

第1章 デンマーク・ロスキレ市の高齢者福祉の特徴

第1節 デンマークの高齢者福祉の特徴

デンマークの高齢者福祉の特徴は、伊東敬文氏によれば、次のようになる¹⁾。高齢者福祉の財源はコムーネ(市町村)にあること、権限と責任はコムーネの議会にあること、国は「社会サービス法」により大枠を制定、県も政策介入はしないこと、コムーネに権限があり、政策の変更も小回りが利き効率的であること、施設、高齢者住宅、福祉器具の無料貸与、福祉関係職員(人的資源)が充実していること、無料ですべての市民が対象、24時間ケア体制で、利用者のニーズが介護の決め手であること、訪問看護師による在宅訪問で総合的にニーズ判定をすること、施設と在宅ケアが統合、総合システム化されていることである。

行財政面からみると、高齢者福祉は完全にコムーネに分権化されている。財源²⁾は主に住民税であり³⁾、法的基盤は「生活支援法⁴⁾」であるといわれている。現在(2003年6月)日本では、地方分権化に向けて論議がされているが、デンマークでは1960年代に分権化に向けた論議が盛んで、当初関係省庁は分権化に懐疑的、消極的であった⁵⁾。各コムーネが切磋琢磨し努力しあった結果、分権化は成功した。国の補助金も廃止され交付税によりコムーネの財力によりバランスが取られている⁶⁾。

筆者は、コムーネに分権化された福祉の実体をロスキレ市で検証することにする。筆者がロスキレ市を選んだのは、ロスキレ市役所、施設、高齢者委員会と、直接現地の人びとに接触できることにあった。ただ、ロスキレ市では、24時間介護体制の介護現場の聞き取り調査ができなかったので、ホルベック市の例をみる。在宅介護の充実には、24時間体制が必須条件であることを検証したい。

(1) 高齢者福祉の土台となる考え方や背景

「デンマークの国民は、見返りのない政治は許さない。政治に対して国民の厳しい目が光っている。その分、国民は安心して生活できる」と、ロスキレ市長のビヨン・ディル氏(Bjon Dahl)は語った⁷⁾。

デンマークにおいて、「第二次大戦の終了から1990年代に至るまでの50年間⁸⁾は、人間相互の連帯を基礎とした北欧型福祉国家の理念が開花し、デンマークが福祉国家の基礎づくりをした時期といえる」と田口繁夫氏は記述している⁹⁾。

伊東氏は、デンマークの福祉制度や介護制度は、民主主義の徹底において実現したとしている。伊東氏は、民主主義は市民権を基礎に地域の中で育ってきたとして¹⁰⁾、「職場でもきわめて高いレベルの民主主義が実現されており、日常生活の場で大人も子どもも民主的な参加を通じて合意形成をしている」、「自分たちの問題は自分たちで解決するという強い自治の意識と行動こそが介護問題を始めとする生活に直結する問題解決の第一歩ではないかと思う」¹¹⁾と、記述している。

デンマークでは貧困者を見放さない政策がとられている¹²⁾。2001年11月に行われた総選挙により、これまでの社会民主党の少数連立内閣に代わり、自由党と保守人民党による少数連立内閣が誕生した¹³⁾。自由党党首のアナス・フォー・ラスムセン氏が首相に就任、新連立内閣は、難民・移民の排斥などを主な公約としている。フォー・ラスムセン首相は、難民・移民統合省を発足させた¹⁴⁾。外国人法の規制を強化し、その政策のひとつとして、難民・移民の認定率を削減し、浮いた余剰資金を高齢者対策や公立病院での治療待機期間の短縮等に計上するとしている¹⁵⁾。

しかし、政党が変わっても、基本権利として必要な人に必要な分だけ与えるという、政府の基本方針は変わらない。“援助を受けること”は国民として“みんな平等”である。デンマークでは「民主主義」のもとに政治が行われ、政府は、国民の生活を支援する責任をもつ、一方で、国民一人ひとりが「自分でできる限りのことをする」ということが求められている。

澤渡夏代ブラント氏によれば、デンマーク人はサービスを権利と考えている。向学心さえあれば、高等教育を受けられ、18歳以上の学生は、生活保障を受けることができ、他に医療、社会年金もある。デンマークでは高い税金を納めているが、得るものも多いことを国民は知っており、公共医療、病院受診、一般開業医への受診、専門医（歯科治療、理学療法、薬は一部個人負担で有料）への受診は無料である¹⁶⁾。

デンマークでは、自己決定と自己管理が進んでおり¹⁷⁾、生活面では、二世代の同居はほとんどない¹⁸⁾。鬼崎信好氏が、「デンマークの高齢者福祉制度の前提は、高齢者が成人した子どもと同居するのはまれであること、デンマークは女性の就業率が高いので家庭で介護ができないこと、高齢者の福祉サービスは行政が担っていること」の、3点をあ

げている¹⁹⁾。実際、女性の就労率が76.0%²⁰⁾で、65歳で公的年金者²¹⁾となる。さらに、高齢者委員会²²⁾に見るような高齢者自身のパワーや、高齢者住宅等の完備が大きく影響していると筆者は考えている。

デンマークの労働時間は、1990年以降、週 37 時間²³⁾で、土日が完全休業、年間5週間の休暇がある²⁴⁾。また、産休、休職制度がある。どこの自治体で働いても職業別労働組合²⁵⁾に加入しているので²⁶⁾、全国一定の賃金体制²⁷⁾であり、労働組合の運動が盛んである²⁸⁾。平等意識が非常に強く、個人思考が強い国である²⁹⁾。

デンマークでは、赤ちゃんの時から自立、自己決定が育つ環境にある³⁰⁾。必ず選択肢を与えて子どもたちと一緒に考える。「子どもは受けたことを人に返すものだ」とデンマークでは、いわれている³¹⁾。お互いに壁を作らないで話し合う、非常にオープンな国民性がある。またデンマークを訪れた日本人が、デンマークの高齢者に「年をとるのは不安ではないですか」と聞いたところ、デンマークの高齢者は少し考えながら、「年をとるのは面白くないが、年をとらないのも困ったもんだ」と答えたという³²⁾。

デンマーク人が安心して年を取れる条件は、「身体的には、公的医療制度がある、精神的にはそれぞれ個人差はあるが、自分で自分の生活を決定することができる、必要などき無料で公的な介護支援が受けられる、40年間デンマークに居住することが条件であるが、67歳(現在65歳)から公的高齢年金が支給でき、最低限でも全部の国民に8,000クローネ(128,000円)支給される」ことである、デンマーク人は、安心して老後を迎え、ペンションист(年金受給者)になることが待ち遠しく、楽しみにしているといわれている³³⁾。

デンマーク人は「生きるために年をとるのだ」という。これは、デンマーク人の生き方をよく表している言葉である。デンマークの高齢者は、自分で自分の人生を決定できる社会環境があり、デンマークの社会もそれを望んでいる³⁴⁾。

(2) デンマーク・ロスキレ市の福祉の概略

デンマークの福祉について、統計調査によって以下でみてみたい。

【表 1】デンマークの 65 歳以上の人口推移

	2001 年	2010 年	2040 年
総人口 (人)	5,349,211	5,527,952	6,213,033
65 歳以上 (%)	14.8	15.9	21.8

(出所) STATISTISK ABDG 2001 DANMARKs STATISTIK.

【表 2】日本の 65 歳以上の人口推移

	2000 年	2010 年	2040 年
総人口 (千人)	126,892	127,623	108,964
65 歳以上 (%)	17.2	22.0	31.0

(出所) 財団法人 厚生統計協会『国民の福祉の動向 2001 年』2001 年。

【表 1】と【表 2】を比較すると、65 歳以上は、2010 年で日本がデンマーク 6.1 ポイント上で 2040 年には、9.2 ポイントとも上回っている。高齢者政策の実態は、一生懸命なデンマーク、日本の高齢化対策は遅々としている。デンマークは「生活重視国」であるとデンマーク在住の澤渡夏代氏は語ったが、筆者は、10 年先の高齢化社会の財政問題を真剣に考えているので、「経済先見国」であると考え。

【表 3】では、ロスキレ市の人口を大津市の人口と同じくするために 5 倍するとロスキレ市職員は大津市の 9 倍になる。福祉部門の職員が多い(約 1100 人)³⁵⁾ことが特徴的である。さらに、労働力の 30 %は公共部門の被雇用者であり、そのうちの 70 %が県、市町村の雇用であると聞いた。ロスキレ市では、ホームヘルパーが 67 歳以上人口の 23.5 %に該当する。大津市は 65 歳以上の人口の 1.2 %である。デンマークのホームヘルパーは最初は時間制の非常勤で働き、子育てが終わり自分の時間に余裕ができると、常勤となる人もある。労働条件など、日本でいうパートとは違う。【表 4】で注目したいのは、補助員の数が多いことである。全体でみても 27 %である。地区人口の大小、痴呆症のサービスをしている地区などで福祉職員の数もばらつきがある。

【表3】ロスキレ自治体と大津市の比較

	ロスキレ市	大津市
人口	52,600(*1)	296,745(*2)
67歳以上	6,741(*3)	38,693(*4)
高齢化率	12.8%	13.2%
市役所常勤	5,000	3,013
市役所非常勤(*5)	4,000	正確な数判明せず
ホームヘルパー	67歳以上の 23.5% (*6)	478(*7)
配食サービス(*8)	450	550

*1)ロスキレ市保健課長の説明。(*2) 2002.10 大津市広報。(*3) 『REGNSKAB 2001』 Roskilde Kommune。(*4)大津市『統計年鑑』2001年。(*5)ロスキレ市非常勤は時間給のみ、他の条件ほぼ、常勤に準ずる。(*6)ロスキレ自治体の場合、専門職種の統計ない。(*7) 2001年大津市介護保険等運営協議会の資料より。(*8)ロスキレ自治体の配食サービスは施設入居含む。

【表4】ロスキレ市の福祉関係職員(2001年)

各センター	常勤人数	補助員	補助員	地区人口	地域人口	80歳以上人口	利用者数	80+利用者	週の利用者
A地区	128	13	10%	15,111	29%	443	396	288	3,698
B地区	51	31	61%	10,066	19%	232	309	128	950
C地区	82	19	23%	3,818	7%	219	185	144	3,134
D地区	81	22	27%	7,547	14%	271	322	160	2,910
E地区	92	17	18%	4,548	9%	279	363	202	3,612
F地区	79	19	24%	3,618	7%	333	252	188	2,919
G地区	56	23	41%	3,937	7%	86	111	61	2,421
H地区	71	33	46%	4,186	8%	128	130	84	3,045
合計	640	175	27%	52,831	100%	1,991	2,068	1,255	22,689

(出所)デンマーク在住、澤度夏代氏。

【表5】デンマークのサービス財源（2001年）

	67歳未満			67歳以上		
	中央政府	県	市町村	中央政府	市町村	その他
子どもの保育施設			100%			あり(*1)
子どもと若者の放課後のセンター(学童含む)		50%	50%			なし
障害者住宅		50%	50%		100%	あり(*2)
要介護用住宅		50%	50%		100%	あり(*3)
身体・家事援助		50%	50%		100%	なし

(出所) 澤渡夏代プラント氏提供。

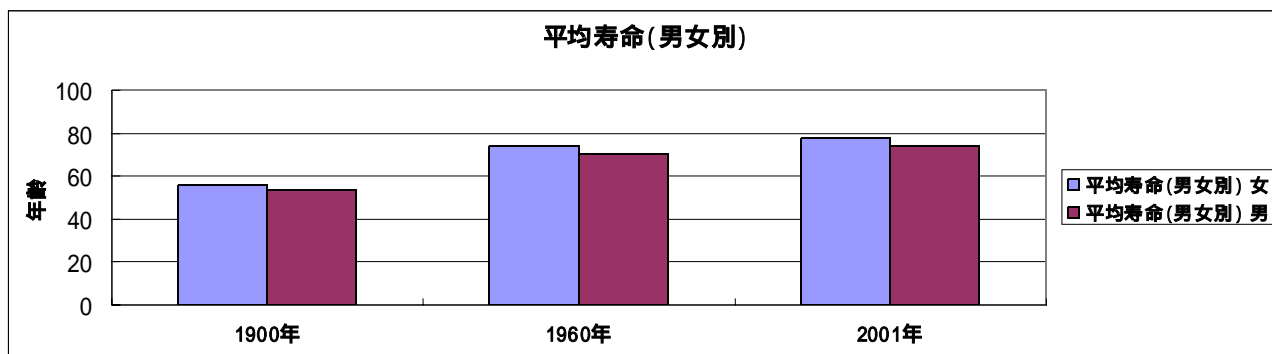
(*1) 保育施設で保護者負担は保育費の33%。 (*2) 収入により家賃支払う。

(*3) 収入により家賃支払う。

給付の財源(1991年以降)は 高齢者年金は中央政府(100%)、リハビリテーションは、中央政府(50%)と市町村(50%)、早期年金は中央政府(35%)と市町村(65%)、妊産婦給付は中央政府(100%)、児童手当は中央政府(100%)である。一般的にデンマークの社会サービスのなかで利用者負担は小さな範囲である³⁶⁾。しかし、【表5】からは保育施設、住宅、一時的なホームヘルプなど、利用者が一部負担する。デンマークも少子化に歯止めがかかり、乳幼児の増加で、保育所の職員増の必要性から高齢者福祉とのバランスの問題も出てきている³⁷⁾。

デンマークの平均寿命(2002年)は男子74.5歳、女子79.2歳である³⁸⁾。人口推移は【図1】のように1960年以降65歳以上の平均寿命が延びている。デンマークの人口を男女別で見ると女子の平均寿命が伸びている。

【図1】デンマークの人口推移



(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコゥピヤグ氏提供。

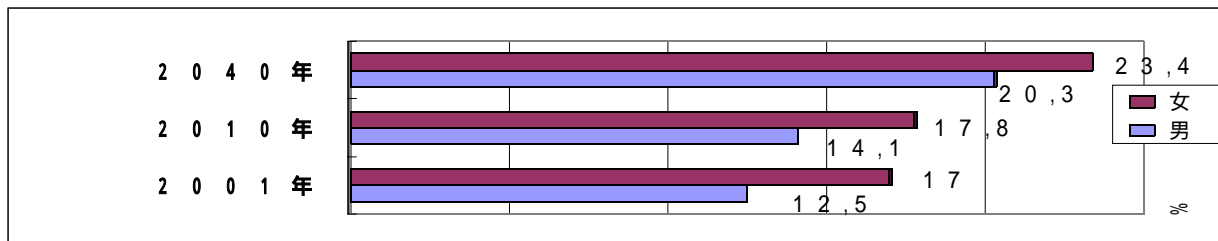
【表6】はデンマークの2010年、2040年の人口推移である。ロスキレ市では、統計的数値を使って高齢化率を予測し、懸念する話題を最初から公開する。一般市民は早い段階から時間をかけて話しあい、行政と合意形成を図る。行政は物事をなるべく解りやすく単純化して、広く市民の意見を吸収することにも長けて^たいる。

【表6】デンマークの人口の推移

	2001年			2010年			2040年		
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計
0-19歳	652,576	620,908	1,273,484	707,333	672,077	1,379,410	787,138	748,874	1,536,012
20-64歳	1,660,585	1,623,315	3,283,900	1,638,763	1,626,069	3,264,832	1,633,437	1,684,513	3,317,950
65歳以上	331,157	460,670	791,827	386,324	497,386	883,710	616,570	742,501	1,359,071
合計	2,644,318	2,704,893	5,349,211	2,732,420	2,795,532	5,527,952	3,037,145	3,175,888	6,213,033

(出所) STATISTISK ABDG 2001 DANMARKs STAT.

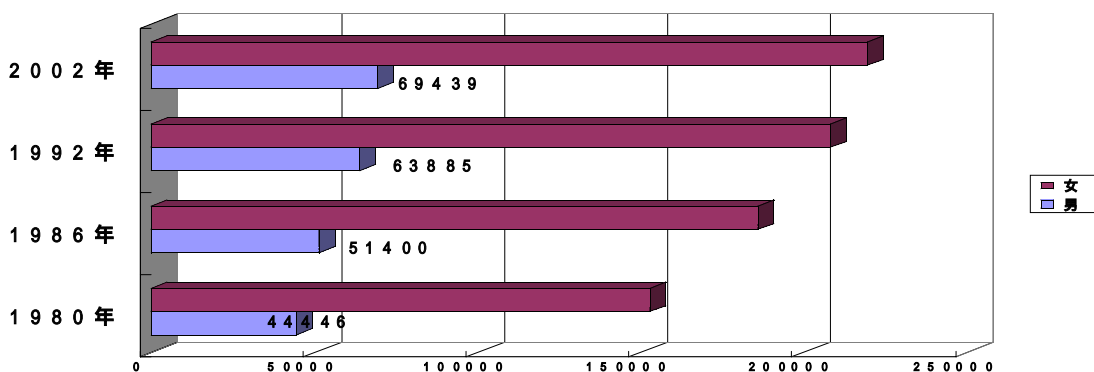
【図2】デンマークの総人口に対する65歳以上の比率



(出所) STATISTISK ABDG 2001 DANMARKs STATISTIK より作成。

【表6】デンマークの人口推移も、【図2】のように将来に渡って65歳以上の人口が増えると推測されている。40年後におけるデンマークの65歳以上人口の見通しを現した【表6】・【図2】は、2040年になると、65歳以上の人口が男女平均21.9%増えている。「このような表で人口数を見ると同じような財政で効率的よく使うことができるかを私たちは、日夜考えなければならない」と語った市役所保健課長ダグマー・スコゥビヤグ氏 (Ms.Dagmar・Skovjerg) のことばは、民間事業と互角に競える力量を要求される行政の厳しさを表したものである³⁹⁾。伊東敬文氏が、ホルベック市を例に挙げて民間と互角に争っても引けをとらない行政の力量について記述しているのも、同じ見地からである⁴⁰⁾。

【図3】デンマークの独居高齢者(70歳以上) (人)



(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコゥビヤグ氏提供。

【図3】はデンマークの独居高齢者(男女別70歳以上)の20年間の推移を表したものである。1980年と2002年を比べると、女性は9万余人の増加である。高齢者の3原則(自己決定、生

活の継続、残存能力の活用)を基盤に高齢者自身も、24時間の介護体制があるので在宅で生活しながら、必要なところは生活の支援を権利として受ける。サービスする側、される側も日常生活の中で対等な関係性を保っている⁴¹⁾。デンマークは、高齢化の進んでいる現象を大きな問題として、各方面で年月をかけ、話し合いの場を持っている。

【表7】 女性の就労と保育児の人数(デンマーク)

	1960年(A)	2001年(B)	B/A
主婦	830,000	200,000	0.24倍
就労女性	600,000	1,320,000	2.2倍
保育児	43,000	521,000	12.1倍
看護・介護関係	25,000	242,000	9.7倍

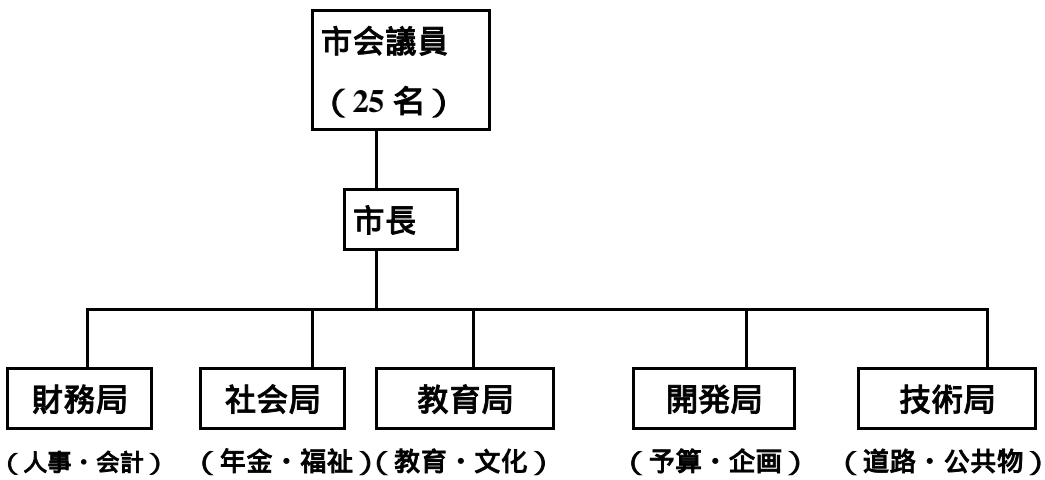
(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコゥピヤグ氏提供。

【表7】は、女性の就労と保育児の数を表したものである。デンマークの主婦、就労女性、保育されている子どもの数、介護・看護関係の従事者を1960年と2001年の数値でみることができる。主婦が、1960年には83万人だったが、2001年には20万人に減っている。就労女性が1960年には60万人だったが2001年にはその2倍強になっている。40年前のデンマークでは、当時、女性が自分の子どもと高齢者の世話をしていたために、かなりの女性が家にいた。このことは、保育、介護などを社会的に見ることにつながったと強調されている。デンマークで、保育されている子どもは、1960年には4万3千人だったのが2001年には12.1倍に増えている。介護・看護関係で働いている人は1960年には2万5千人だったのが2001年には9.7倍(人口の4.5%)になっている。1960年に家でみていた高齢者や子どもを今度は(2001年)社会で見るということである。その後デンマークの社会構造が変化しているということが示されている。

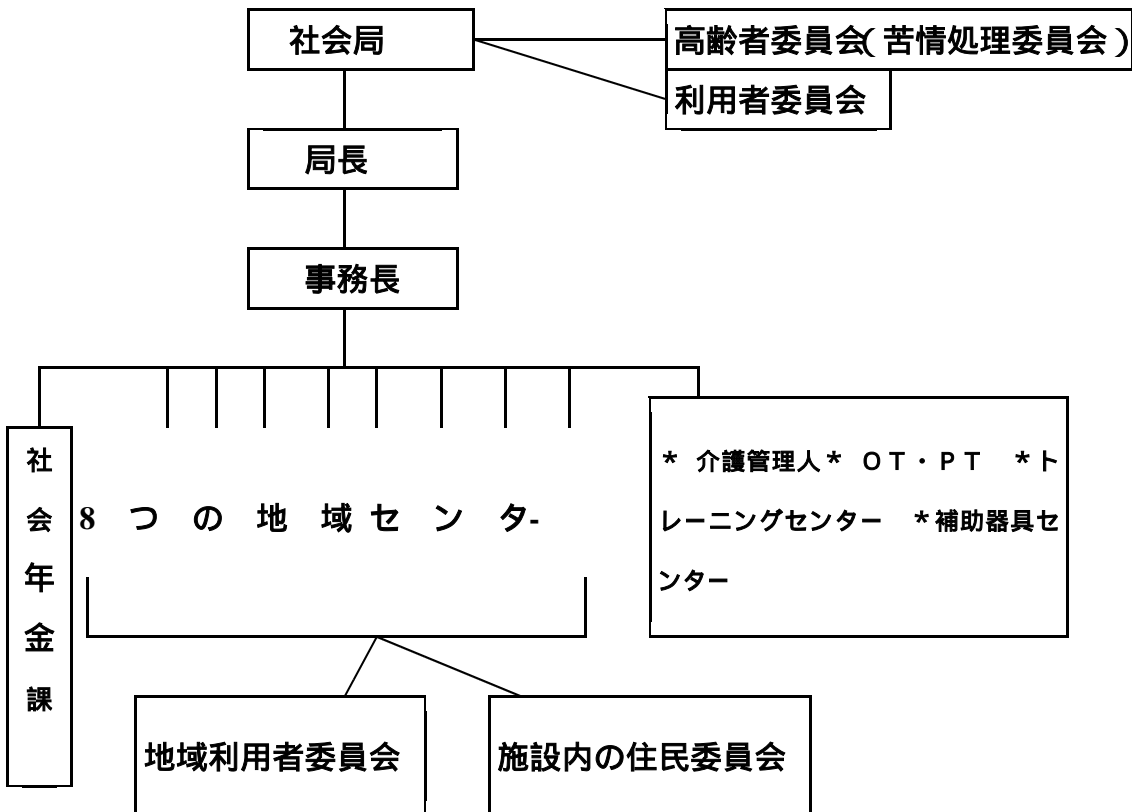
(3) ロスキレ市の福祉行政

次に高齢者福祉行政について説明すると、高齢者福祉業務は【図 4-1】・【図 4-2】のように社会局の管轄下で組織されている。第1に、オフィスマネジャーは高齢者業務の全責任者である。第2に、年金課があり、第3に、事務部がある。第4には、作業療法担当部、

【図 4-1】 ロスキレ市の行政システム



【図 4-2】 ロスキレ市の社会局



(出所) 【図 4-1】【図 4-2】とも、第9回デンマーク高齢者福祉視察の旅編集委員会『第9回デンマーク高齢者福祉視察の旅』2001年 (<http://www.odn.ne.jp/hino-shakyo/>)、に加筆。

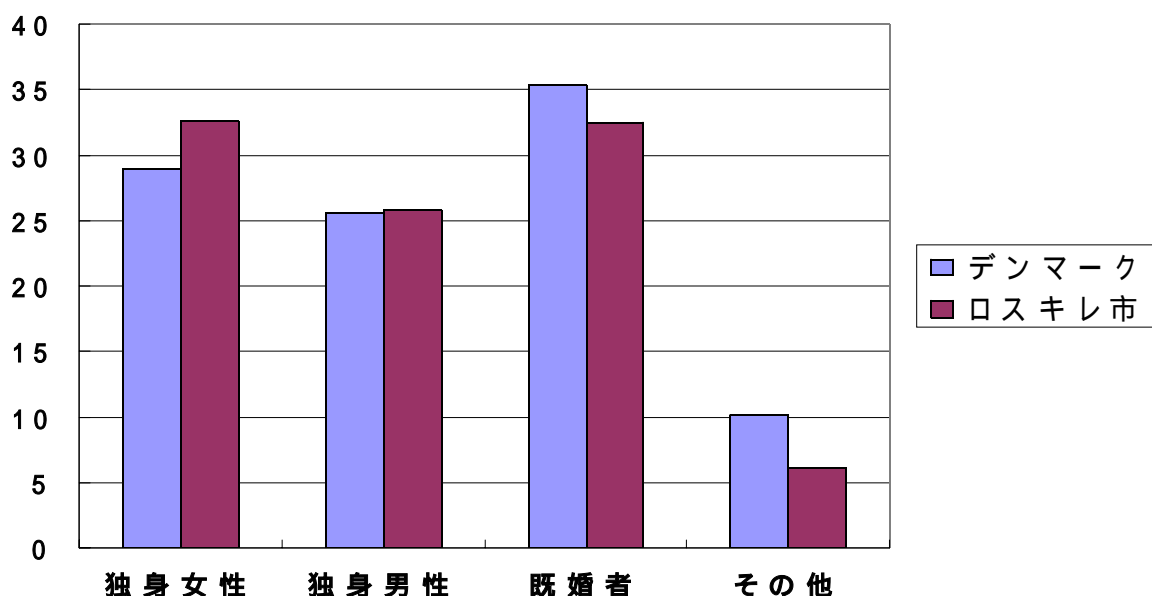
第5に、一般高齢者に関する8つの介護看護総合地区がある⁴²⁾。

失業してしまった人には、市が就労活動の準備をしている⁴³⁾。心身障害を持っている人に対しては、一般の生活が可能な限りできるようにとホームヘルプサービス、訪問看護サービス、その他のサービスをしている。身体障害者や高齢者が料理ができなく、食事を自分ですることができない人も、配膳サービスを受けることができる。行政は、市民が安心して生活ができるように予防的な対策も行う。

ロスキレ市の統計⁴⁴⁾によれば、2001年の人口は合計52,991人で、その内訳は、0歳から16歳まで19.8%、17歳から66歳は67.5%、67歳以上12.7%である。67歳以上の人たちの健康に配慮してなるべく元気に生活してもらうことが今の大きな目的である。10年後の高齢化率の上昇を考えて、市民の合意形成と財政の効率的な運営を図り、現在から準備態勢をとっている。

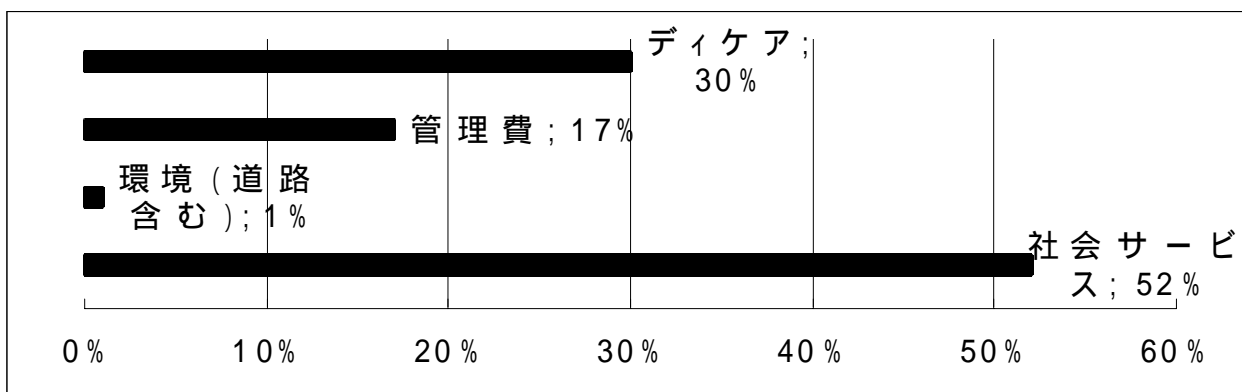
【図5】はデンマーク・ロスキレ市の家族形態である。デンマーク、ロスキレ市でもシングルウーマン（単身女性）次に独り住まいの男性が多い。一人住まいの人は心身的な疲労が多いことを考慮する必要がある⁴⁵⁾。

【図5】 デンマーク・ロスキレ市の家族形態 2001年 (%)



(出所) ロスキレ市保健課長ダグマー・スコウビヤグ氏提供。

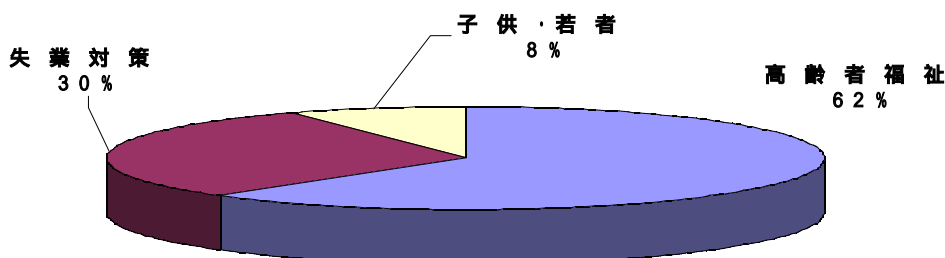
【図6】ロスキレ市の財政配分 2001年



(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏提供。

【図6】は、ロスキレ市の財政配分を表したものである。環境(道路含む)1.0%、管理費17.0%、ディケア30.0%、社会サービス52.0%で、ロスキレ市の予算の半分以上が社会サービスに使われる。

【図7】予算配分・社会サービス 2001年



(障害者、児童福祉は、それぞれの対象に含まれている)

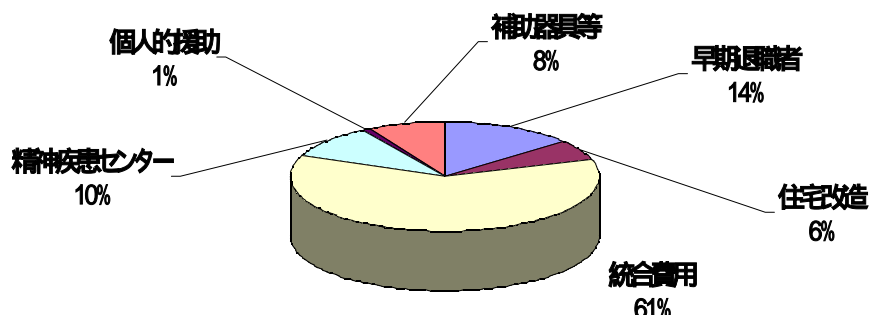
(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏提供。

さらに社会サービスの中に含まれる高齢者サービスについてみる。【図7】のように社会サービス52.0%の配分は、高齢者福祉が62.0%、失業対策事業(再就職教育)が30.0%、子どもと若者に対する費用が8.0%である。

更に高齢者福祉62.0%の配分については、【図8】にみられるように、早期退職者14.0%、住宅改造6.0%、ローカルセンターなど統合政策費用61.0%、精神疾患センター10.

0%、で、補助器具等8.0%、個人的援助1.0%である。

【図8】高齢者福祉予算の配分 2001年



(出所) ロスキレ市社会局保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏提供。

ロスキレ市が行っている一般対象の個人的なサービスは、以下のものである。個人的援助（医療関係は県の管轄）として、家賃、薬品、食事療法（糖尿病の特別食）、暖房費、理学療法、歯科受診、病院、開業医受診、介護、看護、作業療法などがある⁴⁶⁾。

また、ロスキレ市が行う高齢者対象（障害者も含む）の公共のサービスとして、450食の配食サービス（ホームも含む）、デイケア・デイホームでリハビリを受けること、シャワー・入浴、食事ができる、補助器具・住宅改造の提供、除雪、垣根の刈り込み（なくなる可能性あり）、ホームヘルプサービス、訪問看護、予防訪問（75歳以上の市民が対象）年2回実施、スペシャルケア・デンタルトリートメント（福祉歯科＝ホームの中に1週間のうち何回か歯科医が来て治療をする）、OT（作業療法士）が自宅訪問をする、老年化チーム（各コムーネと県の医療・介護を結んでいる）が入院患者の退院時に各自治体でどのように患者の受け入れ姿勢を整えるかコーディネートを、

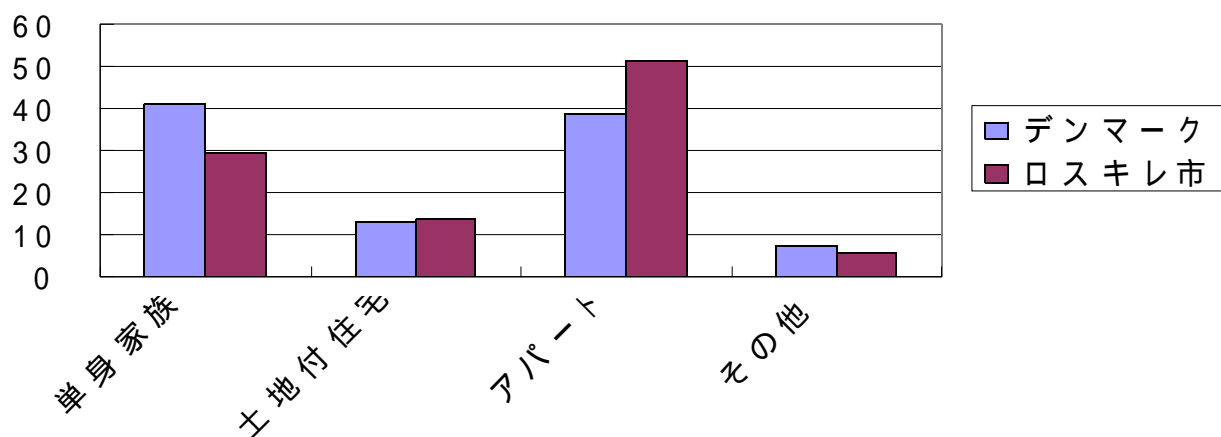
高齢者住宅は自宅でこれ以上生活することができなくなった高齢者が入居でき、入居に関して少し待つ時期があるが、入居まで、コムーネが、ホームヘルプサービスをする、などがある⁴⁷⁾。

老齢年金額や単身者の年金等は、高齢者基礎年金 4,377 クローネ（約7万円）と薬品代 4,406クローネ（約7万円）の合計8,783クローネ（約14万円）である。年金受給者はその中より税金を支払う。高齢者年金受給者「上記基礎年金と違う」は毎月8,500クローネ（約136,000円）、早期退職者は毎月8,500から13,500クローネ（約216,000円）の年金受

給である⁴⁸⁾。

【図 9】居住形態 2001 年

(%)

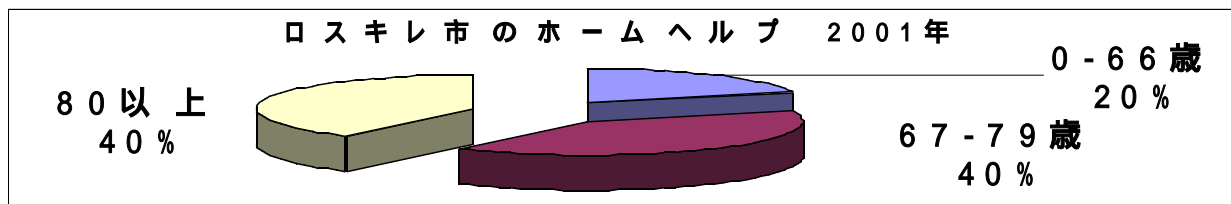


(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏提供。

【図 9】は、2001 年の移住形態を示している。ロスキレ市の中心街以外は人口密集はなく、独身者が多いこと、アパート住まいが多いことも特徴的である。ロスキレ市のホームヘルプサービスは【図 10】のようである。2001 年には、2,300 家族 (4.5 %) が利用しており、65 歳以上の 25.0 % の人が利用している。ロスキレ市の 80 歳以上が在宅介護の全体の 40 % を占めている。

ロスキレ市には、高度な看護、介護、補助器具など、難度の高い苦情申請、高齢者住宅の入居などに対処している中央判定委員会がある。この委員会の構成メンバーは、ロスキレ市の福祉課の課長 (責任者)、病院の老年科の人、作業療法士の責任者、ナースコンサルタント、秘書、施設長 (交代) の 6 人である。話合いの内容は、住宅、ホーム入居、デイホームの件 (利用状況など)、補助金、重度の介護判定、などがある。

【図 10】 年齢階層別ホームヘルプサービス



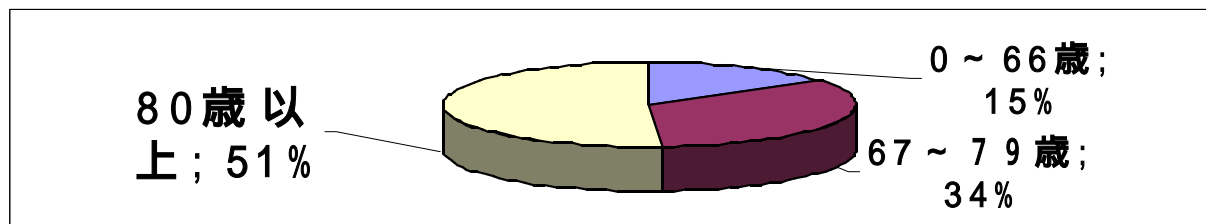
(出所) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏提供。

在宅介護を大切に考え脱施設化を実施しているデンマークでは、高齢者住宅の充実と共に 24 時間介護体制が重視され、コムーネの責任で実施されている。多くの高齢者住宅はローカルセンター⁴⁹⁾の近くにあり、24 時間体制の介護には効率的である。ロスキレ市が今後の高齢化率の上昇に備え行政、住民で合意形成を図っていることは述べたが、在宅介護も高齢になるほど介護量が増し、質の向上が求められる。ロスキレ市では、年齢別介護の必要度比較の資料が入手できなかったため、代わりに、ホルベック市⁵⁰⁾のデータを用いて検証する⁵¹⁾。

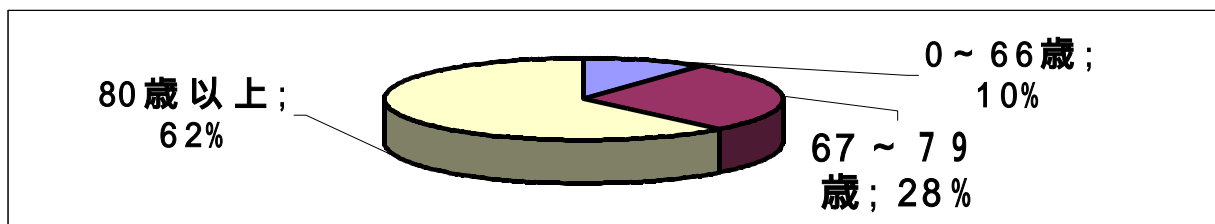
ホルベック市⁵²⁾では、1998 年の 67 歳以上が 417 人で人口の 12.5 %である。ホームヘルパーは 300 人で 1340 世帯の訪問を実施（1 人平均 4.5 世帯）し、在宅介護の任務についている。介護の目的は「日常生活の支援」にある。従って介護は日勤に重点が置かれている。ホームヘルパーの 82.6 %、訪問看護師の 75.8 %は日勤である。ホームヘルパーの深夜勤⁵³⁾は 4.5 %、訪問看護師は、8.1 %である。日中できるだけ多くの介護問題を処理して夜は必要最小限度の介護支援で介護のニーズ量と人的資源の有効活用を探り、労働力の配分をしている。ホルベック市のホームヘルパーは 20 の拠点で働く。グループの運営責任者は訪問看護師であるが、日常は 2 週間交代でホームヘルパーが調整業務をしている。調整役は拠点においてホームヘルパー間、訪問看護師との連絡をとり、緊急対応もするが交代することにより、代替えの介護も可能になり、グループ全体の仕事の把握も可能になる。訪問看護師はホームヘルパーの主任的役割を担い指導、相談、教育にも当たっている。

デンマークの場合、勤務体制は日勤、準夜勤、深夜勤とそれぞれ完結したシステムになっていて職員の交代はない。交代制では人が集まらず、準夜勤、深夜勤の看護師やホームヘルパーを公募で募集する⁵⁴⁾。1998 年は 80 歳以上が 1168 人で 2002 年は 1222 人、54 人の増加、80 歳以上の 59 %がホームヘルパーの支援を受けることになり、【図 11-1】の 1998

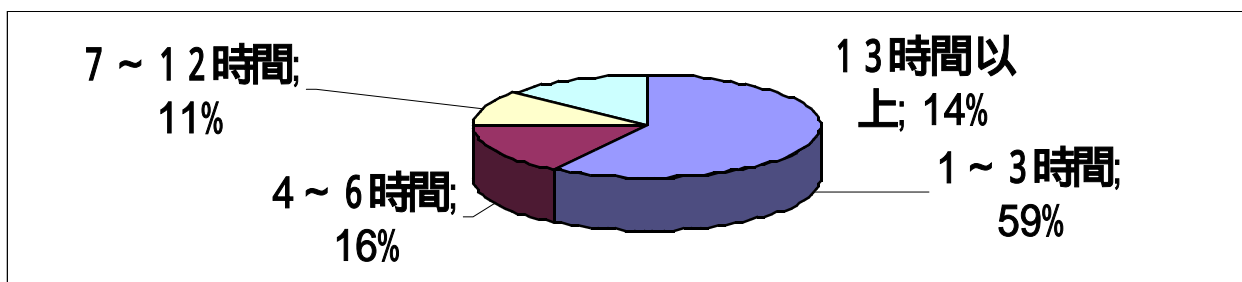
【図 11-1】ホルベック市のホームヘルプ利用状況（年齢層別）1998 年



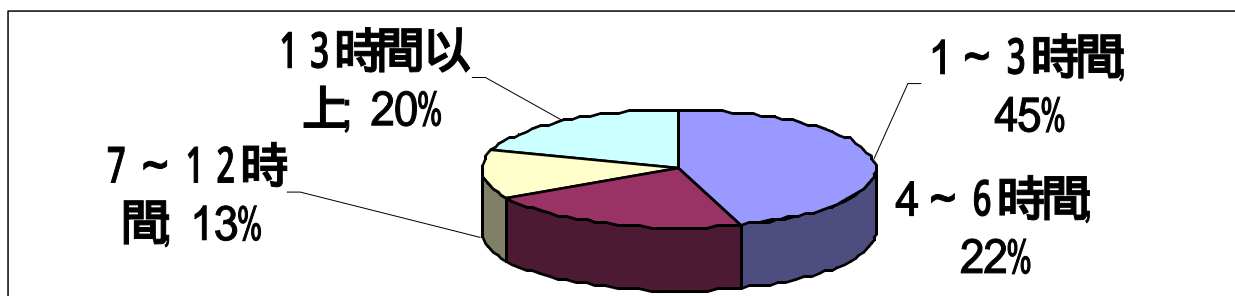
【図 11-2】ホルベック市の週当たり 13 時間以上ホームヘルプ利用状況（年齢層別）1998 年



【図 11-3】ホルベック市の週当たりのホームヘルプ利用状況（67～79歳）1998 年



【図 11-4】ホルベック市の週当たりのホームヘルプ利用状況 80 歳以上 1998 年



【図 11-1】～【図 11-4】(1998 年)

(出所) 伊東敬文 (<http://nippon.zaidan.inf/seikabutsu/1998/00104/contents/110.htm>)。

年より 0.8 ポイント上昇、このような後期高齢者の増加は、介護の質、量ともに需要が上昇することを表している。週当たり 13 時間以上の介護も 80 歳以上では全利用者の 62 % を占めており【図 11-2】、80 歳以上の要介護者の 20 % が 13 時間以上の介護量と質を必要としており【図 11-4】、それより年齢が低い 69 歳から 79 歳では 14 %【図 11-3】である。後期高齢者も高年齢になるほど実際の介護現場で介護必要度が高くなることが解る。

伊東氏は、後期高齢者率が上がるとさらなる介護サービスの充実が予測されることを【図 11-1】から【図 11-4】で解るとしている⁵⁵⁾。ロスキレ市でも【表 8】のように高齢者人口が多い。2005 年予測で 67 歳以上は、2000 年より 1.098 ポイント増え、80 歳以上は、1.06 ポイント増で⁵⁶⁾、高齢化率の増加が予測でき、そのため行政は、情報を市民と共有し、効率化を図ろうとしているといえる。後期高齢者は介護時間と介護量が増し、現在の高福祉の質を保持できる財政基盤や、効率化を市民レベルでプレストする意味が解明できる。

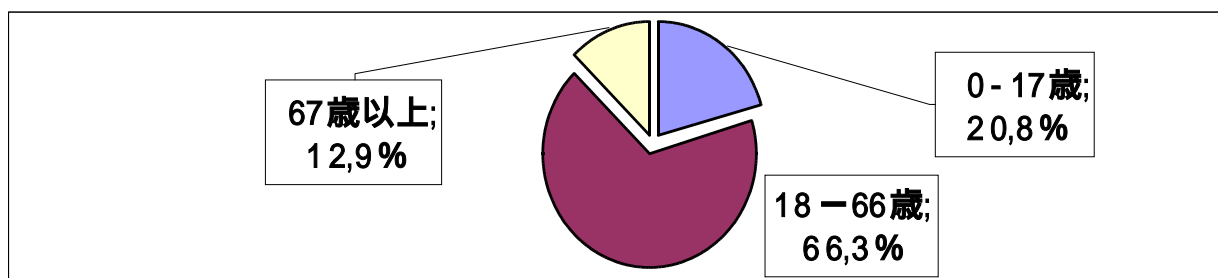
【表 8】 ロスキレ市の人口推移

年齢	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年
0-5	3,980	3,985	3,990	3,954	3,953	3,957	3,999	4,022
6-16	5,750	5,994	6,200	6,529	6,738	6,905	7,092	7,330
17-25	6,250	6,079	5,907	5,773	5,556	5,792	5,939	6,045
26-59	25,718	25,923	26,097	26,207	26,204	26,167	26,153	26,242
60-66	3,515	3,605	3,717	3,787	3,848	4,051	4,258	4,465
67-79	4,596	4,635	4,668	4,746	4,769	4,939	5,048	5,196
80-99	1,961	1,981	1,993	1,995	2,022	2,057	2,111	2,123
合計	51,770	52,202	52,572	52,991	53,090	53,869	54,599	55,422

(出所) Budget 2002-2005 Mål og . konomi.

【表 8】はロスキレ市の人口推移である。1998 年から 2005 年で 67 歳から 99 歳は、762 人の増加となる。60 歳から 66 歳は 950 人の増加となる。高齢者の健康増進がロスキレ市の福祉行政、高齢者委員会とも、重要な力点となる。【図 12】では、働き盛りの人口層が多く安定的であるが、60 ~ 66 歳も高齢者層に加えると、総人口の 19.9 %になる。

【図 12】ロスキレ市の年齢層別人口比 2001 年



ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコッピヤグ氏提供。(出所)

(4) ローカルセンターとデイセンター (dagcenter)

ローカルセンター（高齢者センター）の中に、デイセンター (dagcenter)がある。自治体や地域によっても違うが、ロスキレ市の場合は 8 つのローカルセンターがあり、8 つのうちの一つのアスタースヴェイローカルセンターの中に、プライエム、デイセンター⁵⁷⁾、介護ステーションがある。ローカルセンターは、地域密着型のケア体制の中心である。伊東敬文氏は、「在宅と施設ケアの統合で中心的な役割をなすのが地域のローカルセンターである。一般にローカルセンター設置の目的は、介護と生活支援関係の資源とその活用に関する権限をより地域住民に近づけることである⁵⁸⁾」としている。大方のコミューネでは、ローカルセンター内にデイセンターがある。在宅の高齢者が利用し、食事、リハビリ、趣味活動などの交流の場所でもある。コミューネによっては来訪にはタクシーサービスもある。また、デイセンターの中には、周辺の住宅への配食サービスの基地、ホームヘルパーの拠点になっているところもある。

ロスキレ市でも、デイセンターが高齢者の憩いの場所になっている。そこは、趣味やボランティア、体力回復のトレーニング、水泳、美容室の利用、足の治療と生活に密着した場所として高齢者に大いに利用されている。利用には、一般のデイセンター、または、痴呆症用のデイセンターのどちらが適切かを検討する。デイセンターは月曜日から金曜日まで、さまざまなタイプの高齢者が集まっている。

(5) 住宅と居住施設

在宅介護重視の政策には高齢者の住環境整備が欠かせない要件となる。日本は住環境は

個人の責任範囲とされているが、デンマークでは、住宅は福祉の対象である⁵⁹⁾。高齢者センター (aldrecentret) は、病気や加齢、障害などの理由で、在宅でケアがされなくなった高齢者たちが入居する集合住宅で、コムーネ(kommune)が建造し運営している。居室が独立したアパートのようになっていて、シャワー (バスタブなしが多い) とキッチンが付いており、ヘルパー介護の他、食堂、リハビリ室、ホビールーム、売店などのサービス施設もある。また、高齢者センターはホームヘルパーの拠点、訪問看護師の拠点、配食サービスの拠点、デイケアセンターというように、在宅ケアを支える施設も併設している。センターの周辺に高齢者住宅を設置する形も一般的である。

例えば、ロスキレ市北部にあるベアナドッドゴートン (Plejecentreat Bernadottegaardenn) は、1940 年代の反ナチのレジスタンスに関わった人々とその遺族を支援するための基金から 170 万クローネを出資し、ロスキレ市の公費を加えて、総額 2800 万クローネで、1976 年に設立された施設である。ベアナドットとは、第二次世界大戦の終り頃、ドイツにいたデンマークとノルウェーの捕虜を救うためにバスを出した伯爵の名前である。入居者は約 60 人で、その内の半数は、レジスタンス運動に加わった人とその未亡人で、一部にはドイツ捕虜だった人もいる。ベアナドッドゴートン高齢者センターは、近い将来、ロスキレ市が買い取る予定である。

高齢者住宅(aeldreboliger)については、1987 年から高齢者住宅法が施行され、これまで供給されてきた高齢者向けの住宅 (集合住宅、年金受給者住宅、ナーシングホーム、保護住宅) に代わる高齢者住宅の提供が定められた。既存のものはそのまま運用されるが新規に建設できない。コムーネが提供する「高齢者住宅」が今日の居住形態の主流となっている。

高齢者住宅の供給は、主にコムーネが、地域の状況に応じて建設戸数を決める。高齢者住宅は、新しく建築するだけでなく、既存の建物を改造して供給する事もできる。例えば、一般の集合住宅やナーシングホームの一部を高齢者住宅に改築することもできる。

高齢者住宅の構造は、車椅子を使う高齢者にも対応できるようになっている。各住居に専用のバス、トイレ、キッチンが設置されている。また、緊急装置が備わっていて、24 時間対応の迅速な援助体制で対応する。

面積は、共同設備を含めて総床面積を戸数で割ったものである。一戸あたりの平均面積が 67 m²を越えてはならない。一戸あたりの平均面積さえ守れば、各住宅のサイズは自由に設定でき、一人暮らし用、夫婦用の住宅を供給することができる。

【表 9】高齢者を対象とした住宅の推移(1995～2001年)

(単位:戸)

	1995年	1996年	1997年	1998年	1999年	2000年	2001年
プライエム	36,468	36,444	35,423	34,786	31,244	29,617	28,300
保護住宅	2,126	2,166	2,419	2,389	2,873	2,873	2,900
介護住宅	8,368	9,531	10,980	11,256	13,644	15,696	17,500
小計	46,962	48,141	48,822	48,431	47,761	48,186	48,700
他の高齢者住宅	16,408	17,482	17,635	20,919	22,138	23,496	24,900
住宅(計)	63,370	65,623	66,457	69,350	69,899	71,682	73,600

(資料):Det fremtidlige behov for plejeboliger,Rapport fra arbejdsgruppe under · Iderboligr·det,By-og Boligministeriet

Januar 2001。(出所) 仲村優一 阿部志郎 一番ヶ瀬康子『世界の社会福祉年鑑 2002』旬報社、2002年、171頁。

更に、高齢者住宅の中には、入居者が利用できるランドリールームなどの共同設備や、共同スペースなどを設置しているところも多い。それは、高齢者同志の交流を促して、孤独を予防するためである。入居者は、普通の住宅と同じように家賃を支払う。家賃は入居者の収入に関係なく定額であるが、年金額によって補助がある⁶⁰⁾。

介護型住宅 (plejeboliger) とは、介護職員が近い距離に常駐している高齢者住宅のことで、1996年から施行された改正高齢者住宅法により導入された。改正以前に建築された高齢者住宅でも、ホームヘルパーの詰め所、リハビリセンターなどのサービス施設を隣接して設置することができたが、その場合、サービスは生活支援法を適用してコムーネが独自に財源調達しなければならなかったため、全ての高齢者住宅にサービス施設があるわけではなかった。その結果、高齢者の中には、ケアの拠点が隣接していないことに不安を感じる者や、高齢者住宅において自立した生活を営むことが難しい虚弱な者もいた。また、ナーシングホームの閉鎖や高齢者住宅の改築が進み、虚弱な高齢者の居住の場を確保する事が困難になり、既存の住宅を介護型住宅に改築する必要がでてきた。高齢者住宅に介護職員を配置してサービスを提供できる介護型住宅を建築する場合、国からの補助金があり、自治体は、この制度を利用して改築を進めている⁶¹⁾。【表9】によればプライエムが減り、介護住宅・高齢者住宅が増加している傾向が伺える。

ナーシングホーム (plejehjem) は、健康上の理由により、在宅福祉サービスをうけるこ

とが困難な高齢者が入居する居住施設である。ナーシングホームは、コムーネの施設とコムーネが委託した非営利団体の施設がある。1988年の生活支援法改正により、ナーシングホームをこれ以上新規に供給しないことが定められた。自治体では、ナーシングホームを改装して介護住宅に転用をしている。

【表 10】コペンハーゲン市のあるナーシングホームの入居費用（1996年）

内 訳	日・月数	単 価 (kr)	合 計 (kr)
朝食	31 日分	7	217
夕食	31 日分	13	403
主食（昼食）	31 日分	24	744
前菜・デザート	31 日分	6	186
飲み物	31 日分	5	155
掃除用具	1 ヶ月分	35	35
窓の掃除	1 ヶ月分	40	40
トイレ用品	1 ヶ月分	90	90
寝具の洗濯	1 ヶ月分	120	120
衣類の洗濯	1 ヶ月分	120	120
テレビ受信料	1 ヶ月分	15	15
アクティビティチケット	1 ヶ月分	50	50
ケーキ	1 ヶ月分	90	90
団体保険料	1 ヶ月分	15	15
合 計 1kr=17 円*			2,280kr 41,040 円

（資料）ある入居者の家族から提供していただいたものである。

（出所）西澤秀夫・真弓美果・上掛利博編『世界の社会福祉 デンマークノルウェー』旬報社、1999年、54頁（*原文では、1kr = 17 円となっているが 41,040 円は 1kr = 18 円の計算で合致）。

既存の施設はこれまで通り運営されているが、高齢者住宅や介護型住宅に改築されるものが増えている。デンマークにあるナーシングホームの施設数は、858 施設、入居定員数は、34,722 人である（1998 年）⁶²⁾。部屋は全て個室で、居室は表札が掛かっている。

居室は各高齢者の家であるから、職員はノックしてから入る。生活においては、プライバシーが尊重されている。居室あたりの面積は、平均 33 m²（94 年）で、入居者は、ベッド以外の家具は、自分のものを持ち込むことができ、電話やテレビを部屋につけることができる。個人の生活リズムで、起床、就寝を決めてホームヘルプサービスが行われている。1987 年までは、施設が入居者に年金を全額支給せずに入居費を引いた余った分を支給していた。1995 年から年金は「自己管理方式」に制度化された。【表 10】を参考にすれば、現在のナーシングホームでは、年金の全額が高齢者に支給されるので、その中より高齢者は必要な代金の支払いをする。高齢者の手元に残る金額は以前の金額より多くなっている。

（6）サービスの種類と内容

高齢者や障害者が施設・病院、その他の場所に移動する時の手段となるのが、移送サービス（kørselsordning）である。デンマークでは、コムーネと交通機関が共同で様々な移送サービスが行なわれている。自分で移動が困難な人は定額の料金を払えば、年間決まった回数のサービスが受けられる。その他、各コムーネが移送サービスを行ったり、民間に委託してサービスを実施したり、独自のサービスを実施している。また、年金受給者が病院へ受診する時は交通費が補助される。ロスキレ市では、低床バスによる移送がされており、高齢で身体が不自由な人や、身体障害者には運転手が下車、介助を行っていた。

配食サービス（madudbringning）とは、自分で調理するのが困難な高齢者に、コムーネが食事（暖かい食事が多い）を配達するサービスである。大部分のコムーネはこのサービスを提供しているが、最近は民間業者に委託するコムーネも増えてきた（【表 11】を参照）。配食サービスを受ける対象者は、コムーネが必要と認めた者で、自己負担額は各コムーネが決定する。食事の配達は 1 日 1 回で、11:00 ~ 13:30、または 16:30 ~ 18:30 の配達時間⁶³⁾が当てられる。

ロスキレ市では、暖かい配食サービスをディセーターで行おうとする計画があり、2002 年 8 月に高齢者委員会や各施設でも協議が重ねられていた⁶⁴⁾。その理由として、高齢者が

喜んで食べなければ、栄養に偏りがでて悪い結果をもたらすと、ロスキレ市の高齢者委員会会長は説明した。

予防的家庭訪問 (forebyggende hjemmebesøg) は、高齢者に安心感をもってもらい、支援やサービスの情報を提供し、疾病の早期発見のために、各コムーネでは、1998年7月1日より75歳以上の高齢者の家庭訪問を最低年2回することになった。ロスキレ市では、現在訪問看護師と作業療法士がその任に当たっている。予防訪問は病気の早期発見等に効果が上がっている。

【表 11】 高齢者サービスの民間委託状況

サービスの内容	対全コムーネ比(%)
配食サービス	30
洗濯(寝具も含む)	24
給食	15
掃除	14
介護・ケア	4
その他のサービス	7
計	48 *

(資料) Den Sociale Database 2002。

(出所) 仲村優一 阿部志郎 一番ヶ瀬康子 『世界の社会福祉年鑑 2001』 2001年、169頁。

* 48%となっているが、全体の予算に占める委託料の割合のことと思われる。

ボランティア活動は、高齢者が社会に参加してお互いに助け合いながら生きがいを共有する、高齢者が社会的に参加活動できる場として(ロスキレ市の援助金あり)、水泳、ダンス、ゴルフ、サイクリング、ドライブなど(映画、講演、講義は自己負担がある)のクラブ活動がある。観劇、1日のドライブなどは、「利用者委員会」の人達が計画して参加を呼びかけている。介護利用者が介護で満たされない専門分野外での補助的なボランティア

活動として「 カウンセリング、 書類を読んで書き込み、 電話相談、 寂しい人の訪問、 ショッピングの時に車椅子を押すサービス」などがある。

60歳から74歳の元気な高齢者は、補助具の修理の手伝いや高齢者の送迎などの担い手となっていた⁶⁵⁾。友愛運動では、電話による安否確認がなされ、障害者や高齢者訪問などもしている。ホームヘルプサービスは、ホームヘルパーに任されている。ボランティアが高齢者とゆっくりコーヒーを飲んだり、話相手になったり、ホームヘルプサービスで満たせないニーズを満たし、孤立や孤独感を予防する役目を果たしている。デンマークは、税金で介護事業が実施されているが、介護の効率化の上でも、ボランティアは大切な要素である。ボランティア活動は、健康な高齢者が虚弱な高齢者を援助する活動でもある。ボランティア活動により、平均寿命が伸び、元気な高齢者が増加している。

市民に直接にかかわる職務およびサービスは、個々の人間に合わせてできるだけ身近にあり、可能な限り自治体レベルに配置されている。高齢者に関係深いデンマークの医療は県が責任を負っている。職務とサービスを財政的に賄うために、デンマークでは、独自の税を徴収している。医療に関しては、県自治体が運営主体であり、基礎医療を含めて県税を徴収している。県が独自に県税の税率を定める仕組みになっている⁶⁶⁾。福祉に関してはコムーネが税を徴収してその財源としている。医療・福祉は原則として公費負担で、高負担の税金が、医療と高福祉を支える財政的基盤になっている。デンマークは、在宅介護の充実で平均入院日数が低下している⁶⁷⁾。

デンマークの医師は、大体、病院勤務医、一般開業医と専門開業医、歯科医に分けられる⁶⁸⁾。デンマークは、基礎医療である家庭医制度により、医師と患者との信頼関係が確立している。家庭医は市民が自分で選ぶ登録制であり、ときには、親子三代にわたり、家庭医による継続的医療が行なわれていることもある。

医療保障には、2つの制度、「グループ1」と「グループ2」がある。「グループ1」は自分の家庭医から無料で医療が受けられ、家庭医の紹介で病院受診も無料である。薬剤については、一部負担がある⁶⁹⁾。国民の97.0%は「グループ1」を選択している。そして、「グループ2」は国民の3.0%が加入し、自由に一般開業医や病院を受診できるが、医療費は自費負担である⁷⁰⁾。デンマークの医療制度の特徴は、家庭医による基礎医療を中心として成立していることである。デンマークの医療・福祉の基本理念は、住民に安心を与え、無駄な医療費を抑制する働きもしている。

(7) 訪問看護師 (hjemmesygeplejerske) と作業療法士 (ergoterapeut)

デンマークの訪問看護師は、医療と福祉の架け橋的な存在である。訪問看護師は、地域の中で住民の信頼もあり、一般開業医と協力して職務に当たっており⁷¹⁾、患者が退院後に自宅での生活がスムーズにいくように、関係機関と協力し、また、ホームヘルプサービス、住宅改造、補助器具などの受け入れ態勢を整える。これにより、社会的入院も減らしている⁷²⁾。日常はホームヘルパーとチームを作ってコムーネで仕事をしている。さらに、訪問看護師は、利用者の住宅で介護度の「ニーズ判定」、75歳以上の予防訪問、ホームヘルパーの相談、教育、指導にも従事する。

訪問看護師は、業務面では医療のスタッフであり、保健医療省⁷³⁾の指揮監督下に入っている。雇用の面ではコムーネの福祉のスタッフとして社会省の指揮監督を受けている。デンマークのコムーネでの訪問看護師が、医療分野をよく知っている専門職で、医療と福祉の連携には最適である。訪問看護師がコムーネ職員であることが、職務遂行上で最も適している形態であり、双方を結び付けるキーパーソンとして重要な役割を果たしている。

作業療法士は通常各家庭を訪問して、家庭環境と本人の身体機能にあった補助器具を工夫し、微調整しながら、時間をかけて本人や家族の合意のもとに提供している。作業療法士(OT)は、補助器具の提供に関しかなり広い範囲で決定権があるが、高価なものは、ロスキレ市中央判定委員会に決定権がある。高齢者の介護には、必ず精神面への対応が伴うものである。効率性を求めるデンマークでは、作業療法士の現職研修も重視されている。高齢者に対する精神面の対応もきめ細かで、作業療法士はソーシャルケアの資格を持っている。従って作業療法士は精神的なケアもこなし、介護度の判定者としての資格も与えられるのであろう。

ロスキレ市立補助器具センターの作業療法士メーテル・ベスマン氏によると、デンマークでは2002年現在で約3,000人の作業療法士が配属され、主に、各コムーネの補助器具および住宅改造を担当している。ベスマン氏の説明から、在宅の高齢者のメンタルな部分を十分配慮しながら対応していることが解る。現職教育を頻繁に受け、頻回の家庭訪問などを実施している作業療法士は、伊東氏が述べている作業療法士による在宅介護度の判定も十分可能であることが理解できる。

看護師や作業療法士が本来の専門職のほかに他の任務につくことが法律で認められてい

る⁷⁴⁾。ロスキレ市も1年半前に看護師と作業療法士がそれぞれの別の仕事もすることを取り決めた。ベアナドットゴードンセンターには、5人の看護師が勤務している。他の任務とは、2人は判定委員、1人は痴呆症コーディネータ、1人が教育責任者で実習生、看護師の教育も含み、もう一人が福祉器具を担当する。

ベアナドットゴードン地域は看護師と作業療法士が、今まで福祉サービスを受けたことのない75歳以上の高齢者を予防訪問している。日常のサービスニーズの判定は判定者⁷⁵⁾に任されており、利用者が高齢者住宅に入居希望、転宅依頼をした場合にはロスキレ市の中央判定委員会⁷⁶⁾に申請する。

介護について、新規利用者の場合は、ホームドクターや、入院先の病院から紹介がある。その他に家族が心配して相談窓口へ直接電話をする場合がある。看護師は、利用者からの連絡を受けて直接利用者を訪問するのではなく、一番大切なことは訪問を受けるかどうかを看護師が訪問者（利用者側）と話す。利用者が訪問希望だと確認できた場合は訪問日を約束するが、その際、近親者が同席することになる。

もし、利用者が自宅以外の住宅を希望した場合、何度も引越しすることのないよう適切な住宅を提供することが大切である。この場合、介護住宅が適切と薦めるのが一般的である。

第2節 補助器具センター

身体障害者、身体が不自由な高齢者には、日常生活に補助器具は重要で切り離せない。補助器具の使用には、利用者または家族が第一に自分の住んでいる所のローカルセンターに連絡する。

補助器具センターが各県にひとつあるが、在宅介護を重視しているので、住民に近い所でコムーネが管理している補助器具センター（hj.lpemiddelcentral）もある⁷⁷⁾。所属の作業療法士は、在宅生活が快適に維持できるよう、個人の体位に合わせて、細かな調整を必要に供している。

ロスキレ市立補助器具センターはモジュール制⁷⁸⁾をとっているため、まるで工房のようであり、日々の市民生活を支える大切な多機能の補助具と部品が、移動スチール棚のように幾段にも収められている。所狭しと置かれた器具や車椅子・補助椅子・杖・リフト等の器具、工具がある。奥の部屋は収納室になっていて、レールで作動する大型ロッカーが

が約 8 基、小物の補助器具のスプーン、栓抜き、蓋開け等も納められている。

デンマークの社会サービス法は、第 1 条で援助の基本を「個人の自立助長」においている⁷⁹⁾。不変的な障害を持ったならば、その期間、市から無料で補助器具を借用することができ、不要になった場合は返却することになっている。補助器具を手にした高齢者が使いこなせるまで作業療法士が無償でサポートしている。このことがリハビリに対する意欲を引き出し、生活を楽しくさせている。障害者がトイレ・バスルーム・キッチン等の設備を少し変えることで、同じ住宅に住み続けることができるのであれば、市が住宅改造をする。

作業療法士ベスマン氏は次のように語った。「本人・家族・或いは病院・ホームドクター・ケアスタッフ等から連絡を受け、訪問調査を行なう。調査内容は、『ベッドから起き上がることができる?』『洋服を着ることができる?』『食事を作ることができる?』『食べることができる?』『買い物は?』等々、室内外におけるすべての生活状態を含めた実際の動作を基に判断する。決して情報(問診)だけで判断することはない。『頭の後ろで両手を重ねることができる?』『腰の後ろで両手を重ねることができる?』といったように後ろで両手を重ねることができる動作は大変重要なポイントである。頭の後ろで両手を重ねることができる人は、着替えや洗顔・整髪等の作業ができ、腰の後ろで両手を重ねることができれば、トイレの始末やクツ下がはける等、下肢の動きが可能になる。これらの動作が不可能な場合でも、トレーニングを行なうことによって、例えば両肘を肩幅で机につき、頭をその間に入れ、後ろの首からシャツを脱ぐことができる等、不可能になってしまった動きに変わる別の動きで、可能な部分を見いだすと同時に、個々人にあった補助器具を見つけ出し、トレーニングを受けることができる⁸⁰⁾。補助器具の貸与は、補助器具を使うことによって身体の機能低下を遅らせる効果が認められ、日常生活が安易になると判断された者でなければ支給されない。実際に歩行器を使用することで、機能低下を遅らせることがわかってきた。

2000 年のロスキレ市では、人口 52,000 人のうち約 1,000 人が歩行器を支給され、車イスは 800 台⁸¹⁾、必要に応じて 1 人 2 台支給され、たとえ不可能な場合でも、トレーニングを行なうことによって、不可能になってしまった動きに代わる別の動きで、可能な部分を見いだすと同時に、個々人にあった補助器具を見つけ出し、トレーニングを受けることができる⁸²⁾。

近年、在宅ケアが中心となり、自宅で生活する高齢者や重度障害者が増えてきている。筋肉が弱ったために体の自由が利かなくなったり、麻痺した状態の人のために、楽な姿勢

が保てる個人別の車椅子を作らなければならない。その際、腰の安定が大切であるが、テクノロジーの発展により歩行器自体がよくなってきている。

歩行器は全国的に普及しており、ロスキレ市の補助器具に使われる年間予算（2000年）は、障害者用の車も含めて1,800万クローネ（約2億8,800万円）である。このうち400万から500万クローネ（約6,400万円）が新しい補助器具の購入に使われる。

デンマークでは、介護労働環境改善の努力がされている。法に定められた器具⁸³⁾を使わずに介護を行ない、介護者が障害を持ってしまった場合、労災認定を受けることができない。数年前、介護・看護スタッフに身体的負担が多すぎたため、障害年金を受けるケースが多発し、労働環境改善により、介護・看護の際には、必ずリフトを使わなければならないことが決められた。

リフトは多様で、車イス・ベッド・トイレへの移動等、それぞれの用途に応じて使い分けることができる。重いものは持ち上げないで移動する（転がす・押す・引く）。作業をするとき腕と同じ高さの位置で作業する等、具体的に定められている。補助器具センター内の作業も同じで、ベッドを吊り上げる電動式チェーンや、車椅子を自分の作業位置に合わせられる電動式リフトが備えてある。返却されてきたベッドや車椅子を個々人のニーズに合わせて整備調整し、再度貸し出すが、腕と同じ高さの位置で作業する等、具体的に定められている。

デンマークでは、すべてのコムーネが補助器具部門を備えなければならない。人口2,000～3,000人程度の小さな自治体では、独立した大きなセンターは必要がないので、プライエム（特別養護老人ホーム）の中に備えてあるところもある。どこに住んでいようと、どんな人であろうと、利用者は同じ権利を持っているからである。

緊急時は当日か翌日、在庫のあるものに関してはすぐ届けられるが、一般的に、新しいケースの場合は作業療法士が調査して、補助器具が届けられるまで約2週間、また特殊障害を持った人の場合は、その人の障害にあわせて作られるので、約1ヵ月の期間が必要になる。

国のレベルでは、補助器具の研究所で研究開発をしている。各県立の補助器具センターと業者で製品の開発に努めている。研究所では、スタンダード（EU諸国と合うように）化している。コムーネの補助器具センターは補助器具を法律の規定内で提供できる。

たとえ、二人が同じ症状であっても、周囲の環境や状況により計画が違ってくる。関節リウマチの人には、今後、どのように病気が進むかということの説明とともに、安ら

ぎを与えることも必要である⁸⁴⁾。これらは理学療法士、看護師との連絡をとりながら進め
本頁【図13】ロスキレ市の8つの地区（省略）

ることが大切であり、多くの場合はうまく合意されるが、依頼人（家を含め）と、ケースワーカーの意見が合わない場合がある。もし、利用者の希望を自治体で受け入れられない場合は、利用者の反発を招く。まず、「苦情」は市に行き、次に県に行くが、殆ど、県で解決されるが、苦情は国のレベルまで持っていくことができる。作業療法士が利用者のニーズに合って、安価で手動で充分だと判断しても利用者が電動を望む場合は、その差額を利用者が支払う。このような場合、生活面で考え方の指導が必要であり、作業療法士が気をつかう。現在はコンピューターに在庫がインプットされ、カルテ（ジャーナル）に利用状況が書き込まれる。ロスキレ市の作業療法士も、利用者の増加に伴って、コンピューターを駆使して情報取得し、補助器具もリサイクル使用している。

第3節 アスタースヴェイ・ナーシングホームにみる地区統合の現状

ロスキレ市は1993年から現在まで、地図【図13】のように8地区⁸⁵⁾に分かれてケアがおこなわれている。2002年8月現在、8地区で行っている高齢者福祉関係の業務を3～4地区に統合し、財政関係だけの効率化を図ろうとしている⁸⁶⁾。もう一つ統合の目的は、管理職のスリム化も図って、頭数の多くなった命令系統をスリム化することである。福祉はムーネの管轄であり、職員もムーネが雇用している。ディセセンターなどの建物も、ムーネのものである。実行して不都合であれば、短期間の内に修正が可能である。

以前はケア関係は中央化されていた。そこから必要な人にケアが行われていた。1993年から、施設ケアと在宅ケアを同じ職員とする統合ケアが多くの自治体で行われるようになった。統合ケアでは、小さな地区に分けて利用者に近い所でケアが行われ、介護支援の面では効果をあげてきた。ただ各地区で財政管理をしているので、財政は一括化した方が効率的であり、財政面のコントロールが必要であるとの意見で統合が決まった。統合になっても現在と同様にケアするスタッフと利用者との距離は変わらない。介護支援等のソフトの部分では変化がなく、利用者には影響はなく「利用者は気づかないだろう⁸⁷⁾」といわれている。

ロスキレ市では、福祉関係職員が約1,100人いるが、利用者の身体機能の維持訓練を中心に実施しているディセセンター、リハビリセンター、精神疾患の集まり場所（カフェクラブ）などでも市の職員が勤めている。

ロスキレ市では、分割に向けて市民レベルで「プレスト」がされている。ケア地区が8つから3つから4つになることを市民レベルで真剣に話し合う。民主主義の真の姿とは、ロスキレ市のように行政や政治について、市民が身近な問題として、期間の余裕をもって論じあえることである。高齢者福祉は市税でまかなわれる。責任機関は市議会であり、市長でない。市議会議員は選挙で市民が選び、多くの厳しい目が必然的に政治にも行政にも向けられ透明性が求められる。ここでも、遠い歴史を逆上って⁸⁸⁾デンマークの人々が国民主権を築き上げてきた過去の遺産の上に⁸⁹⁾、現在の人たちが個人としての責任と義務と権利を行使していることが実感として伝わってくる。

分割後はロスキレ市で、このアスター地区と同じくらいの大きさの地区が3つか4つできる予定である。したがって、アスタースヴェイ・ローカルセンター⁹⁰⁾(Lokalcentret Astersvej)の組織も【図14-1】から【図14-2】に変わる予定だという。組織の変更は、あまりにも多くのリーダーができてしまったので調査グループを組織し、市民の聞き取り調査を実施した結果、リーダーが多すぎるとの市民からの指摘で、変更することになったと説明された⁹¹⁾。

制度を短期間に改正でき、柔軟な組織の変更ができるのも、財政や行政が自治体の管轄で自治体に権利があるからである⁹²⁾。特に高齢者福祉は自治体の責任でなされている。

表敬訪問したロスキレ市の市長は挨拶で「市民のサービス機関としての行政は」と切り出した。筆者は耳慣れないことばだったので印象に残っている。またベアナドッドゴートン(Bernadottegaarden)ケアセンター施設長のエミー・レイトフテ氏(Emmy Reitoft)は、日本の福祉政策とデンマークの福祉政策を比較して「日本は蓋をする。デンマークは解放する」という言葉を使った。

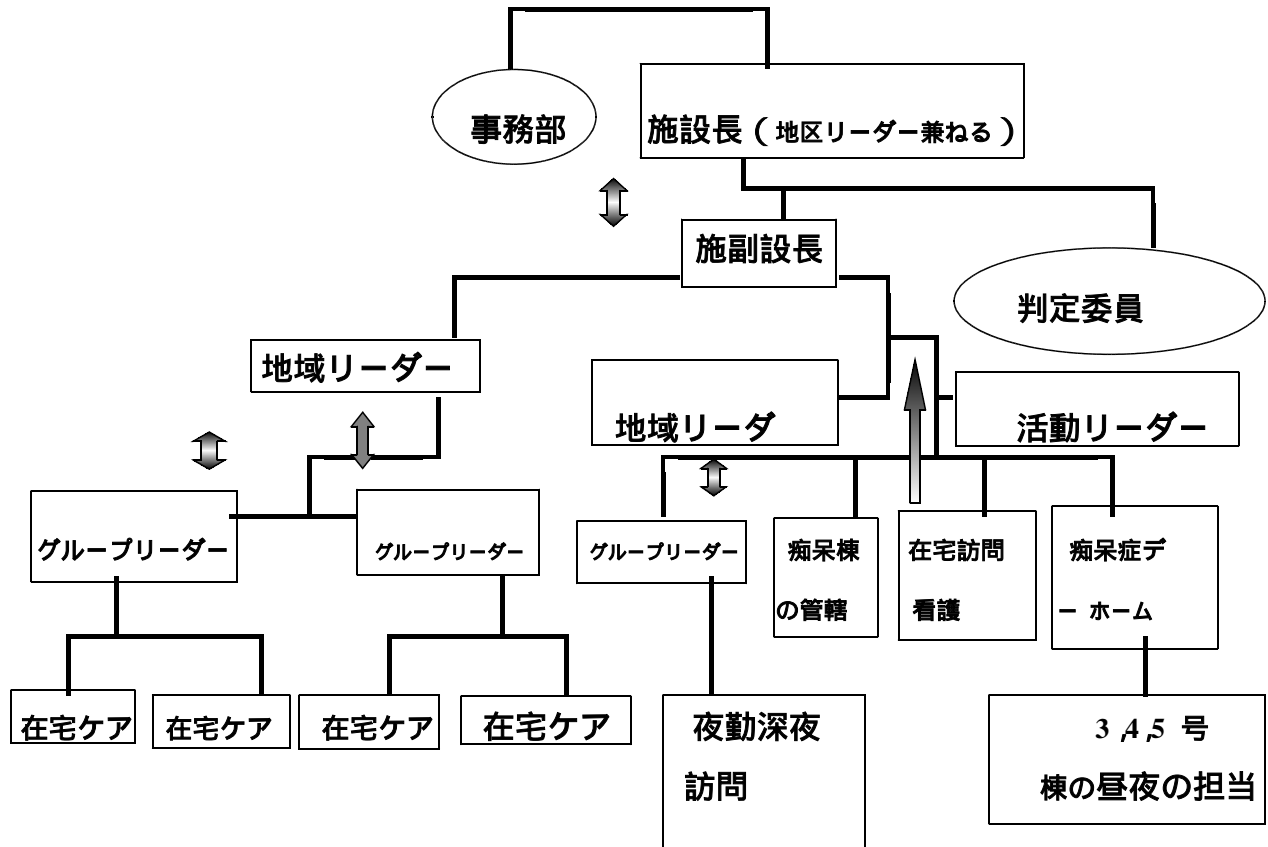
まさにロスキレ市の施設でも、行政でも、高齢者委員会でも、「高齢化率上昇」「統合」「配食」の話はされている。施設や行政、高齢者委員会と、それぞれの立場で対処の仕方に違いはあるが、短期滞在の視察者にも話題を開放する。ゆっくりと時間を掛けて市民が同じ方向に向かって確実に歩み寄っていることが実感できる。

ここでは、ホールの一角に小さなバーがあり、高齢者の利用者委員会で運営されている。にぎやかにカードをしたり、ビールを飲んだりしている高齢者の男性グループにビールの値段を聞くと、小瓶ビールが6クローネ(96円でホテルの30%)だった。ラムッセン氏は、「人生、これが一番」と楽しそうであった。小瓶ビールは、ユースホステルで256円、ホテルのレストランでは320円である。

アスターズヴェイ・ナーシングホームのサービス内容は、 食事（車で送迎）、 デイ

【図 14-1】 分割以前のアスターズヴェイナーシングホームの組織図

（ロスキレ市の在宅ケアが8地区に分かれているとき）

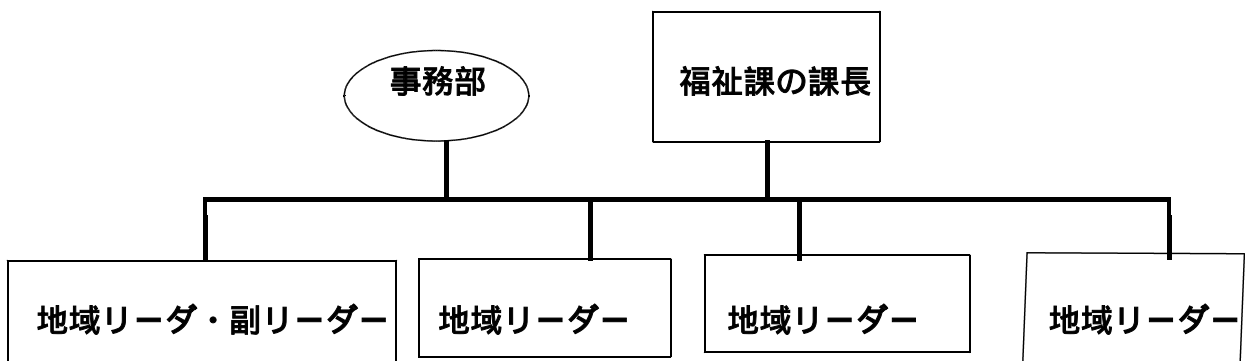


(出所) アスターズヴェイ・ナーシングホームの聞き取り調査より。

|

【図 14-2】 ロスキレ市8地区改革後のアスターズヴェイ・ナーシングホームの組織図

(3～4地区)



(出所) アスタースヴェイ・ナーシングホームの聞き取り調査より。

サービス/デイケアサービス、 技術的なお世話 (理学療法・作業療法・痴呆症のグループ会話等) 除雪・垣根の刈り込み、 ホームヘルプサービス、 訪問看護、 予防的訪問などである。

在宅サービスを受けている人の 2/3 が 1 週間に 1 ~ 3 時間のホームヘルプサービスを受け、そのうちの 1/2 は部屋の掃除だけである。【表 12】はアスタースヴェイ地区のホームヘルプサービスの状況である。施設長は障害者を除き、高齢になるほど介護時間も介護量も増加することを強調した。

【表 12】ホームヘルプサービスの状況 (アスタースヴェイ地区)

年 齢	受けている人の割合	受けている時間
0 ~ 66 歳(若年障害者)	20 %	4.5 時間
67 歳 ~ 79 歳	34 %	3.6 時間
80 歳以上	46 %	3.8 時間

(出所) アスタースヴェイ・ナーシングホームより。

第 4 節 デンマークのホームヘルパー教育

デンマークは資格取得社会である。ロスキレ県立保健ヘルパー・アシスタント養成校 (social-ogsundhedsskolen) は、いったん社会に出て働き、再度福祉の職業を選択しようとする人にも適用されるホームヘルパーの学校である。現在働いているホームヘルパーの平均年齢が高く、この先 10 ~ 15 年で現在の現役のホームヘルパーの大部分が年金自給年齢になり、若い人や男性のホームヘルパーの養成が必要である。

デンマークのホームヘルパー教育の養成課程については、石黒暢氏⁹³⁾や、木下澄代氏⁹⁴⁾も養成コース別【図 15】に紹介しているが、近年養成課程期間延長がある。また、筆者が訪問したロスキレ県立保健ヘルパー・アシスタント養成校 (social-ogsundhedsskolen) で、養成課程についての説明を聞いた。

ロスキレ県立保健ヘルパー・アシスタント養成校では、社会福祉・保健ヘルパー (Social og Sundhedshjælper) の第 1 課程 (279 名) を 1 年と 2 ヶ月 (延長 2 ヶ月) をかけて教育がなされる。それは、学校教育 6 週間、実習 14 週間、学校教育 12 週間、実習 16 週間、

学校教育 6 週間の合計 54 週間の理論と実習の積み重ね教育である。さらに社会福祉・保健アシスタント (Social og Sundhedsassistent) 第 2 課程 (150 名) では、1 年 8 ヶ月 (延長 2 ヶ月) の養成課程がある。学校教育 13 週間、実習 15 週間、次に学校教育 7 週間、一般病院実習 15 週間、精神科病院・在宅 15 週間、学校教育 6 週間である。社会福祉・保健アシスタント (第 2 課程) を習得すると、社会福祉・保健アシスタントとなる。教員は 25 名で看護師、理学療法士 (PT)、作業療法士 (OT)、小、中学校教員、家政担当教員で構成されている。養成校では、最終的にプロジェクト (個人またはグループ) を評価する。評価は、介護支援を通じて生徒自身が社会とどう関わっているかが重要なポイントとなる。

第 2 課程修了者は医療施設で働く者が多い。対象者に援助提供するだけでなく、社会福祉・保健ヘルパーの指導をしたり、仕事の調整など、職場のリーダー的役割を果たしている者もいる。第 1 課程の社会福祉・保健ヘルパーの資格を習得した者は、従来のホームヘルパーと違い、在宅に限らず病院以外の施設などで働くことができる。第 2 課程を終了すると、さらに試験を受けて作業療法士や理学療法士、看護師、助産師、ソーシャルワーカー、レントゲン技師になるための専門課程に進むこともできる。

養成校を訪問して感じたことは、日本に比べて養成期間が長いこと⁹⁵⁾、自治体から養成期間も支援金がでること (第 1 課程は、1 ヶ月約 127,000 円、第 2 課程は約 140,000 円)、卒業後の就職先は殆ど、自治体で公務員として働けるので将来の生活設計が描けて安定している、第 1 課程が介護の分野の学習であるが、医師による講義はないことである。

デンマークでは、介護は介護、看護は看護、医療は医療である。理論にも第 1 課程の分野では医療が入り込まない。例えば、ホームヘルパーが痴呆症の介護に必要なことは、痴呆症状の知識ではなく、必要な際にどう連絡すればよいか重要な知識であると、指導教官は強調した。第 2 段階では医療、薬学の知識も必要である。実際の職場では介護も看護も医療も独立した職業であり、お互いに対等な立場である。対等ということが職務遂行の上で大切である。

本頁 社会福祉職員養成コース学習内容（省略）

第5節 小括

日本では税金は「取られる」ものという意識が強い。デンマークでは、税金を国家に「預ける」という。国民、市民の信託をうけた政治家が税金を社会のために有用に使えるよう管理し、透明度が極めて高い⁹⁶⁾。

デンマークの社会構造が変化して、1960年は主婦が家でみていた高齢者や子どもを現在は社会で見るということである。ロスキレ市内や施設で、すれ違った女性の返す笑顔は魅力的で国民的ゆとりのなせる業かと、考えてしまうほどである。「福祉の豊かな国は労働意欲を落とす」と話す人、また、「公務員が多いのは失業対策」と皮肉る日本人もいると、澤渡夏代ブランド氏は語った。デンマーク人は、37時間⁹⁷⁾は効率よく働く。ホームヘルパー等の福祉労働は、人間集約型労働であるから、高福祉には人数が必要である。また、徹底した現場主義で、専門職の資質向上を図っている⁹⁸⁾。現在の日本は物があふれて生産需要が減ってしまった。需要が高いのは高齢者介護の分野である。デンマーク・ホルベック市の介護の実際を見るときに年齢別利用者の介護ニーズや、供給側の体制が今後の日本の参考になると考える。

デンマークといえども、有り余る財源を在宅介護に当てはめているわけではない。デンマーク政府が2000年実施の全国規模の高齢者の聞き取り調査で、コムーネが真に必要な身体介護に重点をおくあまり、家事サービスが軽視されているとの不満が社会省の報告書にある⁹⁹⁾。

デンマーク人は仕事への満足度は非常に高く、勉強したことを仕事に生かしたいと思っている。例えば、精神障害者の施設ハーレスボー¹⁰⁰⁾(haraldsborg)訪問の際に、女性のペンキ屋さんは義務教育後2年¹⁰¹⁾の学習をして「仕事は楽しいし、誇りを持っている」と語ってくれた。幼い頃から人びとの心底で培っている平等の意識が彼女にも誇りをもたせる。また、ホームヘルパー養成校の第1過程で医師が講義に入り込まないのも、施設、町中の女性の魅力的な笑顔も同一線上にある「平等」や「自立」の精神、意識の延長線上に自分の職業があるからである。日本のホームヘルパーも職業として成り立ち、誇りをもって仕事に向かうことができる日が早くきて欲しいと願う。ホームヘルパーが満ち足りれば、その介護を受ける高齢者の利用者も暖かい介護を受けることができる。

澤渡夏代ブランド氏は、「自分が何をしてほしいか、私たちの生活は、住居、道路、環

境、教育、医療、介護など、福祉とは、生活全体である。高齢者だけが優遇される問題ではない」と述べているが、石原美智子氏は、「利用者本位のサービス供給は可能か」という論点があるとして、「行政レベルで地域のいろいろの社会構造が利用者本位になっていけば、自動的に利用者本位になるし、全体のいろいろの分野で利用者、住民本位になっていなければ、老人介護だけが特別に利用者本位にはならない」と、述べている¹⁰²⁾。筆者は、デンマーク・ロスキレ市の聞き取り調査で、デンマークが住民本位の社会構造であることを再認識した。

デンマーク人が安心して年を取れる条件は整っている。安心してペンション（年金受給者）になることが待ち遠しく、楽しみにしているといわれている。

デンマーク・ロスキレ市は福祉について分権化、プレスト、合意形成、民間との競合と一つひとつを年月をかけて住民と行政と議会で練り上げて成功裏にみちびいていった。今後の課題は、高齢化率の上昇に伴って、制限ある財政で如何に現在の社会保障の質を保持できるかである。その一つが統合で、2002年現在ロスキレ市では8地区で行っている高齢者福祉関係の財政業務を3～4地区に統合する。管理職のスリム化も図って、財政管理を一元化して効率化を図ろうとしている¹⁰³⁾。ロスキレ市も、ホルベック市のデータに見られるような(【図 11-1～11-4】)後期高齢者増加が、介護の必要度を加速させることに、今から備えようとしている。

デンマークのコムーネが完全分権制だからこそロスキレ市に見るような統合計画も実施できる、小回りがきき、失敗だと気づいた時点で短期間に軌道修正が可能である。

ホームヘルパーの養成期間も、第1課程が1年2ヶ月と日本に比して長い。理論と実習を交互に組み込んでいることも特徴的である。また卒業報告書は、生徒自身が介護支援を通して社会とどう関わっていくのかが、重要なポイントである。職業に付けば組織の一員であるが、働く人が組織を動かす「一番近い人が責任と権利をもつ」のがデンマークである。

デンマークは現在でも「自助に至るまでの援助」(hjaelp til selvhjaelp)と、ということばがよく使われる。自助に至るまでの制度として、デンマークは1880年代から現在につながる制度作りを始めている¹⁰⁴⁾。当時から安心を築こうとする理念が国民間で合意されていて、政治家が合意を実現するにはどのような政策と経費が必要なのかを国民の前に示し要求した。日本の介護保険関係の著書にも、「自立援助」ということばが使われているが、供給不足の状態であり、筆者は「そんなに簡単に使っているのか」と常に思う。それは、

実際にデンマークでみてきた介護支援とは、余りにもかけ離れた「ことばの一人歩き」であるように思う。デンマークの歴史的事実、民主主義、プレストなど、長期に渡って積み重ねられ、国民的合意の上に成り立っているデンマークでいう介護支援と、あまりにもかけ離れているからである。

-
- 1) 伊東敬文「デンマークの介護制度とその教訓」、里見賢治・二木立・伊東敬文『公的保険に異議あり「もう一つの提案」』ミネルヴァ書房、1996年、156頁。
 - 2) 伊東氏は、デンマークでは老齢年金制度を保険制度でなく、税にしたかについて述べているデンマーク人の論文(1888年～1891年)を次のように紹介している。保険だと、制度を維持するために税で不十分を補う結果になる。最初に保険でとり、後で税で補う2重構造になる、低所得者からも強引に取り立てると生活不能になってしまう、自治体の保健管理事務が増え無駄がふえ、官僚的になる、税であれば、必要な財源の確保ができ既存の収納機関で集め無駄がない。加えて伊東氏は、デンマークでは、できるだけ小さな官僚組織を求める傾向がある。日本では医療も年金も補填が全経費の3割にもなっていると、述べている(同上、192頁)。
 - 3) 伊東氏によると、「所得による住民税が自治体の財源の主である。法人税を含む税収はサービス供給事業の9割強。高福祉の裏には高負担がある」と述べている(同上、158頁)。筆者がロスキレ市の聞き取りで、2002年1月現在で国税13.0～32.0%の間で、行政地域により異なるがロスキレ県税は、11.5%、市民税、20.4%で平均52.0%、上限は63.0%であった。このほか、日本の消費税に相当する付加価値税25.0%、酒、車、たばこのような贅沢品には割高の税金がかかる。しかし、日用品や食糧などの生活必需品は安い。筆者が、市場で買い物をして日本では物価高で1万円の値打ちがないが、デンマークでは生活必需品は安価で1万円まで使わなくてもよい買い物があった。
 - 4) 1974年に制定の「生活支援法」(Lov om social bistand、略称 bistandsloven)は、社会サービスの対象を「高齢者」「児童」などのカテゴリー別に分ける方法から国民すべてをサービスの対象とする方法に転換した画期的な法律である。生活支援法では、ニーズの存在がサービスの決定要因であり、ニーズの原因は決定要因でないとされた。また、相談窓口を一本に絞って救済の落ちこぼれがないようにした。さらに、同法は、

おおまかな方向と枠組みを規定しただけであり、具体的なサービスの質、量などは実質的にコムーネの決定に任せていることから「枠組み法」とよばれ、社会福祉サービスの政策を具体化するための権限はコムーネに与えている。

- 5) 里見・二木・伊東・前掲書(注1)、157頁。
- 6) 2000年8月ミュン市役所、キム・ヴォーソー氏によると、デンマークでは、税が主な財源である。最高税率は58%。各コムーネは財力により、交付税が支給されてバランスが取られている。
- 7) ロスキレ市長ピヨン・ディル氏談(2002年、8月19日ロスキレ市役所、議会室)。
- 8) 第2世界大戦は1939年から1945年までで、終了から50年とすると、著者の記述の1990年代とは、1995年になり、1945年から1995年までの50年間と解した。
- 9) 西澤秀夫「デンマーク社会の発展と社会福祉」西澤秀夫・真弓美果・上掛利博編『世界の社会福祉 デンマーク・ノルウェー』旬報社、1999年、155頁。
- 10) 里見・二木・伊東・前掲書(注1)、189頁。
- 11) 同上。
- 12) 澤渡夏代ブランド氏の発言による(2002年8月19日)。
- 13) 田口繁夫「デンマーク」、仲村優一・阿部志郎・一番ヶ瀬康子編『世界の社会福祉年鑑2002』旬報社、2002年、163頁。
- 14) 同上。
- 15) 同上。
- 16) ロスキレ市、市役所保健課長ダグマー・スコウピヤグ氏談(2002年8月19日)。
- 17) 1979～1982年に社会福祉省に高齢者の生活向上を勧告する高齢者政策委員会が設置された。同委員会は、長期的な高齢者保健医療政策の理念と方法に関して検討し、その結果を3部にわたる報告書にまとめられて報告された。そのうちの第3部で高齢者福祉の3原則が提示された。「生活の継続性の高齢者の尊重、高齢者の自己決定の尊重、残存能力の活用、」である。
- 18) 70歳以上の高齢者が子どもとの同居率は2000年推計で4.0%と低下している(鬼崎信好「デンマーク」、奈川秀和編『世界の介護事情』2002年、96頁)。
- 19) 同上。
- 20) 澤渡夏代ブランド氏の発言による(2002年8月19日)。

- 21) 1999年1月で60歳になった人は67歳で受給する。
- 22) 本稿第2章参照。
- 23) 西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、178頁。
- 24) 職種によっては、6週間。
- 25) 田口繁夫「デンマーク社会の発展と社会福祉」(西澤・真弓・上掛編・前掲書)(注9)によると、1889年に労働組合の全国組織が結成された。1919年に8時間労働制を獲得している(153頁)。
- 26) 澤渡夏代ブラント氏の発言による(2002年8月19日)。
- 27) 産業別賃金で何処に働いていても同一賃金で全国一律。
- 28) 澤渡夏代ブラント氏の発言による(2002年8月19日)。
- 29) 同上。
- 30) ホーベ保育園(Bomehus Frejas Have)に訪問、保母より説明あり(2002年8月)。
- 31) 澤渡夏代ブラント氏の発言による(2002年8月22日)。
- 32) 同上。
- 33) 澤渡夏代ブラント氏の夫であるピョワ・ブラント氏は、年金生活を始めたばかりで、「生活を楽しんでいる」と語った(2002年8月24日)。
- 34) 澤渡夏代ブラント氏の発言による(2002年8月22日)。
- 35) ロスキレ市長ピョン・ディル氏(Bjon Dahl)(2002年8月)。
- 36) デンマーク政府『Social policy in Denmark』2001年。
- 37) 保育園(Bomehus Frejas Have)にて聞き取り、ロスキレ市で約3000名が保育されている。この保育園では、乳児25名、幼児42名を17名のスタッフで保育している(2002年8月22日)。本稿【表7】参照。デンマークの合計特殊出生率は、1983年の1.37人を最低として、84年から上向きになり、その後も順調に伸びて1994年、1995年には、1.82人まで上昇(湯沢雅彦編『少子化をのりこえたデンマーク』朝日選書、2001年、27頁)。但し、2002年は、1.77人(仲村・阿部・一番ヶ瀬編・前掲書(注13)、157頁)。
- 38) 仲村・阿部・一番ヶ瀬編・前掲書(注13)、157頁。
- 39) 伊東氏は、租税率の高いデンマークは、行政の効率的運用がたえず求められている。1970年代から、民間と互角に戦える力量はあるか、「効率の悪い行政サービスは民間に移行

すべし」と保守党、自由党はたえず提案してきている。デンマーク大蔵省の調査（今回 1998 年公表のもの、前回は 1995 年）によると、現在の公的サービスはちょうどよいが 55 %、税金が上がっても、もっとよいサービスをが 19 %、公的サービスに満足が 74 %。同調査で民間との入札競争を 7 割が支持している。「このことをどう解釈すべきか」伊東氏は、「同じ負担ならより高いレベルのサービスをする事業者が運営すべきであるという考えで、民間 = 効率的の民活論ではない」と述べている（http://nippon.zaidan.inf/library/seikabutsu_print_view.do?url）。

40) 里見・二木・伊東・前掲書（注 1）、178 頁。

41) 利用者と施設の職員の関係は、ゆったりとした時間の中でことばのやりとりも対等であることが施設見学等で実感できた（2002 年 8 月、ロスキレ市の施設）。

42) ロスキレ市保健課長ダグマー・スコウピヤグ氏による（2002 年 8 月）。

43) 同上。

44) Budget 2002 2005 Mål og Økonomi より。

45) ロスキレ市保健課長ダグマー・スコウピヤグ氏による（2002 年 8 月）。

46) 同上。

47) 同上。

48) 澤渡夏代プラント氏の発言による（2002 年 8 月 19 日）。

49) 在宅ケアの中核的な位置を占め、在宅介護ステーションなどを配備、人間密着型（時間的スポットでなく）のケア体制。

50) 伊東敬文（<http://nippon.zaidan.inf/seikabutsu/1998/00104/contents/110.htm>）。* 里見・二木・伊東・前掲書（注 1）、160 頁の【図 1 ~ 図 2】も参照。

51) 同上、159 頁。

52) ホルベック市はコペンハーゲンより西へ 60km、鉄道、車とも約 1 時間の距離にある地方都市である。人口約 33,000 人で、中心部に 2 万人、残りは島を含む農村部に住んでいる。

53) 伊東氏によれば、準夜勤は午後 3 時から 11 時 30 分まで、朝の打ち合わせは 7 時 30 分ぐらいから開始。深夜勤からの引継、欠勤者がある時は仕事の調整、利用者が風邪の場合などでニーズが増えれば、ホームヘルパーの介助を増やすなど、対応は臨機応変にする。20 箇所の拠点で約 250 余名のホームヘルパーが活動（里見・二木・伊東・

前掲書（注1） 160頁～164頁）。

54) 準夜勤、深夜勤の体制は5労5休、7労7休、5労2休2労5休等がある（同上、161頁）。

55) (【図11-1】～【図11-4】)は、同上の160頁参照。

56) Rosukild Kommune「BUDGET 2002～2005」。

57) デイセンターは、在宅で生活している高齢者のための通所施設で高齢者用、障害者用の2種類がある。当該コムーネに居住している年金生活者なら誰でも利用できるデイセンターがある。これは、人との交流の機会を与え、趣味活動をする場を提供するもので、トランプや体操、手芸、映画上映、学習会などが行われている。このデイセンターは、社会支援法第60条「コムーネ議会は就労障害者手当を除く公的年金の受給者に対して、介護・サービスを提供し、又は、そのための補助金を支給するものとする」によって設置されるものである。もうひとつのタイプは、身体的、精神的理由により必要と認められた者だけが利用できるセンターである（大阪外国語大学デンマーク・スウェーデン語研究室編『スウェーデン語・デンマーク語福祉用語辞典』早稲田大学出版部、2001年）。

58) 里見・二木・伊東・前掲書（注1） 171頁。

59) 小島ブンゴード孝子氏によれば、自治体の高齢者住宅は国からの援助がある、援助額は受給者の収入により異なる（小島ブンゴード孝子『モア～あるデンマーク高齢者の生き方』ワールドプランニング、2002年、58頁より）。

60) 月収213,000円の年金者（女）の例 税金16,000円、高齢者住宅の家賃48,000円、家賃援助6,500円（実質41,500円）差し引き142,500円、これより暖房費等諸経費を引くと月125,000円（前掲書（注59）より試算）。

61) 2000年調査訪問のミュン市でもプライエムの改築が盛んに行われていた。

62) 西澤・真弓・上掛編・前掲書（注9） 53頁。

63) ミュン市の場合暖かい食事の配達（2000年8月23日デンマーク・ミュン市役所においてキム・ヴォーソー氏談）。

64) 何故、施設の高齢者の体重が減ったか、研究協議の結果、意外なことに、「食事前に厨房からの食事作りのにおいがしてこなく食欲がでてこない」ことだと、わかった（2002年8月渡夏代ブラント氏談）。

- 65) ミュン市の施設での聞き取り (2000年8月)
- 66) 第二次北欧視察世話人会編『デンマークの開業医と北欧の福祉』東京保険医協会、1993年、86頁。
- 67) 伊東氏は、「10年間で8、9日から6、7日になっている。8、9日でも日本の1/4以下である。デンマークの在宅ケア制度が充実して、介護・看護力が上がることにより、病院は早く退院させるようになった」と述べている(里見・二木・伊東・前掲書(注1)、174頁)。
- 68) デンマークの医師について、1995年の病院勤務者は、普通病院8915人、精神病院401人、1996年の開業医で一般開業医は、3,372人、専門開業医が782人、開業歯科医2,661人、(西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、225頁)。
- 69) ロスキレ市保健課長ダグマー・スコウピヤグ氏による(2002年8月19日)。
- 70) 澤渡夏代プラント氏の発言による(2002年8月19日)。
- 71) 同上。
- 72) 西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、46頁。
- 73) 仲村・阿部・一番ヶ瀬編・前掲書(注13)、163頁には、内務・保健省となっている。
- 74) ペアナドットゴードンセンター看護師による。
- 75) 通常は訪問看護師によるが、作業療法士も介護のニーズ判定をする。
- 76) 本稿第1章第1節(3)(25頁)参照。
- 77) デンマークでは、補助器具が3つの行政レベルで扱われている。 国立補助器具研究所、 県立補助器具センター(各県に1ヶ所)、 福祉課補助器具部門(すべての市)(2000年8月ストラストラム県立補助器具センター所長アンナ・ホルム氏による)。
- 78) 松岡洋子『老人ホームを超えて』かもがわ出版、2001年、99頁(デンマークのモジュール制とは、補助器具の部品交換がメーカー間で可能なことをさして使われている)。モジュールとは、交換可能な構成部品をさす。
- 79) この法律に定める援助の目的は、個人の自立のための可能性を助長すること、または、その日常生活を容易にし、かつ、生活の質を改善することである(社会サービス法第1条2項)。
- 80) ロスキレ市立補助器具センター作業療法士のベスマン氏による。
- 81) 以前は、年をとったことを認めたくないので歩行器の使用を控える傾向があったが、90

歳になったデンマーク皇太后が、トルコブルーの歩行器を使いパーティーに出席したことにより全国的に大ヒットとなり、今では多くの人が歩行器を使うようになった（同上）。

- 82) 脳障害の場合は命令機能の退化により、これらの作業は不可能になるが、それぞれのニーズに即したトレーニングを行なうことで、回復とはいかないまでも、残存能力を生かした別の動きを見つけ出し、対応することができる（作業療法士のメーテル・ベスマン氏による）。
- 83) デンマークでは、労働法とは別に労働環境法がある。如何なる労働も適切な環境の下で安心して行われなければならない。そのような環境を使用者が整備しなければならない。この法律を守るためにも、デンマークの福祉ケアには、補助器具は欠かせない。補助器具は利用者の自立を支えるという役目と、介護側の身を守るという 2 つの役割がある（小島・前掲書（注 59）、184 頁）。
- 84) 例えば、リウマチの人がキッチンで立っている絵（赤線のところが補助器具の対象等）を使って話をする。リウマチで痛みが止まらない人は、大きなものを勧めて筋肉の使い方を説明する。
- 85) ロスキレ市保健課長 ダグマー・スコウピヤグ氏（2002 年 8 月 19 日）。
- 86) ロスキレ市、市役所保健課長及びアスタースヴェイ・ナーシングホームの施設長による説明。
- 87) ベアナドッドゴートンケアセンター（Plejecentret Bernadottegaardenn）にて聞き取り（2002 年 8 月）。
- 88) 内村鑑三『後生への最大遺産デンマルクの話』岩波文庫、1946 年、78 ~ 88 頁及び、伊藤美好『パンケーキの国で』平凡社、2001 年。
- 89) オーヴェ・コースゴ（高倉尚子）『光を求めて（デンマーク成人教育 500 年の歴史）』東海大学出版会、1999 年。
- 90) アスタースヴェイナーシングホームはロスキレ市の 8 地区の一つで、アスタース地区センターの中心となるプライエムである。センターの位置はロスキレ市の南にあり、人口 14,500 人の管轄地区である。アスタースセンター地区では、大型のホームで一般用 48 室/痴呆症用のデイセンターの機能があるアスタースプライエムと、近くにある、小規模の、デイセンター Vorfure plejhjem(エ オア・フルー)を管轄している。

- 91) 余りにもリーダー格の者が多すぎてもう少しシンプルにする。グループリーダーがいなくなり、地域リーダーが4人、そのうちの1人が副リーダーの機能を持つようになる。
- 92) 里見・二木・伊東・前掲書(注1)、156頁。
- 93) デンマークのホームヘルパー教育の養成課程については、石黒暢「ホームヘルパー教育」西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、44頁。
- 94) メッテ・ハンセンエルセ・ラーセン(木下澄代訳)『デンマークのヘルパーが語る介護の現場』萌文社、1996年、82～83頁。
- 95) 日本のホームヘルパーの養成期間は、3級(40時間)2級(90時間)1級(360時間)一番ヶ瀬康子監修『介護福祉学とは何か』ミネルヴァ書房、1993年(1995年第3刷)、179頁。
- 96) デンマーク1位、日本25位、伊東敬文
(http://nippon.zaidan.info/library/seikabutsu_print_view.do?url)
- 97) 西澤・真弓・上掛編・前掲書(注9)、178頁。
- 98) 伊東氏によれば、「現場主義を重んじるデンマークは、指導担当の職員について2ヶ月から3ヶ月単位の徹底した実習をする」(里見・二木・伊東・前掲書(注1)、180頁)。
- 99) 石黒暢(<http://plaza15.mbn.or.jp>)
- 100) 1910年に家政学校として建てられたものを、41年前にプライエムとして設立、ロスキレ市の所轄となる。1990年、精神疾患の管轄が県から市に移行、精神分裂、鬱病他若年者の入居が始まる。1993年、精神疾患をもつ人のグループホーム建設の企画が始まる。1995年、ロスキレ市の統合政策が始まる。
- 101) 義務教育終了後、2年間の現場研修で技術を磨き、理論は学校で学ぶ。
- 102) 石原美智子「新・介護とサービス供給主体の動向」、システム座談会・社会福祉・医療事業団編『介護保険を支えるこれからの在宅サービス』中央法規、1998年、13頁。
- 103) ロスキレ市、市役所保健課長及びアスタースヴェイ・ナーシングホームの施設長による説明。
- 104) 里見・二木・伊東・前掲書(注1)、180頁。