

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781号室  
社団法人スウェーデン社会研究所  
Tel (212) 4007-1447  
編集責任者 高須裕三  
印刷所 関東図書株式会社  
定価150円(年間購読料式千円)  
1975年6月25日発行  
第7巻 第6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

Bulletin Vol. 7 No. 6

Japanska Institutet För Svensk Samhällsforskning  
(The Japanese Institute for Social Studies on Sweden)  
Marunouchi-Bldg., No. 781. Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan

## 今年の議会開院式

Riks dagens öppnader i år

評議員 小野寺百合子

Yuriko Onodera

スウェーデンの新憲法が1975年1月1日から発効となったことは、スウェーデン国民は百も承知していたところであるが、1月10日の議会の開院式が全く新しい形式で行われたのを見て、国民は現実問題として、新憲法の意味を改めて思い知らされたようである。

昨年までは、1月の議会の開院式はスウェーデンのもっとも豪華な、もっとも荘重な祭典であった。あの合理主義的なスウェーデン人がどうしてかと思議に思わざるを得ないほど、昔の夢をみるようなきらびやかなこの開院式の式典を、スウェーデン人は大好きだった。式典の進行中の時間は、総人口の5分の1はテレビの前に釘づけされるといわれていた。王宮内の「国家広間」とよばれる天井の高い大広間で、式典は110年ほど昔、グスタフ三世がこの場所で始められた式典の伝統を守り、古式に法って今日まで引つづき行われてきたものである。王冠のついた王座には、ヘルメリンの毛皮のマントを敷いて国王が最高の正装で着席され、王の右側には歴代の王に伝わる宝石をちりばめた王冠が、左側には宝剣がおかれる。王妃王女は長いトレーンをお裾持ちに持たせながら入場する。居並ぶ高位高官は礼装に勲章をつけ、夫人たちは揃いの宮廷服を着る。外交団は色とりどりのお国ぶりの正装で一廓を占める。王室親衛隊がこの日だけの昔風の制服で式典に奉仕する。そうして国王は神に加護を祈られてから、通常国会の開会を宣せられるものであった。国民からみれば、平生身近に感ずる平民的な国王を主役にして演ぜられる古典劇を見る気持ちで、楽しみだ

だったのであろう。新聞雑誌は毎年欠かさずその模様をこと細かに報導するのが常であった。

憲法改正案は、16年間にもわたる審議検討の末、1973年春、議会で一回可決され、その年の秋、総選挙を経たのち、74年春、新メンバーの議会にもう一度上程されて可決され、本年の1月1日発効の運びとなったものである。前王グスタフ六世はこの経過の最中に、総選挙の前日崩御になった。1974年の開院式がどうなるだろうと、実は国民は片唾をのんで案じる気持ちでいたのだが、お若い新王によって、開院式は先王の時代のまま古式通りに行われた。新王にとっては最初で最後の開院式、国民にとってもこれが見納めと、新聞雑誌は惜しみなくページをさいて式典の様子を報道した。

しかしこの時点では翌75年の開院式がどんな形式のものになるかについて、何一つ決まっていたわけではなく、人々は想像のしようもなかった。とかくもの事は、変るだろうとは予期されても、人の気持ちには惰性があるものだし、特に愛するものに対しては執着が強いものだから、今年の開院式の思いもよらない有様を見たスウェーデン国民は、たしかにショックを受けたらしい。

### No. 6 目次

- 今年の議会開院式……………小野寺百合子… 1
- 医療問題の研究シリーズ(1)…………… 3
- 本報告の総括……………西村 光夫… 3
- 老人医療供給体制とその動向…吉田寿三郎… 4

新憲法になっても国王が国会の開会を宣せられることは定められているのだが、国王が王宮の中へ議員を召集される祭典ではなく、国王が議事堂へ出向かれる儀式に改まったのである。それにしても、諸事あまりにあっさりとして簡単に終わってしまったのに、大部分の国民は落胆をかくせなかったようである。

スウェーデンの国会議事堂は、1905年から1970年まで65年間は王宮の前の議事堂が使用されたが、二院制の廃止、一院制の発足とともに、議事堂はストックホルム新市街の中心地に新しくできた文化センターの中に移った。本格的な議事堂が出来るまでの仮のものとはいえ、内部の設備万端が近代技術を網羅しているといつて、引越当時評判であった。しかし外観は一つのモダンビルディングの一フロアであるから、一国の国会議事堂として威容はない。

議事堂には王座はないから、開院式の式典用には、演壇の前に特別のプラットホームがしつらえられ、その上に前列に5脚後列に3脚の同じ型の椅子が並べられた。国王は前列中央に、右に国会議長と首相、左にベルティル殿下と侍従長、後列には3名の副議長がそれぞれ着席した。そこで国王は短かく通常国会の開会を宣せられた。「背広の国王が、エスカレーターで議会の開院式へ」という見出しの写真入り記事は、不満や落胆ばかりか悲しみさえこめられていた。

旧憲法というのは1809年にできた政府法と、1866年にできた議会法が主幹をなし、王権と議会の権力とは5分5分というものであった。以後今日に至る歴史の中で、度々条項の修正があつてだんだん王権は後退し、主権在民の趨勢が強まっていきながら、1974年12月末日まで通用した。

新憲法はその第1章第1条に

すべての公的権力は国民から発生するとしてあり、国民は、国民が選出する代表を議会に送ることによって、公的権力を行使するという意味が改めて明文化されたわけである。国王は国家の代表者として国家の象徴的地位に留まり、政治的権限は大きく後退した。この憲法改正はスウェーデンにとって、まさに「平和裡の革命」であるといわれるほどの歴史的な大事件なのである。

国王の権限縮小の第一は、カール15世以来100年間にわたって、王宮内「閣議の間」で国王を議長として行われた閣議が廃止されたことである。

1974年12月30日に王宮最後の閣議が開かれ、国王は席上でこの閣議を廃止する旨を宣せられ、パルメ首相が国王に感謝の辞を奉って、100年の歴史の一場面に幕がおりた。今年からは閣議は内閣の閣議室で首相が議長になって行われる。新年早々、王宮最後の閣議の写真と、内閣での最初の閣議の写真が発表された。列席の閣僚の顔ぶれは同じ、着席順序もほぼ同じで、ただ国王とベティル殿下が居られず、シャンデリヤの下で緑布をかけた長方形のテーブルが、テーブルかけのない円卓に変わっていた。

次の国王が法律や政令に署名される必要がなくなった。それで今後は「法律第〇号、ストックホルム王宮にて」と、必ず法律の冒頭についていた言葉は見られなくなる。

スウェーデンは今までよくKunqli gaすなわちRoyalの字を使用した。今後はなるべく、Kungligaを使わないようにということになったが、外国へ出しているスウェーデン大使館は引きつづきRoyal Swedish Embassyと称する。またスウェーデン駐在の外国大使の親任状も引つづき国王に捧呈するときまった。しかし細かい事柄で実際問題としてどう処理してよいか迷う場面が、今後さぞ続出するだろうと予測されている。

しかし象徴国王の地位には、思いの外大きな権限が残されている。その一つに国王は重大な政治問題について希望されるならば、報告閣議を召集されることできる。そのときには「閣議の間」が使用される。

国王は引きつづき陸、海、空三軍の最高階級にあって、戦争に関する権力についての最高責任者であられる。また外交会議の議長という重要ポストも持つておられる。

新憲法制定の際に問題となった一つに、女子の王位継承を認めるかどうかということがあった。スウェーデンには従来から女子に王位継承権はなかったが、王室筋は強くそれを希望されていた。与論調査によれば、国民の大多数は王制の存続を希望し、そのために女子の王位継承を認めるべきだという意見を持っていると出た。市民党の各党も憲法改正の際に、女子の王位継承権を組み入れようと努力したのであったが、社民党と共産党の否決にあって、ついに成立しなかった。現国王は独身で、王位継承権のあるのは叔父に当られる62歳のベルティル殿下お1人である。国王が結婚さ

れても王子をもうけられない限り、王制は現国王で消滅してしまう運命にある。女子の王位継承を頑強に認めない人々の意図するところは、王制の自然消滅をねらっているのである。この問題についてデモクラート（穏健党）はまだ希望を捨てず、特別委員会をつくって運動を起している。成功の鍵は中央党と自由党がどれほどの支持をする

かにあるが、勝ちえすれば憲法の条文の変更はわけないこととっている。

スウェーデンはたしかに平和のうちに憲法改正に行った。その効果は今後徐々に現われてくることになる。合理的なスウェーデン国民のことだから、旧制に対する感傷が過ぎれば、新制憲法を上手に運営していくことであろう。

---

---

## 医療問題の研究シリーズ (1)

---

---

厚生省の昭和49年度厚生科学研究として、「スウェーデンにおける医療供給体制と保障制度——日本の場合との対比において」という課題で、当研究所の西村所長が主任研究者となり、このほど以下に紹介する内容の研究報告が行われたので、本号以降に連載しご高覧に供します。

(目次と執筆者)

総括	スウェーデン社会研究所所長	西村 光夫	
1.	スウェーデンにおける老人医療供給制とその動向	大阪医科大学教授	吉田寿三郎
2.	スウェーデンの医療保障の特質——経済学的考察	当研究所理事、中央大学教授	丸尾 直美
3.	スウェーデンの医学教育	当研究所評議員、早稲田大学教授	中嶋 博
4.	スウェーデンの医療制度に関する問題点	当研究所顧問	小野寺 信
5.	スウェーデンにおける医薬品の供給体制等について	北陸製薬株式会社	高橋 文
6.	スウェーデンの健康保険制度	当研究所評議員	小野寺百合子
7.	精神病患者の入院に関するスウェーデン国の法律	癌研究所	藤岡小太郎
			以上

---

## 本報告の総括

社団法人

スウェーデン社会研究所所長 西村 光夫

福祉国家の建設は、誰にも異存のない国民共通の目標になっているが、その内容は、経済的根拠の変動によって、段階的に変化していくものである。

1970年代もまた新しい旋回期である。ことに石油問題を契機として、世界の先進諸国は、一様に省資源・節約経済の段階に入り、産業構造も、折からの公害問題を介して「脱工業化」傾向が促進され、第三次ないしは第四次産業が盛大化し、さらに今日の社会の種々の難問題の根拠が人口の都市密集化にあるとして「反都市化」「過密・過疎の均分化」の方向へ現代の社会政策は打出されるべきことが今日の底流となってきた。

したがって、こんにちの日本の社会保障政策の中心線をなすべき医療政策も、転換期に直面している。日本の福祉は日本の土壌に即して建設されるべきことはいまさら言うまでもないことであるが、近代の社会問題解決のためにそれを克服すべき新しい社会創造の線をつねに工夫と実験を試みることに一歩ないし数歩の前進を示してきたスウェーデンの施策の跡を検討し、その長短を論議し、摂るべきものを摂ることは、日本の福祉を考えるうえできわめて必要な一線であるように思われる。

社団法人スウェーデン社会研究所は、さきに厚生省より上記の課題で研究の委嘱を受け、そのス

スタッフの手によって、これに応えるべき論文集を編んだ。

吉田寿三郎教授の論文は、日本が高齢化社会という未経験の段階に入ろうとするに当って、従来の方考え方に大旋回を工夫すべきことを、スウェーデンの例を引いて主張される。ことに「収容ケアから家庭中心ケアへ」そのほか七か条の示唆はきわめて有意義であると思われる。

丸尾直美教授は、経済学の面からスウェーデン医療保障の特質を論じ、医療の高度化、大衆需要の高度化につれて、スウェーデンを参照しつつ、何らかの意味で自己が責任を分有する態勢への旋回は不可避であろうと示唆される。

中嶋博教授は、スウェーデン医学教育の改革線を紹介しつつ、9項目にわたって日本のそれへの改革の示唆を提言されている。ことに臓器取換えなどの技術の進歩と並んで、医の倫理がスウェーデンでは制度的にも重視されていることは、日本にとっても示唆浅からぬものがある。

小野寺信氏の論文は、進んでいると見られているスウェーデン医療の中に、たとえば患者が待たされること、行列しなければならぬこと、そのほか種々の問題点を紹介し、そういう現象の背景も解明して充実した読みごたえのある論文となっている。種々考えさせられることが多い。

高橋文氏の医薬品の供給体制に関する論文は、スウェーデン独特のファマシーカンパニーという公的機関の制度・機能について、よく解明・説明されている。ひと口に「国営」といえば、日本では大いに驚かされるし、すぐに官僚化として批判されやすいであろうが、スウェーデンではそれが薬局組合の長い歴史を発展的に結実させたものと解明されたことは、なるほどと読者をして納得せしめる切れ味の良さである。

小野寺百合子氏のスウェーデン健康保険制度概説は、厚生省などでは十分に資料をおもちかもしれないが、巷間流布のものとは異なり最新の資料に基いていて価値は高い。

最後に付録として蕨岡小太郎氏の「精神病患者の入院に関するスウェーデン国の法律」の紹介とコメントが付加されている。身体の面から心の面へと病気の重心が次第に移ってゆかに見える現代において、治療と人権と社会との調和という大切な問題に参考となる線が多いと思われる。

以上、この論文集は、いずれも原書を参考にし、オリジナルな統計資料を適切に活用している線でも、他所には求め得ない充実した作品になっており、いささか託された任務を果たしたものである。以上

## スウェーデンにおける老人医療供給体制と その動向—日本の場合との対比

大阪医科大学教授 吉 田 寿 三 郎

老人の医療問題は、医学の限界を含み——多岐にわたるサービスを包摂しなければよくその目的を、現実性ある施策として、果しえないことを前提として、下記の研究報告を検討されたい。

### 1) 長寿国スウェーデン、その内容と対応

国土の3が北極圏内にある地勢からみてもスウェーデンはまことに厳しい自然環境下にある。バイキングは日本の八幡船にも比すべきものであろうが、彼らの心情には北辺の厳しさから暖地へ脱出する憧れを秘めていたことは否みえないであろう。しかし、ことにナポレオンとの戦いには痛ましい敗北を喫した、それ以後、北欧の指導者らは、恵まれない土地を開拓してなんとか安全で豊かな生活を打樹てたい意向へ転向した。すなわち、社

会開発を目的とする生産開発としての産業の高度化に努力した。

産業の高度化は物的豊穡をもたらす。その反面公害などのマイナスを伴う。人口集中、都市化、住宅難、アパート化、次いで出生率の低下、それによる人口構成の歪み、この歪は物的豊穡を支えるヤング・ソサエティから消費性向の強いオールド・ソサエティへと時の経過とともに難題を持込んでくる。産業高度化は物的生活水準を推し上げるが、人間関係のはげしい疎外を起す。また豊かな物的条件と最新の医学の進歩が相待って、貧困と感染症との制圧を成功させる。これがスウェーデンをして世界に先駆けて長寿国の名を成さしめた。

ところが、その内容は、老いて益々旺んになったための長寿ではなく、おおかたは、貧窮や感染症患というキラーを制圧したための、弱っても淘汰されず生残ることに因るものである。人口構成の歪のマイナス面がでると、老人人口が増加する。老病弱者ならびに障害者が急増する。病質は一変し病量は増大する。つまり、スウェーデンでもそのケアは多様化するとともに人的物的施設の増嵩を要請し労・資両面において、個人的とも社会的にも、その負担が急増した。

スウェーデン政府が、老病弱者の急増の見透しにたまりかねて、老人ケア調査委員会を作ったのは1952年であった。広汎な調査の結果をまとめた報告書が1956年提出された。翌57年、スウェーデン議会はこれを受けて老人問題の対応策を次のようにきめた。

人口老化の進展と機を同じくして社会構造が変化した。その結果老人を援助することが緊急事になった。まずこの種の援助は広域社会が与えるべきものである。経済保障、適切な住宅、在宅ケア授産、医療、施設収容など系統的でかつ徹底した社会福祉の手をのべるべきであるとした。

なお、老人問題を困難にする主な原因は医学の限界であるが、心理上、社会上の原因もある。住居問題、ホーム・ヘルプなども大いに論ぜられまた経費のかかる収容ケアを節減、他方老人を仕業やその他で社会から隔絶することを極力防ぐべきことの大切さを指摘した。このようにして老人ケア対策の原則は結局、「老人に対し自分のモダンな家に、たとえ病弱や障害があっても、できるだけ長く滞まるようにする」こととした。

## 2) ケア対策理念の大転換

このような収容ケアから家庭ケアへの大転換は単なる老人ケア調査委員会の理念ではなく、すでに潜行していた。その兆を述者は1959年在瑞しばらくにして気付いた。実はその後、上記の報告書のあることを知った。

サービスは地域社会で行われる。その個性に粉飾されてははっきりしないが、一旦気付いてみると、地域をかえ国をかえても——このようなケア理念の転向を前提とすると解明しやすい現象を認めた。まだ大勢は欧州大陸の長い伝統である収容ケアを主張するものが大部分ではあったが、ケアの転換を確信できた。

欧州大陸では、社会を当惑させるケースを収容

してケアする長い伝統をもっていた。伝染病、精神病はもちろん、精薄、老病弱者も収容ケアした。この長年の努力が結晶した立派な施設もある。訪問者が魅了されるのもむりのないところであろう。永い伝統を一転するにはそれ相当の動因を必要とすると考え思いをめぐらした。当時述者の考えた動因の主なもの、

まず、老人人口の急増による病弱者ならびに障害者の激増であった。その経費の増大は耐え難いものであるが、その労力を補充することがまたまことに困難であった。今日も医師、看護婦などの不足に悩み、他方福祉社会の労務条件の改善、高度の専門化などでマン・パワーの確保難に喘いでいる。

次は、民主主義の成長・浸透とともに収容ケアは一種の「隔離」であり、基本的人権の侵害である。全く止むを得ない最短期間に収容はとどめるべきである、との認識が生れ広まった。

第3には、現代リハビリテーション医学が教えるところとして、収容ケアによる心身の活動制約は、ことに老人において、容易に活力を萎靡させ社会性を低下、人間性を失墜させる。ために依存度が大きくなり社会の負担は増大する。と同時に老人の人間としての尊厳を傷けることになる、などであった。

これら動因は今日みておおかた正鵠をえた考察であったといえるであろう。

1972年には4か月に亘って欧州13か国を遍歴した。そのときは、家庭中心の老人ケア対策を大方の国の当事者ははっきりと是認した。たとえば、西独は老人対策で遅れをとっていた。そのミュンヘンで立案中のケア対策の中心理念は家庭ケアであった。

## 3) 健康への投資と病弱な生残者の扱い方

1959年から61年とかけての在瑞時、医師でない当事者の多くは「老いてますます旺んであれば」とするポジティブ・ヘルスを主張して老人対策を論じた。しかし医師、ことに老人科領域で指導的な役割を占める医師は「医の限界」を前提として、老人対策の厳しさを認識していた。そして、スウェーデンの良識がこの線での対応をすすめた、と思う。

これに対し、イギリスではその見透しが甘かった。そのために一時福祉国家の典型とイギリスを云わしめた。有名な社会保障案をつくったベバリッチは健康への投資は回収されるとした。つま

り、より健康者をつくり生産は上る。幸福はより増大する。それはさらに健康を増進する。という観念論に立った。彼の考えにもとづいて国民保健・医療事業法、HNSを導入実施したベバンも、健康への投資は20年は安定するとした。

ところが、イギリスの現状が雄弁に物語るように、人力のつくりだす老令期は冷酷な、弱っても死ねない生残であった。健康への投資は生残の累積となって、社会の耐え難い重荷となった。しかし一旦点じた健康への要求は停止できないものであることも事実である。

スウェーデンは2回の大戦にも地の利が幸いしまた自ら守る備えも堅くて中立を堅持できた。大国の武力戦に時をかせて巨利も博した。他方中道主義の経済体制をとって、資本制の生産性と共産制の分配性を按配して、自他共に認める世界最高の福祉国家を北辺の厳しい自然のなかに建設した。

このような高い生産性と適正な分配性を実現した社会でも、高福祉を支える高負担は、高令者の増加とともに、その重荷がとかく問題になってきている。他方武力戦が予防戦争以上のものでありえない核抑止下の今日、経済戦、思想戦が主力になった。少数民族のもつ経済的な弱さは否定できないところであろう。

之に加えて、老人のケアには医の厳しい限界がある。これを緩和し効率を上げるために他のサービスとの協働が必要である。また、医の進歩ならびに生活条件の変化などで病質が変化した。慢性経過、後遺症の多様性などからア・ラ・カルト的処方が必要になる。など、これらサービスは組織化されそれもワン・ドア・サービスへ凝集される必要がある。

したがって、サービスの単一化、同一レベル、統一化などが要請される。また高度なサービス程人的にも物的にも供給力に厳しい限界があるから、重点主義的な利用が必要になる。そのためにもサービスの組織的な提供が必要になる。

#### 4) 経済原則を満すケア対策

しかも、これらサービスは最小の労費および施設をもって、最大の活力、社会性及び人間性を獲得する。このような冷徹な経済原則を満足することが必要である。そして現実性の高いものであることが、老人急増の現実に対応する緊急の措置だけに必須の要件である。

ここに「老人も人である」という民主主義理念を中核とするケア対策理念の導入が必然のこになる。というのは、上記したように、たとえかなりの病弱や障害があっても社会にあって自主独立の生活をするに老人に努める。また社会はそのように自助を援助する義務がある、とする民主主義精神が要請される。

これにまさに答えうる医学としてリハビリテーション医学—WHO専門委員会は第4の医学と称している—が実効を挙げるようにしつらえられることになる。社会はかかる体制を整えなければならない。スウェーデンでは、述者初回在瑞時、病院その他老人施設はもちろん、家庭にまでリハビリテーション医学の原則がすでに及ぼうとしていることを知った。そして、オールド・ソサエティにおける第4医学の重要性を認識させられた。

イギリスはNHSにより国営医療に戦後踏み切った。保健・医療の単一化、統一性を実現したわけであった。しかしナショナル・レベルのコントロールが強く、とかくオールド・ソサエティの複雑な実情に則さない嫌いがあった。昨今広域レベルへの権限の委譲が行われようとしている。このため大きな改組が進行中である。

また、中央政府においては保健・社会保障省はさらに内務省所轄下にあった社会サービスを包摂して、諸サービスの総合化体制を敷いている。しかし財政力は依然中央政府がつよいし広域当局は中央の出店である。このようなビュロオクラティックな弊害を高い民度が抑圧して改組の実をあげるか——いましばらく観察しなければ、なんとも言えないところであろう。

これに対し、スウェーデンではナショナル・レベル、カウンティ・レベルおよびディストリクト・レベルでそれぞれの財政的な裏付けもあり、それぞれがかなり高いオートノシーを保持している。

#### 5) カウンティ・レベルへ保健・医療サービスの 実権集中

以来は大方国立であった精神病院も今日はカウンティ・レベルに為営の権限と責任が移管された。病院を初めとする医療の開発・経営の首導権はカウンティ・レベルへ単一化され統合されている。以前国の雇用であった公医もほとんどが今日はカウンティ雇用である。という次第で、保健・医療サービスの実力はカウンティ・レベルにあっ

て国はこれを支援する。他方ソーシャル・サービスはディストリクト・レベルの為営である。

具体的にいえば、23のカウンティ・カンシル・エリアにわかれ、これが広域として7つのレジオンにまとまっている。(図1参照)。なお病院は分科のない一般病院、中央病院および広域病院の系統化が整然としている(図2参照)。さらに一般医、専門医のつめる医療センターが増設されている。

また、中央政府においては、その有力な機構であるナショナル・ボードが、たとえば以前は保健・医療とソーシャル・サービスにわかれていたが、今日は一つのポートに統合されている。といった工合で保健・医療とソーシャル・サービスとは密接に共働するよう要請されている。

スウェーデンでは、この国政の長い経過の次第から、下層の声がよく上層の政治機構に及ぶ組織づくりができています。一見テンポは遅い。しかしトライ・アンド・エラーで着々改組が静穏裡に運んでいく。

保健・医療サービスについて、この20~30年間の変革を紹介すると、1951年カウンティ・カンシルが以前救貧制のもとにあった慢性病に責任をもつことになった。つまり、他の医療と同等の扱いをすることになったわけである。

1955年には国民健康保険が導入され全国民罹病時一定の収入を保障されるようになった。

1963年には国が雇用していた地域医官をカウンティの地方政府が雇用することになった。

1967年には精神保健について地方政府にその責任が委譲された。

1969年には社会保険制度が大きく医療費を引受けた。たとえば、外来患者は従来大きな自己負担があったが、最大15SKrを支払えばよいことになった。

さらに、1970年には病院外来と地域医官の料金引下げをねらって、患者治療の均一制度が導入され12skrになった。この改革と同時に、公職につく医師は一以前は上位医師は私的ベッドを院内にもって、私的患者を扱えたが一給与制度になって、患者から直接料金をとれなくなった。

入院費は1日当り患者は10skrを払うが、実際は400skr以上を公費で負担している。病院外来では12skrを患者は払うが、実際は訪問一件について48skrを社会保険で支払っている。往診は20skr

を患者が負担する。なお年金受給者は365日以上入院すると、その後は一日当り15skr支払はなければならない。以前は私的開業医は差額徴収自由であったが、今日では、これら医師を訪ねる場合も患者は20skr均一を支払えばよいことになった。

以上でわかるように、医療経費は主に地方所得税など公費で賄い、これを社会保険が援けている格好である。

囲みに、イギリスでは100%国営医療、すなわち税金など公費支弁制を戦後とった。しかしなにかと私費支払が多くなった。これに対応して任意保険が息を吹きかえすなどの現象がみられる。ところが、スウェーデンは、上記のように、公費、保険両立てながら公費のウェイトが重くなり均一制になってきている。両国ともに、老病弱者や障害者の急増がこのような傾向をつくった大きな要因と考えられる。

## 6) 老人サービスのユニット化

イギリスにおいては、つとに老人サービスのユニット化が試みられ好成績を納めている地域があった。1960年、イングランドのサンダランド訪問時、ユニット化によって9年間に、病床はむしろ減少しながら、取扱い患者実数10倍以上、死亡率半へ減少の成績を挙げた実績を紹介された。スウェーデンにおいても最近ではユニット化の傾向がとみにたかまってきた。

述者は、家庭と収容施設の二大機能とその間に介在する媒体という第3の機能をもつ構成の老人サービス・ユニットを考案している(3図参照)。このユニットをサービス協働の観点からみると、医療を含む保健サービス、教育を含む労働サービスおよび住宅その他を含む社会福祉サービスから成立っている。ここで、スウェーデン、イギリスなど福祉国家では、教育を含む労働サービスをユニットからオミットしている点を注目されたい(ユニット論については拙著「日本老残」小学館1974年参照)。

イギリスのグラスゴー大学老年医学科のW・F・アンダーソン教授が考案する。老人ケア・サービス・ユニットは、人口2~3万の7~10個のコミュニティ・ヘルス・センターを含む人口20万地域における病院管区地域を考えている。これはあらゆる年齢層を対象とした組織のうちで、老人サービスを行うとしている。そして上記センターはソーシャル・サービスの拠点でもある(4図参照)。

これに対し、スウェーデンのヨーテボリ大学老年医学科のA・スパンボルイ教授の考想する老人ケア・サービス・ユニットは、老人科サービス・センターと呼称するように老人のみを対象にしている（5図参照）。

病院のエクステンション・サービスとみられるメディカル・センターの設置が増加・強化の傾向にあることは既述した。これにはフル・タイムの専門医も配しているものもあり、家庭により近い存在で、家庭ケア中心への対策転換の一助とも考えられる。

他方、老人サービス・センターなるものが展開されていて、PT、OTサービスを含む広い社会サービスが、一か所でまとめて行われていく傾向にある。

これはイギリスにおけるデイホスピタルを含むデイ施設——述者が媒体と称する機能を果たす一要素一の展開であるが、なお保健・医療サービスと社会福祉サービスとが一線を画している憾みが深い。中央病院などにも社会サービス部が組込まれている。けれども眼にみえないセクトの壁がなかなか破れないようである。この点でデンマークやノルウェーにおける両サービスの一体化ははるかにすすんでいると思う。

Concentrate Type of unit for the aged

#### 7) 新地にコンセントレイト・ユニット

最近2～3万住民を対象に、保健・医療サービスならびに社会福祉サービスが住宅サービスと一括されて、密度の高いサービス・センターを設置するようになってきている。ヨーテボリのレプゴルデットはその一例である。ここにはチャルマス工科大学都市計画科J・オリーブグレン教授らの設計したサービス・センターがある（6図参照）。これは述者のサービス・ユニット論においてコンセントレイト・サービス・ユニットと称してきた、まさにそのものすばりである。

15年ばかり前にはコンセントレイト・タイプに対しセパレート・タイプと述者が名付けたタイプのユニットを西欧の当事者らは将来の理想とした。そして述者は後者を75歳平均以前、前者を75歳平均以後に必要なタイプと主張してきた。当時欧州ではコンセントレイト・タイプは救貧施設のモダニゼーションした場合にとりやすいタイプと理解された。ところが、この節は新地に、上記のように、きわめて集約度の高いサービス・ユニットが設定されてきている。このような密度は、

高令者の急増に対応するためである、と考えざるを得ないことである。

「老人は人なり」と同時に「人は死ぬものなり」である。老令期は、他の人生期と違って、死を当然の課題としてこれにどう対決するか、老人も社会も考えなければならない。産業高度化社会、そして福祉社会において死の場の設定はどのように設けられようとしているか。コンセントレイト・タイプのユニットの新設は死を迎える形が、弱って死ねない生残期のケアの場のウェートを果すウェートを高めた結果にもよるとみている。

上記サービス・センターには、ショッピング、ビジネス、カルチャラル、レジョナルの諸センターとともにメディカル・センター、ソーシャル・ビュローがある。諸々のサービスが密に連繫できるように展開している。このサービス・エリアにまた家事援助その他では自立できないものための老人ホームとならんで死の床であるナーシング・ホームが併置されている。

#### 8) サービス再分配論と人間社会

日本ではようやくタウン・プラナーが物理的視点から社会的視点へ眼を開こうとしているところである。スウェーデンのタウン・プラナーはこの点ではるかに先を歩いている。その先端にある一人がオリーブグレン教授であると思う。彼が展開しているサービス・センターをもつエリアの幾つかに対応する老人科サービス・ユニットをスパンボルイ教授は考想しすでに展開している。しかし、長い福祉社会建設への努力がここまで追いつめてきた老人への医療供給体制がこれで完結しているか、と問われれば、いまだ画竜に点睛を欠いているといわなければならないであろう。これら高負担・高福祉の努力も所詮は真の人間社会建設の条件の一部にすぎないからであるとなつて加えることが必要であろう。

スウェーデン社会では高額な税負担は、これ以上の徴税は働く意欲を萎靡させるところまできている。そこで、オールド・ソサエティでも、ことに若いものは高い税金を払っているから、老いた親の面倒は国や社会がみるのが当然だと主張する。また自分の老い先もケアしてくれるものと期待してさえている。

しかし、国家やその他公共体は、貨幣や官僚と同様、人間の観念の所産である。サービスに必要な手も足も実はもっていない。その手足をもって



いるのは、その人、個人個人である。従って、もし人が手足を弱者のために、老人のために使う温いハートを失ったならば、どのような高税を払っても心温まるサービスは求められないことになる。

このように解りやすい理を、産業の高度化した社会では人間相互の疎外がとかく著しく、理解しない風潮が支配する。ことに若いものが少なくなった消費性向の高いオールド・ソサエティではそうである。上記の疎外を、高度化した産業がもたらす物的豊穡でカバーしようとしたのが、社会保障制度であるともいえるであろう。

この財源として、ベバリッジは、労使間のみならず人間一生間における所得の再分配の必要を強調した。彼の主張を実現しているのがイギリスであり、スウェーデンであり、いわゆる福祉国家である、と述者は考えている。

これら福祉社会で、老病弱者や障害者が果して優勝劣敗の生物法則を越えて人間らしい生活をしているであろうか。その実態に接するとき、物的な豊穡さでは及ばないところが大きいと残念ながら認めないわけにいかない、というのは、法や社会が保障する物的なものもこれをケースにとどけるサービスを欠いては何の効用も發揮できないことである。人間も物的存在であるから物は絶対的に必要であるが、人間が人間であるためには、ことに弱者の場合、心温まるサービスが一層必要である。またこれを欠いては物は生きて働かない。

物的豊穡を保証されながら存外淋しく孤立した老病弱者を福祉社会で多くみかけ、すくなくとも真の人間社会の実現には人間一生間を通じての所得の再分配に加えて、心温まる一金では買えないサービスの再分配が行われるような気概が横溢することが必要であると感銘したことであった。爾来15年述者はサービスの再分配を主張してきたわけである。

## 9) 家庭、隣保そして地域社会ならびに職域社会

所得再分配は財政機構である社会保障制度で概ね実現できることは西欧福祉社会が示めている。では、サービス再分配機構はというと、これは人間の結ばれの上に考えるほかないであろう。男女、親子親族、隣人、友人、同僚、先輩・後輩、老若——家庭、隣保、職場そして地域社会が新しく上記の観点から見直されなければならないことである。

資本制、共産制、中道制などのような物の生産や分配という次元を越えて——高い人間性の発揚が課題になる時代へとわれわれは導かれる。

文明・文化を啓発・伝承するために人間には20年以上の幼稚性が必要である。この間、ことに母親の献身的なサービスを必要とする。と同様に人間

の力がつくった、とかく弱く死ねない形で生残する、今後大多数の者が享受する老令期を、人間らしく完結するには、若いものの力づよい支えが全く必要である。

このような人の結ばれを、どのようにして産業高度化社会の中で創り出して行くか、その模索の必要性を今日オリブグレン教授はようやくはつきりと認識してきている。その彼がタウン・プランナーとしての試みではどのようにしても真の人の結ばれをつくり出す環境設定のできないことに行きついた、と訴えた。この辺りで——東洋医学が、病質の変化によって、西洋医学に対し、新しい位置づけをされようとしているように、東洋の教養文化が、人力が創り出した老令期によって、西洋のそれに対し見なおされてくるのではなからうか、とも考えている。

老人医療を含むケア問題で西欧福祉社会、ことにスウェーデンから示唆を受け学ぶところは多い。しかし、その根本的解決法をここに見出そうと求めても所詮は無理なようである。30~40年先彼らをはるかに凌駕するオールド・ソサエティになる日本としては、この苦難な時代を首尾よく切抜けるため、彼らの示唆するところを十二分に考慮するとともに、その理論においてもその手段においても、新しく創造しなければならないことを覚悟すべきであろう。

次に、上記したところから彼我の差違を拾い上げてみると。

(1) 日本も結構平均寿命を延長している。その内容は、やはり弱って死ねない生残が大部分があり、真の寿命延長ではない。戦後つくった未曾有の人口構成の歪のネガティブな局面が、30~40年先に必然的に到来する。しかし、今日日本はその歪のポジティブな局面であるヤング・ソサエティの最中であって、オールド・ソサエティの厳しさを深刻に受けとめ準備しようとする気構えすらない。

(2) 永年の伝統である収容ケアから、家庭ケア中心への、ケア対策の大転換は欧州でいよいよ明白になってきている。しかし、日本の指導はとかく施設に魅了されている。大転換の次第を十分検討しようとはしていない。また世情は「老後は老人ホーム」式のその場逃れの観念論がまだ横行し、老人マンションが広告されている。

(3) 社会福祉が金科玉条のようにいわれ、ことに健康へ投資することの意味などはいまだ一顧を受けるにも到っていない。生残の厳しさにトライ・アンド・エラを繰返えしながら着々対応に苦心しているスウェーデンには学ぶところが多い。

病院一つとってみても、国営あり県立あり法人立あり私立ありである。分布・分科・規模も全くまちまちである。なんらの系統化もみとめられないのが日本の現状である。また、メディカル・スタッフの中核である医師はその多数が、労働政策の臭いの強い社会保険にスポイルされ、薄利多売の薬売りになりさがって、信頼は地に落ちている。看護婦、その他のメディカル・スタッフの確保・養成も意の如くならない世潮である。

このはげしい混沌の状態から、老人の急増にもなる病質・病量の多様化・増嵩に対応する保健・医療サービスの系統化・統合化を、どのようにして創り出せるか。さらに、他の諸サービスとどのようにして協働体制をとりうるか全く思案せざるを得ないところである。

(4) 保健・医療サービスの経営主体に関し、英国は国営にふみ切り、スウェーデンは公営に一辺倒している。これは患者からみても医師側からみても、サービスの自由な選択性を著しく制約している。医療スタッフの給与制とともに、そのサポートが一層サービス供給の幅を狭めている。病院診療のアポイントの時間は1日に30分しかなく、アポイントできても待機させられることがしばしばである。ということになる点はまたよく検討しなければならないであろう。このような人間の持つ本性につながる問題に、どのように解決をつけるか、スウェーデンでも行き詰りがみられる。

(5) 老人サービスのユニット化について保健・医療上の効用は論ずるまでもないところである。むしろ、これを日本という土壌で、どのように実現していくかである。モデル的な設営実験を理論的研究と併せ行って、デモンストレートするほかないと思う。

(6) 21世紀初頭にかけ、日本の人口はなお3,000万前後増加する。30万都市、100個を新設しなければならない。大都市で積上げるか。その周辺あるいは遠隔の地に設定するか、人口増加は多産によるのびはなく少死による老人急増によって起ることを留意しなければならない。すなわち、老令化する人口が納まり自立し生産にも寄与して、しかも消費なり負担なりを増さない町づくりが必要である。コンセント・ユニット化したサービス・センター・システムを、都市計画にあたって、今後十分考慮し、その実現を期さなければならないであろう。これが経済原則を満す老人の医療体制というものであるからである。

(7) サービス再分配機構の創造は、日本が近い将来迎えるオールド・ソサエティは、人的物的両資源凋枯のもとで人間らしい老後をお互が完結する

ために——物的な乏しさをよくカバーしおおせる人間性の開発・高揚を、どのようにして可能にするかを意味している。その思索とその方便を創り出さなければならぬ宿命にある。このための教育・啓発が必須であり、その素材として、北欧福祉国家——イギリスを含め——における実態の紹介は大いに役立つのではなからうか、と思う。そのポジティブ、そのネガティブの実相を卒直に伝えることによって……。

#### 参考文献

- Ingvar Andersson:A History of Sweden  
 Ragnar Berfenstam et al:Swedish Medical care in the 1980's (Sjukvård på 80-talet hur och hur mycket?)  
 Spri Rapport-9/74, 18/74, 2/74, 18/72  
 Spri-the Activities of Spri in 1970-1971  
 Rupro 67.  
 Socialstyrelsen redovisar;patientstatistik 12, 13  
 Räckstasjukhus  
 Den allmänna Sjukförsäkringen-Nyheter from 1975.  
 Information for Immigrants-Social Insurance in Sweden  
 The cost and financing of the social services in Sweden in 1972.  
 Läkaren försäkringskassen <taxor mm korrekturplag en 1974. 03. 14 Lintyg ock kvinnonnr  
 Landstingen perspektiv 1974-78  
 Rules for the Swdsh Association  
 Population, Environment and Quality of Life  
 Hans Danelius:Human Rights in Sweden  
 Socialstyrelsen:Principprogram för hängtidssjukvård  
 Health and medical care services The County councils in Sweden  
 Danderydssjukhus.  
 Äldringvårdens Läge—1963, 1956  
 Socialstyrelsen redovisar—Utvecklings tendenser inom den sociala äldringvården  
 Socialvården—Mål och medel  
 Urbanization in Sweden  
 Allmän Hälso och Sjukvård 1972  
 The Biography of a People  
 Social benefits in Sweden 1974—1975  
 Swedish Government Administration  
 Landstings för bundet-Statistisk Årsbok för Landsting 1974  
 J. Orlvegren: Bränsle för Debatten. Rapport 6.  
 吉田寿三郎:日本老残 小学館 1974  
 " :老人の保健福祉に関する体系的開発—老人のデイ・ホスピタル  
 日本生命済生会 1967

## DISTRICTS AND REGIONS FOR HEALTH AND MEDICAL CARE

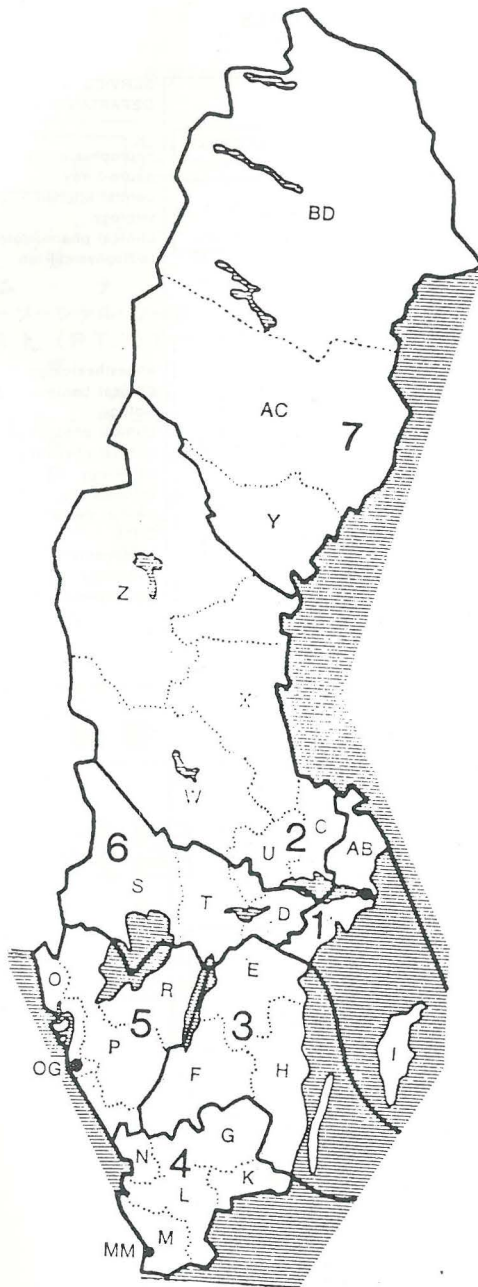
### HEALTH AND MEDICAL CARE DISTRICTS:

#### County Councils districts:

AB = Stockholm  
 C = Uppsala  
 D = Södermanland  
 E = Östergötland  
 F = Jönköping  
 G = Kronoberg  
 H = Kalmar  
 K = Blekinge  
 L = Kristianstad  
 M = Malmöhus  
 N = Halland  
 O = Göteborgs & Bohus  
 P = Älvsborg  
 R = Skaraborg  
 S = Värmland  
 T = Örebro  
 U = Västmanland  
 W = Kopparberg  
 X = Gävleborg  
 Y = Västernorrland  
 Z = Jämtland  
 AC = Västerbotten  
 BD = Norrbotten

#### Municipalities outside the county councils:

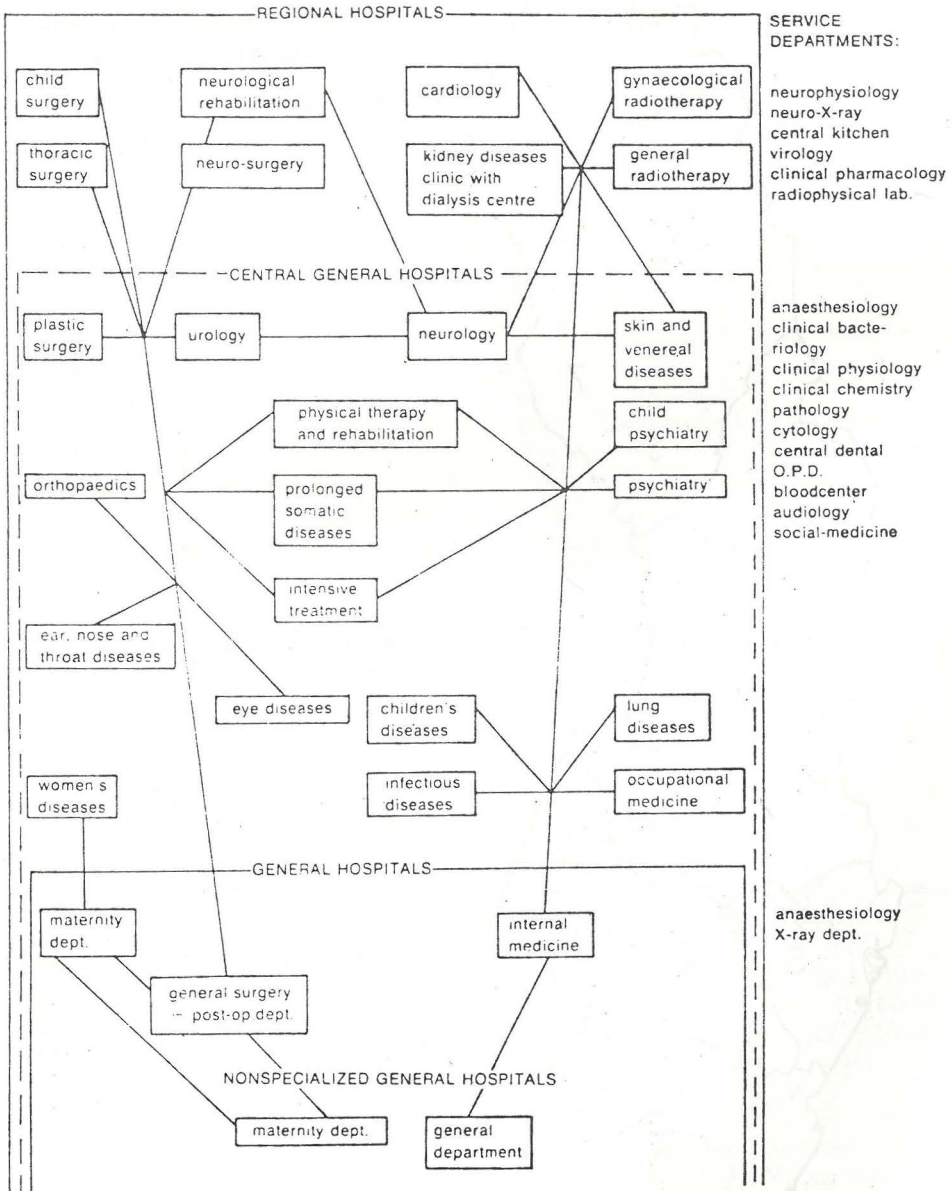
I = Gotland  
 MM = Malmö  
 OG = Göteborg



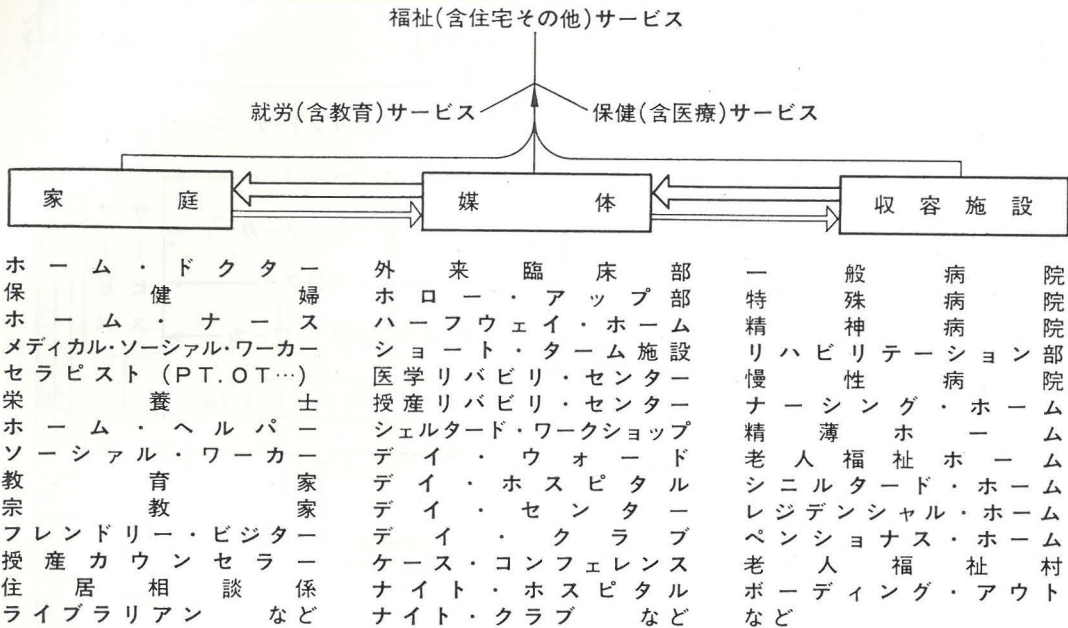
#### POPULATION 1:1 1971 IN THE HEALTH AND MEDICAL CARE REGIONS OF:

1. Stockholm	1 605 596
2. Uppsala	1 247 440
3. Linköping	931 027
4. Lund-Malmö	1 432 731
5. Göteborg	1 446 834
6. Örebro	788 977
7. Umeå	639 177
	<hr/>
	8 091 782

# SPECIALIZATION IN THE TREATMENT OF DISEASES IN HOSPITALS



ユニット・タイプ { 分散型  
集約型



日経新書 228

# 福祉国家の人びと

内側から見たスウェーデン

著者 立正女子大学教授 菊池幸子

212頁 定価 480円

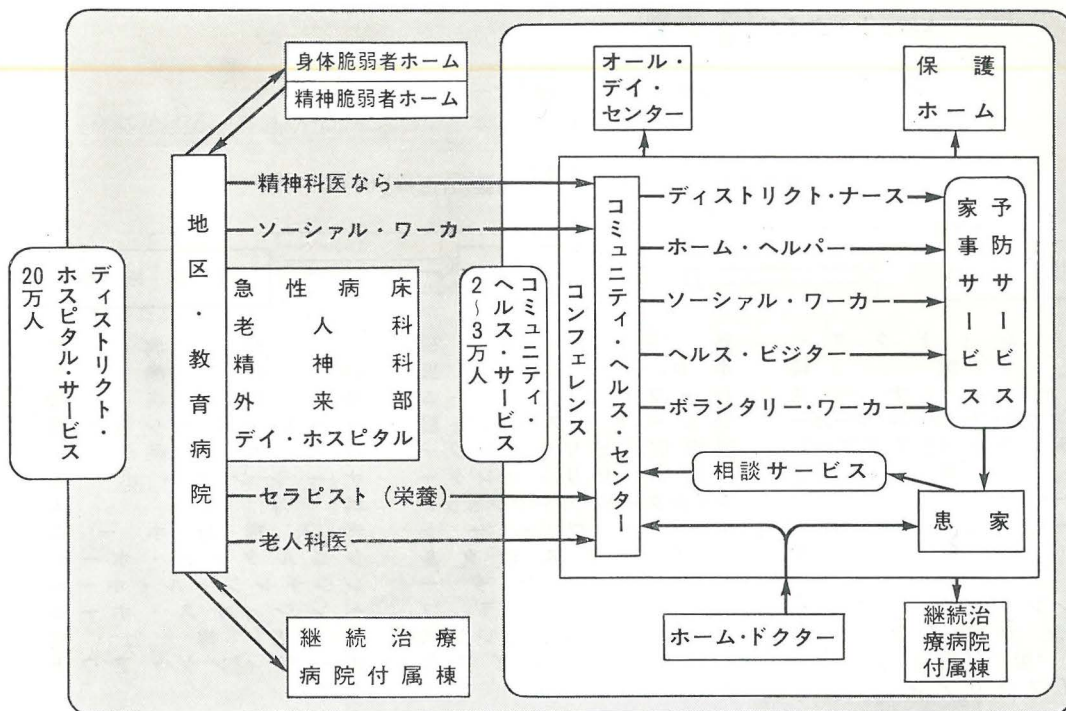
著者のことば——

私の体験のなかでとらえたスウェーデン人の生活を、子ども、若もの、中年、老人と世代別に、生活様式、人間関係、価値観などの面から分析した。

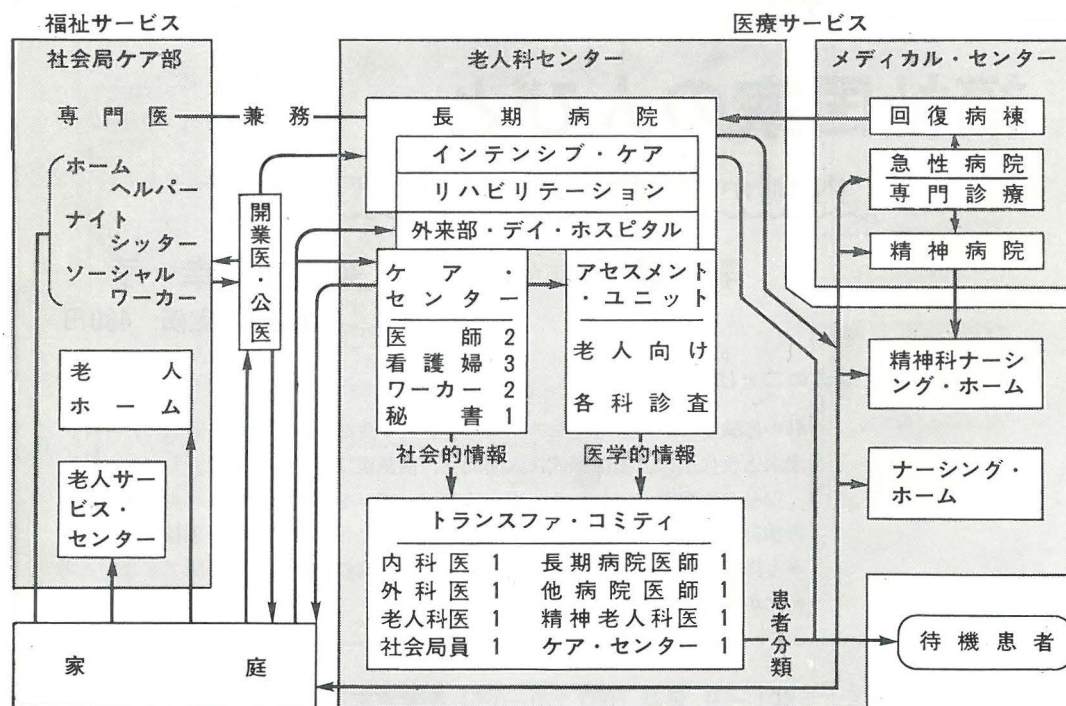
福祉の実験国といわれる先輩国スウェーデンを人間の生活レベルの視点から再検討し、孤独な老人たちや非行少年の問題など、いくつかの福祉社会のひずみも指摘している。適切な人間対策なしでは真の福祉国家は実現できないと考えたからである。

〒100 東京都千代田区大手町1-9 電話 (03) 270-0251 振替東京555 日本経済新聞社

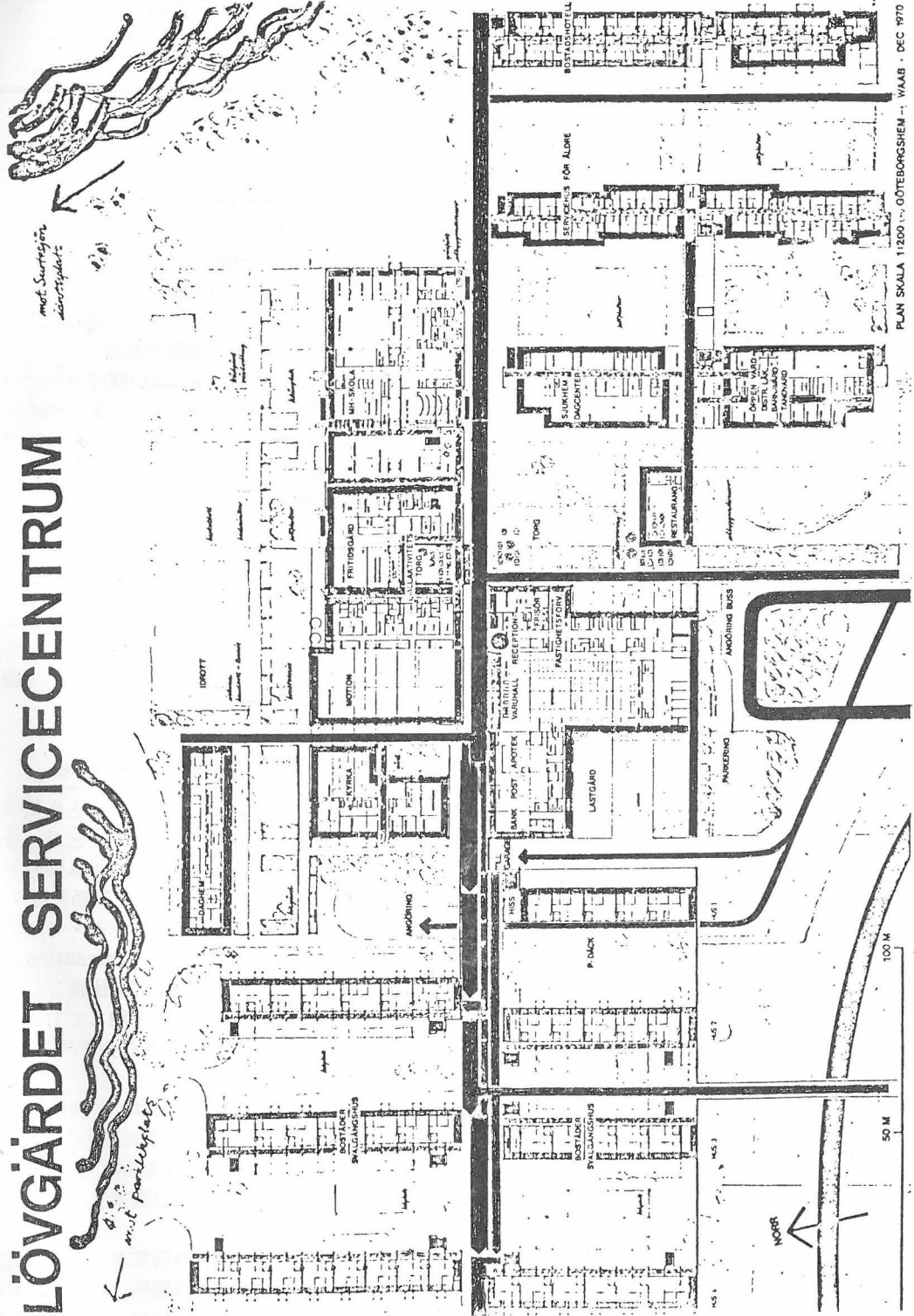
イギリスの医療サービス・システム(老人サービスを含む)



スウェーデンの老人サービス・システム



# LÖVGÅRDET SERVICECENTRUM



PLAN SKALA 1:2000 W.A.A.B. ÖTTERBORGSHEN - WAAB - DEC 1970

## 最近のスウェーデンの社会・経済ニュース

### 新規受注高、金額で16%上昇す

中央統計局の発表によれば、産業界の新規受注高は、時価で対前年比で16%上昇した。同時に、産業界の生産者価格は24%上昇した。

新規受注分中、増加の度合いが最も高かったのは化学産業で、昨年比で45%の上昇であった。パルプ、紙、印刷業界の受注は28%上昇し、鉄鋼及び金属産業の受注も28%上昇し、一方造船を除く機械産業は27%上昇した。林業界の受注は9%低下し、造船の新規受注は54%減少した。

1974年末の産業界全般の受注残は、時価で前年末よりも13%増大している。全体の受注残に占める輸出分の割合は、57%から55%へと若干低下した。

### スウェーデン、世界最大のファイバーボード輸出国に

スウェーデン木材及びパルプ・ジャーナル誌 (Swedish Timber & Wood Pulp Journal) の木質ファイバーボードに関する記事に依れば、スウェーデンの木質ファイバーボードの年産量は約70万トン、総額5億クローナ（邦価約325億円）に達した。

スウェーデンは1920年代から木質ファイバーボードの生産国であり、アメリカ及びソ連について、世界第三位の生産国である。スウェーデンは世界全体の輸出高の25%をしめて、代表的な輸出国と成っている。

全生産高の約5割は輸出に向けられており、その約8割は欧州向けである。最大のシェアをしめるのは英国で約40%である。

また人口1人あたりの消費量も、毎年40キロをこえて極めて高い。これと比較すると、ノルウェーは30キロ、フィンランド及びカナダは20キロずつである。世界全体の平均は、1キロである。

ファイバーボードの価格は、急激な上昇の後、最近では低下してきた。市場は1975年まで弱ふくみで、今年末には若干の上昇が期待されている。生産能力は、ここ2年ばかりは変化がないであろう。

ファイバーボードの全世界の消費量は、長期的には大巾に増大するものと考えられている。その理由として、新しい用途が生じることと、特に欧州にまだまだ利用されていない潜在市場が大きく

存在する事、を同誌はあげている。

### 家庭暖房用に風力を利用

風力を用いて家庭暖房を行う実験が、現在国家電力庁 (Swedish State Power Board) の手で行なわれている。風から電源をとる2キロワットのプラントによって、スウェーデン西部にある家庭2軒を暖房するという実験である。

スイス製のこのプラントは30,000クローナ（195万円）かかる。その性能についてはヨテボリのチャルメルス技術研究所 (Chalmers Institute of Technology) が測定し、同研究所はさらにこの風力による暖房プラントについての研究を続行することになっている。

1974年に、同庁は電力発電源としての風力についての研究を行った。この風力は、大規模なエネルギー源としては、経済的でないと考えられているが、セントラルヒーティング用の発電としては可能性があるものと考えられている。この実績から現在の計画が始まっている。

### エネルギーに関する機関設立さる

王位科学アカデミーは、エネルギーと生態学についての新しい国際機関を設立することが、最近公表された。この機関はストックホルム国際平和問題研究所 (SIPPI) と同じ方向で活動を行う。

この動きはチェル・アンド・メルタ・バイエル財団 (Kjell & Märta Beijer Foundation) の手によって始められたもので、同財団はこの機関に対して、最初の10年間に毎年平均して1,200万クローナ（7億8,000万円）の助成金を与える予定である。

さらに同アカデミーに対しては、この機関の入る新しい建物建造の為に、さらに300万クローナ（1億9,500万円）の基金が与えられる事となる。このなかには研究部門及び講演会が含まれている。

高度なレベルの外部からの研究者も、この機関の研究計画に参加する。この機関は、様々な国からの科学者の委員会によって統制をうけることになる。