

スウェーデン、デンマークにおける 高齢者居住環境の変遷・実態

——我が国は何が欠けているか、何を学び取れるか——

林 玉 子

はじめに

我が国における高齢社会に向けての対応は、ゴールドプランの実施に始まり、近年は公的介護保険制度の導入検討と、正に追い付き追い越せの勢いである。その動きの中において、肝心の能力を活用し住み続けられる、バリアフリー（障壁を排除した）環境の実現に関わる政策はいまだに遅々として進まない。本稿は、世界的にも質が高いと評価されている高齢者の居住環境を実現しているデンマーク、スウェーデンの両国を取り上げ、建築、地域計画の立場から、高齢者を取り巻く物的環境の変遷と実態を考察することにより、高齢者の居住環境に適した建築計画、設計の手がかりとなる基礎資料とすることを旨とする。なお本稿は、加齢による心身機能の衰えをいかに物的、技術的側面から支援していくかを中心にすえているが、それを実現した背景条件としての福祉、医療政策または改革の経由を概観し、そのポイントを考察することにより、今後超高齢社会を迎えるわが国における高齢者にとっての最適居住環境を実現するうえにおいて、欠けていることを補い、また学ぶべきことは何か明らかになればと思う。

1. 両国における福祉、医療、住宅と 関わる法律、制度の改革

表1に両国の福祉、医療、住宅、施設対策の年表をまとめた。これにより、両国の今日に至る改革の軌跡が見られる。両国とも救貧の時代から社会保障政策へ歩みだし、19世紀に入り、各々に安心して暮らせる社会づくりについてさまざまな画期的な改良政策を行っている。その1つは福祉、医療の統合に向けての法の整備である。デンマークでは、1974年の生活支援法、1973年の医療保険法、スウェーデンでは、1982年の社会サービス法、1983年の保健医療サービス法である。各国は、この2つの法律により医療は県、福祉は市・地方自治体の役割が明快に定められ、さらに今まで個別にあった福祉関連法が一本に体系化された。さらにこの福祉政策を定める基本法は、両国とも枠組み法と呼ばれているが、これは大まかな方向性とある程度の枠組みをまとめているだけで、具体的なサービスの内容、質、量などは実質的に各々の市町村に任せている。この自由な実質的な法の成立が市・地方自治体レベルにおいて各々のニーズに基づいた良質なサービスを、いかに効率的に提供するかの改革を促進する源ともなっている。

表1 デンマーク、スウェーデンの高齢者医療、福祉対策の年表

デンマーク	年号	スウェーデン	
社会改革始まる、救貧制度の改革	1803	救貧法	
	1853		
医療保険法	1883		
労働災害保険法	1884		
障害者、高齢者年金保険法	1889		
高齢者支援金給付法と救貧法成立 (租税による年金法(世界初))	1891		
	1913		国民年金保険法
	1918		救貧法改正(初めて老人ホームが公式に認められ、義務づけられる)
	1920	老人ホームの標準案発令(45人以下、2人/1部屋、1/4は9 m ² の個室)	
	1927	ナーシングホームへ国庫助成金開始	
ナーシングホームの建設における責任を市が負う	1930	住宅政策に力が入る	
公的福祉法、救貧院廃止	1933	高齢者住宅に対して建設費を3割助成	
初のケア付き年金者、高齢者集合住宅	1937		
	1943	ホームヘルパー制度導入	
	1946	国民年金法改訂・老人ホームの改善強調—社会福祉委員会報告	
	1947	国会に老人ホームは食事付きホームであるべきと決定	
年金者住宅 5,200市以上	1952	国民年金生活者の住宅手当金制度導入・地方自治体半数に	
	1954	高齢者の住宅手当支給	
	1955	義務制国民医療保険実施	
国民年金法成立 (事故保険法、職業紹介・失業保険に関する法律)	1956	公的扶助法	
福祉省内に研究所成立、実態調査開始	1957	老人ケアの基本施策実施(高齢者の人格尊重、自己決定、できるだけ在宅で独立生活する)	
障害者福祉法より、ノーマライゼーションの概念導入	1959		
イギリスのシェルタードハウジング取り入れる	1960	国民付加年金実施	
	1962	医療サービス法(老人ホーム建設中止)	
福祉改革委員会(福祉省)	1964	老人ケアの拡張施策(ホームヘルプに対する援助国庫補助)	
自治体改革委員会(内務省)	1967	社会福祉関係法の見直しのための委員会設置	
	1968	第一号のサービスハウス(県に器具センター設置、障害研究所・医療福祉計画合理化研究所(Spri)設置)	
自治体改革、福祉行政法 (1,388の市町村から277に、25の県を14に統合。福祉教育を市に分権化、国民背番号、源泉徴収の税制)	1970	ローカルナーシングホーム創設	

表1 デンマーク、スウェーデンの高齢者医療、福祉対策の年表(つづき)

	1972	社会庁や市連合からサービスハウスの指針出る
医療保険法, 福祉サービス不服審査制度法	1973	
生活支援法成立(76年実施)	1974	
	1975	住宅のバリアフリー化決定(建築基準法(42a)改正)
	1976	国民年金受給年金引き下げ(65歳), 自由選択化
バリアフリー規定(建築基準法改正)	1977	
	1978	24時間在宅ケア制度導入開始
高齢者委員会が福祉省に設置, 医療の向上の抜本の変革を試みる, 官僚型→サービス型へ(79~82年)	1979	公共交通における障害者の施設アクセスに関する法律
	1980	収入に比例した付加年金制度完全実行
	1982	社会サービス法実施(サービス, 介護の付いた住居に)
	1983	保健, 医療サービス法実施(1962医療サービス法改正)
	1985	ROT(修築, 改築, 増築の住宅改善プログラム—住宅改良10か年計画導入) 高齢者, 障害者, 慢性患者のための住宅施策が国会で決定
高齢者住宅法(住宅省: 住宅面積が67 m ² を越えてはならない。上限規定が守られれば, 共同で使用する設備の設置が許可される)	1987	住宅供給法
ナーシングホーム新設中止, 年金給付するホームヘルプ無料化(介護は, 何処にいても無料)	1988	
	1989	
	1991	5年間グループホーム建設予算化, 補助決定
	1992	老人医療, 福祉, 総合施策実施(5年間ナーシングエーデル改革 ホームの個室補助)
	1995	低所得の高齢者住宅補助に対して国庫補助が出る

その2は同じ高齢者福祉医療政策の原則に基づいて施策を推進している。デンマークでは1979年から1982年に福祉省下に高齢者の代表を含む超党派の高齢者委員会がまとめた, 長期的な高齢者福祉, 医療政策の理念と方法を追及した報告書を作成した。このときに今日に至る諸政策の原則, ①人生の継続の尊重, ②高齢者の自己決定, ③残存機能の活用の3大原則がまとめられた。時を同じくして1979年においてもほぼ同じ内容の6つの原則—①ノーマライゼーションの原則, ②人格の尊重, ③個人を統一的存在として見る原則, ④自己決定, ⑤影響と参加, ⑥適切に管理された活性化の原則, をスウェー

デンの医療・福祉の適性計画研究所(SPRI)より提案されている。

このように, 両国の高齢者対策は高齢者を全人間として, 個を尊重した援助を基本とし, 自助に至るまでの支援を目標に共通の理念をもって展開されて来たことは特記すべきである。

その3は福祉行政を分権化するにあたり, 市, 自治体間の福祉サービスの格差を少なくするための, 行政改革を行っている。デンマークは1970年に1,388の市町村を277市に, 25の県を14に統合している。スウェーデンにおいても1952年に地方自治体を半数に減らしている。両国とも医療は県, 福祉, 住宅は市にと, 業務分担をして

いるが、デンマークでの市の権限はスウェーデンと比べると、福祉、医療の統合が効率良く行える条件が多い。例えば、訪問看護婦は医療の専門職であるにもかかわらず福祉部に属しており、また家庭医療制度を導入しており、医療と福祉の仲介役は地域看護婦と家庭医が担っている。さらに「県立病院に社会的入院した場合、その患者の住む市町村が入院費を負担する」という厳しい規定もあるなど、スウェーデンが1990年に福祉と医療を市に一元化するというエーデル改革を行う前に、デンマークは市レベルにて医療、福祉の統合を効率良く果たしている。さらに、在宅ケアサービスが徹底されつつある中で成立した、高齢者住宅法（1987年）では、プライエムおよびケア付き住宅の新設が禁止され、近年はバリアフリー仕様をした2室規模の高齢者住宅の充足を目標としている。

2. 高齢者居住環境の形態別変化について

上述した医療、福祉、施策の変遷に伴い、両国における高齢社会に向けての環境づくりはその水準の高さにおいては遜色つけ難い。ここでは、両国の高齢者居住環境の居住形態別について、その史的变化を見ることにする。19世紀初めの世界恐慌の時代にさかのぼってみると、スウェーデンは農村における住宅の改善、高齢者住宅のための国庫補助(1933年)、または、例の百万戸住宅の建設にも見られるように、住宅政策に力を入れることから始まっている。一方、デンマークでは介護付き住宅と称する全個室のプライエムを整備する兆しは、1933年に成立した福祉法の中にすでに規定されている。両国におけるこの取り込みの違いとその後の発展の違

いにより、今日、スウェーデンではナーシングホームの居住条件の改善と痴呆性老人のグループホームの建設、一方デンマークではプライエムの実数を減少する、あるいは、改造などを行い、バリアフリー仕様の高齢者住宅の増設に力を入れている。

1) スウェーデンにおける高齢者の居住形態と住宅・施設の変化

(a)老人ホームは1918年の救貧法の中で初めて公式に用語として認められ設置が義務づけられた。1920年に出された標準案では、規模は45ベッドを越えないこと、1部屋は最高2人とし、居室のうち4分の1は9 m²の広さとする事としていたが、その後生活の場として改善され、1991年では96%の個室でトイレ付き(86%)、シャワー付き(16%)、キッチンネット付き(7%)で、居室は14~20 m²の広さに分布しているが、1992年以降に建設された「モダン老人ホーム」と称する高齢者の住まいとしてのホームは30 m²~35 m²と広がっている。この老人ホームはケアの必要な高齢者が住む食事付きの住宅として、1974年のピーク(施設数1,164か所、5,814人入居)を経て、年次減少している。なお1965年から国庫補助の廃止を受けたが、近年80歳以上高齢者の急増により、その役割が見直されている。表2に、面積、設備の改善の変遷をまとめたが、指針により、老人ホームは住まいへと質の向上をしていることが示されている。

(b)1970年代に入り、老人ホームの代わりに現在のサービスハウスに該当する高齢者ホテルが建設され始めたが、1972年にサービスハウスの指針が出され、1970年代後半から1980年代にかけて多くのサービスハウスが建設された。しかし、70年代初期に建設されたサービスハウスは

表2 スウェーデンにおける老人ホームの設備、面積の改善変遷

1920年 市民局から老人ホーム の計画ガイドライン	1947年 老人施設専門委員会が 老人ホーム設計に関する 提案	1945年 保健社会省 老人ホーム計画作業要 項	1970年 保健社会省から“指導要 項”
①1/4を個室とする ②9 m ² /1室以上 ③2人室12 m ² ④希望は10~45人の居住 を前提	①1/2を個室 ②10.5 m ² /1室 ③規模は30人	①老人施設を地域に解放 ②個室を原則。2人室も改 善により個室にできる ように ③12 m ² /1室を ④専用トイレ、ロッカー、 ラジオ、TV、電話の端 子を、ドアの幅は90 cm、廊下200 cmを最低 基準とする ⑤2階以上はエレベータ ーを設置(130 cm×240 cm以上)	①14m ² /1室 ②キッチンネットと冷蔵 庫 クロークルームの付設 ③シャワーを含むトイレ を設置

老人ホームを併設し、大規模に集合しており、居住者の多くは住み慣れた地域を離れて入居せざるを得ないなど、問題が指摘されている。1977年7月に建築基準法42aが施行され、新しく建築される余暇活動以外に供される住宅、公共建築物、職場などすべてが身体障害者を配慮した仕様とすることが法的に義務付けられた。これ以後に建てられたサービスハウスは一般住宅と同じく、バリアフリー仕様が徹底された。また、建築基準法による住宅の条件とは、最低1室と台所、シャワー、浴室が備わっていることである。サービスハウスの一住戸の面積は35~65 m²の広さであり、1室から3室に台所、便所、浴室、緊急アラーム付きである。また、一住棟の規模は20~100戸に分布しており、共用空間として、趣味室、洗濯室、図書室、美容室、レストラン、デイセンター、ケア職員の控え室が付設している。

(c)1982年に社会サービス法の実施により老人ホームは「賄付きサービスハウス」と改称し、

公的扶助法から脱却し、内容的にもサービスハウスとして組み込まれている。なお年金者ホテルなども正式に高齢者サービスハウスと名称が統一された。1980年代に入り、サービスハウスは小規模分散配置の方向を目指して建築されているが、入居者の平均年齢が高くなり、介護がより必要になっても今までのサービスハウスでは対応できなくなり、サービスハウスに、ローカルナーシングホームを併設する、ヘルパーに準看護婦を雇用する、あるいはデイケアセンター、ショートステイ用にサービスハウスを改築する、ある市では24時間在宅介護・看護を受けるなど多様な展開をしている。近年、新たな問題として対応に苦慮しているのが痴呆性老人の増加である。併設のデイケアセンターを活用する、または最上階、あるいは一端に痴呆性老人のグループホームとして増改築するなどが進められている。

(d)この痴呆性老人のためのグループホームは6~8人の規模で、トイレ付き個室(あるいは

住戸)と共用の台所、食堂、居間を持ち、家庭的雰囲気の中で24時間ケアが供給されている。建築形態は一般アパートやサービスハウス、老人ホームに併設する、または1戸建てと多様である。この家庭的な雰囲気の中で適切なケアを受けられることが痴呆の進行を遅らせ、問題行動がなくなるなど痴呆性老人のQOL(生活の質)を高められることのみならず、1人当たりの経費もナーシングホームより少なくすむなどその実績は高く評価されている。

1985年にバルツアルゴーデン (Baltzargården) で始まったこのグループホームは、1992年には6,700人入居しており、2000年には25,000人の増築を予定している。今やスウェーデンにおいては、痴呆の初期はヘルパーの訪問、デイセンター、ショートステイの利用など在宅ケアで対応し、中期はこのグループホーム、後期は病院、ナーシングホームでケアするというケア環境が最適であると認識され、整えられている。

我が国においても平成4年に老人健康保険のモデル事業の1つとして、グループホームを指定し、さらに平成7年にはモデル施設の調査研究を行い、平成8年には制度化へ向けて動いている。しかし上述した在宅ケアとナーシングケアへの連続的ケアシステムの確立、建築、運営の内容、補助基準についてなど検討する項目は多い。

(e)ナーシングホームに含まれている施設は、①老人専門病棟に付属する形で設けられている病院付属ナーシングホーム、②基礎医療の管理下におかれ地域保険、医療センターの地域医師が医療の中心になって運営されているローカルナーシングホーム、③民営の非営利のナーシングホームの3種類ある。1980年以後に大量に建設された長期療養施設としてのナーシングホームの居住性は悪く、表3に見るごとく、年次改善の指針が出されており、個室化、介護単位の小規模化へと改善が行われている。しかし、1991

表3 スウェーデンの老人医療施設(ナーシングホーム)の設備、面積の改善変遷

1960年 モデルプラン“P20エスキス”が(5.7%)中央医療サービス委員会より	1970年 “病院モデルプラン”Spriより(7.0%)	1979年 ローカルナーシングホーム(9.0)計画のための指針(Spri)
① 4床×2 2床×2 計14床が最小N.U. 1床×2 ②このサブN.U.にトイレ、シャワー、介助浴、冷蔵庫ユウティリティを付設 ③サブN.U.2つに(28床)にNS、デイルーム、配膳室、食堂、スタッフのカンファレンスルームを付設	①28床を最小N.U.に<1床(10.9m ²)4室、2床(19.4m ²)4室、4床(35.1m ²)4室> ②小N.U.に共用食堂、デイルーム、喫煙室、配膳室、介助浴室、汚物処理室、倉庫、シャワー、トイレ室を付設 ③32m ² /1床の面積	①すべて個室に (3.95m×3.95m=16m) ①14~18床最小N.U.とし、介助浴、オープンキッチン、デイルーム、食堂、喫煙室、汚物処理室、清掃室、廃棄室、冷蔵庫、スタッフ用カンファレンスルーム、トイレ ③4小N.U.(56~72床)で看護勤務体制を組む、ナースステーション、処置室、作業室、グループ治療室、家族用宿泊室、洗濯室、スタッフ関係諸室を付設する

()内は65歳以上老人人口比

注：N.U.は看護単位、NSはナース・ステーション

年においても個室は58%で、2人室27%、4人室12%であった。ちなみにデンマークの全個室のプライエムを学び、建設した初のローカルナーシングホーム、エールブラッカは1985年に開設した。この施設を筆者は訪問したが、サニタリ、ミニキッチンが付いた個室に専用の庭があり、全個室のナーシングホームとして紹介されていた。1992年にスウェーデンでは医療、福祉の統合を徹底して行う改革（エーデル改革と称している）の中で、市が高齢者の介護、看護の全責任を負うべきことが明らかになった。これにより、ナーシングホームは、医療施設から介護付き住宅として市が責任を負うことになった。地方自治体は、医療を終えた患者が在宅ケアサービスの体系下に入れるよう、ナーシングホームを介護の付いた住宅らしく整える方向へと施策が進展している。その中心になっているのが、痴呆性老人のグループホームである。また一方、例えば、30人規模のホームを、家庭的雰囲気のある、介護単位8人くらいの4つのグループリビングケアユニットに分けて設けるなど、ナーシングホームや老人ホームを、住まいらしく整えることも行われている。

(f)以上のごとく、建築的側面では、施設の居住化、ソフト面では、医療、福祉ケアサービスの統合を行うことは、後述するデンマークも同様であるが、最も理想とした形は、区域を細分化し、小学校区を基本単位として、その中に、各世代、障害をもつもの全ての人が安心して住める、地域ケア環境を構築することである。その1例が、リンショーピン市で示されている。著者らが同市を訪問したときに、熱っぽく紹介されたのが、同市の地域サービス体制の具体案である。4つのプレイパークを中心としたブロックレベルで近隣地区を構成し、4つの近隣地

区でデイケアセンターを中心とする居住レベルを構成する。さらに4つのデイサービスセンターを中心とする居住区レベルより、地区レベルを構成し、この複数の居住レベルで構成される地区レベルをケア環境の基本単位とする構想であった。

この居住区レベルとしてのモデルが、1985年に実現した同市のストールプリカンの集合住宅団地である。このコレクティブハウスとも称される団地の内容は、184戸の中に35戸の高齢者用と8戸の障害者用の住戸を、一般住戸の中に分散して組み込んでおり、中央には共用空間として食堂、図書室、クラブ室、体育館などの利用施設に、24時間のケアサービスを提供するターミナルが設けられている。これらの施設は、20以上もある住民により組織された、運営委員会を中心に、世代を越え、障害の有無の区別なしに交流のある生活を営んでいる。我が国の地域保健福祉計画との違いは、その単位の大きさである。我が国は中学校区を目標としているが、両国はそれよりも小さい小学校区(1万人以下)を目安としている。この区域を、細分化して、地域に密着した障害をもつもの、高齢者も、地域社会の一員として、共生できるコミュニティ環境をいかにして築き上げるか、学ぶところである。

2) デンマークにおける高齢者の居住形態と住宅・施設の変化

デンマークは、スウェーデンにおいて多数移民を出した19世紀後半の農業危機のときでも、共同組合を作りがんばっているなど、伝統的には老齢または病弱な親族を世話する実態があった。例えば、1891年に高齢者支援給付法が制定され、1933年の公的福祉法内には、市の責任で

ナーシングホームを建設する項目が盛り込まれる。一方、施設としては、例の有名な1,600人の老人の町から1937年の看護婦1名付きの年金受給高齢者集合住宅が建設されるなど、デンマークの高齢者居住対策は、介護ケアが付設した生活の場の提供から始まっていることが伺える。その後1960年にイギリスのシェルタードハウジングの取り入れが始まっているが、ナーシングホームは、まだ充足されていない状態にあり、私立がほとんどであった。1964年に福祉改革委員会が福祉省内に設立され、市立または非営利団体によるものでなければ国の補助を得られないとする改正を行った。これより、全個室（トイレ、シャワー、キッチンネット付きで、居住有効面積は約16 m²、総面積24 m²）のプライエムが多く建設されるようになり老人ホームは自然消滅すると同時に、プライエムは24時間ケア付き住宅として、要介護高齢者の生活の場としての重要な役割を果たしてきた。しかし、1970年の後半から増加する後期高齢者とその背後にある財政合理化方針に対して、施設（1989年には65歳以上の老人人口の6%がプライエムに入居していた）ケアで対応することに無理があることが認識されたと同時に、24時間体制の介護、看護ケアや、デイセンターやリハビリセンターでのリハビリサービスの強化、および補助器具、住宅改造の積極的実施など在宅ケアが徹底されていく中でプライエムも高齢者住宅やデイセンターに改造するなど、室数を減らす方向に変わっている。それに輪をかけたのが1987年に成立した高齢者住宅法である。同法によりプライエムやケア付き住宅の新築が禁止され、今後は個別対応がしやすく、空間も1部屋からバリアフリー仕様の2部屋へと居住性が高められた高齢者住宅に取って代っているのが近年の実態であ

る。表4に筆者が訪問したことがある3市の在宅ケアと施設、住宅の改善の変遷の概要をまとめているが、1986年の実態と比べてその後の改革は、それぞれの違いはあるものの、同じくプライエムの室数の減少が見られる。特に徹底しているのがホルベツ市で1995年までにプライエムを全廃するという。このように、市や各自治体レベルでそれぞれの権限で対策の改善や新しいプロジェクトを試みている。その内容は表4にも略記しているが、特徴的な共通点を要約すると、①福祉と医療の統合として施設ケアと在宅ケアの融合を果たしている、②多くの市ではプライエム、デイケア、ケア付き住宅、高齢者住宅を総合した地域ケアサービスセンターを中心とした地区サービス環境を実現している、③小地域（ブロック）に分け看護婦、ヘルパー、PT、OTなどによるチームアプローチの24時間在宅ケアサービスを実施している、④さらにチームワークの一員としてホームヘルパーの教育実習などにより、質を強化し、チームアプローチがスムーズに行える努力をしている、⑤高齢者委員会を設置するなど、住民参加の原則によるケアサービス対策を進めることなどである。この地域密着型の居住環境づくりの過程は、今後、我が国における保健、福祉、医療の三者一体の地域環境の実現と関連して学ぶことは多い。

近年、デンマークにおいては、この世界にも類のない人口500万人に500室という高い水準で設けられている全個室のプライエムの役割が変わり、次のステップを踏み出している。具体的な変更の内容については、例えば、高齢者福祉では全国平均のレベルにある、ネストベツズ市で行われている改革が上げられる。そこで得た結果は、今後デンマーク全国での代表的傾向に

表4 デンマークにおける3自治体の在宅ケア、施設、住宅の改善の変遷

グラゼサック市 (1986年)	ネストベット市 (1986年)	ホルベック市 (1986年)
人口 61,198人 高齢者人口 10,526人(17.4%)	45,182人 7,139人(17.4%)	31,084人 4,300人(14.0%)
在宅ケア・ブロック 6か所	3か所	17グループ
訪問看護婦 31人 ホームヘルパー 279 PT・OT 14 計 324	26人 296 6 328	21人 122 11 154
プライエム 9か所, 526室	7か所, 329室	4か所, 252室
看護婦 80人 ケア・ワーカー(療法士, 226 看護婦助手) 32 趣味活動従事者(R) 152 事務, 調理, 掃除 45 その他 535	151人 153 18 94 26 342	35人 91 1 99 13 239
デイセンター 6か所 1日利用(登録数) 365人 従事者 59	1か所 50人(64人) 18	1か所 10人 18
高齢者住宅 920戸(970人) ケア付き住宅 120戸(134人)	311戸(353人) 21戸(26人)	560戸(575人) 24戸(26人)
○1992年現在：高齢者住宅として	○1989年～1993年	○1989年～1995年
①・7か所の地域センターの敷地内にプライエムを 467室 ・ケア付き住宅はセンターの近くに 130戸 ・バリアフリー高齢者住宅 289戸 ・年金者住宅 700戸 ・共同生活のグループ住宅 6戸 ②7か所のケアセンター内のデイセンター ・温水プールあり 1か所 ・年金者食堂あり 4か所 ③1時間緊急用ベッド14床 昼用, 夜用のベッド17床確保 ④老人クラブ 4か所 (900人) 民間クラブ19か所 ⑤赤十字ボランティアによる家庭訪問サービス ⑥病院のリハビリ科にいた理学療	①高齢者総合センター 1916年設立のプライエム改造 1986年 ケア付き住宅 1988年 デイセンター建設 ②プライエム入居者減少 1989年 312室から 1990年 291室に減らした ③在宅ケアのOT16人に増加 (1979年にOTが採用された) ④1982年 24時間在宅ケア開始 1985年 地方病院は市と連絡協定を結び, 市と病院の協力体制が確立した。 (退院後の援助計画がスムーズになる。ホームヘルパーや看護サービス, プライエムの確保など) 1986年 デイセンター, リハビリセンター設置 1980年代 市の介護業務の再編	①1991年, ホルベック, プライエム(135室)を地域介護総合センターとして改造 ・バリアフリー高齢者住宅 25戸 ・デイセンター, デイホーム, ショートステイ(スタッフは建設中は在宅ケアへ, 随時移り, 完成後はセンターのスタッフとなる) ②地域総合福祉センターを 都市部 2地区 農村部 2地区 島部 5地区に設立する予定あり ③1989年 施設のスタッフを在宅ケアのスタッフに活用, 24時間在宅ケア体制となる

表4 デンマークにおける3自治体の在宅ケア、施設、住宅の改善の変遷（つづき）

<p>法士PT, OTなども市の福祉体制に組み込み、生活リハビリを実行</p> <p>1985年 リハビリテーションセンタープロジェクト開始（職員：OT, PT, NS, NS助手計26人, 18床の規模）</p> <p>⑦障害があるものに3か月間17往復移送できる回数券を配布している。</p>	<p>成を開始(12~14人の小グループにホームヘルパーを分け,同地区内の70~90人のケアを担当し,ホームナースがグループリーダーになる)</p> <p>1993年 市の各担当部門の予算,業務(プライエム部,24時間在宅ケア部,OT部,デイセンター,トレーニングセンター部)を統合し,地理的に区分した。</p> <p>中心にアクティビティセンター(活動センター)があり,各センターはOT,PT,ホームヘルパー,ホームナース,ナースヘルパー等の拠点となる。活動センターには,①プライエム,②ショートステイ,③デイホーム,④ナイトホーム,⑤トレーナーによるトレーニング施設,⑥自主トレーニング施設,⑦余暇活動施設,図書室,ソーシャルワーカーか,アドバイザー,補聴器,カフェテリアなどが設けられている。センターの近くには,軽度の障害を持つ高齢者向けアパート,地区内には,バリアフリー仕様の高齢者向けアパートが多数散在している。地区介護業務が行えるようにした。→効果は,センター内や自宅という場所にかかわらず高齢者が同スタッフと接触することで,一貫性のあるケアができより質の高い連続性と安心感を与えられる。</p>	<p>1990年 プライエムの空き部屋を入居者で補充しない方針</p> <p>(1995年まで,プライエムを全廃330戸の高齢者住宅を新築,改築する)</p> <p>1991年 地域介護総合センター開設</p>
--	--	---

なるとも言われている。ネルトベズ市では、介護度によって、重度A（1日24時間当たりの職員の労働時間が1入居者に対して4時間）、中度B（同じく3時間30分）、軽度C（2時間30分の労働時間）の3グループに分けて運営してい

る7か所、312室（1981年）のプライエムは、24時間在宅ケアの導入により、Cグループは21床減少したが、一方、今後増加する傾向にある一人暮らしの痴呆性老人には、A, Bグループのプライエムが必要であるという結論が示されてい

る。

3. 我が国において、今後充実すべき、 その他の関連施策

1) 補助器具活用のシステムについて

①補助器具（テクニカルエイド）の活用について両国とも国レベルに研究所（デンマークでは補助器具研究所，スウェーデンでは障害研究所）があり，調査，研究，開発，試験，情報，教育面を行い，器具の有効な使用および市，地方自治体における統一した方法や業務を確立するうえで，例えば，無料支給を勧告された機器リストの発行などを行うなど，重要な役割りを果たしている。さらに，両国とも，利用者の立場にたったサービスの向上を目指した協力関係を維持している。例えば，機器の機能テストについて緊急通報システムはデンマーク，車いすはスウェーデン，歩行器はノルウェーが担当するなど，分担して評価しているなどが上げられる。なお，多くの情報はデータベース化され英語で検索できるようになっている。

②両国とも，各市，地方自治体のレベルに，補助器具センターがあり，補助器具サービスの実務は市，地方自治体が行っている。例えば，デンマークでは，市のテクニカルエイド課や健康社会サービス部，地区サービスセンターなどに属している作業療法士（OT），理学療法士（PT），訪問看護婦，または医師が評価，処方業務を行っている。特に効率よく使用できるための訓練も含めて中心となる責任者はOTである。

以下にグラスサック市の健康，社会サービス部の作業療法主任のヤーナ，アンセン氏より得た本市における補助器具の活用の内容を表5に

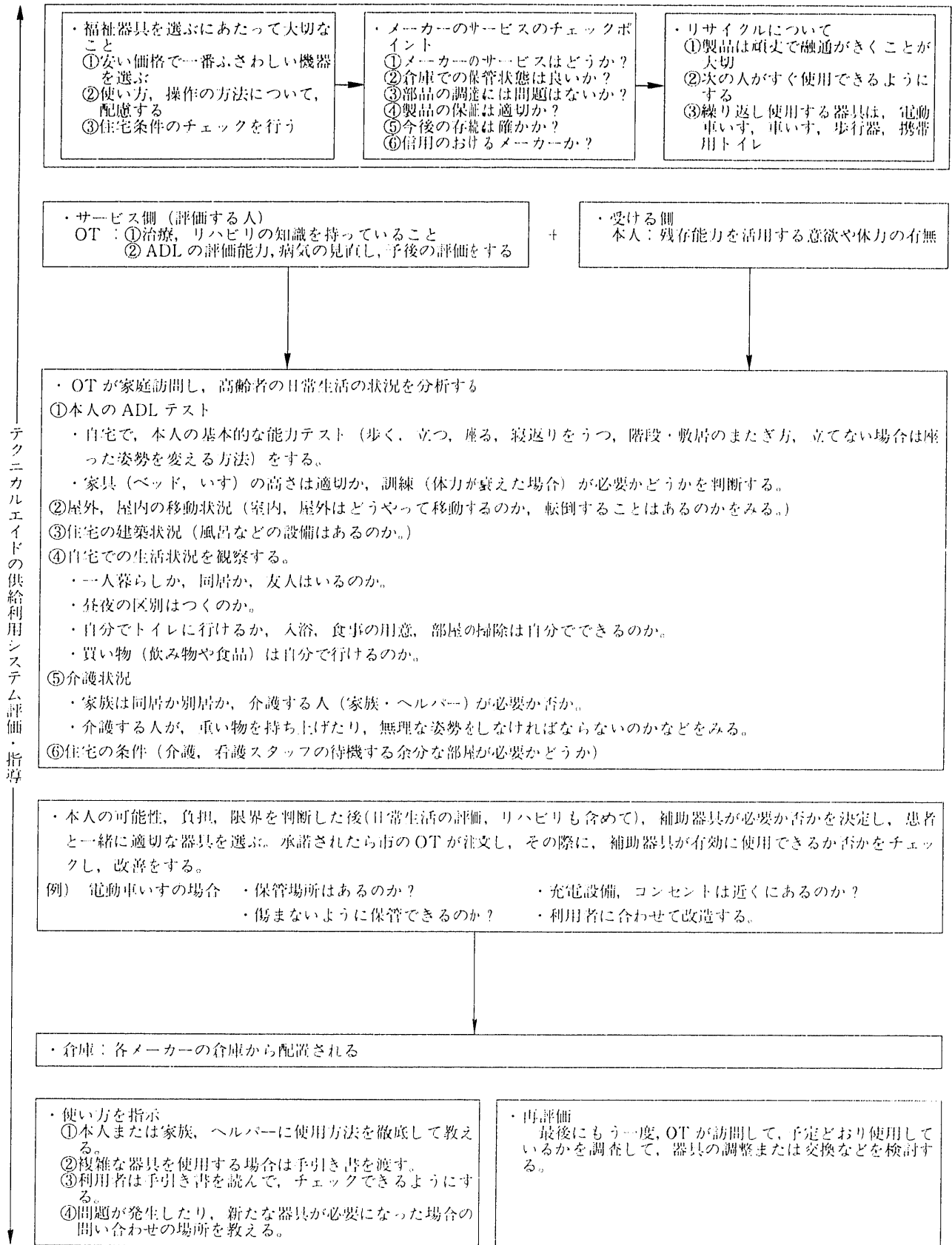
まとめたので参照されたい。このように詳細に渡る手続き，対応を経て，始めて補助器具が有効に，日常生活の中で活かされてくる。筆者も本市を訪れたが，中央にある補助器具センターの他に各地区にはそれぞれの補助器具倉庫がある。

③両国における補助器具の種類の高さには目をみはるばかりである。表6，7にデンマークの例を示すが，それは我が国における，福祉機器と見なされている器具の範囲を越え，多岐にわたる豊富な内容である。例えば盲導犬や一般のいす（休息用や事務用）まで含んでおり，我が国の限られた対象物品との違いを感じる。

④補助器具センターの具体的内容の例として，筆者が訪れたデンマークの西シェランド県立リハビリ補助器センターを紹介する。ここには，所長のアナホルム氏（OT）を中心に，11名の職員（OT 5名，PT 1名，技術者2名，他3名）が在籍し，機器についてのみでなく住宅，職場の改造から公共住宅建設時のアドバイスまで行っている。補助器具は4,000種類にも達し，車椅子だけでも100種類もあり，特に感心したのは，日常生活品の中には乳癌患者用のパットやブラジャーから園芸用品，トランプ遊びなどレクリエーションが含まれており，おむつを陳列している部屋の隅には性器具のコーナーもあることであった。

⑤両国において，高齢者が残存機能を活用して，より自立した生活を営めるうえに，この補助器具の果たす役割りは大きい。我が国においても，真に高齢者の残存機能を補い効果的に活用でき，普及するうえにも，両国から取り入れる事柄は多い。それは補助器具の公費負担の充実もさることながら，重要なのは評価から選択，試用から改造，有効に活用できるための訓練と

表5 デンマーク、グラゼサック市における補助器具の活用



注：同市の作業療法士カーナ・アニセン女史の講演（1992年）より、まとめた。

その後の継続したケア、またリサイクルの方法など健全で効果的なシステムである。さらに工学の立場からは表8に補助器具の必要条件と考

慮すべき要件について、OTのアナホルム氏が述べたことをまとめているが、補助器具は機能的であるのみでなく、見て美しいデザインであることは、今後器具の開発を進めていくうえで注目すべきポイントである。

表6 補助器具の種類

①普通の製品で補助器具として活用できるもの (盲人にとってのテープレコーダーなど)
②普通の製品だが、改良するか、障害者に合わせて改造することによって補助器具として使えるもの (コンピュータなど)
③障害者のためにつくられた製品 (車いす, 歩行補助器具など)
④身体に合わせてつくられた製品 (義足, かつらなど)

出典：アナホルム氏より。

2) 既存住宅、住生活の改善について

我が国における高齢者世帯の持ち家率は全国平均86%にも達している。そのほとんどが人生50年時代の規範でつくられ、体が不自由になったときには住みにくいのが実情である。両国における在宅ケアが成り立つ条件の1つに、先に述べた補助器具の活用が上げられるが、それと並行した住宅改造について学ぶ点も多い。スウェーデンにおいては、市の住宅局がこの補助を行っており、専門の作業療法士、技術者がその業務に当たっている。1983年には、既存住宅改善のためのROT(修築, 改築, 増築住宅改造プログラム)が導入されている。ここでは、デンマークを中心にその詳細について述べる。住宅改造のフローは表9に示すとおりである。実務は、作業療法士か訪問看護婦が窓口になっており、家庭を訪問して住宅改造の必要性を調査し、書類や認定書を作成し、その後はソーシャルワ

表7 デンマーク政府支出金内訳

義手, 義足, コルセット等	34%
補聴器, 車いす, いす	34%
電話料金等の現金支給	12%
眼鏡, コンタクトレンズ	10%
盲導犬	6%
タイプライター・テープレコーダー	4%

出典：1992年、ピッツ・インターナショナル、デザイン社長フレミング・ピッツ氏講演より。

表8 補助器具を見る目

補助器具の必要条件	選択する際に考慮すべき要件
<ul style="list-style-type: none"> ・できるだけ普通の製品のように見えること。 ・いろいろな条件に適応できるフレキシビリティがある。 ・いろいろな組み合わせが可能な部品構成になっている。 ・使用して安定, 安全であり, 容易に移動できる。 ・使用者, 家族, 介護者にとって使いやすい。 ・掃除, 維持, 修理が容易である。 ・見て美しいデザイン。 	<ul style="list-style-type: none"> ・身体条件：ADL能力, 運動能力, 筋力, コーディネーション, 病気・障害のタイプと将来の見通し ・心理条件：補助器具を使おうとする意欲, 集中力および学習能力, 反射能力, 自分の障害をどれだけ受容しているか ・社会条件：家族状況, 住宅状況, 人間関係(社会的ネットワーク)

出典：アナホルム氏より。

表9 住宅改造のフローチャート

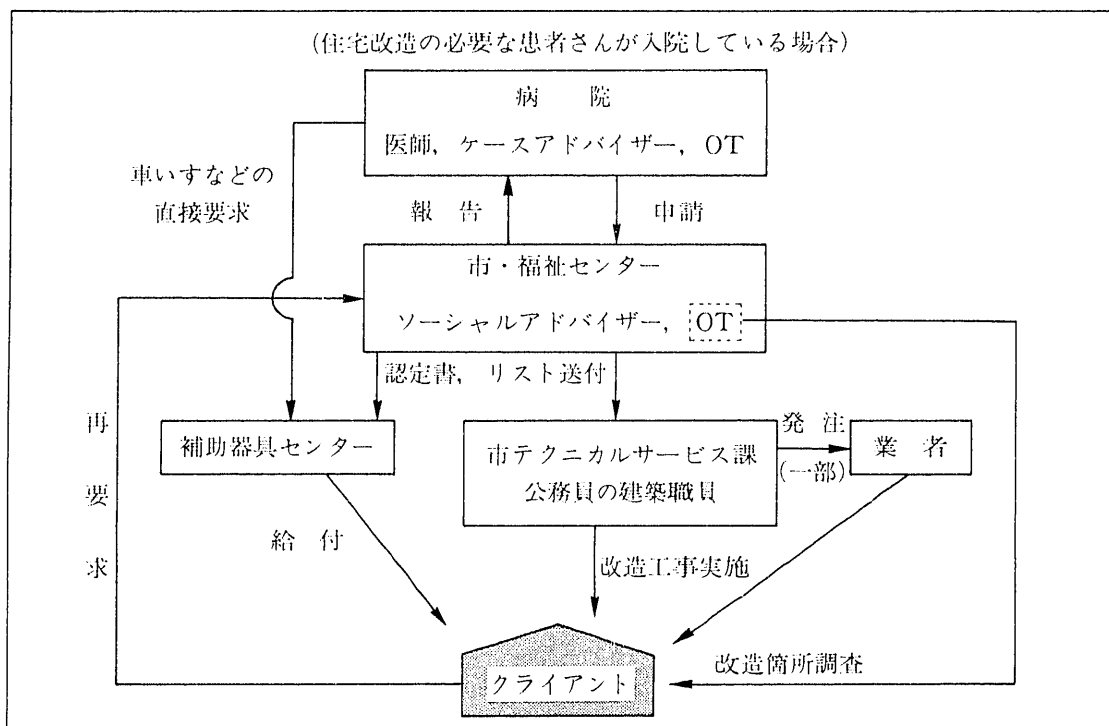
- (1)病院（医師+ケースアドバイザー）：その人に必要な補助器具を補助器具センターに申請。住宅に必要な補助器具を市にも申請。
- (2)福祉センター（social centret）：補助器具や住宅改造の必要性を調査。必要な補助器具をオーダーする書類・認定書の作成。認定書（上記の書類）を補助器具センターと市のテクニカルサービス課に送る。
- (3)市（OTやテクニカルサービス課など）：支給した補助器具が適切であったかどうか、住宅改造工事が適切に行われたかどうかを視察し、その結果を病院に報告。
- (4)クライアント：改造後の自宅にてホームヘルパー、OTあるいはその他のヘルパーの援助を受ける。

出典：ふれあいの輪65号，水野弘之他

注：Mr. Tesper Birreso 記，Ms. Mutuko Ohno Birreso 訳

ーカー，市のテクニカルサービス課の大工，市の建築家，OTのチームアプローチで住宅改造を進める。

図1にコペンハーゲン市の住宅改造のシステムおよび図2にグラズサックセ市の居住改善の概要を示しているが，市により違いは見られるものの，このようにしっかりした住宅改造，居住改善に取り組む社会システムがある点は評価に値する。特に感心する点を上げると，(A)住宅改造は本人にとって効果的に活用できるうえで欠かせないリハビリ訓練やその後のフォローアップが充実している。(B)改造する範囲や程度とその効率を比較検討して，本人の納得が行くことを前提に高齢者住宅に移住することをも選択肢の1つとしている，(C)費用はグラズサックス市では200クローネまでは自己負担だが，それ以上は公費で負担するのが原則である。また住宅改造費用も1万クローネまでの住宅改造の判定や，補助器具の購入はOTに任されている，(D)住宅改造マニュアル（表10）はコペンハーゲン市の例であるが，改造項目にはバリアフリーに



出典：表9と同じ

図1 コペンハーゲンにおける住宅改造のフローチャート

表10 住宅改造マニュアル

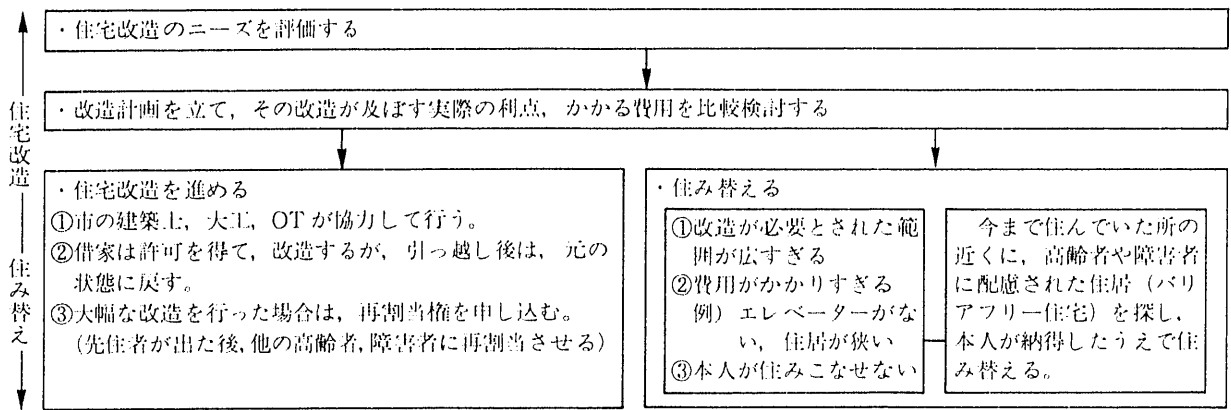
居室についての一般的事項	1*	2*	3*	台 所	1*	2*	3*
立上り用のたて用手摺り, 手摺り, 歩行器		○		照明の変更	○		
ドアの取っ手, レバーハンドルなどの変更		○		流し台の高さ		○	
敷居の取外し, 床の段差の解消		○	○	調理台		○	
ドアの枠・幅の変更およびそれに伴う変更	○		○	冷蔵庫の高さ		○	
緊急連絡用のベルを取付ける時のコンセント・スイッチの位置の変更		○		台所の位置	○		○
換気が必要な場合の換気口の設置, 窓の取っ手の付けかえ	○			棚・食器棚を減らし, 滑りのよい引出を設置	○		
床の材料の変更	○			住宅改造に伴う小さな家具の移動		○	
大規模な補助器具取付けに関連して出てくる小さい補助器具の取付け (例えば, エレベーターの取付けに伴って必要となる新しいドアの取付け)		○		水道カランの変更		○	
暖房方法の変更	○			給湯設備の取付け	○		○
灯油のタンクを大きくすること (セントラルヒーティングが多くなっているためあまり使わなくなっている)		○					
じゅうたんをテープできっちり貼る		○		バルコニー			
				手摺り	○		
浴 室				すのこ・木製ステップによるバルコニーの床仕上げ	○		
バスタブの取付け・取外し	○		○				
シャワー室の取付け (特殊な場合)	○		○	玄関・踊り場			
取付けシャワーをハンドシャワーに変更する		○		照明の変更 (屋外照明)	○		○
ドアの開き勝手・幅の変更	○		○	階段に滑り止め		○	○
洗面台の取外し・取付け	○		○	郵便ポストの変更		○	○
はね上げ式の椅子の取付け (手動式)		○		ドアロックの変更・取っ手の拡大・ロックの変更		○	○
床の滑り止め		○		ドアホン, 自動インターホン (samtaleanlæg) の設置	○		○
取付け・取外しに関連して生じる小さなこと		○		手摺り・特別なスペースの確保		○	○
段差を無くすためのすのこの敷き詰め		○		踊り場に休息用の長いす設置	○		○
水道のカランの変更		○		インターホンと自動ドアの取付け	○		○
給湯設備の取付け	○		○	階段の外観の変更	○		○
				階段昇降器等	○		○
				滑り材, 傾斜をきつくしたりゆるくしたりする	○		○

* 誰が認定するのかを示す。1. ケア局 2. 福祉センター/病院 3. 家主の承認が必要
出典：表9と同じ

訳協力：Ms. Mutuko Ohno Birreso & Ms. Hiromi Hamada

必要な箇所を盛り込んでいるのと同時に、安全や健康と関連した緊急通報装置や換気、暖房ま

でを含んでいる。また些細なことであるが郵便ポストの変更など、個を尊重した視点など実



出典：同市の作業療法士ヤーナ・アニセン氏の講演（1992年）より、まとめた。

図2 グラゼサック市の居住改善の概要

きめ細かい項目がまとめられている。さらに注目すべきことは市のケア局、福祉センター、あるいは病院、家主の設定欄があり3者の立場より改造のニーズを決定している。今後、住宅改造を公的対策として行う我が国にとって、例えば、マニュアルの作成内容や専任の専門家が、福祉器具から住宅改造、住み替えまでのトータルサービスを行っているなど、居住改善と関わる社会的システムより、学ぶべき点は多い。

3) 建築基準法の改正について

スウェーデンでは障害者を配慮して、1966年より順次建築法を改正してきたが、75年に改正された建築基準法42aは、世界で初めて住宅領域に障害者等ハンディキャップ者の配慮を法的に位置付けた画期的なものである。デンマークでもほぼ同様の改正が行われている。

1977年に改正された建築法では1978年以後建築される住宅は、一戸建てを除き障害者に利用できる設計されねばならないことが謳われている。それに対してスウェーデンはもっと積極的に「余暇活動以外に供される住宅、公衆が自由に入出入りする建築物、職場として利用される建築物の各部位は障害、年齢、その他のハンディキャップ、あるいは医学的に環境に適合す

ることが困難な人々に近づきやすく、かつ利用しやすいよう設計されなければならないと規定され、同時に3階以上の住宅にはエレベーターの設置も義務付けられている。近年我が国においても建設省が重い腰を上げ平成6年に高齢者、障害者の視点に立った福祉空間を実現するためのハートフル法の制定や、公営住宅法を改正し、バリアフリー環境の整備の気運は見られつつあるが、肝心の建築基準法の改正には至っていない。またハートフル法の内容も、例えば日常生活空間に欠かせない商店や診療所などは面積の条件ではずされている、また肝心の一般の住宅や学校なども対象外としているなど抜本的な見直しが要請される。

4) デイケアサービス事業について

—送迎システム、および毎日型の配食、会食サービスの強化—

両国におけるデイホーム、デイケアは原則として小学校区内に設けられており、多くは駅の近く、町、住宅、団地内にあり、歩いて来られる距離内にあるが、自力で通えない人には、無料あるいは無料で近い料金で利用できる送迎システムがある。また、デイケアサービスの内容で、注目したいのが、本格的なりハビリテーシ

オン訓練を提供していることと、毎日1食の会食や配食をとる拠点になっていることである。例えば、デンマークのネストベッズ市のムンケボーセンターのデイセンターでは、OT16人も雇用しており、一日50人の対象者は、3か月をめどとし、OTセクション、PTセクション、社会参加セクションの3つのうち2つに参加する仕組みになっている。利用頻度は、週最低2回で、自力で来れない者は、民間のリフトバスによる送迎がある。一方、在宅老人に対して年間365日、毎日、昼食の配食（480食）を行っており、そのうち30%は特別食であり栄養の教育を受けた9人を含めてスタッフは27人いる。配食は運送会社の11台の配食車によって温度65°Cに保たれながら11時から13時に配送される。食事は必ず本人に手渡す。不在の場合は再度訪れるか、配食サービスセンターに連絡するなど、きめ細かなサービスを行っている。我が国の、デイケアセンターは、福祉施設や病院に併設しているものが多く、立地条件が悪い。町中の利用しやすいところに備えるべきであり、なお、デイケアサービスが機能するためにも、公共の交通機関を補う公的な送迎サービスの充実が大切である。一方、高齢者にとって毎日一食でも栄養バランスのよい食事を取ることは健康を維持するうえにきわめて重要なことであるのみならず、デイセンターでの会食は生活のリズムをつくり、さらにセンターで過ごすこと自体が孤立をなくし、生活のはりをもたらす。しかし、我が国における給食サービスは、いまだに週1回から2回のふれあい型が主流で、一人暮らしの虚弱者を対象としており、給食方式もほとんどが、配食サービスで、会食は極めてまれである。今後、デイケアセンターが日常的に、利用されるように、設置区域を検討し、設備内容を

充実する。その中においても、早いうちに、送迎システム、毎日型給食サービスを充実することが、在宅ケアを行ううえで重要なことである。

5) 住民参加の福祉の町づくり

最後に、我が国においても認識されつつある、生活主体者、市、地方自治体を中心とした主体性のある町づくりの実践である。以下に我が国においてデンマーク方式を導入して積極的に町づくりをしている例を紹介するが、その前にデンマークでの実践のプロセスの例について述べる。人口31,084人のオルベク市では、市職員と市民参加による、12のワーキンググループを設置し、改革に向けた自由な考え方で、積極的検討し提言をした。この作業の結果を持ち寄り、「アイデア会議」と称する総合会議が開かれ、論議され、合意されたものが「実行プラン」となる。このような方式は、デンマークでは、“未来工房方式”と称している。この方式を我が国において、デンマーク在住の伊東氏の助言で、1992年に秋田県の鷹巣町（人口23,400人）が実行し、その結果、全くの無名だったこの町が、保健福祉地域計画の優等生として注目されるようになった。ここでは、まず全ての住民にワーキンググループへの参加を呼びかけ、手始めに在宅介護の実態を肌で感じとり、解決方法を模索してゆき、体験を重ねていく中で、市民、職員の意識が培われる。そのうえで、福祉行政の改善、住宅改善、障害児福祉、在宅ケア、医療と福祉の連携など、10のグループを作り、それぞれ調査、討論する。その結果を持ち寄り、筆者らも含めた学識経験者を交え、町民報告会を公開し、各グループが提案について発表し、学識経験者がコメントする。最終的には、80項目にまとめられた。この提案について、町当局が

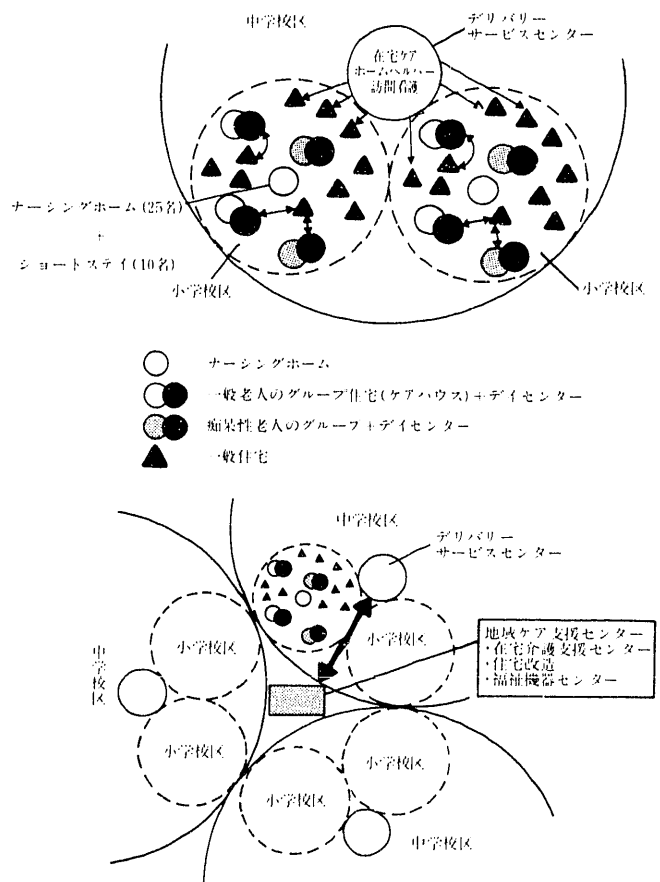
「すぐやれること」、「工夫すればやれること」、「予算化が必要なこと」の3つに分けて、再整理する。実際に、現在までに実行できたことは、①ホームヘルパーを7人（平成3年）から、常勤23人、パート27人に増員、②保健と福祉の一本化、③商店街に訪問看護ステーションを設置、④24時間ホームヘルパーの派遣体制の実施、⑤住み良い福祉の町づくりとして、スロープや障害者トイレなどを設置、⑥電森コミュニティセンターにデイサービス（週1回）を開設する、などであり、国のゴールドプランを上回る実績を上げている。

1996年現在まで、住民と行政と一緒に問題解決するためのワーキング全体会は16回、福祉のまちづくりを推進するための講演会、シンポジウムは9回も開催された。しかし、このように住民が目覚め主体性を持って、福祉の町づくりを進めていく中で、障壁として立ちはだかっているのが、1つにならない行政である。福祉施設の新設案が2回も議会により否決され、市民運動として奮闘しているが、日本における市民参加行政の、今後の成果を見守っていかねばならない。我が国において現時点では、デンマークにおける地域密着型福祉を実現するには、色々と障害はあるが、我が国にも実行されている事例があることに注目してもらいたい。

まとめ

以上に、既存の諸資料、および幾度かの両国への訪問に際して得た諸資料、経験を交えて、両国における高齢者居住環境に関わる諸制度、施策と居住形態別の変化、実態について概観した。両国とも社会情勢の変動（都市化、過疎化、核家族化、財政難など）と政権の交代など目ま

ぐるしい変化の中で社会コストの節約を兼ねた、合理的、効率的改革を行っている。しかし、①自己決定でき、②継続性のある人生を人間として残された能力を活用できる、この基本原則が尊重されていることを再度強調したい。高齢者の居住環境の実現のプロセスや時期には、違いはあるが、要約すると、2つの大きな流れが示されている。その1つは、施設をより住居に近づける、または、住居をより施設に近づけていく流れである。今や高齢社会における居住環境の定義も拡大されている。施設（老人ホームやナーシングホーム）は介護型住居として、一般住宅と同じく、在宅ケアサービスを受ける方向へと整えられつつある。その2は、小規模に分けた地域を、単位とし、医療、福祉両分野の



出典：いたわり居住学のすすめ

図3 望ましい居住形態案（林）

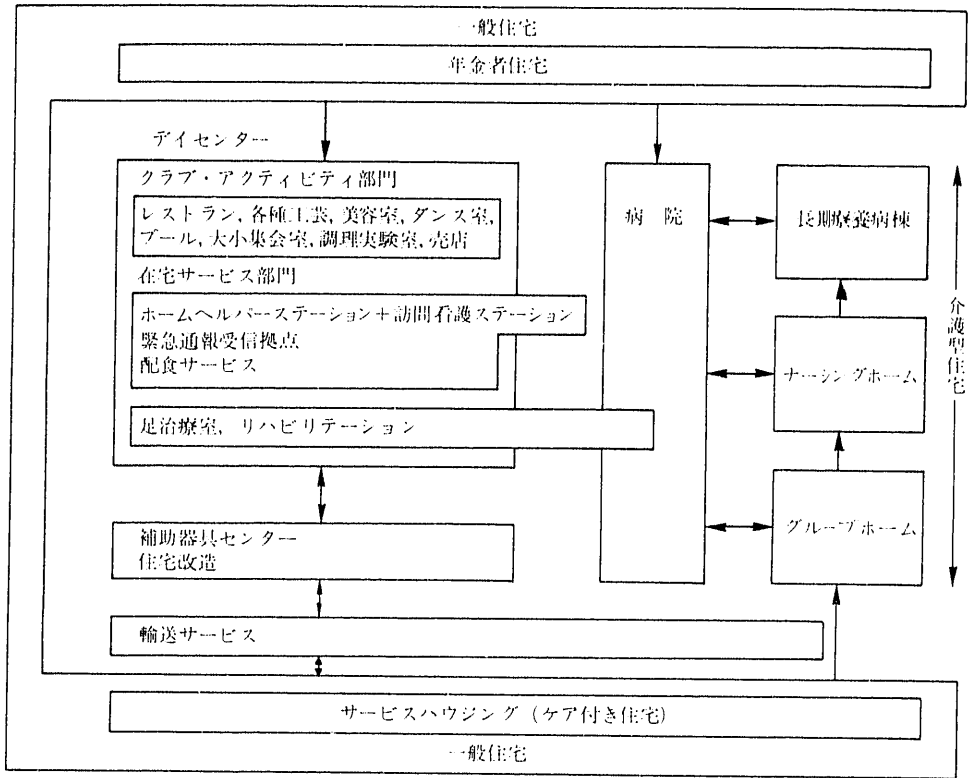


図4 高齢者の生活の場（スウェーデンを中心に）（林）

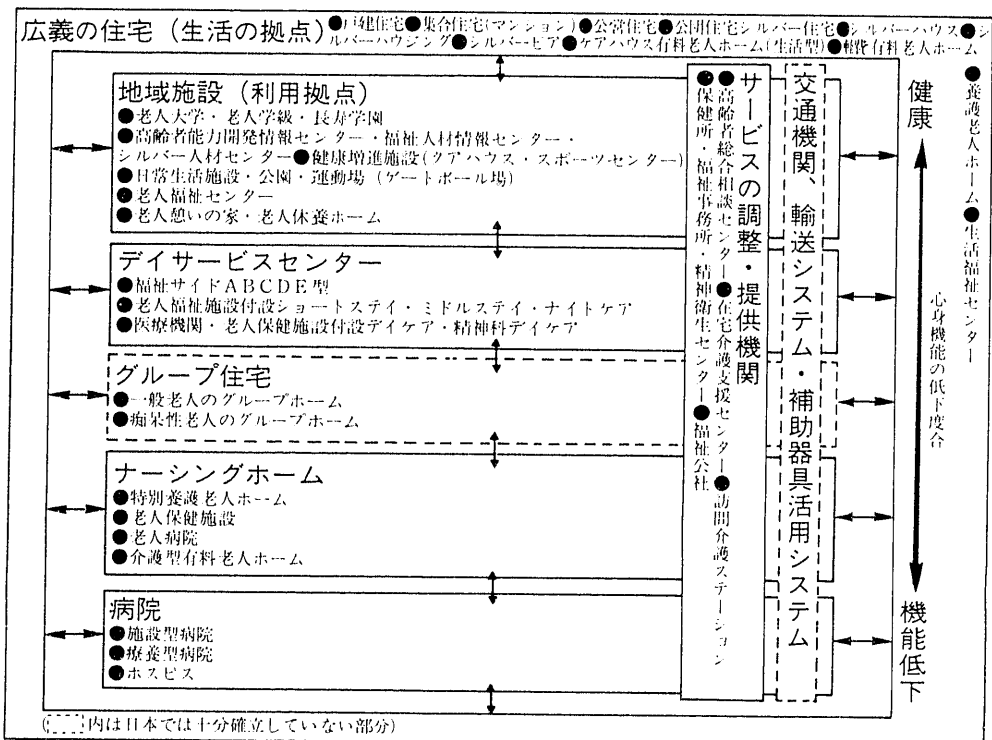


図5 日本における高齢社会の居住環境の実態（林）

ケアサービスを統合したチームアプローチにより、24時間、または、緊急在宅ケアサービス体

制による地区ケア環境を実現する方向にあること。小学校区に地区サービスセンターに類した

核を設け、そこに広義の各種居住空間を適正配置した、生活主体者である高齢者参加型の、町づくりが行われている。図3に筆者の提案する我が国においても望ましい居住形態を示しているが、両国について、その実践のノウハウを我々は学びとる必要がある。両国は常に、失敗を恐れず、いかに効率よく、良質な施策を実現するかについて改革を重ねてきた。さらに、相互の良いところを学び合っている。図4、5にスウェーデンおよび我が国における高齢者居住環境の実態をまとめた。我が国の高齢者居住環境の構成要素として、欠けている項目が多々あるが、本稿で、考察した両国における物的環境の改善に伴う経緯より、不足している点を充足していき、両国と同じく質を高められることを期待したい。社会情勢や文化の違いもあるが、我々が両国から学びうることは、少なくとも両国が犯した失敗を繰り返さないよう、施策を進めることでもあろう。北欧から発した、「福祉は住宅に始まり住宅に終わる」、「病室が地域に出張してきた」、「壁のない病院」、「施設を限りなく住宅に近づける、または住まいをより施設に近づける」……など、心に残る多くのメッセージは、このように長い改革の歴史を経て、初めて語れる。これらの名言を、是非とも心に留めていただきたい。

参考文献

- 奥村芳孝 1995 「スウェーデンの高齢者福祉最前線」簡井書房
- ラーシュ・アウグストン 1988 「スウェーデンにおけるリハビリテーション機器開発の現状」(老人・障害者のための国際シンポジウム—第2回国際保健福祉機器展フォーラム88より) (財)保健福祉広報教会
- イブ・ヴァルスボルグ 1988 「デンマークにおける高齢者対策と介護機器開発の動向と課

- 題」(老人・障害者のための国際シンポジウム—第2回国際保健福祉機器展フォーラム88より) (財)保健福祉広報教会
- ロタ・ピーターセン 1994 「望ましい高齢者ケアの現状と将来」(日本の高齢者のビジョン—第5回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- ヤーナ・アナセン 1992 「自立における自立—技術的援助、住居の改造、高齢者向け住宅」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1992 「日本における高齢者の望まれる住環境とは—高齢者の住環境の課題と問題点」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- オーレ・アナセン 1992 「デンマークの郊外、グРАЗサックセの老人たち—高齢者にやさしいまちづくり」(ゆとりある生活環境と自立—第3回高齢者ケア国際シンポジウム) (財)日本船舶振興会
- 1993 「スウェーデンの高齢者福祉医療対策—スウェーデン福祉医療の過去、現在、将来」(第4回高齢者ケア国際シンポジウム資料) (財)日本船舶振興会
- 伊東敬文他 1991 「デンマークの高齢者福祉医療対策—新しい高齢化社会対策をめざして—」(財)日本船舶振興会補助事業研究報告書) (社団)エイジング総合研究センター
- 1992 「デンマークの福祉とノーマライゼーション講演録」(第1回秋山愛生館国際室セミナー) (財)秋山愛生館国際室
- 水野弘之 1992 「デンマークの住宅改造システム」(ふれあいの輪65号)
- 水野弘之 1992 「住宅改造マニュアルについて」(ふれあいの輪66号)
- 中大路美智子 1992 「デンマークの高齢者住宅の仕組み」(ふれあいの輪67号)
- 林 玉子 1990 「住宅が医療の場に、病室が生活の場が変わった」(ニッケイヘルスケア)
- 伊東敬文 1992 「在宅医療先進国から⑧白夜の国の老人たち」(健康保険誌第46巻第7号)
- 伊東敬文 1989 「福祉と医療の連携の条件—デンマークの高齢者福祉医療施策からの教訓

- 一」(海外社会保障情報 No.90)
- 伊東敬文 「デンマークにおける人口高齢化と高齢者の医療、福祉問題：求められる総合的アプローチ」(国際社会保障研究第35号)
- 林 玉子 1983 「高齢者社会における老人の居住環境の展望」(季刊建築計画資料3—老人の住環境)建築思想研究所
- 林 玉子 1990 「新しい時代における特別養護老人ホームの発想の転換と実践計画の提案—第1章 特別養護老人ホームの計画ポイント, 痴呆性老人の人間性の尊重, 第3章 デンマーク, スウェーデンナーシングホーム視察報告」(財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1986 「ヨーロッパにおける老人の住宅の実態」(エイジング)中央法規出版
- 林 玉子 1989 「デンマークの高齢者福祉事業」(エイジング)中央法規出版
- 林 玉子 1988 「スウェーデンの高齢社会における居住環境上, 下」, 「イギリスにおける高齢社会の居住環境」(総合社会保障)
- 林 玉子 1990 「デンマークにみる医療, 福祉施設サービスと在宅ケアの連携」(スウェーデンにおける長期療養のケア・サービスの経緯と現状」(日経ヘルスケア)日経BP社
- 林 玉子 1990 「老人病棟, 老人施設のあり方1. 介護を要する老人のための居住空間, 3. 特別養護老人ホームにおける物的環境—痴呆性老人対応の問題とあり方について」老年精神医学雑誌
- 林 玉子 「住宅施策よりみた北欧の老人介護サービスの特色と日本への示唆」(季刊年金と雇用 第9巻第4号—特集 北欧の社会政策)
- 林 玉子 1992 「日本における高齢者の望まれる住環境とは—その現況, 課題を踏えて—」(第3回高齢者ケア国際シンポジウム)(財)日本船舶振興会
- 林 玉子 1993 「日本におけるグループホーム(住宅)設計の留意点」(グループホームケアのすすめ p.91~107)朝日カルチャーセンター
- 林 玉子 1995 「居住環境としてのグループホーム」(生き生きジャーナル第5巻第4号, p.19~26)医学書院
- 林 玉子他 1985, 1986 「心身機能の低下に対応した高齢者の住生活ニーズの類型化と居住様態に関する研究」その1, その2, 住宅建築研究所研究 No.8414, No.8510
- 林 玉子他 1993 「高齢者が在宅生活を継続するための住生活サポートシステムに関する研究」住宅総合研究財団研究 No.9213
- 林 玉子 1995 「いたわり居住学」婦人画報社
- 林 玉子 1992 「長生きは家づくりから」TOTO出版
- アグネッタ・ムーデイク・タム 1988 「高齢化社会における住宅施策についての私的見解—スウェーデンのケース」官房長官政治顧問
- 外山 義 1984 「スウェーデンにおける高齢者の住宅住環境施策」日本建築学会秋期大会研究協議会検討資料
- 渡辺 満 1981 「スウェーデンの住居水準と基準法」土地住宅問題87号
- 河口 豊他 1983 「スウェーデンおよび西ドイツの老人保健, 医療調査報告」(社法)病院管理研究会
- Owe Åhlund 1989 "ATT BO OCH ÄLDRA I KLIPPANS KOMMUN, KLIPPANS KOMMUN BYGGNAD - SFUNKTO - NSLÄRA, Lunds Universitet
- Stolplyc Kan kollektivt flerbostagshus med servicelagenheter i Linköping Hojer-Ljungqvist Arkitektkontor AB Vallingbyplan 12, Box 199, 162 12 Vallingby
- Sheila M. Peace, Leonie A. Kellaher, Dianne M. Willcocks "A BALANCED LIFE?" Reserch Report No.14 September 1982. Survey Reserch Unit School of Applied Social Studies and Sociology Polytechnic of North London
- Victor Regnier, Jon Pynoos, 1987 "HOUSING THE AGED" Eisevier, New York, Amsterdam, London
- (はやし・たまこ
東京都老人総合研究所非常勤研究員)