

スウェーデンの認知症ケア動向 V

認知症ケア政策

<目次>

1.	認知症ケアの背景	1
2.	「良い認知症ケアを目指して」	2
3.	認知症ケアの改善	2
	(1) 診断	2
	(2) 介護	3
	(3) 市の認知症ケアプログラム	4
	(4) 医療的治療、リハビリ	4
	(5) 在宅における援助	4
	(6) デイケア	5
	(7) 認知症チーム	6
	(8) 特別な住居	6
	(9) グループホーム/認知症者用住居の質	6
	(10) 権利の制限と強制	7
	(11) 認知症者の権利制限報告書	8
	(12) 認知症者に対する暴力および認知症者からの暴力	9
	(13) 親族に対する援助	9
	(14) 親族が望む援助	9
	(15) 全国親族センター	10
	(16) 若年認知症者	10
	(17) 若年認知症者の現状	11
	(18) 職員、教育および能力向上	13
	(19) 職員の供給	13
	(20) 職員の資格	13
	(21) 介護大学	14
	(22) 職員研修	14
	(23) 職場での指導とリーダーシップ	14
	(24) 協力と専門能力	16
	(25) 認知症チーム	16
	(26) 認知症看護師	17
	(27) ボランティア団体	18
	(28) 研究開発	18
	(29) 地域研究センター	18
	(30) 全国認知症センター (The Swedish Dementia Centre)	18
	(31) 認知症ケア作業部会の結論	19

V 認知症ケア政策

1. 認知症ケアの背景

認知症高齢者のケアは老人ホームあるいは長期療養病院/精神病院で行われ、認知症について注目されるようになったのは1970年代後半である。1975年に社会庁によって行われた長期療養病院調査によると、入院患者の半分以上が何らかの精神的疾患を持っていたと報告されている。1978年に社会庁が出版した「認知症高齢者の世話」および1982年の「精神病院ではない精神科ケア」という報告書においては、認知症患者は精神病院ではなく、長期療養病院で看るべきであると述べていた。そして1980年代における精神病院の廃止、1992年のエーデル改革を経て、現在ではほぼすべての認知症者は市の高齢者ケアの対象となっている。なお1980年代には、認知症者を長期療養病院などの既存の施設において（他の高齢者と一緒に）看るのが良いか、あるいは特別のグループホームなどの施設で（別に）看るのが良いかという議論があり、徐々に特別なユニットで看るのが良いという合意ができた（特別な住居の統合化と差別化）。認知症に関する最初の診断科ができたのは1980年初頭で、以降各地に広がった。同様にして、認知症の進行を遅らせる薬は1995年から使われ始めた。

認知症高齢者のためのグループホームは1977年にストックホルム郊外ウプランド・ブロ市に作られた「ロビュヘメット」が最初である。1982年にはボリホルム市の「クロックルゴーデン」で認知症高齢者のデイケアが行われ始めた。これらの実験の結果が良好であったので、1980年代初頭にこれらの試みが会議、報告書という形で報告され、各市において計画が始まった。スズバル市においては1984年にグループホームとデイケアがスタート、1985年モータラ市において県立のグループホーム、また同年マルメ市で市立のグループホームがスタートした。なおこれらのプロジェクトに共通しているのは、介護職員は特別研修を受け、入居者は認知症の診断を受けていたということである。

1990年代初頭には、政府はグループホーム建設補助を導入し、その条件はグループホームの入居者は最高6人で完全な住宅基準を満たすことであった。国庫補助の条件は徐々に緩和され、入居者数は「少人数」という表現に代わり、また各居室における台所の設置条件は廃止された。現在、特別な住居新築などに対してふたたび国庫補助が導入されているが、形態別の援助は行われていない。

認知症に対する興味が増えると同時に、新しい職名も出てきた。その一つは認知症看護師で、市あるいは県に雇用されている。また准看護師に対する認知症研修も増え、1990年代からは認知症チームを作る市や県も増えてきた。

2. 「良い認知症ケアを目指して」－認知症ケアの目標と方向性

スウェーデン政府は 2002 年認知症ケアの現状および改善点を探るため委員会を設置した。委員長は社会省次官で、委員には行政、研究、当事者団体などの代表が入っていた。委員会は 2003 年 10 月報告書「良い認知症ケアを目指して (DS 2003:47 På väg mot en god demensvård)」(認知症ケア報告書と略)を政府に提出した。

この報告書において、認知症ケアの目標と方向性が述べられている。

「ケア、治療の目的は、できるだけ本人の精神機能を維持、社会的コンタクトの維持、症状を緩和することで、もしそれが不可能となったならば、本人を慰め、本人にとってできるだけ良い生活を作り、親族を援助、レスパイトを与えることである。認知症者は、以前には問題がなかった活動を行うことに援助を必要とする。社会的コンタクトを維持、ノーマルに機能する生活を営むために、本人および親族にとって望まれるようできるだけ一般住居で援助することが必要である。在宅での援助、補助器具、デイケアなどの刺激は重要である。親族の負担を減らすために、親族に対する援助も重要である。在宅の生活が望まれないあるいは不可能であるならば、十分な援助および良質のケアが行われ、さらに社会的/精神的/文化的な刺激が与えられる特別な住居が供給されなければならない。これが行われるために、医療的ケアおよび介護は同じ目標に向かわなければならない。ケアの基本は、(認知症者の)健康な部分に注目し、認知症そしてその症状を緩和するためにどのような方法があるかについての知識である。良質の認知症ケアは保健医療法と社会サービス法にもとづき、種々の職業からなるチーム業務を通して運営主体(県と市)の協力を必要とし、病気である全期間にわたり本人および親族に対してケアを行うための共通のケア哲学および戦略が必要である。良いケアは、認知症者およびその親族が社会の援助の可能性について良質かつ十分な情報を得、また介護計画に参加、影響を与えることができることを必要としている」

3. 認知症ケアの改善

上記の認知症ケア報告書は認知症ケアにおける現状だけでなく、改善すべき点も上げている。

(1) 診断

認知症の診断は 4 つの役割がある。正確な診断、医療的治療を与えること、良いケアのための基本情報を与えること、本人および親族に情報を与えて援助することである。この援助は重要である。このために診断はできるだけ早く行われる必要がある。認知症を受け入れ共に生きていくために、この援助は重要である。正しい診断と認知症についての知識は、親族が介護者としての新しい役割を担うための条件で、広報および研修は大きな役割を担っている。さらに正しい診断は、介護計画作成に必要となる。このために認知症が疑われる人はすべてできるだけ早く診断を受けることが非常に重要である。

診断できる対象は限られており、またその中で優先順位を付けることも必要になってくる。少なくとも毎年認知症を発病する人数分は診断がされなければならない。もちろんす

で認知症であるが、以前に診断がされていなかった人も診断を受ける必要がある。他の病気である可能性を除外し、正しい医療的治療を受けることができる。

診断においてプライマリケアの医師は大きな役割を担っている。疑いのある認知症者を診断するためにも、これらの医師が認知症について十分な知識を持っていることが重要である。認知症ケア作業部会は地区医（プライマリケアの医師）が認知症およびその診断、治療の可能性について十分な知識を持つように一般医の教育および研修について見直しが必要であると考ええる。

認知症者にとって、プライマリケアと専門医療、県と市の協力は重要である。多くの場合県と市から医療と介護を受けるのが普通で、認知症者に良質のケアを与えるため、これらのケアは共通した目標に向かってお互いに協力し合わなければならない。認知症の診断にはいくつかのプログラムがあるが、平等および質の観点から最低基準を作る必要がある。

認知症であると診断されれば、これは本人にとっても親族にとっても驚きであり、危機反応が現れることもある。このためにも対話援助（対話療法）が必要である。認知症ケア作業部会は、調査、診断において認知症の知識を持った職員による対話援助が必ず提供される必要であると考ええる。

なお 2007 年から認知症者のクオリティ登録がスタートし、2008 年初頭において 1530 名が登録されている。

(2) 介 護

良い介護を行うために、研修を受けた職員、十分な職員配置、継続的な指導、知識発展などが必要である。良い介護を行うための重要な条件は、職員が認知症者をどう見ているかである。認知症者は介護の対象としてではなく、病気による問題を持った全く普通の人としてみる必要がある。認知症になった人は、以前の生活と同じ感情と必要性を持っている。しかしその表現が病気によって影響を受けている。認知症者は以前の生活の記憶、体験を持ち、病気にかかわらず周りの環境の中で生活している。これはケアの関係は尊敬にもとづき、認知症者の尊厳は守らなければならないことを意味している。介護者は介護哲学を持った環境で仕事をし、考察も必要である。しかしながら、今日これが常に存在するとは限らない。このためにも、業務の継続的な発展が必要である。

IT 技術の発展はケアの改善の可能性を与え、大きな開発の潜在力を持っている。しかしながら、技術は認知症者の個人の尊厳および人間の価値を尊重して使用しなければならない。

認知症ケアに従事しているすべての職員は緩和医療の知識を持つことが重要である。認知症ケア作業部会は、緩和医療における介護哲学が認知症ケアにおいても適用されるべきであると考ええる。

(3) 市の認知症ケアプログラム

2005年に、市が持っている認知症ケアプログラムが調査された。報告書によると、290の市のうちおよそ100の市は市の認知症ケアプログラムを作成していたが、残りの市は作成していなかった。多くは県のケアプログラムを使っていた。

(4) 医療的治療、リハビリ

認知症の症状を緩和する薬が存在しているが、まだその効果は確実ではない。これらの薬の対費用効果が高いかどうかは複雑で、SBU（医療技術評価庁）が証拠に基づいた認知症ケアとして報告する予定である。

BPSD（認知症に伴う行動障害と精神症状）に関する知識はまだ不十分である。認知症者の生活の質を上げ、ケアを改善するために、BPSDの原因についての知識を増やすことは非常に重要である。これによって親族の状況も改善できる。

2008年秋に、ある日刊紙において認知症者の向精神薬剤の服薬が問題となった。このため、医薬品庁は認知症者のための向精神薬剤の使用を厳格化する通達を出した。

(5) 在宅における援助

多くの認知症者は、病気の間在宅で住み続けている。このためにこれらの人を対象とした特別な援助を発展させる必要がある。2002年に行われた調査では、市によって大きな違いがあることがわかった。一部の市ではこれらの認知症者にどの様にして個人にあったケアを与えるか十分考えて戦略を立てているが、他の市においては認知症者およびその親族の必要性およびそのための業務に対する知識が不十分である。

良いケアのために大事なことは、診断から終末期のケアまで認知症者および親族にどの様に対応し援助を与えるかについて県と市が十分な計画と戦略を練ることである。この戦略においては、種々の対策が必要となる。十分な情報を与え、援助が必要な人を探し出し、親族が介護計画に参加し、在宅での援助、デイケアを提供、個人にあったレスパイトの提供などである。また介護が増えるに従って、ケアの継続性を十分考慮することが必要である。

認知症者に刺激を与え、親族にレスパイトを提供するために、在宅における認知症者にも同じ条件でケアを与えるために援助形態の内容、融通性、量を発展させる必要がある。たとえばショートステイが機能するためには、特別な住居における空いた居室を使うのではなく、ショートステイ用のユニットとして独立している必要がある。なぜならば業務は融通性が必要とされ、職員にはレスパイトおよび交代介護などについての知識が必要である。

市によっては認知症者に対する援助が十分機能しているところもあり、多くの市は認知症ケアを改善するための意欲と計画を持っている。認知症ケア作業部会は、すべての市と県が共有の認知症ケア計画を作成するべきであると考えている。

認知症に関してどのような補助器具があるかの情報は多くない。認知症協会が行ったアンケート調査においては、39%の会員がそのような情報を受けていた。また補助器具業務がどのように組織化されているか、どれが無料かということも市および県によって大きく異なる。補助器具の提供責任も市および県によって異なっている。認知症ケア作業部会は、在宅に住んでいる認知症者およびその親族の生活改善のために補助器具支給に関する明確な役割分担、情報提供の改善、使用知識の改善が必要であると考えます。

(6) デイケア

社会庁の報告書によると、2005年デイケアを受けていた認知症者は5000人、週に平均2-3回デイケアに通っていると推測されている。ほぼすべてのデイケアは週日開いているだけであるが、一部は週末も開いている。

認知症高齢者のためのデイケアは普通6-10人前後を対象に、朝9時頃から午後3時頃までケアが行われる。内容として朝食、昼食、コーヒー時間などのサービスが行われると同時に、新聞を読んだり、歌を歌ったりして楽しい時間を過ごす。散歩なども健康のためによい。活動はできるだけ個人の興味、必要性に応じて決められる。移送サービスで送り迎えをしていることが多く、一部独自にミニバスを所有しているところもある。認知症者の不安感を取り除くために同じ運転手が付き添うことが重要である。

週末や夜のデイケアの希望もあるが、一部を除きまだ普及はしていない。一部の市では認知症センターを設置し、ボランティア団体と協力して認定を必要としないデイケアや一時的預かりを行っているところもある。

デイケアを始めるにあたって、職員がまず家庭訪問をして、本人だけでなく本人の住環境の把握に努める場合もある。

□ ストロームスタッドにある施設は5つのユニットからなり、あわせて43名が住んでいる。またこれとは別に親族が一時的に泊まれるように、客室が2部屋ある。施設には認知症者のためのデイケアが併設されている。デイケアは週日認知症者を受け入れ、認知症チームのベースともなっている。認知症チームはデイケアに通っている認知症者の日常の援助を行い、在宅での生活が難しくなった場合、デイケアと認知症者用住居との最初のコンタクト先でもある。認知症者用住居への引っ越しが必要になると、まず認知症者用住居の職員、親族、本人、チームの職員との会合が行われる。介護計画の責任は認知症看護師が負っている。

□ ガグネフ市では24時間のデイケア/レスパイトをスタートした。申し込みがあつてから、24時間以内に無料でレスパイトを提供する。介護ニーズ認定者の認定は必要であるが、救急の時は事後承諾が認められている。職員に特別研修を行うと同時に、認知症者の親族が会う会を催したり、勉強会を行った。認知症者のデイケアが終わってからも、数時間滞在できるなどの融通性のある制度は親族にとって大きな意味を持っている。これらのプロ

ジェクトは好評だったので、現在では恒久化されて日常業務に含まれている。

(7) 認知症チーム

在宅におけるホームヘルプのために、一部の市では認知症者専門のヘルパーグループ（認知症チーム）を作っているところもある。認知症者専門のヘルパーグループの特徴は、ヘルパーが全員認知症についての特別研修を受けていることと、デイケアや認知症者用住居との連携が大きいことである。

- マルメ市の西地区には認知症チームが機能している。チームは10名のヘルパーと准看護師から成り立ち、在宅に住んでいる25名の認知症者の援助を行っている。チームメンバーはすべて認知症についての研修を受け、2週間に一度指導を受けている。一般の高齢者を対象としたホームヘルプよりも、介護および親族とのコンタクトにより時間を割いている。このプロジェクトは職員にとっても認知症者の親族からも好評で、普通のヘルパーグループに比べて、認知症の進行が遅いという結果であった。さらに援助時間を増やした結果、親族の介護も軽減された。

(8) 特別な住居

認知症者のための特別な住居の内容および形態は常に変化している。一部の市では、他の高齢者住居に併設されていない小さなグループホームを廃止したところもある。これは経済的理由であり、また小さな職員グループの持つ弱点理由でもある。特別な住居における認知症者のための差別化が多く、多くの市で行われている。特別な住居内における差別化であるが、これは以前のグループホームの形態と内容を持つとは限らない。グループホームと呼ぶためには特別研修を受けた職員、介護哲学、認知症者に特に対応した内容が必要である。

デイケア、ショートステイ、レスパイト、補助器具、薬などにより、在宅で住み続けられる可能性は増えた。これはまたグループホームへの入居が遅くなり、そのまま住み続けることを意味している。これはグループホームの最初の考えとは異なるものである。これらの変化は、最善のケアを与えるために認知症者用住居の内容についての知識が増えたということよりも、財源難、認知症者の増加などの周りの環境によっていることが多い。認知症ケア作業部会は、認知症者用住居における質の改善の大きな必要性があると考えている。

エーデル改革以降、特別な住居における服薬に関する興味は増えた。認知症ケア作業部会は認知症患者の服薬、薬の処方、医師とのコンタクトは見直す必要があると考えている。

(9) グループホーム/認知症者用住居の質

グループホームが実験的に始まってから30年近く経つが、この間グループホーム/認知症者用住居の質に関しての認識が高まってきた。

- ・ 認知症の診断が十分されていること。
- ・ ユニットにおいてはできるだけ異なった症状、レベルの認知症者を一緒にしない。特に認知症が軽度/中度の人と重度の人を混ぜるのは良くない。小さな市では十分な分離ができないので、いくつかの市が協力し合うことも一案である。
- ・ ユニットが介護哲学として全く個人の適応を明確にし、そのための職員の能力、周りの環境などが備わっているならば、ある程度は入居者のレベルなどが混ざっていても介護し続けられる。
- ・ 家庭環境に似た安心できる日常環境を提供するためには、台所、居間などの共有機能は十分な大きさを持つ必要がある。全体が見渡せ、なおかつ施設的でない環境は重要である。このために色の使い方、家具、インテリアは、安心感を作り出し、認識能力を維持するために重要な要素となる。グループホームなどの計画にあたっては、認知症がどのように認知能力に影響を与えるかの知識を必要とする。
- ・ できるだけユニットの近くで外に出るあるいは外出できる環境があるのが望ましい。
- ・ 認知症ケアに重要なことは介護者が認知症者を理解し、認知症者が介護を理解することで、そのためにも介護者が言語的あるいは非言語的に認知症者とコミュニケーションを行えることは重要である。特に認知症が重度になれば、認知症者は痛み、食欲、喉の渇き、腸の機能などを言葉で説明するのは難しく、介護者は認知症者のシグナルを読み取らなければならない。

なおグループホームなどの入居時における親族との協力は非常に大事である。まず入居の決定を行うときには、入居に関する情報およびそれに対する心理的サポート、入居後は親族と施設との協力関係を発展させることである。

(10) 権利の制限と強制

多くの認知症患者は認知能力が低下している。このため医療的対応、服薬、特別な住居への引っ越し、日常のケア、衛生面でのケア、食事などの介護に際して、自分で決定することが難しいことがある。これは、鍵、アラームあるいは固定具などを使って自傷あるいは他の人を傷つけることを妨げることも含む。職員あるいは親族は現在の法律および個人の尊厳、自己決定および法的保障の尊敬のもとに、個人の希望を解釈する必要がある。特に難しいのは、本人が必要だと思われるケアなどに反対するか、自己の行動を通して自傷あるいは他の人を傷つける場合である。

高齢者ケアにおいては、鍵、ベルト、ベッド柵などの使用が多いという調査もあり、その対象の多くは認知症者である。これらの患者に共通しているのは、ケア度が高く、運動神経が低下し、会話が困難であることが多い。このような拘束は多くの場合、認知症者が転倒し怪我をすることを防ぐために行われている。調査によると、拘束が日常的に長期にわたって行われ、法律に違反している場合もある。個人を守る観点からの拘束と法律に違

反する強制措置との境界線はあいまいである。このため、認知症者は職員の個人的な判断にまかされて法的保障が弱くなる。同時に職員にとっては、業務遂行のためのガイドラインが欠如している。

認知症者に対する対応の改善、不安、攻撃性に関する知識、これらの行動をもたらす原因、これらの問題に対する対応は良い介護を与えるために重要である。このために、職員は実際にどの様に対応すべきかについて定期的な指導が与えられるべきである。

知識と良い対応によって、自傷あるいは他の人を傷つける人をすべての状況で守ることはできない。職員は、現在の法律の適用は難しいと言っている。個人を守るために拘束を行うかあるいは拘束を行わないで怪我をする可能性を残しておくか、重大な倫理的ジレンマである。

認知症ケア作業部会は現在の状況は不十分であると考え、認知症者の法的保障を強化および職員に良い助言、知識を与え、法的に明確なガイドラインを作るように対策を取らなければならない。

社会庁は 1999 年、自律性が低下している認知症者の法的保障を強化するために政府に対して調査委員会を設置することを提案した。認知症ケア作業部会はこの案に同意し、現在の法律の見直しが必要であると考え、十分に考慮して倫理的原則に照らし合わせて、自由意志に基づくすべての対応を取ってもなお強制措置を取らなければならない場合、これを可能ならしめる特別法が必要であるか調査されるべきである。認知症ケア作業部会は、そのような法律によって認知症ケアにおける拘束は減るものと考えている。またそのような法律は、ケアの代わりに拘束が許されるものではないということを強調しておく。個人を守り得るだけ個人の自由を許すために拘束および強制措置の使用の考察に関し、広い倫理的議論が必要である。これはただ単に認知症ケアで働いている職員だけでなく、親族や一般も参加すべきである。

(11) 認知症者の権利制限報告書

認知症ケア報告書の結論にもとづき、政府は 2005 年認知症高齢者に対する強制/拘束処置についての報告書の作成を前司法オンブズマンに依頼し、報告書は 2006 年 12 月政府に提出された。強制/拘束処置は刑法、憲法、人権などの関連において問題点が議論された。強制/拘束処置の合法性については長らく議論がされていたが、どの様な場合拘束などができるかの明確な規定が存在しなかった。必要な場合の強制/拘束処置を明確化することにより、それ以外の違法な処置を減らすことが報告書の目的である。対象は特別な住居に住んでいる認知症高齢者（部分的には在宅も含む）で、医療機関は含まない。

報告書においては、在宅において社会からのサポート（行政や親族も含む）にもかかわらず、（悲惨な生活によって）重大な傷害を被る危険性がある場合から、特別な住居（施設）におけるセンサーの使用など 6 つの例が挙げられている。特別な住居あるいはそのユニットも、県行政裁判所の決定によりドアを施錠することができる。また市の福祉局は調査の後、ベッド柵、ベルト、センサー、アラームなどを使用することが出来る。監視カメ

ラの使用は居室外であっても認められない。攻撃的な高齢者を一時的に他の部屋に移すことは認められるが、その部屋の鍵をかけることは認められない。興味があるのは、最終決定以外に一時的決定と避難的決定の可能性を作っていることである。最終的決定を行う以前に、その必要性があれば、福祉委員会の委員長は強制措置の一時的決定を行うことができる。同様にして、緊急避難的にそれらの決定も行う可能性も残している。なおデンマークおよびノルウェーには、この分野の法律がすでにあり、報告書はこれらの例を参考にしている。

報告書は 2006 年政府に提出されたが、まだ法案は国会に提出されていない。提出が遅れているのか断念されたのか、その理由は不明である。

(12) 認知症者に対する暴力および認知症者からの暴力

認知症者だけでなく高齢者や障害者に対する暴力あるいは虐待は、社会サービス法第 14 章第 2 条（いわゆるサラ法）によって市に報告しなければならない。ただしこれには在宅における家庭内の虐待は含まれない（一般の暴力事件である）。

一方では高齢者、特に認知症者からの職員に対する暴力は話題にはなっているが、詳細は不明なことが多い。1994 年に行われた調査では、職員の 40% が 1 年間の間に何らかの暴力を受けていた。

(13) 親族に対する援助

多くの市で行われているデイケアやレスパイト業務はさらにその量、内容、使いやすさにおいて発展させる必要がある。多くの市や県で行われている援助は、市と県の連携された戦略が欠けている。

親族団体は大きな役割を担っているので、地方および全国レベルでの活動は援助されるべきである。全国的に行われている電話相談業務は、国からの補助金でもって恒久化されるべきである。

(14) 親族が望む援助

認知症協会は、親族から見て良い認知症ケアとは何か調査をした。

- ・ 認知症の診察、機能分析、診断が行われる。
- ・ 必要なホームヘルプが行われる。
- ・ 認知症診断がまだなされていなくても、デイケアあるいは夜のショートステイが必要に応じて使用できる。
- ・ レスパイトが使える。
- ・ 認知症、その症状、変化、適当な対応、治療などについて十分な情報が与えられる。
- ・ 必要なときに相談できる話し相手がある。

- ・ 同じような状況にいる他の親族と会う機会がある。
- ・ 親族が必要なときに、認知症者はグループホームに入居できる。
- ・ グループホームの入居が十分計画されて行われる。この時に書面での情報も重要である。
- ・ グループホームには入居者およびその親族の担当をする担当職員がいる。
- ・ 親族も介護計画に参加し、できるだけ親族の意見も聞き入れられる。
- ・ 定期的に、担当介護者、看護師、施設長、担当医師などにあつて、介護などを評価できる情報を得ることができる。
- ・ グループホームに泊まることができる。
- ・ グループホームで一緒に食事ができる。
- ・ 入居者に何かあったとき、たとえば転倒して身体を打つ、医師への訪問などに際して、常に情報を得ることができる。
- ・ 担当医師に相談事があればいつでも連絡できる。
- ・ 職員が電話してきて、親族の健康状態を聞く。

(15) 全国親族センター

上記に述べたように、在宅で高齢者や障害者を介護している親族に対する興味は 90 年代に徐々に増え、社会庁の補助などにより各市で親族援助の方法が模索された。2008 年には 8 つの団体（地方自治体の行政機関、大学、当事者団体）がバックとなって、全国親族センターが設立された。社会庁からの補助によって運営されており、その目的は親族の状況および親族に対する援助方法についての長期的な研究である。業務目的は以下である。

- この分野についての全国的センターを目指す。
- この分野における知識および経験を集め、整理し、広げる。
- 親族の状況に関して、その研究を援助する。
- ケアにおける質および生産性を高める。
- 国際的な経験および研究結果を利用する。

(16) 若年認知症者

若年において認知症にかかる危険率は増えたわけではないが、診断方法の改善および認知症の知識が増えたおかげで若年層における認知症を早く見つけ出すことができる。たとえば会社の嘱託医とのコンタクトにおいて、若年認知症者は最初の症状が鬱、身体的疾患、アルコール問題、ストレス、偏頭痛と間違われやすい。このため、正しい診断がなされるのに、長い時間がかかることもある。認知症がただ単に高齢者だけがかかる病気ではないということについて無知が大きい。また医療および福祉分野において若年認知症者の必要性が十分認識されていない。このため、これらの人々が最初にコンタクトするプライマリケアや企業保健センターにおいて若年者における認知症および彼らの必要性について十

分知識を広める必要がある。

若年認知症者は高齢者と異なる生活をしているので、高齢者と一緒に援助を与えることは適当ではない。本人および親族にとって若年者にあったデイケアと特別な住居があることは重要である。認知症者および家族に必要性にあわせることができるパーソナルアシスタント（主に障害者を対象とした個人専属のヘルパー制度）が適当な場合やデイケアを使うのが適当な場合もある。

特に同じような環境にいる人がお互いに話をし経験を交換することによって、多くの若年認知症者の生活は楽になる。これは認知症者協会やアルツハイマー協会が行ったプロジェクトによっても明らかである。とりわけ、若年認知症者にとって病気、診断、社会的権利、ケアなどについての情報は重要である。

認知症者作業部会は、若年認知症者や親族が適切なケアが受けられるよう一般国民および医療機関に対して若年認知症者に関する広範囲な啓蒙が必要であると考えている。

知的障害者も高齢になるに従って認知症にかかる。特にダウン症候群の場合、そうでない人に比べて認知症の症状が 15 年ほど早く現れる。これらの人々の特別な必要性は忘れがちである。認知症になった知的障害者の知識およびその援助を全国的に発展させる必要がある。

(17) 若年認知症者の現状

この認知症ケア報告書の発表の後、社会庁は若年認知症者の現状についての報告書を 2007 年に発表した。若年認知症者は小さなグループで、社会ではあまり目立たない。これによると、60 歳以下の認知症者は 3700 名、60 歳から 64 歳が 5800 人で、あわせて若年認知症者は 9500 名であると推測されている（数字は 2005 年）。60 歳から 65 歳ではおよそ 1%が認知症であると見られている。スウェーデンの平均的な市の大きさはおおよそ 3 万 1 千人で、65 歳以上の認知症者は 550 名前後であるのに対し、65 歳以下では 16 名ぐらいである。

高齢者の認知症者と違って、若年者にアルツハイマー型認知症は多くはない。どちらかというと、前頭側頭葉認知症が多くなる。また高齢者の場合と異なって、個人の症状の違いが大きいことである。

若年認知症者は高齢者と異なって多くの問題を抱えている。高齢者と同じく認知症者とわかったことは、本人にとって気が楽になる。しかしながら認知症であるという感情的な受け入れや将来についての不安が大きい。また社会における若年認知症についての理解が十分でないため、認知症であることを恥ずかしいことであると感じて孤独に陥る場合もある。若年認知症者は外見は健康的に見えても、多くの援助が必要とする場合もある。市のケア認定者でさえ、これが十分理解されていない。

若年者は就労して一緒に住んでいる子供がいる場合もあり、家庭生活および労働生活の面から本人および親族に対する援助が必要である。認知症の進行に労働条件などをあわせられないため仕事を辞めなければならない場合、本人の感情だけでなく、収入削減による

家計の不安も家族にとって大きな不安要素である。また身体的にはかなり健康な若年認知症者が高齢の認知症者と一緒にデイケアを行うことは、若年認知症者の必要性が十分考慮されていないと思える。

若年認知症は家庭生活に大きな変化をもたらす。本人が就労しているだけでなく、連れ添いも就労し、まだ子供がまだ在宅に住んでいることもありえる。夫あるいは妻としてだけでなく、親としての役割を十分果たせなくなり、この結果、本人だけではなく連れ添いもいららしストレスがたまる。調査によると、若年認知症者を介護している親族の59%が就労時間を減らすか就労を辞めてしまった。また89%が経済的困難を体験した。デイケアも問題がある。多くの場合、他の高齢者と一緒に十分な刺激が与えられない。同様な問題を抱えた他の家族と話し合える機会も少ない。若年認知症者の場合、特に子供のことを考慮する必要がある。ティーンエイジャーの子供がある場合も考えられ、子供に対して心理的援助を行う必要がある。ティーンエイジャーの子供だけのネットワークを作って、子供たちが自主的にチャットをしたり、会ったりできるようにすることも一案である。

認知症は親族の病気であるといわれ、特に若年認知症の場合は典型的である。本人だけでなく、親族も燃え尽き症候群にならないで良い生活が送れるように、家族全員をサポート、援助する必要がある。若年認知症者は少ないがために、前記の援助がどの様にして提供できるかは市の大きさにもよる。

援助が機能的に機能するように、県の医療、市の福祉、本人および本人をつなぐ役割として認知症看護師の様な専門職は非常に有効であると、報告書の中で当事者団体はコメントしている。

このように特別な必要性を持った若年認知症者に関して、特別な若年認知症者ケアプログラムを作成することが必要であるが、調査によるとそのようなプログラムを作成しているのは一部の市のみである。

いくつかの市では前頭側頭葉認知症者用のグループホームをスタートした。リンショピング市では若年認知症者用に階段式グループホームをスタートした。このグループホームは二階に別れて、それぞれ9人用のユニットが二つある。一階のグループホームは積極的な活動ができる若年認知症者用で、二階のユニットは身体的活動はあまりできない若年認知症者用である。もし一階に住んでいる若年認知症者が活発な活動ができないほど介護状況が変化すれば、二階のグループに移ることになる。他の県では、デイケアに通う程の必要性はないが定期的に会うあるいは家庭訪問が必要である若年認知症者のために、活動グループを組織した。他の市ではアルツハイマー型認知症者およびその親族のためにミーティングポイントを設置した。アルツハイマー協会および認知症協会では、認知症である親を持った青少年のためにインターネットを使ったチャット、他の援助を与えている。認知症協会では、若年認知症者のネットワークを組織し、各地において親族会を開いたり、当事者の自助グループ、会合を通じて個人的援助を行っている。ストックホルム県では認知症チームの設置を提案している。病院で若年認知症と診断されると、これは認知症チームに連絡され、認知症チームは若年認知症者および親族のために必要な援助を一緒に計画し、

心理的サポートも行う。

言語的および文化的違いは特別な援助を必要とする、スウェーデン語以外の母国語を持つ人々の人数は増えている。言葉上の問題や認知症についての知識不足が、高齢の移民者やその親族に苦勞、困惑をもたらす。これらの人々が医療や高齢者ケアが必要なときは、彼らの特別な必要性や条件を理解した職員に会う必要がある。しかしこれについての理解は全く不足している。

(18) 職員、教育および能力向上

認知症ケアを発展させ、治療やケアの質を上げるために、知識は一番重要な要素であるが知識レベルは不均衡である。認知症ケア作業部会は、良質の認知症ケアの発展のために職員の供給問題は決定的に重要であると考えている。ケアにおけるすべての基礎教育において異なったレベルおよび範囲の認知症の知識が必要である。これは認知症者の人々がコンタクトを持つ医療、歯科、高齢者ケアなどの種々の分野である。特に内科、老年科、精神科における医師、看護師、准看護師、作業療法士、理学療法士、心理療法士、介護ニーズ認定者なども、認知症に関する専門知識の必要性がある。さらにこれらの専門知識を持った職種でも、専門知識をさらに発展させ、認知症の研究結果を取り入れる必要がある。

チーム教育や職場教育などの新しい研修形態は発展させる必要があり、インターネットを使った広報、研修なども広める必要がある。認知症ケアにおける種々の方法や良い介護のためのリーダーシップの重要性についての知識は、さらに業務や政策決定者にも広げる必要がある。

(19) 職員の供給

高齢者ケアに従事している公務員は常勤が16万7千人、時給職員が4万3千人、民間の職員が2万6千人で、あわせて23万6千人になる(数字は2006年)。前年度比で、6千人の増加である。一番多いのが准看護師などの現場職員であるが、平均年齢が高いこと(職員の32%が55歳以上)、また2000年から2015年まで現場職員の必要性は35%増えるといわれ、将来の供給が問題となっている。現在の雇用状況は改善されたとはいえ、特別な研修を受けた介護職員、専門の研修を受けた看護師の不足がいまだに問題となっている。また市の機構改革により余剰になった職員を介護分野にまわす(十分な専門教育を受けていない)ことや業務の効率化のために常勤職員を時給職員にするなどの対応が一部の市では問題となっている(市の財政の効率性と職員の雇用保障および経済的安定性)。

(20) 職員の資格

特別な住居における職員の項で述べたように、介護現場における准看護師やヘルパーなどは資格職ではない。原則的に、雇用主が必要な資格あるいは教育を判断することになっ

ている。高齢者ケア分野には今まで2つの（教育）資格が存在した。ヘルパーなどに従事する人は高校2年制の社会サービス科、准看護師は同じく3年制の介護科を卒業する必要があった。しかし1994年の高等学校教育改革でこれが3年制に一本化された。しかしながら、介護職は職業資格ではないことから、現場でヘルパー、准看護師などの名前が使われていた。また今までの介護教育があまりに理論に重点を置きすぎ、現場での研修が十分ではないという批判もあった（現在の准看護師教育は職業教育ではなく、将来の職業に就く準備教育という位置づけである）。

介護職の将来の供給不足および名称の統一のため、政府は調査委員会を設置、2008年報告書が提出された。職員の資格は現在の准看護師レベルとし、その名称を「高齢者アシスタント」とするものである。そしてこの資格を持っている職員のみが一人で働くことが許される。もしこの資格を持っていなければ高齢者ケアで働けないのではなく、有資格者と一緒であれば働ける。委員会案では現在の准看護師教育を見直して2011年から新しい制度に変えるという案を出している。同時に現在現場で働いている職員が新しい資格を取るためのバリケーション試験を2010年から行うとしている。

(2 1) 介護大学

「介護大学」と名付けられた新しい教育形態ができつつある。これは現場での教育を中心にしたネットワークである。地方自治体連盟、介護会社、労働組合などからなる全国協議会が「介護大学」としての質を認定する。現在すでに3つの介護大学が認定を与えられ、15が申請中である。

(2 2) 職員研修

2005年から2007年まで、「能力ステップ」と呼ばれる職員研修に対して10億クローナが補助された。この間、あわせて12万人（全職員の62%）が何らかの研修を受けた。研修の内容に関しては各市が決めることができたが、一番大きい分野は「対応、倫理および価値観」と「認知症」であった。現在は、特に職員研修という補助項目はないが、各分野の補助で職員研修が行われている。

(2 3) 職場での指導とリーダーシップ

高齢者ケア一般で、最近話題になっているのは職場での指導とリーダーシップである。チーフの責務として、第1に日常業務における指導、第2に業務目標の設定およびこのための職員指導、第3に職員の能力開発、第4に労働環境、職員配置、規則などの監督などが上げられる。市行政の効率化（民間会社も同じである）によって、チーフなどの人数が少なくなり、一人のチーフが担当する職員数は50名近くになることもある。スウェーデンでも新聞を賑わすスキャンダルはリーダーシップの問題であることが少なくない。認知症ケアにおいても同じ状況で、チーフが現場にいないというのが、認知症ケアの質を改善するために最大の問題であるという研究者もいる。

指導はいろいろな形で行われ、現場での職員間の教え合いも一つの指導であるが、不足していると考えられているのは外部の専門家を使っただけの指導である。内容的には、組織、構造、プロセス、目標、介護哲学、介護者の対応、介護者の満足感、認知症者の感情、介護者と認知症者の協力などが考えられる。認知症ケアにおける知識は5つの方法にて得ることができる。

- ・ 介護の基礎教育
- ・ 職場における新人教育
- ・ 定期的な短期の研修
- ・ 継続的な系統的指導
- ・ 指導者、チーフ、責任者などの教育

2002年の報告書によると、認知症ケアの現場職員の78%が1年間に何らかの研修を受けたということであった。現在、認知症ケアで働いている准看護師、看護師などに対していくつかの専門教育が存在する。

- ・ 成人学校での2年制の研修（パート）、資格は准看護師で、最低6ヶ月の職業経験
 - ・ 職業大学での2年間の教育、資格は高卒、職業経験
 - ・ シルビアホームでの短期研修
 - ・ 大学での短期コース（1ヶ月あるいは2ヶ月）、資格は看護師あるいは医師、介護ニーズ認定者、作業療法士、理学療法士
 - ・ その他、市の職員研修
- ヴォーダル研究所はインターネットを使っただけの情報ページをスタートした。内容は認知症、診察、診断、介護プログラム、法律、親族協会などについてであるが、介護職員だけでなく、家族なども使用できる。同様のページは全国認知症センター（下記参照）にもある。
- ソルベリヤナーシングホームでは、地区の高齢者ケア研究センターと共に認知症ケア研修を企画した。このナーシングホームにはナーシングホーム、グループホームがあり、113名が住んでいる。ま13名のショートステイおよびデイケアが行われている。研修プログラム実行のために看護師と准看護師が雇用されている。
- オストヨーランド県では県の高齢者ケア研究センターと共にグループホームで働いている職員のネットワークをスタートした。県のすべての市が参加し、3つに別れて41名が参加した。ネットワークは2年間続けられ、毎月1回の会合を行った。ネットワークでの目的は新しい知識を学ぶことと、それを現場で実践することである。研修は回想法、認知症者に対する対応などを中心に行われ、最終的に700名が参加

した報告会が催された。

(24) 協力と専門能力

良質の認知症ケアは保健医療法と社会サービス法によって行われ、種々の職業からなるチーム業務を行うために責任主体（県と市を指す）の密接な協力を必要とする。しかしこれは認知症ケアの協力、計画および介護プロセスにおいて不足している。半分の市では介護プログラムあるいは統合された認知症ケア計画を持っていない。すでに存在している介護プログラムはさらに発展させられなければならない。特に継続した介護のために組織化された協力および戦略は発展させる必要がある。認知症者およびその親族に対して良い介護を行うための条件は、医療的ケアと社会的ケアを統合させ、共通の個人の介護計画を使用することである。

多くの認知症診断および治療がプライマリケアで行われるが、その発展のためにも専門知識を持った医師は重要である。しかしながら老年科医あるいは高齢者のための精神科医のなり手が無いのは大きな問題である。

認知症、良いケア、認知症者や親族の必要性についての知識を発展させ、広めることは非常に重要である。調査によると、認知症看護師、認知症発展者あるいは認知症の専門知識を持った他の職員、認知症チームは、協力および良い認知症ケアのために必要な条件である。しかしながら、このような職員を持っている市はまだ少なく、すべての市がこのような職員を持つべきである。

さらに認知症ケアにおいて当事者団体は大きな役割を担っていると、認知症ケア作業部会は考える。2002年の認知症ケアアンケートにおいて、およそ半分の市は当事者団体と組織化された協力を行っていた。一つの案は、認知症ケアの計画および介護プログラムや行動計画の作成において当事者団体の参加を勧めることである。さらに市が地域における親族の会の発展を援助することも重要である。

(25) 認知症チーム

現場の准看護師からなる認知症チーム（上記参照）の他に、複数の職業からなる認知症チームが存在する。このチームは医療と福祉の協力を勧めると同時に、在宅のホームヘルプ、特別な住居における職員をサポートする。市の認知症チームには看護師、准看護師、作業療法士などが入っている。認知症チームの目的は市によって異なるが、親族の援助、認知症ケアにおける職員のサポート、介護計画への参加、医療と福祉機関間の調整、訪問活動、広報などを行っている。

- イェーブレの認知症チームは県と市の協力事業である。チームはプライマリケア（県）の作業療法士、市の介護ニーズ認定者、老年科の看護師（県）から成り立ち、大学および県の研究所も関与している。チームは直接認知症者を担当するの

ではなく、市および県の職員をサポートする役割を担っている。チームの特性は認知症ケアの研究状況に熟知している、融通がきくので急な出来事でも臨機応変に対応できる、外部からの助言なので、組織としての構造的問題も指摘できることなどである。この市では、認知症チームとは別に、県と市が参加した協力プロジェクトがスタートした。これには市のデイケア、8人からなるヘルパーグループが参加し、県からは地区医、訪問看護師が参加している。このプロジェクトの目的は市と県（福祉と医療）の垣根を取り払って、認知症者のための援助が最適に行われることである。報告書によれば、地区医との連携が大きく改善された。認知症チームの業務の例。

- ・ 地区医のイニシアチブにより、在宅に住んでいる認知症者を訪問し、補助器具の必要性を判断、貸与。（認知症者が日常生活をおくる上で、有用となる補助器具の知識を作業療法士は持っている）
- ・ 特別な住居の職員に対して問題行動を起こす入居者の対応について助言。
- ・ 在宅に住んでいた認知症者が特別な住居に移る際に助言。
- ・ グループホームに住んでいる認知症者が夜起き出すということで、アラームの設置判断を助言。
- ・ 市のデイケア、グループホーム、看護師、高齢者団体に認知症ケアについて勉強会を開催。
- ・ 親族会において広報および認知症について説明。
- ・ 電話にて職員および親族に助言。
- ・ 小さな子供がいる若年認知症者あるいは認知症である知的障害者の援助をサポート（多種多様なケースの熟知）
- ・ 組織を超えた協力の条件
- ・ 組織を超えた協力は上層部から明確に支持されている。
- ・ 明確な目標を持っている。
- ・ 十分な予算が組まれている。
- ・ 協力団体の異なった考え方、組織、規則などが確認されている。
- ・ 上記の違いをなくすあるいは減らす方法が開発される。

(26) 認知症看護師

認知症看護師は認知症の専門教育を受けた専門看護師であるが、どの組織に所属しているに従ってその役割も微妙に異なっている。認知症看護師のネットワークによると、認知症看護師の役割は訪問活動、認知症者の診断のイニシアチブを取ること、介護ニーズ認定における援助、親族に対して広報などの援助、分野の専門知識を介護職員、親族および政治家に伝えることである。現在何人の認知症看護師がいるかは不明であるが、2002年の調査によると、市の40%が認知症看護師を雇用していた。また認知症看護師を雇用してい

た県（プライマリケア）もある。この調査によると、認知症看護師を雇用している市ほど、訪問活動、認知症者の調査に熱心で、認知症者に対してデイエーデル改革やショートステイに力を入れている。また介護職員に対する研修や指導も行われ、特に県と協力して認知症者介護プログラムを作成している市も多い。なお高齢者ケアの項目で説明したように、訪問看護を市が行っている例と県が行っている例があるので、これも認知症看護師を雇用するかどうかに影響を与えているものと思われる。

なお在宅に住んでいるか特別な住居に住んでいる認知症者が問題行動などにより一時的に介護が続けられなくなった場合、医療との役割分担およびその場合の業務手順について（医療の責任主体である）県と覚え書きを結んでいる市もある。

(27) ボランティア団体

高齢者ケアにおいて、ボランティア団体との協力はすべての市が行い、これは認知症者でも同様である。ボランティア団体は当事者団体以外に、赤十字、協会、友愛組織、高齢者団体などがある。内容的には、家庭訪問、講演、勉強会、相談電話、散歩、ガイドヘルパー、「昔のことを話す会」、認知症者のための調理、音楽会、庭仕事、外出などがある。

(28) 研究開発

認知症およびそのケアの研究について長期的に安定した財源を作ることは重要である。認知症の危険要因、原因、効果的な薬についての研究はもちろんであるが、まだ十分研究されていないが重要であると思われる研究分野も存在する。それは、認知症者から見た病気の展開、若年認知症、在宅と特別な住居における社会的援助の効果、倫理と予防的拘束、重度の認知症者のケアと状況、認知症における精神症状、職員および職員の状況および医療経済と公衆衛生学である。

(29) 地域研究センター

1998 年の高齢者政策国家行動計画において、高齢者ケア分野における研究センターの援助が決定された。この 10 年間の間にあわせて 29 のセンターが 1 億 3 千万クローナの補助金を受け取った。目的は地域内の市、県および大学が協力して地域に根ざした研究センターの育成である。この中で、認知症ケアの研究はその一部である。2005 年からは毎年 1000 万クローナが補助されており、2009 年は 23 の地域研究センター（ほぼ 1 県に 1 カ所）が対象であった。

(30) 全国認知症センター（The Swedish Dementia Centre）

2008 年 2 月 15 日、全国認知症センターが設立された。センターは財団法人ストックホルム県高齢者研究センターと財団法人シルビアホームが中心となり、非営利法人として国

庫補助で運営されている。センターは、認知症ケアの分野での発展を促すために科学的な助言を行う科学委員会の他に3つの協議会（ケア、教育/研修、研究）も持つ。センターの目的は研究、介護現場、政策決定者をつなぐネットワークで、以下の業務目的が上げられている。

- 情報、知識を集め、系統的に広げる。
- 評価、研究結果をまとめる。
- 実際の応用に使えるような知識の発展を目指す。
- 新しい知識を介護の現場で使えるようにする。

(3 1) 認知症ケア作業部会の結論

認知症ケア作業部会が行った調査によると、十分機能している認知症ケアの良い例がある反面、そのような例が不均衡に分布し、責任主体の協力にも欠点があることがわかっている。認知症ケアを発展させるための専門知識や戦略が不足している。同時に少ない財源にもかかわらず、協力関係が良く、意欲的な戦略を立て、専門知識の力を入れて大きな質の改善を行っている例も存在する。認知症ケア作業部会はスウェーデンの認知症ケアを短期的および長期的に発展させるために、順を付けることなく以下の項目を実施することが重要であると考えられる。項目は責任主体および国に向けたものである。

- 看護と介護のすべての教育に認知症ケアを導入する。認知症ケアは医療、歯科、高齢者ケアのすべての分野に関係し、これらの分野のすべての職種に必要である。プライマリケアにおける一般医、認知症看護師および認知症ケア発展者などに対する研修も責任主体が行う。
- 介護提供者および国は、種々の職業、特に内科、老年科、精神科の医師、看護師、准看護師、作業療法士、理学療法士、心理療法士、介護ニーズ認定者などが認知症に関する専門知識を収得できるようイニシアティブを取る。認知症および高齢者のための他の精神疾患について責任を負う医師の基礎的知識および専門的知識を保持発展させる。
- 市およびプライマリケアにおいて、認知症看護師の専門職を導入する。
- ケアの提供者は、すべての職員が現場実務に関する指導、介護哲学、目標、方法論に関し考察できるよう、チームの看護師などによる定期的な指導を与える。
- ヘルパーや准看護師がチーム研修や職場研修を通して認知症ケアの研修を受けられるよう、責任主体や国は援助する。また全国的にインターネットを使った広報、研修なども広める。
- すべての市と県は、共通の認知症ケア計画を作成するべきである。計画は政治家の承認を受け、介護プログラム、評価可能な目標、および質の改善のための戦略を含む。

- 市と県は協力してできるだけ多くの都市で認知症チームをスタートおよび開発する。チームは医師を含む複数の職業から成り立ち、認知症者、親族および介護を行っている組織に対して専門知識を提供する機能を持つ。
- 政府は社会庁に対して、認知症ケアの指導書、全国的ガイドライン、質の指標を開発する任務を与える。
- 国、県連合会、市連合会は共同して認知症ケアにおける質の発展計画を実施する。プロジェクトの目的は **Breakthrough** 方法を使って、現場でのケアの改善を行うことである。(第6章を参照)
- 政府は、すべての自由意志による対策を試した後、倫理的原則にもとづいて十分考慮した拘束手段を可能にする特別の法律が必要かどうかを調査、判断する特別調査委員会を設置する。この法律によって、認知症ケアにおける拘束を減らすことができる。
- 法案ができた時にはすべての市と県において、認知症者が転倒などによって傷害を負わないように職員が法律、条法を適用し、倫理的対応のための指針となるガイドラインおよび行動計画を作成する。
- 補助器具などに関して、市と県の役割分担を明確化する。認知症ケアにおいてどのような補助器具がどのような効果があるかモデル業務を実施する。
- 責任主体と国は国政面および地方において親族および当事者団体との協力を勧める。国は親族団体が行っている全国的な電話相談業務に対する援助を恒久化する。
- 若年認知症者や親族が適切なケアを早く受けられるよう、一般国民および医療機関における若年認知症についての知識を増やすために広範囲に全国的な情報提供、能力開発を行う。
- 薬局、地区医療センター、図書館、高齢者ケア部などを通して、移民者に対して認知症についての全国的な広報を行う。
- 認知症分野における種々の研究団体に対する財政的援助を増やす。

<参考文献>

DS 2003:47(2003) På väg mot en god demensvård

Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete(2007) Yngre personer med demenssjukdom och närstående till dessa personer, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen(2005) Boende och vårdinsatser för personer med demenssjukdom

Socialstyrelsen(2007) Demenssjukdomarnas samhällskostnader och antalet dementa i Sverige 2005

Socialstyrelsen(2008) Kommunernas anhörigstöd Utvecklingsläget 2007

<調査協力>

株式会社ニッセイ基礎研究所