

社会福祉の取組み

～オランダ・デンマークにみる地域の福祉サービスと分かち合いの仕組み～

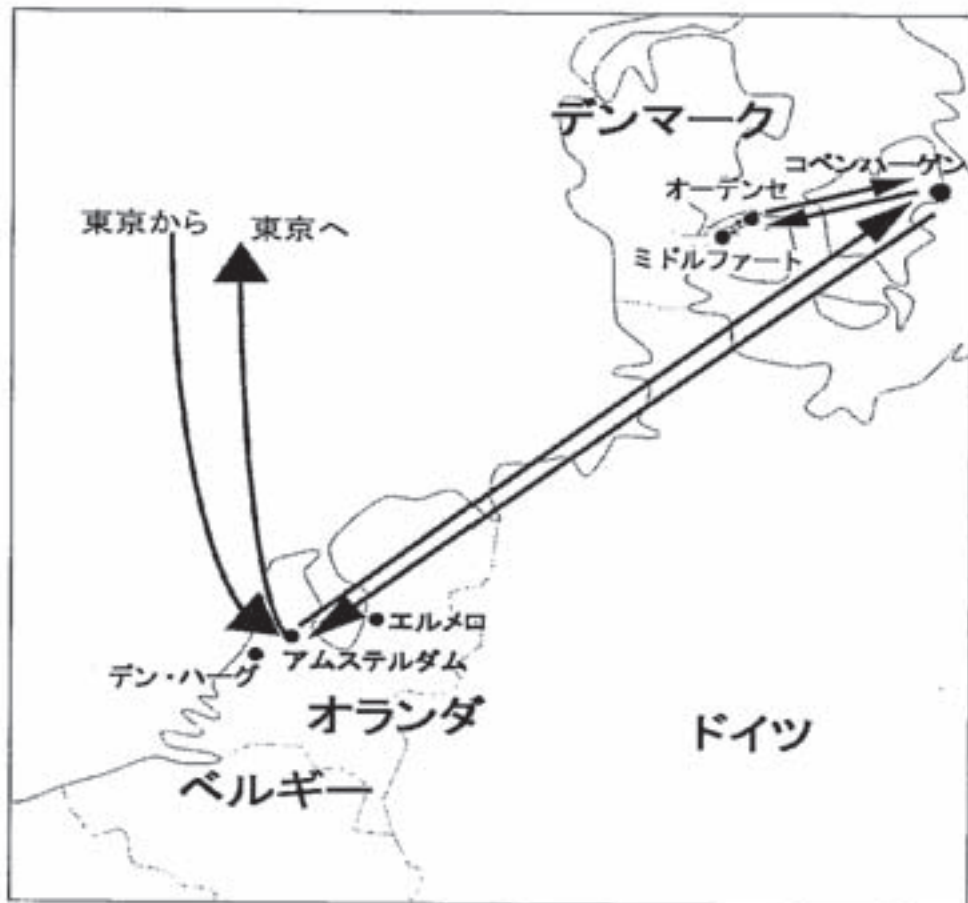


課題テーマ別調査研究 海外調査行程図

(インディペンデントテーマコース)

〈社会福祉の取組み〉

デン・ハーグ ・ エルメロ ・ ミドルファート ・ オーデンセ



は じ め に



県内の市町村では、依然として厳しい財政状況が続いている中で、一昨年に発生した東日本大震災を教訓とした防災対策の充実、急速に進展する少子高齢化への対応、地域活性化対策など、市町村が率先して取り組むべき課題は極めて多様であります。

また、これらの課題と併せ、住民の期待に応え、効率的で良質な行政サービスを実現していくためには、職員個人の能力・意欲を高め、積極的な行動力を備えることが重要となっております。

今年度の「課題テーマ別調査研究(海外)」はアサインドテーマコースを廃止し、インディペンデントテーマコースのみを実施しました。

このコースは協会が定めたテーマに関心と意欲を持って応募した若手・中堅の職員が自主的に調査研究を行う事業であり、このような時こそ、この事業が時代に即した柔軟で実践的な能力を備えた人材育成に役立つものと考えております。

今年度は、①「新エネルギー政策の取組み」、②「社会福祉の取組み」の2つのテーマで行われました。

集まった各コースの研究員（①12名、②15名）は、事前の準備として熱心に調査研究活動に取組み、テーマに沿った訪問先や具体的な調査事項を決定し、両コースとも、10月14日から21日までの8日間で、海外調査（①ドイツ、オーストリア ②オランダ、デンマーク）を実施し、今般その調査研究の成果を報告書として取りまとめることができました。

この課題テーマ別調査研究に御尽力いただきました関係者の方々に心から感謝申し上げますとともに、調査研究の成果と海外での多様な価値観に触れた研究員の貴重な体験が、これからの市町村行政の中で活かされていくことを心から期待しております。

平成 25 年 2 月

公益財団法人神奈川県市町村振興協会
理 事 長 内 野 優

目 次

調査研究報告

第1章 研究概要	1
第2章 訪問先調査報告	
デン・ハーグ市役所	3 8
NICTIZ (ニクティズ)	4 6
高齢者複合施設 Cardia (カルディア)	5 2
エルメロ市	6 0
ミドルファート病院	7 1
オーデンセ市役所	7 6
オーデンセ補助器具センター	8 4
ベネキレー・ナーシングホーム	9 1
第3章 まとめ	9 7
講演会報告	
講演1 「デンマークの高齢者福祉ー生活の継続と統合ケアー」 東海大学健康科学部 教授 中野 いく子 氏	1 0 5
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！」 医療ジャーナリスト 村上 紀美子 氏	1 1 4
調査研究を終えて	1 2 3

参 考 資 料

○ 参考文献	1 2 5
○ 平成24年度 課題テーマ別調査研究 (海外) 実施要領	1 3 1
○ 国内研究日程	1 3 5
○ 海外調査日程	1 3 7
○ 研究メンバー表	1 3 8

第1章 研究概要

1 社会福祉の取り組み

(1) 目的

本研究のテーマは「社会福祉の取り組み」である。近年、社会福祉については、従来の施設入所を中心とした「施設福祉」から、高齢者や障害者が生まれ育った地域で生活できるよう支えていく「地域福祉」の考え方が確立し、国においても地域福祉を推進する方向で施策が推進されている。

その地域福祉の中心とされている市町村は、厳しい財政状況の中、全国で普遍的に提供されなければならないナショナルミニマムサービスは維持しつつ、多様化する住民ニーズに対応するために、限られた財源や人材を駆使してさまざまなサービスを実施しなければならないという難しい課題を抱えている。

そこで私たちは、高負担（税金が高い）にもかかわらず生活満足度は高く、高齢であっても障害があっても地域で安心して暮らすことができている諸外国の社会福祉とそれを支える仕組みについての調査研究を行い、共に支え合いながら生きがいを持って暮らせる豊かな地域社会の実現へ向けた取り組みの一助としていくことを目指した。

(2) 事前の調査研究

本研究に参加した研究員の職務は、保健福祉医療の専門職から、福祉、税務、財政などの事務職まで多岐に亘っていた。このことからまずは、各研究員が自身の職務上の立場から、所属する市、町での施策に反映、活用していきたいと思う福祉制度について、北欧をはじめとする欧州各国の状況を整理するとともに、その福祉制度を支える重要な財源である税の負担状況を調査することから着手した。

そして、高齢者や障害者の地域での生活を支える制度や福祉サービスを実際に見聞することができる施設について、各種文献やインターネットなどから情報を収集し、今回の調査研究の対象国および視察先の選定について議論を重ねた。

その結論として、まずは国民幸福度調査で常にトップに位置付けられるデンマークで、高い税負担ながら手厚い福祉が地域でどのように展開されているのか、その実態を調査研究することとし、次に、税負担は中程度であるオランダにおい

て、地域に根ざしたケアシステムがどのように実現されているのかを調査研究することとした。

このように、研究員の発意によって調査研究対象に選定したデンマークおよびオランダであるが、実際の視察研究の前に、文献やインターネットでは知ることのできない情報も得ておく必要があるのではないかとということで、両国での調査研究の経験がある識者の講義を受ける運びとなった。

デンマークについては、東海大学の中野いく子教授を講師に迎え「デンマークの高齢者福祉～生活の継続性と統合ケア～」についてご講演いただき、オランダについては、オランダをはじめとする欧州各国の福祉について広く調査されている医療ジャーナリストの村上紀美子先生を講師に迎え「欧州の社会福祉の概況 オランダ・デンマークなどの現場視察から ひとり暮らしでも最期まで支える！」についてご講演いただいた。（講師の略歴、講演会の内容については後述する）

なお、本研究会の開催日以外の日において、熱意ある研究員有志が、休暇を取得するなどして捻出した研究員自身の余暇時間を活用して、オランダ、デンマークの福祉に関する講演会や税に関するシンポジウムへ積極的に参加、情報収集し、その後において、職務の都合などで参加できなかった研究員と情報共有を図るなど、研究員が一丸となって公私に亘って研究課題に取り組み、有意義に事前準備が進められたことを事実として附記しておく。

2 自治体における社会福祉を取り巻く状況

(1) 進む少子高齢化と人口減少社会の到来

少子高齢化という言葉を目にするようになって久しいが、もはやそれは現実のものとなっている。内閣府の「高齢社会白書」によれば、人口増加とともに高齢化が進んでいる日本は、今後は人口が減少に転じ、高齢化はさらに進むと推計されている。日本の高齢化の特徴は、短期間の間に急激に進んだ点にある。一般的に高齢化が進んだといわれる7%から、高齢社会といわれる14%に達するのに要した年数を比較すると、日本は24年と欧米諸国の半分程度の期間となっている。

日本は世界に稀な超高齢社会であるということが出来るが、同時に少子化も進んでいる社会である。これは、合計特殊出生率、即ち一人の女性が生涯において出産する子どもの数の推計値を示す率が、2.1程度であれば長期的に人口が安定

的に維持されると一般的にいられているが、最近においては1.39で推移していることから伺える。出生数の減少は必然的に0歳から14歳の年少人口および15歳から64歳の生産年齢人口に影響を及ぼしている（図表1-3を参照）。

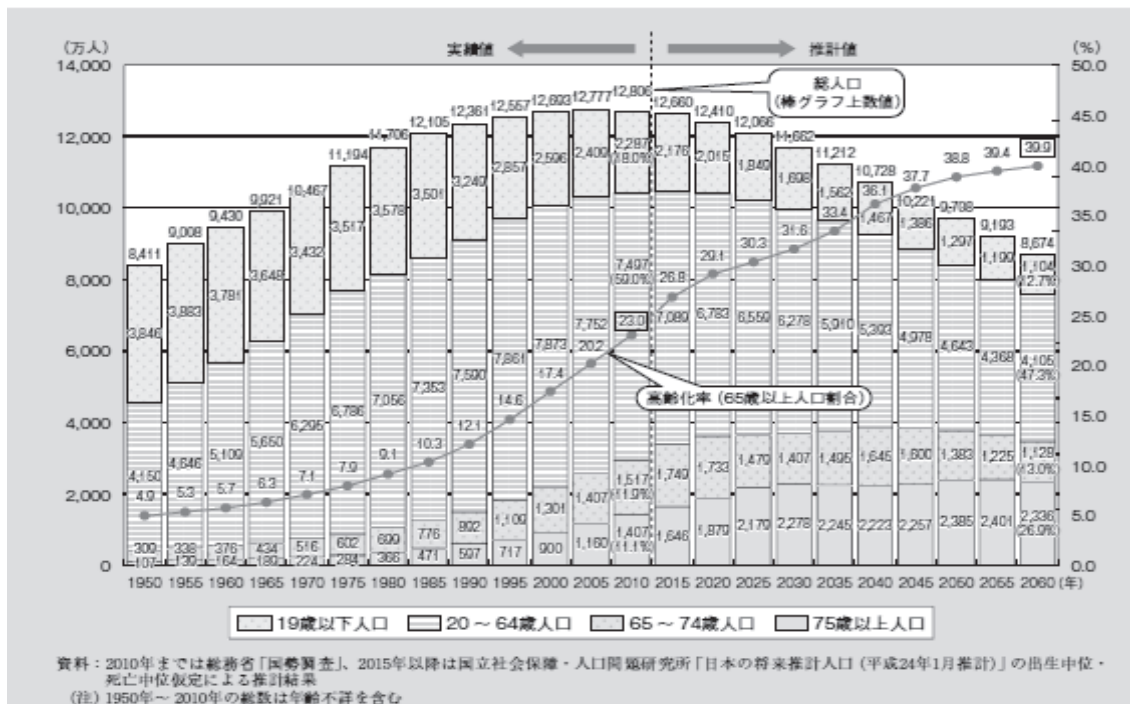
また、2005年には、死亡数が出生数を上回ったことから、日本は人口が縮減する社会に入ったといえよう。

図表1 日本と欧米諸国の高齢化のスピードの比較

国名	高齢化率		高齢化率の倍化年数
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115

出典：国土交通省「国における高齢者住宅施策の最新動向～サービス付き高齢者向け住宅制度のスタート～」資料より抜粋

図表2 高齢化の推移と将来推計



出典：厚生労働省「平成24年版高齢社会白書」

図表 3 日本の人口などの 2010 年実数と 2060 年推計の比較

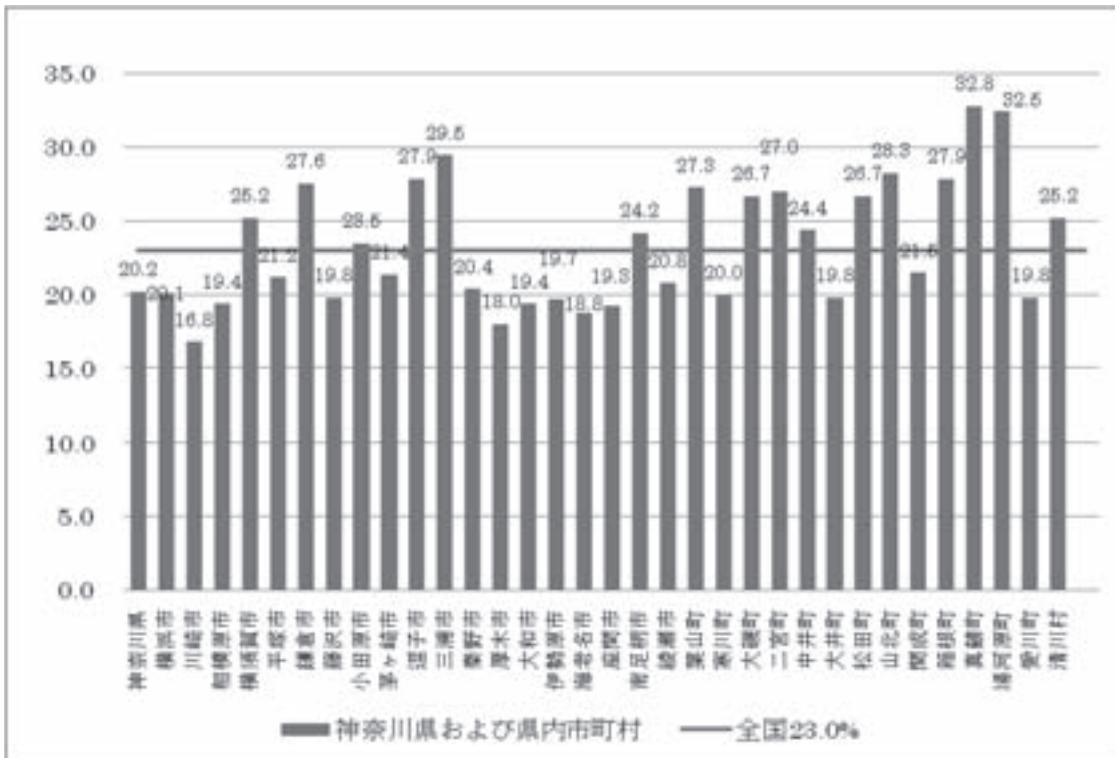
	2010 年	2060 年
総人口	1 億 2,806 万人	8,674 万人
65 歳以上の高齢者人口	2,924 万人	3,464 万人
高齢化率	23.0%	39.9%
出生数	107 万人	48 万人
生産年齢人口	8103 万人	4418 万人
年少人口	1680 万人	791 万人
最近の合計特殊出生率	2010 年 1.39	2011 年 1.39

出典：内閣府「平成 24 年版高齢者白書」、厚生労働省「平成 23 年人口動態調査」より
 研究員作成

(2) 神奈川県および県内市町村の高齢化の状況

2010 年における神奈川県全体の高齢化率は全国の 23.0%を下回っている。市町村別では、川崎市や厚木市など高齢化率の低いところはあるものの、三浦市や真鶴町など高い高齢化率の市町村も多く存在しており、高齢社会と無縁とは言い切れない状況となっている（図表 4 を参照）。

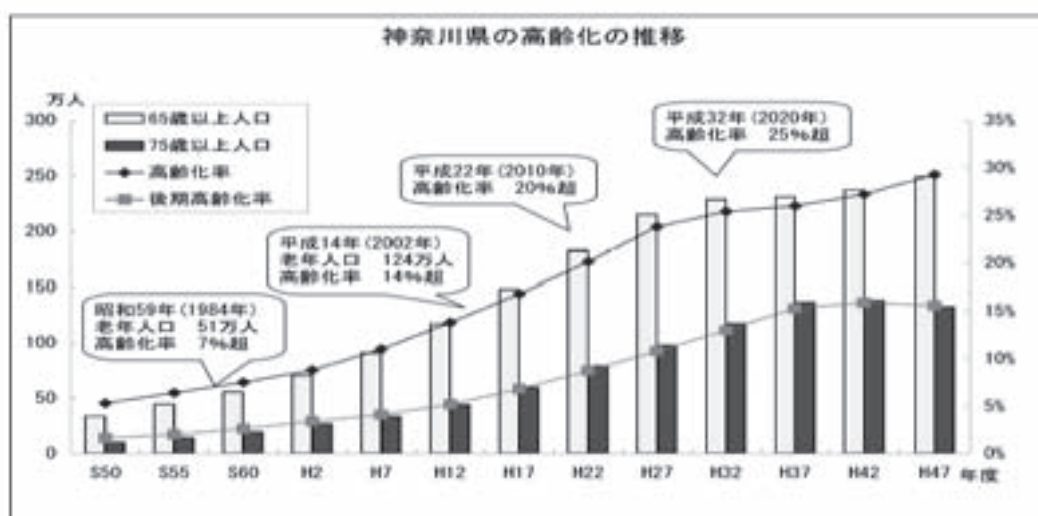
図表 4 2010 年 10 月 1 日時点での全国、神奈川県、県内市町村の高齢化率



出典：総務省 2010 年国勢調査による総人口および 65 歳以上人口より研究員作成

神奈川県保健福祉局高齢福祉課の「かながわ高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）」によると、神奈川県では、今後「団塊の世代」が 65 歳以上の高齢者になることにより、これまでに経験したことのない超高齢社会が到来する。高齢化率は、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年（平成 37 年）には 26.0%、2030 年（平成 42 年）には 27.2%、2035 年（平成 47 年）には 29.4%に達することが見込まれている（図表 5 を参照）。

図表 5 神奈川県の高齢化の推移



注1 平成 22 年度までは、国勢調査による。
 注 2 平成 27 年度以降は、「神奈川県地域ケア体制整備構想」による推計。

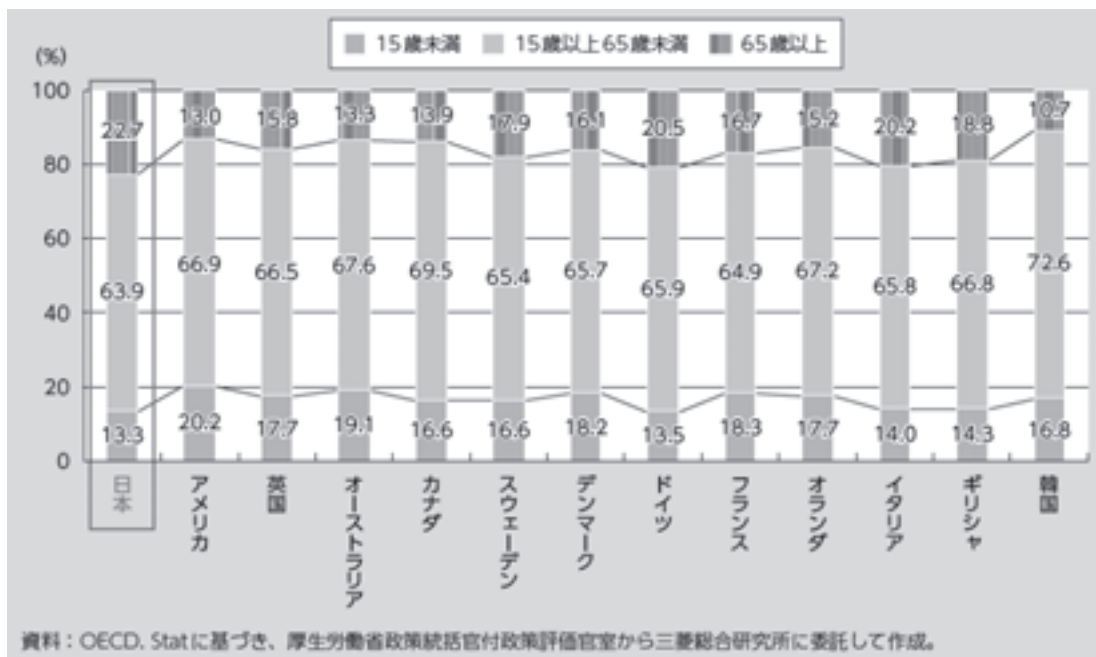
出典：神奈川県保健福祉局高齢福祉課「かながわ高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）」

（3）65 歳以上人口の国際比較

厚生労働省の平成 24 年版厚生労働白書において人口の年齢別構成比が諸外国と比較されているので以下に記述しておく。これによると、白書中で比較されている 13 カ国で、2009 年における 65 歳以上人口の割合が最も高いのは日本で 22.7%となっており、日本に次いで高いのはドイツの 20.5%となっている。反対に一番低いのは韓国で 10.7%、ついでアメリカの 13.0%となっている。

なお、研究対象国としたデンマークについては 16.1%、オランダについては 15.2%と、日本における 1995 年から 2000 年当時の割合と同程度となっている。日本は、高齢化の進展において、世界のフロントランナーとなっていることが分かる（図表 6 を参照）。

図表 6 年齢別人口構成比の国際比較



出典：厚生労働省「平成 24 年版厚生労働白書」

(4) 増加が続く社会保障給付費

① 社会保障給付費の変遷

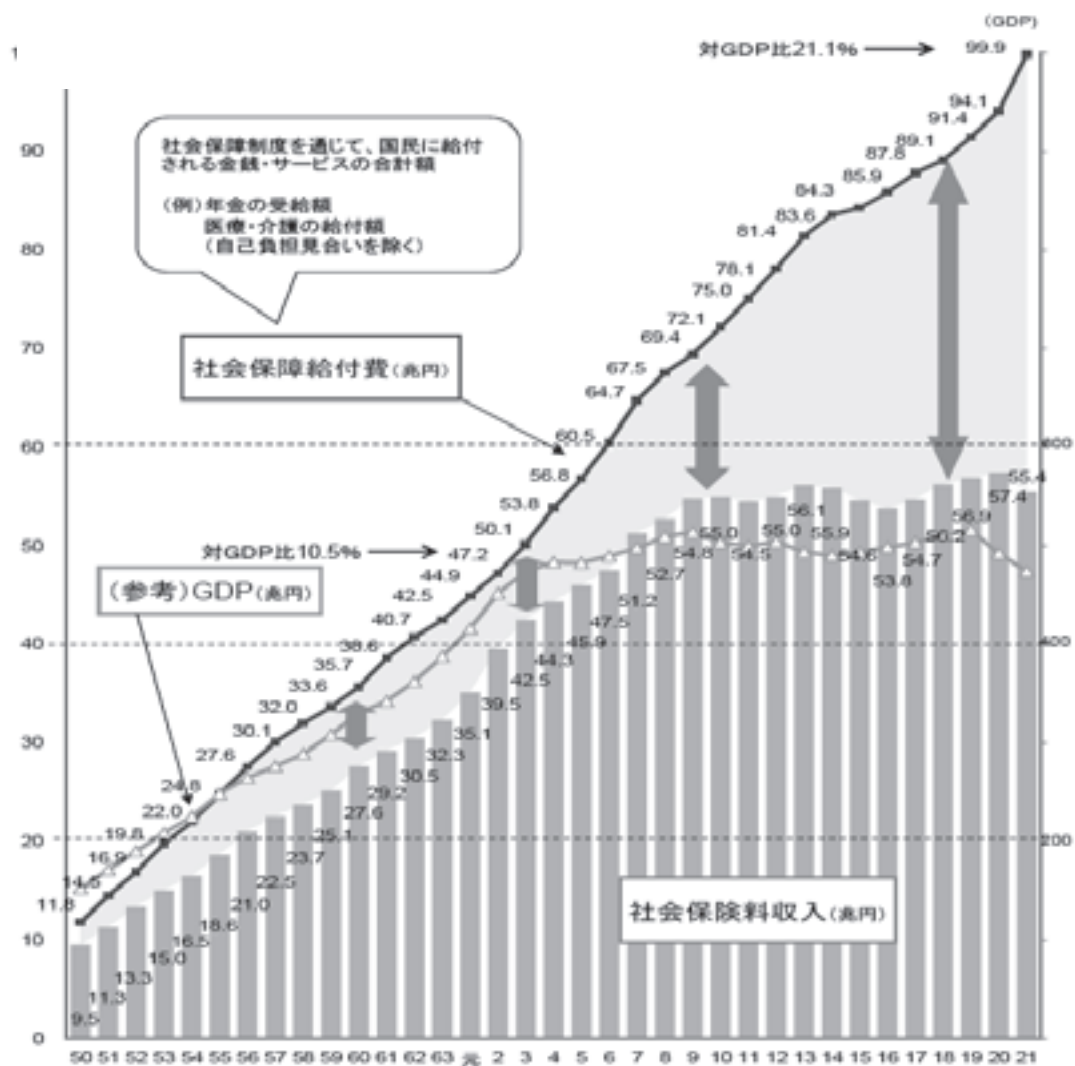
日本の社会保障給付費は増加の一途をたどっている。1961年に国民皆保険、皆年金が実現し、福祉元年といわれる1973年には老人医療費の無料化や年金額の増改定、サラリーマン家族の医療費自己負担の軽減、高額療養費制度の導入が行われ、さらには高齢化が急激に進んでいったことで社会保障給付費は減ることのないものになった。

しかし、福祉元年のその年に起きたオイルショックを契機に、それまで高度経済成長の下で潤沢であった税収が途絶えたことから、福祉元年で目指された、国家が社会保障で国民を支える福祉国家路線は、家族や地域の相互扶助で社会保障を支えるといった考え方に、財政の見地から早くも路線変更され、社会保障給付費の抑制が行われるようになった。また、1980年代初頭には、社会保障給付費などの財源確保のために検討された一般消費税の創設が見送られていることから、この時代がまさに日本が「高福祉高負担」の福祉国家を選択しなかった転換点だということができる。それはオイルショック以後も税負担の水準を引き上げて社会保障の充実を図っていった北欧諸国とは対症的な選択であった。税負担を引き

上げない一方で社会保障は抑制する、いわゆる「小さな政府」に路線変更していったことが、今日感じる分かち合い精神の低さ、格差の広がりにつながっていったのではないのだろうか。

その後の 1980 年代後半のいわゆるバブル経済の崩壊以降、日本の社会構造は大きく変化した。急激な高齢化、高齢者の独居世帯の増加、人口減少、非正規雇用の増加、経済成長の停滞など多くの問題が表面化し、社会保障制度により給付される医療保険、年金、児童手当、介護保険、雇用保険、労災保険のいずれもがこれまでも増して右肩上がりに増えていった（図表 7 を参照）。

図表 7 社会保障給付費と社会保険料収入の推移



出典：財務省「日本の財政関係資料平成 24 年 9 月」

なお、2012年11月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した2010年度（平成22年度）の社会保障給付費は103兆4,879億円、GDP比で21.6%と過去最高の水準となり、その財源については、社会保険料収入が57兆8,468億円、公費負担が40兆830億円となっている。

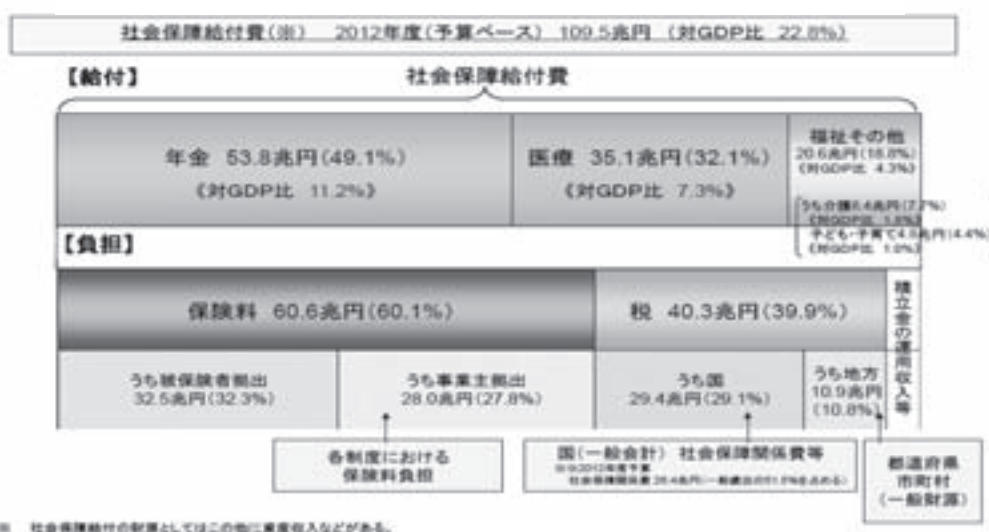
図表7において社会保障給付の財源の推移をみると、社会保険料収入が横ばいで推移しており、社会保障給付費との差は広がる傾向にある。本来この差は税負担で埋められるべきであるが、税収が伸び悩んでいるため、国債などの借入金で得た財源が投入される結果となっている。

②社会保障給付費の財源

国の2012年度予算での社会保障給付費とその財源を示したものが図表8である。社会保障給付費の財源の約6割は保険料、約4割は税となっている。

毎年度1兆円以上の大きな伸びとなっている給付費であるが、財源不足を理由に大幅に抑制、削減していくことは非常に難しい。年金・医療・福祉などの社会保障給付の規模が拡大する場合は、その財源である保険料負担または税負担が増額されなければならない。私たちは国債などの借入金で得た財源で「今の世代」に給付を行っている現状を、「将来の世代」が「今の世代」の給付分を利息付きで負担しなければならないと憂い、危機感を持つ必要がある。

図表8 社会保障の給付と負担の現状（2012年度予算ベース）



出典：厚生労働省「社会保障制度を取り巻く環境と現在の制度」

社会保障給付費の財源となっている社会保障関係費を含む国と地方の 2010 年度決算額を示したものが図表 9 である。社会保障関係費は 49 兆 8,777 億円となっており、歳出純計総額に占める割合は 31.2%で、歳出項目の中で社会保障関係費が最も大きな割合を占めている。

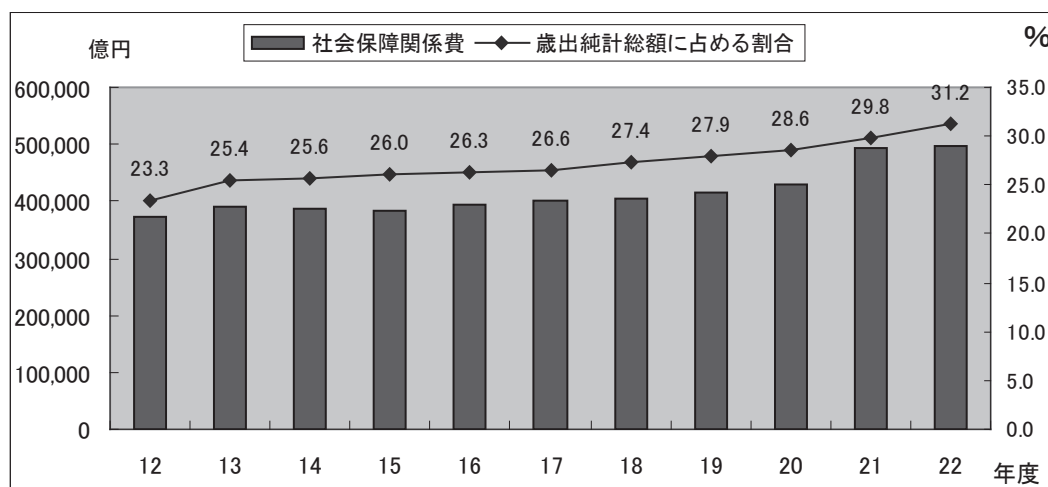
図表 9 2010 年度国・地方の目的別歳出の状況

区分	国純計		地方純計		総額	
	億円	%	億円	%	億円	%
機関費	44,379	6.7	156,323	16.6	200,703	12.5
地方財政費	1,057	0.2	0	0.0	1,057	0.1
防衛費	46,447	7.0	0	0.0	46,447	2.9
国土保全費等	57,897	8.8	122,513	13.0	180,410	11.3
産業経済費	55,066	8.3	75,489	8.0	130,555	8.2
教育費	26,049	3.9	164,298	17.5	190,347	11.9
社会保障関係費	208,283	31.5	290,494	30.9	498,777	31.2
公債費	195,344	29.5	129,791	13.8	325,135	20.3
その他	27,074	4.1	335	0.0	27,408	1.6
合計	661,596	100.0	939,243	100.0	1,600,839	100.0

出典：総務省「地方財政白書 平成 24 年版」資料編第 32 表より研究員作成
端数処理により内訳と合計が一致しない

社会保障関係費と歳出純計総額に占める社会保障関係費の割合について、介護保険が始まった 2000 年度以降の推移を示したものが図表 10 である。毎年度増加が続いており、歳出純計総額の内訳においても常に最大割合の項目となっている。

図表 10 歳出純計総額に占める社会保障関係費の割合

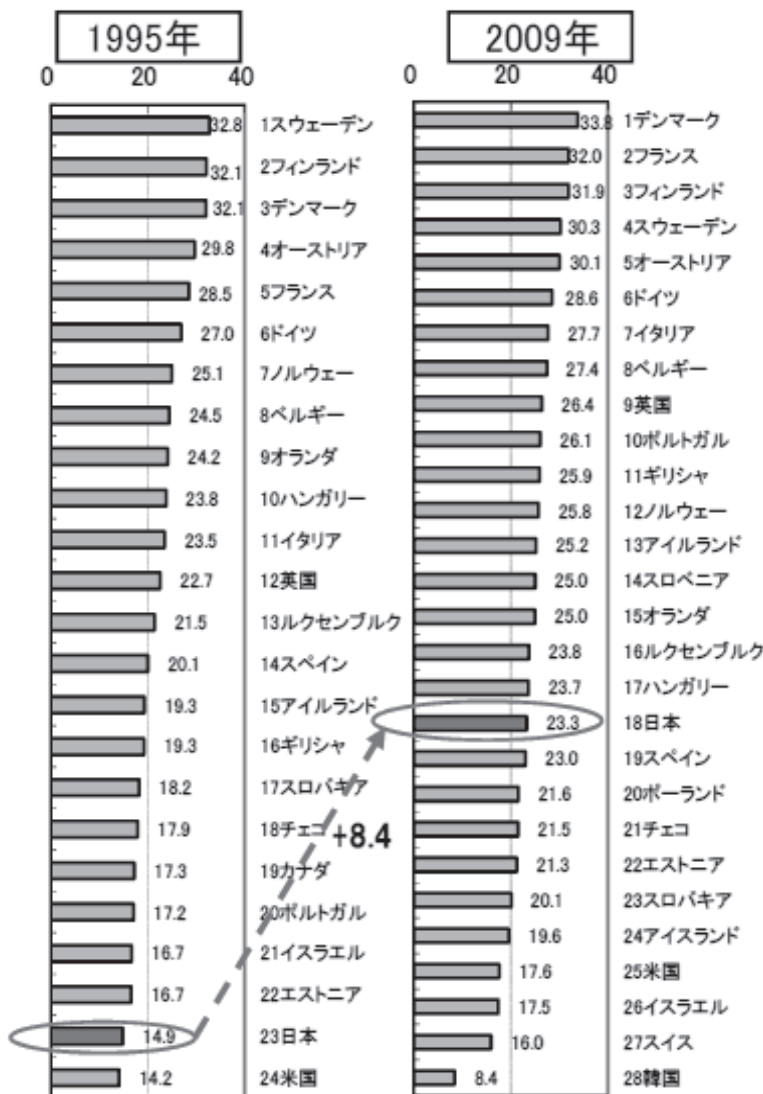


出典：総務省「地方財政白書」平成 14 年版から平成 24 年版までの各年の国・地方の目的別歳出の状況より研究員作成

③社会保障支出の国際比較

このように財政的に厳しい状況にある社会保障支出の国内総生産（GDP）に対する割合を、OECD加盟国と比較したものが図表11である。社会保障支出は高齢化が進むことで年金や医療給付が増えることに伴って増加するが、日本は高齢化のスピードが速いことから、社会保障支出の伸びが顕著となっており、2009年においてはOECDの28カ国の中では中程度の水準にまで上昇している。

図表11 政府の社会保障支出（対GDP比）



出典：財務省「日本の財政関係資料」2012年9月

日本の政府の社会保障支出のGDP比は1995年から8.4ポイント上昇している。しかし、国民負担率のGDP比は下がっていて、社会保障支出の伸びよりもその財源となる社会保険料収入と税収入の伸びが下回っていることに注意が必要である。

デンマークは33.8%で最上位となっている。オランダは25.0%となっており、日本よりもやや上位に位置している。

日本
1995年→2009年
14.9%→23.3%

デンマーク
1995年→2009年
32.1%→33.8%

オランダ
1995年→2009年
24.2%→25.0%

3 市町村が担う福祉サービス

(1) 地域福祉を担う市町村のあるべき姿

市町村は、住民にいちばん身近な基礎自治体としてさまざまな福祉サービスを担っている。かつては介護や保育といった身のまわりの「世話」は家族や隣近所の人によって維持されていることが多かった。しかし時代は進み、社会や経済の構造や価値観が変化する中で働き方をはじめ家族形態や地域の変化が進み、家族だけで身のまわりの「世話」をすることは難しくなってきた。そこで、家族に代わって最も身近に対人サービスを提供する市町村とソーシャルキャピタルの役割がより重要であるとの認識が強まっている。

ここで大切なことは、住民の身のまわりの生活を支えるサービスは、その地域の実情に応じて実施される必要があり、それができるのは、全国一律の制度で画一的に管理統括する国ではなく、創意工夫をもってきめ細かく対応できる市町村であるということである。そのためにも国から市町村に権限と財源が移譲されなければならないのであり、市町村ごとに異なる住民の望む福祉サービスが、その地域の住民の負担と意思決定により実施されていくことが、地域福祉を担う市町村のあるべき姿である。

(2) 福祉サービスの視点の変化～施設から在宅さらには地域へ～

高齢であっても障害があっても、どんな人でも住みなれた地域で、あるいはわが家で、いつまでも安心できる生活を続けたい。地域福祉の取り組みは、このようなノーマライゼーションの理念をベースとして、市町村をはじめとして地域住民、社会福祉関係者がお互いに協力し合いながら進められている。

地域福祉へつながる考え方は、1989年3月に当時の厚生省の中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会および中央児童福祉審議会の合同企画分科会が厚生大臣に提出した意見具申「今後の社会福祉のあり方について」（図表12を参照）において、人生80年時代にふさわしい長寿社会の実現、障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるようにするというノーマライゼーション理念の浸透が掲げられたことで広まるようになった。この意見具申は、それまでの施設に置かれていた福祉サービスの軸足を、在宅サービスに置き換える基点となった。

図表 12 意見具申「今後の社会福祉のあり方」における「社会福祉の新たな展開を図るための基本的考え方」のポイント

- 1 住民に最も密着した基礎自治体である市町村の役割重視
- 2 ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなどの在宅福祉施策の拡大と充実。
社会福祉協議会の機能の一層の発揮
- 3 有料老人ホームなど民間福祉サービスの健全育成と利用者保護
- 4 地域社会における総合的な福祉、保健、医療の連携強化、体系確立
- 5 高度な専門的知識・技術を備えた福祉専門職から一般のボランティアまで福祉の担い手の養成と確保
- 6 サービスの総合化・効率化推進のための福祉情報提供体制の整備

出典：厚生省福祉関係三審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）－健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言－」平成元年 3 月 30 日より抜粋要約

1990 年のいわゆる福祉関係 8 法（図表 13 を参照）改正では、在宅福祉サービスとしてのホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった居宅介護事業の位置付け、施設入所措置権の市町村への委譲が行われた。1993 年施行の改正老人福祉法では市町村、都道府県レベルでの老人保健福祉計画の策定が義務付けられたほか、老人介護の専門職育成について民間事業所の参入を容易にするための資格制度が導入された。1987 年には「社会福祉および介護福祉士法」が、1997 年には「精神保健福祉士法」がそれぞれ成立し、介護などの福祉サービスの担い手についての規定が整備された。そして 1997 年には、増大多様化する高齢者介護施策の大成として「介護保険法」が成立し、市町村が主体となって 2000 年から制度の運用が始まった。

このようにして意見具申の考え方は次々と具現化されていき、施設中心であった福祉サービスは在宅サービス中心に変化してきたが、地域福祉についての取り組みも進められてきている。地域福祉については、1990 年の社会福祉事業法の改正、1997 年の介護保険法の成立、さらには 2000 年に社会福祉事業法の全面見直しで改称された社会福祉法が重要な転換点となっており、日本の社会福祉制度を考える上では不可欠なものとなっている。市町村には地域の実情に応じて提供する創意工夫された福祉サービスについての計画を、地域住民とともに策定し推進していくことが求められている。

図表 13 いわゆる福祉関係 8 法

老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、 社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法

(3) 高齢者の福祉サービス

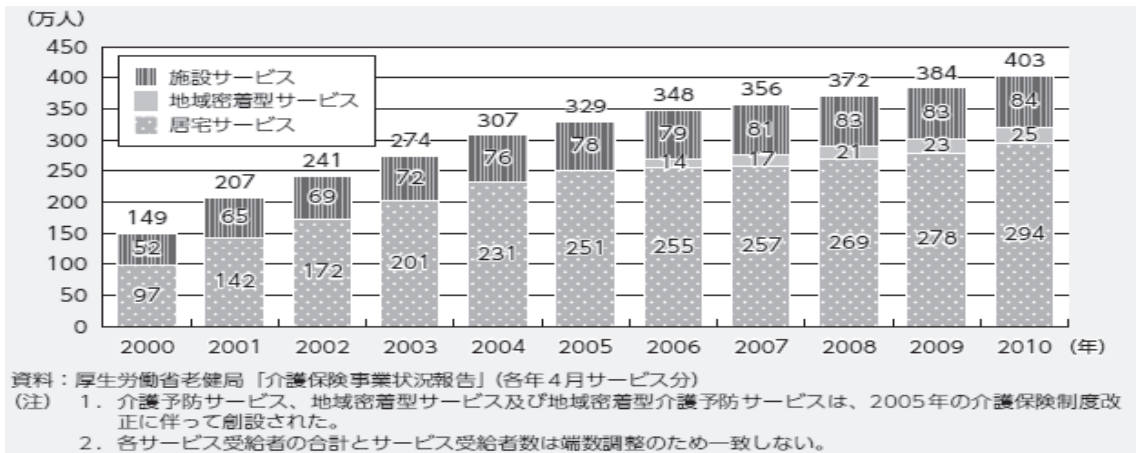
高齢化率が 10% を越えた 1980 年代後半、高齢者福祉に対する需要は、高齢者人口の増加とともに、いわゆる寝たきりといった介護が必要な高齢者の問題が一般化、普遍化していたことを背景に急速に高まり、福祉サービスの充実や介護を必要とする高齢者を抱える家族に対する支援策としての在宅サービスの強化が大きな課題となっていた。

このことから、1989 年の「高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（ゴールドプラン）」では、介護が必要となった場合の在宅生活、在宅での生活が不可能となった場合の施設入所の体制整備が進められ、短期入所介護（ショートステイ）事業や日帰り介護（デイサービス）事業が法定化されたほか、訪問介護員（ホームヘルパー）の増員が図られた。

1994 年の「新高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（新ゴールドプラン）」では、要介護状態になる前の保健予防活動や生きがい対策、地域の実情に応じた配食サービス、移送サービスなどが積極的に推進された。また、介護保険制度の導入を控えた 1999 年には「今後 5 ヶ年の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン 21）」が示され、介護サービス基盤の整備のほか、介護予防や生活支援など、できる限り多くの高齢者が、健康で生きがいをもって社会参加できる社会をつくっていくことが目指された。

そして、介護保険法が 1997 年に成立、2000 年 4 月に施行され、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして介護保険制度が市町村を保険者・実施主体として始まった。制度開始後、介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加しており、2010 年には約 403 万人となり、サービス受給者数は 10 年で約 254 万人増えている（図表 14 を参照）。

図表 14 介護サービス受給者数の推移



出典：平成 23 年版厚生労働白書

2005 年の介護保険法改正では、食費の原則自己負担などの施設給付の見直し、予防型システムへの対応としての予防給付、住み慣れた地域での生活を支えるために地域密着型サービス、地域包括支援センターが創設され、地域包括ケア、認知症ケアが法的に確立された。介護保険制度の下、在宅サービスについては、住み慣れた地域での生活に視点をおいたケアシステムが構築されてきたものの、医療ニーズの高い人や要介護度の重い高齢者など、自宅での生活が困難あるいは介護する家族の負担が過重といった介護リスクを完全には解消するまでにはいたらなかった。また、夜間・深夜・早朝帯の対応不足や医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの課題もあった。

2011 年の介護保険法改正では、在宅生活を支えるために医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムが確立されることとなった（図表 15 を参照）。

図表 15 地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

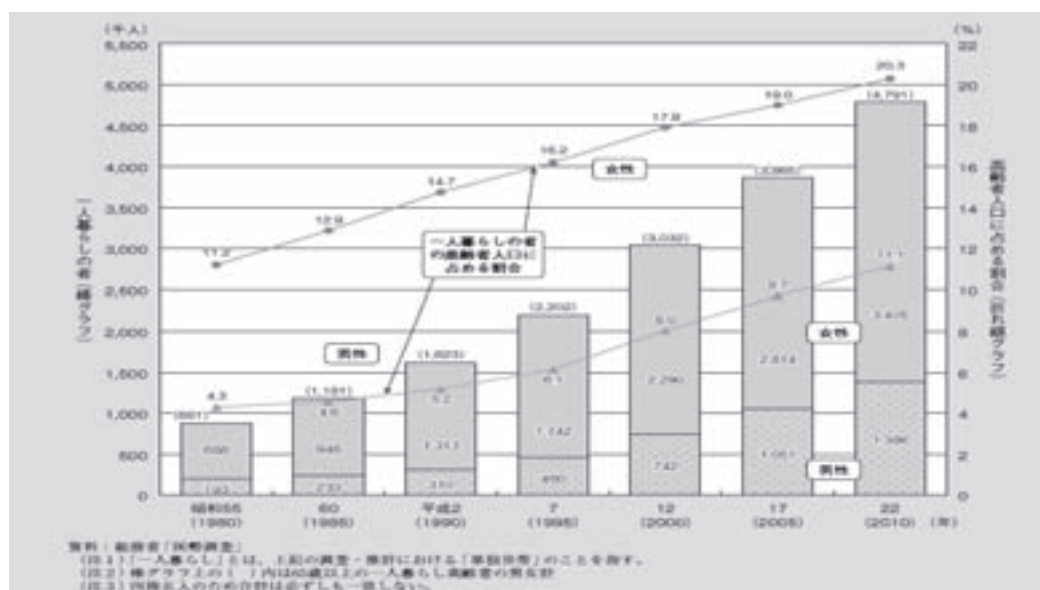
- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

出典：厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室「在宅医療・介護あんしん2012」

これまで高齢者の地域での生活を支える在宅福祉サービスの変遷を追ってきたが、高齢者の地域での生活の場である住まいにも焦点をあてておきたい。

内閣府の平成24年版高齢社会白書によると、65歳以上のひとり暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり、1980年には男性約19万人、女性約69万人、高齢者人口に占める割合は男性4.3%、女性11.2%であったが、2010年には男性約139万人、女性約341万人、高齢者人口に占める割合は男性11.1%、女性20.3%となっている(図表16を参照)。また、高齢者人口は、2010年から2020年までの10年間で約2,900万人から約3,600万人に、また高齢者の単身・夫婦世帯は約1,000万世帯から1,245万世帯に増加すると推計されている。

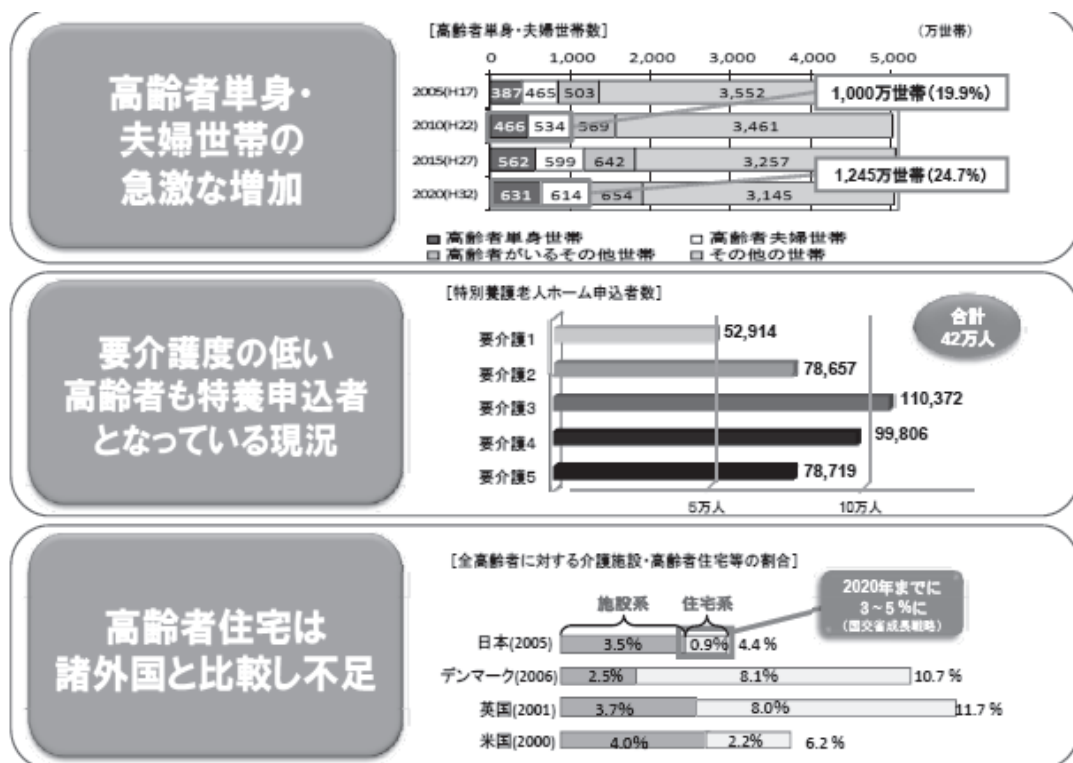
図表16 ひとり暮らし高齢者の推移



出典：平成24年版高齢社会白書

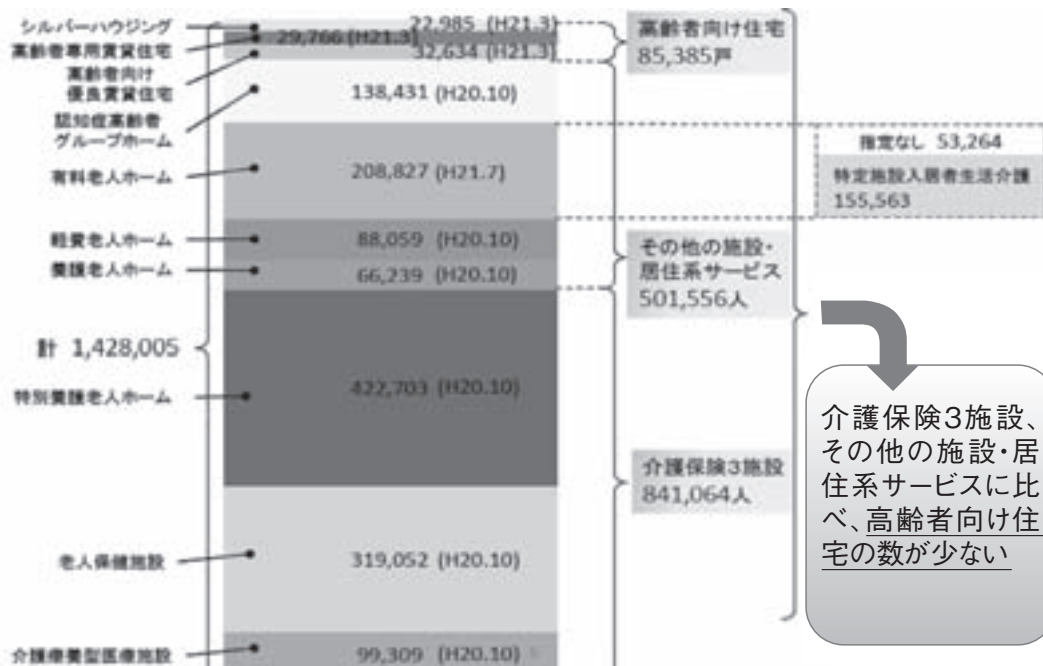
このように単身の高齢者が非常に増えている中で、介護、医療サービスをはじめとするさまざまな生活支援が必要な状態になったとしても、安心して地域で住み続けるための高齢者向けの住まいの整備は遅れているといえる。例えば、施設介護サービスの特別養護老人ホームへの入居申込者数のうち、約3分の1は比較的軽度な介護状態にある者からの申込が多い状況にあるなど、介護の不安から要介護度が軽度であっても施設入所を希望する高齢者が少なくないことが窺える。また、高齢者の住まいについて諸外国と比較してみると、いわゆる介護保険3施設といわれる特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設と認知症高齢者グループホームの整備状況は同程度となっている一方で、介護・医療と連携して高齢者を支援するサービス付の住宅の供給は諸外国に比べて立ち後れている（図表17を参照）。また、シルバーハウジングなど的高齢者向け住宅の数は、介護保険3施設、居住系施設サービスである認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホームおよび養護老人ホームの合計数よりも少ない状態となっている（図表18を参照）。

図表17 高齢者の住まいをとりまく状況



出典：国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅整備事業について」

図表 18 高齢者向けの住宅と施設の現状



出典：厚生労働省H22.7.30第28回社会保障審議会介護保険部会資料

高齢者の地域での生活を住宅面から支えるために、国土交通省の成長戦略の中では「今後10年間に60万戸の高齢者住宅を供給する」との目標が掲げられており、2020年を目途に高齢者人口に対する高齢者住宅の割合を3%から5%にすることとされている。2011年には、高齢者の住まいの確保策としてサービス付き高齢者向け住宅の制度が法律上に位置付けられ、医療、介護などが一体となった高齢者住宅の整備が進められており、従来の介護保険3施設などと比べて、このサービス付き高齢者向け住宅が今後どのような伸びを示すのか注目されるところである（図表19を参照）。

図表 19 サービス付き高齢者向け住宅の概要

入居者	①単身高齢者世帯 ②高齢者十同居者（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）
規模・設備等	○各居住部分の床面積は、原則25㎡以上。 （ただし、玄関、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18㎡以上。） ○各居住部分に、台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えたものであること。 （ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備または浴室を備えることにより、各戸に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は、各戸に台所、収納設備または浴室を備えずとも可。） ○バリアフリー構造であること。（段差のない床、手すりの設置、廊下幅の確保等）
サービス	○少なくとも状況把握（安否確認）サービス、生活相談サービスを提供 ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員または医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者が少なくとも日中常駐し、サービスを提供する。 ・常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。

出典：国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅整備事業について」

これまで述べてきたように 1980 年代に社会問題化した寝たきり高齢者問題を象徴とする高齢者の介護施策の中心は身体のケアであった。一方で認知症の高齢者に対する支援については、その取り組みの遅れが指摘されていた。

1980 年代には、介護する人手を増やした専門施設や専門のデイケアが制度化され、1990 年代になるとゴールドプランにより計画的に介護サービスが整備され、認知症高齢者のデイサービスセンターなどが新設された。

2000 年運用開始の介護保険制度では、認知症高齢者グループホームが保険給付サービスの一つとして位置付けられたほか、認知症高齢者の尊厳の保持のための最たる施策として成年後見制度が創設されるに至った。

しかし、特別養護老人ホームなどの介護保険施設においては依然として身体介護の入所が中心となっていたことから、精神科病院に入院する認知症高齢者の数が 2011 年は 5 万 3,400 人と過去最多に上ったと報道されている(図表 20 を参照)。

図表 20 認知症の精神科入院最多の記事の要約

精神科病院に入院する認知症の人が、昨年は 5 万 3,400 人と過去最多に上った。厚生労働省が 3 年ごとに実施する患者調査によると、精神科病院に入院する認知症の人の数は、1996 年に 2 万 8,100 人だったが、高齢化の進展で 2005 年に 5 万 2,100 人へ増加。2008 年は、ほぼ横ばいで 5 万 1,500 人だった。今回の調査は、東日本大震災の影響で宮城県の 3 市 2 町と福島県を除く集計だが、それでも過去最多を更新した。

出典：読売新聞 2012 年 11 月 28 日朝刊記事を研究員が要約

厚生労働省が 2012 年 6 月にまとめた「今後の認知症施策の方向性について」では、認知症の早期診断・早期対応の遅れや行動や心理症状への不適切な対応、要介護度が軽度であっても認知症の人は在宅で生活することは難しいという考え方の一般化などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えていると指摘されている。また、認知症の的確な診断と患者への対応を行っている「認知症疾患医療センター」の数が少ないなど認知症に対する包括的な医療・介護サービスの提供体制が不十分であるほか、市町村の認知症にかかわる課題やサービスの把握・分析も遅れていると指摘されている。

これらを踏まえて、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変えるため

の7つの視点から具体的な対応方策が示されている（図表21を参照）。

認知症患者への支援策については2012年度からの介護保険事業計画の中で策定することの努力義務が法律上設けられたが、今後の地域での認知症支援施策のさらなる進展が期待される。

図表21 認知症ケアに関する7つの視点と主な内容

1	標準的な認知症ケアパスの作成・普及 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供
2	早期診断・早期対応 「認知症初期集中支援チーム」の設置、早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
3	地域での生活を支える医療サービスの構築 一般病院での認知症対応力の向上、精神科病院に入院が必要な状態像の明確化、精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
4	地域での生活を支える介護サービスの構築 認知症にふさわしい介護サービスの整備、地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用の推進、介護保険施設等での認知症対応力の向上
5	地域での日常生活・家族の支援の強化 認知症に関する介護予防の推進、「認知症地域支援推進員」の設置の推進
6	若年性認知症施策の強化
7	医療・介護サービスを担う人材の育成

出典：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム厚生労働省 H24.6.18.「今後の認知症施策の方向性について」より抜粋要約

（4）障害者の福祉サービス

障害者福祉サービスについては、行政が障害者に必要なサービスを決定する措置制度を基本として障害者、障害児の家族の負担を軽減する観点から施設入所や入院を中心に進められていた。

1981年に国際連合が「国際障害者年」として障害者が家庭においてまたはそれに近い状態で生活することが望ましいとの理念を提唱したことを背景に障害者の在宅サービスに対する需要が高まり、1982年には「障害者対策に関する長期計画」が、1993年には「障害者に対する新長期計画」が策定され、ノーマライゼーションの理念のもと障害者が一般市民と同様に社会の一員として毎日の生活を営むことができるように、重度障害者の療護施設やリハビリテーション施設、授産施設などの施設整備とともに在宅サービス体制の整備が進められた。

このようにして障害者福祉は、従来の施設施策中心の取り組みから、在宅福祉施策についても重視した取り組みへと移り変わっていった。さらに 1995 年の障害者プラン、2002 年の新障害者プランで国は保健福祉サービスだけではなく、住宅、教育、雇用などさまざまな観点から障害者の自立した地域生活を支える施策の推進を示している。

2003 年からは、利用者自身によるサービス選択の尊重などを目的として、それまでの行政がサービスを決定する措置制度が改められ、利用者とサービス提供者との直接契約によりサービスが提供される支援費制度が導入された。しかし、地域における自立・共生に一定の進展がみられたものの、ホームヘルプサービスについて未実施市町村があるなど地域によるばらつきがあったほか、精神障害者に対する福祉サービスは支援費制度の対象になっていないなどの課題が存在していた。

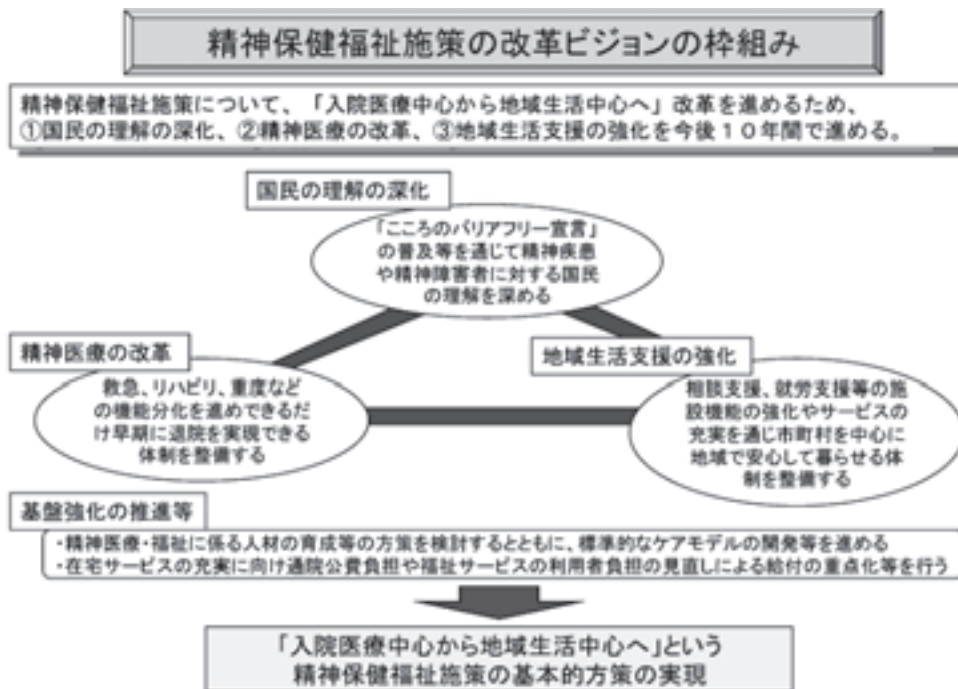
これを踏まえて 2005 年に障害者自立支援法が制定され、身体・知的・精神といった、障害の枠にとらわれない福祉サービスを受けられる仕組みがつけられた。また、入所施設や病院から、生活の場を住み慣れた自宅や地域のグループホームなどへ移行することや、就労が促進されることとなった。市町村においては障害者自立支援法に基づいて障害福祉計画を策定し、地域生活や一般就労への移行を目指すとともに、自立支援給付や地域生活支援事業など、障害のある人、一人ひとりが地域の一員として安心して自分らしく自立した生活を送ることのできる地域社会の実現を推進している。

精神障害者については、かつて精神衛生法の下、入院処遇を中心として対策が講じられたことや、地域での受け皿が整備されていなかったことなどから、精神科病床への入院が長期化している患者は少なくなかった。地域生活への移行については、2004 年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示し、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めている（図表 22 を参照）。

この改革ビジョンに従って、2008 年度からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」により統合失調症をはじめとする入院患者の減少および地域生活への移行に向けた支援など、受け入れ条件を整えば退院可能な精神障害者の退院支援や

地域生活支援に関する様々な取り組みが進められているが、目指すところは、障害の有無に関係なく、社会の一員としてお互いに労わりあい、支えあい、共に地域で生活することについての理解である。

図表 22 精神保健医療福祉の改革ビジョン

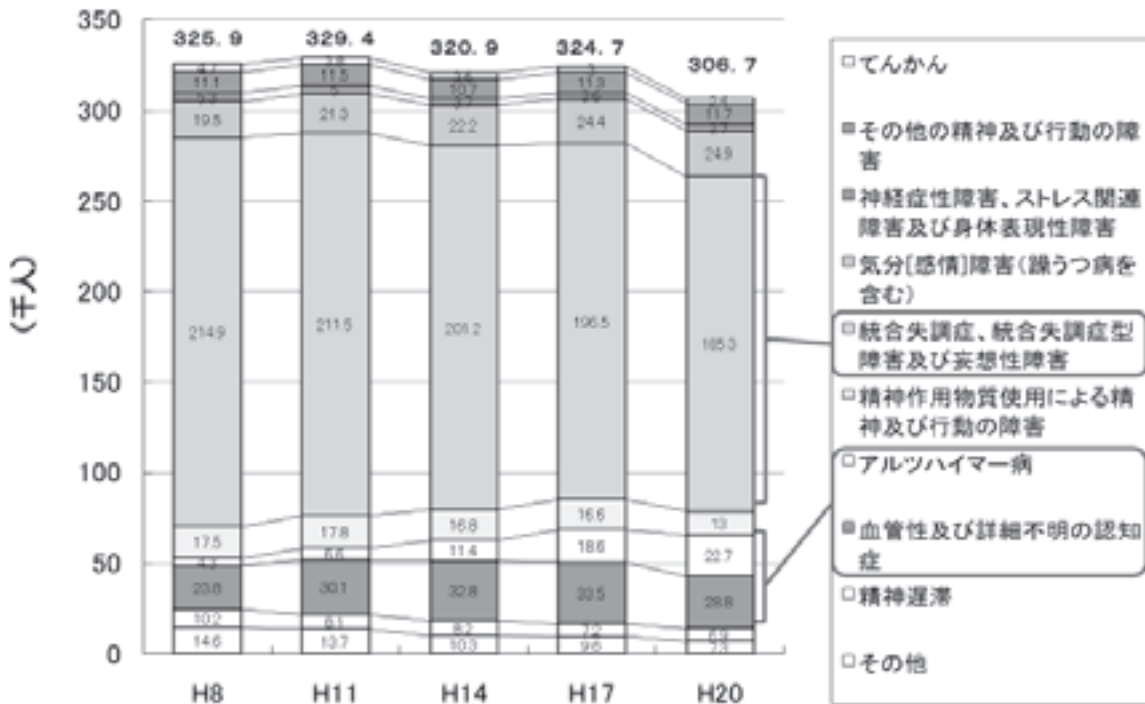


出典：厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」

2011年には精神科医などの保健医療スタッフと、精神保健福祉士などの福祉スタッフとが「多職種チーム」として受療中断者や自らの意思では受診が困難な精神障害者に対してきめ細やかな訪問（アウトリーチ）や相談支援を行う取り組みが進められている。

厚生労働省の患者調査によると、2008年に30万6千人であった精神病床入院患者数は2011年には29万3千人にまで減少している。精神病床入院患者のうち、最も多いのは統合失調症患者であり、その次に多いのがアルツハイマー病などの認知症患者となっている。統合失調症患者については減少しているが、認知症患者は高齢化の進行により増加を続けている（図表 23 を参照）。

図表 23 精神病床入院患者の疾病別内訳



出典：厚生労働省「精神病床における認知症入院者の状況について」

4 税負担の状況

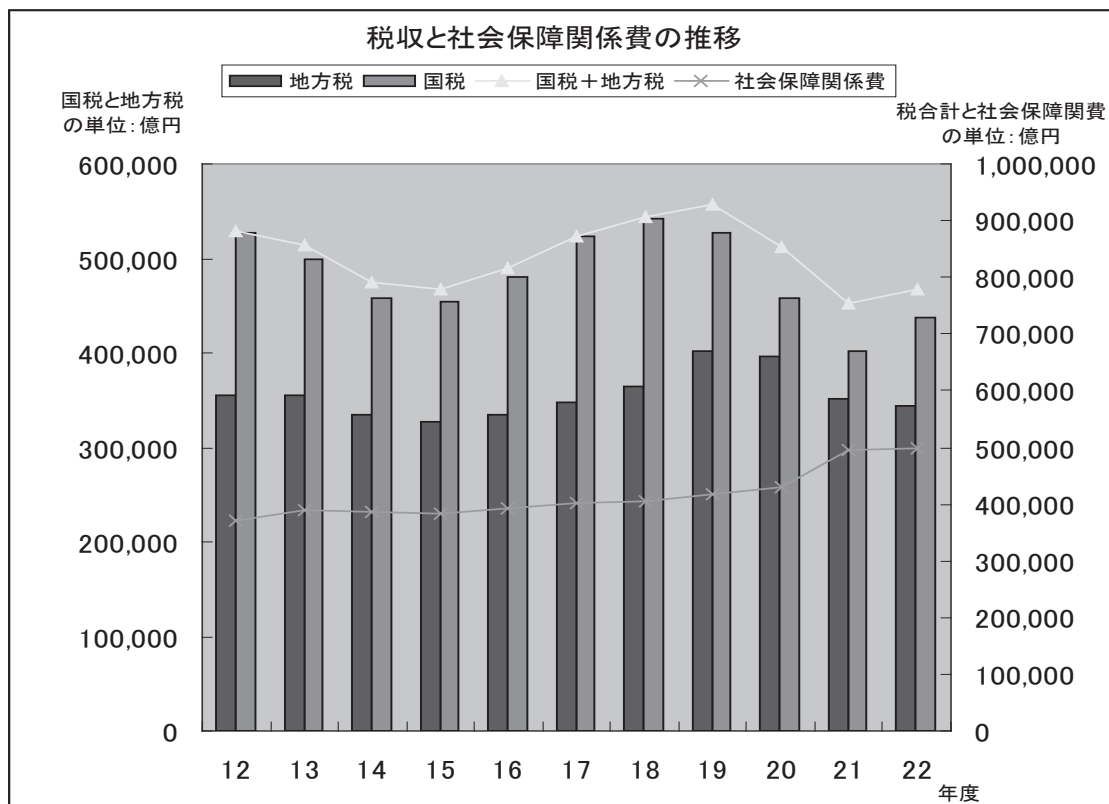
(1) 税収

2010年度に国税と地方税を合わせ租税として徴収された額は78兆237億円で、このうち地方税の決算額は34兆3,163億円となっている。

最近10年間の税収についてはリーマンショック直前の2007年度にピークの92兆9,226億円となったが、特に地方税については2008年度以降、減少の一途をたどり、2010年度の地方税収の規模は2005年度と同程度となっている。

図表24は税収の推移に前述した社会保障関係費の推移を重ねてみたものである。社会保障関係費が高齢化の進展とともに着実に増加している一方で、税収は減少傾向となっており、社会保障給付費の水準を維持しようとするためにはそれ以外への支出を削減するか、公債で財源をまかなうか、あるいは受益と負担の観点から増税により財源を確保しなければならない現状が示されている。

図表 24 税収と社会保障関係費の推移

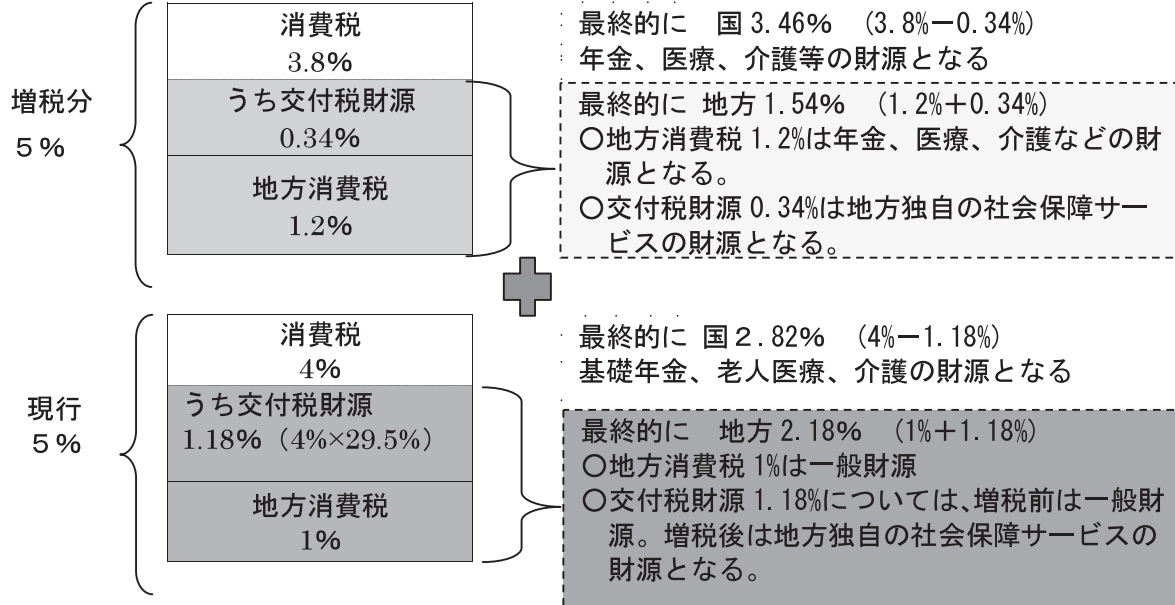


出典：総務省「地方財政白書」平成 14 年版から平成 24 年版までの各年の国・地方の目的別歳出の状況より研究員作成

(2) 社会保障と税の一体改革による消費税の増税

2012 年 8 月に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」が可決成立し、社会保障の財源を確保するために消費税の税率を 2014 年 4 月に 5% から 8% に、2015 年 10 月には 8% から 10% に段階的に引き上げ、高齢化の進展に伴う年金・医療・介護などの社会保障給付費の財源を安定的に確保することとなった。消費税の税率について正確に表現すれば、国の消費税 4% と地方消費税 1% で構成される現在の消費税 5% は、国の消費税 6.3% と地方消費税 1.7% の 8% となった後に、国の消費税 7.8% と地方消費税 2.2% の 10% になる。社会保障と税の一体改革では、法による規制はないものの現行の 5% のうちの地方が収入する地方消費税分 1% 分以外は社会保障に関する経費の財源とすることとされている（図表 25 を参照）。

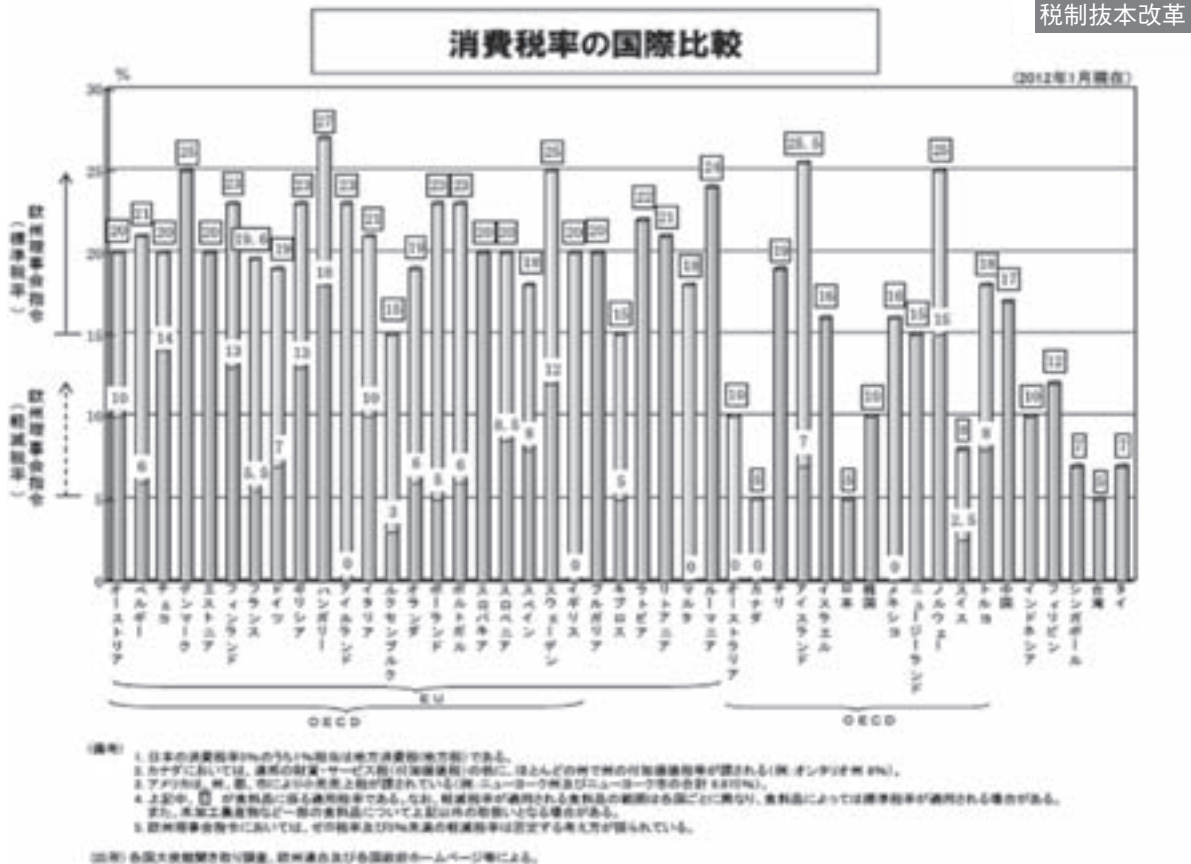
図表 25 消費税増税後の税率および用途



出典：総務省税制改正資料から研究員作成

(3) 諸外国の消費税（付加価値税）

図表 26 消費税率の国際比較



出典：財務省「社会保障と税の一体改革説明会参考資料 2012年4月26日」

諸外国は日本よりも高率の消費税（付加価値税）が課税されている。特に北欧諸国が高率となっている（図表 26, 27 を参照）。

図表 26 中に列挙されている国々で、日本の税率 5%は最低の税率となっている。本調査研究の調査対象国としたオランダの税率については、図表中は 19%となっているが、2012 年 10 月から 21%に引き上げられている。ただし、食料品などには軽減税率 6%が適用されている。また、デンマークについては、軽減税率がなく一律 25%となっており、軽減税率のない国では一番高い税率となっている。

図表 27 研究員が現地で購入をしたときのレシートから分かる付加価値税

(a) デンマークの例



- * このレシートは税込み表記
- * デンマークの付加価値税 25%
- * 商品 11.6 クローネ (14.5 - 2.9)
- ×税率 25%
- =付加価値税(MONS)2.9 クローネ
- * 参考
- デンマークは軽減税率なし
- * 1 デンマーククローネ 15 円として換算
- 商品 174 円 × 25% = 43 円
- 日本の場合 : 174 円 × 5% = 8 円

(b) オランダの例



- * このレシートは税込み表記
- * オランダの付加価値税 21%
- * 商品 13.6 ユーロ (16.45 - 2.85)
- ×税率 21%
- =付加価値税(BTW)2.85 ユーロ
- * 参考
- オランダでは食料品は 6%の軽減税率

(c) オランダ軽減税率の例

Albert Heijn Foodplaza
Nieuwezijds Voorburgwal 226
Tel.: 020-4218344

	EUR	
ROSEMOUNT	8,12	
CRYSTAL CL	0,84	
LINDEMANS	8,12	
SNOEPGRONTE	1,69	
SCUIV KLOMP	4,79	
A- CHORIZO	2,09	
E-RM DESSERT	0,52	
A- VORREN	0,60	
A- ROOKKAAS	1,47	
HAND & NAT.	2,53	
LVOR MIX	2,32	
HAND & NAT.	2,53	
SLIZ WANSJIS	1,79	
SUB TOTAAL	37,41	
AKTIE SUPERDIEREN		
3 SUPERDIEREN		
OVER EUR 37,41		
TOTAAL	37,41	
CONTANT	40,00	
TERUG	2,60	
TOTAAL SUPERDIEREN	3	
BTW	OVER	EUR
21,0%	18,10	3,80
6,0%	14,63	0,88
0,0%	0,00	0,00
TOTAAL	32,73	4,68
1001 7 672 83		
18:14 16-10-2012		
4 gratis kaartjes		
bij elke € 10,-		



- * 税込みで 37.41 ユーロの商品うち
- * 21%適用商品の税抜き価格は 18.1 ユーロで
付加価値税は 3.8 ユーロ
- * 6%適用商品の税抜き価格は 14.63 ユーロで
付加価値税は 0.88 ユーロ
- * 左記のリスト上に 0%適用商品はなし
- * 商品の税抜き価格 32.73 ユーロ
+ 付加価値税 4.68 ユーロ
= 合計 37.41 ユーロ

(参考)

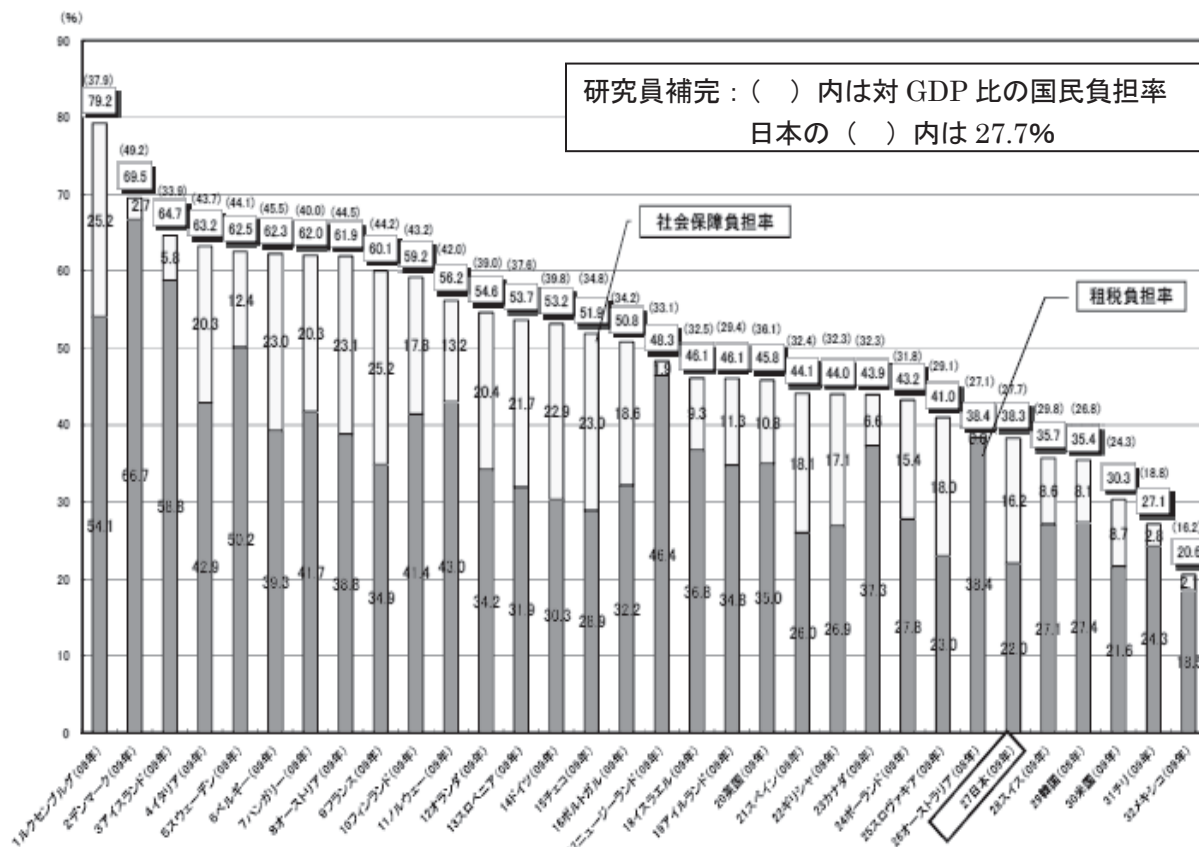
- * 1 ユーロ 100 円として換算
- 商品の税抜き価格 3,273 円
- 付加価値税 468 円
- 日本の場合 : 3,273 円 × 5% = 163 円

(4) 国民負担率

国民負担率は、国民全体の税負担・社会保障負担の水準を見るために用いられる指標で、租税負担と社会保障負担を合わせた総負担額の対 GDP 比のことをいう。総負担額の対国民所得比という場合もあるが、この場合だと分母に間接税が含まれないことから、税収に占める間接税の割合が高い国は相対的に負担率が高く表わされる傾向がある。そのため、ここでは対 GDP 比を用いることとする。

2009年度の国民負担率を OECD 諸国と比較したものが図表 28 である。括弧内の数値が対 GDP 比となっているが、日本の国民負担率は対 GDP 比 27.7%で、OECD 諸国の中では下位に位置している。本調査研究の調査対象国としたオランダは 39%で中位、デンマークは 49.2%と上位に位置している。

図表 28 OECD 諸国の 2009 年の国民負担率

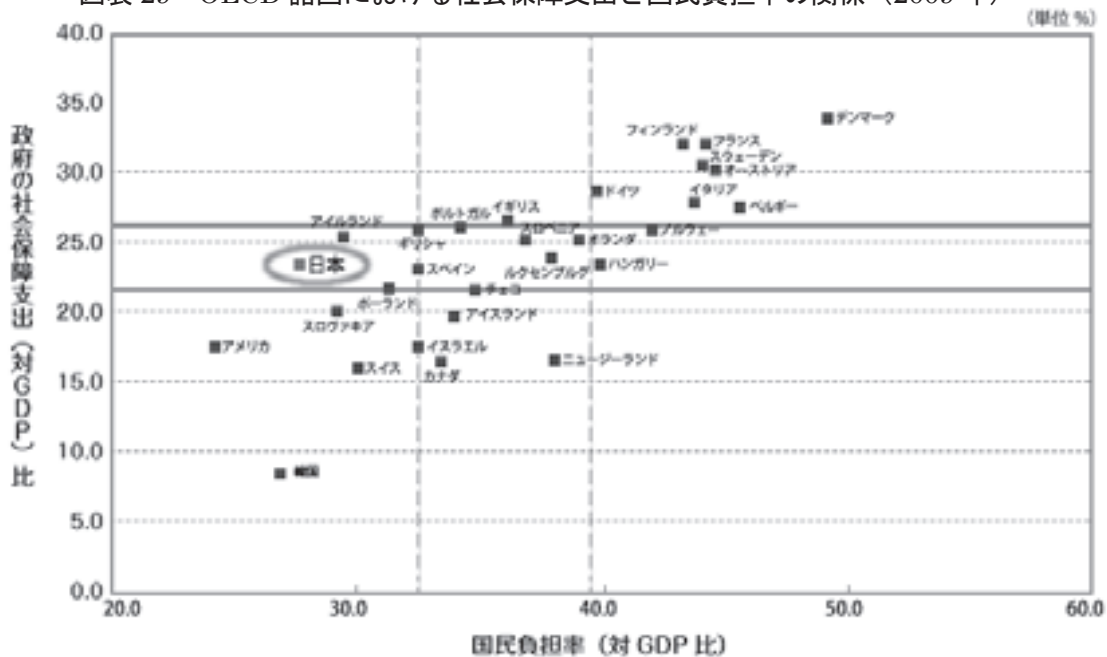


(注1) OECD加盟国34カ国中32カ国の実績値。残る2カ国(トルコ、エストニア)については、計数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。
(注2) 括弧内の数字は、対国内総生産比の国民負担率。
(出典) 日本：内閣府「国民経済計算」等 諸外国：National Accounts 2011(OECD) Revenue Statistics(OECD)

出典：財務省「財政関係基礎データ（平成 24 年 4 月）国民負担率の国際比較（OECD 加盟 32 カ国）」

前述した政府の社会保障支出の対 GDP 比（図表 11 を参照）と国民負担率の対 GDP 比を合わせて表したものが図表 29 である。日本の社会保障支出の対 GDP 比は 23.3%で、国民負担率の対 GDP 比は 27.7%となっている。全体で比較してみると支出は中レベル、負担は低レベルのいわゆる「中福祉低負担」となっていることが分かる。デンマークは支出も負担も高レベルで、まさに「高福祉高負担」の国であること、オランダは支出も負担も中レベルで「中福祉中負担」の国であることが確認できる。

図表 29 OECD 諸国における社会保障支出と国民負担率の関係 (2009 年)



出典：政府広報オンライン「社会保障支出と国民負担率のバランス」

以上がこれまでの日本の社会保障に関する歩みである。1973 年の福祉元年が悲劇的に崩れ、増税なき財政再建の合言葉の下に小さな政府が続くことになる。その結果、社会や経済のありようもすっかり変わり、あたかも人々は幸せの分かち合いを忘れてしまったかのようなのである。「福祉」の「福」も「祉」も「幸せ」という意味がある。その幸せの分かち合いを忘れてはならない。困っている人の悲しみを分かち合えば、困っている人に幸せが訪れ、悲しみを一緒に分かち合った人は、自己が他人にとって必要不可欠な存在となったことに生きがいを感じることで幸せが訪れる。今後、分かち合うことができる社会が実現されることを期待して止まない。

5 訪問国の概要

(1) オランダ

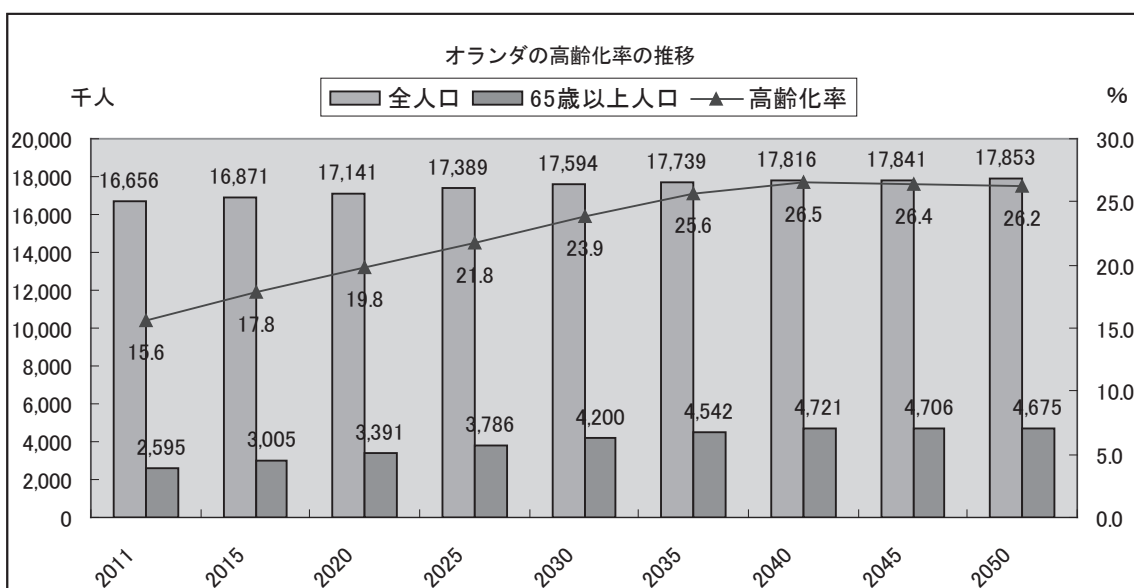
国名	オランダ王国 Kingdom of the Netherlands
面積	約 4 万 1,864 平方キロメートル
人口	1,673 万 348 人 うち 65 歳以上 271 万 6,000 人 高齢化率 16.2% (2012.1.1 現在 2012 年オランダ統計局)
首都	アムステルダム
言語	オランダ語
通貨	ユーロ

オランダ国旗&地図



出典：地図については EU ホームページより一部抜粋。

http://europa.eu/abc/maps/members/neth_en.htm



出典：オランダ統計局「Key figures of the population forecasts 2012-2060」より研究員作成

経済・財政状況	2009年	2010年	2011年
実質 GDP 成長率 (%)	▲3.7	1.6	1.0
(参考：日本)	(▲5.5)	(4.5)	(▲0.8)
一人あたり名目 GDP (ドル)	48,300	47,017	50,216
(参考：日本)	(39,321)	(42,863)	(45,870)
失業率 (%)	2.6	3.0	2.7
(参考：日本)	(5.1)	(5.1)	(4.6)
経常収支 (100 万ドル)	41,219	59,798	81,516
(参考：日本)	(146,395)	(204,118)	(119,211)
貿易収支 (100 万ドル)	47,776	56,103	65,132
(参考：日本)	(43,178)	(90,762)	(-20,410)
財政収支対 GDP 比 (%)	▲5.5	▲5.0	▲4.6
(参考：日本)	(▲7.6)	(▲7.5)	(▲8.7)
税制	<p>○国の所得税は、老齢年金、遺族年金、特別医療保険の社会保険料率を含めて 65 歳未満は 33.1%~52%、65 歳以上は 15.2%~52% (特別医療保険分は AWBZ の財源となる)</p> <p>○地方税に住民税に相当するものはない。オランダには所得を課税標準とした地方税は存在しない。</p> <p>○地方税の主なものは、州政府の自動車税、基礎自治体の固定資産税、水管理組合の水利税がある。</p> <p>○付加価値税は 21%、ただし食料品などは 6%</p> <p>○国民負担率 (租税と社会保険料の合算の GDP 比) 39.0%</p> <p>(参考：日本の国民負担率は 27.7%)</p>		

地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・2012年1月1日現在、オランダには12の州と415の地方自治体が設置されている。 ・州知事および地方自治体の長は国王の勅命によって任命される。(選挙ではない) ・州および地方自治体は自治権に基づく事務のほか、国から委任された多くの事務を執行している。 										
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="416 551 687 696">州の業務</td> <td data-bbox="687 551 1361 696">道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 696 687 1133">基礎自治体の業務</td> <td data-bbox="687 696 1361 1133">市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など</td> </tr> </table>	州の業務	道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など	基礎自治体の業務	市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など						
州の業務	道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など										
基礎自治体の業務	市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など										
<p>出典：日本都市センター「各国の地方政府の役割分担」から抜粋要約</p>											
<ul style="list-style-type: none"> ・州および基礎自治体の税収は少なく、国からの移転財源（特定交付金、一般交付金）に依存しており、財政的にも中央依存体制となっている。 											
(単位：ミリオンユーロ)											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 1379 639 1447">2012年</th> <th data-bbox="639 1379 999 1447">歳出合計</th> <th data-bbox="999 1379 1361 1447">税収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 1447 639 1503">州</td> <td data-bbox="639 1447 999 1503" style="text-align: center;">9,051</td> <td data-bbox="999 1447 1361 1503" style="text-align: center;">1,486</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1503 639 1570">基礎自治体</td> <td data-bbox="639 1503 999 1570" style="text-align: center;">52,268</td> <td data-bbox="999 1503 1361 1570" style="text-align: center;">8,305</td> </tr> </tbody> </table>			2012年	歳出合計	税収	州	9,051	1,486	基礎自治体	52,268	8,305
2012年	歳出合計	税収									
州	9,051	1,486									
基礎自治体	52,268	8,305									
<p>出典：オランダ統計局「Statistical Yearbook 2012」より研究員作成</p>											
<p>*特定交付金：警察、教育、福祉など全国で統一されなければならない行政事務を対象として交付される。</p>											
<p>*一般交付金：人口や面積などの要素により算定され、地方自治体間の財政力の差を均等化することを目的に交付される。</p>											
<p>*参考：(財)自治体国際化協会「オランダの地方自治」</p>											
医療介護保険制度	<ol style="list-style-type: none"> 1 オランダは、日本と同様に社会保険を採用している。 2 オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。 										

<p>医療介護保険制度</p>	<p>3 “Compartment 1”は、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険。日本における介護保険にあたる。この保険は特別医療費保険と呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法（The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)）である。</p> <p>(1) 被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険加入については、オランダの居住者、非居住者でも支払給与税（payroll tax）の対象者は原則として強制加入である。 ・被保険者は、サービスを受けるためには、ケア判定センター（CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)）の審査を受けなければならない。ここで、給付の必要性、サービスの種類、量が決定される。 <p>(2) 保険者・事務代行者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・AWBZ は、強制加入であり、保険者は国である。ただし、実際の保険の給付は、“Compartment2”の保険者である Care insurer が代行している。 ・この事務代行者は、“Health Care Office (Zorgkantoren)”と呼ばれており、“Region”ごとに 1 つだけ存在している。Health Care Office は、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院、ナーシングホームなどのサービス供給者と契約する。 ・オランダには医療計画実施のために、32 の Region が存在する。 <p>(3) カバーされるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別医療費保険でカバーされるサービスは、1年を超える治療、1年を超えるリハビリ、予防接種、介護サービスなど。 ・介護サービスのうちの在宅サービスは、家庭医（GP）と在宅ケア協会によるホームヘルパーや訪問看護師の派遣がある。 ・介護サービスのうちの施設サービスには、高齢者ホーム（在宅サービスや家族介護では不十分な人を対象）とナーシングホーム（重度介護が必要な障害者・高齢者）がある。 <p>(4) 財源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別医療費保険の財源は、被保険者の所得比例保険料、国の補助金、サービス利用者自己負担金から成っている。 ・これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金（General Exceptional
-----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>医療介護保険制度</p>	<p>Medical Expenses Fund) (AFBZ) に集められ、Health Care Office を通じてサービス供給者に費用償還される。</p> <p>4 “Compartment2”は、治療サービスを中心とした短期の医療費をカバーする保険。日本における医療保険にあたる。</p> <p>(1) 被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オランダの居住者および非居住者であっても支払給与税を納めている者は、保険への加入義務がある。 <p>(2) 保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 の保険者は、私的な健康保険会社であり、“Care insurer”と呼ばれている。 <p>(3) カバーされるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 で給付されるサービスは主に治療サービスであり、かかりつけ医 (GP) や専門医などの診察、検査、医薬品、1年以内の入院が含まれる。 <p>(4) 財源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 の財源は、所得比例保険料、国による公的補助金、被保険者の定額保険料、自己負担金である。 ・所得比例保険料、国による公的補助金は、健康保険基金 (The Health Insurance Fund) に集められ、各保険者に配分される。 ・赤字経営が見込まれる保険者が 18 歳以上の被保険者に対して定額保険料を課す。 <p>5 “Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”では対象外となる 22 歳以上の歯科、高度先進医療などの自由診療をカバーする任意加入の保険。保険者は民間保険会社。</p> <p>6 オランダの高齢者対策</p> <p>(1) 高齢化の課題と対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスへの需要が高まり、財源・人材の確保が課題となった。1980 年代後半から医療介護制度改革に取り組む。 ・1980 年代：慢性疾患患者へのケアの在り方の見直し。施設ケアから在宅ケアへの転換。 ・1990 年代：施設外のケアを充実。自立した生活の支援。利用者本位のサービスと自己責任をベースとした長期ケアシステムの構築をめざすために改革を実施。 <p>(2) 特別医療費保険における個別ケア予算 (現金給付) の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象となるサービス：在宅サービス、マントルケア (家族、
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>医療介護保 険制度</p>	<p>友人、近隣住民が無償で行う介護)、施設サービス。</p> <p>(3) マントルケアの促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もともと介護の家族依存度が低かったが、介護サービス需要の増大に伴う財源逼迫、専門サービスの待機者問題*、介護人材不足に対処するためにマントルケアが促進された。 <p>(4) 2007年社会支援法 Wmo の施行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地方自治体に地域医療、介護政策をゆだねることによって、地域住民の要望に即したサービス提供、住民を巻き込んだ自立支援サービス体制の構築、あらゆる市民が社会参加できる新しい地域社会の形成を目的としている。 ・特別医療費保険の給付対象であったマントルケアを含む家事援助や住宅の改修などの介護サービスの一部が移管された。 ・特別医療費制度は、相対的に重度の医療介護サービスを対象とし、家事援助などの軽度サービスは社会支援法の下で実施。 ・社会支援法は地方自治体に対し、高齢者、障害者の自立支援や家族介護への支援を行うことを義務付けている。 ・サービスの実施は各自治体の裁量。サービスの利用に地域差がでることもある。
----------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

*サービスの給付には数週間を要する。

(2) デンマーク

国名	デンマーク王国 Kingdom of Denmark
面積	4万3,098平方キロメートル (2012年デンマーク統計局)
人口	558万516人 うち65歳以上96万8,084人 高齢化率17.3% (2012.1.1現在 2012年デンマーク統計局)
首都	コペンハーゲン
言語	デンマーク語
通貨	デンマーククローネ

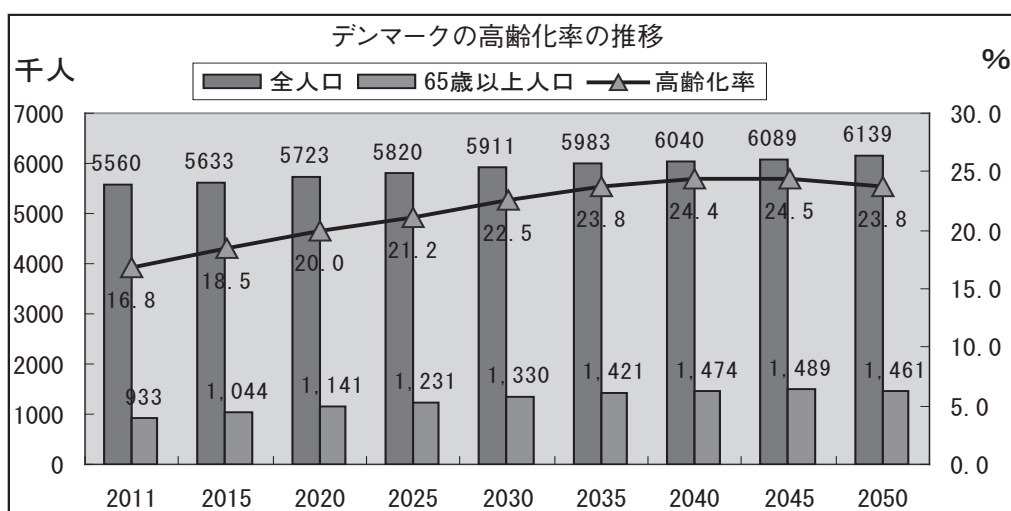
デンマーク国旗&地図

Denmark



図表

出典：デンマーク統計局「Statistical Yearbook2012」より一部引用。



出典：デンマーク統計局「Statistical Yearbook2012」より研究員作成

経済・財政状況	2009年	2010年	2011年
実質 GDP 成長率 (%)	▲5.8	1.3	1.0
(参考：日本)	(▲5.5)	(4.5)	(▲0.8)
一人あたり名目 GDP (ドル)	56,449	56,369	59,928
(参考：日本)	(39,321)	(42,863)	(45,870)
失業率 (%)	6.0	7.5	7.6
(参考：日本)	(5.1)	(5.1)	(4.6)
経常収支 (100 万ドル)	10,191	17,221	21,652
(参考：日本)	(146,395)	(204,118)	(119,211)
貿易収支 (100 万ドル)	7,798	8,622	9,630
(参考：日本)	(43,178)	(90,762)	(▲20,410)
財政収支対 GDP 比 (%)	▲2.8	▲2.8	▲3.7
(参考：日本)	(▲7.6)	(▲7.5)	(▲8.7)
税制	<p>○国の所得税は、0%、4.64%、15%の3段階。</p> <p>○基礎自治体の住民税は、自治体によって22.7%～27.8% (参考：訪問したオーデンセ市は24.5%、ミドルファート市は25.8%)</p> <p>○個人の所得に対しては、国の所得税、基礎自治体の住民税および教会税、医療賦課税7%に加えて労働市場貢献税8%が課税される。所得税と住民税を合わせた限界税率は51.5%</p> <p>○付加価値税は25%</p> <p>○国民負担率 (租税と社会保険料の合算のGDP比) 49.2% (参考：日本の国民負担率は27.7%)</p>		
地方自治体	<p>・2007年1月に地方自治体が再編され、5つのレギオン (地方) と98の基礎自治体 (市) に再編された。</p>		

地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> 基礎自治体（市）は社会福祉などの市民生活に直接かかわる公的部門の主要窓口となっている。 												
	レギオン（地方）の業務	病院、医療サービス、地域開発、土壌汚染防止など											
	基礎自治体の業務	社会福祉、児童福祉、義務教育、高齢者福祉、在宅ケア、徴税、防災、環境対策、公共交通、文化スポーツ施設運営など											
	<ul style="list-style-type: none"> レギオンには課税権がない。国からの交付金や基礎自治体の拠出金を財源としている。 基礎自治体の歳出と税収 （単位：百万 DKK） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">2010年</th> <th style="width: 35%;">歳出合計</th> <th style="width: 35%;">税収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基礎自治体全体</td> <td>428,666</td> <td>223,588</td> </tr> <tr> <td>（参考）オーデンセ市</td> <td>14,776</td> <td>6,544</td> </tr> <tr> <td>（参考）ミドルファート市</td> <td>2,896</td> <td>1,460</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: small;">出典：デンマーク統計局データから研究員作成（DKK＝デンマーククローネ）</p>		2010年	歳出合計	税収	基礎自治体全体	428,666	223,588	（参考）オーデンセ市	14,776	6,544	（参考）ミドルファート市	2,896
2010年	歳出合計	税収											
基礎自治体全体	428,666	223,588											
（参考）オーデンセ市	14,776	6,544											
（参考）ミドルファート市	2,896	1,460											
医療介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> デンマークでは国の責任において全ての国民の生活が保障され医療（歯科、物理療法を除く）、介護、福祉サービス、教育、年金は税金を財源として無償で給付される。 15歳以上の住民は、医療制度のうちグループ1またはグループ2のいずれかを選択。 グループ1を選択した場合は、住民は、レギオンから指定された総合医 General Practitioner（GP）から家庭医をあらかじめ選定し、緊急時以外は原則全ての病気について最初に家庭医の診察を受ける。ただし、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの専門医を受診する場合には家庭医の紹介は不要。 グループ2を選択した場合は、総合医や専門医などを自由に選んで受診することができるものの、一定額を自己負担しなければならない。 高齢者介護や障害者ケアなどは、「社会サービス法」に基づき、税金を財源として基礎自治体によって担われている。（一部のリハビリテーションで自己負担がある。） *社会サービス法での主なサービス 在宅ケア、ショートステイ、リハビリテーション、同行サービス、高齢者住宅、補助器具、住宅改修など 												

第2章 訪問先調査報告

デン・ハーグ市役所

訪問日時：2012年10月15日（月）9：00～10：30

訪問先：デン・ハーグ市（Den Haag）

対応者：ボブ・ミアスタ氏（市職員 高齢者対策担当）

ファン・ルーベン氏（市職員 マントルケア担当）

カーリン・クライン氏（マントルケア協会）

ルージニ・デュールマン氏（マントルケア協会）

1 訪問に当たって

介護保険制度の発祥国であるオランダは、中福祉中負担の国である。特別医療介護保険（AWBZ）は生涯にわたり、全国民が収入の12.15%を保険料として負担している。この保険料と税の負担により、高齢者施設の入所や医療費のほとんどが無料であり、誰もが老後の安心を実感している国である。

デン・ハーグ市の2011年1月1日時点における65歳未満の人口は49万2,191人で、65歳以上の人口は6万4,105人である。また、高齢化率は12.9%と比較的低く、高齢化は日本のように深刻ではないため、高齢者施設の不足もないが、すべてに自己負担がないために将来のさらなる財政負担の増加への危機感は強い。なお、2015年には、65歳以上の人口は6万9,500人になると予想されており、増加傾向にある。

そこで、市が目指す高齢者対策として2012年度から2014年度までの実施計画が2007年に策定され、現在、その対策に対して市全体が積極的に取り組んでいる。計画は12個のプロジェクトと、それに対する44個の項目があるが、その内容は、死に対する対処、認知症患者の対応、また、高齢者に対するアプローチなどが主であり、それに対してケアをする組織が存在し



デン・ハーグ市役所内観

ている。その中で、市が行っている支援としては、高齢者に対するボランティアなど民間の活力を活かしたメニューを充実させる一方、介護者に対しての支援にも力を注いでいる。これら支援の取り組みは、高齢者が社会へ参加することを目指し、寝たきりやひきこもり、施設入所を減らすことが目的である。そのための対策として、マントルケアというものが積極的に取り入れられているが、このマントルケアというものに焦点をあて、オランダにおける地域福祉がどのように推進しているのか調査を行った。

2 訪問先について

デン・ハーグ市は、北海沿岸に位置するオランダ南ホラント州の基礎自治体であり、同州の州都である。人口 49 万 6,296 人、面積約 98km²、事実上のオランダの首都で、アムステルダムとロッテルダムに次ぐオランダ第 3 の都市でもある。

13 世紀にその原型が作られた騎士の館と称される建物が現在の国会議事堂となっている。また、国会議事堂のほかに、王室の宮殿、中央官庁、各国の大使館などが置かれており、ほぼすべての首都機能を持っている政治の中心都市である。なお、国連の常設機関である国際司法裁判所や国連が特別に設置した旧ユーゴスラビア国際戦犯法廷、国連から独立した国際刑事裁判所などの重要な国際機関が複数置かれ、「平和と司法の街」とも呼ばれる。

一般的に首都とされているアムステルダムは、憲法上で首都と規定されており、実質は離宮的な存在とはいえ王宮も存在しているが、歴史的にも首都機能はデン・ハーグ市が担ってきており、「法律の世界首都」そして「平和と司法の国際都市」としてのブランド化を目指している。



デン・ハーグ市の街並み

現在、ニューヨークに次ぐ国連都市であり、国際会議の中心地として重要性が高まっている。

3 ヒアリング内容

(1) マントルケアについて

① マントルケアの概要

マントルケアとは、例えば、日本の介護保険でいえば、事業者による在宅での介護サービスの提供のような何かの制度に則ったものではなく、高齢者、障害者の家族や友人、隣近所の人による献身的な介護のことをいう。また、マントルケアの提供者は、あくまで無償のボランティアである。

しかし、難病にかかった家族や障害者をケアする場合も、ケアをする側の生活も考慮しなければ、次はそのケアをする人が病に倒れてしまうことになるため、このマントルケアを行う人たちを支援する組織として、マントルケア支援グループがある。

マントルケア支援グループは、基本的に各自治体に1つは存在し、場合によっては自治体の域を越えて連携・協力しながら利用者の立場になり、マントルケアをする人をサポートしている。この運営費はすべて「社会支援法(Wmo)」から出ており、自治体経由でサポート提供者を支援している。また、州や自治体によっては、これに自主財源を追加しているところもある。



ヒアリングの様子

マントルケア支援グループは、マントルケア提供者の負担を軽減するためにボランティアを探し、組織をつくり、マントルケアを必要とする各家庭の支援を行う。マントルケア提供者は、ほとんどの場合、ケアに関する資格を持っている。そして、資格を持たないボランティアに対して教育の場を提供することで、そのボランティアが行うケア内容の質の向上を目指す。また、マントルケア支援グループは、ケアによって、ボランティアとその勤務先との間に問題が起こらないように、経済団体やマントルケア提供者の勤務先を訪れ、個人の事情やマントルケアに対する理解を深めてもらうために、さまざまな説明や交渉を行っている。ま

た、マントルケアに携わる人々が安心して休暇をとって、次のケアに向けての活力を生み出すことができるように、マントルケア支援グループがサポートを行っている。

オランダ医師会では、マントルケアに携わる人々に、多くの医療行為に特化した上質の教育および訓練を行い、ボランティアが安全に利用者の立場に立ったケアを行えるようにしている。

人口 1,673 万人のオランダで 100 万人近くの家族、友人、隣近所の人々が障害者や要介護者のマントルケアを行っているが、政府はこのマントルケアにより、障害者や要介護者は、すぐにケアホームやナーシングホームを利用することなく、これまでと同じ生活環境の中に長くいることができ、より長く独自の自立した生活習慣や環境、生き方を継続できると、その重要性を訴えている。

②デン・ハーグ市におけるマントルケアへの取り組み

デン・ハーグ市では、高齢者のケアに関するテーマは、高齢者が積極的に社会へ参加するように促すこと、高齢者に対する十分なサポートを提供すること、高齢者に適切なケアを行うこと、以上の3つである。

そのために、マントルケアも積極的に取り入れているが、そのシステムを如何に作り上げたとしても、マントルケアを行う人たちの理解や行動がなければ、高齢者が適切なケアを受けることができないと考えられている。

2012 年度の市全体の予算として 21 億ユーロのうち、高齢者施策に関する予算は 350 万ユーロ、そのうちマントルケアに関する予算は 250 万ユーロとなっており、高齢者のためのさまざまなアクティビティ、アドバイザーおよび施設のほか、さまざまなプロジェクトに投資している。

マントルケアに携わる人は、市の人口 49 万 6,296 人に対し、約 8 万人と大きな割合を占めているが、そのうち約 1 万 2 千人が心身ともに負担を感じている。



デン・ハーグ市職員による説明の様子

このため、マントルケアが十分に機能するように促す政策として、マントルケアを行う人たちの負担が大きくなるように、その負担を解消させるための計画が進められている。その1つがマントルケアを行う人の代役を用意するということであった。実際に、マントルケアを必要としている人の自宅を訪問して、どのようなサポートを必要としているか、どのようにサポートを提供していくべきか、それとも代役が必要なのかということをして市で調査する。そして、代役が必要な場合は、ケアに関する資格を持っている専門職を代役とするのか、または、資格のないボランティアを代役とするのかとさまざまな可能性を探っていく。また、各地域には集会所があり、そこを起点に、誰にでもできるような簡単な内容、例えば、犬の散歩や買い物などは住民たちがサポートするなど、住民同士の助け合いの仕組みが作られている。なお、学校などの教育機関とも連携を取り、マントルケアの内容について、どんなサービスやアクティビティが求められているのかということをして次世代にも伝えている。

(2) マントルケア協会の取り組み

デン・ハーグ市では、マントルケアが滞りなく進められるように、様々な組織と連携をとっているが、その中でも重要な組織としてマントルケア協会があり、市の費用によって出資されている組織である。

デン・ハーグ市では約8万人もの市民がマントルケアに携わっているため、「マントルケア」という言葉が、市民の中に根付くように活動を行っている。



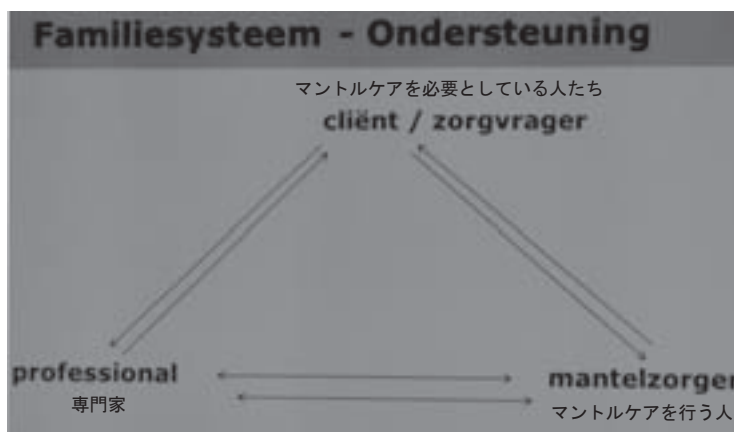
マントルケア協会からの説明の様子

現在、マントルケアはデン・ハーグ市だけではなく、オランダ全国の政策としても注目されているため、マントルケアに対して時間と費用を充て、社会に浸透させていくことによって、社会を円滑に運営させるということを目指している。

そのためには、核となるマントルケアを必要としている人たち(病人や障害者、子ども、または高齢者)、マントルケアを行う人たち(身近な家族など)、そして、専門職(マントルケアに携わる人、医者など)といった三つ巴の関係性とそれぞ

れの立場を把握しておくことが重要であり、教育機関においても、今後、福祉に携わろうとしている若者や医師を目指している人達に対しても、この三つ巴の関係性を常に意識するよう促している。

実際、マンタルケアを行っている人たちは、就労している人が多く、自分の仕事を持ちながら、家族の世話をしているため、マンタルケアだけで疲れてしまわないように快適かつ健康な状態を



マンタルケアにおける三つ巴の関係性および立場に関する図

保つことが必要であり、

そのために、各企業や組織のマネージャーにも協会から情報提供をすることが行われている。

また、マンタルケアを行う人が仕事や買い物に行っている場合でも、ケアを受けている人に、異変が起きたときはコールを鳴らして周りに知らせることができるようになっている。その時には、マンタルケアを行う人がすぐに駆け付ける必要はなく、他の人が駆け付けるため、マンタルケアを行う人は、安心できるとのことであった。

なお、協会は、市内の各地域にインフォメーションデスクを設けており、そこではさまざまなアクティビティを行い、高齢者が通う場所にもなっている。また、マンタルケアというものがどのようなサービスであるかということについて、窓口またはインターネットからもさまざまな情報の提供が可能になっている。これらのサービスを利用するためのアクセス方法としては、協会から利用者やマンタルケアを行っている人の家に訪問することも可能であり、利用者に直接聞かれて困る場合は、マンタルケアを行う人たちが協会の事務所を訪れることも可能である。また、メールやウェブサイトでの対応も可能であるため、マンタルケアを行う人を探す場合でも、どんなサービスが求められていて、どんなサービスを利用できるのか、簡単にウェブサイトから確認することができる。そういったプログラムが開発されたのも、市との連携や予算があるからこそ可能となっている。

右図はマントルケアのロゴである。マントルケアの「マントル」というのは、「上着（コート）」という意味で、それをモチーフにして作られている。この「上着（コート）」というのは、みんなで腕を囲い込んで助け合う・支え合うという意味合いがあり、このロゴがシンボルとなっており、デン・ハーグ市では、新聞の広告や啓発にこのロゴが使われている。



マントルケアのロゴ

4 まとめ

今回視察したデン・ハーグ市でのヒアリングから、オランダでは、福祉に携わる職業に就くこと、みんなで何かをやり遂げるといふこと、そして、それを実感しながら毎日仕事に取り組めることが大変素晴らしいという住民意識を持っていた。また、社会全体が健康でいられるように日々取り組んでいる姿勢も見られたことから、高齢化が進む中でも、社会そのものは、充実していると実感した。

近年、日本では、社会・経済状況の大きな変化に伴い、これまでは福祉の対象となりづらかったホームレスといった社会的援護を要する人たちへの支援、また、ひきこもりや虐待といった新たな社会的課題への対応が早急に求められるようになってきた。そのためにも、地域社会での支えあい活動の取り組みの推進が大切だと考えられる。地域福祉の中心とされている各自治体において、これまでにさまざまな取り組みを行ってはいるものの、厳しい財政状況の中、その取り組みそのものがあまり進んでいないところも多い。それはオランダでも同じ状況であるが、だからこそマントルケアといったものが必要になってきているのではないかと考える。

今回、デン・ハーグ市における調査および研究を行ったことで、私たちの市町村が取り組むことができる地域福祉やそれを支える仕組みについて、今後どうするかを考え、実践していかなければならない。高齢化が進んでいく中では、決して容易なことではないが、福祉に携わる私たちはもちろんのこと、老若男女間わ

ず、福祉に対する意識や興味を持たれるようなアプローチを行い、そして積極的に参加・協力し合っていくことができれば、支えあい、分かち合える社会に向かっていくことができるはずである。そう実感することができた有意義な調査研究となった。



対応していただいた職員を囲んで

NICTIZ（ニクティズ）

訪問日時： 2012年10月15日（月）11:00～12:30

訪問先： NICTIZ デン・ハーグ市

対応者： ミフィル・スプレングァー氏（DR. M. Sprenger）

1 訪問に当たって

電子カルテとは、病院や診療所、歯科医院などで受診した際に、医者がその患者の診療の経緯や病状などを記載するカルテを電子化したものを指す。データを電子化し一括管理することができれば、今まで、それぞれの医療機関で持っていた一人の患者に対して複数存在している紙ベースの患者データを、医療機関で共有することができる。患者情報のデータ化により、診療時間の短縮、それに伴う患者の待ち時間の短縮、



ミフィル・スプレングァー氏

医療機関の事務の効率化、患者への特定の薬（例えば、向精神薬などの過度に服用すると危険な薬）の複数の処方および飲み合わせの悪い薬の投薬防止などが期待できる。また、日本では、1999年4月22日に厚生省（当時）から、「診療録などの電子媒体による保存について」通称「電子カルテ通知」と呼ばれる通知が出されたことで医療分野のIT化が明確化された。その後、2001年12月に厚生労働省が策定した「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」において、「平成18年度までに全国の400床以上の病院および全診療所の6割以上に電子カルテシステムの普及を図ること」が目標として掲げられた。しかし、2012年現在未だに達成されていない。現在、導入時期が不明確ではあるが、近い将来、マイナンバー制度が導入されることを視野に入れながら、医療のIT化が推進されているオランダの実態および制度化の経緯、また、日本では真っ先に問題になりうる個人情報の取り扱いについて知ることを目的とし、オランダの医療情報ネットワーク化推進のためのNPOであるNICTIZを訪問先として選定した。

2 NICTIZ の概要

オランダでは、病気になったら初めにかかりつけ医 (GP) にて受診し、週末や夜間は、代替医にかかる。また、かかりつけ医の紹介がない場合、原則二次医療に繋がらないため、かかりつけ医と代替医、医療機関相互の情報交換も不可欠となる。オランダにおける電子カルテの普及率は



NICTIZ 外観

98%となっており、2002年にNICTIZが設立されて以降、本格的に医療のIT化が推し進められている。政府は、医療の基本的なシステムをAORTA（アオルタ）と呼んでいる。これは、オランダ語で「動脈」という意味の言葉であり、体の中で大事な部分、すなわち、国においてもそれだけ医療IT基盤が重要であると考えられていることの表れである。NICTIZは様々な医療システムにある患者の情報を全国規模に整備されたAORTAを介して取り出す仕組みの開発に取り組んでいるNPOである。これまでに様々な組織分割があり、現在の職員数は40人となっている。

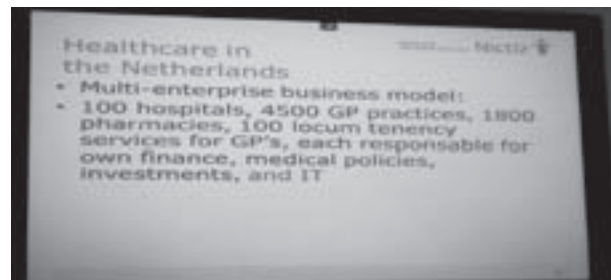
NICTIZの主な活動内容は、大きく分けて4つある。様々な医療機関をつなぐ上での様々な基準を明確化し維持すること、医療の情報交換のためのインフラを立ち上げそれを運営すること、医療アプリケーションをインフラにのせること、培ってきた知識を提供し、アドバイスすることの4つである。今回の訪問では、主に医療の情報交換、特に医療機関相互の情報交換のためのインフラの立ち上げの経緯および運営について話を伺った。

3 ヒアリング内容

(1) オランダの電子カルテの概要

オランダでは、2002年に患者情報のオリジナルの保管場所をそれぞれの医療機関と決め、患者情報の保管責任を、その患者が受診したそれぞれの医療機関に持たせることとした。オランダには病院100カ所、開業医4,500カ所、公的薬局1,800カ所、休日の代替医100カ所が存在し、企業の中などではなく、それぞれが独立

した医療機関独自の患者情報の保管のためのシステムを持っている。よって、異なる医療機関相互の患者情報を交換するためには、その独自の医療機関のシステム相互の連携が必要となってくる。そのような状況の中で、NICTIZ が設立され、オランダ中央政府に置かれた患者情報の共有のためのソフト



スライドの写真 オランダの医療機関数について

ウェア開発に取り組み始めた。AORTA にアクセスできるのは、NICTIZ によって認可を受けた医療従事者およびシステムのみである。現在、技術的にアクセスできるのは、薬局、開業医の **50%**、夜間開業医の **90%** であり、オランダ国民 **1,673** 万人のうち半数が、一度はそのシステムに登録されたことがあるとのことである。その際、国民の医療情報は、**2008** 年に政府によって付与された個人番号（以下、国民 ID とする）によって管理されている。

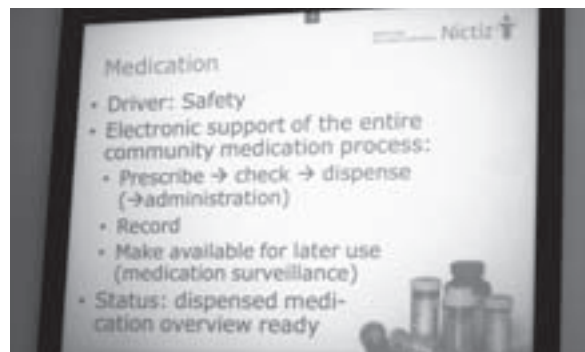
オランダの特徴としていえることは、公的な薬局および開業医では全ての患者情報が電子化されていることである。しかし、高齢者施設や障害者施設では、請求書を送るなどの事務的な部門以外での電子化は **10%** にとどまっている。

ここ **10** 年間、政治的な話に時間を費やしており、医療機関の中には、国の動きを待てずに、医療機関相互の小さなネットワークをつくる状況もある。また、国とは異なる考え方の組織もある状態であり、オランダにおいても国レベルでの情報共有については、検討段階にある。

（2）投薬処方ソフトウェアについて

実際の電子カルテの運営の例として、投薬処方ソフトウェアについて説明があった。NICTIZ が投薬処方ソフトウェアを開発したのは、患者の安全確保のためでもある。というのも、医者が患者の薬の処方歴を知らずに投薬してしまうと、アレルギーなどがでてしまう可能性があるためである。現在機能しているのは、患者の国民 ID や、いつ処方されたかというような投薬履歴と、代替医への要約された患者情報の提供であり、その他はまだ開発中の段階である。将来的には、過度の投薬や、飲み合わせの悪い薬の投薬がないかをチェックする機能を経てから患者に渡すという流れを作る予定である。薬局が患者に薬を渡すと、渡した日付、

患者の国民 ID を国に送信する。オランダは薬局が多く、患者が一つの薬局に行くとは限らないため、あらゆる薬局からの患者情報が必要となる。現在は、薬局が国に患者の投薬処方データを渡すことに対する義務はないが、一つでもデータが欠けてしまったら、患者それぞれの投薬処方データが完成しないため、将来的には国に患者データを送った薬局への金銭的な優遇をする予定である。実際、薬局に対する監査機関は、投薬した情報を見られたほうが安心であるため、情報を公開した方がよいという考え方である。



スライドの写真 投薬処方ソフトウェアについて

(3) 個人情報の問題について

現在オランダでは、医療情報の公開について国民が拒否している前提で動いており、公開に対して許可しない限り情報公開されないとなっているが、NICTIZとしては、この前提を変えたいと考えている。つまり、国民が拒否しない限り、情報が公開されるというように変えたいとの意向である。

2008年11月にNICTIZが、あらゆる家庭に自分の医療情報の公開について拒否する権限があることを周知する通知を送った。その結果、45万人、およそ国民の2.8%が自分の医療情報の公開に対して拒否をすると答えた。その後、2009年から2010年の間、日本でいうところの国会で、医療の電子化について討論された。内容は、近隣患者や有名人の情報の医師による悪用、また、保険会社による特定の病気にかかっている患者に対する保険加入の拒否が起こるのではないかというようなプライバシー保護の問題であった。これに対し、患者が自分の医療情報にアクセスした場合、携帯電話にメールがくるなど、悪用された根源が迎えられるようにすることを提案し、2010年に合意を得たが、最終的には2011年に国会で否決されてしまった。これによって、国の援助がなくなってしまい、NICTIZも分割され、医療の電子化のインフラは現在、国ではなく保険会社の手に渡っている。

NICTIZの職員たちが、この失敗により学んだことは、一つの組織でデザイン、組織化すると、それが否決されたときに使えなくなってしまうことがあり、組織を分割する必要があるを学んだ。そして、スケールとしては、国レベルと考えて

いたが、運用は地域ごとに行う方がよいのではと考えるようになった。

しかし、大切なことは、システムの使用率が年間で 18%伸びていることであり、これは、医療 IT が必要とされていることの表れである。使用頻度としては、2011 年では 1 億回のメッセージのやり取りがあった。これは、国民 1 人当たり約 6 つのメッセージのやり取りがあるということであり、利用頻度は非常に高い。今後、NICTIZ は、医療の電子化の構築のために、あらゆるソリューションを提供し、アドバイスしていく機関として機能していく予定である。



ヒアリング風景

4 まとめ

現在、日本では柔道整復、あんま・マッサージおよび鍼灸を除く診療報酬明細書の電子化が全診療報酬の 90%以上進んでいるが、それは医療機関同士の情報共有という側面ではなく、主に医療機関が保険者（市町村や全国健康保険協会などの保険の主体）に対して医療費の請求をする際に使われているものである。一方、オランダで進んでいる電子カルテは、患者自身への医療情報の公開も視野に入れた、医療機関同士の情報交換であり、これは、日本の目指すところでもある。

今回の NICTIZ の訪問から、分かったことが二つある。一つ目は、電子カルテをより効果的に使用するためには、地方自治体の役割が大きいということである。電子カルテの国レベルでの運用の失敗例にもあったように、電子カルテは限られた地域での運用が望ましい。国レベルで管理すれば、垣根なく全国の情報を見ることができるという利点もあるが、情報漏洩のリスクや、実際に運営した際の患者へのきめ細かな対応などについて考えると、市町村単位での地域に密着した運営が望ましい。また、日本の国民健康保険中央会では、国保データベース（KDB）の構築も進んでいる。国民健康保険、後期高齢者医療、特定検診・保健指導、介護保険などの給付情報を結びつけ分析することにより、地域ごとの情報の把握や、被保険者に着目した保健、医療、介護の時系列の状況の情報を把握することで、

地域の問題把握、取り組むべき課題、取り組みの効果を把握することができる。また、電子カルテとの併用により、症例データベースとしての役割も期待できることから、類似症例の分析を通じて、医療の質の向上に役立てられるのである。

二つ目は、電子カルテの実現には、国民の行政への信頼が必要であるということである。例えば、オランダでは、政府に個人情報を持られていたために第二次世界大戦時に、ナチスドイツに情報が漏れてしまったことから、情報を国に握られることへの拒否感があるため、中央に情報を保有する形での運用は難しいとの話があった。先ほども言及したように、実際の事務作業は地方自治体で行う方が良いが、医療機関を繋ぐ役割は、国レベルでの運用をなくしては意味がなくなってしまう。なぜなら転出時や旅行先での医療機関受診時に、情報が得られなくなってしまうからである。よって、日本の現状や実際に情報が使われる様々な場面に即した運用が必要である。

冒頭でも触れたように、日本では、近い将来、マイナンバー制度が導入される予定となっており、国民にそれぞれナンバーが与えられることとなる。その上で個人情報の問題は避けることができないとオランダの例でも分かる。マイナンバー制度の導入が実現すれば、電子カルテ実現への第一歩を踏み出すことができる。今回の話の中でも、電子カルテの実現には国民 ID の存在が大きかったとの話があった。そのような意味で、日本での電子カルテの実現もそう遠くはないといえる。そのような中で、医療の電子化が推進されているオランダの現状を伺うことができたことは、とても大きな意味を持つだろう。



ミフィスプレンガー氏を囲んで

高齢者複合施設 Cardia (カルディア) (オランダ デン・ハーグ市)

訪問日時：2012年10月15日(月) 14:00～15:30

訪問先：NPO法人 高齢者複合施設カルディア

対応者：ポール・カーベラー氏(施設経営者：2名のうちのひとり)

バーバラ・ファーディー氏(施設長：今回の主プレゼンター)

インゲ・フラウ氏(施設ケアのチームリーダー)

バウリン・コール氏(精神科のチームリーダー)

リンダ・デフォールト氏(設備の担当者)

1 訪問に当たって

オランダの高齢化率は16.2%と、日本と比較するとまだまだ低い。しかし、家族構成をみると高齢者夫婦や一人暮らしが多く、配偶者以外の家族と同居する率はかなり低い。今まで、オランダでは高齢者施設や高齢者向け住宅を整備することでそのような人々に対応してきたが、近年高齢者の主体的な生活を支えることや、家族や地域のボランティアなどの支援を受けることで施設から在宅へと転換する方向になりつつある。

今回訪問したカルディアは自立している人から終末期の人までが生活をしている高齢者複合施設である。将来的には支援活動を更に地域に拡げて人々との出会いの場をつくっていく方針とのことである。

この視察で、現在のオランダの福祉制度の中で、施設における高齢者対策がどのようになされているのか、ボランティア、マントルケアに対するオランダの国としての考え方と支援する立場の人々の実際の現場での働き、施設とその周辺地域の関係などについて調査を行った。

2 訪問先について

施設長のバーバラ・ファーディー氏によると、カルディアとはキリスト教の施設ケア(老人ホーム)と在宅ケアの組織の合併に伴い、2006年1月1日に設立されたが、その後、他の施設とも合併して、2008年にこのような高齢者のための複合施設になったという。ここは入居者とその周辺住民のための施設として存在し

ている。

カルディアとは、ギリシャ語で「心臓(ハート)」を意味する。その名には設立者の理念が込められている。福祉は人の手によるものという心はその根底にある。

カルディアの職員は、利用者が何を必要としているのかを本人と共に考え、自己決定を支援し

ている。そして、ボランティアは本人の意思を尊重し、協力するという姿勢を持っている。

カルディアは、ホームページや季節ごとの雑誌などで、周囲の人々に情報提供をしている。ホームページでは、施設のビジョンやミッション、カルディアのアクティビティプログラムに参加している人々の交流の場でもあるブログ、家事や介護、看護、食事など在宅ケアに関する内容、アクティビティスケジュールを見ることができる。また、カルディアで働きたいという人、ボランティアをしたいという人のためのボランティアガイドなどさまざまな情報を手に入れることができる。



高齢者施設カルディア

3 ヒアリング内容

(1) カルディアという

組織について

カルディアは、キリスト教の組織から出発したものであり、現在はNPO法人の高齢者福祉施設である。

また、カルディアは、この地区の住民のソーシャルワークも行い、社会に求められている高齢者のためのさまざまな目的をもった支援サービスを一カ所に集めて、建設された複合施設とし



施設経営者のガーベラー氏（右）と施設長のファーディー氏

て機能している。

ちなみに、オランダでは人々が求めている高齢者用住宅、施設を建てるのが法的に可能である。国民が求めているものであるということであれば補助金を出すという国の方針がある。そのため、施設を建設し、事業を行う時は常に「これは国民から求められているものか」「時代に合ったものか」どうかを考慮する必要がある。制度や人員基準が厳しい日本とは大きく異なる点である。

オランダは今までもさまざまな法律を見直し、制度を変革してきている。しかしまだまだ福祉制度には動きがあり、今以上に国民が暮らしやすくなるように進化し続けている。政府による制度改正が毎年あり、それに沿って現場も変化している。

カルディアは専門的なケアを効率的、効果的に提供している。今回、オランダの他の施設においても、この「効率的、効果的であるか」という言葉を何度も耳にした。オランダという国では「効率的、効果的」という検証が常に意識的になされているということが考えられる。

(2) カルディアで働く人々とマントルケアについて

①職員とボランティア

職員（長期的、短期的雇用契約職員の合計）：600人

ボランティア：250人

職員は、ボランティアを自分たちとほとんど同じ立ち位置にいるものとしている。しかし、利用者に対しては医療的な責任が伴うため、ボランティアは必ず職員と一緒に行動し、責任は職員がもつことになっている。

ボランティアは日々のアクティビティに参加して職員のサポートをしている。プロの職員とボランティアと一緒に何かをするということが大切である。

また、組織としてプロフィールをきちんとしておくことも大切である。最近ではボランティアを希望する人が多いため、希望者のプロフィール評価を行っている。オリエンテーション時には、ボランティア個人の適正をみて、その人に合った配置をするようにしている。

②マントルケア

このカルディアに住んでいるほとんどの人はマントルケアを受けている。完全に自立している人にも週1回は家族が訪れている。日本では、普通の家族の交流

とも思えるが、それもマントルケアを受けているということにあたる。

(3) カルディアの利用者と施設について

①利用者

カルディア全体で1,300人の利用者がいる。

300人がこの施設に居住している。比較的若くて自立している人もいるが、ここで亡くなる人もいる。

1千人が施設周辺に居住している。

②施設

上層階は住居になっており、裕福な人の場合はやや広いスペースの部屋に住んでいるが、低所得者向けのコンパクトな部屋もある。

施設の玄関には二重に大きなガラスのドアがあるが、風除けのため片方が閉まると、もう一方が開くという仕組みに

なっている。つまり外側のドアか、リビング側のドアのどちらかが閉まらなると、もう片方が開かないということである。

玄関から中に入ると正面に大きな食堂兼リビングルームがある。厨房では温かいものと冷たいものを別々の部屋で調理している。この食堂兼リビングルームは食事時のみならず、数々のアクティビティに使用されている。視察時はビンゴゲームを楽しむ高齢者が数十人集っていた。

1階の奥にはフィジオロジールームがあり、日本でいう理学療法士（作業療法士の業務を含む）がここでリハビリを行っている。

また、カルディアは医療機関でもあり、ここから地域に



カルディアの食堂兼リビングルーム



カルディアのフィジオロジールーム

訪問や往診をしている。この施設は市境にあるため、デン・ハーグ市のみではなく周辺地区も対象地域となる。都市部にはさまざまな施設があり、利用者は施設やサービスを選択することができる。

ここの施設の運営方針としては、なるべく組織を小さく保ち、個人的なコンタクトを重視しようとするのが特徴である。

(4) カルディアのサービス

①施設ケア

カルディアはNPO法人として独立運営している。制度としては、オランダの特別医療費補償法（AWBZ）による支払いで運営されている。国の補助制度に合致したプロジェクトには、国から補助金が出るが、ここでは、認知症のプロジェクトに対する補助金の交付を受けている。

また、日々の生活の援助や施設内のアクティビティを行っている。

②施設からの外出

施設ケアの他にもさまざまなアクティビティを行っている。

例えば、外出（博物館見学やチューリップなどの花見）にも出掛けるが、そのときには、マンツーマンのサポートをしている。また、この施設においてアクティビティ時にはボランティアが必ずかかわるが、ボランティアは利用者個人に対してどうやって手伝ってあげればよいかを常に考えている。

③終末期ケア

この施設で最期の時を迎える人もいる。そのような場合は終末期ケアが行なわれる。利用者が終末期の状態になると最高レベルのスタッフ体制やケアが必要とされるレベル10と判断され、それにより、スタッフの体制やケアも変わってくる。

終末期の家族ケアとして、「家族の夕べ」という催しを行うが、家族が訪れてスープを飲んだり、医師や専門職と情報交換をしたり、家族のケアについても相談をしている。それ以外にも気軽に家族がコーヒーを飲みに来たりもする。

そして、この時期は24時間いつでも、誰かが付き添うようになる。家族ではないボランティアの場合もある。また、必要時は教会における神父や牧師にあたるようなスタッフがいる。最期を迎えようとしている人に家族がいれば家族になじみの神父や牧師があたり、家族の精神的な安寧も与えられる。最期を迎えようとしている人はそれぞれ求めるものが異なることが多い。何も話したくないと思う

人もいれば、すべてを話したいという人もいるので、スタッフはその要望に沿って対応する。話をしたいという場合には、亡くなる前に聞いてもらいたい話を聞く機会を必ず設けるようにしている。

カルディアでトレーニングの一つに取り入れられているものに、「時間の感覚・とらえ方」がある。同じケアにおいてもゆっくりと行う。また、話すテンポについても同じく、ゆっくり話すことにより相手に与える印象が異なるということを知るためのトレーニングである。

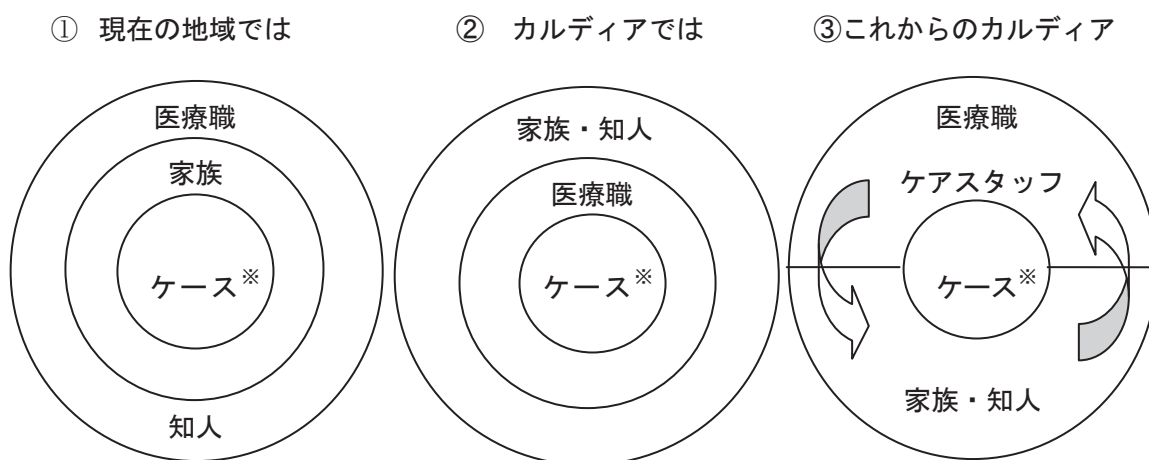
最期の時はその人にとっては、何も必要としない時期か、何でも希望が叶えられる時期でもあるが、死期を迎える頃になると家族の訪問、マントルケアが重要である。

(5) 将来に向けて

施設長のファーディー氏は「地域には高齢になっても自立して生きている人がいるので、カルディアは、在宅生活者においても、出会いの場を求めている人たちに出会いの場を提供していきたい。なるべく、この施設を地域の真ん中にして高齢者が集まれるようにしていきたい。」と述べられた。(図表1を参照)

また、自立して生活をすることを重視し、ケアという観点から高齢者がケアセンターの近くに住めるようにしていくことは、効率が良いことから、施設は地区単位で設置するという政府の方針で、カルディアのようなスタイルが勧められているそうだ。

図表1 これからのカルディアが目指すもの



※ケース：カルディアの利用者、またはこれからカルディアを利用する地域の人々のこと

出典：カルディアでの聴取内容から研究員作成

4 まとめ

今回視察した高齢者複合施設カルディアでは、一人ひとりの利用者がどのように生きたいか、という部分を大切に暖かく見守りながら、専門職・ボランティア・家族・友人たちがサポートしているという状況がよくわかった。

国の制度とその方向性を視ながら施設運営の舵を切る、また将来を見据えて自分たちは今何をしなければいけないかというミッションをしっかりと持っていることに感銘を受けた。今回の視察に当たり事前学習で日本とオランダの福祉制度の違いを学んだが、特に異なる二つの点についてここに追記しておく。

一つ目は、日本の公的介護保険に相当するものがオランダでは特別医療費保険という制度のもとで行われている。オランダでも日本と同様に申請した人は認定を受けるが、それは地域のケア判定センター（C I Z）という機関が担っている。ここは日本のような介護度を決めるのではなく「機能」別のケアの必要時間と提供時間を決めるところである。

認定（判定）された場合にその人が受けるサービスは、それぞれ、身体介護、看護、リハビリ、施設入所、ショートステイ、ガイダンス（暮らしの助言を行うこと）、医療（家庭医含む）とに分かれ、何のサービスが週に何時間という形で、ヘルパー、看護師、家庭医などによって提供される。

二つ目は、日本では、介護行為は介護福祉士やヘルパーが、看護行為は看護師が担い、いくらヘルパーが経験年数を重ねたとしても看護師になるには看護学校に入り直さなければならない。しかしオランダでは1997年から資格構成が変わり、ヘルパーが教育の積み重ねにより看護師になれる仕組みができあがった。ケアに従事できる専門資格の構成はレベル1からレベル5に分かれている。レベル1、2



これからのカルディアが目指すものとは

はヘルパーや介護福祉ヘルパー、レベル3のヘルスケアワーカーおよびレベル4、5の看護師がヘルスケア専門職となっている。教育を受けることにより、資格レベルが上がっていくという積み重ねの教育体系になっている。一長一短はあるであろうが、このようなシステムは日本とは大きく異なる点である。

今回は在宅ケアの視察まではできなかったが、例えば、カルディアのような施設に入所せず、地域で暮らす場合には、先程述べたような手順をとって人々は必要なサービスを受け（それはカルディアからのホームケアかもしれない）自宅で暮らすということになる。オランダでは、地域で暮らす人々が何かサポートが必要になったとき、そのサポートがどういう仕組みで提供されるのか、またそこにはいつまでも自律して生きたいという、本来人間が持っている自然な欲求、自己実現に通じる思いを尊重していくシステムがあるということを知り、日本で福祉に携わる私たちが行うべきことの方向性が示されたように思う。



カルディアの経営者と施設長と共に

エルメロ市

訪問日時：2012年10月16日（火）10:00～15:30

訪問先：エルメロ市役所（Gemeente Ermelo）、エルメロ市内の障害者施設および団体

対応者：エルメロ市長 A.A.J.バース氏（Mr. A. A. J. Baars）

エルメロ市議会議員 A.L.クラッペ氏（Mr. A. L. Klappe）

エルメロ市役所職員 OB のクレイン夫妻（Mr. & Mrs. Kleijnen）

エルメロ市役所職員 ローテン・ヴァーヘン氏（Mr. R. Verhagen）

1 訪問に当たって

社会福祉の主な対象として介護・高齢者福祉、生活保護などと並んで挙げられる障害者福祉は、障害のある人が地域の一員としてともに生きる社会作りを目指すものであり、2012年6月には障害者自立支援法を改正した「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」が公布されるなど、わが国ではさらなる充実が講じられているところである。身体障害者、知的障害者、精神障害者を対象とした障害者福祉は、対象が多岐にわたっていることから、それに伴い課題も多い分野ではあるが、神奈川県各自治体においては、障害福祉計画が策定され、障害者福祉サービスをはじめとする障害保健福祉施策への取り組みが行われている。

精神保健医療福祉に焦点を当てると、精神疾患で医療機関に受診する患者数はわが国では2008年には320万人を超えており、国民に広くかかわる疾患である。しかしながら、わが国の精神保健医療福祉は、長期にわたり、長期入院を中心に進められてきており、救急・急性期・在宅などを含む手厚い医療体制や、地域における生活を支えるための支援の整備が遅れてきた。また、統合失調症をはじめとした精神疾患に関して正しい認識がされていないため周囲の理解が進んでいない状況にあるといわれている。

このようなわが国の状況とは異なり、いわゆる福祉先進国では、国民に精神疾患に対する理解が広く浸透し、精神保健が日常的に実践されている。今回の訪問先であるエルメロ市では、かつてはフェンスで囲まれた精神科の病院において、

今日ではフェンスが取り除かれ、市民に開放された精神保健福祉をはじめ障害者に対する地域福祉が広く展開されている。神奈川県内のそれぞれの地域社会における精神障害者をはじめとする障害者との共生のさらなる推進を図るにあたり、エルメロ市のさまざまな保健福祉事業の中心的役割であるエルメロ市役所をはじめ、障害者が実際に地域社会で共存している場として、民営施設の「レオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリー」と「デ・オントムーティング」、障害者福祉を実践している財団法人である「プロソン」と「GGZ セントラル患者協会」の5施設を訪問し、障害者に対する支援の実際およびその運営を支える制度などについて調査を行った。

2 訪問先について

議会中にもかかわらずエルメロ市役所で市長のバース氏、市議のクラッペ氏、市役所職員OBのクレイン夫妻、市役所職員ヴァーヘン氏らの出迎えを受けた後、市議会の議場にてバース市長とヴァーヘン氏よりエルメロ市の介護への取り組み



エルメロ市庁舎外観

について説明を受けた。

エルメロ市はエルメロという街を中心に周囲の幾つかの村々にて構成されている。オランダの中心部に位置するヘルダーラント州に所属しており、面積 87.4 km²、人口 2 万 6 千人余り、市制 40 年を迎えた街である。エルメロ市はオランダでも有数の森林地帯がある

自然豊かな場所にあり、年間 10 万人の観光客が訪れる。

エルメロ市の大きな特色の一つとして介護が挙げられ、それらの仕事に従事する人は 5 千人であり、同市の市長の挨拶でも「介護の街」として紹介された。「介護の街」にふさわしく、精神障害者や視覚障害者のための施設があり、身体的あるいは精神的に障害のある人たちが社会の場において共存できる街を目指している。

オランダでは福祉や介護については、分権化政策の下、これまで国が担ってい

た役割が地方自治体に移行してきている。市に福祉や介護に関する役割が移行されてきているということで、市民に身近なより良いサービスが提供できるとエルメロ市ではとらえている。ただし、これまでのようにそれらの事業にかかわる財源が国から下りてこないことから、市が自ら財源を確保しなければならないため、エルメロ市ではさまざまなアイデアを出し合い具現化しているところである。

3 ヒアリング内容

(1) 社会支援法 (Wet maatschappelijke ondersteuning: Wmo) について

オランダでは国が進める分権化政策の下で、住民に最も身近な地方自治体レベルで、サービス利用者にとってより良いサービスを提供できるような体制を構築するとともに、さまざまなニーズに対応できるような自立支援のサービス体制を構築するため、Wmo が 2007 年に施行された。

現在は予算が削減され、財政面で非常に厳しい中、従来実施してきた施策が継続できなくなりつつある。国が介護に関して市に権限を移してきており、仕事の量・種類が増えてきている実状がある。また、高齢者の増加などに伴い、新たな対策が必要となってきた。従来の高齢者の人たちへの福祉といった形から、介護そのものの発想の転換が行われ、介護においてできることを手助けする方針へ変更



エルメロ市議会議場におけるヒアリング光景

してきた。その取り組みの一つとして、エルメロ市においても、デン・ハーグ市の項にて詳述されているマントルケアの考え方と、ボランティアという考えに基づく支援が行われている。この支援は、社会における共生を図り、その中で独立してその人ができることを、可能な限りその人自身で行うということであり、それを支援するための身近な人たちをさらに支えていくために、隣近所の助け合いを実践している。エルメロ市では地域でどのような形で共に生きるか、ということを支援していくため、施設の整備や地域の人たちの交流の場の提供を行っている。その中では行われている住人の活動が目に見える形となっている。具体的に

は、親が「共同」で子供たちへの交通規則の指導を手伝う、地域住民が地域の遊ぶ場所の整備の手伝いなどを行う、専門家を交えた地域活動に関する話し合いが持たれる、あるいは、家庭における言語療法の支援などもある。

Wmo は社会福祉法と障害者福祉法と特別医療費補償法の一部を統合したものであり、地域における社会一体性と生活の質（QOL）の向上をはじめ、介護者またはボランティアの支援、身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進、身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付などを自治体が行う。

エルメロ市における社会福祉の第一は、住んでいる地域で住み続けることができることであり、そのためにニーズに合わせた施策を展開している。例えば、視覚障害者が一緒に住んでいるアパートの周囲で木の枝が伸びすぎて視覚障害者の歩行の妨げとなっている場合には、市が木の枝を切り、視覚障害者が自ら歩いて



白孔雀をモチーフにしたエルメロ市章のケーキ

活動できる環境を整える。ただし、高さを合わせたスーパーの販売コーナーの設置や、上下に稼動する車いす対応キッチンの設置、あるいは住宅におけるスロープの設置など、障害者が自立できるための環境づくりは進めていくが、障害者自身でできる部分までのケアについては、本人のできることを奪ってしまうことから行わない。また、働くことのできる障害者が社会で働く機会を積極的に作るため、障害者の就労に向けた事業者との話し合いは市が行い、障害者のための仕事場を提供している。これは働ける場所ができる障害者にとってはもとより、市と契約できる事業主にとってもメリットがあることから、好ましい取り組みである。

Wmo 規定のサービスにおける自己負担としては、日本の介護保険における 1 割負担のような形ではなく、例えば、電動車いすを必要とした場合には、本人の収入に応じた自己負担する、というようなものがある。すなわち、Wmo は自治体が主体となり、公費と自己負担により賄われる制度である。住宅改修は収入に応じて自己負担があり、すべての要求を満たすものではない。1 件当たり最大 5 万ユーロとし、年間 4 件から 5 件を市が支援している。

これらの取り組みに関して研究員が「予算が削減され、財政面で非常に厳しい中で、サービスの維持向上のために市民へ税負担の増加を求めようとしているのか」と質問したところ、「色々な分野にわたる Wmo であるが、国から下りてきた分野の予算額は小さいものである。しかしながら不足分は税負担に転嫁せずに展開しており、今後、実施額が大きくなったとしても、エルメロ市では税負担でない形で予算を捻出していく考えである」との回答が得られた。

わが国においても施設福祉から地域福祉への転換が大きな課題になっているが、日本では障害者に対する支援というのはまだまだ難しい状況であることに対して、オランダでは障害者を受容することが自然に行われている。これは、オランダでは人々がさまざまな問題について開かれた形で話し合うように働き掛けてきたことによる成果であり、問題をスムーズに話し合える環境が整っていることが大きい。

以上のような Wmo に関する市の取り組みについての説明を受けた後、市内で障害者施策を実施している施設および団体を訪ねた。

(2) エルメロ市内における障害者施策の実施施設および団体について

①レオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリー (Bezoek aan Atelier Leonardo da Vinci)

まず案内されたのは多数の障害者をアーティストとして採用している創設 10 年のギャラリーであった。このギャラリーでは、単なる障害者のための施設ではなく、自分たちで事業主を持ち、事業を進めていく方針がとられている。このギャラリーでは、障害者に対する支援金の



作品制作中のアーティスト

のために、これだけのことはしなくてはならないなどの規定はなく、アーティストによって手掛けられる作品についての制約なども一切ない。活動もユニークであり、2012 年からは、ギャラリーのある商店街の 10 周年記念のプロジェクトに参加し、障害者と同数の健常者のアーティストが 34 組のペアになって「進化」をテーマに芸術作品を作り上げ、商店街を盛り上げている。この障害者と健常者のアーティストがペアになって作品を作りあげるといった取り組みはオランダにおい

でも非常にユニークな試みであった。このギャラリーでは1日に15人程度のアーティストを受け入れることができることから、毎日8人から12人のアーティストが創作に取り組んでいる。また、ギャラリーの経営者は障害者への福祉介護の資格を有するアーティストである。このようなスタイルのギャラリーは今日ではオランダ全土で展開されているが、エルメロ市にて、このギャラリーを開設するにあたり、場所の提供は国ではなく市が行っており、ここでは、障害者がアーティストとして働いていることから、従業員と呼ばれている。日本から来た私たちの目には、バリアフリーがこのような言葉一つにも表れていることが強く感じられた。

②デ・オントムーティング (De Ontmoeting)

デ・オントムーティング (De Ontmoeting) はカフェテリアであり、その店名はオランダ語で「ここに皆が集まりましょう」という意味である。このカフェテリアでは、ダウン症を中心とした障害のある人々が従業員として健常者と一緒に勤務している。私たちには、従業員の働きぶりは健常者と比較して遜色ないように感じられた。なお、このカフェテリアは行政からの運営にかかわる援助はなく、完全独立採算制となっている。



デ・オントムーティング従業員の素敵な笑顔

客のオーダーを取る、オーダーのあった飲み物や食べ物を運ぶ、追加の注文を受けるなどの一連の作業を見る限り、障害者の従業員の仕事ぶりからは健常者との違いは特段認められず、非常に職場に馴染んでいる様子であった。エルメロ市長からは、ここで働く障害者の従業員について「この人たちは、以前はケアセンターなどの施設において、椅子に座ったまま、特に何もせずに長時間過ごすような人たちだった。週末は自宅へ帰り、月曜にケアセンターへ戻るまで何もしない生活を送っていた。そのような人たちが、このカフェテリアでテーブルメイキングや飲み物の用意などの仕事をするようになった。仕事が終わり帰宅すると、自宅においても家族やケアをする人たちに飲み物を用意するなど、自分たちでできることを自分から行うようになった。そのうちに、家や施設における

生活の中にあって自分で行えることが多くなり、生活の質が向上してきた。これは小さな一例であるが、このカフェテリアでの勤務を通じてこのような大きな変化が起こり、大きな働きがなされるようになってきたのである。」と説明があった。

このカフェテリアでは障害者に対する地域福祉の一つのあり方が示されており、市長の言葉からは、実施主体が行政ではないにしろ、このような取り組みを地域ぐるみで支えているエルメロ市の誇りが強く感じられた。

③プロソン (Proson)

プロソンは、聖書から取った **Bartiméus** という名の財団によるプロジェクトで、エルメロ駅構内にその支部があり、視覚障害者のための組織としてオランダ全土に展開している。ここでは社会事業所として社会から遠ざかっている人のために情報を提供しており、135人が働いている。その内訳は、一般社会の仕事から離れていた人が50%、視覚障害者が50%となっている。社会事業所ということで、仕事に就くことに慣れさせてから社会に戻すという役割をここで担っている。基本的にプロソンでは視覚障害者が4つの部類（家具の布や革の張り替え、コンセントなどの器具の調節、電気に関する仕事、点字の資料作成）に分かれて働いている。実際に見学した駅構内のキオスクで働いている人は、一般社会で働くための準備（訓練）として働いていた。私たちが見学した支部は、駅舎を作り替えて使用している。

介護の街エルメロと言われていることから、障害のある大変多くの人たちがこの街を訪れる。しかしながら切符を購入することは障害者には困難なことであるため、ここで働いている人は、そのような障害者のための手伝いも担う。プロソンによるエルメロ駅のキオスク経営は



プロソン運営のキオスク

収益の面を含め非常に順調である。キオスクで販売されている品物の収益は、この社会事業所で働いている人たちに還元されている。プロソンがキオスクとしての役割を通じて地域住民の生活に溶け込んでいると感じられた。

なお、前述のようにプロソンは財団法人（**Bartiméus**）によるプロジェクトであり、ここで働いている人は社会支援として決められた額をもらって生活してい

るものの、特別医療費保険（AWBZ）の対象ではない。

④GGZ セントラル（GGZ Central）

エルメロ市内で最後に見学したのは、エルメロ市フェルドレイクにある精神保健福祉施設を運営している財団法人 GGZ セントラルであった。GGZ セントラルの敷地には、ゲートなどはなく、施設利用者やその関係者以外の人でも自由に立ち寄ることができる。敷地の入り口には精神保健について書かれた詩が掲げられている。この施設を案内した GGZ セントラル患者協会会長は、自身が 1990 年代に患者として、この施設で生活していた。

この敷地の入り口近くには精神障害者の 2 年間の生活訓練施設があり、施設利用者は、この施設での共同生活を経て社会復帰を目指す。この施設で生活をしている利用者は社会に出て仕事に就いているものの、まだ指導する人を必要としている人たちである。

この施設では建物内部にある共同キッチンで自炊をし、自分たちで掃除をすることになっている。生活訓練施設から徒歩で数分の所に高齢者の精神障害者のための施設があり、緊急入院の患者や、長期



GGZ セントラルの生活訓練施設外観

施設利用者や長期に治療を受けている患者も利用している。その近くには、60 歳以上の高齢者のための施設があり、アルツハイマー専門医と精神科医の間のような立場の医師が常駐している。アルツハイマーと診断された人はケアハウスに移る。この施設の利用者にはさまざまなカテゴリーの人がいる。なかには完全に隔離された病室で過ごす人もいるが、手芸をはじめとするホビーを楽しむことのできる場も提供されている。また、家族と過ごすこともできるが、家族の宿泊は認められていない。利用者の費用負担については、現在のオランダでは個人が保険に入ることが義務化されており、毎月 100 ユーロの保険料を個人が支払っている。1 年未満であれば、その保険会社が負担し、1 年以上になると AWBZ により支払われる。なお、子どもは 18 歳までは保護者が保険料を負担することになっている。

敷地内には教会があり、日曜日には施設利用者も健常者も礼拝に訪れる。この教会では会議や催し物が行われるだけでなく、無料でコーヒーや紅茶を振舞って敷地内に住む健常者に協会の働きを知ってもらうことでボランティアに参加してもらえるような働きかけを行っている。この教会の近くにある施設利用者のための娯楽施設には、団欒室（居間）やキッチン、バックヤードなどがあり、施設利用者は本、楽器、ボードゲーム、図画、工作、箱庭などを楽しむことができるほか、バックヤードでは簡単な植物の栽培や喫煙をすることができる。また、施設内のキッチンでは、スープなどの簡単な料理を施設職員同伴のもと施設利用者ができるなど、高い自由度をもって利用することができる施設であると感じられた。

敷地内には施設利用者のための診療所もあるが、精神症状の悪化した患者は隔離病棟で生活する。隔離病棟では看護師が常駐しており、医師は定期的に病棟に往診することになっている。なお、オランダにおいても法的な権限により状況に応じて強制入院が行われている。

GGZ セントラル患者協会のオフィスは、施設利用者のための図書室や古着などのセカンドハンズショップが入っている建物にあった。患者協会のオフィスでは、施設利用者のために適正に施設を運営すべく、多くのボランティアからなるスタッフが勤務している。1994年にオランダ厚生・スポーツ省によって医療契約法が制定されたため、GGZ セントラルの患者協会は、施設利用者の権利向上のためのモニターの役割を担っている。特に、この施設の利用者の多くは精神障害により自分の考えを自分自身で伝えることが困難であることから、利用者に代わり患者協会が財団の運営を行っている理事に申し出を行うことが求められている。実際に患者協会は6週間に1回利用者の意見を、利用者の施設内のケア全般に関するアドバイスという形で財団の上層部に進言している。

欧米の有名大学のキャンパスを想起させるような風光明媚で広々とした敷地には、上記のような充実した精神保健福祉施設とともに一般向けの高級住宅が存在し、エルメロ市における開かれた精神保健医療福祉を具現化しているようであった。

4 まとめ

今回の視察先でエルメロ市を選択した背景には、市民に開放された精神保健医

療福祉をはじめ障害者に対する地域福祉が広く展開されていることが挙げられるが、前述の GGZ セントラル患者協会会長によると、オランダでは精神障害者に対する偏見が少ないそうである。精神的には制限があるものの人としては良い人が多いと認識されており、最初は不安がる健常者もいるが、精神障害者と付き合うことで認識が変わってくる。GGZ セントラルがあるエルメロ市内のフェルドレイクの敷地内には健常者のための戸建住宅やアパートがあり、豊かな自然に恵まれた環境のため、これらの建物は、敷地内に精神障害者施設があるとしても、街中の住宅よりも不動産としての価格は高い。これは、まだまだ精神障害者に対する理解がオランダに比べると明らかに低い日本では考えられないことである。日本で精神保健医療福祉をオランダのように地域社会全体で展開していくためには、まずは健常者が精神障害者について正しい認識を持つことが必須であることから、地域社会において健常者が精神障害者と身近に交流できる取り組みが積極的に行われることなどは意義深いと考えられる。既にこのような取り組みは日本国内の各自治体で行われていると考えられるが、軌道に乗りにくい地域では、地域住民によるボランティアが中心となった交流会などの開催を促進していくためにも、地方自治体がより積極的にコーディネーターとして地域の人的資源の掘り起こしに関与することが求められるのではないだろうか。

次に障害者福祉全般についての取り組みについて、オランダでは四半世紀ほど前に障害者を「家の中で隔離されていた」状態から「開かれた施設」へ、といった動きがあり、施設福祉への移行が積極的に進められた時期があった。しかしながら、今日では施設に対する考え方が、「施設＝社会から隠れてしまっている場所」に変わってきていることに加え、費用面において、施設での生活は家庭で生活する在宅支援よりも経済的に高いものになることが明らかになっており、障害者への在宅支援が積極的に進められている。視察先のエルメロ市においても、同市における社会福祉の第一は住んでいる地域で住み続けることができることであり、社会支援法 Wmo を法的根拠として、ニーズに合わせた施策が展開されている。その中で地域住民のボランティアを活用することで介護者の支援を行うなど、わが国でもこれから積極的に取り組むべき施策として検討されているソーシャルキャピタルの活用が広く行われている。また、障害者の就労に向けた事業者との話し合いは市が行うなど、コーディネーターとしての役割を行政が担っており、この

ような取り組みについてはわが国でも積極的に見習うべきところである。その一方で、エルメロ市では障害者が自立できるための環境づくりは進めていくが、障害者自身でできる部分までのケアについては、本人のやれることを奪ってしまうという考え方からケアを行わないこととしており、自立した社会というもののある種の姿が具現化されている。また、知的障害者が働くカフェテリアやさまざまな障害者が創作活動を行っているギャラリーなど、障害者が自分自身でできることを自分で行おうとする意欲を持たせる職場が市内に無理なく自然に存在する姿に、エルメロ市の障害者に対する地域福祉の目指すものが感じられるようであった。

結びとしてエルメロ市長が前述の障害者のアーティストを多数抱えているレオナルド・ダ・ヴィンチ・ギャラリーの取り組みについて述べた以下の言葉で括りたい。

「このようなギャラリーを開くには、ギャラリーの経営者と市と市民との間に信頼関係が必要です。

また、このような取り組みを通じた活動が仮に失敗に終わったとし

ても、その失敗は無駄ではなく有益なものとして私たちは捉えます。ですから、失敗を恐れずにチャレンジする精神が大切なのです。」この言葉は、単に一つのギャラリーについてだけではなく、エルメロ市の地域福祉全般に対する姿勢を示すものであり、リスク回避を最優先にしてしまいがちな日本の地方自治体職員の私たちに対する激励のメッセージのように受け取れるものであった。



落ち葉掃除中の GGZ セントラル施設利用者

ミドルファート病院

訪問日時：2012年10月18日（木）9：00～11：00

訪問先：ミドルファート病院

対応者：HANNE PEDERSEN 氏（病棟チーフ）

ELISABETH CHRISTIANSEN 氏（理学療法士）ほか

1 訪問に当たって

「デンマークと福祉」と聞いて何を思い浮かべるだろうか。福祉が進んでいる、支援が手厚いと思えるだろうか。そんなデンマークにおいても、1960年頃までは精神疾患を有し、処遇困難な人を精神科病院に収容していた時代がある。バンク・ミケルセンという人物を知っているだろうか。「ノーマライゼーション」という思想を初めて提唱した人物であるが、この思想を契機にデンマークの福祉が変わっていった。

ミドルファート病院は、日本においても有名な病院である。驚くのは1,200床あった病床（主に老年精神科）を60床まで削減したところである。日本においては、2004年9月に「精神保健福祉施策の改革ビジョン」を決定し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念を示したが、受入先が足りないなどを理由に、地域への移行がさほど進んでいない現状である。

このような状況を打破するために、住民に身近な自治体職員が率先して、高齢者や障害者が住み慣れた地域で安心して暮らせる仕組みを打ち立てる必要があるのではないか、との考えから同病院を調査先に選定した。

しかしながら、近年大幅な構造改革があり、現在のミドルファート病院は脊髄疾患病院となっていた。当初の目的であった精神保健福祉分野における入院医療から地域生活への取り組みを調査することはできなかったが、「地域福祉」の考え方が確立している同病院において、連携システムなどを通じて前述の課題を調査した。なお、本研究の一環として調べた旧ミドルファート病院の内容を「4 事前調査内容（追記）」として記載した。

2 訪問先について

デンマークにおいては5つの地方※に分かれており、同病院は、南デンマーク地方に位置している。前述したように現在は脊髄疾患病院であり、南デンマーク地方の人口130万人をカバーしている(ほかの疾患においてはオーデンセ市担当)。

同病院では年間千回ほどの手術が行われ、病棟は25人定員である。平均入院日数は2日間から6日間であり、補助器具を使用し歩行可能なレベルで退院する。通院患者は5千人ほどおり、その半分は自治体、家庭医(かかりつけ医)の紹介により来院し、残りの半分は退院後のケアを行っている。

なお、デンマークにおける医療費は原則無料であり、通常は各人のいる家庭医の判断により、同病院への受診および入院に至る。

※ 5つの地方のなかに98の自治体があり、身近な自治体の職員が住民の支援を行っている。

3 ヒアリング内容

(1) 病院と自治体の連携システム

ミドルファート病院では関係者のみが閲覧できるエレクトロニックシステム(以下「カルテ」とする。)を採用しており、患者、病院、自治体の三者間で情報交換を行っている。カルテは個人情報に該当するため、その取り扱いには患者の承諾が必須となるが、病院の情報は患者に公開されるようになっており、少なくともケアなどを受けた2週間後には閲覧できるようになっている。



直接支援にあたる自治体は、病院の情報を引き継ぐことにより、患者に支給・提供するケアや介護機器などの必要な情報を入手できることから、患者のニーズを把握できる仕組みになっている。その後、当該自治体の査定員により、最終判断(判定・認定)がくだされ、サービスに至るという流れである。また自治体によっては理学療法士などの専門職ではなく、事務職が対応することもあるため、誰もが理解できるようなカルテを作成することが病院の責任である、とのことであった。

(2) 補助器具の貸与・給付

本稿では概要を記載することとし、詳細は後述「オーデンセ補助器具センター」の内容を参照されたい。

デンマークにおいては、原則、補助器具の貸与や給付は無料であるが、期間に応じて、貸与・給付者が異なっている。患者が入院し、一時的に補助器具が必要な場合は、病院（地方）の責任で貸与し、長期間使用するものにおいては自治体が貸し出すことになっている。

自治体から貸し出すものとしては車いすが一番多く、病院からは3カ月を限度とした、退院時貸出5点セットが多く貸し出され、必要に応じて1カ月の延長が認められている。その後の使用は、家庭医を経て自治体が貸与・給付する仕組みになっている。また、ミドルファート病院では特にオーダーメイドのものではなく、各人が使用でき、調整可能な補助器具が用意されている。



衣服の着脱時に使用するもの



上部にタオルなどを取り付け

足指と足指の間を清拭するもの

(3) 満足度調査（より良い支援のために）

デンマークにおいても監査機関がある。病院が判定した内容や支援方法などがその対象となり、患者が匿名で国の監査機関に報告し、当該報告を受けた国は病院調査を行うという非常にシンプルな調査がある。

病院としてもより良い病院にするため、身近な助言者（患者）がおり、また、患者にとっても目にみえるかたちでより良いケアにつながるため、シンプルながら有効な調査となっている。

4 事前調査内容（追記）

次の内容は、旧ミドルファート病院で行われていた取り組みである。日本においても徐々に耳にするようになってきたが、浸透・定着までは至っていないため書き記すとともに、本研究員が、福祉専門職が、住民の基礎自治体である職員が、住民にみえるかたちで具現化すべき事柄である。ここでは概要に触れるのみのため、興味がある方はミドルファート病院を検索するとともに、オーデンセまたはフレゼリシア地区まで調査願いたい。また、用語の解説は割愛する。

（１）認知症高齢者における在宅介護システム

旧ミドルファート病院には、地域（自宅）へアウトリーチする地域高齢者精神医療チームなどがあり、支援者の視点を対象者側に置き換えることとしている。実際に地域へ訪問することで、生活環境や周囲との人間関係を把握し、日常生活上の認知症の進行状況を見極めたり、症状を誘発する要因を探ったりしている。また、支援者の立場が異なれば見方が変わるという観点から、地域へ訪問する際はより多くの関係者に同席してもらい、それぞれの立場から本人の状況などを把握するようにしている。これは身近な地域社会でケアなどをすることが大切だと考えるようになった結果であり、精神科医も地域へ出向くことで、多数の精神科病床が不要となり、病床削減へとつながっていった。

現在のデンマークにおいては、1988年に特別養護老人ホームの新規建設が禁止され、「病院ケアから施設ケアへ」から「施設ケアから在宅ケアへ」と移行が進み、「できるだけ長く自宅で」というスローガンが誕生したほどである。

（２）認知症コーディネーター

前述した地域高齢者精神医療チームには、認知症コーディネーターという資格を有している者が多い。もともと看護師などの資格を有している者を対象に100時間以上もの時間を費やし、認知症ケアのスペシャリストを養成している。同コーディネーターの役割としては、日本でいうケアマネジャーと類似し、介護者や看護師などに対しても踏み込んだ助言などを行っている。また、デンマークにおいては、介護に携わる人材は有資格者と限定しており、良質な支援が生活の質（QOL）を高め一人ひとりの状態改善につながると考えられている。結果、無駄な費用抑制へとつながっていった。

併せて、従来型の介護では支えきれないという認識のもと、家族や地域社会に

対する支援、啓発も同コーディネーターが担い、ケアなどの手助けとなる基盤を形成していった。これがデンマークにおける全人的なシステムであり、福祉国家といわれる所以である。

5 まとめ

保健、医療、福祉に携わるにあたり、連携、人材育成（啓発を含む）、エンパワメントは必要不可欠である。しかしながら、日本では個人情報保護法が施行されて以来、過度に敏感になっている機関もみられ、連携において支障をきたすことがある。また、人材育成において資格を有していながらも現場経験が少ないことから、一定の技能水準に達するまでに時間を要することがある。

これらは解決しなければならない課題にもかかわらず、現在の日本においては早期に解決されない問題である。何故だろうか。本研究を通しての見解としては、私たちには提案したり、発言したりすることが足りないのではないかと考えた。研究員はそれぞれの視察先で、先駆的取り組み、地方自治を目の当たりにしてきたため、それらを提言する責務があると考えている。また、本研究は宝くじなどの収益金が原資となっており、昨今、同様の研究が廃止されつつあるなかで、決して本研究の成果を無駄にしてはならない。そして、通常業務の傍ら本研究に携わり、大切な仲間ができた。仲間と力を合わせ、これらの成果を職務に生かさなければと切に思う。

エンパワメントについても、補助器具を使用することに焦点をあてると、残存能力を活用し自分でできることは自分で行うことで、自己の尊厳が保たれるほか、サービス利用減少により財政面での利点にもつながる。

私たちもエンパワメントの視点から、国が地方自治体の施策を、積極的に導入する先駆的取り組みを始めようではないか。失敗もするかもしれない。しかし、失敗をおそれてはならない、と各視察先で学んだ。失敗したときには自らの失敗を謙虚に受け止め素直に謝り、その経験を将来必ず活かすといった姿勢が必要ではなかろうか。

以上が本視察先を含む全体を通しての所感であるが、福祉についての研究が人として成長できる良い機会となったこと、そして各視察先から感じ取った「イノベーション（Innovation）」という言葉で結語としたい。

オーデンセ市役所

訪問日時: 2012年10月18日(木) 13:30~17:00

訪問先: オーデンセ市 (Odense)

対応者: ヘンリック・ポールセン(Henrik Poulsen)氏 (市職員コンサルタント)
ギッテ・ヴスターゴー(Gitte Østergaard)氏 (市職員チーフ・コーディネーター)

1 訪問に当たって

社会福祉国家と言われる北欧諸国は、それぞれ高い税金を国民に賦課しつつも、質・量共に最高水準の福祉を行政で提供している。中でもデンマークは、消費税率 25%、国税・地方税合わせた所得税率が最高で 50%台という非常に高い税率であるが、医療・教育などは無料、高齢者への年金支給もあるという高い福祉水準を誇る。

デンマークはヨーロッパ諸国の中でも歴史の古い国であり、特にスカンジナビア半島の諸国とは、元を辿ると王家は姻戚関係にあたる。また、地政学的要件から絶えず隣国のドイツとの諍いがあり、隣接するユトランド半島、現在ドイツ領であるシュレスビヒ・ホルシュタイン州などは、近代まで戦禍を蒙ってきた。国家が存亡の危機にあった際、植林業から国を建て直し、海運業・畜産業などで国を豊かにしてきた。

現在日本では、東日本大震災による東京電力福島第一原子力発電所の事故を受け、脱原発論が盛んになっているが、デンマークでは 1985 年に脱原発を議会で採択。以後、再生可能エネルギーの分野に力を注ぎ、風力発電で国内総電力の 2 割を賄うまで同分野を発展させ、2030 年代には総電力の 5 割を風力で賄うと宣言し、発電効率の研究や新規風力発電の建設を推進している。また、2006 年にイギリスのレスター大学の教授が実施した幸



海上に建ち並ぶ風力発電

福度調査においても、2012 年に国連の委託を受けコロンビア大学が実施・作成し

た「第1回世界幸福度調査」においても、デンマークは1位となり、幸福度世界一の国家という称号を得た。その所以と、高い社会保障制度の中身と根底を調査すべく、同国内で積極的に視察を受け入れているオーデンセ市を訪問した。

2 訪問先について

オーデンセ市はデンマークのほぼ中央にあるフュン島に位置し、デンマークを代表する作曲家である C.A.ニールセンや、童話作家として世界的に有名な H.C.アンデルセンの生地として有名である。市の歴史は古く、1988年には1千年祝祭が開催され、一時は同国の王都であった時期もあるほどの歴史をもつ。中世時には、その地理的条件から商業都市として栄えた。現在の主要な産業は酪農、造船・鉄鋼業や食品産業であるが、学問の街としても有名で、同市にある国立南デンマーク大学には、約3万5千人の学生が学んでいる。

同市は国内第3の人口規模であり、島内最大の都市である。また、同市が属する南デンマーク地域内には22の自治体があるが、その中でも最大の都市である。総人口は約19万人で、デンマーク全体の人口推移をみると、都市部は増加傾向であり、地方は減少傾向にあるが、オーデンセ市は現在横ばい状態にある。

市ホームページにある人口の年齢構成をみると、2008年1月現在の高齢化率はおよそ14.7%であり、デンマーク国内の中でも、また日本と比較しても高齢化は比較的緩やかである。しかし、高齢者人口や、60歳から64歳までの人口が年々増加しており、今後急激に高齢化が進んでいくものと想定される。

また、統計年鑑を見ると、デンマークでも少子化・高齢化が進行しており、日本と同じような少子高齢化社会を、本格的に迎つつある（図表1-2を参照）。



アンデルセン公園にあるアンデルセンの銅像

	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	増減率
0-4歳	11,500	11,386	11,114	11,214	11,111	10,932	10,936	11,033	-4.1%
5-9歳	11,123	11,142	11,194	11,060	10,965	10,837	10,679	10,458	-6.0%
10-14歳	9,579	9,754	10,117	10,356	10,733	11,057	11,061	10,961	-14.4%
15-19歳	8,732	8,932	9,213	9,671	10,036	10,403	10,610	10,967	25.6%
20-24歳	15,632	15,087	14,969	14,693	14,632	14,693	15,105	15,540	-0.6%
25-29歳	17,229	16,830	16,394	16,159	15,871	15,700	15,014	14,421	-16.3%
30-34歳	14,194	14,061	14,231	14,257	14,309	14,257	13,973	13,440	-5.3%
35-39歳	13,482	13,714	13,783	13,663	13,358	13,094	12,953	12,929	-4.1%
40-44歳	12,146	12,154	12,282	12,569	12,826	13,085	13,355	13,409	10.4%
45-49歳	11,697	11,857	11,942	11,971	12,084	11,993	12,004	12,139	3.8%
50-54歳	12,320	11,852	11,522	11,343	11,272	11,402	11,518	11,635	-5.6%
55-59歳	11,201	11,850	12,272	12,394	12,152	11,772	11,329	11,075	-1.1%
60-64歳	8,419	8,647	8,874	9,248	9,822	10,534	11,068	11,434	35.8%
65-69歳	7,177	7,185	7,322	7,524	7,686	7,765	7,989	8,247	14.9%
70-74歳	6,436	6,347	6,327	6,304	6,299	6,337	6,391	6,536	1.6%
75-79歳	5,438	5,389	5,388	5,382	5,305	5,257	5,199	5,205	-4.3%
80-84歳	3,928	3,932	3,882	3,909	3,944	3,953	3,963	3,928	0.0%
85-89歳	2,338	2,343	2,293	2,289	2,222	2,291	2,315	2,277	-2.6%
90-94歳	912	946	957	961	992	963	986	985	8.0%
95歳以上	208	220	232	239	252	270	297	313	50.5%
合計	183,691	183,628	184,308	185,206	185,871	186,595	186,745	186,932	1.8%

出典：オーデンセ市ホームページ（オーデンセ市の人口、PDFファイルより翻訳・抜粋）

年	0～14歳	15～64歳	65歳～	合計	高齢化率
2008	1,009,917	3,612,833	853,041	5,475,791	15.6%
2009	1,008,086	3,627,869	875,496	5,511,451	15.9%
2010	1,001,318	3,632,261	901,159	5,534,738	16.3%
2011	995,087	3,631,760	933,781	5,560,628	16.8%
2012	986,008	3,626,424	968,084	5,580,516	17.3%

出典：デンマーク統計年鑑 2008～2012より抜粋

3 ヒアリング内容

(1) 市の重点施策について

ポールセン氏によれば、オーデンセ市では以下の三つについて、これからの重点施策として取り組む話があった。

- ① 中世より使用していた市北部の港を整理し、新興住宅地を建設する計画
- ② 500Km 整備済みである自転車専用道路の更なる整備
- ③ 南デンマーク大学の移設と拡張

オーデンセ市では人口の増加が停滞し、これから先減少していくことを予測している。市のサービスなどを維持するためには、現状の人口規模を維持していかなければ成り立たないと危惧している。そのためにも、都市間競争で勝ち抜く必要があり、各市がその利点を生かした特色を強め、新たな分野の開発を行って

かなければならない。

この点は日本も既に始まっている地方の過疎化や、B級グルメなどに代表されるような地方の特色をアピールしていく施策と同じで、両国に限らず抱えている課題であると感じた。オーデンセ市は特に②と③において、エコと学問を特化していくようである。

(2) 市の高齢者対策について

全体予算にみる福祉への比重はデンマーク国内の全自治体で年々増してきており、各自治体とも頭を悩ませている。各自治体は地方税の税率を設定する権限を有しているが、全国の自治体が連合して作る組織が、毎年国との交渉を経て税率を決定することとなっており、地方税の極端な増加を国が防ぐ仕組みとなっている。そのため、増税による対応が困難であることから、福祉予算の抑制をしていくか、あるいは他予算を削って福祉に割り当てるかなど、工夫している。

オーデンセ市は2010年以降、「勇気と創造」を合言葉に、事務作業などの効率化・機械化による職員の削減と、介護サービスの提供方針を転換している。これは市が提供する介護サービスについて、本人や家族が希望するサービスを優先に提供していくのではなく、自立生活のために必要なものという観点からサービス提供の査定をして決めていくというもので、この高齢者などの自立を促していく方針により、余計なサービス提供を抑え、福祉予算増加の抑制を図っている。

市の具体的な介護サービス提供内容を大別すると、

- | |
|--------------|
| ①各種介護サービスの提供 |
| ②介護施設の管理運営 |

となる。①のサービス提供にあたっては市の査定委員会が判定をすることになるが、基本は理学療法士や作業療法士などといった専門職が、本人の状況を詳しく見極めた上で申請をすることとなる。また、申請にあたっては、このサービスを受けて、いつまでに課題を克服しよう、といった目標を予め明示する。そうすることにより漫然とサービスを受給する受身の姿勢ではなく、明確なりハビリ意識や、自立して生きようとする前向きな心構えを利用者がもつことになる。また、判断する側も、判断や説明をする際に、サービスの利用希望者に「あなたはこの能力が失われている」というネガティブなものではなく、「あなたはこの能力が

残っている」というポジティブな形で話を進め、現在残っている能力を維持・向上させ、失われた能力を復活できるよう指導していく。また、日本では要介護認定を数字で等級化し、サービスの限度額が決められ、必要なサービスを利用者と相談しながらケアマネジャーが提供の手はずをとっていくが、デンマークでは等級ではなく、「この人が自立生活を送るために何が 필요한のか」という観点から必要なサービスを専門職が判断していく。このあたりは別項で



市の重点施策を説明するポールセン氏

述べる補助器具センターやミドルファート病院でも調査した内容と同一で、無駄なサービスを省く大きな要因となっている。この点は利用者にも賛否があるようで、専門職が本人のために不要や本人のためにならないと判断しているのだが、それを受け入れられないこともある。しかし査定委員会は専門職の判断を尊重するため、苦情の類のほとんどは却下されている。こういったリハビリ専門職は市内全体で4,400人ほどが働いており、理学療法士・作業療法士共に200人程度いる。

これを総括すると、市民は介護に対する意識を、気軽に受けられるものではなく、やむにやまれず使うもの、という認識をもつことになるということである。例えば、在宅看護が必要なケースとなった場合、その具合がリハビリで済むものなのか、ヘルプが必要なものなのか。またヘルプが必要ならば、それは一時的なものか、もしくは継続的に必要なものかどうかを専門職が判定し、査定委員会で了承を得る形となる。この流れを見ると、介護サービスを受けられるということは、それなりに重度なのかと誤解されてしまうが、利用に当たり専門職が、前述のようなポジティブな説明を行うことによって、利用者がリハビリ意識などを持ち、人生において積極的な活動をする方向へと向けることが出来る。日本においても埼玉県下の市町村が、介護予防に力を入れると同時に、フレッシュアクティ

ビティといった高齢人生を前向きに生きるよう施策を講じており、その効果は介護認定率に如実に現れていることから、この方針には非常に大きい効果があるものと考えられる。

続いて介護予防についてである。市では75歳以上の高齢者に対し、市の職員などが個別に訪問する。健康状態・食事・運動の状況・他人との交流状況などを聞き、観察とアドバイスをを行っている。こういった介護を必要としない方には、福祉部局



市の福祉について説明するヴスターゴー氏

ではなく健康部局が介護予防になる前の段階でのアクティビティを担当している。

続いて②の介護施設の管理運営についてであるが、デンマーク国内においては、新規の介護施設の建設は禁止されており、日本でいう特別養護老人ホームのような施設は、改修により介護付きの住宅といった位置づけになっていく。そのため、高齢者は基本は在宅での生活となり、住み慣れた地域での生活を続けていくことになる。市での聞き取りでは、こういった市営の施設に入居している方の80%前後が何らかの形で認知症を有しており、その対応のため、市では認知症のコーディネーターを職員として配置し、各施設の職員向けに、認知症対応のための講座などを実施し、具体的なアドバイスもしている。

最後に配食サービスについて触れておく。日本では配食サービスには含まれず、市の一般会計で取り組んでいる市町村が多いと思うが、デンマークではこの制度の利用にも市の査定委員会の判断を必要とする。ただし、ほとんどが個人負担となる。食事そのものは冷凍で、配送後に自宅で温めて食べる方式をとっている。オーデンセでは毎日5千から6千食の配送を行っている。一般的な感覚からすると、温かい食事ではなく冷凍を使うのは少々意外であったが、食事の時間を本人のライフスタイルに合わせられる点や、衛生的な観点や保存の問題を解決できることなど、利点も多いことを認識できた。

4 まとめ

デンマークと日本では、人口も予算規模も違いすぎるというのが、デンマークの進んだ福祉行政を視察しているにもかかわらず、日本の福祉行政が一向に改善されないという苦言に対して、よく聞かれる言い訳である。私たちが調査・視察を行う中で、人口や予算についての事実は認識できたが、元気な高齢者、平和な街並み、使命感をもって仕事に取り組む職員の姿などを見ると、日本という国家構造と、日本人の深層意識こそ原因があるのではないかと感じた。デンマークは2007年の構造改革により市町村合併と再編が行われ、おおむね道州制に似たような制度が施行された。国・地方・市町村の役割が明確に分かれ、行政をスリム化し、市町村の特色が出るような施策を打ち出している。もちろん税率の話に見られるような暴走を防ぐシステムもきちんとあり、良いものは良いと、失敗を恐れず積極的に取り入れる姿勢、目的を明確にし、それに向けて創造を繰り返す姿勢は、中央集権体勢が未だ色濃く、行政に対する不信の強い日本の行政・政治体制の中にとると、より強く魅力的に感じる。地方自治体の自立性を憲法でうたうデンマークの自治体には、国の補助金・交付金頼みの日本の自治体にはない、自治体の強い意志が、施策一つ一つにも強く感じられた。このあたりは税システム、延いては国と地方の財政のあり方について真剣に検討をしなければ、簡単には変えることが出来ないものではある。しかし、ここへのチャレンジがなければ、国の地方のあり方、地方自治の観点、地方が実施する福祉への改革が行われぬのも事実である。

もう一つの深層意識についてだが、人権に対する意識、人生に対する意識が、日本の国民性と非常に異なっている。制度上日本でもバリアフリーや差別意識の撤廃が図られているが、まだまだ障害者・社会的弱者・出身・人種・地方といった差別意識が見え隠れする。両国では、宗教的哲学というか、人生に対する明確な哲学が国民一人一人に根付いていることを、言葉の端々や施設の構造など、細かい部分に強く感じた。相手を尊重するからこそ、言葉だけではない、本人のためのサービス提供ができるのであり、それを基にしているからこそ、高い税金を払ってでも、将来の保障を約束されることを選ぶ国民性なのだと感じた。あるのかもしれないが、不正などといったものとは無縁の世界を勉強する中で、日本が目指すべき将来像や、人間が目指すべき人生像について、とても考えさせられる

視察であり、日本が将来目指すかもしれない福祉国家像のモデルとして、先駆であり続けて欲しい国であった。しかし、戦後 60 年を経て、世界有数の経済大国となった日本が目指すべき福祉モデルというのが、戦後の昭和を彷彿とさせる、地域コミュニティを核とした福祉姿勢へと変化させつつあるヨーロッパ諸国というのは、一種の皮肉でもあった。現在日本の介護は「地域包括ケア」の概念を推進し、高齢者が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るような方針としている。オランダでもデンマークでも、この方針を成功せしめている秘訣はボランティアである。日本人の深層意識におけるボランティア精神は、拝金主義的時代を駆け抜けた現代の日本において、非常時以外は発動されない稀有なものとして認識されているが、本来人間の持つ最も美しい姿の一つではないだろうか。この意識改革が、将来の日本の姿を決定付けると、強く確信した視察であった。



オーデンセ市庁舎をバックに

オーデンセ補助器具センター

訪問日時：2012年10月19日（金） 9:30～10:30

訪問先：オーデンセ補助器具センター

対応者：LARS TRANS HANSEN 氏

JYTTE NELSEN 氏

1 訪問に当たって

1998年に制定された「社会サービス法」によって、補助器具給付制度および住宅改修の制度は、「恒久的な身体的・精神的障害がある人」をサービスの給付対象としている。同法律上で、障害とは何であるかという明確な記述はなく、「身体的・精神的な機能能力の低下」と表現されている。

日本における補助器具の位置付けは、障害者自立支援法によるところの補装具、介護保険法での福祉用具とされているが、いずれも細かい給付基準が存在する。「身体障害者」の認定を受けるには、身体障害者手帳の交付を受けなければならない。介護サービスを必要とする高齢者については「要介護認定」を受ける必要がある。住宅改修についても同様で、介護保険上のサービスとして位置付けられているため、利用に当たって、先に認定を受ける必要がある。利用前の手続きに時間を要するという課題があり、知識をもった専門職に相談できる場所が少ないという点も制度を利用しにくい原因の一つである。

デンマークでは補助器具センターという施設を各市に設置し、利用を希望する人が、用具を試用でき、改修後のモデル環境を体験できる場所となっている。対象者を法律などでカテゴライズ化しない柔軟な国家の下、自治体におけるサービスの給付をどのように行っているのか、補助器具センターがどのような機能を果たしているのか調査を行った。



補助器具センター入口

2 訪問先について

見学を行った施設は、補助器具のデポと呼ばれている。

この補助器具センターは市民が納める税金を財源として運営されている。オーデンセ市の補助器具センターでは、1日約100件、年間5万5千件の補助器具の貸し出しが行われている。

市から査定を受けた対象者が、自分の身体状況にあった補助器具の貸し出しを受けられるように、多くの補助器具が保管されている。また、不用になった補助器具はデポに返却され、次に貸し出しを受ける人のために十分に洗浄される。修理の必要がある場合は、技術者が必要な処置を施している。

施設は、スタッフの労働環境を安全に管理するため、数年前に建物内にリフトを設置するなど大幅な改造が行われた。このことにより、スタッフが電動車いすなど重量のある器具を持ち上げたことでの身体への負担が格段に減り、働きやすい環境となった。

従業員は25人、全員がオーデンセ市の職員であるが、中にはフレキシブルな勤務時間体制で働いているスタッフもいる。高齢のスタッフも数多く雇用されている。



LARS TRANS HANSEN 氏



JYTTE NELSEN 氏

3 ヒアリング内容

(1) 補助器具の給付について

補助器具には2種類のタイプがあり、人が変わっても使用できるリサイクル可能なタイプの補助器具と、個人の身体に直接合わせて作るタイプの補助器具がある。前者には、歩行器や車いす、シャワーチェアなどが、後者には補聴器などが

ある。費用については、いずれも無償である。今回視察を行った施設では永久的に交付される補助器具ではなく、リサイクル可能な貸し出し対象の補助器具を扱っている。

市の作業療法士が個人個人の住居の状態、社会的な状態を考慮に入れて、使用する人と話し合いながら、最終的に使いやすい物、希望している物はどのような物が適切かという判断をしている。財源は税金であり、社会全体で賄っているため、なるべく安価な解決策を探さなくてはならない。場合によっては、補助器具の使用だけではなく、機能訓練などのほかの方法で身体機能を向上できないか、という案も含めて考えていく必要がある。

貸し出しの器具の多くについては、あらゆる障害状況の人が使用できるように標準規格となっている。しかしながら、標準規格では使用できない身体的理由がある人もいるので、規格外の物も用意しなければならない。一つの自治体のみで器具を購入すると相当な費用が掛かるので、近隣自治体と提携を組み合わせながら購入をする。その際、自治体同士で結ぶ契約というのは通常、2 から 3 年であり、作業療法士や理学療法士の判断で標準仕様の物を利用するにはどの程度の能力が必要かなど基準を決めていくことも重要である。

貸し出しの補助器具では日常生活で困難な部分が解決できないという場合に、それが店舗から購入できる用具を使用すれば解決できると査定で認められれば、購入の際、市から一部の費用が助成される制度も存在する。例えば、関節リウマチの人が指先を動かしにくく、皿洗いができないということであれば、皿洗い機が支給の対象になる。完全に無償ではないが、費用の半分は市から助成される。対象となる器具の多くは、元々身体が不自由な人向けに開発された商品であり、それが徐々に一般化された物である。



補助器具の洗浄機



補助器具センター内部

図表 1 デンマーク・日本の補助器具給付事業の違い

	デンマーク	日本
対象者	持続的な身体機能の衰弱、低下がみられる人で、作業療法士による査定で給付を認められた人	<p>介護保険（福祉用具貸与・購入）</p> <p>①、②の人で要介護認定を受け、用具の給付対象要介護度が出た人</p> <p>①65 歳以上の人</p> <p>②40 歳以上 45 歳未満で特定疾病の人</p>
		<p>自立支援法（補装具給付事業）</p> <p>身体障害者手帳所持者で市町村に認められた人、用具により、更生相談所の判定が必要な場合もあり。</p>
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 貸し出しの用具は無料 ・ 店舗購入する用具は自己負担 2 分の 1 ・ 市に設置されている補助器具センターにて試用することができる。 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原則 1 割負担 ・ 所得に応じて自己負担上限額を設定 ・ 個人と事業者との契約なので、試用や用具の選定は店舗で直接行う。

出展：障害保健福祉研究情報システム（DINF）から研究員作成

（2）住宅改修について

デンマークにおける住宅改修の制度は、身体の障害などで継続的に能力が失われている人が自宅に居住するための改修工事について、費用の補助を受けるといった内容だ。自分の力を利用して家族などほかの介護者の介入が必要ないように検討するが、工事の多くは改修費用が高く、50 万から 100 万クローネ近く掛かる場合もある。日本の介護保険の制度を利用して住宅改修を行った場合は図表 2 のとおり、自己負担は 1 割、上限額が 20 万円と定められているが、デンマークの住宅改修の制度には上限額は存在しない。必要と認められる部分の工事費に対し

での自己負担はなく、全額助成される。ただし、査定によって、改修を行っても回復する機能はわずかであると判断された場合には、費用の一部のみが助成される。

増改築などを施しようがない場合は、別の場所に移り住むことを検討してもらう。その際、適当な住宅を探すところから支援が始まり、新しく居住する場所で新たに改修工事が必要であれば、助成を受けることができる。

図表 2 デンマーク・日本の住宅改修制度の違い

	デンマーク	日本
対象者	持続的な身体機能の衰弱、低下がみられる人で作業療法士による査定で給付を認められた人	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定を受け、要支援 1 以上に認定をされた人 ・身体障害者手帳所持者についても、助成を受けられる事がある。
実施内容	査定により認められた住宅改修工事については全額助成される。	<ul style="list-style-type: none"> ・20 万円までの工事費用について、原則自己負担 1 割のみで助成される。 ・20 万円を使い切ると、要介護度が三つ上がらない限り、利用できない。

出展：障害保健福祉研究情報システム（DINF）から研究員作成

（3）苦情の申し立てについて

個々の状況を判断し、健康、幸せ、かつ自立した生活を送る事を尊重しているデンマークだが、福祉サービス提供についての苦情、要望は日本同様に存在する。補助器具や住宅改修に関しての苦情を申し立てる機関は国であり、国民は自治体の決定に不満があれば、まず国に申し立てを行わなければならない。その結果、国がそれなりの物を支給しなければならないと判断をすれば、自治体はそれに従わなければならない。多くの場合、「市の判断が正しい。」と解釈をされるが、日本同様、実際にサービスを受ける人の考え方と自治体の判断に多かれ少なかれ溝がある、というのが現状である。

4 まとめ

日本の自治体では、作業療法士や理学療法士など専門職が配置されているケースは少なく、高齢者や障害者が地域生活で問題を感じた際の相談は、ほとんどが専門的な知識のない事務職が受けることになっている。そのため、行政の職員が個人の身体機能に根ざしたアドバイスを適切に行うことについては限界がある。

また、補助器具の給付が必要となった時に、デンマークでは各自治体に設置されている補助器具センターにて用具を試すことができるが、日本では福祉用具を取り扱っている事業所に直接足を運ぶことになる。修理が必要となった状況でも、同じように店舗や営業所へ足を運ばなければならないため、近隣にそういった事業所がない地域の人には不便を感じるようになる。

前述しているように、デンマークでは補助器具給付や住宅改修のサービスを受けることができる基準があらかじめ文書などで決められておらず、その人個人の身体機能を見定めた上でサービス支給の決定をしている。日本の給付基準は細かく規定されているために、利用者に必要なサービスを行政が必ずしも給付できるわけではない。対象者にとって生活に不可欠な物であっても、制度の基準では給付の対象に認められない場合は助成金を交付することができず、対象者自身が全額自己負担で購入する、といったケースは少なくない。しかし多くの場合、その給付の適否判断が「妥当な判断であったか」という疑念に自信を持って答えられるような専門性を私たち自治体職員が持ち合わせているわけではない。その人個人に本当に必要なものが何なのか判断をすることは、単純ではなく、法律で定められている範囲の基準が必ずしも妥当ではないということは窓口で常に感じているところである。

固定観念に縛られることなく、妥当な判断で基準を緩和することで、障害があっても人の手を借りずに、自立した生活を送ることができる人は増えるだろう。社会全体で身体や精神への制限がある人々の自立を促し、介護する人たちの



返却された車いすの修理を行う技術者

負担を軽減していくことが望ましい。

デポ内で見えた補助器具の多くは車いす、電動車いす、歩行器などであったが、日本で見える用具と比較すると、用具自体の性能に大きな差はないように感じた。日本企業の福祉機器開発は未だに成長を続け、海外諸国からも大きな期待を寄せられており、産業としては胸を張れる部分である。複雑な制度や地域事情によるサービスの利用の妨げになる問題を解決していき、必要性を感じている人が適切にサービスを受けられるように前進していきたい。



LARS 氏、JYTE 氏と

ベネキレー・ナーシングホーム（オーデンセ市）

訪問日時：2012年10月19日（金） 11:00～13:00

訪問先：ベネキレー・ナーシングホーム（介護付住宅）

対応者：ギット・ハンセン氏（Gitte Hansen）施設長
ヴェント氏（入居者・男性）

1 訪問に当たって

デンマークでは、日本でいう「特別養護老人ホーム」の施設の新設は禁止され、介護付住宅への改修や新設が進められている。特別養護老人ホームと介護付住宅の違いや特徴、認知症患者の生活におけるケアについて学び、日本との違いについて調査する。また、その施設で生活をする利用者の声を聞き実情を調査する。

2 訪問先について

（1）施設の概要

この施設は、1991年に建設された民設公営の住宅であり、閑静な住宅街にある。34人分の住居があり、そのうち認知症専用の7部屋（別棟）がある。必ずしも単身での入居ではなく、夫婦で入居している人も居る。現在、入居者は高齢化が進み、認知症の人が非常に多くなってきている。住宅は、24時間介護付きとなっており、看護師は常駐ではないが通いでの対応となっている。

（2）運営方法

入居者は、この住宅を建設した住宅協会へ家賃を支払っている。普通の住宅と管理は同様である。入居に掛かる日用品などは各個人の負担となっているが、介護に掛かる費用などについては、オーデンセ市が負担していることから実質的な運営主体はオーデンセ市となっている。



ナーシングホームの外観

(3) 職員配置

オーデンセ市の公務員であるスタッフは 34 人で、そのほかに時間制で働くスタッフが予備として 6 人いる。その内訳は、ヘルパー、アシスタント（介護士）、ナーシングホームのアシスタントスタッフ（軽易な仕事）、血液検査なども行う訪問看護師となっている。

認知症専門棟のスタッフは、職員 3 人と臨時職員 1 人で対応している。

3 ヒアリング内容

(1) 入居要件

基本的には入居を希望する 60 歳以上の高齢者を市が査定し、入居要件に適した人のみが入居できる。この入居要件は厳しく、重度の介護を要する人でないと許可されない。60 歳以下の人でも許可される場合もある。



施設ロビー。自然光を取り入れる天窗

近隣に住んでいる人々が対象

となる。また、車を所有することも認められており、駐車場も完備されている。

(2) 費用について

前述のとおり、家賃は住宅協会への支払いとなる。家賃は広さによって異なるが、4 千クローネから 5 千クローネである。日本円に換算すると、1 クローネ 15 円で計算した場合、6 万円から 7 万 5 千円となる。

介護費については、オーデンセ市が負担するため無料となるが、食事、洗濯、日用品などについては、パッケージ料金となっているので、それぞれ掛かった費用について利用者が負担することとなっている。

認知症専門棟への入居者は、家賃、食事、洗濯、雑費などすべて含んだ料金で支払いを行っている。

(3) 居住スペースについて

居住スペースは、車椅子対応のシャワールーム付きの 2LDK となっており、家族が訪問したときなどに食事作りができるようなキッチンも設置されている。

ベッドルームは、入居者の大半が車いすを利用していることもあり稼働範囲を確保するために広いスペースとなっている。また、介護者の負担軽減のために、リフトも設置されている。ベッドは介護用のものではなく、今まで個人が利用していたベッドを持ち込むこともできるようになっている。家具の持ち込みも自由である。



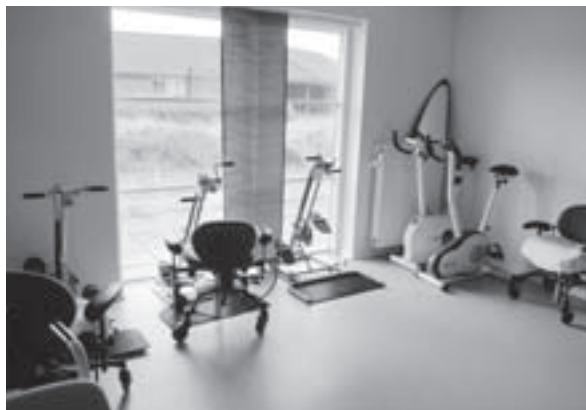
すべての居住スペースには、緊急通報システムが導入されており、一つはボックス式のもので、もう一つは GPS 機能内蔵ペンダント式のもので徘徊時に対応できるようになっている。

火災報知機（煙感知式）も設置されていて、通報はスタッフルームへ入るようになっている。新しいシステム（ATA システム）は、消防署へ直接繋がるよう改善されたものとなっている。

（４）住宅内でのケア

24 時間介護付きで専門スタッフが常駐して入居者に対応している。

看護師は、常駐ではないが通いで訪問看護として対応しており、入居者の血液検査など入居者の健康管理やチェックも行っている。投薬やインシュリン注射などが必要な入居者については、施設の介護士が対応している。



リハビリテーションルームの様子

週に 1 度、かかりつけ医からの指導が出ている入居者が対象で、理学療法士の指導を施設内にあるトレーニングルームで受けることができる。また、入居者の中には自主的にトレーニングに励んでいる人もいる。

歯科医の訪問もあり、定期的に歯の健診を受けることができる。施設内に診療台も設置されており、健診が安易に行えるようになっている。

また、スタッフと入居者で小旅行を楽しむこともあり、この小旅行を、入居者

が一人でできることやできないことを見分ける機会としており、その結果を日常のケアなどに役立てている。

(5) 食事について

食事は1日3回提供されている。朝食、昼食は手作りで提供されているが、夕食は、市営のセントラルキッチンから冷凍の食事が配送され、温めて提供されている。

ダイニングルームでの食事を基本としており、ほとんどの入居者はダイニングルームへ集まり食事を摂りながら、だんらんを楽しんでいる。また、体調が優れない場合は自室で食事を摂ることも可能である。



入居者の方々。快く写真に応じて頂いた。

(6) 認知症専門棟について

認知症専門棟には現在7人の人が入居しており、重度の認知症の入居者が暴れる場合もある。対応しているスタッフは、介護士3人、メンタルケア職員1人、計4人で対応している。夕方からは時差勤務もあるため、1人半という体制で対応する時間帯もある。

居住スペースは、ほかの棟の部屋と同じ造りになっており、部屋の入口に鍵は付いていないが、徘徊への対応のため、出入口はセキュリティで管理している。

(7) 入居者の話

この施設に入居しているヴェント氏（男性）の話を聴くことができた。

ヴェント氏は、この施設の友の会（地域のボランティアの集まり）の会長で、85歳になる。50年ほど前より近所に住んでいたが、妻の介護状態が重くなったことをきっかけに2003年に、この施設に夫婦で入居している。その後、2007年に最愛の妻が亡くなり、本来であれば施設を退出しなければならないが、施設長の計らいで今もこの施設に住むことができおり、とても嬉しいと笑顔で話していた。

施設では、友の会主催のバザーやサークル活動などに参加し、毎日楽しく暮らしている。また、毎月6回ものパーティーがあって楽しいと話していた。

施設の住み心地を尋ねると、「とても良い」と笑顔で答えてくれた。車にも乗ることができるし、娘も近くに住んでいて週末は娘家族のところで過ごすことが楽しみになっているとのことであった。

ヴェント氏は、とても若々しい容姿であることから、その若さの秘訣を尋ねると、「動くこと、動いていると若さが保てる。」と答えてくれた。ヴェント氏は、16歳から鍛冶屋として働き、その後職を変え68歳までエンジニアとして働いた。退職後は、学校の用務員として働いていた。

ヴェント氏に、デンマークが世界一幸福な国と言われていることについて尋ねると、「私自身は今、幸せだと思っているが、ノルウェーの方が石油もありお金持ちだから幸せかな。」と言われた。

最後に、最近気になっていることについて「高齢者の孤独死のような新聞記事を見るたびに悲しいと感じる。昔は職場も家族もあり、人とのかかわりがあったが、年を取ったら一人にな



ヴェント氏と通訳。終始和やかに話をされた

ってしまうのが現状で、みんなで楽しく過ごせる場所が少なくなっていると感じる。景気が回復すると、豊かになるが年寄りのことを忘れられてしまうことが悲しい。また、高齢者が集まってアクティビティをしていたものがあったが、市の考えでディスプレイを渡され自宅にて一人で行うものに変えられてしまった。ディスプレイを渡され、やる事は同じだが、人が集まりかかわり合いを持つことに価値がある。ますます高齢者が孤独になってしまうと感じる。」と笑顔を混ぜながらも、もの悲しげに語っていた姿が印象的だった。

5 まとめ

今回、この施設を訪問して感じたことは、日本の施設、特別養護老人ホームや老人保健施設とは大きく違い、施設内がとても明るく暖かな場所という印象を受けたことである。日本の施設は、高齢者を収容している施設といった印象で、居

住する場所という一番必要な部分が欠落しているように感じられた。

また、入居している人々はとても明るく生き生きとしており、訪問した私たちにも笑顔で明るく接してくれた。

この施設では、「家族の暖かさを感じられる場所」、「住んで生活する場所」という考えをもって個人が尊重され、住みやすい環境が保たれていると感じた。

居住スペースも日本の施設とは違い、広々としており、シャワールームやキッチンまで設置されていることに驚いた。家具やベッドも今まで使っていた愛着のあるものを持ち込むことができるようになっていた。最近では、日本の施設においても、家具は入居者が自由に選べるようになり持ち込みも許可されている施設も増えてきたが、スペースが狭いこともあり、大部分は自由に持ち込めないのが現状である。

デンマークでは、極力普通の在宅に近い状態で生活を維持していけるような配慮がなされていると強く感じた。また、地元のボランティアの人々が友の会として施設に協力的であることがとても素晴らしいことである。デンマークでは、地域での見守りや協力体制が確立されたものになっており、日本でも見習うことが必要である。

介護は難しい問題であり施設だけではなく、在宅介護においても介護を受ける人も提供する人も笑顔で過ごせることが理想である。



集合写真。施設長のハンセン氏、ヴェント氏と共に

第3章 まとめ

今回訪問したオランダ、デンマークといえば、多くの人は日本よりも税金などの負担が高く、社会福祉が充実している国というイメージがある。

普通に働いて得た所得で家族を養って普通の生活を維持している、いわゆる中間所得層の税に対する負担感についての調査では、税負担があまりにも高いまたは高いと感じている人の割合は、租税負担率が低い日本は高くなっている一方で、租税負担率が高い北欧諸国は反対に低くなっている。また、政府への信頼度についての調査では、政府を信用している人の割合は、日本は最低水準の10%程度しかなく、ほとんどが20%以上となっている欧州とは大きな開きがある。日本の政府はほとんど信用されていないとあっていいほどの驚くべき状況である。

今回訪問したオランダもデンマークも、税金は日本より高いにもかかわらず、国民の政府への信頼度は日本より高い。それはなぜか。社会保険料や税金などによって運営される社会保障制度が確立され、国民の安心、安定した暮らしが保障されていることである。国民は自分達が支払った税金が生涯にわたる社会保障に使われ、見える形で還元されていることを理解している。例えば、国は、国民の生存の保障として、生活保護制度のように特定の人への給付を通じて所得を再分配し、基礎自治体は、住民の生活の保障として福祉や医療、教育などの対人サービスを、必要としている人であれば誰にも給付することで所得を再分配している。高い税金をとられても政府の所得再分配のやり方が公的だと、必要なサービスが必要なときに適切に受けられ、多くの税金などの負担が「高・中福祉社会」を実現していると国民が実感し納得している。税負担という痛みも、必要な状態となったときに安心してサービスを受けることができるという喜びも、国民みんなが分かち合っているという証である。

誰もがいつかは高齢者になり、あるいは障害者になることもある。充実した介護や育児サービス、教育などが国によって保障されていれば安心できる。

近年、日本では少子高齢化の急速な進展や、経済成長率が低い水準で推移していることから、年金などにおいて現役世代の負担が大きいと思われるが、今後、持続可能な社会保障を維持するためには、負担面で税財源を投入するなど、世代間の公平を確保していく必要がある。

高齢社会の先進国である日本において、対人の福祉サービスを担う私たち基礎自治体の職員は、今後、「悲しみを分かち合い」「優しさを与え合い」ながら、ともに支えあうことのできる「分かち合い」の仕組みを築いていかなければならない。恐れることはない、お手本はあるのだから。

以下、国ごとに所見を述べる。

1 オランダ

概ね日本の九州と同じ面積のオランダは高い山もなく、広い農地が続いている。オランダといえば「風車」を思い浮かべる人が多い。15世紀に干拓地の排水用として多用されたが、現在も観光資源が中心とはいえ、少数は現役として動いている。水路も街の中に残り、



り、過去を生かしながら現代に融合している。自転車の利用も多く、自転車専用のスペースも整備されている。自然と調和した生活環境が整った国である。

デンマークの「高福祉高負担」に比べれば「中福祉中負担」であるが、いち早く社会保障制度をつくり、「施設福祉」から「地域福祉」への変革にも取り組んでいる。介護保険法が1997年に、社会福祉法が2000年に成立し、ようやく地域福祉に向かい始めた日本よりはずっと先を歩んでいる。

今回訪問した場所ではオランダの先駆的な試みが形となって実施されていた。デン・ハーグ市では「支援が必要になった」時に「誰もがすぐに支援が受けられる」という地域づくりができています。地域での出会いの場を作り、情報を共有して、専門職の人が支援することはもとより、地域の身近なところに支援できる人が存在しています。「施設」においてもプロの支援ばかりではなく、外部からのボランティアの支援を受けています。プロとの役割はきっちり分担されていて、多くの支援を安定して供給できています。オランダの人たちは施設へ「収容される」のではなく、自分で選択して「入居」し、他の高齢者や地域の人たちと交流することができるばかりではなく、終末期を安心して迎えることができる。

精神障害に対する支援においては、日本ではまだまだ壁があり、「施設」から「地域」という動きになってきたところだが、自立支援法と介護保険法によるサービス調整のはざまに合った支援を受けることは難しい場合がある。その点エルメロ市では壁も塀もない所で、支援を必要としていない人と同じスペースで生活を送れている。日本では自分の現状を受け入れる「受容」が一番難しいと考えていたが、オランダの人たちは「自分のことを、できるだけ自分で行なう」生活が普通であり、その実現のために支援が必要であれば「支援を受けたり、活用したりする」ことは自然であると捉えている。生まれながら、風土や歴史、宗教も含めて「価値観」の違いはあるが、ハンディキャップもひとつの「個性」と考えられているようで、本人も行政側も前向きである。

今回の視察で福祉の先進国と考えたオランダの施策も常に動いており、限られた財源の中で、マンパワーとして新しい人を取り込む工夫や努力が行なわれていることを知った。マニュアルがあっても、その中に当てはめていく日本の福祉と違って「まず本人に必要なこと」が考えられ、そのためにさまざまな人がチームを組んで取り組む「オランダの福祉」のあり方が「誰もが幸せを感じる」要因なのだ実感した。すぐに、このままを日本に取り入れることは難しく、一考が必要であるが、チームを大切に「まず、その人ありき」を目指す精神を学び、自分たちの市町村で活かしていきたいと思う。

2 デンマーク

デンマークは、北海とバルト海を分かちユトランド半島と、大小約 400 の島からなる国で、日本の九州と同じくらいの面積である。人口は約 559 万人で日本の人口の 1 割にも満たない規模である。自然にあふれ、街も美しくとても豊かな国であり、国民の幸福度ランキング第 1 位に輝いたというその国の人々は、大人も子どももお年寄りも、生き生きと楽しく生活しているように感じた。

その世界一幸福な国は税負担も社会保障も世界トップクラスであり、国民所得の 7 割近くを税金や社会保険料として負担している。デンマークは日本と違い、国が将来に亘っての生活保障をすることから、国民の貯蓄は少ない。税制の充実

によって、福祉、医療、教育は原則無償で提供されており、基本的に生活が生涯安心して暮らしていける社会保障制度の仕組みが出来上がっている。

一方、日本は少子高齢化といった人口構成の大きな変化により、非正規労働者の増大や、家族形態・地域社会など、社会保障制度を支える社会経済情勢には大きな変化が生じ、ひきこもりや高齢者虐待などといった新たな社会的課題への対応が早急に求められている。そのためにも、地域社会での支えあい活動の取り組みの推進が大切である。

現在、デンマークにおいても高齢化は進んでおり、将来の福祉需要の増大懸念から財政的な視点での構造改革が行われたこともあり、住民の生活を支える基礎自治体の役割は非常に大きくなっている。

ノーマライゼーション発祥の地であるデンマークでは、障害がある人の日々の生活が障害のない人と同じようになるようにとの考え方が、福祉サービスを受ける人々の間にも、提供する基礎自治体の職員にも根付いている。今回の訪問で研究した障害者の自立した生活を支える補助器具の貸し出し制度では、基礎自治体の専門職がその人の身体の状態を把握し、場合によっては病院と本人の医療情報を共有することによって、自立した地域での生活に向けたきめ細かい対応がなされていた。



新品同様に整備された車イス

デンマークの高齢者福祉には三つの原則がある。一つ目は「生活の継続」に関する原則で、これは住み慣れた環境で可能な限り暮らし続けることを支援して在宅介護の充実につながるものである。たとえ施設に入所したとしても、使い慣れた家具や家族の写真を持ち込んでできるだけ以前と同じ生活を送ることができ、誰もが住み慣れた地域で最期まで過ごせるように「地域福祉」の実現を目指している。二つ目は「自己決定」の原則であり、高齢者になっても一人の人間として、その本人の最終決定を尊重するというものである。三つ目は「残存能力の活用」に関する原則であり、介護サービスを受ける身になっても、必要以上の支援を受けてかえって状態が悪化しないよう



家具や調度品などで飾られたリビング

に、肉体的な衰えが見られても自分ができることはやるといった生活に対する意欲を高めていこうというものである。

訪問したオーデンセ市においても、市の財政上の事情からサービス経費の抑制という一面はあるものの、この原則に則り、まずは高齢者が自立した生活を送るためには何が必要かを考え、本人の身体能力を維持向上させるためのサービスが専門職によって判断されていた。また、在宅生活が困難な状態になった場合においては、介護士やヘルパーが24時間常駐している介護付きの住宅への入居というサービスが実施されていた。視点はやはり地域での生活である。

デンマークでは、手厚い福祉サービスの提供者の多くは公務員であるが、制度を支えているのは国民の共生、連帯の意識と組織活動であることを認識した。国民一人ひとりが互いに助け合い、互いのために寄与し合うという関係が保たれ、国全体が一つになっている国だという印象を強く感じた。正味二日間という短い視察研究滞在であったが、それぞれの訪問先で話を聞く度に、組織ごとに連携されて、包括ケアがなされていると考えさせられたデンマークであった。

3 終わりに

「地域福祉」に焦点を当てた課題テーマ別研究は、5月にスタートし、2月までの10カ月の期間に亘った。研究員メンバーは保健医療福祉の専門職から、福祉、税務、財政等の事務職まで多岐に亘り、研究課題を絞る過程においても、多職種協働による議論が交わされることになった。

少子高齢化の先進国である日本では、社会保障を行うための財源確保については、消費税の増税という形に現れようとしている。奇しくもそれと時期を同じくして、世界一幸福な国と評判が高く、医療システムの評価も高い2カ国、介護保険制度の発祥国であるオランダと高福祉高負担で有名な北欧諸国の一つであるデンマークに訪問することができた。

オランダでは、日本とは違い、対象年齢に区別がない福祉行政が展開され、柔軟な思考による制度構築、マントルケアという家族・近隣の支援体制などの地域福祉の推進について学ぶことができた。現地では、柔軟な思考に基づく組織運営という受け止め方をしたが、オランダには「ポルダーモデル」と言われる洪水災害に打ち

勝ってきたという不確実性を前提に行動する「知的弾力性」がその社会に存在し、視察で訪れた組織ごとに、関係者個々人とその共同体に共有された問題解決のための思考がそこにあった。これが、オランダのソーシャルキャピタル、つまりは社会関係的知的資本の豊かさであり、保健医療福祉面においてもそのイノベーションに欠かせない知の多様性であることを実感した。

デンマークについては構造改革後の地域での自立支援（補助器具を含む）と病院からの地域連携、施設等での高齢者支援等について学ぶことができた。デンマークは、国民の幸福度ランキングで世界第1位の生活大国であり、OECD加盟32カ国の2009年の国民負担率（対国民所得比）では69.5%（オランダは54.6%、日本は38.3%）であり、税金が高いのは世界第1位であるが、国は国民が納めた税金を国民に還元すべく、医療、教育、社会保障、介護などを無償で提供している。デンマークは、高福祉高負担（高税）であり、かつ、所得格差の少ない国でもある。OECD加盟国の中で相対的貧困率（国民のうち何%の人が貧困者であるかの比率：平均所得の50%以下の所得しかない家計を貧困者とみなす）の一番低い国であり、それは、国民の個人収入の差が一番小さい国であり、個人収入が平均化された国ということを示している。そこには、本当の民主主義（主権在民）が実践され、一長一短ながら、自由、平等、連帯、共生が確立されている。社会的弱者であっても、自分の生き方は自分自身で決め、社会のなかで生きていくという「自律」のための支援（help to self help）が確立され、継続的に幸せな生活を送れるように常に自分で選択（自己決定）し、関係者が思いやりをもって目の前の社会に向き合うという姿勢が感じられた。

さて、日本における社会保障制度は、先行した制度における既得権からか横断的に制度を改変することには困難を伴い、各制度がカテゴライズ化され、縦割りになっている状況がある。財源としては、国・県・市町村の公的資金、被保険者の保険料が一定割合で投入されていることが明確であり、カテゴリーごとにメニューが細分化された丁寧なつくりの制度になってはいる。生涯に渡って安心できる暮らしの実現には、各制度の横断的な活用による更なる自立支援、家族との生活、近隣との付き合い、地域への参加、専門職の関わりや支援等といった課題が存在し、課題を解決するための鍵となる視点は、生活者である私たちの身近にあることに思いついた。

日本は、経済大国と言われてはいるが、前述のOECD加盟国での相対的貧困率は14.9%（2009年：10年前の2倍、デンマークは5.3%、オランダは7.7%）であり、世界第4位になっている。また、生活保護制度の対象者数は、不況の影響もあり、2012年7月現在で212万4,669人に上り、1990年代の100万人を切っていた時点の2倍以上の増加で、過去最多を更新している。国民の80%近い人が中流意識を持っているといわれるが、確実に格差社会が進んでいる。過去に、「一億総中流」と言われたこともあるが、いわゆる「失われた20年」の間に、平等な社会からより不平等な社会、所得格差の大きな社会に変化し、人口が減少する縮減社会にも入っている。東日本大震災後の危機対策も踏まえて、住みよい国づくりのために、国民所得、富の再配分を考えていくことにより現実味が出てきている。また、日本は男性的文化が著明で、変化を好まない傾向があるとも言われてはいるが、12月の衆議院議員選挙の争点にもなった「社会保障と税の一体改革関連法」による消費税増税を皮切りに「中福祉中負担（中税）」の国づくりへとシフトするのだろうか。OECD諸国における社会保障支出と国民負担率の関係においては、日本の社会保障支出は中程度である一方で、国民負担率は低水準となっている。各国と比べてみても、日本は、税として、必要な費用に見合う負担ができていないことがわかる。社会保障に関する「受益（給付）」と「負担」にバランスが求められるわけだが、今回の消費税率引き上げにより、「負担」面で一定の改善がなされ、「世代間・世代内の公平」化が図られることが期待される。この世代間の不公平という論議は、年金についてよく取り上げられていることだが、日本における高齢者の年金制度は、現役時代の給与所得の低い人にも一定以上の年金を保障する仕組みであり、実質的に所得の再配分を行い、損得を超えた「分かち合い」を果たしている。年金保険制度が発足した当時から保険料を納めてきた高齢者の現役世代の生活水準は決して高いとは言えず、その高齢者の現役世代には年金が殆どない親を扶養してきた。また、共生という意味合いに近いのだろうが、教育、住宅など前世代が後世代に引き渡してきている。給付と負担の比率のみをとらえ、一概に損得勘定を論ずることはできないことであり、少子高齢化が進む中で、保険料としてどれだけの負担を現役世代に求めることになるのか、消費税等に財源を求めることになるのか、長期的視点でとらえていく必要がある。日本人は「場の暗黙知」に優れていると言

われているが、世界の場での日本を見て、経験による知恵、知識を活かしていく必要があると強く感じた。

税負担割合の高い両国においても財政難から、福祉行政においても、オランダでは制度改変、デンマークでは構造改革が行われており、福祉制度の変化は日本よりも大きいのではないかと推察される。日本よりも規模が小さい国であるがゆえに実現できたこともあると考えられるが、学ぶべきことが多くあった。

生活しやすい、住みやすい「まち」を目指して、この研究の成果をそれぞれの市・町の事業へ反映、活用することは、今後の各研究員の各々の立場からの発信によるところではあるが、同じ時間、同じ空間で同じものを見、聞きした仲間として、横のつながりを大切に、**face to face** でお互いを支援し合える関係を続けていきたいと思う。また、東日本大震災後の日本は、大きな転換期の渦中にあるが、この時期に、世界の中でいま一度、与えられた常識を研究員個々人の中で見直す機会を得られたことをかみしめている。

謝 辞

今回の課題テーマ別調査研究に当たり、訪問対象国等の福祉事情についてご教授、ご助言くださった東海大学健康科学部社会福祉学科教授の中野いく子先生、医療ジャーナリストの村上紀美子先生をはじめ、視察を受け入れご歓待くださったオランダ、デンマークの訪問先の自治体、施設の関係者、公益財団法人神奈川県市町村振興協会事務局、また、長期不在となる海外視察に快く送り出してくださいました各研究員が所属する市、町の関係者各位、皆様のご理解ご支援により、視野が広がり、観点が切り替わるという貴重な体験をすることができましたことを深く感謝し、心から御礼申し上げます。

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、家族の意思を聞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（待機日数の長さ）、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画に高齢で知的障害の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。

調査研究を終えて

事務局を務めております、公益財団法人神奈川県市町村振興協会の姥貝亮佑と申します。

当研究会は、5月からスタートしましたが、振興協会が指定をすることは「社会福祉の取組み」というテーマのみを示すことのみです。その先は、テーマのもとに集まっていたいただいた研究員の皆様の自主的な研究によって運営されていきます。

スタートしたての頃には、他市町村の職員が集まる研究会ということもあり、やや静かな研究会となりました。しかし、回を重ねるごとに、研究員の皆様の中にある福祉に対する熱い思いが顕われてきました。

日本の地方自治に研究成果を反映させるために、負担とサービスの量に差がある2カ国を選択しようとして議論を重ねた結果、オランダとデンマークの各福祉の現場を視察することに決定いたしました。わずか1カ月半の間に、これだけの視察日程案を作り出すことができる皆様の引き出しの多さに、事務局席でただただ感嘆するばかりでした。

その後、旅行業者を挟んでの現地交渉により、当初企画案とは異なる視察先になることもありましたが、10月に現地に赴いた時の皆様の目の輝きは忘れることができません。かくいう私自身も、異国の地ですべての物事を吸収しようと目を見開いておりました。気が付けば、その日々もはるか昔のように感じられてしまいます。

本日、ここに、皆様方の研究成果である報告書がまとまりましたこと、事務局として感謝いたしますと同時に、研究会の参加者として大変うれしく思います。

また、海外視察には同行できませんでしたが、研究員として企画段階からご尽力いただきました小田原市の鈴木富子様にも厚く御礼申し上げます。

当研究会の成果が、地方自治の一助となりますことを固く信じております。

事務局 姥貝 亮佑

参考文献

1 書籍・報告書・論文等

- ▼ 本田 直行「LESS IS MORE」ダイヤモンド社 2012.
- ▼ ケンジ・ステファン・スズキ「消費税 25%で世界一幸せな国デンマークの暮らし」角川SSC新書 2010.
- ▼ 神野 直彦『「分かち合い」の経済学」岩波新書 2010.
- ▼ 千葉 忠夫「世界一幸福な国 デンマークの暮らし方」PHP新書 2009.
- ▼ 紺野 登「幸せな小国 オランダの智慧 災害にも負けないイノベーション社会」PHP新書 2012.
- ▼ 大森 正博「オランダの介護保障制度」レファレンス, 6: 51-73, 2011.
- ▼ 堀田 聡子「ケア従事者確保に向けた諸課題ーオランダの経験からー」季刊・初回保障研究, 47: 382-400, 2012.
- ▼ 廣瀬 真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」海外社会保障研究, 162: 43-52, Spring 2008.
- ▼ 林かおり「ヨーロッパにおける患者の権利法」外国の立法, 277: 1-58, 2006.
- ▼ 宮島 渡「デンマークの高齢者介護理論に学ぶ」訪問看護と介護, 11: 414-419, 2006.
- ▼ 山梨 恵子「デンマークの認知症ケアシステムに学ぶ」ニッセイ基礎研究 Report 2月号; 12-21, 2010.
- ▼ 松岡 洋子「デンマーク」平成20年度障害者保健福祉推進事業 障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書, 219-267, 2009.
- ▼ 財団法人自治総合センター「地方が提供するサービスと税負担に関する調査研究会報告書」, 2011.
- ▼ 厚生労働省通知 健政発第517号・医薬発587号・保発第82号（平成11年4月22日）「診療録の電子媒体による保存について」.
- ▼ 読売新聞 1月7日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 1月24日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 1月28日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 1月31日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 4月16日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 8月11日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 9月2日朝刊, 2012.
- ▼ 読売新聞 11月10日朝刊, 2012.

2 ホームページ

- ▼ 内閣府 高齢者白書（平成 24 年版）
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/index-w.html>
- ▼ 内閣府 障害者白書（平成 17 年版～平成 24 年版）
<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/index-w.html>
- ▼ 総務省 税制改正（地方税）
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/jichi_zeisei/czaisei/czaisei_seido/ichiran04.html
- ▼ 総務省 地方税に係る税制抜本改革（社会保障・税一体改革）
http://www.soumu.go.jp/main_content/000174020.pdf
http://www.soumu.go.jp/main_content/000174111.pdf
- ▼ 総務省 地方財政白書（平成 14 年版～平成 24 年版）
http://www.soumu.go.jp/menu_seisaku/hakusyo/index.html
- ▼ 総務省統計局 国勢調査（平成 22 年）
<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2010/index.html>
- ▼ 総務省 医療分野における ICT の利活用に関する検討会報告書
http://www.soumu.go.jp/main_sosiki/joho_tsusin/policyreports/chousa/iryuu_ict/pdf/060323_2_02_2.pdf
- ▼ 財務省 日本の財政関係資料（平成 24 年 9 月）
http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/related_data/index.html
- ▼ 財務省 社会保障と税の一体改革
http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/index.htm
- ▼ 財務省 社会保障と税の一体改革説明会資料
http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/gaiyou.pdf
http://www.mof.go.jp/comprehensive_reform/sankou.pdf
- ▼ 財務省 財政関係基礎データ（平成 24 年 4 月）
「国民負担率（対国民所得比）の国際比較（OECD 加盟 32 カ国）」
http://www.mof.go.jp/budget/fiscal_condition/basic_data/201104/sy2302p.pdf
- ▼ 財務省 ファイナンス（平成 21 年 12 月号）
http://www.mof.go.jp/public_relations/finance/f2112.htm
- ▼ 厚生労働省 厚生労働白書（平成 17 年版～平成 24 年版）
http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/
- ▼ 厚生労働省 人口動態調査（平成 23 年）
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/81-1a.html>
- ▼ 厚生労働省 社会保障制度を取り巻く環境と現在の制度
<http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/dl/09.pdf>

- ▼ 厚生省福祉関係三審議会合同企画分科会 今後の社会福祉のあり方について（意見具申）－健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言－
<http://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryou/no.13/data/shiryou/syakaifukushi/376.pdf>
- ▼ 厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室 在宅医療・介護あんしん 2012
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoyou/zaitaku/dl/anshin2012.pdf
- ▼ 厚生労働省社会保障審議会第 28 回介護保険部会 給付の在り方（施設、住まい）について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000ikoc-att/2r9852000000ikpt.pdf>
- ▼ 厚生労働省 平成 23 年（2011）患者調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/index.html>
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/11/dl/01.pdf>
- ▼ 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム 今後の認知症施策の方向性について
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/houkousei.html>
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf>
- ▼ 厚生労働省 みんなのメンタルヘルス
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- ▼ 厚生労働省 知ることからはじめようみんなのメンタルヘルス「国の政策と方向性」
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/index.html>
- ▼ 厚生労働省 新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000almx.html#shingi2>
- ▼ 厚生労働省 第 5 回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム 「精神病床における認知症入院患者の状況について」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000000r3oa-att/2r9852000000r3ux.pdf>
- ▼ 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構 諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/09/dl/s0928-8e.pdf>
- ▼ 日本医療政策機構 オランダの医療制度改革と高齢化対策
http://www.hgpi.org/handout/Reference_TheNetherlands.pdf
- ▼ 厚生労働省 公的介護保険制との現状と今後の役割
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/gaiyo/hoken.html>
- ▼ 厚生労働省 障害者福祉
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaiyahukushi/

- ▼ 国土交通省 国における高齢者住宅施策の最新動向～サービス付き高齢者向け住宅制度のスタート～
http://www.shpo.or.jp/_uploads/news/19/attachments/P0-10.pdf
- ▼ 国土交通省 高齢者住まい法の改正について
http://www.satsuki-jutaku.jp/doc/system_panfu_00.pdf
- ▼ 国土交通省 サービス付き高齢者向け住宅整備事業について
http://www.koreisha.jp/service/dl/se_jyutaku.pdf
- ▼ 政府広報オンライン 特集 社会保障と税の一体改革
<http://www.gov-online.go.jp/tokusyu/201208/naze/syakaihosyo.html>
- ▼ 神奈川県保健福祉局高齢福祉課 かながわ高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）
<http://www.pref.kanagawa.jp/cnt/f300419/>
- ▼ 財務総合政策研究所 「主要諸外国における国と地方の財政役割の状況」報告書「デンマークにおける国と地方の役割分担」
http://www.mof.go.jp/pri/research/conference/zk079/zk079_09.pdf
- ▼ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障費用統計（平成 22 年度）
http://www.ipss.go.jp/site-ad/index_japanese/security.html
- ▼ 日本貿易振興機構 デンマーク
<http://www.jetro.go.jp/world/europe/dk/>
- ▼ 日本貿易振興機構 オランダ
<http://www.jetro.go.jp/world/europe/nl/>
- ▼ 日本貿易振興機構 見本市レポート
<http://www.jetro.go.jp/j-messe/w-info/wi-120420.html>
- ▼ 自治体国際化協会 デンマークの地方自治構造改革
http://www.clair.or.jp/j/forum/c_report/pdf/298.pdf
- ▼ 国民健康保険中央会 平成 23 年度国民健康保険中央会事業計画
http://www.kokuho.or.jp/about/lib/info_10_2011.pdf
- ▼ 自治体国際化協会 オランダの地方自治
<http://www.clair.or.jp/j/forum/series/pdf/j22.pdf>
- ▼ 自治総合センター 地方が提供するサービスと税負担に関する調査研究会報告書
http://www.jichi-sogo.jp/wp/wp-content/uploads/2011/06/2011_09.pdf
- ▼ 日本障害者リハビリテーション協会 障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書
<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/resource/jiritsu/hikaku-h20/index.html>

- ▼ 認知症介護ネットワーク デンマークの認知症ケア動向 I 「高齢者介護システムデンマークの認知症ケア」
http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/de09_care_04.pdf
- ▼ 認知症介護ネットワーク デンマークの認知症ケア動向IV 「地域高齢者精神医療チームの意義と役割」
http://www.dcnnet.gr.jp/retrieve/kaigai/pdf/de09_care_04.pdf
- ▼ 大泉啓一郎, 梶原弘和, 新田目夏実 JICA 研究所客員研究員報告書「開発途上国の高齢化を見据えて～新しい支援・協力への視座～」
http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200607_soc.html
- ▼ 川渕孝一 患者の権利 欧米 16 カ国の法制化状況
<http://homepage3.nifty.com/medio/archives/kennri/kenri.htm>
- ▼ オランダ国税局
<http://www.belastingdienst.nl/>
- ▼ オランダ統計局 Statistical Yearbook 2012
<http://www.cbs.nl/en-GB/menu/publicaties/boeken/statistisch-jaarboek/archief/2012/2012-statistisch-jaarboek-pub.htm>
- ▼ カルディア
<http://www.cardia.nl/>
- ▼ エルメロ市役所
<http://www.ermelo.nl/>
- ▼ デンマーク国税局
<http://www.skm.dk/foreign/>
- ▼ デンマーク統計局 Statistical Yearbook 2012
<http://www.dst.dk/en/Statistik/Publikationer/VisPub.aspx?cid=16251>
- ▼ 在デンマーク日本大使館
http://www.dk.emb-japan.go.jp/index_j.htm
- ▼ オーデンセ市役所 オーデンセ市人口構成
<http://www.odense.dk/topmenu/kommunen/odense%20i%20tal/statistik/statistisk%20tiaars%20oversigt/tiaars%20oversigt%202008/~media/Skraldespand/migration%20folder/upload/statistik/statistisk%2010%20aars%20oversigt/2007/tabel%201%20-%20befolkningsudvikling%201997-2008.pdf.ashx>
- ▼ デンマーク統計年鑑 人口構成 (2008-2012)
<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/16251/02pop.pdf>
<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/18506/02.pdf>
<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/15198/02pop.pdf>

<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/15198/02pop.pdf>

<http://www.dst.dk/pukora/epub/upload/16218/02pop.pdf>

平成 24 年度 課題テーマ別調査研究（海外）実施要領

（目的）

第 1 条 本格的な地方分権時代を迎え、地方自治体はますます自立と独自性が求められ、行政の様々な分野での変革を迫られている。

そこで、県内各自治体から、課題テーマに高い関心と強い意欲を持っている職員を研究員として募り、これから求められる政策課題について海外での調査を含む調査研究により、地方分権時代に対応した具体的施策の提言を求める。

（対象職員）

第 2 条 対象職員（以下「研究メンバー」という。）は神奈川県内市町村の職員で、次の当該各号に該当する者とする。

インディペンデントテーマコース（自主研究方式）

- (1) 心身ともに健康な職員
- (2) 課題テーマに関連する職務に現在従事しているか、課題テーマの調査研究に取り組む意欲のある職員
- (3) 上記 (1) (2) に該当し、(別紙 1) の課題テーマ別に市町村長から推薦を受けた職員

（募集人数）

第 3 条 コース数は 2 コースとし、募集する研究メンバーは、1 コース 10 名程度とし、1 コース 1 市町村から 1 名とする。なお、各コースとも応募者数が 8 名以下の場合は、事業を中止することもある。

（調査研究方法等）

第 4 条 調査研究方法等は、次のとおりとする。

- (1) 調査研究期間は平成 24 年度中とし、概ね 18 日間程度の研究会を開催し、うち 8 日間は海外での調査研究に充てるものとする。
- (2) 具体的な調査研究方法及び日程は、(別紙 2) の「調査研究の方法及び研究会の開催計画（予定）」のとおりとする。
- (3) 国内での調査研究には海外調査の準備として次の事項を含むものとする。
 - ① 具体的な調査研究方法の決定
 - ② 調査訪問先及び調査項目の決定
 - ③ 課題テーマに係る事前研究及び資料の収集

④ 調査研究結果(研究報告書)作成の方向及び役割分担

- (4) 研究会において、調査研究に当たり必要があるときは振興協会と協議し、当該課題の専門家を講師として依頼することができるものとする。

(調査研究結果のとりまとめと研究報告書の作成)

第5条 研究メンバーは、コースごとに調査研究結果を取りまとめ、研究報告書を作成する。研究報告書は振興協会が全市町村長に送付する。

(経費の負担)

第6条 調査研究に係る直接経費は協会の規程等に基づき全額(支度料・日当は除く。)協会が負担する。

附 則

この要領は、平成24年4月1日から適用する。

(別紙1)

平成24年度課題テーマ

テーマ1：新エネルギー政策の取組み

調査訪問国 アメリカ又はヨーロッパ2カ国以内

テーマ2：社会福祉の取組み

調査訪問国 アメリカ又はヨーロッパ2カ国以内

(別紙2)

調査研究の方法及び研究会の開催計画(予定)

1 調査研究の方法

(1) 集合研究会として、主として振興協会会議室にてコース別に振興協会が設定する日程により行う。

なお、必要に応じ、上記以外に説明会・打合せ等を開催することがある。

(2) その他の調査研究

① 通信による研究会（電子会議室、FAX等）を常時メンバーで行う。

② 自己研究

③ 情報・資料収集（インターネット、図書、新聞、雑誌など）

④ 研究のまとめ（各自）

(3) 海外調査研究

上記(1)(2)の調査研究に加え、海外での先進的事例等の調査研究を行う。

なお、調査訪問国、調査訪問先については、6月22日（金）までに取りまとめる。

2 研究会の開催計画

(1) 合同説明会 5月10日（木）

(2) 事前研究会 ①インディペンデントテーマ1コース

5月21日（月）、5月22日（火）、6月7日（木）、
6月19日（火）

7月10日（火）（海外調査委託業者との協議会）

②インディペンデントテーマ2コース

5月23日（水）、5月24日（木）、6月8日（金）、
6月20日（水）

7月11日（水）（海外調査委託業者との協議会）

*各コースとも海外調査出発日までは必要に応じて追加開催する。

(3) 事後研究会 報告書の作成状況により必要に応じて開催する。

なお、報告書は平成25年1月15日（火）までに取りまとめる。

(4) 海外調査 10月中（8日間）

○ 国内研究日程

説明会及び第1回研究会

平成24年5月10日（木）

- ・オリエンテーション
- ・海外調査日程・訪問先、調査研究テーマ等の検討

研究会

第2回

平成24年5月23日（水）

- ・海外調査訪問国の決定
- ・海外調査訪問先、調査項目の検討

第3回

平成24年5月24日（木）

- ・海外調査訪問先、調査項目の検討

第4回

平成24年6月8日（金）

- ・海外調査訪問先、調査項目の検討

第5回

平成24年6月15日（金）

- ・海外調査訪問先、調査項目の検討
- ・事前研修

「デンマークの高齢者福祉—生活の継続性と統合ケア—」

東海大学健康科学社会福祉学科 中野 いく子氏

第6回

平成24年6月20日（水）

- ・海外調査訪問先、調査項目の決定
- ・海外調査訪問先での役割分担の決定

第7回

平成24年7月11日（水）

- ・海外調査日程・訪問先の確認
- ・海外調査訪問先における質問事項の検討
- ・事前研修

「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
一人暮らしでも最後まで支える！～よろず相談から看取りまで～」

医療ジャーナリスト 村上 紀美子 氏

第8回

平成24年10月2日（火）

- ・海外調査日程、海外調査訪問先、役割分担等の最終確認
- ・研究報告書の構成等の検討

海外調査

平成24年10月14日（日）から10月21日（日）

- ・別紙「海外調査日程」

第9回

平成24年11月6日（火）

- ・研究報告書の内容の検討

第10回

平成24年12月5日（水）

- ・研究報告書の取りまとめ

第11回

平成25年1月8日（火）

- ・研究報告書の取りまとめ

第12回

平成25年2月15日（金）

- ・研究報告書の最終取りまとめ

○ 海外調査日程

第1日目 10月14日(日)

成田発 13:35 (KL 864便)
アムステルダム着 18:15

アムステルダム泊

第2日目 10月15日(月)

(午前) 専用車にてデン・ハーグへ移動
「デン・ハーグ市役所」訪問調査
「ニクティズ」訪問調査
(午後) 「カルディア」訪問調査

アムステルダム泊

第3日目 10月16日(火)

(午前) 専用車にてエルメロへ移動
「エルメロ市役所」「デ・オントムーティング」等訪問調査
(午後) 「プロソン」「GGZ セントラル」訪問調査

アムステルダム泊

第4日目 10月17日(水)

(午前) 空路にてコペンハーゲンへ移動
(午後) 専用車にてオーデンセへ移動

オーデンセ泊

第5日目 10月18日(木)

(午前) 専用車にてミドルファートへ移動
「ミドルファート病院」訪問調査
(午後) 「オーデンセ市役所」訪問調査

オーデンセ泊

第6日目 10月19日(金)

(午前) 「オーデンセ補助器具センター」訪問調査
「ベネキレー・ナーシングホーム」訪問調査
(午後) 専用車にてコペンハーゲンへ移動

コペンハーゲン泊

第7日目 10月20日(土)

(午前) コペンハーゲン市内公共施設調査
(午後) コペンハーゲン発 14:35 (KL 1130便)
アムステルダム着 16:00
アムステルダム発 17:40 (KL 863便)

機内泊

第8日目 10月21日(日)

成田着 11:55

「社会福祉の取組み」研究メンバー表

(インディペンデントテーマコース②)

市 町 村 名	氏 名	所 属 ・ 職 名
川 崎 市	リーダー 戸 田 真 司	健康福祉局 保健医療部 健康増進課 担当課長
相 模 原 市	サブリーダー 羽 場 建 護	健康福祉局 福祉部 精神保健福祉課 主事
海 老 名 市	サブリーダー 佐 藤 直 美	財務部 収納課 主査
平 塚 市	津 野 あゆみ	福祉部 高齢福祉課 主任
鎌 倉 市	久木田 静	健康福祉部 保険年金課 事務職員
藤 沢 市	渡 辺 葉 子	保健福祉部 介護保険課 専任上級主査
小 田 原 市	鈴 木 富 子	福祉健康部 高齢福祉課 介護予防係長
三 浦 市	吉 永 玲 実	保健福祉部 福祉課 主事
秦 野 市	鈴 木 憲一郎	福祉部 福祉事務所 高齢介護課 主任主事
大 和 市	渡 辺 一 博	総務部 収納課 税制管理担当係長
南 足 柄 市	太 田 孝 子	福祉健康部 健康づくり課 課長補佐
綾 瀬 市	緑 川 伸 雄	福祉部 高齢介護課 主事
中 井 町	安 池 義 治	健康課 高齢介護班長
大 井 町	橋 本 嘉 之	会計室 課長
松 田 町	太 田 ゆかり	企画財政課 課長代理
(事 務 局)	姥 貝 亮 佑	(公財) 神奈川県市町村振興協会 主事 (市町村研修センター)



三浦市 吉永玲実	川崎市 戸田真司	大和市 渡辺一博	秦野市 鈴木憲一郎	相模原市 羽場建護	綾瀬市 緑川伸雄	中井町 安池義治	事務局 姥貝亮佑
南足柄市 太田孝子	平塚市 津野あゆみ	海老名市 佐藤直美	藤沢市 渡辺葉子	鎌倉市 久木田静	松田町 太田ゆかり	大井町 橋本嘉之	



発行／公益財団法人 神奈川県市町村振興協会 〒231-0023 横浜市中区山下町 75 番地
T E L . 045-664-7452 F A X . 045-662-4414 U R L . <http://www.ks-sinko.or.jp/>