

スウェーデンの高齢者ケア（1）

野口 房子, 国武 和子, 古川 秀敏, 岩瀬 信夫, 山崎不二子, 波多江陽子

The Care of Elderly in Sweden

Fusako NOGUCHI, Kazuko KUNITAKE, Hidetoshi FURUKAWA,
Shinobu IWASE, Fujiko YAMASAKI, Yoko HATAE

はじめに

北欧の国スウェーデンといえば、まず福祉先進国というイメージが強い。このイメージには、おおまかに2つに分けられる。(1) 高齢者福祉の分野について色々な形で紹介がされており、そこに一つの方向性を見い出そうとするもの、(2) 高福祉を支えるために税・社会保険料負担が非常に重く、そのために経済が悪化し福祉国家も崩壊寸前であるという見方をするものもある。

我々は、文部省の科学研究において「高齢者のWell-beingの阻害因子とCare Systemの国際比較」のテーマのもとで、スウェーデン、アメリカと日本の3ヶ国間の比較を行うことにした。第一回目の今回はWell-beingケアに焦点を絞り、常に様々な問題を抱えながら施行錯誤を繰り返しながら改革を積み重ねて、現在に至っている福祉医療行政を明らかにすることを目指した。特に近年における動向は、合理化・効率化の推進やエーデル改革など、注目すべき新たな変化を経験してきている。

そこで本論は、スウェーデンにおける高齢者ケアを(1)、(2)と分け(1)は福祉政策の基盤となる背景と、近年の動向(1992年以前)に焦点をあてた高齢者のケアの状況と課題について述べる。(2)は1992年のエーデル改革による変化と現代の高齢者ケアの動向とその課題、そして我々が調査対照としているクングスホルメン地区の高齢者のケアについて論ずる。

注1) エーデル改革とは、「1990年代の高齢者福祉」法案であり、法案の最大の課題である福祉と医療とを市町村に一元化すること。

1. 高齢者の福祉政策の背景

高齢者福祉政策は、その国の歴史、風土、文化、国民性等を背景として成立している。したがって、われわれがスウェーデンの高齢者福祉対策を学びたいとする場合には、その背景にある普遍的な原理・原則を見い出していくことが大切である。

1) 国土面積・自然条件と人口規模

スウェーデンの国土面積は45万平方キロメートルで、日本の約1.2倍の大きさである。耕地面積はその10分の1弱で、国土の北半分以上は森林でおおわれている。一方、人口は約885万人(1996年末現在)とわが国の14分の1程度であり、85%が国土の南半分にすむ。

出生率は他の工業国と同様に低いが、1980年代から1990年代初めに緩やかな増加をみせていたが、現在は減少しつつある。平均寿命は男子76歳、女子82歳程度と高い。1940年代以降のスウェーデンへの移民は大部分が他の北欧諸国からであるが、それ以外の国もある。移民の数は同時期における人口増加の40%以上に相当する。

人口密度をわが国と比較すると、1996年現在、20人/平方キロメートルであるが、わが国は333人/平方キロメートルである。

このような国土面積と人口規模は、高齢者福祉行政に様々な影響を与えていると思われる。

- (1) 人口規模が小さいことにより、改革に対する国民のコンセンサス形成が得られやすく、効果も早くあらわれる。また失敗した場合でもやり直しがききやすい。
- (2) 人口密度が低いことは、高齢者の住宅や設備の構造をゆとりあるものにすることができる。これは生活の質をたかめることを容易にする。
- (3) 一方で人口がまばらな北部地域では、在宅福祉サービスを効率的に行う努力が必要となる。

自然条件としてスウェーデンの国土は南北に長く、最北部は北極圏にまで達する。地形は比較的平坦で、北西部には山脈が走り、その最高峰は約2111mの高さを誇る。入り組んだ海岸線にそって何千もの島がある。首都ストックホルムは、北緯59度21分に位置し、その緯度は極東でいえばカムチャッカ半島の付け根に相当するが、そのわりには大西洋を循環するメキシコ湾流のおかげで、比較的温暖である。7月の平均気温は18度前後で冬の平均気温は零度をわずかに下回る程度であり、降雪量も比較的少ない。ストックホルムでも1年の半分以上は冬に相当する厳しい気候である。6～7月には太陽が1日中沈むことのない、いわゆる白夜をむかえる。

また、国土のうち54%が森林、20%が湖沼・河川となっており、森林・水資源は豊富であるが、最南部のスコネ地方をのぞけば肥沃な農耕地に恵まれているとは言い難い。このような自然条件はスウェーデン人の気質や国民性にも大きな影響をおよぼしていると思われる。

2) 歴史

スウェーデンは、1814年にナポレオン戦争が終結して以来、外交政策の基本方針として非同盟・中立主義を維持してきたところであり、このため第一次大戦も、第二次大戦も参戦しなかった。

スウェーデンは20世紀の初め頃はヨーロッパのなかでも最も貧しい国の一つで、当時は大量の移民が大西洋を渡ってアメリカ大陸に移住したほどであった。しかし、両大戦の戦禍を免れ、産業基盤が維持されたことが大きな要因となって、特に第二次大戦後、急速に経済が発展し、その成果を福祉充実のために振り向けることができた²⁾。1995年にEU(欧州連合)への加盟を果たし、非同盟中立政策に一部修正が加えられたような形となっているが、引き続き軍事非同盟は維持する(すなわち、NATOには加盟しない)というのが現在の政府の立場である。

3) 政治

スウェーデンは議会制立憲君主国であり、カール16世グスタフ(Carl XVI Gustaf)国王の職務は国家元首としての儀式上の権能に限られる。国会(Riksdag)は一院制で、議員は比例代表制に基づき、4年ごとの直接選挙で選出される。選挙権取得年齢は18歳で、普通選挙制度が実施される。1998年の選挙により社会民主党が小党派与党となり、国会の349議席のうち131議席を占めた。

行政府に置かれる10の省は、主として国会へ提案する法の作成にあたる。法律の施行は、省とは比較的独立した関係にある100ほどの中央行政機関と21のレーン行政機関(中央行政機関の地方出先機関)が行う。各レーンには普通選挙で選出されるランステイング(Landsting)と呼ばれる地方議会が置かれ、所得税を徴収する権限を有し、主に地域内の保健医療の責任を負う。現在全国は、283のコミュニティ(kommun:地方自治体)にわかれ⁶⁾、それぞれ普通選挙で選ばれた議会が置かれている。議会には徴税権があり学校、児童・高齢者福祉、公共事業、住宅供給、文化活動、余暇活動などの公益事業の管理運営に当たる。

公務員による職権濫用の疑惑の調査に当たる国会オンブスマンのほか、公正取引及び消費者保護、人権的・性的差別の防止、報道倫理の維持、児童青少年や障害者の権利擁護を目的としたオンブスマンがそれぞれ置かれ、厳しい監視の目を向けて国民の権利の擁護に当たる。政府公文書のほとんどは、いつでも国民や報道機関に公開される。

4) 経済

スウェーデンは、他の西欧諸国と比べると遅れて産業革命を経験したが、特に第二次大戦後、経済が急速

に発展し、1950年代～60年代はスウェーデン経済の黄金時代と呼ばれるような時期を経験した。こうした経済成長の成果を福祉国家建設の糧としていったのである。こうした経済発展の要因としては、(1) 第一次、第二次両大戦の戦禍を免れたことのほか、(2) 豊富な鉄鉱石、森林、水等の資源の存在、(3) 早い時期から教育の充実が図られてきたことにより、質の高い労働力が確保できたこと、(4) 高い技術開発力、(5) 政治の安定および労使関係の安定等があげられる。

なお、70年代半ばの石油危機以降、スウェーデン経済もかつての勢いを失い、特に90年代初めには戦後最悪ともいわれる深刻な経済危機を経験した。こうした経済状況を背景に80年代半ば頃より高齢者ケアの部門でも合理化・効率化が進められた。

5) スウェーデン人の気質・国民性

スウェーデン人は非常に自立心の強い国民である。スウェーデンでは、子供が高校を卒業すれば親元を離れて暮らすのが一般的であり、また、高齢者と子との同居率も極めて低いが（表1参照）、こうしたことも自立心の強さをしめしている。

身体に具合の悪いところが出てきた一人暮らしの高齢者でも、できる限り自分でやれることは自分でやろうと努力し、自分では出来なくなって初めて福祉サービスに頼ろうとするのが普通である。そして、福祉サービスを受けるときは、これ迄高い税金を払ってきたのだから当然の権利であるといった態度で堂々とうける。

表1 スウェーデンにおける高齢者と子の接触頻度
(1992～93年の調査結果) (単位%)

| | 65～74歳 | 75～84歳 | 計 |
|------------|--------|--------|----|
| 成人の子と同居 | 4 | 4 | 4 |
| 最低週1回会う | 68 | 66 | 66 |
| 最低月1回会う | 17 | 18 | 17 |
| 最低四半期に1回会う | 9 | 6 | 8 |
| ほとんど会わない | 4 | 5 | 4 |

資料：SCB “Den svenska familjen” (demografiska rapporter 1994:2)

表2 自殺死亡率（人口10万対）の国際比較

| | 日本 (1996年) | スウェー デン (1993) | アメリカ 合衆国 (1992) | イギリス (1993) | ドイツ (1994) | フランス (1993) |
|--------|---------------|----------------------|-----------------------|----------------|---------------|----------------|
| 総数 | 17.8 | 15.7 | 12.0 | 7.5 | 15.6 | 21.2 |
| 65～74歳 | 25.3 | 18.8 | 16.5 | 7.2 | 23.4 | 30.5 |
| 75歳～ | 39.7 | 28.0 | 22.6 | 9.2 | 39.5 | 52.3 |

資料：厚生省「人口動態統計」
WHO “World Health Statistics Annual, 1995”

一方、自立心が高いといっても、個々人が自分のことだけを考えて、他人のことはどうなってもかまわないということではない。むしろ、本当に困っている人がいたら、連帯の精神で助けてあげるべきだという気持ち強い。

また、老親と子の同居率が低いといっても、このことは必ずしも親と子の関係が疎遠であることを意味しない。例えば、高齢者と子が別居していても、三分の二以上のケースでは最低週1回は会っているという調査結果(表1)からも明らかである。なお、『スウェーデンの高齢者は孤独感が強く、自殺率が高い』などといわれることがあるが、これは誤解であり、高齢者の自殺率はむしろわが国の方が高い(表2参照)。

スウェーデン人の政策論議に際しての態度は、基本的に現実主義的・合理主義的であり、コンセンサスを重視する。また、実験精神や改革精神が旺盛で、制度に何か問題があるとわかっただけで、できるだけ速やかに改革案をまとめて実行に移そうとする傾向がある。

6) 高齢化の状況(表3、4参照)

スウェーデンでは、すでに1950年代初めにおいて65歳以上人口比率(高齢化率)は10%を超え、その頃から高齢者福祉政策は政府の最重要政策の1つとして位置づけられてきた。今後、高齢化のきつい坂道を登っていかなければならないわが国とは少し異なり、65歳以上人口比率という指標でみる限り、スウェーデンではむしろ50年から90年までがきつい上り坂の時期であったところであり、この間、高齢化率は10.2%から17.8%へと7.6ポイントの上昇をみせた。特に60年代以降、高齢化率は世界最高水準で推移し、スウェーデンはまさに「高齢化のトップランナー」として走り続けてきたといえる。この間のスウェーデンは、特に70年代半ばまでは経済が順調であったことから、高齢化の進展に伴うサービスの拡大のためのコスト負担が比較的容易であったことである。その後、高齢化率は減少傾向を示しており、2000年から2005年にかけての時期には約17%迄低下すると見込まれている。しかし、この間においても80歳以上の後期高齢者人口は、90年に37.0万人

表3 日本とスウェーデンにおける65歳以上人口割合の推移 (単位: %)

| 年 | 日本 | スウェーデン |
|------|------|--------|
| 1950 | 4.9 | 10.2 |
| 1960 | 5.7 | 11.8 |
| 1970 | 7.1 | 13.8 |
| 1980 | 9.1 | 16.4 |
| 1990 | 12.0 | 17.8 |
| 1995 | 14.5 | 17.5 |
| 2000 | 17.2 | 17.0 |
| 2005 | 19.6 | 17.0 |
| 2010 | 22.0 | 18.4 |
| 2015 | 25.2 | 20.0 |
| 2020 | 26.9 | 20.7 |
| 2025 | 27.4 | 21.2 |
| 2030 | 28.0 | 21.9 |
| 2035 | 29.0 | 22.4 |
| 2040 | 31.0 | 22.4 |
| 2045 | 32.0 | 21.8 |
| 2050 | 32.3 | 21.3 |

表4 スウェーデンにおける65歳以上人口および80歳以上人口の推移

| 年 | 65歳以上人口 | | 80歳以上人口 | |
|------|---------|--------|---------|-------|
| | 千人 | % | 千人 | % |
| 1990 | 1,526 | (17.8) | 370 | (4.3) |
| 1995 | 1,543 | (17.5) | 415 | (4.7) |
| 1997 | 1,542 | (17.4) | 427 | (4.8) |
| 2000 | 1,529 | (17.0) | 455 | (5.0) |
| 2005 | 1,552 | (17.0) | 485 | (5.3) |
| 2010 | 1,697 | (18.4) | 481 | (5.2) |
| 2015 | 1,865 | (20.0) | 468 | (5.0) |
| 2020 | 1,958 | (20.7) | 487 | (5.1) |
| 2025 | 2,029 | (21.2) | 582 | (6.1) |
| 2050 | 2,039 | (21.3) | 687 | (7.2) |

(注1) 1997年までは実績値、2000年以降は推計値。

(注2) () 内は、全人口に占める割合。

資料: 1997年まではSCB、2000年以降はSCB

“Sveriges framtida befolkning, Framskrivning for aren 1994-2050”

(Demografiska rapporter 1994:3) による。

(注) 1995年までは実績値、2000年以降は推計値。

資料: 日本の1995年までは総務庁統計局「国勢調査」、2000年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成9年1月推計)」の中位推計による。スウェーデンの1995年までは中央統計局(SCB)、2000年以降はSCB “Sveriges framtida befolkning, Framskrivning for aren 1994-2050” (Demografiska rapporter 1994:3) による。

であったものが2000年には45.5万人、2005年には48.5万人と増加をみせると予想されている。こうした後期高齢者の増加に伴い、痴呆性老人等、介護の必要度の高い高齢者の増加が予想され、適切な施策の強化が重要な課題となっている。

2. 高齢者福祉政策を支える理念

社会保障政策全般にわたる基本理念と原則

1) 平等と連帯

スウェーデンにおける社会保障政策の基本理念は、「平等 (equality)」と「連帯 (solidarity)」という言葉で表現される。ここでいう「平等」とは、所得・居住する地域等に関わらず、すべての国民が必要なサービスを楽しむようにすることを意味し、「連帯」とは、そのために必要な費用を国民全体で力を合わせて税金等により負担することを意味する。この理念は、第二次大戦前（1928）に当時の社民党党首ハンソンが、国会演説のなかで取り上げた概念であり、目指すべき国家像として、よい家庭のように機能する社会をイメージし「国民の家」という構想を掲げて福祉国家建設を推進してきた政治的スローガンでもあった。この考え方は、現在は国民一般にごく自然に受け入れられている。

また、スウェーデンにおける高齢者・障害者福祉サービス、児童福祉サービス等に関する基本的枠組みを定める法律である「社会サービス法」の第一条は、「公的社会サービスは、民主主義と連帯とを基盤に、人々の経済的、社会的安心感、生活条件の平等および社会生活への積極的参加を推進しなければならない。」と規定していて、国の法律においても、「平等と連帯」という理念は明確に位置づけられている。

2) 社会サービス法の基本原則³⁾

社会サービスに関する基本的枠組みを定める法律として、「社会サービス法」が1982年から施行されている。同法の基本的原則は、次のようになっている。

- (1) 自己決定 各人が自分の生活のあり方を自分で決定できるようにする。その決定および選択は尊重されるべきである。
- (2) ノーマライゼーション 可能な限り普通の環境で各人が生活を続けられるようにすべきである。
- (3) 選択の自由 介護を受けている人々に選択の可能性がなければならない。
- (4) 総合的視野 各人の福祉ニーズを心理的・身体的・社会的側面から総合的に把握し、対処すべきである。
- (5) 継続性 保健医療・福祉関係機関からのサービスの提供はできる限り職員が継続的に対応すべきであり（对人的継続性）、また、同じ考え方にもとづいた看護・介護が継続されるべきである（介護的継続性）。さらに、実際の介護・看護時間が本人のニーズに合うようにすべきである（時間的継続性）。
- (6) 柔軟性 各人に対する援助は、本人の置かれている条件と必要性に応じて決められるべきで、一律に決められるべきではない。
- (7) 近接性 各人に対する援助は、本人の生活環境のなかで与えられなければならない。
- (8) 人格の尊重 各人の人格、人権は尊重されなければならない。
- (9) 積極的活動 各人の残存能力を活かして、積極的に有意義な日常生活が送れるように援助が行われなければならない。
- (10) 参 加 介護・看護の計画は、当事者の参加の下に行われなければならない。

3. 高齢者福祉の制度的特徴

スウェーデンにおける高齢者福祉の制度的特徴としては、次のような点を指摘することができる。

1) 徹底した地方分権

スウェーデンでは、高齢者・障害者福祉、児童福祉等の社会サービスの具体的な実施については、日本の市町村に相当する基礎的自治体であるコミュン（kommun:以下「市」と表記する）が責任を負うこととさ

れており、地方分権の考え方が徹底している。

一方、国は制度の基本的枠組みの企画立案を行うなど政策全体のあり方について責任を負っており、高齢者福祉政策に関する国の機関としては、社会省 (Socialdepartementet:Ministry of Health and Social Affairs)、保健福祉庁(Socialstyrelsen:The National Board of Health and Welfare)等がある。社会省は、保健医療・福祉・社会保障等の政策に関する基本的枠組みの企画立案等を行う。保健福祉庁は、各省から独立した地位を有する独立行政機関の一つであり、保健医療・福祉に関する施策の評価、業務の監督等を行う。

1998年1月現在、288ある市は、社会サービスの実施に関して非常に広範な権限を有しており、市自らが各種事業の運営主体となるとともに、その具体的運営方針や福祉施設の構造・設備・人員配置のあり方、サービスに対する利用者負担額等についても、国の決定する基本的枠組みの範囲内で各市が独自の判断で決定している。

1996年における市の事業費全体のなかで、福祉関係費は二分の一強を占めていて、なかでも高齢者・障害者福祉関係費は28.1%と最大の部門となっている (表5参照)。

同年における市の歳入については、税収入 (ほとんど全てが所得課税である市税によるもの) が55.3%と過半を占め、その他料金収入等と合わせた自主財源で大部分の経費を賄っており、国からの補助金・交付金は歳入の18%弱にすぎない (表6参照)。

保健医療サービスの具体的な実施については、広域的自治体であるランスティング (landsting;以下「県」と表記する。1998年1月現在、23の県が存在) および、いずれの県の圏域にも属さない三つの市(ヨーテボリ市、マルメ市、ゴットランド市)が責任を負っている。

1996年における県の事業費全体のなかで、保健医療関係費は8割以上を占めており、保健医療は県の中心的任務であるといえる (表7参照)。

同年における県の歳入においては、所得課税である県税の収入が66.3%を占める一方、国からの補助金・交付金は16%強にすぎず、市と同様財政面での国からの独立性は高い (表8参照)。

表5 市 (コミュン) の事業費の内訳 (1996年)

| | 割合 (%) | 金額 (百万クローネ) |
|-----------|--------|-------------|
| インフラ整備等 | 8.3 | 22,368 |
| 余暇・文化事業 | 6.1 | 16,531 |
| 児童保育 | 15.5 | 42,043 |
| 教育 | 28.1 | 76,290 |
| 高齢者・障害者福祉 | 28.3 | 76,798 |
| 生活保護等 | 8.2 | 22,324 |
| その他 | 5.4 | 14,685 |
| 合計 | 100.0 | 271,039 |

資料：SCB “Kommunernas finanser 1996”

表6 市 (コミュン) の歳入の内訳 (1996年)

| | 割合 (%) | 金額 (百万クローネ) |
|---------|--------|-------------|
| 資産売却 | 2.4 | 8,295 |
| 料金 | 9.1 | 31,398 |
| 事業収入 | 3.7 | 12,850 |
| 賃貸料 | 3.0 | 10,417 |
| 補助金 | 4.8 | 16,611 |
| 税収入 | 55.3 | 191,958 |
| 一般国庫交付金 | 13.0 | 45,137 |
| その他 | 8.7 | 30,254 |
| 合計 | 100.0 | 346,920 |

資料：表5と同じ

表7 県 (ランスティング) の事業費の内訳 (1996年)

| | 割合 (%) | 金額 (百万クローネ) |
|---------|--------|-------------|
| 病院医療 | 60.0 | 66,502 |
| 初期医療 | 21.7 | 24,052 |
| 社会事業 | 0.6 | 693 |
| 精神障害者ケア | 0.8 | 893 |
| 教育・文化事業 | 5.9 | 6,544 |
| その他の事業 | 8.8 | 9,741 |
| 管理費 | 2.3 | 2,499 |
| 合計 | 100.0 | 110,924 |

資料：表5と同じ

表8 県 (ランスティング) の歳入の内訳 (1996年)

| | 割合 (%) | 金額 (百万クローネ) |
|-----------|--------|-------------|
| 県税収入 | 66.3 | 85,738 |
| 国庫交付金 | 13.7 | 17,774 |
| 国庫補助金 | 2.7 | 3,428 |
| 医療保険からの支払 | 0.1 | 92 |
| 料金等 | 9.1 | 11,809 |
| その他 | 8.1 | 10,448 |
| 合計 | 100.0 | 129,289 |

資料：表5と同じ

各市および各県は、独自に市税、県税を決定し、住民に対して課税する権限を有しており1998年における税率の平均は、市税21.2%県税9.3%である。なお、市と県との間に権限上の上下関係はなく、対等の立場でそれぞれの役割を分担している。

2) 公的セクターを中心としたサービスの提供

高齢者福祉の運営、ホームヘルプ・サービス等の高齢者福祉に関する事業の大部分は市により直接運営され、サービスが提供されている。市が直接運営する事業に従事する職員は基本的に市の公務員である。

1990年代に入り、市が民間事業者に運営の依託を行う形態が増加したが、全体からみればまだごく一部である。また、民間事業者への依託の増加は大都市圏が中心であり、地方部ではあまり進んでいない。

なお、保健医療サービスについては、その大部分を県が直接提供している。具体的には、県立の病院や地域保健センター等が保健医療サービスの大部分を提供しており、このような機関に勤務する医師、看護婦等の職員は基本的に県の公務員である。

3) 租税を中心とした費用負担

高齢者福祉サービスに要する費用の大部分は、租税（主に市税）により負担が行われている。サービス利用者本人からも一定の利用者負担を徴収しているが、費用全体からみればごく一部である。94年においては、高齢者・障害者福祉関係費のうちの9%が利用者負担により賄われており、市の負担（財源のほとんどは市税および一般国庫交付金および国庫補助金）により同関係費の82%が賄われている（表9参照）。

表9 市（コミュン）の高齢者・障害者福祉関係費の財源構成（単位：百万クローネ）

| 年 | 総費用 | 市の負担 (市税等) | | 国庫補助金 (使途限定) | | 利用者負担 | | その他 | |
|------|--------|---------------|-----------|-----------------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|
| | | | 割合 (%) | | 割合 (%) | | 割合 (%) | | 割合 (%) |
| 1984 | 13,478 | 8,340 | 62 | 1,760 | 13 | 2,209 | 16 | 1,169 | 9 |
| 1985 | 15,016 | 9,402 | 63 | 2,137 | 14 | 2,221 | 15 | 1,256 | 8 |
| 1986 | 16,487 | 10,495 | 64 | 2,289 | 14 | 2,391 | 14 | 1,312 | 8 |
| 1987 | 18,012 | 11,522 | 64 | 2,483 | 14 | 2,531 | 14 | 1,476 | 8 |
| 1988 | 20,239 | 13,000 | 64 | 2,865 | 14 | 2,169 | 11 | 2,205 | 11 |
| 1989 | 22,876 | 14,572 | 64 | 3,547 | 15 | 2,204 | 10 | 2,553 | 11 |
| 1990 | 27,287 | 17,826 | 65 | 3,852 | 14 | 2,426 | 9 | 3,183 | 12 |
| 1991 | 29,303 | 18,895 | 65 | 4,172 | 14 | 2,670 | 9 | 3,566 | 12 |
| 1992 | 51,272 | 37,646 | 73 | 6,898 | 13 | 2,899 | 6 | 4,509 | 8 |
| 1993 | 52,679 | 43,782 | 83 | 911 | 2 | 4,086 | 8 | 3,900 | 7 |
| 1994 | 56,470 | 45,228 | 80 | 1,186 | 2 | 4,781 | 9 | 5,275 | 9 |

(注1) 総費用の数値についてエーデル改革（1992年から実施）の影響を考慮した調整は行っていない。

(注2) LSS法（特定機能障害者の支援とサービスに関する法律（1994年施行））に基づく施策に関する費用は含まれない。

(注3) 1993年および1994年の「市の負担」には、一般国庫交付金（使途限定なし）の一部を含む。

(注4) 「利用者負担」には、家賃は含まれない。

資料：保健福祉庁 “Adelreformen Arsrapport 1995/Rividerad version”

4. 高齢者ケアに関する施策の現状

1) 在宅サービス

スウェーデンの高齢者福祉では、誰もが住み慣れた自分の家にできるだけ長く住み続けられるようにすることが最初の目標となる。

スウェーデンでは高齢者と子が同居するケースは極めて少なく、在宅の高齢者の自立した生活を支援するために、公的な在宅サービスが大きな役割を果たしている。具体的には、市が中心となって次のようなサービスを実施している。

(1) ホームヘルプ・サービス

ホームヘルパーが、自力だけでは生活できない在宅の高齢者（サービスハウス入居者を含む）に対し、掃除・炊事・買物・洗濯等の家事援助、就寝介助・入浴介助等の身体介助のサービスを提供することによって自立生活を援助する。近年では、介護の必要度の高いものへのサービスの集中化が進むとともに、サービス内容においては、相対的に家事援助の比重が減り、身体介助の比重が増える傾向にある⁴⁾。

サービスハウス入居者を除く在宅の者についてみると、97年12月現在、ホームヘルプ・サービス利用者数（市が行う訪問看護の利用者を含む）は145,872人であり、65歳以上の8.4%80歳以上の19.8%が利用している。また、在宅のホームヘルプ・サービス利用者（市が行う訪問看護の利用者を含む）のうち、民間事業者からサービスを受けているのは4.2%にすぎず、大部分の利用者は市から直接サービスを受けている（表10、11参照）。なお、市の高齢者・障害者福祉部門に雇用されているヘルパー数（高齢者福祉施設の介護職員を含むが、准看護婦以上の資格を有する者を除く）は、1994年現在、94,632（フルタイム換算値）である。

表10 スウェーデンにおけるホームヘルプ・サービス
または訪問看護の利用者数

| 年 | 在宅またはサービスハウスにおけるホームヘルプ・サービス等利用者数 (A) | (A) のうち在宅におけるホームヘルプ・サービス等利用者数 (B) | (B) の運営主体別内訳 | |
|------|--------------------------------------|-----------------------------------|--------------|--------------|
| | | | 市 | 民間 |
| 1993 | — | 176,322 | 172,232 | 4,100 (2.3%) |
| 1994 | — | 163,794 | 158,274 | 5,520 (3.4) |
| 1995 | 203,406 | 154,717 | 149,074 | 5,643 (3.6) |
| 1996 | 191,036 | 145,169 | 141,474 | 3,695 (—) |
| 1997 | 194,656 | 145,872 | 139,458 | 6,114 (4.2) |

(注1) 各年の数値は、12月31日現在。

(注2) 「民間」の欄の () 内は、(B) に占める割合。

(注3) 上記数値には、65歳未満の者も含む。

(注4) 1996年の「(B) の運営主体別内訳」の数値には、一部の市が「民間」分の数値を提出しなかったことによる統計上のミスが含まれているので、他の年の数値と単純に比較することはできない。

(注5) ここでいう訪問看護は、市が行う訪問看護である。

資料：1993年はSCB、1994年以降は保健福祉庁による。

表11 スウェーデンにおける年齢階級別ホームヘルプ・サービス等利用者数および各年齢階級別人口に占めるホームヘルプ・サービス等利用者の割合

| 年 | 64歳以下 | | 65～79歳 | | 80歳以上 | | 65歳以上 | |
|------|--------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|---------|-----------|
| | 利用者数 | 利用者 割合 | 利用者数 | 利用者 割合 | 利用者数 | 利用者 割合 | 利用者数 | 利用者 割合 |
| | | (%) | | (%) | | (%) | | (%) |
| 1994 | 18,760 | 0.3 | 54,369 | 4.8 | 90,665 | 22.2 | 145,034 | 9.4 |
| 1995 | 17,145 | 0.2 | 50,919 | 4.5 | 86,653 | 20.9 | 137,572 | 8.9 |
| 1996 | 15,626 | 0.2 | 46,587 | 4.2 | 82,956 | 19.7 | 129,543 | 8.4 |
| 1997 | 15,813 | 0.2 | 45,271 | 4.1 | 84,788 | 19.8 | 130,059 | 8.4 |

(注1) 「ホームヘルプ・サービス等」とは、ホームヘルプ・サービスおよび市が行う訪問看護をいう。

(注2) 各年の数値は、12月31日現在。

(注3) 上記数値は、在宅におけるホームヘルプ・サービス等利用者（サービスハウス入居者は含まず）に関する数値である。

資料：SCB “Statistisk årsbok for Sverige '99”

(2) 訪問看護

看護婦、准看護婦が定期的に在宅の高齢者を訪問する。従来は県が実施していたが、92年エーデル改革により、県と市が合意した場合には市に移管することができることとされ、現在、約半分の県において市への移管が行われている。

(3) ナイトパトロール

夜間の介護ニーズに対応するため、ほとんどすべての市においてナイトパトロールが組織されている。通常、ヘルパー、准看護婦、看護婦があらかじめ決められたスケジュールにしたがって車で要介護者を巡回し介護を行うとともに、緊急アラームへの対応も行っている。従来は、市と県が合同で実施していたが、エーデル改革以降は、市が単独で実施している場合もある。

(4) 緊急アラームシステム

一人暮らしの高齢者等の緊急の要請に応えるためのシステムである。このシステムの利用の必要性を認められた高齢者は、腕時計型やペンダント型の緊急アラームを身につけ、緊急時にアラームのボタンを押すことによって緊急の要請を伝え、ヘルパー等の支援を求めることができる。

このように、定期的なホームヘルプ・サービス、訪問看護、ナイトパトロールに加え、緊急アラームシステムが設けられていることにより、在宅の高齢者が24時間必要なサービスを受けることができる体制が整備されている。なお、福祉事務所等のスタッフが定期的に高齢者に電話をし、健康状態等をチェックする電話サービスも行われている。

(5) デイセンター、デイケアセンター

デイセンターは、主として健康な高齢者を対象とした通所施設であり、余暇活動等を行っている。デイケアセンターは、痴呆性老人、身体的障害のある高齢者等を対象とした通所施設であり、食事、グループ活動、作業療法等を実施している。デイセンターへの通所者は一施設当たり1日平均20人程度であるが、デイケアセンターへの通所者は一施設当たり1日平均10人程度である。近年、痴呆性老人のための特別なスタッフのいるデイケアセンターが増加している。

(6) ショートステイ

在宅で高齢者の介護を行っている家族等の負担軽減のためや、ナーシングホーム、グループホーム等への入居待ちのため、高齢者を一時的に施設に入居させるサービスである。

(7) 移送サービス

通常の公共交通機関（バス、地下鉄等）が利用できない高齢者のために、タクシーまたは車椅子用の特別車による移送サービスを市が実施しており、高齢者の自立支援のために極めて大きな役割を果たしている。費用の一部について利用者負担があるが、具体的な額の設定は市によって異なっている。

1997年において、移送サービスの利用資格のあった高齢者・障害者の数は41.9万人となっており、これらの者1人につき、平均して年間36回の利用があった。また、1995年には高齢者の23%が移送サービスを利用している。

(8) 補助器具の貸与

高齢者の自立した生活を支援するため、県または市が必要な補助器具を、原則として無料で貸与している。対象となる補助器具は、歩行器から電動車椅子にいたるまで非常に多岐にわたっている。従来は、すべて県が実施していたが、エーデル改革以後は市も補助器具の貸与に責任を持つこととなった。県と市の間の役割分担は、県によって異なっている。

(9) 住宅改造補助

高齢者が自宅で自立した生活を送るために必要な生活の改造に対して、市が補助を行っている。

(10) 高齢者住宅手当

低所得者の高齢者に対して家賃の一部を補助するため、高齢者住宅手当が国から支給される。なお、この手当では、1994年までは市から支給され、これに対して国庫補助が行われていた。

(11) 有給家庭内介護者介護手当

各市においては、家族等が住宅で高齢者を介護している場合、市が当該家族等をヘルパーとして雇用して給与を支払う制度（有給家庭内介護者）、または市から当該家族等に対して介護手当を支給する制度（市介護手当）が設けられている。市によって制度の具体的内容は異なるが、一般に、有給家庭内介護者として雇用されるためには、65歳未満で公的年金給付を受給していないことが条件とされ、市介護手当は65歳以上の高齢者が介護者である場合に支給される⁵⁾。

1997年12月末現在、在宅またはサービスハウスでホームヘルプ・サービスを受けている者（194,656人）のうち、3,321人（1.7%）が有給家庭内介護者から介護を受け、5,998人（3.1%）が介護手当を受給する家族等により介護を受けていた。これらの制度は、市が高齢者介護について最終的責任を負うという原則を維持しながら、家族による介護という選択の途も開いているものとして理解できる。

なお、国（社会保険庁）が運営する医療保険制度から支給される手当として、近親者介護手当がある。これは、極めて重い病気にかかった者を介護する（看取る）ために、休業する近親者（家族のほか、親しい友人、隣人を含む）に対する所得補償として、介護を受ける者一人につき最高60日（1994年7月に従前の30日から延長された）まで所得の80%相当額を支給するものである（1998年現在）。

この制度は、主に近親者が危篤状態になった場合の看取り休暇のために利用されており、従来は在宅で看取る場合のみ支給されていたが、1992年以降はナーシングホーム等の施設において看取る場合にも支給されている。

(12) その他

配食サービス、入浴サービス、除雪サービス等の在宅サービスが実施されている。

2) 施設サービス

(1) 高齢者福祉施設の形態

高齢者が身体機能の低下等により在宅で生活を続けられなくなった場合には、施設への入居が認められる。この場合、施設といっても、社会サービス法上「サービスおよび介護のついた特別な住居（särskilda boendeformer）」と規定されており、一種の住居として位置づけられている点に注意する必要がある⁶⁾。これらの施設では、個室が原則とされ、従前に使用していた家具の持ち込みもできるなど住居環境の向上が図られており、いわば「施設の在宅化⁷⁾」が進められている。

こうした施設は、大きく次の四種類の形態に分類できるが、現在では、これらは法律上の区別ではなく、近

年新築・改築された施設では、これら四形態間の差異は小さくなってきている。

①サービスハウス (servicehus:service house)

いわゆるケアつきアパートであり、一般に介護の必要度のそれほど高くない高齢者が入居する。各人の住居部分は、35～60m²程度の広さであり、台所、浴室(シャワールーム)がつく。各サービスハウスによって内容は多少異なるが、食堂、娯楽室、図書室、美容室、足のケアを行う施設、デイセンター等のサービス機能が付属しているのが普通である。職員は24時間体制で勤務しており、一般住宅の居住者と同様、必要に応じてホームヘルプサービスが受けられる。

②老人ホーム (älderdomshem:old people's home)

サービスハウスに比べて入居者の介護の必要度は高く、居室は個室(14～20m²程度)とされているが、食事は決められた時間に食堂で一緒にとる形式であるため、台所はついていない。職員により24時間体制で介護サービスが受けられる。最も古くからある高齢者施設の形態であり、かつては居住環境の悪さが問題とされていたが、近年は住居としてのスタンダードを向上させた「モダン老人ホーム」が整備されてきている。

③グループホーム (gruppboende:group dwelling)

痴呆性老人、重度身体障害者、知的障害者を対象とした小共同住宅であり、6～8人程度が入居している(痴呆性老人の場合、8人前後を一グループとするのが適当と考えられている)。居住者の居室(個室)と食堂、居間等の共同スペースがある。職員が24時間体制で勤務しており、家庭的な環境のなかでケアを行っている。痴呆性老人のケアの形態として有効であるとされ、とくに80年代後半以降整備が進んでいる。

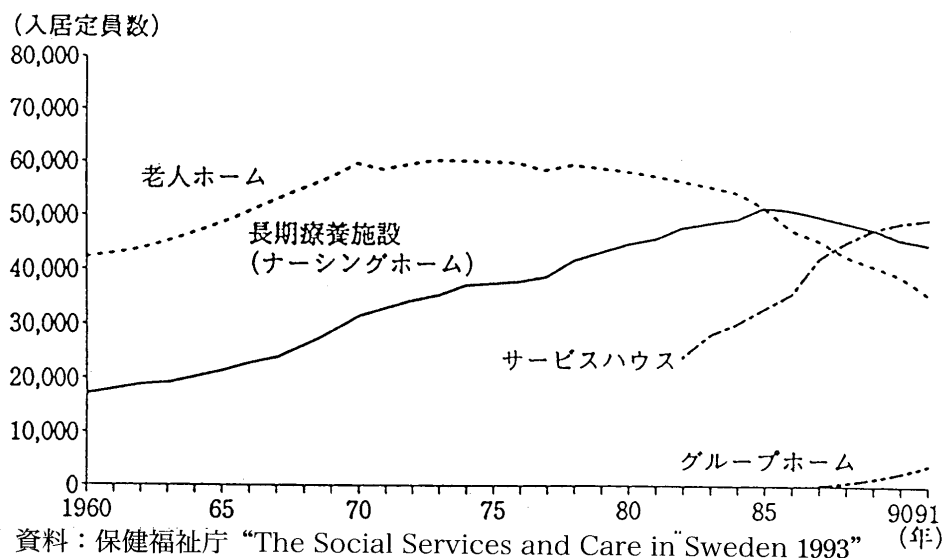
④ナーシングホーム (sjukhem:nursing home)

主に重度の介護を要する者が入居する長期療養施設。従前は県の所管する医療機関とされたが、エーデル改革により市に移管され、「サービスおよび介護のついた特別な住居」の一形態として位置づけられた。住居は、個室、二人部屋、四人部屋等があるが、住居環境の改善のため個室化の推進が課題となっている。

2) 施設入居者数の推移1991年迄の推移 (図1参照)

老人ホーム入居者数は、1970年代初めまで増加をつづけたが、1970年代後半から減少している。ナーシングホーム入居者は、1980年代半ばまで増加を続けたが、その後減少している。サービスハウス入居者は、1980年代を通じて大幅な増加をみせた。グループホーム入居者数は、1980年代の終わり頃から顕著な伸びをみせている。以上四つの施設形態における高齢者(65歳以上)1,000人当たりの入居率は、1980年代半ばから1990年代初めにかけて減少をみせた。

図1 スウェーデンにおける老人ホーム、サービスハウス、長期療養施設(ナーシングホーム)、グループホームの入居定員数の推移(1960～1991年)



5. 課題

スウェーデンにおけるかつてのケアやサービスをうける場所は、病院、老人ホーム、その他収容施設といわれる施設などであったが、近年では在宅ケアが主流となっている。

在宅ケアがスウェーデンに定着しだしたのは、1970年代のことで、それもまずケアとサービスが提供しやすい場所や空間を高齢者や障害者に提供し、1964年にホームヘルプにたいし国庫補助が出るようになってからである。現在みられるような在宅で介護を受けられるようになったのは、1982年の社会サービス法の制定以後といえる。この法律により、本人の意志にそって住み慣れた場所に住むことが出来、自宅における介護サービス提供のきっかけになった⁷⁾。

今日においては、スウェーデンの高齢者のほとんどは自宅で生活し、高齢者の5%のみが施設でくらしている。特にスウェーデンの92%の老人は一般住宅にくらしている。彼等の半数以上が持ち家であり生活水準は高い。また地方自治体コミューンも住宅施策に力を注いでいる。サービスハウスは少ない数の老人ホームとナーシングホームの中間的施設として位置する。

グループホームは1980年代から、脱施設化をはかるためと、在宅小集団でのケアサービスがとりわけ痴呆老人に適することを立証したことから、多くの設立を促している。

後期高齢社会が到来したスウェーデンにとって、課題と思われるのは1) 後期高齢者のケアのあり方。2) そのための財源。3) 住宅施設として伸びてきているサービスハウス、グループホームはこのままのケア体制と、ケアの質はこれでよいのか等が考えられる。

引用文献

- 1) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者福祉最前線，43，筒井書房，2000
- 2) 竹崎 こう：海外の先駆的保健活動に学ぶ-スウェーデンの保健・医療・福祉の連携，131，日本看護協会出版，1994. 7. 20
- 3) 井上英夫，奥村芳孝：高齢者医療保障，日本と先進諸国，201-201，労働旬報社，1995
- 4) イェット・スンドストレーム，大島高男訳：スウェーデンの高齢者に変化，82～83，海外社会保障情報，No. 121，Winter '97
- 5) 井上誠一：スウェーデンの高齢者ケア最新事情，2040～2046，週間社会保障，1999
- 6) 牧田満知子：21世紀の地方自治についての一考察 -レセボ・コミューン（スウェーデン）における現状と問題点-，95，社会福祉研究，第75号
- 7) 丸尾直美：スウェーデンの経済と福祉-現状と福祉国家の将来，270，中央経済社，1992
- 8) ビヤネール多美子：スウェーデン・超高齢社会への試み，282，ミネルヴァ書店，1998
- 9) G.L，マドックス編：エイジング大辞典刊行委員会監訳，470，早稲田大学出版部，1999