

## スウェーデンの高齢者住宅とケア政策

奥村 芳孝

### ■ 要約

スウェーデンの高齢者施設では統合化と差別化の2つの流れができた。エーデル改革によって、老人ホーム、ナーシングホーム、サービスハウス、グループホームなどの施設はすべて「特別な住居」という言葉に統合された。特別な住居は恒久的住居とショートステイに分けられ、住居はさらに24時間介護の介護住宅と自立できる高齢者を対象としたサービスハウスに分けられるようになった。同時に、介護住宅は介護ユニットレベルにおいて認知症高齢者、身体疾患高齢者用などに分けているのが普通である。

施設の住居化という場合、物理的環境のみに焦点が当てられることが多いが、スウェーデンでは住宅政策および医療政策との関連の中で施設が住居化された。この結果、施設(特別な住居の恒久的住居)は生活の場になり、高齢者が介護度に応じて施設間を移るという制度から死ぬまで住み続けられる制度になった。

### ■ キーワード

特別な住居、施設における医療、高齢者住宅、脱施設化、脱医療化

## I はじめに

「在宅介護」と「施設介護」という概念は、高齢者ケアにおいてよく使われる言葉である。しかし施設という言葉が使われる場合、住居ではないということに重点が置かれるか入居の認定に重点が置かれるかによってその意味は異なってくる。特に「高齢者住宅」という言葉は十分定義されないで使われているため、制度の異なる国の比較においては大きな誤解を生んでいる。この論文においては、住宅政策、介護政策および医療政策から見た特別な住居の意味を考察する。なお日本とスウェーデンでは制度も異なるが、スウェーデンにおける考え方および変化が日本における高齢者施設および住居の議論の参考になると考える。

## II 高齢者の住居

### 1. 高齢者の住居

高齢者はどこに住んでいるか

表1は、国民生活調査による高齢者の居住形態を表している。一般論として高齢になるにしたがって、一軒家→利用権住居→賃貸住居あるいは利用権住居→賃貸住居の流れがある(利用権住居に関しては次ページを参照)。75歳以上の高齢になると一人住まいが急増し、一軒家(あるいは所有権のある住居)に住む高齢者は減ってくる。代わりに賃貸住居に入居する人は増え、85歳以上の高齢者のうちおよそ53%が賃貸住宅に住んでいる。また85歳以上の高齢になると、老人ホーム、ナーシングホームなどの施設入居が増える。

表1 年齢による居住形態の変化(2002-3年ごろ, 単位:%)

	55-64	65-74	75-84	85歳以上
一軒家	65.8	62.6	45.2	28.9
集合住宅	33.5	36.1	48.3	42.8
所有権あり	61.8	57.1	39.9	25.4
利用権あり	15.6	16.7	23.6	18.6
賃貸形式	22.2	25.0	35.2	52.7
施設	0.2	0.6	3.7	16.8
一人住まい	22.7	29.7	50.0	76.0

注：この調査は55歳以上の高齢者5500人からなる標本調査である。なおこの調査では、サービスハウスは施設の定義に含まれていない。

出典：SCB, Ålders levnadsförhållanden 1980-2003, 2006

## 高齢者住宅とシニア住宅

高齢者施設の議論に必ず出てくるのは「高齢者住宅」という言葉であるが、各国の制度が異なるので誤解も生じている。スウェーデンにおいて「高齢者住宅(äldreboende)」という言葉は日常会話においても使われるが、行政用語ではないため幅広い意味を持っている。高齢者住宅は、大きく分けると4つの使われ方がある。第一は、社会サービス法による特別な住居の中でも24時間介護施設に限定するもので、職員が24時間常にそばにいる介護施設を指す。以前の老人ホーム、ナーシングホーム、グループホームを指し、サービスハウスは含まない。第二に、上記の特別な住居の代わりに使われ、サービスハウスも含む。地方自治体ではどちらかの使い方がされることが多い。第三に、特別な住居の中でも住居としての水準を満たしている場合、高齢者住宅と呼ばれる。住宅庁はこの使い方をすることが多い。第四に、特別な住居以外にいわゆる「シニア住宅」も含む場合で、新聞などではこの使い方がされることもある。

スウェーデンではシニア住宅という一般住宅がある。シニア住宅の統一した定義はないが、主に55歳以上の高齢者を対象とした協同組合式住居として発達した<sup>1)</sup>。

最近、サービスハウスが65歳以上の高齢者を

対象とした賃貸式のシニア住宅に転換される例が増えている。シニア住宅はバリアフリー化がされていて、一部では共同で使える台所、食堂を特別に設けているところもあるが、コレクティブハウスのような共同生活ではない。なおシニア住宅は社会サービス法の「特別な住居」という定義には含まれず一般住宅であるので、入居の決定には市は関与しない<sup>2)</sup>。介護などが必要な場合は市に申請し、ホームヘルプとして提供される<sup>3)</sup>。

シニア住宅は法律上の住居形態ではないため、特別な統計は取られていない。このため地方自治体連盟は2007年に戸数調査を行った。2007年に28000戸のシニア住宅があったが、居住者総数、居住者の年齢構成などは不明である。2000年度に比べて2.5倍に増加していて、市の住宅公社所有のシニア住宅はこの期間ほぼ6倍に増えている。2007年度の所有形態を見てみると、17%が住宅協同組合、50%が市の住宅公社、14%が財団法人、12%が民間の住宅会社である<sup>4)</sup>。市の住宅公社の場合はほぼすべてが賃貸型で、そのほかは利用権買い取り型であると思われる。

## 2. 施設から特別な住居へ

### 伝統的施設の減少とサービスハウスの増加

スウェーデンにおいても施設に対する考え方は変化し、施設批判と施設再評価が繰り返されてきた。また統計的にも、特別な住居の中で恒常的に住める住宅と一時的に滞在するショートステイが1998年から区別されるようになったので、施設統計の分析は複雑である。老人ホーム入所者は1974年、長期療養病院(ナーシングホームも含む)入所者数は1985年にピークを迎え、その後減少した。これらの施設の減少を補ったのは、サービスハウスである。1970年代後半から1980年代にかけてたくさんのサービスハウスが建設され、入居理由は住んでいる住居にエレベーターがないなどの理由により生活が不便であった高齢者が多い。この

結果、サービスハウスも含めた施設の入居者数は、1980年ごろから1991年までは大きな変化はない。言い換えるならば、1980年以降は老人ホームやナーシングホームの減少分はサービスハウスの増加分で相殺されたことになる。このようにして老人ホームの代わりにサービスハウスの建設は「脱施設」の象徴でもあった。

### 「脱施設化の見直し」

1980年代中ごろになると、一方的な脱施設化に対して批判が起こり始めた。これは施設に戻るということを意味しているのではなく、施設の住居化を進めながら、グループケアの再評価でもあった。1985年には高齢者、障害者、慢性病患者のための住宅政策が国会にて決定され、「すべての国民は看護、介護、サービスの必要性にかかわらず、個人の自由、人格が尊重されながら、良質の住居に住む権利が与えられるべきである」と明記された。この流れの中で、1986年には老人ホームの見直しが国会において議論された。

伝統的施設の見直しがされるようになって、住居化とともに行われたのが、介護単位(管理単位ではない)の小規模化である。長期療養病院や老人ホームなどの介護単位は20-25人であったが、10人前後の小グループに分けられ、職員はそれぞれのグループごとに介護を行うようになった。この結果、グループホームとの差がほとんどなくなった。グループホームという言葉は小規模介護という概念に吸収され、認知症高齢者の場合はグループホームという名前の代わりに認知症高齢者対象住居(demensboende)という名前が使われ始めた。

## Ⅲ 特別な住居

### 1. 特別な住居とは何か

1950年代から「在宅主義」あるいは「在宅に住み続けられること」は大きな政治的目標であり、ナイトパトロール、在宅看護などの普及によってこれは

可能となった。一方では、施設においては原則的に入居者の介護度に応じて施設を替えるということが行われていた。入居者の介護度が一番低いのがサービスハウスであり、介護度/看護度が一番高いのがナーシングホームである。

1992年のエーデル改革において、「特別な住居」という概念が社会サービス法に導入された。以前のサービスハウス、老人ホームだけでなく、県から市に移管されたナーシングホーム、グループホームもこの定義に含まれ、国政面では形態別の区別がされなくなった。この結果、第一に特別な住居と呼ぶことにより施設ではないということを明確にし、入居者の介護度に応じて施設を替える制度から入居者が住み続けられる制度に変わったのである。第二にナーシングホームなども市に移すことにより、これらの住居の供給責任は市にあり、市が総合的に施設計画ができるようにと考えられた。第三に、居住形態にかかわらず費用体系が統一化された。

### 2. 特別な住居の調査

「特別な住居」という概念の導入により、施設別の統計は取られなくなった。施設別統計は1991年が最後である。これによると、1991年におよそ12万2千人(高齢者人口の8%)が高齢者施設に住んでいた。施設形態を見てみると、一番多いのがサービスハウスで3.4%(高齢者比)になる。老人ホームとナーシングホームがそれぞれ2.3%、2.0%と続き、グループホームは0.3%である<sup>5)</sup>。

「特別な住居」という概念の導入は、各市が地域にあった施設計画を作れるようにと意図されたが、各市が独自の名前をつけるようになり、言葉の使用が大きな混乱をもたらすことになった。このため社会庁では2001年秋に「特別な住居」の標本調査を行った。この調査によると、各市ではグループホーム、サービスハウス、老人ホームなどの伝統的名称が半分以上の「特別な住居」で使われている。ま

た4割の施設ではデイケアを行っており、認知症高齢者のケアを行っているのは約80%にもなる。ほかにリハビリが34%、高齢の精神障害者ケアが30%、終末期介護16%、緩和医療3%などを行っている。この調査ではさらに単独の名称を使っている「特別な住居」の内部調査を行った<sup>6)</sup>。

- ・居住者の半分は、その居住期間が2年以下である。ナーシングホームにおいては、居住者の半分は1年未満の居住期間であるが、サービスハウスでは1年未満は約25%である。
- ・ナーシングホーム入居者の介護度が一番高く、例えばトイレでの介助を必要とする人はナーシングホームでは約87%であるが、サービスハウスでは約36%である。同様にして、食事介助が必要なのはグループホームが38%、ナーシングホーム35%と続き、サービスハウスが9%である。
- ・何らかの認知障害がある人の割合は相対的に高く、特にナーシングホームとグループホームにお

いては約9割になる。

- ・「特別な住居」のスタンダードは一般的にはよいが、相対的にまだ遅れているのは特にナーシングホームである。
- ・グループホームの介護職員配置率が一番高く、職員は入居者1人当たり0.91、以下ナーシングホーム0.73、老人ホーム0.68、高齢者住宅0.62、サービスハウス0.39と続く。なお看護師の割合はグループホーム、老人ホーム、高齢者住宅で0.04-0.05であるが、ナーシングホームにおいてはこの3倍にもなる。

この調査でわかるように、それぞれの施設形態が複数の機能を持っていて、スウェーデンの特別な住居は統合化と差別化の二つの流れが進行していると見える。特別な住居は以前のような施設形態別には分けられなくなっているが、介護ユニットレベルでの差別化が行われている。形態上では二分化現象が起きている。特別な住居がサービスハ

表2 「特別な住居」の特徴

	滞在期間 1年未満 (%)	トイレ介 助が必要 (%)	食事介助 が必要 (%)	認知障害 がある人 の割合 (%)	トイレが 専用 (%)	専用のト イレとシ ャワーが ある (%)	他人と相 部屋 (%)	職員率 (常勤換 算/居住 者)	介護職員 /居住者	看護師/ 居住者
ナーシング ホーム	48.9	86.8	34.5	86.4	55.1	53.4	29.9	0.89	0.73	0.12
グループホ ーム	33.1	78.2	38.1	92.2	99.0	95.3	1.5	1.01	0.91	0.04
高齢者住宅	38.0	60.7	19.9	70.4	95.6	94.0	2.2	0.72	0.62	0.05
老人ホーム	27.3	64.7	15.5	68.4	99.4	54.0	0.0	0.76	0.68	0.05
サービ スハウ ス	24.8	35.8	8.8	43.2	98.3	96.4	0.8	0.45	0.39	0.02

出典：Socialstyrelsen(2001) Vad är särskilt i särskilt boende för äldre?

表3 2007年10月1日現在の特別な住居入居者

	65-74歳	75-79歳	80-84歳	85-89歳	90-94歳	95歳以上	合計
人数	7904	10850	20966	27957	19598	7622	95232
割合 (%)	8.3	11.4	22.0	29.4	20.6	8.0	100.0
人口比 (%)	1.0	3.5	8.4	17.1	31.9	49.0	5.9

注：合計には年齢不明者も含む。入居者数は2007年10月1日、人口は2007年12月31日現在。

出典：Socialstyrelsen(2008) Äldre – vård och omsorg år 2007 より作成。

ウスと介護住宅に分かれ、後者をさらに身体疾患高齢者用および認知症高齢者用として分ける方法である。例えばストックホルム市においては2005年にサービスハウス、老人ホーム、ナーシングホーム、グループホームの四分類からサービスハウス、介護住宅、ショートステイの三分類に分けられた。またサービスハウスを廃止し、認知症高齢者用住居、身体疾患高齢者用住居およびショートステイの三分類を使っている市もある。

2007年10月現在、「特別な住居」(恒久的住居のみ)に住んでいる高齢者は約9万5千人(高齢者の5.9%)で、大部分の高齢者(94%)は一般住宅に住んでいることになる。年齢が上がるごとに特別な住居入居者の割合も増加し、80歳以上の高齢者では15.5%が特別な住居に入居している<sup>7)</sup>。

### 3. 在宅と特別な住居の違い

1992年から使われている特別な住居という概念は以下の特徴を持っている。

- ・社会サービス法により入居の決定が行われる。
- ・看護師による医療が行われる。ただし医師は含まれない(医師による医療は県の職務である)。
- ・「特別な住居」はさらに恒久的住居と一時的住居(ショートステイ)に分けられる。恒久的住居は以下の特徴を持つ。
- ・社会サービス法による「特別な住居」であると同時に、建築法による住居でもることが多い(例えば3人部屋は社会サービス法上は特別な住居に含まれるが、建築法による住戸ではない)。
- ・賃貸契約が行われ、賃貸法の適用を受ける。この結果、原則的に死ぬまで住み続けることができる。
- ・収入に応じて、家賃補助が行われる(社会保険庁担当)。

表4は在宅と特別な住居において住居、介護および看護などの規定について概略を示したものである。社会サービス法においてホームヘルプと特

別な住居における介護が分けられている。さらに特別な住居統計においては、恒久的住居とショートステイに分けられている。なお恒久的住居は、サービスハウスとその他の特別な住居(介護住宅)では状況が異なるので、法律用語ではないが別々にした。

#### 法的根拠

住宅供給責任法第1条によって、住民が良質の住宅を得られるために市は住宅供給計画を作らなければならないことが定められている。また2002年から施行された社会サービス法第5章第5条において、高齢者ケアにおける市の責任が規定され、特別な住居とはこの条項によって設置された住居形態を指す。

「社会福祉委員会は、高齢者が良い住居が得られ、また必要な人には在宅で援助、その他手軽なサービスを与えるよう努めなければならない。市は特別に援助を必要とする高齢者のために、サービス、介護の付いた特別な住居形態を用意しなければならない。」

特別な住居はさらに恒久的住居と一時的住居(ショートステイ)に分けられる。一時的住居は、治療、リハビリあるいはレスパイト、交代介護、療養などによる一時的な滞在である。社会サービス法第4章第1条にて援助を受ける権利が明記され、これによって特別な住居の入居およびホームヘルプの決定が行われる。

#### 住居

特別な住居は社会サービス法上「住居」であるが、建築法上も住居としての基準を満たしているとは限らない。建築法によると、住宅とは1部屋と台所あるいは簡易キッチン付きの1.5部屋で、トイレおよびシャワー/浴室が必要とされている。1998年に国会で決定された高齢者政策国家行動計画においてもこの規定が基準である。特に他人と同室あるいはトイレ、シャワーなどの共同使用は、高齢者の尊厳、プライバシーおよび自己決定が満たさ

表4 一般住居と特別な住居における入居および介護などの違い

		一般住居	特別な住居		
			サービスハウス	介護住宅	ショートステイ
住居	供給 / 計画	住宅供給責任法第1条（市）	社会サービス法第5章第5条による市の供給責任		
	入居決定	賃貸住宅に関しては家主が決定。持ち家などに関しては住宅市場で自由に売買	社会サービス法第4章第1条による市の行政決定		
	住居規定	建築法および賃貸法			
	特別規定		労働環境法		
	家賃	家主が決定	家主（普通は市の住宅公社）が決定		市の福祉局が決定
	家賃補助	高齢者家賃補助法（社会保険庁）			
介護	供給	社会サービス法第5章第5条による市の責務			
	決定	社会サービス法第4章第1条による市の行政決定			
	介護と入居	分離	分離	セット	セット
	介護ユニット		原則的に一般の集合住宅と同じなので、ユニットには分けられていない。	小グループの介護ユニットに分けられ、ユニットはさらに身体疾患患者用と認知症高齢者用に分けられる場合が多い。	ショートステイ用のユニットを作っている場合や既存のユニットの一部をショートステイ用に使っている場合がある。ショートステイ用の施設が別にあるわけではない。
医療	医療責任	保健・医療法第3条（県）および第18条（市あるいは県）	保健・医療法第18条（市）医師を除く。		
	医療費	県の負担（ただし在宅看護が市に移されている場合は市の負担）初診料、入院費は個人負担	市の負担。医療施設における個人負担分に関しては在宅と同じ。		
自己負担	介護費用	社会サービス法第8章により各市は利用料金を取ることが出来る。			
	制限事項	社会サービス法第8章による最低保障および最高負担制限			

出典：著者作成。

れないと考えられている。

なお住宅庁令 1993:57 において認知症高齢者の場合は簡易キッチンを設置しないことが認められている。また労働環境法において、特別な住居は職員が機能的に働けるだけの広さと形態を持つことが要求されている。特にベッド周り、トイレの広さと使いやすさが重要な条件である。このように住居という概念は入居者の住居が建築法による住居基準を満たす場合で、建物が住居あるいは一軒家であるという意味ではない<sup>8)</sup>。

特別な住居の水準は上がってきたが、すべての特別な住居が建築法による住居でもあるとは限らない。2007 年現在、ほぼすべての居住者が個室に住んでいて、配偶者以外の他人と同室の人はわずか 1.3% である。住居の基準を完全に満たす特別な住居に住んでいる人はおよそ 76% で、トイレ、浴室/シャワーはあるが簡易キッチンがない特別な住居に住んでいる人はおよそ 17% である<sup>9)</sup>。

エーデル改革以降も特別な住居の住宅水準向上に力が入れられ、現在スウェーデン政府は 2007 年から 2011 年まで「特別な住居」新築および改築に対して補助金を出し、新築の場合、入居者 1 人 1 平方メートル当たり 2600 クロナ補助金が出される。ただし入居者 1 人当たり最高 50 平方メートルで、このうち居室が 35 平方メートル、共有面積が 15 平方メートルという計算がされている<sup>10)</sup>。施設の大きさという観点から大きなサービスハウスや長期療養病院に対する批判はあったが、特に小規模施設の方がよいとは考えられてない。反対に 30 人以下の特別な住居は運営が非効率になると見られ、新築の場合は、32 人から 60 人ぐらいの中規模の特別な住居が最適であると思われる<sup>11)</sup>。

一般住宅は住宅市場で自由に売買、賃貸されるが、賃貸住宅に関しては市の住宅あっせん所で紹介される場合が多い。特別な住居は市の行政決定によって入居し、住宅管理会社と契約を結ぶ。自由に契約が結ばれるのではなく、市が特別な住居

の入居者を決定する(委託も含む)。特別な住居は住宅公社によって管理されているのが普通で、入居者は家賃を住宅公社に支払う。特別な住居が民間委託されても運営のみが委託されるので、この役割分担はほぼ変わらない<sup>12)</sup>。

特別な住居が住居化されることによって住宅政策の対象となって、賃貸法、家賃補助法の適用を受ける。一般住宅および特別な住居に住んでいる場合、入居者は住居のスタンダードに応じた家賃を支払うが、その適正さは市の賃貸委員会にて最終的に判断される。さらに住居となることによって、住み続けることができる。年金などの所得が低い場合、一般住居と同じように社会保険庁から家賃補助が行われる。その場合、住居としての水準を満たしていることが必要で、他人と同居の場合は 2 人までである。

#### 介護

社会サービス法第 5 章第 5 条において、市は在宅で援助およびサービスを与えることが定められ、特別な住居における介護は特別な住居の供給義務に含まれている。なお市に供給責任があるということは、施設やホームヘルプをすべて市が運営しなければならないということを意味しているのではない。各市は独自に委託を含めた運営方法を決定する。

ホームヘルプや特別な住居入居を受ける権利は社会サービス法第 4 章第 1 条によって決定され、自立した生活の強化ということが強調されている。サービスハウスは特別な住居に含まれるが入居と介護が別々に決定され、介護は在宅と同様に扱われてホームヘルプが決定される。介護住宅は 24 時間介護と呼ばれ、常に職員がそばにいる介護であり、介護と入居はセットになっている。介護ユニットという観点からは、サービスハウスは一般住宅である集合住宅とほぼ同じで、介護ユニットに分けられてはいない。24 時間の介護が必要である介護住宅においては小規模の介護ユニットに分けられ、

原則的に職員はそのユニットにおいて職務を行っている。

## 医療

保健・医療法第3条によって、県は居住者に対して医療を与えなければならないことが定められているが、エーデル改革によって一部変化があった。これは特別な住居と在宅での看護である。同法第18条によって、市は特別な住居およびデイケアにおいて医療を与えなければならない。さらに県と市が合意するならば、市は在宅看護を行うことができる。市の医療責任には、リハビリ、補助器具なども含まれる。なお市の医療は市議会が決定する委員会によって指揮、監督され、市は医療責任を持つ看護師(医療責任看護師)を設置しなければならない。医療責任看護師の役割は、第一に必要なに応じて医師とコンタクトが取れる手順が存在しなければならないこと、第二に看護の権限委譲を行えること、第三に手順違反や医療ミスの訴えを行うことなどである。

特別な住居などにおいて看護師までの医療責任は市にあるが、医師は含まれていない。これは医師の参加が必要でないということではなく、医師による医療責任は変わらない。しかし医師が県に残った結果、特別な住居における医療への医師の参加不足がエーデル改革開始から大きな問題の一つであった。この状況は市の在宅看護でも同じである。このため2007年から医師の参加が強化された。市の特別な住居、デイケアおよび在宅看護における医師の参加頻度および形態について、県は市と契約を結ばなければならないことが保健・医療法に追加された。もし県が契約による責任を果たさなければ、市は独自にほかの医師に委託を行い、その費用を県に請求する権利を持つ。

このように介護と医療との境界線は在宅と特別な住居の間に存在するのではなく、病院と在宅(一般住居および特別な住居)の間に存在する。言い換えるならば、病院での医療は病院の設備を必要と

して常に医師が診ている必要性があり、一時的滞在である。一方、一般住居および特別な住居における医療は、医師が入居者の家庭を定期的に訪問することができる医療である。点滴、注射、中心静脈注射、胃瘻(手術自体は病院で行われる)なども在宅において対応でき、終末期ケアや末期がんなどの場合でも原則的に同様である。

サービスハウスと介護住宅における看護師の配置は異なっている。サービスハウスでは普通夜勤の看護師は勤務していないが、市の夜勤担当看護師かナイトパトロールの看護師が対応する。24時間看護を行っている介護住宅では、夜勤の看護師が勤務している<sup>13)</sup>。なお特別な住居(恒久的住宅)およびショートステイにおいては、それぞれ総介護時間の16.5%、30.0%が医療に使われていると、社会庁の報告書は述べている<sup>14)</sup>。

## 自己負担

エーデル改革以前、サービスハウス、老人ホーム、ナーシングホームはそれぞれ利用料金が異なっていた。サービスハウスは住居であったので家賃、ホームヘルプ料金、食費という形で徴収されていたが、老人ホームは基礎年金の30%、付加年金の20%が残るように入所費が徴収されていた。一方、ナーシングホームなどは医療機関として入院費のみを支払っていた。エーデル改革によって、これらがすべて統一された。社会サービス法による介護の自己負担は、同法第8章第2条によって各市が決定できるものとされ、各市によってその自己負担制度は異なっている。制限事項としては、第一に「実費を超えてはならないこと」、第二に「すべての利用料を支払った後、生活費が残らなければならないこと」、第三に「夫婦の一人が特別な住居に入居した場合、在宅に住んでいる配偶者の生活が経済的に悪化しないように市は保障しなければならないこと」が定められている。なお特別な住居においては介護費用に「医療」も含まれるが、入居者が病院あるいは地区診療所を訪問した場合の初診料あるい

は入院費および医薬品の個人負担分は別枠である（これらに関しても、保健・医療法による最高負担制限制度が設けられている）。

2003年から最高負担額および最低保障額が規定され、現在の制度の概要は次のとおりである。

- ・在宅および特別な住居における介護費用、デイケア費用、市の在宅看護費用は、合わせて物価基礎額の48%（2008年価格では1カ月当たり1640クローナ）を超えてはならない（最高負担額）。なお物価基礎額とは給付額の計算に使われるもので、毎年物価スライドが行われる<sup>15)</sup>。
  - ・特別な住居で賃貸法が適用されない場合、その家賃は物価基礎額の50%（2008年価格では1カ月当たり1708クローナ）を超えてはならない。
  - ・介護費用、デイケア費用、市の在宅看護費用、賃貸法が適用されない住居の家賃を徴収した後に最低保障額が利用者の手元に残るようにしなければならない。単身者の場合は物価基礎額の129.4%、同居している夫婦の場合は1人当たり108.4%である（それぞれ2008年価格では1カ月当たり4421クローナ、3704クローナ）。これに住居費（家賃）を加えた額が最低保障額になる<sup>16)</sup>。
- ほとんどすべての市においては、特別な住居の自己負担は家賃、食費、介護費に分けられ、介護費についてはホームヘルプの自己負担額表に統合している市が多い。なお運営が民間団体に委託されていても入居者の介護費用は市に支払われる。上記の最低保障および最高負担制限制度の結果、介護を受けている高齢者のおよそ3分の1は自己負担分がほぼゼロである<sup>17)</sup>。

#### ショートステイ

特別な住居における一時的滞在はショートステイと呼ばれ、リハビリ、交代介護（家族の介護負担軽減のために、例えば在宅で2週間、ショートステイで2週間）、病院退院後の症状の安定、特別な住居の入居待ちなどのために使われ、認定に基づいて入所する。ショートステイ用のユニットを作っ

ている場合（特にリハビリ用）や既存のユニットの一部をショートステイ用に使っている場合があるが、ショートステイのための特別な施設があるのではない。スウェーデンでは特に中間施設という概念はないが、病院から特別な住居あるいは一般住居に移るまでに一時的に滞在するという意味での中間機能はショートステイの機能の一部である。ショートステイは次の特徴を持つ。

- ・家賃ではなく、入所費を払う。
- ・賃貸法の適用を受けないため、他人との同居もありうる。
- ・家具などは備え付けである。

ショートステイにおける住居としての水準は原則的に特別な住居内のほかの居室と同じであるが、一時的入所であるため賃貸法の住居の定義には含まれない。このため、居室が住宅水準を満たしていても、他人との同居も考えられる。ショートステイはほかの特別な住居と同じく、市が看護師までの医療責任を負っている。2007年10月現在およそ9700人がショートステイを利用していた。最近、認定を必要としないショートステイを部分的に設置する市が増えている。対象は認知症高齢者を介護している家族で、緊急的あるいは一時的なショートステイが行われる。

## 4. 特別な住居の問題点

### 在宅主義批判と特別な住居建設補助

スウェーデンでも昔から在宅主義が強調されてきたが、その運用の仕方が年代によって異なり、その結果在宅主義批判も出てくるようになった。上述したように、特別な住居の入居者が最近急激に減り、社会庁はこれに対して警鐘を鳴らしている。「個々のケースを見てみるならば、すでに在宅主義の限界を越した場合もある」、「多くの高齢者はできるだけ長く自宅に住み続けたいと望んでいる。しかしほかの代案がないか代案が良くないために、自宅に住み続けざるをえない人も多い。この場合の

在宅主義は強制である」、「スウェーデンにおいては、介護が重度になっても在宅で介護を受けられる機会が与えられている。しかし資源の使い方から見れば、代わりに特別な住居への入居の方が総費用が安い場合も存在する」、「在宅主義の強調は、特別な住居の必要な投資が十分行われないうことにもつながる」<sup>18)</sup>。2006年に発表、決定された高齢者ケア10カ年戦略においても、これに対する対策が挙げられ、2007年から2011年までの5年間、特別な住居の新築および改築に対して補助金を出すことが決定された(住居の項を参照)。

#### サービスハウスの変化

1990年代から大きく状況が変わったのは、サービスハウスである。今までサービスハウスの入居の理由の一つは、住居のアクセスであった。しかし一般住宅のスタンダードの向上、住宅改造、ナイトパトロール、緊急呼び出し電話、在宅看護などの充実により、介護度が高くなっても自宅に住み続けることが可能になった。またサービスハウスの居住者が徐々に高齢化して、介護度が高くなり、また介護度の高い入居者が増える傾向がある。しかしサービスハウスの基本構造は普通のアパートであるため、グループ介護のために設計されていない。このためサービスハウスを廃止し、一般住居であるシニア住宅に変更する市も出てきた<sup>19)</sup>。

スウェーデン政府は、特にサービスハウスの減少が大きな問題であるとして調査委員会を設置、2007年12月には中間報告書が出された。サービスハウスのような住居(報告書においては安心住居と命名)の供給に関して、3つの案が出されている。A案は高齢者用の一般住居(賃貸、利用権方式など)として市が住宅供給計画の中で整備し、入居に関しては市の福祉局は関与しない。B案は高齢者に対するサービス供給権限法に基づいて市の任意による業務として整備し、入居条件は市が定める。C案は一般住居と社会サービス法の特別な住居との中間形態として社会サービス法によって市は設置

の義務はあるが、入居に行政認定を必要としない。これらの3つの案に共通しているのは、どれも入居に認定を必要としないことである。対象は主に自立して生活できる高齢者で、特別な住居のように24時間介護が必要な高齢者ではない。そして介護はホームヘルプとして提供される。後者の2形態は賃貸方式で物理的には現在のサービスハウスに近いものであるが、B案は市の任意なのに対してC案は市に設置義務がある<sup>20)</sup>。

## IV 考察

日本とスウェーデンでは制度も異なるので単純比較はできないが、日本の高齢者ケアを考える上で重要であると思われる視点をいくつか挙げてみたい。

#### 施設と住居

施設と住居という概念は相反するものとして使われることが多く、この結果、「施設から住居」、「施設から自宅」、「施設介護から在宅介護」という表現が誤解を生むものとなる。介護度が低い高齢者用のサービスハウスを特別な住居に含めるかどうかは別問題として、ショートステイ以外の特別な住居は原則的にすべてが住居であり、「施設対住居」という問題ではない。日本においても単純な施設対住居という対比から住居型施設の機能の議論に移るべきである。まず第一には入居に行政が関与するかによって一般住居と特別な住居(スウェーデンの場合)に分けるべきである。そして次の段階として特別な住居における介護が24時間介護かどうかで分けるべきであると考え。また高齢者住宅という言葉を使う場合も、入居に行政は関与しないが高齢者を対象とした一般住宅と(住宅の基準を満たした)特別な住居あるいは施設と区別することが必要である。

#### 介護問題か住居問題か

スウェーデンでは1950年代に老人ホームなどの

施設が批判され「自宅での介護」が強調されたが、1980年代後期には「自宅での介護」という概念が変化してきた。もともと住んでいた住居だけではなく、施設の住居化によって施設(特別な住居)も自宅になった。スウェーデンの施設が住居化したというのは、居室が個室になり広がってトイレ、シャワーが付いたということだけではない。一般住居と同じように賃貸法の対象になって住み続けられるようになり、また賃貸法の対象であるので、収入が十分でない人に対しては家賃補助が行われるようになった。またスウェーデンの施設が住居化したということは建物が住居であるということではなく、入居者それぞれの居室が住居であるということである。

エーデル改革によって、ナーシングホーム、老人ホーム、グループホーム、サービスハウスなどは特別な住居と呼ばれ、法律上は以前のような区別は行われなくなった。それまでは種々の施設を先に作ってから、それに合わせて高齢者が入居し、介護度が高まればほかの施設に移るのが普通であった。しかし住居化することにより住み続けられるようになると、介護度に応じて本人が移るのではなく周りの介護/看護環境を変えるという方向に変わってきた。この結果、特別な住居は以前のような区別はなくなって統合化されつつあるが、同時に介護ユニットレベルにおいて認知症高齢者用、身体疾患高齢者用などのように機能が差別化され、入居時において対象別に分けられることが多い。しかし入居後は介護度の変化にかかわらず、同じ居室に住み続けられる。

#### 医療と介護

エーデル改革に伴いナーシングホームなどが市に移って医師の参加などに問題があるものの、市に移ったことにより医療が無くなったわけではない。看護師までの医療の責任は市にあり、市の医療が問題なく機能するようにその責任を負う医療責任看護師が設けられている。医療における分岐

点は病院での入院か在宅看護(一般住居および特別な住居)かである。特別な住居に入居している高齢者が病院に行かなければならないのは、一般的には容体が急変したときか病院の設備が必要なきときである。点滴、注射、栄養チューブなどは(医師の指示によって)特別な住居においても看護師が行える。

日本においても療養型施設の転換に伴い施設形態が議論されているが、問題のひとつは高齢者施設が病院と在宅の間で一時的に滞在するところなのか、医療も必要である「生活の場」なのかという十分な議論が無いことである。そして施設一般の問題として施設運営と施設の所有が分離していないので、各施設形態の既得権がさらに問題解決を難しくしている。線引きが必要なのは一時的滞在中である病院と生活の場である高齢者施設間であって、異なった高齢者施設間ではない。高齢者施設において行われる医療は、看護師が常駐し居住者の住居にて行われる在宅看護の一形態として見るべきである。

#### 市の行政責任

スウェーデンでは地方自治体である市が高齢者ケアの責任を負っている。特別な住居の住居水準改善のために政府も補助金を出しているが、市ではこれらの補助金も使って市の特別な住居の改善計画を作る。特に特別な住居の管理と運営は分離していることが多いので、民間会社に運営が委託されても特別な住居の改善は市の責任の下に行われる。また運営の委託は民間会社と市との間で契約書を作って行われ、最終責任は市が負っている。特別な住居における医療の供給に関しては市に責任があり、各市が最適と思う方法で運営を行い、社会庁や県行政庁が監査を行う。

日本とスウェーデンでは制度も異なるが、高齢者ケアは地域におけるケアシステムであるという観点からもっと地方自治体の自由裁量(市の福祉計画および県の医療計画)を認め、質を保証するための

制度を強化する方向に持っていく必要があるのではなかろうか。

### エーデル改革から学ぶ

スウェーデンでは1992年にエーデル改革が行われた。ナーシングホームなどを市に移すことによって、供給責任の一元化を行い、マクロ的な効率化をねらったものである。このために県から市への財源の移管も行われた<sup>21)</sup>。日本でも部分的には問題は共通していて、長期高齢者医療と高齢者ケアの統合が必要である。また社会的入院を減らして生活の場での介護/看護を増やすために、病院からの退院に伴うプロセスをどのように制度化するかということも考える必要がある。

### 注

- 1) この協同組合式住居とは入居権を買い取る方式で、入居権は資産価値を有し売買することができる。居住者は組合の会員となって役員会を選んで組合を運営する。入居時において介護が必要でない人という制限や同居している子供がいないという条件を設けているところもある。
- 2) シニア住宅は一般住宅で特別な住居ではないので、トイレなどが(ホームヘルプの)職員が働けるために十分機能的な大きさを持っているとは限らない。
- 3) シニア住宅の中には居住者に対する個別サービスとして清掃などを行っている例もあるが、これは社会サービス法によるホームヘルプとは無関係である。またシニア住宅が介護を行っている例がたまにあるが、これはシニア住宅が市と契約をしてホームヘルプの認定を受けた居住者に対して行っているものである(利用者は、普通のホームヘルプと同じく利用料金を市に支払い、市は運営団体に対して契約上の運営費用を支払う)。
- 4) SOU 2007:103. 2007 *Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder*
- 5) なおこの数字はショートステイも含むので、現時点における数字と直接の比較はできない。(出典) Socialstyrelsen. 1995 *Äldreformen årsrapport 1995*
- 6) これらの名称はあくまで自称であり、国政面での正式な施設形態ではない。なお単独の名称を使っている特別な住居は、標本数のうちおよそ半分である。
- 7) なお80歳以上の高齢者の中でホームヘルプを受けているのは22.5%で、特別な住居入居者とあわせ

ると38%の高齢者(80歳以上)が公的介護を受けていることになる。

- 8) スウェーデンのグループホームに一軒家(特に改築型)がほとんど存在しないのは、この住宅基準が一つの要因である。このように入居者の居室が住宅基準を満たすという条件は、日本のグループホーム論に欠けている。
- 9) 住居基準を満たしている76%のうち、1部屋は59ポイント、2部屋16ポイント、3部屋は1ポイントである。
- 10) Boverket. 2007 *Information om investeringsstöd till äldreboende*
- 11) 特に夜間および週末の職員配置、看護師の配置を考えると、この大きさが最低限であるように見受けられる。
- 12) 民間団体が独自に特別な住居を所有、運営することはできるが、県行政庁の許可を必要とする。なお市と契約をしている場合は、許可は必要ではない。
- 13) 市によって組織形態は異なるが、看護師などへのアクセスに責任があることには変わりはない。
- 14) Socialstyrelsen. 2008 *Vård och omsorg om äldre - Lägesrapport 2007*
- 15) 2008年7月1日現在、1クローナはおよそ17.6円である。
- 16) Socialstyrelsen. 2007 *Uppgifter för beräkning av avgifter för alder- och handikappomsorgen 2008*
- 17) 最低保障、最高負担制限および高齢者の自己決定という観点から、介護費用の年金からの天引きは行われていない。
- 18) 2007年12月の委員会報告書の発表において、委員長は「すべての高齢者が最後まで住み慣れた住居に住み続けたいと思っているのは神話である」と問題点を指摘した。
- 19) サービスハウス入居者すべてが介護を受けているわけではないので、サービスハウスがシニア住宅に転換すると、統計上、特別な住居入居者数は減少し、ホームヘルプの受給者は増加する(サービスハウスに住んでいて援助を受けていなかった人の分が統計に含まれなくなる)。
- 20) SOU 2007: 103.2007 *Bo för att leva – seniorbostäder och trygghetsbostäder*
- 21) 課税対象所得に対しておよそ22ポイント分が県から市に移された。

### 参考文献

- 奥村芳孝 2000『新スウェーデンの高齢者福祉最前線』旬報社  
 奥村芳孝 2005『スウェーデンの高齢者・障害者ケア入

門』旬報社

介護施設などの在り方に関する委員会 2006『諸外国の  
施設・住まい等の状況について』厚生労働省

Boverket. 2007 *Information om investeringsstöd till  
äldreboendestäder*

Socialstyrelsen. 1995 *Ädelreformen årsrapport 1995*

Socialstyrelsen. 2006 *Vård och omsorg om äldre -  
Lägesrapport 2005*

Socialstyrelsen. 2007 *Uppgifter för beräkning av avgifter för*

*älder- och handikappomsorgen 2008*

Socialstyrelsen. 2008 *Äldre - vård och omsorg år 2007*

Socialstyrelsen. 2008 *Vård och omsorg om äldre -  
Lägesrapport 2007*

SOU 2007:103. 2007 *Bo för att leva - seniorbostäder och  
trygghetsbostäder*

(おくむら・よしたか

OKUMURA COMMUNICATIONS 代表)