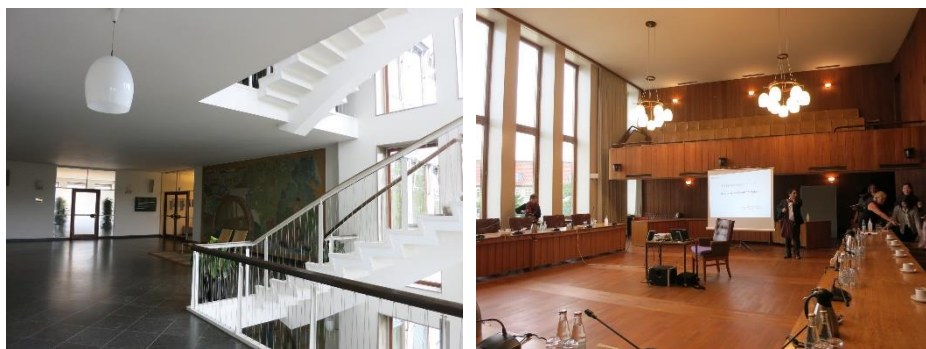


1 / 2 ; 自治体福祉施策ヒヤリング

市庁舎 議会室にて10:00~12:00



【概要】

■福祉部より

コペンハーゲンから北へ車で約30分。某自治体施策の説明を聞くことが出来た。人口は約5.5万人。65歳以上が20%超とデンマークでは高いほうである。(コペンハーゲン17%)国策に従って治療・看護・介護・認知症対策・75歳以上の慢性病対策(特に薬管理)に重きをおいている、また2年前から約10億予算をつけ自治体に4つの尊厳政策を実行するよう義務付けられている。(1. 本人の尊厳(意思尊重) 2. 高齢者対策 3. 認知症対策 4. 健康維持)

常に公共が市民に提供すべきサービスサイクルモデルがつくられており、現在2017年版FSIIIモデルで走っている。これは高齢者へ提供するサービスモデル(ひな形)として標準化されており監査項目としても使用されている。

そしてBUM(B=公共が様々なサービスを決定する、U=市民へ支給する、M=型)という「すべての人に公平に提供されるということ」が標準化(共通言語化)されているため、88自治体でも差異が出にくい且つ経済性や社会性の比較が出来るようになっている。

デンマークでは施設(事業者)は大きく2パターンがあり公設公営、民設民営を市民が選択できる。(選択せず空いているところに行くとならばすぐに入れる、利用できる)よって公設公営の場合の職員は公務員となる。介護職員は非常勤が多く90%が女性の20H~34H/週、食事時間帯のみ3H(学生含む。食事時間を豊かにするため)という人もいる。常勤でも7~7.5H(休憩0.5H)と日本よりも短め。労働基準が徹底されており、有給6週間は使い切らなければならず余った場合は買取になる。それでもメンタルヘルスへの課題があり、常に職員の状態に気を配っておかねばならない。

在宅介護(=訪問介護)については、16%が民間業者を選択している。7地区あり、ヘルパーは地区ごとに配置されている。当直センターには24H看護師が常駐しており何かあれば対応するシステム。この当直センターは地域包括されており、在宅だけではなく施設入居者も活用する拠点である。クリニックには歩行できる人は自分で行くことが原則であ

る。またKOLセンターという KOL（肺疾患）専門のセンターは、発作を怖がって入院したがるのを抑制し自分でコントロールして在宅生活が継続できるよう医師や看護師がサポートする。（特に薬の管理）

■ トレーニングセンター

スタッフは 260 人くらい。PT, OT, ST等のセラピスト、サービス品質管理、SSH（ヘルパー）、清掃、厨房、精神保健士、事務職など。

■ 配食サービス

食材の品質、新鮮なものを使用することを重要視している。栄養を考えた献立をもとに、冷凍食品などではなくキッチンで調理する。最終的には利用者が評価するため、統制がきいている。（税金運営という根底があるため、権利意識が高い。コスト重視では運営できない）とにかく「食」にこだわることで健康を維持することが重要。嚥下食にも取り組み中。

■ 認知症ケア

2014 年～スタート。自治体と家族が共同制作した 33 項目シートがある。毎月 1 回懇親会を開き、認知症がどのように進んでいくのかそのプロセスを 5 段階で整理した。については、対応する職員の認知症教育が非常に重要。最低でも 5 日間の研修プログラムを受講させている。また、社会全体の理解度を深めるためのキャンペーンを新聞やテレビ CM で実施。

（まとめ）総じて大事にしていること

- ① 本人の意思尊重
- ② チームケア（家族も巻き込む）
- ③ いきがい
- ④ 食事（栄養）と楽しい食事時間
- ⑤ 尊厳ある死を迎えること

【保育】児童憲章の下

保育（0-2 歳）と幼稚園（3-6 歳）という区別は無く併設。重要点は「自立心」「冒険心」「ここにいることで満たされているという満足感を育むこと」「子供のいうことに耳を傾け、その世界に入ること」である。

また、**を学ばせるという押し付けカリキュラムは無く、テーマをきめている。

①社会と自己成長 ②自然との共生 ③創造性 ④音楽 ⑤からだ

⑥人とのコミュニケーション ⑦自然・科学

そして、一人一人“違う”多様性を尊重する。自分と違うということを排除せず抵抗感なく受け入れるという寛容さを育む。保育士は「子供の成長」というものに深い知識が必要になる。目先をみるのではなく長い目で見た目標をもって対応する（この遊びをしたらどのようなことに繋がるのか、過程を経て何を得られるのか）

■障害福祉 社会サービス法

自治体によってサービスが異なる。障害について誰でも相談できる窓口があり、そこでどのような福祉機器、改築等・・・があれば日常をおくれるのか等を進めていく。ポイントはあくまでも「自助」であり、本人にとって何をサポート、補助をすれば自分なりの生活が、自分で継続できるか。特に身体機能が低下しないよう、機器でサポートすることが主流。

○被介護者

その人の程度によって、何がどの位必要なのかが変わってくるが、自治体が指定したもの以外を希望しなければ補助対象となる。自治体選定の機器は、OT や NS などの専門職が選んで提案するため、レベルの高いものばかり。ほとんどが OK となる)。

○介護者

リフトやベットは介護者がケアサポートするための機器としてマスト。専門 PT が調査し、必要と認められれば支給する。介護者がケアによって腰痛など身体を痛めることがあっては、絶対にあってはならない。(介護者側の尊厳)

○自立支援

高齢者(障害者) 本人自身もっている力が維持できることが大前提。なぜなら自分の事は自分ですることが生活満足に繋がる。それを持続するための最小限支援を自治体が保証する。また、インターネットを使える高齢者が多いため、買い出し程度は自分でやることが多い。

○バリアフリー支援

誰でも入っていける、使える設計が町全体にひかれている。難聴でもわかるように視覚でも判断できるようにしなければならない(UD化) それによって、ライフステージが変化しても生活を変えることがないよう社会全体を(五体満足の元気な人基準ではなく)“サポートが必要な人にも優しい“状態にしていく。

2/2 ユニット型特別養護老人ホーム Solgarden

100 床

13 : 30 ~ 15 : 00

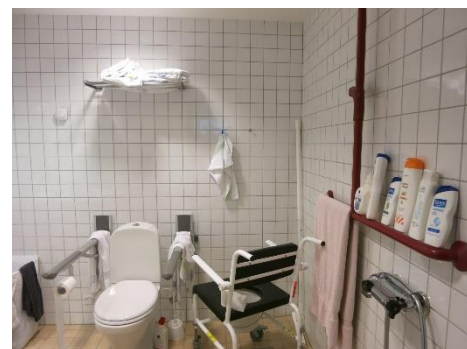


【概要】

改築 12 年前ほどということであるが、建物設計が素晴らしく高級マンションのようなつくり。採光が取れるよう大きな窓で建物内があえて見えるようにしてあるが、入居者には抵抗内容で、中からみえる開放感ある外の景色が気持ちをやわらげてくれる。ユニットは 4 ユニットで認知症専用棟 (F) がある。F はセキュリティに気を配っており、出入り口や床にセンサーを設置して、無断外出や転倒した場合にすぐ気づけるようになっている。



入浴は居室にあるシャワー浴のみ (デンマークではバスタブ廃止。→エコロジー優先) で、絞る所は絞りながら、天井走行リフトは各居室に必ず設置してある。処遇については住人に「何がしたいか、どうありたいか」という意思を必ず尊重する。そして必要だと判断した福祉機器はすぐに導入し、本人の「そうありたい」の実現に全力を尽くすが、薬では絶対に解決しない (どこるか使わないことが前提であり、使用するのは最終手段)。普段のケア力が一番重要であり、入院する事態にならないよう気を配っている。ターミナルは変動があるが、年 12 ~ 15 人で病院で亡くなることは稀。住人がここで最期を迎えることに誇りをもっており、その為には医師 (家庭医) と家族の協力がマスト。



○居室（例）

一人2部屋リビングと寝室。家具は個人の物。



○ダイニングのインテリアも素敵。ろうそくは「おもてなし」の印でデンマークではマストアイテム。ここでは電気のろうそくを使用。



○動物セラピー

デンマークの郊外には牧場が広がっており、馬も身近な存在。犬だけではなく馬もセラピーとして活躍している。



Q:排泄リズム（コントロール）はどうしているか

今までは自宅から来たときオムツや排泄状況をヒヤリングして調整していたが、いまはプロジェクトで電子センサー付きのオムツを試している（直接担当ではないので詳しいことは不明）主旨としては、交換タイミングがわかるようになりオムツの種類やタイミングなど本人状態にマッチした備品をあてがうことができるようになる。また交換の無駄がなくなることを期待している。



Q:一番多い薬の種類は

心臓疾患、利尿、胃、鎮痛剤、下剤

Q:パロを使ったことは

導入予定である

Q:待機者

在宅困難な人は 3 日以内に入居するルールがある。施設に拘らなければスグには入れる。

（空いているところにすぐに） 在籍期間は2~3年が多いようだが、ここでは+1~2年と長い、つまりケア力が高いと考えている。

【総評】

午前中に自治体、午後に公設公営の特養を視察したが感心したことは自治体が言っている事と現場でいっている事が一貫しているということだ。本人の尊厳、残存能力の維持、他職種連携等、日本でも全く同じことが叫ばれているものの専門職が自信をもって説明できる域には達していない。この違いはどこから来ているのだろうか。個人的な見解としては大きく2点あり、リソースとしての人と金だ。

1点目は人の資格制度。看護師、作業療法士のステイタスの仕事内容と聞いていると決定権を与えられておりそれにふさわしい資格制度とキャリア構築ががなされているのはいか。介護職についても SSA と SSH とレベルがはっきりしており、日本と違って出来ること、任せることも異なるだろう。役割と責任が明確に決められている事によって結果をだせるチームになっているように感じる。ただし、役割が明確になっている分、交わる部分が少なく日本の「協働する」という点では人間関係も含めてうまくいっているかどうかは不明だ。

2点目は潤沢な金を自治体がかげられる、ようは税金が高い分、予算を社会保障に充てられるということである。優秀な人材を得るには給与を高め設定しているだろうし、改築や改修、居室などに必ず設置する天井リフト、各種福祉機器も種類と量を揃える必要がある。これらはすべて公金で賄われており、それを利用する住人は満足を得てコストを負担してきた見返りとして自分の尊厳や希望を叶えることが可能となるのだ。

では、これらの良い点を実現するにはどこから手をつけなければならないのだろうか。当然ながら法律、制度が変わり行政がリーダーシップをとって先導するべき点が多い。ただし

それを待っているうちに時間は過ぎて高齢者は増えていくばかりで事態が悪化していくばかりだ。まずは自施設がコントロール出来る範囲で、とにかく人を育成すること。そして、介護福祉の概念、思考する能力、サービスへの実行、それに必要なものへの投資、成果を言語化して常に社会へ発信していく。この流れを地道に、着実に、実行していくしかない。

まずは自分がリーダーシップをとり、自分のいる場を変えていく。それによって従業者、利用者、法人、地域、日本が満足する状態に少しずつ近づけていけるのではないだろうか。

以上