

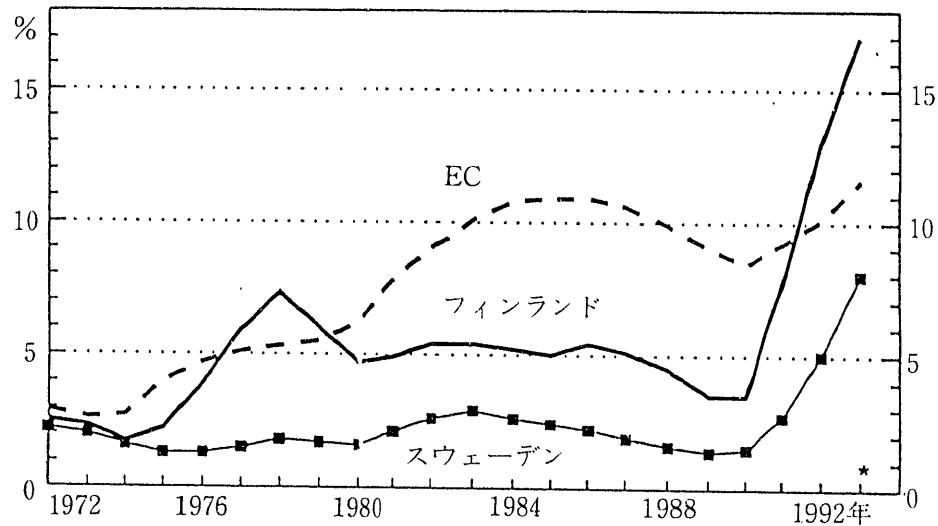
## フィンランドの高齢者福祉

山田 眞知子・アルホ

はじめに

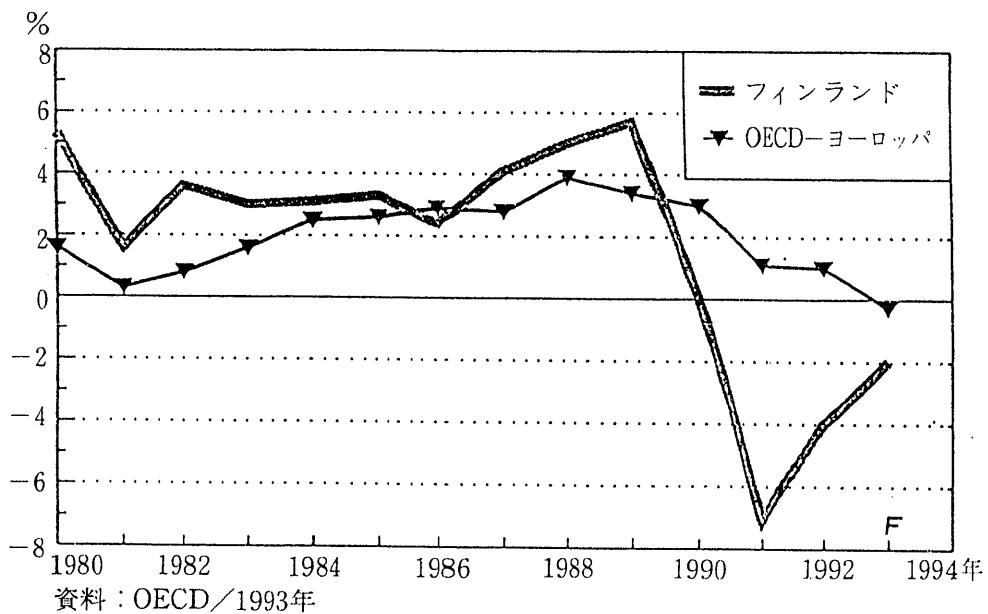
フィンランドでは1990年代の初めにバブル経

済が破綻し、図1, 2, 3, 4に示されている  
とおり、今年の失業率が20%近くまで上り、90  
年からGDPのマイナス成長が続き、昨年以來  
外国借款のGDPに占める割合が50%にも達し



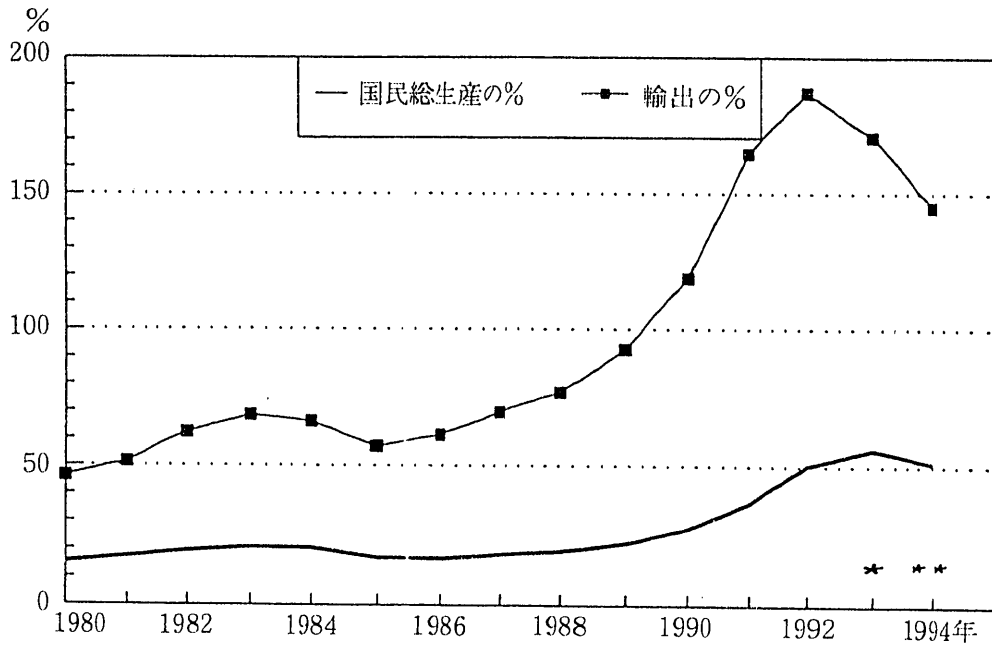
資料：OECD/1993年

図1 失業率



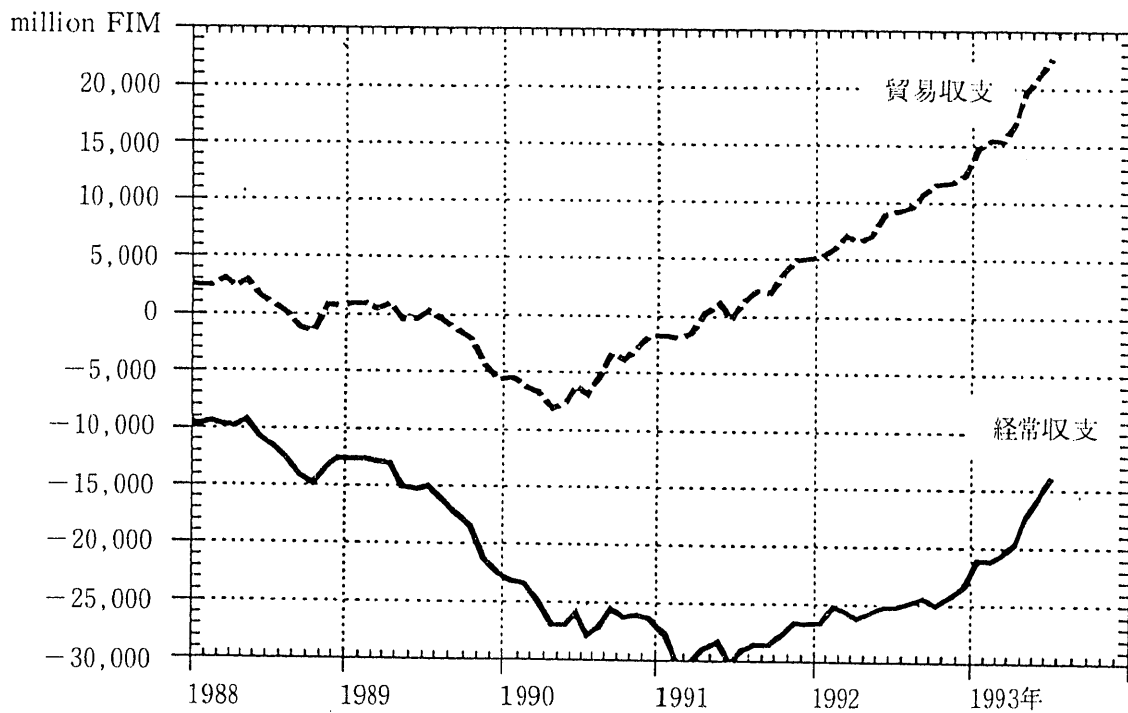
資料：OECD/1993年

図2 国民総生産成長率



資料：中央商工会議所／1993年

図3 外国借款



資料：フィンランド銀行／1993年

図4 貿易収支と経常収支

ている。破綻した銀行を救うために使われる税金は国民1人当たり8,000マルカの負担<sup>1)</sup>になるともいわれている。この深刻な不況と社会の高齢化が、フィンランドの福祉政策、とくに高齢者福祉の将来に大きな影響を与えている。

フィンランドの福祉政策は、スウェーデンに代表されるような社会民主主義に基づく、行政指導によるユニバーサルな北欧型といわれるタイプである。しかしながら、フィンランドがこの北欧型の水準に達したのは1980年代になって

からであり、スウェーデンに10年の遅れをとっているといわれている。フィンランドの社会保障は過去30年の間に生まれた次の4の契約から成り立っているとされている。

- 1) コンセンサス契約：交渉によって福祉の中心になる契約が生まれる。
- 2) 弱者契約：国家が弱者の福祉の責任を取る。
- 3) 両性間契約：女性がフルタイムで働きに出る権利、両性が平等に教育を受け、労働し、個人所得を得、社会保障を受ける権利を持つ。このため行政による保育と高齢者介護のネットワークの建設が行われた。
- 4) 世代間契約：子には親の扶養義務はない。福祉国家がその責任を取る。

現在、不況による節約が労働契約に影響を及ぼし、社会保障やサービスのカットが行われている。今のところこれらの契約の根底を覆すような影響は見られていないといえるが、社会福祉の将来は今後どの程度経済が回復するかによって左右されるであろう。

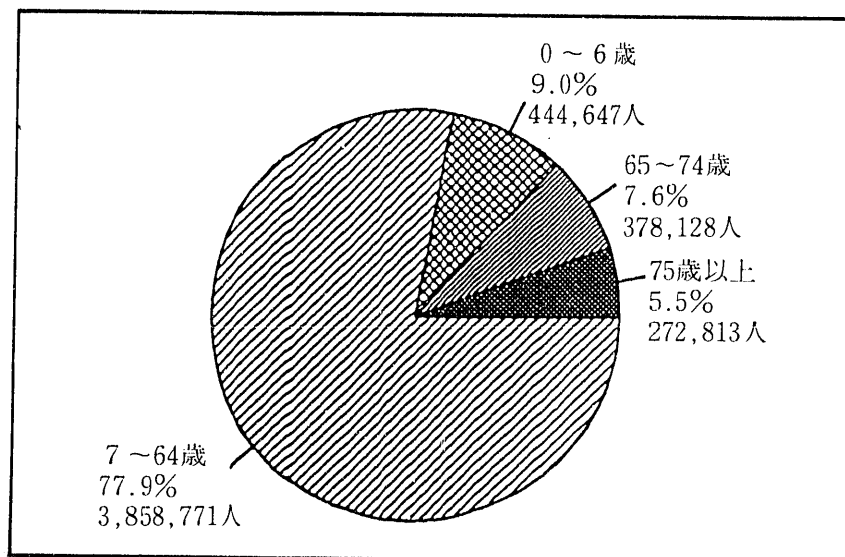
この様に深刻な不況、急速に高齢化しつつある社会のフィンランドは1993年から行政改革により、社会福祉、医療、教育の地方分権が行われた。このことを踏まえて、フィンランドの高齢者福祉政策について次の順序で述べてみたい。

- 1 高齢化するフィンランド社会
- 2 フィンランドの高齢者福祉政策の目標
- 3 高齢者福祉の内容
- 4 高齢者福祉サービスの実態
- 5 将来の展望

## 1 高齢化するフィンランド社会

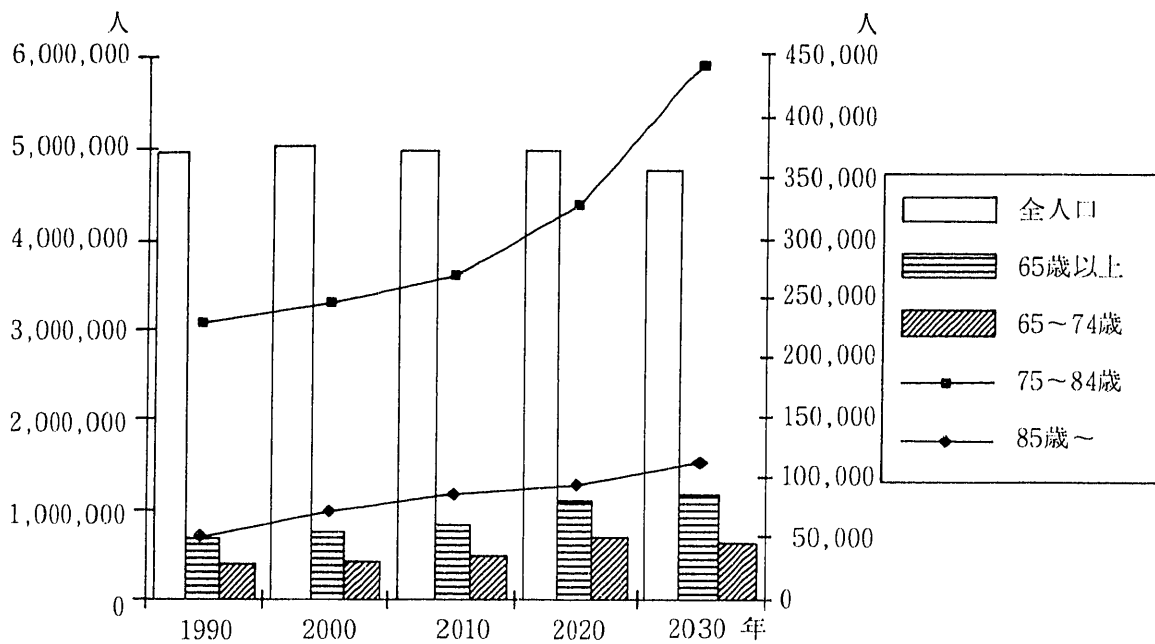
### 1.1 高齢化する社会

約5百万の人口を持つフィンランドにおいて、1988年の統計によるとその約13%が65歳以上である。75歳以上は全人口の5.5%で、65歳以上の約42%を占め、85歳以上は約7%である。65歳以上の約65%が女性で、この割合は年齢が進むにつれ多くなる。1991年になると、65歳以上は人口の13.7%で、75歳以上の割合は88年と



資料：フィンランド中央統計局/1989年

図5 1988年12月31日現在の人口



資料：フィンランド中央統計局/1989年

図6 1990~2030年の人口成長

同様42%であるが、85歳以上の割合が8%に増えている。

90年代は他のヨーロッパ諸国に比べて、フィンランドの人口構成はまだ若いといえるが、2000年代になると、急速に高齢化し、2000年には65歳以上が約15%、2010年には17%、2030年には25%になると予測される。しかも85歳以上が2030年までに88年の3倍までに増えると予想されている。同じく88年と比較して2010年には65歳以上が22%、85歳以上が62%も増えると予想される。現在労働人口の5人で1人の高齢者を支えているが、2030年には5人で2人を支えることになる。

## 1.2 高齢者の生活実態

次にまとめる高齢者の生活実態は、主に社会福祉庁の要請で86年に統計局が行った調査と社会保健省からの資料をもとにしてまとめたものである。

## 家族構成と教育

調査によると高齢者は女性のほうが一人で生活し、男性はつれあいと生活するほうが多い。高齢者人口で一人で暮らしているひとの割合は54%である。配偶者に先立たれる率は女性のほうが男性の2倍も多い。しかしながら85歳以上の男性の2人に1人は妻を亡くしている。独身の女性は13%あるのに対して、男性は2%に過ぎない。65~75歳の約79%、85歳以上の約30%が少なくとも小学校教育を受けており、女性の5%、男性の8%が高校を卒業している。全体として男女間の教育の差はあまりない。女性のうち労働経験のある者は65~74歳のうち94%で、75歳以上は95%になる。

## 住 宅

高齢者のうち92%が自宅に住み、そのうちの80%が所有住宅、7%が賃貸住宅、サービス付高齢者住宅に約0.5%が住んでいる。施設には8%の約5万人が住み、そのうち3万人(5%)が老人ホームに住んでおり、残りは保健病院に

1.5%、精神病院に1%、その他の病院に0.5%となっている。この数字は92年には自宅93.5%、そのうち高齢者住宅が1.5%、老人ホーム3.8%、病院1.8%、精神病院0.4%となる。85歳以上の25%が老人ホームに住んでいて、最高齢者であるため、その大部分が女性である。年齢が高いほど賃貸住宅に住む率が高くなり、85歳以上の女性で施設に住んでいない人達のうちの多数が高齢者住宅に住んでいる。一般に男性のほうがどの年齢層においても、住居が女性より大きめである。高齢者の住居は国民全体より小さく、これは特に都市およびその周辺について顕著である。特に85歳以上の女性の26%がかなり小さい住宅に住んでいる。水道、下水、温水、水洗トイレ、シャワー、集中暖房または電気暖房の備わっていることを良い設備の住居の条件とすると、高齢者の70%がこのような住居にすんでいるが、それでも30%が以上のなにかが欠けている住宅に住んでいる。このような住居は田舎にいくほど多く、サウナは別棟にあっても、温水やトイレが屋内にない場合が多い。都市の中心部ではエレベーターがないのがいちばんの欠点である。

#### 所得と財産

高齢者は他の年齢層と比べて、全体的に低所得である。高齢者の平均所得は他の年齢層の所得の70%であるが、税率が低いので実際は20%の差である。また女性の高齢者の方が、男性よりも所得が低い。これは女性の給料平均が86年においても、男性の74%に過ぎず、労働年齢時の所得の差が労働年金の差となって現れるからである<sup>2)</sup>。1985年には金額的にみると、25年間に高齢者年金の水準は2.6倍に向上している。この年には高齢者の3分の2が国民年金と労働年金を受けている。年金政策の向上により、貧困

はもうすでに高齢者の最悪の問題ではなくなっている。一時的に経済的な生活問題が起こる高齢者はその人口の3%に過ぎないといわれている。森林所有については国民全体では24%であるのに対し、65歳以上の男性の33%が所有している。別荘は高齢者のうち、女性が5人に1人、男性が4人に1人所有している。

#### 社会生活と健康状態

高齢者の半数が週1回子どもに会う。女性のほうが友人と会う回数が多いが、それも年と共に減ってゆく。高齢者の半数が助けを求められる近所づきあいが無いという。体操や運動、教会などの宗教行事、新聞、テレビなどが高齢者のいちばんの娯楽、趣味であり、女性のほうがコンサート、オペラ、展覧会、劇場、読書に熱心である。高齢者にとってテレビは重要な娯楽である。若い高齢者、および男性のほうが組織活動に熱心であるが、それも年と共に減少する。高齢者の社会に対する影響力の行使はほとんど見られない。最も一般的な影響力の行使行為は、献金することである。

1987年の65歳以上の女性の平均の残りの寿命は18年、75歳で10年、85歳で5年である。男性の場合は13年、8年、5年となる。87年の平均寿命は男性71歳、女性79歳である。91年の調査では高齢者の74%が健康状態を一般的に良好と思っている。ただ学歴や所得が低いほど健康状態をより悪く感じる傾向がある。高齢になるほど男性のほうが自分の健康状態を悪いと判断している。高齢者にとっていちばん重要な病気は痴呆症で、65~74歳の約4%、75~85歳の11%、85歳以上の17%に現れると予測される。これによると88年には痴呆老人の数は約4万8千人で、91年で約5万1千人ということになる。80年には施設に痴呆症の63%にあたる2万5千人

が入所していたと推定されているが、この計算でいくと、88年には約3万人、91年には約3万2千人が入所していることになる。社会が高齢化するにつれ痴呆症患者の数も増加するので、彼等のケアが重要となってくる。また調査によると65歳以上の5分の1、75歳以上の3分の1が定期的な介助を必要としている。介助を毎日必要とするのは75歳以上の10%、85歳以上の20%で、施設入所を必要とするのは75歳以上の約2~7%と予測される。特に在宅サービスを必要とする年齢層は80歳以上で家事の手伝いが必要とされており、なかでも掃除サービスの需要がいちばん高い。

## 2 フィンランドの高齢者福祉政策の目標

国連は1991年に再び82年の高齢者の権利の原則についての勧告を承認した。この自立、社会参加、介護、自己実現、尊厳のある生き方をする権利は高齢者政策の倫理的な原則となる。1993年は全ヨーロッパの高齢者と世代間の連帯の年とされている。フィンランドの高齢者政策の目標はこの国連の権利原則の保障にあるといえる。

フィンランドの国の高齢者政策は次の3つの政策によって行われている。

- 1 一般の住宅、労働、教育、環境、家族などの福祉政策
- 2 年金政策
- 3 社会福祉、医療サービス

自治体<sup>2)</sup>はそれぞれ独自に高齢者の生活の向上を必要に基づいて行い、その主目的は国の政策と同じであるが、実行手段が次のように異なる。

- 1 自治体のそれぞれの行政部門が協力して政策を行う。
- 2 公営の住宅、教育、社会福祉、医療サービス
- 3 非利益団体、組織、協会や教会の社会サービス
- 4 親族やボランティア、その他の非公式な活動を通じて行う
- 5 地域性、人口構成に見合ったプロフェッショナルな高齢者サービス

教育、社会福祉、医療の地方分権の行政改革の結果、1993年から自治体は以前にもまして明確な高齢者政策の決定実行権を持つようになった。当然ながら、法の定める範囲内のだが、地域性が以前にもまして強調され、それぞれの自治体が、その人口構成によるそれぞれの必要性と優先順序に基づきサービスを実現し、調達する。それぞれの自治体における福祉の水準は自治体の政策決定者と住民の間の対話の結果となる。自治体の福祉のありかたとして、国は自治体に高齢者政策について具体的に次のように指導している。

- 1 高齢者の日常生活を支え高齢によるリスクを予防するものとして、社会福祉および医療サービスを行うこと、
- 2 目標は高齢者ができるだけ長く自宅で暮らせるようにすることにあり、それを支えるためのサービスを開発すること
- 3 2000年までに、自治体に住む75歳以上の高齢者が、必要に応じてオープンケアを受け自宅に住むようにする。そのために、1) 1995年までにすべての自治体内の地区で、夜間や週末に介助サービスを得られるようにする。2) 2000年までにサービス活動を24時間体制にする。3) そのサービスを自治体

内の75歳以上の高齢者の30%に及ぶようにする。

特に近年、これらの目標にサービス活動の計画性、資源の有効な活用、とサービス事業の効果が新たな目標として加えられている。

高齢者福祉には特別法はなく、1982年制定の社会福祉法に基づいて行われ、場合によっては88年実施の障害者サービス法が適用されることもありうる。

### 3 フィンランド型高齢者福祉の内容

前述したように、フィンランドは北欧型福祉といわれるが、いわゆる伝統的な北欧型と異なる特徴は、いわゆる中部ヨーロッパ型福祉に見られる、民間の、しかも非利益団体の社会福祉サービスが定着していることである。経費からみると社会福祉費の中で民間の占める割合は8%に過ぎないが、特に高齢者福祉の中で欠かせないものであり、自治体によっては公営のものより多い場合があるという。民間経営のサービスとは例えば、ケアつき住宅、リクリエーション、リハビリサービスなどであるが、今後、地方分権の中において、民間組織のサービスの需要およびサービスの民間委託が増えるであろうと予測される。

医療サービスにおいても同様に、民間の医療機関は全体の10%で、国民保健において重要な地位を占めているが、これは行政が国民健康保健で民間による医療費の一部を負担し、92年まで税控除の対象になったからである。しかしながら民間の医療サービス機関は商業ベースであり、上記の非利益団体の提供する福祉サービスとはその点で性格が異なる。

もう一つのフィンランド型高齢者福祉の

“welfare mix”の特徴は、家族の介護に対する依存である。法において子の親に対する扶養義務は70年代になくなったが、それでも家族の意義は大きく、まず、つれあいが介護の責任を取り、年をとればとるほど子どもに対する期待が大きい。一番介助しているのが、同じ自治体内に住む成人の娘や嫁である。地方では近所の人の助けも重要であるが、高齢者が自宅で暮らしていくには、全体としては近所、民間サービスの役割は小さく、商業ベースのものは皆無である。高齢者福祉における家族の介助はフルタイムのサービス従事者の1万7千300人に相当するといわれる。しかし「高齢者の親族と友人の協会」によると、毎日3万人の高齢者が自宅で親族の介助を受けているが、その親族のうち約1万1千人しか高齢者介護の親族介護給付を受けていない。供給が足りないので、受給資格は所得に左右される。この親族介護給付については後に述べる。

次に施設と住宅サービス、社会福祉・医療従事者、コストについて述べる。

#### 3.1 施設

施設は一般に老人ホームと病院に分けられる。老人ホームについては在宅サービスを受けても自宅で暮らすのはもう無理で、本人も入所を希望する高齢者のために使われ、サービスも24時間受けられる。88年の老人ホームの数は511で、その約430が公立、78が民間で合計約3万人近くが入居している。民間のホームは建設、改造に公営のギャンブル管理協会(RAY)から補助金を受けているところが多い<sup>4)</sup>。サイズは50人以上の大型のものから、7人ぐらいのグループホームタイプのものまでであるが、ほとんどが20~40人ぐらいである。10%が100人以上の大型

といわれている。1950～60年代に建てられたものは、狭く、大部屋であったり、エレベーターがなかったりして、もはやホームとして適していない。そのためこれらの改造が行われている。これに対して、新しいホームは規模が小さくなってきており、新しく建設する場合は部屋も1人部屋、またはカップル用に2人部屋が普通である。今後はホームの数を増やすよりも、在宅サービスとデイアクティビティの開発が重要視されている。

医療の施設、すなわち高齢者病院のほうが、社会福祉施設の老人ホームより、技術的なレベルが高い。92年には高齢者の約2.5%が病院に入院している。しかしながら、高齢者用病院は急性患者用にできている場合が多く、3～4人部屋、ときには6人部屋などの場合もある。80年代にできたものは全体的に収容人数をへらしさえすれば問題はないといわれている。医療と社会福祉の施設の共有という形での協力、統合はまだあまり行われておらず、このため資源の有効利用が十分にできていない。国としては自治体に医療と社会福祉行政の統合を進めるように指導している。社会保健省の説明によるとフィンランドでは施設、すなわち老人ホームと病院の入所人数を現在の3分の1に減らすことを目標としている。91年においては、施設に入る理由の2%が住宅がないため、また3%弱が住宅内の設備が不備なためであるため、93年には国は1億2千万マルカを住宅改造の費用として自治体に給付している。社会保健省の調べでは老人ホームに入所している人達の38～44%が在宅サービスを受ければほとんど独立して生活でき、入院患者の21%が同様である。この調査によると老人ホームの平均入所年数は5.5年で保健病院の平均入院年数は1.5年で、これはあまり

にも長すぎるので減らすべきととらえている。今後は病院はやむをえない場合だけの入所となり、自宅または老人ホームが人生最後の場所となるであろうが、これには病院で死ぬのがあたりまえという今までの社会通念を変える社会医療教育も必要になる。

### 3.2 在宅サービス

#### 高齢者用住宅

高齢者用住宅はサービス付き住宅の中で、高齢者だけが住む権利を持つ住宅で、一般にデイセンターまたは老人ホームと管理において結び付いていることが多い。住人は必要に応じて昼食の配達などを含めたサービスを受けられ、非常用電話など緊急の場合の配慮がある。サービスは本人の必要に応じて受け、所得に応じて費用を払う。サービス付き住宅はフィンランドには公共のものが6,420軒、民間が3,630軒あり、施設を減らす分、今後はサービス付き住宅を増やし、自宅の改造サービスをして、できるだけ自宅で暮らせるようにする。高齢者用住宅の多くが公営の賃貸住宅であるが、分譲もある。一般に25～30 m<sup>2</sup>の1DKのタイプが多い。

#### デイセンター

デイセンターは昼間お年寄りが来て過ごすことができる場所で、昼食をとる設備がある。またここから昼食を在宅の高齢者に届ける。職員が介助し、その日のプログラムや、年間の遠足、観劇、旅行など行事が用意され、具合の悪い人は休めるようにベッドなどの用意もあり、大型のものは図書室、コインランドリー、サウナ、プールがあるとところもあり、木工、織物、手芸など趣味や英会話などの勉強のクラブもある。今年の9月まではデイセンターは無料であったが、現在はセンターで行われるアクティビティ



一は年間300マルカ、月30マルカの有料になった。ただし、食事、サウナ、ランドリーの使用については、従来どおりその料金だけでよい。健康状態の良くない人は必要に応じて自治体のバス、タクシーチケットの給付、またはヘルパーやボランティアによる送り迎えがある。

今までは一般に老人ホーム、デイセンター、高齢者用住宅を集中してつくる傾向が続いており、一般の住宅と混ぜて小さい地域ユニットをつくるというインテグレーションの実現があまり行われていない。90年代に入り、ヘルシンキ市などで、新しいインテグレーションの開発が見られるようになった。

#### ホームサービス

福祉の方の家事のホームサービスにはホームメーカーとホームヘルパーがあり、メーカーは3年の専門学校教育があり、注射なども含めある程度の医療の教育を受け、家族の指導をする。ヘルパーは半年のコースを受け、主に障害者や高齢者の家事、生活一般の世話を受け持つ。88年にホームサービスを受けた家庭のうち61%以上が高齢者であり、その58%が75歳以上、83%が一人暮らしである。平均年55回のサービスを受けている。医療の方では家庭に看護婦または医師の派遣サービスがある。約7万人がこのサービスを受けている。この他に障害者や高齢者には介助サービスがあり、92年では約10万1千人の高齢者がこのサービスを受けている。サービスの内容はその約60%が食事サービスで、そのほか交通、入浴、非常用のサービスがある。昼間にデイセンターでケアを受ける高齢者が全国で4,701人、同じく病院でケアを受ける人が894人いる。

#### 親族介護補助

1991年には2万372人の高齢者、障害者、長期

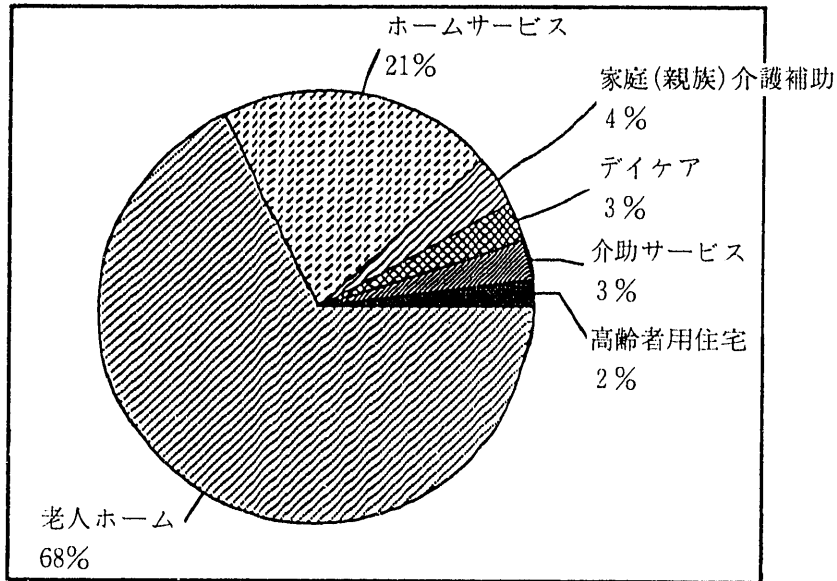
疾病者の家庭介護をする人に平均1,600マルカの家庭介護補助が自治体により支払われた。この補助金は収入とみなされ税の対象になり、また財源が限られているので、所得によって受給資格の制限がある。1993年7月に社会福祉法の改正により、家庭介護補助が親族介護補助と改められ、受給者の社会保障費と年金を雇用者、つまり自治体が支払うことになった。この補助の約60%が高齢者の介護者、30%が16~64歳の障害者の介護者、残りが障害、または病気の子どもの介護者に支払われている。

### 3.3 社会福祉・医療従事者

1988年には社会福祉従事者は全体で9万7千人で、医療従事者は10万8千人である。在宅サービス従事者は福祉のなかの14%に過ぎない。フィンランドは他の北欧諸国と比べて、職員数は少ないといわれるが、高齢者福祉に従事する職員の質、教育のレベルは一番高い。看護婦の資格のある人達が多く老人ホームで働いており、在宅サービス従事者も高い教育を受けている。

### 3.4 コスト

1988年の社会保障費は約1,140億マルカで、そのうち450億マルカ(93年11月現在で1マルカは19円、88年の約半分の価値である)が社会福祉医療費である。社会保障費の国民総生産に占める割合は26%であった。1990年代に入って深刻な不況のため失業が増え、92年の社会保障費の国民総生産に占める割合は33%にも達したといわれている。92年の国家予算の9%が医療、23%が社会福祉費であるが、医療費がヨーロッパ諸国の平均の10%以上に比べ低いのは看護婦などの職種の下賃金も一つの理由であるとの説明を社会保健省から受けた。



資料：社会保健庁／1992年

図7 1988年の高齢者の社会福祉サービス費用の推定内容

全社会保障費の約3分の1が高齢者に使われ、その3分の1が年金などの所得保障で、3分の2が社会福祉医療費である。この社会福祉医療費の約3分の2が施設、残りが在宅サービスに使われる。

1988年に高齢者のために使われた社会福祉医療費は1988年に合計約133億マルカで、65歳以上の国民1人につき2万400マルカである。83年と比較して88年にはコストが5年で倍(99%)成長しており、インフレなしで毎年20%増加ということになる。このうち社会福祉サービスに28%、医療サービスに72%使われている。

年金生活者が老人ホーム、または長期入院する場合の個人負担は本年から所得の80%となり、20%が手元に残るが、最低350マルカは残るようにする。この場合、食事、介護、医療などの完全なケアを受けられる。ちなみに公立の病院入院の場合の個人負担は約10%であり、残りは自治体と国が半分ずつ負担する。在宅サービスは有料だが、所得と受けるサービスによって個人負担額が異なってくるが、ヘルシンキ市の

場合は0~6,000マルカの間である。高齢者住宅も有料だが年金などの所得が少ない場合は、住宅補助が受けられる。サービスのコストの、自治体、国、個人の割合は、老人ホームが、40、40、20、サービスつき住宅が38、42、20、ホームサービスが42、46、12で介助サービスが20、20、40の割合である。ただしこれらのサービスを受ける資格は、完全にその人の健康上の必要度によるもので、経済状態には左右されない。

#### 4 高齢者福祉サービスの実態

1993年から地方分権になったが、高齢者福祉において極端な変化や地方差は現在のところまだ現れていないと思える。ヘルシンキ市の筆者自身のまわりのお年寄りの人達や福祉事務所、老人ホームをインタビューしたりしてまとめた暮らしの実態について述べてみる。

高齢者の54%が一人暮らしといわれている。元気なうちは、家族と週に平均1回会い、あとは趣味や旅行を楽しんだりして、年金やその他

の所得に応じた生活を送る。デイセンターには行きたいときだけ通って、月30マルカでダンスや体操をしたり、語学を習ったり、織機を予約して織物を織ったり、ボランティアの仕事をしたりする。

そのうち一人で暮らしていくのが肉体的に困難になると、本人か家族または近所の人がある地域の福祉事務所に連絡する。めったにあることではないが、この国でも一人暮らしの老人が自宅で人に気づかれずに死んでいたというニュースが新聞にのることもある。福祉事務所にはこちらから連絡しなければならない。連絡を受けたソーシャルワーカーは必ずその高齢者に会いに行く。本人の介助の必要を確かめ、ホームメーカー、またはホームヘルパーを派遣する。初めは週3回ほど介助に来て、だんだん必要に応じて減らしたり増やしたりする。介助の内容は家事、外出の付き添い、掃除など何でもする。デイセンターに付き添ってもらい、サウナに入り、お昼を食べている間に、ヘルパーにコインランドリーで洗濯を頼むこともできる。サービスの内容と時間に応じて料金を払う。自分で料理をしたり、デイセンターに食べに行くのがつらくなると、ヘルパーに持ってきてもらうか、予約で配達してもらう。ヘルシンキの場合センターの昼食は28マルカだが、配達をたのむと5マルカかかる。ヘルパーかボランティアに付き添ってもらい、デイセンター内にある1日62マルカのデイケアに行くこともある。そこでは家庭的な家具を備えた部屋で2食、サウナや洗濯のサービスを受け、体調によってデイセンターのプログラムに参加し、具合が悪ければ、備え付けのベッドで昼寝をしたり、ヘルパーの人達とパンやケーキを焼いたりして1日を過ごす。歩いて行くことも、月に4枚貰うタクシー券を

利用して往復する場合もある。デイケアは普通朝8時から14時半までで、10~14人ぐらいのグループで行われる。

筆者の家から歩いて10分のところに、カンピデイセンターがある。ヘルシンキは7つの福祉地区に分かれるが、これは南地区にありヘルシンキで一番新しいもので、1989年に作られた。4階建てで総面積は2,900平方メートル、体育センター、南地区社会福祉センターと隣接し、総建設費用は1億マルカであった。隣にある36人が住む高齢者用市営賃貸マンションもこの管轄下である。利用者は1日に1,400~2,500人で、ヘルシンキ市内の50歳以上の年金生活者ならだれでも、利用できる。職員は16人の他キッチンに5人、そのほか高齢者のボランティアが180人ほど登録し自主的に無料で活動を手伝っている。今年予算は1,050万マルカで、市に払う家賃が550万マルカ、残りの500万マルカが活動費で、そのうち300万マルカが職員の給与である。センターの中の一部を民間の喫茶店、美容院、床屋、足の美容院とマッサージに貸し出しているが、高齢者は割引料金で利用できる。

具合がより悪くなると、看護婦や必要に応じて医者が家に来てくれる。その時点でソーシャルワーカー、医者、看護婦が本人や家族と話し合っ、今後の介護のしかたを決めるが、本人の意思に反して老人ホームに入れることはしない。また反対に親族に診てもらいたくないという高齢者の気持ちも尊重して自宅で暮らすか、ホームに入るか決める。急病で入院せざるを得なくなり、退院後自宅にかえるのに不安がある場合、老人ホームに短期入所して今後の介護のしかたを決める。自宅で暮らす場合には緊急用の腕時計ベルが支給されることがある。親族が面倒を見る場合は、その人に親族介護補助がへ

ルシンキ市の場合、1,069～2,500マルカ、月に支払われる。

もしボケが始まり、一人で自宅に住むのが危なくなった場合は、ボケや痴呆症専門の老人ホームに入る。筆者の住んでいるすぐ近くに民間のボケ・痴呆症専門のホームがある。この財団には4つのホームがあり、ヘルシンキの南区に2、ヘルシンキから250 kmほどはなれたところに2カ所ある。すべてヘルシンキ市の委託で、ヘルシンキ市民が福祉事務所や病院の世話で入ってくる。ホームに入居者を選ぶ権利はないが、同じ程度の症状の高齢者を入れるように市と話し合う。南地区にあるのは、1920年代に作られたマンションの中にあり、スウェーデン語を母国語とする200平方メートルの7人用のグループホームと約800平方メートルの44人のホームの2つで、両方とも女性だけである。普通のマンションの一部を改造しているので、トイレ、シャワーは2～3人で共有である。部屋も小ホームは2人部屋が3と1人部屋が1、大ホームはトイレつき1人部屋12、2人部屋11、ショートステイ用の3人部屋2、4人部屋1である。職員は小ホームが6人、大ホームが17人で、2交替制でつとめる。別に夜勤専門の職員がいる。職員のかかなりの数が看護婦の資格を持っている。両方とも共有の広い居間があり、どの部屋も、昔の天井の高い建物に相応しく、アンティークの家具を備え、部屋はピンクを中心に美しく飾られていた。規則は朝食が朝の2時間の間、昼と夜は決められた1時間の間にとることになっていて、そのほかに2度おやつとコーヒーのタイムがある。毎週火曜日に牧師さんが来る。毎日一緒に新聞を読んだり、体操や手芸をする。金曜日はお菓子やパン作りをする。ヘルシンキ市が入所者1人に付き支払う費用は大ホ

ームが1日348マルカ、小ホームが439マルカである<sup>5)</sup>。このホームに住んでいる人はほとんどが80歳以上で、平均8～9年住み、ここで亡くなる人も多いが、最後の短い時を病院で過ごす人もいる。小ホームのほうが、小さいだけに家庭的で、職員も多いので印象がより良かった。施設長も44人は多すぎるので、できることなら、2グループに分けたいが、都心の集合住宅の一部を使っているので、建物に制約があると言っていた。福祉事務所によると、現在のところ、ヘルシンキ市、隣接するヴァンター市やエスポー市ではあまり待つことなしにホームに入所することができる。

## 5 将来の展望

初めに述べたように、フィンランドの社会は高齢化が進み、そのうえ現在は史上最大の不景気を迎えている。このため社会保障の内容がどんどんカットされつつある。例えばヘルシンキ市でも94年から公立の保健病院が現在の無料から1回50マルカになるなど、今まで無料であったサービスが有料になりつつある。賃金の凍結、職員のカット、レイオフなどの話題が毎日のようにある。

高齢者福祉においては在宅サービスをより強化することによって、施設を減らす計画である。この理由は2つあり、まず第1に高齢者だけに限らず、障害者も地域の中でできるかぎり自宅に独立して住むことが、インテグレーションとかノーマライゼーションの考えに現されるようにもっとも人間的であるという考えが80年代に一般化してきて、施設の建設にブレーキがかかったこと、そして第2に経済的理由がこの傾向に拍車をかけるようになったのである。この傾

向は1993年のはじめから福祉教育医療が地方分権になってから、とくに高齢者のケアにおいて見られるようになった。それは国は補助金を出すだけで、政策内容は自治体に決定権が与えられたからである。そして障害者の場合と違って高齢者の場合は在宅サービスの方が、一般的に経済的であるからである。この方向付けは自治体の福祉医療計画にはっきり現れている。例えばヘルシンキ市の高齢者社会医療サービスの1993～2000年の目標として2000年までに1992年のレベルから在宅サービスを47.8%増やし、同時に施設サービスを約21～25%減らし、その結果92年よりも高齢者サービスにかかる費用を11～14%減らす計画を立てている。

また社会保健省の調査によると高齢者の親族介護補助を月に1人につき2,000～5,000マルカ支払うことにすれば、老人ホームは月に3,400～6,400マルカ、病院は4,750～7,700マルカ節約できるという。家庭介護補助が親族介護補助に改正された93年7月以降に、ヘルシンキ市の隣接の自治体のエスポー市とヴァンター市は補助の最高額をそれぞれ3,200マルカ、3,400マルカに引き上げることを決定した。親族介護補助は今まで高齢者や障害者を家庭で介護していた家族に対する保障であるが、自治体がこのほうが施設よりも安上がりと解釈するため、フェミニストのほうからは不況の中で失業対策として女性を家庭に帰し、福祉を肩代わりさせようとする国の試みとの批判もある。

分権によって自治体に大幅な権限があたえられたなかで、これからはサービスの自由競争が行われる可能性がある。自治体はサービスをできるだけ安くするため、委託サービスを提供する民間に競争させるようになると思われるからである。また福祉サービスをビジネスと考える

民間団体が出現する可能性も予想される。各障害者団体は地方分権を正しい流れとしながらも、それが不況の時期と重なったため、サービスのカットまたは低下が行われることを非常に心配して見守っている。高齢者は障害者団体のような強い圧力団体を組織していないので、弱い立場にある。今までフィンランドは保育、障害者福祉が社会福祉の中で特に重点がおかれているように思える。

しかしながら高齢化の波は避けられない。高齢者福祉においては、現在6万5千人いるといわれる痴呆症の高齢者の数が2030年には10万人に増えるだろうといわれる。施設が減る中で、彼等の8人に対して職員5～6人というグループホームタイプのホームが増えると予想される。

今まで高齢者ケアにおいて医療と福祉が別れていたが、今後はこの2つの部門が自治体の中で統合されることが必要となり、より強力なケアが実現されるようになるであろう。すでに91年に一般住民の医療と福祉を統合したセンターをつくりその中に高齢者住宅と病院、老人ホームを組み入れたユニークな高齢者政策をうちだしている人口8千人の自治体もある。大きなセンターの建設には莫大な資金が必要だが、福祉と医療の統合は一緒にすることによって無駄を省くことができ経費の節約になるので、今後は行政の壁を乗り越える努力がなされるであろう。

高齢者政策は単に医療や社会福祉政策だけの問題ではない。住宅、環境、交通、開発計画、生活水準なども政策を左右する重要な要素となる。つまり、住民全体、家族、個人がより良く暮らせるようにするための、政策の開発がつまりは唯一の高齢者福祉政策となりうるのである。

る。

注

- 1) 中央統計局によると、90年の国民のフルタイム労働の場合の平均所得は月8,895マルカ(男性9,802マルカ、女性7,876マルカ)
- 2) 93年の最低の国民年金は2,373~2,479マルカ
- 3) 自治体の数は460、人口500人以下のものから、首都のヘルシンキの50万人までだが、4千人以下が194ある。
- 4) RAYの高齢者福祉への補助金は1981年は2,500万マルカで補助金全体の19%になる。
- 5) 社会保健省によると全国の老人ホームの1人当たりの経費の平均は1日約400マルカである。

参考資料

- Maria Vaarama, *VANHUSTEN PALVELUJEN TA VOITTEET JA TODELLISUUS*, 1992, 社会保健庁
- Maria Vaarama et Raija Hurskainen, *VANHUSPOLITIKAN TULEVAISUUSKUVAT JA KEHITTÄMISSTRATEGIAT*, 1993, STAKES\*

M. Vaarama et R. Hurskainen, *HYVÄÄN VANHUUTEEN 1990-ja 2000-LUVULLA*, 1993, STAKES

Maarit Aalto et Mikael Lindholm, *PERHEPALVELUPOHJOISMAISSA*, 28/1993, STAKES

Arja Häggman-Laitila, *ASIAKAS TOIMINNAN KESKIPISTEENÄ*, 1993, STAKES  
作業部会報告書 *OMAISHOITOSELVITYS*, 1993:6, 社会保健省

L. Sonkin, J. Valvanne, R. Iiskola, *HELSINGIN SOSIAALI-JA TERVEYSTOIMEN VANHUSPALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN TAVOITTEET VUOSILLE 1993-2000*, 1993, ヘルシンキ市社会福祉局および保健局報告

Central Statistical Office of Finland *FINLAND IN FIGURES*, 1993

\* STAKESとはもとの社会保健庁で1992年12月1日から社会保健研究開発センターとなった。

(やまだ・まちこ アルホ

福祉ジャーナリスト、ヘルシンキ市在住)