



Title	デンマークの高齢者福祉政策から学ぶもの（上）
Author(s)	黒田, 研二
Citation	大阪公衆衛生. 1990, 58, p. 2-6
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/83643
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

デンマークの高齢者福祉政策から学ぶもの（上）

大阪大学医学部公衆衛生学教室 黒田 研二

在宅ケアを考える

昨年暮れに厚生省から発表された高齢者保健福祉10か年戦略は、ゴールドプランと銘打たれ、福祉元年とよばれた1973年以来の画期的な施策展開だと言われている。この「戦略」のなかの在宅福祉10か年事業では、平成11年度までに、ホームヘルパー10万人、ショートスティ5万床、デイサービスセンター1万か所、在宅介護支援センター1万か所を全国に整備するとしている。この計画だと、あと10年以内に中学校に1か所のわりで、デイサービスセンターや在宅介護支援センターがつくられることになる。10か年戦略の総事業費は約6兆円強になると厚生省は推計しているが、過去10年間の、この領域の総事業費が1兆7千億円だったというから、確かにこの数字で

みる限り、飛躍的に施策を充実させようとしていると見ることはできるだろう。

だが、批判もある。これらの施策の実施主体は市町村である。いくら国が予算をつけて施策を拡充するようにと旗をふっても、それを保証するにはさらに細かな条件整備が必要だ。マンパワーは果たして確保されるのか。国が決める事業単価は妥当なものか。この地価高騰のおり、施設用地をどう確保するのか。こうした観点でゴールドプランを吟味すると、重要な二つの点がほとんど検討されていない。ひとつは、在宅医療とくに訪問看護をどのように保障するかということ、もうひとつは、住居・住宅改造・補助器具の供給など在宅ケアの環境整備をどう図るかという問題である。

在宅ケアは総合的なものである。医療、看護、介護、家事サービス、生活費、活動性の

表1 デンマークの医療・福祉における国、県、基礎自治体（市）の役割

	医療	福祉
国（ガイドライン／法律）	保健省	福祉省
県（14県、コペンハーゲン市）	病院（長期療養病棟含む） 家庭医への支払い	
基礎自治体（275市）		高齢者福祉、ナーシングホーム 訪問看護、ホームヘルパー、 補助器具、住宅改造、住宅補助金 高齢者住宅、デイセンター、配食サービス

注：伊東敬文「福祉と医社と医療の連携の条件」から引用

保障（たとえばデイサービス）、身体が弱った状態で尊厳や生きがいをどう維持しつづけるか、という多岐にわたる課題に総合的に応えなければならない。また「在宅」で生活するための基本条件として、住宅や補助器具などの物理的な環境整備を欠かすわけにはいかない。これらの要素のどれが欠落しても、結局、在宅ケアはうまくいかないのである。

在宅ケアの総合性というテーマを考えるさい、デンマークの経験は私達に大変参考になる。この報告では、昨年と今年2回にわたるデンマークの高齢者福祉の現状を視察にもとづきデンマークの高齢者福祉の現状を紹介し、そこからわが国の課題を考えてみたい。

デンマークの医療と福祉サービス

ハムレットの舞台、アンデルセンの国、酪農王国。デンマークは日本でもいろいろなイメージで受けとめられてきた。人口が500万人余り、面積は九州くらい、国中で一番海拔が高いところでも174m、国全体がひろびろとした農地におおわれた豊かな国だ。65歳以上の高齢者はすでに15.5%に達してき「高齢化社会」の先進国でもある。



写真1 コペンハーゲンの駅のコンコース。プラットフォームに降りるエレベーターが並んでいる。

デンマークの医療と福祉サービスの特徴を簡単にみておこう。病院はすべて公立、大部分は日本でいうと県立にあたる。したがって、病院の医師は公務員だ。一方、家庭医制度が確立されていて（家庭医はたいてい数人のグループで開業している）、家庭医の報酬も、県が税金を財源として支払っている。住民は自分の主治医を家庭医の中からあらかじめ決めておき、その家庭医に登録されている。一般の外来治療や往診はすべて主治医である家庭医が行なうことになり、病院の入院治療が必要と判断されれば、家庭医から病院に紹介されることになる。



写真2 家庭医のオフィスはデンマークで普通にみかける民家と同じようなつくり。



写真3 アルミン先生の診療机。患者の座る椅子が医師の椅子より立派に見える。

病院は急性の傷病の入院治療の場ということで、リハビリテーションが必要な場合でも、入院期間はせいぜい数か月という場合がほとんどだ。長期ケアが必要な人々は、在宅ケアを受けるかナーシングホームに入居することになる。



写真4 診療台とアルミン先生。血圧計と聴診器というように、日本の開業医のような重装備ではない。

在宅ケアでは、ホームヘルパーと訪問看護婦による訪問サービス、補助器具給付、住宅改造などが無料で提供される。その他、配食サービスなどが行なわれている。ナーシングホーム、高齢者住宅、在宅ケアは、いずれも日本でいうと市町村の責任で所管・実施されている（表1）。自治体が行なうこのようなサービスと家庭医による往診を含めた医療によって、かなり障害が重度の人でも、安定した在宅の生活が可能となっている。

ナーシングホーム政策

ナーシングホームは、日本でいうと特別養護老人ホームのような福祉施設にあたるが、内容は段違いだ。ホームという名に恥じず、それは個室を中心とした居住施設である。

1960年代から公的な施設として建設が促進され、現在約5万室整備されている。つまり



写真5 ナーシングホームの一室。家具、調度品を自由に持ち込める。（ソーリュ市）

人口の1%弱、高齢者の6%がナーシングホームで生活している。各部屋の広さはバス・トイレをいれて20㎡程度。職員の数、平均すると入居者一人に対し一人くらいだから、日本の病院よりも職員数は多い。日本の特別養護老人ホームと比べると、入居者あたりの職員数は2倍以上である。各部屋に専用のトイレ・バスルームのほか、ベッド、小型冷蔵庫、電話、ホットプレートなどを備えている。居住者は自室を自由に装飾し、ベッド以外の家具、調度品、カーテンなどを持ち込むことが



写真6 ナーシングホームの夫婦用寝室。となりに居間がある。（ソーリュ市）

できる。

感心したのは、ホームの玄関脇に入居者の表札が並んでいることだ。また各部屋のドアにも表札がついている。ヘルパーや看護婦が入室するときはノックして入る。日本の老人ホームは大部分が相部屋で、わずかな私物を置ける程度。家具の持込みなんかはできない。日本では「入所」という言葉が示すように、施設に入って集団で暮らすというイメージで作られている。デンマークのナースィングホームの生活をみると、私たちの目には、プライバシーが尊重されていてむしろケア付き住宅といったイメージに近い。また実際、ナースィングホームケアにケア付き住宅が併設されている場合も少なくない。この場合、住居の広さはさらに広がる。

ほとんどのナースィングホームには入居者委員会が作られている。入居者委員会は1974年公布された生活支援法に規定されているものだ。ホームの運営の方向づけに、サービスの利用者が参加するという方式（共同決定権）が重視されているのである。



写真7 ナースィングホームでのクッキーづくり。（ネストベッツ市）

日本で老人福祉法が制定したのは1963年。特別養護老人ホームの整備は70年代以降に延びている。デンマークのナースィングホームの

歴史をみると、表2のようにこの30年間に整備されてきたことがわかる。



写真8 ナースィングホームの園芸。（ネストベッツ市）

在宅ケア・サービス拡充への施策転換

しかし、このようにすぐれたナースィングホームでも、これまでの対応は施設の職員の都合に合わせすぎているのではないかと、高齢者や障害をもった人々にとって住みなれた家で、自分の好みに合った生活スタイルで暮らすほうが望ましいのではないかと、という反省が生じてきた。

1980年代初頭には、高齢者医療福祉制度改革委員会という政府の諮問期間が、高齢者福祉の3原則を策定している。3原則とは、①高齢者の生活の継続性を重視する、②サービスを利用する人の自己決定権の尊重、③自己資源（残存能力）の活用、の3つである。生活の継続性を重視するという観点からは、在宅ケアに重点がおかれることになる。こうした見直しが始まったのは、ナースィングホームを運営していくには費用がかかりすぎることが主な理由だったが、新たな在宅ケアの実験的取り組みが進むにつれ、ナースィングホームをこれ以上作らなくてもすむとの判断がなされるようになった。

1987年には、新しい老人ケアの方向性が福

祉省から打ちだされた。すなわち、今後はナーシングホームやホームには付設されるケア付き住宅は作らず、住宅ケアの充実と高齢者住宅の建設に力を入れるという方向転換が図られることになった。これまで作られたナーシングホームでは、運営の仕方にいろいろ新しい試みを取り入れ、在宅ケアと内容が変わらないように入居者の自己決定権を尊重しようとしてきている。たとえば、ナーシングホームに入居すると、支給される年金はナーシングホームが受け取って、入居者には小遣いとして一部を渡し、そのかわりに完全看護を提供するというやり方が一般的だった。それが、全額年金を入居者が受け取り、本人が自分の意志で食事、住居、理美容などのサービスを購入するという方式がとられ始めている。ナーシングホームに入居して住宅費を支払うことになったとしても、デンマークでは住宅の家賃の内収入の15%を超える分は公費で補助する制度があるので、それほど高額にはならないのである。

一方、在宅ケアの場合は、次にみるように、ナーシングホームに劣らないくらい看護婦や

ヘルパーの訪問サービスや求職サービスを充実させてきている。これから建設される高齢者住宅は、少なくとも50㎡の広さを有し、訪問看護婦のステーションにつながる緊急連絡装置などをつけることになっている。すでにそのモデルルームも開発されている。こうした施策の方向性を一言でいうと、「ナーシングホームの在宅ケア化とナーシングホームなみの在宅ケア」ということになろうか。

文 献

- 1) 伊東敬文, 福祉と医療の連携の条件—デンマークの高齢者福祉医療政策からの教訓—, 海外社会保障情報, No.90, 1-16, 1990
- 2) J. David Hoglund, (湯川利和ほか訳) 世界の高齢者住宅, 鹿島出版会, 1989
- 3) 岡本祐三, デンマークの老人ケア制度, 老人問題研究, 第9巻, 113-124, 1989
- 4) ベルト・ロール・アセナン, デンマークの高齢者福祉, エイジング (エイジング総合研究センター), 2月号, 46-51, 1990
- 5) 岡本祐三, デンマークに学ぶ豊かな老後, 朝日新聞社, 1990

表2 デンマークのナーシングホームの歴史

1993年	社会改革法制定 基礎自治体に高齢病弱者への金銭的援助や老人ホーム収容による保護を要請。県レベルでナーシングホームを設置することを要請。
1955年	法改正により、国の補助をうけてナーシングホームを設置する権限を、市にも拡大。しかし実際は、1960年ごろまでナーシングホームの大部分は民営で、営利的なものも含まれていた（1961年8,000床のうち公立は7%）。
1961年	福祉省のなかに委員会を組織し、老人ホーム、ナーシングホームの抜本的改革のあり方を検討。
1964年	法改正により、ナーシングホームの施設基準を高いレベルに設定し、公営化を促進する（1968年までに公立は30%に拡大）。
1970年	1,000以上あった基礎自治体の数を275に統廃合（福祉サービスの運営を行なう基礎自治体のレベル格差を少なくするための行政改革）。
1974年	生活支援法制定。それまでばらばらだった福祉関係法を一本化。老人ホームはなくなり、ナーシングホームに一本化される。福祉サービスの権限を大幅に基礎自治体に位置付け、高齢者、障害者、母子家庭などにたいする事業を総合的に実施できるように窓口をひとつにする。

注：岡本祐三「デンマークの老人ケア制度」および文献から参照