

オランダ

2016年

保健・医療・

介護・福祉視察研修

2016.7.3 - 7.9



目次

はじめに ～オランダの医療制度の概要～	3
------------------------	---

国診協海外保健・医療・介護・福祉視察研修団団長
滋賀県・公立甲賀病院名誉院長・特別顧問
全国国民健康保険診療施設協議会顧問 富永 芳徳

国診協海外保健・医療・介護・福祉・視察研修参加者名簿	8
視察日程	9
写真でみる研修記録	10

緩和ケアホーム ヤコブスホスピス	19
---------------------	----

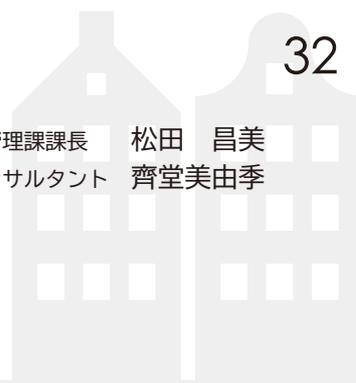
富山県・南砺市利賀診療所 寺崎 敏治
岩手県・国民健康保険葛巻病院 本多 勇希

デン・ハーグ市の福祉介護部局 (外郭団体)	25
-----------------------	----

広島県・公立みつぎ総合病院 リハビリ部主任技師長 臂 宏泰
広島県・公立みつぎ総合病院 看護部主任看護師 室谷 伸子

在宅看護・介護組織 ビュートゾルフ BuurtZorg	32
--------------------------------	----

滋賀県・公立甲賀病院 栄養管理課課長 松田 昌美
みずほ情報総研株式会社 コンサルタント 齊堂美由季



認知症の村
ホフヴェイ Hogewey 38
Aチーム

北海道・ひまわりクリニック京極 所長 前沢 政次
北海道・慶和園 看護師 前沢 和枝

認知症の村
ホフヴェイ Hogewey 48
Bチーム

香川県・三豊総合病院 看護師長 森 貴美子
香川県・三豊総合病院 人事課長 蔦原 和美

認知症の村
ホフヴェイ Hogewey 54
Cチーム

みずほ情報総研株式会社 コンサルタント 齊堂美由季

ナーシングホーム
ヘット・ゾネハウス 60

石川県立中央病院 救命救急科 高松 優香
滋賀県・公立甲賀病院 副看護部長 岡 和美

家庭医インターンとのランチミーティング 68

岩手県・国民健康保険葛巻病院 本多 勇希
富山県・南砺市利賀診療所 寺崎 敏治

国診協「地域医療」掲載 平成28年度海外保健・医療・介護・福祉視察研修レポート
オランダ視察研修 72

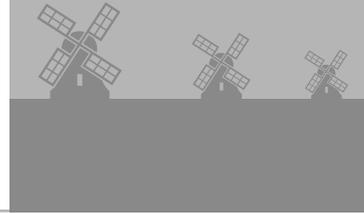
北海道・京極町国保診療所所長 前沢 政次

はじめに

～オランダの医療制度の概要～

富永 芳徳

国診協海外保健・医療・介護・福祉視察研修団団長
滋賀県・公立甲賀病院名誉院長・特別顧問
全国国民健康保険診療施設協議会顧問



日本では1961年に国民皆保険制度が実現し、国民はこの恩恵を受けてきた。2015年の平均寿命（女性：87.05才、男性：80.79才）は世界有数の長寿国であるが、平均寿命と健康寿命の間には約10年の差があり、健康寿命を延伸して平均寿命との差を縮小することが大きな課題である。今、日本の高齢化率は26.9%（2016年2月）と世界一であり、少子化の影響で2030年には32%、2055年には41%、年間死亡者数は2015年約125万人、2040年には約167万人と推計されており多死社会が到来し、認知症（2015年約500万人、2025年700万人）問題と共に国家的な課題となっている。高齢者の医療費は若人の4～5倍と高く、これから医療費や介護費用が増高することは免れない。2014年の医療費は約40兆円、介護費用は約10兆円となっているが、2025年にはそれぞれ約54兆円、20兆円に達すると推計されており、2013年に1,000兆円を突破した公的債務は毎年20～30兆円増加しており、社会保障関係費が国の財政を圧迫しているのが現状ある。

国では社会保障制度を改革し、国民皆保険制度を堅持するため、2012年8月に社会保障制度改革推進法が成立し、同年12月いわゆるプログラム法が成立した。これに基づく措置として、2014年6月に医療介護総合確保推進法が公布され、順次施行されている。その概要は、医療・介護の連携強化、地域における効率的、効果的な医療提供体制の確保、地域包括ケアシステムの構築による在宅医療の推進等である。今回の法改正でこれまでの病院完結型医療から医療機能の分化・連携による地域完結型医療が求められ、その手法として病床機能報告制度に基づき、2015年度より都道府県の責任において地域医療構想が策定されている。地域の医療ニーズと医療提供体制の整合性を目指し、超高齢社会に伴う疾病構造の変化を踏まえ高度急性期、急性期、慢性期病床の削減と回復期病床の増床と在宅医療を充実させ、質の高い医療・介護サービス提供体制を確立し、医療介護費用の適正化を図ることとなっている。

国保直診では、1970年代より地域包括ケアシステムの構築を理念として地域包括医療を実践し医療費の適正化を実現し、地域社会に貢献してきた。国でも、地域包括ケアシステムの構築が必要不可欠との認識から介護保険法、医療法に取り入れられ推進されている。このことは国保直診が実践してきたことが、少子超高齢人口減少社会の日本において最も先進的であることを示している。

国診協では1993年よりヨーロッパ先進諸国の保健・医療・介護・福祉制度の視察研

修を開始し、現場の地域医療に生かしてきた。第19回目の今回は1995年に続き福祉先進国と言われるオランダの制度を視察研修することとなり、7月3日から7月8日の6日間デンハーグ市、アムステルダム市を中心に訪問した。主として、緩和ケア、認知症ケア、在宅ケア、施設ケア状況、家庭医制度等について研修し、これからの日本の保健・医療・介護・福祉サービス提供にとって参考となる多くのことを学ぶことが出来た。

オランダは41,900平方キロメートルと九州くらいの面積で約3分の1が海拔0メートル以下で干拓の国と言われている。日本と異なり山はなく、一面平地である。人口は毎年約20万人増加しているが現在1,800万人の小国である。1960年代天然ガスの産出による好景気で社会保障を充実させ、福祉施設が多くつくられ、福祉大国と言われていた。その後の不景気によりオランダ病と言われるようになったが、1982年政労使三者間で合意の下、社会福祉改革即ちポルダーモデル(干拓を意味する)が実施された。ワークシェアリングによって女性労働者が増加し、奇蹟的に財政再建を成功させた。

GDPは世界16位(1人当たりのGDPは世界9位)で高齢化率は18.2%(2015年)となっている。国民皆保険制度で医療費は対GDP比12%(2010年)とアメリカに次いで世界第2位と高く、高齢化率は日本と比べ低いものの戦後のベビーブーム世代が後期高齢者に達する2025年には約23%になると推計され、看護師・介護士が大幅に不足することが危惧されており、医療保険制度や社会福祉制度の改革が実施されている。その基本は「マントルケア」といわれ、大きなマントで周囲の人を暖かく包み込む互助の精神で国民がインフォーマルにも福祉に積極的に参画する「参加大国」であり、国民が何の街いもなく、自然にボランティア活動を実践している姿は注目と尊敬に値する。毎日多忙な首相も積極的にボランティア活動で障害者の学校教育に携わっていると伺った。インフォーマルケアやボランティア活動により質の高いサービスを提供しながら、フォーマルケアを縮小し社会保障費を削減しようという政策である。

■医療保険制度について

国民皆保険制度であり、独立した介護保険制度はなく医療保険制度に含まれる。

(1) 特別医療費(保償)制度(第一層)

365日以上長期入院や介護等に要する医療費を対象とする保険(国が保険者)

(2) 健康保険制度(第二層)

急性期医療を対象とする民間保険

(3) 補足保険(第三層)

公的医療給付以外の追加民間保険

第一層は国が保険者であるが2015年より一部は地方自治体の責任となり、効率的、効果的運用により国の予算は60%に縮小されたとのことである。第二層、第三層は主として4つの民間会社が保険者となっており、利益に対して配当も認められている。

被保険者の保険料負担は収入により異なるが平均して月100ユーロ程度である。オラ

ンダの医療保険の特色は、現金給付が認められていることで、インフォーマルサービスに充てる被保険者もいる。病院の診療報酬はDPCとは異なり、オランダ版DBCと言われる保険者との契約制と予算性の組合せとなっている。患者には年間385ユーロの免責負担がある。

オランダには8つの大学医学部と95の病院があり、急性期医療を担っている。急性期病院の平均在院日数は6日間となっている。急性期治療のあと、特に高齢者の場合、リハビリテーション専門施設で2～3ヶ月間リハビリを受け、その後自宅で在宅サービスを受けるか、自立的ではあるが自宅で生活困難な人は高齢者ホームに入居するが、入居料を払う必要がある。重度な要介護者、障害のある人、短期の生活リハビリの必要な人はナーシングホームを利用することになるが、国の方針としては極力自宅でのケアを推進しており、自宅死の割合は日本の2.5倍となっている。死亡前の3ヶ月間は24時間在宅ケアを受けることが出来る。プライマリケアについては複数のGPが運営する健康センターを中心にして地域の福祉センターのソーシャルワーカー、ナースプラクティショナー、PT、OT等が連携して多職種協働で住民の健康問題の94%を対処している。GPの診療については患者の自己負担はない。GPは約9,000人、専門医は約18,000人となっている。看護職と介護職の資格制度は一本化されており、レベル1、2、3が介護職、レベル4、5が看護職となっており、レベルが上がるに従って時間給は高くなり、レベル5の看護師は17～18ユーロとなっている。

■家庭医について

オランダは約9,000人のGPがいる。医学部は8大学あり、病院は95ある。医学部6年を卒業すると3年間の研修の後GPとなる。他の専門医は4～6年間の研修となる。

1年目：一般GP診療所での研修

2年目：3ヶ月間精神医学、3ヶ月間慢性疾患、6ヶ月間救急医療の研修

3年目：一般GP診療所の研修

となっている。GPの職務は日本の総合診療医とほぼ同じであり、プライマリケアの中心的存在である。人口1,800万人のオランダのGPは約9,000人であり、1人のGPは約2,000人の住民を担当する。住民は平均年4回GPを受診し、患者の問題の94%はGPが対処している。病院での治療には年間385ユーロ自己負担が必要であるが、GPの治療は無料である。GPの紹介で病院を受診することになっており、住民はそれを当たり前のことと考えている。GPの80%はグループ診療（保健センター）をしているが、このところサブスペシャリティーを望むGPが増加している。

■施設ケアについて

オランダでは急性期治療のあと、高齢者の場合リハビリテーションセンターで2～3ヶ月間リハビリを受ける。その後、第1選択は自宅で在宅ケアサービスを受ける。第2

選択は自宅で生活出来ない要介護者は高齢者ホームに入居する。有料である。第3選択として重度要介護者、障害者、認知症のある人はナーシングホームに入所する。有料である。高齢者ホーム入所者10万人、ナーシングホーム入所者6万人（2003年）となっているが、オランダでも両施設への入所の基準が次第に厳しくなっており、高齢者ホームへの入所者は漸減している。

今回訪問したナーシングホームには、日本における回復期リハビリ病棟、療養型病床の医療機能を有する短期リハビリが必要な人のためのリハビリセンターや日本の老人保健施設、特別養護老人ホームのように保健・福祉機能を有する重度要介護者、身体に障害のある人、認知症の人のための棟がある。リハビリ棟は60床で脳卒中、骨折の術後、心肺疾患等の人が入所しており、医師（高齢者専門のGP）、看護師、PT、OT、精神カウンセラー、音楽療法士等多職種協働でアセスメントをしてリハビリを行なっている。平均入所日数は56日（上限は120日）となっており、1年間の免責額として385ユーロ支払う。個人的なリハビリを受けるが、入所者自身が機器を使うリハビリには時間的制限はない。リハビリの一環として編み物、絵画、図工、アクセサリー作り等もあり、入所者の満足度の高い施設との印象を受けた。

■在宅ケアについて

オランダには介護保険制度はないので、第一層の医療保険である特別医療費（保償）制度の対象である。医療については健康センター等のGPに責任と権限があるが、看護・介護については在宅ケア協会がサービス提供しており、統合したケアを目指している。

今回は、2006年に設立されたビュールトゾルフ在宅ケア組織の訪問看護師の説明を受けた。この組織は現在1万人の看護師・介護士、リハ職で約5万人の利用者に統合されたケアを提供している。1チーム4～6人で40～60人の利用者をサポートしている。チームリーダーはなくてミーティングで確認しており、本部にも管理職が非常に少ないのが特色である。全国に620ある独立チームで活動しており、年間収入は約2.3億ユーロ（2013年）、利益率8%となっている。利用者の満足度も高く、利用者あたりのコストも他の事業者の約半分であり、病院、ナーシングホームやGPと連携して利用者の自立支援とQOLの向上につながる質の高いサービスを提供しており、注目されている。

■認知症ケアについて

日本でも認知症ケアの大きな課題があるが、世界では認知症と診断された人は3,560万人といわれ毎年770万人増加し、2030年には2倍、2050年には3倍になると推計されており、世界的な問題となっている。今回、認知症ケアで世界的に注目されている「認知症村ホフヴェイ」で研修を受けた。ホフヴェイのコンセプトは、その世代の人々が現在家庭で生活している状況と同じ環境で生活してもらうということである。認知症の入所者自身は殆んど見ているだけであるが家庭と同様炊事、洗濯、買い物、散歩、趣味の

活動などに自由に参加することができ、認知症の人が「自分は理解されている」と思えるように心配りされている。職員は全て私服で日常生活のケアを担当する。1軒に6～7人で生活しており、同じような環境で生活史を持った7つのグループで23軒あり、入居者は150～160人である。入居者には7つのカテゴリーがあり芸術文化型、格式張り型、インドネシアからの移住者、アットホーム型、都市型、職人型、宗教的な型のグループとなっている。国からはホフヴェイに1人1ヶ月5,800ユーロ支給され、入居者は年金から収入に応じて月450～2,500ユーロ国に支払う。この施設には医師2人、1チームに4人のスタッフ（全体で130～140人）と約140人のボランティアが活動している。日本同様オランダでも国の方針は極力在宅でのケアを推進しているが、15%の人は施設ケアが必要となっているのが現状である。

■ホスピスケアについて

オランダでは小規模なホスピス（定員6～8人）が200ヶ所あり、今回訪問したヤコブスホスピスは定員6人で常に3～4人の入所待ちがあり、平均入所期間は21日で年間80～90人の人が最期を迎える。自己負担は1日20ユーロで補足民間保険から出るが、支払えない人でも入所可能となっている。病院からの紹介40%、家庭医・家族からの紹介40%、高齢者施設から20%となっており、GP2人、看護師8人、無償ボランティア約100人の体制で「マントルケア」の精神で24時間ケアをしている。多くの人がボランティア活動しているが、ボランティアも入所者から与えられるものが多くあり、ギブアンドテイクでボランティア自身も人間として成長できるという考え方であり、参加大国と言われる所以である。

以上研修の概要を述べたが、今回の研修で大変勉強になり全員無事に帰国できたことを感謝したい。研修の詳細については分担してレポートを作成しており、報告書を参照いただきたい。世界一の超高齢社会を続ける日本の地域包括ケアシステムの更なる質の向上に役立て、地域づくりに貢献して頂くことを切望している。

終わりに、今回の研修で何かとお世話頂いた添乗員の政次昇氏、通訳の正城麻紀氏、池谷美保子氏に深謝し巻頭の言葉とさせていただきます。

参考文献

- (1) 廣瀬真理子（2008年）オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題
- (2) 真野俊樹（2013年）オランダ医療制度
- (3) 堀田聰子（2013年）在宅ケアのルネサンス：オランダBuurtzorgの統合ケア

国診協オランダ保健・医療・介護・福祉視察研修

参加者名簿

団長 富 永 芳 徳	全国国民健康保険診療施設協議会顧問 滋賀県：公立甲賀病院名誉院長・特別顧問
前 沢 政 次	北海道：ひまわりクリニック京極所長
前 沢 和 枝	北海道：慶和園看護師
本 多 勇 希	岩手県：葛巻病院内科長
寺 崎 敏 治	富山県立中央病院救急救命センター医員（前 富山県 利賀診療所長）
高 松 優 香	石川県立中央病院救命救急科医師（前 石川県 白峰診療所長）
岡 和 美	滋賀県：公立甲賀病院副看護部長
松 田 昌 美	滋賀県：公立甲賀病院栄養管理課長
臂 宏 泰	広島県：公立みつぎ総合病院リハビリ部主任技師長
室 谷 伸 子	広島県：公立みつぎ総合病院看護部主任看護師
森 貴美子	香川県：三豊総合病院看護師長
蔦 原 和 美	香川県：三豊総合病院人事課長
齊 堂 美由季	みずほ情報総研株式会社コンサルタント
伊 藤 彰	全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
政 次 昇	添乗員 バストワールド営業部長
正 城 麻 紀	現地通訳
池 谷 美保子	現地通訳

*所属・役職は研修参加当時

オランダ

保健・医療・介護・福祉視察研修

視察日程
2016.7.3-7.9

	月 日	都 市 名	時 刻	旅 程
前日	7月2日(土)	東京(成田) 集合	18:00	成田エアポートレストハウスにて結団式・夕食 【成田泊】
1	7月3日(日)	東京(成田) 発 アムステルダム着 デン・ハーグ着	10:30 15:10	成田空港より直行便にてアムステルダムへ 着後、専用車にてデン・ハーグへ移動 【デン・ハーグ泊】
2	7月4日(月)	デン・ハーグ	10:30 14:30	■ヤコブズ・ホスピス(緩和ケアのホーム) ■デン・ハーグ福祉介護部局 【デン・ハーグ泊】
3	7月5日(火)	デン・ハーグ発 アムステルダム着	午 前 12:00 14:30	専用車にてアムステルダムへ ■ビュールトゾルフ地域看護師チームとの ランチミーティング ■認知症村 ホフヴェイ Aチーム 富永、前沢ご夫妻 高松、齊堂、伊藤 【アムステルダム泊】
4	7月6日(水)	アムステルダム	10:30 13:00 14:00	■認知症村 ホフヴェイ Bチーム 岡、松田、森、 薦原、本多 ■認知症村ホフヴェイのレストランにて合同ランチ Cチーム 臂、室谷、寺崎、 齊堂、正次 【アムステルダム泊】
5	7月7日(木)	アムステルダム	09:30 12:00 午 後	■ヘット・ゾネハウス(ナーシングホーム) ■家庭医とのランチミーティング 各自、自主研修 夕食会・振り返り 【アムステルダム泊】
6	7月8日(金)	アムステルダム アムステルダム発	午 前 14:40	空港へ移動 一路、帰国の途に 【機中泊】
7	7月9日(土)	東京(成田)	08:40	帰国手続き終了後、解散

2016年 オランダ 保健・医療・介護・福祉視察研修

7.2 結団式



山口昇顧問のあいさつ



富永芳徳団長のあいさつ



7.3 成田からデン・ハーグ

成田空港出発前



デンハーグ到着後の散策



ホテルでの夕食 (オランダも白夜?)



7.4 デン・ハーグ

日課の朝食前の散歩
(後方は北海)



ヤコブス・ホスピス
(緩和ケアホーム) 視察



デン・ハーグ



昼食は街中のレストランで



デン・ハーグの街中を歩いて移動

デン・ハーグ福祉介護部局にて カローラさんとコニーさんからレクチャー



7.5 デン・ハーグ

朝食前の散歩
(ハーグ国際司法裁判所「平和宮」の前で)



マウリッツハイス美術館
「真珠の耳飾の少女」



7.5 アムステルダム

ビュルトゾルフ地域看護師チームとの
ランチミーティング

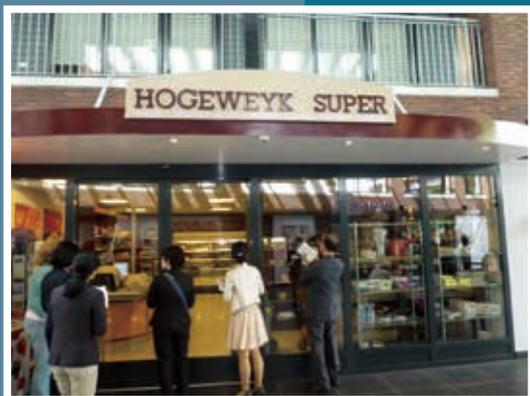


7.5-6

世界が注目する「認知症の村ホフヴェイ」視察



施設内レストランで
創設者でもあるイボンヌさんからレクチャー



施設内スーパー視察



居住棟に囲まれた庭園





棚にはレンタル用のCDがずらり



世界が注目する「認知症の村ホフヴェイ」視察



Aチーム イボンヌさんとともに



Bチーム
レクチャー風景



施設内レストランでランチ



7.7

ヘットゾネハウス(ナーシングホーム)

ナーシングホームの関係者と



入所者ホンデローンさんの一日が紹介される

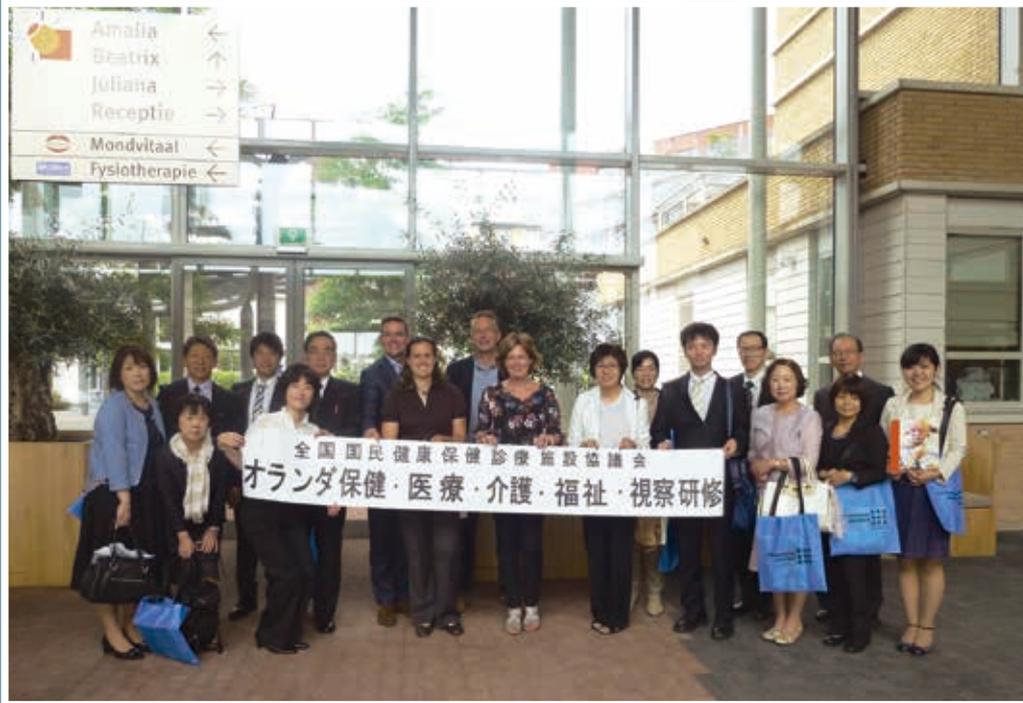


趣味の部屋ではスカーフ作りや絵画なども行われる



ヘットゾネハウス(ナーシングホーム)

家庭医とのランチミーティング



風車群をバックに記念写真



7.8-9 アムステルダムから成田

現地で最後の夜 夕食会・振り返り

緩和ケアホーム ヤコブスホスピス

富山県・南砺市利賀診療所 寺崎 敏治
岩手県・国民健康保険葛巻病院 本多 勇希



施設概要

平成28年7月4日にデン・ハーグ市にあるヤコブスホスピスを訪問した。デン・ハーグは北海沿岸に位置するオランダ第三の都市であり、国会議事堂などの多くの行政機関が置かれている。ヤコブスホスピスは住人（患者）定員6名の施設であり、予後が三か月と診断された患者が入所してくる。実際の平均滞在日数は21日であり、最短だと2時間のこともある。癌だけでなく、精神疾患、薬物中毒など幅広い疾病を持つ患者に対応している。患者の紹介元は病院40%、家庭医および家族40%、介護施設20%である。

ヤコブスホスピスには2名の医師が携わっている。この医師らは日中に家庭医として勤務し、その仕事の後にホスピスで仕事をしている。オランダでは患者の家庭医が決まっており、ホスピスに入る患者も同様である。ホスピスに入る時に必ず家庭医が交代するわけではない。しかし、「住人」が遠方から来る場合は元の家庭医との連携が難しくなるため、ホスピスの医師が家庭医の役割を果たす。また、8名の看護師がおり、6人の「住人」に対し、日勤帯は2人、夜間は1人が常駐している。それに加えて、多くのボランティアが活動している。「住人」の身の回りの世話をするための研修を受けたボランティアが35人おり、排泄の介助



個室



シャワーとトイレ



庭

や飲み物の用意などを行うことができる。それ以外のボランティアが65人おり、ドアの開閉や庭の手入れ、部屋の整頓、買い物などを行う。その他、ソーシャルワーカーが2名おり、ホスピスに入る時の受付や手続きをしたり、家族への情報提供を行ったりしている。

施設見学

1階はダイニング、庭、事務所などがあり、施設というよりは普通のオランダの家にいる感覚で過ごしてもらえるようになっている。

施設の2階には個室が6室あり、「住人」一人一人に割り当てられる。ベッドやテレビがあり、一般の病院と異なり、かなり自由に過ごすことができる。付き添いが居れば喫煙も可能だ。また、麻薬中毒者には個室内での麻薬使用が許されることもある。癌患者には食欲の増進や制吐作用を期待してカンナビスオイルという大麻から作られたオイルが家庭医の処方により使用されることがある。「住人」が施設のルールに合わせるのではなく、「住人」が快適に日々生活できる環境を作るために施設で働く人々が「住人」に合わせていくというのがこの施設の方針である。

この他、浴室があり、天井には飾り付けがしてあるなど、住人の目線での気遣いが感じられた。

このように充実した施設と環境にある。「住人」の自己負担は20ユーロ/日であり、日本と比較するとかなり安い印象であった。ケアにかかる費用は個人の保険で支払われるため、自己負担の20ユーロも保険で賄えることが多い。(オランダの保険制度は特別医療保険、短期医療保険、補完保険の三層構造になっており、補完保険の部分にホスピスケアが含まれている。補完保険には被保険者の約九割が加入している。)

また、部屋代の一部は国から支出され、人件費は寄付などによる基金で賄われている。施設の賃貸料は年間2万ユーロかかるが、これは支援を受けている財団が支出している。この施設では20ユーロの自己負担を支払えない患者であっても受け入れる方針にしている。貧しい人であっても24時間の介護を受けられるというのをコンセプトにしているからである。

ボランティアについて

ボランティアはそれぞれが多様な背景(職業、家庭環境など)を持った人たちである。年齢は60~65歳が多く、最高齢は84歳の方もいる。年金生活で時間に余裕のある人々が多く、性別では女性が多い。ボランティアをホスピスに入れることによってホスピスに普通の雰囲気を持ち込むことができ、住民の安心につながるということであった。医療従事者は職業として医療を行うが、ボランティアの人たちの家庭的で人間らしい雰囲気

気を取り入れることができるのがよい。

ホスピスにボランティアに来る人の中には身近な人を亡くした経験を持つ人が多い。自身の経験を通して悲しみの中で学んだことをホスピスで生かしてもらっている。また、ボランティア自身が、大切な人を失った悲しみを消化しきれていない場合もあるが、ホスピスでの活動を通じて、悲しみを埋め合わせている人もいるそうである。

ボランティアは実際の活動の前に予め研修を受けてもらう。ボランティアをする人の適性、死に対する考え方、死に直面している人への接し方を評価し、家事のできる範囲や得意なことを見てから、現場の見学をして手伝ってもらう。適性がないと考えられればほかのボランティアに行ってもらおうこともあるそうだ。

ボランティアは3つの種類に分けられている。ベッドの周辺、身の回りのお世話をする人、受付などの事務、庭の手入れや買い物、ドアの修理、広報活動をする人に分けられる。住人の身の回りのお世話をすることによって、「住人」から感謝されるだけでなく、感謝されてうれしいという気持ちを表現することが大切なのだそうだ。ボランティアは何かをしてあげる、奉仕活動として来ている人が多いのだが、その奉仕活動の中で感謝してもらうことはボランティアをする人にとってもプラスになる。「住人」がお世話をしてもらい、感謝の気持ちを伝えることでボランティアをする人は「喜んでいただいております。感謝されてうれしい」と言う。そうすると「住人」は身体的に自立することができていなくとも人を喜ばせることができたのだと感じ、自己の価値を保つことができる。

このようなコミュニケーションをとることにより、ギブアンドテイクの関係が成り立ち、ボランティアを上手く続けていくことができる。

ボランティアは原則無償であり、報酬はない。それでもボランティアに参加するメリットとして誕生日プレゼントや夏とクリスマスの会食に参加できる。また、ホスピスのボランティア活動に必要なマッサージなどの研修を受けることができるようになっている。

また、別の組織になるが、最後の願いをかなえてあげるボランティアの団体がある。例えば砂浜や動物園に行きたい、フランスに住んでいた人がフランスに行きたいといった希望があるときに看護師などの緊急対応ができる人が付き添うというサービスがある。



住人の子供との関わり

時には子供の母親が住人として入ってくることもある。子供たちが悲しみを体験しながらも子供のこれからの人生に対して段階を踏んで先に進めるような関わりが求められる。子供が



子供用スペースの木

「住人」と一緒に写真を撮るときに変装できるよう衣装を用意したり、1階のダイルームに子供用のスペースを設けたりしている。自分の心配事や願い事を書く木があり、子供の考えを表出することができるようになっている。



小規模な施設

定員が6名であり、小規模な施設となっている。これは家のような雰囲気を出すための人数であり、他の大きいホスピスでも最大定員8名程度であるそうだ。規模が小さいことで個人の希望に沿ったケアをすることができ、住人や家族とコミュニケーションを取りやすくなり、ケアに必要な情報を得やすくなるのである。

ヤコブスホスピス入所待ちの患者は3~4名である。同じようなホスピスがオランダ国内に約200か所あり、ホスピスの空き状況をネットワークで調べることができるため、待機に長くかかりそうである場合は周辺の地域のホスピスを紹介することができる。



死期が近づいたとき

苦痛を和らげ、快適に過ごしてもらうためにモルヒネやドルミカムなどを使用する。苦痛が強い場合は鎮静を行う。オランダでは安楽死が法的に認められているが、ヤコブスホスピスはローマカトリック系のホスピスであり、宗教上の理由から安楽死は選択できない。安楽死を選びたい場合は在宅に移行して行うことになる。しかし、時代の流れに合わせることも必要であり、施設の職員に安楽死を選べるようにしてはどうか話してみたところ、99%が安楽死を選んでもよいと答えたそうだ。

身寄りのない「住人」が意思決定をするのが難しい状態になった時には家庭医や身近な友人と相談し、最後の過ごし方を決めていく。付き添いが居ない「住人」は一人で死にたくないということで死を恐れるようになる。そのような場合はボランティアが常にベッドの脇にいて安心させる。

家族は24時間訪問可能であり、個室には2人まで泊まれるようなソファベッドを入れることができる。また、宿泊可能な家族待機室もある。ボランティアやコーディネーターと一緒に食事をとることもあり、家族が感情を表出できる機会となっている。

オランダでは日本と同様、死亡確認は医師が行うことになっている。大抵は担当の家庭医が行う。夜間は地域ごとに当番の家庭医が決まっており、対応することになっている。



見送りとグリーフケア

ホスピスは人が亡くなっていく場所であり、その際には儀式のようなものを行う。

住人の思い出や長所を話し、詩を朗読して、音楽をかける。そして遺族とともに棺を外に出すのであるが、この時はいったん世界を静かにするという意味でホスピスの前を通っている道路の交通を止めてしまうのだそうだ。このような儀式を行うことはホスピスに入所する前から患者や家族に予め説明をしておく。

ヤコブスホスピスでは年間80～90人が亡くなるが、年2回、追悼の会が開かれ、遺族が集まる。ホスピスの合唱団が歌を歌い、亡くなった人の名前を読み上げると遺族が前に出てきてろうそくに火を灯し、全体を囲うようになる。そして詩を朗読して静かな時間を持つようにする。このようにして残された家族のケアも行っている。

遺族は「住人」が亡くなる時には何度もホスピスに通うが、亡くなった後にそれが急に途絶えるのは不自然な話であり、亡くなった後でもホスピスに通ってくる遺族がいるのである。

Q&A 質疑応答

Q 住人の希望に沿ったケアを提供する上で、例えばペットを連れてきたいという人がいたり、動物が嫌いという人がいたり、音楽を大きい音でかけたいという人がいたり、静かにしたい人がいたり、ぶつかることもあるかと思うのですけれども、そういうときにどう対応されているのでしょうか。

A 例えば音楽を大きくかけている人のところに行って、私たちは皆で生活していますからちょっと静かにしませんかというお話をしにいくと、本当にちゃんと協力してくれます。1階におりてくると一緒に食事をとったりして、みんな顔見知りになって知り合いになるわけです。お互いを尊重し合おうという気持ちがそこで強くなりますよね。それから、やはり運命共同体というか、みんな同じ状況でここへやって来ているので、協力しようという気持ちが強いです。

Q 食事についてですが、ここでは皆さん同じものを召し上がるのですか。

A ボランティアの人がお料理をしますのでけれども、今日何を食べたいかということを知り、できるだけその希望に沿ったものを出します。食事というのが実はすごく大事な瞬間なのです。というのは、この先どんな喜びが人生にあるだろうかということを見ると、今日おいしいものを食べるというのは結構大事なわけです。それから、病気のせいで味覚も変わってきていることがあります。ですから、本当に舌に合ったおいしい食事をとるというのは大事なことです。

Q 日本の施設では入所の際、本人や家族に急変時や終末期の意向というのを確認するのですが、ホスピスではどうですか。

A 最初に入ってからられるとき、死期のことは余り触れないのです。私たちは患者さんの状況や必要とする薬といった情報を把握します。最初の面談にはコーディネーターとボランティア、看護師が出席します。ボランティアの人は例えばマッサージ

は必要ですかとか、お茶にはお砂糖を入れますかとか、そういったことを質問します。看護師は医療ケアについて、コーディネーターの側はその他の社交面などを質問します。患者さんが歩いてこの建物に入ってきた場合、もうすぐ亡くなってしまふとはとても想像できないですね。そういった方にもう死期の話をするというのはちょっと難しいことでもあって、その状況に合わせて話の内容というのは変わります。

まとめ

オランダのホスピスは日本の緩和ケア病棟とは異なり、定員6人という小規模な形で行われている。我々は大規模な施設のほうが専門職を集約でき、効率が良いと考えがちだが、小規模な施設にすることによって患者一人一人に本当に必要なケアを行うことができ、無駄が少なくなるのだそうだ。

一方、個人の自己負担金は安い、施設運営費はボランティアの労働力や財団からの寄付によって成り立っている部分が大きかった。日本では個人のボランティアや寄付という文化があまり育っておらず、オランダと同様な形態で運営するのは難しいと感じた。

我々が訪問した日は晴れており、住人は庭に出て穏やかに過ごされていた。患者の希望に沿ったケアが行われ、本人とその家族が家にいるような形で過ごすことができるように配慮されていた。日本はこれから多死社会を迎えるが、このような小規模なホスピスを数多く作ることができれば日本の看取りの質の向上につながると思われた。

デン・ハーグ市の福祉介護部局 (外郭団体)

広島県・公立みつぎ総合病院 リハビリ部主任技師長 臂 宏泰
 広島県・公立みつぎ総合病院 看護部主任看護師 室谷 伸子



はじめに

■オランダの高齢化と社会福祉改革

オランダは日本と同様に高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者数は2030年には400万人（人口の約25%）にもものぼるとされている。介護サービスへの需要は急激に高まり、財源・人材の確保が課題となった。またEU政策への協調の必要もあって、高齢化対策は大きな政策課題となった。これを受けて、オランダでは1980年代後半から医療・介護制度の抜本的改革に取り組んでいる。1980年代には、増加する慢性疾患患者へのケアの在り方が注目され始め、患者本人に焦点を当てたケアが求められるようになったことから、施設ケアから在宅ケアへの転換が図られた。1990年代後半からは、施設外のケアを充実させ、患者ができる限り自立した生活を送れるよう支援する、利用者本位のサービスと利用者の自己責任をベースにした新しい長期ケアシステムの構築をめざしている。

■WMO（社会支援法）の制定

2007年、社会支援法（WMO）が施行された。この目標はそれぞれの地域住民の希望

に即したサービスの提供によって、全住民の自立を支援、さらに住民の希望に即したサービスの提供によって、全地域住民の自立を支援、さらに住民の側からいえば、市民の社会参加を推進することで、市民社会の活性と社会の団結を推進、介護を行う家族への支援、障がいを持つ人々の自立を支援するというものである。

これは社会福祉法+障害福祉法+特別医療費（補償）法の一部を統合したものである。9つの実行領域を掲げる。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、である。

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。

■デン・ハーグ市の概要

視察の対象となったデンハーグ市の概要を述べる。

デン・ハーグ（オランダ語 *Den Haag*）市は北海沿岸に位置する南ホラント州の州都である。面積：98.2km²、人口：49万5千人（2011年）、高齢化率：12.9%（2011年）オランダ議会の議事堂が所在している。王室の宮殿、中央官庁、各国の大使館などが置かれており、国内政治の中心都市である。アムステルダム市とロッテルダム市に次ぐオランダ第3の都市でもある。



デン・ハーグ市の福祉介護部局（外郭団体）より説明

デン・ハーグ市の福祉介護部局を訪問し、担当者のメタ氏、コニー氏よりデン・ハーグ市の福祉の取り組みの現状について説明を受け、質疑応答を行った。

■医療・福祉・介護の改革

近年、医療・福祉・介護のコスト増に伴い保険料だけでは賄えない状況になり、政府は3年前改革を行った。医療の中の特別医療費保障制度（AWBZ）の一部（軽度な介護である家事・移動・住居サービスなど）を市の管轄とした。その保険の内容も予算が削減されてきている。

■WMO（社会支援法）の制定

社会支援法の制定により、地域福祉（社会支援）に関する予算は国から市に移管し40%削減した。このことにより、昔の福祉は手術後退院し、在宅で介護・看護を受ける



権利や買い物サービスなどを受ける権利があった（福祉大国）。これを地域住民は自分のネットワークを活かし、人々がそれぞれ自分たちでサポートし合う（互助）という関係を求めることになった。自治体の役割は福祉サービスの受付と提供を一元的に担いつつ住民の社会参加を促す仕組みづくりを行っている。その基本的な流れとしては、「軽度な介護である家事サービスなど」の社会支援を、家族、近所の人、友人といったネットワークをうまく活かすことで賄う。それが困難な場合ボランティアを活用する。それでも困難な場合プロのサービスを利用する。

援助を必要としている人と、援助ができる人がうまく内容も含めマッチングできれば、コスト的にも有効に組み合わせることになる。具体的な手法としてオンライン上に「近所を助けるセンター」というサイトがあり、それをもとに一般の市民が他の市民を助けるという構図が生み出されている。それによって、地域の交流、つながりが強まってきている。

高齢者へのインターネットやパソコンの研修、iPadやスマートホンの使用方法の研修なども企画し、生活援助のみならず、高齢者同士のネットワークも構築できており、高齢者同士の孤独の解消にもつながっている。

市の課題は、これらの取り組みのコストパフォーマンスを検証しなければならない事である。

■福祉政策について

オランダの福祉の方向性は、できるだけ長く在宅で自立した生活を行うこと。これは0歳～100歳まで安心して過ごせることが原則。

ソーシャルワーカーが所属する地域福祉センターはハーグ市内に17カ所ある。その中で地域福祉チームをつくる。例えば障害者を支える人、精神科の医師、薬物中毒を診

断する人たちがチームをつくり、誰が何をするかを決定し、サポートしていく。そのケースが自分のネットワーク（家族、近隣、友人などインフォーマルサービス）ではどうにもならない、それ以上のサポートを必要としているという判断になると必要な（プロの）サービスを決めていく。同時にコストも考えていく。

地域福祉チームはデンハーグ市の場合、年齢によって2チームに分けている。すなわち23歳以上と23歳未満である。23歳未満はしつけ、教育問題を扱う。

■家庭医との連携体制

家庭医は医療供給のゲートキーパーとしての役割を担ってきたといえるが、最近では在宅医療の促進にあわせて、地域医療のコーディネーターとしても期待されている。医療コスト対策として家庭医とソーシャルワーカーがうまく連携する形を築いている。家庭医にかかっても医療以外で出来ることがあればソーシャルワーカーに紹介し、サービスの効率化をはかっている。紹介を受けたソーシャルワーカーはクライアントとの面談において、クライアントが何を具体的に必要としているのかを判断する。ボランティアが必要なのか、または孤独なのでたまに訪問してくれる人が必要なのか、または借金、金銭的な問題が解決されることが優先なのか、そういったことを判断する。さらに対処結果を家庭医へフィードバックする。この連携システムを2015年1月から開始しているが、現時点で150件の紹介がなされている。

今後は病院と地域福祉センターとの連携も検討されている。

Q&A 質疑応答

Q 特別医療費補償法（AWBZ）の一部を国から市へ移管したことで、逆に国全体で均一なサービスが提供できないのではないかと？

A 確かに市によって違いはあるが、国としては、それをうまく生かして、各市が「私たちはいい福祉のシステムを持っている」ということを自慢し、売りに出すような取り組みを期待している。また、患者のための財団というところが各市の状況を監視し、地域差に目を光らせて、その市を批判したりしているので、患者はある程度守られているといえる。

Q 特別医療費補償法（AWBZ）の一部が国から市に移管されたことで、医療費が40%削減されたと同った。国家の負担が減り、住民も満足すれば、非常に素晴らしいことだが、住民は、地域で満足し、住みやすくなったのか？

A 全ての人が100%満足しているということはいえないが、以前のシステムも100%満足しているという状況ではなく、そう考えると、大変うまくいっている。その理由として、デン・ハーグ市では、何年も前から、「こうなりますよ」と宣言して、人々に心の準備をしてもらおうという段階を踏んだことと、うまくいかなかった場合

の受け皿をきちんと用意していたことがあげられる。

Q デン・ハーグ市の家庭医の人数とソーシャルワーカーの人数は？また、ソーシャルワーカーはどこに属しているのか？

A デン・ハーグ市内では140カ所で274人の家庭医が働いている。ソーシャルワーカーには、高齢者のための相談役とか、若者のためのソーシャルワーカーなど色々あり、800人位が、いわゆるソーシャルヘルパーのカテゴリーに入る。高齢者のためのソーシャルワーカーは50人で、その人たちが所属している組織は、市の外郭団体という位置づけになる。

Q 高齢者のためのソーシャルワーカーの数がかなり少ないのではないかと？

A ソーシャルワーカーは800人で、その中の50人がレベルの高い専門性を持っており、患者さんが何を必要としているかを判断し専門的なアドバイスをする役割を担っている。

Q サイトを利用して、住民のニーズとボランティアのマッチングをしていることについて、実際どのぐらいのニーズが満たされているのか？またそれが満たされず有料サービスを使う場合がどれくらいあるのか？

A ニーズに対してできることをボランティアでやろうというマッチングは大変うまくいっている。一度うまくマッチングをしたら、サイトは経由せずに自分たちで次の約束を取りつける場合も多く、実際の成功例の数は分からない。しかし、サイトでは、ボランティアの数のほうが、ニーズの数よりも多いので、ニーズは満たされていると考えられる。このサイトでの要望は、軽い内容が多く、有料サービスには流れない場合が多い。ニーズとボランティアが提供しているものと合わない場合、さらに広範囲の地域で検索してみる。それでもうまく満たせない場合には、センターのコーディネーターが条件を変え調整を行う。それでもマッチングできなかった場合には、有料の手段を情報提供する。

Q 認知症で見守りが必要な場合、見守りサービスのようなものを、このようなマッチングによる個人個人の契約で行っている場合もあるのか？

A それはかなり限定されたマッチングであり、1対1でマッチングするというようなことは、サイトでは行っていない。ボランティアの人とマントル（インフォーマル）ケアを担っている人が出会えるような場所（地域ごとにあるセンター）で、デイケアのようなサービスを紹介したり、認知症への対処法といった話をしたりしている。ボランティアが代替し、マントルケアの負担を軽減するためにも、そのような出会いの場を設けている。

Q 民間業者が見守りをするようなサービスは普及しているのか？

A 民間企業が事業を拡張し、そのようなサービスを行うことはオランダでも増えている。その場合、民間企業のサービスを利用することになるので、金銭的に余裕のある人が、有料でサービスを利用するという形となる。

Q 自分から発信できず、周りの人もなかなか把握できないケースに介入する場合、そういう人たちをどう拾い上げているのか？

A 家庭医にかかっている場合「この人は医療ではなく、ボランティアを必要としているのだ」と判断し、ソーシャルワーカーへ処方箋を出している。それも家庭医との連携の一つといえる。

また、近所で目についた、いかにも行動がおかしいと気づいた人は誰でも私たちのセンターに申告でき、こちらのボランティアを利用することができる。また、75歳以上の人は5年に1度、研修を受けたボランティアが家を訪問することになっており、家の状況やニーズが分かる場合がある。あるスーパーマーケットのチェーンではレジの人が、支払いの方法がおかしいとか、ちょっと変だと思ったら、在宅ケアの組織や医者やこういった組織に連絡をとることになっている。社会の色々なところにそういった目というのが徐々に広がってきている。

Q 気になるような人がいた場合、気軽に相談できるということ？

A こちらのセンターや地域ごとにセンターがあり、誰でも気づいた人が相談できるようになっている。オンラインで申告することもできる。また、アパートの管理人や警察とか歯科医などにも、何か気づいたことがあれば、サインを出してもらっている。

Q ボランティア意識が高いというオランダの国民性は、宗教に関係があるのか？それとも、このままでは国家財政が破綻するということを国民が意識し、自分ができることを国のためにしようと思っているのか？

A 宗教的な理由と自分の貢献によって国を支えたいというような意識、その両方ではないか。宗教的な精神というのは随分薄まってきているが、オランダ人は歴史的に生活の一部としてボランティア活動を組み入れている。さらに、何かできることがあれば自分で何かやりたいという気持ちがとても強い。

Q 参加大国という「参加」という言葉に感銘を受けたのだが、オランダでは、自分のネットワークを広げる意識というのは、若い人も含めてすんなりと受け入れられているのか？

A オランダでは学生の時に企業などに実習に行くなど、若いうちから責任を持たせ、ボランティアをすることに慣れており、社会的にそういう機会が多い。企業も月に1回位は社員が何か社会に貢献するようなことを行うことを期待している。ボランティアをすることによって、金銭的ではなく、何か自分に得るものがあるというふうにオランダ人は考え、その経験をしたことによって自分が成長するというような考え方を持っている。

Q ボランティアに関して、いろいろな責任が発生すると思われる。無償でやっているが、問題が起きた時、何か守ってくれるものがあるのか？

A 基本的にオランダ人は、責任保険というようなものに入っている。オンラインで

マッチングした場合、問題が発生した時には、個人的に入っている保険で賄うしかない。そういうリスクは確かに伴うが、基本的にみんなそのための保険に入っている。

Q 高齢者にネットを教えて、ネットを活用することが、医療費の削減などにつながっていくのか？

A オランダでは70歳以上の高齢者のコンピューター使用率が80～85%。コストが下がるかどうかは検証してみないと分からないが、確実に言えることは、高齢者の世界が広がる、社交生活が改善されるということ。自分から物理的に外に出ていくことが困難でも、家に居ながら「誰かとつながっている」という意識によって、社交生活が改善される。さらに、高齢者にサービスを提供するセンター側としても、電話などでは効率が悪いし、実際に行ったりするよりも、オンラインでつながっている方が大変効率がいいといえる。



おわりに

オランダは高齢化によるニーズの高まりと財源確保の課題に対し、地域福祉の改革を行ってきた。それは自立支援のサービス体制を構築すべく、法整備を整えてきているところから伺えている。その中で、手厚いサービス給付から、自助・互助を中心に据え、住民自らが主役となって自立した暮らしを創り上げるための様々な手法を試みている。個人を取り巻くあらゆる資源を最大限活用すべく、ネットワークづくりを進めていることは特に印象的であった。互助についてはボランティアの活用が実用かつ効果的に行われていると感じた。オランダ人は「ボランティアを行うことで、自分の成長につながるものであればその経験をいとわない」といった文化の違いもあり、それらのシステムを日本へ汎化するのにはハードルが高いと思われる。しかしながら日本の置かれた状況からは課題を先送りにすることはできない時期にあり、まさにそれぞれの地域で地域包括ケアシステムの確立が急がれる。そのためには地域の住民ひとりひとりが自分の事として認識していくべきであり、保健・医療・介護・福祉に関わる我々も含めそれぞれの地域にいる全てのひとが地域づくりを求められていると感じた。

参考文献

ライニール・コペラール：「オランダの医療制度改革と高齢化対策」日本医療政策機構講演会参考資料

真野俊樹：オランダ医療制度 共済総合研究 第67号

堀田聡子：在宅ケアのルネサンス：オランダ Buurtzorg の統合ケア

在宅看護・介護組織 ビュートゾルフ BuurtZorg

滋賀県・公立甲賀病院 栄養管理課課長 松田 昌美
みずほ情報総研株式会社 コンサルタント 齊堂美由季

はじめに

オランダの高齢者は自力での生活が困難でも施設に入所せず、在宅ケアを受けることが一般的である。認知症患者の約半数を単身世帯が占めているにも関わらず、約70%が在宅ケアを受けていることから、その浸透ぶりが伺える。在宅ケアの担い手は様々だが、家族や友人、近隣住民によるマントルケアや、ボランティアによるケアが盛んに行われている点が特徴である。ただし、これらのケアの内容は、買い物支援や家事支援等の負担が軽い物が中心であり、負担が重く専門知識の必要なケアについては在宅看護・介護専門の事業者が主に担っている。それらの事業者の中でも、ケアの質と経済的効率性を両立し、注目を集めているのが、今回の視察でお話を伺ったBuurtZorgである。



お話を伺った BuurtZorg 看護師の Elly Tagersma 氏と Jet Bakker 氏

組織の概要

BuurtZorgは民間の在宅看護・介護組織であり、名称はオランダ語で「地域ケア」を意味する。2006年に4人の看護師によって設立され、わずか10年で年間収入約2.3億ユー

口（2013年）に達するまでに成長した。利用者ひとり当たりのコストは他の事業者の約半分に抑えられており、利益率約8%という実績を上げている。

しかも、BuurtZorgは利益を追求してケアの質を犠牲にしているわけではない。オランダでは看護師・介護士資格は5段階に分けられているが、BuurtZorgでケアを行う職員は全てレベル3以上の看護師であり、うち約40%がレベル5（学士以上）の看護師である。レベル2, 3が中心の他の在宅看護・介護組織と比較して、職員の質は高いと言える。利用者満足度は全国の在宅看護・介護組織のなかで第1位、従業員満足度は全産業のなかで第1位を獲得している。

このように目覚ましい成果を上げているBuurtZorgであるが、その成功の背景にある特徴として、小規模チームによる包括的なケアの提供、ICTを活用した業務の効率化、間接部門を最小限に抑えた合理的な経営手法の3点が挙げられる。



小規模チームによる包括的なケアの提供

BuurtZorgは通常6名程度（最大12名）の小規模チームを活動単位として、担当地域で40～60名程度の利用者のケアを行っている。職員の多くは週8時間からの非常勤職員であり、休暇が重なるなどして人手が足りない場合には外部から一時的にフリーの看護師を雇う場合もある。オランダではワークシェアリングが普及しているため、同一労働同一賃金が原則である。BuurtZorgでも同様に、常勤・非常勤の区別なく職員のレベル毎に給与が定められており、例えばレベル5の看護師の時給は17～18ユーロ程度だという。

このチームにはリーダーや管理職はおらず、全員がケアの内容に責任を持つことが求められる。また、利用者のアセスメントから実際のケアの提供までを一貫してチームで行う。アセスメントを実施できる職員はレベル5以上の看護師のうち、独自のウェブ研修を受講した者に限られるが、それ以外の職員も利用者の状態を観察し、情報共有することで、利用者の状態に応じたケアの提供に貢献することができる。

このように分業制をあえて取らず各職員が一貫してケアを行う事で、オランダの他の事業者では3～4名で訪問するところ、BuurtZorgでは1名で訪問することが可能となり、人件費を抑制している。また、決められたプランに沿ってケアを提供する従来の方法と比較して職員の裁量が大きいいため、職員のモチベーション向上につながるだけでなく、利用者の職員に対する信頼感の醸成にも貢献しているとのことであった。

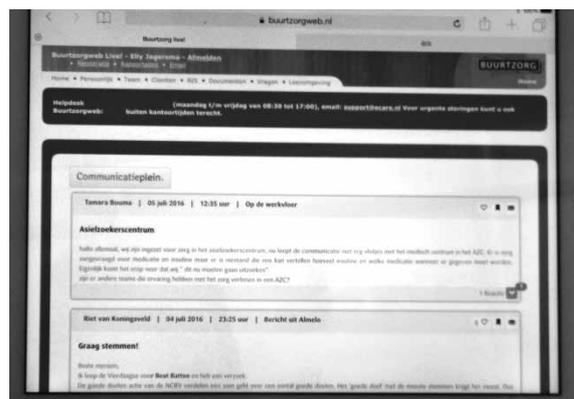


ICTを活用した業務の効率化

BuurtZorgでは全ての職員が、貸与されたiPadで社内システムにアクセスし、ケアプランや日誌の作成、勤務時間管理といった様々な事務作業を行うことができる。

ケアプランは「OMAHAシステム」と呼ばれる分類方式に基づいたBuurtZorg独自のプログラムにより、ウェブ上のチェックリストにアセスメント結果を入力するだけで簡単に作成し、職員同士で共有することが出来る。アセスメント内容が変更されるたび、ケアプランも更新される。日々の業務日誌の作成・報告やメッセージのやり取りもウェブ上で行われ、提供したケアの内容や利用者の様子、気づいた事等が職員間で迅速に共有されている。

さらに、日誌に記載された作業時間と作業内容から算出された各職員の生産性が社内システム上で一覧化され、職員であれば誰でも閲覧することが出来る。BuurtZorgは保険で費用が支払われる「ケアの提供」に費やした時間が、その他の事務作業を含む全ての勤務時間に占める割合を「生産性」とみなし、少なくとも60%以上の生産性を全職員に求めている。日本人の感覚からすると、互いの生産性が明らかになることは職員から嫌がられるのではないかと感じるが、オランダ人のオープンな国民性に依るものなのか、むしろモチベーションの向上につながっているとのことであった。



iPadに映し出された社内システム画面
(職員同士のメッセージのやりとり)



間接部門を最小限に抑えた合理的な経営手法

現場でケアを担う小規模チームはオランダ全土で640チームに上る一方で、BuurtZorgの間接部門は職員数が30名程度しかない。これは現場のチーム内で経理や職員採用、教育・研修等の幅広い間接業務が行われているために、間接部門の役割はシステム管理や経営戦略など、非常に限られているためである。チーム内に管理職をおかず、間接部門を最小限に抑えることで、人件費やオフィス賃料を節約している。また、職員の募集等のための広告費も一切かけていない。

BuurtZorgがこのような経営手法を取った背景には、かつて組織の拡大に伴い間接部門や管理職の人数が増えたことで、経営が圧迫されたり、現場職員のモチベーションが

低下したりといった弊害が生じたことへの反省があるとのことであった。

おわりに

BuurtZorgはかつての経営上の失敗を乗り越え、在宅看護・介護の世界に革新的なビジネスモデルを示すに至った。日本での適用可能性についていえば、オランダと日本には環境や法制度、国民性など様々な違いがあり、BuurtZorgモデルがそのまま適用できるとは限らない。例えば、人件費の低減やハイレベルな人材確保には、週8時間からという柔軟なシフト体制が大きく影響していると考えられるが、ワークシェアリングが普及していない日本において同様の雇用体系を採用できる事業所は少ないだろう。また、日本の訪問看護ステーションではICTの導入が進んでいるとは言い難い。情報共有にICTを活用した取組み事例は増えつつあるものの、BuurtZorgはケアプランの標準化や生産性向上にも取り組んでおり、数歩先を歩んでいるという印象を受ける。

しかし、そのビジネスモデルはオランダ国外にも着実に広がっており、2015年には東京にもBuurtZorgをモデルにした訪問看護ステーションが設立されている。日本でBuurtZorgモデルが成功を収めれば、日本の在宅看護・介護の様相が大きく変わる可能性もある。

日本でのBuurtZorgモデル事業所の動向を注視しながら、オランダと日本との差異を踏まえた上で、その合理的な手法のエッセンスを日本の在宅看護・介護の現場に導入する方法を考える必要があるだろう。

質疑応答

Q 家庭医（GP）やその他の専門職との連携はどのように行われているのか。

A 医療に関わる事項は必ずGPの指示のもとで行われる。また、専門的ケアが必要な場合は民間の健康センター（多職種が在籍するGPの診療所）と連携し、同行訪問する。そのほかにも、ソーシャルワーカーや薬局、栄養士等を巻き込んで必要なケアを検討していく。

Q アセスメント内容は100%保険で認められるのか。

A 基本的には認められる。特別医療費（保障）制度でカバーされる「医療」の部分については、以前は国の機関が一律の基準でアセスメントを行っていたが、現在は事業者のレベルで実施することができる。ケアの費用は民間保険会社から支払われるが、申請されたケア内容が実際に提供されたかどうか、保険会社から利用者に確認を取る場合もある。

2015年の改革で特別医療費保険から自治体に移管された「介護」の部分については、自治体がアセスメントを行い、必要なケアの種類と時間を判定する。事業者がケア

提供にかけたコストは自治体の予算と利用者の自己負担で賄われる。自治体の予算は政府によって定められており、自治体はこの予算の範囲内で事業者に費用を分配する。

Q 訪問リハビリは行われているのか。

A アセスメントの結果、退院後にリハビリが必要だと判断されれば、在宅看護・介護組織の看護師が訪問してリハビリを行う。状態によっては健康センター等からPTが派遣されて訪問リハビリを行う場合もある。リハビリ専用のデイケア等で通所リハビリを行う場合もあるが、コストを抑えるため訪問リハビリが第1選択肢となる。

Q オランダでは訪問リハビリ、通所リハビリの費用は「医療」として支払われるのか、「介護」とし支払われるのか。日本では急性期では医療のリハビリ、慢性期になると介護のリハビリというように移行するが、オランダでは慢性期の生活支援、自立支援はリハビリとして支払われるのか。

A リハビリは「医療」とみなされている。医療としてリハビリが必要かどうかをGPが判断し、その範疇を超えた部分のケアについては自己負担となる。最近は認知症や糖尿病の患者、高齢者が体を動かすことによる健康状態への影響が注目されており、自己負担が軽くなる場合もあるが、原則としては医療として必要とされなければ全額自己負担である。

Q 単身の認知症患者を在宅で支えるためには、どのくらいの時間の訪問ケアが必要なのか。

A 単身の認知症患者の場合、まずマントルケアを担う人がいるかどうか、その人に何が出来るかを調べた上で利用者本人のアセスメントを行い、必要なケアの内容と時間を判断する。BuurtZorgの訪問ケアは最大でも1日3時間で、食事の介助などは行わない。そのため、マントルケアの担い手がいなければ施設に入所せざるを得ない。

担い手がない場合でも自分で身の回りのことが出来る場合もあるので、訪問時にも利用者の生活をよく観察する。例えば冷蔵庫にコップに入った牛乳があったとして、それを飲んだかどうかを後で電話で聞いて、利用者が何のことを聞かれているか分からないといった状況になれば、施設への入所が必要と判断する。

Q 訪問はふつう何人で、どのようなレベルの職員が行うのか。

A 原則1名で、利用者の状態によって訪問する職員のレベルは異なる。また、死期が近い場合や、重度の患者の場合は2名で訪問することもある。

Q 個々の利用者の担当者は決まっていないのか。

A アセスメント担当は決まっていることもあるが、訪問に関しては全ての職員が行う。全員が全ての利用者のケアに関わり、互いに顔が分かる関係性を築くことができることが小規模チームのメリットである。

Q 住宅改修や福祉器具のアセスメントにも関与するのか。

- A** 自宅内のリスクや器具の必要性について、BuurtZorgからアドバイスすることもある。また、人間工学専門のセラピストにアセスメントを依頼する場合もある。

参考文献

- 1) 全日本病院協会 (2017年) 諸外国における認知症利用の場としての病院と在宅認知症施策に関する国際比較研究事業 報告書
- 2) 堀田 聰子 (2012年) オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策—我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて—

認知症の村 ホフヴェイ Hogewey Aチーム

北海道・ひまわりクリニック京極 所長 前沢 政次
北海道・慶和園 看護師 前沢 和枝

はじめに

オランダには重症認知症の人たちが暮らす村がある。どうしてそのようなことが可能に？ 興味津々でホフヴェイを訪ねた。訪問は3グループに分けられた。1グループ6名までがこの鉄則であるという。認知症の方々が驚かないための配慮である。

この施設の創設者でもあるイボンヌ・ファン・アーメロンゲルさん自らが案内してくださった。イボンヌさんは33年間この組織で働いてきた。作業療法士として精神科リハビリテーションを担当、そしてソーシャルワーカーもしてきたという。

1993年から、現在の施設のプロジェクトリーダーを務めており、施設のコンセプトからつくりあげた人である。そのときはマネジャーをしていた。以下はイボンヌさんのお話を項目に分けて整理した。

創設への想い

- 1992年に最初の考えを持った。
- 「ここはどこだろう、私は今何やっているんだろう」と感じる状況の中で認知症の人は生きるべきではない。認知症の人が生きる環境というのは、「あっ、今こうなっているんだ、私は今ここにいるんだ」と認識できる、そういう環境をつくってあげるべき。
- その環境は病院ではない。少し昔風の家に住むこと、一緒に暮らす人が少ないこと、多くてはダメ。いろいろ試みをしてみて、最大は7人と考えるに至った。
- ここで大事なのは、同じ生活スタイルとか同じ考え方とか同じ価値観を持ち合わせて



建物の外のスペース、広場などはかなり広く確保している。左上には高層住宅が見えるが、これは村の外側に位置する一般人の住まいである。休日などには一般の人も子連れでホフヴェイを訪れる。

いる人が同じ家に集まって住むのがよいということ。そして、自分の生活ぶりに合った人を自分の生活に取り込むことで進めたのが、同じ生活スタイル同士がグループで生活すること。

- そこで私たちが行き着いたのは、提供するの普通の家、そしてグループは小さく、そして同じ生活スタイルで同じ価値観を共有している人が集まる住まい方。そこで23軒の住める家を用意して、そこに住む人の数が各家に6人～7人、そして一緒に住む人たちは同じ生活スタイルを持った人々となった。
- 何が普通の家か。例えば、そこで食べる御飯というのは、そこで食べる人たちが食べたいものを決めて実際につくる、それからお掃除も実際にそこでやっている、そして洗濯もして洗濯物もそこに干してある、それが普通の家。
- ここに住んでいる認知症の患者さんたちは、99%の人が何かできるわけではなく、見ているだけ。自分で家事、作業を手伝うことはできない。でも見ている。きょうは何を食べようかという話題がそこで起こっている、そして決める、そしてお料理しているにおいがしてくる、そしてお料理しているなど見ている、それが全て生活しているという経験となる。
- そして、ここに来られる住人の方は、もう20年ぐらい仕事はしていない。退職して久しい。だから彼らにとって、普通の生活を続けるのは仕事でなく、社交生活、私たちはそれに注目する。
- 例えば、普通の家庭では、家族がそれぞれの友人を持って、それぞれの趣味を持っている。そこでこちらの施設でも、オランダ社会でよくある社交生活を再現することにした。ちょっとカフェに行ってコーヒーを飲む、コンサートに行く、劇場に行く、公園を散歩する、クラブ活動に参加して人々と会う、スーパーマーケットでお買い物をする、レストランで外食するとか、そういったことである。
- そこで、ここに住む予定の人たちの家族に質問リストを出した。どこに住みたいかに答えてもらい、2002年以降はそれに基づいて人を分析して、どれに合うかを決めている。考えてみれば、誰も1つのスタイルで生涯生活してきたという人はいない。そして、その分析をもとに、ここに将来住む認知症の方の家族にどれが一番ふさわしいかと選んでもらった。
- 最終的には1つ選ぶことになるが、候補があれば部屋を実際にのぞいてみることにした。
- そして、分析の結果、この人だったらこれかこれと、二択か三択ぐらいで選んでみたのである。その中から実際にその家族の方に訪問してみてどれが一番いいだろうかと相談して選んでもらった。



7分類される生活スタイル

- まず1つめは文化的な生活スタイル。このグループに属する人たちは、異文化とか、旅とか、音楽とか芸術とか、それから知識とかにすごく興味がある。
- ほかのグループと比べるとここではクラシック音楽をよく聞く。もっと実験的な、モダンなものが好き。お昼御飯がすごく大事で、文化の話を延々とする。昔どういうことをしたことがあるとかを延々と話す。
- 向かいの棟は、2つめでスタイリッシュなというか、ちょっと距離を置いたような公式的な、余りだらだらしなくて、少し距離を置いたような、パリッとした、そういう生活スタイルを好む人たち。格式張った、たとえばフランス料理を好む。それから、この人たちの典型的な生活スタイルは、起きる時間も寝る時間も遅い。
- 3つめはインドネシア。昔、インドネシアがオランダの植民地時代だったころ、インドネシアからオランダにたくさんの移民がやってきた。イスラムの世界といっても、移民のインドネシア人の子孫のオランダ人。オランダで生まれ育ったが、見た目はインドネシア人である。
- 彼らはインドネシア人だが、当時はオランダの植民地だったので、割とオランダの影響を受けてもいる。オランダ風、インドネシア風とまざっているのがこの様式の特徴である。
- 4つめがアットホーム様式。5軒ある。家事がとにかく大事なので、朝食の食器がまだ残っていたら、朝のコーヒーもまだ飲めない。
- お誕生日のときには自分でケーキを焼いて、そしておうちの中に人を招いてパーティーをする。食べ物はオランダの伝統的なお料理。スパゲティーというと、「うーん、そんなものは」という感じ。
- しかし、ご近所さんはとても大事だから、次の都市型とこの2つの生活スタイルと一緒に面して位置されている。ともにご近所づきあいを好む。例えば、オランダの代表チームが勝ったときとか、オランダの国王の誕生日とか、そういうときのここはすごくにぎやかになる。
- 5つめは都市型の生活スタイル。上に4軒、下に4軒あって、全部で8軒ある。
- そのうちの3軒が大都市型スタイル。お出かけが好きな人たち。とにかく外出が好き。家事はそんなに大事じゃない。例えばパーティーをするといっても、家に呼ぶよりも一緒にカフェに行ってビールを飲むのがそのパーティーの形。それから、ご近所さんがとても大事。ご近所さんづき合いが生活の基本になる。この世代の人たちだから。現代とはまた違う。どちらかという次の世代では個人主義になってあまりご近所づき合いはなくなるかもしれない。
- 次の6つめは、本当に伝統的な生活様式のグループ。もう10年後には一般社会では見られないかもしれない職人風的生活スタイル。男性が多く現在女性は1人だけ。

- ここには職人精神が生きていて、家族経営の、大変貧しい、ぎりぎりラインのところ
で一生懸命働いているという人たちである。小規模農家だったとか、小さなお店を1
軒持っていたとか、たった1台のタクシーを持っているタクシー会社とか、とにかく
働き者で何とか貧しさから切り抜けようとしていた人たちである。
- こちらは、内装はすごくシンプルで、持っている家具といえばオーク材の重厚な、も
う何世代も使うことができるような家具である。
- こちらは早寝早起きの生活。そして、オランダの伝統的な食事ばかりなので、スパゲ
ティーは食べない。必ずスープがあって、そしてジャガイモ、お肉、季節の野菜が
あって、そして必ずデザートもつくという、そういう伝統的なオランダ料理である。
- この人たちにとても大事なものは、みんながすごく親しくすること。友好的な関係を
結ぶこと。とても貧しいので、人とのつながりが大切。助け合わないといけないとい
うことを小さいときからずっと学んでいる。とにかく話し合うが好きで会話が絶え
ない。
- もう1グループが、7つめで、宗教的なグループ。オランダの宗教でプロテスタント
のカルヴァン派。すごく敬けんなカルヴァン派の人たちのグループである。
- ここに住む人たちの内装は、職人グループととてもよく似ている。宗教上ぜいたくは
許されない。宗教がとにかく生活の中心になっている。
- 宗教グループと職人グループとの大きな違いは、誰でも彼でもお友達にはならないこ
と。宗教グループというのは、同じ宗教の人たちはとても親しくするが、それ以外は
もう顔も知らないという世界である。
- 以上が7つの生活スタイルで、文化的、格式張った、インドネシア、アットホーム、
都市型、職人、そして宗教の7つ。こういった生活スタイルの分類は、ヨーロッパで
は政府もいろいろな政策などに使ったりする。このような住宅地域ではどんな学校が
必要か、どういった政党に人々は投票する傾向があるか、そういうことが重視され
る。最近ではマーケティングにも利用される。
- そして、この7つのグループには入っていない今の世代の新しいグループを調査研究
所が発見した。それは「楽ちんグループ」と呼ぶとよいのか、簡単なものを買って電
子レンジでチンしたり、楽をするために、あらゆる現代のものを利用したがるタイプ
である。
- 私たちが生活スタイルをここで再現しているのは、過去を再現するのではなくて、同
じ世代の健康な人たちが今社会でどういう生活をしているかで内装を決めている。



施設・設備の工夫

- レストランは50年前のレストランの外観にする必要はない。すごくモダンなつくり
であっても、認知症の方はこれがレストランだという認識ができればよいのである。



レストランの正面



レストランの内部。モダンな造りであっても、認知症の人はレストランと認識できることが多いという。

- この施設の50%は建物の外、庭、通路、林などになっている。誰もが外に出て自由に歩くことができる。ドアはどこも開いている。唯一自由でないドアは出入り口のみで、外部との境目になっている。
- 1992年の段階で、イボンヌさんたちは家の外部に触れるということが人間にとって自然なことだと考えて、外部を重視してこのように計画した。外気に触れること、太陽の光、天然の光に当たること、それから体を動かすこと全てが脳の働きに大変大きな影響があることが10年以上たってわかってきた。
- そして、その後の研究で、社交生活がとにかく人の脳に一番大事だということがわかった。まさにここで一日中起こっていること。いろいろな人に出会うから。自由に動くから、という。
- スーパーマーケットはなぜ必要かと考えると、居住していると、食事をつくるということになり、どうしても買い物をしないといけない。スタッフと一緒に住人がここに買い物に来る。
- 村のほぼ中央には、クラブハウス長屋とも言える部屋がつながっている。
- とにかくにぎやかな雰囲気重視される音楽クラブもある。ただ聞くだけではなくて、飲み物を飲んだり、つまみがあったり、一緒に歌ったりできる。それはカフェのスペースにもなる。
- さらにクリエイティブなクラブもある。例えば、焼き菓子のクラブとか、生け花のクラブとか絵を描くクラブなど。自転車クラブもある。それはもちろん外で行う。そして、体操クラブがそのフィジオセラピーの部屋で行われる。(写真)泳ぎに行くときはバスに乗ってプールまで出かけてゆく。それから、お散歩クラブもある。



レストランの向かいにあるスーパーマーケットの正面



スーパーマーケットの内部。ワインも並んでいる。主として家族が住人のお祝いごとのある時に購入し、味わうという。認知症の住人が自らアルコール類を買い求めることはないそうである。



左側にはクラブハウスがショッピングセンターのように並んでいる。右側は居住空間となっている。



スポーツクラブ部屋の正面。リハビリテーション特に運動療法を兼ねて行われる。

- クリエイティブな活動をする部屋は、焼き菓子だけではなくて生け花、それから絵を描く、そういうスペースにも使われる。
- クラブの会員になってそこに所属する意識は、実はとても大事なことである。いつでもそこに行けば歓迎されることがわかって、そういう場所が自分にとってあることが重要。大きな施設に住んでいると、私はここにいていいんだろうかというような疑問がまず一番に湧いてくるから。
- クラブには必ずプロの、リーダーをする人がいる。その人は認知症に対してきちんと理解を深めているし、認知症の人たちと一体どんなことができるかわかっている人である。それに伴ってボランティアの人も必ずいる。ボランティアの人も同じ顔がいつもそろそろようになっている。
- 音楽クラブも、それぞれのジャンルごとにある。クラシッククラブ、宗教音楽のクラブとか、大衆的な、民族音楽みたいなクラブとか、エルビス・プレスリークラブとかジャズクラブがある。作曲クラブもある。それから合唱クラブ。自分の本当に好きな分野が選べる。
- とても大事なのは、自分と同じ興味を持っている人にそこで出会えることである。また認知症の人にどういう近づき方をしたらいいかをはっきりとわかっている人がクラブ活動のリーダーシップをとることが大切である。
- 写真の西洋音楽クラブ用の部屋は、まさに西洋音楽というものの認識が視覚的にあらわされたような部屋である。
- 多くの福祉施設では、1つのスペースがいろいろな目的に使われることが多い。例えばお茶を飲んだスペースで、スペースがあるからと体操すると、認知症の患者さんは



西洋音楽クラブの部屋



ジャズ愛好家のたまり場



絵画愛好家のたまり場

混乱してしまう。

- 認知症の方が問題を起こす原因として、自分が理解されていない、自分の言いたいことが伝わっていない。そういったときに怖くなる。それによって問題が生じるような行動が出てしまう。
- 他の施設と同じような症状の認知症の人たちがここに住んでいるが、この施設では暴力がほとんど見られない。それはなぜか。やはり患者さんたちが今どこにいるのか、今何が自分の周りで起こっているのかということを理解することができるので、怖がらずにいられるからなのである。いつでもプロの人がいて、そしてボランティアであっても認知症の人の対処の仕方をきちんと理解している人ばかりだからである。
- それでは、部屋ごと、住居ごとのケアについてお話しする。それぞれに専門のスタッフのチームがある。それぞれみんな自分のしている業務に対してきちんとした資格を持っている人ばかりである。



経費について

- 国が、この施設に何人収容するか、それに対する予算を決めている。それ以外の枠から私たちは出られないことになっている。それはオランダ国内のあらゆる施設に当てはまる同じ条件である。
- 運営については、他の施設と全く同じ予算でここを回している。国から私たちが受け取る費用が1カ月1人当たり5,800ユーロ（60万円と少々）である。その費用でもって医師や薬の手配をする。
- 自己負担額は、家族の資産額とは一切関係がない。オランダ人は、働いた人も働かない人も必ず国民年金みたいなものがあるので、それによって自己負担額が決まる。1カ月当たりの自己負担というのは、450ユーロ（5万円ぐらい）から2,500ユーロ（30万円ぐらい）の幅がある。
- この施設はオールインという条件のもとに、すべてこの予算で賄えるよう施設を運営している。
- 住人は、運営団体になくて国に対してお金を払う。その人の資産とか収入がどれぐらいあるかによって国への負担は変わる。どんなオランダ人もここに住むことができる。貧しいとか自分の資産がどれぐらいあるかということは一切関係ない。



施設のスタッフとボランティア

- ここには、24時間在宅ケアを受けても、自分の家では生活できない、周りが認識できない重症の方たちが来る。中には、認知症の重症だけでなく、精神的な病気を併発している人もいる。こちらに住んでいる方々は、みんなが自分のベッドで、この施設

の中で亡くなる。

- 例えば何か手術や入院が必要になった場合、それが行われた後、できるだけすぐに施設に戻すようにする。それは、本人が病院を認識できないから。
- 医師は、2人が専任でいる。1人は、日中9時から5時の間には必ずいる。週末や夜間には15分以内に必ず駆けつけられるという条件で雇用されている。24時間看護師がこちらにいることも法で定められている。
- 平日のオフィスアワーに常駐しているのが家庭医、それからヘリアーターという高齢者の専門医が支援している。医師は15分以内に必ずここに駆けつけられる状態でなければならない。
- こちらのチームでスタッフとして働いている人は、レベル3を資格として持っている。レベル3は、3年間認知症の患者さんのケアをする教育を受けた人たちで、看護師が行うべきことも彼らが実施できる。例えば糖尿病の人の手当てをしたり注射をしたりとか、薬をあげたりとか。そのチームごとに4人のそういった資格を持った人たちがいる。ほとんどはみんなパートタイムの契約である。
- 彼らが一緒に相談しながら、その予算で何ができるかを自分たちで決めるのが基本的な方針である。例えば、1人は必ず食事のバランスに責任を持つ人がいる。例えば、脂肪が多過ぎないとか。
- それぞれの責任が分担されているわけであるが、1人だけは必ず私たちのほうから指名をしている。それは特別に研修を受けて、家族や医師とコーディネートをして、そして認知症の患者さんのケアプランと一緒に組み立てる人。目下2人いるが、その2人が一緒に家事に責任を持つ。その責任を持つというのは、それが行われるということであって、自分でやらなきゃいけないということではない。
- それから、ソーシャルワークは、ソーシャルコーチという人がいて、その人は認知症の研修を特別に受けた人で、グループの中の暴力にどう対処したらよいかという専門家である。
- 最後の、2つ触れましたけれども、ソーシャルコーチですとか、お医者さんを代行できるような看護師、そういった職種をこの施設の中に取り入れているのは、オランダ国内でもこちらの施設が唯一ではないか。
- こちらはボランティアの人がたくさんいる。私たちはボランティアの人たちに研修を受けてもらったり、本当に私たちのパートナーとしてとても大切にしている。新しくスタッフが入った場合には必ずボランティアの人たちに紹介する。クリスマスのお祝いなど、とにかく何かあるときにはボランティアに相談する。ボランティアの人たちは、必ず誰か社員の責任のもとで活動することになる。

 職員研修

- 職員の研修は、みんな認知症のケアに当たる人で、本当に複雑な教育を終えた人ばかりだが、それ以外にもこちらで研修を用意している。
- 今劇場では、ケア計画を立てる研修を行っている。研修を行うときには、単独で行うのではなくて研修期間があり、そこに私たちのビジョンとかカリキュラムとか、そういうものを足して、そしてこちらに特化した研修内容となっている。
- 短期の研修は、自分たちで行う。それは、私たちは研修を行うことによってまた学ぶところが多いということを学んできたからである。
- それから、誰かに何か教えるときには、自分が十分よくわかっていないと教えることはできない。
- 認知症の方への接し方として、私たちが学んでいるのは「ナオミ・ファイル」である。それはバリデーションテクニックの一種である。それから、スヌーズレンとかいろいろなコンセプトがある。大事なのは、いろいろな方法を学んでいろいろな接し方ができるということ。認知症の人は、1つの方法ではいつもいつも同じ接し方ではできない。こういうときにはこう、こういうときにはこうという、いろいろなところで切りかえながら接していくとうまくいく。あらゆるスタッフがそのように身につけるようにしている。
- 私たちは、そういったフィロソフィーがありきではない。そこに認知症の人がいるというのが重要なわけだから、この人に対してどういった方法で今接しようかという、とにかく認知症の人が中心になっている。

 一日の流れ

- 朝の7時になると、レベル3のスタッフが出勤する。最初に取り組むのは、人々が起きるのを手伝い、お洋服を着たりシャワーをするのを手伝う。
- 8時にやって来るのはレベル1の家事担当の人が1人である。そして朝食の用意をしたり、その後、午前中のうちに買い物をしたりする。その人がお昼時間にはもう帰ってしまう。その時点でやり残している家事を朝7時から来ているレベル3の人に伝える。なので、レベル3の人もある程度家事も午後にはやらなければいけない。
- その後、夜の10時まで必ず少なくともレベル3の人が1人はいるという状態になる。それが同じ人とは限らないが、必ずレベル3の人が1人はいる。
- たとえば、池がある公園の周りに4軒家がある。その4軒が一塊となってシェアしている1人のスタッフがいる。それがレベル2で、その人は必要とされるケアをその4軒でまたがって行う。
- そして、夜間の10時から翌朝の7時までというのは、その各家にはもうスタッフがい

ない。ホフヴェイ全体で5人のスタッフがいる。

- そして、夜間というのはあらゆる寝室、共有の部屋にセンサーがあるわけで、そのセンサーが音を拾う。音があると、何か異常な場合にはフロントの人が画面と合わせて音のもとを見てみて、そして残りの4人のスタッフがいるわけだが、その人に見てきてくださいと指示が出る。



おわりに

以上報告した重症認知症者の村には賛否両論あろう。反対論の代表格は、「認知症の人の暮らし重視と言いながら、結局閉鎖的隔離対策なのではないか」であろうか。認知症の人は安全確保のために村外に出ることはできないが、村外地域の人は自由に中に入ることができるので、完全な隔離ではない。ボランティアも多いし、村内の公園やレストランには家族ばかりでなく、地域の子供たちの姿もある。

最後にこの村の成果について、イボンヌさんが熱く語ってくださった。

「私たちは、住人の生命を長くしてあげるといえることはできない。しかし、その中身を、質を向上させてあげることができる。私たちは、そうやって質を向上させることによって住人の生きている時間の中身をよくしようとしている。それによって一つ数値で言えることは、ここの施設は人が入ってきてから亡くなるまで3年～3.5年である。他の施設では、同じような住人の人たちの平均というのは、普通は2年～2.5年である」

認知症の村 ホフヴェイ Hogewey Bチーム

香川県・三豊総合病院 看護師長 森 貴美子
香川県・三豊総合病院 人事課長 薦原 和美

はじめに

ホフヴェイとはアムステルダム郊外 (Weesp市) にある認知症の人の介護施設である。以前は一般的な高齢者施設であったが、1992年、認知症の人に普通の暮らしを送らせたいとの構想から検討が始まり、1993年に開設された。2012年には「認知症の人だけが暮らす村」としてイギリスの情報誌やアメリカのCNNでも紹介され、ホフヴェイの取り組みの多様・多彩さは多くの注目を集めている。世界中から視察の申し込みがあるため、断られることもあるようだが、幸運にも私達15名の視察団は3班に分かれ視察することができた。視察を担当して頂いたのは、施設の構想から創設に渡り活躍されたYvonne (イヴォンヌ) 氏である。



認知症村 ホフヴェイ

ホフヴェイ構想と施設概要

認知症の人たちは、今、自分がどこにいるのか、周りで何が起きているのか、など周りの人たちとの接点が見いだせない世界で常に生きている。そのことが問題行動（うつ症状や恐怖症、暴力など）に現れ、さらに閉鎖的な環境での生活を余儀なくされている。創設者たちは、1992年、「認知症の人たちが理解できる世界の提供」と「認知症の

人たちの暮らしの質の向上」を目的に施設構想を始め、2009年現在の施設として運営が始まった。この施設には、自宅での生活が困難で見守りとサポートが必要と判断された約150人の認知症の人（平均年齢84歳）が暮らしている。

敷地面積は約1.5ヘクタール（甲子園球場より少し広め）。明るいエントランスを入ると、エリアは7つの生活スタイルに分かれており、23の住居棟にそれぞれ6～7人のグループで居



メインストリートからエントランスの風景

住されている。この6～7人という人数は、他の人との関わり方や、イニシアティブの取り方、また経営的側面から実験と研究に裏打ちされた人数である。6～7人の組み合わせをどのように行うかと考えた時、人は同じ共通点を持ち、同じ物の考え方をしている人を探していることに気付いた。そこで、生活のリズムや食事、誕生日の祝い方など同じライフスタイルの人を組み合わせると上手くいくのではないかという考えかたの基、普通の家・(プロのサポートが入り) 普通の家事が行える・少人数(6～7人)・同じライフスタイルの人を集める、これが施設の方針となった。

また、人はずっと家の中で暮らしているわけではなく社交生活も大切である。この社交生活のスタイルもこの住人に当てはまらなければならない。そのため敷地内には、公園やスーパーマーケット、レストラン、カフェなども必要である。これらの方針は創設者たちが、人として「普通とは何か」と考えた事、そして、これまでの仕事の知識や経験を基に考えたことである。この施設が23年前から取り組んでいるこれらの事、(動くことや外気に触れる事、日の光を浴びる事など)が脳の働きに良いということはこの10年間の研究で実証されており、特に社交生活が脳の発達に与える影響は大きい。

スタッフは医師・心理学者・PT・MSW・看護師などボランティアを含め約240人であり、常勤は170人、夜勤は入居者30人に対し1人である。ボランティアの仕事は固定されており、必ずスタッフの指導の下、活動を行う。スタッフと同じ研修を受けることが出来、研修内容は、生活面の実用的な事、施設コンセプトの事、認知症に関する事など多岐に渡る。ボランティア初年は年に4日間の研修を受けなければならないとのこと。ボランティアに居場所があることを認識させ、プロ意識を持って働いてもらうことが大切であるとイヴォンヌ氏は話された。



7つの生活スタイル

この村のコンセプトは「認知症の人たちが普通の日常を送れる家」である。人として何が普通なのかを突き詰めた結果、認知症を患う前のライフスタイルが、最も重要だということがわかり、ライフスタイルに徹底的に拘った。入居時は家族と共に、アンケートに答え7つの生活スタイルに分けられる。

■伝統重視の職人タイプ

いつも人と社会的に交わろうとしており友人も多い。家具・調度もしっかりしている。伝統的なオランダ料理しか食べない。視察者達をいつも歓迎してくれる。

■インドネシアタイプ

オランダから独立した直後にオランダに来たインドネシア人をルーツに持つ最後の人たち。言葉はオランダ語であるが、食事は全てインドネシアスタイルである。

■宗教・クリスチャン

敬虔な信者の集まりであり信者間でしかコミュニケーションを取ろうとしない。贅沢はせず職人タイプと同様、オランダ料理しか口にしない。

■都会暮らしタイプ

外出大好き、人と会うのが大好き、買い物やコンサートが好きというグループで、あまり家事はしない。近所づきあいや友人を大切にし、誕生日にはお酒を奢り合いながら祝う。

■インドア・家庭的タイプ

家事を大切にし、朝ごはんの片づけなしには10時のお茶は飲めない。誕生日などには自分でケーキを焼いて自分の家に友人を呼び、もてなす。近所づきあいを大切にし、都会暮らしタイプの住人達と良くコミュニケーションを取っている。国のお祝い事などがあると大パーティーが開かれる。朝食を大切に思っている。

■富裕層・格式ばった生活タイプ

社会のエリート（医師や弁護士）と呼ばれた人たち。1日のリズムは遅めで毎晩ワインを飲む。夕食を大切にし、食事のメニューはヨーロッパ風、とくにフランス風の食事を摂っている。

■芸術や音楽を好む文化人タイプ

旅行や異文化を好み、好奇心が旺盛である。文化について語り合い、昼食を大切に思っている。メニューには寿司やピザ、ベジタリアンなどあらゆるものが出る。



「ホフヴェイ Hogewey」での暮らし

居住する建物は各個室と共有スペースがあり、家の中では、食事を作り、洗濯をし、アイロンがけを行い、掃除が普通に行われている。食事の匂い、アイロンが掛かったリネンの匂い、コーヒーの匂い、日常の匂いが脳を刺激し、感覚に訴える。フィジオセラピストは、入居者たちがその人の出来る範囲の中で、自然に身体を動かすことの出来るプランを考えアドバイスしている。そのプランはスタッフ全員が共有し見守る。



スーパーで説明中のイヴォンヌ氏

施設内には体操クラブやフラワーアレンジ



飾りつけされた共有スペース



94歳の女性の部屋

メント、ゲームクラブなど35のクラブ活動がある。入居費用の中には、一週間に1回のクラブ活動費が含まれており、それ以上の活動は自己負担となる。年間に様々なイベントやお出かけプランも計画されている。また住人の75%は複数(4~7つ)のクラブ会員になっておりボランティアやスタッフのサポートのもと活動を行っている。家族もクラブ活動に参加することが出来る。25%の住人はクラブ活動には参加していないが、時にシアターで映画を観たり、コンサートを聴いたりしながら過ごしている。入居当時は暴力的だった人も、居住場所や、クラブ活動の中で自分のスペースがあることを認識することで次第に落ち着いてくるとのこと。視察当日も焼き菓子クラブが活動中で施設内に甘い匂いが立ち込めていた。各国からのホフヴェイへの視察見学料はシアターなどの運営費として大切な収入源である。スタッフ達は、スーパーやカフェの店員になり切り住人達に対応する。しかし、住人の栄養が偏っていないか、同じ品物ばかり買っていないか、買ったものは個々にチェックされる。同じものばかり買った時には、スタッフがそっと返しに行くそうである。視察当日、スーパーマーケットの生鮮食料品は殆ど売り切れていた。スーパーマーケットは施設の倉庫の役割も果たしており、コスト削減にも役立っている。

視察当日は、ある一室で誕生日のパーティが開かれており、94歳となった女性は私達を自分の部屋に招き入れて下さった。その部屋はぬいぐるみや花、家族や若いころの写真で飾られ、この施設での穏やかな暮らしぶりが伺えた。



おわりに

日本では、認知症患者が2025年には現状の1.5倍、700万人を超えるとされており、介護費や、医療費の増加だけでなく、介護する側、される側共に多くの問題を抱えている。介護をめぐる事件や事故のニュースは後を絶たず、人間としての本質を見失いそうになる毎日である。今回視察させて頂いた施設は、オランダの一部であり、取り組みに対して様々な意見もあろうかと思う。またここで暮らせる人は数少ない恵まれた高齢者かもしれない。しかし、その人らしさとは何か、一人ひとりの幸せとは何かを皆で

じっくり考え、人が最後まで人として生き抜くための細やかなサポートが行われているのを感じ、自分の家族が、また自分が認知症になった時は、ぜひこのような施設で看取って頂きたいと私たちは思った。宗教や文化も異なり、自由より安全重視の介護体制を望む日本でホフヴェイと同じような施設を運営することは難しい。ただ、今以上に地域で見守るシステム作りが必要だということは日本中が感じていることである。今回の視察で学んだボランティア精神やボランティア活動、マントルケア（家族や友人、隣人による介護ケア）を広めながら、今後も認知症や認知症を取り巻く社会についての学びを深めたい。



イヴォンヌ氏を囲んで

Q&A 質疑応答

Q 平均年齢は84歳とのことだが、比較的若くマイノリティーな生活スタイルを持った認知症患者にはどう対応しているのか。

A 若い人や、精神病を併発している人は、若い人を対象とした認知症施設へ行くようにアドバイスしている。

Q 7つの生活スタイルに分けるためのベースは何か。

A 構想当時、入居者160人とその家族に対し調査を行ったところ、7つの生活スタイルに分けることが出来た。後年、ある研究者が、オランダ人の生活スタイルについての研究を行ったところ、結果は全く同じ7つの生活スタイルに分けられた。現在は入居時にアンケート調査を行って生活スタイルを把握している。

Q 入居者は自由に施設内を動かれているが、自由ということはリスクも高いのではないかと、リスクマネジメントはどうしているのか。

A ボランティアもスタッフも外を歩いている人には皆で責任を持つようにしている。また服薬調整も行い、薬の数を出来る限り減らす。それにより転倒のリスクも少なくなる。しかし、生きるためにはリスクも伴いますから。

Q 認知症が重症化したり、合併症が悪化したりした時の対応は。

A この施設で、自分のベッドで、亡くなるまで看取る。たとえ病院に入院することがあってもこの施設に帰ってくる。

Q ペットとの入居や、アニマルセラピーは行われているのか。

A 家族がペットを連れて遊びに来ることはあるが、ペットとの入居は行っていない。またアニマルセラピーは行っていない。

Q スタッフは看護師が多いのか、職員の構成は。

A 全員が看護師という訳ではない。各グループにつくスタッフは3年間教育を受け、

他の国では看護師に匹敵する資格を持った人である。例えば薬を飲ませたり、注射を打つことが出来る。中には医師の役割を代理する看護師もいる。全体としては医師、臨床心理士、理学療法士、看護師、ソーシャルワーカーなど全部で170人のスタッフがいます。170人はフルタイムベースの数だが、ほとんどパートタイムが多く、240人でまかなっている。

Q 施設に入るまでの待ち時間は。

A 平均で1年かかる。長いと思う。各グループに空きが出た時に入ってもらえる。

Q 費用は、個人の財産によって変わるのか。

A 私たちは普通の施設と同じく国の予算で運営している。ここは非営利団体である。入居者は国に対して自分の収入や資産に応じ費用を支払い、私たちは国から受け取る。入居者がかつて働いていた、いなかったに関わらず、国民年金は皆あるのでこの施設に入れる。

お忙しい中、私たちのために時間を割いて説明して下さいましたイヴォンヌ氏と通訳の正城麻紀氏に深謝いたします。

認知症の村 ホフヴェイ Hogewey Cチーム

みずほ情報総研株式会社 コンサルタント 齊堂美由季

はじめに

Hogewey (ホフヴェイ) はアムステルダム郊外にある認知症の人向けの介護施設である。東京ドームの3分の1程度の敷地内に23棟の居住棟を備え、約150名の認知症高齢者が暮らしている。認知症の人がそれまでの生活スタイルに沿った生活を送ることができる画期的な施設として、国内外から注目を集めている。

今回、我々視察団の案内をしてくださった方は、Hogeweyの設備面のマネジャーを務めた経験を持つEloy氏である。Hogeweyの大きな特徴の一つとして、レストランや劇場、スーパーマーケットなどの介護施設とは思えない充実した施設がある。敷地内であれば入所者は自由に出歩くことができるため、草木の溢れる庭園で入居者やその家族、友人、あるいは施設の近隣住民など多くの人がゆったりと過ごしており、介護施設というよりはひとつの小さな町であるかのような錯覚を覚える。そのためHogeweyは「認知症の人のテーマパーク」と称されることもある。

しかし今回の視察により、Hogeweyの空間は単に普通の町のように装っているのではなく、認知症の人の持つ能力を引き出し、自分らしく暮らすための環境を整えるべく、綿密に計算されていることが分かった。

Hogeweyの空間デザインのポイントとして、Eloy氏は「認知症の人が、そこがどの



居住棟の一つ
(手前の平屋の建物)



100席設置可能な劇場

ような場であるかを明確に認識できること」、「暮らしの中で自然に体を動かせること」、そして「認知症の人の生活の場と、舞台裏であるスタッフの業務スペースを融合させること」を挙げた。Hogeweyは認知症の人に手厚いケアや医療を提供するのではなく、本人の意思やQOLを尊重し、本人が自分らしく生き生きと暮らせることを重視しているが、そのことが空間デザインにも反映されている。



場の機能・役割を明示する仕掛け

Hogeweyの施設を見てまず驚くことが、その洗練されたデザインである。例えば施設内のレストランは、デザイン性の高い家具や照明、アートが配置され、非常にモダンな雰囲気である。バーカウンターがあり、アルコールを嗜むこともできる。

また、後述する入所者によるクラブ活動用の部屋でも、音楽クラブ用の部屋であれば楽器や音楽家の肖像画を飾ったり、絵画クラブであればイーゼルや絵の具をわざと棚の外に置いたり、そこが何をする場所であるかを認識できるように徹底されている。

ただし、ここで重視されていることは、インテリアを豪華に仕上げるのではなく、認知症の人でもそこがどのような場で、どう振舞うべきかを認識できることなのである。

オランダの従来型の介護施設は、単調で長い廊下にくつもの部屋が連なり、病院のような雰囲気のものが多かったという。同じ棟に数十人の人が暮らすような環境では、認知症の人が生活の場であると認識できずに混乱が生じ、そこから来る不安やストレスで暴力行為に及ぶケースもよく見られたという。暴力傾向が見られれば入所者の行動が制限され、通常の暮らしと更にかげ離れた生活を送ることになるという悪循環に陥ってしまう。

Hogeweyの創業時のメンバーは、そのような介護施設の状況に疑問を感じ、認知症の人が人間らしい「普通の暮らし」を送ることができることを目標として、1992年にHogeweyのコンセプトを立ち上げた。当時のオランダではまだ、認知症の人の能力や



レストランの客席



レストラン内のバーカウンター



絵画サークル用の部屋の一角

人格は重視されておらず、Hogeweyの掲げた理念は画期的だったという。

Hogeweyの施設では、認知症の人が入所するまでに慣れ親しんでいたものと似た環境で自然に生活できるよう、オランダでよく見るレストランや劇場、スーパーマーケット等の施設の典型的な内装を採用している。この様に環境を整えることで、認知症の人がHogeweyを「新しい生活の場」と認識することができるため、混乱や不安から生じる問題行動が著しく減少するのだという。

Hogeweyの空間デザイン面以外の特徴、例えば生活スタイルごとに分かれた居住棟や、敷地内であればどこでも自由に動き回れるシステムも、認知症の人が「普通の暮らし」を施設内でも送ることができるようにするための仕組みである。

Eloy氏によれば、劇場でとある有名歌手が公演した際にも、客席にいた100名の入所者のうち誰一人として動き回ったり声をあげたりせず、静かに鑑賞していたという。「認知症の人には多くの能力が残されており、環境を整えれば、場に合った適切な行動を取ることができる」という言葉が印象に残った。



暮らしの中で自然に体を動かす仕掛け

Hogeweyでは脳の活性化のため、入所者の身体活動の促進に着目している。しかしあくまで「普通の暮らし」の中で運動を取り入れることを重視しているため、理学療法士による直接の運動指導や運動器具によるエクササイズはあまり行われなない。約150名の入所者に対して理学療法士は常勤1名のみで、直接指導を受けているのはわずか3名とのことであった。理学療法士は各ユニットのスタッフを通じて、居住スペース内外での移動など、生活の場であるべく体を動かすよう促している。

また、敷地内には美しい庭や、季節ごとに入れ替わる展示物など、興味を引き、歩き回りたくなるようなアイテムが随所に配置されている。実際、訪問時にはたくさんの入所者が外を散歩しており、視察団一行について一緒に施設内を歩いて回った女性もいた。

さらに、入所者によるクラブ活動も自然に体を動かすことに一役買っている。オランダの高齢者世代ではクラブに入って趣味仲間と交流することが一般的であり、Hogeweyにも合計35のクラブがあり、実に様々な活動が行われている。体操やウォーキングなどの運動クラブも多く、水泳や自転車など施設の外で活動するものもあるという。また、お菓子作りや音楽など文化的クラブでも、居住棟の外に出る習慣が身につくことで、自然と体を動かすことにつながる。生活がそのまま運動につながっているため、特別に運動の時間を取る必要がないといのだ。



入所者の生活の場とスタッフの業務スペースの融合

Hogeweyの設計は、入所者の「生活の場」としての姿が前面に押し出され、事務室や

倉庫などの業務スペースは、一見それとは分からない形で存在している。そのことが最も顕著に表れていたのが、施設内唯一のスーパーマーケットである。このスーパーには生鮮食品や加工品、お菓子、日用品など、普通のスーパーにあるものは一通り揃うが、驚くことに注射針やシリンジなどの医療用品まで売られている。

実はこのスーパーは、入所者やその家族の買い物場であると同時に、スタッフ用の備品倉庫でもあるのだ。スタッフや入所者はそれぞれ個別のIDカードを持ち、会計時にそれをレジで読み取ることで備品管理を行っている。ちなみに施設内には、このスーパー以外に備品倉庫はない。

つまり、入所者がスタッフと一緒に夕飯の買い物をすることは、入所者から見れば生活の一環だが、スタッフから見れば倉庫に食材を取りに行くという業務にあたる。入所者が自分のIDで買い物をした場合は、記録をもとに栄養管理も行っている。

また、劇場やカフェ等の施設はスタッフの研究や会議のためのスペースを兼ねている。我々視察団が初めに説明を受けた場所も、応接室ではなくレストランであった。さらに、ユニットの共同スペースには1台ずつパソコンが設置され、スタッフの執務室としても活用されている。

このように入所者の生活の場とスタッフの業務の場を融合させることで、スペースの節約になるだけでなく、入所者のケアとそれ以外の業務を同じ空間で業務を行えるため、入所者に目が届きやすく、業務の効率化につながっているものと考えられる。



PTのオフィスで説明するEloy氏
ここで訓練が行われることはほとんどなく、主に運動サークルの活動に使われているという



スーパーマーケットの店内
日本のコンビニエンスストア程度の規模と品揃えである



店内に置かれている医療用品
文房具など、業務に必要なものは全て揃う



充実した施設を可能にする経営体制

上記のとおり充実した施設をもつHogeweyであるが、入所者一人あたりの費用はオランダの他の介護施設と同等だという。Eloy氏によれば、Hogeweyはコストの高い専門職の数をなるべく減らすことで、施設整備に重点的な投資をしているとのことであった。Hogeweyは入所者約150名に対し、医師が2名（日中は常駐、夜間はオンコール体

制)、医師の業務を一部代行できるハイレベルな看護師が日中・夜間共に常時1名以上、理学療法士が常勤1名(日中のみ)とオランダの他の施設に比べて少ない。ケア職は、認知症に関する専門教育を3年受け、注射や服薬補助、糖尿病管理といった医療的ケアやケアプランの作成を行うハイレベルなケアスタッフが1ユニットに4人、複数ユニットにまたがった業務を行うケアスタッフが2ユニットに1名、家事担当のケアスタッフが1ユニットに2名配置されている。夜間は医療スタッフ、ケアスタッフを合わせてわずか5名で、センサーやカメラを使って施設全体を管理しているということであった。

スタッフが足りないのではと思われるだろうが、Hogeweyでは総勢150名のボランティアスタッフが、清掃や運転手、入所者のクラブ活動の補助などで活躍している。オランダではボランティアが非常に盛んに行われており、Hogeweyもまた、こういった無償ボランティアの存在に支えられているのだ。

おわりに

視察前の段階では、事前に入手した取材記事等から、高い壁で囲まれた閉鎖的な施設をイメージしていた。しかし実際に視察してみると、敷地内からは外部との壁の存在は全く意識されないよう上手く設計されており、開放的な雰囲気を感じられた。また、入所者の家族でなくても、近隣住民が気軽に施設内のレストランやカフェを利用する様子が見受けられ、運営においても地域に開かれた施設であることが伺えた。

また、入所者が杖を持たずに外を出歩いたり、家族と誕生祝いをしたりと、各々が自由に過ごしており、非常に快適そうであったことも印象に残った。

一方で、Hogeweyの運営手法を日本に適用するには、いくつかのハードルがある。オランダでは施設入所者1名あたり、月に5,800ユーロ(60万円と少々)が、国を保険者とする特別医療費保険から支払われる。なお、入所者の自己負担額は国民年金の支給額に応じて450ユーロから2,500ユーロ(約5万円~28万円)に設定されている。このように日本と比較して高額な保険給付が、Hogeweyの充実した設備の運営を支えていることは間違いない。また、日本とオランダとではボランティアの絶対数やその意識に大きな差がある。オランダでは家族でボランティアに参加することも多く、幼いころから生活の中にボランティアが自然に定着しているのだという。Hogeweyでは専門スタッフを出来るだけ減らして設備に投資しているということであったが、同時に業務のかなりの部分を無償ボランティアに頼ることで、人件費削減とケアの質の維持を両立している面もあるだろう。

さらに、個人の意思に対する考え方の違いも大きい。オランダは安楽死が法的に認められていることから推察されるように、個人の意思決定が極めて重視されるお国柄である。そのため、Hogeweyのように入所者本人の自由を尊重し、多少の怪我のリスクを受容する運営方法が、本人や家族の同意を得られやすいという事情はあるだろう。日

本では手厚い医療やケアが提供され、入所者に対し職員が十分に目を配ることのできる体制の方が好まれるのではないだろうか。

しかし、これらの違いがあったとしても、Hogeweyの理念から学ぶべき点は多い。「認知症の人は驚くほど多くの能力が残っている。環境をきちんと整えることで本来の能力を発揮することができ、その場に応じた適切な振る舞いができる」とEloy氏は語った。Hogeweyはその設備の豪華さに注目が集まりがちだが、認知症の人の問題行動を抑えるのではなく、なぜ問題が起きるのかを本人の視点から考え、寄り添うという姿勢こそ、Hogeweyの神髄であり、日本が学ぶべき点ではないだろうか。

Q&A 質疑応答

Q 居住棟内に入居者がいない場合に、居場所の把握はどのように行っているのか。GPSセンサー等を利用しているのか。

A 入居者は普通の生活と同様に自由に移動でき、自分の居場所を追跡されることはない。当然、GPSセンサーも使わない。食事時に外を出歩いている場合のみ、スタッフが声を掛けて居住棟に誘導する。

Q 治療食には対応しているのか。

A 糖尿病管理等、ある程度対応している。ただし病気の治療よりもQOLの向上を重視しているため、厳密な管理は行わない。

Q 生活スタイルに応じて7つのグループに分かれているが、入居後にグループが変更されることはあるのか。

A 入居前に家族にアンケートを取り、施設内の見学や、本人・家族の面接を通じて慎重にグループを決定しているため、変更されることはほとんどない。1度だけ、入居後に昔の記憶と生活スタイルがよみがえり、より適切なグループに引っ越した事例はあった。

Q グループごとに入居までの待機期間はどのくらいあるか。

A 短いもので2～3週間、長いもので1年間程度である。

ナーシングホーム ヘット・ゾネハウス

石川県立中央病院 救命救急科 高松 優香
滋賀県・公立甲賀病院 副看護部長 岡 和美

はじめに

アムステルダム郊外のアムステルフェーンにあるナーシングホーム・リハビリセンター「ヘット・ゾネハウス」(以下ゾネハウス)を見学させていただいた。

アムステルフェーンはオランダの北ホラント州に位置し、首都アムステルダムおよびアムステルダム・スキポール空港に隣接する街である。人口8万人ほどのベッドタウンで、日本企業が多く進出しており日本人駐在員とその家族が多く暮らしている街でもある。今回訪問したゾネハウスは2001年1月1日に設立された財団ZonnehuisgroepAmstellandによって運営されている施設である。



ナーシングホームとは、日常生活に介助が必要になった高齢者が必要な支援を受けるために入所する施設として設置されている。日本でいえば、老人保健施設(老健)と特別養護老人福祉施設(特養)に相当する施設である。

オランダでは認知症患者の約70%は死亡する前にナーシングホームを利用しているといわれ、最期を迎える場所として2006年には自宅31%、病院28%、ナーシングホーム25%、高齢者ホーム11%、その他5%となっている。

オランダではナーシングホームは医療施設として位置づけられており、厚生省はそこでの医療ケアレベルを改善するためナーシングホームを新しい専門分野とし、1990年に新たなナーシングホーム専門医(Nursing home physician)の研修を開始した。2009年から老人医療専門医(Elderly care physician)と名称が変わり、2010年にはその数は1,500人で、オランダで5番目に多い専門医となっている。オランダのナーシングホームは、ベッド100床に対して1人のナーシングホーム専門医を配置しなければならないことになっている。

施設概要

ゾネハウスにはオランダ王室の女王の名前を冠した建物が3棟あり、ユリアナ（認知症患者の施設）、ベアトリクス（身体障害患者の施設）、アマリア（一時滞在およびリハビリセンター）に分かれている。私たちは今回、病院からの在宅までの退院支援をどのように行っているかという観点の下、リハビリセンターの見学をさせていただいた。アマリアは60床の施設であり、主に脳卒中後遺症・脊髄圧迫骨折後・四肢切断・慢性心不全等の疾患の患者が120日を上限に入所でリハビリを行っている。平均滞在日数は56日とのことであった。



入所者 ホンデローンさんの一日



実際に入所されている男性とお話する機会を頂いた。

ホンデローンさんは94歳。2年前に大腿骨骨折の既往があり、妻が亡くなって以降は自宅で在宅介護サービスを受けながら独居で生活されていた。歩行時は歩行器を使用するが、認知症はなく炊事は自分でしており、在宅介護サービスは家事の手伝いと緊急通報用アラームを携帯しているのみ

であった。元々高血圧症の持病があったが、シャワー中に下腿の発赤に気づいたため家庭医を受診し、蜂窩織炎の診断にて病院入院となった。その後、①自宅へ退院してデイケアを受ける、②リハビリセンターでリハビリを行う、③ナーシングホームへ転居するの3つの選択肢を提示され、患者本人で選ぶこととなった。彼は②を選択し、6月21日にリハビリのためアマリアに入所された。

リハビリセンターでは入院時にリハビリ専門医や高齢者医療専門医が本人を診察し、入所後1週間様子を観察してリハビリスタッフ・看護師達とカンファレンスを行って退院日を決定する。一人の患者に対して、医師・看護師・リハビリ療法士だけでなく、心理療法士・カウンセラー・音楽療法士・栄養士・スピリチュアルカウンセラー（神学大学を卒業し、すべての宗教に精通しており患者と宗教者の橋渡しの存在となる）・数多くのボランティアスタッフが関わっている。

入所後の生活は、毎朝8時半から10時の間に朝食をとり、その後はリハビリやクラブ活動を行いながら一日を過ごし、夕食は17時から18時の間に施設内のレストランで食



べる。昼食は自室だが、朝食・夕食は施設内のレストランで食べるのは、食事を通して他者との交流を図るためである。前述の男性は、リハビリは週3回リハビリ療法士の指導で30分間のトレーニングを受け、その他の時間はリハビリテーション室にあるマシンを自由に使用することができるため、毎日1時間の自主トレーニングを休憩を挟みながら行っている。

クラブ活動は、手芸（編み物・スカーフ作り・アクセサリ作りなど）や絵画・読書・紳士クラブといった様々な活動が行われており、自分の趣味に合わせて自由に参加できるとのことであった。彼は紳士クラブに参加しており、先日クラブのメンバーとタクシーで外出してきたとのことだった。

在宅への復帰に向けて、退院後に在宅サービスの導入が必要かどうかを退院前に本人の意向も踏まえながら話し合っ決定するとのことであった。また、リハビリセンターのリハビリスタッフが場合によっては退院後も自宅を訪問し、リハビリ指導を行う場合もあるとのことであった。家庭医との連携も非常に大切であり、各リハビリスタッフが家庭医に在宅療養における注意点を詳細に記載した紹介状を作成するそうである。さらに、アムステルフェーン市においては、退院してきたばかりの在宅の方をサポートする組織があり、退院する前に、退院後のサポートについても担当者と患者本人とが話し合いをするとのことであった。自宅に戻られて42日以内に何か問題が起こった場合は再び患者はゾネハウスに戻ることができるそうである。



リハビリ施設内紹介

リハビリセンターでは作業療法としてキッチンを利用して調理の練習や、シャワーや洗面の仕方など実用的なリハビリが行われている。患者達は、コーヒーの入れ方を練習して、自分でできるようになると移動式のコーヒーテーブルを自室まで貸し出してもらい、自宅のポットを持ち込んで自分でコーヒーを入れる練習を行う。理学療法室では、様々なマシンを使って筋力増強・耐久性向上や歩行訓練を行う。1階の庭には様々なタイプの地面（表面の凹凸のあるものや段差など）・材質（コンクリート、木材など）の歩道が用意されており、自宅に戻ってからに備えた実用的な歩行訓練が可能であるよう



工夫されている。

趣味の部屋では、スカーフ作りや編み物、絵画、アクセサリ作りなど、指導者のアドバイスを受けることができる。エレベータでゆっくりと話す、階段を利用し外の景色を見る、その他、図書室や美容室、食堂など患者同士のコミュニティーの場も大切にされていた。

Q&A 質疑応答

■オランダの老人医療について

Q オランダの老人医療には2種類の施策があるのか？

A はい。老人医学科というのは、臨床を中心とし、特に神経科などに強い専門医で、その他に老人医療専門の家庭医がいる。

老人医学専門家庭医は、特別に高齢者の方、老人を対象にした医療ケアを提供する。老人医療専門家庭医は、ナーシングホームなどを中心に働いており、さまざまな診断、観察を行う。メンタリーには認知症の症状はない、メンタルのほうはしっかりとしていると判定した結果、デイケア付きの自宅に戻るか、必要であればリハビリプログラムに参加していただくケースがある。こちらのほうには独立したリハビリ医師がいて、我々のようなナーシングホームで働いている。

専門家の判断は、このようにして自宅に帰る、リハビリを受けるとかの判断はあるが、それはあくまでアドバイスであり、患者本人が選ぶことになる。

Q リハビリをしてよくなると判断された場合は高齢者リハビリテーション専門病院というようなところがあるのか？

A 自宅に戻ってセラピーを受けたり、リハビリを受けるということは、必ず査定を受けて、無駄な療法を提供しないということである。本人がそれでよくなるならば提供するけれども、受けても変わらないならもう与えないという考え方で、自宅に戻れない方はこのようなりハビリセンターに一時入所していただく。

Q リハビリセンターとナーシングホームに入る違いは？

A リハビリセンターは短期、ナーシングホームはもう半永久というか、恒久。

全てコストが関係しており、自宅にとにかく帰って自分で訪問を受けたりして、自宅をベースに治療とかを受けることができる方は必ず自宅に戻すという保険制度になっている。どうしても自宅に帰れない方は短期滞在でリハビリセンターに滞在していただく。しかし、リハビリセンターのほうが1日当たりのコストが在宅よりも高いために、できるだけ早く退所させるようにというプレッシャーがかかる。どうしても短期滞在のリハビリでも無理で、絶対に家には帰れないという方だけがナーシングホームのほうに恒久滞在できるという査定を受けることができる。

■国家資格について

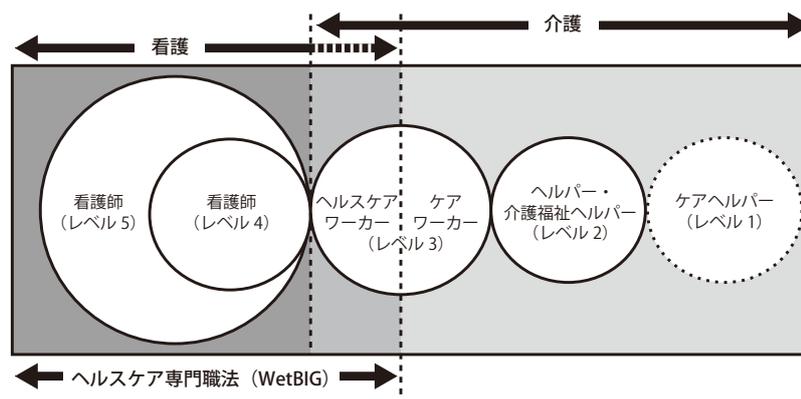
Q スピリチュアルカウンセラーというのは日本で余り聞かないが、宗教家みたいな人がやっているのか、それともそういう専門スタッフがいるのか？

A 神学大学卒業者で、神学といってもキリスト教だけではなくて、全ての宗教を学んだ資格を持った方がスピリチュアルガイダンスを提供する。オランダでは全ての宗教を広く学ぶ。

Q 文献などでみるケアに対するレベル1・2・3・4・5とはどんなものか？

A オランダには資格取得の教育があり、教育コース、教育教科などそれぞれ別々の資格になっている。

レベル1は国家資格ではなく訓練・教育は必要なく誰でも働ける、家事援助や日常生活の支援を行う人でケアヘルパーにあたる。医療・介護を含めたパーソナルケアはできない。レベル2・3・4・5というのは国家資格で、学校で教育講習を受けて、実習と理論の試験がそれぞれのレベルごとにある。学校を卒業してとかそういう条件もかなり難しい。レベル2は介護福祉・ヘルパーで、日本でいいますと職業看護学校で高校のレベルになり教育期間は3年。レベル3はヘルスケアワーカーで介護士にあたる。介護計画やケアのコーディネート、高齢者ケを行う。レベル4は一般的な看護師で専門職業となり、病気の予防と健康教育を行う。レベル5は看護師の中でも経営や運営などに携わり、また特殊医療治療の技術などを身につけた特殊看護師になり看護大学・大学院卒業の資格となる。取得方法は2から始まって、順



番に新しい教育・講習を受けていく方法と、最初から5のほうを挑戦してレベル5の看護師の資格を取るコースもある。

まとめ

病院から在宅までの橋渡しの存在であるリハビリセンターを見学した。患者1人1人の自主性を尊重し、在宅に向けて個人の適性に応じた実用的なリハビリテーションが行われていた。日本とは異なり、多くの高齢者が子供世代とは同居しておらず、単身または夫婦で生活していることもあってか、他者に頼るのではなく、患者自らが積極的にリハビリに参加し周囲がそれを支えるシステムが構築されていることが伺えた。

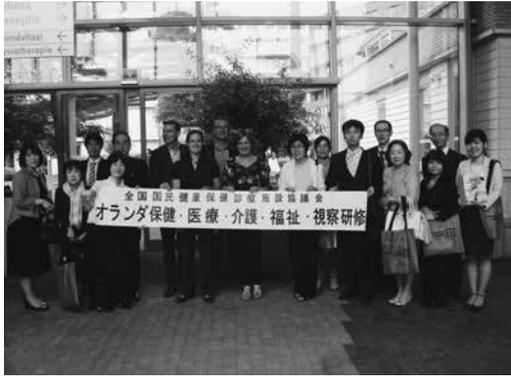
他の施設でも同様であるが、オランダ研修で何よりもボランティアスタッフの数の多さに驚いた。中年からリタイアした世代の方たちが積極的にボランティアとして施設で活動されており、医療・介護が一般市民の方々にとっても特別なことではないのだという印象を受けた。

日本でもオランダと同様に高齢者人口が増加している。しかしながら、患者とその家族・医療関係者といった限られた人々の間以外では介護に対する関心は低いように思われる。高齢者となり介護を受ける立場になることは、誰もが経験しうることであり、決して特別なことではない。今後子供達や一般市民の人々にも興味関心を高めてもらい、国民一人ひとりが参加して成立する介護システムを日本でも構築していきたいと考えている。

参考文献

特定非営利活動法人 医療教育情報センター 新しい診療理念 No128r ナーシングホーム専門医





家庭医インターンとの ランチミーティング

岩手県・国民健康保険葛巻病院 本多 勇希
富山県・南砺市利賀診療所 寺崎 敏治



研修最終日の7月7日、オランダ北ホラント州アムステルフェーンのナーシングホーム、ヘット・ゾネハウスを訪問し、家庭医インターンDr. Nelleke Ernstingよりオランダの家庭医システムとインターン養成システムについて説明いただき、考える機会を得た。



オランダの家庭医養成システム

オランダも日本と同様に6年間の医科大学での講義・実習を経て医師免許を得る。家庭医専門医になるためには、医師免許取得後に3年間の家庭医専門医の研修コースを修了する必要がある。家庭医専門医の研修カリキュラムの一例を挙げると、1年目と3年目は一般開業医のもとで知識と技能を修練し、2年目にはナーシングホームや高齢者病院で3ヶ月間、精神科病院で3ヶ月間、救急ケアで6ヶ月間の研修を行い、家庭医に必要な幅広い知識と問題解決能力を持った医師を養成するプログラムとなっている。

家庭医専門医の認定は国が行う。3年間の研修期間中の医師は約1,500人となっている。したがって、毎年約500人の新たな家庭医が誕生しており、その数は需要と供給バランスで国によりコントロールされている。



Dr. Nelleke Ernstingと前田先生



オランダの家庭医クリニックの構成員

オランダの家庭医診療所スタッフは、家庭医、アシスタント（受付や外来予約などを担当）、看護師で構成されている。特に、看護師については身体ケアだけでなくメンタ

ルケアや高齢者支援に対する知識や経験を有する特別看護師が勤務する割合が増えているのが特徴である。

オランダの医療における家庭医の役割

オランダにおいて、最も患者に身近な医師が家庭医である。オランダの全国民は、居住地の郵便番号ごとに定められた家庭医を選択し登録する義務があり、自身の健康問題について、まずはすべて家庭医を受診することになっている。患者は自身を担当する家庭医をいつでも変更することが可能である。このような家庭医の登録義務のある国としてはオランダの他に英国、デンマークが挙げられる。家庭医は医療サービスの窓口として患者を適切な医療サービスへと誘う案内人の役割を果たしている。オランダの家庭医数は約8,700人であり、1,800万人の人口を有するオランダでは、これは家庭医1人当たりの平均担当患者数が約2,000人(1,972人)であることを意味する。平均して、家庭医1人当たり年間約8,000件の患者対応を行う。夜間・休日などは地域の家庭医間の救急当番制が敷かれている。



オランダの他に英国、デンマークが挙げられる。家庭医は医療サービスの窓口として患者を適切な医療サービスへと誘う案内人の役割を果たしている。オランダの家庭医数は約8,700人であり、1,800万人の人口を有するオランダでは、これは家庭医1人当たりの平均担当患者数が約2,000人(1,972人)であることを意味する。平均して、家庭医1人当たり年間約8,000件の患者対応を行う。夜間・休日などは地域の家庭医間の救急当番制が敷かれている。

家庭医は必要に応じ血液・尿検査、心電図、X線、呼吸機能検査などをオーダーし、小外科処置も守備範囲としているため、患者の健康問題の大半は家庭医で完結し、自分の守備範囲を超えた処置や判断が必要と判断された場合のみ、家庭医は患者を病院へ紹介する。実際、患者の健康問題の94%が家庭医によって解決され、病院の専門医への紹介やナーシングホームへの入所などが残りの6%を占める。このように、オランダの医療のなかで家庭医が占める役割は非常に大きい。それにも拘わらず、オランダで年間家庭医に支払われるケアの総費用は約23億ユーロ(約2,500億円)であり、これはオランダの医療費全体(約600億ユーロ)のわずか4~5%程度である。そのように、家庭医がプライマリケアを効率的かつ能率的に行うシステムがオランダでは確立されており、医療費の抑制の根幹を成しているといっても過言ではない。

日本では、紹介状を持たない患者の大病院(特定機能病院、500床以上の地域医療支援病院)受診の際の特別料金の負担はオランダには存在しない。日本はそのような特別料金負担の制度を設けることで医療機関の機能分化を推し進める狙いがあるが、オランダでは、健康問題が生じた場合はまず家庭医に相談するのが当たり前となっており、患者が自分の判断で直接病院を受診する例は皆無とのことであった。

家庭医は地域の医療・介護組織と密に連携しており、市町村の福祉局が提供する青少年ケア、家事の支援、ソーシャルワーカーのケアなどについても家庭医がアドバイザー

となる他、保健所や助産師、栄養士とも連携し包括的に患者やその家族に対する目配りがなされるシステムとなっている。



オランダの医療保険制度と家庭医

オランダの健康保険システムは強制皆健康保険制度であり国民または在住者は、民間の保険会社が提供する医療保険加入の義務があり、負担金は月額平均100ユーロ前後である。この保険料を支払うことで、国民は家庭医の診療については無料で受けることが可能であり、家庭医から紹介されて病院を受診した場合については年額最低385ユーロを上限とした自己負担が発生する。この自己負担上限額については各保険の契約内容により異なっている（例えば負担金の安い保険では病院での自己負担が増額となる）ため、被保険者は自己の健康上のリスクや値段などを勘案して加入する保険を決定している。



家庭医の給与

家庭医の診療が無料であることから、家庭医の給与は全額医療保険から支払われる。その請求は3つのセグメントに分かれている。セグメント1は基本ケアに対する報酬であり、これには自分の担当名簿に患者が登録された際に請求できる（1人当たり25ユーロ）。また、実際の受診の際には20分までを限度として、診療時間10分当たり9ユーロの報酬を請求できる（往診ではさらに高額を請求可能）。また、セグメント2として慢性疾患ケア（糖尿病、COPD、脳・心血管疾患のリスクマネジメント）に対して追加の診療報酬を請求できる。さらに、セグメント3として革新的な試み（効率的な処方など）を行う努力についても報酬を受けることが可能となっている。ちなみに、オランダ家庭医の平均年収は900万円程度である。上記のように、家庭医の報酬に対して各種のインセンティブとなるような診療報酬を用意しているため、家庭医間で良質な競争原理が働き患者ケアの質を担保する狙いがあると考察された。その反面、診療報酬請求の様式が複雑となることにより家庭医に事務処理面での負担が増えており、各保険会社への報酬申請手続きの簡略化が課題となっている。



オランダの家庭医システムの課題

効率的かつ能率的なオランダの医療を支えている家庭医システムであるが、いくつか課題も見受けられる。まずは家庭医の給与面の待遇についてである。前述したとおり、オランダで年間家庭医に支払われるケアの総費用は約23億ユーロであり、オランダの医療費全体のわずか4～5%程度である。裏を返せば臓器別専門医と比較した家庭医の

給与は安く、臓器別専門医の約1/2～1/3程度である。家庭医システムが臓器別専門医受診を極力減らし、医療費削減に寄与していることは疑いのないところではあるが、家庭医の待遇改善との折り合いをつけるのが難しいようである。

日本と同様、オランダでも医師の地域偏在が問題となっており、都市部に比べ地方の医師確保が難しい場合がある。以前は家庭医が1人で診療所を経営する形式が主体であったが、現在は数人でチームを組んでお互いの役割を分担・補完しあうことにより、ひとりの医師が不在・引退した場合のリスクを軽減する場合が増えてきている。また、家庭医の給与は全国一律に固定であることから、物価・生活費が安い地方に診療の拠点を構えることに魅力を感じる若い家庭医が増えているとのことである。

また、オランダでは専門医数は需要と供給のバランスを調査し、国がコントロールしているが、パートタイムで働く女性医師数が増えてきているために単純な専門医数の計算が難しくなっているという。オランダの医科大学では、7割が女子学生であるとのことであり、今後もその傾向は続くであろう。

Q&A 質疑応答

Q 高齢者の認知症や鬱病などメンタル面の問題について、オランダでは家庭医が対応するのか、それとも専門医と協力して行うのか。

A リスクファクターを判断しながら、本人・そして周囲に対する危害のリスクが低いと考えられる場合には家庭医が担当を続けます。危害のリスクがある、もしくは安全性を確保できないと判断する場合には精神科紹介となります。

Q 専門医の数は国がコントロールしているのでしょうか。

A そのとおりです。国は、毎年様々な専門医の数とニーズを調査し、例えば家庭医の数が多すぎるとなると翌年の家庭医の専門コースの生徒数を減らす、というように全国で様々な医療従事者数を調整しています。

Q 本日見せていただいたリハビリセンターの個室はものすごく立派で、日本であれば3万円ぐらいの差額料金が発生するほどの部屋なのですが、自己負担が年間保険により最高額が定められているということは、あのような素晴らしい部屋に、例えば1ヶ月40ユーロ程度という安価で入れるものなのですか。

A リハビリセンターであれば全部無料です。食事も無料で素敵な部屋も無料。リハビリが必要であるという査定を受けることができ、なおかつ部屋に空きがあれば、誰でも無料で入ることができます。一方、リハビリが終了しナーシングホームに移りますと、本人の所得に応じて自己負担金が発生します。無料から最高2,000ユーロ/月程度です。

考察

オランダは全国民に家庭医登録義務があり、健康上の問題が生じた際に家庭医が相談・対応の窓口となるシステムが十分に機能しているように思われた。かかりつけ医として、そして医療資源・社会システムのコンダクターとしての家庭医の存在は、まさに日本が目指す地域包括ケアの構築に適したシステムのように思われた。オランダは様々な先駆的な社会実験を行っている実験国家として知られており、国民がもともと先駆的な取り組みを受け入れやすいという土壌があるために発展することのできたシステムと思われる。かかりつけ医を持つことを日本でも推進しているが、国としてシステム化するメリットを学ぶことができた。今後、ますます医療費削減の動きが本格化していく中で、オランダ式の家庭医システム化は一つの選択肢ではあると思われた。一方で、日本で同様のシステムを導入する場合には、専門医数や医師の待遇面での利害調整が難航することが予想される。



ヘット・ゾネハウスにてDr. Nellekeと共に

国診協 平成28年度海外保健・医療・介護・福祉視察研修レポート オランダ視察研修

北海道・京極町国保診療所所長 前沢 政次

はじめに

オランダは人口1,800万人ほどの小規模国である。ヨーロッパでありながら、北欧にも近い文化を持つこの国が今、高齢者ケア、認知症ケアでどのような状況にあるのか、少しでも知りたいと思い視察研修に参加した。

7月2日 成田→アムステルダム

結団式

2016年7月2日(土)、結団式があり、成田国際空港近くのエアポートレストハウスに集合。わざわざ広島から山口昇先生が駆けつけてくださり、どのようなことを学んできたらいかがのご示唆をいただいた。

山口先生のお話では、日本に先駆けてドイツが介護保険制度を創設したのは1995年。そのときドイツはオランダを範にしたと言われている。その当時オランダに介護保険制度はなかったはずで、「どのような仕組みを範としたのか調べてきてほしい」と視察研修への期待を述べられた。また今回、重症認知症の人たちが暮らしている認知症村のホフヴェイはどんな所なのか強い関心を持った。

7月3～4日 デン・ハーグ

ジェイコブス・ホスピス

11時間半かかって飛行機はアムステルダム郊外南西15kmに位置するスキポール空港に到着。そこからバスでデン・ハーグ市に移動。ここはオランダの政治都市で人口は約45万人、政府機関や外交機関が集まっている。特にこの市にある国際裁判所は有名で、先日南シナ海の中国進出問題を裁いた場所として報道があった。

7月4日(月)は、朝の散歩から始まった。ホテルから北西に歩くこと20分くらいで海に出た。北海である。北海と大西洋とはイギリスが境界となっている。砂浜が続き、海水浴ができそうであるが、少し寒い。

午前中は市街にあるジェイコブス・ホスピスを訪ねた(写真1、2、3)。入所定員は6名、その人たちを2名の家庭医、8名の看護師が24時間体制で支え、かつボランティア約100名、ボランティア・コーディネーター3名がサポートしている(写真4)。入所者数に対してボランティアが圧倒的多数であることに驚く。ボランティアは訓練を受けて看護師の補助をする人35名と、それ以外の手伝いをする人65名とがいた。



写真1 ジェイコブス・ホスピスの玄関



写真2 ジェイコブス・ホスピスの中庭。住人とボランティアが寛いでいる



写真3 ジェイコブズ・ホスピスの居室。窓からは緑の木々が見える



写真4 ジェイコブズ・ホスピスのボランティア・コーディネーターから説明を受ける

デン・ハーグ市の医療と介護

午後はエクストラというデン・ハーグ市の福祉局を支えている外郭団体を視察した(写真5)。カロラさんとコニーさんが、国や市の医療介護の状況を解説してくださった(写真6)。オランダは国民皆保険制度を有しており、独立した介護保険制度ではなく、医療保険制度に長期療養介護に関する保険が含まれており、3層に分類される。

1. 特別医療費保険(第一層)

1年以上の長期入院や介護等に要する医療費を対象とする強制保険。国が保険者で日本の介護保険にあたる。

2. 短期医療保険(第二層)

急性期医療を対象とする保険。この層には競争原理が働く仕組みとなっていて、医療サービスの効率化、公平性の保持に努めている。

3. 補完保険(第三層)

公的医療給付対象外のサービスを扱う保険。

第一層は国が保険者であるが、2015年から一部は地方自治体の責任となり、効率的かつ効果的運用ができるようになり、国の予算は60%に縮小された。第二層、第三層は主として4つの民間会社が保険者となっている。

オランダの医療保険の特色は、個別ケア予算として現金給付が認められている点で、実際に予算の4割弱は家族・知人等への支払いとして利用されている。1995年にスタートしたドイツの介護保険は、オランダの特別医療保険を範としたようだ。

日本では導入しなかった現金給付をドイツは介護保険に取り入れた。その背景は「マントル・ケア」という言葉に象徴されている。これはわが国ではインフォーマルサービスで、家族、友人、隣近所の人が無償でケアを行うことを意味している。肩にマントをかけてあげて包み込むようなケアを象徴している言葉である。このエクストラという団体ではいくつか印象深い話が聴けた。



写真5 デン・ハーグ市福祉介護局の外郭団体が入った建物



写真6 デン・ハーグ市の医療福祉について説明を受ける

■福祉大国は参加大国である

福祉大国は福祉サービスが行き届いていることではなく、国民がどれだけ福祉に参加するかによって決まる。その基本は自分たちで世話し合うことにある。多数のボランティアが必要とされ、そのボランティアを動かすプロがソーシャルワーカーである。ネットワークはサービス提供者のネットワークでなく、高齢者・障害者自身のネットワークをどう活かすかに重点をおく。その人のネットワークが活ければ、孤独感を減らすことができる。

デン・ハーグ市には17か所のソーシャルワークのセンターが設置され、各センターには2種類のチームが活動する。2種類とは対象者が23歳以上のチームと23歳未満のチームである。後者は主に教育問題に取り組む。また、ボランティア育成は国を挙げて行っており、首相は報酬なしでメンタルな問題のある中学生・高校生対象の授業を2週に1回行っている。

■家庭医とソーシャルワーカーの連携

医療に頼らなくてもできることがある。たとえば、軽症のうつ病の人には、ソーシャルワーカーとボランティアが共同で取り組む。医師を受診しなくともうつ病が改善する。家庭医はかつては精神科医に多くの患者を紹介していた。2015年1月からは、家庭医がソーシャルワーカーに患者を紹介する仕組みができた。ソーシャルワーカーは生活改善で何ができるかを検討し、患者自身で行動をとれるようにした。これを家庭医にフィードバックする。このことのできるソーシャルワーカーはまだ50人程度である。ソーシャルワーカーは1,300人、その6割の800人が対人相談サービスをしている。家庭医は274名が140か所のクリニックで働いている。



写真7 ビュールトゾルフの訪問看護師とのランチミーティング

■ITの普及

何と70歳以上の方々の80～85%がITを使っており、社交性の拡大、サービスの効率化に寄与しているという。

7月5日 デン・ハーグ・アムステルダム

マウリッツハイス美術館

7月5日、デン・ハーグからアムステルダムへの移動日だが、午前中少し時間が取れたので、全員でマウリッツハイス美術館を訪ね、フェルメール「真珠の耳飾りの少女」、レンブラントの「デュルブ博士の解剖学講義」等の名画を鑑賞。

ビュールトゾルフ在宅ケア

昼にはアムステルダム郊外のレストランで、ビュールトゾルフ在宅ケア組織の訪問看護師2名とランチミーティングを行った(写真7)。

2006年に設立されたビュールトゾルフ在宅ケア組織は、現在1万人の看護師・介護士、リハ職で約5万人の利用者に統合されたケアを提供している。1チームは4～6人で構成され、40～60人の利用者をサポートしている。このチームにはリーダーは存在せず、メンバー間のミーティングで方針などを確認しており、本部にも管理職が非常に少ないのが特色である。全国に620ある独立チームで活動しており、年間収入は約2.3億ユーロ(2013年)、利益率8%である。

利用者の満足度も高く、利用者一人あたりのコストも他の事業者の約半分であり、病院、ナースングホームや家庭医と連携して利用者の自立支援とQOLの向上につながる質の高いサービスを提供しており、注目されている。この組織は日本では東京都板橋区でも訪問看護を展開しているそうである。

7月5～6日

認知症村ホフヴェイ

午後は認知症ケアで世界的に注目されている「認知症村ホフヴェイ」を訪ねた(写真8、9)。ホフヴェイの設立理念は、認知症が重症であっても病院に入院することなく、その世代の人々が現在家庭で生活している状況と同じ環境で暮らしていただくことである。

認知症の入所者自身は自分では行動することなく、ほとんど見ているだけであるが、家庭と同様に

炊事、洗濯、買い物、散歩、趣味の活動などに自由に参加することができる。自分の居場所があるという認識を持てるように心配りされている。

職員はすべて私服で、すべての日常生活のケアを担当する。1軒に6～7人で生活しており、1.5ヘクタールに合計23軒の住まいがあり、約150人が生活

している(写真10)。生活様式は7種類のカテゴリーに分けられている。芸術文化重視型、格式張った生活を好む型、インドネシアからの移住者集団、アットホーム型、都市型、職人型、宗教重視型である。

村内には劇場、レストラン(写真11)、スーパー(写真12)、喫茶店兼酒場(写真13)、そして各種の



写真8 認知症村ホフヴェイの外観。すぐ近くには一般の人が住む高層住宅がある



写真9 ホフヴェイの入口。外部から入るのは自由。認知症の人は外には自由に外出することはできない



写真10 ホフヴェイの住まい。2階建てである



写真11 ホフヴェイのレストラン。現代的な造りであるが、重症認知症の人にもレストランと認識できるという。レストランで働く人も認知症介護の資格を持っている



写真12 ホフヴェイにあるスーパーマーケット。日本のコンビニ程度の規模であるが、街の雰囲気作りにも貢献している。販売員も認知症介護の資格を持った人である



写真13 ホフヴェイの喫茶店。夜は酒場になる。マリリンモンローの胸像が置いてある



写真14 ホフヴェイのクラブハウスの1室。ピアノやトランペットがあり、ジャズの愛好家が集う



写真15 ホフヴェイの住まいの中庭。右に見えるのが居室

クラブハウスがある(写真14)。ごく普通の街並みを再現し、庭・広場など建物外のスペースも広くとってある(写真15)。日本の施設によく見られる多目的ホールはない。なぜかと尋ねると、さまざまな用途に使うと認知症の人は戸惑う。音楽を聴くときの部屋はここ、絵を描くときはここで決められた場所の方が、認知症の人も集中できるそうである(写真16)。配慮の細かさに驚く。

国からはホフヴェイに1人1か月5,800ユーロ(日本円で60万円)支給され、入居者は年金から収入に応じて月450~2,500ユーロ(5万円~30万円)を国に支払う。この施設には医師2人、看護職員、1チームに4人のスタッフ(全体で130~140人)と約140人のボランティアが活動している。日本同様、オランダも国の方針としては認知症になってもできるだけ在宅で過ごすことを推進しているが、15%の人は施設ケアが必要となっている。

重症認知症者の村には賛否両論ある。反対論には、認知症の人の暮らし重視と言いながら、結局、閉鎖的隔離対策ではないかという意見がある。ここ

では、認知症の人は安全確保のために村外に出ることはできないが、村外地域の人は自由に中に入ることができるので、完全な隔離ではない。ボランティアも多いし、村内の公園やレストランには家族ばかりでなく、地域の子どもの姿もある。

最後にこの村の成果について、案内係であり創設者の一人であるイボンヌさんが熱く語ってくれた。

「私たちは、住人の生命を長くしてあげるといことはできない。しかしその中身、質を向上させてあげることができる。私たちはそうやって、質を向上させることによって住人の生きている時間の中身をよくしようとしている。それによって一つ数値で言えることは、ここの施設は住み始めてから亡くなるまで3年~3.5年かかる。他の施設では普通は2年~2.5年である」。

7月6日

ゴッホ美術館

7月6日は小休止でゴッホ美術館を訪ねた。ホフヴェイの視察研修は1グループ6人までで、3グループに分かれ、各グループ半日ずつを費やしたためである。絵画を鑑賞しながら、不遇の兄を献身的に支え続けた弟テオにマンテルケアの原点を見た。

7月7日

リハビリテーションセンター

視察最終日は、ヘットゾネハウスという名のナーシングホームに併設されたリハビリテーションセンター視察と、そこで研修している家庭医とミーティ



写真16 ホフヴェイの運動療法室の外観。リハビリテーションを兼ねたスポーツクラブのメンバーが集う



写真17 ヘットゾネハウス内のリハビリテーションセンター入所者用のトイレと洗面所



写真18 ヘットゾネハウスのリハビリテーションセンターの居室の壁面。3か月ここで暮らすので、自分の思い出の品や好みの芸術品が置いてある。自宅の部屋のような暮らしである

ングを持った。プレゼンテーションでは、事例を通して解説いただいた。事例の方で本人も自ら病室を案内して下さった(写真17、18)。

オランダでは、脳血管疾患罹患後の急性期治療の後、リハビリテーションセンターで2～3か月間リハビリを行う。その後、自宅で在宅ケアサービスを受けるか、自宅で生活できない要介護者は、高齢者ホームに入居する。こちらは有料である。第3の選択は短期リハビリテーションの必要な人、重度要介護者、障害者、認知症のある人はナースィングホームに入所する。こちらにも有料である。高齢者ホーム入所者10万人、ナースィングホーム入所者6万人(2003年)となっているが、オランダでも両施設への入所の基準が次第に厳しくなっており、高齢者ホームへの入所者は漸減している。

今回訪問したナースィングホームには、日本における回復期リハビリ病棟、療養型病床の医療機能を有する短期リハビリが必要な人のための棟や日本の老人保健施設、特別養護老人ホームのように保健・福祉機能を有する重度要介護者、身体に障害のある人、認知症の人のための棟がある。

リハビリ棟は60床で脳卒中、骨折の術後、心肺疾患等の人が入所しており、医師(高齢者専門の家庭医)、看護師、PT、OT、心理カウンセラー、音楽療法士等多職種協働でアセスメントをしてリハビリを行っている。平均入所日数は56日(上限は120日)となっており、1年間の免責額として385ユーロ(約4万円)を支払う。個人的なリハビリを受けるが、入所者自身が機器を使うリハビリを行う場合は時間的制限はない。リハビリの一環として作業療法である編み物、絵画、図工、アクセサリ作り等もあり、建物は新しく清潔で入所者の満足度の高い施設と思われた。

✍️ オランダの家庭医

オランダの家庭医の現状については、このナースィングホームで3か月研修中の医学部卒業後2年目の女性医師が解説して下さった。

オランダは英国と並んで家庭医制度が整備されている国である。医学部は8大学にあり、病院は95ある。医学部(6年)を卒業すると3年間の研修後に家庭医になることができる。他の専門医は4～6年間の研修となるので、研修期間は最も短い。研修の概要は次の通りである。

- 1年目：家庭医診療所での研修
- 2年目：3か月間精神医学、3か月間慢性疾患、6か月間救急医療の研修
- 3年目：家庭医診療所の研修

家庭医の職務はナース・プラクティショナーとフィジシャンズアシスタントで協力し合って進めている。特にナース・プラクティショナーは高齢者の身体的・精神的ケアに努めている。

人口1,800万人のオランダには家庭医(GP)が8,700人おり、1人のGPは1,972人の住民を担当する。この担当住民数は英国と類似している。住民は平均年4回家庭医を受診し、患者の問題の94%はGPが対処している。病院での治療には年間385ユーロ(約4万円)自己負担が必要であるが、家庭医が行う治療は無料である。家庭医の紹介で病院を受診することになっており、住民はそれを当たり前のことと考えている。

家庭医の80%はグループ診療(保健センター)をしている。また、多職種協働のチームが地域にある。家庭医と看護師と福祉介護職などが構成メンバーである。子どもに対する予防的なケアでは、助

産師や栄養士もチームのメンバーになる。

7月8～9日 アムステルダム→成田

おわりに

短期間であったが、福祉先進国オランダから学んだことは少なくない。最後に、特に印象に残った点をまとめておきたい。

1. マントルケア

1990年、アムステルダム大学クエークボーム教授は次のように定義した。

「マントルケアとは、介護が必要な人々に対して、支援団体や介護組織などではなく、本人の周りにいる社会的関係、つまり隣近所・家族・友人などが、通常のお世話の範囲を超えて、長期にわたって介護を行うことであり、本人にとってなくてはならない必要な介護である」。

この精神が脈々と継承されている社会がオランダであろう。それがボランティア精神にもつながっている。日本の「おたがいさま」はどれだけそこに迫れるか。

2. 「福祉大国」は「参加大国」

どの施設を訪ねても、ボランティアの多さと質の高さに圧倒された。特に60代男性の活躍が目立つように聞いた。定年退職後はまずボランティア育成講座に通う。ごく一般の人の「ケア社会への参加意識」が福祉を変えと言ってもよいであろう。これがメンタルな健康づくりの基本にある。これらをコーディネートできるプロがソーシャルワーカーである。日本では社会福祉士か主任介護支援専門員、保健師なのか。プロの出現を強く望みたい。

3. 重症認知症の人とともに暮らす

認知症村ホフヴェイは、オランダという国を挙げたの壮大なる実験とも思われた。あくまでもなじみの暮らしを重視する。当事者主観をどれだけ大切にできるか、そのためには職員をどう訓練するか。日本ではまだまだ課題が多い。

4. 雇用形態と職業倫理

どの組織を訪ねても、職員全員が正規雇用である。違いは働く時間で仕事を分け合い、ライフワークバランスをとっている。日本のパートタイマーとは倫理観が違う。正規職員は疲弊し、パートタイマーは義務的に業務をこなす日本の現状は改革が求

められている。

これら4点いずれも、洪水という災害に負けずに国を立て直し続けてきたオランダ魂、その底力と知恵の現代的表現であることに注目したい。

■謝辞

今回の視察研修に対し、課題を明確にして送り出してくださった山口昇先生、団長の富永芳徳先生、事務局伊藤彰さん、添乗員政次昇さん、通訳の方々に、そして熱意溢れる団員の方々に、心より感謝を捧げます。

参考文献

- 司馬遼太郎：街道をゆく(35) オランダ紀行、朝日新聞社、1994年
 三井美奈：安楽死のできる国、新潮社、2003年
 紺野登：幸せな小国 オランダの智慧 災害にも負けないイノベーション社会、PHP研究所、2012年
 後藤猛：認知症の人が安楽死する国 オランダの医療・介護・福祉に学ぶ、雲母書房、2012年

2016年 オランダ保健・医療・介護・福祉視察研修

平成28年7月3日(日)～7月9日(土)

発行日：平成28年11月

編集・発行：公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（略称：国診協）

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル4階

TEL 03-6809-2466

FAX 03-6809-2499

URL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>
