

フィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅

石井 敏

■ 要約

森と湖の国・フィンランドは、北欧型の社会保障・社会福祉システムを持つ福祉先進国である。高福祉高負担というシステムの中で高齢者ケア政策を位置づける。高齢化率は北欧諸国と比べても、また日本と比べても低く、比較的若い国であるが、その歩みは日本の10年先を行く。フィンランドの高齢者福祉は、できる限り在宅で、もしくは高齢期における「住宅」で暮らし続けられるシステムの模索とその場の整備に焦点が当てられている。特に介護施設に代わるものとして、「住宅」に介護やその他サービスを付加させたサービスハウスがその中心となる。その中では民間NPOによるサービス提供・運営が多いことも特徴である。また、「施設」という制度上の枠組みを残しながらサービスハウスなどの整備を進めてきた点が、制度上「施設」を廃止し、「住宅」政策の中で高齢者ケアを位置づけてきたスウェーデンやデンマークとは異なり、日本的な状況に近い。

■ キーワード

フィンランド、サービスハウス、グループホーム、高齢者住宅、居住環境

I. はじめに

1. 施設から在宅・住宅へという流れ

高齢者福祉にかかわる仕組みとその内容は、隣国スウェーデンからの影響を受けてのものが少なくない。いわゆる北欧型社会福祉のシステムを持つ。歴史的なつながりも深く、一歩も二歩も先を行く高齢社会を経験しているスウェーデンを隣に見ながらのシステムづくりである。しかしさまざまな点での相違もある。スウェーデンに比べて民間(NPO)によるサービス提供・運営が多いこと、高齢者住宅やグループホームにおける居室の広さやその仕様に関する違いがあること、スウェーデンが1992年のエーデル改革により制度上「施設」という枠組みを廃止して、医療・福祉両分野の高齢者関連施設をすべて「特別な住宅」として一本化した中で位置づけるという徹底した施設から住宅への施策転

換を図った¹⁾のに対して、フィンランドでは「施設」という枠組みを残しながら「サービスハウス」とよばれるケアやサービス付きの住宅整備を進めてきたという特徴がある。いずれにしても高齢者ケア政策と施設に代わる高齢者のための住宅政策とは不可分な関係にあるものであることは最初に示しておきたい。

フィンランドではほかの北欧諸国と同様、子供には親の介護をする義務はない²⁾。その義務は国にあり、実質的には各自治体が負う。そのことを明記し、そのために各自治体で各種在宅サービスや、高齢者住宅(サービスハウス)、老人ホームなどを整備し提供することが社会福祉法³⁾で定められている。ただし、日本の老人福祉法⁴⁾のように、施設の運営から設備の基準まで細かく網羅するようなものではない。あくまでも高齢者ケアのための大枠の指針が示されているだけで、具体的なサービス

提供の方法は各自治体に委ねられている。

415 (2008 年現在)ある各自治体⁵⁾がそれぞれの実状にあわせて、各種のサービスを設定し、提供する。各自治体は自前でサービスを提供することもできるし、民間のサービスを購入する⁶⁾こともできる。しかし、営利目的の民間企業等の参入はゼロではないが少ないのが現状である。今後はさらに、営利目的の民間参入が増えてくることが予測される。小さな自治体では、周辺のいくつかの自治体組合連合をつくり、共同でサービスの運営・提供を行うこともある。

各種サービスには主に各自治体が徴収する税金が充てられ、このほかに国からの補助金、利用者の自己負担によって支えられる。税方式による社会保障システムである。高齢者ケアにかかわる総費用の約 1～2 割が利用者の自己負担によってまかなわれている⁷⁾。

1980 年代から地方分権の動きがあったが、1993 年の法改正で大きく前進した。国から地方自治体への大幅な税源移譲、国からの補助金の使途目的に関する自由度の拡大などがあり、各自治体のサービス供給のあり方の自由度が大きく増した。そのこ

とは、より一層各自治体におけるサービス提供のあり方に責任を負わせることにもなり、サービスの質にも大きな焦点が当てられることになった。

高齢者ケアのあり方も、それまで中心だった「施設ケア」から、オープンケア、つまり「在宅ケア」・「住宅サービス」へという流れが大きく前進した。施設ケアにおいては、利用者は年金の減額があり、また国の社会保険庁が統括する各種手当(ケア手当や住宅手当)は受け取ることができず、施設ケアの実費用の大部分を自治体が負担することになる。それを、住宅を基盤としたオープンなケア(在宅ケアやサービスハウスでのケア)に移行することで、利用者は国から得る各種手当や年金などを利用することができ、実質的に各自治体自身の負担も軽減される。このような社会保障、税金における地方自治体と国との関係が、施設ケアからオープンケアへの積極的な移行をもたらした一因でもある。

2. フィンランドの概況

人口は約 530 万人で日本とほぼ同じ国土面積を持つ。首都ヘルシンキでも人口は約 56 万人である。高齢化率は 2006 年末で 16.5% とほかの北欧諸国

表 1 フィンランドの概要

人口	5,273,331 人	2007 年末
国土面積	303,901km ²	2007 年末
人口密度	17.4 人/km ²	2007 年末
高齢者人口の割合	16.5% → 23% (2020 年予測) → 27% (2040 年予測)	2007 年末
75 歳以上の割合	9.90%	2007 年末
平均寿命	男性 75.8 歳 女性 82.8 歳	2006 年末
合計特殊出生率	1.84	2006 年末
言語	フィンランド語 91.5%, スウェーデン語 5.5%	2007 年末
宗教	ルーテル派 81.8%, 無宗教 15.8%	2007 年末
都市別人口	ヘルシンキ 56.8 万人, エスポー 23.7 万人, タンペレ 20.7 万人 人口 10 万人以上の都市は、上記を含む 6 都市	2007 年末
居住様態	2,476,500 戸 40%が単身者 平均 2.1 人/世帯	2007 年末
自治体数	415	2008 年 5 月

出典：Facts about Social Welfare and Health Care in Finland 2007, <http://www.stat.fi/> を参照

や日本に比べても低い。しかし、これから急速に高齢化が進み、2040年には27%になることが予測されている(表1)。

「森と湖の国」と言われるように、水と緑の豊かな自然に恵まれた環境にある。その一方で非常に厳しい気候や自然環境も持つ。これらが生活にも大きな影響を及ぼす。日常の生活の中でローソクの小さな明かりを大切にしていこう、光の扱いに長けた繊細なデザイン感覚もこのような自然環境の厳しさと向き合う中で生まれてくるものである。

歴史的にも苦労を強いられてきた。大きな戦争を経験せずに豊かに、また時間をかけて緩やかに社会福祉国家の土台を形成し、発展してきた隣国スウェーデンとは状況が大きく異なる。100年あまりのロシア(当時ソ連)による支配から独立したのは1917年であるから、独立後まだ100年もたっていない。今でこそハイテク産業に支えられる先進国だが、もともとは貧しい農業国であった。その点も王国として豊かに発展してきた隣国スウェーデンとは対照的である。この歴史・地理的な背景は、寡黙に堪え忍んでコツコツと歩むフィンランド人の精神性や気質にも、また実生活にも影響を与えている。

言語はフィンランド語を公用語とするが、歴史的な関係もあり、スウェーデン語も同様に公用語となっている。人口の約5.5%を占めるスウェーデン語系フィンランド人は独自の生活・文化を持っているため、言葉だけではなくそのための生活が憲法で保障されている。高齢者施設を例にとっても、スウェーデン語やスウェーデンの文化の中で暮らせるような各種サービス(施設)が整備されているし、両者が入居する施設では2カ国語で対応できるスタッフもいる⁸⁾。

フィンランドはEU、ユーロともに参加している。同じ北欧諸国でも、ユーロに加盟しないスウェーデンやデンマークとは国際社会における自国の位置づけや考え方においても微妙な差異があり、それ

ぞれの国の事情が垣間見られる。

II. フィンランドの高齢者ケア政策

1. 高齢者福祉を支える制度

高齢者に関する福祉政策は、憲法と社会福祉全般を規定する社会福祉法に基づく。育児や子育てのための福祉、障害者のための福祉など社会福祉全般に関する枠組みを定めた法律の中の一要素として高齢者福祉は位置づけられている。日本の老人福祉法のような、高齢者福祉に関する特別法はない。

フィンランドの高齢者福祉政策の目標は、1982年の国連の勧告を基盤としてつくられている。高齢者ができる限り自立して暮らしていける社会とサービスの構築と、より質の高いサービスを提供することで、豊かな高齢期の生活が送れるようにすることが目指されている。国は法律を制定し、年金や給付などの所得保障を行うことが中心で、実際のサービス提供は各地方自治体にその義務がある。

フィンランドにおける高齢者福祉を支える制度の中では1982年の国連の高齢者世界会議、1984年のVALTAVA改革、1993年の税制改革が大きな意味を持っている。

VALTAVA改革は国と自治体間の社会サービス提供における役割分担の再構築、施設ケアから脱施設ケア(オープンケア)への移行促進を図るもので、北欧型の福祉国家としての基盤がつけられた改革である。また、1993年の税制改革では地方自治体にサービス供給の権限と税源を大幅に移譲し、自治体の自由な裁量で補助金の使用用途が決められるように包括補助金制度を導入した。この改革により、地方分権は大きく促進され、各自治体の高齢者介護のあり方も施設介護から在宅介護、住宅サービスへの転換が大幅に図られることになった(図1)。

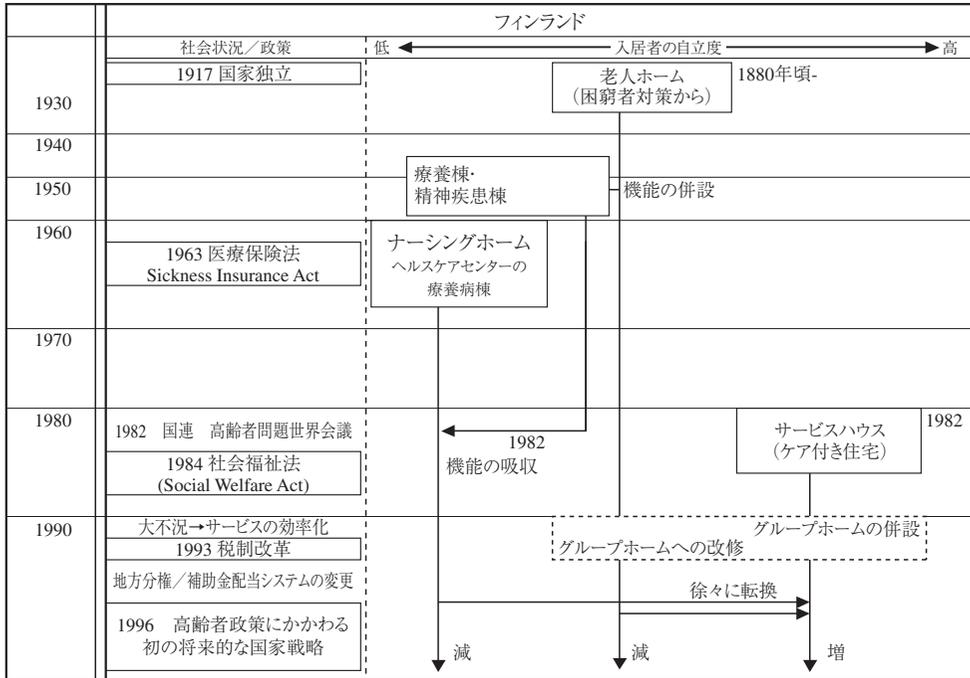


図1 フィンランドの高齢者福祉政策の流れ

2. 民間の活動を支えるスロットマシン協会(RAY)

自治体主導の施設やサービス提供が基本だが、フィンランドでは民間事業者も大きな役割を担っている。その民間の活動を支える重要な組織として、スロットマシン協会(以下、RAY)がある。フィンランドの医療福祉、特に高齢者福祉の分野ではサービスハウスやグループホームの建設・運営に大きくかかわってきた。

RAYはスロットマシンなどのカジノゲームを運営する組織である。国の管轄下であり、独占的に事業を行うことが認められている。しかも、その利益をすべて医療と福祉にかかわる非営利民間事業に分配することが前提にされているという点で特徴的である。

フィンランドにカジノが入ってきたのは1920年代だが、営利を目的としたカジノに国が規制をかけた。その結果、慈善活動を目的とした8団体にカジノの権利が与えられ、1938年にそれらが統一されRAYが誕生した。以来、カジノによる収益はす

べて営利目的ではない民間(NPO等)に分配され、医療福祉分野のさまざまな民間活動を支えてきた。

2007年には約6.1億ユーロ⁹⁾が、約1,600の団体・組織、3,700超のプロジェクトに援助された¹⁰⁾。特に医療福祉サービスの促進には4.7億ユーロが費やされる。そのうちサービスハウスの建設や運営にも多くが費やされている。ほかの北欧諸国に比べて非営利の民間(NPO、財団)の高齢者福祉分野への参入が多いのは、RAYがそれを促し支えているためである。

3. 高齢者ケアサービス

フィンランドの高齢者福祉を支える大きなコンセプトは、人間の尊厳の尊重、自己決定の権利、プライバシーの権利の保障である。介護のサービス内容については、個々のニーズに基づいて決定される。一般的には、自治体の保健・医療・社会福祉関係者がチームを組みケアのマネージングにあたり、具体的なサービス内容については本人・

家族との話し合いによって決められている。

以下、高齢者ケアにかかわる諸サービスとその内容の概要を示す¹¹⁾。

(a) ホームヘルプサービス・訪問看護サービス

在宅の高齢者に対するサービスで、介護・看護の専門職が緊密に連携をとりながらサービスが提供される。利用者はサービス利用量、収入、家族形態などに応じて一部費用を自己負担する。2005年時点で65歳以上の6.5%、75歳以上の11.5%が利用している。

(b) 生活支援サービス

食事や洗濯、移動、日中の活動、付き添いそのほか日常生活をサポートするためのサービス。食事サービスでは、食事の配達、サービスセンターやデイセンターでの提供、自宅でのホームヘルパーによる食事準備などがある。日中の活動サービスでは、サービスセンターやデイセンターにおける健康増進のための運動や交流の機会を提供する。また、多くのサービスセンターやデイセンターは、クラブ活動、学習活動、地域活動などの活動拠点となる。移動サービスは、公共交通機関と同額でタクシーを利用して移動することができる。

(c) 住宅サービス

住宅でできる限り長く暮らすことを支えるためのサービス。住宅改修が大きなサービスの柱である。もう一つはサービスハウス(賃貸型の高齢者住宅、後述)の提供である。サービスハウスは質の高い住空間と安心・安全が備わった住宅である。利用者は家賃のほか、食費、各種サービスの費用を支払う。老人ホームなど多くの従来型施設が、環境の改善を図りながら、サービスハウスに転換されてきている。

(d) インフォーマルケア(家族や親族によるケア)のサポート

家族介護のための費用サポート。介護サービス提供の義務は各自治体にあるため、家族がそれを担う場合には、その費用がサポートされる。2008年の介護者手当は最低で317.22ユーロ/月と定められている。要介護者の状況が極めて深刻で、介護のために仕事を休職しなければならないほどの状況になった場合には、最低600ユーロ/月が保障される。介護者は月に3回介護休暇を取ることができ、そのためのサポート(ショートステイなどを自治体は保障しなければならない。2006年時点では65歳以上の2.3%、75歳以上の3.7%が利用している。

(e) 補助器具・健康管理等

高齢者のための保健・健康管理は各自治体のヘルスケアセンターで提供される(医療の項参照)。さまざまな補助器具(車いすや杖など)の貸し出しもヘルスケアセンターの責任となる。糖尿病やがんなどのケアに必要な使い捨ての機器は無料で提供される。より高価な機器(電動車いすや昇降ベッドなど)は病院のリハビリテーション部門から提供される。

(f) 施設サービス

施設サービスとは、老人ホーム、ヘルスセンターの長期療養病棟、認知症などのための特別ケアユニットを意味する。24時間の介護、食事提供などが備わったフルパックの介護施設である。サービスとしては、在宅生活を支えるためのショートステイと長期入所サービスとがある。利用者は収入の80%を費用として支払う。ただし、最低でも80ユーロ/月は手元に残るように徴収される。この料金で実費がまかなえる場合は少なく、差額は自治体が負担する。介護・看護のほか、必要に応じて入れ歯、眼鏡、衣服、家具なども提供される。

(g) プライベートファミリーケア

一般の家庭(第三者)が、高齢者の家族に代わって介護、サポートするもの。子供の託児や、障害者の介護で多く見られるが、高齢者を対象としたものもある。介護者は相応のトレーニングの受講と環境を整える義務がある。最低 310.44 ユーロ/月・人の介護手当と 350 ユーロ/月の必要経費が自治体から支払われる。

Ⅲ. 医療と年金

1. 医療

フィンランドの医療保健ケアは各自治体が供給し、財源は主に税金が充てられる。民間の医療保健ケアは公的なケアを補充するものとして位置づけられている。各自治体は単独で、もしくは広域的な自治体組合を結成してサービス提供を行う。自治体はサービスを民間に委託することもできる。

一次医療は、各自治体の保健センター(ヘルスケアセンター)と民間クリニックで行われる。現在フィンランドには 278 (2003 年現在)の保健センターがあり¹¹⁾、外来診療と入院病棟を備えている。入院病棟が高齢者のための長期療養病床の一部となっている。保健センターでは、保健教育、出産・児童診療、学童診療、学生診療、職業衛生、一次医療やリハビリテーション、在宅看護、歯科治療の一部、救急サービスなどの義務を負っている。

二次医療は、国内 20 に分割された圏域で行われ、二次・三次医療は中央病院と大学病院を中心に体系がつくられていて、自治体・自治体組合が所有し、各圏域自治体によって運営されている専門病院で行われる。病院の財源は主に地方自治体が拠出し、国は補助金を分配する。患者も利用料を支払う。

2. 年金

フィンランドの(高齢者に対する)年金は所得比例年金(雇用年金)と基礎年金の二本立てとなって

いる。2006 年時点での年金平均額(月)は、基礎年金で約 525 ユーロ、雇用年金の平均で男性 1,453 ユーロ、女性 932 ユーロとなっている¹²⁾。

基礎年金は 65 歳以上だが、60 歳から早期退職のための制度もある。雇用年金の額や、婚姻形態、居住地などによって年金額は変わってくる。雇用年金は雇用の形態、雇用期間や雇用時の所得に応じて定められるが、雇用時所得の約 60% を最大に支給される。

Ⅳ. 高齢者の居住環境と高齢者住宅

1. 要介護高齢者の居住場所

フィンランドの住宅事情は、決して恵まれているとは言えない。面積的にもほかの北欧諸国に比べれば水準は高くない(表 2)。過去に建てられた集合住宅にはエレベーターなどもなく、設備的にも十分でないものも多く、特にそのような住宅には高齢者が多く暮らしていると言われている。そのような状況の中、介護を必要とする高齢者が暮らす場所にもこの 10 年で大きな変化が見られるようになってきた。

この 10 年で、施設(老人ホーム、長期療養病棟)からサービスハウスとよばれるケア付き住宅に居住の場が移行していることがわかる¹³⁾。特に 85 歳以上では 1 割を超える高齢者がサービスハウスに居住し、そのうち 7 割が 24 時間のケア付きサービスハウスでの居住である(表 3)。

認知症高齢者に限った居住場所をみると 46.2% が施設である老人ホーム、もしくは 24 時間のケア付きサービスハウスとなっており、長期療養病床、一般住宅がそれぞれ約 20% となっている。1999 年と比較すると、医療施設・長期療養病床が減少、一般のサービスハウスも減少、その分ケア付きの居住施設・サービスハウスが増加している(表 4)。

国の目標としては 75 歳以上の高齢者の 90% が必要なサービスを受けながら在宅で生活をするこ

と、75歳以上の30%の高齢者が定期的に在宅サービスを利用できること、3～5%がサービスハウスに住むこと、施設ケアは5～7%に抑えることなどが示されている。

2. サービスハウス

(1) サービスハウスの発展

1993年の税制改革に続いて、翌年には保健福祉

省、自治省、環境省とその傘下にある住宅基金局(以下、ARA)の連名で、各自治体に対して通達が出された。それは、従来の医療福祉システムと住宅政策の抜本的な改革を求めるものであった。この施設ケアから在宅ケアへの移行という具体的な方針は、各自治体の高齢者ケアサービスのあり方に大きな影響を与えた。

そこでサービスハウスが注目を浴びるようにな

表2 フィンランドの住宅事情(概要)

住宅の平均面積	80.5m ²
一人あたりの平均面積	全体 38.3m ² /人
	単身 57.7m ² /人
	2人世帯 43m ² /人
持ち家率	59%
家族規模	1人 40.4%
	2人 32.8%
	3人以上 26.8%
住宅購入価格(平均)	ヘルシンキエリア 3,067 ユーロ/m ²
	その他地域 1,468 ユーロ/m ²
賃貸住宅家賃(平均)	ヘルシンキエリア 11.03 ユーロ/m ² ・月
	その他地域 8.23 ユーロ/m ² ・月

出典：http://www.stat.fi/til/asu_en.html を参照

表3 ケアサービス利用者の割合と居住場所(年齢別、調査年別)

	調査年	住宅ケア	サービスハウス	24H ケア付きサービスハウス	老人ホーム	長期療養病床
65歳以上	2005	6.5%	2.9%	(1.9%)	2.2%	1.3%
	1995	7.3%	1.9%	—	3.1%	1.7%
75歳以上	2005	11.5%	5.4%	(3.4%)	4.3%	2.5%
85歳以上	2005	20.9%	11.4%	(7.5%)	10.4%	5.7%

出典：Socialiaali -ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006, p.74 を一部改変

表4 認知症高齢者の居住場所(1999年と2005年の変化)

認知症高齢者の居住場所	2005	1999
医療施設	2.2%	2.6%
長期療養病床	20.0%	24.5%
短期入所	5.8%	6.9%
老人ホーム or 24H ケア付きサービスハウス	46.2%	37.6%
サービスハウス	4.9%	8.9%
一般住宅	21.0%	19.5%

出典：Socialiaali -ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006, p.82 を一部改変

る。制度としても形としても住宅として位置づけられていることで、在宅ケアを進める国や自治体にとって、まさにケア付きの住宅という形は、費用のかかる施設に代わるものとして大いに注目を浴びた。

しかし、自治体は不況の折、財政的には大変厳しい状況にあった¹⁴⁾。そこで前述した RAY のサポートを受ける非営利の民間事業者が大きな役割を担うようになる。RAY と ARA も高齢者などの特別なニーズがある人々への住宅供給を大きな柱にしていたので、サービスハウス建設・運営に大きな力となった。

以上のような背景から、1990 年代以降、民間運営によるサービスハウスが多く存在するようになる(表 5)。自治体設置以外のものについては、多くは RAY からの補助と、ARA からの融資を受けて建設されている。

(2) サービスハウスのコンセプト

サービスハウスは高齢者のための「住宅」である。居住環境としては、一般の住宅と同等の質と、高齢者や障害者が暮らすための設備的な配慮が求められている。多くは賃貸契約によるものだが、最近では分譲型のものも出てくるようになった。

利用者は年金、家賃補助、ケア手当などによる収入から、家賃とケアサービスにかかる費用を支払う。もちろん必要なケアサービスに対する支出が困難であれば自治体がそれを補助する。

家賃は建設コスト、地域の一般の家賃相場から算出される。面積単価に応じた家賃が設定される

ことから、居住面積が広くなれば当然家賃は高くなる。誰もが入居することができるというのが前提のサービスハウスであるから、標準的な面積での計画が求められる。建設資金を補助・融資する RAY と ARA は、住宅の質の確保という点と、建設コスト、空間効率といった経済性の視点に立って計画の指導をする。

サービスにかかる費用は、利用者各自が必要とするサービスの購入分だけ支払う。全くサービスが必要なければ家賃だけで暮らせる。住宅としての部分とサービスの部分が明確に分離していること、ケアサービスは居住という部分から独立して個々に状況に合わせて選択・購入することができるという点が 24 時間フルバックの介護施設とは根本的に異なる。

提供されるサービスの内容はサービスハウスによってさまざまだが、詳細に料金が設定されている。居住者と外部の利用者それぞれに対しての料金を設定し、サービス提供を行っていることもある。ケアサービスは必要ないが食事だけ購入するとか、食事でも昼食だけ購入するなどの選択が可能である。訪問のサービスも、その頻度や内容によって料金が設定され、各自で選択する。食事やケアサービスをセットにした割安のパックもある。これも、ほぼすべてを含むフル介護型のパックから、生活支援型のパックまで、選択が可能のように何種類か設定されている。

近年では 24 時間ケア付きのサービスハウス(住宅)が老人ホーム(施設)に代わる要介護高齢者の居住の場、ケアを受ける場として注目を浴びており、その割合が高くなってきている。

(3) サービスハウスの利用者

サービスハウスは住宅であるから、高齢期に入って自宅での生活に不安を抱える人々が、新たな生活の場所として移り住むというのが利用者像となる。一人暮らし、もしくは夫婦の高齢者が利用する。

自然・地理的な環境が厳しい中で、在宅での生

表 5 運営主体別にみた老人ホーム(施設)とサービスハウス(住宅)の割合

施設種	運営主体	自治体	NPO	営利企業
老人ホーム		88.0%	10.5%	1.5%
サービスハウス		42.4%	44.2%	13.4%

(2005 年)

出典：Sociali -ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2006, p.140 を一部改変

活に不安を抱える人は少なくない。エレベーターがない集合住宅、一人暮らしには広すぎる住宅、生活上の不便な立地、老夫婦のみの生活になったの不安など、さまざまなケースが考えられるが、いずれにしても一人暮らし、夫婦での暮らしのための一定の質を備えた住宅であること、利便性のよいところにあること、加えて安心を得ることができることが大きなメリットになる。

サービスハウスでいつまで住み続けることができるのかということになるが、グループホーム以外では生活上の介護において2人以上の介護の手を必要とする状況になったときには、老人ホームや病院へ移るとの方針をとっているところが一般的である。フィンランドの場合、サービスハウスの後方に従来型の老人ホーム(施設)が控えていて、制度の上で施設廃止に向かったスウェーデンやデンマークとは異なる状況を持つことが特徴である。人生の最後をどこで、どのように過ごすのかという問題は、どのような形にしても残る課題である。近年では24時間ケア付きのサービスハウスも増えてきており、ついに住み家としての位置づけもされるようになってきた。

いずれにしてもサービスハウスの登場とその普及は大きな意味を持った。何より、できる限り「家」に長く住み続けることができるということである。これまでであれば、住み慣れた自宅で生活が困難になれば、その先は「施設」である老人ホームや病院しかなかった選択肢に、高齢期の時間を新たな形で過ごすことができるようなハードとソフトを兼ね備えた「住宅」としての新たな暮らしの場が登場したのである。「自宅」か「施設」か、という二者択一的な選択肢に新たな選択肢が加わったわけである。

(4) サービスハウスの形態

サービスハウスには、新築型によるものと既存の建物を改修したものがある。従来の老人ホームや古い高齢者住宅の居室を個室化したり、居室面積を広くしたりすることで居住環境を改善し、

サービスハウスに転換する事例も多数ある。近年の例を見ると、民間が運営するものは新築型が、もともと多くの老人ホームや高齢者住宅を持つ自治体が運営するものは既存建物の改修型が多い。

サービスハウスが持つ機能からみたとときには3つのタイプに分けられる。一つ目は、建物としては住宅の機能だけを持っていて、ケアサービスは外部に独立してある、もしくは自治体のケアサービスを利用するというものである。建物とケアとが物理的に離れている形である。

二つ目は、サービスハウス内に住宅とケアサービスの機能を内包する形である。三つ目は、居住空間の場にケアそのものが付いている形、つまりグループホームのような24時間専属のスタッフとサービスが付いているものである。この場合は、認知症高齢者や身体的に虚弱な高齢者が対象となる。

サービスハウスの空間の形態からも3つに分けられる。一つは、独立した各住戸が廊下でつながっているタイプである。最近多く見られるタイプは、廊下をなくし、5～7戸の住戸に対して小さな共用のラウンジ空間(それぞれの住戸の玄関的な意味合いと共用のリビング的な意味合いを持たせるもの)を設ける形で構成されるものである(図2)。近年のRAY・ARAによる補助を受けたものは、廊下をなくすことで空間的な効率を上げ、居室での孤立や施設的な雰囲気を避けるといった観点から、グループ居住型の形を持つものが多く見られる。「最低限の面積で最大限の効果の追求」、「空間にむだがないように効率性のよい配置の追求」という徹底した空間づくりのコンセプトが平面計画からも見えてくる。

そしてもう一つは、グループホームに対応した空間形態を持つものである。グループホームの定まった定義はフィンランドではないが、おおよそ5～15人を一つのまとまりとして設定するものが一般的である。12～15人で構成すること、さらに複



図2 グループ型居住形態を持つサービスハウス事例
(転載: suomalaisia palvelutaloja p.37 を加工)

数のユニットに分割できる形で構成することができる形が推奨されている。

具体的には5つ程度の居室を一つのユニットとして、ユニット内に共用のキッチンやリビングを備え、ユニットで独立した生活が可能な構成が取られたものである。「小さい規模は家庭的で入居者にとっていいことである」という考え方が5人程度を1つのグループにする根拠になっているが、現実的には、夜勤のスタッフ配置を考えると、1ユニットを5人で運営することは難しく、2~3のユニットが複合して空間的にも運営的にも解決が図られる事例が多くなっている(図5)。

(5) サービスハウスの居住空間

住戸(居室)の面積は1人用で40~45m²が標準となっている。フィンランドの一人暮らしの住まいの平均的な面積から算出されたものである¹⁵⁾。

住戸の作り方は、基本的には寝室とリビング空間から構成され、寝室から直接アクセスできる車いす利用が可能なシャワー・トイレが設けられる(図3)。キッチンも備え付けることが原則となっている。実際サービスハウスでは食事をすべて自分で作って生活する人はまれで、多くが併設するサービスセンターのレストランでとる。しかし、住宅としてのしつらえにはキッチンは欠かせないものであり、たとえ利用されなくても、その存在が自立の意識を与え、住宅としての趣を与えるという考えがある。

また、サービスハウスは住宅であるから、家具はもちろん、カーテン、照明ランプなどすべて利用者の持ち込みとなる。グループホームでも同様である。それぞれの部屋は必然的に個性が表出され、家らしさを醸し出すことになる。北欧でサービスハウスなどの部屋を拝見すると、どの部屋も同じような雰囲気を持ちながら、しかし、どこか個性的な雰囲気もそこから感じられる。「同じような雰囲気」というのは、おそらくフィンランド人なら誰もがイメージする住まい方やその型、居場所の作り方のようなものがある(残っている)からだと考えられる。生活感があまり感じられないようなシンプルな

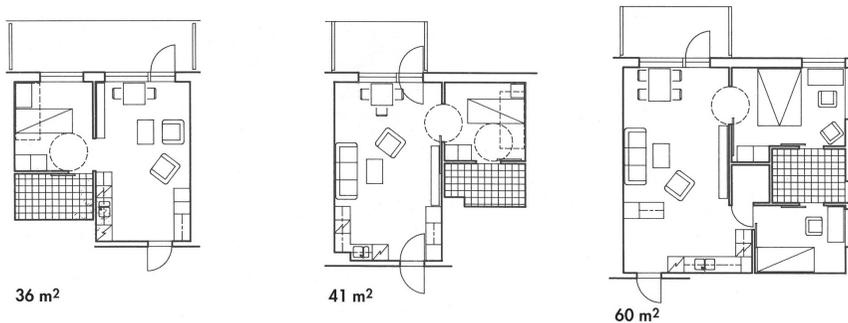


図3 サービスハウスの居室計画の事例(転載: RT 93-10534 p.5 図5 を加工)

しつらえ、その中で使い慣れた家具やいすを身の回りに配置し、そこには決まって家族の写真を並べるといったような形である。一方、「個性的な雰囲気」は、同じような空間のしつらえがあっても、カーペットやカーテンの色や模様、照明のデザイン、置物や壁掛けが個々によって違うことから醸し出される。

(6) サービスセンター

サービスハウスにはサービスセンターが併設されることがよくある。近年つくられるサービスハウスの多くは、居住者のためのサービスハウス(住居)と地域にも開放したサービスセンターが一体的に計画される(図4)。

サービスセンターは、居住者はもちろん、地域にも開放した施設である。例えば、サービスセンターにケアの拠点が置かれ、地域にもサービスが展開されることもある。デイケアセンターが設けられることもある。多くの場合レストランもあり、サービスハウスの大部分の居住者はここで食事をする。外部の人も料金を支払えば利用できるし、配食サービスも行われる。

フィンランド人にとって水泳は極めてポピュラーな日常の運動のひとつでもあり、プールもよくサービスセンターに付加される機能である。居住者の

レクリエーション、リハビリに利用されるほか、地域に開放してベイスイミングなどが行われる。サウナもサービスセンターに付いていることが多く、図書室や理容室などもある。

サービスハウスがさまざまなイベントやプログラムを組み、居住者や地域の人々にサービスを提供する。毎日、音楽会などのイベント(多くは有料)があるし、語学教室などさまざまなサークル活動も行われる。

3. グループホーム

(1) 暮らしの形としてのグループホーム

以上見てきたようなサービスハウスというケア付きの住宅の中に、グループホームが位置づけられることが多い。したがって、グループホームとサービスハウスの議論は切り離すことが難しい。

一方で、フィンランドでは、グループホームが何かという制度上の明確な定義はない。対象者、規模、スタッフ配置などに関する日本であるような制度的な基準はない。各自治体によってその解釈や定義はさまざまであり、サービスハウスにおけるグループホームもあれば、従来の施設を小規模化したグループホームもあるし、医療施設におけるものもある。認知症高齢者を対象としたものから、非

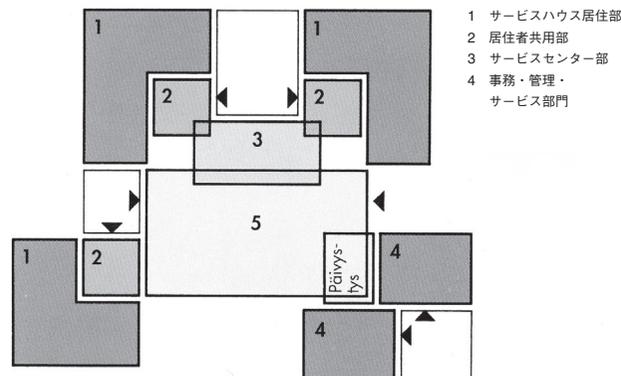


図4 サービスハウスとサービスセンターの計画事例(転載: RT 93-10534 p.3 図3を加工)

認知症の高齢者、虚弱高齢者を対象としたものもある。

制度としての「施設」に位置づけられるものから「住宅」として位置づけられるものまで多種多様にある。したがって、グループホームとはこれまでの施設的な環境とは異なる小規模な形態・人数の中での家庭的な生活を軸にした居住・ケアの場とその形、という概念でとらえておくのが適当である。

(2) グループホームの形態

北欧におけるグループホームと言えば、地域の中に「戸建ての家」として独立してあるものがよくイメージされる。また日本では、平屋で接地性が高いことが望まれる。確かにグループホームがスウェーデンで生まれた当初は、そのような形態が先駆的な取り組みをしていたし、日本にもそのような形がグループホームとして伝えられた。しかし現在は、スウェーデンでも独立型のグループホームは全体の2割程度、また平屋もしくは建物の1階にあるものは約半数、ストックホルムなど都市部では約2割であるとされている¹⁶⁾。フィンランドの状況も同様である。サービスハウスとの併設、また複数のグループホームの複合化による経営・運営的な安定を図るという側面が強くなっているためである。

フィンランドに限らず北欧のグループホームで、グループホームが認知症高齢者にとってのついの住み家であるという認識は、今では常識化しているし、実際にさまざまな認知症の程度、身体的状態の人が対象となり利用している。

北欧の多くのグループホームも重度の認知症・ターミナルまでは想定せずに始まったが、時間の経過とともに対応せざるを得ない現実につつかり、その上で対応することにグループホームの真の価値を見出した。

(3) グループホームの空間

サービスハウス型のグループホームは、一人ひとりの居住スペースから共用空間のスペースを拠

出するという考え方に立って計画される。利用者の負担家賃への影響もあり、一人あたりの面積が40m²を超えないように計画上配慮が求められている。居室として22m²程度(20～25m²)が確保され、残りの面積が共用空間に充てられる。居室にはトイレとシャワーが備えられるのが基本とされている。一人あたりの面積から見れば、日本と同水準、場合によっては日本よりも低い。ただし、居室は22m²程度あることから、4畳半の基準しかもたない日本よりは、はるかに充実している。その分、共用空間に割り当てられる面積が少なくなっている。

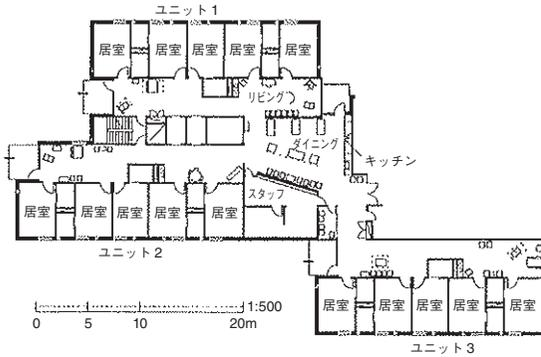
これは、利用者が負担する家賃として相当な面積40m²をどのように居室と共用空間に割り当てるか、ということにおける考え方の相違ととらえられる。その結果、日本では居室のスペースは6～8畳とそれほど豊かではないが、その分共用空間に豊かさを求めているということになる。

居室はワンルーム型でキッチンはない。スウェーデンのグループホームでは面積的にもより豊か(半数以上が居室面積35m²以上)で、キッチンを備えているものが一般的(約80%)である¹⁷⁾ということを見ると大きな相違がある。

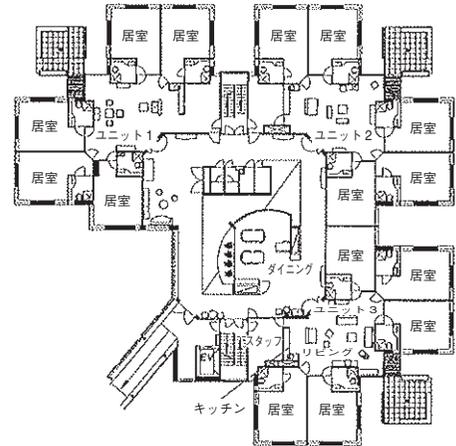
前述したが、5人程度のユニットが2～3つ組み合わさって運営されることが多い。したがって、特に新築のサービスハウスにおけるグループホームの規模は10～15人というものが一般的である。日本よりもやや大きめの規模である。それぞれの単位にミニキッチンやリビングがあるため、運営的な条件を整えば5人程度のまとまりで生活することも可能である(図5)。

(4) グループホームの生活

グループホームでの生活は極めて日常的で穏やかなものである。グループホームやグループホームケアとはこうあるべきだ、という理念的なものはほとんど見受けられず、「うちはこういう理念でやっています」といったようなことをスタッフ・運営者から聞くこともまれである。「家庭的な環境の方が



事例1
空間的に3つに分けられたそれぞれのユニットには、キッチン設備を有するが実際は利用されおらず、中央のキッチンが利用されている。キッチン側のダイニングには6つの食卓が置かれ、入居者はそこで分かれて食事する。スタッフ室の前にはいすが並べられ、ダイニング、その先のリビングを眺めることができる。各居室の前には、家具が置かれた廊下兼小規模なリビングスペースが広がる。



事例2
同様な空間構成を持つ3つのクラスターによって一つのグループが構成されている。各ユニットにリビング・キッチンがあるが、生活上はユニット3のキッチン・リビングが使われる。食事は中央の共用空間で行われる。各ユニットをつなぐ廊下には、備え付けのいすがあり、第2の共用空間として意図され、計画されている。

図5 グループホームの事例

認知症の方々にはよい」というごく単純明快な考えのもと、自然体でケアが行われ、生活がサポートされている。何においても理念や掛け声が先行してしまう日本では、立派な理念は掲げることができても、実際の生活やその空間とのギャップがあるホームがまだまだ少なくない。

相手が認知症高齢者であっても、個々の生活を第一に考える、そして大人として対等に接することが基本にある。スタッフはあくまで個々の自立を支えるための補助者的な位置づけで、認知症だからといって何から何まで手を貸すわけではない。あくまでも見守りが介護の基本にある。ある意味では厳しさのある介護である。したがって、スタッフは介護者というよりも一緒に生活をしている仲間という感じを与える。お互いに名前前で呼び合う文化も、外から見ているとフレンドリーで温かく、またスタッフと入居者が水平の関係にあることを感じさせる。午後のお茶の時間にあわせて楽しそうにパンやケーキを焼いているスタッフの姿もよく見かける。きれいな花を買ってきてうれしそうに花瓶に挿す姿も見る。とにかく、生活環境づくりを

一緒にしているという印象を強く与える。

あくまでも個々の生活を尊重するため、日本でよく見られるような全員で何かをすることといったようなプログラムの活動はないが、牧師が来て一人ひとりの手を握ってお話をしたり、ボランティアの人が来て歌を唄ったりといったような活動はある。特別なプログラム活動としてではなく、日常の生活の一つとして皆で集まって食事をしたり、お茶の時間に集まってコーヒーを飲んだり、といったような他者との自然な「交流」、「社交」が生活の流れをつくる上で大きな柱になる。また、これが個々の生活のリズムをつくる。

個人の生活を大切にすることと、皆で集まり社交することがセットになっているのが北欧の人々の暮らしである。とかく「個」というものの尊重に焦点が当てられがちな欧米の考え方だが、一方で家族や職場の仲間といった単位での集まり、社交も重要なものである。その両者があってはじめてそれぞれの意味を持つ。したがって、個の居場所としての充実した居室と、皆で集まって過ごす共用空間とが直接的につながる囲み型のグループホー

ムの形態は、ある意味では北欧の生活では理にかなったものであると考えられる。

日本との大きな違いの一つとして、食事の位置づけもある。フィンランドでは昼食がメインだが、サービスハウスに併設しているホームでは、メインの食事はサービスハウスから運んできて盛り付けだけをすることが一般的である。洗い物も食器洗い機が当たり前で、洗い物という家事作業もほとんどない。掃除にしても専門の業者が入ることが多くある。その意味では家事行為を生活の中心に据える日本のグループホームとは根本的に大きく異なる。女性の役割など、社会文化的な相違という根本的な背景がそこにはある。

V. おわりに

以上、フィンランドにおける高齢者ケアとその中での高齢者住宅の位置づけを見てきた。「施設」ではなく「住宅」で可能な限り暮らし続けることを目指す考え方と方向性では日本の現状とも一致するものである。そのための場としてサービスハウスやグループホームが位置づけられ、ケアをはじめとするサービスが柔軟に付加されることで、要介護になっても暮らし続けることが可能となる。その際、整えられる居住環境は、決して特別なものではなく、一般的な居住水準を満たす住宅としての整備が基本にある。どのような状態になろうとも、自立した生活を支えるための基盤として、最低限保証しなければならないものとしての居住空間である。住宅整備と高齢者ケア政策とをセットで議論していくことが、日本においてもより重要になってくる。

また、サービスハウスに併設されるサービスセンターは地域の中で公共的な機能を持つ地域コミュニティの場としても機能している。高齢者のサービス拠点を中心とした街づくりの考え方であり、ますます高齢化が進む日本の中小都市の今後の街づくりの考え方にも大きな示唆を与えるもので

ある。

付記

本稿は『高齢者の住まいと福祉に係る各国の取り組み事例等の調査研究事業報告書』（財団法人高齢者住宅財団、2005）に筆者が執筆した「第2章フィンランド」をベースに加筆修正してまとめたものである。

注

- 1) 外山義「クリッパンの老人たち」pp.103-104 参照。
- 2) Vaarama M., *Social Protection for the Elderly in Finland*, p.42 によると、家族や親戚によって提供されるインフォーマルなケアはケア総量の約7割を占めていると指摘しており、家族も直接・間接的に介護にあたっている現状が示されている。
- 3) 山田真知子「フィンランド福祉国家の形成」p.160によると、社会福祉法 (*sosiaalihuoltolaki*) は、それまでの救済的な名残がある福祉扶助法に代わり、時代に適合するサービス理念に基づいた法律として位置づけられるとしている。
- 4) 日本の老人福祉法では、施設設置の基準(人員・設備等)が詳細に定められている。全国一律に、一定水準の施設を建設するには適しているが、地域や施設による独自性を計画の中に反映させることは難しく、画一的な施設を作り出すことにつながる。介護保険法も同様の性格を持つ。全国どこに行っても同じような施設しか見られないのはそのためである。
- 5) スウェーデンが人口約900万人に対して300弱の自治体数を抱えることを考えると、フィンランドの自治体数は多く、自治体の規模が小さい(平均5000人弱)ことが分かる。教育や福祉などを各自治体単位で整備しなければならないことから、小さな自治体では単独の各種サービスの提供が困難となる状況もあり、自治体の合併が進められている。合併により各自治体の規模を2-3万人にするような改革が行われており、2009年中に完了する予定になっている。
- 6) あくまでもサービス提供の義務が自治体にあるため、自治体が自前で用意せず、サービスを民間に委託するという形態をとることも可能である。
- 7) 1997年の資料(Ministry of Social Affairs and Health, *Social Welfare in Finland*, 1999)では、高齢者の施設ケアでは約20%、ホームヘルプの約16%が利用者負担によっているとされている。
- 8) 415の自治体のうちスウェーデン語系フィンランド人が多数を占める19の自治体でスウェーデン語が公用

- 語, スウェーデン語系フィンランド人が多く住む 44 の自治体がフィンランド語とスウェーデン語を公用語としている。国としては両語が公用語である。(参照 <http://www.kunnat.net/>)
- 9) 1 ユーロは日本円に換算して約 169 円 (2007 年 7 月 10 日現在)。
 - 10) スロットマシン協会 (Raha-automaattiyhdistys) <http://www.ray.fi/> 参照。
 - 11) Ministry of Social Affairs and Health.2004. Health Care in Finland 参照。
 - 12) Ministry of Social Affairs and Health ,Characteristics of the Social Security System in Finland, p.32, 2007.9 参照。
 - 13) フィンランドで「施設」として位置づけられるものは、日本でいう特別養護老人ホームに相当する「老人ホーム」(vanhainkoti), 療養型病床に相当する「ヘルスセンター長期療養棟」(terveyskeskusten pitkäaikaishoito) である。一方, ケア付き・サービス付きのサービスハウス (palveluasuminen) は「住宅」に位置づけられる。「施設」から「住宅」へという流れの中で, 24 時間ケア付きのサービスハウスが増加している傾向にある。
 - 14) 1990 年代の初頭のフィンランドは, ソ連の崩壊を要因として国内の経済は大きな打撃を受け, 失業率は 20% に達するなど, 経済的には極めて深刻な国内状況にあった。
 - 15) サービスハウスの計画のガイドラインに相当するものとしては, 建設費等の融資を行うスロットマシン協会・住宅基金局が示している計画事例とガイドライン (suomalaisia palvelutaloja, ARA, RAY, 1995) と, 建築情報財団 (RTS) から出されている施設種別の設計ガイドライン (RT 93-10534, Rakennustieto Oy, 1994) がある。
 - 16) 奥村芳孝「新スウェーデンの高齢者福祉最前線」p.193 による。
 - 17) 同 pp.195-196 による。スウェーデンでは, かつてのグループホームでは居室内への完全なキッチンの設置が義務づけられていたが, 設置条件が緩和され, 現在では簡易キッチンの設置も必修ではなくなった。また居室面積を小さくして共用空間にその分面積を割り当てるような傾向があるという。

引用文献・参考文献(サイト)

City of Helsinki.1999. *Vanhusten päivä-, asumis- ja laitospalvelut Helsingissä*
 KELA. 2007. *Pocket Statistics 2007*
 Ministry of Social Affairs and Health.1999. *Policy on Ageing*

Ministry of Social Affairs and Health.2001. *National framework for high-quality care and services for older people*
 Ministry of Social Affairs and Health.2002. *Trends in Social Protection in Finland 2002*
 Ministry of Social Affairs and Health.2004. *Health Care in Finland*
 Ministry of Social Affairs and Health.2006. *Social Welfare in Finland*
 Ministry of Social Affairs and Health.2006. *Statutory Social and Health Service in Finland*
 Ministry of Social Affairs and Health.2007. *Characteristics of the Social Security System in Finland*
 STAKES. 2006. *Statistical Yearbook on Social Welfare and Health Care 2006*
 STAKES. 2007. *Facts about Social Welfare and Health Care in Finland*
 Teikari M. 2002. *Housing the Elderly – The Finnish Experience*, STAKES
 Vaarama M. 1998. *Social Protection for the Elderly in Finland*, STAKES
 Vaarama M. et al. 2001. *The Whole Municipality Working Together for Older People*, STAKES
 ARA and RAY. 1995. *suomalaisia palvelutaloja*
 Rakennustieto Oy. 1994. *RT 93-10534*
 石井敏ほか 2000.11 「痴呆性高齢者のグループホームにおける空間利用の特性, フィンランドの痴呆・非痴呆グループホームにおける比較分析を通して」『日本建築学会計画系論文集』,NO.537.
 石井敏 2001.3 『生活行動に影響を与える環境構成要素に関する研究 グループホームにおける痴呆性高齢者の分析』, 学位論文(東京大学)
 奥村芳孝 2000 『新スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房
 外山義 1990 『クリッパンの老人たち』ドメス書房
 山田眞知子 2006 『フィンランド福祉国家の形成』木鐸社
<http://www.ara.fi/> (住宅基金局)
<http://www.kela.fi/> (年金局)
<http://www.kunnat.net/> (フィンランド自治体連合組合)
<http://www.ray.fi/> (スロットマシン協会)
<http://www.stakes.fi/> (国立社会福祉保健研究開発センター)
<http://www.stat.fi/> (統計局)

(いしい・さとし 東北工業大学准教授)