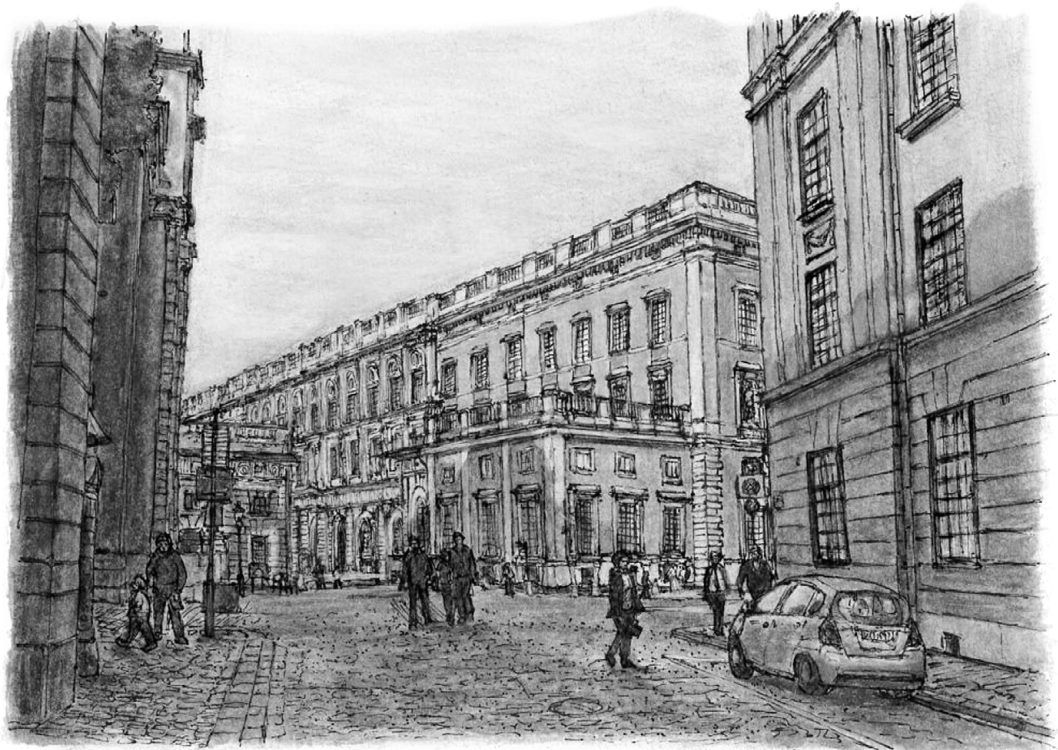


白夜

第 35 号



スウェーデン王室 Kungliga slottet
/ Goci MA 2010.9.23

北海道スウェーデン協会

2014. 4

スウェーデン ダーラナヘスト

杉本 拓

日本には中国から伝わったとされる十二支というのがある、今年（2014年）は午（うま）年といわれ、年賀状にもさまざまな馬の絵や毛筆などが描かれたものをいただきました。

馬は古くから人間社会とのかかわりが強く、世界各国で農耕、交通、競争、軍事、儀式など幅広く活用されていました。日本においても同様ですが祭事として流鏝馬、チャグチャグ馬コ、葵祭など多くが各地において様々な馬事文化として定着しています。

私は以前スウェーデンのダーラナ地方を訪れたことがあります。ダーラナ地方はスウェーデンの人々にとって心の故郷といわれ、美しいシリアン湖の湖畔に町や村が点在しています。グスタフ・ヴァーサの生地モーラ、夏至祭で有名なスウェーデン交流センターがある当別町の姉妹都市レクサンド、世界文化遺産・大銅山のファールン、画家・カール・ラーションゴーデンがあるズンドボーン、これらの街のどこにも大小のダーラナヘストが見受けられました。

「ダーラナヘスト」とはご存じのようにダーラナ地方発祥の木彫りの伝統工芸品赤いダーラナ馬で、スウェーデンを象徴するものとされています。

過去、スウェーデンでも馬は農耕にとって大切な動物で交通手段としても欠かすことができなかったようです。

ダーラナヘストはダーラナ地方の長い冬の間、家で子供のおもちゃとして作られたようですが、私が訪ねた広い農地の中にある家々の前には人がまたがることのできるような大きな赤いダーラナヘストが置かれており、家のなかの一室では一本のナイフで器用に木を削り、大小さまざまなダーラナヘスト特有な色彩を施している作業を見ることができました。

私の家にも30cmほどのダーラナヘストが飾られていましたが、今はその時買い求めた色彩も異なる仔馬が共にいます。

私がダーラナ地方の旅で感じたことは、この地方の素朴で逞しい歴史をとおして育まれた国民性が今日のスウェーデンの政治、社会、教育、スポーツ、生活文化などを生み出しているのだろうかということでした。

昨年度、スウェーデン協会は北海道国際交流・協力総合センターと共催、スウェーデン交流センター、名誉領事館、ホイスコーレなどの後援を得て北方圏講座などスウェーデンを知るための機会を持つことができました。

4年後の2018年、日本とスウェーデンとの交流150周年とのことですが、北海道スウェーデン協会もその記念すべき時のためいろいろ知恵をだし、協議を深めていきたいものと考えます。

〈北海道スウェーデン協会会長〉

日本の医療と スウェーデンの医療

鈴木 岳

光栄にも北海道国際交流・協力総合センター(ハイエック)様と北海道スウェーデン協会様より昨年6月19日に第3回北方圏講座にてお話しする機会を与えて下さいました。貴重な機会を賜り、この場を借りて御礼申し上げます。その講演要旨をご報告申し上げます。

私は2007年から4年半のスウェーデン、ストックホルムはカロリンスカ大学消化器科での勤務期間に良い労働環境のおかげで、たっぷりと思えし教養を磨き楽しむ時間がありました。両国の生活と医療環境を比較し、多くの違いに驚き、日本の国づくりに様々な疑問や憤りをかんじました。特に私が日本を後にした2007年頃は医療従事者を取り巻く医療紛争や報道被害の増加について息苦しさを感じ、心疲れての旅立ちでした。なのでとりわけ医療制度については医師という労働者の立場から、そして患者としての立場から興味を持ち、日本スウェーデン比較にとどまらず、アメリカを含む先進諸国との比較をネットにあふれた情報をもとに個人的研究をしておりました。

医療提供体制について

さて、日本の医療保険制度には3つの優れた特徴があります。国民皆保険体制、現物給付そして誰でもどの医療機関にかかっても良いフリーアクセスです。いま、社会保障と税の一体改革という名の社会保障や医療費削減政策、患者の選択肢を広げ、先端医療を受ける自由を認めるという建前の混合診療導入圧力、さらに医療従事者の労働環境の悪化、貧困層の増加などにより日本を支えてきた優れた医療制度が崩壊途上にあるのをご存知でしょうか？

一方スウェーデンの医療体制は同じ国民皆保



図1. 日本の医療保険制度

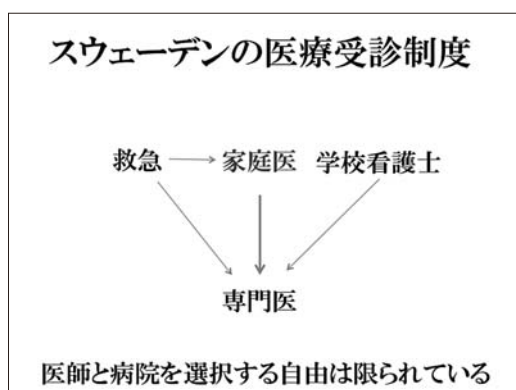


図2. スウェーデンの医療受診制度

険制、現物給付ですが、フリーアクセスではありません。地域ごとに決められた家庭医制度で、耳鼻科、眼科、消化器科などの専門医や大病院には家庭医を受診し、必要性が認められなければかかれませんが緊急の場合は救急当番医にかかることができます。

患者は地域に割り振られた診療圏にある家庭医にまずかかるのが基本で必要性があれば各種専門医や高度の医療を提供する地域病院に紹介されます。地域病院で手に負えなければ広域病院に紹介となります(図3)。したがって、基本的に医療機関を選択する自由、医師を選ぶ自由は制限されています。医療の運営主体は21に分けた各ランドステイング(地方自治体)により、地域の税収で運営されます。



図3. スウェーデンの医療提供体制

医師にも素晴らしい労働環境、良いワークライフバランス

社会福祉が進んでいるという評判のスウェーデンで医師として働いてみて第一に驚いたのが労働環境の良さでした。私はノーベル賞の選定で有名なカロリンスカ大学病院で働いていたわけで、人里離れたいなかの片隅に就職したわけではありません。日本の大学病院での労働環境は早朝から夜11時は当たり前でした。当直の翌日は働くのが当然でした。診療の他に学会活動に費やす時間もありますし、とても家庭を大事にする生活とは遠いものです。大学病院だけではなく、おおよその急性期病院の医師は似たような労働環境だと思います。それが命を預かるものとして当然と説かれ続けてきたわけです。時間外勤務など当り前の労働環境に加え、この15年、医療紛争やマスコミスクラムに過剰なまでの医療たたきとそれに流された司法判断が横行し、多くの勤務医が労働意欲を喪失する事態となりました。

対してカロリンスカでは診療時間と研究時間は8時から17時の8時間労働厳守、時間外サービス労働無し。当直の翌日は代休がつく。自宅待機当番には手当がつく（日本の一般的な勤務医にはつかない）。本人、家族の病気療養で休暇を取る権利が保障されている。産休、育休の保障とそれを支える柔軟な研修制度がある。学会、研究活動も労働であり、勤務時間内に研究時間

も与えられる（もちろん、出世したい研究者が個々人の責任で無給で時間外に研究をするのはかまわず、そうしている精力的な人たちもいました）。年間の有給休暇が40才未満は4週間、40才以上は6～8週間とれる。電子カルテ入力は音声に吹き込むだけで秘書さんが入力してくれる。治験看護師がおり、研究を手厚く手伝ってくれる。研究においても統計学者、データ解析者、各種言語校正、図案作成など、各専門部署との連携が容易で効率が良い。薬剤などの治験を進めるに適した環境があるので創薬や医療機器開発が早い。さらに医療従事者を訴訟より切り離し、事故調査委員会で紛争を処理する制度もあり、不安無く医療行為に集中できる環境がある。医療従事者であろうと報道被害より守られる。私はこれらの素晴らしい労働環境に驚くとともに、なぜ日本では出来ぬのかという当然の疑問がわき上がり、社会制度を比較するにつけスウェーデンには脱帽、日本には失望を深め、苦悩していくことになりました。

医師の労働環境の良さは何も医師に限らず、全てのスウェーデン労働者に与えられた権利であり、特別なものではないのでした。つまり、社会制度設計が経済最優先ではなく、人間を中心に据えた人間を大事にするものに思えました。ならばスウェーデンの競争力は低下し、経済も悪化していいはずなのですが、スウェーデン始め、北欧諸国がそうではないのが不思議なところ。その良い意味での逆説、パラドキシカルな現象についてはヨーテボリの経済学者、佐藤吉宗先生が著されたスウェーデンパドックスに詳しいのでご参照下さい。

ともあれ、時間外サービス労働は当然、自宅待機はサービス、研修中は妊娠すると圧力をかけられる、場合によっては妊娠で退職を迫られる、研究は時間外でするのが当たり前、年間で夏休みは1週間がせいぜい、医事紛争は個人で対処という日本から来た私はすっかりスウェーデンで働くのが気に入ってしまいました。スウェーデンには安心して仕事に没頭でき

る法整備があり、かつ人生を十分に謳歌できる自由時間がありました。

良い労働環境を反映し、スウェーデンでは重労働の科における女医比率が高い。スウェーデンの医師の50%は女性です。重労働と思われる各科における女医比率は救急科33%、小児外科44%、産婦人科腫瘍外科68%、産婦人科64%、外科20%、腫瘍科50%です。医師の卒後研究医期間には人間として生殖適期です。これまでの日本では若いうちに研修を終わらせるのが医師キャリアのために重要で、制度も産休、育休に対応できず、非常に子づくりがためらわれるものです。一方スウェーデンでは研修期間中に産休、育休が認められ、研修が延長されます。誰もそれをとがめることはありません。ですので3人以上多産し、研修をようやく30才を越えてから終了し、ゆっくり専門医を目指すのも何の問題もありません。そして、子どもが病気の時には看病に帰る権利も当然とされています。このような環境を反映して、女性も重労働の科にも勤められるわけです。日本でも女医のキャリア形成対策がとられる時代ですが、その内容は24時間預けられるナース付き保育所を用意するというものです。基本的小お母さんである女医を子育てのために時短で働かせるということは想定されていない対策を目にするにつけ、違和感をかんじます。子育ての時期は子育てを楽しみましょう、というスウェーデン式労働環境はなかなか許されないようです。

医療訴訟で疲弊しない労働環境と医師法の違いについて

働き始めてすぐに面食らうことがありました。大腸内視鏡検査で大腸ポリープを見つけたのですが、所見のみ記載し、ポリープ切除は行いませんでした。すると、受け入れ担当上司に「なぜポリープをその場で切除しなかったのか」と怒鳴りつけられました。日本では手術の危険性と有用性を説明して、承諾書をいただいた後に手術を行い、術後2、3日入院するのが通例

です。そのことを説明すると、「スウェーデンでは医療訴訟はないんだ。ちょっと説明して、その場でポリープ切除をする。あとは外来にまわせばいい。外来で出血したら？ 救急外来の外科医に任せることになっている。必要があれば呼び出されるしくみだ。」と言うのです。これには驚きました。医療は高度医療や急性期医療を行う医師ほど医療事故や訴訟の頻度が上がります。私もスウェーデン勤務前の日本時代には訴訟までいわずとも嫌な思いをしたことは何どもあります。ベストを尽くしてもなかなか病状を理解いただけず、患者さんやご家族と対決するのは大変なストレスです。訴訟になるかも、という不安を抱えながら日々高度医療に向かうストレスたるや二度と味わいたくないものでした。

医療訴訟流行の日本からきた私は訴訟が無いということはどういう仕組みなのか大変不思議でした。当時のスウェーデンの仕組みは患者が医療に不満があれば国の担当部門に申し立てをする。そして、そこで調査が行われ、担当医に明らかな過失があると認められれば、担当医には注意指導と再研修が与えられ、患者には国から慰謝料が払われるというものでした。その慰謝料の額は多くても50万程度のもので、日本のように億単位が支払われることはありません。代わりに後遺症を残したとしても医療は全て無料ですから現物支給されるということでしょうか。日本と大きく違うのは訴えが起きた際に担当医が前面にでなくとも良いこと。第三者が調査してくれること。犯罪性の無い医療事故、過失で逮捕されないこと。そして損害賠償に怯えなくて良いことです。訴訟が増え続け、逮捕や高額賠償金に怯えざるを得ない医療制度に嫌気がさしていた私にはスウェーデンの制度下で働くのは楽園で働くような気持ちにすらなりました。余計な訴訟警戒診療などせず、医療行為そのものに集中出来る環境は、給料が10分の1になろうとも離れがたい魅力がありました。2010年度にスウェーデン国の医師免許を取得する際

に受講した医療法で紹介された2011年度からの医療事故に関する法制度を意識してご紹介しませぬ (図4)。

一方、医療事故被害者の権利として被害者は調査に参加できる。調査結果の説明を受ける権利を有す。再発防止策作成に参加する権利。謝罪を受ける権利などを有すとされています。日本の医療事故被害者の心情に共通することですが、何が真実なのかをしりたい、事故の再発防止に役立てて欲しいと望まれます。被害者の方への説明はスウェーデン方式ですと第三者の調査機関から行われるため客観性を保たれ、信じてもらいやすいのではないのでしょうか。また、再発防止に貢献できるということから多少の慰撫にもなるように思います。

そして医療法の授業で驚いたのは同国の医療法の詳細な規定でした。医療法律書は札幌市の電話帳ほどの厚さで日本の医師法とは圧倒的に質量が異なります。スウェーデンの医師法では実に微に入り細に入り実際の制度運用を規定し、曖昧さが非常に少ないと感じました。例えば、患者から医師への謝礼についてもきちんと記載されているのには感心しました。日本でも謝礼は慣習として残っていますが、いったいいくらなら謝礼として許されるのか、いくらから過剰と見なされるのか明確な規定は無く、その時々々の審判にゆだねられる曖昧さがあります。スウェーデンでは明確に謝礼は禁じられており

司直、警察の直接介入はない



11'年度より改訂された新制度

図4. スウェーデンの医療事故調査制度フローチャート

ます。現金はもちろんのこと現金化できる高価な品々、金券、美術品なども不適切である。しかし、患者さんの感謝したいという気持ちを下に断るのも不適切である。したがって、多少のチョコレートのような菓子類ならよろしいでしょう。しかし、受け取るタイミングとして入院直後や術前は余計なプレッシャーを感じるようになるので良くない。また、複数回も良くない。退院時のみなら適切でしょう。また、謝礼を渡したいという方には謝礼の代わりに感謝状を書くことを勧めるのもよいでしょう。などとここまで実用的な例を示し、規定しています。それに対して我が国の医師法は抽象的すぎて、現場で問題が生じた際はその時々々の素人法律家、司法の付け焼き刃の勉強で裁かれてしまうという大変な不安があります。そしてその判定は世論の時勢に影響されやすい不安定さがうかがえます。図5にH25年6月の北海道医報より抜粋した医療事故の警察届け出数や処分件数を示します。

図5ではH17年(2005年)をピークに届け出、立件数、処分件数が減少しています。この間、医療の中身が大きく変わったわけではありません。H17年ころより医療訴訟とマスコミバッシングに怯えた医療界が医療萎縮を来たし、訴訟に負けない体制を構築した結果、患者受入数の破綻をきたし、医療崩壊が始まりました。後述しますが、日本の急性期医療は医療現場の無理を利かせた上に成り立ってきました。訴訟の増加で医師達が無理を利かせるのをやめざる得なくなった結果の医療崩壊です。その世論の矛先が国に向けられたので司法がさじ加減を変えたに過ぎないように思います。そう疑われても仕方がないほど医療法、医師法の規定が抽象的過ぎるのです。今も毎年、約70人の医師が業務上過失致死、傷害で送検されています。その影には何倍もの医療紛争や紛争予備軍が存在するのです。紛争に巻き込まれるかもしれない医療従事者の精神的負担は非常に大きく、スウェーデンの制度はうらやましい限りです。残念ながら

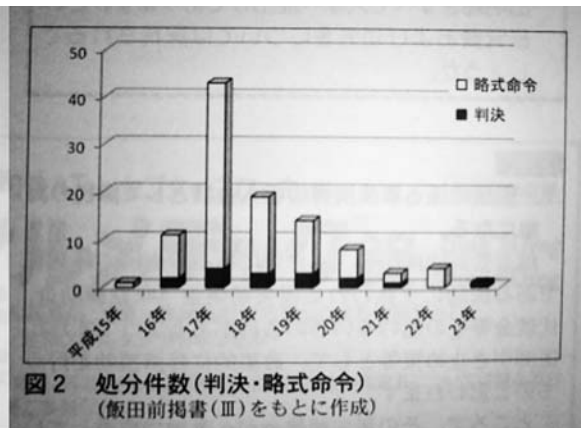
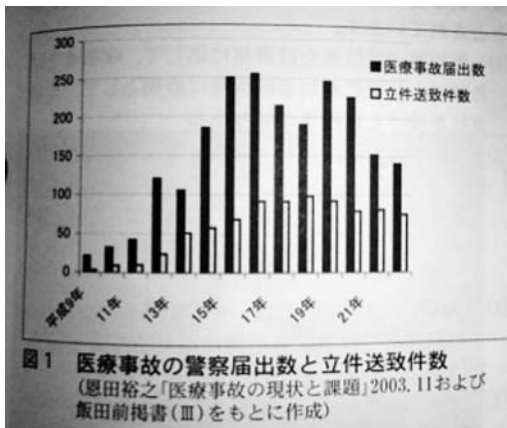


図5

北海道医報 H25年6月号より

スウェーデンのような刑事司法と分離独立した医療事故調査委員会は我が国には出来そうになく、まだまだ医療現場は訴訟警戒診療をつげざるをえないでしょう。

手厚い医療保険と療養給付制度

さて、ここまで医師の労働環境の比較についてご紹介しました。次は患者さんの立場から比較していきます。スウェーデンの医療費（窓口払い）は非常に低額です。入院は一日上限80Kr（1,200円程度）で全ての医療費、検査代が含まれます。外来では一年間に支払う上限額が総額900Kr（約14千円）。どんなに高額な検査をしてもこれ以上はかかりません。処方薬について一年間の支払い上限が1,800Kr（約27千円）と定められています。これで高額な分子標的薬なども患者の経済力にかかわらず投薬することが出来ます。さらに20才までは全て無料です。

一方、日本では一般3割、70～74才2割、75才以上1割の窓口負担とスウェーデンに比較すると相当高い。高額療養制度もありますが、これも一般では1ヶ月の上限額が約8万円、高所得者（月収53万以上）では約15万円です。これではリウマチや癌に使われる高額な分子標的薬を使い続けるのには不十分で、治療継続困難な患者さんもおられます。小児にも扶助はありますが、20才までは無料というスウェーデンに比

べるとかなり限定的です。

このスウェーデンの医療制度は大変、低所得者に暖かく、弱者が困窮しない良い制度だと思います。そして、スウェーデンの窓口払いは所得に無関係に等しく同じです。これも心地よい。日本では高所得者は所得に応じて既に多くの税金や保険料を納めてるにもかかわらず、窓口払いまで高い設定です。これでは税の2重取りではないでしょうか。さらに闘病中は経済不安が何より生じます。それは高額所得層でも同じことです。病気のときくらいは支払い負担を一律にして経済不安を軽くしていただきたいものです。

日本人の感覚で見た問題点

1. 家庭医制度（フリーアクセス制限）の問題

患者の支払いが非常に低額で、とても魅力的に感じちなスウェーデン医療制度ですが、日本の制度のようにフリーアクセスで検査も易々と受けられるような仕組みではありません。緊急性が無い場合は地域で決められた家庭医にかかるのが大原則であり、好き勝手に好みの医療機関を選ぶ自由はありません。その家庭医の受診予約も数日から数週間かかります。家庭医で必要性が高いと認められて初めて専門医に紹介されます。その予約もやはりだいぶ待たされます。

日本では風邪にかかればすぐに受診できま

す。また、なにがしかの疾病が心配でCTやMRIを希望すればすぐにやってもらえます。そのようなことはスウェーデンではあり得ません。問診や症状などに応じ、医師が必要が高いと認めない限り検査はされません。診療報酬は出来高払いの日本とは異なり、医療区から振り分けられた予算内で家庭医や専門医ともに検査と治療を行わなければならない仕組みになっているからです。各病院に予算が振り分けられ、原則、その範囲内で患者に対応しなくてはなりません。ですから、必要経費を確保しつつ、多くの患者を診るためには出来るだけ少ない検査で治す必要があります。

この制度のメリットは医療費を効率よく用いられることでしょう。一方で多くの軽症者には待ち時間がつく、真に医療介入が必要な患者においてはその初期に診断が遅れかねないデメリットを感じます。

いくつか私が滞在中に日本人留学生が体験したことや他国人からの体験を聴取した例をご紹介します。

目のものもらいを完治せぬままスウェーデンにいらした女性の例。渡欧前から3週間も病悩されており排膿と核出術が必要と思われたケース。眼科の救急を受診し点眼薬を処方され、2週間後に家庭医の予約をとりました。その後、家庭医で点眼処方ですらに1ヶ月の経過観察。そしてようやく眼科の治療が必要とされ、眼科予約。この予約待ちが1ヶ月。スウェーデンに渡って8週間目にして眼科外来受診となりました。このとき、ものもらいはかなり小さくなっていましたが、眼科受診時に排膿と核出術が行われました。命に緊急性の無い疾患はこれほどまでに専門医療を受けるまでに時間を要す一例です。

また、研究留学生にはお子さんを連れてこられる方も多く、子どもの発熱についての受診の敷居が高く、多くの不満の声を聞きました。たとえば発熱は3日続いていなければ受診を断られ、売薬を案内され、経過観察を勧められます。

また、仮に発熱で救急外来を受診したとしても、救急は重症者と思われる患者から対応されますので、診察まで3時間も待たされた例もあります。

また、家庭医での治療や経過観察で多くの軽症者が治癒する反面、頭痛で3ヶ月通院した患者が脳腫瘍だったり、胃痛で3ヶ月通院し、胃カメラまで2ヶ月待った患者が進行胃がんだったりする不幸なケースも起こりうるわけです。こういう、一見軽症に思われる訴えの中に潜む重症疾患は日本ほど検査を容易に行わない制度では診断が遅れるケースが出るのはやむを得ないと思います。スウェーデンでは重症疾患にたいし移植医療も含め、高度の先進医療がほぼ無料で提供されますが、重症になる前に拾い上げられるかどうかは制度上、難しいかもしれません。

2. 診療までの長い待ち時間

医療従事者も労働者であり、良い労働環境が保障されるべきという考えのスウェーデンでは現存する医療資源内で患者をさばくのが原則です。日本の様に患者のために時間外も働くのが倫理的に求められて当然のような考え方をしません。例えば予算カットになったために大腿骨頭置換術の手術待ちが6ヶ月になってしまったニュースがありました。この中で医師へのインタビューでは「私達は限られた予算と職員の中で出来ることをやるしかありません。」と答え、メディアも現場に対して医療倫理を振りかざして叩くことは無く、コストと需要の問題を冷静に取り上げていました。日本であれば、やたらと現場がどうかすべきだというような無理を強いるような報道になっただろうと感じた一件でした。

しかしながら、時間内に医師が帰宅できるということはその担当患者が夜に何かあれば担当医ではなく救急医が診るということになります。それは家庭医でもそうです。日本の様に普段かかっているから時間外もその担当医が診る

べしという制度ではありません。ですので、時間外に何かあれば待ち時間が長くないことを祈りつつ救急当番へ行くしかありません。

また、スウェーデンでは医者も長い夏休みを取ります。なんせ、一年間に8週間も休めるのですから。その多くは夏にとられます。私が留学先でお世話になった先生から冗談まじりに、「夏のスウェーデンは危ない。医療従事者が手薄なので病気になってはいけない」と言われました。実際、大学病院の外科病棟ですら3つのうち1つを夏期休業し、夏休みをとるほどです。スウェーデンの短い夏は日本人が感じる夏よりもずっと特別なもので、多くの患者も夏に入院治療をすることを望みません。そういう国情があるにせよ、どうなのかな？と思います。

さすがに、政府も医療機関へのアクセスの悪さを解消すべく、ケア保障という政策を打ち出しました。それは0-7-90-90ルールというもので0：その日のうちに医療機関と連絡が取れること、7：7日以内の家庭医による診察、90：90日以内の専門医による診察、90：90日以内の治療、手術の実施というものです。いかに、日本に比べて治療、手術までにいたる道のりが如何に遠いかご理解いただけるでしょう。

3. 訴訟から守られた医療従事者の質は？

過剰な医療訴訟負担から医療従事者をどう切り離し、患者、医療従事者の双方が信頼できる医療事故調査委員会および紛争処理委員会設置が日本の医療現場では待ち望まれています。ですが、私には日本においては患者側と医療従事者側では永遠の同床異夢な様にも思えます。

私に安心して仕事に集中できる法的環境だったスウェーデンですが、残念ながら罰則が緩ければ医療従事者の質も落ちるのではないだろうか、と思わざるを得ない事例も数々目にしました。それは先ほどご紹介した家庭医の事例の様に検査を厳選して行うという医療制度に起因した症例もあるでしょう。それにしても家庭医の技量の差があり過ぎはしないか？と思うこともあり

ました。そもそも一人の医師が全体を標準水準で診られるはずがありません。そして、家庭医は軽症疾患の療養と振り分け機能を主とする仕事です。ですから、医師の学習意欲次第ではあつというまに総合力が落ちてしまいます（それは日本でもおなじことですが）。

専門医でもとんでも事例でないかと思われる症例を目にすることがありました。バイク事故で排尿障害を訴えた患者に「立てば出るかもしれない」と立たせて脊髄損傷を完成させてしまった事例とか慢性下痢に大腸切除を行った治療など驚きの事例を知るにつけ、当地での医療の質に不安を感じたのも事実です。

また、分業制の進んだスウェーデンはお互いの領域を過剰に尊重しすぎると感じることもありました。どんなに優秀な医師であろうと見落としはあり得るし、ベストな選択をしていないこともあり得ます。意外にもスウェーデンは議論で他科の顔を潰すような議論を避ける習慣があります。昔の日本人的な気質があります。それが患者にとってベストになるとは思えないのですが。

スウェーデン医療問題の結びにスウェーデン医師に課せられ、日本人医師に課せられていない役割に触れなくてはなりません。これまでの記事から医師を訴訟から守るのは間違いではないかとお感じになるかもしれませんが、しかし、スウェーデンでは医師を訴訟から守らなくては医療と福祉のコスト高を招き、社会保障制度全体が揺らぎかねないと思います。スウェーデンの医師は社会保障を支える門番（ゲートキーパー）としての役割も課せられています。振り分けられた予算内で診療するだけでなく、疾病給付、両親保険、療養診断書、各種リハビリ給付申請の診断書記入は家庭医を中心とした医師が担います。もし、彼らを訴訟から守らなければどうなるか。訴訟を恐れ、検査が日本なみに増加するでしょうし、様々な手当に関する診断書を乱発しかねません。訴訟から守られた医

師達の品質保証に懸念を感じますが、限られた予算の中で医療も福祉もあがなおうとすれば、そのキーパーソンになる医師達を訴訟で疲弊させては制度全体の持続性が困難になるという事情もあるのではないのでしょうか。

日本の様に医療訴訟リスクが高まるほど、訴訟警戒診療が普及し、現場では手術同意書や検査同意書などの事務仕事が増えます。また、単なる頭痛でも腹痛でもCTやMRIなどをとることもします。それで極たまに重大疾患の早期発見につながることもあります。これは患者に良い面ばかりのようです。しかし、現場に医療の本業とは異なる事務仕事負担の増加を課しますし、多くの結果的に無駄な検査の増加を招き、医療費の増大につながります。

一方スウェーデン方式では現場の事務仕事は簡略化され、無駄な検査はかなり抑えられます。一方で重大疾患を早期に拾い上げられない可能性が高まります。

医療訴訟問題をマクロな視点で考えるとき、コストと結果のバランスをどうとるかが問題であり、それこそ国民の選択にゆだねられるのだと思います。日本の医療制度はスウェーデンよりも患者に利用しやすいと思います。質も高品質です。一方で医療費は高騰していきばかりです。現場の疲弊も解消されていません。制度の持続性もゆらいでいます。

統計で見る各国の医療

スウェーデンと日本の医療は他の先進国と比較し、どのような特色があるのでしょうか。2012年にカナダ（Health report. The conference board of Canada）より報告された国際比較を示します（図6）。

総合力では日本が1位、スウェーデンが6位、何かと医療先進国の様にマスコミに引き合いに出されるアメリカは最下位の17位です。評価の内訳を図7に示します。

これを見ますと日本はタバコによる肺疾患の

REPORT CARD		
Health		
1	Japan	A
2	Switzerland	A
3	Italy	A
4	Norway	B
5	Finland	B
6	Sweden	B
7	France	B
8	Australia	B
9	Germany	B
10	Canada	B
11	Netherlands	C
12	Belgium	C
13	Austria	C
14	U.K.	C
15	Ireland	D
16	Denmark	D
17	U.S.	D

Source: The Conference Board of Canada.

図6

死亡率が他国より悪い以外は非常に優秀です。世界一の長寿ですし、医療事故による被害だって少なく、Aランクです。我が国ではしょっちゅう起きているように錯覚させられる医療被害ですが、実際の所は世界と比較してその死亡につながる事故数はとても少ないのです。スウェーデンは循環器疾患、うつ、医療事故による死亡率が日本よりも高いとされています。アメリカは医療費が相当かかる制度にもかかわらず、寿命は短く、乳児死亡率も高く、医療事故による

REPORT CARD											
Health Indicators											
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
Australia	B	A	A	A	A	A	B	C	B	B	D
Austria	C	A	B	B	D	A	D	A	A	B	D
Belgium	C	A	B	B	C	D	A	B	C	A	n.a.
Canada	B	A	A	C	A	B	C	C	B	C	B
Denmark	D	A	B	D	C	C	B	D	D	A	A
Finland	C	B	B	A	D	A	A	B	C	A	A
France	B	B	B	B	A	A	A	C	B	B	C
Germany	C	B	A	B	D	A	B	A	B	B	C
Ireland	C	A	B	C	D	D	B	D	B	A	C
Italy	A	B	A	B	B	A	C	B	A	B	A
Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
Netherlands	B	A	A	D	B	C	B	C	D	B	A
Norway	B	A	A	B	B	C	A	B	C	A	A
Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
U.K.	C	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
U.S.	D	A	D	B	C	C	C	C	C	D	C

Note: Data for the most recent year available were used. For details on data sources, see the Methodology section of this website.
Source: The Conference Board of Canada.

図7

死亡率も高いという惨憺たる結果です。このように我が国の医療の総合力は世界一の評価です。ところが日本に唯一のD評価があります。これは国民の健康状態の自己申告を示す項目です。なんと、日本は医療の実力は世界一にもかかわらず、自分の健康状態は良くないと考える人々が最も多いというのです。日本以外の人々は医療制度の実力は劣るものの健康状態に満足している人がおおいのです。この意味するところは良い医療制度だけでは国民に健康感を与えられないということです。良い社会環境、良い労働環境とワークライフバランスが必要なのではないでしょうか。また、日本ほどマスメディアが健康不安を煽る番組が多い国も無いかもしれません。病気の話ばかり目にすれば健康に不安を招くのもうなずけます。

では世界一の総合成績を上げている日本の医療にはどれだけの費用が投入されているので

しょうか。OECD各国との比較データを示します。

図8、9のどちらを見ても、なんと日本はGDPにしめる医療費支出がOECD諸国の平均を下回っています。日本よりも総合成績の悪いスウェーデンやフランス、イギリス、カナダなどは日本よりも医療費支出が多いのです。最も成績の悪いアメリカはダントツに医療費をかけています。その内訳で公的支出よりも民間保険からの支出が多いのが特徴です。

次にG7における対GDP比総医療費と高齢化率の状況を図10で見ましょう。

日本は高齢化率が1位にもかかわらず、総医療費は16位。フランス、ドイツ、カナダは3位。高齢化率25位のアメリカは総医療費は1位。日本がいかに医療支出を抑制しているかがうかがえます。

次に医療分野についての国際比較、図11を御覧下さい。

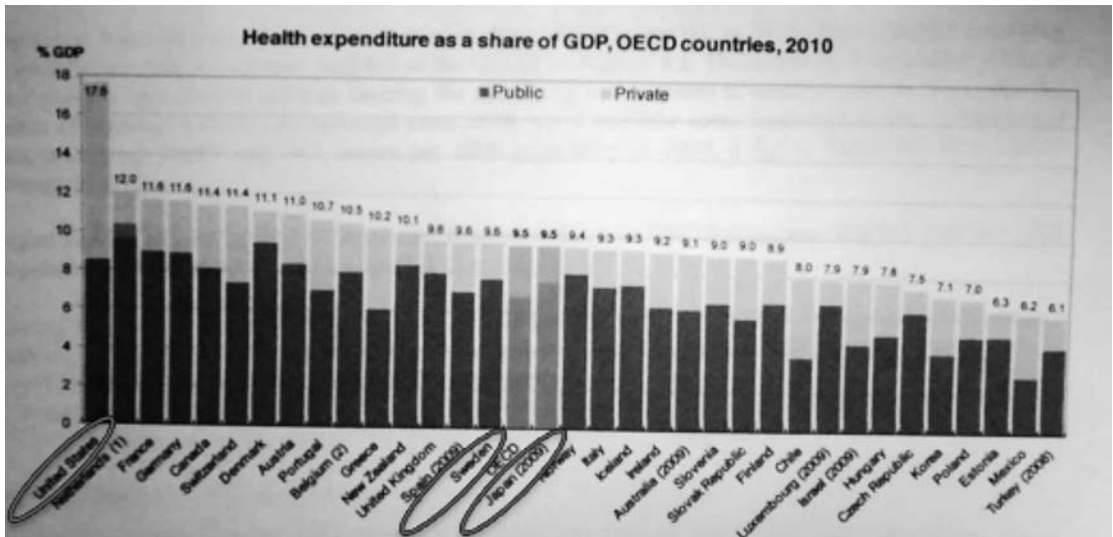


図8. OECD加盟国における公的、私的医療支出のGDPにしめる割合

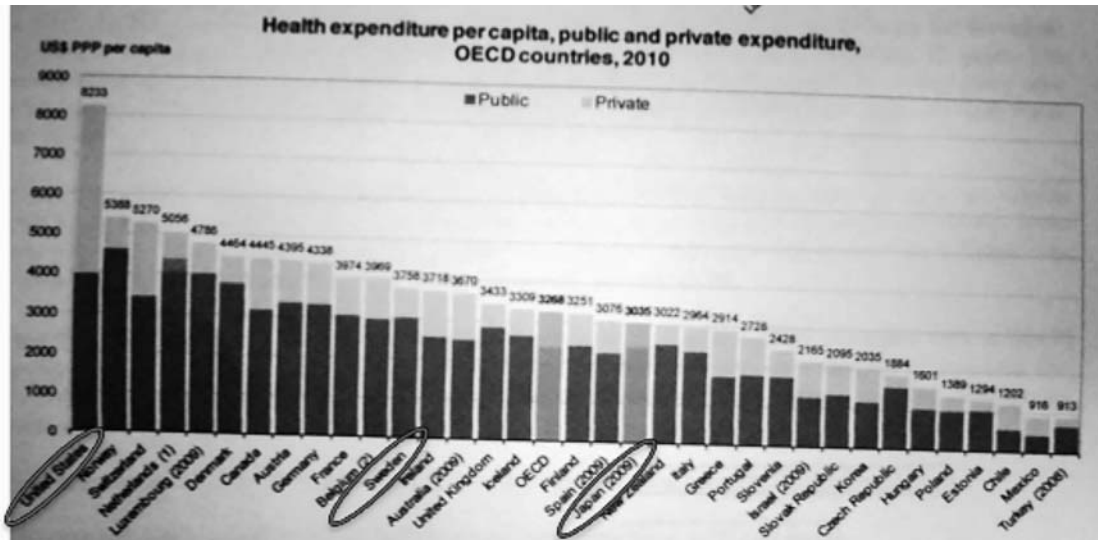


図9. OECD加盟国における公的、私的医療支出の一人当たりの額

図11では日本は病床数が多いにもかかわらず、医師および看護師数が非常に少ないことがわかります。また、外来患者数も多いことがわかります。女性医師の割合も、近年増えて来たとはいえ、図11の国の中では最下位です。医療支出ではOECD内では16位の医療費支出です。ちなみに家庭医制度のイギリスとスウェーデンは13位でした。平均寿命は男女共に日本が一番長い結果です。この表からもいかに日本の医療従事者が少ない医療費でよく働いているかを

み取れると思います。

これらの事実より日本の医療費負担の増加が財政の悪化を招くと盛んに喧伝されておりますが、医療と福祉をインフラと見るかお荷物と見るかで見方も正反対になると思います。私はもっと高品質の医療に対して他の先進国なみに医療費援助をすべきではないかと思ひます。また、公的保険制度の弱いアメリカの医療は費用対効果が極めて悪いことがうかがえます。これはある意味当然で、営利至上主義を医療に持ち

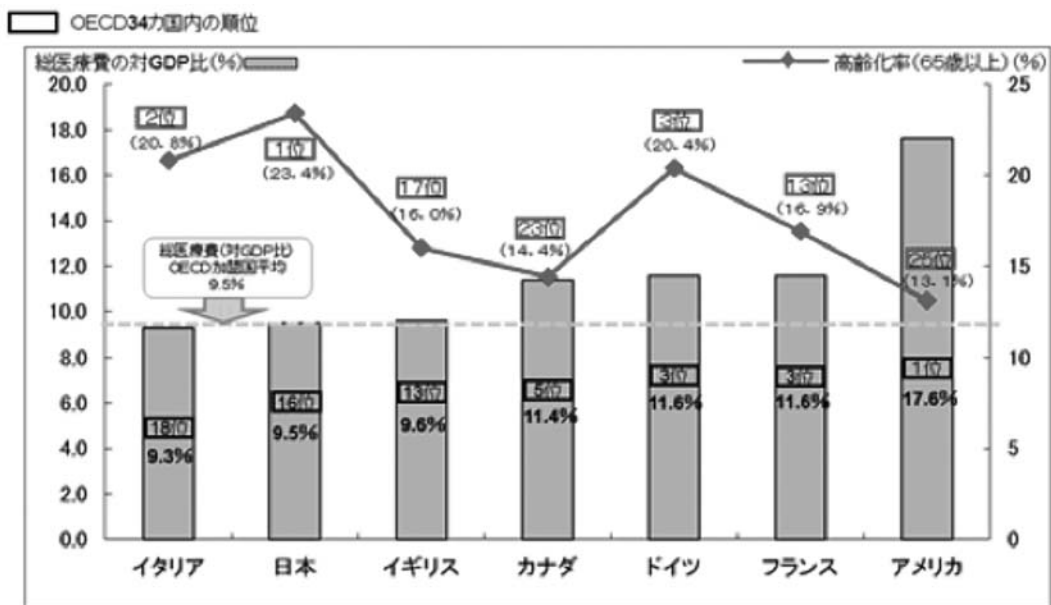


図10. G7諸国における総医療費（対GDP比）と高齢化率の状況（2010年）

厚生労働省HPより

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	3.1	3.0	8.3	6.4	2.73	13.6
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.6(※1)	2.4	5.7	3.5	2.0	8.1
人口千人当たり 臨床医数	2.4	2.7	3.7	3.3#	3.8(※1)	2.2
病床百床当たり 臨床医数	79.4	91.8	45.2	50.9#	37.8(※1)	16.4
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.0#	9.6	11.3	8.5#	—	10.1
病床百床当たり 臨床看護職員数	350.8#	324.7	136.7	131.5#	—	74.3
平均在院日数	6.2	7.7	9.6	12.7	5.7	32.5
平均在院日数 (急性期)	5.4	6.6	7.3	5.2	4.6	18.2
人口一人当たり 外来診療回数	3.9(※2)	5.0(※1)	8.9	6.7	2.9	13.1(※1)
女性医師割合(%)	31.8	44.1	42.3	40.8	45.0(※1)	18.8
一人当たり医療費(米ドル)	8,233	3,433	4,338	3,974	3,758	3,035(※1)
総医療費の対GDP比(%)	17.6	9.6	11.6	11.6	9.6	9.5(※1)
OECD加盟諸国間での順位	1	13	3	3	13	16
平均寿命(男)(歳)	76.2	78.6	78.0	78.0	79.5	79.6
平均寿命(女)(歳)	81.1	82.6	83.0	84.7	83.5	86.4

図11. 医療分野についての国際比較（2010年）

厚生労働省HPより

込めば高コストで低パフォーマンスになります。医療保険で営利を上げるためには保険を高く売って、支払いは最小にしようとするから、何かと診療方針に難癖をつけて支払わない様になります。当然、現在の日本で受けられる安い医

療費で良い医療は受けられなくなります。この辺りはマイケルムーア監督の映画「シッコ」に詳しく明かされています。皆様におかれましても「分厚い岩盤規制に守られた非効率な医療業界はけしからん」という民間、経済界の口車に

乗せられず、この規制の多くは皆様方の医療と健康を守るためにあることをご認識いただきたいと思います（規制の中にも守るべき規制、不要な規制があるのも確かですが）。また、ここまででお分かりの様に日本の医療制度は世界一の水準を低コストで実現して来た非常に効率の良い制度です。これ以上現場に効率性を押し付ければ制度の持続性がますます脆弱になるでしょう。医療は国民のインフラです。最後の安全網を営利団体に切り売りしても効率が改善し、質も良くなるということは無く、むしろ公的医療制度よりも高価格、低品質になることをアメリカの医療制度より学べるのではないのでしょうか。

最後に日本とスウェーデン医療の特徴をまとめますと次の様になります。

日本の医療制度の特徴

- * ダントツの高齢化社会にも関わらず、総医療費は抑制されすぎている。
- * 日本の医師数は少なすぎる。女性に敬遠される労働環境。
- * 一人当たりの医療費もスウェーデンより安い。
- * 日本の医療は先進諸国よりも遥かに少ない予算と人員で世界一の医療制度を実現するという離れ業をなしとげてきた。
 - * 実は医療従事者の善意と職業倫理による奉仕（時間外ただ働きと寝不足）で実現してきた。
- * 制度の安定持続には労働環境の整備、法整備、資源注入のみならず医療提供体制の抜本的改革が必須である。
 - * 労働環境問題、保険負担制度など現制度は実質破綻している。
- * 自費払い部分が多い。貧富の差が医療の選択肢を規定しつつある。
- * 良い医療制度があっても国民の健康不安は先進国中最悪。労働環境、ワークライフバ

ランスの改善が必要。幸せを感じる国づくりを。

スウェーデンの医療制度の特徴

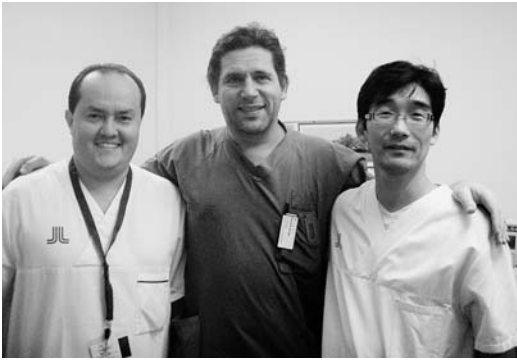
- * 日本人にとって制度は不自由を感じるが世界的には十分に機能している。
- * 制度は持続可能性が高い。
- * 質の担保、平準化が不足しているように思える。
- * 軽症者には不便な制度だが、貧富の差に関わらず重症者を困窮させない医療と社会保障制度。

以上スウェーデンと日本の医療を患者として医師として両方の立場からの経験を元に報告致しました。

もし私が患者としてかかるなら軽症、中等症なら日本で、重症ならスウェーデンにかかりたいと思います。軽症、中等症でもすぐに医師に見てもらえないのはやはり辛抱が要ります。日本で重症になりますととたんに生活の経済的不安が生じますが、スウェーデンでは厚い社会保障が守ってくれます。

もし私が医師として働くのならスウェーデンを望みます。不確実性が常にある医療現場で訴訟や損害賠償リスクを考えずに仕事に集中できる職場は仕事が楽しかった。また、低賃金ですが十分なワークライフバランスがあり、老後の心配も無く人生を謳歌できる環境はあきらめきれないものがあります。いくら稼いでも老後の不安、休業時の不安が付きない日本、お金を使う時間のない日本で私の幸福度はスウェーデン在住時よりもずっと低いのです。新たな環境で身に余る役割を与えられた現在で、それなりに楽しんでおりましたが。

世界中どこを見回しても完璧な医療制度はありません。しかし、日本の医療制度が費用対効果の高い優れた制度であることはおわかりいただけたと思います。OECD比較で日本の医療費は決して多すぎず、この持続制を高めるために、



さらに安全網を高めるために、医療費の公費支出を増額しても良いくらいだと思います。このような優れたインフラを市場に売り渡す国にな

らぬよう願うばかりです。

〈本協会常任理事・医療法人社団 鈴木内科医院 院長、理事長〉

歴史との絶縁

——進路依存からの脱却は可能か？

ホーカン ヘンリクソン

2014年、家内と私は、北海道スウェーデン協会で、スウェーデンのノーボッテンについて講演の好機を得ました。講演は1月29日に、札幌のホテル モントレーエーデルホフで行なわれましたが、その場にいらした皆さんのお蔭でとても楽しい機会になりました。

講演は私共の2つの考え方あるいは経験をもとにしていると云えます。最初の、そしてもっとも大切なことは、勿論私共家族はスウェーデン人であり日本人であるということです。多文化関係の中で生きるということは、たえまない変化と、そしてたえまない発見の生活ということです。一方の文化を発見するというだけでなく、新しい見方で、もう片一方の文化を再発見するということでもあるわけです。

第2の点は、もし皆さんがスウェーデンが均質な国だと思っておられるとすると、少々変に思われるかもしれません。ヨーロッパのはずれの北極圏にあるノーボッテンの内陸部のイエリバレの町に生れた私は、1つではなく2つの文化に属していることを意識して大きくなりました。母の家族は、ヴェッテルン湖のビシングシュー島に発します。これは本来のスウェーデンと云って良いでしょう。しかし父の家系は、



サーミとクヴェン文化、そしてフィンランドとスウェーデンからの移住者文化の浸透した地方、ノーボッテンの産です。

ノーボッテンの人々にとって、1つ以上の立脚点^(軸足)をもつということは変ったことではありません。それどころか、移住が急転^{ゲキ}に起った内陸部では普通のことです。もし貴方がサーミやクヴェンスクの子孫でないとすると、貴方の一家は、フィンランドとか、南スウェーデンとか、あるいはもっと遠い所に由来する可能性が大きいです。

地域全体をどう描くか

これらの多文化経験をふまえて、スウェーデン最大の行政区であるノーボッテンについて、できるだけ短かく説明することにします。ただこれはちっとも簡単ではないことがわかりました。

現在のスウェーデンは、21の地域と290の市町村に分けられていて、全体として砂時計のような配列になっています。それは頭でっかち（強力な中央政府）と、お尻の重い（強力な地方政府）そしてやや腰の細い（地域レベルの政府）構造になっているのです。スウェーデンの“地域”は実は“地方”であると云え、ノーボッテンについて述べるどんな試みも、“地域”より“地方”から始めるべきです。

地域としてのノーボッテンは1810年に設けら

表1 ノーボッテンのデータ

面積	98,249km ²
市町村	14
人口	249,403
沿岸部人口	約68%
内陸部人口	約32%
公用語	4（スウェーデン語、サーミ語、フィンランド語、メエンキエリ語）
もっとも高い山	ケブネカイゼ山（2,106m）
もっとも深い湖	ホーナバン湖（233m）
最高気温	30°C
最低気温	-52.5°C
ユネスコ世界遺産	3（ストルーベの測地弧、ガンメルスタットの教会町、ラポニア国立公園）

れました。ただスウェーデン化はずっと早く1300年代には始まっていたのですが、進歩は遅かったのです。1888年から89年に鉄道がくるまで、内陸部は“となかいぞり”アクヤを持たない人にとっては事実上到達不能のまま残されていました。それから移住が2波にのって起りました。1つは1890年～1900年で、もう一つは1950年から1960年にかけてです。この後の時期が、私の母とその両親がイェリバレに来た頃になります。

もっと最近、主としてヘルスケヤのため、スウェーデンを人口密度や、地理的大きさに見合うよう新たに分けようとする試みがありました。しかし、ノーボッテンとヴェステルボッテンを統合しようという提案は2010～11年には政治的に旨く行きませんでした。案は棚ざらしになっているようです。

地域や市町村に加えて、サーメ問題会議は、政治的な実体をもつスウェーデン政府の部局です。これはキルーナにあって、設立の主要な理由は、サーミのようなヨーロッパの少数民族の政治的な声を強化することにあります。



図1

表2 ルーレラプマークの住民
(今日のイェリバレ、ヨクモック市)

年度	サーミ	その他	合計
1695	1,450	31	1,481
1895	1,270	1,514	2,784
1860	1,829	2,521	4,350

サーメ問題会議の政治的任務は、スウェーデンのサーミの人々の遺産を代表する機関であることで、同様なものはノルウェー、フィンランド、ロシアにあります。それは、4年に一度総選挙で撰ばれる31名の代表者からなっています。選挙民であるためには、その人が文化的民族的にサーミであり、サーミ語を話すとみなすことと、サーミ語を話す、又は話した両親、祖父母をもつことです。

政府の一部局として、サーメ問題会議は、地方、地域の物質的な計画への参加を委託されています。それは又、サーミの文化や言語の保全、発展に関わっており、となかいを殺す肉食動物(おおかみ、ぐずり、くま、やまねこ)についての政府許可を決定します。

ヨーロッパの国境地帯に住む人々は、遠く離れた首都よりも、国境を超えた隣人に親近感をもつと、良く云われます。私はこれこそ正にノー

表3 今日のサーミ人口

スウェーデン	スカンジナビアとロシア
20,000～35,000	80,000～100,000

(スウェーデンで“となかい”を所有するサーミの10人中9人はノーボッテンに住む)



図2

ボッテンの場合にあたると思います。そこでは南北関係は、深層にある東西関係の上にある薄い土壌にすぎません。フィンランドのラプラントと、スウェーデンのノーボッテンの間の国境は、ヨーロッパの国境の中でも、最も交通量の多いところで、毎年1,400万もの旅行者が往來します。ただこれは、1,400万もの違った人ではなく、フィンランドとスウェーデンに家庭や、働らき場所をもつ少数の人々が毎日あるいは毎週“旅”をしているのです。

初期の東西配列のお蔭で、ノーボッテンではいくつもの言語が話されます。それは政府が老人、児童福祉などのサービスを4か国語で提供することが法律できめられているという点に至ります。

長い歴史の筋道の上で、この地域の言葉のまざり合いは、外部の人にとってはとてもまざらわしいことになっています。地図を作ったり、本を書いたり、地図や本を次世代に保存しようとする人々は、ヨーロッパの北限の部分のことはさっぱり知りませんでした。

そして、そこに住む人々は南へ出かけて行くことは少なかったのです。それで、どんな情報も口から耳へというやり方で伝えられなければならず、その過程で地名や人名は誤解されたり誤訳されました。

事態を悪くしたのは、この地方には多くの“うち語”と“そと語”の例があることです。Japan(国)とJapanese(人)が“そと語”の例ですが、それに相当する“うち語”は日本国、日本人となり、フィンランド(国)とフィンナー(人)に対してスオミ(国)とスオミライセット(人)となるわけです。そしてスカンジナビアでは、このような状況が次々と起りました。ノルウェー人はサーミをフィンナーと呼び、スウェーデン人はラッパーとよびます。しかしサーミは決して自分達のことをフィンナーとかラッパーとは云いません。彼らは自分達の土地をサブミ(Sápmi)と云い、自分達自身をサブメラシュ(Sápmelaš)というのです。こんな風で、

ノルウェー語のフィンマーク、スウェーデン語のラップマーケルナ、フィンランド語のラプラント、そしてサーミ語のサブミは全部同じものを指すのです。そしてサーミは(現在のスウェーデン人もですが)自分達のことをラッパーとは決して云いません。それはいやしい言葉だとみられているからです。

このような難かしきは、地名、地方名、川、山の名前になるとさらに増えます。昔のスウェーデンと昔のロシアとの間で1323年に結ばれた条約では、本から学んだ人達が、両国が関心を持つ地域の境界策定を試みました。今日でも歴史家が、この古いスウェーデン語、ロシア語、ラテン語で書かれた複雑な本文をどう解釈するかで議論しています。それは地名が全く意味をなさないからです。一番もってもらしい解決法は、それは実際意図的に、まどわされているとすることです。

国境がどこに始まり、どこに終るかについて明確な定義なしに、どの国王も条約を自分の最大の利益になるよう解釈できたのです。

しかし、地域に住む人々にとっては、他の人々が他国の言葉で紙切れに書いたことなどは大したことではありませんでした。人々は、彼らがそれまでやってきたように季節によって東西の往來を続け、今日でも地名や、言葉は全域を通して混ざっています。

このような言葉の混ざり合いによって、ノー

表4 サーマ語とスウェーデン語

-
- ◎サーミ語は11の種類があって、それぞれがスウェーデン語がノルウェー語やデンマーク語と区別されるくらい違う。

 - ◎サーミ語では、雪と氷のいろいろな様態についておよそ300の異なる表現がある。

 - ◎サーミは1年を8つの季節に分ける。
ヒダグルベ(冬～春)、ヒーダ(春)、ヒダギーセ(春～夏)、ギーセ(夏)、チャクチャギーセ(夏～秋)、チャクチャ(秋)、チャクチャグルベ(秋～冬)、グルベ(冬)

 - ◎ノーボッテンに住むスウェーデン人は、1年を5つの季節に分ける。ヴォーヴィンター(冬～春)、ヴォー(春)、ソンマー(夏)、ヘスト(秋)、ヴィンター(冬)
-

ボツテンの地名はサーミに始まり、フィンランドを迂回してスウェーデン語にほん訳されたのでした。例をあげますと、そこに住んでいたサーミの人の名前をとった場所があります。その人の名はパーティールといいました。名前ははじめは恐らくフィンランド語のバサラとなり、それからスウェーデン語のワッサラとなりました。そして正にパーティールがそこに住んだ湖の名前バッサラ湖になりました。

同じパーティールの名前は山の名にもなりました。サーミの言葉ではパーティールトウッターと呼びます。フィンランド語ではこれはバサラトゥントリとなりました。現在のスウェーデン語では名前の最後の部分のみが残りましたが、トゥントリはスウェーデン語ではドゥンドレと発音されます。

同様に、私の故郷の町の名は、サーミ語で隙間又は開口部を意味するイエロに由来します。例えばイエロカスカは雲の切れ目のことです。一方イエロバレは山の中のギャップを意味し、現在のスウェーデン語のイエリバレとなりました。(ただサーミは今でも昔そこに住んでいた人・パーティールの名でその町をよんでいます。)

ノーボツテンで育った大勢の子供のように、私は魚釣りが好きです。森を歩き廻ったり、大好きな“基地”を訪ねたり、ヌオライエルビ、シヤウンヤヨキ、スナスコフオルセン、そしてヤウレカスカのような地名をもとにたずね歩くことになって育ちました。こんな言葉はスウェーデン語でも、フィンランド語でも、サーミ語でも表わすことはむつかしく、何かしら説明はそれらの言葉の間にあるように思えます。ただ私達には、それらの言葉は魚をつかまえる見込みということなどだけでなく、殆んど魔法のような意味をもっていました。

ノーボツテンの巨大工学システム

こんなやり方で地域全体をまとめることは容易ではありません。そして読むのも簡単ではな

かったかもしれません。

しかし、外部の人には気づかれていない“水平的”（東西方向の動き）なあるものがあって、これは文化的には混合しているのですが南の人々とは異質のものです。それが、現在のノルウェー、スウェーデン、フィンランド、そしてロシアの国々によって結局は“垂直的”（南北方向の動き）にされたのだということは、事態を理解する助けとなるでしょう。

しかし何時、どのようにという問題は同様に大事です。それは、1888年から89年頃の、余り遠くない過去にイギリスの会社によって鉄道が建設されたことで始まりました。そして、それは莫大な政府資本の投入によってノーボツテンの巨大工学システムとされるものになりました。1)ー鉱山、2)ー鉄道、3)ー水力発電所、それに4) それらを守る軍事施設です。ある程度これはノーボツテンをスウェーデン化したものです。これが上部土壌の成り立ちです。

この点で、スウェーデンは、まいた種を刈りとったのかということ議論することができます。スウェーデンは、巨大工学システムの種はまいたのですが、他には大した種はまかなかつたのです。ですから1980年代に、鉄産業が難局におちいった際、ノーボツテンの人々から刈りとるべき愛惜の念はなかつたのです。多くの人が失業しました。

困難な時期はひどいものでした。私は、子供時代の友達の一部が1999年に結婚したときのことを鮮やかに覚えています。学校時代の仲間が集まったのですが、誰一人もうイエリバレには住んでいなかったのです。みんなの気持ちは、イエリバレはすぐにも昔のとなかいの牧場の様

表5 イエリバレ市の人口

年度	人口
1810	1,240
1880	3,253
1900	11,745
1960	27,650
2012	18,380

な状態にもどるだろうというものでした。私達はみんなイエリバレに家族の絆をもっていました。落込みモードだとみんな考えていました。ただ私の友人の結婚はそうではありませんでした。彼らは今はストックホルムに住んでおり、北へ返るつもりはないようです。

経済史の学問では、進路依存性ということがよく云われます。これは過去になされた決定が、いかに今日我々が必要とする決定に影響を与えるかという学説です。経済上では、路線を変更して全く新しい何かを作るより、同じタイプの産業に投資を続ける方が、費用上より効率が大きいということです。巨大な工学システムにつき込まれた大量の投資を考えると、スウェーデンは、ノーボッテン進路を固く決めたこととなります。

ルーレオ工科大学のスタッフアン・ハンソン教授の例のように、大規模な工業投資と、他方、ノーボッテンの進路依存性との間の結びつきについては良く調べられています。それ程には調べられていないのは、ノーボッテンの政治的な歴史と、経済的な歴史（つまり進路依存性）との間の関係についてです。

ノーボッテンの人々の多くは、移住民かその子孫で、彼らは巨大工学システムの管理人としてやって来ました。彼らは他には何をやらたら良いかを知りませんでした。少なくとも、いかに地域公共体を作り、育て、地域の企業環境を強化し、それをもたらすような地方政策をいか

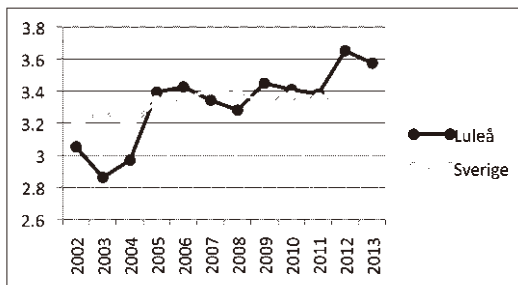


図 3

“貴方は地方のビジネス環境に何点を与えますか？”という質問に対するルーレオ市の企業からの回答（スウェーデン企業連合資料）

に書くかといったことがらです。とうとう、地方政策の作成もまた進路依存性の中に、まとめこまれてしまったようにみえます。他の云い方ですと、広範な先見の明や知識は、ノーボッテンに染みこんだ進路依存性によって、おいやられてしまったのです。

歴史との絶縁——それは果して可能か？

2000年代の早々に、ノーボッテンで何かが起り始めたように見えます。一つには、鉄の産業が復活をとげただけではなく、これまでに最高の利益をあげているということです。新しい鉱山さえも開かれました。しかし企業環境は一般的により弾力性のある方向にゆるやかな改善を示している徴候があるようです。ノーボッテンの人々は、もはやただの巨大工学システムの管理人ではありません。多分もっと他の、もっとそれ以上のものです。

進路依存によって形成された殆んど気力をくじくような困難をみると、このような変化をどう説明することでしょう。

当然私はそれについて完全な答えをもちません。ただ、スウェーデン企業発展局、郡の行政機構でのEU構造資金プログラム、イエリバレ市役所で働らいた経験から、2、3のヒントがあります。ヒントの一つは、この変革は、このページの2つのグラフが示すように、実際は急で突然の変化ではなく、むしろおくらせてやってきた、おそい開花だということです。1980年代と1990年代のノーボッテンの経済的苦境はとてもひど

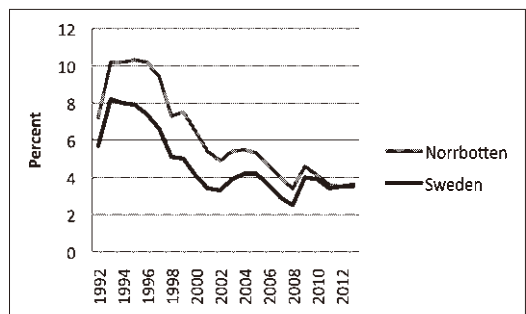


図 4 ノーボッテンとスウェーデンの失業率

いもので、それは人々に切迫感と、とても必要とされる総意をもたらしました。はっきりした方向感覚はなかったのに、みんなは要求が“ここではなく何処でも”だということを理解していました。変化は恐らく長びいた期間ずっと苦しんで働らいた多くの人々によってもたらされたのです。

地域的な、地方的な変化は、2000年頃に起った国家的政策変更と一致しているようにみえます。その頃、地域発展政策は、新しい地域経済成長政策によって、とってかわられたのです。その結果、地方の経済成長戦略は、地域発展戦略と結びつき、それは又、国家成長政策、さらにEUレベルにまで結びついたのです。地方の努力が、地域的、国家的、そして国際レベルへと並ぶことによって、地方レベルの小さな一押しが、地域的、国家的、ヨーロッパ構造基金の助けによって、より強固になる可能性をもつことが出来るようになりました。それは異なった階層の人々を結びつけ、文字どおり彼らを同じ部屋に入れることになりました。

おそらく3番目の原因は、ルーレオとウーメオの大学のお互いと、それを取りまく共同体との連けいです。このような一つの例は、CDF(遠距離橋渡し工学センタ)で、それは、大学周辺から派生した会社を援助することによって、研究技術革新の商業化を模索するものです。もう一つの例はEIC(健康技術革新センター)で、ヘ

ルスケヤの分野で同様なことをやろうとしています。この場合には、商業化によるだけではなく、政府のヘルスケヤ供給者との密接な共同作業によってです。情報工学を用いた遠距離の橋渡しはこれらのセンターでの最前線の研究です。

4番目のヒントは、実のところ古い巨大工学システムそのものです。ただ、それは直接にはなく、むしろ巻き上げ法によってです。基礎産業でさえ工学的進展を押しすすめる潜在能力をもっています。1990年代初期に、ノーボッテンでは鉱山や鉄道が水力発電所建設の主な誘因であったように、基幹産業のコンピューター化がノーボッテンをスウェーデンでも最強のITインフラを持つようにしたのです。そして今日のハイテク鉱山業と、工科大学間の密接な結びつきの重要性は過小評価できません。

しかし、もっとも目だった変化は、自分達自身の極だった特徴を理解することにあるのではないのでしょうか。ノーボッテンの多くの人々はとても冒険家で放浪的であると思います。古い時代の東西の方向の遊牧移民が、背景にかくれているのかもしれませんが。私自身17才のときに貧乏旅行をはじめ、地球一周を果たしたのは19才のときでした。これはちっとも例外ではありません。子供時代の友人達は、“我々は風の中のシラミのように散らばる”という云いならわしをもっています。

イエリバレの観光案内所では、ノーボッテンの無料サンプルを渡しています。それは2つの耳栓を入れた小さなプラスチック袋です。貴方はそれをつけて静けさを体験するのです。静けさ、暗がり、広さ、空虚さ、雑踏のなさなどは、ノーボッテンが今日、せわしい、働らき過ぎの都会人に提供できるものなのです。この変化は、私の思うに、外の世界を知り、自分の立ち位置そして自分達の独自性を知ることで見えました。

しかし変化は局部的です。そしてそれは均等に広がっているわけではありません。鉱物資源

表6 2013年の失業率

市	%
アリエプログ	3.4
アービッドヤウル	4.0
ボーデン	3.6
イエリバレ	3.7
ハバランダ	4.4
ヨクモック	4.0
カリクス	4.0
キルーナ	2.3
ルーレオ	3.5
パヤラ	4.0
ピテオ	3.0
エルプスピン	4.1
エーベルカリクス	4.4

表7 ノーボッテン出身著名人

ノーベル文学賞作家	エービンド ジョンソン
スウェーデン学士院常任秘書	ベーター エングランド教授
オリンピック金メダル クロスカントリースキーマー (2014)	シャーロット カラ
世界チャンピオン金メダル レスラー (2009)	ソフィア マットソン
前アルペンスキーマー	トーマス フォグデ
アウグスト賞作家 (2000)	ミカエル ニイエミ

をとりだすことに強く依存している地域では、1980年代の恐怖は政治的一貫性や緊急性の感じの原因となりました。しかし今鉱業が黒字に戻って、よりよい地方企業開発政策への要請は、砕けさりました。危機が去ったということで党派的政策が戻ってきました。市政は単一産業に移り、産業は長い困難な期間のあと、非常に良くやっています。

これらの困難な時期には、失業者の多くがどこか他所へ移りました。イエリバレのような所では、人口の1/3を失いました。結果、風向きの変った時には、失業率の低下は、とても突然のように見えました。

お話で述べたように、イエリバレやキルーナ市は、鉱山業ブームの前に、完全に、あるいは部分的に土地を明け渡さなくてはなりません。転地は正に始まったところで、我々は建築ブームが鉱山ブームに力を借して、失業を減らすことになるのを見ることでしょうか。しかし、最大の鉱山会社であるLKAB (ルオッサバーラーキルナバーラ会社) は10年周期の計画を持っていて、新イエリバレや、新キルーナが新しい“1980年代”にならない前に旨く完成するかどうか心配になります。そうはならないように祈ります。もしそうなっても、ノーボッテンが次の困難な時期にしっかり立ち向い、一つ以上の立脚点をもつことを希望します。

変化して、そして進路依存の絆をたちきすることは出来るのでしょうか？ はい、私はそう信じます。この道にたちはだかる唯一の事柄は、我々自身が、それは不可能だと思ってしまうことではないでしょうか。

〈小樽市桂岡在住〉

2018年に向けて一緒に考えましょう

川崎 一彦

2018年はスウェーデンと日本の国交樹立150年の記念すべき節目を迎えます。

本稿では、このプロジェクトに関するこれまでの経緯を振り返り、2018年に向けてこれから両国で出来そうな可能性を探る参考になればと思います。

2018年の話題は、2013年2月21日に札幌で開催された在ストックホルムの渡邊芳樹・日本大使(当時)と在京のヴァリエ・スウェーデン大使の対談の場からスタートしました。<http://bit.ly/13R1IFq>

以下は対談における両大使のご発言の一部です。

- 2009年のフィンランド大公国建国200年に開催されたイベントなどは参考になる。(ヴァリエ)
- 1873 (明治6) 4月24～29日の岩倉使節団のスウェーデン訪問に改めて学ぶ必要がある。(渡邊、ヴァリエ)
- 具体的には、平和、相互の研究、創造性の育成、人間国宝など無形文化財、文学、人間の安全保障、高齢者ケア、インフラ、等の分野も検討の候補か。(ヴァリエ)
- 平和、自由、人権、民主主義など普遍的価値の普及にそれぞれの手法で取り組む相手の発見、先進諸国の中で実は失われてはいなかつ

た過去20年の日本経済、問題を問題として国民総がかりの議論で取り組む日本の対応力の強さ、世界のどの国も対応不能と見る超高齢社会、スウェーデンの2050年が既に現実となっている日本の驚異的対応力等の分野での、〈価値ある協働〉。(渡邊)

- 1935年に王子製紙によりストックホルムの民族博物館の庭に寄贈された本格的な茶室「瑞暉亭(ずいきてい)」の改築など具体的な課題もある。(渡邊)
- 両国の識者から意見を聞いてはどうか。(渡邊、ヴァリエ)

2013年5月11日にはヴァリエ大使をお迎えして札幌でワールド・カフェが開催されました。

<http://bit.ly/14sz0ea>

私は5月末にスウェーデンに居を移しましたが、ストックホルムでも2018年に向けての意見交換会が8月からスタートしました。<https://www.facebook.com/SwedenJapan2018>

ストックホルム商科大学欧州日本研究所(所長:M.セーデルベリイ教授)の場所をお借りし、月一回のペースでミーティングを行っています。

毎回両国のさまざまな分野のゲストに2018年に向けての話題提供をして頂き、参加者で意見交換をする形態をとっています。

これまでに出了た話題は以下のとおりです。

1st meeting (2013-8-15)

話題提供者 川崎一彦(東海大名誉教授)

創造性の育成に関する両国のコラボのニーズと可能性

2nd meeting (2013-9-17)

- ゲスト(via Skype) 西浦和樹(宮城学院女子大学教授)
スウェーデンから学ぶ幼児教育、アニメ制作など
- ツンマン武井典子(ヨーテボリ大学名誉教授)
文化交流と関連分野の書籍出版

3rd meeting (2013-10-30)

- ゲスト(via Skype) 伊藤伸哉(Aoyama TG セミナーファウンダー)
教育分野の交流
- ゲスト(via Skype) 難波美帆(北海道大学准教授)
大学発の社会のニーズ発掘のためのクリエイティブ対話
- 映画〈happy〉の鑑賞とDr Kiwako Okuma-Nyströmによるコメント

4th meeting (2013-11-25)

- 川野辺創(北海道大学国際本部副本部長)
北海道大学Modern Japanese Studies Program
- 小牧遊(ストックホルム日本人会会長)
日本におけるストロンドベリ
- Lena Ryen(レクサンド市)
当別とレクサンドの姉妹都市交流——これまでとこれから
- Torbjörn Dalnäs(ジャーナリスト)
Swedes in old Japan and shipping relations

5th meeting (2014-1-21)

- 三瓶恵子(K International)
Business relations between Japan and Sweden
- 北大難波美帆先生らを交えて〈スウェーデン人の幸せと日本人の幸せ〉についての意見交換

6th meeting (2014-2-25)

- 高見幸子(国際NGOナチュラルステップジャパン顧問)
森のムッレ教室の対日輸出
- 鳥本範夫(日本折紙協会上級折紙師範)
おりがみワークショップー小さな折紙で大きな発見

2013年11月に着任された森元誠二在ストックホルム日本大使は着任の挨拶で、以下のように述べておられます。<http://www.se.emb-japan.go.jp/nihongo/embassy.htm>



(写真はストックホルム商科大学におけるプロジェクト2018研究会の様子です)

日本とスウェーデンは、来る2018年に日瑞外交関係樹立150周年記念という二国間関係における節目の年を迎えます。政治経済、安全保障、文化、教育などあらゆる分野において両国関係全体を深めるべく、日本国大使として微力を尽くして参る決意です。

2018年プロジェクトの主眼はもちろん、2018年に向けて両国で何が出来るかを考え実践することにあります。両国の共通の関心は山とあります。

と同時に、両国民が一緒に考える絶好の機会でもあります。もちろん2018年に向けて出来ることと出来ないことがあります。両国民が話し合いのプロセス自体をエンジョイ出来るし、話し合うこと自体に意味がある、と私は考えています。

2018年に向けて一緒に考え、話し合い、エンジョイしましょう。

〈本協会顧問、元常任理事・東海大学名誉教授〉

一般財団法人前田一步園 財団創立30周年記念事業 に当協会が後援協力

墨谷和則

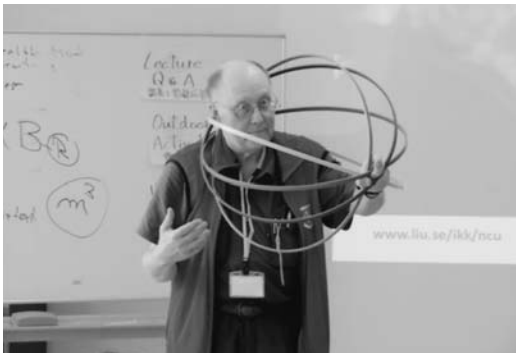
平成25年10月4日は秋晴れであった。大型の貸し切りバスが札幌から道東の阿寒湖温泉を目指して快調に走っている。バスの中はこれから向かう阿寒湖温泉の森と湖、そしてマリモ、アイヌコタン、記念事業への参加等々への期待で溢れている。当協会の常任理事を務める生越さんが代表のホイスコーレ札幌の面々22名と俄か添乗員の筆者が乗り込んでの約5時間の旅である。足寄迄は高速道、そこからは一般道であるがあっという間に到着。平均年齢は決して低くはないが全員が疲れを見せない。

今回は単なる観光旅行ではない。財団の記念事業に賛同し応援するためにわざわざ札幌から駆けつけたのである。

記念事業の大きな目玉は二つある。一つは記念講演会「森と生活」、もう一つは教育専門家対象の「スウェーデンから学ぶアウトドア環境教育セミナー」である。当協会はこれらの事業に全面的に協力し成功に導いたのである。

まず5日に行われた記念講演会である。新設されたアイヌシアター「イコロ」を会場に「森と生活」と題して実施。最初に着物姿で登壇した作家の浜田久美子氏は、国内の林業の現状と取材で訪れたスウェーデンでの生活について触れ、「木が穏やかでいるには、手入れと適切な利用が必要」と述べ、暮らしの中での活用を訴えた。その結果財団の名前のように森の生活に一步步近づくと説いた。

次に札幌大学副学長の本田優子氏がアイヌ民族の世界観について語り、「樹木のカムイとアイヌ民族は互惠関係にある」と現代におけるアイヌ文化の重要性を強調した。同氏は平取の二風谷で萱野茂氏のもとで11年間暮らした経験があ



り、その一句一句に参加者は大きな感動を禁じ得なかった。

最後に同財団の常務理事新井田利光常務理事の司会で対談し、自然との関わり方、特に礼節を重んじ、礼儀をわきまえる姿勢はスウェーデン人とアイヌ民族の共通した生活感に繋がると纏めた。

夜は講師のお二人を交えての会食です。財団の理事長以下職員の皆さん、観光協会の方、阿寒アイヌ工芸協同組合の代表ほか地元の皆さん、そしてホイスコーレ札幌のメンバー等総勢約50名の大交流会でした。涙々の感動の場面が数多くありましたが、それはまた別の機会に。

さて10月6日はいよいよ記念事業の最大の目玉「スウェーデンから学ぶアウトドア環境教育セミナー」である。前常任理事、現在は顧問である川崎東海大名誉教授のご尽力でスウェーデン王立リンショーピング大学アウトドア環境教育研究所所長のアンディシュ・シェパンスキー教授を講師としてお招きする事が出来た。この日は朝から良い天気恵まれ、絶好のアウトドア日和。参加者は我々の予想を大きく上回る40数名。大学の先生、学生、幼稚園の教諭、小学校及び中学校の教諭、ネイチャーガイド、国や地方自治体の職員等々多士多彩なメンバーが札幌、江別、岩見沢、釧路そして地元の阿寒湖温泉から集まり、熱心に耳を傾け、そして体験した。

午前中は座学である。教授は30年間に亘り、アウトドア環境教育の研究と教育に携わってきた実績があり、その経験を基に世界中の事例を上げ、分かりやすくきめ細かな講義であった。アウトドア環境教育とは、単に理科・生物の勉強ではなく、語学、算数、芸術など全ての学びをアウトドアで行うことだと説明し、アウトドアでの勉強は、左右両方の脳の機能が多角的に活用され特に創造力が養成されるとのこと。効果についても実証されているとの事。またストレスも軽減され、精神的にも肉体的にも健康になると説いた。

北海道、中でも阿寒湖の自然はスウェーデンとそっくりで、スウェーデン流のアウトドア教育の実践は有効であるとし、最も重要で急がれる指導者養成のために、スウェーデンの学生と先生が日本の方と一緒にすぐにも阿寒湖で研修をと呼びかけた。そして、財団の森を、北海道いや日本全体のアウトドア環境教育のナショナルセンターにしようと結んだ。

午後からは実践である。午前中の講義の内容に沿って、森と広場を利用して実施した。友達を探す(視覚に注力)、蝙蝠と虫(聴覚を研ぎ澄ます)、カメラとカメラマン(視覚と記憶力)、森の作品展(創造力とリーダーシップ)、ポストカード作り(創造性、芸術性)、ロープで遊ぶ(図形の把握、角度による数学的要素)、形を探す(想像力、好奇心の向上)、世界一周(位置関係を身体で学ぶ、共同作業)の8項目についてゲーム形式で行い、午前中に行われた講義と合わせてより理解が深まったようである。

このセミナーをキックオフとして、アウトドア環境教育のナショナルセンターである「森の学校」構想は、その具現化に向けてスタートした。そしてスウェーデンとの新たな交流を確信させられる一日であった。

*一般財団前田一步園財団

1983年4月に設立された当財団は、明治政府の要職を歴任した薩摩藩出身の前田正名が国か

ら払い下げを受けて開いた「阿寒前田一步園」が母体。三代目園主前田光子さんが初代の精神を受け継ぎ、阿寒の自然を後世に残そうと財団化を図った。財団が管理する山林の広さは約3,600ヘクタールで、阿寒国立公園内にある。財団の森林は明治末期から大正初期にかけ、牧場開設や木材生産のため伐採された。現在は人の手が入る前の原生林に近づけることを目指し、伐採は衰弱した木などに限定している。植林も毎年続けており、この30年間で裸地はなくなったという。多様な動植物が生息する森林になり、少々の雨でも阿寒湖に流入する河川が濁らなくなり、それがマリモの保護に繋がっているとみられる。

〈本協会常任理事〉

私の最後をまかせてもいいな、と思う家づくり

鈴木 岳

2013年12月1日に美しが丘2条4丁目、百瀬乗馬場(通称チキンの百瀬)のお向いにサービス付き高齢者住宅制度を利用した医療介護支援住宅「美しが丘」を開業いたします。現在札幌はサービス付き高齢者住宅の開設ブームで大阪と並び日本で一番の激戦区だそうです。そんな激戦区に参戦してしまうとは恐ろしいことです。今は開設間近ですが、弟の事務長はじめ職員達が実務の細々したことをやってくれるので、不思議と恐怖感それほどありません。私は世間知らずなのでしょう、きっと。

そもそも建設地はグループホーム用地のために購入したものでした。私がやむを得ずスウェーデンより帰国せざる得なくなった際に介護施設を見学で回りました。その時にスウェーデンの広くて緑あふれるグループホームに感心し、それをやってみたくなったのでした。加えて、スウェーデンの高齢者を含む障害者を考慮



した町づくりの理念にふれ、それも考慮した事業を母に話したところ、気の早い母が帰国前に奔走して土地を探してくれたものでした。

ところが帰国後しばらくして、残念なことに札幌市ではグループホームの総量規制をかけており、清田区にはしばらく割当がないことがわかりました。グループホームは不足しており、入所者の動向は区割りを越えているにもかかわらず、硬直した規制に直面し、あきらめざるを得ませんでした。とはいえ、土地は購入してしまっており、遊ばしておくのももったいない。ちょうどそこへ、国土交通省肝いりのサービス付き高齢者住宅制度を知り、利用することになりました。

私は勤務医時代に、もし急性期医療の一線を退くことがあれば終末期医療で貢献したいとおぼろげに考えていました。そして、病院で多くの人を看取りながら、私自身は死期が早まってもしよいから自宅で死にたいと感ずるようになりました。実際には核家族の我が家ですから看護力、介護力が整えるのは容易ならず、自宅に帰ることは相当に困難なことが予想されます。

父の跡をつぎ、初めてグループホームの運営にたずさわりながら気づいたのは認知症を対象としたグループホームの介護、療養環境は終末期に近づいた高齢者や癌末期の患者さんにとっても理想的な環境に違いないということです。それに認知症があろうとなかろうと最後は似たような病状となります。認知症の方は身体機能の低下とともに身体介護が中心となり、身体介護が中心の高齢者も末期には認知能力が低下することは避けられません。グループホームにお住まいの方々は認知症を抱えながらもその人らしい生活を営みながら、入居者同士がまるでご家族のようなほほえましくも不思議な交流を持つようになります。もちろん要所要所でスタッフの介入があつてこそその結果ではありますが。そして、そこでご家族の経済的、精神的な支えのもと、静かに天寿を全うされます。

そのような疑似家族のような関係はどうして生まれるのか、そして認知症の方々がストレスをためずにその人らしい生活をまっとうするにはどのような環境が必要なのか、また、支えるご家族に過負荷をかけ過ぎず、ご家族の思いに添える環境をいかに作るかという問題は全ての終末期の方々の住まい作りにも共通するものだと思います。

もちろん、慣れ親しんだご自宅で訪問診療と看護、介護を利用し、住み続けられるに越したことはありません。しかし、それでも核家族化の進んだ現在、大きな負担が介護者にのしかかります。また、経済力の乏しい共働き家庭で、老親の介護に割ける時間は非常に厳しいものがあります。そこを救う住宅を造りたいのです。

そこに住んでおれば医療も介護も心配がなく、そしてご家族が訪れても家らしい環境で団らんを楽しめる家作りをコンセプトにしております。

それはイコール私の死に場所作りでもありません。私が在宅で死にたいと願っても介護者はいませんので、最後まで自宅に居続けることはかたがたありません。また、年老いた時に下の世話を一人息子や嫁にさせたいとも思いません。せめて家族の間ではかっこよく見栄を張り続けて死にたいと願います。

さて、日本で高齢者が施設に入る時に問題だと感じるのは地域のコミュニティから隔絶されてしまうことが多々見受けられることです。スウェーデンでは障害者であっても町で買い物ができる町づくりや交通整備をしています。そして一般住宅の並びに施設作りがされており、地域との交流が成されやすい町づくりがあります。どんなに施設が豪華でも入居者は社会と隔絶されてしまえば孤独で単調な暮らしとなってしまいます。だから、「美しが丘」は土地選びから始めました。住宅地に囲まれつつ、緑に囲まれ、子ども達の姿に、虫の音や鳥のさえずりに生きる力をいただける場所をさがしたのです。そんな環境でありながら、町内会のつながりがあり、高齢者が自力で買い物を楽しめる場所、となると探すのは容易ではありません。

高齢者が施設入所をする際に大きな空間に混乱を来すことが指摘されています。生活の場はずが、大きな施設ではまるで病院のイメージです。私が多く的高级施設に感じる違和感はこちらです。私も様々なホテルに泊まってきましたが、どんなに高級でも数日で飽きてしまいます。それは自分がそこに居続ける理由がなくなるからです。そこを解消しなくては自宅に取って代わる「家」にはなりません。スウェーデンの老年学の研究でも施設は小さい方が高齢者の満足度が高いことがわかっています。それと経済性を考慮し、小規模施設を組み合わせた中規模施設が主流となりつつあります。いわゆるユニッ

トケアの組み合わせです。少人数単位であれば居住空間は大きすぎず、毎日なじみの人々と交流ができ、介護者の目も良く行き届きます。したがって、「美しが丘」は4ユニットを組み合わせた35室にとどめています。

さらに自分自身の好みでもありますが、ゆつくりと思案を巡らせる環境が欲しいと思いました。緑を眺めたり、庭でひなたぼっこをしているときに過去現在未来をいったりきたり、多くのことを考えるのいうってつけです。時間だけは有り余る人生の後期に、そんな環境で読書をしたり、物思いに耽ったりしたいと思います。それに緑や虫や動物達は癒しとともに生きる力、生きる喜びや励ましを与えてくれます。そんな環境に最後は住んでいたいものです。そんな思いで「美しが丘」には大きな庭と山菜畑、そして野菜作りの畑を用意しました。食べられるものをたくさん植えて、お孫さんやお子さん達が喜んで訪れるようになるような仕掛けになればよいのですが。

とは言っても集合住宅は時に人付き合いに疲れるはずですが。対人距離が適度に調整できるように複数の共有空間が必要です。わずか35室ですが、図書室を二つ、大きなりビングが二つ、踊り場が二つ、娯楽室、予備室、庭、裏庭、畑、そして目の前には乗馬場の百瀬さんがいます。きっと適度な距離感をたもてることでしょう。

ここを、ご自宅の代わりになる疑似自宅として利用していただき、医療と介護、除雪や冷暖房、食事の不安なく、さらに自己の尊厳を保ちつつご家族、ご友人と交流しながら余生を全うしていただける事業を目標にかかげております。

このように「美しが丘」は老年末期、癌末期の方々の最後を迎えるのにふさわしい家作りの理念から始める事業であります。サービス付き高齢者住宅では35室というのは採算性から言えば危険なのだそうです。しかし、以上のようなコンセプトが正しいのか、日本で受け入れられ

るのかどうかを試したい思いで突き進んでおります。失敗したら自宅にするよりほかなくなってしまう。

ご利用希望の方がおられましたらご案内いただければ幸いに存じます。

〈本協会常任理事・医療法人社団 鈴木内科医院 院長、理事長〉

石田茂雄先生を悼む

加藤 誠

2013年6月3日、北海道スウェーデン協会の顧問であられた石田茂雄先生がお亡くなりになりました。享年92才でいらっしゃいました。

先生は北海道スウェーデン協会の最も古い会員のお一人で、協会の最長老でもあり、長い間、その理事長をつとめて下さいました。先生の協会での最大のお仕事は、杉本会長を助けて、20周年行事を成功裡に遂行されたことでありましょう。この折りの、協会機関誌“白夜”の記念号は、“白夜”としては最大のボリュームを誇ります。

石田先生は、やせ型で、ひょうひょうとした風貌で、さっそうと自転車を乗り回しておいででした。そして、気象学の定点観測のように、札幌と近郊の各地にある先生にとっての“標本木”を、定期的に巡回して観察を続けておられたのでした。“白夜”にも、先生の御専門であった樹木の凍裂のことや、樹皮のことなどを、お得意の写真を添えて、いくつも書いて下さっています。

石田先生は富山県の御出身です。先生とお話すると北陸なまりを感じます。石川県出身の私は、いつもなつかしく伺っておりました。北海道大学農学部で林学を学ばれ、助手、助教授、教授を経て1984年に退職され、名誉教授になりました。先生の専門は木材理学で、北大としては一番早く走査型電子顕微鏡を導入され、木材の組織を詳細に調べられ、世界中に知られた研究をなさいました。現役の頃、私は石田先生を研究室にお訪ねして、長沼産の珪化木の樹種の鑑定をお願いしたことを思い出します。1962～63年にストックホルムのスコグスヘグスコラ（文字通りには高等林学校ですが、ストックホルム大学林学部に対応します）に留学されました。これが先生の畢生の御研究の端緒となったと伺っています。そしてこれが、石田先生がスウェーデン大好き人間となられた端緒でもありました。

協会主催、共催のスウェーデン関連行事はもれなく御出かけになり、物産展では高価な織物をお求めになったりされました。札幌雪祭りの国際雪像コンクールには、かかさず出かけられて、スウェーデンチームを応援されました。“白夜”におまとめ下さったこの記録は先生のおとりになった写真とともにとても貴重です。

石田先生どうぞ安らかにおやすみ下さい。

先生の奥さまと3人の男のお子様は御健在です。

奥さま石田恵子様は、中央区宮の森3条6丁目8-5にお住いです。

〈本協会理事長・北海道大学名誉教授〉

北海道スウェーデン協会 平成25年度の主要行事

■ 5月11日土曜日

スウェーデン交流センター主催「ワールドカフェ」に参加

ファシリテーター：ヴァリエ大使、川崎先生

参加：100名

会場：北海道大学学術交流会館

■ 5月15日水曜日

常任理事会、川崎先生送別会

(ホテルモントレーエーデルホフ札幌)

■ 6月19日水曜日

平成25年度理事会、総会、講演会及び懇親会
(ホテルモントレーエーデルホフ札幌)

〈総会・懇親会出席者16名〉

—講演会—

「日本の医療とスウェーデンの医療」

講師：鈴木 岳先生 (本会常任理事、医療法人社団 鈴木内科医院理事長・医院長)

参加者：43名

共催：(公社)北海道国際交流協力総合センター (ハイエック)

後援：在札幌スウェーデン名誉領事館、(一財)スウェーデン交流センター
ホイスコーレ札幌

■ 10月5日土曜日

(一財)前田一步園創立30周年記念事業に協賛

■ 10月30日水曜日

第1回スウェーデンの社会保障を学ぶ講演会に協賛

「地域包括ケアを実践しているスウェーデン

から学ぶ」

講師：エライン・ヨハンソンさん (元スウェーデン児童青年知的協会FUB会長)

参加者：200名

会場：札幌市東区区民センター

主催：「スウェーデンの社会保障を学ぶ講演会」実行委員会

後援：社会福祉法人、医療法人社団 豊生会

■ 11月27日水曜日

常任理事会 (北海道大学学術交流会館)

■ 12月15日日曜日

第20回スウェーデンルシアを迎える会に協賛

参加者：800名

会場：恵庭市民会館大ホール

主催：2013スウェーデンルシアを迎える会

■ 1月29日水曜日

新春講演会および新年交礼会

(ホテルモントレーエーデルホフ札幌)

〈新年交礼会出席者31名〉

—講演会—

「スウェーデン北部の歴史、生活・文化、経済、及び異文化理解」

講師：ホーカン ヘンリクソン氏 (小樽市桂岡在住、スウェーデンにて元公務員)

参加者：46名

共催：(公社)北海道国際交流協力総合センター (ハイエック)

後援：在札幌スウェーデン名誉領事館、(一財)スウェーデン交流センター
ホイスコーレ札幌

〈事務局長〉

北海道スウェーデン協会収支状況 (H26.2.20現在)

単位 (円)

項 目		予算(A)	実績(B)	(A)-(B)	
収	会 費	360,000	376,000	-16,000	
	その他収入	総会懇親会	120,000	90,000	30,000
		新年交礼会懇親会	120,000	162,000	-42,000
		その他収入	60,000	54,000	6,000
その他収入合計		300,000	306,000	-6,000	
入	奨励基金	0	0	0	
	銀行利子	0	47	-47	
	前期繰越金	535,406	453,296	82,110	
収入合計		1,195,406	1,135,343	60,063	
支	理事会・総会・懇親会	200,000	124,750	75,250	
	新年交礼会	300,000	236,900	63,100	
	白夜発行費	100,000	0	100,000	
	協賛金・分担金等	100,000	75,000	25,000	
	奨励基金	0	0	0	
	出	事務費	40,000	43,680	-3,680
		諸費	40,000	42,347	-2,347
		予備費	415,406	0	415,406
繰越金		0	0	0	
支出合計		1,195,406	522,677	672,729	
残高		0	612,666		

今後の収入及び支出が予想される項目と金額

白夜発行費 100,000

事務局だより

平成24年度から事務局長を引き継ぎました横山隆です。24年度に事務局長としての仕事を一通り経験し、25年度は2サイクル目ということで少し余裕が出てきたかなと手応えを感じています。また、(公社)北海道国際交流・協力総合センター(ハイエック)、(一財)スウェーデン交流センター、在札幌スウェーデン名誉領事館およびホイスコーレ札幌の皆さんと手を携えての活動も定着し、先輩諸氏が敷設したレールの上を走らせて頂いているものと感謝の念に堪えません。

平成25年度の活動を振り返り、ハイライトでお伝えしておかなければならない事項を5つ挙げてみたいと思います。

一番目は、本会常任理事として様々な企画を立案してこられた川崎東海大学名誉教授が、5月から活動の本拠をスウェーデンに移されたことです。奥様、お子様やお孫さん達に囲まれながらの生活ぶりは、Facebookやブログで微笑ましく拝見させて頂いていますが、当協会として大幅な戦力ダウンは否めないと覚悟しておりました。しかし、スウェーデンに移られてからも、日瑞国交樹立150周年の年に当たる2018年に向けた対話や企画の場をストックホルムで毎月設けられ、1月の本会新年交礼会・講演会に併せて来日して参加するなど、エネルギッシュな活動を続けて下さっています。本当に頼もしい限りです。

二番目は、新しく本会の常任理事に、鈴木岳先生にご就任いただいたことです。鈴木先生は、1984年札幌月寒高校卒業後に東海大学医学部へ進まれ、1989年ニューヨーク医科大学へ留学されました。1999～2003年北海道大学病院で研究を進められ、博士号を取得し北海道医学会賞も受賞されました。2007～2011年スウェーデンカロリンスカ王立大学病院消化器科にて、内視鏡専門医および指導医として北欧と東欧で実技指導講習講師を歴任され、2011年10月より医療法人社団鈴木内科医院理事長・院長を務められています。

6月19日の総会時に、「日本の医療とスウェーデンの医療」と題してご講演頂き、スウェーデンでの医学研究に加えて、実際に現地で診療に携わったご経験をもとに、日本とスウェーデンにおける医療への考え方、診療システム、特徴などについてお話を頂きました。スウェーデン時代の同僚の女医さんも新入会員にお誘い頂き、また、余暇ではカーリングチームでスキップ役を務めて全道選手権試合に出場するなど、パワフルな心強い新戦力とし早速ご活躍頂いています。

三番目は、12月15日日曜日に開催の、今回で20回目を迎えた「スウェーデンルシアを迎える会」への協賛です。現在、当協会会員でもある掛水さんが、20年前に、子供達に夢と希望を与えるイベントは無いかと川崎先生にご相談して始まった「迎える会」。恵庭の皆さんが大事に守り育ててこられたことに敬意を表します。

四番目は、スウェーデン北部ノルボッテン県より小樽市桂岡に移住されたホーカン・ヘンリクソンさんに講演をしていただいたことです。

ホーカンさんは1969年スウェーデン王国ノルボッテン県イエリバレ(キルナの南隣)で生まれ、ルレオ大学政治学修士課程修了後、国家公務員・地方公務員・政党政策担当等の職務を経験されました。2002年には、理学療法士として研修のために渡瑞されていた赤羽恒子さんと結婚。2012年愛犬2頭(シベリアンハスキー等)とともに、奥さまの実家のある栃木ではなく、愛犬のために北海道への移住。現在、日本語を勉強中。奥様の恒子さんは、小樽市内の病院で理学療法士として勤務されています。

1月29日新年交礼会での講演は「スウェーデン北部の歴史、生活・文化、経済および異文化理解」と題し、厳しい環境のスウェーデン北部・北極圏の我々にとっては未知の暮らしについて語って頂き

ました。日本人がイメージするスウェーデンは、主に中・南部の風景・文化ですが、サーメの人々を始めとした極北の民族がその交流を通じて織りなした歴史、生活・文化、スウェーデン中南部からの政治・経済的な進出とその影響、極北の地の変容・変遷の筋道立てた説明に皆さん納得した様子でした。さらに、11年に亘る奥さまとの結婚生活の中で日々感じた文化の違い、その融和などについても話題にして頂き、異文化理解について考えを深める講演会とすることが出来ました。



英語でのプレゼンテーションを準備されていましたが、当日、スウェーデン語のプレゼンテーションに切り替え、通訳は奥様の恒子さんにお願いいたしました。専門用語の通訳に詰まる恒子さんに、かみ砕いたスウェーデン語に言い直して繰り返すホーカンさんの優しさに聴衆の皆さんから温かいまなざしが寄せられました。また、公演後、日本語の適切な訳語が思いつかなくてと恐縮する恒子さんに、「一生懸命、10年間スウェーデンで生活された証ですよ」と声を掛けられた川崎先生の暖かなお言葉に、聞いていた私の胸も熱くなりました。川崎先生にしか語りかけられない言葉だと思いました。

五番目は残念な出来事。毎回、雪祭り国際雪像コンクールに出場していたスウェーデンチームが、今回は欠場しました。最近も継続してキルナのアイスホテル制作チームが来日していたのですが、今回は会社の後援が得られなかったため出場を断念したとのこと。キルナのアイスホテルは集客が好調のようで、オーロラ観光の日本人観光客向けに、期間限定でスカンジナビア航空SASも特別便で対応しているそうです。

国際雪像コンクールを欠場すると、次年度以降の出場枠確保が難しくなるそうですし、2018年日瑞国交樹立150周年記念の雪祭り大雪像を夢見ている私たち関係者にとっても、来年度のスウェーデンチーム復活を模索しなければいけないと考えています。

付随しての明るい話題は、当別町の皆さんが力を併せて本家「アイスホテル」に勝るとも劣らない「アイスヒルズホテル」を企画運営したことです。宿泊された方が何組もあったそうで、来年以降も冬の風物詩として定着させるためのお手伝いをさせて頂ければと思います。

また、本号の“白夜”にも南常任理事が、素敵なスケッチを提供して下さいました。ありがとうございます。

最後になりましたが、平成25年6月3日当協会元理事長を務められた石田茂雄北海道大学名誉教授、会員の上埜光紀元札幌医師会会長が亡くなりました。

石田先生の奥様のお話によりますと、先生は北海道スウェーデン協会の会合に出席することを毎回大変楽しみにされていたそうです。

謹んでお二人のご冥福をお祈りいたします。

〈事務局長 横山 隆〉



発行人

北海道スウェーデン協会

会長 杉本 拓

〒062-0911

札幌市豊平区旭町3丁目1-7 北海道東リビル3階
(株)アラゼン内

TEL(011)837-8411

印刷/株アイワード

札幌市中央区北3条東5丁目
TEL.241-9341 FAX.207-6178
