



Title	市町村を核とした高齢者ケアのトータルマネジメントを考える：日本とスウェーデンにおける社会的入院の問題をめぐって
Author(s)	齊藤, 弥生
Citation	IDUN. 1996, 12, p. 159-176
Version Type	VoR
URL	<a href="https://doi.org/10.18910/95738">https://doi.org/10.18910/95738</a>
rights	
Note	

*The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA*

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

# 市町村を核とした 高齢者ケアのトータルマネジメントを考える

— 日本とスウェーデンにおける社会的入院の問題をめぐって —

斉藤 弥生

## 1. はじめに

### 1.1. 家族だけによる介護の限界 — 共倒れと社会的入院 —

約1年半にわたり「新たな高齢者介護システム」について審議を続けてきた老人保健福祉審議会（以下、老健審）は1996年4月に最終報告を行なった。この報告を受ける形で、同年5月半ばには厚生省と連立与党は「公的介護保険制度試案」をまとめた。その後、厚生省は一部修正を加えながらも「公的介護保険法案」の国会への提出を目指したが、残念ながら見送られることになった。しかし、公的介護保険法案の提出は目前であり、日本の政治史上初めて、国会の場で介護が本格的に議論される。

公的介護保険に対する国民の期待は大きい。毎日新聞社の世論調査によれば、公的介護保険の導入に賛成する人は全体の86%にも達した（同紙1994年10月4日）。

公的介護保険の具体的な細目についてはまだ議論を残しているにもかかわらず、このような高い期待がある。これは「家族だけによる介護」に対して、国民がギブアップの意思表示をしていることの表れといえよう。

1995年6月に連合が報告した「要介護者を抱える家族」についての実態調査（日本労働組合総連合会1995:17）によれば、主たる介護者の約7割が女性で、「嫁・妻・娘として引き受けざるをえなかった」（51.2%）ことが介護者となった理由のトップであった。要介護者を抱えて一番困っている点は、「精神的負担が大きい」（61.0%）、「生活の見通しがたたない」（56.2%）ことであった。そのような状況下で「要介護者に憎しみをいつも感じている」（1.9%）、「憎しみをときどき感じている」（32.7%）という結果だった。介護者の3人に1人が介護している相手のお年寄りに憎しみを感じているという悲しい現実、家族介護の限界を如実に示している。

年老いて身体が弱ったり、人によっては痴呆になることは避けられない。しかし、介護者の共倒れは介護政策の貧困による「人災」である。「老老（ろうろう）介護」という言葉がマスコミ用語として登場したように、介護者の約半数を60歳以上の高齢者が占めている（厚生省高齢者介護対策本部事務局1995:44）。しかも責任感が強く、献身的に介護している家族ほど共倒れが多いのが介護現場の現実である。

さらに、入院治療が必要でないのに、長期間にわたり人生の最期まで入院している高齢者、いわゆる「社会的入院」患者が、日本には約30万人もいる。老人ホームや在宅介護サービスが充実していれば、このお年寄りたちは入院しなくても済むのである。

このような現状には大いに問題があろう。

## 1.2. 老人福祉費が少ない理由と公的介護保険の登場

1989年の高齢者保健福祉推進10カ年戦略（以下、ゴールドプラン）は日本で初めて介護政策について数値目標を提示した計画であり、これ以降、高齢者福祉予算は確かに増えている。しかし、高齢者に使われる年間費用の内訳（グラフ1）を見ると、年金25兆円、老人医療費6兆7,000億円に対して、介護に使われる老人福祉費はわずか7,500億円、全体の3%にも満たない（山井・斉藤1994:216）。介護の予算は、なぜこのように少ないのか。

財源調達方法の違いが大きな原因の一つである。年金や医療は社会保険料を基礎として不足分を税で補っているから、高齢者の増加に合わせて財源を増やしやすい。一方、高齢者福祉費は全額が税金で賄われているため、省庁間での予算獲得競争の現実や、他の予算とのバランスを見ても大幅な増額は難しい。

税金だけで介護財源を賄っている限り、介護サービスの整備を高齢者の増加に対応させることは難しい。先に述べた「社会的入院」は、介護でみるべき問題を、財源が確保しやすい医療保険で肩代わりしていることを意味する。かとい

ってこのまま医療で介護の肩代わりを続けていると、医療保険自体も危機を招く。厚生省が公的介護保険の導入を急ぐのにはこのような背景もある。

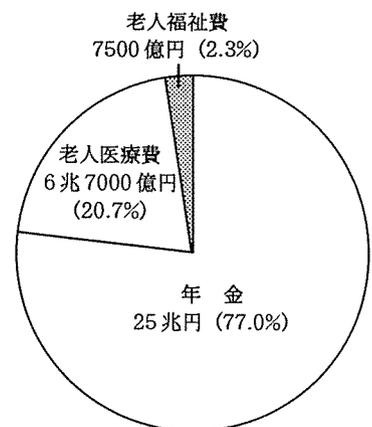
日本の介護保険のポイントは次のようになる。

- 1) 保険料を基礎として、不足分を税金で補い介護財源にあてる。
- 2) 医療保険と同様の強制加入。
- 3) 20歳以上、あるいは40歳以上の国民が介護保険料を支払う。
- 4) 市町村を保険者とした地域保険。

さて、超高齢社会を目前に大胆な医療・福祉改革に取り組もうとしている国は日本だけではない。ドイツでも1994年1月より公的介護保険制度が新たに導入され、世界で一番高齢化率の高いスウェーデンでも大改革が実施された。先進国の事例から言えることは、介護政策を怠ると医療財政が大きく圧迫されるということである。

本稿ではスウェーデンで行なわれたエーデル改革（Ädelreformen 高齢者福祉医療改革）成立の背景と日本の介護制度の現状つまり社会的入院をめぐる問題について、特に基礎自治体<sup>1)</sup>を取り巻くお金の流れに焦点を絞って比較を試みる。また、1996

グラフ1 高齢者関係給付費（1992年度）



出典：山井・斉藤1994:216

年4月に発行されたエーデル改革最終報告書（Ädelreformen. Slutrapport）をもとに同改革の効果をみながら、日本における高齢者ケアのトータルマネジメントシステム構築の必要性を検討することとする。本稿では「トータルマネジメント」という語を基礎自治体がサービス供給や財源調達を含め、福祉サービスや医療を総合的に運営する形態という意味で使用する。また、「高齢者ケア」という語を便宜上、高齢者に対する初期医療と福祉サービスの両者の意味を含む語として使用する。

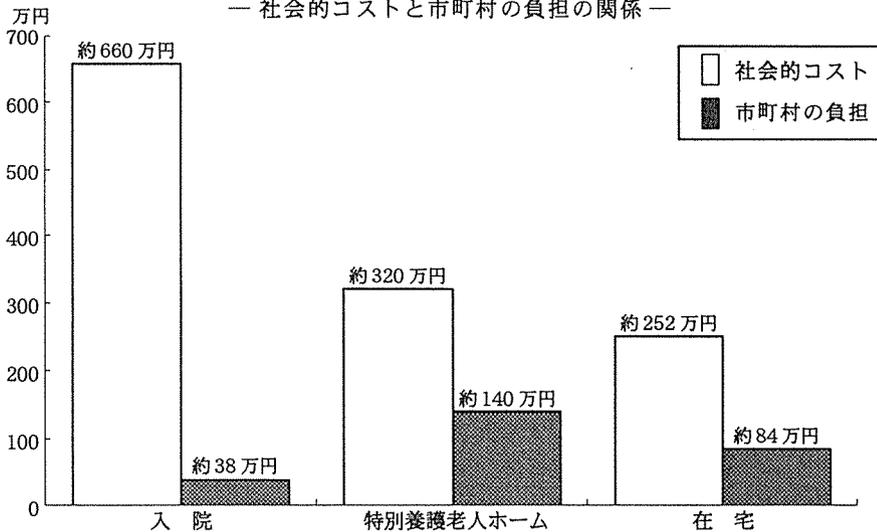
## 2. 日本における介護財源と市町村のトータルマネジメント

### 2.1. 社会的コストと自治体負担の逆転現象

福祉サービス増加の歯止めになっている要因は何か。

グラフ2は「寝たきり老人の居場所別社会的コスト（自己負担も含めて、介護や医療にかかる社会的費用）および市町村負担」を示す。入院にかかる社会的コストは年間1人当たり約660万円、老人ホームで320万円、24時間対応の巡回型ホームヘルプ

グラフ2 介護を受ける場所別コストの比較（要介護老人年間1人当たり）  
— 社会的コストと市町村の負担の関係 —



注) 入院、特別養護老人ホームの費用については枚方市でのインタビュー調査による（1994年4月）。厳密にはケースごとにコストが異なるために、数字は平均の数字である。また、在宅の社会的コストについては、24時間巡回型ホームヘルプを利用した場合で、福岡市の民間企業でシルバービジネスに携わるコムスン社が発表した数字を用いた。コムスン社の取り組みはモデル事業のため、市町村の負担分は算出されていないが、一般のホームヘルパーについての市町村負担分と同様に、その約3分の1の市町村負担と想定した。

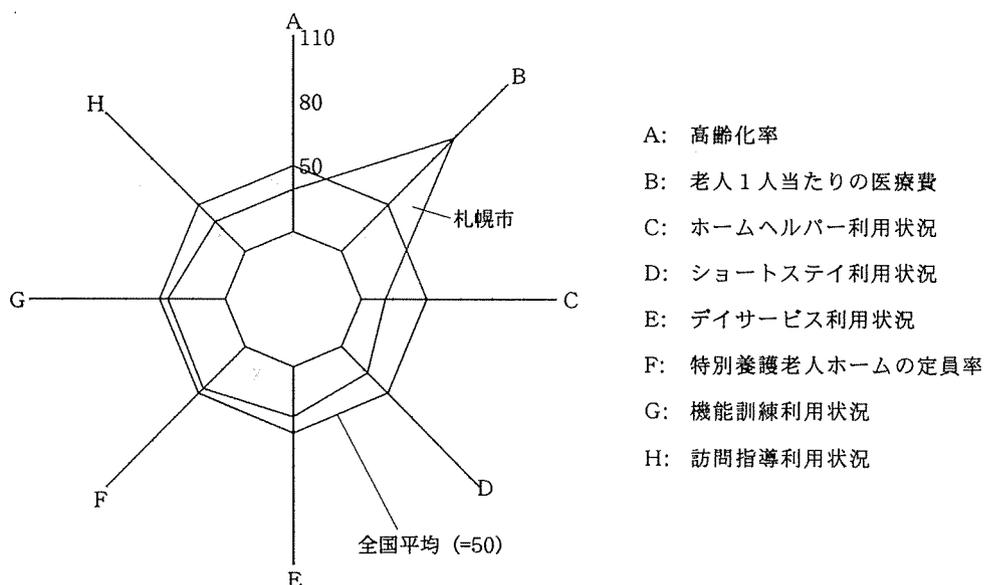
- (1) 入院についての市負担分は入院見舞金6万円を含む。
- (2) 特別養護老人ホームについては運営費のみで建設費は含んでいない。
- (3) 在宅福祉についてはホームヘルプの費用のみの計算であり、他の在宅サービス（デイサービス、入浴、配食サービスなど）は計算していない。

以上のように、条件設定と計算方法が非常に複雑で大まかな数字しか出せないが、「入院」が市町村にとって一番安い選択肢であることは明らかであろう。

を利用した上で在宅の場合は約252万円になるといわれている(斉藤 1995 :15)。つまり社会にとって、高齢者を入院させるとコストがよりかかることを意味する。

しかし、市町村にとっての負担額はこの社会的コストの関係と逆になる。例えば、入院している高齢者1人当たりの医療費は年額660万円かかっているにもかかわらず、老人保健法により市が直接負担する額は、市独自の入院見舞金年額6万円を加えても、

グラフ3 札幌市の高齢者福祉の現状

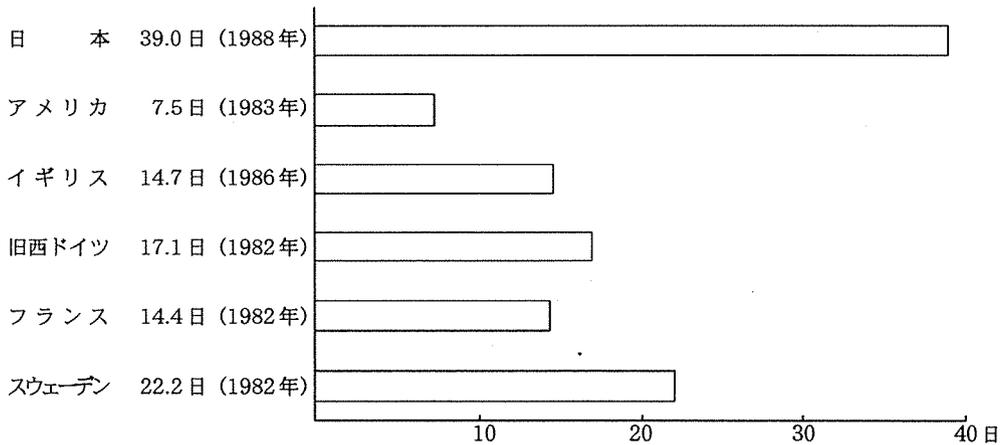


出典：山井・斉藤 1994 : 162

全部で38万円程度と極端に少ない。特別養護老人ホームでも、入所者1人当たり年間約320万円かかり、市の負担は140万円。これに施設建設費が加われば市町村にとって膨大な額になる。またホームヘルプの場合でも、1日1回以上の訪問を実施するとすれば現状では市町村負担が大きくなるばかりである(斉藤 1995 : 15)。

多くの市町村にとっては高齢者福祉を充実させるより、要介護高齢者を入院させた方が安上がりである。つまり高齢者の居場所がケアのニーズより、お金の流れやすさで決まっている。例えば、福祉の遅れに、医療で対応している自治体に札幌市がある(グラフ3参照)。札幌市の福祉サービス、特に在宅福祉の水準は全国平均を大幅に下回っている。しかし一方で、高齢者1人当たりの医療費は全国第1位で全国平均の約2.5倍にもものぼる。これは札幌市には老人病院数が集中しており、北海道の各地、また道外からも入院を希望する高齢の患者が集まってくることに起因する(山井・斉藤

グラフ4 平均入院日数の国際比較



注：結核病院および精神病院を除く。

出典：山井・斉藤 1994：61

1994：162)。日本は先進国で一番入院日数が長い国である（グラフ4参照。残念ながら、これより新しい統計が現在のところ見出せない）。さらに老人医療費の内訳をみると50.5%が入院医療費となっている（厚生省高齢者介護対策本部事務局 1995：115）。

これは医療と福祉の運営財源が異なることに起因する。医療は社会保険によって運営されているが、福祉の措置制度においては原則として公費負担である。また、施設サービスの運営主体は社会福祉法人や医療法人などの非営利団体であったり、市町村の直営であったり、それによって費用負担がまちまちである。国や自治体についての公費負担についてもさまざま、奨励的な補助金を含めると、公費の内訳や実態は不明である。以下は一般的にいわれる利用者負担、運営財源、実施機関の分類である（小西 1996：16）。

<在宅サービス>

種 類	利用者負担	実施機関
(1) 訪問看護サービス*	医療保険の拠出金+公費	医療機関
(2) 訪問リハビリ	公費	市町村
(3) デイケア*	医療保険の拠出金+公費 + 老人保健施設	医療機関
(4) デイサービス	公費	市町村
(5) ショートステイ	公費	市町村
(6) ホームヘルプサービス	公費	市町村
(7) 日常生活用具給付事業	公費	市町村

## ＜施設サービス＞

種 類	利用者負担	運営財源
(1) 特別養護老人ホーム	本人の所得に応じて (平均毎月4万円)	国1/2+市1/2 あるいは 町1/4+県1/4
(2) 老人保健施設*	施設ごとに設定	保険者拠出金1/2+ 国1/3+県・市町村1/12
(3) 介護力強化型病院*	一部負担2.1万円 +毎月食費1.8万円	保険者拠出金1/2+国1/3 +県・市町村1/12
(4) 一般病院*	一部負担2.1万円 +毎月食費1.8万円	保険者拠出金7/10 +国2/10+県市町村1/20

\*印のサービスは医療保険が主な運営財源となっている。これらについては市町村負担はほとんど必要ない。このような制度下では、市町村にとって福祉を充実させようとする経済的インセンティブが働かない。市町村にとって医療で対応した方がはるかに安い負担ですむからである。介護を必要とする高齢者に在宅福祉サービスや福祉施設を用意するより、入院してもらった方が市町村にとっては安上がりである。

24時間巡回型ホームヘルプ<sup>2)</sup>や痴呆性老人用グループホーム<sup>3)</sup>など先進的な事業に取り組む自治体もあれば、全く関心を示さない自治体もある。このような状況下、自治体間で福祉サービスの量の格差は確実に開いている。自治体間の格差は、首長や担当職員の意欲によるところが大きい。

## 2.2. 公的介護保険と自治体 — 3つのパターン —

日本の現状では要介護の高齢者に対し、適切な福祉サービスを提供できない財政システムになっていることを述べてきた。次に1995年度自治省・財政ヴィジョン研究会<sup>4)</sup>で行なわれた「介護をめぐる自治体のトータルマネジメントについて」の調査(斉藤1996:31)を見ることにする。調査の結果、介護をめぐるトータルマネジメントにおいて、自治体により3つのパターンがあることがわかってきた。(1)都市部、(2)過疎地、(3)先進事例を持つ自治体である。この3つのパターンをそれぞれ考察する。都市部のケースとして大阪府枚方市、過疎地の自治体のケースとして山口県東和町、先進事例を持つ地域として広島県御調町、宮城県涌谷町、山形県西川町という1市4町を取り上げた。1995年4月にヒアリング調査を行ない、同年8月には広島県御調町、山形県西川町で実地調査を行なった。それぞれの自治体の概要は下記の表1に示す。

### (1) 都市部の場合

一般に都市部では福祉を充実させようとする経済的インセンティブが働かない。グラフ2で見たように、民間病院の多い都市部の自治体では高齢者の居場所として病

表1 ヒアリング団体の高齢者保健福祉施策の概要

	人口・高齢化率	医療	保健	福祉
大阪府 枚方市	人口394,066人 高齢化率8.7%	民間病院・医院 訪問看護ステーション	市保健センター	特別養護老人ホーム (デイサービス・ショートステイ) 老人保健施設 (デイケア・ショートステイ) 在宅介護支援センター 24時間巡回型ホームヘルプ試行 高齢者サービスエリアの設定
山口県 東和町	6,089人 高齢化率45.7%	国保総合病院	健康管理センター	特別養護老人ホーム (デイサービス・ショートステイ) 在宅介護支援センター (建設中)
広島県 御調町	8,326人 高齢化率25.3%	公立みつぎ総合病院 訪問看護ステーション	健康管理センター	健康管理センター 特別養護老人ホーム(ショートステイ) リハビリセンター 老人保健施設(デイケア・痴呆専門棟) 在宅介護支援センター 地域介護実習普及センター ケアハウス
(病院及び健康管理センターを中心に、本人の状態に応じ、必要とされるサービスを総合的に実施。)				
山形県 西川町	8,380人 高齢化率25%	町立病院	健康管理センター	健康管理センター 特別養護老人ホーム (ショートステイ・デイサービス) 老人保健施設 (ショートステイ)
宮城県 涌谷町	20,642人 高齢化率17.2%	町民医療福祉センター(診療部門・ヘルスケア部門・ライフケア部門) 同一施設内で各部門のサービスの連携を図っている。		

出典：財団法人地方自治協会 1996：16（大阪府枚方市，山口県東和町，広島県御調町，宮城県涌谷町）；  
山井・斉藤 1994：130（山形県西川町）

(表1つづき)

	特色	課題
大阪府 枚方市	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健福祉施策に関する保健・医療・福祉各期間のネットワークを構成（政策レベルの老人ケア合同連絡協議会及び実務レベルの検討会議の設置）。その成果として痴呆性老人デイホーム（現在のデイサービスE型）を国に先駆けて実施。</li> <li>・高齢者保健福祉計画において、市域を7つのサービスエリアに分割して施設を配置し、身近に各種サービスを利用できるように配慮。</li> <li>・敬老金を廃止し、ソフト事業を充実。（早朝・深夜ホームヘルプ等）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・老人保健福祉計画策定により政策課題が一段落し、政策レベルの協議機関としての合同連絡協議会の役割の再検討が必要。</li> <li>・協議会・検討会議では専門家同士の意見の相克があり、責任あるケアマネジメントをする人間が必要。</li> <li>・介護保険など新たな制度検討のための部会の設置。</li> <li>・保健福祉計画のサービス目標の達成のため、サービス量の大幅な引き上げが必要。</li> </ul>
山口県 東和町	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化率が日本一である。</li> <li>・高齢者の現役就労が多い。</li> <li>・集落の人間関係が緊密で、高齢者が日常的に助け合う風土がある。</li> <li>・施設は比較的充実。（特養80床、病院131床）</li> <li>・高齢者福祉施策の充実よりも生活基盤整備の要望が高い。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保健、医療、福祉の連携の確保。</li> <li>・若年層が少ないことから、福祉マンパワーの確保が問題。</li> <li>・福祉施策は国・県の補助事業により実施。独自の施策が少ない。</li> </ul>
広島県 御調町	<ul style="list-style-type: none"> <li>・つくられた寝たきりを解消するため、保健・医療・福祉の組織を統合し、病院及び健康管理センターを中心としたサービス体制を確立。医療に加えて訪問看護、訪問リハビリ、ホームヘルプ等の在宅サービスや特養、老健等の施設サービスを総合的に提供すると共に、福祉バンク等の住民ボランティア制度とも連携を図った地域包括ケアシステムを構築している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア施設の整備。</li> <li>・サービスの量的確保がほぼ終わり、質的な向上を目指す。</li> </ul>
山形県 西川町	<ul style="list-style-type: none"> <li>・町役場の隣という一等地に、「ケアハイツ西川」を設立。町立病院の医療と保健・福祉の連携がとりやすい体制を構築。介護の充実政策の効果で、町立病院の病床を減らし、かつ病床回転率を上げることに成功。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅介護の充実。</li> <li>・施設の整備（特養の増床）。</li> </ul>
宮城県 涌谷町	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域福祉では住民が最大の福祉資源であるという観点から、住民の福祉活動を育成。</li> <li>・保健・医療・福祉の連携を重視。医療福祉センターにこれらのサービス部門を集約し、各部門にまたがるサービス提供を行っている。特に診療を契機とした保健活動への参加や介護サービスの利用等がスムーズにできるよう配慮。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅介護の充実。</li> <li>・施設の整備（通過型施設を検討）。</li> <li>・住民の主体的な福祉活動の促進。</li> </ul>

出典：財団法人地方自治協会 1996：16（大阪府枚方市，山口県東和町，広島県御調町，宮城県涌谷町）；  
山井・斉藤 1994：130（山形県西川町）

院利用は手軽であり、自治体にとって入院を選択した方が効率的である。しかし、そのような状況でも稀なケースであるが、福祉の充実に力を入れている自治体もある。枚方市は先駆的な自治体であり、市の単独事業として30年以上継続してきた「敬老祝い金」を廃止して、これを財源に24時間巡回型ホームヘルプを開始した（山井・斉藤 1994:159）。このように都市部の自治体の場合、福祉が充実するか否かは、担当職員や首長の理解と熱意と能力に依存している。都市部の自治体では介護保険が導入されなければ、介護ニーズに合わせて福祉財源を増やすことは非常に難しい。

## (2) 過疎地の場合

都市部と同様で、福祉を充実させようとする経済的インセンティブは働かない。さらに加えて、福祉サービスを充実させるための財政力に乏しいこと、高齢者政策を専門に担当する職員を配置できないことなどの悪条件が揃う（斉藤 1996:35）。日本の市町村の約6割が人口1万人未満の町村であるが、過疎地の小さな町村はほとんどすべてこれに該当する。

しかし、30%以上の高齢化率や独居老人、老夫婦世帯の急増という事態に迫られ、在宅サービスの供給量を飛躍的に伸ばしている町村もある。例えば、長野県泰岐村などはホームヘルプサービスの利用率は全国でも毎年トップクラスである（財団法人長寿社会開発センター 1994:106）。このような地域の場合、首長や担当職員の力量や問題意識が都市部の自治体以上に問われることになる。

介護保険が導入された場合、この分類に入る市町村は高齢者人口が多いために保険料負担が大きくなるか、必要分のサービスが供給できるか、ケアマネジメント<sup>5)</sup>に携わる人材や計画策定を担当する職員が確保できるか、など多くの課題を抱えることになる。高齢者福祉のトータルマネジメントを考える場合、市町村合併など自治体の基盤強化を含めた議論が必要であろう。

## (3) 福祉の先進事例を持つ自治体の場合

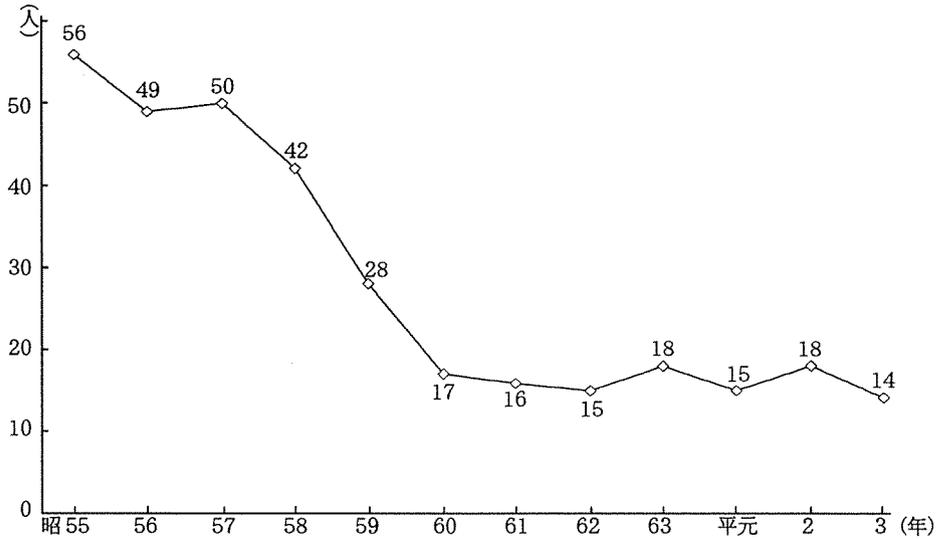
介護におけるトータルマネジメントシステムがうまく機能している自治体にはいくつかの共通点がある。人口規模が1万人前後で町立病院を持っていることである。

山形県西川町の町立病院は51床の病床を持つが、1992年この隣に老人保健施設30床、特別養護老人ホーム30床を併設した。町立病院の病床は高齢者の長期入院で常に満床であった。財源が異なるという理由から、多くの市町村にとって病院会計は自治体財政にほとんど関係ない。しかし、町立病院を持つ自治体にとっては病院に長期入院が増えて赤字になれば、町財政に直接はね返ってくる。つまり自立した生活が困難な高齢者が生活できる受け皿となる老人ホームや老人保健施設、在宅福祉を充実させないと、すべてを入院で対応することになり、町にとっては大きな医療費負担となる。したがって、老人ホームを建てることは短期的に見れば大きな

予算をとまなう大事業だが、長期的に見れば必ずしもそうではない（山井・斉藤 1994 : 136）。

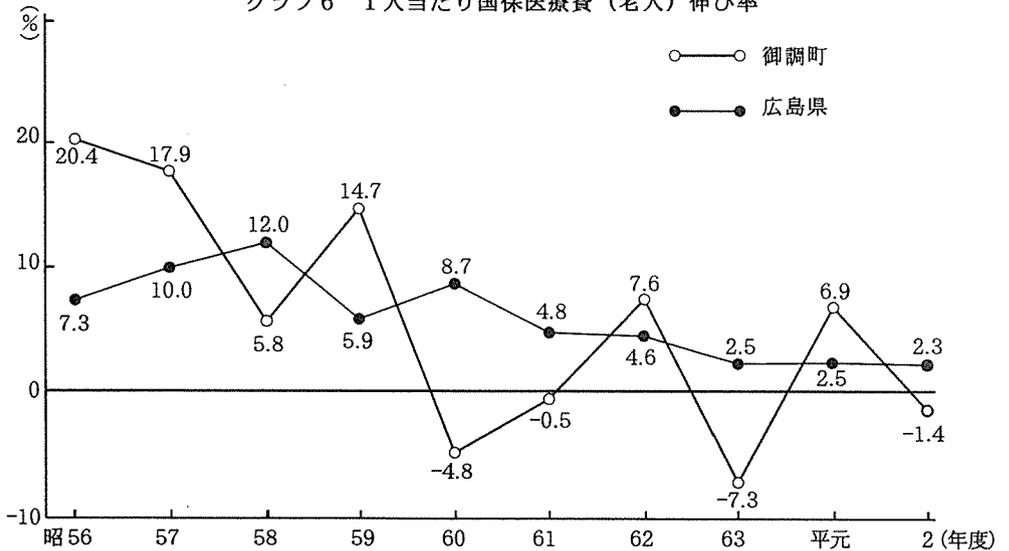
このように福祉の先進事例を持つ自治体は、医療と福祉のコストを総合的に考えることができるという大きな特徴を持つ。広島県御調町にも町立病院があるが、在宅福祉を充実させて、長期入院を減らし寝たきりを減らすことに力を入れた結果

グラフ5 在宅寝たきり者数（御調町）



出典：山口 1992 : 116

グラフ6 1人当たり国保医療費（老人）伸び率



出典：山口 1992 : 116

(グラフ5)、医療費が減り、1人当たりの国民健康保険料が減少傾向(グラフ6)にある(山口1992:116)。

このような自治体では現在のシステムのままでも、高齢者ケアの重心を医療から介護へ移行させていくための経済的なインセンティブが働く。つまり、在宅福祉や福祉施設を充実させることが自治体の財政においても重要課題となっている。

福祉サービスの供給を増やすという意味で介護保険はさらに有効に働くと思われる。しかし問題は日本において、このように高齢者ケアのトータルマネジメントが可能な自治体はごく少数だということである(斉藤1996:35)。

次に、スウェーデンでの対応を分析する。中でも社会的入院の解消とコミュニンを核とする高齢者ケアのトータルマネジメントに焦点をあてる。

### 3. スウェーデンのエーデル改革と社会的入院の問題

#### 3.1. エーデル改革とそのねらい — 福祉と初期医療の統合 —

エーデル改革は1992年にスウェーデンで施行された高齢者福祉医療改革である。コミュニン<sup>6)</sup>を核とした高齢者ケアのトータルマネジメントという視点で分析すると同改革は興味深い。エーデル改革の詳細については拙稿(斉藤1994)にゆずるが、改革の内容は大きくわけて次の5点である。

- (1) 基礎的自治体であるコミュニンがナーシングホーム(sjukhem)<sup>7)</sup>を含めた高齢者用の特別住宅形態(särskilda boendeformer)の責任を持つ。
- (2) コミュニンは高齢者用の特別住宅に住む人々の初期医療(primärvård)<sup>8)</sup>(ただし、医師による診療を除く)を提供する責任を持つ。ランスティング<sup>9)</sup>との合意があれば、在宅者に対する訪問看護(hemsjukvård)の責任も持つ。
- (3) コミュニンは社会的入院患者(medicinskt färdigbehandlade patienter)の入院費支払い責任(betalningsansvar)を持つ。
- (4) コミュニンは障害者に対する補助器具(hjälpmedel)を提供する責任を持つ。
- (5) コミュニンは医療権限をより大きく持った看護婦職の育成を図らなければならない。

これらの改革はランスティングが管轄していた高齢者の初期医療の分野をコミュニンに移行させ、コミュニンが高齢者福祉(äldreomsorg)と一元的に担当するようになったことを意味する。組織改革や人事異動などを含め、合計20兆クローナの予算がランスティングからコミュニンへ移された。また、高齢者と障害者のための住宅の質を向上させるために、92年から97年の6年間にわたり、3兆クローナが国庫補助金(statsbidrag)としてコミュニンに支払われている。

エーデル改革実施の大きなねらいは以下の3点である。

- (1) 社会的入院患者を減らし、入院待ちを減らすこと。
- (2) 高齢者や障害者用の住宅の質を向上させること。
- (3) コミュニティに責任を一元化し、在宅福祉のより一層の充実を図ること。

### 3.2. 社会的入院患者の増加と責任境界問題

そこで、社会的入院患者の増加と医療費高騰の問題に焦点をしぼる。

80歳以上の後期高齢者人口の増加は老人医療費の増加を意味する。保健医療経済研究所 (IHE: Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi) の統計によれば、1995年以降は毎年の医療支出増が見込まれ、医療ニーズの増大が予測されている。後期高齢者の増加は障害を持つ高齢者や病弱な高齢者の増加を意味する。ナーシングホームを含む長期療養ケア (långvård) 支出は237億クローナで総医療支出の約20%を占める。スウェーデンの75才以上の人口は1991年現在で総人口の7%にすぎないにもかかわらず、彼らに使われている医療費は医療費総額の約3分の1を占めている。国民1人当たりの医療費は65才以上になると増加し、80才以上になるとさらに急増する。65才以上の高齢者1人当たりに使われる医療費は年間5,000クローナであるが、85才以上になると35,000クローナと約7倍になる。医療費支出は人口動態に大きく左右される (Ohlsson & Broome 1991:12)。

Ohlsson & Broome (1991:12) は、長期療養ケアの支出で、このまま高齢化が進めば1983年から2005年までの22年間に36%の支出増になるという予測を示し、警告した。

ランスティング連合 (Landstingsförbundet) <sup>10)</sup> では社会的入院の実態調査を行ない、入院患者の20~25%が社会的理由による入院であることを報告した。社会的入院は「ベッドふさぎ老人」とも呼ばれ、このような状況が緊急治療を必要とする患者の入院待ちを増やし、医療財政の圧迫の一要因ともなっている (Landstingsvärlden 1989. nr 5:56)。

このような状況を引き起こした背景にはランスティングとコミュニティの責任領域をめぐる境界問題 (gränsdragning) があった。長期療養ケアを含む医療はランスティングの責任、ホームヘルプサービス (hemtjänst) やケア付き住宅 (servicelägenhet) などの社会福祉サービス (socialtjänst) はコミュニティの責任であった。その結果、高齢者への対応をめぐる、ランスティングとコミュニティの間で責任の転嫁が起きた。例えば、痴呆性老人の処遇について、コミュニティ側は「痴呆は病気なので医療で対応すべき」と入院させようとした。コミュニティにとってはその方が痴呆性老人の受け皿としての福祉サービスを充実させるより安上がりだからである。一方、ランスティング側は「痴呆は治療して治す病気と質が異なる。福祉サービスで対応すべき」とした。

議論が並行線をたどる中、痴呆性老人への対応が大幅に遅れる結果となった（斉藤 1994 : 162）。

福祉を充実させ、社会的入院を減らすための政策として、財源と権限を統合し、高齢者ケアをコミューンに一元化することが急務とされた。エーデル改革は高齢者の長期療養ケアと訪問看護についての権限をランスティングからコミューンへ移し、同時に関連予算も移行させた。また、社会的入院患者については医師が治療終了を告げてから5日以内に退院できない場合はその患者の入院費をコミューンが支払うことになった。入院費は1日あたり2,000クローナと高額であり、コミューンはこの負担を免れるために要介護の高齢者用住宅を増設した。コミューンにとって介護を充実させる経済的インセンティブが働くしくみができあがった。

### 3.3. エーデル改革に対する評価－社会的入院者激減、高齢者住宅の増加と質の向上－

エーデル改革は改革実施後5年間にわたり、社会福祉庁（Socialstyrelsen）を中心に大学やその他の関係機関の研究者とともに改革の評価を行なうプロジェクト（utvärderingsarbete）が組まれた。<sup>11）</sup> 報告書は毎年刊行され、1996年4月に最終報告書が発表された。

これによると、まず第1に社会的入院患者はこの5年間で激減したことが評価され

表-2 緊急医療における社会的入院患者 1990-1996年

	1990年3月	1992年3月	1993年3月	1994年3月	1996年1月
人数	3,959	1,725	1,806	1,363	1,387
割合 (%)	15.0	7.0	7.7	6.1	6.9
入院待ち時間 (日数)	13	6	5	2	2

出典: Socialstyrelsen 1996 : 59

表-3 老年科医療における社会的入院患者 1992-1996年

	1992年3月	1993年3月	1994年3月	1996年1月
人数	1,298	920	658	627
割合 (%)	20.8	15.5	13.0	12.7
入院待ち時間 (日数)	36	26	12	9

出典: Socialstyrelsen 1996 : 59

ている（表2と3参照）。エーデル評価委員会は1992年以降、社会的入院患者が急激に減っていることを報告した。緊急医療（akutsjukvård）の病床回転率もよくなった（Socialstyrelsen 1996 : 59）。

第2に高齢者用の特別住宅が増加し、質も向上した。1987年に全国で500人分整備されていた痴呆性老人用グループホーム (gruppböende för senildementa) は、改革実施後の1992年に6,700人分と約13.4倍まで増加した (斉藤1994:173)。また、高齢者や障害者が最後まで自宅で生活できるように住宅改造 (bostadsanpassning) が一層重要な役割を果たしていることが明らかになった (Socialstyrelsen 1996:57)。

もちろん、エーデル改革には問題点もあり、高齢者が医療を受けにくくなる、サービスを利用する時に必要な自己負担額が増えたなどの指摘もある。しかし、社会的入院者を減らすこと、高齢者住宅の質を上げるという目的は明らかに達成された。

#### 4. エーデル改革の理念と日本の公的介護保険

スウェーデンのエーデル改革では高齢者の初期医療と福祉サービスを統合し、両者の財源およびサービス供給はコミュニティの責任の下に一元化された。その結果、高齢者ケアの重心を「医療・治療偏重型」から「福祉・生活重視型」へ移行させることに成功した。まさにコミュニティを核とした高齢者ケアのトータルマネジメントシステムの確立といえる。これによりコミュニティは医療と福祉の財源を共に持ち、要介護高齢者のニーズに合わせたサービスを提供することが可能になった。

日本でも先進事例を持つ市町村は、エーデル改革後のスウェーデンのコミュニティのように、市町村レベルで福祉と医療とのバランスを考えられるしくみを持っている。しかし、「福祉充実」より「入院」を選択しやすい環境となっている市町村が日本では圧倒的に多数である。

日本の公的介護保険もエーデル改革と同じ目的を持つ。すなわち、介護を充実させ、長期入院を減らすことである。医療と福祉の財源調達方式を同じにしなければ、好むと好まざるとにかかわらず、ケアはどうしても財源の調達しやすい方向へ流れる。日本において財源調達のしやすい医療に高齢者ケアの重心がかかってしまうのは、このためである。

日本の公的介護保険は医療保険制度改革とは別枠で議論されており、エーデル改革にみられた医療と福祉の財源の統合は将来的な検討課題となろう。しかし、財源の調達方法を医療と福祉で同一形態にするという点において、公的介護保険はエーデル改革の理念にきわめて近い改革といえる。日本における公的介護保険の導入は、将来的に基礎自治体を核とした高齢者ケアのトータルマネジメントシステムを構築していく第一歩として大いに期待できよう。

## 注

- (1) 日本の場合は市町村，スウェーデンの場合はコミューン (kommun)。
- (2) 24時間対応で，1日数回，介護を必要とする時間帯に必要な時間だけ介護サービスを提供するホームヘルプサービスを指す。これに対して，日本で一般的なホームヘルプサービスは，週に2～3回，1日1回2～3時間滞在してサービスを提供する「滞在型」である。公的介護保険のサービスメニューにあげられている (山井・斉藤 1994:43)。
- (3) 6～10人の痴呆性老人が生活リハビリを受けながら，専門の介護職員と共同生活をするケアの形態をさす。痴呆症状がやわらぎ，問題行動がなくなるなど“痴呆性老人ケアの切り札”として注目されている。公的介護保険のサービスメニューにあげられている (山井・斉藤 1994:81)。
- (4) 筆者もメンバーである。
- (5) 介護保険が導入される際に，要介護者に対してケアプランを策定するなど新たに発生する業務である。
- (6) スウェーデンの基礎自治体で，日本の市町村にあたる。住民の生活に直接かかわる行政を担当する。高齢者については主にホームヘルプサービスや高齢者用特別住宅などの社会福祉を担当していたが，1992年のエーデル改革以降，高齢者の初期医療までその担当となり，高齢者ケアについては一元化して担当することになった。
- (7) 長期療養や慢性疾患など医療の必要な高齢者が滞在する施設。エーデル改革以前はランスティング (注 (9) 参照) の管轄であったが，改革後はコミューンに移管された。
- (8) エーデル改革でランスティングからコミューンに移管された初期医療の範囲は，ナーシングホームと訪問看護であり，地区診療所 (vårdcentral) の外来部門 (öppenvård) などは引き続きランスティングの担当となっている。
- (9) スウェーデンの広域自治体で，日本の都道府県に似ている。大きく異なるところはランスティングの主な業務は医療運営だということである。ランスティング支出の8割が医療支出である。
- (10) 国内にある23ランスティング+3ランスティング機能を持つコミューン (landstingsfria kommuner) で構成される。医療運営や広域行政についての研究，情報提供などを行ない，国に対してはランスティングの総意として圧力行動を行なう団体。
- (11) 改革について評価委員会の設置が義務づけられたのは，スウェーデン政治史上初めてである。

## Kommunalt finansansvar för äldrevården i Japan och Sverige

-Hur kan man lösa problemet att medicinskt färdigbehandlade inte kan återvända hem?-

Yayoi Saito

### Sammanfattning

Antalet äldre som är över 80 år har ökat i Japan och Sverige och det har inneburit att antalet senildementa eller handikappade patienter inom sjukvården har ökat och följaktligen har de stigande sjukvårdskostnaderna blivit ett nytt, stort problem i de båda länderna.

I Japan diskuteras ett nytt äldrevårdssystem som kommer att innebära en ökning av hemtjänsten, dagvården, antal ålderdomshem osv. Det kallas för Äldrevårdsförsäkringssystemet. Med det nya systemet kommer en försäkringsavgift att införas och kommunen kommer att få ett större finansansvar och beslutträtt för äldrevården. Enligt min åsikt hjälper det nya systemet familjer som tar hand om handikappade äldre hemma. Dessutom kommer antalet färdigbehandlade äldre som kan komma hem och stanna hemma genom hemtjänst, om så önskas, att öka. Genom att införa detta nya äldrevårdssystem är det också möjligt att minska sjukvårdskostnaderna.

Ädelreformen i Sverige lyckades med att minska antalet färdigbehandlade inom sjukvården och samma effekt anser jag att detta nya system i Japan kommer att ha. I Sverige har kommunen haft ett stort ansvar för äldrevården, och skapat flera särskilda boendeformer (SÄBO) för äldre som behöver någon slags hjälp och en liknande utveckling anser jag kommer att ske i Japan.

Artikeln handlar om hur man kan lösa problemet att medicinskt färdigbehandlade inte kan skrivas ut och återvända hem och tar upp följande; 1) kommunalt finansansvar för äldrevården och detta problem - varför behövs Äldrevårdsförsäkringssystemet i Japan nu 2) hur fungerar Ädelreformen och hur är situationen för färdigbehandlade äldre i Sverige 3) jämförelse mellan kommunalt finansansvar för äldrevården i de båda länderna.

## 参 考 文 献

(発行所のないものは政府刊行物)

- Elmer, Åke. 1989. *Svensk socialpolitik*. Stockholm: Almqvist & Wiksell.
- Gustafsson, Agne. 1988. *Kommunalsjälvstyrelse*. Malmö: Liber.
- Moen, Jan (huvudred.). 1992. *Kommunal uppslagsbok*. Svenska Kommunförbundet. Stockholm: Bokförlaget Bra Böcker. Nationalencyklopedin.
- Ohlsson Rolf & Per Broome. 1991. *Alderschocken*. Stockholm: ANS Förlag.
- Regeringens proposition. 1987. *Äldreomsorgen inför 90-talet (Prop. 1987/88:176)*. Stockholm.
- . 1990. *Ansvaret för service och vård till äldre och handikappade. m. m. (Prop. 1989/90:176)*. Stockholm.
- Socialdepartementet. 1987. *Äldreomsorgen i utveckling: slutbetänkande av äldreomsorgen (SOU 1987:21)*. Stockholm.
- . 1989. *Ansvaret för äldreomsorgen (Ds 1989:27)*. Stockholm.
- Socialstyrelsen. 1966. *Ädelreformen. Slutrapport*. Stockholm.

## 雑 誌

- Landstingsvärlden*. 1989. nr 5. Stockholm: Landstingsförbundet.
- 小西砂千夫. 1996. 「広島県御調町における高齢者に対するトータル・ケア・システムの実態と公的介護保険の可能性」. 簡易保険文化財団提出論文(未刊).
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修. 1995. 「新たな高齢者介護システムの確立について 老人保健福祉審議会中間報告」. 東京:ぎょうせい.
- 日本労働組合総連合会. 1995. 「れんごう政策資料 85 - 「要介護者を抱える家族」についての実態調査報告書」. 東京:日本労働組合総連合会.
- 斉藤弥生. 1994. 「エーデル改革の政治経済学」. 岡澤憲芙・奥島孝康編『スウェーデンの経済』. 152-178. 東京:早稲田大学出版部.
- . 1995. 「福祉先進市町村からの報告 住み慣れた地域で暮らせるために — 24時間ホームヘルプ・公的介護保険への期待 —」. 『公明』No. 390, 14-22. 東京:公明党機関誌局.
- . 1996. 「ヒアリングに係る論点整理・論点提示」. 財団法人地方自治協会『地域福祉のデザインづくり(II) - 平成7年度地方行政ヴィジョン研究会報告書 -』. 31-35. 東京:財団法人 地方自治協会.
- 山口昇. 1992. 「寝たきり老人ゼロ作戦」. 東京:社団法人家の光協会.

- 山井和則・斉藤弥生．1994．『体験ルポ 日本の高齢者福祉』．東京：岩波書店．
- 財団法人地方自治協会 1996．『地域福祉のデザインづくり（Ⅱ）－平成7年度地方  
行政ヴィジョン研究会報告書－』，東京：財団法人地方自治協会．
- 財団法人長寿社会開発センター．1994．『平成5年版 老人保健福祉マップ数値表』．  
東京：第一法規出版．