

デンマークの高齢者介護理論に学ぶ

宮島 渡

アザレアンさなだ施設長

監修：千葉忠夫 日欧文化交流学院院長

デンマークの福祉は、日本より20年先を歩んでいると言われ続けてきた。その福祉医療の先進国と日本が、認知症ケアにおいてどのような違いがあるのか、この連載で紹介してきた「認知症コーディネーター研修」への参加を通して、さまざまな講師陣の講義から感じたことを書いてみた。

「生活の場」を「認知症ケアの場」にするために

日本のかつてと同様に、デンマークでは大規模な精神病院や老人ホームに認知症高齢者を収容していた。その後、地域の精神科医療や認知症ケアがどのように進み今日に至ったのだろうか。今回の研修で、Rolf B. Olsen氏は、30年にわたる精神科医としての立場から、高齢者精神医療の歴史をおよそ3期に分けて説明した。

■第1期：精神病院の時期(病気を診る非人道的治療の時代)

30年前、大規模な国立病院がコロニーを造り精神病患者を収容して、社会から隔離していた。たとえば、ミドルファート病院(フュン県ミドルファート市)の精神科には当時1200名(うち800



Rolf B. Olsen 氏

名が高齢者)の患者が全国各地から集められ入院していた。

精神疾患を持つ高齢者の病院での日常生活としては、①美しく静かな環境、②規則正しいこと、③清潔が保たれること、などに主眼が置かれていた。一方で個人の自由は束縛され、ベッドに縛られるなどの拘束や抑制がなされ、医師の診察が行なわれないこともあった。

このような高齢者や精神障害者の受けている非人間的な「処遇」を改善するために、「(精神)病気を診る」のではなく「生活をみる」ことの改革が求められた。

■第2期：改革期(「病気を診る」から「生活をみる」時代へ)

同じ認知症高齢者を見るにも、立場が異なれば見方が変わる。若く活気のあった頃の姿や、混乱した様子以外の側面を数多く知っている家族などは、「好意的」な視点を持っている。一方、認知症がもたらす行動障害(問題行動)に対して、どのような対処をすればいいのか、問題行動しか見ない介護職などは「敵意的」な視点しか持っていない。

この違いから、今後の認知症高齢者は、身近な地域社会で普通に生活する場面で治療することが大切だと考えるようになった。そして、精神科医が地域へ出向き患者を往診する仕組みが生まれた。この結果、精神病院に多数のベッドを置く必要がなくなり、精神病院の持つ「亡命機能」は一般病院機能へと代わった。診断と治療は自宅で行なわれ、精神病患者の「生活環境を変える」ことからの解放と、病院のベッドに掛かる支出を節約するといった一挙両得の仕組みが実現した。

■第3期：現在(認知症ケアを地域で)

「社会支援法」によって、病院が国から県の管轄に移管され、ミドルファート病院精神科のベッド数も、1200床から、なんと64床(うち高齢者8床)に減少した。同時に、病院の職員(医師、看護師)が在宅高齢者のもとへ出向く「地域高齢者精神医療班」が組織された。

このチームは、保健省が認可するホームドクター(人口約2000人に1人)から紹介されて患者宅(高齢者)を訪問する(初回は紹介後3日以内)。重要なことは、第1に認知症の診断と判定、第2に疾病(認知症)に対する知識を家族・知人・地域住民に提供することで家族支援と地域支援を行なうこと(治療の基盤を地域につくるという考え方)、第3に住環境や日常生活支援に基づく治療の選定である。

認知症の治療とケアを地域で展開する上で大切なこと

こうした流れを経て、現在デンマークの認知症治療およびケアが地域に展開する上で大切とされている3点について説明する。

■認知症の診断と判定

●異常行動の原因を探ることから

高齢者精神医療の基本要素は、まず、高齢者の異常行動を判定することにある。高齢者だからといって、単純に「呆けた」と済ますのではなく、異常な行動に秘められた原因を探り、診断と判定をすることが重要になる。

高齢者精神医療班は、異常思考になる7つの要因を挙げ、それらが個々あるいは相互作用によって精神疾患に発達するものと予測している。すなわち、①正常であるが他人から見ると何かがおかしい、感情が不安定な状態、②孤立して体験や刺激が足りない状態、③薬の副作用によって混乱している状態、④アルコール中毒、⑤主に身体に原因(膀胱炎など)があり落ち着きがない状態、⑥鬱病、⑦認知症である。

特に中心課題である認知症の診断は、自宅へ訪問しただけではできない。したがって、いろいろな角度から検討する必要がある。たとえば、家族などから病気の進展状況やバックグラウンド(生活歴などの生活背景)についての情報を得たり、家庭医の血液検査、その他の身体的機能検査などの結果を踏まえるなどである。

医療班は、初回の訪問時にMMSE(Mini Mental State Examination; 簡易精神機能検査)を実施し、認知症が懸念される場合は、CT検査などを行なうため医療機関が紹介され、精密検査を経て、大きく「アルツハイマー型認知症」と「前頭葉認知症」に区別される。



●日本の状況

医療はアムト(県)、ケアはコミュニン(市町村)と、役割が分担されているデンマークと違い、日本では医療と介護の整理と統合、役割分担が曖昧に感じられる。

実際、地域はもちろん養護老人ホームやケアハウスなどに暮らす高齢者は、専門医によって認知症が診断されているのではなく、まして前述の7つの分類もままならず、「高齢者=呆け症状」と簡単にすまされている観がある。

特に軽度認知機能障害や記憶障害のレベルでは、引きこもりや抑鬱的な症状を示したり(鬱なのか認知症なのか)、自分はまだ大丈夫だと言って、専門医の受診を拒否したりする。そこで、デンマークの「高齢者精神医療班」のようにファーストコンタクト(初期対応)としてリーチアウト(積極的な訪問)すれば、早期発見、早期治療に結びつくと感じた。

■居住地区での治療を可能にするために

地域高齢者精神医療班が重点に置いているものは、「生活の場」である家庭や地域社会の中で治療が可能な状況をつくるために、患者家族に対する「家族研修」を実施したり、ホームヘルパーやデイセンター、高齢者住宅で患者と関わる介護職員への「教育研修」などを実施することである。

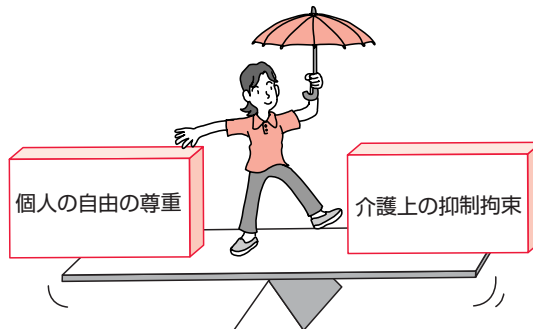
日本ではこのように、地域社会や家庭を「治療の手助けとなる基盤」として捉えきれていない。したがって、このチームのような基盤づくりの柱が地域にない。このことが大きな違いであり、今後の課題と言える。

研修では、「介護を必要とする人々」「家族」「介護職員」への支援について、地域高齢者精神医療班看護士の Mirjam Gade 氏が説明をしてくれた。日本の状況と合わせて紹介したい。

① 介護を必要とする人への支援

認知症高齢者は自分の意思を十分に伝えること

図1 権利と安全をバランスよく守る



ができない。そのため、彼らは自分自身の自由と危険を区別することが困難である。援助者は、その点に十分配慮しなければならない。なぜならば、本人の希望や意思に沿わず、事故や苦情を恐れる結果、過度に行動を管理することにより拘束や抑制などで人権を侵害してしまうからである。だからといって、自由と放任をはき違えることも大きな間違いである。

デンマークでは、権利を守ることと安全を守ることとを天秤にたとえ、介護職員の役割はそのバランスを上手に取ることを考えられている(図1)。その結果、本人の人権が尊重され、かつ、安全が保持される。そこで、介護職員には、あくまでも本人の希望や意向、人権にポイントを置いた「フレキシビリティ(柔軟性)」「ファンタジー(想像力)」「オープンマインド(受容、共感、相互理解)」が資質やスキルとして求められる。

一方、日本における認知症をめぐる現在の最大の問題は、サービスの質の格差と言われている。2000年の介護保険制度導入後、施設を中心に「身体拘束ゼロ」を目指し、危険回避による「安全」と自由を束縛する「権利侵害」を現場の工夫によってどうにか解消しようとした。しかし、これまで、記憶・認知障害と環境やケアとのミスマッチを「問題行動」として対処することが「ケア」だと考えてきた介護現場では、「拘束ゼロ」は非常に難しい課題であった。

不適切な環境や関わりの理由は、認知症高齢者の「人」の部分を見てこなかったこと、また、知ろうとしてこなかった結果であった。それは、認知症高齢者を「何もできない人たち」として捉え、ケアが家族や特定の介護者によって抱え込まれることにつながった。そのため、特定のサービスや介護者の狭く偏った視点でアセスメントする結果、環境や個人的な要因を捉えきれず、問題行動(周辺症状)→記憶・認知障害(中核症状)→脳の器質的変成(病気)→「病気=治療」という流れに堕っていた(基底還元論的思考)。

最近、認知症は環境や関わりのまずさによってつくられた障害であると言われ始めている。認知症高齢者の「人」=「その人らしさ」(Personhood)を支えるためには、さまざまな情報が必要となる。たとえば、24時間どのように過ごしているのかや、これまでの嗜好や生活習慣などを知ることの重要性が認識されるようになった。

最近開発された認知症高齢者を知るアセスメントシートである「センター方式(選択式)」は、生活を多面的に見るツールとして、施設や事業所、家族などで活用され始めている。

② 家族への支援

家族の一員が認知症になると、対等な家族関係や夫婦関係のバランスが崩れ、健康な家族に加重がかかることになる。家族には、不安や心配を相談し受け止めてもらえる機関や機能が必要になる。また、生きている中で最愛の家族を徐々に失っていく悲しみやつらさは、死亡により存在を失う悲しみとは質的に違い、周囲の者が共感しづらいところが特徴である。したがって、悲しみに共感できる家族同士が交流により孤立感を解消する「家族会」や、家族同士の研修会の開催が必要になる。

日本では、家庭内で頑張ってしまう情報を外へ出したがらない家族があるが、デンマークでも家族会の運営等に課題は多いようである。そこで、

コミュニケーション単位で開催する家族会を運営したり家族の悲しみを周囲の者に代弁したりできる「認知症コーディネーター」が存在し、このコーディネーターによる「認知症研修会」が、地域社会で実施されている。

日本でも「認知症を知る1年(10年)」や「100万人サポーター養成」など、認知症を地域ぐるみで理解するキャンペーンが始められた。デンマークと日本では人口が20倍違うことも政策を決める上で大きなファクターになるが、急速に高齢化が進み、毎年10万人の認知症高齢者が増える日本では、きめ細かく、しかも地域に広がりのある地域支援体制を構築することは今後とも重要な課題だと思う。

③ 介護職員への支援

前述の通りデンマークでは、認知症高齢者の権利と、安心かつ安全な生活支援(介護者の義務)と、放任あるいは過度な保護管理(義務の怠り)の間のバランス感覚が非常に重要である。

認知症高齢者の持つ「葛藤」(環境と認知など)は高齢者本人の課題でもあり、介護職員にとっての課題でもある。地域高齢者精神医療班の看護師は、まず、介護職員が何を課題として感じているのか考えさせる。そして、課題の定義をこちらから押しつけるのではなく、自分自身にそれを持たせるように導いていく。

最近、日本の介護現場でも「スーパービジョン」や「コーチング」などのスタッフ支援、育成、マネジメント手法が取り入れられている。スーパービジョンが必要になる理由として、認知症高齢者のケア特性が考えられる。それは、①介護者と高齢者の関係性を重視すると言っても対等な関係が築きづらい(する・されるの関係が作られやすい)、②介護者と高齢者との個々の関係によってケアが築かれる(独自、個別な事例が多い)、③感情労働のウエイトが高く、労働の対価がわかりづらく報われにくい、④高齢者と介護者の満足度が非対



称になっている、などである。

このように、人材育成が従来からの「知識や技術偏重型」ではなく、よりよい介護へ動機付けされるような「質問と気づき」を介護職員に持たせるといふ、特別な職員支援機能の必要性が鮮明になってきたと考えられる。これは、デンマークも日本も共通しているようだ。

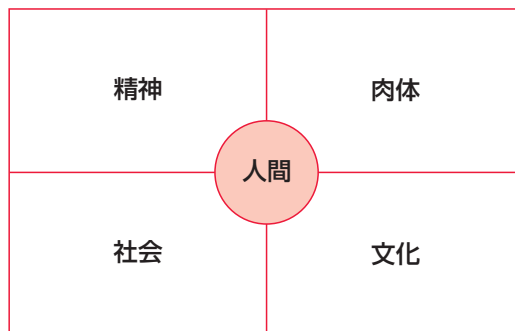
■治療の選定

デンマークにおける認知症治療の原則は「Go Slow-Go Low」(遵法し急がず；投薬は段階に応じて少なく)である。ゆったりとした空間、穏やかな環境の提供が第一に重要であると考えられている。そのため、よりよい環境を得るためや利便性を高めるための住み替えなど、生活空間の選定が大切になる。

デンマークでは1988年から特別養護老人ホーム(プライエム)の新規建設が禁止され、その結果、「施設ケア」から「在宅ケア」への移行が進み、「できるだけ長く自宅で」というスローガンが誕生した。前述のように、住み慣れた地域社会の中で、これまでの生活が急激に変わることなく、必要なサービスが自宅にやってくるという仕組みが、認知症の治療を可能にしている。さらに、日常生活支援(アクティビティ、作業療法など)が重視され、特に認知症高齢者にとっては、日常生活に必要な情報(ライフヒストリーなど)を多く集めて治療や介護に活用していくことを大切だと考えている。

デンマークの高齢者福祉の3原則は「人生(生活)の継続性」「自己決定の尊重」「自己資源の開発」である。日本においても、2003年6月に示された「2015年の高齢者介護—高齢者の尊厳を支える」(高齢者介護研究会報告書)の中で、認知症高齢者の尊厳を大切にすため、できる限り地域や家庭のようなこれまでの生活を継続し、残された能力を活用しながら自立した生活が営めるような支援が重要であると述べられている。

図2 人間の4つの窓



「思考」から始まり「会話」から「行動」につながるアクティビティの展開

今回の研修で、講師である作業療法士の Mette Sondergaard 氏は、介護職員と認知症高齢者の様子を現場で観察した経験から、介護職員が話している話題は身体的健康が中心になり、行動や発言、主張の中からその人が何を望んでいるのかを把握していなかったことに気づいたという。そして、介護職員は認知症高齢者に対して、「人間に向ける関心」よりも「認知症の症状を把握する視点」が強く、認知症高齢者の持つ「資源」を見落としていることが多かったと指摘している。

デンマークでは、「人間」を肉体、精神、社会、文化といった4つの窓(図2)を持つ存在として捉え、①内部環境・外部環境の影響、②ホメオスタシス(恒常性の維持)、③適応能力(防衛機制)などの機能を「自己資源」として捉えている。「自己資源の開発」とは、過剰なケアをやめて、残されている能力を使いきることによって、可能な限り自立した生活をめざすというものである。

身体中心の介護は、きわめて限定的なもので、人間を総体として捉えてはいない。認知症高齢者は、肉体・精神の窓の部分以上に、社会・文化の窓の存在が大きいことが特徴である。そのため、これまでのケア方法がうまくいかなかったのは、

高齢者の人格形成プロセスやそれらを取り巻く文化、経済、政治的背景などに着眼せず、今起きている行動に対処することしか行なってこなかったからである。

その人らしさや人生史、文化的な背景を活用しながらケアをすることが、認知症高齢者の自己資源の開発であると言える。具体的には、「会話」や「行動」は、個々の生活の中で「意味のある刺激(=招待状)」であり、そこから思考、言葉、行動へ変化するものすべてを「アクティビティ」として捉え、意味のある刺激→思考→会話→行動のシステムをつくるのが認知症のケアと言える。

日本では、アクティビティやコミュニケーションが非常に狭く捉えられているが、デンマークでは、徘徊やつぶやき、関心を向けること、表情が変わることまでを、アクティビティと捉えている。

近年、個人的要因や環境要因がケアのウエイトを占める ICF の視点や、前述の「センター方式」によるケアマネジメント様式の活用によって、認知症高齢者と彼らを取り巻く環境を知ることや、多様なサービスと専門職間の視点を合わせて 24 時間の生活を支えることなど、「人を全体として観る」手段が認知症ケアに広がっている。このことは、デンマークの「生活の中で治療する」診断と基盤づくりに共通する動きであると思う。

まとめ

今回、4 日間という短い期間であったが、日本で認知症ケアの一部に携わる者としてデンマークの認知症ケアに触れることができた。急進的な技術や知識を得るというよりは、基本的な事柄を丁寧に遵守し実践していると感じた。

例えば、デンマークの介護教育課程には、実習が多く取り入れられている。それは、「国の貴重な税金を使って人材を育成している」から、即現場で

実践が可能な人材を育成する必要性が強調されているためである。実習期間中はもちろん、「なぜ、このケアを行なうか」を考え実証的にケアを行なうことを徹底して教育される。

「説明のできないことはしない。だから、教育を受けていない者とチームは組めない」との言葉が印象的だった。

また、介護現場での労働安全衛生が非常に徹底されていた。絶対に「持ち上げる」行為は行なわない」という、この禁止事項は労働環境法という法律で決められている。なぜならば、そこで介護者が怪我をすることは、国費の損失につながるからである。このように、ケアは人を支える手段であるが、膨大な費用の効果を守ること、認知症高齢者の人権を支えるための医療とケアを地域で連携させることなど、政策とケア理論と実践が、無駄なくつながっているという印象であった。

●参考文献

- 1) E. メーリン, R. B. オールセン著, 東翔会監訳, モモヨ・タチエダ・ヤーンセン訳: デンマーク発痴呆介護ハンドブック—介護にユーモアとファンタジーを, ミネルヴァ書房, 2003.
- 2) 認知症介護研究・研修東京センターほか編: 認知症の人のためのケアマネジメント—センター方式の使い方・活かし方, 認知症介護研究・研修東京センター発行, 中央法規出版発売, 2005.
- 3) 大川弥生: 目標指向的介護の理論と実際, 中央法規出版, 2000.

宮島 渡 ●みやじまわたる
アザレアンさなだ
〒386-2201 長野県小県郡真田町長 7141-1