

<私がオランダの高齢者ケアに注目した理由は・・・> 浅川澄一

- 1) **病院死の比率**が最も少ない国。在宅医療と在宅介護が浸透しているためだろう。日本でも胃瘻への反対論が急増し、看取りの見直しが浸透中。自然死を「地域包括ケア」として推進するには家庭医と訪問看護師が不可欠。介護保険制度を世界で初めて生み出し、**安楽死**法も12年前に世界で初めて制定。死へのプロセスをどのように考えているのか。
- 2) 小さな国土ながらスペインから17世紀に独立。共和制への一番乗りを果たし「黄金の世紀」を迎えた。「コンセンサス民主主義。制御の文化」（長坂寿久氏）。人口密度は日本より高い。そのため都会地では、中高層の建物が多く、高齢者施設も中高層が主流。日本の高齢者ケアの今後の課題は首都圏など都会地。施設やケア付き住宅の中高層化は避けられない。**中高層のケア付き住宅**から学ぶことは多いはず。
- 3) かつては、オランダ版「特養」（ナーシングホーム）の入居者が多かったが、いまでは**「住まい」**重視に転換。改修を活発に進め、施設の居住空間を広げて住宅に変えてきた。日本の4人部屋特養の参考になるか。「社会保障の基盤は住宅」を示す具体例は何か。住宅協会の存在。
- 4) 介護事業者のほとんどが民間の**非営利団体**。北欧のような税や公務員主導ではない。企業との違いは何か。病院も学校も、同様に非営利団体が主役というオランダ人の発想法を知りたい。だが競争、評価は奨励される。市場主義と「福祉」との折り合いはどこにあるのか。
●福祉分野だけでない。中央集権的官僚機構が歴史的に不在。代わって、**中間団体**が教育、労働、農業、住宅など多くの分野で形成。
- 5) 安楽死のほか麻薬、売春も公認されている。**人間の欲望**と社会秩序との接点の見出し方が他国と違うようだ。「欲望は悪」と決めつけない発想がいい。人類のライフスタイルの先端を走っているのか。
- 6) 正規社員とパートタイマーが同一労働同一賃金の国。夫がパートで妻が正規社員も珍しくない。つまり男女差別がほとんどない。同様に人種や宗教への**偏見、差別**も聞かない。移民の国という歴史。外国系市民が2割近くを占める。トルコ、モロッコ、スリナム、アンティル。障害者や要介護者への対応も他の欧州諸国と違いがあるのでは。

- A) 病院死 (35%) が先進国中で最低比率 ←— 在宅の診療・看護・介護が浸透
- ・ホームドクター (家庭医、主治医) の専門性、信頼性 → 安楽死へ
 - ・看護師と介護師が 5 段階で同一職種：高い専門性
 - ・医療がフリーアクセスでない。在宅医は選択できる。医師免許は更新。
- B) 高齢者の居場所 (施設&ケア付き住宅) は 3 類型 + α、アトリウム形式
- ▲ナーシングホーム verpleeghuis 330 施設に 6 万人、15 m²～、24 時間ケアの医療施設。60 年代に 14 m²で疑似病院として始まる、70 年代初頭まで 4～6 人部屋＝日本の特養、老健、特定施設に近い、
 - △Small Scale House 認知症向け小規模が急増。6～80 人。GH と呼ばない。
 - ▲ケアホーム verzorginghuis 1400 施設 11 万人、48 m²～、1988 年から開設
トイレ・ミニキッチン付き＝日本のケアハウス、サ高住に近い、
 - ▲高齢者住宅に 10 万人、75 m²以上＝自立者向け有料ホーム、ケアなしサ高住
- ・高齢化率 15%、高い人口密度：480 人、日本 330 人 (1 万 km²) → 中高層高密度建築
 - ・多い施設系入居者：オランダ 7% (17 万人)、日本 4% (112 万人)
- 世界で初めての介護保険制度 **AWBZ**、全国民対象 (年齢区別なし、障害も)、
- ・財源＝国庫補助＋保険料、所得の 13・45%負担 (15 歳以上)、
 - ・サービス提供＝非営利組織 NPO が主役、市場に競争原理あり
 - ・特別医療費補償法で段階的に導入：長期入院、老人、障害者
- 68 年ナーシングホーム、77 年デイケア、80 年訪問看護、97 年訪問介護
90 年代半ば：代替政策：治療 < 介護 < 予防、施設 < 在宅
- Cure **Z V W (短期医療保険)** 短期治療：家庭医、専門医、病院、禁煙指導
- Care **AWB Z (長期医療「介護」保険)** 1 年以上の長期療養：身体介護、看護、
- SocialSupport **WMO (新社会支援法)**：家事援助、移送、補助器具、住宅改修、
財政難から 2007 年に導入、企業参入増加
- Z V W と A W B Z は強制加入の医療保険、WMO は公費＋自己負担
保険会社：4 社 (3 社非営利) で 9 割シェア。公的管理。競争原理だが被保険者を選べない、
- C) 認知症への対応
- ・集合住宅やナーシングホームの建物内に特別コーナーとして GH を設置。独立型も
- D) 安楽死、看取り、ホスピス
- ・安楽死法を世界で初めて 2001 年に制定 → ベルギー、スイス、米国オレゴン州
- E) 地域包括ケア (オランダでは「統合ケア」)
- ・新都市・アルメール市の住民密着型保健・介護、マントルケア、ポルターモデル
 - ・訪問看護師のニュービジネス Buurtzorg (ビュルツォフ)＝ヨス・デ・ブロック

昨年10月とこの6月、オランダの高齢者ケアの現場を視察した。1968年に介護保険制度を世界で最も早く始め、「脱病院」に舵を切る。その後「脱施設」「ケア付き集合住宅」に向かい、「Ageing in Place」を実現させてきた国の実態を探る。

第1回 ボランティアが支える「安楽死協会」とホスピス

世界で初めて安楽死を法制化した。アムステルダム市内の安楽死協会（正確には自由意志生命の終結協会）を訪ねた。古本市などで賑うライッツェ広場近くの5階建て煉瓦ビルの2階。目の前に運河が流れる、典型的な17世紀のたたずまいを残した地域だ。

「安楽死を望んでいるのに主治医が賛成してくれない時などに、電話相談を受ける」

「安楽死を望んでいるのに主治医が賛成してくれない時などに、電話相談を受ける」とボランティアが説明する。ある部屋で、電話のレシーバーを付けた女性ボランティアがパソコンの画面を見ながら話していたのは、そんな相談のようだ。

オランダ視察

「病院死」の最も少ない国のケア現場

▲安楽死協会が電話相談を受けるボランティア



騒動に。有罪宣告されたが、執行猶予つきの禁固1週間で実質的に容認された。

この事件を機に、「公開の議論」と1973年に協会が作られ、医師会が認めて関わる。「殺人だが、手続き通りなら罰しない」とする法案に帰結した。その手続きとは、①本人が死を望む意志②主治医が実行者となりもう一人の医師の承認③死後に検視官が調べ検証委員会に報告」などが決められた。

23人のスタッフのほかに、120人もボランティアが活動を支える。安楽死法は2001年に成立した。そもその議論はその30年前に遡る。「私の終末を助けて」と、半身麻痺の母親に頼まれた女医がモルヒネで死亡させて大695人。発症前から手続

死を望む意志 尊重

きを踏んでいれば認知症の人も安楽死しており、49人。ワシントン州に及んでい

「主治医が本人とよく話し合い、苦痛や悩みを十分理解し判断する」と同協会のジョン・ロンマー医師。

オランダでは全国民が地域の診療所の医師を主治医（ホームドクター）としており、大病院に直接行くことは少ない。家族ぐるみで主治医と交流があり、その延長線上で安楽死が選択される。医師が致死薬を渡すなど、主治医の関わりが重要だと感じられた。

同行ガイドの後藤猛さんが、安楽死に立ち会った場面を著書に記している。「ペーターは最後のお世話をお願いし、静かに伝えた。薬の投与が終わるとホームドクターは後ろにさ

がった。薬の入ったワイングラスを持ったペーターの周りには、奥さん、息子さん、娘さんがいた」（「認知症の人が安楽死する国」より）。

安楽死を認める国は広がり、隣国のベルギーやスイス。アメリカのオレゴン、ワシントン州に及んでい

人々の終末期の選択肢としてはもう一つ、延命治療をしない緩和ケアによるホスピスがある。ロッテルダムの中央駅から2キロほどの住宅地にあるホスピス「デ・フィール・ホーフル（4羽の鳥）」を訪ねた。

4階建ての古い建物の1階に4室を備える。



▶ロッテルダム市のホスピスの部屋。自宅と変わらない雰囲気だ。

同国北部のホルン市の専門職の5倍もの多くのボランティアが関わる。

マントルケアと呼ばれる助け合い精神が国中に広がっているとは聞いていたが、確かにしっかり根付いていると感じた。宗教の隣人愛から始まり「外套（マントル）で弱者を包む」という発想である。

「ホスピス・デイグニタス」でも、ボランティアの旺盛な活動ぶりを聞かされた。広い庭付きの改修された修道院を借りて9年前に開設。8室を備え、年間100人前後が亡くなるというが、職員の5倍の150人もボランティアが通う。このうち28人は介護保険制度のAWBZから報酬を得ている。



ジャーナリスト 元日本経済新聞編集委員 浅川 澄一

1971年、慶応義塾大学経済学部卒業後に、日本経済新聞社に入社。流通企業、サービス産業、ファッションビ

ビジネスなどを担当。1987年11月に「日経トレンド」を創刊、初代編集長。1998年から編集委員。主な著書に「あなたが始めるケア付き住宅」新制度を活用したニュー介護ビジネス（雲母書房）「これぞ欲しい介護サービス」（日本経済新聞社）などがある。

「街」を併設

「認知症の街」として世界の主要新聞やネットに掲載され、一躍国際的に著名になった施設がある。アムステルダム以南東を車で20分、ヴィーjsp市の「ホグウェイ」。

噴水の先に延びた通路に、車いすを押す家族の姿が目に入る。両サイドは普通の街の家並みのように、ギターのある音楽室、工具が見えるDIY室などが並ぶ。調理器具が揃ったキッチン室も。入居者のためのクラブ活動の部屋だという。

天井が高い玄関ホール、左右には、日用品のスーパーと洒落たレストラン、美容院。スーパーで入居者がワインを手取る隣には、高級紙おむつ「テーナ」の緑色のパックが棚いっぱい。これら店舗の先には、152人の認知症高齢者が住むナーシングホーム（特養）が連なる。

1、2階の居室がユニットごとに続く。一つのユニットは、6〜7人。個室と共用の居間やキッチン、水回りで構成される。庭や池などを数ユニットの連棟式

オランダ視察

「病院死」の最も少ない国のケア現場

住宅が取り囲み、木の椅子でゆったりくつろぐ入居者の姿があちこちに。1階は16のユニット。2階に8ユニット。全体が通路やテラスで巧みにつながっている。通路を歩く入居者にはスタッフがしっかりと手をつなぐ。



▶カフェの連棟式ユニット。庭でくつろぐ入居者たち

日本流に言えば、24ユニットのグループホームだ。あるいは、個室ユニット型特養である。「テーマパーク型と呼ぶジャーナリストもいます。私たちは、自宅での暮らしをそのまま再現しました。買い物やレストラン利用などで普通の生活を送るのが認知症ケアには一番いいからです」と担当者説明する。画期的な試みは、全入居者を7つのライフスタイル別に分け、同じグループの人と同じユニットに集め、インテリアもそれに合わせていること。カフェや外食

ライフスタイルに合わせた住居

好きな「都会派」、家事が好みの「ホーム派」、芸術や文化が好きな「アート派」、それに信仰心の篤い「クリスチャン派」、さらに「上流クラス派」、「伝統生活派」、「インドネシア派」である。

インドネシアはかつての植民地で、そのユニットではアジア人が入居していて庭に仏像らしき彫像も。上流クラス派の居間にはシャンデリアや豪華そうな家具が並ぶ。

「同じような価値観の人が一緒に暮らすのがいい。確かに、認知症ケアは「100人に100色の対応」と言われ、それぞれ異なる人生体験に合わせた声掛けやケアが大切だ。それを各ユニットで実現させたのはなかなかのものだ。「生活歴の把握」は認知症ケアのイロハだが、居住空間にまで具体化させた事例は北欧でも見たことがない。しかも、街づくりにまで進化させた。以前は普通の4階建て



▶アクトホリスの1階はフードコートと店舗が並ぶ

の病院風ナーシングホームでしたが、自分たち職員がここで暮らしたいか、と考えて3年前に全面改築しました」と振り返り、「病院みたいな急に料理が出てくると認知症の人は戸惑う。今ではユニットで一緒に調理します。洗濯もアイロン掛けもね」と話す。

認知症の入居者が暮らす建物の1階に、店舗や様々なサービスを用意するのは、ロッテルダムの事業者、「ユマニタス」の施設「アクトホリス」でも見えた。中層住宅に挟まれた1階アトリウムはフードコート

ほか、1人用の冷食があるうしているかのよう。ただ、残念なのは、既存の周囲の街とのつながりに欠けていること。囲われた敷地内での街づくりは、テーマパークと言われるように、地域住民との接触が考えられていない。日本のグループホームで、近所の商店街に買い物に行く光景は、世界的にも誇れるケア手法だろう。

高齢者ケアの歩みは、70年代の脱病院から脱施設、そしてケア付き住宅の新設へと進み、今、「街」づくりが次の目標。一旦捨てた「普通の生活」を取り戻そう。



ジャーナリスト 元日本経済新聞編集委員 浅川 澄一

1971年、慶応義塾大学経済学部卒業後に、日本経済新聞社に入社。流通企業、サービス産業、ファッションビジネスなどを担当。1987年11月に「日経トレンド」を創刊、初代編集長。1998年から編集委員。主な著書に「あなたが始めるケア付き住宅」新制度を活用したニュー介護ビジネス（雲母書房）「これこそ欲しい介護サービス」（日本経済新聞社）などがある。