

特別セミナー：スウェーデンの社会福祉

——高齢者のケアをめぐる——

はじめに

社会保障研究所では去る5月21日に、スウェーデン文化交流協会（Swedish Institute）派遣のスウェーデン保健福祉庁高齢者福祉部長、クリスター・リンドマーク氏と、イエンシエーピング老人

研究所上級研究員イェット・スンドストレーム氏とによる報告および中央大学丸尾直美教授（社会保障研究所専門委員）によるコメントを中心に、昭和61年度研究プロジェクト「スウェーデンの社会保障」フォローアップ・セミナーを行った。当日の両報告とコメントおよび一般討論を以下に掲載する。

高齢者の医療と社会的ケア

スウェーデン保健福祉庁高齢者福祉部長 クリスター・リンドマーク

本日社会保障研究所等の共催によって、スウェーデンにおける高齢者の医療、ならびに社会的ケアに関する政策、あるいは発展計画をご説明できることを大変喜んでおります。私の勤務しているのはスウェーデンの保健福祉庁で、そこではすべての保健関係のケア、高齢者のケアを担当し、また保健福祉省と緊密な関係を持って政策策定の支援をしており、具体的にケアのさまざまな分野におけるプログラムをつくっています。

スウェーデンで今日もっともよく話題にのぼるテーマは、「高齢者のケア」であり、来週スウェーデン政府は議会に対し、高齢者の福祉に関する法案を提出する。そこできょうは、この法案の中身の一部についても、お話をしたい。それではまず最初にスウェーデンの保健、ならびに福祉制度の計画立案の仕方、プランニングシステムについて手短かに情報を提供したい。

スウェーデンは地方分権の国で、ヘルスケア、ソーシャルケアについては地方のほうがかなり責任を持っている。ヘルスケア担当の地方自治体はカウンティで、全国に23のカウンティがある。社会的

ケアの担当はミュニシパリティという名前で、全国に280のいわば市町村が存在している。これらの自治体がヘルスケアとトータルなケアの責任を、直接的に持っている。またこれら自治体は県議会のような議会も持っていて、3年に1回選挙が行われる。さらに各市町村は独自の課税権も持っている。そして1982年に採択された社会サービス法と1983年にできたヘルスケア法、この2つの法律の中で地方自治体のケア責任が定義されている。

スウェーデンでも、かつてはより中央集権的な形でケアの計画や運営が行われていたが、1980年代になって分権化が進んだ。その背景には責任を分散することにより、ケアをより効果的に提供できるという考え方があったからである。もちろん、中央政府が最終責任を負う形になっている。すなわち中央政府の行うことと地方自治体の行うこととのバランスをはかるということが狙われており、のちほどお話する資金の拠出についても、中央政府から地方自治体に対し補助金、助成金という形で、協力がなされている。そこでの基本的な考え方は、中央政府もこのようなソーシャルセクターの

目標に関する規定に影響力を行使し、それを実行させるということである。

次に医療等について、具体的な話をしたい。

スウェーデンの高齢者ケアの目標を一言で言うと、すべての者は自分が望む限り自分の家でつまり在宅で生活する権利を持つということである。このようなノーマライゼーション、正常化という概念は、スウェーデンの福祉においてまったく新しい概念、目標ではない。すでに1957年の時点でスウェーデン議会で高齢者ケアに関する法案ができており、その主目的はこのノーマライゼーションであった。

しかし60年代、70年代には高齢者向けのさまざまな施設がつくられその間、社会的ホームヘルプ用の資源はあまりなかった。その後、特にこの10年間に変化があり実践面においても、その優先順位が変わってきた。たとえば高齢者のプライマリーケア、社会的なホームヘルプが充実し、それに重点が置かれるようになり高齢者ができる限り自分の家に住めるような形に進んできた。

ここで最も重要なのは、社会的ケアとかそういうものではなく、むしろ良い住宅が存在することである。それが大前提である。スウェーデンにおいては歴史的、伝統的に住宅政策と社会政策との間に緊密な関係があり、現在では年齢に関係なくスウェーデン人ほとんど全員が良い住宅に住んでいる。そうは言ってもさまざまな身体的ハンディキャップ、障害のある方々のニーズに合った住宅とかアパートの提供といった面では、スウェーデンも、今後なすべきことがたくさんある。たとえば古いアパートや住宅にハンディキャップを持って住んでいる方々のために、住居をうまく適応させるという点で政府の具体的な計画はない。ただし、個人ベースでもし必要ならば、自分のアパート・住宅をそのハンディキャップに合わせて改善するため市町村に申請することができる。そしてその費用は市町村、国の負担とすることができる。このような住宅関連の支援のあることがヘルスケア、社会的ケア、高齢者ケアの大前提になる。

スウェーデンは小さな国で人口は850万ほどだが、人口構成を見ると高齢の国といえる。ご存じ

のとおり65歳以上人口比率は18%を占め、年金受給者の約25%は85歳以上である。ここ10年ほど先を考えると、65歳以上人口の絶対数は増えないが、80歳以上人口の占める比率は上昇する。それは社会的サポート、医療サポート、そして良い住宅に対する需要が伸びることを意味する。そこで市町村やカウンティのレベルで医療、社会的活動について検討する場合には、超高齢者グループに的を絞り特に80歳以上の人達を対象に努力をしている。

なお、自宅に住んでいる高齢者への基本的サービスにホームヘルプ・サービスと呼ばれるものがある。これはこの10年間にかなり急速に伸びてきた。スウェーデンの80歳以上高齢者の約44%は何らかのホームヘルプ・サービスを受けており、これは日常のお手伝い、買い物、掃除、洗濯などの手伝いのほかにリハビリ訓練とか、そのほかの活動をも手伝い、さらにこうした年金受給者との社会的接触という役割も担っている。

このような重要なホームヘルプ・サービスは高齢者向けだけではなく、そのようなサービスの必要なすべてのスウェーデン人に何らかのサービスが提供されるようになっている。たとえば65歳以下の人口の6%の人達が何らかの社会的ホームヘルプ・サービスを受けている。

これからの将来、市町村などサービスを提供する側で大きな問題となってくるのは、どのようにしてもっとも支援を必要とする人々にこのホーム・サービスを集中させるかということである。また中央から見ていると、市町村ごとにホームヘルプを提供する資源にバラツキのあることが認められる。たとえば市町村によっては、80歳以上の人の何と70%以上が何らかのホームヘルプ・サービスを受けているし、逆に15~20%しかホームヘルプ・サービスを受けていないという市町村もある。中央政府の責任としては、スウェーデン全土に平等に福祉配分のなされることが必要であり、住んでいる場所にかかわらず同じ基本的、標準的なサービスを受けられることが重要である。このように各市町村間でケアの提供についてバラツキ・格差のあることが問題なので、政府のほうではホームヘルプについて十分な資源のないつまり

遅れている市町村にもっと刺戟を与え、その拡充をはかるという動きがある。

スウェーデンではいままでも今日もそしてこれから近い将来にかけても、老人ホームに関してかなりのディスカッションが行われているし、また行われるだろうと思う。老人ホームというのは高齢者が住むことのできる何らかの施設を指し、その責任は市町村が持っている。

これらの老人ホームは主として1930年代、40年代、50年代、60年代に建設されている。このように以前建てられた老人ホームは現在のスウェーデンで要求される基準から見ると、近代的ではないという問題がある。つまり1人1部屋ではあるけれど、その1部屋が小さ過ぎ、1人当たり14平方メートルしかない。そこでこの10年間、多くの市町村でこうした古い老人ホームが閉鎖されてきた。いま、こうした老人ホームの減少率は年間10%ぐらいになっている。

しかしこのような変化は地方レベルで、また中央政府レベルでも論議を生んできた。多くの人はこのような老人ホーム閉鎖という事態は、高齢者の社会的ケアに対する全体的な資源を削減することになってしまうと懸念している。また社会的なホームヘルプの資源が十分でないので、十分な支援がホームヘルプだけではできないということから、こうした老人ホームを存続させておくことは重要だと訴える人もいる。

しかし市町村の持っている老人ホーム計画は、2000年にはほとんどなくなってしまうと思われる。そのような動きは望ましいが、望ましいと言うには条件がある。まず社会的な在宅ヘルプの資源が十分に整っていること、それから良い住宅が整備されていることである。

もちろん大原則は高齢者ができるだけ自分の住んでいる家に住み続けられるようにするということが大事なのだがいつも可能とは限らない。そこでそうしたことができない場合の代案、老人ホームに代わるものとしてこの20年間市町村が力を入れてきたのが、サービス住宅^{ハウス}の建設である。これらサービス住宅^{ハウス}は高齢者のニーズに合った近代的な住宅である。80歳以上の高齢者の約12%

がこのサービス住宅^{ハウス}に住んでいる。このサービス住宅^{ハウス}はそれなりの特異な住宅仕様で作られてきたが、いま新しい動きで私どもも歓迎しているのは普通の住宅にこのサービス住宅^{ハウス}を取り込んでいくというものである。このようなやり方をしていくと、計画にも非常な柔軟性を保てる。つまり、高齢者用のサービス住宅^{ハウス}として使えるだけでなく、ほかの世代も使えることになる。

もう1つの急速に変化を遂げている分野はナーシングホームで、これは医療施設であって、各カウンティが責任を持っている。中央政府と各地方自治体ではヘルスケアの進め方について、共通の認識が1つある。それはプライマリーケアを強化していこうというもので、専門化された施設でのケア資源をプライマリーケアの分野に配分していこうということである。私どもの考えは施設などのケア資源をそのまま維持していくのではなく、その一部をプライマリーケアの拡充に再配分していこうというものである。

それには複雑な過程が必要でかなり難しいことにもなると思うが、私どもはナーシングホームをプライマリーケアの一部とみなしている。ナーシングホームの多くは近代的な建築であり、もちろん伝統的な建築でもあるのだが、いままで非常に大きいところが多く1ナーシングホーム当たり50から200ベッドという単位であった。しかし現在多くのカウンティによる新しい計画には長期ケア用、ナーシングホーム用ベッドを増やしていかないという考え方がある。大規模施設は閉鎖されつつあり、新しく建てられるものは小型化している。新たに建設されているナーシングホームは1ホーム当たりベッド数が20、最高でも25である。またナーシングホームにおける個室数は増大してきており、多くのカウンティでは個室をもっと増やすべきだと考えている。

私どもはスウェーデンで80歳以上の高齢者が増えていくという予測をしているが、それでもなおかつ長期ケア用のナーシングホームベッドを減らし得ると考えている。それがなぜ可能かという点先ほど述べたいろいろな条件が整い代替資源が得られるからである。つまり在宅を中心としたプラ

イマリーヘルスケアが整備されてくること、そのほかのいろいろな在宅支援体制が整備されるということが挙げられる。スウェーデンの多くのカウンティにおいて、こうした考え方に沿って長期ケア施設のベッド数削減が実現してきたが、他方ではその間にプライマリーケアの費用が大幅に伸びてきた。つまり、資源の再配分がうまく行われたということになる。中央政府のほうでもどのようなしたら施設中心のケアからプライマリーケアに財源や人材、スタッフなどの再配分をうまく行えるか、またそのような動きを促進できるか検討している。

そういった形で、現在非常な努力が行われている。たとえばノーマルなホームつまり近代的な住宅で、すべての人達特に高齢者が住み続けられるようにと唱導されている。かつ高齢者の特別なニーズを満たし医療的なサービスも提供できるようにと考えられている。そうすることによって資源の再配分を行い社会的なホームヘルプのほうに資源を回していくわけである。そのような前提条件が整うと施設ケアに使われていた資源が削減できることになる。しかし、これを実現するために現状では問題がある。その1つはホームヘルプにたずさわる人間の不足である。今日ソーシャルホームヘルプの分野で専門家として働く人達が約8万人いる。しかし毎年その25%が辞めていく。特に大都市部ストックホルム、ヨーテボリ、マルメではこの回転率が非常に高く40%にもなっている。つまり、この種の人材がなかなか見つからず、またやっと見つけてもすぐ辞めてしまうという問題がある。また、ソーシャルホームヘルプのスタッフへの教育の問題もある。ソーシャルホームヘルプにたずさわる人達の約半分はプロとしての専門教育を受けていない。また、毎年4分の1もの人達がどんどん辞めていく中で教育・研修を行っていくのはなかなか難しい。この4月に私どもの保健福祉庁と省がいっしょになって提案をした。それはソーシャルホームヘルプの問題点を明らかにすることから始まり、まず第1にいまの人手不足の問題を挙げている。なぜ人手不足が起こるかという給料が低いこと、地位があまり高くないこと、また

作業環境も良くないということを述べている。そこでホームヘルプにたずさわる人間を増やしていくためには、賃金を上げ労働条件を改善することが必要でありさらに教育をすることも必要である。すなわち将来ホームヘルプの費用はもっと高くなるということを意味する。

もう1つの困難なそして重要な点はカウンティと市町村の良い協力を得ることである。特に高齢者の医療支援、社会的サポートを行う場合にはその両者が十分に統合されていることが必要になる。スウェーデンは最初に述べたように管轄が省と庁で分かれており、またカウンティが保健を担当している。つまりスウェーデンではまだバラバラの施策という問題点が残っていて、あるカウンティでは市町村とまったく相談なしにヘルスケアを立案してしまうということがある。また市町村のほうではカウンティと相談なしにソーシャルケアを立案してしまう。このようにバラバラに、いろいろな関係組織が計画を立ててしまうことは個人にも悪い影響を与え、また地域の経済、国の経済にも影響をもたらす。そこでこの新しい法案では法律上、地方自治体に義務として高齢者に医療や社会ケアを準備するに際しては、県と市町村が協力しなければならないとうたっている。したがって中央政府も地方政府もどのようにして計画を立て、全体の仕組みをつくっていけばよいかという検討をしなければならないことになる。これは、ほとんどの国でそうだと思うが、今日の大きな問題は資源志向で最初に資源、財源があり、それを受け取る側のニーズは少ししか知らないという状況ではないか。そこで今後はどのようにしてそのニーズを的確に把握するかという方法の構築が必要となる。

もう1つ高齢者にまつわる問題として精神疾患の問題がある。かつては高齢者の精神疾患はほとんどの場合施設に収容していた。しかも10年ぐらい前だと大規模施設に収容され、主として精神科に入れられていた。しかし現在では老人性精神疾患の患者は長期ケアの部門に入れることが多くなってきた。スウェーデンでの研究・調査によると、80歳以上の人達の20%が何らかの精神的障害を持

っていることがわかった。そして伝統的な精神科の施設はそういう人達に非常に悪い環境だということもわかっている。そこで私どもはこうした高齢者向けの特種なシェルター・フラット、特別な住宅を設けるように市町村に言い、奨励している。たとえば1戸の住宅に4人から5人の高齢者の患者が住み、そこに24時間サービスでスタッフが付く仕組みがある。いろいろな市町村の計画によるとこれから4、5年の間にこのような特別な住宅がどんどん増えていくと思われる。

以上、お話したことをまとめるといまスウェーデンではヘルスケア、社会的ケアの分野で大きな変化が起こっている。その中の1つとして従来の

大型老人ホームは閉鎖され、また長期ケアという全体的な枠組みの中で伝統的な老人ホーム自体が減っていくと思われる。同時に80歳以上老人人口は増えていく。ではなぜ老人が増えていくのに施設を減らせるかということだが、それを可能にする条件がある。それはまず十分な社会的ホームヘルプ資源が確保され充実されるということ、そのほかのいろいろな支援体制が整うことである。それが可能になれば高齢者は自分が望む限り自分の家に住み続けることができる。こういった事態が進行することによって、過去よりもはるかに良い福祉を高齢者に提供できると私どもは確信している。

スウェーデンの家族と高齢者のケア

イェンシエーピング老人研究所上級研究員 イェット・スンドストレーム

皆さまお早うございます。私は政府職員ではないが公的研究機関に勤務しており、さまざまな老人問題、老人学の研究に当たっている。高齢者のケアについてはスウェーデンでも現在さかんに論議されていて、これはスウェーデンの新聞だが、その一面にこのように大ニュースとして老人問題が掲載されている。なお、これは1か月ぐらい前の新聞です。

まず最初にスウェーデンの家族についてお話したい。スウェーデン人自身もスウェーデンの家族について誤解しており、また外国の人も誤解していると思う。たとえばスウェーデンの高齢者の孤独の問題とかあるいは自殺率について誤解している。スウェーデンの家族に関連しては、どのようにしてまたなぜ高齢者用の社会的ケアを利用しているかということにも触れたい。そのあと施設ケアと在宅ケアの比較をしたい。家族問題は重要なので、その研究の一環として南スウェーデンを対象に192人の高齢者の追跡調査を長年にわたって行った。これは1902～3年生まれの人々で、1969年に全員のインタビューを行った。その後も2年ごとに面接と心理テスト等も行っている。この人達は1942～43年当時40歳だったが、そのときの状

態について3つ位の要因でグループに分けられ、その後施設に入ったか否かがそれらの要因によることがおわかりいただけると思う。すなわち40歳のとき30年、40年後に施設収容されるかどうかの予測をたて得る3つの要因がある。1つは性別それから社会的地位、そして家族関係である。たとえば1942年当時女性であり労働者階級で結婚していないという3つの条件を満たした人達は、40年後には30%が施設に入っている。男性で、かつ結婚していれば社会的地位の重要性は低い。その人達は1人も施設に入っていない。このことから家族がいかに重要かわかると思う。健康状態よりも家族ということになる。つまり高齢者になれば誰でも病気をしがちで、家族がいる場合には病気になっても家族に保護されるし施設に行かないですむ。家族関係というと基本的には親子あるいは兄弟、姉妹、それから夫と妻ということになる。スウェーデンで家族が世帯を構成している場合は99%つまりほとんどの世帯に家族関係、親子か、兄弟姉妹か、夫と妻という関係がありそれ以外の世帯はあまりない。

ここで私がぜひお話ししたいのは、スウェーデンではかつてなかったほど家族が増えたというこ

とである。昔は両親、親がいないという人が多かった。昔は多くの人々が早い時期に親を亡くした。現在は30歳、35歳になる前に親を亡くすることがあまりない。また人口の約半分の人々の場合、55歳になってもまだ片親が残っている。さらに多くの人々の65歳引退時にまだ片親が残っている。65歳で親が残っている比率は20%である。ということは引退時点でまだその人自身が子供である。さらにいわゆる義理の親、舅、姑というものを考えるとその比率はもっと高くなる。したがって親に関しては存在する率が増えたことになる。兄弟、姉妹についても同じことが言える。昔のスウェーデン社会でも子供がまったくいない、あるいは1人っ子という場合が多かった。65歳以上の人をとり上げると約20%の人には兄弟、姉妹がまったくいない。私の世代を見ると約14%の人に兄弟、姉妹がまったくいない。但し私自身は6人妹がいる。さらに20代の人になると6%の人に兄弟、姉妹がいない。そういうことで兄弟、姉妹は現在増えている。

また、現在の65歳以上の人の場合、約25%の人には子供がいない。これは世界中どここの国と比べても高い数字である。もちろん将来子無し比率は減ると思うが、ほかの国と比較するとスウェーデンの子無し率の高さは今後も持続すると思う。というのは、現在40歳から44歳の女性を面接したところ、約12%がまだ第1子をもうけていないからである。また男性で45歳から49歳の人を調べたところ、16%の人には子供がいないことがわかった。したがって将来も子供のいない高齢者は増えていく。かつてもみんなに子供がいたというわけではないから、「古き良き時代のように子供が親の面倒を見る」ということは過去の実態をそれほど反映していないし、今後についても言えないわけである。

ただ、歴史的には改善が見られる。日本の数字を比較のために示すと、65歳以上で子供のいない人は日本の場合4%である。絶対数で見ると日本には1,000万人の高齢者がいる一方、スウェーデンには150万人の高齢者がいる。しかし子供がいない高齢者比率はスウェーデンの方が高い。なぜ

多くの高齢者に子供がいないかという理由は単純で、結婚しなかったからにすぎない。スウェーデンの65歳以上人口の13%は一度も結婚していない。日本でのその比率は1%。因みにフィリピンでは0.3%である。この比率は非常に低い。実は私どもには1749年以来的よい統計がある。その統計によると、結婚しない率が7%だった1749年から上がって来ている。男女別に示すとたとえば1950年時点で女性の23%は一度も結婚したことがなかった。このように結婚しなかった人が多いし、かつ結婚した夫婦でも子供のいない場合があるから子供のいない高齢者が増えた。例として40から44歳の女性を取ると7%は一度も正式に結婚したことがない。スウェーデンでは正式に結婚しなくても同棲する人がいるから、それを考慮すると5%の人は一度も男性と同居した経験を持たないということがわかった。また2%の人は男性と一度も関係を持ったことがないと本人は言っている。これは日本と比較して非常に高い数字である。

こういう数字を見れば、家族という側面では、昔よりもずっと改善されたと言える。スウェーデンでは現在かつてなかったほど家族が強化されている。結婚する人が増えたし、より早い時期に結婚し子供を持つようになった。そしてより生き生きとした関係がいろいろな形で増えたのだということがわかる。ドイツやイギリスの研究を見ても同じような傾向が見てとれる。このように家族は変化しつつあり、また長寿化も進んだわけである。こうした結果を学生に教えると彼らはびっくりする。昔は大家族で家族は温かくて良かった。そして現在は核家族で冷たいというイメージをみんなが持っている。しかし実際にはその逆だったというわけである。

日本の場合と比較すると、日本では多くの高齢者が息子の家族と同居すると聞いた。息子や嫁と同居する、孫と同居するということはスウェーデンでは過去においても現在においても稀である。日本では老人とその子供との同居率が現在減りつつあるとは言え、まだ非常に高い水準を保っている。他方1954年に同居率が27%であったスウェーデンでは現在のそれは6%に下がっており、特に

ストックホルムでは3%にも減少している。スウェーデンとしては高い同居率の1954年の27%当時でも既婚の息子や娘や孫と同居していた比率は僅か2~3%に過ぎず、残りの大半24%~25%の場合は未婚の息子、時には娘と同居していた。実は1880年当時の研究があってその時点でも3世帯同居は少なかった。また同居していたとしても未婚の息子との同居がかなり多かった。当時はこの統計からもわかるように結婚しない人がかなり多かったということもある。しかし同居していても息子が母親の世話をするというよりむしろ逆に、母親が息子の世話をしていたということが多かった。ではなぜ同居していたかという点、それ以外にとる方法がなかったということも一つの原因である。

ストックホルムでは3%の比率で親と同居している子供がいるというのでその内訳をよく調べたところ、息子と高齢の両親が同居している場合が多かった。特にその息子が失業している場合—40歳、50歳の息子で仕事がない—あるいはハンディキャップを持っている障害者の息子である場合が多かった。すなわち失明しているとか犯罪者であるとか酒を飲み過ぎる息子である場合が多く、こうした家族はホームヘルプ・サービスを受けていたが親のために受けるのではなく、息子のためにサービスを受けていたということが多かった。スウェーデンが福祉国家として高齢者に何を成し得たかという点、その1つは年老いた両親が親として存在し続けるのを可能にしたということだと思ふ。つまり、かなりの年輩の子供達が結婚に失敗し労働市場で失敗し住宅の確保に失敗したとすると、そういう成功をおさめ得なかった子供達に対し親であり続けることを可能にしたとも言える。スウェーデンの場合日本と比較すると、精神薄弱の成人が年老いた両親と同居する比率が高い。しかし1880年代にはそういう人達は施設にいる場合が多かった。したがってスウェーデンは福祉国家として家族の結び付きを弱めるところか家族を強化することに成功したと言える。

日本でも親と同居する子供世代の内訳の変化が見られると思う。もちろん過去のように既婚の子供と同居する人もいるが、非婚の息子や娘と同居

する比率の増えていることがわかる。そして結婚した子供はどこかほかへの別居を好むということもわかっている。日本でももう少し年金が改善され住宅も高齢者向けに改善されていけば、いずれスウェーデンと似たような状況になっていくのではないか。スウェーデンでは、既婚の子供と家族の同居は少ないが、近くに住む場合は増えて来て地理的に近い所へ住むのがほとんどである。近隣に住むあるいは2、3キロしか離れていないところに住む場合が多い。そしてほとんどの場合電話もあるし自動車もあるので、過去にないほど頻りに親に会うようになった。したがって客観的に見てスウェーデンの高齢者は孤立しなくなった。30年前、40年前のほうが孤立していたと言える。

従ってスウェーデンという福祉国家では、ほとんどの高齢者のケアは家族が提供している。家族の提供するケアが最も重要な役割りを果たしていることがわかる。たとえば65歳以上老人のケアに要する時間の点からみても、家族が最大の役割りを果たしている。実は細かい統計を書いてきたのだが、器械の都合でお見せできない。しかし一言で言うと、特に身体が弱いとか病弱な高齢者の場合には施設に頼る、あるいは公的ホームケア・サービスを受けることになるのだが、それでも最も重要な部分は家族によっている。福祉国家としてスウェーデンより発達していない国々と比較してもスウェーデンでは家族が重要な役割りを果たしている。

次に、施設ケアと社会的ホームヘルプの話に進みたい。たとえば高齢者が外出したいとか活動したい場合、誰かの支援を必要とする。つまり高齢者の8%ぐらいは他人の介護なしで、外出したり活動したりできない。英語で言えばハウスバンド家にこもりきりという状態である。1954年には他の方法がなく誰かと同居しなければならなかった。結婚していない家にこもりきりの高齢者の34%は施設におり、24%が独り暮らし、そして42%が誰かと一子供やほかの人と同居していた。今日施設にいる同様の老人は38%で、その他の多くの老人が独り暮らしである。そしてこの独居老人の約7割がホームヘルプを受けている。したがっていまま

でのところ高齢者がこのホームヘルプによって施設ケアから解放されたということにはならないが、家族への依存からは解放されたことになる。ノルウェーやフィンランドの同様な数字と比較してもその他のいろいろな国を見ても、人に頼らなければならぬ高齢者がスウェーデンほど独居できるところはないのではないか。

私どもは最近の面接調査で平均年齢87歳の人達に、もし病気になったりあるいは病気が悪化した場合に誰から援助を得たいかと聞いたが、90%の人達はホームヘルプに頼りたいあるいは施設に入りたいと答えた。家族とか友人とか近所の人などインフォーマルな部門から援助を受けたいと答えた人は少なかった。スウェーデンでは80歳以上の人の44%がホームヘルプを利用している。25%は施設に入っている。30%は施設ケアもホームヘルプも受けていない。その必要がないからである。すなわち80歳以上になっても何の問題もない人はかなりいる。スウェーデンのホームヘルプのもっともすぐれた特徴は非常に民主的なシステムだということ、すなわち社会階級に関りなく誰でも独り暮らしで援助を必要としていればそれを受けられることである。実は、スウェーデンはまだ階級社会であって、中産階級あるいは上流階級の人に比べ労働者階級の寿命は7歳短いという状態である。しかしホームヘルプに関しては階級による差はまったくない。誰でも在宅でホームヘルプを必要としていればあるいは病気でホームヘルプを必要としていれば、同じようにホームヘルプ・サービスを受けられる。ただ所得の多い人はより高いサービス料を払うことになる。そういう意味でこれほど成功した福祉プログラムはほかにないと思う。

ただ、施設の状況は違う。施設に収容されている人たとえば老人ホームの居住者は大半が女性でしかも家族がいない。また老人ホーム居住者の約半分には子供がいない。子供達が親を老人ホームに入れているのだと言う人もいるが、そうではなく子供のいない人がたくさん老人ホームに入っている。192人の長期追跡調査の結果によると、最終的に施設に入ったという人はそういう特徴を持っていた。現在65歳以上人口のおよそ5%が施設

に入っているが、長期的には施設で寿命を全うする人は30%ぐらいいる。そして施設に入った理由として病気が悪化したり、状況が悪くてそれ以上施設に入らざるにいらなかったということ挙げている。それは家族が世話しなかったからではなく、家族がいなかったことに大きな原因がある。したがって施設を過度に縮小、削減することには問題がある。女性、家族のいない人あるいは労働者階級の救済策であり代替の道を閉ざしてしまうことになるからである。ご存じのように、女性は人口の半分を占めているし、労働者階級は人口の60%を占めている。

ホームヘルプ制度は、スウェーデンが福祉国家として達成したもっとも尊重すべき業績である。ただ外国からスウェーデンに見学に来て、物理的な存在というか建物が無いので実際に見せることが難しい。ホームヘルプは通常1日1時間ほどの援助ですむがその際、掃除、洗濯、料理、買い物といった基本的な家事に80%の時間が使われている。非常に重病の場合ですら80%の時間はこうした基本的な家事に使われている。病院などでも同じだと思いが、ケアを非常に必要とするごく一部の人がそのための財源、資源の大半を使っている。ホームヘルプの場合も特に援助を必要とする人達—援助を受けている人の約15%—が全援助時間の50%を使っており、残りの85%の人達が残る半分の時間を利用している。この15%の特にケアを必要とする人達の多くは精神的に混乱している、あるいは寝たきりの人達である。

先ほどリンドマークさんからスウェーデンにおける今後の方向として施設ケアよりも在宅ケアの拡充をすべきだという説明がありました。そのような方針への今後の対応としては、1時間ぐらいのケアつまり簡単な家事だけを必要とするところはできるだけ削減して絶対に必要なところへより優先的に援助していくことが必要になる。そこでどうしても長時間ケアの必要なところには割安のサービスを提供し、簡単なケアだけで済むところにはなしで済ませるためにその部分を割増し料金にするということが考えられる。それが意味するところは、そうした多くの高齢者が家族により多

く依存しなければならないということである。たとえば掃除などは家族に来てもらうことが必要だろう。あるいはよごれたままの家にも住まざるを得なくなる。

私なりの解釈で結論を申し上げたい。まず必要なのは在宅ケアの援助でありそして施設である。特に家族に依存したくないとかあまりホームヘルプに頼りたくない人のためにも、施設という代替案を残しておくことが必要である。それから先ほど申し上げたホームヘルプの制度もより拡充し改善していくことが必要だと思う。こうした条件が満たされないとあるいは縮小されると、幾つかの

グループに属する人達が苦しむことになる。ホームヘルプ制度は当初ボランティア組織で出発したがその後、国の正式な制度となった。一方施設はいつも公的な機関、公的な施設であった。しかし近年その多くが閉鎖されつつある中で民間施設が抬頭し拡大しつつある。たとえばサービスハウスなどの場合、民間のものは非常に高くつく。特に居住費が高くつく傾向にある。そうしたサービスハウスがいま全国的に建設されている。従って10年15年先の高齢者の多くがそうしたところに住む可能性も考えられる。

〔コ メ ン ト〕

中央大学経済学部教授 丸 尾 直 美

中央大学の丸尾です。スウェーデンの高齢者に対する福祉サービスの問題について、スウェーデンで最も会って話を聞きたい専門家を考えると本日のお2人の報告者ではないかと思う。その方々が非常に新しい情報も含め興味深く且つ刺激的な、またスンドストレーム先生は日本人にとって逆説的とも思えるお話をして下さり私ども大変刺激を受けたと思う。

実は何年前か前スンドストレーム先生がまだストックホルム大学におられたときお目にかかったことを数日前にお会いし、先生の書かれた論文を読んで思い出した。スウェーデンでは家族が崩壊し家族によるケアが非常に失われていると思っていたときに先生を訪問し、「スウェーデンでは家族ケアがいまでも最も重要で家族は福祉国家の中で強化されている面もあるのだ」というお話を聞き非常にびっくりした。それで覚えていた。お顔は全く忘れていたが学説はよく覚えていたので、よくお顔を見たら前に会った方だということがわかった。それほど印象深いお話であった。リンドマーク先生のお話で非常に印象的なのは、最近の北欧が在宅ケアとかノーマライゼーションの方向に進んでいることを我々は承知しているにしても、その方向での施策を具体的にしかも非常に新しい

情報を加えてしていただいたことで大変勉強になった。

スウェーデンの場合に日本と1つ非常に違う点は、老人福祉対策が末端自治体の市町村に分権化されていてそこを中心に施策が行われていることである。これも聞いてはいるが、日本人にとっては印象的なことだと思う。というのは日本ではやはり縦割りで、財源的にも中央政府に多く依存する傾向が強いからスウェーデンの分権化は非常に印象的である。

ところでコメントの役割だが質問が幾つかあり、皆さんにも共通した質問かもしれないのでまず私からそれらの質問をさせていただきたい。第1点は、リンドマーク先生が話されたようにヘルスケアはカウンティ、福祉サービスは末端自治体によって行われているので両者の協力が難しいということに関わる。最近ローカルナーシングホームとサービスハウジングが同じ一つの建物に入っている場合がたくさんある。私が見たストックホルムの施設もそうだった。そのように県の担当者と末端自治体の担当者とが1つの施設にいるときにどういう協議を具体的にしているか、おわかりでしたらお教えいただきたい。それから在宅ケアの場合に看護婦と医師は県、ホームヘルパーやホ

ームメーカーは市町村職員である。そういう人達がチームを組むときそのチームをどのように統合・調整しているのか。いろいろなところで訊ねてみたがその度に答えが違うので、調整というか統合というかその方法を教えていただきたい。

次に基礎自治体中心で老人福祉サービス、カウンティ中心で医療行政を行っていくと、高齢化比重の高いところ所得の低いところ等々で人口1人当たり医療費格差、老人福祉サービス費用格差が出てくる。日本は国民健康保険法の改正で医療費に関する格差問題への対策を出したが、スウェーデンの場合そういう格差に対する調整を具体的にどのようにしておられるか教えていただきたい。

また所得保障、年金の話もされたが、それについてわからない点が1つある。つまりスウェーデンの基礎年金の場合、かつては10年ぐらいの計画で物価スライド分以外に少しずつ実質所得の上昇するよう作られていた。それが最近はどうなっているのかということである。物価スライドによって基礎年金額の上がることは承知しているが、実質所得の上昇をどういう調整方法で行っているのか。どこにも書いてないので教えていただきたい。

それからスンドストローム先生の家族についてのお話は日本人から見ると逆説的なもので、非常に刺激的だが日本人に与えられている情報、我々の聞いている話とはどうもそぐわないところがある。そこで疑問をもう少し解いていただきたい。たとえば1985年のスウェーデンでは離婚率が結婚数に対して45.5%、初婚比率は男性で49%、女性で52.5%また婚外出生が43.7%という数字になっている。そういう数字だけ見ているとスウェーデンの家族は崩壊しつつあるのではないかという印象をどうしても持つことになる。しかし、実質的に家族は強化されているという報告だった。つまり離婚や結婚外出生等があっても実質的な家族関係は強化されているということだと思いが、離婚や婚外出生というのは実質的な家族の強化とはあまり関係のないことなのか。あるいはスウェーデンでもそういう比率が大き過ぎるのは問題と考えられているのか。その辺についてご意見をうかがいたい。

第2に、スウェーデンでは家族や親戚にホームヘルプの費用を払って彼らを雇用する制度がある。これはノルウェーやほかの国にもあるが、その制度の利用者がノルウェーなどに比べるとスウェーデンではあまり多くない。むしろ最近では減少していると聞いているがその理由はなにかということである。そういう制度に問題があるのか、あるいはその制度がうまくいかないとしたら何か他に方法があるのかということである。日本でもそういうことが必要ではないかという議論があり職場でやっているところもある。例えば私も中央大学から母親が寝たきりになったとき介護手当を月に1万円余いただいた。自治体からも母親がうちへ移る前に、例外的なようだったが手当を少しいただいていた。しかし国の制度としてはないので、何かの介護手当があってもいいのではないかという議論がある。そういうことがあるのでこの制度の意義とか問題点を教えていただきたい。

それから最後にリンドマークさんに。経済学者として気になるのはホームヘルプの費用の何%が自己負担で、ナースホームの場合の費用の自己負担がどのくらいでまたサービスハウジングの場合、老人ホームの場合、入居者の自己負担の比率はどのくらいになっているか、いろいろと統計を見たことはあるが新しいデータがあったらおおよそでも結構なのでお教えいただきたい。他にもまだ質問はあるが、一般の方々にも質問はあると思うので私には差し当たり基本的な質問をこれだけさせていただきたい。

司会：どうもありがとうございました。それではリンドマーク先生のほうからお答えいただきたい。

リンドマーク：大変興味深いご質問をいろいろいただきましたので順次お答えをしていきたい。

まずカウンティと市町村の連係・協力の問題だが、地域の末端のレベルでケアに直接たずさわる人達の間で協力している。すなわちナース、ホームヘルプ、ナースエイドの協力の下にほとんどの市町村でケアプランチームが編成されている。これはその地区のナース、ホームヘルパー、また医

師のほか必要なスタッフが加わって編成している。そしてその地区でケアを必要とする人にチームでケアを提供している。そこでは基本的に日常レベルでの連携・協力がある。ただ最適な形で全面的に調整できているかという点、そうではないが一応順調に機能している。問題は中央政府から市町村やカウンティに流れる資金の配分法についてケアプランチーム全員で適正な使い方をしていくかという点、そこに時々困難がある。先ほどケアプランチームはほとんどの市町村にあると言ったが、一応あるにしても市町村によっては不十分なところもある。それがもう一つの問題である。それからカウンティ間でヘルスケアの提供に関し財源や費用の面で格差の出ることがある。そこでカウンティ間のバラツキ、格差を是正するために中央政府から資金を出している。総額はカウンティ全体で年間150億クローネに上っている。なお今回来日したときの為替レートは、1クローネ21円だった。

次は基礎年金のスライド規定の問題だが、物価上昇、インフレの場合スライド制によって上げることは現在でも実施している。スウェーデンでインフレに比例して所得を保障されている唯一のグループは年金受給者である。

次に施設、たとえばナースィングホーム居住にはあまりお金がかからない。1日当たり55クローネつまりだいたい1,000円ぐらいですむ。ただ老人ホームに住む場合にはもう少しお金がかかる。それは所得水準に応じて払うからである。ただし少なくとも所得の20%は自分の可処分所得として保障されるので、所得の最高80%までを入居費用として支払うことになる。なお市町村でその費用を上げるといふ動きがあり、いま問題になっている。たとえば自己負担を上げるとか交通サービスあるいは他の援助の費用を上げようとする動きがある。全体的に社会サービス・ケアの場合だいたい5~10%が個人負担になっている。

司会 どうもありがとうございました。次にスンドストレーム先生にお答えいただきたい。

スンドストレーム：まず最初に離婚についてお答えしたい。昔の子供の本を読むと親の死が大き

な問題でよく話に出てきた。現在は未婚の母とか、結婚してない親とか、離婚した親の話が出てくる。しかし歴史的な数字と比べても親1人で成長した子供の数は現在にいたるまで増えていない。16歳の年齢に達するまで両親が揃っていなかった比率はだいたい10%くらいである。昔なぜ片親が多かったかという点、親の死亡が多かったからで特に父親の早い死亡がみられ、母親の再婚も多かった。両親揃っていない理由として死亡の代わりに離婚が大きな比重を占めるようになったにすぎない。

昔は晩婚あるいは結婚しないという場合が多かった。1920年代30年代には平均結婚年齢が女性27歳、男性29歳だった。これは平均だから実際にはもっと高齢の結婚もあった。一方、当時は寿命が短かかったから結婚しても結婚継続年数は短かった。1955年当時、夫婦が別れる理由は死別がほとんどだった。そしてその当時の結婚継続年数は平均35年だったが、1980年には45年になった。つまりより長い年数共に暮らすわけである。フランスの学者は自分の研究結果にがっかりしていたようだが、現在もし離婚がなければフランスの結婚継続年数は1750年当時の3倍に上るといふ数字である。つまり、このように寿命が延びた結果、離婚がなければ1750年当時の3倍も長く共に暮らさねばならないということである。

またもう1つの特徴として、かつては離婚した場合に上流階級あるいは中産階級の人だけがその後もやっていけるという状況だった。貧しい女性の場合には職もないし児童ケアの制度もないために離婚もできないという状態だったが、現在では住宅やその他の制度も整備されているので離婚は上流、中産階級でなくても可能になった。それから、離婚によって減税されるとかそういう制度があると離婚の奨励につながる。日本でも児童ケアの制度が拡充され女性が職場に進出すると離婚率は上昇していくのではないかと思われる。こういう経緯から、家族崩壊の指標として離婚件数を用いることに、私は賛成したくない。

スウェーデンの自殺率についても、実際は高くないのにどうも高いと思われている。たとえば高齢未亡人の自殺率を取ると、日本で非常に高くス

ウェーデンにおけるよりずっと高い。スウェーデンの未亡人の自殺率の方が低い。さらに言えば日本の場合、子供世代との同居が高齢未亡人の自殺を抑制するように機能していない。

また非婚率というか未婚の母が多いというご指摘については、法律上の結婚でなくとも相続権があるとかそのほかの制度が整っているために、結婚しない人が増えていると申したい。なお同棲している人達も、子供の出産から数年後に結婚する場合が多く見られる。

ホームヘルパーの制度は1960年代から伸びてきた。まずその必要性の一般的認識が背景としてあり、さらに政府調査の裏付けによって多くの場合に女性が両親の世話をしている事実を確認し、そして何らかの救済の必要が認められ政府が実施してきたと言えよう。1970年にはホームヘルプに当たっているスタッフの25%は世話をしている家族、特に娘であった。しかしこの比率はだんだん減少し、最近では7%ぐらいになりさらに減少傾向にある。

ただしこの統計には注意が必要である。すなわ

一 般 討 論

司会：それではフロアからのご質問をお受けしたいが、その前にお一人ご紹介したい方がある。たまたまスウェーデンから北海道の道都大学に集中講義でお見えになっておられるストックホルム大学のウッラ・ペッテルソン教授です。先生何かご質問がおりますか。

ペッテルソン：まず先ほどの報告の中で、ホームヘルパーの転職率が高過ぎて危機的状态に陥っているということをおっしゃっていた。たしかに賃金が低い、労働環境が悪い、地位が低いといったことで人材不足であり転職率が高い。ただこの問題は高齢者のヘルパーのみならず、ほかの一般の障害のヘルパーの場合にも同様なことが言える。

もう1つは脱施設化、施設から離れる動きも高齢者のみに見られるのではなく、ほかの範疇の人々にも見られる。精神疾患の人々も施設から多く解放されノーマリゼーションが促進されている。精

神有給親族の制度実施は市町村の方針によってかなり異なる。家族がホームヘルプするほうが良いと考える市町村ではそうした人をたくさん雇用しているし、1人もそういう人のいないところもある。そういうふうに各市町村の方針によって異なる。とにかく家族が面倒を見るべきだと考えている市町村、専門的な制度ですべきでないと考えている市町村もある。しかし、ホームヘルプを削減する動きは、公的な政策とは矛盾する。公的な政策はやはり家族の援助を強化していこうということである。従って、実際上家族への援助を減らしながら家族への支援を強化したほうが良いと言ったとすると、矛盾である。

一般的にはスウェーデンのホームヘルプ制度の方が、デンマークやノルウェーより優れている。ただしノルウェーの場合、スウェーデンより優れた特徴的な制度を幾つか持っている。たとえばたしか10年以上だったと思うが、10年以上親の面倒を見た家族に特別な年金を出すという制度がある。

神薄弱の方についても同じである。そういった状況ではホームヘルパーもいままでと違った種類の人々を対象にしなければならなくなり、そのための特別な訓練を必要とするのではないか、その辺のことについてお答えいただきたい。

リンドマーク：ヘルパーの方達が辞めるのにはいろいろな理由があるわけで、どれが主な理由であると確定するのは難しい。たとえば難しい職務や任務があるからというのも1つの理由かもしれないが、正しい教育・研修、そして指針・ガイダンスを提供すれば仕事はかなり楽になると思う。おっしゃるように最近、精神疾患の人達へのケアが必要になってきている、それを提供するシステムが必要になってきているが、これもそういったケアを提供する専門機関から正しい訓練・研修を受ければ良いと思う。

また、十分な説明や情報をホームヘルパーに提

供すれば仕事に興味が湧いてくるし、職業としての安定感も出て来るのではないか。そういった難しいカテゴリーの人がケアを受ける対象に入るといことは、ケアを与える側にとっても興味を湧く側面がむしろ逆にあると思う。従ってより慎重により計画を立てれば、ストレスを感じずとか、神経過敏になるとか馴れない仕事で自分には適切なサービスを提供する能力がないと思いついてしまふ事態にならないと思う。

司会：予定の時間まで20分弱になってしまいました。がフロアからご質問をお受けしたいと思つてます。

龍円恵喜二(帝京大学)：カロリンスカ病院のアグネス先生達の研究によると老人の仕事量、活動量を3倍増すことで医学的にきわめて良い結果が現われるという。一方スウェーデンでは社会保障が整備された結果として老人の労働からの離脱が起こっていて、現実には非常に僅かな老人しか働いていないという状況にある。ところが辞めてしまった後、これも社会調査によるのだがスウェーデンの老人はかつて働いていた職場の同僚や、そういう人達との社会関係を恋しがっているという。また老人が労働力化するかあるいは扶養人口化するかによって社会の負担は大きく違ってくる。こういう4つの要因を前提にしてどのような対策をスウェーデンは取ろうとしているのだろうか。

リンドマーク：2、3年前に65歳以上の人が仕事を続けたいかどうかという研究を行ったところ、かなりの人達がその後も仕事を続けたいという意向を示した。しかしその内訳を見るとずいぶん違いがある。先ず職業分野によって違う。たとえば高学歴で非常に面白い職業についていた人は続けたいと言っているし、普通の労働者はもう仕事はやめたいと言っている。

原則としてスウェーデンでは、退職する年齢つまり年金受給開始年齢は柔軟性を持って適用されている。すなわち60歳から70歳の間を受給開始の時点を選べるようになっている。確かに65歳で辞める人は多いが、65歳よりももっと早く退職したい人はそれなりのコストを負担すればいくらかでも辞められる。実際問題として、仕事を続けたい高

齢者には続けさせたいという動きも高まっている。しかしそういう問題は政府の決めることではない。社会省・社会庁としては、本人が望めば70歳まではいくらかでも働いて良いと思っているが、労働市場関係者の間にはだいたい65歳で退職するのが良い、そして年金を受給するのが良いという認識がある。ただ言われるように活発な職業から年金生活に移行した場合、多くの人々が不安やストレスを感じると思う。しかしすべての退職者がそうなるというわけではなく、年金生活に入ったほうが一本人の社会的能力、経済的条件等種々の要因によるが一より充実した生活を送れる可能性もある。たとえば若いころできなかったことを年金生活の中で実現できる可能性がある。

藤井ユリ子(スウェーデン大使館)：いまのお答えの最初の部分に年金受給年齢に達した方達の調査のお話があったが、その大半の方に、仕事を続ける意思があったとおっしゃったのか続けたくないとおっしゃったのか、それを確認したい。

リンドマーク：その研究の中でわかったのは多くの人々が仕事を辞めたいと言っていることである。ただここで問題なのは、退職したくない仕事を続けたいと思う人には仕事を続ける権利が保障されるべきだということだ。アメリカでは本人が仕事を続けたいければ70歳まで続けられるという権利を法律で認めている。実際にその権利を行使する人は少ないかもしれないがそういう法律がある。スウェーデンの場合そういう権利を保障する形になっていないので、たとえ本人が続けたくとも実際は続けられない状況になってしまう。だいたいの人々が65歳を退職年齢としているが、それ以前でも退職年金や失業手当の形で受給する人がいる。なお、60歳から64歳の間の人を取っても約半分の人が働いており、残りの半分は労働市場からすでに引退している。

小林博(朝日新聞)：質問というより簡単な確認をさせていただきたい。スンドストレームさんをお願いしたい。

家族機能の強化というお話をさせていただき大変興味深かったが、いろいろな数字の提示でかえって混乱してしまった。従ってうかがいたいことは

第1に1940年代ないし50年代に65歳以上老人を抱えた家族がどのくらいあって現在はどのくらいかということ、第2にそれと同じような比較で同居している家族が過去と現在でどのように違うか。これらの数字を簡単にお示しいただきたい。第3にそれらと関連して、家族による援助が重要であるにもかかわらず「独り暮らし老人の7割がホームヘルプを受けている」と言われた。そうすると家族機能の強化とは老人に対する、親に対する精神的支援に留まるのか、それともそれ以上に何か具体的な支援をしているのか。つまり近居・隣居で精神的支えになっているだけなのか、あるいは日本で言えばスプのさめない距離にいて時々来て身の回りの世話等具体的な支援をしているのか、そのへんを確認させていただきたい。

スンドストレーム：1940年代当時の数字は持っていないが過去の推移を見ると、過去の最高でも同居率は30から35%であって、また同居の場合もほとんどが未婚の子供との同居であった。

それから先ほどひとり暮らし老人の70%がケアを受けると言ったが、その多くは高齢者で家にこもり切りの場合である。従って独り暮らしという条件がなければ、ホームヘルプに依存する率ももっと減る。30%とか40%になると思う。ただ独り暮らしゆえにホームヘルプを必要としている。なぜ、ホームヘルプ依存率が高いかということ、娘や子供がいても娘に頼むよりホームヘルパーに頼みたいという意向があるからだ。しかし家族による高齢者への援助は現在のほうが過去よりずっと多くなっていると思う。精神的支援も過去より強化されたしほかの側面での援助もしていると思う。従って過去よりも現在のほうが家族による支援は大きい。家族による支援は、過去においてはあまり目立たなかったし、また誰も調査・研究しなかったのかわからなかった。それがいまわかるようになったということである。

ホームヘルプを受けている人に関する調査・研究によると、援助が必要だと言えば言うほど市町村による援助も家族による援助も得られている。

宇都宮幸枝(開業医)：スンドストレームさんにお聞きしたい。私は開業医で、老人を主として診

ている。その関係でホームヘルパーについて申し上げると、日本でも同じようにホームヘルパーが辞めていくケースが多い。それが悩みの種であり、また日本の現状ではホームヘルプがスウェーデンにおけるほど行き届いていないと思う。従ってボランティアに相当助けてもらわなければならない現状である。それでうかがうのだがスウェーデンでは現在ボランティアはどのくらいの仕事をすれば良いのか。

スンドストレーム：スウェーデンのボランティア組織は社会的なホームヘルプの領域ではほんの小さな役割りしか担っていない。ホームヘルプの管轄はすべて市町村にあり市町村が行うことになっている。しかし民間のボランティアが法律で禁止されているわけではない。法律上は民間のホームヘルプもできることにはなっている。民間ボランティアの組織としては赤十字とか年金受給者の組織があり、いろいろな活動にとりくんでいる。家にこもり切りの高齢者を助けたりそのほか障害者、ハンディキャップを持った人達に対する援助も行っている。スウェーデンでも民間団体はプラスの貢献をしているが、ボランティアが高いレベルで協力しているわけではない。基本的な考え方はボランティアが制度の中心になり、公的サービスに取って替わってはならない、あくまでも補助的なものだということである。

小野寺百合子(スウェーデン社会研究所顧問)：リンドマーク先生にお願いしたい。先程老人が入院した場合1日55クローネとおっしゃったが—それは1年以上の入院の話だと思いが—その55クローネはスウェーデンの基礎年金で十分払える額で誰でも払える。しかし多額の資産を持っている人が1年以上入院した場合もっとたくさん支払ってもらいたいとカウンティが言っているときいたのだが、それはまだ決まっていないのか。

リンドマーク：ヘルスケアやナーシングホームへの居住については一律に定額の費用が決められており所得水準にまったく関係なく請求される。しかし社会サービスの例えばホームヘルプについては所得にリンクした形で額が決まってくる。このように2つのシステムがバラバラにあることは

海外社会保障情報

あまり合理的でなくぜひ統一したいと考えている。

司会：どうもありがとうございました。本日は長時間にわたり大変興味深い報告をお2人からしていただき、丸尾先生のお言葉を拝借すると逆説的というか通説に挑戦する形の報告を含めて討論することができ、大変嬉しく思っている。講演者の方々と討論者、それから一般聴衆の方に感謝申し上げます。それから本日ご健闘くださった通訳の方にもお礼を申し上げます。なお、最初にご紹介を忘れて恐縮だが通訳は日本コンベンションサービスの太田美登利さんです。どうもありがとうございました。さらに本日の講演会実現にいたる

までご尽力いただいたスウェーデン文化交流協会、在日スウェーデン大使館のスタッフ一同、そして共催の形でご協力くださった全国社会福祉協議会、スウェーデン社会研究所、年金住宅福祉協会の方々にもお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

(昭和63.5.21 新霞が関ビル全社協研修室)

〔付記〕 本セミナーは社会保障研究所と、スウェーデン大使館、全国社会福祉協議会、年金住宅福祉協会およびスウェーデン社会研究所との共催で行われた。これら4団体から各種の御協力と御援助を頂いたことをここに記し感謝したい。