

JISS所報

2013年3月31日発行・・・所報No.359

目次

スウェーデン研究連続講座第141回、142回、共催講演会

第141回

「ニルスの国の認知症ケア～スウェーデン認知症ケア最新情報」

ホスピタリティ☆プラネット 主宰
藤原瑠美

第142回

「変容するスウェーデンの高齢者ケア～発展と停滞の間で～」

東京経済大学現代法学部教授
西下彰俊

共催講演会

「スウェーデンにおける犯罪者処遇の現在～女子処遇を中心に～」

スウェーデン法務省矯正・保護局
ストックホルム管区長 グニツラ・
ターナー

新シリーズ

スウェーデンのニッポン人(1)

「スウェーデン人の横顔」 田中 久

スウェーデン社会研究所 所報
No.359 2013年3月31日発行

発行所: 社団法人スウェーデン社会研究所

〒105-0013 東京都港区浜松町1-8-1

榊科学新聞社内5階

連絡事務所

〒124-0024 東京都葛飾区新小岩2-19-7

Tel. 03-5661-6035 Fax. 03-3655-1596

e-mail: jiss12@nifty.com

URL: <http://www.sweden-jiss.com/index.html>

発行人・編集責任者: 野崎俊一

Publisher&Editor in Chief: Shunichi Nozaki

編集者: 久保田健司

Editor: Takeshi Kubota

JISS所報

2013年3月31日発行・・・所報No.359

141回スウェーデン社会研究講座

「ニルスの国の認知症ケア～スウェーデン認知症ケア最前線」

市民のための福祉勉強会 ホスピタリティ☆プラネット主宰 藤原瑠美

おことわり*編集部から

講演者の筆者は現在、国際医療福祉大学大学院医療福祉ジャーナリズム分野の博士課程2年に在籍。また、2005年から、スウェーデン南端の穀倉地帯スコーネにある人口3万人の地方都市、エスロブコミュニティの高齢者ケアの定点観測を続けておられます。2009年には『ニルスの国の高齢者ケア—エーデル改革から15年目のスウェーデン』（ドメス出版）を上梓、近日中に2冊目の『ニルスの国の認知症ケア』（仮題）の出版予定です。本稿は、2012年12月18日のJISS（スウェーデン社会研究所）における講演のタイトルに加え、「認知症の人びとに対して、スウェーデンの医療が果たす役割」、サブタイトルに「痴呆都市の定点観測から見えてきたもの（ジャーナリズム手はアプローチ）として、新たに寄稿して頂いたものです。

1、スウェーデンの「認知症の医療とケアの国家ガイドライン2010

どうして日本では認知症の人の数が65歳以上の人口の1割になったのか

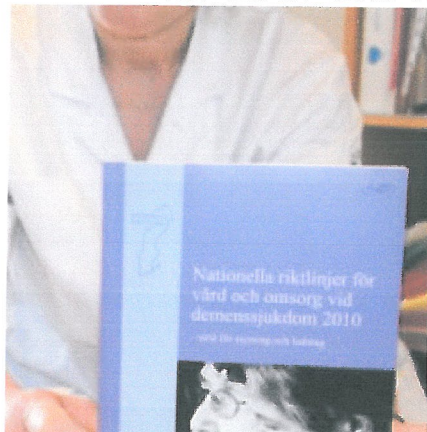
2012年8月24日、厚生労働省は「認知症の高齢者が65歳以上の人口の1割に達した」という発表をした。この記事を読み、団塊の世代が85歳となる、20年後の2032年に日本社会はどのように変わっているかと想像すると、危機感が迫ってくる。

2030年の日本の高齢化率は31.6%と予測されており、80歳以上の人口は1531万人*1となる。認知症の発症率は年齢が高くなると増え、85歳を超えると4人に1人が認知症となる。一方、認知症の治療薬がその時までには発明されるかという、最近では難しいという説もある。団塊世代として、多少なりとも手立てはないかと考えながら本稿を書いている。

定点観測を続けてきたエスロブコミュニティから、そのヒントを学べた。右の写真の方はデイサービスでお会いした方だが、エスロブでは認知症になっても重度化する人の比率が少なく、認知症の人々と共に生きる社会があった。



スウェーデンでは、認知症診断に6カ月から8カ月かける



スウェーデンの65歳以上の人口に占める認知症の高齢者の割合は8%であった。2010年5月1日に保健福祉庁（Socialstyrelsen）が発刊した『認知症の医療とケアの国家ガイドライン 2010—運営とマネジメントの手引き』（Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 - stöd för styrning och ledning）に書かれていた数字である。エスロブコミュニティに働く認知症専門看護師のエヴァ-ブリット・ミントンさんは、エスロブコミュニティにおける65歳以上に占める認知症人口は5.6%から8.8%の中間値と語った。いずれも日本の10%より少ない。日本の10%とスウェーデンの8%の違いは何であろうか。



日本で認知症の発症率が高いのは、介護保険の認定のために情報収集がされやすいからということもあろう。だが、だが両国の「認知症診断」の違いもその一因であるように思える。

ランステイングが経営する地区診療所で働く、一般医、イェルトロード・エークレヴさんのインタビューで、医療と認知症の関係がわかってきた。

一般医は総合医で地域の人々の家庭医でもある。

「現時点では、認知症診断の確実な調査方法が発見されていません。例えば心臓発作や、エイズなどの感染症が原因で一時的に認知障がいがあることがあります。誤診をしないように、診断では丁寧な問診と、いく種類もの調査を重ねます。観察期間も必要です」

とエークレヴさんは答えた。

スウェーデンの認知症診断は二段階に分かれている。一般医の「基礎的調査」と専門医の「詳細な調査」である。ここで「検査」ではなく「調査」と訳したのは、ガイドラインには調査、解明、分析という意味の「Utredning」というスウェーデン語が使われているからである。血液検査は重要で、鉄分やビタミンB12の不足が不足していたり、甲状腺に問題があったり、アルコール依存症だったりすると、認知症のような症状が出るから色々な血液検査をする。

国家ガイドラインには、保健福祉庁からの勧告がある。それは「まず、一般医の基礎的調査から入るべきだ」という勧告である。認知症の病気だけを診るのではなく、その人を全人的に診るプライマリケアが必要だというのである。若年性の認知症、レビー小体型、前頭側頭型の場合や、心理・行動症状が出ている場合など、難しいケースは認知症専門医の診断を受けるようにガイドラインは勧告している。

認知症の人を全人的に診て診断をする

スウェーデンの一般医は、一般医学専門医(specialistläkare i allmänmedicin)として、全国に1075ある地区診療所でプライマリケアを行っている。眼科から耳鼻科、内科までカバーできる総合医であり、地域の家庭医である。一方で専門医は病院や専門医外来(specialistläkarmottagning)で働いている。

一般医の基礎的調査を重んじるのは、認知症の診断をする際に、病気だけを診るのではなく、その人を全人的に診ることが必要でそれができるのは一般医しかない。



一般医による基礎的調査

問診1・記憶障害が発症して、具体的に日常生活に支障をきたしたこと。思考力や集中力の低下の有無。

- ・言葉や文章の理解力の低下、方向感覚が悪くなっているか。
- ・性格の変化。感情的な反応低下、攻撃性、食行動の変化。精神症状。うつ、不安などがいないか。

問診2・家庭環境、学歴、職業、運転免許証や銃器所持。現在の機能的な能力、受けているケアの内容。

- ・体系的な病歴の把握：最初の兆候とその後の経緯、症状の進行、日常生活
- ・遺伝的な要因。精神疾患や身体疾患の有無。既往症。「飲酒」「喫煙」「服用している薬」。

調査・神経病理的にみた身体の状態。精神状況の評価。※「うつ」に注意が必要。

- ・認知機能テスト：「ミニメンタルステート検査

、「時計検査 * 13

* 2

- ・投与されている薬の評価。
- ・血液検査。認知力の低下を引き起こす他の疾病の可能性を除外する。
- ・身体機能の測定、心電図、脳のCTスキャンによる画像診断。

専門医による詳細な調査

- ・脳脊髄液の採取と分析、神経心理学的検査、核磁気共鳴画像法(MRI検査)

・脳血流SPECT検査、ドーパミンSPECT検査

- ・作業療法士による判断。理学療法士による判断

画像診断はレントゲン医が二人で行う

	病院ベッド(床)	医師(人)	CTスキャン (台)	MRI(台)
OECD平均	4,9	3,1	22,6	12,5
スウェーデン	2,7	3,8	14,2	不明
日本	13,6	2,2	97,3	43,1
英国	3,0	2,7	8,2	5,9
ドイツ	8,3	3,7	17,7	15,4
アメリカ	3,1	2,4	40,7	31,6

表1 OECD 医療資源比較

病院ベッド・医師の数人口1000人あたり、CTスキャンは人口100万人(2010年)

<http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>より
筆者が作成。

画像診断に関して、エークレヴさんは、「画像診断はあくまで最後の確定診断につかう」と、「一般医が使うのはCTスキャンで、MRIは専門医レベルで使う」と答えている。しかも画像診断はレントゲン医(日本の放射線専門医)が二人で行い、二人の著名がある画像が有効であるようだ。ちなみに日本のCTスキャンは、人口100万人あたり97,8台(2010年)で断トツに多い表1。しかも日本の放射線科医の総数は5,000人で、人口あたりになると欧米の3分の1である*3。表1から読みとれるのは、いまだに病院中心の医療体制と、その割に医師の数が少ないことだ。病院に働く医師のハードワークで医療が成り立っていること。CTスキャンやMRIなど画像診断を行える環境が整っているわりに、熟練した放射線専門医が少ないことなどだ。スウェーデンの国家ガイドラインは、丁寧な診断をすることは、認知症の正しい診断になり、適切なケアにつながられること。そして長期的にみると経費の削減になると答えている。

認知症と薬の関係

「認知症ケア全体で薬が占める割合は多くはないですね。『認知症国家ガイドライン2010』でも、薬に関する記述は少なくて、ほとんどが、認知症の方にどのように接するかということに関する記述なのです」

エークレヴさんは、自分のような一般医がおこなうプライマリケアのレベルでは、ドネペジル(アリセプト)は使っているケースがほとんどないと答えた。専門医機関の「認知医学研究所」で使っているようだ。ドネペジルよりむしろ、絆創膏のように貼るリバスチグミン(イクセロンパッチ、バスタッチパッチ)一般的に使われているようだ。リバスチグミンは90年代からあったのだが、数年前に貼るスタイルで発売されて以来、普及するようになった。

2、「人間中心ケア」 医師はケアの人たちにバトンタッチする

医師の役割について、一般医のエークレヴさんに聞くと、彼女は「医師にしかできないことは診断です」と答えた。では認知症の診断を終えると、月に何度ぐらいその人を診察するのかと聞くと、

「国家ガイドラインの勧告には、フォローアップ(追跡調査)という項目があります。そこに『少なくとも年に1度のフォローアップを』と書いてあるので、1年に1度は診察するようにしています。

「実は診断が終わると、コミュニケーションの看護と介護部(Vård och Omsorg)の皆さんに後をお任せします。なぜなら、現時点では、認知症の人にいかに接するかが、一番大事なことからです」

という答えが返ってきたのである。スウェーデンでは広域自治体であるランスタングが医療を管轄、

基礎自治体であるコミューンが福祉・生活サービスを管轄しており、広域自治体は基礎自治体と上下関係にない。

歳出は医療5%、福祉85%である

認知症ケアにかかる国全体の歳出に驚いた。スウェーデン全体の認知症ケアにかかる歳出では、コミューンの福祉が提供する福祉関連の歳出が85%。ランスタングの医療関連の歳出がたったの5%なのである*4。認知症ケアは、医療モデルから生活モデルに完全に切り替えられた証である。

一人暮らしは淋しいけれど、やはり自分の家がいい

さらに、スウェーデン全体をみると、認知症の人は142,500人(2005年)である。その45.3%が特別な住居に住んでいる人びとである。また、認知症の人の54.7%が自宅に住んでいる。自分の家に住んでいる認知症の高齢者は78,000人で、その45%が、何と一人暮らしなのである。残りの55%が家族と住んでいるが、家族といっても子の世帯との2世帯同居ではなく、ほとんどが伴侶との同居である。

一人暮らしの認知症の人のレベルは71%が軽度。27%が中度である。スウェーデンの一人暮らしの認知症の人は、認知症のレベルが軽度か中度であることがわかる。エスロブコミューンの場合、自宅に住む認知症の人の56%が一人暮らしをしており、認知症のレベルは、45%が軽度、55%が中度の認知症であった。



どうして、認知症の人の一人で暮らしが可能なのか

「どうして認知症の方でも一人暮らしができるのですか？」

エスロブコミューンで訪問介護に同行取材をした時、アンダーナース*5のブリットーマリさん(写真右)に聞くと、彼女は次のように答えた。

「認知症であっても、慣れ親しんだ自分のリズムで暮らせれば、一人暮らしが不可能ではないのです」

トランスファーショックという言葉がデンマークの認知症介護の現場で使われているが、環境の変化や新しい環境に認知症の人は弱いのだ。

スウェーデンでは、伴侶がなくなって一人残ると、引っ越しして子の世帯に合流したり、特別な住居(ケア付き住宅)に引っ越ししたりしない。あたりまえのように一人で暮らすのである。日本に比べ、近隣に子が住んでいるケースが少ないので、子どもや孫の見守りがある。その視線を感じると、高齢者は生きていけるのだそうだ。スウェーデンでは親子の仲がいい。

また、自宅に一人暮らしをする意味は、まだ残っている能力を使うことである。ケアの仕方も過保護介護から脱却している。80年代スウェーデンでは、療養型の病床(ロカール・シュクヘム)に虚弱な高齢者たちが住んでいた。生活空間はベッドの上だけだったのだ。その結果、廃用性症候群の生きる力を失った高齢者が増えていった。この反省から生まれたのが、ケア付き住宅(特別な住居)であるが、それ以上に住み慣れた自分の家の方がいいと、お年寄り自身は思っているようだ。たとえ、淋しい一人暮らしでも、ぎりぎりまで自分の家に住み続けたいと願っている。

地域の支え

高齢者の家には、公的、私的にいろいろな人が訪ねる。

その一つが保全担当(Fixar Uffer)である。電球が切れたり、新しいカーテンの取り付けが必要だったりする時に、電話一つで駆けつけてくれるサービスである。これは、高齢者が踏み台にのぼり、電球交換をする際に転倒して、大腿骨を骨折することが少なからずあるからできたサービスだ。エスロブの場合、エスロブ住宅公社の修理保全担当の男性が、彼も市民のために働いている。人柄がいいと評判なので、高齢者の話し相手になっていて副次的な効果がでている。

二つ目に自宅に住む高齢者を影で支えているのが、「在宅安全アラームサービス(trygghetslarm)」である。これはどんな些細なことでも、何回でも呼び出しのベルを鳴らせる。一年に450回もアラームを鳴らした高齢者もいるくらい、規制のないサービスである。

三つ目は、年金生活者組合や赤十字のボランティアグループによる友愛訪問がある。一人暮らしや身体が虚弱な高齢者のもとに、おしゃべり行くボランティアだ。日本の田舎町の縁側で渋茶と漬物というのに似て、コーヒーとビスケットで世間話を楽しむのである。

四つ目はキリスト教教会の活動も高齢者の絆づくりに一役買っている。エスロブ教会では、毎週木曜日にスープの日という食事会を開く。30クローネ(500円)払えば、ボランティアが料理したスープとパンにサラダという昼ごはんが用意

されている。その他、補助器具のアドバイスをする作業療法士が定期的に訪問介護の利用者を訪問しているし、子どもたちや親族、友人たちとの頻繁な交流もある。
時間をかけて地域社会が高齢者の在宅生活を支援している。

まとめ

日本人は価値観を変えなくてはならないだろう。

2032年に焦点を合わせ、私たちがスウェーデンから学ぶことは少なくないと思う。

その一つは、廃用性症候群を生みだす、療養型病床を徹底して廃止することである。大量の廃用性の高齢者が出現したら、次世代が被る被害は大きい。

二つ目は自分らしいリズムで最後まで生きようという意思が大切で、50代ぐらいから早めの準備をすることだ。三つ目は、自律である。二世帯同居より一人暮らしや老々介護をポジティブにとらえること。子の世帯とは仲良く付き合いが依存をしないこと。近所に住むが、同居をしないことだ。

四つ目は近所に仲間をつくることも大切である。最後まで社会的な環境のなかに自分を置くことである。

エスロブコミュニティの筆者の身元引受人である、クリスティナ・ワーミングさんは言った。

「必要なのは、Think Talk Walkよ」。

第142回スウェーデン研究講座

「変容するスウェーデンの高齢者ケア」—発展と停滞の間で

東京経済大学現代法学部 西下彰俊



私がスウェーデン研究に取り組むきっかけは1998年の当時、勤めていた愛知県名古屋にあるキリスト教系の金城大学で福祉関係学科を創設することになり、「福祉社会学」の準備作業をすることでした。大学間には社会福祉学科はたくさんありますが、社会学と社会福祉の接点、その間を埋めるという学科があってもいいのではないかと初めての学科作りでした。今はどうなっているか。この学科名称は学生が集まらないということで、廃止になり、現在はコミュニティ福祉学科と変更になっています。この名称は地域福祉学科と言えば良いものを「コミュニティ」の言葉を使えば何か新しいということで学科の名称が変わりました。この学科も他の学部が付属する形になっていますが、いずれにしても「福祉社会学」はとても重要な分野だと思っています。

さて、この学科創設に経験された方でないとその大変さは分からないと思うのですが、精神的にも体力的にも疲れる作業であり、私の場合は通常の授業を夕方までこなし、それからの毎晩10時までの約半年間はこんな生活が続き、体を痛めてしまいました。その後、海外研究としてそれまでは関心はありましたが、何の縁もなかったスウェーデンにこの年の晩夏に行きました。そして一カ月間くらい休養していましたが、この国は休養していると逆に大変なことになると思いました。つまり、日本に戻ってきた時にちゃんと職場復帰ができるかという不安でした。そんなことになりそうな予感がしたため、心のスイッチをオンにし、結果的にこれが良い結果になりました。

当初、私はスウェーデンに行く前までは「すばらしい福祉国家」という多くの方が思われる印象しか持っていなかった。もともと、社会学を専攻する身でありますので、常に社会的な発想で高齢者福祉の現場を見る——そういう社会学のセンスでいくと、わざわざ欠点を探しに行ったわけではないのですが、「良いところも問題点もある。しかも、その問題点が構造的だ」ということに気が付きました。

私が選考し、持参した多くのスウェーデン関係の著書を読んでも、私のような素人が行って見つけたようなことが一切書かれていない。これは変だと思ひまして、どんどん我流ではありますが、自分なりのセンスでテーマに沿ってこの14年間続けています。

時間的な余裕がある場合はスウェーデンには2、9月に課題に沿った調査活動をしています。このほか、韓国の介護保険にも関心を持ち、同じような調査研究を5年ほど続けています。以上、今、私の研究テーマは国内外を含めて何をしているかをまとめてみますと、(1)スウェーデンの高齢者ケア—マクロとミクロの間(2)認知症グループホームでのスヌーズレン実践(3)韓国の老人長期療養保険制度の構造的な問題点と対応(4)仙台市仮設住宅居住者の復興住宅移転問題(5)外国人介護福祉候補者・看護師候補者の受け入れと社会的適応(6)築古分譲マンションに居住する高齢者の生活継続のための実証研究⑦高蔵寺ニュータウン賃貸住宅高齢者調査のためのフォローアップ⑧フィンランドの高齢者ケア—アメリカ型の要介護認定スタイル⑨タイプA型行動パターンのサクセフル・エイジング。

そして私は社会調査という授業をしています。学生には「われわれの研究とは何のためにしているか」ということで、それを以下のように説明しています。それは、(1)法則定立アプローチ、個性記述アプローチ(2)共時的アプローチ、適時的アプローチ(3)内差アプローチVS間差アプローチ。

(1)の法則は大事でして、また、個性を基準とすることをどんどん突き詰めていけば法則の定立になります。データを分析して情報を集約、または圧縮する。一言で言えば、「どうなの?」という形で圧縮すること。これは現代社会では必要ですし、統計パッケージを使いながらその結果をグループで学生たち実践してもらおう。もうひとつのセットは(2)です。これは文化人類学の方法論。われわれは物を見る時に時間を止めて、まあ、現在だったら、現在、この時点で一体、個人と家族、地域社会がどういう関係にあるのか。その時間を止めてその全体を見るというのが共時的アプロ

チです。通時的アプローチとは特定の個人を、時間を変化させることでどのように変化していくかを見ることです。この両方のアプローチができるのが理想的ですが、その時々によってどちらかにアクセントが行くことになります。研究の世界では多分、共時的アプローチが量的には多いようです。

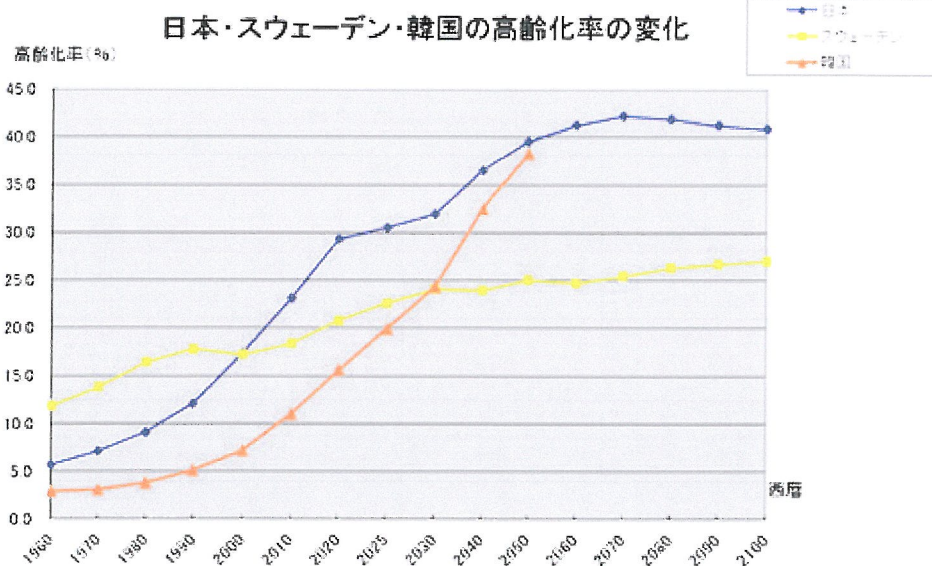
一番強調したのは、(3)の考え方です。内差と言うのは、ひとつの社会。例えば、スウェーデンまたは韓国、日本というひとつの社会の中で、一体どういう「差」が見られるのか。社会はひとつ、ひとつの社会だけに固定して、その中の有様、差を見ていく。まあ、地域格差ということですね、そういうことに注目していくのが内差アプローチ。また間差アプローチとは私もその研究に従事していて、未だに確固たる方法論が見つかりませんが、例えば、スウェーデンと日本、韓国の三つの国を比較しようとした時に、どういう方法論があるのかという比較方法論。実は私の見立てでは「無い」と思っています。「らしき」ものはいっぱいあります。そういう関係の本もたくさん出ていますが、方法論について確定した世界に通用する比較方法論だというのは私の見る限りは見つかっていません。見つけたという人がいれば教えて頂きたいのですが、それくらい、間差アプローチは難しいのです。

もともとこの三つの国は違う文化、成り立ち、制度を比較する結果については「違う」のは当たり前ですよ、ね。その違いはどうやって分析するかというと、ここからはなかなかうまくいかない。最初から分かっているだろうという話になってしまっている。このアプローチは誰も成功していないというのが私の判断です。

私の立つ位置は社会福祉学。学科としては潰れてしまったけれど、私個人としては福祉を社会福祉的にみる多元的な研究というんなアプローチをミックスした研究ができればいいなあというのが目標です。

もうひとつ重要なのは、われわれは研究する時の研究者としての立つ位置です。存在が意識を規定すると言う有名な命題があります。確かにそうだと思います。どういう存在であるか、ということがどういう意識であるかを反映する。まあ、相関が強いということが言えます。そのことを私自身も研究していきたいし、研究者が社会科学に限定して欲しいと思っています。それを比較することで、特定の価値からは自由な研究、まあ、そういう展開ができるのではないかと考えています。「存在により規定される意識」を自己確認することによる価値自由な研究。大きいことを言えば、パラダイムシフト。ものの枠組みを変えていけばそのトリガーのきっかけに自分がなればいいなあ頑張っているということです。ここからは具体的な話になってまいります。

総人口と高齢化率について。スウェーデンの総人口は2012年11月現在では954.6万人で、高齢化率は19%の179.8万人という人口増加社会。日本はどうかといいますと、1億2755万人で、高齢化率は24.1%、3074万人という人口減少社会になっています。



	総人口	65歳以上人口	高齢化率	80歳以上人口	80歳以上人口比率
	(万人)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
1960	9341.9	535.0	5.7	67.9	0.7
1970	10372.0	733.1	7.1	95.7	0.9
1980	11706.0	1084.7	9.1	162.3	1.4
1990	12361.1	1489.5	12.1	296.2	2.4
2000	12692.6	2200.5	17.4	485.6	3.8
2010	12805.7	2948.4	23.0	820.1	6.4
2020	12410.0	3612.4	29.1	1172.6	9.4
2030	11661.8	3684.9	31.6	1571.1	13.5
2040	10727.6	3867.8	36.1	1576.2	14.7
2050	9707.6	3767.6	38.8	1598.9	16.5

2060	8673.7	3464.2	39.9	1744.7	20.1
2070	7590.4	3082.9	40.6	1526.0	20.1
2080	6587.5	2715.2	41.2	1307.8	19.9
2090	5726.9	2356.8	41.2	1178.0	20.6
2100	4959.1	2038.6	41.1	1030.2	20.8
2110	4286.0	1769.7	41.3	866.3	20.2

(出典) 国立社会保障・人口問題研究所編[2012]; 国立社会保障・人口問題研究所編[2009] pp. 9-30;
高齢社会研究委員会編[1991]

スウェーデンにおける高齢化率の変化					
	総人口	65歳以上人口	高齢化率	80歳以上人口	80歳以上人口比率
	(万人)	(万人)	(%)	(万人)	(%)
1960	749.8	88.8	11.8	14.1	1.9
1970	808.1	111.3	13.8	19.0	2.4
1980	831.8	136.2	16.4	26.3	3.2
1990	859.1	152.6	17.8	37.0	4.3
2000	888.3	153.1	17.2	45.3	5.1
2010	942.2	173.7	18.4	49.7	5.3
2020	999.7	208.0	20.8	53.9	5.4
2030	1036.1	234.5	22.6	78.8	7.6
2040	1039.8	250.6	24.1	83.9	8.0
2050	1057.8	256.3	23.9	94.8	8.8
2060	1087.7	272.0	25.0	96.2	8.9
2070	1100.4	272.0	24.7	103.5	9.4
2080	1113.9	283.3	25.4	106.9	9.6
2090	1126.2	296.0	26.3	110.3	9.8
2100	1137.9	303.6	26.7	121.6	10.7
2110	1144.9	308.7	27.0	125.3	11.0

(出典) SCB[2009] pp.181-199; SCB[2010]より筆者作成

日本のグラフ曲線をみますと、2010年から20年にかけて急激な高齢化社会といっても良いところまで来ています。これに対してスウェーデンはどうか。緩やかな高齢化であります。ただ、80歳以上の高齢化に関しては2020年から30年にかけて急に増えます。だからスウェーデンもこれから来る80歳以上のハイリスクの介護を必要とする。また認知症になる確率が高いそういう方々が増える2020年から財政的にもどうケアしていけるかということで国をあげて研究なり、実践が進んでいると思います。

隣の韓国も厳しい。日本より厳しい。だからこそ、韓国も日本の介護保険制度を見習って始めた訳ですが、なかなか、急激な高齢化には対応していないということが言えます。われわれはスウェーデンの高齢者介護政策を研究、学んでいる場合ではなく、あまり危機感を煽るのもいけません。しかし、この歴史の中で過去、現在、未来という中で、一番厳しい高齢化の伸びを占めている時機です。しかも、その最中にいるという自覚を持つ必要があるということです。スウェーデンモデルは実はもう役に立たないのではないかと。こういうことを言うと、自分の商売を自分で首を絞めているようなものなのですが、しかし、そういう思いを持ちながらもスウェーデンから学べることは学びたいし、学んでいけないところは避けておきたいという思いでやっています。厚労省の方がこの場におられたらちょっと言い難いのですが、北欧の真似をするというのではなく、その上を行くという考え方、まさにパラダイムシフトを図っていかないと、消費税を上げただけでは話にならないと思います。基本的な枠組みをどうするか、それを考えていきたいし、私もその一翼を担いたいと考えています。

ここで考えたいのは高齢者の居住形態。スウェーデンでは少なくなったとはいえ、農業・酪農部門については子どもが親の土地に比較的近くで住むスタイル。しかし、世帯単位の統計データではこれが一切表われていません。日本の場合はどうかとみますと、三世帯世帯は15.4%ともものすごく少なくなっています。調査で高齢者世帯に行くと、三世帯同居だったり、三世帯が住んでいて世帯を分けている。どちらも統計的に報告されている内容と現実の違いが出てくるということ、それがどれ位かということは難しいのですが、そういう一歩引いた目で統計データは見えていかなくてはいけないのではないかと思います。なお、日本の世帯区分を厚生労働省のデータからみますと、単身世帯24.2%、夫婦のみの世帯30%、親と夫婦の子のみの世帯19.3%、その他11.2%。また被災3県を除く、高齢者のいる世帯数は1942.2万世帯となっています。韓国は少しデータが古いのですが、単身世帯26.7%、夫婦のみの世帯39.7%、三世帯世帯28.6%、その他5%。三世帯世帯化が日本をいつの間にか追い抜いて核家族化が進行している。だからこそ、介護保険制度を急いで2008年に始めたという経緯があります。

そしてこの高齢者を対象にした介護サービスの利用者数と利用率比較は難しい。数字的に見ますと、スウェーデンの場合ですが、ホームヘルプサービスは2011年が約22.1万人だった。これが2012年には約16.2万人と率は12.4%から9%に激減している。なぜかと考えてみると、統計の取り方が2種類あるためです。つまり、両年のカウント方法が違っている。2011年は社会保険庁が全国にある290の自治体コミュニティに調査表を送付したものを集計したものが、翌年の2012年は個人番号のデータで計算した。本来この種の集計方法はひとつのやり方で統一すればいいのですが、なぜこうした変更があったかといいますと、コミュニティ担当者の集計ミスが指摘されます。

私もスウェーデンに1年間いて、公務員による業務ミスの被害を受けました。まあ、日本人は几帳面過ぎるのかもしれませんが、とてつもなくミスが多いし、ミスしても[ミスしました]としか言わない。それに対し、被害者の立場から言えば、そのミスしたことは分かった上でのことですが、そこからさらに突っ込むと話はややこしくなるので、「ああ、そうですか」と引き下がる。つまり、担当者のデータ処理に対して期待せずに個人データに切り替えたということですね。

もうひとつはホームヘルプサービスに関しては2007年から統計方法が、先ほど説明したしたこととは違う意味で変更しています。つまり、ホームヘルプサービスについてはポンと変えた。なぜ変更したかの理由についてはこの2月に現地に行って確かめてきますが、それまでは基本的なものは家事援助、生活援助の2種類があります。この二つが基本になってそのサービスを利用している人の数をカウントしていたのですが、2007年からはメインのコアではなく、他のサービスを利用する人も「1」としてカウントするようになった。それはサービスを大きく見せるとか、サービス区域が広がっているように見せようとしているのか、それともそうではなくて、そもそも元からそういう考え方が正しかったと思ってそうしたのか分かりませんが、いずれにしても唐突に変更していますので、数字的アプローチする際にはこうした点にも気をつけなければならない。

この点のデータアプローチは日本の場合ももっと難しいものがあり、グループホームは介護保険では施設ケアに含まれないのですが、スウェーデンと比較する意味ではこちらに入れた方がいいだろうとした数字で見ます。それによると、2012年はホームヘルプサービスが約89.6万人(2.9%)、特老・老健・療養型・グループホームは約106.5万人(3.5%)になっています。これから言えますことは、比率で見ますと、日本が低いことが分かります。

次は高齢者ケアの質と民間委託化・自由選択化について。

高齢者ケアサービスの種類別サービス提供のタイプ

	コミュニティによる直営	コミュニティ、民間組織間の競争入札による運営委託 (LOU法)	利用者による自由選択システム (LOV法)
①介護の付いた特別住宅	α	β	γ
②ホームヘルプサービス	α	β	γ
③ホームヘルプケア	α	β	γ
④デイサービス	α	β	γ
⑤ショートステイサービス	α	β	γ
⑥訪問看護	α	β	γ
⑦安心アラーム	α	β	γ

- ・表3の β → 選択の主体はコミュニティ (社会サービス委員会)
- ・民間委託化の進行
 - 介護の付いた特別住宅 = 10.9% (2000) → 20.2% (2011)
 - ホームヘルプサービス = 7.1% (2000) → 15.7% (2011)
- ・入札制度の構造的問題
 - 社会サービス委員会の審査能力 ①運営見積額 ②運営計画 ③委託実績
 - 介護スキヤンダル発生の素地・対応戦略
 - 1997年 ISSケア → サーラ法制定 (社会サービス法改正)
 - 2011年 Carema → 設置基準の法制化? 抜き打ち検査の徹底?
- ・ユニークな取り組み・・・エスデルシュンド・コミュニティ
 - 2エッグを別々の運営主体が運営し、高齢者ケアの質を比較研究。
 - スコグブルックスパーゲンにおいて、今年スタートのエッグはコミュニティが運営し、後発スタートのエッグは、カレマが運営委託。研究主体は、スウェーデン中央大学。
- ・表3の γ に関して、
- ・2009年、LOV法(自由選択法)制定
- ・選択の主体は、サービスのエンドユーザーである要介護高齢者自身
 - 原理的には正しいが、実態としては選択しにくいという問題。
- ・コミュニティごとに、表3のありようが異なる。各高齢者ケアサービスのうちのどのサービスを γ の自由選択に任せるかは、コミュニティごとの判断。
 - スウェーデン全体の高齢者ケアの質と民間委託・自由選択の関連が見えにくい。

北欧は福祉国家論に見るように、公的サービスという位置づけであった。それは1990年代ぐらいまではそのスタイルで問題なかった。しかし、それ以降は政権交代による政策絡みでの要因も加わり、コミュニティによる直営方式を改めて新たに民間委託も導入される両者による競合スタイルになった。つまり、競争させることによって高齢者ケアサービスの質向上があるのです。その動向がグラフです。しかし、競争させると本当に質向上につながるのか。民間に任せるのか、コミュニティに任せるのかの選択権は各コミュニティの社会サービス委員会です。この構成メンバーは地方議員ですが、私の提案はこれらの議員に加えて、地元の研究者や高齢者団体代表ら色々な立場のメンバーで議論を重ねて結論を出してもらいたい。今は結果的に金銭的なものを優先した選択・採択されがちな傾向をあり、これを防ぐ意味があるのです。

次に要介護認定方法について触れます。一番研究したいと思っているテーマです。スウェーデンでは各コミュニティの援助判定員が申請者のニーズを自宅訪問の聞き取り調査で把握する。そして必要に応じて、作業療法士や理学療法士が聞き取りに参加するシステム。これはパーソンセンタード・ニーズアセスメントといわれるもので、誰がどんなニーズを持っているかというのは1人1人で違う。例えば犬の散歩。犬の散歩をしてもらいたいと希望しても却下されるが、この犬が家族のような存在の愛犬であれば、愛犬の散歩はホームヘルパーが連れていく。この事例に見るように様々な情報をひくくめて総合的に判断しているのです。

これが日本の場合はどうか。市町村の調査員またはケアマネジャーが自宅を訪問し、74項目のマークシート聞き取り調査をし、特記事項を記入。これに主治医の意見書。そして3点セットを介護認定調査会で審査する。韓国は、保険者である健康保険公団職員(社会福祉士または看護師)が申請者宅を訪問し、52項目のマークシート調査をする。申請者が医師所見書を添付して申請し、これを市・群・区の地域単位で設置されている長期療養判定委員会で審査されるシステムになっています。

次に要介護区分と利用限度額について。スウェーデンはサービスの種類と利用時間で自己負担額が発生するのに対し、日本は自立、要支援のステージによって額がそれぞれ異なり、韓国の場合は在宅サービスと施設サービスも各等級によって金額が細かく分けられています。

また、スウェーデンの自己負担の基準と自己負担の上限ですが、エーデル改革後、290コミュニティが独自に所得や利用時間に応じてサービス利用時の自己負担額の料金表を決定しています。しかし、コミュニティによっては約6ものコミュニティ格差が発生する事例もあったことから、2002年には自己負担額の上限が1516クローネに設定。2013年には格差縮小化として、月額1790クローネ、日本円にして約21400円が自己負担上限額となった。日本は全国一律、サービスの価格(介護報酬)の10%で、サービス利用時は低所得者に負担の強い逆風性になっています。韓国の在宅サービスは全国一律の15%。

最後にエーデル改革について触れます。評価については各コミュニティではサービス格差がありますが、公的サービスの努力を怠ると罰金を科せられるシステムになっていることでリハビリセンター、在宅サービスの充実を図るなど大きな改革が図られたことは確かなことです。しかし、社会的入院の実態については情報公開がなされていないのはなぜなのかなど、調査するに当たっての疑問事項がありますので、先に指摘した事項と同様に現地で確認をとるつもりです。

このほか、介護スタッフ資格と労働条件、認知症ユニットケア、高齢者虐待への対処については時間の関係で割愛しましたが、著書の「揺れるスウェーデン」(高齢者ケア:発展と停滞の交錯)(新評論社)などを参考にして頂ければ幸いです。

以上、私の今まで述べてまいりました結論と今後の課題としては(1)3カ国ともそれぞれの国の実情に合わせた高齢者ケア施策を展開。大きな政府のスウェーデンと中サイズの政府である日本の志向性の違い(2)3カ国とも高齢者ケアシステムの構造的な問題が存在する(3)パーフェクトな高齢者ケアシステムを持つ国はない。ユートピアはない。(4)根本的な税制、社会保障システムが、異なるので比較分析は困難。システム全体の導入は難しい(5)比較研究に関する同語反復(トートロジー)の陥穽を超越するにはどうすべきか(6)そもそも高齢者ケアに関しては、スウェーデンは「順序モデル。これは可能な限り在宅ケアを続け、最後に介護のついた特別住宅でのケア。この点についての日本は「選択モデル。つまり、在宅ケアも施設ケアも自己決定が可能になっているのが現状です。

JISS所報

2013年3月31日発行・・・所報No.359

共催講演会(主催:東北大学法学研究科GCOE「グローバル時代の男女共同参画と多文化共生」後援:スウェーデン大使館、協力:社団法人スウェーデン社会研究所)(敬称はいずれも略)
「スウェーデンにおける犯罪者処遇の現在～女子処遇を中心に」

スウェーデン法務省矯正・保護局ストックホルム管区長 グニツラ・ターナート

講演会要旨と企画説明・琉球大学法務研究科・矢野恵美、

「女性の受刑者はスウェーデンにおいても日本においても数が少なく、ともすると例外的なものとして扱われていることがある。しかし、刑務所に収容されている女性は、男性受刑者以上に複雑な背景を抱えていることも多く、そのことを配慮した処遇をしなければならない。手厚い福祉を持つ社会である北欧では、犯罪者処遇も日本とは異なっており、注目を集めている。スウェーデンは北欧の中でも最大の国であり、犯罪者処遇でも先進的な取り組みを展開している。そこで、本講演会では、スウェーデンの犯罪者処遇の全体を紹介するとともに、女性犯罪者の処遇に焦点を絞り、専門家に最新事情を聞く。

スウェーデン大使館 ウルフ・ソルマーク公使の挨拶

「スウェーデンの矯正問題に関しては世界でも珍しい形で紹介されています。スウェーデンの犯罪小説は最近日本でも有名になってきていますが、犯罪を犯す側だけではなく、犯罪を犯した人たちをどのように矯正させていくかに関わっている行政の人たちに対する扱いや視点について講演を聞いて頂けたらと思います。特に社会における人権、ヒューマライズということに対してもぜひ注目してお聞き頂ければと思います。

以下のスウェーデン語通訳者はスウェーデン社会研究所会員・小針健太郎

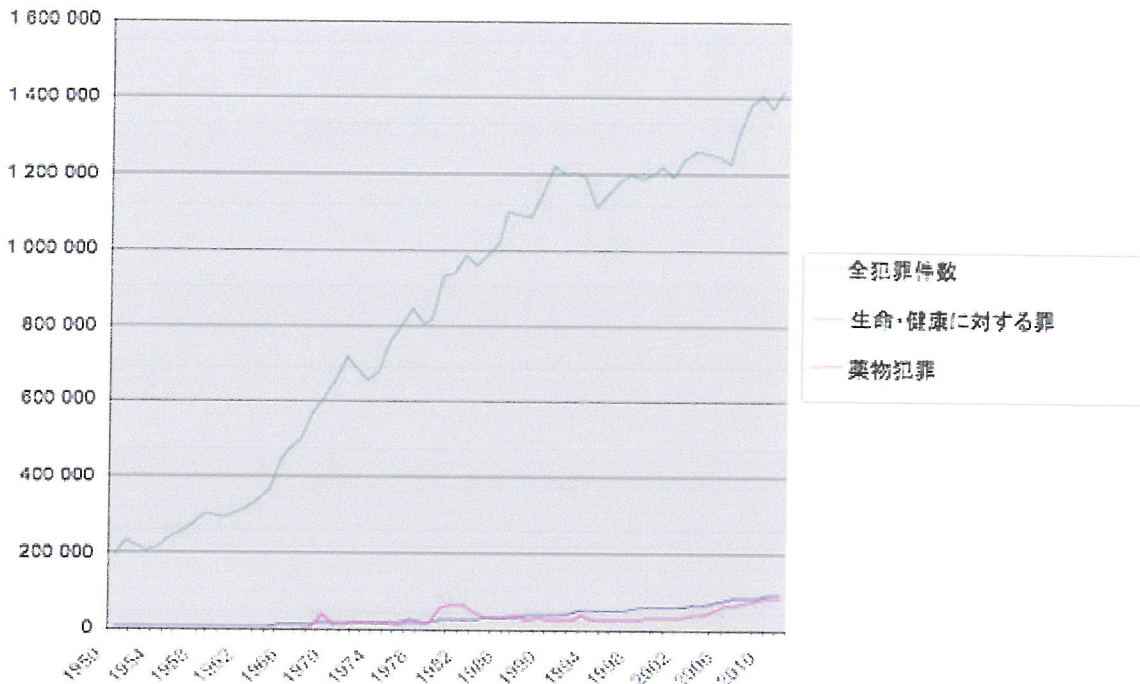
講師のプロフィール 約40年間にわたってスウェーデンの矯正に従事し、男子刑務所、女性刑務所長などを歴任し、現在はスウェーデン法務省矯正・保護局ストックホルム管区長。保護観察官の経験もある。とくにスウェーデンの女子刑務所の処遇に造詣が深く、矯正保護庁女性ネットワーク議長を兼任。

「矯正」と言うことに関して沢山の方が興味を持っておられることに大変印象深く思っております。私どものストックホルムだけでなく、スウェーデンのこういった施設では多くの方が視察に来られますが、この3月には日本からも訪れられることを承知しています。さて私は矯正部門で40年以上にわたって働いています。私はソーシャルワーカーとしても働いておりましたし、各種の刑務所や関連施設で働いておりました。そして私はスウェーデン国内では矯正部門において女性では初のチーフになりました。今現在は下記の組織図にありますストックホルム管区に所属しています。

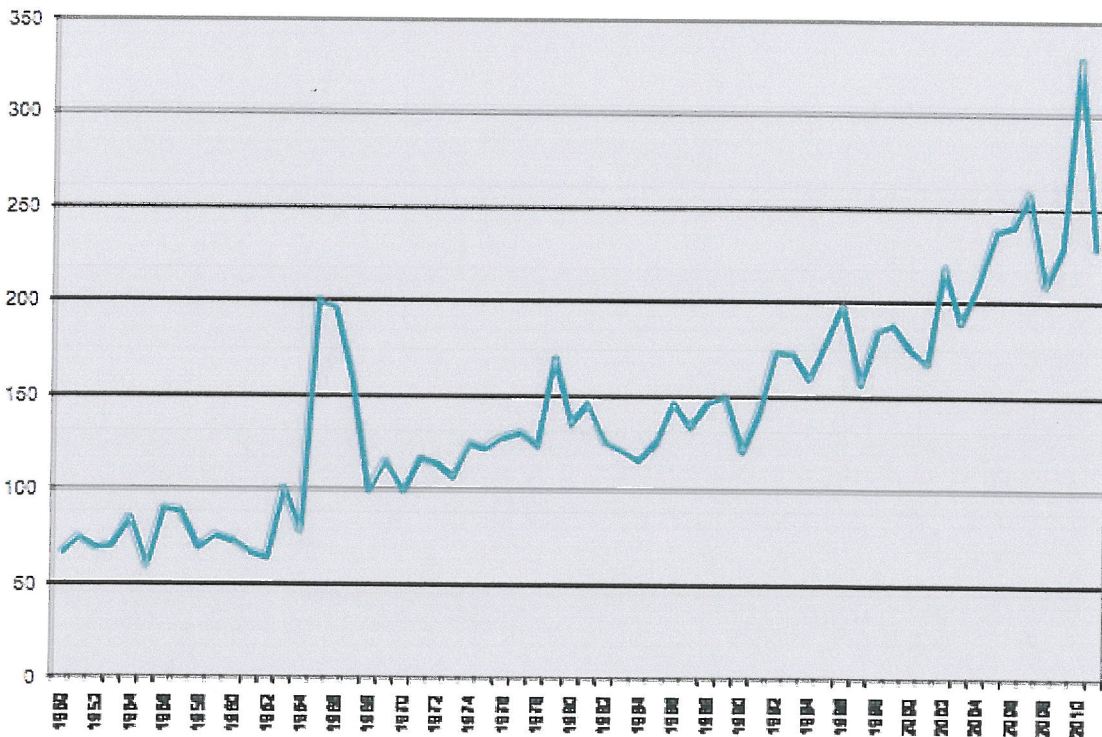


次の図は2011年に警察、税関、検察が認知した犯罪件数です。

犯罪認知件数 1950-2011



殺人既遂、傷害致死件数 1950-2011



まず認知件数は約142万件。グラフ線は右肩上がりを描いています。図の下は薬物犯罪と生命・健康に対する罪のものですが、今後予想されるものとしては詐欺とか、コンピュータ関連犯罪の増加が見てとれます。前年に比べて3%の増加。殺人といった凶悪な犯罪が増えているわけではなく、もうちょっと日常的な、スリ、自転車盗、詐欺が増え、また、暴行、脅迫、強盗、性犯罪を含む対人犯罪は前年比3%増。これに認知件数の大部分を占める窃盗もやはり、これまた前年比3%増となっています。私どもは色々な手立てを考えているのですが、それでも犯罪は増えていくわけで、このことは全世界でも共通したことだと思います。

また、スウェーデンの犯罪者発生率は人口1万人に対して70人。日本は「50人」ですから、私としては日本の方をほめてあげたいと気持ちです。ちなみにアメリカの例ですと、「320人」。1950年以降の殺人既遂件数のグラフを見ますと、最後の2010年のところは下降線を示していますが、今後についてはどうなっていくのかわかりません。なお、受刑者の経費は1日当たり2,300クローネかかり、さらに警備が厳しい者への対応となりますと、4千クローネかかります。

職員の専門分野と採用について。

刑務官、保護観察官が大多数ですが、このほか護送職員、看護師、調理、清掃その他の職員も勤務し、2011年末現在の職員数は全体で9568人。うち、刑務官の帳簿上の数は5513人で、職員の46%は女性。もちろん、男性に限られた仕事がある。例えば、夜間勤務はどちらかというと、男性に振り分けられ仕事ですが、それは私たちがそうしているわけではなく、そういうシステムになっているだけのことです。逆に女性の多い部門であつてもいい、その女性比率は60%。残りの40%は男性で、平均年齢は45歳。

さて、ご存じのようにスウェーデンは多文化国家です。それが故に収容者の25%は他国籍で占められています。

次の表は刑務所、拘置所における自殺件数です。

刑務所、拘置所における自殺件数 2003-2013

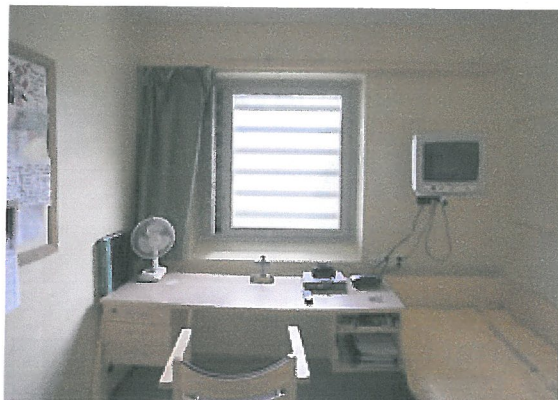
Year	拘置所	刑務所
2013	1 (18/01/2013)	- (18/01/2013)
2012	5	2
2011	4	3
2010	2	1
2009	2	-
2008	5	1
2007	12	1
2006	5	1
2005	4	3
2004	6	2
2003	7	1

ここでお分かりのように、刑務所より拘置所での自殺が多い。拘禁が自殺を企てたり、自傷行為の原因になっている。このため、拘置所収容時に自傷行為に使用される所持品を検査したり、拘置所収容時にリスク評価の実施、また、収容中は定期的に再評価したり、刑務官が行動の変容を認めた時は看護師が面接。さらに自傷行為または自殺のリスクが高いと判断された時は厳重な監視下に置かれるなど対策をとっています。しかし、残念なことは、収容されていれば当然、気分も落ち込み、特に国外退去命令を下され、それを待っている身の人にとってみれば自傷行為は良く見かけられるところですから、自殺

予防と言う点に関しては、受刑者と話を良くしてはどうかということを関係者に助言しているのです。

スウェーデンでは収容者に対する対応についてユニークなシステムもあります。例えば拘置所(Remand prison)。

ここには逮捕された者や難民申請で強制送還待ちの者、薬物乱用者、または精神障害者で施設移送待ちの者を収容していますが、こうした人たちは電話をかけ、新聞が読め、また、ラジオやテレビをみることもできる。このことについて検察、警察を含めた世論で議論となっているところです。もちろん、弁護士もこの中に含まれていますが、拘置されている者に対して私たちの立場からを申しますと、[丁寧に扱うように]と指示しています。拘置は全て独房というよりも1人で房の中にいます。1人でいるということについてはかなりしっかりとした対策がとられています。



居室の広さは6平方メートル。室内にはベッド、棚、机、イス、本箱。夕食後から閉室まではビリヤードをしながら歓談したり、スポーツ用具があるジムで過ごすことも可能。その他の時間は後ほど説明します様々プログラムへの参加が義務付けられていますし、自炊の準備当番もあります。

警備については「開放刑務所」と刑が重い者を対象にした塙が設置された「閉ざされた刑務所」の2種類があります。例えば、10年の刑を受けた者が最後の1年または半年は開放刑務所に移ることがあります。この措置はできるだけオープンにするという考えからです。また薬物対策としては4、5年前から刑務所内から撲滅しようという試みが行

われており、国内には22頭の薬物・麻薬探知犬がおり、年に2回、受刑者検査を実施し、「ゼロ」の成果をあげています。

刑務所での生活については、多くの受刑者は読み・書き・計算の基礎的能力が欠如し、大半の教育程度は基礎小学校レベル。そして受刑者は所内にある工場で作業、営繕、洗濯、清掃作業に就き、こうした一連の作業の他に雇用片が実施する職業訓練を行う施設もあります。

面会について。家族、親戚、友人は面会が可能ですが、施設の許可が必要。また、施設は面会の相手方の前科を確認し、面会の相手方が被害者であるか、または被害者となり得る者であるかを考慮します。その場合、被收容者との面会が面会の相手方本人の利益となるか否かによって判断されるのですが、このような事例の多くが未成年者による面会の事例に見かけられます。

次に処遇プログラムについてお話ししましょう。

処遇プログラム

一般犯罪防止プログラム

- Breaking with crime- One to one
- ETS - Enhanced thinking skills

暴力行為防止プログラム

- IDAP - Integrated domestic abuse program-
Violence prevention program

薬物濫用防止プログラム

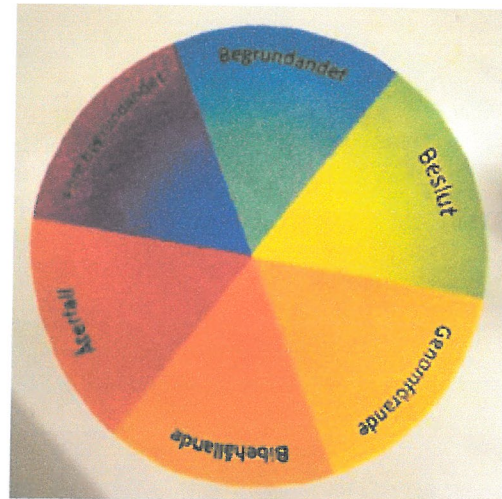
- Dare to choose- PRISM - Program for reducing individual substance misuse
- Twelve step program
- Relapse prevention program

性犯罪防止プログラム

- ROS - Relations and companionship

動機付けプログラム

- Behavior-talk-change - Win



10年ほど前からこれであればきちんと受刑者を処遇できるというものを実施しています。これは色々な犯罪に対処するプログラムですが、ここで注目して頂きたいひとつが、「性犯罪プログラム」。

日本ではどう取り扱われているのか知りませんが、スウェーデンでは「性犯罪」は非常に「恥」とする犯罪に位置付けられています。このため、他の犯罪者からさげすまれ、暴力などを受けることが考えられるため、一般の刑務所に収監されず、こうした罪を犯した者だけの特別の刑務所に入ることになっています。



モデルはいずれも矯正保護庁の女子職員

動機付けプログラムは、ノルウェーからこの考えが導入された女性向けのもので、われわれには人気があるプログラムです。刑務所収容中か、または保護観察中の女性を対象にし、各参加者向けに描かれた個人の[人生の地図]に関連した13のテーマで構成されています。そして科学的研究に裏付けられた行動、変容モデルに基づくものです。また矯正保護庁には「女性ネットワーク」があり、私はその議長をつとめています。この目的は、女子刑務所の警備レベル、女子受刑者の処遇する職員の教育・訓練、女子受刑者の被服、雇用庁との協力、健康診断、女性のための個人またはグループのヨガなど多岐にわたります。このうち、被服ですが、数年前までは女性の服は男性用と全く同じものを着ていました。そこで私たちはデザイン

学校に新しいデザイン服を依頼し、実現しています。



現在、女子刑務所はヒンズベリなど6刑務所、拘置所は2カ所。2011年の被収容者数は303人で、全体の6%。収容されたり、保護観察中の女性についてですが、男性より精神疾患または身体疾患が多いし、アルコール、薬物の問題がより深刻であると言えます。また母親が刑務所に収監されていた場合、その刑に服する間に子どもの面倒を見なければならない時はどうするか。このケースでは最高3年まで、刑務所施設において自分の子を育てることができるようになっていきます。また、これとともにその子どもたちにどういった影響があるのか、正直、私たちにとってはまだ十分に把握できていない分野でもあります。とにかくベストは何かとすることについて模索はしていますが、親子間では電話、手紙、テープ録音を通じて煩雑に接触ができますし、子供は刑務所での面会が可能です。これはできる限り普通の環境で面会できることが重要とかとの考えに基づくもので、子どもが親と過ごすための特別な面会室や宿泊施設も準備されています。

矯正保護庁が執行する刑罰には拘禁刑、条件付き刑、保護観察、特別処遇委託などあり、刑罰の決定に際しては、裁判所は拘禁刑以外の刑罰の適用可能性を特に配慮します。また、スウェーデンの刑事政策では拘禁刑は効果的な犯罪予防策と考えられていないのです。そして、その刑罰は1年以下が多いですが、最も重い刑罰としては終身刑も存在しています。それは殺人とスパイ行為が対象になっており、現在180人。他の刑罰と異なり、終身刑は不定期刑で、受刑者は10年経過後、オレブロ地方裁判所に定期刑の軽減を申請することが可能です。

条件付き釈放とは、定期刑に処せられた者は刑期の3分の2を経過後、条件付きで釈放される。この仮釈放者は残刑期間の最低1年間は保護観察となり、観察期間中は、仮釈放となった者は監督下に置かれることになっていますし、この制度では電子タグ(足首に装置)を用いた強化された監督措置が実施されることになっています。

保護観察とは、もっとも一般的な非拘禁的刑罰で、有罪判決を受けた者が通常1年間、監督下に置かれます。保護観察所は、条件付き釈放中の保護観察対象者の監督(契約処遇、社会奉仕命令、併科の場合あり)、電子監視付きの集中監督、拘置所も刑務所内での環境調整の報告書作成などに当たります。そして保護観察刑を受け、または刑務所を仮釈放され保護観察に付された者は保護観察官の監督を受けることになっています。

再犯率ですが、2005年に有罪判決を受けた者のうち、41%が3年以内に再犯(男性44%、女性29%)で、再犯リスクは前科数に比例して増加現象を示しています。

医療、歯科治療について。受刑者の中には体調を崩して病気になったり、薬物乱用によって対処が必要なケースもあります。この医療、歯科治療は看護師が常駐し、医師は特定の時間に訪問しますが、収容者は必要に応じ施設外での受診が可能です。また、急性歯科疾患の治療を受ける権利があり、6カ月以上の刑に処せられた場合も一般的歯科治療を受ける権利があります。

JISS所報

2013年3月31日発行・・・所報No.359

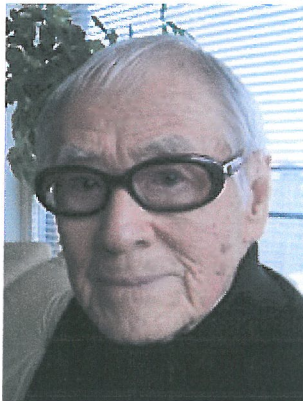
新シリーズ

「スウェーデンのニッポン人」(1)

田中 久

スウェーデン社会研究所編集部から

最近、ノルディック出版から発刊された「スウェーデンのニッポン人」に登場する著者を所報で紹介することになりました。このシリーズのスタートに当たっては、同出版の発行人、レグランド塚口淑子さんと寄稿された方々の全面的な協力があります。同書は、22歳から92歳までの22人のスウェーデン移住者が、生のスウェーデンをそれぞれの立場から切り取った自分史。市井のサイドから書いた「虫の目スウェーデン論」としても読める。著者は、初の日本食品店経営者、ウエイターから折り紙の一人者、画家、彫刻家、教師、コック、博物館勤務、主婦、学生、ジャーナリスト、年金生活者など様々。高度の社会福祉国家で生活者としての多様な考え方や生活体験をふまえて、仕事、恋愛、結婚、離婚、子育て、教育問題、老後など、日本の常識が通じない異国で、どんな風に考え奮闘してきたかを披歴している。日本とスウェーデンの相互理解を深めるためにも必読の一書(案内文からの抜き書き)。



「スウェーデン人の横顔」

(敬称略)田中 久(たなか ひさし)

プロフィール:1920年、東京生まれ。1956年に渡瑞。建築家。スウェーデンにて外国諸国の開発計画や日本市場対象に住宅建築開発の日瑞共同事業に従事。元大学講師。

「スウェーデンの冬は、長く暗くて憂鬱な環境だが、春と夏が一度に訪れて来る初夏には、まるで別の国のように美しく輝かしい大自然が展開する。ストックホルムの多島海や、ダーラナ地方(注(1))の緑の野山に拵げられた処女のごとく新鮮で魅力的な大自然の造型には、この国の住民でさえ、生きる喜びに息をのむ。人々は職場から、また建て込んだ街の住宅地から、太古以来のオリジナルな北欧の世界に帰

り始める」——こんな書き出しから始まる田中さんのエッセイ。約5千3百字にわたる文中では、「休暇が仕事に先行する国として、1956年(注(2))に体験した建築設計図の取り扱いをめぐる、日本人の価値観との食い違いの逸話としてこんな一節を綴っている。

1956年の初夏、私が日本からストックホルムの工科大学の教授、ニルス・アルボムのアトリエを訪れたのは、彼が基本計画を終了した東京スウェーデン大使館(注(3))の建築設計図を、日本の建築環境に順応するような正式な基本設計図として仕上げるために、彼の助手として一か年の契約の下に来瑞したのである。また、その図面は、日本の名建築家前川国男氏(注(4))に一年後には渡され、実施設計図の制作が開始されるプロセスは、日瑞両国間ですでに決められていた。ところが、六月末に、前川先生がパリに用事が出来て来欧することになったが、そのついでに当地を訪れ、スウェーデン大使館のプロジェクトについて打ち合わせができないだろうか、という問い合わせが届いた。丁度事務所の連中も休暇の計画に、仕事の熱が薄れてきた頃だった。

しかし、これに対するアルボム教授の返信のコピーを見せられるまではあまり前川先生の都合は気にしなかった。「御来瑞の件を承りましたが、私はすでに休暇の計画を決めてしまいましたので、この次の機会にお目にかかりたいと思います・・・」と言う断り状のコピーを見せられて、事の意外な成り行きに驚いたのである。ビジネスファーストを行動原理としている日本社会で育てられた私には理解し難い教授の心理である。

前川先生は世界的な建築家で、教授より名声を博している存在である。その先生が遥々日本から教授の制作に協力する為に時間をかけて打ち合わせに来られるのに、その好意を無視して休暇の為に会議を断るとは、なんという失礼な、しかも冷淡なに仕打ちであろう・・・、と私は厳しく教授を批判し、「休暇を先に延ばすくらい、なんら重要な障

がいではないではないか・・・、なんという思いやりのない人格であろうと教授の理性に関してさえ、私はその健全性を疑いだした。

しかしながら、ストックホルムに住みついて、土地の人間の心理が次第に理解できるようになってきた頃、私の教授に関する判断が完全に間違っていた事に気が付いたのである。そして私の思慮の浅さ加減、あまりにも単純な人格批判に深く恥じ入ったのである。

日本の社会における価値観はまさにビジネスファーストに辺倒であり、仕事のためにプライバシーを犠牲にするのは、議論の余地の全くない、当然の動機であると信じていたのだ。プライバシーの世界で“自然との対話”に過ごす時間が本当の人生を生きる時であり、仕事に費やす時間とは比較にならない程貴重な時間であるという真理に気が付く迄、数ヶ月の日時を要したのである。休暇中の自然との対話のプロセスに必要な海辺の別荘、ヨットやモーターボート等は、男女の区別なくスウェーデン人が必要とする生活必需品として、バイキングの頃から所有しているものである、という真理を悟る事が出来た。

また、スウェーデンの日常生活としては、戸惑いの事例を交えて紹介している。

スウェーデン人が現在確立している民主的・社会的に基本的な存在するのは、他でもない赤の他人に対する人間的な配慮が動機になっている事は明白である。

男女平等をはじめ、すべての平等の精神は、スウェーデンが世界に文化国家に先駆けて最も早く開発した国であると信じられている。

その具体的な例として、ストックホルムの市バス構造は日本風のそれと比較して対照的なデザインである。老人、子どもまたは身体障がい者に対する配慮として、車椅子、乳母車、歩行補助車等の使用のため、車体の中ほどにある乗車口の床高は、停車時には歩道から十センチ位まで機械的に下げられる。これらの乗車賃は無料である。

男女平等が正に一般化され、サラリーマンも年間最低五週間の休暇または男性にも育児休暇が与えられるので、隣同士のパパが仲良く乳母車を押してバスに乗っている光景も日本人には珍しい見ものである。また、鉄道、地下鉄の駅におけるエレベーター、エスカレーターの設定は既に数十年前から設置されている点、日本とは比較にならない実績である。

しかし社会福祉の問題は未解決の政治課題として残されているのは、スウェーデンも日本と同様である。例えば、高齢者介護の状況は、日本ではスウェーデンのそれは典型的な理想郷として紹介されているようであるが、現実の高齢者介護の環境は種々ネガティブな問題に直面していて、度々、新聞種になっているのが真相である。現在の高齢者介護施設で働いている看護師の平均年齢は高く、それらの残り少ない労働力が消えてしまえば、そのあとを継ぐ若いジュネレーションはこの分野には期待できないという将来の見通しが常識になっている。魅力的でない労働条件や、低い給料等が若い人達に嫌われる原因である。ある民間企業が経営する複数の施設では、夜間にはドアに鍵がかけられ、当直の職員もいない状況や、オシメ等消耗品の極端な節約対策とともに、スキャンダルとしてメディアで報道されている。

しかし一般の自宅の孤独な環境に生きながらえている高齢者にとって真にありがたいのは、電話による介護システムが機能している事である。勿論、この組織は高齢者だけを対象としているわけではなく、全ての市民の健康管理のため福祉政策の一環として確立しているのである。

高齢者に良くある症状だが、夜中や明けがたに急に胃が痛くなったりして目が覚める事がある。ネガティブな連想に愈々眼が冴えてくる。この様な心細い瞬間に電話で320100を呼び出す。二分から十分位で看護師が受け、まずこちらの国民番号(注(5))を聞いてくる。国民番号がスウェーデン人としての背番号である。その番号をインターネットに打ち込めば、私の既往症は全部この病院で診られたものであるかもすべて看護師の手元に表示されるので、それを基準に私の現在の症状を聞いて理想的な対応処置を指示してくれる。万一、重症と判断すれば救急車の手配も出来てしまう訳である。勿論すべての情報提供の費用は電話料金だけですむ。

国民番号を一般化するのは、個人のプライバシーの侵害であると考え向きもあるが、その効用、すなわちこの番号で身分証明書不要のまま、各種の事務が銀行・病院等公共の機関で可能となるので、種々の手続きに必要な身分証明書作成に手間を要する現在の日本の制度と比較すれば、その利用価値の大きい事は理解出来る。

このように男女平等をめぐる諸問題や高齢者ケア、そして日本でも導入をめぐる議論されている国民番号制の先進国としての利便性を指摘しているほか、建築家として日瑞間の住宅・環境問題にも専門家ならではの提言をしている。

編集部補筆 注(1) 南北350キロメートル、東西160キロメートル。約6200の湖、森に囲まれた古くからの伝統を守っている地域。ダーナラ木彫り馬、高品質の銅産地で知られる。その色はスウェーデンの伝統カラーのひとつ、ファールンレッド。ストックホルム市議会のカーテン、絨毯にも使われており、日本ではベンガラ色と呼ばれている。

また、文中の自然環境に関するものにアレマンスレッテンAllemansrättenと言われる自然享受権がある。これは古くからある慣習法。憲法で保障されている。但し、鳥獣の狩猟は含まれておらず、また、今は個人の権利とされ、団体には認められたものではないという新たなガイドラインが付け加えられている。

(2)1956年。スウェーデン現代政治史(ステイグ・ハデニウス著、木下淑恵、秋朝礼恵訳、早稲田出版部)によれば、この前後の1946年から1959年代は「冷戦の陰の繁栄」とされる。戦後史年表によると、1945年は世界大戦が終了し、P.A、ハンソン首相はこれまでの救国挙国・一致連合政権を解消し、首相が属する社民党が単独政権となる。46年にはT.エランゲルが後任首相。47年には初の女性閣僚が誕生。社会関係では55年に自動車の右側通行への切り替えで国民投票実施、67年には自動車交通は右側通行として実施。この間の63年には年間4週間の有給休暇が実施。

(3)現在の大使館は1991年に竣工。東京・城山ガーデンの一角にある。

(4)1905-86年。新潟県生まれ。2005年にはモダニズムの生誕100年とする展示会が催された。代表作に1961年竣工の東京・上野駅前にある東京文化会館をはじめ、都美術館、紀伊國屋書店、神奈川県立図書館・音楽堂などを手掛けている。

(5)10桁の数字からなる背番号を記入したIDカード。1947年に背番号PINが導入され、氏名、住所、管理教区、本籍地、出生地、国籍、婚姻関係、家族関係、所得税賦課税、本人・家族の所得税、本人・家族の課税対象資金、保有する居住用不動産、評価額など記載。

Copyright (C) Bulletin of The Japan Institute of Scandinavian Studies All Rights Reserved