

北欧の保健福祉の研修に参加して

その2 デンマーク編

広島国際大学看護学部

中 柳 美恵子*, 杉 原 トヨ子

呉大学看護学部

山 下 洵 子

キーワード：高齢者，保健福祉，看護，介護，制度

■ デンマークの社会保障制度の概況

デンマークの社会保障制度は高負担高福祉と呼ばれている。その実態を文献¹⁻³⁾を参照して概況を述べる。国民の高負担は，社会保障の面だけでなく，義務教育から職能教育や高等教育に至るまでの教育，研究，文化，環境対策など幅広い公的セクターの運営にも使われている。国内総生産に対する公的支出は54%で，スウェーデンの62%に次いで世界第2の高さである。

65歳以上の高齢化率は1992年の156%を最高に，以来減少している。これは65歳から74歳の人口が多少減少していることもあるが，1993年から0～15歳の年齢層が相対的に増加したことも原因と考えられている。実際に，街行く中で，若い夫婦がバギーに子供を乗せて歩いている姿をよく見かけた。

福祉従事者は，1992年頃までは高齢者福祉分野が一番多かった。高齢者福祉従事者は1987年から1997年までの10年間に7000人増加しているが，1997年には，保育を含む児童青少年福祉部門のほうが高齢者部門より多くなっている。1984年より出生率が上がり始めたことに対する政策展開で，人口構造の変化により福祉ニーズが高まると，臨機応変に政策転換ができ，小回りの利く行政の対応があった。高齢者福祉サービスの運用も，同時に効率的に改革されてきた。具体的には，1996年頃までは，予算や組織が在宅ケアと施設ケアでは別になっていて，労働資源の活用面で多くの無駄

が存在していたものを，2つを統合化することで効率的活用を可能にしてきた。

デンマークの高齢者福祉事業を担当するのは，日本の市町村にあたる自治体である。財源は住民税で徴収したものを充て，国や県の補助金は一切ない。徹底した分権化行政制度をとるデンマークでは，国は高齢者福祉制度の法律をつくるが，それは「枠組み法」と呼ばれる分権型法律であって，大まかな枠組みである。細かい内容に関しては，自治体の決議に委ねている。住民の税率，ホームヘルパーの雇用数，高齢者施設の建設などは，自治体に委ねられている。

基本的なサービスを国内で均一化するために，日本の地方交付税にあたる調整制度がある。僻地でも，高齢者福祉サービスが都市部と同等に保障できるように財政調整が行われている。

しかしながら，サービスのレベルは自治体ごとに違う。施策目標や優先順位などがそれぞれの自治体によって異なっているからである。例えば，クラズサクス市とホルベック市では在宅ケアと施設ケアを統合したが，コペンハーゲン市ではしていない。

■ デンマーク近郊の地方自治体ビューエン(Buen)での「福祉政策」「予防対策」についてのレクチャー

デンマークの国民は6%が外国籍で，主にアラブ系イスラム人でイスラム教徒である。それに対

*連絡・別刷請求先

なかやなぎ みえこ

〒737-0112 呉市広古新開5-1-1 広島国際大学看護学部

し、大半のデンマーク人は、キリスト教（ルーテル教）である。

平均寿命は、現在、男性76歳、女性79歳である。子供の人数は、1992年を境に上昇に転じ、合計特殊出生率は現在1.8となっている。3代になって子供をつくっている夫婦が多いようだ。

失業率は、過去30年間で最低の4.1%である。

行政改革により、2007年1月から「地域：region」という呼び方で5つの地域になる。日本と同様に、この国でも市町村の広域統合合併が進められている。

法制度上3権分立は日本と同じであるが、2001年から保守・自由の連立政権となっている。

税率（所得に占める税の率）は2006年、スエデンが平均50.6%、EUが40%であるのに対して、デンマークは49.6%である。国民は消費税25%のほかに、県税、固定資産税、自動車税、環境税、国教のルーテル税（9%）を払っている。

一方、病気になったときは保険医療費がでる。妊娠すれば妊婦の健康度のテストが無料で、分娩費の本人負担もない。出産後の児の検診も、時期に応じてホームドクターが診るので、親の負担はない。3歳未満の児を自宅でみれば、保育手当がでる。また、住宅手当、家族への手当などが一般的にある。大学に行くと奨学金を受けることができ、卒業まで教育費の親負担はない。病院での治療費も無料である。高齢者の在宅ケアも、図書館使用も、個人が負担することはない。公費で職場の研修もしている。

こうした様々な制度を利用し、労働していなくてもお金を得ている人が多い。

税金でまかなわれているものに、健康保険、災害保険、失業保険などがある。定年よりも早期に退職した人の早期退職手当や、65歳から誰でももらえる年金もそうである。

国民一人ひとり10桁の国民番号があり、図書館でも、病院でも、どこでも通用するようになっている。

いつ、どのような事態になっても、どこか何かを受け止めてくれる社会の仕組みがある。

65歳以上のほとんどは自宅で暮らしており、4%がナーシングホームに住んでいる。1980年代半ばから、新しいナーシングホームはつくりたくない方針で、そのかわり、高齢者、障害者のためのバリアフリー住宅をつくるようになった。

個人の持ち家率は高い。不動産価格が倍になり、

そのために金持ちになった高齢者も多い。自分の持ち家に住む人もいるし、それまで住んでいたマンションを売ってケア付きマンションに移る人もいる。そうした在宅でも、24時間すべての生活が看護ケアの機能をもっている。

平均入院日数は日本では20日であるのに対し、デンマークでは5日である。朝入院して手術をし、その日のうちに退院することもある。入院期間を短くしているのは、この在宅ケアが充実していることの裏返しでもあるのだろう。

デンマークのホームドクターはゲートキーパーと言われ、女性が多い。市民が最初に行く所で、診断、治療、予防（インフルエンザの予防など）を行っている。保健医療政策は、市民が医療を受けるのに、必要に応じ最もお金のかからない方法を選んでいる。高齢者は、平均、年に7回程度ホームドクターに行くが、その10%が専門医に行く。ホームドクターは利用者が選べるようになっていて、必要を感じれば、何人でも変更できる。

1. ホームケアサービス

ホームヘルプのサービスはこれまでは公務員が携わって市の公費でしていたが、現在は競争原理を取り入れ、民間企業も参入するようになっている。ホームヘルプサービスの内容は ①24時間の訪問看護ケア ②ターミナルケア ③補助器具の貸与（補聴器など） ④緊急非常ベルの取り付け ⑤リハビリテーションの利用 ⑥疾病などの予防のための家庭訪問などがある。このうち⑥の「予防訪問」に力が入られている。24時間の訪問看護の勤務体制（朝番の体制の例）を表1に示す。

表1 24時間の訪問看護の勤務体制（朝番の体制の例）

07：30～07：45	チームミーティング
07：45～12：00	患者訪問
12：00～12：30	チーム 昼食
12：30～15：15	患者訪問
15：15～15：30	ミーティング 次のシフトへの連絡

緊急ホームケアセンターでは、まず、看護師がコールを受ける。コペンハーゲン市には、高齢者が500,000人いるが、そのうち7,000人の利用者がある。何かあったときには、体重の重い大きい人の場合、看護師2人組で移動する。病院、救急サービス、警察の3部署が訪問に取り組んでいる。

1日300~400のコールがあるが、そのうちの半分ぐらいは間違いコールである。1日に3~4回コールする人もおり、中央で管理をしている。この制度がないとき、ホームドクターがコールをとって、よく分からず間違っ入院させたこともあったりして、費用が多くかかっていた。高齢で孤独な老人は手を握って話をするだけで、入院しなくても済む場合もある。そうした訪問により入院に至らないケースもあり、無駄な医療費を使わない方策となっている。

2. ホームケア・ニーズのレベル

自分でできることは自分でするようにすることを基本にしている。服を着るとき、ボタン1つを留めるのに3分かかる。ヘルパーがボタンを留めるのを手伝うと、その人のできる機能をとってしまうことになる。そうしたことを考慮して、利用者のレベルを表2のように分け、高齢者のもてる力を十分に査定して取り組んでいる。

表2 4つのレベルに分けたホームケア・ニーズ

- レベル1：自分でできる
- レベル2：だいたい自分でできる
- レベル3：自分でするのは困難である
- レベル4：自分ではできない

これを適用するときのアセスメントには大きく3領域があり、さらに、それぞれ下位の3分野に分けている(表3)。

表3 アセスメントの領域

1. 自分のアセスメント
 - ① 自分のケア
 - ② 飲食
 - ③ 移動
2. 家事のアセスメント
 - ① 掃除
 - ② 活動レベル
 - ③ ネットワークがつくれる
3. 認知症のアセスメント
 - ① 精神的安定性
 - ② 健康
 - ③ 家事能力(家事を行う機能, 容易さ)

1980年代から、訪問看護師と訪問ヘルパーの密接な関係がつくられてきている。

2002年の実態は、表2のレベル4(自分ではできない)で、7%の高齢者が20時間以上、7%が12~20時間、7%が8~12時間のケアを受けている。表4にその1例を示す。

表4 93歳の高齢者の例

庭付きのバリアフリー住宅に住んでいる。
 子供たちは毎週訪ねてくる。
 月に10,000クローネ(注: 1クローネは約20円)の年金がある。
 脳卒中の既往歴がある。
 1日20時間のケアを受けている。
 具体的には、朝起きるとシャワーの手伝いに2時間2人のヘルパー、昼のランチタイムに1時間1人のヘルパー、夕食から就眠まで2人のヘルパーのサービスを受けている。

3. 予防サービス：疾病予防のための訪問

1999年から始まった。75歳以上の高齢者に対して市から手紙で提案し、了解のえられた人に年2回訪問している。そうして訪問することで、対象者の状態、対処能力、健康、機能性、社会ネットワーク、社会生活、経済・財政の状態を把握するとともに認知症などの有無を観察する。先進的な取り組みである。

この制度は日本ではまだ法的にも作られていない。後期高齢者が医療に依存すると、医療費は高騰する。高齢者に高額な医療費がかからないようにする方策として、このような予防的な訪問事業を行政で進めていく必要があると考える。

4. 介護・看護に関する教育

看護・介護に関する教育期間を表5に示す。

表5 看護・介護に関する教育期間

ヘルパー	: 基礎教育 4ヶ月
社会保険アシスタント	: 34ヶ月の基礎教育
ホームケアナース	: 45ヶ月(約4年間)の基礎教育と実習(4年制の大学教育になる)

日本も看護教育が4年制の大学教育に移行してきているが、デンマークでも看護教育は4年で、それを経た後、ホームケアに入る。

この国は教育費も親の負担はない。9年間の義務教育を受け、その後受ける3年間の大学も国立で、入学金は要らない。18歳で大人の仲間入りとされ、月に90,000クローネが支給される。国が保証人となり、教育期間中支給される。大学を卒業しても職がなければ、失業保険がでる。卒業する前に関連の組合に入り、就職していくというルートができる。大学卒業後、修士課程を修了するのが普通で、大学卒業だけではあまり意味はないらしい。

医薬品を扱う薬剤師も6年間の大学教育を受け、卒業前に組合と契約をして、就職に至る。

専門職業教育と就業の筋道が国レベルで国費を使って整えられている。根本的に日本と教育体制が違う。

■ 施設訪問

I. ユニットケア・プライエム(介護提供型施設) 訪問

高齢者の住む住宅の広さは、バリアフリーで60~75m²が標準である。車椅子での移動も自由ででき、使いやすくデザインされた寝室、居間・キッチン、シャワールームなどの住居空間があった。

家賃は、年金だけで暮らしている高齢者の場合は収入の15%までで、現金収入がある場合は収入に応じて住宅手当を払う。年金がなければ、6,000クローネくらいになる。

介護提供型の住宅が全国で約50,000棟ある。全人口の約3割が住むコペンハーゲンには5,000棟あり、多くの年金暮らしの高齢者が住んでいる。高額の家賃が払えない人にもそれぞれのレベルにあった住宅が提供されていて、24時間の介護が可能になっている。入居者は単身が多いが、夫婦で入居している例もある。居住者のための礼拝堂、体操教室などもある(写真5)。

2. 認知症患者のためのナーシングホーム訪問

訪問した施設は1923年に建てられ、1997年に改修された建物であった。この中に、130の小規模住宅(うち6部屋は夫婦用)がある。

前日に死亡者があり、案内していただく予定のデイホールはその時間は葬儀に使っていた。その

ため、別の部室で認知症コーディネーターの施設関係者から説明を聞いた。

認知症の人のQOLを重視した関わりをもつために職員に教育していることは、その人を全体でみることであった。子供だったときから、結婚して子供ができ、家族ができ、子供が成人し、老いていくといった、その人の個人の歴史を知ることがケアの出発点になる。その人の過去を知っていると、よいケアができる。年をとると、健康的資源、心理的資源、社会的枠のバランスがよくとれているとよい老後になるので、一つを伸ばすと他のものも伸びることを大事にして取り組んでいる。運動すると気力が出るのと同様で、一人の人に対して、この3つのバランスをとるようにケアを組み立てている。

そのケアの道具として例示された絵は、すべてハートのマークで図示されていた。まさに、花びらのように組み立てられたその図は中心に「LOVE」と書かれていて、周辺にもハートが5つあってそれぞれの中に「慰め」「自己確立(自己実現)」「作業」「所属:何かのグループに入る」「結ばれている:家族」の文字が書かれていた。ケアを行う人はいつも対象者に「LOVE」の気持ちをこめ、愛情をもってケアを行い、対象者のケアの質を上げる。

ケアの方法は、道具が「なぐさめ」であったりする。また、「その人らしく生きられる自己確立」の方法に添うような関わりをする、あるいは「作業」を共にするという関わりをするということである。

昔の生活方法を思い出すという「記憶の部屋」があり、そこには1930年代から1950年代に流行ったブルーキッチンがあった(写真6)。台所も戸棚も、調理器具のやかんや鍋類も、すべてブルーで統一されていた。実物があると昔の記憶が思い起こされるので、そのときに言ったことをその対象者の個人の記録に書き留めるようにしているということだった。

共有の枠が大切で、1週間に1時間共に過ごすということを通じて、似たような経験を思い出して話し始めたりすることがある。こうしたなかで、働いているスタッフも教えられることが多いという。

そうしたいくつかの例を聞いた。

その1 ブルーキッチンで、ある認知症患者に9:00~13:00のあいだずっとつきそっていたと

き、それまでなかなか落ちつかないのに、その後1週間落ち着いたというケースがあった。

その2 昔トラクターを使って農作業をしていた人が、その部屋で古い新聞などを見たりしているうちに、双子の片方（その昔は女兒）と間違ひなく自分がいま入居している部屋にスムーズに帰った。

その3 よく怒る入居者がいたが、ケアしている人も自分がその島に行ったことを題材にして昔学校に行った風景を思い出して話したところ、彼の怒りがおさまった。

その4 農家生まれのひと、その人の生まれた地域を見学した。昔お店をしていた人をそのときの部屋に連れて行った。そうしたことで、歴史をもった自分であることを認識することができた。

その5 女性の入所者で、当人の子供時代の人形（あるいはぬいぐるみ）や自分の子供の髪の色の人形を選んで、それをういながら関わったところ、子供時代の自分にかえり、その後落ち着いてよい人生を過ごすようになった。

共有の枠で似たような経験を思い出すという関わりが大切なのだと思う、とコーディネーターは語っていた。

男性用に作業の部屋があって、工具などが取り揃えられていた。その周辺には、思い出を掘り起こす道具として古い当時の新聞が張ってあり、古い教科書なども揃えられていた（写真7）。

この施設で大切にしている柱は3つある（表6）。

表6 認知症患者のためのナーシングホームで大切にしている3つの柱

- 1 その人とできるだけ接触する
- 2 その人のアイデンティティを見つける
- 3 その人のQOLを大切にす

このナーシングホームでは、これを頭において入居者に関わっている。

入居者のカルテは詰め所にあり、それを読んで、ケア、食事、身の回りに関することをするようになっていく。

施設の食事は中央厨房で作られ、階毎にコンテナで配送されている。特別食、刻み食などもある。食事制限が必要な人は別として、カロリーは制限されることはなく、好きなだけ食べられる（日本

の施設ではあまり見られないことである）。

3. デイ・サービスからの施設入居

デイ・サービスは月曜日から木曜日まで開設していて、金・土曜日が休みで、日曜日は実施している。デイ・サービスに10時に来る利用者は16時に帰り、11時に来る利用者は17時半に帰るように組まれている。日中は散歩もある。デイ・サービスに行くのに公共交通機関が使えない人には送迎のバスがあり、委託の会社が行っている。こうしたデイ・サービスを利用して施設に慣れていることが、施設に入所してくる場合に大切になる。

ケアスタッフは別の施設から入居する人のところへ出向き、どんなことを施設側がしているかを話す。自分の持ち物全ては持っていけないので、今使っているものを持って入所してくるようになり、その人の心づもりにも関わる。

私たちは、一人用の入所者の住居と夫婦単位の2住居を訪問した。

基本的に、もともと設備されているベッドなどの他は個人の持ち物（家財道具や思い出の品、食器など）を入れている。その人の人生が全て受け入れられ、大切にされている。

入居者の子供時代、若い活動的な時代、結婚して幸せな家庭生活時代などの一片が見てとれるような、人生の断面を1つの額にいれて飾ってあるのを見た。

また、夫婦単位の部屋では、妻は先に亡くなったが、夫（写真8）は今もそこに一人で暮らしていた。毎日背広をきちんと着てネクタイを締め、手押し車で廊下や室内を歩いていた。昔の仕事柄のような服装で毎日を過ごし、入居者の自治会のような会のリーダーをしている。一人になったからといって住居を移動するのではなく、そのまま亡き伴侶の写真を飾り、二人で入所していたときのままの生活形態を崩さずに生活を継続していた。

もっとも、入居者同士のトラブルは少々あるということだった。しかし、それはどこの世界も似たようなものであろう。

准看護師と社会福祉士の資格を持ち、更に経営の勉強をしたという34年間の看護・介護経験を持つ施設関係者からの話を聞いた。入居者の人数に対して、ケアワーカーが豊富であること、そのスタッフの施設内教育にも十分意を払い、入居者一人ひとりの人生の歴史を照らし合わせながら、きめ細かな丁寧なケアが行えるように管理・運営さ

れているようにみえた。

この施設で一番印象深かったことは、排泄物特有の臭気が全くなかったということである。このことについて質問したら、その人の行動の特徴を捉え、排泄のパターンなどをスタッフが把握して、排泄の誘導をしているということであった。従って、日本の多くの施設では今も行なわれている、時間を決めての排泄の援助（例えばオムツ交換など）はないわけである。

デンマークでは、それだけ個人のケアに丁寧に関わるスタッフの人数が多いということでもあろう。

この点は、日本の高齢者がその人の状態に応じたケアを受けられるようになるために、看護・介護の人数割合をまだまだ増やさなければならないのではないか、という課題を提起する。よき人材育成のための教育と、現場のスタッフ教育の充実、その他根本的な日本の保険医療点数のケアに関わる点数の見直しが必要であろう、と考えさせられた。

4. 徘徊について

認知症患者特有の徘徊の現象について、質問したところ、8年間で2人経験したということであった。

そのうちの一人の女性は散歩を試みたところ、そのルートができ、散歩の習慣をつくっていき、散歩に出て、一人で帰って来るようになった。もう一人の女性は高齢者探索システムを体に着けたところ、波長が合って徘徊はなくなった。

無理やり徘徊を止めようとするのではなく、その人の行動パターンを発見したり、そのパターンに併せてケアの方策を導き出していくことが大切であることを改めて認識した。日本の高齢者看護・介護の実態を改善する方向のよい示唆を得た。

■ 環境に配慮した国

この施設の帰りに、道路にビンの回収ボックスを多く見かけた。住民がそのボックスにビンを返している様子も車窓から見た。使用されたビンのうち98%は回収され、31回使用され、最後に溶かしてまたビンに再生される。リサイクルステーションがあり、市街地のそういった場所に古い家具をもっていくことも可能である。

デンマークは福祉国家であるだけでなく、環境に配慮する国としても有名である。筆頭著者の中柳は、2001年、ICN(国際看護師学会)の大会で

コペンハーゲン空港に移動するとき風力発電を見て、あの壮大な扇風機のような行列に驚いたことを思い出す。その後、日本でも少しずつ風力発電が出現してはいるが、まだ広領域でそれほど実用に至ってはいない。

環境に優しく、人に優しい国づくりを進めている取り組みが、実際の見聞を通して身近に感じられた。

■ 研修の成果

市内にはホームレスが入れるアパートがある。彼らはアルコール、麻薬中毒、精神病の患者であったりする。お金がなければ、市に行けば食べられ寝られるということで、いつの時期かに収容されるということであった。

ここまでふれなくとも、北欧と言えば、すぐ福祉先進国をイメージする。もちろん、それは正しいが、もう一つの側面であるIT産業総合部門が世界第1位であることを往路の機内で読んだ雑誌から初めて知った。高負担(国民負担率75.5%)高福祉(医療費負担、教育費無料、生活できる年金の支給、住居の保障)は良く知られているが、国の財政面を支えているのは、国民負担だけでなく、豊かな工業立国でもあった。「産業の育成・発展により完全雇用と高水準の所得が保障され」、そして「高水準の所得が保障されて初めて個人の高い税負担が可能になり」、その結果「高水準の福祉制度が財政的に可能となる」という「産業こそ福祉の糧」の構造である。

福祉国家を支える経済的な発展が福祉国家構築の基盤であったことに改めて気づき、旅の初っ端なから知識不足と視野の狭小さを痛感したことであった。

そうはいっても、高福祉を支えるための高負担が、本当に国民のコンセンサスが得られているのかは、なお大きな関心事であった。今回の研修の全日程で、行政の責任者が付きっきりで案内してくださったことは驚きではあったが、同時に、自国の福祉の現状を話されるその真摯な態度から、そして、私たち以外にも日本を始めとする外国からの視察団を多く受け入れて対応している行政のあり方から、自国の福祉に対する自信と誇りを感じとった。

日本では高齢者を、未だ一括して弱者と捉えられている面があるが、高齢者の多様性と多面性に

対応することが必要であると考え。今日、高齢者に対する予算配分は、高齢者の医療保険に払う自己負担の増加や老年扶養控除の見直し等があり、減少傾向にある。そうでありながら、ケアではまだまだ弱者扱いにしている場面が多くある。転倒の危惧があれば、一人歩行が可能であるにも関わらず、転倒を避けるため移動は車椅子使用となる。

北欧でも、車椅子はもちろん使用されている。しかし、大きな相違点は、個々の自立が重視されていることである。転倒予防のための住居の改修は無料である。早期退院が普通であるが、在宅へ理学療法士が必要な限り訪問し、機能回復を支援している。見守りのためホームヘルパーは利用者が必要とする限り訪問する。そして、その対応に

は地区看護師がコーディネイトとしての役割を担う、というように、それぞれの専門職が連携しながら高齢者を地域でサポートしている。

国民性の違いはあるかもしれないが、日本では、より多くケアすることをよしとする考えが高齢者の自立を阻害してはいないだろうか。「できるADL」と「しているADL」のギャップが、日本における介護の現場では大きいと思う。もう一步踏み込んで、少しの介助があれば「できるかもしれないADL」を加えると、日本の高齢者はもっと自立度が上がるのではないだろうか。いまできる、日本で高齢者の自立のための介護は、介護者のペースではなく、高齢者のペースで急がず、できるかもしれないときまで「待つ」、見守りながら「待ち続ける」ことである、と考える。

文献

- 1) 伊東敬文：デンマークの高齢社会の人口構造と公的医療制度の特質 <http://nipponzaidaninfo/seikabutu/1998/00104/contents/o87htm> (2006年4月12日取得)
- 2) 伊東敬文：デンマークの高齢社会の人口構造と公的医療制度の特質 <http://nipponzaidaninfo/seikabutu/1998/00104/contents/o101htm> (2006年4月12日取得)
- 3) イエク. B. トーフッテン：デンマークの在宅ケア, ヨーロッパの在宅ケア, ユーケ・ファン・デル・ゼー編 (西澤秀夫監訳), 筒井書房, 東京, pp.99-114, 1996



写真1 デイケアセンターの正面の風景



写真5 90代のレベル4の女性。一人で在宅サービス（介護・看護）の利用をしながら暮している。



写真2 機織に向かって仕事をする利用者



写真6 1930～50年代を思い起こさせるブルーキッチン。戸棚、調理器具、鍋類がすべてブルーの色でできている。



写真3 知的障害者のための行動内容を示した視覚的教育教材



写真7 昔の思い出を掘り起こす古い教科書や道具



写真4 歩行器を押しながら一人で散歩する高齢者



写真8 妻に先立たれた男性高齢者の住居で研修参加者とともに（この男性はいつもかわらず背広を着ている）