

## 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——

伊 東 敬 文

### はじめに

医療と福祉は「統合」されるべきだという指摘は、古くからありました。にもかかわらず、先進諸国においても、未だ実現されていないところが殆どです。

医療についていえば、中世以来たびたび猛威をふるった伝染病が国家の存続をも危機に陥れ、またあらゆる社会階層の人々への生活への脅威でありました。こうした背景から、その対策への努力は非常に古く、封建時代からそれなりの政策化がなされてきました。

また社会不安の解消のために、医療サービスの質的監督も政策課題とされ、医師の資格制度や免許制度が近代社会成立以前から敷かれた歴史を持っています。これらは社会防衛的な発想から、展開されてきた面が強いと言えます。

一方社会福祉における政策展開の重要性が、社会問題として顕在化してくるのは産業化が始まってからのことでした。教会、貴族、商業および産業資本家の慈悲的な活動から始まったこうしたささやかな活動は、産業化にともなって形成された市民社会の成熟によって急速に発展しました。その結果、平等思想が普及し、基本

的な生活保障への社会的要求が出てくることとなります。かくして、社会的な緊張関係を背景として、このような要求への対応が次第に政策化してきました。しかしこのような歴史は、比較的新しいものなのです。

こうした歴史的背景を考えますと、たとえば医療分野では、学問的な体系や科学技術的進歩、あるいは教育制度もはやくから成立し、また医師会や看護団体などの専門職業集団が、今世紀はじめ頃より強力な組織を独自に確立して、かなりの政治的な影響を有していました。またなんといっても伝染病や精神障害など、社会防衛的な立場からも、全社会階層的な関心を呼びやすかったために、医療独自の立場から、行政との諸関係が早くから強固に成立していました。

いっぽう福祉の分野では、その対象がもともとは社会的弱者であり、社会の広範な関心をよび難く、長い間もっぱら篤志家の善意による活動を主としたものでした。そのために、専門職業集団の成立や学問的確立も遅く、その政治的影響力も非常に弱いものでした。

現在では福祉国家先進国として有名なデンマークでも、「福祉省」が独立して設置されるのは、やっと1924年になってからであり、1926年には一度廃止のうき目にあって業務は他省に吸

収されました。現在の福祉省は、その後1929年から再出発したものなのです。

このような事情を反映して、医療と福祉の本質的な「統合」、たとえば両者を完全に一本化した制度体系に組み込むというような試みを実行に移すことは、各国とも殆ど不可能と言ってよいくらい難しいものとなっています。デンマークでも、医療と福祉は別々の省でありますし、ひとつになることはまず無いでしょう。また、その必要も無いと筆者は考えます。

しかしながら、デンマークでは、医療と福祉がサービスの現場で協力し合うという意味での「連携」を、非常によくやっています。それは、国際的にみて非常に高い水準で実現されており、北欧諸国内でも異論のないところです。

実際の観念に立てば、それぞれの制度の歴史的背景が異なり、関係している様々な従事者の教育的背景が異なっているのですから、できそうもない「統合論」をいつまでもひねくり回しているよりは、まずは最低限必要な「連携」の可能性とその条件を、実践的な視点で追求することが有益と考えます。

社会的弱者のニーズとして、医療と福祉は多くの場合同時集中的に、効率よく提供されるべきは自明のことと言えましょう。特にそれが必要とされるのは、長期にわたる病気や障害を持つ人々、すなわち医療ニーズと福祉ニーズが分かち難く生活化されている老人層が増える高齢化社会です。

しかし国際的に高齢者サービスの現状をみても、医療と福祉は「統合」どころか、福祉サービスだけをとりあげてみても、日本や米国などでは様々なサービスの供給が公的私的入り乱れ、あるものは19世紀的な救貧発想で「お情け」的にサービスを与え、またあるものは、全くの営

利目的の「商品」としてサービスを売り、まさにバラバラに提供されています。これらの国々の現状からは、およそ「統合」はおろか、「提携」への道筋すら見出せぬあり様です。

1960年代後半から70年代前半に世界中を巻き込んだ大学革命の嵐の中で、科学の社会的な役割に関して、筆者の考えは思弁的なものから実践的なものへと大きく変わらざるをえませんでした。実践への問題意識がない科学などというものは、これほどに問題が山積している現在の世界においては、無用でありばかりではなく、問題によっては有害でさえあります。なぜなら問題解決をいたずらに遅らせることがあるからです。

たとえば、日本における、重い障害を持つ高齢者—「いわゆる寝たきり老人」—とその家族の現状をみれば、研究室で安楽椅子に座りエッセイマガイの論文を書いて、お茶を濁しているわけにはゆかないのではないのでしょうか。この問題に関する実証的な社会科学研究の無きに等しい程の貧弱さが、日本の世論を眠らせ、行政の怠惰を招き、ついに問題がここまで深化することを許してしまった原因のひとつと指摘せざるを得ません。デンマークにおいて、過去30年間にわたる、この国の高齢者福祉制度発展の歴史を研究するうちに、つくづくと思うようになりました。デンマークでは、多くの実践的な社会学者が、果敢に現実とかかわろうとする中で市民の政治的関心も高まり、行政もこれに誠実に応える構造が形成され、実に合理的かつ現実的に高齢化問題に対処してきました。

本論では高齢者福祉医療の問題を中心に、デンマークでの近年の動向を紹介しながら、福祉と医療サービスの「連携」がいかに関現されてきたかを論じ、デンマークと日本の対比によ

て、日本の問題をより明確にしつつ、今後のあるべき方向性を論じたいと思います。

## デンマークの福祉・医療の行政機関

デンマークの面積はほぼ九州ほどで、そこに512万人の人が住んでいます。北ゲルマン民族のデーン人よりなる国で、デンマーク語を国語とします。宗教的にはルーテル系プロテスタントを国教としています。

行政的には14の県 (Amt) と275の市 (Kommune) よりなっています。1970年に市町村の統廃合が行われて1,000以上あった市町村を現在の数に減らしてすべて市として統一したのです。これは、国が市に福祉行政を分権化するうえで、また福祉サービスの自治体間のレベル差を少なくするうえで必要な行政改革でした。あまりに小規模な自治体では十分な福祉サービスの運営が不可能だからです。1970年の「福祉行政法」の成立から1974年まで、福祉制度の改革がおこなわれましたが、後述する1974年の“生活支援法”の成立は特に重要で、高齢者福祉の充実化にも大きな影響を与えました。

福祉と医療の行政は、福祉は市、医療は県と基本的には分業になっています。しかし、訪問看護婦は、医療セクターの専門職なのにデンマークでは市の福祉部に属しています。したがっ

て、構造的に医療と福祉を連携する仲介者となっているのが特長です。

県は病院医療と、基礎医療 (プライマリーメディカルケア: PMC) の組織、運営、財政についての責任があります<sup>2)</sup>。デンマークの病院は総て公立ですが、基礎医療の中心となる家庭医、開業専門医、歯科医は自営業で、県の医療保障制度との定期的な交渉により、一般租税より支払いが行われます。

福祉と医療は、自治体レベルで市と県にはっきりと分かれています。国のレベルでも同様に福祉は、福祉省 (Socialministeriet) で医療は保健省 (Sundhedsministeriet) とはっきり分かれています。したがって、訪問看護婦は専門職としての業務責任は保健省の管轄下に入り、雇用の面では福祉省の管轄に入るわけです。医療と福祉の仲介者としての役割を担っているといえます。基礎医療における家庭医は、完全に医療に属していますが、地域の医師として市の高齢者福祉の中核である在宅ケアと協力して、高齢者の生活支援にも努めています。それが、デンマークにおけるごく普通の家庭医の姿です<sup>3)</sup>。福祉と医療の機構の中では、訪問看護婦と家庭医が連携の仲介者といえます。

このようにデンマークの医療と福祉の行政機構はかなりバラバラに見えますが、連携をうまく取ることによって整合性のあるサービスを高

表1 デンマークにおける高齢者医療福祉の行政機構

	医療	福祉
国 (ガイドライン/法律)	保健省	福祉省
県	病院 (長期療養病棟) 基礎医療 (家庭医など)	
市		高齢者福祉 訪問看護, ホームヘルパー 補助機具, 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

齢者に提供しています。以下デンマークの医療福祉制度の構造を詳しく見てみましょう。

### デンマークの医療制度

デンマークの医療制度の特長は、いわゆる基礎医療が、医療制度全体の中で名実ともに医療の基礎として、制度的にしっかりと位置づけられていることです。病院セクターとの役割分担がはっきりしており、救急の場合を除くと80-90%の医療問題を、基礎医療の中心的存在である家庭医のレベルで処理しています。ちょっとした風邪でも病院を利用することの無駄を（患者にとっても医療制度にとっても）、制度化された基礎医療制度は省くことができます。デンマークにおいてかなりの疾患が基礎医療の段階で解決していることは、世界的にも特筆すべきことです。

プライマリーヘルスケア（PHC）の考え方を世界的な指標とするべく努力した、前WHO事務総長のハルフダン・マラー博士が、デンマーク人であることを知る人は、博士の考えの基本にデンマークの家庭医を中心として発展した基礎医療制度があったことを知っています。彼は病院偏重の医療制度は、経済的に無駄であるだけでなく、市民に不必要な苦痛と不安を強いることの非合理を改善しようと主張したわけです。

病院セクターの既得権の問題があり、医療制度の構造改革は国によっては非常に難しいのですが、考え方の正当性は、1978年のアルマアタ宣言以来世界的に認められてきており、日本でも大いに議論されてきました。1987年に家庭医制度の導入の可能性を日本の厚生省も模索しましたが、政治的な壁が厚く実現を阻んでいるよ

うです<sup>4)</sup>。

基礎医療がよく機能しているデンマークや英国では、国民総生産に対する医療費が安定して低いのが特長です。医療資源を有効に活用するためには、基礎医療と病院医療との分業がうまく出来る制度が有利なのです。差額ベッド料とか私費による付き添い人など全く無い、デンマークの国民総生産に対する医療費が、日本より僅かではありますが低いのは、無駄なく医療資源が活用されているからに他なりません。スウェーデンや米国の医療費の比率が高いのは、基礎医療が制度として弱く、病院偏重の医療制度になっているからです。それでもスウェーデンでは、医療は公的に運営されていますからデンマーク同様に無料で安心して医療ケアを受けられますが、米国では家族が長期に渡る病気入院すると破産して借金が残ることがしばしばあります。日本は米国を模範にしてきましたから、このままの政策を続けると医療費は上がっても、不安は一向に解決されずに悲惨な状態に置かれる人は無くならないことになるでしょう。日本の医療費のGNP比は既にデンマークより高いですが、今のままでは医療の質は全く上がらないにかかわらず医療費だけはどんどん上がって行くことでしょう。日本の医療には、そのような構造的な問題があるのです。医療費をただ押さえるだけの政策では、医療の質の低下か

表2 国民総生産に対する医療費 (%)

	1970	1980	1984
デンマーク	6.1	6.8	6.3
英国	4.5	5.8	5.9
日本	4.6	6.4	6.6
スウェーデン	7.2	9.5	9.4
米国	7.6	9.5	10.7

資料：OECD, *Measuring Health Care 1960-83 & Financing and Delivering Health Care*, Paris

表3 総医療費に対する利用者の自己負担率 (%)

1970	1980	1986	1989
17.5	9.6	14.9	14.5

資料：MEFA, *Tal og data, Medicin og Sundheds-vaesen*, 1989, P86

表4 総医療費に対する病院とプライマリーメディカルケア医療費の割合 (%)

	1970	1980	1986	1989
病院	47.1	64.7	61.5	61.3
基礎医療	22.1	22.4	20.6	22.4

資料：表3と同じ

ら、悲惨な状態はさらに拡大化するでしょう。

デンマークの医療制度のほとんどは、公的制度として租税で賄われていますが、自由経済主義をとるデンマークでは、部分的な自己負担があります。しかし基礎医療にせよ病院での医療ケアにせよ、基本的な部分は総て無料です。自己負担の部分は周辺のなものに限られています。在宅で使用する薬剤の一部負担とか、歯科診療における一部負担程度のものです。

しかし、ここで注目しなくてはならないのは、この表のちょうど裏側にある公的制度です。自由主義経済の中でも医療のほとんどを公的、つまり国民皆のものとしたことで、国民経済的には安く、しかも安心して受けられる医療制度ができることを日本は認識すべきです。デンマークを含む北欧諸国から、この点で学ぶことは多くあります。

自己負担にせよ公的制度にせよ、いずれも国民が払って運営されるサービスに他なりません。公的制度は国民が税金で負担しているだけで、国民経済で果たしている経済的な売買行為になんら違いはありません。国民としては、この同じお金がうまく活用されて、安心してサービスを受けられるかどうかということが大事な

のではないのでしょうか。デンマークでは、基礎医療と病院が県の行政で程よく役割分担されており、公的な財源で運営されることにより、質を維持しながら効率化することができる特長があります。お金が有効に使われているのです。

表4は、総医療費に対する利用者の自己負担分と、公的な医療費（基礎医療と病院）の割合です。これから基礎医療の医療費全体に占める割合が病院の約1/3と大きく、しかも安定していることがわかります。これこそが、基礎医療がデンマークの医療制度のなかで、しっかりと位置づけされていることによる証左なのです。

病院と基礎医療セクターの従事者数も、ほぼ3対1の関係になっています(表5)。1970年から1986年までの間に、家庭医の病院医に対する相対比率は1対1.7から1対2.9と減りましたが、これは病院セクターの急速な充実化によるものです。それにしても家庭医を中心とする基礎医療が堅固に構築されていることが、この表から読み取れるのではないのでしょうか。

高齢者福祉医療における医療の役割は極めて重要ですが、福祉サービスは、時に医療以上に重要です。福祉が十分に整備されていないと、在宅で悲惨な状態にあるか、社会的入院として不必要に病院を利用する高齢者が増えます。慢性的な疾患や障害を持った高齢者は、生活支援態勢がしっかりすれば在宅ケアが可能です。福祉とは、その生活支援をすること以外のなにもありません。

日本の病院における平均入院日数が、世界的に見て非常に高いのは周知の事実です。福祉が極めて貧弱なことで、医療の支払制度が不備のために、不必要に患者を病院にとどめて薬漬けや検査漬けにしているからです。

表5 デンマークの医療資源

	1970	1980	1986
<b>A. 病院セクター</b>			
医師	3,662	6,501	8,482
大卒のスタッフ	122	109	154
看護婦	12,943	17,890	21,482
他の看護教育取得者	8,875	17,243	18,091
他の保健医療教育取得者	6,121	9,780	11,114
その他の職員	18,196	29,085	26,322
病院セクターの合計	41,919	80,608	85,645
<b>B. 基礎医療（プライマリーメディカルケア）セクター</b>			
家庭医	2,100	2,746	2,956
アシスタント	1,680	2,295	2,470
開業専門医師	375	683	800
アシスタント	300	545	630
開業歯科医	2,003	3,035	3,570
アシスタント	2,150	4,000	4,600
薬局を所有する薬剤師	349	319	312
その他の薬剤師	823	819	754
アシスタントなど	3,206	3,421	3,302
学校歯科医	749	1,349	1,246
アシスタント	1,149	2,573	2,747
乳幼児保健婦・訪問看護婦	2,931	3,621	4,463
基礎医療セクターの合計	17,815	25,406	27,850
<b>C. 学生、実習者の合計</b>			
A+B+Cの合計	71,540	116,511	120,734
デンマークの総人口（1,000）	4,937	5,124	5,125

資料：Mebicianberegning1. Medicinalstatistiske meddelelser, Statistiske Efterretninger, Archiv for Pharmaci og Chemi, Ugerskrift for Laeger, Dansk Tandlaegeforening og Amtsrådsforeningen.

1982年のOECDの国際比較では、デンマークが11.9日に対して日本は55.1日という大きな違いが出ています。デンマークにおいては病院で寝かせきりにすることは、病院資源の無駄使い、つまり税金の無駄使いですので、治療が済み次第に地域の基礎医療のレベルに下ろして医療を継続し、訪問看護婦を医療と福祉の仲介者

表6 65歳以上の平均入院日数（1987年）

	男	女
65-69	9.2	10.6
70-74	10.5	12.4
75-79	11.7	14.7
80-84	13.4	17.0
85-89	14.4	18.7
90-94	15.8	18.9
95-	13.2	18.1
全人口	7.3	7.8
	平均 7.6日	

資料：Sundhedsstyrelsen, *Aktiviteten i sygehusvaesenet 1987*

として、市の在宅福祉で生活支援をするのです。

デンマークの1987年における平均入院日数は7.6日まで下がっています。高齢者でも平均15日以下です。表5からも分かるように、病院における医師や看護婦の数が、1970年以来急速に増えてきて、現在では床当りにして日本の2-3倍の、医師や看護婦などの医療従事者がいて効率が良く、手厚い医療や看護ができることもありますが、在宅での医療、生活支援の体制が充実してきたことも、入院日数を減らしている大きな原因です。特に24時間の在宅ケア制度の導入、および補助機具の普及は、大きな意味を持っています。医療、特に高齢者の医療が福祉サービスと密接に関係していることは、後述する社会的入院で論じます。

それにしても、デンマークと日本の医療サービスには実に大きな差があるにもかかわらず、国民総生産に対する医療費はほぼ同じだということはどういうことなのでしょう。それは日本の医療にはあまりにも多くの無駄があることを意味しているのです。どこにお金が無駄使いされているのかを日本の研究者はもっと探求すべきです。悪質な老人病院で縛られて寝かせきり

になっている高齢者を救うためにも、国民は自分達のお金がどこに、どのように使われているのかを知るべきです。研究者はそういう情報を社会に提供し、より良い政策作りのために寄与すべきだと思います。

## 高齢者福祉サービス

1974年に、福祉の分野では世界的に見ても画期的な総合的な法律“生活支援法”(Bistandslov)が成立しました(実施は1976年4月)。この法律は、それまでばらばらだ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のです。福祉の対象を、高齢者とか母子家庭とか、障害者とかのグループに分けて、それぞれ別々にサービスを提供する従来の方法を止めて、なんらかの理由で日常生活が困難になった国民(市民)総てを対象にして、問題にすぐに対処できるようにしたのです。サービスは、(A)情報提供や助言、(B)現金給付、(C)訪問看護・ホームヘルパーの派遣、(D)補助機具の貸与、住宅改造、(E)住宅提供(障害者・高齢者住宅、プライエムとよばれる24時間ケア付住宅など)などを柱に、これらの組み合わせを利用者のニーズに合わせて提供する義務を、市(コモン)に負わせています。これによって市の福祉の窓口は一つになりました。この法律が施行されてからは、グループ別の統計がなくなり、サービス別の利用度の統計になりました。社会的な弱者をグループ化して、レッテルを貼ることを避けたのです。

この法律は、「枠組み法」あるいは「額縁法」と呼ばれて、国は大まかな方向性とある程度の枠組みを規程するだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは、実質的にそれぞれの市の

決定にまかされています。この方法は、それぞれの市が質の向上へ向けて競争する傾向をつくりました。また財政難の折からサービスのレベルを落とさずにいかに効率よくサービスのメニューを作り、活用するかの競争も起こっています。この10年間の高齢者福祉分野では、この傾向が著しかったと言えます。

これには、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」の果たした役割が大きいのです。この委員会は長期的な高齢者福祉医療政策の理念と方法を追求して3部からなる報告書を作成しました<sup>5)</sup>。政府関係の報告書としては珍しく広く読まれ、委員長のアンドルセン教授が最終福祉大報告書を提出する段階で、それを受け取る側の臣になったこともあり、報道でもかなり取り上げられました。まさに国家的な事業として、国民の総知を集めたというような仕事でした。

この委員会によって新しい法律は作られなかったのですが、委員会の解散の後には、上記の“生活支援法”を活用することによって、委員会の提案が、各自治体によって試行錯誤しながらも活発に展開されたのです<sup>6)</sup>。

市民の生活を守り、安心した地域社会を運営する政策が実施されれば、民意が市の政治に反映せざるを得ないのです。それに対して市の政治が十分に対応できないとしたら、その時は市民から激しく批判されてその政権は長続きできないのです。

表7は1988年の主要な高齢者福祉の資源状況を示しています。これら質量共に世界の最高レベルにあります。たとえば、プライエムは日本の特別養護老人ホームに当たるものですが、総て個室でトイレとシャワーがほとんどの部屋についています。平均して一部屋当り約25平方メ

表7 高齢者福祉サービスの実体  
(1988年1月1日現在)

総人口	5,129,254人
65歳以上の人口	791,001人(15.4%)
1) プライエム	46,698(5.9%)
	この内4,047人は日中だけ利用
2) ケア付住宅	6,621(0.8%)
3) デイセンター(74条)	18,848(2.4%)
4) デイセンター(60条)	21,825(2.8%)
5) ホームヘルパーのサービスを受けている世帯	160,233(21.6%)
	この内長期に渡ってホームヘルパーのサービスを受けている人
	134,809(17.0%)
6) 訪問看護婦が訪ねている	122,371(15.5%)
ホームヘルパーの実数	フルタイム 17,464 パートタイム 17,934
合計	35,398
フルタイム換算	27,037
訪問看護婦の実数	フルタイム 1,882 パートタイム 3,138
合計	5,020
フルタイム換算	3,639

資料: Danmarks Statistiks ressourcetaelling jan. 1988, Danmarks Statistiks hjemmehjaelpstatistik 1987, Sundhedsstyrelsens hjemmesygeplejestatistik 1987.

ートルほどあります。

入居者に対する職員数は、全国平均で1対1です。看護関係の職員だけでも1対0.5あります。痴呆性老人のためのプライエムの職員数はもっと多いのです。

日本の特別養護老人ホームとはあまりにも違いますし、欧米で言われているナーシングホームよりも、遙かに住居という感じのする施設です。デンマーク式のナーシングホームは、世界的にも極めてユニークなものです。本論ではこの概念を理解していただくために敢えてデンマーク語“Plejhjem”を片仮名にした、“プライエム”の用語を使用します。

このプライエムには、例えば貯金が全く無く

ても、あるいは専業主婦を一生していたような人で、国民年金しか収入の無い女性の場合でも、有資産者と全く同じ市民としての利用権があります。貧富の差に全く無関係に入居できるのです。

入居の基準は高齢者の生活支援のニーズが非常に多いという判定だけです。勿論、本人の意志に反して入居させることはありません。

在宅ケアの充実により、自宅で生活支援を受けながら生活を継続することも出来ます。デンマーク国民は、これだけの福祉資源が必要だと判断をして、租税によって制度として作り上げ、維持してきているのです。いささか乱暴なたとえ方になりますが、安心した老後のために、それぞれが個別に貯蓄するのではなく、行政へ税金を通じて貯蓄をし、それによって具体的なサービス(良質なマンパワーやプライエムのような施設)を確保して確実な社会資本として蓄積してきたといえれば、よりわかりやすくなるでしょうか。これはヒューマニズムというよりは、合理的で賢明な選択と呼ぶべきだと思います。

金融機関に預けたお金は、預けた人は使い道に全く影響を与えられませんが、民主社会における税金の使い方には、間接的でも影響を与えることが出来ます。民主政治の歴史が浅い日本では、こういうことにまだ実感がもてないのが実情ですが、近年次第にそのような意識が日本の国民にも出てきているようです。第一、老後のために貯蓄したお金がその時になって期待したほどの価値があるかは分かりません。インフレで目減りするかもしれないのです。たとえ目減りしなくても、その時に良質のケアの資源があるかどうか、またあったとしても貯蓄したお金で賄えるかどうかは、全く保障がないのです。



米国では現在すでにそういう状況が目立ってきています。とくに、それなりに貯蓄をし、ある程度の資産も持っている中産階級に、危機感は広がっています。長期の病気になったり、障害を持ったら、蓄えなどあつという間に消えてしまうからです。また、公的福祉ではサービスが十分に整っていないので、ボランティア活動に頼らなくてはならないのですが、その程度のサービス量では全くの焼け石に水同様、お金があってもよいサービスを入手することは困難な状態です。

低所得者層に至っては、まさにホームレスなど、悲惨な状態が蔓延しています。現在の日本はこの道を歩んでいます。それでも構わないのかどうか、国民的な決断を早急にしなければならぬ所に来ています。デンマークを含め北欧諸国では、こうしたことにならないようにと考慮しながら、医療と同様に福祉も公的制度として築く決断をしたのです。賢明な決断であったと国民は判断しています。イデオロギーを越えて超党派で公的な福祉制度を維持しようとする合意がしっかりと根付いていることがそれを物語っています。

現在のデンマーク高齢者福祉の中核は、市の在宅ケアチームです。これは、訪問看護婦とホームヘルパーによって構成されています。訪問看護婦は、医療と福祉の連携をする中心的な存在です。現在ではこのチームが充実すると、どんなに重度な身体的な障害を持つ高齢者でも、在宅での生活が可能だと認識されています。従って、国は1987年に、プライエムやケア付き住宅の新築は不要と判断して、自治体に作らせない法律を成立させました。しかし、その代わりとして障害をもった場合でも、住みやすいように初めから作られている“高齢者住宅”の建設、

表8 ホームヘルパー (実数)

1970	13,820
1975	16,185
1980	20,224
1981	22,579
1982	22,657 (延べ34,824)
1983	22,777 (延べ34,229)
1984	22,961 (延べ33,321)
1986	25,531
1988	27,037 (延べ35,398)

資料: Danmarks statistisk, *Statistisårbog* 1970-1989

表9 訪問看護活動

	訪問看護婦 (フルタイム換算)	65歳以上の利用者 (%)	利用率 (%)
1975	1,897	54	67
1976	1,945	56	68
1977	2,002	58	69
1978	2,088	60	70
1981	2,395	64	73
1982	2,461(延べ3,430)	65	73
1983	2,644(延べ3,630)	66	74
1984	2,724(延べ3,801)	67	75
1985	2,864	68	76
1986	3,091		
1988	3,639(延べ5,020)		

資料: Sundhedsstyrelsen, *Tiårs-oversigt for sundhedsvaesenet* 1973-82 & 1977-86, Danmarks Statistik, *Statistisk årbog*

並びに古い住宅の改造・改築を奨励する政策を住宅省が展開しました。既にプライエムを、高齢者住宅や地域ケアセンターとして改造している自治体もあらわれています。

ホームヘルパーも訪問看護も、ほとんどが女性です。女性が労働市場に出てくるようになったことにより、デンマークの在宅ケア制度が維持できているといえます。パートタイマーがかなりいることが分かりますが、家事や育児にも充分時間を使いたい女性には、フルタイムの仕事は厳しすぎるからです。身分的には全く変わ

りません。こうしないと労働力が確保できないのです。フルタイムだけ雇用するとしたら、必要な数が集まらないでしょう。また、在宅ケアでは、一日中同様に忙しいわけではなく、午前中に多くの仕事が集まっています。労働力の有効利用という面でも、パートタイマーの活用は効率が良いのです。日本もこうしたことを考慮する必要が、これから出てくると思われます。尚、1988年のフルタイムというのは、週に38時間の平日における、日中労働を言います。

表9では、高齢者による訪問看護の利用がどんどん上がってきているのが見られます。まさに、この期間に、多くの市における在宅ケアに、24時間のサービス体制が導入されるようになり、また補助器具なども積極的に活用されるようになり、在宅ケア全体が充実してきてたのです。それが、プライエムへの入居を減らすことにもなったのです。

因みに、デンマークでのきわめて平均的な地方都市で人口が4万人、65歳以上の人が7千人のスヴェンボー市には、訪問看護婦が28人（延べ35人）、ホームヘルパーが250人（延べ323人）、補助器具の提供や家の改造を担当する専門家である作業療法士が3人います。勿論プライエムもあり、9か所に350人分の居室があります。これだけの資源があってもまだ不十分だと、市の福祉担当者は言っており、限られた財源の中でより効率の良い資源の活用に使っています。この自治体でも、住宅政策には非常に力を入れています。ここでも高齢者委員会の理念に基づいた、腕施設化が着実に実行されているのです。

### 社会的入院と医療と福祉の連携

*Causa Socialis* はれっきとしたラテン語の医

学用語で、いわゆる「社会的入院」（英語で *Social Admission*、デンマーク語で *Social Indlæggelse*）で、貧困者や家族問題で住居を失った人や、酔っ払って道で寝ていた人などが入院する場合に使われていました。これが高齢者医療福祉問題との関係で注目を集めたのは、比較的新しい現象です。

デンマークで初めて社会的入院が注目を集めたのは1979年のことです。コペンハーゲン市立のヴィズオワ病院で行われた高齢者の入院原因の調査の結果、20%程の入院患者が、医学的な治療の必要が無いにもかかわらず、入院時点で他の入院者と同様な検査が行われていることが報告され、関係者を驚かせました<sup>7)</sup>。また、この研究とほぼ同じ時期に、地方都市ヴィボー市で行われた実験的な24時間の在宅ケア体制によって、社会的な入院をある程度防げることが認識されました<sup>8)</sup>。

さらに1980年には、やはりコペンハーゲン市のビスペビア病院で、社会的な原因で入院した174人の高齢者の状態を詳しく調べたところ、入院者の約半数が、在宅ケアが適切に提供されていれば、入院は全く不必要であることが分かったのです。残りの半数の人達には、別の生活支援が必要でした<sup>9)</sup>。

これらの調査で見えてきた、社会的入院をする人達の一般的な特長は、(A)一人暮らし、(B)ホームヘルパーの支援を受けている、(C)家族からの支援が少ない、(D)看護や支援がニーズに合っていない、(E)外出が難しい（住居、あるいは身体的な原因）、(F)入院の経験があるなどのことでした。

高齢者の社会的入院も、基本的には住宅や家族問題などで、自宅での生活の継続が一時的に不可能になって入院する場合です。この場合住

宅の改造とか、高齢者住宅の提供とか、ホームヘルパーの派遣とか、補助機具の提供とか、あるいはこれらの組み合わせで生活支援をすれば、入院の必要はないのです。これらのサービスの提供は市の福祉の管轄なのですが、県が管轄している病院および基礎医療との連携が不可欠であることは言うまでもありません。

福祉と医療の連携の構造は、基本的には以前からもあったのですが、どこかに問題があるために社会的な入院が予想以上に多くあることが分かって、対応が求められたのです。そこで、二つの政策展開が市と県のレベルでそれぞれ始められました。その一つは、市の福祉が医療をより積極的に取り込む政策で、上記のヴィボー市をモデルにした、訪問看護婦とホームヘルパーによる在宅ケアの充実です。それまで医療機関にしかなかった24時間体制を福祉制度にも導入したのです。

もう一つは、病院における高齢者を専門とする長期療養病棟（長くて2-3ヶ月）と、患者が居住する市の在宅ケア（訪問看護婦）とが協力して、患者をも勿論含めて（時に家族も参加）退院計画を作り、退院後の生活がスムーズに行くようにそれぞれが準備するのです。病院は患者とリハビリ訓練と治療を退院計画に従って行い、居住する市の福祉は、住居の改造や補助機具の準備、ホームヘルパーの派遣体制などの用意をするのです。その間に患者は、病院のスタッフ（医師、作業療法士、理学療法士など）と一緒に幾度か帰宅をして、そこで市の在宅ケアのスタッフ（訪問看護婦や作業療法士）をも含めて、患者の生活の場で退院後の支援方法についての打ち合わせをするのです。

こうすることにより、病院での入院日数が短くなると同時に、社会的入院をも減らすことが

出来たのです。これは、医療が福祉を取り入れた形の連携と言えます<sup>9)</sup>。この様に福祉と医療がそれぞれが出来る範囲で自らの制度を改善したのです。

これらの努力を日々の実践の中で仲介したのは、福祉の内部にいた訪問看護婦です。医療と福祉の組織上の距離は以前と同じでも、情報伝達がよくなり、それぞれの従事者がお互いの果たすべき役割を意識するようになり、それぞれが何ができ何をすべきなのかを理解してきたからです。

これらの政策が実際に展開できた背景には、デンマークでは、医療も福祉も既に高度なレベルに達していたということがあります。単に議論を煮詰めて、良いモデルを開発するだけで出来たわけではないのです。現存する資源を十分に活用して実験を繰り返し、試行錯誤をしながら発展してきたのです。実践が絶えず伴っていたことに注目して頂きたいのです。これが可能だったのは、実践に使えるだけの資源が福祉にも医療にもあったからです。資源があって初めて「連携」の議論が意味を持つのです。何も無いところで、学者があれこれ議論してもそれは全くの空論でしょう。デンマークの場合には、在宅福祉を24時間ケア体制の整備などで充実すると同時に、病院の「長期療養病棟」が、市の在宅ケア制度と協力して退院計画を立て、入院者の生活全般に渡る必要な支援体制を整備します。これにより、社会的な入院が激減するにしたがって、連携の議論は次第に聞かれなくなったのです。

## 日本の現状と課題

兵庫県の人口は、デンマークより20万人ほど

多い533万人です。兵庫県の高齢化率は、10.3%（1988年）とデンマークより低いのですが、ホームヘルパーの数が僅かに518人しかいません。これは驚くべき少ない数字です。デンマークのフルタイム換算のホームヘルパーの52分の1、延べ数だと実に68分の1という、実に大きな格差があります。この格差を、家族や、ボランティア活動で支えられるのだと考えるとすれば、それは余りにも現実を知らない発想です。

この数字の格差は、苦境にある家族や高齢者が、一般の人の目に触れないところにたくさん居ることを明示しているのです。「寝たきり」実は「寝かせきり」が沢山いることを示しているのです。

多少福祉の現場を知り問題意識のある研究者なら、この数字がどういう悲惨な現実を意味しているのかをすぐに頭に思い起こすことが出来ます。日本の著名な福祉学者や、この分野に関与していた指導的立場にある社会学者は今まで一体何をしていたのでしょう。欧米の情報は有り余るほどあるのに、それを十分に分析できなかった無能ぶりに呆れるとともに、日本における事態を今の状態にまで至らせ、改善の時期をいたずらに遅らせたことに憤りを覚えます。

兵庫県の社会福祉協議会福祉部長の沢田清方氏は、現場を良く知る問題意識を持った数少ない研究者ですが、本年4月デンマークのごく平均的な地方都市であるホルベック市（人口3万1000人）を実地に視察して、どうしてデンマークに「寝たきり」「寝かせきり」がないのかが分かったと報告しています<sup>11)</sup>。デンマーク人が特別に優れているわけでも、善良なわけでも、特別に福祉教育を受けているわけでも、魔術的なトリックを使っているわけでもなかったのです。ただ常識的に人手をかけてケアしていただ

けのことだったのです。

ホルベック市は、福祉では全国平均より少し下がるところにあります。それでもホームヘルパー123人（延べ144人）、訪問看護婦22人（延べ29人）、プライエム4か所に合わせて290人分（総て個室）の居室、多彩な補助機具をニーズに合わせて貸与するサービスなどを整えています。

ひるがえって、この市と同じ人口規模の兵庫県内のT市の場合、ホームヘルパーは2人で、訪問看護婦はゼロとのことです。これでは医療と連携するにも、連携する実態が無いに等しい状態です。日本のほとんどの自治体が、まだこのT市と同じような状態にあるのです。恐るべき現実と言わねばなりません。研究者は、まずこの現実から出発すべきです。現実の実態から出発しない研究は無意味です。

日本での最大の問題は、福祉にしても医療にしても資源があまりに貧弱だということです。特に福祉部門の資源は、現在のところあまりにも貧弱すぎます。メニューらしきものはかなり立派なものがあるにはあっても、実際のところ極端な品不足で、開店休業同様なレストランのようです。このような状況下で、これ以上のメニューの議論は全く無駄としか思えません。まずは、材料の調達の可能性と方法を考えるべきでしょう。それが無理だとしたら、どんな立派なメニューも無意味です。絵に描いた餅に過ぎません。材料さえある程度整えば、工夫次第でどうにかなるものです。統合とか連携というのは、要するに工夫の問題です。日本人がもっとも得意とするところです。しかしその前提として、材料がある程度整っていないでは話になりません。

今の日本が問わなくてはならないことは、ま

だ統合とか連携の方法論ではなく、高齢者医療福祉に必要な資源を、飛躍的に増やす決断を国家的な命題としてするかどうかということだと思います。それなくしては、どんな理論も方法論も、空しい空論に過ぎないのです。竹槍で戦車に向かわせた上位下達式の精神論では、現在の日本の高齢者問題は到底解決できません。問題の大きさと、それに対する手段はまさに戦車と竹槍ほどの違いがあり、家族介護とボランティアで解決しようとするれば、それは明らかに日本特有の無茶な精神主義の復活です。

ホームヘルパーやプライエムのような、福祉資源を大胆に増やす政策が求められます。財政的な裏付けのある政治的な決断を下しさえすれば、日本人持ち前の器用さで、いくらでも工夫を凝らして驚くべき早さで目的を達成するでしょう。今求められているのは、その決断をすぐにでもすることだと思うのです。

## おわりに

今や世界中のあらゆる社会保障制度の各分野で、「連携」の重要性はますます高まりつつあります。もしある社会で、本当に複数のサービス分野で「連携」が問題化するとしたら、それはある意味では、社会サービスが一定限度、少なくとも量的には発展しつつあるか、もしくはは発展せざるを得ない事実を示すものと言ってよいでしょう。

日本の現状を知るにつれて、既存の制度を調整したり、姑息的な拡大をはかる程度 of 取組みでは、しょせんはその場限りの改革でお茶を濁すという結果にしかならないと痛感します。

サービスが質量ともあまりに稀少的であり、また低いレベルのものにとどまるかぎり、いつ

までも福祉サービスは「救貧イメージ」を脱却することができません。そのために、真の需要があるにもかかわらず、社会的劣等者のイメージを恐れる希望者は、利用に億する他ないために、結果的に「利用者がいない」といういわれなき批判に晒されます。そして再び制度の整備が遅れ、悲劇が拡大的に繰り返されるという悪循環に陥ることは明らかといえましょう。

日本がデンマークから学べる教訓はいろいろありますが、福祉と医療が制度的に、質量ともかなりのレベルに達していることが、「連携」の大前提としてあることが最重要といえましょう。それが極めて不十分な状態のうちには、「連携」や「統合」の議論そのものが意味をなさなからずです。この大前提を、日本でまず確立する必要があります。その課程であるべき日本の制度が見えてくるはずで

そのためには、優れた社会保障制度の基盤をなす、「北欧民主主義」とよばれる、強力な所得の再配分機構を伴った、独特の民主政治のありかたをも、同時に研究することが必要となります。そういう意味でも、デンマークが自由民主主義経済体制を堅固に維持しながらも、福祉と医療を全面的に公的責任のもとに築きあげてきた歴史には、多々学ぶことがありそうです。

その過程において、研究者の果たすべき役割には大きいものがあります。したがってこれからの10年間に向けて、日本の研究者の世界も、旧態然とした安楽椅子型の体質を一日も早く脱却して欲しいと念願します。

最初にも述べたように、デンマークでは、実に合理的に高齢化問題に対処してきました。その歴史はまさに、この国の民主政治が確実に機能していることを物語っているわけですが、そ

の背景として、社会学者達が誠実にその社会的役割を果たし、積極的に実践活動へと参加してきた積み重ねがあることを、再度強調したいと思います。

その代表的な一人として、元福祉大臣のベント・ロール・アンデルセン（デンマークの発音ではアナセン）教授をあげることができます。彼は1960年代に、包括的な社会福祉制度改革の実現を目指して中心的な役割を果たしました。また、さきにもふれたように、1979—82年には自分が中心となって立案した高齢者福祉制度改革委員長を務め、報告書完成時には、その報告書を受け取る行政の実施責任者たる、福祉大臣となるめぐり合わせも経験しています。

彼は1989年秋に来日し、日本の高齢者福祉を実地に見聞した印象を、すぐれた論文にまとめています。その中でも、医療や福祉サービスが雑多な供給主体のもとに無原則に提供されると、むしろ際限ない要求の増大を招き、政策的破綻を来たさざるを得ないと的確に矛盾を指摘しています。そしてそれを解決する方法論として、彼は「連携」よりも一層高次の概念として、社会サービスの「包括化」(comprehensiveness) および、「継続性」(coherent) の重要性を強調しています<sup>1)</sup>。日本のこれからの高齢者福祉政策について、福祉先進国の責任ある実践者からの類例のない示唆であり、説得性に富むまことに傾聴に値する提言だと思います。

筆者もそうですが、いわゆる団塊の世代と呼ばれる集団が、現在世界各地で社会的な影響力を持ちつつあります。自己確立の時期に、学問の社会的意義を問われるという強烈な体験をしたこの世代が会おうと、それが世界のどこであっても、ある種の共感と連帯感を感じます。この世代はこれまでの世代とは違う多様な価値観

を持っており、日本でもこれから20年間の社会を担うのはまさにこの世代です。

この世代の力が起爆力となって、全世代的な力を結集すれば、デンマークのような「老後不安の全くない」社会<sup>12)</sup>、すなわち安心社会を築いてゆくことも可能だと信じています。高齢者問題という国家的な問題を、国民をあげて解決する努力の中で、日本の民主制度も真の成熟を遂げることでしょう。この少論が、その一助となれば望外の喜びです。

(1989年11月5日、コペンハーゲン)

#### 注

- 1) 伊東敬文，“欧米における保健・医療と福祉の統合化”，保健・医療社会学研究会編，保健・医療と福祉の統合を目指して1980，垣内出版株式会社，1980. Holst, E. & Ito, H, “Denmark” in M. C. Hokkenstad & R. A. Ritvo (eds.), *Linking Health Care and Social Services; International Perspectives*, pp. 61-80, Beverly Hills, Sage Publications, 1982. 後者の論文を書くときには、すでに統合より連携を意識するようになりました。これらの論文でも統合の難しさはスウェーデンや英国のケースからも十分に認識し、その構造を分析しています。しかし、当時は実践的な発想ではなかったために、理念的に「統合」のほうが単により素晴らしいもので、出来るのではないかという楽観的な考えがあったようです。この他に以下のような文献があります。Kohon, R, *Coordination of health and welfare services in four countries: Austria, Italy, Poland and Sweden*, WHO Regional Office for Europe, 1977, Evers Adalbert & Largergren, Marten, “Report on Vienne Dialogue II-Toward Better Links and Balances between Social and Health Services in Care for the Elderly,” *Eurosocial Newsletter*, No. 47-48, 1987, pp 34-40, Westrin, Claes-Goran, *Primary Health Care: Cooperation between Health and welfare Personnels, An International Study*, The Almqvist & Wiksell Periodical Company, Stockholm, 1986, これらはいずれも題名は意欲的なのですが、内容

は問題の難しさを述べているか、あるいは必要性の理念を述べているだけで、実践に役立つものではありません。

尚、国内では「月刊福祉」の1986年2月号で“社会福祉と医療・保健の現代的連携のあり方をさぐる”という意欲的な特集を出しています。模索の段階であることを参加者は認めています、「現場からの」、また「現場への」視点が乏しいためにヨーロッパでの試みと同様に、思弁的なお話しで終わっています。日本における福祉医療資源の現状が実際にどれほど貧しい状態に置かれているかという認識が感じられません。それがあれば、連携論以前にしなければならぬことがおのずと見えてくるはずで、それを明示することに唯一成功している例として文献13)をあげることができます。

- 2) WHO(世界保健機構)ではプライマリーヘルスケア(PhC)として「HEALTH」つまり、保健/健康を使っていますが、実際の議論では保健/健康に関することは極めて少なく、医療問題が圧倒的な重要さを占めています。これは現在でも我々の知識と技術は、まだまだ疾病や障害に対する不安からの解放には程遠い所にあるからなのだと思います。高齢者福祉医療問題はまさにこの不安からの解放を求める一般の国民の期待があればこそ多くの国で重大な関心の的になってきているのだと思います。文献や議論でも医療問題が実質的には中心であって、ヘルスプロモーションや健康教育は理念としては、まさにPhCそのものであるべきなのに別に取り扱われています。本論文では、明らかに医療を問題の対象にしておりしますので、敢てプライマリーメディカルケア(PMC)の用語を用います。病院の医療との関係で用いますので、基礎医療という訳語を使いました。PhCやPMCに関しては不毛に思われるやかましい概念論がありますが、それは思弁家諸氏におまかせすることにします。
- 3) デンマークの家庭医制度に関しては、岡本祐三“制度が支えるゆとり：デンマークの家庭医”，モダンメディスン，1989年10月，86-88頁を参照下さい。
- 4) 厚生省，家庭医に関する懇談会報告書，1987年4月24日
- 5) この委員会は結論としてデンマークの高齢者福

祉の3原則ともいえる基本理念を明記しました。それは1)高齢者の人生の継続性の尊重，2)高齢者自身による自己決定の尊重，3)高齢者が自分の能力と可能性を活用できるように支援する。これを在宅ケア，住宅施策，年金支給制度などで実践してきたのです。詳しくは，以下の文献をご参照下さい。“生き甲斐のある高齢期を求めて：デンマークからの報告”看護学雑誌，Vol. 52，No.4，pp. 339-351，1988年

- 6) 実に多くの自治体による実験がありますが，日本語で紹介されているケースでは，人口5千人のスケヴィング市というところで行われたものがあります。それは，プライエムとして作られた施設を，住宅として考えて従事者を在宅ケアの職員として地域へも出向くようにしたプロジェクトで，社会事業大学の古瀬徹教授が報告しています。ご参照ください。このような実験は今でもあちこちで行われています。古瀬徹，“総合的な老人介護政策の展開：在宅介護政策の条件を点検する”，社会事業年報，日本社会事業大学，No. 24，pp. 86-88，1988年
- 7) Kirk, H., Hendriksen, C. “Aldre patienters akutte indlaeggelse på en medicinsk afdeling i K øbenhavns kommune. I. Den akutte indlaeggelsesindikation”, *Ugeskrift for laeger*, Vol. 141, pp. 2029-32, 1979 および Kirk, H., Hendriksen, C., Fals, K., Fjordsde, S. “Aldre patienters akutte indlaeggelse på en medicinsk afdeling i K øbenhavns kommune. II. Socialmedicinske forhold forudfor indlaeggelsen,” *Ugeskrift for laeger*, Vol. 141, pp. 2075-78, 1979. 英文の論文は Kirk, H. & Hendriksen, C. “Social Admission of Elderly People in Hospital,” *Danish Medical Bulletin*, Vol. 29, pp. 138-140, 1982 をご参照下さい。
- 8) Viborg Kommune Social-og sundhedsforvaltningen, *Viborg Kommune, D ønpleje fors øget*, 1979
- 9) Kirk, H., Dalgaard, O. Z. “Akut hjemmepleje som alternativ til causa socialis indlaeggelse.” *Ugeskrift for laeger*, Vol. 142, pp. 2299-2302.
- 10) Schroll, Marianne, “Cooperation Between Hospital Based and Community-Based Geriatric Assessment, Roskilde, Denmark,” *Danish Medical Bulletin*, Special Supplement Series, No. 7 “Mu-

Itidisciplinary Health Assessment of the Elderly”,  
pp. 49-52, 1989.

- 11) B. R. アンデルセン 「元デンマーク福祉大臣の  
見た日本の老人福祉」

厚生福祉 平成2年1月24日号

- 12) 沢田清方, “自立を支える・デンマークの在宅  
福祉1-5, 神戸新聞, 1988年10月4-6, 10-11日お  
よび “デンマーク 社会福祉 NOW-ナーシングホ  
ームはもう造らない”, 月刊福祉, 1989年10月号  
104-111頁。

- 13) 岡本祐三 「『医療』と『福祉』の連携はなぜ難  
しいか」 (上) (下)

厚生福祉 平成元年2月4日, 2月8日号

#### 感謝

本論を書くにあたっては、資料収集など調査研究  
のためにアメリカンファミリー生命保険会社に資金  
的な援助をいただきました。その報告書である本論  
を社会還元の意味で海外社会保障情報に発表させて  
いただく許可をいただいたことをここに感謝いたし  
ます。

(いとう・ひろふみ コペンハーゲン大学医学部  
社会医学研究所主任研究員)