

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2008

No.164

## 特集：世界の高齢者住宅とケア政策

特集の趣旨	川越 雅弘	2
我が国の高齢者住宅とケア政策	川越 雅弘・三浦 研	4
イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅	所 道彦	17
スウェーデンの高齢者住宅とケア政策	奥村 芳孝	26
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	39
デンマークの高齢者住宅とケア政策	松岡 洋子	54
アメリカの高齢者住宅とケアの実情	クルーム洋子	66
フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策	奥田七峰子	77

## 書評

イアン・ホリディ、ポール・ワイルディング編／埋橋孝文・小田川華子・木村清美・ 三宅洋一・矢野裕俊・鷺巣典代 訳 『東アジアの福祉資本主義 —教育，保健医療，住宅，社会保障の動き—』	竹沢 純子	89
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-------	----

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH  
(KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Autumn 2008 No. 164

Special Issue: Elderly Housing and Care Policy

Foreword..... Masahiro Kawagoe  
Elderly Housing and Care Policy in Japan..... Masahiro Kawagoe and Ken Miura  
Community Care and Housing Policy in Britain..... Michihiko Tokoro  
Elderly Housing and Care Policy in Sweden..... Yoshitaka Okumura  
Care Policy and Housing for the Elderly in Finland..... Satoshi Ishii  
Elderly Housing and Long-Term Care Policy in Denmark..... Yoko Matsuoka  
Challenges Facing Senior Housing and Services in the U.S..... Yoko Sakuma Crume  
Housing Environment and Care Policy for the Elderly in France..... Naoko Okuda

Book Review

I. Holiday and P. Wilding ed. / Takafumi Uzuhashi, Hanako Odagawa, Kiyomi Kimura,  
Youichi Miyake, Hirotohi Yano and Noriyo Washizu  
*Welfare Capitalism in East Asia – Social Policy in the Tiger Economies* ..... Junko Takezawa

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2008

No.164

特集：世界の高齢者住宅とケア政策

特集の趣旨..... 川越 雅弘 2  
我が国の高齢者住宅とケア政策..... 川越 雅弘・三浦 研 4  
イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅..... 所 道彦 17  
スウェーデンの高齢者住宅とケア政策..... 奥村 芳孝 26  
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 39  
デンマークの高齢者住宅とケア政策..... 松岡 洋子 54  
アメリカの高齢者住宅とケアの実情..... クルーム洋子 66  
フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策..... 奥田七峰子 77

書評

イアン・ホリデイ、ポール・ワイルディング編／埋橋孝文・小田川華子・木村清美・  
三宅洋一・矢野裕俊・鷺巣典代 訳  
『東アジアの福祉資本主義  
—教育，保健医療，住宅，社会保障の動き—』..... 竹沢 純子 89

# 海外社会保障研究

AUTUMN 2008      No.164

国立社会保障・人口問題研究所

---

## 特集：世界の高齢者住宅とケア政策 趣 旨

---

本研究の出生中位・死亡中位推計によると、団塊の世代(1947～1949年生まれ)が後期高齢者となる2025年には、75歳以上人口は2,167万人、後期高齢化率は18.2%に達する。2005年時点(75歳以上人口1,164万人、後期高齢化率9.1%)に比べ、75歳以上人口は1,003万人増(年平均50万人増)となることから、後期高齢者の急増への迅速な社会的対応が現在求められている。また、認知症高齢者や高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加(家族介護力の減少)、年間死亡者数の増加、生産年齢人口の減少なども見込まれており、これら新たな課題をも含めた総合的対応策の検討が急務となっている。

このような人口構造や社会構造の変化のなか、在宅医療や地域ケアの推進により、「住み慣れた地域で高齢者の生活を支えること(エイジング・イン・プレイス)」を重視する様々な政策が、医療・介護・住宅の各分野で現在展開されている。

ただし、社会保障財源の逼迫、療養病床数の削減、医療・介護従事者確保の困難化といった逆風のなか、これら地域包括ケア施策を実効ある形で具現化するためには、単に高齢者の多様な住まいを量的に確保すれば済むという話ではない。これらハード面と、後期高齢者が抱える様々な医療・介護・生活支援ニーズに柔軟かつ適切に対応できる仕組み作り(ソフト面)の一体的・総合的整備が実現できなければ、エイジング・イン・プレイスの実現は困難となる。したがって、医療・介護サービス提供者だけでなく、制度設計担当者にも、制度や省庁という枠組みを超えた、利用者本位の包括的・総合的なサービス提供・制度設計が求められる時代になってきたとの認識が必要である。

このような我が国の状況を踏まえ、欧米諸国(今回は、イギリス、フランス、スウェーデン、フィンランド、デンマーク、アメリカの6カ国)における高齢者住宅とケア政策の現状と課題、今後の方向性などを分析し、日本における医療・介護・住宅政策に関連する基礎情報やインプリケーションを得ることを目指して、今回、本特集を企画した。ケア政策のあり方が議論のコア部分であり、住宅政策はその重要な周辺要素という位置づけであるものの、本企画は、これまでの高齢者介護ではほとんど取り上げてこなかった住宅政策に対応した本邦初の試みとして意義を有すると言える。

ここで、諸外国の状況も参考にした上で、我が国におけるエイジング・イン・プレイス実現に向けた今後の課題について言及する。

第一に、「療養の継続性をできるだけ担保する」といった基本理念の徹底と、基本理念に即したケア・住宅政策の展開が図れるかである。これまでは、施設の機能をまず決めた上で、その特性にあった高齢者を入院・入所させ、機能低下や対応困難な医療処置が必要になった場合にはほかの施設に移らせるというのが基本的流れであった。今後は、施設の機能に高齢者をあわせるのではなく、高齢者の機能変化に応じて、必要時は外部からのサービスで補完しながら、できるだけ同じ場所で療養が継続できる仕組みに転換すべきである。この点に関しては、スウェーデンやフィンランドの取り組みが参考になろう。

第二に、拡大する民間サービス事業者に対して、自治体の役割をどのように設定するかである。現在、高齢者向け民間賃貸住宅の整備が進んでいるが、介護保険の特定施設の指定を受けた事業所は少ない。これは、

①特定施設の届出を行えば、都道府県による管理・監督が強化される ②特定施設の場合、要介護度に応じた包括点数となっているが、届出を行わず、在宅扱いで介護保険サービスを利用する形態をとれば出来高での請求が可能となる などが影響している可能性が高い。これら事業所を、情報開示や外部監査が実施できる体制の中にかに位置づけるかについて、報酬体系と併せた検討が必要である。

第三に、ケア・住宅政策担当部局、担当者の目標共有化と連携強化が図れるかである。部局をまたがって、エイジング・イン・プレイスという共通の目標を担当者ベースで共有化するためには、彼らをマネジメントする機能の強化が必須となる。担当部局ごとに作成している医療や介護の事業計画なども、担当者の意識改革を図るため、将来的には一本化していく必要があろう。

第四に、高齢者の生活を支えるための、保険外の様々なサービスをいかに確保できるかである。高齢者の生活は保険内サービスだけでは支えきれない。保険外サービスの充実と、保険・保険外サービスの包括的マネジメントが今後の課題であろう。また、介護サービス従事者確保が困難な状況では、高齢者自身に保険外サービス提供者の一員として関与してもらい仕組み作りも必要となろう。

医療・介護・生活支援など、多岐にわたる社会ニーズを有する後期高齢者の急増は、医療・介護サービス提供体制だけでなく、住宅政策にも大きな影響を及ぼす。縦割りの意識が強いサービス専門職、および制度設計者が、事業所や組織の枠を超えて「利用者本位のサービス提供体制構築」の視点で連携を図ることができるかという大きな課題が突きつけられている。本特集で取り上げた諸外国の取り組みが、本邦の今後の取り組みの参考になれば幸甚である。

(川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所社会保障応用分析研究部第4室長)

## 我が国の高齢者住宅とケア政策

川越 雅弘・三浦 研

### ■ 要約

今後20年間の後期高齢者の急増(特に都市部)、認知症高齢者や高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加、生産年齢人口の減少が見込まれるなか、「住み慣れた地域で高齢者の生活を支える」ことを重視する様々な政策が、医療・介護・住宅の分野で現在展開されている。

特に、医療・介護施設の建設が困難な都市部においては、高齢者の多様な住まいの量的整備が緊迫の課題となっているが、これら高齢者の生活の継続性を確保するためには、各種サービス(医療・介護・生活支援)が、必要に応じ柔軟かつ適切に提供される仕組み作りが求められる。

これら地域包括ケア提供体制を構築するためには、医療・介護サービス提供側の意識改革とともに、インフォーマルサービス提供者との連携強化、制度設計を担当する省庁および部局間の目標共有と連携強化が強く求められる。

### ■ キーワード

地域包括ケア、ケア政策、多様な住まい、認知症高齢者、ケアマネジメント

### I はじめに

2025年にはベビーブーム世代が後期高齢期に達し、我が国の高齢化はピークを迎える。特に、都市部における後期高齢者の急増が顕著となることから、都市部高齢者の処遇のあり方が、今後のケア政策上の重要課題となっている。

また、認知症高齢者や高齢者単身・夫婦のみ世帯の増加(家族介護力の減少)、年間死亡者数の増加、生産年齢人口の減少なども見込まれており、これら新たな課題への対応も必要となっている。

こうした中、2006年4月に改正された介護保険制度では、予防重視型システムへの転換と合わせて、新たなサービス体系の確立(地域密着型サービス<sup>1)</sup>の創設、居住系サービスの拡充、地域包括ケア体制<sup>2)</sup>の整備など)が推進された。これらが目指

すものは、地域包括ケアシステムの構築を通じて、高齢者が住み慣れた地域で尊厳のある生活を継続できるように支援することにある。他方、医療制度改革においては、療養病床の再編成<sup>3)</sup>や在宅医療の推進が展開されており、「地域」という枠組みの中で、高齢者の医療・介護・生活支援ニーズに適切に対応するためのサービス提供体制のあり方の再検討が現在求められている。

ただし、急増が予想される、様々なニーズを抱える後期高齢者の地域生活の継続性を確保するためには、医療・介護政策だけでは対応できず、住宅政策との連携は必須となる。これに関連して、国土交通省は、2006年9月に閣議決定された「住生活基本計画(全国計画)」が掲げた「住宅の確保に特に配慮を要する者(高齢者等)の居住の安定の確保」という目標達成に向け、①住宅のバリアフリー化や見守り支援等のハード・ソフト両面の取り組み



の推進 ②高齢者向け賃貸住宅の供給推進 ③公的賃貸住宅等と福祉施設の一体的整備の推進 ④民間賃貸住宅に関する情報の提供などを展開している。

以上のように、今後の社会構造や人口構造の変化、高齢者像やニーズの変化などを鑑みながら、「住み慣れた地域で高齢者の生活を支える」ことを重視する政策が、医療・介護・住宅の分野で展開されているが、管轄する省(厚生労働省と国土交通省)や部局が異なるため、これら施策の展開を包括的に捉えた論文は少ない。

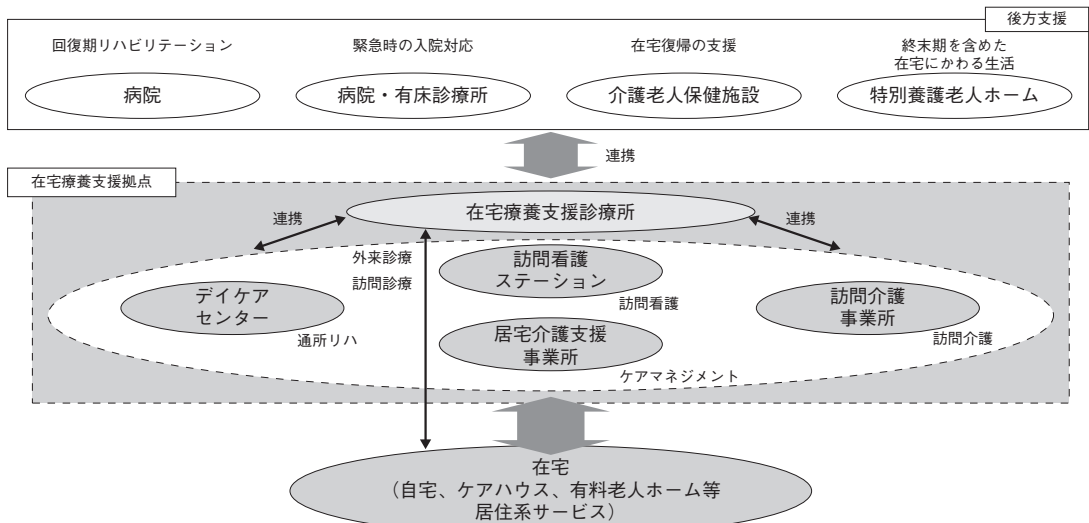
そこで、本稿では、まず、高齢者の地域生活を支えるための医療・介護・住宅政策の概要について解説する。次に、これら施策により整備されてきた高齢者の多様な住まいの概要と整備量、および入所者特性について解説する。次に、認定者の半数以上を占める認知症高齢者に対するサービスの現状と課題について言及する。最後に、ケア提供体制確保に向けた今後の課題について私見を述べる<sup>4)</sup>。

## II 地域包括ケア構築に向けた医療・介護制度改革および住宅施策の概要

### 1. 医療制度改革および2008年診療報酬改定のポイント～在宅医療を中心に～

#### (1) 在宅療養支援拠点の整備

医療を含めた様々なニーズを抱える高齢者が、住み慣れた地域で療養を継続するためには、必要に応じて関係多職種と連携を図る「在宅主治医」の存在が非常に重要となる。そこで、2006年の制度改革で、患者の在宅療養に対する主たる責任を有し、必要に応じて他の医療機関、訪問看護ステーション、薬局等との連携を図りつつ、24時間体制で往診や訪問看護を実施できる体制を有する診療所として、在宅療養支援診療所が新設され、2007年7月1日現在、10,477施設が届出を行っている<sup>5)</sup>。下図に、在宅療養支援診療所を中心とした在宅療養支援拠点のイメージを示す。なお、ここでの在宅の範囲は、自宅(狭義の在宅)だけでなく、居住系施設(ケアハウス、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅(以下、高専賃と略))等も含めた多様な住



出所：平成19年版厚生労働白書、p.121を一部改変。

図 在宅療養支援拠点イメージ

表1 居住系施設入居者等の対象となる施設・事業所の範囲

①養護老人ホーム（特定施設以外）
②軽費老人ホーム（特定施設以外）
③有料老人ホーム（特定施設以外）
④高専賃（特定施設以外）
⑤特定施設（介護保険の指定を受けた高専賃、養護・軽費・有料老人ホーム）
⑥グループホーム（以下、GHと略）
⑦小規模多機能型居宅介護
⑧短期入所生活介護
⑨介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）

まい(広義の在宅)が想定されている。

(2)多様な住まいの高齢者に対する外付け医療の  
拡充

療養病床再編の流れの中、医療ニーズを伴う多様な住まいの高齢者に対し、必要な医療を適切に確保する必要性が生じてきた。そこで、2008年診療報酬改定において、これら居住系施設入居者等に対する訪問診療料<sup>6)</sup>や訪問看護・指導料(医療機関)、訪問看護基本療養費(Ⅲ)(訪問看護ステーション)、訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料などが新設された。表1に、居住系施設入居者等の対象となる施設・事業所の範囲を示す。

また、ターミナルケアの推進の観点から、死亡した居住系施設入居者等に対し、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護・指導を実施し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について患者および家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合には、居住系施設入居者等訪問看護・指導料に2,000点が加算可能となった。

2. 介護制度改革のポイント

～地域包括ケアを中心に～

(1)地域包括支援センターの創設

住み慣れた地域で、要介護者の生活をできる限り継続して支えるためには、個々の高齢者の状況

やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療サービスをはじめとする様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組み、すなわち地域包括ケアシステムの構築が必要となる。

2006年の介護制度改革では、これら概念の明確化を図るとともに、地域包括ケアを支える中核機関として、①総合相談・支援 ②虐待防止・早期発見および権利擁護 ③包括的・継続的ケアマネジメント支援 ④介護予防ケアマネジメントなどの機能を担う地域包括支援センターが創設された。

ところで、高齢者の生活を包括的・継続的に支えるためには、医療・介護サービス提供者だけでなく、地域住民や民生委員、インフォーマルサービス提供者、権利擁護・相談関係者などの人的ネットワークの構築と状況に応じた適切な役割分担と活用が必要となるが、これらネットワーク構築も同センターの重要な役割である。このように多くの役割を期待されたセンターではあるが、現時点で十分機能しているとは言えないとの指摘もある。

(2)小規模多機能型サービス拠点の創設

～サービスの総合化～

高齢者、特に認知症高齢者が、住み慣れた地域での生活を継続するためには、地域住民との交流や地域活動への参加を図りつつ、心身の状況とその変化、利用者および家族の希望に応じて、「通い」「訪問」「泊まり」サービスを柔軟に提供する体制が求められる。そこで、登録された利用者(定員25



人以下)を対象に、通いを中心として、必要に応じて随時訪問や宿泊サービスを提供する「小規模多機能型居宅介護(以下、小規模多機能と略)」が2006年改革で新設された。

### (3) 居住系サービスの拡充と多様化

療養病床の再編成、一人暮らし高齢者の増加などを考慮した場合、自宅以外の多様な住まいの場を確保しておく必要がある。

そこで、2006年介護制度改革において、居住系サービスである特定施設の対象(従来：有料老人ホームとケアハウス)を、一定の居住水準等を満たす高専賃(適合高専賃<sup>7)</sup>)や養護老人ホームにも拡大するとともに、サービス提供体制の多様化を図る観点から、外部サービス利用型の特定施設が創設された。

### (4) 介護保険施設等における医療との連携強化

2006年の介護報酬改定では、GH入居者の健康管理や医療連携体制の強化を図るための、看護師の確保(訪問看護ステーションとの契約でも可)や看護師による24時間連絡体制の確保が、また、特別養護老人ホーム入所者の重度化に対応した、看護体制や夜間の24時間連絡体制の確保、ターミナルケアの実施が評価された。

## 3. 高齢者住宅施策の展開

前述したように、国土交通省は、2006年9月に閣議決定された「住生活基本計画(全国計画)」が掲げた「住宅の確保に特に配慮を要する者(高齢者等)の居住の安定の確保」という目標達成に向け、様々な取り組みを行っている。以下、主なものを解説する。

### (1) 住宅のバリアフリー化の推進

家庭における不慮の事故が原因で死亡した高齢者は9,421人(2006年度)であるが、そのうち“スリップ、つまずき等による同一平面上での転倒”が約1割(890人)を占めている<sup>8)</sup>。これらを防ぐためには、住宅のバリアフリー化が重要となる。

そこで、住生活基本計画(全国計画)では、高齢者の居住する住宅について、一定のバリアフリー化が行われた住宅(2カ所以上の手すり設置、屋内の段差解消のいずれかを満たした住宅)の比率を2003年の29%から2015年に75%へ、また、高度のバリアフリー化が行われた住宅(2カ所以上の手すり設置、屋内の段差解消、車いすが通行可能な廊下幅の3条件を満たした住宅)の比率を2003年の6.7%から2015年に25%へ引き上げることを目標として掲げ、現在整備を進めている。

### (2) 公的賃貸住宅と福祉施設の一体的整備の推進

バリアフリー化に加え、ライフサポートアドバイザー(以下、LSAと略)の常駐等による生活指導、安否確認、一時的な家事援助、緊急時における連絡等のサービス提供を併せて行う公的賃貸住宅の整備(シルバーハウジング・プロジェクト)が推進されており、2007年3月末現在、821団地、21,994戸が整備されている。

### (3) 高齢者向け民間賃貸住宅の供給推進

2001年に制定された「高齢者の居住の安定確保に関する法律(高齢者居住安定法)」に基づき、①高齢者円滑入居賃貸住宅(以下、高円賃と略) ②高専賃 ③高齢者向け優良賃貸住宅(以下、高優賃と略)など的高齢者向け民間賃貸住宅の確保を進めている(各住宅の概要および整備量については後述)。

## Ⅲ 高齢者の多様な住まいの現状

高齢者の住まいは、国土交通省管轄の公的・民間賃貸住宅から、厚生労働省管轄の老人ホーム(軽費・有料・養護老人ホーム)、GH、介護保険3施設など多岐にわたる。

本章では、これら多様な住まいの概要と整備量(主なもの)、および入所者特性(対象：介護保険施設)について解説する。

1. 民間賃貸住宅<sup>9)</sup>

## (1)高円賃

高齢者が賃貸住宅への入居を希望しても、様々な理由(虚弱になった場合の対応困難、失火等の安全性の問題、保証人の不在、家賃滞納の心配、高齢者向けの構造や設備が不十分など)によって、入居が敬遠される傾向にある。そこで、高齢者の入居を拒否しない賃貸住宅を賃貸人が都道府県知事に登録し、その情報を広く高齢者に提供することにより、高齢者の民間賃貸住宅への入居の円滑化を図っている。このような登録賃貸住宅のことを高円賃という。2008年3月末現在、8,938棟、125,592戸が登録されている。

## (2)高専賃

高円賃のうち、高齢者単身・夫婦世帯など専ら高齢者を主たる賃借人とする賃貸住宅のこと。事業者が都道府県知事に対して登録を行い、高円賃よりも詳細な情報を高齢者に提供できるようにしたもの。一定の要件を満たした高専賃(適合高専賃、注7参照)は、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所の指定対象となり得る。2005年12月から登録が開始され、2008年3月末現在、783棟、18,794戸が登録されている。全戸数のうち、30.3%は関東整備局、16.9%は近畿整備局管内と、大都市において登録が多くなっている。登録事業者の組織形態は、株式会社54.8%、有限会社

17.3%と、民間企業が約7割を占めている(戸数ベース)。

## (3)高優賃

60歳以上の単身・夫婦世帯等が安全に安心して居住できるよう、バリアフリー化され、かつ緊急時対応サービスの利用が可能な賃貸住宅のこと。事業主体になるためには、まず供給計画を作成し、都道府県知事の認定を受ける必要がある。設備に関する主な認定基準としては、①戸数が5戸以上 ②1戸当たり床面積は25m<sup>2</sup>以上(居間、食堂、台所、浴室等を共同利用する場合は18m<sup>2</sup>以上) ③原則として耐火構造または準耐火構造 ④高齢者の身体機能の低下に対応した構造および設備であることなどである。認定を受けた事業者に対しては、建設等に要する費用、ならびに低所得世帯への家賃減額に要する費用について助成が行われる。2008年3月末現在、633団地、30,159戸が登録されている。

表2に、上記民間賃貸住宅の登録数の年次推移および累計を示す。

2. 軽費・有料・養護老人ホーム<sup>10)</sup>

## (1)軽費老人ホーム

60歳以上(夫婦入所の場合はいずれかが60歳以上)であって、家庭環境や住宅事情などの理由で居宅生活が困難な者を低額料金で利用させる施設

表2 高齢者向け民間賃貸住宅の登録状況

	2001.3	2002.3	2003.3	2004.3	2005.3	2006.3	2007.3	2008.3	合計
高齢者円滑入居賃貸住宅									
登録棟数	-	2,150	1,858	1,224	606	766	1,049	1,285	8,938
登録戸数	-	24,961	21,817	13,806	9,247	11,240	20,655	23,866	125,592
高齢者専用賃貸住宅									
登録棟数	-	-	-	-	-	98	308	377	783
登録戸数	-	-	-	-	-	2,331	7,655	8,808	18,794
高齢者向け優良賃貸住宅									
登録団地数	3	234	51	51	77	87	72	58	633
登録戸数	65	5,392	4,751	4,204	4,380	4,364	3,310	3,693	30,159

注：各年度の数値は、新規登録された棟数、戸数、団地数を、また、合計は2008年3月末までの登録数の累計を表している。

出所：国土交通省住宅局調べ。

のこと。入所者特性などに応じ、A型、B型、ケアハウスの3種類がある<sup>11)</sup>。2006年10月1日現在の施設数および定員数は、A型234施設(定員13,698人)、B型32施設(定員1,467人)、ケアハウス1,750施設(定員69,160人)である。同ホームは、指定基準を満たすことで、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所の指定を受けることができる。

#### (2)有料老人ホーム

入居高齢者に対し、①食事の提供 ②入浴、排せつまたは食事の介護 ③洗濯、掃除等の家事 ④健康管理 のいずれかを提供している施設のこと。入居対象者、サービス提供形態に応じて、健康型、住宅型、介護付きの3類型がある。従来の常時10人以上という人数要件が廃止され、上記①～④のいずれかを行う施設はすべて、都道府県知事への届出が必要となっている。2006年10月1日現在、施設数1,968施設、定員数123,155人となっている。

#### (3)養護老人ホーム

65歳以上で環境上の理由および経済的理由により居宅での生活が困難な者を入所させる施設のこと。2006年10月1日現在、施設数962施設、定員数66,667人となっている。同ホームは、指定基準を満たすことで、介護保険の特定施設入居者生活介護事業所(外部サービス利用型)の指定を受けることができる。

### 3. GH(グループホーム)

認知症の高齢者に対して、家庭的な環境と地域住民との交流の下、入浴・排せつ・食事等の日常生活上の世話と機能訓練を行い、能力に応じ自立した日常生活を営めるようにした共同生活住居のこと。入居定員は1ユニット当たり5～9人で、2007年10月1日現在、施設数9,026施設、定員数132,817人<sup>12)</sup>となっている。

### 4. 介護保険施設<sup>13)</sup>

#### (1)介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)

老人福祉法による特別養護老人ホームで、かつ、介護保険法の指定を受けた施設のこと。要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う施設。2006年制度改正で、定員が29人以下の地域密着型施設も新設された。2006年10月1日現在、施設数5,716施設、定員数399,352人、ベッド利用率98.3%、平均要介護度3.75となっている(地域密着型除く)。入所者の64%が要介護4以上、69%が認知症高齢者の日常生活自立度<sup>14)</sup>(以下、認知症自立度と略)ランクⅢ以上である。

#### (2)介護老人保健施設

介護保険法による都道府県知事の開設許可を受けた施設のこと。要介護者に対し、看護、医学的管理下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行う施設。2006年10月1日現在、施設数3,391施設、定員数309,346人、ベッド利用率90.7%、平均要介護度3.18となっている。要介護4以上の割合は43%、認知症自立度ランクⅢ以上の割合は51%と、特別養護老人ホームに比べ、軽度者が多い。

#### (3)介護療養型医療施設

医療法に規定する医療施設で、かつ、介護保険法による都道府県知事の指定を受けた施設のこと。要介護者に対し、療養上の世話、看護、医学的管理下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行う施設。2006年10月1日現在、施設数2,929施設、病床数119,825人分、ベッド利用率92.7%、平均要介護度4.25となっている。要介護4以上の割合は81%、認知症自立度ランクⅢ以上の割合は77%と、介護保険施設の中で最も重度者が多い。

本章で解説した多様な住まいの概要、入居・入所対象者、整備数を表3にまとめる。

表3 高齢者向けの「多様な住まい」の概要（主なもの）

名称	概要	入居・入所対象者	整備数 <sup>1)</sup>
<b>①民間賃貸住宅<sup>2)</sup></b>			
高円賃	賃借人が高齢者であることを理由に入居を拒まない住宅として登録された賃貸住宅。	特になし	8,938 棟 125,592 戸
高専賃	高円賃のうち、高齢者（同居の配偶者含む）を主たる賃借人とする賃貸住宅（登録制）。	60 歳以上の 単身・夫婦世帯	783 棟 18,794 戸
高優賃	バリアフリーや戸数・面積・構造・設備などの一定の要件を満たし、都道府県知事の認定を受けた賃貸住宅。募集は公募制。所得に応じた家賃補助あり。		633 団地 30,159 戸
<b>②公的賃貸住宅</b>			
シルバーハウジング	公営住宅等の入居高齢者に対し、生活指導・相談、安否の確認、一時的な生活援助、緊急時対応等のサービスを行う LSA を配置した公的賃貸住宅。	同上	821 団地 21,994 戸
<b>③軽費老人ホーム</b>			
A 型	所定の所得水準以下のもので身寄りがなく、または家庭の事情等により家族との同居が困難な高齢者を入所させる施設。	60 歳以上の 単身・夫婦世帯で左記の条件に該当する者	234 施設 定員 13,698 人 在所 12,827 人
B 型	家庭環境、住宅事情等の理由により居宅での生活が困難であり、かつ自炊できる程度の健康状態にある高齢者を入所させる施設。		32 施設 定員 1,467 人 在所 1,053 人
ケアハウス	自炊できない程度の身体機能の低下、または高齢等のため独立して生活するには不安が認められ、かつ、家族による援助を受けることが困難な高齢者を入所させる施設。		1,750 施設 定員 69,160 人 在所 65,715 人
<b>④有料老人ホーム</b>			
健康型	自立した高齢者に対し、食事等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護が必要になった場合、契約を解除し退去しなければならない。	自立者	1,968 施設 定員 123,155 人 在所 91,524 人
住宅型	生活支援等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護が必要になった場合、要介護認定を受けた上で、地域の外部サービス（訪問介護など）を利用しながらホーム内での生活を継続することが可能。	自立～ 要介護者	
介護付き	介護等のサービスが付いた高齢者向け居住施設。介護保険の特定施設入居者生活介護の指定を受けている。サービス提供は、ホーム内職員が提供する場合と、委託先の外部サービス事業所が提供する場合がある。		
<b>⑤養護老人ホーム</b>			
	65 歳以上で環境上の理由および経済的理由により居宅での生活が困難な者を入所させる施設。	自立～ 要介護者	962 施設 定員 66,667 人
<b>⑥グループホーム</b>			
	少人数の認知症高齢者のための共同生活住居。入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の世話と機能訓練が提供される。	要支援 2 要介護者	9,026 施設 定員 132,817 人
<b>⑦介護保険施設</b>			
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム） <sup>3)</sup>	要介護者に対し、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活の世話、機能訓練、健康管理および療養上の世話を行う施設。	要介護者	5,716 施設 定員 399,352 人 在所 392,547 人
介護老人保健施設	要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護および機能訓練その他必要な医療ならびに日常生活上の世話を行う施設。		3,391 施設 定員 309,346 人 在所 280,589 人
介護療養型医療施設	要介護者に対し、療養上の管理、看護、医学的管理下における介護その他の世話および機能訓練その他必要な医療を行う施設。		2,929 施設 定員 119,825 人 在所 111,099 人

注：1) 民間賃貸住宅は 2008 年 3 月末、公的賃貸住宅は 2007 年 3 月末、グループホームは 2007 年 10 月時点、これ以外は 2006 年 10 月時点のデータである。

2) 民間賃貸住宅は複数の登録（例：高円賃と高専賃）があり得るため、整備数には重複を含んでいる。

3) 特別養護老人ホームの整備数には地域密着型（43 施設、入所者 878 人）は含んでいない。

出所：国土交通省資料、厚生労働省資料等をもとに筆者作成。



## IV 認知症高齢者向けサービスの現状と課題

### 1. 我が国における認知症ケアと施設整備

我が国における認知症ケアは、1970年代まで、特別養護老人ホーム、精神病院など大規模施設への受け入れが主であったが、寝たきり高齢者向けに計画されたこうした施設は、適切な受け入れ環境とはいえ、認知症高齢者に“徘徊”などの混乱をもたらした。80年代以降、1987年の特別養護老人ホームにおける痴呆性老人介護加算の創設、1988年老人性痴呆疾患治療病棟および老人性痴呆疾患デイケア施設が創設されるなど専門的なケアが模索された。なかでも、1992年創設の痴呆性老人毎日通所型デイサービス(E型)は、小規模な人数設定がなされ、在宅介護の大きな支えとなった<sup>15)</sup>。しかし、通所のみで在宅を支える限界から、90年代半ばからGHについて調査研究が着手され、2000年に制度化された。また、在宅の認知症高齢者を支えるため、入居(GH)と通所(デイサービス)の間を埋める施策として、宅老所の実践をモデルとして2006年小規模多機能が制度化された。今後の認知症ケア対策の動向は、GHから多様な住まいを含む在宅ケアに拡大しつつある。

こうした経緯を踏まえ、今後の認知症高齢者のケアを支える柱となるGHならびに小規模多機能について、その現状と課題について概観したい。

### 2. GHの現状と課題

1999年末に全国で103施設(87市町村)であったGHは、2008年までに9,300カ所を超えた。2007年の厚生労働省の調査<sup>12)</sup>をみると、9,026事業所、総ユニット数14,984、総定員13万2,817人(2007年10月1日現在)であり、1ユニットの平均定員は8.86人となった。1事業所当たりのユニット数は1.66であり、夜間の職員配置が効率的な2ユニットのGHが多い。また、2,505事業所でGH以外の施設種別を併設していることから、GHの複

合化が進む実態が確認できる。

加えて、事業所別の運営主体をみると、有限会社2,637、株式会社2,130、次いで社会福祉法人1,990、医療法人1,644、NPO法人482となっており、有限会社・株式会社からの参入が52.8%を占める。介護保険の制度化以降、GHは、NPOや株式会社も設置可能となったが、市町村に事業者を選定する権限がないため、明らかに営利目的で参入する業者を、市町村が指導・拒否できない事態が生じた。兵庫県宝塚市のように、法的根拠はないものの、整備法人を公募し、外部委員により事業者の理念・ハードを審査・選定する事例はまれである。

このように急速に数が増加した結果、いくつかの課題が生じた。制度化され数年経過し、顕著になった利用者の重度化に対しては、2006年医療連

表4 グループホームの併設状況

施設種別	事業所数		
グループホーム (併設なし)	6,521		
グループホーム 併設あり	特養	272	2,505
	老健	189	
	医療	159	
	通所	910	
	認通	149	
	小規模	180	
	特養+老健	13	
	特養+通所	128	
	特養+通所+認通	30	
	特養+老健+通所	6	
	老健+通所	15	
	老健+医療	56	
	通所+医療	42	
	通所+認通	35	
通所+小規模	10		
その他	311		

注：「医療」は病院・診療所、「通所」は通所介護、「小規模」は小規模多機能型居宅介護、「認通」は認知症対応型通所介護を指す。

「その他」は、ケアハウス、有料老人ホーム、養護老人ホームなどのほか、上記表中以外の組み合わせである。

出所：厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ(平成19年10月1日現在)より作成。

携加算が新設され、2008年の診療報酬の改定で、訪問リハビリテーション等も実施可能となった。ケアについては、建物内に生活が完結し、買い物や散歩など、屋外での活動がなされないなど、制度の主旨にそぐわない運営もみられる。

ハードについては、2007年長崎県大村市のGHにおける火災事故に伴い、宿直から夜勤への夜間の勤務体制の強化や、スプリンクラーの設置の義務化など対策が強化され、一部の消防による検査で、寝具やカーテンを防火加工とする指導や、火気を使用する調理の自粛要請など、安全面と家庭的生活の両立が課題である。また、2006年の「高齢者、障害者等の移動等の円滑化の促進に関する法律（バリアフリー新法）」の施行に伴い、一部の都道府県条例において、GHや小規模多機能を対象に、住宅にふさわしくないスケールの階段、廊下寸法、エレベーターの設置を求められるなど、同法における小規模な認知症ケア施設の位置付けも課題である。

### 3. 小規模多機能の現状と課題

2006年4月から小規模多機能が制度化された。この制度は、宅老所を一つの原型とした我が国独自の新しい在宅サービスであり、高齢者施設施策における「施設から地域・住宅へ」というトレンドに対応する新しいサービスとして、各方面から大きな期待が寄せられているが、ケアおよびハードについての課題がある。

まず、第一点は、「通い」「泊まり」「訪問」を柔軟に提供するため、専属のケアマネジャーを必置とした点である。その結果、ケアマネジャーの変更が障害となり、小規模多機能を利用しないケースや、入院時から退院への連続的な移行などに課題を生じている。また、小規模多機能が利用者に十分に知られていないこと、要介護3以上の報酬単価が高く設定されたものの、現状の利用者はこれより軽度の要介護者が多いため、事業所の多くが赤字運

営となっていることも課題である。

第二は、空間形態・機能についての検証である。小規模多機能は制度化されたばかりのサービスであり、建築的な計画論が十分に確立していないため、事業者、設計者が限られた情報のなかで、試行錯誤しながら計画に取り組みざるを得ない状況にある。現状では、「囲い込み」を避けるため、居住機能については制度に含まれていないが、2007年の調査結果からは、併設機能を持たず、「単独」の設置が51.6%（246カ所）と半数以上を占める一方、「GH」併設が25.4%（121カ所：他機能との重複併設を含む）、「デイサービス（デイケア）」併設が19.9%（95カ所：他機能との重複併設を含む）、「有料老人ホーム」併設が2.9%（14カ所：他機能との重複併設を含む）であった。「GH」「有料老人ホーム」「高齢者賃貸住宅」など、住宅もしくは居住系施設の併設が31.7%（151カ所）を占め、併設居住機能の実態が把握された<sup>16)</sup>。

2000年に制度化されたGHと同様、小規模多機能においても、開設後数年を経て利用者の重度化が想定され、「居住」機能の確保が今後必要になると考えられる。囲い込みとならない「居住」機能の併設のあり方について、今後、指針等の検討が必要である。

なお、2007年の調査結果から、建物の種別をみると、「新築」が53.1%（259カ所）、「民家活用」が21.7%（106カ所）、「その他建物の活用」が25.2%（123カ所）と、新築以外が約半数を占める実態が把握されたが、既存民家を小規模多機能に転用する場合、建築基準法の用途変更の届出が必要になるが、法を厳格に適用すると既存民家の転用は極めて難しい。認知症のケアに民家の空間が効果を挙げている実態が広く認識されているなかで、安全性・耐震性の確保と建築基準法の柔軟な運用という点も課題といえる。



表5 小規模多機能の併設状況

併設機能の種類	施設数	割合
1. 併設機能なし	246	49.8%
2. グループホーム	83	16.8%
3. 地域密着型介護老人福祉施設	9	1.8%
4. 地域密着型特定施設	3	0.6%
5. 介護療養型医療施設	2	0.4%
6. デイサービス	53	10.7%
7. 有料老人ホーム	9	1.8%
8. その他	21	4.3%
9. 複合（以下内訳。記号は上記記号）	51	10.3%
2+4（GH + 特定）	2	/
2+6（GH + デイ）	24	
2+6+7（GH + デイ + 有料）	2	
2+6+8（GH + デイ + その他）	4	
2+8（GH + その他）	6	
3+6（地域特養 + デイ）	2	
3+8（地域特養 + その他）	1	
5+6（療養型 + デイ）	1	
6+7（デイ + 有料）	3	
6+8（デイ + その他）	6	
10. 不明/無回答	17	
総計	494	100.0%
（再掲）		
グループホームを併設するもの	121	24.5%
デイサービスを併設するもの	95	19.2%
有料老人ホームを併設するもの	14	2.8%
住宅・住宅系施設を併設するもの	151	30.6%

出所：三浦研・山口健太郎・石井敏：2006-07年度JiHa「小規模多機能施設の計画ガイドライン作成に関する調査研究事業」『医療福祉建築』160号, p.33, 2008.

## V 包括的なケア提供体制確保に向けた 今後の課題

本章では、地域において、高齢者が安心して生活を継続するのに必要な包括的ケア提供体制の構築上の課題について私見を述べる。

### 1. 環境整備の促進と医療・看護・介護との連携 強化～認知症ケアの観点から～

今後、団塊世代の高齢化に対応するには、住み慣れた地域との関係を断ち切らない地域密着型の施設整備や多様な住まいの整備が求められる。国は2001年高齢者の居住の安定確保に関する法律により、高齢者優良賃貸住宅制度を創設したが、自治体が家賃補助に伴う財政的負担の増大を嫌い、

整備が進まないことから、2005年新たに高専賃を創設し、なかでも一定の面積等の条件を満たした住宅を適合高専賃とした。

こうした高齢者住宅における認知症ケア提供上の課題としては、“適切な認知症ケアとは何か”を理解し、ハードとソフトをマッチングさせること、特に、LSA等の見守り要員の確保、見守り可能な住戸構造、小規模多機能、訪問看護、訪問診療等の外部サービスとの緊密な連携を確保することなどが挙げられる。

また、在宅で生活可能な時期を可能な限り長くするため、認知症に対応可能な地域づくりなどの環境整備が重要な検討テーマであり、ニュータウンなど高齢化の進行した地区では、国土交通省・厚生労働省による「安心住空間創出プロジェクト」

など、環境整備と医療、看護、介護の連携が求められる。

## 2. 地域包括ケアの推進強化～特に、マネジメントの視点から～

後期高齢者のニーズは、医療、介護、生活支援など多岐にわたる。また、状態変化も起こしやすい。したがって、ニーズや状態変化に応じた地域包括ケアをより推進する必要がある。ただし、医療と介護のマネジメントを、様々な職種からなる現在のケアマネジャーのみで担うには問題がある。主治医とケアマネジャーが協働する形にすべきであろう。また、ケアマネジメント担当者が、要介護者はケアマネジャー、地域支援事業対象者と要支援者は原則地域包括支援センター職員と分かれているが、地域包括支援センターは介護予防ケアプランに業務の多くを割かれ、本来期待された地域づくり、ネットワークづくりに十分注力できていない。また、両者の役割分担も不明確なままである。ケアマネジャーは個人を対象、地域包括支援センター職員は地域を対象としたマネジメント担当者と明確化し、個人を対象とする介護予防ケアプラン作成業務はケアマネジャーに戻すことも再考すべきである。

## 3. 後期高齢者の生活を支える多様なサービスの確保

高齢者の生活を支援するためには、多様な生活ニーズへの対応、状況に応じた柔軟なサービス提供が必要となるが、これは保険内サービス(医療、介護)だけでは対応できない。高齢者に対する生活支援ニーズの実態調査を行った上で、どの部分を保険で対応するのか、また、保険外サービスとの融合をいかに図るかが今後の課題である。その際、自助・互助・共助の守備範囲の再整理が必要となる。

## 4. 施設・居住系サービス整備に対する基本方針の明確化～療養の継続性～

これまで、介護保険施設、軽費老人ホームなどの整備を進める際、これら“箱物”の機能を決めた上で、その機能にあった特性の高齢者を入院・入所させるという発想からスタートしてきた。しかし、このような提供者側の論理に従えば、機能低下などにより高齢者の特性が変化した場合にはその施設を出ざるを得なくなる。これは、“高齢者の地域生活をできる限り支える”という、利用者主体の思想とは大きく異なるものである。

地域療養の継続性を、ケア提供体制の基本理念に据えるのであれば、入院・入所者の特性変化も包含できる形の制度設計に変更すべきである。

## 5. 多様な住まいに対する管理・監督の強化と報酬のあり方の再検討

国土交通省住宅局調査によると、2008年3月末時点の高専賃783棟のうち、最低居室面積が25㎡以上の棟数は379棟(48.4%)となっている。また、食事サービスは63.6%、緊急時安否確認は83.7%、洗濯・掃除は50.3%、健康管理は57.0%が実施している。したがって、適合高専賃に該当する高専賃はある程度存在すると推測されるが、実際に介護保険の特定施設の指定を受けて、介護保険請求している事業所はわずか13事業所に過ぎない(2008年2月サービス分)。

これは、①都道府県へ特定施設として届出を行うことで、管理・監督が強化される ②特定施設の場合、要介護度に応じた包括点数となっているが、届出を行わず、在宅扱いで介護保険サービスを利用する形態をとれば出来高で請求が可能となる などが影響している可能性が高い。

これら民間賃貸住宅の運営者と外部サービス提供主体が同一の場合、利用者の囲い込みや必要以上のサービス利用が生じる危険性がある。少なくとも、何らかの介護サービスを利用する高齢者を

入居させている賃貸住宅などは、特定施設の要件を緩和した上で届出を行わせ、介護サービス事業所としての情報開示や、外部監査が実施できる体制を確保する必要がある。

## VI おわりに

2005～2025年の20年間で、後期高齢者は1,164万人から2,167万人と、約1千万人増加する(年間平均50万人増)。特に、都市部の増加は顕著であり、これら対象者の地域での生活の継続性を確保するため、高齢者向け住宅の迅速な整備が現在求められている。ただし、後期高齢者の場合、医療・介護・生活支援に対するニーズが多様であることから、これら住宅量の確保や居住環境の整備に加え、高齢者の特性を踏まえたサービス提供体制の確保(サービス量の整備(保険内、保険外)、マネジメントの整備、関係者間の連携強化など)も必要となっている。

こうした中、現在、サービス提供者には、医療・介護制度改革を通じて、包括ケアの推進が求められているが、サービス提供者の意識改革や業務改善だけで対応できるものではなく、包括的な視点に基づく制度設計が必要となる。

今後の高齢者向けのサービス提供体制の制度設計においては、関係する各省庁および関係部局間の目標の共有化と連携強化が強く求められる。

### 注

- 1) 高齢者が中重度の要介護状態になっても、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続できるよう、身近な市町村で提供するサービスのこと。現在、①小規模多機能型居宅介護 ②夜間対応型訪問介護 ③認知症対応型通所介護 ④GH ⑤地域密着型特定施設入居者生活介護 ⑥地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護 の6種類がある。
- 2) 個々の高齢者の状況やその変化に応じて、介護サービスを中核に、医療をはじめ様々な支援が継続的かつ包括的に提供される仕組みのこと。
- 3) 現在、医療保険適用と介護保険適用に二分されている療養病床については、医療ニーズの高い方を対象とした医療療養病床に一本化し、介護療養病床は2011年度末迄に廃止する(介護療養型老人保健施設やケアハウス、有料老人ホーム、在宅療養支援拠点などに転換する)というもの。
- 4) 認知症に関する第四章は三浦が、それ以外は川越が執筆を担当した。
- 5) 平成20年7月16日開催の第132回中央社会保険医療協議会総会資料(総-2)を参照。
- 6) 在宅患者訪問診療料の改正前の定義は、「居宅で療養を行っており、疾病、傷病のために通院による療養が困難なもの」とされており、以下の対象者、①自宅療養者 ②有料老人ホーム入居者(介護保険の特定施設入居者生活介護を受けていない者) ③GH入居者 ④特定施設入居者(末期の悪性腫瘍であり、かつ、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合のみ) ⑤特別養護老人ホーム(以下、特養と略)入所者(末期の悪性腫瘍であり、かつ、在宅療養支援診療所の医師が訪問診療を行う場合のみ) に対してのみ、1日につき830点が算定可能な仕組みであった。
- 7) 高専賃として登録されたもののうち、①住宅の面積が原則25m<sup>2</sup>以上(共同型の場合は18m<sup>2</sup>以上) ②原則、各戸に台所、水洗便所、収納設備、洗面設備および浴室を備えていること ③前払いで家賃を徴収する場合には保全措置を講じていること ④入浴、排せつもしくは食事の介護、食事の提供、洗濯、掃除等の家事又は健康管理をする事業を行う賃貸住宅であること の条件を満たすものとして都道府県知事に届けられているものこと。厚生省告示264号参照。
- 8) 厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態統計上巻」p.323参照。
- 9) 本節のデータはすべて国土交通省住宅局調べによる。
- 10) 本節のデータは厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年社会福祉施設等調査」による。
- 11) A型は低所得の身寄りのない人を、B型は家庭環境等により居宅生活が困難で、自炊できる程度の健康状態の人を、ケアハウスは高齢等のため独立して生活するには不安のある人を対象としている。
- 12) 厚生労働省老健局計画課認知症・虐待防止対策推進室調べ(2007.10.1現在)による。
- 13) 本節のデータは厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年介護サービス施設・事業所調査」による。
- 14) ランクⅢとは、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがときどき見られ、介護を必要とするレベルのこと。詳細は、認定審査員テキスト2006、pp.94-95参照。
- 15) 現在、「痴呆」の呼称は「認知症」となっているが、こ

では当時使用されていた名称をそのまま記載している。

- 16) 三浦研・山口健太郎・石井敏：2006-07年度JIHa「小規模多機能施設の計画ガイドライン作成に関する調査研究事業」『医療福祉建築』160号，(2008)p.33参照。

#### 参考文献

- 小野信夫(2007)：REPORTⅢ 高齢者専用賃貸住宅の現状と課題－首都圏の高専賃登録データから考える，ニッセイ基礎研 REPORT, pp.19-26.
- 川越雅弘(2008)：わが国における地域包括ケアの現状と課題，海外社会保障研究, 164, pp.4-16.
- 川越雅弘(2008)：利用者特性からみた施設・居住系サービスの機能分化の現状と課題，季刊社会保障研究, 43(4), pp.316-326.
- 栗田圭一(2008)：総合病院型認知症疾患センターに求められる機能について，平成19年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)『精神科救急医療，特に身体疾患や認知症疾患合併症例の対応に関する研究』分担研究報告書, pp.135-156.
- 厚生労働省編(2007)：平成19年版厚生労働白書－医療構造改革の目指すもの一，ぎょうせい，東京。
- 国土交通省編(2008)：国土交通白書2008－平成19年度年次報告一，ぎょうせい，東京。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2007a)：日本の将来推計人口(平成18年12月推計)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2007b)：日本の都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)。
- 国立社会保障・人口問題研究所(2008)：日本の世帯数の将来推計(全国推計，平成20年3月推計)。
- 財団法人高齢者住宅財団(2007)：平成19年度版高齢者住宅担当者研修会テキスト, pp.1-55.
- 社団法人日本医療福祉建築協会(2008)：平成19年度老人保健事業推進費等国庫補助事業小規模多機能サービス拠点事例集。
- 社会保険研究所(2007)：平成18年10月版介護保険制度の解説。
- 高橋 隆，大槻絃美，田城孝雄(2007)：介護支援専門員による地域包括支援センターの評価，平成18年度厚生労働科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)『地域包括ケアシステムの構築に関する研究』分担研究報告書, pp.244-266.
- 田代秀之(2008)：社団法人神奈川県社会福祉士の取り組みからみえる地域包括支援センターの現状と課題－実態調査の結果を中心に，地域リハビリテーション, 3(2), pp.113-117.
- 三浦研，山口健太郎，石井敏(2007)：小規模多機能サービス拠点の計画 目指すべき方向性と考え方 改訂版，日本医療福祉建築協会，平成18年度老人保健事業推進費等国庫補助事業報告書。
- (かわごえ・まさひろ 国立社会保障・人口問題研究所 社会保障応用分析研究部第4室長)  
(みうら・けん 大阪市立大学大学院准教授)

# イギリスのコミュニティケア政策と高齢者住宅

所 道彦

## ■ 要 約

コミュニティケア改革からすでに約 20 年が経過した。施設ケアから在宅ケアへのシフトが進んではいるが、在宅ケアをめぐるのは、受給資格や費用負担について、自治体格差が大きいことが指摘されている。高齢者ケアの費用の補助については、ミーンズテストを伴い、そのために高齢者が自宅を売却しなければならないケースもある。

一方、住宅政策の側では、1980 年代以降、持ち家政策が継続している。住宅価格の上昇によって住宅購入ができない層も出現する中、社会的住宅の量的・質的な不十分さが問題となっている。また、資産としての住宅を前提にしたケア政策が、今後も継続可能かどうか注目される。このほか、地域再生のプログラムなどが様々な機関によって展開されているが、その成果はまだ明確ではなく、多様な機関が関与する中、機関間の連携が課題となっている。

## ■ キーワード

イギリス、高齢者福祉、コミュニティケア、住宅政策

## はじめに

イギリスの高齢者の住まいをめぐる問題は、高齢者ケアをめぐる政策と密接に関係している。在宅でのケアを整備し、地域での生活を維持できるよう支援する政策が展開される一方で、そのサービスの費用負担の問題から、住宅を売却し、住み慣れた地域を離れざるを得ない高齢者も存在する。本稿では、イギリスのコミュニティケア政策と住宅政策の展開を整理し、高齢者の生活をめぐる現状と課題について考察する。

### 1. 1990 年代のコミュニティケア改革の展開

イギリスの福祉政策の動向は、多くの関心を集めてきた。特に 1993 年に実施されたコミュニティケア改革は、日本に大きな影響を与えているが、

その理解のためには、それ以前の状況にも目を向ける必要がある。

イギリスにおいては、1970 年代から、障害者などの長期入所施設を閉鎖する動きが活発化するようになる。その理由には、人権問題やノーマライゼーションの思想などに加えて、コストの問題が存在する。長期入所施設や病院の閉鎖により、障害者の多くが、自宅やケア付きの住宅で支援されるようになった一方で、民間の入所施設も増加し、施設で生活する高齢者の数も増加した(Balloch 2005)。

1980 年代前半、社会保障給付は、民間入所施設の料金の補助として用いられていたが、当時、病院の側では、長期入院病床を削減する方針を打ち出すこととなった。その前提には、多くの入院患者が、社会保障給付による負担によって入所施設の側でケアされるはずという考えがあった。低所得の社会保障給付の受給権者にとっては、無料の



国民保健医療サービスによってケアされても、あるいは、ナーシングホームに入って社会保障給付によって費用がカバーされたとしても、経済的な負担がないという意味では大差ないからであった。また、福祉施設の方がより家庭環境に近いという意味で好まれており、入所についてのニーズのテストは極めて不十分であった(CPAG 2000: 6)。

1980年代のイギリス高齢者福祉制度の現状を検討したグリフィス委員会の報告書では、不必要な施設入所の増加とそれにかかる社会保障費の拡大が問題点として指摘されていた。1979年には、1,000万ポンドであったケアホームに対する社会保障費からの支出は、1989年には、10億ポンドへと拡大した(CPAG 2000: 7)。

そして、社会保障費を削減するために、可能な限り在宅生活を可能にし、ニーズのアセスメントと個別のプランに基づいて、民間セクターも含めた多元的なサービス供給主体から効率的にサービスを提供するシステムの構築することが改革の目的となった。地方自治体のソーシャルサービス部(SSD)が、ソーシャルケアに責任を持つものとし、直接的なサービス提供だけでなく、「ケアサービスの購入者」として、民間営利・非営利のセクターからサービスを購入することでコストの削減が図られることも期待された。その必要な財源的措置として、社会保障費の分を社会ケアサービスの側に移すこととし、適切なニーズのアセスメントによって、施設志向に歯止めをかけることが目指されたのである。

これらの改革案は、1990年国民医療サービス(NHS)およびコミュニティケア法によって具体化された。それ以降、コミュニティケアの実施の責任は、地方自治体の社会サービス部(Social Service Department)にある。介護保険のような保険方式ではなく、税方式で運営されている。ニーズのアセスメント終了後、ケアプランが立てられ、家事援助、訪問介護、配食サービス、デイケア、レスパイトケアなどのいわゆる「ケアのパッケージ」が提供され

る。サービス利用については原則自己負担があり、各自治体がそれぞれ定めているが、それぞれの自治体の財政状況にも大きく左右される(所 2003年)。

イギリスのコミュニティケア改革の中で、イギリス国民が、もっとも明確に認識することになったのは、サービスが「有料」になったという点である。これは、それまで、サービス提供時に無料であった「保健医療」のサービスではなく、「福祉」のサービスの利用へ移行させることによるものであった。改革では、支出を抑制することに主眼が置かれ、専門職は、ゲートキーパーとして機能している一方で、民間の供給主体のサービス増加によって多元的な供給体制となつてはいるが、利用者の側の選択肢が増加したという証拠はないとこれまでに多くの論者に指摘されている(Rummary, 2007: 67)。

イギリスにおけるコミュニティケア政策の展開は、日本の高齢者福祉政策に大きな影響を与えた。また、購入者とサービス供給者の分離という考え方、また、行政の責任は、直接的なサービス供給ではなく、民間のサービス供給主体も含めて、サービス提供が可能となるような環境を整備することにあるという考え方は、高齢者福祉の領域を超えて、社会福祉に関する国のあり方全体をめぐる議論に大きなインパクトを与えることとなった。また、コミュニティケア改革の中核部分を担うものとして、ケアマネジメントシステムが導入されている。ニーズのアセスメント、ケア・プランニング、モニタリング、評価・見直しという一連のプロセスを通して、ニーズと資源とのマッチングが図られるシステムが、日本の介護保険制度の中にも取り入れられていることはよく知られている。

## 2. 労働党政権下のコミュニティケアの展開

コミュニティケア改革の提案から約20年が経過した現在も、断続的に改革は続いている。1997年



に登場した労働党政権は、前保守党政権による政策を基本的に継承しつつ、民営化と市場における競争の行き過ぎへの反省に基づいて、権利擁護やサービスの質の向上、サービス基準の公正性や透明性、自治体間の格差の是正などを打ち出すとともに、「ベストバリュー」など対費用効果が強調されている<sup>1)</sup>。

1998年には、ホワイトペーパー「社会サービスの近代化(Modernising Social Services)」が発表された。この中では、コミュニティケア改革が制度の枠組みやプロセスに集中した一方、結果への取り組みが不十分で深刻な問題が残存している点が指摘されている。そして「サービス受給の要件が不明瞭で厳格」、「依然としてニーズではなくサービスが利用可能かどうかで決定が行われている」、「サービス情報が不足」といった点を指摘し、「自立生活の促進」、「自治体間格差の解消」、「利用者とその家族中心にしたより簡便なサービス」、という方向を掲げるとともに、「サービス開始後のモニタリングの重視」、「基準の明確化」、「介護者のニーズの重視」、「窓口一本化(one stop shop)」などを提言している(所 2003)。

また、労働党政権による重要な政策の柱として、ダイレクト・ペイメント(直接現金給付方式 Direct Payment: 以下 DP)の拡大が挙げられる。DPとは、高齢者本人が現金給付を受けてサービスを自分でアレンジし、介護者の雇用やサービス提供機関からサービスを直接購入する方式のことである。もともと、この制度は Community Care (Direct Payment) Act 1996 によって、1997年から65歳未満の者を対象に導入されたものであるが、1998年のホワイトペーパーの中で高齢者への拡大が提言され、2000年に65歳以上の者も対象となった。2003年の4月からは、全地方自治体に対して要件を満たした場合にDPを実施することが義務付けられた。しかし、実際の利用はそれほど拡大していない(Balloch 2005)。

近年でも、このダイレクトペイメント自体は依然として支持されている。高齢者が主体的にサービスの選択や自らの意思で購入するといったプロセスを自らがコントロールするという意味で利用者主体の一つの形として評価されていることがその理由の一つである。さらに、2005年12月以降、一部の地域では、「個人別バジェット方式(individual budgets)」が試行されている。これは、一定のまとまった金額を、アセスメントを受けニーズがあると認められた個人に割り当てるもので、ダイレクトペイメントよりもさらに大きな選択肢と裁量を高齢者本人に与えるものである。特に、高齢者の在宅生活に関連するサービス給付や金銭給付など多様なプログラムを一つの個別予算にまとめて一括支給する点に特徴がある。しかしながら、利用者の情報へのアクセス、利用者個人間での元々の情報や所得の格差、地域ごとの資源供給状況に関する格差など、多くの課題が指摘されている(Glending and Means 2006: 20 - 21)。

もし、今後このダイレクトペイメントや個別バジェット、自分自身によるアセスメント方式が定着していくならば、社会的ケアサービスは、市場において購入可能な一般のサービスと同じものとなっていく可能性がある。そして、アセスメントやサービスのアレンジを行う専門職の必要性がなくなっていくという意味で、ソーシャルワーカーや社会福祉の部局にとって大きな影響を与える可能性があることが指摘されている(Rummery 2007: 72)。

ケアの費用負担のあり方をめぐっては、1999年の「長期ケアに関する王立委員会(Royal Commission on Long Term Care)」の提言が重要である。その中では、高齢者ケアに関して、ホテルコスト、個別ケアコスト、医療コストの3つに区分し、このうち、最初の2つのコストに関して無料化することが勧告されている。しかしながら、この勧告の受け入れをめぐっては、スコットランドとイングランドで対応が分かれ、スコットランドでは勧告を受け

入れ、イングランドは拒否ということになった。現在、イングランドでは、医療コストは無料であるが、個別ケアは有料であることから、ケアコストを支払うために自宅を売却しなければならない高齢者もいることが問題視されている。特に、認知症の高齢者の場合に高い負担となることが指摘されている (Balloch 2005)<sup>2)</sup>。

さらに、労働党政府は、保健医療と福祉の連携、パートナーシップを強調する点で、それまでの保守党政権と異なっていると指摘されている (Rummary 2007: 68)。2001年には「高齢者のための公的サービスの概要 (National Service Framework for Older People)」を発表し、高齢者差別、個人を中心にしたケア、中間ケア、一般医療ケア、発作、転落、メンタルヘルス、ヘルスプロモーションの8つテーマについて保健医療・福祉の境界を越えて横断的に目標を掲げ、NHS および社会ケアサービスにおいては、高齢者を個人として扱い、その自身のケアについて個人の選択を可能にしなければならないとしている (所 2003年)。

2005年には保健医療省から、グリーンペーパー (Independence, Well-being and Choice: Our Vision for the Future of Social Care for Adults in England) が出された。この中では、利用者個人にとってのサービスのアウトカムに焦点を当て、QOLの向上や差別の解消、尊厳の保持など7つの目標を掲げた。しかし、これらは、保健医療省による2006年のホワイトペーパー (Our Health, Our Care, Our Say) では、薄められることになり、むしろ地方レベルにおける保健医療サービスと社会的ケアの統合に焦点を当てられることとなった。ホワイトペーパーでは、①予防ケアの改善、②患者や利用者の選択の拡大、③不公平への対応と地域資源の開発、④長期ケアのニーズを持つ者へのサポートの質的・量的拡大、の4つの目標を設定している。2007年からは、健康、QOL、選択、差別の解消、経済的なウェルビーイング等の項目について、各地

方自治体のパフォーマンスを評価することになり、2009年までに、保健医療と社会的ケアの共同のアウトカムについて指標化することが提案されている (Rummary 2007: 69, Balloch 2007: 32 - 33)。

これらの保健医療と福祉との統合化については、保健医療サイド主導で行われている点、また、それが地域での自立生活を拡大できるかどうか不明な点、結局サービス統合化は、単にコスト削減のための試みにすぎないのではないかという懐疑的な意見もある。また、ホワイトペーパーでは、保健医療と福祉との連携や統合、パートナーシップなどについて言及されている一方で、サービスへのアクセスに関する不公平性、利用者負担の無料化など利用者の日常の課題については、触れられていないことが批判されている (Rummary 2007)。

このように、コミュニティケア改革からすでに20年が経過した現在も、新たな試みが行われている。バロックによれば、1980年代、1990年代の福祉改革は、公的福祉から民間福祉へのシフト、施設ケアから在宅ケアへのシフトの2つの変化に整理することができるとしている。1991年から2001年までの間に、イングランドにおける公立施設の半数以上が閉鎖される一方で民間施設は12%増加し、そして全体として、施設数は11.5%、入所者数は13.3%減少した。また、在宅ケアサービスも公的セクターから民間セクターへと移行し、2005年時点で、73%の在宅ケアサービスが民間セクターによって供給されている (Balloch 2007: 22)。

すでに、政府は、在宅ケアを受ける高齢者の数を、施設ケア受給者の30%とするという目標を達成し、次は、2008年までに34%と目標値を引き上げた。しかしながら、サービスの質確保等についてまだ問題があることが指摘されている (Rummary 2007: 73)。

さらに、在宅ケアをめぐるのは、受給資格や費用負担について、自治体格差が大きいことが指摘されている。特に、費用負担をめぐるのは、先にも

述べた通り、スコットランドとイングランドで異なる制度が導入されており、さらにイングランド内部の自治体でも、細かい点で対応が異なるなど、きわめて複雑な現状が存在する。現時点では、無料で個別ケアおよびナーシングケアを提供するとしたスコットランドにおいて、この選択が財政的に大きな負担となったという証拠はないとされているが、今後、高齢化が進む中で、状況がどう変化するか、注視する必要がある。不公平で複雑なシステム、また、ミーンズテストを伴い、そのために高齢者が自宅を売却しなければならないシステムを維持するのであれば、むしろ、税金の引き上げ等による負担増によって、無料のケアを提供すべきであるという意見も強く支持されている(Rummery 2007、Balloch 2005、2007)。

労働党は、「現代化」をキーワードの一つに断片的な改革を進めているが、高齢者のサービス提供の仕組みそのものは、保守党政権のものと大きく変更されていない。利用者の声を尊重する点などが強調されているが、実際には、関係諸機関の連携や組織の再編に関心があるようだ。特に、高齢者ケアの領域では、保健医療と福祉の統合への動きが注目されているが、ケアの費用負担をめぐっては、依然として問題を抱えている。

### 3. イギリスの高齢者住宅

#### 3-1. イギリスの住宅政策

よく知られているように、イギリスの住宅政策は、サッチャー時代を境に大きな転換を遂げた。戦後、住宅政策は福祉国家の柱であり、イギリスの住宅供給にしめる公的住宅の割合は、非常に高かったが、サッチャー政権によって、買い取りの権利に付与と住宅の個人所有が奨励されるようになり、現在では、8割以上の住宅が市場メカニズムを通じて供給されることになっている。この結果、低所得者が借りることのできる住宅は急速に減少し、もは

や、住宅政策は不安定で残余的なものへと転落したと指摘されるようになっていく(Malpass 2005: 69)。1997年以降の労働党政府による住宅政策の特徴は不明確である。住宅関連の部局が広範囲に分散しており、様々な提言は行われているが、結局それら自体の位置付けが不透明で、全体像を掴むことが難しいとされる(Spephens and Quilgars 2005: 67)。

そういった提言の中で、注目すべきは、DETR (Department for Environment, Transport, and the Regions) による2000年のグリーンペーパー (Quality and Choice: A Decent Home for All) であり、社会的住宅が残余的な位置付けになり、国民の間で不人気となっている背景として、質の問題などを取り上げ、利用者の選択肢を増やし、価値(value)を反映するように家賃の体系を再構築し、そして住宅手当(Housing Benefit)を改革することなどが提案されている。住宅手当の改革では、ケアの場合と同様に、個人の主体的な利用を進めることが強調されている。検討されたのは、地域ごとに世帯タイプごとに家賃を定め、実際に支払われる家賃の額にかかわらず、固定額を支給するというものであり、実際の家賃がこれよりも低い場合、居住者はその残額を保持できるというもので、LHA (Local Housing Allowance) と呼ばれ、いくつかの地域で試行されることとなった。これにより、本人によって家賃と他の住宅関連コストとの間で手当の使い道を選択させるということが目指されている。

一方、残余的な社会的住宅およびその地域には、低所得者が集中するようになり、社会的排除の問題が深刻化するようになった。2004年には、住宅法が改正され、地方自治体に、社会的住宅における反社会的行動に取り組む法的権限を付与するなどの対策がとられている。地方自治体の位置付けも、直接的な住宅の提供者ではなく、地域における戦略的な管理者としての役割が期待されるよう

になっている (Sphephens and Quilgars 2005 : 67)。この点もケア提供の仕組みにおける行政の役割、条件整備団体としての地方自治体像と重なるものである。

次に、2004年には、Kate Barker による住宅問題の報告書 (Review of Housing Supply) が発表された。その中では、高騰する住宅価格の問題が取り上げられ、住宅価格の上昇のために、アフォーダブルな住宅を供給するための補助金が増大していること、住宅価格が上昇している地域では、一般の市民を呼び込むことが困難になっていることなど、現在の住宅問題が指摘された。政府は、住宅価格の上昇を抑えるために、住宅の供給数を、年間 150,000 戸から 200,000 戸へと今後 10 年間引き上げることなどを目標として掲げている。特に、住宅不足の地域をターゲットにし、民間セクターが供給数の増加分の大部分を担うことが期待されている (Stephens and Quilgars 2006 : 68, Murie 2007 : 55)。

このほか、地域政策についても注目する必要がある。コミュニティケアを推進するためには、在宅サービス等の整備や個々の高齢者のニーズに合わせた住宅を供給するだけでなく、コミュニティ全体の生活の質の向上を図る必要があると考えられている。労働党政府は、社会的排除の問題への取り組みを前面に掲げており、1990 年代後半以降、社会的排除対策局 (Social Exclusion Unit :SEU) の設置および、その中のコミュニティ再生チームなどが活動してきた。

地域問題についても多様な部局が介在することになる。特にその中心となっているのは副首相府 (ODPM) であり、地域の再生や維持 (Sustainable Communities)、ホームレスの問題等に関して多くの提言を行ってきた<sup>2)</sup>。

その中でも注目されるのが、Supporting People (SP) のプログラムである。SP は、住宅関連サービスに対する財政支援、質の管理等を効率的に行う

ために 2003 年に開始されたものであり、120 万人の社会的弱者の在宅での生活をサポートしている (Quilgars 2007 : 160)。SP は、自立生活を可能にすることにつながる住宅系支援サービスに対して財政支援を行うものであり、ケアサービス自体には支援を行わないことになっている。これらの支援には、住宅の維持管理や家庭用の器具の安全対策のための相談援助、住宅の安全性のチェックなどが含まれる。このプログラムについては、地方自治体が管理者となり、保健医療トラスト、保護観察サービス、福祉サービス、地域の住宅部局などのパートナーと連携をとって、Supporting People に関する計画を策定し、政府に提出することになっている (CPAG 2005 : 64)。

このプログラムに対する評価は、現時点では定まっていないが、この地域政策側と保健医療側との関係性が弱いこと、社会的排除対策が不十分であることなど問題点も指摘されている。個人の地域生活を支えることがコミュニティの構築のために重要な要素と認識されているが、実際のコミュニティケアでは対象者別に個人のニーズに対応した支援を行うという個別的なアプローチが取られており、そのギャップが存在していることが示唆されている。これらは、つまるところ地域全体の利益やあるいは地域全体の活性化といった視点で行われる地域施策と高齢者、障害者といった対象者を限定したケア政策との不一致の問題へとつながることになると指摘されている (Quilgars 2007 : 160 - 161)。

### 3-2. 高齢者の住宅のタイプ

イギリスの高齢者の住宅に関する選択肢は、在宅生活の継続とそのための住宅改修に関する支援、支援が付随した住宅への転居、高齢者施設への転居、家族との同居といったものがある。

特に、今後拡大する可能性があるのが、一般住宅と従来の入所施設の中間に位置するシェルター



ドハウジング (sheltered housing) である。これは、24 時間対応可能なアラーム装置等を整備した住宅で、主に 60 歳以上を対象にしている。この中には、住み込みの管理人が在住しているタイプや、通いの管理人が定期的に巡回するタイプなどがある。これらの費用は、家賃に含まれているものもある。これらのサービスは、現在、Supporting People プログラムの対象となっている。20 から 40 室のタイプが多いとされ、来客用の部屋等の共有部分を設置しているものもある。また、シェルタードハウジングのうち、入浴介助や食事の介助、食事などのサービスを提供することができる住宅もあり、特別ケア付きシェルタードハウジング (extra care/very sheltered housing) と呼ばれる。自治体のソーシャルサービス部と共同でサービスを実施している場合がある。これらのシェルタードハウジングの多くは、地方自治体、ハウジングアソシエーションによって提供されているが、一部営利のものもある (CPAG 2005: 64)。また、これらは、形態が多様であり、ケアホーム (care homes) との区別が明確でないものもある。

これらのシェルタードハウジングに居住している高齢者は、普通の自宅に居住している者と同様の形で、所得補助 (Income Support) や住宅手当などの社会保障手当の受給が可能となっている。それゆえ、CPAG によれば、これらのシェルタードハウジングは、高齢者にとっても、当局にとっても、ケアホームよりも経済的に魅力的な選択肢となると指摘する。すなわち、入所の権利が与えられて居住するケアホームよりも、居住権が確立している点で、高齢者にメリットがあり、自治体は、ケアホームよりも低いコストでサービスを提供できる。また、シェルタードハウジングで受けることができるケアは、入所施設で受けるケアと遜色ない場合もある。なお、SP を受けるサービス提供者には、モニタリングを受けることが義務付けられている (CPAG 2005: 65)。

このほか、民間の高齢者向け住宅は多様であり、住宅自体の買い取り、永年の賃借権、所有権のシェアなどがある。また、民間による高齢者住宅 (Abbeyfield Homes や almshouses など) があるが、Age Concern など高齢者支援団体では、居住権の法的保障の有無に注意する必要があるとアドバイスを行っている (Age Concern 2008)。

これら在宅での自立生活を可能にする住宅が整備されつつある一方で、入所施設 (Care Homes) も依然として大きな役割を担っている。現在、「ケアホーム」という語が、登録された入所施設の一般的な総称として用いられている<sup>4)</sup>。

「ケアホーム」の中には、ナーシングケアを提供するもの、個別ケアのみを提供するものなどが含まれている。1990 年代のコミュニティケア改革以降、地方自治体によるニーズアセスメントを受けることが、ケアのコストに関して経済的支援を受けるための必要条件となっている。すべての「ケアホーム」に対して、最低基準 (National Minimum Standards for Care Homes for Older People) が定められている。これらの基準では、入所についてトライアルの期間を設けること、毎年、CSCI (Commission for Social Care Inspection) の査察を受けることになっている。21,500 ポンド以上の資産を所有する場合には、居住コストと個別ケアのコストの全額を負担することが求められている。

#### 4. イギリス高齢者住宅をめぐる課題

イギリスにおける高齢化の問題をめぐる状況や受け止め方は、日本と多少異なる。高齢化の進行が比較的遅いことに加えて、主に EU からの移民の受け入れにより、今後も人口の増加が見込まれていることもその背景の一つにある。2005 年のイギリスの高齢化率は 16% であるが、2050 年の高齢化率は 23% と推定されており、この数字は、現在の日本の高齢化率とほとんど変わらない。しかしな

がら、すでに高齢化に関連して、保健医療、福祉所得保障など各領域で問題を抱えている。

現在の問題として挙げられるのは、福祉と住宅の連携が十分に取られているとはいえない状況にある点である。これは、政策レベルでもケアマネジメントの実践場面でもそうである。地方自治体の住宅担当部局が、どの程度コミュニティケアに関与するかは不明確である。福祉担当部局によるニーズアセスメントの際に、住宅サービスが必要と判断された場合には、住宅担当部局の協力を要請することはできるが、住宅側にこれに応える義務はないものとされる。これは、住宅サービスそのものがコミュニティケアサービスとして法定化していないことによる(CPAG 2005: 39)。結局、住宅や地域政策、また、高齢者ケアの領域において様々なプログラムが打ち上げられる一方で、本当に高齢者が、住みなれた地域での生活が継続できるかどうか、各部門の連携と実践がまず問われている。この点に関しては、住宅保障が不十分にもかかわらず、在宅福祉、地域福祉を強調する日本の状況とも共通する部分があると言えよう。

次に、「高齢者の住宅」に関するプログラムは多様化している一方で、「住宅」にだけ焦点を当てた施策では、現在の高齢者が置かれている状況から見て、その生活保障の面からは不十分ということになる。低所得者が集中する地域に対する社会的排除の問題や、そういった地域の中で高齢者が孤立して生活するといういわば二重の排除の問題、防犯や防災などの問題が複合的に関わっており、個々の住宅についての取り組みだけでは問題は解決しない。特に今後重要とされるのが、地域そのものに焦点を当てた施策の中で、「高齢者の住宅」をどう位置付けるのかという点であろう。地域政策として住宅をとらえるというアプローチと個々の高齢者ニーズから住宅をとらえるというアプローチが混在しており、そのバランスを取ることは容易ではない。

そして、最大の問題は、高齢者のケアの費用負担である。もともと、コミュニティケア改革以前から、高所得者の施設入所者の場合には、ケアコストの全額を支払わなければならない、また社会保障給付の受給権のラインを引く際には、住宅もミーンズテストの対象に含まれるために、住宅を売却せざるを得ない高齢者は存在した。改革以前の在宅サービスの利用者の費用負担については、自治体の裁量に任されていた。現在でも、住宅を所有している高齢者が、介護施設に入所する場合には、その資産の活用・売却によって、介護費用を捻出することが想定されており、また、すべての自治体が在宅サービスについても利用負担を求めるようになっている(CPAG 2005)。

住宅所有を推進してきたイギリスの住宅政策は、高齢者の住宅問題、特にケアの費用の支払いの問題と大きく関係しており、政府が、高齢者介護の領域に財政を投入するのは、資産の価値・住宅価格が大幅に下落した場合だけであるという批判がある(Murie 2007: 62 - 63)。このような、個人の資産をベースにした福祉国家は、住宅政策を一層重要な立場に位置付けることになっているが、それは、「住まい」「生活の場」としての住宅ではなく、経済的な自助の基盤としての住宅をめぐる政策ということになる。日本でもリバースモーゲージなど住宅の資産的な価値に着目する政策の拡大が、高齢者のケアだけでなく、生活保護の領域でも図られている。こういった視点が、コミュニティケアや地域福祉の理念と共存できるかどうか一度検討してみる必要があるだろう。

また、イギリスの現在の住宅問題が、長期的にケア費用と高齢者の住宅の問題に大きな影響を与える可能性が高い。すでに、住宅価格の上昇によって、住宅を購入できない若年層が出てきていることが指摘されている。こういった層は、民間の賃貸住宅に流れていくことが予想されており、持ち家中心主義が転換することも考えられる。その一方、



民間に依存した住宅供給システムでは、住宅市場の状況の変化などにより、民間だけで十分な住宅が供給できない可能性もあり、福祉国家における住宅保障のあり方、公的セクターの役割が問われることになろう。いずれにせよ、高齢者が住宅を売却してケアサービスの費用を捻出することが前提のアレンジそのものの見直しが迫られることになる。現役時代に住宅を購入し、いわゆる「住宅スゴロク」のラインに乗った者とそれができなかった者との格差の問題が高齢期のケアをめぐる顕在化するとすれば、単に高齢者ケアや住宅の問題だけでなく、イギリスの福祉国家のあり方をめぐる議論へとつながることになるだろう。

#### 注

- 1) 近年の労働党の福祉政策については、平岡(2003)、河野(2005)、山本(2007)などを参照のこと。
- 2) 労働党政権誕生後、地方自治の拡大が行われ、スコットランドでは独自の議会が設けられ、福祉や教育を含め内政に関して大幅に権限を有している。
- 3) 副首相府(ODPM: Office of Deputy Prime Minister)は2001年に創設されたが、2006年以降、コミュニティおよび地方政府省(Department for Communities and Local Government)に再編されている。
- 4) かつては、レジデンシャルホームやナーシングホームという分類が行われていた。

#### 参考文献

- Age Concern (2003) Factsheet 24: Direct Payment from Social Services
- Age Concern (2003) Factsheet 41: Local authority assessment for community care services
- Age Concern (2008) Factsheet 46: Paying for care and support at home
- Age Concern (2008) Factsheet 50: Housing Options
- Balloch, S (2005) The Ageing Population: Implication for Social Services in England, Strategy for the Ageing Society (The Proceedings of 13th Osaka City University International Symposium), Osaka City University
- Balloch, S and Hill, M (2007) Care, Community, and Citizenship, Bristol, Policy Press
- Child Poverty Action Group (CPAG) (2000) Paying for care handbook, London, CPAG
- Child Poverty Action Group (CPAG) (2005) Paying for care handbook (5th Ed), London, CPAG
- Department of Health (1998) Modernising Social Services Cm4169
- Glendinning, C and Means, R (2006) Personal Social Services: developments in adult social care, in Bauld, L, Clarke, K and Maltby, T (eds) Social Policy Review 18, Bristol, Policy Press
- Lund, B (2004) Housing Policy: Coming in from the cold, in Ellison, N, Bauld, L and Powell, M (eds) Social Policy Review 16, Bristol, Policy Press
- Malpass, P (2005) Housing in an 'opportunity society', in Powell, M, Bauld, L and Clarke, K (eds) Social Policy Review 17, Bristol Policy Press
- Means, R, Morbey, H. and Smith, R (2002): From Community Care to Market Care, Bristol, Policy Press
- Murie, A (2007) Housing policy, housing tenure and the housing market, in Clarke, K, Maltby, T, and Kennett, P (eds) Social Policy Review 19, Bristol Policy Press
- Netten, A (2005) Personal Social Services, in Powell, M, Bauld, L and Clarke, K (eds) Social Policy Review 17, Bristol Policy Press
- Quilgars, D (2007) Community care development: developing the capacity of local communities to respond to their own support and care needs, in Balloch, S and Hill, M (eds) Care, Community, and Citizenship, Bristol, Policy Press
- Royal Commission on Long Term Care (1999) With Respect to Old Age: Long Term Care - Rights and Responsibilities, Cm4192
- Rummery, K (2007) Modernising services, empowering users? : Adult social care in 2006, in Clarke, K, Maltby, T, and Kennett, P (eds) Social Policy Review 19, Bristol Policy Press
- Stephens, M and Quilgars, D (2006) Strategic pragmatism? : The state of British housing policy, in Bauld, L, Clarke, K and Maltby, T (eds) Social Policy Review 18, Bristol, Policy Press
- 平岡公一(2003)イギリスの社会福祉と政策研究: イギリスモデルの持続と変化, ミネルヴァ書房
- 河野真(2005)英国福祉国家制度の動態—医療・介護サービス改革の検討を中心に—福祉社会学会編『福祉社会学研究』2, pp.72-89
- 所道彦(2003)イギリスのケアマネジメント: コミュニティケア改革 10年後の展開と課題, ケアマネジメント学第2号, pp.104-107
- 山本恵子(2007)英国における疑似市場の展開と高齢者福祉政策, 社会福祉学会編『社会福祉学』第48巻第2号, pp.3-15

(ところ・みちひこ 大阪市立大学大学院准教授)

## 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。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 *Åldreformen 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  
äldreboende*

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)

## 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<sup>1)</sup>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<sup>2)</sup>。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<sup>3)</sup>で定められている。ただし、日本の老人福祉法<sup>4)</sup>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<sup>5)</sup>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<sup>6)</sup>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<sup>7)</sup>。

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 <sup>2</sup>	2007 年末
人口密度	17.4 人/km <sup>2</sup>	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姿、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<sup>8)</sup>。

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)。

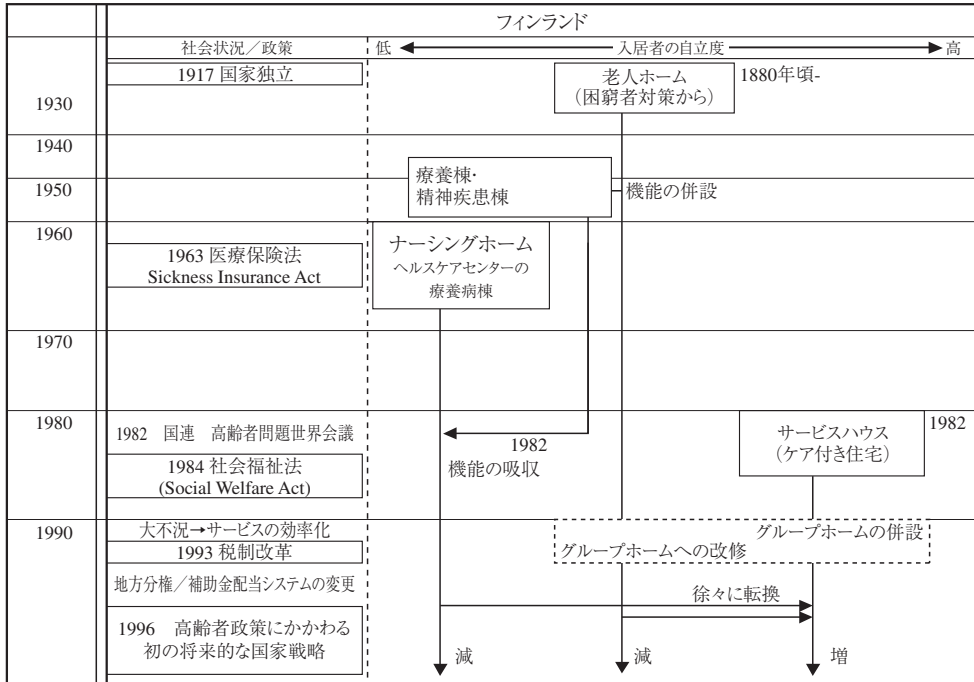


図1 フィンランドの高齢者福祉政策の流れ

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。国の管轄下にあり、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<sup>9)</sup>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<sup>10)</sup>。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<sup>11)</sup>。

(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<sup>11)</sup>、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<sup>12)</sup>。

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<sup>13)</sup>。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 <sup>2</sup>
一人あたりの平均面積	全体 38.3m <sup>2</sup> /人
	単身 57.7m <sup>2</sup> /人
	2人世帯 43m <sup>2</sup> /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 <sup>2</sup>
	その他地域 1,468 ユーロ/m <sup>2</sup>
賃貸住宅家賃(平均)	ヘルシンキエリア 11.03 ユーロ/m <sup>2</sup> ・月
	その他地域 8.23 ユーロ/m <sup>2</sup> ・月

出典：[http://www.stat.fi/til/asu\\_en.html](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<sup>14)</sup>。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、ついの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

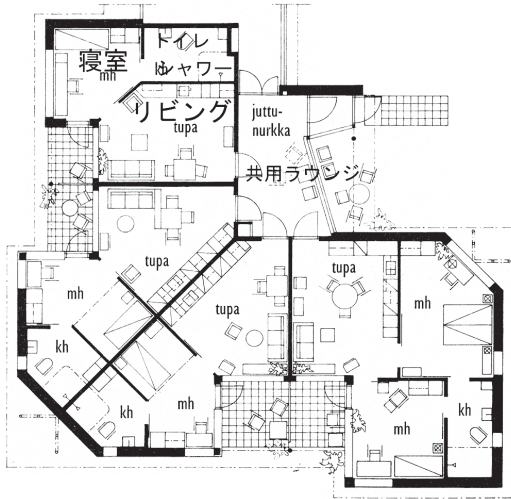


図2 グループ型居住形態を持つサービスハウス事例  
(転載: suomalaisia palvelutaloja p.37 を加工)

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40～45m<sup>2</sup>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<sup>15)</sup>。

住戸のつくり方は、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、居場所のつく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

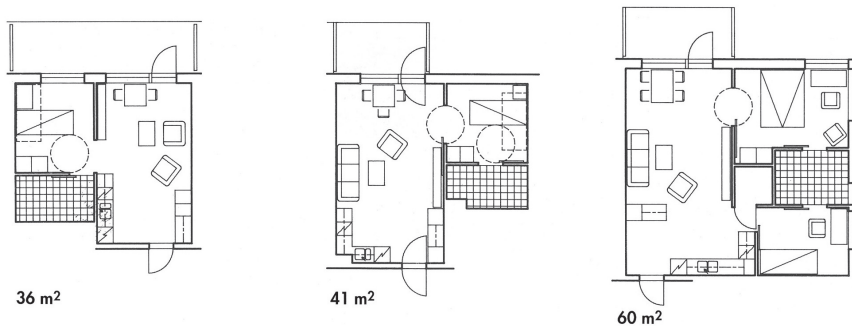


図3 サービスハウスの居室計画の事例(転載: RT 93-10534 p.5 図5 を加工)

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

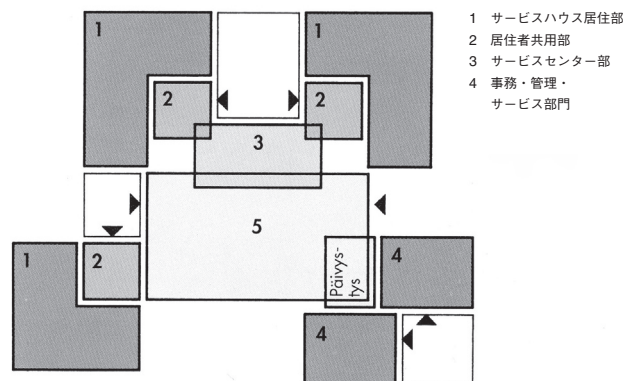


図4 サービスハウスとサービスセンターの計画事例(転載: RT 93-10534 p.3 図3を加工)



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<sup>16)</sup>。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づき、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40m<sup>2</sup>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22m<sup>2</sup>程度(20~25m<sup>2</sup>)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22m<sup>2</sup>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40m<sup>2</sup>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。

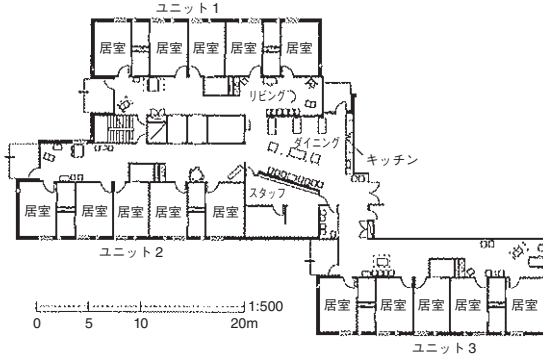
居室はワンルーム型でキッチンはない。スウェーデンのグループホームでは面積的にもより豊か(半数以上が居室面積35m<sup>2</sup>以上)で、キッチンを備えているものが一般的(約80%)である<sup>17)</sup>ということを見ると大きな相違がある。

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)。

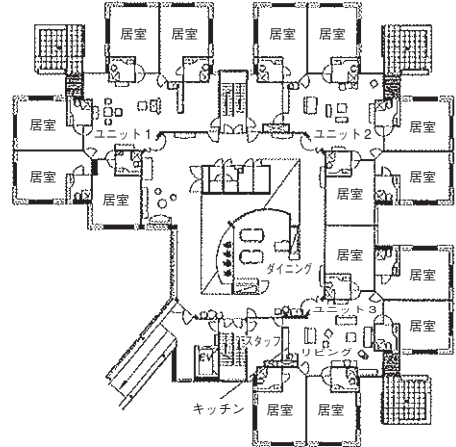
## (4) グループホームの生活

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しようとしたり、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。となく「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、それまでの救貧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置ではなくなった。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)

## 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ことが重要である (Lawton, 1983)。
- ④ 「自宅・地域に住み続けたい」という願望を重視し (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「自分のことを自分とする喜び(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

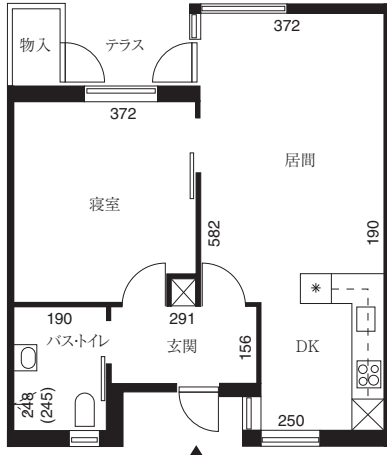


図1 高齢者住宅の平面図(60m<sup>2</sup>)

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、

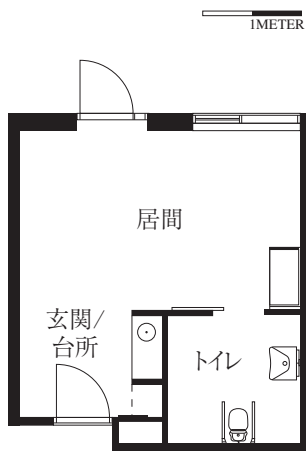


図2 プライエボリーの平面図(40m<sup>2</sup>)



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時間在宅ケアの実際

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 Assited 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)



## アメリカの高齢者住宅とケアの実情

クルーム 洋子

### ■ 要約

アメリカ社会の高齢化の度合いは日本を下回るが、そのアメリカでも、ベビーブーマー世代の高齢化に伴い、高齢者の住宅とケアの課題に関心が高まり始めている。居住形態別にみると、アメリカの高齢者の90%は地域社会の中で一般の住宅やアパートに居住している。残り10%は、ケア付き住宅に住む高齢者とナーシングホームの入所者が半々である。メディケアは、ナーシングホームへの入所を、病院から退院した直後の短期スキルドケアに限る政策を定着させ、ナーシングホームのベッド数の伸びを抑えている。現在、長期ケアの担い手として、サポート付き住宅や在宅サービスの拡張・向上が図られるなど、住宅政策とケア政策の連携推進に向けた柔軟な姿勢もみられるようになったが、革新的なプログラムが地域的に成功しても、それを全国的に普及させるのが難しいのが現状である。90年代以降、中間所得層の長期ケアの担い手と注目されたアシステッドリビングも、行政が後手にまわり、混乱状態が続いている。

### ■ キーワード

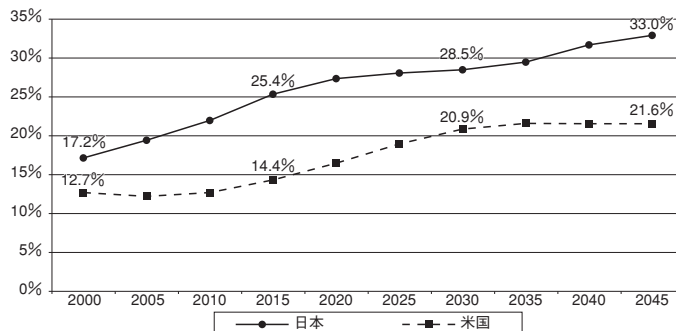
アメリカ、アシステッドリビング、CCRC、エイジング・イン・プレイス、ナーシングホーム、NORC、サポート付き住宅

### I はじめに

今日、65歳以上のアメリカ人高齢者の割合は総人口の12.4% (3730万人)、75歳以上の後期高齢者の割合は6.1% (1830万人)である<sup>1)</sup>。日本の高齢化率を大きく下回るが、そのアメリカでも、ベビー

ブーマー世代<sup>2)</sup>を焦点に、高齢者の住宅とケアの課題に関心が高まり始めている(図1)。

アメリカ人高齢者の場合、その90%が一般住宅やアパートに居住する。残り10%の高齢者のうち、半数の186万人がナーシングホーム<sup>3)</sup>の入所者であり、サポート付き住宅に住む高齢者の割合



出典：The World Bank (<http://genderstats.worldban.org/hnpstats/HNPDemgraphic/year5>)

図1 高齢化率の推移：日米比較

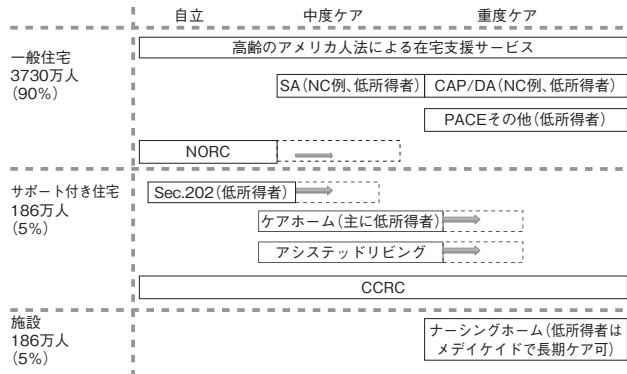


図2 アメリカの高齢者の住宅とケアの組み合わせ(概念図)

は全体の5%にとどまる。この現状は、一般のアメリカ人さえ抱きがちな、高齢者＝ナーシングホーム入所者のイメージとはほど遠い。したが、高齢者の住宅とケアの問題についても、現在の住居や地域をベースにした「エイジング・イン・プレイス、aging in place」に関心が高まっている。本文は、アメリカの高齢者の住宅とケアの実情をこの3種の居住形態に焦点をあて、紹介することを目的とする(図2)。

## II 高齢者向け住宅

アメリカでは、サポート付き住宅(supportive housing)という用語をよく耳にする。一般的に、食事、送迎、ハウスキーピング、身体ケアなどのサービスがついた集合住宅のことをさすが、明確な定義はなく、全国的にその実態が把握しにくいのが現状である。そのため、連邦政府も、サポート付き住宅に住む高齢者の割合は、全高齢者の2%から5%と幅を持たせて報告している<sup>4)</sup>。

サポート付き集合住宅は、高齢者のみに入居資格がある場合と、高齢の入居者が多いが、他の世代層も入居できる場合の、2種類に分かれる。前者の代表的な例は、低所得<sup>5)</sup>の高齢者を対象とした連邦政府のセクション202住宅と、NPO<sup>6)</sup>が中心になって発展させてきた、継続ケア付き定年退

職者コミュニティ(Continuing Care Retirement Community: 略称 CCRC)である。後者には、中間所得層を主な入居対象としたアシステッド・リビング(assisted living: 以下、ALと略す)、低所得の入居者が多い住宅型ケアホーム(residential care home)と家族型ケアホーム(family care home)などが含まれる。

### 1. セクション 202 住宅

セクション 202 住宅は連邦政府唯一の高齢者専用住宅であり、住宅・都市開発省の管理下にある。規模は、全米、6,200カ所、25万戸であり<sup>7)</sup>、入居資格は、62歳以上であることと、年収が該当地域の住民の年収の中央値の半分以下であることの2点である。キッチン・バス付きのワンベッドルームのアパート形式が普通であり、段差なしの床、手すりなど、基本的な安全面での配慮がされている。

セクション 202 住宅は、長期入居者が多く、平均年齢は79歳、最近は、後期高齢化が著しい。それに対応し、住宅・都市開発省は、2000年にサービス・コーディネーター制を導入、さらに、2002年には一部住宅のAL化を図るなど、入居者のケアの強化を図っている。コーディネーターの役割は、外部の介護関係者やサービス業者と連携し、生活支援や介護サービスを効率よく入居者に提供するシステムづくりである。以前から、サービス業者と

契約を結び、配食などいろいろな試みがされていたが、コーディネーター制により、「エイジング・イン・プレイス」の方針がさらに明確となった。現在、コーディネーター制が実施されているセクション 202 住宅は全体の 20% である。また、一部住宅の AL 化も始まっており、2004 年には 7 カ所が AL に衣替えをした (AL については後述参照)。

今日、セクション 202 住宅の入居条件を満たす高齢者の総数は、120 万人に及ぶと推定されるが、年間予算は頭打ちの 7 億 4 千万ドルであり、最盛期の 1970 年代後半の予算額を下回る。物価上昇を考慮に入ると、実質的な予算は大幅に減少しているとみられるべきであり、懸念の声が高まっている。

## 2. CCRC

セクション 202 住宅と対照的なのが、民間の NPO が中心となって発展させてきた CCRC である。CCRC は 1970 年代の中頃に誕生したが、当時は、ライフ・ケアとして注目を集めた。ライフ・ケアは、入居時の契約に従い、長期ケアのリスクを入居者全員で分担するシステムのことである。その後、CCRC は、順調に発展してきたが、今日、厳密にライフ・ケアを維持する CCRC は少なく、ケアの必要に応じて入居者が経費負担をするタイプ (pay as you go) や、ライフ・ケアとの混合型が主流となっている。

広い敷地に、住宅や各種施設が点在するキャンパス型から、市街地に位置するビル型まで、CCRC の形態は様々であるが、自立の高齢者用の住宅から、後述の AL、ナーシングホームまで、継続的なケア体制が整っている点で共通している。レストラン、ハウスキーピング、ガーデニングなど日常生活支援のサービスも充実し、社交や趣味、文化的行事への参加の機会も数多く用意され、理想的な老後を送るには CCRC と評価する専門家もいる<sup>8)</sup>。

今日、CCRC の 80% は、NPO によって運営されている。しかし、最近では、営利事業者の CCRC

進出が増え、それに伴い、CCRC のデラックス化が目立つ。CCRC の入居一時金の額は、6 万ドルから 12 万ドルと報告されているが、その額を大幅に上回るケースも多く<sup>9)</sup>、毎月の管理費や個人負担の生活費を総合すると、CCRC 入居には、相当額の資産と収入が必要である。元来、CCRC は、高所得者のみを対象として発展してきたプログラムではないが、経済的に入居可能な高齢者数は全体の上位数パーセントにすぎないとみられる。公費の導入や創意工夫によって CCRC を一般化しようとする動きもあるようだが、大きな進展はない。現在の CCRC 入居者総数は全米で 75 万人と推定されている。

CCRC は経済力がある高齢者の間で、最近、とみに人気が高まっている。その理由として、ニーズに応じて継続した長期ケアが受けられること、日常生活の雑事が軽減され、快適な老後の生活が送れること、個人の自主・自立が尊重されることなどがあげられる。評判の高い CCRC は、入居までの待ち年数が十年以上という。高額な経費がかかる CCRC が一般化する可能性は少ないが、高齢者の住宅の選択の幅を広げ、高齢者の主体性を尊重したケアを実践した点で、CCRC が果たした役割は大きい。CCRC の多様化が進む現在、今後は、多額の資金を投入した入居者を、経営の失敗や契約の不履行などのトラブルから守る方策が必要だが、CCRC 自体を対象とした規制は少なく、各州の足並みはそろっていない。

## 3. アシステッド・リビング (AL) 集合住宅

AL が、高齢者のための新しいタイプのケア付き住宅を意味する用語として使われ始めたのは、1980 年代の中頃からであろう。しかし、以後 30 年を経過した今日でも、明確な AL の定義は確立されていない。また、州によっては、AL の理念に当てはまらない古い形式の集合住宅も AL とするなど、混乱が続いている。

AL は、1970 年代後半にメディケイド<sup>10)</sup>のモデル事業として、オレゴン州で始められた。ナーシングホーム入居者を対象に、個室のある新しい施設の中で、生活に根づいた長期ケアを実践したのがオレゴン方式で、入居者のプライバシーの尊重と無駄な経費の節減の両方を目指した。その開発に貢献したウィルソン<sup>11)</sup>は当初の AL の目標を次の 3 点に要約している。

- ・プライベート／パブリックの両方のスペースを備えた住宅タイプの環境。
- ・日常生活を円滑にするサービスと、個人の必要に合わせた看護・介護サービスの組み合わせ。
- ・入所者のプライバシー尊重。個室の使い方などに、AL のスタッフが干渉しない。また、治療に関しても個人の意志を尊重する。これらは、個人の権利であり、AL においても尊重されるべきである。

その後、AL 経営は、オランダのグループホームの影響、ホテルチェーンの進出、セクション 202 住宅や CCRC への組み込み、病院・ナーシングホームとの併設など様々な経過をへて、1990 年代に急速に発展した。しかし、行政の対応の出遅れやスキャンダル続出により、利用者の不信が高まった。連邦議会上院の高齢化に関する特別委員会 (Special Committee on Aging) は、この事態を憂慮して、2001 年に、民間 50 団体を招集し、AL の機能と役割の明確化を図ったが不成功に終わった。その後、2005 年に、ALW の中心メンバー 11 団体が新組織、CEAL (Center for Excellence in Assisted Living) を設立し、AL の質の向上、機能と任務の明確化、各州との見解の調整などにあたっている。

AL は、入居者数 100 人以下の規模のところが多く、設備は、バス・トイレ付きの個室を主としたプライベートな部分と、食堂、居間、活動室などのパブリック・スペースを備えることが基本となっている。AL の運営上の理念は、入居者の自主 (autonomy) の尊重であるが、その浸透度について

はデータが少ない。

AL は、次に述べるケアホームとの区別があいまいなため、実数は把握しにくいのが現状であるが、大手の事業者団体である ALFA (Assisted Living Federation of America) は、AL の入居者数、約百万人、事業所数にして、2 万カ所以上と報告している<sup>12)</sup>。入居者の多くは高齢者であるが、高齢者以外の成年者を受け入れる施設もある。メディケイド受給者の AL 入居は州によって異なり、全体で約 12%にとどまっている<sup>13)</sup>。

#### 4. 住居型／家族型ケアホーム (Residential/Family Care Home)

従来からの施設で、入居者数が、5-6 人以上が住居型、それ以下の場合は、家族型とされる。建物も、普通の家もあれば、ナーシング・ホームと区別がつかない大型の施設もあり、名称も、board and care homes、rest homes、adult care homes、domiciliary care homes、PCHs、CSRFS、AL と様々である。従来からのケアホームは、2-4 人部屋、バス・トイレの共同使用が普通であり、住居とはいいたい生活環境のところが多かった<sup>14)</sup>。現在、個室の有無、サービス提供の仕方によって、ケアホームと AL を区別している州もあるが、生活環境やサービスは従来からのケアホームのままであっても、AL に含める州もある。

入居者は低所得者が多いが、ケアホームの入居自体にメディケイドは使えないので、州の補助などを使う。ノースカロライナの場合は、SA (Special Assistance) という州の一般会計からの補助があり、メディケイドを受けていれば、ほぼ自動的に SA が使えるようになっている。24 時間の見守りが必要で身体ケアに助けがいる人というのが入居の条件である。メディケイドの受給者の場合、ケアホームへの入居後も、メディケイドの居宅サービスが部分的に使えるようになってきており、ケアが強化されている。これは、既存のプログラム (メディケイ

ドとケアホーム)間の連携を強化して、エイジング・イン・プレイスを奨励するという連邦政府の方針に合致する。

ケアホームの経営には各州とも認可が必要であり、2004-2007年の3年間に、2,100増の38,373施設が認可されている。入居定員数は約百万人にのぼるが、先に述べたように、州によっては、ALの入居者と重複する。また、入居者は高齢者に限らないという点についても前述した。高齢者以外の入居者の増加については、公立の精神病棟の縮小に伴い、その分、精神障害などのある若年成人者がケアホームに流れ込んでいる州もある。ノースカロライナ州では、ケアホームの若年成人者の増加に伴い、暴力をふるわれたりするケースが州議会で問題となり、懸念の声が高まっている。

### Ⅲ ナーシングホーム

ナーシングホームは、重度の介護・看護やリハビリを必要とする人のための施設である。高齢者専用の施設ではないが、入所者の88%が65歳以上の高齢者、45%が85歳以上の後期高齢者と報告されている<sup>15)</sup>。ただし、高齢者全体に占めるナーシングホーム入所者の割合は低く、65-84歳の場合はその2%、85歳以上の場合でも14%にとどまる。

メディケア<sup>16)</sup>は病院から退院直後の3カ月に限って、ナーシングホームのスキルド・ケア(skilled care)の利用を認めている。スキルド・ケアは看護師、理学療法士等の専門職によるケアが毎日必要であり、通院では不可能なケアと定義されている。3カ月を超える場合は、低所得者はメディケイド、それ以外の人は、他の保険や自己の負担となる。ナーシングホームのベッド数は、1980年代より横ばい状態であるが、年間の利用者総数は増えており、2005年度は320万人であった。うち、3カ月以内の短期入所者が68%を占める。認知症の患者は全体の50%、ADLのほとんどに助けを必要とする

入所者は80%に及ぶ<sup>17)</sup>。

ナーシングホームの経費は、個室の場合、2006年度で、平均額7万5千ドル、カーテンで仕切っただけの2人部屋の場合でも、年額6万7千ドルであり、この額を長期にわたって負担できる高齢者は少ない。蓄えを使い果たした後、低所得者として、メディケイドの受給者になるパターンが多く、現在、メディケイドを受給するナーシングホームの入所者は全体の65%にのぼる<sup>18)</sup>。ナーシングホームは、費用がかかることに加え、ケアの質に問題があること、個人のプライバシーを尊重する生活環境が確保されていないこと、などが問題となっている。そのような批判に答え、ナーシングホーム改革が望まれているが、生活環境を改善する試みとしては、次の二つがよく知られている。

#### 1. ナーシングホームの生活環境改善

前述のオレゴン州に加え、エデンの選択プロジェクト(Eden Alternative)やグリーンハウス・プロジェクト(Green House Project)などがこの範疇に入る。エデンの選択プロジェクトは、ビル・トーマス医師が、入所者の「孤独で寂しい」という言葉に啓発されて始めたナーシングホーム改善事業で、ホーム内でペットを飼ったり、ガーデニングをしたり、生活の場としてのナーシングホームづくりを目指す姿勢が、全国的な注目を集めた。グリーンハウス・プロジェクトは、その延長ともいえ、地域に密着した小型のナーシングホームやALの建設を進めている。現在は、ロバート・ウッド・ジョンソン財団等の資金援助を受け、同じタイプの施設を広める計画が進められている。

#### 2. PACE (高齢者向け一括ケア)

PACE(Program of All-Inclusive Care for the Elderly:略称PACE)は、スキルド・ケアを認められた55歳以上の人で、メディケイドとメディケアの両方の有資格者を対象とするメディケイドのプ



プログラムである。メディケイドとメディケアの財源を組み合わせた定額が、PACE 事業者に提供され、事業者は急性期・慢性期の医療と介護、および、社会参加を含め、総合的な長期ケアの責任を引き受ける。日本の小規模多機能型居宅介護の原型という指摘もある。

PACE は、元々、サンフランシスコのオンロック地域に住む中国系移民の高齢者を対象に始められたプログラムである。ケアの必要度が高い高齢者でも、即ナーシングホームではなく、自宅で総合的なケアを受けられるようにした点で高く評価されている。しかし、開始後 30 年の現在でも、全国で 40 カ所弱、加入者総数は 1 万 7 千人にとどまる。PACE の場合、運営基準が厳しく定められており、期待された経費節減効果は薄く、また、高度の経営能力が必要とされることなどが伸び悩みの原因になっているとされる。打開策として省略型の PACE も各地で試みられているが、PACE ほどの成果はでていない<sup>19)</sup>。モデル事業として始まり、1997 年にはメディケイドの正規のプログラムに昇格した PACE だが、省略型を含め広く浸透する見通しは、まだ立っていない。

PACE は、一括ケアという点でユニークだが、在宅の高齢者を対象にしたプログラムは、ほかにも多くの州で実施されている。例えば、ノースカロライナ州の CAP/DA は、スキルド・ケアの認定を受けた在宅のメディケイド受給者にケアマネジメントと介護サービスを提供するプログラムである。18 歳以上であれば年齢制限はないが、利用者の多くは高齢者である。年間の利用者数は 1 万 3 千人、支出額は州のメディケイド総支出 20 億ドル (2005 年度) の 9% にあたり、7 千 7 百人のナーシングホーム入所者への支出額 45% と対照的であり、限られた予算を多くの人に効率よく使えるプログラムとして定着している<sup>20)</sup>。

#### IV 地域社会に住む高齢者を取り巻く住宅事情

借家に住む人々を含め、高齢者の 90% が地域社会の一般住宅に住んでいることは、前述した。また、大多数の高齢者が、在宅を希望しているというアンケートの結果もよく知られている<sup>21)</sup>。高齢者の 20% が、将来、5 年以上の介護を必要とすると予測される事態を考え合わせると<sup>22)</sup>、一般住宅に住む高齢者とその家族を、どのようにサポートしていくかが、今後のアメリカの大きな課題として浮かび上がってくる。その中心となるのが、「高齢者が住みやすい家づくり」、「居宅・地域サービスの拡充」、「高齢者に優しい街づくり」などの試みであろう。

##### 1. 高齢者が住みやすい家づくり

今日、自宅に住む高齢者の 68% が、住宅ローンの返済を既に完了しており、財産としての持ち家が、老後の経済生活の安定に大きく役立っている。貯金額の少ないアメリカ人にとって、サポート付き住宅への住み替えや、介護費が必要になった場合の資金調達に、持ち家が果たす役割は大きい。また、連邦政府や州政府も、高齢者の持ち家に着目し、メディケイドなどの補助を受けた人が、家を残して死亡した場合、家の売却の収益から、補助額に相当する金額を回収する政策を強化している。このように、高齢者の持ち家は、高齢者個人にとっても、また、政府にとっても重要な役割を果たしている。

しかし、高齢者の自宅が、「終の住処(ついのすみか)」になりうる環境にあるかについては、疑問がのこる。まず、問題になるのは、高齢者の持ち家の老朽化である。2000 年度のセンサスによると、65 歳以上の世帯の 35% が築後 60 年以上の古い家屋に住んでいるという<sup>23)</sup>。水洗トイレや冷暖房などの基本的設備がない、屋根・土台・配線など構造に問題がある、配電が古く火災の危険性が高い、省エネ構造でないため光熱費がかさむ、段差や階

段があり怪我や事故のもとになりやすいなど、問題点は様々である。

ユニバーサル・デザインは、障害者に優しい家づくりを目標とし、高齢者用住宅にも欠かせないコンセプトとして、徐々に浸透している。しかし、そのための改修や介護用具取り付けへの助成は少なく、あっても、低所得者に限られる場合が多い。2000年にAARPが65歳以上の高齢者を対象におこなった調査によると、住宅を改修できない理由として、42%が手伝ってくれる人がいないこと、32%が改修費が払えないことをあげている。多くの高齢者にとって、安全で使いやすい住まいの実現は、持ち家であっても難しい場合が多いのが現状である<sup>24)</sup>。

賃貸住宅に住む高齢者は、高齢者全体の20%弱、約750万人である。うち、20%強にあたる170万人近くが、住宅・都市開発省の家賃補助を目的とするセクション8プログラムの援助を受けて、民間のアパートで生活している。

前述のセクション202とセクション8、その他の助成金を組み合わせ、住みやすい高齢者用住宅の供給が試みられているが、プログラム間の調整に難関が多く、計画から利用者の入居にたどり着くまでに、過大な労力と日数を要するとの批判がでている。セクション8住宅に住む高齢者の平均年齢が75歳、ADLやIADLのサポートが必要な高齢者が37%にのぼる現状を鑑み<sup>25)</sup>、政策間の調整強化が望まれる。

民間の間で広まっているのは、住宅共有(shared housing)である。障害のため生活に支障をきたすようになった高齢者が住まいを提供し、代償として個人的に生活のサポートをしてもらう仕組みである。実子が同居者の場合が多いが、それ以外の者も35%にのぼると報告されている<sup>26)</sup>。住宅共有は、高齢者が独居の場合、車の便がない場合、アジア系の場合に多くみられる。

## 2. 居宅・地域サービスの拡充

居宅・地域での介護サービス育成の中心は、1965年に成立した高齢のアメリカ人法(The Older Americans Act of 1965:略称OAA)である。OAAは、高齢者の尊厳と自立を尊重し、高齢者の社会生活を幅広く支援する姿勢を強く打ち出した法律である。地域に密接した生活支援・介護サービスの充実と高齢者の生活の活性化を目的としたこの法律のもと、各州政府が、居宅・地域サービス(home-and community-based services:略称HCB)の拡充に向けて活動し始めたのは、早い州でも、1970年代中盤以降であった。ニーズ・ベースではなく、高齢者全体を対象とした幅広い政策が特徴であるが、最近では、予算が頭打ちのため、「ニア・プア」と呼ばれる低所得すれすれの所得層がOAAサービスの優先対象となっている。

OAAのHCB関係の予算は12億6千ドルと、小規模である。そのため、高齢庁(U.S. Administration on Aging)は、州政府や市町村に対し、他の政府機関、NPO、民間企業や団体、財団、および、高齢者とその家族とのコラボレーションを通じ、訪問介護等の居宅サービスや、デイサービス等の在宅サービスの育成を図るよう行政指導をしている<sup>27)</sup>。以下の二つのプログラムは、高齢庁の政策を示す例である。

### ・家族介護者支援(Family Caregiver Support)

家族介護者支援プログラムは、2000年に始まったOAAのプログラムである。アメリカの介護の支柱は、自宅で高齢者の介護にあたる家族や隣人であるとの視点にたち、介護者支援と「介護疲れ」予防を主たる目的とする。地域のプログラム責任者の活動は、介護サービスに関する情報提供、介護者の教育や訓練、サポート・グループの育成、ネットワークづくりなどが主体となっている。このプログラムはレスピット・サービス<sup>28)</sup>の提供にも利用できるが、その場合でも、パートナーシップを通じて「レスピット・サービ

スを提供する地域能力」の育成に焦点がおかれている。

・NORC型「エイジング・イン・プレイス」事業

自然発生的定年退職者コミュニティ(Naturally Occurring Retirement Community : 略称 NORC)の存在は、かなり以前から、一部の研究者や関係者の間で注目を集めていた。NORCは、長期定住者が多い区域で高齢化が進み、自然に、住民の大半が高齢者になった区域を意味する。一棟のアパートの場合もあるし、一定の住宅区域をさす場合もある。このプログラムは、そのような区域に着目し、高齢者が継続して住めるよう、地域密着型のケアを持ち込む試みである。プログラム第1号は1985年だが、2001年に高齢庁のモデル事業に指定され、現在は、全米各地で、地域にあったNORC型ケアの可能性が追求されている。

また、アメリカ各地で、民間業者によるリタイアメント・コミュニティの開発が進んでいる。主に自立の高齢者を対象としているが、住民が高齢化するに従って、自主的にケアの導入を図るところもでている。

3. 高齢者に優しい街づくり

住宅の改善、居宅・在宅サービスの拡充に加えて、街自体が住みやすくならなければ、高齢者の「エイジング・イン・プレイス」はありえないという視点にたつ政策や市民運動が全米各地で2000年頃から盛んになっている。Livable Communities、Senior-Friendly Communities、Elder-Friendly Communities、Aging Friendly Communities、Active Communities など、様々な名称で呼ばれ、主唱者も、高齢庁をはじめ、AARPのような高齢者団体、各州の高齢者部門、市町村、NPOと多岐にわたる。内容も、高齢者に焦点を絞ったものから、世代間共通のものまで多様である。特に目立つのは、「賢い経済開発(Smart Growth)」運動への参加

など、幅広いコラボレーションを通じて高齢者問題を見直すという動きである。これらの試みが、足踏み状態にある住宅政策などを活性化する契機となるか、注目に値する。

V 結論

以下、アメリカの高齢者向け住宅とケアに関する本文の要点をまとめる。

- 1 アメリカの高齢者の大多数は、普通の住宅に住み、余生を、そのまま同じ家で過ごしたいと希望している。しかし、高齢者が、要支援・要介護になった場合、自宅で十分なケアを受けられる体制は整っていない。
- 2 居宅・在宅ケアの整備拡充は、高齢庁が中心になってコラボレーションの調整を進めている。しかし、メディケイドの財政引き締め、低所得者以外の高齢者を積極的に支援する政策の立ち遅れなどが原因となり、サービス普及の伸び悩みが続いている。特に、一般住宅に住む高齢者の場合、経費の壁が厚い。
- 3 高齢者の住宅政策は、住宅都市開発省が中心になって進められている。同省の住宅政策は、低所得者の住宅確保に向けられており、高齢者のみを対象とした政策は数少ない。しかし、高齢化が進み、長期ケアを必要とする入居者が増えてきた。以前であれば、要介護者は、ナーシングホームやケアホームへの住み替えの手配がされたが、ナーシングホームの入所基準が厳しくなり、また、入居者もナーシングホームやケアホームへの移動を好まない。これらの事情を背景に、住宅都市開発省は、低所得者用住宅でもケアが受けられるよう、政策の柔軟化を図っている。住宅都市開発省の政策は低所得の高齢者の住宅確保に大きく貢献し、最近ではケアの充実も図られているが、量的には足踏み状態が続き、供給が需要を大きく下回っている。

- 4 CCRC はケアの安心と自主・自立の尊重の両方を実現し、高齢者の「終の住処」として理想的との意見もでていいる。NPO を中心として発展してきたが、最近では、営利事業者の経営する CCRC も多く、デラックス化が進んでいる。入居には高額のコ費用がかかり、高齢者住宅として広まる見通しは少ない。
- 5 アシステッドリビング(AL)は、中間所得層の CCRC のイメージが強い。オレゴン州の AL 第 1 号は、メデイケイドを活用し、低所得の高齢者が対象であったが、その後、多様な事業者が AL の経営に乗り出し、プライバシーと個人の自主・自立を尊重するケア付き住宅の出現として期待を集めた。しかし、事業者は、玉石混濁、また、政府の行政指導も後手にまわり、スキャンダルが相次ぎ、利用者の不信が高まった。従来型のケアホームが、看板だけかけ替えて AL と称している場合も多く、また、連邦政府と各州の政策もまちまちで、混乱状態は今日も続いている。
- 6 ケアホームは、住居型と家族型の 2 種類があり、地域に根づいたサポート付き集合住宅としての役割を果たしてきたが、今日では、時代の波に乗り遅れた感がある。AL の台頭とともに、ケアホームを AL に改名・統合した州も多いが、内実は旧態依然の場合も多いとの批判がでていいる。また、州によっては、高齢者以外の入居者数が急増しているところもあり、高齢の入居者の安全を懸念する声もでていいる。
- 7 サービス事業者や地域の協力により、PACE など革新的なアイデアで成功した事業も多い。惜しむらくは、これらのプログラムの多くが小規模にとどまり、全国的なサービスの展開につながりにくいのが実情である。
- 8 アメリカの住宅とケア政策を論じる上で、財団 (foundations) が果たす役割を無視することはできない。財団の資金援助を受けて開発したプログラムが成功すると、政府のプログラムに採用さ

れ、その改良に、また、財団の援助が活用されるという風に、両者は密接に結び付いており、両者をうまく活用するのが事業者の手腕とされる。

- 9 アメリカの高齢者の住宅政策を支えているのは、持ち家奨励制度といえる。高齢者のみを対象とした制度ではないが、持ち家が高齢者の生活安定に重要な役割を果たしていることは否定できない。財産としての持ち家は、貯蓄の少ないアメリカ人にとって、ケアを支える財源として重要な役割を果たす。また、政府も、この点に着目し、メデイケイドなどの補助でケアを受けた人が、家を残して死亡した場合、売却利益から支給額を回収する政策を強化している。一見、酷な政策にみられるが、持ち家がプログラムの存続に果たす役割は否定できない。

注

- 1) U.S. Administration on Aging (2008). *A Profile of Older Americans 2007*.
- 2) 第二次世界大戦後の 1946 年から 1964 年の 18 年間に生まれた世代をさす。1946 年生まれのベビーブーマー最年長者は、2011 年に 65 歳に達するが、それ以前の世代に比べ、教育もあり、収入も多く、高齢者像に新風を吹き込むと期待されている。反面、揺らぐ経済情勢、高齢者政策の立ち遅れなど、その将来を憂慮する声も高まっている。
- 3) 本文 III を参照。
- 4) U.S. Administration on Aging (2008). *A Profile of Older Americans 2007*.
- 5) アメリカ連邦政府の保健福祉省 (Department of Health and Human Services) は、毎年、Poverty Guidelines を発表する。このガイドラインには、世帯を構成する人数別に年収の上限が示されており、その額に達しない世帯が低所得世帯としてメデイケイドなどの補助の対象となる。一般的には、FPL (Federal Poverty Level) と呼ばれている。同時に、年収額上限の 125% も、「ニア・プア (near poor)」の上限年収額として公表されている。ニア・プアの範囲はプログラムによって異なるが、125% がよく使われる数値である。注意を要するのは、Poverty Guidelines と連邦統計局の発表する Poverty Thresholds (貧困率) とは算出の方法に微妙な違いがある点である。(両者の違いについては、<http://aspe.hhs.gov/POVER>)



- TY/08poverty.shtml を参照。) 2008 年度の低所得者の年収の上限額は、1 人世帯が 1 万 4 千ドル、2 人世帯が 1 万 4 千ドルである。2006 年の高齢者の貧困率は、9.4%、340 万人(ニア・ブアは 6.2%、220 万人)であった。
- 6) アメリカの NPO (non-profit organization) は、連邦税務局 (Internal Revenue Service) が税法 501 (c) 条に列記した条件に該当する団体をさし、これらの団体は営利を目的としない活動をおこなうことを条件に、各種、非課税の対象となる。何が非課税の対象となるかについては、列記されている 27 団体のどれに該当するかによって異なる。501 (c) (3) に該当する団体の場合、団体が各種の非課税の恩恵を受けるほか、これらの団体に寄付する納税者にも恩典があるため、その資金源確保に欠かせない資格とみなされている。
  - 7) Bright, K. (2006). *Housing Accessibility: Section 202 Supportive Housing for the Elderly*. AARP Public Policy Institute.
  - 8) Moody, H.R. (2002). *Aging*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
  - 9) American Association of Homes and Services for the Aging. *Aging Services: The Facts*. [http://www.aahsa.org/aging\\_services/default.asp](http://www.aahsa.org/aging_services/default.asp).
  - 10) メディケイドは、低所得者を対象に医療・介護費用の補助をおこなう連邦政府のプログラムである。連邦政府によって定められたガイドラインの範囲内であれば、サービスの内容、サービス報酬額や方法など、幅広く州政府の裁量にまかされている。各州共通に義務づけられているサービスで、高齢者に関係があるものには、入院、外来、医療ケア、ナーシングホーム、居宅介護サービス等があげられる。各州が独自におこなっている例としては、補聴器、歯の治療、眼鏡、居宅・在宅ケアなどがあげられる。メディケイド受給者に占める高齢者の割合は、11%にとどまるが、支出額から見るとほぼ 40%に達する。また、近年、メディケイドが財政難を話題になっているが、支出額の伸びは 2000-2004 年の 4 年間で 6.4%であり、他の医療保険(個人は 9.5%増、被雇用は 12.2%増)を大幅に下回っている。
  - 11) Wilson, K.B. (2008). "Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to Present." *The Gerontologist*, Vol. 47, Special Issue III, 8-22.
  - 12) Assisted Living Federation of America (2008). <http://www.alfa.org/ifa/pages/index.cfm?pageid=3285#definition>.
  - 13) Center for Excellence in Assisted Living (2008). *Pace of State Regulator Change Increasing as Assisted Living Industry Grows - But Medicaid Coverage Wanes*. <http://www.theceal.org/column.php?ID=21>.
  - 14) U.S. Department of Health and Human Services (2007). *Residential Care and Assisted Living Compendium: 2007*. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2007/07alcom.htm>.
  - 15) ARP Public Policy Institute (2007). *Nursing Homes*. [http://www.aarp.org/research/blueprint/meetingthechallenge/improving\\_the\\_quality\\_of\\_health\\_and\\_longterm\\_care.html](http://www.aarp.org/research/blueprint/meetingthechallenge/improving_the_quality_of_health_and_longterm_care.html).
  - 16) メディケアは、主に、65 歳以上の高齢者の 94%、3500 万人が加入する医療保険である。A, B, C, D の 4 部門に分かれており、支給の対象は、A は入院、B はその他の医療ケア、C は特別プログラム、D は外来の処方薬である。本人ないしは配偶者が 10 年以上ソーシャルセキュリティ税を納税することが有資格の条件である。加入者の大半は、受けたサービスにつき定められた分を個人負担する fee-for-service 方式を選択しているが、HMO 等が含まれる C を利用する人も増えている。D は 2006 年に開始された新しいプログラムであるが、開始当時の混乱は全国的に大きな問題となった。財政は部門によって異なるが、近い将来財政難におちいるという予測もでている。
  - 17) ADL は、Activity of Daily Living の略で、日常生活動作などと訳されている。食事、入浴、排泄、ベッドからの移動などの基本生活動作のいくつかが自力でおこなえるかによって、介護の必要性を判断する目安としている。IADL は Instrumental Activity of Daily Living の略で、手段的 ADL などと訳され、食事の支度、買い物、家計の管理など、より広義な生活能力を判断するのに利用される。
  - 18) Metlife Mature Market Institute (2006). *2006 Metlife Market Survey of Nursing Home and Home Care Costs*.
  - 19) Mukamel, D.B., Peterson, D.R., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Gross, D., Kunitz, S.J., and Williams, T.F. (2007). "Program Characteristics and Enrollees' Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)." *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, No. 3, pp.499-531.
  - 20) North Carolina Division of Medical Assistance (2007). *Medicaid in North Carolina: Annual Report State Fiscal Year 2006*. pp.1-78.
  - 21) Shafer, R. (2000). *Housing America's Seniors: Joint Center for Housing Studies of Harvard University*. pp.1-23.
  - 22) Kemper, P. Komisar, H.L., & Alecixh, L. (2005). "Long-Term Care Over an Uncertain Future: What Can Current Retirees Expect?" *Inquiry* 43(2), pp. 335-350.



- 23) U.S. Census Bureau (2003). *Structural and Occupancy Characteristics of Housing: 2000*. <http://www.census.gov>.
- 24) AARP (2008). *The Policy Book: AARP Public Policies 2008*.
- 25) U.S. Department Housing and Urban Development. *Section 8 Rental Voucher Program*. <http://www.hud.gov/progdsc/voucher.cfm>.
- 26) Shafer, R. (2000). *Housing America's Seniors: Joint Center for Housing Studies of Harvard University*. pp.1-23.
- 27) U.S. Administration on Aging (2007). *Modernizing Older Americans Act Programs U.S. Administration on Aging 2006*.
- 28) 日本ではレスパイトと呼ばれることもあるレスピットは、介護者が自分の時間を持てるよう、介護される人を一時的に預り、介護者の介護疲れやストレの予防を図るプログラムである。ボランティアに自宅に来てもらって1-2時間、被介護者の相手をしてもらうケースから、ショートステイのように泊まりまで、内容は様々である。デイサービスのレスピットはグループ・レスピットと呼ばれるが、被介護者の社会参加にも役立ち、また、効率よく複数にサービスを提供できるため、人気が高まっている。
- 参考文献
- AARP (2003). *These Four Walls ...: Americans 45+ Talk About Home and Community*."
- AARP (2008). *The Policy Book: AARP Public Policies 2008*.
- Bright, K. (2006). *Housing Accessibility: Section 202 Supportive Housing for the Elderly*. AARP Public Policy Institute.
- Center for Excellence in Assisted Living (2008). *Pace of State Regulator Change Increasing as Assisted Living Industry Grows - But Medicaid Coverage Wanes*. <http://www.theceal.org/column.php?ID=21>.
- Kemper, P. Komisar, H.L., & Alecixh, L. (2005). "Long-Term Care Over an Uncertain Future: What Can Current Retirees Expect?" *Inquiry* 43(2), pp. 335-350.
- Metlife Mature Market Institute (2006). *2006 Metlife Market Survey of Nursing Home and Home Care Costs*.
- Moody, H.R. (2002). *Aging*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mukamel, D.B., Peterson, D.R., Temkin-Greener, H., Delavan, R., Gross, D., Kunitz, S.J., and Williams, T.F. (2007). "Program Characteristics and Enrollees' Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE)." *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, No. 3, pp.499-531.
- North Carolina Division of Medical Assistance (2007). *Medicaid in North Carolina: Annual Report State Fiscal Year 2006*. pp.1-78.
- Ormond, B.A., Black, K.J., Tilly, J., and Thomas, S. (2004) *Supportive Services Programs in Naturally Occurring Retirement Communities*. Urban Institute. <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/NORCspes.htm>.
- Pynoos, J., Nishita, C.M., and Kendig, H. (2007). "Housing." In *Encyclopedia of Gerontology* edited by J.E. Birren. Elsevier Inc.
- Shafer, R. (2000). *Housing America's Seniors: Joint Center for Housing Studies of Harvard University*. pp.1-23.
- Wilson, K.B. (2008). "Historical Evolution of Assisted Living in the United States, 1979 to Present." *The Gerontologist*, Vol. 47, Special Issue III, 8-22.
- U.S. Administration on Aging (2007). *Modernizing Older Americans Act Programs U.S. Administration on Aging 2006*.
- U.S. Administration on Aging (2007). *A Profile of Older Americans 2007*.
- (くるーむ・ようこ  
ノースカロライナ州立 A&T 大学助教)

## フランスの高齢者をめぐる住宅環境とケア政策

奥田 七峰子

### ■ 要約

フランスでは、75歳以上の男性の約2割、女性の約5割が独居高齢者であり、家族による介護は期待できない。そのため、これら高齢者の生活を支えるべく、高齢者特性(要介護度など)や経済状態に応じた様々な高齢者住宅(介護施設を含む)が整備されている。また、在宅においても、在宅入院や受け入れ家庭制度など、新たな「在宅・家庭」が高齢者の在宅ケアを支えている。

フランスの場合、医療と介護が別の枠組みで発展してきたため、両者の連携には課題が残っている。高齢者住宅の自立高齢者も、いずれ機能低下を生じ、看取りを含めた対応が求められる。多様な高齢者住宅の居住者に対し、適切な医療と介護をいかに提供するかが今後の課題である。

### ■ キーワード

フランス、高齢者ケア、個人自立給付制度、受け入れ家庭制度

### I. はじめに

わが国のかつての習慣として、過去のものになりつつある複数世代の同居は、それでもなおまだ日本ではしばしば見られる住形態の一つである。しかしながら、フランスにおいては、都市部に限らず地方・農村部においても、事の是非はともかく、三世同居は、極めてまれなものとなってから久しい。

一方、一緒に居を構えずとも、法制上、フランス民法第205～210条により、子供の養育義務を親が有すると同様に、窮する老親を扶養する義務が子供にもある。医療・介護・福祉手当の給付額や入所施設の自己負担分審査時も、当該者に自能力の無い場合には子らの収入から食費負担が必ず計算される(子、嫁・婿、孫。日本の民法第877条と異なり、兄弟姉妹間にこの義務はない。所得税控除可)。

60年代前後から核家族化、非婚化が進むフランスにおいて、高齢者達の居場所は、果たしてどのような道程をたどって現在に至ったのであろうか。そして、現状に対して、高齢者に限らず国民は、政策者は、医療者は、満足しているのであろうか。

本稿では、IIで、フランスの高齢者を取り巻く状況について、IIIで、医療・年金・介護制度について、IVで、高齢者住宅の種類とその概要について解説する。また、この中で、日本ではあまり知られていないフランスの「受け入れ家庭制度」も紹介したい。対象者が子供を引き取り育てる家庭であれば「里子・里親」と呼ばれるのであろうが、この受け入れ家庭は、高齢者(60歳以上、自立・非自立)や障害成人(18歳～)を受け入れる。県から認可を受けた一般の家庭(医療・介護職者であるなどの資格要件はない)が、有償で高齢者をステイさせる制度で、全国で約1万弱の世帯が、この受け入れ家庭候補

に手を挙げている。これに関しては、非医療型事例で、ケース・スタディも含めて詳しく紹介したい。

住環境、家族観、歴史、文化、医療制度が異なる国ながら、先進国として同種の問題を抱えるフランスから日本への示唆となるものを引き出すことを試みたい。

## II. 高齢者を取り巻く状況

### ～家庭・居住状況～

#### 1. 高齢化

フランスの人口高齢化が始まった時期は日本より早いものの、高齢化のスピードははるかに遅い。2008年現在、フランスの総人口は6400万人で、うち16%が高齢者である。ちなみに、フランスの国立統計経済研究所(INSEE)による2007年5月発表の推計によると、60歳以上で日常生活動作(ADL)に他人の介助を要する者は2030年には120万人、2040年には130万人になると予想されている。

#### 2. 高齢者と家庭環境

75歳以上で子らと同居する者の割合は、夫婦・寡婦(夫)いずれの場合も低い(表2)。2002年INSEEの統計によれば、フランス全国で、世帯主が退職者である住居は770万戸、そのうち39%が一人暮らし、52%が二人暮らしである。

#### 3. 持ち家率<sup>1)</sup>

家に対する愛着や固執度、住み替えに対する意識は、本論文テーマを考察する上で、重要なバックグラウンドとなる。フランス人高齢者の持ち家率は、2002年時点で70.7%と高い(表3)。

#### 4. 住み替え

退職者世帯の3/4は、現在の住居に12年以上住んでいる。60歳以上の高齢者が住み替えをする率は、全世帯平均の32%に比べて9.75%と低い。しかし、高齢者の住み替えにおいては、①退職時、②84歳付近、の2時点にピークがある。①は、より快適な住環境を求めての身体自由な夫婦での大

表1 高齢者人口の推移

(人)

	60-64 歳	65-74 歳	75-84 歳	85 歳以上
1950	2,036,667	3,162,407	1,364,113	200,588
1960	2,316,151	3,326,418	1,671,145	290,353
1970	2,636,052	4,117,873	1,932,640	423,099
1980	1,616,609	4,462,424	2,511,248	567,366
1990	2,892,072	4,033,096	2,963,935	874,483
2000	2,709,739	5,177,071	2,977,615	1,267,516
2001	2,770,108	5,163,132	3,152,927	1,227,052
2002	2,605,015	5,152,382	3,350,925	1,164,149
2003	2,598,366	5,137,330	3,527,470	1,114,198
2004	2,630,770	5,114,238	3,680,400	1,076,816
2005	2,669,712	5,093,358	3,807,574	1,090,333
2006	2,744,379	5,018,984	3,837,851	1,201,927
2007	3,025,479	4,930,531	3,865,773	1,314,789
2008	3,293,797	4,890,222	3,907,008	1,414,920

注：対象はフランス本土

出典：INSEE, Bilan Demographique

表2 性・年齢階級別にみた同居・独居率 (上段：女, 下段：男, 単位：%)

1999年	親と同居	独居	子供無し 夫婦のみ	子供と夫婦	単親と子家庭	その他 <sup>1)</sup>
25歳未満	86.6	3.9	3.8	1.4	0.5	3.8
	90.6	3.2	1.7	0.5	0.0	4.0
25-29歳	15.0	15.4	27.3	32.7	4.9	4.6
	29.1	18.0	25.6	19.6	0.3	7.4
30-44歳	3.0	8.2	8.6	66.9	10.9	2.5
	7.6	13.5	11.0	61.6	1.4	4.9
45-59歳	1.1	11.8	32.7	42.2	9.4	2.8
	2.2	11.5	27.2	52.1	2.4	4.6
60-74歳	0.3	27.3	53.7	8.2	4.6	5.8
	0.5	13.2	64.7	15.1	1.2	5.3
75歳以上	0	48.4	23.9	1.5	4.5	21.6
	0	20.0	62.8	5.2	1.4	10.6

注：1) 複数世帯または集合住宅・施設のこと。

2) 対象はフランス本土。

出典：INSEE, 国勢調査

表3 65歳以上高齢者における持ち家率 (%)

	1984	1988	1992	1996	2002
持ち家	56.1	59.7	63.6	65.8	70.7
賃貸	30.6	28.7	26.4	24.9	23.9
その他	13.4	11.6	10.1	9.3	5.5

注：対象はフランス本土の65歳以上世帯。

出典：INSEE

表4 不動産所有率 (%)

2002年	退職者	50歳以上現役	全世帯
現住所である住居不動産のみ所有(持ち家)	55	48	44
持ち家+ほかの不動産(別荘・貸家等)も所有	19	19	12
持ち家ではなく、ほかの不動産のみ所有	3	5	3
不動産非所有	24	28	41

出典：INSEE

都市から地方への住み替えで、70歳頃まで続く。

②は、後期高齢期に伴う身体的な不自由、配偶者の死亡に伴う住み替えで、賃貸集合住宅や社会的施設、省スペース、小都市部付近、子供や近親者の近く(“スプの冷めない距離”)への住み替え傾向が見られる。いずれも経済的負担、精神的負担を伴うものであり、住み替えを実行に移すには、かなりの要因が重ってからとなる。

80-89歳のうち13%が住み替えをし、10%が住宅改修を行ったが、いずれの場合も、身体的低下

による必要に迫られてのものであった<sup>2)</sup>。

## 5. 家族と介護負担

### (1) 家族負担意識調査

フランスの保険制度は、医療、年金とも二階建て(1階：公的義務保険、2階：私的任意保険)が一般的と多くの国民(80%強)が考えており、自己負担分を2階部分で補完する。この考え方を介護にも投影した2階部分商品が、大手保険会社を中心に発売され出して久しい。

表5 介護と家族負担に関するアンケート調査結果

・現在、家族の中に要介護者がいると回答した人	23%
・上記回答者中、直接自分が介護している人(最低月1回以上)	54%
・同上(毎日)	16%
・過去に、要介護者が家族の中にいたと回答した人	60%
・将来的に、要介護者が家族の中にいると思うと回答した人	60%
・上記回答者中、在宅訪問サービス等の現物給付を希望する	84%
・上記回答者中、現金給付を希望する	68%
・上記回答者中、入所施設を希望する	66%
・上記回答者中、複数のニーズを総括して相談できる人を希望する	61%

表5に、介護補足保険を商品ポートフォリオの中に持つ、フランスの大手保険会社 AXA による「介護と家族負担」に関するアンケート調査結果<sup>3)</sup>を示す。

### (2) 家族介護負担アセスメント・ツール「ザリット・テスト」

要介護者の周囲者・家族に対するテスト。ザリット・テスト<sup>4)</sup>使用の広まりに見られるように、家族・近親者による介護の負担と、その経済的負荷、虐待防止対策が、昨今大きく注目されている。老老介護(高齢者が高齢者の介護をする)等の問題も、日本と同様に見られる。

## Ⅲ. 社会保障制度

医療、年金、家族手当の三本柱から構成される社会保障制度が、現在の形で誕生したのは戦後間もない1945年であった。戦前・戦中、さらにさかのほれば、中世のギルドに既に職域を基盤とした共済互助制度の原形を見ることができる。

現在のフランスの保険は、日本と同様、国民皆保険制度に基づき、全国民が社会保障制度への加入を義務付けられている。ほかの先進諸国と比較しても、かなり手厚い制度であると見られる。

本章では、これら社会保障制度のうち高齢者に関係の深い医療・年金・介護制度について解説する。

### 1. 医療保険

フランスの医療保険制度では、保険医の協定診察料の3割、医療検査費の4割、歯科治療の3割、一般的入院費用の2割は患者自己負担となっている。薬剤費では、薬効により0%、35%、65%、100%と自己負担率が異なるが、大部分の処方薬は、自己負担35%薬である。年齢による無償医療という制度はなく、3歳未満の乳幼児も70歳以上の高齢者も皆、同様の自己負担があり、同一の健康組合によりカバーされている。一方で、国が定める31の重度の疾患については、自己負担ゼロになる特定疾患群措置がある。

さらに、公的保険の上に、国民の85%が、任意の民間保険会社や共済による補足制度に加入し、二階建ての医療財政基盤を成している。このため、フランスの外来診療の自己負担率は3割負担となっているが、実際これを負担する者は、全体としては少数派となる。

近年のアメリカ映画『シッコ』などに見られる、社会的不公平を生むアメリカ型の国民皆保険制度なしでの私的保険市場ではなく、充実した公的社会保障制度があった上で、その不足分(=自己負担分)を補足する私的二次保険制度がフランス医療財源の特徴である。

### 2. 年金

フランスの年金制度は、退職者の年金を現役世代の拠出金によってまかなう賦課方式である。近年のフィヨン年金改革等による拠出条件の微調整・変更により積み立て方式への傾向はあるが、制度



の概要としては、満額受給資格のための最低 45 年間の拠出期間と、60 歳以上の年齢制限原則がある。生涯の職業キャリアの履歴は、すべて皆国民社会保障番号で管理されている。果たして、フランスの高齢者は、退職後のケア支出に備えた、十分な収入が確保できているのであろうか。表 6 に、INSEE による年金受給額に関する調査結果を示す。

### 3. 介護手当 APA (Allocation Personalisee d'Autonomie)

労使拠出の社会保障とは異なる財源(税)を持つため、医療・年金・家族とは、本来、別枠に考えられるべきであるものだが、公的性質を持ち、かつ高齢者に関係する制度であるため、本項に記す。

2002 年、その財政決定の大きな部分を、地方自治体(県)が持ち、財源に租税と社会保障拠出金を持つ「要介護リスク」に対する介護手当で APA が導入された。

#### (1)ターニング・ポイント、2003 年の猛暑

APA 導入以前に存在した介護手当(97 年導入の PSD)と比較すると、利用者相談窓口の県への一本化、収入審査条件の緩和など、ユーザー・フレンドリーになったかのようにうたわれたため、当初の予想をはるかに上回る利用者を記録した本制度であったが、導入の翌年である 2003 年の猛暑により、1 万 5 千人以上もの高齢者が亡くなるという惨事によって、制度の不完全さが露呈される形となった。

この惨事の特にショッキングな点は、独居老人の死亡者よりも、むしろ施設内入所者における高

齢者の死亡者が多かった点である。死亡場所の内訳は、入所施設(50%)、次いで病院(30%)、自宅(20%)であった。時の保健相マテイ大臣は引責辞任をし、政府は、財源確保、医療スタッフ不足など、医療と介護の抜本的な制度改革を余儀なくされる。

#### (2)2004 年 6 月 30 日法 新しい介護費用公庫 CNSA (Caisse National de Solidarite pour l'Autonomie = 全国自立支援連帯金庫)設立

2003 年夏の酷暑を経たフランスは、これより介護財源・財政を大きく変更した。

近年の医療制度改革の中でも最も大きい「ジュッペ・プラン」と並ぶ「2004 年法」を制定、かかりつけ医制度、適正医療と保険者機能強化など多くの医療改革を実施する。

介護面においては、2004 年 6 月 30 日「高齢者・障害者の自立支援に関する連帯」法を制定する。同法により、介護手当目的の財源を得るために、祝祭日を一日減らして、この日の労働によって得られる生産に相当する収益を CSA (自立連帯拠出金)とし、雇用者・被用者社会保障負担をすべて高齢者ケア目的税とした。祝祭日には、カトリック祝祭日である、5 月の聖霊降臨祭連休の月曜日が選ばれた。また、財政管理を行う CNSA(全国自立支援連帯金庫)が創設された。同金庫は、財源に税と社会保障金庫<sup>5)</sup>からの拠出金を得、要介護者(高齢者・障害者)への財政を管理する。

#### (3)ケース・スタディ

##### 【ケース 1】

83 歳、女性、在宅・独居、年金月収 800 ユーロ、

表 6 平均年金受給額

(ユーロ)

2004 年	65-69 歳	70-74 歳	75-79 歳	80-84 歳	85 歳以上
女	961	941	986	1,048	1,097
男	1,674	1,604	1,612	1,624	1,574

注：対象はフランスの 65 歳以上の被保険者本人。

出典：INSEE

認定要介護度 GIR1。

県の社会医療チームにより、必要介護支出月額 874 ユーロと査定され、そのうち 799.21 ユーロを県が給付(県が認可在宅介護事業者に直接支払う)、自己負担は 74.79 ユーロと決定された。現在、施設入所待機中である。

#### 【ケース 2】

75 歳、女性、在宅・独居、年金月収 1,100 ユーロ、認定要介護度 GIR4。

県の社会医療チームにより、必要介護支出月額 360 ユーロと査定され、そのうち、276.94 ユーロを県が給付、自己負担は 83.06 ユーロと決定された。今後も在宅継続を希望している。

#### 【ケース 3】

78 歳、男性、施設入所(月額 1,800 ユーロ)、年金月収 1,200 ユーロ、認定要介護度 GIR2。

在宅維持必要支出 718 ユーロの半額 359 ユーロが県より施設に支払われると想定(実際には総枠予算)、 $1,200 - 73 = 1,127$  ユーロを自己負担。残り 314 ユーロのうち、扶養義務分(収入に比例)を娘家族が支払い、残りわずかの分は県の社会福祉援助から施設に支払われている。

## IV. 高齢者住宅の種類とケア

### 1. 高齢者住宅の概要

高齢者住宅は、昨今の在院日数短縮化政策を補うべく医療機能を有する施設と、医療機能を持たない純然たる不動産商品とに大きく二分できる。

特に、医療型施設では、少しの生活支援が必要な自立者向けから、軽度の要介護者向け、さらには、アルツハイマーを含む重度の要介護者向けのものが多様に存在する。

これら施設は、許認可制の下、入所者の平均要介護度に準じて、国・地方自治体から予算(医療・介護・生活の 3 種料金を協定)を受ける。

フランスでは、要介護度・自立度、入居希望者

およびその家族(子供、嫁、婿、孫)の収入によって、様々なタイプの長期滞在施設が、私立、公立、さらに、協定、非協定併せ約 10,300 以上存在する。その料金幅も広く、月 76,300 円から 304,900 円のものまであり、月当たりの平均自己負担額は、114,500 円である(データ：FMP Mutualite 2002 年 1 - 2 月号)。料金とは別に、入居希望者は、自分の健康状態に最もあったタイプの医療サービスを持つ施設を選択する必要がある。一方、低所得者への Aide Sociale 社会福祉手当<sup>6)</sup> 給付の条件としては、当該者の収入のうち、90%以上が協定施設の食・住居費に費やされ、家族の最低食費義務額(親であれば子供に対して養育義務があるように、子孫は親・祖父母に対して保護義務がある。フランス民法第 203 ~ 214 条により制定)を差し引いた額が、支給される。

一方、非医療型は、昨今のフランス不動産バブルが追い風となり、退職年齢近辺の前期高齢者層が投資目的で買い、元気なうちに住み替えるための、防犯セキュリティ重視のものが売れている。言うまでもなくこちらは、完全に自費となる。

もう一つ、日本ではあまり知られていないフランスの制度に、「受け入れ家庭制度」なるものがある。対象者が子供を預かり育てる家庭であれば「里子・里親」と呼ばれるのであろうが、この受け入れ家庭は、高齢者(自立・非自立)や障害者を受け入れる。県から認可を受けた一般の家庭(医療職者であるなどの資格要件はない)が、有償で高齢者をステイさせる。非医療型事例で検証したい。

表 7 に高齢者住宅の概要を、表 8-9 に高齢者入所・居住施設の整備状況を示す。

### 2. 高齢者の死亡場所

ここで高齢者の死亡場所に関する調査を見る。2006 年、60 歳以上の死亡数 43 万 6,071 人のうち、自宅での死亡者数は 11 万 4,427 人と、約 1/4 を占める。ちなみに、日本における自宅死亡割合は、

表7 高齢者住宅の概要

名称	料金平均（月）	特徴	対象者	医療体制
寮一住宅 Foyer-Logement	約 305 ユーロ～ 763 ユーロ	在宅とホームの中間。ワンルーム、または2ルームのアパート型。個人の家具などを持ち込める。	自立	無し
サービス・レジデンス Residence service	約 915 ユーロ	アパートを購入または賃貸	自立、半自立	医療警備有り
地方老人ホーム Maison d'Accueil Rurale pour Personnes Agees (MARPA)	約 915 ユーロ	小規模（15～20人）自立度促進治療計画に参加	自立、半自立	看護、医師の定期的な訪問有り
自立・非自立老人ホーム Maison d'Accueil pour Personnes Agees Autonomes et Dependantes (MAPAD)	多様 月 763 ユーロから 3,049 ユーロ	多様	自立、半自立 非自立	完備
Centre d'Animation Naturelle Tiree d'Occupationn Utile (CANTOU)	約 915 ユーロ	小規模 コミュニティの生活に参加	認知症 アルツハイマー 知的能力低下	有り
長期滞在型入院施設 Unite de Soins de Longue Duree	医療費：疾病保険より負担 ハウス・アメニティ：本人または家族の負担、または社会福祉手当。一日 81 ユーロ	公立病院に附属	恒常的な医療観察、ケアを要する。	病院内に併設
受け入れ家庭 Famille d'Accueil	有償	県の行政局監視の下、局と提携契約を交わした家庭が高齢者を受け入れる。	規定無し（現実的には、要介護度の高い非自立者には難しい。）	一般家庭のため、無し

注：1) 上表利用者の内訳データは以下の通り。

- ・ 75 歳以上の高齢者の 87%、85 歳以上の高齢者の 73% が在宅。
- ・ 6,000 人の高齢者が、受け入れ家庭に迎え入れられている（有償）。
- ・ 75 歳以上の高齢者の 3%、85 歳以上の 5% が、寮一住宅に入居。
- ・ 75 歳以上の高齢者の 9%、85 歳以上の高齢者の 19% が、老人ホーム（総称）に入居。
- ・ 長期滞在型入院施設は、85 歳以上の高齢者の 3% を収容している。
- ・ 1995 年前後、700,000 人の 65 歳以上の高齢者（8%）が要介護者であった。その内訳は、65-69 歳では 1.7%、80 歳以上では 9%、85 歳以上では 20%、90 歳以上では 35% であった。
- ・ 2020 年、フランス人人口の 10% が 75 歳以上、3% が 85 歳以上となる。

2) 料金・数値・データは、いずれも 2001 年のもの。

出典：DRESS-Direction de Recherche et d'Etude en Sanitaire et Sociale

表8 高齢者入所・居住施設 収容キャパシティ  
Capacite d'accueil des etablissements et services pour personne agee

2006年	高齢者専用住宅・寮 (住居数)	老人ホーム (床数)	在宅看護・介護 (訪問床数)	長期滞在 ケア施設 (床数)
フランス本土	153,006	432,804	81,404	71,724
パリ市・近郊県首都圏	27,076	50,089	10,384	8,184

出典：仏保健連帯省, Enquetes EHPA, FINESS, SAE

表9 75歳以上人口100人に対する設備充足度  
Capacite d'accueil des etablissements et services pour personne agee

2006年	パーマネント およびテンポラリー 入所施設	在宅看護・介護	有医療機能床
フランス本土	12.1	1.66	9.52
パリ市・近郊県首都圏	11.2	1.49	6.96

出典：仏保健連帯省, Enquetes EHPA, FINESS, SAE

表10 高齢者の死亡場所 (人)

2006年	60-64歳	65-74歳	75-84歳	85歳以上	60歳以上全体
自宅(その他の個人宅含む)	6,777	18,458	38,755	50,437	114,427
公立病院	13,597	40,807	82,450	79,630	216,484
私立病院	3,016	8,672	14,949	10,564	37,201
ホスピスまたは高齢者施設	450	2,612	13,581	36,353	52,996
公道・戸外	517	1,066	1,021	312	2,916
その他	912	2,245	4,167	4,723	12,047
合計	25,269	73,860	154,923	182,019	436,071

注：対象はフランス本土死亡者

出典：INSEE, 死亡届

12.2%(2006年)である<sup>7)</sup>。

### 3. 非医療型サービス

#### (1)受け入れ家庭

2006年 DGAS (Direction Generale d’Affaire Social = 社会事業総合局) の調査統計によれば、フランス全国に9,220の受け入れ家庭が存在し、7,327人の障害成人と、6,541人の高齢者を受け入

れている。

#### ①根拠法

社会福祉・家族法典 L. 第441条-1～443条-12 (1989年7月10日制定、2002年1月17日改定)

#### ②上記法による受け入れ家庭側の要件

a)水道蛇口、適温環境の整備された最低9m<sup>2</sup>の個室を、受け入れられる者(以下、利用者

と略)各人に用意できる(夫婦利用者など二人部屋の場合は、16m<sup>2</sup>)住宅環境がある。

- b)県によるコントロール者、および利用者のための医療・ソーシャル職業者が家庭内に入ることに同意する。
- c)両者間(受け入れ家庭と、利用者およびこれの法的責任者)の契約を文書化する(書式は特に問われないが、書式参考例は、受け入れ家庭協会のHPからダウンロードできる)。
- d)利用者からの遺産相続に関する遺言や、寄贈・寄付等の受け取りは、一切これを禁ずる。
- e)一時的な外出・不在の際、利用者に必要な介助・介護を代行できる者を確保する。

### ③利用の流れ

上記条件を満たす希望者は、県に許認可申請し、審査の後、認可を受ける。県からの認可は、5年間有効、更新可。県から利用者を紹介されるだけでなく、自ら広告を出し、受け入れることも認められている。1利用者につき、1週間のトライアル期間があり、拒否権を有するので本期間中に拒否できる。この期間を経た後は契約を書式化し、県に提出する。契約書中には、(a)アシスト報酬、(b)要介護度が高いケース等の特別なプライムがある場合その報酬額、(c)その他の経費、(d)家賃、(e)両者の義務、(f)契約更新・中断・解消の条件、を明記する。両者ともに、賠償責任保険に加入する義務がある。1家庭につき、最大3人まで受け入れることができる。

報酬には四つの側面があるが、額面は公定ではなく両者間での交渉となる。ただし、その場合にも基準がある(2004年12月30日制定政令)。

- a)家賃：広さと快適度から、同地域の賃貸不動産平均額に準じた額である。
- b)アシスト報酬：最低時給＝公定の労働最低賃金時給<sup>8)</sup>の2.5倍以上+10%。
- c)上昇率：公定最低賃金は毎年変動するので、これに準じたスライド修正を行う。

- d)利用者が、ショートステイ中や労働作業訓練所などへの出勤中は、留守、すなわち、受け入れ家庭には不在のため、この間の時給は計上できない。

### ④行政(県)の役割

- a)申請受理後の審査、認可の発行
- b)認可を受けた家庭に対して、研修(初回・継続)を行う。
- c)受け入れ家庭のコントロール、利用者の定期的ソーシャル・メディカル・フォロー

### ⑤ケース・スタディ：受け入れ家庭開業2年目 Kさん

パリから車で1時間程の郊外住宅地に在住。3人の子育て中である。実の母、義理の母を最期まで看取った経験から、この職業を志望し、県から認可を受けた。24時間、休みの無い責任の重い仕事ではあるが、その一方で家庭に居ながら外で働くと同様の収入が得られることを最大のメリットと考える。現在、コルサコフ症候群を患う40代の成人と、知的障害を持つ50代の成人の2人を受け入れている。3人目の受け入れを申請中である。

現状への不満は、この職業の社会的地位が大変低いこと、利用者の法的後見人らから冷たく(彼女自身が移民であることと、ほかに仕事が無いから、金銭のみが目的でこの仕事をしている、などの偏見からか)接されることだという。制度に対しては、県の研修・教育プログラムをより強化し、より多くを学べるようにとの改善を希望する。現行の不十分な点に対しては、訪問看護師が行うケアを傍らでよく観察して、模倣するように努めているそうである。

なお、終末期の看取りや、操作が複雑困難な医療機器を必要とする患者、24時間絶えず集中ケアの必要な患者には利用不可能な制度であるとの意見であった。認可直後に、終末期高齢者を受け入れた経験があり、身体的・精神的責任



の重圧と、自身の家族への精神的負担から、トライアル期間中に、「ターミナル・ケア病院に入れるべき人だ」と、県に申し出た。

清潔に整えられた各個室と、利用者の穏やかな表情が、深く印象に残った。介護ヘルパーや保育ナニーの職に就く人たちの間で、移民率は確かに高い。フランスが、彼ら彼女らの労働力を必要とする一方で、人種差別や教育水準向上などの別種の社会問題を解決しなくてはならないことを痛感したケースであった。

(2)レジデンス

“元気なお年寄り”をターゲットとしたもので、シルバー不動産業界において、緩やかながら確実な成長を続けている。医療機能はないことを入居条件として明言し、軽度の医療必要者には、コンシエルジュ(管理人)が地域の医師や看護師を呼ぶ程度の対応はする。セキュリティ、快適さを強みに、賃貸・分譲販売をする。医療機能を持つ施設や、老人ホームに入るのは嫌だが、自宅で独居も心細いという高齢者に人気の住宅形態である。全額自己負担のため、いずれの会社も料金設定は、フランス人平均年金受給額 1,200 ユーロ前後に合せている。

(3)在宅エイド Aide a Domicile

日本語の「生活ヘルパー」が最も近い。利用者の認定要介護度によって費用の一部を介護保険を

使って利用する場合と、自費の場合に分けられる。高齢者向けサービスのほかに、現役世代を対象とした育児・家事サービス(乳幼児～小学生)の利用者も多く、フランス人のワーク・ライフ・バランスを支えている(費用の所得税控除可)。

4. 医療型サービス

(1)在宅入院 HAD(Hospitalisation a Domicile)

日本語の「在宅医療」が最も近い。本制度の対象疾患は、精神科を除く周産期からターミナル・ケアまでであるが、導入の基準は、複数の医療プロフェッショナルによる頻回介入のコーディネートが必要とする、住宅環境が整っている人となる。病棟病室での入院と同様の高度レベルの医療を、家庭で「在宅入院」として行う。

1951年、結核在宅療養制度の時代にパリで誕生した制度である。現在、在宅ケモが活動の半分近くを占める。2008年現在、フランス全国に公私立合わせて177のHADが存在する。99年の時点では、68のHAD、合計3,908床であったことから考えると、政策と国民のニーズがマッチして大きな拡大が図られたことがわかる。

2006年のインフルエンザ・パンデミー・シミュレーションの際、従来の病院入院よりもフレキシブルな増床プランが可能であることが立証された。また、地域によっては、HADの周産期部門が、産

表 11 活動データ

	2004	2005	2006
入院件数 (件)	13,746	11,472	11,700
入院日数 (日)	310,796	308,472	328,676
1日当たり患者数 (人)	689	683	724
平均在HAD日数 (日)	18.45	21.89	22.61
年間患者数 (人)	—	—	1,453
61歳以上高齢者	—	53%	46%
うち80歳以上	—	—	前年比 +4%

注：認可床数は820床(パンデミア等非常事態を除く)

科医不足に応える形となっている。

退院前の病院の医師や、患者のかかりつけ医、地域の開業看護師などの組織外のマンパワーと連携することにより、HAD 所属のコーディネーター・ドクター、看護師らがチームを患者宅に派遣し、病院退院後からのニーズに対し、「病診 HAD 連携」で 24 時間対応する。日本にも存在する在宅ケモ・在宅ターミナルなどの在宅医療は、多くの場合、フランスと比較して 1 人の医師が多くの仕事を抱え込んでしまいがちとなるため、制度が発展できない印象を持つ。

#### ①医療費と自己負担

対象疾患の重篤性から、利用者の自己負担はゼロ、100%保険となる（在宅入院に導入される患者のケアが、在宅ケモ、周産期ケア等、フランスでは自己負担ゼロの疾患群のため）。HAD 側は、病院での入院治療と同じ点数を保険請求する。純粋な医療費は同額であるが、病院という建物に関する諸費用が発生しない。

#### ②根拠法

公衆衛生法典 L. 第 6121 条 -2、L.6122 条 -1、2、R. 第 6121 条 -4、R. 第 6122-38、D. 第 6121 条 -8、D. 第 6124 条 -306

#### ③利用の流れ

退院のめどが立った時点で、病院内の医師、ソーシャル・ワーカーから、HAD に連絡が入る。医師による医学面の記入、当該者による社会面（住居環境、家族環境、保険情報等）の記入が行われた申請書類を HAD が受理。退院前に、一度病院の病床までスタッフが赴き、院内のケア・スタッフ、本人、家族らと面接する。書類は、HAD のコーディネーター・ドクターが審査、チーム・カンファレンスを行い、ケア・プランを立てる。特に在宅ケモ導入の際には、初回を院内にて病院側の看護スタッフと HAD 側の看護スタッフ共同で行い、申し送り事項等を確認することが多い。退院後、スムーズに在宅での「入院」に移り、

治療が継続される。

#### ④ケース・スタディ：パリ公立病院協立会在宅入院

パリ市および首都近郊には、39 のパリ公立病院協会傘下の公立病院が存在する。この協会に属する形で、在宅入院部門が、パリ市内と近郊（128 コミューン）を 17 セクターに分けてカバーする。

##### a) 料金

	日額
料金カテゴリー 1	271 ユーロ
料金カテゴリー 2	139 ユーロ

##### b) 人的資源と組織、勤務態勢

650 名(フルタイム換算 うち医師 14 名)  
日勤シフト 7 時～ 21 時  
夜勤シフト 21 時～ 7 時

##### c) 活動データ

前頁の表 11 に示したとおりである。

#### (2)在宅ケア Soin a Domicile

日本語の「訪問看護・介護」が最も近い。医師の処方指示に基づき、必要と判断された看護・介護を行う。多くは、民間非営利法人がサービス提供を行っている。

医療費と自己負担であるが、対象疾患の重篤性により、医療保険から 70～100%がカバーされ、介護保険からも要介護度に応じた自己負担が計算される。

## V. おわりに

本論文では、独居高齢者を多く抱えるフランスにおける多様な高齢者住宅や新たな在宅サービスについて、その概要を紹介した。

ベビーブーマー世代の後期高齢化とそれに伴う社会保障費用の増大は、先進諸国が共通に抱える

課題である。フランスの場合、これに家族介護力の低下が加わることから、住宅施策は非常に重要となる。

ただし、2003年夏にヨーロッパを襲った猛暑により、国内の在宅居住高齢者や高齢者施設入所者などを含む約15,000人の死者を出したことに象徴されるように、まだまだ高齢者住宅の整備も、また、医療と介護の連携も十分とは言えない。

フランスの場合、医療と介護がこれまで別の枠組みで発展してきたため、両者の連携には課題が残っている。高齢者住宅の自立高齢者も、いずれ機能低下を生じ、看取りを含めた対応が求められる。多様な高齢者住宅の居住者に対し、適切な医療と介護をいかに提供するかが今後の課題である。

#### 注

- 1) 持ち家の定義は、現住所である住居を不動産所有していること。
- 2) INSEEのHID (Handicap-Incapacite Deoebdabse) アンケートによる。
- 3) 2008年4月18日号 Le Quotidien du Medecin 記事による。
- 4) Zaritが開発した22項目からなる介護負担尺度のこと。介護者が、親族の介護をすることによって被った、身体的・心理的・経済的負担を測定する。合計88点で、20点以下は軽度、21-40点は軽～中度、41-60点是中～重度、61-88点は重度と判定する。日本語版が荒井

らによって開発されている。荒井由美子：Zarit 介護負担スケール日本語版の応用、医学のあゆみ、3(13), pp.930-931, 1998 参照。

- 5) 老齢年金金庫より6,400万ユーロ、疾病金庫より109億ユーロを拠出している。
- 6) 社会福祉手当：住宅手当(収入・住居面積条件あり)、在宅維持手当、高齢者最低保障(収入・家族の最低食費義務・相続財産よりの徴募条件あり)。さらに、動・不動産売却利益などの相続財産が45,734ユーロ以上である場合、相続者は、手当返却、および生前担保を必要とする。
- 7) 日本の自宅死亡率は、厚生労働省大臣官房統計情報部「平成18年人口動態調査」による。なお、この数字は全死亡者数に占める割合のことで、高齢者のみに限定したものではない。
- 8) 2008年6月1日現在 フランス最低賃金 8.44ユーロ/時(税込)

#### 参考文献・HP

<http://www.insee.fr>

<http://www.famidac.fr>

<http://www.agenceservices.fr>

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr>

<http://www.constructif.fr>

<http://www.naoko.okuda.free.fr>

Christelle MINODIER 他, 2004, Le patrimoine immobilier des retraites INSEE No.984

Le Quotidien de medecins, 2008

原田啓一郎(2007)フランスの高齢者介護制度の展開と課題, 海外社会保障研究, 161, pp.26-36.

(おくだ・なおこ 日医総研フランス駐在研究員)

イアン・ホリディ、ポール・ワイルディング編 埋橋孝文ほか訳  
『東アジアの福祉資本主義 ―教育, 保健医療, 住宅, 社会保障の動き―』

(法律文化社、2007年)

竹沢 純子

はじめに

これまで社会政策の国際比較として日本で取り上げられてきたのは欧米先進諸国がほとんどであった。ところが近年、東アジアへの関心が高まり、比較対象として取り上げられる機会が増えている。その理由として、東アジアの国々において、近年急速に制度導入、改革が進められていることがある。一例として、韓国では、1997年アジア金融危機が失業や貧困問題を顕在化させ、所得保障の拡充が進み、また日本に続き介護保険制度が導入されるなど、急速にセイフティーネットが整備されつつある。

セイフティーネットを提供する政府・市場・家族のあり方が国によってどのように、またなぜ異なるか、について国際比較を行う研究領域として、比較福祉国家研究(比較福祉レジーム研究ともよばれる)がある。この研究領域では、欧米とは異なる、特有の「東アジアモデル」といえるものが存在するのかどうか、が議論的となってきた。そして本書第1章のサーベイにあるように、さまざまなアプローチによる研究が積み重ねられてきた。しかし今のところ本書を含めて決定打といえるものがなく、モデル論争の決着がつかない状況にあるという(Ku and Jones-Finer, 2007)。

本書は福祉資本主義<sup>1)</sup>体制にある東アジアのタイガー地域4カ国(韓国・台湾・香港・シンガポ-

ル)を比較対象国とする。そして教育、保健医療、住宅、社会保障(所得保障)の政策領域を取り上げ、これらの国が社会政策の本質として生産主義―経済成長および完全雇用が最優先で、福祉が経済的目標に従属し、経済成長こそが最大の福祉であるとする考え方を共有することを主たる根拠として、東アジアモデルが存在することを主張する。以下では本書の内容を紹介し、課題について検討する。

本書の概要

本書は、導入の1、2章、分析の3～6章、結論の7章の3部から構成される。第1章「東・東南アジアのタイガー経済地域における福祉資本主義」は、本書の背景と先行研究をふまえて、分析視角および方法を述べた章である。読者の多くが最初に持つ疑問は、なぜ東アジアのうちこの4カ国、そして4政策を対象とするのか、という点であろう。著者は、まず4カ国を選択した理由として、植民地支配の経験などの歴史面、戦後の経済成長と現段階の経済水準、および人口構造の面で類似性が高いことを挙げる。これらの点で日本は異なるため対象から除かれているのである。次に4つの政策領域を選んだ理由としては、これらが社会政策の中核を成し、かつこれらのサービス領域では、規制・供給・財政などの広がりのある活動がみられ、

豊富なデータもあるためであると説明している。つぎに、分析視点として、国際比較で表れる類似点と相違点の扱いは、政策の目的や志向といった本質的な部分で共通性があるかどうかという視点を重視し、制度の子細を比較した場合に表れる相違点は副次的なものとして扱うという立場を明確にする。

第2章「タイガー地域における社会政策の背景」は、社会政策が展開されてきた社会・経済・政治の各国の特質の検討、および国家が福祉において果たす役割を概観し、続く3～6章の理解の助けとなる章である。まず経済、社会の基礎的データを比較してみると4カ国にかなりの相違がみられる。しかしこうした相違はほかの国・地域と比較すると目立たなくなる程度のものであるとし、それよりも類似に目を向けていく。そして4カ国の共通点として歴史的にみた場合、経済面では戦後同時期に爆発的な経済成長を経験したこと、文化面では程度の差はあれ儒教の影響を受けている点を指摘する。つぎに、社会政策形成のプロセスの類似点として4点挙げている。第一に政治的競争が1980年代末までなかったこと、第二にその結果として政策決定における官僚優位、第三に強力な経済・産業政策の策定機関を持つのに対して社会政策についての機関は比較的弱体であること、第四につねに反福祉主義者の主張によって社会政策が抑制されることである。

第3～6章「教育」「保健医療」「住宅」「社会保障(所得保障)」では、①政策の展開、②サービスの規制、③サービスの供給、④サービスの財政、の4つの側面から、類似性の高い2グループ(香港・シンガポール/台湾・韓国)を対比させて特徴をとらえている。第一グループの香港とシンガポールでは、政府が主なサービス提供主体であり、高等教育は国立が大多数、医療では二次医療は国が主に提供し、公共住宅が多い。両国の重要な特徴は、被雇用者と雇用主が拋出する強制積立基金制度で

あるが、その位置付け、機能は両国で同じではない。シンガポールでは積立基金が住宅、保健医療、教育、所得保障にわたる総合的なセイフティーネットであるのに対し、香港では年金に限定される。また、シンガポールでは政府が積立口座を管理するのに対し、香港は民間企業が管理している。そのほか両国は失業保険制度がない点においても共通している。第二グループの台湾と韓国では、民間が主なサービス提供主体で、政府は規制や助成を行う。高等教育は私立がほとんど、医療機関も民間が主であり、公共住宅も少ない。また両国は基本的に社会保険制度の整備によって所得保障を行う方針であり、失業保険制度がある。

3～6章では、各国の各政策領域について詳細に記述しているために、類似よりも相違のほうが多い印象を受ける。とはいえ、いずれの章においても、各国の根底に共通して生産主義が存在する、という結論へと導いている。ここで、各政策のいかなる点を4カ国に共通する生産主義的特徴として抽出したのか、という点を中心にまとめておこう。まず、第3章「教育」は財政・規制・供給への政府の関与は程度の差はあれ限定的であるが、4カ国ともに最大の公的支出の領域である。最大の領域たるゆえんは、教育が高い国際競争力と経済成長の実現、すなわち生産主義に寄与すると考えられていることによる。つぎに第4章「保健医療」では、生産主義の根拠として、4カ国すべてで保健医療サービス部門に対する政府の負担の最小限化、また健康保持は第一義的に個人と家族に責任があるという確固たる価値観が存在するという点を挙げている。続く第5章「住宅」では、生産主義的共通点として、中間層向けの持ち家取得政策を基本とし、持ち家に手の届かない低所得層への補助は手薄い点を挙げる。いずれの国でも政府は中間層の持ち家取得を進めることで、彼らの労働や貯蓄意欲を高めるといった生産主義的思惑と、富へのアクセス機会を与えることで政治的、社会的安定をめざす



政治的思惑を持つ。第6章「社会保障(所得保障)」は、高齢、遺族、障害、失業、労働災害による所得減少リスクに対する保障、および公的扶助を含む広範な社会的セーフティーネットを分析対象とする。生産主義的特質として、これらの国では最低限の所得保障は家族が主な担い手であり、社会保障(所得保障)支出が低く、社会的ニーズを満たす公的責任よりも経済的関心すなわち生産主義が優位に置かれてきたことを指摘する。

以上第3～6章の分析をもとに、最後の第7章「結論」では、4カ国の社会政策の類似点と相違点、および東アジアモデルの維持可能性、の2点について議論し総括を行っている。第一の点については、4カ国の相違点よりも類似点を強調する。相違点は哲学や戦略の根本的な違いではなく、共通の目標、すなわち経済成長とそれを支える生産的福祉の実現を達成するための異なった方法なのであり、4カ国の個別的な状況の違いによる、と説明する。他方、類似点は、経済成長と完全雇用が最優先目標であり、生産主義的な福祉がみられ、また福祉における国家の役割が限定的で、福祉における家族役割が強調されること一家族主義一である。これらの類似点をもって、第四のモデルとして「東アジア福祉資本主義」が存在すると結論づける。第二の点については、経済的、政治的变化から生じる圧力に直面して、このモデルが維持可能であるかを検討し、結びとしている。このなかで興味深い議論はグローバリゼーションの影響に関するものである。すでに福祉国家に到達した国にとって、グローバリゼーションは福祉の発展を抑制するように作用する。しかし、タイガー諸国(とくに韓国や台湾の例)のような福祉国家への離陸が遅かった国にとっては、グローバリゼーションによって引き起こされるリスクから国民を守るために社会的保護制度の発展を促すように作用するという。また、本書がカバーする1990年代までは、タイガー地域は生産主義という共通項でとらえることが可能であ

る。しかし、将来もこうした共通性を持ち続けるとは断定できないとしている。すでに1997年アジア金融危機以降、社会保険制度を拡充し福祉国家化をめざす韓国・台湾と、基金制度を基本として残余的な保障にとどまり続ける香港・シンガポールという二分化がより明確に進んでいるという。

## 本書の課題

最後に、本書の課題について検討する。第一の課題は、東アジアのみを対象とし、生産主義を共有することを根拠として、東アジアモデルの存在を主張することの是非についてである。新川(2005)は、経済に従属しない福祉国家は存在せず、生産性向上、完全雇用、経済発展を追求しない福祉国家など存在しない、ゆえに生産主義が東アジアに特有のものといえるのかどうか疑わしいと批判する。この批判はまさに本書に向けられる批判である。こうした批判に応えるには、他地域と東アジア地域の生産主義がどう異なるのか、東アジア以外の国々との比較により実証する作業が必要となる。しかし、これは東アジアとそれ以外の国々を比較可能なデータの不足、という大きな問題が解決されない限り実現困難である。Ku and Jones-Finer(2007)は東アジアモデル論争の決着がつかない理由をデータ不足に求めており、解決が待たれる。最近アジア開発銀行がアジアの社会保護指標(Social Protection Index)の国際比較を公表した<sup>2)</sup>。こうした取り組みが、今後、社会的保護の国際比較データ蓄積のあるILO、OECD、Eurostatと連携し、共通の基準のもと、アジア内外の国々について比較可能なデータの整備へと発展することを期待したい。

第二に、本書で扱う4つの政策領域「教育」「保健医療」「住宅」「社会保障(所得保障)」についてである。狭義の社会保障のうち「保健医療」「社会保障(所得保障)」が含まれるが、「社会福祉(児童、高齢者、

障害者福祉)は含まれない。その一方、狭義・広義の社会保障には含まれない関連・隣接領域である「住宅」「教育」を取り上げている。同じく隣接領域である「労働/雇用政策」「環境政策」も対象外であるが、これらについて本書は、取り上げたかったが、先行研究やデータが少なすぎるため取り上げられなかった、と説明している。香港・シンガポールは失業保険制度がないという事実のとおり、「労働/雇用政策」の規模が小さすぎるために、先行研究、データともに少ないのであろう。このように、本書で対象外の政策のうち「労働/雇用政策」「環境政策」については理由が述べられているが、肝心の「社会福祉」については取り上げない理由が何も説明されていない。この領域は家族が多くを担っているために、政策としては取り上げるほどの規模ではないと判断したためなのかもしれない。あるいは、生産主義という特徴をよりはっきりと示すために「社会福祉」は除き、「住宅」「教育」のほうを意図的に選択したとも考えられよう。本書は東アジアの特徴のひとつとして家族主義を挙げているが、その扱いは生産主義に比べればかなり小さい。もし、家族が主な担い手である介護や保育を含む「社会福祉」が取り上げられたならば、生産主義と同等かそれ以上に家族主義が東アジアの特質として強調される結論になるかもしれない。以上、理由の説明なく家族主義にかかわる政策領域を捨棄していることは、本書の問題点であり、今後の課題として挙げておく。ちなみに、家族主義は東アジアだけの特質ではなく、南欧諸国にも存在することがすでに多くの研究で指摘されている。生産主義に加えて家族主義についても、東アジア以外の国と東アジアとでは何が異なるのか、を明確にすることによって、東アジアモデルの論拠が強化されよう。

東アジアモデル論争の一書として本書をみる場合には、課題がいくつか残されている。とはいえ、モデル論争とは別に、本書はタイガー地域4カ国の共通点と相違点を分かりやすく描き出したという

点では高く評価できる。これらの国々の制度に関する情報源としての利用価値は高い。近年、東アジアの国々の社会政策に関する研究書が相次いで出版され、日本語で得られる情報も増えてきたが、詳細な情報は得られにくい。本書は、こうした利用目的への配慮であろうか、原著にはない訳者の工夫として、各国の年表を巻末に付録として載せており、有用な資料である。タイガー諸国について初めて本書で接した読者も、こうした各国の基本情報がまとめられた年表をガイドに読み進めれば理解しやすい。加えて第3～6章の分析編は、各章の最後に国ごとの特徴の要約がついている点も親切な配慮である。東アジアの社会政策にこれまでに関心がなかった読者にも、ぜひ一読をお勧めしたい。

#### 謝辞

本稿の作成にあたって、米山正敏氏(国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長)より貴重なコメントをいただいた。記して感謝申し上げる。

#### 注

- 1) 福祉資本主義(Welfare Capitalism)という語は本書でとくに説明はなされていない。参考までに The Blackwell Dictionary of Social Policy の定義を挙げておく。「福祉資本主義とは、歴史的に労働力を商品化し市場を拡大させてきた資本主義に、社会権に基づいた給付やサービスを供給する機能が加わったものである」。
- 2) Asia Development Bank (ADB), 2008, *Social Protection Index for Committed Poverty Reduction Vol.2 Asia* (<http://www.adb.org/Documents/Books/Social-Protection/Volume2/> よりダウンロード可)

#### 参考文献

- 堀橋孝文 2006「東アジア社会政策の新時代」社会政策学会編『東アジアにおける社会政策学の展開』法律文化社 終章, 237-258 頁
- エスピン・アンデルセン著, 岡沢憲夫・宮本太郎監訳

- 2001『福祉資本主義の三つの世界』ミネルヴァ書房  
(Esping-Andersen, G., 1990, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge : Polity)
- 新川敏光 2005「福祉国家の重層的分析」『日本型福祉レジームの発展と変容』ミネルヴァ書房 第2篇第1章, 247-280 頁
- Ku, Y. and Jones-Finer, C., 2007, “Developments in East Asian Welfare Studies.”, *Social Policy & Administration*, 41 (2), pp.115-131  
(たけざわ・じゅんこ  
国立社会保障・人口問題研究所企画部研究員)

## 『海外社会保障研究』執筆要領

### 1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)  
本文のほかに要約文(400字以内)およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

なお、図表は1枚200字に換算します。

### 2. 原稿構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

### 3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

### 4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に( )入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

### 5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

### 6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

### 7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63–87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56–72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260–267





## 『海外社会保障研究』投稿規定

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等は、いずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクでも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受ける必要があります。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3  
日比谷国際ビル6階  
国立社会保障・人口問題研究所総務課業務係  
電話 03-3595-2984 FAX 03-3591-4816  
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

### 編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

### 編集委員

江口 隆裕 (筑波大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

落合 恵美子 (京都大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (立教大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

西山 裕 (同研究所・政策研究調整官)

東 修司 (同研究所・企画部長)

佐藤 龍三郎 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

### 編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

小島 克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

## 海外社会保障研究 No.164

平成20年9月25日発行

ISBN 978-4-904486-01-6

編集 国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号

日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷 株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号

祐真ビル新館12階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: [books@urbanconnections.jp](mailto:books@urbanconnections.jp)

homepage: <http://www.urbanconnections.jp>

ISSN 1344-3062