

デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの

関 龍太郎

■ 要約

デンマークは、保健、医療、福祉の大部分が、公的機関、公的財源で行われてきたので、「統合的運営」が比較的容易な国である。1974年の「生活支援法」の成立は特に重要で、高齢者福祉に大きな影響を与えた。1979-82年、「高齢者問題委員会」（委員長アナセン教授）において、「高齢者福祉の三原則」が定められている。1990年には「生活支援法」が改正されている。2007年には自治体の再編により、病院運営等は広域行政機構（レギオナ）の所管業務となり、高齢者福祉等は市（コムーネ）の業務となっている。このように、時代に即応した法律の改正が行われるのはデンマークの特徴でもある。今報では、①基本となる生活支援法 ②在宅福祉だけで、高齢者福祉対策はどこまで可能なか ③ニーズ判定と品質保証 ④在宅電子カルテの活用 ⑤デンマークにおける予防活動の試み ⑥デンマークの高齢者施策をささえるもの について、報告する。

■ キーワード

生活支援法、デンマーク、高齢者福祉、高齢者住宅、ニーズ判定

I はじめに

デンマークにおいても住民からすると、保健と医療と福祉は「統合」されるべきだといわれてきたが、まだ、実現されていない。したがって、保健と医療と福祉が、いかに連携を密にしながら運営されているかは住民にとって大きな課題である。デンマークは、保健、医療、福祉の大部分が、公的機関、公的財源で行われてきたので、「統合的運営」が比較的容易な国である。著者は、デンマークの高齢者保健福祉政策のスタディツアーに1989、1990、1992、2002、2003、2007年と6回にわたり、参加してきた¹⁾。そのことは、結果的に18年にわたり、日本から、日本と比較し、デンマークの高齢者保健福祉政策をみてきたことになる。デンマークの高齢者福祉について、既に、この雑誌においても、伊東と筆者によって報告されている。

デンマークは面積4万3000平方キロメートル、

人口約547万人（2007年）の国である。65歳以上の高齢者数は約84万人（高齢化率15.4%）、平均寿命77.96歳（男性75.64歳、女性80.41歳）、合計特殊出生率1.74である。高齢化率は1960年に10.6%、1970年に12.3%、1980年14.4%、1990年15.6%になり、その後減少傾向にあったが、最近、再度増加の傾向にある。なお、65歳以上の親子の同居率は日本の約50%と比較して非常に低く、6%程度である。

面積では九州、人口では兵庫県とほぼ同じである。最高峰でも174メートルで訪問した日本人は「山がない」という印象をもつ。宗教としてはキリスト教福音主義ルーテル派であるが、宗教心の強い国とはいえない。国民所得に占める割合をみると、サービス業66%（民間43%、公的23%）、製造業21%、建築関係業7%、農業5%、電気ガスなど1%であり、サービス業の占める割合が大きい。資源の乏しいこの国では、輸出で外貨を獲得して

いる。輸出のうち、農産物は12%にすぎず、75%が工業製品である。GNPは世界第5位である。この国は、租税方式による社会保障をしている。また、保健、福祉、医療、教育は無料である。保育には負担がある。年金も、高齢者年金4500クローネ(約9万円)²⁾、障害者年金は約12万円、重度障害約24万円と日本と比較して充実している。個人が社会の中で尊重され、子供が親を扶養する義務はない。障害者も成人すれば親は子供を扶養する義務はない。障害者の生活の支援を社会がする。税金は所得税をみると国税23%、県税11%、市税21%(14~25%)である。2007年からは新しくできた広域行政機構(レギオナ)³⁾には課税権がなく、国税約25%、市税約25%となっている。付加価値税は、食料費等の生活必需品以外は25%である。

なぜ、デンマークのような福祉国家が出来たかとの質問を、しばしばしたが、「昔から貧しかったので平等意識がつよく相互援助が発達した」「デンマークの民主主義の成果である」「女性の社会進出が老人福祉を発達させ、家事から女性を解放した」「長期間戦争がなかった」「グルンドヴィ(1783-1872)によるフォルケホイスコールの運動(生きるための学校の運動)がある国」「ヨーロッパ中央の都市から離れていた」などの理由をデンマークの人々はあげている。

デンマークの市町村合併をみると、1979年には1388あった市町村を275に統合している。その後、271になっていたが、2007年1月には、271の市を98の市に統合している。県は2006年までは14であったが、2007年には県を廃止し4つの広域行政機構(レギオナ)に再編されている。統合の理由としては、国が、市に福祉行政を分権化すること、自治体間の差を少なくすること、福祉を十分に推進することをあげており、日本のように、財政的な理由は前面に出ていない。

1970年には、「福祉行政法」が成立し、諸々の福祉政策が実施されている。1974年には「生活支援

法」が成立している。この「生活支援法」の成立は特に重要で、高齢者福祉の充実化に大きな影響を与えた。1979年から1982年にかけて、福祉省下に設置された、超党派の「高齢者問題委員会」(委員長アナセン教授)において、生活支援法を活用することによって、デンマークの「高齢者福祉の三原則」が定められている。高齢者福祉の三原則は「自己決定」「生活の継続性」「自己能力の活用」である。この原則がその後も貫かれている。三原則は、国の中央の福祉省においても、また、地方のプライエム⁴⁾でも、高齢者福祉センターでも、語られており、その理念を着実に実現している。1990年には「生活支援法」が改正されている。2002年6月には、新しい「高齢者福祉法」が制定されている。2007年には自治体の再編により、病院運営、障害者施設の運営などは広域行政機構(レギオナ)の所管業務となり、社会福祉、高齢者福祉、医療以外のヘルスケア、児童教育などは市(コムーネ)の業務となっている。このように、その時代、時代に即応した法律の改正が行われるのはデンマークの特徴でもある。

自治体の行政をデンマークでは市議会が実施している。市長は市議会より選出されるが選挙で多数を得たなどの代表が市長になっている。実際の行政は常任委員会がつかさどっている。大部分の市には財務、福祉・文化、環境、技術の委員会がある。業務の内容の面で福祉委員会が重要視され、全予算の約6割が福祉予算である。

Ⅱ 基本となる生活支援法

1974年に、福祉の分野では、世界的にも注目されている総合的な法律「生活支援法」が成立している(実施は1976年4月)。この法律は、それまでばらばらであった福祉関係法を一本化して、利用者主体にサービスを提供できるようにしたものである。福祉の対象を、障害者、精神障害者、知

的障害者、高齢者、母子家庭などのグループに分けて、それぞれ別のサービスを提供するという従来の方法をやめて、理由にかかわらず、日常生活が困難となった国民すべてに、サービスを提供するという法律である。そして、サービスを提供する義務をコムーネ（市）に負わせている。

生活支援法

第1条 公共機関は、国内に居住し、且つ本人若しくはその家族がおかれている状態のための相談、経済的若しくは実質的な援助、職業的能力の開発若しくは回復のための援助、または介護、特別な治療若しくは教育的な援助を必要とするすべての者に対しては、この法律の定めるところに基づいて、援助を行う義務を有する。

第6条 すべての男性及び女性は、公共機関に対して、本人自身の生活を維持するとともに、配偶者及び18歳未満の子（以下、この法律においては「子」という）を扶養する義務を要する。

第9条 コムーネ議会（市議会）は、個々の援助形態に関して別に定めのある場合を除いて、この法律の定めるところに基づいて援助を実施するものとする。

この法律が実施されてからは、グループ別の利用度の統計がなくなった。社会的弱者をグループ分けして、比較することを避けたのが主な理由といわれている。

生活支援法は、「枠組み法」あるいは、「額縁法」とよばれ、国は大まかな方向性とか、ある程度の枠組みを規定するだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは、各自治体（市）にまかされている。したがって、各市で競争しながら、高齢者福祉の施策が取り組まれている。さらに、1979年から82年にかけて、福祉省に「高齢者問題委員会」（委員長アナセン教授）が設置され、高齢者福祉の三原則「自己決定」「生活の継続性」「自己能力の

活用」が答申された。

住宅の提供（プライエムの建設、高齢者住宅の建設）、ホームヘルプ、訪問看護、補助器具の提供などの事業が続けられる。1989年には、サービス資源量は表1のようになる。

その後、高齢者福祉の三原則の推進（1988年）、在宅福祉の推進（1988年）、民間委託の推進（2002年）などにより、統計的な数字の把握は困難になっていくが、全体的には、福祉職員の増加の傾向は見られている。生活支援法は、枠組み法とはいえ、著者の目から見ると、かなり具体的な考えが示されている。高齢者福祉に関係すると思われるものは、次のようになる⁵⁾。

生活支援法

第28条 コムーネ議会は、単身者及び家族に対して、継続的な指導及び助言を無料で提供することができ、且つ援助を必要とする認められるものすべての者に対して、訪問調査活動によって、指導及び助言を行う義務を有する。指導助言の目的は、当面する一時的な困難に関して、本人を援助すること、及び、長期的視点に立って、発生する問題を本人が自らの力で解決することが出来るようにすることである。

指導助言は、単独で又は他の扶助若しくは援助と併せて行うことができる。

第37条 環境の変化のために自己若しくは家族の生計維持に必要なものを入手することが困難となった者に対して、この節の定めるところに従って、基本扶助、受託加算及び児童加算からなる金銭扶助を支給する。

第50条 コムーネ議会は、当該コムーネ内にホームヘルプ制度を整備し、その職業に従事するために訓練を受けたホームヘルパーによって家庭内での実質的な援助を行うことができるように保証する責任を有する。

第58条 障害又は疾病若しくは老齢に起因する永

表1 デンマークの高齢者福祉サービス資源¹⁾

		総人口 5,129,778人			
		65歳以上の人口 789,986人 (15.4%)			
	施設数	許容量	職員数		
			延べ	フルタイム換算	
プライエム	1,212	50,578 (6.4%)	67,795	50,515	
うちデイホーム		3,513 (0.4%)			
デイセンター	415	26,999 (3.4%)	3,445 ²⁾	2,475	
ケア付住宅	339	6,670 (0.8%)	2,793	1,958	
高齢者住宅		5,087 (0.6%)			
その他の高齢者のための住宅		32,058 (4.1%)			
施設外の社会活動職員			1,188	830	
ホームヘルパー			34,023	26,696	
訪問看護師			5,349	3,977	
県立補助器具センター	17		239	205	
県立リハビリセンター	222		3,977	3,638	
自治体福祉事務職員			20,904	18,895	

注：1) 1989年1月1日現在

2) 利用者は47,870人

資料：Danmarks Statistik, Den sociale ressourceopgørelse den 11. januar 1989, *Social sikring og retsvæsen, 1990* : 2, pp.8-10, 19-21. (伊東敬文氏資料)

続的障害を有する者のために、以下の各号に掲げる特別な衣服用品の購入に要する増加支出を含む、補助器具に対する補助金を支給することができる。

- (1) 本人が職業に従事するために必要なもの
- (2) 本人の苦痛を著しく軽減することができるもの
- (3) 本人の在宅での、日常生活を著しく容易にすることができるもの

第79条 コムーネ議会は、健康上の理由によって、第4章及び第5章に定める援助をもってしては自宅での生活ができなくなった者に、プライエムに入居する機会を与えることを保証しなければならない。

第79条の2 一般の住宅で生活することができな

い者であって、なおその状態がプライエム又はデイ・ホームの入所を必要とするまでに至らないものは、永続的な障害を有する者のための特別な施設を備えた保護住宅に住居を移すことができなければならない。

第80条 前条に定めるプライエム及び保護住宅⁶⁾は、一つ又はそれ以上のコムーネ若しくはアムトコムーネによって、又は、コムーネ議会が協定を結んだ福祉法人として、設置及び運営することが出来る。

第81条 この法律に定めるプライエム及び保護住宅の建設は、1988年1月1日以後は開設することができないものとする。

第81条の2 既設のプライエム及び保護住宅につ

いては、前項に定める以後も補修及び改築によって、この法律に基づいて継続して運営することが出来る。

第 82 条 コムーネ議会は、可能な限り、居住者委員会と協力して、当該コムーネ内のプライエム及び保護住宅の日常の運営を監督する。

第 82 条の 3 箇々の居住者は、その者が受給した援助に対する費用に相当する額を、(自由に処分できる金銭として) 保有することができなければならない。

第 85 条の 22 プライエム居住者の住宅に関する負担額は、収入の 15%の額とする。但し、暖房費及び電気料は、その実費相当額を負担するものとする。

実際の援助及びその他の援助に関する費用負担額は、自宅で生活する者に適用する規定に従って定められる。

本項に定める費用負担額は、社会年金と相殺することが出来る。

第 135 条の 5 コムーネは 67 歳以上の者に関して、最終的に以下の各号に掲げる費用を負担する。

- (1) 在宅における実際的な援助、在宅死を望む者の世話及び第 4 章及び第 5 章に定める補助器具に関する費用
- (2) 第 68 条に定める措置された昼夜ケアの措置に関する費用
- (3) 第 74 条に定めるデイ・ホーム及びデイケア・センターの利用に関する費用
- (4) 第 79 条に定めるプライエム及び保護住宅における滞在に関する費用

Ⅲ 在宅福祉だけで、高齢者福祉対策はどこまで可能なのか

—1988 年改革 ホルベック—

1988 年改革のポイントは高齢者委員会の答申に基づいて、高齢者福祉の三原則(①自己決定 ②生活の継続性 ③自己能力の活用)を徹底するとともに、財政面からもそれまでのやりかたを見直すことであった。

具体的には、

(1) ホルベックでは、それまで建設を進めてきた「プライエム」(特別養護老人ホーム)の建設をやめるとともに、市ですすめていた施策を 5 地区の「総合福祉センター」に分権化する。

(2) 施設は利用者を束縛しているという欠点をもつということから、在宅と施設を一体的に運営する。看護師 2 人とホームヘルパー 13 人で構成する 18 チーム(2003 年現在 19 チーム)でもって、80 世帯(場合によっては 50 世帯)の在宅および施設の対象者をケアする。昼間勤務、準夜勤務、深夜勤務の体制を病院の病棟と同じようにつくり、「24 時間在宅ケア体制」を確立した。プライエムを 1995 年までにゼロにする計画を 1990 年に立てた。この背景には、プライエムが長期滞在施設になり利用者を施設に束縛することになりつつあること、高齢者人口が増加し、95 年にはプライエムをさらに 90 床増設の必要性があること、高齢者ケアの全体の経費が 2 倍になると推定されることがあった。施設福祉をゼロにし、在宅福祉だけで高齢者福祉対策をするのは一般的に難しい。特に増加しつつある認知症対策ではどうしても、効率的に、当事者にとって良質なケアをするためには施設的なものが必要である。そこで問題は、グループホーム、高齢者住宅が施設でなく、在宅であるように運営できれば、この問題は解決できたことになる。デンマークの人たちの意識ではグループホームも高齢者住宅も在宅福祉の方向で整理されている。す

なわち、グループホームも高齢者住宅も表札をつけ、バストイレがあり、新聞受があり、自由に出入りが出来、個有部分、共有部分の家賃を自分が払い、食材料費を支出するという形で整理されている。高齢者住宅は2部屋、バストイレつきで60㎡以上になってきている。

(3) 住民参画の拡大

① 以前から「プライエムの利用者委員会」が存在していたが、1989年頃からは、しだいに「在宅と施設の利用者委員会」「アクティビティセンターの利用者委員会」と対象を拡大していった。2002年には、施設の説明も、施設長でなく、利用者委員長が行うようになっていった。すなわち、プライエムという施設に限定するのではなく、地域の高齢者総合福祉センターの全体にかかわる運営をするという形態である。さらにホルベックでは5カ所のセンターの合同利用者委員会もあった。

② 利用者の選択権の重視…在宅と施設の垣根を取り払うという改革、在宅に施設の良さを、施設に在宅の良さをという改革が88年にされ、「在宅と施設の一体的な運営」が強調されたが、2003年改革ではホルベックでは、施設ケアと在宅ケアを分離し「在宅ケア」に民間が参入する。これは、1988～92年の改革で実現した「施設と在宅の一体的な運営」よりも住民が「サービスの選択肢の豊富化」の方を重要視した結果である。

③ 利用者委員会の活動…利用者委員会理事会は5～9名で構成、ホルベックは7名、月1回開催、

議題は2週間前に予告、前回の決定事項の確認から始まる。利用者委員会には施設長も参加している。職員は18名いる（キヨスクを除く）。利用者委員会のメンバーは選挙によって選出される。任期は2年。運営予算はほとんどが、タクシー代、企画費、事務費である。ステンフスバッケン総合福祉センターでは、事務費20万円、タクシー代180万円である。「利用者委員会」はビリヤード、ランプ、庭づくりグループ、鶏飼育グループ、キヨスク運営等の活動とファッションショー、音楽会、ビンゴ会、映画、クイズ、イースター、クリスマス、夏至、魔女焼き、遠足、入所者歓迎会などの行事の企画をしている。

施設と在宅の一体化した運営(1988年)、民間委託の実施(2002年)により、高齢者福祉で働く人の数は把握しにくくなっているが、今まで、ホルベック(人口3万3千人、67歳以上4171人)を訪問した人たちの報告書をもとに高齢者福祉の現状をみると次のようになる。

■ 1989年…在宅154人、施設239人、計393人を対象に在宅ケアは看護師21人、ヘルパー122人、作業療法士(以下、OT)・理学療法士(以下、PT)11人で実施している。在宅ケアチーム(原則として看護師2人とヘルパー13人で構成)は18チームでスタートしている。施設であるプライエムは4カ所(252個室)スタッフは239人(看護師35人、OT・PT・寮母など91人、趣味の指導員1人、事務・掃除・調理99人、その他13人)、デイサービ

表2 デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

	1987	1990	1995	2000	2006
施設系					
プライエム	49,088	44,847	36,468	29,685	15,424
保護住宅	6,595	6,315	5,108	4,274	2,870
住宅系					
高齢者住宅	3,356	7,305	20,985	34,600	58,292
合計	59,039	58,467	62,561	68,559	76,586

出所：デンマーク社会省資料

ス(1日10人)、高齢者住宅0世帯、ケア付き住宅24世帯。

■ 1993年…ホームヘルパー224人、訪問看護師38人、保健師9人、その他不明。施設と在宅の垣根をなくす試みが始まっていた。在宅ケアチームは18チーム、5つの総合福祉センターを拠点(ここには、在宅ケアチームの一部の詰め所およびデイセンター、談話室、キヨスク、ボランティアの控え室などがある)に活動していた。プライエムは90室に減少、ケア付き住宅18戸、高齢者住宅220戸。

■ 1999年…高齢者福祉に働くスタッフは541人、うち、ヘルパー300人。認知症対象のためにグループホームが60室、スタッフ60人である。在宅ケアは、夜間在宅はヘルパー3人で15世帯、準夜勤ヘルパー9人、3チーム、昼は在宅ケアチーム(看護師2人、ヘルパー10~15人)18チームで対応している。総合福祉センターは5カ所。

■ 2003年…スタッフはパートを含めると650人、在宅ケアのチームは19チーム、利用者1344人、9161時間、認知症用グループホームが60人から110人へと増えている。高齢者住宅250戸。総合福祉センターは5カ所ある。利用者委員会の運営するアクティビティセンターはますます盛んとなっている。

このように15年の推移をみていくと、252室あった「プライエム」の個室はゼロになっている。全国的にも1989年50,575あったプライエムのベッドは、2006年には15,424に減少している。グループホームや高齢者住宅が増加している。認知症の高齢者を対象としたグループホームが99年には60戸あったが、2003年には110戸へと増加している。これ以外に、高齢者住宅が250戸ある。しかし、これらを施設と言わず、住宅の一形態としている。

2003年時点では、在宅福祉の方は「在宅ケアのチーム(19チームあって、看護師2人、ヘルパー

13人で構成)」は、これらの高齢者住宅に住む高齢者も含めて、1344人を対象に、「24時間在宅ケア体制」を実施している。このほか、アクティビティセンターやリハビリ施設を充実することで「在宅強化の方向」は貫かれている。また、補助器具については、県に1カ所の「補助器具センター」が存在するとともに、市役所や総合福祉センターに「補助器具倉庫」があり、リサイクルも行われている。92年頃の「施設と在宅の統合化」(5カ所の総合福祉センター構想)によって、在宅の職員と施設の職員の区別が出来なくなった。さらに、2003年頃から、在宅サービスの一部が民間委託されることから、これらの数字はさらに曖昧になると考えられる。それでも、日本と比較すると、施設は2倍近くあり、在宅には10倍のスタッフが働いているということになる。なお、賃金は2007年現在、ホームヘルパー(介護福祉士)の月給(週労働時間37時間・手当込)24.334クローネ(約49万円)、看護師の月給(週労働時間37時間)は30.055~33.588クローネ(約60~67万円)である。またホームヘルパーの教育は9年間の義務教育後、1年間の教育(現場半年、学校半年)があるが、教育期間中は市から給与が出る。さらに1年半教育を受けると、病院の看護助手の業務が可能となり、医療と福祉の両方で働けるようになる。さらに看護師、OT、PTの学校にも進学できるようになる(高校卒と同等)。看護師は高卒後3年9カ月の教育で、国家試験を受けパスしたのち卒業となる。

Ⅳ ニーズ判定と品質保証…2003年改革 ホルベック

2001年に社民党から保守党に政権が変わり、2002年6月に新しい法律が新政権のもとに出来ている。調査に訪れた2003年はホルベックでは新しい法律での動きが顕著になりつつあるときであった。政権党である保守党は「おしきせの福祉サービスで

なく、自由度を高くしたい」「選ぶのは住民、市民権がより保障される形に変更する」と言っていた。

主な変更点としては、判定する部門とサービスを実施する部門を別にするようになったことと、民間参入を認めることであった。ただし、在宅ケアのホームヘルプ部門から民間委託し、プライエム、グループホーム、高齢者住宅は当面民間でなく、行政がサービスを行う。民間参入といわれているが、行政と民間を総合的に運営して当事者にとって良いものにするという目的があげられている。

つまり今後は、利用者の権利を重視し、高齢者の自立を期待して、効率的に実施することを目的にしている。民間が参入することにより、トータルケアが難しくなるので、民間と行政の相互の調整が課題であるとしている。ニーズ判定（介護判定）は、これまでグループごとに訪問看護師が実施していたが、市によって異なるが、ホルベックでは5人委員会（訪問看護師、OT、PT、ホームヘルパー（1年半の教育を受けた者）の5人）で判定

し、実施し評価されている。この制度は2003年8月スタートであり、申請があつてから5日以内に判定を行うとされており、日本の介護判定より短期間で行われている。ニーズの判定は6カ月間有効である。ニーズ判定は、時間を十分にかけるので、1日2～3人しかできていない。ネストベッズでは査定員が今までの経過記録を持って現場へ行って19項目についてニーズ判定（5段階）し、サービスを決定し、契約する。年1回の見直しがある。その場でサービスカタログ（介護計画）を作成し即発注、市が直接または委託によりサービスを提供する。ニーズ判定は、すべてを1～1.5時間かけて調査し、本人は、なぜこのサービスが受けられるのか、受けられないのかの説明を受ける。だから、1日2～3人が限度である。不服は、直接高齢者委員会、申立委員会にする。したがって、サービスカタログ（介護計画）とサービス品質保証（契約どおり実施されている証書）が存在する。このような形で判定され、市もしくは民間業者で実施されるので、日本のようなケアマネージャーは存在しない。

表3 ニーズ判定の活動実績（ホルベック）2003年 第19週（5/5～5/11）

	使用時間数 (h)				支援人数		
	日勤	準夜	深夜	総数	日勤	準夜	深夜
入浴 (1.3)	301.03	1.20	5.00	307.23	499	2	1
個人衛生のヘルプ (1.3)	358.15	42.04	2.55	402.74	273	40	4
衣服の着脱 (1.3)	302.20	148.19	7.36	457.75	301	155	11
カテーテルの交換 (1.4)	30.05	12.32	3.06	45.43	37	16	0
トイレのケア (1.5)	306.33	201.59	50.28	559.00	156	132	52
皮膚の世話清拭 (1.6) 完全看護	67.33	19.47	0.00	86.80	163	34	0
身体的補助器具 (1.7)	102.56	39.43	1.20	143.19	149	70	3
移動の介助 (1.8)	318.09	113.39	6.30	437.78	174	16	6
体位変換 (1.9)	21.33	33.39	34.37	89.09	17	29	26
その他 (1.10)	264.31	33.03	6.46	303.80	303	45	10
精神的支援 (2.1)	149.59	33.49	3.35	186.43	126	28	5
生き甲斐対策 (2.2)	85.34	7.14	0.35	92.83	31	6	1
その他 (2.3)	24.13	10.34	4.07	38.54	32	12	4

今まで、ホームヘルプと訪問看護を一体的に運営してきたが、ホームヘルプの一部が、2003年から民間委託されたので、調整が課題である。訪問看護も、今後、民間委託される見込みである。2007年に訪れたネストベッツでは1割以上が民間委託されており、市によって、民間委託のスピードは異なる。

ホームヘルプの経費はホルベックでは、掃除が1時間あたり264クローネ(5280円、177~320クローネの幅がある)、身体介護が1時間あたり273クローネ(5460円、202~334クローネの幅がある)、夕方・夜の身体介護は370クローネ(7400円)である。当初はこの値段で民間への委託がされる。すなわち、現在のところ、行政で行うのと同一段段で、民間に委託されている。

サービスの品質管理がされているのは19の分野であるが、それは、配食(給食)、調理(食事)、掃除洗濯、買い物、個人衛生、社会交流、アクティビティ、運動、リハビリ、訪問リハ、聴力障害サービス、地域センター活用、訪問看護、失禁対応、ターミナルケア、認知症対策、訪問予防活動、住宅、高齢者委員会である。このように、サービスの品質管理がデンマークでは行われている。日本でもホームヘルプサービスの品質管理をきちんとすべきである。評価については満足度調査が予定されており、95%以上の人々が満足していなければならないとしている、5%を抽出し、抜き打ち調査をしてサービスを評価する予定である。

サービス内容については、大きなビジョンから個々の細かい内容に至るまで決めている。その上で現場がニーズ判定をしている。9つのポイントがあり、このポイントをダイアグラムで視覚的に示すことにより、当事者に理解し易いようにしている。ポイントは次の9項目である。1. 食事が自分で出来るか 2. 水分補給ができるか 3. 移動の自由度 4. 日常的家事 5. 活動しているか 6. 社会的ネットワーク 7. 精神的レベル 8. 慢性

病の有無 9. 住宅は生活に適しているか。

1990年頃から実施しているが、2002年頃からコンピューター化したので視覚的に見るできるようになった。

以上見てきたように、2003年は大きな変革の年であった。しかし、デンマークでは、高齢者福祉の責任は「市行政」であり、医療の責任は県(2007年からは広域行政機構)である。責任が日本のように曖昧でない。たとえば、在宅サービスが民間に委託されても、評価し、次の行動を決定するのは市の行政であり、そのための「評価方針」「評価項目」「評価方法」が実施する前の段階できちんとしている。このことは印象的であった。また、ビジョンを職員で「文章化」しておくという試みもされ、実施後評価に使用するということであった。なるほどと思った。日本では、「文章化」して確認し、実施し、「評価する」というプロセスが不足しているのではなかろうか。2003年改革では、以前と比べてニーズ判定が厳しくなったこと、報告義務が必要になったこと、5%の抜き打ち調査が実施されることになったことの変化がみられた。

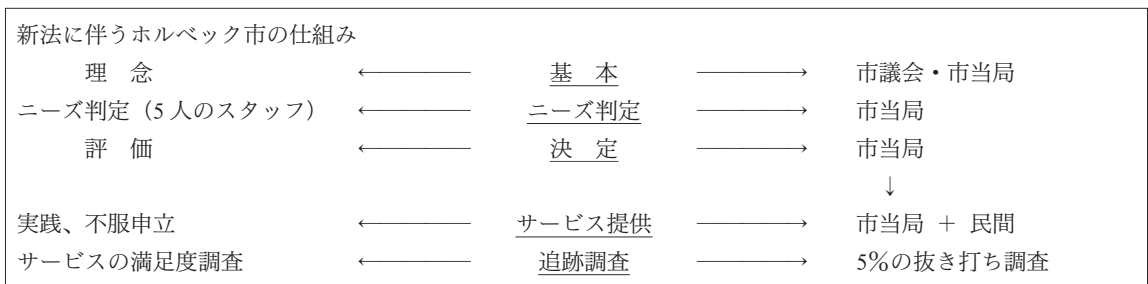
V 在宅電子カルテを活用…2003年改革 ホルベック

2003年のホルベック、2007年のネストベッツでは、携帯電話を少し大きくした程度の携帯のコンピューターを活用した電子カルテが試みられていた。すでに、この試みは国の補助金もあることからデンマークの多くの自治体で行われている。今の方法は、2001年から動き始めた。デンマークには4~5種のプログラムがあり、このソフトを使うと福祉省から1.6ミリオンクローネの補助がある。400万クローネは各自治体が負担する。このようにオンライン化をすすめている。ここでは、電子カルテから得られたデータを中心に述べてみたい。

表4 サービス内容の9つのポイント

1. 食事が自分で出来るか	自立	半自立	困難	完全な依存
2. 水分補給ができるか	自立	半自立	困難	完全な依存
3. 移動の自由度	屋内	屋外		
4. 日常的家事	買物	掃除	花に水をやる	
5. 活動しているか	教会	クラブ活動		
6. 社会的ネットワーク	家族	友人	有無	いいか、悪いか 人間関係
7. 精神的レベル	痴呆	うつ病		
8. 慢性病の有無	糖尿病	リウマチ	悪性疾患等	
9. 住宅は生活に適しているか				

表5 2003年改革に伴うホルベックの仕組み



ホルベックは委員会でニーズ判定をしているが、ネストベッツは次のようになる。

ア) 対象者自身と査定員がそれぞれに判断、基準と比較評価して査定する。

仕事、教育、衛生、住宅、身体的機能的、身体ケアなどについて、全体的に何ができるか上中下に区分する。在宅では身体ケア(看護・トレーニング)とサービスの頻度、時刻などを決め、スタッフは委託先を市、民間の別に分ける。

イ) 市は介護計画プランを作成し、査定員が現場で修正して完成させた後、サービス業者へ転送する。

ウ) サービス提供側はケアプランをヘルパーへ送信

エ) ヘルパー等が訪問する。訪問先へ到着すると時刻を入力し、サービスを開始する。

ホルベックのホームヘルプのサービスニーズ

1988年にも5カ年計画で改革を考え実践されている。15年前の1988年と現在(2003年)とを比較すると、高齢者は、機能的に良くなり、いい状態の人々が増えている。

ホルベック市で在宅、施設(グループホーム)で、67~79歳で86%、80歳以上で44%の人は、ホームヘルプを必要としていない。2000年には1,330人が、1週間当たり身体介護から生活支援まで含めて9,369時間のホームヘルプを利用した。1999年に利用時間が増えたのは、ホルベックフースがグループホームに改築し終わったため、グループホームに入所すると一人当たりの利用時間が増える。2000年の結果から2006年1,300人、10,800時間、2012年1,400人、11,500時間と予測されている。2002年にホルベック市は、高齢者住宅に他市から52人受け入れている。この人達の費用は、出

身の市が負担するので、現在はキャパシティに余裕がある。

現在、ホルベック市には高齢者住宅 250 戸、認知症高齢者のグループホーム 110 戸（ケア付き住宅）があるが、360 人のうち、1997～2002 年に年間 62～92 人が死亡している。高齢者住宅、グループホームという居宅で死亡することは、病院での死亡が 8 割を占める日本の現状からすると驚きで、生き方と死に方の違いを考えさせられる。1997～2002 年に年間の待機者は 13～82 人であるが、希望すると緊急性がなくても 2～3 カ月、空いていれば翌日からでも入れる。

在宅電子カルテには、個人情報一覧表として、個人番号（生年月日と 4 桁の数字）、氏名、住所、電話番号、配偶者、家族、鍵の置き場所、緊急番号、犬の有無とその対応、予防的訪問、ホームヘルパー援助、訪問看護、どのようなサービスを受けているか、自分でヘルパーを雇っているか、アクティビティセンターに行っているか、友愛訪問、家庭医名、医学的問題、診療科、倒れ易いか、記憶障害の有無、筋肉痛、傷病名、衛生、移動のニーズ、緊急通報装置、個人的警報システム、給食サービスなどが調査記入されている。職員は、絶えずデータを入力して更新することを習慣づけられている。各地域センターに 3 台のパソコンが設置しており、活動から帰ると入力する。グループごと

にパスワードがあり、自分のグループ以外は見えないようになっている。オンラインで、本部のみすべてのグループを見ることが出来る。以前は、あらゆる統計がスタッフに依頼しなければ出てこなかったが、このソフトを使って、週単位の訪問活動実績表、個別 9 項目機能ダイヤグラム、週単位の職員活動予定表、週単位のチーム活動記録などの個別訪問看護記録が本部で見えるようになった。その結果、本部は、全体の流れを絶えず認識することができ、地域センターの職員ごとに、何時から何時まで、どこで何をしているのかがわかるようになり、職員も具体的に個別対応状況がわかるようになった。

Ⅶ デンマークにおける予防活動の試み… 2007 年改革 ネストベッツ

デンマークの成人に対する予防活動の歴史は新しい。各市で取り組みの差があるが、ここでは、ネストベッツを中心に見ていこう。ネストベッツでは 2007 年 1 月の市町村合併を契機にヘルスセンター（保健、障害、ホームケア、企画調整・事務部門の 4 つ）を設立し、予防対策は自治体の責任とした。そして従来 2 つの県 5 つの高齢者福祉センターなどにあった業務を再編した。

ヘルスセンターは市民の健康支援をしており、

表 6 ホームヘルパーの利用状況 2003.1

年 齢	利用不要	身体・生活	生活支援	身体支援
67～79 歳	86%	8%	5%	1%
80～99 歳+	44%	37%	16%	3%

表 7 高齢者住宅（250）とケア付き住宅（110）の年次別死亡者と待機者（人）
（ホルベック）

	1997 年	1998	1999	2000	2001	2002
死亡者	60	76	74	92	62	71
待機者	67	82	13	68	62	65

スタッフは65名である。職種としては看護師、医師、大学修士、栄養士、ソーシャルアドバイザー、教育者、経済学者など10種類くらいである。この1年間で健康について政策発展プロセスを討議し、優先順序を作成、健康面への情報活動を行っている。平均寿命がデンマークは男性75.6歳、女性80.4歳で日本の男性78.5歳、女性85.5歳に比べても差が大きく短いことから、予防活動が取り込まれることになった。どの市においても、民間委託が行われていく中で、行政の余力を予防活動の方に向けるようになってきている。

1995年までは予防活動は少なかったが、1996年に出来た法律で、自治体は、年2回以上75歳以上の高齢者全員に、予防的な訪問を提供しなければならないと決められている。家族、経済、健康、日常生活、食事に何かあれば、これに対する対応をし、アドバイスを求められれば提供する。訪問看護師、事務職、OT、PTで30分から1時間かけて訪問をする。訪問の中では、安心感を持った生活をしてもらうことを重要な要素としている。

新しく設置されたヘルスセンターの業務には、次のようなものがある。

- (1) 退院後リハビリ…脳卒中、事故等の退院後のリハビリ
- (2) 補助器具(OT担当)…車椅子、杖などの補助器具のリサイクル…注文・査定・相談業務、補助器具倉庫(デポ)があり修理も実施している。
- (3) アルコール、麻薬患者への指導治療
アルコール：嫌酒薬使用、女性が多い
麻薬：98%経済的問題あり生活扶助、男女半々対処
- (4) 保健予防活動

生活習慣病の予防のために4つのポイントに重点を置き、KRAM運動(K:食事、R:喫煙、A:アルコール、M:運動)を展開している。

食事と運動に関する対策として、健康学校(慢

性疾患への対処)が開始された。家庭医から指示された者が、週2~3回2時間を10週間のプログラムで教育される。運動と食事でクラス分けして生活指導が実施される。評価は運動、食事内容で行われる。プログラム作成に医師が協力する。費用は無料、2007年は200名が予定されている。日本でも開始される特定保健指導に似ている。

喫煙は長い年月(30年)かけて取り組んだが解決されず、やはりこの問題は、法律で決めることが必要と結論づけ、2007年7月から公共の場は喫煙禁止となっている。

このほかに性教育、エイズ教育が実施されている。国の健康キャンペーンに協力するとともに、スタッフの能力向上の研修を実施する。

(5) 協力連携機関

協力連携機関としては、家庭医、病院(リハビリの内容の決定、医師、OT、PT、リハビリのケースは3カ月ごとにミーティング)、患者会(糖尿病、がん、盲目、アルコール)、全国NGOのローカル支部、スポーツクラブ(12月から運動アドバイザーをおく予定)、自然環境保護団体(国有林関係)がある。

Ⅶ デンマークの高齢者施策をささえるもの

デンマークの高齢者福祉を支えているものには、デンマーク人のものの見方考え方、デンマーク民主主義がある。それが集約したものが、生活支援法等の法律であり、各市の福祉の理念にみることが出来る。

ここでは、特色ある「教育」をしているフォルケホイスコーレ(国民高等学校)について若干みてみたい。

フォルケホイスコーレはデンマークで約95校、(北欧で400校)、高齢者向けは5校といわれる。農民運動・宗教運動の父といわれているグルンドヴィの指導による学校である。上からの教育でな

くて対話で「生きることの自覚」を促すという考えであり、全寮制である。理念は「対話と共生」であり、入学試験はない。デンマークのフォルケホイスコーレは当初、成人教育のための施設であった。フォルケホイスコーレを日本では「国民高等学校」とか「民衆学校」と翻訳し紹介されているが、日本にない学校だけにその意義は伝わりにくい。その発端は1844年、敗戦によって荒廃した国土の復興と郷土愛の向上のために提唱され、1851年、クリステン・コルによって設立された。グルンドヴィは、少数のエリートが社会を牛耳っていた19世紀のはじめに、真の民主主義社会を実現するためには、農民の教育が重要と考え、フォルケホイスコーレ、「生のための学校」を提唱した。当時20代の若者の1割がこの学校に学んだといわれる。時代とともに、教育内容は変化しているが、現在ではデンマークにある学校のすべてが私立であり、一定の条件をみたし国の認可を受ければ、国から運営費の85%の補助を受け取ることが出来る。現在ではフォルケホイスコーレに学ぶ理由としては、①自分自身を試すため、②社会人になる準備のため、③これからの生活や仕事の準備のため、④大学進学への準備のためなどが考えられる。設立許可の際、ガイドラインがあり、カリキュラムと校長に関して承認が必要である。ここでは、2種類のフォルケホイスコーレを紹介する。

一つは中学3-4年生を対象にしたもので、私立の中学校である。昨今、世界中が「子供の自立性」を問題にしている中で、このフォルケホイスコーレは注目して良いと思う。既に、ほかの北欧諸国に波及しつつあるということであった。近年、義務教育などの学校が統合(8~10校が1校に)される中で、グルンドヴィの考えを生かしたこのような学校が増えている。原則、1年教育の全寮制の学校である。エリート教育でなく、対話、話し合う教育をめざしている。義務教育の授業以外に、ニーズと自然を生かした学校で、学生の自立をめ

ざしている。義務教育以外に、音楽、乗馬、アーチェリー、ヨット、ダイビング、パラグライダー、落下傘パイロット養成の理論、など、30のコースがある。費用は親、国、出身の市が3分の1ずつ、大体18000クローネ(36万円)は親の負担である。

もう一つの2002年に訪問した「エルシノア」のフォルケホイスコーレは高齢者を対象にしたものであった。ここでは、70歳代、80歳代の人々が2週間のコースで学んでいた、杖をつきながら先生の前に集まっている高齢者の姿に感激した。「老人大学」が2週間、泊まり込みで開催されている。随分、人気があるようで、全国から応募があるという。学習意欲の高い高齢者が多いと感じた。この学校は全寮制で、55歳以上を対象にしている。高齢者を対象としたフォルケホイスコーレはデンマークには5校あり、全国から応募がある。国からの補助金は必要経費の2分の1程度になる。コースは25コースあり、音楽、彫刻、旅行、デザイン、ダンス、写真技術、デンマーク文学、ビデオ技術、各種スポーツ等多彩である。ここも、入学試験も入学資格もなく、先着順に入学が決まり、寝食をともにしながら、教師と学生が交流しながら学ぶ学校である。授業だけでなく日常の共同生活から社会人間関係を学ぶ学校である。

注

- 1) これまでのデンマークスタディに関する報告については以下のHPを参照。
(<http://www.mable.ne.jp/~matue-seki/fukushi.htm>)
- 2) 1クローネ=約20円(現在)
- 3) 広域行政機構(レギオナ)とは、「2007 デンマーク自治体改革」の一環としておかれたものである。2007年1月1日から14あった県を5つの広域行政機構に再編している。所管業務は病院など医療運営、観光・労働・教育と文化等に係る地域計画の策定と地域開発、土壌汚染対策、障害者施設の運営である。
- 4) 身体的、心理的、社会的状況が理由で、在宅での

療養継続が困難になった高齢者を対象とする高齢者福祉施設のこと。日本の介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）に相当する。生活支援法の改正によって、1988年1月1日以降の新規建設が禁止となった。

- 5) なお、ここでは、日本語訳の得られた1990年12月告示のものからの抜粋で、その後、アムト（県）の廃止などによる改訂がおこなわれていると考えられる。
- 6) 24時間の介護の必要性はないが、一人で自立した生活を送るには不安が伴う高齢者のための住まいのこと。プライエム同様、生活支援法の改正によって、1988年1月1日以降の新規建設が禁止となった。

参考文献

- 伊東敬文 1990 福祉と医療の連携のあり方 海外社会保障情報 90号 pp.1-16.
- 関 龍太郎 1994 デンマークの高齢者福祉に学ぶもの 海外社会保障情報 108号 pp.72-84.
- デンマークの生活支援法 1993 ビネルバ出版 西澤秀夫訳
- 医療経済研究・社会保健福祉協会 医療経済研究機構 2007 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書

(せき・りょうたろう 松江医療福祉専門学校校長)