

北欧の老人福祉サービス施設の動向

——いわゆる中間型複合施設について——

丸 尾 直 美

(中央 大 学 教 授)

1. はじめに

人口高齢化の進行につれて、老人福祉サービスへの関心がわが国でも高まりつつある。ことに1985年1月に社会保障制度審議会が「老人福祉サービスの在り方について」の建議を出してから老人福祉サービスの在り方をめぐる論議が活発になった。その中でも焦点はいわゆる中間施設であり、厚生省の中間施設懇談会が八月に中間報告を出したこともあってどのような中間施設を導入するかについて種々の団体や研究者が提言している。筆者は、スウェーデンの老人福祉政策に関心を持ち過去何回かスウェーデンをはじめとする北欧諸国を訪問した際に福祉政策を調査し、老人福祉施設の変遷をみてきた。今年も八月にスウェーデンとデンマークの中間複合施設ともいふべき老人福祉施設を訪ね、両国の老人福祉サービスの動向を調査することができた。この機会にスウェーデンとデンマークの老人福祉サービスとくに日本でいう中間福祉施設の特徴と最近の動向を紹介し、わが国における中間福祉施設実現の参考の資にさせていただくことにしよう。

スウェーデンの近年の老人福祉の理念は、①ノーマライゼーション、②インテグレーション（統合と総合システム化）、③本人の自己決定の三つの原則に要約することができるであろう。（拙著『福祉国家は破産するか』日経新書1979年、『日本型福祉社会』NHKブックス1984年刊を参照されたい。）1981年6月成立（1982年1月より施行）のスウェーデンの「社会サービス法」はこのような理念に基づいてつくられたものである。

スウェーデンもデンマークもこのような福祉政策の理念に基づいて、世界で最先端を行くといわれる老人福祉サービスを行い、その理念を具体化した福祉施設を次々に建設して世界の注目をあびてきている。しかし、スウェーデンの老人福祉サービスもここにいたるまでには紆余曲折を経ている。

2. スウェーデンにおける老人福祉施設の変遷

スウェーデンの老人福祉施設の歴史は、19世紀の「貧困者の家」にはじまる。この貧困老人収容所ともいふべき施設が、19世

紀から20世紀のはじめにかけていわゆる老人ホームにとって代るが、当初の老人ホームは貧困者の家の性格を残していた。1930年代に入り、退職した年金生活者のための住宅として年金者住宅が生まれた。第二次大戦後の1950年代の中頃になると、老人ホームにセラピー活動が付加されたり、年金アパートにディ・センターが付設されたりするようになった。しかし、筆者がスウェーデンをはじめとする北欧諸国をはじめ訪れて福祉政策と経済政策を調査した1963年には、まだ今日でいうサービス・ハウジングあるいはサービス・ブロック service huset はなかった。サービス・ハウジングと呼ばれる福祉サービス付きの集合住宅が生まれたのは1960年代の中頃であり、マルメ Malmö 市につくられたオーレスンズ・ゴルデン Öresundsgården が最初であるといわれる。1970年代はじめにマルメ市を訪れたときには、リンナム地区に、サービス・ハウジングとナーシング・ホームを一緒にした感じの施設を訪れたが、従来の老人ホームを見慣れてきた筆者にとって日常生活に近い生活を送れるように配慮してつくられたこの種の施設は驚きであった。その施設の一階の一部はサービス・センターであり、日本でいうディ・センター的機能と老人福祉センター機能を合せ持つものであったが、施設全体が明るい感じであること、そこにあるレストランの立派なこと、バーまで付設されていることは特に印象的であった。

その後、スウェーデンではこの種のノーマライズされた複合的福祉施設が続々とつくられるようになり、従来型の老人ホーム

にとって代られつつある。最近のとくに顕著な傾向は一方におけるディ・センター機能をそなえるサービス・ハウジングの発達であり、もう一つは居住地の身近につくられるローカル・ナーシング・ホームの発達である。さらにサービス・ハウジングとローカル・ナーシング・ホームを同一敷地内や同一建物内につくるなどの複合化の傾向と、住宅地域や街中に小規模分散的につくる傾向が、最近のスウェーデンやデンマークの老人福祉施設の特徴といえよう。

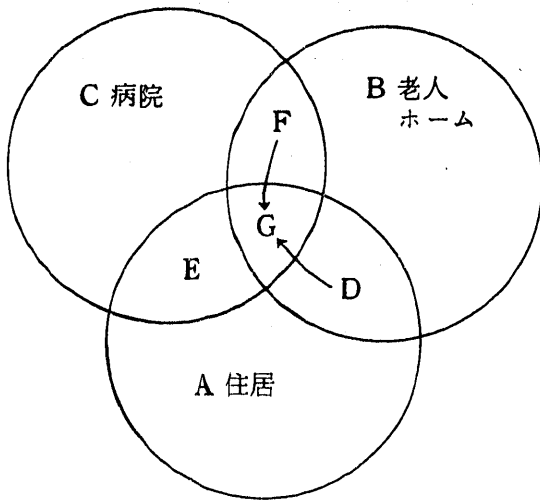
3. 北欧の中間施設と複合施設

スウェーデンの老人福祉施設の特徴と最近の動向を理解し易くするために、わが国で論議されている中間施設の概念との関連を明らかにしよう。

(1) 中間施設としてのローカル・ナーシング・ホームへの動き

中間施設という言葉はA住居（日常生活の場）、B老人ホーム（介護施設）、C病院（医療施設）の中間という意味で用いられているが、図1のようにこのA、B、Cを互いに重なり合う三つの円としてあらわすと、それぞれの円の重なり合う領域の施設は何らかの意味で中間的だということになる。Cの病院（医療）とBの老人ホーム（介護）が重なり合う領域の施設は欧米でいうナーシング・ホームである。わが国の特別養護老人ホームもこれに近いものを意図してつくられたというが、医療機能は通常不十分であるといわれる。

図1 中間施設の概念



- D : a) ケア機能つきの集合住宅
サービス・ハウジング
(スウェーデン)
シュルタード・ハウジング
(イギリス, デンマーク)
- b) 在宅支援のディ・センター
- E : a) リハビリテーション・療養施設
- b) ヘルス・センターやナーシング・ホームによる短期入所, ディ・ケア・サービス, 在宅訪問看護等の在宅支援施設
- F : ナーシング・ホーム等
- G : a) 住宅的性格の強いナーシング・ホーム(デンマークの plejehjem)
- b) 重介護と医療機能をそなえるサービス・ハウジング(スウェーデン)
イギリスのベリィ・シュルタード・ハウジング

社会保障制度審議会が1985年の一月に発表した「老人福祉の在り方について」という建議では病院と老人ホームのそれぞれの

長所を持ちよった中間施設が必要だと述べているが、それは図1のFのナーシング・ホームを指しているかのような印象を受ける。しかし、従来からのスウェーデンのナーシング・ホームは既に古い型の施設とみられており、ノーマライゼーションの理念を、より強く織り込み、Fというよりも矢印のようにFからGの型の方向への動きがある。デンマークのナーシング・ホームの多くは住居的性格が強く、一人一室(夫婦の場合には広い一部屋の場合もある)の個室主義で家具の持ち込みも認められている。スウェーデンの従来型のナーシング・ホームは老人病院に近い感じで、一人一部屋ではなく自由に家具の持ち込みも認められていなかった。ところが近年になってローカル・ナーシング・ホームづくりがはじまった。

「ローカル・ナーシング・ホーム (lokala sjukhem) の目的は、患者あるいは居住者にできるかぎりノーマルな生活が送れる機会を与え、できるかぎり独立的、意味のある活動的な存在となるように支援し刺戟することとさるべきである¹⁾」といわれる。ローカル・ナーシング・ホーム(コミュニティ・ナーシング・ホームと英訳されることもある)は、一人一部屋主義で家具の持ち込み可で、居住地域に分散して小規模なものである。住居的性格が強いという意味で、従来型老人ホームを図1のFとすれば、ローカル・ナーシング・ホームは、Fから矢印のように動き、FよりもGに近いものになったというべきだろう。わが国の社会保障制度審議会のいう中間施設と、厚生省の中間施設懇談会のいう入所型中間施設は

図1のFを考えているようにとられるであろうが、わが国で今後、病院と老人ホームの中間のあるいは入所型の中間施設をつくとすれば、それは図1のFでなく、できるかぎりGに近いものにするをはっきりさせるべきであろう。北欧の中間施設がFからGへと矢印のように動いてきた歴史とその理由を認識すれば、わが国の場合もまずFをつくってやがてGに移行するというのではなくはじめからGの中間施設を目指すべきだろう。

わが国でこのG型の中間施設を実現するとすれば、①老人病院と有床診療所に介護機能を強化し、あわせて居住性をもできるかぎり考慮すること、②特別養護老人ホームの医療機能を充実させ、あわせて居住性を高めるとともに措置施設でなく一般施設にしていくこと、③全く新しく医療機能・介護機能・居住機能をもとにバランスよくそなえた施設をつくることの三つの道があることになる。スウェーデンの場合にも一方においてナーシング・ホームがより居住性、日常性の強いローカル・ナーシング・ホームの方向へ動き、FからGへと動いている。他方、基本的には住居であるサービス・ハウジングservice huset（図1のDに位置する）が介護機能を強化し、医療機能までそなえて図1のDからGへともう一つの矢印の方向へ動く場合もみられる。このようにG型の中間施設へは二つの方向からの移行があるのである。

（2）福祉サービス付き集合住宅と在宅支援型中間施設の発展

社会保障制度審議会は、前掲の建議の後半で安全通報システムをそなえ世話人の常駐するサービス・ハウジングあるいはシェルタード・ハウジングの必要性についても述べている。厚生省の中間施設懇談会の中間報告では、入所型の中間施設とは別に在宅（支援）型の中間施設について述べている。社会保障制度審議会がここでいっているサービス・ハウジングとシェルタード・ハウジングはスウェーデンのサービス・ハウジングとイギリスやデンマークのシェルタード・ハウジングを念頭に置いたものである。サービス・ハウジングもシェルタード・ハウジングも住居であり、これを中間施設と呼ぶと混乱を招くが、これに介護機能と医療機能まで付加され、しかも近隣の老人や障害者の介護サービスや配食サービスを行うディ・センターが併設されれば中間施設的性格を帯びる。図1のDのサービス・ハウジングが重介護と医療機能まで持つ場合には、むしろGである。つまりDからGへ移行した施設ということになる。ストックホルムには、サービス・ハウジングの二階に小規模医療施設と若干の病室を持ち、医師とナースが働いている医療部門を含む複合化したサービス・ハウジングが生れている。

図1のDとは別にEの施設もある。その一つは病院から在宅へ移る過程で入手するハーフウェイ施設的なリハビリテーションや療養の施設である。もう一つは丁度サービス・ハウジングが在宅介護支持のディ・センターを持つように、在宅療養支援の通所および訪問看護を行う地区ヘルス・サー

論文

ビス・センターやローカル・ナーシング・ホームのディ・ケア・サービス機能である。これらは図1のEの在宅支援型の間接施設ということになる。

厚生省の中間施設懇談会のいう在宅（支援）型の間接施設概念はあまりはっきりしないが、図1のDの(b)とEの(b)を一緒にしたような施設をイメージしているように思われる。スウェーデンでは基本自治体のコミューンと市では通常地区にディ・センターとヘルス・センターがそれぞれ一つあり、互いに連携して在宅支援の介護サービスとヘルス・サービスを行うシステム化を進めている。地区ヘルス・センター機能を併設するローカル・ナーシング・ホームと、近隣のディ・サービス機能を持つサービス・ハウジングが同一敷地内に複合的に併存すれば、DとEの地域支援サービス機能は同一敷地内に存在するという点にもなるが、厚生省の中間報告はこうした点について具体化するまではしていない。要介護老人にたいして医療と福祉サービスを総合的に行うという観点からはそのような総合化された在宅支援型の間接複合施設は好ましいであろう。

(3) 中間施設の複合化の傾向

北欧の老人福祉施設はたしかに図1の三つの円の重なり合う中間的性格を持つ場合が多く、その意味で中間的施設が多いが、もう一つの特徴は既に示唆したようにいくつかの中間的施設を併設する複合施設が増えていることである。デンマークはシェルタード・ハウジング（スウェーデンでいう

サービス・ハウジングに近い）とナーシング・ホーム（plejehemあるいはフルケア・ハウジングとも呼ぶ）とディ・センターを併設した複合施設がスウェーデンよりも早くからつくられている。スウェーデンでもたとえばストックホルムのホルンシュール・サービス・ハウジングは、ディ・ホスピタル機能を持つローカル・ナーシング・ホーム、ディ・サービス機能も持つサービス・ハウジング、地区ヘルス・センターを併設している。北欧では老人ホームと病院の中間施設化の段階から、さらに進み中間施設の複合化ともいべき現象が生じているのである。

4. スウェーデンの要介護老人の居住形態

スウェーデンの高齢者（65歳以上）というと、老人ホームに入っている老人を想像しがちだが、表1にみるようにいわゆる老人ホーム入居者は65歳以上の人口の4.1%であり、しかも旧来型の老人ホーム入居者の比重を減らす方向の対策がとられている。

（1983年の資料 Yearbook of Nordic Statistics 1984から計算すると約3.9%となっている。）ノーマライゼーションの理念からすれば、「究極的目標は必要とされるあらゆるケアとサービス付きの自分自身の家で人生の最後まで生活することである²⁾」ということにある。

(1) サービス・ハウジングの特徴と傾向
しかし、実際には病気や介護の性格上在

表1 スウェーデンにおける65歳以上の老人の居住状態

	(人)	(%)
自宅	1,219,700	89.5
老人ホーム	55,300	4.1
サービス・ハウジング	24,500	1.8
長期介護施設 (ナーシング・ホーム)	45,700	3.4
精神病介護施設	15,200	1.1
民営の ナーシングホーム	1,600	0.1
合計	1,362,000	100.0

Official Statistics of Sweden & Patient Inventory of the Union of County Councils, October 14, 1980, & estimates, Ebs Carl Rådemyr, Long-Term Care of the Elderly in Sweden, Socialstyrelsen, 1985 による。

宅ケアが困難な場合もあるし、孤独を嫌って集合住宅を好む老人もいるし、立地条件と、要介護の性格いかんでは在宅介護のほうがかえって費用がかかりすぎる場合等もある。そこで医療や介護のニーズの性格に対応できるような在宅ケア・システムと介護機能をそなえる集合住宅や施設が工夫され、つくられてきている。サービス・ハウジングは(サービス・ブロックと呼ばれることもある)このようなニーズに対応して生まれたものであり、1930年代に生れた年金生活者用アパートを発展させてつくられた集合住宅である。通常は自立生活ができるが一人暮らしの生活に不安のある老人や若干の介助を必要とする老人を対象としており、通常は、その地域の近隣の老人のためのディ・センターを付設している。

スウェーデンでは、1981年に421のサービス・ハウジングがあり、約23,000戸数が

あった。一つのサービス・ハウジング当りの平均戸数は55前後である。この頃にはサービス・ハウジングに住む65歳以上の高齢者の1.8%程度であった。しかし、1982年から86~87年にかけてさらに400のサービス・ハウジングが建てられることになっており、他方、旧来型の老人ホームは減少していくので、サービス・ハウジングに住む老人は現在では2%ほどになっているものと推定され、やがては旧来型の老人ホームに住む人口を上回ることが予想される。最近のサービス・ハウジングは、それ以前のものよりも若干小規模で、よりコミュニティ融合型が好ましいと考えられており、一アパート当りの戸数は少なく一サービス・ハウジング当り30~40人が最適規模とみられている。³⁾ただし既に述べたように近年のサービス・ハウジングは複合化しているので、建物全体をみると、それほど小規模化しているという印象はない。たとえばマルメ市のパークメラン(Parkmälan)というサービス・ハウジングは、戸数は老人用と障害者用をあわせて50戸ほどであるが、200戸以上のフラットを持つ一般のアパートの一部になっており、しかも一階は近隣の老人と障害者のディ・センターであり、地階は一般住民の地区コミュニティ・センターになっており、立派なレストラン兼コーヒー・ハウスをも持っているため全体としては大きな建物である。

サービス・ハウジングは基本的には住宅であり、入居者は家賃を払って入居するわけであり、各人の部屋も普通のアパートと同様である。(スウェーデンでは基礎年金

だけの受給者は公的住宅手当を支給されるので、現在の老齢年金受給者の約半数は公的住宅手当を受給し、家賃を補助されている。)一般アパートとの違いの一つは何らかの安全通報システムがそなえられていることである。近年のサービス・ハウジングの安全通報装置は次第に進んだ工夫されたものになってきており、施設内および部屋内の各所(トイレ、ベッド際等にも)に押しボタンがそなえられており、ペンダント式あるいはブレスレッド式の押しボタンをつけツーウェイ方式で警報の受信者と直接話せる方式(フラット内であれば、受信者がセンターと直接話ができる)も増えている。また安全通報装置はサービス・ハウジング内に住む人々のフラットにそなえられているだけでなく、サービス・ハウジングの近隣に住む老人や障害者のフラットや個人住宅にもそなえられ、サービス・ハウジングの安全通報システムと同一システムの一部になっている場合がある。安全通報を受信するところはサービス・ハウジング付設のディ・センターやヘルス・センターに置かれていて、常時、巡回したり待機しているホームヘルパーやナースに連絡して対処に行かせる。そのほかタクシー会社、消防署、安全警備会社に通報受信センターが置かれている場合もあるし、近隣の人や親戚につながっている場合もある。しかし、そうしたいずれの場合にも通報を受けて行動する上での最終責任を自治体は負っている。安全通報システムの設備費は自治体が負担するが、運営費に関しては公的補助があるが、利用者の自己負担もある。(ただ

し自己負担を課していない自治体もある。)

サービス・ハウジングやシェルタード・ハウジングのもう一つの特徴は、管理人あるいは世話人が常住して管理と世話をしており、ホームヘルパー、ナース、医師等との連携を保っていることである。イギリスのシェルタード・ハウジングは小規模なので、ワーデンという世話人が(一人または複数)住んでいて世話をしているが、スウェーデンのサービス・ハウジングは通常、複合化して全体としては規模も小さくないので、世話人というよりマネージャーあるいはスーパーバイザーともいうべき責任者がおり、施設の諸サービスのマネージメントをしている。ホームヘルパーはサービス・ハウジングに常時出入りしていたり巡回しており、連絡によって介護できる体制になっている。サービス・ハウジングは勿論、高齢者の安全、便利、利用し易さを配慮してつくられており、通常、近隣の高齢者や障害者のためのディ・センターと日本でいう老人福祉センター機能をもそなえているので入所型住宅であると同時に近隣のための在宅支援型施設でもある。

(2) ローカル・ナーシング・ホームの特徴

スウェーデンのナーシング・ホームはカテゴリーとしては病院であり、県が責任を持ち、費用も医療保障費用から支払われる。スウェーデンでは老人福祉サービスは基本自治体(スウェーデンでは基本自治体は3~5万人程度のコミューンと呼ばれる自治体になっている。)の責任であり本人負担以外の費用の大部分も基本自治体が税金で

負担する。他方、医療サービスは県の仕事になっており、少額の本人負担部分以外の費用も県（税金と社会保険料）から支払われる。したがってナーシング・ホームの費用は医療費として公費と社会保険会計によって支払われることになる。

しかし、先に述べたように、より最近のスウェーデンやデンマークでは一方で、サービス・ハウジングに医療機能を付加したより複合的なサービス・ハウジングがつくられており、他方で小型のナーシング・ホームを住居地に分散させ住居に近いものにするようとするローカル・ナーシングづくりの試みがある。さらにはサービス・ハウジン

グと病院を隣接させて廊下でつなげた施設（リディングのヘーグセトラ、図3参照）やサービス・ハウジングとナーシング・ホームとヘルス・センターを一つの建物内に持つ複合施設もつくられている。今回訪問したストックホルムのホルンステュール・サービス・ハウジング service huset Hornstullはそのような複合施設であり、図2に示すような構図になっている。サービス・ハウジングとナーシング・ホームの本体は六階建てで湖に面し、中庭には花壇の美しい庭園があり、庭園に面してレストランがある。この建物はアパートとオフィス・ビル街の中にあり、その地域の老人のサービス・センターも兼ねているし、レストランはその地域のすべての人々が利用できる。この建物に住む人と地域の老人は割引きした値段でレストランを利用できる。このナーシング・ホームはディホスピタルや短期入所の機能をむしろ重視している。その上に地区のヘルス・センターも併設されている。近くのリディング（Lidingö……リディンイェとリティンゲの中間のような発音）にあるヘーグセトラという複合施設は図3が示すように、サービス・ハウジングに病院

図2 ホルンステュール・サービスハウジング（ストックホルム）

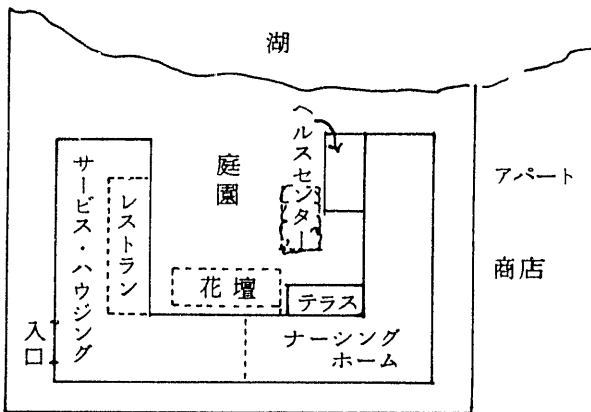
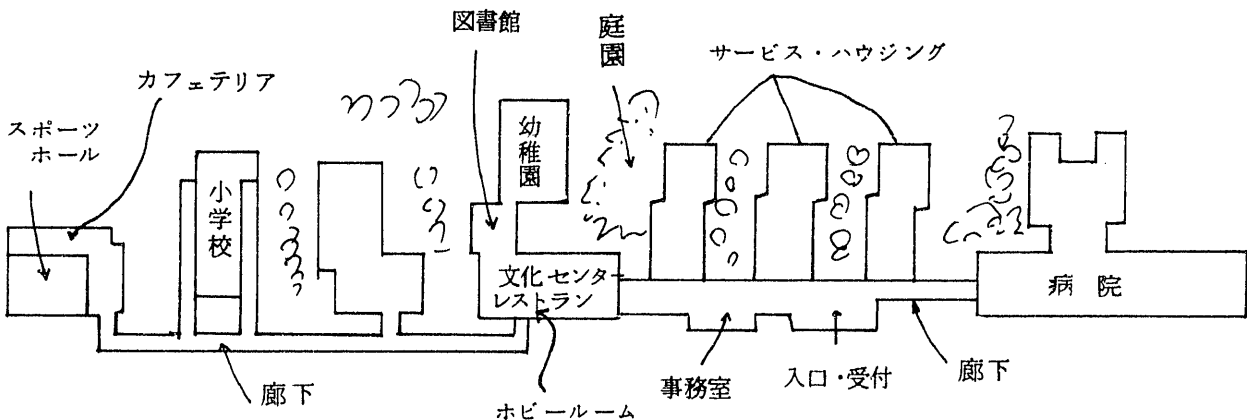


図3 ヘーグセトラ（Högsätra）、リディング（Lidingö）



論文

が廊下でつながっているだけでなく、小学校や幼稚園まで廊下でつながっていて、中間にある文化施設や食堂を共通に利用し老幼のふれあいを促すように工夫されている。スウェーデンではこのように老人住居と小学校や幼稚園を隣接させることが試みられており、たとえば最近つくられたストックホルム郊外のニュータウンKiskaの中心部の地下鉄駅広場前のサービス・ハウジングには一般用を兼ねた立派なレストラン兼コーヒーハウスがあり、道をまたいで小学校に廊下でつながっている。マルメ市の公園に面したパルクメーラン・サービスハウジングは、ノーマライゼーションとインテグレーションという理念をそのまま具現化したような建物であり、民営アパート一劃に数十戸の高齢者用および障害者用サービス・ハウジングが組み込まれている。一階には立派なレストランとコーヒーハウスを持つディ・センターがある。地下はその地区のコミュニティセンターになっていて、大小のホール、集会場、プール、ボーリング場、球技場などの施設を持っている。幼稚園もこの建物の一劃にある。勿論、安全通報システムがサービス・ハウジングのフラットと近隣の高齢者住宅にそなえられている。(スウェーデンの老人住宅、老人福祉サービスの具体的例については拙著『日本型福祉社会』NHKブックス1984年を参照されたい。)

デンマークでは住宅的な雰囲気でのナーシング・ホームづくりやナーシング・ホーム機能をそなえたシェルタード・ハウジング(スウェーデンでいうサービス・ハウジング)づくりという点ではむしろスウェーデ

ンより先行しているところがある。ナーシング・ホームでも一人一室で家具等の持ち込みや飾りつけがかなり自由にされている。既に述べたようにこの種の複合施設は図1のFではなくむしろGのような複合中間施設というべきである。今回筆者が訪れたコペンハーゲンのナーシング・ホームはディ・ケアと近隣の要介護老人へのディ・ケア配食サービスを行っており、入居者36人、ディ・ケア対象者18人、配食サービス対象者200人にサービスを行っている。このサービスを行っているスタッフにはパートが多いが(約70人)、パートは常用労働に換算すると、48.3人が働いているという計算になる。このナーシング・ホームは単身者の場合1人1部屋であり、家具の持ち込みは自由、シャワー、トイレ、小キッチン、戸棚付きなので、入所者の部屋の多くは病室という雰囲気ではなく、アパートあるいはマンションの1室といった感じであった。部屋の広さはトイレ、キッチンなどの部分を除き15㎡以上というデンマークの基準を満たしている。入所者1人当りの施設全体の床面積は65㎡であり、レストラン、ロビー、サロン、訓練室、浴室等がゆったりととってある。このナーシング・ホームの運営費(建築費別、介護・医療費を含む)は入所者1人当り年間約22万5,000デンマーク・クローナ(1クローナは20数円)とのことであるからシェルタード・ハウジングの運営費9万クローナに比べるとかなり高いことがわかる。1デンマーク・クローナを24円として計算すると、月当りの入所者1人当り運営費がナーシング・ホームの場合は、約45

万円、シェルタード・ハウジングは21万6,000円である。ナーシング・ホームの建築費は入所者1人当りで75万クローナ（約1,800万円）であったという。

ノーマライゼーションの理念に基づいてつくられるデンマークの近年のナーシング・ホームは、このように、①住居、②介護、③医療の機能を総合化した複合的中間施設であるが、入所者1人当りの運営費（ただし医療費分を含む）が日本の特別養護老人ホームの入所者1人当りの運営費（20万円前後、東京、横浜等の大都市で20数万円ただし医療費分は含まない）よりもかなり高いことが問題である。基礎年金と公的住宅手当が発達しているスウェーデンとデンマークでは、自己負担の比率は日本よりもかなり高い。

わが国における中間施設論の背景には、ノーマライゼーションの理念と同時に介護・医療費用を病院に入院している場合に比べて少くしようとの意図があるが、この二つの考えを同時に実現するためには相当の工夫が必要であると思われる。

5. わが国の中間複合施設への示唆

以上のようにスウェーデンでもデンマークでも、老人福祉サービスはノーマライゼーションと総合システム化の方向に動いており、要介護老人のための福祉施設は、医療機能と福祉サービス（介護）機能をそなえ、しかも住居性をあわせもつ中間複合施設とも呼べるものが増加しており、従来型の老人ホームと従来型のナーシング・ホームは

次第にこうした中間複合施設にとって代われつつある。この場合、わが国での中間施設づくりの示唆として注意すべきことがいくつかある。第1に病院（医療）と福祉（介護）の中間複合施設化への動きと同時にノーマライゼーションの理念に基く、居住性・近隣性など重視の動きが重なり、図1のF型の中間施設というよりもG型の方向への動きといえることである。

第2に、スウェーデンやデンマークでは既に図1のBとCのF型のナーシング・ホームとAとBの中間のサービス・ハウジングやシェルタード・ハウジングは数多く存在するので、中間複合化の新しい動きとして注目されるのは、1つにはFからGへの動き（従来型のナーシング・ホームのノーマライゼーション）であり、もう1つはDからGへの動き（サービス・ハウジングに重介護・医療機能を付加）とであり、図1の矢印に示すように2つの動きがあるということである。

第3にわが国の厚生省の中間施設懇談会は入所型の中間施設と在宅支援型の中間施設という二つの型の中間施設について述べているが、北欧では、入所型のローカライズされ、ノーマライズされたナーシング・ホームとサービス・ハウジングがともに在宅支援機能をあわせ持つ複合施設化する傾向があることである。これはまだD、E型およびF型の中間領域の施設が既に発達した北欧とわが国のようにそのような中間施設もわずかしか存在していない国との福祉施設の発展段階の違いによるものといえよう。概念整理のために中間施設を入所型と

在宅支援型に分けるのはよいが、実際に入所型をつくる場合には、在宅支援機能を兼ねることが望ましいであろう。

第4に北欧の中間型複合施設は福祉（介護）機能と医療機能をあわせ持つ複合化された施設の場合にも、ノーマライゼーションの理念に基づき普通の住居の性格をできる限り持たせる努力がみられることである。ノーマライゼーション、総合システム化、自己決定という北欧型福祉施設の目指す方向は同時にわが国でも将来検討していくべき方向であろうが、そうした方向に沿う福祉施設の特徴を、従来型の老人福祉施設の特徴といくぶん対照的に示すと、表2のようになるであろう。

最後に、福祉（介護）機能、医療機能を持つ上にノーマライゼーションと自己決定

の原則に基づいてつくられ、運営される老人福祉施設を北欧のような型で実現し、運営していくとなると、相当の費用を要するので公的な医療保障と老人福祉サービスの総費用の膨張を抑制するという中間施設論のもう一つの意図に必ずしも沿わないということになる。それゆえわが国で中間複合施設をつくっていく場合には、北欧のようにその供給と自己負担分以外の費用のほとんどすべてを公的に依拠するのではなく、民間部門供給の中間複合施設を活用したり、インフォーマル部門（家族・近隣・ボランティア団体等）との有機的連携によって、また発達しつつある情報システムと人的な連携システムを有効に活用することによって、公的費用負担の安易な膨張を抑制することも大切であろう。

表2 老人福祉施設 — 従来型とこれから必要な型 —

項目	従来型	これからの老人福祉施設	改革上の問題点, 改革方法
1. 基本理念	① 選別的, 生活保護的 ② 隔離主義的 ③ 縦割り	① 普遍主義 ② ノーマライゼーション ③ 総合システム化 ④ 福祉供給ミックス	縦割り行政, 集権性の改革が必要
2. 立地	① 居住地から離れた立地が多い。居住地以外への入所が多い。 ② 需要人口に応じ	① 居住地・近隣に立地, 他の公営施設などに併設も ② 需要人口に応じた施設配置 ③ 立体化して効率的に土地利用	福祉圏⇔医療圏の設定による適正措置必要
3. 施設の性格	① 大規模(特養50人以上) ② 単一機能施設が多い ③ 収容施設的	① 1機能としては小規模 ② 多機能・複合施設 ③ 利用施設化	50人以上という基準を廃止, 多機能・複合施設を助成するように基準と補助方式を改める。
4. 入所者の処遇	① 被措置収容者としての扱い ② プライバシー軽視 ③ 本人の自由意志・選択軽視	① 利用者または契約者として ② プライバシー尊重 ③ 本人の自由意志・選択尊重	施設不足への対応の必要 Stigma に代る選択方式の必要
5. 地域・近隣との関係	① 近隣から隔離的 ② 閉された施設 ③ 地元住民ボランティアの参加少い ④ 地元住民の施設運営理事会や運営委員会への参加少い	① 近隣との融合(地域の利用施設としての性格) ② 開かれた施設 ③ 地元住民ボランティアの参加活発 ④ 地元住民の施設運営理事会や運営委員会への参加多い	この立地を改める。 ボランティア組織化へのインセンティブと便宜を与える。 地元住民理事会が運営委員会への参加を促す
6. 関連サービスとの関係	① 縦割りで関連サービスとの連携少い(供給面) ② サービスの窓口がはっきりしない, 利用者に不便, 情報不備利用しにくい	① 地域レベルで関連サービス(医療・保健等)との連携と総合システム化が行われる ② 窓口を一本化, 情報のシステム化が行われる。総合的観点から利用者にとって適切なサービスが利用し易くなる。	地域レベルで総合システム化の委員会, 連携網をつくる。中心となるオーガナイザー, チーフをつくる。 Clientにたいするケースマネジメントによる責任体制の確立

1) Karin Lidmar Reinius, *The Elderly and their Environment - Research in Sweden* -, Swedish Council for Building Research, Stockholm, 1984, P. 84.

2) スウェーデンの社会庁の資料
Carl Rådemyr, *Long-term Care of the Elderly*, Socialstylsen, 1985 による。

論文

項目	従来型	これからの老人福祉施設	改革上の問題点, 改革方法
7. 施設運営の方法	<ul style="list-style-type: none"> ① 行政の関与細かく硬直的 ② 官庁の上からの監視 ③ 理事会の機能, 形式的になりがち ④ 施設管理者への減点評価的な評価方式 ⑤ コスト意識乏しい運営 	<ul style="list-style-type: none"> ① 自由で弾力的に運営できる部分を拡大 ② 地元民, 利用者, 関係者, 従業員等の参加による内部での監視システムと情報(経営内容等)の公開により, 自発的監視機能を持つ ③ 理事会の機能実質化 ④ 管理者と従業員に人間的かつ効率的な運営を促すようなシステム ⑤ コスト意識を生かして効率的運営を促す 	<p>決定権の分権化の必要 長期的には決定権も財源も分権化して, 中央官庁からの監視は殆んど必要としないようにする。 監視機能を新しいタイプのものに変え, 弾力的, 効率的運営, 立地等を促す</p>
8. 施設の従業員	<ul style="list-style-type: none"> ① パートやボランティアの活用不十分 ② 人材養成, 教育研修不十分 	<ul style="list-style-type: none"> ① パートやボランティアの有効活用, 食事, お茶, 給食(施設内および近隣配食), 移送サービスに有効活用 	<p>パート雇用をしやすくする 身近な開かれた施設にし, 運営にも地元民を参加させ地元民の関心と参加意欲を高める。 ボランティアのサービスの継続性を維持できるようにボランティアの組織をつくる。</p>
9. サービスの内容	<ul style="list-style-type: none"> ① 入所者以外へのサービスは少い ② 日常生活との乖離大 	<ul style="list-style-type: none"> ① 入所者以外の地元の老人へのサービス機能をもあわせ持つ ② 日常生活をし易いサービスをそなえる食事時間, 等 	<p>先の5の施策が必要 多機能化すると同時にパート, ボランティアを生かして, 日常生活に近づけるサービスを行う。</p>
10. 施設の設立と運営の主体	<ul style="list-style-type: none"> ① 公的, 社会福祉法人, 財団法人, 企業等 	<ul style="list-style-type: none"> ① より多様で中間的(たとえば公設民営, 第3セクター等)運営も含む 	<p>法改正と弾力的運用のための改正が必要</p>
11. 費用負担	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の費用負担比小 ② 医療費部分は社会保険と公費 ③ 中央官庁の費用負担大 	<ul style="list-style-type: none"> ① 利用者の費用負担費増加(利用施設としての性格強くなる) ② 重介護費用も社会保険医療に準じた扱い ③ 中央官庁の費用負担比減少 	<p>基礎年金, 住宅手当等が不備なので, この点を配慮しつつ費用負担方式を変えていく。 財源調達等基本的面での分権化をとともに進める必要がある</p>

3) K.L. Reinius, op. cit.