

デンマークインタビュー

1. インタビュー対象団体の活動内容

グラデサクセ市トレーニングセンター … 2

社会児童統合省 … 4

ルーダスダル市 … 5

エルドラセイエン（高齢者組織）… 12

ヒューマンケア社 … 15

ヒレロズ市シニア活動センター … 16

家庭医（GP）… 19

ファクセ市 … 21

2. 仮想 3 ケースによるケーススタディ … 27

インタビュアー：

松岡洋子（東京家政大学人文学部講師）

白川泰之（新潟大学法学部准教授）

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）

2013年10月14日

グラデサクセ市トレーニングセンター（併設介護型住宅、ショートステイ見学）

Marelis Petersen トレーニングセンターリーダー、PT

- ・グラデサクセ市の人口は6万3千人。5つの町が合併した。高齢化率は14~15%。
- ・市には別に大きなプライエセンターがあるが、このプライエボーリ（元はプライエム、改築した）は23人入居で小規模である。またトレーニングセンター付のショートステイ（最短3週間で最長80日）。観察、ターミナルケアの機能もある。入院の代わりに入っている入居者もいる。
- ・職員の数はOTが20人、PTが60人、看護師が23人、介護士（SSA）が約30人。この入居者は非常に複雑な病気の人で、軽い人はいないのでヘルパー（SSH）はいない。行政としては、軽い人はデイセンターがあるのでそちらに行ってほしいとしている。
- ・デンマークでは入院日数が非常に短く患者を早く自治体に送り出すという意向が非常に強い。レギオン（医療圏域）で退院すべきであるとした患者を、自治体で引き受けるところがなくて入院していたら1日にだいたい1200クローネ以上の罰金を自治体に課す。退院者の80%のリハビリは自治体に任されることになった。退院してくる高齢者の状態は非常に悪い。
- ・ここには予防センターもあり、身体的な機能回復だけではなく禁煙、栄養講習、料理教室、体操、コレステロールを下げる、肥満対策など健康一般の予防を進めている。全市民対象。また講演会は誰でも参加でき、テーマは認知症、呼吸の仕方、がんとは何かなど健康に関するもの。
- ・ここはまず1900年代の初めにプライエムとしてスタートした。その当時すでにOT、PTがトレーニングをしていた。政府のプライエムを建てないという政策で在宅の高齢者が非常に増え、トレーニングを受ける高齢者が増加してトレーニングセンターとなってきた。
- ・このセンターは原則としてグラデサクセ市の誰でも利用できる。判定委員会がここに来るべきかどうかを判定する。結果としてほとんどが高齢者ということになる。
- ・トレーニングが終わったら理想的には在宅介護チームで引き受けることになる。いまは在宅介護チームのスタッフもトレーニングができるような教育が入っている。在宅介護チームは、本人がベッドから椅子に移るトレーニングを受けている場合、助けしないで一人でさせるとかちょっとだけ助けるようにしている。トレーニングをしながら能力を維持して生活ができれば理想的だ。
- ・毎日の家事援助、身体援助は「してあげる」ではなく「一緒にしましょう」ということだ。デンマークでは「両手を後ろに回したケア」と呼んでいる。自分でやってもらうケアをしないと能力が落ちてくる。ここでトレーニングをして自宅に帰してそれで終わっているとまた状態が悪くなって、またここに来る。ここで受けたトレーニングを維持する自助を非常に強くしないとトレーニングをしても効果はない。トレーニングを一生続けることが特に高齢者には必須である。
- ・このトレーニングセンターの対象者は、まず23人のプライエムに住んでいる高齢者。次に在宅の人。外来でトレーニングに来て必要であればセラピストが家に行く。他に、がんの患者も多い、それから認知症の人。労災のグループはトレーニングをしてまた職場に帰る。3番目は80床のショートステイでここに入居している人。4番目のグループは新しく始めたリハビリチームによる高齢者の自宅でのリハビリ。このサービスを受ける高齢者は新しくこのリハビリチームの訪問を受けている高齢者。この4種の高齢者の予防及び活動のトレーニングをしている。
- ・リハビリチームは再入院を防ぐという目的もあるが、アクティブな生活をしてもらうというこ

ともある。在宅介護で受け身の生活をするのではなくリハビリによって自分の生活を守ることができる。そういうアクティブな高齢者を育てましようということだ。去年の9月から始まった。

- ・退院の際に高齢者自身か家庭医が判定委員会に連絡をしてくると、判定委員会が行って判断する。あるいは、骨折をして退院のときにホームヘルパーがほしいと言われたら、在宅チームが新しいリハビリチームのトレーニングに適しているかもしれないと判定委員会に通知する。

- ・いま75人の高齢者がこのリハビリチームの訪問を受けている。

- ・5つの職種がリハビリチームにかかわるが、だいたい2つの職種、例えばOTと介護士(SSA)、PTとヘルパー(SSH)の2人が家庭訪問をしてどういうトレーニングをしたらいいか本人と話し合いながら決める。ちょっとした改築の必要性の有無もここで決める。

- ・デンマークの新しい世代はより甘えることのない世代だが、今までの古い世代はやはり高齢者を大切にしようとか、尊敬しなさいとか、そういう考え方があった。デンマークでも「私は今まで高い税金を払ってきた。今からサービスで返してもらおう」という人も多い。反対に「今までできなかったことが自分でできるようになった。独立できた」という喜びもある。

- ・ホームヘルパーと高齢者とのコミュニケーションが非常に大切だ。ただ、どうしても何もしない人もいる。その場合はあらかじめちょっとでも自分でやろうという人の方にエネルギーを使う。

- ・自治体のクオリティ基準は、ここで市民はどのようなトレーニングを受けるかというものである。どういう法律に基づいてサービスがなされるかもこの基準の中に入っている。

- ・実際のサービスの中身はこちらのトレーニングセンターの専門セラピストが決める。

- ・高齢者は、退院5日以内に自治体にコンタクトを取って14日以内にトレーニングをスタートするように言われる。期間はその症状に合わせるのではっきり言えないが、ほぼ3か月以内。

- ・スタッフの教育をもっとしなければいけない。5種のスタッフが協力しながら一人の高齢者に対して一緒に仕事をする。コミュニケーションをもっと改良していく必要がある。

(質問：各コムーネで新しいリハビリについて連絡協議会や勉強会の動きはあるか)

- ・全国でリハビリチームは新しいやりかたとして注目されていて、いろいろな自治体で取り組んでいる。リーダーの段階では勉強会のネットワークができています。

- ・病院には自治体に講義をしなければならないという義務がある。例えば病院の部長がリハビリの講義をする。リハビリは病院の管轄・責任だったが2007年から自治体の管轄になった。病院にもリハビリがうまくいくようにする責任があるので例えばEジャーナルを出している。

- ・それから各組織の協力を上手くしていかないと何度も何度も市民に同じ質問をすることになる。それは市民が非常に嫌がることであり、避けなければならない。

(質問：地域の健診はあるか)

- ・高齢者を対象にした健康チェックはない。

- ・市では高齢者の活性化に力を入れていて衰弱していなくても体操に行きましょうとすすめている。『60+』という雑誌を自治体で出して、ここでフィットネスができる、体操をしているという情報は全部入っている。それからローカルの新聞に、講演会とか体操の情報を出す。

- ・それから各疾病によって、例えば認知症のカフェとか肺疾病者のカフェとか、これは患者協会が運営している。これも新聞に出る、チラシも薬局、家庭、図書館においてある。

2013年10月14日

社会・児童統合省（国）

Eva Pedersen 高齢者室長、Anne Kring 氏

- ・デンマークの行政システムでは国が枠組みの法を作って実施するのは自治体である。
- ・デンマークは非常に高齢化が進んでいて高齢者が長寿になった。問題はそれに比べて支える労働力が減少していることである。出生率が現在 1.8%で、本当は 2.1%欲しいところだ。
- ・デンマークの高齢者福祉システムの基礎は税金である。全てのサービスが税金で賄われていて市民の自己負担はない。デンマークは非常に重税だが、それは高額なサービスとして返される。
- ・自治体及び国は、高齢者のニーズがどこにあるか高齢者のサービスがどのような支出額になるかということに非常に興味を持っている。財政的な責任があるからだ。財政面では、高齢者の福祉を今までのやり方で支えるか、支えきれないのでやり方を考えるかということにきている。
- ・近年の傾向は、よい介護をすべきだが同時に節約をしなければいけないということである。
- ・だから我々は高齢者をグループに分けて考え出した。何のヘルプもいないグループもあり、だんだん衰弱あるいは何らかの病気で機能が落ちてしまうグループもある。
- ・前者は予防で機能を維持してよい体力を一生持つように予防の福祉をしたい。それが自治体の一般的な予防及び維持ストラテジーだ。対象年齢は大体 50 歳から 60 歳過ぎで、健康法は、煙草を吸わない、アルコールをとり過ぎない、体操など体を動かすことである。
- ・1 年間高齢者在宅介護の観察をした委員会がある。非常に機能が落ちているわけではないが少し在宅サービスを受けている高齢者を対象に調査をしてこの夏に結果を発表した。その結果、今ある 98 の自治体ほとんどで高齢者のリハビリに力を入れていた。高齢者は機能回復で生きがいを感じクオリティの高い生活が送れて、自治体側にとっては結果的に経済的な節約に通じる。
- ・だから現在デンマークの高齢者政策の中で力を入れているのはリハビリである。リハビリそのものだけではなくてそのメソッドも討議されている。
- ・そこで一番重要なのが、高齢者自身と対話をするということだ。ユーザーとなる高齢者自身がどのように思っているかということだ。
- ・高齢者を三つのグループに分けている。一つはサービスはいらないという健康な高齢者。二番目のグループが在宅だがリハビリに入ったほうがよい衰弱し始めたグループ。三番目が衰弱して一人で在宅を続けられずプライエセンターや病院に入っているグループ。入居者でもリハビリが大切だが介護が満足させられることが重要で、介護、ソーシャルサービス、次にリハビリとなる。
- ・介護スタッフがリハビリに関わる場合に毎日のリハビリを維持していかなければまた元に戻ってしまう。「介護プラスリハビリの維持」というのがスタッフの仕事だ。それが非常に重要だ。
- ・他にまだテクノロジーとか介護テクノロジーとか、それからスタッフの教育も重要である。
- ・デンマークでも多くの高齢者がボランティア活動をしている。他人にとってもよいことだが、ネットワーク作りにもなって生き甲斐を感じて本人にもよい影響を与える。
- ・政治的な希望として、職場に長くいてほしい。現在退職年齢は 65 歳だが数年後には 67 歳に引き上げられる。寿命に比例して上がる。これが脆弱な高齢者へのサービスを支える経済的な支えともなる。

2013年10月15日

ルーダスダル (Rudersdal) 市

Tina Solveig Koc 介護と活動課課長、Annette Kahlke 在宅介護地区責任者、Hanne Bartholdy 高齢者センター所長、Else Marie Matzon 高齢者センターリーダー、Birgitte Grønnegaard Jepsen 毎日の活動リーダー

■Tina Solveig Koc 介護と活動課課長

- ・ルーダスダル市は海岸地帯から大きい森林地帯もある。9の小さな町が合併した。人口は55,000人。デンマークは小さな国と言われるが我々が在宅介護に行くにはとても大きな国だ。
- ・この自治体の高齢者政策のエッセンスは、高齢者が独立した生活をして選択もできるということだ。在宅でもプライエボーリにいても社会的交流ができるようにしている。例えば公共交通機関が使えない人はタクシーも利用できる。また、ペンダント式のアラームを付けて安全を図る。高齢者が高齢者審議会に参加できるようにもしている。
- ・高齢者課の責任者の元の判定課でサービス支給と分配を決める。例えば補助機器、改築、家庭でのリハビリテーション、リハビリトレーニングの判定、保健的なこともこの管轄に入る。
- ・決定されたサービスを実際実施するのは、「介護および活動」というところで、例えば、プライエセンター、在宅介護、訪問看護、リハビリトレーニングだ。
- ・ここには7か所の公設プライエセンターがある。また2か所の民間のプライエセンターがある。この2か所の運営管理は民間のライオンズクラブで、介護は自治体が支給している。
- ・ほとんどの在宅介護と訪問看護は自治体支給だが12の小さな民間の会社（スタッフが1人～3人で、クライアントは3人～5人）もある。家事援助はするが身体介護をするところは少ない。
- ・トレーニングセンターが2箇所、活動センターが3箇所ある。
- ・デイホームは認知症用と、普通の健康の衰えた人用と両方ある。
- ・以上でスタッフが1,000人（正職員換算。実際はパートが多い）。
- ・2,151名が在宅介護を受けていて、平均1週間に3時間7分のサービスを受けている。その約半数は訪問看護を受けている。
- ・全国的に2013年の80歳以上人口を100としたら2025年には134となり支え手の20歳～50代の割合は下がる。現在のデンマークの退職年齢は65歳だが、いま61歳の人の退職年齢は67歳、30歳で69歳、18歳で70歳だ。この自治体の60歳以上で職場にいる人は16%。
- ・重要なことはまず予防。それから高齢者の介護住宅をもっと建てようと思っている。
- ・「毎日のリハビリトレーニング」キャンペーンをやって自治体レベルで活動、体操に力を入れている。統計をとったが、90歳以上でトレーニングとか活動に参加する人たちが増えてきた。
- ・いま、ボランティアをしている人、ボランティア団体との協力関係を非常に強くしている。
- ・それから、福祉テクノロジーに非常に注目している。これに関しては、我々は日本には勝てないと思っている。我々は劣等感を持っている。
- ・精神的健康にも力を入れ始めた。この自治体の社会保健委員会の政治家、市議員がロンドンに行って、「5つの道」というシステムを習ってきて、ここでも実行しようということになった。5つの道は、「ネットワークを強力にする」「新しいことを学ぶ」「生活を活動的にする」「常に現在にいるという感覚を持っている」「自分の持つ力を他の人のために使う」である。

・我々もイギリス研修に行った。学んだのは、慢性病のある高齢者が積極的に自分の治療をしようとする姿勢である。医師に言われて消極的に薬を飲む以上の積極さがあるとよい効果が出る。デンマーク市民も自分の健康、介護に関して以前より意見を強く出すようになった。

・最後に、スタッフにとって職場が非常に魅力のある職場にすること。ある程度の競争心を持ちながら 2020 年までを乗り切るときのプラス効果が出てくるのではないかと思っている。そうしないと、離職率が高くなりせっかく育てても困ることになる。

・緑の脈というボランティアの団体があって毎月曜日 80 人の高齢者が外でトレーニングを受けている。その多くは 80 歳以上だがなかなか若い。「高齢」という言葉の意味も変わってきた。

・多くの高齢者市民が自分のうちに住んでいる。一軒家が多い。非常にいい在宅介護をしているので自分の家に居続けることが可能である。

■Annette Kahlke 在宅介護地区責任者

・各自治体でサービスレベルがクオリティ基準で決められている。在宅介護がほしい、ホームヘルパーに来てほしいというときは、判定委員が家庭訪問してサービス支給を決める。判定は一人一人違う。基準は、自分で自分を助ける（自助）ことができるようになるということだ。そこで、トレーニングをして状態をよくするか、もう衰弱して高齢なので維持をするかを決める。状態をよくしようという場合はリハビリチームが入る。活動的な毎日の助けをして、もちろん在宅介護チームとの協力も保つ。維持しようという場合は、入ってくるのがヘルパー、介護士である。

・自治体を 7 つの地区に分けてそれぞれの詰め所にヘルパー、介護士、看護師がいる。それを統括するのがリーダーである。24 時間ケアなので必要に応じて朝でも真夜中でも来てもらえる。リハビリチームは自治体に 1 つある。セラピストは 7 つの地区に担当が分かれている。

・在宅介護サービスは、臨時的か継続的かを決める。臨時的な場合は自己負担で、継続的な場合は無料。臨時の場合は骨折した若い人も含む。自己負担の上限は 1 時間に 110 クローネである。

・在宅介護のプロバイダーは公共か民間か選択することができる。ただ看護師は公共にしかいないので看護が必要な場合は公共の看護師が訪問看護で来る。民間の在宅介護を選んだ場合は、判定委員会で決めた以上のサービスを自己負担で買うことができる。

・高齢者が一人住まいではなく家族と一緒に住んでいる場合は、家族の負担を軽減するということで、大体 1 週間に 1 回、自治体からホームヘルパーが留守番のような形で行くことができる。

・基礎にあるのは、あくまで公共がサポートするということだ。ボランティアセンターがどこの自治体にもあるが、看護、介護はあくまでも自治体の仕事である。ボランティアは、例えば高齢者と一緒に散歩をする、映画や劇と一緒にについて行く、手紙や新聞を代わりに読む、ちょっとした仕事、例えば絵を壁にかけるとか写真を額に入れるとかである。

・認知症の人が非常に増えていていろいろなプログラムを考えている。例えばデイホームがある。認知症の人たちに GPS を付けてもいいと法律で許されている。また、認知症コーディネーターがいる。看護師、SSA が講習会を開いている。認知症の家族会があり講習を受け、お互いの経験を話し合っただけで負担を軽くするようにもしている。スタッフに対する認知症の教育もしている。

・それから、補助機器センターがあっていろいろな補助機器を無料で市民に貸している。例えば電動ベッド、マットレス、トイレの椅子、歩行器、車椅子などがある。スタッフのためには、各地区に移乗技術指導者がいてスタッフがどのような補助機器を使ったら腰痛を起こさないかと

か、どのような移乗技術を使うべきか指導をしている。

・この補助機器センターのOTが、SSAとSSHの人たちが指導者になれるようにヘルパー(SSH)、介護士(SSA)を教育する。

ある高齢者の在宅介護のサービス受給から亡くなるまでのストーリー

・非常に健康であった75歳の女性がいた。しかし転倒して大腿骨を折って退院して臨時にホームヘルパーに来てほしいと要求した。ホームヘルパーが来るようになり、骨折のあともよくなったので在宅介護のサービスから離れた。この時は自己負担をした。

・2年後に脳出血で倒れた。以降のホームヘルパーのサービスは無料。判定委員が家庭訪問に行った。必ず判定委員は高齢者の希望を取り入れる。彼女の希望はトイレに自分で行きたい、朝夕のパン食ぐらいは自分でつくりたいというものだった。非常によい補助機器トイレを使うことによって自分でトイレをするという訓練ができて3カ月でトイレに行けるようになった。

・数年あとに認知症が出てきた。それが重度になってきて、もう改善させるグループのサービスは受けられなくなって、維持のほうのホームヘルパーのサービスを受けるようになった。

・身体介護の介護パックが1から4まであり、4がもっとも重度用で多くの介護をする。彼女も初めは1だったが今や4になっている。以前はパックごとに行うことが決まっていたが、今は柔軟でヘルパーや介護士が、それだけしなくてもいいとかもっとすべきだと判断して実行できる。彼女はトイレに一人で行けないのでトイレの介助、毎日何をするかというプログラム作り、飲む・食べる、薬を飲むことのヘルプが要る。洗濯もある。買い物は、この自治体では高齢者がカタログを見てコンピューターで注文すると2日後に届くというシステムをとっている。食事は配食サービスを受ける。1週間に1回まとめて半冷凍で来て、ヘルパーがそれをレンジであたためる。状態が悪くなるに従って、来るホームヘルパーが1人から2人になる。必ず2人で移乗するという規則になっている。というのも移乗に非常に時間がかかるようになる。

・この女性は92歳になって胃がんが発見され、非常に悪くなってターミナル状態に入った。ターミナル状態に入ると今度は在宅介護チームから訪問看護師チームのケアに移る。彼女は自宅で死にたいと言っていて自宅で亡くなった。自宅で亡くなる人はデンマークでは非常に多い。

・在宅介護のコストは家事援助が1時間273クローネ、身体介護が364クローネ。週末祭日が1時間に476クローネ。これは自治体にとっての値段で市民は無料。週で計算される。この高齢者には毎回2人が来て食事を温めたりちょっとした調理をする。これも家事援助に入る。

・自治体ではどのように能率をあげたか、効率を考えながら毎年値段を決める。だから、値段が自治体によって違う。それから交通機関、距離が長い場合は高くなる。移動分も値段に入る。

・この料金には、家事支援などの直接的なサービス以外に、例えばスタッフの昼食時間、ミーティング、車の維持費、スタッフは子どもが病気の時最初の1日は休めるが、それも入る。

・我々は過剰サービスについてもよく議論した。要するに自分で自分を助けるために介護サービスをできるだけしないようにと心がけている。

(質問：臨時的なケアの場合は有料で、恒久的になると無料だとモラルハザードはないか)

・そういう高齢者はいない。今まで経験したことがない。高齢者はみな自分で独立した生活がしたい人たちだ。高齢者にいつになったら他人に頼る生活になると思うかと聞くと、全員それは決してないと言う。それで我々は、彼らのよくなりた、改善したいという姿勢を助けている。

・政治的には、長年市民の「サービスを受ける権利」が語られてきた。いまは、「市民が自立できる可能性を作る権利」に変わってきた。我々は市民の要求に重点を置いている。

(質問：リビング・ウィル、アドバンスディレクティブは普及しているか)

・「命の遺言書」というものがある。これは図書館でも公共の所どこでも置いてある。それに書き込むと国立病院に登録されてそれが保管される。

(質問：家族の希望によって人工栄養補給、経管栄養をすることがあるか)

・自分の家で亡くなりたいと希望している人は、そういう装置もできないので、自然死になるだろう。それは、家族にとってはとても美しい経験・体験になるのではないか。

・それは個人差があるようだ。(あるスタッフは)母親はもう死にたいと言ったが、子どもは母親の希望に反して死なせたくないと言って人工栄養補給をしたケースに出会ったことがある。

■Hanne Bartholdy, Centerleder, Bistrupvang 高齢者センター所長

・高齢者は全員がプライエセンター、プライエボーリに入るのを喜んでいるわけではない。去年この自治体は2軒の新しいプライエセンターを建てた。このプライエセンターは入居者50人。それが4つのユニットに分かれている。低エネルギーで環境に優しい建築法を取り入れた。

・部屋のどこに座っていても同じボリュームで音が聞こえるサウンドシステムを取り入れた。それから掃除をしやすいセントラル・クリーナー。掃除機が中央にあって壁にホースを付けて掃除ができる。スタッフは非常に便利だと言っている。それから、カーテン、窓の開閉もリモコンでできる。もう一つのセンターには日本の自動洗浄トイレを入れた。施設ではなく自分の家だという感じを持たせたい。中心はみんなの集まる食堂とキッチンだ。

・スタッフが調理をして入居者が手伝う。入居者が毎日の生活に参加することは大切だ。もう一つ大切なのは入居者が自分の生活史を話すことで、家族と一緒に必ずスタッフに話してもらおう。

・ここには身体機能の落ちた人と認知症の人が一緒に入っている。大きなトレーニングルームでトレーニングをする。フィットネスセンターもある。それから二人乗りの自転車でスタッフと一緒にサイクリングをする。体操、散歩もする。特に季節の行事でクリスマスパーティーとか、夏にはバーベキューをする。それから、食べることにとても興味を持っているので、例えばイタリア料理とか日本人のスタッフがいるので日本料理も作った。

・親族が外国にいるような人たちにはスタッフが例えば歯医者や医師のところにつき添って一緒に行く。また、親族にEメールで写真を送るなど緊密な連絡を持つように心がけている。

・家族の会がある。各自治体には「高齢者審議会」が義務づけされていて、そのメンバーにこの家族会委員も入る。高齢者審議会からは時々この施設に来て食事の味見をする。評価がある。

(質問：もともとそういう自立の意識が強かったのか、それとも変えていく取り組みの結果か)

・<課長>デンマーク人はもともと独立精神が非常に強い国民性。

・<在宅介護責任者>高齢者になっても独立性を保ちなさい、自分で自分のことはできるようになりなさいという問いかけ、指導をして政治的に影響を与えたからではないか。

・多くのデンマーク人はプライエムに入ることをとても恐れ、本当に嫌がる。高齢者人口の3パーセントしかプライエムに住んでいない。1980年から、プライエムはもう建てない、可能な限り在宅生活をしようというようにデンマークの制度が変わった。そして、特にこの2、3年、高齢者に独立した生活ができるようにというキャンペーンをしている。

・私が思うには、権利を主張するのではなくて、まず自分の状態がいいということが重要だ。その上で自分は社会に対して何が出来るかを考えてほかの人を助けることができるというのは大きな喜びである。今、寿命が長くなってきたので、その長い高齢の期間を権利を主張して生きるのではなくて、自分が幸せでまた他人を幸せにする生活が送れたら最高ではないかと思う。

■ Else Marie Matzon, Ledende ergoterapeut 高齢者センターリーダー

・デンマークでは福祉テクノロジーの利用は政治レベルで非常に強く言われている。効果があるということと、不足する労働力の代わりになるということでもある。ルーダスダル市でも将来は労働力が不足するという推定の下に福祉テクノロジーを入れる前向きな姿勢を取っている。

・利用者の自立性が高まり、介護のクオリティが上がり、スタッフの環境が改良され、仕事の内容が非常に効果的に分配できるように、今、試みとしてテクノロジーを入れようとしている。

・高齢者住宅の1アパート分を福祉機器、それから補助機器、それからテクノロジーを入れた家にして、機能が落ちて一人でも在宅生活が可能になることを示している。誰でも入って試してもらい、将来家具を買うときにはどのような家具を買ったらいいかというモデルを見せている。

・ここに来る人たちは大体テクノロジーと言えばロボットというイメージで、ロボットは怖いという質問が多い。それでOTとして正しいテクノロジーの使い方を見せている。

・ホームページにビデオが入っている。

http://www.rudersdal.dk/Borgerservice_selvbetjening/Handicap_og_psykiatri/Hjaelpemidler/Inspirationsbolig_Selvhjulpen_i eget_hjem.aspx

・中は、寝室、居間、バスルームと普通の高齢者住宅になっている。週に2回開放されて8人のボランティアが当番で市民の質問に答える。多くの市民がきてくれた。やったことがない市民にインターネットは怖くないという紹介もしている。声でドアが開くというシステムや、カーテン、窓の開閉も声のセンサーで開閉ができる。一人で食べられない人でもロボットを使ってスタッフの介助がなくても食べることができる。

・もう一つのプロジェクトは「私のコンタクト」。ビデオを使って特に在宅の人にコンタクトをとる。家庭訪問をしなくても、テレビを通してトレーニングができるので、移動時間、距離をセーブできる。市民はスクリーンを持ってスタッフはWebカメラとマイクを着ける。特に在宅で忘れやすい人に、昼食を食べなさい薬を飲みなさいなどの催促をしてくれる。

・また、腰や膝を痛めた高齢者が膝に着けるセンサーがある。例えばトレーニングをするときにスマートフォンにセンサーからどう体操したらいいかデータを送る。記録をセラピストが見て、運動のやり方が間違っている場合は正しいやり方をまたデータで送り込む。

・それから「知識バンク」。自分がどのような手術を受けたかという情報が入っている。

・次は認知症の人たちへのテクノロジー。例えば凶暴になる人たちのベッドにアラームを付ける。軽い認知症でどこかに出かけたら帰れなくなるという人がいる。その人にはGPSを支給してもし帰れなくなったらスタッフがいつでも迎えに行く。

・糖尿病のために潰瘍になる人が多い。自治体にいる看護師と病院の専門の看護師とか専門医とのコミュニケーションの方法も考えている。

・それからSNSで、例えば糖尿病の患者の人たちに糖尿病用の体操や調理クラスの情報を与えて社会的なネットワークが広がるようにするというのもやっている。

■ Birgitte Grønnegaard Jepsen 「活動的な毎日」リーダー

・これは毎日のリハビリという意味だ。在宅介護の補完で在宅トレーニングが5~7年前に始まった。昔は介護と言えば受け身でやってもらえば良かったが現在では人口高齢化とともに、自分が中心になって自分が活動的になることが介護であるという考え方へ移行した。

・デンマークでも「してもらいたい」世代がまだ残っている。それと「自分でする」という独立した高齢者と二つのグループがあり過渡期にある。ルーダスダル自治体では2年前から「活動的な毎日」というプロジェクトを始めた。数人のセラピストの家庭でのトレーニングから初めたが、全在宅介護チームに導入しなければならないということが分かってきた。

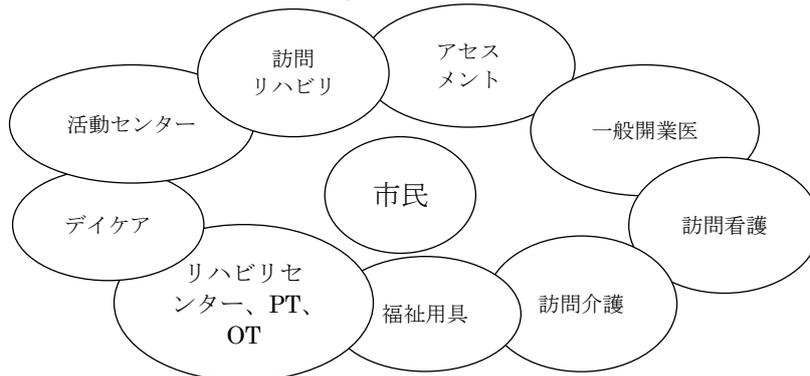
<スライド1>

「回復に向けた在宅ケアの主な目的は、ケアの提供が依存を創り出す可能性があるという考え方から、自立・自尊心・健康関連 QOL (HRQOL) を最大化するケアの提供へと変えていくことである。」(Parsons 他、2012)

<スライド2>

98 のコミュニティ=2007 年以降、98 の回復に向けたケア・プロジェクト
 Rudersdal Kommune : 住民数 : 54,827 (2013 年 1 月 1 日現在)
 65 歳以上人口の割合 : 21.8%
 65 歳以上人口の 15.8% が在宅ケアを利用している。

<スライド3> 一次医療 (Primary care) でのリハビリテーション



- ・新たに在宅ケアを必要とする市民 (実務的な支援、パーソナルケア)
- ・既に支援を受けている市民
- ・病院やリハビリセンターを退院した市民

・この目的は、まず活動、それから毎日の生活機能を向上・改善させるということ。それから、プライエムに入るような要介護の時期をなるべく遅らせて、独立した生活を送ってもらいたいこと。それから、最終的には自治体にとってはリソースに余裕がでるということだ。

・トレーニングの内容は、例えば、医者に行くのにタクシーを使う代わりにバスに乗りましょうとか、洗濯をしようとか、シャワーを浴びるのが怖いから今までホームヘルパーに来てもらっていたが自分で浴びるようにしようとか、ショッピングを人にしてもらおうのではなくて自分でできるようにしようなどである。要するに、毎日の日課を自分でできるようにするトレーニングだ。

<スライド4> 在宅リハビリ - 毎日の生活

狙い:

- 活動や ADL の参加を改善する
- 要支援状態となる時期を遅らせる
- 資源の分配

内容:

日常生活動作(ADL):整容、シャワー、更衣、移乗、移動、調理、買い物、洗濯、清掃

2013年10月15日

エルドラセイエン（高齢者組織）

Carsten Thaarup ルーダスダル南支部長

・この組織は1910年に「孤独な老人のための団体」という名前でスタートした。1986年に現在のエルドラセイエンという名前に変わった。会員は全国で約65万人。最大の民間組織だ。デンマークの人口が560万人なのでその1割以上だ。全国に1万4,279人のボランティアがいる。

・エルドラセイエンの理念：

- 高齢者のスポークスマンになろう
- 18歳以上の人は誰でもメンバーになれる（ただ若いメンバーは少ない）
- 政党政策に関係ない
- 民族、宗教に中立である
- メンバーによって運営されている

・価値観：

- プレゼンス（そのメンバーにとって近いところで何か行動を起こす）
- 洞察（法律や現在の問題を理解させる、理解する）
- 活力（実際に行動を起こす）

・50歳-59歳人口のうち加入者は7%。60歳-69歳では37%。70歳-79歳で52%。驚くべきは80歳以上の人たちで44%もいる。

・決議は代表者会議決議として出す。この代表者は217地方支部からの支部長と全国理事9名の226人。全国理事会は代表者の中から候補者を出して選挙で決める。任期は2年。

・本部事務局に130人有給職員がいる。ほとんどがアドバイザーで、例えば法律アドバイザー、社会相談員だ。毎日メンバーからいろいろな質問が入るのでそれに答えなければいけない。

・このルーダスダル南支部では毎年11月に2日間支部会を開く。支部員4,752人で、136人がボランティアとして働いている。ルーダスダル自治体全部で65歳以上が15,000人なので非常に多くの人々がメンバーになっていることが分かると思う。

・デンマークは核家族で独り住まいの高齢者が多いこともあって、家族の代わりに他の人と一緒にいたい、他の人のために時間を費やしたいという高齢者が増えてきた。

・メンバーになる理由は、まず、エルダーサインは非常に尊敬されている組織なのでメンバーになるということ。次に、メンバーはいろいろ割引があるということ。そして3番がこの組織は高齢者のために大きな貢献をしている組織であるという理由だ。

・会費は例えば夫婦で入れば家族メンバーで年間380クローネ。一人では年間230クローネ。

・1年に380クローネを払うと、いろいろな行事に参加できて、アドバイザーたちに無料でアドバイスをしてもらえ、会報誌、新聞とかいろいろなニュースも無料。いろいろな店で10パーセント割引で買うことができる。いろいろな講習、講演も参加することができる。

・ネットワークづくりは、大きいグループではなく来た人の中で例えば飛行機に乗るのが好きな人のグループ、釣りのグループ、絵を描くグループなど小さいグループを作ってもらおう工夫をしたほうが良いと思う。大きいグループで何かをしようというのは難しい。

・活動場所は学校や活動センターなどを無料で使用することができる。

・全国のボランティアたちがしていることを①～⑦にまとめた。

①一番多いのが、以下の「社会的な活動」。ここの支部で全部をしているわけではない。

-高齢者を訪問する「訪問の友」。

-「安心コール（高齢者への電話）」。自治体の判定委員会が安心コールの資格があると判断した人には活動センターの職員が電話をかける。一方、エルダーセイエンでは判定なしで希望する人に無料でボランティアが安心コールをする。つまり二つのシステムがある。ユラン地域に住んでいる私の妻の母はこの安心コールに救われた。安心コールの担当者から妻の母に電話をかけたが返事がないと私に電話がかかってきた。しかし、義母のところまで車で4時間かかる。緊急電話が介護をしている自治体にも行った。この安心コールシステムではスペアキーを消防自動車と救急車を持っている民間のファルク（ハヤブサ）社に預けておくので、自治体がファルクに連絡をして、在宅介護チームが家に入った。すると義母は短時間だが脱水症で倒れていた。すぐドクターが来て入院して命が助かった。安心コールは一人が何人かに電話をかける星型と、電話を回していくチェーン式とがある。義母はよくど忘れをするので星型にしていた。

（質問：デンマークでは孤立死が社会問題になることはあるか）

・たびたびある。非常に残念なことだ。そういう人たちはネットワークがないということだ。

-ほかにボランティアは、活動センターの中でインストラクターをしたり、一緒に体操もする。

-認知症の人の家族の負担を軽くしてあげる。家族が外出する時の留守番もする。

-「助けの手」というグループは、何でもちょっとした手助けをする。

-「食べる友達」がある。食欲がない人は他の人と一緒に話しながら食べることで食欲が出る。

-「交際クラブ」。近い年齢で同じような興味を持った人たちが、一緒に趣味の映画などやちょっとした旅行に行くという活動。デンマークでは70歳、80歳で恋人同士というか、同居するカップルもいる。高齢者の交際は非常に良いことだ。

-「学校の友達」は、共稼ぎが多く学校が終わっても子どもたちは一人であるので、祖父母世代が代わりに一緒にいてあげる、宿題を見てあげる、学校からうちまで連れて帰ってあげるなどだ。

-「病院の友達」。これは訪問の友と同じように、入院をしている人たちをお見舞いする。

-「ショッピングの友達」。ショッピングセンターが遠い人たちが月に1回か2回グループで2, 3時間バスをチャーターして一緒に買い物に行く。ついでにコーヒーを飲んでおしゃべりもする。

-ここの支部にはないが「同行者」がある。例えば医者、自治体の事務所、税務署に行く高齢者に同行して相手の言うことを全部書き取る。同行者は口をはさんではいけない。もちろん守秘義務もある。それで自宅に帰ってからゆっくりどういことが話されたか説明してあげる。

-特に週末に独り住まいの高齢者のために「日曜日のカフェ」を開く。

-プライエムに音楽を弾きに行くなどの「訪問」活動や「男たちの部屋（一人暮らし男性の食事会）」という活動。この男性の部屋は元々自治体のほうから一人暮らしになった男性たちのために何か活動をしてくれないかという問いかけがあった。それでこちらも考えたが、将来的にその運営も任されるようになるということだったので断った。しかし、別の活動として始めた。

<以下、「社会的な活動」以外の活動>

②「ITとテクノロジー」。デンマークは2015年にペーパーレスの社会にしようとしている。高齢者もみんなパソコンが使えるようにならなければいけないので手伝いをする。

③「保健・運動」。バドミントン、散歩、体操とかのインストラクターになること。

- ④「イベント/アクティビティ」。イベント、行事担当。
- ⑤「地域への影響」。生活の質や平等のための地域での政治的影響力の行使。
- ⑥「PR とコミュニケーション」は広報の仕事。例えば地方のマスコミと仲良くして記事を出してもらおうとか新聞にエルダーサインの行事とか活動を投稿する。
- ⑦「組織業務」は、理事会の仕事や事務の仕事。

・ルーダスダル自治体は、ボランティアが特に高齢者のための仕事をしてもらいたいと思っている。理由は、自治体の経費の節約だ。コンピューターの使い方などのサポートが必要だ。

・自治体とエルダーセイエンの考え方がぶつかることもある。我々はボランティアは自由意思で自治体ができないことをカバーするという考えだ。例えばプライエムの夜勤はボランティアがすることではない。プライエムで音楽をする。あるいは一緒に散歩に行くというプラスアルファのことがボランティアの仕事だ。ボランティアの仕事は、無給で、自分の家族以外のために、何らかの組織が後ろ盾になっていて活動することだ。本人がそれに喜びを感じなければ強制になる。

・例えば、自治体からエルダーセイエンにロボット掃除機のゴミ袋を空にする仕事をボランティアでやってくれと頼まれた。しかしそれはボランティアのやる範囲ではないと断った。元々のこの件の問題は、自治体がロボット掃除機でなければ利用者の自己負担にすると断ったことだ。

・それで、エルダーセイエンは、利用者に使い方の講習をしましょうと自治体に言った。しかしそれを自治体は拒否した。考え方として自治体のやり方が納得できなかった。ロボット掃除機を導入しようと計画した段階で相談してくれればよかった。

・自治体と仲が悪いわけではない。自治体と一緒に仕事をするが自治体のためにはしない。

・例えば、水道のパッキングを変えるという仕事は問題なくボランティアたちにできるが、それをしたら水道屋の仕事をとることになる。1時間ぐらいでできることだったらやってあげる。ラジエーターの修理というようなことは水を全部出して大変な仕事になる。それはしない。

・ホームヘルパーは柵をつけるとかそういう仕事はしてはいけない。ホームヘルパーがするのは家事支援。要するにそのクライアントが自分で普通していたことを代わりにやっているわけだ。だから窓を磨くのもしてはいけないところも自治体によってはある。それは専門の人に任せる。

・この支部では選挙の時に全政党の代表者を 600 人ぐらい入る学校に招いて、高齢者に関する議題で議論してもらう。

・エルダーセイエンからも高齢者審議会のメンバーがでている。

・補助金は、各地にボランティアセンターができてそちらにも補助金が出るようになったので以前より減った。こちらからアイデアを出して補助金が出るが、全額ではなく部分的な額しか出ない。運営に関しての補助金は絶対出ない。プロジェクトに関する補助金だ。報告の義務がある。

(質問: 80 歳台の人と 60 歳台の人は親子ぐらい年齢が違う。世代間ギャップはあるか)

・世代の違いがあって、例えば若い高齢者は旅行やスポーツという活発な活動をしたい。80 歳台、90 歳台の人たちは講演を聞くとか受け身の活動の希望をもっているようだ。

(質問: 大きな組織で影響力も大きいと思うが、組織ができあがっていったきっかけは何かあるか)

・それは今まで決まった高齢者グループに呼びかけたり、決まった政党に関して何かをしたりということとしてこなかったことだ。すべて中立に対等に全般に行き渡るような訴えかけをしてきた。

2013年10月16日

ヒューマンケア社（民間在宅ケア事業者）

Sajid Latif 氏

・2003年から自由選択政策が始まって、高齢者は公共のホームヘルプサービスか、民間のホームヘルプサービスかを自分で選べるようになった。この会社は2007年からサービスを始めた。今全国で488社が民間の会社が仕事をしている。

・コペンハーゲンのこの地区は20社が入っている。家事援助、配食、洗濯、それから身体介護も民間会社で請け負っているところもある。

・非常に民間同士の競争が激しい。2007年に特に多くの会社がこの市場に入るようになった。

2014年からルールが変わる。それは、入札によって1時間の価格が一番安い会社が在宅介護のサービスを受託できることになる。そして今の1地区20社から2社に減る予定だという。

・我々の会社はコペンハーゲンの5地区全体を網羅。周りの自治体にも承認されている。

・2014年からはコペンハーゲン自治体がそれを認めたら、1社が2地区まで仕事をする事ができる。大きな会社の場合はその会社の支社が別の自治体で応札することになる。

・入札は1回やったら最長4年有効。2年間はその入札価格で仕事をしなければならない。

・大きな会社は機械的なサービスになってパーソナライズではなくなる。小さい会社では一人ひとりよく知っているので人情の深いサービスを受けることができる。それで高齢者に人気がある。

・今の会社は2009年に2つの会社の合併交渉が始まって、2010年から1社として事業を始め、今70人がいる。規模としては中規模だ。56人が介護スタッフで14人が事務をしている。この中に看護師がいてケアマネージャーの役割をしている。資格の構成は56人のうち半分がSSH（ヘルパー）。半分が専門教育を受けてない人。介護士（SSA）はここでは必要がない。

（質問：時間あたりいくらで市から発注を受けているか）

・日勤で1時間に360クローネ、これはコペンハーゲン市自治体の値段。夜勤は高くなる。500クローネぐらい。週末も同じ。25パーセントの消費税がその上に掛かる。

（質問：会社全体で何時間ぐらいのサービス提供をしているか）

・1日に日勤で150時間。準夜勤が25～30時間。移動の時間が150時間。夜勤は5、6時間で移動が1時間。

（質問：市が自ら行っているサービスについてどう思っているか）

・サービスの質が低い点が2つある。1つはいろいろ人が変わる。2つ目は、決まった時間に来ないということだ。9時に来ると言っていて12時に来たということもあるようだ。

（質問：2014年以降にこの企業を成長させていくのにどのようなビジョンを考えているか）

・デンマーク1の会社になりたい。特に能率に関して非常に革新的な考えをしないといけないと思う。自治体は既に、例えば前は1週間に1時間ぐらいあった清掃の時間を半分の30分にして、これ以上は節約できないというところまでサービスを節約している。だからそこを考えるのではなくて、他の場面、例えば管理面の節約をしたり、福祉テクノロジーを入れてスタッフの時間を縮めることによって人と人との接触の時間を長くする。

（質問：利用者数は）

・400人

2013年10月17日

ヒレロズ市シニア活動センター、併設高齢者住宅訪問

Bente Most センター長、理事会メンバー

<スライド1>

シニアセンター (Grønnegadecentret)

2013年1月

<スライド2> 生活の質 (QOL) の定義

- 周りから見られ認められること
- 朝、起きる理由があること
- 地域の一員であると感じること
- 資源として認識されること。スキルを重視。
- ハグ (抱擁) とキス: 1日最低4回
- おしゃれ (格好) に気を配る理由があること
- 運動
- 良い食事 - 美味しそうに提供される - 他の人とともに

<スライド3> 価値と目的

センターの目的には、予防と情報提供が含まれます。

- センターの主な価値は:
 - 仲間とのネットワークづくり
 - 体と心の健康
 - 自らのスキルや資源の活用

<スライド4> メンバーは誰か?

- センターでは個々のメンバーのニーズに合った幅広い活動を提供しています。このセンターに魅せられるのは、60歳以上のあらゆるタイプの人達です。
- 現在は1,575人のメンバーがいます。
- メンバーの中には、ネットワークがなく孤独や孤立を感じて来ている人もいます。多くの人は配偶者や友人を亡くしています。退職後に孤独を感じてきた人もいます。
- 体や心の健康を保つために来るメンバーもいます。
- 他には、友達と会うために来る人もいます。

(質問: ここに来る方の平均年齢は)

・70歳ぐらい。60歳から一番高齢者で96歳。年齢の上限はない。ここまで自分で往復できる人、介護のいない人。介助するスタッフがいないので、車椅子に乗っていてもいいが例えばトイレも自分でできる人というのが条件。

<スライド5>

職員

- 1) センターマネジャー: 37時間
- 2) カフェマネジャー: 37時間
- 3) 清掃及び庶務: 20時間
- 4) 事務: 4時間
 - 職員はあらゆる未解決問題に対応する責任があります! 職員はボランティアができない業務を行います。
 - センターマネジャーは、以下の人達と定期的に会合を持ちます。
 - ボランティアグループ: グループのダイナミクスや進展を保証するため
 - ボランティアと理事会: 理事会に最新の情報を確実に届けるため

<スライド 6>

経済

- ヒレロズ自治体がセンターを所有し、建物の維持や運営を担当しています。自治体はまた、光熱費（電気・水道・熱）も支払います。
- 自治体は運営費の資金援助を提供していますが、その額は総予算の 1/3 未満です。
- センターが残りの運営費を賄っています。

収入 - 会費、カフェの売上、月刊誌、広告、施設の貸出し

<スライド 7>

様々な役割

- センターマネージャーの役割：
 - センターの日々の運営を保証すること。ここには、メンバーが必要とするサービスを提供するために十分なボランティアを保証することが含まれます。
- 理事会：
 - メンバーに関する活動やイベント
 - 活動やイベントがメンバーのニーズにマッチするよう保証する責任

<スライド 8>

理事会

- 理事会は 9 人で構成され、2 年任期で選出されます。また高齢者協議会 (Council of Elders) からオブザーバーが 1 人出ます。
- 理事会は予算立てを行います。
- 全ての理事は委員会への責任を負います。

<スライド 9> 予防、コミュニケーション、情報。メンバーは多すぎるか？

- 理事会は年次セミナーで、重点分野と次年度の実施に関する計画を行います。2013 年の重点分野は上記の通り。

<スライド 10>

ボランティアは誰？

<写真>

<スライド 11>

ボランティア

- センターは、約 150 人のボランティアによって運営されています。そのうち約 100 人が、センターの日々の運営を担っています。
 - 清掃、カフェ、受付、部屋の予約、ワークショップ、花や庭の手入れ等
- またボランティアは月刊誌を発行、初級者へパソコンを教える、あらゆる活動やイベントを担当もします。センターには友好協会 (Friends Association) もあります。
- センターには莫大な人財があります。ボランティアは皆、これまでの人生や仕事などから豊かな経験にあふれています。

<スライド 12>

ボランティアパーティー

<写真>

<スライド 13>

大量の食事やケーキが毎日作られます

<写真>

(質問：日本では女性の高齢者は積極的だが男性があまり参加しないという傾向が強い)

・やはり同じような状態がデンマークにもある。男性は、職場を離れてしまうと自分のアイデンティティがなくなってしまう。ここのメンバーの 3 分の 1 が男性。3 分の 2 が女性。3 分の 1 が男性というのは数が多いほうで、誇りに思っている。合唱団では 70 人のうち、16 人が男性。

・70歳から90歳のまだパソコンをいじったことがないような人に対してコンピューター教室をしている。デンマークは2015年にすべての公共の書類をデジタルにするという大胆な構想があって、税務署や自治体からの通報も全部メールを通して入ってくるので、高齢者も必要性に迫られている。今、デンマークでは、30-40万人の高齢者たちがデジタル化についていけないとされているので、そういう人たちに講習をする義務があると思っている。

<スライド14> 活動、イベント

- 幅広い運動の機会があります：
 - いくつかの種類ダンス - フォークダンス、ズンバ、フィットネス、サイクリング、ペタンク、チェア・エクササイズ（椅子に座った状態での体操）、ノルディックウォーキング等
- 活動：
 - カード、合唱、歌、様々なワークショップ、音楽、ビリヤード、ビデオクラブ、講演、ビンゴ等
 - チェスクラブがもうすぐ始まります。
- イベント：
 - 音楽イベント、ファッションショー、年明けコンサート、旅行等。イベント委員会が担当。

<スライド15>パッチワークのグループがビリヤードテーブル用にクロスを作りました
<写真>

<スライド16> みんなが「勝ち組」

センター利用者

- ネットワーク、幸せ、社会的交流

ボランティア

- 自尊心、自分のスキル活用、社会的交流、そして彼（女）らは世の中を変えている！

ヒレロズ自治体

- 非常に少ない自治体の資源で、健康面での予防の価値を生み出しています。
- 非常に能力のあるボランティアとの協力により、問題解決能力を強化しています。
- 多くの資源を持つ市民の大きなネットワークへ簡単にアクセスできます。
- 高齢者の課題やニーズに関する多くの知識。
- センターが資源を支え維持しています。高齢者は動かされるのではなくアクティブであり続ける機会を持つべきです。

10月17日

家庭医 (GP)

Henrik A. Petersen

- ・まず、GPがどのようなものかを説明しておく。デンマークでは全市民が保健組織とコンタクトをとる場合、必ずその窓口となるのがGPである。
- ・高齢者の状態が悪くなってGPに連絡すると、GPは必要に応じて入院させ、あるいは自治体の在宅介護に連絡する、またプライエムに入居したらどうかという推薦やアドバイスをする。
- ・プライエムはほとんど自治体の運営で在宅介護とプライエムは非常に関連性がある。GPのアドバイスによって在宅介護が始まることもある。高齢者のケアはGPが中心になって回っている。
- ・GPはプライエムの訪問もする。高齢者がプライエムに移った時に馴染みのドクターにそのまま続けて診察するというのでプライエム付きの医者はいない。
- ・高齢者が退院して自宅に帰る場合は、必ず病院からGPにどのような治療を受けたか、どのような検査あるいは治療を続けなければいけないかというカルテのようなものがコンピューターのオンラインで来る。同時に、自治体の訪問看護課にも同じ情報が入るので、高齢者の家庭で訪問看護師とドクターが会うこともある。これがデンマークの第一次の医療のやり方である。
- ・デンマークでは政治的に高齢者は可能な限り在宅生活をするということが決議された。そのためにはGPと在宅介護チーム、病院、プライエムの非常に強い協力関係が必要となってくる。
(質問：在宅の介護が必要だとGPが自治体に要請するのか)
- ・GPが自治体にコンタクトをとって、この患者は在宅介護が必要であると言う。その後、どのような在宅介護のサービスをするかを自治体で決める。こちらで決められるのは訪問看護、訪問看護師が家庭訪問して、例えば包帯を替えるとか投薬の指示は出せる。だから、GPがかかわるのはあくまで疾病に関する治療部分だけである。後は自治体の判定委員が決める。
(質問：GPは1人で何人の患者を受け持つか)
- ・レギオンとの契約で、ドクター1人が平均1,600人の患者まで持っていていいということになっている。これは子供も入っている。つまり登録患者だ。
(質問：GPが公務員というケースはないか)
- ・あくまでプライベートのビジネスだ。だが我々の収入の98パーセントは公共から出ている。
(質問：GPの治療の中では検査などを多くやればやるほど儲かる仕組みになっているか)
- ・全国で上限が決まっている。すべての専門医、家庭医の上限の価格、収入がある。それを超えた場合は、レギオンに超えた分だけ支払わなければいけない。返済する。
(質問：病院の医師は公務員が多いか)
- ・公務員だ。病院のうちの2、3パーセントが民間の病院。
- ・患者の90パーセントはGPのところで治す。残りの10パーセントが病院か専門医に行く。こうして専門医や病院の経費を軽くする。現在、保健界ではどう節約をするかということを非常に議論している。GPが能率的、効率的に仕事をしなかったら結果的に節約には通じない。
(質問：最近実施された改革あるいは議論されているものはどんなものがあるか)
- ・6、7年前からタイプ2の糖尿病の人の治療を病院からGPに移した。それによって非常に良い結果が出た。これはエビデンスがある。

- ・病院の外来で検査をするより GP のところで検査をしたほうが安くなることが分かった。
- ・看護師を雇って今までの自分の仕事を看護師にしてもらった。それで節約ができる。
(質問：看護師の仕事範囲を増やしたのか)
- ・やることの内容は同じだ。仕事の範囲が広がったということではなく、例えば糖尿病に関して言えば、1年に4回は外来で糖尿病コントロールをしなければいけなかった。しかし、それが年に3回を病院でやって4回目をここでやるということにした。それで節約になる。
(質問：人数で言うと専門医と GP はどのくらいの割合か)
- ・3,600人の GP がいる。専門医は全国で800人くらいだ。
(質問：医学生に GP は人気があるか)
- ・専門医のほうが人気がある。新しい学生の20パーセントだけが GP になることを望んでいる。あと5、6年したら GP が不足するだろう。
(質問：高齢者介護でリハビリテーションを強化していると聞いた。GP に影響はあるか)
- ・リハビリテーションは自治体の義務。病院から退院して次のリハビリは自治体に任される。我々がやるのは具体的に、例えば糖尿病であるとか喫煙のために肺疾患がある場合の治療のためのリハビリは関係するが、それ以外は自治体に任せてある。
(質問：在宅介護の場合、認知症についてアドバイスすることはあるか)
- ・自治体で優秀な看護師を認知症専門家として雇っている。我々はあまりアドバイスをしない。
(質問：保健センターのショートステイ機能は重要なのではないか)
- ・そうだ。今、議論があって、ショートステイに入ってもらってそこで治すことによって病院で入院ということを避けたいということだ。中間施設である。
(質問：すると訪問看護師は GP に相談するので GP の仕事は増えるのではないか)
- ・そうだ。協定で議論する。レギオンとの協定で今までに無かった新しい課題で働いた場合は、上限をさらに高くしてもいいという協定がある。

10月18日

ファクセ市（認知症デイサービス、アクティビティセンター見学、保健センター見学
介護サービス判定委員、介護型住宅見学）

Tina Norking 高齢者課課長、Susanne Helt 在宅介護地区責任者、Susan Behrendt 看護部長

■ファクセデイサービスセンター見学

- ・ここはファクセ自治体の唯一の認知症のデイセンターである。ここ以外は普通の身体的に衰弱した高齢者のデイセンターだ。
- ・人員配置が他のデイセンターより多い。15人の高齢者に対して4.5人（一人は半日勤務）スタッフがっている。他のデイセンターは19人のユーザーに3人の職員がつく。
- ・ここの職員は全員普通のデイセンター職員の資格にプラスして認知症1、認知症2というレベルの追加教育を受けている。1年間の追加教育で卒業証明書の出る教育を受けた人もいる。
- ・ほとんどの人が在宅で、2台のバスに分かれてここに来る。ほとんどの人が夫婦二人暮らしで、ここに来ることが健常の伴侶の負担軽減になっている。
- ・うちですることを皆と一緒にすること、それと何らかの体操や体を動かすことを毎日している。からだを動かすことによって持っている能力を維持できる。これに重点を置いている。

■ファクセ市 Faxekommune 高齢者課

Tina Norking 高齢者課課長、Susanne Helt 在宅介護地区責任者

- ・これからは介護だけではなくて看護、保健、健康に関することに焦点を合わせないといけないと思っている。3年ぐらい前まではホームヘルパーは家事支援をしていれば良かったが、これからの高齢化に耐えるためにホームヘルパーもリハビリテーションのプログラムができるようになる教育を受けた。600人のスタッフ全員で追加教育を受けた。
- ・デンマークはご存知のように非常に高福祉の国で政府は福祉のクオリティを下げたくない。自治体ではどう節約するか問題だが、ここでは保健面の工夫をしている。例えば、糖尿病など慢性病の人達のリハビリに力を入れて、その人達が入院を繰り返すことを防ぐ努力をしている。
- ・分析担当者を1人おいて、市民がどのような理由で何日間入院をするか、入院を繰り返すかというデータを採って分析している。その担当者と保健関係の担当者、訪問看護師の代表者、保健介護課長、それと家庭医で会議をして協力する組織も作っている。最近、家庭医の代表者を対象に、自治体としてどのような問題を抱えていて、それに対してGP側で自治体の経費を減らすためにどのような協力ができるかというフォーラムをもった。自治体にはいろいろな専門看護師がいる。例えば糖尿病の専門、失禁の専門、潰瘍・傷の手当の専門看護師を抱えていることを知らせないとドクター達はすぐ入院させてしまう。その結果、自治体にとっては非常に高くつくことになる。それを防ぐためにGPに情報を与えている。GPは27人いる。

（質問：専門性が高い看護師には資格があるのか）

- ・まず、看護師の教育を受けて、それにプラスして特別にレギオンの追加資格を受けた人達だ。

（質問：600人の内訳は）

40人が看護師。400人がSSHとSSA。30人がPT、OT。40人が配食サービスの厨房で働いている人達。40人が判定委員会にいる。判定委員にはOT、PT、看護師が入っている。それから

事務員が10人ぐらい。デンマークにはBUMモデルというものがあって、Bが注文を出す判定委員。Uがその現場で働く介護スタッフ。Mがサービスを受ける高齢者。この3者が協力して対話をしながら介護を決めて実践していく。

(質問：このリハビリテーションの教育コースはファクセ市で独自に作ったものか)

・他の自治体もしているだろうが、全員を教育したところは少ないだろう。日本もそうだと思うが、今まで介護とは高齢者にサービスをすることだという理念でやってきた。しかしそうではなくて、両手を後ろに回した見守りの介護がリハビリだと考え方を切り替えることが非常に大事だ。リハビリテーションで非常に大事なことは理念だ。

(質問：どのようなきっかけでそのように変わってきたのか)

・急に変わったというわけではない。徐々に節約を強いられてきて、限られた財源の中でいかに高齢化に耐える福祉をしたらいいかこの自治体にもそういうことが頭にあった。

・社会一般の考え方が非常に変化して、特に今は健康に注意しよう、予防しようという考え方が非常に普及してきた。それもあって高齢者もやはり予防したり、自分でなにかをしなければいけないということで、そういう力をつけるということにも非常に強い興味が出てきた。

・その前にも私は自分で事故のリサーチをしてきた。大学に行っているいろいろなケースを学んだり、スウェーデンに研修旅行に行った。だから自分でもいろいろ努力をしてきた。

・リハビリテーションチームというのが作ってあって、このチームはOT、PT、判定委員、SSA、SSH、ナースでできている。1週間に1回30分のミーティングを必ずもつ。そのミーティングの中で、例えばSSHが、私の行っているおばあちゃんはどうしてもリハビリができないという問題を投げかける。そうすると、例えばナースが、その人はもしかしたら痛みがあるかもしれないから私が訪問看護してあげようと言って問題を解決してくれる。そのチームに必ずリーダーがいることが重要だ。リーダーはなにも言わなくてもいいが、そこにいてどういうことが話し合われているかということを知っておくことが非常に重要だ。

・リハビリでは市民がどこまで到達したいと思っているかということからスタートにするのが1番大切だ。こちらがどこまでできるようになってもらいたいかということではない。あくまで自分の意思でどこまでいきたいということが非常に重要だ。

(質問：高齢者の側も自分でできることをやっていこうと意識が変わってきているか)

・クオリティ基準というのが各自治体の政治レベルで作成されている。このクオリティ基準に則って在宅介護で成功した例を本人に示す。高齢者でサービスに頼っている人もいるが、同時に自分は何かをしたいと思っているはずだ。例えば郵便受けに手紙や新聞を取りに行きたいとか、角のスーパーマーケットまで行きたいとか、そういう希望だ。まずそれを自分で叶えるようにしましょうと精神的に促して、それからリハビリに入る。要するに、始めからリハビリをしましょうというかたちではなく、そういうふうに戻り道であってもやっていくということだ。

・例えば1人の高齢者のリハビリをしようという時もチームで行う。例えばOTがヘルパーに、トイレ介助のときにはこういうトレーニングをしなさいと教える。それでヘルパーはトレーニングをしながらトイレ介助をする。1人に対してしなければならないトレーニングを少しずついろいろな職種の人がトレーニングという名前ではなく行う。

・トレーニングを生活の中に取り入れていく。例えばボタンを自分で掛けることとじゃがいもの皮を剥く運動と手の動きは同じである。だからじゃがいもの皮を剥いてみましょうというトレー

ニングをしていたらボタンを外す、掛けるという指の動きができるようになる。トレーニングの中に専門的な知識を入れるということが非常に大切だ。

・この人は何ができるようになりたいかということはチーム全員が分かっている。だから、その1つのゴールに向かっていろいろな方法でやっていく。

・男性で希望が多いのは、自分で芝生刈りがしたいというものだ。そのためにはバランスが良くないといけないし歩けるようにならないといけない。芝生を刈るためのトレーニングをしていたら自然に歩く力がつくし、バランスもうまくとれるようになる。

(質問：GPには、すぐに入院させる人と訪問看護師と協力する人とがいるのか)

・ドクターは診療の点数によって収入が違ってくる独立したビジネスだ。入院に限らずレギオンとの診療報酬協定がある。GPは入院させないとも協力するとも言わない。

・それに対抗して自治体のほうはナースをもっと入れる。例えば、在宅介護のヘルパーが自分で判断できないときはGPに電話して、GPは時間がないからすぐ入院してくださいと言ってしまふ状態だった。しかしナースが多くなるとヘルパーはナースに連絡をするようになる。そうするとナースで処置できるケースも多く、入院を食い止めることができる。私の意見では良い医療をしようと思ったらGPの給料はレギオンではなくて自治体から出すべきだと思う。そうするとドクターも強制されて自治体に協力するようになる。いまは自治体ができることは社会情勢を考えて協力してくれとドクターにアピールすることでそれ以上はできない。

・保健センターが始まって、そこで全員家庭医を集めてミーティングをした。GPも保健センターのショートステイに患者を送ってほしい、そこにも来てほしいと言ったら大変な騒ぎになった。自分の開業しているところから保健センターに行くまでにどれくらい時間がかかるとか、どれくらい点数になるとか、お金がかかるとかもものすごい議論になって、結局保健センターには看護師だけ入るというかたちにして収まった。家庭医が自治体から給料もらうようになれば、どうしても自治体との協力を無視できないので社会的には非常に改善したかたちになると思う。

・もうここに病院はない。レギオン管轄の病院を自治体がいちいち買収して保健センターに変えた。また、プライエムセンター9か所デイセンターが4か所あり在宅介護が3地区に分かれている。

(質問：病院に送らずに保健センターのベッドに行くことでどれくらいの節約になるか)

・そのように考えないで、病院で治療がどうしても必要な人は入院しなければいけない。そのかわり、例えば認知症の人で膀胱炎になった人は入院しなくてもこの保健センターの看護師の治療で治る。そこを見極めなければいけない。何クローネ節約になるからということではない。

(質問：病院をなくすのに反対はなかったか)

・全国で反対があった。要するに小さい病院が全国で閉鎖されたわけだ。保健センターをスタートする時に新しい病院を造ってはいけないと言われた。しかし、病院ではなくて保健センターで、あくまでショートステイで市民の能力を維持させてまた在宅に帰すというかたちだ。

・それからこの小さい病院がなくなったので都会の大きい病院に行くようになる。認知症の人の、知らないところに行くという不安を保健センターが解消するということもある。

(質問：他の自治体でも病院をなくしているのか)

そうだ。その場合使わない病院は壊してしまう。古い病院なのでそれを改築するのはお金がかかる。先ほどの保健センターも断熱システムを新しくするのに非常にお金がかかった。

■判定委員

- ・まず判定委員会の組織がどうなっているかをお話する。判定委員が10人いる。
- ・10人のうち2人がプライエボリー、高齢者住宅（エルダーボリー）入所を判定する。
- ・あとの2人の仕事は、高齢者がプライエボリーに住んでいて入院後に退院する際にストレートに元のプライエボリーに帰れるか、それともいったん中間施設でトレーニングを受けてから帰るか判定をする。退院間際に必要であれば病院に判定委員が赴いて病院のスタッフとそれから本人と話をすることもある。それはいろいろ重複した問題を持っている人の場合で、何も問題のない人のところには行かないで電話で済ませる。
- ・残りの6人が在宅の高齢者の在宅介護サービスの判定をする。
- ・この判定委員の一番中心的な理念は、ひとりひとりの市民の要求に合わせた判定をすること。
- ・その判定は、一人ひとりの個人的な判定をもとにしている。その判定は個人個人であると同時に特に在宅介護の量に関しては統合的な判定をする。

サービスカタログ 2013年8月（すべての時間は目安である）

行為	時間 (分)	備考	社会サービス 法
1 清掃			
毎週	30		§ 83, § 86.2
隔週	50		§ 83, § 86.2
隔週＋シーツ交換	60		§ 83, § 86.2
三週に一度	50	定期的清掃	§ 83, § 86.2
三週に一度＋シーツ交換	60	定期的清掃	§ 83, § 86.2
2 洗濯			
本人の家で洗濯	3		§ 83, § 86.2
ランドリーで洗濯	10		§ 83, § 86.2
干す／乾燥	10		§ 83, § 86.2
取り入れ／しまう	10		§ 83, § 86.2
3 品物			
配達	1	民間事業者が提供	§ 83, § 86.2
注文	10	買ったものは配達される	§ 83, § 86.2
所定のところに置く	5	一般には配達員によって行われる	§ 83, § 86.2
4 食べもの			
調理＋切る、片付け、洗い物、生ごみ (最大1日1回)	18	温める/サービス/服薬管理を含めて提供。包丁に油を差し、片付け、洗い物、ゴミ入れを空にする	§ 83, § 86.2
飲食の介助	10	1人あるいは2人、本人だけの場合も	§ 83, § 86.2
食事サービス	1	民間事業者が提供	§ 83, § 86.2
食事＋薬	10	温める/サービス/服薬管理を含めて提供	§ 83, § 86.2
5 薬			
服薬	5		
6 身体介護			
食事、着衣、トイレ、移動、ベッドメイキング	30		§ 83, § 86.2
軽介護、着衣、トイレ、移動	20		§ 83, § 86.2
トイレ（移動含む）	10		§ 83, § 86.2
位置／逆転	10		§ 83, § 86.2
2人で移動	5		§ 83, § 86.2
7 心理／社会			
日常生活の構造と文脈 (訳注：生活上の作業手順)	5		§ 83, § 86.2

社会的関係 (訳注：社会活動参加支援)	10	ガイダンス、サポート、社会活動/関係 づくりへの参加を勧める	§ 83, § 86.2
8 リハビリテーション			
屋内外の運動	10	「毎日のよい生活」の臨時給付	§ 86.2
1 毎日のよい生活 (訳注：トレ ーニング)	15		§ 86.2
2 毎日のよい生活	30		§ 86.2
3 毎日のよい生活	45		§ 86.2
9 看護サービス			
投薬 隔週	20		§ 138
投薬 3週に1回	25		§ 138
他			

■プライエボーリ ティコ・ブラーエ

<精神・知的障害者ユニット>

- ・去年の10月にここに21人入居した。25歳から80歳までの入居者が住んでいる。そのうちの3戸が隔離というわけではないが非常に状態のよくない人が入っている。
- ・各戸に庭が付いていて、2階の人にはテラスがつけてある。
- ・3つのユニットに分かれて、7人ずつ住んでいる。各ユニットに皆が集まる居間がある。
- ・最期まで住める終世の住み家である。年齢層も広く、状態も重複の障害者であったり知的障害だけであったりまちまちな状態。精神病の人も入っている。自分の部屋で調理をする人もいるが、ほとんどの人は一緒に調理をして一緒に食べて一緒にいろいろなことをするという生活をしている。毎日の日課は入居者と職員と一緒にいる。
- ・家賃は1万1千クローネである。障害者手当が7千クローネ、住みた宅手当とか光熱手当とかがある。自分の部屋は45㎡でテラスがつく。

<「活動の家」>

- ・シーズンによっていろいろな活動を考えている。例えば1週間前はリンゴを取りに行った。夏は自転車に乗ってサイクリングや、外でバーベキューをする。冬は中で創作などをする。
- ・1週間に1回外から音楽セラピストがやってきて音楽セラピーをする。また職員で音楽が上手な人がいてバンドを作っている。
- ・歩行困難になった入居者でも移動できるように部屋に天井リフトのレールをつけてある。
- ・シャワールームでは人間を洗うだけではなくて車いすの洗浄もする。洗浄中、利用者はセンサールームで休んでいる。入居者で車いすを洗うのが上手な人がいてやってもらう。入居者の能力、好きなことを聞いて、事務仕事が好きな人にはそれをやってもらう。

<プライエボーリ、チコ・ブラーエ>

- ・入居者はA棟とB棟と各21人で、42人が定員。
- ・精神的に障害があっても身体的には軽い人だ。
- ・ユニットのキッチンと共同スペースで毎水曜日にパンやケーキを焼いたりする。

<部屋を見学>

- ・ちょっとしたキッチン、庭がかならずついている。非常に大きなバスルームがある。
- ・洗面器を上下できるように天井にレールが付いている。洗濯機もドライヤーもついている。

仮想3 ケースによるケーススタディ (デンマーク)

	ヒューマンケア社 (民間在宅ケア事業者) Sajid Latif	ファクセ市判定委員
<p>1) 仮想ケース1: A 夫人 (身体自立度が軽度、認知症なし) A さんは 80 歳の自宅でのひとり暮らし (or 自立型高齢者住宅に単身で暮らしている) の女性である。夫は 3 年前に他界している。屋内での生活はおおむね自立しているが、歩行に不安定な時があり、それに伴う尿失禁が見られる。徒歩での長時間の移動が困難で、通院にはタクシーなど A さん以外が運転する車を利用しており、食品などの日用品の買い物への負担も高まっている。(Barthel Index : 65 点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は 2 か月に 1 度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。 (参考) Barthel Index 65 点 ①食事 : 10 点、②車椅子・ベッド間の移乗 : 10 点、③整容 : 5 点、④トイレ動作 : 5 点、⑤入浴 : 0 点、⑥歩行・車椅子の推進 : 10 点、⑦階段昇降 : 5 点、⑧更衣 : 10 点、⑨便コントロール : 5 点、⑩尿コントロール : 5 点</p>		
<p>Q1 : A さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量 (時間や給付費用額) およびサービス内容について教えてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・まず掃除。隔週ごとに、2 週間に 1 回 1 時間の掃除。この方は一人でお風呂には入れる、トイレも一人で行ける。失禁の問題があればおむつの支給がある。 ・自治体にとって 1 日に 3 回トイレに行くのに支援をしたら高くつく。それでおむつを支給して、1 日に 2 回おむつ交換に行く。1 回 15 から 20 分、最長 20 分。 ・買い物は電話で注文できる。民間のスーパーマーケットが自治体と提携して配達をする。カタログがあり 1 週間に 1 回配達する。自分で電話ができない場合はスタッフが買い物の注文リストをもらってこの事務所からファックスかメールを出す。 (質問 : リハビリ的なサービスはあるか) 	<ul style="list-style-type: none"> ・デンマークではバーセルインデックスは使わず 0 から 4 の段階の機能レベルを使う。0 が健常と同じ。1 はちょっとしたサポートがいる。2 はサポートがいるがそれほど重度ではない。例えば入浴でサポートはいるがある程度自分でもできる。3 は一緒ならできるが自分だけではできない。4 が全くできない。認知症の人も同じ。
<p>Q2 : Q1 で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・判定委員がこの人はトレーニングの必要があると判定したら、自治体の OT とこのヘルパーが一緒に行ってトレーニングに入る。OT が 2 ヶ月間のトレーニング計画を立てて、2 ヶ月後にどれぐらい効果があったかを見て次の 2 ヶ月の計画を立てる。 (質問 : A のケースでボランティアがサポートする可能性は考えられるか) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ケース 1 は在宅介護が入る。家事援助と身体介助が必要。1 日に 5 回ヘルパーが来る。それは入浴支援、ベッドから椅子への移乗、トイレに行く介助。それから歩行が困難ということで配食サービスに来てもらって、食事はホームヘルパーが温める。ヘルパーがすることもできるが、配食サービスで冷凍食をもらって自分で電子レンジで温めることもできる。
<p>Q3 : 介護保険や自治体の社会支援(税)ではサービスが提供されない場合もしくは提供サービスが不足する場合 A さんの日常生活を支援する代替的の地域サービスやボランティア等がありますか? ある場合具体的な内容を教えてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問の友、エルダーセイエン、赤十字とかボランティアセンターに連絡をして、訪問の友に来てもらうといいかもしれない。それから今始まったのは、訪問の犬というのをやっている。犬をタクシーに乗せていく。犬好きな人が多くとても人気があるようだ。 (質問 : 例えば同居の娘がサポートできるという場合サービスは変わらないか) 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず朝ベッドから降りて身体清浄後トイレに行く。同時に朝食も用意。同じ人が行う。身体介助が 30 分、朝食用意が 18 分。この 18 分の中で皿洗いも、ベッドメイクとかちょっとした仕事も入る。後の 4 回は 20 分ぐらい。朝しているので入浴しない。10 分を昼食と夕食に使う。リハビリの目的は社会サービス法 86 の 2 にある。
<p>Q4 : A さんに対するサービス提供は、予防的もしくは自立支援の観点では重視されますか?</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2 つのやり方がある。ひとつは、息子家族と一緒に住んでいる場合や配偶者がケアをする場合は家庭内の介護者が自治体に雇われて職員となってケアをする。給料は専門職ではない人の給料と同じ時給になる。「自分で決めた職員、スタッフ」という。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず朝ベッドから降りて身体清浄後トイレに行く。同時に朝食も用意。同じ人が行う。身体介助が 30 分、朝食用意が 18 分。この 18 分の中で皿洗いも、ベッドメイクとかちょっとした仕事も入る。後の 4 回は 20 分ぐらい。朝しているので入浴しない。10 分を昼食と夕食に使う。リハビリの目的は社会サービス法 86 の 2 にある。
<p>Q5 : A さんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・しかし例えば風呂に入れるのにヘルプがいるが専門技術がない人には重すぎるという場合は、その家族がいても自治体が民間の会社に頼んで専門スタッフが外から入る。 (質問 : 自分でお金を払って追加的に民間からサービスを買うことは考えられるか) 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず朝ベッドから降りて身体清浄後トイレに行く。同時に朝食も用意。同じ人が行う。身体介助が 30 分、朝食用意が 18 分。この 18 分の中で皿洗いも、ベッドメイクとかちょっとした仕事も入る。後の 4 回は 20 分ぐらい。朝しているので入浴しない。10 分を昼食と夕食に使う。リハビリの目的は社会サービス法 86 の 2 にある。
<p>Q6 : A さんの経済状況が良い/悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・このケースのこのレベルではいらないだろう。 (質問 : 例えばお金があるから自治体が判定した以上に使いたいという客はいるか) ・いる。売り上げの 2.5 パーセントぐらい。地域による。金持ちが多い地域は多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・まず朝ベッドから降りて身体清浄後トイレに行く。同時に朝食も用意。同じ人が行う。身体介助が 30 分、朝食用意が 18 分。この 18 分の中で皿洗いも、ベッドメイクとかちょっとした仕事も入る。後の 4 回は 20 分ぐらい。朝しているので入浴しない。10 分を昼食と夕食に使う。リハビリの目的は社会サービス法 86 の 2 にある。

<p>2) 仮想ケース 2: B 夫人 (身体自立度が軽度、軽度～中程度の認知症あり) B さんは 80 歳の自宅でのひとり暮らし (or 自立型高齢者住宅に単身で暮らしている) の女性である。夫は 3 年前に他界している。身体的な自立度は比較的高いが、最近認知症の症状が見られるようになり、それに伴う日常生活に一部介助が必要となってきている。身だしなみが整えられない、トイレの場所等の見当識が見られるのに加え、尿意などを感じにくくなって時おり尿失禁が見られる。また、最近、外出して自分で自宅に戻れないことも数回あった (Barthel Index : 75 点、MMSE : 20 点)。子どもは遠方に住んでいる長男がいるが、訪問は 2 か月に 1 度程度である。経済状態もその地域で標準的である。</p> <p>(参考) BarthelIndex 75 点 ①食事 : 10 点、②車椅子・ベッド間の移乗 : 15 点、③整容 : 0 点、④トイレ動作 : 5 点、⑤入浴 : 5 点、⑥歩行・車椅子の推進 : 15 点、⑦階段昇降 : 10 点 ⑧更衣 : 5 点、⑨便コントロール : 5 点、⑩尿コントロール : 5 点</p>		
<p>Q1: B さんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量 (時間や給付費用額) およびサービス内容について教えてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日ヘルパーのサービスが必要。毎日同じヘルパーが来る。実際に同じような状態の 85 歳の男性のクライアントがいるが 1 日に 5 回こちらから行っている。すべてに関して援助をしている。 ・1 回当たりは 15 分から 1 時間半。 ・1 時間で入浴、男性だからヒゲを剃る。そういうので 1 時間半かかる。身だしなみを整える。 ・洗濯もするし、それから買い物はヘルパーがリストを書いて民間スーパーに出す。1 日 5 回行く中で、身体的な介護と、買い物、洗濯も含めて行われる。 <p>(質問: 徘徊の場合は日本では地域で放送をしたりするが、デンマークではどうか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普通は、近くにいる人が分かる。その人を助けておいて、自治体が警察に誰か分からないという連絡をする。デンマークでは全員が住基番号を持っている。高齢者は認知症になってもその背番号は一生身に付けてきたことだから言える。その背番号を言うと、現住所が分かる。 <p>(質問: デンマークでは認知症のことはよく知られているか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・はい。テレビでキャンペーンをやっている。社会保険省がやっていると思う。 <p>(質問: 特に認知症の人用のサービスというのとは何かあるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症の人用のサービスはない。同じヘルパーが来るのが非常に重要。 <p>(質問: この場合、自治体の公的なサービスの他にサービスを自腹で購入するという余地はあるか)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族がそれを望むかどうか。家族が散歩に連れて行ってくれと頼むかもしれない。判定外で。 ・支払いは例えばひと月に数回だけ特別に頼むと高い。1 日に何回も頼むエクストラヘルプサービスがほしいという人は無料にすることもあり、非常に額が少ない。というのはもうヘルパーが行っている家なので、ちょっとついでにやってあげようということであまりお金が掛からない。 ・例えば車で移動しているヘルパーたちが日勤で 9 時から 15 時の間仕事をする。その間に 3 時間は移動の時間に使うが、その途中にそのエクストラサービスがほしいと言ったクライアントがいると、その時間はどこに行っても支払われるので、ヘルパーとしてはそのサービスに行ってもまったく問題は無い。請求は請求書を送るが認知症の人には送らない。家族に送る。 	<ul style="list-style-type: none"> ・軽度の認知症だが一人で住める人だと思う。時々失禁があるということだがおむつで解決する。それでホームヘルパーが何度も来なくてもいいかもしれない。日に 2 回ホームヘルパーを送りほとんどが身体介助。朝 (ケース 1 と同じ) と夜の就寝前にベッドに入れる。食事は自分でできるようだ。掃除と洗濯と買い物にサポートがいる。買い物は週に 1 回持ってきてくれる。スーパーマーケットに電話で注文する。自分でできない場合はホームヘルパーがやる。 ・徘徊して家に帰れなくなるのが何度も起こったら彼女は一人で在宅ができないという評価をすることがある。 ・自分で調理できなければ配食サービスになる。この人は軽い認知症で自治体の認知症コンサルタントが家庭訪問をする。
<p>Q2: Q1 で回答したサービスはどの制度から提供されますか。</p>		
<p>Q3: 介護保険や自治体の社会支援(税)ではサービスが提供されない場合もしくは提供サービスが不足する場合 B さんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティアはありますか? ある場合具体的な内容を教えてください。</p>		
<p>Q4: B さんに対するサービス提供は、認知症であることへの観点は重視されますか?</p>		
<p>Q5: B さんが家族のインフォーマルな支援を受けられる場合サービスは異なりますか。</p>		
<p>Q6: B さんの経済状況が良い/悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>		
<p>3) 仮想ケース 3: C さん (身体自立度が中度、認知症なし) 仮想ケース内容 C さんは 75 歳で自宅でのひとり暮らしの男性である。妻は 2 年前に他界している。 1 年半前に脳梗塞を発症したことにより、右麻痺がある。自力歩行が困難であり、自宅では車椅子での生活をしているため、移動に関しては困難なことが多い。ただし、本人が入院中にリハビリに励んでいたこともあり、左手をうまく活用して、日常生活の中でも、整容の自立や食事の一部介助があれば自ら摂取することができる。(Barthel Index : 40 点)。子どもは遠方に住んでいる長女がいるが、仕事をしており、訪問は 1 か月に 1 度程度である。認知症の症状は見られず、経済状態もその地域で標準的である。</p>		

<p>(参考) BarthelIndex 40点 ①食事：5点、②車椅子・ベッド間の移乗：5点、③整容：5点、④トイレ動作：5点、⑤入浴：0点、⑥歩行・車椅子の推進：0点、⑦階段昇降：0点 ⑧更衣：10点、⑨便コントロール：5点、⑩尿コントロール：5点</p>		
<p>Q1：Cさんのケースの場合、どのような種類のサービスを受けることができますか。サービス提供量（時間や給付費用額）およびサービス内容について教えてください。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家事支援、身体支援が必要。フルサービスということで1日に4回は行く。それから掃除もする。買い物は、認知症もなく左手が使えるので注文電話ができる。 ・洗濯もこちらです。だから、洗濯、掃除のサービスとなる。入浴も支援がいるだろう。それとトイレ、身だしなみ。それから薬をあげる。それで毎日、1日4回行く。 ・この人は車椅子に座っていても左手が使えるので入浴はたぶん30分で済む。また服を着るのも自分でできる。ただ夜ベッドに入る時のヘルプは15分ぐらいいる。4回行っても時間はわりに短い。（ストッキングを履かせる5分だけのクライアントもいる） ・朝は朝食を作ってサービスして、洋服に着替えて、それから昼食の準備を朝にする。準備と言っても（パンに）塗るだけだが。それからトイレに行って、入浴の世話。 ・判定というのは、4、5人の判定委員がいるが行くときは一人で家庭訪問をする。それで、判定の結果がまちまちだ。その人によって違う。だから、同じ状態でも、サービスは違う。この人はこのサービスでは不足なのでもっと時間を長くするべきではないかというように自治体に言うのがこの民間のヘルパーの仕事にもなる。 ・洗濯は、洗濯機があればヘルパーがするが、洗濯機がないところはクリーニング会社に頼む。シーツとか大きいものはクリーニング会社に取りに来る。 ・ヘルパー、訪問看護師、買い物の配達、クリーニング屋が来るので1日中人が入り出して落ち着かない。それを嫌う高齢者はもうたびたび来なくてもいいと言う人も多い。（質問：ボランティアで話し相手をする組織があるか） ・「訪問の友」は話し相手だ。ボランティアで重要なことはホームヘルパーの代わりになってはいけないということだ。それを強く認識していなければいけない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・この人はいろいろなことに助けが必要だが、在宅はできると思う。1日に5回サービスを入れてみる。これはやってみてもう少し必要であればもっと入れるかもしれない。一人でどうしても在宅できないようだったら、ショートステイに入ってもらおうという可能性もある。このショートステイにいる間に、この人は在宅が可能か、不可能でプライエボリーに移ったほうがいいか観察をすることもある。この人の場合それをショートステイでするだろう。（質問：買い物サービスは使わないか） ・使う。この人は配食サービスも受けたほうがいいのかも。ある高齢者はそういう配食サービスはいらぬ、そのかわりにスーパーマーケットなどで作ってあるものを買いたいという人もいる。 ・この人は補助機器も必要かもしれないし、ちょっとした改築をしたほうがいいのかも。ということで自治体のOTが家庭訪問をすることもある。 ・私たちは家庭訪問をよくする。特に高齢者が退院するときには状態が非常に変わったのでいままでと同じ家に住めないのではないかということで家の状態をみる。
<p>Q2：Q1で回答したサービスは、どの制度に基づいて提供されますか。</p>		
<p>Q3：介護保険や自治体の社会支援（税）ではサービスが提供されない場合、もしくは提供サービスが不足する場合、Cさんの日常生活を支援する代替的な地域サービスやボランティア等がありますか？ある場合、具体的な内容を教えてください。</p>		
<p>Q4：Cさんが家族のインフォーマルな支援を受けられる状況の場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>		
<p>Q5：Cさんの経済状況が良い／悪い場合、提供されるサービスは異なりますか。</p>	<p>（担当者は2009年からここで仕事をしている。マーケティング修士。パキスタン出身）</p>	

