

スウェーデンの高齢者福祉警見

前田 大作*

プロローグ

今年5月、4年ぶりにスウェーデンを訪問して、高齢者福祉サービスの視察研究を行い、その充実ぶりや国民生活のレベルの高さに大きな感銘をうけた。以下は、その警見報告である。

視察報告に入る前に、スウェーデンを中心に、そのほかの福祉国家といわれている国々の最近の国民1人当たり国民総生産(GDP)を比較してみよう。(金額は米ドル。購買力平価ベース。フリー百科事典「ウィキペディア」<http://ja.wikipedia.org/wiki/>による)

ノルウェイ	40,000	スイス	33,800
デンマーク	32,200	アイスランド	31,900
カナダ	31,500	オーストリア	31,300
イギリス	29,600	オランダ	29,500
フィンランド	29,000	ドイツ	28,700
フランス	28,700	スウェーデン	28,400
イタリア	27,700		

(参考：日本 29,400ドル)

ノルウェイがダントツであるが、最近のノルウェイの経済は、北海油田の恩恵で、アメリカ(40,100ドル)とならんでめざましい活況を呈しているため、ノルウェイを除くとそれ以外のヨーロッパや北米の福祉国家の1人当たりGDPには

それほど大きな差はない。ノルウェイを除くと、このリストのトップのスイスと最後のイタリアの差は約6千ドルで、GDPの計算の仕方などを考えると、この差は大した違いではない。このリストでみるかぎり日本も悪くない地位にある。

しかし問題は1人当たりGDPの金額そのものの比較ではなく、これらの国々の国民生活や福祉サービスのレベルと1人当たりGDPとの関係である。今回の旅行ではスウェーデンだけしか訪問できなかったが、私はこれまで、福祉国家といわれる多くの国々、すなわち、スイス、デンマーク、カナダ、オーストリア、イギリス、フィンランド、ドイツ、などの国々の福祉サービスの視察をしたことがある。これらの国々の国民生活と福祉サービスのレベルは、デンマーク、フィンランドなどスカンジナビア諸国はもちろんのこと、他の福祉国家でも、日本と比べるとはるかに高い。1人当たりGDPで、日本とほぼ同じレベルの多くの国の国民生活の豊かさと福祉サービス水準の、日本との違いの何と大きなことか。特に高齢者福祉や障害者福祉の領域での日本の遅れは、情けないというほかない。

1人当たりGDPのリストで上位を占める国々の中で、福祉水準のレベルが目立って低いのはアメリカと日本である。アメリカは別として、日本の場合なぜ低いのか。前世紀中は日本は経済発展が遅く始まったことを言い訳にしてきたが、第2次世界大戦後すでに60年あまり過ぎた。この言い

* Maeda, Daisaku
ルーテル学院大学教授

訳はもはや通用しない。

福祉に力を入れると経済がうまくいかなくなる、という財界や一部の政治家の言い分は、スカンジナビア諸国が経済と福祉をうまくバランスをとって発展してきたことを知っているものには、どうしても納得できない主張である。

以上のような前書きをふまえて、スウェーデンの高齢者福祉の現状を、できるだけ日本と比較しながら報告する。

スウェーデンの人口高齢化

	スウェーデン	日 本
1950	10.2%	4.9%
1980	16.4	9.1
2000	17.2	17.4
2010	18.6	22.5
2020	21.0	27.8
2030	22.6	29.6
2040	23.5	33.2

上の表で明らかなように、スウェーデンの人口高齢化は日本とくらべてかなりゆっくりしている。これはスウェーデンでは出生率が日本と比べて高く、また安定していて、人口高齢化の主たる原因が高齢者の平均余命の延長だからである。

スウェーデンの高齢者対策の基本原則

スウェーデンの高齢者対策の基本原則は、高齢者が自立して、可能な限り高いレベルのQOLを維持しながら在宅で生活できるようにすることにおかれている（Ministry of Health and Social Affairs, Sweden 2005a . 以下の解説における福祉サービス関係のデータのほとんどすべては、この資料を基にしている）。なおその財源は主として税金でまかなわれている。自立と言うことは、夫婦のみ、または単身での生活を意味し、子どもやその他の親族との同居による世話は前提とされていない。

実際、現在成人の子どもと同居して生活している高齢者は1%に満たない。

65歳以上の高齢者の93%は自宅で生活している。長期ケア施設（日本で言えば養護老人ホーム、軽費老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型病床群）

英語訳では special housing accommodation に入居している65歳以上高齢者は約7%である。（80歳以上では約17%）。

参考

日本の長期ケア入所施設利用率（介護療養型医療施設、養護老人ホーム、軽費老人ホーム、グループホームを含む）は、2003年10月1日現在で、3.68%。

しかし、自立度の高い在宅高齢者のケアの70%は、近くに住む家族によってなされている（最近の調査による）。身体的な介護を必要としない高齢者へのホームヘルパーの派遣（家事援助のためだけの派遣）は、地方自治体の方針にもよるが、最近はほとんど行われなくなっている。それにかわって、近所に住む子どもなど、家族に期待される役割（掃除、洗濯、などの家事）が増えてきた。

スウェーデンの年金制度

スウェーデンの年金制度は、幅の広い所得保障のための社会保険制度の一部である。所得保障社会保険制度は保険料（雇用者、勤労者の保険料）と税金でまかなわれている（Ministry of Health and Social Affairs, 2005b . 以下のスウェーデンの社会保障制度についての説明は、主としてこの資料に依拠している。）この社会保険制度における年金以外の給付は、失業による所得損失、病気による所得損失、育児手当、家賃補助、年金者のための家賃援助給付、所得補足給付などである。なお年金の給付が全体の約2分の1を占める。

老齢退職年金は次の3つの年金から成り立っている。

Income-related pension

働いていたときの所得額によって金額が決まる年金。

Prefunded pension

拠出制で、投資先を個人が選ぶことができる年金。

Guaranteed pension

最低保障年金。上記二つの年金額が一定水準以下の人のための年金で、補足給付としての役割も果たしている。

老齢退職年金の支給開始年齢は柔軟に定められており、また育児期間、兵役期間、大学などに通学した期間も年金額の算定の基礎とされる。

収入の低い年金受給者のためには家賃援助給付制度がある。(ちなみにスウェーデンの長期ケア施設は、現時点ですべて高齢者住宅の一種とみなされており、入居者は食事代はもちろんのこと、家賃を払わなければならない。)

上記の制度に加えて、2003年から the Maintenance Support for the Elderly Act が施行された。この制度は、年金、住宅扶助、などによっても、十分な収入を得られない高齢者のための所得保障制度で、その主たる対象者は移民である。

スウェーデンの医療保障制度

スウェーデンの医療は、全面的な医療公営制度である。在宅高齢者ならびに長期ケア施設入居者に対する医師による医療サービス(病院ならびに診療所によって行われる医療サービス)についてのすべての責任は県 county councils にある。

Social Services Act と各種のケアサービス

Social Services Act は、地方自治体 municipalities に対して自立生活が困難な高齢者に casework ニーズアセスメントを含む を行う責任を課している。地方自治体が行うニーズアセスメントに不服な場合には、行政裁判所に提訴することができる。

ホームヘルパーサービス、訪問看護の二つのサービスは Social Services Act にもとづき、地方自治体によって実施される。なお、これに加え

て自治体は Daytime activities などの必要なサービスを実施する責任がある。また、必要な場合には緊急通報サービスを実施することも地方自治体の責任とされている。特別な形の住宅 special forms of housing accommodation (長期ケア施設)を整備することも地方自治体の責任である。

緊急通報用の押しボタンは、小生が訪問したリンショーピン市の場合には、腕時計の形で、日本で一般的な首から下げる形のものより使いやすそうであった。

訪問介護サービス

2004年で、65歳以上の一般住宅に住む高齢者の約9%がホームヘルパーサービスを受けていた。80歳以上の高齢者の場合にはその比率は約20%であった。

参考

日本の場合、2003年9月で、65歳以上高齢者で訪問介護サービスを受けていた人の比率は3.70%(少数の40歳以上高齢者を含む)で、スウェーデンと比較すると比率で半分以下である。これは、日本では子どもと同居している高齢者が多いためであるが、それにしてもずいぶん少ない。高齢者の子どもとの同居率は今後も相当速いスピードで低下すると思われるので、日本でも訪問介護サービスの充実は今後とも高齢者福祉施策の大きな課題である。

訪問看護

スウェーデンの訪問看護は、現在では専門の資格を持った看護師によって、24時間いつでも行われる体勢ができている。訪問看護には、ターミナルケアが含まれる。ホームヘルパーサービスを受けている高齢者の約3分の1が、訪問看護サービスを受けている。

デイサービス、デイケア、ショートステイ

Daytime activities(日本のデイサービス、デイケアにあたる)とショートケア short-term care(日本の短期入所サービス)は、所得によって自己負担のあるサービスである。Daytime activitiesは認知症などの精神的な障害のある高齢者や治療、リハビリテーションなどの必要な高齢者を対象とする。2004年現在、65歳以上高齢者の約1%がこ

のサービスを受けていた。ショートケアは一時的な入所ケアサービスで、2004年現在65歳以上高齢者の約1%がこのサービスを受けていた。

地方自治体によって異なるが、ショートケアに加えて、間歇入所制度を実施しているところも少なくないと聞いた。

参考 日本の場合

- * 通所介護、通所リハビリテーションサービスを2003年9月に利用した高齢者の比率(65歳以上人口比)は、5.51%。スウェーデンよりもかなり多い。
- * 短期入所生活介護、短期入所療養介護を2003年9月に利用した高齢者の比率(65歳以上人口比)は0.10%。スウェーデンよりも非常に少ない。(いずれも少数の40歳以上高年者を含む)

ケアサービスの費用(付:自己負担)

長期ケア入所サービスを含めて、ケアサービスの費用(家賃と食事の費用を除く)の96%は税金でまかなわれている。料金もしくは自己負担金の比率は4%にすぎない。2003年におけるケアサービスの費用の内訳は以下の通りである。

長期ケア入所サービス	
528億クローネ	(約8,976億円)
在宅ケアサービス	
240億クローネ	(約4,080億円)
Daytime activities	
15億クローネ	(約255億円)
合計	782億クローネ (約1兆3,294億円)

サービス受給者の負担金(自己負担、長期入所ケアの家賃、食事代などの総額)については、高齢者が相当額のお小遣いにあたる金額を手元に残せるよう、細かい規定があって上限が定められている。上限の額は地方自治体によってちがうが、サービス受給者が支払額の決定に不満があるときは、不服申し立てをすることができる。

長期入所ケアの自己負担の例(リンショーピン市の重度障害の高齢者用特別住宅の場合)を以下に示す。年金などの収入の多い人は、下記の金額

の全額を負担する。各人の居室は、居間、寝室、キッチン、シャワー室(トイレ)からなり、合計して約10坪くらいある。アパートの一室というような狭いものではなく、マンションの一戸である。そこで下記では室料ではなく家賃と書くことにした。

家賃の最高額

月4,000クローネ(約6万8千円)

食費

1日85クローネ(約1,445円、月約4万3千円)

ケアサービスの負担金

月1,200クローネ(約2万円)

薬代負担の最高額

年間1,800クローネ

医療サービスの最高負担額

年間1,800クローネ

(おむつを利用しても、そのための費用を徴収することはない)

なお、ケアサービスの民間委託は、スウェーデン全体で現在約11%である。地方自治体によって進行の程度は異なるが50%くらいに達しているところもある。

その他のサービス

交通サービス transportation service

障害のために、公共交通手段を利用できない高齢者には、タクシー代を公的に負担するサービスがある。(地方自治体によっては、特別のバスを運行しているところもある)。もちろん利用の上限はあるが、一般的にいては上限は高く設定され、障害のある高齢者が、健全な高齢者よりも高い生活費をかけなくてすむようになっている。

高齢者福祉施策におけるノーマライゼーション

スウェーデンでは、従来の多床室を主としたいわゆるナーシングホームは完全になくなり、すべてが special housing accommodation となった。つまり、高齢者用集合特別住宅に変わった。一方、前からあったサービスハウスは、入居者の高齢

化・重度化がすすみ、special housing accommodation との差異は事実上消滅した。以下、両者を併せて「長期ケア入所施設」という。

スウェーデンの長期ケア入所施設は一般に小規模で、市中の便利なところに立地しており、一般市民生活の中にほぼ完全にとけ込んでいる。一般住宅との間には塀はなく、また入り口には施設名も掲示されていないので、知らない人には通常の住宅にしか見えない場合がほとんどである。(ただし従来のサービスハウスの場合は、一階が一般の人も利用できるレストランとなっているので、それで区別できる。)

認知症のデイサービスセンターなども、同じように住宅地の中にさりげなく位置しており、また内部も一般住宅と同じように作られている(たいていの場合、広い一般住宅用のアパートメントを利用している)ので、特別の施設に通っているというような違和感を持たなくてすむ。

長期ケア入所施設での処遇の特色

スウェーデンの長期ケア入所施設の処遇における日本との大きな違いは、一つはスウェーデンでは入浴サービスがないことで、そのためスウェーデンでの高齢者ケアは、日本と比べてケアワーカーにとってはかなり楽な仕事であると考えられる。第2に食事作りの外注化が進んでいることである。これは省力化と共に、衛生規則の厳格化、特別食の供給の円滑化、などのためであるという。高齢者福祉の関係者の間では、食事作りの外注化は、高齢者入居施設から人間的な暖かさを奪ってしまったと嘆く声が高いとのことである(Dr.Els-Marie Anbäcken スウェーデン リンショーピン大学 社会福祉学教授 のルーテル学院大学における講演 2006年10月12日 から)。

日本の特養にあたる高齢者用特別住宅は、完全個室化で、しかも一戸の面積が広いので、利用者のためにそれなりの工夫が必要となる。以下はそのための対応を含めた、スウェーデンの日本とは異なる処遇の例である。

室内で転んで起き上がれない場合で、呼び出

しレベルを押せないようなときに、すぐに異変を察知して、ケアワーカーの控え室に知らせる電子装置が開発され、使用されていた。

薬の服用を自分で管理できない高齢者のために、それぞれの部屋に薬を保管し、ケアワーカーが巡回して飲ませるようになっているが、自分で勝手に飲めないよう、また交代制のワーカーが間違いなく服用させることができるように、細かい工夫がなされている。

* 重度障害者の施設も視察したが、この種の施設だけでなく、高齢者の長期ケア入所施設でも、職員が腰痛などにならないような工夫たとえば、天上からつり下げる移動式のリフトが幅広く設置、活用されている がいりとなされているのに感心した。利用者のQOLもさることながら、ケアワーカーのQOLにも大きな配慮をしている。そのためには相当の費用をかけることをいとわない、という姿勢が顕著にみられた。

* 長期ケア入所施設では、当然のこととしてターミナルケアを行っており、死期が近づいたからといって病院に入所させることはない。長期ケア入所施設には、必ず複数の有資格の看護師がおかれている上、一般ケアワーカーもそのための訓練を受けている。

* 長期ケア入所施設では、ターミナルケアを行っているにもかかわらず、寝たきりの高齢者はほとんどいない。これも日本との大きな違いの一つであり、高齢者ケアを日本と比べて明るいものにしている。

エピローグ

これまで、スウェーデンには合計して7-8回は視察に訪問している。日本の高齢者福祉も急速に発展しているので、ゆくたびに、“今度はだいが追いついたかな”と期待するのであるが、残念ながらスウェーデンの発展の方が早く、日本との違いは開くばかりである。そのためいつも帰国後数週間はうつ状態に陥ってしまう。

それに加えて、昨年あたりから、日本が高齢者福祉に使う社会的支出額は、人口高齢化の早さと経済の停滞のため、高齢者1人当たりでは縮小ぎみである。これではヨーロッパや北米福祉国家との格差は今後開くばかりであろう。社会の期待を集めて発足した介護保険制度も、10年にもならないうちに、多くの自治体で、高齢者福祉発展のための仕組みというよりは、発展抑制のための仕組みとしての性格をあらわし始めている。

筆者のひが目かも知れないが、最近日本人の福

祉への関心がだんだん弱くなっているように思えてならない。どうすればよいのだろうか。

引用文献

- Ministry of Health and Social Affairs (2005a), Policy for the elderly, FACT SHEET, No. 14, May 2005
Ministry of Health and Social Affairs (2005b), Social insurance in Sweden, FACT SHEET, No. 20, October, 2005