

# 北欧社会の高齢者福祉対策

ーデンマークに於ける福祉思想を中心としてー

波 多 江 忠 彦

（本稿は1990年5月12日から同月23日まで北欧三国〈スウェーデン，デンマーク，フィンランド〉の高齢者福祉施設を視察する機会を得た筆者の体験に基づくレポートおよび論評である。このような機会を与えて下さった「日本エイジングセンター」，Copenhagen 大学の Institute of Social Medicine のメンバーの方々，第一経済大学の諸氏，そして何よりもわれわれの無遠慮な質問や疑問にも快く応じ，また生活の場を視察することをお許し下さった各国の入所者の方々，および職員の方々に心から感謝の意を表します）

## は じ め に

### 高齢（化）社会について

現在，世界的規模で従来の政治・経済等の在り方が問い直されている。かつての制度や意識形態では最早対応できないような事態がつぎつぎと出現してきたからである。たとえば，社会主義経済は相当に深い修正なしには現実の事態に対応できないことが明らかになってきた。また自由主義経済にしても，古典的形態では人々の要求を満たす事ができないばかりか，そうした制度下での社会的不公平感は放置すれば当該社会の存続の根幹をも揺るがしかねないものに成長する恐れがある。これは政治形態とも関連しており，これらの問題が緊急かつ重大であることは言うまでもない。

しかし，ある意味ではそれらの諸問題と関連してはいるがより一層人類の未

来に深刻で大きな影響を与えるのが環境及び人口に関連した諸問題であることは、意外に忘れられがちである。それは恐らく、それらの現象が比較的緩慢に（ある時期からは急速に）、しかも特定の地域に集中するという特性や、問題の性質上、人間の生死や文化に直接関わるためにその取扱いがヤッカイであることに因るのであろう。しかし問題は文字どおり人類の死活に関わっているのである。ここでは人口動態調査の結果を基にして、社会の高齢化がもたらす問題を明らかにし、それらの問題に対して一足先に高齢化を迎え、「高福祉社会」を築いたといわれる北欧諸国がどのような福祉思想に基づいて具体的にどのような対策を行っているのかをとくにデンマークの場合を中心に考察して見る。急速な高齢化の進行が確実なわが国の現状をどうするかを考える参考になれば幸いである。

#### (1) 高齢（化）社会 (aged society) とは

言うまでもなくある特定社会の人口はその総数のみならず年齢別の人口構成の比率も絶えず変動する。そこで「高齢社会 (aged society)」とは何か、といえば高齢者人口の比率（高齢化率）が他の社会（あるいは特定の期間）に比べて著しく高くなった社会である、と一般的に言える。またそのような状態に移行しつつある社会が「高齢化社会 (aging society)」と呼ばれている。もっとも何歳からを高齢または老齢と呼ぶか、また高齢者人口が何%になったら高齢化が始まり、何%に達したら高齢社会と呼ぶのかに関しては必ずしも明確な基準がある訳ではない。ただし、わが国では65歳以上を高齢者とし（デンマークでは老齢年金支給開始可能の62歳以上を高齢者として統計資料等が作成されることもあるようである）、その人口比率が7%を超えると「高齢化社会」、15%以上になると「高齢社会」と呼び慣わしている。最近では更に比率が高まって20%以上の「超高齢社会」という呼び方もなされている。また、論者の中には、もっと詳しく75歳以上のいわゆる後期高齢者の比率を問題とすべきである（北欧諸国はすでにその段階にある。表3参照）、とする議論もあり、「高齢者」の概念自体は時代や社会状況と相関的であると言える。

さて、主要先進国の65歳以上高齢者人口割合が7%から14%に到達した年数

及び将来の予測を表にすると次のようになる。(表1, 2参照)

表 1 主要先進国の65歳以上老年人口割合の推移と予測 (%)

年 次	アメリカ 合 衆 国	ド イ ツ <sup>1)</sup>		スウェーデン	イギリス	イタリア	フランス	オーストラリア	日 本 <sup>4)</sup>
		東 <sup>2)</sup>	西 <sup>3)</sup>						
1850	...	...	...	4.78 <sup>8)</sup>	4.64	...	6.47 <sup>8)</sup>	...	...
1860	...	...	...	5.22 <sup>9)</sup>	4.68 <sup>9)</sup>	4.19 <sup>9)</sup>	6.89	...	...
1870	...	...	...	5.43 <sup>10)</sup>	4.79 <sup>10)</sup>	5.11 <sup>19)</sup>	<u>7.41</u>	...	6.69
1880	...	4.72	...	5.90 <sup>11)</sup>	4.62 <sup>11)</sup>	5.12 <sup>11)</sup>	8.11	...	6.43
1890	...	5.10	...	<u>7.68</u> <sup>12)</sup>	4.77	...	8.28 <sup>12)</sup>	...	6.34
1900	4.07	4.88	...	8.37 <sup>13)</sup>	4.69 <sup>13)</sup>	6.16 <sup>13)</sup>	8.20	...	5.43
1910	4.30	5.04	...	8.44 <sup>14)</sup>	5.22 <sup>14)</sup>	6.50 <sup>14)</sup>	8.36 <sup>14)</sup>	4.29	5.20
1920	4.67	<sup>5)</sup> 5.77	...	8.40 <sup>15)</sup>	6.03 <sup>15)</sup>	6.75 <sup>15)</sup>	9.05 <sup>15)</sup>	4.42	5.26
1930	5.41	<sup>6)</sup> 7.36	...	9.20 <sup>16)</sup>	<u>7.40</u>	...	9.35 <sup>6)</sup>	6.49	4.75
1940	<u>6.85</u> <sup>7)</sup>	<u>9.98</u> <sup>7)</sup>	<u>8.86</u>	9.41 <sup>17)</sup>	<u>8.97</u> <sup>18)</sup>	<u>7.43</u>	11.42 <sup>20)</sup>	<u>8.04</u>	4.73
1950	8.14	10.57	9.41	10.25	10.73	8.26	11.38	8.13	4.94
1960	9.23	13.68	10.85	11.97	11.68	9.32	11.64	8.46	5.72
1970	9.81	15.53	13.18	13.66	12.94	10.67	12.87	8.35	<u>7.06</u>
1975	10.51	16.24	14.30	<u>15.11</u>	13.95	12.15	13.47	8.67	7.92
1980	11.29	15.90	15.51	16.29	<u>15.07</u>	13.45	13.96	9.59	9.10
1985	11.69	13.29	<u>14.48</u>	16.96	15.08	12.99	12.36	10.13	10.30
1990	12.16	12.66	15.07	17.68	15.57	<u>14.14</u>	13.01	10.76	11.93
1995	12.28	12.88	15.80	17.61	15.51	15.13	13.86	11.23	<u>14.12</u>
2000	12.01	13.71	16.71	17.21	15.33	16.05	<u>14.69</u>	11.25	16.26
2010	12.33	<u>16.32</u>	20.03	18.70	15.67	17.18	14.77	12.01	19.96
2020	<u>15.44</u>	16.81	21.18	21.85	17.75	18.82	18.01	<u>14.62</u>	23.56
2025	17.22	17.97	22.47	22.17	18.66	19.63	19.29	15.88	23.37

1940年以前は United Nations, *The Aging of Populations and Its Economic and Social Implications* (Population Studies, No. 26, 1956), 1950年以降は同じく UN, *World Population Prospects as Assessed in 1984* (前表に掲記) による各年央推計人口に基づく算定。ただし、日本は国勢調査および厚生省人口問題研究所の推計(昭61.12)による。<sup>1)</sup> 全ドイツとして示されている人口は1937年の領域のもの。<sup>2)</sup> 東ベルリンを含む。<sup>3)</sup> 西ベルリンを含む。<sup>4)</sup> すべての年次沖縄県を含む。<sup>5)</sup> 1925年。<sup>6)</sup> 1933年。<sup>7)</sup> 1946年。<sup>8)</sup> 1851年。<sup>9)</sup> 1861年。<sup>10)</sup> 1871年。<sup>11)</sup> 1881年。<sup>12)</sup> 1891年。<sup>13)</sup> 1901年。<sup>14)</sup> 1911年。<sup>15)</sup> 1921年。<sup>16)</sup> 1931年。<sup>17)</sup> 1939年。<sup>18)</sup> 1936年。<sup>19)</sup> 1872年。<sup>20)</sup> 1947年。

資料：厚生省人口問題研究所『世界の人口変動の概観(付 地域別推計人口)』(研究資料第232号, 昭59.11) および同『人口統計資料集 1986』(研究資料第248号, 昭62.3)

(「高齢化社会基礎資料年鑑」(エイジングセンター編著) による。表2・3 も同じ)

これらの表からも明らかなように北欧および他の先進諸国の高齢化の傾向は歴史的に早い時期から50年, 100年をかけて徐々に進行している。それに対し, わが国においては最近になってから急速に高齢化が進んでいること, 及びその

具体相として平均寿命<sup>(註1)</sup>が著しく伸びていることが特徴的である。このような急速な高齢化現象は世界的にも歴史的にも類例がない。しかし一般的な傾向

表 2 主要先進国の65歳以上老年人口割合が  
7%から14%に到達した(する)年数

国	老年人口割合の到達年次		所要年数
	7 % <sup>1)</sup>	14 % <sup>2)</sup>	
アメリカ合衆国	1945年	2015年	70
東 ド イ ツ	1930	1965	35
西 ド イ ツ	1930	1975	45
スウェーデン	1890	1975	85
イ ギ リ ス	1930	1975	45
イ タ リ ア	1935	1990	55
フ ラ ン ス	1865	1995	130
オーストラリア	1940	2020	80
日 本	1970	1995	25

上表による。年次は日本を除いて5年単位である。<sup>1)</sup>国連の資料(上掲の Population Studies, No. 26)によれば、65歳以上の老年人口割合が7%以上なのを「老年の」人口として取り扱っている。<sup>2)</sup>その「老年の」国として一応定義される7%の老年人口割合が2倍になる数値として採用。

表 3 主要先進国の65歳以上老年人口の  
前後期別構造：各国最新材料

国・地域 (年)	65歳以上 老年人口 (1,000人)	割 合 (%)	
		前期老年層 (65～74歳)	後期老年層 (75歳以上)
スウェーデン (1985)	1,491	56.5	43.5
ノルウェー (1984)	646	58.5	41.5
イングランド＝ ウェールズ (1984)	7,474	57.6	42.4
西 ド イ ツ (1984)	8,981	54.7	45.3
オーストラリア (1985)	1,080	53.4	46.4
東 ド イ ツ (1985)	2,257	52.0	48.0
イ タ リ ア (1982)	7,477	63.9	36.1
フ ラ ン ス (1985)	7,052	51.0	49.0
アメリカ合衆国 (1985)	28,530	59.6	40.4
日 本 (1986)	12,870	61.5	38.5
オーストラリア (1983)	1,531	63.7	36.3

UN, *Demographic Yearbook* の1985年版による各国最新の年齢別人口に基づいて算定(日本は総務庁統計局の推計人口)。第1表を参照。配列は65歳以上人口割合の高い順。

としては比較的工業化や産業化が進んだ国々ほど高齢化も進行していることを指摘できる。出生時の死亡率の低下、生活環境の整備、栄養状態の改善、医療技術の進歩・普及などに伴って全体として人類社会は高齢化、長寿化の傾向を示していると言える。その意味ではこの問題は世界的なテーマである。

もっともこの傾向が将来どのような形で展開するのかは予測が立てにくい。それと言うのも、そもそも「高齢者」の規定の仕方自体がすでに触れたように相対的だからだ。たとえばわが国で平均寿命が40歳余であった大正時代の末期において50歳は「老人」であり、「高齢者」に属したであろう。現代では50歳は「中年」が適切な位置付けであろう。したがって生物学的な年齢・加齢と社会的位置付けとしての人生周期とは必ずしも一致しない。いわゆる「ライフ・サイクル life-cycle」は時代とともに変動する。また、プラスの要因としては医療技術をはじめバイオテクノロジーに関する各種の新技术の開発、発明が人類の生存条件を大きく変える可能性もあるからである。また逆にマイナス要因としての、環境問題（食品公害、水や大気、土壌の汚染・破壊など）、戦争などが人類の生存に与える重大な影響は正確に予測することが困難であろう。

しかしながらいずれにしてもわが国が近い未来に超高齢化社会に突入する事はほぼ確実である。そして、その事がもたらすさまざまな問題は今だ人類が経験したことがない新しい課題であること、したがって衆知を集めて対応策を練る必要があることは言うまでもない。

（注1） 寿命とは個体が生存できる最大限の期間で、特定個体の生命にとっての言わばア・プリオリな条件である。平均寿命とは life expectancy すなわちある年齢の人が平均してあと何年生きられるかをその時点での死亡状況をもとに計算した数値であり、ゼロ歳の平均余命を平均寿命と言う。またわが国の平均寿命が世界の最長寿国の中に入っている事は周知のことであろう。（男子75.92歳、女性81.9歳、平成2年）

## （2） 「高齢（化）」が意味するもの

高齢化は一方では個人の現象であるが、他方では社会現象としての様々の「社会的事実」を現象させる原因の一つである。

## (A) 個人現象としての高齢化＝老化と高齢者「問題」

言うまでもなく生物としてのヒト（個体）は歳をとること＝加齢 (aging), によって老化する。そしてやがていつかは死にいたる。（個体だけではなく種自体の老化もあるらしい）これは生物ないしは生命の必然である。したがって、原理的には生物を成り立たしめている様々なレベルでの「老化」があり得る。たとえば細胞のレベル、身体組織（臓器）のレベル、機能のレベル……と。（なぜ老化が起こるかについては本質的なところはまだ明らかになっていない）もちろん「老化」は臓器や組織によって非常に不均一に進行するし、また個人差も大きいからあくまで一般論でしかないが、それを現象的レベルで大別すれば(1)身体活動の障害と(2)脳の機能障害＝精神的諸能力の低下ないしは喪失とがある。つまり、いわゆる記憶力の低下をはじめとして痴呆症（ボケ）に至るまでの種々の精神的な活動能力の減退または喪失とが考えられる。しかし言うまでもなく「老化」それ自体は決して「障害」でもなく「病気」でもない。生命体の持つ固有の必然的プロセスである。ヒトがこのような一個の生物として「老化」の必然的結果死んでいくことは「自然」なことであり「寿命」とあるといわれる。現代においても、このような「自然死」は多くの場合、むしろ望ましいこととされているであろう。そこで苦しヒトが純粋な「老化」だけで、しかも一個の孤立した生物体として死んでいくのであるならばそこにはいかなる高齢者「問題」も老後の「問題」も生じ得ない。ましてや「福祉対策」など必要がない。たとえば＜オジイチャンは昨日まで庭で草むしりなどして元気に暮らしていたが、今朝起きてこないで部屋に行ってみたら寝床のなかで死んでいた＞と言うのであれば話しは簡単であろう。マレにそのような事例がないことはないにしてもそれはあくまで一つの理想例であって一般的ではない。

われわれの多くは加齢とともになんらかの病気に罹り、障害を負いそのために死ぬ。また社会的人間として死ぬ。つまり、高齢化＝老化が「問題」として取り扱われるとき、現象的には二つの場合がある。（A）加齢の結果生じる様々な「老化」を、それ自体としてみればすでに述べたように単なる生命体の

不可避的プロセスに過ぎないのであるが、それらも「障害」ないしは「克服されるべき事柄」として捕らえ位置付ける場合—そこに「若さ」至上主義、「老い」の嫌悪・軽蔑に始まり「不老不死」の追及にいたるまで様々な錯誤に満ちた高齢者「問題」が生じる。(B) 生命体に何らかの自然のプロセスからの逸脱とも言える通常の意味での「病気」、あるいは事故や病気の結果として「障害」が生じた場合とがある。この場合の病気・障害はなにもとくに高齢者に限られる訳ではないが、完全な回復・完治が望み難く、長期化しがちな点に特徴がある。この心身にわたる日常生活の困難をどのように支援するか、が本来の「高齢者問題」であろう。

ところが(A)と(B)とはもともと厳密には判定することが困難な問題であって、「自然＝健康」と「病気」や「障害」という区分は、ヒトをたんなる生物としてではなく特定の社会生活を営む一人の「人格」として処遇しようとする、その人格概念をどのように規定するか、また生活環境がどの程度整備されているか等の条件次第で、相対化される。そこから「福祉」や「支援」に関しても様々な混乱が生じてくる。

## (2) 社会現象としての高齢化現象＝高齢化社会の問題と福祉

たしかに、現象的には社会の構成員の「何らかの補助用具ないしは人の援助なしには円滑な社会生活が営めない程の心身にわたる機能の低下ないし喪失」が「問題」である、と言える。そして当該人物が高齢者であろうがその他の障害者であろうが、そのような「問題」をとにかくも解消しようとする試み、ないしはそのための支援が一般に福祉とよばれる。その点で高齢者と障害者一般との間に大きな差異はない。ところが、いうところの「円滑な社会生活」したがつてまたそのような生活を営む主体としての「人格」とはそもそもが文化社会に相対的な概念である。社会の発展段階の違いによって様々な水準の「円滑な社会生活」ひいては「人格」の水準が考えられる。また社会的責任として人格主体が担うべき役割も異なってくる。したがって、その意味で人間をどのような「人格」として処遇しようとしているか、ということが福祉の在り方を規定する。その意味で逆に福祉の在り方は当該社会の成熟度のパラメータであり

うのである。ともあれ、それらは具体的には福祉・医療一般に対する資金・資源の配分や、それらの費用・資源の消費をいかに抑制するか、と言った問題に集約されるだろう。

### (3) 社会変化と福祉

ところで前近代の自給自足を原則とした農耕社会と民主主義の原則に立つ近代の産業社会とでは我々の生活の成り立ちそのものが多きく変化している。この社会の変質を明確に認識することが高齢者「問題」を含め福祉一般の在り方を考える上で必須である。先ず第一に現代人は内・外に互って極度に社会化されていることが指摘される。社会的なものは我々の生活の隅々にまで浸透している。経済活動を始めとして、教育、文化、娯楽等どの側面をとってみても、社会的に制度化されていないものは殆どない。それらの諸制度のネットワークの上に我々の日常生活は成り立っている。このように、かつて家庭（族）内やせまい共同体内部で比較的孤立して、またある程度自律的に営まれていたそれらの機能はことごとく社会的に制度化されている。これは、言い換えれば我々の生活全体がたとえば家族形態にいたるまで極端に社会制度・社会システムの在り方に依存していると言うことである。このような状況では、たとえば「貧困」一つをとってみても原因論的には必ずしもたとえば「個人の怠惰」に求めることはできない。それは社会制度の不備（たとえば不況）からくる「失業」の結果かも知れない。「病気」が直接の原因であるとしてもそれはさらに遡ればあるいは労働環境をはじめとして生活環境全体の整備の劣悪さに真の原因を求めるべきかも知れないのである。その意味では現代人の生活のなかで個人的な創意・工夫によって自律的に営まれる部分はきわめて僅かでしかない。せいぜい制度的に既成の生活様式の幾つかのものの中からのオプションの仕方に「個性」を発揮できるだけだ。実はわれわれの「古い」の様式もそのほとんどが社会的に規定されていると言える。たとえば「高齢者」とは社会的役割としての職業や労働からの「(引)退職者」であり、またその結果、年金制度の受給による「年金生活をする者」であり、高齢者福祉サービスの「利用資格者」…等々である。このように見てくると次のことが明らかになってくる。



近代社会においては福祉は「高齢者福祉」を含めてたんに慈悲心、同情心、慈愛心などの個々の「心情」的な動機に基づく活動によって解決されるべき性質の問題ではないということ。（それはたんに原理的にそうであるばかりではない。「心情」や個人の努力だけでは規模の面でも継続性の点からもそれは完全に遂行されることが不可能でもあろう）そうでなくて、「社会」が個人をいかに処遇するか、どのようなサービスを提供するかと言った社会制度の改革・整備など「社会政策」の問題、福祉政策として企画、立案されるべき歴史的な必然性を持った問題であるということである。事実、歴史的に見ても「福祉」の思想と実際とはそのように発展してきたのである。「福祉」は相互扶助 (mutual aid) — 慈善事業 (charity) — 博愛事業 (philanthropy) など個人的営みとして発生し、その後次第に救貧事業 (poor relief) — 保護事業 (residual) — 福祉国家における社会福祉制度 (institution) などの公的政策へとほぼ順を追って発展してきたのである。高齢者問題も社会福祉一般の例外ではない。したがって、われわれが北欧諸国をいわゆる高福祉国家としてその特色を考察しようとする時、先ずその制度的な側面に注目すべきであろう。その上で次にそれらの制度を立案し、かつ支えている国民の意識、思想を探るべきであろうと思われる。

#### (4) (高齢者) 福祉の思想

近代の社会生活の変質と並んで第二に注目すべき事柄はそうした社会を成立させている原理、あるいは前提となっている原則の確認であろう。言うまでもなく近代市民社会の構成原理の中心は「民主主義」の思想である。したがって、民主主義社会における高齢者福祉を始めとする生活に関わる全ての制度や政策はこの原理に即して立案ないし改革されるべきである。ところがこの原理は大変に複雑で困難な面を持っている。それは自由、平等、博愛と言う近代の理念が曖昧なものを含んでいると言うだけのことではない。それは歴史的には従来の一元的な価値基準の否定を意味している。過去においていかに支配的な権威として確立されていた制度あるいは道徳も今や再検討されるべく相対化される。特定の宗教的観点にたつ原理も、従来いかに支配的であったイデオロギーも最

早一元的で合理的な原理たり得ないことが益々明らかになってきたのである。しかしそれらに代わる合理的で民主的な原理は形式的に規定されることはあっても未だ個々の分野で確立されているとは思えない。そこで本来上位の原則として優先されるべきものの代わりにたとえば効率主義・生産性重視といった経済領域の原理が言わば横滑りに誤って適用される事態が生じているように思われる。

### デンマークの高齢者福祉制度

われわれが集中的に視察し、また詳しい説明を受けたのはコペンハーゲンの南西、車で約一時間半ほどのところにあるネストベズと言う地方小都市の高齢者のための諸施設であった。つまり県立病院（長期療養病棟＝老年科）、ナーシング・ホーム（これはわが国の「特別養護老人ホーム」にあたる24時間ケア付き住宅で「プライエム」と呼ばれている）、ケア付き住宅、集合住宅、ディ・センター、ディ・ホーム、高齢者クラブ、配食サービス・センター、補助器具倉庫、そして実際に在宅ケアを受けている家庭、支庁舎の福祉課などである。ネストベズは人口わずか45,182人（デンマーク全体の人口は約512万人、1989年／これは兵庫県全体の人口より10万人ほど少ない。また面積はほぼ九州と同じ）の南に海岸を擁した静かな街（市＝Komune）であった。ネストベズ市

表 4 デンマークの自治体の人口（1989年）

自治体名	高 齢 化 率 順				
	人 口	65歳以上の人口	高齢化率 65歳以上	65+100人あたりのホームヘルパー	65+100人あたりのナーシングホーム 床 数
гентフテ市	65,032	15,900	24.4	2.4	4.8
コペンハーゲン市	467,850	104,600	22.4	3.0	5.4
グラズサックセ市	61,198	10,302	16.8	2.7	5.1
スベンボー市	40,868	6,870	16.8	3.8	5.3
カルンボー市	19,319	3,058	15.8	4.5	5.1
ネストベズ市	45,182	7,073	15.7	4.2	4.7
デンマーク国	5,129,778	791,001	14.4	3.4	6.0
ホルベック市	31,084	4,368	14.1	2.8	5.8
ヴィズオーワ市	48,987	6,811	13.9	3.1	4.0

の規模はデンマークではコペンハーゲン市を除けば、表4からも明らかなように標準的な行政単位より幾分大きい市であることがわかる。

1,000以上もあった市町村が1970年に行われた市町村の統廃合によってこの規模（平均2万人）になったと言う。この市の規模が、後述するように、福祉行政を地方に分権化するにあたっての適性規模の観点から、すなわち効率的な福祉サービスの運営、自治体間の福祉レベルの格差の解消、更に地域の特性にあったサービスを提供できるという点などを考慮して決定されたということは注目すべきだと思われる。またこの事によって市民と政治との距離が大変近いものになる。（ただし、コペンハーゲンは例外）因みにデンマークは立憲君主国で一議院制、行政的には14の県（Amt）と275の市（Komune）とから成っている。古くから地方分権化が進んでおり、高齢者の医療福祉にかんする行政区分（管轄）は概ね以下のようになっている（表5）。

表 5

	医 療	福 祉
国（ガイドラインの提示 あるいは法律による）	保健省	福祉省
県	病院（長期療養病棟） 基礎医療（家庭医等）	
市		高齢者福祉 訪問看護、ホーム・ヘルパー 補助器具、住宅改造、住宅補助金、 高齢者住宅、デイセンター、配食 センター等

デンマークの福祉行政の特色の一つはこの区分表からも明らかなように、福祉に関しても医療においても国は大まかなガイドラインを提示したり基本法を定めたりするに止まり、具体的な運営の仕方とその権限は各地方自治体に完全に委譲されているところにある。（このことと前述の市の適正な規模とが相俟って各部門における現場の意見が直ちに運営面に反映され、結局効率的でクライアントのニーズによく応えうるような仕組みになっていることは、今後の記述でハッキリしてくるだろう）

また、デンマークでは医療は県（病院は全て県立）、福祉は市という分業制が基本である。県は病院医療と基礎医療の組織、運営、財政全てに責任を負う。したがって、たとえば病院勤務の医師の給与をはじめ開業医の診療報酬なども県の医療保障制度との定期的な交渉によって一般租税から支払われる。

福祉に関しては上の表で列挙したような社会サービスの全てに対して市が責任を持っている。ところが、面白い(?) ことに本来は医療部門の専門職である訪問看護婦は市の福祉部に所属している。つまり業務責任は保健省の管轄下にある、雇用の面では福祉省の管轄下にある。これはちょうど基礎医療における家庭医と同じような立場にある。家庭医は完全に医療に属するが、彼らはまた地域の医師として市の高齢者福祉の中核である在宅ケアチームと協力して高齢者の生活支援にもめている。論者によれば、このようにして一見バラバラに見える（そしてまた実際にそうになりがちな）福祉と医療とが実はこの訪問看護婦と家庭医の仲介的役割によって連携され、スムーズでかつ整合的なサービスが提供されているのである<sup>(註2)</sup>。

（注2） 伊東敬文“福祉と医療の連携の条件”（海外社会保障情報 No.90）、岡本祐三“制度が支えるゆとり：デンマークの家庭医”（モダンメディシン1989. 10月）同“「医療」と「福祉」の連携はなぜ難しいか”（上）（下）厚生福祉・平成元年2月4.8等参照。

因みにデンマークの典型的な自治体（市）の行政組織は以下のとおりである。

表 6

市議会 (普通21名, 5～7政党代表)	市 長	福祉委員会	福祉部（児童, 高齢者, 障害者）
		技術委員会	技術部（交通, 水道, 電気）
		文化委員会 (事務レビュー)	文化部（学校, 図書館）
		環境委員会	環境部（清掃, 自然保護）
		経済委員会	経済部（財政計画）

では高齢者福祉が実際にどのような形で行われているのかをネストベズ市の例を中心に見てみよう。

すでに述べたように「市」は何らかの理由で円滑な日常生活に困難をきたしたすべての市民のニーズに迅速に対応すべく義務づけられてる。(1974年に成立した「生活支援法」による)そこで市はクライアントのニーズに合わせて、以下のいずれかまたはいくつかのサービスを組み合わせることによって生活を支援するのである。

- (1) さまざまな(とくに福祉関連の)情報の提供と助言
- (2) 現金給付(老齢年金その他)
- (3) 訪問看護婦・ホームヘルパーの派遣
- (4) 各種の補助用具の貸与、住宅の改造
- (5) 幾種類かの住宅提供(障害者・高齢者用の住宅、ナーシング・ホーム、ケア付き住宅)
- (6) ディ・センター、ディ・ケアセンター、リハビリセンター、高齢者クラブの利用

#### (A) ナーシング・ホームについて

高齢者問題において痴呆症、失禁の問題と並んで特にわが国で早急に解決すべき課題の一つとして常に指摘されるのがいわゆる「寝たきり老人」の問題である。多くの高齢者(現在約70万人と推定されている)が終日ベッドに「寝かせきり」にされ、食事から排便にいたるまで「生活」の殆どすべてが介護者の手に委ねられている。デンマークの高齢化率は15.5%だが(そのうち約1/5が80歳以上)、たとえば癌で終末期にある患者等を除けば入居者を一日中ベッドに「寝かせきり」にすることは皆無であると言う。一方「寝かせきり」にすると本人が褥創(床ずれ)、関節の硬直、食欲不振、自由の制限を始めとする心身にわたるさまざまな苦痛に悩まされるというだけのことに止まらない。それは次第に介護者への依存度を高め、そのため介護が後手に廻りついには介護自体を破綻させてしまうと言う悪循環を生み出すモトなのである。これを良循環に変える方法はあるのだろうか。個人の側から見れば、高齢化の問題とは消極的には結局<どのようにしたら「普通の生活」を長く続けることができるか

(これはしばしば「生活動作能力=ADL, Activity of Daily Living」で判定される)＞、積極的にはくどのようなしたら「豊かな」晩年を迎えることができるか＞という問題に尽きるだろう。ところで「豊かさ」については個人差があるし、それを一義的に決めてかかることは、「自己決定」を尊重しないいわゆるパターナリズム(オセッカイの押し付け)に陥る危険があり慎重にすべきだろう。そこで、高齢者がともかくも「普通の生活」を営める状態をできるだけ長く保てるように支援することが高齢者福祉の原点になる。尤もこの「普通」と言う概念はすでに見たように固定的、絶対的なものではなく、その時々(生活)環境と相関的だし、また人々のニーズや意識とともに変化する。したがって、ADLと言う概念から一歩進んで「社会的生活能力」とでも言うべき概念が必要とされると思われる。いづれにせよ、この「普通の生活」をどのような内容でとらえるか、が福祉の水準を決める。

ところでわが国の「寝たきり老人」と言われている人達はいくつで「寝かせきり」になっているか。その殆どは特別養護老人ホーム(「特養」)、一般病院、老人病院、家庭である。そこでわが国の「特養」にあたるデンマークのナースィングホームでのケアの実情を、なぜ「寝かせきり老人ゼロ」が可能なのか、またそれはデンマークの高齢者福祉のどのような理念・目標の下で実現されたのかと言う点に注目しながら見てみよう。

- (1) 高齢者自身の意思を最大限に尊重すること。つまりできる限り高齢者の好きな生活形態がとれるように援助すること。「自己決定権」の尊重
- (2) 高齢者の現在までの生活形態を最大限に維持できるように援助すること。「継続性」の保証
- (3) 高齢者が持っている可能性を引き出すこと。「残存能力」の開発。

これらがデンマークの高齢者福祉の基本理念である。権力が法律や細かい規則を定めて管理的に、先行的に「福祉」を実施するのではなく、クライアント、利用者の期待やニーズを中心に運営すること、言い換えれば行政は市民をコントロールするのではなく、あくまで市民にサービスを提供するという立場に徹することを要求されているのが解る。

さて既に述べたように、ナーシングホーム（「プライエム」と呼ばれる）とは24時間常時ケアを受けなければたとえ自宅やケア付住宅などで訪問看護・ケアを受けても生活できなくなった高齢者のために設けられた施設である。そして後述の「在宅ケア」は勿論のことナーシングホームでもこの(1), (2), (3)の理念が次のような形で実行されているのである。ただし急いで付け加えておかなければならないのは、これから述べることから解るようにナーシングホームは公営「施設」ではあるがむしろ「住宅」として、最初から高齢者の「<sup>つい</sup>終の住家<sup>すみか</sup>」としてイメージされ、デザインされているらしいことである。それは、一度入居した人は自宅に戻ることはなく、しかも平均入居期間が2年から2.5年であることから推察される。それはまた入者の年齢層（後期高齢者）とも関連する。（表7参照）

表 7 ナーシングホーム入居の年齢階級別人口割合（1989）

（ナーシングホーム入居者 50,000人）	
15 ～ 67歳	0%（67歳までの人は殆どない）
67 ～ 74 "	2%
75 ～ 79 "	5%
80 ～ 84 "	11%
85 ～ 89 "	22%
90 ～ 94 "	40%
95 歳 以上	62%

（注） この表はナーシングホームを利用している人の年齢別の割合を示したものだ。94歳以下では半数が在宅である。また80歳以上でホームヘルパー利用者は16万人だ。

（平成元年10月の元デンマーク福祉大臣ベント・アナセン氏の講演からの資料による。以下の表8, 9, 10も同じ）

### 「住」について

われわれが視察した全ての居室は個室でトイレとシャワーが殆どの部屋に付いていた（一部の昔に建てられたナーシングホームには二人部屋が残るが、デンマークをはじめ北欧では個室が普通という）共用部分として別に食堂、リハビリ室、プールなどが設けられている。一部屋当たりの広さは平均約25平米



写 真 1

(約15畳)、夫婦で入居の場合は続きの二つ部屋が与えられる。どの部屋もカーペットが敷き詰められ、壁面には家族や親しい人々の写真が飾られている。私物の持ち込みが自由にできるせいか、個性的な家具・調度品が思い思いに配置しており、綺麗でいかにもかつての自宅が忍ばれて「居間」らしい。(写真1)「施設」特有(?)の臭気はまったくしない。入所者数が概ね40人位の規模のこうしたナースィングホームが、家族の訪問の便などを考慮して、各地域の比較的便利な場所にデンマーク全体で約5万人分設けられている。これは高齢者100人当たり6床分になる。だから本人が希望すればほぼ何時でも入居できる。ただし、それは地方でのことであり、全人口の1/10弱が集中しているコペンハーゲンでは逆に常時不足していると言う。(わが国で見ると殆どのレポートが、ハンで押したように一地方都市だけをモデルとして論じているが、単にナースィングホームの問題だけでなく他の事実に関しても、地方都市と中央の大都市との格差には留意すべきだと思う。今後とも当分は大都市への人口の集中が不可避であるとすれば尚更である。わが国の場合は言わずもがなだ。)

ネストベッツ市はこのような施設を要介護度によって重度、中度、軽度の3つのグループに分けている。いわゆる痴呆老人専用のナースィングホームはごく



僅かしかない（4％）。通常タイプのナーシングホームと一緒に入居している高齢者の1/4程度は痴呆老人であるらしい。できるだけ自由にさせている。

### 「マン（ウーマン）パワー」について

住居もさることながら、筆者に最も注目すべきだと思われたのは、そこで看護や介護にあたっている職員の数の豊富さである。職員数対入居者数の比率はほぼ1:1（ネストベツズ市では職員数の方が入居者数よりも多い一表8参照）である。（看護及び介護職員だけだと入居者一人当たり0.7人）

このことはデンマーク全体でみても同じことで、たとえばホームヘルパーは

表 8      ネストベツズ市の福祉資源（1989年1月11日の統計：人口45,182人）  
（1988年1月1日    人口45,132人、65歳以上7,073人、15.7％）

市役所の福祉部の職員数 144.5人			
高齢者関係			
在 宅 ケ ア			
在宅看護	看護婦	26.2人	
	ホームヘルパー	296.3人	
	OT, PT	6.3人	
ナーシングホーム 7カ所（329床＝個室） 1月11日の利用者 300人			
従事者	看護婦	50.9人	
	ケアワーカー（OT, PT, 寮母等）	152.7人	
	趣味活動従事者	17.6人	
	事務、調理、掃除関係者	94.0人	
	その他の職員	26.4人	
合 計（臨時要員を含む）		360.4人	
デイセンター（生活支援法60条） 無し			
デイセンター（生活支援法74条） 1カ所 1日50人分 64人登録 職員18.2人			
高 齢 者 住 宅 311世帯分（353人入所）			
ケア付き住宅 21世帯分（26人入所） 職員11.4人			
乳幼児関係			
委託家庭保育	139家庭	267人（0—2歳）	175人（3—6歳）
乳児保育園	10カ所	530乳児（0—2歳）	職員 96.2人
保育園	10カ所	461幼児（3—6歳）	職員 82.2人
年齢統合型施設	10カ所	1,000人分（0—）	職員208.3人
学外活動施設	4カ所	230人分（10歳以上）	職員 45.2人
施設外特別教育員	10.4人		
青少年クラブ	1カ所	76人分	職員 8.0人

2.7万人いる。これは総人口がおおよそ24倍もあるわが国の全ホームヘルパー数（3万人）にはほぼ匹敵する。訪問看護婦はパートタイムも含めると5千人（フルタイム換算で約3千6百人）である。「寝かせきりゼロ」が可能になるためには、起こし、かつ起こした人をケアする人々とそのための空間（住居、道路などの生活空間）及び資材が必須であることは、理の当然である。（最近わが国の厚生省が発表した「ゴールドプラン」中の“ホームヘルパー10万人”は人員数の点だけ見てもいかなものか）

### 「衣」と「食」について

着衣と食事に関しては国民性や生活習慣の違いがあり、「感想」がいくつか残った程度である。着衣に関して何よりも目を引かれたのは入居者がいわゆる「寝間着」を着ずに、いつでも外出できるような服を着て靴も履いていたことである。これはとにかく起こし、動かす（寝たきりにしない）一車イスを使ってもどんどん外出する一以上必要なことであろう。わが国で病院をはじめ、必要以上に「寝間着」の時間が長いのはどうだろうか。

「食」については後述の「在宅ケア」の項でも述べるが、見事な配食システムが整備されている。ただし、おそらく食習慣の違いだろうが、わが国の食事のイメージからすれば内容が質素に思える。同行の主婦業(?)者たちの間から「コレなら食事の準備のために時間を取られることが少なくて……」という溜め息ともとれる囁きが聞こえてきた。(写真2)

ともあれ、こうして衣・食・住にわたって大変充実した福祉サービスが行われている訳である。

一つだけ全体の運営の在り方を象徴するようなエピソードを記しておこう。あるナースィングホームで我々が職員から施設について説明を受けていた。そのテーブルに一人の見慣れない男（脳性マヒらしい）が同席し、ビールをグビリ、グビリやっている。（我々にも振る舞われたが……）そのうち、その男は退屈したのか、酔ったのかウツラ、ウツラし始めた。不思議に思って後で職員に聞いて見たら、何とそこの入居者の代表者で我々に対する職員の説明が事実であ



写 真 2



写 真 3

るかどうか「監視」していたそうである。(写真3)

このように極めて民主的で、貧富の区別なく誰でもが利用でき、高齢者のニーズに合わせたケアが実施されているナーシングホームではあるが、1987年に国はこのナーシングホームやケア付き住宅の新築を行わないように法律を成立させた。財政的な理由によるというが、それにとって代わって現在デンマー

クの高齢者福祉の中核になっているのが、「在宅ケア」である。

### 在宅ケアについて

先ず62歳以上の高齢者の家族形態を示す以下の表9を見てみよう。

わが国の家族形態の実情と比べて最も顕著な違いの一つは「子供との同居」がわずか1%しかないことである。しかも「単独」と「夫婦のみ」の世帯を合わせると93%にも上る。つまりデンマークでは殆どの高齢者は家族（子供や孫）と同居することはないのだ。したがって、かつてわが国で一般的であった家族が親の介護をするいわば「家庭内福祉」は極めて困難な状況にある。もちろんデンマークでも以前は、「同居」は殆どなかったにせよ、高齢者と子供世帯とが「スプの冷めない距離」に住んで、子が家事の手伝いをしたり、病気で倒れた時には親の介護をした、という。ところが1960年頃から未曾有の社会変革が生じた。すなわち女性の社会進出である。現在では52歳以下の就労率は男女ほぼ同じである。つまり従来介護を担っていた女性の大半が家庭から外に出て働くようになったのである。「家庭内の介護」から他人が他人の支援を、それも公的な形で行う「社会福祉」、「公的ケア制度」の確立はいわば社会全体の緊急な要請であり、それがなければ社会生活が壊れてしまうという意味では必然性を持っていた。そして結果的にはその「公的ケア制度」を支えているのは大半が家庭から外に出た女性達である。

こうして現在のデンマークの市の高齢者福祉は訪問看護婦とホームヘルパーとによって構成された「在宅ケア」チームを中心として実施されている。実施

表 9 62歳以上の家族形態（1989）

全 人 口	5,100,000人	
62歳以上人口 (内訳)	890,000人	100%
夫婦のみ	500,000人	56%
子供と同居	10,000人	1%
単独（一人暮らし）	340,000人	37%
ナーシングホーム入居	50,000人	6%

の基本理念はナーシングホームの場合と同じで、さまざまなサービスを、24時間何時でも必要に応じて、必要なだけ受けることができるようなシステムになっている。そして、どのサービスも1989年度より全て完全に無料化された。

### ホームヘルパー

ホームヘルパーは7週間の教育を受けている（この教育期間を一年に延長してリハビリ機能の一部を受け持つ事ができるようにする計画もある）が、このような人たちが全体で27,037人(1988) もいる。この数字は人口1,000人当たり5人位になるから、（ネストベッツ市の場合は1,000人当たり6.5人）それだけを見てもこの制度がいかに充実しているかがわかる。この他にパートタイマーもいる（「身分」はフルタイムの人と変わらない。時給1,200円くらい）。ホームヘルプサービスを受けている世帯は全世帯の21.6%にも上る。ヘルパーの仕事は原則として一日三回（朝、昼、晩方）各家庭を訪問して食事の支度、ベッドメイク、買い物、洗濯、掃除、排泄の介助をはじめ、散歩・外出にも付き添う。必要ならば起床、洗面、衣服の着替え、深夜の寝返りの介助、話し相手に至るまで殆ど全ての事に手を貸す。一週間でほぼ6時間位が標準だが、癌などでターミナル状態になると日に何回でもサービスを受ける事ができる。年齢・収入に関係なく市の福祉部に申請し、「ニーズ審査委員会」がニーズの有無や程度を判定し派遣を決定する。

### 訪問看護婦

訪問看護婦は在宅ケアのなかでも極めて重要な役割を担い、それだけにまた幾つかの権限も与えられている。前にも述べたように、重要な役割の一つは医療と福祉との橋渡し（連携）である。例えば病院から高齢の患者が退院して自宅で生活を始める場合、患者は当然様々な困難な問題を抱えている。退院後の治療計画はもちろん生活空間の整備（部屋の段差の解消、手摺の設置、出入り口の拡張…… etc）、補助用具の準備・手配、ホームヘルパーの派遣体制、給食サービスの手配……訪問看護婦はこれらの仕事全般を、患者を含め医師、作業

療法士，理学療法士などと一緒にって行。幾度も自宅と病院を往復したりしながら遂行するのである。例えば段差の解消にかんする問題などは訪問看護婦の判断によって決定されし，生活に必要な補助用具（無料で借りれる）の市への申請も彼女たちの判断による。

彼女たちの勤務体制はどここの市でもおおよそ以下のようなものである。一日3交替制（日勤 AM 8:00～PM 4:00，準夜勤 PM 3:30～AM 0:00，深夜勤 PM 11:30～AM 8:30）。市内をいくつかのブロックに分けて，その担当地域で週39時間（週休2日）勤務する。1ブロック当たり平均30人位，市から各人に一台づつ貸与された車を使って訪問する。もちろん開業医との連絡は緊密に行われるし，開業医と訪問看護婦とがチームを組んでケアに当たる場合も多い。仕事の主な内容は上記以外に服薬の管理，注射，包帯の交換，床ズレの予防，皮膚潰瘍の手当て，カテーテル交換の処置，栄養指導，ADLのチェック，住居・食事内容等の患者の身の辺の観察，ホームヘルパーの指導・管理などがある。

訪問看護婦になるには，3.5年制の看護学校を卒業し，更に1.5年の内科・外科・精神科の研修をしなければならない。訪問看護婦は全体で約4,000人（ネストベツズ市では26人）いる。この訪問看護婦サービスを受けるためには，各人が登録している家庭医または病院の医師の認定が必要で，認められた場合には必要と認められた期間「無料」でサービスを受けることができるようになっている。65歳以上の高齢者のうちの15%くらいがサービスを受けている。

詳細は紙面の都合で省略するが，この「在宅サービス」の他にも「配食サービス」を受けたり，「デイ・ケアセンター」の利用もできる。後者ではリハビリテーション，各種の社交，理学療法，作業療法，プールの利用などができる。このデイ・ケアセンターはナースィングホームに併設されていることが多く，屋敷を食べるためだけに利用する事もちろん可能だ。高齢者をなただけ社会に出ていくようにして，そこで程よい刺激を受けることで残された能力を保持し，また一人の独立した人格としての威厳を持てるようにしよう，としているらしい。

### 財源と勤労意欲について

さて、デンマークを始めとする北欧諸国は高齢者福祉はもとより福祉全般においてこのようにたいへん充実したシステムと豊かなマンパワーとで高い水準を保っている。しかし、しばしば指摘されるように、このような制度は言うまでもなく強力な財政基盤なしには不可能である。ではその財源はどこにあるかと言えば、税金以外には考えられない。デンマークでは所得税は数年前(1988)で平均税率は49%余りと言う。もちろん累進課税制(5段階)だから、たとえば年収18万クローネ(約540万円)の国会議員は73%を税金として支払うことになり、年収36万クローネの医師は80%余りの所得税を支払うと言う。その他にも財産税、間接税、付加価値税(22%)など驚く程の高税である。にもかかわらず、ヨットやサマーハウス(別荘)を所有している人も多数いる。その秘密は「全ての利子は控除の対象になる」と言う特殊な税制度にあるらしい<sup>(注3)</sup>。それはともかく、多少の不満はあるにせよ、このような高税をどうして国民の多くが受け入れているのか? それについては詳しい検討を要するが、ここでは、少なくとも老後の生活が保障されているばかりでなく、保育費、教育費、医療費が全て無料であり、住宅費は年収の15%以下ですむといった生活形態を国民の大多数が支持していることだけを指摘するに止める。因みに、国民の勤労意欲は就労率から見るかぎりデンマークは世界でも最上位に属する。

(注3) 渡辺俊介著『年金と社会保障の話』参照)

### お わ り に

以上、大急ぎで北欧諸国の高齢者福祉の一端をデンマークを通して紹介してみた。僅かな期間の視察で全体を理解できる訳でもないし、沢山の誤解も含まれているだろう。ここで〈まとめ〉として何かを論じるには問題は余りに大きい。筆者の幾つかの疑問と感想を述べて、〈結び〉に代えよう。

かつて(60年代)筆者らにとって北欧社会とは絡農の国、バイキングの国…そして若さの故か何よりも「フリーセックスの国」と言う印象が強烈であった。

それと同時に我々のような哲学関係の学問を専攻しようとしていた者達にとっては、あの厳しい「実存」の世界を説いて飽きない哲学者キルケゴールを生んだ国でもあった。ところが70年代頃からであろうか、現在にいたるまでこれらの国々がわが国に紹介されるときその大半は決まって「高福祉国家」、「素晴らしく社会保障制度の整備された国々」と言ったものである。「絡農」＝「ヴァイキング」＝「フリーセックス」＝「実存」＝「福祉」…これではまるで謎解きではないか。一体これらの事象に何らかの関連があるのだろうか…。一応「福祉」に主な関心は傾いていたものの、これらの諸概念を繋ぐものとして何か一層重要なキーワードがあるのだろうか、これらの事象の背後に何か特有の国民性があるのだろうか、といった疑問を残したまま北欧の国々を訪ねたのであった。そうした漠然とした疑問が心の片隅に巣くっていたせいだろうか、あるナーシングホームで施設をはじめその具体的な運営に至るまでの詳しい説明を受けた折りのことであった。何か質問は？ と促され、筆者は思わず「高齢者のセックスはどうなっているか？」と問うた。たまたま説明者はまだウラ若く美しい女性職員であったが、彼女は少しも慌てた様子もなく大略以下のように応えてくれた。＜何ごとにおいてであれ、わが国（デンマーク）では個人の意思を尊重する。このことには殆ど例外がない。したがって高齢者のセックスも文字どおりフリーである。（酒もタバコも一切禁止しない）入居者同志の恋愛であろうが、それ以外の人達との間であろうが何ら問題はない。むしろハッピーなことではないか。そのためにも(?)個室があり、必ずノックをするようにしているではないか＞と。また続けて＜このように全て個人の意思＝「自己決定」を尊重するからセックスに関するトラブルは滅多に起こらない。しかし何らかの事情でどうしても必要とあらば prostitute（売春婦）を雇う(?)こともあるし、masturbation の指導もする。＞と。他の同行者が尋ねる。「では、たとえば入居者の誰かが酒に酔ってここ（ホール）で寝込んでしまったらどうするのか？ やはり、起こして自室のベッドで眠るようにさせるのではないか？」彼女はくいいえ、その人がここで眠りたいのであれば、そしてベッドがここに持ち込めないのであれば、フトン（毛布？）をここに持ってきて着せてあげれば



いいではないか」と答える。万事がこの調子である。我々はしばし啞然であった。

ところでアメリカの最新のバイオエシックス（生命倫理）の議論の中に「愚行をする権利」（a right to do what is wrong）なるものが存在するか、と言うのがある<sup>(註4)</sup>。ある人が（たとえば患者）が自分自身に関わるある行為を行う場合、それが第三者（たとえば医者、家族、友人……）から見て、明らかに愚行である場合にその第三者（医師、家族、友人……）がそれを制止して止めさせることは倫理的に正当化されるか？ と言う問題である。結論の第一は、当人（患者）が competent な状態（「理性的」ないしは「対応能力がある」状態）である場合は正当化されえない。すなわち、その行為が著しく反社会的でないかぎり、何人もその行為を禁止したりできない、というのである。つまり、人間が「自己決定」が可能でありうるためには「自由」でなければならない、それはこの「愚行をする権利」をもその「自己決定」の一部分として含まれることを認めることに他ならないからである。言い換えれば「人が自由である」と言うことの中には「愚行をも為し得る」と言うことが含まれていると言うのである。（第二以下の結論は省略）たしかに、近代の市民倫理は、従来の伝統的な超越原理（たとえば神の命令や意志）が原理としての一義的な絶対性を失った結果、こうした人間の自由に基づく「自己決定」を最大限に許容しようとするところで成立していると言えるのである。

このように、我々は「自己決定」を尊重しなければならないだろう。そうしなければ近代的な意味での人格の「尊厳」も死語になってしまう。そのかぎり「愚行の権利」も認めよう。しかし若しこの＜「自己決定」を最大限に認める＞と言う近代市民社会の倫理の原理が、＜何なりと好きにしろ、（自己決定をしろ）その結果どうなろうと私の知ったことではない＞と言うのであれば、それは余りにも突き放した、冷酷な宣言ではなかろうか。我々にはそのような「自由」や「自己決定」は余りに重すぎて支え切れないかも知れない。

しかしながら、我々がデンマークで多くの人達と交わした問答の中で出てきた「自己決定」は筆者の誤解でなければこのような意味ではなく、次のように

聞こえた。〈あなたの好きに下さい(自己決定をしろ)、しかしもしもその結果あなたが困ったことになったら私たちは全力を挙げてあなたを援助しよう〉と。(チラッとキルケゴールの顔が一あるいはグルンドヴィーの一睨いたような気もする。) — こうした対応の中に近代的個人主義倫理の欠陥を克服しようとする北欧社会の新しい実験的な試みを読み取ったとしたら、それは深読み込みのしすぎというものだろうか。

最後にもう一つだけ。いかにも北欧人らしい生真面目な相貌の「市」の福祉課の職員は、デンマーク(ネストベッツ市)の高齢者福祉政策をイスに例えて説明してくれた。そのイスを支える四本の脚は BOLIGER (住宅), SERVICE (サービス), PLEJE (ケア), TRIVSEL (安心感?) そして「背もたれ」が OKONOMI (経済) だ、と。筆者にはその〈TRIVSEL〉なる語が具体的に何を意味しているのか知りたかった。質問するとご丁寧にも翌日に、その問いにたいする答えを準備するために一晚を費やした、と言う。デンマークでは余りにもよく用いられ、また自明でもあるが故に説明が困難なのだ、と。筆者には良く理解できなかった。しかしこの語がとても気になる。福祉思想を理解するためのキーワードではないかとも思う。どなたか教えて頂けないだろうか。因みに手元にあるポケット版の DANSK=ENGELSK の trivsel の項には s. well-being; growth; satisfaction; atmosphere とある。

(注4) エンゲルハート, ヨナスほか著『バイオエシックスの基礎』