

講演会報告

講演 1

「デンマークの高齢者福祉 ―生活の継続性と統合ケア―」

日時：2012年6月15日（金） 15:00～17:00

会場：神奈川県自治会館 3階特別会議室

講師：東海大学健康科学部教授 中野 いく子 氏

1 講師の紹介

中野氏は、社会福祉学を専門に研究しており、主な研究テーマとして、世代間交流プログラム、ニーズ研究、サービス評価研究、国際比較研究などがある。「老人福祉論」（2003）、「老人の医療」（2001）、「高齢者福祉論」（2000）などの著書も多数あり、精力的に研究活動に取り組まれている。イギリスを主としたヨーロッパの福祉に関する造詣も深く、2011年度には東海大学の研修プログラムの一環としてデンマークへ視察に赴いていることから、デンマークを含むヨーロッパの社会福祉の流れなどについて講義いただいた。



講演中の中野いく子氏

2 デンマークの社会福祉について

（1）社会福祉の流れ

福祉国家については、イギリスが最初に福祉国家を宣言している。いつからなのか明確ではないが、1930年代頃からデンマークも福祉国家となっている。

福祉国家の一番重要なポイントはナショナルミニマムの保障であるが、権利としての保障は、第二次世界大戦後に、イギリスでベヴァリッジ報告に基づいて成立している。イギリスではそれまで長いこと貧困との戦いをしてきており、貧困は個人の責任であり道徳的な問題だととらえられてきた。しかし、ブースやラウントリーによるニーズ調査から、貧困の原因の多くは社会的な原因があることが明らかになり、そこから社会の側に原因・責任があることが認識されたことによ

り、社会に責任がある以上、社会が生きる権利を保障すべきであるという考え方に変化していった。その仕組みについては、ベヴァリッジ報告にあるように、社会保険と公的扶助という仕組みで示されている。

福祉国家が成立すると、生きる権利の保障から国家としての責任の範囲が大きく広がり、金の問題から個人への色々な支援まで拡大した。その流れの中で一番重要だったのがノーマライゼーションとコミュニティケアであり、これがその後も変わらず底辺に流れる重要な思想となっている。

ノーマライゼーションは、デンマークの 1959 年頃からの考え方であり、バンク・ミケルセンの考え方が基になっている。これは、障害のある人も社会の一員として共に暮らす社会がノーマルな社会ではないか、という考え方であり、障害のある人を社会に近づけるのではなく、障害のある人が皆とノーマルな生活ができるように色々な条件を整えていく、といったものである。

この思想とコミュニティケア政策とが非常に強く結びつき、今日の在宅・コミュニティケア政策、在宅福祉政策の方向への流れの基調となっている。

当初は、支援は在宅で、という方向にあったが、本格的にコミュニティケアに移っていくのは 1968 年のシーボーム報告からである。シーボーム報告では、コミュニティでケアをしていくためには公的なサービスだけでは充分ではないことから、やはり公私の連携の問題、地域の助け合いや地域のサポートなども必要であり、市民参加の必要性が謳われている。

それと同時に、施設の問題点として、施設病、ホスピタリズム、インスティチューナリズムなどと呼ばれるものについての研究がなされている。生活の場としては、施設は不自然だとしており、特に精神病院において独房のような所に閉じ込め、暴力を振るうなどの残忍なケアなどにより、施設は非常にバッシングを受けた。施設の在り方が変わっていき、もっと小規模化したり、デンマークでもそうであったが、施設と住宅の線引きが変わり、色々な施設から少しずつタイプの違う住宅が生まれるといったような住宅化の変遷を辿っていった。

(2) デンマークについて

デンマークは、ドイツ北部の北海に突き出したユトランド半島と周辺の大小 483 の島々からなり、九州より少し大きい平坦な国土である。人口が 551 万人、今はもう少し増えているが北欧の国々は東京よりも人口が少ない国が多い。この

ような国で行う福祉の在り方と、いまは人口減少になっているとはいえ1億2千万人いることから高齢者の人口も全然違う日本のものでは、どうしても違いが出てくる。北欧型福祉が日本で可能であるかという点については、人口の問題、負担に対する考え方、人生や生き方への価値観というようなものが違うため、良いとはいっても直ぐに日本に取り入れられないところも多い。

デンマークの主要産業は農業であったが、1970年代から工業化している。意外にも隙間産業の医療関係の計器などをはじめとする工業製品も多く輸出されている。国民一人当たりの国内総生産も非常に高く世界6位であり、食糧自給率も高い。また、今日ではブータンが幸福度No.1と言われているが、2006年のイギリスのレスター大学の調査では幸福度世界No.1はデンマークであり、他の調査においても、生活満足度や幸福感といったものがかなり高い国である。

(3) デンマークモデル（北欧型モデル）

スウェーデンなどを含む、いわゆるデンマークモデルである高福祉高負担の国では、公的にサービスを提供しているので、ボランティアサービスや民間の事業者はあまり存在していない。イギリスでは人口も多く国の規模が大きいこともあり、ボランタリーアクションが伝統的に存在し、公的なものと民間事業者によるサービスの混在した組み合わせによって行われている。高福祉高負担という税金で福祉を充実させるタイプは北欧型の福祉国家であり、イギリスでは公的な部分も大きい。最近では、ボランタリー、保育、子どもの教育、母親たちが行っているプレイグループというのが半分以上占めているボランタリーアクションにて行われている。

ベヴァリッジの第三レポートでは、ボランタリーアクションの源流を二つ挙げている。社会を良くするのは国家ではなく市民である。自由主義の社会では国家が何もかも保障するのではなく、市民は自ら自分の家族はもちろんのこと、自分の家族以外の人たちのために何かできることを行っていく。自由社会にあっては、このような取り組みが失われてはならず、補完するものであるとしている。

その一つは、フレンドリーソサエティー、すなわち、労働者階級の人たちの中でも上層の余裕が出てきた人、その人たちがパブに集まって金を出し合い、葬式の費用を出したことに始まった友愛組合であり、それが発展し、後に社会保険になっていく。これは一つのお互い同志の助け合いのことを示している。もう一つ

はフィランソロピー、博愛のことであり、身分は義務を伴うことから、社会的に成功した人は、それに相応しいだけの社会貢献をして行かなくてはならないという考え方である。アメリカでは金持ちになった人たちは、ビル・ゲイツ氏などのように財団などを残して自分たちの財産を民間活動などに活用させている。

民間のもの、自発的なものも社会の中でずっと生きられることをプルーラリズムと言い、多元主義、ボランタリーなものもコマーシャルなものもあるということが良い、という考え方がイギリスにはある。

北欧型はそのような形ではなく、高度な公共サービスであるものの、相応の負担をする。その前提としてはソリダリティ、連帯、皆で助け合う連帯の精神があり、これは事故に対して皆で金を出しあって事故に備える類のものである。そもそもソリダリティというのは助け合いであり、年金のようなものが含まれるが、年金であれば少しでも多く貰おうとするものではなく、早く亡くなる人もいれば長生きする人もいることで成り立つものである。

現在では非常に分裂してしまいそうな社会連帯の中で、どこまでお互いに連帯していこうという意識を持てるのか、多少犠牲を払っても連帯するべきなのか、このような点が重要なポイントであり、課題となっている。

デンマークでは、所得税は国税、地方税、医療保険税で平均 50%、最高税率は 59%と高く、付加価値税は 25%と世界でも最も高い部類の税率が採用されているのに加え、たばこ、アルコール類、自動車、化粧品などには特別税が加わってくるため、手元にはあまり残らないことになる。

税負担が非常に大きい一方で、教育は基本的に無料、医療も無料、薬代や歯科医療費については一部の負担となっている。

福祉も基本的に無料であり、大半の経費を国と市で負担している。国民年金は、個人の直接負担はなく、国税で賄う税方式が採用され、給付開始については現在の 65 歳から、今後、段階的に引き上げられ、2027 年 1 月以降は 67 歳からになることが決定済みである。しかしこれは、誰もが満足し、老後も安心できる生活が保障されている、ということから国民の合意がなされている。

その前提として、国民が自らの手で自由や平等、民主主義などの価値を勝ち取ってきたことや、ヨーロッパではそれぞれの国が小さく、戦争で国境も色々変わってきたことなどが挙げられる。そのような中で、政治意識や民主主義への意識

が非常に高く、選挙の投票率は80～90%と高率であり、政府への信頼が強く、自分たちが投票しているので支持をしているということがいえる。その原点には自由や平等があり、格差が少なく、税金ですべて保障されているということがある。

（４）国と地方自治体の役割分担と地方分権

行政の方は2007年1月に大規模な改革が行われ、従来と大きく変わり、国・県・市という形でまとめられている。県レベルの医療、保健を担当する広域行政圏（レジオン13から5に再編）と、市レベルの福祉、義務教育を担当している基礎自治体である地方自治体（コムーネ271から98に再編）がある。国の役割は、予算、法律、国民年金、高等教育、成人教育となっているが、地方分権を進めており、福祉や教育などの権限が地方に拡大されてきている。

（５）三つの人生と高齢者福祉の三原則

デンマークでは、1979年に高齢者医療福祉制度改革委員会が、三つの人生は「第一の人生・人間形成の成長期」、「第二の人生・男女ともに働き、社会を支える生産期」、「第三の人生・退職後の人生総まとめの時期」からなり、「第3の人生」は、高齢期を後ろ向きにではなく、前向きにとらえて人生を生きる人、その生活の場は、施設ではなく住み慣れた住宅である、という考え方を示している。

イギリスではシーボーム報告以降すぐとなる、1970年に改革の法律が制定され、それ以降、コミュニティ政策、在宅政策に移ったが、デンマークや日本ではイギリスにおよそ10年遅れとなる1980年代に在宅に移ったと言われている。

高齢者福祉の三原則として、一つは、継続性の原則という考え方であり、その人らしい生活をどこまで維持・継続できるのか、という点がとても重要である。次第に自分の生活を失っていくと同時に、要求をしなくなり、結果として自分の生活や自分らしさを失っていくようなケア中心の生活になってしまわないように、最後までその人らしい生き方を尊重してケアしていくことを、デンマークでは徹底している。

次に、自己決定の原則について、自治体の中には認知症などを有する高齢者に専門的に対応する、経験豊かで優秀な認知症コーディネーターがおり、高齢者の生活や意思を尊重していくために活動を行っているところがある。ケアの色々なサービスを行うことについては、自治体の判定委員会が本人の意思を尊重して決定しており、通常、家族の意思を聴いた上で決定することはない。

自己資源開発の原則では、高齢者の残存能力の維持を図り、それ以外についてもできるだけ自分の使える能力を使い、残存能力を維持できるようにしていく。ケアについても本人が行えるものについては、できるだけ本人で行うようにする。何でも先にやってあげるというものではなく、本人ができる範囲までの支援を行う。この三原則を守ると同時に、労働する側の健康や体も守らなければならないことから、ケアする人たちが体を痛めてしまわぬように法律で厳しく整備されている。例えば、トランスファー機材など、ベッドの中を滑らせるようなもの、滑るものと止めるものなど色々な機材を用いることで、できるだけ介護者の腰などへの負担が掛からないようなケアが行われている。ただし、それには、居室の広さやスペースなどの問題があることから、日本の特別養護老人ホーム中にそのまま導入することは難しいと考えられる。

このようなケアの三原則は、デンマークでは実際に行われているものの、日本では知識としては分かっているけれども実際のケアの中で活かして行くことが難しい。

(6) 高齢者福祉

デンマークは2010年の高齢化率は約16%、2007年の合計特殊出生率は1.9%であるが、現在は合計特殊出生率が少し上昇しており、それほど人口減はない。平均寿命は2010年現在で男性76.5歳、女性85.99歳と高い。

高齢者福祉の展開としては、1960年～1970年代に女性が社会進出していったことから、施設ケアに偏っていった。しかし、施設ケアでは非常に財政面の負担が大きいためとして、1980年代に在宅ケアを進めたものの、24時間在宅ケアの推進では、施設ケアと同様に財政面の負担がかかる上に効率も悪い、といった問題があった。それに加え不況による予算削減などもあり、その対策として統合ケアが始まった経緯がある。

統合ケアとは、複合施設のようなものであり、施設から高齢者住宅、ケア付き住宅、デイセンター、リハビリテーションセンターなどさまざまな施設が一つのところにある。そうすることで職員を上手に配置ができると考えられるが、リハビリテーションのスタッフなどは、それぞれの施設に配置する必要があることから、リハビリテーション部門としてより多機能化させて、そこからホームヘルプなどにも出ていくようになっている。

デンマークの高齢者福祉サービスには、主に次のものがあり、先進国では大体

似通ったサービスが行われている。

①アクティビティセンター②予防家庭訪問③24時間在宅ケア④高齢者住宅（介護型住宅含む）⑤ショートステイ⑥デイサービス⑦リハビリテーション訓練・福祉用具（レンタル）・住宅改造・購入サービス⑧配食サービス⑨送迎サービス⑩ターミナルケアなどのサービスがある。

市には判定委員会があり、その判定によりサービス内容が決められる。送迎などについても対象者と判定された人は無料になるなど、状態に応じてサービスの利用が決められている。

（7）統合ケアセンター

中野氏が訪問した統合ケアセンターのメアルトフテンという所には、ケア付きの高齢者住宅と、普通の在宅では生活するのが難しい高齢の人向けの高齢者住宅の2種類がある。そのほかに、アクティビティセンターのリハビリテーション部門があり、リハビリテーションのトレーニングが行われている。

アクティビティセンターには、デイサービスと、もう少し元気な人たちがいつでも自由に利用できる場所がある。

ケアの費用は無料である。ただし、高齢者住宅は、公団が建物を建築して管理を行っているため、利用者本人が家賃を支払い、収入の低い人には手元にいくらか残るよう家賃補助が出ている。食事は入居者6、7人ごとのユニットに分かれており、自分たちで行う。通常、部屋には、ベツトルームとリビングルーム、トイレ、キッチンなどが付いており、自分の部屋で自炊することができる。自炊ではなく、合同のキッチンで作られたものをユニットに運んでもらい、食べるということも可能である。

このアクティビティセンターでは、手芸、体操、ダンス、歌など、利用者の希望に応じたアクティビティが用意されている。

この施設にリハビリテーションのために来所する人たちの80%は病院を通じて、残りの20%は判定委員を通じて来所している。リハビリテーションには作業療法士（OT）と理学療法士（PT）のチームで取り組んでおり、OTとPTの間に明確な区別をせずに行われている。3カ月を1単位として行い、3カ月経過したところで本人と話し合い、目標を達成しているのか、また、さらにリハビリテーションの延長などのフォローアップも必要に応じて行う。その場合についても利

用者の自己負担はない。

(8) 医療システム

①家庭医（一次医療）

日本と一番異なるのは家庭医の存在である。住民登録した市民一人ひとりが自分の医師を持ち、何かあればまずは登録している医師のところに受診する仕組みであり、診療については無料となっている。

デンマークの家庭医は資格取得までに約 12 年かかると言われており、しかも、ポストに空きがないとなれないため、家庭医になるのは難しいことから、家庭医はかなりの力量があると言える。個人で開業している場合や、複数の医師と一緒にグループで行っている場合があり、そこには看護師たちも一緒に勤務しており、かなりの医療行為が行われている。

②病院（二次医療）

手術や高度な治療が必要な場合には、家庭医から連絡を取り病院に送るが、平均入院日数は約 45 日と短い。すぐに退院となるため、家庭医にまた診てもらうことになるが、退院時には病院でディスチャージプランニングのようなことを行い、退院後の在宅時にどのような生活をするのか、家庭医の支援はもちろんのこと、さまざまなサービスにどのように結びつけていくか、という検討も行われている。

しかしながら、今日では病院に限らず国も決して財政状況が良いとは言えず、リストラにより病院の規模が縮小し、それぞれの病院も専門病院に特化するという方法がとられている。デンマークでは家庭医が医療の大部分を支えている現状があり、夜中でも誰かが対応し、また、その多くの場合では電話で済むことから、住民はいつでも対応してもらえることにより安心感が高いことが窺がえる。

3 まとめ

デンマークの人は、医療も「足るを知る」国民であり「もっと、もっと、もっと」という要求を出す国民ではない、との印象を受ける。

デンマークでは、自分らしい生活や、自分の意思が尊重されていることが大変重要であり、生き方の面では、自分らしく人生が送ればそれでいいということが前提にあるため、ケアの在り方も、その人らしく人生を全うできるようなケア

をしていく。そのような人生の在り方、人生観、生活に対する価値の置き方のようなものは、日本とはかなり違っている。生活の質というものが、日本ではあまり実感できないが、デンマークでは、自分の部屋には自分の物や思い出の品を持ち込むことで施設暮らしにおいても自分らしい生活を維持しようとする。そうした生活の質は、やはり住居の中のゆとりのある自分らしい生活の中に有るのかもしれない。

このケアの考え方は、日本でも介護保険になり、利用者主体ということは言われているものの、利用者主体というケアの在り方とはどのようなことなのか、もう少し実践を詰めていかななくてはならない。

自分がどのように扱われたいのか、荷物のように「よいしょ」と動かされたいのか、自分が動くのを支えながら待っていてくれるのか、非常に大きな違いである。自分のことは自分です、ということは、福祉国家の原則だが、いつも自分のことを自分ですることは、



中野氏と講演を受ける研究会メンバー

誰もができる訳ではなく、できない時もある。できないときは優しく支えてあげる。皆で支え合うことで連帯が働き、個人主義があるからこそ、連帯が働くのである。

このようなものが日本でも作れるのか分からないが、最近、日本でも絆が話題になっている。どうして段々と孤立化をしていったのか、孤立死が高齢者だけの問題ではなくなっており、そうした中では、どうしたら社会連帯していけるのか、制度的にも地域の中でも大変重要な課題であり、それは今回の訪問先において、学べるものも非常に多いのではないかと考えている。

講演 2

「欧州の社会福祉の概況 オランダ・デンマークなどの現地視察から ひとり暮らしでも最期まで支える！」

日時：2012年7月11日（水）15:00～17:00

会場：神奈川自治会館 3階特別会議室

講師：医療ジャーナリスト 村上 紀美子 氏

1 講師の紹介

村上氏は、日本看護師協会の調査研究部・広報部に勤務し、現在はフリーランスの医療ジャーナリストとして活躍している。

「在宅ケア」「医療安全」「ターミナルケア」を主なテーマとし、取材や勉強会、海外視察の企画を行っている。2009年から3年間ドイツに居住し、2012年現在は川崎市に在住。『80代要介護者+超自立高齢者の家族「コミュニティケア」』を雑誌、看護管理「家族の目線」に連載中である。東京教育大学社会学部を卒業し、現在、国際医療福祉大学ジャーナリズム分野修士に在籍。

2 欧州 31カ国の医療システム評価と寿命

日本の平均寿命は、1880年時点では男性は36歳、女性は38歳であり、終戦後の1947年時点でも男性50歳、女性54歳と、緩やかな伸びを続ける。しかし、これが2011年になると日本の平均寿命は男性79歳、女性は86歳にまで伸びている。私たち人類がこれまで経験したことのない超高齢社会を迎えていることが分かる。

年代	男性	女性
1880年【明治13年】	36歳	38歳
1947年【昭和22年】	50歳	54歳
1986年【昭和61年】	75歳	81歳
2011年 日本	79歳	86歳
ドイツ	77歳	82歳
世界	65歳	69歳

村上氏 講演資料

この寿命延伸の主たる一因と考えられる医療技術の向上について、スウェーデンの民間医療調査機関（ヘルス・コンシューマー・パワーハウス（HPC））によって行われた医療システム評価によると、1位がオランダ、2位がデンマークという結果が出ている（2008年11月発表）。

評価の視点としては、必要な治療へのアクセス（待機日数の短さ）、臨床成績（アウトカム）、治療・予防の供給量、薬剤の充実度が挙げられる。

今回の視察先はオランダとデンマークということで、どちらの国も見べきところは多く、大変良い選択であったといえる。

1位:オランダ	男77.2歳	女81.6歳
2位:デンマーク	75.6	80.2
3位:オーストリア	76.7	82.2
4位:ルクセンブルグ	76.2	82.3
5位:スウェーデン	78.4	82.8
6位:ドイツ	76.2	81.8
13位:英国	76.9	81.1

村上氏 講演資料

3 オランダ

(1) オランダの介護保険

オランダは1968年に「特別医療費（補償）制度（AWZB法）」という今の介護保険制度の基となった制度をいち早く立ち上げた国である。その後ドイツ、ルクセンブルク、日本、韓国という順に介護保険制度は広まっていく。

「特別医療費（補償）制度（AWZB法）」の財源は税金を一部入れた社会保険方式である。

給付サービスの種類は、①身体介護、②看護、③ガイダンス（ソーシャルワーカーとナースによる幅広い相談）、④居住、⑤治療、⑥短期入所の6種である。

認定については、独立機関の「ケア判定センター」が行っている。日本のように「要介護度」を決めるのではなく、その人にどのようなサービスがどれだけ必要なのか、給付サービスの「種類」と「時間」を認定する。サービスの具体的な内容については利用者とサービス提供事業者の相談によって決定する。

(2) ビュルツォグ（Buurtzorg、ビュートゾルフ）について

①ビュルツォグの概要

これまでのサービス事業所は、職員がマニュアルに縛られ動きづらいという性格を持っていた。ビュルツォグは、既存の組織では職員の実力が発揮できないという理由から、ベテラン地域看護師の仲間起業したことから始まっている。

ビュルツォグは、教育を受けたケア専門職が1チーム12人ほどの独立チームを組み、利用者50人前後のアセスメントからケア計画、ケアの提供、調整までを総合的に行うというものである。

情報伝達、意見交換、意志決定、事務作業は組織内 IT ネットワークにより迅速かつ効率化されている。

ビュルツォグの特徴としては、チームに管理者を置かないことが挙げられる。職員就業規則は本部によって決められるが、人事採用や研修、ケアの管理調整、スケジュール作成といった管理業務は最大限、チーム自治によって行われる。

このような諸事を処理する総合力に優れた地域看護師は人件費も当然ながら高い。しかしそれ以上に、優れた地域看護師で編成されたチームが自らマネジメントを行うことによって、経営管理は最小限に抑えられるという効果が得られる。

ビュルツォグは、2007年に1チームから始まったが、スタッフと利用者が集まり、2011年には全国300チーム、スタッフ3千人が3万人もの利用者をケアするに至っている。2012年には450チームにまで成長し、さらに国外にも広まっている。一方で、オランダ政府としても政策への組み入れを検討しているところである。

②ビュルツォグの考え方

ア ケアの品質について

「ケアの品質管理は生き物であり、チームで育てていくもの」という考え方がある。そして、その品質は利用者またはその家族との関係の中で決まる。ケアの品質は、スタッフ同士が互いに仕事について振り返り検討することによって育まれていく。

また、ケアのプロセスは複雑になるほどミスが増え、シンプルなほど失敗の確率は下がる。

イ スタッフと利用者の関係性

ビュルツォグは、スタッフ間や利用者、その家族といった周囲の人との人間的な信頼と関わり合いを重視している。

スタッフは、「利用者」を、「ケアを受けなくては生きていけない人」というとらえ方をせず、「適切なサポートがあれば、新しい能力や知識を身につけ、ケアがなくても生活していく自信を持つことができる人」というとらえ方で接している。

また、家族や隣人、ボランティアがケアの仕方や対処法を学び実践することで、フォーマルなケアの量（予算の量）を減らすということも実践している。ビュルツォグは低予算で、高い効果を生み出すことに成功しているといえる。

ウ 生産性の指標

「生産性の指標」とは、スタッフの勤務時間のうち、「利用者宅にいる時間」の比率が60%前後あることを目安とする指標である。ビュルツォグでは直接ケアの時間がとても大切にされており、この考え方はイギリスやアメリカでも取り入れられている。

例えば、通常ならば事務所に帰って行う利用者のスケジュール調整などを、訪問先にいる間にすべて済ませる。そうすることにより訪問先での滞在時間の割合が増え、利用者にとっても自身について何が行なわれているかが分かりやすくなるのである。

③自立した患者を育てる対応

スタッフの力を借りなくてもできることを、利用者が自身で行おうとしないケースはどこの国でもよくあることである。スタッフは、自分で行おうとしない利用者に対し、「じゃあ今度は自分でやってくださいね」「できることは自分でしたほうが、あなたのためにもなるのよ」と返す。こういったやり取りを繰り返しながらも将来的には利用者自身が行えるようサポートしていく。

スタッフは、「小さな太陽のように、ポジティブに、いつもジョークを言いながら」自立への働きかけを根気よく続けている。

4 デンマーク

(1) デンマーク医療福祉の原則

デンマークにおける医療福祉の財源はすべて税金であり、公務員によるサービス提供がなされている。利用者からすると自己負担はなく、保育、教育、医療と原則すべて無料である。運営は公の責任において行われる。効率化のためコンペティションにより民間企業に委託することも可能である。

したがって、デンマークでは日本とは比較にならないほど高額な税金が国民に課されているが、国民はそれが自己の生活のために使用されていることへの理解を持っている。

国民には一人ひとりに国民番号が付され、納税についても国が100%把握し、一元管理が可能なシステムとなっている。

また、日本とは違い税金の徴収部門が少ないため、事務経費に掛かる予算が少

ないことも国民の支持を得る理由のひとつである。

国民が、国の運営を信用し、納得したうえで納税していることが分かる。

(2) 家庭医制度

①家庭医の概要

デンマークでは「家庭医」の体制が敷かれている。国民は、体調不良の場合や検診を希望する場合はまず自分の家庭医にかかる。家庭医によると、患者の9割は家庭医による診察で問題ないという。家庭医は健康面などをチェックする門番のような役目を担っている。

家庭医では分からない残りの1割については、検査や治療のために病院に送られる。病院での治療が終わると、患者も、その患者の病院での情報も家庭医に戻るといいう仕組みである。治療履歴や健康面のデータはすべて家庭医のもとで蓄積されていく。

②診療所の体制

家庭医は、妊娠中の胎児から100歳以上の高齢者まで、1,200人から2,000人の患者を受け持つ。

診療所の体制は、医師一人に、心電図などの検査技師と事務職の二人という小規模体制から成り立っている。診療時間は9時から15時頃までで、1時間に5人ほど診察を行う。診察は1日計30人ほどで、その他に血圧や血液検査、耳鼻科の耳掃除だけといった医師が診る必要のない患者もあり、1日の外来患者は40人から50人ほどになるという。往診は1日1人から2人ほどいるとのことである。

③家庭医の役割

家庭医は、患者が重病を患っている場合にはその告知を行う役割も担っている。患者とは長い関わりを持ち、相手の家族や仕事、暮らしぶり、人柄も熟知しているため、患者に合った伝え方で告知する。

必要に応じて、地域の訪問看護や介護のチームも交えてミーティングを行うといった連携も取る。

デンマーク人は、他国を攻めて略奪をして生活する「バイキング」を祖先としているという歴史的背景からも分かるように、「強く勇ましい」という特徴が国民一人ひとりに根付いている。「死ぬまでは力強く生きる」というデンマーク人の価値観を家庭医が最期までフォローしている。

また、既に死期が近づいていることが明らかな場合には、夜間に患者が亡くなったとしても、家庭医が慌てて駆けつけることはしない。翌日家庭医が患者宅へ行き、死亡診断を行う。

④患者に対する考え方

デンマークでは、患者に対する考え方も日本とは異なる点がある。

例として「胃ろう」についてのとらえ方を挙げると、日本の医療では、患者が食物を食べられなくなった場合はすぐに経管栄養や胃ろうを検討するが、デンマークでは、本人が何を希望するのかを一番に考える。患者本人に「食べたい」という意志・希望がないのであれば、その意志・希望を尊重し、その状況が自然な死へのプロセスであるならばそれを受け止める。痛みを止めることはあるが、延命を頼むことはしないのがデンマークでの一般的な考え方である。

⑤家庭医になるまでの過程

家庭医になるには、医学部で6年間学び、卒業時に医師資格を取得する。その後、研修医として1年半にわたり、内科、外科、さらに自分の希望する科について学ぶ。さらに、家庭医の下での研修も必要になる。産科、小児科、耳鼻科など、できる限り多くの診療科の経験があるほうが望ましい。ある程度自信がついたら、保健省に指導医の推薦書と経歴書を提出する。そこで審査を受け、初めて家庭医として認められる。家庭医には担当人口の枠があり、その定員を超えていた場合は空き待ちをすることもある。

⑥家庭医の休暇について

デンマークではどんな職業でも年間6週間ほどの休暇がある。この休暇は国民の権利であると同時に義務でもある。このため、家庭医は2人から3人でグループを組み、休暇中の診療をカバーし合う。一人が休暇を取っている間は、通常の2倍から3倍の4千人から5千人の患者を受け持つことになる。研修で診療所を休業する場合も同様に家庭医グループでフォローし合う。

(4) 看取り介護休暇

死期が迫った時期に、その患者がそばにいてもらいたい家族、友人または隣人などを指定し、指定された人が約1カ月間仕事を休むことができる制度である。その間通常の勤務については無給となるが、自治体が給料の85%を補償する。

患者は訪問看護や訪問介護、往診などを受けながら、会いたい人に会い、葬式

のことや遺産のことを心残りないように整理し、良い時間を過ごすことができる。この制度からも、国民が死へのプロセスを自然なものとして受け止めていることが理解できる。

(5) 夜間付き添い専門グループ

この制度は、対象者の家族が「心細い」「疲れた」「付き添うことができない」といった場合または対象者がひとり暮らしの場合に利用される。

チャリティ（ボランティア）グループによる活動で、看護師や社会保健士（日本でいう社会福祉士）などの専門技能を持つ者が退職後に参加するケースが多い。

付き添いが必要な人を見極め、このボランティアグループにつなぐ役目を担っているのは通常の在宅ケアチーム（ヘルパーや訪問看護師、家庭医など）である。

デンマークのほかにドイツ、イギリス、アメリカにもこの制度が存在する。日本でも介護保険でカバーしきれない分のプラスアルファとして、このような仕組みを利用できるように整備されることが望まれる。

(6) ボーゲンセ市知的障害者施設のリーダーの話

①知的障害者施設

ボーゲンセ市知的障害者施設は、もとは精神科病院であったが、精神科の地域センターと救急対応のベッドのあるセンターに改変された。この施設は、市立病院から地域へ戻った人へのサポートを行うためのケアセンターであり、スザンナ・ゾビー（Suzanne Soby）さんは施設のリーダーとして、知的障害のある人へのケアに20年間携わった。

障害者も高齢を迎えると、必要とするケアも変わってくる。社会的ケアとともに身体的ケアがより多く必要になる。また、静かでゆったりした生活を好み、24時間のケアが欠かせなくなる。それには彼らの生活の場が必要となるため、高齢者用の住まいの一角に高齢で知的障害のある人のための住まいを設置したという背景がある。

②日々の仕事に活かす倫理

日々の仕事に活かす障害者への倫理として、次の四つの原則、フィロソフィ（哲学）が存在し、それを毎日の業務に活かしている。

- 1 自己決定／自分で決めるようにサポート
- 2 尊厳／人としての敬意（ディグニティ）
- 3 統合／多くのスタッフが分業でバトンタッチしすぎずに、できる限り一人のスタッフが統合的に対応する
- 4 思いやり／傷つきやすい人として接する

これらの倫理は、「死に至る病」で地元でも有名な思想家キェルケゴールの哲学から引用されているため、デンマークでは誰にとっても親しみやすい。そのため、パンフレットなどへの掲示や、利用者や家族への説明にも使われる。

また、職員は日々のミーティングでの話題をこの四つの原則から見ていく。四つの原則を大きなカードに記入し、問題の原因がこの四つのどこに存在するか、また、この四つのどれを優先させるかを実際に床の上でカードを動かしながら問題を整理することにより、対応の道筋を導き出している。

③変化し続けることの重要性

現在も福祉の情勢は緩やかに変化してきている。しかし、変化し終わる（完成する）ということではなく、現在もプロセスの中にある。

絶えず変化していくこと、しかも、経済性を加味しつつ、サービスの品質を向上させることが求められている。転がる石と同じで、動きを止めると苔蒸してしまう。常に変化し続けるそのプロセスこそが重要なのである。

相手を尊重したケアができる秘訣は、「働く人が尊重されていること」である。働く人が大事にされているからこそ、利用者のことも尊重できるという良い循環が生まれるのである。

5 ドイツ

（1）ケアへの考え方

ドイツでは、かつてはサービス提供側が考えたプログラムを中心にケアを行っていたが、現在は本人の意志・希望に沿って支えていく方法を採用している。本人の意志と能力を最大限活かし、足りないところのみを補うケアが徹底されている。

（2）よろず相談所

ドイツには、看護師などが高齢者の日々の暮らしにおける相談を無料で受け付ける「よろず相談所」が設置されている。相談内容は、薬の飲み方の指導や手紙

の代筆、成年後見についてと多岐に亘る。生活における些細なことができないために、自立した生活が送れなくなる可能性があるが、よろず相談所がその「些細なこと」を助けることによって高齢者が自立生活を長く続けることを可能にしている。条件はつけず、まずは何でも受け付けることが重要である。

6 まとめ

村上氏の講演では、訪問先であるオランダとデンマークを含む欧州の社会福祉について詳しく話を聴くことができた。

また、実り多い視察のために、村上氏からは「人と人との関わり合いを大切に」というアドバイスがあった。訪問先においては、「人の目をしっかり見て挨拶し、自分の名前をはっきり名乗ること」、「相手と自分たちの相互に誇りを持ち相手への敬意を持つこと」がとても重要であるということを学んだ。