

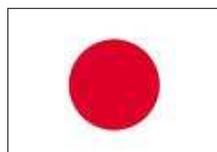
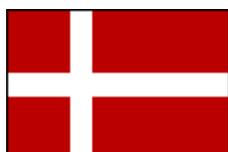
2010年11月

**デンマーク高齢者住宅・高齢者福祉制度
視察レポート**

株式会社 Pro・vision

もも編集室編

Copyright(c) 2011, Pro・vision Co. Ltd. 無断の複写複製（コピー）を禁じます



単純に海外と日本の制度や仕組みを比較することは、とても難しいことです。しかし、日本を筆頭に、先進諸国は未曾有の高齢社会を迎え、社会保障制度や、高齢者福祉制度、医療制度など検討すべき課題が山積みの状態です。

ご存知のように、北欧は福祉大国と言われて久しいですが、その北欧諸国でさえ経済環境の悪化、少子高齢化による諸問題を抱え、社会福祉サービスの基盤が弱体化しつつあるようです。

しかし、各国の制度やサービスを学び、その中から、少しでも私たちが快適な高齢期の生活を送るために取り入れるヒントがあれば、と感じます。

本レポートは、2010年10月31日（日）～11月8日（日）の日程で訪れたデンマークの高齢者住宅・介護サービス（制度）視察のレポートです。

1 デンマークと日本の基礎的情報比較

	デンマーク	日本
面積	約 4 万 3 千 k m ² (九州とほぼ同じ)	約 37 万 8 千 k m ²
人口	約 554 万人 (2010 年)	約 1 億 2583 万人 (2009 年)
高齢化率(2010 年)	16.96%	23.13%
(2020 年)	20.92%	29.25%
(2030 年)	24.25%	31.82%
平均寿命(男)	75.65 歳(2007 年)	79.59 歳(2009 年)
平均寿命(女)	80.41 歳(2007 年)	86.44 歳(2009 年)
合計特殊出生率	1.74	1.37(2008 年)
1 人あたり GDP	56,115 ドル(2009 年)	34,115 ドル(2008 年)
所得税	約 50%(条件で異なる)	5%~40%
消費税	25%	5%
医療費	原則無料(税金財源)	自己負担あり
介護サービス	措置制度(無料)	自己負担あり

※各国のデータは、調査年の違いで多少のずれがあります

※高齢化率は「国立社会保障・人口問題研究所」2010 年人口統計資料より

※その他、厚労省データ、外務省データ、現地聞き取り調査などから抜粋しています

Contents (目次)

① Danish Building Research Institute デンマーク国立建築研究所 (Georg Gottschalk 教授の講義)	… 4
② Omradecenter Lystoftebakken プライエボーリ (高齢者住宅と保護住宅)	… 8
③ Selmersbo Aktivitetcenter 小規模な民間のアクティビティセンター	… 11
④ Rosenborgcentret 高齢者住宅 (介護施設)	… 14
⑤ Pilefset Demenscentre 認知症ケアに特化したセンター	… 17
⑥ Hjemmesygepleje 在宅介護 (看護) サービスセンター	… 22
⑦ Faellesbyg af 1992 高齢者のための共同住宅 (Co-Housing)	… 27

① Danish Building Research Institute (SBI)

～Georg Gottschalk 先生（大学教授）による、デンマークの高齢者住宅事情 ～



コペンハーゲンより車で約 50 分のホースホルム市にある国立研究所。

お話を伺った Georg Gottschalk 先生は、北欧では、高齢者住宅や高齢者の社会制度に深い見識をお持ちの方です。大学の授業のような講義を受けるも、デンマークの歴史をたどりながらの解説は大変興味深いものでした。

■高齢者住宅の4つのポイント

1) 経済的背景

一部の高齢者が、特殊な住宅（特殊：貧困かつ介護が必要であるという意味）に住んでいましたが、1960年以降この特殊な状況はなくなりました。

2) 健康的な理由

家族が近くにいない（死別や別居）といった状況になると、サポートしてくれる人がいなくなり、高齢者住宅への住み替えが必要になります。

3) 機能的な理由

デンマークは、古い建物が多く加齢とともに段差や階段のあるところに住めなくなります。

4) 個人の意思に基づく

今までにない住み方をしたいという希望を持つ人が出てきました（共同住宅や郊外、温かい外国など）。

■デンマークの高齢者住宅の歴史的流れ

デンマークの高齢者住宅については、歴史的背景から語る必要があります。1536年、デンマークはカトリックから宗教改革でルーテル派（プロテスタント）になりました。教会は今に続くまで国営で



す（コムーネ：自治体が運営。そろそろやめる時期にきていると言われる。スウェーデンは教会を民営化）。昔の高齢者住宅（施設）は、宗教的に弱者救済のための、養老ホーム的な位置からスタートしました。



1700～1800年代は、人口の大多数が農民なので、農民同士の相互扶助が中心でした。都市部には貧民住宅（精神及び身体の障害者向け）がありましたが、強制労働のある収容施設の時代でした。

1890年 ドイツ（ビスマルク政権）で画期的な制度ができます。これが老後の保険金をかけるという制度、後の介護保険制度のもととなります。ただし、労働者のみが対象でした。

1891年 デンマークは世界で第2番目に高齢者を支援する制度をつくります。ドイツと異なり、全ての高齢者に年金が支給されるものです（貧民住宅に住む必要がなくなる）。これが今にまで続いています。ドイツと異なる点は、保険ではなく、誰でも一定の年齢になればもらえる制度で、税金でまかなっているものです。

1850～1910年 老人ホーム（公共、民間の様々な団体、組合など）が作られ始めます。アンデルセンのお母さんは、尼寺が救済施設として作った所に入っていました。1902年になると、テキスタイル工場のオーナーが従業員の親のために施設をつくりました。昔は、企業が福利厚生で老人ホームを作っていたのです。1862年以降、組合が組織化され、組合の老人ホームが作られます（現在は、学生寮になっている：エレベーターもない老朽化した建物だが安く住める）。

1945年（戦後）以降 国民年金に相当するものや、住宅手当というものを国策として充足してきました。さらに「主婦代行業」（ホームヘルパー）の制度もスタート。1960年前後には、夜中でも必要があれば、サービスが受けられるようになりました。



■ プライエムの建設とその後の変遷

1990年以降 多くの老人ホーム（日本の特養ホームのようなもの）が作られるようになります。高齢者の住まいは、ベッドがおける程度の狭いスペースのみで、トイレ等は全て共同のものでした。その後、ベランダ、暖房、ラジオ端末などがついた年金住宅ができた

す。当時は、画期的でモダンと言われました。そして、プライエム（日本でいう特養ホーム）という高齢者向け施設ができます。一番大きなものは 800 戸で元病院を改装したのですが、評判はよくありませんでした。1990 年になりある女性が施設長になってから、大改革をします。ソフト面・ハード面ともに改善されました。当時、プライエムは、国内で計 6000 戸作られました。配食や共同の台所、看護師の配置などをしたものです。1990 年に初めて、エレベーター付きの高齢者住宅ができました。それ以前の高齢者住宅は、人気なくなり入居する人が減っていき、アルコール依存症の人などが住み始めます。

現在は、既存のプライエム 6000 戸を、2 居室を 1 居室にしてスペースを広げる大改造を進めており、将来 3000 戸にする予定です。まだ終了せず、今も継続して改造されています。コペンハーゲン市が建てた高齢者住宅は、全て民間に売り払い、民間が改装して運営をするようになっていきます。住宅のオーナーは民間企業ですが、入居者を決めるのはコペンハーゲン市。1990 年代は住宅手当が十分だったので、年金の少ない人でもこれらの住宅に住めました。1980 年代の高齢者住宅法の改正に基づき 1 住戸 2 部屋が基本になります。（しかし Georg 先生は、これも将来陳腐化しもっと広い部屋ニーズが生まれるだろうとのこと）

その後、全てのプライエムを廃止することが決定されました。高齢者の施設は全て「住宅」（特殊な施設ではなく、自宅としての居住スペース）にし、全ての人が家賃を払う制度に。そしてケアが必要な人にはその住宅内でサービスを提供する、という形に。とはいえ、財政難もあり、まだプライエムを完全に廃止できていないのが現状で、2015 年に完全終了が目標です。（余談ながら、なぜかコペンハーゲン市では高齢者人口が減っているという不思議な現象がおきている）

ホースホルム市（コペンハーゲンの北隣）の例では、高齢者住宅は、全て 2 部屋か 3 部屋が基本。多くの住居は 68 m²未満（65 m²以下の場合、行政から家賃補助が出るが、ホースホルム市は富裕層が多く、自費でも広いほうが多いという人が多い）。認知症の人でも施設は絶対不可（拘束となるため）とされているが、現場では、問題も多く議論されています。

■ 高齢者住宅の今後の課題

調査によると、多くの方がマンションのような高齢者住宅に住んでいます（それほど一戸建てに居住する人はいない様子）。67—74 歳は普通の住宅に、95 歳以上は半数以上がケア付き住宅に。80 歳以上は 20%がケア付き住宅に住んでいます。2006 年から外国に住むペンションナーが増え始めました。サマーハウス（夏だけ海外に住む）も人気に。高齢者住宅に住む単身女性（60 歳以上）の 40%はウツ傾向という課題も出てきていますが、男女に関係なく高齢者住宅に住む人はウツが多いようです。ただし、それ以前と比較していない

ので、この割合が悪化しているのか、改善しているのかは不明です。

Georg 先生によると「アクセシビリティ（接続の良さ、移動のしやすさ）をもっとよくすることが今後は必要。実はコペンハーゲンにはエレベーターなどが少ない建物が多い」とのこと。更に、今の流行は、ユニットケア（少人数制の介護）になっているが、本当にそれを皆が望んでいるのか？ということも、今後の検討事項とのことでした。

先生の結論としては3ポイント

1. 将来の高齢者住宅は、ごく普通の住宅であることが大切。介護度が上がっても普通に住めるということ。
2. しかし、介護（専用）住宅は将来も継続する必要がある。
3. 50歳以上を対象とした住宅がもっと必要。現在はNPOを中心に作られている。

■質疑応答

Q.建設等に関して行政の補助はありますか？

A..土地を確保するのは市の義務。例) NPO が土地を借りて住宅を作り、建物は住宅会社が負担します。ただし全ての費用の14%は市が負担、住居者は2%を敷金として払う。お金がない人には市が貸します。

Q.住宅などへの第三者評価機関は？

A.第三者ではなく、行政（市）のある部分が評価していると思われます（ゲオ先生も詳しくないとのこと）。高齢者政策の目付け役をしている協会などがありますが、自治体の財政が圧迫されているので、週1回のクリーンサービスが月1回になったりなど、一部サービスは悪化しているようです。

Q.高齢者の中間所得層（アッパーミドル）のライフスタイルは？

A.個人の経済状況に関係なく、最後は必要があれば介護施設に行きます。スペインなどに移住する人は、デンマークと半々の生活をしている人が多いです。元気な間はいいが、介護状態になるといずれにしても介護施設になります。その際には言葉の問題があり、外国は難しくなります。人と交流できる環境が大切。

★高齢者の住まいのおおよその区分

高齢者住宅（自立～軽度介護） → 保護住宅（要介護2～3程度） → 介護住宅/プライエム（要介護4・5）

② Omradecenter Lystoftebakken

～Lyngby-Taarbaek 市にあるプライエボーリ（高齢者住宅）にて～

Lyngby-Taarbaek 市：人口 5.2 万人、高齢化率 25%、2002 年以降 85 歳以上が増加。65 歳以上 13000 人のうち、3000 人がなんらかの市のサービスを受けています。

この高齢者住宅は、70 戸の高齢者住宅と 63 戸の保護住宅（あわせて 138 名の入居）で構成されており、1977 年に設立されました。

※保護住宅は、47 m²（2 Rooms+K+B） 1 階は小庭、2 階はベランダがあります。



このプライエボーリでは、市が指定した 3 人の市議会委員、ライオンズクラブの代表、ボランティアの代表、職員の代表、入居者の代表で構成された理事会（7 名）が最高決定権をもっています。理事会は年 3 回開催され、さらに利用者と家族委員会も設置されています。

入居出来るのは、市の判定委員会で決まった人のみ。入居者は平均利用料 4389DKK（1 DKK =17 円）/月。デンマークの法律では、本人の収入から諸経費を払った後、2000DKK は入居者の手元に残さなければならないルールがあります。施設の経費は、年間 4850 万 DKK。85%が人件費となっています。



職員は 120 名、37 時間/週（常勤換算）で 90 名。無償ボランティア登録が 31 名。施設の環境にならない

よう、職員は全員私服で勤務しています。看護師が多く、看護師はそれぞれ専門（認知症、糖尿病、研修担当、など）があります。他に、理学療法士、作業療法士、フットセラピストなど、いろいろな職種の専門家で構成されています。

入居待機者はいますが、施設では入居者を決められません（市が決めるため）。他に在宅ケアもあり、公的・民間のサービスがありますが、利用者が選べる仕組みです。福祉用具含め、基本は措置制度です。この住宅では、サービス提供のリーダーは全て看護師。市内に 6 ヶ所のセンターがあり、そのひとつがこの場所です。全ての管理は IT 化されており、夜間緊急通報サービスも、市が必要と認めた人に供給されています。お話を伺ったエバさん（看護師）は認知症コーディネーター（学士相当）ですが、この資格取得は 1 年間かかるそうです。市全体で 5 人しかいない資格者。ここには 50 人の認知症の人がいますが、居住区分は分けていません。高齢者住宅、保護住宅ともに散在しています。問題もありますが、できるだけ対症療法をしています。日本製の癒しロボット「パロ」は市内に 2 匹いま

す。1匹がここにいる、これは認知症患者にとっても効果があります。



入居者の平均年齢は 88 歳。入居者は 53 歳～102 歳。年間 40%が入れ替わります（死亡）。部屋代は個人の所得の 25%というルールがあり、備品などは別途自己負担ながら、歯科治療は月 37DKK の定額制。食事は市の配食センターから運ばれてきたものを温めて整えて出しています。行政の監査は年 2 回（市の第三者機関と、市に雇用されている医師が抜き打ち調査）あります。



※組織図を書いて説明してくれます



※お話を伺ったエバさんと「パロ」



※保護住宅にお住まいの方のお部屋
ベッドルーム+リビング+キッチン+バス
かなり広く、普通の住宅と変わらない

※保護住宅のキッチン（普通のキッチンと全く同じ）





※共有スペースは
明るくて広々、
景色も素晴らしい



←絵付けのアクティビティ。

→ずりおちないように工夫されたイス。ストッパーもあり使いやすそう



★デンマークでの高齢者住宅の分類のポイント

ガムシエム (=老人ホーム)・・・昔のホーム

ペンショナーハウス・・・年金受給者向け (低所得者) レベルの低い住宅

コレクティブ・・・1940~1950年代 共同で住む住宅

プライエム・・・プライは Care、エムは Home のこと。日本で言うところの特養ホーム

エルダーボーリ・・・高齢者住宅 (自立・要支援レベル向け)

プライエボーリ・・・ケア付き住宅 要介護度の高い人向け

ビスクドウボーリ (保護住宅)・・・日本でいう要介護2, 3レベルの人向けながら、
今後は、エルダーボーリとプライボーリの2つに集約されていくだろうとのこと。

介護住宅・・・【プライエム (特養タイプ→廃止の方向)

プライエボーリ (ケア付き高齢者住宅)】

③ Selmersbo Aktivitetscenter

～Horsholm 市の小規模なアクティビティセンター～

Horsholm 市：人口 2.6 万人。60 歳以上の人口が 7,700 人。高齢化率は高いほう。



1983 年に公的なアクティビティセンターとして、スタート。戸建ての高齢者住宅が並ぶエリア。

開設時には、7 人のスタッフでアクティビティとケアを提供していました。しかし、金融危機の影響で、2002 年に市議会は継続を廃止と決定、地元の高齢者グループなどが猛反対しましたが、覆ることはありませんでした。

その後、時間がかかりましたが、住民が運営して管理する組織にしました（2009 年）。新組織作りに時間がかかったのは、前例がないため市や地元、さまざまな調整が大変だったからとのこと。いまでも同じ形態のセンターは、デンマーク国内にはありません。

現在の施設長（女性）は、元保険会社の事務員で介護などの経験はありません。理事長、理事などいますが、市から給与が出ているのは施設長のみ。基本的にスタッフは、全員ボランティア。市からの規制はなにもないので、自由にできます。試行錯誤の繰り返しで、失敗したら違うものをする、という姿勢でいます。収支はトントンであればいいという考えです。

利用者の所得はいろいろ（富裕層～低所得層）ですが、センター内では有料のものが多く。コーヒーは 2DKK、食事は 12～85DKK と幅広くなっています。一部有料のアクティビティもあります。時間外にセンターの場所貸しをしていて、これらがセンターの収益にもなっています。土地や固定資産税、光熱費は市の経費としてもってくれていて、備品はセンターがもっています。



1 日の利用者は 80～100 人、女性が圧倒的に多く、どうやって男性向けに魅力あるプログラムを提供できるかが課題です。男性は、PC 教室（1 対 1 のレッスン）、ミニゴルフなどを、女性は手仕事（カード作り、編み物、など）を好む傾向です。センター内には美容室もあります。看護師も来ています。プログラムは、語学、PC、ブリッジ、昼食会（かなり人気で、今では 48 名が毎週参加）、縫物、ボビンレースなど、多種あります。

運営時間は 8:30~15:30/月~金で、これが基本です。送迎はなしで、自力で来られる人のみが対象（以前の公的機関のときは送迎があったので、現組織になったとき、それだけクレームになりましたが理解してもらえました）。

その他に、夕方や土日は、センターをレンタルで貸し出しています（有料）が、利用はかなりの多いそうです。ハンディのある人（自力で来られない人）は、市が運営するもうひとつの大きなデイセンターがあるので、そちらへ行っています。

以前の公的なセンターのときより、アクティビティの種類は大幅に増え、活気があるようになりました。認知症の人もいます。車椅子は 2 人。年齢制限は設けていません。ようするに 0 歳からでも参加 OK。ただし、実質は高齢者のみが来られています。

ボランティアは「若い年寄り」と呼ばれる、会社をリタイアした人などが中心。デンマークでは、「高齢者協議会の設置」をどこの自治体でも義務付けています。いろいろな意見を行政に対して言える権利があるのです。



←PC ルーム

1 対 1 で
教えてもらえる

→トレーニングジム
は 2 ヶ所ある



←施設長（右）から詳しいご説明をいただく



↑レストラン

かなり広くオシャレで明るい。
当日は午後から月 1 回の
大きなパーティがあり準備中



↑ 10 人位の女性がカード
作りを。材料費も売上も
自分もち。本格的カード。



←ビリヤード台の奥のほう
がカード作りのメンバー
和気あいあいと話をしながら。

↑

センターの周辺にある、高齢者住宅。

タウンハウス（長屋形式）で、単身者には2 Rooms +キッチン、バストイレ
カップルには、3 Rooms+キッチン、バストイレ

※ホースホルム市の財政もかなり厳しく、来年度は6000万DKKも市全体の予算が削減される予定（2010年訪問時）。

④ Rosenborgcentret

～コペンハーゲン市内中心地のプライエボーリ（介護住宅：元プライエム）～



1階には、事務所、食堂、デイサービスセンター、などの共有スペースと、一番介護度が軽い部屋 10 部屋があります。3階建てで、1階 10 戸、2階 42 戸、3階 32 戸。入居者の 93%は認知症で、3階は問題行動のある人が中心となっています。2階も重度の人が多いのですが、重度になったからといってフロア替えはしません。

入居者の平均年齢、女性は 90 歳、男性は 84 歳、100 歳以上も数人います。スタッフは、名札はつけますがファーストネーム（下の名前）のみ。スタッフは、1階はユニフォーム、2階はいろいろ、3階は私服。別に規則ではないのですが、自然とそうになりました。施設は、完全に市のコントロールの下で、非常に厳しい管理と融通のきかない運営になっています。

34 年前に設立された認可施設で、経済環境が厳しい中での運営となっています。要介護度に応じて 4 段階の費用が市からもらえます。基礎（Pack1）は、18,000DKK。1 段階上がるごとに、2000DKK、5000DKK、9000DKK と加算されます。一番重度の人は、27,000DKK。新規入居者は基礎からスタートしますが、4 週間後に Visitation(判定)されます。年に 1 度再評価（特別な事情の際には都度）もあります。

施設からは、毎月市に収支報告をしています。職員の病欠の日などまで、かなり細かい管理がされています。消防署は年 4 回、保健所は 3 ヶ月に 1 回の監査。また、1 日に入居者 8 人の電子カルテデータを抜き打ちでチェックされますので、職員のプレッシャーは相当きついものになっています。正直なところ、介護職員のレベルは現状良くなく、PC の使い方などあまり理解できていないのが課題です。外部から監査が常時入るので、内部でも、看護師が 1 名、常時チェックするようにしています。

人員体制は、1階は 10 人の利用者に対し 8 人のスタッフ、2階は 42 人に対し 21 人の体制。掃除担当は 1階に 1 人、2～3階は 3 人。1階では、社会奉仕の判決（軽犯罪）を受けた人を活用しています。コスト的には助かるけど、正直あまりよくありません。さらにボランティアも何人か受け入れています。

入居者家族委員会は 14 人。年 5 回の会議があり、市議会委員、牧師、家族代表などが参加しています。現在 94 人の入居者がいて、全ての要望には応えきれていません。入居者は市に家賃を払っていますが、全部が市の管理なので、施設スタッフはその内容を知りませ

ん。おそらく、小さい部屋で 1300DKK/月、大きい部屋で 2200DKK/月くらいではないかと思われます。それに暖房費や食費が、加わります。法律でお小遣いが残るようにせねばならないので、経済的な問題で施設には入れないという事態にはなりません。措置なので市が認めれば誰でも入ることができます。



※建物の前の状態（1972年の施設転用まで）は、部屋にトイレはなく、中庭で共同のものを利用。アルコール中毒者の住処になり非常に悪い環境だった



↑ 1Fのデイサービスセンター
(30名が登録)



↑ 1Fの住居のある廊下。建物は回廊型になっていて、両サイドに居住スペース。ガラス窓が大きく木枠で温かみがあるが床はリノリウム家具調度品が北欧風でオシャレ。



←各部屋にはポストがあり、郵便はここまで届けてくれる

→90歳の入居者の方と
フロアチーフの方



★1Fのトレーニングセンター



デンマークではどこの施設でも、リハビリに力を入れている



↑テラスルームは入居者に人気

↑2階の居住者の部屋 広めの1ルーム+バスルーム

※各居室は居住スペースとしてはゆとりがあるものの、居室ドアは重くて開き戸のもの

⑤ Pilefuset Demenscentre



コペンハーゲン市にある、巨大な老朽化したプライエム住宅群の一番端に位置する「認知症ケアセンター」です。複雑な住宅構造ながら、1Fはデイサービスと居住区、2Fは居住区。認知症の人が少ない人数で生活するグループホームとはまた違う雰囲気で、独特の認知症特化施設というイメージです。

英国の Tom Kitwood の理論を使ったケア（PCC：パーソン・センタード・ケア）を行っています。管理やケアは IT 化され、データ化し、現場に役立てています。

実は、ほんの 15 年前までは、デンマークでも認知症に対する考え方はひどいものでした。精神病院で薬を与えられ、拘束され、静かにさせられる生活だったのです。しかし、市の倫理委員会が人権無視を唱え始め、国会が法律を改善し、認知症の人にも人権を！ということになりました。「我々は認知症の診断に上手にならねばならない」！

デンマークのプライエム（日本でいう特養ホーム）で、いかに認知症がひどく取り扱われているか、先進諸国で研究論文が取り上げられました。その内容は、患者のように扱われ「ケア」に適していないというものだったのです。

この施設は、2000 年に開所しました。当初は通所デイケアのみで、その後、改装して 2 フロアを認知症ケアの施設にしました。反対側のビル群はプライエム。2005 年には、前頭葉に障害のある人の専門ケア、ハンチントン舞踏病専門、など認知症でもさらに分類化して特化していきました。今年（2010 年 11 月）にはホスピスもスタートします。

この建物は、1970 年代に建てられたもので、旧式で古く、病院みたいな作りになっています。認知症は、単なる脳障害ではなく様々な行動が出るものです。治療できないことを私たちは認めなくてはいいけないですが、他の分野でできることはいろいろあります。「健康」という点でも考えることがたくさんあります。個人的な歴史（その人）を知り、尊重することがとても大切。認知は人格として過去が出てくるものです。

社会心理学的要素も非常に大切に、認知症であっても周りの人が何を話しているかは本人はよくわかっています。たとえば、その人にオムツをつけようかどうかどうしようか、など本人の前でスタッフ同士が話をする、などはしてはいけないことです。ここのスタッフは 6 週間に 1 回、Supervision（専門家の指導）を受けています。脳障害、健康、投薬、人格…などについて、です。

■ケアのデータ管理について

5分ごとにその人が何をしているか、感情はどうなっているか、などをデータ入力し、いいとき+5点、よくないとき-5点、など点数化していきます。それをデータ化し、グラフにし、その人のその日の状態を客観的に「何があってそれが起こっているか？」を分析します。これは誰が観察しても同じ基準となります。顔の表情、ボディランゲージ、リラックス、楽しみ、悲しみ、不満足、恐怖、緊張・・・などの側面から見ます。

ハード面の環境という点では「光と美」を重視しています。この建物は古くて病院ぽいのですが、共用スペースに関しては、デンマーク基準にあわせた美的なものにすべきという考えがあります。明るい壁、美しい絵を飾るなど。壁の色は黄色ベースが多いのですが、安定を保つためです。照明は、影ができないように基本的にアップライトにしています。認知症の人は、影を穴と感じて恐怖に思うからです。ただし、入居者の居室は完全に個人に決定権があります。必要と認められた人には、介護ベッドが提供されますが、それ以外は全部自分のものを使ってもらっています。自分の部屋を忘れるので、ドアに絵を貼ったり自分の家とわかるように工夫しています。

認知症の人は、どうしても外部に出たいという要望が高いのですが、法律で拘束ができないので工夫をしています。外部に出るドアのところに大きな絵を描いて「ドア」とわからないようにしたり、外に出るためには、何度もドアをあけないと出られない、など。それでも強い願望があれば、スタッフが一緒に出て散歩して戻ります。(庭には出られるが、庭から外に出るには結構ハードルがあります)

アクティビティは作業療法士、理学療法士が関わっています。移動販売(食べ物、花)も来ますし、美容室などもあります。

ほかに「静かなオフィス」という部屋があり、職員が集中して書類を作ったりできるようになっています。ユペンハーゲンで介護職員が働きやすい環境をどうしたらいいかというプロジェクトがスタートしており、作業姿勢の研修や、国の予防対策から予算をもらっているプロジェクトです。そのオフィスもこの施設の中にあります。

■認知症の人の居住区

1階と2階に23人ずつ住んでいます。スタッフはフロアに26人で3シフト。住んでいる人の状態にあわせて職員の比率は異なります。資格を持つスタッフが多いです。Social health assistant は看護師に近い資格で、病院で働くことも可能です。Social health helper はそれに準じたもの。従来の家事だけできるヘルパーでは今はダメです。他に看護師、理学療法士など配置しています。プライエムに比べると、医療介護度が高いですが、ここに入居できる人は、認知症の判定+もう1つ以上のなにか病気がある人が対象となっ

ているためです。ともかく問題行動を起こす人がほぼ対象です。(利用者の様子を見ているとかなり重度の認知症と見受けられる)

プライエムでは受入れが無理な認知症の人が多いです。判定に長い時間はかからず、「必要」と判定されれば即その日からでもサービスがスタートされます。ただし、本人の意思に反してはいけないという厳しい法律があるので、本人が嫌がる場合は、説得します。ただし、周りの人や本人に危険を及ぼすと判断された場合は、強制執行もできるのですが、この手続きは非常にややこしく大変なので、まずは説得からはじめます。

入居の待機者は、今はいません。何年か前は長い待機リストもありました。

服は必ず自分のものを使います。もし介護上、介護しづらい場合は、介護専用のものを使うのではなく、本人が使っている服をリフォームします(たとえば脇を分断してファスナーをつけるなど)。

リハビリに関しても厳しい規定があり、必要と判定されれば、即スタート。理学療法士のマッサージも必要と判定されれば無料ですが、自分の要望のみなら有料。紙おむつは「福祉器具」となっているため、全て無料。入居者の紙おむつ利用は多いです。

費用は家賃となります。収入に応じてなので、収入の低い人は低い費用ですみます。1990年代の新法ができるまでは、いったんプライエムに利用者の年金が全額入り、お小遣いを残して施設がとっていました。しかし新法以来、全ていったん年金は本人に入ります。

看取りの対応をしています。デイサービスを利用の人も最後はここで迎える人が多いです(必要に応じて病院の場合も)。利用者は、全員ホームドクターがいるので、希望に応じてホームドクターに来てもらいます。ただし住所地変更で(ホームドクター制度は、基本は住まいの半径17Km以内)、有料で継続することも可能ですし、近隣のドクター紹介も可能。認証判定は、専門医(コペンハーゲン市の場合は国立病院)に年2回診断を受けます。

※前頭葉タイプの認知症居住区は、本人たちが非常に敏感なので見学できません。施設内もデコレーションを一切つけないほどだそうです。

認知症センターは市内に5ヶ所(5つの区だから)。入所基準は地理的理由と疾患的理由。Visitation(判定委員)が全て判断。プライエム入居はデンマーク人口全体の2%。



センターの住居棟の入り口。



↑介護ロボット「パロ」



←認知症の人の気持ちなど
を書いている



↑認知症センターの庭。

この自動ドアは誰でも出入り可能
ながら、庭の生垣は簡単に外に
出入りできない。拘束になるので
「簡単にできない」だけで出入り可能。



↑施設内の居住区から外へのドア

絵を描いてドアとわからないように



↑認知症の方の居住区の壁・廊下。黄色を使っている所が多い。安定するそう。



↑トレーニングジムはどここの施設にもある



↑ハンチントン舞踏病専用の居住区のリビング。片付けられないという特徴から乱雑さもそのままにしている



地下のストックは、あえて店舗のような雰囲気になっている。生活機能を忘れないようにするためで、実際売買するわけではない。プレートは「ミセスハンセンの地下室」という意味。



ソファに見える車椅子
デイサービスの壁も黄色が中心。3 デイあるが、1 デイは8名定員。中の壁を、黄、赤、緑と分けており、自分の部屋が区別できるよう配慮している。

⑥ Hjemmesygepleje



在宅サービス拠点で、英語にすると Health house（健康ハウス）という意味。

機能は3つ

- ① 地域の高齢者の福祉（看護面）
- ② 予防や生活習慣病対策
- ③ トレーニングセンター機能

実は、この Health house は去年（2009年）からスタートした新しい制度です。今まで散在していた居宅サービス拠点を市内5つ（行政区）のセンターに集約することにしました。現在は2ヶ所あり、3つ目が準備中、合計5ヶ所になる予定です。健康・保険分野を一括して担当します。入院は病院ですが、それ以外は全て担当します。重要な目的は、市民の健康の向上とすること。

1. 地域の高齢者福祉責任者 看護師

責任者は、コペンハーゲン大学にて看護学修士を取得、現場の看護歴も長い方。ミッションは「市民として長く生活できる条件をつくること」をあげています。ヴィジョンは、「問題解決は市民が原動力、市民が受けるサービスはどう決定するのか」を可視化すること。

専門性は最高の知識、学習、行動によって得られます。責任者の下に、研修・教育担当部門、ホームヘルプサービス部門、さらにホームヘルプ部門は、日勤、準夜勤、深夜勤などに組織化されています。看護師のチームもいくつかに分かれています。

担当エリアには10万人の住民がいます。ホームヘルプサービスを利用している人が1700人、看護サービスが1200人で、これらは日勤のサービス。準夜勤で500人、深夜勤で190人がサービスを受けています。スタッフは約400人。

在宅サービスは普通の介護・支援サービス＋予防で成り立ちます。身体的・精神的機能低下のニーズを満たすことを目的に、個人のニーズを考えて提供します。

別のセクションが担当する依頼に応じて、サービス提供を実施します。市議会議員が市議会で決定したサービス（どのような基準でどうサービス提供するか）をセンターへ発注する流れになっており、措置によるサービス提供が基本です。

デンマークでは、「できるだけ在宅」が目標。高齢者の意思に基づいています。訪問看護担当は14ヶ月の専門教育を受け、看護師になるためには4年間の専門課程が必須。アシスタント看護師の場合は2年間です。看護師は保険法に基づき業務を行います。全ての人（住

民)は簡単・平等に医療にアクセスできる権利をもっています。

例えば、病院から A さんが今日退院する、と聞くとセンターから即日すぐ家に伺い、サービスのスタートが可能です。情報は、全て電子カルテで管理しており、携帯のような端末をスタッフ一人一人が持って、自宅を訪問管理します。夜の看護サービスは、在宅医療（インスリン対応、傷手当、終末期対応、薬管理、経管、家庭での人工透析・・・）を行います。自宅で亡くなることを望む人がデンマークでは多いのです。

2. トレーニングセンター責任者

VKV —— 地域をカバーするトレーニングセンターのこと。

市内に8つあるうちの1つです。退院後、在宅でリハビリが必要な18歳以上が対象ですが、圧倒的に65歳以上が多いのが現状です。作業療法士10人、理学療法士20人、事務員1人、リーダー（責任者）1名、管理者1名の組織。作業療法士、理学療法士は3年間の専門教育を受けます。おもに、どこで仕事するかというと、通所リハビリ、プライエム、緊急介護部署、24時間のリハビリ、の4ヶ所が中心になっています。

トレーニングの通所リハビリとは、転倒しがちな人の機能向上が中心です。特別な分野（肩に問題がある、乳がん手術後の人、形成外科、片マヒ、婦人科疾患の人などにも）もあります。トレーニングはグループで受ける場合と個別の場合があります。また、家庭訪問で行うリハビリもあります。さらに、必要なら住んでいる地域の人々に向けての出張クラスも開催します。肩のチーム、腰のチーム、ストレッチのチームなど、目的に応じてサービス提供できるチーム体制もあります。

治療（トレーニングは治療という認識）期間は、1～3ヶ月で目的によります。トレーニング前に担当者のチェックがあり、週2回のグループ、もしくは個人でのトレーニング体制が通常スタイル。トレーニングが終了した時点でどれくらい改善されたかチェックされます。目的が達成されたら治療は終わりますが、そのまま何もしないと、元に戻ってしまいます。なので、そこで終わりというわけではなく、トレーニングができる近くの施設などで、動くよう指導も行っています。「市民が自分でかかげるリハビリ目標」が出発点です。利用者の目標に向けて、わたしたちは仕事しています。

緊急時には24時間体制のリハビリも実施します。たとえば退院後、すぐ自宅に戻れない場合は、緊急介護措置で入院してリハビリを受けます。さらに必要に応じて24時間の在宅リハビリも行います。

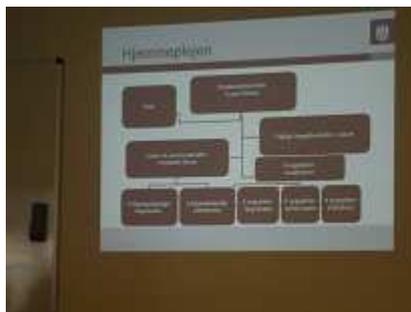
訪問リハビリは1回60分×週2回×1~3ヶ月が基本。センターでは、1週間に60グループがリハビリを受けています。1人の作業療法士、理学療法士が4人の利用者、もしくは2人が8人の利用者を担当します。自己負担（費用）は基本的にありません。

75歳以上は、年1回予防を目的に家庭訪問を受けられます。強制ではありませんが、コペンハーゲン市から個人に通知がいきます。本人のバランス機能などをチェックします。

センターでは、トレーニングホールが4つあり、いろいろな患者協会などにも貸し出しをしています。2階には、トレーニングキッチン（ダイエットのための勉強会など）や個別面談室、看護クリニックなどがあります。



センターの1階は、ガラス張りで明るくポップな雰囲気。誰でも入りやすいよう、居心地がよいように、工夫しているそう。公的な機関（役所がやってる）というイメージにならないように注意している。



各部局の3人のリーダーは全員女性。どこでも組織図の説明を最初にしてくれる



1階には、大小さまざまなトレーニングルームがある。受付は、洗練された雰囲気、民間のフィットネススタジオのようなイメージ



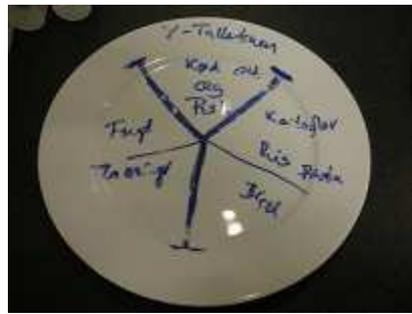
モニターには当日のプログラムや、利用者の要望で天気予報を随時掲載



2階の個別面談室や、看護師の事務所。全てガラス張りで明るくオシャレな雰囲気になっている。個別面談室には、バイタルチェックや様々な医療的チェック機能も設置されている。



建物内は、白い壁にポップな色遣いと、遊び心が取り入れられていて、通所する人も楽しくなるような雰囲気になっている。



2階はキッチントレーニングルームがあり、肥満対策教室などが開催される。
お皿に「バランスのよい食事をとりましょう」と、フルーツや魚などが書かれている。

⑦ Faellesbyg af 1992



高齢者専用の Co-Housing(共同住宅)。

日本では、現在のところ同様のものが見られないので、説明が難しいものの、非常に小さな自治コミュニティというイメージかもしれません。

デンマークでは、Co-Housing という考え方が、年代性別に関わらず受け入れられており、Faellesbyg af 1992 以外にも多世代型 Co-Housing をいくつか視察

しました。多世代型では、週に何度か食事を一緒に作って(当番制)、一緒に食事する、というところが多く、寮のような共同住宅といった雰囲気でしょうか。

エルダボーリ(高齢者住宅)は通常の基準は 65 m²以下ですが、ここでは戸建て(長屋形式)で広めです。30 戸の小さい街を形成しています(70 m²×8 戸、85 m²×14 戸、100 m²×8 戸)。理事会メンバーの方々が、それぞれ自宅を案内してくれました。

入居の条件は、58 歳～68 歳の間に入居すること。現在は、60 歳～87 歳の方が 42 人住んでいます。約 50%は単身者でほぼ女性。また、子供がいる人は住めません(単身もしくは夫婦のみ)。共同作業(さまざまな役割分担など)に参加できることも条件。

現在 50 人の入居待機者がいます。ただし、金融危機の影響で移り住めない人も結構います(現在住んでいる住宅がなかなか売れない)。共同作業の内容は、9つの委員会に分散しており、その中での仕事(共同作業)を一緒にするという意思表示が大切です。

介護や医療は、公共のサービスを利用します。ただし、お互いが住民(隣近所)の様子をととても注意しています。たとえば、「朝ちゃんと挨拶したか?」「夜は電気がついているか?」などです。今日(訪問日)も、住人の 1 人が病院の検査に一人で行けないので、他の住人が車で連れて行きました。ほとんどの住民が車をもっています(1 人 1 台、夫婦の場合はそれぞれ 1 台ずつ)。まだ仕事をしている人も結構います。

年 2 回、庭師が共有スペースのメンテナンスをしますが、自分の住宅の生垣は自分で行っています。依頼すると結構高額になるためです。体が弱ってしまい不可能な人は、隣近所で助け合っています。

■ Co-Housing の仕組み

ここに住み替える人は、「居住権」を購入します。これは、一種株式のようなものです。よって、賃貸ではないですが、床面積に相当する共用費(全体の管理費や共用部分の維持費)を毎月払います。居住権は、転居するときに販売することが可能ですが、時価に応じ

て上下します。理事の1人は、4年前に引っ越してきたとき、60万DKKでしたが、今は100万DKKになっています。また、住んでいる間にリフォームした場合は、減価償却されます。たとえばキッチンに10万DKKかけてリフォームし、5年住んで転居の場合は、そのうちの5万DKKなど。

この周辺は、物価も物件も高いエリアです。売買の際には、理事会が住宅売買の手数料として3000DKK徴収しています。転居（売却）の際は、まず最初の2週間で、現在住んでいる人に「今の家から住み替えたい人はいないか」確認します。たとえば100㎡に住んでいた人が転居（売却）したいという希望が出て、70㎡に住んでいる他の人が、広い部屋に住み替えたいという場合、優先されます。2週間経過後、住民の中で希望がなければ、待機者の上位から確認していきます（次の6週間以内）。6週間で待機者の中に購入希望が現れない場合、自身や住人の相続人が自由に売却できます（ただし、次に入居する人は理事会＝現住民が決めることとなります）。

この30戸のエリアは全体で5200万DKK程度の価値があるようです。金融危機の影響で以前より5%くらい下落しています。売買の価格は、公的な物件の標準にあわせるか、独自に資格を持っている不動産鑑定士の評価にあわせるかです。

■月額費用

全体の管理費とTV受信費、公共のメンテナンスなどで、70㎡=4500DKK、85㎡=5100DKK、100㎡=6100DKK。光熱費はメーターがついているので別途実費、屋根やファサードは公共費用から、家の中は自分で出します。

サークル活動もしています。公共スペースには、ゲストルーム（100DKK/泊）、50人が集まれるパーティースペース+キッチンなどがあります。



小さな居住区の入り口から、なだらかな丘になっていて、土地は平ではない。



夫婦の部屋 (85 m²)
庭も広い



バスルームはシャワーだけながら、少しでも広く使えるように、折りたたみのスペースになっている。驚く工夫。



70 m²に住む女性 1 人の方のリビング。まだ現役で仕事されている。キッチンは IH ではなく、電熱タイプ。各住戸、基本構造は同じながら、冷蔵庫などはリフォームのせいか微妙に違う。

はリフォームのせいか微妙に違う。



全ての家にロフトの収納（かなり広い）がついている。折りたたみ梯子なので、高齢者には大変だろうと思うが、一人暮らしの女性の方は、簡単で軽いので問題ない、とのこと。

2戸がシンメトリーに配置された平屋+ロフト収納。



100㎡に住む夫婦の自宅（65歳の男性）。ここに引っ越して4年。



各住居の前にはゴミ箱。木製で景観に馴染んでいる。週1回収りにきてくれるので、ここに入れておけばよい。

まとめ

先進国の課題はどこも「少子高齢化」です。高齢者福祉先進国といわれる北欧諸国でも、さまざまな課題を抱えていることが把握できました。しかし、後ろ向きに考えていても仕方ありません。デンマークでは、高齢者自身が経済的、身体的、精神的に「自立」を目標としている方が多いと感じました。その先に、国や自治体の「受け皿」がある、という安心感があるのでしょうか。制度や仕組みも大切ですが、まずは高齢者自身の意識改革も、とても重要と感じます。

できるだけ臨場感のあるレポートにしたいとまとめてみましたが、現場での空気を伝えることは非常に困難です。しかし、少しでも皆さまの知識習得・情報収集にお役立て頂ければ幸いです。

2011年1月発行

著者：山中由美

発行者：井上朋子

発行元：株式会社 Pro・vision もも編集室

〒604-8241 京都市中京区釜座町 22 tel 075-212-1266

<http://www.pro-vision.co.jp> e-mail : momo@pro-vision.co.jp