

# デンマークの認知症ケア動向 I

## 高齢者介護システム

### <目次>

1. デンマークの概要 .....	1
(1) 税方式で支えられるデンマークの社会福祉 .....	1
(2) 地方自治主導による高齢者福祉計画 .....	2
(3) 教育 .....	3
(4) ノーマライゼーションを基盤とする社会福祉政策 .....	5
(5) 年金制度の概要 .....	5
(6) 65歳以上高齢者割合推移 .....	6
2. 医療システム .....	7
(1) 家庭医と専門医 .....	7
(2) 家庭医のステータス .....	8
(3) 情報管理 .....	8
(4) 医療費 .....	8
(5) 看護師の役割 .....	9
3. 高齢者介護システム .....	10
(1) 介護システム見直しの背景 .....	10
(2) 高齢者三原則 .....	11
4. 高齢者住宅政策の歩み .....	14
(1) 改革の特徴 .....	14
(2) プライエムから高齢者住宅政策へ .....	15
(3) 認知症高齢者を対象にした高齢者住宅 .....	17
5. 在宅介護システム .....	18
(1) 在宅介護における24時間365日の安心 .....	18
(2) 身体拘束に対する考え方 .....	18
(3) 介護改革推進の鍵 .....	19

# Ⅰ 高齢者介護システム

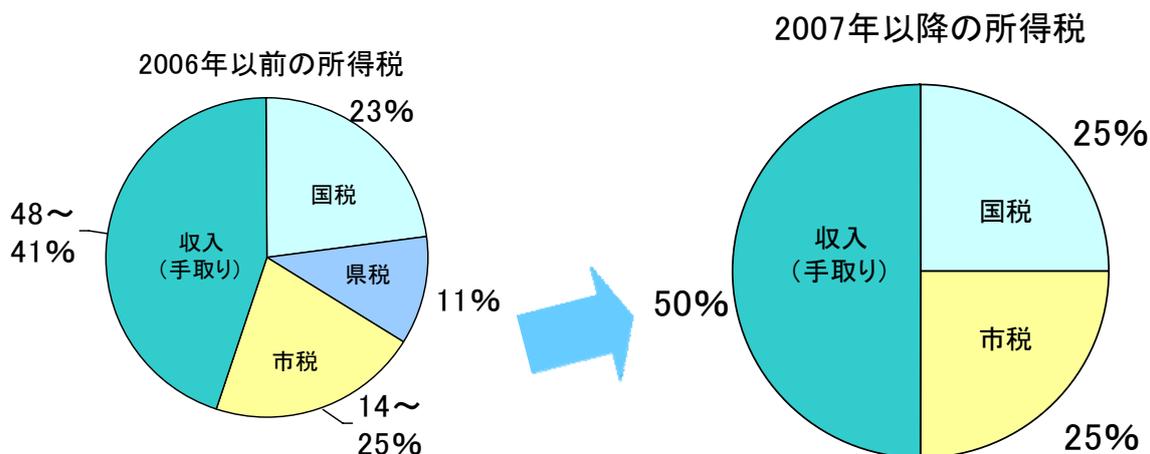
## 1. デンマークの概要

### (1) 税方式で支えられるデンマークの社会福祉

人口約 551 万人（2009 年デンマーク統計局）、首都をコペンハーゲン（人口約 120 万人）に置き、国民の平均寿命が 78.0 歳（デンマーク大使館,2007 年推計, 男: 75.7 歳、女: 80.4 歳)のデンマークは、世界でも長寿国に類する立憲君主国である。

高福祉高負担を支えているのは国民が支払う税金であり、デンマークでは租税方式による社会保障を充実させている。例えば、所得税は、国税、県税、市税を合わせて所得の 5 割以上が徴収され、付加価値税（消費税）は 25%（日常必需品以外）が課せられている。しかし、高負担に対する国民の不満はそれほど高くないようで、文献等によると、障害者になった時や老後の時期を保障する社会福祉の充足によって、国民の満足感が維持されているとの記述が多い。

それを裏付ける例として、デンマーク国民の医療費や入院費の負担状況を見ると、これらにかかる費用は全て国庫から交付されており、患者は無償で医療を受けることができる。また、労働者の約 35%を公務員が占めるデンマークでは、医療、福祉に関わる人材のほとんどが公務員として働いている（近年、全体の 1 割程度に民間事業者の参入が認められている）という特徴もある。



日本とデンマークでは、生活の最低保障という面から比べても両者は大きく違うことが分かる。例えば、主として母子家庭や貧困者、障害者や高齢者などの弱者を対象に、生活の最低保障を行っている日本に対して、デンマークは国の責任において全ての国民の生活を保障し、医療・介護、年金、教育を無料にするなど、多岐に渡る生活保障を行っている。また、1988年以降は、高齢者・障害者住宅法に拠った居住場所の保障もなされており、高齢期の安定的な住環境の提供を実現している。

## (2) 地方自治主導による高齢者福祉計画

このような福祉水準の高さは、デンマークの効率のよい地方行政サービスに支えられているといえる。

デンマークは2006年まで、14のアムトと271のムーネに分類されていたが、2007年1月のデンマーク自治体改革の一環により、県は5つのレギオナ（広域行政機構）に、ムーネは人口3万人以上を目処に98のムーネに再編されている。これは、2005年に成立した地方自治体再編に関する法案によるもので、実質的に、デンマークで人口2万人未満の自治体は存在しなくなった。また、これを機に地方議員の人数も半数近くに削減されている。

地方自治体の役割分担を、再編前後で比較すると以下のようになっており、時代に即応した法律改正が柔軟に行われる点がデンマークの特徴であるとの指摘もある。

再編前		再編後	
県（アムト）	病院運営、医療行政、障害者福祉、高等教育、職業教育、広域的地域計画、地域開発、交通政策、環境政策 等 成人教育、障害者福祉、児童福祉、ホームレス対策	レギオナ （広域行政機構）	病院運営、医療行政、障害者福祉、広域地域計画・開発（観光・労働・教育と文化等）、環境対策 等
市（ムーネ）	初期医療、高齢者福祉、在宅障害者福祉、保育園・幼稚園、初等・中等教育、地域内の都市計画・道路整備、ごみ処理、生活廃水処理 等	市（ムーネ）	初期医療、社会福祉・高齢者福祉、医療行為以外のヘルスケア、児童教育、ごみ処理・生活排水処理、図書館、音楽・文化・スポーツ施設等の地域住民サービス 等

（資料）各種文献とともにニッセイ基礎研究所が作成

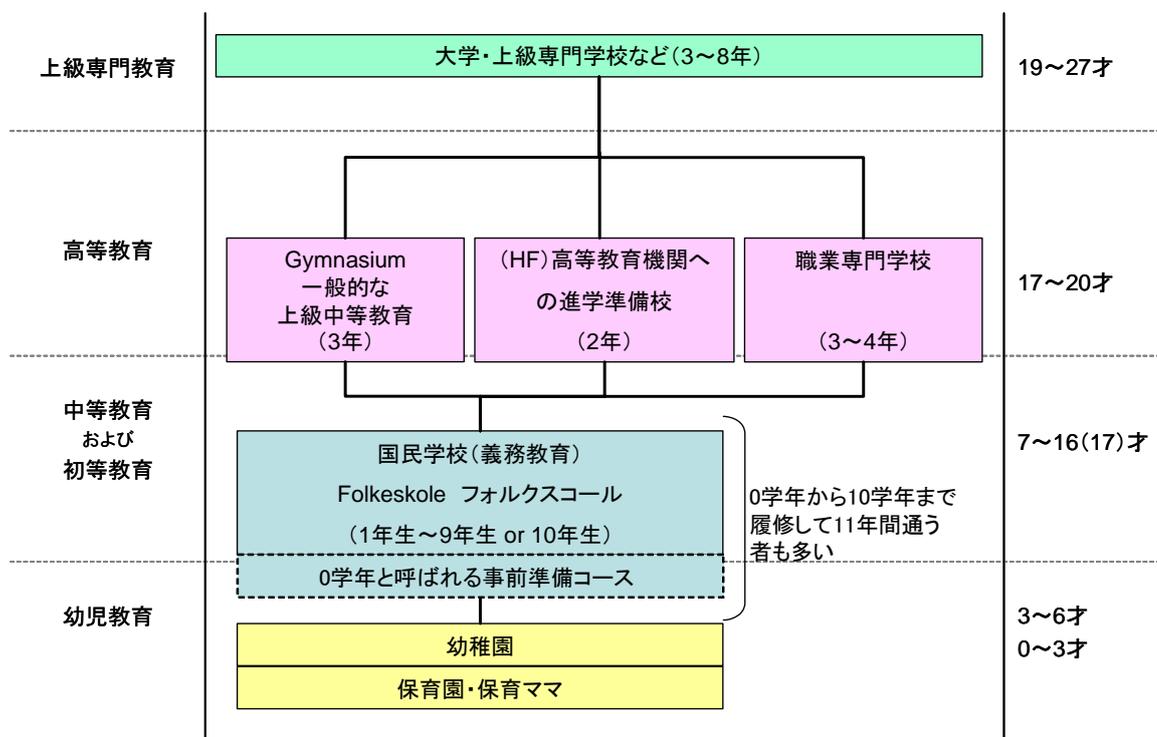
### (3) 教育

デンマークの手厚い高齢者福祉の背景には、充実した国民教育の影響が感じられる。

1814年に始まった義務教育は、7歳から16歳の児童が対象となっており、初等教育、中等教育は9年の一貫教育（Folkeskole フォルクスコール）で行われている。また、9年間の義務教育を修了した者のうち、半数程度は10学年に進むといわれている。卒業後は、約半数が職業学校、45%が上級中等教育に進み、その他の者は就職するという状況である。

また、いったん就職を選択した者が、改めて大学などの高等教育を受けようと思ったときの準備教育を行うしくみとして、高等教育進学準備校（HT）が用意されている。この高等教育進学準備校の履修期間は、全日制で2年間となっているが、働きながら学ぶ者は、長期間をかけて単位を取得することもできる。

#### デンマークの教育制度



(資料) ニッセイ基礎研究所作成

また、デンマークのユニークな教育として、フォルケホイスコーレ（国民高等学校）が存在する。これは、19世紀半ば、聖職者のグルントビが農民解放運動の一環ではじめた教育と言われている。現在の成人教育制度のルーツといえるこの教育は、農業や手工業を通じた「生きた知識」を農民等が学ぶことで、真の民主主義社会の実現を目指したと言われており、対話によって「生きることを自覚する」ことを促している。対象は、義務教育期間中の学生を対象とする学校から高齢者を対象とする学校まで幅広く創られており、デンマーク国内に95校あると言われている。

若年層にとっては、義務教育以外の場所で自分自身に向き合い、様々な体験や自然を通して自立を促せること、また、高齢者にとっては、学習意欲を満たし、多彩な学習内容や他者との交流を通じた充実感が得られることなどから、徐々に北欧諸国に広がっている様子がうかがえる。

このように、デンマークの教育は、漠然としたエリート教育ではない人間教育が基本に置かれており、フォルケホイスコーレでは一部の個人負担があるものの、義務教育から大学教育に至るまで国の責任として無償で提供されている点が特徴的である。



写真1\_オーデンセにあるフォルケホイスコーレ

この学校には、社会福祉コース、知的障害者コース、インターナショナルコース、ダイエットコースが設けられており、障害や国の壁を越えた環境の中様々な人間が共に学んでいる。学生人数は65名で、最長で1年間の履修

#### (4) ノーマライゼーションを基盤とする社会福祉政策

デンマークの社会福祉政策は、ノーマライゼーションの思想のもとに整備されてきたといっても過言ではない。ノーマライゼーションとは、障害者等に対する福祉の名のもとに行われてきた施設政策や様々な措置政策に対する異論として、デンマークのバンク・ミケルセンによって1960年代に提唱された理念であり（その後、スウェーデンのベングト・ニリエにより世界中に広められた）、「障害者を排除するのではなく、障害を持っていても健常者と均等に当たり前に生活できるような社会こそがノーマルな社会である」、あるいは「生活に障害のある人に、すべての人が持つ通常的生活を送る権利を可能な限り保障する」などと説明されることが多い。

過去、障害者や高齢者に対する政策は、施設整備を行い、結果的に健常者との隔離による支援が中心となっていた。しかし、当事者にとって、これらの生活環境はあたりまえの暮らしとはほど遠く、拘束感や不自由さを伴うものであった。ノーマライゼーションは、障害者と健常者とが区別されることなく、社会生活を共にすることの権利を社会に対して訴えたのである。これらの動きは、デンマークをはじめとする北欧諸国が、地方自治を基盤とする在宅中心の福祉政策を強化していく上で、力強い後押しとなった。

#### (5) 年金制度の概要

医療、介護と同様、デンマークの国民年金の財源も税金でまかなわれており、65歳から支給されるしくみとなっている。また、給与の一定額の3分の1(残りの3分の2は雇用者が負担)をつみたててきた勤労者には、労働市場付加年金(ATP)が年金に上乗せされたり、失業保険の充実が図られている。

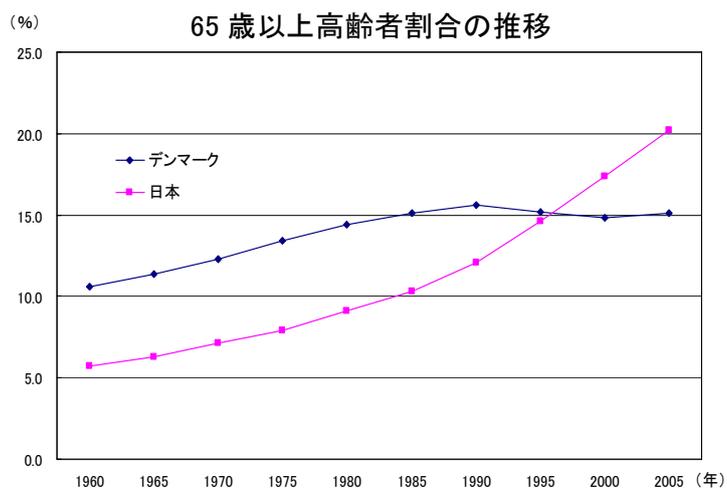
高齢者を対象とする年金以外にも、18歳以上の障害者に支給される「早期年金制度」がある。これは、重度の障害者であれば日本円にして34~35万円程度の年金が支給され、2DK相当の住居の提供やフルタイムのヘルパーの利用も可能となる。このような充実した制度の背景には、前述のノーマライゼーションの理念に加えて、デンマークの「自立」に対する考え方が影響している。

デンマークでは、子供の扶養義務は18歳までとなっており、基本的に18歳を過ぎると、子供は経済的にも物理的にも親から離れて自立していく。これは障害者であっても同様であり、支援が必要な者であれば18歳から国が責任を負うのが当たり前という考え方である。また、子どもの自立が早い分だけ夫婦だけで過ごす時間は長くなり、結果的に、高齢者世帯が子ども世帯と同居する割合は非常に低いと言われている。これはデン

マークが高齢者住宅の建設に積極的に取り組んできた背景としても捉えることができる。

#### (6) 65 歳以上高齢者割合推移

OECDが公表している 2008 年度のヘルスデータから 65 歳以上高齢者率をみると、1960 年の時点では、デンマークが 10.6%、日本が 5.7%で、高齢者率はデンマークの方が高かった。しかし、1995 年頃になると、デンマークは 15%の水準でほぼ横ばいになっているのに対して、日本は高齢化の一途をたどり、2005 年には 20%の水準にまで達している。



(Source) OECD HEALTH DATA 2008, June 08

## 2. 医療システム

### (1) 家庭医と専門医

医療が必要な時は、一人ひとりが登録している家庭医（かかりつけ医）に受診することとなる。デンマークでは、市が提供する家庭医のリストから、市民の一人ひとりが登録先の家庭医を選択できるシステムがとられている。

1人の医師は、約2,000人程度の登録患者を受け持ち、患者は、専門病院や総合病院(以下病院)を直接訪ねることはできない。すなわち、デンマークでは、病院の一般外来は存在しないということである。

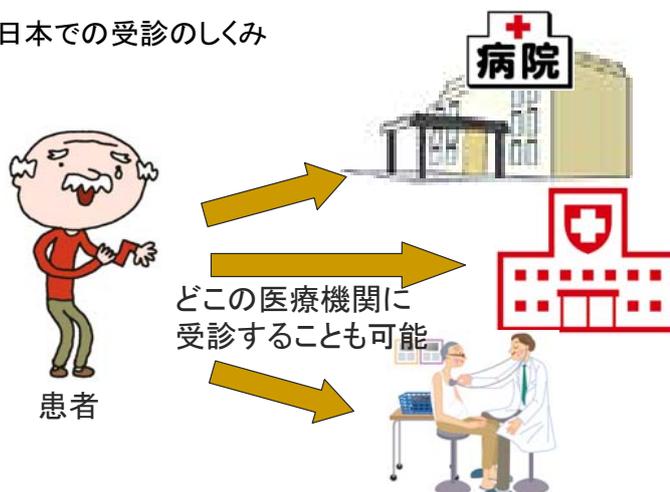
家庭医は、必要に応じて病院を紹介することとなるが、家庭医に受診する場合も病院での場合も、医療費は全て無料となっており、たとえ手術が必要な際にも同様である。しかし、公立病院の場合は手術のために長期間待たされることもあり、そのような時には、全額自己負担で民間の病院を利用することも選択肢として残されている。

また、家庭医が休日であったり夜間であったりする救急の場合は、最初に看護師が対応した上で病院に相談することとなる。基本的に、病院での受診は家庭医が必要だと判断し、紹介した場合のみであるため、病院での待ち時間はほとんどないと考えてよい。

#### デンマークの受診の流れ



#### 日本での受診のしくみ



## (2) 家庭医のステータス

家庭医と専門医という区分けになっているものの、家庭医は家庭医としての専門性を有しており、社会的にも高い評価を得ている。

家庭医になるためには、医学部を卒業した後に家庭医のもとで行う実習に加えて、病院の各専門科をそれぞれに経験し、さらに、夜間診療の経験などをつみながら開業に至る。通常は、開業までに10年程度の年月が必要とされている。

前述の通り、家庭医は市民（患者側）のそれぞれが選択するため、人気のある家庭医にはそれだけ登録する患者数も多くなる。報酬は県から支払われているが、診療報酬以外にも登録者1人あたりの報酬が固定的に入るため、信頼度の高い家庭医ほど安定収入が得られると言われている。

## (3) 情報管理

デンマークの国民は、個人登録法により様々な個人情報がオンラインで管理されている。医療保険証はICカード式になっており、個人番号と医療保険の種類、本人の家庭医等の情報が入っており、このカードさえあれば、いつでもどこで病気になっても、本人を担当する家庭医から必要な情報を引き出したり、連携したりすることが可能となる。

## (4) 医療費

デンマークの医療は、全てが県税でまかなわれており、保険制度を導入している日本とは大きく異なる点である。初診料、差額ベッド、薬代など、全ての費用を無料とし、必要な人が必要なだけ医療を受けられるしくみは、高福祉高負担を選択したデンマーク国民の合意によるシステムである。

## 一人当たり医療費の推移

(単位：US\$)

	デンマーク Denmark	日本 Japan
1971	295	102
1975	682	252
1980	1,217	590
1985	1,015	749
1990	2,204	1,459
1995	2,827	2,875
2000	2,479	2,827
2005	4,499	2,908

Source OECD HEALTH DATA 2008, June 08

### (5) 看護師の役割

家庭医とともに在宅医療を支えているのが、訪問看護師の存在である。訪問看護師は、常に地域の要介護者の情報を把握し、それぞれの家庭医から指示を受けて活動している。医療と介護の連携においても重要な役割を担い、看護師はホームヘルパーの指導者的な立場で、福祉と医療のコーディネータ役に位置づけられている。

単に、対象者の身体状態の改善にだけ目を向けるのではなく、日常生活、精神的な健やかさ、家族や周囲の人との関係性、自立に必要な支援、コミュニケーション状態など、人として暮らしていくために大切なことに目を向けていくことも、重要な職務の一環と捉えられている。

### 3. 高齢者介護システム

#### (1) 介護システム見直しの背景

デンマークの高齢者介護の軌跡をたどると、高齢化率 10%を超えた 1960 年代から、救貧院や養老院の流れを汲むプライエム（日本の特別養護老人ホームに相当）が多数建設され、1970 年代には、施設数の増加とともに施設の大規模化が図られるようになった。高齢者介護における施設ケアへの依存、集団処遇による生活環境をどう改善していくか等、当時のデンマークが抱えていた高齢者介護の課題は、現在の日本とほぼ同じ状況にあったといえる。

デンマークでは、早急に高齢者の処遇改善に向けた具体的対応策を講ずるために、1979 年の段階で高齢者政策委員会を設置し、居住機能とケア機能の分離を中心とする新たな方向性を見出している。この委員会の報告書には、今後の高齢者政策の基盤とすべき「高齢者三原則」（1982 年）が示され、プライエムや保護住宅の新規建設の禁止を決定するなど、デンマークの新たな方向性を見出している。

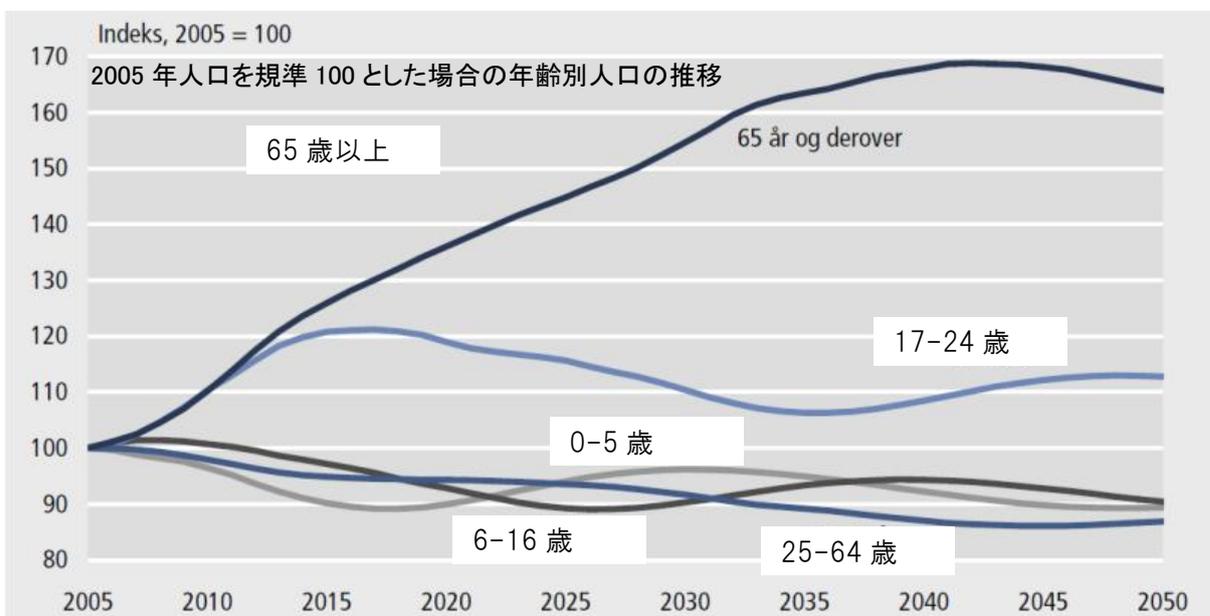
#### 高齢者三原則

- これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす（生活の継続性に関する原則）
- 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこちらを支える（自己決定の原則）
- 今ある能力に着目して自立を支援する（残存能力の活性化に関する原則）

1980年代の初め、将来的なデンマークの老年人口数が、税金を納める成人人口を上回ることが明らかとなった。その頃のデンマークは、既存する介護システムと国民が求めるニーズが一致していないという課題にも直面しており、さらに、社会福祉政策で膨れ上がっていた膨大な赤字を解消しなければならない状況に置かれていた。

当時の高齢者介護にかかる費用は、社会福祉予算の6割にも及んでいたこともあり、高齢者介護のシステムの見直しは喫緊の課題として、真剣に取り組まざるを得ない状況にあった。「福祉の質を落とすことなく、お金をかけずに、よりよい福祉を実施する方法はないか。」これが、当時の高齢者福祉改革における問題提起である。

### 人口の移り変わり



(Source) デンマーク統計局 2002 ISSN 0106-9799

### (2) 高齢者三原則

介護システムの改革は、上記に示した高齢者3原則を基本に持ちながら、施策の推進と具体的なケアに活かされてきた。例えば、「高齢者の日常生活動作における過剰な介護支援は、本人の使える筋肉をも衰えさせていく危険がある」という残存能力の活性化に関わる指摘は、ケアプラン作成の見直しに活かされるようになり、理念と実践の一体化に向けて、懸命に取り組んできたといえる。以下では、高齢者三原則の詳細を説明する。

## ①生活の継続性に関する原則

### ◇ これまで暮らしてきた生活と断絶せず、継続性をもって暮らす

住み慣れた環境で、可能な限り暮らし続けることを支援する“在宅介護”の充実につながる原則である。

そのためには、高齢者住宅の整備、在宅介護に必要な補助器具、在宅介護職員の専門性やサービスの質の向上等が重要となり、高齢者の暮らしを中心に据えながら、地域で支える介護システムの充実を図っていく必要がある。

介護施設に移るのは、最終的に在宅での介護が不可能となった場合や本人が望んだ時だけであり、最も必要なのは、支援の手が在宅の間近なところに存在することである。例えば、住んでいる家が大きすぎたり、庭の手入れが出来なくなったりする場合や、不安な気持ちや社会からの孤立感が原因で在宅での暮らしが困難になる場合にも、地域の中に造られた高齢者住宅やケアつき住宅に移り住み、そこで自宅と同様の自分らしい生活を続けていくことが理想であると考えられた。

日常生活の過ごし方についても、継続性の重視に視点が置かれ、高齢者が何十年も続けてきた生活のリズムや習慣、食生活の文化や社会的文化等が尊重されるべきであると考えられている。

さらに、継続性を守る上での配慮も決め細やかに配慮されている。例えば、心身状態の変化や障害によって介護が必要となったときに、サービスが高齢者の日常生活に入り込んでくると、本人の生活リズムや願望よりも、提供者側の規則や都合が優先されてしまいがちである。しかし、その人らしさを介護のキーワードとするデンマークでは、高齢者本人の習慣や文化の継続が最も優先されるべきであると考えられており、介護する側は、個々に応じたサービスの提供を実現していけるよう最善の努力を払うことが求められている。

## ②自己決定の原則

### ◇ 高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを支える

「高齢者になっても、一人の人間であることには変わりがない」という尊厳の尊重に関わる原則である。

自分の意思で自分自身のことを決定することは、成人として当たり前のことであり、

本人の意思を尊重するという事は、本人の暮らしの継続性にも深い関係がある。朝食の時間や場所、アクティビティーの内容、時間の使い方に至るまで、日常生活の詳細から経済的な管理まで、支援を必要とする高齢者も一人の人間として自己決定が尊重されるべきである。

心身の状態により自己決定が難しくなった人の場合でも、初めから決定を他人に委ねるのではなく、選択肢の数を少なく調整したり、自己決定を支援する工夫で、最終決定を本人が行えるように支えていくことがケアの基本であると考えられている。もし、認知症の人が薬を飲まない拒否する場合、デンマークではそれを騙して飲ましてはいけないという法律がある（ただし、命に関わるようなケースは除かれる）。騙さないで飲んでもらうための工夫こそが専門性と考えられる。

### ③残存能力の活性化に関する原則

#### ◇ 今ある本人の能力に着目して、自立を支援する

「高齢になっても、何も出来ない病人になってしまうわけではない。」「介護サービスを利用するようになって、全てに関して受け身で暮らさなければならないわけでもない。」

残存能力の活性化に関する原則は、介護する対象者に何を支援するべきかの見極めが重要であり、必要以上の支援で本人の状態を悪化させることの問題を問うている。

人間は、肉体的に衰えて支援が必要になっても「出来る事を自分でする」ことにより、自尊心を保ち、意欲を高めていく効果につながる。支援する側が、その人の限界や出来ない部分にばかり着眼して支援の内容を決めていくのではなく、年齢を重ねながら身につけてきたその人の知識や技能を正当に評価し、本人の可能性や興味を関わり方やケアの中に取り入れながら、第3の人生に活かしてもらえる支援が重要であると考えている。

## 4. 高齢者住宅政策の歩み

### (1) 改革の特徴

前項で示した高齢者三原則を踏まえて発足した高齢者福祉審議委員会(1983年)は、当事者のニーズを優先し、高齢者の意見を社会全体に反映していくしくみづくりに取り組んでいる。当時、デンマーク政府は、将来の高齢者福祉の環境を決めるのは国や政府ではなく、高齢者自身であるべきとの考えを持っており、審議委員会の主要メンバー自体を高齢者で構成させることにした。また、審議委員会は、都市部や地方部の別なく全国各地に発足させることによって、改革を広く浸透させていったのである。

この審議委員会では、「老年期は第3の人生である」と定義し、第3の人生をまっとうするために、高齢者のためのケア付き住宅の建設に力を注ぐことを方針に定めた。それまでのデンマークでは、施設サービスの代表格であるプライエム(特別養護老人ホームに相当)の建設が中心となっていたが、改革以降、これら施設の新規建設は廃止されることとなった。高齢者のために用意される住環境において施設という概念を極めて低くなり、全て在宅介護の概念で捉えられるような高齢者住宅へと転換が進められていくこととなった。

高齢者の多くは、自分自身の健康状態、または身体的機能の低下により在宅での生活が困難になるが、生活環境の変化を強いられる特別養護老人ホームへの移動を望んでいるわけではない。老化していくことは人間の摂理として自然のことであり、高齢者は、何十年も暮らしてきた地域に愛着を持っており、いつまでもそこで暮らし続けたいと願っている。この原点となる考え方と、経済の専門家が指摘する大型施設の建設費、運営費のコスト高の問題があいまって、従来の施設的集団介護をくつがえす介護システムへの改革が始まった。高齢者対策における「住まい」と「ケア」を分離する考え方のはじまりである。

## デンマークにおける高齢者の公的な住まい整備状況

(戸)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
24時間介護の 付いた住宅	プライエム	27,635	25,802	23,740	21,121	17,819	15,424
	保護住宅	3,973	4,105	3,566	3,309	3,016	2,870
高齢者住宅	高齢者住宅 (1987年以降)	37,899	プライエボリー 17,760*	42,774	20,940*	52,640	32,016
	高齢者住宅		22,060*		26,650*		26,276
	その他の住宅**	20,186	19,875	18,338	17,157	15,866	14,846
24時間介護の付いた住宅の小計 (65歳以上高齢者に占める割合)		—	47,667 (5.9%)	—	45,370 (5.7%)	—	50,310 (6.1%)
高齢者住宅の小計 (65歳以上高齢者に占める割合)		—	41,935 (5.2%)	—	43,807 (5.5%)	—	41,122 (5.0%)

\* デンマーク統計局資料ではプライエボリーと高齢者住宅に分割していたのは2006年のみである。よって、2002と2004については(松岡：2005, 296)を参照し按分して求めた

\*\* 「その他の住宅」とは、年金受給者住宅、高齢者向け集合住宅など、1987年以前に建てられていた高齢者住宅である(出典)「デンマークの高齢者住宅とケア政策」松岡洋子, 海外社会保障研究 Autumn2008, N0164

### (2) プライエムから高齢者住宅政策へ

高齢者向けの住宅は、自立や軽度の人が多いエルダーボリー、認知症高齢者に対応するグループホーム、常時の介護・看護職が待機するプライエボリーなど、いくつかの形態に分かれているが、いずれの場合も「高齢者住宅」として位置づけられている。また、いずれの形態もそこに移り住む住人にとっての自宅であり、デンマークの介護システムはどこに暮らしていようと在宅介護の理念で運営されている。

プライエム(日本の特別養護老人ホームに相当)は、1960年代から1970年代のデンマークで数多く建てられた施設ケアの類型である。65歳以上高齢者人口に対して7%程度まで整備が進められていたが、前述の高齢者住宅政策の流れの中で、1988年以降は新規建設が全面的に禁止されることとなった。

## デンマークの高齢者住宅

高齢者住宅	プライエム 保護住宅 (プライエムに 準ずる施設)	プライエボーリ (介護住宅)	エルダーボーリ (高齢者住宅)	グループホーム
利用者の 主な状態像と 類型概要	中～重度要介護高齢者 長期療養施設で、日本 の特別養護老人ホーム に相当。重度化した後の 入所が多い。	軽～中度要介護者 プライエムの転換型介 護住宅で、ユニットケア を基本とする。 プライエムに比べると 2倍近くの居住スペー スが確保されている。	自立～軽度要介護者 完全に自立している高 齢者の入居を含む。	中～重度要介護高齢者 独立型認知症グループ ホームから、プライエ ム・プライエボーリの一 部ユニット利用まで形 態は様々。
介護サービス	常駐介護職員（介護・看 護職員） 身体介護・家事援助等 24時間365日対応体制	常駐介護職員（介護・看 護職員） 身体介護・家事援助・見 守り等24時間365日対 応体制	外部のホームヘルプサ ービスや在宅介護サー ビスの利用。 身体介護・家事援助等	常駐介護職員（介護・看 護職員） 身体介護・家事援助・見 守り等24時間365日対 応体制
医療サービス	配置看護師による日常 健康管理を提供。 (中心静脈栄養・経鼻経 管栄養・胃ろう等含む) 家庭医による訪問診療	配置看護師による看護 家庭医の訪問診療 休日夜間は救急医療機 関や協力医療機関によ る対応。	訪問看護師による看護 家庭医の訪問診療 休日夜間は救急医療機 関や協力医療機関によ る対応。	配置看護師による日常 健康管理 家庭医の訪問診療 休日夜間は救急医療機 関や協力医療機関によ る対応。 精神科医との医療連携 投薬の指示変更等は、専 門医の診察による
ターミナルケア の対応	原則として施設内看取 りを提供。 入居時の本人・家族の同 意に基づく疼痛緩和ケ ア中心(酸素吸入・点滴 等の特別な医療処置頻 度は少ない。)	原則として、施設職員に よるケアと、必要に応じ た外部職員利用による 施設内看取りが行われ る。 入居時の本人・家族の同 意に基づく疼痛ケア中 心(酸素吸入・点滴等の 特別な医療処置頻度は 少ない。)	原則として、外部スタッ フによる施設内看取り。 入居時の本人・家族の同 意に基づく疼痛ケア中 心(酸素吸入・点滴等の 特別な医療処置頻度は 少ない。)	原則として、施設職員に よるケアと、必要に応じ た外部職員利用による 施設内看取りが行われ る。 入居時の本人・家族の同 意に基づく疼痛ケア中 心(酸素吸入・点滴等の 特別な医療処置頻度は 少ない。)

(資料) ニッセイ基礎研究所

当初、一部で存続が許されていた既存のプライエムも、その劣悪な居住環境が問題となり、1996年の「高齢者・障害者住宅法」改正で、プライエボーリ（介護型住宅）という新たな類型に改築、あるいは新築されることとなった。プライエボーリは24時間の介護がついた高齢者住宅であり、日本におけるユニット型特養に相当する。また、認知症グループホームもこれに分類される。

いずれの高齢者住宅も、住人の居住空間は普通の家と同じように、バス、トイレ、シャワーを備えた2DK程度の住環境を確保し、その人らしい暮らしをゆっくりとした時間の流れの中で過ごすことを保障している。また、これらの住宅政策は、1987年に制定された「高齢者および障害者住宅法」に基づいて推進されている。

### **(3) 認知症高齢者を対象にした高齢者住宅**

認知症ユニットや認知症グループホームは、認知症高齢者を対象とする特別な住居に位置づけられている。また、対象者をどのように割り当てているのかという点や、運用方法については自治体によって多少の違いが見られる。

例えば、ある地域では認知症高齢者と地域住人とが空間を共にして暮らしていくことを重視し、またある地域では、行動障害を持つ認知症の住人を一般高齢者の暮らす住宅から引き離すことによって、周囲の負担を軽くすることを重視している。

住居の割り当てについても、そこで生涯を終えることを目的に終の棲家として移動を促している自治体もあれば、住宅の機能がいかに対象者の日々の暮らしに適合するかを重視し、住人の状態に応じて移動を促しているケースもみられるようである。

いずれにせよ、これらへの移動は、本人の必要に応じた自治体の判断と、本人自身の希望があることが前提となっている。

## 5. 在宅介護システム

### (1) 在宅介護における 24 時間 365 日の安心

在宅介護を支えるサービスは、訪問看護、ホームヘルプ、配食サービス、ショートステイ、デイセンター等日本と同様のものが多い。しかし、日本の介護保険制度のように、要介護度認定や介護度別の利用制限といったものはなく、「必要なときに、必要なだけの援助」を提供するシステムとなっている点が大きく異なっている。

ホームヘルパーの訪問時間は、一回あたり 5～15 分程度と短いですが、必要に応じて日に何度も訪問するような頻度の多いケアを提供している。夜間ケアの提供も標準化しており、高齢者自身がアラームを鳴らして知らせる緊急対応にも応じてもらえるしくみである。

高齢者の排泄リズムや寝返り、移乗の時間等に応じて、柔軟で個別的なケアを提供するしくみは、自宅に暮らしながら施設介護と同様の安心と包括的なケアを実現しているということでもある。地域の中で働く訪問介護・看護職は、施設の中で居室と居室を行き交う職員と同様の役割を果たし、1つの施設が地域という単位に替わり、施設にある居室は、一人ひとりが住む自宅に置き替えられたというイメージで受け止めることができる。

### デンマークにおける 24 時間在宅ケア体制

区分	時間帯	内容
日中巡回 (DagVagt)	07:00～15:00	着替え、朝食、買い物、掃除、洗濯、シャワー 昼食、トイレ介助、オムツ交換
夜間巡回 (AftenVagt)	15:00～23:00	夕食、着替え、トイレ介助、就寝、オムツ交換
深夜巡回 (NatVagt)	23:00～07:00	インシュリン注射、緊急警報対応など

(資料) 松岡洋子 2005『デンマークの高齢者福祉と地域居住』 新論社, p.91

### (2) 身体拘束に対する考え方

デンマークでは、無条件に高齢者（特に認知症老人）に対する拘束は認められることがなかったが、2001 年以降、「拘束の必要性のあるときのみ」に限り」（社会サービス法第 109 条）拘束も止む無しのケースが認められるようになっている。

この「拘束の必要性のあるとき」とは、「本人ならびに他人に危害を加える恐れがある

場合」に該当する場合のみである。また、認められている拘束は、以下の a から e などの内容と規定されており、日本における拘束の実態とは大きく異なる内容と考えられる。ただし、これらの強制処置を行う際にも、1 週間以内に社会賠償委員会で承認される必要があるとされている。

- a. センサーの使用
- b. 抑制（押さえ込む）、あるいは他の部屋への移動処置
- c. 自室での軟禁
- d. やわらかい物質で拘束
- e. 特殊な住居（閉鎖棟）への入居

### （3）介護改革推進の鍵

デンマークの介護改革が成功した鍵は、高齢者への過度なケアではなく、本人が自分でその問題を解決していくためにどのようにサポートをしていくかという、『help to self help』の理念であった。

前述の3つの原則（①生活の継続性に関する原則、②自己決定の原則、③残存能力の活性化に関する原則）を中心とする改革を推進し、それを実践に活かそうとする時、デンマークが注目したのは介護者の質と専門性の向上であった。

改革以前、在宅介護の担い手として中心的な存在だったのは、120時間の講習を受けたヘルパーであった。また、在宅介護には医療行為などの専門的なサポートが必要とされる為、正・準の看護師の存在も欠かせない存在となっていた。しかし、3つの原則の具現化に向けては、派遣されるヘルパー1人ひとりに医療的な専門性を身に付けることが絶対的に必要であると考えられ、従来通りのヘルパー教育では不十分であると結論付けられたのである。以降、介護人材の育成に関しては、様々な取り組みがなされることとなったが、デンマークの介護改革は、在宅介護の拡充と、人材教育の両輪で進められてきたことがわかる。（介護人材の教育については、2章に記載）

<参考文献>

デンマーク外務省ホームページ

<http://www.ambtokyo.um.dk/ja/menu/InvestInDenmark/FactsAboutDenmark/>

『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査』医療経済研究機構,2007年

『デンマークの高齢者』住宅とケア政策』,松岡洋子,海外社会保障研究 2008 No.164

『デンマーク発痴呆ハンドブック』,エ. メーリン/R. B. オールセン著,東翔会監訳,Momoyo T. Jørgensen 訳,千葉忠夫翻訳協力、2003年,ミネルヴァ書房

『デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの』,関龍太郎,海外社会保障研究,2008春号

医療法人,社会福祉法東翔会グループホームページ,

(<http://user.ariakenet.com/~toushou/toushoukai/toushou/denmark/index.html>)

<調査協力>

Momoyo T. Jørgensen, モモヨ・タチエダ・ヤーンセン,日欧文化交流学院教員  
株式会社ニッセイ基礎研究所