

スウェーデンの高齢者ケアシステムとケア関係者（翻訳）

藤岡 純一¹⁾・森崎 直子²⁾

キーワード：スウェーデン、高齢者ケア

現在、スウェーデンは社会福祉国家として、世界で最も有名な国となっている。本稿は、2006年に発刊された Henna Hasson 氏（現ルンド大学）の著「スウェーデンの高齢者ケアにおける看護職員の能力、社会心理的労働環境、およびケアの質」¹⁾を翻訳し、序論の一部であるスウェーデンの高齢者ケアシステムの経緯と高齢者ケア関係者の状況について、紹介するものである。我が国の高齢者ケアの状況と比較し、類似面あるいは相違面に気づかされることであろう。日本の高齢者ケアを考える際の参考になると思われる。

I. スウェーデンの高齢者ケアシステム

1. 歴史的概要

1910年頃、「高齢者の家」²⁾において、高齢者の生活、住居、ケアを提供することが公的なものとなった。そして、1918年には、全ての市町村コミュニティに、「高齢の家」のような機能を持った住居を設立するよう任じられた。第二次世界大戦後に、これらの「高齢者の家」は改善され、発展させる試みがなされた。しかし経済危機によって、その計画は完全には遂行されなかった。その代わりとして、1950年代に高齢者が自分自身の家に住み、そこでホームヘルプサービスを受けるという新しい考え方が一般に広まった。ホームヘルプサービスは1950年代に広まり、1970年末まで拡大し続けた（日本では1991年に老人保健法が改正され、老人訪問看護制度が設立している）。

1960年代に、市町村にはホームヘルプサービスへの、県ランスタングには施設ケアへの財源を割り当てるという政治的決定がなされた。高齢者が自宅で生活するという考え方には説得力があった。そして、県

が担う施設は、自宅でケアが困難な高齢者のためだけの施設となった。このように、県は高齢者に医療を提供し、市町村はホームヘルプサービスを提供するようになった。

1970年代に高齢者ケアは、市町村と県の両方において、急速な発展を遂げた。市町村は障害が重度ではない高齢者に対して、買い物や調理、掃除といったホームヘルプサービスを提供し、高齢者の社会的ニーズを満たすことに力を入れた。多くの高齢者が自身の家に住み続けていたため、ケアアシスタントの業務は、排泄援助のような個人的ニーズを満たすものから始められた。これにより、スタッフ技能の発展に向けた項目が制定された。

1980年代に、高齢者ケアの発展は速度を落とし始めた。ホームヘルプサービスのコストは上昇し、利用者数は減少した。在宅ケアは、一晩中サービスが必要である虚弱高齢者に集中し始めた。1980年代には、高齢者住宅に住む高齢者の割合は激減していった。その一方で、サービスハウス（ケア付高齢者アパート）に住む高齢者の割合が増加した。

2. 1990年代の展開

1992年のエーデル（ADEL）改革によって、長期療養における高齢者住宅³⁾に関する責務が、県から市町村に移行した。市町村は高齢者住宅において、医療とリハビリテーションを提供することについての責務も受け負った。さらに、市町村は、県との協定で、高齢者の自宅での看護または医療に関する主な責務も請け負うことになった。約55,000人のスタッフと400のケアユニットが、約30,000人の入居者とともに、県から市町村に移行した⁽ⁱ⁾。

1990年代前半は、スウェーデンの景気後退期として特徴付けられる。国および地方公共団体では、多くの福祉部門で予算が削減された。県は病院のベッドの

1) Junichi FUJIOKA

関西福祉大学社会福祉学部

2) Naoko MORISAKI

関西福祉大学看護学部

数を削減させ、救急ケア病院の平均入院日数も短縮させた。短縮された病院入院日数は、先進ケアを行う実質的な役割が、市町村に移行したことを意味していた。この時点まで病院でケアを受けていた高齢者は、市町村の高齢者住宅でケアを受けることになった。同時に、市町村も高齢者住宅のベッド数を相当数削減させた。それは、高齢者ができる限り長く自宅に住み続けることを見込んだものだった。市町村の高齢者ケアサービスは、最も必要性の高い個人のためのものになった。ケアやサービスの必要性が低い、相対的に若く、より健康な高齢者には、市町村の財源がより少なく割り当てられた。市町村のケアを不十分にしかまたは全く受けない人々にとっては、家族による援助のような私的資源がより必要になった。

いくつかのヨーロッパ諸国と OECD 諸国では、病院と長期療養施設でのケアに代わって、コミュニティに基礎を置くケアを作り出そうという試みが行われた。例えば英国では、長期療養のための病院のベッド数は削減され、地域コミュニティが高齢者ケアサービスの経営責任を担うようになっていた。在宅ケアに移行していった主な理由は、高齢者施設ケアと比較して、コストが低いためであった。

結論として、スウェーデンの高齢者ケアは、国際的な展開と同様に、ますます、伝統的な高齢者ケア施設以外で提供されるようになっていった。つまり、高齢者ケアの多くは個人の家で提供されるようになっていった。同時に、高齢者ケアスタッフは、ますます複雑となる加齢による障害を、社会面、医療面の両方から見て行かなければならなくなった。併せて、これらの変化はスタッフの技能と知識を強化していく必要性を強く示していると考えられる。また、ケア対象者の家族役割も変化していった。それは現在、高齢者への適切なケアを保証するための、重要な課題であると考えられる。

3. 高齢者ケアを規制する法律

スウェーデンには高齢者のケアとサービスを規制している2つの主要な法律がある。これらの法律は市民の権利を強調することより、市民のニーズを満たすべく国と市町村の責任を定めるために立案されている。

社会サービス法では、様々な状況にある人々が、彼らのニーズを満たすことができない場合に援助が受けられることを定めている。この法律では人々が、必要とするサポートや援助を受けられることを保証する最

終的な責任が市町村にあることを明記している。高齢者は自宅に住み続けるか、それが不可能な場合には、サービスとケアが受けられるサービスハウス、グループホーム、ナーシングホームなどの高齢者住宅が提供されなければならない。

保健医療法では、医療が社会の全ての人々にとって利用可能であるべきことを明記している。この法律では、医療サービスによって、全ての人々が健康的な水準を維持していくことを目指している。スウェーデンの法律は普遍性を強調しており、年齢、居住地、収入にかかわらず、必要性があれば、全ての個人をサポートすることを目指している。しかしながら、法律には詳細な規則まではほとんど定められていない。そのため、詳細な事柄についての決定は地方自治体に委ねられている。

4. 高齢者ケアに関する責務

高齢者ケアに関する責務は3つの政府レベルに分割される。国のレベルでは議会と政府が、法律と政策文書の形で目的と指示を定める。広域レベルでは、県は、責任を引き継ぐことについて市町村との合意がないならば、医療に関する責任を担う。そして、地方レベルでは、市町村は居住する全ての高齢者の社会福祉と住宅ニーズを満たすよう法的によって義務づけられた。しかしながら、前述のように、高齢者ケアを規制している法律は、市町村の責務に関して、詳細な内容までは規定していない。高齢者への全てのサービスとケアはニーズ査定に基づいているが、市町村は、高齢者個人に提供される援助の内容や量についての基準を決定する権限を持っている。従って、利用可能な高齢者ケアサービスが、市町村間で、大きな格差を生んでいる可能性が考えられる。

国の保健福祉委員会と県の行政委員会は、高齢者ケアを管理する共同の責任を担っている。また、スウェーデン労働環境局は、職業環境要因の監督責任を担っている。

5. 高齢者ケアのコスト

スウェーデンの高齢者ケアでは、民間のケア提供者を増加させることや、在宅ケアと比べて高齢者住宅ケアを減少させることなどによって、コストの削減と効率アップを進めている。

近年、高齢者のケアとサービスのための全体のコストはいくぶん減少したが、それでも高齢者ケアは市町

村の総支出の約 20%を占めている。2001 年の市町村の総コストは SEK828 億⁴⁾で、2004 年では SEK796 億だった。総コストの減少は、主に高齢者住宅の減少によるものだった。高齢者住宅でのケアは高齢者ケアのすべてではないが、全高齢者ケアの市町村コストの約 66%も占めている。高齢者住宅の 1 人分のコストの中央値は、2004 年の 1 年間で SEK483,700 であった。しかしながら、高齢者ケアのための市町村間のコストには大きな差が報告されている⁽ⁱⁱ⁾。

高齢者住宅のコストは、ケア供給のさまざまな要因と関連している。「経済的モデル」では、コストの上昇は、ケアの高い質と関連させていた⁽ⁱⁱⁱ⁾。このモデルでは、ケアの質が職員配置のようなケア供給の構造的な項目で評価されている。例えば、より多くの人員確保が、よりコストを高めると考えられている。高齢者住宅のコストと質に関するより以前の実証的研究^(iv)は、質の構造的な評価に注目していた。「質管理モデル」^(v)は、より高い質がより低いコストと関連することを期待している。また、質は問題発生からの自由 (freedom from deficiencies) と考えられ、ケア対象者の褥瘡の数などの成果変数から評価される。業務の超過時間や超過人員は、質の高いサービスや成果を産み出すために必要とされる。しかしながら、超過人員は問題発生の防止に役立ち、これがコストを下げることにつながる。成果測定に関連づけて高齢者住宅コストを評価した先行研究はほとんどなかった。

結論として、高齢者ケアのコストを引き下げる試みは行なわれてきたが、ケアの質を成果で測定することの含意について、実証的な研究は行われてこなかった。

6. 在宅ケア

一般に、高齢者が自宅で暮らすためのホームヘルプサービスには、清掃、洗濯物、買い物、銀行や郵便局での用事、食品分配、輸送機関サービスと安全警報のような実用的な援助がある。また、ホームヘルプサービスには、更衣や食事、保健衛生に関する援助のような個人的なケアもある。さらに、補足的なサービスとして、日中の余暇活動についても、在宅高齢者に提供されている。

公認看護師による在宅高齢者のため看護行為には、ケアとリハビリテーションがある。エーデル改革によって、市町村が在宅ケアに関する責任を担うことになった。2004 年に、市町村の半分が在宅ケアに対する責務を担っていた。結果として、在宅看護が社会福

祉の一部になり、しばしばホームヘルプサービスと同じ組織に属していた。なお、ニーズ査定の手続きは、在宅看護を受けるために必要だったが、医師からの照会が必要としていない。

1990 年代の発展の後、在宅を基本としたケアの性質は変化していった。高齢者が在宅サービスを受けることは、更に難しくなったと報告されている。さらに、ホームヘルプサービスの看護要素は増加し、家族とボランティア組織による積極的な援助が必要とされた。

7. 高齢者住宅

より多くのケアが必要な高齢者には、市町村より高齢者住宅が提供される。2000 年から 2003 年の市町村の予算の削減によって、約 7400 人分の高齢者住宅が減少した^(vi)。同じ時期に、国全体で、高齢者住宅から在宅サービスに移行し、在宅サービスのケア対象者が約 7200 人増加した。しかしながら、市町村レベルでは、在宅サービスの広がりには、高齢者住宅におけるケアを削減させた市町村の半分のみだった。1990 年代初め頃の西ヨーロッパ 10 カ国との比較では、スウェーデンの高齢者の人口に占める割合は最も高かった。しかし高齢者住宅のベッド数は比較的少なかった。

II. 高齢者ケアの主な関係者

1. ケア対象者

市町村の財源は、在宅高齢者と高齢者住宅入居者の両方において、身体的、認知的な障害を持った最もニーズの高い者に集中させる傾向があった。高齢者住宅に住んでいる多くの高齢者は、他の障害と共に、認知障害も持ち合わせていた。自宅でサービスやケアを受けている高齢者は様々な状況にある。医療を必要としている人もいれば、個人的なケアや、一般的な家事に関する援助を必要としている人もいた。

2004 年には、スウェーデンにおいて合計 237,100 人の人々が高齢者ケアを受給していた。すなわちそれは、65 歳以上の高齢者の 15%に相当する数であった。ケア対象者数は 2000 年代には変化がなかった。その間、在宅サービスを受ける高齢者数は 10%増加した。また、在宅看護ケアを受ける高齢者は 5%増加した。対照的に、高齢者住宅に住んでいる高齢者は約 11%減少した。全てのケア対象者の約 75%が 80 歳以上の高齢で、大多数は女性だった。在宅サービスを受けている高齢者の約 40%が 1 ヶ月に 1～9 時間ケアを受けており、23%の高齢者が 10～25 時間ケアを受けてい

た^(vii)。

2. ケア対象者の家族

高齢者の多くは、市町村と彼らの家族の両方からサービスとケアを受けているため、高齢者ケア対象者の家族は、ケア供給において重要な役割を果たしている。家族はケアの質のモニター役として、起こり得る間違いの報告もしている。保健医療法では、情報を患者に提供できない場合は、その代わりとして家族に知らせるべきであると明記されており、さらに、ケア供給における家族の重要な役割を示している。

1994年、スウェーデンの在宅ケアに関して、市町村からの公的援助は、75歳以上の高齢者への援助全体の40%に該当すると推定された。また、2000年の割合は30%であると推定された。このように、インフォーマルな援助は、これまでの10年で増加したように思われる。インフォーマルな援助は、45～64歳の女性たちによって最も多く提供されている。スウェーデンのケア対象者の10～20%がインフォーマルな家族に対するケア提供者であると推定された。国際的な研究では、家族メンバーは感情的な絆を持っており、家族が高齢者住宅に移されたときでさえ、しばしば訪問していると報告されている。家族との交流が全く無い、または殆どない高齢者は僅かであった^(viii)。

3. ケアに関わる職員

いくつかのカテゴリーのスタッフが高齢者ケアに従事している。スウェーデンの市町村は通常、准看護師、看護助手、ニーズの査定担当者と監督のスタッフを雇用している。エーデル改革が1992年に効力を発したときから、作業療法士と公認看護師も市町村によって雇用されるようになった。しかしながら、医師は県によって雇用されている。

多くの市町村の准看護師と看護助手は、最も大きな職業グループを構成している。高齢者ケアでは、女性の割合は高く、男性の割合は低い(10%以下)。高齢者ケアに従事している男性の割合は、小規模市町村ではより低くなっている。スタッフの平均年齢は比較的高く、職員の約22%が55歳以上である。2004年に、パートタイムのスタッフと疾病休業あるいは育児休業のスタッフを含めて、約239,500人の人々が、市町村の高齢者ケアに従事していた。1995年から2004年の間にスタッフ総数は15%増加した^(ix)。

近年、健康と福祉に関する国の委員会では、高齢者

ケアで最も重要な課題は、有能なスタッフを十分に確保することだと報じている。一般的にケアの業務、特に高齢者ケアの魅力が失われたように感じる。高齢者ケアのために、多数のスタッフを募集する継続的な必要性が報じられた。欧州連合とOECDのいくつかの加盟国でも、適切な知識と技能を持ったスタッフの不足が高齢者住宅と在宅ケアの両方において報告されている。

筆者注

- (i) Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Ett gemensamt ansvar: strategier för utveckling av framtidens äldrevård (The common responsibility: strategies for developing elderly care for the future)*.
- (ii) Socialstyrelsen (2006) *Vård och omsorg om äldre: lägensrapport 2005 (Current development in care of the elderly in Sweden)*.
- (iii) Fleming ST (1990) The relationship between the cost and quality of hospital care: a review of the literature. *Med Care Rev* 47.
- (iv) Weech Maldonado R et al. (2006) The relationship between quality of care and costs in nursing home. *Age Ageing* 24.
- (v) Daigh RD (1991) Financial implications of a quality improvement process. *Top Health Care Finance* 17.
- (vi) Socialstyrelsen (2005) *Vård och omsorg om äldre: lägensrapport 2004 (Current development in care of the elderly in Sweden)*.
- (vii) Socialstyrelsen (2005) *Äldre: vård och omsorg år 2004 kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen (Statistics- Social Welfare. Care and services to elderly persons 2004)*.
- (viii) Ejaz FK et al. (2003) Developing a satisfaction survey for families of Ohio's nursing home residents. *Gerontologist* 43.
- (ix) Sveriges Kommuner och Landsting (2005) *Aktuellt om äldreomsorgen (Current topics in elderly care)*.

訳者注

- 1) Henna Hasson (2006) , *Nursing Staff Competence*,

Psychosocial Work Environment and Quality of Elderly Care: Impact of an Educational Intervention, Acta Universitatis Upsaliensis.

本書全体の紹介は、藤岡純一・森崎直子「Henna Hasson 著『高齢者ケア職員の能力、心理社会的職場環境、そして高齢者ケアの質：教育的介入の効果』」（関西福祉大学社会福祉学部研究紀要第15巻第2号 2012年3月）を参照されたい。

- 2) 1992年のエーデル改革以降スウェーデンでは高齢者施設のことを特別な住宅または高齢者住宅と呼ぶようになったが、この時期の「高齢者の家」はまだ救貧院のような施設であった。
- 3) 高齢者住宅には、ナーシングホーム、老人ホーム、グループホーム、サービスハウスが含まれる。ここでは特にナーシングホームのことを述べていると思われる。
- 4) 2011年12月2日現在、1スウェーデンクローナは11.53円である。