The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	デンマークにおける高齢者の”住”を取りまく施策
Author(s)	石黒, 暢
Citation	IDUN. 1996, 12, p. 177-206
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/95739
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

デンマークにおける高齢者の“住”を取りまく施策

石黒　暢

1. はじめに

日本では，社会の高齢化の進展の中で，施設福祉から在宅福祉への変革が行なわれ，その援助施策が推進されているが，その土台をなす住宅や住環境の整備は立ち遅れている．住宅の取得は個人の責任とされ，持ち家主義が貫かれてきた．住宅の質に関しても，高齢社会を視野に入れた施策が行なわれてこなかったため，日本の住宅は高齢者が生活しにくいものとなっている．その結果，住宅の水準は国際的に見て非常に低レベルで，住宅事情による高齢者の入院，施設への入所が頻発している．日本では，住宅・住環境の重要性があまり認識されていないが，これらは人間に大きな影響を与えている．その影響は，身体面，心理面，社会生活面など多岐にわたる．

デンマーク，スウェーデンなどの北欧諸国に目を向けると，公的な住宅政策が広範囲に実施され，住宅水準も高い．公的な高齢者向け住宅も数多く供給されている．

Hoglund（1989：128）も述べているように「史上初の真の福祉国家の一つであると認められており，スウェーデン等の他の国家にとって社会福祉制度の模範となっている」と言われているデンマークでは，高齢者を「出来るだけ長い間在宅で」（Længst muligt i eget hjem）生活できるように援助することが高齢者政策の目標となっており，それを可能にする住宅・住環境の整備が実施されている．「老人福祉は住宅に始まり住宅に終わる」(社会保障研究所編 1990：184）と考えられているというほど，デンマークでは高齢者の住宅は重要視されている．

そこで本稿では，デンマークにおける高齢者のための住宅・住環境整備をテーマとして取り上げ，高齢者の居住生活の継続性を保障するという視点が施策にどのように取り入れられているかを分析する．

2. 住宅・住環境の意義と居住・生活の継続性

2.1. 住宅・住環境の意義

住宅・住環境は，健康で文化的な生活を営む場で，生活の基本である．住宅は特に高齢者にとって大きな意味をもつ．というのは，高齢になればなるほど，住宅内での生活が長時間化し，生活が住宅から多大な影響を受けるからである．また，住環境も高齢者の社会生活に重大な影響を与える．

高齢者に与える住宅・住環境の影響は，身体的側面，精神的側面，社会生活的側面の３点から述べることができる．

まず，身体面の影響であるが，疾病は，食生活や生活様式とともに，住宅によっても大きな影響を受ける．日照，通風，騒音，振動，空気汚染，広さなどの居住条件は疾病と深い相関関係にある（早川 1993：4）．

また，家庭内での死亡事故は高齢者に多く，1992年に日本全国で起きた家庭内死亡事故6,560件のうち，65歳以上の事故は4,223件で，全体の64.4%を占めている（厚生省大臣官房統計情報部 1994：298）．高齢になると身体機能が低下し，わずかな段差などが大きな障害になる．日本の家屋は段差が多く，急な階段，狭く滑りやすい浴室などによって高齢者が住みにくい構造になっている．

また，けがや病気になっても，住宅の状態が悪ければ，回復が著しく妨げられることもある．例えば，住宅が狭ければ，ベッドが置けず，起き上がりにくい布団で寝ることになり，車いすも使えない．段差があれば，危険なため移動を控えるようになり，リハビリ効果も見込めない．日本では，このような住宅事情によって寝たきりになる高齢者も多い．

次に，精神面の影響である．住宅は長い生活の間に人間の精神や意識，人格形成にまで多大な影響を与える．劣悪な住宅に居住していて日常生活に障害があると，知らず知らずのうちにストレスが蓄積される．

また，長く住み慣れた住宅は高齢者にとって，思い出のたくさんつまった場である．このような住宅から高齢者を引き離すことは，高齢者にとって精神的に大きな負担となる．高齢者は新しい環境への適応力が低下しているからである．

社会生活面の影響を考えると，高齢者，特に身体機能が低下した高齢者にとって住宅は，社会的交流の拠点となることが多い．このとき，住宅が狭いと友人や家族を招待することもできず，社会的に孤立する危険性が高くなる．住宅の部屋数と交際時間の調査によると，部屋数が多いほど交際時間が長くなっている（経済企画庁編 1993: 164-165）．社会的交流の場の確保という点からも，適切な水準の住宅整備は不可欠である．

また，住環境が整備されていないと外出もままならず，家に引きこもり，住宅外での社会的交流が困難になる．劣悪な住宅・住環境による身体機能の低下が原因となって社会的交流が減少することもありうる．

このように，住宅・住環境は高齢者の生活の様々な側面に影響を与えている．高齢者の身体的側面，精神的側面，社会生活的側面には密接な相互関係があり，一つの側面への影響が他の側面への影響をもたらし，結果として高齢者の生活全体に影響を与える可能性がある．したがって，このような影響を認識して，住宅・住環境の整備を図っていかなければならない．

2.2. 居住・生活の継続性

高齢者の住宅・住環境を整備するうえで重要なのは，居住だけではなく，居住を含む生活全体が継続するよう配慮することである．なじみの居住地域や居住形態が継続するだけでなく，そのソフトとでも言うべき生活も継続しなければならない．例えば，同じ住宅に住み続けていても，身体機能の低下のために日常生活に支障があるようであれば，それは居住・生活の継続にはならない．逆に，日常生活が困難になってきたために，近くの高齢者向け住宅に移ったり住宅改造を行なったりすることによって自立した生活が続けられるなら，居住・生活の継続性が貫かれていることになる．つまり，多少の物理的環境の変化は，生活の継続のためには必要な場合もある．また，住居移動も，高齢者が住み慣れた地域内であれば，環境への適応の面からも大きな問題ではないだろう．

本稿では，この居住・生活の継続性を，高齢者の住宅・住環境整備を考察する視点から取り上げ，分析の枠組みとする．

また，ここで重要なのは自立した生活である．自立した生活を可能にする住宅改造，在宅福祉サービスなどを組み合わせて提供することによって，高齢者は他人に過度に依存しない生き生きした生活を送ることができる．つまり，居住・生活の継続を支援するためには，自立を側面的に援助する施策が提供されなければならない．

ここで，住居移動が高齢者に与える影響を考えてみたい．前述のように，高齢者は適応力が低下しており，環境の変化が精神的負担につながる．けがや病気による入院や，施設への入所，住居移動などのために住み慣れた住宅や環境，また友人などと離れると，寝たきりや痴呆，死亡に至ることもある．住居移動が高齢者にもたらす影響に関する研究は日本ではあまり行なわれていないが，欧米では盛んに行なわれている（鈴木 1991：161）．

自発的な住居移動ではなく，強制された住居移動が特に高齢者に悪影響をもたらすという調査の一つが，アメリカで Brand と Smith によって行なわれた．彼らは，都市再開発により強制的に住居移動させられた高齢者を調査した．これによると，これらの高齢者は住居移動していない高齢者と比較すると，生活満足度が低く，非活動的で，社会的交流が少ない．強制的な住居移動は，ソーシャル・ネットワークの崩壊につながり，生活の適応を妨げる可能性がある（Brand *et al.* 1974：336-340）．

本稿では，高齢者の居住・生活の継続性を保障するために必要な施策を，①高齢化対応住宅の整備，②高齢化対応の住環境の整備，③居住機会の平等の保障，④ケアサービスの整備の４つに整理した．以下，それぞれについて論述する．

3. 高齢化対応の住宅の整備

高齢者の居住・生活の継続性を保障するためにはまず，高齢者の身体機能が低下し

ても住み続けられる住宅の整備が必要である．このような住宅整備のアプローチには，一般条件整備と特殊条件整備がある．

一般条件整備は，通常の住宅での生活が可能になるように全住宅を一定のレベルまで高齢化対応構造に整備することである．全ての住宅や公共性の高い建築物を建築当初から高齢に対応した構造にすることは，将来に向けての優良な住宅ストック・社会資本を形成していくという意味で重要である．また，後になって高齢化対応構造にするために住宅改造をするよりも費用が安く済む．

特殊条件整備とは，一般の住宅での生活が困難になった高齢者に，高齢者を対象とする住宅整備を行なうことである．

一般の住宅が質・量ともに改善されれば，高齢者向けの特殊整備の必要性は小さくなり，ノーマリゼーション実現のためにも理想的だと言えるだろう．しかし，一般条件整備は経済的に莫大なコストがかかり，時間的にも社会の急激な高齢化に間に合わない．また，各高齢者の多様なニーズに対応するとなると，一般条件整備だけでは不可能である．したがって，一般条件の整備は大前提であるが，特殊条件整備と相互に補完する関係になければならない．以下，デンマークにおける一般条件整備と特殊条件整備について述べる．

3.1. 一般条件整備

スウェーデンと同様，デンマークでは建築基準法において，身体機能の低下した高齢者を含む障害者に配慮した建築基準が定められている．

デンマークの建築法（byggelov）は1975年に施行され，1976年，1977年，1982年に改正が行なわれている．同法第５条には住宅省は建築法をさらに具体化した建築基準法（bygningsreglement）を定めることが規定されている． 現行の建築基準法は1982年に定められ，1983年から施行されている．

建築法第６条では，居住目的の建築物や公衆のアクセスを前提とする建築物は障害者が使用可能なように配慮した内部設計にすることが義務づけられている．障害者を配慮した具体的な規定は建築基準法に定められているが，デンマークの建築基準法は日本の建築基準法と異なり，住宅（居住目的建築物）に関して特別に規定を設けている．次にその一部を抜粋する（Byggestyrelsen 1982：46-51).

第４章

第３節　居住目的建築物

第２条

第11項　玄関では，通行可能な奥行きと幅が最低 1.3mなければならない．廊下は，通行可能な幅が最低 1.3mなければならない

が，収納室のドアを含むドアが廊下に面していない場合，最低１ｍあればよい．

第13項　各部屋のドアの最低１つは最低９Ｍ（ＤＳ1028規格）［＝83cm］の幅をもっていること．住戸の入り口のドア，テラスやベランダへのドアも同様である．

第３条

第11項　キッチンの調理スペース前と収納スペース前には最低 1.1m のスペースがなければならない．

第４条

第３項　最低１つのトイレとバスルームにおいて，洗面台，便器，バスタブ，シャワースペース，ビデの前のスペースを最低 1.1 mとらなければならない．

このように，身体機能の低下に配慮して住宅の最小限のスペースが保障されている．これによって，一般の住宅において高齢者が生活を継続することがかなり可能になる．しかし，建築法制定以前に建築された住宅の中には，基準に満たない住宅が多く存在している．このような住宅の居住者は高齢化してくると，住居移動をしなければならないだろう．また，建築基準法に定められているのはあくまでも最小限のスペースであり，身体機能の程度によってはこれだけでは生活の継続が不可能なこともある．在宅福祉サービスを利用してもなお困難な場合，住宅改造か他の住宅（施設）への移動を選択することになる．

3.2. 特殊条件整備

一般住宅が高齢者の居住に適しない場合，特殊条件として整備された高齢者向け住宅に住居移動しなければならない．この場合，居住・生活の継続性を配慮すると，地域内の高齢者向け住宅に移動することが必要となる．

3.2.1. 主要な高齢者向け住宅の概要

デンマークの高齢者向け住宅には，次のようなものがある．

(1) 非営利住宅協会の高齢者向け住宅（almennyttige ældreegnede boliger）
(2) 都市再開発による高齢者向け住宅（byfornyede ældreegnede boliger）
(3) 高齢者向け協同組合住宅（ældreegnede andelsboliger）
(4) 民間の賃貸高齢者向け住宅（private ældreegnede boliger）
(5) 高齢者住宅（ældreboliger）
(6) 介護型住宅（plejeboliger）

以下，それぞれについて説明する．本稿での「高齢化対応住宅」，「高齢者向け住宅」，「高齢者住宅」の概念については，Platz の定義（Platz 1992：2)を参考にする．つまり，「高齢化対応住宅」(ældreegnede boliger）とは，専用のキッチンとバスルームがあり，住戸までのアプローチ部分と内部構造が，車いす使用者を含む歩行が困難な者でも居住可能な構造になっている住宅を指している．「高齢者向け住宅」(boliger for ældre）は高齢化対応構造になっているかどうかにかかわらず，高齢者を対象にして供給される住宅全体を指すことにする．また，(5）の「高齢者住宅」(ældreboliger）は，1987年に制定された高齢者住宅法の適用を受けて建設・供給される住宅を指す．

(1）非営利住宅協会の高齢者向け住宅

デンマークでは，政府・地方自治体などの公的セクターよりも，非営利住宅協会(almennyttige boligselskaber）や，後述の協同組合（andelsboligforeninger）などの非営利セクターが住宅供給の上で大きな役割を果たしている．非営利住宅協会は住宅建築物法によって政府の補助を受けて住宅を建設する．供給された住宅の約半分が高齢化対応の住宅になっている（Platz 1992：31)．補助を受けて建設できる住宅の戸数（割り当て戸数）は毎年政府が決定し，割り当て戸数のうち 1,000戸以上を高齢者・障害者対応にしなければならない（住宅建築物法(lov om boligbyggeri）第30条第１項）となっていたが，1994年から各コムーネ[1]（kommune）が建設戸数を決定することになった．しかし，コムーネに存在する，公的補助を受けて建設される３種類の住宅（高齢者住宅，非営利住宅，若年者住宅（ungdomsboliger))のうち賃貸されていない住宅の戸数が２％を超えると，コムーネは住宅協会に新規の建設の補助を与えないことになっている（Finansministeriet 1994：230)．コムーネは通常，非営利住宅協会の住宅の入居決定権をもたないが，非営利住宅協会の空き住宅の25％までをコムーネの福祉目的の受け皿住宅として使用することを決定できる（住宅建築物法第14条第２項)．受け皿住宅として使用することが決定してから入居者が入居するまでの家賃は，コムーネが支払う．しかし，空き住宅が高齢化に対応した構造とは限らない．25％と規定されてはいるが，コムーネと各非営利住宅協会との協定によってそれ以上あるいはそれ以下の空き住宅の割り当て決定権をもつことができる．コムーネが非営利住宅協会にどの程度の入居決定権をもっているかはコムーネによってさまざま（10～100％）であるが，平均は約25％である（Platz 1992：31)．

ナクスコウ市（Nakskov kommune）のように，非営利住宅を建設する際に，作業療法士（ergoterapeut）が設計に関わることを義務づけているコムーネもある．これによって高齢者の生活しやすい設計が施され，供給される全ての非営利住宅が高齢化対応構造となっている（Platz 1992：150)．

また，エスビェア市（Esbjerg kommune）では1985年より非営利住宅の１階部分の

全住戸を高齢化対応構造にすることを義務づけている（Platz 1992：159）．1階の住戸は階段で上り下りをする必要がないので外出が楽で，高齢者の居住に適している．

(2) 都市再開発による高齢者向け住宅

1987年に制定された高齢者住宅法（ældreboliglov） だけでは十分な量の住宅を供給できないことから，同時に都市再開発ならびに住居改善に関する法律（lov om byfornyelse og boligforbedring）も改正され，都市再開発によって供給される住宅の高齢者・障害者対応の設備に対しても補助金が支給されるようになった．また，住宅大臣は高齢者・障害者を考慮した基準を設定することができる．こうして，再開発によって高齢者向け住宅が供給されている．

コムーネは，高齢者や障害者に高齢化対応住宅の入居の優先権を与えることができる．しかし，前居住者が建て替え後の再入居を希望する場合，そちらが優先される．前居住者が再入居を希望しないコムーネ所有の住宅と非営利住宅協会所有の住宅の一部の入居決定権はコムーネがもっている．

(3) 協同組合の高齢者向け住宅

協同組合住宅（andelsboliger） は協同組合住宅法によって政府の補助を受けて建設される．協同組合が土地，建物を所有し，組合員は資本の一部を所有する．新規建設の場合，組合員は建設コストの20%に当たる部分をデポジットとして納め，残りの80%についてはローンを設定し，住居費として毎月組合に支払う．組合員の所有する資本の一部は売買可能であり（ただし組合の承認が必要）， 協同組合住宅は，持ち家と賃貸住宅の中間に位置する所有形態と言える．新規の組合員入居は空き住宅ができたときのみ認められる．この協同組合住宅にも高齢化対応住宅に設計されているものがある．

(4) 民間の賃貸高齢者向け住宅

年金基金（pensionskasser）やその他の供給主体が建設する高齢化対応住宅．年金基金は高齢者住宅法による高齢者住宅を建設することもできるが，同法の適用を受けない住宅も建設している．コムーネと協定を結んで，一定期間の入居決定権をコムーネに委託することもある．民間の高齢者向け賃貸住宅が全国にどれだけ存在するかは，統計がとられていないため不明である．

(5) 高齢者住宅

(a) 高齢者住宅法の制定

高齢者住宅法[2)]は，公的な高齢者の住宅の財源・運営の一本化を図り，住宅の設計基準を設定するために1987年に制定された．本稿において，デンマークの「高齢者住宅」(ældreboliger)というとき，高齢者住宅法の適用を受けた住宅のみを指すことにする． 高齢者住宅法が制定される以前の公的な高齢者のための住居（施設）は主に，高齢者集合住宅（lette kollektivboliger），年金受給者住宅（pensionistboliger），

保護住宅（beskyttede boliger），プライイェム（plejehjem）の４種類であった.[3)]

これらの住宅・施設は，既存のものは年金受給者住宅を除いてそれまで通りに運営・賃貸されるが，新規供給は止められている.

（b）建設の決定と住宅の供給

地域の高齢者の住宅に関するニーズを把握しているのは中央政府ではなく，最小行政単位であるコムーネである．そこで，中央政府が住宅の設立戸数を決定するのではなく，各コムーネが地域事情に応じて適切な住宅を供給することが望ましい．高齢者住宅法では政府は補助を出す割り当て戸数を決定せず，各コムーネが設立戸数を決定することになっている．これによって政府の事務が簡素化される．その代わりに，各コムーネは高齢者住宅に関する報告書を住宅省に提出しなければならない．また，次年の高齢者住宅の建設予定戸数を報告しなければならない.

高齢者住宅の供給主体は，コムーネ，非営利住宅協会，非営利団体（selvejende institutioner），年金基金である.

高齢者住宅は新規供給だけでなく，既存建築の転用によっても供給できる．例えば，既存の一般住宅の一部を高齢者住宅に改築することもできる．これによって，高齢者住宅を孤立させることなく，他の住宅と統合された形で配置できる．プライイェムを高齢者住宅に改築する計画をコムーネの高齢者向け住宅政策の中心に置いてきたコムーネも多い．グラフ１（グラフ，図は本稿末にまとめて掲載）より，高齢者住宅の戸数が増加し，プライイェムの定員数が減少していることが読み取れる.

（c）高齢者住宅の構造・面積基準

まず，高齢者住宅の構造基準であるが，車いす使用者を含む高齢者や障害者に対応した構造にしなければならない．各住宅にはトイレ，バス，キッチンが設置され，上下水道が通っていなければならないと規定されている．構造に関してはこのように大ざっぱな規定のみで，詳細は各コムーネに任されている.

住宅へのアクセスは，歩行障害がある者でも可能でなければならない．２階以上に住宅がある場合はエレベーターを設置しなければならないが，既存の建築物の転用時にコムーネが建築物の構造上設置が困難であると認めた場合は設置しなくてもよい.

高齢者住宅は住宅の面積に関して，共同設備を含む，各プロジェクトの総床面積を戸数で割った一戸当たりの平均面積が67m²を超えてはならないと規定している．つまり，プロジェクト内の一戸当たり平均床面積さえ守れば各住宅のサイズは自由に設定でき，単身者向け，夫婦向けなど様々な面積の住宅を供給することが可能である（図１参照）.

高齢者住宅法では，どの住宅からも24時間迅速な援助を呼べるようにしなければならないと規定されているが，具体的にどのような方策によってこれを実現するかは，各コムーネに任されている．具体的な方策としては，ホームヘルパーなどの職員の詰

め所の設置や，緊急呼び出し装置を地域のホームヘルパー詰め所につなぐなどがある．

（d）共同設備

住宅部分以外の共同設備にも補助が行なわれる．共同設備とは，共同リビングルーム，共同ダイニングルーム，共同ゲストルーム，ホビールーム，共同ランドリー，廊下などで，各プロジェクトの住宅の居住者のみが利用できる．共同設備にも高齢者・障害者に対応した仕様が要求されるが，面積やその機能などについては規定されておらず，各コムーネに任されている．しかし，共同設備を含む総床面積を戸数で割った平均面積が67m²を超えてはならないので，共同設備を大きくすると，住宅部分の面積はその分，狭くなる．

（e）専用キッチンが設置されていない高齢者住宅

1988年より社会支援法（bistandslov）によるプライイェムの新規供給が止められたが，プライイェムに類似した住宅を供給する可能性が残されている．高齢者住宅は各住宅にキッチンを設置しなければならないが，高齢者住宅法の第４条によると，コムーネは特別な場合にはキッチンを設置しない住宅を供給することができる．このような住宅に共同キッチンを設置し，サービス施設を隣接配置すれば，準プライイェム住宅ができるというものである．障害者のグループホームなどを建設する際にも，この規定は利用できる．このように，高齢者住宅法の規定はフレキシブルであり，多様な住宅が供給できるように配慮されている．

（f）建設資金と家賃

高齢者住宅の建設資金は，供給主体に関係なく，91％は物価スライド制融資[4]によって調達され，７％はコムーネの無利子ローン，残りの２％は居住者のデポジットによって調達される．1993年まではコムーネの財源負担率が大きかった．1994年からコムーネの実質負担率が引き下げられ，非営利住宅の場合と同じになったため（グラフ２参照），同年より高齢者住宅の建設戸数が増加している．

物価スライド制融資の返済に対して，コムーネが利子補助を実施する．

建設費は政府が定める限度額以内に抑えなければならない．限度額は地域と人口によって10分類され，年４回改定されている．1996年７月１日現在，限度額は，一戸当たりの平均床面積が56m²以上の場合，一戸当たり610,720～718,260クローネ［1996年９月現在，１クローネ≒19円］であり，平均床面積が56m²未満の場合は，１m²当たり10,939～12,863クローネとなっている（建築家 Børge Østergård 提供資料による）．

家賃は，住宅建築物の建設費，維持費などの全経費を基に算出される．家賃は入居者の収入に関係なく一定である．高齢者住宅と高齢者集合住宅の平均家賃は，1994年現在，月当たり3,300クローネ，平均床面積は63m²である（デンマーク住宅省 Yvonne Hansen 提供資料による）．

(6) 介護型住宅

介護型住宅とは，「当該住宅の居住者のニーズに合った，職員付きの介護・サービス機能を付設した高齢者住宅」のことである（Folketinget 1995：1）．介護型住宅という呼称は，プライイェム内の各住戸を指すときなどに使用されてきたが，法律の中で定義され，使用されたのは，1996年１月１日から施行された，改正高齢者住宅法が初めてである．

介護型住宅を導入した目的は，援助なしには生活できない高齢者（痴呆高齢者を含む）のための住宅を確保することである．

1987年から導入された高齢者住宅でも，職員（ホームヘルパーなど）の詰め所，リハビリセンターなどのサービス施設を隣接して設置することができたが，その場合，サービス施設は，社会支援法を適用してコムーネが独自に設置しなければならなかった．このため，すべての高齢者住宅にサービス施設が設置されているわけではなく，虚弱な高齢者は，ケアが近接していないことから不安感をもち，また，自立した生活が困難であった．このため，高齢者住宅は，自立した比較的健康な高齢者に適した住宅と言われていた．しかし一方，プライイェムから高齢者住宅の転換が進められ，プライイェムの入居定員数が年々減少していき，虚弱高齢者の居住の場を確保することが困難になってきた．さらに，多くのプライイェムが居住の場として適していないことが指摘され，これを質の高い介護型住宅に改築する必要が高まってきた．

このような背景により，高齢者住宅に職員の配置されたサービス施設を付設する場合には国から補助金を支給する制度を導入し，「モダン・プライイェム」（moderne plejehjem）とでもいうべき，介護型住宅の量的充実を図ろうとしている．

サービス施設への補助金は，サービス施設が付設した高齢者住宅１戸につき，年間4,000クローネが国からコムーネに支給されるというものである．補助金は５年間支給された後，毎年同額ずつ減額され，さらに10年間支給される．

政府は，1996年から高齢者住宅が毎年3,500戸供給されると予測しており，このうち 3,000戸がサービス施設が付設した介護型住宅として供給されると見込んでいる（Folketinget 1995：12）．

3.2.2. 住宅改造と補助器具

(1) 住宅改造

高齢化に対応した設備・仕様になっていない住宅を，そこに居住する各高齢者の特性に合わせて改造することによって，自立した生活が可能になり，高齢者の居住・生活の継続性が保たれる．

住宅改造に関しては，社会支援法に次のように定められている．

障害を有する者あるいは慢性疾患や年齢によって虚弱な者に対して，住居を

当該者の生活場所として適切なものにするために必要な住宅改造の援助を支給することができる.(社会支援法第59条第１項)

障害者や国民年金受給者のための集合住宅における援助や改造に要する費用をまかなうために必要な補助金を支給することができる.(同法 第59条第２項).

コムーネが住宅を居住高齢者に対応した仕様にするための改造に対して援助を行なう．持ち家だけでなく，賃貸住宅でも必要に応じて家主の許可を得て改造される．改造の内容は，手摺りの設置，スロープの設置，段差の解消などの小規模な改造から，エレベーターの設置，バスルーム・トイレの改造などの大規模なものまである．社会福祉保健局，医師，作業療法士，訪問看護婦，ホームヘルパーなどが連携して改造を行なう．

住宅改造は，高齢者の居住・生活を継続させるために重要であるが，多額な費用がかかりそうな場合には，高齢者向け住宅への住み替えを勧めるコムーネが多い．

(2) 補助器具 (hjælpemidler)

また，住宅改造に関連して補助器具も，低下した身体機能によって困難が生じている日常生活の機能を補って自立生活を援助し，介護者の負担を軽減する役割を果たしている．

補助器具については，社会支援法第58条第１項で次のように定められている．

障害を有する者あるいは慢性疾患や年齢によって虚弱な者に，特別な衣料を含む，次の各号に掲げる補助器具に関する援助を与えることができる．

１）本人が職業に従事するために必要なもの．

２）本人の苦痛を著しく軽減することができるもの．

３）本人の在宅での日常生活を非常に容易にすることができるもの．

社会大臣は，援助を行なう補助器具の種類や受給者負担などのガイドラインを作成する．

補助器具の補助申請は居住コムーネに行なう．コムーネは医師や，各アムツコムーネに設置されている補助器具センター (hjælpemiddelcentraler) と協議して補助支給を決定し，購入・配達を行なう．補助器具センターは補助器具の展示や使用法のアドバイスを行なっており，補助器具に関する情報の拠点となっている．

200クローネ以下の補助器具購入費用は本人の負担であるが，それ以上のものは，本人やその世帯の収入に関係なく，コムーネが補助することになっている． 補助は，貸与，現金支給，現物支給のいずれかの形態で与えられる (Socialstyrelsen 1988 : 18).

補助器具のうち高齢者が特によく利用するものには，車いす，特殊ベッド，家庭用品（台所用品など)，移動用リフト，補聴器，特殊電話などがある． 契約業者からの

購入という形をとることもあるが，多くの場合，コムーネから無料貸与され，必要がなくなると返却される．個人に合わせて調整が必要なものはそのたびに調整され，何度も利用される．

補助器具の利用は多く，一例を挙げると，アムツコムーネの機能も備えるコペンハーゲン市（人口約60万人）の補助器具センターの1992年の利用者は約6,000人，延べ配達件数は約72,000回にのぼっている（中山 1994：147-148）．

以上，高齢者向け住宅の整備について述べてきた．デンマークではまず基本的に建築基準法で最低限の高齢化対応設計が義務づけられているため，一般住宅で高齢者が出来る限り継続して居住できるようになっている．ところが，身体機能の低下があるレベルを越えると，階段を上れない，あるいは狭くて車いすが使えないなどの理由で，高齢者は一般住宅で居住・生活を継続できない．このとき高齢化対応住宅が次の居住の場として登場する．高齢化対応住宅は量的にかなり供給されてきており，居住を希望する地域内での住居移動がかなりの部分可能となっている．

デンマークでは，1987年まで多様なカテゴリーの高齢者向け住宅が公的に供給され，高齢者が居住形態を選ぶうえで選択肢が豊富に揃えられてきた．1987年には，高齢者住宅法の制定によって高齢者向け住宅システムを一本化し，高齢者住宅という一つの枠組みの中で様々な高齢者に対応していく施策をとってきた．ところが，高齢者住宅では必ずしもケアサービスの拠点が近接しておらず，虚弱な高齢者には向かないという批判が高まってきた．その結果，介護型住宅が法的に規定され，この問題の解決を図ろうとしている．介護型住宅については，導入から間もないため，資料が少ないが，これからの動向を見守る必要がある．

4. 高齢化対応の住環境の整備

4.1. 交通システムの整備

交通とは，人および物の空間的移動のことである．交通のもつ社会的役割は，人や物の空間的移動を通して人々の社会的・経済的な活動を可能にし，生活を支えていくことにある（秋山 1993：20）．高齢者が交通手段を利用できないと，例えば，買い物に行けない，病院で診察を受けられない，家族や友人を訪問できないなどの状況に陥り，社会から孤立し，生活が維持できなくなる．したがって，移動に困難を伴う高齢者でも利用できるように交通システムを整備する必要がある．

また，歩行あるいは車いす移動をする空間である道路の整備なども高齢者の住環境にあって重要な要素である．具体的方策は，不必要な段差をなくす，歩道の幅を確保する，歩道上の障害物の除去などである．

住宅から食料雑貨店や郵便局が遠くても，交通手段があればそこへ出向くことができる．特に車を運転しない高齢者にとっては，公共交通機関が近くにあることが必要

である.

やや古い資料ではあるが，Platz の1988年の調査（Platz 1989）と1990年の調査（Platz 1992）によると， 高齢者が住む一般の住宅と比較して，高齢者住宅は，公共交通機関までの距離が短いものが多い．距離の区切り方が異なるため単純に比較はできないが， 高齢者が住む一般の住宅では，最寄りの交通機関乗り場までの距離が500m未満のものの割合が77%であるのに対し， 高齢者住宅では500m以下の割合が94%となっている.

全国のバスと鉄道には，高齢者割り引きがある．鉄道の駅のホームまでの階段には必ずスロープかエレベーターが設置されており，車いす利用者がホームまで行けるようになっている.

デンマークでは多くの自治体がＳＴサービス（スペシャル・トランスポート・サービス）を行なっている．首都圏では，３カ月間ごとに17往復（34片道）の移送が，安価で利用できる．首都圏域内をタクシーと同じように24時間いつでも利用できる．ただし予約制で，前日の正午までに予約が必要である．車いす利用者にはリフト付き車両が提供される．付き添いが必要な人には１人の同伴人が認められる.

その他の地域では，コムーネによって，自治体がリフト付き車両で移送を行なったり，民間のタクシー会社に委託していたりと様々である（伊東 1992：61-62).

病院では，自力で自宅と病院を往復するのが困難な患者に無料の送迎サービスを行なっている．デンマーク政府は1996年初めに，病院から５km以内に居住している患者は送迎費用を自己負担しなければならない制度を導入しようとしたが，これは，高齢者団体や医師たちから大きな反対を受け，断念した．日本では高齢者や病気の患者が外来や入院で病院までたどりつくのが大変で，家族が付き添って送迎することが普通であるが，このような制度があると，家族の手をわずらわさずに病院に行くことができる.

デンマークでは，高齢者とその子供が一緒に住んでいる同居世帯はほとんどなく，高齢者単身世帯や高齢者夫婦世帯が大部分なため，このような高齢者を対象に施策を行なっている．つまり，インフォーマル・ネットワークの援助によらずに生活を続けられるように配慮されている.

4.2. 高齢者の利用度の高い建築物の高齢化対応整備

高齢者は生活の中で様々な公共建築物や施設を利用している．これらの建築物・施設は高齢者・障害者が利用しやすい構造にすることが必要である．大規模な公共建築物だけでなく，生活に身近な食料品店舗などの小規模建築物を整備することが，高齢者の生活を支えるうえで重要な役割を果たす．高齢者の生活と密接に関係する建築物・施設には， 日常施設（スーパー・食料品店，銀行，郵便局など)，公共施設（市

役所など），高齢者福祉施設，医療施設（病院，診療所など），教育・文化施設（博物館，美術館，図書館など）がある．

高齢者の利用度の高い建築物の高齢化対応設計に関しては，特定して法的に規定されていないが，全建築物に適用される，建築基準法の一般の建築物の基準のところで最低限の高齢化対応設計が規定されている．以下に，建築基準法の該当箇所を抜粋する（Byggestyrelsen 1982：26，43-45，53，55）．

第２章

第１節　非建築部分

第４条

第２項　アプローチ部分は，建築物が障害者にも使用可能なように整備されなければならない．道路から非建築部分，建築物の入り口までのアプローチ部分は，幅が最低 1.3mなければならない．アプローチ部分の段差にはスロープと，１段の高さが150mm 以下，踏みしろが300mm 以上のステップを設置しなければならない．ステップの両側の，段の角から最低 0.8mのところに手摺りを設置しなければならない．

第４章

第２節　コモン・アクセス

第１条

第４項　入り口から１階の住戸や，その他の部分，エレベーター（設置されている場合）に，建物のすぐ外のアプローチ部分と段差なしでアクセスできなければならない．

第５項　修復等の改築工事に際して，障害者にも使用可能なように，エレベーター及び入り口周囲の設計を行なうこと．

第２条

第２項　コモン・アクセスにおける廊下や，エレベーター前のスペース，スロープ，踊り場は，通行可能な幅が最低 1.3mあること．

第５項　廊下やスロープ等は縁石等によって安全が保障され，手摺りが設置されていること．

第３条

第１項　コモン・アクセスにおける階段は通行可能な幅が最低１m確保されていること．

第８項　コモン・アクセスにおける階段は縁石等によって安全が保障

され，手摺りが設置されていること．

第４節　居住目的以外の建築物

第１条

第４項　公共のアクセスを前提とする階，或いは建築物内の職員以外の人々に利用される階にトイレを設置する場合，最低１つのトイレは，車いす使用者が利用可能なようにアクセス部分と内部構造を設計しなければならない．

第６項　事務所等の建築物においてトイレを設置する階では，最低１つのトイレは車いす使用者が利用可能なようにアクセス部分と内部構造を設計しなければならない．

このように，デンマークでは，高齢者の利用度が高い建築物を特定して高齢化対応設計を規定するのではなく，全ての建築物において最低限の高齢化対応を義務づけている．

4.3. 高齢者の利用度の高い施設等の適正配置

高齢者がよく利用する建築物・施設は，高齢者がアクセスしやすい日常生活圏内になければ，利用が困難になり，高齢者の生活を妨げることになる．したがって，各建築物・施設を適切な規模のエリア内に適正に配置することが必要になる．

それでは，エリアの適正な規模とはどの程度だろうか．まず，高齢者が歩行でアクセスしやすい距離を考える．これは個人差があり，一概には言えず，また，デンマークと日本では異なるかもしれないが，ここでは，東京都中野区の調査を参考にしてみる．1989年３月に制定された「地域高齢者住宅計画」の「日常生活施設利用圏域別歩行の大変さ」の調査結果によると，徒歩で行くのが少し大変と答えた高齢者の割合は，200mで15.6%，400mで28.3%，600mで31.5%，800mで40.9%であった．山崎・田村（1993：72）は，概ね400m程度以内が歩行しやすい圏域とし，これは，人口約１万人の小学校区程度になるとしている．

しかし，これはあくまでも高齢者の歩行能力から考えたエリア設定であり，施設の性格上，あるいは経済効率上，各小学校区に設置することが困難なものもあるため，各施設配置を決定する際の参考資料としてむしろ位置付けるべきだろう．

また，スーパー，金融機関などの民間施設は，行政側からの指導が難しいため，適正配置をコントロールできないという事情もある．したがって，逆に，高齢者向け住宅建設地を決定する際に，先に，このような施設が適正なエリア内にあるかどうかを考慮するということが必要である．

高齢者の利用度の高い施設が適正に配置されないと，高齢者の居住する住宅から施

設までの距離が遠くなり，高齢者の利用が困難になる．

デンマークの場合，ネストヴェズ市（Næstved kommune） において実施された調査（Hansen & Clemmensen 1991）によると，他の高齢者と共に行なう活動（趣味活動，娯楽，勉強会など）に参加していない高齢者の参加しない理由は，「活動場所までの距離が遠い」が25%を占めていた．このように距離は高齢者にとって大きな意味をもつのである．

高齢者の利用度の高い施設は様々であるが，食料雑貨店（又はスーパーマーケット）までの距離を前述の Platz による1988年，1990年の調査から見ると，高齢者住宅から食料雑貨店への距離は，高齢者が住む一般の住宅のそれと比較して小さいことがわかる． 高齢者が住む一般の住宅では，食料雑貨店までの距離が500m未満のものの割合が58%であるのに対し，高齢者住宅では500m以下の割合が85%となっている．

高齢者のよく利用する施設を適正な規模のエリア内に配置することが重要であると述べたが，多くのコムーネは高齢者向け住宅を建設する際にその立地条件を重視しており（Platz 1989：39-41），出来る限り地理的に便利な地域に建設するようにしている．

高齢者に必要な施設へのアクセスを配慮し，さらにその構造を高齢化対応構造にすることが高齢者の外出を促し，自宅での孤立を予防する役割を果たす．これは高齢者の自立の援助につながる．居住・生活を継続させるための自立の援助がデンマークの高齢者施策の一つの特徴である．

5. 居住機会の平等の保障

5.1. 公的住宅手当制度

多くの高齢者は退職して収入が減少するため，住居費は大きな負担になる．家賃補助を中心とする公的住宅手当が支給されれば，高齢者がスラム的劣悪住宅に住む必要がなくなり，誰もが一般住宅に住めるようになり，住宅のノーマリゼーションが可能になる．

デンマークでは，後述の条件を満たす全てのデンマーク定住者に住宅手当（boligydelse）が支給されている．通常の住宅手当は，賃貸住宅居住者にのみ家賃補助の形で支給されるが（boligsikring），公的年金受給者（就労障害者手当（invaliditetsydelse）受給者を含む）の場合，間借り，プライイェム，保護住宅を除くあらゆる形態の住宅の居住者に適用される．これによって高齢者の住居費負担が収入の約15%以内に抑えられ，高齢者が一般住宅に居住することが可能になる．以下に住宅手当制度の概要を示す．

5.1.1. 住宅手当制度の概要

(1) 受給資格

住宅に独立したキッチンと上水道が設置され，下水道が敷かれていること．

年収が135,300クローネ以下の場合，住居費が年収の10%を超えている世帯． 年収が135,300クローネを超える場合，住居費が，135,300クローネの10%と，年収から135,300クローネを引いた額の20%を加算した額を超えている世帯．

(2) 住宅手当の支給形態

賃貸住宅居住世帯には補助金として現金支給されるが，協同組合住宅居住世帯には，半額が現金支給，残りの半額は融資される．持ち家居住世帯には，20%が現金支給，80%が融資される．融資部分の権利を放棄することもできる．

(3) 住宅手当の算出

住宅手当額は，世帯構成，世帯収入，住居費，床面積によって算出される．

(a) 世帯構成

当該住宅に定住している者全てが，別に家賃を払っていない限り計算に入れられる．

(b) 世帯収入

前々年度の世帯の総収入から算出される．ただし，世帯の受給年の予想収入がそれより20,000クローネ以上高い場合や，10,000クローネ以上低い場合，予想収入から算出する．

(c) 住居費

賃貸住宅の場合，家賃が基準で，暖房費，温水費，電気代などは含まれない．家賃が同面積の住宅と比較して著しく高い場合，コムーネは家賃を減額して計算してもよい．

持ち家や協同組合住宅の場合，手当支給年の固定資産税，住宅の管理・維持費，道路負担金，下水道負担金などから算出される．

住居費には限度額（子供[5]のいない世帯では 49,900クローネ）があり， それを超えるとその部分は自己負担になる．コムーネが斡旋した高齢者住宅や非営利高齢者向け住宅の場合，限度額は設定されていない．

住居費が世帯収入の半分を超える場合，コムーネは総合的な判断を下し，住宅手当を減額することができる．

(d) 床面積

支給対象になる床面積は，最初の１人につき65m²（重度の障害をもち，住宅が障害対応になっている場合は75m²），あとは１人につき20m²が追加される． 超過分については，1992年12月以前から手当を受けている世帯は，超過40m²までは１m²あたりの住居費の30%が加算される．それ以上の超過分は計算に入れない．1993年１月以降に手

当の支給が認められた世帯には，超過面積分の手当は支給されない．

1987年以前は住宅の「部屋数」で計算されていたが，それによって部屋数の少ない大きな住宅の建設が促進される結果になったため，1986年の住宅手当法の改正（施行は1987年より）によって床面積が採用されるようになった．

住宅手当受給世帯が支払わなければならない最低負担額は，世帯年収が135,300クローネ以下の場合は年収の10%で，世帯年収が135,300クローネ以上の場合には，135,300クローネの10%に，年収から135,300クローネを引いた額の20%を加算した額になる（最低 4,800クローネ）．住宅手当額は住居費の90%と最低負担額の差額となる．手当支給額の限度額は年間26,316クローネである（子供が３人以下の世帯）．コムーネが斡旋した高齢者住宅や非営利高齢者向け住宅の場合には，限度額は設定されていない（Forsikringsoplysningen 1994：20-26）．

5.1.2. 住宅手当の算出例

年間の家賃が47,500クローネの95m²の賃貸住宅に居住している年金受給者の夫婦（1992年以前から住宅手当を受給している）を例にとって住宅手当を算出する．年収は140,000クローネとする．

１m²当たりの住居費：47,500÷95＝500クローネ/m²

世帯人数が２人なので，65m²＋20m²＝85m²分が満額支給される．

500クローネ/m²×85m²	＝42,500クローネ
超過床面積の10m²分：10m²×500クローネ×30%	＝ 1,500クローネ
算出基準になる住居費：	44,000クローネ
最低負担額：135,300クローネ×10%	
＋（140,000－135,300）×20%	＝14,470クローネ
算出基準住居費の90%は：44,000クローネ×90%	＝39,600クローネ
住宅手当額：39,600クローネ－14,470クローネ	＝25,130クローネ

5.2. その他の施策

高齢者の配偶者（あるいは２年以上世帯を共にしていた者）が死亡した場合，残った高齢者はそれまで居住していた住宅に継続して居住する権利が法的に保障されている．これは，死亡した配偶者の状況によって当該住宅の入居が決定された場合にも適用される．保護住宅の場合は，コムーネが継続居住を認めるか否かを判定する．保護住宅の空きを待っている高齢者がいる場合以外には，出来る限り現居住者の継続居住を尊重するよう配慮されている．やむを得ず退去させるときにはコムーネは援助して入居先を確保しなければならない．

高齢者の配偶者が死亡すると住宅手当は減額されるのだろうか．住宅手当の規定に

よると，配偶者の死亡は世帯人数の減少につながる．住宅手当は世帯人数によって算出されるため，人数が減少すれば本来は住宅手当が減額されるが，国民年金と早期年金の受給者に関しては，配偶者の死亡によって住宅手当が減額されないことになっている（Socialkommissionen 1993：172）．

このように，デンマークでは，高齢者が現在の住宅に住み続ける機会を保障している．まず，年金生活に入って収入が減少しても経済的理由で低家賃・劣悪住宅に住居移動しないで済むように住宅手当が実施されている．良質な住宅に居住する機会が保障されているということもできる．また，配偶者が死亡しても現在の住宅に住み続けられるように，継続居住権が保障されているとともに，住宅手当が減額されないようにもなっている．

6. ケアサービスの整備

ここでは，デンマークのケアサービス整備における特徴を，日本と比較しながら述べていく．

住宅は人間の生活の基盤であるから，本来，住宅保障は福祉分野と一体的に考えられなければならない．しかし，福祉施策と住宅施策が分離されている現実では，その速やかな連携を図ることが必要となる．

日本でもデンマークでも，施設から在宅への転換が言われているが，高齢者の在宅での継続居住を可能にするためには，十分なケアサービスが適切に供給されるシステムの整備が前提になる．一般住宅の場合，居住の場とケアサービスは分離されており，必要に応じて住宅外のケアサービスを利用しなければならないからである．

ところが日本の現状は，ケアサービス供給が量的に十分とはいえないため，重度の要介護高齢者は在宅での生活が不可能となり，居住機能とケアサービスがパッケージで提供されている施設への入所を余儀なくされる．施設の居住性は住宅からはほど遠く，雑居部屋で，プライバシーが尊重されていない．また，高齢者の自立を損ない，依存性を高めてしまうことも多い．

そこで，ケア付き住宅という概念が登場する．これは，ある程度のケアサービスを居住機能に付設したものである．日本では量的に非常に少ないが，シルバーハウジング，シニア住宅などがこれに当たる．しかし，シルバーハウジングの対象は日常生活の自立可能な高齢者であり，将来に要介護に陥ったときには，外部のケアサービスを利用するか，特別養護老人ホームに入所することが想定されている．また，シニア住宅は終身保障型のものが多いが，そのため入居時に終身保障料を払うか，民間保険会社の介護保険に加入するなどの方式がとられている．いずれにせよ，シニア住宅は非常に高価格であり，とても一般高齢者向けとは言い難い．また，ケアハウスにもケアサービスが付設されている．入居対象となるのは，自炊できない程度の身体機能の低

下が認められ高齢者である．住宅に近い内容であるが，施設のバリエーションの一つと位置付けられている．

日本における高齢者の施設・住宅施策は未発達であり，量的にも北欧諸国などと比べると非常に少ないが，その発展方向を居住機能とケアサービスの関係から見ると，「身体機能別に対応した施策」に向かっているということができる．イギリスの施策も「身体機能別」である．イギリスでは，保護住宅が数多く建設されているが，それらは入居者の身体機能程度によって分類されており，第１種保護住宅，第２種保護住宅，２½保護住宅の順に要介護度が高くなる．イギリスの保護住宅は，高齢者は加齢による身体機能の低下に伴って，一般住宅→第１種保護住宅→第２種保護住宅→２½保護住宅→老人ホーム→看護ホーム→老人病院というステップを上がっていくという考え方を含んでいる（田端 1990：302）．しかし，身体機能の低下が連続的に進んでいる高齢者をこのように分類すると，身体機能の変化のたびに住居移動しなければならない結果になる．高齢者の居住・生活の継続性を保障するためには，高齢者の変化に応じて柔軟に対応できる居住とケアサービスのシステムが必要である．一般住宅で受けることができるケアサービスの充実がその大前提となる．

これらの議論を津田は次のように整理している（津田 1994：72）．まず，イギリスのような身体機能別に対応した施策を「段階別対応型」と呼び，このような施策では居住の場とこれに付随するサービスが中心にあり，人はそのサービスに合った人であること，あるいは合わせることが求められる．特に高齢者住宅の場合，サービスは限定されるため，人とその変化に対して常にミスマッチが生じ，逆に，サービスを十分に備えようとすれば，オーバーサービスが生じ，ケア施設と同様に高齢者の依存性を助長する．また，コスト増という問題もある．

一方，デンマークなどの施策は高齢者の変化に対して柔軟に対応する「居住継続型」である．人とその居住の場が中心にあり，サービスがこれを取り巻き，サービスは人に合わせて提供される．つまり，管理者側ではなく，高齢者側に立った施策であり，居住・生活の継続が最大限尊重されている．

デンマークでは前述のように，ケアサービスが居住の場に付与された形態のプライイェムや保護住宅の新規供給が1988年に禁止され，ケアサービスとは分離した高齢者向け住宅を拡充していくという方向に進んできた．1979～1982年に組織されていた高齢者政策委員会（Ældrekommissionen）の報告書（Ældrekommissionen 1982）において，既に居住機能とケアサービスの分離が提言されていた．ケアサービスが付与された施設や住宅では，各高齢者が必要としていないサービスまで含まれていたり，逆に介護が必要な高齢者は施設に入居しない限り十分なケアサービスを受けることができないなどの弊害があるため，居住形態に関係なくケアサービスを供給するシステムを目指さなければならないとされていた．

1996年から介護型住宅というケアサービス施設を付設した高齢者住宅が導入された．また，それ以前からも，ケアサービス施設を付設した高齢者住宅は多数存在している．これは，「居住機能とケアサービスの分離」の原則に反しないのだろうかという疑問が生じる．しかし，この場合のケアサービス施設は，高齢者住宅専用の施設ではなく，市のホームヘルパー詰め所となっている．つまり，高齢者住宅に入居したから自動的にケアサービスが受けられるのではなく，一般市民と同様にホームヘルプのニーズが査定され，必要な場合のみ，詰め所に配置されているホームヘルパーのサービスを受けられるという仕組みである．このような高齢者住宅あるいは介護型住宅の利点は，ケアサービスが近接配置されているため，緊急時の早急な対応が可能で安心であること，また，一日に何度もケアが必要な高齢者を援助するホームヘルパーにとって訪問しやすいことである．

居住機能とケアサービスが分離したシステムが機能する前提は，十分なケアサービス資源が整備されていることである．デンマークでは特に1980年代に在宅福祉サービスの拡充が行なわれ，国際的にも福祉サービス資源が豊かとされている．また，高齢者住宅法施行後，プライイェムの閉鎖が多くのコムーネで行なわれているが，大規模な閉鎖を実施しているコムーネほど在宅福祉サービスの拡充に力を入れているという調査結果も出ている（Platz 1992：115）．

高齢者政策委員会の委員長を務めた Andersen（1991：36-38）は次のように述べている．

> プライイェムの介護職員が地域に出向いて，在宅高齢者にもケアサービスを提供する「統合ケア」(integreret pleje)システムが一部のコムーネで始められている．このように施設のケアサービス機能を地域に開放すると，一般住宅においてもプライイェム同様のケアサービスが受けられる．プライイェムは一般住宅より社会的交流がとりやすいため，社会的交流を必要とする高齢者は，プライイェムに入居するほうが好ましい場合があるが，要介護度によって，一般住宅とプライイェムを分類すべきではない．このように，プライイェムと一般住宅の差異はほとんどなくなっている．したがって，「出来る限り長い間在宅で」のように在宅を重視する目標は時代遅れであり，在宅（一般住宅）でもプライイェムでも同様に各高齢者のニーズに合わせてケアサービスが提供されるシステムを構築するべきである．

統合ケアは，プライイェムの介護職員がプライイェムの入居者と地域住民両方にケアサービスを提供するシステムである．1991年の資料では34％のコムーネで実施されていたが，1995年１月にその割合は81％にまで増加した（Danmarks statistik 1996: 8）．

以上のように，デンマークでは，施設の開放を目指し，施設と住宅の垣根を取り払

おうと試みている．そして，どこに居住しようとも同じケアサービスが受けられるシステムを構築している．デンマークの施設・住宅体系は，身体機能の低下に伴って住居移動を余儀なくされる「身体機能別対応」システムではなく，身体機能が低下すると，居住の場を変えずに，供給されるサービスを調整する「継続居住」システムである．このシステムの中では，高齢者は一般住宅に住み続けることが可能である．

ただ，前述のように，「継続居住」システムが機能するための前提は，十分な在宅福祉サービスが提供されていることである．サービスが削減されるとシステムがうまく機能せず，高齢者の継続居住に支障が出る．デンマークでは，在宅福祉サービスの縮少がしばしば批判されている．特にホームヘルプサービスの縮少が問題となっている事実は否めない．

7. おわりに

デンマークでは，高齢者政策委員会が1980年代初めに発表した報告書（Ældrekommissionen 1981）で，「人生の継続性の尊重，高齢者の残存能力の活用，高齢者の自己決定の尊重」という高齢者福祉３原則を提示した．この理念は現在のデンマークの高齢者の住宅関連施策にも反映されている．本稿では，居住・生活の継続性を保障することが高齢者の住宅・住環境を論じる上で重要であることを強調してきた．居住・生活の継続性の保障は高齢者福祉３原則の第１原則に当たるが，それまでの生活を継続させるためには高齢者の残存能力を活用して（第２原則），自立を援助しなければならない．高齢者が自分で自分の生活をどのように継続させるかを決定し，それを行政が出来る限り尊重（第３原則）しなければならない．

デンマークでは，建築物の最低限の高齢化対応設計が建築基準法で義務づけられており，高齢者でも，ある程度までは一般住宅で居住が可能である．特別な対応策としての高齢者向け住宅は，公的補助を受けて建設された非営利住宅協会などの公的住宅が多く，質・量ともに水準が高い．また，住環境に関しても高齢化対応設計が最低限保障されている．

また，住宅手当制度によって，高齢者の居住機会が保障されている．そして，身体機能が衰えてもそのために住居移動を余儀なくされることがない「居住継続型」のケアサービス・システムによって，高齢者は居住場所をその都度替える必要がない．

日本とデンマークは文化的，歴史的にも全く異なる国ではあるが，どちらの国においても，高齢者にとって住宅・住環境が大きな意味をもち，居住・生活の継続性の保障が必要であるという点では変わらない．日本では，福祉と保健・医療の連携は盛んに議論されているが，住宅分野との連携が議論されることはあまり多くない．福祉分野においても，住宅の重要性を認識し，その整備についてもっと真剣に検討すべきである．

（1996.10）

注

(1) コムーネ（kommune）とは地方行政単位であり，全国に275ある．日本でいえば，市町村に近い．本稿では，「コペンハーゲン市」のように，特定のコムーネを指す場合には，「市」と訳している．コムーネは主に，高齢者福祉，教育，住宅，環境などを所轄する． また，アムツコムーネ（amtskommune）はさらに広域の行政単位で，複数のコムーネで構成されている．全国に14ある．日本でいえば，都道府県に近い．主に医療，障害者福祉，成人教育，交通網などを所轄する．

(2) 高齢者住宅法（ældreboliglov） は高齢者・障害者住宅法（lov om boliger for ældre og personer med handicap）の通称である．

(3) それぞれの住宅（施設）の概要は次の通りである．

①高齢者集合住宅（lette kollektivboliger）

住宅建築物法によって1976～87年に供給された賃貸住宅．供給主体は非営利住宅協会とその他の非営利団体（selvejende institutioner）である．ある程度生活が困難だが付きっきりの介護は必要でない高齢者が対象で，住宅の質は比較的高く高齢化対応構造である．床面積は原則的にグロスで60㎡以下，典型的な住戸のタイプは，２部屋＋バス＋キッチンである．職員の詰め所の設置は義務づけられていないが，緊急通報システムを設置しなければならない．

②年金受給者住宅（pensionistboliger）

年金受給者住宅の供給主体は非営利住宅協会とコムーネであるが，どちらもコムーネが貸し出している．1930年代～1987年６月30日に供給された．年金受給者住宅は通常老朽化した低質な住宅で，高齢者集合住宅のように高齢化対応構造になっていないものがほとんどである．典型的な住戸のタイプは，60㎡以下，１～２部屋＋キッチンである．1987年７月１日からは一般の住宅と同様の条件で賃貸されている．また，多くが高齢者住宅に改築されている．

③保護住宅（beskyttede boliger）

社会支援法（bistandslov）によって1967～87年に供給された住宅． 保護住宅の供給主体は，コムーネ，アムツコムーネ，非営利団体である．実質的には「住宅」ではなく，職員によるサービスが付加された「施設」と認識されている．入居の対象となるのは，一般の住宅での生活は不可能であるが，プライイェムやデイホーム（daghjem）の入居を必要とするまでには至らない高齢者． 洗濯サービスや食事サービスが受けられるようになっている．プライイェムに付設されている保護住宅も多い．その場合，職員の詰め所はプライイェム内にあることが多いが，保護住宅専用の職員のサービスを受けたり，一般のホームヘルプ，訪問看護

を受けたりすることもできる．家賃，暖房費，介護費は収入の25%を支払う．典型的な住戸のタイプは60～70㎡，２部屋＋バス＋キッチンで，緊急通報システムが設置されている．

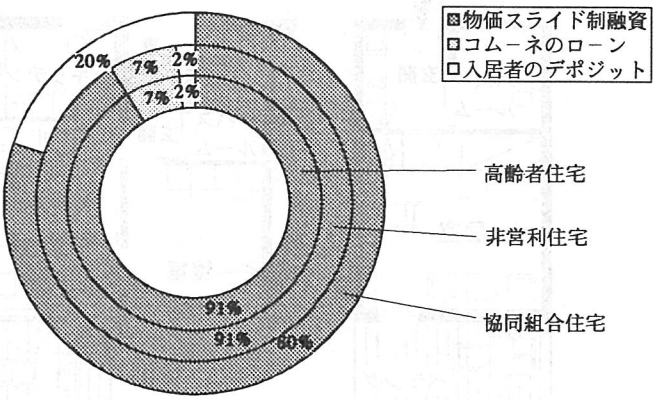
④プライイェム（plejehjem）

社会支援法によって1987年まで供給された施設．供給主体は，コムーネ，アムツコムーネ，非営利団体である．対象になるのは，健康上の理由によって自宅での生活が不可能な高齢者．ほとんどが15㎡以上，１部屋（夫婦には２部屋）＋トイレ（シャワーがついている場合もある）である．ミニキッチンが設置されているものもある．ベッド，サイドテーブルは支給され，残りの家具は自分で持ち込み可能である．職員体制は充実しており，入居者１人につき職員は0.97人である（1990年）．プライイェムの定員は年々減少しており，1991年には42,320人となっている（Plovsing 1991：8）．高齢者住宅に転用されるものも多い．

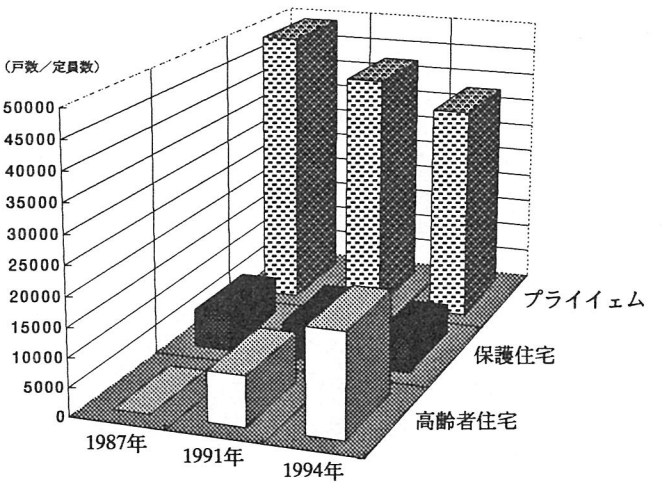
(4) 物価スライド制融資とは，未返済残額が物価指数に応じて調整される融資．

(5) 住宅扶助法（lov om individuel boligstøtte）でいう子供とは，23歳未満で両親・祖父母・里親と同居している者．

グラフ１．公的住宅の建設費調達方法



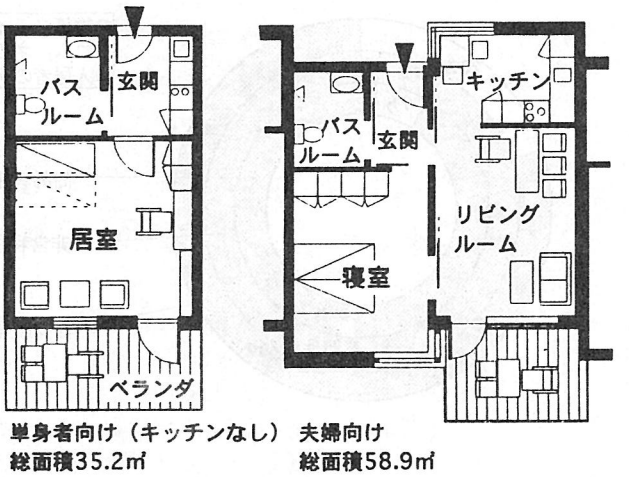
グラフ２．高齢者住宅・保護住宅・プライイェムの戸数の変化
（保護住宅・プライイェムの場合は定員数）



(Socialministeriet og Boligministeriet 1991: 12;
Danmarks statistik 1996: 10, 17 より作成)

図１．高齢者住宅の間取り例

左のキッチンなしのタイプは非常に少なく，供給されているのはほとんどが，キッチンとリビングルーム，寝室がある右のタイプである．



(Boligstyrelsen 1987: 34, 36 を参考に作成)

Ældreboligpolitikken i Danmark

Nobu Ishiguro

Resumé

Boliger er en vigtig del af ældres liv. De har en stor indflydelse på ældres fysiske tilstand, psykiske tilstand og sociale liv, for ældre bliver i deres boliger i meget længere tid end yngre mennesker. Derfor er boligerne et væsentligt element i ældrepolitikken. Nøgleordet skal være kontinuitet i tilværelsen. Der bør tages hensyn til, at ældre kan fortsætte ikke blot med at bo i deres boliger men også med deres livsformer. For at sikre kontinuitet i ældres tilværelse har følgende elementer afgørende betydning: 1. Der findes gode ældreegnede boliger, 2. Lokalmiljøet er ældrevenligt opbygget, 3. Der er samme ret for alle til at bo hvor de vil, 4. Der ydes tilstrækkeligt omsorgstilbud. I artiklen har jeg belyst, hvordan Danmark har realiseret ældres kontinuitet.

1. Der skelnes mellem den generelle metode og den specielle metode til at gøre boliger egnede for ældre.

Den generelle metode er at fastlægge i lovgivningen at alle boliger skal være egnede for ældre/handicappede i et vist omfang. Ifølge dansk bygningsreglement skal boligerne indrettes under hensynstagen til "personer, hvis bevægelses- og orienteringsevne er nedsat", således at boligerne opført efter bygningsreglements ikrafttræden er relativt hensigtsmæssige.

Den specielle metode er at tilbyde boliger specielt indrettede til ældre. I Danmark findes der flere slags ældreegnede boliger såsom almennyttige ældreegnede boliger, byfornyede ældreegnede boliger, ældreegnede andelsboliger, private ældreegnede boliger, ældreboliger i henhold til ældreboligeloven og plejeboliger. I 1987 trådte ældreboligloven i kraft, og ældreboliger afløser nyopførelse af de 4 tidligere kategorier af boliger og

institutioner (kommunale pensionistboliger, lette kollektivboliger, beskyttede boliger og plejehjem). I januar 1996 indførtes plejeboliger, som er ældreboliger med service arealer med tilknyttet personale.

2. For at gøre lokalmiljøet ældrevenligt er det vigtigt at offentlige transportmidler er hensigtsmæssige. I artiklen kaster jeg et blik på kørselsordninger for ældre/handicappede og afstande til offentlige transportmidler.

Bygningerne i lokalmiljøet bør indrettes lige så ældreegnede som boligerne. Ifølge dansk bygningsreglement skal bygningerne i almindelighed indrettes under hensyntagen til "personer, hvis bevægelses- og orienteringsevne er nedsat".

Afstande til de forskellige faciliteter ældre ofte benytter har også stor betydning.

3. Boligstøtte er et vigtigt middel, som muliggør af alle ældre kan bo i rimelige boliger uanset deres økonomiske forhold. I Danmark er boligstøttebeløbet temmelig stort.

En ægtefælle har ret til at blive boende i ældreboligen efter den anden ægtefælles død, selv om ældreboligen er anvist under hensyn til afdødes forhold.

4. Forudsætningen for at ældre kan fortsætte deres livsform er at de kan få den nødvendige service uanset hvor de bor. I Danmark afskaffes efterhånden boligformer hvor der til boligen er knyttet en fast pakke af service. Boliger og service adskilles, og service tilrettelægges fleksibelt.

De fleste kommuner har indført integreret pleje. I integreret pleje er det det samme plejepersonale, der betjener ældre i eget hjem og ældre på plejehjem. Det er en af konsekvenserne af at adskille service fra bolig.

参考文献

（発行所が記載されていないものは政府刊行物）

Andersen, Bent Rold. 1991. "Længst muligt i eget hjem. En forældet målsætning for ældrepolitikken!", *Socialforskning*. Oktober 1991, 34-38. København: Socialforskningsinstituttet.

Boligstyrelsen. 1987. *Vejledning af indretning af ældreboliger*. København.

Brand, Frederick N. & Richard T. Smith. 1974. "Life adjustment and relocation of the elderly", *Journal of Gerontology*. Vol. 29, No. 3, 336-340. Springfield: The Gerontological Society Inc.

Byggestyrelsen. 1982. *Bygningsreglement*. København.

Danmarks statistik 1996. *Social sikring og retsvæsen 1996: 14*. København.

Finansministeriet. 1994. *Budget 94 redegørelse*. København.

Folketinget. 1995. *Forslag til lov om ændringer af lov om boliger for ældre og personer med handicap, lov om individuel boligstøtte, lov om leje og lov om boligbyggeri*. København.

Forsikringsoplysningen. 1994. *Socialydelser*. København: Forlaget Forsikring.

Hansen, Eigil Boll & Niels Clemmensen. 1991. *Ældres aktiviteter sammen med andre*. København: AKF Forlaget.

Platz, Merete. 1989. *Gamle i eget hjem. Bind 1: Levekår*. København: Socialforskningsinstituttet.

———. 1992. *Kommunernes ældrepolitik: Fra plejehjem til egne hjem*. København: Socialforskningsinstituttet.

Plovsing, Jan. 1991. "Udviklingen i kommunernes serviceydelser til ældre", *Socialforskning*. Oktober 1991, 4-9. København: Socialforskningsinstituttet.

Socialministeriet & Boligministeriet. 1991. *Udviklingen på ældrebolig- og plejehjemsområdet 1987-1990*. København.

Socialkommissionen. 1993. *De ældre*. København.

Socialstyrelsen. 1988. *Vejledning om ydelse af hjælpemidler i henhold til bistandslovens § 58*. København.

Ældrekommissionen. 1981. *De ældres vilkår*. København.

———. 1982. *Sammenhæng i ældrepolitikken*. København.

秋山哲男編. 1993. 『高齢者の住まいと交通』. 東京：日本評論社.

伊東敬文. 1992. 「白夜の国の老人たち　9」, 『健康保険』 1992年9月号, 58-64. 東京：健康保険組合連合会.

経済企画庁編. 1993. 『国民生活白書　平成5年度版』. 東京：大蔵省印刷局.

厚生省大臣官房統計情報部. 1994. 『平成4年人口動態統計』. 東京：厚生統計協会.

社会保障研究所編. 1990. 『住宅政策と社会保障』. 東京：東京大学出版会.

鈴木晃. 1991. 「在宅福祉における住宅政策の役割」, 早川和男編『住宅人権の思想』, 155-174. 東京：学陽書房.

田端光美. 1990. 「高齢世帯に対する家賃補助の福祉効果」, 『社会福祉』第31号, 17-26. 東京：日本女子大学社会福祉学科.

津田美知子. 1994. 「高齢者住宅の発展過程」, 建築学会研究協議会編『高齢社会の将来と公共住宅施策』, 61-74. 東京：建築学会研究協議会.

中山博文. 1994. 『老いを自分の家ですごしたい』. 東京：保健同人社.

早川和男. 1993. 『居住福祉の論理』. 東京：鹿島出版会.

Hoglund, J. David (湯川利和・延藤安弘訳). 1989. 『世界の高齢者住宅 － プライバシーと自立の実現』. 東京：鹿島出版会.

山崎　敏・田村静子. 1993. 「高齢者と地域環境」, 野村　欽・高山忠雄編『高齢者の住環境』, 63-88. 東京：第一法規出版

資料

建築家 Børge Østergård より1996年に提供された資料.

デンマーク住宅省 Yvonne Hansen より1995年に提供された資料.