

第3章 デンマークにおける在宅介護サービスの判定方法

第1節 判定方法に焦点を合わせる理由

(1) 判定方法に焦点を合わせる理由

デンマークは現場で介護度判定がなされる。デンマークでは、在宅における介護判定は、訪問看護師が中心になって行っている。最近の動きとして、峰村淳子氏によると「デンマーク・ピヤケロイド市（人口 21,184 人）は、数年前に政策変換をして、在宅の改革を行い、認定は平等性を維持するため、在宅介護部門とは、まったく関係のない看護職が担当している。「介護認定者が在宅介護のサービスを決定し、サービス提供者がサービスを提供する」とある¹⁾。小規模コムーネで利用者と認定者が、お互い顔見知りの関係であると推測される。あくまで介護サービス、認定も看護職であり、現場を熟知しているので安心である。

伊東敬文氏は次のように述べている。「介護問題とは、会議を開いて、第三者が書類だけで決定できるような問題ではない。ドイツのような方法では、判定制度があっても、どのサービスがどれだけ必要なのかわからないし、必要なサービスが身近にない場合が多いはずであり、その保障はしていない。介護保険はあっても介護保障はない。これが介護保険の正体である。また、サービスはあったとしてもサービスをコーディネートできる専門職がドイツでは育っていないから入手できるサービスは不十分か、不適切なことが数多く出現するはずである²⁾。デンマークで現場の経験ある看護師にニーズ判定の裁量権が与えているのはこうしたことを極力なくするためである³⁾。

デンマークでは、介護のニーズ判定と介護支援をできるだけ利用者の近くに配備している。利用者宅に近いコムーネの職員である訪問看護師⁴⁾が判定に関わっている。デンマークの在宅介護の判定は、まず、第1に利用者の在宅においてなされる、利用者本位であり、利用者のニーズ⁵⁾が介護判定の決め手になる、第2にその場で利用者と判定者の双方の合意形成が図られる、合意形成を図ることは、ニーズ判定の権限と責任を明確にする⁶⁾、

介護の専門職も納得できる結果になることが立証されている⁷⁾、たえず変化する利用者のニーズに速効性と機動性を備えることができる。第3に双方の合意があれば、書面で契約が交わされる、第4に日常なれた訪問看護師によって判定がされる、第5に決定され

た介護に対して不服があれば随時、書面で苦情申請をコムーネに提出でき、【表 13】のようにコムーネが早期解決に努力することである⁸⁾。筆者は人間中心のデンマークの判定の方法が、現在の日本の一定の規格に個人を合わす介護保険の認定方法より日本人にもなじむと考えている。

コムーネが提供するサービスも一人ひとりの家族環境、住環境、障害度により異なり、必要な人に、必要な時間帯に必要な量と必要な種類のサービスが提供される。デンマークの在宅ケアサービスは訪問看護師が行う訪問看護⁹⁾と、ホームヘルパーが行うホームヘルプサービス¹⁰⁾とに大別される。現在、大半のコムーネでは訪問看護とホームヘルプサービスをひとつに組み合わせた「総合システム¹¹⁾」がなされている。これは 24 時間体制で、コムーネの看護師・ホームヘルパーがチームを作り、地域の高齢者ケアを実施している¹²⁾。

ホームヘルプサービスには、短期（出産、病気等）ホームヘルプサービスと、長期ホームヘルプサービス（高齢者や慢性疾患等）がある。短期サービスは一時的援助をする場合で、一部利用者負担がある。長期ホームヘルプサービスは無料である¹³⁾。

デンマークは「窓口一本の安心サービス¹⁴⁾」といわれているようにコムーネのローカルセンターの窓口で在宅介護の申請ができる。申請者のニーズ判定を行うのは現場に関わっているコムーネのスタッフである。多くの場合は訪問看護師がその任に当たっているが、一人の場合や複数のチームで関わる場合もある。判定チームはコムーネにより違うが、作業療法士、ソーシャルワーカー、ホームヘルパー、施設のスタッフ、行政担当官などでチームが構成されている¹⁵⁾。

1996 年から、ホームヘルプサービス申請者に、書面で判定の結果を示すことが、コムーネに義務づけられた。ホームヘルプサービスが決定された根拠を、申請者に知らせるためである。書面の内容は、決定根拠、サービス内容、援助の目的、援助期間などを含まなければならない。利用者は書面の内容を承認した上で署名する。これはホームヘルプサービスの詳細を明らかにして、一種の契約を結ぶもので、利用者の権利の保障につながると評価されている¹⁶⁾。

高齢者の選択権の尊重という主旨で、1998 年の「社会サービス法」では規定が加えられ、家事援助に限り援助が必要と認められた高齢者自身が友人、近所の人など援助者を定められるようになった¹⁷⁾。

一方、近年、後期高齢者の増加に伴い、高齢者の身体介護に重点がおかれるようになった。決まった財政での運用で、家事援助などの援助削減も出てきている現状がある。

伊東氏は、介護問題は会議を開いて第三者が書類だけで決定できるような問題ではないと、次のように述べている。「ドイツでは、ニーズ判定が現場ではなく、また、かかりつけの医師でもない第三者機関の医師などを含む委員会で行われているが、デンマークの介護職員は申請用紙や診断書などの書類で、申請者の生活の場でどのような介護がどれだけの量、また、どれだけの期間が必要かというきわめて複雑な問題を判定できるはずがないことを実践から知っている。ドイツのニーズ判定のやり方は、はじめから実質的な介護をめざしたものでないことを見抜いている¹⁸⁾」。また、伊東氏は、保険は自治体の事務管理が大きくなり過ぎて、官僚が増え無駄が生ずる。デンマークでは、できるだけ小さな官僚を求める傾向があると、述べている¹⁹⁾。

筆者がデンマークの判定方法に焦点を合わせるのは、デンマークでは、介護のニーズ判定と介護支援をできるだけ利用者の近くに配備している、利用者宅で、コムーネの職員である訪問看護師が判定する、利用者と判定者が合意形成をした上で、書面で契約する、介護支援と判定者を利用者の近くに配備し、急変する利用者のニーズに対して速効性と機動性がある、【表 13】のように書面で苦情申請をコムーネ（苦情処理委員会）に提出でき、ロスキレ市のように、申請に判定者も協力している。また、苦情処理委員会には、高齢者委員会の委員も参加している。このように苦情申請には、実生活で利用者が申請しやすい形態をとっていることである。

（2）デンマーク各市における判定方法の類型化

デンマークの介護判定の方法はコムーネにより特色があるが、大体、簡単な方法と詳細な方法の 2 つに大別できる。各コムーネの事情もあるが、大体、施設や痴呆症にも併用すると詳細型になり、在宅訪問介護のみに適用する方法だと簡単な判定方法となっている。

次に、実際使用されているものから考察することにする。簡単な様式の例で、ミュン市の身体機能評価【表 14】は簡単である。1 万人規模の地方都市で、看護師もホームヘルパーも、住民も顔見知りであり、2000 年度は十分機能していると説明された²⁰⁾。

ロスキレ市の家事援助【表 15-1・15-2】は詳細に住居の場所を仕分けているが、利用者にはわかりやすい形になっていることから、どちらかといえば簡単である。掃除、洗濯など、あくまで利用者の残存能力に介護の主体がおかれ、自分で、家族が、ローカルセンターと、分けて必要度（期間）もはっきり示されるようになっている。

【表 13】ロスキレ市の苦情申請用紙

ローカルセンター

ロスキレ自治体

実際の援助について（決定）

利用者氏名

個人番号

住所

家事援助	身体介護	その他
援助の目的		

介護

更新

支援は安定的である。

支援場所

支援されない範囲
支援されなかった理由

判定員と話し合った結果

報告者

日付	署名	日付	署名
----	----	----	----

苦情申請

苦情申請者住所

2002年8月、ロスキレ市使用の用紙。

【表 15-1】 ロスキレ市の簡単な判定事例

NO 1

家事援助

利用者氏名

個人番号

査定日 年 月 日

アンナ・スミス (署名)

7. 掃除

(判定員作業療法士)

実施者	自分でできる	家族がする	ローカルセンター	必要度	その他の事項
-----	--------	-------	----------	-----	--------

7.1 玄関の掃除

埃取り					
掃除機				14日に1回	
床ぶき					

7.2 浴室

洗面掃除				14日に1回	
洗面・流し回り				同上	
トイレ				同上	
風呂蓋				同上	
棚拭き				同上	
床洗い				同上	

7.3 台所の掃除

テーブル					
流し周り					
電熱器の周り					
ごみ箱					
水道の下					
冷蔵庫				3ヶ月に1回	
皿洗い					
ストーブ				14日に1回	
床ぶき				14日に1回	

7.4 補助器具の掃除

--	--	--	--	--	--

2002年8月、ロスキレ市使用の家事援助票。

利用者氏名

個人番号 123456-1234

7.5 寝室の掃除 査定日 年 月 日 作業レベル (毎日ホームヘルパーが家事援助す)

埃を取る					
掃除機				14日に1回	
床拭き					
ベットメイキング					
シーツ交換					
マットエスの掃除(掃除機)				14日に1回	

7.6 居間の掃除+小部屋の掃除も加えてください。

埃を取る					
掃除機				14日に1回	
床拭き					

8. 衣類の洗濯

洋服の仕分け					
衣類を運ぶ(地下洗濯場まで)					
洗濯機に衣類を入れる					
洗濯物の取り入れ					
乾燥機利用					
衣類をたたむ					
衣類をタンスにしまう					
少しの洗濯					

9 買い物

買い物リスト作り					
買い物の電話注文					
買い物の仕分け					
買い物					
銀行から金を下ろす					
請求書の支払い					

2002年8月、ロスキレ市使用の家事援助票。

そのため、高齢者にも確認が容易である。その他では、同市の痴呆症に対する機能評価表【表 22】は極めて詳細であるが、これについては別途記述したい。

ホルベック市のニーズ判定表【表 16】は、比較的詳細である。理由は高齢者住宅や施設に入居の際も使用されるからである。また、同市のホームヘルプサービス品質表示パンフレット【表 17】も詳細である。民間入札の際に具体的に示されたサービスを提供できるかどうかを評価する基準に使うことができるともいわれている²¹⁾。1994 年から、ホームヘルパー派遣会社に国が時間給の半分を補助する制度を導入した²²⁾。サービスの品質について少なくとも年に 1 回は市民に明示することになっている。サービスの限度などを明示することで利用者と行政の合意を図ることができる。

グラスサックセ市の契約書【表 18】は、ホームヘルプだけに関するニーズ判定表であり、簡単である。リーベ市サービス契約書【表 19】は、簡単であり、市民と合意したサービスを記入するものである²³⁾。グラスサックセ市やリーベ市サービス契約書が比較的大まかで簡単な理由は、判定の目的が客観的に要介護度を調べるのではなく、在宅生活を維持するのに必要な支援を即刻開始するためであり、在宅ケアチームが即時対応の権限を持っているからである²⁴⁾。グラスサックセ市の契約書は、高齢者自身が「私になにができるか」と自主性を判断するための質問事項がある。できることと、できないことを明らかにして在宅生活を送るのにどのような支援が必要か、合意形成ができるようになっている²⁵⁾。

デンマークでは、一般的にコムーネにおいて後期高齢者の増加が在宅サービスの需要を増加させている²⁶⁾。家事援助の内、掃除は 2 週間に一度で、判定表にも微妙にその影響が現れている。

(3) ミュン市とロスキレ市の判定方法について検討する理由

ミュン市は、人口 1 万人規模の地方都市であり、極めて平均的な介護体制にある²⁷⁾。このことから、ミュン市では、デンマークで行われている一般的な高齢者福祉の体制の聞き取り調査ができるのではないかと考えた。ミュン市の判定は簡単であり、一枚に痴呆症の判定も記入されている。その理由は使ってみて利用しやすいからだとの説明を受けた。判定は簡単で「在宅介護サービスの内容」「判定」の実際を記述する。しかし、在宅介護は行き届いている。

今後、デンマークの高齢化率が全体的に上昇し、それに伴い痴呆症も増加する。ロスキ

レ市の痴呆症に用いる判定のような形態になるとも聞いているが²⁸⁾、ロスキレ市の痴呆症の判定は極めて詳細である。判定用紙はあくまで判定者が記入するので、利用者の負担にはならない。ミュン市との対比において家事援助の記入も細部に区切っているが、利用者が理解しやすいように工夫されている。ロスキレ市で介護について、細部の聞き取り調査ができなかったので、次に、ミュン市について記述する。

第2節 ミュン市における判定方法とその実際

ミュン市²⁹⁾の場合、判定【表14】は、コムーネの判断で簡単な記入方法をとっている³⁰⁾。在宅介護のサービス内容³¹⁾は、掃除は85.0%、身体介護62.0%、買い物の手伝い40.0%という内訳である。(一人が複数受けているので100%にはならない)。サービス利用時間については、掃除に使われた時間が、全体の12.0%に過ぎない。身体介護には全体の49.0%の時間が使われている。身体介護の内容は【図16】のように、入浴33.0%、洗顔23.0%、着替え21.0%、室内移動6.0%、ベッドの寝返り2.0%、ストーマーの装着・洗浄2.0%、その他13.0%である。ストーマーの装着・洗浄を受けている人の割合は少ないが1回にかかる時間は、1時間から2時間である。病院から退院した最初の交換は訪問看護師が行うが、それ以後は装着・洗浄の訓練を受けた人であればできる。在宅介護の度合いは、少ない人で1日30分、多い人は1日8時間である。掃除だけは、1回につき平均1時間半かかっている。多くの自治体では掃除を1週か2週に1回とし、掃除の時間を少なくして身体介護部分に適合しようとしている³²⁾。

ホルベック市の詳細な判定事例

【表 16】 ホルベック市のニーズ判定票

名前	住民番号	長期間	日付け	短期 1時間当たり
住所	電話番号	ホームヘルパー	開始日	
家族	電話番号	再評価予定日		
再評価			支払い	

ホームヘルパー派遣の目的

	部分支援	全支援	身体介護	部分支援	全支援	掃除などの作業	部分支援	全支援
薬の分類			ベッドからの起床・就寝			掃除機による掃除		
靴下/サポーター			着衣			埃拭き		
調理			脱衣			床粗い		
配膳			風呂(シャワー)			ベッドシーツの交換		
食事			洗髪			トイレ・風呂場		
皿洗い			トイレ介助			絹毛などの絨毯の洗濯		
台所ごみ処理			排泄介助			シーツなどの大きな洗濯		
寝具の整理			トイレ訪問の介助			食器洗い		
						台所のゴミ袋の処理		
1 早朝 2 午前 3 正午頃 4 午後						個人的な買い物		
担当のホームヘルパー						日常的買い物		
グループ名 地域名 電話番号 電話受付時間						特別な掃除		
この用紙の送付先(ホームヘルプ提供グループ)								
ホルベック市			日付			ニーズ判定担当者名		

(出所) [hpp//lib1.nippon-foundation.or.jp](http://lib1.nippon-foundation.or.jp) より。

【表 17】 ホルベック市の詳細なホームヘルプサービス品質明示事例

ホルベック市のホームヘルプサービス品質明示パンフレット

掃除サービス

1. サービス目的:

支援サービスは市民が身体的あるいは精神的機能を出来る限り増強するか、機能維持に役立つように提供される。

2. 誰がサービスを受けられるか:

身体的、精神的機能が低下したが、自分自身、家族、あるいは社会的人間関係(ソーシャルネットワーク)によっては問題解決が出来ない状況の人。

掃除の支援は、元気な配偶者/同棲者と同居している場合は提供されない。16歳以上の同居する青年もある程度家事にかかわることが期待される。

3. どのような支援を受けられるのか:

普通の掃除とは、普段利用している部屋を含めて二部屋。しかし寝室、台所、トイレ/シャワー室は除く。その他特別の場合は合意書に記述する。

4. 普通の掃除とは:

埃の取り除き:例えば机、窓枠、電灯床洗い/電気掃除機による掃除、風呂場の掃除、ベッドシーツの取り替え、この他特別な掃除業務の支援を受けることが出来ます。

3ヶ月に1回の支援

室内の窓拭き

電気掃除機による家具の掃除

6ヶ月に1回の支援 冷蔵庫、冷蔵庫の掃除、ドア、タンス、戸棚、換気扇、オープンの掃除、カーテンの洗濯(アイロンは除く)風呂場のタイル洗い

この他の掃除のニーズは、年金者及び児童サービス及び民間の在宅サービス会社を利用してください。

伊東氏敬文氏によるホームページから記載。

(<http://lib1.nippon-foundation.or.jp/1998/0104/contents/123.htm>)

【表 18】 グラスサックセ市の簡単な判定事例

グラスサックセ市とホームヘルプ利用者との契約

文書番号

名前	市民番号
住所	電話番号

長期的支援 短期的支援 私に何が出来るか	週当たりの時間 <input type="text"/>	ホームヘルパー開始日 <input type="text"/>
	何に支援が必要か	

家族、隣人、友達は何が出来るか

協約した支援	支援の目的

ホームヘルプの担当者、担当地域

担当者名	地域名	電話番号	電話受付時間
------	-----	------	--------

短期的支援利用者の自己負担支払い	支援再評価の予定日
1 時間当たりの費用前月の請求書を毎月送る	<input type="text"/>

日付	利用者	日付	グラスサックセ市の担当者
----	-----	----	--------------

(出所) <http://lib1.nippon-foundation.or.jp> より。

【表 19】リーベ市の簡単な判定事例

サービス契約

この用紙はリーベ市が市民と合意したサービスを記述するものです。

サービス契約が行われた当人地域センター名と担当者

市民の名前と住所

契約が実行される期限、いつからいつまで。

契約の種類 長期的契約 短期的契約

地域センターの電話番号

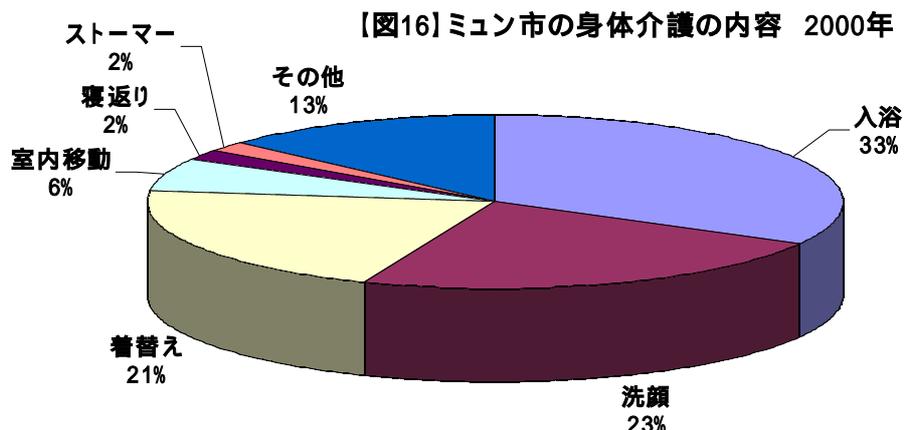
家庭医の名前と電話番号

リーベ市の高齢者福祉における市民情報 リハビリセンターの電話番号

介護や日常活動	どのような支援サービスを提供するか	特記すべき事項
個人事項		
調理		
買い物		
散歩/特別な買い物		
アイロンがけ		
洋服の洗濯		
階段洗い掃除		
室内掃除		
その他		
食事サービス		
市の配食サービス		
民間の配食サービス		
デイセンター機能		
タクシー		
補助器具		
その他		

(出所) <http://lib1.nippon-foundation.or.jp> より。

【図 16】 ミュン市の身体介護の内容 2000 年



(出所) ミュン市役所在宅介護部門責任者 Kim Worsaae 氏提供。

(1) 簡単な介護判定

ミュン市の介護の判定の簡単なケースを取り上げる。まず、介護判定は、利用者のニーズに主眼がおかれ、利用者の残存能力によりなされる。身体機能評価【表 14】の記入は通常、利用者の自宅で自治体の職員である訪問看護師によってなされる。表に向って左の欄にある項目、1 から 12 までの行為をするのに、どれくらいの残存能力があるか、また必要な支援は 0 から 3 までのどの辺に当たるかを聞き取りながら記入する。評価は住宅状況、立地条件などでも状況が変わってくるため、一人ひとりの必要度により異なるものである。訪問看護師が利用者との対話を通じて利用者ができることと、できないことを明らかにし、在宅生活を維持するにはどの程度のヘルパーの支援が必要か、看護師は 30 分から 1 時間程度をかけて利用者とは話し合いながら介護の必要度の判定を行う。通常、利用者の状況を知っている自治体の職員であるホームヘルパーが、両者に協力している。どのようなサービスを、何曜日のどの時間帯に、どれだけのサービスを提供するのかを、利用者と判定者で合意形成をする。高齢者は身体状況が変わりやすいので、今日できたことでも明日はできないことがある。ニーズの判定は利用者の状況により臨機応変に対応する。変化がない場合も半年に 1 回は見直しを実施する。

身体機能評価は、一定規格の評価に個人を合わすのではなく、どのように支援をしたら、高齢者が安心して在宅生活を継続できるかといった、あくまでも個人の残存能力に合わせて評価される。在宅介護サービスの決定権は在宅ケアチームにあり、高齢者が安定期にあ

ったり、訪問看護師やホームヘルパーが行きなれた家であれば、ホームヘルパーと訪問看護師で決定する。ミュン市の場合、判定の複雑なものや重度の場合は市に持ち帰って関係者会議で最終決定する³³⁾。

ミュン市の身体機能評価【表 14】の判定の仕方は簡単である。一つひとつの項目を見て項目欄に 0 や 1 が多い場合には、そこに力点をおく。介護量を時間で測るようなことは全くやっていない。ミュン市の場合、項目欄には、0 から 3 の評価に加えて特記事項の欄がある。特に注意が必要である場合に記入しておくことが重要である。

また、身体機能評価【表 14】の下方に痴呆評価の記入欄がある。0 から 3 までの四角い欄の中にチェックを入れる（デンマークでは該当するものには×印をつける）。なお特記事項の欄は重要視される。

但し、ミュン市で現在使用の身体機能評価については、ミュン市独自のものである。在宅介護部門の責任者であるキム・ヴォーソー氏の説明では、「以前勤務していた他の自治体で関係職員が協力して作成したものである。使いやすいのでミュン市でも使用している」とのことだった。

デンマークでは地方分権が進んでいる。ミュン市の場合、判定に不服申し立てがある場合には、在宅介護部門責任者のキム・ヴォーソー氏が電話を受ける（事務部から電話が回ってくる）。判定に当たった職員が再度判定しなおす（専門家の目を見て、新しく判定した個所の理由付けが必要である）。同じ判定ならばチーフ職員が再調査する。更に不服の場合は「苦情処理委員会³⁴⁾」などを紹介することになる。

（2）現場のヘルパー・訪問看護師の判定

通常は、訪問看護師が利用者宅に訪問をしてその場で記入している、ケースにより複数で記入する場合もある、関係職員による会議の際に、皆で身体機能評価票を記入することがある、訪問看護師が利用希望の市民を知らない場合は、利用者の大よその情報

を記入しておき、訪問をしながら修正を加える。利用者の状況が変われば、その場で書き直す、高齢者は、昨日はできたことが今日は難しいことが往々にしてある、ホームヘルパーの判断で対応する、後で身体機能評価表【表 14】を書き直せばよい。

利用者が一番近くで具体的に対応している訪問看護師やヘルパーが在宅介護に関して責任と権利をもつ。「これだけのサービスが必要だからする。あなたの残存能力を生かすため、これこれのことは支援するので、できることはご自分でやってみましょう」ということになる。利用者の決定権を尊重しながら³⁵⁾話し合いが重要である。現在のところ、最初の判定の苦情率は 1/2000 である³⁶⁾。

【表 20】 ミュン市の在宅ケア部門の職員構成

リーダー看護師	1 人
地域リーダー	3 人
地域リーダー・アシスタント	3 人
看護師	22 人
ソーシャル・ヘルス・アシスタント	28 人
ソーシャル・ヘルス・ヘルパー	61 人
ホームヘルパー(旧資格)	75 人
看護助手(旧資格)	36 人
プライエム・アシスタント	4 人
事務員	5 人
作業指導員(旧資格)	3 人
理学療法士	3 人
作業療法士	2 人
ハウス・アシスタント	12 人
キッチン・リーダー	3 人
キッチン・アシスタント	10 人
キッチン実習生	1 人
ソーシャル・ヘルス部からの実習生	16 人

(出所) ミュン市役所在宅介護部門責任者 Kim Worsaae 氏提供。

ヨーロッパでは、福祉サービスの質の高低は、人手の多少に関わっていることを熟知している³⁷⁾。ミュン市の場合、一人の利用者に対して、病気や休暇の代替を含んで10人のホームヘルパー・看護師が関わる体制にある。そして、コンタクト・パーソン³⁸⁾というシステムをとっている。一人の利用者に対してコンタクト・パーソンが一人つき、そのコンタクト・パーソンが中心になってひとりの利用者の介護を進めていく。利用者がいつも安心して介護が受けられるような体制になっている。万一、両者がうまくいかない場合には、他の訪問看護師やホームヘルパーと変わることができる。

ミュン市の在宅ケアの考え方としてヴォーソー氏³⁹⁾は、次のことを指摘した。将来は分野によって民間の参入も考える。老人施設で、ユニットケアのための改築工事が進行中であった。デンマークでは、この時期、施設から、在宅への切り替えが行われており、施設の再利用として施設を住宅化して、重度の介護の必要な利用者がディケアセンター(施設併設)の近くに住めるような対策が講じられていた。工事は民間業者が行っており、発注は、自治体である。このようなことが、民間協力といわれるもののひとつである。サービスを受ける側の権利について。例として食事の支援はどこまでするのか。配膳や、電子レンジで暖めるのかなど詳しく細かく示すようにしたい。高齢者宅にはあくまで「訪問させていただく」という謙虚な気持ちが必要である。高齢者は水分補給を時々忘れるが、どこまで強制できるか。脱施設化が進んでいる。規模が大きくなると、職員はどうしても、お役所感覚になる。高齢者の価値ある人生に合わされなくなる。高齢者が自分の家でできるだけ、永く主人として充実した生活ができるように支援すると、いうことである。

ミュン市の在宅ケア部門は、リーダー看護職のキム・ヴォーソー氏がいて、その下に3つの地域がある。3つの地域には、地域リーダー⁴⁰⁾と、看護職でリーダー・アシスタント⁴¹⁾がペアで配置されている。また、ホームヘルパーと訪問看護師がそれぞれ配置されているほか、厨房職員、事務職、理学療法士・作業療法士が配属されている。【表20】のような在宅部門職員の体制で運営され、研修や休暇など代替え要員として、15.0%増加配属されている。

第3節 ロスキレ市における判定方法と実際

(1) ロスキレ市の介護支援と判定

ロスキレ市の在宅介護の「家事援助」についての記入用紙【表 15-1・2】をみると、掃除を場所別に区切り、自分で、ローカルセンターがすると、明示している。ロスキレ市でも、利用者である高齢者の自立と残存能力を引き出すことに主眼が置かれている。家事援助の一つである掃除については、14日間に一度ローカルセンターのホームヘルパーが実施する。ミュン市と同様に後期高齢者が増えてくると、身体介護の量と、介護に要する時間が増加する。決まった予算と、人数で、介護の重点箇所を定め、簡素化できる掃除などは14日に一回の割合に絞っている。同時に利用者である高齢者自身のできること、「埃とり」を細かく玄関、寝室等と区切って表示し、高齢者の自立を促している。

また、実際使用されていた判定票【表 21】に、実施した施策は「社会サービス法第71条」と記入されている⁴²⁾。【表 21】の中に表現（実施した施策の欄）されている「プラクティカル援助」とは、「実地的な援助」と解釈することとした。デンマークの「社会サービス法」はことばの表現も一般にわかりやすく工夫されているので、早く理解できる。在宅介護のニーズは、日常生活の延長線上で起こる。在宅介護に要する施策を、高齢者にも親しみやすい表記でなされていて安心する。筆者も親しみやすく、わかりやすいことを実感した。

利用者が受けている実際の介護支援に不都合のある場合は、利用者・判定者の双方が話し合い、双方の合意形成の上で判定者がロスキレ市の中央判定委員会へ書面で申請する。

【表 21】（判定票・ロスキレ市の判定事例）を使用して、判定者がロスキレ市の中央判定委員会⁴³⁾へ申請する。この例では、家事援助決定以後、介護支援を受けているが、人的交流面での変化も影響して、身体機能低下が進み、転居を中央判定委員会へ申請する事例である。

高齢者福祉は、コムーネの税金でまかなわれている。高齢者が、病気になったり身体が不自由になっても必要なときにシステムの支援が受けられ⁴⁴⁾、公的に支えてもらえる安心があり、経済的負担の心配もないので、高齢になっても心の根底で安心感があり、日常生活を楽しむゆとりが生まれる⁴⁵⁾。人生の成熟期に一番大切な要素であると筆者は考える。

(2) 痴呆症の詳細な判定

ロスキレ市の場合、目的ごとに用紙も多種多様である。ロスキレ市ベアナドットゴードン（Bernadottegaardenn）センターの看護師からの聞き取り調査から施設、在宅併用で痴呆症対象の評価の様式を紹介する。筆者は、実際にロスキレ市の介護現場で介護体験・聞き取り調査ができなかったため、用紙が介護部門の現場で実際にどのように使用されているのかは体験していない。

【表 21】ロスキレ市の判定事例省略。

在宅介護の依頼があり訪問して判定するが、評価は利用者の状態を 9 項目からなる機能評価モデル【表 22】に照らして検討する。9 項目とは次のようである。

身の回りのケア、 飲食、 運動機能、 日常的な家事、 活動、 他者との交流、 心身の状態、 急性又は慢性疾患・障害、 住宅と機能能力。

担当者が痴呆症と認識したら、痴呆症コーディネーターと相談することになる。このため、ロスキレ市は、痴呆症のガイドラインを作っている。痴呆症の判定は家族や介護に当たっているスタッフと協力して行われる。

ロスキレ市の痴呆症評価の要点（【表 22】評価の 4 つのレベルに相当）として、「 率先して何が出来るか、 指導すると何が出来るか、 その支援が必要か、 他に人がいない場合はどういうふうになっているか」等がある。

9 項目の次に利用者の感受性はどうかをみる。行動の変化はどのようにして起きたのか、急に起きたのか、段階的なのか等を話し合う。さらに最近の出来事を覚えているか、電話の話とか、月日は言えるか、文字は憶えているか、毎日の日課や所作等はどれくらい理解することができるか等を調査する。また、作業療法士と共に、日常生活の機能を調査する。身の周りの清潔、買い物、洗濯、掃除、日常生活に必要な機能能力を調べる。最後に、これらの機能低下の誘因かも知れない不満足な食事や飲み物の影響、また、体力低下はどうか、薬品が変わったのかどうか、利用者の交流環境（近親者の死など）のさまざまな変化を調査する。

以上のことが全て調査され、利用者が痴呆症だと判定された場合、利用者自身とその家族が満足のいく生活を送ることができるように援助計画を立てる。判定後の援助は、身体介護であれ、家事援助であれ、半年に一度見直しがされる。また、問題が生じた場合、その都度見直される。

痴呆症の利用者に健康な配偶者が同居の場合、配偶者の負担を軽くするため、ショートステイがある、ショートステイはプライエム⁴⁶⁾に併設されている。これを利用することによって配偶者の負担が軽くなる。援助やサービスの判定は、一人住まいでも夫婦でも変わりはない。判定は利用者の自己決定権が守られていることと、自宅に住める可能性に重点が置かれている。利用者は在宅ケアを受けながら生活できる場合、なるべくなじみのス

【表 22】ロスキレ市の詳細な判定事例省略。

タッフが担当することになる。利用者の配偶者または、家族の協力によって自立して生活できるように導く。

ミュン市の場合は、小規模のコムーネであり、【表 20】のようにコムーネ全体でひとつの在宅ケア部門で一括運営できるが、ロスキレ市の場合は、8つの地域センター【表 23】に介護部門が別れている。8つの部門はロスキレ市の社会局[図 4-1・4-2]の配下にある。

【表 23】 ロスキレ市の8つの地域センターの一例

(2002年)		アスターセンター職種別人数	
事務	5	痴呆コンサルタント	33
理学療法士	3	看護師(準看護師内1名)	1
作業療法士	4	8	
ホームヘルパー(旧教育)	1	看護グループリーダー	5
4			
ハウスアシスタント	1	地区リーダー看護師	2
1		総リーダー看護師	1
用務員	3	判定看護師	1
保健アシスタント(介護士)	9	判定O.T	
介護アシスタント(旧教育/介護士)	1	1	
1		作業指導員	2

社会・保健ヘルパー(ホームヘルパー)	3	常勤	1 4 9
5			
介護雇用職			
1			

(出所) ロスキレ市 Venlig Hilsen 氏提供。

第4節 小括

デンマークの在宅介護の判定は、利用者の住宅においてなされる利用者本位である。利用者のニーズの存在が介護判定の決め手であり、ニーズの原因を対象にするものではない。利用者と訪問看護師との話し合いで合意達成を図り、利用者が承認の上、書類に署名する。

筆者は人間中心のデンマークの判定の方法が、自分たちにもなじみ、安心のシステムであると考えている。介護保険での初期対応は、調査員(初対面が多い)が利用者に問う85の調査項目から始まる。事務的で一方的な調査項目に利用者があてがわれ、利用者と判定者との合意形成が無いままに、コンピューター判定、2次判定と進む。肝心の利用者が不在で、利用者と面識のない第3者(専門家)が会議室で短時間に介護度を判定するというスタイルである。

デンマークの在宅ケアサービスは、大半のムーネで看護とホームヘルプをひとつに組み合わせた「総合システム⁴⁷⁾」でなされている。24時間体制で、ムーネの看護師・ホームヘルパーがチームを作り、地域の高齢者ケアを実施している⁴⁸⁾。24時間体制でないと重度介護が必要な利用者は、施設や病院に入院しなければならない。

現在の日本の実態は、介護保険が在宅介護に主眼をおきながら施設入所が増えている。それは、介護需要に対し供給が不足しているからである。主因は、高齢者住宅の不足と、24時間介護体制が一般化していないからである。

ミュン市役所在宅介護部門責任者キム・ヴォソー氏は、「身体機能評価【表14】のひとつひとつの項目を見て項目欄に0や1が多い場合には、そこに力点をおく。介護量を時間で測るようなことは、全くやっていない」と、述べている。その理由は、ホームヘルパーの

介護行為は技術を評価するもので、熟練者は早く、初心者は時間がかかるからである。その他、帰途立ち寄って利用者の様子を伺う、道ばたで出会ったらコミュニケーションをとるなど、時間で計れない要素がある。時間に置き換えて介護行為を評価する日本の介護保険の方法は不十分であると考える。ロスキレ市の身体評価でも、一定規格の評価に個人を合わすのではなく、どのように支援したら高齢者が安心して在宅生活を継続できるか、あくまでも個人の残存能力に合わせて介護支援が決まる⁴⁹⁾。

ミュン市の場合、【表 20】のような在宅部門職員の体制で運営され、研修や休暇など代替要員として、15.0 %増加配属されている。補助要員の確保は、職員だけのためでなく、介護を受ける高齢者にとっても必要なことである。勤務者の欠勤や研修に備えての要員だと説明を受けたが、日本にも必要なことであるが、現在も見過ごされている。働く女性にとって、子どもの急な発病、自身の身体不調など、一人ひとりの責任で対処しているのが現実である。デンマークは 1960 年代に既に介護、保育を社会的な問題として国民の合意のもとに対応されてきた。

人間本位の考え方や個人の人権を大切にすデンマークでは、介護の現場を訪問しても、介護する方される方、双方が対等な関係で時間がゆっくり流れているのが実感できる。一方、日本の施設での実習体験では、職員のめまぐるしい立ち振る舞いが目立ち、高齢者も職員に話しかけられない雰囲気であった。

日本の介護保険は在宅介護に重点をおくが、殆ど登録ホームヘルパーで評価が低く、低賃金で、職業として成り立たないと聞く。介護保険は、ホームヘルパーと利用者の双方が時間を気にする仕組みになっており、利用者である不安で孤独な高齢者とホームヘルパーとの間には人間的なコミュニケーションの余地はない⁵⁰⁾。

ロスキレ市の判定表を見るとデンマークの「社会サービス法」が在宅介護に適用されている。ことばの表現も一般にわかりやすく工夫されている。日本の法律は難しい表現がなされている。願わくば、高齢である住民が理解できうる表現に換えて頂きたいものである。

デンマークのコムーネでも、後期高齢者の増加に伴い、身体介護に重点がおかれるようになった。身体介護の量と時間が増してきている。その分を家事や買い物の回数を減らすことにより乗り切ろうとしている。ロスキレ市でも、ミュン市でも、介護の重点箇所を定め、簡素化できる家事援助などの援助削減も出てきている現状があり、掃除などは 2 週間に 1 回の割合に絞っている。その上で、ロスキレ市では、細かく玄関、寝室等と区切って高齢者の自立を促し、高齢者ができる「埃とり」を高齢者にわかりやすく明示している。

デンマークでは、高齢化率の増加に伴って在宅介護においても現在のサービスレベルを落とさずに現在の質を保持できるかについて、コムーネの職員はコムーネの議員と市民との厳しい監視下で効率的な運営を絶えず要求されている。高齢者福祉はコムーネの住民の税金で賄われている。各コムーネでは、効率化を図るべく民間とも互角の競争もいとわれない。行政責任が市町村長⁵¹⁾でなく議会全体に置かれているので多くの監視の目が光る制度になっている。

デンマークの介護度の判定は、利用者の住宅で、利用者に近いコムーネの職員である看護師によってなされ、利用者と判定者の双方の合意形成を図って書面で契約される。また、介護に関する苦情の申請も、利用者に近い高齢者委員会のメンバーを含むコムーネの苦情処理委員会に申請でき、安心のシステムになっている。誰もが加齢による心身の弱体化は避けられない。デンマークでは、老いても肝心のところで、必要なときに利用者本位の公的な支援が受けられる安心がある。

1) 峰村淳子「デンマークとスウェーデン在宅ケア（訪問看護・継続看護）の実態」『東京医科大学看護専門学紀要』2003年、49頁～60頁。

2) 伊東敬文氏は「ドイツにおいても介護を保険でなく税と考えていることも記述されている。コンスタンツ大学のイエンス・アルバー教授は、1994年OECDの会合に提出したドイツの高齢者ケア報告書で、『結果として保険制度になったが、税による制度作りの提案が政党や、州政府、関係団体などから出されたという事実を過小評価すべきではない』と提言した」と述べている（里見賢治・二木立・伊東敬文『公的保険に異議あり「もう一つの提案」』ミネルヴァ書房、1996年、196頁）。

3) 里見賢治・二木立・伊東敬文『公的保険に異議あり「もう一つの提案」』ミネルヴァ書房、1996年、200頁。

4) 伊東氏は「必要なサービスを総合的に調整できる能力が必要で、本人の資質+実践的な研修制度が必要である。ケアマネジメントができる人材はそう簡単には育たない。必要な人材が育つには、10年かかる」と述べている（里見・二木・伊東・前掲書、188頁）。

- 5) 伊東氏は「介護に関わる問題は、数量化できない要件が多くあり、現場でしか発見できない。数量化できないその人らしさこそが利用者の人生にとって重要なことである」と述べている(同上)。
- 6) 例えば訪問看護師の権限を明らかにして速効性の対応ができるようにした。
- 7) 伊東氏は次のように述べている「現在デンマークが行っている方法が、今のところ「制度」として世界で最も即効性と機動性を備えたものだと断言できる」(里見・二木・伊東・前掲書(注3)、188頁)。
- 8) ロスキレ市自治体「実際の援助について(決定)【表13】」の用紙参照。
- 9) 石黒暢によると「コムーネは在宅看護を行う看護師を雇用し、訪問看護サービスを実施する責任を負っている」(石黒暢「訪問介護サービス」西澤秀夫・真弓美果・上掛利博編『世界の社会福祉 デンマークノルウェー』旬報社1999年、45頁)。
- 10) 石黒氏は、「社会サービス法によりコムーネはホームヘルプ制度を確立し、必要な人にホームヘルプサービスを提供しなければならない」と、述べている(西澤・真弓・上掛編・前掲書、43頁)。
- 11) 「統合システム」とも表現されるが、現在進んでいるロスキレ市の8つから3つへの地区統合と紛れやすいのでここでは「総合」とした。
- 12) 小島ブンゴード孝子/澤渡夏代ブランド『福祉の国からのメッセージ』丸善ブックス、1996年、151頁。
- 13) 西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、43頁。
- 14) 2000年、8月デンマーク・ストラストラム県立補助器具センター所長、アンナ・ホルム氏談。
- 15) 西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、43頁。
- 16) 同上。
- 17) コムーネは援助者を認定し仕事(量・内容)の協定をし手当を支給(同上)。
- 18) 里見・二木・伊東・前掲書(注3)、197頁(本文傍点筆者による)。
- 19) 同上、193頁。
- 20) 痴呆症の判定も記載されて、記入方法は簡単だが、在宅介護は丁寧に行われている(2000年ミュン市役所の聞き取り調査より)。
- 21) 伊東敬文(<http://lib1.nippon-foundation.or.jp>)。
- 22) 伊東敬文(<http://nippon.zaidan.info/seikabutsu>)より。

- 23) 同上。
- 24) 同上。
- 25) 同上。
- 26) 同上。
- 27) ミュン市の高齢者福祉部門責任者キム・ヴォーソー氏による(2000年8月)。
- 28) 澤渡夏代プラント氏の発言による(2002年3月奈良市・医師会研修会にて講演)。
- 29) ミュン市はデンマークの首都、コペンハーゲンがあるシェラン島を車で南下すること1時間半、橋を渡った島全体がミュン市(M...n Kommune)の行政区域である。島の大きさは、217 km²、住民は約11,500人で(デンマークの自治体は大体2万人規模)小規模の自治体である。大企業のようなものはなく、観光と農業が主たる産業である。
- 30) ミュン市の高齢者福祉部門責任者キム・ヴォーソー氏による。
- 31) 同上。
- 32) 同上。
- 33) 同上。
- 34) 苦情処理委員会については、本稿第2章第2節60頁参照。
- 35) 高齢者の自己決定権も、個人独立の気風の上で有効である。単に高齢者だけに例外的に適用されるものではない。家庭の子育ては、独立心を育てることにある。独立心は、誰もが、各人のやり方で自己の権利を行使し、自己実現するものと考えられている。誰もが自己実現に接近できるように「ヘルプ」の精神が発達している。対等平等な自己実現への条件整備がなされて、結果の平等さえ配慮されている。「ヘルプ」は独立心と並ぶ重要価値の意識の上に立った連帯の精神である。それは、国内の高齢者や障害者に向けているだけでなく、東ヨーロッパや第三世界への積極的援助となる(小池直人『デンマークを探る』風媒社、1999年、64頁)。
- 36) ミュン市の高齢者福祉部門責任者キム・ヴォーソー氏による。
- 37) 暉峻淑子『豊かさとは何か』岩波新書、1989年215頁。私見は、デンマークにおいては、その点、徹底していると考える。
- 38) 利用者が安心して支援を受けられるよう中心になって介護する責任者を決めておく。
- 39) キム・ヴォーソー氏は看護師であるが、デンマークのマクロ経済、通貨統合にも精通、大学で経済学コースを修得。自治体の在宅介護部門や施設管理部門のトップで働く職員

は普通のことであるとのこと（キム・ヴォソー氏談）。ノルウェーの場合、トップは「看護師」「社会行政学」の取得をしている。

40) ミュン市の場合 3 つの地区に別れているので、それぞれの 3 つの地区に別れて、地区リーダーの訪問看護師が責任を持つ。

41) 本稿第 1 章第 4 節「デンマークのホームヘルパー教育」を参照。

42) 社会サービスに関する法律（第 71 条）

第 71 条 コムーネは、以下の各号に定めるサービスを提供するように配慮するものとする。1) 人的な援助及び介護。2) 家庭内において必要な実地的な仕事に対する援助又は支援。3) 身体的若しくは精神的機能を維持するための援助。

2、前項に定めるサービスの提供は、身体的若しくは精神的機能の一時的又は恒久的な低下、あるいは特別な社会的諸問題のためにそれらの仕事を自ら行う行うことができない者に対して行うものとする。

3、コムーネの決定により第 1 項第 2 号に掲げる援助又は支援を受ける資格を有する者は、当該業務を行う者を自ら選任することができなければならない。前段の規定により選任された者は、コムーネの承認を受けた後、業務の範囲及び内容並びに費用の負担その他につき、当該本人と文書により契約を締結しなければならない。

4、第 1 項第 1 号及び第 2 号のサービスは、これを第 65 条の規定に基づく一般的なサービスとして行うことができない（西澤秀夫「第 5 部基本資料補遺・社会サービスに関する法律（Lov om social service）第 3 章「成人」第 14 節」仲村優一・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉 国際社会福祉』旬報社、2000 年）。

43) 第 1 章第 1 節 25 頁参照。

44) 小島ブンゴード孝子『モア～あるデンマーク高齢者の生き方』ワールドプランニング、2002 年、244 頁。

45) 小島氏によると、次のように紹介されている「モアにも加齢の波は確実に忍び寄り、カウンドダウンは始まっている。しかしそれを意識しつつも、前向きの姿勢で毎日を送ることができるのは、モアが長い人生を自分で築いてきた自信と、必要なとき周囲の人々やシステムの支援を受けられる安心の二つがある（小島・前掲書、244 頁）。

46) 石黒氏は、「ナーシングホーム(plejehjem) は、健康上の理由により、自宅での生活が困難な高齢者が入居する居住施設である」と記述している（西澤・真弓・上掛編・前掲書(注 9)、53 頁）

- 47) 「統合システム」とも表現されるが、現在進んでいるロスキレ市の 8 つから 3 つへの地区統合と紛れやすいのでここでは「総合」とした。
- 48) 里見・二木・伊東・前掲書(注3)、161 頁。
- 49) 伊東氏によると、介護のニーズ判定は、客観化や数値化ができない(殊に在宅では)あるいは、きわめて難しいことが多い。デンマークでは、ニーズ判定の仕方を人を全体としてみていることから「トータルなニーズ判定」または、「総合的なニーズ判定」と呼び、訪問看護師たちは、独自の経験だけでなく、判定の研修など、訓練を受けてニーズ判定の能力を培っている(里見・二木・伊東・前掲書(注3)、166 頁)。
- 50) 暉峻淑子氏は次のように述べている。「人間を対象とする福祉の運営には、たえず規則に納まりきらない不可解なことが起こりうる。その場合、法や制度の目的を忘れて条件の一致だけを言い立てると多くの悲劇が起こることになる」(暉峻淑子『豊かさとは何か』岩波新書、1989 年、230 頁)。
- 51) 市町村長はコムーネの議員の中から選出される。