

スウェーデンにおける高齢者の現状



REGERINGSKANSLIET

Government Offices
of Sweden

スウェーデン政府内閣府 ファクトシート
社会保健省

No. 17 2007年9月

スウェーデンの人口の 17%以上、すなわち、約 160 万人が現在 65 歳以上である。人口予測によると、今後 30 年以内に、人口増加が一番大きな世代は 65 歳以上の層が占めることになるだろう。また、2035 年までに、人口増加のより大きな部分は、労働年齢以外の世代で生じることになるだろう。20 世紀半ば以降、最高齢層の人口は増加しており、80 歳を超える人口は、現在から 2050 年の間にほぼ倍増すると見込まれている。

表 A: 65 歳以上の人口とその比率

西暦年	65 歳以上の人数	65 歳以上の比率	うち女性の比率 (%)
2005	1,565,000	17.3	57
2020	2,056,000	21.2	54
2030	2,303,000	22.9	53
2040	2,464,000	23.9	53
2050	2,478,000	23.6	53

出典: Statistics Sweden 2006(スウェーデン統計 2006 年版)、Population projections (人口予測)

2005 年のスウェーデン国民の平均寿命は、男性は 78 歳、女性は 83 歳であった。65 歳で退職すると、男性はその後 17 年、女性は 21 年の余命が見込まれる。死亡率は女性に比べて男性の方が低下している。このことから、女性は、とりわけ高齢になったときに、自分のパートナーがまだ存命である可能性が高くなる。

2050 年には、女性の平均寿命は 83 歳から 86 歳に延び、男性の平均寿命は 78 歳から 84 歳に延びると見込まれている。

人口の高齢化により、医療と社会的介護の負担は増大するが、これからの 10 年間は、その影響はおそらく限られた範囲に収まる。この期間においては、年金受給者の多くは、まだ、65 歳から 70 歳だからである。この年齢の範囲では、医療や社会的介護を必要とする程度は比較的小さいからである。このようなニーズは、そもそも 80 歳を超えてから増大するものである。

スウェーデンの高齢者の大多数(約 93%)は、一般住宅で生活し、在宅介護サービスを受けている場合と、サービスを受けていない場合がある。高齢者の住宅事情は、人口全体と比べて大きく変わるわけではない。また、住宅の一般的な水準は高い。

財源と支出

コミュニケーション *1 レベルにおける 2005 年の高齢者介護に要する経費は、803 億スウェーデン・クローナ(SEK、以下クローナ)だった(同経費の内訳は、特別住宅が 64%、一般住宅での介護経費が 34%、予防介護経費が 2%を占めた)。特別住宅での介護は、一般住宅での介護に比べて、約 2 倍の費用がかかっている。ランスタング *2 レベルで高齢者に提供される医療サービス(つまり入院治療と外来治療)を算入すると、費用は倍増して、約 1600 億クローナに上る(1 ユーロ=約 9.20 クローナ)。

コミュニケーションレベルで高齢者に提供する医療と社会的介護は、コミュニケーションが課税する住民税を主に(80%以上)財源としている。割合はわずかだが、費用の一部は、中央政府からコミュニケーションへの交付金で賄われている。費用の約 4%は、利用者本人からの徴収金によって負担されている。

高齢者介護のための料金は、社会サービス法(The Social Service Act)に準拠している。この法律は、不当に高い料金から個人を守ることを目的としている。この法律では、所得の計算方法や留保金額の水準について定めているほか、在宅介護サービス(一般住宅と特別住宅の双方)・日中の活動・一部の外来医療に対して設定可能な料金の最高額を規定している。2007 年の留保金額の水準を見ると、独身者の場合は月額 4,346 クローナ、夫婦世帯の場合は月額 1 人当たり 3,640 クローナである。2007 年の料金の最高徴収金額は、月額 1,612 クローナである。留保金額とは、個人が必要とする通常的生活費と実際の住居費に充当する金額であり、個人は在宅介護サービスの料金を課される前に、この金額分を留保する権利を保障されている。この法律では、住居費に加えて、個人の留保金額に含むべき経費の内容を定めている。この法律の枠組みの中で、各コミュニケーションは、独自の料金体系と個人の負担料金を決定する。個人は、負担料金に関する決定について不満がある場合、行政裁判所にその決定について訴える権利をもつ。在宅介護サービスを受けている高齢者の約 19%は、低所得であるため費用をまったく負担していない。

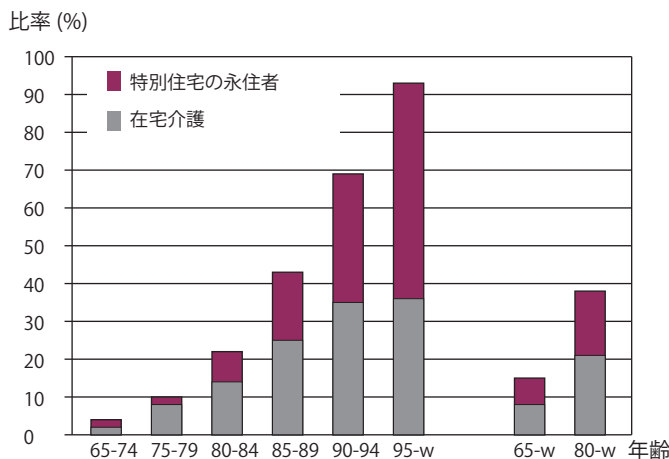
医療費は、保健・医療サービス法(The Health and Medical Service Act)に準拠している。一定の制限はあるものの、ランスタングは、患者が負担すべき費用を自由に決定することができる。患者を適切な水準の治療を受けてもらうために、料金には、分類が設定されている。高額費用保護制度があり、12 ヶ月間にわたり、治療費については、合計で 900 クローナ、医薬品給付金が適用される処方薬については 1,800 クローナを上限として、どのような場合も、患者はそれ以上の費用を負担する必要がない。

一般住宅で在宅介護を受ける高齢者と特別住宅で生活する高齢者

高齢者は、年齢の上昇とともに、介護支援を受ける必要性が増大する。このため、高齢者介護を受ける人の大半は80歳以上の人で占められることになる。2006年10月1日現在、約23万9,000人の65歳以上の人々が、特別住宅に永住するか、あるいは、一般住宅で在宅介護を受けていた。この人数は、この年齢層の約15%に相当する。特別住宅の入居者総数は、ここ数年減少する一方、在宅介護サービスを受けている人の数は、ほぼその減少分だけ増加している。

約14万300人(約8.6%)の人々が一般住宅で在宅介護サービスを受けており、約9万8,600人(約6.4%)が特別住宅に入居していた。

グラフ B: 2006年10月1日現在で、特別住宅に永住していた人、および在宅介護サービスを受けていた人の比率(%)

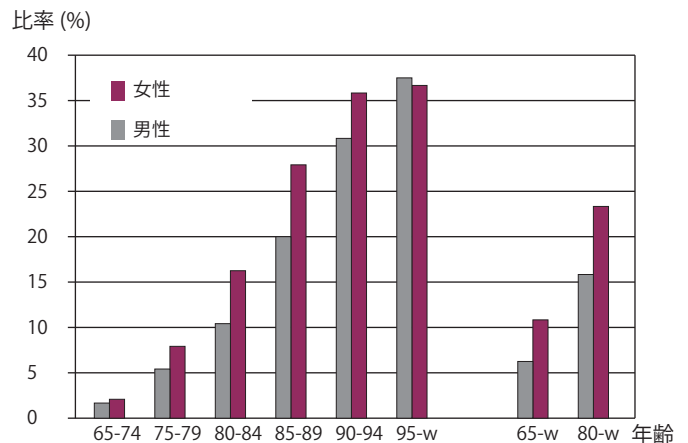


65歳から74歳の層では、約3%の人が一般住宅で在宅介護を受けているか、あるいは、特別住宅で生活していたが、最高年齢層(95歳以上)ではその割合は約93%であった。80歳以上の年齢層では、約37%の人が在宅介護を受けるか、または特別住宅で生活していた。

在宅介護

コミュニティの報告によると、2006年10月には、在宅介護サービスを約436万2,200時間提供しており、2000年以来約21%増加している。一般住宅で生活する14万300人余りの高齢者が在宅で介護サービスを受けていたが、これは65歳以上人口の約1%分の増加である。80歳以上の年齢層で在宅介護サービスを受けている人の数は、2000年以降、毎年増加している。

グラフ C: 2006年10月1日現在の一般住宅で在宅介護を受けていた人の比率(%)



65歳から94歳の年齢層では、在宅介護を受けている人の割合は、男性に比べて女性の方が高い。最高年齢層(95歳以上)では、男女の割合の差はごくわずかであり、男性の方が高くなっている。

2006年10月1日現在で、在宅介護サービスを受けていた65歳以上のすべての人のうち、約39%は1ヵ月当たり1~9時間の支援を受けており、22%は10~25時間の支援、3%が120時間以上となっている。95歳以上の女性では、120時間以上という比較的長時間の在宅介護サービスを受けている人の割合は、ほかのグループよりも大幅に高くなっていた。95歳以上の男性、65歳から74歳の男性ならびに女性も、比較的長時間の在宅介護サービスを受けている人の割合がほかのグループに比べて高かった。在宅介護を受けている65歳以上の全人口に対する構成比は、2000年から2006年にかけてほとんど変化していない。

管理形態

在宅介護を受けている65歳以上の全人口のうち、約11%は、主に民間セクターが提供するサービスを受けていた。これは、コミュニティが最終的な責任を負うものであるが、企業・受託団体・共同組合などコミュニティ以外の事業者が提供する在宅介護サービスのことを指し、このような事業者は自治体からの支払いを受けてコミュニティに代わりサービスを提供する。2000年には、この割合は約7%であった。

2006年10月分としてコミュニティが報告した介護サービスの提供/推定時間のうち、約12%は民間の介護事業者が実施したものだった。2000年10月にはこの割合は約7%であった。

一般住宅でのコミュニティによる在宅医療

2005年において、一般住宅での在宅医療を全面的に、あるいは、部分的に運営しているコミュニティは145であった。2006年10月1日現在で、この当日に治療を受けていたか否かにかかわらず、約4万8,600人の高齢者が在宅医療の利用者として登録されていた。医療の利用者の約70%が80歳以上の人で、女性は約65%と大半を占めていた。

表 D: 2006 年 10 月 1 日現在、コミュニティの在宅医療サービス利用者として登録されていた 65 歳以上の人の年齢・性別構成比

年齢	男性 (%)	女性 (%)	合計 (%)
65 ~ 79 才	13	17	30
80 才以上	22	48	70
65 才以上	35	65	100

在宅医療サービス利用者として登録されている 4 万 8,600 人の高齢者のうち、約 71% は在宅介護も受けていた。

短期滞在 (ショートステイ) 施設 / 短期医療

ショートステイ / 短期医療は、特別住宅で一時的に滞在する間、治療やリハビリテーション、それに一時的な介護・定期的な交代介護、あるいは治療・アフタケアなどを目的とする看護を行うことを指す。2006 年 10 月 4 日現在、約 9,000 人の高齢者がショートステイ施設に入っていた。これは 65 歳以上人口の 0.5% に相当し、2000 年同期と比較して約 600 人増加している。ショートステイ施設にいる人の約 55% は女性であった。施設での滞在日数は、2006 年 10 月現在、総計で 25 万 5,500 日に上った。2003 年 10 月と 3 年後の 2006 年 10 月を比較すると、施設での延べ滞在日数は約 16% 増加している。

デイケア

ここで、デイケアは、社会サービス法 (Social Service Act)、あるいは保健医療サービス法 (Health and Medical Service Act) に従って、個人ベースで日中に提供される支援を指す。支援の具体的な内容としては、例えば、認知症、あるいは精神・身体障害のある人を対象とする作業療法、対人関係改善療法、治療、リハビリテーションなどである。喫茶店やそのほかの集会所での活動など、個人別に決めなくても参加できるいわゆる「自由参加活動」はこれには含まれない。

2006 年 10 月 1 日現在、デイケアを受ける裁定を受けていた高齢者は約 1 万 2,800 人だった。その大部分が女性であり、約 64% を占めていた。表 E に示すとおり、必要度審査を受けてデイケアを利用する人の数は 2000 年から 2005 年にかけて徐々に減少したが、2005 年から 2006 年には 5% 増加した。

表 E: 2000 年 10 月 1 日から 2006 年までの期間、デイケア適用の裁定を受けていた 65 歳以上の人の概数

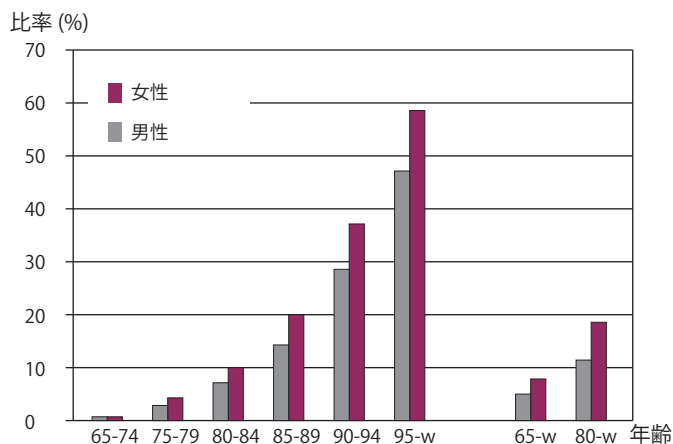
西暦年	男性 (%)	女性 (%)	全体 (%)
2000	5,500	10,000	15,500
2001	5,100	9,200	14,300
2002	4,600	8,300	12,900
2003	4,500	8,200	12,700
2004	4,400	8,100	12,500
2005	4,400	7,800	12,200
2006	4,600	8,100	12,800

特別住宅の入居者

特別住宅の入居者数は、2000 年以降、約 17% 減少している。2000 年と比較した場合、入居者の比率は、65 歳以

上の人口で見ると約 8% から約 6% に減少しており、80 歳以上で見ると約 20% から約 16% に減少している。2006 年 10 月 1 日現在、入居者のうち、約 81% は 80 才以上の人で、約 70% は女性だった。下のグラフから明らかなように、特別住宅に永住する人の割合は年齢が上昇するにつれ増え、男女ではその比率に差がある。

グラフ F: 2006 年 10 月 1 日現在で特別住宅に永住する人口の比率 (%)



住宅水準

特別住宅内への入居定数が減少したのと同時に、住宅水準は改善傾向にある。例えば、炊事設備、トイレ付きのシャワー、あるいは浴室がない部屋で生活する入居者数は、2003 年の 6,900 人弱から 2005 年には 5,000 人強に減り、つまり 27% 以上の減少になっている。同時に、多床部屋や、配偶者・パートナー・そのほかの親族以外の人と部屋を共有する人の数は減少している。特別住宅に永住する高齢者約 9 万 8,600 人のうち、約 56% は炊事設備、トイレ付きシャワー、あるいは浴室を備えた 1 部屋ないし 1 部屋半に相当する設備を使っていた。これに次いで、最も一般的な住宅形態は、炊事設備はないがトイレ、浴室 / シャワー付きの 1 部屋 (約 19%) と、炊事設備、トイレ、浴室 / シャワーがついた 2 部屋 (16% 強) であった。約 5% にあたる 4,600 人余りの人々は、炊事設備、トイレ、浴室 / シャワーがまったくない 1 部屋で生活していた。入居者の約 2% にあたる約 1,800 人は、配偶者、パートナー、近親者以外の人と住居を共有していた。このデータには、アパートの共有、多床部屋の共有など、さまざまな形態の住居を共有する入居者が含まれる。

管理形態

特別住宅を運営できるのは、コミュニティのほか、企業、受託団体あるいは共同組合といった医療・社会的介護の民間事業者である。高齢者介護の財源を確保し、監督する仕事は、コミュニティの所管である。これは、サービスを運営するものが、コミュニティ自体であろうと、医療・社会的介護を行う民間事業者であろうと同じである。2006 年 10 月 1 日現在、特別住宅の全入居者のうち約 14% は、民間事業者が運営する施設に住んでいた。

年金と住宅補助

スウェーデンの年金制度は、経済や人口の変化に自動的に連動するようになっており、政治的に安定した制度である。このため、社会の動きにかかわらず長期的な安定を維持することができ、所得に基づいた年金の費用負担が将来の世代に回されるというリスクはない。この制度のおかげで、スウェーデンは、長期にわたる基本的な保障を満足のいく形で提供できるという有利な立場にある。

この公的年金制度を通じて十分な年金を得られない人は、付加的な保証年金を受け取ることができる。この保証年金は、中央政府の予算を財源としている。保証年金は、1938年以降に生まれた人に対して最も早い場合、65歳から支給することができる。保証年金を満額受け取るには、スウェーデンに40年以上住んでいることが条件となる。2007年の保証年金は、独身者の場合、月額7,153 クローナ、夫婦世帯の場合、1人当たり月額6,380 クローナである。

高齢者生計援助法 (The Maintenance Support for the Elderly Act) は、2002年から施行された。この法律は、国の年金制度のほかの給付金では生活費の基本的なニーズを満たすことのできない65歳以上の人を対象としている。この支援の受給資格者の大半は、その居住年数が満額保証年金を受け取る条件(40年)に達していない高齢者たちである。この給付金の支給に際しては、所得審査が行われる。

年金受給者に対する住宅手当は、経済水準が低い年金受給者に対して給付される基本的な社会的保護として重要な役割を担っている。保証年金の受給者は、住宅手当を受け取ることができる。2007年、この手当の最高額は、月額4,650 クローナである。50万人弱の年金受給者が住宅手当を受け取っている。保証年金と高齢者生計援助の金額は、物価基礎額に応じて、上方調整されている。

注釈 1: コミューン (Kommun 英語表記 municipalities) は、基礎自治体で、福祉など住民の身近な分野の行政事務に責任をもつ。日本の市町村に似ているが、課税権を持ち、より強い自治機能を持つといわれる。

注釈 2: ランスタング (Landsting 英語表記 county council) は、複数のコミューンを含む広域的な自治体で、主に、住民の教育、医療、文化など広域的行政事務に責任を持つ。日本の県に似ているが、コミューンとは対等の関係にあり、上位組織ではない。



REGERINGSKANSLIET

**Ministry of Health and
Social Affairs, Sweden**

SE-103 33 Stockholm, Sweden
Phone switchboard +46 8 405 10 00

本文に関する問合せ、並びにファクトシートの追加注文は
社会保健省（電話+46 8 405 10 00）まで。
スウェーデン政府ホームページ <http://www.sweden.gov.se>

発行：社会保健省 印刷：XGS Grafisk Service, Stockholm, Sweden
発行年：2007年8月 資料番号：S2007.026