

## 高齢者ケアの二国間比較

—日本とスウェーデン—

野口 房子・国武 和子・古川 秀敏  
岩瀬 信夫・山崎不二子・波多江陽子

The care of Elderly in Sweden comparison with Japan

Fusako NOGUCHI, Kazuko KUNITAKE, Hidetoshi FURUKAWA  
Shinobu IWASE, Fujiko YAMASAKI and Yoko HATAE

### 要 旨

2000年4月、わが国の65歳以上の総人口の占める割合は、17.2%になった。日本とスウェーデンの高齢化の傾向を比較すると、スウェーデンでは65歳以上の高齢者の占める割合が7%から14%へ上昇するに82年かかっているのに対し、日本では24年で、3倍以上の速さで高齢化が進んでいる。そして、2001年（平成13年）ついにスウェーデンを抜き、先進諸国では世界のトップになっている。

そこで、高齢社会の先進国であったスウェーデンの高齢者福祉と、日本の高齢者の医療・福祉の比較をおこなうことは、スウェーデンが今まで行ってきた医療・福祉政策の変化を通して、ケアの理念や体制だけでは解決しえない問題について示唆が得られるものと考えた。

キーワード：スウェーデン、日本、高齢社会、政策、ケア

### 課 題

先に我々は、創刊号でスウェーデンの高齢者ケアの歴史、理念、政策等について述べた。その中で課題となったのは、政策として、1992年（平成4年）施行されたエーデル改革と、その内容が及ぼす影響、後期高齢社会に入ったスウェーデンの在宅ケアサービスのあり方、そのための必要財源があった。エーデル改革は保健と福祉の一元化である。その内容は必然的に21世紀を見通した財源や高齢者ケアの問題も含まれる。

常に様々な問題を抱えながら試行錯誤を繰り返しながら改革を積み重ねて、現在に到っているスウェーデンの福祉行政のあり方には学ぶものがある。特に近年における動向は、合理化・効率化の推進や、注目すべき新たな変化を経験してきている。

日本は2000年（平成12年）、介護保険を導入した。第二次大戦後56年間経過した日本の高齢者医療・福祉政策はどのように変化したのであろうか。21世紀はと考える時、高齢化率は2001年に（平成13年）スウェーデンを追い抜いている。

そこで本論は二国間の福祉政策をささえる理念と、第2次大戦終了後1945年（昭和20年）以降の政策の変遷、その要因となる経済状況について比較することにした。

## I 日本とスウェーデンにおける福祉政策の比較

### 1. 変わらぬ理念

#### 1) 日本における高齢者福祉政策をささえる理念

明治維新から1945年（昭和20年）第2次世界大戦の終戦に至る迄の日本には、成熟した欧米社会規範の模倣と廃仏棄釈の波のなかで、人間の精神的基盤とする規範は表現し得なかったといっても過言ではない。しかし習俗として日本人の精神生活に残っていた。戦後GHQの指導で作られた日本国憲法<sup>1)</sup>は、1947年（昭和22年）5月3日施行され、日本国民を主権者として民主主義、自由主義、平等主義、福祉主義、平和主義の5つの基本原則と、国民、国・地方自治体に果たすべき役割を網羅した内容であり、特に理念としては人権主体である人間の生存権保障憲法としてのバイブルであるといえる。そこで日本における高齢者福祉政策の理念を日本国憲法の中に求めて行くことにする。

##### (1) 憲法の意義

21世紀がスタートした。わが国は戦争経済体制から平和経済体制へと移行し、爛熟した現代社会の中では、少々陰りが見えているとしても、世界で有数の経済大国として、国際経済化のなかでの役割を占めるにいたっている。国民生活も、西欧なみの豊かな状況へと移るに至っている。このような戦後60年間の国民経済・国民の生活の変化は、国民の生活の権利、生存の権利を保障する憲法25条の生存権保障とその制度政策の状況にも大きな変化を与えている。

そして今日、日本国のこれらの変化は、後期高齢化、少産少子、女性の社会進出、国際化、しかも西欧諸国の豊かな社会での種々の社会生活のひずみ現象（各種の社会的犯罪、麻薬、アルコール疾患、多様な家族の病理現象をはじめとして）を内包しており、今後の社会保障、社会福祉制度政策にも大きな影響をあたえることは予測されることである。

日本国における憲法25条（生存権）の意義、これと深くかかわる憲法13条（快適生活権）、また憲法14条（平等保障）の意義<sup>2)</sup>は、いかに時代状況が変わろうとも、その内容が、その人権に関する法規定の存在と内容の実体化に迫らざるをえないということである。

いうまでもなく、だれでも一度は迎える「老い」、そして「生活障害化」問題に対し、高齢者の生活処遇を、人間的処遇に改善されなければならない。

今日日本は、国際的視点から、その生存権保障の制度政策をその理念とあわせて、国民の社会的連帯にもとづいた制度政策として、具体的な対策が要求されている。

##### (2) 日本国憲法と社会保障の理念

###### ① 生存権、平等、連帯

戦後の社会保障制度の構築に当たっては、国民の基本的権利と自由を保障する日本国憲法が基本となった。憲法25条（生存権）を有し、国は「全ての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」ことが明記され、この憲法に社会保障制度の基本的理念が明記され、戦後の社会保障関係の法律の源となった。

具体的な社会保障制度の設計は、「社会保障制度に関する勧告<sup>3)</sup>」1950年（昭和25年）が、基本的指針となった。時の吉田茂首相にたいするこの勧告の中で、国民の生活保障を図るためには、国家が責任を持って推進するとともに、他方、国民も社会連帯の精神に立って、それぞれの能力に応じて制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たしながら、社会保障制度の確立を急ぐことが強調されている。

日本における社会保障の目的は、広く国民全体を対象にして、生活の安定が損なわれたときに、健やかで安心できる生活を保障することにある。また生活の保障・安定とともに、個人の自立支援や家庭機能の支援という目的も有している。

#### 2) スウェーデンにおける社会保障政策全般にわたる基本理念と原則

##### (1) 基本理念

###### ① 平等と連帯

スウェーデンにおける社会保障政策の基本理念は、「平等（equality）と連帯（solidarity）<sup>4)</sup>」という言葉で

表現される。ここでいう「平等」とは、所得・居住する地域等に関わらず、すべての国民が必要なサービスを楽しむようにすることを意味し、「連帯」とは、そのために必要な費用を国民全体で力を合わせて税金等により負担することを意味する。この理念は、第2次大戦前1928年（昭和3年）に当時の社民党党首ハンソンが、国会演説のなかで取り上げた概念であり、目指すべき国家像とし、よい家庭のように機能する社会をイメージし「国民の家」という構想を掲げて福祉国家建設を推進してきた政治的スローガンでもあった。この考え方は、現在は国民一般にごく自然に受け入れられている。

また、スウェーデンにおける高齢者・障害者福祉サービス、児童福祉サービス等に関する基本的枠組みを定める法律である「社会サービス法」の第一条は、「公的社会サービスは民主主義と連帯とを基盤に、人々の経済的、社会的安心感、生活条件の平等および社会生活への積極的参加を推進しなければならない。」と規定していて、国の法律においても、「平等と連帯」という理念は明確に位置づけられている。

## (2) 社会サービス法の基本原則

社会サービスに関する基本的枠組みを定める法律として、「社会サービス法」<sup>5)</sup>が1982年（昭和57年）から施行されている。同法の基本原則は次のようになっている。

- ① 自己決定 各人が自分の生活のあり方を自分で決定できるようにする。その決定および選択は尊重されるべきである。
- ② ノーマライゼーション 可能な限り普通の環境で各人が生活を続けられるようにすべきである。
- ③ 選択の自由 介護を受けている人々に選択の可能性がなければならない。
- ④ 総合的視野 各人の福祉ニーズを心理的・身体的・社会的側面から総合的に把握し、対処すべきである。
- ⑤ 継続性 保健医療・福祉関係機関からのサービスの提供はできる限り職員が継続的に対応すべきであり（对人的継続性）、また、同じ考え方にもとづいた看護・介護が継続されるべきである（介護的継続性）。さらに、実際の介護・看護時間が本人のニーズに合うようにすべきである（時間的継続性）。
- ⑥ 柔軟性 各人に対する援助は、本人の置かれている条件と必要性に応じて決められるべきで、一律に決められるべきではない。
- ⑦ 近接性 各人に対する援助は、本人の生活環境のなかで与えられなければならない。
- ⑧ 人格の尊重 各人の人格、人権は尊重されなければならない。
- ⑨ 積極的活動 各人の残存能力を活かして、積極的に有意義な日常生活が送れるように援助が行われなければならない。
- ⑩ 参加 介護・看護の計画は、当事者の参加の下に行われなければならない。

## 2. 変わりゆく政策

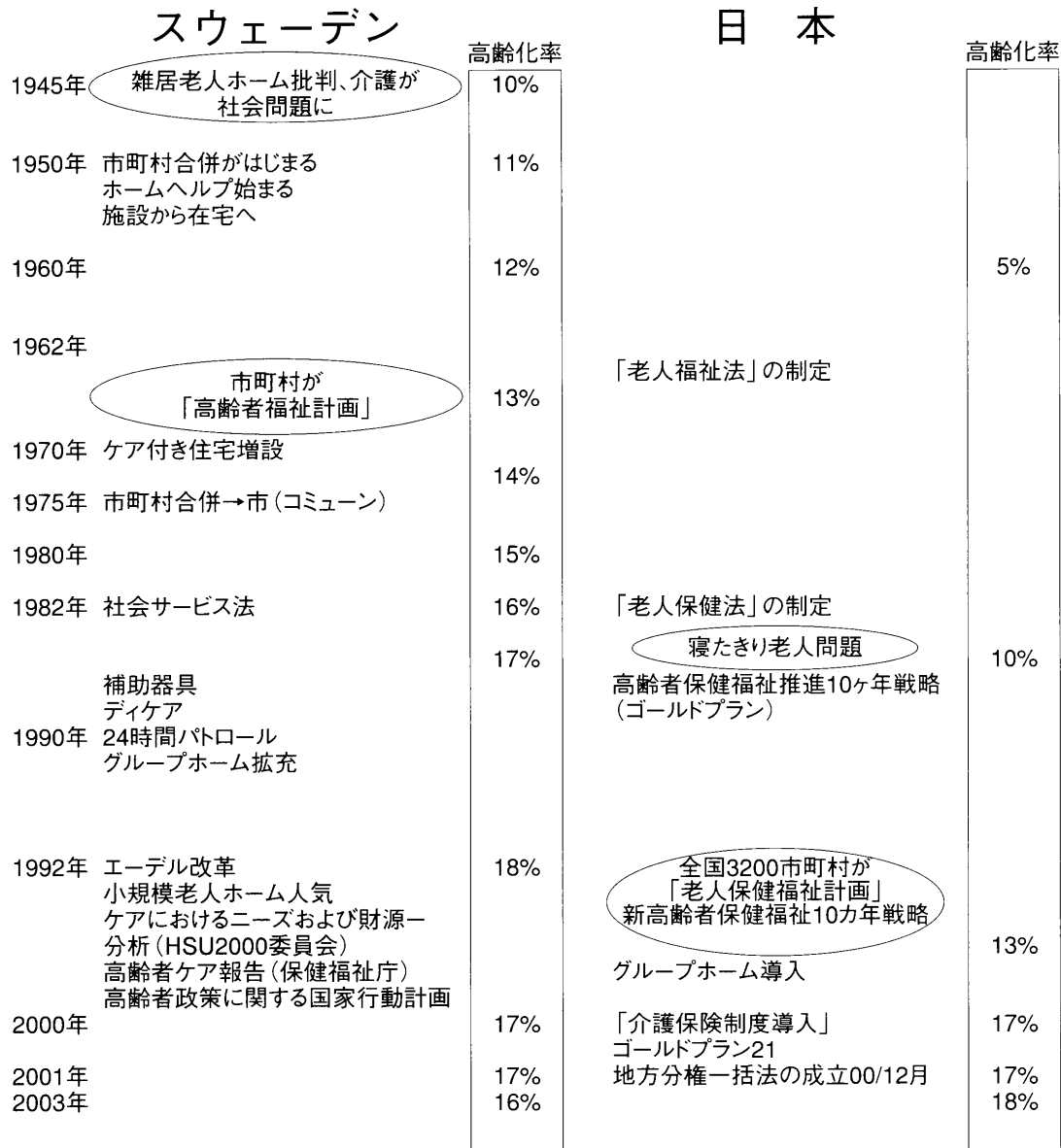
### 1) 戦後から現代に至る日本の高齢者医療・保健・福祉の動向

日本は、1945年（昭和20年）8月15日敗戦を迎えた。そこで日本の戦後から現在に到る迄の経過と、高齢化率の進捗状況と共に変化する高齢者政策の二国間の変遷を、辿って行くことにした（図1参照）。

日本の高齢者政策の最初は、1963年（昭和38年）老人福祉法の制定があり、目的として高齢者の福祉に関する「原理」を明らかにすること、高齢者にたいし心身の健康の保持および生活の安定のために「必要な措置」を講じて高齢者の福祉を図ることであった。その背景には①高齢者人口の増加 ②戦後の産業構造の変化 ③扶養意識の減退 ④核家族化の進展があった。

1982年（昭和57年）老人保健法が制定され、1983年（昭和58年）に施行された。この法律の目的は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施することによって、国民保健の向上及び老人福祉の増進を図ることとし、「基本的理念」として国民は、自助と連帯の精神に基づき、自らの健康保持と老人医療を公平に負担し、また老後における健康保持を図るための適切な保健医療サービスを受ける機会を与えられることになっている。

1989年（平成元年）に、国が緊急に取り組むべき施策としてあげた「高齢者保健福祉推進10カ年戦略」としてゴールドプランを出し、1994年（平成6年）には、従来のゴールドプランを見直した新ゴールドプラン



▽高齢化率が10%の頃、介護が社会問題になり、12~13%で市町村の権限が強化され、16%になるとさらに市町村の役割と責任が大きくなる。日本はどうなるのだろうか？  
高齢化率18%の頃は後期高齢社会でケアの質の保障、その財源、社会全員を動員して意識、行動の参加をうながしている。日本の将来の対策について参考になる政策は多い。

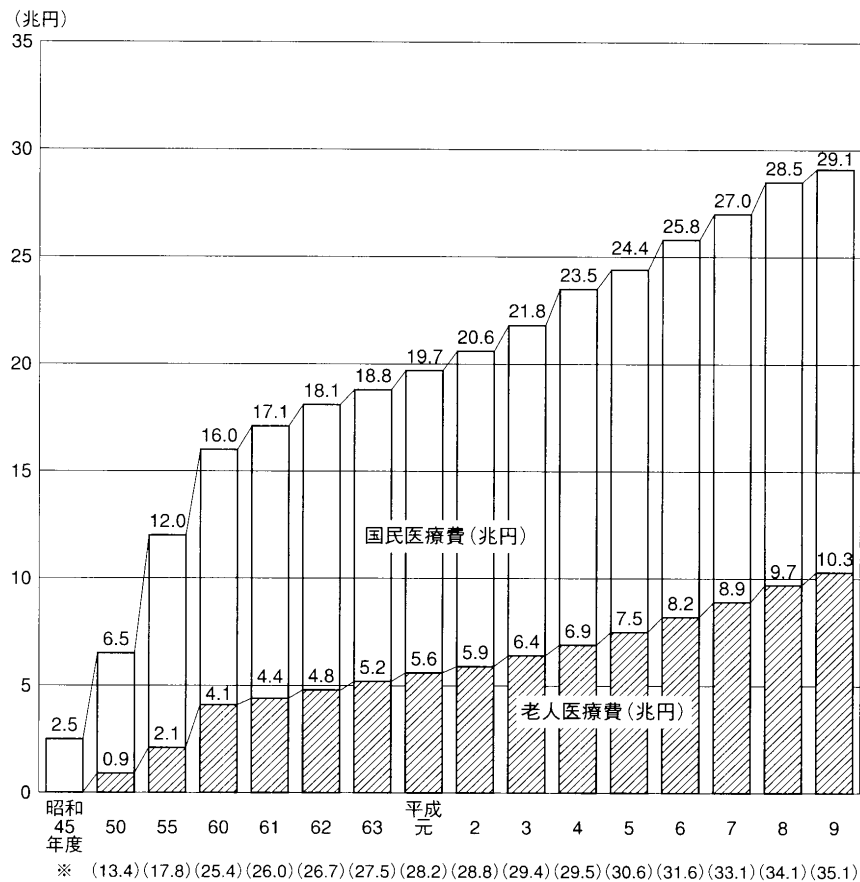
図1 高齢者政策の変遷

(新高齢者保健福祉推進10カ年戦略)が策定され、介護保険法成立に向けたサービスの基盤整備に重点が置かれた。

2000年(平成12年)介護保険が施行された。この制度誕生の背景として、急激な高齢化、少子化、高齢期間の長期化に伴う「老老介護」、高齢者医療費による医療費の圧迫があり、介護保険のねらいとしては、かつての制度では、老人福祉と老人保健の2つの異なる制度のもとで行われてきたので、①福祉サービスでは、行政がサービスの種類、提供機関を決めるため利用者がサービスの選択を行えない。②保健医療サービスについては、介護を主たる目的とする一般病院への長期入院(いわゆる社会的入院)が生じている等サービスが非効率に利用されていることが指摘されてきた。介護保険制度では、これら両制度を再編成して、給付と負担の関係が明確な社会保険方式により社会全体で介護をささえる新たな仕組みを創設し、利用者の選択により、保健、医療、福祉にわたる介護サービスが総合的に利用できるようにした。2000年(平成12年)からは新たな整備計画としてゴールドプラン21が策定されている。

1993年(平成5年)、病院の入院患者全体に占める老人患者の割合はほぼ5割(48%)にまで達しており、

また医療費の面からも65歳以上の老人医療費がほぼ31%に到達していた。その後も一層増加していることまだ増加することが予測されることは、現在の医療においては高齢者のケアの比重が際立って大きなものとなっているからである（図2参照）。



資料：厚生省大臣官房統計情報部「国民医療費」、厚生省老人保健福祉局「老人医療事業年報」  
 (注1) ※は老人医療費の国民医療費に対する割合(%)を示す。  
 (注2) 老人医療費：70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の寝たきり等の状態にある者に係る医療費  
 (注3) 老人医療費は、昭和58年2月の老人保健制度の創設に伴う対象者の拡大のため、昭和15年度～55年度と60年度以降は単純に比較できない。  
 (出典) 全国高齢者社会福祉協会：21・社会福祉大鑑、444ページ、2001

図2 老人医療費と国民医療費の推移

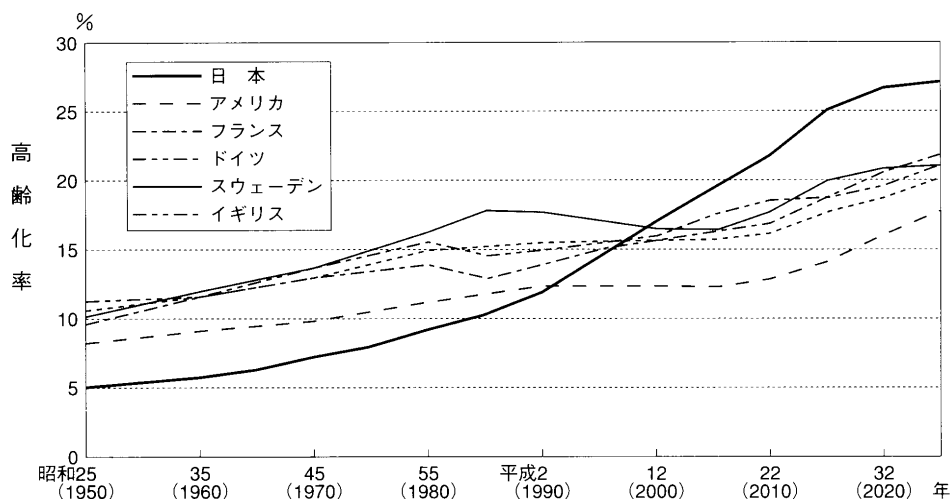
1994年（平成6年）現在の我が国の病院病床数は、総計167.6万床であり、すでに過当競争的状况にあった。病院病床は、1993年（平成3年）戦後初めて入院患者数が減少に転じ（140.7万人から134.7万人へと減少し、65歳以上の入院患者数も減少に転じ）た。

## 2) スウェーデンにおける高齢者の保健・福祉政策の変遷

スウェーデンでは、すでに1950年（昭和25年）代初めにおいて65歳以上の人口比率（高齢化率）は10%を超え、その頃から高齢者福祉政策は政府の最重要政策の1つとして位置づけられてきた。

日本の終戦直後の感染症蔓延時代に参戦しなかったスウェーデンでは「老人性退行性疾患<sup>6)</sup>」時代に入っていたと言える。65歳以上人口比率という指標で見ると、スウェーデンではむしろ1950年（昭和25年）から1990年（平成2年）までがきついまり坂の時期であったところであり、この間、高齢化率は10.2%から17.8%へと7.6ポイントの上昇をみせた<sup>7)</sup>（図3参照）。特に1960年代以降高齢化率は世界最高水準で推移し、スウェーデンはまさに「世界のトップランナー」として走り続けてきたといえる。スウェーデンにとって幸運であったのは、この期間中、特に1970（昭和45年）年代半ばまでにおいては経済が順調であったことと、高齢化の進展に伴うサービスの拡大のためのコスト負担が比較的容易であった。

1970年（昭和45年）代の半ばの石油危機以降、スウェーデン経済もかつての勢いを失い、とくに1990年（平



	昭60(1985)	平 7 (1995)	平17(2005)	倍化年数(高齢化率 7%→14%)
日本	10.3%	14.6%	19.6%	24年間 (1970年→1994年)
アメリカ	11.8	12.6	12.4	69 (1945 →2014 )
フランス	13.0	15.2	16.7	114 (1865 →1979 )
ドイツ	14.6	15.2	17.8	42 (1930 →1972 )
イギリス	15.1	15.8	15.9	46 (1930 →1976 )
スウェーデン	17.9	17.3	16.6	82 (1890 →1972 )

資料：総務庁統計局「国勢調査」  
 厚生省国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成9年1月推計)(中位推計)  
 UN, world Population Prospects:The 1996 Revision

図3 先進諸国の高齢化率の推移及び予測

成2年)代初めには戦後最悪ともいわれる深刻な経済危機を経験した(当時の失業率8.2%)。こうした経済状況を背景に1980年(昭和55年)半ば頃より高齢者ケアの部門でも合理化・効率化が進められた。

1982年(昭和57年)の社会サービスに関する基本的枠組みを定める法律として、「社会サービス法」が施行され、社会サービスの基本原則が示された。また、高齢者福祉の制度的特徴としては次のようなことが指摘できる。

- (1) 徹底した地方分権主義
- (2) 公的セクターを中心としたサービス提供
- (3) 租税を中心とした費用負担

これら経済的問題、高齢者ケアの合理化・効率化から、1980年(昭和55年)「高齢者問題準備委員会」を設置、ここで医療と福祉の一元化が検討され1992年(平成4年)に「エーデル改革」の名称で実施された。

エーデル改革の内容としては、「高齢者サービスの実施・責任主体の市への一元化」および「資源利用の効率化」を目的とした。改革の背景としては

- (1) 県と市の責任分担問題  
 従来よりスウェーデンでは、保健医療サービスの実施主体は県、福祉サービスの実施主体は市とされたが、両者の責任分担が不明確であり、両者の連絡も不十分であった。
- (2) 後期高齢者の増加 80歳以上の高齢者の増加に伴い、介護の必要度の高い高齢者が増加した。
- (3) 社会的入院の増加 高齢者の退院に伴う受け皿が不十分になってきた。
- (4) 高齢者の自己負担額の不公平差があった。

1996年(平成8年)11月、保健医療の財源および組織に関する委員会(HSU2000委員会)報告書が、「ケアにおけるニーズおよび財源—分析」と題し、2010年(平成22年)までの期間における保健医療および高齢者ケアの費用とそれを賄うための財源についての試算結果が示された(図4参照)。

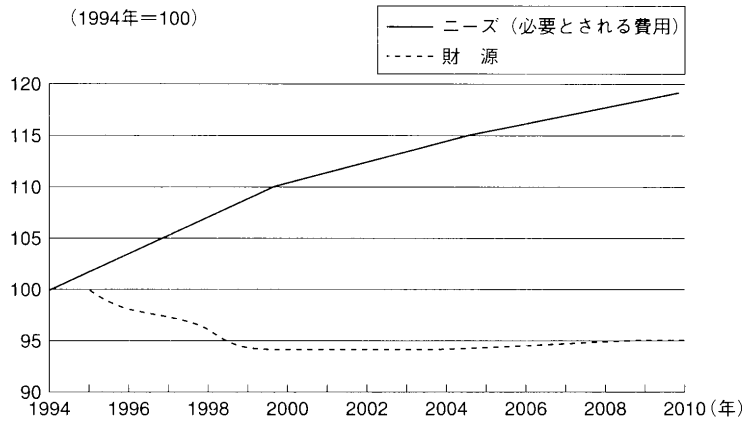


図4 スウェーデンの高齢者ケアにおけるニーズおよび財源（試算）

資料：HSU2000委員会 “Behov och resurser i varden-en analys” (SOU 1996：163)

1997年（平成9年）保健福祉庁の「高齢者ケア報告」、1996年（平成8年）より3年にわたる調査の第1回報告内容として以下の内容が出された。

- (1) 在宅高齢者の保健医療面の充実。
- (2) 市の医療責任看護婦の役割を十分はたすこと。
- (3) 高齢者ケア部門の能力向上。
- (4) 利用者負担の格差是正。
- (5) 近親者に対する市の援助。
- (6) 高齢者ケアの内容や質に関する継続的な調査。

1998年（平成10年）「高齢者政策に関する国家行動計画<sup>8)</sup>」が出された。

目標として

- (1) 高齢者が活動的な生活を送り、社会および日常生活に影響力を及ぼせるようにすること。
- (2) 高齢者が安心して、自立を維持しながら年をとることができるようにすること。
- (3) 高齢者が敬意をもって取り扱われるようにすること。
- (4) 高齢者が良質のケアを受けられるようにすること。

とされこれらの目標を達成するため、非常に広範な施策が計画に盛り込まれている。

## Ⅱ 理念にねざした医療・福祉政策推進の問題点

### 1. 政策の問題はまず理念に根ざした、長期的展望に立ったものでなければならない。

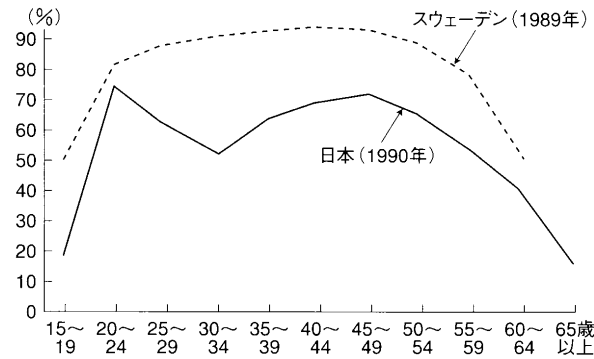
日本とスウェーデンとの高齢者福祉体制の問題について、国連の定義によれば高齢化率7%迄が高齢化社会であり、14%になれば高齢社会である。スウェーデンはこの間を82年かかっているが、日本はこの間を24年の期間でハイスピードで上昇してきている。

スウェーデンでは1960年代から上り坂を上るために、女性の社会参加（共働き）、定年延長（現在は65才）、地方分権の知恵で上ってきた。そして日本もいままでの走り方では登れないことを気付いて、遅蒔きながらも駅前保育所等少しづつ対応しているようにみえる。

### 2. 福祉と経済は車の両輪<sup>9)</sup>である。

一般に高齢社会は、「全人口に占める生産人口が減少する社会」と思われている。生産労働力人口が減少するにつれて、女性の就業機会がふえてくる。すると、子どもの数は減り、高齢化率はさらに上昇するという「高齢社会の悪循環」が続く。日本とスウェーデンの女子労働力率を比較しても、育児期にあたる年齢層の差は顕著である（図5参照）。

育児が女性だけの肩にかかっている日本では、20代後半から30代にかけて女性の労働力率が著しくさがっ



(出典) 岡澤憲美「生活大国へ」

丸善ライブラリー、164ページに補筆。

▷スウェーデンでは、女性は「育児」か「仕事」かを選ぶ必要がない。一方、日本で30代で乳幼児を育てている母親の就業率は低く、M字ラインを描いている。

図5 女子年齢階級別労働力率の推移

ている。また日本では家族介護の第1位は嫁である。先進国の中で最も出生率が上昇している国がスウェーデンである。スウェーデンでは保育所を充実させ、所得保障のある育児休暇などを法制化し、女性の働く環境を整備していった。その結果、女性の労働力を最大限に活用し、同時に出生率を上げることに成功した。出生率アップは高齢化対策の最たるものである。

スウェーデンでも1960年代の経済の高度成長期には、「福祉は経済の敵」と言われた。しかし、1970年代以降の高齢社会においては、労働力確保の観点からも、高齢者福祉や保育サービスも(長期的には)経済力維持のための重要な経済政策ということになった。日本でも考え方の大転換が必要である。つまり福祉の充実には経済成長をうながし、経済成長がなければ福祉の向上が困難なのである。高齢社会は「経済化か、福祉化」の二者択一ではなく、「経済も、福祉も」という両立が求められる時代である。

### 3. 高齢化対策

寝たきりや痴呆の対策には大別して2つある。高齢者が寝たきりや痴呆になってから、医療(入院など)を中心に対応する型と、もう1つは、高齢者が寝たきりや痴呆になるのを予防する看護(保健指導)やリハビリを中心に対応する「予防型」である。前者の方が短期的には安上がりのように見える。しかし長い目で見れば後者のほうが経済的にも合理的にも人間性にもなっている。看護の部分まで医療で肩代わりする医療主導型の高齢者対策は割高で、かつ本人のQOLも低い。これは過去スウェーデンが犯してきた誤りの1つである。日本も早急に福祉(看護)中心の「予防型」に転換しないと財政的に破綻すると思われる。

日本における「寝たきり老人」は「寝かせきり老人」である。つまり「寝たきり問題」は人災なのである。「痴呆問題」にも人災の部分<sup>10)</sup>がある。なぜなら高齢者痴呆は病気になると治らないが、早期発見・治療や十分な介護やリハビリをすることにより痴呆症状をやわらげることが出来る。

寝たきりや痴呆を悪化させない体制、すなわち予防型に転換するためには、市町村が主体となったハイレベルな効率的な高齢者福祉が必要である。

### 4. 地方分権

#### 1) 日本の分権社会

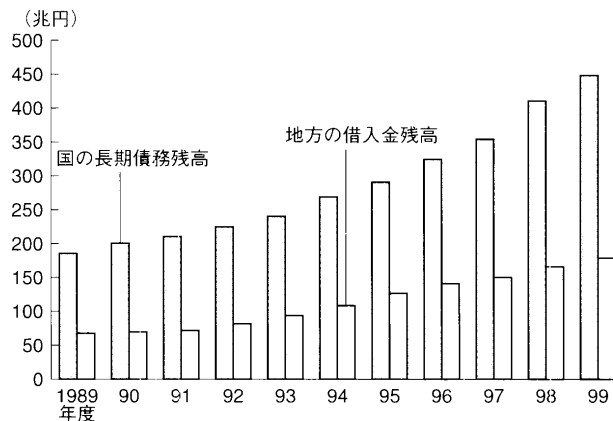
日本では、2000年(平成12年)4月地方分権一括法の施行によって本格的な地方分権時代が幕を開けることになった。しかし市民にとっては、この地方分権に依って日常生活の何が変わるのかが全くみえてこないのも事実である。その最大の理由は、分権の中身が、「機関委任事務の廃止」や「法定受託事務の創設」など、中央政府と地方政府間の「官官分権<sup>11)</sup>」にとどまっているところにある。また、地方自治の現場に携わる首長や自治体職員からは、「権限の移譲とともに財源の移譲を」「3ゲン(権限・財源・人間)の移譲なくして分権なし」との不満の声もきかれる。分権の本質は「中央政府から地方政府へ」ではなく、「国家から



地方へ、そして自治体と民間の協働へ」という枠組みでとらえられるべきである。ならば、現在の分権改革は緒に就いたに過ぎないともいえるし、地方としても官（県と市町村）ばかりが受け皿となるのではなく、民間も巻き込んだ、真の地方の時代づくりに取り組まねばならないと思われる。

## 2) 逼迫する地方財政への対応

日本の財政にたいして逼迫する国家財政の建て直しを図ることと同時に、危機的状況にある地方自治体の財政事情を改善することが、緊急の課題であることに異論を挟む余地はない（図6参照）。もはや市民の日常生活は、次世代に赤字をたらい回しすることとなりたっているといっても過言ではない状況にある。



注) 1998年度は3次補正後、1999年度は2次補正後  
資料) 大蔵省資料  
(出典) 九州経済調査会：分権社会と新しい主体、  
九州経済白書、2000年版、14ページ、2000

図6 国と地方の長期債務残高

このような財政赤字の累積は様々な問題点を露呈しているが、中でも、現在の財政赤字をもたらす公共投資が将来の世代に真の利益をもたらすものでなければ、将来の公債償還のために必要となる課税は将来世代の便益に見合わないものとなり、非効率かつ不公平なものとなる（世代間不公平感の顕在化）という視点が重要である。生産年齢人口が既に減少になっている九州の場合、モラル（勤労意欲）の低下と、短期的課題である景気回復に向けて、公共事業の増加や減税政策を行財政改革より優先せざるを得ないというジレンマに陥っている。

財源に乏しい過疎地域の自治体は、住民サービスを維持するために地方交付税の強化を求め、自主財源率の高い大都市部の自治体は地方交付税の強化よりも税財源の移譲を求めた。その過疎地と大都市のバランスを維持してきたのがこれまでの補助金や地方交付税の配分システムである。しかし、現在では、法人関係税収が多く豊かであった大都市部が危機的状況に追いつめられており、経済が右肩上がりだったからこそ国民的合意をえられてきた補助金と交付税による財政調整システムを維持するのが困難である。

今後は、自主財源確保のため、地方税の強化や課税自主権の確立が求められることになるが、現在の低成長経済下ではカンフル剤とはなりにくい。市町村自身が自らを律し、財政効率の向上に努めることはもちろん、限られた予算制約の中で現在の行政サービス水準を引き上げていくための新しい政策主体作りが地方自治体に求められている。

## 3) 地方行政課題への対応（福祉対策を中心に）

自治体にとっての緊急の課題は福祉対策である。とりわけ高齢化の進展と少子化による人口の減少が、地域の活力を維持していくうえで重大な問題をはらんでいる。高齢化比率が著しく高い地域ではコミュニティが崩壊するのではないかと、既に減少に転じている生産年齢人口の負担の増加、或いは高齢社会によって貯蓄率が低下し、投資が停滞するのではないかと、といった懸念が抱かれている。この急激な高齢化に対処するためにも、福祉をささえる地方財政基盤を充実し、各種サービスの分野間・地域間の連携を積極的に推進することがもとめられる。そこで、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で要介護を支えるための新たな仕

組みとして、2000年（平成12年）の4月に介護保険が始まったといっても過言ではない。

それは地域で生活する高齢者に、平等なケアの提供をするためには、広域的に取組む必要性があり広域連合を作り対応してきたが、これにはメリットよりデメリットが多くなり2001年になると国が市町村の自主的合併を支援する「合併特例法」による推進により、財政優遇措置も加わり市町村の合併化が進んでいる。

#### 4) スウェーデンにおける徹底した地方分権

スウェーデンでは、高齢者・障害者福祉、児童福祉等の社会サービスの具体的な実施については、日本の市町村に相当する基礎的自治体であるコミューン（kommun：以下「市」と表記する）が責任を負うこととされており、地方分権の考え方が徹底している。すなわち地方分権の理念<sup>12)</sup>は、「行政の決定は、できる限りその影響を受ける人々の近くでなされるべきである」ということである。

一方、国は制度の基本的枠組みの企画立案を行うなど政策全体のあり方について責任を負っており、高齢者福祉政策に関する国の機関としては、（Socialdepartementet:Ministry of Health and Social Affairs）社会省、保健福祉庁（Socialstyrelsen:The National Board of Health and Welfare）等がある。社会省は、保健医療・福祉・社会保障等の政策に関する基本的枠組みの企画立案等を行う。保健福祉庁は、各省から独立した地位を有する独立行政機関の一つであり、保健医療・福祉に関する施策の評価、業務の監督等を行う。

(1) 1998年1月現在、288ある市は、社会サービスの実施に関して非常に広範な権限を有しており、市自らが各種事業の運営主体となるとともに、その具体的運営方針や福祉施設の構造・設備・人員配置のあり方、サービスに対する利用者負担額等についても、国の決定する基本的枠組みの範囲内で各市が独自の判断で決定している。

1996年における市の事業費全体のなかで、福祉関係費は二分の一強を占めていて、なかでも高齢者・障害者福祉関係費は28.1%と最大の部門となっている（表1参照）。

同年における市の歳入については、税収入（ほとんど全てが所得課税である市税によるもの）が55.3%と過半を占め、その他料金収入等と合わせた自主財源で大部分の経費を賄っており、国からの補助金・交付金は歳入の18%弱にすぎない（表2参照）

表1 市（コミューン）の事業費の内訳（1996年）

	割合(%)	金額(百万クローネ)
インフラ整備等	8.3	22,368
余暇・文化事業	6.1	16,531
児童保育	15.5	42,043
教育	28.1	46,290
高齢者・障害者福祉	28.3	76,798
生活保護等	8.2	22,324
その他	5.4	14,685
合計	100.0	271,039

資料：SCB“Kommunernas finanser1996”

表2 市（コミューン）の歳入の内訳（1996年）

	割合(%)	金額(百万クローネ)
資産売却	2.4	8,295
料金	9.1	31,398
事業収入	3.7	12,850
賃貸料	3.0	10,417
補助金	4.8	16,611
税収入	55.3	191,958
一般国庫交付金	13.0	45,137
その他	8.7	30,254
合計	100.0	346,920

資料：SCB“Kommunernas finanser1996”

保健医療サービスの具体的な実施については、広域的自治体であるランステイング（landsting：以下「県」と表記する。1998年1月現在、23の県が存在）および、いずれの県の圏域にも属さない三つの市（ヨーテボリ市、マルメ市、ゴットランド市）が責任を負っている。

1996年における県の事業費全体のなかで、保健医療関係費は8割以上を占めており、保健医療は県の中心的任務であるといえる（表3参照）。

同年における県の歳入においては、所得課税である県税の収入が66.3%を占める一方、国からの補助金・交付金は16%強にすぎず、市と同様財政面での国からの独立性は高い（表4参照）。

各市および各県は、独自に市税、県税を決定し、住民に対して課税する権限を有しており1998年における税率の平均は、市税21.2%県税9.3%である。なお、市と県との間に権限上の上下関係はなく、対等の立場でそれぞれの役割を分担している。

表3 県(ランスタング)の事業費の内訳(1996年)

	割合(%)	金額(百万クローネ)
病院医療	60.0	66,502
初期医療	21.7	24,052
社会事業	0.6	693
精神障害者ケア	0.8	893
教育・文化事業	5.9	6,544
その他の事業	8.8	9,741
管理費	2.3	2,499
合計	100.0	110,924

資料：表5と同じ

表4 県(ランスタング)の歳入の内訳(1996年)

	割合(%)	金額(百万クローネ)
県税収入	66.3	85,738
国庫交付金	13.7	17,774
国庫補助金	2.7	3,428
医療保険からの支払	0.1	92
料金等	9.1	11,809
その他	8.1	10,448
合計	100.0	129,289

資料：表5と同じ

## (2) 公的セクターを中心としたサービスの提供

高齢者福祉の運営、ホームヘルプ・サービス等の高齢者福祉に関する事業の大部分は市により直接運営され、サービスが提供されている。市が直接運営する事業に従事する職員は基本的に市の公務員である。

1990年代に入り、市が民間事業者に運営の依託を行う形態が増加したが、全体からみればまだごく一部である。また、民間事業者への依託の増加は大都市圏が中心であり、地方部ではあまり進んでいない。

なお、保健医療サービスについては、その大部分を県が直接提供している。具体的には、県立の病院や地域保健センター等が保健医療サービスの大部分を提供しており、このような機関に勤務する医師、看護婦等の職員は基本的に県の公務員である。

## (3) 租税を中心とした費用負担

高齢者福祉サービスに要する費用の大部分は、租税(主に市税)により負担が行われている。サービス利用者本人からも一定の利用者負担を徴収しているが、費用全体からみればごく一部である。1994年においては、高齢者・障害者福祉関係費のうちの9%が利用者負担により賄われており、市の負担(財源のほとんどは市税)および一般国庫交付金および国庫補助金により同関係費の82%が賄われている(表5参照)。

表5 市(コミュン)の高齢者・障害者福祉関係費の財源構成(単位：百万クローネ)

年	総費用	市の負担 (市税等)		国庫補助金 (使途限定)		利用者負担		その他	
		金額	割合 (%)	金額	割合 (%)	金額	割合 (%)	金額	割合 (%)
1984	13,478	8,340	62	1,760	13	2,209	16	1,169	9
1985	15,016	9,402	63	2,137	14	2,221	15	1,256	8
1986	16,487	10,495	64	2,289	14	2,391	14	1,312	8
1987	18,012	11,522	64	2,483	14	2,531	14	1,476	8
1988	20,239	1,300	64	2,865	14	2,169	11	2,205	11
1989	22,876	14,572	64	3,547	15	2,204	10	2,553	11
1990	27,287	17,826	65	3,852	14	2,426	9	3,183	12
1991	29,303	18,895	65	4,172	14	2,670	9	3,566	12
1992	51,272	37,646	73	6,898	13	2,899	6	4,509	8
1993	52,679	43,782	83	911	2	4,086	8	3,900	7
1994	56,470	45,228	80	1,186	2	4,781	9	5,275	9

(注1) 総費用の数値についてエーデル改革(1992年から実施)の影響を考慮した調整は行っていない。

(注2) LSS法(特定機能障害者の支援とサービスに関する法律(1994年施行))に基づく施策に関する費用は含まれない。

(注3) 1993年および1994年の「市の負担」には、一般国庫交付金(使途限定なし)の一部を含む。

(注4) 「利用者負担」には、家賃は含まれない。

資料：保健福祉庁“Adelreformen Arsrapport1995/Rividerad version”

### Ⅲ ま と め

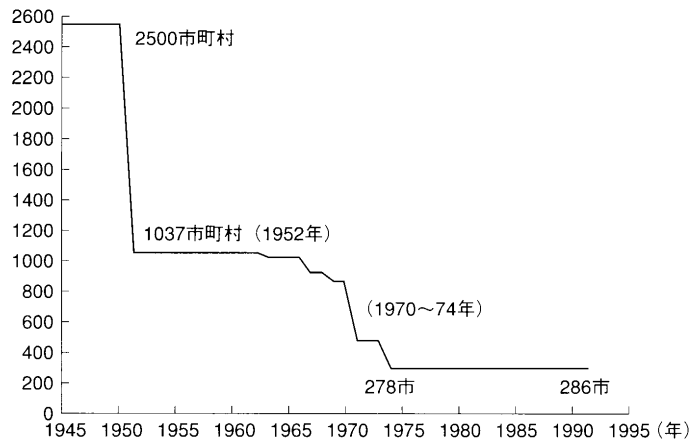
1) 戦後56年を経過し、日本における憲法もスウェーデンの社会サービス法も変わることなく経過した。その理念は時代の変化があっても、経済の変化があっても脈々とうけつがれている。日本はようやく身近な憲法として受けとめられつつあるように思える。

2) 高齢者政策の変遷では、世界のトップランナー82年のスウェーデンの政策の後を追ってきたと思われる面が多い。高齢化率10%で高齢者の待遇改善が言われ始め、高齢化率13%頃高齢者福祉は市町村への動きが始まり、高齢化率18%ではスウェーデンは保健と福祉の一元化（エーデル改革）と、地方分権の強化（高齢者福祉の権限移譲と責任）が動きはじめた。日本では17%で介護保険を導入している。

3) 高齢者の占める割合が7%~14%になるのに、82年のスウェーデンと24年の日本の違いは、スウェーデンでは生産人口の確保のため女性の社会参加（共働き）と、男女雇用平等均等を図ったことと、保育所の充実を図ったことがある。

4) 高齢者対策では、スウェーデンでも日本でも医療中心型であり、とくに日本は寝かせきり老人が多かった。この面は予防型に早くから転換しないと財政的にも破綻をきたす。

5) 地方分権問題は、スウェーデンでは地方分権のために市町村の合併が行われ（図7参照）、分権の意義をはっきりさせ、権限、財源、の移譲があっている。日本の場合、広域連合—市町村合併とあいまいではあるが合併を押し進めている。3ゲン（権限・財源・人間）の移譲なくして分権なしといわれているが、日本では脱皮する民と、変わりつつある官の姿であることを期待している。



(出典) Olof Petersson, *Kommunal politik*, 1992, P. 54.

▷スウェーデンでは戦後2度にわたり、大規模市町村合併が行われた。高齢社会にむけて、市町村を社会福祉サービスの供給母体に育てるためである。最終的に町村は合併して、新しい概念の基礎自治体、市(コミュン)になった。現在、町村は存在しない。

図7 スウェーデンにおける市町村数の変化

### おわりに

日本とスウェーデンの二国間比較は高齢者福祉を中心にすえた。このことにより比較対象の政策の姿が鮮明に出てきた。その姿はスウェーデンの後を追っている姿（日本が一方的に学ぶ）であった。2001年（平成13年）高齢化率は逆転し、日本は追われる立場になった。そして最大の問題である後期高齢社会に日本は間近に入る。先に、後期高齢者のケアを体験しているスウェーデンからこの面についても学ぶ半面、日本の高齢者ケアも相当の進展をみせている。2000年（平成12年）に導入された介護保険制度に取り組んでいる日本の高齢者ケアに対するスウェーデンの関心は高いと思われる。

1997年（平成9年）6月、ノルウエーのベルゲンで開催された、日・北欧首脳会談で「世界福祉構想」の

一環として、日本と北欧諸国との間で高齢化社会に向けた協力を行っていくことが合意された。これをうけて1998年東京と和歌山で、日本とスウェーデンの専門家による高齢者介護問題シンポジウムが開かれている。こうした新たな動きがみられるのは、高齢者問題は、先進国の共通の悩みであり、各国が知恵を出し合っ  
て対応策を考えていく認識の高まりの結果であると考えられる。

#### 【引用文献】

- 1) 星野安三郎, 小林孝輔：口語憲法、自由国民社, 16, 113, 1997
- 2) 佐藤 進：ジュリスト高齢社会と在宅ケア, 有斐閣, 28, 1993
- 3) 厚生省監修：社会保障と国民生活, 厚生白書, 平成11年版, 16, 1999
- 4) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢福祉最前線, 筒井書房, 52～59, 1995
- 5) 野口房子：スウェーデンの高齢者ケア(1), 県立長崎シーボルト大学紀要, 73, 2001
- 6) 広井良典：社会保障制度と生活者の健康医療学総論, 金原出版, 6, 2000
- 7) 総務庁編：国際高齢者年, 高齢社会白書, 平成11年版, 32～33, 1999
- 8) 井上誠一：スウェーデンの高齢者ケア最新事情終, 週間社会保障, 54, 1999
- 9) 山川和則, 齊籐弥生：高齢社会と地方分権, ミネルヴァ書房, 5, 1996
- 10) 野口房子：グループホームにおけるケアの質, 感情機能と知的機能の関連, 日本カウンセリング学会誌, 53～54, 2000
- 11) 九州経済調査協会：分権社会と新しい主体, 九州経済白書, 13～28, 2000
- 12) 井上誠一：スウェーデンの高齢者ケア最新事情2, 週間社会保障, 54, 1999