

都市公共ワークショップ I 議事録

日時：2013年6月7日（金）18時30分～20時55分

講師：東京家政大学人文学部教育福祉学科

講師 松岡洋子先生

## Ageing in Place

### デンマーク高齢者福祉と住まい&ケア

～オランダ、イギリス～

1997年にデンマークに居住したことをきっかけに福祉の勉強を始め、関学で社会福祉を学んだ。バックグラウンドとしてはソーシャルワーク。日本では福祉の視点で住宅を研究するのは珍しいとされているが、住宅・ケア・地域のことを3本柱で学際的にやってきた。

本日は、エイジング・イン・プレイス（地域居住）の考え方と、デンマーク、オランダ、イギリスでどのような形でこれが推進されているかを解説するとともに、日本におけるエイジング・イン・プレイスの政策（サービス付高齢者住宅、地域包括ケア）を解説し、これをどのように評価するかについて話をします。

#### 1 エイジング・イン・プレイスの考え方

##### (1) 世界の潮流

1960～70年代：経済成長下での大規模施設の建設。しかし、オイルショックや高齢化率の上昇により立ち行かなくなる。また、施設の弊害として、自己決定能力が剥奪され、人々を幸せとしないという課題も。

1980年代：施設の代わりを模索する時代

1990年代：エイジング・イン・プレイスの考え方が出てきた。

##### (2) エイジング・イン・プレイスの定義

「虚弱化にも関わらず、高齢者が自立して尊厳をもち、住み慣れた環境に最期まで住み続けること。施設入所を遅らせ、避ける効果がある。」

つまり、①高齢者の尊厳を守り、自立を支援する環境を守ること、②高齢者の能力に住まいとケアを適応させること、③近隣・コミュニティを含めた変化をさせること、④最期まで地域での居住を継続させる。そして、そのための手法として「住まいとケアの分離」を行うものである。

#### 2 デンマークにおける住宅

##### (1) デンマークの固有性：「施設」から「地域居住」へ

- ・ 住まいとケアの分離が考えられたのはデンマークが最初。1979～1981年に審議会でも議論を重ねて「介護客体から生活主体へ」という福祉の方針を打ち立てた。ここでの高齢者3原則「自己決定の尊重」、「自己資源の活用」、「継続性の維持」は今の

日本でも引用されている。

- ・ 1988年にプライエムの建設を禁止して、これに代わって高齢者住宅を整備。1989年には在宅ケアを無料化して、脱施設を成し遂げた。

## (2) 考え方や背景

- ・ これまでのプライエムは、個室と食堂とを行き来する振り子の生活。介護、食事の準備、買い物、掃除など自分でできるかもしれないのにやってもらえることで、自分自身できることを喪失してしまうという問題があった。
- ・ 住まい機能とケア機能が施設内に閉じ込めていることで、ケアを受けるためには地域から施設に移り住まなくてはならないという課題があることから、デンマークでは、これを解決するためには、住まいとケアを分離し、ケアを地域の中で分散して使えるようにすれば、住み慣れた地域でケアができるのではないかと考えた。(住まいにケアがつくのではなく、人にケアがつくようにする。)
- ・ このような大胆な改革ができたのは、1980年代には在宅ケアを始めていたこと、高齢者向け住宅が既に存在していてノウハウがあったこと、これまでのプライエムの地域への開放を徐々に始めていたことが上げられる。

## (3) 経過

- ・ 1987年 高齢者・障害者住宅法 高齢者・障害者の住まいを一元化  
構造的バリアフリー (バス、トイレ、キッチンがついているなど)  
24時間援助を呼ぶことができる、生活便利施設に近い
  - ・ 1997年 高齢者住宅・障害者住宅を公営住宅として公営住宅法で一元化  
特養・老健・療養型・ケアハウス・有料老人ホーム・GH・公社公団住宅を一元化したのと同じようなもの (ひとつの法律でくくった。)
- ※デンマークでは全世帯の20%は公営住宅に住んでいる。

## (4) デンマークの住宅政策

- ・ 住宅政策は福祉国家の基盤 (産業建設省→社会省に移管)
- ・ ユニタリズム (所得制限なし、低所得者へは家賃補助)
- ・ 責任は地方自治体に任せる。
- ・ 民主的な運営 (住宅運営に主体的に参加)
- ・ 市場と競争して質の良い住宅を供給

## (5) デンマークの高齢者住宅の特徴

- ・ 「自立型」の住宅。おおむねは60平米で揃っている。
- ・ 地域に向けて開放的。外から住んでいる人の顔を見ることができる構造。
- ・ 高齢者住宅の半分ではアクティビティセンターがある。

## (6) 施設の変容=プライエボーリ (「介護型」住宅の) 登場

- ・ 旧プライエムの劣悪な居住空間を改善
- ・ 1996年法改正：高齢者住宅+サービスエリア (共用の食堂、台所、居間、洗濯室)  
=プライエボーリ
- ・ プライエムのような大規模ではなく、40~50人程度の規模。地域に対してもケアや給食を開放。

## (7) 家賃

介護型 約 137,000 円 (冷房・光熱、食事などを含む。)

自立型 約 100,000 円 (上記はなし。)

- ・ 年金だけでは厳しい額なので、低所得者には家賃補助を行っている。全高齢者の 33.3%が受給。高齢者住宅住人の 68%が受給。
- ・ 日本でもサービス付き高齢者向け住宅が増えているが、高所得者しか入れない。家賃補助の制度があるということは、誰でも入居できるという利点がある。

## 3 デンマークにおけるケア

### (1) ケア力=デンマーク流地域包括ケア

- ・ 日本の介護保険は週に数回の訪問であるのに対して、デンマークでは独居の人でも地域で暮らせるように短時間でも毎日巡回する。
- ・ 自宅生活者に対して 24 時間にわたって介護を提供し、費用は無料。租税により提供されている。
- ・ 日本では要介護 1 などといった判定がされるが、デンマークでは、それぞれの人にどれくらいの時間の介護が必要かの判定をしている。近年は、ライトユーザーが減って、重度の人が増えている。
- ・ 市の中に判定委員がいて、利用希望者を訪問し、できること、できないことのアセスメントをして、どのような介助をどれくらいの時間が必要かのプランを立てる。週 25 時間がマックス。

### (2) フレデリクスベア市の例 (人口 9 万人)

- ・ 市域を 6 つのエリアに分けて、日中 (利用者 3,300 人)、夜間 (同 548 人)、深夜 (同 32 人) という時間帯に区切って、各エリアで日中 4 チーム、夜間 1 チームが巡回。深夜は市内全域を 4 人のスタッフが 4 台の車で巡回する。
- ・ 昼は主に家事援助 (掃除、洗濯、買い物など)。毎日でなくてよいが、滞留時間が長い。
- ・ 夜間は、就寝介助で毎日巡回。滞留時間は 10 分から 30 分ほど。
- ・ 深夜は、ほとんどがトイレ介助、オムツ交換、体位交換、静脈栄養補給。

### (3) 医療との連携

- ・ 医療も人につくという考え方。
- ・ 家庭医制度が充実している。家庭医の紹介状がないと大病院に行くことができない。
- ・ 在院日数も日本と比べて短い。病院は治療をすることに徹し、治療が終わったら即退院。地域に帰ってもらう。

### (4) 高齢者住宅 (自立型) の退去の実態

- ・ 最期まで地域にいる。本当に高齢者住宅で亡くなっているのかを調べたところ、年間退去者の 77.6%が死亡、リロケーションが 22.4% (そのリロケーションのほとんどが認知症)。
- ※ 日本のシルバーハウジングはリロケーションが多い。介護不足のリロケーション

ンが多い。

#### 4 オランダの事例

- ・ オランダは住まいとケアの分離をデンマークと同様に実施している。
- ・ 1983年に住まいとケア革新プロジェクトを実施。  
背景：ケアニーズが変わるたびに引越しをせざるを得ず、利用者に非常に不満。
- ・ 施設を減らすとともに、住宅とケアの分離を行った結果、成果として、住宅としての質・機能が向上した。
- ・ 住民意識の向上、ケアコストの削減効果
- ・ ケアホームは、住宅として質の高いものに建て替えられている。
- ・ 住まいは非営利住宅協会が、ケアは別法人が在宅ケアとして提供。
- ・ レストランがついている。アクティビティハウスもある。
- ・ 在宅ケアのステーションがあり、地域にも提供する。

#### 5 イギリスの事例

- ・ 1940年度から Sheltared Housing という自立型高齢者向け住宅を作ってきた。
- ・ 施設としてはナーシングホーム、ケアホームがある。
- ・ Sheltared Housing は 5.3%、施設は 4.4%。
- ・ Sheltared Housing には市又は住宅協会が提供するソーシャルハウジングとして公的資金が入っている。
- ・ 家賃は安く設定（週 60 ポンド）と住むことができる。1970年代には 7%まで整備されていた。
- ・ 昔の施設であるケアホームが住宅に改築されてきている。
- ・ 「完全なる地域居住は、住宅で最期を迎える」

#### 6 地域力

日本では家族が介護で疲弊しているが、上記の国の例では、家族が休みの日に訪問したり、誕生日に家族が集まったりなどされており、ケアを社会化してからインフォーマルケアを家族が担っている。

また、ボランティア組織が生活支援を有料で担っている。

#### 7 各国の共通項

- ・ まだ高齢化率が日本ほど高くない。後期高齢者増加に伴い「在宅志向」。
- ・ ナーシングホームが劣化。
- ・ 自立型高齢者住宅が質・量ともに高いレベル。
- ・ 「ケア付き地域」
- ・ 在宅ケアは「パッチ・システム」が基本。（日本では、横浜市など限られた自治体しかやっていない。）
- ・ 在宅ケアワーカーが短時間正規労働者として位置づけられている。（日本も正規労働

者として位置づけるべき)

- ・ デンマークでは在宅医療が進んでいる。GP（家庭医の位置づけ）は電話で対応し、看護師が巡回することで効率化を図っている。
- ・ 介護を社会化した先として、家族の支え方、家族介護の見直しがされている。
- ・ 「自然に逝く」生死観。

## 8 日本の実情

### (1) 高齢者の住まいの状況

- ・ 特養、老健、療養型病床、グループホーム、有料老人ホームなど、「施設系」、「居住系」で128万戸（4.2%）があり、施設はそこそこ揃っている。
- ・ シルバーハウジングやサービス付き高齢者向け住宅（サ付き住宅）といった「住宅系」は合わせて13万戸（0.4%）にしかならない。しかし、サ付き住宅は制度としては住宅であるが、機能としては施設である。今後、住宅系の充実が求められる。
- ・ 介護保険による「施設系」は不足、グループホームなどの「居住系」は高額、サ付き住宅のような「住宅系」も高額。 →たまゆら事件の背景

### (2) サービス付き高齢者向け住宅の登場

- ・ このような中、日本では2011年10月にサ付き住宅の登録が始まった。1戸につき100万円の助成があり、どんどん増えている状況。
- ・ 1戸当たり25平米以上とヨーロッパと比べてかなり狭い。台所、浴室などを備えることなどが決められている。
- ・ サービスとして、安否確認、生活相談を提供。ケアの専門家が昼間は常駐。
- ・ 有料老人ホームや高齢者専用賃貸住宅は全てサ付き住宅に統合していくこととしている。厚労省、国交省が一緒に管轄することとしたことは画期的なこと。
- ・ 制度ができて1年半で12万戸まで増えている。グループホームよりも増えるスピードが速い。

### (3) 日本の住宅政策のひずみ

- ・ 介護型、自立型とも量的不足。特に自立型で。
- ・ 低所得者が排除されている。
- ・ 施設によって居住基準、居住費用が異なる。量が不足している。
- ・ 認知症、医療的なケアの必要な人、障害者、ホームレス、アルコール依存症、DVなどが社会的に排除されている。
- ・ 一方で空家率が13%と上昇。公営・公社公団が高齢化している。

### (4) 地域包括ケア

- ・ ニーズに応じた住宅が提供されることを基本としたうえで、生活上の安心・安全・健康を確保するために、医療や介護のみならず福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活圏域（概ね中学校区）で適切に提供できるような体制を作っている。
- ・ 医療・介護は既に制度があるが、一方で、見守り、安否確認、緊急コール、食事、移動支援、社会参加、電池交換・ごみ出しなどの雑多な生活支援を誰がして誰が費用

負担をするかが今後の課題である。

(5) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

- ・ 昨年4月から定期巡回・随時対応型訪問介護看護が始まった。24時間対応で短時間でも毎日複数回の訪問をして緊急時にはオペレーターが対応する。介護保険のような加算式ではなく、包括方式で設定された。

(6) 小規模多機能型居宅介護

- ・ 通い、訪問、ショートステイもOK。

(7) 日本における住まいとケアの分離

・ 住宅政策

量的拡大、家賃補助導入による「新しいセーフティネット」づくりが求められている。また、高齢者住宅でよいのか、25平米でよいのかなどの課題も。よりよい住宅を供給するための「住宅総合法」なども考えるべきでないか。

・ ケア政策

24時間対応の制度ができている自治体は限られている（横浜市、神戸市など）。市内のどこに住んでいても24時間の介護を受けられるシステムを作る必要がある。これからはケアは住宅にではなく地域につく（ケア付き地域）という発想で進んでいくべきである。

- ・ 住宅政策、ケア政策、地域政策、生活支援は、自治体に任せて自由にやる方がよいという声があるが、これが今後どうなっていくか重要な要素であると考えます。
- ・ 日本は高齢者住宅を整備する段階であるが、高齢者だけでなく国民全体を対象として住宅の質の向上を目指して、子どもから大人まで生涯の住宅として考えていくべき。
- ・ ケアも生活支援を含めてエリアをどうしていくかということが揃って、初めてエイジング・イン・プレイスと言えると考える。
- ・ 年齢の壁を超える、障害の種別を越える、高齢者に特殊化するのではなく、普遍化・一元化するべき。その意味でデンマークは進んでおり、今回紹介した。

## <質疑応答>

(質問1) 日本の住宅のレベルは低いですが、地域で24時間ケアがあれば住宅の整備を求める必要はないのではないかと。

(回答) 人が老いると住宅も老朽化していくという実態がある。今の住宅政策は、特養に入れたい人を救うために住宅を整備している状況。90%の人が自宅に居住しているのだから、施設に入っている10%だけでなく、90%の人もケアを受けられる状況を作っていけばよいと考える。

(質問2) 医療ソーシャルワーカーをしている。家庭医も含めて医療のレベルは日本とデンマークとはレベルに違いがあるか。医療現場から家庭へ戻そうとしても日本では難しい。死生観の違いを感じるか。

(回答) デンマークでは訪問看護師のレベルは高い。権限も持たされていると思う。医

療により延命することは人間的でないという考え方がある。本人の意思決定を尊重してチームで話し合っていて決めている。本人の意思を尊重のうえ、もう十分幸せに生きたと判断できれば、無理な治療はせずに最期を支えることをしているようである。

(質問3) 福祉事務所に勤務している。自分の知っているケースで、一人暮らしの高齢者がトイレに行きたいと緊急コールを使用される方がいる。デンマークのフレデリクスベア市では深夜の巡回をわずか4人で回していると説明があったが、どうやったら4人で回せるのか深く教えてもらいたい。

(回答) フレデリクスベア市で深夜にケアが必要な人は32名だけ。アセスメントをしっかりとっている結果だと思う。日中にケアをしておけば、夜間のケアは少なくてすむ。オムツもいいものができている。

(質問4) デンマークと日本とで高齢者の同居率は違いがあるのか。

(回答) 日本の3世代家族は40%。デンマークは4%。しかし、デンマークでは、家族が頻繁に電話を掛ける、近くに住んでいるのなら週末は一緒にランチをするなどをしている。離れていても心は一緒という状況である。

(質問5) 子育て支援のNPOをしている。年齢の壁を越えた住宅の整備の必要性を感じている。デンマークの例で、公的な住宅の窓口を一本化していることは画期的だと思うが、いろいろな課題を持った人に合わせた住宅が用意されているのか。

(回答) デンマークでは高齢者及び障害者住宅として統合され、そこには障害者も多く住んでいるし、ホームレスの人も入っている。公営住宅は家族タイプであるが、そこに高齢者も住んでいるし、新しいタイプの福祉対象であるアルコール中毒の人も住んでいる。

(質問6) 日本に介護士が少ないが、どうしたら長く勤めてもらえるか。日本は外国、特に東南アジアからの人材を受け入れているが、これについてどう思われるか。

(回答) デンマークでも介護士は人気がなく、人材確保に相当苦勞しているのが現状。デンマークでは1960年代の経済成長期にトルコから移民を受け入れた。その中で多くの方が介護の仕事をしており、外国人が介護を担っている状況。デンマークは、移民等に対して無料で語学教育をするなど、移民の受入れに寛容である。日本は閉鎖的だが、日本を支えようとしてくれる人に対しては大らかになるべきだと思う。

(質問7) 地方議会の議員。デンマークなどは社会保障が高い。日本では社会保険を租税方式で徴収する方向に進むことができると思われるか。

(回答) まず消費税を上げる必要があると思う。介護保険も安いので、市民の理解を得て保険料を上げるべきだと思う。また、自己負担も大きくするべきだと思う。そ

うでないと継続維持できないと思う。デンマークも自己負担を強化したいと考えているようだが、高齢者の団体の力が強く、なかなか実現できていない。

(質問8) デンマークの介護士の給料は高いのか。

(回答) 高くない。施設長で月額 40 万円程度。デンマークは夫婦共働きが基本で、半分以上が税で徴収される。ただ、贅沢しない国民である。住宅もいいものを長く使う。

(質問9) ハローワークに勤務している。日本の労働者を増やすための課題は何だと考えておられるか。ハローワークで求職者にヘルパーを紹介しても、避けられる方が多いと感じている。

(回答) 給料を上げる必要がある。働いていることに対して喜びを感じられる仕事にしないとないと思う。キャリアパスを見せるべきだと思う。3K のイメージが強いが、「人格労働」といった表現を使い、人々の認識を変えていく必要があると思う。また、正規労働者にして給料を上げないとないと思う。

以上

記録担当 樹下 康治 (M1)