

2012年10月3日在宅医療連携拠点事業／ナラティブホーム

在宅ケアのルネサンス： オランダBuurtzorgの統合ケア

労働政策研究・研修機構 堀田聰子
hotta@jil.go.jp

BuurtzorgNederlandの概要

- ▶ オランダの在宅ケア組織(財団)
- ▶ 地域看護師が2006年に起業2007年1チーム~
- ▶ 全国約500の独立チームで約5,500人のナース(看護師・介護士)が20,000人の利用者に、売上高約1.8億€
 - ▶ ターミナル、癌、慢性疾患、認知症、複数の持病(あらゆるタイプ)
- ▶ 管理部門は35人(間接費約8%、利益率約8%)
- ▶ 利用者満足度全国NO.1、最優秀雇用者賞、クライアントあたりのコストが他の事業者の約半分
- ▶ Buurtdiensten(家事援助)、BuurtzorgJong(青少年)、BuurtzorgPlus(OT/PT)、BuurtzorgPension(2012~)、ベルギー・スウェーデン...
- ▶ オランダのケア政策への影響

起業の背景：コミュニティケアの変化

▶ ~1990年頃

- ▶ ローカルなクロス組織に属する地区看護師が村落レベルで小チームで活動(予防、訪問看護・身体介護、小児ケア)
- ▶ 家庭医、ソーシャルワーカー、ホームケア、理学療法士、精神看護師、公衆衛生看護師、福祉団体、ボランティア等と緊密に連携

▶ 1990年前後以降の変化

- ▶ 訪問介護組織と訪問看護組織の統合、ナーシングホームや病院との合併、大規模化
- ▶ 特別医療費保険(AWBZ)が在宅ケアも賄う
- ▶ アセスメントは全国統一基準により独立機関が担う
- ▶ 時間×機能(身体介護・看護・ガイダンス・リハビリ/治療・住まいと組み合わせられたケア)に基づくケア
- ▶ ガイドラインやプロトコルの発達

ミッション

▶ 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の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高いケア
- ▶ ケアの効果が第一（必要以上／時間・期間のケアを提供しない）

▶ 利用者の欲求についての基本的考え方

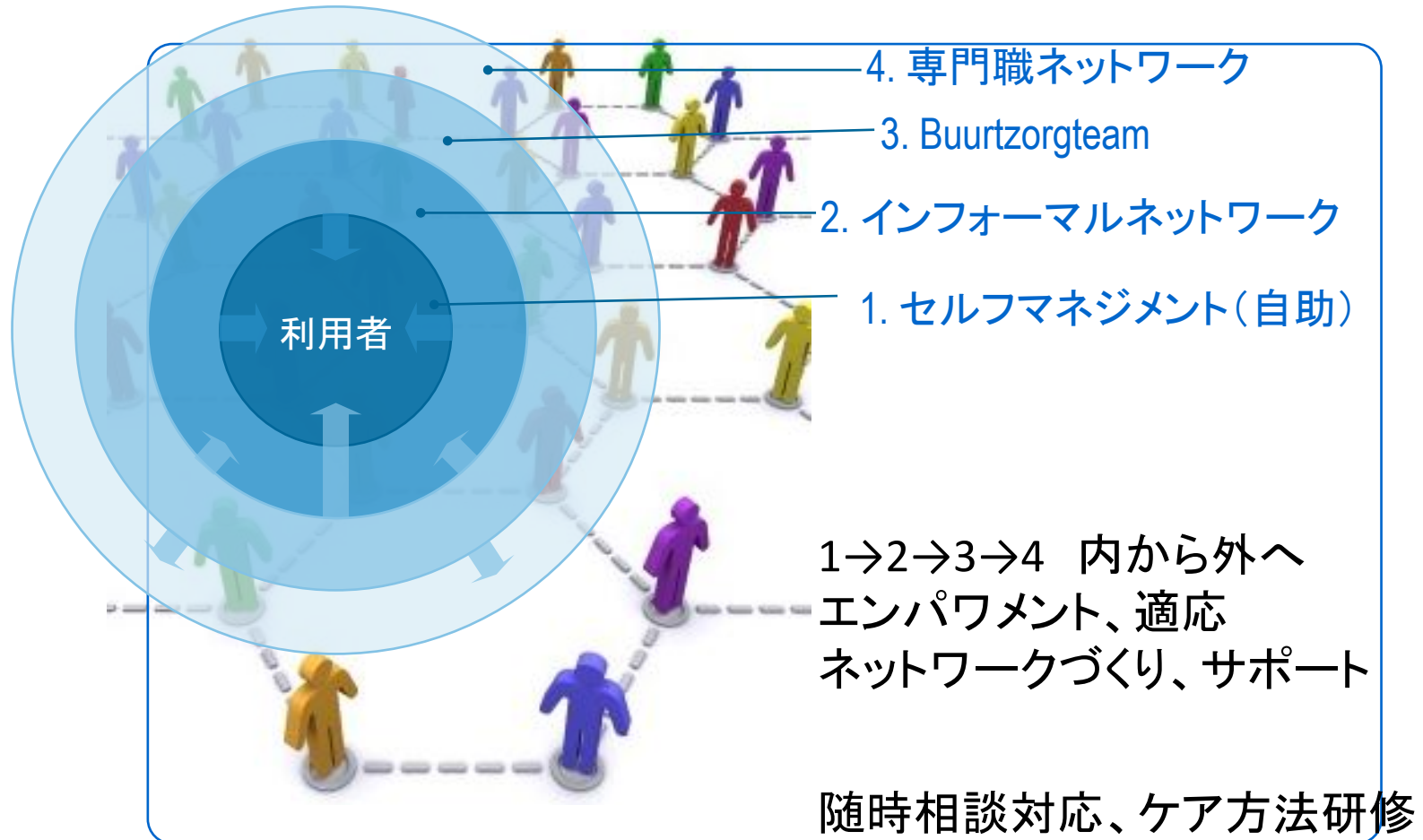
- ▶ 自分の暮らしをできる限り長く自分でコントロールしたい
- ▶ 生活の質を改善しつづけたい
- ▶ 自分の住む街で社会参加したい
- ▶ あたたかい人間関係がほしい

→ 個別機能の提供でなく関係構築・問題解決（パーソナルコーチ）

新しい在宅ケア提供モデル： ジェネラリスト地域看護師によるトータルケア

- ▶ 約65%が学士レベル以上の地域看護師
- ▶ あらゆるタイプの利用者に対して
 - ① 看護師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
 - ④ QOL向上に向けたケア提供(介護・看護・ガイダンス)
※家事援助は関連組織Buurtdienstenと連携も
 - 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
- ▶ **地域看護師が全プロセスに責任を持つ**
 - ▶ ケースマネジメントとケア・支援提供の分業はしない (ジェネラリスト)
 - ▶ 細切れの機能別分業ではない包括的ケア提供
- ▶ セルフケア・インフォーマルネットワークと協働を重視。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
- ▶ 家庭医等とともに地域の予防プロジェクトにも多く取り組む

玉ねぎモデル：利用者の力が第一



組織の特徴：セルフマネジメントチーム

- ▶ **1チーム最大12人**のナースが約40～60人の利用者を サポート
- ▶ 利用者、看護・介護職の採用・教育、財務、イノベーション等**全てに裁量と責任**。
- ▶ リーダーはいない、**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**が基本。
- ▶ 高等職業教育機関と独自の訓練コースも設置。
- ▶ 40～45チームに1人のコーチ。
- ▶ 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。

Health2.0 – Buurtzorgweb

- ▶ コミュニティ (web 2.0 technology)
 - ▶ 価値観共有、連帯感、事例を尋ねる、ナースとマネジメント・管理部門のコミュニケーション、玉ねぎモデル内のコミュニケーション
- ▶ ERP (Enterprise Resource Planning)
 - ▶ 従業員・利用者データ、勤務時間・シフト管理、文書共有、各チームのケア提供状況の把握 (透明性)
- ▶ OMAHAシステムに基づくEHR (Electronic Health Records)

患者と地域のかを引き出す在宅ケア

- ▶ 明確なミッションの共有
 - ▶ チーム内、Buurtzorgweb、大会、イノベーション
- ▶ “専門職”（知識・技術・職業倫理）、deep leadership
- ▶ 専門職への信頼 × 専門性が発揮される組織とビジネスモデル：
フラット、自律型チーム ~ 裁量・責任 によるトータルケア
- ▶ Health2.0
 - ▶ アカウンタビリティ・透明性
 - ▶ 品質管理システム：OMAHA
 - ▶ ナレッジマネジメント、仲間とともに常にイノベーション、広場
 - ▶ 全国5,500人の仲間といつもつながっている！（顔が見える関係 × ICT）
 - ▶ 利用者、家族、他の専門職も交えて

Better Work, Better Care ...Less Cost

参考：Wagnerらの慢性疾患ケアモデル

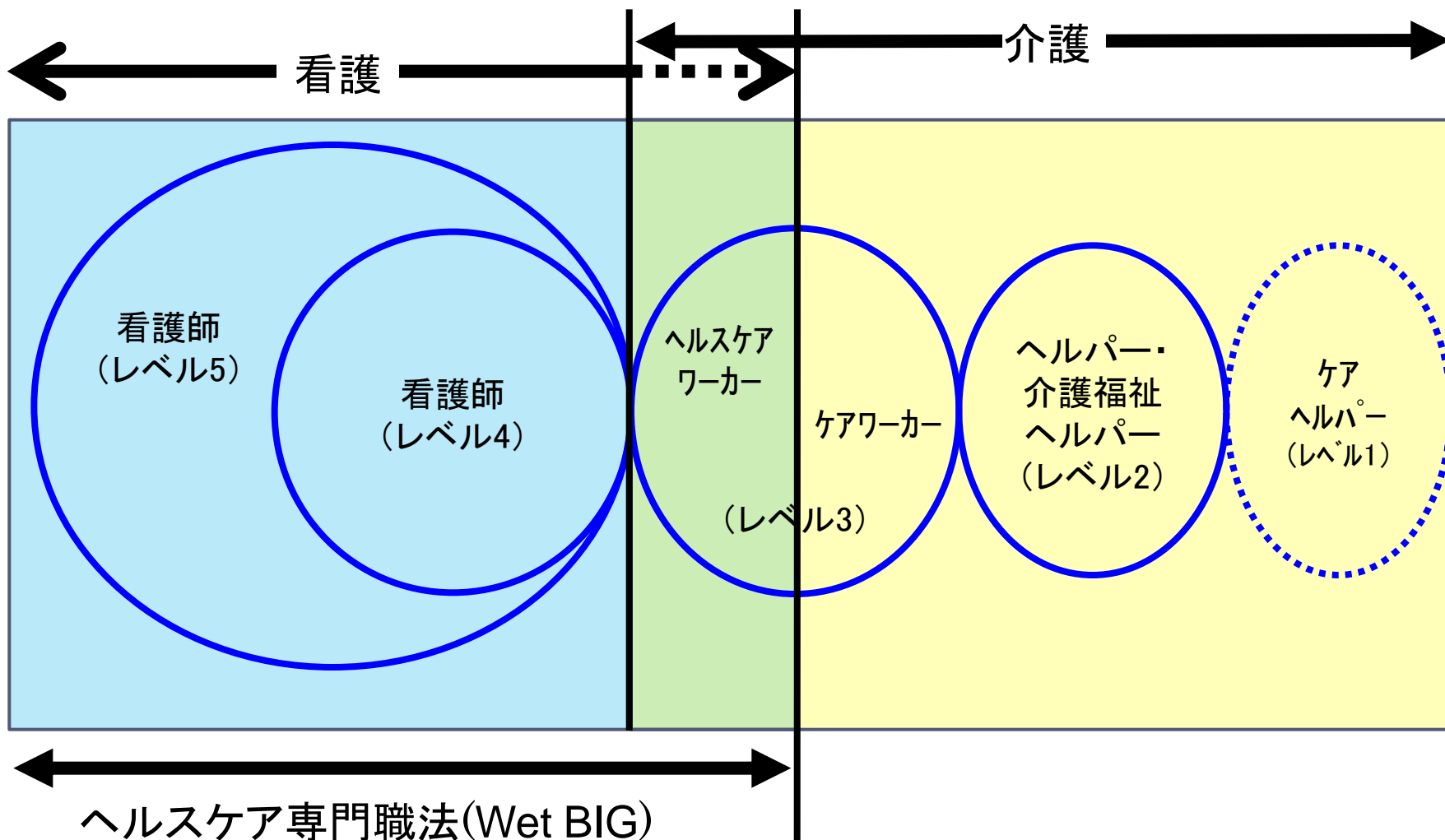


「先を見越した行動をとる多職種チーム」と「情報とスキルと自信を持つ活性化された患者」の生産的相互関係による機能・臨床的アウトカムの向上

コミュニティとヘルスシステム

- ①地域の資源・政策
- ②ヘルスケア組織
- ③セルフマネジメントの支援
- ④ケア提供システムのデザイン
- ⑤意思決定支援
- ⑥臨床情報システム

資料：オランダの看護・介護職の資格構成 (1997～)



資料：オランダの看護・介護職の資格モジュール

(2011年レベル1～3部分抜粋)

モジュール	ケアヘルパー	介護福祉ヘルパー	ケアワーカー・ヘルスケアワーカー	看護師	看護師
	レベル1	レベル2	レベル3	レベル4	レベル5
101 組織のなかでケアヘルパーとして働く	✓				
102 家事援助の実行	✓				
103 日常生活支援	✓				
104 利用者との対話	✓				
105 個人と社会	✓				
201 理論に基づく仕事		✓			
202 家族支援		✓	✓		
203 ADL援助		✓			
204 専門職間の対話		✓	✓	✓	✓
205 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			✓	✓	✓
304 看護入門			(✓)		
305 ケアのコーディネート			✓		
306 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・身体障がい者、リハビリ患者のケア			✓		
309 高齢者ケア			✓		
310 精神障がい者のケア			✓		
311 働く母親、産褥ケア、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			△		

終末期事例1：Amadeusの場合

- ▶ 34歳男性、未婚、両親・兄弟姉妹
- ▶ 住まい：精神障がい者の集合住宅（家族と離れ）→姉夫婦の家へ
- ▶ 疾患：メタ（肝臓、肺、リンパ、骨）、腹水急増、褥創、精神障がい（LD）
- ▶ 直近のケア判定：
 - ▶ 家事0、身体介護20-24.9h/w、看護4-6.9h/w、ガイダンス20-24.9h/w、治療GP1-2回/w
- ▶ 経緯：
 - ▶ 不調を訴えたとき、既に多くの転移巣がみられ（原発腫瘍はこれまで発見されず）かなり進行した状態で、治療の術なし。
 - ▶ 本人は病院やナーシングホームで死にたくない。
 - ▶ 両親は高齢、慢性疾患を抱えておりAmadeusのケアができる状況にない。
 - ▶ 従来 of 住まいは終末期患者のケアには向かず、ナーシングホームは精神障がいのある人を受け容れられない。
 - ▶ 愛情とケアのために姉夫婦の家へ。
- ▶ ケアのネットワーク：
 - ▶ インフォーマル：姉Rosa（主）+姉の夫（夜）、兄夫婦（週末）、友人・近隣出入りなし
 - ▶ フォーマル：Buurtzorg（7/2~27）、GP



▶ ケアの概要

- ▶ 姉Rosa: 日常のケア、着替え、清拭、洗濯、食事、薬の管理(24hケア)
- ▶ 姉の夫: 夜手伝い(日中仕事)
- ▶ 兄夫婦: 期間中2回週末Amadeusを引き取りケア
- ▶ Buurtzorg:
 - ▶ GPからケアにあたるRosaのサポートをするよう依頼を受ける
 - ▶ Rosaより「できるかぎり自分がケアできるように進行癌への対処等を含めて助言、スーパーバイズ、指示してほしい」との希望(もっと外部ケアを利用できる判定だが)
 - ▶ →Rosaの助言・支援、状態確認、Rosa及びAmadeusとの会話: 痛みのチェック、薬のアドバイス、じょくそうケア、じょくそう予防を教える+マットレス調整、浮腫を防ぐ弾性ストッキングの調整・扱いの説明
 - 7/2 30分、3 90分、7 15分、9 90分、11 75分、12 30分、17 60分、18 75分、19 60分、20 30分、23 60分+15分、25 90分、27 105分
- ▶ GP: 週1~2回主にBuurtzorgナースがいるときに往診、RosaやAmadeusを交えて方針(投薬等)協議



終末期事例2：Annaの場合

- ▶ 53歳女性、夫婦同居
- ▶ 住まい：一般住宅
- ▶ 疾患：非ホジキンリンパ腫（手術不能・進行）
- ▶ 直近のケア判定：
 - ▶ 家事0、身体介護13-13.9h/w、看護10-12.9h/w、ガイダンス20-24.9h/w、治療GP1回/w
- ▶ ケアのネットワーク：
 - ▶ インフォーマル：夫、近所
 - ▶ フォーマル：Buurtzorg(4/16-4/21)、GP



▶ ケアの概要

- ▶ 夫: 日常ケア、清拭、着替えなど全ての身体介護(24hケア)
- ▶ 近所: 買物等(多少、詳細不明)
- ▶ Buurtzorg:
 - ▶ 他の在宅ケアが入っていたが症状に対応できず中止。Buurtzorg引継
 - ▶ 夫婦は以前の在宅ケアに失望、ナースからのサポートを拒否していた。
 - ▶ 初回訪問時、既にAnna大幅体重減・摂食困難。Annaの快適さと夫のケアのためにできるサポート及び機器設置の説明→ほとんど拒否・一部導入(4/18モルヒネ/dormicumポンプシステム設置、その後GP・ナースと相談のうえsedation pathwayをリクエスト)
 - ▶ ポンプシステムのチェック・交換、そのタイミングにあわせた訪問+電話で状況説明、質問に答える等夫妻とコミュニケーション(身体介護は基本的に必要とされず)、機器等の設置と状況についてのGP・薬剤師等との電話でのコミュニケーション
 - 4/16 75分、17 90分+60分+90分、18 180分(ポンプ設置)、19 135分+150分+15分、20 30分+30分+20分、21 60分(下線は夜間ケア~当初拒否していたが導入を受け入れ)
- ▶ GP: 往診あったが頻繁でない(回数記録なし)、4/16-21の間に3回電話でBuurtzorgナースとやりとり



終末期事例3：Yvetteの場合

- ▶ 66歳女性、未婚、独居(芸術に全人生を捧げていた彫刻家)
- ▶ 住まい：一般住宅→ホスピスへ
- ▶ 疾患：直腸癌(リンパ系・腸)、パラノイア
- ▶ 直近のケア判定：
 - ▶ 家事2-4h/w、身体介護20-24.9h/w、看護4-6.9h/w、ガイダンス20-24.9h/w
- ▶ ケアのネットワーク：
 - ▶ (インフォーマル：甥(書類)、隣人女性、約5人程度の友人(ほとんど訪問はない))
 - ▶ フォーマル：Buurtzorg(4/24-9/7ホスピス移動まで、腫瘍看護師及び2人の緩和ケア看護師を含むチーム)、OT(BuurtzorgPlus)、在宅ケア(家事援助)、SW(事務処理等)、心理士、GP
- ▶ ケアの概要
 - ▶ 隣人女性：隔週買物
 - ▶ Buurtzorg：
 - ▶ モルヒネプラスターの交換、服薬確認、対話
 - ▶ 他の在宅ケア(家事援助等、週2回)の手配・電話で週1回やりとり、ソーシャルワーカーの手配
 - ▶ GP：週1~2回往診(ほぼ毎週ナースとともに)、心理士の手配(おそらく4回)とフォロー、Buurtzorgとは7・8月は週1回電話でやりとり
- ▶ OT：住環境確認訪問2回、サポートクッション・便座・シャワーチェア等福祉用具手配(基本用品はBuurtzorgで手配)、Buurtzorgとは電話・メールで2回ずつやりとり

▶ 経緯

- ▶ 約1年前直腸癌と診断され放射線治療。リンパ・腸に広がりを見せていた。最初の放射線治療後自宅療養へ。
- ▶ 非常に体が弱く痛みが強い、下痢に苦しみ摂食パターンに問題、放射線治療の影響で皮膚に影響があり排泄・座位をとることに困難。
- ▶ 強い恐怖、不安感、パラノイアに苦しみ、医療スタッフへの信頼難しい。近隣に友人なく援助得にくい。
- ▶ GPがBuurtzorgに依頼、ただしいろいろなナースが試みたが身体介護への拒否あり(特に排泄)。
- ▶ 病気及び他の治療法の情報、摂食パターンへの助言・サポート、服薬確認と鎮痛薬の効果の頻繁な確認を求める。
- ▶ GPは心理士を、Buurtzorgは在宅ケアとソーシャルワーカーも手配。
- ▶ GP、専門医と議論を重ね、積極的治療(寿命を延ばすかどうか分からず痛みは強い)を休止することを決定。
- ▶ 身体・精神的に弱くなり、安楽死にとらわれ強い不安を抱え続ける間はホスピスで暮らした方がよいと本人が判断。

