

デンマークにおける介護施設に対する聞き取り調査 (4) ～在宅ケアからの移行過程と地域との関係を中心に～

熊坂 聡¹

本研究は、デンマークの介護施設等に対する聞き取り調査結果を分析してプライエム（老人ホーム）からプライエボーリ（介護住宅）への移行に伴う課題や負担を多角的に明らかにすることが目的である。今回は、調査した地方都市における介護施設の状況と在宅ケアの状況を調査した。その結果、地方都市の介護施設は機能の複合性が高く、地域との連携はあまり行われていないことが分かった。また、在宅ケアは施設入居の予備的段階としての位置づけられていなかった。さらに、在宅ケアではその人に必要な介護はするが、個人的生活にはあまり介入しなかった。このケアのあり方が施設ケアにも通じていると考えられた。

Keywords : プライエム（介護施設）、地方都市、施設ケア、在宅ケア、地域

はじめに

我が国では2000年に介護保険制度が施行され、特別養護老人ホームが介護老人福祉施設としても法的に位置づけられ、施設数が急増していった。この状況を考えてみるに、特別養護老人ホームはもはや特別な養護を要する老人のための福祉施設ではなく、介護が必要な高齢者全般にとっての住居となってきており、いわゆる福祉施設の域を超えているように思う。その意味では、これからの特別養護老人ホームの在り方を考えていく必要がある。ところで、デンマークでは1988年に老人ホームとしてのプライエムの建設を禁止し、介護が必要な高齢者のための住宅であるプライエボーリへの移行を進めている。つまり、介護施設の住宅化である。この介護施設の現状と変革の実態を把握することは、日本の高齢者福祉施設の今後のあり方に示唆を得られると考え、2011年度からデンマークの介護施設、および高齢者福祉関係団体等への聞き取り調査を続けている。今回もその一環としての調査である。聞き取り調査結果は、すべて逐語録にしてデータ化している。その内容は研究資料として有用であると考え、逐語録を圧

縮し、若干の考察を加え、研究ノートとして投稿をすることとした。

1. 調査研究の経過と目的

2012年3月に行った最初のデンマークの介護施設に対する聞き取り調査では、その結果をKJ法によって統合し、プライエムからプライエボーリへの変換において何が起こっていたのかということについて仮説¹⁾をたてた。以後の調査研究は、その仮説を検証し、あわせて随時得られていく新たな視点に基づいて調査研究を続けている²⁾³⁾⁴⁾。また、この間オランダの高齢者施設との比較研究⁵⁾、デンマークのプライエボーリスタッフを日本に招聘して高齢施設を視察後に聞き取り調査を行い、その結果も分析してきた⁶⁾。

これまでの調査がデンマークの首都コペンハーゲン市内にある介護施設が主で、介護施設の地域との関係があまり見えてこなかったことから、今回の調査では地方都市にある介護施設の運営状況と地域との関係について調査することを目的とした。また、ほとんどの高齢者は施設に入居する前に在宅ケアの段階を経過しているため、在宅ケアの視点から施設ケアを考えてみることにした。

2. 調査の方法

(1) 調査対象機関・施設

①カストラップ市トーンビュー Tårnby 地区在宅ケア事務所

住 所：Saltværksvej 2A, 2700

Kastrup Denmark 電 話；3247 9974

対応者：Ms. Karin Michaelski（社会保健アシスタント、部門責任者）及びホームヘルパーのリータ

②カストラップ市介護施設（デイホームとプライエム）トゥヴェーナヒューセ

Travebanehuset (Pleje-og daghem)

住 所：Løjtegårdsvej 98, 2770 Kastrup

Denmark

対応者：Ms. Lisbeth Kristensen

(2) 調査方法

①トーンビュー地区在宅ケア事務所では、半構造化面接法による約1時間30分の聞き取りとホームヘルパー同行訪問による参与観察を約2時間行った。

②介護施設トゥヴェーナヒューセでは、半構造化面接法による約1時30分の聞き取りと30分の視察を行った。

(3) 記録方法

機関・施設で聞き取りした分についてはすべてICレコーダーに録音して逐語録を作成した。参与観察については観察記録をとってデータとした。調査は、①施設・機関の概要、②地域との関係を中心に自由に話していただく方式をとった。ただし、これまでの調査で焦点になっている点については質問を加えいくことにした。

3. 記録方法

(1) 逐語録の圧縮

逐語録自体は約23,000字におよぶ記録なので、本研究ノートに寄稿するに際しては、記録を圧縮して掲載することとした。圧縮するに際しては、次の原則を立てた。

①できる限り逐語録にあるインタビュー回答者の言い回しを残す。

②インタビュアーの言葉は入れず、回答者の返答を圧縮していく。

③説明が重複している場合は削除する。

④質問の枠に入らない回答者の説明は削除する。

⑤説明で理解できる内容は、それを補足する具体例を述べていてもその具体例は削除する。

⑥文章化するに際して、回答者の説明の理解を補足するため（注）を入れる場合がある。

⑦前回調査結果から見えてきた課題に関する発言は残す。

(2) 補足説明の入れ方

①回答者の説明の意味がつながるように補足する場合は文中に（ ）を入れる。

②回答者の説明に補足の説明を入れる場合は文中に（注：）を入れる。

③回答者の説明に別途補足を入れる場合は文中に（注1）を入れ、節ごとに【注】を設ける。

4. 調査対象と調査日

(1) 調査日 2015年3月9日（月）

(2) 調査時間

・08：00-11：30

トーンビュー地区の在宅ケア事務所訪問

・13：30-15：30

介護施設トゥヴェーナヒューセ訪問

5. 調査訪問者

・熊坂聡（筆者）

・田口繁夫（現地コーディネーター・通訳）

6. インタビュー記録（圧縮）

(1) トーンビュー地区在宅ケア事務所

・概要説明

この在宅ケア事務所は、公的機関であり、我々は公務員です。

市全体では在宅ケアサービスを受けている市民の数は約1,600人です。勤務は、大体7時から14時あるいは15時です。週37時間がフルタイム勤務です。しかし、37時間フルタイムで勤務している人ばかりではないです。勤務時間が週に5時

間とか34時間の人もいます。事業体制(図一1)は、2つの大きなチームがあって、一つのチームに3つの小さなグループがあります。10人から12人のホームヘルパーが所属します。1つのグループの利用者は約80人います。利用者は一日最高6回の訪問を受けることができます。5~6年前と比べると、サービスを受ける利用者の状態が重篤化しています。病院に入院して治療が終わって帰宅した人たちのサービスは私たちが担当します。その中には、ヘルパー2人が訪問しないと十分なケアができない方もいます。ターミナルケアのサービスも提供しています。一番若い利用者は10歳の重度の身体障害児です。在宅ケアですから、基本的には年齢は問いません。

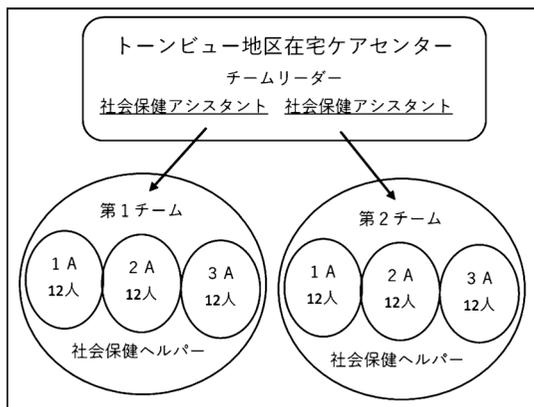


図1 トーンビュー地区在宅ケアセンター事業体制

・ホームヘルパーの業務と勤務

ある家族に元気な配偶者がいても、下半身のケアに関しては我々がやっています。配偶者にさせることは、その人の人権を無視するようなものとデンマークでは考えます。家族とか友達の支援という事に関しては、こちらではプラクティカルな支援といい、元気な奥さんがいて料理を作れるし、買い物もできるということは、どれだけの支援をAさんに提供するかという判断基準の一つにはなりますが、身の回りのケアは、同居する元気な配偶者がいても手伝える必要はありません。これは我々プロの仕事です。

勤務形態は人によって違います。基本的にはフルタイム就労かどうかに関わらず(注:週35時間でも37時間勤務でも正規職員)、1週間5日勤務、土日休みです。本人の休日の希望があればできる限りそのようにしています。ヘルパーは、日勤は日勤、準夜は準夜という形で専門職として仕事をしているので、仕事時間自体は特定の時間内の仕事になります。1日の作業スケジュールは、基本的にタブレットに全部インプットされています。どういう介助がこの人には必要かも入力されています。また、病院に入院した場合に、病院の方からその本人のカルテがデータベースで送られてきます。我々関係者は病院からきたいろいろな治療データを含めて、この地域の住民のデータの全てにアクセスすることができます。

ヘルパーが今実際に支援を提供している住民の投薬や薬の処方箋を確認したい時には、ここにアクセスすれば、一目瞭然に見えるようになっています。例えば住民宅で、傷の状態の写真を撮って、このタブレットにアップすると、傷の治療に関する病院のセクションからいつでもコンタクトできます。専門医がコメントをしてくれます。

・介護査定の仕組み

市の当局の中央の管理事務所の方には、要介護度を査定する看護師がいます。その査定員は、もうすぐ病院に入院する時、この地域に住む患者さんが退院してくる時には訪問して、どのようなニーズがあるかを把握し、査定委員会に諮ります。必要があれば、医師を含めたミーティングの席でどういうサービスを提供するかを決定します。決定した結果が私たちの方に流れてきます。(注:日本の介護認定の仕組みと同様)

・ケア指示書

指示書は、市議会が決めたサービス基準があり、それに従ってサービスを作成します。その基準に基づいて査定員が自宅に訪問して(注:病院に訪問してもよい)、この人はこのくらいのニーズだと判断し、ここにサービス基準をもとに、他のメンバーを含めて、どの程度のサービスを提供するかを査定委員会が決定します。その決定に基づい

て、私たちが、実際のサービスを提供します。

- ・民間在宅サービス事業の参入

デンマークでは、民間の事業者の参入も認めることになっています。民間で参入した事業者が1つあります。民間の方は利用者があまり多くないです。利用者の方からすれば、どちらを利用して、料金も全くかかりません。

- ・施設入居希望

家族が家では面倒を見切れないから老人ホームに移してくれという要望はほぼありません。基本的には本人がそこに移りたいという希望を出さない限り、自宅以外の場所に移ることはありません。本人が望み、家族の方も希望する場合に、私たちが家では大変だからそろそろ施設に入居した方がいいねということで入居します。しかし、要介護度が高くなったから施設に入居するという特定のルールはありません。最後まで自宅で生活したい、特に末期のようなケースはその人本人の希望が、できる限り叶う形でホームヘルプサービスが提供されます。認知症の方で、時々町の中で、フラフラしているような人でも、強制的に施設に入所させることはできません。今は、経管栄養や胃瘻をしている方にも対応していますので、昔の病院の一部のような仕事もしています。

- ・孤独死

孤独死というケースは幸い私たちの自治体ではまだ経験したことはありません。例えば、予定の訪問に行ってもベルを鳴らしても本人が答えない場合は、強制的に入ることはできませんが、安全確認は24時間以内にしなければならないことになっています。

- ・看護師と社会保健アシスタントの関係

(訪問看護の)看護師は在宅ケアだけでなく、プライエムのスタッフを教育し、施設利用者の看護の役割も一部担っています。我々には非常に長い経験と、看護師の方々が知らないこともたくさん知っているの、看護師の方は我々を尊敬してくれているし、同等の関係で対処できます。以前は、看護師の資格をもった人がヘルパーを見下すとか、一種の差別がありました。社会保健アシ

スタントという制度ができたことによって、その差というのが段々無くなってきて、けっこうフラットな組織になりました。

ここでは、看護師に比べて、社会保健アシスタントの数が3倍いますので、数としても非常に大きいし、彼らも当然我々のことを尊敬せざるを得ない。また、役割分担がかなりはっきりしていて、今まで看護師がやっていた仕事を私たちがかなりやっています。そういう意味で分担の中でお互いの役割を尊敬、尊重し合っているとと言えます。日常的なケア作業は、ヘルパーの方がやっていますので、良い連携プレーができています。

- ・人材確保

人材の確保はそんなに難しくありません。つい最近4~5人の欠員が出たので、公募したところ90人の応募者がありました。スタッフの病欠や休暇の代用スタッフを募集すると、学生などの応募者はたくさんいます。その理由は、まず、病院等ではもう既に社会保健アシスタントあるいは社会保健ヘルパーを雇用しなくなったということです。ほぼ、病院では専門職としては看護師です。そこで社会保健アシスタントなどは在宅ケア分野の方に流れてきます。その上に、社会保健ヘルパーの場合は1年間の教育ですから、簡単にとれる資格なので、将来の明確な希望をもっていない子どもがとりあえずそういう養成校に行くので、今は人員が余っています。ただし、夜勤に関してはデンマークでも担当する人の確保は難しいです。深夜勤は全市で2人しかいません。ナースが1人とヘルパーが1人です。この2人で深夜の巡回をしています。訪問するのは、褥瘡を防止するために寝返りをうつ、特定の薬を夜中に投与するなど、本当に必要な人だけです。

- ・サービス提供時間の削減

この5~6年、私たちの市も、この分野で経費削減されてきて、例えば、家の掃除では、2週間に1回、1時間半というのが基準だったのが、2週間に1回60分に短縮されました。そして、場合によっては35分というケースも出てきました。入浴、シャワーに関しても1週間に1回になりました。

た。ベッドの布団カバーの洗濯に関しても2週間に1回になりました。市議会がこのように決定したので、私たちは何もできません。市が決めたサービス提供範囲と内容では対応できない場合は、それだけのいろいろな理由付けと根拠を示して、時間数を多くしてもらいます。でも、諦めなければならない場合もあります。

(2) トーンビュー地区ヘルパー同行

ホームヘルパー（社会保健ヘルパー）のリータに同行して訪問介護を利用している家庭を訪問した。基本的には自転車で移動した。参与観察したので、その様子を記録した。

訪問1 ESさん（女性）82歳

訪問時間10分

事務所から自転車移動3分で到着。ESさんがソファに横たわって待っている。居間、ベッドルーム、キッチン、シャワールーム・トイレ、もう一部屋あり、もう40年以上住んでいる。歩行器はあるが、歩行に介助が必要なわけでもなく、日常生活は自分で行っている。薬の服用支援が行われており、薬の箱の中からケースに分けられた薬を用意する。薬の準備自体はヘルパーにはできず、それは別に社会保健アシスタントが来て行うとのこと。ベッドルームには片づけられていない洗濯物がたくさんあったが、ヘルパーはプランに入っていないので、片づけない。

訪問2 ATさん（女性）92歳

訪問時間10分

ESさんのところから移動1分。一般のアパートの2階にATさん夫婦で住む。部屋は、居間とベッドルームとキッチン、トイレ・シャワールーム（注：小さ目のアパートメント）、たくさん調度品に囲まれ、部屋の中も片付いている。妻の足のむくみを防止するため男性用ストッキング装着のサービスが行われており、かなりきついものなので介助なしには装着はできない。夕方にはそれを脱がせるために再びヘルパーが来る。夫は介護の必要なし、夫がいても介護はヘルパーが行う。

訪問3 MSさん（男性）66歳

訪問時間30分

ATさん宅から移動5分。MSさんは所得の低い高齢者向け住宅に住んでいる。居間、寝室、シャワールーム、キッチンがある。週に一度デイホームを利用し、食事、交流の面で効果があるとのこと。今日は入浴（シャワー浴）介助が予定されており、彼はすでに下着一枚になって待っていた。ヘルパーは全身を洗ってあげるのではなく、本人に任せながら本人が洗えない部分だけを補助し、その他は見守っていた。入浴が終わり下着を着る時に足元までかがむことができないので、下着を足に通すところは介助し、仕上げの部分介助をした。

訪問4 ELさん（男性）70歳代

訪問時間30分

MSさんのところから移動2分。ELさんは一般の賃貸アパート3階に住んでいる。子どもらも近くにいますが、頻繁に来ることはないとのこと。ヘルパーは、アパートの家に入る前に、家の鍵の入っているボックスを開けて鍵をとっている。ヘルパーの到着を待たず妻のGTさんは買い物に出かけた。部屋の大きさは一般的で、家具で部屋の中はけっこう狭くなっている。歩行器を使っての移動には障害物が多い。部屋は、居間とキッチンと寝室ともう一部屋、玄関と廊下は狭く、歩行器を使って歩くのもたいへんな様子。デイホーム（注：日本のデイサービスに該当する）に週2回いくが、180度ねたきりで降りられる装置を使って一階に降りるので、移動が大変である。エレベーターのある部屋に引っ越したらどうかと言われているが、絶対にしたくないとのこと。洗濯業者が洗濯物を取りに来た。自分で洗濯できなければすべて業者に依頼することができる。ヘルパーと洗濯業者が情報交換している。

ELさんは、服薬補助、おむつの処理、入浴補助、着衣補助のサービスを受けている。おむつをつけており、ヘルパーはその片づけとシャワーの手伝いをする。導尿しており、右足に尿バッグをつけ

ている。足のむくみ防止のサポーターを装着している。それほど大柄ではないが、太っており、歩行器や支えになるものがないと歩行は困難、立位も立位維持もたいへんである。ソファからは物につかまりながらなんとかシャワー室に移動し、尿カテーテルの処置と入浴の部分介助を受けている。足のサポーターの装着がたいへんで、三角布を足の先にかぶせて、それからサポーターを何段階かに分けて移動させながらふくらはぎを覆う程度に装着している。着衣が困難で、上着はほとんど介助で着ていた。ズボンも自分では履くことはできず、立ってやっとズボンをあげ、一部介助されている。しかし、ヘルパーの動作に大変さが感じられない。ELさんはなかなか立位ができなかったが、なんとか自分で立位するのでヘルパーの立位介助がなく、自分でズボンをあげ、その後ヘルパーは整える程度に介助する。高齢者施設に行くつもりはないとのこと。

(3) 介護施設トゥヴェーナヒューセ訪問

コペンハーゲンなどの都会の介護施設では地域との関係がみられなかったので、郊外の介護施設を訪問し、地域との関係を中心に調査してことにした。今回調査したカストラップ市はコペンハーゲン市の北東約8 kmにある。以下は施設長のリスベットの説明である。

私たちの一番重要な役割は、いかにプライエムに入所することを遅くするか、プライエムに入らないように出来る限りのことをして、入所する時期を遅くする、あるいは予防するということです。

この施設の理念は、高齢者に交流の機会を提供し、孤立を防ぐと共に、配偶者のケアの負担を軽減すること、年をとっても機能を維持しながら独立した生活をするための支援をすることです。この施設はデイホーム（注：リハビリテーションに重点をおいたデイサービスセンター）とプライエムで構成されています。

デイホームの利用者は、登録者の数が195人で、一日の平均利用者が60人です。送迎は、民間のバス会社と契約し、8台から9台のマイクロバス

を運行しています。職員は添乗しません。デイホームで働いている人は、私も含めて14人です。社会保健アシスタント11名、社会保健ヘルパー3名です。市議会は、新規に雇用する人は全て社会保健アシスタントにすると決めたので、社会保健ヘルパーはもう雇用しません。土日は、ウィークエンドなので閉所ですが、（平日は）大体9時開所、利用者の方は9時半から3時までです。職員の勤務時間は、基本的には8時～16時の間です。この間に、皆がフルタイムで仕事しているわけではなく、いろいろな時間差で出勤して、最後に閉所する人が16時です。一番に出勤する人は、朝食を食べてこない利用者がいますから、その朝食の用意をします。

近くに看護クリニックがあり、そこの看護師が私たちのデイホームとプライエムの利用者だけでなく、この近隣で生活している地域の人たちの看護ケアもします。デイホームではいろいろなアクティビティも行っていますが、利用者の中ではけっこう介護が必要な人もいます。食事介助が必要な人、胃瘻の人、入浴介助が必要な人もおり、介護とアクティビティの両方を提供しています。

デイホームに付設する形でプライエムがあります。定員は36人です。そのうち18人はリハビリテーションの為にデイホームに通っています。具体的には、病院に入院して手術し、退院してもすぐ家には帰れないので、リハビリテーションを受けます。リハビリテーションのために入所した人は、最高3ヶ月訓練を受けます。機能を回復して、多くの人が自宅に帰ります。自宅に帰った人の多くは我々のデイホームの利用者になります。プライエムのうち、リハビリ用の18名分を除けば、残りの18名分は住まいですから最後まで居ることが出来ます。

市には6ヶ所のプライエムがありますが、そのうちデイホームに併設しているのはこの施設を含めて2か所です。カストラップ市では介護施設を作る場合には、市の方が建設するのではなく、住宅組合協会に建設してもらって、市の方は利用するという形です。

プライエムの入居者の要介護度は高くなっています。比例して、デイホームの利用者の要介護度も高くなっています。以前に比べて認知症の人たちの数が多くなっています。しかし、デイホームを利用することで認知症の方の家族負担が軽減されるので、プライエムに入所する時期がその分だけ遅くなっています。

デイホームの課題は、利用者の介護度が高まっていることで、スタッフの専門技術のレベルを上げる必要があること、土日にも開所しなければならないのではないかということ、そして、夕食まで提供する必要があるのではないかということです。

最近新しいプライエボーリができましたが、既存のプライエムをプライエボーリに改築する案は市にはないようです。それだけの資金がないのです。

地域との関係ですが、体系的な地域との繋がりは特別にはないです。年に2回くらいこの近くにある保育園の子どもが遊びにきて、歌を歌ったりしてくれますが、あとはこの地域に住む普通の人がトレーニングに来たりするくらいです。地域には自治会(町内会)のような組織はないです。教区がそれにあたるかもしれませんが、教会に行っている人は人口の1パーセントか2パーセントくらいですから、地域や町内という意識はないです。ただ、デンマーク人はいろいろなグループやサークルに属しており、それらがもしかしたら地域のベースになっているかもしれません。例えば、ゴルフクラブ、切手クラブ、チェスクラブなどがあります。(田口注: グループは地域の中にはあるが、この地域の人だけではない。もう少し大きな地域の人たちが集まっている。) ボランティアもここではあまり活用してはいません。最近市のセクションで、ボランティアコーディネーターという人が赴任して、ボランティアを募って、ボランティアをコーディネートしようという動きがありますが、それは市単位であり、地域単位とはいえません。そのほかに、アルツハイマー協会、高齢者の問題を話し合う高齢者連絡協議会などが

活動しています。こういうNPO法人は、一種の自治体への圧力団体です。また、市では都市計画を4年に一度立てますが、その時は公聴会を開いて、住民の許可を得ることになっています。しかし、特定の地域だけで公聴会を開くことはないです。「コミュニティーワーク」「コミュニティーケア」という言葉は使われないのかとの質問ですが、使われていないと思います。ただ、これからどんどん高齢者の方が増えていきますが、予算が釣り合わなくなっていくので、そのためにもっとコミュニティーの中で、お互いに助け合いなさいという方向になってくるかなと思えないことはないです。

7. 考察

(1) トーンビュー地区の在宅ケア事務所

ここでの考察の視点は、在宅ケアの基本的な考え方はどういうものか、在宅ケアから施設ケアに移行するという考え方があるのかという事である。

トーンビュー地区在宅ケア事務所部門責任者のカーリーンは、「基本的には本人がそこ(介護施設)に移りたいという希望を出さない限り、自宅以外の場所に移ることはない」と述べている。この本人の希望については、2013年2月に行った在宅高齢者に対する聞き取り調査結果⁷⁾と一致してくる。同調査結果では、在宅高齢者の意向は、介護施設を知ってはいるが行きたいとは思わないということであった。したがって、介護施設への入所は概ね高齢者が肯定的・積極的に行うことではないということができる。しかし、これまでの実地調査で、何回か入居する高齢者に話を聞く機会があったが、いずれも介護施設での生活に満足しているという回答であった。この回答をどう判断すればよいのか。これまでの調査において、デンマーク人は、人生をしっかりと考え、転職が多く⁸⁾、家族の大きさに合わせて住み替えていくこと⁹⁾が分かっている。つまり、デンマーク人は状況に応じて切り替えながら人生を主体的に生きているということである。したがって、自らの状況判断と一定の覚悟(人生の主体的切り替え)をもって、施

設での生活に移っていたのではないだろうか。

次にカーリーンは「家族が家では面倒を見切れないから老人ホームに移してくれという要望はほぼありません。」と述べている。日本では特別養護老人ホームへの入所申請の主な理由の一つは、家族の介護負担である¹⁰⁾。わが国では、「自助・互助・共助・公助」という考え方¹¹⁾が示されている。「自助」と「公助」の間に「互助（家族の助け合い）」と「共助（社会の助け合い）」を求めている。デンマークでは、「自助」の次は「公助」である。したがって、元々家族が実際に介護するという事態が生じない。このことは、カーリーンの「身の回りのケアは、元気な配偶者がいても手伝える必要はありません。これは我々プロの仕事です。」と述べていることに一致する。もちろん、在宅高齢者の聞き取り調査結果¹²⁾からもわかるように、ヘルパーの援助を受けながらも、家族の生活単位は単一世帯である。高齢者夫婦自体にも子どもたちに介護の期待を持っていない。このように家族が介護しなくてもよいことを可能にしているのが徹底した在宅ケア体制であると考えられる。24時間体制のホームヘルプ体制、看護体制の充実、一日何回も訪問するホームヘルプのきめ細かさ、地区制による包括的管理体制など¹³⁾がその状況を可能にしている。そのことは、カーリーンが「孤独死というケースは幸い私たちの自治体ではまだ経験したことはありません。」と述べていることから、徹底した在宅ケアによる見守り体制があることを示している。

次にカーリーンは、「要介護度が高くなったから施設に入居するという特定のルールはありません。」と述べている。この発言の意味は、在宅ケアを施設入所に連続する前段階とは位置付けていないということである。在宅ケアと施設ケアは縦列ではなく並列なのである。週20時間以上のホームヘルプサービスを受けようになると自治体から施設入所を勧められるということはあるものの強制ではない¹⁴⁾。また、「できるだけ長く在宅で」¹⁵⁾というスローガンもあるので、自宅での生活が困難になれば施設に入所するという流れがあ

ることは推測できる。しかし、基本原則はカーリーンの説明の通りであろう。さらに、在宅ケアと施設ケアの並列を実現している背景には、ノーマライゼーションの考え方の浸透があると考えられる。（注：デンマークではすでに「ノーマライゼーション」という言葉は使われていない。）本人が希望する場所で暮らすことを保証しようとする、徹底的な在宅ケア体制をそろえていくことになるのである。日本の特養の入所基準は要介護度4・5の者であり、それよりも介護度が低い者は在宅ケアを受けようにおおよそ区分されている。在宅生活が困難になれば必ず施設入所と決められているわけではないが、デンマークに比べると、この流れは明確にあり、関係者に周知の事実ではないだろうか。

(2) トーンビュー地区のヘルパー同行

ここでの考察の視点は、在宅ケアから施設ケアにどのような状態になると移行するのか、在宅ケアの内容と質は施設ケアにどう関係しているのかということである。

ホームヘルパーのリータに同行して訪問させてもらった高齢者の中で、一番介護が必要な高齢者は生活全般に補助が必要なレベルであった。日本的に言えば、介護度が3+αと考えられる。見せてもらったケアはいずれも短時間で、ケアの内容は細かく分解されており、1回の訪問でヘルパーが行うケアは1つか2つであった。ただし、一日に最高で6回訪問する。高齢者の生活を尊重し、主体性を奪わないケアをしようとする、訪問は短く、ケアは少なく行うことになってくるのだろう。そして、施設入所が主体的な住み替えであるとすれば、それに対応する施設ケアも在宅ケアの延長線上にあるということになる。そういう視点で施設ケアを見ると、なるほど施設ケアも基本的なケアはするが、個人の生活にはあまり介入しない。

(3) 介護施設トゥヴェーナヒューセ訪問

ここでの考察の視点は、地方都市における介護施設の現状と地域との関係である。

この介護施設の特徴は、デイホームが中心であ

り、そこにリハビリ目的の入所枠18名（注：日本の介護老人保健施設のような施設）と長期入所枠18名のプライエムを併設されていることである。日本では多くの場合介護施設にデイサービスセンターを併設するが、ここでは逆の設定であった。施設長のリスベットはこの施設（デイホーム）の基本的な役割がプライエムに入所することを遅くすること、日中デイホームに預かることで配偶者のケアの負担を軽減することであるという。つまり、この地方都市には家族介護が存在することを示唆し、デイホームという在宅ケアはプライエムへの入所をできるだけ遅らせる役割であることを意味している。しかも、デイホームの利用者は、食事介助が必要な人、胃瘻の人、入浴介助が必要な人などかなり重度化している。トーンビュー地区でヘルパーに同行した際には、このような重度の介護を必要とする高齢者宅は訪問しなかったが、重度の高齢者も在宅で暮らしているということになる。地方都市の場合は、コペンハーゲンの施設や事業のように分業化が進まず、様々な機能を複合して持っているようだ。

次に地域との関係について、リスベットは体系的な地域との繋がりには特別にはないし、ボランティアもここではあまり活用していないと述べた。つまり、地方都市の介護施設であるトゥヴェーナビューセにおいては、長期入所機能と在宅サービス機能があるが、地域の支え合いや協力を創り出していくという機能はない。地方の都市においても、日本的な意味での地域福祉との関係は見られなかった。施設自体もそういう考え方をしていなかった。

そして、プライエムからプライエボーリへの変革の動きについては、リスベットは「既存のプライエムをプライエボーリに改築する案は市にはない」と述べている。プライエムからプライエボーリへの変換が全国で進んでいるわけではないということになる。

(4) まとめ

①調査の視点に基づいて

今回は、入所ケアにつながる在宅ケアの実情、

地方都市における介護施設事情、特に介護施設の地域関係に焦点を当てて調査した。その結果は次の通りであった。

在宅ケア事務所では、在宅ケアを施設入居につながる一過程とは位置付けていなかったが、介護施設トゥヴェーナビューセではデイホームの役割が施設入居をできるだけ遅らせることにあっていた。また、在宅ケア事務所では家族に介護させることはしないと述べていたが、介護施設トゥヴェーナビューセではデイホームの役割が家族介護負担の軽減にあると述べていた。これらの見解の違いが、立場による違いであるのか、実態としてはどうなのかについてはさらに調査と分析を続けてみる必要がある。

ホームヘルプ事業におけるケアは、介護を何回にも分けてきめ細かく提供し、個人の尊厳にかかわるプライベートな生活部分には介入しないケアであった。そのケアの考え方は施設ケアにも通じていると考えられる。施設入居が住み替えの一環であるならば、住まいとしての施設と自宅で受けるケアが同じであるという考え方が成立するからである。

地方都市における介護施設の機能は都会のそれよりも複合性が高かった。つまり、施設数が多いことで分業ができないのだと考えられる。また、地方都市にある介護施設においても地域との関係はほとんどなかった。介護施設に地域の社会資源を取り込むという考えもなく、介護施設が地域福祉の推進に貢献しようという意識も見られなかった。つまり、介護施設と地域との関係の薄さは都会でも地方都市でも同様であると考えられる。

(2) 新たに見えてきた調査の課題

1988年にプライエムの建設が禁止されたとはいえ、地方都市であるカストラップ市の介護施設事情は、コペンハーゲン市のそれとは少し違っていた。デンマークを俯瞰した介護施設事情を把握するには、調査領域を拡大して見る必要がある。

あとがき

今回の調査は、コペンハーゲン市以外の介護施設

設と、施設ケアの反対側に位置する在宅ケア、いわば周辺領域から、これまで主要な調査対象としてきたコペンハーゲン市の介護施設のケアを見直す形をとった。新たな気づきもあったことから、今後も主要領域の調査を深めると共に、周辺領域の調査も行っていきたい。

今回も私の希望する調査先を的確にコーディネートし、専門用語の多い聞き取り調査を的確に通訳して下さった田口さんに心から感謝を申し上げたい。

【文献】

- 1) 熊坂聡 (2013) 「高齢者施設を住宅に転換する過程で何が起ったか～デンマークでの介護住宅センターに対する聞き取り調査から～」宮城学院女子大学発達科学研究 (13), 宮城学院女子大学発達科学研究所, pp1-10
- 2) 熊坂聡 (2017) 「デンマーク・プライエボーリ (介護住宅) に対する聞き取り調査結果 (1)」, 宮城学院女子大学発達科学研究 (17) 『宮城学院女子大学発達科学研究所』 pp63-80
- 3) 熊坂聡 (2018) 「デンマーク・プライエボーリ (介護住宅) に対する聞き取り調査結果 (2)」, 宮城学院女子大学発達科学研究 (18), 宮城学院女子大学発達科学研究所, pp57-71
- 4) 熊坂聡 (2020) 「デンマーク・介護施設および介護住宅に対する聞き取り調査結果 (3)」, 宮城学院女子大学発達科学研究 (20), 宮城学院女子大学発達科学研究所, pp51-67
- 5) 熊坂聡 (2019) 「デンマークの高齢者施設の特徴について～オランダの高齢者施設との比較を通して～」, 宮城学院女子大学発達科学研究 (19), 宮城学院女子大学発達科学研究所, pp65-78
- 6) 熊坂聡 (2020) 「デンマークの介護住宅のスタッフに日本の介護施設はどう映ったか～介護保険施設視察後の聞き取り調査結果の分析から～」, 宮城学院女子大学発達科学研究 (20), 宮城学院女子大学発達科学研究所, pp31-36
- 7) 前掲 3), p67
- 8) ジェンス・ブングダヴァド/小堀眞裕訳 (2014), 「フレクシキュティ: デンマークにおける労働組合の見解」, 立命館大学法學, 立命館大学法学会編 (1), pp402-403
- 9) 石黒暢 (2009) 『デンマークを知るための 68 章』 村井誠人編著, 明石書店, pp308-312
- 10) 長谷川喜代美ほか (2000) 「特別養護老人ホーム入所待機者家族の続柄と介護負担感に関する研究」, 家族看護学研究第 5 巻第 2, pp86-93
- 11) 地域包括ケア研究会 (厚生労働省: 2008) 「地域包括ケア研究会 報告書～今後の検討のための論点整理～ (平成 20 年度老人保健健康増進等事)」, p7
- 12) 前掲 3), pp65-66
- 13) 松岡洋子 (2005) 『デンマークの高齢者福祉と地域居住』, 新評論, pp191-194
- 14) 前掲載 3) p68
- 15) 前掲載 2) pp64-65