

デンマーク・介護施設及び介護住宅に対する聞き取り調査結果 (3) ～介護施設 (プライエム) から介護住宅 (プライエボリー) への移行とその対応～

熊 坂 聡¹

本研究は、デンマークのプライエボリーなどの高齢者のための福祉施設に対する聞き取り調査結果を分析してプライエム (介護施設) からプライエボリー (介護住宅) への移行に伴う課題を多角的に明らかにすることが目的である。今回は、移行当時の現場の状況はそれほど大きな混乱を生じていなかったことが分かった。地域との関係については、フォーマルな在宅サービスの提供という関係はあるが、インフォーマルな地域福祉は見られなかった。この移行は、引っ越しに伴う負担、「入居者」という位置づけが「住人」に替わったこと、居室が2部屋になったことによる対応などの負担であり、筆者が想定していたケアスタッフに精神的な痛みを伴うほどの負担はなかった。むしろ、この変革はそれまでに培ってきた高齢者ケアに対する理念の実現を加速させるものであった。その意味では、「コンタクトパーソン」というケアシステムは入居者の個人的生活を尊重するに有効な仕組みであることが分かった。

Keyword : プライエム (介護施設)、プライエボリー (介護住宅)、移行、業務負担

はじめに

筆者は、2011年度からデンマークの介護住宅、および関係機関への聞き取り調査を続けている。そのきっかけは、福祉施設としての老人ホーム (プライエム) の建設を禁止して家としての介護住宅 (プライエボリー) への移行を進めてきたことに興味をもち、この調査が日本の高齢者福祉施設の今後のあり方に示唆を与えようと思ったからである。聞き取り調査の内容は、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意であると判断し、記録を圧縮し、若干の考察を加えて寄稿していくこととした。

1. 調査の方法

プライエボリーを訪問し、施設見学と概要説明と聞き取りを合わせて2時間程度のインタビュー調査を行った。聞き取りは、ICレコーダーに録音し、逐語録にした。

調査は、半構造化面接法を用い、①施設の概要、②プライエボリーへの転換時の状況、③この転換

への感想という3枠を設けて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ていくことにした。

2. 記録方法

(1) 逐語録の圧縮

逐語録自体は、問答形式の膨大な記録なので、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筆者のインタビューの言葉は入れず、回答者の返答を圧縮する。
- 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記録としては削除する。
- 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釈を入れる。
- ⑦前回調査結果から見えてきた課題に関する発

言はできるだけ残す。(今回追加した原則)

(2) 注釈の入れ方

- 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：・・・)と入れる。
- ③回答者の説明に別途補足説明を入れる場合は文中に(※○)と入れる。

3. 調査目的

2012年3月に行った調査結果は、2013年3月に本研究所紀要に投稿した。その論文においてKJ法によって構築した仮説「高齢者福祉は行き詰まりとなり、政策の見直しが行われ、施設の変革という形になった。政策の見直しから施設の変革にかけては社会の動向が反映した。施設の変革には従来の施設に対する社会的批判が反映した。しかし、社会的批判は新たな施設のサービス内容には十分に反映されず改善の乏しさがあつた。施設の変革には、転換の負担が伴い、転換してもサービスに課題があつた。サービスに課題があつたこと背景にはサービス内容に改善の乏しさが関連しており、改善の乏しさの背景には社会的批判が反映されていないことが影響していた。負担や課題はあつたが、施設の改善は現在も進行している。この改善は、市民に浸透した民主主義的価値に支えられて可能だった¹⁾。」を検証するために続けている調査研究は、順次視点を明らかにしながら進めてきた。2012度は、プライエムとプライエボリーの施設を代表する人に聞き取り調査を行った。2013年度は、研究テーマの中心であるプライエボリー本体ではなく、そこに関連する団体と人にプライエボリーに対する印象を中心に聞き取り調査を行った。その結果、ケアの現場から聞き取りする必要性が見えてきた。そこで今回(2014年3月)は、施設を代表する人の他に、新たにケアスタッフに聞き取り調査を行うことにした。今回はプライエボリーへの転換にあまり焦点を合わせず、施設の現状をできるだけ広く調査することに留意した。今回は、その結果をこれまでの調査

の視点に基づいて分析すると共に、新たな調査の視点を見出そうとするものである。

4. 調査対象と調査日

(1) 調査期間

2014年3月24日(月)～26日(木)

(2) 訪問先の概要

- ①プライエボリー(介護住宅)「Kastanjehaven (カスタニアヘーヴェン)」
 - ・住所：Troels-Lunds Vej 25,2000 Frederiksberg, Demark
 - ・訪問日：2014年3月25日(火) 8:00～15:00
 - ・調査対象：Ms. Ellen-Fog-Andersen(施設長)、イーベン(ケアスタッフ)、イアーン(入居者委員会委員長)
- ②プライエム(介護施設)「Ingeborggården (インゲボーゴーン)」
 - ・住所：Troels-Lunds Vej 27-29, 2000 Frederiksberg, Demark
 - ・訪問日：2014年3月26日(水) 10:00～15:00
 - ・調査対象：Ms. Pia Morilla(施設長)
- ③プライエム(介護施設)「Sølund (スーロン)」
 - ・住所：Ryesgade 20, 2200 Copenhagen N
 - ・訪問日：2014年3月27日(木) 9:00～13:00
 - ・調査対象：Jan Nybo Jensen(施設長、看護師)、

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 (要約)

(1) プライエボーリ (介護住宅)

「Kastanjehaven (カスタニアヘーベン)」



(カスタニアヘーヴェンの建物)

出典：http://www.byggeplads.dk/byggeri/plejecenter-genoptaening/kastanjehaven)

ここはフレデリクスベア市立の介護住宅で、初めての訪問であった。施設長のエレン、入居者委員会委員長のイェーン、ケアスタッフのイーベンに聞き取り調査をすることができた。

①エレン (施設長、看護師)

・施設の経緯と概要

私 (エレン) はここの施設長を一年間しています。以前は、病院の内科の婦長をしていました。フレデリクスベア市は現在、古いタイプのプライエム (介護施設) を改築中です。ここには2年前まで古いプライエムがありました。2013年の8月に新しく発足しました。オープンしたときに、仮設に住んでいたお年寄りとスタッフはこちらに移動してきました。市にもう一つあったプライエムは閉鎖されたので、そこに住んでいた入居者及びスタッフもこちらに移ってきました。住宅戸数は60戸あります。うち8個は夫婦用で大きなタイプの住宅です。入居者数は68人です。厨房ではフレデリクスベア市にある他の介護住宅やプライエムの食事も含めて、一日平均460食を作っています。

・入居者

デンマークでは、長期の入院はほぼありません

が、実際には家に帰ってすぐに生活できない場合はリハビリテーション施設に入って準備します。それでも在宅は無理というときに、このような施設に入居します。したがって、この15年間は、かなり重度の疾病を持った人たちが入居するようになっています。

・ケア

国が実施している計画で、「安全な手のもとで^{※1)}」というのがありますが、当市が他の3つの市と一緒にこの計画に参画しています。これは、入居者の安全などをどのように確保するかということの主眼とする特別プログラムで、今は褥瘡予防に取り組んでいます。

・建物と運営

フロア全体が見渡せ、吹上のようなエリアもあって、入居者だけでなくスタッフも移動しやすくなっています。どこの部屋にもリフトがあります。5F建てですが、1Fが事務所で、2F～5Fが介護棟になっていて、2Fと3Fが一つのチーム、4Fと5Fで一つのチームを結成しています。夜勤の場合、この全体で2人しか勤務しません。最初2人の配置で大丈夫かと心配でした。しかし、市の夜間巡回訪問看護師がいるので、そこに連絡すればすぐに来てくれることになっています。(考えてみれば) 基本的に入居者は自分の家に住んでいます。もしもの時は (在宅であれば) 外部から支援を得るということで問題にはなっていないわけですから、介護住宅に住んでいても同じことが言えます。ターミナルケアも、介護住宅で行うことに法律的問題はありません。自分の家において、そこで死を希望する人にはそれなりの支援が行われますから同じことです。

・スタッフとサービス基準

スタッフは、介護分野に40人、全員がフルタイムではありません。厨房に14人、事務管理部門に4人 (秘書、施設長、メンテナンスをする人、作業療法指導員)、清掃員3人、うち一人は洗濯専門です。理学療法士は、雇用していませんが、一週間に20時間来てもらっています。また、この地域の牧師さんが毎月ミサをしてくれます。基

本的な理念に関しては独自のものを作っていこうということで、時間をかけて作業をしています。そうはいつても、市の独自のサービスに関する基準「介護及びケアの基準」「清掃に関する基準」を満たす必要はありますし、保健省からの要求や規制も満たさなければなりません。ケアスタッフの資格は、社会保健ヘルパー（教育は1年）、社会保健アシスタント（教育は2年）、これがほぼ大多数です。さらにナースが私以外に4人雇用されています。疾病度が高い人たちが入居してくるので、できる限りナースの数を増やしたいと思っています。将来的には社会保健アシスタントを雇用していきたいと思っています。それくらいの資格がないと、将来こういうところでは仕事ができなくなってくると思っています^{*2)}。

・研修

私たちが注力していることは、スタッフのスキルアップです。我々がサービスを提供する対象の方々の状況が重度化しているのので、国や市から、こういったことに対応できるようにスタッフのスキルアップを図る試みがなされているのです。市の方も、研修の予算をつけてくれています。入居者の健康維持のためにアクティビティにも予算をつけてくれます。

②入居者委員会委員長イェーン（78歳）

私の妻がパーキンソン病を発病して2006年から家で寝たきりになりました。そこで、妻が一人でここに建っていた古いプライエムに引っ越していました。2007年当時の施設でも一応自分の家と同じように、どこかに行きたければいくことができましたし、ドアを閉めておきたいと思えば閉めておくこともできました。世話が必要な時は来てもらえたり、自分の家に住んでいるのと変わらないなあと思いました。ここは、病気の人が住む家というイメージがあるとしても、自分の自由が束縛されているわけでもない、自由と安心があるということで快適に生活できる場所だと思っています。一日の過ごし方は、5:30に起きます。あとは、1週間に一回か二回薬局に行って処方された薬を取りに行きます。日中はここで行われている活動

に参加します。21:00に施設全体の戸締りをします。食事は食堂でしています。22:00にニュースを見ると寝ます。食事の時間は、8:00、12:00、5:30か6:00ころです。

入居者委員会は、年間に例会を4回持ち、入居者、家族のリクエストなどを聞き取ったりします。それを意見として施設長に伝えることが役割です。古い施設の時代から委員会でも入居している人が意見を述べてはいましたが、家族の2~3人が支配的で、その方々の意見がみんなの意見と思われる面もありました。プライエムの時の委員会は施設長が委員会を制御する傾向もありました。このような方法では進めていきたくないと考えて、みんなのコンセンサスを形成して、施設長と協議しながら進めています。委員は、家族代表1人、利用者代表9人ですが、11人目として施設長のエレンさんがいます。

③イーベン

（ケアスタッフ、社会保健ヘルパー）

・ケア

（イーベンがケアプランを見せながら）例えば、「大きな声で叫ぶ」ということが課題だとします。それをどういう計画を立ててケアしようかと考えます。24時間のケアを計画します。機能評価は、介護度を判定した結果、病院から入所してくる場合に届けられる資料、在宅ケア時代の機能評価を参考にします。それらをベースに一か月後に独自に評価票を作成します。その後24時間計画を作成します。服用の基準は明確になっているので、社会保健ヘルパーが必要と判断した場合は、社会保健アシスタントの承諾を経て、薬が管理されている棚の鍵を借りて薬をとって使います。入居者に関して一年間を通しての長期計画はありません。それは、話し合って随時決めていきます。

・勤務と職員配置

勤務形態は、日勤務7:30~15:30 or 7:30~14:00、準夜勤15:30~23:30、夜勤11:30~翌日7:30です。日勤は日勤専門、準夜勤は準夜勤専門です。ただ準夜勤に不足が出た時は日勤から回ります。週37時間がフルタイム勤務ですが、週

32時間勤務の人もいます。日勤の配置は1フロアーに3人~4人です。準夜勤は3人で2つのフロアーを持ちます。それに、夕方5時から9時までの人が必ず一人入ります。夜勤は2つのフロアーに2人です。

・入居者の日課

入居者の日課は人によって異なります。早く起きたい人、遅くまで寝ていたい人、ぜんぜん起きたくない人、本人の意思によってそのようにしています。ただし、夜勤の人から特定の人について伝達を受けた場合は、何かあるかをチェックします。それが終わると朝食の用意を始めます。入居者は起きている場合もあるし、寝ている場合もあります。8時になると朝食の用意が終わって、上のフロアの人たちとミーティングをします。予定や特別な配慮が必要な人を確認し、その後各フロアーに戻って必要な人のケアに入ります。着脱介助、清拭、シャワーの介助、その人によって違います。朝食は簡単で、黒パンにチーズとかヨーグルトなど、いずれにしろ、温かいものではありません。そこに用意して出しておけば食べられることになっています。したがって、一斉に「はい食べましょう」ということはありません。そのあとは、入居者は自分の部屋に入ってTV見たり、本を読んだりする人が多いです。昼食は12:30になっています。別に何時までに終わらせるという考えはありません。昼の温かい料理は2種類の中から選択することになっています。(昼だけが温かい料理となっている。) 各入居者の方にはこのメニュー表が届けられて自分はどっちがいいかを決めることになっています。

・研修

研修は、望むほど頻繁には参加できませんが、私は10年間この分野で仕事をしてきましたから、いろいろな研修会に参加してきました。私は、褥瘡、認知症、傷、実習生の指導に関する研修会に行きました。大体いつも実習生がいます。

・ケアの理念

今の理念とは古い施設時代(10年前)の延長線上にあるもので、その時にはすでに理念が作ら

れていました。それを少しずつ見直しながら現在の理念になっています。つまり、それはプライエムからプライエボリーに引き継がれている理念ということです。新しい施設長が来れば個人的な考え方が理念の中に反映されますが、基本的な根幹の理念はあまり変わっていません。

・ケアの仕事

非常にいろんな困難を抱えた入居者がいます。そういう場合、私たちがいかに察知して彼らの痛みを軽減するかという責務があります。かといって、あまりにも本人が望んでいないケアをしてもいけないし、その辺のバランスをとることは難しいけれども、やりがいのある仕事だと思います。家族とのコンタクトも担当者の重要な役割ですから、家族との話などを通して、どんなニーズがあり、何が好きかも把握していきます。こちらに入居してくる高齢者はいろんな複雑な病気を複数抱えているので看護師が果たす役割が重要になってきています。(現在の仕事の大変さは)プライエムからプライエボリーに変わったからではないと思うのですが、私が一年前にプライエムで仕事をしていた時は今のように記録をしなければならないということはありませんでした。その意味ではけっこうたいへんです。また、私たちが医学的な教育は十分受けていないので、研修を受けたりしなければならないことは大変になってきたと思います。しかし、それはシステムが変わった(プライエボリーに移行したこと)からではないと思います。

(2) プライエム (介護施設)

「Ingeborggården (インゲボーゴーン)」

①施設の説明

・歴史的経緯

従前の高齢者分野、障害者分野の福祉の理念は、人権をかなり無視し、侵害するものでした。例えば、年金を取ってみても、本人には支払られない、自分の年金なのにこんな理不尽なことはないわけです。そういった人権を侵害するようなことはできないということで、新しい法律が導入されました。それが1989年に制定された新しい社会



(インゲボーゴーンの建物)

出典：<http://holsoe-ark.dk/?p=1759>

サービス法です。それに伴って、住居も今までは一部屋だけだったのだが、寝室・ベッドルームとリビング、バスルーム、さらにキッチンという風に、普通の住宅に変えていくということが決められました。それに合うように、当時のプライエムがどんどん改装、改造されていきました。ここは、40年前にできたのですが、当時は非常にモダンな建物でした。私たちの経験では、例えば認知症等々の老人がたくさん住むようになると、そんな大きい部屋は必要ではないと思います。一部屋は必要だけれども、共有のスペースでみんなと一緒に時を過ごすということを望む人が多いので、そんなに大きな部屋も必要ではないと考えています。

当市の当初の人口は約9万5千人で、これに対して、介護住宅の定員数は1,064人です。

・組織と運営

現在、理事は7人のうち5人はデンマークにある全国のキリスト教会の組織から出ています。残りの2人は、入居者および家族会の代表者と職員の代表者です。この理事会が施設長を雇用する権利を持っています。理事会が基本的に最終的な予算の監督等をする責務を負っていますが、日常的にそれを執行するのが私の役割です。私を理事会が指名し雇用しますが、市の認可が必要です。

事務部は4人雇用されています。人件費、入居退去等々、新しい人が入居するための事務的な仕

事をすべて行います。介護棟が3つあります。156人の定員です。この3つのユニットに分かれていて、この各ユニットにはリーダーがいて、その下に2つのグループがあります。トレーニングセンターには作業療法士、理学療法士が雇用されています。デンマークは今、入居している人たちの介護度が高い低いにかかわらず、できる限り機能を維持できること、あるいは回復することを目的とした機能維持訓練、機能回復訓練を重視しています。現在のところ残念ながら、トレーニングセンターは入居者だけを対象にしたものです。改装が終わったら、近くの人にも提供できるようにします。ただ誰でも来ることができるというわけではなく、こちらに通所することが必要だと認定された在宅の方が利用できるようになります^{※3)}。利用者の総数は140人で、だいたい一日の平均利用者が50人です。

デンマークは治療を受けたらすぐに退院しなければなりません。退院したけども自宅に帰れない時は、リハビリテーションの施設のショートステイに一時入所するのですが、長期滞在せざるを得ない人が増えています。リハビリテーションセンターにいる人の約3割がそういう人です。法律で、介護住宅の入所・入居判定を受けた人に対しては、その時点から2か月以内に介護住宅の場所を提供しなくてはなりません、その対策は十分ではありません。

・入居者とケアサービス

毎年約60人が亡くなります。3分の1くらいが入れ替わるということです。平均在所日数が2.7年です。おそらく、ここで提供されているようなサービスや安心感等は家では受けることができないでしょう。食事等様々なサービスがあるので、3年近くここで生活できるのではないかと思います。入居者の入居時点の平均年齢は85歳です。この入所時年齢は高まる傾向にあって、90歳、90歳半ばで入所してくる方も増えてきました。若年性の認知症の方も入所の対象としているので、60歳の人が、6、7人ここで生活しています。がんを罹っている方もいます。デンマークではホス

ピスもあちこちに設置されてきたのですが、枠が非常に少ないので、ホスピスの方から受け入れる場合もあります。そこで、緩和治療等も私たち職員が行います。入所してくるとすぐ、その本人の健康状態をチェックして、できる限り健康な生活ができるよう対処します。食事が重要ですから、事前にメニューを考える会議があり、入居者の代表が参加しています。食欲がない人が多いので、モチベーションを高めようとしています。何年前までは、配食サービスを250食在宅の希望者に提供していたのですが、採算が合わなくて止めました。

・スタッフと体制

スタッフの総数はフルタイム換算で140人です。実人数では185人です。トレーニングセンターには、作業療法士が2人、理学療法士が4人、看護師が1人います。3つの介護ユニットでは、大多数が社会保健アシスタントです。さらに、掃除のスタッフ1名、コック1名、栄養士1名います。資格がない人は基本的に雇用しない方針です。特に高齢者分野ではこれからいろいろな面でケア・介護が難しくなってきますので、特別な専門教育を受けた人だけで構成しないとだめになってくると思います。各フロアリーダーは看護師ではなく、社会保健アシスタントになります。グループリーダーには看護師がいます。グループのリーダーの一人は、ベイシックナースと云ってごく普通の介護にも入っています。看護業務を監督する一番上の監督責任をもっている人もいます。社会保健アシスタントがフロアリーダーになった経緯は、市の方から予算が削られたからです。

・地域福祉と在宅福祉

地域福祉と施設の関係についてのお尋ねですが、一応コンタクトはとっていますが、それほど密な連携はありません。例えば、新しい入居者が決まった時に、在宅ケアサービスを受けていた場合、その在宅ケアの特定の人と会合を持って様子を確認します。また、地域で在宅の高齢者約50人がデイサービスに通ってきます。デイサービスで二次判定を受けてアクティビティセンターに来ている

人は、地域の在宅ケアサービスも使っていますから、その人が入居する時に話をすることがありますが、それほど密ではありません。この市の中で、在宅で暮らしている高齢者の介護状態が強まってくれば、その人がこういう施設に入居して暮らすというのは一つの流れであって、すべての人が最後の日を介護センターで迎えているわけではありません。終の棲家は圧倒的に自宅が多いです。ただし、在宅サービスを週計算で29時間以上利用する人は、どちらかというど財政負担的には介護センターに入居した方が市にとっては安上がりになるので、施設入居を提案はします。しかし、あくまで提案であって本人が拒めば入所はさせません。デンマークでは、在宅ケアサービスは他の部署で管理していますので、施設とは関係してきません。ただ、新しくここを建て替えますが、その時にはできる限り自由にここのデイセンターを利用できるようにしたいと思っています。

②施設見学とケアの実際の説明

・フロアで行われるケアの説明

これから3、4階に行きます。アクティビティがあるのでそこをご覧にいきましょう。リハビリ室には理学療法士が配置されています。例えば、骨折後のリハビリプログラムを作ります。ただ、ここは共有スペースなので、プログラムのない人も機能訓練に参加しています。ユニットは、1つのユニットが27人～29人です。食事については、毎日そのフロアで食べる必要はありません。別の階で何人かで食べる人もいるし、自分の部屋で食べる人もいます。それは全部自由です。薬は、基本的に医者の方から処方に従って社会保健アシスタントあるいは看護師が配薬します。配薬して、一日分を包装します。毎朝専用の棚に入れて管理しています。

・ケアプログラム

職員にIpadが支給され、そこには基礎データとして入居者の名前、生年月日、家族の情報、医者に関する情報、家庭医が入っています。入居者の機能評価は、フレデリクスベア市共通のデジタルカルテになっています。家庭医あるいは在宅ケア

サービスの方で評価をしているので、(入居当初は) その評価をとりあえず使って、私たちの方で評価したものを加えていくようにしています。これに随時必要に応じて見直して書き換えていきます。いろいろな疾病の診断、看護分野に関しては12の項目があってそれについて記載することになっています。24時間の生活リズム表を作成しています。本人の生活リズムに合わせて、どういうときに何を支援するかが書かれています。日勤、夜勤、準夜勤の人たちが何か特別なことがあったら記入する枠もあります。多くの人が特定の問題を観察した場合にはそれに対して対処プログラムを作成して、それを基に準夜勤、日勤、夜勤の職員が同じ方法で対処します。各個人のいろいろな情報はすべてここに書いてあります。24時間どういうところで支援するかっていうのが書かれています^{※4)}。ケアシステムは、1年半前までは施設によって違っていました。それを全部統一しようということでこのシステムを使うようになりました。そこには、どういう生活をしてきて、どういう家庭生活で、仕事は何をしていたか、その方が話したくないこともここには書いてあります。遺書、遺言書のようなものもファイルしています。

プランは、少なくとも一年に一度定期的に見直しをかけますが、24時間プログラムは半年に一度見直しが義務付けられています。いずれも必要があれば随時見直します。各介護スタッフは3人か4人のコンタクトパーソンとして仕事しています。フロアーに入居者が25人いる場合は、その薬の管理等は4人の社会保健アシスタントが平均的に分けて担当します。ただし、リハビリは作業療法士か理学療法士が作成し入力しますが、3ヶ月前後で評価してさらに検討してプランを作成します。

デイサービスなど在宅サービスの場合にも、この市のプログラムを使います。在宅でデイサービス、アクティビティセンターを利用していた人が長期の入所になるっていう場合は、アクティビティセンターでのデータが長期入所の施設の方に共有されます^{※5)}。ただ、そういう在宅の人たち

の相談を受け付けて、様々な支援体制を組んであげる機関・人という統一された事務所はありません。

(3) プライエム (介護センター)

「Sølund (スーロン)」



(現在のスーロン)

出典：<https://soelund.kk.dk/>

① シリア (社会保健ヘルパー)

・ケアに対する社会的認識

介護はきつい仕事なので、敬遠される傾向はここでもあります。でも、私はとつてもこの仕事が好きです。もちろん給料がもっと良ければいいし、でもこれを汚い仕事とは思わないし、お年寄りと話をするのがとつても好きです。デンマークでも、まだ私達の仕事に対して、一種の偏見を持つ人もいます。

・ケアの実際

私は、失禁症担当で、どのオムツがいいかをすべて判定しています。使っているおむつは5種類です。尿道カテーテル使用の判断は社会保健アシスタントと看護師がします。病院に入院して手術した後、嚥下ができなくなって、栄養補給のために胃瘻をしたのですが、訓練をして外せるようになった人がいます。しかし、ほとんど胃瘻を使う人はいません。嚥下が困難な人もいますが、刻み食にして食べます。朝食はここ(フロアーの一角にある小さな食事を準備する場所)で作ります。時々厨房からパン用の生地を出してもらい、フロアーのオープンで焼く時があります。パンが焼ける匂いが施設内に伝わって、家庭的な雰囲気もできます。入居している人たちにはできることはし

てもらおうようにしています。2~3人で庭の散歩もします。ハーブを庭で作っており、摘んで厨房に届けるとそれを入れた食事を作ってくれます。洗濯物は週に2回、下階に持っていくと洗濯してくれます。

お昼の前に、ちょっと誘惑する甘いものを食べます。「誘惑ワゴン」といいます。体重が減って、元気がない人が多いので、少し甘いもので誘惑します。清拭は毎日やっています。一週間に1回シャワーです。基本的には清拭は全ての入居者に行っています。どうしても嫌だというときは無理には行いません^{※6)}。シャワーは10~15分くらいで、介助は一人で行います。障害者用のミニマイクロバスが2台あるので、それを利用してよく外出します。外出の時にバスであちこちまわるだけだったら料金はかかりませんが、入場料がかかる場合は自己負担です。外出先での食事自己負担です。夏には必ず4泊5日のちょっとした小旅行をします。希望者を募って職員と一緒に休暇に行きます。それに参加するのは各フロアから2~3人くらいです。スタッフは当然ついていきますが、それなりの経験になりますけれども、8時間だけの労働時間ではなく、一緒に寝泊まりします。しかし、給料は8時間分の給料しか出ません。ボランティアみたいなものです。

今のケアで課題の1つは、認知症の人たちへのケアです。身の回りのケアを拒否する人がいます。その時どのようにケアしていくかということです。デンマークではデメンス（認知症）コーディネーターという人がいます。認知症のケアのコーディネーターをする人たちです。市内には、数か所、特に認知症だけの人をケアする介護住宅もあります。特別なグループホームと言ったらいいんでしょうか。ここ（スーロン）では、軽度、あるいは中度の認知症の人、他の人たちと一緒に生活しています。あまり、他の入居者に害を与えないとか自害行為をしない人であれば一緒にケアできます。全てのケアスタッフが認知症の人たちのケアに関する4日間の研修を受けました^{※7)}。その研修は、基本的な資格にはなりませんが、例えば転職の時

は、こういう研修会に参加したってことでプラスにはなりません。

オムツ交換の回数は、非常に個人差がありますが、日中は2~3回、準夜の時間帯ではやっぱり2~3回、夜中にもししたら1回交換する人もいるかもしれません。オムツをしているけれども、意思が表現できる人は1日2~3回くらいかもしれません。夜勤の時は、もししたら一晩中替えないかもしれません^{※8)}。

私は、日勤だけでなく準夜と交互にできたいなと思っています。例えば身の回りのケア、洗顔、手洗い、トイレ介助、衣服の着脱、歯磨き、髭そり、整髪などは、朝、昼、帰る前、あるいは週1回の入浴、清拭も当然そうですね。あと、部屋に必要ないろんな細かい備品、シャンプーや石鹸の補充、家族とのコンタクトも必要に応じてやっています。イベント、外出、アクティビティセンターに通う人の送迎、さらに倉庫の備品の管理があります。それらを週35時間の労働時間の中で行うのは忙しいです^{※9)}。その日の予定を計画することも重要です。例えば、皆が朝8時に起きてしまえばものすごく忙しいです。15分以内にすべてのベッドメイキング等をしなくてははいけない。しかし、身の回りのケアに関しても、時間に余裕があるように計画して、その人の同意を得る、あるいはその人のリズムに合わせるということができるようになると思うのです^{※10)}。

・コンタクトパーソンの仕組み

私は、8時から15時までの勤務で、3人の方のケアを担当します。土日は交替で勤務をする時がありますけれども、週末（に勤務する時）は7時から15時で、（週）35時間勤務です^{※11)}。この色は、コンタクトパーソンをしている人ということです。そして、ブルーの人は、サブコンタクトパーソンです。大体いつも二人がついています。このマークはお風呂、シャワーをする人。1週間に一回シャワーします。シャワーは、一人（介助）で行います。リフトを使う場合は必ず二人でします。これはアクティビティセンターの表です。ワークショップが多くて、木曜日はフィットネスがあり

(コンタクトパーソン・システム、スタッフ名の下に担当入居者の今日の日課がわかるように色や絵柄で表示してある。) 筆者撮影

ます。火曜日と木曜日にはカフェがあって、そこで音楽もあります。いろんなアクティビティが下階で行われています。これが勤務表です。勤務時間は11時30分から15時30分、10時から16時などかなり毎週違います。私(の担当)は基本的には3人だけです。(フロアーには)普通4人以上のスタッフがあります。フロアーの入居者は25人います。スタッフは全部で9人。6人が常勤の人で、他に3人います。3人のうち(養成校からの)実習生が1人で、他の2人はいろいろな救済策(失業対策)からの実習生です^{*12)}。スーロンはコンタクトパーソン・システムになっているので、今日日勤の中で、担当する人が何人か決まっています、その人に対するお世話だけをする、基本的にはそれだけが仕事です。例えば実際に勤務している人の数からいくと、入居者25人のフロアーで日勤6人、それから夜勤1人です。そして準夜が2人だから9人で25人を24時間カバーしています。普通の業務をやっていればそんなに頻繁に行事できないのですが、ここの代表者に、入居者2人を連れて外出したいと申し出ると他のスタッフからの協力を得て実施できます。ちょっとコーヒーを飲みながら5~6分話すことだけでも有意義なことです。そういうことにも心がけています。コンタクトパーソン・システムでは、他の職員から手伝ってもらうことは基本的にはないのですが、

毎日が同じリズムで動いているわけではないので、(間をぬって)手伝ってもらうことが時々あります。

ケアプランはすべてパソコンの中に入っています。担当する入居者が骨折した場合、どういった治療っていうか対応をするかということも、コンタクトパーソンが作ります。1週間に1回必ず入居者カンファレンスを開きます。

②ヤン(施設長、看護師)

・スタッフ

現在、看護師1人を募集すると、40人くらいの応募があります。病院ではなく、こういうところで仕事したいという人が増えてきました。傾向としては、ケアは社会保健アシスタントレベルで、ヘルパーはほぼいなくなるでしょう。アクティビティセクションは5人です。理学療法士・作業療法士は外部から頼んで来てもらっています。たぶん20人くらいだと思います。掃除などのメンテナンスの人は28~30人です。

・予算と施設規模

年間予算が約2億クローネ(約40億円)です。予算の85%が人件費です。建物が民間だと建築費が高くて、そのローンを返済するという、あるいは市の方にその借料を払うということ、その部分が多い場合は、人件費も削らなければならなくなります。570人という総スタッフ数は、デンマークで一番大きいです。スカンジナビアで一番大きいと言われていています。最初のころ聞いたことは、プライエムの部分を自立度が低い人のための住宅にして、残りの二棟はケア付き住宅にして自立度が高くケアの必要がない人のために作ったようです。

・在宅支援の限界と施設ケアの可能性

今のコペンハーゲンの高齢者の政策の動向は、在宅に非常に重点をおこうとしています。ただ、在宅の人にどれだけの支援を提供するべきかに議論があります。あまりにも在宅にたくさんの支援を提供していると、本当にこういった介護住宅に入居するしかないという時点になると、入居者の要介護度がすごく高くなります。(そこで、)1週間の在宅利用サービスの利用時間数が12~14時

間を超えるような状況になった時点で、介護住宅への入居を勧めます。このような議論を始めたということには2つの理由があります。1つは、1週間に15時間以上の在宅ケアサービスを提供すると、介護住宅における市の負担よりも在宅ケアサービスの負担の方が多くなるという財政的な理由です。もう1つが人間的に重要な理由なんですけれども、15時間以上の支援が必要だということは、非常に重篤な疾病、精神的あるいは身体的な疾病を抱えていて、その本人が孤立・孤独を意味するという事です。このように重度になると、定期的に食べるべきものを食べないし、必要な薬も自分で飲まなくなる、精神的にも身体的にも不都合が深刻になってきます。そのような状況の中で、例えば介護住宅に引っ越してくると、定期的なリズムになって、食事を食べ、いろいろな人と話し始め、社会的なコンタクトをとる人が多くなり、家族がこんなに元気になったとびっくりします。また、おそらく多くの方が認知症のような症状が出てくるでしょう。完全に認知症になってから施設等に引っ越すと自分の状況をまず把握できないし、見通しが全くきかず、何が起きているか分からない状態になります。だから、それほど重度にならないうちに引っ越した方が本人にとっても良いという意味もあります^{※13)}。

・これからの施設形態

二部屋とバスルームを備えたトイレ、いわゆる普通の住宅に似た介護住宅は、デンマーク全土に広がって、必要な数が作られていくと思います。ただ、その所有関係が段々変わってきて、市が建物を所有するのではなく、NPOの住宅協会が建てるようになるでしょう^{※14)}。スーロンの建物は市の建物ですから、ここに住んでいる方は、市から建物を借りているといことになります。しかし、新しくできるスーロンは介護住宅で、住宅協会から建物を借りて、そこに家賃を払うということになります。小規模のグループホームは、たくさん刺激があると不安定になってしまうタイプの人、他害行為、自害行為をするような人には有効です。しかし、認知症の人たちの中でも多くの人は、他

の人と一緒に場所を共有するという事で、非常によい生活環境を得ていると感じる人はいると思います。小さなユニットは良い面もあると思うのですが、デンマークの中で考えると、運営の面で、特に経費の面で、難しいかもしれない。

7. 考察

(1) カスタニアヘーヴェン

この施設の調査には3つの意味があった。1つは、前回の調査の視点で再度プライエボーリの状況を見ることができたことである。もう一つは入居者側にたって施設のケア見ることができたことである。さらにもう一つには、スタッフ側からケアの実際を聞き取ることができたことである。

エレンさんの説明によると、2つの古いプライエムを統合して1つのプライエボーリにしたという。その中で統合に伴う大変さの話はあったが、プライエボーリへの移行に伴うサービス自体の変革の困難さは指摘されなかった。むしろ、前回までの調査をさらに裏付けるような状況が改めて明らかになった。例えば、ここ15年間は入居者の重度化が進んできたので職員のスキルアップに注力してきたという。これは、移行に伴う困難への対応ではなく、入居者の重度化に伴うものである。また、市独自の介護及びケアの基準、清掃に関する基準が登場する。これも、プライエム時代から積み上げてきた基準であり、プライエボーリに移行したことによるケアの変換ではない。したがって、プライエムからプライエボーリに移行したことによるケアの方針には大きな変化はなかったと考えてよいだろう。「安全な手のもとで」のスローガンからも国がサービスの質の向上を加速させようとしていると考えられるが、これも入居者の重度化に対応するものであり、ケアの方針転換ではないと思われる。

入居者委員会委員長のイアーンの話からは、プライエムとプライエボーリではサービスに対する感じ方が違うことが分かった。例えば、プライエム時代の入居者委員会は施設長が制御するような面があったという。それに対してプライエボーリの

入居者委員会ではその要望が十分に尊重されているという。施設長のエレンの説明とイーベンさんの話を統合すると、やはりケア基準が変わったのではなく、加速させたということだと判断される。

スタッフのイーベンからは、詳しくケアの実際を聞くことができた。先の研究ノートで残された課題として挙げた「コンタクトパーソン・システムの詳細」の理解と、「変革に対する職員側にたった負担の把握」に関連するデータを得ることができた。その説明によると、ケアには緩やかな日課があり、ケア内容は行政の基準と施設内のマニュアルに基づいて提供されているが、ケアの提供の仕方はあくまでも個人のリズムと意思を尊重したものであった。例えば、入居者の日課はみな違うという。スタッフには入居者集団の日課という考え方が薄いのである。朝食については、テーブルに出しておいていつ食べてもよい。昼食については別に何時までに終わらせるという考えはない。これらは、入居者のリズムや意思を尊重しているということであろう。そして、イーベンは、理念は「プライエムからプライエボーリに引き継がれている」と述べた。これは私にとってはかなり意味のある発言で、ケアの改革はプライエム時代から進められてきたことを示している。つまり、プライエボーリに移行したからケアを変えたのではなく、それ以前からあったケアの目指す方向を加速させているといえるだろう。したがって、「コンタクトパーソン・システム」もケアの理念の継承の一部だったことになる。また、ケアが大変になってきたのは「システムが変わったからではないと思います。」とも述べた。つまり、ケアが必要な高齢者の状況の変化、ケアの質の向上を求められるようになったことで大変さが増したのであり、介護住宅になったから大変になったわけではないということである。

イーベンは、ケアの理念について「今の理念とは古い施設時代の延長線上にあるもので、その時にはすでに理念が作られていました。」と述べている。この発言は筆者の一連の研究のテーマである「デンマークの高齢者施設を住宅に転換する過

程で何が起こったか」の構成要素である「転換によって理念は変わったのか」という点に対する重要な示唆を与える。つまり、ケアの理念は継承されたのであり、その意味では理念の実現を加速したと考えてもよいのではないか。また、イーベンは、「入居者の日課は…みな違います。」「一斉に『はい食べましょう』ということはありません。」と述べている。この説明は、集団の日課では動いていないことを現場の声が立証したことになる。また、困難を抱えた入居者が希望を言えない場合に本人が望んでいないケアになっていないか、「その辺のバランスをとるのが難しいけれどもやりがいのある仕事だと思う。」と述べている。私は、イーベンがケアの大変さをうまく仕事のやりがいに置き換えていると思った。ではなぜ置き換えられるのかというと、コンタクトパーソン・システムによる部分が大きいのではないかと思った。デンマークのケアスタッフは、コンタクトパーソン・システムによって個人の生き方に併せたケアをし、その結果入居者が人生を仕上げていくことを見守ることができている、そこにやりがいを感じることができるのではないだろうか。確かに日本の介護施設もそれを目指しているとは思ふ。しかし、ケアスタッフは、集団の日課に即したケアが中心で、個人の生活リズムや希望を叶えてあげたいと努力はしているもののなかなか実現できず、結果として集団日課を介した個人と集団ケアの板挟みになって心身をすり減らしているように思えるのである。

(2) インゲボーゴーン

この施設の調査には2つに意味があった。一つは、プライエボーリへの移行前のプライエムにおけるケアの実際を調査することができたことである。しかも、この施設は間もなくプライエボーリへの改築を始めるところである。したがって、プライエボーリへの移行についての意識が高い。もう一つには公立ではなく、民間のプライエムを見ることができたことである。

この施設のケアの実際をみて驚かされたのは、入居者が活発であることであった。そこには提供

されるサービスの質の高さと向上への意欲が見られた。前日に見学したカスタンシアヘーヴェンに劣らないどころか、プラエイムの集団の生活という特徴を生かして見事に入居者の生活の活性化につないでいた。

次に、施設長のピアは歴史的経緯の中で、「福祉の理念は、障害者あるいは高齢者の人権をかなり無視し、侵害するものでした。・・・そういった人権を侵害するようなことはできないということで、新しい法律が導入されました。」と述べ、そこからプライエボーリへの移行が始まったと述べている。このことから、これまでに行ってきたプライエボーリの調査から、1989年の新社会サービス法は施設サービスの変革ではなく、移行を加速したものと考えられる。しかし、施設長のピアの説明は移行ではなく変革であったと読み取ることもできる。移行の加速なのか変革なのか、この点に関しては、この施設が現在もプライエムであるにも関わらず質の高いサービスを提供しているということがヒントになる。つまり、この施設のケアの実際と入居者の様子を調査すると、これまで見てきたプライエボーリに劣らない高いサービスとコンタクトパーソン・システムとケアプログラムを持っている。一部分ではあるものの、サービスの充実がプライエボーリへの移行の前から行われていたと判断できる。したがって、変革したのは制度上の仕組みと部屋環境であって、サービスの理念とサービス提供の仕組みはプライエムから引き継いでおり、その意味ではやはり新法によってサービスの質が加速したと考えてよいのではないかと思う。この施設を見る限り、プライエムではあるが、入居者の主体性を尊重し、その人の生活リズムに即してケアは提供されている。したがって、プライエボーリへの転換によって現場に一定の負担は伴うであろうが、スタッフのこれまでの努力がすべて否定されるような大変革と大きな負担が伴ったということはないと推測できる。

次に、施設が地域福祉にどうかかわってくるのかということも前回調査の課題であったが、ピアさんの説明からはデンマークには日本で言う「地

域福祉」という概念が見えてこなかった。野口は、福祉サービスの供給主体の構成として4つのセクターを上げているが¹⁾、その中に「地域」はないのである。施設に地域の方が自由に出入りできるようにさせるという地域との関係づくり程度の考え方であった。プライエボーリは介護付きとは言え住宅であるということからすれば、地域貢献の一翼を担う機関になるという考えは必要ないという考え方も理解はできる。しかし、この施設はプライエムなのである。つまり、社会サービス法改正(1989年)以前から地域福祉に施設福祉をつないでいくという考えはなかったと考えられる。

ケアの実際の調査からは、先ほども述べたように、プライエボーリに劣らないサービスの提供を行っており、このプライエムからプライエボーリに転換しても施設とスタッフにそれほど大きな負担はかかっていないと思われる。振り返ってみると、2012年3月に行った調査では、ヴィェスベピアエムの負担は入居者とスタッフの入れ替えに伴う負担であり²⁾、ヴェアディスヘーヴェでは自然な形で乗り切った³⁾と考えていた。スーロンではスタッフには相当に負担をかけたが、それは大規模施設であるので改革の取り組みに大きな軋轢が伴ったと考えてよいのではないだろうか。つまり、プライエムからプライエボーリに移行すること自体による施設とスタッフの負担というのは、サービスの質の向上を常に図ってきている施設においてはそれほど大きな負担ではなかったと考えられるのである。

(3) スーロン

シリアさんは、スーロンのケアの実際を詳しく説明してくれた。ケアの仕事に対する社会的偏見、胃瘻に至る経過、施設内の家庭的な演出、外出の機会、認知症対応、おむつ交換の回数、ケアの課題認識など、日本のケアの現状と似たようなものだった。シリアの説明に、個人を尊重したケアへの移行を加速させていることによる負担を強調する部分もなかった。これは、施設長のヤンが「最終的には入居者にとって一番いいことなのだというのを納得してくれた⁴⁾。」と述べていること

と符合する。では日本のケアとどこか違うのかということになる。この点については、ケアの提供の仕方が違うと考える。つまり、コンタクトパーソンというケア提供システム、徹底して個人の生活リズムに沿ってケアを提供していく仕組みが日本とは違う。しかし、ここにいくつかの疑問がわく。施設の日課は全くないのか、個人の生活リズムに完全に合わせられるのかということだ。シリアの説明からは、施設の大まかな日課らしきものがあることが読み取れる。しかし、それは入居者とケアスタッフを拘束していない。日課は目安程度のもので、あくまでも個人の生活リズムに合わせて対応している。次に、例えば、担当する3人が同時時間帯でシャワーという生活日課をもっていたら、シャワーの時間をずらしていくしかないだろう。そこに個人の生活リズムに完全に合わせることができない状況が見えてくる。また、二人介護や外出対応には、他のスタッフからの協力も必要であると指摘している。つまり、このシステムが、完全に個人の生活リズムに合わせられるわけではないということになる。コンタクトパーソン・システムは完璧な個人中心のケア提供システムではないということである。そこで、シリアは、日勤と準夜を担当できるようにすることで、個人に対応できる時間帯の幅を広げて、できるだけ個人のニーズに対応できるようにしたいと考えていた。この点に関連して施設長のヤンが「どんなに施設の中が個人の自宅に似たような形になったとしても施設的な感じが残るかもしれない⁵⁾。」と率直に述べている。シリアらは、施設という集団化された環境の中で個別化の挑戦を続けている。そうすると、ではなぜそのような未完成な個人尊重システムを導入するのかということになる。ここまでくると、背景にはデンマーク人の居住の質に対するこだわりが関係してくるように思う。その思想の背景にあるのは個人の尊重である。この点について、鈴木は「高齢者の場合にも、本人の意思の尊重がまず高齢者福祉政策の中心に据えられている⁶⁾。」と述べている。野村も同様のことを述べている⁷⁾。個人をどう尊重するかというこ

とが基本なのである。

施設長のヤンは、以上のような努力をしたとしても施設に限界があると認めつつ、在宅にも限界があるので、そこを補うものとしてやはり施設ケアには価値があると戻っていく。少し我田引水的な面もあるように思うが、受け皿としてのスローンは、介護の改革を加速させ、介護付きの「住宅」に移行する予定なのだから、在宅と施設と分けて議論すること自体すでに意味が薄いのかもかもしれない。介護住宅の公立公営から民立公営化（民間の住宅協会が建てて、その運営は公費を投入して行う。）が進んでいる。そこには予算削減という国の事情が反映しており、高負担に支えられた福祉の国造りにも難しさが来ているのかもしれない。

8. まとめ

本研究テーマに関して整理してきた調査の視点に関して、今回の調査から明らかになったことを記し、さらに新たに見えてきた研究の視点を整理してまとめたい。

(1) 2017年の本紀要に投稿した「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）」で整理した調査の視点⁸⁾に基づいて

①プライエボーリへの移行当時の現場の具体的な状況について

例えばカスタニアヘーヴェンの場合は、古い2つのプライエムの入居者を新しいプライエボーリに移す作業、2つの古い施設のスタッフを統合する作業、入居者もスタッフも新たな施設での生活と仕事に馴染む過程の苦労などがあり、そこには混乱もあったのではないかと推察できる。新しい施設としての理念の構築とサービスの向上については、これまでのものを基本的に継承しつつ、時間をかけて構築していくものと考えていた。

②介護住宅と地域社会のつなぎ方について

この点については、前回調査とほぼ同様であった。例えば、イングゴーガーデンはプライエボーリに移行することを機に地域の方々にもっとデイサービスを利用してもらえるようにしたいとは

言っていた。つまり、地域との継続的な関係を結んでいこうとしているわけではない。ただ、在宅サービス機関、医療機関との情報（カルテ等）やケアプログラムの共有はなされていた。フォーマルな在宅サービスの充実はあるが、インフォーマルな地域の支え合いの組織化は乏しいと推察できる。

③「変革に伴う負担」の程度について

「変革に伴う負担」は、筆者の一連の関連する研究の中核的テーマである。「大きな負担が伴ったのではないか」という筆者の仮説はほぼ覆された。変わったのは入居者の位置づけが利用者又は住人となったこと、居室は二部屋になったこと、家賃という支払いが発生したこと、新しい建物に引っ越すことによるものである。これらは移行に伴う物理的な負担であり一過性のものであり、乗り越えるに難しい問題ではなかった。難しいのはケア自体の変革であるが、これはプライエム時代から引き継がれていることであり、スタッフはほぼ特に変わりはないと述べている。むしろ取り組んできた理念の実現を加速させたといえる。以上により、変革に伴う負担は、筆者が想像していたよりも少なかったといえる。

④入居者の個人的生活を尊重した「コンタクト・パーソン」というシステムについて

日本と比較して、より個人の生活を尊重したケアシステムとしてコンタクト・パーソンシステムが機能している。施設がもっている共同生活という集団的側面と其中で居住する人の個人の生活を尊重していくということは基本的に相いれない課題である。デンマークにおいても、個人の生活を尊重しつつ共同生活に伴うやむを得ない制約があることは分かった。しかし、やはり、入居者の生活とケアの軸を共同生活の日課に置く日本とは、個人の生活の尊重したケアの度合いがかなり違うといえる。

⑤プライムとプライエボーリでのサービスの違いと負担について

一部屋から二部屋になったという意味での居住環境の違いによるサービス提供方法の違いはある

ものの、基本的なサービス内容についてはあまり変わらないと思われる。例えば、インゲボーゴーンは間もなくプライエボーリに移行するが、サービスを変えるという話はなかった。プライエボーリへの移行が決まっているスーロンにおいても、現時点でのサービスの質の向上をやや強引に進めてはいるが、移行後にサービスを変えるという話はなかった。

⑥勤務形態と職員配置など変革に伴う業務負担について

カスタニアヘーヴェンのケアスタッフのイーベンさん、スーロンのシリアからの聞き取りでは、勤務体制と職員配置が以前とはどのように違うのかは確認できなかった。また、ケアの現場において業務が変わってきて負担であるとの話もなかったため、あまり負担と感じていないと思われる。ただ、この点はさらに確認してみる必要がある。施設を代表して説明してくれた人は、入居者の重度化、認知症の増加、高齢化による複雑な疾病を抱えている場合が多くなっていることなどにより、ケアの質の向上が求められていると共通して述べていた。そのため社会保健ヘルパーの雇用は減少し、医療サービスの提供ができる社会保健アシスタントと看護師の雇用が増えるだろうとのことであった。これもプライエボーリへの移行による変更ではなかった。

(2) 2018年の本紀要に投稿した「デンマーク・プライエボーリに対する聞き取り調査結果 (2)」で整理した調査の視点⁹⁾に基づいて

①変革に伴う施設内の負担に関する情報収集の継続

今回の調査で分かったことは施設によって負担の程度がかなり違うということであった。スーロンはプライエムだが、ヤン施設長の強い意欲によって改革を加速させており、大規模施設であることと重なって大きな負担がスタッフにかかっていたことは前回の調査で分かった。カスタニアヘーヴェンのエレン施設長は、2つの古い施設の統合を手掛けているため、慎重に改革を進めていたが、プライエボーリへの変換に伴う負担はそれ

ほど生じていないと思われる。インゲボーゴーンのピア施設長は、プライエムではあるがケアに自信があり、プライエボーリへの移行に際してもケアを改革する話はなかったので、単なる新築の負担程度であろうと思われる。負担の程度の違いを生じさせている要因は、どのようにどの程度ケアの改革に取り組んでいるか、新規開設に至る事情、公立なのか民間なのか、そして変革を指揮する施設長の姿勢等であると思われる。

②高齢期の住まい方としての協同組合住宅、共生型住宅の調査

今回はプライエムとプライエボーリの調査であったので、この点については調査ができなかった。

③コンタクトパーソン・システムの詳細

このシステムはデンマークの人権思想を体現するものではないだろうか。いくらケアの改革をしても集団で暮らすことによる個人生活の制約・侵害は必ず生じている。その意味では施設の限界がそこにはあるのだが、このシステムはその限界に対する挑戦であるように思う。この挑戦を止めてしまうと瞬間に施設の限界の内側に戻ってしまうと思う。そして、このシステムはプライエボーリが「住宅」であることの基盤をなす最も重要なシステムであると思った。

④変革に対する職員側にたった負担の把握

カスタニアヘーヴェンのケアスタッフのイーベンは、記録の負担が増えた点は指摘していたが、「(仕事の大変さは) プライエムからプライエボーリに変わったからではないと思うのですが、・・・」と述べ、変革による負担ではないと指摘している。スーロンのシリアは、待遇への不満は少し述べたが、ケアの質の向上に努めている様子をたくさん語った。以上により、移動、環境の変化による業務の負担はあったものの、通常サービスの提供においてはそれほど大きな負担ではなかったのではないかを思われる。この点についてはさらに調査が必要である。

(3) 新たに見えてきた調査の視点

①老人ホームの「住宅」機能の基盤の一つとな

るコンタクトパーソン・システムとはどういうシステムか。

②変革に取り組んだケア現場を再評価するに、ケア現場の負担はどのようなものであったのか。

③施設入居に至るまでの在宅高齢者の状況の理解は、施設が果たすべき役割を理解する上で意味がある。

④デンマークの高齢者は、近隣諸国のそれと比較してどういう特徴があるのか。

あとがき

今回の調査は、前回よりもケアの現場に近づいた調査ができたことで、変革に伴う状況をより具体的に把握することができた。しかし、これまでに導き出した調査の視点を再び取り上げることが多くなり、調査の焦点が定まらない面もあった。この調査では対象者が語ることを大事にするので、詳細を詰めて聞くことが難しい面がある。今後の調査では、この点に配慮しながら焦点を定めて具体的に聞き取っていく必要がある。今回も、専門用語が飛び交う面接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) 野口定久「地域を基盤とした福祉サービスの供給主体の関係構造」野口典子編、デンマークの選択・日本への視座、2013、p64
- 2) 熊坂聡「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）～プライエムからプライエボーリへの移行と介護住宅の対応～」宮城学院女子大学発達科学研究紀要（17）、2017、p69
- 3) 前掲3）p71
- 4) 熊坂聡「デンマーク・プライエボーリ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紀要（18）、2018. 3、p60
- 5) 石黒暢「デンマーク社会福祉事情（1）」村井誠人編、デンマークを知るための68章、明石書店、2009年、p312
- 6) 鈴木優美「デンマークの光と影」リベルタ出版、2010、

p7

- 7) 野村武夫 『生活大国』デンマークの福祉政策』 ミネルヴァ書房, 2010年, p76
- 8) 前掲 2) pp78-79
- 9) 前掲 4) p71

【注※】

- 1) 「安全な手のもとで “In Safe Hands”」はフレデリクスベア市の高齢者介護政策のスローガンで、褥瘡、投薬、転倒、感染症の4つのテーマを掲げている。
- 2) デンマークでは資格に専門的力量を期待するという面と共に、資格によってできる範囲や業務が決まっているという制度上の特徴がある。介護住宅の入居者の重度化によって医療的対応が増えるので医療的対応が許されている社会保健アシスタントが必要になるという事情がある。
- 3) 日本で言えばデイケアのような在宅サービス施設。
- 4) 集団の日課でケアしていくのではなく、個人ごとにケアをしていくシステム
- 5) 日本の場合はケアマネジャーが情報共有の際に機能する。
- 6) 入浴とはシャワーのことで、日本の特養では日課の中心をなす重要な生活の一部であるが、デンマークでは室内に備え付けてあるシャワーを浴びる程度である。
- 7) 研修を受けたということの意味は日本よりも重い。研修を受けたということはそのことに対応できる技術を身につけたということの意味するのである。
- 8) 夜勤は夜勤専門の職員がいる。給料が高いため労働時間数を少なくできる。
- 9) 勤務帯を固定して労働契約をしているので、それ以外の勤務形態にスタッフが言及することは基本的にない。しかし、シリアは生活の全体を把握して対応するには日勤だけではなく、準夜もあつた方がよいという考えを披露してくれた。ケアに対する積極的な姿勢がうかがえる。
- 10) 一斉にケアを進めるよりも、準夜をいれることによって、一週間の中でみればより幅広い時間帯で対応ができるので、個別のリズムに合わせてケアがしやすくなるということ。
- 11) 働く時間は職員によって違い、いずれも契約による。

- 12) デンマークでは、実習生がほとんど毎日いて、有力な人的資源になっている。管理者の重要な役割の一つが実習生をうまく回して勤務上の空白を作らないことである。
- 13) 日本のように家族介護の負担の増加が入居の理由にならない。あくまでも個人の事情による。
- 14) 財政の効率化が進んでおり、介護施設の公立公営から住宅協会という民間が建設し、それを借り上げて運営する民立公営に移行しつつある。

