

スウェーデンにおける高齢者ケア

—交錯するフォーマル・ケアとインフォーマル・ケア—

西下 彰俊

東京経済大学現代法学部教授

1 スウェーデンの高齢化

スウェーデン中央統計局が、2010年5月に、2110年までの各年齢別人口予測データを公表した。この推計によれば、スウェーデンは、今後も人口が増加し続け、かつ高齢化率も上昇し続ける。2110年には、総人口が約1,145万人に増加し、高齢化率は27.0%に達すると予測されている。この比率がピークであるかどうかは2110年以降の推計値が公表されなければ分からない。スウェーデンの高齢化に関する大きな特徴としては、80歳以上の高齢者の比率が、2020年から2030年にかけて急上昇することである。比較的緩やかに高齢化が進んできたが、2020年からの10年間は変化が大きく、10年先の将来を見据えたケア対策が急がれるところである。

他方、わが国は、すでに人口減少社会に突入して

おり、高齢化率のピークは2070年の42.2%と推測されている（西下彰俊,2008a,pp.145-164）。なお2060年から2105年まで参考推計として公表されている。

図表1は、2100年までの両国の高齢化率の推移を示したものである。スウェーデンは今後90年間緩やかに高齢化していくのに対し、わが国は、急激な高齢化を今後60年間にわたって続けること、高齢化率のピーク時の比率は、スウェーデンのピーク時の1.5倍を超えることが分かる。

2 スウェーデンの高齢者ケアの様々な特徴

(1) エーデル改革の評価

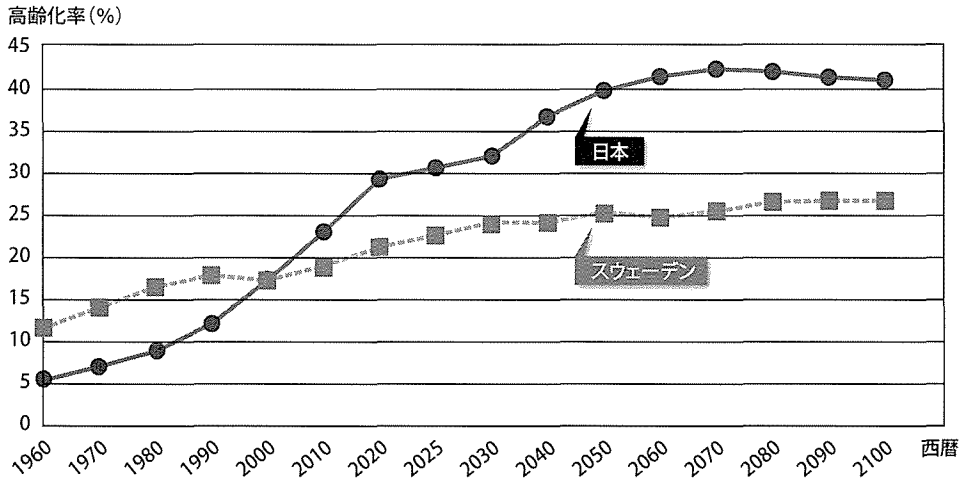
スウェーデンの高齢者ケアは、1992年の「エーデル改革」(Ädel reformen)により、その質が向上した。エーデル改革の内容に関しては、既に多くの文献で紹介されているので、ここでは、エーデル改革により創設され、2010年の現在も存続している一つの制度について紹介しておきたい。

それは、「社会的入院費支払い責任」である。改革前までは、入院した高齢者の疾病が治癒あるいは軽快した後も、そのまま病院に入院させたままにするコミュニティ（日本の市に対応する基礎自治体）が多かった。コミュニティにしてみれば、要介護高齢者の入院患者が、そのまま入院を継続するならば、退院した後の受け皿となる在宅ケアや施設ケアの基盤整備を進め

にじした あきとし

1955年生。東京都立大学大学院社会科学部研究科社会学専攻博士課程単位取得。社会学修士。専攻は高齢者福祉論・老年社会学。財団法人東京都老人総合研究所社会学部、神戸山手女子短期大学生活学科、金城学院大学現代文化福祉社会学科を経て、2004年より現職。著書に、『スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追って—』新評論 2007年（単著）、『世界の介護保障』法律文化社 2008年（共著）、『現代世界の結婚と家族』放送大学教育振興会 2008年（共著）など。

図表 1 スウェーデンと日本の高齢化率の変化



出典：Statistiska Centralbyrån, 2010, Population by age and sex year 2010-2110.
 国立社会保障・人口問題研究所, 2007, 『日本の将来推計人口』厚生統計協会

る必要がない。これが日本と異なる意味での社会的入院であった。

こうした問題状況を解決すべく創設された制度が、この支払い責任制度である。これは、ランスティング（日本の県に対応する自治体）が経営する病院において、主治医が医学的処置の終了宣言をした後、6日目を以降（土、日、祝日は除く）も当該病院で入院を継続する場合には、オーバーした日数分の超過金を、入院患者の住むコミュニティが病院に支払うというシステムである。2010年現在では、この超過金は一日あたり、急性疾患の場合4,076クローナ（約48,900円、1クローナ約12円）、慢性疾患の場合2,941クローナとなっている。この超過金の設定が契機となり、高齢者ケアの基盤整備に努めるコミュニティが着実に増加した。

筆者の研究によれば、1992年から1997年までは、一コミュニティあたりの病院に支払う超過金の平均額が減少している。コミュニティが要介護高齢者のためのナーシングホームや認知症高齢者のためのグループホーム（これらを総称して、介護の付いた特別住宅と呼ぶ）などの基盤整備を進めた結果である。しかしその後、リバンウンドし再び増加していることが分かった。おそらく、各コミュニティの基盤整備が限界に

達したこと、および新設してもそこで働くべき介護職員が集まらないために、再び社会的入院費を支払うことになったと解釈できる（西下彰後, 2007, pp.12-24）。

(2) 2002年の社会サービス法改正

・自己負担額の上限額設定

1982年に施行された社会サービス法の第35条第1項に基づき、各コミュニティは在宅サービスについて妥当な手数料を徴収することになった。さらにエーデル改革以後は、在宅サービスに加えて、介護の付いた特別住宅におけるケアサービスについても、サービスを利用する際の自己負担額について各コミュニティが独自に決定することになった。多くのコミュニティは、サービス利用者の税引き後の所得（年金および預金利子などの合計）の多寡と1か月のサービス利用時間数の二つの基準から独自に料金表を作成したが、所得区分やサービス時間の区分はまちまちであった。筆者の研究によれば、2000年当時の幾つかのコミュニティの料金表を比較した結果、同一条件下で6倍前後の格差が生じていた（西下彰後, 2007, pp.62-77）。

こうした問題状況を受け、スウェーデン政府は、ケ

図表 2 高齢者ケアサービスの利用者数・利用率の推移

	2000年		2007年		2008年	
	利用者数	利用率	利用者数	利用率	利用者数	利用率
ホームヘルプサービス	121,000名	8%	153,700名	10%	156,245名	9%
介護の付いた特別住宅	118,300名	8%	95,230名	6%	95,573名	6%

出典：Statistiska centralbyrån,2001,Statistisk årsbok för Sverige 2001,
Socialstyrelsen,2009b,Äldre-vård och omsorg andra halvåret 2008.

アサービスを利用する高齢者の自己負担額について上限額（マックスタクサ）を設定する。2002年度に改正された社会サービス法により、同年度に関しては、在宅サービスを利用する高齢者の自己負担の月額上限額は全国一律1,516クローナと決められた。この自己負担の上限額は毎年改定され、2010年度は1,696クローナとなっている。なお、自己負担上限額の積算根拠は、社会サービス法第8章に明記されている（西下彰俊,2007,pp.76-77）。

・リザーブドアマウントの下限額設定

同時期に、最低保障金額（リザーブドアマウント）の下限額も設定された。リザーブドアマウントとは、サービスを利用した高齢者が最終的に自分の手元に残すことのできる毎月の金額であり、個人的ニーズを満たすのに十分な額を意味している（井上誠一,2003,p.27）。個人的ニーズに関する積算の費目は、食費、衣服費、余暇・レクリエーション費、家具・台所用品費、消耗品費、衛生品代、新聞代・電話代・テレビ代、医療看護費・薬代、歯治療費、旅行費、庭整備代等である。このリザーブドアマウントに関しても、筆者の研究によれば、約3倍というコミュニケーション間格差が存在した（西下彰俊,2002,pp.84-95）。こうした問題状況に対応し、スウェーデン政府は、サービスを利用する高齢者のリザーブドアマウントの金額について下限額を設定することにした（西下彰俊,2007,pp.75-77）。

具体的には、2002年度の社会サービス法改正により、同年度に関しては、リザーブドアマウントの月額下限額は全国一律で4,487クローナと決められた。

この下限額は毎年改定され、2010年度は4,572クローナとなっている。このリザーブドアマウント額の積算根拠は、社会サービス法第8章に明記されている。以上、2002年度の社会サービス法改正により、在宅サービス利用者も施設サービス利用者も、サービスを利用する高齢者全ての経済生活が、それ以前に比べて二重の意味において改善されたことが分かる。2000年当時に関する筆者の研究で確認できたコミュニケーション間格差が、2002年の社会サービス法改正により著しく解消できたからである。ただし、依然として、各コミュニケーションが独自にサービス利用に関する自己負担額設定の料金システムを持つという実態は、変わっていない。上限額に達しないサービス利用者についてはコミュニケーション間格差が残っている。

3 フォーマル・ケアのサービス提供に見られる変化

既に述べた高齢化率の将来推計を先取りする形で、スウェーデン政府は、在宅ケア、施設ケアの基盤整備を着実に進めているのであろうか。図表2は、ホームヘルプサービスと介護の付いた特別住宅に関して、利用者数と利用率を2000年、2007年、2008年の3時点で比較したものである。ホームヘルプサービスは、2000年の利用者が約12万1,000名であり、利用率は約8%である。2007年は約15万3,700名に増え、利用率も約10%に増加した。しかし2008年には、15万6,245名と実数ではほぼ横ばいであるが、利用率は9%となり1ポイント減少し

図表 3 サービス供給に関する変動パターンとコミュニティの構成割合

		介護の付いた特別住宅			
		10%以上増加	変動なし	10%以上減少	計
ホームヘルプ サービス	10%以上増加	1.4 (4)	5.9 (17)	45.7 (132)	52.9 (153)
	変動なし	0.3 (1)	7.3 (21)	23.5 (68)	31.1 (90)
	10%以上減少	1.7 (5)	4.2 (12)	10.0 (29)	15.9 (46)
計		3.5 (10)	17.3 (50)	79.2 (229)	100.0 (289)

注：変動なしには、10%未満の増加や10%未満の減少も含まれる。

出典：Socialstyrelsen, 2008, Vård och omsorg om äldre, Lägesrapporter 2007, p.23

た。大きな変化ではないが、在宅ケアの柱であるホームヘルプサービスが僅かに縮小している。

介護の付いた特別住宅については、2000年に11万8,300名が入居しており利用率では約8%あったが、2007年に9万5,230名とかなり減少し、利用率も6%と2ポイントの減少である。2008年は9万5,573名とほぼ横ばいとなっており、利用率も6%のままである。

全体としてみると、介護の付いた特別住宅の縮小に見合うだけのホームヘルプサービスの増加が見られない。コミュニティによるフォーマル・ケアが、現在の財政状況の中では、ほぼ限界に達しているのかも知れない。2009年に関するデータの公表を待ちたい。

さて、図表3は、全コミュニティの80歳以上の高齢者に関して、フォーマル・ケアのサービス供給がどのように変化したかを、2000年と2006年で比較した結果である。最も多いのが、介護の付いた特別住宅の利用者が10%以上減少し、かつホームヘルプサービスの利用者が10%以上増加しているコミュニティである。全体の45.7% (132コミュニティ)を占める。次に多いパターンは、ホームヘルプサービスの変動がないのにもかかわらず介護の付いた特別住宅が10%以上減少しているパターンである。全体の23.5% (68コミュニティ)を占める。3番目に多いのが、両サービスとも10%以上減少しているパターンで、10% (29コミュニティ)に達しており、深刻な変化と言わざるを得ない。

実は、在宅ケアは以前に比べて、よりケアニーズの

強い（要介護度の高い）高齢者に対象が絞られ、集中的にサービスが提供される傾向にある。その結果として、フォーマル・ケアから押し出されホームヘルプサービスが利用できない要介護高齢者を、比較的ADL（日常生活動作能力のことであり、具体的には、歩行、食事、衣類着脱、入浴、排泄の各能力で介護の必要度を計る）の高い配偶者が介護するという構図ができてしまっている。スウェーデンでは、老親が既婚の子どもや未婚の子どもと同居する文化は存在しない。最近のデータはないが、同居率は2%ないし4%と言われている。従って、この傾向は、老老介護がスウェーデンで増えていることを意味する。家族の負担が重くなっているため、高齢者等が不満を募らせつつあるとの指摘もある（伊澤知法, 2006, p.41）。加えて、多くのコミュニティに見られるフォーマル・ケアのこうした変化は、結果として、同居中の配偶者だけでなく、別居している子ども達の介護負担を強いることにも直結している。

一人暮らし高齢者の場合、配偶者という介護者が身近にいないことから、コミュニティによるサービス提供責任が強いはずであるが、1994年と2000年について比較研究した結果によれば、すでにこの段階で、コミュニティによるサービスが減少し、家族・親族によるインフォーマル・ケアが増えていることが指摘されている（Gerdt Sundström et al, 2002, p.352）。

全体としては、現在スウェーデンでは二つの変化が現れている。一つは、高齢者ケアの脱施設ケア化が

図表 4 運営主体別に見たホームヘルプサービスに関する提供時間数および割合の変化

2000年10月1か月間 (注1)					2008年10月1か月間 (注2)				
コミュニティによるサービス提供時間数	委託された民間組織によるサービス提供時間数	サービス提供時間数の合計	コミュニティによるサービス提供時間数の割合(%)	委託された民間組織によるサービス提供時間数の割合(%)	コミュニティによるサービス提供時間数	委託された民間組織によるサービス提供時間数	サービス提供時間数の合計	コミュニティによるサービス提供時間数の割合(%)	委託された民間組織によるサービス提供時間数の割合(%)
3,712,941	349,759	4,062,700	91.4	8.6	3,874,247	719,079	4,593,326	84.3	15.7

(注1) 2000年データは、Socialstyrelsen, 2001, Äldre-vård och omsorg år 2000, pp.59-72, pp.103-115 より筆者作成。

(注2) 2008年データは、Socialstyrelsen, 2009, Äldre och personer med funktionsnedsättning- regiform m.m. för vissa insatser år 2008 pp.28-34 より筆者作成。

進み、在宅ケア化が進行するという変化であり、もう一つは、コミュニティの措置による在宅ケアサービスの利用が不可能な要介護高齢者に関して、ケアの家族化、インフォーマル・ケア化が進行するという変化である。なお、後者に関しては、紙幅の関係で十分なエビデンスを示すことができないので、別稿で論じたい。

4 高齢者ケアのプライバタイゼーション

1991年秋から4年間、カール・ビルト (Carl Bildt) 首相率いる穏健党を中心とする保守・中道連立政権は、選択の自由革命を掲げ、社会サービスの民間委託化を進めた。その後政権が変わってからも、高齢者ケアの分野において、現在に至るまで民間委託化が進行している。民間委託化は、競争原理を導入しケアの質を高める目的で進められてきているが、民間委託化を進めるか否かは、各コミュニティのコミュニティ議会議員で構成される社会サービス委員会が決定する。同委員会は、入札に応募した当該コミュニティの運営部門や民間組織から提出された運営計画書を吟味し、一つの組織を採択する。

図表4は、2000年と2008年の二時点で、ホームヘルプサービスの時間数について、コミュニティと民間組織で運営の時間数・割合を比較することにより、民間委託化の変化を示したものである。2000年時

点でスウェーデン全体における民間委託率は8.6%であったものが、2008年には15.7%に増加している。民間委託化を進めているコミュニティは、穏健党系の保守ブロックが与党である場合が多い。逆に、コミュニティがホームヘルプサービスの全責任を負っているコミュニティは、社会民主党系の革新ブロックが与党である場合が多い (西下彰俊, 2009, pp.39-54)。

図表5は、介護の付いた特別住宅に関して、同様に二時点で比較したものである。同表によれば、2000年時点でスウェーデン全体における民間委託率は11.4%であったものが、2008年には15.4%に増加している。介護の付いた特別住宅の民間委託と政党との関連性は、ホームヘルプサービスの場合と同様の関連性が指摘できる (西下彰俊, 2009, pp.39-54)。

ケアのプライバタイゼーションに関連する法律として、自由選択法が2009年1月1日に施行された。同法は、利用者である高齢者が社会サービスおよび医療サービスの供給者を主体的に選択する権利を有することを規定した法律である。社会サービスにおけるサービスの供給者は、コミュニティおよび複数の民間事業者である。ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービス、介護の付いた特別住宅など様々なサービスが存在する中、各コミュニティは、これらのサービスのそれぞれについて、サービスの供給者の

図表 5 運営主体別にみた介護の付いた特別住宅の入居者数および割合の変化

2000年10月1日時点 (注1)					2008年10月1日時点 (注2)				
ココミュ ン運営の 入居者数	委託され た民間運 営の入居 者数	合計数	コミュニ ン運営の割合 (%)	民間運 営の割合 (%)	コミュニ ン運営の入 居者数	委託され た民間運 営の入居 者数	合計数	コミュニ ン運営の割合 (%)	民間運 営の割合 (%)
106,807	13,676	120,483	88.6	11.4	81,721	14,825	96,546	84.6	15.4

(注1) 2000年データは、Socialstyrelsen, 2001, Äldre-vård och omsorg år 2000, pp.59-72 より筆者作成。

(注2) 2008年データは、Socialstyrelsen, 2009, Äldre och personer med funktionsnedsättning- regiform m.m. för vissa insatser år 2008 pp.35 - 41 より筆者作成。

リストを、利用者に提示することになる。なお、この法律に関する概要と今後の可能性については、別稿ですでに論じている(西下彰俊, 2009, pp.39-54)。

5 もう一つのフォーマル・ケア

コミュニティが提供するもう一つのフォーマル・ケアの形態として、親族ヘルパーのサービスがある。利用者は決して多くはないが、移民者の家族介護ニーズを含め、様々なニーズに対応しようとしている点が、スウェーデンの特徴である。同サービスは、65歳以下で年金を受給していない親族や親しい友人が、要介護高齢者の介護を自宅で行うものであり、コミュニティのニーズ判定員による認定を受ければ、コミュニティのホームヘルパーと同一基準の賃金を得ることが可能である。インフォーマル・ケアに対して現金を支給することにより、フォーマル・ケアに取り込む形である。ただし、このサービスは全てのコミュニティに設けられているわけではなく、また親族ヘルパーに支払われる報酬額もコミュニティによって異なるという点でコミュニティ間格差も生じており、親族ヘルパーに関する評価には、慎重な議論が必要とされる。

コミュニティによる介護者家族・親族支援については、1999年に改正された社会サービス法にすでに盛り込まれている。第5章第10条に、「社会福祉委

員会は、長期療養患者、高齢者、機能が十分でない人といった家族メンバーをケアする介護者を直接サポートしたり精神的な負担を軽減させたりするサービスを提供すべきである」と明記されていたが、2009年7月1日に、同条文は「家族メンバーをケアする介護者を直接サポートしたり、精神的な負担を軽減させたりするサービスを提供しなければならない」と改正され、コミュニティによる介護者家族へのサービス提供義務が強制力のあるものになった。

この社会サービス法の改正を受けて、各コミュニティは以前にも増して、介護者家族・親族支援のプログラムを充実させている。実は、同法の改正以前から、コミュニティによる家族・親族介護者支援は活発化しており、2008年までの過去5年間では、ショートステイサービスやデイサービスなどの伝統的なレスパイトケア以外に、健康増進活動、介護者教育、介護者出会いセンター、ボランティアセンター、カウンセリング、介護者援助グループなどのプログラムが増えており、このうち、介護者援助グループ、介護者教育、ボランティアセンターについては、ボランティア組織、非営利組織との協働が進んでいる(藤岡純一, 2010, p.99)。

6 もう一つのインフォーマル・ケア

スウェーデン政府は、2006年に今後10年間の

『高齢者看護・高齢者ケアに関する国家推進プラン』を発表した (Regeringen,2006)。

このプランによれば、ボランティア組織は、特に公的セクターが対応できない領域やニーズに焦点をあてることにより、家族介護者や高齢者自身の支援の分野で大きな可能性を持つアクターとして考えられている。ボランティア組織の役割は高齢者が感じる孤立や孤独を緩和させ、社会的ネットワークや個人的関係を作り出すために機能することであると考えられている (ピヨン・アルビン他,2008,p.80)。

スウェーデンでは、性別に関わらず定年退職年齢までは労働市場への参加率が高い。従って、ボランティア組織のメンバーとしては、より若い(前期)高齢者が想定されている。彼らは、地域社会で孤立する一人暮らしの後期高齢者や高齢者夫婦の情緒的サポートを担っている。より若い(前期)高齢者は、全国年金生活者連合やスウェーデン年金受給者連合といった年金生活者の組織、スウェーデン赤十字協会、スウェーデン教会等への参加を通して、孤独な高齢者や要介護高齢者との社会的交流を行う。また、先に述べたように、コミュニティが別組織と協働で設けたボランティアセンターでのプログラムを通じて、高齢者へのボランティア活動を行う。

こうしたボランティア活動は、近年徐々に増えつつあるが、コミュニティが提供するホームヘルプサービスなどの直接的な手段的なフォーマル・ケアを代替することはない。あくまでも、情緒的なサポートにとどまるものである。

7 結論

スウェーデンの高齢者ケアは、様々な意味において、岐路に立たされているというのが筆者の判断である。既に確認したように、高齢化率が今後100年上昇するという推計が示される中、サービスを高齢者に直接提供するフォーマル・ケアは、「停滞」もしくは「後退」の局面にある。と同時に、社会サービス法の改正により、インフォーマル・ケアの当事者である家族・

親族介護者支援に対するコミュニティの責任を強化することを通じて、間接的なフォーマル・ケアを「進展」させる方向にある。

フォーマル・ケアとインフォーマル・ケアが交錯する中、岐路に立つスウェーデンが今後どのような方向に進むのか、その結果として高齢者ケアの質と量がどのように変化するのか、目が離せない。■

《引用・参考文献》

- 伊澤知法,2006「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』No.156,pp.32-44
井上誠一,2003『高福祉高負担国家 スウェーデンの分析』中央法規
Gerdt Sundström et al,2002,“The shifting balance of long-term care in Sweden”,*The Gerontologist*,Vol.42 No.3 pp.350-355
Socialstyrelsen,2001,Äldre-vård och omsorg år 2000
Socialstyrelsen,2009a,Äldre och personer med funktionsnedsättning- regiform m.m. för vissa insatser år 2008
Socialstyrelsen,2009b, Äldre-vård och omsorg andra halvåret 2008.
Statistiska centralbyrån,2001,Statistisk årsbok för Sverige 2001
西下彰俊,2002,「スウェーデンにおける高齢者福祉サービスのコミュニティ間格差に関する研究」科学研究費補助金報告書(基盤研究(c)(2))
西下彰俊,2007『スウェーデンの高齢者ケア』新評論
西下彰俊,2008a「スウェーデンの高齢者と家族関係・社会関係」宮本みち子ほか編『現代世界の結婚と家族』放送大学教育振興会,pp.145-164
西下彰俊,2008b「スウェーデンの介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』法律文化社
西下彰俊,2009「スウェーデンにおける高齢者ケアの民間委託化と自由選択法の制定」高齢者住宅財団編『いい住まい いいシニアライフ』Vol. 91, pp.39-54
ピヨン・アルビン他,2008「スウェーデンにおける高齢者の家族介護者の現状」地域福祉学会編『地域福祉研究』No.36, pp.72-80
藤岡純一,2010「スウェーデンにおける家族・親族介護者支援とボランティア組織」『北ヨーロッパ研究』第6巻,pp.95-103
Regeringen,2006,Nationall utvecklingsplan för vård och omsorg om ålder, Prop 2005/2006:115