

最新デンマーク介護事情

高齢者の 24 時間ホームケアを題材に

高野龍昭 東洋大学ライフデザイン学部専任講師

■在宅ケアの“本場”から何を学ぶか

デンマーク——在宅ケアに関心のある者にとって憧れの国である。

ノーマライゼーション思想の発祥の地であり、子育て・教育・介護・医療・年金等の施策が高レベルに充実した福祉国家として、特に 1990 年代以降、わが国の研究者・実務者が注目する国でもある。

筆者の関心は高齢者の在宅ケア支援・ケアマネジメントにあり、以前から文献等を通じてこの国の在宅ケアのシステムに興味をもっていた。特に、2006 年度から夜間訪問ケアに関する研究(後述)に共同研究者の 1 人として関わることとなり、わが国とデンマークの比較研究も試みていところである。

今春(2007 年 2 月)、その研究の一環として、デンマークの在宅ケアの現場に飛び込む機会を得た。本稿でその一端を速報し、読者のみなさんが訪問看護・介護のあり方について思いを巡らせる材料としていただきたいと思います。

■滞在地の概要

デンマークは人口 520 万人で、面積も日本の九州とほぼ同じ広さ(フェロー諸島・グリーンランドを除く)の小国である。

高齢者(67 歳以上)のケアサービスとプライマリーケアは、国が定めた Social Service 法等に則りつつ、わが国の市町村に相当する自治体：コミュニティ Kommune の責任の下にサービスが提供される。

一方、医療は都道府県に相当する自治体：アムト amt の責任により実施される。

なお、在宅・施設のケアや医療における利用者負担は、行政が認めるサービスの範囲内において無料である(外来での薬剤料は一部自己負担あり)。

筆者はこのデンマーク東部に位置するコミュニティのネストベツ Naestved に、当地の行政当局からの全面的な協力を得て滞在した。

このネストベツは、今年 1 月に周辺の 4 つの自治体と合併したばかりで、現在は人口約 8 万人、面積 680 km²(東京都 23 区部の合計面積 622 km²よりやや広い)の自治体である。のどかな田園風景の広がる小都市というイメージを感じていただけると適当であろう。

■従来型施設の否定と高齢者住宅の充実

筆者の関心の 1 つは、デンマークで 1987 年の高齢者住宅法により、わが国の特別養護老人ホームにあたるプライエム等の入所型施設の新設が禁止されていることにある。実際に、67 歳以上の人口における施設入所者の比率は、1980 年代の 7%弱をピークとしたものの、1990 年代後半には 4%ほどまで急減しているという¹⁾。

デンマークでは成人した子と親の同居は通常ありえないとも聞き、家族介護も考えられない。だとすれば、要介護者はどのようにして施設以外の場所で暮らしているのだろうか。

その答えの 1 つは、高齢者住宅の量・質両面の充実にあった。入所施設を段階的に廃止する一方、要介護者であっても住みやすい環境の高齢者住宅を整備する。そこに高齢者の



●深夜の訪問チーム(2 名)と筆者：深夜帯の訪問は、2 人で行なうことが規定されている。筆者らが調査した期間では、人口 4 万人ほどのエリアに 5 チームが毎夜移動しており、1 日平均 90 件程度の訪問を実施。

転居を促しながら、必要なケアサービスは併設する在宅サービス機関が提供する。

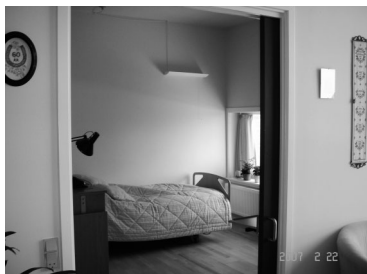
これについて、当地のキルマークス・センターという高齢者住宅を数日間に渡って時間帯を変えつつ訪問した。

この高齢者住宅自体はわが国のケアハウスあるいは特定施設とよく似たシステムであるが、大きく異なる点も多い。

1 つは、住環境の質の高さである。わが国でも、高齢者分野でのユニットケアによる個室化が、ワンルームをプライベートスペースとすることで定着しようとしている。しかし、デンマークの最近の高齢者住宅は、ベッドルームとリビング・ダイニングキッチン、トイレ、バスルームすべてをひとり分のプライベートスペース(およそ 60 m²程度)として整備されている。アメニティが格段に高い。

居住費用の自己負担は所得に応じた応能負担であり、低所得者でも入居可能だ。ここで高齢者はまさに自分の家と同じように好きなことを行ない、マイペースにゆったりと暮らす。

もう 1 つは、自治体による 24 時間の在宅サービスの提供である。介護や医療が必要となったときにはコミュニティの判断により、必要なサービスが即応する。高齢者住宅にも専任のケアスタッフは配置されているが、必要時には臨機応変に併設の在



●(左)高齢者住宅(リビングからベッドルームを)・(右)高齢者住宅(リビング)：デンマークでは、1987年にプライエム(わが国の特別養護老人ホーム等にあたる長期療養の入所施設)の新設が禁止されて以降、ケア付きの高齢者住宅が整備されている。近年のものは、居室はベッドルームとリビングダイニングキッチン、バストイレをプライベートスペースとする60㎡程度が標準的となっている。



●深夜就寝前の服薬助：訪問介護員(医療的な教育も受けたソーシャル・ゾンヒス・アシスタント)により服薬管理も適切に行なわれる。

宅サービス機関や外部のサービス機関から随時スタッフが訪問する。専任スタッフと併設・外部スタッフを自在に組み合わせることで、24時間のケアを保障する仕組みである。

■自治体による在宅ケア：ヴィジテーターの公共性と裁量権

さて、筆者の最大の関心は、ケアマネジメントにある。

デンマークにおけるそれについては、個別の高齢者に関し、ケアの必要性・必要量を判断して包括的なサービス計画を作成する役割を、ヴィジテーター visitor と呼ばれる職種が担っている。日本の介護保険制度でいう要介護認定とケアマネジメントを担当するとイメージするとよい。しかし、ここにもわが国との決定的な違いがある。

まず、ヴィジテーターは自治体職員である。すなわち、ケアマネジメントは自治体が担う。同時に自治体は、市民に対して、在宅サービスの「種類」は言うまでもなく、その「手順」「時間」「担当職種」を、ニーズ別に最低限保障する内容を公表・広報しており(サービス・デコレーションと呼ぶ)、それに基づいて、ヴィジテーターは各利用者と丁寧に相談して、ケアプランを作成する。わが国で指摘されるような同一法人のサービスへの誘導などは起こり得ない(もっとも、筆者の研究では、そもそもケアマネジメントという公共的な業務が制度化されていながら民間

事業者にはほぼ委ねられている体制は日本だけだと認識している²⁾)。

また、必要なサービス量の承認については、大まかなレベル分け(ネストベッツでは4段階)はあるものの、個々の高齢者の状況に合わせて具体的に検討される。たとえば、身体的にさほどの問題がなくても、掃除ができなければ掃除のサービスを適宜提供する。最近のわが国で問題視されているベッドや車いす、家事に関する一律の給付制限といったものは存在しない。

ただし、ネストベッツの担当者は「できないことは支援するのが当然。でも、できることはやってもらうのが基本だ」と言う。そこで筆者が「できるのに『やってくれ』と過剰な要求をする高齢者はいないのか」と尋ねると、「いる。しかし、それはその本人のためにならないし、自治体の財源のためにもならない」と苦笑しながら答えていた。

いずれにしても、このヴィジテーターは、わが国のケアマネジャーとは似て非なるもので、高い公共性と裁量権があると感じられた。

■24時間在宅ケア—訪問看護と介護の協働

今回の滞在の主目的は、24時間ホームケアの調査である。

わが国で24時間在宅ケアを検討するとき、必ず議論となる点に、次のようなことがある。

1) 夜間における担当者の安全確保

- 2) 訪問時の利用者宅の開錠・施錠
- 3) 訪問看護(医療)と訪問介護の連携の必要性
- 4) 夜間緊急時の利用者からの連絡方法の確保とその担当者への連絡方法
- 5) 深夜訪問はスポット的な短時間で済むものである一方で、法令上の規定が30分あるいは20分の訪問を求めているといった制度的問題

これらについてのデンマークでの対応策は興味深かった。昼間帯の訪問看護と深夜のホームヘルパーに同行した経験から写真とともに説明しよう。

まず、1)については、深夜(23:00~7:00)には、必ず2名体制での訪問が義務付けられている。

また、今回特におもしろかったのは、「どんな事態が起こっても訪問は欠かさない」という姿勢を感じ取れたことである。

筆者が同行訪問を行なった夜に、北欧とはいえ、積雪量は少ないネストベッツで、年に1度の大雪が降った。積雪は20cm近くになった。ヘルパーは「訪問車両の運転が不安なので、今日は助っ人が来てくれるのよ」と言う。しばらく待っていると、なんと軍隊(2名の衛生兵の運転による四輪駆動車)が来て、深夜の訪問のドライバーをしてくれたのだ。「訪



●深夜の訪問・施錠解除：訪問先各戸の鍵は、自治体が設けている玄関の鍵付き専用ボックス(写真にある円形のもの)に入っている。このボックスから鍵を取り出し、深夜訪問を静粛かつ速やかに行なう。



●自宅に置かれている薬の保管庫：訪問看護師が薬を仕分けて、この保管庫に入れる。そして、訪問介護員が開錠して1回分の服薬を介助する。インスリン自己注射なども同様に実施されていた。鍵はサービス担当者だけが持ち、誤薬の心配はない。



●携帯電話にもなるモバイル式PC：ネストベッツで活用されている携帯電話兼用のPC。これで利用者情報やケアプラン、訪問ルートの確認、記録の入力等を行い、緊急の連絡も送受信する。労務管理も省力化される。

問を欠かすと、利用者の生命にも支障がある」とヘルパーは言う。わが国では考えられない手厚い「保障」である。

2)に関しては、利用者の自宅の鍵が、玄関に取り付けている金属製の鍵付の容器に保管しており、訪問時には担当者がその容器から鍵を取り出して、自宅を開錠・施錠する方法をとっていた。

3)については、わが国の対応と大きな差があり、特に感心した。たとえば、薬剤管理は、訪問看護師が事前に1回分ごとに仕分けをして、それを鍵付の専用容器で保管する。就寝前にホームヘルパーが訪問して、その容器から薬を取り出し、服薬の介助をする。そうすれば誤薬はほぼ防ぐことができる。

また、簡単な処置など(与薬、膀胱留置カテーテルの交換、インスリン注射、経管栄養の栄養補給などのルーティンワーク)は、ホームヘルパーが看護師の指示を受けて実施する。

ただ、これについては、デンマークでのヘルパーの資格制度について言及しなければならない。デンマークでは、現在はホームヘルパーの資格が2段階に分かれているのである。レベル1とされるソーシャル・ゾンヒス・ヘルパー(養成教育は義務教育終了+1年間)はこうした医療処置はできず、いわゆる介護・家

事を担当する。一方、レベル2とされるソーシャル・ゾンヒス・アシスタント(レベル1+1年6か月の養成教育)は、医療ニーズへの対応も教育されており、看護師の指示による医療処置が可能となるのだ³⁾。

また、訪問看護とヘルパーの連携について言えば、利用者宅には自治体が定めた共通の連絡用ファイルが常備され、看護師もヘルパーも同じファイルに状況を記録する。

近年は、4)に絡めて、こうした記録・報告・連絡はモバイル式の携帯型パソコン(携帯電話兼用)が実用化されている。北欧諸国のIT技術は非常に高い。それを在宅ケアにも活かし、この機器システムを使ってケアプランの確認、訪問先での記録、その伝送、事業所からの指示、さらには利用者からの緊急通報を受けて随時訪問の指示も行なわれていた。同行したヘルパーに尋ねると「便利で、手放せない」と笑う。

5)に関しては、特に深夜は実に手早く訪問先での業務を済ませている。私の同行した深夜の例(23:00~7:00の間:15件の訪問)で言えば、訪問時間は最長16分、最短は20秒だった。

ヘルパーは「専門家は、必要なことのみを行なって、睡眠や休養の邪魔は決してしないのよ」と言う。筆者がわが国の訪問時間の規定を伝えると、目を丸くして「アンビリーババ

ル!」と言った。

■退院時の在宅ケアとの連動性

筆者自身のもう1つの関心は、医療(入院)と在宅ケアの連携にある。24時間ホームケアがわが国で定着しない原因の1つはここにあるとも考えている。

すなわち、その必要性がある高齢者が多く医療機関で発生しているものの、適切な退院援助が行なわれず、在宅へ戻ることなく施設入所へと流れている、と類推している。筆者は医療ソーシャルワーカーの経験もあり、これを実感してきた。また、ここ10年ほど、わが国の医療機関でも退院計画(いわゆるパス法)が用いられているものの、地域ケアとの連動性、利用者(患者)本人の主体的参画や多職種協働という面から、その取り組みはいまだ不十分で、発展途上にあると考えている⁴⁾。

これについて、ネストベッツ中央病院を訪問し、退院調整を行なっている看護師に聴き取り調査を行なった。

前述のとおり、デンマークでは入院医療はアムト(県)が運営しているのだが、この病院はおよそ300床、平均在院日数は10日から2週間、ほとんどの患者が退院後は自宅に戻

るのだという。そのポイントは次のような取り組み・システムにあると思われた。

《退院計画の策定について》

- ・入院時に患者の身体的状況だけでなく、住居の状況、生活状況、活用可能な在宅ケアサービスを調べ、退院時に活かす。
- ・入院から24時間以内に退院計画を策定する(法律で規定されている)。
- ・退院計画は利用者(患者)本人と一緒に決めるものである。当然、看護師、ソーシャル・ゾンビ・アシスタンス(病棟にも勤務している：わが国での看護助手)、PT、OT、医師などチームによる協議も経る。
- ・策定した退院計画について、2日に1回の会議で常に遂行状況と見直しが必要な状況を協議して、フレキシブルに対応する。

《退院の決定について》

- ・退院の基準は、利用者(患者)の社会的な状況も踏まえて個別的に決める。身体的な基準を画一的に適用するのではない。

《退院時の支援》

- ・退院前にはOTが利用者(患者)とともに自宅訪問をして問題の有無を確認する。
- ・入院中にコミュニケーションのヴィジテーターに来院を求め、協議の上で退院日を定める。
- ・退院時には、自治体規定の書式により訪問看護やホームヘルパーなどへの細かな情報提供を行なう。
- ・少なくとも病棟の看護師は、在宅ケアサービスの活用方法を熟知している。

《自治体の責任》

- ・もともと住んでいる自宅に退院することに決まった場合、コミュニケーションにはその準備を3日間で整える義務がある。高齢者住宅・施設に移る場合には14日間となる。それを超える場合には、コミュニケーションが病院に費用(1日あたり1500DKr=およそ30000円)を支払う。

こうした特徴的な取り組みが自宅・地域への退院を促進させ、ひいては24時間在宅ケアを地域で展開できる要因ともなっているように思えた。

■まとめにかえて

わが国での昨年(2006)度の介護保険制度改正では、訪問看護において早朝・夜間・深夜の短時間訪問が介護報酬の上で新たに評価され、また、訪問介護においては夜間対応型訪問介護が創設された。

しかし、介護報酬請求データ(2007年1月分)から見ると、訪問看護における短時間訪問の割合は、回数で見ると限り全体の0.14%である⁵⁾。また、夜間対応型訪問介護の事業者指定は、全国で約2万7,000か所の訪問介護事業者総数に比べると、70か所ほど(2007年3月31日現在)と極めて少数である⁶⁾。

この意味で、わが国の介護保険制度は、夜間の訪問サービスには対応できておらず、夜間ケアが必要な高齢者の在宅生活は保障できていないといえよう。

しかし、今回の訪問先のデンマークでは、社会保障制度として24時間ホームケアが全国の自治体で提供されており、事実、今回の訪問先である人口8万人の自治体・ネストベッツでも、約1950人のホームケア利用者のうち約490人が深夜(23:00~7:00)のホームケアを利用していることがわかっている⁷⁾。

この違いの要因の詳細検討はこれからの研究となるが、その現状を本稿では紹介した。

もっとも、この本質は、筆者がネストベッツを訪問した際、市長・ヤンセンさんが述べた次のことにあるのかも知れない。

「デンマークは高齢者・障害者の生活保障が自治体の責任で行なわれている。それは、税金が高い国家体制で、その財源が自治体に移されてもいるから可能だ。また、だからこそ、福祉サービスへのお金の使われ方、またその品質が市民の注目を一番集めている」と。

ちなみに、デンマークの消費税は25%である。自家用車などのぜいたく品とみなされるものは200%の消費税である。しかしながら、それを目に見える形で活かし、市民に還元しているとも言える。

もしかしたら、日本で在宅ケアに関わる私たちには、こうした政治・経済体制についての議論も求められるのかも知れない。

●補足

このデンマーク滞在は、渡辺裕美(東洋大学ライフデザイン学部教授)を研究代表者とする『24時間ホームケア・夜間ケアを担う訪問介護事業所支援に関する研究』(平成18~20年度文部科学省科学研究費補助金(基盤研究B一般)課題番号18330124)によるものであり、全体的な研究報告はあらためて取りまとめて、報告書として発行する。

●引用・参考文献

- 1) 鬼崎信好, 増田雅暢, 伊奈川秀和編著: 世界の介護事情, 中央法規出版, 92-93, 2002.
- 2) ジョン・キャンベル: 論壇介護保険がはらむ過剰給付の恐れ, 朝日新聞1998年2月20日付.
- 3) 渡辺裕美: 24時間ホームケア夜間訪問実態と潜在的な訪問需要の推計に関する研究, 平成15~17年度文部科学省科学研究費補助金(萌芽研究)課題番号15653037(研究代表者: 渡辺裕美)研究成果報告書, 207-216, 2006.
- 4) 高野龍昭: 地域の機関と退院計画の支援, 地域ケアと退院計画, 萌文社, 248-249, 2000.
- 5) 厚生労働省介護給付費実態調査月報, 平成19年1月審査分による.
- 6) 独立行政法人福祉医療機構「福祉保健医療情報ネットワーク事業(WAM-NET)」(<http://www.wam.go.jp/>)による.
- 7) 前掲書3), 201-202.