山梨医大紀要　第15巻，17－21（1998）

ベルギーの看護からの学び
—高齢者ケア・訪問看護・ファミリーケアから—

奥村百合惠

高齢化社会・保健医療・看護・在宅ケア等の言葉や実態に関する情報は，日常生活の中でほぼ毎日聞かれ，その望ましい傾向もその逆も，各々が関心を持たざるをえない状況にある。これらに深く係わりを持ち，その実際の一端を担う看護職は，常にそのシステムや現場が望ましくあることをねがっている。管見ではあるが，ベルギーの看護の現場に見られる対象者の自然さ，自由さ，独立性，そして看護ケアの個別性等についてふれ，私達の看護を振り返る。

キーワード：高齢者ケア，訪問看護，個別ケア，ファミリーケア，看護システム

1．はじめに

高齢者が急激に増える社会に向け，施設の中における看護のみに止まらず，地域で生活する人々；在宅療養者に対する訪問看護等が積極的に行われる場が増え，そのシステムも複雑になってきている。

私がはじめて，いわゆる高齢者のみをケアする病院を見学したのは20年余り前のことである。東京にあるその病院の病室には，80歳前後の多くの老人が小さいベッドに無表情に静かに横たわり，看護職や，看護助手はやっと通れるベッドサイドで笑顔でケアをしていた。何人かの老人は車椅子上におられたが，今も私の脳裏にある情景には後者はなく，前者の虚ろな目と表情である。この事実は今も私の中にあり時々頭を持ち上げてくる。

時は過ぎて，ここ数年ヨーロッパにおける高齢者ケアや訪問看護，ファミリーケア，その看護システム等についての研修や見学をする事が出来た。知り得たベルギーの看護に関係する保健医療組織や高齢者ケアそして訪問看護等のその時の情報の断片を提示し，‘私たちの看護の現場は，望ましい変化をしてきているか’の視点で‘今ある看護’を考察してみたい。

2．ベルギーの国の特殊性

国土・人口共に我が国の約10分の１のベルギーは，文化的・地理的に３つの地域に分けられる。フラミッシュつまり北部のオランダ語を話す人々と，南部に住みフランス語を話すワロンの人々，そして３つ目の地域即ち，両言語を話すブラッセルに住む人々の地域にである。ベルギーは立憲君主制で，国王は政治に干渉せず，200名余りの国会議員により行政が行われている。現在は連邦制をとり，上記３地域の政府に行政の権限がかなり移譲されている。

ヘルスケアに関しても，各地域政府がそれらに関する条例や社会保障制度の遂行，老人福祉，健康に関する啓蒙運動及び，訪問看護等の基準設置を行っている。

中央政府は，健康保険，病院での治療計画，専門教育，一般的なケアの質の向上等に携わっている。表１

3．保健医療組織

保健医療に対する政府の関与は，ある種の規制と一部の資金援助だけであり，多くの非政府組織があって，保健医療活動は地域ごとに組織されている。つまり，英国等とは異なり，ベルギーにおける保健医療活動はかなり民営化されているのである。

「プライマリーケアと２次的ケアの内容は明確な区分はなく，医師の診療が重複する結果となる」[1]が，患者には気に入った医師を選ぶ自由があり，専門医への受診についても紹介状を必ずしも必要としていない。

「医師の人数，病院数，病床数はかなり多く，大部分の病院は個室や二人部屋を多く備えている。」[1]

4．高齢者ケア

１）ベルギーにおける高齢者ケア：ベルギーにおける高齢者に対するケアは比較的進んでいると言われている。殆どのヨーロッパ諸国においてと同様に，政府は高齢者が自らの社会環境で出来る限り長く生活するためには，高齢者の独立の重要性を強調してきた。

高齢者が経済力を持たない場合，その子供が両親の生活支援をする義務があるが，家族と共に生活する高齢者は減少してきている。この為訪問看護が必要とされるのは勿論であるが，専門的なホームケアの優先のみでなく

表１　人口統計資料（1990）[1]

人　　口	1,000万人余り
1 km²当たりの居住者	327　名
都 市 生 活 者	97.0%
65歳以上の高齢者	14.9%
75歳以上の高齢者	6.6%
出生率1,000人当たり	12.6
死亡率　　〃	10.4
平均寿命；男性	72.4歳
〃　　；女性	79.1歳

人間科学・基礎看護学講座
（受付：1998年８月31日）

家族，隣人，友人による介護努力にも主眼がおかれている。又，他にも訪問介護組織がある。「訪問看護・介護の強化は病院の病床数を減少し，治療費を削減し，急性期病院・老人ホームのベッド数をあるべき姿に余裕を持たせた。」[2]とされる。

2）高齢者用住宅サービス：ベルギーの65歳以上の人の5.4%が高齢者用住宅に居住している。この運営コストは約70%を本人が支払い，残りは社会保険と社会援助センターが出資する。この居住型施設の問題は入居料が高額な為，入居者の大部分が裕福な高齢者で占められてしまうことである。

3）地域施設のサービス：高齢者に有利な，地域の持つ施設は「3市町村に一つの割合で地域サービスセンターが設けられており，」[2]暖かい食事の提供；"meals on wheels"（車椅子での食事）を行い，入浴設備を持ち，リクリエーション活動の場を設けている。このサービスは主に政府の補助金で運営されている。表2

5．訪問看護組織・人材・サービス

1）訪問看護組織：ベルギーにおける訪問看護は，その大部分が民間の非営利団体によって運営されている。病院に所属しない看護婦が個人的に従事する割合いが高まっていて，労働市場の約40%がフリーの看護婦によって占められている。例えば，非営利団体の最大の組織である"ホワイト／イエロークロス"は，全国の全訪問看護組織の50%を請け負っている。これは実際のケアは地域ごとに組織されていて，地域事務所は全部で180あり，主任看護婦率いる20～40人の看護婦で構成されている。これらの地域事務所は9つからなる州事務所により監督，支援されている。州事務所は，地域ごとの看護婦数を決定したり，訪問看護婦との契約を行ったりするところである。この組織は，州事務所と協力して訪問看護業務の改善を図ったり，厚生省や社会福祉団体，その他の専門機関との交渉を代表して行ったりしている。

2）訪問看護活動の人材：看護婦（Graduate nurse）は2年間の基本学習と訓練に加え，1年間の専門分野（臨床看護・小児看護・精神看護）の学習。保健婦（Social nurse）は基本学習の上に2年間の訓練を受ける。准看護婦（Brevetted nurse）はより実務面を中心とした訓練を3年間受けている。病院で2年間の訓練をうけた後，病院助手（Hospital assistant）として働く助手達には訪問看護を行う資格はないが，実際には看護婦，准看護婦の指導・監督を受けながら訪問看護に参加する。

3）訪問看護サービスの提供：クライエントが訪問看護サービスを必要とするときは，直接訪問看護組織や看護婦に依頼することができる。最近では組織による訪問看護と，個人に依頼する場合とに選択肢が広がりつつある。前述の「"ホワイト／イエロークロス"では，約80%がクライエント自身又はその家族からの依頼であり，病院・看護組織からの依頼が15%，開業医からの依頼が残り5%を占めている。」[3]

依頼を受けた訪問看護組織の看護婦は，クライエントを訪問して心身社会的側面のケアへの依存度を評価する。そのスコアにより訪問看護活動に必要とされる報酬と期間を決定し，実際のケアの実施や効果の確認は訪問看護を行う看護婦が行う。

看護活動では日常生活援助から注射，包帯交換，カテーテル挿入，膀胱洗浄，ストーマケア，加えて吸引・吸入，人工呼吸装置の装着，硬膜外麻酔等各種の処置や診療援助行為が多い。環境の調整，精神的援助，教育的援助も当然業務の中に含まれる。

表2　ベルギーにおける高齢者居住型施設の数（1990）[2]

	施設設置数／65歳以上の人口1,000人におけるベッド数
老人ホーム	65.7
援助付フラット	2.5
休息施設，ケア付き施設	10.8
老人病棟	3.8
長期滞在病棟	3.1
老人精神病棟	1.2

6．訪問介護

訪問介護の組織や人材についての詳細は省き，訪問看護に直接関係する次の2点についてのみ述べる。

1）訪問看護と訪問介護との関係：訪問看護と訪問介護の両方を持つ組織は少なく，一般にこれらの活動は別々に組織されている。しかし，実際にはお互いの協力の上でケアが提供されている。訪問介護者は，クライエントの日常のケアで訪問看護婦を助けたり，患者の症状の変化について話し合ったりすることもある。「フランダースのある地域の調査では，訪問看護を受けているクライエントの2.8%が訪問介護も受けており，訪問介護を受けている人の18.3%が訪問看護も受けている。」[4]ケア等に関して困難が生じた場合はホームケア組織と一般医によるチームミーティングを開く。又，「両方の組織を中央でも地域でも再編成すること」[2,3]の検討が望まれている。

2）訪問介護者の業務：全ての介護者や清掃従事者は，病院，老人ホームや健康センターのような施設からではなく，自宅から介護に向かう。「フラミッシュ地域の約80%の訪問介護者が一人で介護を行い，20%は地域のチームで介護活動をする。」[5]

訪問介護者の業務範囲は広い。家事；食事の支度，食器洗い，洗濯，アイロンかけ，掃除，個人のケア；日常生活の介助（洗面介助，入浴介助など），散歩，買い物相談相手になる等であるが，清掃者の仕事は家庭内外の掃除，清掃に限られている。

「訪問介護は一家族につき，週平均11時間の援助を行う。実際には2日間の介護に及ぶ。」[4]清掃作業は一家族につき週平均4時間であるが，大部分は1週間に1日の援助ということになる。

7．フアミリーケア：精神疾患患者の里親制度とその治療・看護システム

1）ギールの街：ベルギーでは比較的大きい街ギールにある国立精神病院は，ファアミリーケアセンターとして世界的に有名である。即ち精神疾患を持つ人々が，病院の管理のもとに一般の家庭に寄宿し，その家族と共に生活する治療・看護システムである。ギールのこの看護システムは西暦600年代の聖ディンフィナの伝説に根ざした宗教的基盤がある。当時患者は親族によってギールに連れてこられ，聖ディンフィナ教会に隣接する病室―現在でもある。―で一定期間を過ごした。ある者は帰って行ったが，ほとんどの者が教会の近くの家にあずけられていったと言う。

2）地区看護婦：市の中央にある国立精神病院は重厚で，街の中の他の建物とよく調和している。約1000床，患者15人に1人の割合で看護婦がおり，病院の中と里親家庭との2つの場で治療・看護が行われている。1日に約3人のケースが来院し同数の人が里親のもとに寄宿していく。ギール地方全体に散在する里親家庭は10地区に分割されている。主任看護婦や医師の監督下にある地区看護婦が1人で1地区を受け持ち，2週間に1度各家庭を訪ねる。これらの人々は全て病院のスタッフである。里親のもとでケアされている人々は200人ほどいる。里親家庭でケアを受けるケースは，入院後2，3週間の観察期間を病院で過ごす。この間，本人の要求に加えて，家庭生活への適応性が多面的にアセスメントされる。

3）里親：里親となる家庭は，公民として，社会的物質的治療的観点から審査されて承認される。即ち，病人の世話が出来る人格であるか，社会的にどのような役割を果たしているか，個室があり，そこで水道の水が使えるか，セントラル・ヒーティングの有無や衛生状態，ケースに期待する家庭内の役割等が審査の対象となる。1日110フラン（現在は増額）の基本額を受け取り，身体的障害の程度や年齢等が勘案されて増額される。里親家庭は，主体が農家から勤め人家庭へと変わりつつあり，社会構造の変化や住宅事情などからやや減少傾向にあるという。又，地域における生活がケースのニードを全て満たしているとは限らず，ケースによって引き起こされる事件があれば損害補償を求められることもあるという。

然しながら，このケア・システムの価値は今もかなり認められている。医師や地区看護婦は次のように言う。「里親家庭と近隣社会が絶えず患者の行動を修正し自立性を保つことに役立っていること，実の家庭が暗に又は明らかに患者を拒んでいるのに対して，真の親族のように受け入れ，人間関係上の葛藤も少ない。問題があることがわかれば，看護婦をはじめとする治療関係者がその調整に当たる。」[7]地域には3カ所のデイセンターがあるが，その家庭にケースに見合った仕事がない場合，各センターに出かけ相応の仕事に従事して報酬を得ている。

4）開かれた社会：ギールにおけるファミリーケアは何世紀もかかって自然に育ってきたものである。“私が生まれたときは，その人は既に私の家にいました。”と言うほどに，何代にもわたって病人の世話をしてきている家庭は多い。

プラタナスの落葉の頃になると，里親の家庭の寄宿人達は，こぞって並木の掃除をする。ギールの人々はこの方達のことを，親しみを込めて‘プラタナスの木の下の人々’と呼ぶ。

8．人と看護と施設についての考察

1）老人ホームのクライエント：70歳から80歳代，30人余りの人々は女性が多く男性は数人に過ぎないが，ホテルのロビーに集うているように談笑している。健康に見え，清潔で，各自の家庭から来たような身なりでソファにかけている。ネックレス・ピアス・ポシェットも忘れていない。普通の日の午前10時のお茶の前である。話してみると耳は遠く，目もよくなくて，話の中身を忘れていることもある。

両隣も向かいも民家に囲まれた，ここは老人ホームのロビーである。裏庭も広くそこにも人々は群れている。何と自由で，自然であることよ！こんな時私には，いつもあの虚ろな目と表情のない老人の顔・顔が浮かんでくる。この老人ホームの人達が自立して，自由で自然であることが，文化や自己の努力や身近で援助する人々に支えられているように，あの目や表情は私達の仕事に大部分深く関係しているはずであると考えるのである。

数人の床上での生活を余儀なくされている人の他は，全ての人がお茶に集う。出来る人々がいつも準備をする。当番でもない。お茶が終わればダンスやピアノ，歌に読書，散歩の好きなヨーロッパ人はよく散歩もする。クライエントはいつも主役で看護婦や助手は黒子に徹する；よく観察出来る役割であり，誰がいつ自室で憩うているかも把握している。我が国の老人ホームで見かけるように，寮母が音頭をとって一斉に歌を歌ったり，行列しての散歩も殆どみかけない。

2）日常生活の援助：病院や老人ホームにおける一般のクライエントの摂る食事はその内容も摂り方も家庭でいただくのとほぼ同じである。即ち，はじめにスープがでて，次にメインディッシュ，終わりに紅茶かコーヒーとデザートがでる。看護助手がテーブルセッティングをしている間，看護婦はパントリーで料理の盛りつけをする。‘この方は少し調子がよくないので量を少しにして’，‘この人は熱があるので水分を多く’と病棟婦長がいれば婦長が，いなければ次の看護婦の役割である。床上安静の人はこのコースを床上でいただくのである。

尿意を知らせない人の排泄もその人の尿意を感知する個別の時刻があって，起床時，食事の援助の前後や運動の前後，治療処置の前，就寝前とその個人の看護計画にそって，実施，評価される。清潔しかり，安静，運動，睡眠しかりである。従って殆どの援助が個別に行われ，一斉に体位変換やおむつの交換が行われることはない。

これは我が国での出来事であるが，3箇月程前，知人の家族の一人が地域の病院にお世話になることになっ

た。事前の審査の中には当然日常生活援助の必要度の評価もされたはずである。結論から言うとこの方のセルフケア度は落ちた—足も痩せ細り—のである。紛失してはいけないと昼間から義歯がはずされた為粥食になり，廊下で転んでは危険と車椅子に抑制帯をして乗車する事になった。自然排泄はオムツに変わった。入所前，家庭におけるこの方は普通のご飯を摂り，おいしいお菜をおいしいと頂き，屋外の30分の散歩には介助を要したが屋内では独りで歩けていた。心身の状態の変化が原因ではなく，看護がそうしているのである。であるにも係わらず，この方は家族に次のように言っている。「お友達も出来たし，此処も楽しいわ。」と。

3）訪問看護：ベルギーの訪問看護は朝早い。7時から13時迄20ケースを訪問する。午後残る時間を街中にある看護事務所で記録と報告・翌日の準備に使う。

ケースは成人・老人が主で，看護の内容は糖尿病患者に対するインシュリン注射，食事指導，調理評価，高齢者の全身清拭，洗髪，家族関係についての相談等である。訪問先がそう遠くはなかったが，ケースにかける時間はおおよそ5分から20分程で，かなり素早い行動である。

各ケースに大変親しく接して，対象者の準備の良さもあり，手早くケアを行う。清拭は臥位，座位，立位とケースによって異なるが，ウォッシュ・クロスに湯をかなり含ませて石鹸を用いて拭き，次にバスタオルでそれを拭き取る。従って全身の清拭でも直ぐ終わるが，恐らく我が国のクライエントはどなたもこの方法に満足はしないであろう。但し，この清拭は毎朝行われるのである。週に1回や2回ではないのである。多くの1人暮らしの老人にとって毎朝人が訪ねて来て，清拭を受けながら情報交換をし合う。皮膚に石鹸が残っていても，皮膚からの排泄物は減少し，皮膚血流は多少促進し，心身の心地よさが得られ，一日中孤独でいる必要がない。看護婦にとっては，頭のてっぺんから足の先まで毎日アセスメントすることが出来る。多くのヨーロッパの国がそうであるように，ベルギーの水も硬水で少なく，質も量も日本で水を使うような訳にはいかない。クライエントの欲求や一つの看護行為の背景には，その国の地理，文化，歴史の断片がよく顔を覗かせる。

訪問看護婦の注射技術についての問題は見られないが，ケースによっては指導により自分で注射が出来るようになるであろうと見られる人もいた。この点について看護婦の意見を求めると，確かに出来るようになると思うが一時期に多くを指導できないのでというのが理由であった。訪問看護組織にとって収入に関係しているのかもしれない。この点の指導の積極性は私たちの現場の方にあると思うが，我が国のクライエントの能力，努力と忍耐，勤勉さを忘れてはならない。

4）老人ホーム・病院の施設：F．ナイチンゲールの‘人が健康的に住める’尺度を用いてみると，どの建物にも欠陥があるのであるが，—そして細かく書けるゆとりもない—少なくとも建物の周囲の自然—民家を含めて—と広さは良い。訪ねた病院のほとんどはホテルのようである。玄関の大きなロビーは片側が外来者も使える食堂であり，中央にゆるやかな階段があって，リゾートの雰囲気である。玄関や廊下にはあちらこちら回遊できる程の絵が掛けられている。

そして高齢者用住宅は，コンパクトに応接間兼居間と寝室それにダイニング・キッチンがあり，平屋で集合住宅であるが，各戸独立している。丁度広い公園の中に幾つもの子供が遊ぶ風車（かざぐるま）が置かれているような風景であった。風車の一つの弁が一軒の家である。その家はペンダントになっている救急アラーム付きで，医療スタッフと専用ペデュキュア・セラピストも居て，動物とも一緒に暮すことも出来る家である。

9．おわりに

人類の歴史が始まった時から，看護は人々の身近で営々と行われてきた。時と場と人によりその姿は変わって来ているが，人々にとってその必要性は普遍であり，恐らくその本質も変わらないであろう。

今に生きるクライエントの欲求に，私たちがどんな場を提供し，どのように遇するかは国，地域，個人の持つ価値観に立脚する。その価値観は然し，V．ヘンダーソンが言うように，「百人いれば百様に」[6]その人の欲求に添えて初めて看護が個人に役立ち社会にも役立つのだと考える。我国の看護の現状に学校で伝え続けている理念や，理論そして技術の形骸化があるならば，それは教育の責任でもある。

文　献

1）BOERMA, W. G. W., F. A. J. M. DEJONG, P. H. MULDER. Health care and general practice across Europe. Utrecht : nivel, 1993
2）VERHEIJ, R. A., A. KERKSTRA. Internationalcomparative study of community nursing Aldershot : Avebury, 1992
3）PACOLET, J., C. WILDEROM (eds.). The economics of care of the elderly. Aldershot : Avebury, 1991
4）VANDENBOELE, H., A. BODE, A. LEUS, A. VAN LOON. Het screenen van klie–ten in de thuiszorg. Brussel : Natinale federatic van de Wit Gele– K– ruisverenigingen, 1993
5）LANNOYE, H. ET AL. Het personeel in de bejaardensector in Vlaanderen. Leuven/Antwerpen : HIVA/RUCA, in press.
6）V．ヘンダーソン　湯槇ます・小玉香津子訳（1997）看護の基本となるもの
7）奥村百合恵（1983）プラタナスの木の下の人々　日本看護協会ニュース　日本看護協会出版会
8）NIJKAMP, P., J. PACOLET, H. SPINNEWYN, A. VOLLERING, C. WILDEROM, S. WINTERS. Services for the elderly in Europe. Across nationsl comparative study. Leuven/Amsterdam : HIV/VU, 1991.

Abstract

What I learned from Belgian Nursing
—Care for the Elderly, Visiting Nursing Care and Family Care—

Yurie OKUMURA

Everyday we are bombarded with such terms 'aging of society', 'health care', 'visiting nursing service' and information about them. As a result all of us are forced to cnosider all aspects of these issues, both those that are ideal and those that are not. The nursing profession, which has strong connections to all these areas and supports them, has high expectations for the improvement of the system and the development of an ideal situation in the future.

Of course it is only my personal view, but having experienced the Belgian way personally, I found it provided patients with freedom of choice, promoted individuality in nursing care and placed emphasis on the need for patients to lead a natural, independent life. I am now reappraising Japanese nursing.

Human Science and Fundamentals of Nursing