

平成27年度地域づくり海外調査研究事業報告書

デンマークの高齢者福祉政策について

調査地：デンマーク オーデンセ市

調査日：平成27年11月11日

平成28年3月

一般財団法人 地域活性化センター

総務企画部 研修交流課

副参事 武久 香

目 次

1. はじめに
2. 小郡市の高齢化の状況
 - (1) 小郡市の概要
 - (2) 小郡市の高齢化の概要
3. デンマークの取り組みについて
 - (1) デンマークの概要
 - (2) デンマークの高齢者福祉政策について
4. オーデンセ市（オーデンセコムーネ）の取り組み
 - (1) オーデンセ市の概要
 - (2) オーデンセ市の高齢者福祉政策
 - (3) 介護付き高齢者住宅（プライエボーリ）
5. 高齢者が地域で自立した生活をおくるには

1. はじめに

日本では急速な高齢化が進んでおり、高齢者が地域で安心して暮らしていくことのできる地域づくりが必要である。地域包括ケアの推進や 24 時間対応の巡回サービスなど地域で暮らす高齢者を支えるしくみの充実が急務である。

私は派遣元である小郡市北部の丘陵地に昭和 40 年代に開発された戸建て住宅団地で生まれ育った。子どもの頃、多い時には団地内に小学生だけでも 200 人余りいただろうか、一駅先の小学校に通うため通学時間の駅のホームは子どもたちで鈴なりだった。市役所に勤め始めたころ、同じ駅、同じ電車に子どもの数の少ないことに驚いた記憶がある。また、子どものころにお世話になった近所の人たちが皆、年を取り背中を丸めてゆっくりと歩いているのを見るにつけても団地全体が一斉に少子化、高齢化してきていると感じる。

この団地は、住む人たちが若いころは福岡市中心部に乗りいれる私鉄の駅まで徒歩 10 後の上、車さえ持っていればどこにでも行ける便の良いところだった。だが、年を取ると、丘陵地のため坂道の上り下りがつらく、車がなければどこにも行けなくなり、ひきこもる人もいる。日常の買い物にタクシーを使う人、敬老会を団地内の公民館で行うと「公民館に行く坂が上れないから欠席」するという話も聞く。

このように宅地開発により誕生した団地の住民が一斉に高齢化していくという問題は、どの団地でも将来直面する問題だと考える。高齢者が慣れ親しんだまちで自立した生活を送ることができないだろうか。そのようなことから今回、「世界一幸福な国」と言われ、豊かな社会保障制度を持つデンマークの高齢者福祉政策についてみていきたい。

2. 小郡市の高齢化の状況

(1) 小郡市の概要

小郡市は、福岡県の南部、佐賀県との県境の位置している。市域は東西 6 キロメートル、南北 12 キロメートル、総面積は 45.51 平方キロメートルで、筑紫平野の北部、筑後川と宝満川が合流するデルタ地帯に位置し、東北の台地には標高 130.6 メートルの花立山があり、西北丘陵地帯はなだらかな丘陵が連なりため池が点在している。古くは、筑前（福岡県北部）、筑後（福岡県南部）、肥前（佐賀県・長崎県）の 3 国の境界に位置し、大宰府にも近い交通の要衝であり、奈良時代には「小郡官衙（かなが）」が置かれ、江戸時代には宿場町として栄えた。

現在は、市の中央部を南北に貫流する宝満川を挟んで、西側に住宅地帯、東側に田園地帯が広がっている。西側には福岡市と大牟田市を結ぶ西鉄天神大牟田線が南北に貫き、市内には 2 つの急行停車駅を含む 7 つの駅が設置されている。また、東西に走る甘木鉄道は西端の基山駅（佐賀県）で JR 鹿児島本線と接続しているなど交通の便がよく、福岡市内まで 30 分余りと福岡市のベッドタウンとして人口が増え続けている。

(2) 小郡市の高齢化の概要

高齢社会白書（2015）によると、日本の平成 26 年度の 65 歳以上の高齢者の人口は 3,300 万人と過去最高を記録し、高齢化率は 26.0%と前年度の 25.1%を 0.9 ポイント

上回った。今後の将来推計では、高齢者の割合は増え続け、平成 72 年（2060）年には高齢化率は 39.9%に達し、2.5 人に 1 人は高齢者となり、現役世代（15～64 歳）1.3 人で高齢者一人を支えなければならない時代が来る。

小郡市の人口は現在の微増しているものの、65 歳以上の高齢者も増加しており、平成 26 年の高齢化率は 24.4%となっている。全国の高齢化率 26.0%と比べると 1.6 ポイント低くなっているものの、高齢化率は年々上昇しており、推計では平成 37(2025)年には全国の高齢化率（30.3%）を超える 30.9%との数字が出ている。

また、要介護（支援）認定者数は 2,315 人で前年度の 2,175 人より 140 人増えている。

3. デンマークの取り組み

（1）デンマークの概要

デンマークの面積は約 43,000 平方キロメートルで九州とほぼ同じ面積に、約 563 万人が暮らしており、高齢化率は 18.6%である。

北欧・ヨーロッパでは、住宅政策は福祉政策の一環と考えられており国民に高品質な住宅を供給することを最大の目的とした。デンマークでは住宅政策は福祉政策の中心に据えられており、家賃補助制度が整えられている。その他の豊かな社会保障制度により、若者も、障がい者も、高齢者も独立した生活を送ることができる。これらの社会保障を支えるのが国民の税負担で、消費税は一律 25%、所得の半分以上が税として徴収されるなど、高福祉・高負担の国である。しかし政治への信頼度が高く、高負担についてのコンセンサスも図られているという。

なお、デンマークでは介護と医療との垣根がないケアが行われており、本報告書では生活の支援や家事に対する援助、介護、看護等の医療的なものをまとめて「ケア」と呼ぶこととし、そこに携わる様々な職種の人を「ケアワーカー」と呼ぶこととする。

（2）デンマークの高齢者福祉政策について

デンマークでは、1925 年に人口の 7%が高齢者という「高齢化社会」を迎え、1978 年には高齢化率 14%を超える「高齢社会」を迎えた。一方、日本は 1970 年に高齢化社会、1994 年に高齢社会に入った。デンマークは早い時期から高齢化という社会問題に直面していたことがわかると同時に日本の高齢化進展の速さがわかる。

早くから高齢化が進んだデンマークでは、1960～70 年代に大規模な高齢者施設（プライエム、日本の特別養護老人ホームのような施設）が多く建設された。しかし、大規模な施設への入所により自立した生活、生きる活力が奪われることが批判されるようになり、施設の運営は大きな財政負担も招いていた。高齢化の進展に加え、こうした課題解決にむけて、施設に代わる今後の高齢者福祉の指針を探るために 1979 年、政府内に「高齢者政策委員会」が組織され、1980 年に出された報告書で「高齢者は介護の対象ではなく生きる主体である」という指針の中核概念が示された。同時に提言されたのが「継続性の維持」「自己決定の尊重」「自己資源の活用」という高齢者三原則である。高齢者政策委員会と同時にデンマーク全土で立ち上がったワーキンググループで高齢者自身が自分たちのあり方

について議論し、その議論が高齢者三原則のベースとなっており、高齢者自らの意見によって作られた基本理念であるといえる。このとき示された概念と高齢者三原則が現在のデンマークの高齢者福祉の基礎となっている。

この後、高齢者施設に代わる住まいの形態として、高齢者住宅（公営賃貸住宅）や介護付き高齢者住宅（プライエボーリ：住宅でありながら共同のキッチンなどの共有スペースが付き、必要な介護を受けることができる）が建設された。同時に 24 時間在宅ケアを整備し、必要なサービスを受けるために住む場所を変えるのではなく、在宅で必要なサービスを受けることができる体制が整えられた。このような体制により、国民は最期を迎えるまで、住み慣れた環境で自立した生活を送ることができるのである。

現在、デンマークの地方自治制度は、5つのレギオナ（広域行政機構）と 98 のコムーネ（市に相当）に分類されており、医療・福祉に関しては、レギオナが医療を、コムーネが福祉を担当している。関係する予算の 80%はコムーネ、17%がレギオナに配分されており、国は枠組みのみで、地方自治体が地域住民のニーズや社会経済状況の実態等に合わせて、柔軟に運用できるようになっている。

4. オーデンセ市（オーデンセ コムーネ）の取り組み

（1）オーデンセ市の概要

オーデンセ市は首都コペンハーゲンから鉄道で西に 1 時間余りの都市である。人口は約 197,000 人、デンマークで第 3 の都市でフュン島の中心的な都市であり、フュン島の人口の約 40%がオーデンセ市に住んでいる。デンマークを代表する作家アンデルセンの生誕地としても知られ、伝統的な街並みの残る市中心部には、アンデルセンにまつわる建物等も多く残る。また千葉県船橋市と友好都市である。市の業務としては、社会福祉のほか、学校、幼稚園、道路、都市計画、都市開発、文化、雇用問題などを行っている。

（2）オーデンセ市の高齢者福祉政策

市の福祉の予算 100 億デンマーククローネ（約 1,800 億円）で、担当しているのは高齢者・障がい者部である。担当業務としては、高齢者や障がい者のケア、精神疾患患者に対する支援、高齢者や重症の精神的及び肉体的な疾患を持った方の住宅についての業務を担当している。所属する職員は約 3,500 人で、看護師、理学療法士、ソーシャルワーカー、精神疾患に対するセラピスト、薬剤師など専門家も含まれる。デンマークでは、ケアに関わる施設や高齢者住宅等のほとんどは公営であり、職員も市の職員である。

部署として「市民に合わせる」「リハビリテーションが市の戦略」という目標を掲げて活動をしている。

現在、介護付き高齢者住宅に暮らす人は 1250 人、自宅や高齢者住宅で在宅ケアを受けの人が 5,600 人程いる。ケアを受けながら自宅で暮らす人が多く、なるべく自宅で過ごしたいと思う人が多いという。

① 政策の転換期

以前のケアの考え方は、一度ケアのシステムに入ると抜けられないものであった。例え

ば、料理や掃除などの簡単な介助から次は入浴介助、と次々にサービスを追加していき、最後は介護ホームに入る、というしくみであった。住民のできることは重視されておらず、精神的な疾患であっても肉体的な介護が必要な場合であっても、どうやって彼らの機能(＝できなくなったこと)を埋められるかということを考えていた。そのため、介護サービスにかかる予算は増大し、どうやって介護サービスに必要な市の財源をつけるかということが重要だったという。

このようなケアの考え方を転換させる大きなきっかけとなったのは、2007年から08年にかけての経済危機であった。失業者や生活保護受給者が増え、市の財政がひっ迫してきていた時期で、福祉の予算も削減しなければならなくなっていた。

このとき行ったのは、イノベーションによって経済危機を乗り越える、というやり方であった。経済危機以前の考え方は、予算削減＝質の低下であったが、このとき考えなければならなかったのは「予算は抑えて今まで以上に市民にベストなサービスを行うことができるか」ということであった。「誰しも年を取りできないことが増えていき、介助されることを楽しみに待つ、というようなことはない。なるべく自分でできることは自分でやりたい、と思うはず」このような市民の思いを、どのように市のシステムに反映させることができるか、を考えた。

そして、オーデンセ市の出した答えは「リハビリテーション」であった。これまでの足りない機能を補うことがサービスであるという考え方を「リハビリテーション」という考えに変えるという大きなパラダイムの転換には時間が必要であり、オーデンセ市も試行錯誤を繰り返しながら、リハビリテーションを基本的な理念としたより良いサービスを模索しているところであるという。

② リハビリテーションの定義

オーデンセ市が定義する「リハビリテーション」とは、肉体的、理学療法的なリハビリテーションには限らない。その人の機能を回復させることや今残っている機能を維持することすべてが含まれる。市民一人一人にとっての「独立した意味のある生活」に合わせて、その人の目指す「独立した意味のある生活」に到達するためには、どこまでできるようになることを目標にするのか、そのために必要な支援のことをリハビリテーションと呼ぶ。

リハビリテーションは、それを必要とする市民それぞれの状況とその人の決定に基づくものである。

リハビリテーションという考え方により、ケアワーカーの働き方も大きく変わった。以前はその人のニーズを把握して自分から率先してやるのがプロフェッショナルなケアワーカーであったが、現在は市民の要望をくみ上げ、それを達成させることが仕事となった。例えば、自分でボタンを留められない人に対して、以前はボタンを留めることがケアワーカーの仕事であったが、現在は、その人がボタンを自分で留めることができるようになることを目標としているのであれば、本人に対しては常に目標を提示し思い起こさせ、家族などまわりの人たちには彼の目標について理解させ、自分でボタンを留められるように支援することがケアワーカーの仕事である。

2008年に高齢者ケアを対象にしてテスト導入を始め、今では対象を全市民に広げているが、導入時にはもちろん職員にも、市民にも戸惑いはあった。特にこれまで長くサービスを受けてきた市民からは「サービスが悪くなる」という反応が多かった。スタッフの側もどうやって説明をすればいいかとまどっていた。市民に対する説明会は何度も開いている。現在でも、要望があれば説明会を行い、今のケアシステムは以前と比べて何が変わったのか、これからどうなっていくのかということを説明している。

③ 市のケア体制の改革

リハビリテーションを市の高齢者施策の基本に据えることで、市の組織体制の改革も行った。看護師、セラピスト、理学療法士など専門の職ごとに分かれていた部署をなくし、グループごとに各職の職員が最低一人ずつは入り、日常的に様々な職種の人が一緒に働くような体制に変えた。また、ケアホームの中には医療関係のスタッフのみ、精神疾患のある人たちのホームにはセラピストのみしか配置されていなかったが、現在はそれぞれのスタッフが行き来することによってそれぞれの職の経験や知識をお互いに役立てるようにしている。

また、システムの統一も行った。専門によって別々のシステムを使っていたものをすべての記録をひとつのシステムに統合し、午後からきたリハビリテーションの専門家が、システムの情報にアクセスすれば、午前中に看護師が来たことや行った検査や処置がわかるようになっている。

④ リハビリテーションを基礎としたケアの概要

オーデンセ市のリハビリテーションを基礎としたケアは次のように行われる。

a.現状の評価、目標の明確化

現状について当事者と話しあい、リハビリテーションの目標を設定する。

b.リハビリテーション計画の作成

aの結果を分析し、市民の目標に合わせて、看護師、理学療法士など専門的知識を持ったスタッフが連携してその方に合わせた計画を作成する。

c.目標達成に向けた活動の提起

bで作成した計画に沿って目標を達成するために必要な活動を提起する。

d.成果の評価

計画に合わせた活動を行った成果を評価する。

評価の結果、目標を達成したと判断された市民は、ケアを終了する。さらにケアが必要な人やがんのように何度も治療が必要な人は現状を再度評価して新しい計画を作り活動し評価するというように、再度①から繰り返すループになっている。

この考え方は、オーデンセ市の高齢者に関わる政策の基礎になっているだけではない。以前は高齢者、障がい者などそれぞれに定義をしていたが、このリハビリテーションの考え方を基礎としたケア全般の対象は、高齢者や障がい者だけでなくケガの処置やガンなどの疾病患者のケアをも含む。

リハビリテーションにおいて、市民はパートナーとして位置付けられている。どのようなことができるようになりたいか、という目標を立てるとき、職員がその人の独立した意味のある生活を考えて目標を決めても意味がない。職員はパートナーとして市民と話をしながら市民の目標を引き出し、その達成にむけて目標を常に念頭に置いて仕事をしなければならない。市民の目標はさまざまである。脳梗塞を起こす前の生活に戻り、自分の庭を自分で手入れできるようになりたい。精神的疾患の方で仕事をしたい、人に出会って同僚というものを得たい、という人もいる。自分で歩きたい。介護ホームから自宅に戻りたい。妻がいる介護ホームに自分でバスに乗っていけるようになりたいなど、日常生活に密着したものがほとんどである。

以前は、例えばリハビリテーションや洗濯の介助をしている市民に対して、できなくなった機能を補うための活動を足すことはあっても、その後の評価を行ってケアのシステムから抜け出せるかどうかという評価のフェーズは一切なかったため、不要なサービスを提供することも多かった。不要なサービスが多いということは予算を無駄に使っていたということになる。

また、リハビリテーションの計画を作成するにあたっては、高齢者、障がい者といったカテゴリで分けるのではなく、ケアが必要な人すべてを、自分で自分の世話ができるかできないか、またそれは単純な状況か複雑な状況かで分けている。

○自分で自分の世話ができる状態か否か

自分で医者に電話をしたり、リハビリテーションの予約をしたり、自分で病院等に向いたりすることができるかどうか

○単純な状況か、複雑な状況か

単純な状態とは、一時的なけがや単一の障がいや疾病、手術等によってリハビリテーションが必要な場合などをいい、複雑な状況とは、単純な怪我や障がい、疾病に加えて、さらに別の疾病等を抱えているような場合をいう。

この組み合わせから障害者や高齢者を以下の4つに分類をして、リハビリテーションの計画策定などを行っている。この分類を使って、計画策定時にカテゴリ分けをすることで、スタッフがやらなければならないケアを明確にしている。

a. 自分の世話ができて単純な状況

膝を怪我して手術をしてリハビリテーションが必要になった人など

b. 自分の世話はできるが、複雑な状況

腰を怪我して心臓疾患が重なった高齢者など

c. 単純な状況だが自分の世話ができない

認知症の人など

d. 自分の世話ができず複雑な状況

ダウン症で循環器の疾患を持っている、など

オーデンセ市のケアの考え方	
a 【障害等の状況】 単純 【病院等へのアクセス】 自分ができる	 【障害等の状況】 単純 【病院等へのアクセス】 自分できない c
b 【障害等の状況】 複雑 【病院等へのアクセス】 自分ができる	 【障害等の状況】 複雑 【病院等へのアクセス】 自分できない d

これらに基づき様々なケアが市民に提供される。市内を3つの地域に分け、それぞれ地域のケアセンターに様々な職種のケアワーカーが所属して担当地域の在宅ケアを行っている。以前は一つのグループが朝はがん患者、午後は足を骨折した人、のように様々なケアが必要な人に対応していたが、現在ではグループごとに、同じようなケアが必要な市民の家を巡回する巡回型在宅24時間ケアが行われている。

⑤ 研修の実施

リハビリテーションという部署の基本理念を実現する働き方についての研修プログラムを実施している。「リハビリテーションを常に念頭に置いて働いてください」というだけではスタッフは動けない。研修で具体的にどうしたらいいのかということ常に教えている。カリキュラムの一部を示すと下記のようなものである。

- ・「リハビリテーションとは」

オーデンセ市の福祉施策の概念を学ぶ基礎的な研修。

- ・「モチベーションを与える話し方・ディスカッション」

どうやって対話をしたら市民の目標を聞き出せるか、ということ学ぶ

- ・「領域をまたいだプロフェッショナルリズムな環境で働くことはどういうことか」

いろいろな職の人がどういったリハビリテーションのプロセスに関わっていくかということ学ぶ

- ・「市民をパートナーとしてみて働くというのはどういうことなのか」

職員が主導権を握るのではなく、市民から積極的に話をしてもらえる話術を学ぶ。

これらのプログラムにより、3,500人のスタッフが同じ概念を持って同じ目標に向かうことができる。仕事をする上で最低限の教育しか受けていないというスタッフでも概念を共有できるような教育プログラムとなっている。

授業形式のみで実際に身につくということはありません、知識を各個人にどう移行していくのが重要と考えている。実際の現場をみて、授業形式の授業を受けて、自分でやってみるというプログラムを実施している。

⑥ 施策の効果と課題

2012年の在宅の要介護認定者数は約6,700人。現在は約5,600人と3年間で1,100人程減少している。また、一人当たりの介護に要する時間も2012年では22,000時間を超えていたものが17,000時間余りと減っている。デンマークでも高齢者の数は増え続けている中でこのような数値は、考え方を考えることによる効果を示しているものと考えられる。

オーデンセ市には、割合としては少ないが、ケアに関わる民間の会社も存在する。民間企業はサービスを提供すればするだけ利益を得ることができるが、リハビリテーションの考え方は、サービスを受けずに独立した生活を送ることのできる市民を増やすことであるため、この考え方は民間企業にまでは浸透していないのが現状である。市としては、民間にもリハビリテーションの考え方を持ってもらおうことを目指している。そのため、サービスを増やすことによってではなく、市民を独立させることで、利益を得るしくみを作るこ

とが課題である。日本とは違い、市と民間企業の間で契約を交わし、民間企業が市民にサービスを提供した場合でも、市民が直接施設にお金を払うのではなく市を通して支払うことになっており、この契約のしくみを使って、リハビリテーションを行うことによって市民がケアのシステムから抜けたという成果が、民間企業の利益やモチベーションに繋がるしくみを考えている。実際に、現在は何時間働いたかをベースに民間企業に報酬を払っているが、来年からはどれだけ成果が出たか、ということを基にした成果に応じた支払いを始める。一時的な効果を図るだけでなくその後の経過も評価の対象とするしくみを作っているところである。

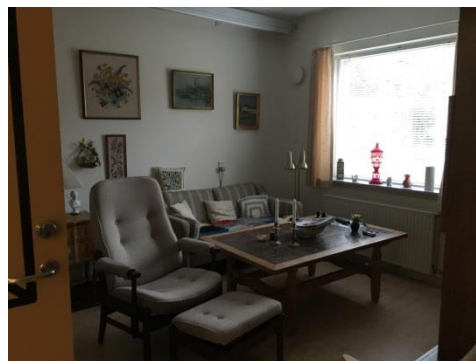
（３）介護付き高齢者住宅（プライエボーリ）

オーデンセ市のケアセンター（プライエセンター）にある介護付き高齢者住宅（プライエボーリ）の様子を視察した。

この介護付き高齢者住宅には現在、57 人が暮らしており、44 人のスタッフが勤務している。所属しているのはソーシャルワーカー、ヘルパーなどで、看護師、理学療法士、作業療法士は別の施設に所属している職員が、毎日来ている。学生がインターンで来ることが多いという。

デンマークでは、住むところとケアとは分離されており、介護付きの高齢者住宅でも、居住する空間は「家」であり、「部屋」ではない。高齢者住宅に介護サービスのエリアがついている、家でありながら施設のような介護が受けられる住宅である。

この住宅の標準的な間取りはリビングルーム、ベッドルーム、バスルーム、ミニキッチンであった。部屋はバリアフリーであり、バスルームは介護者が入ることも考えて広いスペースがとってある。ベッド以外の家具等は自分のものとのことで、自分が長年使用してきた家具等に囲まれて生活することができる。



介護付き高齢者住宅の居間

ここでは、食事はカフェテリアで居住者が集まって取ることになっている。ここに住んでいる方が「家族」のように一緒に座って食事をする。家族で食事を囲むことはデンマークではとても大事なことと考えられており、18 歳になると子どもは独立して親の家を出るが、頻繁に連絡を取り合い、住まいが近所の場合は週末に一緒に食事を囲んだりする。この高齢者住宅には一人で住まわれている方がほとんどだが、住んでいる人同士が家族として様々なことを行うことで社会に帰属しているという意識が生まれるという。また、1 週間交代で食事の責任者のスタッフが決められており、一人ひとりの食事の量、グラスを持ち上げるときに手が震えていないか、きちんと咀嚼ができているか、などについてチェックしている。きちんと食事や水分補給などができていなければリハビリテーションなどにも影響が出るため食事の管理をすることは重要である。

居住者は普段、自由に散歩に出かけたり、町に髪を切りに行ったり、ショッピングをし

たり、趣味を楽しんだりしているという。外出の際に誰かについてきてほしい、と頼まれた場合にはスタッフが同行する。

ベンさんという体の大きな方は、現在は電動車いすを使っているが、以前は普通の車いすを使っており、外出の際にはスタッフに車いすを押してもらうように頼んでいたという。ベンさんの車いすは重くスタッフも押すのはたいへんだった。ベンさんは農家の方で以前はトラクターなどを運転していたという話を聞き、ベンさんなら使いこなせるだろうという所長の判断により電動車いすを購入した。今、ベンさんは趣味の木工教室に自分で出かけるなど自由度が上がり、以前より独立した生活ができるようになった。それだけでなく、毎日、ジムでトレーニングをするなど意欲の向上も見られるという。一方、スタッフも、ベンさんの車いすを押す必要なくなったことで他の人のケアに時間をかけることができるようになった。このように、本人にできることを最大限に活用し、電動車いすのような機器も活用しながら、住んでいる人が快適に過ごせるようにサポートし、そのことでスタッフのプラスにもなるように取り組まれている。

このケアセンターの特徴として、スタッフルームを撤廃した、ことがあげられる。スタッフルームをなくし、スタッフは建物内のオープンスペースで打ち合わせをしたり、居住者の薬の仕分けをしたりする。そうしながら居住者の方と交わり、周りに人を感じながら仕事をする環境を作っている。また、家族の方など来訪者もすぐにスタッフが対応できるという利点もある。以前スタッフルームだったところは、美容院に改装中で、改装後は毎日オープンし、ネイルケアもできるそうである。

このケアセンターにはこの地域の在宅ケアのスタッフの事務室があり、ここから在宅ケアに出かけて行っている。その他、クリニックもあり、週2回看護師が来ている。このクリニックは、この地域の人で、自分で動ける人は在宅のケアを待つのではなく、週2回開いているこのクリニックに来るように、人を外出させるために作られたクリニックである。

また、雑貨を販売する店も設置されているが、ここは近隣の住民や以前ここで働いていた人、ここに住んでいる方のご家族がボランティアで営業しているとのことであった。

5. 高齢者が地域で自立した生活をおくるには

「1. はじめに」で触れた私が生まれ育った団地は、小都市でも初期に開発された住宅団地である。以降、小都市は現在まで宅地開発により人口が増えてきたまちである。このように宅地開発によって開かれた団地は住民が一斉に年と取っていく。

そのような中で、どのように高齢者の健康を支えていくのか。一人一人の「独立した意味のある生活」を支えていくのか。デンマークと日本では財源や制度の違いなどから、デンマークのやり方をそのまま取り入れることは難しいであろう。しかし、多くの高齢者が「介護が必要になっても自宅で暮らしたい」と考えているのは同じである。日本でも、高齢者が、介護が必要になっても住み慣れた地域で生活できるような社会を目指して地域包括ケアシステムの構築が進められ始めた。

高齢者が地域で暮らしていくためには、様々なサービスも必要であるが、地域が高齢者を「サービスの受け手としてではなく、生活の主体としてとらえること」という考え方が

必要ではないだろうか。オーデンセ市役所で対応して下さったカレンさんは「独立して自分の好きなことができる、ということで一人の人間だという自覚が得られる」と言っていた。それはケアを受ける、受けないということだけでなく、周りの人たちから一人の自立した人として見られることということも含まれているように感じた。

最後に、今回の調査研究にあたり、快く視察を受け入れていただいたオーデンセ市の Karen Vinten Understrup 氏、突然の訪問だったにも関わらず視察を受け入れていただき昼食までご一緒させていただいたケアセンターHavebæk のスタッフ・入居者の皆様、そして、視察地との調整等にご尽力いただきました（一財）自治体国際化協会ロンドン事務所の皆様に、心より感謝を申し上げ、本報告書の結びといたします。



オーデンセ市の Karen さんと



プライエボーリでは昼食を
ご一緒させていただきました