

## デンマークの高齢者住宅とケア政策

松岡 洋子

---

### ■ 要約

デンマークでは1988年以降、高齢者施設(プライエム)の新規建設を禁止し、その代替として高齢者住宅の建設を押し進めた。財政の逼迫と高齢化の進展を背景に、次代の高齢者福祉のあり方を模索した高齢者政策委員会の「高齢者は介護の対象ではなく、生活の主体である」という提言を実践したものである。実際には「住まいとケアの分離」理論ののっとなって、地域に公営賃貸住宅としての高齢者住宅と24時間在宅ケアを整備し、尊厳のある自立生活をしながらも虚弱化のニーズに合わせて在宅ケアを利用しながら、最期まで地域で暮らせる地域居住(Ageing in place)を実現している。本稿では1990年代後半に登場した介護型住宅(プライエボーリ)の意義と機能、さらに1997年の「公営住宅法」への統合にも言及しながら、デンマークの取り組みを「地域居住(Ageing in place)」と「住まいとケアの分離」理論を踏まえてまとめ、その示唆するところを日本への提言としてまとめる。

### ■ キーワード

デンマーク、高齢者住宅、プライエボーリ、地域居住(Ageing in place)、住まいとケアの分離

---

### はじめに

「住宅政策は社会保障の基盤である」(Torgenson, 1987; Harloe, 1995)と言われるように、戦後ヨーロッパ諸国では妥当な家賃で居住できる質の高い住宅の整備が政策の主眼とされてきた。なかでもデンマークは、ユニタリズム<sup>1)</sup>ののっとなって公営住宅の整備を行い、一般住宅の住戸面積や設備の良さにおいては世界の最上位にある(松岡, 2005, 110)。

高齢者の住まいに関しては、1960年代、1970年代の施設の時代には、デンマークにおいても戦後の経済成長を背景に65歳以上高齢者人口の7%近くまで施設(プライエム)が整備された。その後、1980年代には、オイルショックによる財政逼迫、高齢化の進展をきっかけに施設に代わるケア体系

が模索されるようになるが、デンマークでは、1979年に「高齢者政策委員会」が提唱した「介護対象から生活主体へ、社会的かかわりを」という理念と「高齢者三原則」<sup>2)</sup>に沿って施設建設が禁止され、地域に目を向けた高齢者住宅の建設と24時間在宅ケアの整備に力が注がれた。

こうした世界的潮流は「Ageing in place (地域居住)」という概念で説明され(Tilson, 1990; Callahan, 1993; Houben & Voordt, 1993)、「住まいとケアの分離」が有効な手法とされている(Daatland, 2000; Houben, 2001)。一連の概念と理論は、北欧・ヨーロッパでコンセンサスが得られており、新しい高齢者居住のあり方についてインパクトある方向性を示すものとなっている(Daatland, 2000; Houben, 2001)。1988年以降のデンマークの政策転換は、この概念・理論に沿うものである(Gottshalk,

1993; Hansen, 1998)、本稿ではこれらを踏まえて、デンマークについて論じる。

## I. デンマークにおける高齢者福祉と住宅政策の動向

### 1. 「地域居住 (Ageing in place)」と「住まいとケアの分離」

#### (1) 「地域居住 (Ageing in place)」

「地域居住 (Ageing in place)」は、施設の批判・反省から生まれ、施設に代わるケア体系として1990年代以来注目されてきた概念である。「高齢者の自宅・地域にとどまりたいという根源的な願いに応え、虚弱化にもかかわらず、高齢者が尊厳を持って自立して自宅・地域で暮らすこと。施設入所を遅らせ、防止する効果がある」(Kelen & Gliffiths, 1983; Pynoos, 1990.; Ivry, 1995) というものである。日本では「住み慣れた地域で、自分らしく最期まで」という表現ですでによく知られているが、特徴として以下の点を挙げることができる。

- ① 住まいの要素とケアの要素が重要であり (Lawton, 1980)、住まいとケアは分離されなければならない (Houben, 2001)。
- ② 近隣やコミュニティの変化も含むダイナミックなコンセプトである (Pynoos, 1990)。
- ③ 高齢者の尊厳を守り、自立を支援する環境を守る事が重要である (Lawton, 1983)。
- ④ 「自宅・地域に住み続けたい」という願望を重視 (Sykes, 1990)、「地域に住み続けること」、つまり最期まで (死ぬまで) の地域での居住継続を保障していくことが重要であり (Ball, 2004)、第二の居住移動はあってはならない (Houben, 2001)。

地域居住の有効な手段として「住まいとケアの分離」を位置づけることができる。

#### (2) 「住まいとケアの分離」理論とデンマークの取り組み

Houben & Voordt (1993)、Daatland (2000)、Houben (2001) らの論文から、「住まいとケアの分離」理論についてまとめてみたい。

この理論では「施設は住まいとケアがパッケージ化 (固定化) されたもの」ととらえ、「そのために、住む場によってケアの量が規定されるという不合理が起こり、不必要な居住移動を余儀なくされる」「住む場によってケア量が規定されてはならない。ケアは人に付くべきである」と考える。

- ① よって、施設内で提供されていたケア機能は施設から空間的に分離され、地域で提供されなければならない。
- ② ケアは (施設では標準化されていたが)、高齢者の自立と選択を重んじ、個別ニーズに合わせてフレキシブルに提供される。
- ③ 趣味の活動、運動、教育なども施設から空間的に分離され、地域で共有される。
- ④ 住まい機能は重要な意味を持ち、一般市場の住宅と同等のものである。とくに風呂と台所は重要で、自立して生活できる期間を長くする。
- ⑤ 以上のように住まいとケアを分離することで、ケアを求めての引っ越しや、施設への不必要な引っ越しが回避できる。

1982年に出されたデンマークの高齢者政策委員会の第三回報告書では「キーワードは住まいとケアの組み合わせのフレキシビリティである。つまり、施設は、高齢者向けの住宅と高齢者のニーズに合わせて届けられるフレキシブルなサービスに置き換えられなければならない」と明言された。Gottschalk (1993)、Hansen (1998) はこの記述をとらえ、「『住まいとケアの分離』理論によって、デンマークでは施設は建設されなくなった」という解釈を示している。デンマークにおける施設から地域居住への移行は、「住まいとケアの分離」理論によって推し進められた、と言える。

### (3)「介護の対象ではなく、生活の主体」

ここで、デンマークにおける施設から地域居住への移行の背景にある理念について触れたい。「高齢者政策委員会」では「高齢者福祉の目的は、できないことをしてあげるだけのケアではない。最も重要なのは、役割や社会的交流の創出を通じて、自分自身の価値を感じながら生きていけるよう支援していくことである」と述べ、「介護の対象ではなく、生活の主体」という概念を打ち出した。そして、これらを「継続性の維持」「自己決定の尊重」「自己資源の活用」で構成される高齢者三原則として展開した。

なぜ、施設建設を禁止して、「住まいとケアの分離」によって地域居住(Ageing in place)を進めたのか？ その中核理念は、高齢者が「自分のことを自分でする喜び(自立)、自分が自分であることの喜び(自己アイデンティティ)」を感じられる暮らしを取り戻すことだったのである(Kaahler, 1992; Gottschalk, 1993)。決して、介護を提供しやすく、受けやすい環境のみを目指したわけではない点に注目すべきである。

## 2. 施設凍結と高齢者住宅の建設

### (1) 高齢者施設(プライエム)から高齢者住宅へ

1960年代、1970年代に建築されたプライエムは、1980年代末には49,000床にもなり、65歳以上高齢者人口の7%を占めるに至っている。

「1988年1月1日以降、プライエムと保護住宅は新規建設してはならない。既存のプライエム(Plejehjem)と保護住宅(Beskyttet bolig)<sup>3)</sup>はこの法律が定めるところにより運営することができる」という社会支援法改正法391号によって、施設の新規建設が禁止された。その代替として、1987年より「高齢者・障害者住宅法(lov om boliger for ældre og personer med handicap)」に準拠して高齢者住宅(Ældrebolig)が建築され始めた。この高齢者住宅が、「住まいとケアの分離」後の住まい部分

を実質的に支える地域の新しい住まいである。

高齢者住宅は年間約3,000戸のスピードで建設され、2006年には58,000戸にまで達した。逆に、プライエムは高齢者住宅に建て替えられるなどして15,000戸に減り、その数は完全に逆転した<sup>4)</sup>。1998年には、「2005年までにプライエムを全廃する」との合意が社会大臣と住宅建設大臣の間で交わされたが(松岡、2005)、2006年時点で15,000床残存している。これについては、居室が狭くバス・トイレなしのプライエムから改築されている現状より、当初よりバス・トイレ付きで面積が広く、居住水準の高いものが市の財政状況などの理由により現在も活用されている、と推測できる。

### (2)「高齢者・障害者住宅法」

「高齢者・障害者住宅法」の特徴・意義は、それまでに建てられていた年金受給者住宅、高齢者向け集合住宅、保護住宅など的高齢者の住まいを「高齢者住宅」として一つの法律の下に一元化した点にある。とくに、資金面での一元化には重要な意味がある(Gottschalk, 1993)。それまでは、それぞれの住宅が異なる資金援助を受けて建設されていたが、1987年の「高齢者・障害者住宅法」下では、85%を国庫クレジット連携のローンで、13%を市町村のローンで、2%を入居者の入居時保証金で賄うことで統一された。公正・公平でわかりやすい制度が、確実な高齢者住宅の発展を支えたのである。

この法律はいわゆる国の枠組み法であり、方向性を示して細部までは言及せず、各自治体の実情に合わせて自在に運用できる内容となっている。建築基準については「高齢者や障害者などの車いす利用者に配慮したバリアフリー仕様であること、歩行障害があってもアクセスできること、24時間緊急呼び出しができること、台所・トイレを備えた独立住宅であること、67m<sup>2</sup>以下の広さであること」と、極めてシンプルである。

### (3)「公営住宅法」への統合

1997年、同法律はそのほとんどの項目が「公営

住宅法(lov om almene boliger)へと統合された。公営住宅は、デンマーク民主主義のシンボルであり、社会保障の基盤をなす住宅政策の根幹そのものである。戦後、年間1万戸が建設され、現在ではデンマーク全戸(240万戸)の20%を占めるに至っている。家族住宅(約40万戸)、若者住宅(約2万戸)があるが、高齢者住宅がこれらに相並ぶ形で、国の住宅政策の一角に組み入れられたこととなる。高齢者・障害者に特化した限定的・残余的な住宅政策から、真に普遍的な住宅政策への新しい発展である。

公営住宅法では、さまざまな高齢者向けの公的な住まいを一括して「Almene Ældrebolig(公営高齢者住宅)」と称し、1章が設けられている。この法律への統合によって、供給主体や資金、建築基準についても家族住宅・若者住宅とともに一元化されたわけで、住戸面積についての基準が「110m<sup>2</sup>以下」となった。

高齢者向けの住宅政策は、広く国民に健康的で質のよい住宅を供給するという普遍主義のもと、我々日本人の想像を超えるレベルへと発展している。

### 3. プライエボリー(介護型住宅)の誕生

プライエムは、当初存続を許された。しかし、1995年に行われた調査によって、旧型プライエムの劣悪な居住環境が明らかとなった。「27%が面積15m<sup>2</sup>以下、22%がバス・トイレなし、9%が車いすでアクセスできない」というものである。これがきっかけとなり、1996年「高齢者・障害者住宅法」を改正して、「高齢者住宅にサービス・エリアを付けて、プライエボリー(Plejebolig:介護型住宅)を建築してもよい」こととなった。サービス・エリアとは、共用で使うリハビリ室・フットケア室・職員の詰め所・食堂などである。ここに、「高齢者・障害者住宅法」に準拠して高い居住環境を確保しながらも、自立支援を旨とするケアをサービス・エリア

から提供できるプライエボリー(介護型住宅)が誕生した。プライエボリーは「24時間介護の付いた高齢者住宅(Ældrebolig med døgn pleje)」と表現されることもあり、認知症グループホームもこのカテゴリに含められる。

プライエボリーは旧型プライエムの改築によって、あるいは新築によって造られる。改築の場合、プライエムの2居室から1戸のプライエボリーが、3居室から2戸のプライエボリーが造られるなどさまざまである。

## II. 高齢者住宅の整備状況

### 1. 高齢者の公的な住まいの整備状況

以上のような経緯を経て、現在では「高齢者・障害者住宅法」に準拠して1987年以降建築された高齢者住宅とプライエボリーを中心に、旧型プライエムと保護住宅、さらに1930年代の年金受給者住宅などが残存する形で、高齢者の公的な住まいを形成している(表1参照)。ここで注意すべきは、政策の中核は高齢者住宅とプライエボリーにあるのであって、プライエムは「2005年に全廃」することを目指したものの市町村の都合により撤廃することができなかった残存物、ととらえるのが妥当であろう。旧型プライエムは、全室個室といえども居住面積は15m<sup>2</sup>前後で、トイレは付いているとはいえ2m<sup>2</sup>前後と狭く、トイレ面積を7m<sup>2</sup>と規定したプライエボリーとは雲泥の差がある。また、保護住宅やその他の住宅は、居住水準としては高齢者住宅と似通っている。

表の下段に「24時間介護の付いた住宅」と「在宅ケアを利用する住宅」に分けた整備率(65歳以上高齢者に対する割合)を独自に計算して記載した。両者合わせて11%強で推移しているが、近年は介護型住宅の割合が増加傾向にある。

表 1 デンマークにおける高齢者の公的な住まい整備状況

(戸)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
24 時間介護の付いた住宅	プライエム Plejhjem	27,635	25,802	23,740	21,121	17,819	15,424
	保護住宅 Beskyttede bolig	3,973	4,105	3,566	3,309	3,016	2,870
	高齢者住宅 (1987 年以降)	37,899	17,760*	42,774	20,940*	52,640	32,016
Almene Ældrebolig	高齢者住宅 Ældrebolig		22,060*		26,650*		26,276
高齢者住宅	そのほかの住宅** Andre boliger for ældre	20,186	19,875	18,338	17,157	15,866	14,846
24 時間介護の付いた住宅の小計 (65 歳以上高齢者に占める割合)		—	47,667 (5.9%)	—	45,370 (5.7%)	—	50,310 (6.1%)
高齢者住宅の小計 (65 歳以上高齢者に占める割合)		—	41,935 (5.2%)	—	43,807 (5.5%)	—	41,122 (5.0%)

\* デンマーク統計局資料ではプライエボリーと高齢者住宅に分割していたのは 2006 年のみである。よって、2002 と 2004 については（松岡：2005, 296）を参照し按分して求めた。

\*\* 「そのほかの住宅」とは、年金受給者住宅、高齢者向け集合住宅など、1987 年以前に建てられていた高齢者住宅である。

出典：http://www.statbank.dk/ に（松岡：2005, 296）を加えて筆者作成。

## 2. 地域における整備状況

高齢者住宅の配置を地図にプロットしてみると、小規模集合住宅が多地点に分散配置されていることがわかる。F 市(人口約 9 万人、高齢者 1.5 万人)の場合、高齢者向け公的な住まいの合計は 13.4% であるが、プライエボリー(900 戸)が 15 カ所に、高齢者住宅(1110 戸)が 28 カ所に分散している。さらに、高齢者住宅 28 カ所のうち半数が総戸数 25 戸以下で、100 戸を超えるものは 4 カ所のみで小規模な住宅が多い。

高齢者住宅の居住者は、80%以上が元市民である<sup>5)</sup>。多地点に分散していると、生活圏内での引越しが可能となる。よく知り合った人間関係やなじみの商店、見慣れた風景と断絶することなく、高齢者住宅・プライエボリーでの生活が始められる。

## Ⅲ. 高齢者住宅・プライエボリーでの生活

### 1. 高齢者住宅とその生活

#### (1) 高齢者住宅の居住環境

高齢者住宅は平均的に 60m<sup>2</sup>の広さがあり、図 1 が典型的なレイアウトである。バス・トイレ、台所があり、寝室・居間は別室で、広さも設備も一般住宅と変わらない。玄関横に台所がある構造が多く、台所のガラス窓をとおして外から室内が見え、室内からは外を眺めて地域を感じることができる。

高齢者住宅の多くがアクティビティ・ハウスやリハビリ室、レストラン、在宅ケアステーションから成るデイ・センターに隣接している。隣接してはいても、高齢者住宅居住者のみで利用するクローズドなものではなく、広く地域の高齢者に開放されている。在宅ケアステーションからも、広く地域に向

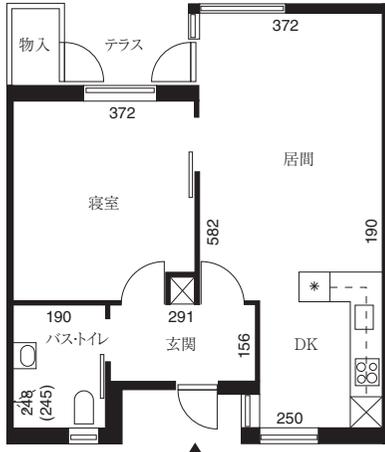


図1 高齢者住宅の平面図(60m<sup>2</sup>)

けて24時間の在宅介護・看護が届けられる。居住者は、ニーズに合わせて在宅ケアを利用しながら最期まで住むことができるが、この点も自宅に住む高齢者と同様である。

## (2) 高齢者住宅での生活

高齢者住宅への入居には市の判定が必要である。判定の基準は、身体状況だけではなく、現住宅の状況や生活環境なども考慮される。骨折や脳卒中などで入・退院した高齢者がエレベータなしの集合住宅の上層階や、買物に不便な地域に帰らなければならない場合、環境が自立生活の障害となるため入居が優先される。一般的には2-3カ月で入居できるが、最近では待機期間の長期化が問題となっており、社会省から「待機期間は3カ月以内」

となるように高齢者住宅の整備を要請する通達が出された。

家賃の規定はない。コムーネの地域性、立地、築年などによって異なるが、おおむね月額6,000クローナ(約12-13万円)が平均である。家賃の支払いが困難な高齢者には家賃補助(Boligydelse)があり(高齢者の半数が利用)、収入が年金のみでも<sup>6)</sup>、収入の15%程度が残るように配慮されている。入居時には家賃3-4カ月分の一時金(Inskud)を支払うが、これについても公的貸与制度がある。光熱費は、各戸計測して別個に支払う。

筆者の調査によれば、20-25%が週単位でアクティビティ・ハウスの活動やそのほかの趣味活動に参加し、10%は毎日隣接のデイ・センターのレストランで食事をとっている(松岡、2008)。外出活動がさかんである。

## (3) 「最期までの居住」の実践

筆者が高齢者住宅居住者を対象に行った調査(N=268、2007年)では、平均年齢が79.8歳(SD=10.2)と高く、平均居住年数は7.19年(SD=5.00)と長いことが判明した。さらに歩行、階段昇降ができない人がそれぞれ17.2%、32.1%、買い物ができない、食事の準備ができない人が30.6%、23.9%と比較的高く、日常生活動作(ADL)、手段的日常生活動作(IADL)ともに低いことも明らかとなった。さらに、杖、歩行器、車いす利用者は、それぞれ38.6%、47.4%、14.9%と利用率が高かつ

表2 高齢者住宅における年間退所者数とプライエボリーへの居住移動

		戸数	住人数	年間退去者数	プライエボリーへの居住移動者数
A	H市S住宅(2003)	127戸	154人	17人	7人
B	H市B住宅(2007)	167戸	—	20人	8人
C	D市W住宅(2003)	45戸	53人	5人	0-1人

出典：A・C：松岡，2005，p.236より，B：2007年筆者現地インタビューより。

た(松岡、2008)。このことより、高齢者住宅では「最期までの居住」が相当程度実践されているという仮説が成り立つ。

表2に高齢者住宅における年間の退去者数とプライエボリーへの居住移動者数を示した。この3住宅の例より、「高齢者住宅では年間約10%の居住者が退去し、その約40%がプライエボリーへの引っ越しであり、60%は高齢者住宅で亡くなる」とまとめられる。Bの例をとれば、「高齢者住宅では年間20人が退去するが、8人がプライエボリーに移り、12人は高齢者住宅で亡くなる」のである。3住宅の結果を一般化することはできず、詳細な調査が求められるところではあるが、「高齢者住宅は、最期までの地域居住を支えている」との仮説は、それほど妥当性に欠けるものでないだろう。

## 2. プライエボリーでの生活

### (1) プライエボリーの居住環境

身体的障害については、高齢者住宅において在宅ケアを活用することで最期までの居住を支えることができる。しかし認知症が重度になると、高齢者自身の安全や生活の質を守るという観点から、プライエボリーに居住移動したほうが望ましい場合がある。本人の自己決定を基本に、家族とも相

談しながら慎重に決定がなされる。その結果として、プライエボリーの居住者は認知症の高齢者が圧倒的に多い。

プライエボリーは「施設」ではなく、高齢者・障害者住宅法(1997年以降は公営住宅法)に準拠して建てられた「住宅」である。各人は、図2のような40m<sup>2</sup>の広さの「住戸」(居室ではない)に住み、住戸にはバス・トイレと簡易キッチンが付いている。トイレの広さは「労働環境法」の規定により、二人介護を想定した7m<sup>2</sup>が確保されている。居間・寝室分離タイプが多く、最近では家具などで自由に空間構成できるワン・ルームタイプも増え、寝室からトイレには天井走行リフトが標準装備されている。

### (2) 生活居住環境モデル(LEVE-og BO Miljø)

プライエボリーの居住者は家賃を払って住む「テナント」であり、在宅の高齢者と同様に一人ひとりアセスメントを受け、プランに基づくケアを受けながら、趣味を楽しみ、家事もこなしてこれまでどおりの生活を継続する。これは「生活居住環境モデル(LEVE-og BO Miljø)」と言われ、現在、プライエボリーの標準となっている。

10人前後の小グループを基本に、各戸は広い共用の居間・食堂を囲むような形で配列され、オープン・キッチンなど居住者が家事に参加しやすい工夫が凝らされている。食事は居住者がメニューを決め、できる限り買い物に行つてユニットの台所で職員の支援を受けながら調理をする。パンの焼ける匂い、肉を焼く音・匂いが生活感を醸し五感を刺激する。しかし、「徐々に虚弱になって、皿を並べる、じゃがいもの皮をむくなどの下ごしらえが中心ね(2007年、S市プライエボリー所長談)」というのが実態となりつつある。

高齢者住宅に比べて住戸面積は狭いが、家賃は共用スペース分も負担するため高齢者住宅と同レベルで月額6,000-7,000クローナ(約12-15万円)である。家賃のほかに、暖房、水道、電気、アンテナ代を含んだ月額である。このほかに、食費、

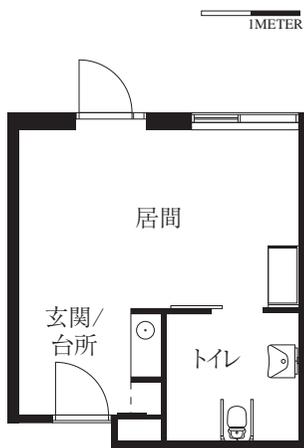


図2 プライエボリーの平面図(40m<sup>2</sup>)

掃除・洗濯などの材料実費が加わる。介護・看護の費用は在宅と同様で無料である。「生活居住環境モデル」は、日本のユニットケアとの同時代性を感じさせる。

### (3) プライエボリーにおける介護・看護

プライエボリーは、サービス・エリアが付帯した、24時間介護付きの「高齢者住宅」である。「住まいとケアの分離」理論によれば、プライエボリーのケアも地域の在宅ケアとして外から提供されるはずである。実際に、医療は家庭医によって、リハビリは地域スタッフからというように、完全に外部化している。しかし、介護・看護については外部化は部分的である。在宅と施設の区別をなくし、プライエボリーにも在宅ケアの一環として介護・看護を届ける手法は「統合ケア」と呼ばれて90%の市で導入されている(松岡、2005)。しかし、在宅ケア・スタッフからサービスを受けるのは、午後3時以降の夜間帯から、あるいは午後11時以降の深夜帯のみである。

プライエボリーにもテナント・デモクラシー(Beboer Dmokrati:住人民主義)が実践され、「住民委員会(Beboer Raad)」が結成されて、認知症であっても職員の助けを得ながら、運営や生活について発言していく。メニューの決め方や買物のしかた、洗濯・掃除への要望など、さまざまな話し合いがなされ、改善へとつながられる。家族の来訪が多いのも、特徴である。

## IV. 入居者への医療・介護・生活支援サービスの提供

### 1. 24時間在宅ケア

#### (1) 制度の概要

デンマークの在宅ケア供給量は、北欧諸国のなかでも群を抜いている(Daatland,2000)。施設に代わるケア体系を模索していた1980年代に24時間在宅ケアを推進し、1987年には63%を超える市に

おいてこれを整え、1993年には95%を達成している(松岡、2005、48)。「住まいとケアの分離」におけるケアが、地域において完璧な形で整備されていることになる。また、社会サービス法によって在宅ケアの提供責任は市にあることが明記されており(§8)、市の判定を受けて認定された市民は、看護・介護・家事支援サービスを無料で利用することができる。

また2003年より「自由選択(frit valg)」が始まり、サービス提供者を公共・民間・個人から自由に選ぶようになった。公共の独占であったサービスを民間に開放して競争原理を導入し、人件費削減とサービスの質の向上を目指したものである。民間事業者は市の審査・認定を受けたものに限られ、新聞などで公募して競争入札を行っている。しかしながら、民間事業者を選ぶ高齢者は少なく、利用率は10-15%からなかなか伸びない。2001年に税率の凍結を約束した中道右派連立政権が誕生したが、高齢化の進展も深刻であり、これまで無料であった在宅ケアにユーザー・ペイ(利用者負担)を導入することも検討されている。

#### (2) 24時間在宅ケアの実態

在宅ケア利用者は約20万人で、高齢者の25%にあたる(表3)。利用率は市によってかなり異なっている。

表3より、短時間利用者が半分以上を占めて圧倒的に多く、逆に週12時間以上の利用者が15%近くいて「できるだけ多くの人に、本当に必要な人には重点的に(松岡、2005)」というメリハリの利いた提供がなされていることがわかる。週2時間の利用なら、2週に1回の掃除と週1回の買物程度で家事支援が中心である(表4)。週12時間以上の利用なら、毎日5回以上の訪問になる。ALS(筋萎縮性側索硬化症)でカニューレをつけて経管栄養を摂っており、家族がいなくても、本人が望めば在宅・高齢者住宅で一人で住むことが可能である。

実際のサービス提供については、オムツ交換、

表3 週間利用時間別在宅ケア利用者数

(人)

	デンマーク 人口 542万人 高齢者人口 82万人	F市 人口 91,000人 高齢者人口 15,000人	S市 人口 43,000人 高齢者人口 6,000人	H市 人口 24,000人 高齢者人口 4,600人	SN市 人口 11,200人 高齢者人口 1,626人
2時間以下	116,737(56.4%)	3,072(70.0%)	1,030(53.7%)	724(71.1%)	157(43.9%)
2-3.9時間	24,282(11.7%)	536(12.2%)	230(11.2%)	99(9.7%)	68(19.0%)
4-7.9時間	23,327(11.3%)	426(9.7%)	196(10.2%)	96(9.4%)	51(14.2%)
8-11.9時間	12,365(6.0%)	205(4.7%)	71(3.7%)	46(4.5%)	25(7.0%)
12-19.9時間	14,111(6.8%)	103(2.3%)	86(4.5%)	30(3.0%)	29(8.1%)
20時間以上	16,064(7.8%)	47(1.0%)	306(15.9%)	23(2.3%)	28(7.8%)
合計 (高齢者人口に占める利用者割合)	206,886 (100.0%) (25.0%)	4,389 (100.0%) (29.3%)	1,919 (100.0%) (32.0%)	1,018 (100.0%) (22.1%)	358 (100.0%) (22.0%)

出典：Statistisk Årbog 2005, <http://www.statbank.dk/> より筆者作成。

表4 週間利用時間別サービスの内容

(人)

	合計	身体介護のみ利用	家事支援のみ利用	身体介護と 家事支援利用
合計	206,886	20,716	84,989	101,181
2時間以下	116,737(56.4%)	9,816	83,397	23,524
2-3.9時間	24,282(11.7%)	3,828	1,410	19,044
4-7.9時間	23,327(11.3%)	2,969	160	20,198
8-11.9時間	12,365(6.0%)	1,221	14	11,130
12-19.9時間	14,111(6.8%)	1,353	4	12,754
20時間以上	16,064(7.8%)	1,529	4	14,531

出典：Statistisk Årbog 2005, <http://www.statbank.dk/> より筆者作成。

投薬など各タスクに要する時間が分単位で決められており、SSH や SSA<sup>7)</sup> と呼ばれる専門職が車ののって分単位で効率よく地域を巡回する<sup>8)</sup>。時間配分やサービス量のコントロールは人口1万人を目安にした福祉地区を単位に行われ、地区リーダーの看護師が、行政から割り当てられた時間の範囲内で、サービス提供をコントロールしていく。

## 2. 医療

デンマークの医療は2007年1月より「レギオナ(Regioner, 保健地域)」が担当しており<sup>9)</sup>、福祉を担当する市と業務が重複することがない。デンマークでは家庭医制度をとっており、国民はすべて家庭医に登録する<sup>10)</sup>。急性期医療へのフリーアクセスはできず、家庭医の紹介状を持参して専門医にかかることとなる<sup>11)</sup>。入院期間は65歳以上の高齢者といえども15日前後で早期退院が原則である。退院時は家庭医にも連絡が流れ、地域の在宅ケアチームとの連携によって、地域での生活を支える体制があればこそ可能なのである。

この家庭医制度によって、プライエボリーに引越したとしても病歴・生活歴を把握した各人の家庭医が治療を継続する。よって、インフルエンザが流行する季節には複数の家庭医が出入りし、ターミナルケアも自分の家庭医がプライエボリー職員と連携して陣頭指揮をとる。限られた資源を有効に使いつつ、利用者にも安心感・信頼感に基づいた医療を提供できる制度である。

## 3. 社会サービス

1980年代初頭の「高齢者政策委員会」の提言で強調されたように、地域における最期までの生活を支えるためには、介護や医療などのフォーマルケアだけでなく、生きがいに通じる各人の役割づくりや社会交流の活性化など、近隣・地域におけるインフォーマルな側面への配慮が重要である。

デンマークにおいては公的なサービスとしての

社会的交流の場であるデイ・センターは29,000人(3.6%)分が用意されている。このほかに、アクティビティ・ハウスがあり、趣味活動やビリヤード、ブリッジなどの活動が市民の内発的活動として展開されている。さらに、デイ・センターもアクティビティ・ハウスも高齢者住宅にパッケージ化されているのではなく、地域に開放されて、住む場に関係なくみんなで楽しむ場となっている。

D市のWというアクティビティ・ハウスは週間利用者がのべ1,000人を超え、50を超えるメニューがあつて、毎日さかんな活動が繰り広げられている。市は、建物家賃とハウス長以下厨房職員を含む3.5名の人件費を払っているのみで、あとはすべて自主運営である。

役割を持ち活動的であることは、最大の介護予防であり、認知症予防である。住まい、介護については公的責任において提供するが、社会的交流や活動は高齢者自身の主体性に支えられている。

## まとめ

デンマークでは、「住まいとケアの分離」が行われ、地域の高齢者住宅でニーズに合わせたケアを受けながら最期まで自分らしい生活ができる地域居住(Ageing in place)が実践されている。日本においても、2005年に高齢者施設への国庫補助が凍結され、2006年の介護保険改正法では地域密着型サービスの制度がスタートして、地域居住への道を歩んでいることは明らかである。

高齢者の住まいが公的責任において11%レベルで整備されており、その半数が高齢者住宅であることからすれば、地域居住を目指す日本においてもこのカテゴリーの住宅整備に、24時間在宅ケアの整備とともにさらなる力を注ぐことが望まれる。それは、「今のところに住み続けたい」という人間共通の根源的な願いに応えることであり、財政負担を少なくし、自分らしい暮らしを住み慣れた場所で最

期まで継続すること(Ageing in place)につながるの  
である。

また、「住まいとケアの分離」という視点からは、  
日本においては高齢者居住に関する制度が統一性、  
整合性なく存在し、面積基準、資金援助もそれぞ  
れに異なる。田中(2006)が「在宅と施設の給付に違  
いがなくなる方向に賛成です」と述べているように、  
住まいの一元化、ケアの一元化は目指されるべき  
である。その際には、高齢者居住に限定せず、オー  
ルド・ニュータウンの今後や一般住宅市場の動静  
もにらみながら、国民全体の居住の質を高めること  
を目指す公平で公正な住宅政策の再編成を視野に  
入れなければ一元化は不可能であろう。

さらに、地域居住の推進には、自治体の力量や  
熱意が問われる。また同時に、行政のお任せにす  
るのではなく、高齢者や市民が自分自身の問題と  
して学び、希望を伝え、自らも行動するという「主  
体としての参画」を行うことも強く求められる。

注

- 1) 住宅政策は、大きくユニタリズム(普遍主義)とデュアリ  
ズム(二元主義)に分けられる。ユニタリズムはすべ  
ての国民を対象に質の高い公的住宅を供給する普遍  
主義的政策で、北欧諸国、オランダがこれに属する。  
デュアリズムは、持ち家促進などで民間主導とし、そ  
こから落ちこぼれた層に救済策として公的住宅を提  
供する政策である。イギリス、南欧諸国、日本などが  
これに属する。
- 2) 「高齢者三原則」は、「継続性の維持(これまでの生活  
を断絶せず、継続性を持って暮らす)」、「自己決定の  
尊重(高齢者自身の自己決定を尊重し、周りはこれを  
支える)」、「自己資源の活用(高齢者が持っている資  
源に着目して自立を支援する)」である。
- 3) 保護住宅(Beskyttet bolig)は、24時間介護の必要はな  
いが、一人で生活するには不安が伴う高齢者のため  
の住まいで、1970年代に主としてプライエムに併設  
して建てられた。昼間はスタッフがいて世話にあたる  
が、夜間はプライエムのスタッフがアラーム通報に応  
じる。
- 4) 高齢者住宅のひとつのカテゴリーとして、1996年以  
降「高齢者・障害者住宅法」の改正によって、プライ  
エボリー(介護型住宅)が登場する。2006年時点で、  
56,000戸のうち32,000戸がプライエボリーである。  
プライエムと高齢者住宅の数が逆転したといっても、

「24時間介護の付いた住宅」と「在宅ケアを利用する住  
宅」という分類とすると、両者はほぼ同数である。近  
年では「24時間介護の付いた住宅」が増えているので、  
注意が必要である。

- 5) 高齢者住宅居住者を対象にした筆者の調査によれば  
(N=268)、市内からの引っ越しは77.6%であった  
(2007)。
- 6) デンマークの国民年金は65歳から支給され、基礎額  
は約93,000円である。これに、年金加算手当、障害  
加算手当、就労不能加算、部分年金などが付加される。  
独居の場合一人に187,000円、夫婦二人暮らしの場  
合一人に137,000円が支給されるのが平均的モデル  
である。
- 7) SSHは社会福祉保健ヘルパー。国民学校の9年、10  
年(日本の中学3年生に相当)に相当する1年間の基  
礎教育と1年2カ月の専門教育を受け、家事支援と  
身体介護の一部を行う。高齢者領域では45,500人が  
活躍している。SSAは社会福祉保健アシスタント。  
SSH教育に加えて1年8カ月の教育を受けて資格を  
取得する。介護・看護、リーダー業務、リハビリのア  
シスタントを行う。高齢者領域では看護師が9,300人  
であるのに対して、SSAは26,400人である。
- 8) 在宅ケアの様子は、(松岡, 2005, pp.186-233)に詳しい。
- 9) 2007年1月1日に行政改革がなされた。これまで医  
療を担当していた13県(アムト)を廃止して国内を5  
つのレギオナ(保健地域)に分割し、271市を98市(コ  
ムーネ)へと統廃合した。1レギオナは人口100万人に、  
1コムーネは5万人に整えられた。
- 10) デンマーク国内に一次医療を担う家庭医は約3,500人  
いる。一人の家庭医には平均1,500人の患者登録があ  
る(松岡, 2005)。家庭医数には枠があり、空きが出  
るとその権利を購入して開業することとなる。
- 11) 急性期医療については手術を受けるまでの待機期間  
が長く、大きな社会問題となっている。現在、待機期  
間が1カ月を超える場合(検査が必要な場合には1カ  
月半)は、公共の費用負担において別の公営病院、民  
間病院、またはレギオナが提携している外国の病院  
で治療を受けられることになっている。

参考文献

- Ball, M.M. et al. 2004. Managing Decline in Assisted Living :  
The key to Aging in Place, *Journal of Gerontology:  
SOCIAL SCIENCES*, 59B(4), S202-S212
- Callahan J.J. 1993. Introduction: Aging in Place, In Callahan, J.  
J., Jr., (Eds). *Aging in Place*. (pp.1-4). New York :  
Baywood Publishign Company, Inc.
- Daatland, S. O. eds. 2000. *Future Housing for the Elderly :  
Innovations and Perspectives from the Nordic Countries*,  
Copenhagen; Nord Building and Housing

- Gottschalk, G. 1993. Danish Case Study: Modernization and adaptation of Pensioners Flats in Copenhagen, Gottschalk, G. & Potter, P. (Eds.), *Better Housing and Living Conditions for Older People: Case Study from Six European Cities*, Copenhagen: SBI
- Hansen, E. B. 1998. Social protection for Dependency in Old Age in Denmark. *Modernising and Improving EU Social Protection*, 87-100, London: Conference on Long-Term Care of Elderly Dependent People in the EU and Norway
- Harloe, M. 1995. *The people's Home?: Social Rented Housing in Europe & America*, Cambridge; Basil Blackwell.
- Houben, P.P.J., Voordt, Theo J.M. van der 1993. New Combinations of housing and care for the elderly in the Netherlands, *Netherlands Journal of Housing and the Built Environment*, 8(3), 301-325
- Houben, P. P. J. 2001. Changing Housing for Elderly People and Co-ordination Issues in Europe, *Housing Studies*, 16(5),651-673
- Ivry, J. 1995. Aging in Place: The Role of Geriatric Social Work, *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 1995, 77-85
- Kaahler M. 1992. Ten years after the commission of aging –ideas and results, *Danish Medical Bulletin*, 39, 216-219
- Kelen, J. & Griffiths, K. A. 1983. Housing for the aged: New roles for social work. *International Journal of Aging and Human Development*, 16, 125-133
- Lawton, M. P., Greenbaum, M., Liebowitsm B. (1980), The life span of Housing Environments for the Aging, *The Gerontologist*, 20(1), 56-64
- Lawton, M. P. 1983. Environment and Other Determinants on Well-Being in Older People, *The Gerontologist*, 23(4), 349-357
- 松岡洋子 2001『老人ホーム(プライエム)を超えて』かもがわ出版
- 松岡洋子 2005『デンマークの高齢者福祉と地域居住：最期まで住み切る住宅力・ケア力・地域力』新評論
- Pynoos J. 1990. Public policy and Aging in Place: Identifying the Problems and Potential Solutions, *IN Tilson D. (Eds.) Aging in Place: Supporting the Fril Elderly in Residential Environments*, 167-208
- Sykes, J. T. 1990. Living independently with neighbors who care: Strategies to facilitate aging in place. Tilson, D. (Eds.), *Aging in place: Supporting the Frail Elderly in Residential Environments* (pp. 53-74), Glenview-London: Scott, Foresman and Company
- Tilson, D., & Fahey, C. J. (.1990. Introduction. In Tilson, D. (Eds.), *Aging in place: Supporting the Frail Elderly in Residential Environments* (pp. xv-xxxiii), Glenview-London: Scott, Foresman and Company
- 田中滋 2007『インタビュー：2015年には在宅と施設の給付の違いはなくなっている』「拡大するシニアリビング・マーケット vol.3」日経ヘルスケア別冊
- Torgenson, U. 1987. Housing: the wobbly pillar under the welfare state', in Turner, B., Kemeny, J., Lundqvist, L. (eds), *Between State and Market: housing in the post-industrial era*, Stockholm, Almqvist and Wiksell, pp.116-126
- (その他)
- Bekendtgørelse af lov om almene boliger m.v. LBK nr. 1118 af 26-09-2007
- Bekendtgørelse af lov om social service. Lov nr. 391 af 10-06-1987
- Aeldrekommissionen. 1981. *De aekdres vilkaar*.
- Aeldrekommissionen. 1982. *Sammenhaeng i aeldrepolitikken*
- (まつおか・ようこ 関西学院大学研究科研究員)