



放送日

8月13日

(再放送8月14日)

8月 世界の社会福祉——スウェーデンに学ぶ

高齢者介護と包括ケア

大阪大学准教授

齊藤 弥生 (さいとう・やよい)

要点

スウェーデンの高齢者介護では二四時間体制の包括ケアが実施されており、介護サービスの利用率が高い。介護システムづくりは日本より約三〇年ほど先行しているが、近年、介護費用の負担増や介護サービスの質の保持など、両国に共通する課題も多い。

スウェーデンの高齢者介護とその特徴

日本の高齢化率は二二・六％(二〇一〇年推計)で世界第一位、スウェーデンの高齢化率は一九九〇年代初頭までは世界第一位でしたが、その後大きな変化はなく、二〇一〇年現在は一八・五％です。スウェーデンにおける高齢者介護の特徴を三点から整理します。

① サービス利用率の高さ

スウェーデンでは高齢者の八・六％が自宅でホームヘルプを利用し、六・四％が介護付き住宅で生活しています(二〇一〇年)。日本では高

齢者の四・一％が自宅でホームヘルプを利用し、介護保険施設の利用率は三・五％です(二〇一〇年)。スウェーデンでは成人した子どもが親と同居する習慣がなく、要介護高齢者にとってホームヘルプは生活の支えです。介護する家族への現金給付に家族ヘルパー制度(家族介護者を自治体が雇用する制度)や家族介護手当があります。利用者は限られています。

② 二四時間対応の包括ケアの実施

二四時間巡回型ホームヘルプが全国で実施されており、訪問看護や在宅医療との組み合わせで包括的に提供されます。本人が望めば最期ま

で一人で自宅で暮らせるしくみがあります。

スウェーデンの包括ケアの考え方は、日本の高齢者保健福祉推進一〇か年戦略（一九八九年）にも盛り込まれました。たとえば在宅介護支援センターの配置です。在宅介護支援センターは身近な介護の相談窓口ですが、中学校区単位に一か所ずつ設置することが目指されました。介護保険制度の導入後も地域包括支援センターとしてその理念は受け継がれています。

スウェーデンにおいて社会福祉の基本法である「社会サービス法」（一九八二年施行）は、高齢者福祉、障害者福祉、保育、児童福祉、生活保護、初期医療等の関連法をまとめ、縦割りの施策を統合した法律です。

③ 地方分権による自治体の大きな裁量

「社会サービス法」では「自治体は地域内に住む住民が、必要な援助を受けることができるよう、その最終責任を負う」（二章二条）と定められており、介護を含め、福祉サービス給付についての自治体の最終責任を明確に規定しています。また、「社会サービス法」は枠組み法といわれ、どのようなサービスを提供するか、そのサービスの利用料金をいくらにするかはすべて自治体の判断に任されています。

高齢化の進行と介護システムの変遷

スウェーデンの介護システムの変遷をみると意外なことに日本との共通点も多いことがわかります。「表1」はスウェーデンにおける介護システムの変遷を整理したものです。

介護システムづくりでは、日本はスウェーデンより約三〇年遅いといえます。その一方で、高齢化率を軸に比較をすると両国の共通点が見えてきます。高齢化率一〇%のころに高齢化が社会問題になり、高齢化率一三〜一四%のころに自治体が介護サービス事業を始め、高齢化率一八%のころになると認知症対応、医療的ケアなどの後期高齢者対応が必要になってきます。介護システムの変遷は人口動態に影響されることがわかります。スウェーデンのシステムづくりが先行したのは、日本より高齢化が早く進んでいたことが一つの要因です。

◆ボランテアが始まる——一九五〇年代

スウェーデンでもかつては各地の教会が救貧院を営んでいました。二〇世紀に入り、病気の高齢者や身寄りのない高齢者が生活する老人ホームが建てられましたが、その多くはへんぴな所にあり、雑居部屋の救貧施設でした。

スウェーデンで高齢化問題の議論に火をつけ

【表1】スウェーデンにおける高齢者介護の変遷

1992	1982	1962	1949
<p>エーデル改革施行。 グループホームの増設。 介護付き住宅の増設。 「供給の多元化に対応した様々な取り組みが始まる。」 ※1995年EU加盟</p> <p>18%</p>	<p>社会サービス法施行。(16%) 24時間対応ホームヘルプ ↓身体介護の重視 補助器具センター デイサービスなどの拡充。</p> <p>16%</p>	<p>「大規模市町村合併 一次1952年、 二次1974年」 ※義務教育と福祉サービス供給が定まる規模を目指す。</p> <p>「高齢者福祉計画」 ケア付き住宅の増設。 ホームヘルプの拡充。</p> <p>13%</p>	<p>「若い」がベストセラ 雑居部屋施設への批判 介護が社会問題に。 ボランテアで ホームヘルプが始まる。</p> <p>10%</p>
<p>「介護保険制度の導入」 (2000)</p> <p>18%</p>	<p>「市町村が初めて 老人保健福祉計画 を策定」(1994)</p> <p>13%</p>	<p>「養たきり老人問題」 (1985頃)</p> <p>10%</p>	<p>「オイルショック以降、 日本型福祉社会論。介護は家族 で。」</p>

(資料) 齊藤弥生「高齢者の生活を支える」より。『スウェーデン——自律社会を生きる人びと』岡沢憲美・中間真一編、早稲田大学出版部 所収

たのが、一九四九年に出版されたイーヴァル・

ローヨハンソンによる写真集「若い」でした。

彼は隔離施設や雑居部屋を批判し、国内に議論を巻き起こしました。このようななか、「高齢者を施設に閉じ込めるのではなく、必要なサービスを出前すべき」として、赤十字のボランティアを中心に初期のホームヘルプが始まりました。

◆介護システムづくりが始まる

——一九六〇年代、一九七〇年代

高齢化が進行するにつれ、ボランティアではマンパワーが足りず、次第に自治体がホームヘルプ事業を行うようになりました。ボランティアのホームヘルパーを正規の賃金労働者にすることは、社民党政権の支持母体である労働組合を強化しました。また、一九六〇年代の好景気により、スウェーデンの労働市場は女性労働力を必要としました。女性が安心して働ける環境をつくるうえでも保育や介護サービスの基盤整備は不可欠でした。

自治体があらゆる福祉サービスの供給体として役割を果たすことを目指し、スウェーデンでは戦後二度の大規模自治体合併を行いました。一九五〇年代の第一次、一九七四年の第二次合併では二五〇〇市町村を二六〇自治体にまで合併し、自立した財政と政策が可能な単位に整備

しました。今は国内に二九〇自治体があります。

◆包括ケアが始まる——一九八〇年代

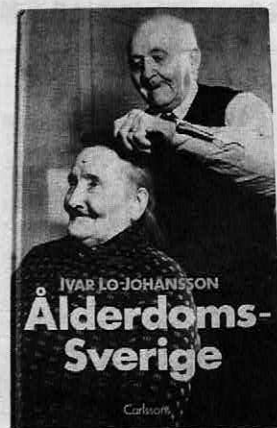
一九八二年に「社会サービス法」が施行され、その後、夜間巡回型ホームヘルプ、緊急通報システムなどが充実し、ホームヘルプは二四時間三六五対応になりました。また一九八〇年代半ばころ、認知症高齢者向けグループホームの実験的な取り組みが始まり、効果が評価され、政府は緊急整備計画で量的な拡大を進めました。

◆訪問看護、医療的ケアとの連携

——一九九〇年代

一九九二年のエーデル改革（高齢者医療福祉改革）では、訪問看護が自治体事業となり、在宅医療とホームヘルプの連携が強化されました。またナーシングホームも自治体事業となり、要介護高齢者向けの住宅はすべて総称して「介護付き住宅」と呼ばれるようになりました。認知症専門看護師が配置され、在宅での医療的ケアも充実し、在宅生活の可能性が拡大されました。

スウェーデンでは社会的^{※1}入院の要因は介護サービス不足とみなし、自治体に社会的入院費用の支払い義務を課すことにしました。自治体は高い入院費の負担を避けるため、グループホームの増設や在宅サービスの充実に努めました。



1945 刊写真集のテキスト版、「スウェーデンで老いること」(カーソンズ、1952年)の表紙

※1 社会的入院

治療が終了したにもかかわらず、社会的理由（利用できる介護サービスがない、家族が帰宅を拒否している等の理由）で入院を続けること。

※2 介護サービスの多元化

公的サービスの独占状態に対して、営利法人やNPOなどの多様な民間事業者が市場に参入し、競合する状態。日本では介護保険制度が導入される以前は、自治体直営か社会福祉法人による介護サービスのみが認められていたが、介護保険制度により、営利法人、NPO法人、生活協同組合、農業協同組合などが介護事業への参入が可能になった。

※3 バウチャー制度

クーポン券などを交付して利用者が公共サービスをより自由に選択できるようにする制度のこと。バウチャー制度は、利用者の選択の自由を

介護サービス多元化のなかで

一九九〇年代に入り、自治体が一元的に提供してきた介護サービスに民間事業者の参入が始まり、多元化が進みました。今日ではホームヘルプサービス総時間の一八・〇%、介護付き住宅全体の一八・〇%を民間事業者が担っています(二〇一〇年)。首都のストックホルムやその周辺では介護サービスの半分以上が民間事業者により提供されている自治体もあります。

介護付き住宅やホームヘルプ地区の運営を民間事業者に委託する場合、多くの自治体では入札で事業者を選びます。また利用者自身による事業者選択の自由を広げるためにパウチャー制度を導入する自治体も増えてきました。

事業者が多元化するなかで、介護サービスの質の確保は課題です。一九九七年にストックホルム近郊の介護付き住宅で入居者虐待事件が起こりました。この介護付き住宅は民間事業者が

受託運営をしていましたが、職員削減が原因で介護の質が低下し、入居者に褥瘡(床ずれ)が発生しました。介護職員のサーラ・ウエグナツトさん(当時二三歳)がこれを告発し、大事件となりました。国会では虐待通告義務の法律がつくられ、この法律はサーラさんの勇気をたたえ「サーラ条項」と呼ばれています。

また二〇〇二年に介護サービスについて利用者負担上限額(介護マックスタクサ)が導入され、自治体は在宅介護サービスについては月額一七二二クローナ(一クローナはおよそ二二〜一三元)、介護付き住宅については月額一七八三クローナ以上の利用者負担を徴収できないことになりました。利用料金が上昇するなかで、特に低所得者の使い控えを防ぐための対策です。

利用者による選択の自由を拡大すること、価格競争による介護の質の低下、低所得者の費用負担など、高齢者介護の新たな展開とその課題にも日本との共通点がみられます。

参考文献

『スウェーデンにみる「超高齢社会」の行方——義母の看取りからみえてきた福祉』ピヤネル多美子、ミネルヴァ書房、二〇一一年

スウェーデン人の夫と家族とともにストックホルムに住む筆者が、八八歳で他界した義母を通じて、スウェーデンの高齢者福祉の今を描く。スウェーデ

ンの高齢者の生活が文化や歴史を交えて、生き生きと綴られている。

『認知症を支える家族力——22人のデンマーク人が家族の立場から語る』ピーダ・オーレンソンほか編、石黒暢訳、新評論、二〇一一年

二二人のデンマーク人が家族の立場から認知症を語るもので、デンマークで反響を呼んだ本の翻訳である。北欧諸国の介護政策研究ではあまり語られてこなかった家族の表情が描かれており、介護を通じて家族を考える一冊である。



ホームヘルプステーションの隣の食堂でランチを楽しむ高齢者
(スウェーデン・ベクショー市)

(写真提供: 斉藤)

広げると同時に、事業者間競争によりサービスを向上させるといった考えに基づいている。要介護認定を受けた高齢者が自分で介護サービスを選ぶという点で、日本の介護保険制度もパウチャー制度の一種とする見方もある。