

地域包括ケア体制をどう構築するのか—デンマークと日本の比較

家族・地域支援学科・山路 憲夫

I 目的と問題意識

本稿は次の問題意識と目的によってまとめた。

人類がかつて経験したことがない超高齢社会に日本は入った。2040年から2060年にかけてのピーク時には、65歳以上の高齢者が10人に4人近くに上るといふ。増大する要介護高齢者をどう支えていくのか。厚生労働省は2012年度からの介護保険改正の柱に介護だけでなく、医療、福祉や住まいを含めた「地域包括ケア体制の構築」(注1)を掲げたが、そのための具体策は明確ではない。タテ割りの法制度を超え、さまざまな地域資源を結びつけて、地域で、在宅で暮らし続けたいという高齢者を生活全体としてとらえ、総合的に支援していく取り組みをどう作り上げるのか、担う人材をどう確保するのが、日本にとって、地域社会にとって喫緊の課題である。その方策をさぐるため「地域包括ケア体制」という観点からデンマークと日本との現状と課題とを比較することが本稿の目的である。

多くの高齢者が望むのは施設ではなく、住み慣れた地域での在宅生活を続けられることである。ここでいう在宅とは、自宅に住み続けることだけではない。住み慣れた地域で生活し続けられる高齢者住宅やグループホームも含む。

デンマークを取り上げる事にしたのは、日本よりはるかに早く充実した在宅ケアを確立、この20年余りで、プライエムとよばれる特別養護老人ホームを徐々に廃止、いち早く地域包括ケアを確立しているからである。

日本の高齢者ケアの問題点は、在宅介護を中心とした在宅ケアの整備が質、量ともに遅れているというだけでなく、訪問看護も含めた在宅医療がきわめて手薄なこと、高齢者の疾病構造の変化に

応じた医療、及び診療報酬体系が確立されておらず、結果として高齢者への医療が介護よりも偏重しすぎること、看取りの在り方についてもコンセンサスがないままに病院で亡くなる高齢者が増え続けていること、といった点が挙げられよう。

加齢に伴い、なんらかの慢性期の症状を抱える高齢者は増える。「高齢者の増加は疾病構造を質的にも量的に変えた。特に、慢性期、終末期では急性期に対する医療とは全く異なった医療が求められる。(中略)この時期では完治を目指すことより、日常の生活を基本に置き、時には疾病と共存しながらQOL(生活の質)を落さないことが優先される」(注2)のである。日本は他の国に比べ過剰な病院と過剰な病床を抱えてきたこともあって、本来であれば病院に入院する必要がない、慢性期の疾病を抱える高齢者を病院で受け入れる、いわゆる社会的入院を作りだしてきた。その結果、外国に比べ、平均在院日数が極端に長い(注3)、日本特有の高齢者ケアの状況を生み出してきた。

実際には各種の調査で、過半数の高齢者が在宅での生活を望んでいるのに、在宅ケアが整備されていない、受け皿がないなどの理由で、本人のQOLより治療が優先される病院での入院や施設での入居を続けている実態がある。

さらに高齢者がどこで、どういう形で死を迎えるのかという看取りの問題もある。

現在年間約110万人が死亡しているが、2025年前後には160万人に増える。1952年には在宅を中心とした病院外での死は81.3%だったのが、病院での死が1973年前後を境に在宅での死を上回り、2006年には82.3%にまで増えた。これまでの病院中心の医療が続けられる一方で、在宅ケ

アが十分ではなかったために、看取りの場が病院に集中する結果をもたらしたのである。しかし、多くの人々が実際には在宅での看取りを希望していること、社会的入院を受け入れてきた療養型病床が廃止される方向にあることから考えると、安心して在宅で、在宅に近い地域で死を迎えられる在宅ケアの充実を図っていくことが求められている。

在宅での看取りが大半を占めるデンマークの現状を見、その方策を考えたい。

高齢者ケアを支えるための最大の問題は財源である。

日本の高齢化率は世界でトップにある。人口は2004年12月をピークに減り始めたが、国立社会保障・人口問題研究所の予測（「日本の将来推計人口」2006年12月推計）によると、2055年には8993万人、高齢化率は40%を超える。高齢者のうち75歳以上の後期高齢者は2007年1270万人だったのが、2030年には2265万人と、この20年間で倍近くに膨れ上がる。

平均的には75歳を超えると、65歳～74歳の高齢者より、要介護の割合は急増し、医療依存度も高まる。高齢化が一つの山場を迎える2025年には、医療、介護の給付費は現在の倍近くまで膨れ上がるが、財源をどうするのか。負担のあり方（財源）の日本とデンマークの違い、その違いをもたらす国民意識の相違も考えたい。

II 研究方法

デンマーク・ネストヴェズ市は2009年夏にすべてのプライエムを廃止、在宅や高齢者住宅などに移行させたコムーネ（市町村）の一つである。同市の高齢者ケアの調査、研修プログラムに筆者は2010年3月に参加、1週間にわたり介護の現場を見、関係者にヒアリング調査をする機会を得た。期間中、高齢者福祉の現状について、政策、財源、IT管理、医療などについて、市長をはじめ担当者のヒアリングを実施、さらに在宅、高齢者施設での利用者訪問、配食センター、福祉用具センター、介護・看護職の養成校も訪問、詳細な

ヒアリングを実施した。

一方、日本での地域包括ケア体制については東京都国立市と東村山市を取り上げた。

国立市と東村山市の取り組みとデンマークのいわば典型的な市を代表するネストヴェズ市とを比較することで、日本での地域包括ケア体制の構築のため、実践的な課題を浮き彫りにできるのではないかと考えた。

社会福祉、社会保障についてデンマークに関する研究は数多いが、日本との比較で、地域包括ケア構築のための具体的、実践的な改革案に資する観点からの研究は少ない。日本の地域包括ケア体制作りに関する調査、研究についても、本格的な取り組みははじまったばかりだけにほとんどない。単なる日本とデンマークとの比較にとどめず、日本にとっての地域包括ケア研究、その実践的課題にできるだけ答えられようにとまとめた。

III デンマークにおける地域包括ケア体制

1 ネストヴェズ市のプライエボリー

デンマークは九州とほぼ同じ広さの国土に人口547万人の北欧の小国である。ネストヴェズ市は首都コペンハーゲンから南東に約1時間ほどのシェラン島にある。バルト海に面し、夏は観光客でにぎわうが、夏の時期以外は静かな人口81000人の古都である。

その市のほぼ中心部にある二つのプライエボリー（介護付き高齢者住宅）の一つ、キルデマークセンターは、2005年設立、住宅数101戸ある。

1住宅あたりの敷地面積43～58㎡。各住宅は風呂とトイレ付きの2DK、一人にとっては十分な広さだ。居住者の食費は月約3万円。居住者の基本は「Live and Stay」（入居者でできることは参加する）という原則から、スタッフはさりげなく見守りつつ、基本は手助けをしない。スタッフは総勢100人。内訳は介護士60人、社会保健アシスタント（注4）10人、看護師3人、栄養士6人、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）各2人、チームリーダー3人、犬1匹の構成。人員配置は認知症の場合、入居者1人に対しスタッフ1人と

日本より、はるかに充実した人員配置である。

①居住者がプライベートな空間を持つようにする②近所づきあいを楽しめるようにする③居住者が自分の部屋以外の場所で、行事に参加したり、地域とも文化的交流ができるようにする——という考えでサポートにあたる。

プライエボーリ「シンフォニー」は2009年6月オープンしたばかりで、キルデマークセンターに比べると新しいケア付き高齢者住宅で、ここでの特徴は認知症ケアである。1万㎡の敷地に管理センター棟(1877㎡)と2階建ての入居棟(3523㎡)2棟の合計3つの建物で構成され、認知症中心の入居者が多い。69戸の介護付き住宅(うち48戸は認知症住宅)があり、96人が入居している。うち48戸は認知症対応型住宅である。

12人ごとに1つのグループのユニットに分かれ、8つのユニットがある。2階建ての入居棟の1階には、やや重度の認知症、2階は比較的軽度の認知症、自立度の高い人が住む。

一つのユニットに共同キッチンと二カ所のリビングルームがある。景観に配慮して廊下に手すりはない。歩くのに不自由な人は歩行器を使う。一人ひとりのプログラム、その人に合ったアクティビティを実施しているのが特徴で、本人の希望を尊重という原則で運営されている。

スタッフは約146人で、内訳は介護士と社会保健アシスタント110人、看護師9人、リハビリ機能訓練(理学療法士、作業療法士を含む)8人、チームリーダー4人、事務7人、在宅ケアスタッフ5人、建物整備、厨房コック3人など。12人の居住者に1人が夜勤。できるだけ昼間アクティビティをさせ、夜間は眠るようにする。このセンターには認知症コーディネーターと呼ばれる専門職が1人いる。認知症コーディネーターはネストヴェズ市全体で5人。在宅で生活する認知症の高齢者も多く、家庭訪問も繰り返し、本人が本来持つアイデンティティをどう回復するか、維持させるかが仕事という。トレーニングとアクティビティ、4つの基本サービス(リハビリ、

訓練の維持、社会活動、開かれた社会活動)がある。

2 きめ細かい訪問介護サービス

訪問介護にも同行した。

2010年3月18日の午前7時40分から9時30分の間に、市内のほぼ中心部にある高齢者住宅の一角、3DK約60㎡の自宅に住む一人暮らしの女性(75歳)宅を訪れた。案内してくれたヘルパーのレジッテルさん(22)はキルデマークセンターに所属する市の公務員である。デンマークの場合、基本的に常勤ヘルパーはコムーネ(市町村)に雇用される公務員である。経験1年余りだが、仕事は手早い。

介護される女性は排尿装置を付け、歩くのもやっとの重度の要介護だった。認知症もあるようで反応は鈍い。手すりを使いながら、かろうじて歩ける。食事も作れず、トイレもシャワーも一人ではできない。この利用者は日に3回の訪問介護、週14時間の訪問介護サービスを市から受けている。自己負担はゼロである。

ネストヴェズ市の高齢化率は16%で、日本より低い、ほぼデンマークの平均である。

市が高齢者、障害者のために提供する住宅は2247戸、うち高齢者のための住宅総数1650(このうちプライエボーリは456戸、認知症高齢者のための住宅102)、障害者の住宅は597ある。

同市の調査によると、訪問介護サービスを受けているのは、高齢者の20%強にあたる3033人。週に18675時間、一人平均6.15時間のサービスを受けていることになる。

訪問看護は1349人が週1580時間、リハビリテーションは564人の高齢者が週337時間(医療法に基づく医療的リハビリは19人110時間、機能回復訓練は545人227時間)のサービスを受けている。

在宅でのガンの末期患者への介護は上限なしに利用できる。

このほか、同市には配食サービスをする市直営の配食センターと福祉機器(補助器具)セン

ターとがあり、それぞれ配食サービスと補助器具を必要と市が認めた高齢者に提供している。同市は1972年から、在宅の高齢者向けに配食をする配食センターを設立、1998年から真空パックに日替わりの料理を作って詰め、現在700世帯875人に1日分(昼と夜)×7日を週2回に分け(火曜に3日分、金曜に4日分)宅配サービスをしている。メニュー作りには市の高齢者が参加する高齢者評議会で、試食してメニューを決める。ネストヴェズ市に限らず、コムーネには市議会とは別に、市政に市民の意見を反映させる各種の市民参加の委員会が設けられているのも特徴である。

一方、同市の福祉機器センターはすべて市から年間5000万dkr～6000万dkr(約8億5000万円～10億円)の補助金によりまかなっている。約1万もの器具を保有、すべてバーコードで支給する器具を管理するなどシステム化されている。

サービス提供の決定はヘルス・ビジテーターと呼ばれる市の職員である23人の判定員が決定する。ほとんどが看護師、OT、PTである。補助器具の専門家も少数いる。

日本の公的介護保険と異なり、利用時間の上限(限度額)はないが、総額の予算の範囲内で運営されているから、ある程度の目安はある。利用量が多くなると、プライエボーリなどの高齢者住宅への転居を勧める。その目安はサービス時間が週20時間だが、利用者が在宅を続けたいと希望すれば、転居の強制はしない。

課題もある。アムト(注5)に属する家庭医との連携が不十分で、サービスに対する苦情もサービス提供時間が事務的に決められがちのために増えたという。

国の予算の使い方はすべてコムーネに任せられ、コムーネの裁量は大きい。ネストヴェズ市の場合、予算の70%を高齢者福祉と教育が占める。

OECDがまとめた国別の対GDPに占める比率でみると、医療費の割合は日本が7.6%に対しデンマークは8.6%と大差はないが、公共支出の割合では、デンマークはスウェーデンに次いで約

25%だが、日本は約10%に過ぎない。「教育費」「社会保障・福祉」の比率が、日本よりはるかに高い(注6)。

以上のような在宅、地域ケアを可能にする財政上の手厚い措置、基盤の整備、充実があつてこそ、プライエムの廃止が可能だった、と考えられる。

自己負担がほとんどなく、充実した在宅介護のおかげで、同市には100歳を超える高齢者の半数が自宅で生活を続ける。

3 なぜプライエムを廃止したのか

とくにこの30年、デンマークは行財政改革、福祉改革をめまぐるしいほど繰り返してきた。節目のひとつは、1987年の社会支援法改正によりプライエムの新規建設の禁止。1960年代から建設されたプライエムは49000床にも上り、80年代末には高齢者の住まいの7%を占めるにいたった。財政事情もあつたが、プライエムという施設の中での高齢者の生活の在り方に対する反省が大きな理由として挙げられている。(注7)

「住まい」と「ケア」がセットとなったプライエムでは、過剰なケアが高齢者の自立、生活力を損ねてしまうという考えだった。

この転換は1982年にアナーセン・コペンハーゲン大学教授を中心とするデンマーク政府の改革諮問委員会が(1)継続性の原則(在宅生活の条件整備)(2)自己決定の原則(3)自己資源の活用・開発の原則(残存能力の活用)——を骨子とし、24時間在宅ケアの道筋を答申した。さらに1997年にできた社会サービス法により、施設という概念を廃止、自宅及び自宅に近い環境で暮らすためのサービスを受ける権利が確立された。

住む場所によってケアの量が決められてはならない。住み慣れた地域で暮らしたいという高齢者の思いを尊重すべきとして、それに代わって「住まい」と「ケア」を分離する、質の良い住宅を供給して、個々のニーズに合わせた在宅ケアを提供するという考えに変わった。高齢者・障害者住宅法に基づき、プライエボーリやエルダボーリと呼ぶ高齢者住宅の建設がすすめられた。

もともとデンマークは北欧の中でも、戦後まもなくから在宅ケアの整備を進めてきたことで知られる。すでに1980年代の末には85%のコミュニティーで24時間にわたるケア体制が整えられた。

高齢者が在宅で安心して住み続けられるためには介護だけでなく、在宅医療が不可欠である。それを可能にしたのは「家庭医（かかりつけ医）制度」だった。

デンマークの医療保障は1970年以前は保険方式だったが、効率化のために地方制度改革により1973年から保険制度は廃止され、税方式となり医療についての権限はすべてアムト（日本の都道府県にあたる2007年改革でアムトは5つの広域連合のレギオンに統合）に移管された。原則として18歳以上の国民はすべて、家庭医に登録することとなった。自営業の診療所医師は家庭医として「ゲートキーパー」の役割を果たす。それ以外は家庭医の紹介でアムトの病院で受診する。患者は原則自己負担なしに（薬剤費や歯科などを除き）医療を受けられる。

また1976年の社会援護法の制定により、高齢者福祉など社会福祉については、コミュニティーに一元化することとなった。

以上述べたように、医療と介護をセットにした在宅ケアをいち早く充実させるとともに、住まいも整備すると同時に、地方制度改革により、その役割をコミュニティーが担うという地域包括ケア体制を1990年までにデンマークは確立させたといえよう。

医療での日本との大きな違いは、高齢者ケアにおける医療の関与度の低さである。

キルデマークセンター長兼ネストヴェズ市北地区の責任者、ビルジッド・エトラップさんによると、ケアのニーズ判定やサービス提供に医師は参加しない。ただし、入院させるかどうかの決定権は持つ。平均在院日数は4.5日。最近の新ルールで病院から自宅、ケア付き住宅に移る場合「待機2カ月以内」とされ、違反すると罰金1日3万円を市が病院に支払う。急性期の入院であっても早

期に退院させられる仕組みだ。

医療的には入院の必要がないのに、行き場がないために高齢者が病院に長期入院を余儀なくされるといふ、日本のような社会的入院はまずない。

退院後リハビリテーションが必要な場合は、特別に医療的リハビリが必要な場合を除き、市の保健センターで、PTやOTからリハビリを受ける。

さらに大きな違いは終末期の医療である。

最期を迎える看取りの場は8割強が自宅、病院は1割強程度で、8割強が病院という日本とは逆だ。家庭医は医療的な処置を施す余地がない、と判断すると市のビジテーターに連絡、ビジテーターは訪問看護師を派遣して、ケアをする。モルヒネを使用した緩和医療を施す場合はあるが、「延命治療はまったくしない。本人も家族も望まない」（ビルジットさん）という。

ネストヴェズ市での地域包括ケアの特徴は次のようにまとめられる。

- ① サービス量が豊富で、在宅ケアの上限は基本的にはない。限界とみれば安心して住めるプライエボーリの受け皿が用意されている。
- ② 配食サービスや福祉器具の支給などのすべての福祉サービスをきめ細かく提供。
- ③ サービスの支給にあたっては市に判定委員会が設けられ、ビジテーター（判定員）が明確な基準に基づき支給決定する。
- ④ デイ・サービスやアクティビティ・センターでは高齢者向けのデイ・サービスや運動、若年性認知症のデイ・ケアといった日常サービスのほか、市の保健センターは高齢者リハビリと介護予防サービス、健康の測定、チェックを実施している。
- ⑤ 住民すべてはCPR（Central Personal Register＝国民総背番号）が付けられ、サービスの管理についてはすべて在宅サービスセンターでIT管理され、運営できるシステムが確立されている。
- ⑥ 医療については「家庭医制度」により、在宅で安心して医療が無料で受けられ、病院以外の自宅やプライエボーリで終末期を安心して迎えら

れる。

IV 日本における地域包括ケア体制——東京都国立市と東村山市の現状と課題から

日本での地域包括ケア体制を東京都国立市と東村山市の事例からみてみよう。両市を取り上げたのは、筆者がこの6年間、両市での介護保険事業計画や高齢者在宅ケア推進計画づくりに関わってきたこと、国立市は3年前から地域包括ケア体制のいわば先進的な取り組みを進めてきたのに対し、東村山市は行政も地域住民もそれなりに在宅ケアの充実に取り組んではいるが、在宅医療が立ち遅れているという全国の平均的な自治体であり、二つの市は対照的であるがゆえに課題も明らかにしやすいことが、取り上げた理由である。

1 高齢化が加速する大都市部

東京をはじめとした三大都市圏といわれる大都市部の高齢化がこれから本格化する。

東京都内在住の65歳以上の高齢者は2011年9月15日現在で262万人、高齢化率は20.7%と全国平均より約2ポイント強低い。今後、地方よりも高齢化の速度は加速し、2015年には316万人、2025年には343万人に膨れ上がる。とくに75歳以上の後期高齢者は124万5000人から2025年に2倍近くに増える見通しだ。

団塊の世代を中心とした勤め人の多くが大都市部で高齢期を迎えるためである。

2025年の後期高齢者の人口は大都市部では2008年と比較すると、埼玉県129.1%、千葉県112.2%、神奈川県104.8%、東京都77.8%もの増加が見込まれる「日本の都道府県別将来推計人口——2007年5月推計」（国立社会保障・人口問題研究所）。

介護保険が始まった2000年に全国で218万人だった要介護認定者は2025年には755万人に増える（厚生労働省推計）。高齢者とりわけ後期高齢者が増えると、医療・介護のニーズも平均的にみると、前期高齢者に比べ跳ね上がる。

さらに一人暮らしや高齢者夫婦のみの世帯も増え続け、全国で見ると、2005年には851万世帯

だったのが2025年には1267万世帯になる。さらに後期高齢者の単独世帯は2025年には2倍に増えると推計される。

とりわけ深刻なのは認知症高齢者の増加である。認知症の「日常生活自立度」Ⅱ以上は2010年に208万人、2025年には高齢者人口の1割にあたる323万人に増える。

2 国立市での取り組み

国立市は東京都多摩地区のほぼ中央部にある人口74511人（2012年1月1日現在）、面積では全国で4番目に小さい市だが、景観にも恵まれた学園都市で、多摩地区26市のうち一人あたりの個人市民税は上位から3番目と所得水準の比較的高い層が住むまちでもある。

高齢化率は19.3%（2011年6月現在）と全国平均より約4ポイントまだ低いが、3年後には21%、2025年には23.20%にまで高まる見通しだ。高齢化率は多摩26市の中でも低位にあるが、国立市の高齢者のうち75歳以上の後期高齢者は49.9%で、国立市の後期高齢者6926人（2011年1月）のうち要介護認定者はその28%にあたる1938人。さらに認知症の疑いのある高齢者（日常生活Ⅱa以上介護認定申請の際の訪問調査項目にある「認知症高齢者の日常生活自立度ランク」のうち、Ⅱaは「家庭外で、日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られても、誰かが注意していれば自立できる」）は、要介護認定者の44%にあたる851人に上る。

さらに第五期の国立市介護保険事業計画策定にあたって認知症で独居の高齢者を同市高齢者支援課が調べたところ、2011年9月の時点で、国立市全体で171人もいることがわかった。軽度の認知症（自立度Ⅰ＝何らかの認知症症状を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にはほぼ自立）のうち在宅で生活し続ける高齢者は90%に上った。また要介護5の状態でも、在宅で暮らす高齢者は半数いる。

家族と同居する認知症の高齢者や重度の在宅の要介護高齢者を支えていくのは介護保険だけでは

難しい。地域全体が支えていく仕組み、取り組みを作らない限り、増え続ける在宅での認知症の高齢者への対応はできない。

国立市のケースを見ると、認知症の重度化につれ施設入所も増加するが、要介護5の状態でも半数は在宅で生活し続けるために、介護する家族への支援も重要になってくる。

地域包括ケア体制作りには先駆けて2008年11月、東京都の「在宅医療ネットワーク推進事業」での3つのモデル地区（あとの二つは墨田区、豊島区）の一つとなり、東京都からの補助金を受け「国立市在宅医療推進連絡会議」（代表・新田國夫医師）が設立された。医師、歯科医師、薬剤師、看護師、地域中核病院の医師、同地域連携室、介護職、行政、介護を抱える家族会の代表、学者らによる多職種を集め、事務局を含め18人のメンバーで、住民が住み慣れた地域で安心して療養生活をできるよう、医療機関、訪問看護ステーション、ケア・マネジャーらによる在宅医療ネットワークを作り上げることを目的としたものだった。国立市がモデル地区とされたのは、新田國夫医師を中心とした在宅医療が定着していること、介護保険事業計画での日常生活圏域も一つだけという小さな市だけに、まとまりのある取り組みがしやすいという特徴を持つためだ。

2010年度末までに、医療関係者、介護家族、介護事業者らを対象に研修、さらに相談事業、さらに50歳以上の市民300人を対象にした「市民アンケート」を実施した。在宅医療の現状とニーズ調査、医療と介護についての情報の入手のあり方、その問題点などを調べた。在宅医療についてのニーズ、関心は高いが、何より情報を入手できる窓口がない、在宅医療がまだ不十分であることが改めてわかった。

2011年4月から改めて「在宅療養推進連絡協議会」（会長・新田國夫、副会長兼座長・山路憲夫）を立ち上げ、メンバーも診療所医師、訪問看護ステーション責任者らを加えた20人に増やし

①医療と介護の連携、地域中核病院（多摩総合医

療センター、国家公務員共済立川病院など）と診療所などとの医療連携パス、ネットワークの構築

②研修会や困難事例検討会などによる多職種連携

③在宅での一人暮らしの認知症高齢者への対応

④24時間対応できる仕組み作り

⑤在宅医療の相談窓口

——を柱に、さらに具体的な取り組みを進めた。

医療と介護の連携を進めるために多職種に共通する課題として「認知症研修」、引き続き「摂食嚥下障害」などをテーマに研修会を開いた。

さらに、本協議会のメンバーでもある国家公務員共済立川病院地域連携センター長の間淵由紀子・看護師長らが作った「生き活きノート」（東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成）という高齢者本人の医療・健康情報手帳を高齢者に関わるケア・マネジャー、かかりつけ医、看護師、介護職らと家族との連携・連絡のツールとして普及、活用を図っていくことにした。

2011年4月から新田クリニック内に24時間対応が出来る「在宅療養総合相談窓口」を設置、看護職やケア・マネらの専門職が交代で相談を受け付ける事業をスタートさせた。

以上のいくつかの取り組みの中で本格的に動き出したのが、認知症まちづくりプロジェクト「わがまち国立アクション ミーティング」である。

認知症を取り上げたのは、多職種連携を図ると同時に地域でのニーズがもっとも高いためである。「認知症になってもお互いが安心して暮らせる街を一緒に作ろう」を掲げ2011年12月13日に第一回を開いたところ、医療、介護の専門職のほかに、NPOやボランティアグループ、認知症高齢者を抱える家族や認知症本人の方も含めて83人も市民が参加した。引き続き2012年1月～4月の間に2回実施した「わがまち国立アクション ミーティング」には平均50人を超える市民が参加、定着しつつある。

多職種や市民が集まって話し合うというだけで

はなく、継続的な活動につなげるという取り組みにまでつながってきつつあるのが、このプロジェクトの成果である。

「摂食嚥下障害」をテーマにした研修会、処遇困難事例を中心としたケース研究会も国立市地域包括支援センターが中心となり、2012年度中に4回程度予定している。

地域包括ケアの具体化をさらに進めるため「地域包括ケアの推進に向けた検討会」を2011年8月に立ち上げ①高齢者の配食サービス②高齢者の見守り体制の構築③認知症への対応と医療への連携④地域包括支援センターの体制強化——を柱に検討を重ねた。

市町村の配食サービスは在宅介護基盤整備のため旧・厚生省が配食サービスについてのガイドラインを作ったのを受けて、1980年代後半から徐々に対象者を広げてきた経緯がある。住み慣れた地域で生活し続けるためには、介護保険制度や医療保険制度に基づくサービスだけでは、増え続ける要介護要支援等の高齢者を支えきれない。とくに、食事を作ることが困難な高齢者も増えてくる中で、配食サービスはますます重要になってくるが、国立市の配食サービスは①本当に必要な高齢者を対象としているか、基準が不明確②配食サービスの目的の一つである見守りについて、利用者の状態の変化等の通報がほとんどなく、見守りの効果が明確ではない——という問題点が明らかになったため、本当に配食サービスが必要な高齢者の基準を明確にし、きちんと配食出来る仕組みを作り直すこととした。

配食サービスと同時に、一人暮らしや認知症高齢者の増加に対応していくためには、地域住民による見守りネットワークの構築も課題になってきた。東村山市で2010年度から始まっている高齢者安全見守りネットワーク「諏訪町ゆっと」などの先進的な取り組み地区の例を参考に、地域包括支援センター、社会福祉協議会、民生委員、ボランティアなどの関係機関、地域住民が連携し、見守りネットワークのモデル地区を作り、それを拡

げていく取り組みも検討することにした。

3 東村山市の取り組み

東村山市は東京都北部に位置する人口151071人（2011年）のベッドタウンで、若い勤め人らの流入が続き、人口は微増し続けている。高齢者人口も高齢化も微増し続け、2011年で22.4%に達した。とくに75歳以上の高齢者人口の増加も目立ち、市の人口で占める比率は2009年から2011年までの2年間で、1ポイント上昇し10.9%となった。一人暮らし高齢者や認知症を抱える高齢者も増え続ける。東村山市の調べによると、2011年10月1日現在で要支援要介護認定された65歳以上の高齢者6070人のうち一人暮らしは1469人、高齢者夫婦だけの世帯は1848人にも上る。さらに95歳以上の一人暮らしは77人いる。2012年度～2014年度の3年間にわたる第五期の介護保険事業計画と高齢者保健福祉計画の策定に当たっては、介護保険運営協議会と高齢者在宅計画推進部会との合同で計画づくりにあたることにした。

東村山市でも要介護要支援の高齢者が増えるに伴い介護保険給付費は増え続けるが、一人暮らしや認知症高齢者、介護保険の非該当ではあるが、要介護にならないために介護予防を必要とする高齢者、生きがいや居場所を求めるといったニーズも多様化してきている。在宅で安心して暮らしていくためには、介護保険サービスだけではなく、保健・医療・福祉サービスに加え、地域で活動するNPOボランティア団体や自治会、老人クラブといった住民、住民組織が一体となり、地域を支えていくことが東村山市でも求められている。

そうしたニーズにできるだけ対応していくために、介護保険だけでなく、一般高齢者施策、さまざまな地域資源の活用も含めて、総合的に高齢者を支える計画づくりを考えようというのが合同部会に切り替えた理由だった。

5つの日常圏域を設定、「住み慣れた地域で生きがいをもって暮らせるしくみづくり」（地域包括ケア体制）を掲げ①高齢者の介護予防、見守り

②医療との連携・推進③総合相談窓口の充実④「いきいきサロン」の充実などによる高齢者の社会参加・交流の促進——等を柱に計画をまとめた。しかし、高齢者の見守り、医療との連携、総合相談窓口が、第四期の計画で明文化しながらほとんど進んでいないため、2012年度からの地域包括ケア体制作りに向け、「地域包括ケアの推進に向けた検討会」を立ち上げ具体策を詰めた。

在宅医療へのニーズは強い。「東村山市西部地域包括支援センター」が2011年9月～10月の間、在宅で介護・医療サービスを受けている市内155人の利用者アンケートを居宅介護事業所訪問看護ステーションを通じて実施したところ、「往診が必要と思われる高齢者」は14人いた。うち半数は「本人または家族が受け入れない」理由だったが、半数は「必要な診療科が見つからない」「希望する医師に断られた」との理由だった。時間帯についても「24時間、土曜日曜日や夜間も往診に来てほしい」「往診時間がはっきりしない」という声も寄せられた。「医療機関間の情報交換がない」との声もあった。

「地域包括ケアの推進に向けた検討会」では、在宅医療のニーズが高いにもかかわらず、市内の在宅医療がそれに応えられない現実が明らかとなった。在宅療養支援診療所に登録している診療所は2カ所あるが、24時間対応できるのは1カ所だけ。後の1カ所は夜間帯に電話をしても出ない。そのために隣の清瀬市にある在宅医療をしている診療所も東村山市の在宅医療を担う。同検討会に出席した診療所医師は「在宅医療をした場合、対応しきれないケースに夜間に緊急対応できる医療機関がないと、医師としては在宅医療に取り組めない」という。老人保健施設は施設内での対応に追われ、在宅医療の後方支援という意識はない。

東村山市医師会として、認知症対応の研究会をスタートさせたが、在宅医療不足の対応や医療相談について医師会として取り組もうという動きは見られない。

「見守り」ネットワークについては、東村山市内10町あるうちの1つ「諏訪町」で、東村山市社会福祉協議会、東村山市北部地域包括センター、ボランティア団体、民生委員も加わった「諏訪町ゆっと」運営委員会を結成、住民による「ゆっとボランティア」が「ご近所の高齢者」への声掛け、日常生活の中での交流や見守り、異変に気付いた時の関係機関への連絡をしていく取り組みを2011年4月から開始、その取り組みを他の町にも広げていくことにした。2011年度から見守り活動に取り組む団体には年間5万円の補助金を出し、見守りネットワークをさらに広げる方針。

配食サービスは20年以上前から市内の社会福祉法人などに委託して配食サービスを実施してきたが、国立市と同様に基準が不明確で、要介護かどうかは配食サービスの条件ではない。アセスメントも不十分である。

4 まとめ

以上、東京都国立市と東村山市での取り組みを紹介したのは、全国の市町村にも共通する課題がいくつかある、と思われるからである。

一つは医療と介護の連携だ。

すでに述べたように、在宅医療を担う医師がまだ少ない。在宅医療のニーズは明確に数値化しにくいものだが、東村山市や国立市での在宅医療に関する調査を見ても潜在的には相当ある。病院や施設から在宅に戻りたいと思っても「受け皿」がないために、施設や病院にとどまる。在宅に戻っても、往診してくれないために外来に通うか、受診しない場合もあることを調査は示している。

「24時間365日訪問看護と連携し、対応する診療所」として2006年始まった在宅療養支援診療所は全国で12000を超えたが、国立市や東村山市で見たように実質的に24時間機能している在宅療養支援診療所は多いとはいえない。厚生労働省は診療報酬で1回10万円の「看取り加算」をはじめとして在宅医療に誘導する政策に力をいれてはいるが、実際にはなかなか広がらない。

病院から退院する場合、地域の「かかりつけ医」

につなぐクリティカル・パスは広がりつつはあるが、病院によっては患者の状況をきちんと伝える引き継ぎは定着しているとは言い難い。医療と介護の連携とはいっても、医療側にばらつきがあり、しかも受け皿としての在宅医療が地域によって不足している現実がある。

介護保険制度では、ケア・マネジャー（介護支援専門員）が、多職種連携の要となるよう位置づけられてはいる。2006年度介護保険改正で、各市町村に設立された地域包括支援センターの役割として、虐待防止や権利擁護、介護保険給付の適正化とともに「医療と介護の連携」が掲げられてはいるが、国立市や東村山市での地域包括支援センターの活動を見ると、介護予防のケアプラン作りに追われ、医療と介護の連携にまで手が回らない現実がある。

それだけではなく医療との連携については、「かかりつけ医」が積極的な役割を果たさないと、医師の父権主義の色彩が強い日本の在宅ケアの現場ではなかなか進まない。

否応なく在宅ケアを必要とする高齢者が今後増え続けることを考えると、地域の病院、診療所医師にも在宅で医療・介護を必要とする高齢者を支える応分の役割を果たすことを義務付ける法制度、仕組みづくりが求められよう。

同時に医療と介護の連携をするコーディネート役として、地域包括支援センターの役割をさらに明確化、強化させる必要がある。

今回の介護保険改正のもう一つの柱として打ち出された介護予防・日常生活支援事業は、地域支援事業として、それぞれの市町村の取り組みにゆだねられることとなるが、認知症や一人暮らしの要介護高齢者が増えるにつれ。配食サービスや見守り事業はますます重要になってくる。

配食サービスは1980年代から90年代から多くの市町村で実施されてはいるが、介護保険前の基準で今も実施されている。国立市や東村山市でも実際に必要な高齢者のアセスメントや事後評価がきちんとなされていない。配食も週1回～5

回とまちまち。補助のあり方も含めて、高齢者を支える基準づくり、仕組みづくりが求められる。

見守りネットワークも遅々として進まない。ようやく東村山市では10町の1町で動き出しているが、他地区になかなか広がらない。地域の自主性、ボランティア精神の高まりに待つだけではなく、市町村をはじめ社会福祉協議会、民生委員といった既存の制度や組織が中心となり組織的にネットワークづくりをしていくことが求められる。

医療・介護・福祉・住まいとのセットで高齢者を支える地域包括ケア体制作りには国立市のような「在宅療養推進協議会」を作り、地域ぐるみで街づくりの主要な柱として進めていくことが求められよう。国が地域包括ケア体制作りを進めるための法制化を強め、それに基づき、市町村長が関係団体、例えば医師会、薬剤師会、歯科医師会など三師会や関係団体代表の出席を義務付ける。市町村だけに任せては、なかなか進まない。

V 考察

デンマークはなぜ特別養護老人ホームを廃止できたのか。その理由については、すでに述べたように、日本に比べて質、量ともに充実した高齢者在宅ケアが確立されていることにある。そこから日本は何を学ぶべきか。日本との比較で、以下のよう6点にまとめられよう。

一つは医療と介護・福祉との関係、そのあり方である。

福祉について、予算や人材の投入は日本に比べると、突出して高い。

社会保障給付費の内訳をみると、日本の場合「医療費」が「福祉その他」の給付費の倍だが、スウェーデンやデンマークの場合、「福祉その他」が医療費の倍、つまり日本とは逆の予算の使い方となっている。

対GDP比での公的医療関連支出費の推移（1990～2001年）をみると、日本は1990年の4.6%から6.0%と1.4ポイント増加したのに対して、デンマーク7.0%→7.1%とわずか0.1ポイン

ト増えたのに過ぎない（注8）。

高齢化の推移や他の制度との関連など、この点はさらに詳細な分析が必要だが、日本の高齢者ケアが医療に頼りがちなのに比べ、デンマークは医療費の抑制という理由だけでなく、高齢者ケアの本来のあり方として医療の関与をできるだけ抑え、介護福祉を中心に財政も人材もつぎ込んできたといえよう。

日本の医療費は2010年度の予算ベースで約32兆円。一人当たりの生涯医療費約2300万円のうち70歳以上で半分を使う。一人平均の外来患者の年間受診件数を国際比較で見ると、日本は16回に対し、アメリカ5.8回、イギリス6.1回、スウェーデン2.9回である。しかも70歳以上の受診回数は41.8回にも上る。慢性期の高齢者の社会的入院が多いために、平均在院日数も国際的にも突出して高い（注9）。

2000年に介護保険がスタートしたことで、介護給付が増えつつあるが、国際的に比較すると、日本はまだ介護費の比率は低い。

二つ目には「家庭医制度」の導入である。

デンマークは第二次医療圏へのアクセスは日本に比べ良くない。その点では「家庭医」制度をとるスウェーデンやイギリスと共通する弱点でもある。

しかし「家庭医」という制度が、在宅ケアの中がっちり組み込まれ、必要な時には往診にも来てもらえる。

日本は地域の診療所でも診療科ごとに分かれ、出来高払い制の下で、高齢者の受診率は現役世代に比べ、世界の中でも突出して高い。しかも、安心して在宅で医療を受けられる在宅医療はきわめて不十分な実態にある（注10）。

日本はどここの医療機関にもかかれる、いわゆるフリーアクセスが認められているが、それが「病院のサロン化」といわれる高齢者らの過剰な受診、現役世代に比べ国際的には突出した高齢者医療費の比率の高さをもたらしている。地域の「かかりつけ医」がなかなか機能せず、在宅医療も進

まない。国民健康保険中央会は「家庭医制度」の導入を提言している。すべての患者に登録制度をとるデンマークの「家庭医制度」を一挙に実現はできないまでも、早急に検討すべき課題である。

三つ目には、終末期、看取りの在り方の違いである。

日本の場合高齢者の死亡場所は、病院・診療所が82.6%、自宅は11.7%である（注10）。ネストヴェズ市では自宅が80%を超え、病院死10%と日本とは正に逆である。現在、110万人に上る年間死亡者は2025年には160万人に増える。病床数が今後削減される中、地域で安心して看取りを迎えられる終末期、看取りの体制を日本として構築しなければならない。

そのためには死生観、看取りの在り方も含めて議論を進め、コンセンサスを作り上げる必要があらう。

すでに述べたようにデンマークの場合、終末期、看取りでの場を迎えた場合、医療の関与が少ない。日本で急速に広がる胃ろうなどの経管栄養などによる延命治療はほとんど見られない。

四点目には、市場原理にすべてをゆだねることの問題点である。

デンマークはまぎれもなく「官」中心の社会である。

ネストヴェズ市とほぼ人口が同規模の東京都国立市との市職員数を比べると20倍近い。教育や福祉、さまざまな現業職もすべて公務員としているためである。民間企業は医療や福祉の分野にも入り始めたが、それほど広がりはない。民間より「官」のサービスが選ばれているからである。

いわゆる「小泉改革」以降、「民間でできることは民間へ」という市場原理の流れが日本は急速に進んだ。しかし、高齢者福祉の分野で見ると、「官」の果たす役割は明確にあるのではない。

その一つが高齢者ケアのニーズ判定をし、ケアプランを決定する「ビジテーター」である。日本の場合、介護保険導入の際、そうした役割を担う職種として新たにケア・マネジャー（介護支援専

門員)が導入された。しかし、それは市町村職員ではなく、実際にはほとんどが民間居宅事業所の職員となった。本来、自立支援のために利用者に必要なケアプラン作りをすべきなのが、事業所に属しているために中立的なケアプランを立てているとは言い難い現実がある。

民間参入という名の下に、日本の介護保険には大小の民間事業者、NPOも参入したが、「コムスン」事件の例をみるまでもなく、利潤追求を優先せざるを得ない民間の問題、市場にまかせて解決しにくい問題が福祉の現場にはある。ネストヴェズ市が高齢者ケアで採用しているIT化は小さな事業所では難しい。ネストヴェズ市の福祉の現場をみると「官」だからといって効率性が悪いとはいえない。職員は効率性を追求する意識も強く、モラルも高い。

五点目に高齢者ケアを支える負担、財源の問題である。

消費税25%で、高福祉高負担のデンマークに対し、消費税5%の日本は国際的にみても、まぎれもなく中福祉低負担の国である(注11)。

国民所得に占める国民負担率をみると、デンマークは2006年度で租税負担率68.1%、社会保険負担率は2.7%、合計で70.8%と世界で最も高い。日本は、租税負担率23.0%、社会保険負担率15.9%、合計で38.9%で、世界の主要国では下位にある。OECD加盟国の中で日本より国民負担率が低いのは、韓国、アメリカ、スイスである(注12)。

国民間の格差で見ると、OECD加盟国30カ国の相対的貧困率国際比較のデータで見ると、デンマークは最低、日本は26位である(注13)。

のっぴきならない財政的な危機を直視し、解決策に踏み出すことを避けていては、加速する高齢社会を乗り切れないのは、いうまでもない。

最後に六点目として、「支え合い」についての国民意識の違いである。

デンマークに学びたい大きな理由は財政負担を恐れない政治とそれを支持する国民意識である。

その背景にあるのは北欧の厳しい自然風土に根付いた「支え合いの思想」である。デンマークは日本と同様に資本主義の国であり、「競争社会」でもある。しかし、貧富の差が最も少ない、幸福度世界一の国である。

どんな障害や貧困を抱えていても、そうした人に手を差し伸べ、貧富の差を結果としてなくする社会を実現させているデンマークと、格差をますます増大させている日本との差はなんなのか。それを可能にするのは、長年培われてきた国民の考え方の違い、国民性に帰着する。

デンマークが福祉国家としての出発点となったのは1891年無拠出年金制度の創設であるといわれる。ほぼ同時期にドイツのビスマルクは社会保険制度を創設した。現代の社会保障の二つの潮流(社会保険と社会扶助)の起源は、ドイツとデンマークにあると橋本は指摘する(注14)。ドイツのビスマルクが社会保険の対象としたのは労働者だけだったのに対し、デンマークは全国民を対象とした社会保障制度を採用したのである。

デンマークに定着してきた民主主義の特徴は、自由と平等に加えて「共同・共生」である(注15)。

哲学者のキルケゴールとともに国民的詩人として今もデンマークの精神的支柱であるニコライ・F・S・グルントヴィ(1783~1872年)は国王もあばら家に住む庶民も平等であり、すべての人が質素に暮らす生活の楽しさがよい、とする詩を書き続けた。

アンデルセンの童話「マッチ売りの少女」が書かれた19世紀当時のデンマークは貧しかった。寒い北国の人々は肩を寄せ合い、いたわり合いながら生きていくしかなかったのだろう。そこにグルントヴィの詩が生まれた。

デンマークの市にあたるコムーネは共同体を意味する。ネストヴェズ市は合併により人口8万余りの市となったが、前述したように市を4ブロックに分け、高齢者や障害者をケアする圏域を作り上げている。

コムーネの原点というべきグルントヴィの思想、すなわち「支え合い」の思想がそこには明確に根付いているように思える。

ひるがえって日本の地域社会はどうだろうか。

1960年代から本格化した高度経済成長で地方から大都市への民族大移動が起き、地域にあった共同体は崩れ、人口が集中した大都市部で、新たな共同体は構築されないままに本格的な高齢社会を迎えた。

国立市や東村山市の取り組みの現状をみるとあまりにも多くの課題を抱える。医療保険や介護保険といった既存の制度だけではなく、地域の絆に支えられた福祉のネットワークづくりはなかなか進まない。デンマークを含めた北欧を一つのモデルにしつつ、高齢化の一つのヤマを迎える2025年までには、「24時間安心して暮らせる」まちづくりに向け、国、市町村、住民が知恵と力を結集し、着実に実績を積み上げなければ、高齢化の速度に間に合わない。

(注1) 地域包括ケア検討会報告書(厚生労働省, 2010年3月)

医療、介護、福祉、住宅を四本柱にネットワークを作り「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本として上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場(日常生活圏域)で適切に提供できるような地域での体制を作る」というもので、「30分以内に駆け付けられる」という圏域が想定されている。そうした地域包括ケアを2025年頃までに築きたいとしている。

(注2) 大島伸一「日本の医学・医療制度が抱える問題と在宅医療」(「明日の在宅医療」第一巻所収, 中央法規, 2008年9月)

(注3) 入院患者の平均在院日数はアメリカ6.5日, イギリス7.0, ドイツ10.2日に対し, 日本は35.7日(2007年版「厚生労働白書」)

(注4) 社会保健アシスタント=1991年介護資格教育制度の改正により新設された。ケアスタッフの種類は介護士とこの社会保健アシスタント。義務教育後, 介護士は14カ月, 社会保健アシスタントはさらに20カ月の教育・訓練が義務付けられている。教育訓練中の給与は保証される。介護士と看護師の間に位置づけられ, ヘルパーの家事援助や身体介護とともに, 注射や血糖値測定などプライマリな医療行為もできる。

(注5) 2007年の地方制度改革で, 14のアムト(日本の都道府県にあたる)は5つのレギオン(region, 広域圏)に再編統合された。

(注6) 菅沼隆「デンマークの医療と高齢者福祉——県と市の役割分担をめぐって」(健保連海外医療保障NO79, 2008年8月)

(注7) 松岡洋子「デンマークの高齢者住宅とケア政策」(海外社会保障研究NO164号)

(注8) OECDヘルスデータ2003(明石書店, 世界の医療制度改革, 2005年)

(注9) 2007年版「厚生労働白書」(医療構造改革の目指すもの)第2章のデータ

(注10) 同上

(注11) 橋本俊詔「安心の社会保障改革」(東洋経済新報, 2010年9月)の中で橋木氏は日本を「中負担中福祉の国」としたが, ヨーロッパ主要国との比較で見れば, 日本は明らかに「低負担」である。

(注12) 同上書93p及び105p掲載のOECD及びデンマーク政府の統計から。

(注13) ケンジ・ステファン・スズキ「デンマークが超福祉大国になったこれだけの理由」(合同出版, 2010年4月)29p

(注14) 橋本俊詔「安心の社会保障改革」(東洋経済新報, 2010年9月)99p

(注15) 小池直人, 西英子「福祉国家デンマークのまちづくり」(かもがわ出版, 2007年)

[参考文献]

- 仲村優一, 一番ヶ瀬康子「世界の社会福祉デンマーク, ノルウェー」(旬報社)
Health System in Transition (Vol9. No.6 2007) Denmark Health system review
- 菅沼隆「デンマークにおける保健医療予算の決定メカニズム」(立教経済第58巻第三号, 2005年)
- OECD 編著「図表でみる世界の医療」(明石書店, 2004年)
- 大熊由紀子「介護保険物語(上)(下)」(岩波書店, 2010年)
- 朝野賢司ら「デンマークのユーザー・デモクラシー」(新評論, 2005年3月)
- 東京都福祉保健局医療政策部「東京都における在宅医療推進の取り組み」(2008年12月)
- 東京都東村山市健康福祉部高齢介護課「東京都東村山市第五期高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画」(2012年)
- 東京都国立市介護保険運営協議会答申「第五期国立市介護保険事業計画」(2012年2月)
- 太田秀樹「日本の在宅医療の課題と展望」(共済総研レポート, 2010年10月)