

## スウェーデン王国の認知症高齢者の終末期ケアの実態と課題 ——ストックホルムの高齢者ケアシステムと訪問医療「ASIH」からの学び——

平木 尚美<sup>1</sup>, 百瀬由美子<sup>2</sup>

### Realities and Issues in End-of-Life Care for Elderly People with Dementia in the Kingdom of Sweden : ——A Care System for Elderly People in Stockholm and lessons from Advanced Medical Care at Home (ASIH)——

Naomi Hiraki<sup>1</sup>, Yumiko Momose<sup>2</sup>

グループホームの発祥の地であるスウェーデン王国における高齢者ケアシステムの状況を視察し、日本の認知症高齢者の終末期ケア時の看護師の役割および連携システムの示唆を得ることを目的に本報告をまとめた。

スウェーデン王国において、グループホームでの看取りは生活の延長線上にあり、看護師は医師と介護職のコーディネート役を担い、包括的疼痛緩和を中心に、本人や家族の思いを大切にしていたことが明らかになった。

わが国が学ぶべき認知症高齢者の終末期ケアにおける看護師の役割は、医師や家族と介護職とのコーディネート役になることである。歴史や文化的背景が異なるスウェーデンのシステムを、日本にそのまま導入することは難しいが、医療は県と介護は市という役割分担が明確であり、訪問医療との連携に関してもシステム化がなされていた。また、看護職と介護職などの各職種の仕事の役割が明確であるという点は学ぶべき点である。

キーワード：認知症高齢者、終末期ケア、高齢者ケアシステム、訪問医療、スウェーデン王国

#### I. 序 論

スウェーデン王国は、1992年にエーデル改革が施行されてから、高齢者に関する介護福祉サービスの提供は市役所の機能をもつ各コミュニティに委譲されている。

エーデル改革とは、高齢者が治療後に帰る退院先がなかったことから社会的入院患者（ベッドブロッカー）の増加が社会的問題となり、在宅に移行することで改善を図ろうとした公的な施策である。その改革は、財源構造を含む制度面からのアプローチとケアサービス提供のあり方という供給面のアプローチの両側面があると報告されている<sup>1)</sup>。また、具体的な改革の焦点として、第一に「特別住宅」における医療の提供は、保健医療法によるコミュニティの義務として位置づけられた。そして、コ

ミュンへの人的医療資源が移管されたことで、「特別住宅」における看護師レベルまでの医療・介護の連携が充実した。第二に「医療」サービスは、ストックホルム県が運営するラストイングという組織だけで行っていたが、ラストイングとコミュニティの2つの組織で行うようになった。第三に在宅への訪問看護はコミュニティとラストイング間の契約に基づき、ラストイングからコミュニティに移管できることなどが、報告されている<sup>2)3)</sup>。その結果、社会的入院患者は老人科病床においては10万4000床（1988年）から3万3000床（1999年）に激減している。また、コミュニティが雇用する看護職（非常勤を含む）も、193人（1991年）から10,600人（2004年）に増加しており、医療サービス面で各コミュニティに医療責任看護師（Medicinskt Ansvar Sjukskoterska : MAS）の配置が義務付けられたことは、注目すべき点である。

<sup>1</sup>兵庫医療大学看護学部（愛知県立大学看護学部大学院看護学研究科博士後期課程在学中）、<sup>2</sup>愛知県立大学看護学部

筆者らは、ストックホルム県にある認知症高齢者グループホーム（スウェーデン語でGruppbostad）の視察、ならびに職員にインタビューを行った。視察の目的は、スウェーデン王国のグループホームにおける認知症高齢者の終末期ケアの実態を把握し、わが国との違いや学ぶべき所はどこか、また日本のグループホームでの終末期ケアの課題を明らかにするためである。

本論では、スウェーデン王国のグループホームの終末期ケアの実態とわが国への示唆について、「看護師の役割」および「連携システム」に焦点をあてて報告する。

## II. 方 法

### 1. 視察時期

2009年8月17日～20日

### 2. 訪問場所

ハーニング市コミュニティ、グループホーム1施設、スコガ市グループホーム1施設、ソルナ市特別住宅1施設、ストックホルム県訪問医療チーム、ホスピスユニット1か所であった。

### 3. 「高齢者ケアシステム」および「訪問医療」に関するヒアリング内容

ハーニング市コミュニティの職員およびニーズ判定員に「高齢者ケアシステム」、ソルナ市のシルビアホームの管理者に「看護師の役割」、ストックホルム県の訪問看護師に「訪問医療システム」について、ヒアリングを実施した。



図1 視察したストックホルム県

## III. 結 果

### 1. スウェーデン王国の高齢社会の現状

#### 1) スウェーデン王国の高齢化率

スウェーデン王国の国土面積は、約45万km<sup>2</sup>で、日本の約1.2倍の面積である。人口は、9,340,682人であり、65歳以上の人は1,690,777人、高齢化率は18.1%である（2009年12月31日現在）。

表1 スウェーデンの人口（性差と年齢別人口）

地 域	総人口	女 性	男 性	65-79歳	80歳以上
Sweden	9,340,682	4,691,668	4,649,014	1,196,392	494,385
Stockholm.län	2,019,182	1,021,450	997,732	211,633	85,080
Stockholm.kom	829,417	423,690	405,727	76,747	40,310
Solna	66,909	33,978	32,931	7,082	3,635
Sundbyberg	37,722	18,986	178,736	3,361	1,653

\*年齢別の統計は、2009年12月31日の統計資料による<sup>4)</sup>

#### 2) スウェーデン王国の高齢者ケアシステム

スウェーデン高齢者福祉においては、ノーマライゼーションの理念に基づき、可能な限り普通の環境で生活が営めるように支援を行うシステムが模索されてきた<sup>2)</sup>。

前述のエーデル改革により、医療と介護の機能分担と連携が明確にされ、在宅での訪問看護の法的位置づけや医師の訪問診療の充実などの課題はあるものの、「グループホーム」や「特別住居」への看護職の配置や数の増員、医療サービス面に医療責任看護師を配置するなど、介護と医療との連携においては、看護師は不可欠なものであると看護職の専門的職位は高く評価されている。

また、スウェーデン王国では介護系の高等学校を卒業すると准看護師の資格が取得でき、日本の介護職に値する。看護師になるためには、大学において3年間の教育を受ける必要がある。

#### 3) コミュニンの役割

2004年1月では、スウェーデン王国には290のコミュニティがあり、1つのコミュニティの平均人口は、約3万人に1か所の割合となっている。

##### (1) ハーニング市・コミュニティ

ハーニング市では、在宅とグループホーム・老人ホームの介護に関する業務を担っている。医療が必要になると、ストックホルム県の管轄である病院が役割を担うと

いう役割分担が明確になされていた。投薬などの医療費は県が負担しており、介護の部分はハーニング市が負担していた。また、コミュニティにおいては「365日安心して住める街プロジェクト」などの試験的なプロジェクトを作り、評価がよければモデル化するという、助成事業が盛んに行われおり、評価されれば浸透しやすいという特徴があった。



写真1 ハーニングコミュニティのロルフ氏(左)とアンダース氏(右から2番目)

## 2. 認知症高齢者の終末期ケアの実際

### 1) スtockホルムで認知症高齢者が生活する場<sup>5)</sup>

社会庁の調査によると、2005年現在、約14万2500人が認知症であると推測され、このうち一般住居に54.7%、特別な住居には45.3%が住んでいると見られている<sup>6)</sup>。

「一般住宅」と「特別住宅」の違いについて説明すると、「特別住宅」は労働環境法によって規定されている。介護費用は、社会サービス法第8章によりコミュニティが利用料金として徴収することができる。一方、医療費においては一般住宅ではラスティングの負担であるが、グループホームではコミュニティの負担となるため無料である。

グループホーム<sup>7)8)</sup>は、すべてトイレ付きの個室で、10-20人の小人数で生活する住宅である。看護師(Sjukskoterska)が1人常駐しており、緊急時は24時間医師や家族に看護師や管理者から連絡ができるようになっている。このときの医療はラスティングが担っており、日常生活の援助は、准看護師(日本の介護職)やボードビトレードにより、管轄のコミュニティから介護を受け

表2 一般住宅と特別住宅における入居および介護の違い<sup>7)</sup>

		一般住居	特別住宅		
			サービスハウス	介護住宅(グループホーム)	ショートステイ
住宅	供給/計画	住宅供給責任法第1条(市)			
	入居決定	賃貸住宅に関しては家主が決定、持家に関しては住宅市場で自由売買			
	住居規定	建築法および賃貸法			
	特別規定	労働環境法			
	家賃	家主が決定	家主(ふつうは市の住宅公社)が決定		市の福祉局が決定
	家賃補助	高齢者家賃補助法(社会保険庁)			
介護	供給	社会サービス法第5章第5条による市の責務			
	決定	社会サービス法第4章第1条による市の行政決定			
	介護と入居	分離	分離	セット	セット
	介護ユニット		原則的に一般の集合住宅と同じなので、ユニットには分けられていない。	小グループの介護ユニットに分けられて、ユニットはさらに身体疾患用と認知症高齢者用に分けられる場合が多い。	ショートステイ用のユニットを作っている場合や既存のユニットの一部をショートステイ用に使っている場合がある。ショートステイ用の施設が別にあるのではない。
	医療責任	保健・医療法第3条(県)および第18条(市あるいは県)	保健・医療法第18条(市)医師を除く		
医療	医療費	県の負担 (ただし、在宅看護が市に委譲されている場合は市の負担)初診料、入院費は個人負担	市の負担 医療施設における個人負担分に関しては住宅と同じ。		
自己負担	介護費用	社会サービス法第8章により各市は利用料金を取ることが出来る。			
	制限事項	社会サービス法第8章により最低保障および最高負担制限がある。			

出典：奥村芳孝，スウェーデンの高齢者住宅とケア政策，海外社会保障研究No. 164, p. 31, 2008.  
表4「一般住宅と特別な住宅における入居および介護などの違い」を一部改変し，引用



ることができる。

(1) シルビアグループホーム（ナーシングホーム併設型グループホーム）

1995年に、ソルナ市に設立しているナーシングホーム併設型のグループホームである<sup>9)</sup>。2005年までは、アルツハイマー型認知症と脳血管性認知症だけの人の施設であったが、現在はレビー小体型認知症の方も受け入れるようになり、現在では若年性認知症の方の入居も受け入れが可能となったグループホームである。34歳から87歳の認知症の方12人が共同生活している。グループホームに入居すると、リロケーションダメージの予防のため、他の施設には移ることはなく、最期の場所となっている。入居の際には、その人の生活史を調査し、大切に、以前のままの生活を維持する。個人を大切にケアしており、看護師が、スタッフのケアに責任をもって看護を提供している。入居の条件として、医師がMini-Mental State Examination：MMSEテスト（最高30ポイント）や病院で特別な検査をして、認知症の診断をして入居となる。

看護師が1人常駐しており、医師が3か月に1回往診するので、緊急時には連絡を取ることができる。美容師、糖尿病専門の看護師、理学療法士、足病変を専門に治療する足療法士、歯科医が必要なときに訪問してケアにあたる。

このグループホームはスウェーデン王国のシルビアヘム女王の母親が認知症になり亡くなったため設立された施設であり、そこで認知症に関する特別な教育プログラムを提供している。その教育を受けた人をシルビアシス

表3 認知症ケアで最も気をつけていること

- ①QOLを保持した生活を送る
- ②自分でできることはしてもらう
- ③その人の生活史を知る
- ④家庭的な雰囲気を作る

表4 終末期ケア実施の条件

- ①医師と家族とが話し合い、最期をどうするかの方角性を決める（蘇生が必要になった場合は、病院へ入院する）
- ②死期が近づいている方は、まず痛みを感じさせないということ
- ③死が近いということで、職員はナーバスにならないようにすること
- ④家族に、後悔をさせないこと
- ⑤最期は、1人にしないこと
- ⑥看護師（管理者）が家族にコンタクトをとること
- ⑦意思決定に関するガイドラインにしたがって説明すること

ターという。14日間の基礎コースがあり、その後は4.5日間の実践コースがあるが、船上で宿泊しながら、カンファレンスを行うなどユニークなプログラムで構成されている。その費用は、1人おおよそ、16,000クローネ（日本円で約195,619円）であり、経営者が支払うが、研修への参加はすべて勤務内の公務として扱われるため自己負担は発生しない。

(2) ローザアンダシュ・コードグループホーム



写真2 グループホームの玄関

ハーニンゲ市営のグループホームは約300か所ある。そのうち、半数（約150か所）は認知症の人の居住場所になっている。コミュニケーションの中のグループホームが不足する場合は、プライベートなグループホームをコミュニケーションが買い取り使用する。ハーニンゲ市では、ニーズ判定員というグループホームの入居を審査する専門家が10人所属しており、地域ごとに担当している。入居後に認知症が重度化しても、リロケーションダメージの予防のため、居住地は移動しない方針である。

ローザアンダシュ・コードグループホームには、27人の認知症の人が生活している。ここに入居した人はこのグループホームが、最期の生活の場となり、このグループホームで亡くなることになる。しかし、その人の必要性に応じて、介護だけではケアできない重度の病気がある場合で親戚や家族が希望する場合は病院に入院することもある<sup>10)</sup>。このグループホームで亡くなったとき、看護師は遺族（家族や親戚）と連絡を取っている。また、ローザアンダシュ・コードグループホームの看護師の勤務体制は、看護師1人が常駐していて、月から金の8時から17時勤務している。夜間と休日（土日）は、24時間電話連絡が可能である。

### 3. グループホームにおける看護師の役割

グループホームには、看護師はかならず1人は常勤で配置されている。また、24時間いつでも連絡が可能なシステムとなっており、医師の包括指示を受けているがそれでも対応が困難な場合には、医師に連絡を取り指示を得るといったシステムのもとで看護師は勤務している。

#### 1) 疼痛緩和

終末期においては積極的に疼痛緩和に携わり、医師や薬剤師から指示をうけ、処方してもらった後は、看護師の裁量で鎮痛剤や麻薬を与えることも可能である。その際に、疼痛アセスメントとして、どのような痛みなのか、薬剤の効果や副作用がないかなどの包括的に判断できるよう医師や薬剤師と24時間相談することが可能であり、麻薬（モルヒネ）を含めた鎮痛剤の使用許可を得ている。

#### 2) 家族へのケア

入居時と状態が変化したとき、死が近くなったときは家族に連絡をとり状況説明をしていた。また、亡くなったあとも家族が精神的に神経質になり問題があるときは継続してケアするが、専門家の対応が必要であると判断した場合は医師の受診を勧めるという連携ケアを行っていた。例えば、入居者が癌で亡くなった場合は、家族は自分の家で治療やケアできなかったが、本当は自分の家でもっとケアできたのではないかと後悔の感情がある家族が多いので、看護師は十分にケアしたことを認め、家族の悲嘆を受け止めるケアを行っていた。

家族のためのケア内容としては、(1)入居時に、最期はどうなっていくかという看取りまでの状況についてインフォームドコンセントを行う。(2)何か病状に変化があれば、電話で情報提供や経過報告をしておく。(3)亡くなった後に、電話で対応するが、自分たちで対応が困難な時は、医師やカウンセラーなどの専門家の受診を勧めるということを行っていた。

#### 3) ケアスタッフの教育

看護師が、看護技術の根拠や目的について情報提供し、コンタクトパーソンというケアスタッフ（介護職）の教育・指導をしている。また、褥そうの処置、薬の管理などの准看護師に対する技術教育を行っていた。准看護師が看護師から教育を受けて実施できるものとして、インスリン注射、内服薬の配分、パウチ交換などがあるが、

原則的に准看護師は臨地において教育を受けなければ医療行為を行うことができない。

#### 4) 日常生活のアセスメント

食事のエネルギー量が足りているか、便は出ているか、睡眠はとれているかのアセスメントを行い、必要時は排便コントロールとして、薬や浣腸を使用しないで、ラップス®という菜の花のオイルを使用し便秘を改善するという方法を准看護師やケアスタッフへ助言していた。

#### 5) 医師との連絡調整

医師は1週間に1回グループホームに来て、薬を調整するが、看護師はその薬が入居者に必要か適しているかをアセスメントし、医師に報告相談する役割を担っていた。日中、月から金曜の間に亡くなったら、医師が診察し死亡診断書を書くが、夜間や休日は別の医師が死亡確認を行い、翌朝に医師が死亡証明書を書くことができるので、他の医師に入居者の情報提供をしていた。

#### 6) 職員のグリーフケア

職員は死ぬことは恐れてないし、死は怖くはないと思っている。それは、終末期ケアに関する教育があり終末期ケアガイドラインがあるので、死を人間が当然とおるべき姿だと捉えており、悲嘆をあまり感じていないということである。皆、人は必ずいつか死ぬと受け止めていて仕事の一部だということと、人間は誰でも死ぬということを職員はわかっているのだから、死を悲しいとは捉えていない。そのような状況においても、グリーフケアとしては、看護師を中心に職員間で小グループを作り、話をすることでピアカウンセリングを行い、精神的な支えとしていた。

以上、6点が終末期ケアにおける看護師の役割として明らかになった。

## 4. 訪問医療システム「Avancerad Sjukvard I Hemmet : ASIH」

### 1) 訪問看護師との連携プロジェクト

ストックホルムの訪問医療「ASIH」では、3つのプロジェクトがモデルケースとして実施されている。1つは、「スイートプロジェクト」とよばれる医療と介護の連携モデルである。このプロジェクトの目的は、高齢者にとって医療と介護の連携によりよいケア提供ができることである。110人の利用者でスタートしており、日中は

コミュニティが介護を提供し、夜間は訪問医療「ASIH」が訪問対応しているもので、ラストイングとコミュニティが共同して1人の高齢者を支えるモデルプロジェクトである。スウェーデン王国でのプロジェクトのメリットは、良い内容であればスピーディーに浸透しやすい点である<sup>11)12)</sup>。

対象は、(1)65歳以上であること、(2)3つ以上の疾病を持っていること、(3)コミュニティの住人であることであり、連絡先の電話番号は1本化されており、電話連絡をすれば、希望（医師、看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士）の職種につながるようになっている。

## 2) 「ASIH」の3つのチーム

「ASIH」の訪問看護に登録されると、退院後48時間以内に看護師は対応をしないとイケないというシステムになっている。これらのチーム間の看護師どうしが連絡を取り合い情報交換している。また、医師は同一であり決



図2 「ASIH」の3つの訪問医療チーム

まった医師が高齢者の対応をする体制である。

### (1) がんチーム (cancerprofilerade team)

高齢のがん患者を対象としているチームである。45人の患者を専門の職業（医師、看護師、理学療法士、栄養学、作業療法士などの職種）が入ったチームである。ほとんどの医療行為は可能であり、輸血やカウンセリングまでも担っている。

### (2) メディカルチーム (medicinskt team)

がん以外の人たちをケアするチームであり、年齢に制限ない。肺の病気、心臓の病気、いろいろな病気を持つ人たちをケアしている。

コンピューターで登録されたフディングに住んでいる人、あるいはストックホルムに住んでいる人を受け持つことになると、がんチームは医療を提供し、ケアは他のメディカルチームやバザールチームが担当するという、

最初の話し合いが行われ、連携が開始される。地域医療と医師の訪問しないところを訪問看護が訪問し、ラストイングとコミュニティで連携している。

### (3) バザールチーム (Basalt hemsjukvårdsteam)

夜間だけ地域の人たちのケアする訪問看護チームである。医師の診断書が必要であり、訪問看護で医療行為をしても料金は無料である。ホームヘルパー代金はコミュニティ側によって有料になっており、その人の収入に応じた料金表で算出されている。これらのチームは、毎朝のミーティングと、週1回の計画のミーティングで、情報交換を行っている。ミーティングは看護師が中心となり行われる。ITシステムがあり電子カルテで情報の共有や実施した処置やケアの記録ができるようになっている。

## IV. 考 察

### 1. 終末期ケアにおける看護師の役割

スウェーデン王国の看護師は、その人や家族が希望するケア提供を行うために、家族にいま起きている症状や状況、予後についての情報提供や家族がどこでどのように最期を迎えさせたいのか希望の把握を行っていた。

「生活の延長線上に死がある」と考えており、日々の生活が継続できるように、食事介助や入浴介助などの日常生活の援助を継続していた。また、医療については疼痛緩和のための薬剤投与やその反応に対する対応を行っており、アセスメント能力や臨死期の経過の予測と判断能力が看護師の役割として求められており、看護師の役割が明確化されている点は学ぶべき点である<sup>13)</sup>。

先行研究においては、日本のグループホームでは、訪問看護ステーションの看護師や医療連携として契約している。しかし、看護師は勤務しているが、スウェーデン王国のように常駐が義務づけられていないため1週間のうち数時間の勤務であり、夜間や休日に対応が不可能だという制約があることが報告されている<sup>14)</sup>。また、グループホームと契約している看護師は認知症ケアに対する理解が不十分であり、終末期ケア時においてうまく情報伝達が機能していないことが指摘されている<sup>15)</sup>。そのため、介護職は不安や後悔、死に対する恐怖、自分勤務時には看取りの場面に居たくないといった終末期ケアに対する消極的姿勢を取っていたことが報告されている<sup>16)</sup>。



スウェーデン王国では認知症高齢者の約半数が自宅以外の特別住宅で生活をしており、医療ニーズが少ないグループホームで自然な形で死を迎えているというコンセンサスが得られているため、蘇生を希望する場合を除いて看護師はグループホームで自然な死に寄り添うケアを行うことができるのだと考える<sup>13)</sup>。

その背景として、スウェーデン王国においては、医療や介護との連携システムといった法的整備が整えられているため、看護師は安心して職務を遂行することができる。わが国においても医療や介護との連携システム構築が求められているといえる。

## 2. 終末期ケアの連携システム

ストックホルムでは、訪問医療は終末期ケアの中心となっている。また、認知症高齢者の終末期においても特別に何かをするわけではないが、職員は看取りの教育を受けており、各職種がそれぞれの役割を確実に遂行するので不安や困難はみられない。「ASIH」の連携チームや連携システムは、それぞれの職種がよりよいケア提供を目指し連携することに徹することができるシステムだといえる<sup>13)</sup>。

以上より、次の5点が終末期ケアの連携システムとして学ぶべき点である。

- 1) ラスティングとコミュニケーションの役割分担が明確である
- 2) 夜間の医療連携が独立した組織として存在していて、24時間利用が可能である
- 3) チーム医療が連携を図りながらひとりの高齢者を支えている
- 4) 連絡ルートが一本化した組織体制である
- 5) 電子化（IT化）された情報共有できる体制である

## 3. 日本における認知症高齢者の終末期ケアの課題

### 1) 各職種の役割が不明確である

わが国には、グループホームで終末期ケアを実施する場合に看護職と介護職の役割が明確になっていない。介護職は認知症ケアについて理解しているが、終末期ケアの経験は少ないため、これでよかったのかという後悔や自分の勤務時に亡くなったらどうしようという不安を抱いている。また、看護職の配置を義務づけられてないため、医療連携加算や看取り介護加算を申請しているグループホームであっても、看護師は1週間に数日の勤務や、日勤帯だけの勤務であり夜間は不在であるという現状から、介護職と相談や情報交換ができにくいという課題がある。

### 2) 多職種間の連携システムが未構築である

わが国では終末期ケアを開始すると決定してから看取りが終了するまで、終末期でないときの業務と同様の訪問看護システムであり、医療依存度が高くなると経営上の負担が大きいこと、看護師は何をしてよいのか判断に迷い、最終は病院もしくは療養病床などの高齢者施設に入院や入所をしている現状である。それでは、なじみの関係のなかで慣れた職員や入居者に見守られながら見送ることは不可能である。

しかし、スウェーデン王国では看護師の情報提供や終末期ケアに関する指導教育により、介護職は知識や技術のスキルアップを図ることができ、また看護と介護は共に協働するというコンセンサスのもとにケア提供しているため、終末期ケア時の困難や不安の訴えは少ない状況であると考えられる。

今後、グループホームにおいて終末期ケアを可能にするためには医師や訪問看護師を含めた連携システムを構築する必要がある。

## V. 結 論

わが国のグループホームの終末期ケアにおいて、認知症高齢者がなじみの関係のなかで終末期ケアを迎えるためには、終末期ケアの連携に関する各職種の役割を明確にし、それぞれの役割遂行を確実に行うことの必要性が示唆された。また、そのためにはグループホームの職員と訪問看護師が情報の共有をするための連携システムを開発する必要があると考える。

## 文 献

- 1) 伊澤知法：スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—。海外社会保障研究156：32-44, 2006.
- 2) 渡辺博明：スウェーデン社会保障研究の動向。大原社会問題研究所雑誌, 518：1-14, 2002.
- 3) 藤原瑠美：ニルスの国の高齢者ケア—エーデル改革から15年後のスウェーデン：pp. 181-190, ドメス出版, 2009.
- 4) <http://fukushi-sweden.net/welfare/tokei/2009/svfolk0902.html>
- 5) プリット, ルイーズ. アプセハムソン, ハンソン友子訳. 天野マキ監修：スウェーデンの認知症高齢者

- と介護：pp. 86-89, ノルディック出版, 2006.
- 6) 高橋重郷：スウェーデンの認知症ケア動向Ⅰ スウェーデンの認知症患者. 株式会社ニッセイ基礎研究所：1-7, 2009.
  - 7) 奥村芳孝：スウェーデンの高齢者住宅とケア政策. 海外社会保障研究164：26-38, 2008.
  - 8) 植村和正, 井口昭久：欧州における高齢者終末期ケア. *Geriatric Medicine*. 144(11)：1493-1499, 2006.
  - 9) 西下彰俊：スウェーデンの高齢者ケア—その光と影を追って：pp. 140-143, 新評論, 2007.
  - 10) バルプロ ベック=フリス (著), ハンソン友子 (著), 小笠原祐次 (編集)：今なぜ痴呆症にグループホームか—スウェーデンからのメッセージ：pp. 86-89, 筒井書房, 2002.
  - 11) 高橋重郷：スウェーデンの認知症ケア動向Ⅱ 高齢者ケアの概略. 株式会社ニッセイ基礎研究所：1-8, 2009.
  - 12) 高橋重郷：スウェーデンの認知症ケア動向Ⅴ 認知症ケア政策. 株式会社ニッセイ基礎研究所：1-20, 2009.
  - 13) 山梨恵子：わが国における認知症ケアの実情と課題—「認知症緩和ケア」に焦点に—. ニッセイ基礎研究所報. 48：90-92, 2007.
  - 14) 日本グループホーム協会：認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書：21-30, 2007.
  - 15) N. Hiraki, Y. Momose：Medical Cooperation for Dementia End-of-Life Care in Japanese Group Homes. 25th International Conference of Alzheimer Disease International ADI 2010：125, 2010.
  - 16) 平木尚美, 大町弥生：認知症高齢者グループホームにおける職員の思い. 日本看護福祉学会誌. 13(2)：119-131, 2008.