

## 福祉先進国における痴呆性老人のケアの思想と方法

—— スウェーデン・オランダのグループホームを中心に ——

大本圭野

### はじめに

近年、わが国が高齢化社会から高齢社会へと急速に変化しつつあるだけに高齢者問題において新たな課題に取り組まなければならない段階に入ってきています。そのうちで最も大きな課題の一つは、痴呆性老人のリハビリおよびケアシステムをどのように作ってゆくかにあります。「寝たきり老人」に関するケアのノウハウは、ほぼ明らかとなり、今後は政策的にどのように実践してゆくかにかかっているということがいえます。しかし、痴呆性老人のケアに関しては、そのノウハウがまだ確立しているとはいええず、試行錯誤しながら実験的に新しい試みが行われている段階であるといっても過言ではありません。

このたび、1992年3月から4月にかけてデンマーク、スウェーデンおよびオランダの三国を訪問し、痴呆性老人のケアおよびそのシステムについて視察調査を行ってきました。本稿では、紙面の関係でスウェーデンおよびオランダで行われているグループホームの新しい試みにしぼって紹介します。

三国とも共通していたことは、痴呆性老人のケアは、個別性の尊重が原則であり、グループ

リビング (group living) を通して個々人の痴呆の状態に応じて、個別に対応していることでした。その対応とは、ノーマライゼーションの定着、すなわち医学的治療とカリハビリというよりも、日常生活をすることを通してリハビリを実践していることです。具体的なケアの方法としては、(1)痴呆性老人が安心して生活できる環境条件、安心の空間をどのように作るかが重要であり、安心空間の生活を通して痴呆症状の安定および痴呆の進行を遅らせ、投薬を少なくすることができる効果をねらっています。(2)痴呆性老人がスタッフと一緒に日常生活の作業をする。例えば、外出、買物、食事の仕度、ジャガイモの皮むき、皿洗いや室内の掃除をスタッフと一緒にやるなど、勿論、掃除専門のヘルパーはいますが。(3)愛着のあるもの (attachment) を知る、老人が使い慣れた古風な家具や絵・写真など各個室に持ちこまれ、その中で生活する、など。

これらを通して痴呆性老人の生活自立能力を引き出し、記憶をとりもどさせ、自信や自尊心を高めてゆくことをねらっています。

グループホームの形態は種々あり、またその中で生活のやり方はケアの思想によっても異なっています。スウェーデンやデンマークでは、重度の痴呆症は、グループホームでのケア

は無理であり、ナースングホームが必要であるとされ、従来、新たなナースングホームは作らない方針であったものが、近年再度作り始めています。

### スウェーデンの実験

高齢者ケアでは高い水準にあるスウェーデンにあっても、1980年代後半まで多くの痴呆性老人は、病院への社会的入院をよぎなくされ、「薬漬」や「オムツ」が多かったのです。しかし、1988年以降になると、それに代えて福祉部門でグループリビングという形でケアが行われるようになりました。それは、長期療養病院の院長であるハルプロ・ベック・フェリス女史に始まる、痴呆性老人向けグループホームによって痴呆性老人のリハビリが行われ、効果を上げたことにより、その方法が全国的にとられるようになったことがあざかっています。1992年現在、スウェーデン全体で1,000カ所もグループホームによるケアが行われています。

しかし、医師によっては、グループリビングによるケアは痴呆を治療できるか否か問題があるとする意見もあり、痴呆を病気とみて医療として治療するか、精神障害として福祉でケアするか、観点の違いによってケアの方法が異なると述べる医師もいます。スウェーデンでの痴呆性老人問題の著名な研究者であり医師であるレナ・アンネルステッド女史は、「いいケアをすれば痴呆の進行をおさえ自立生活を伸ばすことができる」という仮説を立て、グループリビングによって痴呆性老人の活性化をねらっています。かつ、そのことで人間の尊厳を保つことができ、医療費の節約にもつながるとも述べています。彼女が立てたケアの原則は、(1)安心して

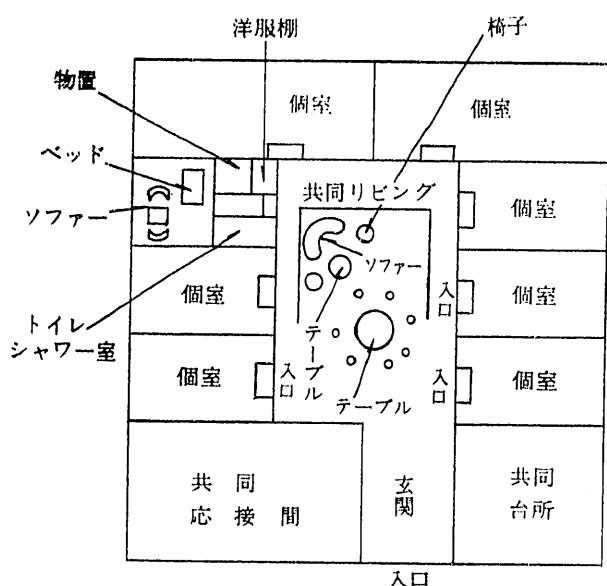
いられる、アイデンティティーが感じられるようにする、(2)アクティブ（活動的）な刺激を与えることで精神的、身体的機能を維持する、(3)人間関係を保つ、というもので、治療より予防を重視している点が特徴的です。だがそのためには、いいケアを担うスタッフの資質および態度が重要な要件となります。例えば、痴呆者の立場にたてる人で高齢者と一緒に働くのが好きであるなど、その具体的な要件なども研究されつつあります。

グループホームの形態は(1)ナースングホーム、および精神病棟の一部を痴呆性老人のグループホームにする場合、(2)アパートなど一般集合住宅を改造してグループホームにする場合、(3)1戸建のグループハウスにつくる場合、(4)公営住宅の中にグループホームを入れこむ場合などがあります。

グループの規模は、一般的には5人から10人を1つの生活単位とし個室を持ちながら共同の生活を行います。個室部分には、広いものでは寝室、居間、トイレ・バス、小キッチンがあり、その個室に自分の家具を持ちこんだりします。狭い個室では、寝室兼居間にとどまっています。共同使用部分としては、居間、食事室、台所、応接間、廊下、玄関、庭などあり、いわゆる擬似家族の生活を再現し再構成しています。

ケアは、食事、洗濯、掃除をはじめ、各種日常生活の介助サービスの24時間体制がとられ、1日三交替制のシステムとなっています。

では、グループホームの居住者の費用負担はどうか。スウェーデンではヘルパーおよび看護婦などの賃金は、ヘルパーの労働組合、看護婦の労働組合の各ナショナルセンターと政府の間で賃金交渉が行われ、そこで決定されますの



8人居住 職員5人 個室32㎡  
 全居住面積 400~500㎡ 家賃3,200kr/月  
 共同リビングルーム部分の天井はガラスで作られ  
 彩光は十分にとられている。

図1 1戸建のボーゲングループハウス（クリッパン市）

で、どこの自治体においても、ヘルパーおよび看護婦の賃金は、ほとんど地域差がありません。

グループホームの住居の費用負担は、標準的水準を示すとみてよいクリッパン市のボーゲングループハウス（図1）を例にとると、1人当り月額の家賃は、3,200kr（=73,000円、92年3月25日現在1kr=23円、以下同じ）、個室の広さ32㎡、ただし、基礎年金（4,300kr/月）のみで生活する者は家賃が2,200kr（=50,600円）と減額となります。1日の食費（3食と3回のコーヒー）は41kr（=943円）、ヘルパーサービス料金1人当り月額350kr（=8,050円）。

職員は、8人の痴呆性老人居住者に対し5人が日中従事していますからゆきとどいているといえます。

## オランダの実験

オランダは歴史的に“草の根”民主主義の強い伝統をもち、福祉領域においても非営利組織（non-profit organization）の自主的運動が活発で、先進的福祉活動をリードしています。現在、高齢者住宅をはじめ痴呆性老人のグループ住宅の新しい試みとして注目されるものに、志を同じくする数人が集まり住宅協同組合が建物を建設し、在宅ケア協同組合などと共同活動してグループ住宅を作っているという協同組合間の協同の形態があります。その数は無数にありますが、その一つであるアムステルダムの近郊都市ハーレム市のアントン・ピーコッフ（Anton Piechofje）痴呆性老人のグループ住宅では、新しい思想をもった実験が行われています。そのグループ住宅では、痴呆性老人6人を1つのグループ生活のユニットとして、6ユニットつなげて36人が中庭を囲んで四角な形の住居形態をつくっています（図2）。6人を1グループとしているのは、オランダの通常の家族構成が従来6人であったところから、痴呆者の生活に安心と信頼性を与えるために模したということです。2階建の建物で1階部分がグループ住宅で、2階部分は主として職員の住居になっていますが、痴呆者の家族なども入居できる仕組みをとっています。

ケアの思想は、痴呆性老人を自由な主体者として活かすというケア体制で、ホームの生活というのも特別なことでなく、今までやってきた暮らし方を継続することを原則としています。ケアする側の方針や計画にあわせるのではなく、痴呆性老人自身のやりたいことにまかせる。そのためには、ヘルパーなどの職員が痴呆

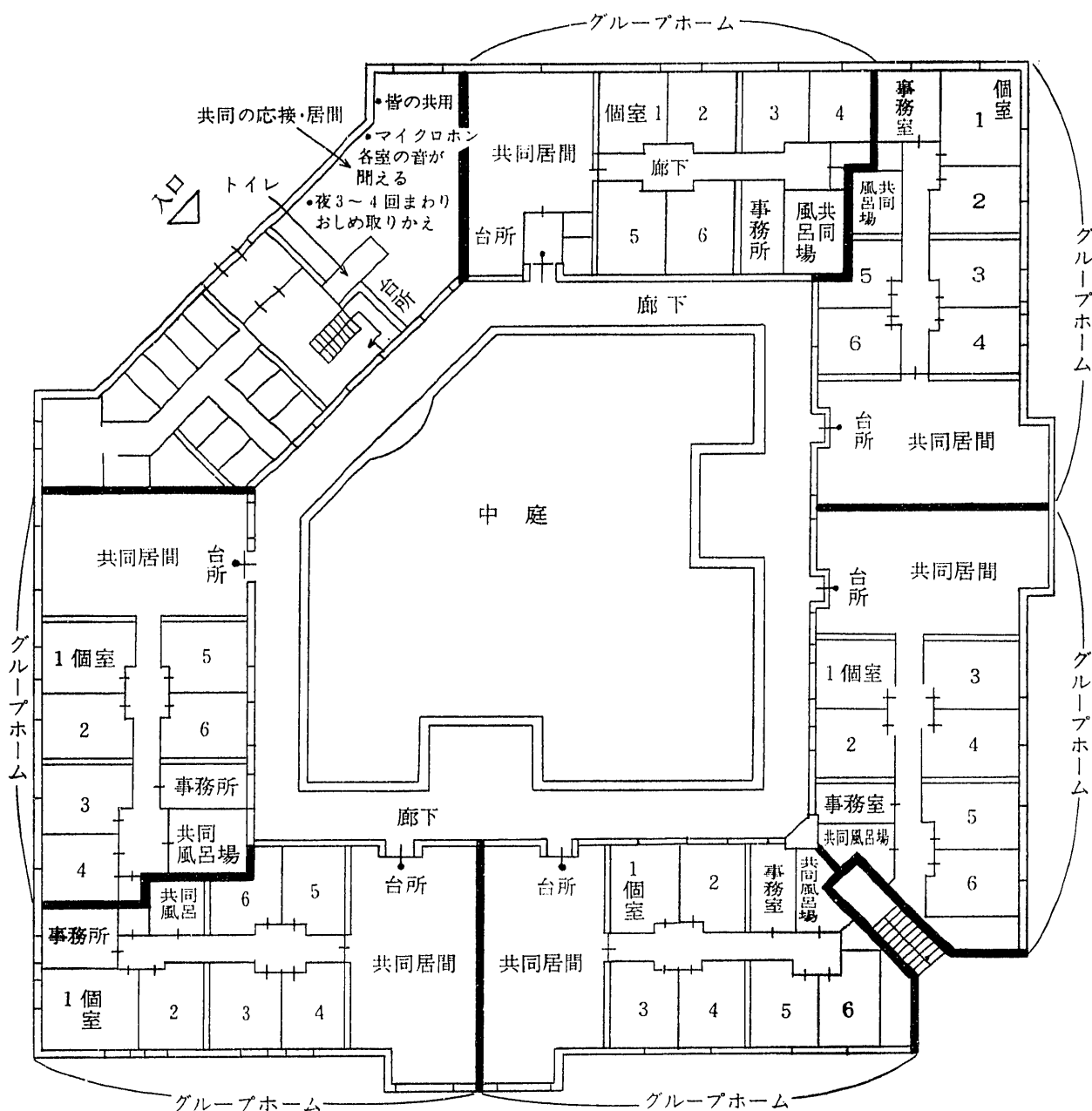


図2 アントン・ピーコッフのグループ住宅

者をよく観察し、「何がやりたいか」、「何をすることができるか」、を見ぬかねばなりません。往々、ケアする側の方針や計画でやることはおしつけとなる場合があります、それが痴呆者のストレスにつながり、病状を悪化させることにもなるという経験からのことです。痴呆者がこのホームは「自分の家である」と思うよう、全てを配慮することをケアの基本的な方法としていました。

例えば、「拒食症の痴呆者には、何が好きか、何が食べられるかを試みた後、食事を拒否することを受け入れる。栄養分を注射することはしない」。「共同空間での 職員の会議中に痴呆者が入って来ても、その会議の場を移すことはしても痴呆者を会議だからといって外に出すことはしない」。また「就寝のさい洋服のまま寝たいなら、そのままにする、痴呆者の様子で決める」。「ベットに1日中いたいというなら

専門的にはよくないが、そのまま痴呆者の状態にあわせる」。そのままにすれば寝たきりになると反論されそうですが、看護者に対し、痴呆者にあわせた看護をすることを指導しているのです。そしてさらに痴呆が進行している人に対しては、その人なりの看護法を見つけてゆく。従来は症状が進行すればそのままにされてきたのですが、当グループ住宅では、死に至るまで生きることに意味を与えることをめざして看護しております。これら種々の方法の導入にさいしては、チーム、家族などで合議し、最終的に医師が決めるというプロセスをとっています。

日常的なケアの体制は、1ユニット（痴呆者6人）に対し1人の介護者がつき、3交替制で午前8時から午後4時まで、午後4時から12時まで、午前12時から8時までの24時間体制をとっています。なお夜勤には4時間ごとのパートをあてております。

入居者の支払う費用は、1カ月の家賃が320ギルダー（23,360円、1992年4月1日現在1ギルダー73円）と介助・看護費が1カ月150ギルダー（10,950円）で、これで人件費の一部をまかなうわけです。食費、生活費が1カ月45ギルダー（36,135円）ですから、入居者1人の自己負担は、合計965ギルダー（70,445円）になります。ただし、入居者選定は赤十字社のメンバーになっている人に限られています。

このプロジェクトの設立にあたっては、医師のハウエリン氏（Dr. Hauwling）が発案し、それが発展しプロジェクトになっていったという経緯があります。全体の構成は、改革派教会が責任者となり住宅協同組合、在宅ケア協同組合、国民保険、政府の補助金、個人負担などで資金を出しあいプロジェクトを推進していったのです。ちなみに4年半の間に関係機関、個人

の出資額として160万ギルダー（1億1,680万円）が集められました。

建物の所有は住宅協同組合のもので、居住者が家賃を支払います。共同使用空間の負担は居住者6人で割った1人当たり分を家賃の中に含めています。住宅協同組合は、自治体から土地を永久賃貸権を与えられる場合が多いということです。

オランダでは、高齢者住宅をはじめ、痴呆性老人のグループ住宅、ナーシングホームなど、多くが公的な資金の援助を受けながらも協同組合が主軸になって活動を行っているわけです。そして種々のプロジェクトの実験が成果をあげた場合には自治体など公共団体がその普及、拡大してゆくシステムをとっています。そのためプロジェクトに参加したスタッフの人達は真剣であり、エネルギーに働いています。そのわりにはスタッフの賃金が相対的に低いので、つい、日本的に考えてスタッフの生活は相当に大変であろうと思い、「なぜ生活を犠牲にしてまでも」と質問してみました。「仕事の意義の方が重要なのであって、お金の問題ではない」ときっぱり言われました。オランダでは税金は高いが福祉国家としての生活保障の制度的枠組がしっかり築かれていて、子供の教育費にしても日本のような心配はいらず（全大学生は学費と最低生活費としての費用を含んだ奨学金が出る）、住宅は所得に応じて「社会住宅」が用意されているため、それほどお金にこだわらなくても市民生活を営むことができるので、それをふまえて多種多様なボランティア活動もまた可能となっていることを知りえました。

## おわりに

スウェーデン、オランダ両国の取り組みは肯定的に評価しうる貴重な試みが蓄積されてきていると考えられますが、さらに追求すべき残された問題として、1つは、痴呆症を回復することが可能なかどうか。第2には、痴呆性老人のケアを行うヘルパーおよび看護婦等のスタッフの養成をどのようにしてゆくのか、またスタッフの質をどのように確保するのか。第3には、オランダ等で行われている協同組合など、無数に存在する非営利組織の福祉サービス活動と自治体のサービスとをどのように統合して地域の住民がもれなくケアを受けることができるのかなどがなお存在しているように考えられます。

他面両国から私達は何を学ぶことができるでしょうか。少なくとも、1つは、わが国においても、まず多くの実験を重ねてゆくことです。さしあたり公営住宅、公団住宅および特養ホー

ムなどわが国にすでに存在する組織、機関とリンクさせて、痴呆性老人のグループホーム、グループハウスの実験を試みるのが大切ではないでしょうか。第2には、日本の家族形態および住様式・生活様式を考慮したケアの実験を通し、日本にふさわしいケアシステムを見つけ出してゆくこと、そしてそれを公的サポートも組み入れて普及、拡大してゆくことが求められていると思われます。第3には、ケアをよくしてゆくとはやはり、ケアにたずさわるスタッフの量と質それを支える住宅、医療、年金、都市計画、教育制度など総合的、包括的な生活保障の仕組みがどうしても必要であるということです。

第4には、わが国においても非営利組織の先進的な活動が積極的に進められるために、資金援助をはじめ、種々の支援体制をどのように作ってゆくのか、オランダに学ぶところは多いのではないかと考えます。

(おおもと・けいの 東京経済大学教授)