

第2章 訪問先調査報告

デン・ハーグ市役所

訪問日時：2012年10月15日（月）9:00～10:30

訪問先：デン・ハーグ市 (Den Haag)

対応者：ボブ・ミアスタ氏（市職員 高齢者対策担当）

ファン・ルーベン氏（市職員 マントルケア担当）

カーリン・クライン氏（マントルケア協会）

ルージニ・デュールマン氏（マントルケア協会）

1 訪問に当たって

介護保険制度の発祥国であるオランダは、中福祉中負担の国である。特別医療介護保険（AWBZ）は生涯にわたり、全国民が収入の12.15%を保険料として負担している。この保険料と税の負担により、高齢者施設の入所や医療費のほとんどが無料であり、誰もが老後の安心を実感している国である。

デン・ハーグ市の2011年1月1日時点における65歳未満の人口は49万2,191人で、65歳以上の人口は6万4,105人である。また、高齢化率は12.9%と比較的低く、高齢化は日本のように深刻ではないため、高齢者施設の不足もないが、すべてに自己負担がないために将来のさらなる財政負担の増加への危機感は強い。なお、2015年には、65歳以上の人口は6万9,500人になると予想されており、増加傾向にある。

そこで、市が目指す高齢者対策として2012年度から2014年度までの実施計画が2007年に策定され、現在、その対策に対して市全体が積極的に取り組んでいる。計画は12個のプロジェクトと、それに対する44個の項目があるが、その内容は、死に対する対処、認知症患者の対応、また、高齢者に対するアプローチなどが主であり、それに対してケアをする組織が存在し



デン・ハーグ市役所内観

ている。その中で、市が行っている支援としては、高齢者に対するボランティアなど民間の活力を活かしたメニューを充実させる一方、介護者に対しての支援にも力を注いでいる。これら支援の取り組みは、高齢者が社会へ参加することを目指し、寝たきりやひきこもり、施設入所を減らすことが目的である。そのための対策として、マントルケアというものが積極的に取り入れられているが、このマントルケアというものに焦点をあて、オランダにおける地域福祉がどのように推進しているのか調査を行った。

2 訪問先について

デン・ハーグ市は、北海沿岸に位置するオランダ南ホラント州の基礎自治体であり、同州の州都である。人口 49 万 6,296 人、面積約 98km²、事実上のオランダの首都で、アムステルダムとロッテルダムに次ぐオランダ第 3 の都市でもある。

13 世紀にその原型が作られた騎士の館と称される建物が現在の国會議事堂となっている。また、国會議事堂のほかに、王室の宮殿、中央官庁、各国の大蔵省などが置かれており、ほぼすべての首都機能を持っている政治の中心都市である。なお、国連の常設機関である国際司法裁判所や国連が特別に設置した旧ユーゴスラビア国際戦犯法廷、国連から独立した国際刑事裁判所などの重要な国際機関が複数置かれ、「平和と司法の街」とも呼ばれる。

一般的に首都とされているアムステルダムは、憲法上で首都と規定されており、実質は離宮的な存在とはいえ王宮も存在しているが、歴史的にも首都機能はデン・ハーグ市が担っており、「法律の世界首都」そして「平和と司法の国際都市」としてのブランド化を目指している。



デン・ハーグ市の街並み

現在、ニューヨークに次ぐ国連都市であり、国際会議の中心地として重要性が高まっている。

3 ヒアリング内容

(1) マントルケアについて

①マントルケアの概要

マントルケアとは、例えば、日本の介護保険でいえば、事業者による在宅での介護サービスの提供のような何かの制度に則ったものではなく、高齢者、障害者の家族や友人、隣近所の人による献身的な介護のことをいう。また、マントルケアの提供者は、あくまで無償のボランティアである。

しかし、難病にかかった家族や障害者をケアする場合も、ケアをする側の生活も考慮しなければ、次はそのケアをする人が病に倒れてしまうことになるため、このマントルケアを行う人たちを支援する組織として、マントルケア支援グループがある。

マントルケア支援グループは、基本的に各自治体に1つは存在し、場合によっては自治体の域を越えて連携・協力しながら利用者の立場になり、マントルケアをする人をサポートしている。この運営費はすべて「社会支援法(Wmo)」から出ており、自治体経由でサポート提供者を支援している。また、



ヒアリングの様子

州や自治体によっては、これに自主財源を追加しているところもある。

マントルケア支援グループは、マントルケア提供者の負担を軽減するためにボランティアを探し、組織をつくり、マントルケアを必要とする各家庭の支援を行う。マントルケア提供者は、ほとんどの場合、ケアに関する資格を持っている。そして、資格を持たないボランティアに対して教育の場を提供することで、そのボランティアが行うケア内容の質の向上を目指す。また、マントルケア支援グループは、ケアによって、ボランティアとその勤務先との間に問題が起こらないよう、経済団体やマントルケア提供者の勤務先を訪れ、個人の事情やマントルケアに対する理解を深めてもらうために、さまざまな説明や交渉を行っている。ま

た、マントルケアに携わる人々が安心して休暇をとて、次のケアに向けての活力を生み出すことができるよう、マントルケア支援グループがサポートを行っている。

オランダ医師会では、マントルケアに携わる人々に、多くの医療行為に特化した上質の教育および訓練を行い、ボランティアが安全に利用者の立場に立ったケアを行えるようにしている。

人口 1,673 万人のオランダで 100 万人近くの家族、友人、隣近所の人が障害者や要介護者のマントルケアを行っているが、政府はこのマントルケアにより、障害者や要介護者は、すぐにケアホームやナーシングホームを利用することなく、これまでと同じ生活環境の中に長くいることができ、より長く独自の自立した生活習慣や環境、生き方を継続できると、その重要性を訴えている。

②デン・ハーグ市におけるマントルケアへの取り組み

デン・ハーグ市では、高齢者のケアに関するテーマは、高齢者が積極的に社会へ参加するように促すこと、高齢者に対する十分なサポートを提供すること、高齢者に適切なケアを行うこと、以上の 3 つである。

そのために、マントルケアも積極的に取り入れているが、そのシステムを如何に作り上げたとしても、マントルケアを行う人たちの理解や行動がなければ、高齢者が適切なケアを受けることができないと考えられている。

2012 年度の市全体の予算として 21 億ユーロのうち、高齢者施策に関する予算は 350 万ユーロ、そのうちマントルケアに関する予算は 250 万ユーロとなっており、高齢者のためのさまざまなアクティビティ、アドバイザーおよび施設のほか、さまざまなプロジェクトに投資している。

マントルケアに携わる人は、市の人口 49 万 6,296 人に対し、約 8 万人と大きな割合を占めているが、そのうち約 1 万 2 千人が心身ともに負担を感じている。



デン・ハーグ市職員による説明の様子

このため、マントルケアが十分に機能するように促す政策として、マントルケアを行う人たちの負担が大きくならないよう、その負担を解消させるための計画が進められている。その1つがマントルケアを行う人の代役を用意するということであった。実際に、マントルケアを必要としている人の自宅を訪問して、どのようなサポートを必要としているか、どのようにサポートを提供していくべきか、それとも代役が必要なのかということを市で調査する。そして、代役が必要な場合は、ケアに関する資格を持っている専門職を代役とするのか、または、資格のないボランティアを代役とするのかとさまざまな可能性を探っていく。また、各地域には集会所があり、そこを起点に、誰にでもできるような簡単な内容、例えば、犬の散歩や買い物などは住民たちがサポートするなど、住民同士の助け合いの仕組みが作られている。なお、学校などの教育機関とも連携をとり、マントルケアの内容について、どんなサービスやアクティビティが求められているのかということを次世代にも伝えている。

(2) マントルケア協会の取り組み

デン・ハーグ市では、マントルケアが滞りなく進められるように、様々な組織と連携をとっているが、その中でも重要な組織としてマントルケア協会があり、市の費用によって出資されている組織である。

デン・ハーグ市では約8万もの市民がマントルケアに携わっているため、「マントルケア」という言葉が、市民の中に根付くように活動を行っている。

現在、マントルケアはデン・ハーグ市だけではなく、オランダ全国の政策としても注目されているため、マントルケアに対して時間と費用を充て、社会に浸透させていくことによって、社会を円滑に運営させるということを目指している。

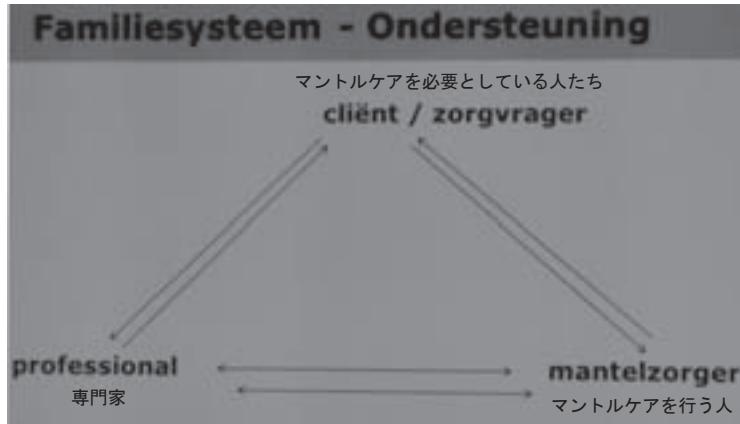
そのためには、核となるマントルケアを必要としている人たち(病人や障害者、子ども、または高齢者)、マントルケアを行う人たち(身近な家族など)、そして、専門職(マントルケアに携わる人、医者など)といった三つ巴の関係性とそれぞ



マントルケア協会からの説明の様子

れの立場を把握しておくことが重要であり、教育機関においても、今後、福祉に携わろうとしている若者や医師を目指している人達に対しても、この三つ巴の関係性を常に意識するよう促している。

実際、マントルケアを行っている人々は、就労している人が多く、自分の仕事を持しながら、家族の世話をしているため、マントルケアだけで疲れてしまわないよう快適かつ健康な状態を保つことが必要であり、



マントルケアにおける三つ巴の関係性および立場に関する図

そのために、各企業や組織のマネージャーにも協会から情報提供をすることが行われている。

また、マントルケアを行う人が仕事や買い物に行っている場合でも、ケアを受けている人に、異変が起きたときはコールを鳴らして周りに知らせることができるようにになっている。その時には、マントルケアを行う人がすぐに駆け付ける必要はなく、他の人が駆け付けるため、マントルケアを行う人は、安心できるとのことであった。

なお、協会は、市内の各地域にインフォメーションデスクを設けており、そこではさまざまなアクティビティを行い、高齢者が通う場所にもなっている。また、マントルケアというものがどのようなサービスであるかということについて、窓口またはインターネットからもさまざまな情報の提供が可能になっている。これらのサービスを利用するためのアクセス方法としては、協会から利用者やマントルケアを行っている人の家に訪問することも可能であり、利用者に直接聞かれて困る場合は、マントルケアを行う人たちが協会の事務所を訪れることが可能である。また、メールやウェブサイトでの対応も可能であるため、マントルケアを行う人を探す場合でも、どんなサービスが求められていて、どんなサービスを利用できるのか、簡単にウェブサイトから確認することができる。そういういったプログラムが開発されたのも、市との連携や予算があるからこそ可能となっている。

右図はマントルケアのロゴである。マントルケアの「マントル」というのは、「上着（コート）」という意味で、それをモチーフにして作られている。この「上着（コート）」というのは、みんなで腕を囲い込んで助け合う・支え合うという意味合いがあり、このロゴがシンボルとなっており、デン・ハーグ市では、新聞の広告や啓発にこのロゴが使われている。



マントルケアのロゴ

4　まとめ

今回視察したデン・ハーグ市でのヒアリングから、オランダでは、福祉に携わる職業に就くこと、みんなで何かをやり遂げるということ、そして、それを実感しながら毎日仕事に取り組めることが大変素晴らしいという住民意識を持っていました。また、社会全体が健康でいられるように日々取り組んでいる姿勢も見られしたことから、高齢化が進む中でも、社会そのものは、充実していると実感した。

近年、日本では、社会・経済状況の大きな変化に伴い、これまで福祉の対象となりづらかったホームレスといった社会的援護を要する人たちへの支援、また、ひきこもりや虐待といった新たな社会的課題への対応が早急に求められるようになってきた。そのためにも、地域社会での支えあい活動の取り組みの推進が大切だと考えられる。地域福祉の中心とされている各自治体において、これまでにさまざまな取り組みを行ってはいるものの、厳しい財政状況の中、その取り組みそのものがあまり進んでいないところも多い。それはオランダでも同じ状況であるが、だからこそマントルケアといったものが必要になってきているのではないかと考える。

今回、デン・ハーグ市における調査および研究を行ったことで、私たちの市町村が取り組むことができる地域福祉やそれを支える仕組みについて、今後どうするかを考え、実践していかなければならない。高齢化が進んでいく中では、決して容易なことではないが、福祉に携わる私たちはもちろんのこと、老若男女問わ

ず、福祉に対する意識や興味を持たれるようなアプローチを行い、そして積極的に参加・協力し合っていくことができれば、支えあい、分かち合える社会に向かっていくことができるはずである。そう実感することができた有意義な調査研究となつた。



対応していただいた職員を囲んで

NICTIZ（ニクティズ）

訪問日時： 2012年10月15日（月）11:00～12:30

訪問先： NICTIZ デン・ハーグ市

対応者： ミフィル・スプレンガー氏 (DR. M. Sprenger)

1 訪問に当たって

電子カルテとは、病院や診療所、歯科医院などで受診した際に、医者がその患者の診療の経緯や病状などを記載するカルテを電子化したもの。データを電子化し一括管理することができれば、今まで、それぞれの医療機関で持っていた一人の患者に対して複数存在している紙ベースの患者データを、医療機関で共有することができる。患者情報のデータ化により、診療時間の短縮、それに伴う患者の待ち時間の短縮、医療機関の事務の効率化、患者への特定の薬（例えば、向精神薬などの過度に服用すると危険な薬）の複数の処方および飲み合わせの悪い薬の投薬防止などが期待できる。また、日本では、1999年4月22日に厚生省（当時）から、「診療録などの電子媒体による保存について」通称「電子カルテ通知」と呼ばれる通知が出されたことで医療分野のIT化が明確化された。その後、2001年12月に厚生労働省が策定した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」において、「平成18年度までに全国の400床以上の病院および全診療所の6割以上に電子カルテシステムの普及を図ること」が目標として掲げられた。しかし、2012年現在未だに達成されていない。現在、導入時期が不明確ではあるが、近い将来、マイナンバー制度が導入されることを視野に入れながら、医療のIT化が推進されているオランダの実態および制度化の経緯、また、日本では真っ先に問題になりうる個人情報の取り扱いについて知ることを目的とし、オランダの医療情報ネットワーク化推進のためのNPOであるNICTIZを訪問先として選定した。



ミフィル・スプレンガー氏

2 NICTIZ の概要

オランダでは、病気になったら初めにかかりつけ医(GP)にて受診し、週末や夜間は、代替医にかかる。また、かかりつけ医の紹介がない場合、原則二次医療に繋がらないため、かかりつけ医と代替医、医療機関相互の情報交換も不可欠となる。オランダにおける電子カルテの普及率は98%となっており、2002年にNICTIZが設立されて以降、本格的に医療のIT化が推し進められている。政府は、医療の基本的なシステムをAORTA(アオルタ)と呼んでいる。これは、オランダ語で「動脈」という意味の言葉であり、体の中で大事な部分、すなわち、国においてもそれだけ医療IT基盤が重要であると考えられていることの表れである。NICTIZは様々な医療システムにある患者の情報を全国規模に整備されたAORTAを介して取り出す仕組みの開発に取り組んでいるNPOである。これまでに様々な組織分割があり、現在の職員数は40人となっている。

NICTIZの主な活動内容は、大きく分けて4つある。様々な医療機関をつなぐ上での様々な基準を明確化し維持すること、医療の情報交換のためのインフラを立ち上げそれを運営すること、医療アプリケーションをインフラにのせること、培ってきた知識を提供し、アドバイスすることの4つである。今回の訪問では、主に医療の情報交換、特に医療機関相互の情報交換のためのインフラの立ち上げの経緯および運営について話を伺った。



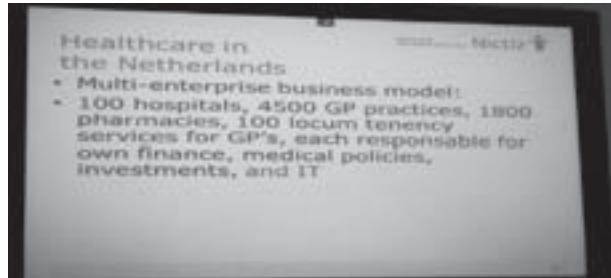
NICTIZ 外観

3 ヒアリング内容

(1) オランダの電子カルテの概要

オランダでは、2002年に患者情報のオリジナルの保管場所をそれぞれの医療機関と決め、患者情報の保管責任を、その患者が受診したそれぞれの医療機関に持たせることとした。オランダには病院100カ所、開業医4,500カ所、公的薬局1,800カ所、休日の代替医100カ所が存在し、企業の中などではなく、それぞれが独立

した医療機関独自の患者情報の保管のためのシステムを持っている。よって、異なる医療機関相互の患者情報を交換するためには、その独自の医療機関のシステム相互の連携が必要となってくる。そのような状況の中で、NICTIZ が設立され、オランダ中央政府に置かれた患者情報の共有のためのソフトウェア開発に取り組み始めた。



スライドの写真 オランダの医療機関数について

AORTA にアクセスできるのは、NICTIZ によって認可を受けた医療従事者およびシステムのみである。現在、技術的にアクセスできるのは、薬局、開業医の 50%、夜間開業医の 90% であり、オランダ国民 1,673 万人のうち半数が、一度はそのシステムに登録されたことがあるとのことである。その際、国民の医療情報は、2008 年に政府によって付与された個人番号（以下、国民 ID とする）によって管理されている。

オランダの特徴としていえることは、公的な薬局および開業医では全ての患者情報が電子化されていることである。しかし、高齢者施設や障害者施設では、請求書を送るなどの事務的な部門以外での電子化は 10% にとどまっている。

ここ 10 年間、政治的な話に時間を費やしており、医療機関の中には、国の動きを待てずに、医療機関相互の小さなネットワークをつくる状況もある。また、国とは異なる考え方の組織もある状態であり、オランダにおいても国レベルでの情報共有については、検討段階にある。

（2）投薬処方ソフトウェアについて

実際の電子カルテの運営の例として、投薬処方ソフトウェアについて説明があった。NICTIZ が投薬処方ソフトウェアを開発したのは、患者の安全確保のためでもある。というのも、医者が患者の薬の処方歴を知らずに投薬してしまうと、アレルギーなどがでてしまう可能性があるためである。現在機能しているのは、患者の国民 ID や、いつ処方されたかというような投薬履歴と、代替医への要約された患者情報の提供であり、その他はまだ開発中の段階である。将来的には、過度の投薬や、飲み合わせの悪い薬の投薬がないかをチェックする機能を経てから患者に渡すという流れを作る予定である。薬局が患者に薬を渡すと、渡した日付、

患者の国民 ID を国に送信する。オランダは薬局が多く、患者が一つの薬局に行くとは限らないため、あらゆる薬局からの患者情報が必要となる。現在は、薬局が国に患者の投薬処方データを渡すことに対する義務はないが、一つでもデータが欠けてしまっては、患者それぞれの投薬処方データが完成しないため、将来的には国に患者データを送った薬局への金銭的な優遇をする予定である。

実際、薬局に対する監査機関は、投薬した情報を見られたほうが安心であるため、情報を公開した方がよいという考え方である。

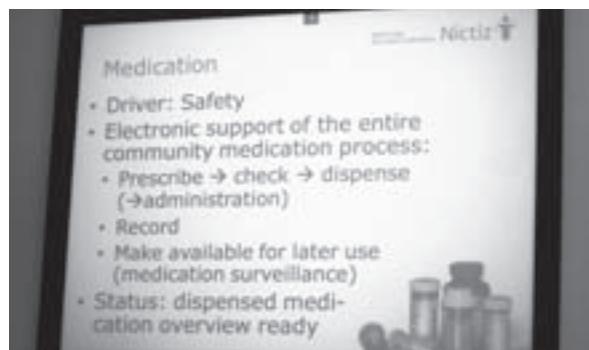
(3) 個人情報の問題について

現在オランダでは、医療情報の

公開について国民が拒否している前提で動いており、公開に対して許可しない限り情報公開されないとになっているが、NICTIZ としては、この前提を変えたいと考えている。つまり、国民が拒否しない限り、情報が公開されるというように変えたいとの意向である。

2008 年 11 月に NICTIZ が、あらゆる家庭に自分の医療情報の公開について拒否する権限があることを周知する通知を送った。その結果、45 万人、およそ国民の 2.8% が自分の医療情報の公開に対して拒否をすると答えた。その後、2009 年から 2010 年の間、日本でいうところの国会で、医療の電子化について討論された。内容は、近隣患者や有名人の情報の医師による悪用、また、保険会社による特定の病気にかかっている患者に対する保険加入の拒否が起こるのではないかというようなプライバシー保護の問題であった。これに対し、患者が自分の医療情報にアクセスした場合、携帯電話にメールがくるなど、悪用された根源が辿れるようにすることを提案し、2010 年に合意を得たが、最終的には 2011 年に国会で否決されてしまった。これによって、国の援助がなくなってしまい、NICTIZ も分割され、医療の電子化のインフラは現在、国ではなく保険会社の手に渡っている。

NICTIZ の職員たちが、この失敗により学んだことは、一つの組織でデザイン、組織化すると、それが否決されたときに使えなくなってしまうことがあり、組織を分割する必要があるを学んだ。そして、スケールとしては、国レベルと考えて



スライドの写真 投薬処方ソフトウェアについて

いたが、運用は地域ごとに行う方がよいのではと考えるようになった。

しかし、大切なことは、システムの使用率が年間で 18%伸びていることであり、これは、医療 IT が必要とされていることの表れである。使用頻度としては、2011 年では 1 億回のメッセージのやり取りがあった。これは、国民 1 人当たり約 6 つのメッセージのやり取りがあるということであり、利用頻度は非常に高い。今後、NICTIZ は、医療の電子化の構築のために、あらゆるソリューションを提供し、アドバイスしていく機関として機能していく予定である。



ヒアリング風景

4 まとめ

現在、日本では柔道整復、あんま・マッサージおよび鍼灸を除く診療報酬明細書の電子化が全診療報酬の 90%以上進んでいるが、それは医療機関同士の情報共有という側面ではなく、主に医療機関が保険者（市町村や全国健康保険協会などの保険の主体）に対して医療費の請求をする際に使われているものである。一方、オランダで進んでいる電子カルテは、患者自身への医療情報の公開も視野に入れた、医療機関同士の情報交換であり、これは、日本の目指すところでもある。

今回の NICTIZ の訪問から、分かったことが二つある。一つ目は、電子カルテをより効果的に使用するためには、地方自治体の役割が大きいということである。電子カルテの国レベルでの運用の失敗例にもあったように、電子カルテは限られた地域での運用が望ましい。国レベルで管理すれば、垣根なく全国の情報を見ることができるという利点もあるが、情報漏洩のリスクや、実際に運営した際の患者へのきめ細かな対応などについて考えると、市町村単位での地域に密着した運営が望ましい。また、日本の国民健康保険中央会では、国保データベース（KDB）の構築も進んでいる。国民健康保険、後期高齢者医療、特定検診・保健指導、介護保険などの給付情報を結びつけ分析することにより、地域ごとの情報の把握や、被保険者に着目した保健、医療、介護の時系列の状況の情報を把握することで、

地域の問題把握、取り組むべき課題、取り組みの効果を把握することができる。また、電子カルテとの併用により、症例データベースとしての役割も期待できることから、類似症例の分析を通じて、医療の質の向上に役立てられるのである。

二つ目は、電子カルテの実現には、国民の行政への信頼が必要であるということである。例えば、オランダでは、政府に個人情報を握っていたために第二次世界大戦時に、ナチスドイツに情報が漏れてしまったことから、情報を国に握られることへの拒否感があるため、中央に情報を保有する形での運用は難しいとの話があった。先ほども言及したように、実際の事務作業は地方自治体で行う方が良いが、医療機関を繋ぐ役割は、国レベルでの運用をなくしては意味がなくなってしまう。なぜなら転出時や旅行先での医療機関受診時に、情報が得られなくなってしまうからである。よって、日本の現状や実際に情報が使われる様々な場面に即した運用が必要である。

冒頭でも触れたように、日本では、近い将来、マイナンバー制度が導入される予定となっており、国民にそれぞれナンバーが与えられることとなる。その上で個人情報の問題は避けることができないとオランダの例でも分かる。マイナンバー制度の導入が実現すれば、電子カルテ実現への第一歩を踏み出すことができるを考える。今回の話の中でも、電子カルテの実現には国民 ID の存在が大きかったとの話があった。そのような意味で、日本での電子カルテの実現もそう遠くはないといえる。そのような中で、医療の電子化が推進されているオランダの現状を伺うことができたことは、とても大きな意味を持つだろう。



ミフィルスプレンガー氏を囲んで

高齢者複合施設 Cardia（カルディア）（オランダ デン・ハーグ市）

訪問日時：2012年10月15日（月） 14:00～15:30

訪問先：NPO法人 高齢者複合施設カルディア

対応者：ポール・カーベラー氏（施設経営者：2名のうちのひとり）

バーバラ・ファーディー氏（施設長：今回の主プレゼンター）

インゲ・フラウ氏（施設ケアのチームリーダー）

バウリン・コール氏（精神科のチームリーダー）

リンダ・デフォルト氏（設備の担当者）

1 訪問に当たって

オランダの高齢化率は16.2%と、日本と比較するとまだまだ低い。しかし、家族構成をみると高齢者夫婦や一人暮らしが多く、配偶者以外の家族と同居する率はかなり低い。今まで、オランダでは高齢者施設や高齢者向け住宅を整備することでそのような人々に対応してきたが、近年高齢者の主体的な生活を支えることや、家族や地域のボランティアなどの支援を受けることで施設から在宅へと転換する方向になりつつある。

今回訪問したカルディアは自立している人から終末期の人までが生活をしている高齢者複合施設である。将来的には支援活動を更に地域に拡げて人々との出会いの場をつくっていく方針とのことである。

この観察で、現在のオランダの福祉制度の中で、施設における高齢者対策がどのようになされているのか、ボランティア、マントルケアに対するオランダの国としての考え方と支援する立場の人々の実際の現場での働き、施設とその周辺地域の関係などについて調査を行った。

2 訪問先について

施設長のバーバラ・ファーディー氏によると、カルディアとはキリスト教の施設ケア（老人ホーム）と在宅ケアの組織の合併に伴い、2006年1月1日に設立されたが、その後、他の施設とも合併して、2008年にこのような高齢者のための複合施設になったという。ここは入居者とその周辺住民のための施設として存在し

ている。

カルディアとは、ギリシャ語で「心臓(ハート)」を意味する。その名には設立者の理念が込められている。福祉は人の手によるものという心がその根底にある。

カルディアの職員は、利用者が何を必要としているのかを本人と共に考え、自己決定を支援している。そして、ボランティアは本人の意思を尊重し、協力するという姿勢を持っている。

カルディアは、ホームページや季節ごとの雑誌などで、周囲の人々に情報提供をしている。ホームページでは、施設のビジョンやミッション、カルディアのアクティビティプログラムに参加している人々の交流の場でもあるブログ、家事や介護、看護、食事など在宅ケアに関する内容、アクティビティスケジュールを見ることができる。また、カルディアで働きたいという人、ボランティアをしたいという人のためのボランティアガイドなどさまざまな情報を手に入れることができる。



高齢者施設カルディア

3 ヒアリング内容

(1) カルディアという組織について

カルディアは、キリスト教の組織から出発したものであり、現在はN P O 法人の高齢者福祉施設である。

また、カルディアは、この地区の住民のソーシャルワークも行い、社会に求められている高齢者のためのさまざまな目的をもった支援サービスを一ヵ所に集めて、建設された複合施設とし



施設経営者のガーベラー氏（右）と施設長のファーディー氏

て機能している。

ちなみに、オランダでは人々が求めている高齢者用住宅、施設を建てることが法的に可能である。国民が求めているものであるということであれば補助金を出すという国の方針がある。そのため、施設を建設し、事業を行う時は常に「これは国民から求められているものか」「時代に合ったものか」どうかを考慮する必要がある。制度や人員基準が厳しい日本とは大きく異なる点である。

オランダは今までさまざまな法律を見直し、制度を変革してきている。しかしあとまだ福祉制度には動きがあり、今以上に国民が暮らしやすくなるように進化し続けている。政府による制度改革が毎年あり、それに沿って現場も変化している。

カルディアは専門的なケアを効率的、効果的に提供している。今回、オランダの他の施設においても、この「効率的、効果的であるか」という言葉を何度も耳にした。オランダという国では「効率的、効果的」という検証が常に意識的になされているということが考えられる。

(2) カルディアで働く人々とマントルケアについて

①職員とボランティア

職員（長期的、短期的雇用契約職員の合計）：600人

ボランティア：250人

職員は、ボランティアを自分たちとほとんど同じ立ち位置にいるものとしている。しかし、利用者に対しては医療的な責任が伴うため、ボランティアは必ず職員と一緒に行動し、責任は職員がもつことになっている。

ボランティアは日々のアクティビティに参加して職員のサポートをしている。プロの職員とボランティアが一緒に何かをするということが大切である。

また、組織としてプロフィールをきちんとしておくことも大切である。最近はボランティアを希望する人が多いため、希望者のプロフィール評価を行っている。オリエンテーション時には、ボランティア個人の適正をみて、その人に合った配置をするようにしている。

②マントルケア

このカルディアに住んでいるほとんどの人はマントルケアを受けている。完全に自立している人にも週1回は家族が訪れている。日本では、普通の家族の交流

とも思えるが、それもマントルケアを受けているということにあたる。

(3) カルディアの利用者と施設について

①利用者

カルディア全体で 1,300 人の利用者がいる。

300 人がこの施設に居住している。比較的若くて自立している人もいるが、ここで亡くなる人もいる。

1 千人が施設周辺に居住している。

②施設

上層階は住居になっており、裕福な人の場合はやや広いスペースの部屋に住んでいるが、低所得者向けのコンパクトな部屋もある。

施設の玄関には二重に大きなガラスのドアがあるが、風除けのため片方が閉まると、もう一方が開くという仕組みになっている。つまり外側のドアか、リビング側のドアのどちらかが閉まらないと、もう片方が開かないということである。

玄関から中に入ると正面に大きな食堂兼リビングルームがある。厨房では温かいものと冷たいものを別々の部屋で調理している。この食堂兼リビングルームは食事時のみならず、数々のアクティビティに使用されている。視察時はbingoゲームを楽しむ高齢者が数十人集っていた。

1 階の奥にはフィジオロジールームがあり、日本でいう理学療法士（作業療法士の業務を含む）がここでリハビリを行っている。

また、カルディアは医療機関でもあり、ここから地域に



カルディアの食堂兼リビングルーム



カルディアのフィジオロジールーム

訪問や往診をしている。この施設は市境にあるため、デン・ハーグ市のみではなく周辺地区も対象地域となる。都市部にはさまざまな施設があり、利用者は施設やサービスを選択することができる。

この施設の運営方針としては、なるべく組織を小さく保ち、個人的なコンタクトを重視しようとすることが特徴である。

(4) カルディアのサービス

①施設ケア

カルディアはNPO法人として独立運営している。制度としては、オランダの特別医療費補償法（AWBZ）による支払いが運営されている。国の補助制度に合致したプロジェクトには、国から補助金が出るが、ここでは、認知症のプロジェクトに対する補助金の交付を受けている。

また、日々の生活の援助や施設内のアクティビティを行っている。

②施設からの外出

施設ケアの他にもさまざまなアクティビティを行っている。

例えば、外出（博物館見学やチューリップなどの花見）にも出掛けるが、そのときには、マンツーマンのサポートをしている。また、この施設においてアクティビティ時にはボランティアが必ずかかわるが、ボランティアは利用者個人に対してどうやって手伝ってあげればよいかを常に考えている。

③終末期ケア

この施設で最期の時を迎える人もいる。そのような場合は終末期ケアが行なわれる。利用者が終末期の状態になると最高レベルのスタッフ体制やケアが必要とされるレベル10と判断され、それにより、スタッフの体制やケアも変わってくる。

終末期の家族ケアとして、「家族の夕べ」という催しを行うが、家族が訪れてスープを飲んだり、医師や専門職と情報交換をしたり、家族のケアについても相談をしている。それ以外にも気軽に家族がコーヒーを飲みに来たりもする。

そして、この時期は24時間いつでも、誰かが付き添うようになる。家族ではないボランティアの場合もある。また、必要時は教会における神父や牧師にあたるようなスタッフがいる。最期を迎えようとしている人に家族がいれば家族になじみの神父や牧師があたり、家族の精神的な安寧も与えられる。最期を迎えようとしている人はそれぞれ求めるものが異なることが多い。何も話したくないと思う

人もいれば、すべてを話したいという人もいるので、スタッフはその要望に沿って対応する。話をしたいという場合には、亡くなる前に聞いてもらいたい話を聞く機会を必ず設けるようにしている。

カルディアでトレーニングの一つに取り入れられているものに、「時間の感覚・とらえ方」がある。同じケアにおいてもゆっくりと行う。また、話すテンポについても同じく、ゆっくり話すことにより相手に与える印象が異なるということを知るためのトレーニングである。

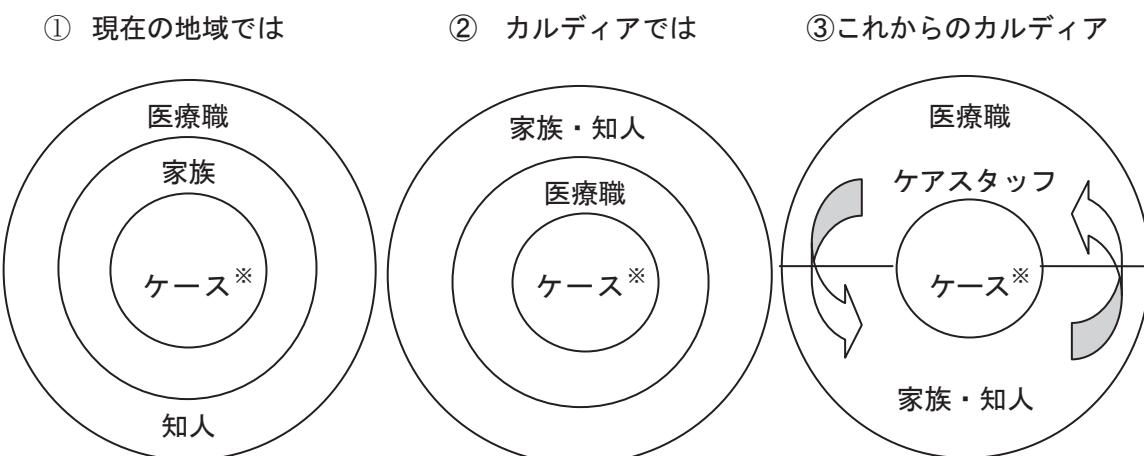
最期の時はその人にとっては何も必要としない時期か、何でも希望が叶えられる時期でもあるが、死期を迎える頃になると家族の訪問、マントルケアが重要である。

(5) 将来に向けて

施設長のファーディー氏は「地域には高齢になっても自立して生きている人がいるので、カルディアは、在宅生活者においても、出会いの場を求めている人たちに出会いの場を提供していきたい。なるべく、この施設を地域の真ん中にして高齢者が集まれるようにしていきたい。」と述べられた。(図表1を参照)

また、自立して生活することを重視し、ケアという観点から高齢者がケアセンターの近くに住めるようにしていくことは、効率が良いことから、施設は地区単位で設置するという政府の方針で、カルディアのようなスタイルが勧められているそうだ。

図表1 これからのカルディアが目指すもの



*ケース：カルディアの利用者、またはこれからカルディアを利用する地域の人々のこと

出典：カルディアでの聴取内容から研究員作成

4 まとめ

今回視察した高齢者複合施設カルディアでは、一人ひとりの利用者がどのように生きたいか、という部分を大切に暖かく見守りながら、専門職・ボランティア・家族・友人たちがサポートしているという状況がよくわかった。

国の制度とその方向性を視ながら施設運営の舵を切る、また将来を見据えて自分たちは今何をしなければいけないかというミッションをしっかりと持っていることに感銘を受けた。今回の視察に当たり事前学習で日本とオランダの福祉制度の違いを学んだが、特に異なる二つの点についてここに追記しておく。

一つ目は、日本の公的介護保険に相当するものがオランダでは特別医療費保険という制度のもとで行われている。オランダでも日本と同様に申請した人は認定を受けるが、それは地域のケア判定センター（CIZ）という機関が担っている。ここは日本のような介護度を決めるのではなく「機能」別のケアの必要時間と提供時間を決めるところである。

認定（判定）された場合にその人が受けるサービスは、それぞれ、身体介護、看護、リハビリ、施設入所、ショートステイ、ガイダンス（暮らしの助言を行うこと）、医療（家庭医含む）とに分かれ、何のサービスが週に何時間という形で、ヘルパー、看護師、家庭医などによって提供される。

二つ目は、日本では、介護行為は介護福祉士やヘルパーが、看護行為は看護師が担い、いくらヘルパーが経験年数を重ねたとしても看護師になるには看護学校に入り直さなければならない。しかしオランダでは1997年から資格構成が変わり、ヘルパーが教育の積み重ねにより看護師になれる仕組みができあがった。ケアに従事できる専門資格の構成はレベル1からレベル5に分かれている。レベル1、2



これからのカルディアが目指すものとは

はヘルパーや介護福祉ヘルパー、レベル3のヘルスケアワーカーおよびレベル4、5 の看護師がヘルスケア専門職となっている。教育を受けることにより、資格レベルが上がっていくという積み重ねの教育体系になっている。一長一短はあるであろうが、このようなシステムは日本とは大きく異なる点である。

今回は在宅ケアの視察まではできなかったが、例えば、カルディアのような施設に入所せず、地域で暮らす場合には、先程述べたような手順をとて人々は必要なサービスを受け（それはカルディアからのホームケアかもしれない）自宅で暮らすということになる。オランダでは、地域で暮らす人々が何かサポートが必要になったとき、そのサポートがどういう仕組みで提供されるのか、またそこにはいつまでも自律して生きたいという、本来人間が持っている自然な欲求、自己実現に通じる思いを尊重していくシステムがあるということを学び、日本で福祉に携わる私たちが行うべきことの方向性が示されたように思う。



カルディアの経営者と施設長と共に

エルメロ市

訪問日時：2012年10月16日（火）10:00～15:30

訪問先：エルメロ市役所（Gemeente Ermelo）、エルメロ市内の障害者施設および団体

対応者：エルメロ市長 A.A.J.バース氏（Mr. A. A. J. Baars）

エルメロ市議会議員 A.L.クラッペ氏（Mr. A. L. Klappe）

エルメロ市役所職員 OB のクレイン夫妻（Mr. & Mrs. Kleijnen）

エルメロ市役所職員ローテン・ヴァーヘン氏（Mr. R. Verhagen）

1 訪問に当たって

社会福祉の主な対象として介護・高齢者福祉、生活保護などと並んで挙げられる障害者福祉は、障害のある人が地域の一員としてともに生きる社会作りを目指すものであり、2012年6月には障害者自立支援法を改正した「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が公布されるなど、わが国ではさらなる充実が講じられているところである。身体障害者、知的障害者、精神障害者を対象とした障害者福祉は、対象が多岐にわたっていることから、それに伴い課題も多い分野ではあるが、神奈川県の各自治体においては、障害福祉計画が策定され、障害者福祉サービスをはじめとする障害保健福祉施策への取り組みが行われている。

精神保健医療福祉に焦点を当てると、精神疾患で医療機関に受診する患者数はわが国では2008年には320万人を超えており、国民に広くかかる疾患である。しかしながら、わが国の精神保健医療福祉は、長期にわたり、長期入院を中心に進められてきており、救急・急性期・在宅などを含む手厚い医療体制や、地域における生活を支えるための支援の整備が遅れてきた。また、統合失調症をはじめとした精神疾患に関して正しい認識がされていないため周囲の理解が進んでいない状況にあるといわれている。

このようなわが国の状況とは異なり、いわゆる福祉先進国では、国民に精神疾患に対する理解が広く浸透し、精神保健が日常的に実践されている。今回の訪問先であるエルメロ市では、かつてはフェンスで囲まれた精神科の病院において、

今日ではフェンスが取り除かれ、市民に開放された精神保健福祉をはじめ障害者に対する地域福祉が広く展開されている。神奈川県内のそれぞれの地域社会における精神障害者をはじめとする障害者との共生のさらなる推進を図るにあたり、エルメロ市のような保健福祉事業の中心的役割であるエルメロ市役所をはじめ、障害者が実際に地域社会で共存している場として、民営施設の「レオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリー」と「デ・オントムーティング」、障害者福祉を実践している財団法人である「プロソン」と「GGZ セントラル患者協会」の5施設を訪問し、障害者に対する支援の実際およびその運営を支える制度などについて調査を行った。

2 訪問先について

議会中にもかかわらずエルメロ市役所で市長のバース氏、市議のクラッペ氏、市役所職員OBのクレイン夫妻、市役所職員ヴァーヘン氏らの出迎えを受けた後、市議会の議場にてバース市長とヴァーヘン氏よりエルメロ市の介護への取り組みについて説明を受けた。



エルメロ市庁舎外観

エルメロ市はエルメロという街を中心に周囲の幾つかの村々にて構成されている。オランダの中心部に位置するヘルダーラント州に所属しており、面積 87.4 km²、人口 2万6千人余り、市制40年を迎えた街である。エルメロ市はオランダでも有数の森林地帯がある

自然豊かな場所にあり、年間10万人の観光客が訪れる。

エルメロ市の大きな特色の一つとして介護が挙げられ、それらの仕事に従事する人は5千人であり、同市の市長の挨拶でも「介護の街」として紹介された。「介護の街」にふさわしく、精神障害者や視覚障害者のための施設があり、身体的あるいは精神的に障害のある人たちが社会の場において共存できる街を目指している。

オランダでは福祉や介護については、分権化政策の下、これまで国が担ってい

た役割が地方自治体に移行してきている。市に福祉や介護に関する役割が移行されてきているということで、市民に身近なより良いサービスが提供できるとエルメロ市ではとらえている。ただし、これまでのようにならぬ事業にかかる財源が国から下りてこないことから、市が自ら財源を確保しなければならないため、エルメロ市ではさまざまなアイデアを出し合い具現化しているところである。

3 ヒアリング内容

(1) 社会支援法 (Wet maatsschappelijke ondersteuning: Wmo) について

オランダでは国が進める分権化政策の下で、住民に最も身近な地方自治体レベルで、サービス利用者にとってより良いサービスを提供できるような体制を構築するとともに、さまざまなニーズに対応できるような自立支援のサービス体制を構築するため、Wmo が 2007 年に施行された。

現在は予算が削減され、財政面で非常に厳しい中、従来実施してきた施策が継続できなくなりつつある。国が介護に関して市に権限を移してきており、仕事の量・種類が増えてきている実状がある。また、高齢者の増加などに伴い、新たな対策が必要となってきた。従来の高齢者の人たちへの福祉といった形から、介護そのものの発想の転換が行われ、介護においてできることを手助けする方針へ変更してきた。その取り組みの一つとして、エルメロ市においても、デン・ハーグ市の項にて詳述されているマントルケアの考え方と、ボランティアという考えに基づく支援が行われている。この支援は、社会における共生を図り、その中で独立してその人ができることを、可能な限りその人自身で行うということであり、それを支援するための身近な人たちをさらに支えていくために、隣近所の助け合いを実践している。エルメロ市では地域でどのような形で共に生きるか、ということを支援していくため、施設の整備や地域の人たちの交流の場の提供を行っている。その中では行われている住人の活動が目に見える形となっている。具体的に



エルメロ市議会議場におけるヒアリング光景

は、親が「共同」で子供たちへの交通規則の指導を手伝う、地域住民が地域の遊ぶ場所の整備の手伝いなどを行う、専門家を交えた地域活動に関する話し合いが持たれる、あるいは、家庭における言語療法の支援などもある。

Wmo は社会福祉法と障害者福祉法と特別医療費補償法の一部を統合したものであり、地域における社会一体性と生活の質（QOL）の向上をはじめ、介護者またはボランティアの支援、身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進、身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付などを自治体が行う。

エルメロ市における社会福祉の第一は、住んでいる地域で住み続けることができるることであり、そのためにニーズに合わせた施策を開拓している。例えば、視覚障害者が一緒に住んでいるアパートの周囲で木の枝が伸びすぎて視覚障害者の歩行の妨げとなっている場合には、市が木の枝を切り、視覚障害者が自ら歩いて



白孔雀をモチーフにしたエルメロ市章のケーキ

活動できる環境を整える。ただし、高さを合わせたスーパーの販売コーナーの設置や、上下に稼動する車いす対応キッチンの設置、あるいは住宅におけるスロープの設置など、障害者が自立できるための環境づくりは進めていくが、障害者自身でできる部分までのケアについては、本人のできることを奪ってしまうことから行わない。また、働くことのできる障害者が社会で働く機会を積極的に作るため、障害者の就労に向けた事業者との話し合いは市が行い、障害者のための仕事場を提供している。これは働く場所ができる障害者にとってもとより、市と契約できる事業主にとってもメリットがあることから、好ましい取り組みである。

Wmo 規定のサービスにおける自己負担としては、日本の介護保険における 1 割負担のような形ではなく、例えば、電動車いすを必要とした場合には、本人の収入に応じた自己負担する、というようなものがある。すなわち、Wmo は自治体が主体となり、公費と自己負担により賄われる制度である。住宅改修は収入に応じて自己負担があり、すべての要求を満たすものではない。1 件当たり最大 5 万ユーロとし、年間 4 件から 5 件を市が支援している。

これらの取り組みに関して研究員が「予算が削減され、財政面で非常に厳しい中で、サービスの維持向上のために市民へ税負担の増加を求めるようしているのか」と質問したところ、「色々な分野にわたる Wmo であるが、国から下りてきた分野の予算額は小さいものである。しかしながら不足分は税負担に転嫁せずに展開しており、今後、実施額が大きくなつたとしても、エルメロ市では税負担でない形で予算を捻出していく考えである」との回答が得られた。

わが国においても施設福祉から地域福祉への転換が大きな課題になっているが、日本では障害者に対する支援というのはまだまだ難しい状況であることに対して、オランダでは障害者を受容することが自然に行われている。これは、オランダでは人々がさまざまな問題について開かれた形で話し合うように働き掛けてきたことによる成果であり、問題をスムーズに話し合える環境が整っていることが大きい。

以上のような Wmo に関する市の取り組みについての説明を受けた後、市内で障害者施策を実施している施設および団体を訪ねた。

(2) エルメロ市内における障害者施策の実施施設および団体について

①レオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリー (Bezoek aan Atelier Leonardo da Vinci)

まず案内されたのは多数の障害者をアーティストとして採用している創設 10 年のギャラリーであった。このギャラリーでは、単なる障害者のための施設ではなく、自分たちで事業主を持ち、事業を進めていく方針がとられている。このギャラリーでは、障害者に対する支援金のために、これだけのことはしなくてはならないなどの規定はなく、アーティストによって手掛けられる作品についての制約なども一切ない。活動もユニークであり、2012 年からは、ギャラリーのある商店街の 10 周年記念のプロジェクトに参加し、障害者と同数の健常者のアーティストが 34 組のペアになって「進化」をテーマに芸術作品を作り上げ、商店街を盛り上げている。この障害者と健常者のアーティストがペアになって作品を作りあげるという取り組みはオランダにおいて



作品制作中のアーティスト

ても非常にユニークな試みであった。このギャラリーでは1日に15人程度のアーティストを受け入れることができることから、毎日8人から12人のアーティストが創作に取り組んでいる。また、ギャラリーの経営者は障害者への福祉介護の資格を有するアーティストである。このようなスタイルのギャラリーは今日ではオランダ全土で展開されているが、エルメロ市にて、このギャラリーを開設するにあたり、場所の提供は国ではなく市が行っており、ここでは、障害者がアーティストとして働いていることから、従業員と呼ばれている。日本から来た私たちの目には、バリアフリーがこのような言葉一つにも表れていることが強く感じられた。

②デ・オントムーティング (De Ontmoeting)

デ・オントムーティング (De Ontmoeting) はカフェテリアであり、その店名はオランダ語で「ここに皆が集まりましょう」という意味である。このカフェテリアでは、ダウン症を中心とした障害のある人々が従業員として健常者と一緒に勤務している。私たちには、従業員の働きぶりは健常者と比較して遜色ないように感じられた。なお、このカフェテリアは行政からの運営にかかる援助はなく、完全独立採算制となっている。

客のオーダーを取る、オーダーのあった飲み物や食べ物を運ぶ、追加の注文を受けるなどの一連の作業を見る限り、障害者の従業員の仕事ぶりからは健常者との違いは特段認められず、非常に職場に馴染んでいる様子であった。エルメロ市長からは、ここで働く障害者の従業員について「ここの人たちは、以前はケアセンターなどの施設において、椅子に座ったまま、特に何もせずに長時間過ごすような人たちだった。週末は自宅へ帰り、月曜にケアセンターへ戻るまで何もしない生活を送っていた。そのような人たちが、このカフェテリアでテーブルメイキングや飲み物の用意などの仕事をするようになった。仕事が終わり帰宅すると、自宅においても家族やケアをする人たちに飲み物を用意するなど、自分たちでできることを自分から行うようになった。そのうちに、家や施設における



デ・オントムーティング従業員の素敵な笑顔

生活の中にあって自分で行えることが多くなり、生活の質が向上してきた。これは小さな一例であるが、このカフェテリアでの勤務を通じてこのような大きな変化が起こり、大きな働きがなされるようになってきたのである。」と説明があった。

このカフェテリアでは障害者に対する地域福祉の一つのあり方が示されており、市長の言葉からは、実施主体が行政ではないにしろ、このような取り組みを地域ぐるみで支えているエルメロ市の誇りが強く感じられた。

③プロソン (Proson)

プロソンは、聖書から取った Bartiméus という名の財団によるプロジェクトで、エルメロ駅構内にその支部があり、視覚障害者のための組織としてオランダ全土に展開している。ここでは社会事業所として社会から遠ざかっている人のために情報を提供しており、135 人が働いている。その内訳は、一般社会の仕事から離れていた人が 50%、視覚障害者が 50% となっている。社会事業所ということで、仕事に就くことに慣れさせてから社会に戻すという役割をここで担っている。基本的にプロソンでは視覚障害者が 4 つの部類（家具の布や革の張り替え、コンセントなどの器具の調節、電気に関する仕事、点字の資料作成）に分かれて働いている。実際に見学した駅構内のキオスクで働いている人は、一般社会で働くための準備（訓練）として働いていた。私たちが見学した支部は、駅舎を作り替えて使用している。

介護の街エルメロと言われていることからも、障害のある大変多くの人たちがこの街を訪れる。しかしながら切符を購入することは障害者には困難なことであるため、ここで働いている人は、そのような障害者のための手伝いも担う。プロソンによるエルメロ駅のキオスク経営は



プロソン運営のキオスク

収益の面を含め非常に順調である。キオスクで販売されている品物の収益は、この社会事業所で働いている人たちに還元されている。プロソンがキオスクとしての役割を通じて地域住民の生活に溶け込んでいると感じられた。

なお、前述のようにプロソンは財団法人 (Bartiméus) によるプロジェクトであり、ここで働いている人は社会支援として決められた額をもらって生活してい

るもの、特別医療費保険（AWBZ）の対象ではない。

④GGZ セントラル（GGZ Central）

エルメロ市内で最後に見学したのは、エルメロ市フェルドレイクにある精神保健福祉施設を運営している財団法人 GGZ セントラルであった。GGZ セントラルの敷地には、ゲートなどではなく、施設利用者やその関係者以外の人でも自由に立ち寄ることができる。敷地の入り口には精神保健について書かれた詩が掲げられている。この施設を案内した GGZ セントラル患者協会会長は、自身が 1990 年代に患者として、この施設で生活していた。

この敷地の入り口近くには精神障害者の 2 年間の生活訓練施設があり、施設利用者は、この施設での共同生活を経て社会復帰を目指す。この施設で生活をしている利用者は社会に出て仕事に就いているものの、まだ指導する人を必要としている人たちである。

この施設では建物内部にある共同キッチンで自炊をし、自分たちで掃除をすることになっている。生活訓練施設から徒歩で数分の所に高齢者の精神障害者のための施設があり、緊急入院の患者や、長期



GGZ セントラルの生活訓練施設外観

施設利用者や長期に治療を受けている患者も利用している。その近くには、60 歳以上の高齢者のための施設があり、アルツハイマー専門医と精神科医の間のような立場の医師が常駐している。アルツハイマーと診断された人はケアハウスに移る。この施設の利用者にはさまざまなカテゴリーの人がいる。なかには完全に隔離された病室で過ごす人もいるが、手芸をはじめとするホビーを楽しむことのできる場も提供されている。また、家族と過ごすこともできるが、家族の宿泊は認められていない。利用者の費用負担については、現在のオランダでは個人が保険に入ることが義務化されており、毎月 100 ヨーロの保険料を個人が支払っている。1 年未満であれば、その保険会社が負担し、1 年以上になると AWBZ により支払われる。なお、子どもは 18 歳までは保護者が保険料を負担することになっている。

敷地内には教会があり、日曜日には施設利用者も健常者も礼拝に訪れる。この教会では会議や催し物が行われるだけでなく、無料でコーヒーや紅茶を振舞って敷地内に住む健常者に協会の働きを知つてもらうことでボランティアに参加してもらえるような働きかけを行っている。この教会の近くにある施設利用者のための娯楽施設には、団欒室（居間）やキッチン、バックヤードなどがあり、施設利用者は本、楽器、ボードゲーム、図画、工作、箱庭などを楽しむことができるほか、バックヤードでは簡単な植物の栽培や喫煙をすることができる。また、施設内のキッチンでは、スープなどの簡単な料理を施設職員同伴のもと施設利用者が作ることができるなど、高い自由度をもって利用することができる施設であると感じられた。

敷地内には施設利用者のための診療所もあるが、精神症状の悪化した患者は隔離病棟で生活する。隔離病棟では看護師が常駐しており、医師は定期的に病棟に往診することになっている。なお、オランダにおいても法的な権限により状況に応じて強制入院が行われている。

GGZ セントラル患者協会のオフィスは、施設利用者のための図書室や古着などのセカンドハンズのショップが入っている建物にあった。患者協会のオフィスでは、施設利用者のために適正に施設を運営すべく、多くのボランティアからなるスタッフが勤務している。1994 年にオランダ厚生・スポーツ省によって医療契約法が制定されたため、GGZ セントラルの患者協会は、施設利用者の権利向上のためのモニターの役割を担っている。特に、この施設の利用者の多くは精神障害により自分の考えを自分自身で伝えることが困難であることから、利用者に代わり患者協会が財団の運営を行っている理事に申し出を行うことが求められている。実際に患者協会は 6 週間に 1 回利用者の意見を、利用者の施設内のケア全般に関するアドバイスという形で財団の上層部に進言している。

欧米の有名大学のキャンパスを想起させるような風光明媚で広々とした敷地には、上記のような充実した精神保健福祉施設とともに一般向けの高級住宅が存在し、エルメロ市における開かれた精神保健医療福祉を具現化しているようであった。

4 まとめ

今回の視察先でエルメロ市を選択した背景には、市民に開放された精神保健医

療福祉をはじめ障害者に対する地域福祉が広く展開されていることが挙げられるが、前述の GGZ セントラル患者協会会長によると、オランダでは精神障害者に対する偏見が少ないそうである。精神的には制限があるものの人としては良い人が多いと認識されており、最初は不安がる健常者もいるが、精神障害者と付き合うことで認識が変わってくる。GGZ セントラルがあるエルメロ市内のフェルドレイクの敷地内には健常者のための戸建住宅やアパートがあり、豊かな自然に恵まれた環境のため、これらの建物は、敷地内に精神障害者施設があるとしても、街中の住宅よりも不動産としての価格は高い。これは、まだまだ精神障害者に対する理解がオランダに比べると明らかに低い日本では考えられないことである。日本で精神保健医療福祉をオランダのように地域社会全体で展開していくためには、まずは健常者が精神障害者について正しい認識を持つことが必須であることからも、地域社会において健常者が精神障害者と身近に交流できる取り組みが積極的に行われることなどは意義深いと考えられる。既にこのような取り組みは日本国内の各自治体で行われていると考えられるが、軌道に乗りにくい地域では、地域住民によるボランティアが中心となった交流会などの開催を促進していくためにも、地方自治体がより積極的にコーディネーターとして地域の人的資源の掘り起こしに関与することが求められるのではないかだろうか。

次に障害者福祉全般についての取り組みについて、オランダでは四半世紀ほど前に障害者を「家の中で隔離されていた」状態から「開かれた施設」へ、といった動きがあり、施設福祉への移行が積極的に進められた時期があった。しかしながら、今日では施設に対する考え方、「施設=社会から隠れてしまっている場所」に変わってきていることに加え、費用面において、施設での生活は家庭で生活する在宅支援よりも経済的に高いものになることが明らかになっており、障害者への在宅支援が積極的に進められている。視察先のエルメロ市においても、同市における社会福祉の第一は住んでいる地域で住み続けることができることであり、社会支援法 Wmo を法的根拠として、ニーズに合わせた施策が展開されている。その中で地域住民のボランティアを活用することで介護者の支援を行うなど、わが国でもこれから積極的に取組むべき施策として検討されているソーシャルキャピタルの活用が広く行われている。また、障害者の就労に向けた事業者との話し合いは市が行うなど、コーディネーターとしての役割を行政が担っており、この

ような取り組みについてはわが国でも積極的に見習うべきところである。その一方で、エルメロ市では障害者が自立できるための環境づくりは進めていくが、障害者自身でできる部分までのケアについては、本人のやれることを奪ってしまうという考え方からケアを行わないこととしており、自立した社会というもののある種の姿が具現化されている。また、知的障害者が働くカフェテリアやさまざまな障害者が創作活動を行っているギャラリーなど、障害者が自分自身でできることを自分で行おうとする意欲を持たせる職場が市内に無理なく自然に存在する姿に、エルメロ市の障害者に対する地域福祉の目指すものが感じられるようであった。

結びとしてエルメロ市長が前述の障害者のアーティストを多数抱えているレオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリーの取り組みについて述べた以下の言葉で括りたい。

「このようなギャラリーを開くには、ギャラリーの経営者と市と市民との間に信頼関係が必要です。

また、このような取り組みを通じた活動が仮に失敗に終わったとし

ても、その失敗は無駄ではなく有益なものとして私たちは捉えます。ですから、失敗を恐れずにチャレンジする精神が大切なのです。」この言葉は、単に一つのギャラリーについてだけではなく、エルメロ市の地域福祉全般に対する姿勢を示すものであり、リスク回避を最優先にしてしまいがちな日本の地方自治体職員の私たちに対する激励のメッセージのように受け取れるものであった。



落ち葉掃除中の GGZ セントラル施設利用者

ミドルファート病院

訪問日時：2012年10月18日（木）9：00～11：00

訪問先：ミドルファート病院

対応者：HANNE PEDERSEN 氏（病棟チーフ）

ELISABETH CHRISTIANSEN 氏（理学療法士）ほか

1 訪問に当たって

「デンマークと福祉」と聞いて何を思い浮かべるだろうか。福祉が進んでいる、支援が手厚いと思い浮かべるだろうか。そんなデンマークにおいても、1960年頃までは精神疾患を有し、処遇困難な人を精神科病院に収容していた時代がある。バンク・ミケルセンという人物を知っているだろうか。「ノーマライゼーション」という思想を初めて提唱した人物であるが、この思想を契機にデンマークの福祉が変わっていった。

ミドルファート病院は、日本においても有名な病院である。驚くのは1,200床あった病床（主に老年精神科）を60床まで削減したところである。日本においては、2004年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示したが、受入先が足りないなどを理由に、地域への移行がさほど進んでいない現状である。

このような状況を打破するために、住民に身近な自治体職員が率先して、高齢者や障害者が住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みを打ち立てる必要があるのではないか、との考えから同病院を調査先に選定した。

しかしながら、近年大幅な構造改革があり、現在のミドルファート病院は脊髄疾患病院となっていた。当初の目的であった精神保健福祉分野における入院医療から地域生活への取り組みを調査することはできなかったが、「地域福祉」の考え方方が確立している同病院において、連携システムなどを通じて前述の課題を調査した。なお、本研究の一環として調べた旧ミドルファート病院の内容を「4 事前調査内容（追記）」として記載した。

2 訪問先について

デンマークにおいては 5 つの地方※に分かれており、同病院は、南デンマーク地方に位置している。前述したように現在は脊髄疾患病院であり、南デンマーク地方の人口 130 万人をカバーしている（ほかの疾患においてはオーデンセ市担当）。

同病院では年間千回ほどの手術が行われ、病棟は 25 人定員である。平均入院日数は 2 日間から 6 日間であり、補助器具を使用し歩行可能なレベルで退院する。通院患者は 5 千人ほどおり、その半分は自治体、家庭医（かかりつけ医）の紹介により来院し、残りの半分は退院後のケアを行っている。

なお、デンマークにおける医療費は原則無料であり、通常は各人のいる家庭医の判断により、同病院への受診および入院に至る。

※ 5 つの地方のなかに 98 の自治体があり、身近な自治体の職員が住民の支援を行っている。

3 ヒアリング内容

（1）病院と自治体の連携システム

ミドルファート病院では関係者のみが閲覧できるエレクトロニックスистем（以下「カルテ」とする。）を採用しており、患者、病院、自治体の三者間で情報交換を行っている。カルテは個人情報に該当するため、その取り扱いには患者の承諾が必須となるが、病院の情報は患者に公開されるようになっており、少なくともケアなどを受けた 2 週間後には閲覧できるようになっている。



直接支援にあたる自治体は、病院の情報を引き継ぐことにより、患者に支給・提供するケアや介護機器などの必要な情報を入手できることから、患者のニーズを把握できる仕組みになっている。その後、当該自治体の査定員により、最終判断（判定・認定）がくだされ、サービスに至るという流れである。また自治体によっては理学療法士などの専門職ではなく、事務職が対応することもあるため、誰もが理解できるようなカルテを作成することが病院の責任である、とのことであった。

(2) 補助器具の貸与・給付

本稿では概要を記載することとし、詳細は後述「オーデンセ補助器具センター」の内容を参照されたい。

デンマークにおいては、原則、補助器具の貸与や給付は無料であるが、期間に応じて、貸与・給付者が異なっている。患者が入院し、一時的に補助器具が必要な場合は、病院（地方）の責任で貸与し、長期間使用するものにおいては自治体が貸し出すことになっている。

自治体から貸し出すものとしては車いすが一番多く、病院からは3カ月を限度とした、退院時貸出5点セットが多く貸し出され、必要に応じて1カ月の延長が認められている。その後の使用は、家庭医を経て自治体が貸与・給付する仕組みになっている。また、ミドルファート病院では特にオーダーメイドのものではなく、各人が使用でき、調整可能な補助器具が用意されている。



衣服の着脱時に使用するもの



上部にタオルなどを取り付け

足指と足指の間を清拭するもの

(3) 満足度調査（より良い支援のために）

デンマークにおいても監査機関がある。病院が判定した内容や支援方法などがその対象となり、患者が匿名で国の監査機関に報告し、当該報告を受けた国は病院調査を行うという非常にシンプルな調査がある。

病院としてもより良い病院にするため、身近な助言者（患者）があり、また、患者にとっても目に見えるかたちでより良いケアにつながるため、シンプルながら有効な調査となっている。

4 事前調査内容（追記）

次の内容は、旧ミドルファート病院で行われていた取り組みである。日本においても徐々に耳にするようになったが、浸透・定着までは至っていないため書き記すとともに、本研究員が、福祉専門職が、住民の基礎自治体である職員が、住民にみえるかたちで具現化すべき事柄である。ここでは概要に触れるのみのため、興味がある方はミドルファート病院を検索するとともに、オーデンセまたはフレゼリシア地区まで調査願いたい。また、用語の解説は割愛する。

（1）認知症高齢者における在宅介護システム

旧ミドルファート病院には、地域（自宅）へアウトリーチする地域高齢者精神医療チームなどがあり、支援者の視点を対象者側に置き換えることとしている。実際に地域へ訪問することで、生活環境や周囲との人間関係を把握し、日常生活上の認知症の進行状況を見極めたり、症状を誘発する要因を探ったりしている。また、支援者の立場が異なれば見方が変わるという観点から、地域へ訪問する際はより多くの関係者に同席してもらい、それぞれの立場から本人の状況などを把握するようにしている。これは身近な地域社会でケアなどをすることが大切だと考えるようになった結果であり、精神科医も地域へ出向くことで、多数の精神科病床が不要となり、病床削減へつながっていった。

現在のデンマークにおいては、1988年に特別養護老人ホームの新規建設が禁止され、「病院ケアから施設ケアへ」から「施設ケアから在宅ケアへ」と移行が進み、「できるだけ長く自宅で」というスローガンが誕生したほどである。

（2）認知症コーディネーター

前述した地域高齢者精神医療チームには、認知症コーディネーターという資格を有している者が多い。もともと看護師などの資格を有している者を対象に 100 時間以上の時間を費やし、認知症ケアのスペシャリストを養成している。同コーディネーターの役割としては、日本でいうケアマネジャーと類似し、介護者や看護師などに対しても踏み込んだ助言などを行っている。また、デンマークにおいては、介護に携わる人材は有資格者と限定しており、良質な支援が生活の質（QOL）を高め一人ひとりの状態改善につながると考えられている。結果、無駄な費用抑制へつながっていった。

併せて、従来型の介護では支えきれないという認識のもと、家族や地域社会に

対する支援、啓発も同コーディネーターが担い、ケアなどの手助けとなる基盤を形成していった。これがデンマークにおける全人的なシステムであり、福祉国家といわれる所以である。

5 まとめ

保健、医療、福祉に携わるにあたり、連携、人材育成（啓発を含む）、エンパワメントは必要不可欠である。しかしながら、日本では個人情報保護法が施行されて以来、過度に敏感になっている機関もみられ、連携において支障をきたすことがある。また、人材育成において資格を有しているながらも現場経験が少ないことから、一定の技能水準に達するまでに時間を要することがある。

これらは解決しなければならない課題にもかかわらず、現在の日本においては早期に解決されない問題である。何故だろうか。本研究を通しての見解としては、私たちには提案したり、発言したりすることが足りないのではないかと考えた。研究員はそれぞれの視察先で、先駆的取り組み、地方自治を目の当たりにしてきたため、それらを提言する責務があると考えている。また、本研究は宝くじなどの収益金が原資となっており、昨今、同様の研究が廃止されつつあるなかで、決して本研究の成果を無駄にしてはならない。そして、通常業務の傍ら本研究に携わり、大切な仲間ができた。仲間と力を合わせ、これらの成果を職務に生かさなければと切に思う。

エンパワメントについても、補助器具を使用することに焦点をあてると、残存能力を活用し自分でできることは自分で行うことで、自己の尊厳が保たれるほか、サービス利用減少により財政面での利点にもつながる。

私たちもエンパワメントの視点から、国が地方自治体の施策を、積極的に導入する先駆的取り組みを始めようではないか。失敗もするかもしれない。しかし、失敗をおそれてはならない、と各視察先で学んだ。失敗したときには自らの失敗を謙虚に受け止め素直に謝り、その経験を将来必ず活かすといった姿勢が必要ではなかろうか。

以上が本視察先を含む全体を通しての所感であるが、福祉についての研究が人として成長できる良い機会となったこと、そして各視察先から感じ取った「イノベーション（Innovation）」という言葉を結語としたい。

オーデンセ市役所

訪問日時: 2012年10月18日(木) 13:30~17:00

訪問先: オーデンセ市 (Odense)

対応者: ヘンリック・ポールセン(Henrik Poulsen)氏 (市職員コンサルタント)

ギッテ・ヴスターゴー(Gitte Østergaard)氏 (市職員チーフ・コーディネーター)

1 訪問に当たって

社会福祉国家と言われる北欧諸国は、それぞれ高い税金を国民に賦課しつつも、質・量共に最高水準の福祉を行政で提供している。中でもデンマークは、消費税率 25%、国税・地方税合わせた所得税率が最高で 50%台という非常に高い税率であるが、医療・教育などは無料、高齢者への年金支給もあるという高い福祉水準を誇る。

デンマークはヨーロッパ諸国の中でも歴史の古い国であり、特にスカンジナビア半島の諸国とは、元を辿ると王家は姻戚関係にあたる。また、地政学的要件から絶えず隣国のドイツとの諍いがあり、隣接するユトランド半島、現在ドイツ領であるシュレスビヒ・ホルシュタイン州などは、近代まで戦禍を蒙ってきた。國家が存亡の危機にあった際、植林業から国を建て直し、海運業・畜産業などで国を豊かにしてきた。

現在日本では、東日本大震災による東京電力福島第一原子力発電所の事故を受け、脱原発論が盛んになっているが、デンマークでは 1985 年に脱原発を議会で採択。以後、再生可能エネルギーの分野に力を注ぎ、風力発電で国内総電力の 2 割を賄うまで同分野を発展させ、2030 年代には総電力の 5 割を風力で賄うと宣言し、発電効率の研究や新規風力発電の建設を推進している。また、2006 年にイギリスのレスター大学の教授が実施した幸



海上に建ち並ぶ風力発電

福度調査においても、2012 年に国連の委託を受けコロンビア大学が実施・作成し

た「第1回世界幸福度調査」においても、デンマークは1位となり、幸福度世界一の国家という称号を得た。その所以と、高い社会保障制度の中身と根底を調査すべく、同国内で積極的に視察を受け入れているオーデンセ市を訪問した。

2 訪問先について

オーデンセ市はデンマークのほぼ中央にあるフュン島に位置し、デンマークを代表する作曲家である C.A.ニールセンや、童話作家として世界的に有名な H.C.アンデルセンの生地として有名である。市の歴史は古く、1988年には1千年祝祭が開催され、一時は同国の王都であった時期もあるほどの歴史をもつ。中世時には、その地理的条件から商業都市として栄えた。現在の主要な産業は酪農、造船・鉄鋼業や食品産業であるが、学問の街としても有名で、同市にある国立南デンマーク大学には、約3万5千人の学生が学んでいる。

同市は国内第3の人口規模であり、島内最大の都市である。また、同市が属する南デンマーク地域内には22の自治体があるが、その中でも最大の都市である。総人口は約19万人で、デンマーク全体の人口推移をみると、都市部は増加傾向であり、地方は減少傾向にあるが、オーデンセ市は現在横ばい状態にある。

市ホームページにある人口の年齢構成をみると、2008年1月現在の高齢化率はおよそ14.7%であり、デンマーク国内の中で最も、また日本と比較しても高齢化は比較的緩やかである。しかし、高齢者人口や、60歳から64歳までの人口が年々増加しており、今後急激に高齢化が進んでいくものと想定される。

また、統計年鑑を見ると、デンマークでも少子化・高齢化が進行しており、日本と同じような少子高齢化社会を、本格的に迎えつつある（図表1-2を参照）。



アンデルセン公園にあるアンデルセンの銅像

図表1：オーデンセ市年齢別人口（各年1月1日現在）									
	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	増減率
0-4歳	11,500	11,386	11,114	11,214	11,111	10,932	10,936	11,033	-4.1%
5-9歳	11,123	11,142	11,194	11,060	10,965	10,837	10,679	10,458	-6.0%
10-14歳	9,579	9,754	10,117	10,356	10,733	11,057	11,061	10,961	14.4%
15-19歳	8,732	8,932	9,213	9,671	10,036	10,403	10,610	10,967	25.6%
20-24歳	15,632	15,087	14,969	14,693	14,632	14,693	15,105	15,540	-0.6%
25-29歳	17,229	16,830	16,394	16,159	15,871	15,790	15,014	14,421	-16.3%
30-34歳	14,194	14,061	14,231	14,257	14,309	14,257	13,973	13,440	-5.3%
35-39歳	13,482	13,714	13,783	13,663	13,358	13,094	12,953	12,929	-4.1%
40-44歳	12,146	12,154	12,282	12,569	12,826	13,085	13,355	13,409	10.4%
45-49歳	11,697	11,857	11,942	11,971	12,084	11,993	12,004	12,139	3.8%
50-54歳	12,320	11,852	11,522	11,343	11,272	11,402	11,518	11,635	-5.6%
55-59歳	11,201	11,850	12,272	12,394	12,152	11,772	11,329	11,075	-1.1%
60-64歳	8,419	8,647	8,874	9,248	9,822	10,534	11,068	11,434	35.8%
65-69歳	7,177	7,185	7,322	7,524	7,686	7,765	7,989	8,247	14.9%
70-74歳	6,436	6,347	6,327	6,304	6,299	6,337	6,391	6,536	1.6%
75-79歳	5,438	5,389	5,388	5,382	5,305	5,257	5,199	5,205	-4.3%
80-84歳	3,928	3,932	3,882	3,909	3,944	3,953	3,963	3,928	0.0%
85-89歳	2,338	2,343	2,293	2,289	2,222	2,291	2,315	2,277	-2.6%
90-94歳	912	946	957	961	992	963	986	985	8.0%
95歳以上	208	220	232	239	252	270	297	313	50.5%
合計	183,691	183,628	184,308	185,206	185,871	186,595	186,745	186,932	1.8%

出典：オーデンセ市ホームページ（オーデンセ市の人口、PDFファイルより翻訳・抜粋）

図表2：デンマーク年齢別人口（各年1月1日現在）					
年	0～14歳	15～64歳	65歳～	合計	高齢化率
2008	1,009,917	3,612,833	853,041	5,475,791	15.6%
2009	1,008,086	3,627,869	875,496	5,511,451	15.9%
2010	1,001,318	3,632,261	901,159	5,534,738	16.3%
2011	995,087	3,631,760	933,781	5,560,628	16.8%
2012	986,008	3,626,424	968,084	5,580,516	17.3%

出典：デンマーク統計年鑑 2008～2012より抜粋

3 ヒアリング内容

（1）市の重点施策について

ポールセン氏によれば、オーデンセ市では以下の三つについて、これからの重点施策として取り組む話があった。

- ① 中世より使用していた市北部の港を整理し、新興住宅地を建設する計画
- ② 500Km 整備済みである自転車専用道路の更なる整備
- ③ 南デンマーク大学の移設と拡張

オーデンセ市では人口の増加が停滞し、これから先減少していくことを予測している。市のサービスなどを維持するためには、現状の人口規模を維持していくなければ成り立たないと危惧している。そのためにも、都市間競争で勝ち抜く必要があり、各市がその利点を生かした特色を強め、新たな分野の開発を行ってい

かなければならない。

この点は日本も既に始まっている地方の過疎化や、B級グルメなどに代表されるような地方の特色をアピールしていく施策と同じで、両国に限らず抱えている課題であると感じた。オーデンセ市は特に②と③において、エコと学問を特化していくようである。

（2）市の高齢者対策について

全体予算にみる福祉への比重はデンマーク国内の全自治体で年々増してきており、各自治体とも頭を悩ませている。各自治体は地方税の税率を設定する権限を有しているが、全国の自治体が連合して作る組織が、毎年国との交渉を経て税率を決定することとなっており、地方税の極端な増加を国が防ぐ仕組みとなっている。そのため、増税による対応が困難であることから、福祉予算の抑制をしていくか、あるいは他予算を削って福祉に割り当てるなど、工夫している。

オーデンセ市は2010年以降、「勇気と創造」を合言葉に、事務作業などの効率化・機械化による職員の削減と、介護サービスの提供方針を転換している。これは市が提供する介護サービスについて、本人や家族が希望するサービスを優先に提供していくのではなく、自立生活のために必要なものという観点からサービス提供の査定をして決めていくというもので、この高齢者などの自立を促していく方針により、余計なサービス提供を抑え、福祉予算増加の抑制を図っている。

市の具体的な介護サービス提供内容を大別すると、

- ①各種介護サービスの提供
- ②介護施設の管理運営

となる。①のサービス提供にあたっては市の査定委員会が判定をすることになるが、基本は理学療法士や作業療法士などといった専門職が、本人の状況を詳しく見極めた上で申請をすることとなる。また、申請にあたっては、このサービスを受けて、いつまでに課題を克服しよう、といった目標を予め明示する。そうすることにより漫然とサービスを受給する受身の姿勢ではなく、明確なリハビリ意識や、自立して生きようとする前向きな心構えを利用者がもつことになる。また、判断する側も、判断や説明をする際に、サービスの利用希望者に「あなたはこの能力が失われている」というネガティブなものではなく、「あなたはこの能力が

残っている」というポジティブな形で話を進め、現在残っている能力を維持・向上させ、失われた能力を復活できるよう指導していく。また、日本では要介護認定を数字で等級化し、サービスの限度額が決められ、必要なサービスを利用者と相談しながらケアマネジャーが提供の手は必ずをとっていくが、デンマークでは等級ではなく、「この人が自立生活を送るために何が必要なのか」という観点から必要なサービスを専門職が判断していく。このあたりは別項で述べる補助器具センターやミドルファート病院でも調査した内容と同一で、無駄なサービスを省く大きな要因となっている。この点は利用者にも賛否があるようで、専門職が本人のために不要や本人のためにならないと判断しているのだが、それを受け入れられないこともある。しかし査定委員会は専門職の判断を尊重するため、苦情の類のほとんどは却下されている。こういったリハビリ専門職は市内全体で4,400人ほどが働いており、理学療法士・作業療法士共に200人程度いる。



市の重点施策を説明するポールセン氏

これを総括すると、市民は介護に対する意識を、気軽に受けられるものではなく、やむにやまれず使うもの、という認識をもつことになるということである。例えば、在宅看護が必要なケースとなった場合、その具合がリハビリで済むものなのか、ヘルプが必要なものなのか。またヘルプが必要ならば、それは一時的なものか、もしくは継続的に必要なものかどうかを専門職が判定し、査定委員会で了承を得る形となる。この流れを見ると、介護サービスを受けられるということは、それなりに重度なのかと誤解されてしまうが、利用に当たり専門職が、前述のようなポジティブな説明を行うことによって、利用者がリハビリ意識などを持ち、人生において積極的な活動をする方向へと向けることが出来る。日本において埼玉県下の市町村が、介護予防に力を入れると同時に、フレッシュアクティ

ビティといった高齢人生を前向きに生きるよう施策を講じており、その効果は介護認定率に如実に現れていることから、この方針には非常に大きい効果があるものと考えられる。

続いて介護予防についてである。市では75歳以上の高齢者に対し、市の職員などが個別に訪問する。健康状態・食事・運動の状況・他人との交流状況などを聞き、観察とアドバイスを行っている。こういった介護を必要としない方には、福祉部局

ではなく健康部局が介護予防になる前の段階でのアクティビティを担当している。

続いて②の介護施設の管理運営についてであるが、デンマーク国内においては、新規の介護施設の建設は禁止されており、日本でいう特別養護老人ホームのような施設は、改修により介護付きの住宅といった位置づけになっていく。そのため、高齢者は基本は在宅での生活となり、住み慣れた地域での生活を続けていくことになる。市での聞き取りでは、こういった市営の施設に入居している方の80%前後が何らかの形で認知症を有しており、その対応のため、市では認知症のコーディネーターを職員として配置し、各施設の職員向けに、認知症対応のための講座などを実施し、具体的なアドバイスもしている。

最後に配食サービスについて触れておく。日本では配食サービスは介護サービスには含まれず、市の一般会計で取り組んでいる市町村が多いと思うが、デンマークではこの制度の利用にも市の査定委員会の判断を必要とする。ただし、ほとんどが個人負担となる。食事そのものは冷凍で、配送後に自宅で温めて食べる方式をとっている。オーデンセでは毎日5千から6千食の配送を行っている。一般的な感覚からすると、温かい食事ではなく冷凍を使うのは少々意外であったが、食事の時間を本人のライフスタイルに合わせられる点や、衛生的な観点や保存の問題を解決できることなど、利点も多いことを認識できた。



市の福祉について説明するヴスターゴー氏

4 まとめ

デンマークと日本では、人口も予算規模も違いすぎるというのが、デンマークの進んだ福祉行政を視察しているにもかかわらず、日本の福祉行政が一向に改善されないという苦言に対して、よく聞かれる言い訳である。私たちも調査・視察を行う中で、人口や予算についての事実は認識できたが、元気な高齢者、平和な街並み、使命感をもって仕事に取り組む職員の姿などを見ると、日本という国家構造と、日本人の深層意識こそに原因があるのではないかと感じた。デンマークは2007年の構造改革により市町村合併と再編が行われ、おおむね道州制に似たような制度が施行された。国・地方・市町村の役割が明確に分かれ、行政をスリム化し、市町村の特色が出るような施策を打ち出している。もちろん税率の話に見られるような暴走を防ぐシステムもきちんとあり、良いものは良いと、失敗を恐れず積極的に取り入れる姿勢、目的を明確にし、それに向けて創造を繰り返す姿勢は、中央集権体勢が未だ色濃く、行政に対する不信の強い日本の行政・政治体制の中にいると、より強く魅力的に感じる。地方自治体の自立性を憲法でうたうデンマークの自治体には、国の補助金・交付金頼みの日本の自治体にない、自治体の強い意志が、施策一つ一つにも強く感じられた。このあたりは税システム、延いては国と地方の財政のあり方について真剣に検討をしなければ、簡単には変えることが出来ないものではある。しかし、ここへのチャレンジがなければ、国の地方のあり方、地方自治の観点、地方が実施する福祉への改革が行われないのも事実である。

もう一つの深層意識についてだが、人権に対する意識、人生に対する意識が、日本の国民性と非常に異なっている。制度上日本でもバリアフリーや差別意識の撤廃が図られているが、まだまだ障害者・社会的弱者・出身・人種・地方といった差別意識が見え隠れする。両国では、宗教的哲学というか、人生に対する明確な哲学が国民一人一人に根付いていることを、言葉の端々や施設の構造など、細かい部分に強く感じた。相手を尊重するからこそ、言葉だけではない、本人のためのサービス提供ができるのであり、それを基にしているからこそ、高い税金を払ってでも、将来の保障を約束されることを選ぶ国民性なのだと感じた。あるのかもしれないが、不正などといったものとは無縁の世界を勉強する中で、日本が目指すべき将来像や、人間が目指すべき人生像について、とても考えさせられる

視察であり、日本が将来目指すかもしれない福祉国家像のモデルとして、先駆であり続けて欲しい国であった。しかし、戦後 60 年を経て、世界有数の経済大国となった日本が目指すべき福祉モデルというのが、戦後の昭和を彷彿とさせる、地域コミュニティを核とした福祉姿勢へと変化させつつあるヨーロッパ諸国というのは、一種の皮肉でもあった。現在日本の介護は「地域包括ケア」の概念を推進し、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るような方針としている。オランダでもデンマークでも、この方針を成功せしめている秘訣はボランティアである。日本人の深層意識におけるボランティア精神は、拝金主義的時代を駆け抜けた現代の日本において、非常時以外は発動されない稀有なものとして認識されているが、本来人間の持つ最も美しい姿の一つではないだろうか。この意識改革が、将来の日本の姿を決定付けると、強く確信した視察であった。



オーデンセ市庁舎をバックに

オーデンセ補助器具センター

訪問日時：2012年10月19日（金） 9:30～10:30

訪問先：オーデンセ補助器具センター

対応者：LARS TRANS HANSEN 氏

JYTTE NELSEN 氏

1 訪問に当たって

1998年に制定された「社会サービス法」によって、補助器具給付制度および住宅改修の制度は、「恒久的な身体的・精神的障害がある人」をサービスの給付対象としている。同法律上で、障害とは何であるかという明確な記述はなく、「身体的・精神的な機能能力の低下」と表現されている。

日本においての補助器具の位置付けは、障害者自立支援法によるところの補装具、介護保険法での福祉用具とされているが、いずれも細かい給付基準が存在する。「身体障害者」の認定を受けるには、身体障害者手帳の交付を受けなければならず、介護サービスを必要とする高齢者については「要介護認定」を受ける必要がある。住宅改修についても同様で、介護保険上のサービスとして位置付けられているため、利用に当たって、先に認定を受ける必要がある。利用前の手続きに時間を要するという課題があり、知識をもった専門職に相談できる場所が少ないという点も制度を利用しにくい原因の一つである。

デンマークでは補助器具センターという施設を各市に設置し、利用を希望する人が、用具を試用でき、改修後のモデル環境を体験できる場所となっている。対象者を法律などでカテゴライズ化しない柔軟な国家の下、自治体におけるサービスの給付をどのように行っているのか、補助器具センターがどのような機能を果しているのか調査を行った。



補助器具センター入口

2 訪問先について

見学を行った施設は、補助器具のデポと呼ばれている。

この補助器具センターは市民が納める税金を財源として運営されている。オーデンセ市の補助器具センターでは、1日約100件、年間5万5千件の補助器具の貸し出しが行われている。

市から査定を受けた対象者が、自分の身体状況にあった補助器具の貸し出しを受けられるように、多くの補助器具が保管されている。また、不用になった補助器具はデポに返却され、次に貸し出しを受けるために充分に洗浄される。修理の必要がある場合は、技術者が必要な処置を施している。

施設は、スタッフの労働環境を安全に管理するため、数年前に建物内にリフトを設置するなど大幅な改造が行われた。このことにより、スタッフが電動車いすなど重量のある器具を持ち上げたことでの身体への負担が格段に減り、働きやすい環境となった。

従業員は25人、全員がオーデンセ市の職員であるが、中にはフレキシブルな勤務時間体制で働いているスタッフもいる。高齢のスタッフも数多く雇用されている。



LARS TRANS HANSEN 氏



JYTTE NELSEN 氏

3 ヒアリング内容

(1) 補助器具の給付について

補助器具には2種類のタイプがあり、人が変わっても使用できるリサイクル可能なタイプの補助器具と、個人の身体に直接合わせて作るタイプの補助器具がある。前者には、歩行器や車いす、シャワーチェアなどが、後者には補聴器などが

ある。費用については、いずれも無償である。今回視察を行った施設では永久的に交付される補助器具ではなく、リサイクル可能な貸し出し対象の補助器具を扱っている。

市の作業療法士が個人個人の住居の状態、社会的な状態を考慮に入れて、使用者人と話し合いながら、最終的に使いやすい物、希望している物はどのような物が適当かという判断をしている。財源は税金であり、社会全体で賄っているため、なるべく安価な解決策を探さなくてはならない。場合によっては、補助器具の使用だけではなく、機能訓練などのほかの方法で身体機能を向上できないか、という案も含めて考えていく必要がある。

貸し出しの器具の多くについては、あらゆる障害状況の人が使用できるように標準規格となっている。しかしながら、標準規格では使用ができない身体的理由がある人もいるので、規格外の物も用意しなければならない。一つの自治体のみで器具を購入すると相当な費用が掛かるので、近隣自治体と提携を組みながら購入をする。その際、自治体同士で結ぶ契約というのは通常、2から3年であり、作業療法士や理学療法士の判断で標準仕様の物を利用するにはどの程度の能力が必要かなど基準を決めていくことも重要である。

貸し出しの補助器具では日常生活で困難な部分が解決できないという場合に、それが店舗から購入できる用具を使用すれば解決できると査定で認められれば、購入の際、市から一部の費用が助成される制度も存在する。例えば、関節リウマチの人が指先を動かしにくく、皿洗いができないことであれば、皿洗い機が支給の対象になる。完全に無償ではないが、費用の半分は市から助成される。対象となる器具の多くは、元々身体が不自由な人向けに開発された商品であり、それが徐々に一般化された物である。



補助器具の洗浄機



補助器具センター内部

図表1 デンマーク・日本の補助器具給付事業の違い

	デンマーク	日本
対象者	持続的な身体機能の衰弱、低下がみられる人で、作業療法士による査定で給付を認められた人	介護保険（福祉用具貸与・購入） ①、②の人で要介護認定を受け、用具の給付対象要介護度が出た人 ①65歳以上の人 ②40歳以上45歳未満で特定疾病の人
実施内容	・貸し出しの用具は無料 ・店舗購入する用具は自己負担2分の1 ・市に設置されている補助器具センターにて試用することができる。	・原則1割負担 ・所得に応じて自己負担上限額を設定 ・個人と事業者との契約なので、試用や用具の選定は店舗で直接行う。

出展：障害保健福祉研究情報システム（DINF）から研究員作成

（2）住宅改修について

デンマークにおける住宅改修の制度は、身体の障害などで継続的に能力が失われている人が自宅に居住するための改修工事について、費用の補助を受けるという内容だ。自分の力をを利用して家族などほかの介護者の介入が必要ないように検討するが、工事の多くは改修費用が高く、50万から100万クローネ近く掛かる場合もある。日本の介護保険の制度を利用して住宅改修を行った場合は図表2のとおり、自己負担は1割、上限額が20万円と定められているが、デンマークの住宅改修の制度には上限額は存在しない。必要と認められる部分の工事費に対し

ての自己負担はなく、全額助成される。ただし、査定によって、改修を行っても回復する機能はわずかであると判断された場合には、費用の一部のみが助成される。

増改築などを施しようがない場合は、別の場所に移り住むことを検討してもらう。その際、適当な住宅を探すところから支援が始まり、新しく居住する場所で新たに改修工事が必要であれば、助成を受けることができる。

図表2 デンマーク・日本の住宅改修制度の違い

	デンマーク	日本
対象者	持続的な身体機能の衰弱、低下がみられる人で作業療法士による査定で給付を認められた人	<ul style="list-style-type: none">要介護認定を受け、要支援1以上に認定された人身体障害者手帳所持者についても、助成を受けられる事があり。
実施内容	査定により認められた住宅改修工事については全額助成される。	<ul style="list-style-type: none">20万円までの工事費用について、原則自己負担1割のみで助成される。20万円を使い切ると、要介護度が三つ上がらない限り、利用できない。

出展：障害保健福祉研究情報システム（DINF）から研究員作成

（3）苦情の申し立てについて

個々の状況を判断し、健康、幸せ、かつ自立した生活を送る事を尊重しているデンマークだが、福祉サービス提供についての苦情、要望は日本同様に存在する。補助器具や住宅改修に関する苦情を申し立てる機関は国であり、国民は自治体の決定に不満があれば、まず国に申し立てを行わなければならない。その結果、国がそれなりの物を支給しなければならないと判断をすれば、自治体はそれに従わなければならない。多くの場合、「市の判断が正しい。」と解釈をされるが、日本同様、実際にサービスを受ける人の考え方と自治体の判断に多かれ少なかれ溝がある、というのが現状である。

4　まとめ

日本の自治体では、作業療法士や理学療法士など専門職が配置されているケースは少なく、高齢者や障害者が地域生活で問題を感じた際の相談は、ほとんどが専門的な知識のない事務職が受けすることになっている。そのため、行政の職員が個人の身体機能に根ざしたアドバイスを適切に行うことについては限界がある。

また、補助器具の給付が必要となった時に、デンマークでは各自治体に設置されている補助器具センターにて用具を試すことができるが、日本では福祉用具を取り扱っている事業所に直接足を運ぶことになる。修理が必要となった状況でも、同じように店舗や営業所へ足を運ばなければならないため、近隣にそういった事業所がない地域の人は不便に感じることになる。

前述しているように、デンマークでは補助器具給付や住宅改修のサービスを受けることができる基準があらかじめ文書などで決められておらず、その人個人の身体機能を見定めた上でサービス支給の決定をしている。日本の給付基準は細かく規定されているために、利用者に必要なサービスを行政が必ずしも給付できるわけではない。対象者にとって生活に不可欠な物であっても、制度の基準では給付の対象に認められない場合は助成金を交付することができず、対象者自身が全額自己負担で購入する、といったケースは少なくない。しかし多くの場合、その給付の適否判断が「妥当な判断であったか」という疑念に自信を持って答えられるような専門性を私たち自治体職員が持ち合せているわけではない。その人個人に本当に必要なものが何なのか判断することは、単純ではなく、法律で定められている範囲の基準が必ずしも妥当ではないということは窓口で常に感じているところである。

固定観念に縛られることなく、妥当な判断で基準を緩和することで、障害がありながらも人の手を借りずに、自立した生活を送ることができる人は増えるだろう。社会全体で身体や精神への制限がある人々の自立を促し、介護する人たちの



返却された車いすの修理を行う技術者

負担を軽減していくことが望ましい。

デポ内で見た補助器具の多くは車いす、電動車いす、歩行器などであったが、日本で見る用具と比較すると、用具自体の性能に大きな差はないように感じた。日本企業の福祉機器開発は未だに成長を続け、海外諸国からも大きな期待を寄せられており、産業としては胸を張れる部分である。複雑な制度や地域事情によるサービスの利用の妨げになる問題を解決していき、必要性を感じている人が適切にサービスを受けられるように前進していきたい。



LARS 氏、JYTTE 氏と

ベネキレー・ナーシングホーム（オーデンセ市）

訪問日時：2012年10月19日(金) 11:00～13:00

訪問先：ベネキレー・ナーシングホーム（介護付住宅）

対応者：ギット・ハンセン氏（Gitte Hansen）施設長

ヴェント氏（入居者・男性）

1 訪問に当たって

デンマークでは、日本でいう「特別養護老人ホーム」の施設の新設は禁止され、介護付住宅への改修や新設が進められている。特別養護老人ホームと介護付住宅の違いや特徴、認知症患者の生活におけるケアについて学び、日本との違いについて調査する。また、その施設で生活をする利用者の声を聞き実情を調査する。

2 訪問先について

(1) 施設の概要

この施設は、1991年に建設された民設公営の住宅であり、閑静な住宅街にある。34人分の住居があり、そのうち認知症専用の7部屋（別棟）がある。必ずしも単身での入居ではなく、夫婦で入居している人も居る。現在、入居者は高齢化が進み、認知症の人が非常に多くなってきてている。住宅は、24時間介護付きとなっており、看護師は常駐ではないが通いでの対応となっている。

(2) 運営方法

入居者は、この住宅を建設した住宅協会へ家賃を支払っている。普通の住宅と管理は同様である。入居に掛かる日用品などは各個人の負担となっているが、介護に掛かる費用などについては、オーデンセ市が負担していることから実質的な運営主体はオーデンセ市となっている。



ナーシングホームの外観

(3) 職員配置

オーデンセ市の公務員であるスタッフは 34 人で、そのほかに時間制で働くスタッフが予備として 6 人いる。その内訳は、ヘルパー、アシスタント（介護士）、ナーシングホームのアシスタントスタッフ（軽易な仕事）、血液検査なども行う訪問看護師となっている。

認知症専門棟のスタッフは、職員 3 人と臨時職員 1 人で対応している。

3 ヒアリング内容

(1) 入居要件

基本的には入居を希望する 60 歳以上の高齢者を市が査定し、入居要件に適した人のみが入居できる。この入居要件は厳しく、重度の介護を要する人でないと許可されない。60 歳以下の人でも許可される場合もある。



近隣に住んでいる人々が対象

施設ロビー。自然光を取り入れる天窓

となる。また、車を所有することも認められており、駐車場も完備されている。

(2) 費用について

前述のとおり、家賃は住宅協会への支払いとなる。家賃は広さによって異なるが、4 千クローネから 5 千クローネである。日本円に換算すると、1 クローネ 15 円で計算した場合、6 万円から 7 万 5 千円となる。

介護費については、オーデンセ市が負担するため無料となるが、食事、洗濯、日用品などについては、パッケージ料金となっているので、それぞれ掛かった費用について利用者が負担することとなっている。

認知症専門棟への入居者は、家賃、食事、洗濯、雑費などすべて含んだ料金で支払いを行っている。

(3) 居住スペースについて

居住スペースは、車椅子対応のシャワールーム付きの 2LDK となっており、家族が訪問したときなどに食事作りができるようなキッチンも設置されている。

ベッドルームは、入居者の大半が車いすを利用していることもあり稼動範囲を確保するために広いスペースとなっている。また、介護者の負担軽減のために、リフトも設置されている。ベッドは介護用のものではなく、今まで個人が利用していたベッドを持ち込むこともできるようになっている。家具の持ち込みも自由である。

すべての居住スペースには、緊急通報システムが導入されており、一つはボックス式のもので、もう一つは GPS 機能内蔵ペンダント式のもので徘徊時に対応できるようになっている。

火災報知機（煙感知式）も設置されていて、通報はスタッフルームへ入るようになっている。新しいシステム（ATA システム）は、消防署へ直接繋がるよう改善されたものとなっている。

（4）住宅内のケア

24 時間介護付きで専門スタッフが常駐して入居者に対応している。

看護師は、常駐ではないが通いで訪問看護として対応しており、入居者の血液検査など入居者の健康管理やチェックも行っている。投薬やインシュリン注射などが必要な入居者については、施設の介護士が対応している。

週に 1 度、かかりつけ医からの指導が出ている入居者が対象で、理学療法士の指導を施設内にあるトレーニングルームで受けることができる。また、入居者の中には自主的にトレーニングに励んでいる人もいる。

歯科医の訪問もあり、定期的に歯の健診を受けることができる。施設内に診療台も設置されており、健診が安易に行えるようになっている。

また、スタッフと入居者で小旅行を楽しむこともあり、この小旅行を、入居者



リハビリテーションルームの様子

が一人でできることやできないことを見分ける機会としており、その結果を日常のケアなどに役立てている。

(5) 食事について

食事は1日3回提供されている。朝食、昼食は手作りで提供されているが、夕食は、市営のセントラルキッチンから冷凍の食事が配送され、温めて提供されている。

ダイニングルームでの食事を基本としており、ほとんどの入居者はダイニングルームへ集まり食事を摂りながら、だんらんを楽しんでいる。また、体調が優れない場合は自室で食事を摂ることも可能である。

(6) 認知症専門棟について

認知症専門棟には現在7人の人が入居しており、重度の認知症の入居者が暴れる場合もある。対応しているスタッフは、介護士3人、メンタルケア職員1人、計4人で対応している。夕方からは時差勤務もあるため、1人半という体制で対応する時間帯もある。

居住スペースは、ほかの棟の部屋と同じ造りになっており、部屋の入口に鍵は付いていないが、徘徊への対応のため、出入口はセキュリティで管理している。

(7) 入居者の話

この施設に入居しているヴェント氏（男性）の話を聞くことができた。

ヴェント氏は、この施設の友の会（地域のボランティアの集まり）の会長で、85歳になる。50年ほど前より近所に住んでいたが、妻の介護状態が重くなったことをきっかけに2003年に、この施設に夫婦で入居している。その後、2007年に最愛の妻が亡くなり、本来であれば施設を退出しなければならないが、施設長の計らいで今もこの施設に住むことができており、とても嬉しいと笑顔で話していた。

施設では、友の会主催のバザーやサークル活動などに参加し、毎日楽しく暮らしている。また、毎月6回ものパーティーがあって楽しいと話していた。



入居者の方々。快く写真に応じて頂いた。

施設の住み心地を尋ねると、「とても良い」と笑顔で答えてくれた。車にも乗ることができるし、娘も近くに住んでいて週末は娘家族のところで過ごすことが楽しみになっているとのことであった。

ヴェント氏は、とても若々しい容姿であることから、その若さの秘訣を尋ねると、「動くこと、動いていると若さが保てる。」と答えてくれた。ヴェント氏は、16歳から鍛冶屋として働き、その後職を変え68歳までエンジニアとして働いた。退職後は、学校の用務員として働いていた。

ヴェント氏に、デンマークが世界一幸福な国と言われていることについて尋ねると、「私自身は今、幸せだと思っているが、ノルウェーの方が石油もありお金持ちだから幸せかな。」と言われた。

最後に、最近気になっていることについて「高齢者の孤独死のような新聞記事を見るたびに悲しいと感じる。昔は職場も家族もあり、人とのかかわりがあったが、年を取ったら一人になってしまうのが現状で、みんなで楽しく過ごせる場所が少なくなってきたを感じる。景気が回復すると、豊かになるが年寄りのことを忘れられてしまうことが悲しい。また、高齢者が集まってアクティビティをしていたものがあったが、市の考えでディスプレイを渡され自宅にて一人で行うものに変えられてしまった。ディスプレイを渡され、やる事は同じだが、人が集まりかかわり合いを持つことに価値がある。ますます高齢者が孤独になってしまうと感じる。」と笑顔を混ぜながらも、もの悲しげに語っていた姿が印象的だった。



ヴェント氏と通訳。終始和やかに話をされた

5 まとめ

今回、この施設を訪問して感じたことは、日本の施設、特別養護老人ホームや老人保健施設とは大きく違い、施設内がとても明るく暖かな場所という印象を受けたことである。日本の施設は、高齢者を収容している施設といった印象で、居

住する場所という一番必要な部分が欠落しているように感じられた。

また、入居している人々はとても明るく活き活きとしており、訪問した私たちにも笑顔で明るく接してくれた。

この施設では、「家族の暖かさを感じられる場所」、「住んで生活する場所」という考え方をもって個人が尊重され、住み易い環境が保たれていると感じた。

居住スペースも日本の施設とは違い、広々としており、シャワールームやキッチンまで設置されていることに驚いた。家具やベッドも今まで使っていた愛着のあるものを持ち込むことができるようになっていた。最近は、日本の施設においても、家具は入居者が自由に選べるようになり持ち込みも許可されている施設も増えてきたが、スペースが狭いこともあり、大部分は自由に持ち込めないのが現状である。

デンマークでは、極力普通の在宅に近い状態で生活を維持していくような配慮がなされていると強く感じた。また、地元のボランティアの人々が友の会として施設に協力的であることがとても素晴らしいことである。デンマークでは、地域での見守りや協力体制が確立されたものになっており、日本でも見習うことが必要である。

介護は難しい問題であり施設だけではなく、在宅介護においても介護を受ける人も提供する人も笑顔で過ごせることが理想である。



集合写真。施設長のハンセン氏、ヴェント氏と共に