

# スウェーデンにおける高齢者の住環境をめぐる近年の動向

## —スウェーデン型ケア付住宅“Service hus”の登場とその役割を経糸にして—

外 山 義

(スウェーデン王立工科大学客員研究員)

### はじめに

スウェーデンにおける福祉国家誕生のいきさつと、この国の社会保障内容の特質については、既に多くの論文や書物によって報告紹介されている。

本稿では、今まで比較的報告が少なく、しかも今日、日本で論議の昂まっている、高齢者の住環境をめぐる状況について、その量的整備から質的向上の追求へとステージが移行し始める60年代以降のスウェーデンの動向を報告し、今後の行方についても少しく言及する事を目的としたい。

この目的を果たしてゆく上で、60年代以降現在に至るまで、脱施設型ケアの可能性を追求して来たスウェーデンの高齢者住政策動向の中で、在宅型ケアの弱点或いは限界を補完するalternativeとして、重要な役割を果たしつつある「スウェーデン型ケア付住宅——サービスハウス」(Service-hus)に、特に注目してみたい。

本稿では、この「サービスハウス」の登場の背景・その果たす役割・具体的内容等を紹介しながら、それを経糸として、スウェーデンにおける高齢者住環境をめぐる政策・

研究動向の分析を試みる。

特に、施設型ケア・在宅型ケアをめぐる論議が盛んである今日、在宅ケア路線のComplemental counter measureとして、スウェーデンで一定の評価を得ているこの居住形態について報告する事は、日本でも模索されている高齢者向けケア付住宅を考えてゆく上で、意味ある事であると考えらる。

本稿は、筆者が1982年以来、スウェーデン王立工科大学 Building Function Analysis Insituteに在籍中、Sven Thiberg 教授をはじめ、同僚の研究者を通じて得た情報資料、筆者自身の高齢者住居調査、その他スウェーデン国内の関連文献、関係諸機関でのインタビュー等に拠ってまとめた。

### I 進行する社会の高齢化

まず、高齢者の住要求変動の背景要素としての、高齢者の人口動態に触れる事から始めたい。

スウェーデンでは既に1950年に、65歳以上の人口(以後老年人口と呼ぶ)が総人口の10%を突破し、その後今日に至るまでその値は漸増を続けている。1984年12月31日

時点で、老年人口は142万4,615人で、これは総人口の17.08%に相当する。今後この老年人口比率は、1990年-17.5%、2000年-16.3%、2025年-19.8%と変化する事が予測されており、老年人口総体の量的増加は既にほぼピークに達し、以後は出生数の増減がそのまま老年人口の増減にスライドして変化をみせてゆくものと考えられている。〔文献32：P13、文献29：P18〕

しかしながら、心身機能の低下が目立ってくる老年後期老人——たとえば80歳以上の人口動態に注目すると——1984年末時点では総人口の3.6%であるのが、1990年-4.1%、2000年-4.4%、2025年-4.7%と確実に漸増する予測がなされている。

したがって、手短かに言えば、自立生活維持を支持するためのケアサービスのニーズがにわかに高まる、後期高齢者層増加への対応が、スウェーデンにおいての80年代から90年代、そして次世紀をもパースペクティブに入れた、高齢者住政策の基本課題であると言ってよい。〔文献32：P14〕

今一つ重要な demographical data として、独居老人の増加の傾向も指摘しておきたい。スウェーデンで独居老人の比率が高い事はつとに良く知られているが、この独居老人数或いは単独老人世帯数は、今後21世紀に向けて増加を続ける事が予測されている。特に注意すべき事は、この独居老人数の増加が80歳以上の老人層にほぼ集中している事である。〔文献32：P15〕

以上の demographical な動向は、何れも、自立生活維持を支持するケアサービスのニーズが、将来に向けて量的にも質的にも増大

する事を示唆している。

## II サービスハウス登場の歴史的背景

高齢者向けサービスハウス (Service hus) 登場の歴史的背景を考える上で、当然の事ながら老人ホーム (Ålderdoms hem) の発展史に触れなければならない。先に述べた様に、遠く時代を遡って詳説を加える事はしないが、簡単にその発生に言及し、以下60年代以降の展開を概説する。

老人ホームは元来、救貧院にその起源を持つが、1918年の救貧法の中で、生活保護受給者を対象として老人ホーム設置が全国の地方自治体に義務付けられたのを、その歴史の起点としている。以後老人ホームは救貧院的性格を脱しながら、各々の時代ごとの特質を持ちつつ整備が進められ、50年代にその建設のピークを迎える。この時期、量的整備が特に促進された事については、1953年6月以来始められた老人ホーム建設に対する国庫からの資金補助の実施の果たすところが大きい。(この資金補助制度は1965年まで12年間継続される。)

60年代に入り、老人ホームの量的整備のピッチは次第に落ち、一方で、その社会からの隔離性・住環境の貧しさが厳しく問い直され、以後、その質的向上へと力点が大きく移される事となる。この動きの直接的契機を与えたのは、1963年に社会政治委員会が行なった全国規模の老人ホーム実態調査と、その分析をもとに翌64年と65年に社会政治委員会と保健社会省から相次いで提出された二つのレポートである。

〔文献：11・14〕

まず実態調査の結果によると、1962年時点で、全国に施設数1,345、収容者数約4万人にのぼる老人ホームが存在している。

（これは当時の67歳以上の人口の5.2%に相当する。）この時点での居室の個室率は約50%であったとされている。〔文献：17〕

翌1964年に社会政治委員会より出されたレポートの中では、高齢者の住環境の改善・ナーシングホームの建設・ホームヘルプサービスの充実に力を注ぐべき事が要請され〔文献：11〕、次いで1965年には、これを受けて保健社会省から老人ホーム計画指導要項が出され、その中で「社会に開かれた老人ホーム」が主題として謳われる。

具体的内容項目としては、ホーム内の共用施設を施設外の地域老人にも開放する事、居室は原則として一人一室とし、二人室の場合も改造によって容易に同質の一人室となり得る事等としている。推奨居室面積は1947年に老人施設専門委員会によって提案された10.5㎡から12㎡へと引き上げられた。

その他住空間の質に関わるものとしては、各室に専用トイレ・衣服収納ロッカーを付設する事、各室は十分な日差しを得るべき事、ラジオ・TV・電話用の端子を用意する事、ドア幅は90cm・廊下幅は200cmを最低とすべき事、二層以上の施設は内法130cm×240cm以上の昇降機を持つべき事等である。

未だ、各居室がキッチンを有するまでには至っていないが、各居室を入所者の「住戸」とみなし、「食」以外の生活の自立を設備・空間的に保障しようというもの

であった。

70年代に入り、老人ホームの住環境の質の改善はさらに進められる。1970年に保健社会省から出された第二回目の老人ホーム計画指導要項において、推奨居室面積が12㎡から14㎡へと引き上げられ、居室内にキッチンと造り付けの冷蔵庫の設置、シャワー室と兼用とするためのトイレの拡大等が推奨され、ここに至って、空間・設備要素としては、ひととおりの「住戸」の要素が指導要項に項目として盛り込まれる事となる。〔文献：14〕

しかし、60年代から（単発的には50年代から既に始っていたが）盛んになっていた、老人ホームの居住環境や生活形態の問い直しの動きが通常化（Normalization）・自己決定（Self-determination）といった福祉社会のゴールを指し示す理念の日常生活次元への浸透を背景に、より一層昂まりをみせ、既に障害者社会統合を目指す居住形態として具体化されていたケア付住宅<sup>1)</sup>

（Service lägenhet）のいわば老人版として、高齢者向けサービスハウスが登場する事となる。

この後の展開に筆を進めてゆく前に、ここで高齢者向けサービスハウス登場の背景として存在してきた、老人ホーム以外の高齢者用居住形態——カテゴリー住宅三種——について一通り触れておきたい。

一つは1946年から1965年の間に盛んに建設された、年金者ホーム（Pensionärshem）である。従来老人ホームの類いとして紹介されたりもしているが、これは、台所或いはキッチンを有する一居室と専用トイレ

で基本的住戸単位が構成され、これに加えて共用のディルーム・食堂を持つもので、むしろ年金者用カテゴリ住宅の類に分類されるべきであろう。(ここでは、建設当初において老人のケア介護は前提とされていない。) 1975年の年金生活者実態調査当時、全国で2,500施設41,000戸分の年金者ホームが存在しているが、入居者数は36,000人と空屋が目立っている。建設開始時期が古いため(1930年代に遡る)、全体の半数近くは車イス利用者の生活に適さず、多くは建て直しを待っているが、サービスハウスへの改築には手直しが多すぎ、コストが嵩みすぎるため、しばしばオフィス等に用途変更されている。

いま一つは、年金者住宅である。このうちの大部分は、都市部における住宅不足の深刻化に対応して、50年代60年代のStock整備計画の中で、ニュータウン中にブロックとしてまとめて建設されたものである。各住戸のスタンダードは、一居室住戸で40㎡前後、二居室住戸で70㎡の床面積。居室以外にはダイニングキッチン・シャワートイレがあり殆どの場合ベランダを有している。

この都市部の年金住宅に与れない地方に居住する年金者で、特に高齢者住居として不適当な住宅に住む者に対しては、住宅改良貸付融資制度を適用し、年金者住宅のスタンダードにほぼ等しい構成の一戸或いは二戸建の住戸を供給している。これはテンポラリー年金者住宅と呼ばれ、1964年から1975年まで全国で約6,000戸建設された。

〔文献4〕

以上のカテゴリ住宅は、年金受給者を対象としてなされた住宅供給対策であって、それ以上のものではない。加えて、これらの住戸の質について、Barrier Freeの観点から見た場合にも、何れのカテゴリ住宅も1977年7月の建築法42a<sup>4)</sup>発効以前に建設されており、心身機能の低下した高齢者の生活空間として改善を要する点も多い。

### III 高齢者向けサービスハウジング

さて、当のサービスハウスについてであるが、高齢者向けサービスハウスが、高齢者を対象とした居住形態の新しいalternativeとして、国レベルで推奨されたのは、1972年に保健社会省から出された高齢者向けサービスハウス計画指針においてである。

〔文献：15〕(地方レベルでは幾つかの自治体において、60年代末から試みとして始められている。2)

これは、正確には、ハード条件としての住宅とソフト条件としてのケアサービスを総合した居住形態として捉え、サービスハウジングと表現すべきであるが、前章の「登場の背景」からの関連において表現すると、老人ホームにおいて得られた、日常生活上の安全性(Security)と年金者住宅・年金者ホームにおいて得られた自立性(independency)の両方を兼ね備えた居住形態という事になる。以下詳細に亘って説明を加える。

#### 1. 器(ハード条件)

サービスハウジングという居住形態の具体的器として、サービスハウスが存在する訳であるが、地域によって、又計画時期によって、その全体規模はまちまちである。

建築的な概要を説明するに当たり、老人ホームとの相違点を明らかにしてゆく事が、その理解の助けになると思われる。

まず住戸部分の説明から始めたい。サービスハウスの各住戸は、あくまで独立した住宅であり、住宅局の建設資金融資基準に定められた居住条件を満たしているが、老人ホームのそれは基準を満たしていない。

住宅建設資金融資基準の中で定義された「住宅」の条件は、大きく以下の三つである。〔文献：3〕

- ・1居室+ダイニングキッチン(1DK)  
或いは、1/2居室+キチネットから成る居室構成を最少とし、さらに玄関・シャワー設備或いは浴槽付きのトイレを有する事。各室空間・諸設備は建築基準法(SBN)の基準を満たすべき事。
- ・住空間が、医療・看護施設の一部に帰属していない事。
- ・独立住宅であることの証明として、通常の賃貸契約が結ばれている事(持ち家でない場合。)

住戸部分の平均床面積は、一居室住戸で40㎡、二居室住戸で70㎡前後が一般的である。

次に、共同スペースに関してであるが、老人ホームにおいては、各住戸部分で十分に満たし切れていない炊事・食事・入浴等に関わる生活空間を、共用スペース部分で

代償している——即ち、10戸前後の住戸群ごと(多くの場合フロアごとにこの住戸群が形成される)に、オープンキッチン(共用台所)或いは配膳室・食堂・ディールーム・介助浴室を共用設備として設けている——が、サービスハウスにおける共用スペースの機能は、住戸部分における欠損要素の補填機能とは異なる性質を持つ。例えば、サービスハウスの共用スペースに設けられた、レストランや図書館等は、より公共性の高い空間であり、施設内老人或いは地域内在宅老人を対象とするのみならず、コミュニティー内に居住する他世代の利用をも意図して計画されている。

一般的なサービスハウスの共用諸室を以下列記すると、レストラン・図書館・理容理髪室・足治療室・洗濯室(入居者自身が利用する洗濯室とスタッフが代行するランドリーと一般には二種類設備されている)・介助浴室(プールが付設されている場合もある)・診察室・木工室或いはテキスタイル室等のホビー室・複数のクラブ室・集会ホール・カフェテリア、その他、管理事務関係諸室・スタッフ用更衣室・休憩室(喫煙者用と禁煙者用各々)・シャワー室・トイレ・倉庫類等が考えられる。

この共用部分の内容は、サービスハウスの全体規模により、もちろん大きく左右されるが、全体的方向として、サービスハウスの小規模分散化に伴い、レストラン・理容理髪室・診察室<sup>5)</sup>・集会ホール等は、最寄のコミュニティーセンター・ディセンター・ヘルスケアセンターの利用によって代償される方向となろう。

この場合、サービスハウスの立地が重要なポイントとなるが、これに関しては、交通の便が良くコミュニティの中心に近い立地・人口稠密地域に於てはヘルスセンターとの地理的關係、人口疎地域に於ては既設の老人ホーム・ナーシングホームに付設された諸設備の有機的使用を考慮した立地であることが特記されている。〔文献：15〕

## 2. ケアサービス（ソフト条件）

入居者は、サービスハウス内のステーションを拠点に各住戸を訪れる、ホームヘルパーの訪問を受けて（in home support）、又、サービスハウス内の共用施設に出向いて（out home support）、種々のケアサービスを利用したりアクティビティーに参加したりする。

この場合、施設内ホームヘルパーが行なうケアサービスの内容は、地域の通常住宅を訪問しケアサービスを供給するホームヘルパーのそれと、基本的に変わらない。

（この両者の違いは、夜間の対応にある。サービスハウスにおいては、夜間最低2名の夜勤者がステーションに詰めており、緊急アラームに対応するが、地域に住む老人の場合、ナイトパトロールのシステムが実現されていない地域の場合、一般の救急医療のシステムに頼る事となるので、例えば体位を変えたいといった要望等は断念せざるを得ない。）

次にケアサービスの具体的内容であるが、まずホームヘルパーが各戸を訪問して供給する in home support の内容としては、掃

除・洗濯・買物・食事作り或いは介助・その他の家事援助といった residential care（以下r.c.と略す）。起床就寝介護・車イスーベッド間の移行介護・着替え補助・シャワー介護・話し相手・外出随行等の personal care（以下p.c.と略す）。常用薬の配薬・塗薬等の一部の nursing care（以下n.c.と略す）がある。

入居者が共用施設に出向いて受ける out home support の内容としては、洗髪理容・足治療・介助浴・受診等<sup>5)</sup>の他、クラブ室やホビー室・集会ホール等で自治的に或いはセラピストの指導を得て行なわれる種々のアクティビティーへの参加、レストラン・図書館の利用等がある。

次に以上のケアサービスの利用状況について、1972年にGöteborg コミュニティで行なわれた調査結果を紹介する。〔文献：13〕

この調査によると、ホームヘルプサービスを受けている老人の、一人一週間当たりの平均サービス利用時間は5.2時間である。しかし、この利用時間には、当然の事ながら各人の心身の機能のレベルに応じて大きな幅がある。大まかであるが、以下受けたケアサービスの種類にしたがって4つのグループに大別すると、

(i) r.cのみ受けた者	56%
(ii) r.cとp.cを受けた者	12%
(iii) r.c.とn.c.を受けた者	12%
(iv) r.c.・p.c.・n.c.を受けた者	20%

となっており、(i)～(ii)の各グループごとのケアサービス利用時間平均は以下の通りである。

・グループ(iii)・(iv)平均3.2時間/週

- ・グループ(Ⅲ) 平均4.2時間/週
- ・グループ(Ⅳ) 平均7.2時間/週

一方、これに対するホームヘルパー側の  
仕事時間の振り分けは、

- ・掃除(R.C.) 37%
- ・食事作り或いは介助(R.C.) 18%
- ・買物その他外廻り代行(R.C.) 15%
- ・洗濯・アイロン・補修(R.C.) 8%
- ・身体介助(P.C.) 8%
- ・話し相手や外出・アクティビティ  
への随行(P.C.) 8%
- ・食器洗い(R.C.) 4%
- ・ベッドメイキング(R.C.) 2%

となっている。

### 3. 入居対象

サービスハウスへの入居条件は、年金受給者である事と、自立援助ケアサービスが日常的に必要でありしかも一定枠内の自立援助を得て自立生活が可能である事である。

第一の条件は客観的に判断されるが、第二条件に関する判断は一律客観的とはゆかない。各地方自治体(コミュニティ)ごと、又時代の移り変わりの中でその判断は変動し得るし、高齢者自身が、入居申請時点で保っていた心身機能レベルをいつまでも保持できる訳でもない。実際的には、サービスハウスの入居申請をした高齢者に対して、各コミュニティの福祉事務所において、申請図書の内容と担当ホームヘルパーとの面接を総合し、入居順位のプライオリティーがつけられる訳であるが、待機リストの長い都市部においては、自ずと、高齢による心

身機能低下が顕著である者がacuteケースとして優先されることとなる<sup>6)</sup>

このことと、入居後の加齢に依る心身機能の低下という要素が加わって(さらにnegativeなrelocation effectがこれに加わる場合もある)、自立生活維持を支持するためのケアサービスのメニューは、初期の時点で想定されていたよりも、今日濃密な内容となってきた。

表 サービスハウス居住者の年齢構成推移

	1975年4月	1977年1月	1990年*
～64歳	13.3 %	10	4
65～69	9.8	9	4
70～79	41.5	41	28
80～89	} 35.5	36	50
90～		4	14

資料：文献19. P83

\* 1990年は、推測値である。

1975年4月に実施された全国年金生活者実態調査に依ると、当時全国でサービスハウスに居住していた高齢者の心身状態は以下の通りである。〔文献19：P83〕

- ・何らかの身体障害のある者 30%
- ・日常的車イス使用者 10%
- ・失禁者 8%
- ・精神障害の伴う者 8%

しかし、前述した通り上記の値は、調査時点から10年を経た現在、変動していると思われる。

### 4. 計画の動向

II章において既述したように、60年代末から幾つかのコミュニティにおいて、高齢者

向けサービスハウジングが試みられ、72年には保健社会省から計画指針が出される。指針の中にも謳われているが、このサービスハウスは、国庫からの住宅建設資金融資制度に基づいて資金計画がなされているので、もはや国庫からの建設資金補助の止っている老人ホームに代って、各コミュニティはサービスハウス建設に力を入れるようになり、70年代には数多くこの種のサービスハウジングが供給される。

1982年12月時点で、サービスハウス（そう呼称されていないものも含めて）は全国で400ブロック、24,500戸存在している。〔文献4〕しかし、この時点までに建設されたものは、必ずしもサービスハウス（Service hus）とは呼ばれておらず、Bostadshotell・Pensionärshotellといったまちまちな呼称を与えられている。

これら幾つかの呼称は、1982年に新しい社会サービス法が発効した時点から、正式に「高齢者向けサービスハウス」と統一されることとなる。この呼称の変化以外にも、各年代に建設されたサービスハウスはそれぞれ特徴を有しているが、ここでそれらを時代を追って大まかに分類してみたい。

まず、60年代末から70年代前半に建てられたサービスハウスを「第一世代」と呼ぶこととするが、この「第一世代」のサービスハウスの特徴としては、入居者が比較的心身機能の低下の顕著でない老人が大勢であったため（当時、心身機能低下の顕著な老人は主として老人ホームに入所するのが常であった）、一言で言えば、デイセンターが付設された年金者住宅といった性格が強

くあったと言える。（もちろん夜間アラームへの対応をも含めた施設付ホームヘルパーによるケアサービスは供給されていたが。）これらの多くは年金者ホテル（Pensionärs hotell）と呼ばれていた。

「第二世代」は、70年代中端から後半にかけて、主として大都市郊外のニュータウンの中心に計画されたサービスハウスで、従来のサービスハウス住戸棟と、比較的心身機能低下が目立つ老人を対象とした介護度の高い住戸棟（Complemented housing 或いは service flats with full board と呼ばれている）<sup>7)</sup>を併設しているのを特徴としている。<sup>7)</sup>この介護度の高い住戸棟の内容は、70年以降更に「住居化」を遂げた老人ホームの化身であると表現してもよく、独立したダイニングキッチンの代わりにキッチンネットが設備された居室と、トイレシャワー・玄関・バルコニーで構成された、通常のサービスflatよりも一廻り小さい住戸と各階毎に共有する食堂とディールームによって住戸棟が形成されている。従ってスタッフは各戸を訪問してケアサービスを提供する以外に、共用の食堂において配膳・簡単な食事介助等を行なう。入居者は、もちろん自己の能力や希望に応じて、自炊をしても階下のレストランに赴いて食事をしてもよい。

このタイプのサービスハウスは、前節で述べた、サービスハウス入居者の老齢化と能力低下の進行といった現象に対して立てられた対策である。しかし、この時点においては、住居・福祉を担当するコミュニティと医療を担当する県の協力関係がまだ成立しておらず、この第二世代型は福祉領域内



のみで状況に対応しようとした結果としての解決型であったと言ってよい。

次に、名称が統一された1982年から現在に至るまでに建設されたサービスハウスを「第三世代」として括ると、この時期のサービスハウスの特徴は、コミュニオンと県の協力関係が成立し、福祉と医療の重複領域の仕事としてサービスハウスの新しい形を模索してきたところにあると言えよう。その協働の取り組みは、具体的な形としては、通常のサービスハウスの一層にナーシングホームをはめ込んだタイプ<sup>8)</sup>、在宅医療のキーテーションでもあるヘルスセンターとサービスハウスをコンバインさせたタイプ<sup>9)</sup>という二つの型に結晶している。

現在計画中のものの中には、もはやナーシングホームともサービスハウスとも、その判別が困難と思われる程「住居化」の進んだ病室群、或いはケア密度の高い住宅が試案されている。

いま一つ、サービスハウス計画の変遷の中で指摘できる傾向として、サービスブロックの小規模化という方向がある。これは、1983年から87年までの5ヵ年間に建設を計画されているサービスハウスの戸数(400ブロック、10,600戸)を見ると明らかである。1982年末までに建設されたサービスハウスの1ブロック平均の戸数が61.3戸であるのに対し、以後5年間のそれは24.5戸である。<sup>10)</sup>このブロック小規模化の方向は、もちろん、サービスハウスが所謂institutionとして一つの世界を形成してしまい、社会からsegregateしてしまわない様にといい配慮と、サービスハウスをコミュニティー

の中に小さい単位で散在させる事により、高齢者が永年住み慣れた住宅を離れねばならなくなった場合も、出来得る限り、馴染みのquarterの中に位置するサービスハウスに移り住んでsocial contactを継続して保てる様にといい配慮に基いている。

最後に指摘したい動向は、高齢者向けサービスハウスの他世代住戸との統合の方向である。現在までの段階では、第三世代のサービスハウスの中に、高齢者向けサービスハウスと一般向けcooperative集合住宅を同一敷地の中に併設させ、レストラン・カフェテリア・集会ホールといった公共空間を共用するというタイプが一般的であるが、核家族世帯が大部分を占め世代間の分住が極端に進んでいるスウェーデン社会では、血縁に依らない共同体(Genossenschaft)の形をとる、世代統合型の新しいタイプのサービスハウスが模索され始めている。1982年にLinköping コミュニオンに登場したサービスハウスStolplyckanは、この代表的なものとして国内外で注目を集めている。紙面の関係で今回その詳細を紹介する事は出来ないが、このタイプは第四世代のサービスハウスとして、スウェーデンにおいて将来台頭して来る居住形態であると思われる。

## V “サービスハウス登場” 以後の高齢者住環境全般に関する政策動向

高齢者向けサービスハウスの登場と同時に老人ホームの新設は実質的にほぼ止まる

事となるが、以後既存の老人ホームも、1974年から国庫からの利子補助付住宅建設資金融資が老人ホームをサービスハウスに改築する際にも適応される様になり、年間約500戸ずつ減少を始める。〔文献9〕

1982年12月時点では、施設数1,100、定員数56,500の老人ホームが全国に存在し、そこに54,500人の高齢者が居住する。居室の個室率は96%、専用トイレの付設率は72%で1962年の調査結果を大きく一新している。〔文献4〕

1980年に制定され82年に発効した社会サービス法19§・20§において、社会委員会は高齢者が自立的な生活を維持しつつ、一方では他者との活発な交流を得て意味ある人生を送れるよう努めるべき事が謳われたが、それ以来、何れのコミュニオンにおいても、老人ホームの住居化を更に計り改善を加えてサービスハウジングの中に位置づける動きを見せている。その結果、最早老人ホームとは呼ばず、complemented housing 或いは service flat with full board という名称を与えているコミュニオンが出てきている。この名称の変更は、同時に各居室のスタンダードが住宅省住宅局の資金融資基準に適合しているかどうかをも、本来問うものである。

さて、社会サービス法19§・20§が指し示した方向は、具体的に二つの高齢者生活像を想起させる。

一つはコミュニティーの中で、必要に応じて off-site の訪問ケアサービスを受け自立生活を維持しつつ、ディセンターに出掛ける等して social contact を保ち、社会参

加の機会を得ながら生活する、相対的に健康な老人の姿。今一つは、サービスハウスにおいて比較的濃密なケアサービスを受けつつ、ホビー室やクラブ室でのアクティビティーの中から好みのもを選択し、軽いセラピー等にも参加しながら生活上の基本的な自立性を保って生活する、相対的に心身機能低下の顕しい老人の姿である。

この法案は、70年代を通して進められてきたサービスハウジング路線を評価し、これに法的根拠を与えると同時に、一方では、高齢者の自宅在留期間の延長を図るべく、既に歴史の長いホームヘルプサービスに加えて、在宅医療の充実に力を入れる事を内容として含んでいる。

ホームヘルプサービスと在宅医療の現状に関しては、今回細かく触れる事はしないが、その普及度についての読者の理解を助けるため、比較的新しいデータを掲げておく。

まずホームヘルプサービスであるが、1984年時点で、全国のホームヘルパーの総数は、89,000人、このうち26,000人はサービスハウス或いは老人ホーム付のスタッフとしてホームヘルプサービスに携わっている。一方このサービスを受けている高齢者の数は、地域在宅者287,000人、サービスハウス居住者28,000人、老人ホーム居住者55,000人となっており、これは老年人口の約20%に相当する。〔文献16〕

次に在宅医療に関する近況であるが、1983年時点で、在宅医療の実施に関し県とコミュニオンの間で、その人的・経済的協力関係について合意に達し実際に動き始めて

いる県が全国で12あり（全体24の中で），その他の県においても，その協力関係が成立しつつある。同時点で既に機能し始めている在宅医療のターミナルは全国で350ヵ所。本格的な訪問医療看護が始められた1978年からの5ヵ年間にこのケアサービスの為に新規に1,800名のスタッフが加えられ，83年から88年までの5ヵ年間に更に1,000名の追加が予定されている。一方この在宅医療に与っている高齢者数は1980年時点で41,000人であり当時の老年人口の3%強に相当する。〔文献24〕

以上，サービスハウス登場以後の高齢者住環境全般に関する動向について述べてきたが，この他にも，IV章4節で僅かに触れた様に，老人慢性病棟或いはナースィングホームにおける病室の「居室化」といった，高齢者住環境動向のコンテクストの中にあっ  
て見逃せない動きがあるが，これ自体一つの発展史としての内容を持つ動向であり，

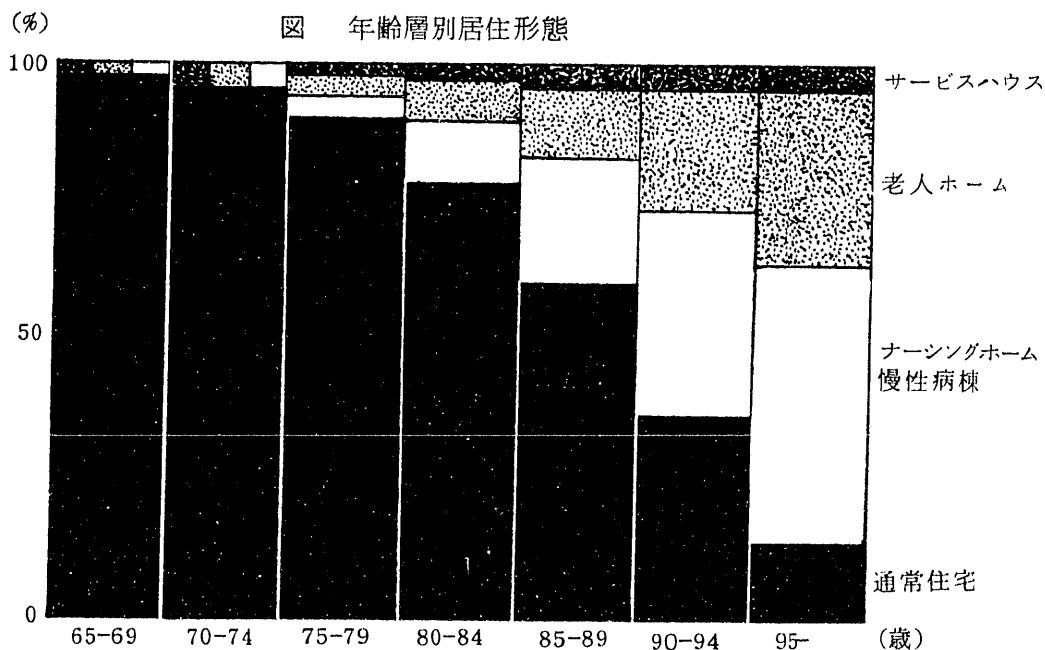
それについてここで記述する余裕はない。<sup>11)</sup>

## VI 現時点における主要課題

スウェーデンにおいて，サービスハウス・老人ホーム，加えてナースィング・慢性病棟といった，居住或いは看護形態の中に生活する高齢者の数は思いのほか多くはなく，今日，地域在宅老人数が老年人口に占める割合は90%を超えている。

高齢で，且つ独居していても，定期的なホームヘルプサービスを受け，住戸内外の物的環境改善の資金手当制度を利用し，<sup>12)</sup>外出に際してはトランスポートーションサービスを利用する。加えて，現在訪問医療看護とナイトパトロールの実施地域が拡大されつつある。

経済的自立を保障する年金制度に加え，この他にも多面的な高齢者の自立生活を支持するcounter measureが用意されている。



資料：文献19. P45

既婚子との同居率が10%を大きく割り、更に総老人世帯の47%を単独老人世帯が占めるスウェーデンにおいて、この自宅残留率は驚異的な高さであると言ってよい。

〔文献33〕

しかしながら、ひとまとめに括っている高齢者を、年齢層別に分けその居住形態をみると、重要な事実が浮かび上って来る。

即ち、加齢に従って、永年住み慣れた通常住宅からalternativeとしての各種居住・看護形態への生活拠点移動(relocation)が多発するようになるが、特に85歳を境にその発生頻度は顕著となる。90歳以上の高齢者に関する限り、過半数を大きく上まわる者が、何らかのalternative housingか医療看護施設へと、生活拠点移動を余儀なくされている。

しかも、I章において述べた様に、今後、米世紀にかけて、この心身機能低下が最も顕著となる後期高齢者の数が、確実に増加を続けてゆく事が予測されているのである。

要するに、ここに、main streamとしては在宅ケア路線を押し進めつつも、同時に、サービスハウジングという、いわば施設ケアと在宅ケアの中間に位置付けられるalternativeを用意し、高齢者の自立的生活の維持、という目標を全体において実現してゆこうという視点が出てくるのである。

高齢になってからの生活拠点移動の問題は、高齢者住環境をめぐる問題の中でも、主要課題の一つとして、度々スタディーされているが、米国においては、relocation effectに関する調査研究が多いのに比して、

スウェーデンではrelocationの要因分析に関するものが多いのが特徴的である。その中でも代表的な調査として知られるBergとDahlの調査〔文献1〕から主要な問題点を拾い出してみたい。

この調査は、

- ・通常住宅から老人ホーム・サービスハウスに移動したグループ(グループA)
- ・通常住宅から慢性病棟・ナーシングホームに移動したグループ(グループB)
- ・老人ホーム・サービスハウスから慢性病棟・ナーシングホームに移動したグループ(グループC)

の三つのグループを対象に、本人と担当ホームヘルパーへのインタビューを通し、発生した生活拠点移動の原因理由の究明、移動前の身体機能レベル、物的・人的環境の分析を行ない、移動発生を防ぎ得た可能性の探り出しと、そのために必要であったcounter measureの解明を意図したものであった。

この調査結果に依ると、ABC何れのグループにおいても、急速な健康状態の悪化と自立生活維持を可能とするだけのケアサービスの不足の二点が移動発生要因の上位を占め、生活拠点移動が余儀なくして発生した事を浮彫りにしている。しかしながら、他の同類の調査〔Thorslund 文献34〕において、発生した生活拠点移動の中には多分に防ぎ得たケースが多くある事が明らかにされている。(当調査においてはグループAの約半数、グループBの3割強が、既存のresourceの適正な活用によって移動を防ぎ得たケースであったとしている。)

それ以外に、移動要因分析の中で特に注意を引くのは、移動の複合的な要因をあぶり出す目的でなされた副次的要因究明の結果報告の中で、グループAの中の1/3を超える老人が、孤独を挙げている点である。これは、老人ホーム或いはサービスハウスに入居した老人の中のかなりの部分が、孤独からの解放への期待感を、入居時の動機として持っていた事を明らかにしている。

今一つ、SjöbergとTorngrenの調査〔文献31〕に言及したい。当調査では、ABC各グループにおける移動後の評価とrelocation effectの追跡を行なっているが、グループAの中に日常的活動範囲の拡大・自立生活の軽便化・事故発生の不安からの解放・孤独感の解消といった、積極的な評価が目立つのに対し、グループB・Cの中に、無気力化・自主性の喪失等hospitalizationの症候を見せるnegativeな結果に導かれるケースが目立つ事が報告されている。

特に都市部では、サービスハウス入居申請者の長い「待ち」が発生し、生活拠点移動時点に於ける高齢者の身心機能レベル低下助長の問題が、新しい環境への適応を更に難しくしている事が指摘されている。<sup>6)</sup>

以上拾い上げて来た諸問題の解決に向けて、現在なされている又なされるべき取り組み課題について言及し、この章を終えたい。

まず、ホームヘルプサービスの充実・在宅医療の普及・住戸内外の物的環境の改善等によって、生活拠点移動の発生を抑える

或いは医療看護施設からコミュニティーへの復帰を促す事が、今日、スウェーデンの高齢者福祉政策において、最も力を入れているところであるが、それと同時に、既存resourceの適正な活用を可能とするために、個々人の生活状況の把握・needsの査定に当たっても、福祉担当主体としてのコミュニティと医療担当主体としての県が、より効率良く有機的な協働関係を形成してゆく事が、いよいよ重要となってきた。

また一方では、生活拠点移動を余儀なくされた高齢者のrelocation shockを最少限度にとどめ、新しい環境への適応を助けるために、十分な居住空間を備え、永年馴染んだ家具類や日常生活空間を形作る所持品を持ち込む事のできる、居住性を十分に考慮した慢性病棟や病室のデザイン。又、遠距離のrelocationを避けできるだけ近隣住区内で生活拠点移動が可能となる様に、サービスハウス・老人ホーム・ナーシングホームの小規模分散化を画する事も、この領域の問題解決への試みとして取り組まれてきている。

次に、今後の課題であるが、現在一様に、自宅残留期間の延長のみを目標としているが、心身機能が極端に低下しどうしても移動が避けられなくなった状況下におけるrelocationが、高齢者に与える心理的・肉体的負荷は大きい。移動後の新しい生活環境への適応の問題を考慮した、個々人の状況に即した移動のタイミング・移動サポートのための技術についての研究・対策が今後重要となってくるだろうというのが筆者の考えである。〔文献35〕

最後に、高齢者の抱える孤独と周囲からの isolation の問題に関して述べたい。生きがい就労の試みと孤独感除去のための試みが、特に都市部において新しく出てきた動きとしてある。また就労意欲の強い高齢者に、child careの場等において労働の機会を与えるというものや、近隣住区内の住民の世代間の交流を画りつつ、区内の老人を交流の輪に招き入れようとするもの等がそれであるが、その中でも代表的な「高齢者のための仕事」(Uppdrag för äldre)・「隣人の責任」(Granansvar projektet)の両プロジェクトが、本誌70号に城戸喜子氏によって既に紹介されている。〔文献10〕

年金者組織団体レベルでなされている試みは、これに対して比較的歴史が古く、この活動の一部は(例えば友人紹介活動として)、ディセクターにおいて提供されるサービスのメニューとして、全国的に定着している。全国的な年金者組織には、PROとSFRFとの二つがあるが、何れの組織も広範なアクティビティのプログラムを持っている。共に加盟者数が多く、政治参加も活発で、高齢者福祉の動向に関し積極的に発言しているのもこの運動の特徴である。

## VII 今後の方向

本論文の締め括りとして、最後に、スウェーデンにおける高齢者住環境政策の行方について述べる。

この領域でスウェーデンが今抱えている問題とそれに対する取り組みについては前章において既に述べたが、個別的なこれら

の取り組みは、力点の置かれ方に多少の変動はあり得ても、今後も継続して押し進められてゆく事になると思われる。

その力点の置き方を左右するのが、スウェーデン社会をどの方向へ舵取って行くかを決める現政権と保守党間の二つのシナリオの闘ぎ合いである。

いささか迂遠になるが、スウェーデンにおける社会福祉の動向を占う上で、この政治的基本構造をおさえておく事は重要であると思われるので、一応の概説を加えておきたい。

即ち、この二つのシナリオとは、一つは社民党政権が押し進めてきた平等主義・普遍主義を柱とするシナリオ、具体的には、福祉サービスは人間生活にとっての基礎的サービスであるから、社会がこれを保障してゆこうというシナリオ。今一つは、保守党の提唱する自由放任主義、即ち、private sectorを拡大し、選択の自由度を上げ、市場を活性化させようというシナリオである。

85年秋の選挙においても、幾つかの小さな争点を他に持ちつつも、基本的にはこの二つのシナリオの衝突という性格を持っていた。

しかしながら、シナリオの内容を見る限りにおいては、この二つは殆ど正反対の方向を目指している様であるが、最も現政権のシナリオに批判的な保守党すらも、社民党が長い政権担当期間を通して進めてきた社会保障の基本的歩みは評価した上で意見を闘わせている事、又社民党が進めてきた社会保障路線は、今や人々のライフスタイルを形作り、人々の考え方にまで深く浸透

している現状を考え合わせると、実際問題として、今後近い将来にたとえ政権が交替しても、保守党のシナリオがそのままスウェーデン社会の基本的シナリオになってゆくという事は想像し難い。

昨年秋の選挙の結果においても、野党は国民党の大躍進で与党との議席差を詰めたものの、保守党はむしろ後退し、国民党の躍進の鍵も、選挙戦終盤で強調した老人慢性病棟の全室個室化の提唱が大きく効を奏したと言われており、社会福祉ポリシーのオリエンテーションに関しては、public sector型が引き続き国民多数の支持を得た形となった。

むしろ、今日厳しさを増している保守党の社民党政権への挑戦は、例えば高齢者住環境政策に関連して言えば、老人に対する家族や近隣によるinformal careのengagementを促し、老人の心理的疎外改善の手だてを提示するとか、public sectorの管理でintimacyに欠ける施設ケアに対し、privateの小規模施設のalternativeを示してサービス改善の刺激を与える等の、建設的counterpartとして結果的には機能してゆくのではないかと思われる。

在宅医療がどこまで普及実現し、施設ケアを受ける高齢者をどの程度まで減らすことができるか。生活拠点移動を余儀なくされた高齢者を対象とした、alternativeとしてのケアサービス付住戸が、どこまでコミュニティにintegrateできるか、即ち、小規模で地域によく分散されたサービスハウスや世代統合型のサービスハウス、そして十分に住居化されたナーシングホームが、

慢性病棟・老人ホームにどの程度までとって変われるか等が、スウェーデンにおける高齢者住環境政策の今後の目標となる。

政治構造のバランス以外の<sup>ファクター</sup>要素で、この問題領域の政策動向に大きな影響を与えるのは、経済的要素である事は言うまでもない。

V章においては、1976年の第二次石油危機以来の経済不況による経済的impactという光を、この時期における政策転換の鎖の上に落として眺めるといふ事は敢えてしなかったが、この影響は当然の事ながら厳然として存在した。ただ問題は、この危機の乗り越え方或いは凌ぎ方にある。

この石油危機以後の経済不況下で、スウェーデンが、高齢者福祉政策の領域において選びとって来た道は、理念と実利を背中合わせにじょうずに貼り合わせる事の出来るスウェーデン人の国民性を、よく示しているように思える。

当時の政策動向の中で非常に重要な位置を占める、1980年の社会サービス法19§・20§の制定に際しても、normalizationの理念に沿って、高齢者のコミュニティの中での自立生活を実現してゆこうという理想論だけではなく、既に機能していた住宅改善のための資金援助諸制度を拡充し、やはり既に歴史を持つホームヘルプサービスのシステムに訪問医療看護を重ね合わせれば、施設ケアをある程度縮少でき、高価な医療施設運営費を削減できてトータルにおいて、経済的にも助かるという手堅い計算をも同時にしている。

ただし、この方向を進んでゆく道程にお

## 論文

いて、VI章で拾い上げた様な課題と真面目に取り組んでゆく場合、経済効率の計算はかなり厳しくなってゆくのではないかと予想されるが、その時スウェーデンがどのよ

うに金<sup>マネー</sup>だけではない道を見つけ出してゆくのか。

今後のスウェーデンの歩みに、引き続き注目してゆきたい。

注1) 1964年にSven-Olof Brattgårdにより組織されたフォーカス協会によって、重度障害者対象のケア付住宅「フォーカスアパート」が65以降国内数ヶ所に登場する。

2) 1968年にÖrebroコミュニティに計画される。同年にStockholmコミュニティではpensionärshotellの名称で、Skarholmenに第一号が登場する。

3) 1950年代の作家Ivar LO-Johanssonに依る著作活動を通しての老人ホーム批判はよく知られている。

4) この建築法改正により、1977年7月1日以降建設される余暇利用を目的としないすべての住宅・公共施設は、障害者の利用に適さなければならなくなった。

5) 多くの場合district nurse (保健婦) が週5日詰めている診察室と処置室。district doctorが定期的に診察を行なう際用いられる診察室がある。入居者はホームヘルパーを通し予約をとり、ここに赴いて受診する。

6) 1985年時点で大Stockholm市管内で約7500名の高齢者がサービスハウス入居待機リストに登録されている。この中には実際に入居の必要性の高くない者も多数含まれてはいるが、福祉事務所においてこの中からADL機能の低い入居必要度の高い(所謂acuteな)高齢者から優先順位をつけて入居させるので、入居時点

での高齢者の心身機能レベルは、自ずと低い場合が多くなり、このことが新しい環境への不適應の要因として働くことが指摘されている。

7) Stockholm市北西部のニュータウンKista, Husby, Akallaに70年代後半に建設されたサービスハウス(bostads hotellと呼称されていた)がこのタイプに属する。

8) Stockholm市内では、Väder Kvarnen, Fristad, Vintergårdenのサービスハウスがこのタイプに属する。

9) Stockholm市内では、Trekanten等がこのタイプである。

10) 1982年までに建設されたものにも、83年から87年までの間に建設されるものの中にも、既存の老人ホームに10戸前後のサービスflatを増設する様なケースが数え入れられているので、新設のサービスハウスとして計画される場合は、data上の平均値(61.3戸・24.5戸)よりも1ブロック当たりの平均戸数は多いのが一般的である。

11) 文献36に掲げた拙稿を参照されたい。

12) 住宅改良資金融資制度(Förbättrings lan), 住宅改造のための資金手当制度(Bostadsanpassningsbidrag), 住戸外環境改善資金補助制度(Miljöförbättringsbidrag), 昇降機設置資金補助制度(Hissbidrag)等の諸制度がある。



文 献

- [1] Berg Stig, Dahl Lena: Orsaker bakom flytning till servicelågenhet, ålderdomshem och långtidsvård, Institutet för Gerontologi i Jönköping 1978.
- [2] Bostadsstyrelsen: God Bostad. Idag och imorgon. Stockholm 1964.
- [3] Bostadsstyrelsen: God Bostad, God Bostad för Äldre, Stockholm 1982.
- [4] Bostadsstyrelsen: Boende med Stöd- och Hjälpinsatser. *Bo-rapport*.
- [5] Hans Haste: Människors Möte, studiecirkel för deltagare i PRO: s väntjänst och kontaktverksamhet, 1980.
- [6] Johansson, Ralph and Karlberg, Björn: Bostadspolitik, Stockholm 1979.
- [7] Jörgen Larsen: Stödbostäder eller Sjukhemspplatser, KTH. Stockholm 1982.
- [8] Riksbyggens Konsumentråd: Bo kvar på Äldre dar. 1979.
- [9] Samuelsson Göran: Varför Servicehus? Stockholms Socialförvaltning. FOU. Äldre 12, 1985.
- [10] 社会保障研究所: 海外社会保障情報№70 March 1985
- [11] Socialpolitiska Kommittén: Bättre Åldringsvård, *SOU*. 1964: 5.
- [12] Socialstyrelsen: Bostäder för Äldre. *Sos anser*, 1977: 4.
- [13] Socialstyrelsen: Den Sociala Hemtjänstens "Moment- 19" - en indéskrift. Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 18*, mars 1984.
- [14] Socialstyrelsen: Råd och Anvisningar i Socialvårdsfrågor om Planering av Ålderdomshem i Kommunblocken *nr 177*. 1965.
- [15] Socialstyrelsen: Servicehus för Äldre, *rapport nr 2B*. 1972.
- [16] Socialstyrelsen: Äldreomsorg år 2000, service och vård för äldre och långtidssjuka, 1985.
- [17] Socialstyrelsen: Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 8*, 1981.
- [18] Socialstyrelsen: Äldreomsorgsprogrammet, *rapport nr 10*, 1981.
- [19] Spri: Kf, Lf, Sos: Boende, Service och Vård för Äldre, 1978.
- [20] Spri: Lokala Sjukhem, *rapport nr 35*. 1980.
- [21] Spri: Lokala Sjukhem, underlag för planering, *rapport nr 12*. 1979.
- [22] Spri: Lokala Sjukhem, ombyggnad, *rapport nr 129*. 1983.
- [23] Spri: Nya Vård- och Boendeformer för Äldre. 1984.
- [24] Spri: Sjukvård i Hemmet, *rapport nr 155*. 1983.
- [25] Spri: Sjukvård i Hemmet-Socialtjänst, Lf, Kf, Sos och Spri. 1978.
- [26] Spri: Vårdcentral, Spris arkitekttävling 1982, *rapport nr 130*. 1983.
- [27] Statens Offentliga Utredningar: Bo på Egna Villkor, *SOU*, 1984: 78.
- [28] Statens Offentliga Utredningar: Socialvårdens Mål och Medel, principtankande av socialutredningen, *SOU*. 1974: 39.
- [29] Statistical Abstract of Sweden, 1986.
- [30] Sundström, Gerdt: Caring for the Aged in Welfare Society. Stockholm Univ. 1983.
- [31] Sjöberg Åsa, Törngren Eva: Äldres syn på boende, service och vård "så vill jag ha det". Psykotekniska Institutet, Stockholms Universitet, 1978.
- [32] The National Commission on Aging: A Swedish Report to The World Assembly on Aging, 1982.
- [33] Thiberg Sven (edit.): Bostad boken. Building Research Council, 1985.
- [34] Thorslund Mats: Äldres flyttningar till service och vård, Spri rapport 66. 1981.

論文

[35] 外山 義 : The Elderly and Their Environment in Sweden.—a commentary on Swedish development within social and built environment for the elderly and illumination of important relevant issues for alternative future, Royal Institute of Technology, Stockholm, 1986.

[36] 外山 義 : スウェーデンにおける高齢者の住宅, 住環境政策, 日本建築学会秋季大会研究協議会討議資料, 日本建築学会建築計画委員会 1984