

## スウェーデンの高齢者福祉の現状と課題：視察内容を中心に

著者	濱? 絵梨
雑誌名	ノートルダム清心女子大学紀要. 人間生活学・児童学・食品栄養学編
巻号	39
ページ	1
発行年	79-88
URL	2015
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1560/00000057/">http://id.nii.ac.jp/1560/00000057/</a>

# スウェーデンの高齢者福祉の現状と課題 —視察内容を中心に—

濱崎 絵梨\*

Current Status and Issues of the Social Welfare for Older Adults in Sweden  
—Focus on Inspection Contents—

Eri HAMASAKI

I had an opportunity to inspect the social welfare for older adults in Sweden. Sweden is known for being a welfare superpower, but in recent years, due to a succession of situations that compressed the related budgets, the decrease in the quality of care is sometimes discussed critically. This report focuses on what I have observed, regarding the current status and issues of social welfare for older adults in Sweden. I was able to learn a great deal from those who were engaged in the work of social welfare for older adults. Without yielding to the harsh conditions, they maintained great pride in their work and awareness of the issues involved.

Key words : Sweden, social welfare for older adults, dementia care, end-of-life care

## 1. はじめに

この度、スウェーデン高齢者福祉視察の機会を得ることができた。福祉大国として知られるスウェーデンだが、近年では、関係予算が圧縮される事態が続いている。その結果、高齢者福祉分野におけるケアの質の低下について批判的に論じられることもある。そこで、視察の目的を、実際のケア現場を訪れることで、スウェーデンの高齢者福祉の現状と課題を把握すること及び、自身の研究課題である高齢者の終末期ケアについて可能な限り学ぶこととした。視察期間は、2014年8月21日から27日であ

る。視察場所は、ストックホルム、オレブロ、リンデスベリイである。視察は、原昭治スウェーデン福祉コーディネーターの案内・通訳で実施し、同行者は、医療福祉関係者6名である。スウェーデンの高齢者福祉サービスの概要をまとめたうえで、視察内容を述べる。

## 2. スウェーデンの高齢者福祉サービスの概要

視察で得た情報と西下<sup>1)</sup>奥村<sup>2)</sup>を参考に、スウェーデンの高齢者福祉サービスの概要を述べる。スウェーデンでは、1992年のエーデル改革以降、各コミューン(日本における市；以下、市という)が、全て

キーワード：スウェーデン、高齢者福祉、認知症ケア、終末期ケア

※ 本学人間生活学部人間生活学科

の高齢者福祉サービス及び初期医療の実施主体となっている。高齢者へのサービス提供は、各市の「援助判定員」による判定を経て開始される。援助判定員には、訪問調査（必要に応じて看護師や作業療法士などが同行）によるアセスメントによってニーズを把握し、一人ひとりの高齢者に必要なサービスを決定するという大きな権限が与えられている。担当エリアに応じて年間予算が与えられ、その範囲内で、エリア内の高齢者のニーズ判定及びサービス決定を行う。日本のようにコンピュータによる機械的な要介護判定ではなく、援助判定員の裁量が大きいため、柔軟性のある個別対応が可能であるが、反面、市の福祉予算の影響を受けやすい<sup>3)</sup>。

サービス内容は各市によって異なる。在宅サービスには、ホームヘルプサービス、ショートステイサービス、デイケアサービス、在宅看護サービス、移送サービス、補助器具の支給、住宅改修などがある。補助器具は、無料あるいは低額の利用料で借りることができる。歩行器が普及しており、実際に使用している高齢者や障害者を多く見かけた。住宅改修は、市が必要性を認めれば無料である。

最も一般的なサービスは、ホームヘルプサービスである。社会サービス法には、ホームヘルプサービスに何を含まかの定義はされていない。常に、高齢者の必要性に基づいてサービス内容が決定される<sup>4)</sup>。例えば、一日に何度もスポットでホームヘルパーが巡回するサービスや、ナイトパトロールも実施されているが、日本の「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」のように制度として存在するのではない。あくまで、個別の援助判定の結果としてのサービスのパッケージングである<sup>5)</sup>。

施設サービスは、「介護の付いた特別住宅」と呼ばれる。エーデル改革以前は、そ

れぞれの特性から、サービスハウス、老人ホーム、ナーシングホーム、グループホームに分けられていたが、エーデル改革で各市が高齢者福祉サービスの実施主体となったことを機に一括りとされた。実態としても、全ての施設で入居者の重度化と認知症高齢者の増加がみられ、積極的に区分する必要性がなくなっていた。「特別住宅」への入居を希望すると、援助判定員による訪問調査が行われ、必要と認められた場合に入居が決定する。

介護サービスの料金体系は各市が独自に設定し、利用者負担の地域格差を軽減するための制度もある。その他、社会的入院をなくすために設けられた超過金支払い制度として、「社会的入院費支払い責任制度」がある。病院での治療が終了した後、1週間程度を過ぎても入院を継続する場合は、高齢者の住む市がその入院費用を負担しなければならないというものである。

### 3. 視察内容

#### (1) 市立認知症老人保健施設（オレブロ）

ビキッタ施設長、ミカエラ准看護師、アネット作業療法士に話を聞いた。市が運営する施設で、グループホーム4ユニット、ショートステイ2ユニット、デイケアを実施している。全室個室で、1ユニット8名、合計48名の認知症高齢者が生活している。

表1 施設のサービス内容

4階	ユニット⑥ ショートステイ	ユニット⑤ ショートステイ (交代介護)
3階	ユニット③ BPSD	ユニット④ FTD
2階	ユニット② BPSD	ユニット① 若年性認知症
1階	事務所や研修室	デイケア



写真1 施設の外観

### グループホーム

表1のユニット①の対象者は若年性認知症である。現在では70歳までの入居者を若年性ユニットで対応している。スウェーデンでは、アルコール依存症が原因で認知症の症状が出るケースも多いため、認知症なのかアルコール依存症の症状なのか判断するために、6か月から1年程度は症状の観察を行う。観察した結果アルコール依存症であった場合は、症状が回復して自宅に戻るケースもある。ユニット②③の対象者はBPSDである。BPSDいわゆる周辺症状をしっかり観察しケアする。ユニット④の対象者はFTD(前頭側頭型認知症)である。FTDは、記憶障害などの典型的な症状はあまりなく、その代わり、人格的変化や行動障害があり、日本でも対応が難しいとされている。現在、最も若い入居者は59歳である。より専門的なケアが必要であり、他のユニットで経験を積んだスタッフチームによるケアが行われている。

### ショートステイサービス

ユニット⑤は、2週間(1週間の場合もある)ごと定期的に自宅と施設を行き来する、交代介護である。交代介護の第一の目的は、環境変化への適応が難しい認知症高齢者に少しずつ施設利用に慣れてもらうことであり、第二の目的は、レスパイトケアである。そのために、2週間程度の利用が

適当だろうとされている。もちろん、高齢者や家族の状況に応じた、数日間のみの利用も可能である。

ユニット⑥は、病院での治療終了後、自宅に戻ることができない認知症高齢者が対象で、中間施設としての機能を果たすショートステイサービスである。スウェーデンでは、「社会的入院費支払い責任制度」によって、要介護高齢者の入院治療が終わると、必ず病院から市に連絡が入る。そして、担当の援助判定員が病院や本人へアセスメント調査を実施し、必要な在宅サービスを決定して自宅に戻る。しかし、中にはすぐに自宅に戻ることが困難な高齢者も存在する。そのような高齢者が短期間生活するためのショートステイサービスである。最低6か月間は認知症の症状の観察を行う。実際には、ここに来る高齢者の多くは、自宅に帰ることが難しい。様子観察後は、それぞれの認知症タイプのグループホームに入居する。ユニット⑥のようなショートステイサービスは、この施設では8人までしか受け入れることができないが、オレプロ全体の施設では100人程度の受け入れが可能である。

### デイケアサービス

デイケアサービスは、月曜日から金曜日まで実施しており、高齢者の状況によって利用回数が異なる。リハビリやレクリエーションを実施すると共に、ここでも認知症の症状を観察する。在宅での生活が困難になってきたら、それぞれのタイプのグループホームへの入居を本人及び家族と共に検討する。

この施設では、認知症をタイプごとに分けてケアしている。また、ショートステイサービスとデイケアサービスでは認知症の症状を観察し、適切なケアが受けられるよう他の施設とも連携している。これは、一施設完結型ですべてのタイプの認知症を混

合でケアする日本と大きく異なる点である。

## 職 員

この施設で働くためには、最低限、准看護師の資格が必要である。准看護師は、日本の介護福祉士に近い資格で、軟膏塗布や包帯交換などは行うが、原則的に医療行為は行わず、日常的な生活ケアにあたる。看護師は大学卒のリーダー的な資格で、ユニット内の職員関係や家族との調整などのマネジメントや人事も担当する。さらに、特別住宅の看護師には、日常的な薬の処方などの権限も与えられている。この施設のように、質の高い高齢者福祉現場は、看護師や准看護師を雇い、無資格の介護士は雇わない。しかし、看護師や准看護師の多くは病院での仕事を希望しており、特別住宅で働く看護師や准看護師は少なく、難しい現状があるのも事実である。特に、ストックホルム周辺の都市部では、有資格者の獲得が困難である。

ビキッタ施設長は、認知症ケアは特に質の高い人間性と専門性が必要であると言う。そのため、施設では職員教育に力が入られている。病気や認知症の症状、介護方法などの知識や技術はもちろん、人が老いるとはどういうことか考察するなど、人間としての総合的な能力を養う研修を継続して実施している。



写真2 施設の一室



写真3 すべての手作りの料理、ビールも

## (2) 市立認知症専用施設 (リンデスベリイ)

オーサー施設長とプリンタ准看護師に話を聞いた。市が運営する施設で、グループホーム4ユニット、ショートステイ1ユニット、デイケアを実施している。全室個室で、合計42名の中度から重度の認知症高齢者が生活している。



写真4 施設の外観

この施設は、賃貸マンションの形式で、家賃・食費・介護費を支払う。居室の大きさによって家賃が多少異なる。スウェーデンの特別住宅の居室面積は、30㎡程度が平均的な広さである。家賃が高額で支払えない入居者は、申請すれば不足分を住宅手当として受け取ることができる。食費や介護費が不足する場合は市が負担する。多くの入居者は、年金額が少額で料金を支払えないが、すべての人にこのような施設で生活

する権利があり、不足分は税金で賄われる。市によってシステムは多少異なるが、必要と判断された場合は、すべての人が施設に入居できる。日本のように経済的な理由から排除されることは決してない。したがって、入居待ちという概念もほとんど存在しない。もっとも、施設に入居するためには、援助判定員によって施設入居が必要であると決定されなければならない。ストックホルム周辺の都市部では、近年、市の福祉予算の削減によって施設数が減少し、入居を希望しても援助判定員の決定がなかなか受けられないという批判もある。

### 徘徊するための広い庭

施設には、徘徊する高齢者が自由に行き来できる、少し高めの垣根で囲われた広い庭がある。日中、しっかりと徘徊することで、自然の中で自然の疲れを感じ、夜間なるべく薬に頼ることなく睡眠することができる。このような環境は、スウェーデンの多くの施設に整備されている。施設の敷地面積が狭い日本には、うらやましい環境である。入居の際、家族からは、徘徊があるため徘徊しないよう注意してほしいと言われることも多い。しかし、生活リズムの整った健康的な生活をするためには、徘徊してもらった方がいいと話をすると、多くの家族はケアに賛同してくれるという。



写真5 徘徊高齢者のための広い庭

### 職員

職員は、入居者42名に対して52名である。パートタイムも多いが、常勤換算すると入居者：職員＝1:0.68になるという。昔は認知症介護では、入居者：職員＝1:1が基本だったが、近年では厳しくなっている。それでも、日本には到底かなわない比率である。パートタイム労働者の処遇がフルタイム労働者とそれほど大きく変わらないスウェーデンでは、パートタイム労働者も多い。

### (3) 高齢者専用（シニア）住居（オレブロ）

高齢者専用住居は、近年増加している高齢者の住居タイプで、いわゆる高齢者専用マンションである。夫婦のいずれかが55歳以上であれば入居可能である。したがって、高齢者専用住居から仕事に行く人もいる。居住権を購入するタイプが一般的である。

今回訪れたのは、オレブロ郊外にある高齢者専用住居である。入居者の夫婦に話を聞いた。マンションの戸数は48戸で、権利金が2,000万円程度、毎月の家賃が9万円程度である。敷地内は完全バリアフリーで、中庭はまるで植物園のようだった。中庭には、家族を呼んで食事ができるダイニングスペース、ティータイムを楽しむスペース、ペタングなどのアクティビティができるスペースなどがあった。共有スペースには、35人分の食器が完備されており、居住者は無料で借りてパーティーなどをすることができる。また、入居者が講師の絵画教室や編み物教室なども実施されている。介護が必要になった場合は、市からホームヘルプサービスなどを受ける。訪れた施設にはなかったが、入居者以外も利用できるレストランがある高齢者専用住居も多く、適度に社会とのつながりを持ちながら生活することができる。今後も需要が高まっていくと考えられており、各地で建設が進められている。



写真6 植物園のような中庭

### 高齢者専用住居の増加の背景

このような高齢者専用住居が増加する背景の一つに、在宅介護のあり方への批判と反省がある。今日のスウェーデンでは日本同様に、高齢者ができるだけ長く自宅で生活を続けることを高齢者介護の指針としている。事実、住宅改修も進み、ほとんどの高齢者が自宅で生活している。もちろん、高齢者も希望するところであり、重要な指針であろう<sup>6)</sup>。

しかし、実際には経費削減という経済的な側面が大きい。福祉予算の削減による脱施設化と家族介護の重視によって、次のような状況が増加している。寝たきりや重度の認知症になってからの施設入居と、家族の介護負担の増加である。介護が必要になり、主に配偶者の介護とホームヘルプサービスなどを利用しながら、寝たきりや重度の認知症になるまで自宅で生活し、高齢者も家族もギリギリの状態、自宅での生活が困難になったら施設に入居するというものである。また、親の介護を理由に労働時間を減らしたり、仕事を辞めなければならない女性も増えている。

このような状況に対して、「施設から在宅へ、なるべく自宅で」というスローガンは、現実的には困難であり、何より、介護が必要な高齢者のQOLを高めるどころか、逆に低下させていると、介護現場から多く

の批判が出ている。在宅介護は、結果的に高齢者を自宅に閉じこもらせ、社会と触れ合う機会を奪っているという。専門家からも、「すべての高齢者が最後まで住み慣れた住居に住み続けたいと思っているのは神話である」、「一般住居における介護が特別な住居における介護に比べて生活の質が高まるという科学的根拠はない」と問題点が指摘されている<sup>7)</sup>。

労働力人口の減少という点でも経済社会に与える影響は大きい。スウェーデンは、教育・福祉サービスを充実させることで、女性の積極的な雇用を生み出し、財政を支えてきた側面がある<sup>8)</sup>。

このような背景から、近年では、介護が必要になってから施設に入居するのではなく、もっと早い時期から、適度に社会とのつながりを持ち、最期までサービスを利用しながら生活できる専用住居に住み替えることが考えられている。

### (4) ナーシングホーム（ストックホルム）

ヘレーナ副施設長（看護師）に話を聞いた。施設は6階建て全室個室で、ユニットケアのナーシングホーム53床及びショートステイ4床である。



写真7 施設の玄関ホール

### 入札による民間委託化

これまでの施設は市営であったが、この

施設は、入札制度で決定された民間企業が運営している。スウェーデンでは、1990年代以降、社会サービス提供機関の民間委託化が進められている。掲げられているのは「選択の自由革命」であるが、実際はマンネリ化の解消と負担軽減が主な目的であるとされている。特に、ストックホルム周辺の都市部で民間委託の割合が高くなっている。スウェーデン全体では、2011年現在で約2割の特別住宅が民間委託化されている<sup>9)</sup>。

この施設の入札は4年ごと（2年間から6年間が一般的）で、運営費用やケアの質など細かな条件をクリアすることができなければ、次回の入札で外されてしまう。ケアの質が維持され適切な運営ができていないかチェックするために、市の担当者が年に4回監査に訪れる。抜き打ちのこともあり、かなり厳しく指摘される。これは、組織ぐるみの虐待が問題となったカレマスキャンダル（2011年）など、民間企業の運営する施設での虐待や身体拘束など不適切な行為が発覚し後を絶たないためである。つまり、委託費用から利益を得るために、人件費を削減したり、ケアの質を低下させたりするのである。また、市の担当者はケアの専門家ではないため、結果的に費用の多寡のみで入札の判断がなされることも多い。このように、民間委託化は必ずしも成功しているとは言えず、市営に戻す流れも一部にある。

### 職員と職員教育

職員総数は60名で、平均年齢は50歳程度、職員の男女比は圧倒的に女性が多い。職員募集において、質の高い職員を獲得するのは至難の業のようだ。特に都市部において顕著で、今ではステータス的に高齢者施設で働きたいというスウェーデン人はほとんどいないという。特に有資格者の看護師や准看護師は病院を選択する。この施設でも、病院より給料を高くするなど人材確

保の努力をしているが、応募は無資格の移民労働者ばかりである。したがって、ヘレーナ副施設長が中心となり、とにかく現場で実技と働く姿勢について教育する。外部には介護士向けの様々な講座があり、受講している職員もいるが、講座が本当に働くために効果があるかどうかは現時点では評価できない。方向性の違う教育をプラスしても何の役にも立たないと言われていた。また、高齢者と接するためには英語ではなくスウェーデン語でのコミュニケーションが必要である。施設ではもちろん、働きながら学校に行き言葉を学ぶ。スウェーデンでは、どのような理由で移住しても、希望するすべての外国人に無料でスウェーデン語教育が実施されている。様々な国籍の職員をいかにまとめることができるかが重要である。そのため、この施設では、ヘレーナ副施設長とそれぞれのユニットリーダーが連携して、職員が長く働くことのできる職場の雰囲気作りを大切に、職員の協力体制を構築している。

### (5) スウェーデン認知症協会(ストックホルム)

ステイーナ・クラール会長に話を聞いた。認知症協会は、全国に130の支部があり、各支部が地域の認知症の人のために活動している。スウェーデンでは、認知症は病気ではなく脳の障害として理解されており、たくさんある障害者協会の一つである。障害者協会には国からの資金援助もあるが、沢山の個人寄付で運営されている。社会的成功は社会のおかげであり、社会に還元するのは当たり前であるという思想が根付いている。

協会には大きく二つの役割がある。一つは、認知症の人をできるだけ助けること、もう一つは、そのための運営資金を集めることである。障害者協会が当事者とともに、多くの権利を獲得してきた。



認知症の知識を社会に広めて、障害に対する理解を深めてもらうために、近年力を入れているのは、若年性認知症の問題である。若年性認知症の場合、本人のみならず子供の養育面でも問題を抱える。若年性認知症の現状と支援の必要性を社会に発信している。また、子どものころから認知症について認識を持ってもらうことを目的に、子どものための認知症の本を出版している。

社会へのインフォメーションと同時に、役所や政治家への働きかけも重要な役割である。例えば、介護家族への支援を奨励から義務へと社会サービス法を改正するよう働きかけたり（2009年に改正）、認知症介護は大変であるため、鍵をかけて閉じ込めてもよいと法律を改悪しようとする動きに対して働きかけ、現状のままに留めたりしてきた。

一方で、近年では、認知症対策に力を入れてほしいと訴えてもあまり聞き入れてもらえない。政治家のマニフェストにも高齢者福祉はほとんど出てこないと嘆いていた。政治家は、認知症を自宅で介護してもらった方が安上がりだと考えており、なるべく自宅で生活というスローガンの下、サービスを積極的に増やすことはしないという。その結果、多くの家族が、認知症の介護のために仕事を辞めている。また、認知症の行方不明の問題もある。高齢者福祉、特に認知症については、考えなければならぬ問題が山積しているにもかかわらず後退してしまっている。このような現状に対して働きかけを続けていると言われていた。

スウェーデンでも20年前は、認知症は恥ずべきものであり隠されていた。しかし、協会や現場の職員、当事者などが積極的に社会に出ていき、テレビ宣伝や大きなキャンペーンをするなど、認知症の啓発活動を

根気強く続けてきた。その結果、今日では恥ずかしいと考える人はいないという。啓発活動の効果もあり、認知症を疑い自ら老人科を受診する人が増えている。

#### 認知症当事者のグループワーク

認知症の診断を受けたら、各支部の認知症協会を訪れる。協会では、認知症専門の作業療法士によるグループワークを実施している。グループワークは、1週間に1回2時間程度実施される。5人程度で10回～15回、認知症の症状や支援内容について、認知症の当事者が書いた絵や本を活用しながら、出来なくなることや不便さも含めて勉強する。当事者の本には、認知症と診断された時のショック、心が動転した時のこと、薬や補助具のこと、認知症になっても助けてもらいながら生活できること、などが書かれてある。

小さなグループでの活動に慣れたら、少し大きなグループ活動に参加する。グループワークを通じて、認知症の人自身が、認知症の症状や活用できる支援の知識を得るとともに、大切な分かち合いの場所になっている。認知症の診断を受けた時は、皆ショックで悲しく落ち込む。しかし、協会に来てグループワークに参加することで笑顔が見えるようになる。このような活動を通じて、少しずつ「認知症になっても大丈夫だよ」という社会にしていきたいと言われていた。また、グループワークを通じて、認知症の人に必要の制度や補助具を当事者の立場から考え、政治家に働きかけている。

#### 4. 終末期ケア（スウェーデンでは一般的にパリアティブケアと呼ぶ）

3つの特別住宅における終末期ケアの現状について、若干ながら話を聞くことができた。どの施設でも、特別なものではなく日常ケアの延長上としてのパリアティブケ

アを大切にしていた。施設に入居している高齢者のほとんどが、施設で亡くなることを希望し、施設で亡くなる。スウェーデンは自己決定の理念が徹底しており、自分の人生をどうするかは自分で決める。延命治療についても、本人の希望が最優先される。本人が希望すれば延命治療や点滴などはせず、しないケースがほとんどである。むしろ、施設で対応に困るのは、早く逝きたいと希望する高齢者への対応であり、これは難しい問題であると言われていた。

看護師や准看護師の教育では、パリアティブケアに力が入れている。人は必ずいつか死を迎えるということを受け止め、そのためのケアも仕事の大切な一部であると考えている。むしろ、「施設ケアにおいてこそ、パリアティブケアを大切にしたい」と言われていた。スウェーデンには、「死ぬときに決して一人にさせない」という通念のようなものがあるという。どの施設でも、最期の時期が近づくと、交替で誰か一人は必ず付き添う。場合によっては家族にも協力してもらおう。協力的な家族もいれば、そうではない家族も当然いる。家族とのやり取りやマネジメントは、施設長やチーフ看護師が責任を持って行う。付き添いの期間は人によって異なるが、概ね1週間程度である。特別なケアをするのではなく、一人ではない側にいるということを示すために、手を握ったり、口を湿らせたり、痛みを訴えたら緩和の注射をしたり、できるだけ楽に亡くなってもらえるようケアする。疼痛緩和は積極的に実施され、医師の指示によって看護師が鎮痛剤や麻薬を与薬する。

パリアティブケアの宣告は、担当医師である老人科医師<sup>10)</sup>によってなされる。死に向けた準備をするためには、時期の判断のタイミングがポイントであり、この判断が老人科医師のとても重要な役割である。

月から金曜日の日中に入居者が亡くなった場合は、担当医師が対応するが、夜間や休日は他の医師が死亡確認を行い、翌朝に担当医師が死亡証明書を書くことができるようになって<sup>11)</sup>いる。

## 5. ま と め

短期間の視察ではあったが、実際に訪れ、文化の違いを肌で感じながら、多くのことを学び考えることができた。視察全体を通じて、最も考えさせられたことは、施設や病院の雰囲気とにおいでである。そこには、忙しい雰囲気は全くなく、とてもゆったりとした時間が流れていた。日本の施設のように職員が走ることは全くない。そして、施設や病院特有のにおいはなく、シナモンロールやクッキーのにおいが漂っていた。利用者はもちろん、職員も頻繁に、時には利用者と離れた場所で、コーヒープレイクを楽しむ。沢山のケアを完璧にこなそうとする日本のケア感覚からすると、休憩のし過ぎではないかととらえられるかもしれない。しかし、だからこそ、ゆっくりとした時間の流れの中で、リラックスして利用者に向き合うことができる。高齢者ケア、特に認知症ケアにおいては、沢山のケアをするよりも、ゆっくりと利用者のペースに合わせる事が重要である。結果的に、利用者と職員の良好な関係が形成されるのである。

スウェーデンは女性が社会で活躍する国として知られている。訪れた施設の責任者はすべて女性であった。現場出身の彼女たちが、高齢者福祉に対して高い問題意識とプライドを持ち、施設の管理・運営にあっていた。無資格の介護士が多い中において、資格化の必要性を社会に訴えながらも、各施設で彼女たちが自らの実践を通じて教育し、ケアの維持と向上のために尽力している。資格制度はあるが、施設で教育すると

いう意識が低い日本の現状の甘さを痛感した。しかし、このことは一方で、職員教育をする施設としない（出来ない）施設のケア格差を生み出している。同様の現象は日本においても見られ、職員教育をするための時間的余裕と、それを担う人材がいる施設は、十分な教育が可能であるが、多くの施設はその余裕すらないのが現状である。市町村レベルやいくつかの施設が共同で職員教育を実施するなど、ある程度、組織的な教育体制を構築していくことが必要であろう。

脱施設化を推し進めてきたスウェーデンにおいて、いわゆる在宅主義批判が指摘されている。日本では現在、高齢者の単独世帯及び夫婦のみ世帯が増加する中において、在宅ケアが推進されている。十分な在宅サービスが整備されているとは言えず、遠距離介護や介護離職の問題も深刻化している。施設のあり方も含めて、高齢者と家族の生活について考えていかなければならない。

終末期ケアの現状からは、高齢者自身の覚悟と、職員の老いや死に対する理解を考えさせられた。日本では、終末期ケアを特別なものであると考えすぎて、過剰な不安を抱いてしまう傾向がある。まず、高齢者自身が自らの老いと死をみつめること、そして、介護者は老いゆく高齢者の姿から多くを学び、老いと死について考えを深めていくことが重要であろう。

## 文 献

- 1) 西下彰俊「スウェーデンの介護保障」増田雅暢編『世界の介護保障』（第2版）法律文化社，2014年，72-92.
- 2) 西下彰俊『揺れるスウェーデン高齢者ケア：発展と停滞の交錯』新評論，2012年.
- 3) 奥村芳孝『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房，2010年.
- 4) 斎藤弥生『スウェーデンにみる高齢者介護の供給と編制』大阪大学出版会，2014年，415.
- 5) 奥村，前掲，117.
- 6) 西下，前掲（2012年），206.
- 7) スウェーデン政府内閣府「スウェーデンにおける高齢者介護」2007年.  
(<http://www.swedenabroad.com/SelectImageX/6049/careoftheelderly.pdf> 2014/9/12 閲覧)
- 8) 奥村，前掲，151.
- 9) 公務公共サービス労働組合協議会「社会福祉国家スウェーデンの視察報告」2012年.  
([http://www.komu-rokyo.jp/arc/etc/201202rep\\_sweden.pdf](http://www.komu-rokyo.jp/arc/etc/201202rep_sweden.pdf) 2014/9/12 閲覧)
- 10) 西下，前掲（2012年），60-71.
- 11) スウェーデンには老人科があり、特別住宅の医師は老人科の医師でなければならない。各区やコミューンに老人科の医師を配置しており、ランスティングから委託を受けて特別住宅の担当医師の契約をする仕組みである。施設に合わない場合は、ランスティングに相談して担当医師を変更することも可能である.
- 12) 平木尚美他「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」『愛知県立大学看護学部紀要』vol.16, 2010.