

## スウェーデンの高齢者福祉の現状

A Report of Social Welfare for the elderly people in Sweden

尾 台 安 子

Yasuko ODAI

### はじめに

国際婦人教育振興会企画の「地域リーダー養成海外研修」に参加する機会を得た。今年度はスウェーデン・フィンランドの福祉現場を視察するというものであった。かねがね福祉先進国の状況を視察できればと考えていたので好機を与えられた。スウェーデンでは、ストックホルム市役所、痴呆専門のグループホーム、補助器具センターを視察することができた。フィンランドでは、ヘルシンキ市長との懇談会、国の保健医療福祉の中枢部にあたる国立社会福祉保健開発センター（スタケス）で家族政策や育児支援について説明を受け、大規模なクスタンカルタノ老人ホーム、ヘルシンキ市立保育所を視察してきた。今回はスウェーデンに絞って報告をする。

スウェーデンは、豊かな福祉国家として知られており、長年にわたる社会民主党政権下で構築された社会保障制度が整い、税金制度や高齢者福祉などの社会政策が注目を浴びている国である。世界のどの国よりも早く高齢化を経験しながら、高齢化の問題にいち早く取り組み安心できる社会の構築をなしてきた。高負担・高福祉の国というイメージが強いが、それだけではない。最近では小学校では成績をつけない国として、男女共同参画が実現できている国として、また環境問題では、ダイオキシンを出さない国として、コンピュータ先進国としても広く知られるようになってきた。このスウェーデンの福祉政策に学ぶことは大きい。実際に視察してきた現状を報告するとともに、いかにしたら日本が福祉国家になりえるのかを考えるきっかけにしたい。

### I 日本とスウェーデンの概要比較

スウェーデンと日本の国とはいくつかの類似点がある。国土は日本とほぼ同じ大きさであるが、人口は894万人と少ない。日本は世界一の長寿国であるが、スウェーデンも世界で最も高い部類に属している。高齢化は、日本より早く1988年に18.26という前例のない最高の高齢化率を記録している。ところが、スウェーデンでは高齢化の激しい進行を社会問題まで発展させず、個人の生活基盤作りという先行的投資の社会政策を採ることにより、年金や医療の財政破綻を起こさずに乗り切ったのである。現在では高齢化の推移は日本より低くなっているが、高齢者の増は日本と同じ社会問題になっていくと懸念されている。

(表 1 概要比較)

	日 本	スウェーデン	フィンランド
人口 (2004年、百万人)	1 2 7 . 6 1	8 . 9 4	5 . 1 9
面積 (1000km <sup>2</sup> )	3 7 7 . 8	4 4 9 . 9	3 3 8 . 1
平均余命 (2003年) * 1	男 7 7 . 9 女 8 5 . 1	男 7 7 . 6 女 8 2 . 6	男 7 4 . 4 女 8 1 . 5
高齢化率 (2001年) * 1	1 8 . 4	1 7 . 3	1 5 . 0
一人当たりGDP (2002年) * 2	3 1 , 2 7 7 ドル (7位)	2 7 , 0 9 3 ドル (10位)	2 5 , 2 8 8 ドル (13位)
人間開発指数 : HDI (2003年) * 3	順位 9 位 指標 : 9 3 2	順位 3 位 指標 : 9 4 1	順位 1 4 位 指標 : 9 3 0
ジェンダー・エンパワメント指数 : GEM (2003年) * 4	順位 4 4 位 指標 : 5 1 5	順位 3 位 指標 : 8 3 1	順位 5 位 指標 : 8 0 1

資料出所

(\* 1) 統計年鑑 (統計庁、2003年)

(\* 2) 内閣府経済社会総合研究所ホームページ「平成14年度国民経済計算確報」(平成15年12月15日)

(\* 3) (\* 4) 国連開発計画 (UNDP)「人間開発報告書」(2003年)

一人当たりのGDP(国内総生産)は、日本が7位、スウェーデン10位とともに高水準にある。また、世界の様々な国々の生活レベルを比較するために、国連開発計画 (UNDP) が人間開発指数を発表している。これは国民所得、平均余命、教育水準などを測定基準として生活レベルの違いをまとめたものである。この指数をみると日本9位、スウェーデン3位と生活水準もともに高い。

さらに国連開発計画では、ジェンダー・エンパワメント指数を出している。これは女性が積極的に政治活動に参加しているかを指数化したもので、女性の所得や専門職・技術職に占める女性の割合、上級行政職・管理職に占める女性の割合、国会議員に占める女性の割合等を用いて算出されるものである。これにおいてはスウェーデン3位であるのに対して、日本は44位という違いがある。日本の国は男女共同参画に関しては遅れているといわざるを得ない。日本の社会と福祉先進国との考え方の違いの根底がジェンダー・エンパワメントに現れている。

## II スウェーデンの福祉体制

スウェーデンの社会福祉の根幹になっているのは、社会サービス法である。この法律は市民の社会的、経済的な保障を規定している。スウェーデンの老人ケアは、1982年の社会サービス法の制度化と、1983年の保健・医療改正、1992年のエーデル改革により現在のかたちに変化してきた。1982年の制度化で、高齢者の在宅ケアの推進と、1983年の改正で、地域医療の発展をし、すべての国民の健康とケアが、地域であろうと施設であろうと、平等かつ質の高いものとなることを目指したのである。さらにエーデル改革により新しい老人障害者福祉医療制度が発足したのである。

1992年のエーデル改革では、老人と障害者の社会サービスとヘルスケアに関してのすべての責任を、地方自治体コミュニティ（市町村にあたる）に移譲した。社会サービス法において、コミュニティは「援助が必要な人に必要な援助を届けることは自治体の最終責任である」と規定している。その中で重要なことの一つに「必要としている人には、適切な住居を用意する義務を負う」というものがある。適切で快適な住居を提供することが、老人障害者福祉の基礎になっている。

これは、病院では治療が終えたものの、退院後に在宅で生活することが不可能な人や加齢や障害によって在宅が無理になってきた人に「特別な住居」を準備しなければならない。「特別な住居」とは、ナースিংホーム、老人ホーム、サービスハウス、グループホームなどの施設をいう。この施設をすすめるときは、個人の意思が尊重され、人間の尊厳を大切にする環境づくりが義務付けられているので、基本的には個室であり私物の持込が自由である。退院時に「特別な住居」が準備できず、退院ができない場合はその入院費はコミュニティが支払う義務を負うことになる。そうであるからコミュニティは高い入院費を支払うより「特別な住居」を準備し生活できるように、積極的に取り組むことになる。

このようなエーデル改革がなされた背景には、高齢化の進行が予測されてのことである。特に後期高齢者の増が予測されており、認知症や高齢期疾患が多くなるため、医療費は莫大なものになると考えられてのことである。

県とコミュニティが行う責任を明確にし、県は保健医療関係の全面的な責任を負い、国民に平等な保健医療を提供する。コミュニティは老人障害者の福祉医療の責任を負うことになった。包括的な福祉システムの構築を目指しており、その特徴をまとめてみると以下ようになる。

- (1) 第一の原則として全国民を対象にした制度である。
- (2) 第二の原則は、すべての市民に基本的な安心感が保証される。その達成目的は、最低生活水準ではなく、平均生活水準である。
- (3) 第三の原則は、市民に保証される安心感は、ほとんどが税金によって財政運用されること。

社会諸サービスは、個人個人ができるだけ通常の生活をすることを支援するというノーマライゼーションの理念が根底にある。重度の障害をもつ人たちが、その障害にもかかわらず、できる限り普通の生活を送れるようにすることである。そして、エーデル改革では、福祉の基本をあくまでも、在宅においている。クオリティー オフ ライフ (Quality of Life) を考えたとき、自宅での生活が施設に比べてはるかに優っているという考え方からである。また、高齢になってからの転居は本人に与える影響が大きく、さらには在宅の生活のほうはるかに経済的であるということから、できる限り長く在宅生活が続けられるように在宅支援サービスが整えられている。

スウェーデン国内に住んでいて社会福祉サービスを受けている高齢者や障害者たちは、そのほとんどが一般の住宅に住んでいる。彼らが住む一般の住宅は古いものが多く、トイレが狭く車椅子では動きにくい、玄関口も段差がある。寝室にはリフト補助具が入りにくい、建物にエレベーターがないなどという状況がある。こうした状況をいかに解決すれば在宅の生活ができるのかということを考えて必要な住宅改修を行ったり補助具の支給を行い、基本的なことを解決して、後はその必要度に応じて在宅支援が行われていく。

在宅支援センターは、住民が住む地域を小さく区切って、各地域ごとに配置されていて、そこからホームヘルパーや緊急支援が派遣されていく。在宅支援を行うホームヘルパーは、身の回りの介護ばかりでなく、掃除、料理、買い物、話し相手もし、必要ならば郵便局や銀行への用事も手伝う。また安全アラームをもっていて、常に在宅支援センターにつながっていて、24時間何時でも対応できるようになっている。さらに在宅支援センターは希望に応じて給食サービスも行うようになっている。

近年この在宅支援サービスの仕事が非常に増加してきている。一つには以前なら施設に入っていたような高齢者や障害者が自宅での生活を選択するようになり、住み続けられているケースが多いからといわれている。

以上のように、在宅支援センターは日常生活のほとんどのサービスを行うが、医療行為に関することは一切行わない。この線引きがきちんとされていて、県が組織する在宅医療の担当責任となっている。曖昧さがなく、各組織がその果たす役割が明確になっており、必要であれば連携をとり24時間体制で支援が行われている。責任の所在を明確にし、役割をお互いがきちんとこなしていくことが大切であり、自分の行う仕事に対して誇りをもち、プロとしての仕事をやっている。

医療行為の問題については、日本の在宅支援の中では大きな問題となっているが、スウェーデンではその理由が理解できないという意見をもらった。

#### (1) 特別な住居とは

このような在宅支援サービスが行われているが、各自治体はその必要に応じて、以下のようにいくつかの特別な形式の住居の提供をしている。

- ①サービスハウス
- ②グループホーム
- ③老人ホーム
- ④ナーシングホーム
- ⑤医療ホーム
- ⑥シニア住宅

##### 1) サービスハウス

サービスハウスは自立した生活が送れる人たちが入居しており、この中に介護サービスを提供するセンターが組み込まれている。ここに入居している人たちは、必要なときに必要なだけの介護サービスを受けることができる。このサービスハウスの建物の中に保健所、薬局、図書館、デイケアセンターまでも組み込まれている。こうしたことは珍しいことではなく、社会の公共施設として市民が有効に利用できるようになっている。また、サービスハウスには必ず喫茶店やレストランが付いていて、ハウスに住んでいる人だけでなく地域の住民誰もが利用できるようになっている。これはハウスに住む人たちがともすれば一般社会から孤立してしまうというリスクを少しでも少なくしたいという意向からである。

家の構造はバリアフリーに造られ、2DKか1DKで、一般住宅と同じ賃貸形式になっている。利用した食事サービスや介護サービスは本人が支払うことになる。この種の施設の将来

の発展としては、二つの方向が考えられている。一つは高度医療の付いたサービスハウス（医療ホーム）で、もう一つは介護サービスをそれほど必要としないがお互いに助け合いながら楽しく生活していくというシニア住宅の方向が考えられている。

## 2) グループホーム

精神障害者や知的障害者のグループホームという住居形式は、スウェーデンの福祉の中ではずいぶんと以前からあったものであるが、老人福祉の中で使われだしたのは最近のことである。スウェーデンでは老人福祉の中でのグループホームというと認知症を持った人たちの住居を指す。

スウェーデンでは、認知症の人たちにいろいろ試みた結果、住環境や介護の対応の仕方によってその悪化の速度をずいぶんと遅らせることができることを発見し、グループホームという共同住居の形をとった。そこに住む人たちは、各自が個室を持ち、その他に割合大きなスペースの共同で使う台所、食堂、居間や洗濯場などが付いている。それに医療、介護サービスが必要なときに一日中受けられるようになっている。共同で生活する人数は、5～6人が一般的である。

グループホームでは、介護する職員とそこに住む人たちが少人数であるために、互いによく理解しあい、一つの擬似家族関係を作れることにある。しかし、認知症の進行や悪化に伴い共同生活に支障が出てくると、そこで生活続けることができなくなる。また、こうした小規模の施設はコストが高くなるという欠点もある。最近ではグループホームをすでに建っている老人ホームやナーシングホームの中に組み込んで作ることが多くなってきた。このような施設はどうしても家庭という感覚よりは施設という感覚が強くなってしまいうので、尊厳のある、質の高い生活が続けるということからも、できるだけ在宅で生活できるということを模索していく必要がある。

## 3) 老人ホーム

老人ホームはコミュニンが自宅やサービスハウスでの日常生活が無理になってきた人のために用意する最も伝統的な住居である。

1980年代にスウェーデンでは大型施設に対し批判が起こり、大型の老人ホームは少なくなり、古いタイプの老人ホームは時代に合わせて改造され、新しい老人ホームが建てられ始めた。新しい老人ホームは、台所は小さいが共同で生活する生活空間は非常に大きく作られているのが特徴であるが、時にはグループホームに似たタイプのものを建てることもある。

また、スウェーデンではここ数年の間に、精神科の大型病院を全部なくしてしまった。非人間的な大病院の中の隔離治療から患者を社会に解放すべきだとする意図から行われたが、高齢な精神病患者を社会に戻すことはできないため、小型の病院として治療ホームを作った。この治療ホームは小型の老人ホームに相当するものであり、長期的には高齢者用として活用もできる。

## 4) ナーシングホーム

エーデル改革により、県は老人の慢性疾患治療をコミュニンに移したため、病院から医師は

いなくなり、コミュニンはこれをナーシングホームとして管理することになった。従来の病室をその後大改造や増築を行い、個室化を図り、大型病棟も小さく分けて住まいとしての環境づくりに努めてきた。入居数は以前の病院時と比べると極めて少なくなるため、一部のコミュニンでは新しくナーシングホームを建てたり、他の形式で住居を補充している。

ナーシングホームには、重度な介護ばかりでなく、医療処置を必要とする高齢者、障害者が入居しているので、それに対応できる設備と人材の確保がされている。多数の看護師や介護職員の配置密度はコミュニンが提供する住居サービスの中では最も高い。

ナーシングホームで行われる医療行為は看護職の責任範囲となっていて、県から医師がコンサルタントとして出向してくる。医療の中での難しい判断や重要な責任の重さは、看護職の肩に重くのしかかってくるので、コミュニンは保健、医療法に基づき、その管理と責任を受け持つ看護師も配置されている。

ナーシングホームは特別な住居の一つであるが、コミュニンはこれをベースに住民へいくつかの福祉、医療サービスを行っている。

#### ① 交換型医療住居

1週間、2週間単位でナーシングホームを、自宅と交互に住み分けることができる。高齢者、障害者の在宅生活の介護負担の軽減になったり、在宅生活をできるだけ長く引き伸ばすことができる。また、ナーシングホームに入居が予想される人の慣らし準備期間としても活用できる。さらにホームの部屋を二人の人で交互に利用するため倍の高率で利用できる利点がある。

#### ② 在宅介護疲労軽減支援住居

ショートステイホームのことであり、在宅介護をしている家族の疲労を軽減するために、ある一定期間ナーシングホームで生活する。また、家族が何らかの事情で在宅介護が不可能になったときに一時的に預ける場合もある。

#### ③ デイケアセンター

日中自宅からナーシングホームに通い、必要な介護やリハビリ訓練をするものである。これも在宅生活をできる限り長くしたい人のために大きな助けになるものである。

### Ⅲ スウェーデンの福祉に対する考え方

#### (1) 社会の根底にあるもの

スウェーデンでは、社会の中心に個人を位置づけて、社会と個人が直接契約する。そこでは、自己決定と自己選択、そしてその代償としての自己投資が重要となる。高負担、高福祉の社会を形成するにあたっては、社会全体が合意形成を優先させるということを最も重要なこととしている。そこには負担者である国民を説得し、納得し、合意させるということが求められ、政治に対する信頼感がそこから生まれてくる。そのためには、「見える政治」「わかりやすい政治」「市民参加の政治」が求められてくる。このような政治実現のためには人間の尊厳、自由、平等、機会均等、平和、安全、安心感、連帯感、公正がベースになっている。

高齢者社会の危機を乗り越えるために、徹底的な調査研究を行い、事実と論理を重ねながら妥協点を探ってきた結果である。国民は平等に受ける権利が保障され、安心した生活を自己選択できるから、高い税による高負担な公的福祉が生まれてきている。

コミュニンによって提供される社会福祉の諸サービスのほとんどは、1982年に施行された「社

会サービス法」によって規制されており、この法律は自発参加の原則に基づいている。あらゆるサービスと援助の形態は、可能なかぎり、利用者の個人的欲求に適合されるべきだとされ、公権力の介入は利用者と相談の上計画されるべきだとされている。

## (2) 人間の権利の尊重

すべての国民が同じケアを受ける権利を有するものである。そのためケアの領域に関しては、みんなが利用しやすく、近づきやすいものであることが重要である。医師・看護師・介護士・作業療法士・理学療法士などにコンタクトが取りやすく、なおかつ一部の人だけに経費がかかるといえるものであってはならない。ケアは、子どもから高齢者、裕福な人も貧しい人も、スウェーデン人であろうと移民であろうとケアの質に差異があってはならない。そして利用者はいつも中心にいて、本人の意思が尊重されていく。この権利がケアをする側の人たちに広くいきわたっており当然のこととされている。

利用者はいつも自分自身の望みを、はっきりと介護者に提案することができる。本人とその家族・親戚・友人の意見や方針や経験は、尊重されなくてはならない。サービス計画は、できるかぎり利用者と共に計画が立てられ、いつも利用者は自分の病態や治療の情報サービスを得ることができる。また、保健医療福祉領域では、医師・看護師・作業療法士・理学療法士・介護職などのスタッフが行う治療や検査や看護、介護に関して、納得のいく説明を受けることができる。またその説明は、利用者自身が理解できるものでなくてはならない。もし理解できなければ、理解することが可能になるように人を派遣したり、また通訳の派遣を頼む権利がある。当然のこととして本人はカルテを読む権利がある。情報公開がどの分野においても行われ、オンブズマン制度が根付いている。治療や看護や介護に関して利用者自身が不平、不満がある場合は、苦情や抗議を申し立てることができる。

様々な社会福祉政策の根底にはこうした思想が底流にあり、高負担高福祉の社会が生まれ実践できているのである。社会の根底にあるこれらのことを抜きにしてはならない。いかにして福祉先進国から日本が何を学ばなければならないかが見えてくる気がする。

## IV 視察報告

### 1 スtockホルムの社会福祉状況

研修視察の最初の場所がストックホルム市役所であった。そこでは、2年前(2002年)まで市議会議員であった議員歴25年というマーガレッタ・ホルムベリー女史にストックホルム市の行政機構と社会福祉サービスについて説明を受けた。

#### (1) スtockホルム市の概況

20世紀の前半までスウェーデンは農業社会であったが、工業社会に移行するにつれて女性が働きだし、子供の保育・教育は国が責任を持つことになった。次に住宅事情、高齢者福祉の充実が図られ、スウェーデンの福祉社会の基礎が形成された。男女平等で、すべての人が住みやすい街である。ストックホルム市は、2002年に市制750周年記念を迎えた古い街である。綺麗な水と多くの島々、文化遺産とも言える建物と新しい建物の調和がとれた美しい街で、ストック

ホルム市役所は、ノーベル賞授賞式や受賞者の晩餐会が開かれる会場としても有名であり、観光客に開放された歴史ある建物である。（写真1）

現在約76万人の人が住んでおり、人口の内訳は20歳以下が15万5千人、20歳～64歳が46万人、65歳以上は11万6千人で、20年以内には高齢者の数がさらに増えると予想されている。

#### （1）市の行政機構

1990年代前半の財政難を経て、市のお金を有効に使うと1997年に組織再編が行われ、分権化が始まった。市の行政機構は（図1）の通りである。

##### 1）市議会

市議会議員は101人（内女性51人）で市政選挙によって選ばれる。市議会は月2回開催され、一般公開されている。議会は、市の委員会で審議された議案について採決し、決定された政策は、市役所、市の企業体職員により実施される。また、議会は市の活動全般について監査機能を持っている。

##### 2）市行政委員会

市行政委員会は、与野党の13人の委員で構成され、市議会の審議案件について意見を述べたり、決定事項の実施、遂行、評価についての包括的な責任がある。また、予算、長期計画策定の任務ももっている。

##### 3）助役会議

助役は専門の常勤の行政官で、市議会で選任される。与党の助役8人（内女性5人）はそれぞれの部門を担当し、野党の助役4人（内女性1人）他の政党1人（女性）の13人で助役会議を開く。財政部門担当の助役が実質的な市長で、業務の陣頭指揮、助役会議の議長、市行政委員会議長を兼ねている。アニカ・ビストローム女史は、ストックホルム市の歴史で一番高いポジションに着いた初めての女性である。



写真1. ストックホルム市庁舎



図1 市議会の構成



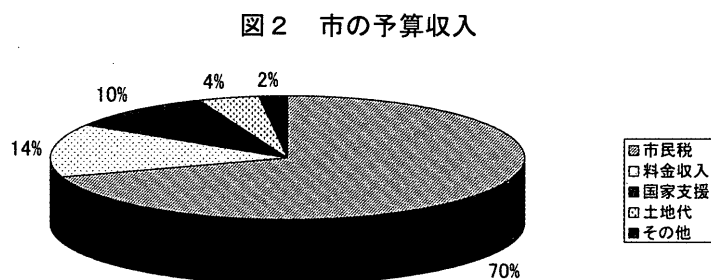
## (2) スtockホルム市の財政状況

スウェーデンは税金が高く、働いている者全員が30.35%の市民税を払っている。また、年収38万クローネ以上の方は、何%かの国税（累進課税）を払っている。

消費税は、一般25%、食料関係12%、教養文化6%、交通機関6%と高負担で、高福祉が実施されている。

### 1) スtockホルム市の収入

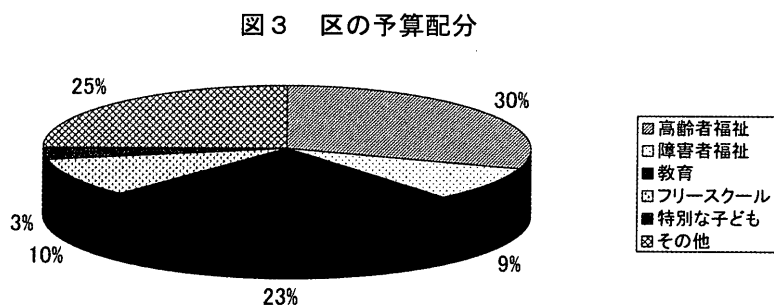
市の予算収入は315億クローネ（5040億円）で、その内訳は図2の通りである。



### 2) 支出

日常の活動は、18の区議会、16の専門家委員会、15の企業体によって行われている。

特に区議会は、市の活動の大半を担っており、日常の市民サービスに関する事項を直接対応している。これにより政治を行う者と市民の接触の機会が増え、市民は市の活動により影響をもつことができる。市の収入の60%は区役所に配分され、予算配分は図3のとおりである。



## (3) 市の福祉サービス

市の社会福祉サービスは、社会サービス法、健康管理・医療法、支援サービス法に基づいて、個人の尊重、個人のニーズと可能性を高めることを基本理念とし実施されている。

主に、児童福祉、高齢者福祉、身障者福祉の個人のケアに関する支援を行っている。市の福祉サービスは、議案が出されると市議会はそののっとって政策を進める。お金がないからといってケアが受けられないことはない。

### ①児童福祉

未就学児童には、生涯学習の基本を作るために擁護、しつけ、学習が一体となった教育活動を提供している。

- ・ 幼児学校----- 1～5歳児のための学校
- ・ 短期幼児学校----- 幼児学校に言っていない4～5歳児のための学校
- ・ 余暇ホーム----- 3年生までの児童を登校前と下校後に預かる。多くは学校に隣接している。
- ・ 家庭デイホーム----- 保育士が1～10歳までの子どもを預かる。(グループ内に3～4人の未就学児がいる)
- ・ 3家庭システム----- 保育士が3家族のいずれかの家庭で児童の世話をする。
- ・ 開放幼児学校----- どの活動にも参加せず家庭にいる未就学児のためのもので、必要に応じて両親、その他の保護者と一緒に参加する。
- ・ 総合幼児学校----- 障害児が普通の活動に参加できるよう対応されている。
- ・ 若者のために開放された余暇活動

保育士資格を持ったOBらが公園において世話をする公園遊戯や演劇、音楽、ダンスなどに興味のある若者が通える文化学校、また非行グループの相談補導を行っている現場活動などがある。

### ②高齢者福祉

高齢者の個人の尊重、また、質の高い生活を送ってもらうために、希望する者に、慣れた環境である自宅で住み続けることができるよう日常生活に必要なサービス、援助を提供している。

### ③障害者福祉

障害者は、可能な限り健常者に近い生活を送る権利がある。本人が希望する場合、普通の社会環境の中で暮らせる可能性がある場合は、日常生活に必要なあらゆるサービスや援助をしている。

### ④市の高齢者福祉の状況

最後までできるだけ在宅で生活する権利が一番重要なこととなっている。高齢者サービスを受けている人は約23,500人おり、その内10%はかなりのケアを受けている。また、ホームヘルパーのケアを受けている人は約18,000人おり、買い物、掃除、散歩等、一般の生活をするのに必要なケアを受けている。妻または夫がケアに従事している場合は14日間くらい施設に預ける事もでき、色々なタイプの施設がある。24時間体制でケアを受けている人も約9,000人おり、援助の種類は様々である。ケア料金は最高が1ヶ月1,544クローネである。年金から住居費とケア代を引いて本人の手元に4,090クローネ残るよう配慮されている。年金がゼロの場合でも、手元に残る4,090クローネも含めて、市が全部負担をする仕組みになっている。

### (4) 県の福祉サービス

県は、医療関係(病院、歯科)のケアを行っている。職員は46,000人で、ほとんどが女性である。予算は年間480億クローネで、医療関係に74%かかっている。そのうち歯科医でのケアは30%で、子供が16才までは無料券が出る。また、約20%が交通機関に使われている。

### (5) 国の福祉サービス

国は、国民に共通の保険、医療費、年金、失業保険等の法律をつくっている。国の収入は7550億クローネで、その内、58%の4400億クローネは社会保険に使われている。社会保険は、経済状況の変動、人口構成の変化等、社会変化を考えて区分けされている。社会保険の適応基準は①スウェーデン人 ②1年間スウェーデンで働いた ③今働いているという条件である。

#### 1) 年金

58%の半分(440億クローネ)は高齢者福祉(年金)に使われており、最近まで年金は、一番賃金が高かった時の80%支給されていた。

#### 2) 医療費

4400億クローネの1/3は、病気、障害者の費用に使われている。例えば病気になった場合、2日目から3週間までは給料の80%が雇用者負担で支給され、3週間を越え4週間目からは国が80%負担するシステムになっている。

#### 3) 障害者

障害者に認定されると、極力普通の人と同じような生活が送れるよう早期年金、ケアの支援金等、様々な特典が得られ、ケアする職員と協働作業する中で、障害者の自己決定権が重視されている。

#### 4) 子育て支援

4400億クローネの13.6%が家族とその子供に対する支援金である。例えば、妊娠している女性は有給(80%)で10週間休むことができる。また、父親は子供が産まれたときや養子を得るときは有給(80%)で2週間休むことができる。さらに育児休暇は、出産後約1年半(450日)で、母親、父親のいずれかが有給(80%)でとることができる。

但し、450日の残りの90日は、1日60クローネ(960円)にダウンする。また、子供が病気になった場合は年間60日、有給(80%)で休むことができる。

### <参考 スウェーデンの家族政策(育児休業システム)>

Confederation of Swedish Enterprise(スウェーデン企業連盟にて男女平等問題担当のソフィア・ベルグストロム女史より聞き取り

\*育児休業は、両親合わせて最大480日を子供が8歳の誕生日までにとれる。最初の390日は給与の80%が保障される。(上限は月24000クローネ=約36万円) ただし残りの90日は、一日あたり120クローネにダウンする。

\*財源は両親の保険(事業主が支払う社会保険拠出)による。うち父親休暇、母親休暇(配偶者に譲ることができない休業日数)は60日ずつある。つまり母親が390日とっても、330日分までしか給料の80%は保証されない。その逆も同じ。父親に育児休暇をとらせるために作られた制度である。

\*休暇は連続してとる必要はなく、また、全日でとる必要も無い。

出勤時間を全日、3/4日、1/2日、1/4日で組み合わせることができる。たとえば30日は全日、60日は1/2日勤務というように柔軟にとることができる。あまりに柔軟になりすぎて、本人もわからなくなってしまうこともある。しかし、国民総背番号制の国なので、保険局が個人の労働時間を把握しているので間違えることはない。

子供が病気の場合は、一時介護両親保険が利用できる。こちらも給料の何%かは補填される。取る人は男性のほうが多い。

\*男女平等問題は、この児童福祉と家族政策がなければありえない。

#### 5) 両親のための介護休暇

市の職員であるアセスメントマネージャーが介護時間を決める。例えば、アセスメントマネージャーが15時間のケアが必要だと決めれば、夫でも子供でも自分の仕事を休んで介護をした場合、15時間分の給料が支給される。40時間であれば40時間分支給される。

#### (6) オンブズマン制度

オンブズマンは、18の区役所を回り、政治家が決定したことを区役所が遂行しているかどうかを把握し、ケアの質の向上を図ることである。優良事例をPRしたり改善点を把握して市議会に報告し、時にはシステムを止めることもできる。オンブズマンには、ストックホルム市全部を見て、レポートを最低年1回は提出することが義務づけられている。オンブズマンの任期は1期4年で、現在は女性が担当している。

## 2 福祉用具サービスの概要

北欧の福祉はバリアフリーの街づくりを目指し、誰もが自分らしい生活ができることを目的にしている。そこで身体に障害をもってしまった人々への援助としてスウェーデンでは、各県に補助器具センターが設置されている。首都ストックホルムから約200km離れたオレブロ市にある県の補助器具センターを見学した。

福祉用具は必要とする人に無料で給付され、利用できる福祉用具は限定されない。一般に比較的簡単な福祉用具の費用は市が負担し、複雑な補装具などの専門性の高い用具の費用、在宅の障害者に提供するものの費用は、県が負担するようになっている。利用者には貸与が基本であり、必要な限り使うことができる。使っている間は、修理、調整、更新、技術的サポートが継続される。ただし償還時に50クローネだけ負担することになっている。25ヶ所の補助器具センターがあり、福祉用具の調達給付事業を担当している。各県には、個々の障害に応じて、テクニカルエイドセンター、聴覚センター、視覚センター、整形外科ワークショップ、意思疎通センターの5種類が専門センターとして設置されている。各専門センターでは処方及び利用者の事情に合わせて、用具の調整、給付を行っている。

福祉用具の申請は、医師の診断をもとに、医師あるいは本人が社会福祉事務所に連絡し、貸与決定者である作業療法士、理学療法士、看護師らが利用者と話し合いをもち福祉用具の選定にあたる。

決定に不服があれば不服申し立てをすることができる。利用者の必要に応じて選定を行うので、利用者が自由に選択できるのではない。

#### (1) 補助器具センター

##### 1) オレブロ県センターのおもな業務

身体的・知的・コミュニケーション等に障害をもってしまった人たちがよりよい日常生活を過ごすことができるように以下の事業を実施している。

①用具の調達や給付、調整、修理

②住宅の改造や日常生活へのアドバイス

③申請や利用に関するすべての指導を行い、必要に応じて訪問指導

④器具の展示や保管、在庫管理

⑤要請があれば他の施設や学校などで教育研修

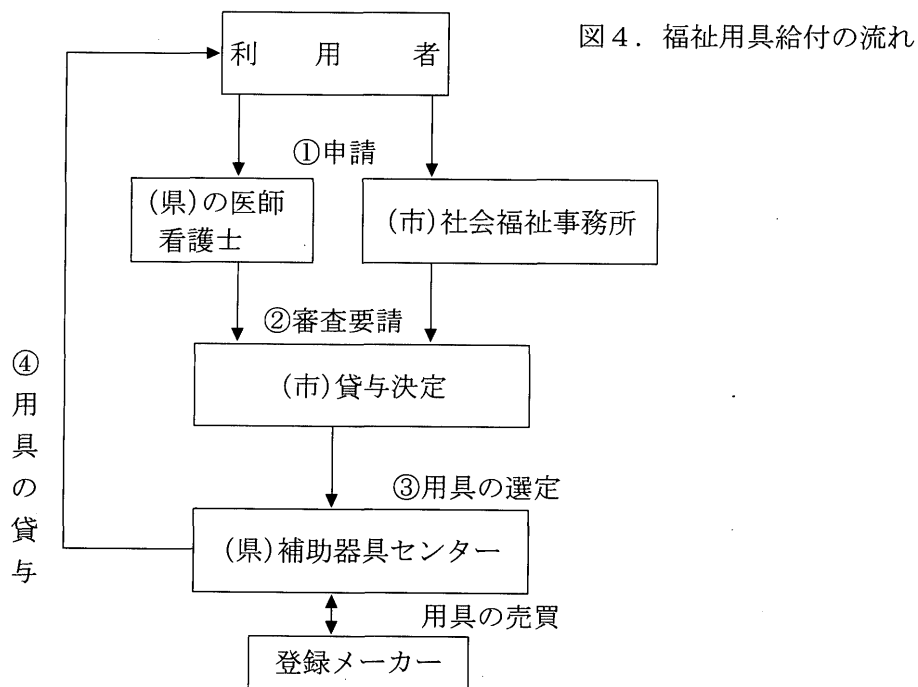
## 2) 職員構成と年間経費

職員数は55名。コンサルタント、作業療法士（OT）、理学療法士（PT）、言語聴覚士（ST）コンピューター関係技師、倉庫管理者、経営関係者などである。年間経費としては、購入費4,000万クローネ（64,000万円）、器具修理再生費用に4,000万クローネと同額を使っている。

## 3) 福祉用具給付・貸与の流れ

利用者が市の社会福祉事務所へ申請するか、県の医療機関の医師または看護師に申請をすると、それぞれから補助器具センターに審査要請が出される。申請を受けたセンターは、利用者の機能と必要性を最優先して、作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・看護師と相談して貸与を決定する。貸与が決まると、利用者にセンターに来てもらうか、または作業療法士等が家庭訪問をして、利用者に会った用具を決める。用具が決まるとセンターでは登録メーカーに発注し売買が成立する。貸与用具が出来上がるとセンターでは、それが本人の希望されたものか確認し、調整して貸与するという流れである。（図4）

住宅改修は、作業療法士が必要と認めた場合、市の技術部がコンタクトを取り、市が4割、県が6割支払う。階段昇降機をつけるのが最大位の改修である。



## （4）補助器具の一例

### ①車椅子

車椅子の形態機能は、利用者個人にあわせ、貸与決定の専門家らが相談し、特別な機能の追加修正が必要となればメーカーに注文をし、個人に合わせたものが提供される。障害者1人に対し、最大で手動車椅子2台、電動車いす1台（日常生活に支障をきたす場合は2台）まで支給される。手動車椅子の更新サイクルは原則3年、医学的に必要となれば3年以内でも交換は可能である。

電動車いすは、手動車椅子では日常生活ができない場合に支給され、視覚障害や聴覚障害なども判断の基準になる。電動車椅子は道路交通法で自転車とみなされ、最高速度15キロとされ、保管場所の確保や保険の義務も課せられており、更新には最低5年の経過が必要である。必要と決定されなかった人が購入する場合は、半額を自己負担する。種類としては、電動式のものが多いが、3輪や4輪で用途によってタイヤの太さに違いがある。また、自動操縦が右にも左にもつけられるようにユニバーサルデザイン化されている。

日本では、道路交通法で車椅子は歩行者と同じ扱いになっており、シニアカー等メーカーで常識的に6キロぐらいに規制されていて、今のところ保管場所や保険の義務はない。

## ②障害者用パソコン

手の使えない人のために、眼鏡の中央に小さな反応板をつけてパソコンが操作できるようにしたもの、マウスを工夫し操作が容易になったもの、手指の振戦がみられる人や視力障害がある人のために文字盤の上に枠を置いたり、文字板を大きくしたり、字の並びを変えたり、字に色をつけたものなど、文字盤を工夫してある。

## ③障害者用ソフトの開発

利用者に適したソフトの開発をしており、視覚障害、自閉症、高度な身体機能障害の方が対象でスクリーンに映る文字を人工的な声で読むことができる。読みたい新聞記事を入力し、補助器具で呼び出し声で読んでいくものや映像をにあわせて雰囲気音を音で表現したりできるようになっている。

# 3 デメンセントラン認知症センター

## (1) 概要

スウェーデンの人口も、日本と同様に急速な高齢化に向かっており、社会サービスの需要増を確実にもたらすと懸念されている。人口の高齢化に伴い、認知症状のある高齢者が増加してきている。認知症の高齢者の共同住居として、グループホームが利用されている。入居している高齢者には個室が与えられ、一種の家庭的な雰囲気の中で、自宅にいる感覚の環境で生活できるようにしている。オレブロには、認知症に関する施設が507ヵ所あるが、70人の待機者がいる。待機している人たちは、ショートステイを利用しながら、どこの施設が適切な施設なのかの判断をしていく。家族には痴呆症の説明をし、対応方法を理解してもらうようにしている。オレブロ市の人口は、12万6,000人で、スウェーデンでは5番目の都市である。オレブロ市には約500人の認知症患者がいる。そのうちおよそ80%は女性である。

この施設はオレブロ市の郊外にあり、1996年に建てられたものである。もともと精神病院があったところで、ここでは認知症の治療を目的にしており、認知症の人の補助的な役割を果たす場所で、認知症プラス特別なケアが必要な人が集まっている。また、デイケアセンターやショートステイも行っている。普通のグループホームは、他の地域にあり、定員は5人、8人が標準である。

入所の決定は、市の職員でアセスメントマネージャーが、社会サービス法にのっとり決定する。医療機関の職員とも相談して決める。ここは認知症専門であるため医師の診断が必要である。市から2600万クローネ（41,600万円）が予算としてある。

このセンターの方針は、刺激を与えること、日常生活を整えること、他の人に会うチャンス

与えることである。痴呆症の人が快適に過ごせるということである。職員はすべて、痴呆症に対するノウハウをもっている専門職である。親族は何時来てもかまわなし、サークル的にやりたいことをやる。そのための大事なことは気分が良くなることである。毎日外に出て、庭に出て、花に触れ香りを楽しみ、きれいなものにたくさん触れたりする。ここには猫もいるし、職員は時々犬を連れてくる。そうした動物に触れることも自然に行っている。

一人の職員がある一人の認知症の人と、特別にコンタクトをとるというコンタクトマンシステムで行っている。その人が親族ともコンタクトをとっていく。こうした関係作りで落ち着いてくる。

## (2) センターの内容

ショートステイ 8人のゲスト	ショートステイ 8人のゲスト
グループホーム③ 前頭葉に障害のある痴呆症8人	グループホーム④ 医療的な治療を要する痴呆症8人
グループホーム① 若い痴呆症8人	グループホーム② 特別なケアを要する痴呆症8人
デイケアセンター 18人	経営・教育部門



### (1) ショートステイ

4階にある2つのグループはショートステイで、16人が利用している。

ショートステイでは、交換介護という方法の利用もある。1週間または2週間ショートを利用してもらい介護の負担を軽減する。その後1～2週間自宅で過ごし、またショートを1～2週間利用するという交換介護をしてもらう。

利用料は食事代の80クローネ（約1,280円）のみである。無制限に利用できる。

### (2) デイケアセンター

デイサービスの目的は、刺激を与えること、日常生活を提供すること、他の人との交流を促すこと、介護に負担を軽減することである。利用者は18人で、このセンターの近郊に住んでいる人たちが住み慣れた地域で、家で生活を続けられるよう支援している。利用者のほとんどがタクシーを利用し、タクシー代は市が負担をしている。

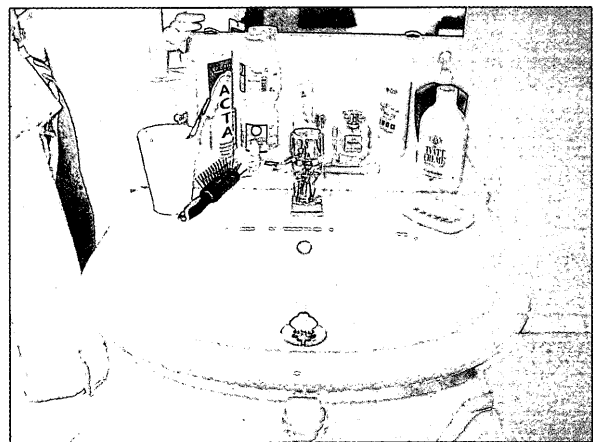
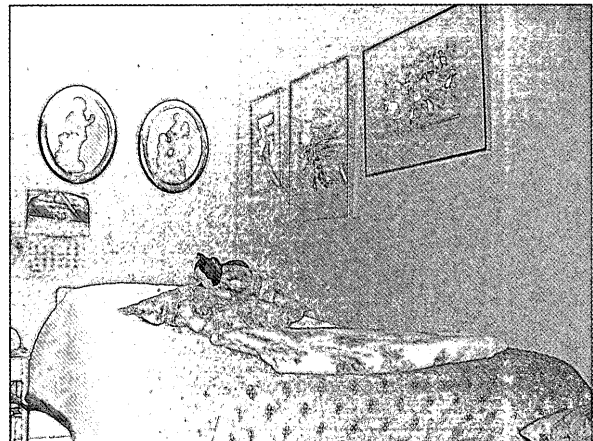
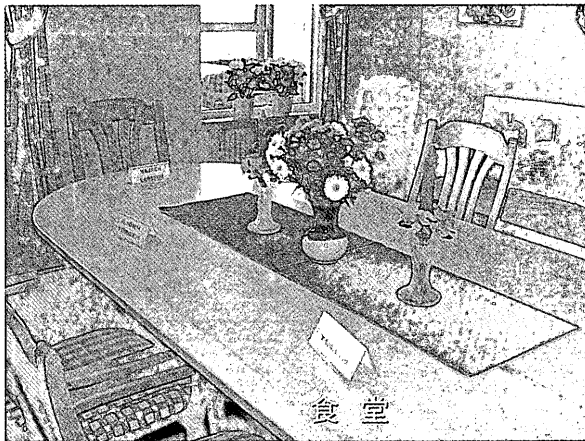
職員は5人で、デイケアセンターは、月～金の9時～14時半までである。

利用料は食事代として、50クローネ（約800円）のみである。

### (3) グループホーム

当センターは痴呆症のタイプで、4つのグループに分かれている。それぞれ違うタイプの認知症である。個室で一人ひとりの個性が表現された部屋で、自宅にいるときと変わらないゆったりとした広い空間で、思い思いのライフスタイルが出来上がっている。





#### (4) 職員体制

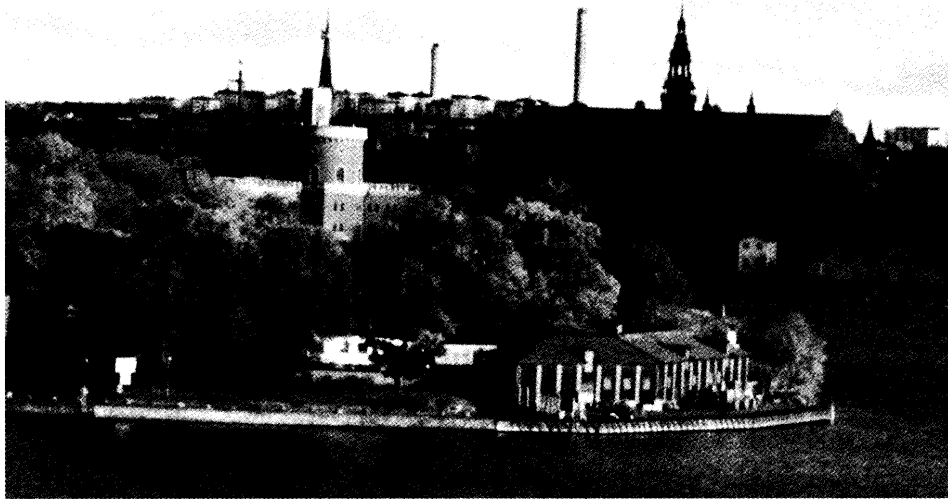
職員は65人おり、半日しかいないパートタイマーの人も含むので、その人たちを常勤換算すると58人になる。他の施設と比べると職員数は多いほうである。職員体制は、各グループで昼間3人、夕方以降（16時～21時半まで）2人で行っている。夜は4人で協力して全部をケアする。

介護者の人数が少ないので、緊急のシステムがある。ベッドサイドのセンサーマットや廊下に赤外線センサーをつけたり、ドアの開閉時にブザーが鳴るようにしてある。

看護師は、全部で7人いる。各グループに1人の看護師が毎日いる状態である。昼間の3人の職員うち一人は看護師である。夕方は全体に1人の看護師がいるようにしている。夜はいないが、何かあったときは県の在宅医療部の夜間パトロールをしている看護師に連絡するようになっている。

診療所が近くにあって、週に1回医師とPTが来る。必要があればすぐにコンタクトがとれるようになっている。教会ともコンタクトをとり、週1回牧師が来てくれる。

医療関係者やアセスメントマネージャー、親族などいろいろな人たちとコンタクトをとることが必要である。担当制として責任をもって行うコンタクトマンシステムはここだけではなく、どこの施設にも取り入れられている。



### おわりに

日本は少子・高齢化が急速に進み、2000年から介護保険制度がスタートをし、今年度はまた介護保険制度の修正が行われるなど、改革を余儀なくされている。今の現状で突き進めば、いずれ医療費の財政破綻は目に見えているし、年金の破綻もいわれている。しかし、国民生活に密接に関わる福祉医療のことだけに、目先ばかりに終始していても決して住みよい高齢社会にはならないであろう。北欧を訪れて感じたことは社会全体の根底に流れている思想がその国の政策を決定してくることを強く感じた。育児支援についても、介護問題にしても、女性政策にしても国民一人ひとりがそのことをどう考え、どういう方向にいくのを望むかが問われてくる。そして政治が私たちの身近なものになることが必要である。このことは日本には気づくことができなかったことで、外から日本の社会をみていくことができたからと思っている。有意義な視察研修ができたことに心より感謝をする。

### 参考文献

- ・竹崎 孜：スウェーデンはどう老後の安心を生み出したのか あけび書房 2004年
- ・仲村優一他編集：スウェーデン 世界の社会福祉年鑑 2003 旬報社 2004年
- ・川上邦夫訳：あなた自身の社会 スウェーデンの中学教科書 新評論 1997年
- ・岡沢憲芙監訳：北欧の政治 早稲田大学出版部 1998年
- ・駒村康平：欧米6カ国における年金制度改革の現状と課題 連合総研ブックレット 2003年

### 参考資料

- ・福祉と住まい スtockホルム市役所配布パンフレット
- ・支援サービス法（L S S）ストックホルム市役所配布パンフレット