

スウェーデンにおける障害者政策の動向

— 高齢者ケア政策との異同を中心に —

奥村 芳孝

伊澤 知法

■ 要約

スウェーデンにおける障害者政策の動向を中心に、高齢者政策と障害者政策の異同について、社会サービス(ケアの提供)の観点から考察を行った。この結果、普遍主義を原則とするスウェーデン社会福祉政策においては、その内容面(法体系・サービス・負担方式・利用手続等)において高齢者・障害者政策間に基本的な差異がない事が明らかになった。他方、LSS法の制定により、重度の障害者の自己決定権の強化等のため、パーソナルアシスタント制度の導入等が行われているという、障害者政策に特有の事情も明らかになった。今日では、スウェーデン・日本両国の高齢者・障害者政策の歴史的な展開経緯・サービス内容ともに大きな違いが無いことから、今後、日本制度においてもスウェーデンのように、高齢者・障害者政策が普遍化・一元化されていく可能性、また、その際の障害者ケアの特性を踏まえた解決方法の方向性が示唆された。

■ キーワード

スウェーデン、高齢者ケア、障害者ケア、知的障害者、LSS法

1. はじめに

本稿では、普遍性をその特徴とするスウェーデン社会福祉サービスにおいて、高齢者ケアと障害者ケアがどのような関係に立っているのか、またその内容面においてどのような異同があるのかについて考察する。日本においては既にスウェーデンの高齢者(ケア)政策についての紹介・研究は相当程度進んでいることから、本稿では、障害者(ケア)政策に絞り、その歴史的展開も含めて正確な紹介を行うとともに、スウェーデン高齢者(ケア)政策と障害者(ケア)政策との異同について考察を行う。その上で、最後に、スウェーデンの現状との比較から、我が国への示唆について論じる¹⁾。

2. スウェーデン障害者政策・高齢者政策の歴史的展開

まず、スウェーデンの障害者政策・高齢者政策

の歴史的展開から、その特徴を考察する。スウェーデンの高齢者ケアの歴史的展開については多くの先行研究²⁾があるので、ここでは簡単に次の3点だけを確認しておきたい。①スウェーデンにおいても救貧法(後に社会扶助法)に基づく最貧困層老人の老人ホームへの収容という形態からスタートした。②1960年代からホームヘルプ等が進展するとともに、1970年代から老人ホームのサービスハウスへの改築が行われた。他方、医療施設であるナーシングホームへの入院者も多く、いわゆる社会的入院が問題となった。③1982年の社会サービス法の施行、1992年のエーデル改革により、ナーシングホームを含む基本的なサービスがコミュニティ(日本の市町村に相当)に一元化され、施設系のサービスも「特別な住居」(かつての分類で言えばサービスハウス、グループホーム、ナーシングホーム等)におけるサービスと一元的に整理さ

表1 スウェーデン障害者政策略史

1900年代～	施設入所措置時代。
1960年代	(スカンジナビア諸国で)ノーマライゼーションの理念が普及。ノーマライゼーションに加え、社会への統合(integration)の理念が普及。集団型の施設が徐々に廃止されるとともに自宅に近い形の施設が普及。
1967年	精神病院・施設の運営主体を国からランスタングに移管。精神保健医療の社会化・地域化が進展。地域精神保健医療区、地域精神保健医療センターの整備。
1968年	知的障害者ケア法(Lagen angående omsorger om vissa psykiskt utvecklingsstörda, 1967:940)施行。
1970年代	障害者に対する在宅サービス、地域精神保健医療(オープンケア)が進展。
1982年	社会サービス法(Socialtjänstlagen, 1980:620 なお現在は新法(2001:453))施行。
1986年	知的障害者ケア法全部改正(Lag om särskilda omsorger om psykiskt utvecklingsstörda m. fl.,1985:568)。法律上、知的障害者施設を廃止し、ランスタングに施設の廃止計画を策定させ(同法施行法(1985:568)第3条)、新規入所措置を禁止(同法施行法第5条)。脱施設化と知的障害者の地域生活への移行を目指す。
1990年代	障害者ケア改革(handikappreformen)を実施。
【1992年	エーデル改革】
1994年	特定の機能障害者に対する援助およびサービスに関する法律(Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade: LSS法, 1993:387)、アシスタント補償法(Lag om assistansersättning: LASS法, 1993:389)の施行[知的障害者ケア改革]。
1995年	精神保健福祉改革(psykiatireformen)。精神障害者ケアの責任をランスタングからコミュニティに移管。
1997年	知的障害者関係施設廃止法(Lag om avveckling av specialsjukhus och vårdhem, 1997:742)により、1999年12月31日までに、知的障害者等を対象とする特別な病院(specialsjukhus)および知的障害者施設(vårdhem)を全廃することを規定。
2000年	「障害者政策国家行動計画(患者から市民へ)」を国会で可決。
2002年	国家行動計画の進捗状況に関する政府報告書を公表。

出典：訓覇1995、二文字2002、Swedish Institute 2000等から伊澤作成。

れた。

時期的な差はあるものの、障害者ケアも同様の流れである(表1参照)。スウェーデンにおいても知的障害者³⁾向けのサービスは、家族では扶養しきれないようなケースを施設において24時間ケアすることから始まり、1970年代に在宅サービスが進展するまでは入所者数は増加した。LSS法(特定の機能障害者に対する援助およびサービスに関する法律)の母胎となる知的障害者ケア法は1968年から施行されていたが、1986年に全面改正され、ノーマライゼーションの理念の下、施設の廃止計画作成をランスタング(県レベルの広域地方自治体)に義務付けるとともに、児童・成人ともに施設への新規入所を禁止した。この結果、在宅・地域ケアへの流れは加速した⁴⁾。同時に、高齢者ケ

アと異なる障害者ケア特有の課題として、特に重い機能障害の者を中心とした自己決定権の強化の重要性が認識され、1993年のLSS法制定へとつながった(同法の内容は後述)。

次に、精神保健福祉の流れを見てみると、我が国と同様に、精神病という疾病に対する医療サービスとしてスタートし、精神病院への入院治療が中心だった。その後、1967年に国から精神病院などの運営がランスタングに移管されるとともに、60年代の精神医療における脱施設化の動きを受けて、精神病院/精神科における医療が入院治療からプライマリケアを中心とした通院治療(オープンケア)に変わっていった⁵⁾。1995年には精神保健福祉改革が行われ、精神病を有する者を患者としてではなく障害者として見ることにより、知的障

者と同様に、施設から地域サービス・在宅への移行が促されるとともに、サービス提供責任の原則コミュニケーションへの一元化が行われた。

こうした流れを経て、1997年の国会による(立法形式での)知的障害者施設廃止宣言があるのである(施設入所者数の推移に関し、表2を参照)。なお、「医療(施設中心)から社会サービス(在宅中心)へ」、「ランスタングからコミュニケーションへ」という改革

内容を受けて、1994年の知的障害者ケア改革・1995年の精神保健福祉改革は、高齢者ケア改革になぞらえて、第2・第3のエーデル改革とも称される。現在では、ノーマライゼーションの理念を徹底すべく、障害者への社会的アクセスの改善、就労支援の充実等、包括的なアプローチにより、社会的包摂をさらに進展させることがこれからの障害者政策の主な課題である。2000年には「患者か

表2 施設入所者数の推移

(人)

	知的障害者	精神障害者
1950年		32,821
1960年		33,752
1968年	14,000	
1974年	13,150	
1976年	11,809	
1979年		28,289
1982年		25,349
1983年	9,504	
1985年	8,000	21,420
1986年	7,650	
1988年	6,025	16,921
1990年	5,098	
1991年		14,581
1992年	3,640	
1993年	2,500	
1994年	2,083	11,239 (うち精神病院入院患者は2,800)
1995年	1,785	
1996年	1,269	
1997年	959	5,747
1998年	717	
1999年	440	
2002年	92 (4施設、1/3は65歳以上の者)	

注：1) 児童向け・成人向けの施設入所者数の合計。

2) あくまで傾向を見るために、さまざまな資料から得た数字をまとめたものである。数字としての一貫性に欠けることに注意。

3) 利用可能な統計では正確な数字の確認がとれなかったが、精神保健改革により大規模な精神病院は閉鎖されたといわれる。

出典：河東田他 2002, p11, 訓覇 1995, p84 等より伊澤作成。

表 3

		日本		スウェーデン 1)	
		高齢者	障害者	高齢者	障害者
在宅	訪問サービス	介護サービス 移動介護 特別な保護 リハビリ	訪問介護、訪問入浴介護、小規模多機能型居宅介護 地域生活支援事業 —	重症知的障害・精神障害者等 生活介護 重度訪問介護 行動援護	社会サービス法対象者 2) ホームヘルプ ガイダンスヘルパー ホームヘルプ/ガイドヘルパーなど 又はガイダンスヘルパー 又はヘルパー 保健医療法によるリハビリ(K+L)
	デイサービス	介護サービス デイアクティビティ リハビリ	訪問リハビリテーション 通所介護、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護 通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、小規模多機能型居宅介護	生活介護 自立訓練	デイケア 保健医療法によるリハビリ(K)
	在宅系サービス	ショートステイ 配食サービス	短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護 地域生活支援事業 —	生活介護 自立訓練	デイケア 保健医療法によるリハビリ(K)
	夜間・緊急	夜間対応型訪問介護	夜間対応型訪問介護、訪問介護	地域生活支援事業	ナイトパトロール、緊急アラーム 保健医療法による補助器具(L)
	福祉用具等	福祉用具貸与	福祉用具貸与、特定福祉用具販売	地域生活支援事業	ナイトパトロール、緊急アラーム 保健医療法による補助器具(L)
	移送サービス	移送サービス	移送サービス	地域生活支援事業	移送サービス法による移送サービスの権利(K)
	手話通訳等	手話通訳等	居宅介護支援	地域生活支援事業	コミュニティ(福祉局) 3) 保健医療法による手話通訳など(L)
	就労支援	就労支援	住宅改修	地域生活支援事業	保健医療法による住宅改修(K)
	24時間	24時間	認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム等)	地域生活支援事業	一労働市場およびコミュニティによる就労支援 社会サービス法に基づき、コミュニティの責任により、特別な住居(ケア付き住居 4) ホーム等)を確保、法律上の施設区分には無い、24時間対応が必要な施設には職員が常駐しているが、そうでない場合は(ケア付き住居)にはホームヘルプ+ナイトパトロール等で対応し、特に夜間は常駐の職員がいらない場合もある。
	グループホーム等	グループホーム等	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	施設入所支援 (一定の障害程度区分以上の者)	ケア付き住居 4) ケア付き住居 4)
施設	施設系サービス	主として夜間のみ 24時間	介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)	施設入所支援 (一定の障害程度区分以上の者)	訪問看護(K)
	医療 (一般医療以外)	医療 (一般医療以外)	介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	療養介護 自立支援医療 自立支援医療+療養介護(再掲)	訪問看護(K+L) 施設における看護(K)、訪問看護(重度なケース、L)
医療	医療	機能訓練 療養上の管理、介護 医学的管理下の介護 日常生活の世話	介護療養型医療施設 介護老人保健施設	療養介護	訪問看護(K)
	医療	在宅系 施設系	訪問看護、居宅療養管理指導 介護療養型医療施設(再掲) 介護老人保健施設(再掲)	自立支援医療 自立支援医療+療養介護(再掲)	訪問看護(K+L) 施設における看護(K)、訪問看護(重度なケース、L)

注：1) スウェーデンでは、厳密には「在宅」「施設」という区分は存在しない。
 2) LSS法の対象である障害者は社会サービス法の対象でもあることを排除されていないので、LSS法に含まれない援助形態については社会サービス法によって得ることも可能である。
 3) 特に制度としては設けられていないが、必要であればコミュニティの福祉局に行く、精神障害者の場合は、最近個人代理人制度が設けられつつある。
 4) LSS法対象のケア付き住居は、原則的には社会サービス法の特別な住居と同じであるが、概して管理単位が小規模である。
 ※児童を除く。
 ※自立支援法のサービスをベースに比較対照を行うために作成したため、必ずしも実際のサービス体系を反映していない部分がある。
 ※スウェーデンでは、法令上個々のサービスに名称はついていないため、法令名等で整理した。
 ※スウェーデンのサービス中、(K)はコミュニティが、(L)はランスタングがサービス提供に責任を持つ、特に断りがないサービス提供の責任はコミュニティ。
 出典：筆者作成

ら市民へ」と名付けられた障害者政策国家行動計画が国会で決定されている。

本稿の主な目的ではないので、日本の高齢者・障害者政策の歴史的展開の詳細には触れられないが、今般の自立支援法の成立に至るまで(時期は異なるが)概ね同じような流れにあることは多言を要しないと思われる。すなわち、スウェーデンの障害者・高齢者政策に限らず、日本の障害者・高齢者政策をも視野に入れた場合でも、両政策の間には次のような共通性が認められる。一点目は権利の拡大あるいはT.H.マーシャルの言う「社会権」の拡大であり、特定の者(社会的弱者・サービスニーズが極めて高い者)に対する限定されたサービスから、普遍的なサービス(ある一定以上のニーズがある者には隈無くサービスを提供)への移行である(富永 2001, p112)。また、この過程で、サービスを受けることに対する脱スティグマ化が起り、サービス供給量の拡大が見て取れる。二点目は「施設サービス」から「在宅サービス」への流れで、「大規模施設から小規模施設、住み慣れた地域でのサービス」という流れである。

では、両国・両制度の実際のサービス体系に共通性は見られるであろうか。現段階での両制度間・両国間におけるサービスのおよその類型化を行うことでこの点を考察する(表3参照)。表3を見ると、各サービス間のサービスメニューにおいて大きな違いはないことが確認できる。これは、両国・両制度の歴史的展開の共通性に鑑みればある程度予測された答えである。他方、スウェーデン制度・日本の障害者自立支援制度双方が「施設」という概念を廃し(脱施設化)、「住宅」という方向性を強く打ち出しているのに対し、日本の介護保険では「在宅サービス」と「施設サービス」とでサービス体系を峻別している点が際立ったものとなっている。

3. スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアの法体系とサービス

次に、スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアについて、障害者ケアを中心にその内容を考察する。

1) 法体系の概要

スウェーデン障害者ケア・高齢者ケアにおいて重要な法律は社会サービス法、LSS法、LASS法(アシスタント補償法)、保健医療法などであり、所得保障などについては社会保険法⁶⁾である。他の関係法として、移送サービスについての移送サービス法および全国移送サービス法、学校法、計画・建築法などがある(表4参照)。

2) 社会サービス法

背景

社会サービス法は母子福祉、社会扶助、障害者ケア、高齢者ケアなどを含むスウェーデン社会サービスにおける包括的基本法である。社会扶助法等複数に分立していた関連法を整理・統合し、1982年から施行された。また、2001年には新社会サービス法が国会で可決された(2002年1月施行)⁷⁾。なお、障害者ケア・高齢者ケアについては、社会サービス法制定以前にも、既に同一の法律(社会扶助法)下で提供されていた。

特徴

社会サービス法の特徴は次のとおりである。第一に、この法律は枠組み法であり、福祉における目的、原則、住民の権利、行政の義務などを定める。地方自治体は地方自治法、行政法などの他の法律も考慮しながら、この枠組みの範囲内で自由に運営を行う。具体的には、例えば、ホームヘルプに何を含まかについての法律上の定義はなく、個々のサービス内容の決定については自治体が広範な裁量を持っている。もっとも、この枠組み内ならば全く自由という訳ではなく、法律の解釈等については社会庁(Socialstyrelsen)の庁令・ガイドライ

表4 障害者ケアの提供体系

主体	責務	法令
コミュニティ	地域住民とその生活に対する究極的な責任	<ul style="list-style-type: none"> ・ 社会サービス法 (Socialtjänstlagen, SoL (2001:453)) ・ 特定の機能障害者に対する援助及びサービスに関する法律 (Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS) ・ 移送サービス法 (Lag (1997:736) om färdtjänst) ・ 全国移送サービス法 (Lag (1997:735) om riksfärdtjänst) ・ 住宅改修法 (Lag (1992:1574) om bostadsanpassning) ・ 学校法 (Skollag (1985:1100)) ・ 計画・建築法 (Plan- och bygglagen (1987:10))
ランディング	地域住民への保健医療の提供 <ul style="list-style-type: none"> ・ ハビリテーション/リハビリテーションの提供、補装具の支給 ・ 手話通訳サービス ・ カウンセリング、他の形でのLSS法対象者への助言 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 保健医療法 (Hälsa- och sjukvårdslagen (1882:736)) ・ LSS法
国 社会保険 労働市場	経済的支援 就労支援 障害に伴う特別なコストの補償	<ul style="list-style-type: none"> ・ 国民保険法 (Lag (1962:381) om allmän försäkring) ・ 社会保険法 (Socialförsäkringslag (1999:799)) ・ 障害手当及び介護手当法 (Lag (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag) ・ アシスタント補償法 (Lag (1993:389) om assistansersättning) ・ 障害者に対する自動車補助令 (Förordning (1988:890) om bilstöd till handikappade) ・ 障害者に対する特別な手段に関する政令 (Förordning (2000:630) om särskilda insatser för personer med handikapp)

出典：Socialstyrelsen, 2002, p16より筆者作成。

ンおよび行政裁判による解釈が制限を加える。同庁は国レベルでの監督機関としても機能し、県行政庁 (länstyrelsen) が県レベルにおける監督機関として機能している。

第二に、この法律は権利法であり、国民は同法に基づく決定 (行政決定) に対しては行政不服訴訟を起こすことができる。これは、同法が国民に対し具体的な権利を付与しており、行政決定に処分性があるからである。一方、保健医療法のような義務法は行政および医師などの義務を規定しているが、例えば医師の医療行為は行政決定ではないことから、これに対する行政不服訴訟を起こす

ことは出来ない。このように、スウェーデンの法制度上、権利法か義務法かという違いは大きな意味を持つ。なお、保健医療法に基づくサービス (医療の提供等) であっても、個々の医療ミスや違反行為に対して訴えることは可能である (SOU, 2004, p3)。

第三に、社会サービス法はいわゆる社会福祉分野における基本法であり、その対象も包括的である。同法第2章第2条の規定により「コミュニティに滞在する人々」すべてが対象とされ、住民登録も国籍も必要条件ではない。

第四に、社会サービスの目的・原則等であるが、

自己決定権と人格の尊重(第1章第1条)、また、自助・自立のための援助であるという点が強調(特に第1章第1条後半部および第4章第1条後半部)されている(奥村 2000, p53)。

「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促進しなければならない。社会サービスは自己および他の人の社会的状況に対する人々の責任に考慮しながら、個人および集団の資源を開放、発展させることを目指さなければならない。(社会サービスの)業務は人々の自己決定と人格の尊重に基づかなければならない」(第1章第1条)

援助を受ける権利

社会サービス法第4章第1条において援助を受ける権利が明記されており、先に述べたように、この援助に対して行政不服訴訟を行うことができる。さらに同法第4章第2条において、コミュニンは必要ならば第4章第1条以外の援助も行うことができるということが明記されているが、これに対する行政不服訴訟は行えない。

社会サービス法第4章第1条に基づく援助は生計援助および生活その他のための援助に分けられ、すべてが行政不服訴訟の対象である。この生計援助はいわゆる社会扶助で、「生活その他のための援助」には高齢者および障害者のためのホームヘルプや特別な住居の提供などの援助だけでなく、アルコール依存症患者のケアなども含まれる。

社会サービス法第5章において、対象となる各

グループに関する特別規定が記載されている。同法第5章第4条から第6条までが高齢者に関する規定で、第5章第7条と第8条が障害者に関する規定である。条文中で多少言葉に違いはあるが、高齢者ケアと障害者ケアの内容はほぼ同じである(本稿第4章を参照)。

3) LSS 法

背景

1994年からLSS法が施行された。これは特定の機能障害者(重度障害者)の自己決定権を強化するために以前の知的障害者ケア法が発展的解消を遂げたものであり、前述の社会サービス法を補完・補強する法律である。LSS法も社会サービス法も権利法であるが、社会サービス法上の権利は絶対的なものではなく、他の方法によって必要性が満たされるのであれば、申請された援助は認められない。他方、LSS法上の権利は、その必要性が他の方法によって実際に満たされない限り保障される。

対象者

LSS法の対象となるのは、コミュニンに居住している者であって、次の3つのグループのいずれかに該当する特定の機能障害者である。① 知的障害者、自閉症または自閉的症候にある者。② 成人期における外傷あるいは身体疾患によって生じた脳障害による重度かつ恒常的な知的機能障害を有する者。③ その他の恒常的な身体的あるいは精神的な重度の機能障害を持つため、日常生活に

表5 社会サービス法に基づくサービスの対象者(2004年、10月1日現在)

(人)

	ホームヘルプ受給者	コミュニンの訪問看護のみ	特別な住居
64歳以下	16376	4378	5325
65歳以上	132317	14541	104787
合計	148693	18919	110112

注：スウェーデンの人口は約900万人

出典：Socialstyrelsen, 2005c, Socialstyrelsen, 2005dから奥村作成

において相当の困難を伴い、援助およびサービスを必要とする者（明らかに加齢に伴う場合は除く）。3つのグループのうち、最初の2つのグループは知的障害者ケア法においても対象とされていた。従って、3番目のグループが新しく加わったことになる⁸⁾。

LSS法の対象は65歳以下の者であるが、一部例外が存在する。65歳になるまでにパーソナルアシスタントを得ていた者は、65歳になってからも引き続きパーソナルアシスタントを保持できる。ただし、LSS法上では時間の増加は認められない。介護時間の増加が必要と認められる場合には、社会サービス法に基づきその分の援助を申請することになる。

10の権利

LSS法により明確化されているのは、以下の10の権利である。

- ① 相談その他の個別援助
専門的な助言および個別援助。
- ② パーソナルアシスタント(詳細後述)
個人専属の介護者。
- ③ ガイドヘルパー
外出時に付き添うヘルパーで、パーソナルアシスタントがいない障害者も利用できる。
- ④ コンタクトパーソン(生活アシスタント)
必要に応じて家庭を訪問し、障害者の日常生活の助言を行ったり、孤独にならないために社会生活に参加することを援助したりする者。
- ⑤ 一時的介助者
障害者の両親の介護負担を軽減するために、一時的あるいは定期的に両親の代わりに介護を行う者。
- ⑥ ショートステイ
障害者がレクリエーションに参加したり、介護者が休息したりできるように定期的あるいは緊急時にショートステイを利用できる。

- ⑦ 12歳以上の障害児に対する学童保育
12才以上の障害児を、登校前後および休暇中世話する。
- ⑧ 青少年のための里親あるいはケアつき住居
家族と同居できない児童・青少年が里親あるいはケアつき住居に住むことができる。このケア付き住宅の場合、青少年は多重障害のため介護が重度であることが多い。
- ⑨ 成人のためのケア付き住居⁹⁾
いろいろな形態があるが、大きく分けると3つの形態がある。一つは、障害者対応住居(サービスアパート)で一般集合住宅の一部を使ったものが多い。職員が近くに常駐している場合としていない場合でさらに区分される。もう一つは、グループホームで、この場合は職員がグループホーム内に勤務している。
- ⑩ デイケア
就労あるいは勉強していない障害者は、デイケアを受けることができる。

サービス受給者数

2004年10月にLSS法による援助を得ていたのは合わせて約5万3000人である(スウェーデンの人口は約900万人)。1999年に比べ20%増加しており、制度が順調に定着していることが伺える。なおこの数字にはランスタングによる助言と援助のみを得ていた人は含まれていないので、実際にはさらに多くの者が何らかのサービスを受給していたことになる。対象別には知的障害者、自閉症の者などが81%とその多くを占める。成人期における外傷などによる機能障害者が3%、その他の身体的あるいは精神的な重度の機能障害者が16%である。年齢別には12歳までの障害児が13%、13-22歳が16%、23-64歳が65%、65歳以上の高齢者は6%である(以上2004年)。援助内容としてはデイケアが一番多く、次に多いのがケア付き住居とデイケアの両サービスを同時に受けている者である(Socialstyrelsen, 2005a, p17)。

パーソナルアシスタント制度

LSS法の施行により障害者の自己決定権および生活を最も向上させたのは、パーソナルアシスタント制度の導入である¹⁰⁾。パーソナルアシスタントは本人の手足の代わりとなる個人専属の介助者で、介助時間が週に平均20時間以下の場合にはLSS法に基づきコミューンが決定・費用負担を行う。介助時間が週に20時間を超える場合は、LASS法に基づき社会保険事務所が決定し、居住による社会保険給付として補償する。なお、2年毎に再審査・再決定が行われる。障害者の自己決定を強化する観点から、自分に適した介助者を自ら選んでコミューンに雇用してもらうことも、あるいは自分で雇用することもできる¹¹⁾。LASS法によるパーソナルアシスタント雇用費用補償は1時間当たり219クローナ(2006年)である。なおパーソナルアシスタントとして特別な資格を持った人(例えば看護師)が必要な場合、社会保険事務所の決定を経て、最高12%まで補償額が増額される。支払いは6ヶ月を一期間として月単位で雇用主に概算額が支払われる。期間中の月々の実使用時間数に対しては柔軟であり、期末に実費用との精算が行われる。

2004年10月現在LASS法によって約1万2600人(利用時間が20時間を超える者)が、LSS法によって約3900人(利用時間が20時間以下の者)がパーソナルアシスタントを得ている。

4) 保健医療法

保健医療分野における基本法は保健医療法である。これも社会サービス法と同じく枠組み法であり、詳細は規定されていない。この法律は、住民の健康増進を図り、住民の経済状態、居住地区に関わりなく、十分な医療を等しく提供し、住民の総合的なニーズに基づいた保健医療の拡充と組織化を図ることを目的としている。社会サービス法の説明で述べたように、保健医療法は義務法で

あって、社会サービス法・LSS法のような権利法ではない。医療の責任主体はランスティングであり、原則的にランスティングの税収入によって運営されている。同法第3条において、ランスティングは県内に居住する住民に対して良質の保健医療を提供しなければならないことが定められている。さらに同法第18条によって、保健医療におけるコミューンの責務が定められている。

エーデル改革と同時に、医療の一部がランスティングからコミューンに移された。社会サービス法による特別な住居(高齢者・障害者)およびデイケアにおける保健医療(ただし医師によるものは除く)の提供はコミューンの責務である。また特別な住居におけるリハビリおよび補助器具の貸与もコミューンの責務となっている。さらにランスティングとコミューンが合意すれば、コミューンは在宅における訪問看護を行うことが出来るようになり、現在およそ半分のコミューンが訪問看護を行っている。なおこの場合は、リハビリおよび補助器具の貸与もコミューンの責務となる。LSS法によるサービス付住居における保健医療(ただし医師によるものは除く)もコミューンの責務である。障害者・高齢者を問わず、ランスティングとコミューンとの合意がない限り、リハビリ、補助器具、手話通訳を含む保健医療の責任はランスティングにある(SOU, 2004, p77)。

4. スウェーデン高齢者ケアと障害者ケアに関する考察

以上のように、スウェーデンにおいては高齢者ケア・障害者ケアで法律・制度体系が分立している訳ではなく、社会サービス法に基づく普遍的サービスとして原則一元化されている。これに対する例外がLSS法である。それでは、社会サービス法上、高齢者ケア・障害者ケアは内容面で異なっているのか、両法に基づく障害者ケアの関係はどうなっているのか、そのほか、手続き面等で異

なる点はあるのか。こうした点について考察する。
法体系・サービス内容

社会サービス法第5章第5条は「社会委員会は、高齢者が良い住居が得られ、また必要な人には在宅で援助、その他の利用しやすいサービスを与えなければならない。コミュニティは特別に援助を必要とする高齢者のために、サービス、介護の付いた特別な住居を用意しなければならない」と定められている。

同様に障害者に関しては、同法第5章第7条が「社会委員会は、身体的、精神的あるいは他の理由により日常生活において大きな困難を伴う人々が、社会生活に参加し他の人々と同じように生活できるように務めなければならない。社会委員会は、各個人が有意義な活動を行い、また本人の援助の必要に適應した住居に住めるよう寄与しなければならない」「コミュニティは第1項の理由によりそのような住居が必要な人に対して、特別なサービスが受けられる住居を用意しなければならない」と定めている。

この様に社会サービス法における援助に関する文言は微妙に異なるが、高齢者・障害者ともにコミュニティが同様の援助を与えることを規定している。すなわち、住み慣れたコミュニティ・住居で住み続けられるようにすること、援助を必要とする人に適した形態の住居・サービスを提供することである。具体的な援助の内容に関しては明確な定義はないが、実態面では各コミュニティ間で大きく異なることはない。

一方、特定の機能障害者を対象とするLSS法による援助は、先に見たように、社会サービス法上の援助とは異なりその内容が法律上具体的に10の権利として規定されている。しかしながら、このことはLSS法上の援助を受ける者は社会サービス法上の援助を受けられないという意味ではない。LSS法は第4条で「本法は、他の法律で定められている個人の権利を何ら制限するものではない」と

規定している。すなわち、LSS法の適用は社会サービス法の適用を何ら妨げるものではない。一般的には社会サービス法よりもLSS法の方が個人にとって有利なことから、LSS法の適用が最初に検討され、LSS法の援助以外について社会サービス法が適用される。

また、LSS法の対象とならない者でも、必要と認められれば社会サービス法によりLSS法に規定される10の権利に基づく援助を受けられる。従って、「LSS法の対象に含まれない障害者」および「LSS法の対象者であるがLSS法に含まれる援助形態のみでは不十分な場合」には、社会サービス法による援助を申請することができる。このように、スウェーデンでは、社会サービス法により普遍的サービスの実現を確保しつつ、特に重度な障害者に対しては、LSS法によりインテンシブなケアの提供を実現するという、普遍的かつ合理的な制度体系を構築していると評価できる。

利用手続き

高齢者ケア・障害者ケアとも、その申請はコミュニティの福祉事務所に対して行う。コミュニティにおいては、介護ニーズ認定者と呼ばれる援助の決定を行う専門職が置かれている。この介護ニーズ認定者は申請の受付、介護ニーズの調査および決定も行う。福祉事務所においては高齢者担当、障害者担当とサービス体系ごとに担当が分かれているのが通常である(奥村 2000, p72)。さらに、LSS法担当者が別に設けられている場合もある。なお20時間を超えるパーソナルアシスタントに関しては、本人が直接社会保険事務所に申請することも可能であるが、コミュニティを通すことが多い。

質と監査

社会サービス法第3章第3条において、「社会サービス法による援助は良質でなければならない」ことおよび「業務における質は系統的にまた継続的に発展させられなければならない」ことが明記されている。また同法第14章第2条において、

問題行為は監督庁に報告しなければならないといういわゆるサラ法が規定されている。LSS法にも同様の規定が2005年7月から導入された。社会サービス法・LSS法とも、その監査は県行政庁および社会庁が行う。このように質や監査に責任を持つ行政機関は両サービス間で共通である。

財源

コミュニティが行っている社会サービス法による高齢者・障害者に対する援助およびランスティングの保健医療は、それぞれコミュニティおよびランスティングの税収入によって運営され、一時的な援助を除いて原則国の補助は存在しない。他方、LSS法の費用はコミュニティ、ランスティング、国で分担される。LSS法による助言等はランスティングの業務であり、ランスティングが費用を負担する。週当たりの援助が20時間を超えるパーソナルアシスタント費用はLASS法の対象であり、社会保険庁の責務となり社会保険(国)が負担する。その他のLSS法関係費用はコミュニティの負担である。なおLSS法による各コミュニティの負担の格差が問題となっていたため、2004年3月から費用の平衡システムが導入されている¹²⁾。

利用者負担

社会サービス法による援助は、同法第8章第2条によって各コミュニティが決定できるものとされ、利用者本人の収入に応じた費用徴収が認められている。この場合、第一に「実費を超えてはならないこと」、第二に「すべての利用料を支払った後、生活費が残らなければならないこと」、第三に「夫婦の一人が特別な住居に入居した場合、在宅に住んでいる配偶者の生活が経済的に悪化しないようにコミュニティは保障しなければならないこと」が定められている。2003年には社会サービス法が改正され、最高負担額および最低保障額が規定された。現在の制度の概要は次のとおりである。

- ・ 介護費用、デイケア費用、コミュニティの訪問看護費用は、合わせて物価基礎額の48% (2006年

価格では1か月当たり1,588クローナ)を超えてはならない(最高負担額)。なお物価基礎額とは給付額の計算に使われるもので、毎年物価スライドが行われる。

- ・ 特別な住居等で賃貸法が適用されないものの場合、その家賃は物価基礎額の50% (2006年価格では1か月当たり1,654クローナ)を超えてはならない。
- ・ 介護費用、デイケア費用、コミュニティの訪問看護費用、賃貸法が適用されない住居等の家賃を徴収した後に最低保障額が利用者の手許に残るようにしなければならない。この最低保障額に含まれるのは食費、衣服費、余暇費、衛生品代、消耗品代、新聞、電話、テレビ代、家具・台所用品代、家庭保険費、電気代、交通費、歯科費用、通院費、医薬品代である。単身者の場合は物価基礎額の129.4%、同居している夫婦の場合は一人当たり108.4%である(それぞれ2006年価格では1か月当たり4,281クローナ、3,586クローナ)。これに住居費(家賃)を加えた額が最低保障額になる。
- ・ 費用計算の根拠となる収入の定義は1年間の見なし収入であり、社会保険から支払われる住宅手当¹³⁾も収入に含まれる。他方、財産は費用計算に含まれない。夫婦の場合、両者の収入総額を2で割ったものを個人の収入と見なす。
- ・ 費用決定に対しては、行政裁判を通じて不服申請ができる(Socialstyrelsen, 2005b)。

LSS法によるサービスの場合、基本的には無料である。ただし、コミュニティは家賃、余暇費などについては実費を徴収することが出来る。

5. 我が国への示唆

以上、スウェーデン障害者(ケア)政策の動向・内容を中心に、スウェーデンにおける高齢者(ケア)政策・障害者(ケア)政策の異同を見てきたが、最後に日本制度を念頭におき、スウェーデンの現状

から、我が国に対しどのような示唆が得られるかを考察してみたい。

第一に、高齢者ケア・障害者ケアについてサービス面から見たときに、日本・スウェーデンともにサービスメニューには大きな違いが無くなってきている中で、現在の日本のように「年齢」あるいは「保険原則に馴染むかどうか」といったメルクマールに着目して制度を峻別することが果たして妥当かどうかということである。そもそも社会保険の普遍的な定義というものも存在せず、各国の歴史的、政治的状况によってその内容が決められている。財源論での議論を先立たせるのではなく、「要介護状態」に対するサービスであるという内容面での共通性に着目し、「必要なサービスが必要な者に公平にもたらされるためにはどのようなサービス体系がベストなのか」という形で今後の議論を立てていくことが必要である。また、そのように今後議論が進むことを期待したい。

第二に、サービス体系の組み立て方についてである。スウェーデンの制度では、高齢者・障害者といった対象者による区分は無い。また、ケアの内容面では、ホームヘルプ、訪問看護などを受けながら出来るだけ長く一般住居に住めるようにすることを前提とし、それが難しくなった場合(主に24時間常時介護が必要になった場合)に初めて特別な住居への入居が考慮される。そして特別な住居も自宅であり、死ぬまで住居として住み続けられる。特別な住居など(施設系サービス)は限りなく一般住居に近づいてきているが、同時に、後期高齢者の増加とともに、施設系サービスの対象者が24時間常時介護が必要な人に限定される傾向も出てきており、歴史的にはさまざまな形態を持っていた特別な住居が同質化してきている。スウェーデンのこうした状況は、特に、日本の介護保険制度において、「在宅」「施設」という切り口でサービスを体系化していることの意義や、現行のように三施設を類型分けしていることの意義について考え直

す必要性を示唆しているのではないだろうか。また、同時に、社会保障政策における「住居」の位置付け、既存の住宅政策との関係を整理する必要性も生じてくるだろう。

第三に、障害者ケアの財源論とも関係する問題であるが、サービスを行うあるいは責任を持つ地方自治体と中央政府との関係である。サービスを受ける者により近い行政主体が制度の設計・運営を行うことが望ましく、特に日本においては、今後とも地方自治体の自由度(および責任)を増やすことが必要である。他方で、全国的な公平性という観点からどこまで(あるいはどのようにして)中央政府が関わっていくかという点も十分議論をする必要がある。この点、地方自治体に広範な裁量・自立した財政基盤を認めつつ、国の機関により事後的監査・是正指導を行うというスウェーデンにおける政策の組み合わせ方は参考になるのではないだろうか。

第四に、利用者負担に関する問題である。日本制度においては、低所得者等に配慮したさまざまな負担軽減措置があるが、複雑で分かりにくいものとなっている。他方、スウェーデン制度では、最低保障額制度を設け、家賃・自己負担等を支払った後でも一定の額が利用者の手許に残るよう利用者負担等を減額するというシンプルな制度になっている。国民の安心感という意味では、どんなにサービスを受けても最低保障額は残るという制度は参考に値すると考えられる。また、これに関連し、年金受給者を対象とした住宅手当制度も参考になると思われる。

最後に、両国・両制度間で多くの共通点があることを踏まえると、日本制度の今後の方向性として、スウェーデン制度のようにさらにサービスの普遍化が進んでいくのではないだろうか。上記に述べたようなさまざまな検討課題等はあるが、近い将来には、高齢者・障害者政策の結合点としての制度一元化・普遍化という可能性も見えてくるのでは

ないかと思われる。制度の一元化を見据えた場合、高齢者ケアとは異なる障害者ケアの特性に応じたサービス(就労・自立支援等)が確保されるかという点がかつては不安材料であったと思われるが、障害者自立支援法で強固な権利としてメニュー化されたことにより、こうした懸念はかなり解消されているものと考えられる。

注

- 1) なお、本来、障害者政策は「ケア」「医療」にとどまらず、所得保障・教育・社会参画の促進(ノーマライゼーション、社会へのアクセス権等)等々、「障害者」という個人を巡る全人的で包括的な内容を持つものであるが、本稿では紙幅の関係もあり、本稿のねらいに則し、障害者ケア関連政策の考察にとどまる。
- 2) 例えば、社会保障研究所編 1987 第6章「社会保障の歴史」(小野寺百合子著)、奥村 2000を参照。
- 3) 「知的障害者」に該当する用語はスウェーデンにおいても歴史的に変遷してきているが、ここでは用語の正確性よりは、現在の政策との継続性を重視し、「知的障害者」という用語の使用で統一した。なお、時々用語のニュアンスを伝えるため表1においてスウェーデン語での法律名を併記した。
- 4) 施設入居者数が急速に減少する一方、グループホーム入居者は1980年から1987年までに2倍になるなど、急速に増加した(Socialstyrelsen, 1998b, 河東田他 2002, p11)。
- 5) 知的障害者の施設解体に関しては、社会庁(Socialstyrelsen)は大きな役割を果たしたが、精神医療の入院医療から通院医療への変更に関しては、同庁は知的障害者の場合ほど積極的ではなく、対応は遅かった。なお強制入院は1979年から1994年までに80%減少している(Socialstyrelsen, 1995, p221, Socialstyrelsen, 1998a, p104)。
- 6) スウェーデンの社会保険制度は基本的に社会保険法によって規定され、居住を要件として支給される「居住に基づく給付」とスウェーデン国内での就労を要件(必ずしも居住していなくとも良い)として支給される「就労に基づく給付」に分かれている。ただし、疾病保険の一部については国民保険法によって規定されている。なお、2006年1月現在、社会保険関係諸法を整理・統合した「社会保険法典」の編纂が提案されている。
- 7) 保育は1982年の施行以来、社会サービス法(福祉)に含まれていたが、1998年から学校法に移され、教育に含まれるようになった。同様に、移送サービスも1998年から社会サービス法による援助ではなく、交

- 通政策の一部として社会サービス法から外された。
- 8) 2番目のグループにおける「外傷」とは交通事故などによる障害、「身体疾患」とは腫瘍、脳溢血、脳炎症などを指す。認知症やアルコール依存症は2番目のグループには含まれず、3番目のグループに含まれ得るが、③に掲げたすべての要件を満たす必要がある(Carl Norström & Anders Thunved, 2001, p376)。
 - 9) 高齢者ケアにおける介護単位は8-15人位が普通であるが、障害者ケアにおける介護単位は4-8人と小規模であり、また、車いすでの生活を前提としているため、居室面積も広い。
 - 10) LSS法によってパーソナルアシスタント制度が全国一律のサービスとされたが、同様のサービスは既に80年代には一部のコミュニティにおいて社会サービス法による一援助形態として存在していた(SOU, 2005, p64)。
 - 11) もっとも、2004年の調査によると、パーソナルアシスタントの雇用主は約62%がコミュニティであり、次に多いのが民間会社の約23%である。さらにパーソナルアシスタントのワーカーズコープが約12%であり、障害者自身が雇用しているのはわずか4%未満である(SOU, 2005, p80)。
 - 12) この様に20時間を超える場合、社会保険(国)から出費されるのは、すべての費用をコミュニティの予算の中から補うのは困難であると考えられているため、財源の二元化については当初より議論があった。なお政府は、LSS法およびLASS法制度の見直しのために、2004年に審議会を設置した。
 - 13) 年金のみを収入源とする様な低所得の年金受給者に対し、社会保険から住宅手当が支払れ、特別な住居に住むものも対象とされる(奥村 2005, p43, 健康保険組合連合会 2005, p309)。

参考文献

- 奥村芳孝 2000『新スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房
- 奥村芳孝 2005『スウェーデンの高齢者・障害者ケア入門』筒井書房
- 河東田博・孫良・杉田穂子・遠藤美貴・芥川正武 2002『ヨーロッパにおける施設解体』現代書館
- 訓覇法子 1995『スウェーデンの精神障害者ケア』総合社会福祉研究第8号
- 健康保険組合連合会編 2005『社会保障年鑑2005年版』東洋経済
- 高島昌二 2001『スウェーデンの社会福祉』ミネルヴァ書房
- 社会保障研究所編 1987『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会
- 富永健一 2001『社会変動の中の福祉国家』中公新書
- 二文字理明編訳 2002『スウェーデンの障害者政策』[法

律・報告書』現代書館

- Carl Norström & Anders Thunved, 2001, “Nya sociallagarna”
Swedish Institute, 2000, “Disability Policies in Sweden”
Socialstyrelsen, 1995, “Sjukvården i Sverige 1995”
Socialstyrelsen, 1998a, “Sjukvården i Sverige 1998”
Socialstyrelsen, 1998b, “Avveckling av vårdhem 1998”
Socialstyrelsen, 2002, “Handikappomsorg, Lägesrapport 2002”
Socialstyrelsen, 2005a, “Funktionshindrade personer – insatser enligt LSS år 2004”
Socialstyrelsen, 2005b, “Uppgifter för beräkning av avgifter

för ålder- och handikappomsorgen 2005”

- Socialstyrelsen, 2005c, “Äldre – vård och omsorg år 2004”
Socialstyrelsen, 2005d, “Funktionshindrade personer år 2004”
SOU, 2004, “2004:68 Sammanhållen hemvård”
SOU, 2005, “2005:100 På den assistansberättigades uppdrag”
Svenska Kommunförbundet, 2004, “Planering av boende för personer med funktionshinder”

(おくむら・よしたか 前富山大学経済学部非常勤講師)
(いざわ・ともりのり 在スウェーデン日本国大使館一等書記官)