

発行所(郵便番号100)  
 東京都千代田区丸の内2-4-1  
 丸の内ビルディング617号室  
 社団法人スウェーデン社会研究所  
 Tel (3212) 4007・1480  
 Fax (3212) 1447  
 編集責任者 岡沢 憲美  
 印刷所 関東図書株式会社  
 定価300円(年間購読料四千円)  
 1995年4月25日発行  
 No.296 第27巻4号  
 (毎月1回25日発行)  
 昭和44年12月23日第3種郵便物認可

# スウェーデン社会研究月報

No.296      Bulletin Vol. 27      No.4

Japanska Instiyutet För Svensk Samhällsforskning  
 (The Japanese Institute for Social Studies on Sweden)  
 Marunouchi - Bldg., No.617 Marunouchi, Chiyoda - ku, Tokyo, Japan.



## 目次

巻頭 絵	深井 節子	1
変貌する高齢者向け住宅	小川 正光	
	筒井 忍	2
スウェーデン～百聞は一見にしかず～	廣瀬 満重	4
児童虐待防止機構の一員としての地区医	福本 朗	5
書籍紹介		6

# 変貌する高齢者向け住宅

Tendency of Housing for the Aged

愛知教育大学教授 小川正光

Dr. Masamitsu Ogawa

同 学生 筒井 忍

Ms. Shinobu Tsutsui

## 住宅計画にみられる主な傾向

スウェーデンの高齢者向け住宅は、社会一般の生活水準の向上や経済条件の変化を反映して、常に大きく変化している。昨年、イエテボリ市を訪れて行った調査と収集した資料から読みとると、最近の高齢者向け住宅に現れた主な特徴は、次の3点にまとめられる。

- ①居住水準の向上：社会的な水準の向上に対応して住戸規模や設備の改善を、既設のストックに対しても積極的に行っていること。
- ②住戸の小集団化：グループ住宅ばかりでなく、他のタイプでも共用の団らん室などを設けた計画が増えていること。
- ③異なった居住者・住宅形態との混在：住宅地全体の高齢化にともない、一部にサービスハウスを混在させた住棟を計画したり、有料老人ホームとの併設を行い、高齢者を特化させず住み慣れた環境の中での定住を可能にしていること。

ここでは、市内のカスタニーエバックン・サービスハウスを紹介しつつ、①、②について具体的に述べてみたい。

## ラルフ・アースキンの設計

現在、サービスハウス、老人ホーム、グループ住宅からなる建物は、1950年代初めに有名な建

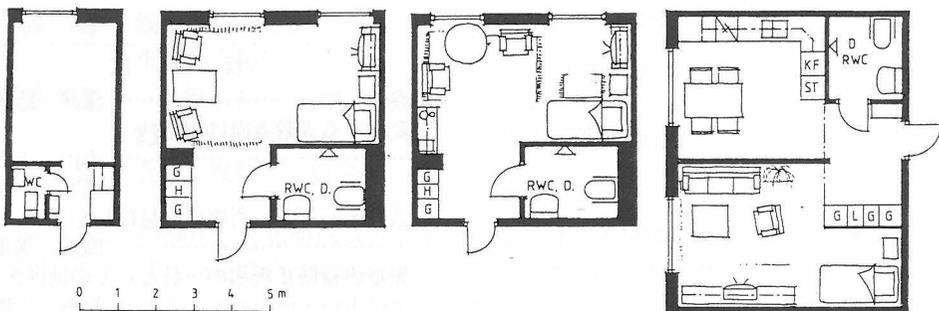
築家ラルフ・アースキンによって設計された。2階建てのレンガ壁と瓦葺きの低い屋根という、どこにでもある材料・形態は、周囲の住宅地の景観に溶け込んで施設という感じはしない。

建築当時のスウェーデンは経済的に安定しておらず、居住水準も低かった。高齢者の集合的な住まいは、住宅ではなく施設として位置付けられていた。戸数は92戸と多く、戸当り14㎡で自らの家具を持ち込むこともできなかった。食事は決められた時間に食堂でとる生活で、シャワーや洗濯も共用であった。これと同一の住戸を計画している事例は他にもあり、当時としては平均的な水準であった。

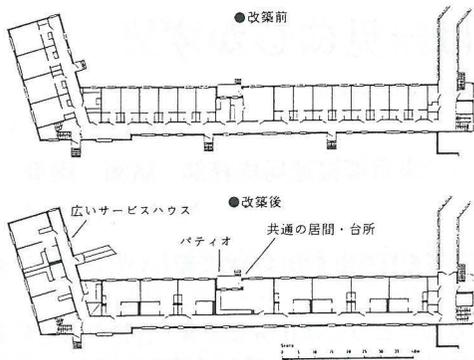
## 2戸を1戸に改善

1989年から90年にかけて、社会的な居住水準が向上したのに対応した改築が行われた。2戸を単位として隔壁を取り除いて1室とし、住戸規模を拡大している。これは低層であったのでできたことである。改築後は、44㎡のサービスハウス4戸、28㎡のサービスハウス28戸、グループ住宅(28㎡)12戸であった。サービスハウスには小さな台所が付けられたが、グループ住宅にはない。ここでの住宅規模は、サービスハウスとグループ住宅とも共通しているが、一般的にはサービスハウスの方が広がっている。また、市内に供給され

- 改築前 (14㎡)      ●改築後
- ①グループ住宅(28㎡)      ②サービスハウス(28㎡)      ③サービスハウス(44㎡)
- 老人ホーム(28㎡)



カスタニーエバックン、改築前・後の住平面



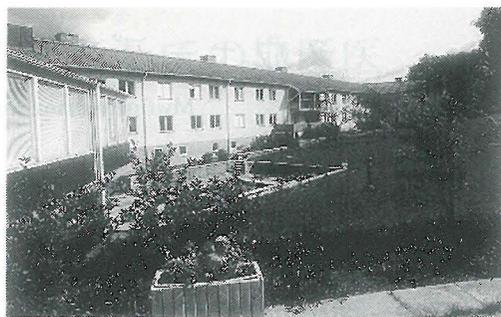
C棟南側の改築前・後

ている他のグループ住宅の住戸規模をみると30㎡を超えるものが多く、サービスハウスでは1DKで40、50㎡台、2DKで60㎡台を確保しているのと比べると狭く、改築であることの限界を示している。

#### 小集団ごとの居間、台所の設置

改築後の建物で注目されるもうひとつの特徴は、グループ住宅棟では6戸に1つの、サービスハウス棟ではほぼ7戸に1つの共用する居間と台所を設けている点である。小集団ごとに共用スペースを設けるのはグループ住宅の特徴であるが、高齢者の共同生活にとって有効な計画手法であると判断されたので、他の住宅形式にも積極的に取り入れていると考えられる。市内のグループ住宅における小集団の単位はほとんどが6戸であり、老人ホームでは6～8戸である。この戸数単位は、経験をもとに確立されたと言いたが、わが国の近隣付き合いで使われる「向こう3軒、両隣」の6戸の単位と共通するのは興味深い。

1993年より、サービスハウス棟の北半分は、

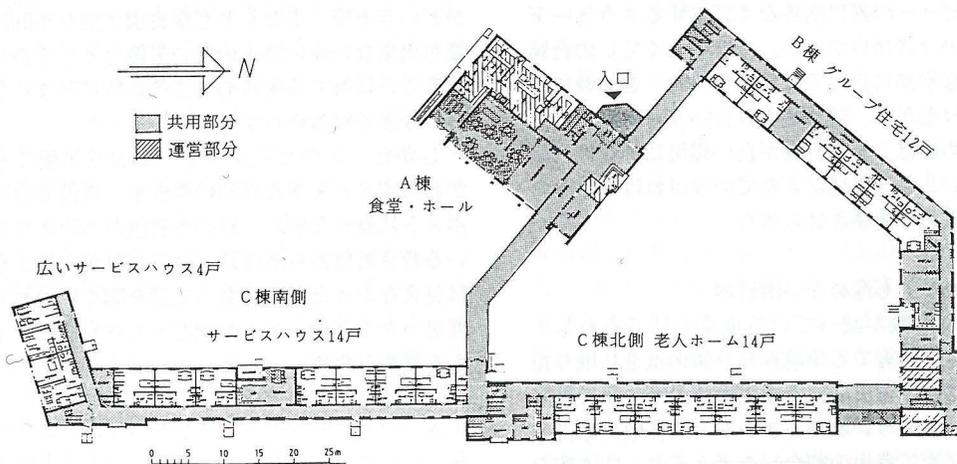


後期高齢者の増加に対応した措置として、老人ホームに変更されている。自立度が低下した高齢者の量は、今後さらに増加するが、各個人を識別・尊重し、適度な刺激を与え合いながら共同生活するためには、このような共用スペースを確保することが重要になるはずである。

#### 変化することの重要性

わが国でもグループ住宅が供給され始めたが、1室10㎡を割る規模で設備が共用という事例をみると、大きな差に驚く。しかし、わが国の高齢者の住宅を調査してきた経験からすると、両国の起居様式は異なるものの、必要とされる住宅規模とケア内容は大きく変わらないのではないかとというのが実感である。高齢者の居住実態を踏まえて計画した愛知県の公営シルバーハウジングの住戸規模は、結果的に50㎡台になったが、これはサービスハウスの水準に近いのである。

イエテボリ市で住宅を担当するパール・カールソン氏は、スウェーデンの高齢者向け住宅も、かつては狭かったこと、徐々に改善してきた結果であることを繰り返し強調した。居住者の生活を把握し、それに対応した住戸規模の拡大と共用スペースの拡充という基本的なことが、住宅計画における大きな課題である。



カスターニーエバッケン1階平面図

# スウェーデン～百聞は一見にしかず

My first visit to Sweden - Seeing is believing -

東京都福祉局総務部 廣瀬 満重

Ms. Mitsue Hirose

昨年9月からこの3月まで、平成6年度東京都海外研修生として欧州を訪れる機会に恵まれた。

研修テーマは「少子化現象と行政の対応」。何よりもまず、合計特殊出生率を再上昇させるのに成功したスウェーデンに行ってみたいと思った。9月・10月の2ヵ月間、首都ストックホルムから北部のエルビスピン・ボーデン・ルレオ、中部リンシェーピン、南部ヴェクショーを回った。

初めてこの目で見、この足で歩いたスウェーデンはまさに感動と驚きとため息の連続であった。

## \* 良いサービスは良い職場環境から

インタビューに応じてくれたのは延べ130人。訪問した施設等は約60に及んだ。恥ずかしいことだが、これほど広範囲にわたって多数の施設を訪問したことは日本でも経験したことがなかった。

おりしも街は3年に1度の選挙戦の真っ最中。余りに日本と違うオープンな選挙風景が驚きながらも、投票翌日から本格的に行政機関や施設職員等のインタビューを始めることが出来た。

人口1200万人。スウェーデン国民880万人をはるかに上回る我が東京都とスウェーデンの自治体を比較するのは少々無謀なことだが、職場環境、施設のきめ細かいサービスやあらゆる面でのゆとりには目を見張るものがあつた。にもかかわらずインタビューの度に例外なく耳にするスウェーデン人達の「昔は良かった、今はキツくて」の台詞が贅沢な不満に思えてならなかった。と同時に現場を回りながら、職員がより良いサービスを提供するためには、職員自身が良い環境にいななければならないこと、大切にされていなければならないことも改めて痛感させられた。

## \* 産みたくても産めない国日本

子どもの数が減っている東京では「安心して子どもを産み育てる環境作り」策の推進に取り組んでいるが、東京に於る住宅事情や習い事・塾等の教育費といういわゆるエンジェル係数(家計に占める子育て費用の割合)を考えると、抜本的な

解決策を打ち出すのは極めて難しいと言わざるをえない。

女性にとっては仕事と家事・育児の両立がまだまだ厳しい日本と、既に「男性も女性も一人の人間として仕事も家事・育児も」を実践しているスウェーデン。ここでは女性も立派な労働力であり日本のような「パートの年収100万円の壁」など存在するはずもない。

一方、スウェーデンでは既に20年もの歴史をもつ育児休業中の所得9割保障の「両親保険」制度は日本にはない。育児休業制度はスタートしたものの無給で、この4月からようやく25%の所得保障にこぎつけたばかり。

意識面でも、「子どもを保育園等に預けてまで働くことは良くない」と答える都民が今でも1割強を占めている(平成5年度東京都社会福祉基礎調査「東京の子どもと家庭」)。

かくして働く女性達は、未整備な制度の中で綱渡り的な苦勞を重ね、意識面では仕事も家庭も中途半端ではないかというストレスを感じながら2人目・3人目を諦めることになる。

## \* この国なら安心して産める

実際、私も出生率低下の一翼を担っている有配偶女子の1人である。片道1時間半の通勤時間。保育園の開園時間全てを利用してもまだ足りない二重保育の状況で、母子ともに体力が続くだろうかという不安。少なくとも保育園生活6年間は残業も出来ない使い勝手の悪い労働力としてあり続けることに対する後ろめたさ等に常に苛まれながら、今まで踏み切れずに来てしまった。

しかし、スウェーデンで、かなり年配にもかかわらず子どもがまだ幼い女性や、現役で管理職ポストに就きながら、孫の保育園のお迎えをしている若きおばあちゃま達(とても孫がいるように見えなかったが)に会って話を聞くにつれて何度思ったことか「この国だったら安心して子どもを産めるのに……」と。

# 児童虐待防止機構の一員としての地区医

Distrikt läkare som bamskydds system

スウェーデン国公認医・長岡技大助教授 福本一郎

Nagaoka University of Technology, Dr. Ichiro Fukumoto

スウェーデン社会においては「子供は親のものではなく次の世代の国民となる社会全体の宝であり、親は子供の養育を社会から依頼されているだけ。」と考えられている。そのため子供の権利擁護は何事にも優先して重要と考えられており、児童虐待に対処する医療社会システムが完備されている。児童保護の中核となるのが、各市町村の社会委員会 (socialnämnden) と地区医 (distrikt läkare) である。法律的には「スウェーデン国内のすべての医師・看護婦・助産婦・教師はたとえ自分の業務以外においても、児童虐待を疑ったときにはただちに社会委員会に通報しなければならない。」と言う社会業務法第71章2節の規定により児童保護システムが始動されることになっている。その働きぶりは時に過激ともみえるほどであるが、児童保護という目的のためには極めて有効なものとなっている。

スウェーデンの医療は公営であり、そのため医師のほぼ95パーセントは国またはランスティング (面積としては日本の県に相当するが医療福祉と年金を主に扱う地方自治体) または市町村の病院や診療所に勤務する公務員である。そのため医療訴訟においても医師個人が刑事的・民事的な責任を負うことなく、その処罰は厚生省 (Social styrelsen) の一部局である医療問題責任局 (HSAN) の専権事項となっている。医療問題責任局は医療職員の過誤や不注意による医療責任を追究する国の機関で、医師・看護婦・薬剤師などすべての医療職員の医療行為を監督している。その構成は法曹人である議長1名・国会によって議席比例で指名された各政党の代表者4名、医師会代表1名、看護婦組合代表1名、精神医療に造詣の深い労働組合代表1名そして雇用代表としてのランスティング代表1名から成り立っている。またその事務局には20名の法律・行政専門職員が常時勤務しているほか、50人近い専門家を顧問としている。委員会は毎週1回開かれ、年間約800件の事件を処理し平均1年半かけてそのうちの20%に最終処分がなされている。処分の半数は、間違っても健康な側の足を手術した場合や、成人容量を子供に処方した場合などの情状酌量の余地のない場合の「戒

告varning」であり、残りの半数は、カルテ記載等処置に注意が足りなかったが重篤な結果には至らなかった場合の「訓告erinran」である。戒告が度重なると免許停止処分となる。いままでに約30件の免許停止処分が行われているが、その大部分は医療職員自身のアルコール中毒や麻薬中毒あるいは精神疾患が原因であり医療過誤そのものによるものは少ないという。スウェーデンの医療職員の職業的モラルが世界一高いといわれている理由の一つは、この医療問題責任局の処分の厳正さによると言われている。

先日この医療問題責任局が決定したひとつの訓告について、医師側が上訴し高等行政裁判所で逆転判決の上、無罪とされた医療過誤事件があった。それは1991年10月17日に4歳の男の子を診察した地区医が、肛門周囲に2個のコンディローム様疣種を見つけ、小児科医と相談の上、近親相姦・児童迫害の疑いありとして社会福祉局に通告した事件であった。組織検査の結果、誤診であることが判明したが、この事件で教師だった男の子の父親は精神的なショックが大きく、いまだに完全な職場復帰が出来ない状態である。医療問題責任局はこの帰結を重視し、十分な調査をせずに通報した医師に訓告を与えたものである。しかしこの処分結果がスウェーデン医師会雑誌に掲載されたときから、医師・法律家による広範な議論が沸き起こった。そのほとんどは医師の取った処置を正当として弁護するもので、医療問題責任局の委員からの弁明もあったが歯切れの悪いものであった。特に医療の第一線で児童保護を実践している地区医からは、「医療問題責任局の決定は現場の医師を萎縮させる。」「正確な診断には時間が掛かるものである。精密検査中も児童虐待がづく可能性があるなら、多少の行き過ぎがあっても迅速な通報と親からの隔離こそが児童の保護につながる。」という意見が投稿され、法律家からも「社会業務法の規定は、通報するかどうかの判断権を医師に許しているのではない。医師は自らの知識と経験に基づいて少しでも児童虐待の可能性があると考えるなら、遅滞なく社会委員会に通報しなければならない。」という強い意見がだされた。

このような世論を背景に被告の医師は高等行政裁判所に上訴した。裁判官は判決理由のなかで「公務員の最も重要な役割は、非虐待児童を緊急に保護することにある。この点で被告の医師の取った行動は全く正しい。そして医師はその通報の結果生じた事態については、なんら責任を負うべきものではない。」として被告の医師を無罪としたものである。

スウェーデンの医学部では小児科・外科・皮膚科・法医学を始めとして様々な臨床科目で機会ある毎に、児童虐待の診断・治療法を教授される。児童虐待には表1に示すように近親相関等の性的虐待も含めて様々な種類があるが、欧米では1968年から1976年の8年間に児童虐待が10倍以上に増加したと言う調査結果(表2)がある。老人達の知恵と抑止の働かない核家族化の進んだ現在では実数も発見数もさらに10倍以上増加していることは確実と考えられている。児童はその国の未来を作る国民である。暴力を経験して育った子供は、大人になったとき自分が受けたのと同じ暴力を次の世代にふるうという説(暴力循環説)もある。事実、青少年売春で少年院に保護された少年少女の半数以上は子供の頃に性的虐待の被害者であり、子供に暴力をふるった父親のほとんどは自分自身も子供の頃にアル中の父親に暴力をふるわれた経験を持つというスウェーデンの調査結果がある。精神的にも肉体的にも弱者である児童は、GNPが米国を追い抜き世界一豊かといわれる日本で本当に保護されているのだろうか。幼気な子供を道連れにする親子心中が世界一多く、加害者の

親側に世界一寛容だと批判されている日本において、スウェーデンの児童保護に対する強固な姿勢を我々は今学ぶ必要があるのではないだろうか。小児科医を始めとしてすべての開業医を含む日本の医師・学校の教師とともにすべての子供の親の責任は重いと言わねばならない。

参考文献

1. 藤岡純一編著、「スウェーデンの生活者社会」青木書店、1994
2. Läkartidningen, Vol91, Nr.45, pp4103, 1994
3. 福本一朗、「虐げられた子供達を守る小児精神医学」、ばんぼう、pp74・79, 1989.1

表1 児童虐待のタイプ

	積極的暴力	消極的暴力
肉体的暴力	殴打・近親相姦など	病気の子供を医者に見せない
精神的暴力	監禁・罵倒・差別・脅迫	精神薄弱の両親をもつ子供

表2 西欧諸国で増加する児童虐待(件/年)

	1968	1976
ノルウェー	10	120
スウェーデン	-	100
デンマーク	-	32
米 国	30	380
英 国	50	200
オランダ	20	300

《書籍紹介》

「イエータ運河に行く」(月刊 たくさんのふしぎ 第99号) 福音館書店

文・絵 深井 節子

今月は専門書から離れて、こども向けの本ですが、大人にも楽しんで頂ける読みものとして「イエータ運河に行く」をご紹介します。イエータ運河は、文中にも紹介されているようにグスタフ・ヴァーサ王の時代に計画され、ほぼ200年をかけて完成。イエテポリとストックホルムを結ぶ運河として、かつてはスウェーデンの内陸水路の輸送幹線となり、現在も交通手段として、また、夏の休暇の季節にはそれぞれにヨットや船で時間をかけて楽しむ光景が見られます。今月の表紙として登場して頂いた深井節子さんのさわらかな水彩の絵と文が、ヨンソンさんの家族とともに閘門を越えながら行く独特の水の旅の様子をうつしだして、こちらも思わず旅の誘いに引き込まれそうな楽しい一冊です。

※ この本と表紙の絵はがき(各種)は、当研究所で取り扱っております。