

フランス・スウェーデンにみる 老人医学・看護について

新 橋 澄 子

(石川医療技術専門学校)

石川医療技術専門学校看護学科の海外研修については、当校の久住治男校長が高齢先進国のフランスとスウェーデン両国の有名校と昨年5月に提携を結びました。今回両校における老人医学・看護の研修のため我々4名は3月21日に金沢を出発しました。

I. パリ

提携校の一つはパリ市の13区にあるヨーロッパ最大の規模と伝統を有するピティエ・サルペトリエール病院(1656年設立, 1964年, 2,230床の総合病院となる)の看護大学(校長ニコル・ルロー先生, 1908年設立)で, 看護学生712名, 専任教師36名, 多数の院外講師を擁し, 国際的に高名なこの病院には腎臓病学の大家アンブゼー教授, 国際泌尿器科学会会長キュッス教授などがおります。久住校長は1957年以来3回目の訪問で, その古風なゲートをくぐり抜けると1656年に婦女子感化院の役割を持ったサン・ルイ教会の聖堂が見上げられ, その周囲33ヘクタールの広大な敷地内に数多くの新旧取り混ぜた診療・研究棟が立ち並ぶ様はまさにヨーロッパ随一の医療センターの観があります。

今回のパリでのスケジュールは①生命の質に重点を老いた老人医学, 老人精神学の教育論 ②日本, フランスの看護婦養成カリキュラムの比較・討論 ③厚生省訪問: 総務統括局(ミシュリックさん)および福祉活動局(メナディエ氏)の老人健康管理政策の説明, こちらから日本における高齢者問題と金沢市健康長寿グリーンプランの紹介 ④在宅介護施設訪問・コント氏との意見交換。金沢の訪問看護の実態説明 ⑤老人医学財団訪問・ガルダンさんから老人介護の質向上を目的とした老人の満足度判定法“R・A・I”の紹介と意見交換 ⑥エミール・ルー老人病院訪問—老人介護についての病院の施策, 病棟の見学。実験的に行われている自宅・病院双方の往復滞在型介護の紹介。患

者のためのレクリエーション施設見学とかなり厳しいスケジュールでありました。通訳は久住校長の友人でパリ在住8年, フランス文化に精通している徳重隆志さんの協力を得て, かなり難解な講義や討論をこなすことができ, 感謝しております。

紙面の都合上ここではエミール・ルー老人病院と在宅介護施設に絞って報告します。14世紀に貴族の館で30ヘクタールの広大な敷地をもつエミール・ルー老人病院(写真1)は広い庭園に囲まれ, そのたたくまはフランス映画のシーンのように優雅な雰囲気を持ち, 1983年4月にパリ地区医療公団(ヨーロッパ最大, 44病院, 3万床, 従業員8万3千人, 看護婦2万4千人, 23の学校, 学生1494名)に買収され, 老人病院として再出発したそうです。ここでは半径18キロの地区の患者をカバーし, 病床1,100床, そのうち650床が長期療養, 400床が中期・リハビリ用, 残りがデイサービス用となっています。わが国よりも老人精神医学からのケアに重点がおかれ, 孤独・病苦における生命の質の向上と人権尊重が基本姿勢と思われました。フランスでは「人は年とともに大きくなる」, 「歳に年輪を重ねる」ともいい, 老人尊重をうたっています。入院料(滞在費+食費)は月



写1 エミール・ルー老人病院の正面と庭園

約28万円が本人負担ですが、90%の人が老齢年金で賄うことができ、不足分は同居の子供などが支払うことになっています。デイサービス料は1日約2万円で、送迎、選択可能なワイン付食事、午後のおやつ、入浴、美容、足のケア、レクリエーションなどを含めすべて公的福祉資金で賄われています。

サン・ジャック通りにあるコント氏の24時間在宅維持協会（公的資金により1960年設立）は老人専門看護婦3名と介護補助士7名で、パリ市の5、6両区の45名の要介護老人を診ており、医師はいませんが注射などの医療行為は可能で、がん患者への化学療法も行える自由をもっています。援助についてはパリ全域の250名の従業員がいて約700名を対象としています。この料金は日常生活援助、病人看護、在宅看護、在宅監視などの種別に応じて決まっており、同居者を含めた本人の全収入に応じて年金金庫、パリ市、受益者のそれぞれの負担が定められています。出費の50%は所得税から控除（最高45,000フランの減税）されます。これをみるとある程度の受益者とその子供への負担が明確にされています。このようなフランス方式がこれからの日本の老人福祉システムに大きな影響を与えるかも知れません。

これでパリの4日間の研修を終え、25日にスウェーデンの首都・ストックホルムに向け移動しました。

II. スtockホルム

パリ・ドゴール空港よりストックホルムのアルランダ空港に3月26日午後6時55分に到着。いつもの温かい笑顔で、久住校長の30年来の旧友アンダーソン教授に出迎えられ、外に出ると摂氏4度の冷たい風はいかにも北欧らしい挨拶でした。ストックホルム発祥の地オールド・タウンのホテル・レイセンにチェックインすると、我々一行は身軽になって早速アンダーソン教授の自宅に招かれ、カクテルを飲みながら明日からの研修スケジュールなどにつき話合い、今回通訳をお願いした訓覇（くるべ）法子さん（ストックホルム大学、社会学博士）にも明日からの打合わせを電話で済ませ、これで研修の前準備はすべてOK! ホテルに帰り、窓を開けると眼下にライトアップされた大型クルーザーが横づけになっていて、いかにも北欧のベニスといわれる雰囲気でありました。

スウェーデンは65歳以上の総人口（約869万人）に対する割合は17.6%（わが国は14.5%、2025年に26%）と世界一の先進高齢社会で、日本政府もスウェーデンの福祉医療対策を下敷きとして、これまでのシステムを構築してきたことは明らかで今後も多くのこ

とを学べる国です。校長はこれまで10数回訪問していますが、老人介護、老人学の立場で訪れたのは初めてです。そのような訪問者はスウェーデンの制度について予備知識をもつことを勧めます。それはすべての支援が公的資金による高福祉・高負担の国だからです。我々の通訳を担当していただいた訓覇さんは「スウェーデンの高齢者福祉医療対策」¹⁾の著者です。その中から老人介護に関することをここで基礎知識としてご披露しておきたいと思います。

1. 行政と組織：これまでの老人医療・福祉政策は1992年に統合改良政策（エーデル）により老人ケアの行政責任の一本化を行い、これまで県の医療管轄にあったナーシングホームと痴呆老人のためのデイケア、痴呆老人のためのグループ住宅の責任を市町村（コンミュン）に移しました。したがってコンミュンは常に地域に住む老人のニーズを把握し、必要なケア資源を体系的に準備することになります。この統合政策は病院などの高い施設ケアにとって代わる他のケア形態を供給しやすくする点にあります。

2. 老人のための経済政策：国民年金制度はすべての人の基本的年金で、この国民基礎年金と老齢年金が一律定額で支給され、低額年金者には年金特別加算金とコンミュンから住宅加算金がでます。インフレ率を考慮した給付算定方式が特徴で、この国の国民年金制度は老人の経済を保障、安定させ、経済的要因で受けたいケアが受けられないことは全くありません。保健・医療・社会サービスの費用の大部分が助成され、本人負担はほんの僅かで、医療費の年間負担が約2万円を越えるとケアの内容にかかわらずそれ以上は無料です。サービスと経費（1991年）について主なものをあげると、老人専門病棟：1日最高約千円、老人ホーム：最高年金所得の70%、医師による診察：約1,400円、訪問医療医師に最高1,300円、看護婦には無料デイケア：1日約500円、安全アラーム：無料、送迎サービス：大部分助成、障害者住宅改造：約42万円まで無料、補助器具：無料となっています。

3. 老人の住まい：原則はできる限り長く自宅に住み続けるよう援助することで、65歳以上の老人の92%が全館暖房の完備された自宅に住み、機能低下のある人にはホームヘルパーを、住宅改造の必要のある人には社会サービス法により自宅に代わる「相応しい住まい」が保障されます。住宅の種類：①ケア付住宅／サービスハウスには自宅に住めない年金生活者で比較的介護ニーズの少ない人、自宅不安のある人などが入ります。1991年で老人施設に住むもの92,100名中サービスハウスにいる人は40,803名、44%



写2 デイケアセンターで手仕事の訓練中の着飾った老女たち

に当たる。20～100戸のアパートからなり、2DKが半数です。入居者は住宅会社と直接賃貸契約を行い、市場並みの家賃を払います。これはコンミュニの住宅手当金で援助され、必要があればホームヘルパーを助成された安い料金で受けられます。その他レストランの食事サービス、デイケアセンター(写真2)では余暇活動、足のケア、美容室などの公共サービスが併設されています。②老人ホームは1991年末で約800、約36,000床で、ここではヘルパーがあっても自宅に住めない在宅医療も必要な援護ニーズの高い老人が入ります。30～35㎡のトイレ付個室で、自分の家具に囲まれて暮らしています。ホームヘルパーと同じ資格を持った介護職が中心で24時間常駐し、入居料は年金所得の大きさによります。③グループ住宅は身体的／精神的障害を持つ人、痴呆老人のためのもので、6～8名の集合住宅に各人が独立したアパートを持ち、24時間サービスを受けます。1992年に6,700名、この1年間に1,600名が増加し、2,000年には25,000名が見込まれるそうです。④ナーシングホームは長期療養のケアを要する人に家庭の雰囲気を保つよう配慮され、(1)病院付属型、(2)地域型：地域保健・医療センター医師が責任を持つ、(3)民間委託型：宗教法人が委託され、財政は公共負担になっています。⑤病院は病院での医療が終われば直ちに自宅へと送ります。老人性痴呆の疑いがあれば痴呆診断病棟で検査を受け正しい診断に基づく合理的、より人間的医療の利用を勧めます。初期医療の拡充により病院中心思考を克服することにあります。

4. 住宅サービス：一人暮らしの老人が安心して暮らせるためきめ細かいネットワークが形成されています。①ホームヘルプサービス：できる限り自宅に住み続けるのが原則で、24時間体制で、美容、配食、入浴、除雪、などのサービスが行われます。現在へ

ルパー16,700名、65歳以上の20%がなんらかの援助を受け、80歳以上では40%に上るそうです。50人の老人に10～15人のヘルパーが配置されています。②夜間／深夜パトロール、就寝の援助、注射、深夜のトイレ、体位の変換③安全アラームサービス：緊急通報ベルによりヘルパーに即刻連絡がとれるシステム。水洗トイレが24時間流れないと自動的に通報されます。④送迎サービス：老人の孤立化を防止します。⑤在宅医療ケア：(1)初期医療による訪問医療・看護。(2)病院ベースの在宅医療ケア：24時間体制の病院スタッフの訪問体制、住み慣れた自宅で高度な医療技術や人的資源を使って癌の末期、重病に対応できるサービスなどがあります。⑥デイサービス：頻度は週2日が一般的で、介護家族の負担を少なくし、入院せず検査ができます。そのために送迎サービスを巧みに機能させます。⑦補助器具サービス：自宅で自立した生活を可能にするために補助器具は必要不可欠です。必要性が認定された人にはコストに関係なく無料で貸し出されます。⑧人的資源：介護職員6,700名が雇用され、ボランティアによる介護援助は殆ど存在しない。それは市民が必要とする介護などは公共部門がその最大の責任を取る福祉国家としての基本原則があるためです。最近老人ケアの民間への依託運営もみられ、今後サービスの競争相手として1つの選択肢となりうるとの見解がもたれています。以上で概略の紹介とし、次に我々の研修報告に移りましょう。3月27日は前日と打って変わって気温マイナス4度、道路の雪はキンカナマナマで、吹雪模様となりました。ストックホルム県でもっとも老人密度の高いクングス・ホルム(王様の島)にある県老人センターを訪問し、グラフィストロム先生の講義を聞きました。最近の老人問題の1つは80歳以上の人が急増し、それにつれて老人性痴呆の増加が著しく、したがって介護ニーズの大きい痴呆は高額な医療助成を求めることになります。そのため大学院では痴呆診断病棟をもち、診断法を確立するのが急務となっています。高度の診断技術はスウェーデンが最高で、目下 Cognex®内服薬(脳血行改善剤)や神経発育因子の開発を行っていて今後期待がもてるとのことでした。このプロジェクトは40～50名の研究者をもち、①アルツハイマー型と血管型の鑑別診断②痴呆のリスクファクター③記憶力のスクリーニング④抑うつ状態と痴呆との出現型⑤記憶能の意識的援助⑥家族の役割⑦独居、孤独の影響⑧QOLの定義などについて研究を行っています。この地域には90歳以上の老人は500名おり、その82.5%が女性で、57%が自宅、17%がサービスハウス、22%

がナーシングホームなどに入所しています。24%の人は薬剤の投与はされておらず、投薬を受けている人の80%は自分で何の薬か分かっています。20%は分かっていないそうです。95歳以上の老人の73%は健康とのことです。その他数々の研究成果につき報告がありました。

次のプログラムでは「柳の木」というサービスハウスを訪問しました。ここは機能障害者用の9住宅と年金生活者用住宅が中心で、隣に民間に委託されたナーシングホームがあり、痴呆に対するデイケアも行っています。どのアパートの部屋もこれまで自分が使用していた家具、記念の写真や絵画、柱時計など自宅の延長にある住まいとして使用されているのがよく分かりました。デイケアにくる痴呆の人もそれぞれ着飾って、お化粧品や髪の手入れも十分に、自由な時間を楽しんでいることが手に取るように分かりました。デイケアは脳卒中の人が大部分で、朝8時30分送迎サービスで通ってきます。朝食前に地域医師の診察を受け、理学療法士、作業療法士による個人的リハビリ、グループ体操を行います。昼食後クイズ、散歩、ビンゴゲーム、セラミック型押し、パン焼き、音楽合唱などがあり午後2時に帰宅します。痴呆のデイケアには35名が来ており、12名が85～89歳の間で、22名が独居、そのうち5名は90歳以上とのことで、人間関係を作りあげていき孤独・不安を取り除く上でデイケアは重要とされています。

さて、ナイチンゲール(1820～1910年)のお弟子さんが初代の校長であったスウェーデン赤十字看護・保健大学(1867年発祥、校長：グン・ゲルト・ピータソン・エングストローム先生)では、我々から(a)

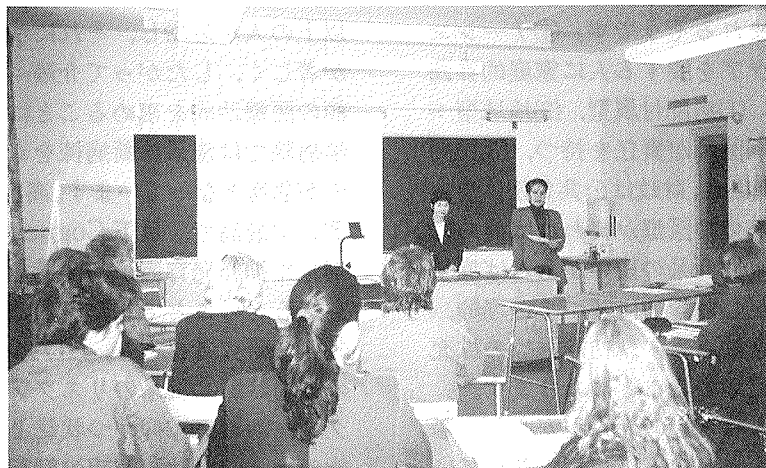
日本、金沢の高齢社会の統計的報告とその対策につき(久住校長) (b)日本における寝たきり老人発生の要因(新橋澄子) (c)金沢における訪問看護の経験(北川勝子)を先方の学生さんたちにそれぞれ30分訓覇さんの素晴らしい通訳のもとにお話をし、学生さんから積極的質問も多く好評のうちに終了できました。(写真3)

この夜は北の郊外にある由緒ある古いレストラン(Edsbacka Krog)で先方の先生方と懇親会をもち、これからの海外研修の一層の理解を深めることができました。

最終日の午前中はグラフストロム先生の老人学分野における看護教育法について、専門的な講義を受け、30日パリ経由で帰国の途につきました。訓覇さんは最後のコメントとして、多くの日本人が見学に来訪されますが日本の制度に基づいた実効あるシステムを構築することが重要であり、外国の歴史、制度風土などの差を十分考えて日本の高齢者社会のシステム作りを願っていますとのことでした。この次の海外研修は来年4月13日より2週間の予定で、目下カリキュラム、フライト、ホテルなどの準備に入るところです。このような海外研修が看護婦(士)教育カリキュラムの中に意義深いことの確信をもちながらストックホルムを後にしました。

文 献

- 1) Barbro Beck-Friis, Kerstin Lundström, Noriko Kurube : スウェーデンの高齢者福祉医療政策, (社)エイジング総合研究センター, 1993.



写3 スウェーデン赤十字看護・保健大学で講義中の新橋澄子と通訳の訓覇法子さん