

# デンマーク

## 1 デンマークの概要

### (1) 人口等の動向

#### 【基礎情報】

面積：43,094 平方キロメートル

人口：5,468,120 人（2007）

政体：立憲君主制

首都：コペンハーゲン

言語：デンマーク語、グリーンランド語、ドイツ語

宗教：キリスト教（福音主義ルーテル派）95%



#### 【少子高齢化】

高齢者人口：842,492 人 [高齢化率 15.4%] (2007)

平均寿命：77.96 歳 [男性 75.65 歳・女性 80.41 歳] (2007)

合計特殊出生率：1.74

#### 【医療サービスと医療費】

人口 1,000 人当たり医師数：2.9 人 (2002)

人口 1,000 人当たり看護師数：10.3 人 (2002)

1 人当たり年間保健支出額：22,371 デンマーククローナ (2002)

※米ドル購買力指数換算 2,655 ドル (2002)

保健医療支出対 GDP 比：8.8% (2002)

OECD Health Data 2005 他各種資料より作成

デンマークは、国土面積約 4.3 万 km<sup>2</sup>、人口約 547 万人を有する立憲君主制の王国である。平均寿命は 77.96 歳（男性 75.65 歳、女性 80.41 歳）で、世界的な長寿国である。2007 年の 65 歳以上の高齢者数は約 84 万人（高齢化率 15.4%）である。高齢化率は 1960 年に 10.6%、1970 年に 12.3%、1980 年に 14.4%、1990 年から 91 年にかけて 15.6% までなった後に徐々に下降していたが、最近になって再び上昇傾向にある。

なお、65 歳以上の親と子どもの同居率は日本と比べて非常に低く、6%程度である。ただし、1980 年頃は 1%未満であったとも言われ、最近増加傾向にある。

## (2) 地方自治制度の概要

デンマークの公共セクターは、2006年12月31日までは、国と、地方自治体である14のアムト（amter；県に相当）及び271のkommuner（市に相当）に分類されていた。そして2007年1月1日からは、「2007デンマーク自治体改革」の一環として、県は5つのレギオナ（regioner；広域行政機構）に再編され、kommunerは人口3万人以上を目処に合併・統合されて98に減らされている。

従来のアムトの所管業務は病院運営等の医療行政、中等教育と職業教育、障害児（者）教育、成人教育、障害者福祉、児童福祉、ホームレス対策、地域開発、環境政策等であったが、実質的には業務の9割は医療行政に係るものであった。今般の地方自治体の再編により、病院運営、観光・労働・教育と文化等に係る地域計画の策定と地域開発、土壌汚染対策、障害者施設の運営がレギオナの所管業務として残され、それ以外はkommuner、又は国に移管された。そのため、kommunerの所管業務は非常に広範囲なものとなり、社会福祉サービス、高齢者福祉サービス、医療行為以外のヘルスケア、児童保育・義務教育の初等教育、ごみ処理・生活排水処理、図書館、音楽・文化・スポーツ施設等の地域住民サービス等が含まれている。従来のアムトは課税権を持っていたが、レギオナには課税権がなく、国の助成金とkommunerの財源により運営されることになった。

## (3) 保健医療サービス

デンマークの医療は5つのレギオナが提供している。医療費は税金を財源としており、原則として無料である。15歳以上の住民は、医療制度のうちグループ1又はグループ2の何れかを選択する（15歳未満の者は親が属するグループに加入している）。

グループ1を選択した場合は、住民は、レギオナから指定された総合医 General Practitioner 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。必要に応じて、家庭医は専門的医療機関等を紹介する。ただし、耳鼻咽喉科、眼科、歯科等の専門医を受診する場合には家庭医の紹介は不要となる。医療費は原則として無料である。

グループ2を選択した場合は、総合医や専門医等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。

病院はレギオナによって運営されており、専門的な治療、機器、集中的な治療が必要な患者へ医療が提供されている。また、家庭医等の紹介なく病院を受診することは、救急を除いて許されていない。

#### (4) 社会サービス

高齢者介護や障害者ケアなどの社会サービスは、「社会支援法」に基づき、コムーネによって担われている。財源は税金であり、一部利用者負担がある。現在、ほぼ全てのコムーネにおいて 24 時間在宅ケア体制が実現しており、各コムーネは、「日中」「夜間」「深夜」の 3 つの時間帯に分けて在宅サービスを提供している。

図表 3-2-1 デンマークにおける 24 時間在宅ケア体制

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

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

また、高齢者住宅を含む公営住宅の供給の責任主体はコムーネであるものの、「非営利住宅協会 (Almenytting boligselskab)」がコムーネと協定を締結し、資金計画の立案、設計・施行、入居者募集、家賃徴収、その後の保守点検までを請け負っている。このような非営利住宅協会は全国に 700 組織あり、約 50 万戸の公営住宅を管理運営している。なお、この非営利住宅協会の上部組織として「全国非営利住宅協会連盟 (Boligselskabernes Landsforening)」があり、各協会間の連絡や教育研修、コンサルティング等を行っている。

## 2. 近年の施策の動向

### (1) 高齢者・障害者住宅法の成立以前

デンマークは第二次世界大戦後の復興も早く、1960年には高齢化率が10%を超えている。そのため、1960年代には救貧院や養老院の流れを汲む「プライエム（わが国の特別養護老人ホームに相当）」や「保護住宅」が多数増設されることになった。1970年代に入るとプライエムは大規模化し、施設数も増加の一途を辿ったものの、待機者が常に存在し、コムーネの財政負担は大きなものとなった。また、大規模施設による集団処遇であるため、生活環境は劣悪なものであった。

1979年に政府に高齢者政策委員会が設置され、1980年から1982年にかけて3回にわたり報告書が提出された。特に第2回の報告書（1981年）では、施設の問題について、居住機能とケア機能の分離の必要性が強調されている。また、第3回の報告書（1982年）では、「高齢者三原則」が示されるに至った。

図表 3-2-2 高齢者三原則

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

そして、この報告書を基盤として、1988年1月1日をもって、プライエム、保護住宅の新規建設を禁止することが「社会支援法改正法 391号 一家事支援とプライエム、保護住宅の規定変更」によって規定されることになった。そして、高齢者の住まいの在り方は「高齢者・障害者住宅法（lov om boliger for ældre og personer med handicap）」によって、ケアについては「社会支援法」によって決められることになった。なお、高齢者・障害者住宅法は1997年より「公営住宅法（lov om almene boliger）」へと統合されることになった。

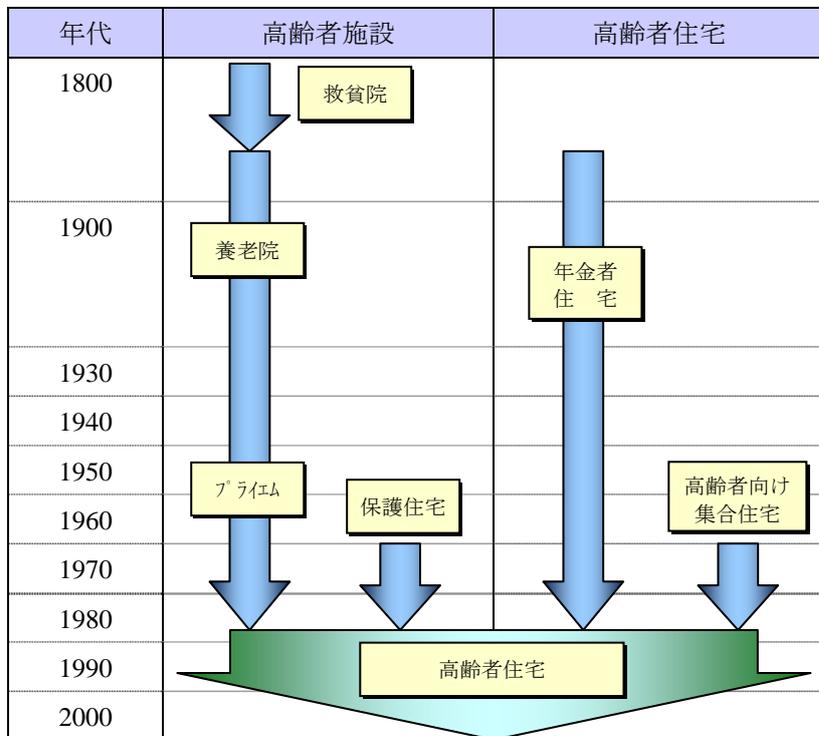
### (2) 高齢者・障害者住宅法の成立以後（1988年）

1988年以後は、高齢者・障害者住宅法に拠って、今日に至るまで年間平均3,000戸のペースで高齢者住宅が建設されていった。この結果、1987年には4万9,088戸あったプライエムは、2006年には1万5,424戸（全体の20%）減少し、3,356戸しかなかった高齢者住宅は現在5万8,292戸（全体の76%；プライエボーリ3万2,016戸、エルダボーリ等26,276戸）増加している。

高齢者・障害者住宅法の施行によりプライエム・保護住宅の新規建設は凍結された。そして、旧型プライエムの建物内部を改修して、1戸当たり延床面積が約2倍近くある「プライエボーリ（介護型住宅）」となっていものが多くみられる。プライエボーリは、わが国の特別

養護老人ホームのユニットケアに類似するものである。また、その他に内部に職員が常駐しない「エルダーボーリ」等の高齢者住宅も含めて「高齢者住宅（広義）」は増加を続けている。

図表 3-2-3 デンマークにおける高齢者施設・住宅の変遷



(資料) 松岡洋子 2005『デンマークの高齢者福祉と地域居住』新評論, p.22～23

図表 3-2-4 デンマークにおける高齢者施設・住宅整備の推移

	1987	1990	1995	2000	2006
施設系					
プライエム	49,088	44,847	36,468	29,685	15,424
保護住宅	6,595	6,315	5,108	4,274	2,870
住宅系					
高齢者住宅	3,356	7,305	20,985	34,600	58,292
合計	59,039	58,467	62,561	68,559	76,586

(資料) デンマーク社会省資料

### 3. 施設介護サービスの体系

前述の通り、デンマークにおける現在の高齢者住宅を類型化すると下記の通りである。ただし、この類型は歴史的経緯によるものであり、法的には全て「高齢者住宅」となる。

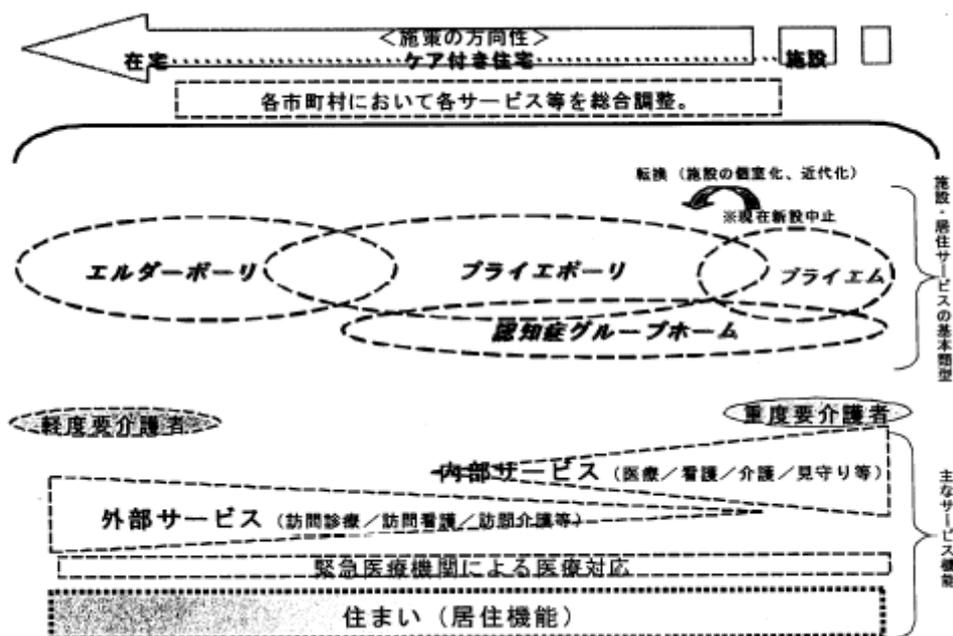
- ①プライエム
- ②保護住宅（①に準ずる施設）
- ③プライエボーリ（介護住宅）
- ④エルダーボーリ（高齢者住宅）
- ⑤グループホーム

③のプライエボーリは、①のプライエムを近代化・個室化する目的で改修したものが多く、高齢者住宅に付属するサービスエリア（PT・OT の訓練室、共同風呂等）の整備等がなされている。実態としては、日本の特別養護老人ホームにおけるユニットケアに類似している。

また、コムーネが最終的な責任主体であるため、デンマークの国として一律の職員配置要件のようなものは存在しない。例えば、プライエボーリには看護師、理学療法士、作業療法士、介護士等が厚く配置されているが、施設要件等により義務化されているものではない。

入居にあたっては、コムーネに希望する旨の申請を出し、コムーネの判定委員会による審査を受ける必要がある。また、入居費用（家賃＋食費＋光熱水費）は入居者の負担であるものの、所得に応じて住宅手当等が手厚く支給されている。

図表 3-2-5 デンマークにおける居宅・施設サービスのイメージ



## (1) プライエム (plejehejm)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

中～重度の要介護者で長期の療養を必要とする高齢者が中心である。

### ② 介護サービス

常駐の施設職員（介護・看護職員）により身体介護・家事援助等が提供される。

### ③ 医療サービス

医師の配置は基本的にはない。日常的な健康管理は看護師により提供されている。中心静脈栄養、経鼻経管栄養、胃ろう等の医療処置の管理も可能である。また、各家庭医が、入居者や看護師等の求めに応じて訪問診療を実施している。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として施設内で看取りを行う。疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。また、入居者は相当身体の状況が重くなってから入居して来る者が多く、入居期間は1年程度と短い。

## (2) プライエボーリ (plejeboliger)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

軽～中度の要介護者が中心であり、プライエムからの継続入居及び自宅からの住替えた者なども含む。

### ② 介護サービス

介護職員が常駐しており、必要に応じて身体介護や家事援助、見守り等が提供される。原則として、24時間体制での対応を可能とする。

建物の外観



### ③ 医療サービス

入居者の状態に応じて看護師による看護、各家庭医による訪問診療が提供されている。

休日及び夜間等の家庭医が対応できない緊急時の対応は、救急医療機関や病院に依頼している。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、施設職員によるケア、そして必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

室内の様子



## (3) エルダーボリー (ælderboliger)

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心であり、完全に自立して外部の介護サービスを利用しない入居者も含む。

### ② 介護サービス

職員は常駐しておらず、入居者が必要に応じてホームヘルプサービスや在宅介護サービス等を利用し、身体介護・家事援助等を受けている。

### ③ 医療サービス

利用者の状態に応じて看護師による訪問看護、各家庭医により訪問診療が提供されている。休日及び夜間等の家庭医が対応できない時間帯での対応は、近隣の医療機関に依頼している。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、外部スタッフに依頼して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

## (4) 認知症グループホーム（bofelleskab）

### ① 利用者の主な状態像と類型概要

中～重度の認知症高齢者に幅広く対応している。

認知症グループホームとして独立する形態から、プライエム、プライエボリーの一部ユニット等を利用してサービスを提供する形態まで様々である。

### ② 介護サービス

個室ユニットを原則とする。介護職員が常駐し、必要に応じて身体介護・家事援助、見守り等を 24 時間 365 日提供している。

### ③ 医療サービス

利用者の状態に応じて配置看護職員による日常生活上の健康管理、さらに各家庭医による訪問診療が提供されている。休日及び夜間等の家庭医等が対応できない時間帯での対応は、近隣の協力医療機関等に依頼している。精神科医との医療連携も原則として定められており、投薬の指示変更等は専門医の診察を必要とする。

### ④ ターミナルケアの対応

原則として、施設職員によるケア、そして必要に応じ外部スタッフを利用して施設内での看取りを行う。

疼痛緩和のためのケアを中心に行っており、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。このような終末期医療の提供の在り方については、入居時に入居者及び家族の同意を得ている。

建物の外観



共同食堂



## 参 考 文 献

OECD Health Data 2005

医療経済研究機構 2004 『スウェーデン医療関連データ集』

松岡洋子 2005 『デンマークの高齢者福祉と地域居住』 新評論

デンマーク社会省資料 2006

デンマーク大使館 2007 「デンマークの医療」

生田孝史 2006 「デンマークの自治体改革と地域ブランドへの取り組み」 *Economic Review*,  
p.100～101