

図一 5 親族との行き来

(前々回は市内に限定)

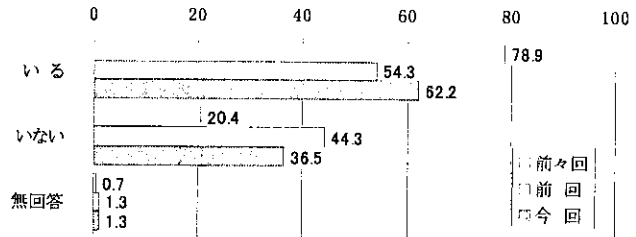
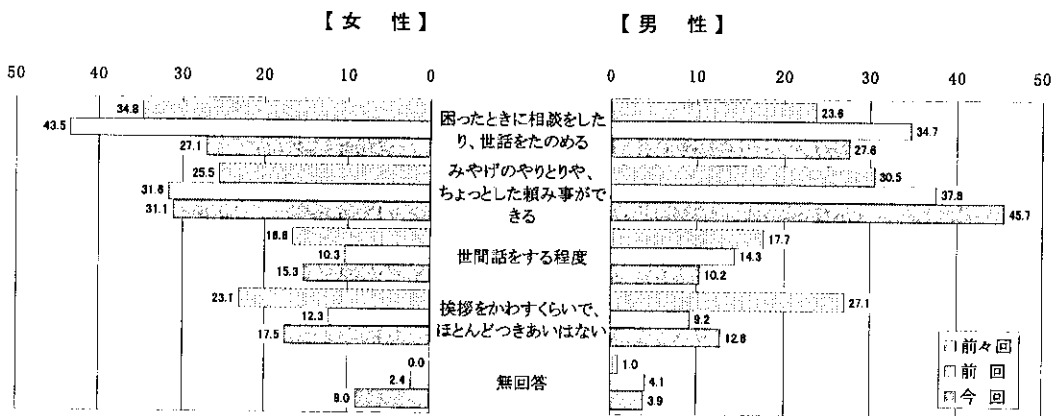


図 5-1



図一6 地域団体やサークルへの参加

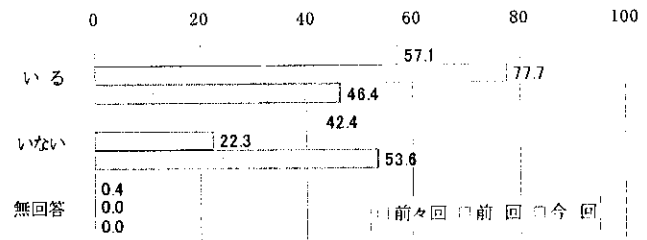


図6-1

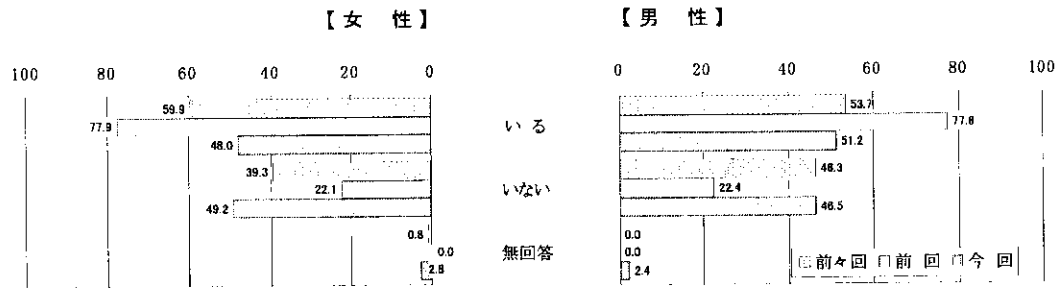
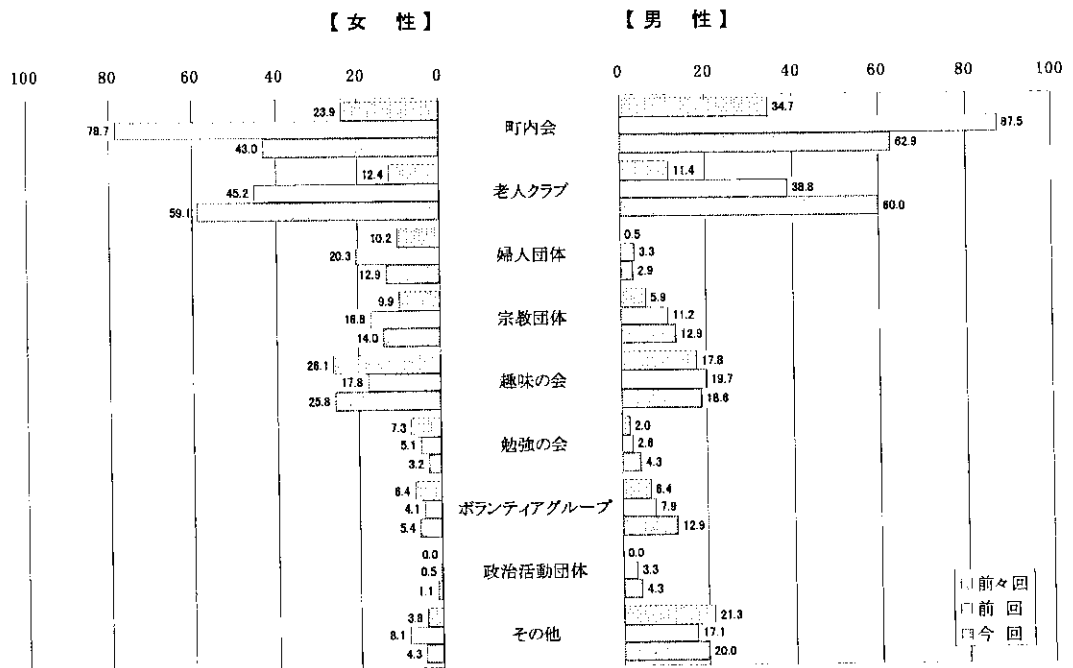


図6-2 (男女別参加団体の変化)



図一 7 相談相手

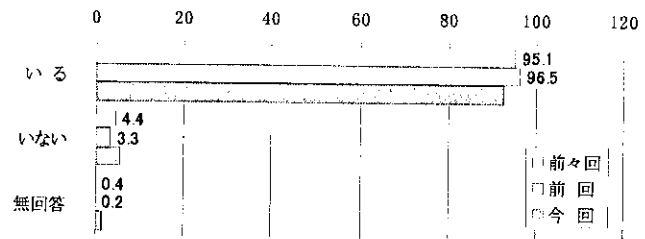


図 7 - 1

(前々回のみ兄弟姉妹ふくめた親戚すべて)

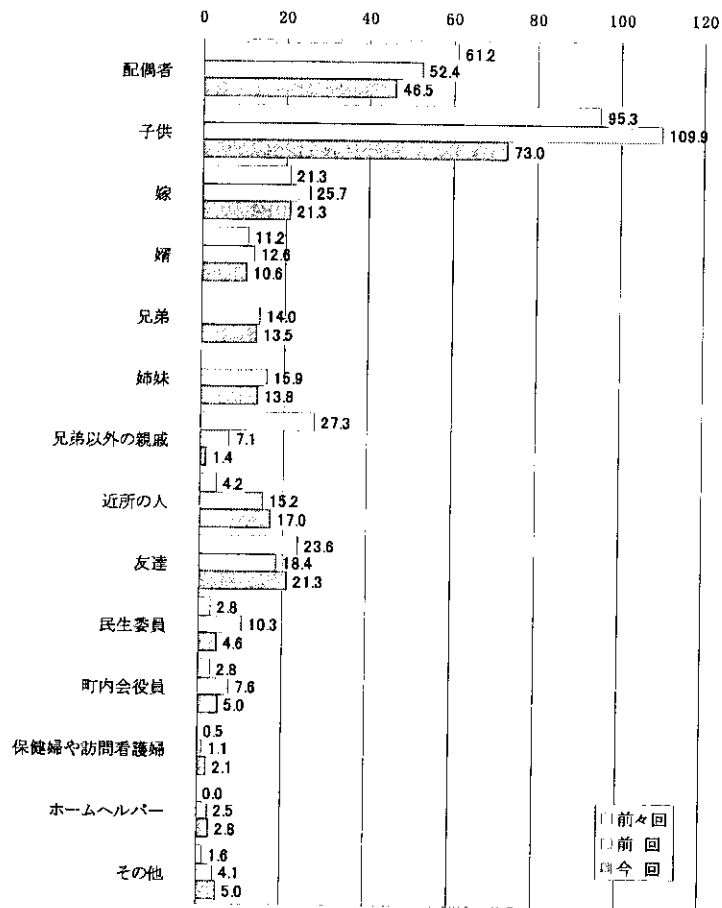
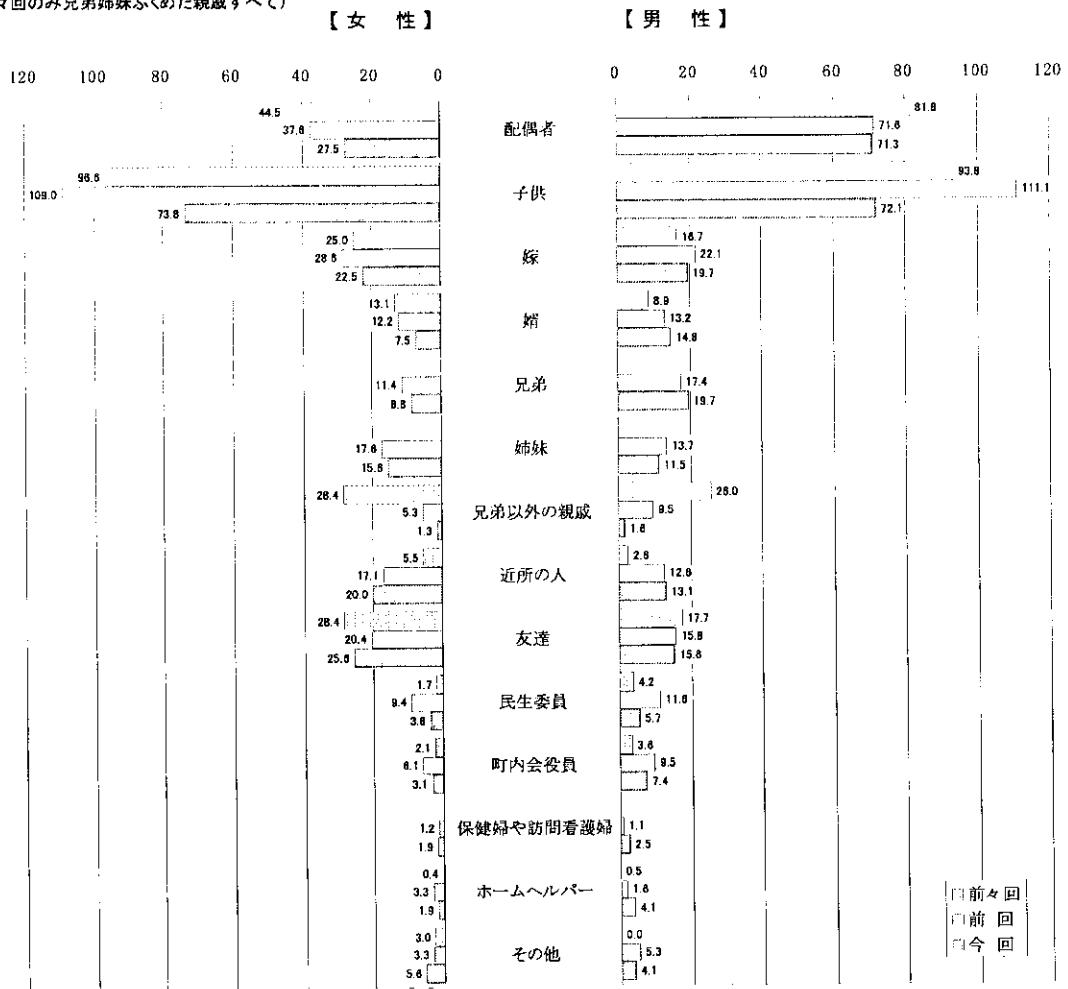


図7-2

(前々回のみ兄弟姉妹ふくめた親戚すべて)



図一 8 動けなくなった時に助けを頼む人

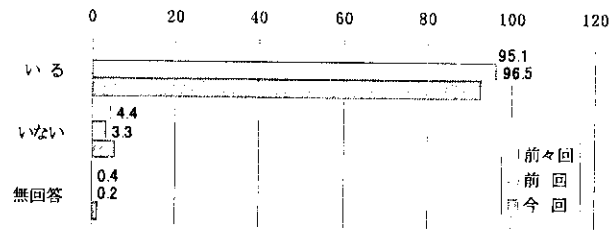


図 8 - 1

(前々回のみ兄弟姉妹ふくめた親戚すべて)

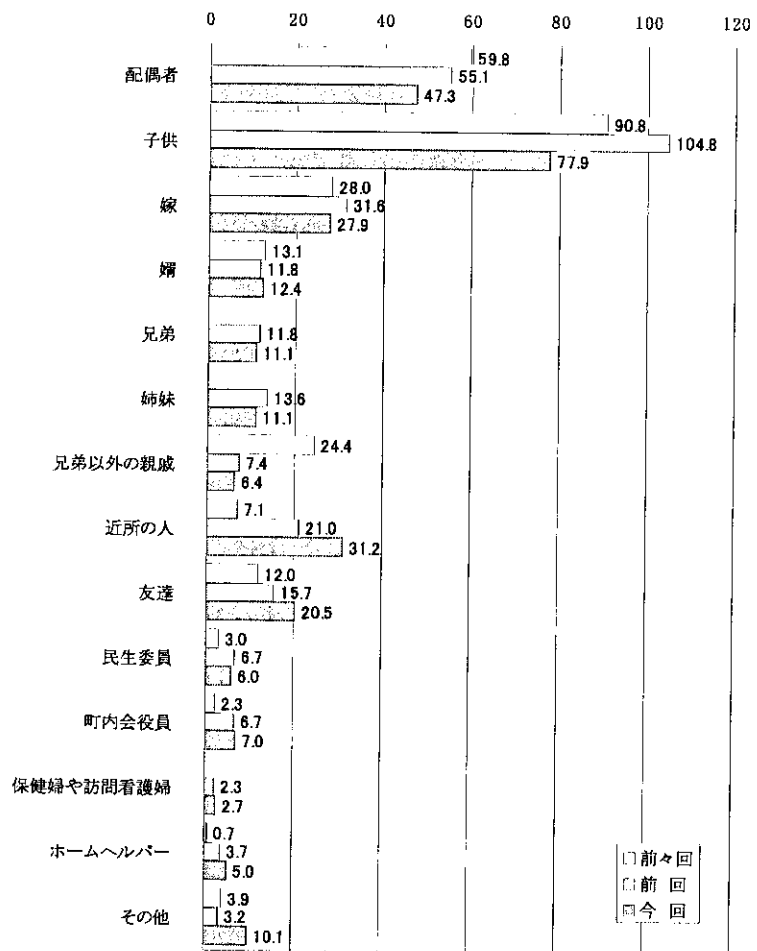
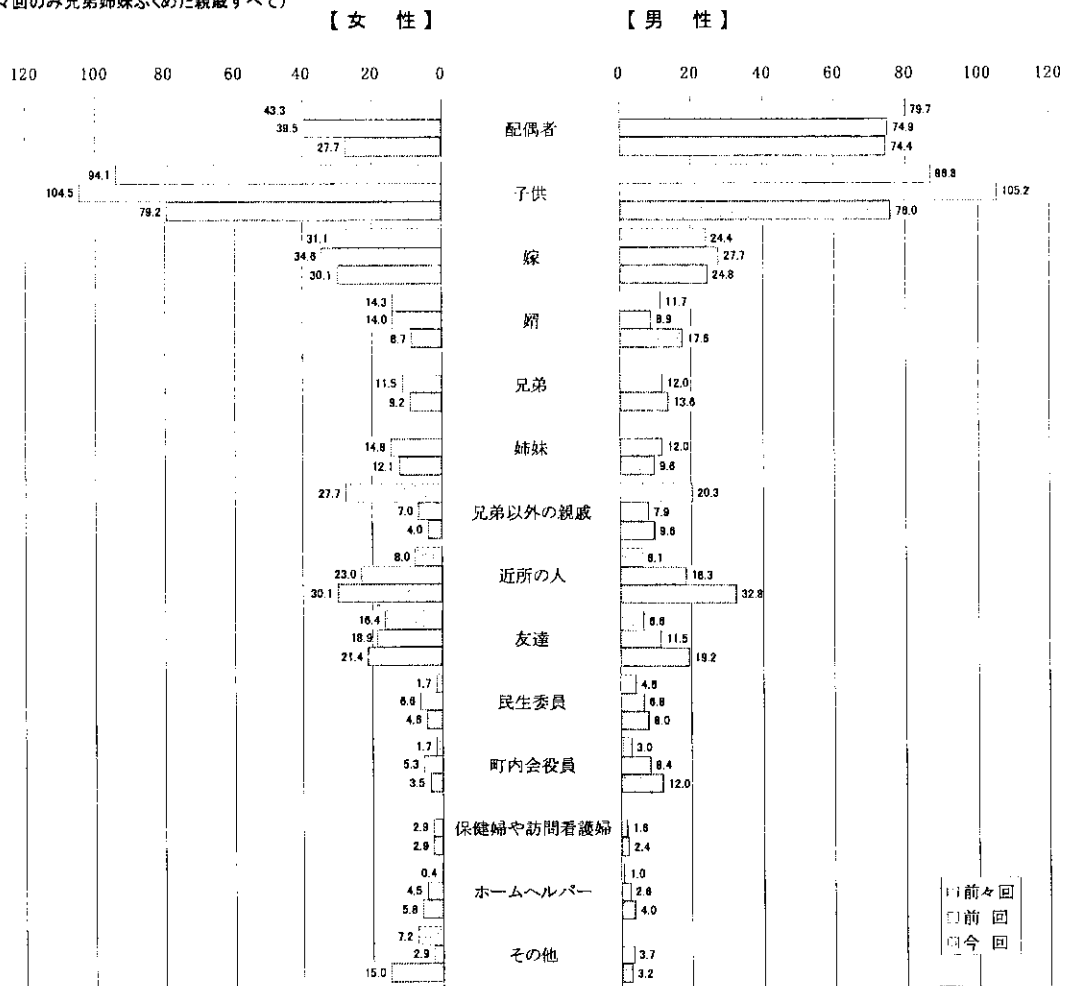


図8-2 (男女別動けなくなった時助けを頼む相手)

(前々回のみ兄弟姉妹ふくめた親戚すべて)



図一 9 ネットワーク類型の変化

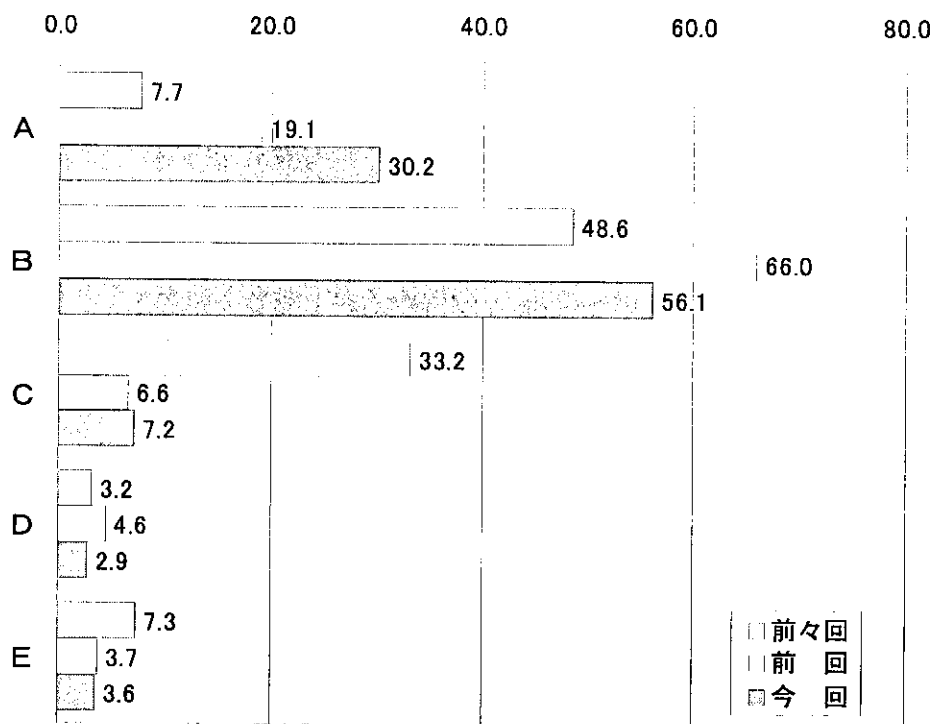
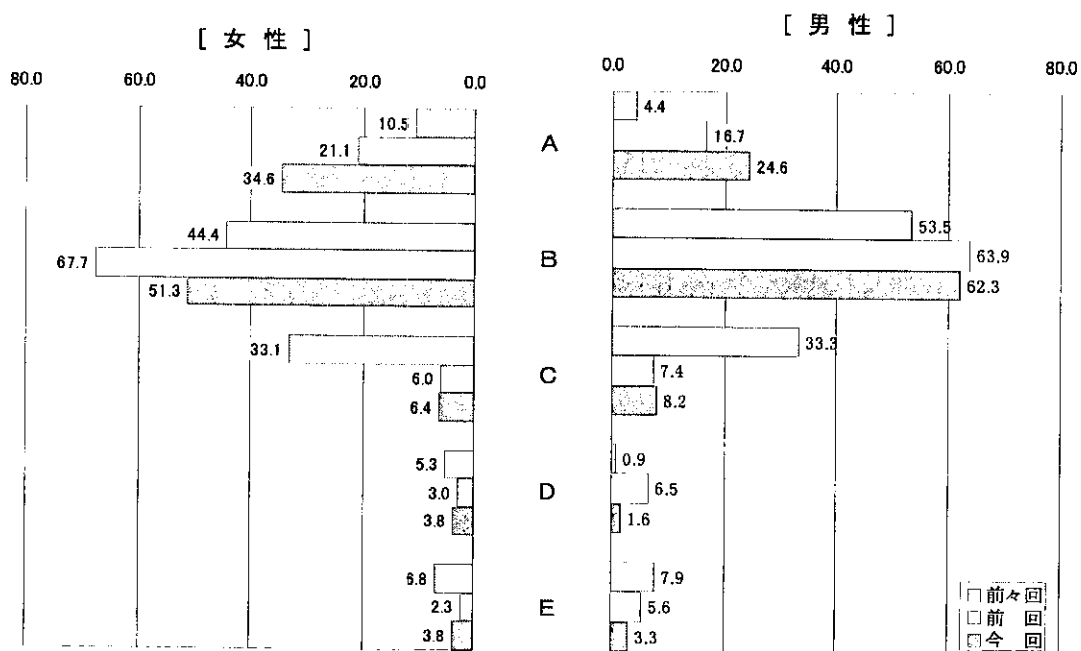


図 9-1 男女別ネットワーク類型の変化



分担研究報告（5）

スウェーデンにおける高齢者ケアシステムの変化とサポートネットワークに  
与える影響について

分担研究者 北海道教育大学札幌校 笹谷春美

はじめに

本論は、スウェーデンの高齢者のための公的ケアシステムの最近の変化をめぐる議論を紹介することである。スウェーデンの福祉国家は、その普遍主義や社会的平等を貫く政策理念、そのための質量ともに充実した公的な保健医療・福祉サービスシステムの先進性については自他ともに国際社会から認められているところである。しかし後期高齢者の増加、財政緊縮やその他の要因がからみあってここ数年、高齢者のケアシステムも変化を迫られている。スカンディナビアモデルと言われる北欧のケア水準はまだ相対的には他の国々に比べ高いが、その中でもスウェーデンにおける急速な変化は注目しなければならない。政策やサービス提供のプロセスやメカニズムの変化についての研究とともに、これらのケアシステムの変化がケアを受ける高齢者とケアをする専門的ケアワーカーや家族介護者の相互関係にもたらす影響を明らかにすることの重要性も指摘されている。言葉を変えれば高齢者を巡るケアのサポートネットワークの変化がどのように変わりつつあるかを把握することの意義である。スウェーデンにおいてもこのような観点

からの調査研究はそれ程多くはないのである。

スウェーデンの今日の高齢者のケアシステム、とりわけ公的領域における変化のプロセスを参照することは、ケアサービスの分配が複雑であり、インフォーマルな家族介護とりわけ女性介護に依存している日本のケアネットワークのこれからのあり方を考える上で意義のあることである。ここで参照とする資料は2000年および2001年の2回のスウェーデン訪問で行った研究者へのインタビューおよび資料・文献収集で得られたものである。

1. スカンディナビアン・モデルとスウェーデン

今日、福祉国家の比較研究において北欧諸国（スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、デンマーク）の福祉国家の政策理念とそのシステムは他のヨーロッパ諸国やアメリカ、その他の国々の福祉国家と区別され、スカンディナビアン・モデルと言われている。なかでもスウェーデンは北欧諸国の中でも最も早くから、また典型的にこのモデルを取り入れてきたことから、このモデルはスウェーデン



モデルとも言われてきた。

(表1)は異なる福祉国家の3つの理念型を表しているが、スカンディナビアン・モデルは、ヨーロッパ大陸に典型的な **Conservative** モデルやアメリカのよう **Liberal** モデルと異なり **Solidarity** を基本理念としている。つまり、スカンディナビアン福祉国家体制のポイントは、公正や平等という価値に基づく社会的連帯を基本理念とし国民全体の生活を豊かにすること、従って福祉サービスの供給も普遍性原則に基づくこと、そして国民はそれらのサービスを市民的権利として受けることができ、その責任は国家(公的サービス)にある点を明確にしていることである。

1950年代からスタートしたスウェーデン福祉国家は、社会民主党政権のもと、増加する高齢者の一人一人が家族に依存することなく安心して暮らせるよう、高齢者施設の拡大とホームヘルプサービスの拡大を国家の責任として進めていった。これらのサービスは貧困層など1部の高齢者だけではなくケアサービスを必要とするあらゆる人々を包含する普遍主義的原則を導入した。このような道はいわゆるスウェーデンモデルとして国際的にも注目されることとなった。そしてこのようなモデルの推進は1982年の社会サービス法によって法制化され、障害者や高齢者等の社会的弱者の人権保障が謳われ、人々が住みなれた地域で暮らせる(ノーマライゼーション)よう、24時間のホームヘルプサービスや緊急アラーム、デイケアセンター、福祉機器の供給、移動サービス等きめの細かいサービ

スを供給するケアシステムが構築された。脱施設化と施設の居住化が一層推進された。

ところでこのスウェーデンモデルあるいはスカンディナビアン・モデルは近年ジェンダーの視点からの福祉国家研究においても「女性に二重の影響を与えた」という点で評価されている。例えばホームヘルプは最初は家庭の主婦のボランティアとしてスタートしたが、その後彼女たちの多くは国家や自治体の職員として雇用されるにいたる。なぜなら福祉サービスの提供の責任は国家にあるからであり、したがってケアラーも国家の責任で養成しサービス提供を担うことが要請されたからである。このようなホームヘルプサービスにより高齢者の在宅介護が保障されることによって、女性は老親の介護を強いられる無償のインフォーマルケアラーとしての役割から解放され、同時に有償のフォーマルケアラーとして雇用されることにより経済的に自立可能となったのである。まさに女性は二重に影響を受けたのである。スウェーデンモデルは従って「女性にやさしい国家」を目指すものでもあった(深澤 1999)。しかし、フォーマル・インフォーマルを問わず、介護者の圧倒的多数は女性である。これはスカンディナビア諸国においてばかりではなく世界的に共通する傾向である。つまり女=ケアという性別分業が最も解消されにくい領域として留まっている。ケア労働の市場はしかしながら女性にとっては最も参入しやすい市場であるという矛盾が存在している。

ところで、スカンディナビア・モデル

に括られる国々において1990年代に入ってから異なった傾向が見られるようになってきたことが指摘されている。

スウェーデン、デンマーク、ノルウェーの3カ国の比較研究によれば、これら3カ国では、1960年代から70年代にかけてコミュニティ・ケアサービスが施設ケアに比べ拡大し、80年代になると施設ケアはより減少しその代わりにグループホームのような新しい住宅や介護休暇やデイセンター、24時間ホームヘルプサービスなどで支えるようになった。しかし90年代になると、スウェーデンでは、病院や長期療養病棟がさらに閉鎖され同時にホームヘルプサービスの受給者も減少に転じる。つまり施設ケアが一層減少したにも関わらず在宅で高齢者の生活を支える公的サービスが増えないどころか減少していることが示されたのである。このような公的ケアサービスの減少は民間セクターへ一部移行によって補完される傾向も見られるようになる。一方デンマークは、施設ケアの減少傾向は見られるもののホームヘルプサービスの受給者の割合はこれまでと変わらず、現在ではスウェーデンの2-3倍の高齢者をカバーしている。またサービスの提供も民間セクターの導入には慎重である。ノルウェーはこの二つの国の変化の間である(図1)。

このように、90年代にはスカンディナヴィア諸国の間でも公的ケアシステムの修正がみられるようになりそれぞれの国の違いも現れるが、中でもスカンディナヴィア・モデルの先駆者であったスウェーデンにおける変化が最もラディカルであ

ることがわかった。スウェーデンでは一体何が起きているのか。スウェーデンの研究者はその変化をどのように把握しているのか。

## 2. 高齢者ケアシステムの最近の変化： 公的サービスの削減？

「北欧の高齢者ケアの黄金時代は終わった。誰もが高齢者ケア、その他の福祉政策があるので望みは何でも叶うと考えられていた時代はもはや過去のものとなった。すべてではないが、高齢者ケアに関しては多少後退の機運が伺える」(G.Sundstrom 1997)、「いまや社会サービス法に基づく高齢者の人権は守られていない」(M.Szebehely 1998)、「公的福祉のスウェーデンモデルは崩壊しつつある」(コミューン労働組合)という指摘は一体何を意味しているのであろうか。

スウェーデンの研究者がこのように「後退」と捉えるメルクマールの一つが高齢者人口、とりわけ80歳以上の後期高齢者の人口増にも関わらず、これらの人口グループに対する公的サービスの供給が減少していることである。図2に見るように、スウェーデンのホームヘルプサービスは1950年代から公的ケアの要として拡大を続け1975年にピークを迎えた。その間普遍主義の原則にのっとり、自分で家事ができない人は誰でもホームヘルプサービスを受けることができた。しかし80年代からこれらのサービスを受ける高齢者の数は減少傾向に転じた。北欧諸国の中では、ホームヘルプサービスと施設ケアの両方が減少したの

はスウェーデンだけである。官庁統計による新しいデータでは1980年から1997年の間に80歳以上の施設入居者は24%から15%に減少し、在宅ケアサービスも34%から20%をカバーするにすぎなくなっている (Ministry of Health and Social Affairs, 1999)。

しかし注意しなければならないのは、上記の期間スウェーデンにおける高齢者ケアの予算は減少しているわけではなくむしろ増加していることである (M.Szebehely 1998)。これは80歳以上の高齢者数が増加したことに伴うものである。この人口グループの一人当たり平均費用は相対的に安定している。80年代ではホームヘルプの総労働時間も減少せずむしろ増加している。このように今日では、ホームヘルプサービスを受ける高齢者の数は減少したが、より虚弱な少ない人数の高齢者にサービス供給が絞られ、これらのグループは今まで以上にサービスを受ける時間が増加している。そして新しくサービスを受ける高齢者は数年前に比べより少ないサービスしか受けられなくなっている。また以前では簡単にサービスを受けれた高齢者が今は受けられなくなっている。

このような状況はサービスを提供するターゲットを絞る、つまり誰がヘルプを必要としているのかの判断に優先順位をつけるようになったためである。具体的には、ホームヘルプサービスはより高齢の要介護度の高い高齢者にシフトし、そのためにサービス内容も家事サービスから身体介護へシフトしている。また週末や夜間のサービスをうける割合も増加し

ている。

ともあれこのような公的サービスの変化は、普遍主義原則を揺るがし、ニーズがあるのにサービスを受給できない高齢者グループを生み出している。とくに典型的なのは、従来なら希望すれば簡単に家事援助サービスを受けることができた高齢の女性グループ等である。いまや、スウェーデンの福祉国家の基本理念であった脱施設化と住み慣れた家で安心して自立的に暮らすことをサポートされる権利、社会サービス法で保障された権利が十分に実施されているとは言いがたいと批判されつつある。例えば、「腰の曲がって足も悪い高齢女性が重たい買い物袋を持って歩いている。彼女はアパートの階段をどのようにして登るのかしら」と心配するヘルパーの声も労働組合に報告されている。

公的介護サービスから漏れた人々は、民間サービスか家族介護に依存せざるをえない。これは再び女性に関わる影響大である。今日のスウェーデンにおける高齢者ケアをめぐる公的ケアシステムの変化がもたらす影響は決してジェンダーレスではない (R.A.Gustafsson と M.Szebehely, 2000)。どうしてこのような状況が出現したか。

### 3. 背景：要求と資源のギャップの拡大をどう解決するかをめぐる議論

スカンディナヴィア諸国では後期高齢者の増加という人口学的動向を他の国々より先駆けて体験した。とりわけスウェーデンの高齢化率は世界のトップクラスで

ある。従って、増加する高齢者人口と限られた資源（ケアの予算や人員）のギャップの拡大という問題が生じてくる。というより、サービスが行き渡らない原因を高齢者の人口増に求めた議論が展開された。しかし、公的サービスを求める要求は単に高齢者人口の増加に求めることはできない。たしかにそれは要因の一つではあるが最も重要な要因ではない（OECD,1988）。例えばスウェーデンでは、家族の役割の変化や女性の労働市場への参加という状況に応じて公的サービスを拡大してきた。Daatland.S.O.は、現在の事態は、公的サービスの拡大要求のプレッシャーに対応するためではなく、どれだけ既存のシステムの変化という課題にチャレンジするか、そのためにどのような戦略をとるかによって、スカンディナヴィア諸国における公的サービスの配分の違い、とくにスウェーデンのような特色も生じてくるのではないかと論じている（Daatland、1997）。

彼はそのために導入される可能性のある3つの戦略（アプローチ）を提示する。

- ① サービスとニーズの間を埋めるテクニカルな改良：どんなサービスがどのように提供されるべきか。最善のサービスのミックスとはどんなものか。
- ② 資源が限られている時に、サービスを要求する人々の間に優先順位をつけること。キーワードはターゲティングである：誰にどのようなレベルのサービスが提供されるべきか。
- ③ 組織やサービスの調整に関わるよ

り根本的なアプローチである：誰がサービスを受けるべきか、いかに責任を分担しサービス供給をオーガナイズするか。フォーマルとインフォーマル間、パブリックとプライベート間の責任分担はどのようなものが最もベストなのか。このような対応は **decentralization** と **praivatization** によってリードされると思われる。

いち早くサービス提供と要求のギャップに直面したスウェーデンでは、すでにこれらの戦略を80年代から試みておりとりわけ90年代後半は3つめの戦略が試されている段階である。

これら3つのアプローチにはそれぞれプラス・マイナスがあると Daatland は分析する。例えば①は長期療養病院棟などへの施設入居を削減し、それに代わるケアを地域や在宅で行うことを目指す戦略である。スウェーデンでは、具体的に、より小さな単位のサービスハウスに切り替えその居住空間もよりアットホームなものに変えてきた。また痴呆老人のためには1つのユニットが7-8人で構成されるユニットケアがいくつか集合したグループハウスも他の国に先駆けて作られた。在宅の高齢者には重度な介護が必要でも安心して一人暮らしが可能な、24時間ホームヘルプサービスなど先述したケアシステムが構築された。また65歳以下の家族介護者には一定の条件が整えばホームヘルパーに順ずる手当てが自治体から支給され、介護による機会コストが失われずまた年金が不利にならないようなサポートが考案された。これらは、

伝統的な施設ケアが減少しても他の公的サポートが実情に合わせて代替され、むしろ進歩的側面と評価される。しかし、実際にはこの戦略がコスト削減のもとで行われる場合、コミュニティにおける十分な代替サービスが保障されないこともある。そこでは家族の介護負担が増え、虚弱老人が彼等の自宅で孤立した生活を強いられることとなる。すでにそのような状況がスウェーデンでは現れているという危機感ももたれている (Szebehely,1993)。

②に関しては、記述したようにホームヘルプサービスの受給対象をより高齢なより重度の少人数グループへターゲットが絞り込まれている。これらのグループは80年代からは以前より手厚いサービスを受けられるようになった(しかし最近ではそれすらも減少しつつあるという指摘もある)。しかしそのためのニーズ評価は医学的観点、専門的観点から行われ、高齢者本人の訴えや、予防やリハビリ、心理的ケアは優先課題ではなくなってきた。従ってその埋め合わせは家族や市場に求めざるをえない傾向が出てきている。彼は更に興味深い指摘をしている。あまりにも厳しいターゲティングは、例えばある高齢者が介護度の変更によってどのようなサービスがどのように受けられるかを決定するときに、むしろ資源を浪費するという逆機能を生じると言う点である。つまり、時間や労力が直接的なサービスの分配に使われるより、アセスメント、調整、品質管理や事務作業といった間接的なプロセスそのものに使われてしまう可能性があり、その結果家族

への負担や市場のサービスの利用を通じて高齢者の不平等が生じるかも知れない。

③ に関しては、二つの異なった方向が見られる。1つは、福祉多元主義のアイディアのもと、公私の責任分担論がより私に向かうことである(民営化)。もう1つは、公的領域内での責任分担の変化であり、例えば国家から地方自治体への分権化の方向である。

スカンディナビア諸国では民営化路線は少なくとも最近までは他の国々に比べ奨励されてこなかった。しかし今日、スウェーデンにおいて、競争(入札)と民間契約が導入され急速に民営化路線に傾いている。ノルウェイがそれを追っている。デンマークはまだ躊躇している。スウェーデンでこの傾向がうながされたのは経済危機と後の分権化政策のためである。保健・福祉サービスの責任母体となった地方自治体の中で、保守的な政権の自治体がいち早く **privatization** の戦略を取り入れた。今では、自治体の政権や理念の違いによってサービスの提供が異なり不平等が生じる危険性も指摘されている。**privatization** の戦略は同時に家族のケアの責任を強調し、更には高齢者自身の受益者負担(より高い利用料)を求めることとなる。

以上のように **Daatland** は、今後多くの先進国が抱えるであろう要求とサービスのギャップの解決方向を分析し、スカンディナビア諸国のポジション、その中でもスウェーデンの特殊な傾向を明示した。かれは、スカンディナビア諸国は今緩やかな改革の途上にあると評価する。確かに中でもスウェーデンはラディカル

に福祉多元主義の方向へ舵をとっているが、それでもなお公的セクターは家族とならんで最も主要なサービス供給の責任を持っており、従って多元主義といっても、それは私企業とのミックスではなく、公的セクター内での国家と自治体の責任分担であり、各自治体におけるサービス提供者に民間企業を導入するといっても、自治体の責任のもとでの委託形式が主であり公的権力のコントロール下にある点で、他の国々とは異なる点を主張する。このような方向性はまだ国民に信頼されており、他の福祉国家体制より優れていると評価する。また家族と他のインフォーマルケアのバランスに関しても、スカンディナビア諸国の家族は法律上老親扶養の責任と義務は無く、これからも家族、とくに女性がケアを強いられることはないだろうと楽観的である。

このような Daatland の評価に対し、R.A.Gustafsson と M.Szebehely は今日のスウェーデンの現状にたいしより厳しい評価を行っている。

彼らは、先述したような状況を生み出している最近のスウェーデンの方向性を **from the principles of a planned economy to a market-based system of management** へのパラダイム転換への関心と捉える。そしてこのような関心を巡る議論のベースとしてとりあげられる5つの論点を分析する (R.A.Gustafsson と M.Szebehely, 2000)。それは、①財源の抑制 ②人口学的要因 ③予算の運営の移転 ④ヘルスケアの内部組織の変化 ⑤新古典主義経済理論にもとづいた新しい経済的マネジメントの手法の導入の

5点である。

①については、日本でも出てくるが、限りのある財源を高齢者よりは子どもや直る可能性のある病人など生産人口にまわせというものである。しかし現実にはスウェーデンではごく最近までは後期高齢者に対する予算は減少していない。このグループの人口増分だけ増加してきた。しかしこの2-3年は減少傾向にある。②の人口学的要因は先に Dattland も論評したように、政策の変化や資源の配分の変化は経済や人口問題によるものではない。政党政治や個々の自治体の政治家やサービスアドバイザー等政策担当者の絡み合いによって異なる。

④ヘルスケア組織内の変化は Dattland の指摘と共通するが、新たな手続きに対する考えや医学的専門性の基準によるケアマネージにともなう階層的構造を強化する可能性がある。ヘルスケア・高齢者ケアの最も重要な組織変革は1950年代にあった。それはテイラー主義と呼ばれる形式を取った。のちにテイラー主義への一部反動でセミ自主グループチームケアが1970年代に導入された。そして今、一層専門性とケアマネージメントにおける科学的要素が増加している。50年代の組織改革の目的は脱施設化でその代替としての高齢者の生活をノーマライズするために必要な地域ケアサービスを実現させるためであった。1992年に施行されたエーデル改革は公的ケアシステムの外部の組織に注目し、異なったタイプのケアや異なった財政組織との結合に焦点をあてた。この改革は従って脱施設化の更なる一歩ともいえるが問題

もまた抱えていた。

⑤新しい経済マネジメントの手法はこの5-10年の間に確立したものである。これらは、競争と経済誘引は保健・看護の効率性を上げるだろうという仮説にたっている。これらの手法の導入による組織の変化は以下のごとくである。

#### (Profit centers)

これは各組織単位を人的、財政、そして結果の責任単位としてみることである。

この考え方がヘルスケア領域に導入されたのは80年代中間であり、当初はスタッフの政策決定への参加を強化することも一つの目的であった。しかし93年には約半数の自治体が高齢者や障害者のケア領域にもこれを導入している。時を経るにつれて Profit centers の目的はずれ、現在はより小さな単位で個々のケアラーの行為についてお金が支払われ（国家や自治体から）、その財源の中でサービスをやりくりする単位となっている。

#### (Purchaser-provider model)

このモデルでは行政が買い手となりサービスの販売組織と契約しそのサービスを購入することとなる。実際のサービスの提供は行政は行わない。しかしサービス販売組織には公的組織も含まれる。1993年段階では約1割の自治体が導入した。

さて上記の二つの考え方は高齢者ケアの領域に第3の組織枠組みを与えると彼らは指摘する。それは競争的入札による民間委託と民営化である。これらの導入は全体としては割合はすくないが、自由党や保守党政権の大都市および中都市で

導入が推進されている(表2)。

但し民営化や競争入札による契約といってもスウェーデンでは社会サービス法を始めとする幾つかの法律のもとで政府や自治体にまだしっかりとコントロールされており、日本のような野放しに近い状況とはかなり異なっていることは認識しておく必要はある(訓覇 2001)。しかし、これまで社会サービス法に下、高齢者の介護の責任はコミュニティにあるとうたわれ、相応の税負担をしてきたスウェーデン国民にとって最近のケアシステムの変化と動向についてはクリティカルな評価が行われている。統計的にもまだこれらを導入している割合が少ないとはいえ、その動向を見守る必要性も指摘されている。また、M.Szebehely等は、日常的な介護のレベルという観点からホームヘルプサービスや特別な住宅（従来のサービスハウスやケアハウス、老人ホーム等の総称）への入居がこれらの導入によって受ける影響について問題を指摘している。

#### (Customer-choice system /vouchers)

1993年にはストックホルム圏の4つの自治体を含む約1割の自治体がこのシステムを導入していた。これはサービス引き換え券をさきに自治体から購入し（その金額やサービス内容はケアマネージによる）、高齢者（消費者）はその中で公的サービスであれ、民間サービスであれあたかも買い物するように自由に選択して購入できるというシステムである。

これまで見たようにスウェーデンの高齢者ケアシステムはその変化は緩やかだとはいえ、確実にその当初の国家の理念

であった普遍主義に基づく公的責任によるカバーという原則は揺らぎつつある。

#### 4. 高齢者のサポートネットワークに及ぼす影響

M. Szebehely 等は、現在進行しつつある動向を更に市場化marketization と私事化 Informalization と特色付ける。

そして日々の介護という視点から、またジェンダーという視点から公的ケアシステムにおけるこれらの動向を捉え返すと、少なくとも3つのグループに影響を及ぼすであろうと指摘する。3つのグループとは、〈ケアを必要とする高齢者〉〈彼らの家族=アンペイド・ワーカー〉〈ペイド・ケアワーカー〉である。しかも、これらの動向は3つのグループに直接影響を与えるだけでなく、相互の関係にも影響を与えることを指摘する。しかもこれらのグループは圧倒的に女性によって占められる。

市場化と私事化により、高齢者はより一層家族・親族にケアを依存するようになる。しかしスウェーデンの高齢者は実際には家族からサポートを受けるより公的サポートを受けて自立的生活をすることを好んでいる。従って公的ケアから漏れる高齢者にとって家族、とりわけ娘に依存することは苦痛である。逆に配偶者や子どもにとっても介護が強制されることは苦痛である。公的サポートが充実すると家族介護が廃れるとよくいわれるがスウェーデンにはそのような証拠はどこにもない。むしろ家族は老親が公的サポートに守られていればこそ自由で豊かな関係をもつことができる。両者にとって

私的介護が強制されることこそ関係性に悪い影響を与えると考えられる。また有償の介護者にとっても市場化は高齢者との信頼のおける連続し一貫した関係を継続することを困難にしている実態がある。ケアマネージャーの指示に従う自主性のないサービス提供、時間に追われ細切れの介護、契約は一日、一日ベースであり、同じ利用者に一貫して長く関わってられないからである。このような状況はケアワーカーのストレスとなり、それは高齢者のケアにも影響がでるかもしれない。

#### おわりに

以上、主に Daatland と R.A.Gustafsson & M.Szebehely の二つの研究を中心にスウェーデンにおける高齢者ケアの公的セクターにおける変化をめぐる議論を紹介してきた。

Daatland の分析にくらべ、R.A.Gustafsson & M.Szebehelyの方が現状評価は厳しい。それは、これらの変化を日々の介護生活にまでおりたってその変化と影響を見るというスタンスにたっていることと、ケアシステムの変化の影響はだれにでも同じく現れるのではなく階層やとりわけジェンダーによって異なるという視点を有するからである。

しかしスウェーデンにおいてもこのような視点に立った研究はまだ少ない。今日のスウェーデンにおける高齢者の公的ケアシステムの市場化と私事化を伴う変化は、高齢者のサポートネットワークを公的介護者中心から家族・親族やボランティアといった私的ケアのサポートに比重を移しつつある。といっても他のヨー



ロッパ大陸やアメリカ等と比べても公的ケアがまだ中心的地位をしめてはいる。社会サービス法に基づく公的ケアサービスのもとでは、高齢者の主体的選択が尊重されネットワークやサービス内容が決定されていた。しかし最近公的ケアサービスは経済的効率性と医学的専門から決められ、その結果サポートネットワークの再調整はいわば強いられたものになりがちである。これからスウェーデンの公的ケアシステムは修正を遂げながらも、

スキャンディナビアン・モデルの原点をどこまで維持しうるのか、より一層現状にフィットしたケアシステムは可能なのか、これらの課題は机上の論理・計算ではなく、介護の受けてや提供者の現実の関係までおりた分析の中から解決方向が探られるのである。それは日本においても同様である。かれらの今後の研究に注目し、日本の問題解決の参照としたい。

#### 参考文献

- S.O.Daatland,1997, 'Welfare policies for older people in transition? Emerging trends and comparative perspectives', *Scandinavian Journal of Social Welfare*,6:153-161
- R.Eliasson-Lappalainen & M.Szebehely,1999, 'Care for the Eldery:Conditions and Everyday Realities(Research program)',School of Social work, Lund University
- 深澤和子、「福祉国家のジェンダー化—1980年代以降の研究動向」、『大原社会問題研究所雑誌』No. 485
- R.A.Gustafsson & M.Szebehely,2000, 'Women's health and changes in care for the elderly, in O.P.Danielsson,M.Diderichsen,F.Harenstam,A.Lindberg(eds),*Gender and Health Inequalities*, Harvard University Press(in print)
- 訓覇法子、1997、『現地から伝えるスウェーデンの高齢者ケア』自治体研究社
- 訓覇法子、2001、「スウェーデンにおける社会サービス事業の民営化と民主的効率化の問題」石倉康次・玉置弘道編『転換期の社会福祉事業と経営』（講座 21世紀の社会福祉4）、かもがわ出版、199-231
- OECD,1996, *Caring for frail elderly people:Policies in evolution.*
- G.Sundstrom & B.Malmberg, 1996, 'The long arm of the welfare state shortend', , *Scandinavian Journal of Social Welfare* 5:69-75
- イェット・スンドストレーム、1997、「スウェーデンの高齢者ケアに変化」『海外社会情報』国立社会保障・人口問題研究所121巻 78-92
- M.Szebehely、1998, 'Changing Division of Carework:Caring for Children and Frail Elderly People in Sweden', in J.Lewis(ed), *Gender,Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Ashgate Engrand, 257-283

表1 異なる福祉国家体制の姿

Ideology	value	Distribution principle	Area	Role
Conservative	Compassion	Needs	Civic	Client
Solidarity	Justice, equality	Universality	Government	Citizen
Leberal	Freedom	Preferences	Market	Consumer

出典:S.O.Daatland, 1997; 160

表2 保育、保健・医療サービス、高齢者・障害者ケア及び学校分野における

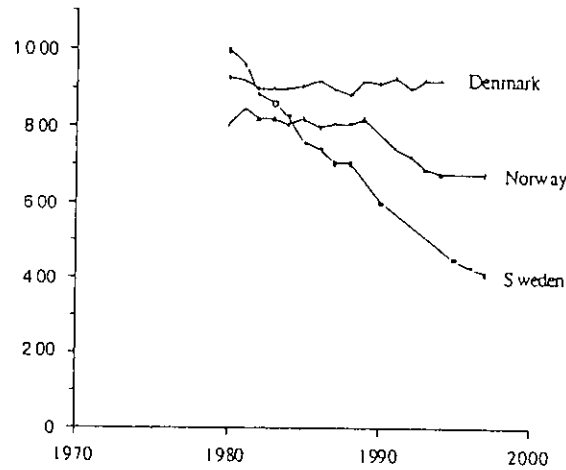
民間委託事業の占める割合

(数字は%)

	1991年	1997年
プレ・スクール事業における保育事業	2.5	9.2
その他の保育	1.3	3.7
保育事業総合	2.2	8
病院入院医療	2.5	4.4
地域・保健医療センター	11.6	20.5
その他の保健・医療サービス(検査・採血センターなど)	38.7	66.1
歯科サービス	29.2	43.1
保健・医療サービス総合	7.6	12
サービスハウス及び老人ホーム	1.9	9.1
ホームヘルプ・サービス、デイケア等	1.8	7.9
高齢者・障害者サービス総合	1.9	8.6
義務教育	0.6	2.6
高等学校教育	1.4	3.5
学校教育総合	0.8	2.8
合計	4.2	8.5

出典:訓覇法子 2001, 200

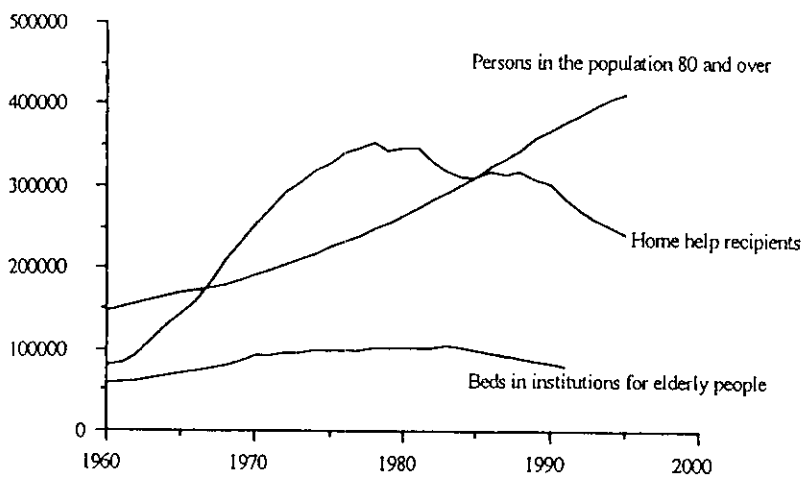
図1 80才以上の人口/1000人当りのヘルプ受給者数(1980-1997)  
 (デンマーク, ノルウェー, スウェーデン)



Sources: Denmark - Daatland 1997; Norway - Daatland 1997 (for 1997 Statistisk sentralbyrå 1999); Sweden - Socialdepartementet 1999. Figure from Szebehely 1999a.

(出典) R. Eliasson-Lappalainen, M. Szebehely 1999: 2

図2 スウェーデンにおける高齢者人口と施設入居者数 1960-1995



出所: Daatland (ed) 1997

出典: M. Szebehely, 1998: 269

研究報告（6）

高齢期における活動的生活維持のためのサポートネットワークの役割に関する研究  
健康関連 QOL 質問表作成の試み

分担研究者 杉村 巖 総合病院旭川厚生病院名誉院長  
研究協力者 安田 正己、新野 峰久 旭川厚生病院

研究要旨

高齢者の活動的生活を維持する支援システムを構築するにあたり、まず、高齢者の生活状況を個人レベル、地域全体レベルで把握することが重要であるが、すでにある方法は、ハンディキャップを持つ高齢者や患者を対象にした QOL 分析が一般的である。そこで、それを把握する方法へのアプローチとして、主観的健康観、健康習慣、自己実現的習慣、生活環境への満足感を含んだ設問によって構成される多次元的健康関連 QOL 質問表を試作、旭川市に隣接する A・B 町で調査した。その中から、A 町の質問表から把握されること、両町の比較の中から見えてくる問題点などを挙げ、それら問題に対応する健康教育のあり方、高齢者の生活を支える地域づくりなどについて言及する。

はじめに

従来からの健康関連 QOL 測定法は、疾病を有する者を対象に医療行為の介入の効果を評価する患者立脚型アウトカム<sup>1), 2)</sup>を測定したものが大部分であり、町ぐるみで健康維持・増進を目指した活動に取り組んでいる場合には応用しづらい。そこで、当院において長年にわたり実施してきた研究を参考にして、主観的健康観、健康習慣、自己実現的習慣、生活環境への満足感という要素を含む健康関連 QOL 測定する質問表を試作して、2001年10月、2002年1月、旭川市に隣接する A 町、B 町において調査を行った。

A. 研究方法

質問項目は、表1に示すような内容で、評点尺度は0、0.5、1に配分し、その評点をトータルして健康関連 QOL とした。方法は、A・B 町における当院の総合健診に合わせて、健診受診者全員に質問表を配布して自記方式で記入してもらい、集計には完全回答の質問表を採用した。

B. 研究結果

A 町における男性、女性各年代の評点の性別・年齢別推移は表2に示した。男性の40歳代と50歳代では有意差は無いが、その他の年齢階層では男女とも年代とともに有意に