

スウェーデンの介護事情

～ 海外調査報告 ～

厚生労働委員会調査室 あんど うのりゆき
安藤 範行

1. はじめに

我が国の介護保険制度は、高齢化、核家族化等の進展によって深刻化していた介護問題に対応するため、高齢者が要介護状態になっても、尊厳をもって自立した生活を営むことができるよう、国民の共同連帯の理念に基づき、社会全体で要介護者の介護を支えるための仕組みとして創設されたものであり、平成 12 年（2000 年）4 月から全面施行されている。

現在、平成 21 年度（2009 年度）に予定される制度改正¹に向けた検討が進められているほか、介護の現場では、介護労働者不足が深刻な問題となっており、介護労働者の待遇改善と人材確保策が喫緊の課題となっている。また、大手介護サービス事業者の不正事案を受けて再発防止・事業運営の適正化が問題となり、平成 20 年（2008 年）1 月 18 日に召集された第 169 回国会では、不正事案の再発防止及び介護事業運営の適正化を目的とした制度改正が行われている²。

介護保険制度をめぐる動きが活発化する中で、筆者は平成 20 年（2008 年）1 月、スウェーデンを訪問し、介護制度に関する実情を調査する機会を得ることができた。福祉国家の代表国として世界的に認知されているスウェーデンの介護制度は、先進的なモデルとして、我が国が介護保険制度を導入する際にも大きな影響を与えている。

スウェーデンでは、1 月 15 日にストックホルム市役所、1 月 16 日に社会庁をそれぞれ訪問し、介護サービスの実施状況とともに、エーデル改革（1992 年の福祉・医療改革）の評価、介護サービスの質を確保するための仕組み、介護労働者の労働環境等について実情を聞いた。また、1 月 16 日には介護施設であるサービスハウスを訪問し、施設の視察を行うとともに、運営上の課題等について実情を聞いた。

本稿では、スウェーデンにおける高齢者ケア制度と主な制度改正の動き（1992 年の福祉・医療改革等）を概観した後、各訪問先での説明・質疑応答を通じて、スウェーデンの介護制度の仕組みと課題を示し、最後に我が国の介護保険制度の改善に向けた考察を加え

¹ 平成 17 年の介護保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 1 項で「政府は、介護保険制度の被保険者及び保険給付を受けられる者の範囲について、社会保障に関する制度全般についての一体的な見直しと併せて検討を行い、その結果に基づいて、平成 21 年度を目途として所要の措置を講ずるものとする。」第 2 項で「政府は、この法律の施行後 3 年を目途として、第 3 条の規定による改正後の介護保険法による予防給付及び地域支援事業について、その実施状況等を勘案し、費用に対するその効果の程度等の観点から検討を行い、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする。」と規定されている。

² 「介護保険法及び老人福祉法の一部を改正する法律案」（閣法第 67 号）は、介護従事者等の処遇の改善に向けて衆議院厚生労働委員会から提出された「介護従事者等の人材確保のための介護従事者等の処遇改善に関する法律案」（衆第 16 号）とともに、平成 20 年（2008 年）5 月 21 日の参議院本会議で可決され、成立した。

てみたい。

2. スウェーデンにおける高齢者ケア制度

(1) 制度の概要

スウェーデンの介護サービスは、「社会サービス法」に基づき、基礎的自治体であるコミュニティ（市町村に相当）が提供する。日本のような保険制度ではなく、サービスの費用は、基本的にコミュニティの税財源と利用者の自己負担で賄われる。

介護サービスは、本人又は家族の申請に基づき、各コミュニティのニーズ判定員による要介護度の判定及びサービスの量・内容のアセスメントを経て提供される。日本のような要介護度の区分設定はない。ただし、ニーズ判定の基準、判定方法は、各コミュニティによって異なる。

介護サービスには、在宅サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ、訪問看護、配食サービス、セーフティアラーム、住宅改造、移送サービス等）と施設サービスがある。施設サービスは、法律上、「特別の住居」と位置付けられており、入居者にとっては「施設」というより「住居そのもの」である。施設形態によって、高齢者の集合住宅である「サービスハウス」、重度の介護が必要な者のための「ナーシングホーム」、認知症の者のための「グループホーム」などがある。サービス提供主体は、基本的にコミュニティであるものの、近年は首都ストックホルムを中心に民間委託が進んでおり、2004年には高齢者が受けたホームヘルプの約9%、「特別な住居」の約13%が民間委託によるものである。

利用者負担はコミュニティによって異なるが、利用者負担の上限及び利用者の最低所得保障額が設定されている。

高齢者向けの医療・介護については、基本的に保健医療に関してはランスタイング（都道府県に相当する広域自治体）、社会福祉に関してはコミュニティが、それぞれファイナンス及びサービスの供給について責任を負っている³。

(2) 主な制度改正の動き

エーデル改革⁴前のスウェーデンでは、保健医療はランスタイング、社会福祉はコミュニティと明確に区分されていた。そのため、コミュニティからすると、福祉サービスを充実させるより、重度の要介護者は病院に入院させてランスタイングに費用を負担させた方が財政的に好ましく、結果として社会的入院という問題が生じていた。

こうした状況を改善するため、1992年、医療資源を有効かつ効率的に使用し、高齢者のQOL⁵向上を図るという観点から、「エーデル改革」が行われた。主な内容は、以下のとおりである（図1参照）。

³ ランスタイングは、保健医療等を提供するために設置されている自治体であり、両自治体は、日本の都道府県と市町村のような縦の関係でなく、水平的な関係にある。

⁴ この改革の名称は、改革を構想した高齢者委員会の頭文字（Aldre（高齢者）の「A」、delegationen（委員会）の「del」）をつなぎ合わせて「Adel（エーデル）」と名付けられた。

⁵ Quality of life：生活の質

ランスタイングの提供する「医療」に属していた長期療養病院／地域療養ホームなど（約3.1万床）が「ナーシングホーム」としてコミュニティに移管された。

ナーシングホームの移管に伴い、そこでのサービスに従事していた看護師以下の医療関係職種その他のランスタイングの職員がコミュニティの職員へ身分を移管された。

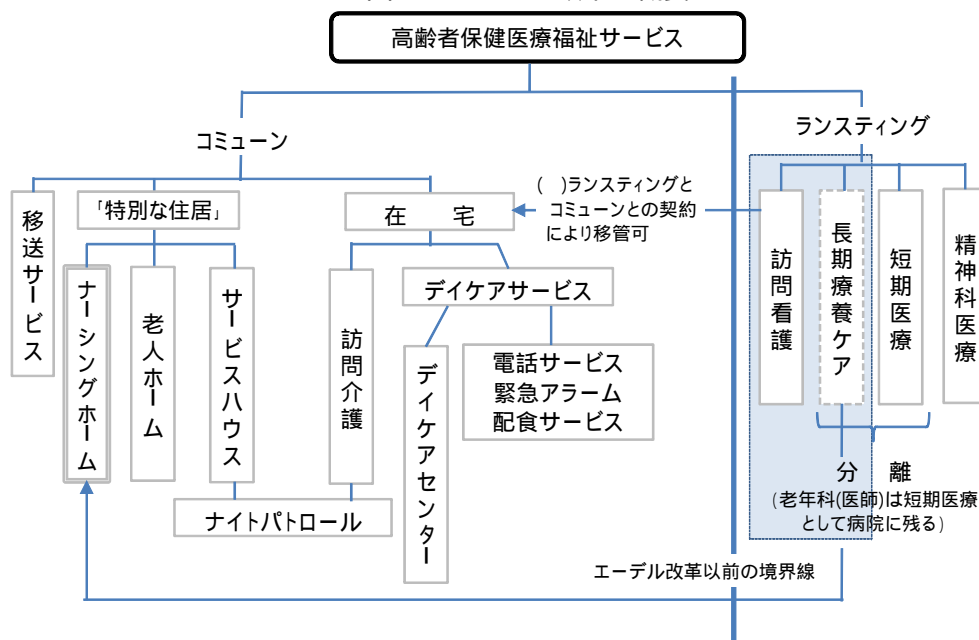
サービスハウス、老人ホーム、グループホーム、ナーシングホームを社会サービス法上の「特別な住居」に位置付けた。

保健医療法が改正され、「特別な住居」における看護に加え、ランスタイングが運営していたデイケアもコミュニティに移管された。また、訪問看護はランスタイングとコミュニティの契約により移管が可能となった。これにより、各コミュニティに看護の最終的な責任者である「医療責任看護師」（MAS：Medecinskt Ansvaring Sjukskoterska）を配置することになった。

医学的に退院可能と病院が判断すると、病院が福祉事務所に退院の連絡を行う。その連絡から5日以内にコミュニティが適切なサービスを用意できず、病院にとどまらざるを得なければ、その分の入院費はコミュニティが負担することになり、コミュニティに高齢者ケアに取り組むインセンティブが与えられた。

新築、改築における補助方法が改正され、すべての「特別な住居」に対して同じ条件となった。この場合、最低限一部屋とトイレ、シャワー室、キッチン（簡易キッチン）がなければならず、また車いすが使える広さでなければならない。

図1 エーデル改革の概要



(出所)伊澤知法「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 (Autumn2006)

エーデル改革により、社会的入院患者の大幅な減少、平均在院日数の短縮、高齢者向け住居の整備促進、「特別な住居」における居住環境の向上などの成果が上がったと評価されている。その一方で、訪問看護について、ランスタイングとコミュニティに責任が分立し、連携がうまく図られていないなどの問題が指摘された。

その後、エーデル改革から 10 年後の見直しのために設置された「高齢者ケア委員会」が、2004 年にエーデル改革の影響をレビューする報告書「一貫した在宅ケア」を取りまとめた。ここで、在宅の高齢者に対するリハビリテーションの提供、在宅で訪問介護を受けている者に対する医師の訪問診療が不十分といった点が指摘され、訪問看護のランスタングからコミューンへの移管などが提言された。

こうした課題に対応するものとして 2006 年 5 月、6 分野ごとに改善すべきことを述べた「政策法案 2005 / 2006 : 高齢者医療・高齢者ケア 10 年国家戦略」が成立した(図 2 参照)。10 年で 100 億 SEK⁶の高齢者ケア予算も示されている。

図 2 高齢者医療・高齢者ケア 10 年国家戦略で定める 6 分野

ケアの提供(訪問看護のコミューンへの一元化など)
住居の保障(建設補助金制度の創設、夫婦の同居保障など)
社会的ケア(食事・栄養のあり方の重視など)
国レベルでの平等と地域レベルでの発展
(ナショナルセンターの創設、高齢者医療・ケアに関するクオリティ登録制度など)
予防措置(67 歳以上の高齢者を対象とした予防的ホームヘルプサービスなど)
サービス従事者(継続的能力開発、将来的な最低限の能力水準を設定など)

(出所)筆者作成

3. ストックホルム市役所訪問

(1) ストックホルム市の高齢者ケア制度の概要

ストックホルム市役所を訪問し、ストックホルム市の状況と高齢者ケア制度の概要について説明を聞いた。主な概要は以下のとおりである。

ア ストックホルム市の状況

スウェーデンの首都であるストックホルム市(コミューン)の人口は、約 78 万 4,000 人(海外からの移住者を含む)であり、20 歳未満 21%、20~64 歳 64%、65 歳以上 15% という構成になっている。

市の住民は、集合住宅に約 375,000 世帯、一軒家に約 44,000 世帯住んでおり、合計で約 419,000 世帯になる。各世帯の人数はさほど多くなく、一人住まいも多い。

市の教育水準は高く、住民の 53%は高等教育を受けており、義務教育しか受けていない者は 10%である。

平均年間所得は、男性 332,800SEK(約 582 万 7 千円)に対し、女性は 251,800SEK(約 440 万 9 千円)と男女間格差があり、世間で言われているほど男女平等ではない。

市の収入 347 億 SEK の内訳は、税金が 79%、利用料・家賃が 13%、利子が 3%、土地の賃貸が 5%となっている。ストックホルム市は区制度を採用しており、予算は、区から半分、残りは市から支出している。各区の支出合計(市の支出は含んでいない)を見ると、高齢者ケアは全体の 32%と一番大きなウェイトを占めている。

⁶ スウェーデンクローナ。1 SEK = 17.51 円(2008 年 5 月 26 日時点)

イ スtockホルム市の高齢者ケア制度

(ア) 在宅サービス

認知症高齢者を対象に、記憶の訓練、生活訓練、家族の負担を軽減するためのデイケアが行われている。在宅での生活を続ける上で、週に1～3回デイケアに通うことは、本人にとっても、同居する家族にとっても有効である。

また、2週間のショートステイと2週間の在宅介護を交互に行う「交替介護」というケアの形態もある。基本的に「特別の住居」に入所するのはケアが必要な高齢者であるため、夫婦の一方がケアを必要としてなければ、別々に生活することになるが、「交替介護」により、そうした夫婦も在宅で住み続けることができる。

このほか、在宅で要介護者のケアをしている家族の介護負担の軽減（レスパイト）を目的とした週4時間のホームヘルプ制度がある。最近、75歳以上を対象とした「何でも屋」のサービスが創設され、例えば、階段の切れた電球の取替えなどを行う。これにより、転倒事故防止に効果があると考えられている。

(イ) 特別の住居

高齢者は、在宅での生活が不安になれば、市に「特別の住居」への入居を申請する。しかし、市は、すべての人が在宅に住み続けることを希望していると考えており、かなりの「特別の住居」を減らした。また、市は「特別の住居」の申請があっても、容易に申請を認めないと批判されている。

「特別の住居」には、身体介護が必要な人に対するもの、認知症の人に対するものなど、様々なタイプが必要とされている。また、身体介護が必要な人と認知症の人は居住区域を分けた方が好ましい。認知症の人は、徘徊したり、昼夜の区別がつかなくなったりするため、特別な見守りが必要となる。

「特別の住居」での看護は市が提供するものの、医師が必要になれば、県に連絡する。入居者が急病になれば救急車で病院に運ばれるが、何時間も待たされないよう、一部の老年科では、運ばれてきた高齢者を直接診断する仕組みにしている。

(ウ) 利用者の自己負担

利用者の自己負担は、配食と月2時間のケアで365SEK（約6千円）であり、最高額は、24時間ケアの1,610SEK（約2万8千円）である。「特別な住居」の食費は2,460SEK（約4万3千円）。「何でも屋」は利用日数制限があるものの無料である。

所得がある程度残るよう、最低保障額が決められている。年金所得から税金・家賃を控除し、ホームヘルプの利用者負担を支払った後、独居で在宅なら4,346SEK（約7万6千円）、夫婦なら7,522SEK（約13万2千円）の所得が残るようにならなければならない。「特別の住居」の入居者であれば、食費を払った上で、最低保障額は2,815SEK（約4万9千円）である。

2006年9月時点で、在宅又は「特別の住居」の介護サービス利用者は、14,214名、うち、低年金であるために介護費用を支払っていない人は4,845名（利用者の34%）、

利用者負担の最高額（24時間ケアで1610SEK）を支払っている人は887名（利用者の6％）である。

（エ）視察官制度

ストックホルム市には、高齢者ケアの視察官制度（3名）がある。各施設を視察し、好事例があれば周知し、最終的に報告書を執行委員会に提出する。この視察官制度によって、より良い制度を広めることができ、報告書に盛り込む以前に問題点が改善されることもある。そのほかにも、高齢者オンブズマン制度があり、不満等の申入れ先について相談に乗ってくれる。

国の監査機関として、県行政庁があり、ここではすべての福祉分野の監査を行い、改善命令を出している。また、問題が重大で改善されなければ、事業停止命令を出すことができる。

（2）質疑応答

ア エーデル改革の問題点

一般的に高い評価を受けている「エーデル改革」の問題点について聞いたところ、「医師が市に移管されなかったこと」、「県が市に移管した以上に高齢者がいた病床（短期＋長期）が減らされたこと」が問題だったとの認識であった。

医師が市に移管されなかった結果、「エーデル改革以前、ナーシングホームは医療機関だったので医師の回診があったが、エーデル改革で施設が市に移管され、医師が県の病院（老年科）に残った結果、施設から医師がいなくなった。そのため、ナーシングホームに入居する多くの寝たきり高齢者は、容易に地区の診療所に行くこともできなければ、医師も施設に来ないという状況が生まれた」とのことである。

ただし、長期病床・ナーシングホームが県から市に移管されたことで、以前は「患者」と呼ばれていた高齢者が、「入居者」と呼ばれるようになったことは評価することであった。

イ 介護従事者の労働環境

日本における低賃金等の劣悪な労働条件を背景とした介護人材不足問題を踏まえ、スウェーデンの状況について聞いたところ、「民営化によって事業者は増えているものの、人手不足である。ただし、『顧客選択制度』を採用しているため、評判のいい事業者には労働者も集まる」とのことであった。

賃金水準については、「介護サービスは、典型的な女性の仕事であり、元々は家族の中で無料で行われてきたもの。そのため、男性が就く介護以外の職種に比べると給与水準は上がりにくい」とのことであった。

4. 「Piltradets サービスハウス」の視察

(1) スウェーデンにおける施設サービスの状況

スウェーデンの施設サービスは、社会サービス法上、「特別の住居」と位置付けられている。入居する高齢者にとって、「施設」ではなく「住居」という考え方をとっている。

1992年のエーデル改革以前は、サービスハウス、グループホーム、老人ホーム、ナーシングホームといった医療・介護の入所施設であったが、「特別の住居」として統合されるとともに、生活の場としての環境整備が進められている。現在でも改革以前の施設類型の性質を引き継いでいるものが多く見られ、施設類型によって、スタッフの配置状況も異なっている。なお、日本のように全国一律の人員・施設基準や全体の整備計画は存在せず、各コミューンの判断に任されている。

今回の調査で訪問した「サービスハウス」、「グループホーム」に関する一般的な利用者の状態像とサービス提供方法は、次のとおりである。

ア サービスハウス

入居者は自立～軽度の要介護者が中心で、各部屋には台所、シャワー・トイレが整備されている。また、施設にはレストラン、デイセンター、美容院など多様なサービスが併設されている。介護サービスについては、日中に職員が居るケースが多く、内部職員よりサービスを受ける。夜はナイトパトロールで対応する。

医療サービスは、利用者の状態に応じ、各家庭医により訪問診療が提供されている。休日及び夜間等の家庭医が対応できない時間帯に医療が必要になれば、近隣の医療機関に依頼する。

終末期には、原則として外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行う。ただし、重度化してナーシングホームや病院等に入院することもある。基本的に疼痛緩和等以外に、酸素吸入、点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない。

イ 認知症グループホーム

中～重度の認知症患者が中心であり、少人数（1ユニット8～10人規模）で共同入居している。居室以外に、食堂や居間等の共有スペースがあり、家庭的な環境を有する。また、各室ごとにシャワー、トイレ、ミニキッチンが整備されていることが多い。

(2) Piltradets サービスハウスの概要・視察

今回の調査で訪問した「Piltradets サービスハウス」は、グループホームを併設した施設である。

この施設は当初、市が直接運営していた。しかし、市が施設運営を民営化し、4年に1回入札が行われるようになった。これによりレスペクタという規模の小さい民間会社が施設を運営するようになったが、入札の結果、1年前から



Piltradets サービスハウスの外観
(筆者撮影、以下同じ)

アレリスという規模の大きな民間会社が施設を運営している。なお、食堂、美容院、足の治療院といった様々なサービスの運営も、それぞれ入札を行い、別の民間会社が運営している。

部屋は115室あり、119名が入居している。グループホームは3ユニットあったが、各居室にトイレと簡易キッチンがついて28㎡という新たに定められた基準を満たしていないため、現在1ユニットに居住している6名が5名になれば、他のグループホームに移して廃止する予定とのことである（1ユニットは既に保育所に改築）。部屋にキッチンが無ければ「住居ではない」との考えに基づくが（日本は「施設が住居か」を考え、スウェーデンは「居室が住居か」を考える）、来室した家族の利用が想定される程度であり、共用の台所を利用することも可能である。施設長からは、「認知症高齢者の部屋にキッチンを設置するのは危険ではないか」との見解が示された。



施設内の食堂

職員は事務も含めて100名が働いている。60名がフルタイムで40名がパート（隣のナーシングホーム・グループホームは入居者128名に対して職員200名）という構成になっている。職種は、作業療法士が1名、理学療法士が2名、看護師が3名と夜勤職、あとは介護職（准看護師＋ヘルパー）である。介護職は、2週間に1回週末勤務する。日中、準夜勤、夜勤の3つの勤務形態があり、日中勤務の人は日中だけで、夜勤など他の形態を兼ねることはない。3名の看護師は、すべての医薬品管理を行っているほか、薬の配布、傷の手当て、インシュリンの注射などを行っている。

入居者は、入居に関して民間会社のミカサと契約している。そこで、入居者は家賃をミカサに払い、介護費用（個々の収入によって異なる）を市に払う仕組みになっている。したがって、運営会社に対する入居者の支払はない。



部屋の様子

グループホームは、入居者が徘徊しないよう、各ユニットから出られない構造になっている。サービスハウスの入居者の中にも1人認知症の高齢者がいるが、家族から書面で一人で外出する許可を得ている。

施設長の案内を受けながら、実際に入居している方の部屋を訪れ、入居者の方のお話を伺いながら室内を見せていただいた。部屋の中にある備品はすべて持ち込みということであり、壁一面に絵や写真が飾られ、豪華なシャンデリアや家具、思い出の品々が置かれていた。これまで日本で見てきた殺風景な特別養護老人ホームの部屋と比較すると、部

屋の雰囲気明るさや色遣いには格段の違いがある。また、3部屋もの広々とした空間を1人で占有するというのは、日本の特別養護老人ホームに見慣れていると、かなり贅沢ではないかと違和感を感じた。

部屋を見て強く感じたのは、ここが「施設」でなく、「住居」だということである。マンションに引っ越すのと同じように、高齢者が住みやすい、生活環境が整った介護付きの「住居」に引っ越すという考え方や、それに見合った施設を提供することは、高齢者の生活の質を高める上で重要であろう。



部屋の様子

(3) 質疑応答

ア 入居者の状態

入居者の介護度には幅があり、「介護をまったく受けていない高齢者もいれば、チューブで繋がれた高齢者もいる」とのことである。中には、他の区でサービスハウスが廃止されたものの受け皿がなく、移されてきた高齢者もいるという。

最近では、本来ならナースィングホームで受け入れるような重度の高齢者が入居してくるケースもあり、「そうした高齢者は、結果的にここでの活動に参加できないでいる。しかし、入居者を決定するのは市なので、拒むことはできない」とのことであった。

イ 労働環境

2003年に運営主体が市から民間会社のレスペクタに変更された際の職場環境の変化について聞いたところ、「運営主体が民間会社になっても、職場環境に大きな変化はない」とのことであった。

日本の経験に照らすと、民営化により職員の人件費が抑制されるのではないかと考えられたが、「賃金は労働組合と使用者団体との労働協約によって決められているので、勝手に下げることはできないし、フルタイムをパートに変更することもできない。人件費を削減するには、職員数を減らすしかない」とのことであった。

また、スウェーデンでも日本同様に介護職の賃金水準が低いため、より高い賃金を求めて転職することも考えられた。しかし、介護分野に限らず一般的に「最後に雇用された人から解雇されるという慣行があるため、職場を変えたがらない」とのことであった。

ウ 施設運営上の問題

施設運営における一番の問題は「収入」とのことであった。以前は、単純に「入居者の数」と「介護時間」に応じた額が委託費用として積算されていたが、現在は、「介護時間」と「入居者の介護レベル」に応じた額をかけたものを委託費用として積算す

るようになり、収入に影響しているとのことである⁷。

エ 医療との連携

以前は県だけが医療を所管していたが、エーデル改革により市も関係するようになり、さらに民営化もあって、医療との連携は複雑になってきている。

本施設での連携状況について聞いたところ、「昨年(2010年)の12月31日まで、隣のナーシングホームに複数の地区診療所があり、その中の職員協同組合による運営の地区診療所がホームドクターとなり、週に1回医師が回診に来ていた。今は一時的に医師の派遣会社から週に1回医師の派遣を受けており、4月1日からはアレリスが医師の会社と契約するようになるとのことである。

医師については通常、県が責任を負うことになっているが、「委託契約書には、単に介護についてだけでなく、看護師や医療関係者が何人配置され、医師とどのようにコンタクトするかといったことも含まれており(介護職員の配置は含まれない)、そうしたことも含めた契約になっている」とのことであり、委託契約を通じて市が医療の提供体制に関与していることがうかがえた。

5. 社会庁訪問

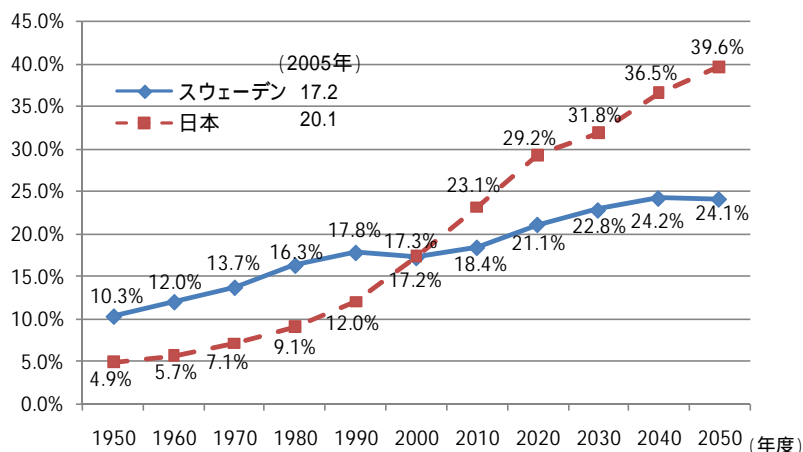
(1) スウェーデンの高齢者ケアをめぐる状況

社会庁を訪問し、スウェーデンの高齢者ケアをめぐる状況について説明を聞いた。主な概要をまとめると以下のとおりである。

ア 高齢化の状況

スウェーデンは、当初日本より高齢化が進んでいたが、急激に高齢化が進む日本に比べ高齢化率(65歳以上人口比率)は緩やかに伸びている(図3参照)。近年は約17%で安定しているが、欧州諸国の中では高い。2005年時点における高齢化率は17.2%で、80歳以上の高齢者が5.4%、

図3 スウェーデンと日本の高齢化率の推移



(出所) UN, World Population Prospects: The 2006 Revision
ただし日本は、総務省「国勢調査」及び国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果による

⁷ ただし、他のサービスハウスで委託費の積算方法が異なることは十分考えられる。

90歳以上の高齢者が1%弱という人口構成になっている。平均寿命は2006年で男性が79歳、女性は83歳である。

イ 介護制度の概要

介護サービスの約9割が直接地方自治体によって提供されており、民間委託は少ない。特定の地域では、「顧客選択制度」が採用されており、利用者がサービス事業者を選択できる。2006年10月1日現在で、65歳以上の高齢者のうち、8.6%が在宅サービスを受け、6.4%が「特別の住居」を利用している。最近は、在宅サービス受給者が増加する一方、「特別の住居」の利用者が減少する傾向にある。なお、介護サービスを受けている高齢者の80%以上が80歳以上で、男女比は半々である。

介護サービスの費用は2005年で約800億SEK(「特別の住居」が64%、在宅が34%、予防的活動が2%)に上っており、財源は、ほとんどが公費負担(地方税、補助金)で、利用者負担は4%である。

「特別の住居」に入居していても、ある程度の所得を残す最低保障制度がある。高齢者は年金支給額が低いため、サービス受給者の約1/3は費用負担がない。もし本人が利用者負担を払えなくても、子供は親を扶養する法的義務がないため、子供の支払い義務は生じない。ただし、夫婦間での扶養義務はあり、高齢者ケアの1/2~1/3は家族介護である。

介護サービスの目標は、高齢になっても積極的な生活ができ、日常生活において自らの影響力を及ぼしながら生活できることである。スウェーデンでは自立に重点が置かれており、自立した生活が可能な高齢期を安心して迎えるため、在宅介護サービスや「特別な住居」が必要になる。経済的状況に左右されることなく、尊厳を保持しながら良質な医療・社会的ケアが受けられる権利を高齢者に与えるため、「社会サービス法」が定められ、この法律に基づき介護サービスが提供されている。介護サービスの運営責任は市にあり、原則として、個人の必要性及び個々の状況に応じて介護サービスによる援助が適用される。

(2) 質疑応答

ア エーデル改革への評価

エーデル改革への評価を聞いたところ、「多くの人がエーデル改革によって状況が悪化したと思ったことが問題。エーデル改革によるのか、スウェーデン経済悪化の影響なのかはわからない」とのことであった。一方で、従来は施設であったナーシングホームが「特別の住居」として自宅に位置付けられたことは一般的に評価されているとのことである。

また、エーデル改革の際、介護サービスのみならず、医療の責任も県から市に移管することが検討されていたが、結果的には医療を県に残すことになり、現在でも医療を市に移管することが議論となっている。そこで、医療が市に移管されなかった理由について聞いたところ、「医師のステータスが高く、市の高齢者ケアはステータスが

低いとされているので、市に移りたくなかったのではないか」とのことであった。

イ 事業所の情報公開に関する仕組み

ストックホルム市では、「顧客選択制度」を採用しているにもかかわらず、特段の介護事業所の情報公開の仕組みがなかった。今後、「顧客選択制度」が普及すれば、利用者の適切な選択に資すること、事業者の競争を促して介護の質を高めることから、介護サービス情報の公開制度を構築することが重要な課題になると思われる。

社会庁としては、「2009年からの利用を目標に、各市の比較及び各事業所の比較が可能な『高齢者ガイド』というインターネットサイトを立ち上げることを考えている」とのことであった。

ウ 民間委託による問題

ストックホルム市を中心に、市が介護サービス事業所の運営を民間に委託する動きが進みつつある。民営化が進んだ当初は、「小規模な会社も存在していたが、その後市場でM & Aが進み、現在では規模の大きな会社によって独占されている」とのことであり、その過程では、「入札で委託先が規模の小さいA社に決まったにもかかわらず、その後落札できなかった大手B社が、A社を吸収するといったケースが発生していた」といった問題も浮かび上がった。

また、民間に委託する⁸場合、委託先の事業者の質が確保されることが、利用者にとって極めて重要である。そこで、入札の際には、事業者の提案内容を踏まえて質の確保を判断することになるが、「その真偽を市がどう確認するかが問題」とのことである。社会庁としては、「委託後の定期的な監査だけでなく、医療責任看護師が定期的に訪問したり、現場の職員も監査に参加するといった案をガイドラインで示している」とのことであった。ストックホルム市では、3名の高齢者ケア監査官を雇用し、継続した監査が行われているが（視察官制度）、「こうした制度を他の市も導入すべき」との見解が示された。

エ 監査体制

県行政庁が行う監査によって、どのような不正事案が発覚しているのか聞いたところ、市が運営を民間委託している施設が、市のガイドラインで定める設備・運営基準を満たしていなかったという事例が紹介された。なお、社会庁のガイドラインでは、「委託先の決定を行う市の『社会サービス委員会』が入札結果に責任を持つことにし、責任の明確化を図ることを示している」とのことであった。

また、エーデル改革により、各市には、看護の最終的な責任者である医療責任看護師の設置が義務付けられ、医療責任看護師は、高齢者ケアサービスが適切に提供されているかをチェックし、問題があれば社会庁に報告する仕組みになっている。しかし

⁸ 入札の場合は市がチェックを行うので、民間会社は県行政庁の許可は不要だが、入札でない場合には、県行政庁からの運営許可が必要になる。

ながら、「発注の最終的な責任者である『社会サービス委員会』に、医療責任看護師がいないのは問題だと考えている。本来ならば、医療責任看護師は生産の場より、注文する場にいるべき」との見解が示された。

6. おわりに

今回、介護先進国として認知されるスウェーデンを訪問し、特徴的な高齢者ケアシステムと現行制度が抱える問題とともに、介護労働者問題など日本の介護保険制度が抱える問題についても調査することができた。その中で印象深かったのは、お互いの国の文化・慣習、社会システムなどの影響が、介護制度に色濃く反映されているということである。

今回の調査で「特別の住居」であるサービスハウスを視察することができたが、法的に「施設」でなく「住居」として位置付けるだけでなく、入居者や周囲の意識としても高齢者向けのマンションに引っ越しているような感覚がみられた。親を介護施設に入所させることに抵抗感を抱きがちな日本とは大きな違いであり、施設の在り方を検討するとともに、国民意識の変革が必要であろう。

また、日本では介護労働者の処遇改善が喫緊の課題となっているが、スウェーデンでは、労働組合と使用者団体との労働協約で賃金が決まっているため、介護サービスの運営が民間委託されても、事業者は介護従事者の賃金の切下げ、非正規化、解雇等による人件費抑制は基本的にできない仕組みになっている。日本とは大きく異なる労使関係が社会システムとして構築されており、そのまま我が国に当てはめるのは難しい。現行制度を前提とすれば、介護報酬の引上げを行うとともに、介護労働者の社会的評価や賃金交渉力を高めるなどの取組を通じ、「福祉人材確保指針」⁹で示されているように国家公務員の福祉職俸給表等を参考に給与体系を決定していくことが期待される。

こうした違いがある一方で、日本の現行制度にも十分応用が利き、参考になるのではないかと思われるものもあった。例えば、ニーズ判定の仕組みである。日本では、市町村の要介護認定とケアマネジャーによるケアプランの作成によって、適切なサービスを提供する仕組みにしているが、実際には、居宅介護支援事業所がケアプランの作成だけでは経営が成り立たず、介護施設やホームヘルプ事業所など、他のサービス事業所に併設しているため、中立・公正の観点から問題のあるケアプランが少なからず作成されていると問題になっている。スウェーデンでは、自治体のニーズ判定員がケアマネジメントを実施しており、日本の民間の居宅介護支援事業所のように、公正・中立性が問題になることはない。日本では、多様なサービス主体の参入を促し、競争原理を働かせることによって質を高める制度設計にしているが、ケアプランの作成までは、中立・公正の観点から、地方自治体が責任を持つべきではないかと感じた。

また、ストックホルム市では、レスパイトを目的とした訪問介護や、階段の電球の取替えなど行う「何でも屋」の在宅サービスなど、利用者や家族の幅広いニーズに応えたサービスを用意している。日本では、同居人のいる要介護者に対するサービス抑制が問題化し、

⁹ 「社会福祉事業に従事する者の確保を図るための措置に関する基本的な指針」(厚生労働省告示第289号 平成19年8月28日)

「介護の社会化」という理念との整合性が問われた。財政的な制約はあるにせよ、在宅サービスの充実に向け、サービスの種類についても積極的に検討する必要があるのではないか。

一方では、日本の介護保険制度の方が優れている面も見られた。近年、ストックホルム市など特定の地域では、「顧客選択制度」の導入が進んでいるものの、事業者の選択に資する公的なツールがなく、日本が平成 18 年度から「介護サービス事業所の情報公表制度」を導入していることに比べると立ち後れている。とはいえ、日本の情報公表制度については、事業所の負担に比べ利便性が低いことが批判されており、今後の改善が期待される。

いずれにせよ、我が国では平成 21 年度に予定される介護保険制度の見直しに向け、今後さらに議論が活発化すると思われるが、スウェーデンをはじめ諸外国の制度も参考にしながら、より良い介護保険制度に発展していくことを切に期待したい。

最後に、今回このような調査の機会を与えていただき、また、アポイントの取付けや現地での移動等、慣れない海外での調査を支えてくださった関係各位に深く感謝申し上げるとともに、多忙な中で、快く訪問を受け入れてくださった現地の方々に、深く御礼を申し上げます。

【参考文献】

『2005～2006 海外情勢報告』(厚生労働省)

伊澤知法「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 (Autumn2006)

医療経済研究機構『諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書』(財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会 2007.3)

西下彰俊『スウェーデンの高齢者ケア』(新評論 2007.7)

奥村芳孝「スウェーデンの 2006 年新社会保障の動向(上)」『週刊社会保障』No.2451 (2007.10.8)

奥村芳孝「スウェーデンの 2006 年新社会保障の動向(中)」『週刊社会保障』No.2452 (2007.10.15)

奥村芳孝「スウェーデンの 2006 年新社会保障の動向(下)」『週刊社会保障』No.2453 (2007.10.22)

『Facts about elderly in Sweden』(Government offices of Sweden) 2007.9

<<http://www.regeringen.se/content/1/c6/08/76/56/7f299199.pdf>>

『Elderly care in Sweden』(SWEDEN.SE) 2007.12

<http://www.sweden.se/templates/cs/FactSheet___18336.aspx>

「実験国家は何をしてきたか」『週刊東洋経済』(2008.1.12)