

## デンマークインタビュー

2016年8月23日

- ・ヒレローHillerød 理学療法・トレーニングセンター センター長 2
- ・ヒレロー理学療法・トレーニングセンター 利用者 8
- ・太極拳インストラクター（ヒレロー理学療法・トレーニングセンターにて） 10
- ・ヒレロー体操教室参加者 13
- ・ヒレロー体操教室ボランティアインストラクター 15

2016年8月24日

- ・ルーダスダル自治体 Rudersdal Kommune 高齢者介護・保健活動センター 所長 政策について 19
- ・ルーダスダル自治体 保健コーディネーター 健康および予防について 27
- ・ルーダスダル自治体 看護師、家庭訪問予防チーム 家庭訪問について 31
- ・ルーダスダル自治体 認知症コンサルタント 認知症について 36
- ・ルーダスダル自治体 判定責任者、毎日の活動担当 判定とリハビリについて 39
- ・ルーダスダル自治体 活動センター長 高齢者活動センターについて 43
- ・ルーダスダル自治体 栄養コンサルタント 高齢者の栄養について 47

2016年8月25日

- ・ルーダスダル自治体 活動センター長 活動センター見学 50
- ・ルーダスダル自治体 リハビリセンター ショートステイリーダー 51
- ・ルーダスダル自治体 リハビリセンター 外来トレーニングリーダー 57
- ・ルーダスダル自治体 リハビリセンター センター長 63
- ・ルーダスダル自治体 リハビリセンター 見学 65
- ・ルーダスダル自治体 リハビリセンター 理学療法士による遠隔トレーニングシステム「イクラ・トレーナー」 Icura Trainer 説明 67

2016年8月26日

- ・ファクセ自治体 Faxe Kommune 保健センター リハビリリーダー 68
- ・ファクセ自治体 保健とケアセンター センター長 71
- ・ファクセ自治体 リハビリセンター 利用者、作業療法士、看護師 79

インタビュアー：

松岡洋子（東京家政大学人文学部准教授）研究主査

伊藤功（医療法人真正会霞ヶ関南病院長）

岡持利亘（医療法人真正会霞ヶ関南病院地域支援担当）

中島民恵子（米国ラトガース大学非常勤講師）

服部真治（医療経済研究機構研究部研究員兼研究総務部次長）

渡邊大輔（成蹊大学文学部現代社会学科准教授）

国際長寿センター（日本）事務局

文責：

国際長寿センター（日本）

2016年8月23日

ヒレローHillerød 理学療法・トレーニングセンター センター長

- ・我々のセンターがこの公民館の中に入って10年になる。その前に3年間は他の所でフィットネスセンターをやっていた。
- ・ここにはヒレロー市のすべてのスポーツの活動が入っている。
- ・私は作業療法士で50歳だ。もう1人と一緒に2人でこの経営をしている。

(質問：デンマークではマシンを使わない体操はするか。)

- ・グループでの体操をしている。
- ・理学療法士の治療室。レセプション。待合室。治療室が15ある。予約制だ。
- ・医師とのコミュニケーションは緊密にしている。この治療は必ずコンピュータを通して家庭医にフィードバックする。

(質問：医師の持っている患者の情報にこちらからもアクセスできるか。)

- ・今、そういうことができないかと努力をしている。というのは、デンマークでは5つのレギオンがあるが、レギオンによってシステムが違う。また患者の情報が安全かどうかということもあるので、プラットフォームを作る努力をしているところだ。
- ・コペンハーゲンから西に25キロほど行った町に有名ながん治療の病院がある。その病院がデジタルのプラットフォームを10億ぐらいかけて作っていて、そこから全ての患者の情報が家庭医にいくということをしている。しかし、まず医師、次は看護師という順番があっていつ我々の所に来るかわからない。

(質問：理学療法士治療の利用者はどのくらいか。)

- ・1日250人。1人のクライアントにだいたい30分かける。
- ・グループトレーニングでは1人の理学療法士が8人から10人を受け持つ。

(質問：ここに来る人は病院で急性期、回復期を経て維持期になった人か。)

- ・例えば骨折で入院したとしたら、病院あるいは保健センターでの治療あるいはトレーニングがある。その治療は複雑な治療だが、ここはもっと簡単なもので、家庭医が診てこれは町の理学療法士でできるのではないかという判断をすると、ここか他の理学療法士がいるところに行く。その場合は医師からデジタルでここに推薦状が入ってくる。町には他にも理学療法士がクリニックをやっているのでここに来るかどうかは患者の自己選択だ。

(質問：医師と一緒にではなくて理学療法士だけで開業しているのか。)

- ・普通は理学療法士だけでクリニックをやっている。今は医師もいる「保健ハウス」のようなものがないのではないかと議論もある。
- ・医師と理学療法士は非常にいい関係だ。患者は医師と話すためには待たなければならないが、理学療法士は優先的に話ができる。
- ・フィットネスルームには若い健常者も来るし、理学療法士を通して来る。

(質問：マシンは国産か。)

- ・すべて輸入品。ドイツ製や、アメリカ製だ。
- ・筋肉を強くするマシンやバランスを良くするマシンだ。

・センターの面積は2,650平方メートル。その内、600平方メートルが主に理学療法士の治療、訓練をしているところで、2,050平方メートルが他のフィットネスの活動をしているところだ。

・職員は理学療法士が17人、マッサージ師が2人、自分ともう一人がオーナーで、フィットネス担当のセンターリーダーが1人いる。また事務が3人と栄養士が1人、あと1人会計がいる。いろいろなフィットネスのインストラクターは65人いる。

(質問：この人々は、フルタイムか。)

・栄養士とインストラクターがパートで、他の人々はみんなフルタイムだ。インストラクターは1時間の人もいれば8時間の人もいる。

・次に、ここのような民間の理学療法士がどのような経営をしているかを説明する。普通デンマーク人は、たとえば肩が痛い、腰が痛いという場合はゲートキーパーと言われる自分の家庭医に行く。家庭医がこの人はどういう治療をしたらいいかという推薦状を書く。

・このセンターに来るクライアントの60%の人が自己負担をしているが、その内の30%の人は補助費が医療を扱うレギオンから出る。

・35%の人はまったく無料の治療を受けている。この人達は、例えば脳卒中を経験した人とか、あるいはパーキンソン病があるとか、そのように非常に体の機能が落ちている人達だ。この人達には社会福祉国家としては自己負担をさせない。

・現在、デンマークの状態としては地方の財務に関する管理が非常に厳しくなっている。というのは、日本と同じように高齢化で、非常に高齢者が増加しているからだ。その中でもこの35%のグループが増加してきているということで、治療に関してどのような診断が下りて、それに対してどのような治療をしているか、どのような収入があるかという規制がだんだんと非常に厳しくなっているのが現状だ。

・あと残りの5%が医師を通さないで腰が痛いなどのため自分で来ている。これは100%自己負担のグループだ。それから、唯一の民間の保険会社でデンマークという保険会社があるが、この保険会社に病気やなんらかの障害が起こる前に保険をかけておくと給付が出る。

(質問：クライアントは年齢に関係ないか。)

・そうだ。機能障害が起こってくるとか、あるいは首を痛めるとか、そういうことで小さい子供も来ている。年齢制限はない。

(質問：骨折ではなく捻挫とか軽いものも家庭医にかかってからこちらに来るか。)

・それがそのここに来るモデルだ。それぐらいの軽度の人達がここに来ている。

(質問：その理学療法に対する診療報酬はいくら貰っているか。)

・初診のときは262.47クローナ。レギオンの補助費を受け取れない100%自己負担の人は、432.40クローナ払う。デンマークの保険に入っている人は133クローナだ。

・2回目から、166.89クローナで、全額負担の人は274.94クローナ払う。デンマークの保険に入っている人は88クローナだ。

(質問：これはレギオンの中では全部同じ価格か。)

・全国で同じだ。専門医の場合は報酬がいろいろ違う。しかし理学療法士に関しては全国同じだ。それから、プラスしてその治療に超音波、スキャニング、それからショックウエーブ、

軽レーザーを使った場合は、まったく自己負担になる。レギオンからの補助費は出ない。保険会社ダンマークも出さない。だから、非常にはっきりして、初診料はこれだけ出して2回目からは内容がどうであれこれだけ出すというのがきちんと決まっている。

(質問：先ほどの無料の治療を受けている人達のショックウェーブなどは無料になるか。)

・理学療法士がこの人は軽レーザーが必要とした場合、その100%無料の人達も自己負担になる。

(質問：診療、治療行為外にあるような感じか。)

・そういうことだ。

(質問：X線などの検査は。)

・それは、ここに来る前にその家庭医が決める。この人はレントゲンが必要であると思えば病院に送るので患者にとっては無料になる。普通の公共医療は無料である代わりに待機リストが長い。今はこれと平行して、非常に人気がある「市場」という保険は、その待機リストで待たないで早くレントゲンなどの検査に行くことができるというものである。

・スタッフの勤労条件だが、理学療法士は独立している。独立しているという意味は、1人1人がここで勤務するのではなくて自分の商売をしている。契約していて自分が事業主になっている。

・ただ、設備は、理学療法士の着るユニフォームからマッサージのオイルから、全て基本はこのセンターが出す。おおよそ1人のクライアントの支払いの55%が理学療法士に行き、45%がこのセンターに入る。スキャニングとかレーザーとかは、クライアントがこのセンターに払うという形になる。あとは非常に複雑なので基本てきにそのように理解してほしい。

(質問：そうすると、人気のある理学療法士は多くのクライアントを診て、あまり人気のない人は少ないということがあるか。)

・そういうことになる。

・我々は優秀な理学療法士だけ置いている。この理学療法士の業務範囲は非常に広く、子ども専門とか、この人はクライアントの動機付けが上手であるとか、大体専門に分かれてきている。そういう人達をそのクライアントに付けるという仕事はレセプションでやっている。

(質問：家庭医からの指名というのはないのか。)

・ひいきを作ってはいけませんがときどきそういうことがある。しかしみな優秀だ。

(質問：基本的には、利用者がどこの理学療法士のセンターに行くか、どの理学療法士にするかということは選べるということか。)

・そうだ。

(質問：そのレセプションの人は相談員などの専門職か。)

・1人は理学療法士だ。理学療法士の教育を受けている人。あとの2人は非常に長くここに勤務していて、他の理学療法士の人の特色もよく知っている。

・事務局とそれから栄養士、それからセンターのリーダーとそれからオーナーは、フルタイムの月給をもらっている。インストラクターの60%には自分の本業がある。例えばズンバの

人は本業とは別に面白いからここで教えている。

・まず始めはなんらかの危機があって、入院した、あるいは床に倒れた場合は自治体が世話をし、何らかの治療をするという段階。その治療が済んだ次の段階に理学療法士やこのようなセンターに入ってくる。そこで慢性病などの治療や対策に入る。

・先ほども言ったように、年齢は非常に広い。0歳から上限はない。全員がなんらかの形で体を動かすことに機能障害がある人達だ。普通のクライアントは1回が30分の治療を受ける。それからグループの治療の場合は、1週間に2回、1時間ずつの治療がある。その治療の他に、フィットネスルームがある。そこでその人の好きなだけ、週に2日、あるいは3日、あるいは4日でも、フィットネスの機械を使った自己トレーニングができる。ただ、自己トレーニングといっても必ず理学療法士が付いている。その他にレーザーとか超音波、あるいはショックウェーブ、それから靴に中敷きを入れる。それから鍼もやっている。これは今、人気がある。前は鍼なんて駄目だと言われていたが。

・ここでやっている治療訓練を我々はメディカルフィットネスと呼んでいる。この10年間の研究で人は常に体を動かしておかなければいけないということが明らかにされてきた。理学療法士のやる受け身のトレーニングから、自分で自分の体を動かすというアクティブなトレーニングへと形が変わってきた。デンマークの非常に有名な理学療法士が研究をして、その結果を出した。高齢者も筋肉を使うことによって非常に体調が良くなったという結果の文献が出た。70歳以上でもトレーニングすることができるということで、今からでも遅くないということだ。

・我々の理念、やり方は、まず検査をする、それから手を使った治療をするということ、それから状態が良くなってきたら、痛みも少なくなってくるであろうということ、今度はグループの治療、トレーニングに入るということだ。そして、最終的にはその人が自分で自分の意思でもってトレーニングができるようにする。そこまでを見てあげるということだ。

(質問：最後はここに通わずに自分で、例えば走るとか歩くとかまでいくのか。それともマシンを使ってやるところまでが最後か。)

・そうだ。ここで体を使うということで、痛みがだんだん少なくなってきたら、痛みに対する恐れもなくなってくるであろう。それで、痛みを恐れなくて体を使ってほしい。大体6ヵ月ぐらいで少なくなっていくはずだ。我々は、それを1つの学校と例えている。だんだん小学1年生から6年生まで上がっていく、自分で自分の体が分かってくるようになる、最終的には、ADLが非常に高くなっていく。それで孫と一緒に遊びながら体を動かすとか、あるいは、もうこのフィットネスを使うことに慣れているので、そのまま普通の健常者と一緒に使うようになるとか、そのあたりまで考えている。最終的には、要するに自宅になるべく長くいるという政策につながるだろう。

(質問：例えば6ヵ月くらいということだったが、その後にも自発的に通う人は多いか。)

・非常に多い。先ほど見ていただいたフィットネスで、若い人と高齢者と一緒にいたがこれは意識的にやっている。あるフィットネスセンターでは、若い人ばかり来るところもあるが、ここは意識的に両世代をミックスさせてフィットネスをやらせてもらっている。我々のインストラクターも非常に経験の豊かな人が多いし、世界選手権に出たサイクリング選手のように71歳でもインストラクターをやっているという人、それから高齢のインストラクターも多い。

(質問：こうやって積極的に自分からここに来ている高齢者も多いと思うが、自宅でもっている人もかなり多いか。そういう人は減ってきているか。)

・そういう人が多いと思う。ただ、デンマークではそういう人でも痛みがあれば、医師がここに送る。ここで治療しながら、インストラクターの理学療法士が非常に上手に誘導して、フィットネスセンターにも行くように仕向ける。そうすると、偶然隣の奥さんも来ていたとか、近所の人に来ていたとか、そういうことで今度は他の人との関わりができてくる。そうすると、もともと治療だけに来ていて医療しか頭になかったけれど、だんだんそのフィットネスや、お付き合いというところに関心が行くようになって、それで外に出てくるようになる。

(質問：この辺の地域に住んでいる高齢者の何割ぐらいの人がここに通っているか。)

・ニュースレターを毎月 5,000 部出している。フィットネスのメンバーが 2,400 人いる。

(質問：では自治体の人口が 4 万 2,000 人なので 5% ぐらいは来ていることになる。1 つの施設では破格に多いのではないか。)

・このセンターは広い。これほど大きいのはあまりない。

(質問：他にもこのような施設はあるか。)

・フィットネスセンターはたくさんある。フィットネスセンターでは大体週のプログラムを作っている。大体 60% がフィットネスのいろいろなプログラムで、あと 40% が理学療法士の治療およびトレーニングというプログラムだ。理学療法士の治療とフィットネスを兼ねているセンターはここだけだ。

(質問：他の市では、このようなところは広がっているか。)

・それほど多くはない。デンマークでたぶん大きいセンターの 10 の中の 1 つだろう。以前は理学療法士のクリニックというところの半分ぐらいしかなかった。やはりトレーニングが必要だということで、治療プラストレーニングを考えるセンターが増えてきている。

(質問：自治体内のある区域にいくつかフィットネスセンターを配置して、このくらいの人口をカバーしようというような計画があるか。)

・デンマークでは、地方とコムーネが一緒になって、どの地域に何人家庭医がいて、何人専門医がいて、何人カイロプラクターがいて、何人理学療法士がいるかというのを決めていく。だから、この地域の専門家の数が決まっている。

(質問：カイロプラクティックの人もまた別にいるのか。)

・ここではやっているが、普通デンマークでは、理学療法士とはまたまったく違うグループのクリニックがある。

(質問：中には中断する人達もいると思う。その中断した人達にはもう関わらないのか、追跡するのか。)

・ドロップアウトが非常に多い。治療でドロップアウトがあるというのは少ない。たぶんそれがある場合は、他の理学療法士のクリニックに行くような場合で、その場合ここの治療は終わる。ただ、問題は治療の後に、自分でフィットネスに行ってトレーニングしなさいと言うと、もう痛みがないので来なくなるというパーセンテージが多い。普通はその治療が終わってトレーニングに来なくなった段階で、その人の家庭医にもう治療は終わりましたがトレ

ーニングには来てないと報告する義務がある。しかし、そのトレーニングに来てないというのは自由意思なのでそれ以上は追跡しない。来なさいとは言いが、それで来なかったらそれ以上のことはしない。

(質問：治療でドロップアウトした人は少ないと言うが、日本ではそういう人達がまた病気をして、またかなりの医療を使うというパターンが最近多い。そういう人達をフォローするのは家庭医がやるのか。)

・端的に言えばそうだ。医師は最終的に責任を取る。しかし、本当の責任はその本人、クライアント自身だ。治療が途中で終わった場合は必ずその医師にデジタル通信でこういう原因で治療を途中で終わったと報告を出す。そうすると、クライアントがその医師のところに行くと、医師がその報告を読んでクライアントとディスカッションする。例えば、医師が気付かなかったことがあったかもしれない。それも報告書に入っている。気が合わなかったということもある。そうすると、他の理学療法士のところに行ったほうがいいかもしれないと決めていく。

(質問：このセンターによって、介護費用という面からは介護予防で負担が減ってくると思う。それは自治体にとって非常にありがたいことで、自治体からならかの補助、例えばこの借り賃を安くするとか、奨励金のようなものは出ているか。)

・自治体からのそういうものはない。このたび、保健センターが隣にできたことによってクライアントはこっちにも入ってくるので、自分のビジネスもよくなると喜んでいる。  
・この保健センターができたということは非常にいいことで、保健センターは公共で、公共の治療が終わったら、クライアントはその後どこに行ったらいいかと分からないことが非常に多い。コムーネとしてもこの横にあるこのフィットネスセンターにクライアントを送りやすい。それでそのクライアントの状態が良くなれば、自治体にとっても非常に節約になる。

(質問：栄養士がいたが、太りすぎて膝が痛いような人への対応はどうか。)

・ほとんどが太った人対象だ。その人の栄養プランを作るとか、あるいはどのような運動をしたらいいかなどだ。肥満の検査をするとか、ほとんどが動機付けの面接をしている。あとはコントロールの話。このカフェの台所を借りてワークショップをしたこともあるが、それは継続的ではなくて、1回とか2回だけだった。

(Tさん)

- ・5年前にここに初めてきた。私の夫は73歳だが、自営業なのでまだ仕事をしていて、ときどき夫の仕事を手伝っている。事務とそれから食堂で仕事をしている。
- ・退職前は小学校と中学校が一緒の学校の教師をしていた。1年生から10年生まで35年間受け持った。最後の5年間は学年リーダーになって、同時にクラスも持っていたので非常にストレスを感じた。
- ・ヒレローに病院があるが、その病院がストレスの高じた人達を集めた。そのときに、関わったのが理学療法士、医師、それから心理士だった。これはEUのプロジェクトで、仕事によるストレスが高じた結果、病気になる人が多いということで、それに対してどのような治療をしたらいいかという3年ぐらい続いたプロジェクトだった。
- ・そのときは他のトレーニングセンターだったが、それが終わった後で今度は背中が痛くなった。それで家庭医に推薦状を書いてもらいに行ったところ、家庭医はフィットネスセンターに行って理学療法士の治療がよいということだった。ここがいいということであるようになった。
- ・ここでKさんに会った。だから10年間の友だちということになる。
- ・自分は、60%自己負担のグループに入り、デンマークの保険もかけていたから、デンマークからは毎回28クローナ出た。
- ・ヨガを長年やっていたが、今は行かないで1週間に2回このセンターで30分のトレーニングをしている。フィットネスは必ず理学療法士が付く。ヨガは人気がある。
- ・3年前に左目血栓をした。それからあと膝が悪くなって、骨粗鬆症にも今かかっている。その間ずっといろいろな理学療法士が助けてくれた。端的に言えば、家を出るときは這って行くような状態が出るが帰るときは歩いて帰れる。理学療法士が非常によくしてくれた。
- ・今現在は、非常に良い状態だ。トップの状態だが、また何が起こるか分からない。でも、そのときはどこに行けばいいか分かっているので安心している。
- ・だから、今は月に2回理学療法士の治療を受けて、週に2回フィットネスをやっている。
- ・体力年齢をテストしてくれたが、1年前は67歳の体力だった。

(Kさん)

- ・誰とでも話ができる非常にいい雰囲気の中で訓練できるのはうれしい。2007年からこのクライアントだ。68歳で、離婚して1人住まいだ。精神科の部長医だった。
- ・ここの治療がとてもいいのは、治療が終わった後いろいろな専門の話ができることだ。
- ・2000年に乳がんの診断を受けて、抗がん剤治療、それから放射線治療を受けた。2004年に交通事故に遭ってむち打ちで他の理学療法士のところに治療に行った。その1年半後に自転車で転んで脳しんとうを起こした。
- ・そのように大変なことが次々にあったので、ソファに寝てばかりでうつ病になった。2005年に検査を受けて、リハビリのコンディション値が18で非常に低かった。それで、先ほど話のあったEUのプロジェクトに入ってトレーニングを始めた。私にとって幸運だったのは、2006年に退職をして障害年金をもらうようになったことだ。
- ・むち打ち症にかかったときに、ここのセンターはまだなかった。他の事業所でいまの所長の治療に行っていた。それで新しくセンターを建てたと聞いてここに来るようになった。このセンターのスタートからずっと来ている。私がここのセンターで一番いいと思うことは、

非常に年齢が違う人達がミックスしているということと普通の人が来ていることだ。それから、理学療法士とかインストラクターの誰かが必ず付いてくれるということだ。

(質問：そうではないところもあるのか。)

・以前のところは、誰もスタッフがいなかった。自己トレーニングをするところだったが、非常に不安だった。ここでは、所長がトレーニングプログラムを作ってくれて、特に腰と膝が弱いので、腰と膝を強めるプログラムのトレーニングをして、今は非常に体調がいい。体調だけでなく心理的にも非常に楽になった。

・それから、太っていたが、7年間で15キロ痩せて非常にいい気持ちだ。体脂肪率も普通になって家事も庭仕事も自分でしている。2階建ての家に1人で住んでいるが、薪割りも自分でする。孫とも一緒に遊べるようになった。今の目標は、床に座って孫と遊ぶということだ。

(質問：今、新しいプログラムをやっているか。)

・今やっているプログラムはGLADという。デンマーク語で喜びという意味にもなるが、良い生活、骨関節を良くするというプログラムを作ってもらった。また、毎朝30から50グラムのショウガをヨーグルトの中に入れて食べている。それで非常に関節炎が楽になった。

・今はもう何でもできる。それから、所長を感心させようと思って今言うが、昨日所長と話した後、フィットネスに行って110キロのレッグプレスをして10回、それを3セットやった。

(質問：住まいはどのくらい離れていて、どうやって来ているか。)

・30キロぐらい離れている。2人ともまだ自分で車に乗っている。

(質問：Tさんは月に2回理学療法士の治療と週に2回フィットネスで、Kさんはどうか。)

・Tさんと一緒だ。

(質問：こちらで新しい友だちができるか、パーティなどもあるのか。)

・ここ以外で会うことはない。でも、昨日ある女性が「久しぶり。長い間来なかったの？」と声を掛けてくれた。みんな誰が来ているかは分かっている仲間ができています。

(質問：ここにカフェがあるが、トレーニング後にお茶を飲むとか話すということはあるか。)

・毎回2人で一緒に食事をする。他のトレーニング仲間と一緒にカフェに行くことはない。

・心臓病のグループは、毎回30分トレーニングの後カフェに行って雑談をする。これは強制ではなくて行きたい人は行くという形だ。

・仲間があまりできない理由は、トレーニング時間がまちまちで固定した仲間というのがいないからかもしれない。

(質問：Tさんの目標は。)

・Kさんと競争するつもりはない。そこまではしたくないしできない。あまり目標はない。しかし、レッグプレス以外にベンチプレスもやってみたい。

・1日20キロぐらいは自転車に乗っている。

・(センター長) KさんとかTさんは、教育の高い人達なので自分で出てくる。しかし、我々の挑戦は、そうではなくて肥満であるとか、失業しているとか、教育が低くて引きこもっている人達を外に出すということだ。

太極拳インストラクター（ヒレロー理学療法・トレーニングセンターにて）

・私は 64 歳だ。ここから北に 20 キロぐらい行った小さな町のボランティアセンターでも教えている。

（質問：太極拳は長くやっていたのか。）

・1994 年からだ。

（質問：仕事をしていた頃からやっていたのか。）

・そうだ。12 歳から 18 歳の青少年で、家庭でなんらかのトラブルがある場合などに寄宿施設に入ることできるが、そこの生活指導員をやっていた。

（質問：太極拳は仕事をしていた頃から教えていたか。それとも退職してからか。）

・退職して 2009 年から教えるようになった。遺伝性の目の病気で、網膜が非常にもろくなってきて、何かあった場合は失明してしまう。施設では乱暴な子どもが多かったので仕事ができないということで退職した。障害者年金をもらっている。

（質問：ボランティアセンターに行くようになったのは退職してからか。）

・その前からだ。退職する前に、フレックス・ジョブといって障害者を対象にして週に数時間だけ仕事に就くというプロジェクトがあるが、それで 6 年間ぐらい行っていた。

（質問：それは賃金をもらっているジョブか。）

・そうだ。自治体でフレックス・ジョブに就く助成金を出すという話があったが、雇ってくれる会社がなかった。それで、ボランティアセンターが雇用主となってくれて、フレックス・ジョブに就いた。ボランティアセンターはボランティアだけではなく、プロジェクトをやるような時は給料を出す。まだ若かったから、なんらかの仕事に就いておくことが次の就職に役立つということで行くようになった。

（質問：それでは、そのボランティアセンターでのフレックス・ジョブの後に、太極拳をボランティアセンターで教えるようになったのか。）

・その小さな町のボランティアセンターは非常に健康のことに焦点を置いた活動をしていたので、自分のほうから太極拳のグループを教えてもいいと言いだした。

（質問：その太極拳のグループは既にあったのか。）

・そのとき初めてだった。地方新聞と、それからニュースレターで広報をした。それで、初めのグループが 16 人から 18 人ぐらい集まった。どうしてそれほど多く集まったかという、まず無料だということ、それから、KOL という肺疾患がデンマークに非常に多いが、そのセルフヘルプグループのリーダーが太極拳に行ったらよいという推薦もしてくれた。

（質問：KOL の参加者以外にどのような人が参加しているか。）

・その太極拳は 12 時半ぐらいから昼にやる。ほとんどが退職者だ。他にけがをしたとか、あるいは脳血栓になったとか、いわゆる何らかの障害を受けた人が来ることもある。難民グループの中から来る人もいる。ボランティアセンターに来る人のほとんどが、何らかの障害があって普通の仕事には就いていない人だ。

（質問：男性が多いか、女性か。）

・ほとんどが女性だ。

(質問：先ほどそのボランティアセンターが健康に焦点を置いているということだったが、参加している人は健康を目的にしている人が多いのか。)

・多くの方は障害があるとか、病気を持っていて来ている。その他に IT のグループとか、友だちを作るグループ、難民用にはデンマーク語を習う教室もある。

(質問：太極拳はどれぐらいの頻度か。)

・毎週 1 回で、2 グループある。同じ日に 2 回教える。初心者クラスと中級クラスだ。

(質問：無料となると、競争になることはないか。)

・その町は小さいので競争はない。

(質問：他にも何かボランティアをしているか。)

・同行サービスだ。一緒に医師に行き、医師の言うことを聞いてあげたりする。そのボランティアセンターに同行サービスのグループがいて教室を開いていたので、同行の際にやってはいけないことなどを習った。

(質問：太極拳のメンバーは同じ人が多いか、それとも入れ替わっているか。)

・変動がある。途中で辞める人もいる。でも、初めから来ていて続けている人もいる。

(質問：ボランティアを長く続けていく秘訣は何か。)

・太極拳に対する興味、教えるという喜び、それから職業に就いてないので何かをしなければならぬという気持ちもある。いろいろな人に会えるというのも素晴らしい。

(質問：ボランティアセンターは、太極拳に広報以外にどのような支援をするか。)

・クリスマスパーティや夏のパーティをしてもらえる。それからこの町のセンターだけではなく、全国のボランティアセンターでいろいろな講習をしている。それにボランティアでやっているインストラクターたちは無料で参加できる。この冬は、例えばマインドフルネスという講習に行き非常に面白かった。それがインセンティブにもなっている。

(質問：今太極拳を習っている人がいずれは教える人になるということはあるか。)

・みな楽しみに来ていて練習時間が足りず無理だろう。後でコーヒーを飲みながら雑談するのも楽しみの 1 つだ。それも意義がある。家へ帰ってどれだけ練習するかは分からない。

(質問：医療とか自治体との連携がどうなっているのかを知りたい。)

・家庭医や理学療法士に推薦されて来ている人は数人いる。それから、交通事故に遭って理学療法士のトレーニングを受けるようになり、理学療法士がここで太極拳をやるといいと言われて来た人もいる。

(質問：地域の家庭医とか理学療法士は太極拳のグループを大体知っているか。)

・知っている人もいる。

(質問：他にも似たように体を動かすグループというのは幾つかあるのか。)

・スカンジナビアウォーク (ノルディックウォーク)。ビルマから来た人がビルマの武芸を教えている。今は気功がはやっている。

(質問：それらはいずれもボランティアの人がやっているか。)

- ・ときどき外の専門家の講演会などをするときには、幾らかの謝礼を払って来てもらう。

(質問：来ている人の中で、交通事故の後などに医師から勧められた人と、進んで今の健康を維持したい人との割合はどうか。)

- ・ほとんどが自分で来る人だ。初めから続いている2人は、窓に太極拳という紙が貼ってあったので入ってきた。

(質問：年齢層は。)

- ・40歳代から86歳が最高だった。
- ・自分は人工骨頭（こっとう）と股関節の手術を受けている。回復期のトレーニングがそれぞれ6週間だった。手術の4週間前に既にプログラムができていて、それをもらってプログラムに沿って家で体を動かしていて、手術第1目からもプログラムがあった。それをやって回復期のトレーニングが終わってから、また自宅でそのプログラムを見ながら自分でトレーニングした。今でもやっている。ドリルのようなものがある。

ヒレロー 体操教室参加者 (LionsPark 高齢者住宅にて)

(質問：皆さんの年齢は。)

・(参加者) 77 歳。91 歳。80 歳。80 歳。80 歳。94 歳。88 歳。88 歳。74 歳。73.5 歳。86 歳。79.5 歳。86 歳。90 歳。80.5 歳。

(質問：この活動がどういったきっかけで始まったのか。)

・2000 年にスタートした。全員ここの住人だ。その当時の住民協会の会長が、体操の教室を作りたいというアイデアを持って、それで今のボランティアインストラクターに声を掛かけた。彼女はシニア体操教室の講習に行ったばかりだった。そのとき彼女はできなくて同僚に頼んで始めるようになった。そのとき 30 名以上が参加したいと希望した。

・このコレクティブには約 100 人が住んでいる。

(質問：すると 3 割の人だ。16 年前にスタートをしてからずっと続いている活動なのか。)

・夏休みの 4 ヶ月以外は続いている。1 週間に 1 回 15 分間の体操が 5 種類で合計 75 分だ。

(質問：長い人は何年ぐらい通っているか。)

・(参加者) 91 歳で 16 年。90 歳で 11 年。94 歳で 14 年。

(質問：元気な人から虚弱な人までこのコレクティブ高齢者住宅に住んでいるか。)

・(参加者) みな何か障害や慢性の病気を持っている。

・4 回背中手術をして、1 回は膝の手術をした。関節炎。関節炎。盲目。両膝の手術をした。肺機能低下。私は元気。心臓。大腸がん。関節炎。肩と腕を痛めた。肺疾患。関節炎。関節炎、人工骨頭両方。肺疾患。動脈瘤。ペースメーカーが入っていて人工骨頭。関節炎。椎間板ヘルニア。数年前に足の骨折。背中病気、骨頭、心臓が悪い。

(質問：ここで体操を始めたのは、家庭医とか理学療法士が勧めたからか。)

・住民協会の会長が参加したい人はここに名前を書けという紙を貼った。自分はそれで来た。

(質問：皆さんはもとは自宅に住んでいて、病気をきっかけにここに移り住んだのか。)

・ほとんどの人が、大きすぎる家に住んでいた。大きすぎた。

・年取ってきたら、大きな家があって、庭仕事も、買い物も、調理も全てがおっくうになってくる。それでここのアパートのほうが暮らしやすいという理由だ。

・この上に食堂がある。栄養士がいる。とてもおいしい食事を作ってもらい、住んでいるところからこちらに 1 分もかからないで来てみなと一緒に食べられる。

(質問：皆さんは例えば買い物なども基本的には自分で行っているか。)

・そうだ。600 メートル行ったらスーパーマーケットがある。ここの入口の横にもちょっとしたキオスクがある。そこでもいろいろなものが買える。夏はこの外でペタンクをする。

・掃除とか洗濯とかは自分でする人としていない人がいる。

・自治体のサービス判定を受けたら、自治体のホームヘルパーが在宅介護にやってきてくれる。家事をしにも来てくれる。そうでない人はプライベートのホームヘルパーを頼む。

(質問：自治体のホームヘルパーを頼んでいる人は。)

・<5 名>やってくれるのは、掃除、洗濯、シーツの替え。

(質問：今プライベートのヘルパーを頼んでいる人は。)

- ・1人。掃除を頼んでいる。毎週水曜日。週1回。
- ・自治体のホールヘルパーは3週間に1回だ。以前は1週間に1回だった。プライベートは払いさえすれば来てくれる。

(質問：大体、毎回参加者は何名くらいか。体操教室を休むときには連絡をして休むのか。)

- ・病気になったり、家族が遊びに来たり、自分が休暇旅行をすることもある。平均18人ぐらいだ。もし全員が来たら23から25人だ。休むのは自由だ。

(質問：もし連絡なく欠席する人がいたら声を掛けるか。)

- ・上の食堂で食事をするときには声をかける。大体座る場所は毎日決まっていて、ある席が空いていたなら、まず食堂の栄養士がアパートに電話をする。電話をして受話器を取ってくればいいが、返事がなかった場合はのパーソナルスタッフに連絡をする。そうすると、そのスタッフが必ず2人でやってきて調べてくれる。
- ・これはこのコレクティブの話だが、お互いの窓が見られるところに住んでいる2人が、毎朝カーテンが開いてなかったらなにかあった証拠だからスタッフに連絡をするという約束をしている人達もいる。

(質問：定期的な健康チェックはあるか。)

- ・定期的にはない。それは家庭医がする。
- ・ただ、状態が悪くなって、自治体でサービスを受けられる判定がされたら、プライエムのスタッフを呼んでもいいことになっていて、1日に何回か看護、介護に来てくれる。
- ・このコレクティブに入る条件は50歳以上だ。ヒレローのライオンズクラブが建てたので、この市民であるか、また例えばこの町に子どもが住んでいるということが条件だ。それから、入った後で悪くなるのはいいが、入るときはあくまで自立しているということだ。
- ・待機リストだが、アクティブ待機リストとパッシブ待機リストがあって、全部で600人ぐらいその待機リストに載っている。アクティブ待機リストというのは、明日にでも入りたいという人達のリストで、パッシブはいつか入りたいという人だ。待っている間に死亡する人もいる。また、一応リストに載っていても、いざ自分の番になって移ろうとしてもまだ自分の家が売れてないから入れないとか、あるいは気持ちが変わったということもある。一度拒否をするとまた待機リストの一番後ろに行く。

(質問：自宅を売らないと入れないぐらい家賃は高いのか。)

- ・自分の持っている家をまず売らないと家賃を2ヵ所払うようになる。
- ・部屋の大きさによって違うが月に6,500クローナぐらいで、プラス光熱費がいる。

(質問：皆さんは何年くらい待って入ったか。)

- ・(参加者) 3年。6ヵ月。6ヵ月。1年。1年。

ヒレロー 体操教室ボランティアインストラクター (LionsPark 高齢者住宅にて)

(質問：このグループに参加したのは、もともと指導者としてか。)

・以前、デンマークの自治体合併の前は14の県に分かれていた。2000年に当時の県の予防プロジェクトとして「体を鍛えようプロジェクト」が始まった。そのときにインストラクターとして参加した。今日の体操は「体を鍛えようプロジェクト」ではなく、ここのコレクティブが自発的に始めた体操グループだ。

・もともと2000年にこのグループの活動が始まって、初め頼まれた時に自分ではできないと言ったので同僚がやりだしたが、その同僚はあんまり経験がなかったので経験のある自分と2人でやってきた。高齢者が相手のときは2人がいい。ただ、この4月にその相棒が辞めた。6月の初めに、もう1人インストラクターが欲しいという広報をこの町のローカル新聞やスーパーマーケットで出したがまだレスポンスがない。9月までにはもう1人欲しい。

(質問：インストラクターになるには、資格はいらないが経験やセンスで選ばれるのか。)

・そうだ。給料が出ないということもある。

(質問：インストラクターと参加者の年齢はどう考えるか。男性が多いか女性が多いか。)

・体操の時間が日中にあるということで、インストラクターになる人は時間のある退職者か、あるいは学生になる。ほとんどが退職者で年齢がユーザーに近い。4月に辞めたもう1人のパートナーは50歳代だったがユーザーと摩擦があるわけではなかった。

・ほとんどが女性だ。

(質問：インストラクターになるには教育カリキュラムが決まっているのか。)

・デンマークには非常に大きな体育に関する協会が2つある。1つはデンマーク労働体育協会、もう1つは体育およびスポーツ協会だ。特にデンマーク労働体育協会が、衰弱した高齢者や心理的・精神的に弱い人達を相手にした体育およびスポーツに非常に力を入れている。

・そのデンマーク労働体育協会が椅子の体操という4日間の講習会を有料でやっている。「体を鍛えようプロジェクト」は1つの組織で会計も会長もいる。それで、私は体を鍛えようプロジェクトの椅子の体操のインストラクターになりたいと言うと、この協会がその人を講習に送る。インストラクターになる人も少々自己負担をする。それから、助成金を自治体に申請する。自治体は非常にこのプロジェクトを喜んでいるので常に助成金を出してくれる。

・2000年にまだ県があったがここの県に9つの自治体が入っていた。その自治体が協力してインストラクターを募集した。インストラクターたちは、例えば認知症の人に対して野外ではどのような体操をしたらいいかというテーマを決めて講習をやる。雨が降ってもレインコートを着て雨でも自然の中で体を動かすというようなことを教わる。

・この体を鍛えようプロジェクトは小さな3人のネットワークだが自治体を越えた協力プロジェクトだ。自治体を越えたプロジェクトに対してはプール資金がある。昨日もその会議をしたばかりで、3人のインストラクターが集まって、どのようにその助成金を申請したらいいかを話し合った。そのようにいろいろなテーマで計画を立てている。

(質問：そのプロジェクトに対するその基金は、各自治体から出ているか。)

・自治体に申請する。参加者も少々自己負担をする。月額31クローネだ。

(質問：その参加費は何に使われるか。)

・自治体が場所を提供するので場所代は無料だ。例えば、公民館を使いなさいとか、プライエムのスペースを使いなさいとかということだ。

・参加費は、体操用の小道具を買うこともあり、それから1年に2回、12月と4月に、ボランティアのインストラクターを集めて夕食会、感謝会のようなものをする。

(質問:インストラクターのフォローアップ講座のようなものはあるか。)

・1年に2回ミーティングを持って、そのときには新しい技術があるとか、こういう形がいいのではないとか、非常に実際的なことを話し合う。また、1年に2回昼食会を持つ。これは和やかな会であり仕事のことを話さないが、その中でいろいろな案が出ることもある。

(質問:そういった講習会とか昼食会の主催は団体がするのか、自治体などが用意するのか。)

・体を鍛えようプロジェクトの協会に理事会があってそこが決める。こういうボランティアの会は、そこで働いている人達が、やる気や自分の気持ちを維持してさらに続けていこうという情熱を保つということが非常に大事だ。

(質問:そのために取り組みの発表とかベストインストラクターの発表などはあるか。)

・ヒレロー市はそういうアワードを出している。1年に1回、文化賞とかベストトレーナー賞を設けている。自分は2012年に最初のボランティア賞をもらったが、それには反対した。1人だけをそのように褒めてはいけない、みんなを褒めるべきだというのが自分の意見だ。

(質問:ここでは誰も受け身ではなく皆で全ての準備や片付けをする。この雰囲気や自立心をどう作っているのか。先ほど家庭医に言われて来たのかと聞いたら皆がノーと言った。)

・受け身の人はあまり体験したことがない。デンマーク人はとてもアクティブな国民性だ。  
・ここはこの体操教室だけではなくて、他のアクティビティもやっている。9月からスタートで、ローカル新聞に広報を出した。問い合わせや申し込みの電話がどんどん鳴って、もう定員が満員になったところもある。

・体を鍛えようプロジェクトは健康な高齢者は入れない。手術をしたとか慢性病があるとか、なんらかの問題がある衰弱した高齢者だけだ。申し込みの電話が入ると健康状態を聞く。

(質問:それは自己申告だけでいいのか。)

・自己申告でOKだ。これは、教養講座が体操グループを持っているので、そういうグループと競争にならないようにという理由だ。

・それから、ヒレロー自治体の理学療法士もこのプロジェクトを知っている。理学療法士のところにトレーニングに来た人達に、済んだ後に維持のトレーニングをここでしなさいという紹介もする。

・さきほど高齢者に対するプール金の話をした。以前は高齢者福祉プールであったが、今は「尊厳プール」と言われている。それで、それを自治体に申請すれば助成金が下りる。

・ここに「一緒にいらっしやい(カムウィル)」という名前のパンフレットがある。ボランティアセンターとヒレロー市が協力して、これ1冊に高齢者に対する体を動かすスポーツ、運動のいろいろな講習やグループの情報が全て入っている。

・これは家庭医のところにも図書館にも置いてある。要するに、市民が来るところ、公共の場には必ず置いてある。このカムウィルというプロジェクトで特に焦点を当てたいと思ったのは、引きこもっている高齢者だ。もちろん何も言わなくても出てくる人は出てくるが、特

に1人で暮らしていて引きこもっている、あるいは非常に孤独な人達に宛てて作った。

(質問:その引きこもりの人にこのパンフを持って声掛けをするようなもう少し積極的な取り組みもしているか。)

・それは難しいところだ。まず重要なのは、自治体の在宅介護班のホームヘルパーたちがこの情報をしっかりと頭に入れておくことだ。ホームヘルパーが家事支援だけをするのではなく、こういうものがあるから行ってみてはどう?と言う。その次に来たときは、この間言ったところに電話をした?と聞く。それを続けていくことだ。それでも何もしなかったら、では私がしてあげようか、あるいは一緒にしましょうか、最後には付いて行ってあげようかと言う。それは長い忍耐のいることだが、そういうことができるようになったらいいと思う。

(質問:すると人数も必要だ。在宅介護班と一緒に行きましょうと言ったり訪ねたりするか。)

・しない。そういうことを聞かれたことはない。自治体の在宅介護がすることとボランティアセンターの人達がすることとは、はっきり分かれている。それを一緒に協力できるようになったら、それは理想的だがまだまだ難しい。だから、本当はホームヘルパーがここにこういう人がいると分かたらボランティアセンターに連絡をして、この人がいるから一緒に同行してボランティアのサービスとして同行してくださいというようにできたら非常にスムーズになるはずだ。自分自身は、そういうことを言われたり聞かれたりしたことはない。

・デンマークでは、自分の役割がはっきり決まっている。その殻から出られないということもある。だからボランティアセンターでも、例えば9月から始まると体操グループ、運動グループに新しい人が入ってくる。その人達は誰も知らないから1人で隅のほうに立って誰かに話し掛けられるのを待っている。新しい人がたくさん入ってきた場合に歓迎してあげることをボランティアセンターがやってくれば新しい人が入りやすいので続けて来てくれるだろう。自分で話せる人はいいが、恥ずかしくて誰とも話せないという人もいるから、そういう仕事を各ボランティアセンターでやってくれたらいいのではないかと思う。

(質問:こういうプログラムに参加して何か事故があったときは自己責任か、自治体が責任を取るか、それとも先生も責任を問われるか。)

・転倒は体験したが、それ以上のことは起こらなかった。インストラクターは全員、デンマーク労働体育協会のメンバーになっていて、そこが保険に入っている。

・インストラクターに対してはそれでカバーされる。自治体に言っても、自治体は保険に入っていないから駄目だろう。

・歩道で転倒したら自治体の責任になる。道が5センチ上がっていて転んだら自治体の責任になるところもある。自治体によって道のクオリティが違う。

(質問:体操参加者で認知症の人はいるか。何かインストラクターが配慮をすることはあるか。)

・認知症の人が来るのは分かっていた。それで前準備として認知症に関する知識を得た。

・非常に難しいこともある。本人の奥さんに一緒に来てくれと頼んで、一緒にしたらよくてきたこともある。後で奥さんが、今日体操に行った後の夫はとても明るくて機嫌がよかったと喜んでた。今日は認知症の人が来ると分かっていたら難しいメニューは入れない。

・散歩グループはライオンズパークでスタートして、今3カ所に広がっている。これをどんどん広げたい。先ほどの盲目の人も入っている。この付近を1時間歩いて、最後はプライエムのカフェでコーヒーを飲む。コーヒータイムがまた楽しい。

- ・それから、自分はヒレローのモーションズフレンズというグループを始めた。これもボランティアだ。マンツーマンでトレーニングをする。パンフレットではいかにモーションズフレンズを迎えてうれしかったか、今ではそれなしでは考えられないという声を紹介している。
- ・それから、自分のところに来てもらうのも1つだが、あなたがそのモーションズフレンドになりませんかとも書いてある。講習を受けた人が訪問する。いろいろな機械をこう使うというような講習を受ける。それで一緒にトレーニングをする。
- ・今はもう亡くなった軽度の認知症の人に自分が家庭訪問をして運動を教えた。彼の家の廊下に杖が置いてあったので、その杖を使って体操するというのを思いついて、それがうまくいった。それにインスピレーションを得て、ボランティアセンターで精神疾患のある人に家庭訪問して一対一でそういう運動をするということをやりました。

(質問：訪問の友に似ているが、ボランティアとして相当高度だ。)

- ・入院して手術をしても、それまで運動していた人とまったくしなかった人とは違う。モーションズフレンドが何か技術を得る必要があるときは自治体には訪問をする人達に理学療法士を送って研修をする義務がある。例えば道具のうまい使い方とか、転倒の予防とか、背中への痛い人にどのようにしたらいいかなどで昼食も出る。自治体でそのような研修は1年に1回ある。

(質問：それは経験のある人対象ではないか。まったくの素人では難しいのではないか。)

- ・新しい人でもそういう研修に行っている。
- ・ボランティアを大事にするというのは非常に重要なことで、それをしないと逃げていって仕事をしなくなってしまう。

(質問：今はボランティアに来てほしいという人が多くてボランティアが足りていない状況なのか、それともボランティアをやりたいという人は多くて余裕があるのか。)

- ・訪問の友で来てほしいという要望が多いが、それに応えるにはボランティアが十分ではない。足りていない。ぜひ今後増やしていきたい。

(質問：デンマークの人は積極的に参加するという話だったが、それは昔からそうなのか。それともいろいろな人の努力で高齢者の気持ちが積極的に変わってきているのか。)

- ・自分の世代はいい時代に育った世代で、それで健康な人が多いし非常に自信もある。それで積極的なのではないか。

(質問：退職して役割を失って諦めるような人はいないか。)

- ・そうなる人もいる。それで、ああ自分がかわいそうだというようなことを言う人もいる。
- ・しかし大体の人は家族とかどこかに何かの役割を見付ける。
- ・今年から、この自治体でシニアデイというのを10月27日に持とうということになっている。それで、その年に65歳になる人を招いて、こういういろいろな活動、特にボランティアセンターの活動の情報を与える。



### Rudersdal コミュニティにおけるリハビリ分野

Sundhedsloven § 140 医療保険法	Serviceoven § 86, stk.1 社会サービス法	Sundhedsloven § 140 A 医療保険法
<b>記述</b> 入院にかかった後のリハビリ  リハビリプランが添付される	<b>記述</b> リハビリは認可部門から、審査 療法士の審査を受ける	<b>記述</b> 診断と病気の経過は、開業医が 参照する保健局によって定 義される
<b>基準</b> リハビリのニーズは入院の医師 によって定義される  <b>手術</b> 後天性脳障害 高齢の内科患者	<b>基準</b> 65歳以上、あるいは病気によ って身体的機能レベルに 低下のある年金受給者 入院はなし	<b>基準</b> 慢性疾患により困難な身体的ハ ンディキャップのある住民、 あるいは重度の障害ではな いものの、進行性疾患の住 民
24時間体制リハビリ ・ Skovbrynet ・ Hegnsgården  通院リハビリ	24時間体制リハビリ ・ Skovbrynet ・ Hegnsgården  通院リハビリ	通院リハビリ ・ Teglporten ・ 開業している理学療法士

### リハビリ/トレーニング/運動の概観と内容

#### リハビリ § 140 OG § 86.1

**24時間体制リハビリ**  
Skovbrynet  
Hegnsgården

**通院**  
Skovbrynet  
Teglporten

#### 維持されるトレーニング § 86.2

Teglporten  
デイホーム

**温水プール**  
Skovbrynet

**運動、トレーニング、フィットネス**  
アクティビティセンター  
習い事  
フィットネスセンター  
サークル

#### 無料のトレーニング § 140 A

Teglporten  
(開業している療法士)

#### Forløbsprogrammer

Type 2 diabetes, - KOL - Kognitiv -  
Lænderyg - Hjerte/Kar -  
Hjerneradikler, Demens

### 医療保険法 § 140にもとづく SkovbrynetとTeglportenにおける通院リハビリ

3K(3つのコミュニティ)連携:

- Gentofte
- Lyngby-Taarbæk
- Rudersdal コミュニティ

サービス:

- グループトレーニング (陸上と水中)
- 個別トレーニング

リハビリプランを伴うSkovbrynetとTeglportenにおけるリハビリ  
- 医療保険法

- 3 コムーネ連携
- リハビリプランによるトレーニング(医療保険法)は **Skovbrynet**、**Teglporten**、および3つのコムーネで行われるグループに分配される:
  - Gentofte
  - Lyngby-Taarbæk
  - Rudersdal Kommune

事業法 § 86.1にもとづくSkovbrynetとTeglportenにおける通院リハビリ

対象グループ:

- 主に高齢者 - だが若い人も

サービス:

- グループトレーニング(陸上と水中) グループ
- 個別トレーニング

リハビリの目標:

- 住民が可能な限り以前の機能レベルを取り戻す
- 住民が到達した目標をリハビリ後に保持できることを確かにする

Rudersdalコムーネにおけるトレーニング場所  
- 事業法 § 86.1

**Skovbrynet**

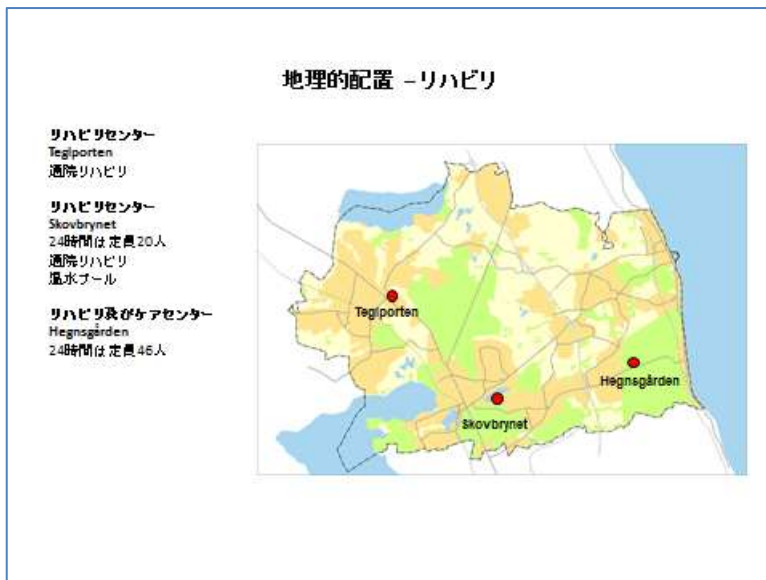
- Holte地域に住居を構える住民はSkovbrynetに紹介/トレーニングを行う

**Teglporten**

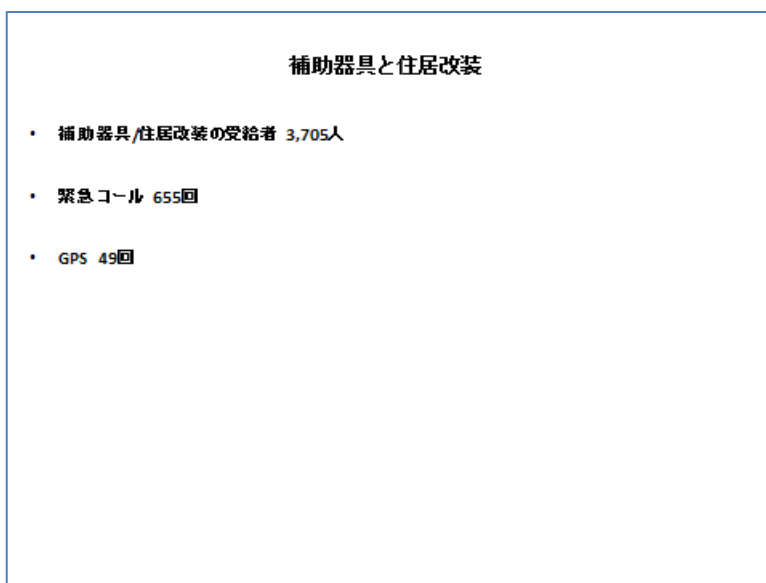
- Birkerød地域に住居を構える住民はTeglportenに紹介/トレーニングを行う

プールトレーニング

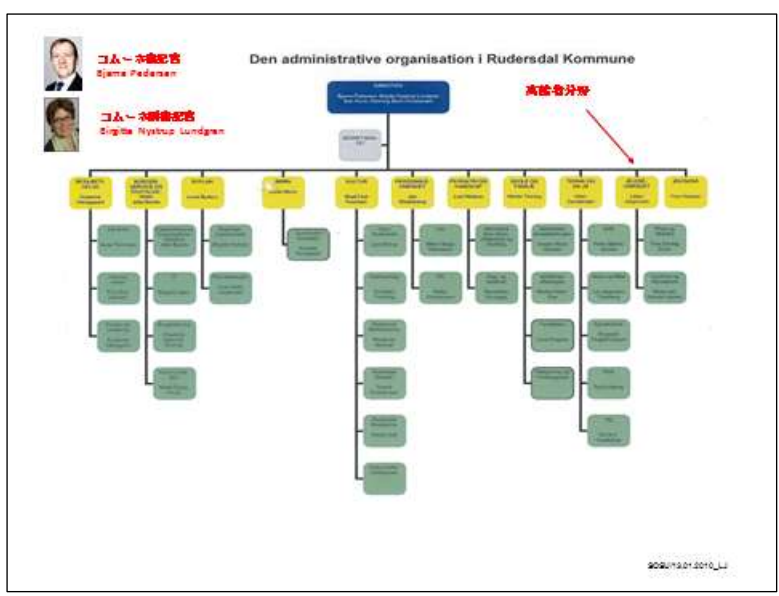
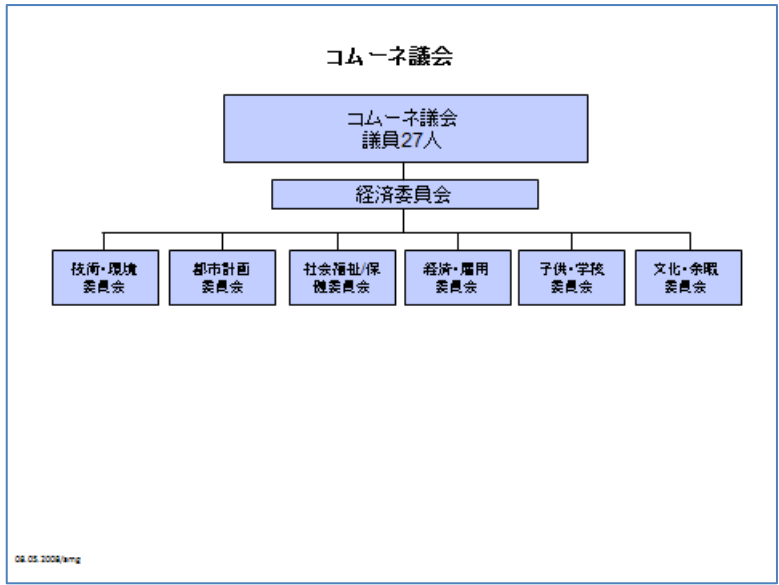
- Skovbrynet



- ・同時に、市民の健康状態ということに非常に大きな焦点を当てている。この市民という中には高齢者もちろん入っている。調査によると、多くの高齢者が長年、非常によい健康状態を保っているということがわかった。ただ、そういう高齢者が介護あるいはなんらかの助力を必要としたときは非常に重い介護が必要になってくるということがわかった。
- ・この数年間、介護と、自分で何かをやるための福祉機器の開発を同時に手掛けてきた。



- ・今から必要なことは、介護住宅であろうと高齢者住宅であろうと住宅の中を充実させて、生活しやすいなるべく自治体の介護職員の手を煩わせないような住宅が必要ではないかと個人的には思っている。2016年現在、578人が介護住宅に入っている。今ちょうど新しく新築したばかりのプライエム、介護住宅が増えたので現在の需要に対する供給ができています。当自治体の80歳以上の高齢者の2%から4%が介護住宅に住んでいる。それで、現在の介護行政を継続していこうとしたら、この先2028年に非常に急激な高齢者人口増があるので、自治体にとっては非常に多くの介護住宅を建築しなければいけないということになってくる。
- ・今述べた意見は、あくまで今の段階では個人的なものだ。この自治体の行政課にも言っていないが政治家、つまり市議会の議員、市議会の議会で説明したばかりだ。



- ・今からは、元気なシニア、元気な高齢者たちが入ってみたいと思うような住宅を建築しなければいけないと思う。施設化しないで、その住宅の中で高齢者同士がお互いを支援、サポートし合って、自治体からの公共のヘルプはほんのわずかか、あるいは非常に重くなってきたからで、その間は自分たちでお互いを助け合ってほしいと私は思う。
- ・今個人的なちょっとエピソードをお話する。私の夫の両親は、グループホームに住んでいる。そこには 65 歳以上のシニアが住んでいる。そこで誕生日パーティをしたり、一緒に何かを活動したりと、非常に楽しく生き生きとした生活をしている。
- ・そこでは、お互いがお互いを助けるという形をとっていて、病気になっても看病して、もちろんショッピング一緒に行こう、あるいは調理も一緒にしようという非常によい形の共同生活をしている。介護住宅ではない。
- ・みなさんも同じような考えだと思うが、将来はこのような住宅をどんどん建築していくべきだと思う。今あるものに対しても自治体の職員は専門的なアドバイスをしていくべきだ。
- ・このグループホームの住人達のところにもホームヘルパーは来ている。ホームヘルパーのサービスももらっている人達もいるが、その中で最期まで生活ができる。プライエセンター、介護住宅にそこからまた移るということはしなくてもいいという住宅になっている。
- ・市民としてもそういう生活を楽しんでいるということが、非常に興味深いと私は思う。
- ・2 年前から変化があって、デンマーク政府は各自治体に、高齢者のために使えるプール金を交付した。尊厳政策と言う。その尊厳政策を市民と一緒に各自治体は作成して、それを政府が認証すれば各自治体にプール金が下りるという政策だ。この場合の市民は、高齢者に限らず自治体が広報してすべての興味のある市民を集める。若い人の意見も聞きたいと特に若い人を招待した市民会もやった。それから、今自分の両親あるいは夫の両親が 70 代、80 代という年齢グループ、それからもちろん高齢者自身の 3 つの年齢層の人達を招待して市民会を持った。政府の目的は、このようにして自治体の政治家だけではなく各市民までどのようにしたら高齢者が尊厳のある生活ができるかということ浸透させたいということだ。
- ・当自治体も今年は高齢者行政を新しくしたいと思っていたので、この尊厳政策が非常にタイムリーであった。
- ・この政策には、高齢者課で働くスタッフ全体に関わってほしい。まだ詳細な計画があるわけではなくて、今は概念の理解に力を入れている。まず価値観、市民との協力、市民の考え方を尊重して彼らの意見を反映させることが非常に重要だと思っている。
- ・もし 1 人の市民が自治体の援助、サポートを必要としている場合は、その個人の必要性、どのような生活をしているか、どのような目標までいきたいのかということを見る。



- ・個人以外に、例えば高齢者住宅あるいは活動センターを建築する場合も、この尊厳政策のプール金からまわせるように考えている。
- ・ここの自治体にも高齢者審議会がある。議員選挙と同じときに高齢者審議会の選挙があり、10人か11人ぐらい選ばれる。これは完全なボランティアの仕事だ。それで、なんらかのプロジェクトを実施するときには必ずこの高齢者審議会のメンバーあるいは高齢市民グループの代表者は計画の中に入る。

(質問：高齢者審議会は高齢者しか入れないのか。)

- ・そうだ。60歳以上だ。それから、参考までに、高齢者審議会の他に、身障者審議会、児童審議会、青年審議会、といろいろな年齢グループの審議会がある。各年齢層の代表者がこの中において、その年齢の意見を出す。

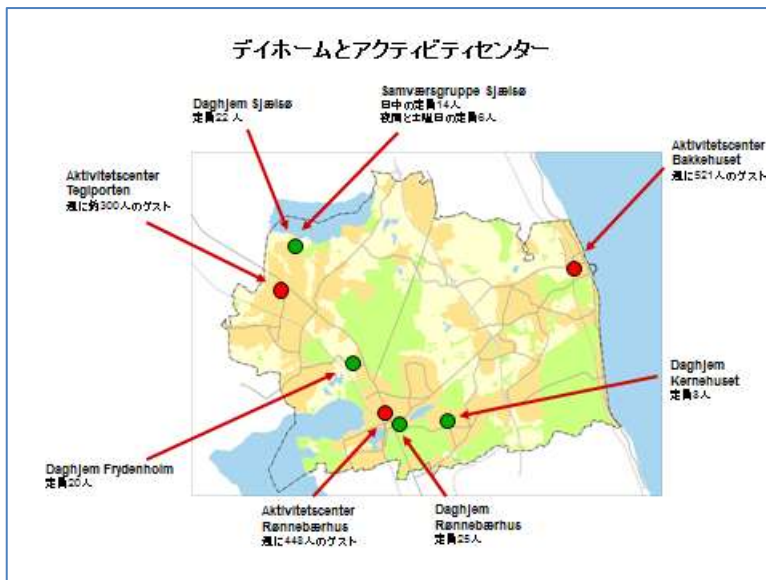
・次は、活動的な毎日の日常生活を増進するということだ。これについてはリハビリセンターでもっと詳細の説明があるが、市民の毎日の生活をより活動的にしてほしい、それを自治体のほうで助けようということだ。

・3番目は、市民を援助、サポートする場合に、自治体側の見解ではなくて、その市民の側に立って、その市民が何を必要としているか、どこまでを必要としているかを考えるということだ。この市民というのは、自宅に住んでいる高齢者と介護住宅に住んでいる高齢者のどちらも同じサポートをするということだ。

・デンマークでは介護住宅に住んでいてもそれはアパートと呼んでいる。自分の住宅だ。ただ、他の家やアパートと違うのはそのまわりに非常に接近して介護機能があるということだ。

・それから最近、最期をどのように迎えるかということに重点を置いた介護をしている。これは、介護住宅だけではなくて、自分の家で最期を迎える際にその人の希望に沿って、その人のしてほしいようにしてあげるということだ。そういうことにも非常に重点を置いている。

・4番目は、社会ネットワークと健康状態をより強力にするということだ。価値観としては、他の人と一緒に何かをする、共通の何かを持つということの重要性を指している。それをより強力にしてあげましょうということだ。社会的ネットワークがあるということは、その人の健康状態にも非常に大きな影響を与えるし、ウェルビーイングにも非常に強い影響がある。



・我々はこれを非常に大切な項目だと思っている。特に、1人で食事をするとう欲も湧かないということで、一緒に食事をしてあげましょうという運動が今ある。そういうこととプラスしてもちろん栄養を考える。よい栄養のある食事をしてもらおうということだ。この項目をこれから詳しく説明する。

### 食事サービスと買い物の合計受給者と供給者

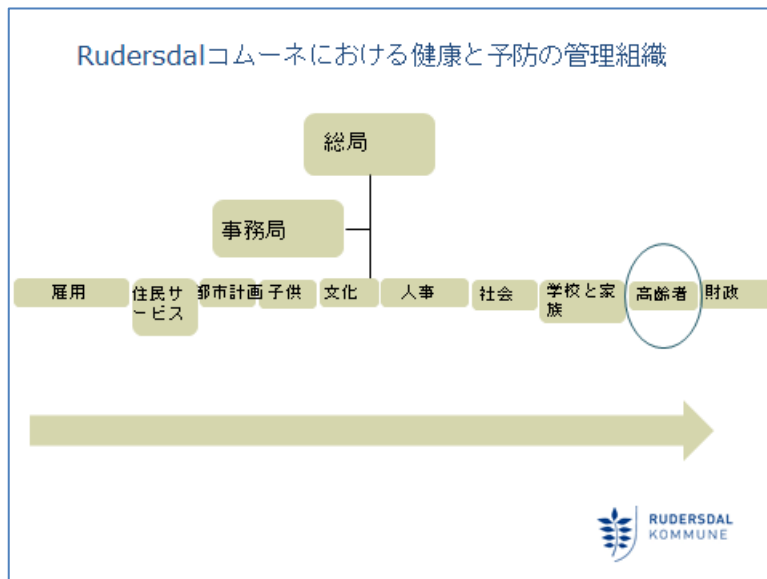
食事サービス	住民数, 2015年第40週
Det Danske Madhus (2010年1月1日)	273
Din Private Kok (2015年3月1日)	85
買い物	住民数, 2015年第40週
Intervare A/S	570

・市民に対していろいろなサービスをしようと心掛けているが、それに対して経済的、クオリティのある人達の協力がよく調和をして、そして最終的によいサービスとなるのが非常に大切だと思う。これ全部が価値観だ。  
 ・端的に言えば、その政治的予算がプール金だ。自治体に予算が下りてくれば、我々価値観のあるサービスができる。

- ・当自治体には、健康および予防課がある。この課は高齢者だけではなく成人および児童、つまり市民全員に対して仕事をしている。



- ・課の組織だが、まず行政総局があつて、事務局、経済財政、高齢者、学校および家族、社会などで、自分は高齢者チームにいる。この自治体では横の関係が非常に強い。それで、各チームから代表者が出てミーティングを持つ。例えば高齢者課だけの会議もするが、ある高齢者の問題について財政、社会、高齢者、文化、児童、都市計画、就労の各課の代表者が集まってミーティングをすることもある。



- ・この課の課題は、栄養、禁煙、衛生、アルコール、スポーツ、精神的な健康だ。
- ・当自治体は、すべての市民は健康な生活を送るというビジョンの下に仕事をしている。特にアルコール対策に重点を置いている。



・3、4年間隔で健康プロフィールを作成している。これはレギオンの規模で、ときどき自治体の規模でも作成する。2012年から2014年までの間に11の推薦健康パックを作成した。



(質問：分野ごとに作成しているのか。)

・そうだ。喫煙も含めてだ。これはなんらかの調査をして結果を示して、専門的な意見と基礎的な勧告をしているパックだ。内容によっては非常に基礎から発展したようなものもあり、あるいはただこうしたほうがいいという基礎的な勧告をしているものもあり、あるいはこういう調査結果が出たからたばこはいけないという内容もある。

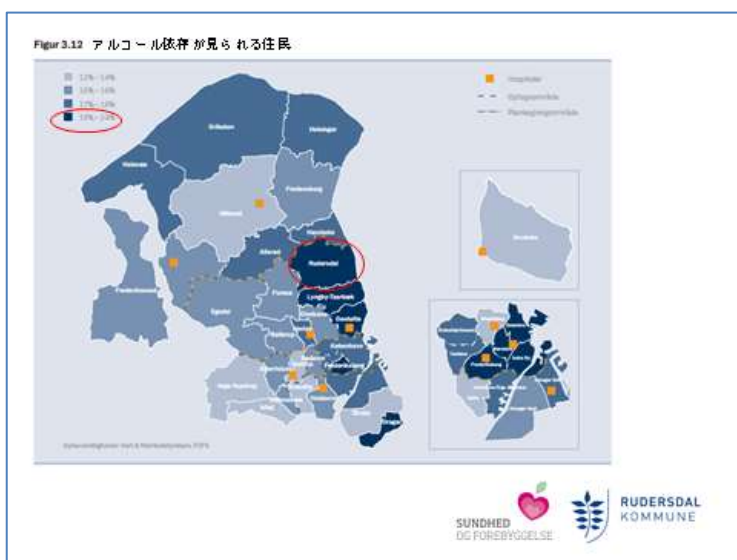
(質問：つまりエビデンスに基づいて勧告を出しているということか。)

・まったくそのとおりだ。市民は自由でこちらから強制はできないが、枠組みをつくって市民がなるべく健康的な生活をするように願っている、この枠に沿って我々は仕事をしている。  
 ・それで、この健康政策に従って、調査結果や推定値によって目的をつくった。例えば禁煙。多くの市民がたばこを吸わないか、あるいは禁煙した。



(質問：目標達成か)。

- ・ そうだ。たばこは近くの自治体のなかで一番少ないパーセンテージだ。
- ・ しかし、付近の自治体と比べる、この自治体の市民はアルコール飲む人が非常に多い。今アルコールをあまり飲まないようにしないようにしようという施策に力を入れている。



- ・ この自治体では高齢者担当のスタッフが4日間、どのようにしたらアルコール依存を早期発見できるかという研修に行く。在宅介護のスタッフたちもその研修に出席した。
- ・ 若い人もアルコール依存が非常に多い。今だいたい16歳から飲み出しているという傾向があるがこれでも年齢が上がった。以前はもっと若い年齢から飲み出した。デンマーク全体の傾向としては、飲み出す年齢がだんだん高くなっている。

(質問：予防の主体が自治体職員、在宅介護のスタッフという話だが、例えば地域のボランティアも予防に参加する仕組みをつくっているか)

- ・ 市民を巻き込もうという考え方をしているがまだ実際にはしていない。市民の協力が非常に大切なので考えている。

(質問：まだ実験的なものでもやってみた、考えてみたというのがあれば教えてほしい。)

- ・市民を巻き込んでいくものがまだない。それは私たちにとって挑戦だ。喫煙をやめてほしい人達に限って興味を示さない。まだ巻き込むことができない。だから1つのチャレンジだ。
- ・ただ、ここにもボランティアセンターがある。そこで、例えば認知症の人を助ける、弱視の人の同行をする、脳卒中を経験した人を助けるなどの分野に分かれてボランティアが活動している。しかし、この自治体の行政の段階に市民が入ってくるということはまだない。

(質問：行政の縦割りという問題を避けるためにどのような仕組みで連携をしているか。)

- ・健康増進ネットワークという1つのグループがあって、各課から代表者が出ている。その代表者たちがミーティングを持つ。それで、その各課はこのプロジェクトに対してどのような協力ができるかという形で専門家が横の協力をする。1年に4回ミーティングを持つ。

(質問：11個の健康パックがあるということだが、たばこは大丈夫となったらそのパックは10個になるのか、また別のものが入って12、13個になるのか。)

- ・今は、喫煙以外にも目標到達をしようと努力をしている最中で、2年3年と時間がかかる。



(質問：最終的に目指すのは寿命を延ばす、財政を良好にする、幸せになるということか。)

- ・最終的には全員が健康で特に慢性病が少なくなれば、それだけ財政状況がよくなるだろう。

- ・私たちは、高齢者の家庭訪問というチームで仕事をしていて、4人でやっている。法律によって、市民で75歳以上の高齢者は専門家による家庭訪問を受ける。来てほしくないという人はノーと言える。4人の職業は看護師、理学療法士、作業療法士だ。
- ・この政策は今年で20周年を迎える。今年の1月1日に小さな改定があった。
- ・この家庭訪問の目的を端的に言えばウェルビーイングだ。家庭訪問員は、高齢者の家庭を訪問してどのような自立した生活をしているか、あるいはどのような活動に参加しているか、安心感のある生活かを見て、最後に何かあった時のアドバイスをする。同じ課で仕事をしているので自治体の予防政策に沿って、アルコールや栄養や活動についてもアドバイスする。

#### 訪問の目的

- ・ 安寧
- ・ 住民の自立を支援
- ・ アクティビティレベルの維持
- ・ 安心
- ・ 助言



- ・この市民が75歳になると、まずミーティングがある。その1年間で75歳になる高齢者を11月に自治体に招待する。その2時間のミーティングで75歳からの生活についてアドバイスをする。それから家庭訪問をしてもいいかと聞く。それで、1対1でその家庭を見ながらゆっくりと話をする。75歳の高齢者のうち30%が来てもいいと承諾していた。

#### 75歳

新たな75歳全員と会い、自宅に家庭訪問



・今回の改定で75歳から80歳の間は5年間は個別の家庭訪問はしないことになった。それがこの1月1日にあった改定だ。80歳以上は毎年家庭訪問がある。



・その5年間は個別家庭訪問しないという改定の理由は、80歳までの高齢者の状態が非常によくなって、元気な高齢者が多くなってきたということだ。それから年金支給開始年齢が65歳から67歳に上がったということもある。

・その改定法では、75歳から80歳の間は個別家庭訪問をやめた代わりに65歳から80歳までの脆弱な高齢者には、個別家庭訪問をしようという形に変えた。これは枠法なので各自治体で、問題を持つ高齢者の問題が何かということは各自治体が決めてよい。何で脆弱なのか、アルコールなのか、喫煙なのか、それを決めていくのが予防課だ。



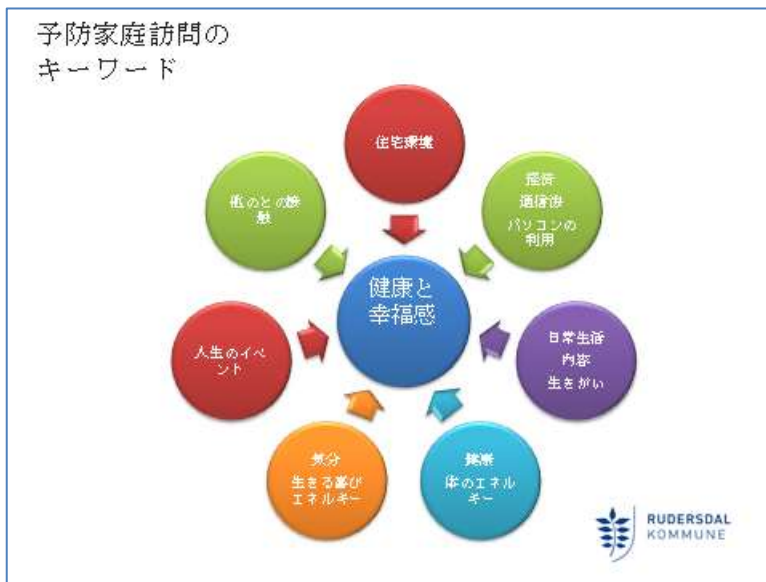
・それから、普通は高齢者が退院するときは病院から自治体の特に在宅介護に、こういう人が退院するから在宅看護班をすぐ送れという通知を出す。しかし、その病院からの通知がなくて退院する人達もいる。そして退院しても自分で生活がまだできない状態にいる人にも家庭訪問をする。

(質問：病院から通知がなくてそのような人がいることがどうしてわかるのか。)

- ・病院からの通知がなく、個人情報があるので自治体から病院に聞いてはいけない。だからこのルートでは情報は伝わらない。先ほどの、いろいろなパックのパンフレットが医師のところとか、図書館においてあるので、それを市民が見てだんだん浸透してきた。それで例えば家族や近隣の人が自治体に電話をするという形でその人がいるとわかって家庭訪問をする。
- ・どうして病院から自治体に通知がないかという、すぐに訪問看護師が必要であったり、あるいは在宅ホームヘルパーが必要であったりする人については通知があるが、それ以外で、もうすこし健康でもうすこし元気な人については通知がない。
- ・それから、男性でも女性でも伴侶を亡くした人に、葬式の2ヵ月後に必ず家庭訪問をしていかという通知を出す。すると70%の人から来てもいいという返事がくる。断った30%の人も、自治体がそのように感情的な理解をしてくれたということに非常に感謝している。

(質問:亡くなったということを自治体で管理しているのでその情報がわかるということか。)

- ・すべての国民が国民登記をしていて、そこからリストが来る。
- ・それから、他に同じように問題があると思われるグループとして、長く一緒にいて世話をしてきたが伴侶がプライエムやプライエボーリに入って突然1人になった人達も訪問をする。
- ・家庭訪問をしたときに、本人の前に「予防家庭訪問のキーワード」をまず置く。それで、今からこういう項目について話すと言う。内容は、どのような経済環境か、年金だけで暮らしていけるか。また、デンマークは昨年からペーパーレスの社会になって通信法で公共からの手紙の通信はなくなった。なるべく80歳の人でもパソコンを使うように言っているので、パソコンがあるか、利用できるかが大切なキーワードになる。次に日常生活はどのような毎日でどのようなことをしているか、なにか生きがいはあるかというようなことを聞く。




- ・このような項目があつて、例えば、毎日あなたは何をしているのかと聞きたいと思つても、本人はたばこを吸いながらワインを飲んでいて、私はそんなことなんか話したくない、息子が亡くなったとか他の友達が亡くなったということと話したいということもある。これは本人の生活ではなくてイベントだ。しかし、市民が興味のないことをこちらから話し掛けても仕方がないし、次の年もまた家庭訪問を同じようにしたいので、なるべくその人が話したいことを取り上げて話すようにしている。

- ・家庭訪問の数は、75歳以上の人の家庭訪問対象者が5400人。毎年来てもいいと言うし、絶対いやだという人もいる。2年に1回とか3年に1回と言う人もいる。非常にまちまちだ。
- ・それで、年間約1200人になる。

ここ4年の家庭訪問

2012	2013	2014	2015
1166	1333	1172	1184



(質問:すると、4人で1人300軒ぐらい行くのか。)

- ・4人のうちにはパートの人もいるので単純に4で割れない。
- ・毎日朝にその日に行く家庭訪問の数を決める。1日にだいたい3人の所に行く。
- ・法律によって、この家庭訪問の課のスタッフは啓蒙活動、つまりボランティアセンターや活動センターに行くようになどいろいろな話をしなければいけないと義務づけられている。

(質問:それは地区担当に分かれているか。この地域は健康になったとか競うことがあるか。)

- ・2地区に分かれている。競争はしないが協力はする。非常によいチームワークを持っている。それから、この自治体だけではなく全国の自治体と非常によい協力関係にあるので、自分たちのよい体験を話し合ったり、あるいはアドバイスをもらったりということもする。

(質問:配偶者を亡くした人の所に行くのも75歳以上か。この自治体独自の活動か。)

- ・今年から改正されて65歳以上だ。
- ・すべてではないが多くの自治体がやっている。以前、自分は他の市でこの仕事をしていて、その市でもやっていたが節約のためにカットされた。自分自身はそれをずっとやりたかったし必要だと思っていた。
- ・配偶者の死のような出来事があると、悲しみの中にあって自分の存在というものがわからなくなり脅かされてくる。それで、自治体としても重要な課題であると思っている。

(質問:家庭訪問でリスクのある人を発見したときにどのように医療介護につなげていくか。)

- ・まず、本人に、自分で何か問題があると思わないかと聞く。例えばもし認知症の場合、忘れっぽくなったという話が出ると、家庭医のところに行ったらどうかとかアドバイスをする。それから、これは喜ばしいことだが、家庭訪問で子どもが同席する機会が非常に増えてきた。それで、その子どもにも話をする。基本的には本人が子どもにも連絡してほしいものだ。子どもが同席できないときは子どもに連絡をしてもいいかを聞く。この人は看護師がいたほうがいいのかという場合は訪問看護師課に連絡する。あるいはホームヘルパーが要る

のではないかという場合もその担当に連絡する。

(質問：70%は拒否されるということだが、それに対して何か対策を考えているか。)

・その70%だが、調べてみたところ同じ人が毎年ノーと言っているわけではない。だから、今年はノーと言ったが、その次の年は家庭訪問が来たかもしれない。そこをもっと調べる必要性はあるが、たぶん2年あるいは3年に1回はほとんどの人が家庭訪問を受けているのではない。ただ、絶対に来るのはいやだという人もいる。

・我々の目標は全員が家庭訪問を受けるということではない。あくまでも市民の希望によるので、強制はできない。拒否されればそれ以上押すことはない。

- ・デンマークでは認知症に対してどのような対策をしているか、そしてこの自治体ではどのような対策をしているか説明をする。
- ・デンマークの人口は約 550 万人。そのうち 8 万 8000 人が認知症の診断を受けた。それ以外にまだ診断を受けていないので統計に入っていない認知症の人達もいるはずだ。
- ・認知症は非常に包括的な病気なので本人だけではなくて、本人を取り囲む家族、親族、友人、すべての人達が影響を受ける。これは推定だが、多分 30 万から 40 万人の家族は親が認知症になったためになんらかの影響を受けているはずだ。
- ・今わかっている範囲では、65 歳以下の若い人達の認知症が 2400 人いる。
- ・認知症全体の数は、急激に増加するであろうという推定になっている。
- ・それで、認知症の介護・看護およびケアに関する全国的な対策プランが作成されている。
- ・その全国対策プランはまず、その認知症の人がどこに住んでいようとレギオンあるいは自治体に関係なく同等なケアが受けられることを 1 つの目的にしている。そしてその 5 つのレギオンでさらに詳しい対策プランを立てていくという法律になっている。
- ・その中の 1 つとして、病院、家庭医、専門医、それから自治体がどのような役割で認知症介護をしていくか、専門家が協力とコーディネートをするべきだという項目がある。対象者は認知症の本人プラス家族だ。
- ・この自治体がある首都圏レギオンには 5 カ所の病院がある。その病院で必ず検査、診断を受ける。本人は必ず年に 1 回か 2 回、検査を受ける。自治体は必ずその認知症者がどのような介護を受けているかチェックをする。コントロールチェックを管理しなければいけないと義務づけられている。それにプラスして家族のサポートだ。それが国の政策だ。
- ・次にこの自治体の政策だが、これは自治体によってまちまちなので、当自治体の対策を話す。この地方にある 5 カ所の病院のメモリークリニックで認知症者は検査をして診断が下りるわけだが、その診断の結果はこの自治体の認知症コーディネーターである自分のところに来る。それで、今度はこちらから認知症の人のところに家庭訪問に行っていかが尋ねる。
- ・これが 1 つのやり方で、もう 1 つやり方がある。たとえば家族が、父がちょっとおかしい、認知症になったのか非常に不安でどうしたらいいかという電話をコンサルタントにしてくる。そうしてコンサルタントがアドバイスをして面接をするということで家庭訪問もする。
- ・それから、家庭訪問チームから自分が訪問した人は認知症の疑いがあるので家庭訪問してくれないかという連絡がくることもある。それだけではなく、活動センターやリハビリセンターとかいろいろなところからも依頼がくる。あるいは近隣の人から連絡が入ることもある。
- ・訪問した家庭ですることはまず評価だ。その人がどのような認知症の状態であるかということの評価して、それから自治体では認知症の人にどのようなサービスがあるか家族にアドバイスする。例えば、デイホームがあるので、その人の状態によって違うが週に 1 回あるいは 3 回、4 回行きなさいとか、あるいはもし家族がちょっと息抜きをしたい場合はショートステイ用の施設があるから入りなさいと具体的なアドバイスをする。
- ・訪問は 1 回だけということはない。必ず再度訪れる。それはその人の状態によって、重度の認知症の人が伴侶と一緒に住んでいる場合は毎月 1 回、そうでない場合でも 1 年に 1 回は必ず訪れるようにしている。
- ・この自治体では多分 400 人前後の人が認知症である。
- ・もう在宅がこれ以上できないという状態になると、今度はプライエ（高齢者）住宅がある

から入ってはどうかというアドバイスもする。

・デイホームはまちまちで、健常高齢者と認知症の人が一緒のデイホームもあり、認知症の人だけが来るデイホームもある。これは普通 8人で、長いところは 10時から 20時まで開いている。普通は 10時から 15時までとか、あるいは 15時から 20時までで、その人の状態によってまちまちだ。10時から 20時までいる人もいる。

・このデイホームでは特に身体的トレーニングに力を入れている。もちろん他の人との交流ということもあるが、今持っている体力を維持するということに重点を置いたトレーニングをしてもらっている。

・今年から新しい試みとして、日中に若い 50 歳代ぐらいの身体的には元気な認知症の人達が、体を鍛えようというプロジェクトで 8キロから 10キロ歩くトレーニングをやっている。50 歳代で認知症は進んでいるが身体的には頑丈だという人達と、80 歳代の認知症の人達とは非常に状態が違う。今我々がやっているのは、その違いに焦点を置いて、個別のグループに合ったデイホームのサービスを提供しようと努力をしている。それは本人達にも非常にいいし、特に家族たちは自分の認知症の家族がデイホームでただぼんやり座っているというだけでは満足しないという感覚を持っているので、家族たちも喜んでいる。

・それから介護住宅では、身体的に衰弱した人達だけで住んでいるところもあるし、認知症の人達だけのユニットにして住んでいるところもある。それはだいたい 8人が一緒のユニットに入っているのが普通だ。

・ここの組織だが、認知症に関してはコーディネーターの自分が中心になって、サービス判定や入所判定をする判定課と一緒に仕事をしている。それから、この自治体は認知症アドバイザーという役職の人達がいて、これは在宅地区の各地区から 1人、それからプライエセンターの大きいところでは 2人がいて、全員で 30人が自分の下にいる。

・自分のバックグラウンドは看護師で、さらに認知症に関する専門教育を受けた。他の自治体では、作業療法士とか理学療法士のセラピストが認知症コンサルタントあるいは認知症コーディネーターになるところもある。認知症アドバイザーたちはほとんどが看護師で、訪問看護師の人も多い。訪問看護師をしながら認知症アドバイザーの資格も持っていて、その仕事もしているということだ。その中には、判定委員が 3人入っている。この認知症アドバイザーたちが本人のいるところまで行く。現場で働いている人達だ。

・今まで在宅介護班のサービスも受けていない元気だった人が認知症になると自分にコンタクトしてくる。今までホームヘルパーが来ていた人達は認知症アドバイザーが担当する。

・その認知症の人が在宅している場合で、実質的な家事などのサポートが必要な場合は自分より認知症アドバイザーのほうが動きやすいということで、アドバイザーに行ってもらう。

(質問：認知症アドバイザーは公務員か。)

・公務員だ。基礎教育は看護師でプラスして認知症の専門教育を受けている。普通の訪問看護師の仕事しながら兼業でアドバイザーもしている。

(質問：30人という人数は多いが、パートタイムでこの仕事をやっているということか。)

・その訪問看護師にとっては、具体的にこの人は認知症だから何かをするという仕事ではない。訪問看護師のやる仕事は傷の手当てとか服薬などがある。そういうことをやりながら、この人は認知症があるかどうか気を付けて、それをホームヘルパーの人に、こういうことをするから気をつけなさいなどとアドバイスをする。

(質問：認知症アドバイザーとして報酬をもらっているのではないわけだ。)

・そうではない。自治体としては市民に関わる人達に認知症をわかってほしいのでアドバイザーを置いている。例えば、傷の手当てをしながらこの人は認知症だから GPS を持った方がいいのではないかと、家族に GPS をあげて使い方を教えようとか、そういうことを考えるのもアドバイザーの仕事だ。

(質問：認知症の人には認知症アドバイザーが必ず関わることになっているのか、程度によって関わる場合もかかわらない場合もあるのか。)

・在宅看護・介護のサービスを受けるようになってから、初めてアドバイザーのサポートを受けるようになる。

・例えば、奥さんと一緒に住んでいる男性の認知症の人には、ホームヘルパーが来ないし、元気であれば看護師も来ない。それで、彼がもしデイホームに行っていてなんらかの問題が出てきたら自分のところに連絡が来る。だから、ホームヘルパーが常に来ている人、あるいは訪問看護師が定期的に来ている人に一番近い人は認知症アドバイザーを兼ねている訪問看護師あるいはホームヘルパーだ。そうでない人は、自分がコンタクトパーソンになる。

・ただ、そのアドバイザーたちが、これは自分に相談したほうがいいという時は、自分がもちろん関わる。自分は1人で400人の認知症の訪問はできかねる。

・徘徊する人に対してはGPSをリースするが、それも自分の仕事だ。

・例えば、非常に認知症で頑固になってきた人で、風呂に入るのが絶対いやだとか、そのように介護ができないというときには、最終的には権利の執行ということをしなければいけないが、それには非常に複雑な手続きがあって、それをするのも自分だ。

・それを連絡してくるのは在宅介護であり、それからプライエボリー、介護センターの住民ということもある。

・認知症アドバイザーたちとは非常に緊密な協力関係を持っていて、1年に4回会議をする。1対1で話すこともある。その他に自分の仕事としては、プライエセンターなどで、在宅介護班、認知症の家族、看護師、介護ホームヘルパー、SSAといわれるアシスタントの見習いなどに認知症に関する講義をする。さらに、全国で行われる認知症に関する会議に参加し、新しい知識の勉強をすることも仕事の1つだ。

(質問：日本では認知症の本人の当事者の声を自治体がよく聞いて政策に生かしていくという動きが進んでいる。そういう動きはこちらにあるか。)

・この自治体にはそういう組織はない。ただ、全国にあるアルツハイマー協会がそういう若い患者たちの声を聞くことはしている。あとは、家庭訪問で個々に認知症アドバイザーが本人の声や希望を聞くということしかやってない。

・それから、医学的な専門知識やどのような介護が必要かというようなことについては、国立病院にナレッジセンターがあって、そこでいろいろな情報を集めている。

- ・自分は判定のチーフであり、毎日のリハビリトレーニングの専門家だ。
- ・デンマークでは、例えばプライエセンターに入居する、デイホームに行く、通院する、在宅介護のサービスをもらうなどはすべて自治体の判定を受けなければならない。
- ・そのサービスの前にすべての高齢者はリハビリトレーニングを受けるということが法律で決められている。
- ・今から説明するのは家庭でのリハビリ訓練ということだ。これは、カナダ、アメリカ、オーストラリア、ニュージーランドで非常に進んでいる。今ノルウェーもこれに非常に力を入れ出した。ここルーダスダルの人口は5万5441人で、65歳以上が22.2%と高い。約2000人が在宅介護のサービスを受けている。1日に1時間の人も、20時間の人もいる。
- ・過去には、体力が非常に衰えた高齢者は寝たきりだった。現在はそうではなく、高齢者で杖がいるほど歩行が困難であっても外に出ていってなんらかの活動をしている。ということは、高齢者についての考え方を改めなければいけないということだ。過去には受け身で弱い存在であったが今はそうではなくて、自分でなんらかの活動をする自立した社会の一員であるという考え方に変わってきた。
- ・2015年1月1日に施行された法律では、これからは在宅介護のサービスを入れる前に、何らかのリハビリで体力が向上してくるのではないかと考えなければならないということに改められた。
- ・国際的にも、デンマークでもいろいろなプロジェクトによって、高齢者で衰弱していても、何らかのリハビリ訓練をすれば自分で自分を助けることができる体力が向上してくるということがわかった。WHOの定義したICFの内容を考えても、リハビリ訓練というのは単に身体的な機能を向上させるだけではない。そうではなく、その人が社会の何らかの活動に参加できるようになることだ。それにあたってはその人の身体的な力も非常に大切だが、その人を取り巻く環境によっても、そのリハビリの能力に違いが出てくる。
- ・文献によると、リハビリを活用してSF-36での生活価値が上がっている。まず入退院を繰り返すのを少なくするという目標を置く。あるいは、在宅介護の身体ケアをなるべく少なくする、在宅介護が来る間隔を長くしていつてその人の生活および健康のケアをするサービス時間を減少させるという目標を置く。そのような文献がすべてであるとは思っていないが、文献を参考にして私たちはこの自治体の家庭でのリハビリ訓練を進めている。
- ・この自治体では、市民が在宅しながらいろいろなリハビリ訓練を受けることができる。例えばリハビリセンターに通所する、プライエセンターや他の外来施設でも訓練をやっている、家庭にしながら在宅介護のホームヘルパーたちとなんらかの訓練をすることもできる。
- ・高齢者市民について、どのような専門家たちがサービスを行っているかを話す。その市民によっては、1つのサービスしか受けられない人もいるし、2、3のサービスでもいい人もいる。あるいは全部のサービスを受けなければならない人もいる。
- ・専門家
- 家庭医
- 判定委員会（どのようなサービスが必要であるかという判定する）
- 福祉機器（市民によってはちょっとした改造、手すりを付けるとか、階段をスロープに替えるとか、そういう改造が必要な人もいる）
- リハビリ（リハビリセンターに行つてトレーニングを受けて、理学療法士あるいは作業療法

士のセラピーを受ける)

- トレーニングをしなくてもデイセンターに行く
- もっと元気な人は活動センターに行く
- なんらかの傷がある人は訪問看護師に来てもらう
- 在宅介護のホームヘルパーに来てもらう
- 家庭リハビリセラピストグループ（作業療法士と必要に応じて理学療法士のサポートももらえる。必要に応じてグループがこの人に関しては理学療法士に行ってほしいと頼む）
- それから福祉テクノロジー（この自治体は非常によく使っている。例えば iPad の中にトレーニングのプログラムを入れてホームヘルパーがそれを使って、セラピストのサポートなしで、クライアントと一緒にトレーニングをするということもできる）

（質問：評価も作業療法士がやり、作業療法士がプログラムを作るのか。）

- ・作業療法士だ。作業療法士が作って、もし理学療法士のナレッジが必要であると思ったら理学療法士に入ってもらおう。だから理学療法士は、常時ではなくて必要があればという形だ。

（質問：作業療法士が必ず自宅訪問して、プランを作るということか。）

- ・家庭訪問をする。作業療法士が訓練をすることもあるし、作業療法士がホームヘルパーに、例えば家事をしながらこういう訓練をなさないとか、こういう動きをしたらトレーニングになるというアドバイスをすることもある。だから、作業療法士がその家庭を見ておかないとどのようなところでどのような動きをしたらいいか、プログラムが作れない。
- ・しかし、身体的なトレーニングになると理学療法士が入らないといけないので、そういうときには理学療法士のサポートを受ける。基礎的には、家庭でのトレーニングなので、家庭で何かをしながらその動作の中にトレーニングの要素が入っているということだ。

（質問：判定員が判定すると聞いているが、リハビリのメニューを決めることとどういう関係になるか。判定員と作業療法士が必ず一緒に行くということか。）

- ・私はいろいろなサービスを市民にサービス権を与える課の課長だ。例えばホームヘルパーだけに家庭でのトレーニングを任せると、家事だけに注意が行ってトレーニングに注意が行かない。それで、2010年に従来のホームヘルパーたちがやっている家事だけのサービスだけではだめだ、トレーニングができないということでセラピストチームを別に作った。
- ・一方、トレーニングセンターでセラピスト、理学療法士、作業療法士のやっているトレーニングだけでは家庭でのトレーニングにはつながらないということで、第3のチームを作った。そこで今作業療法士中心で必要に応じて理学療法士も入れてホームヘルパーの指導をしながら毎日の家事の中でセラピーの要素を入れたトレーニングをしていくという形になった。

（質問：その判定全体を誰が決定するのか。）

- ・この人はトレーニングセンターに行ってもいいという判定をするのも自分の課で、リハビリも自分の権限の中にある。

（質問：そのいろいろなサービスや人をコーディネートするのは誰がするのか。）

- ・7地区に1人ずついて合計7人いる。その中のチーフがいてコントロールもするし、ユーザーにインタビューして統計を出す。
- ・予防家庭訪問の担当者はホームヘルプサービスがうまくいっているかどうか抜き打ち監査もしている。予告なしで監査してトレーニングがうまくいっているかどうかチェックをする。

(質問：プランを作るのが最初にあると思うが、時間が経過していくと、例えば3ヵ月後にはこう変えようとか、6ヵ月後にはこうしようとか、計画の流れの管理は誰がするのか。)

・訪問看護師がフィードバックをする。それによってサービスの量やサービスの内容を変えていくかを判定するのは判定課だ。判定員がそれを判定する。

・まず、国の法律があって、在宅介護を最低これだけ国民は受けるという法律がある。それプラスして自治体の条例でこの自治体の市民には最低これだけの在宅介護を入れるという規制もある。それらを頭の中に置いて、スタートとしてまず病院から退院したときにすぐ判定に入らなければいけない。容体が変わるためにたびたび必要なので、これは在宅介護のほうでやる。ここでやるのは月とか長いスパンで判定に入る。

(質問：退院のときにすぐ入る判定はどれくらいかかるか。)

・必要であればその日のうちだ。例えば1時に退院するという通知が病院から入ると、その日の3時にはホームヘルパーが来るということだ。

・ここにはコーディネーションナースという人が3人いる。その人達は、退院してくる患者が帰宅する、あるいは中間施設に入るということのコーディネートをする。電話連絡のこともあるし、病院に行くことも、パソコンで連絡をとることもある。それで、退院してもその日にすぐホームヘルパーが来るということが出来るわけだ。あるいは、そのコーディネーションナースがすぐこちらのリハビリテーションチームに連絡してきて、退院してすぐリハビリテーションを家でやってくれということもある。

(質問：認知症の人に対するリハビリテーションはどうなっているか。)

・この毎日のリハビリテーションというプログラムはほとんど例外なく在宅の高齢者を対象としているが、決められた日課を崩してはいけない重度の認知症の人達、あるいは家で最期を迎えたいというターミナルの患者が例外のグループだ。それ以外の人にはすべて、リハビリテーションプログラムがある。

(質問：すると、基本的には全員に対してこのリハビリテーションチームがつくのか。)

・そうだ。それから、コーディネーターナースがすぐトレーニングに入ったほうが良いと判断した場合は、リハビリテーションセンターのショートステイ用の部屋に入って24時間のケアを受けながら訓練をするということもある。

・まず、市民が自分で何日目にどういうところまでよくなりたかという目標を置く。次に、その日から10日の間にチームが家庭訪問に行く。それで、話しながら目標を決める。そこから14日の間に、その目標のためのリハビリテーションプログラムを作る。そのあと、90日間そのリハビリテーションチームが家事をしながら実際にトレーニングをしていく。90日が経ったときに、ある人は自立してもうサービス、ホームヘルパーはいらないとなる。でも、ある人はまだ自立してないので継続する必要があるという結果が出るかもしれない。

・ここで非常に重要なことは、あくまで市民が自分の目標を決めるということで、どういうふうに、階段を下りようになりたいとか非常に細かく決めることだ。職員が来て、あなたはこのようにふるまうように頑張れとか、そういうことはしない。

(質問：その目標設定の内容だが、階段上り下りというような機能的なものなのか、それとも人生に密着した、孫と会って一緒に遊びたいというようなことか。)

・初めのほうで、WHO が決めた定義の話をした。まず、その高齢者本人は脚を強くしたいとする。なぜ強くしたいのかと聞くと、そこで活動が出てきて、外に出ていきたいとか何かに参加したいとか孫と一緒に遊びたいとか、そういう希望が出てくるはずだ。

(質問：しかし高齢者は諦めていくので、意欲を引き出すのは相当大変だ。)

・もちろんそういうようにすぐ諦める高齢者もいるが、高齢者自身が変わってきた。高齢者自身が変わってきて、例えばマラソンに参加したいと希望を出す人もいる。

・法律によって、例えば家事は自分でできると言ってしまうとホームヘルパーはもう来なくなる。傾向としては、家事はやってもらいたいけど身体介助は自分でしたいという人が多い。掃除などの家事はしてほしいが、シャワーを浴びるのは自分でしたいということだ。

・自分のことは自分でやりたいというのがデンマーク人の国民性だ。

・2011 年に 400 人の人を対象としたアンケートで、このリハビリテーションプログラムが実行されて、本当に効果があったのかを調査した。自治体にとっては大きな節約になった。それを金額で表せば、2011 年では約 500 万クロナの節約になった。この 500 万クロナというのは人件費と、交通費、スタッフが使ったガソリン代とか非常に細かなものまですべて含めて 500 万クロナの節約になった。さらにそれが続いていくだろうという推定だ。

・2011 年にこの調査をしたときに、在宅介護のサービスを受けている人達がトレーニングも一緒に受けていて、その結果がどうなったか。身体介護の、風呂、シャワー、加圧ソックスを履くなどの項目で、このトレーニングに効果があるということがわかった。それで、なんらか自分のことができる人はそのトレーニングの時間を少なくして、その分、非常に状態が悪くなった人のトレーニングの時間にまわしている。ユーザー側の評価で、衣服を着る、脱ぐという作業がよくできるようになったという満足度が一番高かった。

・今からのチャレンジというのは、まずこういうプログラムはあくまでサービスを受けるクライアントでないといけないので今後どうするかということだ。

・それから、市民に関わるいろいろな横の専門グループの強力な協力が必要だということだ。それがうまくスムーズに動いて初めてよいトレーニングができる。

・それから、いろいろな健康、予防、リハビリの政策、戦略をうまく使うということ。そして最終的には、どのような効果があったかという文献によって我々の仕事がうまくいったかどうかが明らかになるので、文献化するということが非常に重大だと思う。

(質問：先ほど 90 日間でリハを実施していくとのことだったが、90 日間終わっても目標達成できなかったら延々とやることになるのか。)

・このリハビリテーションチームのトレーニングはその 90 日で終わりだ。

・それでまだ自立していない人は他のトレーニングが必要かもしれない。活動センターに行ったほうがいいのかもしいりハビリセンターに行ったほうがいいのかもしい。あるいは少し間を置いて、他のやり方でトレーニングを入れた家事と一緒にするなどをしたほうがいいのかもしいので他のやり方に入る。今までの集中トレーニングプログラムからは外れる。

・14 日と 90 日で評価する。たとえば、この人は 14 日間やってみて、あまりプラスの部分がないという場合は、評価のし直しということで、トレーニングよりサポートを増やした方がよいのではないかという人もいる。それからもっとトレーニングを続けた方がよいという人もいる。それで、評価を 2 回する。

- ・私は活動センターの所長をしていて、高齢者を活動化させるというグループのチームリーダーだ。今から説明するのは、判定委員会が判定しない、元気な高齢者の活動とトレーニングについてだ。
- ・自分は社会相談員であった。それに加えて経営学を学んだ。
- ・活動センターに来る利用者は、まず自宅に住んでいるということ、自力でセンターに来られるということだ。その自力というのは、記憶力は薄らいでいるかもしれないし、走ることもできないかもしれないし、慢性の病気も持っているかもしれないが、自分で衣服を着たり、食事をとったり、そういう最低限の基礎的な生活は自力でできるということだ。
- ・活動センターに来る人達について、基本的にこちらで知っているのはその人の名前と、このルーダスダルに住んでいるということぐらいで、それ以上は知らない。
- ・この自治体に3ヵ所活動センターがある。活動センターでは名前のおり、その中でいろいろな活動をする。その活動に予約したときに名前を書かなければいけない。
- ・先ほど、自分でここに来られる人と言ったが、自分で来られない人もいる。少数のその来られない人には送迎サービスをつける。それはユーザーの自己負担だが非常に安い。
- ・カフェで料理をやっていて、昼食をそこで食べられる。それは高齢者であれば誰でもいいということで、昼食だけに来る人もいる。食べるだけに来て、そこで一緒に座って話をする。社会的交流だ。だから厨房では何人分を作っていないかわからない。
- ・活動センターのほとんどのスタッフはボランティアで、現在、このロネベア・フース（ナナカマドの家）活動センターは60人ボランティアが入っている。スタッフは9人と所長だ。
- ・どのぐらい来ているかはまちまちで、例えば91歳の男性は30年間来ていて今でも活動している。また半年しか来ていない人もいるし、1か月来てまた来なくなる人もいる。1年に1回2週間だけユーザーの数を調べるが、去年の秋は448人がその2週間で来た。そのうちの3分の2が女性だ。平均1日に100人が活動センターで活動している。夕方、ユーザーが帰ると今度はエルダーセイエンというプライベートの高齢者組織などが会議をもったりする。
- ・年齢は、60歳以下は1人もいない。61歳~70歳までが84人、71歳~80歳が198人で一番大きいグループ。81歳~85歳までが81人、86歳~90歳が54人、90歳以上が31人、100歳以上が2人。全員元気で、1人が配偶者と自宅で生活をしていて、活動にも積極的に参加している。送迎サービスを受けているユーザーが毎日15人いる。
- ・活動の内容が入ったプログラムのパンフとイベントの予定表を作っている。各活動はまず健康によいこと、ネットワークができるということ、トレーニングの意味も含んでいることという3つの要素を含んだ活動だ。
- ・特にここでは予防ということで、1人きりに、孤独にならないように閉じこもらないようにということに非常に力を入れている。活動センターのユーザーの中には、友人も家族もない非常に孤独な中で暮らしている人もいる。第一印象が大切なのでボランティアの人に頼んで、初めて来る人のために、よくいらっしやいましたとほとんど手に取るようにして案内をする。包摂ということを非常に大事にしている、例えば初めて来た人がカフェのある席に座ったとして、他の高齢者が来て、そこは誰かさんの席だからそこに座ってはいけないと言ったらもうその人は悲しくなる。そういうようなことがないように、みんなを巻き込んだ活動をすることに焦点を当てている。
- ・各活動には申し込みをしなければいけない。この活動センターにも予算というものがある

ので、すべての申込みを受け入れるわけにはいかない。非常に残念だが断ることもある。

・ボランティアセンターとも非常に緊密な協力関係を持っている。さらに先ほどのエルダーセイエンや政治的な組織が養成講座を持っているが、そのようなイブニングスクールといわれることにも協力する。

(質問：日本では、政治団体の利用は禁止という場合が多い。)

・政党がそういう養成講座をやっているが、現実にはその体操や読書会に政治組織はまったく入っていない。講師もそういうことと関係なしに教えている。バックグラウンドは政党だがそれは前に出てこない。だから問題ない。

・よい生活への5つの道というものがある。

- ネットワークをつくることから新しい環境をつくり出そう

- 新しい知識を入れよう

- 活動的な毎日を暮らそう

- 今のときを大切にしよう

- 自分の力を他人に使おう (ボランティア活動)

・それを活動センターでも反映させ、ユーザーの希望も入れての3つに焦点を当てている。

- モーションで体を動かす

- 読書グループとか知識を高める活動

- それから最後に手芸をしたり絵を描いたりというクリエイティブな分野での活動

・この3つの活動の分野すべてに共通なのは、それを通して健康を増進させる、ネットワークをつくる、それから予防にもなるという3つの要素が入っているということだ。例えばいすを使った体操のあとに必ずコーヒーを飲んでネットワークづくりの活動を入れている。

・それから、各活動はレベルが非常に違う。森の中をマラソンできるという人もいれば、ローレータを押してやっといすに座るといぐらいしかできない人もいるので、そのいろいろな人のレベルに合わせて活動に入ってもらおう。

・スタッフおよびボランティアは活動だけに集中するのではなくて、活動を通してネットワークが広がるようにしている。ボランティアはだいたい退職者で、今までしていた仕事で得た技術や能力をこの活動センターでも使う。その上で、高齢者と話しをするにはテクニックがいる。高齢者の気分が悪いとき、あるいはうつ病のようなときにどう話し掛けたらいいか、何かあったときにどう対処したらいいか、それらについて研修を受ける。

・その研修は活動センターの中ですることもある。活動センターの中でするが講師は外から雇ってくることもある。それから、オーデンセに非常に大きなボランティアセンターの本部があり、そこですることもある。

・また、コミュニケーションをどうしたらいいとか、利用者とのコミュニケーションとか、それから、守秘義務とはどういうものかという場合には自分が講師になる。だから、テーマによって講師が違って来る。

・それから、カフェがあるが、食事はとても大切な要素で、我々も非常にそのことに気を使っている。健康な食品を食べてもらうこと、旬の野菜を出すように努力している。デンマークの高齢者は、以前は豚肉にジャガイモという昔からの食物だけを食べていたが、今の高齢者はそうではなくて野菜をとる人も多いし新しい食物もどんどん食べる。

・送迎サービスを受けている人が15人いると言ったが、その中の1人は食べにくるだけだ。デンマークは昼食に温かいものを食べる。特に高齢者は、朝夕が冷たいパン食で、昼食にメ

インの食事をとる。そのために服を着替えて髪もきれいにしておいて食べにだけ来るという人もいる。というのは、食べたあとのおしゃべりが非常に楽しいわけだ。

・ここでもボランティアが活躍している。例えば必ず花が置いてある。それからお盆を運べない人もいたので運んであげる。あるいは少数だが肉を切れない人もいたので切ってあげるとか、そういう細かいサポートをしている。社会的食事と呼んでいるが、スタッフも必ず一緒に食事をしながらいろいろな雑談をする。その雑談の中で大切なことを言っているかもしれないのでそれを聞くという目的もある。そのときスタッフはユーザーが食べる食事と同じものを食べる人もいるし、自分でサンドイッチを作ってきて食べる人もいる。それから、香りによって味覚神経が刺激されるということがあるので、必ずこの厨房で作ったものを出すようにしている。パンもここで焼くしケーキも毎日焼く。特に新鮮な野菜を使うようにしている。フリーザーから出して使うようなことはない。

(質問：調理は基本的にボランティアがしているか。栄養士がついているか。)

・コックではなく調理教育を受けたスタッフがいる。栄養士の前段階の栄養アシスタントだ。  
・それから、重要な国の記念日やクリスマス、白夜祭などにはパーティをする。  
・それから、残飯を作らないように心掛けている。例えば、パンもオープンサンド式だが、それをあらかじめ乗せるのではなくて、パンはパン、乗せるものは乗せるもので別に出して、必要なだけとって伸せて食べてもらうようにした。それで、ユーザーのあるおばあちゃんが誤解をして、サービスが悪くなってもうサンドイッチを作ってもらえないのと文句言いに来た。先ほど、食堂でもカフェでも何人が食べるかわからないと言った。ということは必ず食品が残るわけだ。それは買うことができる。ドギーバッグみたいに作ってもらってうちに持って帰る。1人暮らしの人が多から夕食もおいしいものが食べられる。  
・食事は有料だが街中の3分の1ぐらいの値段だ。市から補助があつての値段で、温かい昼の食べ物は、肉とジャガイモかちよとしたサラダがついて45クローナだ。これは配食サービスの1食分だ。政治的にこの値段に決められた。この値段で、材料費と少し利益が出る。  
・ユーザーである退職者の年金はまちまちで、国民年金しかない人がいる。だいたい月に1万クローナ(約16万円)で、そのような退職者にとって毎日45クローナはきつい。  
・普通の、他の年金がある人にとって45クローナは安い。  
・これは自治体の活動センターなので、ユーザーにとっては人件費を払わなくていいわけだ。ほとんどのここに来るユーザーたちは、これは高くないと思っている。  
・ほとんどの人は1人住まいだ。1人だけの食事を作るのは非常に面倒で、同じようなものになってしまう。このバリエーションのある食事が食べられることはとてもいいことだ。  
・それから、普通、レストランではサンドイッチなどを持って入ってはいけないが、ここは自分で作ったサンドイッチを持って入ってもいい。飲み物は買わないといけないが、ビールでもワインでも売っている。例えば今日は誰かの誕生日だとしたらワインを買ってみんなで飲むということもある。

(質問：認知症のコーディネーターの話では活動センターとも連絡があるということだった。必ずしも認知症コーディネーターだけではなくトレーニングセンターも含めて連携はどのようにしているか。何か具体的な会議があるのか。)

・毎朝ミーティングをやっている。その時にあるスタッフが、例えば私の教えている体操グループのある人はちょっとおかしいと言う。その場合は自分が認知症コンサルタントに連絡することもあるし、スタッフがすることもある。3カ所に活動センターがあり、その3セン

ターの所長ミーティングは定期的にある。しかし、活動センターは判定課の外にあるので、他の在宅介護や訪問看護など介護・看護のグループとは定期的なミーティングは持たない。

(質問：日本では、公民館とか活動センターは文教関係で介護とは部局が違う。)

・ここでは高齢者部に入っている。

(質問：先ほどの利用者などの数字はこのセンターか、3センター合わせた数字か。そうであれば、自治体全体ではその3倍ぐらいの人は活動していると思っていかが。)

・ここだけの数字だ。全体では3倍になる。

(質問：そうするとたいへんな活動率になる。住民の3割ぐらいの高齢者が利用しているか。)

・それ以上になる。というのは夕方からエルダーセイエンなどが使っているからだ。

(質問：それだけ積極的な高齢者が多いということだと思う。先ほど昔の高齢者は家でずっと座っていたという話があった。積極的な人が増えてきたというのはどういう理由と思うか。)

・おそらく労働市場の状況というか、労働条件が改良されたということもあるのではないかな。その結果、健康状態がよくなって元気な高齢者がたくさん出てきた。あとは、やはりこの自治体だけではなく、全国的に予防やトレーニング、スポーツや栄養が大切だという啓蒙運動の効果が出てきたのではないかな。ありがたいことに多くの健康な高齢者を見ている。

・最後に話したいのは、65歳から95歳までの男性40人のグループの話だ。その人達は週に2回、走ったり、自転車に乗ったり、フィットネスの機械を使ってトレーニングをしている。その男性たちの結束力は非常に強く、体力的についていけない人でもみんながバックアップして、一緒に行動をしようとしている。それで活動センターの外でも一緒に会っている。全員がそうではないが1人住まいの人が多し。私はそういうことを聞くのが非常にうれしい。

- ・この自治体の高齢者課で栄養担当をしている。
- ・高齢者に関する政府機関は、今は高齢者省という名前に変わった。そこから出している「食品と食事」というパンフレットに国の規制が出ている。
- ・このパンフレットに則った栄養を通しての予防というプロジェクトに関わっている。
- ・それで、この自治体の高齢者が楽しく食事ができるようにという仕事をしている。特に対象としては肥満の高齢者、それから高齢者が栄養失調のために入退院を繰り返さないように食事療法を通して予防しようということに焦点を置いた仕事だ。
- ・プライエセンターに入居してくる高齢者のほとんどは栄養が足りていない。この人達は、例えば病気になり、あるいは突然伴侶が亡くなって1人になったというような精神的な打撃があった人達だ。
- ・この高齢者部で推薦する食品の栄養率だが、たんぱく質が18%、脂肪が50%、炭水化物が32%という割合が最良と考えている。食が細くなっているので一度にたくさんの食べ物が胃に入らない。脂肪は非常にエネルギーのもとになるので、50%は率が高いが推薦している。
- ・これは主には虚弱化した高齢者のためだ。プライエセンターに入居している高齢者は体力が落ちている場合が多い。それで、そういう高齢者は少し太り気味のほうがいい。
- ・この自治体では、プライエセンターの食事は、ある大きなプライエセンターにある厨房で作っている。在宅の1人住まいの人が配食サービスをもらうこともできる。ただ、その配食サービスの厨房は別の会社になっていて別のところで作られている。
- ・大事なことは、その高齢者が好きな献立を選べるということだ。1つだけというメニューではなくていろいろな献立から、これを食べたいという食品を選ぶわけだ。
- ・まず食事をするときの雰囲気大切で、楽しい、明るい雰囲気の中で食べられるようにする。それから、必ずスタッフがつく。スタッフが一緒に入ることによって、食べながら話ができ社会的な交流にもなる。
- ・スタッフは一緒に食べるだけではなくて、食べるのに何か不自由をしているか、あるいは何か調子が悪くなっていないかという観察もしている。だから、スタッフにとっては仕事時間だが、食事には必ずスタッフを入れている。
- ・これは、2、3年前から始まったことだが、生活住宅環境（ユニット）介護のプライエセンターをやっている。そういうユニットケアの中で大切なのは入居者が参加するということで、小さなことでもできる限り自分のことをやってもらう。やってもらうということによってその入居者がプライドを取り戻し、私はこういうことができるというアイデンティティを取り戻すことが非常に大切だ。このように一緒に作業をすることが、入居者にとっては食欲を高揚させる1つの理由にもなる。それで、入居時は非常に体重が落ちていても、増えてくるというのが普通だ。
- ・栄養失調までいかなくてもあまり食べないために、あるいは栄養が悪いために体重が落ちた高齢者をまず早期発見することが大事だ。体重が落ちてきた人のために栄養評価表というものを作っている。過去1週間から2週間の間にどのようなものを食べたかという書き込みは、ホームヘルパー、訪問看護師、プライエセンターの栄養教育を受けた職員がする。この結果によって、特別に栄養を上げるケアをするかしないかを決めていく。
- ・多くの高齢者が、歯が悪いとか口腔内細菌による嚥下障害の人が多い。そういう嚥下障害の場合は、誤嚥で窒息しかけて苦しいので食べるのを拒否してしまうという悪循環になる。

そのために特に嚥下障害者用の食事を作る。これは、口に入れたら溶ける。

・トレーニングをしてリハビリをして自立できるようにと言うのは簡単だが、体重が落ちたままでトレーニングをするとさらに体重が落ちていくという状態になるので、まず体力をつけるといふことに焦点を置かなければならない。

・ちょうど高齢省から、栄養とトレーニングの臨床規制が出たところだ。それは、「栄養失調高齢者のための栄養トレーニング」というタイトルだ。

・判定課あるいは予防トレーニングチームあるいは訪問看護師から、コンサルタントに、こういう栄養失調のような人がいるので家庭訪問をしてくれという依頼が入る。まず、どのようなものをいつも食べているか、食べることでどのような問題があるか、嫌いなのか、あるいは精神的な悩みで食べられないのか、その高齢者と話し合う。

・それからパンフレットを作った。これには献立も入っているし、体重が落ちた場合の食事、栄養失調になった場合の食事、それから食品に関する情報などいろいろなものが入っている。

・特に病気をしたためにエネルギーがなくなったとか、食欲がない人達に対しては、高カロリー、高たんぱく質の飲み物を持っていく。3つの会社がこういうものを作っている。非常に体重が落ちたら医師の処方してもらえるので非常に安く買える。スーパーマーケットに出している会社も1社ある。

(質問：日本では嚥下障害の場合には言語聴覚療法士が診るがデンマークではどうか。)

・こちらでは作業療法士の仕事だ。作業療法士は嚥下障害があるかどうかを診てトレーニングも作業療法士だ。言語聴覚療法士は嚥下障害の場合には入らない。

(質問：入れ歯の問題については誰が診るか。)

・ホームヘルパーがよく観察していると、食べているときに歯がよくかみ合っていないと発見することもある。歯科医に相談することもある。

(質問：それも栄養管理のチェックリストに載っているか。)

・栄養管理の中に入っている。飲んだり、かみ砕いたり問題があるかどうかという質問があるだけで深い質問はないが、あると答えた人はさらに聞いていく。その結果を見て対策をとるのは栄養コンサルタント。それからプライエムに住んでいる場合はプライエボーリの口腔衛生の教育を受けた人であり、それから看護師だ。

(質問：ご自身は栄養士か看護師か。)

・栄養士だ。

(質問：栄養士教育の中にこのような高齢者関係のことも入っているか。)

・現在の栄養士教育にはそれが入っている。自分は少し昔だったので追加教育を受け直した。

(質問：もう自分で食べられなくなった人はどうなるか。経管栄養ということもあるか。)

・脳障害で嚥下障害になった人で経管栄養をとっている人もいる。経管栄養をするにはまず本人の同意が必要でそれなしでは絶対にしない。とにかく何かを食べるか飲むかしてもらう努力を続ける。

(質問：認知症で自分の意志を言えなくなってくるとどうか。)

・それでもこちらで決定するわけにいかない。必ず家族に聞くか、家庭医に聞く。

・単刀直入に言えば、デンマークでは食物も食べないのでそのまま何もしないでおくと死に至るという場合でも、その人が経管栄養は絶対いやだと望めばそれ以上のことはしない。

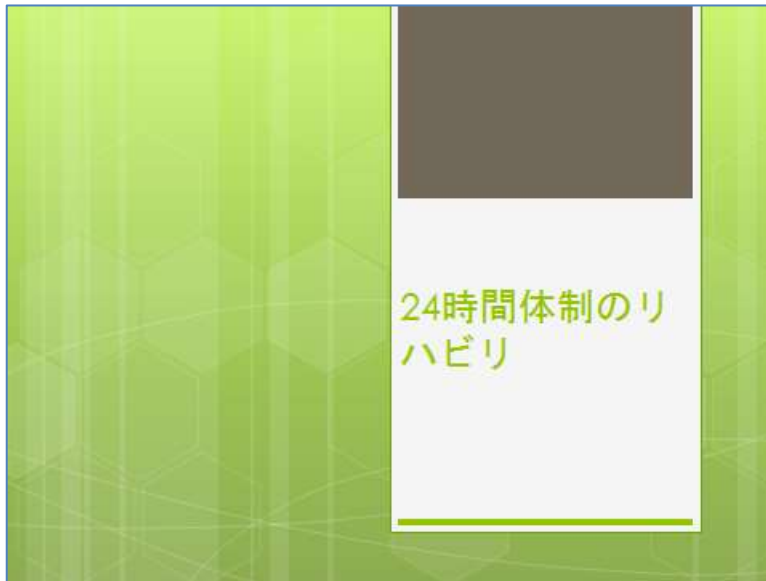
(質問：今日のインタビューではみなさん女性だった。あまり男性の職員はいないのか。)

・ほとんどは女性だ。在宅介護の夜勤は男性が多い。理学療法士も男性が多い。作業療法士は全員女性だ。

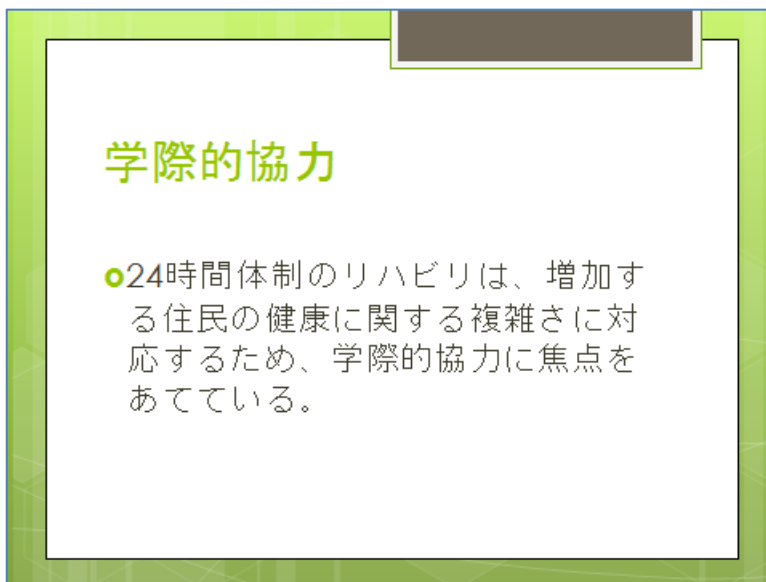
2016年8月25日

ルーダスダル自治体 活動センター長 活動センター見学

- ・4年前にここは建築された。
- ・ここの中のデイホームのユニットには毎日 25 人くる。軽度認知症の人、盲目の人、弱視の人もいる。
- ・全員自宅に住んでいて、送迎バスで来る人もいる。
- ・朝はコーヒーを飲むところから始まる。
- ・館内の色彩には気を付けている。グレーのドアは事務室でスタッフの部屋、茶色のドアはユーザーの部屋だ。4年前に建築したときにデンマーク盲目協会の人からアドバイスをしてくれた。そのアドバイスによると、黒はよくなくてこの色がいいということだった。
- ・戸外でのトレーニングを庭ですることできる。ペタンクもできる。
- ・ベンチも立ち上がりトレーニングに使う。
  
- ・活動センターには 65 歳以上であれば誰でも入ることができる。
- ・遠出にもよく行く。6 ヶ月前に専用の 8 人乗りのマイクロバスをもらった。8 人までは普通の免許で運転できるのでスタッフが運転する。車いすも入る。週に数回遠出をする。
- ・トレーニングルームではセルフトレーニングをする人もいるし、スタッフの理学療法士と一緒にトレーニングをする人もいる。初めは必ずインストラクターの指示を受けてから始める。
- ・ここにある機械は特に高齢者用に作られたもので普通のフィットネスセンターにはない。
- ・デイホームに来ている人達もここでトレーニングをする。
- ・特にここに来る認知症の人で若い世代はこのトレーニングを喜ぶ。
- ・普通、ここを利用する人は他の活動もしている。手芸や体操や読書クラブなどで、それにプラスしてトレーニングをしている。
- ・空きがあればだれが来てもいいが、優先的にはこの活動に入っている人達になる。
- ・満員の状態なので募集はあまりしない。
- ・ヨガもピラティス、ダンス、気功もする。気功はバランスに非常にいいということで人気が出てきている。
- ・インストラクターはスタッフがやっている。体操については、資格があってボランティアでやる人を見つけるのは難しい。
  
- ・在宅介護のスタッフがここを紹介する場合、家庭訪問員が紹介する場合、家族が勧めてここに来る場合もある。
- ・ここでの活動は有料で、どの活動でも 1 回来るごとに 20 クローナだ。
- ・1 週間に 1 回だったら、4 ヶ月分の 320 クローナをまとめて払う。
- ・プラス送迎サービスを利用するとそれも自己負担になる。送迎 4 ヶ月分で 382 クローナだ。消防署の運転手が運転をする。
- ・PC 教室のインストラクターはボランティアだ。最年長のインストラクターは 90 歳だ。ほとんどの人はパソコンが使えるようになったので、今は i-pad、スカイプ、写真の処理の仕方などをやっている。自分のルーツ探しもしている。
- ・今日は天気がいいので手芸グループは外で籐細工をしている。



- ・自分はリハビリセンターに 20 床あるショートステイのリーダーだ。
- ・ショートステイは、一番短い人は 2 週間で一番長い人は 6 ヶ月だ。6 ヶ月ここにいることもできるし、いったんうちに帰って外来でトレーニングを受けに来ることもできる。ショートステイでは 3 交代で働いている。
- ・スタッフは、看護師が 9 人。それから、社会福祉士、SSA という介護士、理学療法士、作業療法士が横の協力をしながらユーザーに対して仕事をしている。全員で 25 人だ。つまり、4 つの職種の人達が 1 人の利用者について、その人用のプログラムを作る。精神神経科の病気の場合や脳卒中の患者に対しては、臨床心理士、スピーチセラピストに栄養士も協力する。



## 学際的協力

- 24時間体制のリハビリは、増加する住民の健康に関する複雑さに対応するため、学際的協力を焦点をあてている。

## プランナー状況確認ミーティング




- COPMよりアクティビティの問題
- 焦点をあてる分野
- 短期目標
- 長期目標
- 理学療法プラン
- 作業療法プラン
- ケアプラン
- 学際的な対処プラン

・市民が非常に早く退院してすぐここにやって来るので、脳卒中の患者に対しては専門的なスタッフを入れなければならない。まずここに入所したら、2日後までに、看護師が入居者のすべてを聞く。つまり、その人が健常者に近い生活に戻るためには病気だけではなくてその人の社会状態などいろいろなことを聞いていかなければならないので、コーディネーターが48時間以内に本人に関係する全ての情報を集める。というのは、病気や手術をしたということは患者にとっては新しい体験で、そういう複雑な環境をなるべく良い環境に変えるために努力をしている。

・ショートステイのユニットには、必ずいつもSSAやセラピストがついていて、入居者のことをよく知っているというのは非常に安心感をもたらす。それで、4つの職種がそれぞれのテストをして、結果を持ち寄って、1人の入居者に対するミーティングを持つ。こうして、トレーニング計画を立てる。

・常にその入居者、市民が中心にいるというプランの立て方だから、常に市民の希望を第一に聞く。家族も非常に大事なので同席してもらう。それで、特に何に焦点を置くかということを決めていく。

・ある人に対しては、豊かな栄養のある食事をするのと動けるようになるということが大きな2つの目的だった。彼は90歳で、脳溢血を起こした人だ。彼の目標は、嚥下障害があるのでシロップ状になったものを気管支に行かないように飲み込むようになることで、次の目標は日中には車いすに座ることができて、車いすで動けるようになることだ。それから次には、車いすに座って足を使って移動するようになることだ。

・それらが短期の目標だ。この短期というのは最初の2週間ぐらいだ。次に長い目標を立てていく。まず移乗をするときに、移乗に協力できるようになること、次に飲み込みやすい食物を飲み込むことができるようになることだ。

・次に理学療法士の長い目での目標は、移乗ができるようになるということ、それからトレーニングの自転車に乗れるようになるということ、上体を固定して座れるようになることだ。

・作業療法士の目標としては、口の中に刺激を与えるということ、それから顔、口、のどの運動やマッサージをするということだ。

・SSA介護士の目標は、口腔衛生をすること、それから、栄養、特にカロリーがあるものを食べてもらうとか栄養に気を付けるということだ。そして、ゾンデ（細い管）の周りの衛生

状態を保つことだ。その他に、移乗、服薬、家族との、特に奥さんや子どもと密接な連絡を保つのも SSA の仕事になる。また言語聴覚療法士も必要になる。

・1 人の市民を中心にした、そのようなトレーニングプランや介護プランが、ジグソーパズルのようにきっちと組めるようになっている。そして、その情報がパソコンに入っている。先ほど 4 つの職種が 1 人の入居者に対して 1 つのチームを作っていると言ったが、その 1 人の入居者の情報にそのチームの人達だけがアクセスできる。こうして緊密な関係になるということによって、家族とも良い関係ができてくる。

・食事をするのもトレーニングの 1 つだ。それで座る所も決められている。それはチームが決めて、スタッフが必ず一緒に座って食事をする。

・丸テーブルに座るのは退所が近くもうすぐうちに帰る人だ。四角いテーブルでは、理学療法士あるいは作業療法士、あるいはスタッフの誰かと一緒に座る。それから壁により掛ければ座れる人は壁のそばになる。それで座る場所を決めて状態が変わるにつれてその座る場所も変えていく。



・2 階から下りてくるのもトレーニングの 1 つになる。ローレータを押すのもトレーニングの 1 つだ。食事が済むとスタッフが助けてまた自室に戻って、今度は休憩する。休むということも非常に大切で、自分で一番腰を下ろしやすい状態で休む。寝るときはリフト、あるいは二人のスタッフがついた移乗でベッドの上に寝かせてもらう。

・このように、いろいろな職業の人が協力をして、1 人の入居者に対するサービスをするわけだ。多くの枕や布団を使っていろいろな姿勢で横たわるのが大切だ。

・ある男性は、左側はおなかにゾンデが入っていて、それで右鼻にゾンデが入っている。それで、このような人達は口を使うということがないので作業療法士が口を刺激するような運動をさせて口やのどの刺激をする。

## ポジショニング



## ポジショニング



## 看護





(質問：ゾンデは SSA がやるのか。看護師ではないのか。)

・看護師がする。SSA はゾンデのある人にどのように食事をさせるか習っていてそれをする。

(質問：担当医師は家庭医か。)

・それぞれの人に家庭医がいるので、極端に言えば 20 人家庭医がいるというかたちになる。

(質問：医師のいない回復リハ病棟ということか。)

- ・何か緊急のことが起こらないかぎり医師との連絡はしない。
- ・調理の時間も、調理をするのが訓練ではなくて、調理をしている間、立ってバランスを取ることが訓練になる。それは脳障害を持つ人には大きな挑戦だ。
- ・家族は大切に、家族との良い協力ができたら、トレーニングも進んでいく。それで、ここにも家族会がある。脳障害を起こした本人の家族たちが会を作っている。その会の人達がまた新しい入所者に話をしに来てくれる。



## 近親者

- 24時間体制のリハビリにおいて、近親者との協力と関係を強化する

・それから看護学校の研修生、介護士養成校の研修生も来ている。

(質問：医師の定期的な診察はないのか。)

・医師のほうから来ることはないし、そういうシステムもない。ただ、例えば高熱が出たとか、何か非常に調子が悪いという場合に電話すると来てくれる。

(質問：定期的に看護師か医師に報告するとかっていうこともないか。)

・ここはリハビリセンターで、病院ではない。

(質問：なぜこういう質問をしているかというのと、日本ではこういうリハビリの施設は、病院で、医師が必ずいるからだ。)

・ここにはいない。

(質問：先ほど3交代という話だった。リハのセラピストも交代で夜もいるのか。)

・セラピストは日中だ。夜にいてるのはSSAだけで、町を回っている訪問看護師が夜に1回だけ回ってくる。

・そのSSAには、何か起きたときのこういう場合には救急車、こういう場合には訪問看護師というようにケースに対応して緊急時マニュアルがある。

(質問：ショートステイが終わって在宅に戻るときに、私は帰りたくない、ここがいいと言う人はいるか。)

・いる。ここは楽しいし、誰かがいつもいてくれるから安心だ。それで帰りたくないという人もいる。幸いなことに、この自治体では他のサービスの可能性もある。活動センターとか、食事もトレーニングもできる所があるので紹介する。

- ・外来のリハビリ訓練とフォローアップ、それから維持訓練をするグループトレーニングについて話す。



- ・このセンターでトレーニングを受けるには、自分からトレーニングをしたいから入れてくださいということはいけません。判定員の判定、あるいは家庭医や病院の推薦状で、この人はトレーニングを受けるべきだという推薦があって初めて来ることができる。
- ・全てのトレーニングのバックグラウンドには法律の規定がある。どのような法律かというと、保健法にリハビリトレーニングという規定がある。これは入院して何らかの治療を受けた時にその病院でリハビリトレーニングを受けることだ。
- ・それから、社会サービス法によるリハビリで、その規定では 65 歳以上の在宅する高齢者が機能低下した場合にリハビリ訓練を受けることができる。リハビリ訓練の場合は、緊急に起こった機能低下で、インフルエンザにかかった後とか、転んだ後とか、引きこもりで機能が低下した場合も入る。
- ・それから次に維持トレーニングだが、これも社会サービス法の中にある。これはやはり 65 歳以上で、長い間に機能が下がってきた高齢者に対する維持トレーニングだ。
- ・次に、アフターケアという、慢性病を持っている高齢者市民に対する研修トレーニングがある。これは病院と自治体の協力による。
- ・それから、時々政府はプール金を下ろしてくれる。高齢者の尊厳法によるプール金だ。

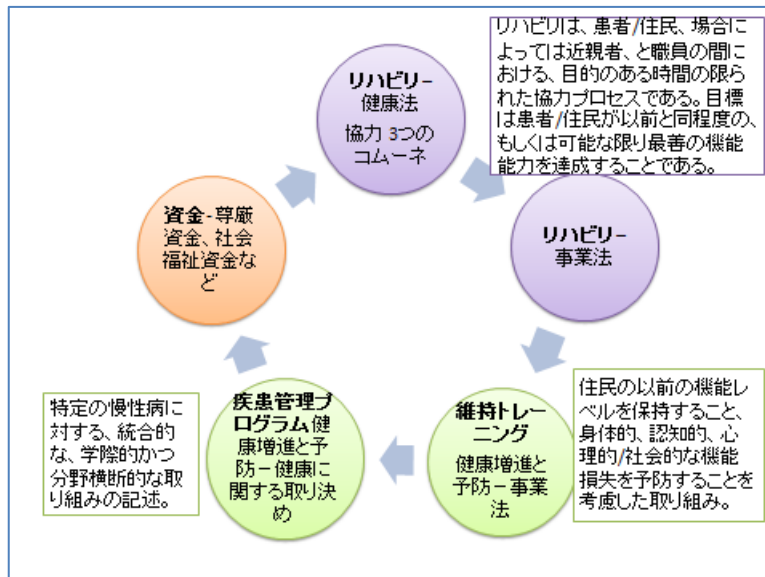
## 維持トレーニング

2016年1月1日ー維持トレーニングのプロジェクト、リハビリRudersdal、アクティビティセンター、及び 認可部門



- 65歳以上の高齢で衰えている住民は機能レベルを保持するために特別なサポートを必要とする
- 理学療法士とアクティビティスタッフとグループでの身体的トレーニング
- 住民のネットワークとアクティビティの意味に焦点をあてたグループ;精神的な健康と社会的関係

WHO-5精神的健康状態表で測定  
住民へのアンケート



(質問：そのプール金は何に主に使っているか。)

・今年、家庭トレーニングだ。セラピストを雇用して、外来では来られないが入院するには軽度すぎるという人達を対象に家庭でトレーニングをしている

(質問：それは1年間のプロジェクトか。)

・この尊厳プログラムは3年だが、1年ごとに申請しなければならない。とてもいいプロジェクトだが、人を雇うとなると面倒な部分もある。

・先ほどの慢性病のことだが、例えば何らかの膝の障害がある人、病院で腰の整形外科の手術などをして退院してきた人、乳がんや他のがん、糖尿病などで切断した人、骨盤の病気、それから椎間板ヘルニアの人などが対象だ。

・このグループでは、典型的にはまず理学療法士がインタビューしてからグループトレーニングに入る。何回トレーニングに来るかはそれぞれの病気によって違う。例えば背中の場合は18回がスタンダードで、それ以上にするか以下にするかはその人の状態によって決まってくる。

・それから、心臓病、背中・腰痛、肺疾患、糖尿病の人達も理学療法士、あるいは栄養士、あるいは作業療法士の面接・テストを受けてからグループトレーニングに入る。また、禁煙をどのようにしたらできるかとなどの講座にも入る。

リハビリと疾患管理プログラム 維持トレーニング	
<ul style="list-style-type: none"> <li>整形外科手術</li> <li>膝損傷</li> <li>人工膝関節、人工股関節</li> <li>胸部の手術</li> <li>切断</li> <li>骨盤底</li> <li>背中</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>老年学－65歳以上の高齢で衰えた住民</li> <li>神経学</li> <li>維持トレーニング</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>心臓</li> <li>癌</li> <li>腰部</li> <li>慢性閉塞性肺疾患</li> <li>糖尿病</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者教育(療法士や心理学者、栄養士や看護師)</li> <li>職員との協力</li> <li>在宅介護士との協力</li> </ul>

(質問：生活指導も入ってくるということか。)

・そうだ。腰痛は、どのようにしたらそれが慢性にならないかという指導があるが、あとのがんとか心臓病とか糖尿病は、その病気と仲よく生きていきたいと思いますというような形になる。

(質問：保健法と社会サービス法のすみ分けは。)

・端的に言えば、保健法は、病院の管理をいかにするかという内容だ。だから病院で手術をしてリハビリをする場合は保健法のほうに入る。整形外科に行くような、膝や腰が痛いなどは保健法に入る病気だ。

・家庭医と自治体は社会サービス法の管轄に入る。それで、心臓病、がんの中で家庭医が関わってくるところは社会サービス法に入る。家庭医というのはゲートキーパーで、要するにプライマリー医療だ。それで自治体の方に入る。病院とは違う。

(質問：病気によって使う法律が違うのではなく、軽い重い人で法律が違うということか。)

・慢性病でも、その慢性病を重くならないようにする段階で、家庭医、セラピスト、看護師が加わっているところは社会サービス法と理解してほしい。それで、先ほどの慢性病のトレーニングは予防と健康ということが目標になるので社会サービス法だ。

・外来で来ている人には、どのようなトレーニングをするのがその人にいいかということを見ていく。65歳以上の衰弱した市民、それから神経症を患っている人達という2つのプロジェクトを今やっている。

## 老年学プロジェクト

2014年4月－2015年9月、Skovbrynetにおける老年学プロジェクト

### 背景:

身体レベルでの、記載されている機能低下の以外でリハビリに紹介される65歳以上の多くの定年退職者や住民は、活動及び参加レベルにおける制限があるという仮定。

### リピーター

### 目的:

Skovbrynetの通院リハビリの提供が住民の今後の生活状況に結びつくように、住民全体の健康状態の評価を確かにする。

Skovbrynetの通院リハビリの提供が、住民がSkovbrynetにおけるコースを終えた後に、到達した目標を保持することを促進する。

### 対象者:

高齢で衰えている65歳以上の住民－特異診断、脳損傷、疾患管理プログラム

### 取り組み:

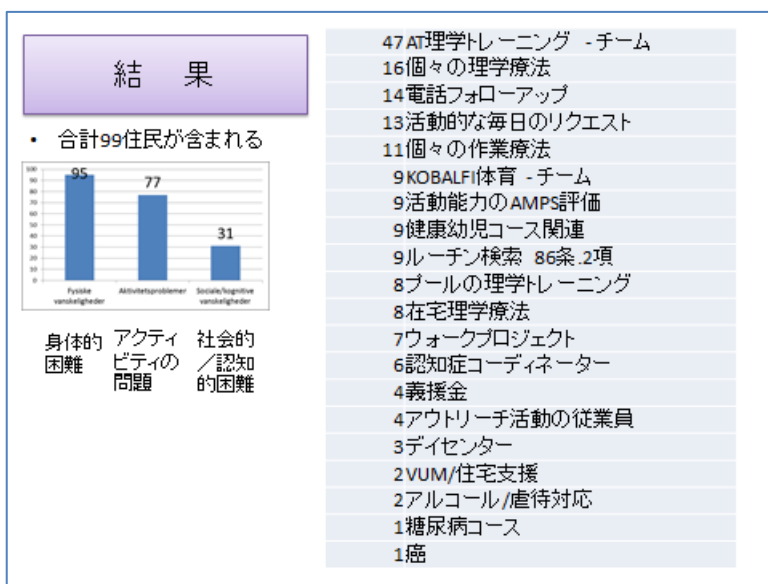
COPM 作業療法士とインタビュー

テスト－理学療法士と身体的機能

ディスカッション－パラダイム

- ・2014年の4月から2015年の9月まで、老年病プロジェクトというものを実施した。その対象になったのは65歳以上の高齢者で、特に心臓病の発作を起こしたとか、あるいは脳卒中を起こしたという人ではなくて、全体的にいろいろな病気をして、機能が低下している全体的に衰弱している人たちが対象だった。これまで、外来の人が入って来たときは理学療法士がいろいろなテストをして、何らかのグループに分かれたという先ほどの説明通りの進行をしてきた。その理学療法士はあくまで身体的な機能のテストをしたわけだ。
- ・しかし、国際的にもいろいろな知識が入ってきた。身体機能が非常に低下していても、その身体的な機能を見るだけではなくて、どのような活動をしているか、どのような社会的な交流をしているか、いろいろな範囲を見なければいけないという新しい知識が入って来た。
- ・非常に多くの外来の人がここに入って来て、トレーニングを受けて、機能が上昇して良くなった。良くなってうちに帰るとトレーニングしなくなったのでまた機能が落ちてきて、また入りたいという希望で入ってくる。
- ・非常に多くこのようなケースを見てきた。それで、新しくここでやりだしたことは、すべてのこのクライアントたちに、バランスとか体力とかのテスト以外に、作業療法士がCOPM(カナダ作業遂行測定)を使って、その人の日常生活でどのようなことができるかを聞く。
- ・そして作業療法士と理学療法士と本人とその家族がミーティングをして、こういうプログラムを作って、目標はここに定めましようとする。
- ・グループトレーニングに参加している人達はこういうインタビューをへて、今グループトレーニングに入っている。
- ・結果では、このプロジェクトに99人が参加してそのうちの95人が何らかの身体的な問題を持っていて、77人が日常生活に何らかの問題があった。典型的なのが買い物に行く、外に出るのに問題があるということだった。この、外出できないというのが引きこもりの人達で、孤独でずっとうちの中にいたので外に出られなくなり活動に障害がある人達だった。
- ・それでどういう対策をしたかという、一番大きいグループはグループトレーニングをした。それから認知症コーディネーターに連絡をした人もいる。それからがんの人は、がん協会に連絡をした。
- ・31人が認知症で、軽度の人ほとんどだが、重度で奥さんがケアをしていた人もいた。

・身体的な問題ではなくて、社会的なあるいは活動的な問題も抱えているので、トレーニングをずっと維持するということが非常に重要だということが分かったわけだ。



**神経学**

2016年4月ー2017年6月(?) Skovbrynetにおけるマスタープロジェクト

目的: コミュニティのリハビリが下記を変えられるかどうか;

- アクティビティの実行と援助のニーズ
- 運動及び認知能力
- 生活の質を体験

対象者

- 後天的脳損傷の人
- 進行性の神経疾患や脳腫瘍は除く

取り組みー以下のテストで開始時と終了時にテスト:

- SS-QOL Stroke specifk Quality of Life
- AMPS Assessment of Motor and Process Skills
- MOCA Montreal Cognitive Assessment
- 6分の歩行テスト
- TUG Time Up and Go
- MAS Motor Assessment Scale

(質問: これは論文になっていないのか。)

・デンマーク語だができている。

(質問: さきほどの31名の認知症に、認知症に配慮をして何かトレーニングを行ったか。)

・重度が2人いた。軽度の人にはトレーニングに入れる。

(質問: 認知症の軽度で必要な人は他の人達と同じようなプログラムを受けているのか。)

・軽度の認知症の人は難しいので、一対一のトレーニングに入ることになる。可能であればグループに入ってもらおう。

(質問: 身体機能は良くなっていくと思う。同時にその認知機能も変わったと感じているか。)

・それは経験がない。診断が下った人もいるし、今診断中だという人もいるし、訓練をして

いてこちらの理学療法士か作業療法士が気付いて医師に言ったほうがいいのではないかと  
いうような人もいます。

(質問：認知症の人の認知機能を高めるためのトレーニングはデンマークで行われるか。そ  
のようなセンターはあるか。)

・ない。知らない。デンマークで言われるのは、身体的トレーニングをすると認知症を予防  
することができる、遅くすることができるということだ。

(質問：外来で来る人達は週に平均何回来て、どれぐらいの期間通い続けるか。)

- ・病気によって違うので平均も言えない。週に1回から毎日だ。

(質問：慢性病の人の機能トレーニングで、腰に問題がある人は18回ぐらいが平均的なセットだとのことだった。それを何ヵ月ぐらいでやるのか。)

- ・腰の場合、最初のテストとそれから終了のテストをして結果を見る。そのテスト以外は、1週間に2回が平均だ。
- ・しかしイクラグループ（通信在宅リハビリ利用者）は、来るのが1週間に1回だ。

(質問：イクラグループは、人によっては毎日家でやるのか。そうであれば、このセンターに来るより自宅でイクラを使ったほうが多くのトレーニングができるということか。)

- ・それは自分で決めるが、ほとんどの人が毎日やっている。家の方が多くできる。

(質問：ここに来る人は大体何時間ぐらいいるのか。)

- ・それもセラピストが1人1人状態を見て決めるが、最大2時間ぐらいで、ほとんどが1時間ぐらいだろう。

(質問：ここに来るのには送迎もあるか。)

- ・ある。医療は無料だから、病院がここに来なさいと言った場合は保険法で無料だ。社会サービス法の範囲であれば自己負担が少しある。

(質問：ショートステイが20床ということだが、どこから来てどこに行くか。)

- ・ほとんどが病院から退院して来る人だ。中間施設だ。出る人はほとんどが自宅に帰る。
- ・少数がプライエボリー介護住宅に入る。

(質問：リハビリをしながら訪問介護を受けたり、デイホームに通ったりというようにするのか、それともリハビリを最初にしっかりやってからというのが基本なのか。)

- ・訪問看護師のサービスを受ける人はいる。しかし、ここからデイホームに行く人はいない。

(質問：20ベッドというのは、デンマークでは大きな規模か。)

- ・大きい。大きさとしてはちょうどいいと思う。
- ・他のショートステイの所は、例えば脳卒中とか、いわゆる精神神経症の人とか、特定の人を集めてリハビリをしている。
- ・このように24時間の介護住宅のような形のセンターはあまりない。他の所はショートステイで、例えば介護住宅に入るのを待っているとか、退院して自宅に帰るまでの間待っているとか、いろいろな目的を持って入っている人が混在している。
- ・この長所はスタッフが、非常に専門的な知識や専門テクニックを身につけているということだ。それと、介護士SSAとセラピストが常にいるので、トレーニングが1日中できる。

(質問：20床は常に埋まっているのか。)

- ・ほとんど満床だ。

(質問：このコムーネでこういう施設は足りていると思うか、まだ足りないと思うか。)

- ・本当に判定がきちんとなされたら十分だと思う。今は短期に何らかの看護をすればいいと

いう人達も病院に入っている。それで、このようなセンターを作ってトレーニングをして、自宅に帰すという所が必要になっていると思う。

- ・このセラピストたちも家庭訪問する。というのは、ここのトレーニングをしても、自宅に帰ってまた何もしなかったら前と同じことになる。だから、家庭訪問、毎日の活動の家庭訪問をするということが非常に大切だ。

- ・だから、家庭訪問をして、その人の環境で活動するにはどういうトレーニングが必要かを見てきてから、その人のプログラムを作る。

(質問:ここを出るときは、必ず自宅に作業療法士なり理学療法士が訪問するという意味か。)

- ・ここに入り次第に訪問する。というのは、その人はいずれ自宅に帰らなければならない、自宅で帰ったときに機能が発揮されないといけない。だから、どういう環境に住んでいるかと作業療法士、理学療法士が見ないといけない。

(センター長)

- ・温水プールがあり、水温は 34 度にしてある。今の時間はエネルギー節約のためにふたをしている。
- ・階段は低く上がりやすくしてある。トレーニングにも使っている。ここに来るユーザーは家やアパートの階段を登れないという人が多い。
- ・地下室を持っている人もいる。地下室の階段はだいたい急だ。だからここでも地下に行く階段は急にしてある。
- ・壁面には絵がかかっている。我々の考えでは施設だからと言って殺風景ではいけない。クリエイティブな美もなければいけない。ここに来ていたアマチュアの絵もある。購入した絵もある。

<ショートステイ>

- ・ショートステイは 20 床ある。とくにリハビリ訓練のための 6 床も別にある。
- ・部屋には天井リフトがあり、バスルームの洗面台が上下するようになっている。
- ・脳障害のある人のための部屋では正しい姿勢で横たわらなければならないので、部屋に正しい姿勢がわかる写真を貼りつけている。
- ・車いすを使っている人が洗面台に手をつけて立ち上がろうとしても洗面台は弱いので壊れてしまうことがある。それで、洗面台は非常に頑丈に作ってある。
- ・今、新しいプライエセンターではバスルームは狭い。ユーザーが自分で立ち上がって洗面台の縁をもって、とにかく自力で歩くには広いバスルームではできないので狭くしている。
- ・以前の建築法ではスタッフの方に目が行っていて、2 人スタッフが入って介助できる広さでなければならないという規制だった。しかし今はユーザーの立場で、本当は狭い方がユーザーの自立にはよいということになった。
- ・ここに入る人は家族の写真や見たいものをたくさん持ってくるので貼るために大きなボードを用意している。ボードには書き込むこともできる。
- ・ユーザーが払うのは食費と洗濯代を含めて 1 日 142 クローナだ。
- ・朝食は部屋でとるか、食堂でとるかのいずれかだ。昼は食堂でとることになる。
- ・スタッフは 3 人が男性であとは全員女性だ。
- ・セラピストは作業療法士、理学療法士合わせて 25 人だ。

<外来>

- ・ほとんどのユーザーは自宅に住んでいて、外来でここに来る。
- ・作業療法士の訓練室ではシーツ交換ができるか、アイロンをかけられるかなどもテストする。
- ・ほとんどのユーザーは 1 人暮らしで、またこれからも 1 人で在宅生活をしていかなければならない。そのための訓練に来ている。みな自宅にずっと住みたいと思っている。
- ・自分でコーヒーを沸かす、あるいは食事をつくることは素晴らしいことだ。朝食を作るグループ、昼食を作るグループに分かれる。
- ・調理台は高さが調整できる。特に車いすに乗っている人は低くしないと手が届かない。
- ・自宅に自分の体に合った福祉機器があるということは大切なことなので、ここにいる間にいろいろな福祉機器を試してみる。

・センター内には約 1000 種類の椅子が置いてある。冷蔵庫も置いてある。開けて取る動作をする。まず大事なことはドアの取っ手をつかめるようになることだ。

(B さん、P さん…理学療法士)

- ・3 週間半前に手術を受けた 90 歳の女性の例。
  - ・最初の日に体力テストをする。テストは訓練が終わった後でもう一度する。
  - ・足の力をテストするために立ち上がりと座る動作を 30 秒間やってもらう。まだ足が痛いので椅子の肘掛を持って立ち上がる。
  - ・次はバランスと足の力を見るテスト。これは国際的によく使われていてスタンドアップ Go というテスト。3 回やる。
  - ・次は持久力テストだ。コーンからコーンまで 20 メートル。6 分間、自分のペースで往復する。これは脳卒中をした人や肺疾患のある人にも使う。買い物に行くとか、バス停から家に帰るなど長い距離を歩く力を見る。
  - ・健常者の数値との比較表を作って、年齢を勘案したうえで結果をみる。
  - ・早く結果がわかるテストを使うのが大事だ。
  - ・次はバランスのテスト。目をつむって、まっすぐ 30 秒間黙って立っている。
  - ・まずバランスの訓練をしてから体力をつける訓練に入る。自転車をこぐトレーニングもある。脳卒中の人達用だ。
  - ・バランスと体力をつけるグループの人達は自転車のトレーニングはしない。自転車をこぐと膝が痛くなる。
  - ・グループトレーニングを受ける場合も 1 人ずつテストと面接がある。そして、話し合っ
- 目標を決めていく。

ルーダスダル自治体 リハビリセンター 理学療法士による遠隔トレーニングシステム「イクラ・トレーナー」 Icura Trainer 説明

- ・この自治体でイクラ・トレーナーをどのように使うかというビデオを作っている。HP があつて説明を見ることもできる。
- ・これは主に人工骨頭を腰や膝に入れた人のためのものだ。
- ・使用の前にまず使えるかどうかをチェックする。指先がある人、視力がある人、聴力がある人でないと使えない。手術をしたばかりの人には少し待ってもらおう。
- ・ペースメーカーを使用している人は使えない。
- ・クライアントはスーツケースと呼んでいるが、システムの入った箱ごと支給される。
- ・どの運動がその人に適しているかというのを決めてプログラムを作って、まず一緒にやってみる。その後クライアントは自宅で体操をする。トレーニングセンターのパソコンにその結果が入って来る。
- ・実際に使い始めるときは、まずウォーミングアップをする。
- ・足のポジションを決めてそれを保ちながら指定された動きをする。
- ・毎日どのようなトレーニングをしているかこちらでコントロールできる。間違った動きをしても理学療法士はわかる。それについて電話を通して注意することもできる。
- ・トレーニングの結果、グリーンが OK、黄色が問題あり、赤がダメという表示が出る。1週間に1回ここで見て注意をする。
- ・この自治体の2つのセンターで計22人が使っている。
- ・これを使うことによって実際に痛みが和らいでくるので、監視されるのは嫌だとか反対する人はいない。
- ・医療情報システム「知識バンク」があるので自分が受けた手術はどのようなものかなど自分の病気のあらゆる情報が手に入る。
- ・ネットワークを通して自分の担当の理学療法士に連絡することができる。一緒にトレーニングをしているイクラの仲間とも話し合うことができる。

2016年8月26日

ファクセ自治体 Faxe Kommune 保健センター リハビリリーダー

・自分は作業療法士で、この保健センターと別のリハビリセンターの両方でリハビリを担当している。2つのデイセンターのリーダーも兼ねている。経営学を修め、特に経営に携わっている。

(質問：保健センターには年齢の制限はないか。)

・赤ちゃんも来る。普通の小学校には学校内にクリニックがある。しかしこの自治体ではこの保健センター内にある。それで自治体内のすべての約10校の学校の子どもたちが歯科の検査や治療のために来る。体重や身長測定など保健師の仕事や教育心理アドバイザーもここで仕事をしている。この心理士は行動に何らかの問題を抱えた子どもの検査をしたりあるいは作業療法士が運動能力を開発したり感覚を刺激したりもする。この保健センターでは学校に障害児がいる場合にその子どもたちのトレーニングもする。ここには子ども用のトレーニング室もある。

(質問：障害のある子どもだけを集めるという考え方はあるのか。)

・2007年まで県があったが、合併でそれがなくなってレギオンになった。そして非常に重度のハンディキャップのケアはレギオンだが、それ以外は自治体の仕事になった。それで、特別クラスを自治体でやっている。スタートした当時は自治体がそのような課題をこなせるかどうかという心配があったが今は自信を持ってやっている。

(質問：判定員と訪問看護師は具体的にどのように連携するのか。)

・コーディネーションナースは判定課に籍があって病院に出かけていく。  
・以前デンマークではそのような仕組みはなかった。これはここのセンター長が始めた。  
・高齢者に限らず内科の患者でファクセ自治体の市民であれば、自治体の看護師が病院のすべての科に出かけて行って、そこでもうすぐ退院するであろう患者にインタビューをする。

(質問：判定課に所属しているのは、第三者的な立場に立つためか。)

・判定とは権威(権限行使)機関だからだ。いろいろなサービスを支給する権限がある。

(質問：コーディネーションナースは判定員の1人か。)

・判定員は25~30人いる。ユニットに分かれていて、認知症ユニット、福祉機器、介護を支給するのも判定員の仕事だ。  
・社会保険法が適応されるのは病院を退院してすぐにリハビリに入る人達で、この場合に判定委員は入らない。自宅で生活している高齢者の能力の維持トレーニングする、あるいはリハビリ訓練をするという場合は社会サービス法で判定委員が入る。

(質問：「リハビリ」と「トレーニング」と言い方をかえているのか。)

・「リハビリ」と「維持トレーニング」と言っている。  
・去年、病院から直接リハビリに入った人が1371人、判定を受けて入った人が200人だ。前者は年齢が低い人達が多い。後者は高齢者がほとんどだ。

(質問：若いというのは何歳くらいのことか。)

・子どもは1歳~18歳で、18歳~64歳までが成人。65歳以上を高齢者と呼んでいる。

(質問：リハビリを受ける人達は最初、どういうきっかけで連絡してくるか。)

- ・ホームヘルパーあるいは家族からの連絡がほとんどだ。

#### <館内見学>

- ・トレーニングルーム 腰と膝の手術に至らないように予防トレーニング
- ・スタッフルーム兼クッキングトレーニングルーム (かがまないで済むように高い位置の皿洗い機、調理台は上下動する、車いすでオープンを操作可、冷蔵庫も高い)
- ・レントゲン室、血液検査室 (レジオン管轄)
- ・看護ユニット (予防家庭訪問スタッフの部屋)

・デンマークでは転倒して障害を持つ高齢者が多い。そのために政府がそのように虚弱化した高齢者を早期に 65 歳から 79 歳の間に見つけて、リハビリトレーニングをするべきだという政策を打ち立てた。ところが、どこにそのような高齢者がいるかよくわからない。

・普通のコースとしては転んで、けがをして入院する。それで退院する。今度はリハビリチームに送って、そこで初めてこういう人がいるとわかって予防家庭訪問のスタッフが行くということになる。そういうことがなくて静かに虚弱化していく人は正直なところわからない。

・あるいは家庭医が何らかの形で、大きなけがははしないけれど衰弱している人を見つけたらここにこういう人がいると通知してくる。そうするとこのスタッフが予防家庭訪問に行く。

・健康増進予防ルーム (専門教育を受けた看護師、栄養学士のオフィス、禁煙・栄養・糖尿病・KOL・がん担当室)

- ・インタビュールーム (患者、家族と看護師が話し合う)
- ・入院室 (ショートステイ用)
- ・患者用の居間
- ・感染症を持っている人用の 1 人部屋 (バスルームが付いている)
- ・処置ルーム (特に糖尿病でできた傷の手当をする部屋)
- ・臨終の人用の部屋 (ここはホスピスではないがここに入る人もいる。亡くなった後に葬儀屋が来る)
- ・プランを立てる部屋
- ・誤診処理ルーム (誤診があった場合に患者協会に連絡をしなければならない。その処理をする事務担当者がいる)
- ・自治体すべてをまかなう看護用品置場 (薬ではなく包帯やガーゼなど。1 ヶ所にまとめて大きな節約になった)
- ・訪問看護コントロールセンター (朝集合して夕方にもたまたま集まる。看護師は三交代で働いている。東と西地区に分かれて 2 部屋ある)
- ・入院患者の 8 室。

(質問：電話がないようだ。)

- ・携帯を使う。固定電話はない。

(質問：医師の指示なしでどの範囲をできるか。)

- ・医師が入る前に体温、血圧を測る。点滴もする。

(質問：医療プランは看護師がたてるか。)

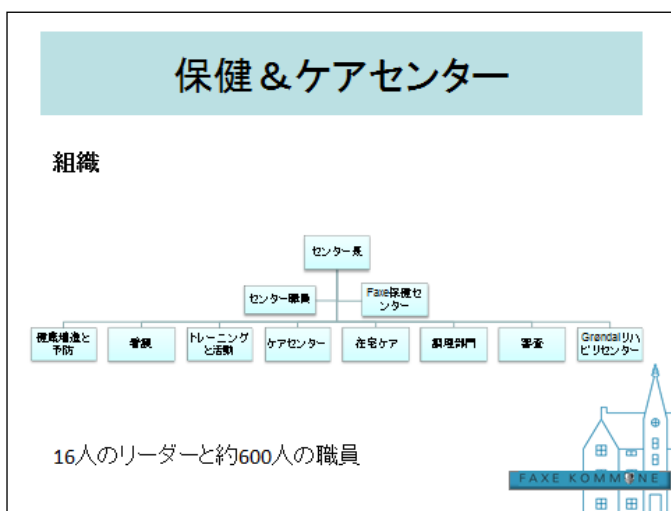
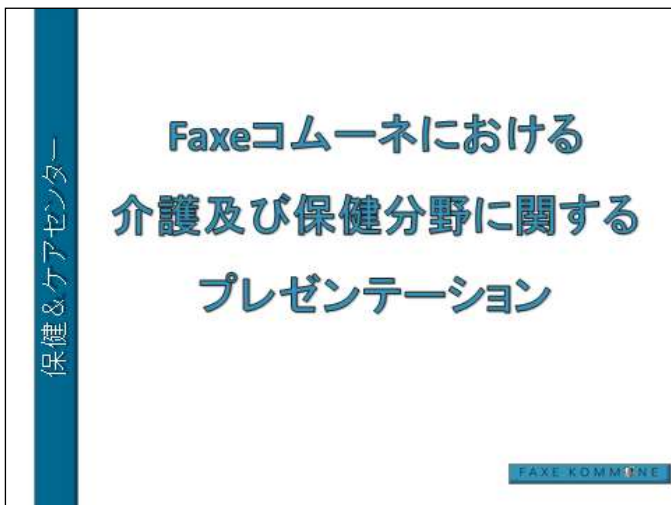
・入院患者は医師の対策プランを持って入って来る。それによって看護師がいろいろとやる。病院からここに入ってくることもある。

- ・家庭医の診療室
- ・マッサージ室
- ・地区の精神クリニック（レギオン管轄）
- ・がんクリニック
- ・臨床心理士
- ・栄養士
- ・助産婦（デンマークでは妊娠してまず医師に行くと助産師を指定される。出産が始まるとその助産師が病院に来る。そして病院の助産師とともに出産させる。複雑なことが起こった時のみ医師が入る）
- ・他に民間が家賃を払って入っている
- ・同じ敷地には、メガネ屋、がんの治療で毛が抜けた際に使うかつら屋などが入っている。
- ・食堂では主に知的障害の人が働いている。他で作ったはちみつなども売っている。

（質問:よく仕事をしたスタッフにはたとえば研修に出してもらえるような奨励策はあるか。）

- ・給料をもらったらそれ以上のことはしない。しかし、何らかの課題があってその課題をこなすのに専門教育が必要であるとされたら研修に行く。
- ・権利として、1年に1回給料を上げてくれというミーティングを持つことができる。
- ・3年に1回、協定により労働組合が給料を上げるように要求する。

- ・保健とケアセンターは、介護と保健分野を担当していて、高齢者だけではなく全市民が対象だ。自分はセンターチーフをしている。



### Faxe 保健センター

**民間が運営者:**  
ACU-ポイント、アルファリビング  
ダカンパニー、化粧品  
パンダシナジー、栄養セラピスト、  
栄養士、医療クリニック、  
心理士、眼科手術センター、  
Stressフリー.com、オプティクス、  
心理療法、オントロジスト、消  
化器クリニック、理容室など

**コムーネが運営者:**  
輸送ユニット、カフェAdalen、家族の  
家、健康増進や予防、プロジェクトハ  
ウス、教育心理カウンセリング、アル  
コールおよび薬物センター、ヘルス  
ケア、看護ユニット、フィットネス活動  
ユニット、技術部門とマネージャー  
Anne-Birthe Holm-Rasmussen

**在宅ケアFaxe 西部と東部**

**レギオンが運営者:**  
地域心理士  
ファクセ多目的ラボ  
助産師  
X線部門

**ボランティアが運営者:**  
心臓基金  
赤十字

- ・市庁舎で事務仕事をしている人達はほとんどが経済学士だ。プロジェクトの開発などを手掛けている。
- ・この保健センターは非常にユニークな存在で、ここは自治体の組織、それからレギオン、

それから民間の三者が一緒に入っている。

在宅ケア 西部と東部

### 在宅ケアと自由選択分野

**Faxe 西部**  
Frederiksgade 8, Haslev

Haslev, Terslev, Førslev  
Teestrup

**Faxe 東部**  
Rådhusvej 6, Faxe

Faxe, Faxe Ladeplads  
Rønnede, Kongsted, Dalby,  
Karise

**民間の供給業者:**  
(身体)介護と家事援助: 2か所  
家事援助: 5か所  
食事サービス: 2か所



FAXE KOMMUNE

・民間の業者も入っているわけだが、誰でも入っていいというわけではない。それを決めるのは自分と、それからこの保健センター長の2人で、この業者は本当に市民にとってユニークなサービスができるかどうかということを決める。美容院でも、病気に関することにプラスになるような、たとえばかつらを作ってくれる美容師がいれば、市民はそれを探しに行く必要がないわけだ。だから、市民に恩恵を与えるような業者だ。

・今希望しているのは、レギオンの機関をもっともっと入れたいということだ。ただ、これには経済的な問題や政治的な問題も絡むのですぐにはできない。例えば、外来患者がレギオンの病院に行く代わりにここに来てほしいと思っている。そうすれば、市民がそのわざわざ遠くの病院まで行く必要がないからだ。

・ここで行っているのは、健康および予防、看護、トレーニングと活動のルーム、介護住宅などのプライエセンター、在宅介護、キッチンだ。このキッチンからはプライエセンターだけに配食する。在宅の高齢者で配食サービスを受ける場合には民間の業者にアウトソーシングをしている。他に判定委員会、それから自治体内の別の地域にリハビリテーションセンターがある。

保健&ケアセンター

分野	予算の活動前提に基づく	
	2014	2015
ホームヘルプ受給者	1030住民	1040住民
補助器具	2500住民	2550住民
介護住宅	302住居	302住居
高齢者住宅	321住居	311住居
リハビリ事業法	170住民	175住民
リハビリ事業法—一般的+特別なレスパイト場所	1308ケース	1512ケース
援助的歯科ケア	115住民	114住民
デイセンターへの審査	48件/日	48件/日

FAXE KOMMUNE

判定された住民へのデイセンター:

Grøndalscentret, Haslev  
 Æblehaven, Faxe  
 Dalgården, Rønnede



トレーニング:

Frederiksgadecentret  
 Faxe Sundhedscenter  
 ケアセンター



Grøndalsセンター:

遅発性脳障害の住民  
 コムーネ全体におけるリハビリ

健康増進と予防部門

健康増進と予防に対するコムーネの義務を全うする

Faxe住民に健康を広げる!

- 各センターで予防と健康増進
- コーディネーター、監督
- 患者教育とコース

予防的家庭訪問

対象グループ:

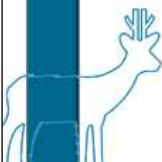
- 65-79歳の特に脆弱な住民
- 75歳上の住民 - 1度の訪問だが、複数回の場合も
- 80歳以上の住民 - 少なくとも年に1回



審査 - 当局

Frederiksgade 9, Haslev

- 地域のサービスに対する審査
- 高齢者住宅と介護住宅
- 認知症アドバイザー



## 看護

## 在宅看護

保健センターには特別なレスパイト場所が8つ  
HaslevとFaxeには看護クリニック

## 特別な能力:

- 緩和
- 失禁 + 匿名のアドバイス
- 創傷
- 衛生
- オストミー
- 糖尿病
- 圧迫
- 抗凝血薬療法
- 臨床的アドバイザー



FAXE KOMMUNE

・キッチンを自治体でやっているのは非常にいいことがある。昨年、超高齢者の栄養を考えようというプロジェクトを実施した。今までデンマークでは、昼に温かいメインの食事をしてきたが、それを夜に変えた。プライエセンターの午前中は忙しい。シャワーを浴びたりさまざまな予定があって昼食は大体 11 時ごろになっていた。ところがまだお腹がすいていないので、たくさんは食べられないということがあった。それで昼はパン食に変えて夕食を重いものにした。そうすると栄養状態が非常に良くなって入院が少なくなるということになった。もう1つその長所は、嚥下（えんげ）障害のある人の特別食を民間の業者に頼むと非常に高くつく。その代わりに自治体でやると、それほど高価ではなく嚥下障害者用の特別食ができる。往々にして嚥下障害者は肺炎を起こして入院をするというケースが多い。正しい食事をしてもらうことによって、入院数を減らすという長所もある。

## Frederiksgadeセンターにおけるセントラルキッチン

ケアセンターにおける受け入れキッチンに配達する:

- Dalby Ældrecenter
- Kongsted Ældrecenter
- Grøndalshusene
- Tycho Brahes Vej

Lindevejscentret, Hylleholtcentret, Solhavecentretの  
キッチンでは24時間、食事を調理する

自宅に居住している住民への食事サービスは外部委託:

- Det Danske Madhus
- Din Private Kok



FAXE KOMMUNE

## Faxe保健センター

Faxe保健センターは、住民に対するさまざまなサービスのある活動的な場所である。春期のサービスをいくつか挙げると：

- ・ 心臓に問題を抱えていたり、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病の住民、そしてその近親者に対するネットワークグループ
- ・ 牧師の訪問で、恐怖に関する対話
- ・ 薬剤師とのテーマナイトー薬、効能、副作用などに関する情報
- ・ テーマデー「第三世代で活動的に」ー日々のトレーニングに対する助言やアイデア、また「健康プロフィール」の多くの可能性を識見
- ・ 5月17日は世界高血圧デー。その晩、ストレス専門家Thomas Milstedによる講演のイントロダクションとして、住民は血圧を測り、ストレス対処についてアドバイスを受けた
- ・ 大自転車デーーさまざまな種類の自転車や装備を試し、また自転車クラブやボランティアとも出会う機会

FAXE KOMMUNE

## Faxe保健センター

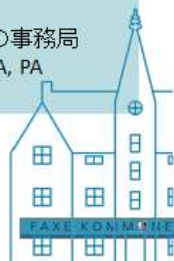
Faxe保健センターは、その地域の保健サービスが集まる場所である。

Faxe保健センターには、コムーネ、レギオン、そして民間による保健サービスの幅広いソリューションが揃っている。

FAXE KOMMUNE

## センター職員

財政と予算  
分析  
監督  
発展  
福祉技術  
社会福祉・保健委員会と高齢者住民委員会の事務局  
社会福祉・保健ヘルパー教育分野ー SSH, SSA, PA  
保健器具



FAXE KOMMUNE

・ リハビリは家庭医からの推薦も来るし専門医からの推薦状を持って来る人もいる。保健法の病院でリハビリ訓練プランを立てる場合、医師はそれほど関わらないで理学療法士、作業療法士が立てる。

・ 状態が悪くて歯科医に行けない人には歯科医が来てくれるが、なるべくこの歯科医がいるところに高齢者も来てもらうようにしている。

(質問：保健センターは他にもあるか。すべての自治体に保健センターはあるか)

- ・ファクセではここだけだ。全ての自治体が保健センターを持っているわけではない。

(質問：人口と高齢化率は。)

- ・約3万6,000人。高齢化率は20%弱だ。



・この自治体にはプライエセンターが9カ所ある。そのうちの1カ所、シヨノバンというプライエセンターは委託で宗教法人がつくって、市民で状態の悪い人を優先的に入所させるという契約をこの自治体と結んでいる。その代わりに自治体は助成金を出している。この宗教団体の特色は、禁煙、禁酒、菜食主義だ。契約では、その宗教団体のメンバーでなくても入れなければいけない、特別にファクセ市民は認めるということになっている。

・菜食主義でも例えばクリスマスに肉料理を食べてワインの一杯でも飲むことは許されている。ファクセ市民は自分の部屋の中であれば、飲んでも、たばこを吸ってもいいということになっている。日本でも今からどんどん外国人が入ってくるので、宗教や食文化の違う人達が、プライベートのプライエセンターホームを作ってくれと言ってくるかもしれない。その場合はしっかりと文書で契約をするといいい。

(質問：プライエセンターは、この地域として数は足りていると思うか。もっと必要か。)

・現在311人が入っていて毎年その実情を分析している。それから見ると、将来はもっと建築しなければいけないことは明らかだ。分析は複雑で、健康状態は良くなっているがはっきりと数字では出てこない。待機リストは7人だけだ。

・今年、グアンダーセンターという1つのプライエセンターのショートステイとトレーニングルームを取り払った。それで19人用の部屋ができた。数年間はこれでいける。しかし、毎年分析調査はやっている。2020年までは大丈夫だろうと考えている。



- ・ファクセ自治体は、3つの町からなっている。人口に比較するとプライエセンターは多い。
- ・このファクセの辺りは昔から工場の労働者が多く健康状態は悪い。リハビリセンターがある地域は教育の町と言われて学生やアカデミックな関係の人が多い。
- ・在宅介護では、法律が変わって自由選択ということで民間業者も加わっている。身体介護と家事支援で2社、家事支援のみが2社、配食サービスが2社だ。これは必ずその自治体の在宅介護のサービスのレベルに合わせる業者でなければならない。

(質問：利用料は民間で決められるか。)

- ・利用料はユーザーである高齢者にとっては無料だ。

(質問：ユーザーは判定を受けて、民間業者を選ぶということか。)

- ・そうだ。

(質問：民間と市の専門職との連携は会議をするなどうまくいっているか。)

- ・それをしなければならない。自治体のサービスのレベルは高い。高齢者に対するサービスをするときはそのサービスだけを考えている。民間業者の場合は利益を考えなければならないが、それは自治体ではする必要がない。民間業者はよく倒産する。

(質問：市民は民間のほうが質は低いと思っているか。)

- ・その反対だ。個人的にはプライベートのほうがいだろうと信じている人が多い。しかし現実には、民間のうち1社だけに100人のクライアントがいてあとの社は2人とか3人だ。

(質問：その場合は個人でやっているのか。)

- ・そうだ。デンマーク人は自治体が入ると信頼が置けるというような考え方をする。

(質問：その委託料はどのように決めるか。日本では相当市場調査をして診療報酬や介護報酬を決める。)

- ・在宅介護に掛かる費用や職員の賃金を自分の部下が計算して出す。

(質問：コムーネごとに計算して出すのか。)

- ・そうだ。

- ・厨房のことだが、3カ所のプライエセンターに小さなキッチンがあって、そこで自分たち

の食事を作っている。政治家たちは、食事の匂いがするのは高齢者にとって非常に良いと考えている。それで、ベストなのは全プライエセンターにキッチンがあって、そこで食事を作ることだと言っている。

・デイセンターについてだが、このデイセンターでいいことは、特に健康増進のために何をしたらいいかを考えていて、高齢者を高齢者が助けている。例えば、一緒にショッピングに行き、一緒に調理をして一緒に食べましょうというものもあるし、その寂しい1人住まいの高齢者を他の高齢者が助けている。

(質問：それはボランティアとしてということか。)

・ボランティアだ。在宅のボランティアがデイセンターにやってくる。利用者同士ということではない。

・健康増進と予防ということで、高齢者への訪問が80歳からなので65歳から79歳までの人達をどうするかというのが1つの課題だ。

・例えばロボットを使うなどの福祉テクノロジーを使うことによって職員の手間が省けて、その分だけ他のところに集中できるということで非常に興味を持っている。今、いろいろなメッセを駆け回っている。高齢者だけではなく、学校にもそのようなものを導入したいと思っている。しかし、デンマークではまだまだ遅々として進んでないのが現状だ。ただ、将来を見越してそのための部局をもう設けている。高齢者が増加しているからそれは必要だ。

・年に2回、この自治体の家庭医全員の27人を集めて我々とカンファレンスを持つ。こちらが現状を話す。そして医師たちは医師たちの希望を言い、こちらはこちらの希望を言う。そうしないと医師たちはすぐに入院させる推薦状を書いてしまう。そうしてほしくないので会議を持って、お互いの問題をぶつけ合って、なるべくトレーニングをして良い毎日を家庭で過ごすように医療の協力をしてほしいと頼んでいる。緊急ナースということもそこで考えられたアイデアだ。3ヵ月ごとに医師の代表者と会って、どのようなことが今問題になっているか、どのような協力したらいいかということ話し合う。

保健&ケアセンター

## リハビリテーション

良い生活-毎日

自立して、できる限り長く、自分の人生の主人でいられるよう、住民をサポートする試み



FAXE KOMMUNE

<利用者 P 氏>

(質問：今 1 日の予定はどのように過ごしているか)

- ・ 7 時に起きて 8 時に朝食。そのあとすぐトレーニングに入る。
- ・ 私は心臓血栓を 2 回やった。

(質問：ここに来るのに不安はなかったか。)

- ・ 来る前は病院の集中治療室にいた。そこにいて、ここに入るように言われた時は喜んだ。
- ・ 私は非常に大きな農場を持っていたが、退院してすぐには農場の仕事をできない。またここに入るすぐ前に妻を亡くした。ここは非常にいいところでスタッフもやさしいと聞いていたので怖くはなかった。

(質問：ずっと農業をされてきたのか。)

- ・ そうだ。牛肉も卸していた。

(質問：ここに来て最初に立てた目標は何だったか。)

- ・ 入所したときはベッドに寝たきりで何もできなかった。だから、最初の目標は起き上がって立ち上がることだった。

(質問：今の目標はどのようなものか。)

- ・ もうすぐプライエボリーに入れる。自分でシャワーを浴びることもヒゲ剃りもできるようになった。
- ・ (スタッフ) ロレータを押してもっと長い距離を歩くようになるとかの目標はあるが、P 氏は自立してきたのでその戻ってきた機能を維持して欲しい。そうしないとトレーニングをした甲斐がない。

(質問：プライエボリーに入ったらどのようなことをしてみたいか。)

- ・ プライエボリーは町にあるので、散歩していろいろな人を見たい。いろいろな活動があるそうだから入ってみたい。
- ・ ここには 2 ヶ月いた。9 月 15 日にプライエボリーに行く予定だ。
- ・ 7 月 1 日に心臓発作を起こした。ここに入って 2 回目の発作を起こしてまた入院した。
- ・ (スタッフ) 2 回の心臓発作で生存したのは非常に珍しいことで、病院の部長医が調べたいということだった。ここには医師がいない、セラピストと看護師だけだ。だから緊急なことが起こった場合は入院してもらおう。

(質問：ここでの毎日のトレーニングはどうだったか。)

- ・ きつかった。トレーニングは毎日ではなかった。

(質問：トレーニング以外は何をしているか。)

- ・ ロレータで歩く訓練をしている。読書も好きだが目が疲れてきてあまり長くはできない。
- ・ みんないい人だ。私は非常に涙もろくなってきた。

(質問：スタッフとトレーニングする時間はどのくらいか。)

- ・ 1 時間半だ。

(質問：ここで新しい友人はできたか。)

- ・(同室の) H 氏といい友達になった。娘が週に 3 回来てくれて、他の人とも良く話をする。
- ・(スタッフ) ここは朝食をスタッフが作る。遅くなったら P 氏が遅いと言いに来る。手伝ってもらえる。
- ・フォークやスプーンが足りないときは自分で取りに行く。
- ・(スタッフ) ここのトレーニングは残っている機能を活用するということで、たとえロレータを押していても P 氏は自分でお盆をもって下げに行く。これもトレーニングの 1 つだ。ここではスタッフと一緒にすることだけをトレーニングとは言っていない。24 時間トレーニングだ。

(質問：初めはどのようにここに来たのか。)

- ・心臓発作だった。それまでは盲腸以外に病気をしたことがなかった。
- ・(スタッフ) 病院からは重度の人が行くという連絡だったが、2 ヶ月後の今ではこのように座っている。スタッフがいないときも 24 時間トレーニングとは言っているが、ロレータを押し出すのは理学療法士が応援する。はじめはベッドから起き上がるトレーニングから始めた。今は自分でトレーニングをするまでになった。

(質問：自己トレーニングはどのようなことをしているか。)

- ・ニューステップだ。

(質問：それによって歩く距離が伸びているか。)

- ・だんだん長くなっている。町のプライエボリーにはキッチンネットが付いているので自分で作ることができる。それからプライエボリーには自分の家具を持って行けるのが楽しみだ。

(質問：今まで病気はなかったということで、あまり家庭医とは付き合いがなかったのか。)

- ・45 年同じ医師を持っていた。1 年に 1 回ぐらい血圧を測るなどで行っていた。今はその医師は退職した。

(質問：農場の仕事に戻りたいと思うか。)

- ・そう思う。妻が恋しい。今年の春に大きな家庭菜園を作ったばかりだった。

<作業療法士、看護師>

(質問：今本人の話を聞いた。心疾患なので少しずつ運動量を増やしている段階と思う。今後プライエボリーに移ってからやっていくことは何か。)

- ・彼の場合は、ここのトレーニングが終わってプライエボリーに移っても、自分で例えば散歩を長くして、きちんとした目標をもって自分でできる人なので、そういう人に対しては、もうここでは関与しない。しかし、プライエボリーに移ってまた元の状態になるという危険性のある人に対しては、判定委員から維持トレーニングに入りなさいという指示を出す。

(質問：その場合はここに引き続き通うということか。)

- ・それは 1 人 1 人の状態によって決める。もしその人がプライエボリーにいたら、そこからスタッフが行ってトレーニングをする。その人が自宅に帰る場合は、普通はここに自分で来ることが 1 つの条件だ。それができない場合は初めて判定として理学療法士がこのセンターから家庭に行き維持トレーニングをするということになる。

(質問：維持トレーニングはどれぐらいの頻度か。)

- ・その機能低下の程度にもよるが、大体1週間に1回1時間、全部で12時間が普通だ。

(質問：すると3ヵ月になる。)

- ・その人にとって集中的にやったほうがより良くなるという場合は週2回にする。あるいは、もっと悪い場合は3ヵ月24時間にする。
- ・普通は5人から8人のグループトレーニングで、基礎としてはバランス、体力、持久力をつける。

(質問：維持トレーニングをやりたくない、熱心ではないという人もいるか。そのときはどうやってモチベーションを向上させるか。)

- ・そういう人は全然いない。なるべく毎日の小さな動作ができるようになるように動機付けをするが、最終的にどうしても嫌だという人には何もできない。私たちには全世界を救うことはできない。
- ・もちろん自分がまずやろうという動機がないといくら誰かが押しても駄目だ。でも、ここにやってきている市民は、みななんらかのモチベーションを持っている。
- ・それを持続させるように、セラピストとそれから看護師たちが、1人の市民に対して協力しながらいろいろなモチベーションを高めていく。

(質問：リハビリテーションチームの意見は判定にどのぐらい反映されるか。)

- ・その市民のところには判定員と一緒に行って評価をするということはない。普通は電話かメールでやり取りをする。社会サービス法で来るか、健康保険法で入ってくるかの違いがあって、社会サービス法の判定委員会の判定でトレーニングをする場合は、こちらの意見を聞いてくれるが病院から直接センターに送られる場合はこちらの意見は全然入らない。
- ・判定委員会はセラピストに対して、いつ自宅に返すのかと催促してくる。それで、セラピストたちが、今ちょうどいいときに差し掛かっているからもうすこしトレーニングをしたいと言うと聞いてくれる。その反対の場合もあって、こちらがこの人はそれほどトレーニングはいらないと思うのに多くのトレーニング量を判定委員が出すときもある。
- ・もっとトレーニングしたほうがいい、時間をもっと長く伸ばしたいというときは、どういう機能障害があってこういうトレーニングをしていると具体的に書く。

(質問：いろいろな立場の人が連携しながら仕事をしている。共通の言語やフォーマット、もしくは共通の評価様式とか判定基準はあるか。)

- ・1週間に1回火曜日に、専門職たちが横の会議を持つ。それからカルテを一緒に書く。セラピストはその立場で書いて、看護師も書く。1人の入所者に対して書くので、それを互いに読み合うから自然に共通語というのはできてくる。それから、お互いを尊敬している。セラピストとしての専門家、看護師としての専門家としてお互いに尊敬している。
- ・会議以外に必要なに応じて、これはどうか、あれはどうかと問いかけや議論もする。そういう非常に良い連絡をしている。
- ・利用者がここのトレーニングが済んで自宅に帰ると、今度は在宅介護チームが入ってくる。そこでも同じような横の連携を持って、一緒に協力して仕事をしているので、同じようなことがずっと続いていく。

(質問：ここを終わってプライエボリーに入ると在宅介護が必要だと思う。そのときに、ここでの経験の情報を在宅介護チームとどうやって共有していくのか。)

・ここに来ている人の情報は、パソコンに入れた段階で在宅介護チームが読めるようになっている。全員の情報が在宅介護チームに行く。

(質問：それはファクセの市の中で、もちろん権限によって違いはあるとしても、全員が同じ情報を共有できるようなシステムがあるということか。)

・そうだ。同じシステムだ。

(質問：ここを終わった人が在宅介護でうまくいっているなどと聞くことがあるか。)

・このスタッフがその結果を見ることがはしない。その最終的な結果はジャーナルとして書かれる。その市民が病院から退院してここに来た人であれば、家庭医にその結果が送られる。判定委員の判定でここに来た人の場合は判定委員会にその結果が送られる。

・一番大切なことは、このトレーニングが終わって自宅に帰った後でその高齢者がまた体を動かして機能を維持することだ。どのようにするかということで、ボランティアがやっているスポーツもあるし、いろいろなイブニングスクールのスポーツもある。

(質問：活動的な生活という意味で、例えば 10 年前と今では、高齢者の生活スタイルは変わってきていると感じるか。)

・活動的になっている。非常に高年齢の人でも非常に活動的だ。

(質問：それはどういう理由で変わってきたのか。)

・トレンドだ。60 歳になってもマラソンに参加するというのもトレンドになってきた。  
・啓蒙活動も上手だと思う。保険庁がスマートな高齢者がスマートに走っているようなキャンペーンをして、新聞が書いたり、テレビで見せたりする。  
・政治的な観点から見れば、アクティブな高齢者というのは介護をしなくてもいいということで、国としては財政が助かる。

(質問：以前、在宅に行っているヘルパーが作業療法士から研修を受けて毎日の生活の中でトレーニングをしていると聞いた。これは今も続いているか。)

・今はリハビリチームが入って、できるだけ高齢者が自分で体を使って自立した生活をすよ  
うにずっと心掛けている。  
・リハビリチームのトレーニングの中に入ると、リハビリチームが時間を取って、その市民と一緒に家庭でのトレーニングに力を入れる。それが終わったら、ホームヘルパーとコンタクトを取って、こういうことをその高齢者にさせなさいというように指導する。作業療法士がそのリハビリチームに入っている。

(質問：自宅に戻ってからデイセンターを利用することもあるという話だった。ここを出るときに、そういう情報を細かく、地区にはこういうものがあるという推薦までここでやるか。)

・退所する時に一度にいろいろ話すのではなく、ここにいる間にいろいろな活動がある、行ってみたらどうかという話しをする。一緒に行く場合もある。徐々にそうして自分に身に付いてくるというのがベストなやり方だ。ボランティアのグループの活動はパンフレットができていて、活動はホームページにもあって、パソコンができない人には家族に頼んだりホームヘルパーに頼むこともできる。ここを出るときにはそういうものを見るように言

う。しかし、一番いいのは、退所するから説明するというのではなく徐々にここにいる間にそういう活動に入ることを身に付けるというのが大切だ。

(質問：このトレーニングセンターに「オアセン」というボランティアセンターが併設されていると聞いている。ボランティアはこのトレーニングに具体的に関わることがあるか、ボランティアセンターと一緒にあるメリットはどういうものか。)

- ・トレーニングに入ることはない。スタッフが帰った後で、理学療法士、作業療法士が作ったプログラムに沿って入所者と一緒に5時から6時にトレーニングをすることはある。ただ、スタッフがいる限りは入ってこない。
- ・デイセンターに在宅から来ていて、オアセンのボランティアグループに入っている人もいる。あるいはここに入所した人でボランティアの活動に入る人もいる。だからそういうことでどちらにとってもwin-winの関係になる。

(質問：元気な高齢者が増えてきたということだが、例えば糖尿病の人が減った、生活習慣病や転倒する人が減ったなど、指標を見て判断しているか。)

- ・私は持っていないが、はっきりした調査はあるはずだ。
- ・以前は、肉体を酷使した労働が多かったけれど、現在はあまりない。運動をする高齢者が増えたとは数としてははっきり言えないが、我々は健康でアクティブな高齢者が増えているという感じを持っている。ただ、糖尿病に限って言えば増えている調査結果が出ている。

(質問：こちらではスタッフのスキルも求められると思うが、採用基準はどのようなものか。)

- ・基礎としては、作業療法士、理学療法士あるいは看護師の教育を受けているということだ。より高い専門教育が必要な場合は研修に出す。
- ・いろいろな職種が集まっているのでみんなと協力して仕事ができるということが重要だ。面接をする。人格やその人の持っている雰囲気は非常に大切だ。

(質問：専門職は足りているか。)

- ・職員数は足りているが、職員配置をもっと良くしてもらいたいと思っている。