

ノルウェーの老後保障政策

本 間 信 吾

(大正大学助教授)

1 「福祉国家」の選択と発展

今日の「福祉国家」ノルウェーの形成に結びつく社会改良の発端は、1930年代に成立した労働党内閣の打ちだした諸政策であった。それまでヨーロッパでは老齢年金制度等の社会保障政策においては「遅れた国」であったが、この30年代以降、大戦中の社会保障政策の計画と国民的合意形成への様々な議論を経て、戦後その実現へ向けての動きが活発化した。

占領下において、ノルウェーでは指導的政治家や労組の指導によってスウェーデン（社民党・労組による「福祉国家」の拡大への活動）やイギリスのベヴァリッジ・レポートに影響された戦後にむけての社会政策の核心的原則の議論が活発であった。これに占領下の大戦経験によった強められた国民統合の気運が加わり、戦後直後からの「福祉国家」への歩みが選択された。

1944年、ノルウェー労働組合総連合（LO）は包括的制度による社会保障の統合とそれによる普遍性の方向を示し、このためにすみやかな経済成長と完全雇用の実現を求めた。そして、この方向が1945年の四党

（労働党、自由党、保守党、農民党）の「統合プログラム（Joint Programmes）」に現われる。戦後直後に高い水準の政治的合意の形成をそこにみることができる。

戦後、多くの政党による経済政策は、急速な経済成長と完全雇用の実現であり、同時に重視されたのは破壊された住宅環境の復興と住宅・都市政策であった。住宅対策は46年の国民住宅銀行（State Housing Bank）の設立によって様々な対策が実施されていった。これらの政策の遂行と同時に、48年国会に社会保障の統合への計画が提出され、それにもとづいた普遍性の原則による改良が実施された。失業保険は49年に農民にも拡大され、疾病保険は53年に全労働者に、そして56年に全国民に拡大した。また、57年法により59年からミーンズテストの廃止、70歳以上の全老人への均一年金の支給が実施された。こうして、国民的合意のもとで50年代は普遍性の原則が社会保障政策のなかで保証されはじめ、「福祉国家」の概念が国民全体のなかに根を張った時期であった。

順調な経済成長と完全雇用の実現（失業率2%以下）のもとで、60、70年代に「福

祉国家」の諸施策が確立し実施されていくが、各種の社会保険の統合と調整、そして、定額老齢年金に加えて従前の所得に比例した付加的な年金の導入への要求は、60年代初期に強まった。そして、65年の国会選挙を経て労働党のリードによって、48年国会に出された「統合された社会保障制度をめざした計画」が、66年に国民保険制度 (National Insurance Scheme) として成立した。戦後ノルウェーの最も重要な社会改良であるこの国民保険制度によって、老齢年金、障害年金、遺族年金等の年金保険は統合・拡充され、所得比例方式の付加的年金も導入された。さらに、70年から疾病保険、労働災害保険、失業保険が統合され、国民保険化による社会保障の基盤が拡充・整備された。この国民保険制度によって制度の拡充と同時に各種保険の管理・運営の簡素化、無駄の排除が企図された。そこでの財源調達では拠出徴収は一本化され、資金は各保険の勘定に配分される。また、財源の責任は被保険者から雇用主に移り、それぞれ定率に変更された保険料率による社会保障財政に占める比率は、雇用主が59年の26%から79年に53%へ、被保険者が43%から27%へと変化してきた。

国民保険制度と住宅政策の拡充・発展により、「福祉国家」における普遍性、平等、統合の目標は70年代以降前進してきている。たとえば、貧困については所得水準でみるとミニマム老齢年金以下の世帯は70年の10%から76年の9.6%とかわらないが、様々な福祉指標を含めて貧困をみるならばそれは今日のノルウェーでは大きな問題ではな

いことが示されている。また、これまでの諸政策が少なくとも所得配分の不平等化を阻止していることが示されている。

戦後、国民的な合意のもとで一貫して「福祉国家」を追求してきたノルウェーで展開されている老後生活の保障の諸制度とその水準を以下少し詳しくみてみよう。

2 老人の社会的地位・役割の変動

「福祉国家」政策を選択し確立させたノルウェーの高度産業社会の歩みは、国民一般、なかでも老人の生活の諸々な側面に大きな変化をもたらした。農業から工業化という産業構造の変動は、人口の都市・近郊への移動をうながすと同時に、老人の社会的地位・役割の変動をもたらした。農業社会においては、生産と家族生活が密接に結びつき、老人の家族・地域社会での役割は存在していた。そこでは老人は社会の有力な活動メンバーであり、社会に「統合」されていたというよりも、「統合」という今日の課題となっている問題は生じていなかった。伝統的生活を根底からくつがえす社会変動の進行は、老人の家族・地域生活に、社会的接触・参加に劇的ともいふべき変化をもたらした。

第一に、若年労働力の移動性の増大・流出は、大家族の崩壊ととり残された老人による過疎化をすすめ、家族生活、近隣社会生活における「分離」を引き起こした。第二には、都市化の進展は人口の高密度化にもかかわらず、家族内と同様に社会的レベルにおける人的接触を困難にさせた。これ

までコミュニティの社会的ネットワークを通じて「保障」されていた「協同 (Togatherness)」や「安全性」の基盤を老人たちは所有しえなくなった。第三に、労働能力の高度化、競争、新しい知識・技術習得の圧力が早期退職などを余儀なくさせ、老人から労働の場と社会性を奪っていった。

このように、大戦後のノルウェー社会における産業化、都市化の進展は、この社会構造の変動から生じた老人の社会における「分離」と「受動性」を社会的に阻止し「統合」化していくことを重要な課題とした。こうした「統合」を目ざした諸社会施策が「福祉国家」体制のもとで展開されてきているのが今日のノルウェーである。

ところで、労働と生産を中心とした社会において、労働からの引退は社会における有意味性の喪失を意味する側面をもつ。さらに、労働からの引退が、老後＝年金生活者という老後生活への契機となっており、そこに労働からの引退が、社会生活からの引退に直結する危険性が多分にある。老後保障の諸施策と同時に、老人の労働、労働からの引退プロセスへの諸対策が一定の重要性をもつ。

老人の労働に対する諸政策は、高齢労働者の就労保護政策と退職準備的政策とからなる。77年に改められた労働者保護・労働環境法は、国民保険制度の制定とならぶ戦後の重要な改革であり、労働者団体、経営者団体、政府の協議の結果制定された。これに基づいた老人への施策の主なもの、まず67歳の年金受給年齢は解雇を正当化するものでなく、特定職種をのぞいて70歳ま

で老人が要求すればパート化、再配置などの義務が雇主にあることを定めている「不当解雇からの保護」である。その他、高齢者労働者を保護しながら就業の継続を補助するため、国民保険制度からの補助金による老人の「特別休暇の保障（4週間の法定有給休暇に加え60歳以上者に1週間の有給休暇）」、「特別雇用補助」などがある。老人の就労促進対策として職業紹介の情報サービスと教育・訓練対策も行われている。一方、引退による生活の諸側面における急激な変化をやわらげるため、保健・福祉省に「退職準備のための委員会」（政府、労・資代表、老人団体から構成）が設置されており、そこでは退職への移行全般において生じる問題に対して、労働者、企業、コミュニティ間の連携をとりながら様々な方針・提言の提出が実施されている。

こうした高齢労働者と引退プロセスへの諸対策の一定の成果と同時、50～67歳層が疾病年金 (Disability Pension) 受給者の8割を占めていること、さらには、80年代以降若年失業者の増加傾向など、高齢期の就業をめぐる様々な難しい問題が現れており、老人就労問題の解決が重要課題となってきた。

3 老後保障の諸政策

1. 老後保障施策の体系

老後生活における所得維持、医療・保健サービス、福祉サービスなどの諸施策は、老人とその生活を「特別な」ものとして位

置づけることなく、ノルウェー社会の発展のなかで社会的・文化的に「統合」する目的のもとで体系づけられている。そのためには、基本的に老人ができる限り長く自らの住居・コミュニティに住み続ける条件を整えることが目指されている。また、年金者向け住居やレジデンシャル・ホーム、ナーシング・ホームに移動するニーズを持つ老人には、そのニーズを実現することであり、そこでの生活がこれまでの生活をできる限り維持できるように援助することである。

こうした基本的目的を実現するために、民間団体による諸サービスを視野に入れながら、公的な責任による諸施策が体系づけられている。国による基本的施策のガイドラインの制定とそれに基づく財源の確保を基盤とし、中央政府と19県(County)、45市(Municipalities)からなる地方自治体の役割分担によって諸施策が実施されている。

中央政府の老後保障・サービスにおける責任分担は、保健・福祉省による保健・福祉サービスにおける基本的施策の計画と立法化、管理と諸施策の財政である。その中心は、保健・福祉省の管理運営のもとにある国民保健制度による老人の所得保障・医療保障の役割である。また、この国民保険制度の財源は、地方自治体の行うナーシングホーム、ホームナーシング事業への財政補助の財源でもある。中央政府の財政補助は、この他にホームヘルプ事業へ通常予算から行われている。また、労働・自治省は国民住宅銀行を通じて、地方自治体の行う住宅施策の補助を担っている。近年、地方

自治体への財政補助は一括補助金方式(Block Grant)へ変更されたが、この方式は、施策の地方分権化を促し、地方自治体における柔軟な対応を可能にしたが、一方で国の責任を後退させ、全国レベルの水準に格差を生む危険も内包しているのではないか。

地方分権化のすすむなかで、県の役割分担は、ナーシング・ホーム、ディ・センターのニーズを把握し、ナーシングホームを含む医療・保健施策の計画・設置・運営を県予算と国からの補助で行うことである。

市の役割分担は、ソーシャル・ケア法にもとづいた老人への具体的諸サービスの実施である。その主なものは、一般的住宅施策との関連における年金者用住宅、レジデンシャル・ホームの設置・運営であり、在宅サービスの主要なものとしてのホームヘルプサービス、ホームナーシングサービスの管理・運営である。

以上が公的な諸施策とその役割分担であるが、今日の公的なナーシングホームやホームヘルプサービスのパイオニア的役割を果たしてきた人道主義的、宗教的諸民間団体が福祉サービスの領域で公的な財政援助のもとで重要な役割を果たしている。また、近年、年金受給者が自らの活動によって、老人福祉の拡大・充実によるより良い生活をめざす組織化をすすめ、ノルウェー年金者協会を結成し、地方支部における活動を調整し活発な活動を展開している。

2. 所得保障

老後生活の基盤のひとつである所得の保障は、国民保険制度による国民年金と一部の職業（漁業、船員、森林作業員、文官、地方自治体職員）に従事する者の職域年金とからなる。ここでは国民年金による所得保障を検討していく。

国民年金は、定額方式の基本年金（Basic Pension）と従前の所得の大きさに準じた付加年金（Supplement Pension）が組み合わされており、いずれも老齢、廃疾、遺族年金を含んでいる。老齢年金は、他の給付と同様に基礎額（Basic Amount）を基準にして給付額が決定される。この基礎額の大きさは、消費物価指数の変動に応じた変動を中心にし、受給者が一般的生活水準の上昇に対して不利にならない水準への考慮とから年々決定される。1981年の基礎額は19,100クローネで、勤労者賃金のおよそ4分の1となっている。この二つの年金を基本としながら、老齢期の最低生活水準の維持を目ざして、条件によって特別付加給付（Special supplement）、報酬補足給付（Compensation supplement）、延長加算給付（Waiting Supplement）などが組み合わされる仕組みになっている。

老齢年金の受給年齢は1973年からそれまでの70歳から67歳移行したが、高教育・専門職従事層で就業継続による受給延長（70歳）をするケースがある（この場合、延長加算給付が加算される）。

ノルウェーにおける基本年金は16～67歳の間の3年間以上の保険料拠出が必要であり、完全年金の受給には40年間の保険期間を要する。保険期間が短い場合には、期間に比例して減額される。基本年金の大きさは、単身者

又は年金無資格の有配偶者の場合は基礎額の100%、年金有資格の有配偶者の場合は基礎額の75%（夫婦で150%）である。

基本年金に組み合わされるもうひとつの重要な年金としての付加年金は、1966年以降、年金資格稼働（Pension-earning）期間3年以上の場合支給され、大きさは期間の長さとして所得の大きさに準じて基礎額を基準とする点数計算によって決定される。支給額に上限があり基礎額の12倍である。66年以降少なくとも40年間以上基礎額をこえる所得を得た場合付加年金の完全受給者となるが、その期間が短い場合は減額となる。現在、多くの老人は経過措置による付加年金を受給している。

この二つの基本的な年金は、66年に導入されたものであり、今日の老人の多くは、経過措置としていくつかの補足給付を受給し、所得水準を維持している。そのうち、主なものとして、特別付加給付がある。資格者は付加年金がない者（無職であった女性など）、又は付加年金額がこの特別付加給付額より小さい者である。82年の特別補足給付は40年の保険期間のある完全支給の場合で、単身者は基礎額の49%、年金の有る配偶者を持つ場合は46%である。保険期間が40年に満たないときはここでも減額支給となる。

さらに報酬補足給付が所得保障水準を補う形で制度化されている。これは単身者又は年金のない配偶者を持つ者に年500クローネ、それに扶養する配偶者に250クローネが加えられる。それぞれが年金受給者の場合にはそれぞれに375クローネが支給される（81年）。

以上が主要な国民保険制度における老齢年金であり、これらの組み合わせによって老後

の所得保障が最低保障の枠組みの中で確保されるよう構成されている。これら社会保険による所得保障に加えて、ノルウェーでは64年からソーシャル・ケア法にもとづく無拋出の社会扶助があり、この社会扶助（Supplement Allowance）は、国民保険制度による所得保障を補う目的をもって市レベルで実施されている。80年現在、454市中の53市（人口カバー率では約4割）で実施されているが、支給条件や支給額は様々であり、多くの場合ミーンズ・テストが行われている。

老齢年金による所得保障の水準をミニマム年金（Minimum Pension）水準でみると、69年までは基礎額とミニマム年金額は一致していた。しかし、70年以降、特別付加給付、報酬補足給付を加算した水準にミニマム年金は達し、82年では、単身者で32,088クローネ、配偶者を扶養している者では42,938クローネ、双方年金者の夫婦では52,0547クローネとなっている。その水準はおよそ勤労者所得の4割にあたる。従前の所得に比例した付加年金加給付、報酬補足給付を加算した水準にミニマム年金は達し、82年では、単身者で32,088クローネ、配偶者を扶養している者では42,938クローネ、双方年金者の夫婦では52,0547クローネとなっている。その水準はおよそ勤労者所得の4割にあたる。従前の所得に比例した付加年金の受給者とその大きさは増加してきているが、長期の年金資格稼働期間のある老人はまだわずかで、基本年金と付加年金による十分な所得水準に達している老人は少ない。82年に老齢年金者の約7割はミニマム年金受給者である。多くの老人は減額された付加年金に、特別

付加給付や報酬補足給付を加えた形で所得水準を維持している。今後、年金資格稼働期間が長くなり、また、女性の雇用労働者化が進むことを考えなるなら、付加年金の水準は高まっていき、制度の成熟化が進むなら、所得保障は一層充実するであろう。

3. 医療保障・保健サービス

老人の医療保障・保健サービスは、基本的に医療給付（Medical Benefit）、疾病給付（Sickness Allowance）、廃疾給付など国民一般への医療保障としての国民保険制度のなかに位置づけられている。ホーム・ナーシング（以下、H・Nサービス）、ナーシングホーム（以下、N・Hサービス）等の各種サービスもその運営費などの財政的な補助が国民保険制度によってなされている。しかし、高齢期における疾病の長期化等の健康面における特質は、病院ベットの約半数が、そしてN・Hサービス、H・Nサービスの利用者の大多数が70歳以上老人で占められていることに示されているように、いくつかの老人に対する特別な保障・サービスを不可欠なものとしている。

基本的な給付以外に加えられる老人に対する主な医療手当に基礎的手当（Basic Allowance）がある。これは、長期的な疾病・傷害状態にある老人に対し、移送費、特別食費、衣服費等の援助と、「生命にかかわる薬」代以外は有料であるが、この部分に対する薬代援助であり、原則として基礎額の15%が援助され、特別な理由がある場合は23~30%まで認められる。他に老人

眼鏡・聴力補助、補装具補助等がある。

複数の疾病構造を持ちやすく、ADLの低下をまぬがれない老人は、健康面での悪化と同時に社会的孤立・孤独に陥りやすい。病院等における治療と同時に、通常の社会生活を営む機能の開発、老人の能力・活力への十分な対応が保健サービスの重要な課題である。

老人が可能なかぎり住みなれた地域社会で生活し続けることが老後保障の基本であったが、そのための重要な保健サービスとして、H・Nサービスがある。

H・Nサービスは、病院等の医療施設において治療を受ける代わりに在宅での治療・看護によってそのニーズが満たされると医師が認めた老人に在宅で看護サービスを無料で行うことである。実施責任は市に属し、1982年にはノルウェー全市で実施されている。市の社会福祉部に属するH・N監督者が管理の責任を負っているが、総経費の75%が国民保険制度から補助されている。対象は老人に限らないが大部分は67歳以上の老人である(表1)。全市における実施とこのサービスは発展してきているが、受給者の地域格差の存在が指摘されねばならない。首都オスロでの67歳以上層1万人対比では女が370人、男が304人であるのに対し、Møre og Romsdal県では1,083人、932人である。サービスの発展度のちがいやホームナースの確保の困難さがその主な理由である。老人のニーズに応じたサービスの確立の重要な要因である従事者の職種と雇用形態は表2のとおりであるが、約半数がパートタイムであり、これでは十分な人的資源

の活用がなされていないといえよう。ホームナースの雇用条件の改善、専門性の確立によるフルタイム雇用化への課題が重要であろう。このサービスの充実には、老人に住みなれた住宅と地域社会で生活する機会をもたらすと同時に、病院、ホーム等の施設利用を抑制し、今後増大が懸念されている医療支出の軽減の方向とも関連をもつ重要な課題である。

保健サービスのなかで重要な施設サービスとしてN・Hサービスがある。病院法(Hospital Act)によって設置され、病院治療は必要としないが、ケア・看護を必要とする者を収容する施設である。設置・運営の責任は県にあり、財政の50%は国民保険制度からの補助である。対象は老人に限定されないが、大部分は老人が入所している。その充実をホーム数、室数の発展で見ると表3のとおりである。81年の水準は70歳以上老人の統計的ニーズの7%に近づいている。しかし、ここでも地域格差があり、オスロ市とFinmark県との格差が最も大きく、70歳以上老人100人当りの部屋数は8.1と5.7となっている。ホームにおけるサービスの水準をスタッフ構成からみると(表4)、その特徴の第一はフルタイムの医師の少なさであり、第二はどの職層でもパートタイムが多いこと、第三には専門的訓練を受けてない「その他の看護助手」の数が多くことである。これを入所老人との関係からみると、フルタイム職員1人当たり老人2.9人、パート職員1人当たり老人2.2人となる。「N・H認可基準の勧告」は30ベットのホームの看護職員は16人、看

論文

表 1 ホームナーシングサービス新規受給者の年齢構成

1980年

年 齢	16歳未満	16-66歳		67歳以上		計
	計	男	女	男	女	
実 数	1,239	6,277	4,689	19,992	11,861	44,058*
割 合	2.8	14.2	10.6	45.5	26.9	100
同年令層の 10,000人 当り	13	49	36	669	553	110

*In addition, 475 Patients whose age was not stated.

Source : NOS Social Statistics 1980. (Data lacking for 5 municipalities.)

表 2 ホームナーシングサービス従事者の職種と雇用形態

(人)

	フル・タイム	パートタイム	計
看 護 婦	940	915	1,855
訓練をうけた看護助手	675	644	1,319
訓練をうけてない看護助手	25	82	107
計	1,640	1,641	3,281

Source : NOS Social Statistics 1980 (Data lacking for two municipalities.)

表 3 ナーシングホーム、居室数の推移

年	1970	1972	1974	1978	1981
ホ ー ム	431	466	497	557	603
居 室	13,480	15,847	17,968	23,105	26,566

Source : For 1970 : NOS, Health Statistics 1970
1972-74 : NOS, Health Statistics 1974

表 4 ナーシングホーム職員の職種と雇用形態

医 師		看 護 婦		看護補助者		訓練なし補助者	
フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム	フルタイム	パート タイム
22	270	1,167	1,979	2,421	2,527	1,911	2,326

Source : NOS Hospital Statistics 1979

表 5 ホームヘルプサービスの総支出の推移

単位：千クローネ

	1973年	1975年	1978年	1980年
総支出	219,966	305,619	629,794	869,086

Source: NOS Social Statistics 1978 and 1980.

表 6 ホームヘルプサービス従事者の雇用形態・
受給者・労働時間、受給時間

	ヘルパー数		A受給者数	B労働時間 (単位：千時間)	B/A受給時間
	計	うちパート タイマー			
1980年	44,694	44,060	98,390	16,800	171
1975年	31,490	31,301	64,548	9,560	148
1970年	20,597	20,528	43,787	5,987	137

Source: NOS Social Statistics 1980
NOS Social Statistics 1978

護スタッフ1人当たり老人1.9人である。また、75年のオスロ市の最低基準はフルタイム職員1人当たり1.5人である。ホームと部屋数の順調な拡充にもかかわらず、地域格差、スタッフ基準の未到達等の問題点が残されている。

その他の施設としては、精神衛生法にもとづく長期収容施設である精神医学ナースングホーム (Psychiatric Nursing Home) があり、79年現在全国に118ホーム、4,328部屋が設置されている。そこには4,359人が入所しており、その約半数は70歳以上の老人である。こうした収容施設の他に、在宅による老人の社会的「統合」という老後保障の目的にてらして、今後拡充を目ざしている施設としてディ・ホスピタルとディ・

センターがある。ディ・ホスピタルは、まだオスロ市に一施設があるだけであるが(81年)、毎日又は週何日かそこで治療やケアを受ければ、自分の家で生活することができる老人に対するものである。

ディ・センターは、以前に Day Nursing Homeといわれていた施設であるが、77年にN・Hのディ・ケア施設に国から援助が出され一般化した。目的は、適切な援助と監視のもとで昼中過ごしうる在宅老人に通常の医療・ケアを与えることである。通常N・Hに併設され、全国で2県をのぞいて設置されており、81年で81センター、678室に拡大してきているが、このセンターもまだ地域的に偏在しており21センターがオスロ市に集中している。

4. 社会福祉サービス

所得保障、医療、保健サービスとならんで老後生活の安定への重要な役割を担うものに社会福祉サービスがあるが、ノルウェーにおける在宅サービスの主なものは、ホームヘルプサービス（以下、H・Hサービス）とサービス・センターである。

H・Hサービスは、生活援助サービスがあるなら在宅で生活を続けていくことができる老人に、在宅でケアを与えるサービスである。このサービスは市の責任で実施され全市で機能している。市の社会福祉局は市の協議会の特別委員会とともに、管理・運営に責任をもちH・H活動を統括する。その主な内容は、①活動のスーパーバイズと統制、②保健等の公的機関や民間団体との協同、③ニーズ調査、新しい活動の開発・指導である。日常的な活動の監督・運営の責任者は保健サービスとの密接な共同活動とそのメリットを期待してH・Nサービスの責任者が兼ねている。財政的には79年まで50%が国からの補助金であったが、サービスの拡充による補助額の上昇の結果80年に補助の上限が設定された。しかし、その後、地方自治体への保健・福祉サービスの補助金は一括補助の方式が採用された。ホームヘルプサービスは、各市において、この補助金の最大部分を占めている（表5）。利用者の負担は応分のものであり、サービス費用のごくわずかな部分を占めるだけである。

財政的に大きく拡充されてきているH・Hサービスの水準を従事者の内容からみて

みよう（表6）。70年から80年までの10年間に、ヘルパー数は約2倍強の増加、受給者数も約2倍に増加するなど拡充してきているが、フルタイム従事者は少なく圧倒的にパートタイム従事者が多い。パートタイム従事者が多数を占める理由としては、ヘルパーの多くが女性であり、子供が学校、幼稚園に通学している午前中就業していることがある。また、80年の全ヘルパー中29%が親族である老人を世話していること、さらに89%の市では親族をヘルパーとして雇用していることなどに理由を見出すことができる。このような多様な人的資源の発掘・利用による拡充は見られるが、また、受給者当りの時間数も171時間と増加しているが、老人のニーズの発展に対し、パートタイム従事者の活用の方向のなかでより一層の拡充が目ざされる必要がある。ヘルパーのサービス従事の仕組みは、ヘルパーの自宅から老人宅へ行き、一週間単位で労働状況を報告するシステムになっている。

サービス水準に関わる問題としてヘルパーの教育・訓練があるが、それは成人教育法にもとづくプログラムの4週間コースと短期間コースに参加する形で行われている。80年現在、全ヘルパーの3.9%が4週間コース、7.9%が短期コースを終了している。81年以降、教育・訓練の充実化のため65時間以上に改められ、サービスの質的側面の強化がすすめられている。

老人が在宅で「豊かな」生活を維持するためには、H・Hサービスという老人の生活拠点へのサービスとともに、地域社会の生活環境も整えられねばならない。その主

なものとして、地域の老人が通所し、福祉的医療的サービスを利用する場としてのサービスセンターがある。また、サービス機能と同時に、センターは地域で様々な福祉サービスを担う団体・機関のセンターでもある。センターは宗教団体や他の民間団体によって始められたが、今日では市の運営によるセンターが約半数を占めている。80年現在、全国147センター中半数を占める民間運営のセンターも大多数が市の補助金を得て運営されている。74年の85センターから数のうえでは発展してきているが、分布には地域的かたよりの傾向があり、454市のうち63市にしかない。オスロ市を中心とする人口密集地域に多く設置されている。63市以上の発展が必要であるが、過疎地域では同様な機能を果たす移動サービス等の有効性も考えられねばならない。センターの機能は、カウンセリング、理・美容、給食サービス、スポーツ・ゲーム活動、カフェテリアの設置などであるが、その活動はボランティアによって行われるケースが多く、女性の年金者のボランティア活動が目立つ。それは老人による老人のための活動といえるが、老人ボランティアの場合、定期的活動に不十分さがあり、活動水準、サービス内容の低下・減少につながる問題を含んでいる。センターにおける低料金の諸サービスの利用は、社会的に孤立し、家に閉じこもりがちな老人に対し有益な機能を果たしている。スタッフの充実などの運営改善により、ボランティア活動の老人と利用老人の社会参加の場としての役割が在宅福祉サービスのなかで強化されねばならない。

地域社会におけるこの二つサービスを柱として様々なサービス活動が組み込まれている。それらのいくつかをあげると以下のようなになる。サービスセンターや民間食堂で用意され市や民間が配達を行っている給食配達サービスがあり、80年現在131市で実施されている。民間団体によって主に行われている、老人のニーズをさぐり有効なサービス利用のアドバイス等を通じ老人の孤立・孤独をとりのぞく役割を持つ訪問サービス、ソーシャルワーカーによる個人カウンセリング等がある。また、労働者教育協会、民間団体、公的機関やノルウェー年金者協会等による適切な料金での成人教育コースが多様な内容で開かれている。その他に、旅行チケット割引サービス、休日のレジャーを援助する休日サービス、電話設置補助・電話サービスなどがある。さらに、過疎地を中心に緊急ニーズの発見とサービス情報伝達を内容とした郵便配達人による仲介サービスも実施されている。

5. 住宅保障・サービス

戦後の「福祉国家」の確立・発展のなかに占める住宅保障の重要性は先述したが、老後生活の保障においても当然のこととして、これまで述べてきた諸サービスが有効に機能するための基本的条件として、老人の住生活環境の保障・サービスは位置づけられる。住宅保障・サービスは、年金者用住宅 (Flatlets for pensioners)、レジデンシャル・ホーム (以下、R・H) という住居・居室の保障と、老人が居住している

住宅改修の補助，高家賃，光熱費等への補助などの住宅補助サービスとからなる。

年金者用住宅には管理人サービス以外付いていることはあまりなく，自分で生活できる単身老人向けが中心である。また夫婦向けもその割合を増やしつつあるが，いずれにしても生活管理能力を有する老人を対象としている。建設は市が国民住宅銀行の財政援助によって行い，運営事務費は市の予算である。戸数は81年に2.1万戸と66年からくらべ3倍強と増加している。大部分は公営であるが，247市にしか建設されおらず地域格差があり，地域差縮少が今後の課題である。基本的には独立した住宅として建設されているが，80歳以上老人の増加傾向のなかでN・H，R・H，サービスセンターへの併設の形も数を増している。80年現在この併設の数は約3,000戸であるが，住宅提供と福祉・保健サービスの結合した住環境の方向が指向されている。

R・Hは，自分で基本的には生活できるが，それでも共同的居住環境(Joint household)のもとで居住するニーズを持つ老人を対象としている。市はソーシャルケア法に基づいてホームを建設・運営するが，この法は市のホーム建設の責任を間接的に指しているのみで，この法的弱さと市の財政状態によって建設が左右される要因が含まれている。さらに，N・Hは国民保険制度によって補助されること，国からの一括補助金への変更，さらには年金者用住宅建設の伸びなどが加わって，居室のN・H，住宅への変更なども含め，R・H数，居室数は減少している。また，ここでも地域格

差があり，オスロ市など都市部にくらべ農林漁業地域，小都市での充足率が高い。一定の福祉・保健サービスを備えた共同居住住宅へのニーズが高まるであろう今後に向けて，年金者用住宅という「純粹」な住宅提供サービスやN・Hの設置と関連のなかで，地域社会のニーズに対応した住環境整備の役割としてR・Hの建設・運営の拡大も指向される必要がある。

以上の老人向け住宅提供サービスが拡大してきたとはいえ，大多数の老人は従前からの住居に暮らしている。彼らの住生活の保障の施策として住宅改築・改修ローン・サービスがある。60年以来，老人が適切な居住水準で居住し続けることを可能にするために，古い住宅・フラットの改築・改修へのローンが国民住宅銀行から貸しつけられている。条件は60歳以上の老人のいる世帯，築30年以上であることなどが基本であるが，ミニマム年金水準の世帯には築年数は条件とならない。ローン返済は最初の6年間は猶予され，その後10年間の返済である。

さらに，ミーンズテスト後に，古い住宅の改築・改修のための手当が国民住宅銀行から支給される制度としての住宅改築・改修手当がある。80年で利用者の63%は老人である。

もうひとつの主要な住宅への補助サービスは，住宅費補助(Housing Subsidies)である。目的は，低所得もしくは高家賃世帯の居住費を軽減し，居住水準を満した住居に老人ができる限り居住し続けることである。対象は65歳以上老人のいる世帯，障

害者のいる世帯が基本であり、75年以降財政負担は全額国民住宅銀行で、管理は市と国民住宅銀行である。給付は個人所有住宅のみならず、有料のR・H等も対象となる。R・H居住者は、低所得の場合この補助で料金を支払い、年金等の所得を住宅費以外にあてることができる。

4 80年代における変化の特徴

1975年から80年にかけてのノルウェーのGDP実質成長率平均4.6%にみられるように、ノルウェーの経済成長は、他の西欧諸国にくらべ順調な成長を経て、完全雇用、安定した実質所得とそれによる安定した国民生活を推進してきた。しかし、世界的スタグフレーションの波により、80年代に入り、GDP成長率の鈍化、3～4%に上昇した失業率（他のOECD諸国より低い）など、その経済状況にはかげりが見えはじめ、「福祉国家」における財政的、政治的圧力が増しつつある。

こうしたなかで、社会保障のいくつかの制度において「削減」と「拡充」の双方からなる修正が社会的支出の抑制をめざして80年代前半に実施された。たとえば、諸制度の削減では、基礎額改訂水準の抑制、医療保障における交通費の患者負担や薬代の有料化（上限設定はあるが）、疾病給付日数の削減などであり、一方、拡充では年金における特別付加給付の基礎額に対する割合の上昇、市レベルのH・Hサービス、H・Nサービス、住宅手当等への国からの補助金の増額措置などである。消費者物価指数

の上昇を十分に反映しない基礎額の改訂は労働者の所得上昇率を下まわり、財政支出の「節約」を果たした。一方、ミニマム年金者の所得上昇率は特別付加給付の上昇によって労働者の所得増加率を上まわっている。この削減と拡充にみられる傾向は、平均で世帯支出の2%しか占めていない医療・保健サービス部門での負担増や基礎額改訂にみられる「間接的な削減」と、所得水準におけるミニマムレベルの底上げを中心とした拡充の組み合わせである。諸社会福祉サービスへの拡充と合わせてみるなら、老人、障害者等のより社会保障、福祉・保健サービスを必要とする国民層の水準を維持・発展させながら、他の国民層への負担を求めてきているといえよう。

こうした具体的施策における削減と拡充の傾向に対し、80年代に実施された国会選挙による国民の動向をみると、失業問題解決への関心が最も強く示されたが、年金、医療・保健部門の社会的支出増の抑制にも関心が示されていた。しかし、同時に、「福祉国家」の正当性とその維持は基本的に強く支持されていた。

こうした国民の傾向をとらえ、労働党は「長期福祉プログラム」を提出した。そこでは、一括補助金方式による地方の責任強化と活性化、予防施策の重視、サービス重視とそこでのボランティア組織の役割の重視等と同時に、諸施策の削減と拡充の方向が述べられている。さらに84年の各党からなる「将来委員会」の答申は、この労働党の「プログラム」をふまえて、高水準の所得層、年金受給層は、不利な地位にある層

論文

(ミニマム年金層、障害者など)の状況を強めるため、医療費等で負担を増やす必要があると指摘している。さらに、高い所得層の年金受給水準の抑制が指摘されている。こうして、「福祉国家」の増大する財政に対する基本的方針は、第一には、税又は保険料増による収入の増であり、第二には、給付の減額、現物サービス化、医療保健部門の有料化、優先グループの厳しい選択、年金幅の縮小などからなるものである。

しかし、国民世論は普遍性、平等、統合の原則による「福祉国家」の維持・発展を強く支持しており、負担と給付の構造的変革が実施されなければならないとしても、社会保障・福祉の公的な維持が守られ、社会保障・福祉の私的性(Privatization)を阻止するようなバランスのとれた改革を求めているようである。

参考文献

1. *Aging in Norway* National Report to the United Nations World Assembly on Aging, 1982.
2. *Service, Housing and Institutions for the Elderly in Norway* Odd H. Guntvedt, the Norwegian Institute of Gerontology, Report No.1, 1982.
3. *Norway* Stein Kuhnle, Growth to Limits, Volume 1 Peter Flora (Ed), European University Institute, 1986.
4. *Social Administration and Policy in Norway* Kaare Sølvesen, *Social Policy & Administration*, Volume 19, Number 1, Spring 1985.

(付. 本稿の主な内容は、上記4文献に依存している)