

スウェーデンのÄDEL改革とその背景

伊 東 真理子

1. はじめに

今日、世界先進諸国では高齢化が進行しているが、その内でもスウェーデンは最も早く高齢化が始まり、また現在、高齢化率も最も高くなっている。そのスウェーデンでは、高齢化に対する対策も、いわゆる福祉国家政策の一環として、最も早く最も行き届いた形で行われている。そのことは、わが国でも広く知られており、スウェーデンの老人対策は老人対策のモデルのように思われている。

筆者は、1993年の5月から6月にかけて、老人対策調査団のメンバーとして、スウェーデン（主としてストックホルム）及びイギリス（主としてヘレフォード・ウスター、ロンドン）を訪ねて実情を見てきた。

確かに、スウェーデンの老人福祉対策は進んでいたが、私が訪問する少し前の1990年頃より「施設介護から家庭介護へ」という転換が推し進められ、その成果が目ざされているところであった。

そのような転換は、ひとつには福祉への益々多くなる出費が国家財政の重荷となり、順調な経済成長に種々なる障害をもたらすことになったからである。その背景には経済の高度成長の終焉があった。加えて、問題が生じるような大きな要因のひとつに、高齢者医療・福祉分野におけるランス

五
一

ティング（県）とコムーネ（市町村）の役割分担が極めて曖昧かつ非効率であったことによる。他方、高齢者が殖えてみると、案外に家庭で人生の終末期を迎えたいと希望する者の割合が高かったことが挙げられよう。

そこで、そのような大きな流れの中で、その転換を企画・立案したエーデル改革（ÄDEL-refomen）計画が作られた。これは、スウェーデンの老人医療・福祉政策上のエポックメイキング的な事柄である。

本稿においては、この1991年10月から施行されたエーデル改革を中心に、スウェーデンの高齢者対策の変貌と、その経済的、社会的背景について考察したいと思う。

2. エーデル改革——“高貴な”改革——その主要点

以下、その主要点を列挙するが、それらを詳述すると、(1)では、エーデル改革が必要になった理由が挙げられている。(2)では、二つの改革の主要点であるランスティングからコムーネへの高齢者医療・福祉政策の権限の委譲について述べてある。そこでは、居住方式、保健・医療、障害者補助器具について述べ、更に、委員会組織の再整備、医療事業計画、支払い責任制度等について述べている。(3)以下では、改革に伴う財政移転とその調整手段及び費用平衡制度、奨励補助金等について述べている。

(1) 改革の出発点

五

この改革を立案するに至るには大きな理由が二点あった。その第一点は、人口の平均寿命（life-expectation）が今後さらに伸び、高齢化は益々進み、80歳以上の超高齢者の数⁽¹⁾が、2000年までに割合で18%、実数にして約68,000人の増加をみるのが推定されることである。人

は高齢期になると、加齢するにつれて体力が落ち病気にかかりやすくなる。つまり、要介護老人の増大を意味するのである。それはまた、地域社会の施策への要求を増大させる。

第二点は、ケア及び養護に関する現行組織——ランスティングがナーシング・ホームを含む高齢者医療、コムーンが高齢者福祉を担当——の間の責任の配分に関して欠陥が明らかになったことである。

(2) ランスティングからコムーンへ

① 特別な居住方式に関する責任の委譲

快適な住宅は、福祉政策の原点であり、礎石のひとつである。コムーンが援護（サービス及び養護）を必要とする人々のための特別な居住方式を整備することに対して責任を負うのは、この理念に立つからである。以前から、コムーンは、公共のサービスの付いた住宅であるサービス・ハウスや老人ホームを建設、運営する責任を負っていた。今回、その責任は拡大され、老人性痴呆症の人々のためのグループ居住をも包含し、地方ナーシング・ホームの運営責任もランスティングから引き継ぐ。更に、しばしば他の障害と複合する重度の運動障害を持つ人々のための特別なサービスのついた住宅に関する責任も負う。今後、コムーンの責任は、在宅援助の補完をなす住宅地域におけるデイ・サービス事業をも包含し、拡大する。

② 保健・医療事業に関する責任の委譲

法の改正によって、コムーンは今やランスティングとの合意があれば、特別な居住方式及びサービスの付いた住宅のみならず、在宅医療をも包含するまでに責任を拡大することができる。

この改革によって1992年1月1日付で、これまでランスティング

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

に雇用されていた職員（医療関係者）約40,000人がコムーンの諸組織に移籍される。この保健・医療の責任の中には、医師による医療活動は含まれていない。医療活動については、従前どおりランスティングが権限と責任を持つ。それは、医師はプライマリー・ケア⁽²⁾の分野に保持するほうが目的に適うと考えられているからである。その代わり、それぞれの領域毎に、その領域内において特別な医学的責任を有する看護婦を一人置かなければならないことになった。

③ 障害補助器具に関する責任

多くの障害者や高齢者にとって、ケア及びリハビリテーションのために用いられる障害補助器具は、日常生活に欠かすことの出来ないものである。そこでコムーンは、特別な方式の居住若しくは住宅及び在宅医療の現場において、保健・医療事業の範囲内で一定の障害補助器具を用意する義務を負う。組織上では、基本的な補助器具はコムーンが用意し、より複雑なものに対してはランスティングが責任を負う。

④ プライマリー・ケアに関する責任

1992年から3年間、コムーンがプライマリー・ケアに関する事業運営責任を負うという実験事業が開始された。この実験を開始するには、ランスティングとコムーンの合意が必要とされ、かつ、社会庁の承認が与えられなくてはならない。この運営に関して、コムーンはランスティングから経済的援助が得られる。

⑤ 委員会組織の変更

コムーンは新しい立法により、地域的なニーズと要請に応じて適切な委員会組織を設ける権限を与えられた。このことは、今後は社会委員会が義務的で形骸化したものであってはならない、というこ

『スウェーデンのADEL改革とその背景』

とを意味する。今後コムーンは、特別な障害者・高齢者委員会を設置することができ、その保健・医療事業に対する政治的な指導責任は、それらコムーン議会の定める種々なる委員会によって果たされよう。⁽³⁾

⑥ コムーンによるコムーンのための将来の保健・医療事業計画の策定

コムーンは、新立法により、自らの将来のための保健・医療事業の計画を策定する義務を負うことになった。

⑦ ケア及び養護の支払い責任制度の導入

コムーンは、非内科的長期ケア事業の分野の主体として、ケア及び養護を必要とするクライアントに対して、ケア及び養護への支払いの責任を負う。つまり、これまでランスティングとコムーンという二つの事業運営主体に分けられていた財政手段が統一される。その目的は、これまで滞っていた保健・医療分野におけるクライアントの流れをスムーズにする方向で、ケア・サービスを拡大させることにある。

この支払い責任制度は、ランスティングとコムーンの両者の合意が成立したときから有効となる。両者の合意が得られないときには、ランスティングの医師が「この高齢者の治療を終了した」旨を通告した日から一週間後には、コムーンの支払い責任が生ずるという原則が適用される。

(3) 改革と財政移動

この改革で、ランスティングからコムーンに、老人保健・医療関係の総計203億クローナという巨額な予算が移された。この財政上の合

意の特色は、その費用負担がランスティングとコムーンの間に合理的に配分されるものでなくてはならない。そして、この移行期間中は、国が一定額の制度奨励のための補助金を上積みして交付する。

(4) 調整手段

① ダグマル補填金 (Dagmarersättningen)

ランスティングに対しての疾病保険からの補填金であるダグマル補填金については、この改革によって合計312億クローナが減額される。

② 租税平衡交付金 (Skatteutjämningsbidrag)

ランスティング及びコムーンは、国から租税平衡交付金を受ける。これがランスティングに対する支払いの決定については、その住民の年齢構造の非内科的長期医療事業に及ぼす影響が考慮される。

本来、非内科的長期医療のケアに対する責任は、ランスティングからコムーンに移管されるのであるから、新たな算定基礎は租税平衡交付金が、コムーンにとっては22億クローナが追加交付され、ランスティングにとってはその分減額されるのである。

③ 租税交換 (Skatteväxling)

調整手段の重要なもののひとつに租税交換がある。これは、ランスティングが自らの租税を引き下げた分だけ、コムーンがコムーン税を引き上げることである。その水準は各ランスティングによって異なるが、全国平均額は、課税標準額の2.30%相当となろう。

そして、国はコムーンに対し、要援護高齢者に必要な費用——社会的ホームヘルプ事業、老人ホーム等——に対する補助金による補填を行う。この国庫補助金は、1991年水準で計算すると、約35億ク

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

ローネから63億クローネまで約28億クローネ増額となる。

④ コムーン間費用平衡制度 (den mellankommunalakostnad-sutjämningen)

この制度は、ランスティングとコムーンの間で各種資源の配分が行われた後に有効となる。つまり、コムーンの収入額とこの“高貴な”改革によってコムーンが負担する新規費用の支出額を対比し、剰余金を生じたコムーンは、それをコムーン間費用平衡制度に譲渡し、また逆に欠損金を生じたコムーンは、その分だけコムーン間平衡制度から受け取るのである。

(5) 奨励補助金 (Stimulansbidrag)

特別な国庫補助金である“奨励補助金”が以下の目的のために交付される。

① グループ居住の拡大を速め、かつ支援する活動

—これへの補助金は、毎年4億クローネ、5年間で20億クローネに達する。そして、各完成したグループ居住単位毎に500,000クローネが支払われる。

② 長期医療事業分野における居住水準の改善に関する活動 (大部屋の少人数化)

—これへの補助金は、毎年2億クローネ、5年間で10億クローネ。また、国による住宅資金融資規定の改正も同時に行われ、諸規定は一層簡素化される。とりわけ、この改革でコムーンが引き継いだ特別な居住方式分野の住宅と地方ナーシング・ホームに関しての規定が統一される。

加えて、支払い責任法の中には、非内科的急性医療事業と共に老人医療事業分野の医学的治療を終えたクライアントに対するコ

『スウェーデンのADEL改革とその背景』

ムーンの支払い責任についての規定もある。今後、コムーンが増加する費用を賄うために3年周期で見直される補助金は、1992～1994年の間で15億クローネ計上される。

③ 改革への広報活動と教育対策 (informations och utbildningsinsatser)

—この改革が実行されるには、強力な広報活動と教育対策は不可欠である。これらの対策の実行を用意するために、合計5億クローネの補助金が投入される。そして、この補助金は、コムーン内に居住する80歳以上の高齢者一人につき1,393クローネで配分される。

④ 改革への追跡調査と評価

—スウェーデンは、このような改革を成功に導くためには、この改革を追跡調査し評価することが大変な重要性を持つと判断を下した。そのため、向こう5年間で総計2千5百万クローネを国庫補助金として計上する。そして、この改革の評価は、ランスティングとコムーンからなるコムーン連合会が、社会庁と共に政府委託を受けて行う。

⑤ 待機期間短縮のためのケア保証制度

—これまでのところ特定分野、とりわけ高齢患者の診療のテンポはかなり不満足な状態に置かれていた。そのために診療待ちの長い行列が続いていた。なかでも、股関節、白内障及び冠状動脈の手術は待機期間の長いベスト・スリーであった。この待機期間を短縮するために、国庫からケア保証制度に対して補助金が出される。この補助金は、住民数によって配分され、1992年度のみで約5億クローネ使われた。

この保証のねらいは、すべてのクライアントに対し、三ヶ月以

『スウェーデンのA D E L改革とその背景』

内に、その地域内の診療機関もしくは他の診療機関において、あるいは民間のケア提供者のところにおいて、手術もしくは処置が受けられるようにすることにある。⁽⁴⁾

以上、エーデル改革——高齢者医療・福祉統合改良政策——の原案の中から主要点を挙げて簡単に説明した訳だが、最後に、この改革の基本的考えを私なりにまとめるならば次に示す通りである。

① 高齢者医療・福祉の統合

1991年1月までのスウェーデンでは、ナーシングホームを含む高齢者医療はランスティングが担当、高齢者福祉はコムーネが担当していた。そのため、コムーネにとっては金と手間のかかる重介護高齢者は、老人ホームを新築して入所させるより、ランスティング担当のナーシングホームや病院に送ったほうがコムーネにとっては経済的となり、いきおい、社会的入院⁽⁵⁾を促すこととなる。

この改革によって、高齢者の医療・福祉が共にコムーネの担当となり、在宅ケア、ケア付き住宅、老人ホーム、ナーシングホームのすべてがコムーネの財源に一元化された。これまで重介護高齢者を病院に送り込むという方法をとっていたコムーネは、費用対効果V F M (value for money) を考えて、本人と相談してベストの居住先を決定するようになった。

加えて改革後は、ランスティングの医師が「この高齢者の治療は終了した」との宣言後五日以降は、コムーネが入院費として一日1500クローネをランスティングに支払うことになった。この結果、1991年9月3,245人の社会的入院患者は、1992年9月には1,328人と大幅に減少した。人間というものは、自分にかかるコストは節減に努めるが、社会全体のコストには無責任である。要するに、財政破綻を救う上でも、

高齢者のQOL（生活の質）向上の上でも一石二鳥であった。

② 医師⇒看護婦⇒ホームヘルパーへの権限の委譲

改革前までは、個々の高齢者に、どのようなケアを提供するかを決める地域調整チームのリーダーは医師に決まっていたが、この改革後からはリーダーは看護婦に代わった。ナーシングホームの施設長も看護婦となった。そこでドクターが必要なときには、医師をコンサルタント的に使う。

更に、ホームヘルパーが専門職として自信と誇りを持って働けるように、高校の社会サービスコースを2年制から3年制にし、その延長分を医療知識の向上に向け、専門職としての確立を図り、離職率の低下を狙っている。

以上、二点に集約したが、これで総てうまく行っているわけではない。福祉現場では、手間のかかる重介護老人が次々と病院から地域に帰ってくるため、てんてこ舞いの状況である。つまりは、福祉現場も財政難で人手が増えないので、その分、各クライアントのケアの質の低下が起こっているのである。筆者が訪問の初日に謁見したボー・コンヴァー保健大臣は、こう話していた。「何よりもまず我々は日本から経済を学びたい。この改革は3年たたないと成功か否かはわからないが、差し当たって努力したコムーンが報われるシステムでなければならない」と。

3. エーデル改革の経済的・社会的背景

(1) スウェーデンの経済成長

19世紀中頃までのスウェーデンは、ヨーロッパでも最も貧しい農業

【スウェーデンのA D E L改革とその背景】

国であった。しかし、ドイツに20年ばかり遅れ、日本に10年ばかり先立ち、近代工業化への足を踏みだしたのである。ロストウによれば、1868～90年頃「離陸」を遂げた⁽⁶⁾と考えられる。

人口に比して広い国土や長い海岸線を持ち、発電用水力、鉄鉱床を初めとする豊かな金属鉱床、森林などの資源に恵まれ、地域共同体に由来する共同精神やバイキング以来の進取の気性にも事欠かなかった。

離陸以来約100年間に、スウェーデンは幸いに2回の世界大戦に巻き込まれる事もなく順調に経済発展を遂げた。1960年代には、工業生産が年平均6.5%もの伸びを示し、「黄金の60年代」と称される高度成長を経て、先進経済国家の仲間入りを果たした。1960～68年おける一人当たりGDP成長率は3.6%に達した。

しかしながら、すべての資本主義国においてそうであるように、スウェーデンにおいても、資本主義的経済発展と共に貧富の差、景気変動、失業といった社会問題が発生した。そうした事情のため、先進諸国のうちでもドイツの影響を受けて、1880年頃より社会運動が興り、1889年にはスウェーデン社会民主労働党 (Sveriges Socialdemokratiska Arbetarparti) すなわちSAPが結成された。

そのような社会運動の強い影響を受けつつ、スウェーデンは、次に述べるような社会政策ないし社会福祉政策を実施した。すなわち、雇用政策、居住政策、社会保障、環境政策を充実し、福祉国家を形成して行ったのである。いうまでもなく、このような政策を可能としたのはスウェーデンの経済の力である。

しかし、1971年からは、経済成長は他国よりも鈍くなって来た (表1参照)。1980年になると、経済的困難は次第に目立つようになったが、

『スウェーデンのADEL改革とその背景』

何とか従来の繁栄を支えることが出来た。しかしながら、1990年代に入ると、再びスタグフレーションと国際競争力の低下に悩まなければならなくなった。失業者は急増し、貿易収支は悪化した。これらを克服するためには、労働組合の協力を要請し、適正な利潤を確保して、産業の活性化を促すと共に、社会保障費を節減し——年金や補助手当の支給率を下げ、失業保険の自己負担を増やす——その他の公共部門についても大幅な引き締めを行わざるを得なくなってきたのである。

(2) スウェーデンにおける福祉国家の展開——その生成と発達

① スウェーデン型福祉国家の特徴

スウェーデンにおいては、イギリスやドイツなどの影響を受けつつ戦前から社会政策が行われてきていたが、先に触れたように第二次大戦に巻き込まれず、他国のように戦災を受け膨大な軍事支出を費やすこともなかった。これは、福祉国家の展開の上では非常に恵まれた条件であった。そのスウェーデン型福祉国家の特徴は、丸尾教授によれば次の五点を指摘できる。

第一に、資本主義の特徴である生産手段の私有性と自由市場のシステムを基本としながら、社会主義経済の長所である計画性と公共関与を、他の資本主義国よりは広範に行っているという意味で典型的な混合経済システムの国である。殊に所得の再分配のための公共関与の比重が高い。

四
一

第二に、社会保障を初めとする福祉政策ないし社会政策——住宅政策、環境政策、教育政策を含む——が、広範かつ普遍的に行われている。しかしながら、こうした政策のための公的支出と費用を賄うための税金や拠出金の比重が高いという問題が非常に深刻である。

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

表1 スウェーデン、イギリス、日本の基本経済統計

| 年次 | 実質経済成長率 | | | 失業率 | | | 消費者物価上昇率 | | | 経常国際収支の対GDP比 | | | 一般政府の財政収支の対GDP比 | | |
|------|---------|-------|-------|--------|-------|------|----------|-------|-------|--------------|------|----|-----------------|-------|-------|
| | スウェーデン | イギリス | 日本 | スウェーデン | イギリス | 日本 | スウェーデン | イギリス | 日本 | スウェーデン | イギリス | 日本 | スウェーデン | イギリス | 日本 |
| 1969 | 5.00 | 2.00 | 12.50 | 1.92 | 2.90 | 1.11 | 2.70 | 5.50 | 5.52 | | | | 5.30 | 1.30 | 1.20 |
| 1970 | 6.70 | 2.20 | 10.80 | 1.50 | 3.00 | 1.18 | 7.00 | 6.40 | 7.27 | | | | 4.40 | -1.30 | -0.10 |
| 1971 | 0.60 | 2.00 | 4.30 | 2.50 | 3.60 | 1.31 | 7.40 | 9.40 | 6.50 | | | | 4.10 | -2.70 | 0.50 |
| 1972 | 2.40 | 3.50 | 8.40 | 2.70 | 4.00 | 1.34 | 6.00 | 7.10 | 4.83 | | | | 2.00 | -3.80 | 0.40 |
| 1973 | 4.20 | 7.40 | 7.60 | 2.50 | 3.00 | 1.27 | 6.70 | 9.20 | 11.65 | | | | 2.80 | -4.50 | -2.80 |
| 1974 | 3.20 | -1.50 | -0.80 | 2.00 | 2.90 | 1.51 | 9.90 | 16.00 | 23.26 | | | | 4.70 | -4.90 | -3.70 |
| 1975 | 2.70 | -0.70 | 2.90 | 1.60 | 4.30 | 1.95 | 9.80 | 24.20 | 11.64 | | | | 1.70 | -3.20 | -3.80 |
| 1976 | 0.40 | 2.70 | 4.20 | 1.10 | 5.60 | 1.97 | 10.30 | 16.50 | 9.48 | | | | 4.70 | -3.20 | -5.50 |
| 1977 | -1.50 | 2.30 | 4.80 | 1.80 | 6.00 | 2.07 | 11.40 | 15.80 | 8.01 | | | | 1.70 | -4.30 | -4.70 |
| 1978 | 2.00 | 3.50 | 5.00 | 2.20 | 5.90 | 2.20 | 10.00 | 8.30 | 4.27 | | | | -0.50 | -2.60 | -3.80 |
| 1979 | 4.00 | 2.80 | 5.60 | 2.10 | 5.00 | 2.03 | 7.20 | 13.40 | 3.71 | | | | -3.00 | -3.20 | -4.70 |
| 1980 | 1.40 | -1.70 | 3.50 | 2.00 | 6.40 | 2.08 | 13.70 | 18.00 | 7.65 | | | | 4.00 | -3.30 | -4.40 |
| 1981 | 0.00 | -1.00 | 3.40 | 2.50 | 9.80 | 2.22 | 12.10 | 12.50 | 3.95 | | | | -5.30 | -2.60 | -3.80 |
| 1982 | 1.10 | 1.50 | 3.40 | 3.20 | 11.30 | 2.46 | 8.60 | 10.80 | 2.60 | | | | -7.00 | -2.50 | -3.60 |
| 1983 | 1.80 | 3.50 | 2.80 | 3.50 | 12.40 | 2.66 | 8.90 | 5.80 | 1.90 | | | | -5.00 | -3.30 | -3.60 |
| 1984 | 4.00 | 2.40 | 4.30 | 3.10 | 11.70 | 2.67 | 8.00 | 4.30 | 2.18 | | | | -3.90 | -3.90 | -2.10 |
| 1985 | 2.20 | 3.60 | 5.20 | 2.80 | 11.20 | 2.64 | 7.40 | 4.00 | 1.93 | | | | -2.90 | -2.80 | -0.80 |
| 1986 | 2.20 | 3.80 | 2.60 | 2.70 | 11.20 | 2.84 | 4.30 | 4.20 | 0.00 | | | | -1.30 | -2.30 | -0.90 |
| 1987 | 2.80 | 4.60 | 4.30 | 1.90 | 10.20 | 2.78 | 4.20 | 4.40 | 0.50 | | | | 4.30 | -1.20 | 0.50 |
| 1988 | 2.30 | 4.20 | 6.20 | 1.60 | 8.20 | 2.50 | 5.10 | 4.90 | 0.70 | | | | 3.50 | 1.20 | 1.50 |
| 1989 | 2.10 | 1.00 | 4.70 | 1.40 | 6.20 | 2.30 | 6.40 | 7.80 | 2.30 | | | | 5.40 | 1.30 | 2.40 |
| 1990 | 0.30 | 0.60 | 5.60 | 1.50 | 5.50 | 2.10 | 10.50 | 9.50 | 2.70 | | | | 3.90 | -0.70 | 2.70 |
| 1991 | -0.90 | -1.80 | 3.50 | 3.10 | 8.50 | | 8.20 | 4.70 | 3.30 | | | | | | |

(出所) 丸尾〔4〕

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

第三に、完全雇用の維持が政策目的として重視され、雇用政策が積極的に行われている。

第四に、労使が共に良く組織されており、企業レベルでも国と自治体レベルでも労働者の経営と政策への参加が広汎に行われ、産業民主主義によって民主的かつ合理的に問題解決を行うためのシステムが作られている。そのため、企業レベルでも国や自治体レベルでも労使が比較的協力的であり、その労使関係が平和的である。

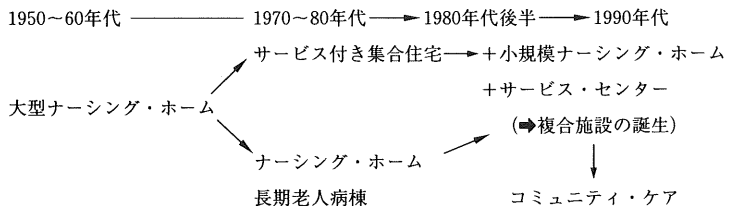
第五に、国際的に非同盟中立で平和主義的であるが孤立主義ではなく、国際問題に対しては関心が深く積極的に貢献している（伊東〔5〕267ページ）。

以上、スウェーデン型福祉国家の特徴について簡単に延べたが、次に、高齢者政策について概観しておこう。スウェーデンの高齢者政策は大きく分けると、所得保障政策、保健・医療政策、居住政策、余暇政策などが挙げられるが、ここで我々が特に関心を持っている介護政策について考察しよう。

② スウェーデンの要介護老人居住施策の変遷

エーデル改革が行われる前までのスウェーデンでは、表2及び図1に示すような変遷があった。即ち、

図1 スウェーデンにおける要介護老人への居住施策の変遷(2)



(出所) 伊東〔3〕232ページ

表2 スウェーデンにおける要介護老人への居住施策の変遷(1)

| | | |
|-----|-----------|--|
| 第一期 | 1950年まで | 養老院時代 |
| 第二期 | 1950～60年代 | 近代的老人ホームと大型ナーシング・ホームの時代 |
| 第三期 | 1970～80年代 | サービス・ハウジング、ナーシング・ホーム、デイ・センターを拠点とする在宅ケアの時代 |
| 第四期 | 1980～90年代 | 小規模近隣型ローカル・ナーシング・ホームとグループ・ハウジングを中心としたコミュニティごとの在宅ケアシステム化の時代 |

(出所) 伊東〔3〕231ページ

第一期は、1950年代までの救貧法的な養老院時代である。

第二期は、1950年代から1960年代にかけての近代的老人ホームと大型ナーシングホームによるケアの時代である。

第三期は、1970年代から1980年代前半にかけてのノーマライゼーション（通常生活の継続）とインテグレーション（統合）へのアプローチの時代である。この時代には、老人ホームの新築は停止されて先駆的な実験が試みられた。それは、i. サービス・ハウジング、ii. ナーシング・ホーム、iii. デイセンターと関係を密にした在宅の三者の設置とその複合化形態の促進であった。

第四期は、1980年代後半から1990年代にかけてのコミュニティごとの在宅ケア・システム化の時代である。この時期に、まず大規模郊外型ナーシング・ホームが一施設当たり25人以下の小規模近隣型ローカル・ナーシング・ホームへと変わった。次いで、わが国のケア・ハウスに近い性格のサービス・ハウジングがグループ・ハウジングへと変わった。このグループ・ハウジングは、一般のアパートの中にサービス・ハウジングが組み込まれて、一層小規模化したも

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

ので、デイセンターを兼ねているものである。

このように、従来の大型老人ホームは、一方では要援護老人のためのサービス付きの集合住宅へ、他方では重介護老人のためのナーシング・ホームないし長期療養型老人病棟へと二分していった。

しかし、1980年代になると、サービス・ハウジングに入居していた高齢者が一段と加齢して重介護を必要とする段階に一気に入り、新たな問題が起こった。すなわち、彼らがそこからナーシング・ホームに移るというのでは、前述のノーマライゼーション、インテグレーションの理念に反するからである。

そこで、サービス・ハウジングに小規模ナーシング・ホームを併設し、それにサービス・センターをも取り込んだ複合施設が誕生したのである。また近年では、さらに新しい傾向として、もはやサービス・ハウジングやサービス・ブロックの新設はされなくなり、各地域でデイ・センターなどを拠点とする在宅ケアシステムを形成する在宅重視の動きが盛んになってきた(伊東〔3〕230～232ページ)。そして、エーデル改革実施後3年経った今、再び、施設の需要が高まりを見せている。

(3) 行き詰まり——転換期の到来

① 成長の衰え

1980年代の終り頃から、スウェーデンも西欧諸国及び日本とときを同じくして、高度成長から低成長へと転換——N I E S 及びアセアンに成長の中心は移った——した。それに加えて、スウェーデンの場合しばしば指摘されるように、福祉国家のジレンマと呼ばれる事象が働いていたのである。そのジレンマは三つあるが(丸尾〔4〕)、その第一は、「救命ボートのジレンマ」と呼ばれるものである。

【スウェーデンのA D E L改革とその背景】

国民の三分の一が公的部門に雇用され、人口の18%が65歳以上の年金生活者であるという、つまり成人人口の過半数が公的支出に依存して生活している。こうなると、公的支出負担が経済活力を奪う上に、公的支出を民主主義の多数決原理で削減することは困難となる。救命ボート（経済）に乗る人（公的支出に依存する人々）が多くなり過ぎたので、乗る人を減らそうとする試みに喩えた訳である。生活がかかっている以上、誰しも自ら進んで降りようとはしないのだ。

第二は、「産業民主主義のジレンマ」と呼ばれるものである。スウェーデンのようにブルーカラーの90%、ホワイトカラーの70%以上が労働組合に組織化され、企業内産業民主主義が進み、完全雇用を維持している国では、賃上げ率が生産性上昇率を大きく上回らないようにすることは、極めて困難である。経済の成長しているときには、その問題が隠れているが、成長が鈍ると顕在化する。

第三は、「寛大な福祉とヴァイタリティのジレンマ」と呼ばれるものである。これは、「再分配国家のジレンマ」ともいわれ、寛大な福祉とそれを賄う重い負担は、人間のヴァイタリティを損ない、モラル・ハザード（道徳的危険）を生じさせ、人間の労働意欲を阻害する。

以上、スウェーデン型福祉国家の抱えるジレンマの代表的なものを列挙したが、これらの克服なしには、スウェーデンの経済的困難はなお続くであろう。

② 高齢化—なお一層の進行

表3及び図2に見られるように、スウェーデンにおいては、既に1950年に高齢化率が10.3%になり、それが60年には12%、70年には13.7%、80年には16.3%、90年には18.3%という急速な勢いで高齢

『スウェーデンのADEL改革とその背景』

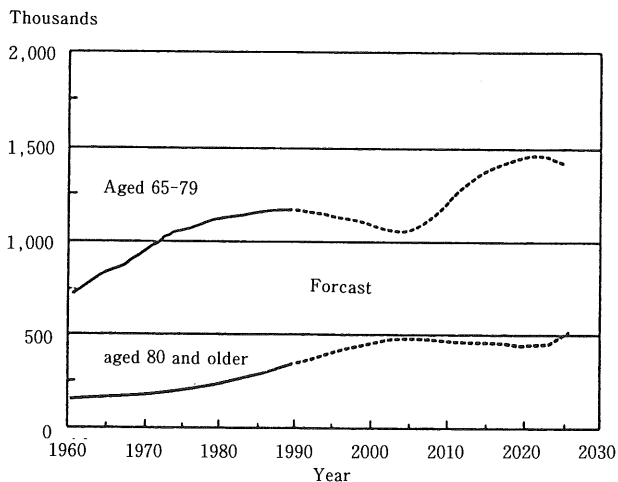
表3 老人人口比率（65歳以上）の国際比較

(%)

| 年次 | 日本 | アメリカ | イギリス | 西ドイツ | フランス | スウェーデン |
|------|-------|------|------|------|-------|--------|
| 1950 | 4.94 | 8.1 | 10.7 | 9.4 | 11.40 | 10.3 |
| 1960 | 5.72 | 9.2 | 11.7 | 10.8 | 11.6 | 12.0 |
| 1970 | 7.06 | 9.8 | 12.9 | 13.2 | 12.9 | 13.7 |
| 1975 | 7.92 | 10.5 | 14.0 | 14.5 | 13.5 | 15.1 |
| 1980 | 9.10 | 11.3 | 15.1 | 15.5 | 14.0 | 16.3 |
| 1985 | 10.30 | 11.9 | 15.1 | 14.7 | 13.0 | 17.9 |
| 1990 | 11.93 | 12.6 | 15.5 | 15.4 | 13.8 | 18.3 |
| 1995 | 14.12 | 12.9 | 15.5 | 16.0 | 14.5 | 18.1 |
| 2000 | 16.26 | 12.8 | 15.4 | 16.8 | 15.3 | 17.6 |
| 2010 | 19.96 | 13.5 | 16.1 | 20.7 | 15.6 | 19.4 |
| 2020 | 23.56 | 17.3 | 18.7 | 22.3 | 19.1 | 22.8 |
| 2025 | 23.37 | 19.6 | 20.1 | 23.9 | 20.6 | 23.4 |

(出所) 日本は総務庁「国勢調査」および厚生省人口問題研究所「日本の将来推計人口」(昭和61年12月推計)、諸外国はUN「World Population Prospects:1988」による各年推計人口にもとづく算定。

図2 NUMBER OF PEOPLE AGED 65-79 AND 80 OR OLDER



By the year 2000, the number of people aged 80 and older will be 80,000 higher than today.

SOURCE: STATISTICS SWEDEN (Berent Hedin [1] 23ページ)

『スウェーデンのA D E L改革とその背景』

化が上昇し、高齢者の数は累積的に増加していった。その上に、スウェーデンの場合は、次のような三つの大きな社会的変化が加わった。

その第一は、高齢人口の増大が進行する中で、なお一層の高齢化が進みつつあることである。65歳以上高齢者のなかで80歳以上の超高齢者の占める割合を見ると、1985年は21.5%であるのに対し、2025年には24.4%に増大するというトレンドがみられる。つまり、高齢者の中で、より多くのサービスを必要とする後期高齢者の比重が高まる傾向を示しているのである。

第二は、一人暮らし老人世帯、および老人夫婦のみの世帯の増加である。1954年から1975年の約20年間の高齢者の世帯構成の変化を見ると、配偶者なしの世帯では、一人暮らしの割合が約50%から約75%へ増加し、配偶者有りの世帯でも、夫婦のみの世帯の割合が約67%から約88%に増加している。一方、親子同居世帯の割合は、それぞれ約25%から約10%、約12.5%へと減少した。高齢者のみの世帯が増加すれば、当然ソーシャル・サービスのニーズは高まるはずである。

第三は、女性の労働力率の上昇である。1974年で57.1%であったスウェーデン女性の労働力率は、10年後の1984年で67.5%、18年後の1992年で86%と大幅に上昇した。有職女性の割合の増加は、男性が家事援助や老親介護を代替するということがない限り、ソーシャル・サービスへの依存をますます拡大させるであろう（伊東〔3〕
229～230ページ）。これに関連して、スウェーデンでは公的サービスが発達しており、家族は老人の面倒を全くみないものと思われるようである。しかし現実には、その70%——年間計約3億時間

【スウェーデンのADEL改革とその背景】

分——が家族や友人に依存している家族介護である。ちなみに公的ホームヘルパーへの依存は約1億2千万時間分である。その内、前者の家庭介護をする者の40%が高齢者で、そのほとんどが女性である。また、老夫婦で妻が夫を世話しているケースが多く、夫を看取った後ひとりぼっちになった高齢女性が老人ホームに入るという図式が最も典型的である。

このような動向は、スウェーデン独自の現象ではない。程度の差こそあれ先進諸国に共通に見られるところである。そういった中でスウェーデンにおいては、比較的早くから老人施策が推進されていた。

しかしながら、スウェーデン経済も1990年代に入ると、財政膨張の結果、累積赤字は1950億クローネと増大し、国際収支も悪くなり、失業率は7%、消費者物価の上昇は年10%に及んでいる。何よりもスウェーデンの経済的危機を端的に表しているのは、クローネの価値が約30年前の1960年代には1クローネ約80円台だったものが、私が訪問した今年の5月で1クローネ約17円、この11月で13円にまで暴落している事実である。それゆえに、スウェーデンでは長年政権の座にあり福祉国家を造り上げてきた社民党も、その座を降り、今や高齢者政策を含めての福祉及び経済政策の見直しが行われているのである。2で見てきたÄDEL改革も、その一環として現れて来た訳である。

三三

4. 終りに

以上、見てきたように、スウェーデンの福祉政策を支えて来た高度成長

がいきずまり、人口の高齢化は更に進み、何らかの手直しを必要とするに至った。そうした過程の中で、高度成長期には見えなかった放漫な財政政策の欠陥や労働へのインセンティブを鈍らせるような要因も姿を現して来た。それと共に、福祉行政の制度的欠陥も現れてきた。そこで、ADEL改革を含む諸々の手直しを必要としてきた訳である。ここで紹介してきたエーデル改革は、ランスティングとコムーンの機能の合理化について主として提言しているが、それと並んで、もう一つ大きなスウェーデンの高齢者対策の変化は、「施設から家庭へ」という点にある。これについては、既に多くの文献その他TV等を通じて我が国に広く報道されている。これも一面において、経済の低成長に應ずる政策変更の性格を持つ（どこまで、これが成功するかは、尚、歳月の経過を見て判断を下さなければならないであろう）。

その上に、新たな国際的新局面も加わって来た。即ち、ヨーロッパにも政治的、経済的変動が現れた。つまり、ヨーロッパ共同体が生まれる情勢になってきたのである。そのようにして、ヨーロッパ域内がボーダレスになり、労働の移動も増大しつつある。ともすれば、スウェーデンから高技能を有する専門家たちは出ていき、他国から未熟練労働者がスウェーデンの進んだ福祉政策の恩恵にあずかろうとして流入してくるという、新しいタイプの問題も発生しつつある。これらに対処するためには、いずれにしてもスウェーデンの従来からの高齢者政策を手直しせざるを得なくなっているのである。

翻って考えれば、わが国も世界に類例を見ないほどの急速な高齢化の進行を前にして（表4及び5参照）大急ぎで高齢化対策を講じつつあるが、以上見てきたようなスウェーデンの状況は、他山の石として十分に考慮すべきであろう。

表4 人口高齢化のスピード

| 国名 | 65歳以上人口比率の到達年次 | | 所要年数 |
|--------|----------------|------|------|
| | 7% | 14% | |
| 日本 | 1970 | 1995 | 25 |
| アメリカ | 1945 | 2015 | 70 |
| イギリス | 1930 | 1975 | 45 |
| 西ドイツ | 1930 | 1975 | 45 |
| フランス | 1865 | 1995 | 130 |
| スウェーデン | 1890 | 1975 | 85 |

(出所) 厚生省人口問題研究所『人口統計資料集』1986年。

表5 65歳以上の高齢人口中に占める後期高齢人口の比率

| 国名 | 年代 | 1985年 | 2025年 |
|--------|----|--|--|
| 日本 | | 37.8% $\left[\frac{4,701 \text{千人}}{12,442 \text{千人}} \times 100 \right]$ | 53.2% $\left[\frac{16,211 \text{千人}}{30,450 \text{千人}} \times 100 \right]$ |
| アメリカ | | 40.4% $\left[\frac{11,535 \text{千人}}{28,530 \text{千人}} \times 100 \right]$ | 41.0% $\left[\frac{24,557 \text{千人}}{59,893 \text{千人}} \times 100 \right]$ |
| イギリス | | 42.8% $\left[\frac{3,618 \text{千人}}{8,458 \text{千人}} \times 100 \right]$ | 45.5% $\left[\frac{5,256 \text{千人}}{11,550 \text{千人}} \times 100 \right]$ |
| 西ドイツ | | 45.2% $\left[\frac{4,053 \text{千人}}{8,958 \text{千人}} \times 100 \right]$ | 45.3% $\left[\frac{5,847 \text{千人}}{12,901 \text{千人}} \times 100 \right]$ |
| スウェーデン | | 43.5% $\left[\frac{649 \text{千人}}{1,492 \text{千人}} \times 100 \right]$ | 50.7% $\left[\frac{966 \text{千人}}{1,904 \text{千人}} \times 100 \right]$ |

(出所) 各国共に国際連合経済社会局編、河野綱果監訳『世界人口予測データ——1950～2025——』より

$\frac{\text{後期高齢人口 (75歳以上人口)}}{\text{老年人口 (65歳以上人口)}} \times 100$ で筆者作成。

注

- 1) 80歳以上の超高齢者の数は、2000年にはイエテボリ (Göteborg) ・コムーンの全人口より多くなると予想される。また、80歳以上の者の約80%が在宅で生活しているが、その内の40%近くはホームヘルプ・サービスを必要としている。加えて、要介護の病人は、年齢が高くなればなるほど増加する。例を挙げるならば、老人性痴呆症患者は80歳以上高齢者の約20%であるが、95歳のコーホートでは50%となる。ちなみに、医療費の中に占める老人医療費の割合は、約20年前の1970年には40%であったが、1990年には60%に増大している。
- 2) スウェーデンの場合、プライマリー・ケア (Primärvård) とは、すべての個人を対象とするラサレット (Lasarett) 型病院以外で行われる医学的事業及びすべての治療並びに養護事業を包含する。尚、歯科医療及び精神発達遅滞者への援護は含まれない。
- 3) コムーンにおいては、議会は単なる代議機関ではなく、行政執行に対しても政治的指導責任を持つ。その指導は、通常、各行政分野毎に設けられている委員会組織が行う。
- 4) スウェーデンには、わが国のような自由診療 (医師、医療機関の自由選択) 制はない。保健・医療は公立公営が原則である。診療を受けるには、まず居住地域を担当するケア・センターで一般医の診療を受け、必要と認められた場合のみ、医師の指示に従って各種病院に入院となる。スウェーデンの医療問題については、『スウェーデンの社会保障』(1990年・東京大学出版会発行) 259ページ以下の中村秀一著「医療保障と社会サービス」スウェーデン医療の悩みを参照されたい。
- 5) 社会的入院については、1993年3月発行の生活経済学会関西部会会報 (NO.10) 8ページ以下の拙論「社会的入院の分析」を参照されたい。
- 6) これについては、W. W. Rostow, *The Stages of Economic Growth: a Non Communist Manifesto*, London, 1960., 木村健康・久保まち子・村上泰亮訳『経済成長の諸段階—一つの非共産党宣言—』ダイヤモンド社、1965年を参照されたい。

引用・参考文献

- [1] Berent Hedin, *ÄDEL-reformen, Framtidens Äldre-och Handikappomsorg, Socialstyrelsen, Handikappinstitutit*, 1991 (西沢秀男訳『“高貴な”改革』ピネバル出版 1992年。
- [2] Bernt Hedin, *Growing Old in Sweden*, The Swedish Institute, 1993.
- [3] 伊東真理子「高齢者の居住政策」内海洋一編著『高齢者社会政策』ミネルヴァ書

『スウェーデンのA D E L改革とその背景』

房1993年.

- [4] 丸尾直美著『スウェーデンの経済と福祉』中央経済社1992年.
- [5] 伊東真理子「〈書評〉丸尾直美著『スウェーデンの経済と福祉』」経済社会学会編『経済社会学会年報』15号1993年.
- [6] 内海洋一・伊東真理子「高齢化の進行と高齢化社会」内海洋一編著『高齢者社会政策』ミネルヴァ書房1993年.
- [7] 岡沢憲芙『スウェーデンの挑戦』岩波新書1991年.
- [8] OECD, Economic Survey: Sweden, 毎年.
- [9] 武藤光朗編『福祉国家論』社会思想社1965年.