴⁸ 2008 年より「ケア利用者の 7 つの権利: ケア関係への投資」プログラム [Ministerie van VWS (2008a)] が開始され、WCZ はこのプログラムのもとで患者・利用者、提供 (事業) 者、保険会社との緊密な協議により検討された。ただし第 4 次バルケネンデ政権において提出された同法案は、内閣崩壊により審議が遅滞、2012 年前半の発効が目指されていたが、2012 年 6 月現在保留中である。

アプランをめぐる利用者と事業者の対話に法的根拠を与える介護施設の枠組みに関する法律（法：Beginnselenwet zorginstellingen）案が検討に入った。

また、ヘルスケア事業者における利用者の参加に関する法律（法：Wet Medezeggenschap Clienten Zorginstellingen、WMCZ）（1996年）により、全てのヘルスケア事業者は利用者評議会（Cliëntenraad）の設置を義務づけられ、利用者評議会に目標の変更、経営管理の移転や合併、立替、活動の縮小拡大、予算・決算、利用者受け入れやサービス提供方針等について、助言の機会を与えるものとされている。

住宅政策においても、1989年の住宅白書（nota Heerma）を契機に分権化、民営化と規制緩和がはかられる。こうしたなか、住宅協会の社会的責任を規定する社会住宅運営管理令においてテナントとの協議が明記され、1998年に制定された家主テナント協議法によりテナント参加が法律上義務化された（第4章第2節6（1）参照）。すなわち、ヘルスケアサービスの利用者としての参加に加え、居住者としても、当事者が個人として、あるいは組織として事業者、住宅協会、自治体、国と協議する法的枠組みが与えられることとなる。

（3）セルフケア・セルフマネジメント（自己管理）支援

1970年代から地域医療とともに予防の推進が謳われ（ヘルスケア構造白書）、主体的でアクティブな高齢者の増加によっても予防の重要性が増していたが（第4章第1節参照）、近年健康寿命延伸等をめざし、とりわけ保健センター（GGD）等を中心とした予防・健康増進が強化される方向にある。

高齢化の進展とともに慢性疾患を抱える者が増えると、病気についての知識、慢性症状への対処スキルを持ち、病気を持ちながらも自律的に自分らしい生活を送るためのセルフマネジメントの重要性が高まる。1990年代以降の各地域での実践を経て提唱されている慢性疾患の疾病管理プログラム構築にあたっては、慢性疾患ケアモデル（第2章第1節参照）を背景としてセルフマネジメント支援が柱のひとつとなっている。

こうしたなか、2009年から患者・消費者団体連合（NPCF）及び COPD／喘息、うつ、糖尿病、心不全、癌、リウマチ、神経筋疾患の患者団体、ヘルスケア改善機関（CBO）は、保健福祉スポーツ省の財源に基づき全国セルフマネジメントアクションプログラム（Landelijk Actieprogramma Zelfmanagement、LAZ）を展開している。LAZは、患者が自己管理能力を高め、自分自身の身体の反応や自分にふさわしいケアを最もよく知る専門家として、疾患の専門家であるヘルスケア専門職とパートナーシップを構築して自らの健康と幸福を高められることを目的として、患者と専門職の双方に対して、適切なセルフマネジメントとその支援が行えるためのマニュアルやツール、研修を提供するとともに、

疾患横断的にセルフマネジメントに関するさまざまなナレッジを共有し、患者団体、保険会社や政府機関を巻き込んでセルフマネジメントを推進するものである。疾患別に患者団体、ヘルスケア専門職と研究者が協働し、既にあるものを集約・検証するだけでなく、ICT を用いた健康づくりに役立つ情報・サービスの提供、意思決定支援、ライフスタイル、ケア基準等共有のテーマでも議論を行い、患者版のガイドラインを整備することにもその特徴がある²⁴⁹。

この他、利用者評議会連盟（LOC）も利用者一人ひとりのもつ可能性に着目しながら2050年に向けたビジョンを策定し、セルフマネジメントの普及に取り組み始めている。

2 インフォーマルケアの活用と提供者支援²⁵⁰

オランダでは、長く補完性原理と男性稼得者モデルのもと、女性が家で家事やケアに専念するのが一般的であった。1980年代以降、AWBZの持続可能性を高め、ケアにかかるコストを削減するため、判定基準の厳格化や自己負担の拡大を伴いつつ、より自己責任を推進する方向となる。他方、女性の労働市場進出が進んだことから、就労とケアの組み合わせを可能にする環境整備を含めたインフォーマルケア提供者の支援が、政策上重要な課題となってきた（第4章第1節参照）。

1990年代後半以降のAWBZ改革に向けた議論において、長期ケア需要の高まりに対して財源も人材も不足し、長期ケアサービスの待機リストが解消しないことに焦点があたり、介護者関連団体にとって、介護者支援政策充実をうったえる好機となる。

1993年に創設された全国介護者団体（LOT）は、①介護者が自分でケアへの関わり方を決めること（自ら望まなければ介護の義務は負わない）、②要介護者のケアを臨時的に替わってもらえること（レスパイトケア）、③経済的補償²⁵¹を受ける権利を持つこと、④仕事と介護の両立ができること（介護休業の法制化等）、⑤ヘルスケアにおける当事者として具体的なケアのあり方のみならず政策立案にも発言できること、⑥介護者は情緒的サポート、情報、助言、訓練を必要としており、十分な支援を受ける権利があることを柱とするマニフェストを定め、地域の自発的な在宅レスパイト²⁵²プロジェクトのコーディネーターにかかる全国組織（LOVT）とともにロビー活動を展開した。

政府は、LOTのマニフェストを踏襲する形で2001年に「身近なケア（Zorg Nabij）」白書〔Ministerie van VWS（2001b）〕を公表し、介護者支援に1,100万ユーロ以上を投じ、

²⁴⁹ <http://www.zelfmanagement.com/>及び保健福祉スポーツ省におけるインタビューに基づく（2012年6月20日最終確認）。

²⁵⁰ Pijl（2003）Visser-Jansen and Knipscheer（2004）及びMezzoにおけるインタビューに基づく。

²⁵¹ 前述の個別ケア予算（PGB）の導入の他（第2章、第3章第1節2（6）、本章第1節参照）、一定の条件を満たすインフォーマルケア提供者には、社会保険銀行（SVB）をつうじてインフォーマルケア報酬金（Mantelzorgcompliment）が支給される（2012年は200ユーロ）。

²⁵² レスパイトケアを必要とする家にボランティアを派遣する。

総合的な介護者支援施策に取り組む方向性を示した。具体的には、介護者支援センターが全国に展開することをつうじた支援の強化に向けた介護者団体への追加的助成、ケアの判定にあたって介護者が社会参加できることを考慮²⁵³、レスパイトケアの整備、インフォーマルケアの影響とフォーマルサービスの利用によりどこまで負担を軽減できるかのモニタリング、介護者の財政状況に関する調査の実施、ヘルスケアセクターの専門職による介護者の位置づけへの配慮、介護者研究センターの設置、就労とケアの両立に関する施策の充実等が盛り込まれた。

就労とケアに関しては、社会・雇用省を中心として検討が進められ、ライフスタイルに応じて労働時間を調整できるようにする労働時間調整法、多様なケアにかかる休暇の導入²⁵⁴をはかる就労とケアに関する法律が相次いで制定されたほか、公的保育支援の充実が模索されるようになった（第4章第1節1参照）。

助成を受け、福祉団体（第4章第2節2（2）参照）等が運営する各地の介護者支援センター（Steunpunt Mantelzorg）は増加を続けている²⁵⁵。介護者支援センターは、介護者への情報と助言の提供（電話相談・オンライン相談を含む）、各種手続き等の実務的支援、介護技術講習を開催する他、ボランティアを発掘・教育・組織して、ピアサポート、在宅レスパイト、話し相手、外出や旅行のボランティアといった介護者視点に基づくさまざまなサービスを自らもしくは地域の関係団体と連携して展開する。

センターのなかには、とくに働く介護者のためにケア判定、個別ケア予算（PGB）等にかかわる手続き書類の作成、ケア提供事業者情報の収集の他、勤務先における仕事の進め方や労働時間の調整等にかかる個別の助言（勤務先への働きかけを含む）を行うケアブローカーと呼ばれる者を配置するところもある²⁵⁶。

2001年には、介護者関連団体も介護者連盟としての LOT と介護者支援センター及び地域の自発的プロジェクト等の全国組織としての Xzorg に再編された。LOT はマニフェ

²⁵³ LOT は地域ケア判定機関（RIO）のアセスメントプロトコルの検討に参加し、介護者による潜在的な援助を考慮せずに判定を行い、判定後に介護者がやりたいことを決められるようにすべきだと主張した。これは患者団体や在宅ケア事業者団体からの賛同を得たが、他のステークホルダーの意見は明確でなく、プロトコルには介護者の社会参画の可能性を考慮し、過度な負担を予防すべきことは明記されたが、潜在介護者が介護を行うか否か、その量を決められるかについては言及されなかった。

²⁵⁴ ただし、休暇の権利があり休暇を取得したいができていない者がいるなど、使いにくさも指摘されている〔De Meester and Keuzenkamp（2011）、Souren（2007）〕。さらに、2006年には給与の一部を貯蓄して後に介護を含む無給休暇を取得する際に引き出せる制度が始まっている（Levensloopregeling、ライフコース貯蓄制度）。なお、同制度は2012年～2013年にかけてバイタリティパッケージ（Vitaliteitspakket）と呼ばれる仕組みに吸収・移行の見込み。オランダにおける法定の家族関連休暇制度（2009年10月現在）は、権丈（2011）にまとめられている。

²⁵⁵ 全国介護者・ボランティア連盟（Mezzo）のホームページから全国のセンターを検索すると、288か所の住所が見つかった（2012年6月）。

²⁵⁶ 介護者支援センター及び Mezzo におけるインタビューに基づく。介護者支援センターのサービスの一環としてではなく、地域で独立して有償でサービスを提供するブローカーもいる。

ストの実現に向けたロビー活動、地域レベルでのアドボカシー支援、ヘルプラインの設置（Xzorg と協働、法律家も参加）、「介護者の日」の実施、週末レスパイトケア²⁵⁷の試行、ケアリングやケアラー（インフォーマルケア提供者）に関するキャンペーンの展開、介護者や関連団体への情報や助言の提供を担った。Xzorg は地域の支援センターのコーディネート組織、自発的レスパイトケアプロジェクトのコーディネート組織と、HIV の人のためのバディプロジェクトのネットワークという 3 つの小さな組織が合流した組織である²⁵⁸。

さらに、2006 年には LOT と Xzorg が合併して、全国介護者・ボランティア連盟（Mezzo）を設立、メンバーを拡大して幅広く国・自治体レベルでのアドボカシーを展開するほか、各地で 420 に及ぶメンバー組織が、介護者を中心として専門職、政策担当者等にも情報、助言、教育を提供している。近年は、地域住民の社会的ネットワーク形成をサポートするボランティア（netwerkcoach）の養成、人事コンサルティング組織と連携した働く介護者の支援²⁵⁹等にも力を入れている。

1990 年代後半から保健福祉スポーツ省、社会・雇用省を横断して取り込まれることとなった介護者支援が新たな転機を迎えるのは社会支援法（Wmo）の制定である（2006 年）。ここで、地方自治体の社会生活支援にかかる実行領域のひとつとして、インフォーマルケア提供者またはボランティアの支援が、法律上明記されることとなった（第 4 章第 3 節参照）。

介護者支援は在宅ケア事業者の公式な役割とも位置づけられ²⁶⁰、AWBZ を財源とする認知症の人本人へのケアと Wmo を財源とする介護者へのサポートをセットにしたミーティングセンターサポートと呼ばれるプログラムが開発され、効果をあげて広がりを見せるなど〔Dröes et al. (2004)〕、地域のなかで敷居が低い場で要介護者へのケアと介護者へのサポートを統合する多様なイニシアティブが生まれている（補章Ⅱ第 2 節参照）。

必ずしも網羅的ではないが、オランダ及び欧州諸国におけるインフォーマルケア提供者支援施策をまとめると図表 6-1 のようになる。

²⁵⁷ 介護者が週末に自宅から離れ、休息、リラックスして介護者と出会えるプログラムに参加する。

²⁵⁸ 2002 年時点で支援センター 100、レスパイトプロジェクト 80、バディプロジェクト 23 がメンバー。

²⁵⁹ http://www.werkenmantelzorg.nl/thema_werk_en_mantelzorg_feiten_en_cijfers (2012 年 7 月 26 日最終確認)。

²⁶⁰ とはいえ何ら報酬を伴わず、この位置づけの効果は限定的〔Pijl (2003)〕とされる。

図表 6-1 欧州諸国におけるケアラー（インフォーマルケア提供者）支援施策等

法的権利の認知	Carers Act による公式認知（イギリス）、Carers' Charter 制定（アイルランド）
アドボカシー	全国規模のケアラー組織による支援とアドボカシー（アイルランド、イギリス、オランダ、フィンランド、フランス）
情報・助言・情緒的支援	地域の家族ケアラー支援センター（オランダ、イギリス）、情報提供やカウンセリング、サービス提供における専門職と家族ケアラーの連携（ギリシャ）
カウンセリング	カウンセリング（ドイツ、イギリス、スウェーデン、オランダ）
ピアサポート	アルツハイマーカフェ（オランダから各国へ）
経済的支援	① 収入補償：福祉手当（アイルランド、イギリス）、賃金（フィンランド、スウェーデン） ② 支出補償：税控除（フランス、アイルランド、ギリシャ、イタリア、オランダ、スペイン）、ケアラーへの手当（オーストリア、ベルギー、チェコ、フランス、ハンガリー、アイルランド、マルタ、ルウェー、ポーランド、スペイン、ポルトガル、スロヴェニア、スウェーデン、イギリス）、要介護者を介したケア提供者への支払（オランダ、ドイツ） ③ 時間補償：働くケアラーの有給レスパイト（オランダ）、強制的なレスパイト休暇（フィンランド）
訓練と教育	ケアラー向け講習の品質保証（オーストリア）、プライマリ・ケアセンターによるケアラー教育とケアラーのケアプログラムの提供（スペイン）
レスパイトケア	毎週のレスパイト休暇（フィンランド）、在宅緩和ケアボランティア（オランダ）、ボランティアによるサポート（各国）
住宅整備、ICT	住環境整備・改修、情報機器提供等（オランダ、イタリア、フィンランド、デンマーク、イギリス、フランス）
その他	ケアラーの健康チェック、苦情申立に関する情報提供等（スウェーデン）

出所：Tjadens et al. (2008) をもとに一部加筆修正、オランダに下線を付して筆者作成。

注：各国の介護保障における公私のバランスや供給システムには大きな相違があることに留意が必要である。

それでも、2001年と2008年のインフォーマルケア提供者の実態を比較すると、強い負担感を持つ者が30万人から45万人に増加している。これは、政府が家族・友人・隣人といった利用者のもつネットワークのなかで、ふつう行われるようなケア（「ふだんのケア（gebruikelijke zorg）」）〔CIZ (2005)〕は、自己責任の観点からAWBZに依存せずネットワークのなかでまかなう方向性をうちだし〔Sadiraj et al. (2009)〕、2003年からケア判定センター（CIZ）のアセスメントにおいても「ふだんのケア」の提供可能性が加味されるようになった²⁶¹ことと関連があると指摘されている〔Oudijk et al. (2010)〕。

インフォーマルケアのさらなる発揮を促しつつ、いかにその提供者を支援するか、模索が続いている。

²⁶¹ 介護者団体は、こうした議論をつうじて、介護者は（サポートの受け手ではなく）介護の提供者とみなされるようになったと結論づけている。なお、高齢者団体（ANBO）はインフォーマルケアは在宅生活において必須のものではなく、追加的資源と位置づけられるべきものと整理している〔Ex et al. (2003)〕。

補章Ⅱ コーディネートされた認知症ケア

我が国における認知症の人の数は約 440 万人、認知症の前段階と考えられる軽度認知障害（MCI）の人の数は約 380 万人といわれる。認知症の人のうち日常生活自立度Ⅱ以上で介護保険制度を利用している人は約 280 万人、この数は 2025 年には約 470 万人に上昇すると推計されている。

なお、約 280 万人について、居場所をみると、居宅が 50.0%、居住系サービス（特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護）が 8.6%、介護保険施設が 27.5%、医療機関が 13.6%となっている²⁶²。

こうしたなか、「認知症の人は、精神科や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現をめざし、厚生労働省は認知症施策推進 5 年計画（図表補Ⅱ－1）を策定し、2013 年度から取組みを実施している。

図表補Ⅱ－1 我が国の認知症施策推進 5 年計画（オレンジプラン）抜粋

1. 標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）の作成・普及
2. 早期診断・早期対応 認知症初期集中支援チームの設置、かかりつけ医認知症対応力向上研修・認知症サポート医養成研修の受講促進、早期診断を行う医療機関の整備、地域ケア会議の普及・定着
3. 地域での生活を支える医療サービスの構築 退院支援・地域連携クリティカルパスの作成 等
4. 地域での生活を支える介護サービスの構築
5. 地域での日常生活・家族の支援の強化 認知症地域支援推進員の配置、認知症サポーターの養成、認知症カフェの普及 等
6. 若年性認知症施策の強化
7. 医療・介護サービスを担う人材の育成 認知症ライフサポートモデルの策定、認知症介護実践リーダー研修の受講促進 等

出所：<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002j8dh.html>（2013 年 10 月 20 日最終確認）。

第 3 章で述べたように、オランダでは 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組みが本格化した。

2012 年時点で認知症の人の約 7～8 割が在宅で暮らしているとされる（図表補Ⅱ－2）オランダでは、いかにして認知症の人の暮らしを支えようとしてきたのか。本補章では、地域発・当事者発を特徴とする認知症国家戦略の段階的発展と、地域のなかで認知症の人と家族を支える体制を概観する。これにより、前章までで検討を加えた内容について

²⁶² http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/dl/130607-01.pdf（2013 年 10 月 20 日最終確認）。

の具体的なイメージを示すことも意図している。

図表補Ⅱ－２ 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。認知症を理由とする精神科病院への入院は例外的かつ短期間（診断のための精神科医への紹介は約9%）。
- ・ 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に）。

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。

第1節 認知症国家戦略

本節では、認知症国家戦略の3段階にわたる発展をみたあと、その目的であるコーディネートされた認知症ケアの要と位置づけられる認知症ケースマネジメントの先進事例を紹介する。

1 認知症国家戦略の段階的発展²⁶³

オランダの認知症国家戦略は、認知症の人のニーズと希望に基づくコーディネートされたケア、認知症の人と介護者に対する十分なガイダンスと支援の提供を通じた認知症の人とその介護者の生活の質の改善を目的としており、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（補章Ⅰ第1節参照）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。

²⁶³ Alzheimer Nederland（2013）、Gezondheidsraad（2002）、Ministerie van VWS（2008f）、Ministerie van VWS et al.（2009）、堀田（2013）に基づく。

（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）と称される。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。

地域レベルでのプロジェクトの指針として14の問題領域に対応して推奨される活動がワークブックにまとめられ、実際に地域におい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「当事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。また、各地域における取り組みはウェブサイトでも広く共有されている。

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

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した。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ものである。

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、全国約95%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。

（3）認知症ケア基準の策定

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。

（4）認知症国家戦略の評価と今後の展望

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。

2 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。

ここ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)が発足した。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が創設される。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である。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

間、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（次節参照）。

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・アドバイスをを行う。

第２節 認知症の人を支えるネットワーク

オランダで、認知症の人は実際にどのようなケア・サポートを使いながら暮らしているのだろうか。ここでは、我が国で今後単独・夫婦のみの高齢者世帯の増加が見込まれていることも踏まえ、地域での暮らしの継続を希望しながらその実現が難しいとされることが多い「中重度の認知症」で「一人暮らし」の人に対する事例調査の結果の一部を概観する。さらに、事例調査のなかでも利用がみられた地域のなかで認知症の人と介護者をともに支えるさまざまな形態のうち、いくつかの例を紹介しておく。

１ 独居認知症者の暮らし：事例調査から

（１）調査実施概要

認知症の人の暮らしとケア・サポートに関する事例調査は、認知症の人、単独・夫婦のみ高齢者世帯の増加が予測されるなか、中重度の認知症を抱えていても住み慣れた地

域で暮らし続ける方々の実態を把握することにより、今後求められるサービス提供体制のあり方に関する議論の基礎資料とすることを目的として 2010 年～2011 年にかけてオランダで実施したものである。

まず、ユトレヒト市周辺の在宅ケア事業者に対して調査協力依頼のための訪問を行い、5 法人 8 事業所の協力を得た。各協力事業所に対し、利用者のなかで、①65 歳以上高齢者、②中重度認知症（GDS スケール 4～7）、③原則として独居の方を 5～7 人調査対象として選んで頂き、対象者の暮らしをよく知るナースやケースマネージャー等に事前調査票への記入を依頼したうえでインタビューに対応頂き、さらに調査対象者の自宅に同行して必要な情報を適宜補足した。

主たる調査項目は、対象者の基本属性、心身の概況、認知症の状況、日常生活動作（ADL）と手段的日常生活動作（IADL）、QOL、1 週間の生活状況、対象者宅への定期的な訪問者とケア・サポート内容、ケア・サポートに関する意思決定と情報共有、主たる介護者の基本属性と介護の状況等である。

計 40 人の認知症の人に関する調査の協力を得たが、ここではすべての情報が揃った独居の方 30 人について、ケア・サポートのネットワークと役割分担等を中心に記述することとする。

（２）調査結果

①基本属性等

調査対象となった認知症の人の基本属性、家族構成と住まいの状況をみよう（以下すべて n=30、少数の事例調査によるものであることに留意されたい）。女性が 83.3%、年齢は 72 歳～96 歳（平均 83.0 歳）、配偶関係は死別が 83.3%と最も多い。

別居家族の構成については、子 90.0%、子の配偶者 46.7%、孫 46.7%、兄弟姉妹 46.7%、父母 3.3%（1 人）、配偶者 3.3%（1 人）、その他の親族 30.0%で、家族が全く存在しない者は 1 人のみであった。対象者宅から 30 分圏内に住む家族がいる者が 76.7%にのぼり、近居家族の人数は 1～8 人（平均 2.09 人）となった。

住まい等の状況は、高齢者向けなどではない一般住宅居住者が 66.7%を占め、住宅改修を実施した者も 2 割にとどまる。

②ADL・IADL

ADL（入浴、着替え、室内移動、トイレ動作、尿意・便意、食事摂取の 6 項目についてそれぞれ 0=自立、1=一部介助、2=全介助、合計 0～12）は 0～9（平均 2.9）、IADL（電話、買い物、料理、家事、洗濯、交通機関利用、服薬、金銭管理の 8 項目についてそれぞれ 0=自立、1=一部介助、2=全介助、合計 0～16）は 2～16（平均 10.8）である。

③認知症の状況

認知症についてみると、兆候が見られるようになってから現在までの期間は8～92ヶ月（平均30.4ヶ月）、30人のうち27人が診断を受けており、診断を受けてから現在までの期間は3～45ヶ月（平均18.7ヶ月）、アルツハイマー型認知症の者が20人であった。インタビューに回答したナース等からみた重症度をGDSスケールにより評価してもらったところ、段階4（中度の認知低下）が46.7%、段階5（中度に深刻な認知低下）が33.3%、段階6（重度の認知低下）が16.7%、段階7（重篤な認知低下）が3.3%（1人）となった。

④ケアの利用・認知症の診断に至るプロセス

調査対象者はどのようなプロセスでケアの利用開始あるいは認知症の診断に至っているのだろうか。

認知症を契機としてCIZにおける判定を受け、ケアの利用に至ったものと、他の理由でケアを利用しているうちに認知症の兆候が現れた者がいるが、在宅ケアの利用に至るプロセスをみてみると、標準的には家族の勧めにより家庭医にかかり、その後直接あるいは認知症ケースマネジャーを通して在宅ケアにつながっている。30人のうち2人は近隣の福祉団体の高齢者アドバイザーの訪問（第3章第2節3参照）をきっかけに、他に隣人による促しや本人による気づきで家庭医にかかったものもみられた。

認知症の診断に関してみると、家庭医自身が行った場合と、家庭医からメンタルケア機関の外来やアウトリーチチーム等に紹介して診断を依頼した場合の両方がみられる。

⑤1週間の生活状況と制度/非制度的支援の利用²⁶⁴

1週間の暮らしぶりはどのようなものだろうか。制度的支援（AWBZ、Wmo）と非制度的支援の利用頻度や時間の観点からみてみよう。

調査対象者が外出する機会をみると、AWBZの通所サービス（ガイダンスもしくはリハビリ機能）の利用については週0日～5日（平均値1.8日、中央値2.0日）、利用時間の合計は0～30時間（同11.3時間、12.0時間）、それ以外の定期的に予定された外出については、コミュニティセンター、娯楽、教会等があげられ、その頻度は週0～5日（同0.7日、0.0日）、外出時間の合計は0～12時間（同0.8時間、0.0時間）であった。後者は主に非制度的なものであるが、コミュニティセンターにおけるアクティビティ等の一部はWmoで賄われていると考えられる。

調査対象者の住まいに誰かが訪ねてくる機会をみると、AWBZに基づくケア（身体介護、看護、ガイダンス、リハビリ等の機能）提供者の訪問は週0～7日（同5.2日、7.0

²⁶⁴ なお調査対象者のうち個別ケア予算（PGB）を利用している者はいない。

日)、合計 0～28 回 (同 13.1 回、13.5 回)、0～26 時間 (同 7.4 時間、7.0 時間)、Wmo に基づくサポート (家事援助) 提供者の訪問は週 0～5 日 (同 1.1 日、1.0 日)、合計 0～6 回 (同 1.2 回、1.0 回)、0～6 時間 (同 3.0 時間、3.0 時間) である。さらにインフォーマルケア提供者の訪問についてみると、週 0～7 日 (同 4.0 日、4.0 日)、合計 0～20 回 (同 4.8 回、4.0 回)、0～180 時間 (同 13.5 時間、6.0 時間) となっている。

⑥対象者宅への定期的な訪問者とその役割分担

調査対象者宅の訪問者について、より詳しくみてみよう。対象者宅を少なくとも月に 1 回以上定期的に訪ねるのはどのような人々で、それぞれどのようなケア・サポートを提供しているのだろうか (図表補Ⅱ-3)。

調査対象者 30 人のうちほとんどが定期的に家族・親族 (28 人) 及び在宅ケアスタッフ (29 人) の訪問を受けている。隣人や友人・知人の訪問がある者がそれぞれ 10 人、7 人、ボランティアが来訪する者が 5 人である。AWBZ や Wmo 等に基づくものではない私費によるケア提供組織と契約を結んでいる者は 1 人のみである。

訪問者の月あたりの平均人数をみると、最も多いのは在宅ケアのスタッフ (6.1 人)、次いで家族・親族 (2.9 人) であり、以下友人・知人 (0.5 人)、近所の人 (0.4 人)、ボランティア (0.2 人) 等となっている。

なお、家族・親族のうち主介護者の属性は女性・既婚の子が多い。在宅ケアスタッフの資格構成別人数内訳をみると、AWBZ に基づくケアについてはレベル 3 が 2.97 人と最も多く、次いでレベル 4 (0.97 人)、レベル 5 (0.87 人)、レベル 2 (0.07 人)、Wmo に基づく家事援助についてはレベル 1 (0.53 人)、レベル 2 (0.43 人) となっている²⁶⁵。

調査対象者はどのような訪問者からどのような支援を受けているのだろうか。主たる定期的な訪問者である在宅ケアスタッフの支援内容は、家事・生活援助 (25 人)、身体介護 (23 人)、看護 (19 人)、感情的支援・見守り (18 人) を中心に、ケア・サポートの調整や事務処理等の支援 (11 人)、通院時や家族訪問時の支援 (9 人) と多岐にわたる。家族のサポート内容は、ケア・サポートの調整や事務処理等の支援 (27 人)、感情的支援・見守り (25 人)、通院時や家族訪問時の支援 (24 人)、家事・生活援助 (22 人) が中心となるが、少数ではあるものの身体介護 (4 人) や看護 (1 人) 等を家族が担っている場合もある。看護及び身体介護については在宅ケアスタッフ及び家族以外による支援はない。

友人・知人や近所の人、ボランティアによる支援は感情的支援・見守りが主であるが、友人・知人、隣人のなかには料理や掃除、洗濯、買物等の家事や生活援助を担っている者もいる。

²⁶⁵ 看護・介護職の資格構成については第 4 章第 2 節 2 を参照のこと。

ただし、食事については、対象者の多くが配食サービスを利用している。

図表補Ⅱ－3 対象者宅の定期的な訪問者とその支援内容（n=30、単位：人）

	訪問者が一人以上いる 対象者の数	訪問者数（月平均）	支援内容					
			家事・生活援助 （料理、掃除、洗濯、 買物等）	身体介護 （入浴、排泄、食事、 更衣介助等）	看護 （褥瘡の処置、経管栄 養、たんの吸引等）	感情的支援・ 見守り	ケア・サポートの調整 や事務処理等の支援	通院時や家族訪問時 の支援
家族・親族	28	2.9	22	4	1	25	27	24
友人・知人	7	0.5	6	0	0	6	0	0
近所の人	10	0.4	5	0	0	7	0	1
ボランティア	5	0.2	0	0	0	5	1	0
在宅ケアスタッフ	29	6.1	25	23	19	18	11	9
私費ケアスタッフ	1	0.03	1	0	0	0	0	0
その他の人	0	0	0	0	0	0	0	0

（出所）事例調査に基づき筆者作成。

なお、定期的ではないが、この他、認知症ケースマネジャー、家庭医、メンタルケア機関の専門職、高齢者アドバイザー等の訪問を受けている者もある。

2 認知症の人と介護者をともに支えるさまざまな形態

オランダでは、認知症の人と介護者の暮らしをともに支えるさまざまな形態が発展をみせている。ここでは、その例として、事例調査のなかでも専門職等によって対象者・家族の双方に利用が促されていた全土に広がるアルツハイマーカフェ、要介護者へのケアと介護者へのサポートを組み合わせた通所サービスであるミーティングセンターサポートプログラム、認知症の人とその介護者が中心となり地域で産みだした「第二の居間」としての Odensehuis の3つを紹介する（図表補Ⅱ－4）。

図表補Ⅱ－４ 認知症の人と介護者をともに支える３つの例

【アルツハイマーカフェ】

- ・ 概要：認知症の人と家族のエンパワメント・仲間づくり、認知症に関する知識の普及等を目的としてアルツハイマー協会が開発したガイドラインにそって行われる誰もが参加できる月1回の集い・カフェ（全国共通、登録商標）。全国約220か所。
- ・ 財源：さまざま（Wmo、助成金等）、原則として自己負担なし
- ・ 運営：地域の介護・福祉・医療関係者・自治体・商店等が連携
- ・ 人員：アルツハイマー協会の教育プログラムを修了したコーディネーター、地域住民や専門職のボランティア
- ・ プログラム：月1回決まった曜日・時間帯に2時間程度同じタイムスケジュールで行われる。
 - 徐々に集いコーヒー等を飲みながらおしゃべり（30分）→講師によるミニレクチャー（コーディネーターによるインタビュー形式、30分）→休憩・おしゃべり（ボランティアによる音楽等、30分）→質疑応答（30分）→さらに歓談（30分）

【ミーティングセンターサポートプログラム】

- ・ 概要：軽度～中度の認知症の人とその介護者へのサポート（感情的・社会的サポートを含む）と情報提供等を目的とする通所サービスの1形態。アムステルダム自由大学が現場及び研究上効果的といわれた複数のサポート形態を統合して開発。全国約80か所。
- ・ 効果：従来型通所介護と比較して、行動障がい、認知症の人の自尊心、QOL、介護者の介護力にプラス（→入所を遅らせる）
- ・ 財源：AWBZ（認知症の人）及びWmo（介護者）
- ・ 運営：地域の認知症ケアにかかわる諸機関（介護、メンタルケア、福祉、家庭医、地方自治体等）の協定に基づく協働
- ・ 人員：一定の教育研修を受講したプログラムコーディネーター、介護士、アクティビティセラピスト、地域住民及び学生等のボランティア
- ・ 3本柱のプログラム
 - 認知症の人へのケア：Social Club（週3回）、心理療法（週3回）、コンサルティング（週1回）
 - 介護者へのサポート：専門家による情報提供ミーティング（隔週2時間）、介護者同士のディスカッショングループ（隔週2時間）、コンサルティング（週1回2時間）
 - 両者へのサポート：認知症の人、介護者、スタッフ全体のミーティング（月1回）、レクリエーション
- ・ 発展
 - 心理社会的診断に基づく認知症の人と介護者のニーズに応じた柔軟なプログラム
 - 認知症に限定せず、広く要介護者と介護者へのサポートを統合したプログラムとしての発展も
 - 入所型施設内の通所サービスを全て閉鎖し、地域のコミュニティセンター等における同プログラムに移行した地域も（→両者からみて敷居が低く早い段階からアクセスしやすい、より広く地域力を活用できる）

【Odensehuis】

- ・ 概要：認知症の人と家族のイニシアティブで始まった毎日誰でも立ち寄れる「第二の居間」。専門職によるケアは必要でないが、日々の生活にちょっとした不安を抱えるようになった人たちが、早い段階で居場所を得ることにより（若年認知症の人も含む）地域で長く暮らすことができるという考えに基づく。さまざまな理念や目的を共有するイニシアティブによる多様な居場所の一例。
- ・ 特徴：いつでも自由に出入りでき、参加者（患者・利用者ではない）がやりたいこと（創作、絵、料理、ダンス等）をする。自分たちで情報、アイデア、困ったことをもちより、互いに助け合いながら暮らす。
- ・ 運営：参加者による自主運営

引用文献

- Abbott, A. (1988) “The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor”, University of Chicago Press.
- ActiZ, BTN, AbvaKabo FNV, CNV Publieke Zaak, FBZ, and NU’91 (2011) “Collectieve Arbeidsovereenkomst voor de Verpleeg-, Verzorgingshuizen en Thuiszorg, Kraam- en Jeugdgezondheidszorg 2010-2012”.
- Aedes (2007) “Dutch social housing in a nutshell”.
- Alzheimer Nederland (2013) “Publiekversie Zorgstandaard Dementie”.
- Arts, W. and Gelissen, J. (2002) ‘Three worlds of welfare capitalism or more? A state-of-the-art report’, *Journal of European Social Policy* 12(2).
- AZW (2011) “Arbeid in Zorg en Welzijn 2010”.
- Bijsterveld, K. (1995) “Geen kwestie van leeftijd. Verzorgingsstaat, wetenschap en discussies rond ouderen in Nederland 1945-1982”, Rijksuniversiteit Limburg.
- Boeije, H.R., Van den Dungen, A.W.L., Pool, A., Grypdonck M.H.F. and Van Lieshout, P.A.H. (1997) “Een verzorgde toekomst: Toekomstscenario’s voor verpleging en verzorging”. NIZW and Vakgroep Verplegingswetenschap Universiteit Utrecht.
- Buurtzorg / Transitieprogramma (2009) “maatschappelijke Business Case (mBC): Buurtzorg Nederland”.
- Calibris (2007) “Qualification structure Nursing and Care”.
- (2011a) “Kwalificatiestructuur: Experimentele Kwalificaties 2011-2012”.
- (2011b) “Kerntaken 2005, 2006 Werkprocessen 2007, 2008, 2009, 2010, 2011”.
- Cameron, C. and Moss, P. (2007) “Care Work in Europe: Current Understandings and Future Directions”, Routledge.
- Cardol, M., Van Dijk, L. De Jong, J.D., De Bakker, D.H. and Westert, G.P. (2004) “Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: huisartsenzorg: wat doet de poortwachter?”, NIVEL.
- Chen, A., Brown, R., Archibald, N., Aliotta, S. and Fox, P. (2000) “Best Practices in Coordinated Care”, Mathematica Policy Research.
- CIZ (2005) “Protocol Gebruikelijke zorg”.
- (2012) “CIZ Indicatielijzer: Toelichting op de Beleidsregels indicatiestelling AWBZ 2012, zoals vastgesteld door het ministerie van VWS”.
- Clarke, J. and Newman, J. (1997) “The Managerial State: Power, Politics and Ideology in the Remaking of Social Welfare”, Sage.
- Colo (2010) “Prepared for the future: Dutch qualifications for the labour market”.

- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. and Tjadens, F. (2011) “Help Wanted?: Providing and Paying for Long-Term Care”, OECD.
- Commissie Modernisering Curatieve Zorg (1994) “Gedeelde Zorg, Betere Zorg”.
- Commissie Modernisering Ouderenzorg (1994) “Ouderenzorg met toekomst”, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Conijn, J. (2005) “Woningcorporaties: naar een duidelijke taakafbakening en een heldere sturing”, RIGO.
- Coördinatieplatform Zorgstandaarden (2010) “ZORGSTANDAARDEN IN MODEL: Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten”.
- Dalkey, N. and Helmer, O. (1963) ‘An Experimental Application of the DELPHI Method to the Use of Experts’, *Management Science* 9(3).
- Davis, K., Schoen, C., and Stremikis, K. (2010) “Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally-2010 Update”, The Commonwealth Fund.
- Da Roit, B. (2010) “Strategies of Care: Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands”, Amsterdam University Press.
- De Blok, J. (2011) ‘Buurtzorg Nederland: A New Perspective on Elder Care in the Netherlands’, AARP international the Journal, summer 2011.
- De Boer, A. (1999) “Housing and Care for Older People: A Macro-Micro perspective”, *Nederlandse Geografische Studies* 253.
- ed. (2006) “Rapportage ouderen 2006: Veranderingen in de leefsituatie en levensloop e”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Gier, E., De Swaan, A. and Ooijens, M. eds. (2004) “Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe: The Neighbors' View”, Het Spinhuis.
- De Klerk, M., Gilsing, R. and Timmermans, J. eds. (2010) “Op weg met de Wmo: Evaluatie van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2007-2009”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- (2011) “Zorg in de laatste jaren: Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Meester, E. and Keuzenkamp, S. (2011) “Verlof vragen: De behoefte aan en het gebruik van verlofregelingen”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De minister voor Wonen, Wijken en Integratie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2007) “Beter (t) huis in de buurt”
- De Vroom, B. and Guillemard, A. (2002) ‘From externalization to integration of older workers: Institutional changes at the end of worklife’ in Andersen, J. and Jensen, P. eds. “Changing Labour Markets, Welfare Policies and Citizenship”, Policy Press.

- Dol, K. and Haffner, M. eds. (2010) “Housing Statistics in the European Union 2010”, Ministry of the Interior and Kingdom Relations.
- Donker, M.C.H. (1997) ‘Professionaliteit of bureaucratie? Het nut van indicatieprotocollen’, in Boon, L. ed., “Vraaggestuurde zorg: dilemma's en nieuwe opties bij management, primair zorgproces, netwerken, automatisering, flexibele zorgproducten, indicatiestelling”, Sympos and Platform voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg.
- Dröes, RM., Breebaart, E., Meiland, F. J. M., Van Tilburg, W. and Mellenbergh, G. J. (2004) ‘Effect of Meeting Centres Support Program on feelings of competence of family carers and delay of institutionalization of people with dementia’, *Aging & Mental Health* 8(3).
- Dutch Knowledge Center for APL (2009) “Information APL in the Netherlands: Background information APL in the Netherlands”.
- Edwards, M. and Miller, C. (2003) “Integrating Health and Social Care and Making it Work”, OPM.
- Eggink, E., Oudijk, D. and Woittiez, I. (2010) “Zorgen voor Zorg”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Elsinga, E. (1989) ‘Political decision-making in health care: the Dutch case’, *Health policy* 11(3).
- Elsinga, M. and Wassenberg, F. (2007) ‘Social Housing in the Netherlands’ in Whitehead, C. and Scanlon, K. eds. “Social Housing in Europe”, LSE London.
- Esping-Andersen, G. (1997) ‘Hybrid or Unique?: the Japanese Welfare State Between Europe and America’, *Journal of European Social Policy* 7(3).
- European Commission (2008) “European year for combating poverty and social exclusion (2010), strategic framework document”.
- Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging (2011) “Monitoring Integrale Bekostiging Zorg voor Chronisch Ziekten: Evaluatiekader”.
- Evans, D. (1999) “Practice Learning in the Caring Professions”, Ashgate.
- Ex, C., Gorter, K. and Janssen, U. (2003) “Providing integrated health and social care for older persons in the Netherlands”, The Verwey-Jonker Institute.
- Expert Patients Programme Community Interest Company (2010) “Self care reduces costs and improves health: the evidence”.
- Fabricotti, I. (1999) “Ouderenzorg onkent de toekomst”, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Frouws, J., (1993) “Mest en macht : een politiek-sociologische studie naar belangenbehartiging en beleidsvorming inzake de mestproblematiek in Nederland vanaf 1970”, Proefschrift Wageningen.

- Fujisawa, R. and Colombo, F. (2009) 'The Long-Term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand', OECD health working papers 44.
- Gezondheidsraad (2002) "Dementie".
- Glendinning, C., Tjadens, F., Arksey, H., Moree, M., Moran, N. and Nies, H. (2009) "Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers", Social Policy Research Unit, University of York.
- Gröne, O. and Garcia-Barbero, M. (2001) 'Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services', International Journal of Integrated Care 1(1).
- Harkes, D. (2005) 'Time to stay in the neighborhood', Global Report on Aging, special issue 2005.
- Heumann, L., and Boldy, D. eds. (1993) "Aging in place with dignity: International solutions relating to low income and frail elderly". Praeger.
- Hofmarcher, M.M., Oxley, H. and Rusticelli, E. (2007) "Improving health system performance through better care coordination", OECD Health Working Paper 30.
- Houben, P.P.J. and Van der Voordt, T.J.M. (1993) 'New Combinations of housing and care for the elderly in the Netherlands', Netherlands Journal of Housing and the Built Environment 8(3).
- Huber, M. and als. (2005) "Long-term care for older people", OECD.
- International Social Security Association (1984) "Long-term care and social security".
- Jamin, H. (1999) "125 jaar Thuiszorg, 1875-2000: Oude tradities en nieuwe ambities", Tirion.
- Jeurissen, P. (2010) "For-profit Hospitals: A comparative and longitudinal study of the for-profit hospitals in four Western countries", Optima Grafische Communicatie.
- Kabinet-Rutte-Verhagen (2010) "Vrijheid en verantwoordelijkheid: Regeerakkoord VVD-CDA".
- Kemeny, J. (1995) "From Public Housing to the Social Market: Rental Policy Strategies in Comparative Perspective", Routledge.
- Ketelaars, C. (2011) 'Integrated care requires integrated supervision', International Journal of Integrated Care 11(1).
- Kingston, P., Bernard, M., Biggs, S. and Nettleton, H. (2001) 'Assessing the health impact of age-specific housing', Health and Social Care in the Community 9(4).
- Knijn, T. and Kremer, M. (1997) 'Gender and the Caring Dimension of Welfare States: Toward Inclusive Citizenship', Social Politics 4(3).
- (1998) 'Social Care in The Netherlands' in Lewis, J. ed. "Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe", Ashgate.
- (1999) 'Strijdende zorglogica's in de kinderopvang en de thuiszorg: Marktprincipes in de sociale zorg' in Brinkgreve, C. and Van Lieshout, P. eds. "Geregelde gevoelens: Collectieve arrangementen en de intieme leefwereld", Elsevier/De Tijdstroom.
- (2001) 'Care Work: Innovations in the Netherlands', in Daly, M. ed. "Care Work: The

- Quest for Security”, ILO.
- and Verhagen, S. (2007) ‘Contested Professionalism Payments for Care and the Quality of Home Care’, *Administration & Society* 39(4).
- Kodner, D. (2003) ‘Long-term Care Integration in Four European Countries: a Review’ in Brodsky, J., Habib, J., and Hirschfeld, M. eds. “Key policy issues in long-term care”, World Health Organization.
- and Spreeuwenberg, C. (2002) ‘Integrated care: meaning, logic, applications, and implications - a discussion paper’, *International Journal of Integrated Care* 2(4).
- Kremer, M. (2006) ‘Consumer in Charge of Care: the Dutch Personal Budget and its Impact on the Market, Professionals and the Family’, *European Societies* 8(3).
- Lamkaddem, M., De Bakker, A., Nijland, A., and De Haan, J. (2004) “De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen: een analyse van gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg”, NIVEL.
- Lammers, B. and Driest, P. (2002) ‘Zacht herstructureren’, *Tijdschrift voor de Sociale Sector* 1 jan/febr.
- Leichsenring, K. (2004) ‘Developing integrated health and social care services for older persons in Europe’, *International Journal of Integrated Care* 4(3).
- (2012) ‘Integrated Care for older people in Europe – latest trends and perceptions’, *International Journal of Integrated Care* 12(1).
- Lemmens K.M., Nieboer A.P., Van Schayck C.P., Asin J.D., Huijsman R.(2008) ‘A model to evaluate quality and effectiveness of disease management’, *Quality & Safety in Health Care* 17(6).
- Leutz, W. (1999) ‘Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom’. *The Milbank Quarterly* 77(1).
- Lijphart, A. (1968) “The Politics of Accommodation: Pluralism and Democracy in the Netherlands”, University of California Press.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W. Jr., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D. and Holman, H.R. (1999) ‘Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial’, *Medical Care* 37(1).
- Maessen, P.J.J. (1989) “Bezuinigingen op de gezinsverzorging: Besluitvorming in de verzorgingsstaat”, *Acco*.
- Ministry of Education, Culture and Science (2007) “The Education System in the Netherlands 2007”.
- Ministry of Health, Welfare and Sport (2009) ‘Long-term care in the Netherlands: The Exceptional Medical Expenses Act’.

Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer (Ministerie van VROM)
(1989) “Volkshuisvesting in de jaren negentig: van bouwen naar wonen”.

————— (2000) “Mensen, wensen, wonen, Wonen in de 21^e eeuw”.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS)(1996) “De Wet BIG: Hoofdlijnen van de wet Beroepen in de Individuele”.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland and ActiZ (2009) “Leidraad Ketenzorg Dementie: Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie”.

Ministerie van VWS and OCW (1996) “Gekwalificeerd voor de toekomst: kwalificatiestructuur en eindtermen voor verpleging en verzorging”.

—————, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Nederland and ActiZ (2009) “Leidraad Ketenzorg Dementie: Een hulpmiddel voor de ontwikkeling van ketenzorg dementie”.

————— (1999) “ZICHT OP ZORG: Plan van aanpak Modernisering AWBZ”.

————— (2001a) ‘Wonen en zorg op maat’.

————— (2001b) ‘Zorg Nabij, notitie over mantelzorgondersteuning’.

————— (2006) ‘Kiezen voor gezond leven 2007-2010’.

————— (2007a) ‘Zorg voor ouderen: Om de kwaliteit van het bestaan’.

————— (2007b) ‘Arbeidsmarktbrief 2007. Werken aan de zorg’.

————— (2008a) ‘Programma "Zeven rechten voor de client in de zorg: Investeren in de zorgrelatie”’.

————— (2008b) ‘Eindevaluatie Groot Project modernisering AWBZ’.

————— (2008c) ‘Een dynamische eerstelijnszorg’.

————— (2008d) ‘Vijf jaar AZR – een tussenbalans’.

————— (2008e) ‘Programmatische aanpak van chronische ziekten’.

————— (2008f) ‘Zorg voor mensen met dementie’.

————— (2009a) ‘Betreft Voorhangbrief keten-DBC's en huisartsenbesteding’.

————— (2009b) ‘Betreft stimuleren kleinschalig wonen voor mensen met dementie’.

————— (2009c) ‘Betreft Wijziging Uitvoeringsbesluit WTZi’.

————— (2009d) ‘Betreft Nadere uitwerking toekomst van de AWBZ’.

————— (2010a) ‘Samenvatting Wet cliëntenrechten zorg’.

————— (2010b) “Welzijn Nieuwe Stijl”.

————— (2011a) ‘programmabrief langdurige zorg’.

————— (2011b) ‘Betreft Arbeidsmarktbrief: Vertrouwen in professionals’.

————— (2011c) ‘totstandkoming nationaal Kwaliteitsinstituut voor de zorg’.

————— (2011d) ‘Betreft Voortgangsrapportage Hervorming Langdurige Zorg’.

- (2011e) ‘Zorg en ondersteuning in de buurt’.
- Minkman, M.M.N., Vermeulen, R.P., Ahaus, K.T.B. and Huijsman, R. (2011) ‘The implementation of integrated care: the empirical validation of the Development Model for Integrated Care’, BMC Health Service Research 11.
- (2012) “Developing Integrated Care: Towards a development model for integrated care”, Thesis Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Moss, P. and Cameron, C. (2002) ‘Care Work and the Care Workforce: Report on Stage One and State of the Art Review’, Care Work in Europe Project Report.
- Mot, E. (2010) ‘The Dutch System of Long-Term Care’, ENEPRI research report 90.
- Moxley, D. (1989) “The Practice of Case Management”, Sage.
- Needham, B. (2007) “Dutch Land Use Planning: Planning and Managing Land Use in the Netherlands, the Principles and the Practice”, Sdu.
- Neij, R. (1989) “De organisatie van het maatschappelijk werk”, Walburg Pers.
- Nies, H.(1992) “Beleidsonderzoek in de ouderenzorg”, Bureau bèta (proefschrift).
- (2004) ‘A European research agenda on integrated care for older people’, European Health Management Association.
- NVNP(2004) “Nurse Practitioner”, AVVV.
- OECD(1996a) “Ageing in OECD countries: A Critical Policy Challenge”.
- (1996b) “Caring for frail elderly people. Policies in Evolution”.
- O’Hagan, K. ed. (2003) “Competence in Social Work Practice”, Jessica Kingsley.
- Oudijk, D., De Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J. and De Klerk, M. (2010) “In the spotlight: informal care in the Netherlands”, The Netherlands Institute for Social Research / SCP.
- Ouwehand, A. and Van Daalen, G. (2002) “Dutch housing associations: A model for social housing”, Delft University Press. (角橋徹也訳『オランダの社会住宅－住宅セーフティネットのモデル』ドメス出版、2009)
- Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M. and Grol, R. (2005) ‘Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews’, International Journal of Quality in Health Care 17(2).
- Parsons, T. (1951) “The Social System”, Routledge and Kegan Paul. (佐藤勉訳『社会体系論』青木書店、1974)
- Peeters, M., Francke, A. and Pot, A.M. (2011) “Organisatie en invulling van “casemanagement dementie” in Nederland: Verslaglegging van een landelijke peiling onder regionale projectleiders”, Nivel.
- Pfau-Effinger, B. and Geissler, B. eds. (2005) “Care and social integration in European societies”, Policy Press.

- Pijl, M. (2003) “Developments in the support of carers: In Finland, England and The Netherlands, 1998-2002”, Socialstyrelsen.
- Pittini, A. (2011) “The Place of Inhabitants: residents’ participation in creating sustainable housing & neighbourhoods”, CECODHAS Housing Europe’s Observatory.
- and Laino, E. (2011) “Housing Europe Review 2012: The nuts and bolts of European social housing systems”, CECODHAS Housing Europe’s Observatory.
- Pommer, E., Woittiez, I. and Stevens, J. (2007) “Comparing Care: The care of the elderly in ten eu-countries”, The Netherlands Institute for Social Research / SCP.
- Portegijs, W., A. Boelens and S. Keuzenkamp (2002) “Emancipatiemonitor 2002”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plochg, T. and Klazinga, N. S. (2002) ‘Community-based integrated care: myth or must?’, International Journal for Quality in Health Care 14(2).
- , Delnoij, D., Hoogedoorn, N. and Klazinga, N. (2006) ‘Collaborating while competing? : The sustainability of community-based integrated care initiatives through a health partnership’, BMC Health Services Research 6.
- Quist, H., De Bruin, N. and Burger, G. (2008) “TEVREDENHEID CLIËNTEN WMO: Onderzoek naar tevredenheid individuele voorzieningen Wmo”, SGBO.
- Ramakers, C. (2000) ‘The Netherlands: Evaluation of the Nieuw Doddendaal Case Management Project’ in Engel, H. and Engels, D. eds. “Experiences in case management from nine countries (Collected materials)”, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Razavi, S. (2007) ‘The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options’, Gender and Development Programme Paper 3.
- Rijken, M., Jones, M., Heijmans, M. and Dixon, A. (2008) ‘Supporting self-management’ in Nolte, E. and McKee, M. eds. “Caring for people with chronic conditions: A health system perspective”, Open University Press.
- Roerink, H. and Tjadens, F. (2009) “From Household care to Household help in the Dutch Transition from AWBZ to WMO”, Bureau Secondant/Hasca.
- Room, G. and als. (1992) “Observatory on national policies to combat social exclusion, second annual report”, Commission of the European Communities.
- Rosen, G. (1958) “A history of public health”, MD Publishers.
- RVZ (2006) “Arbeidsmarkt en zorgvraag”.
- Sadiraj, K., Timmermans, J., Ras, M. and De Boer, A. (2009) “De toekomst van de mantelzorg”, Sociaal en Cultureel Planbureau.

- Scanlon, K. and Whitehead, C. eds. (2008) “Social Housing in Europe II: A review of policies and outcomes”, LSE London.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W. and Van Ginneken, E. (2010) “The Netherlands: Health system review”, Health Systems in Transition 12(1), Nivel.
- Schön, D. (1983) “The Reflective Practitioner: How Professional Think in Action”. Basic Books.
- Schraverus, J., and Roessink, B.G. (2012) ‘Integrated Care in Almere’, Presentation INIC12 conference.
- Schrijvers, G., Oudendijk, N., and De Vries, P. (2003) ‘In search of the quickest way to disseminate health care innovations’, International Journal of Integrated Care 3(4).
- Schumann, F. (2005) ‘Hospices and Palliative Care in the Netherlands’ in Gronemeyer, R., Fink, M., Globisch, M. and Schumann, F. “Helping People at the End of their Lives: Hospice and Palliative Care in Europe”, Lit Verlag.
- Schut, F.T. (1995) ‘Health Care Reform in the Netherlands: Balancing Corporatism, Etatism, and Market Mechanisms’, Journal of Health Politics, Policy and Law 20(3).
- and Van den Berg, B. (2010) ‘Sustainability of Comprehensive Universal Long-Term Care Insurance in the Netherlands’, Social Policy and Administration 44(4).
- Scott, W. (1993) ‘The organization of medical care services: Towards an integrated theoretical model’. Medical Care Review 50(3).
- SER (2006) “Voorkomen arbeidsmarktknelpunten Collectieve Sector”, Advies 2006/04.
- (2008) “Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ”, Advies nr. 2008/03.
- Souren, M. (2007) ‘Mantelzorgers maken weinig gebruik van verlofregelingen’, Sociaaleconomische trends 2e kwartaal 2007, CBS.
- Spreeuwenberg, C. and Elfahmi, D.M.M. (1998) “Transmurale zorg: redesign van het zorgproces [Achtergrondstudie]”, RVZ.
- Staatscourant (2008) ‘Besluit van de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 7 april 2008, nr. av/A&Z/2008/8410, tot instelling van de Taskforce DeeltijdPlus (Instellingsbesluit Taskforce DeeltijdPlus)’.
- Statistics Netherlands (2011) “Statistical Yearbook 2011”.
- (2012) “Statistical Yearbook 2012”.
- Steering Committee Responsible Care (ActiZ, V&VN, LOC, NVVA, Sting, IGZ, VWS and ZN) (2007) “Quality Framework Responsible Care”.
- Stichting Architectenonderzoek Gebouwen Gezondheidszorg (STAGG) (2000) “Verblijven of wonen; zorg voor eenieder”.
- Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T (2010) “Kwaliteitskader Verantwoorde Zorg voor de sector

- Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis (VV&T)”.
- Swagerman, Q.A.J. (1997) ‘Het Perspectief van de Thuiszorg’ in Y.W.v.Kemenade and E. Elsinga eds. “Van Revolutie naar Evolutie: tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg”, De Tijdstroom.
- Tester, S. (1996) “Community care for older people : a comparative perspective”, MacMillan.
- Tjadens, F. (2011 未公刊) “Internationale signalen: De ActiZ lange-termijn visie in internationaal perspectief getoetst rond zorgvraag, -financiering en arbeidsmarkt”, Hasca.
- and Colombo, F. (2011) ‘Long-term care: valuing care providers’, Eurohealth 17(2-3).
- , Visser, G. and Sangers, S. (2008) “Informal care in Europe: The contribution of carers to long-term care, especially for older people”, Vilans, Mezzo and Eurocarers.
- Townsend, P. (1962) “The last refuge: A survey of residential institutions and homes for the aged in England and Wales”, Routledge & K.Paul.
- Trappenburg, M. (2008) “Genoeg is genoeg: Over gezondheidszorg en democratie”, Amsterdam University Press.
- Tsutsui, T., Matsushige, T., Otaga, M. and Morikawa, M. (2010) ‘Another step towards decentralized power: changes in long-term care from ‘care by family’ to ‘care by community’ via ‘care by society’, submitted to the RC19 Ageing Session for the 2010 ISA World Congress.
- Ungerson, C. (1997) ‘Social Politics and the Commodification of Care’, Social Politics 4(3).
- (2004) ‘Whose empowerment and independence?: A cross-national perspective on ‘cash for care’ schemes’, Ageing and Society 24.
- Valentijn, P.P., Schepman, S.M., Opheij, W. and Bruijnzeels, M.A. (2013) ‘Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care’, International Journal of Integrated Care 13(Jan-Mar).
- Van Campen, C. ed. (2008) “Values on a grey scale: Elderly Policy Monitor 2008”, The Netherlands Institute for Social Research / SCP.
- Van Campen, C. ed. (2011) “Frail older persons in the Netherlands”, The Netherlands Institute for Social Research / SCP.
- Van den Heuvel, W. (1997) ‘Policy Towards the Elderly: Twenty-Five Years of Dutch Experience’, Journal of Aging Studies 11(3).
- Van der Boom, H. (2008) “Home nursing in Europe”, aksant.
- Van der Grinten, T. and Kasdorp, J. (1999) “25 jaar sturing in de gezondheidszorg: van verstatelijking naar ondernemerschap”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van der Linden, B. (2001) “The birth of integration: Explorative studies on the development and implementation of transmural care in The Netherlands 1994-2000”, Thesis University of

Utrecht.

- Van der Lyke, S. (2000) “Georganiseerde liefde”, Thesis Universiteit Maastricht.
- Van der Made, J.H., Portengen, J. and Janssen, R.J.T.M. (1991) ‘Het kruiswerk op een kruispunt: het kruiswerk tussen particulier initiatief, overheidsbeleid en commercieel bedrijfsleven’, in Van Mierlo, J.G.A. ed. “Particulier Initiatief in de gezondheidszorg”, Van Gorcum.
- Van der Velde, F. and Van der Windt, W. (2010) “Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn, Lange termijn vraag naar het aanbod van personeel in de zorg”, Prismant.
- Van der Velden, L.F.J., Francke, A.L., Hingstman, L. and Willems, D.L. (2007) “Sterfte aan kanker en andere chronische aandoeningen”, Nivel.
- Van der Ploeg, T. and Sap, J. eds. (1995) “Rethinking the Balance: Government and non-governmental organizations in the Netherlands”, VU University Press.
- Van der Windt, W., Arnold, E. and Keulen, R. (2007) “RegioMarge2007”, Prismant.
- , Van der Verde, F. and Van der Kwartel, A. (2009a) “Arbeid in Zorg en Welzijn 2009”, Prismant.
- , Smeets, R. and Arnold, E. (2009b) “RegioMarge2009”, Prismant.
- Van Everdingen, J.J.E. (2003) ‘Een hoop gedoe, maar wel de moeite waard: oordelen van artsen over richtlijnen’, Medisch Contact 58.
- Van Houten, G., Tuynman, M. and Gilsing, R. (2008) “De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007”, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Van Kempen, R. and Priemus, H. (2002) ‘Revolution in Social Housing in the Netherlands: Possible Effects of New Housing Policies’, Urban Studies 39(2).
- Van Munster, O., Van den Berg, E.J.T. and Van der Veen, A. (1996) “De toekomst van het middenveld”, Delwel.
- Van Oorschoot, W. (2006) ‘The Dutch Welfare State: Recent trends and challenges in historical perspective’, European Journal of Social Security 8(1).
- Van Raak, A., Mur-Veeman, I., Hardy, B., Steenbergen, M. and Paulus, A. (2003) “Integrated care in Europe: Description and comparison of integrated care in six EU countries”, Elsevier Gezondheidszorg.
- Van Vliet, W. (1995) ‘Housing an aging population in the Netherlands’ in Pynoos, J. and Liebig, P. eds. “Housing frail elders: International policies, perspectives and prospects”, Johns Hopkins University Press.
- Van Waarden, F. (1989) “Organisatiemacht van belangenverenigingen: De ondernemersorganisaties in de bouwnijverheid als voorbeeld”, Acco.
- Van Weel, C., Schers, H. and Timmermans, A. (2012) ‘Health Care in the Netherlands’, Journal of the American Board of Family Medicine 25 Supplement.

- Van Weesep, J. and Van Kempen, R. (1993) 'Low income and housing in the Dutch Welfare State' in Hallet, G. ed. "The New Housing Shortage: Housing Affordability in Europe and the USA", Routledge.
- VBOC-AVVV (2006) "Verpleegkundige toekomst in goede banen: Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening".
- VBOC (2008) "Algemeen Competentieprofiel en Specifieke Deelprofielen Verpleegkundig Specialist", Project Verpleegkundig Specialist: Werkgroep 'competentieprofiel verpleegkundig specialist'.
- Visser, J. and Hemerijck, A. (1997) "A Dutch Miracle: Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands", Amsterdam University Press.
- Visser-Jansen, G. and Knipscheer, C.P.M. (2004) 'National Background Report for The Netherlands' in EUROFAMCARE "Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage"
- Visser, K.(2011) "Netherlands: VET in Europe – Country Report 2011", ReferNet Netherlands.
- Voortman, L. (2011) "Effecten van het kabinetsvoorstel voor het pgb", CPB Notitie.
- Vrijhoef, H. J., Spreeuwenberg, C., Eijkelberg, I. M., Wolffenbuttel, B.H., and Van Merode, G.G. (2001) 'Adoption of disease management model for diabetes in region of Maastricht', BMJ 323:983-5.
- Vulto, M. and Morée, M. (1996) "Thuisverzorging als professie: Een combinatie van hand, hoofd en hart", De Tijdstroom.
- 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).
- , 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).
- Wait, S. (2005) 'Integrated health and social care: objectives, opportunities, challenges', presentation to the 2005 European Social Services Conference.
- Wallerstein, I. (1980) "The Modern World-System II: Mercantilism and the Consolidation of the European World-Economy, 1600-1750", Academic Press.
- Westerhuis, A. (2001) "European Structures of Qualification Levels: Reports on recent developments in Germany, Spain, France, the Netherlands and in the United Kingdom (England and Wales)Volume II", European Communities.
- Westert, G.P., Van den Berg, M.J., Zwakhals, S.L.N., De Jong, J.D. and Verkleij, H. eds. (2010) "Dutch Health Care Performance Report 2010", National Institute for Public Health and the Environment.

- WHO (2002) “Innovative Care for Chronic Conditions: building blocks for action: global report”.
- WHO (2005) “Preparing a health care workforce for the 21st century: the challenge of chronic conditions”.
- WHO (2008) “The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever”.
- Wiegman, N. (1996) “Gij completeert zijn arbeid’: over de professionalisering van het verpleegkundig beroep (1880-1925)”, *Gewina* 19(4).
- 井伊雅子 (2011) 「先進国の医療制度改革と日本への教訓」鈴木亘・八代尚宏編『成長産業としての医療と介護—少子高齢化と財源難にどう取り組むか』日本経済新聞出版社.
- 猪飼周平 (2010) 『病院の世紀の理論』有斐閣.
- 伊藤淑子 (1996) 『社会福祉職発達史研究—米英日三ヵ国比較による検討』ドメス出版.
- 井上由起子 (2012) 『ソーシャル・キャピタルと地域包括ケアに関する研究 平成 23 年度総合研究報告書』厚生労働科学研究費補助金/政策科学総合研究事業 (主任研究者・井上由起子).
- 医療経済研究機構 (2008) 『オランダ医療関連データ集 2007 年版』.
- (2011) 『認知症ケアの国際比較に関する研究 総括・分担報告書』平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業 (主任研究者・中島民恵子).
- (2012) 『オランダ医療関連データ集 2011 年版』.
- 岩田克彦 (2012) 「EU-QF (資格枠組み) 及び EQF (欧州資格枠組み)」労働政策研究・研修機構『諸外国における能力評価制度—英・仏・独・米・中・韓・EU に関する調査』JILPT 資料シリーズ No.102.
- (2010) 「改革が進む欧州各国の職業教育訓練と日本」『日本労働研究雑誌』595.
- 上野千鶴子 (2011) 『ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ』太田出版.
- ・中西正司編 (2008) 『ニーズ中心の福祉社会—当事者主権の次世代福祉戦略』医学書院.
- NTT コミュニケーションズ (2011) 『諸外国における EHR の現状及び課題に関する調査研究報告書』.
- 太田貞司・森本佳樹編 (2011) 『地域包括ケアシステム—その考え方と課題—』光生館.
- 大森正博 (2011) 「オランダの介護保障制度」『レファレンス』平成 23 年 6 月号.
- 岡伸一 (2009) 「EU における医療従事者・介護労働者の養成と就業」『季刊社会保障研究』45 (3).
- 小鳥輝男 (2012) 「東近江脳卒中連携パス「三方よし研究会」の活動」『地域連携入退院支援』5 (3).
- 介護労働安定センター (2013) 『事業所における介護労働実態調査結果報告書』.
- 角橋徹也 (2009) 『オランダの持続可能な国土・都市づくり』学芸出版社.

- 片山壽（2013）「地域医療と介護のシステム化～尾道市医師会方式の理論と実践」高橋紘士・武藤正樹編『地域連携論』オーム社。
- 葛西龍樹（2013）『医療大転換－日本のプライマリ・ケア革命』ちくま新書。
- 金井利之（2009）「オランダにおける自治体（gemeente）の役割－社会生活支援法（WMO）を中心に」『都市とガバナンス』11。
- 金井利之・日本都市センター編（2011）『オランダ・ベルギーの自治体改革』第一法規。
- 川越雅弘（2009）「看護師・介護職員の需給予測」『季刊社会保障研究』45（3）。
- 北浦正行（2013）「介護労働をめぐる政策課題－介護人材の確保と育成を中心に」『日本労働研究雑誌』641。
- 権丈英子（2011）「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス－労働時間と就業場所の柔軟性が高い社会－」RIETI Discussion Paper Series 11-J-030。
- 厚生労働省医政局（2013）『専門医の在り方に関する検討会報告書』。
- 厚生労働省職業安定局（2008）『介護労働者の確保・定着等に関する研究会 中間取りまとめ』。
- 国土交通省国土計画局（2010）『東アジア等国土政策ネットワーク構想 検討基礎調査（その3）－オランダ&EUの国土政策事情－報告書』。
- 国立社会保障・人口問題研究所（2012）「日本の将来推計人口（平成24年1月推計）」。
- 高齢者介護研究会（2003）『2015年の高齢者介護』。
- 佐藤岩夫（1999）『現代国家と一般条項－借家法の比較歴史社会学的研究』創文社。
- 佐藤智編集代表（2008）『在宅医療の展望』中央法規。
- 佐藤主光（2007）「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」『会計検査研究』36。
- 佐藤元美・松嶋大（2011）『健康増進外来－理想の糖尿病外来をめざして』新興医学出版社。
- 澤憲明（2012）「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』2489～。
- 自治体国際化協会（2005）『オランダの地方自治』各国の地方自治シリーズ22。
- 社会保障国民会議（2008）『社会保障国民会議 最終報告』。
- 社会保障制度改革国民会議（2013）『社会保障制度改革国民会議 報告書』。
- 職業能力開発総合大学校（2011）『欧州教育訓練政策重要用語集』（欧州職業訓練開発センター発行（2008）の日本語版）。
- 白瀬由美香（2012）「イギリスにおける退院支援システムと医療・介護の連携」『社会政策』3（3）。
- 鈴木亘（2010）「パートタイム介護労働者の労働供給行動」『季刊社会保障研究』45（4）。
- 地域包括ケア研究会（2009）『地域包括ケア研究会報告書～今後の検討のための論点整理～』。

- (2010) 『地域包括ケア研究会報告書』.
- (2013) 『地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点』.
- (2014) 『地域包括ケアシステムを構築するための制度論等に関する調査研究事業報告書』.
- 高橋紘士 (2012) 「地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて」『季刊社会保障研究』 47 (4).
- 編 (2012) 『地域包括ケアシステム』 オーム社.
- ・ 武藤正樹編 (2013) 『地域連携論』 オーム社.
- 田近栄治・河口洋行・菊池潤 (2011) 「高齢者医療制度の再構築ーリスク調整を踏まえた生涯医療保険制度の提案ー」『社会保険旬報』 2459～2461.
- 田中滋・栃本一三郎編 (2011) 『介護イノベーションー介護ビジネスをつくる、つなげる、創造するー』 第一法規.
- 田中博 (2011) 「日本版 EHR (Electronic Health Record) の実現に向けて」『情報管理』 54 (9).
- 筒井孝子 (2011) 「地域包括ケアシステムとはー地域におけるケアの統合化に関する課題ー」国際医療福祉大学『地域包括ケアセンターの機能強化及び業務の検証並びに改善に関する調査研究事業報告書』平成 22 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 (研究代表者・高橋紘士).
- (2012a) 「日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方ー自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかたー」『季刊社会保障研究』 47 (4).
- (2012b) 「地域包括ケアシステムをめぐる国際的な動向」立教大学『地域包括ケアシステム構築のための保険者と地域包括支援センターの関係性に関する調査研究事業報告書』平成 23 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業 (研究代表者・川村仁弘).
- (2012c) 「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.
- (2014) 『地域包括ケアシステム構築のためのマネジメント戦略ーintegrated care の理論とその応用』中央法規出版.
- 東内京一 (2012) 「地域包括ケアの確立を目指した介護保険事業計画を考える」高橋紘士編『地域包括ケアシステム』 オーム社.
- 高橋紘士編『地域包括ケアシステム』 オーム社.
- 内閣府 (2012) 「平成 24 年度から介護プロフェッショナルのキャリア段位制度が始まります」.

- 長坂寿久（2000）『オランダモデルー制度疲労なき成熟社会』日本経済新聞社。
 ————（2003）「オランダの NPO セクター」『季刊国際貿易と投資』54。
 ————（2007）『オランダを知るための 60 章』明石書店。
- 日本都市センター（2012）『オランダの都市計画法制ー全訳・オランダ空間整序法ー』日本都市センターブックレット 27。
- 廣瀬真理子（1992）「オランダの福祉供給システムをめぐるフォーマルセクターとインフォーマルセクター」『社会保障法』7。
 ————（1998）「オランダの高齢者福祉サービスにおける「民間」の役割」『海外社会保障情報』122。
 ————（2009）「オランダにおける終末期ケアの現状と課題」『海外社会保障研究』168。
 ————（2011）「オランダの労働市場と雇用政策」『社会政策』3（2）。
- 福祉未来研究所（2012）『医療・介護において共有すべき情報に関する研究 2011 年度報告書』厚生労働科学研究費補助金/政策科学総合研究事業。
- 福田真希・森一彦・豊田恵美（2009）「オランダの高齢者住宅における生活支援機能の考察」『生活科学研究誌』8。
- 堀田聡子（2007）「登録型ヘルパーのキャリア形成と訪問介護事業者の雇用管理」『キャリアデザイン研究』3。
 ————（2010）「介護従事者問題」宮島洋・西村周三・京極高宣編『社会保障と経済第 3 巻社会サービスと地域』東京大学出版会。
 ————（2012）「ケア従事者確保に向けた諸課題ーオランダの経験からー」『季刊社会保障研究』47（4）。
 ————（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」『認知症ケア学会誌』11（4）。
- 松岡洋子（2011）『エイジング・イン・プレイス（地域居住）と高齢者住宅』新評論。
- 松繁卓哉（2010）『「患者中心の医療」という言説』立教大学出版会。
- 松田晋哉（2007）「診断群分類導入の国際的動向と医療費への影響」田中滋・二木立編『医療制度改革の国際比較』勁草書房。
- 松本勝明（2009）『介護者の確保育成策に関する国際比較研究 平成 20 年度総括・分担研究報告書』厚生労働科学研究費補助金/政策科学総合研究事業（研究代表者・松本勝明）。
 ————（2011）『ヨーロッパの介護政策』ミネルヴァ書房。
 ————（2012）「ドイツにおける医療・介護の連携」『社会政策』3（3）。
- 水島治郎（1993）「伝統と革新ーオランダ型政治体制の形成とキリスト教民主主義」『国家学会雑誌』106（7・8）。

- (2001) 『戦後オランダの政治構造－ネオ・コーポラティズムと所得政策』 東京大学出版会.
- (2003) 「オランダにおけるワークフェア改革」 『海外社会保障研究』 144.
- (2005) 「中間団体と公共性－オランダにおける「中間団体政治」の展開」 『千葉大学公共研究』 2 (2).
- (2012) 『反転する福祉国家－オランダモデルの光と影』 岩波書店.
- 三富紀敬 (2000) 『イギリスの在宅介護者』 ミネルヴァ書房.
- (2005) 『欧米のケアワーカー－福祉国家の忘れられた人々』 ミネルヴァ書房.
- (2008) 『イギリスのコミュニティケアと介護者－介護者支援の国際的展開』 ミネルヴァ書房.
- (2010) 『欧米の介護保障と介護者支援－家族政策と社会的包摂、福祉国家類型論』 ミネルヴァ書房.
- (2011) 「介護の社会化論と介護の歴史認識再考」 『立命館経済学』 59 (6).
- 武藤正樹・田城孝雄・森山美知子・池田俊也編 (2009) 『地域連携クリティカルパスと疾病ケアマネジメント』 中央法規.
- 森川美絵 (2004) 「「ケア・ワークの評価」論の視座－欧米における研究の検討－」 『人文学報』 350.
- (2012) 「地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方－フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに－」 『保健医療科学』 61 (2).
- 森山美知子編 (2007) 『新しい慢性疾患ケアモデル：ディジーズマネジメントとナーシングケースマネジメント』 中央法規.
- 柳沢房子 (2009) 「フレキシキュリティ－EU 社会政策の現在－」 『レファレンス』 平成21年5月号.
- 山口昇 (2003) 『地域包括ケアシステムをめざして』 全国国民健康保険診療施設協議会.
- 山崎亮 (2011) 『コミュニティデザイン』 学芸出版社.

資料 インタビュー対象者リスト

本研究は、蘭・英・邦文の文献調査に加え、2010年3月～2011年4月ならびに2011年11月、2012年11月、2013年10月に実施したオランダにおけるインタビュー調査及びその対象者への電話やメールによるフォローアップに基づいている。

インタビュー対象は、現状とそれに影響を及ぼす要因、今後の方向性を多角的に理解すべく、長期ケア保障・サービス提供体制整備にかかる政策担当者、制度運営・管理上の主要なアクター、ケア従事者確保定着育成にかかる政策担当者、主たるステークホルダー及び研究者を網羅するものとした。本稿執筆にあたり、直接参照したインタビューの対象者は以下のとおりである（所属はインタビュー当時、斜字は複数回のインタビュー実施者）。

なお、本稿には、2010年4月より1年間にわたり社会文化計画局（*Sociaal en Cultureel Planbureau*、SCP）研究員兼ユトレヒト大学客員教授としてオランダに滞在し、SCPより助成を受けて調査した内容が含まれる。Cretien van Campen 氏（SCP）、Trudie Knijn 氏ならびに Barbara da Roit 氏（ユトレヒト大学）をはじめとする多くの方々の助言と援助に謝意を表す。

Ministerie van VWS (保健福祉スポーツ省)	<i>Jacqueline Hoogendam</i> 氏、 <i>Patrick Jeurissen</i> 氏、 <i>Ellen Leistra</i> 氏、 <i>Leon van Barkel</i> 氏、 <i>Sita Kishna</i> 氏
IGZ (ヘルスケア監査機関)	J.F. de Vries 氏
保険会社・ケアオフィス等	<i>Mirjam Maasdam</i> 氏他 (<i>Zorgverzekeraars Nederland</i> : 保険会社連合)、 <i>Manon Ijzerman</i> 氏 (<i>Agis Zorgkantoren</i> : ケアオフィスの1つ)
CIZ (ケア判定センター)	<i>Marcel de Krosse</i> 氏
NZa (オランダヘルスケアサービス局)	<i>Ilaria Mosca</i> 氏
RVZ (公衆衛生ヘルスケア審議会)	<i>Gerda Raas</i> 氏
州・地方自治体	<i>Patricia Plaizier</i> 氏 (<i>Provincie Utrecht</i> : ユトレヒト州) <i>Marianne van Dijk</i> 氏 (<i>Gemeente Utrecht</i> : ユトレヒト市)、
福祉団体	<i>Jan Bloemkolk</i> 氏 (<i>Portes</i>)
プライマリ・ケアセンター	<i>Trudy van den Berg</i> 氏 (<i>Wijkgezondheidscentrum Lunetten</i>)
家庭医	<i>Annet Wind</i> 氏 (オランダ家庭医学会 NHG における老年医学研修コーディネーター)、 <i>Focco Fokkema</i> 氏
在宅ケア組織	<i>Jos de Blok</i> 氏、 <i>Kety de Kwaasteniet</i> 氏他 (<i>BuurtzorgNederland</i>)、 <i>Paul-Jeroen Verkade</i> 氏 (<i>Geriant</i> 、全国認知症ケースマネジャーネットワーク代表) この他5事業者で幹部インタビュー及び在宅ケア事業所におけるスタッフインタビュー・フィールドワークを実施、先進事例とされる住まい、精神保健センター等を視察 (単発)

介護等事業者団体等	Michiel Kooijman 氏他 (Actiz)、Robbert-Jan Poerstamper 氏他 (PriceWaterhouseCoopers : Actiz とともにベンチマークプロジェクトを実施)
地域のケア関連のネットワーク組織	<i>Sophie Hakvoort</i> 氏、 <i>Helma Zijlstra</i> 氏 (Rhijnhuysen : ユトレヒト) <i>Bas Steunenber</i> 氏 (NUZO : ユトレヒト)
住まいとケア	<i>Yvonne Witter</i> 氏 (Kenniscentrum Wonen-Zorg : 住宅協会連合 Aedes と介護等事業者団体 Actiz が共同で設立した住宅介護情報センター)
看護・介護職専門職団体	<i>Bas Vogel</i> 氏 (V&VN : オランダ看護介護職協会)
労働組合等	<i>Wim van der Hoorn</i> 氏他 (abvakabo)、 <i>Monique Kempff</i> 氏 (NU' 91)
利用者・患者団体等	<i>Marthijn Laterveer</i> 氏 (LOC : 利用者評議会連盟)、 <i>Julie Meerveld</i> 氏他 (AlzheimerNederland : アルツハイマー協会)、 <i>Frans van der Pas</i> 氏 (Per Saldo : PGB 利用者団体)
介護者団体等	<i>Marloes Hooimeijer</i> 氏他 (Mezzo : 介護者・ボランティア連盟)、 <i>Jos Verbeij</i> 氏 (Steunpunt Mantelzorg Utrecht : 介護者支援センターの1つ)
Calibris (保健福祉スポーツセクターの職業教育訓練労働市場知識センター)	<i>Hanny Vroom</i> 氏
教育訓練機関	<i>Helma Hoebink</i> 氏 (Koning Willem I College)
研究者	<i>Alice de Boer</i> 氏、 <i>Anna Maria Marangos</i> 氏、 <i>Cretien van Campen</i> 氏、 <i>Isolde Woittiez</i> 氏 (以上 SCP)、 <i>Barbara da Roit</i> 氏、 <i>Trudie Knijn</i> 氏、 <i>Marieke Schuurmans</i> 氏、 <i>A.J.P.Schrijvers</i> 氏 (以上ユトレヒト大学)、 <i>Rose-Marie Dröes</i> 氏 (アムステルダム自由大学)、 <i>Frits Tjadens</i> 氏 (OECD/HASCA)、 <i>Pieter Huijbers</i> 氏、 <i>Mirella Minkman</i> 氏 (以上 Vilans)、 <i>Rick Kwekkeboom</i> 氏 (Hogeschool van Amsterdam)

労働政策研究報告書 No.167

オランダの地域包括ケア ケア提供体制の充実と担い手確保に向けてー

発行年月日 2014年 5月 30日

編集・発行 独立行政法人 労働政策研究・研修機構

〒177-8502 東京都練馬区上石神井4-8-23

(照会先) 研究調整部研究調整課 TEL:03-5991-5104

印刷・製本 有限会社 太平印刷

©2014 JILPT

Printed in Japan

* 労働政策研究報告書全文はホームページで提供しております。(URL:<http://www.jil.go.jp/>)