

スウェーデンの認知症ケア動向 Ⅱ

高齢者ケアの概略

<目 次>

1. 高齢者ケアの特徴	1
2. 高齢者ケアの原則	1
3. 社会サービス法と保健医療法	1
(1) 社会サービス法	1
(2) 保健医療法	2
4. 地方自治体のケアシステム	3
(1) ケア認定	3
(2) 高齢者ケアの運営	3
5. 政府の重点項目	4
1) 高齢者ケア十ヶ年戦略	4
2) 高齢者ケアの質の発展	4
(1) 認知症ケア	5
(2) 服薬と薬の取り扱い	5
(3) 医師のアクセス	6
(4) リハビリ	6
(5) 社会的活動	6
(6) 食事/栄養	6
(7) 予防的業務	7
6. 質の比較/当事者調査	7
(1) 社会庁の比較システム	7
(2) 地方自治体連盟の比較報告	8

II 高齢者ケアの概略

1. 高齢者ケアの特徴

スウェーデンの高齢者ケアは社会サービス法と保健医療法によって規定され、住民が必要なケアが受けられるよう権利が与えられている。同時に、市は高齢者ケアの供給および質に責任を負っている。市に供給責任があるということは、すべての運営を市が行わなければならないということではなく、運営を民間に委託することも出来る。高齢者ケアの責任は市が負っているが、医療責任は県である。しかし施設に関しては看護師までの医療責任は市が負う。医療および福祉は主に税金で運営され、購買力ではなく必要性に応じた配分が重要な原則で、収入が少なくても必要な介護が受けられるようになっている。

住宅手当制度を通して、低所得の高齢者でも良質の住居に住めるように経済的保障がされている。これは「住居化」された施設でも同じである。施設が住居化されることにより施設は限りなく一般住宅に近づいたが、施設の入居に市の認定が必要なので一般住宅ではない。

2. 高齢者ケアの原則

1998年に決定された高齢者国家行動計画には、高齢者ケア政策の3つの原則が書かれている。

- 国民から選ばれた議会によって民主的に決定される。
- 税金により連帯的に負担される。
- 購買力ではなく必要性に応じて配分される。

上の3つの原則を受けて高齢者ケアの目標が次のように述べられている。

- 高齢者は安心してまた自立を保ったまま老齢を迎えられるべきである。
- 高齢者は社会生活および自分の日常への積極的な参加ができるべきである。
- 高齢者は尊敬をもって迎えられなければならない。
- 高齢者は良質の医療ケアおよび社会サービスの利用が可能であるべきである。

3. 社会サービス法と保健医療法

(1) 社会サービス法

1982年に施行された社会サービス法は2002年に改正された。この法律は枠組み法で、福祉における目的、原則、住民の権利、行政の義務などが明記されている。自治体は地方自治法などの他の法律も考慮しながら、この枠組みの範囲内で自由に運営を行う。社会サービスの原則は第1章第1条において、以下のように述べられ、自己決定、尊厳、平等ということが強調されている。

「社会サービスは民主主義と連帯とを基盤に、人々の経済的、社会的安心感、生活条件の平等および社会生活への積極的参加を促進しなければならない。社会サービスは自己お

よび他の人の社会的状況に対する人々の責任に考慮しながら、個人および集団の資源を開放、発展させることを目指さなければならない。(社会サービスの)業務は人々の自己決定と人格の尊重に基づかなければならない」

この原則にもとづいて、援助を受ける権利が第4章1条にて与えられている。

「もしニーズが自らあるいは他の方法によって満たすことができない者は、生計(生計援助)およびその他生活のための援助を、社会委員会より受ける権利を有する。個人は援助によって適切な生活水準を保証されなければならない。援助は本人の自立した生活を強化するように行われなければならない」

高齢者に関しては、社会サービス法第5章5条にて高齢者が在宅で介護サービスが受けられ、また特別に援助を必要とする高齢者のために、サービスまたは介護が受けられる住宅を用意しなければならないことが明記されている。この条項によって、市は高齢者に対して援助を行う義務があり、また同法第4章1条によって、介護などが必要な人はその援助を受ける権利がある。なお高齢者ケアなどの援助は行政決定でありいわゆる「サービス」ではないが、認定を必要としない「サービス」を、市は行うことができる。

1992年にいわゆるエーデル改革が行われた。それまで県によって運営されていたナーシングホームなどが市に移管されて、福祉施設として総合的に計画および運営がされるようになった。それまでのサービスハウス、老人ホーム、ナーシングホームなどの区別は廃止され、法律上は「特別な住居」とされた。

(2) 保健医療法

保健医療法も社会サービス法と同様に枠組み法であり、県がその供給責任を担っている。保健・医療法第18条によって、市は特別な住居およびデイケアにおいて医療を与えなければならない(医師による医療は県の役割である)。さらに県と市が合意するならば、市は訪問看護を行うことができる。なお、市は医療責任を持つ看護師(医療責任看護師)を設置して、市のケア分野において十分な医療が行われているか監督、指導しなければならない。

保健医療法は医療全般の原則、役割分担を述べているのみで、特に高齢者あるいは認知症者に関する項目はない。しかし1997年に「医療分野における優先順位」という法律が国会において決定されている。これによると、医療の優先は3つの原則による。価値、必要性/連帯、費用の効率性。これによって、優先順位が4つのグループに分けられている。認知症という病名は上げられていないが、生命に関する慢性的病気であり本人の自立性を損なう病気であるという観点から、認知症は最優先グループに属する。

4. 地方自治体のケアシステム

(1) ケア認定

社会サービス法によって介護ニーズ認定は市の専任事項とされ、民間に委託することはできない。介護ニーズ認定者は国家資格ではないが、福祉大学の高齢者/障害者ケアコースを出た人になることが多い。市では地区ごとに介護ニーズ認定者をおいているが、人によって認定の違いが起こる事をできるだけ避けるため、(大都市を除いて)認定者は1か所に集まっていることが多い。

在宅におけるケアの申請は次のように取り扱われる。まず高齢者自身あるいは家族から福祉事務所に申請がくると、介護ニーズ認定者が高齢者を訪問して介護・サービスの必要性を調査、決定する。この決定に当たっては必要に応じて医師、地区看護師、作業療法士などの意見を聞くが、最終的には介護ニーズ認定者が単独で決定をする。なお、どの様に必要性を調査するかは各市が決めているが、日本のような認定プログラムは使われていない。介護ニーズ認定者はこの決定を地区ヘルパー主任(市の福祉部あるいは委託された介護業者)に連絡する。地区ヘルパー主任はこの連絡を受けて、ヘルパーと共にこの高齢者を訪問して詳しい計画を立てる。具体的には、週に何時間、何回の買い物、掃除などは介護ニーズ認定者が決定するが、何曜日の何時頃に買い物といったことは現場レベルで決定される。

施設の入居に関しても、原則的にホームヘルプと同じように決定される。高齢者自身あるいは家族から特別な住居の入居申請がくると、介護ニーズ認定者が訪問して入居の必要性の調査およびその決定をする。なお市によっては、入居の調整グループをつくっているところもあり、入居者の希望に応じて入居の調整を行う。第7章の市のように、認知症ケアコンサルタントチームが介護ニーズ認定者のサポートをしている場合もある。

介護ニーズ認定者の役割が特に大きいのは、病院に入院していた高齢者が自宅に戻るときや、特別な住居に入居するときである。たとえば大腿骨頸部骨折で病院に入院していたとすると、退院の数日前に病院から市の認定部に退院の連絡が行われる。介護ニーズ認定者は関係者(本人/親族、医療関係者、作業療法士など)と共に退院計画を立てて、在宅でのホームヘルプ、特別な住居入居、ショートステイ利用などが決定される。

なお社会サービス法によって、その決定は遅れることなく(だいたい3-4ヶ月以内)実施されなければならないとされ、そうでない場合市は国に料金を払わなければならない。特に高齢者ケア関係では特別な住居の入居実施の遅滞が問題になることがある。

(2) 高齢者ケアの運営

90年代になって、介護認定と運営を分ける市が多くなってきた。上記に述べたように介護ニーズ認定は委託できないが、運営は委託あるいは外部購入ができる。たとえばホームヘルプにおいては1地区のホームヘルプ業務を委託することができる。この場合、入札によって地区全体のホームヘルプが委託されるのが普通で、この地区においてはこの会社の

みがホームヘルプ業務を行う。契約期間は平均3年であることが多い。最近、顧客選択制度を導入する市が増えてきた。これは市に認定された団体がホームヘルプ業務を行うもので、高齢者は自分が望む会社あるいは市からホームヘルプを受ける。なお運営団体は異なっても、ホームヘルプを受けている高齢者は市が決める利用料金を市に支払い、運営会社とは金銭のやりとりは行われない。

特別な住居の場合は、建物の所有/管理と運営が別れているのが普通である。建物は市の住宅公社が管理していることが多く、運営のみが委託される。この場合も、入居者は介護費用を市に支払い、特別な住居を運営している会社との金銭のやりとりは行われない。入居者は家賃を特別な住居の管理会社に支払う。特別な住居の運営会社は市との契約に基づいて運営費用を市から受け取る（特別な住居の運営会社は市と契約しているのであって、利用者と契約しているのではない。また市と利用者とは厳密な意味での契約ではなく、行政決定である）。

他に外部購入と呼ばれる方法がある。これは民間会社独自の運営で、たとえば前頭葉性認知症のようにすべての市が組織できない特別なケアを、市に提供（販売）するものである。この場合も購入するのは市であって、高齢者自身ではない。利用者は市が決めた利用料金を市に支払う。例えばストックホルム市では前頭葉性認知症者のためのグループホーム/介護ユニットはほぼすべてが民営である。

5. 政府の重点項目

1) 高齢者ケア十ヶ年戦略

高齢者ケアは市の税収入によって市が運営している。その時の重点政策に応じて不定期に国庫補助が行われるが、特別交付金制度は存在しない。政府は2006年3月、「高齢者ケア十ヶ年戦略」を国会に提出した。この法案は、高齢者ケアの将来の発展のために改善されるべきことを網羅、明記した政策文書である。法案は、良質の看護と介護、住居、社会的ケア、全国的平等と地方での発展、予防的業務、職員の6つの分野ごとに改善の必要性を詳細に述べている。そして2006年度春の経済政策法案で、10年間に100億クローナの予算が発表された。認知症ケアに関しては、後述する「良い認知症ケアを目指して」とその内容はほぼ同じで、项目的には職員の資格向上、認知症者の行動制限、認知症に関する広報、認知症者のための補助器具が上げられている。

2) 高齢者ケアの質の発展

2006年の選挙において社民党政権から保守政権に代わり、「十ヶ年戦略」は形を変えて継続された。対象分野はリハビリ、食事/栄養、服薬と薬の取り扱い、特別な住居と在宅における医師のアクセス強化、社会的活動の強化、認知症ケア、予防的業務などである。2007年は13億4千万クローナが補助され、ほぼすべての市と県が補助金を申請した。

(1) 認知症ケア

認知症ケアは異なった職種によるチーム業務であり、市と県は十分考量された共通の戦略を持つ必要がある。認知症、認知症ケア、認知症患者および親族の必要性についての知識を持ち、発展させることは重要である。認知症看護師、認知症ケア発展者、認知症チームがあるところは、協力のための良い条件を備え、良い認知症ケアを行うことができる。組織の異なったレベルにおいて、職員のための研修および能力開発も必要である。プライマリケアの一般医、認知症看護師、認知症ケア発展者などの研修、指導を行うことは、市や県の重要な役割である。

社会庁では、認知症ケアについてのガイドラインの作成が進んでいる。ガイドラインは、病気の全行程、危険要因、予防的業務、診察、診断、診断後の治療などを取り扱う予定である。ガイドラインは認知症ケアの明確な目標を作成するに当たって重要な資料となる予定で、社会庁は 2009 年春にガイドラインの試案を公表する予定である。そして秋に全国での協議が計画されている。

政府への補助金申請の中でおよそ 20%の市が認知症ケア分野でのプロジェクトを申請していて、認知症チームの開発、職員研修、親族への援助、認知症者のためのデイケアなどが計画されている。

(2) 服薬と薬の取り扱い

75 歳以上の高齢者は人口のおよそ 9%であるが、処方された薬の 27%を消費している。高齢者の薬の使用量はこの 20 年間の間に一人平均 3 種類から 5 種類に増えた。これは新薬や新しい治療方法の導入によるものであるが、同時に服薬による副作用および相互作用も問題になった。特に虚弱高齢者では平均 10 種類の服薬をしているといわれ、在宅に住んでいる複合疾患患者なども同じような状況であるといわれている。また病院の救急を訪問した件数のうち原因が服薬にもとづくのが多く、訪問回数のうち 5-20%は薬の副作用/相互作用によると言われている。薬の見直しを行うことによって、服薬する薬の種類を減らし本人の生活の質を維持あるいは改善することができる。また転倒事故の原因の一つは服薬の副作用だといわれ、転倒事故を減らすことにより、患者の安全性が高まり医療費が削減される。

2005 年 7 月から医薬品登録データベースが研究目的に利用されるようになった。複合疾患患者（調査では 1 年間に 3 つ以上の診断名で最低 3 回病院に入院した 75 歳以上の高齢者と定義）の平均の服薬数は 8,7 種類であるが、他の高齢者では 5,2 種類であった。また薬物間相互作用を起こす薬を処方されている複合疾患患者の割合は 9,2%で、地域による違いも大きい。これらの質に関する指標は全国レベルだけでなく、市ごとに公表されている。各市では医療を行っている県と協力して薬見直しのプロジェクトを行い、医師、薬剤師、看護師、准看護師などが参加している。

医薬品の合理的な使用を目的として、1997 年から県ごとに医薬品委員会が設置され、

医薬品使用のガイドラインを作成している。ある県では、2003年から2004年にかけて行った薬見直しによって、特別な住居における入居者一人あたりの服薬量が減り、医薬品費用は17%減ったといわれている。

(3) 医師のアクセス

エーデル改革によって、特別な住居、ショートステイ、デイケアにおいて看護師までの医療が市の責任になり、また市と県が合意するならば、市は在宅における医療を行えるようになった。しかし医師は県の所属で、医師による医療の責任は県にある。エーデル改革以降、特別な住居などにおける医師へのアクセスが常に問題となっていた。このため2007年から保健医療法が改正され、市の特別な住居、ショートステイ、デイケアなどにおける医師の医療提供について、県は市と契約を結ばなければならないことが決まった。

なお特別な住居においては、普通契約している医師が訪問を担当するが、夜や週末の医師の訪問を強化するために当直医制度を強化している県もある。

(4) リハビリ

脳梗塞あるいは大腿骨頸部骨折などにより入院した高齢者などが、自宅あるいは特別な住居に退院する場合、リハビリは重要である。このために介護計画の改善、家庭におけるリハビリのために市と県がさらに協力することが必要である。同時にホームヘルプの担当者が高齢者に対して援助を行うときに、リハビリ的考えを持ち、また緩和ケアの知識も必要である。

(5) 社会的活動

介護の重点が介護度の高い人に移されるようになり、援助の社会的意味が徐々に失われるようになったという批判が、特に90年代から増えた。このため、各市では介護を受けている高齢者の生活にさらに社会的意味を持たせるため、ボランティア団体などと協力して、(認定を必要としない) デイ活動、交流活動などの活動を強化し始めた。これは健康を維持することだけでなく、孤独感を感じる高齢者に対する活動でもある。

(6) 食事/栄養

最近、特に注目されるようになったのは食事の重要性で、各市では現場職員の研修が行われることが多い。学校、保育園などと同じく特別な住居においても、どこまで半加工品を使うかなどが議論されている。認知症者用住居においては入居者の介護度が高くなったため、入居者の手伝いが限られてきたという状況変化も背景の一つである。なお2006年からEU共通の食品衛生法が適用され、グループホームなども適用対象となった。(一時期、この法律の内容が十分理解されていなかったため、グループホームでは調理ができた

いなどの意見が新聞に載ったことがある)

(7) 予防的業務

在宅でのホームヘルプだけでなく、予防的業務として高齢者ケア職員の家庭訪問は重要である。1998年、政府は高齢者政策国家行動計画を発表し、この計画の一つは訪問活動に対する援助である。1999年から2002年まで21の市において訪問活動プロジェクトが行われた。対象およびその内容は異なっているが、高齢者に介護の情報を与え、市が介護の必要な高齢者の把握に関して大きな効果があったと評価されている。第1に、高齢者がより活発になることを通して精神的問題を抱えないよう、あるいは特別な住居への入居を遅らせることである。第2には訪問活動を通してホームヘルプなどを受けていない人に対して高齢者ケアに関する情報、地域の高齢者センター、高齢者団体などの活動などの情報を与える。同時に訪問活動を通して在宅で介助を行っている家族などとコンタクトを取ることである。これらの援助は認知症者のみが対象ではないが、家庭訪問を通じて在宅における認知症者の把握および親族に対する情報提供などを行うことができる。

2006年になって増えたのは3つめの目標である。高齢者の転倒事故を減らすことで、転倒事故は高齢者にとって大きな負担になるだけでなく、医療費の増大にもつながる。高齢者の転倒事故は事故による入院日数のおよそ45%、病院の総入院日数の6%になる。救急庁(スウェーデンの消防庁)の計算によると、この総費用は50億クローナにもなる。80歳以上の高齢者千人あたり57人が、転倒事故により毎年病院に入院する。高齢者の転倒事故は家の中か周りの住環境の中で起こるのが半数以上で、特に80歳以上の高齢者では施設などでの転倒事故も多い。2007年に行われた調査では、ほぼすべての市が高齢者の安全問題に力を入れている。手順違反報告あるいは事故報告を使って、危険要因の把握が行われている。危険要因は複数で、たとえば住宅環境、服薬状況などがあり、家庭訪問などを通して危険要因を把握することができる。

市に対して認定不要のサービスを行う権限が2006年7月から与えられ、現在70%の市が制度を導入している。内容、方法などは市によって異なるが、電球を代えたり、カーテンを掛けたりなどの転倒事故につながりやすい家事に対してサービスが行われる。たとえば、ストックホルム市では75歳以上の高齢者に対して年間6時間まで、無料でサービスが行われる。他には上記に述べた服薬、家庭環境、補助器具貸与および住宅改築の見直しである。

6. 質の比較/当事者調査

(1) 社会庁の比較システム

政府は、市の高齢者ケアの質、費用および効率性を比較するシステムの開発を決定し、最初の報告書が2007年に社会庁から出版された。市の比較のために11の質の分野(26の指標)が使われ、市の人口規模(<15000人、15000-50000人、>50000人)と標準介護

コスト（年齢構成、性別、職業背景、身分、北欧外の出身などを考慮して計算された標準介護コストにより、大、中、小にグループ分け）により 9 つのグループに分けられて分析が行われた。特別な住居などに関しては 7 つの分野（12 の指標）が使われ、その指標は施設ごとにインターネットで公表されている。たとえば市内の A 施設と B 施設では項目ごとの質の比較ができる。ホームヘルプに関しては 2009 年度に公表される予定である。

各市では高齢者などのケアの利用者に対して、アンケートなどによって満足度調査を行う例が増えてきた。しかし内容が異なっているため、その相互比較は不可能であった。新政権は毎年当事者調査を行うことを決定し、2008 年には初めての全国的な当事者調査が行われた。対象は在宅にてホームヘルプを受けている人および特別な住居に住んでいる人 25 万人で、あわせて 14 万人にアンケートが送られた。11 の分野において、当事者の満足度が調査されている。2009 年に最初の報告書が公表される予定で、毎年同様の調査を行うことが計画されている。

（2） 地方自治体連盟の比較報告

地方自治体連盟では、社会庁調査および他の登録データを使って、市における高齢者ケアの比較分析を行った。高齢者ケアについての情報、特別な住居でのケア、在宅でのケア、転倒事故、高齢者医療、薬、脳溢血、終末期ケア、資源、コスト、その他の分野において 23 の指標が使われている。

直接、認知症に関する項目はないが、たとえば 80 歳以上の高齢者千人あたりの転倒事故による病院入院件数、80 歳以上の高齢者で 3 種類以上の向精神薬剤を処方されている割合、D interaction と呼ばれる薬物間相互作用を起こす薬を処方されている 80 歳以上の高齢者の割合、特別な住居に住んでいる高齢者一人あたりの平均費用などが公表され、各市や県が対策を取るための資料となっている。（指標ごとにすべての市がランク付けされているので、指標のランクが低い市ではその分野の改善に力を入れることになる。質が低いと指摘された市では、政治家などが辞任したという話は聞かないが、新聞などでは話題になっているようである）

<参考文献>

奥村芳孝（2000）新スウェーデンの高齢者福祉最前線、筒井書房

Socialdepartementet(2007) Riktlinjer och villkor för användning av medel till vård och omsorg om äldre personer

Socialstyrelsen(2008) Vård och omsorg om äldre

Sveriges Kommuner och Landsting(2008) Aktuellt på äldreområdet 2008

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所