

〈研究資料〉福祉先進国における高齢者に対する住宅改修 —デンマーク、スウェーデン、ドイツ、オランダの現況—

上田 博之

大阪市立大学大学院生活科学研究科

The Housing Improvement for the Aged in the advanced nations of welfare — Current state of Denmark, Sweden, Germany and the Netherlands —

Hiroyuki Ueda

Graduate School of Human Life Science, Osaka City University

要旨：本稿は福祉先進国における高齢者のための住宅改修について報告するものである。対象国はデンマーク、スウェーデン、ドイツ、オランダである。デンマーク、スウェーデンは公的扶助として福祉が行われ、ドイツ、オランダは保険で福祉が行われている。これらの国々の住宅改修の考え方、方法とそのシステムについて論じた。本稿は介護保険で福祉が行われ、住宅改修が行われている日本の今後の高齢者居住を考える上で有益な資料となると考えられる。

Keywords：住宅改修 *Housing-improvement*, 高齢者 *Aged*, デンマーク *Denmark*, スウェーデン *Sweden*
ドイツ *Germany*, オランダ *the Netherlands*

1. はじめに

本稿は、福祉先進国の高齢者に対する住宅改修（註1）の理念および住宅改修方法について、その実態を報告するものである。調査対象は、デンマーク、スウェーデン、ドイツ、オランダである。これらの国々は、デンマーク、スウェーデンの福祉は普遍的に公的扶助としてサービスが提供され、一部の少数のものに対する特別扱いをしない国、一方ドイツ、オランダの福祉は社会保険を中心にしたサービスを行う国、と大きく二分できる。いずれにしろ、これらの国々は福祉先進国と言われる国である。

日本はドイツ、オランダの政策を範とした介護保険により、高齢者福祉が行われている。高齢化が進む日本にとって、生活の基盤となる住居のあり方が問題の一つであることは周知のことであり、今後の高齢者住居のあり方を考える上で、福祉先進国のシステムは参考になる点が多い。これまでこれらの国々の施設や住宅に関する研究・報告は多いが、住宅改修についての報告は少ない。さらに誤った記述も多く、正確なレポートはほとんどな

い、といっても過言ではない。

本稿の主題は住宅改修にある。しかし、福祉政策の違いや住宅改修の位置づけなど国家間の差異が大きいことから、本稿では、調査対象各国の福祉政策の概要および住宅改修がそれらの政策にどのように位置づけられているかを述べた上で、住宅改修のシステム、具体的方法について述べる。また、調査対象とした国々は、地方分権の進む国であり、地域・自治体間の差異も大きい。そのため複数の自治体を調査（註2）し、より一般的と考えられるものについて記述し、大きな差異、ばらつきがあるものについては、それらを明記するようにした。

2. デンマークの高齢者福祉政策と住宅改修

2-1 高齢者福祉政策の概要

デンマークの福祉は、1987年に改正された生活支援法（*Lov om social bistand*）で、高齢者・障害者の収容施設の新設を禁止し、生活の継続性の尊重、自己決定の尊重、

自己資源の開発という3つの原則を位置づけた。これらの原則の実現のため、1998年には「積極的社会政策法 (lov om aktiv socialpolitik)」、[「社会サービス法 (lov om social service)」、および「社会行政領域における権利保障および行政管理法 (lov om retssikkerhed og administration på det sociale område)」、を制定した(註3)。高齢者福祉は後ろの2つの法律によって規定される。なかでも社会サービス法は、高齢者の生活に大きな関わりをもち、「必要な人に必要なサービスを行う」ことを大きな理念とし、「統合ケア (integret pleje)」を行うことで、一般住宅でも施設と同様のケアサービスを受けられるようにしている。たとえば、コムーネ(註4)は、ホームヘルプ制度の確立、訪問看護サービスの実施、補助器具の給付(貸与される)、住宅改修の実施などの福祉政策を確立しなければならない。

これら高齢者をはじめとした福祉は公的扶助として行われ、その財源は、所得の50%に及ぶ直接税と25%の間接税である。

2-2 住宅改修

高齢者住宅は、1987年に制定された高齢者住宅法(ældreboligloven)に基づき供給されてきた。この法により「できるかぎり長い間自宅で(længest muligt i eget hjem)」がスローガンとなり、自宅での生活を可能にするため、住宅の整備とともに在宅福祉サービスの整備も行われた。生活支援法の1987年改正に伴い、それまで供給されてきた高齢者向け集合住宅、年金受給者住宅、ナーシングホーム、保護住宅などの新設は禁止され、新しいタイプの住宅(ældreboliger: 高齢者住宅, ældrevenligbolig: 直訳では高齢者に便利な住宅、と呼ばれることも多い)を供給することになった。

この高齢者住宅法では高齢者住宅は、車いすを使う高齢者への対応、トイレ・バス・キッチンの設置、緊急通報装置の設置などが義務づけられ、面積67平方メートルが基準となっている。

社会サービス法制定後も、この方針は継承されている(註5)。

住宅改修は、社会サービス法102条(「コムーネは、永続的に身体的機能・精神的機能が低下している者の居住に適した住宅とするために、必要な場合は、住宅改修に対する援助を提供する」)に基づいて行われている。住宅改修についても建築法(Bygnings-regiement)が適用される。

住宅改修を必要とする高齢者は、居住するコムーネの担当者に申請する。申請期間、申請件数や予算などに制

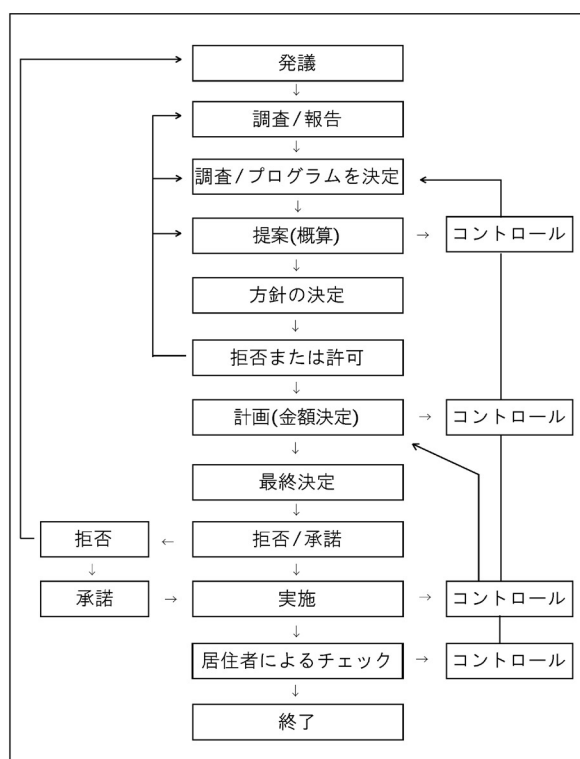


図1 デンマークにおける住宅改修の流れ

限はなく、常時すべての申請が受け付けられる。担当者は、OT(作業療法士)またはPT(理学療法士)であるが、これらの職種の者がいないコムーネではソーシャルワーカー、ケースワーカーが担当する場合もある。建築の専門家が担当することはない。また、申請者は身体機能の変化に応じて何度でも申請することが可能である。申請後は、図1に示す流れ(註6)で住宅改修が行われる。ここで注目されるのは、居住者が計画および施工後の内容について不服申し立てが行える点である。不服申し立てが合った場合、担当者を変更して再度見直しが行われ、それでも不服がある場合は不服申立機関に申し立てることができる(註7)。また、安価な工事の発注は担当者が決済することができ、迅速な対応が可能である。工事は、最短で進めば申請から概ね1ヶ月で終了する。

住宅改修は、必要な人に必要な支援の原則から、限度額はない。ただし、概ね106,500kr(註8)を超える改修が必要な場合、県の負担となり、この場合、改修される住宅は一種の抵当にとられることになる(註9)。従って、限度額はないが、規制が課せられ完全にフリーで限度額がないわけではない(註10)。このため、民間借家の改修はほとんど行われぬのが現状である。この106,500krを超える改修はそれほど多くはない。実際の改修は、106,500kr以下、つまりコムーネの単独事業として行われるものがほとんどである。これには、住

住宅改修が高額になるとの予測あるいは概算がでた場合、担当者はバリアフリー化された公的住宅（註11、高齢者の場合、前述した高齢者住宅）を斡旋する。改修か転居かについては、居住者の自己決定の原則が適用されるが、土地への執着はあまりなく、転居する人が多い。ボーゲンセ・コムーネのように、高齢者住宅の建設を積極的に行った結果、最近10年間に高齢者の住宅改修は1件もない、というコムーネもある。改修内容は、敷居の除去、トイレの改修、玄関段差の改修といった、改修工事では一般的な内容であるが、改修はできるだけ安価な方法がとられる（註12）。そこで決められた仕様を超える改修工事を申請者が要求する場合、差額は居住者の自己負担となる。このような安価な改修の一方では、エレベータの設置など高価な改修も行われ、住宅が新築されることもある。

このように、必要な人に必要な支援の原則による住宅改修が行われている一方で、これらのシステム上の欠陥として、建築の専門家が関与しないことや決済の問題も指摘されている。

フィン・アムトでは、数年前に建築士資格をもつPTが福祉局長になり、住宅改修を担当することになった。その福祉局長がコムーネから申請のあった106,500krを超える改修について検討したところ、2002年には34件中12件が改修不必要とされ、却下されている（註13）。却下の割合は、着任してから毎年同じである、という。却下されたものは、家具の配置換えなどで対応可能と考えられるものであった。この問題はOTの建築知識が乏しい（註14）ことに起因すること、さらに、このようなOTのもとで、106,500kr以下の改修では不要な改修がたくさん行われていること、を指摘している。福祉局長は住宅改修には建築専門家、OT、ソーシャルワーカーがチームを組んで対応すべきである、としている。

また施工業者の決定・発注には、概ね10,000kr以下の場合担当者が決済でき（50,000kr以下の場合社会課長の決裁、50,000kr以上の場合議員による社会協議会の決済が必要）、見積もりや入札なども必要とされないコムーネもある。このような方法には、施工業者や担当者の不正が潜んでいる、との指摘がある。

3. スウェーデンの高齢者福祉政策と住宅改修

3-1 高齢者福祉政策の概要

スウェーデンでは、高齢化率が1950年代にすでに10%を超えており、高齢者政策のスタートも他の福祉先進国と比べて早い。

1946年、国民年金制度の改正によって、高齢者の経済的自立が強化され、サービスやケアの保障が公共の責任とされるようになり、1980年にかけて在宅ケア、施設ケアが大幅に拡張されている。1980年以降、精神障害者の脱施設化がはじまり、サービスハウスなどの住宅が拡張されている。また、1982年には、社会サービス法（socialt ästlagen）が施行された。この法には、「自己決定の原則」と「プライバシーの原則」を基本原則として福祉が行われるように、と述べられている。地方自治が進むスウェーデンでは、この社会サービス法も他の法と同様に原則が決められているだけでその詳細の決定は自治体に任されている。

1992年には、高齢者や障害者の医療と福祉サービスを統合するエーデル改革（äldre delegation：高齢者福祉改革）が実施され、1997年の社会サービス法の改正により「住み慣れた住宅における生活の保障」が高齢者ケアの原則として据えられた。これは、これまで行われていたナーシングホームなどの施設が「特別な住居形態」として位置づけられ、「施設」から「住宅」への実質的転換が行われだした。このエーデル改革では、高齢者・障害者住宅の供給も自治体の責任である、とされている。

社会サービス法では、19条1項で「高齢者ができるかぎり自立の生活を営み、積極的に意義ある社会生活を、他人とともに送ることができるよう努めなければならない」とあり、これに基づき1984年に「生涯、自らの住宅で暮らすこと（Bo På egna villkor）—すなわち、社会的住宅政策の最終目標は、可能な限り、施設的居住は排除することである」という方針が出された。そのため以下のサービスが必要であるとされた。それは住宅改造サービス、ホームヘルプサービス、配食サービス、安全アラームシステム、ディケアサービス、送迎サービスなどであり、高齢者の居住する自治体が提供する。このように現在のスウェーデンの福祉政策は、高齢者に必要なサービスやケアを供給するだけではなく、高齢者の自立した生活を可能にすること、高齢者の積極的な社会参加と有意義な生活の実現を目指して行われているのである。さらに1994年には社会サービス法の障害者対応部分の補足のため、機能が満足でない人のための扶助とサービスに関する法（LSS法、lag om stöd och service till vissa funktionshindrade）が施行されている。

また、2002年の社会サービス法の改正では、クオリティ・コントロールの概念が採用され、サービスの質、事業者の査定、医療・介護・看護技術の査定などがよりこまめ、コミュニケーションとランズティング（註15）の協力体制の強化が問題とされた。

3-2 住宅改修

現在のスウェーデンの高齢者の居住に関しては、前述したように高齢者の在宅での自立の方針から、ホームヘルプサービス、ホームヘルスサービスのついたサービスハウスや高齢者のグループハウス、コレクティブハウスなどの住宅供給が積極的になされ、その一方で、現住宅に住み続けることを選択する高齢者に対しては住宅改修を行ってきている。住宅改修には、住居の適応に関する規制 (Bostads Anpassning Regleras) が適用される。この法は障害者・高齢者が自宅で生活するための改修についてそのガイドラインを示したものである。

改修を希望する者は、自分の担当のOTあるいはコミュニティに申請する。申請は申請期間、申請件数や予算などに制限はなく、常時すべての申請が受け付けられる。同一申請者の改修に回数制限もない。改修を担当するのは、OTであることが一般的であるが、医師、PTの場合もある。最近では Bigners Engineer (建築専門職とする：註16) が担当するコミュニティもある。申請受理後は図2に示したような流れで検討が加えられ、工事される。まず、改修するか否かの検討であるが、基本的にすべてを改修することを前提として検討される。しかし、基礎・土台から工事が必要なもの、築年数を経たものについては却下される。つまり対費用効果が重視されるのであ

る。却下される場合は、担当者および申請者の担当OTは、公的住居への住み替えを提案する。改修の平均費用は13,000～15,000kr (註17) であり、基本的に安価な改修が方針としてある。実際には改修後に居住者の身体機能・ADL (日常生活動作) の変化や死亡などで不要になったものを回収し、再利用することで改修工事費を下げている。従って改修工事は、撤収可能な方法が第一に選択される。たとえば出入口の段差解消のためのスロープも金属で造られ、コンクリートの打設工事は選択順位が低くなる。また回収が前提となることから、階段昇降機やホームエレベータなどの設置も行いやすい。このような大改修の場合改修費が500,000～1,000,000krとなることもあり、工事費の上限はない、ことになる。この段階で改修方針、改修内容が検討・決定されるが、この期間は1週間程度と短い。方針が決定し、改修案ができた段階で、施工業者へ発注される。発注も安価な工事 (概ね10,000kr程度) の場合、担当者に決裁権があり、特命で施工者が決定されることが多い。申請から工事終了まで1ヶ月～2ヶ月と早期に行われる。

改修状況を事例を通してみると、Landskrona (ランスクローナ市) の場合、2000年には年間315件の改修が行われている。1995年には195件であったことから、改修件数の増加が著しいと言える。この背景には、不要となったものを回収するなど安価な方法をとることで改修工事が容易に行えること、施設建設より圧倒的に改修工事の方が安価であることから積極的に住宅改修が行われていること、などが理由として挙げられる。これらの改修工事の内、65才以上の申請者が80%、80才以上が40%と高齢者の住宅改修が多い。

このように早期に施工が行われること、改修を安価に行う方法など、評価される点も多いが、一方で問題点の指摘も多い。前述したランスクローナ市では、OTによる改修を問題であるとして、建築専門職が担当者となり、OTとの共同で改修にあたっている。OTは申請した高齢者の身体状況・ADLをよく把握しているが、建築的にはほとんど知識がない (註18) と言ってよく、建築上の失敗も多く、特に設計図もなく、建設業者を決定するなど金銭的問題もある、と指摘する。一方建築専門家は高齢者の身体状況・生活などの知識が乏しい。そのためランスクローナ市では、建築専門家とOTの共同体制をとるが、建築専門家を担当者とするすることでこれらの問題の解決を図っている。

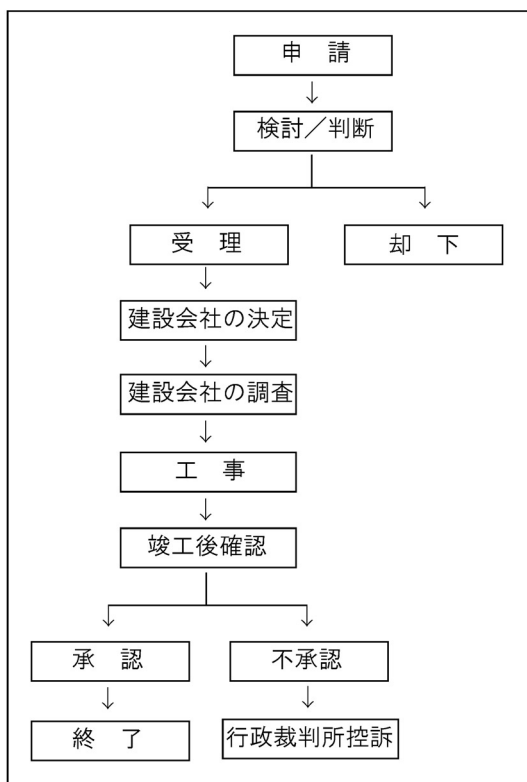


図2 スウェーデンにおける住宅改修の流れ

4. ドイツの高齢者福祉政策と住宅改修

4-1 高齢者福祉政策の概要

ドイツでは、社会福祉関係のサービスは民間非営利団体の主導で、地方自治体がこれを補充する形で両者の協議のもとで行われてきた。年金制度が完備しているため、高齢者・障害者は経済的・社会的に独立したものとして扱われ、在宅サービス・施設入所についても費用は自己負担が原則とされてきた。しかし、1970年代には、入所施設の費用は年金生活者にとって負担が大きく、公的扶助の一部負担が必要となり、システムの改善の必要性が高まってきた。特に東西ドイツ統合後は、年金では不足でなんらかの公的扶助を受ける高齢者は多くなり、介護扶助の費用は増大し、社会扶助の費用を負担する州の財政が圧迫されるようになった。その結果として、保険料を財源とする介護保険が発足することとなり、1994年5月に介護保険法（Pflege-Versicherungsgesetz）が制定された（註19）。

介護保険法では、保険給付に関する自己決定と自己責任の原則、在宅介護優先の原則、予防・リハビリテーション優先の原則、介護保障の責任に関する連邦・州・保険者・介護提供事業者の共同責任の原則が一般原則とされ、それぞれ個別の責任、が明記されている。さらに介護提供事業者については、その多様性の確保のため自主性・独立性を保障し、介護サービスの提供に関しては民間经营主体が優先され、公的经营主体は補充的役割を担うものとされている。

介護保険は、原則として州単位で運営される。介護保険の被保険者は、疾病保険の被保険者であり、法定疾病保険の強制加入者は各人が加入している疾病金庫に属する介護金庫に自動的に加入させられる。

4-2 住宅改修

住宅改修は前述した介護保険で行われる。上限は2,500ユーロ（註20）とされるが、複数回にわたる改修も認められる（概ね1年に1回）が、同じ箇所の工事はできない。改修費の差額は州によって負担される場合もあるが、州により金額・内容は異なる。介護保険による住宅改修費の請求は、他の介護保険が適用される項目と同様に、MDK（医療サービス機構：Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, 註21）によって改修の必要性と妥当性を身体機能との関連から審査される。請求が認められれば、施工されるが、建築家・施工者の選定、内容の詳細なチェック、監理などに介護保険からの規制はなく、請求者が行えばよい。つまり申請者が勝手に行き、保険料を受領する、ということになる。

このようなことから、問題もいくつか発生している。たとえばノルトライン・ヴェストファーレン州では、住宅改修費の不正受領、施工業者の談合など国家的な問題となった。地方自治が進んだドイツでは異例なことであるが、担当大臣が介入し、システムを健全化させるように指導された。ノルトライン・ヴェストファーレン州は、システムの健全化のために「住宅改造相談所」を6ヶ所設立、現在40ヶ所となっている。この住宅改造相談所はヴィスバーデン（Wies Barden）市が一番早く開設したもので、それをモデルとして現在は全国に拡大されてきている。ヴィスバーデン市の住宅改造相談所では、市の参事官と契約した建築家が、土木課、福祉課と連携をとる形で開設されている。相談は常時、無料で受ける。施工監理なども行う。しかし、これらの建築家の指導にあたるスーパーバイザ的建築家はまだまだ改善が必要である、と指摘する。それは、これらの建築家の仕事の監査、施工業者との契約の監査が緩いこと、建築家への報酬が低くボランティアの部分が多いこと、などである。

住宅改修の内容は、バリアフリー住宅の規格として細かく指定されているドイツ工業規格（註22）に準じて行われるため、一定のレベルは保障されていると言える。

5. オランダの高齢者福祉政策と住宅改修

5-1 高齢者福祉政策の概要

オランダの高齢者政策は、所得保障と住宅政策に重点が置かれてきた。具体的には定額の公的年金の給付、サービス付き高齢者ホームの提供などである。1970年代まで施設によるケアを中心に行ってきたが、施設建設費用による財政問題、集合住宅に暮らす高齢者が社会から疎外され孤独化する、という問題が指摘された。このような状況から、1980年代に入るとノーマライゼーションの実現と老人ホーム・ナーシングホームの増加抑制を理由として、在宅福祉サービスへと政策転換が行われてきている。

オランダの高齢者福祉は、介護サービスの一部を医療保険の枠組みのなかで扱っている点に特徴がある。1968年に施行された特別医療保険法（AWBZ：Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten）がそれであり、段階的にその対象と給付範囲を広げ、現在は高齢者・障害者の介護も対象となっている（註23）。つまり高齢者福祉は介護保険によって行われている、とも言える。

この特別医療保険（AWBZ）は、政府が行う公的な保険であり、原則としてオランダに在住する者、非居住者でもオランダで雇用され所得税を納めている者は、強制

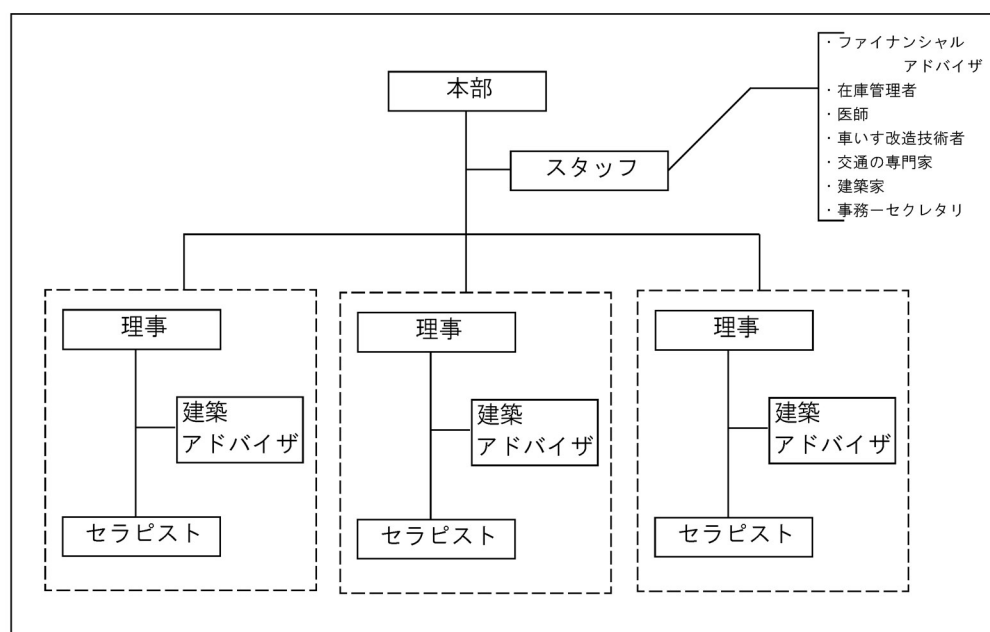


図3 ロッテルダム市の障害者サービス課の構成

的に加入させられる。保険料は加入者の所得に比例して課せられ、税務署によって徴収される。

1994年には、それまで特別医療保険 (AWBZ) の範疇にあったが、ケースごとに異なっていた障害者へのサービスの一部が障害者サービス法 (WVG: Wet Voorzieningen Gehandicapten) として制定された。名称から障害者を対象にしたものと受け取られるが、実際は高齢者の80%がなんらかの障害をもつ、と考えられており、この法では大半の高齢者も対象にされている。

現在高齢者への医療・介護はこれらの2つの法制度のもとで行われている。

これらの法は「窓の法律」と言われ、オランダの高齢者・障害者福祉は、市町村が決定する一部のディテールを除き、全国統一されたサポートが行われている。

5-2 住宅改修

オランダは公的住宅の歴史が古く、最近はそのリノベーションやレストアが進められていることは周知のことである。このような大規模なリノベーションが行われていることや、住宅改修が必要になった場合には公的住宅を管理する団体が先行投資として改修することが多いことから、医療・介護保険のみによる高齢者・障害者の住宅改修事業は、それほど需要がないのが現状である。また、住宅改修の希望者に対しても身体機能に適した住宅への転居を勧めることも多く、住宅改修は少なくなっている。

住宅改修は前述した障害者サービス法の適用を受ける。また、1997年には建築法に障害者に対するバリアフリーが規定されている。これらの法に基づき、バリアフリー、住宅改修は行われることになる。

このように住宅改修が少ない状況の中、ロッテルダム市では、住宅改修をシステム化し、積極的に行っている。ロッテルダム市は、市域の3つの地区に高齢者が住みやすい環境を提供しつつあり、その3地域に対応するように医療・介護保険の障害者サービスの部局 (社会問題と雇用部局の中の障害者サービス: Voorzieningen Gehandicapten, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 以下「障害者サービス課」とする) を置いている。障害者サービス課では、高齢者・障害者のさまざまな問題に対し、助言や援助を行うが、その中で住宅改修が行われる。その組織は160名にのぼり、職種としては医師、セラピスト、建築専門家、車いす等機器の専門家などである。その構成を図3に示す。障害者サービスも3つの地域に分かれる。本部には20名のスタッフがあり、各地域の出先機関 (以下、支所とする) の仕事をコントロール・監査し、支所で対応できない案件に協力をする。各支所では40~50名のスタッフが相談・援助事業を行っている。支所を置くのは、地域ごとに異なる環境への対応として、地域を熟知し、緻密な対応をとるためである。

住宅改修の手順は以下のようなものである。

住宅改修を希望する高齢者は、居住する地区の支所に申請する。申請に対して、WVGのアドバイザーであるセ

ラピスト (OT, PT:理学療法士) がインタビューを行う。身体機能・ADL, 希望などを把握し, 問題点の検討を行う。申請の95%までは, セラピストのみの対応で, 必要な内容がわかる。それでもわからない場合は, 医師・精神科医などが検討に加わる。これらをセラピストが報告書にまとめ, ダイレクタが決済する。判断が難しい場合は, マネージャや建築専門家なども判断に加わる。この報告書は, 住宅改修の具体的方法を指示するものではなく, あくまで問題点の指摘である。

決済された報告書をもとに, それぞれの専門のスタッフが協議し, 必要な機器, 住宅改修方法などを決定していく。この検討段階では, 問題解決の方法を検討する一方で, 経済性を第一義として検討している。必要性和経済性のバランスのとれた提案が必要となる。さらに住宅改修費には上限が設けられており (註24), これを超える改修は行われぬ。改修費が高額になる, と判断されれば, 転居が提案され, 転居する場合は転居費用が支給される (註25)。これらの転居提案を理由もなく受け入れない場合, 改修はされず, 2,950ユーロが現金支給され, 残額自己負担で改修を行う。

改修計画が決まれば, 図面が作成される。基本的には建築専門スタッフが作成するが, 複雑なものは建築家に発注される。その図面をもとに, 施工業者に発注される。1,000ユーロ以下の工事の場合, 市の2つの大工組合に発注されるが, 見積もりも必要ではない (註26)。それ以上の工事の場合, 見積もりがとられ, 適正か否かが判定される。判定は, これまでの施工価格との比較, 見積もり合わせなどの方法がとられる。施工が始まれば, 建築専門家スタッフは現場監理を行う。

工事終了後は, アフタケア・メンテナンスを行う。これらのアフタケアも含め, 申請者の満足度の調査, 意見聴取が行われ, 報告書が作成される。この報告書について, 本部スタッフによる評価が行われる。

また, 一方でこの障害者サービス課では, 新築住宅に対しても, バリアフリー化や将来の改修が行いやすいものとなるようにアドバイスしたり, 地域内の住宅物件を調査し, どのような身体機能まで対応するかなどデータベース化を行いつつある。これらのデータベースは, 住宅改修の申請者の現住居の把握や, 転居先の紹介などにいかされる予定である。

6. まとめ

本稿では, 福祉先進国の高齢者の住宅改修のシステム, 具体的方法について論じた。これらの内容をまとめると以下ようになる。

①公的扶助の一部として行われる住宅改修

デンマーク・スウェーデンでは, 公的扶助により福祉が行われ, 住宅改修も福祉政策の一つとして行われている。そのため, 人的サービス, 補助器具など同様に, 住宅も「必要な人に必要なもの」という方針がある。この「必要な人に必要なもの」という方針は, 日本では「住宅改修費に上限はない」と解釈されている場合が多いが, そうではない。住宅改修の担当者は, 必要な人に必要なものをできるだけ安い方法で提供する。スウェーデンでは住宅改修も機器と同様に貸与の考え方を持っている。つまり, 回収可能なものは対象者が必要なくなった時点で回収し, 再利用する。同様にデンマークでは一定額 (年度によって異なるが, 概ね106,500kr程度) を越えた分は県の負担となるが, その場合住宅が担保となる。

デンマーク・スウェーデンでは, 主としてOTが住宅改修を担当している。しかし, 住宅改修の専門家としては, 技術的教育をほとんど受けていない。デンマークでは, 担当のOTが必要である, と判断したものが, 建築専門家がみれば不要な改修である, といった問題が生じている。これらの問題は, OTが経験のみで, 改修を担当することから生じている。これらの状況を改善するため, スウェーデンでは, 建築技術者が担当する自治体が増えつつあるが, デンマークでは問題の指摘もなされていない。低予算の改修は担当者に決裁権があり, 早期に問題解決がはかられる点は, 評価すべきであるが, 施工後の検証システムや工事の監視システムが曖昧であることは, 上記の不必要な改修と相まって, 不当な金額の支払いにもつながる可能性が高く, 評価システムが必要である。

②介護保険による住宅改修

ドイツ・オランダでは, 介護保険により高齢者福祉が実施されている。住宅改修もその範疇にある。住宅改修においては, 二国間に大きな差異がある。ドイツでは, 住宅改修も他のサービスと同様, サービスを受けるものが, すべてコントロールし, 監査などはほとんどない。言葉を換えれば, 「垂れ流し」状態である, と言ってもよい。一方, オランダでは, 公的住宅の供給が進んでいるため介護保険の適用を受けた住宅改修はほとんど行われぬところも多い。その中で積極的に住宅改修に取り組むロッテルダム市では, きっちりとしたシステムが形成され, 改修工事をコントロールし, 事業を監理している。また, 内部ではあるが評価・監査も行われ, 適正な改修が行われるようにしている。この点では, ドイツで問題となった適正でない改修工事や業者の不正に対する対処がとられている, と言える。また, 住宅改修工事が

失業者の雇用対策の側面ももつこと、新築住宅のコントロール、現住宅のデータベース化などさらに進んだシステムづくりが行われている、といえる。

註

- 1 現住宅を高齢者や障害者に適応した住宅に造り替えることは一般的になりつつある。日本の建築系の研究でも近年この研究は多くなってきている。それらの研究では、住宅改造、住宅改修、住宅改善など、表現が一定ではない。大辞林(三省堂)によると、改造とは「物事をつくりなおすこと。改めてつくりかえること」、改修とは「悪い所やいたんだ所に手を入れて直すこと」、改善とは「物事をよい方に改めること」とされており、若干ニュアンスは異なる。しかし、研究上はこれまでいづれの語も同様の意味合いで用いられてきている。本稿では住宅改修を用いる。
- 2 福祉政策についても自治体ごとに異なった取り組みがなされていることから、調査は、まず所轄行政官庁、自治体、研究者などにインタビューを行い、特に参考となる政策を行う自治体、一般的な政策をとる自治体を調査対象として抽出し、事例的調査を行った。事例的調査を行った上で、これらの事例が特殊でないことを他の自治体への補足調査で確認している。
事例的調査は、自治体福祉担当者、住宅改修担当者、建築家などへのインタビューをもとに改修事例の現地調査、居住者へのインタビューを行っている。
また、調査対象国は、制度・政策の改革・転換も多い。本稿は調査対象国について比較検討するものではないが、資料として有用性を考え、調査時点の統一を念頭においている。主要な調査は、2002年11月～2003年4月に行っており、以前に行った調査結果については、この時点で再度確認を行っている。
2002年11月～2003年4月以外の調査は以下の期間に行っている。デンマークでは、1995年7月、1997年8月、2000年8月、スウェーデンでは、1995年7月、1997年8月、オランダでは、1996年8月、1996年12月にそれぞれ行った調査である。
- 3 社会サービス法の制定以前には、1974年制定の「生活支援法(Lov om social bistand)」があり、この法では社会サービスの対象を「高齢者」「児童」などのカテゴリー別に分ける方法から国民すべてをサービスの対象にする方法へと転換している。その後高齢者政策委員会(ældrekommisionen)が1982年に福祉3原則を提示、1987年生活支援法を改正、収容施設の新設を禁止し、在宅のままでケアを受けるようにしている。生

活支援法が時代に合わなくなったこと、国民が権利だけ主張するのではなく義務をも自覚するようということから、社会サービス法へと発展した、と言われている。

- 4 デンマーク全国は14のAmt(アムト)あるいはstatsamt(国家アムト)に分割されている。アムトは日本の県にあたり、アムトは管轄区域内のコムーネ(kommune、日本の市町村に相当する基礎的な自治体)を監督する。デンマークでは地方自治が進み、国は枠組みを法の制定により決定し、具体的なサービスの内容、質、量などはコムーネの決定に任されている。従って、各コムーネ間によりサービスの違いは若干ある。
本稿では、kommune、Amtなどの日本語表記は、先行研究が用いた表記(コムーネ、アムト)を用いている。
- 5 1987年、高齢者住宅は、若年者住宅、非営利住宅、共同組合住宅などとともに公共住宅(almene boliger)としてまとめられ、高齢者住宅法は公共住宅法(lov om almene boliger)の一部となっている。しかし、その方針に変更はない。
- 6 参考文献5、p.2にかかれたフローを上田が翻訳した。
- 7 実際に不服申立機関まで、不服申し立てが行われるケースはほとんどない。また、居住者からの申し立ても少ない。これは、改修を担当するOTは、申請者のADL(日常生活動作)を熟知していること、申請者と時間をかけて話し合いをもっているため、であるともいえる。一方で後述する工事に県の負担が発生する改修の場合に、自治体の担当者が県の担当者に対して不服申し立てがなされることは多い。その場合は、アムト(県)の担当者、コムーネ(市町村)の担当者、居住者の3者の話し合いがもたれ、改善案が提出される。また、この不服申し立ては、住宅改修に限ったことではなく、国民はすべての事柄について、自治体の事業に関して不服を申し立てできることが法により位置づけられている。
- 8 この金額は毎年国家政府が決定する。しかしその金額は概ね106,500kr程度である。1kr=17.64円(2003年8月22日現在)であることから、概ね200万円弱となる。この限度額を超えた場合超過分がアムトの負担となったのは2003年1月からであり、それまでは、超過分をアムトとコムーネが折半していた。
- 9 抵当と表現したが、実際は以下のようにになっている。住宅改修が行われた住宅が売買された時点で、住宅改修の費用を返金する。住宅を売買せずに家族に贈与された場合は、その限りでない。この売買による返金は

- 期限はなく、贈与された場合も引き継がれる。
- 10 先行研究や我が国で紹介されたデンマークの住宅改修の方法の記述（参考文献1など）には、抵当という制限が記述されたものはなく、上限がないことが強調されている。筆者らの研究（参考文献4）においても、同様に記述している。訂正しなければならない。
 - 11 デンマークでは、公共が直接運営する住宅は分譲・賃貸ともない。住宅共同組合が建設する住宅が一般的である。住宅共同組合により建設された住宅は「共同組合住宅」と呼ばれ、分譲と賃貸の中間に位置する。居住者は居住する住宅を住宅共同組合を通じて共同所有する。これら以外には非営利住宅などもあるが、これらを総称して本稿では公的住宅とする。
 - 12 改修工事は、日本では行わないような安価な方法のことも多い。たとえば出入口の小さな段差解消には、合板でミニスロープをつくるだけといったものやドアをはずしてカーテンとするなどである。
 - 13 34件の内12件が高齢者、22件は障害児の住宅である。本文で述べたように高齢者住宅への転居が進んでいることから、高齢者の住宅の高額な改修は少なくなってきている。検討後承認された22件の内訳は、3件は新築、9件は増築、10件が改修となっている。
 - 14 OTになるための教育は3年間で、その3年間の間に60時間住宅改修に対する講義を受ける。住宅改修を担当することになったOTはさらにアムトの担当者から講習を受けるが、3時間のみである。ほとんどのOTは乏しい知識で、仕事をしながら覚えているにすぎない、と福祉局長は指摘する。
 - 15 スウェーデンの公共セクターは、国家のもとに、23のランスティング（landsting：日本の県にあたる）その下に288のコミューン（commune：日本の市町村にあたる）があり、それぞれの権限と責任が明確にされている。
 - 16 日本の建築士資格と同様の建築資格を有する者。行政では、都市計画事務所（Stads Byggnerd Kontoret）あるいは都市計画課が所属となる。この都市計画事務所（課）は日本の建築系の担当課を統合したようなものである。
 - 17 スウェーデン・クローナは、1kr=14.41円（2003年8月22日現在）であるから、概ね20万円程度である。
 - 18 スウェーデンでは、作業療法士になるための教育の中で、建築設計についても学習する。当然であるが、それはあくまで作業療法士教育の中のごく一部の時間があてられているのにすぎない。大学では障害者のための建築設計も学ぶが、これらの時間も当然短い。
 - 19 ドイツでは、市民の自助努力と相互扶助が発達し、それを国が援助する、という体制が、伝統的・歴史的に行われてきている。また、国によらない機構、団体の責任を重視し、国が直接保護を行ったり、利害調整の仲介役の機能を果たすのではなく、非国家的イニシアティブを重視する、という考えがあり、行政直営のサービスではなく、民間の福祉団体がサービスを提供することは、これまでも一般的であった。このようなことから介護に関しても民間の保険で、という方向性が示されるのは、自然な方向であった、といえる。
 - 20 1ユーロ=130.36円（2003年8月22日現在）であるから、30万円程度である。
 - 21 MDKは疾病金庫がもっている医療サービス機構であり、疾病金庫が州単位で共同設置している。そのMDKを介護保険も活用している。MDKでは、要介護認定、介護サービスの内容などの検討を行うが、担当職員はほとんどが医師のみで、一部の州で看護専門家（看護職、高齢者介護士）も医師と共同で担当している。
 - 22 DIN18025 Teil 1, Teil 2 でバリアフリー住宅、DIN18024 Teil 1 ではバリアフリー建築が、それぞれ規定されている。
 - 23 医療保険制度は1995年改正され、以下の分類を行い、一部に限定された競争原理を導入している。
 1. 医療・介護サービスを「基礎治療ケア」「長期ケアと精神医療」「アメニティと高価でないケア」の3つに分類した。「基礎治療ケア」に分類される治療・ケアは、一般的な医療サービスである。「長期ケアと精神医療」は、1年以上の入院、精神医療、身体障害者施設でのケア、ナーシングホームでのデイケア、在宅ケア、補装具の給付・貸与、リハビリテーションや児童に対するワクチンなどである。ここに高齢者・障害者の介護が含まれる。「アメニティと高価でないケア」とは、すべての人々にとって経済的に利用不可能なほど高価でなく、医療上の必要性、効果、効率性などの基準からみて、一定条件を満たさないサービスとされている。
 2. 「基礎医療ケア」は、民間保険会社の保険で行われる。「長期ケアと精神医療」については、特別医療保険（AWBZ）の枠組みの中で行われる。つまり、公的保険が行う。「アメニティと高価でないケア」は人体への医療・介護の危険が少なく、緊急性に欠け、所得分配上の影響が少ない医療であることから、私的保険で行われる。
 - 24 住宅改修費の上限は、2003年現在、45,378ユーロである。

- 25 住宅改修費は身体機能の変化などに対応し、何度でも申請可能であるが、転居費用の支給は一度だけである。転居費用は、2,950ユーロ以下の場合、すぐに支給されるが、2,950ユーロ以上の場合、その必要性が厳格に検討され、医療的理由、社会環境、移転先を見つけるのに時間がかかるなどの理由によりそれが必要・正当であるとされれば支給される。身体機能に応じた住宅の紹介は行われるが、基本的に転居先は申請者が探す。転居物件が決まれば、その住宅がADLの向上に寄与するものか否かをチェックされる。転居は転居費用支給後の2年以内に転居することを条件に支給を受ける。
- 26 この大工組合は、ほとんど市の直営と言えるものであり、失業者の雇用対策の意味合いも込めて、発注されている。

参考文献

- 1 仲村優一編：世界の社会福祉6 デンマーク・ノルウェー，旬報社（1999）
- 2 Rehab: Hjælpe-middelcentralerne i Danmark, Rehab（2001）
- 3 Hiroyuki UEDA：At-home welfare as the Post Welfare Institutions - Institutions for the Elderly in Denmark, Nature and human Activities, 1, 83-94（1996）
- 4 金井謙介・奥由香里・矢倉愛・上田博之・北本裕之・富樫穎：デンマークにおける障害者・高齢者の居住福祉に関する調査報告，阪市大生紀要，第48巻，115-128（2000）
- 5 Ribe Amts Hjælpe-middelcentral：Håndbogen Egned Byggeri for ældre og handicappede, Ribe Amts Hjælpe-middelcentral（2001）
- 6 園田真理子：世界の高齢者住宅 日本・アメリカ・ヨーロッパ，日本建築センター（1993）
- 7 仲村優一編：世界の社会福祉1 スウェーデン，旬報社（1998）
- 8 馬場寛ほか編：スウェーデンの社会サービス法／LSS法，樹芸書房（1997）
- 9 Hiroyuki UEDA：New Institutions for the Elderly in Sweden - Senior House and New Form of Homes for the Aged, Nature and human Activities, 1, 95-102（1996）
- 10 Elisabeth SVENSON：Bygg Ikapp Handikapp, Svensk Byggtjänst（1989）
- 11 仲村優一編：世界の社会福祉8 ドイツ・オランダ，旬報社（2000）
- 12 Druckerei C.H.Beck：Sozialgesetzbuch,Beck-Texte（2002）
- 13 河島修：ドイツ介護保険の現場，旬報社（1997）
- 14 岡崎仁史：ドイツ介護保険と地域福祉の実際，中央法規出版（2000）