大阪公立大学 Osaka Metropolitan University 学術情報リポジトリ

視察: スウェーデンの高齢者施設におけるケア

メタデータ	言語: Japanese
	出版者:
	公開日: 2009-08-25
	キーワード (Ja):
	キーワード (En):
	作成者: 山本, 美輪, 中田, 智子
	メールアドレス:
	所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00010810

大阪府立看護大学医療技術短期大学部紀要，Vol. 9, p.77-82, 2003
Bulletin of Osaka Prefecture College of Health Sciences

報　告

視察：スウェーデンの高齢者施設におけるケア

山本美輪，中田智子

（大阪府立看護大学医療技術短期大学部看護学科）

Care of The Elderly in Sweden

Miwa Yamamoto and Tomoko Nakata

(Department of Nursing, Osaka Prefecture College of Health Sciences)

Key words: 高齢者ケア; スウェーデン

はじめに

スウェーデンは，福祉と高齢者ケアの先進国として知られており，その質や量ともに世界的に高水準のサービスを利用者に提供している。しかし，そのサービスを提供するために，国民は高水準の税を負担している。そして，近年，その質を保つために財政的な制約や様々な工夫・改革を行い，その維持・向上に努めている。

今回，そのスウェーデン・ティースリー市にある高齢者施設の概要とそこで行われているケアの実際およびストックホルムで行われている音楽セラピーについて学ぶ機会を得ることができたので報告する。

1. スウェーデンについて

1) 日本との比較

スウェーデンは，国土面積44万 9,964 km^{2}で日本の約1.2倍，人口は891万人 (2001年) で日本人口1億2,692万人 (2000年) の約14分の1である。山国日本と比べて森林や湖が多く，自然豊かな国であるが1年の3分の1は海も湖も凍りつく厳しい風土環境にある。首都ストックホルムは人口75万人 (2001年) の大都市である。スウェーデンの老年人口比率は17.42% (2000年)，出生率は1.54人 (2000年)，平均寿命は男性77.34歳，女性82.03歳 (2000年) である。一方，日本の合計特殊出生率は1.36人 (2000年)，平均寿命は男性77.72歳，女性84.93歳 (2000年) である。日本とスウェーデンを含む各諸国の高齢化率の比較を表1にまとめる[1]。この表から，高齢化率が7%から14%になるまでに要した年数はスウェーデンでは85年であったのに対して，日本ではたったの24年であり,日本の人口高齢化は各国よりも遅れて始まったにも関わらず，急激に進行していることがわかる。

GDPに占める医療費の割合は，スウェーデンが7.9%(1998年)，日本は7.1% (1998年) でありスウェーデンがやや高い数値を示している。一方介護における国民の税負担率は，介護の必要度及び収入の多寡が考慮される場合が多く，各市において決定される。日本においては，介護費用の1割は自己負担で，原則現物給付が行われる。社会保険料の水準は，スウェーデンが18.9% (本人：7.0%：事業主〔老齢〕：10.2%，事業主〔遺族〕：1.7%；2001年) で，日本が13.6% (総報酬制：労使折半；2003年4月以降) で，スウェーデンの税負担が重いということがわかる[2]。

2) エーデル改革について

従来，スウェーデンでは，高齢者に対する保健医療は，県が責任を持ち，福祉サービスは，市町村が責任を持って行っていた。しかし，それらの業務分担の責任が不明確であり，連携・協力不足であったこと，またいわゆる社会的入院の増加に伴う医療費が高騰したこと，増加する痴呆性高齢者への対策の必要性が高まっていたことなどの背景より，1992年，政府は高齢者サービスにおける責任の主体を市町村へ一元化し，予算やマンパワー等の利用の効率化を理念として，エーデル改革を実施した。この改革により，①県の医療機関として位置付けられていたナーシングホーム を市町村に移管し，②県と市町村

(受付日 2003年10月8日，受理日 2004年1月13日)

表1　主要国の65歳以上人口割合別の到達年次とその倍化年数

国	65歳以上人口割合(到達年次)								倍化年数(年間)	
	7%	10%	14%	15%	20%	23%	25%	30%	7%→14%	10%→20%
日本	1970	1985	1994	1996	2006	2013	2015	2038	24	21
スウェーデン	1887	1948	1972	1975	2012	2020	2029	−	85	64
ドイツ	1932	1952	1972	1976	2012	2025	2029	−	40	70
スペイン	1947	1975	1991	1994	2017	2025	2028	2036	44	42
イギリス	1929	1946	1976	1980	2021	2030	−	−	47	75
スイス	1931	1960	1982	2004	2019	2026	2029	−	51	59
イタリア	1927	1966	1988	1992	2007	2017	2023	2032	61	41
カナダ	1945	1984	2009	2013	2024	2032	−	−	64	40
アメリカ	1942	1972	2013	2016	2028	−	−	−	71	56
オーストラリア	1939	1985	2012	2015	2030	−	−	−	73	45
ノルウェー	1885	1954	1977	1982	2022	2031	2038	−	92	68
フランス	1864	1943	1979	1995	2020	2030	2039	−	115	77

1950年以前はUN, *The Aging of Population and Its Economic and Social Implications* (Population Studies, No.26, 1956)及び *Demographic Yearbook*, 1950年以降はUN, *The Sex and Age Distribution of World Population* ; 1998による。ただし，日本は総務庁統計局『国勢調査報告』及び国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口』（平成9年1月推計）による人口（中位推計値）。1950年以前は既知年次のデータを基に補間推計したものによる。それぞれの人口割合を超えた最初の年次を示す。倍化年数は，7%から14%へ，あるいは10%から20%へそれぞれ要した期間。　国の配列は、倍化年数7%→14%の短い順。
注）国立社会保障・人口問題研究所の資料を参考に筆者が作成

の合意の下で，訪問看護の役割の半数を市町村に移行し，③入院治療終了後5日以内に市町村が患者に適した住居を提供できない場合は，市町村が入院費を県に支払うことを義務づける制度を導入し，④痴呆性高齢者専門グループホームの新設，ナーシングホームの個室化に対する特別国庫補助（5年間の時限措置）を実施した。その結果，社会的入院が減少し，高齢者，特に痴呆性高齢者のための施設が増加し，市町村によるケアの質が向上した。しかし，その一方で高齢者ケアに対する医師の関与が減少し，訪問看護の役割の約半分を県から市町村に移行した地域においては，高齢者ケア運営の非効率性等が問題視されている。

3)　高齢者政策に関する国家行動計画―サラ法

1997年，ストックホルム近郊ソルナ市にある民営ナーシングホームの職員サラ・ヴェグナードが，当該施設での劣悪な介護の実態をマスコミに告発したことより，1998年「高齢者政策に関する国家行動計画」が国会にて承認された。これは，高齢者が安心して，自立した活動的な生活を送ることができ，良質な介護の提供が保障された制度である。また専門施設のハード面や介護職員の教育等に対する予算が組まれた。そしてすべての高齢者・障害者介護職員（民間事業者の職員も含む）は，施設利用者が良質な介護を受けられない場合や安心できる生活状況におかれない場合等，問題となることがあれば市町村の社会福祉委員会に報告しなければならないとされている。さらに，もしこの問題が即時に解決できない場合は，同委員会は監督機関に報告しなければならないと規定されている。

この法律は告発した介護職員の名前にちなみ「サラ法」と呼ばれている。このサラ法を受けてストックホルムでは，利用者や家族からの介護サービスに関する相談に対するアドバイスや，市当局への報告等を行う高齢者オンブズマンを設置するとともに，高齢者ケア査察官による介護サービス事業所の監査が実施されている。

2.　ティースリー市立複合高齢者センターを視察して

1)　高齢者介護への取り組み

ストックホルムから電車・バスを乗り継いで約40分の郊外に位置するティースリー市は，人口約4万人，高齢化率は約10%（4000人）で，スウエーデンの中では比較的若年層に位置する若い市である。

市の高齢者介護に対する姿勢は，できる限り長い間在宅介護を継続できるように，マンパワーを充実して，サポートを提供できるサービス体制を整えることを基本としている。医療的なケアが必要な時は県から協力体制をとり，サービスを提供している。また，介護予防にも力を入れており，痴呆症状の悪化予防のため，デイケアに参加してもらえるように働きかけている。

ティースリー市に在住している4000人の高齢者のうち，180人が入所，400人は在宅でホームヘルプサービスを受けている。痴呆性高齢者専門のデイケアは10床，他に21床と17床の痴呆性高齢者専門施設が機能している。

2)　市立複合高齢者センターの概要

市立複合高齢者センター（白樺坂の高齢者センター）は，1985年にスタートした施設で「市に在住しているすべての高齢者が様々なサービスを利用しやすくすること」を目的として，一箇所に全てのサービスが集められた高齢者関連大規模施設である。以下にその概要をまとめる。

(1)　サービスハウス：原則上ADLの自立した高齢者が利用する施設（75床）。

(2)　ナーシングホーム：高齢者特有の合併症を持つ高齢者が対象（30床）。

(3)　重度痴呆症のナーシングホーム：30人規模で，4つのユニットに分けられている。

(4) 高齢者ホーム：31人規模で，3つの療養棟にわかれている。

(5) グループホーム：17人規模で，2つのユニットにわかれている。

利用している高齢者が計180人に対して，ケアを提供する職員も180人体制で勤務している。

特に，ナーシングホームとグループホームの職員体制は充実しているので以下にまとめる。

3) ナーシングホームの職員構成

看護師15人，准看護師，介護士が併せて21人いる。夜勤専門は他に6人で，ローテーションを行いケアにあたっている。その他食事係2人，清掃係が1人いる。

4) グループホームの職員構成

17人を2つのユニットにわけ，高齢者8人に対して職員8人と1対1で関われるようにローテーションしている。夜勤は別に3人いる。

スウェーデンにおける福祉関係の職種は低賃金であることによりあまり人気がなく，どの施設もマンパワー不足が問題となっている。しかし，この施設は駅から近い，また高齢者のための仕事を明確にして分担することで働きやすいと評判が良く比較的職員が集まりやすい状況にある。

5) 在宅介護者への支援

在宅で最期を望む高齢者には，家族がいる場合はヘルパーが中心となり，家族とともにサービスを提供する。また，家族が居ない場合でも死期が近づけば，県の医療機関と協力して，24時間ヘルパーが在宅にて介護を行いサポートする。医療的サービスは主に県が提供し，医師の派遣等も行っている。また，増え続けている医療費削減のため県と市が協力して効率的なサービス提供を行っている。しかし，ヘルパーと訪問看護師の所属が県と市に分かれていることから，両者間の連携が十分にとれず，利用者のニーズに沿ったケアが効率的に提供されなくて，役割分担と連携がエーデル改革以来の課題となっている。

6) 施設入所手続きの流れ

痴呆性高齢者の在宅生活の継続が，ヘルパーや家族により困難と判断された場合（基準としては痴呆性高齢者が外出して自宅に戻れなくなった場合）は，市から支援判定員が訪問し，高齢者センターに連絡が入る。コンタクトマン（担当者）と看護師は，高齢者センターの空き部屋状況を確認し，空き部屋があれば，受け入れ体制を整える。施設では，入所者の今までの生活背景を把握するために，入所時点で人生歴を家族に書いてもらう。人生歴を書く目的は，自分でしてほしいケア，してほしくないケアをはっきりと施設側に伝えるために重要なものである。日常生活に必要なケア，家族との調整等全体的な責任はコンタクトマンがもっている。入所者の家族の訪問はいつでも認められており，付き添いも可能となっている。

7) 職員のケアに対する心構えとケア

ケアに対する姿勢は，入所者の気持ちに沿ったケアを心がけ，心のケアを重視している。職員には，リハビリ職（PT・OT）も含まれており，2人1組でケアにあたる。そして，介護のマンパワーは不足しており，スウェーデン人ではない職員を採用することで対応している。しかし，ケアの質を保つために，その職員にはネイティブスピーカーレベルの会話能力と，一定のレベルの介護技術が要求される。また，就職前に職業安定所から訓練のために施設における一定期間の研修を義務付けている。そして1年の研修期間終了後，その施設で職員として働くことができると判断されればそのまま就職することができ，市の職員となる。大都市に位置する施設では，マンパワー不足が深刻となってきており，職員の大半を移民に頼らざるをえない状況になっている。しかし，移民たちが持つスウェーデンにはない習慣や文化そして，高齢者に対する考えが逆に，スウェーデン人職員に良い刺激となることもあり，移民職員の需要に対しては，肯定的に受け止められている。

3. スウェーデンの高齢者ケア—音楽セラピーについて

ストックホルムで音楽セラピストとして活躍されているSten Bunne氏（音楽セラピスト・音楽教師）とLars, G. Bergstrom（Sten Bunne氏のアシスタント）より，音楽セラピーの講義を受ける機会を持つことができた。その中で特にストックホルムで行われている痴呆性高齢者に対する音楽セラピーについて以下にまとめる。

1) 痴呆性高齢者に対する音楽セラピーの経過

Bergstrom氏が，痴呆性高齢者に喜んでもらえればと音楽セラピーのことをBunne氏に相談したところ，音楽セラピーの効果がまだ明らかにされる前であったが，それがきっかけとなりBunne氏と一緒に痴呆性高齢者に対する音楽セラピーを始めた。今では，知的障害者に対する音楽専門学校であるムッシュノーバ学校や国立障害者センターが音楽セラピーに興味を持ち，介護の質を向上させ，なおかつ経費を削減する目的でそれを介護の中に取り入れようとしている。

2) Sten Bunne氏の音楽セラピーへの取り組み

Bunne氏は，音楽は自己表現の一つの手段としてとて

も簡単で，誰にでもできる方法論であると考えていたが，それをどのように理論化し，セラピーとして実践していけばいいのかをテーマとして模索していた。誰もが楽しむことのでき，かつ音楽を学びたいと希望するすべての人が教育を受けることができないかと考え，スウェーデンの伝統的な楽器をヒントにギターのような弦楽器の一種を開発した（4本の弦で，左側についているレバーで音程の調節を行う：写真1参照)。

3) 人々の生活の中で音楽が持つ機能

音楽は人々の生活の中で様々な機能を持つが，その機能は以下の4点である。

(1) 身体を動かす

人は音楽を聞くと，無意識に体を動かして音楽にあわせてリズムをとろうとする。音楽には，体を動かす力がある。例えば，太鼓やドラムはメロディーではなく，リズムであるが，パワーがあり振動を体に伝えることで，体を動かそうとする。これらを利用して人間の五感テストに用いられることもある。

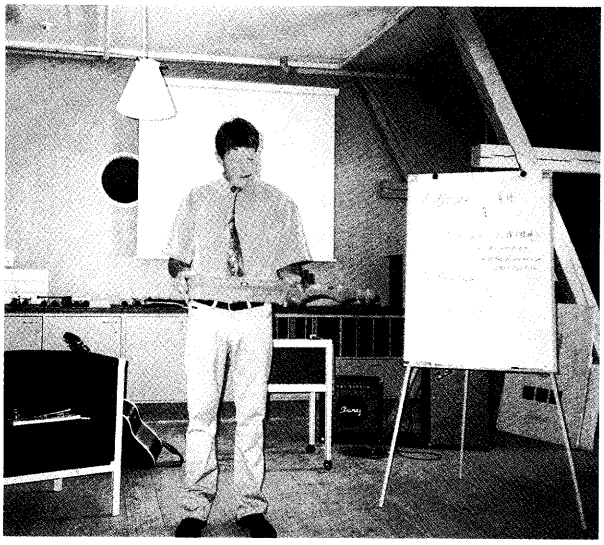

写真1 Bunne氏と開発されたギターのような弦楽器
音楽セラピーの講義中，Bunne氏が楽器の説明を行っている。

写真2 ティースリー市立高齢者複合センターグループホーム居室
自宅で使用していた家具をホーム内でも使用しており，花や家族の写真が飾られている。

(2) 心理（精神）への働き

音楽は，人々の五感に働きかけて，思考や感情を導く。

(3) スピリチュアル

音楽は人々の内面に働きかけて，形のないもの，例えば神の存在や霊的な存在に対するインスピレーションをもたらす。

(4) 社会性の向上

音楽は，人々の社会的な交流を図ったり，結びつきを深めたりする。

4) 音楽の一般的な効果

一緒に音楽を行うことは，人間同士のコミュニケーションを図っていることと同じで，上記の音楽の4つの機能は，人間の生活にとても影響力が強い。現在，音楽は人々の生活の中に無くてはならないものとなり，CD音楽や音楽コンサート等という一般化された形をとり，生活の中に普及している。70年代，国立障害者センターでは，障害者に対する補助具・自助具は，ADLを助けるもの，生活動作を助けるものという考えのもとで作成されていた。しかし，昨今では精神の向上，つまり“癒し”を助けるものとしての考え方へと変換しており，ギターやピアノ演奏を助ける補助具が開発されている。また，スウェーデンでの福祉業界で問題とされている職員の燃えつき症候群やうつ病に対する対処方法として音楽セラピーが注目されている。音楽はチームで互いに助けあっていこうとする共同の心を育てることができ，その互いに支えあう気持ちが燃え尽き症候群やうつ病に有効とされている。

5) 痴呆性高齢者への音楽セラピー

痴呆性高齢者が持っている健康な部分に注目し，その部分を支援して音楽を行うように援助する。例えば，立位が困難で長時間座位保持している高齢者には，座位のままで楽しめるようにBunne氏が開発したギターは膝の上に置いても安定し，両手で演奏できるように工夫されている。そのため痴呆性高齢者は楽器を持ってみんなで並んでいるだけで，“共同の意識”が芽生え社会に参加しているという気持ちになる。その“共同の意識”が気持ちをアクティブに変化させ，五感が刺激されると脳細胞が活性化されてシナプスは増加する。音楽は，内服薬のように副作用がなく，かつ同様の効果を得ることができるので，ある病院では，音楽セラピーを痴呆性高齢者へ

のケアに取り入れた。その結果，対象のADLが向上したため全体的な介助量が減少した。これらのことより，音楽セラピーを痴呆性高齢者に対して行うことは，余分な医療費削減につながり，ケアの質を上げていくことにとても有効であるといえる。では具体的にはどのように痴呆性高齢者に対して音楽セラピーを行っていけばいいのか，以下にまとめる。

(1) 高齢者の人生体験に馴染みのある音楽やダンスを取り入れる

対象となる高齢者が生きていた時代背景を探り，馴染みのある音楽やダンスを用いて，共に歌い演奏する。例えば，民族音楽や民族舞踊をとりいれる。

(2) 高齢者の自負心に働きかける

高齢者は身体的および精神的機能が加齢と共に低下するので，あらゆる面での衰えを感じて自信を失くしている。そのため，まず一緒に歌い演奏することで，“共同の意識”を持ってもらい，安心感につなげる。そして，各自できるところからアプローチすることで自信回復へとつなげていく。例えば，簡単な歌を，歌える一部分でもいいから，パートに別れて歌い1つのハーモニーを作る。1つのハーモニーが共鳴することで安心感へとつながり，参加して共に1つの音楽を作り上げたという達成感により自信を回復してもらう。

(3) 記憶・認知力を刺激する。

五感を刺激して，高齢者を取り囲む環境に対する情報や対象自身に対する情報を与える。例えば，食事をしてもすぐに忘れる高齢者には食事のいい匂いをかいでもらうことで嗅覚を刺激し，共に食事に関する歌を歌うことで，食事行動に対する情報を持ってもらう。

これらの音楽セラピーは，痴呆症状の進行や悪化の予防対策として，高齢者全般に対しても効果が得られるものと考えられる。

6) 日本の音楽セラピーとの比較

音楽は，日本の高齢者専門施設においてもレクレーションの一環として用いられている。大阪府下に位置するM介護老人保健施設においては，音楽にあわせて盆踊りや日本舞踊を一緒に踊り，音楽レクレーション専門のスタッフが楽器を用いて高齢者に定期的に関わる時間を設けている。筆者らもその場面を何度か見学し，学生と共に時間を共有しているが，それに参加している高齢者は自然と音楽に合わせ体を動かし笑顔となり，笑い声が聞かれ，とても楽しい時間を過ごしている。Bunne氏らの音楽セラピーでいわれている音楽が持つ機能が，日本においても同様であるように感じられる。しかし，日本ではBunne氏らが開発したように痴呆性高齢者でも簡単に操作できる楽器やその演奏方法はまだ採用されておらず，スウェーデンでの痴呆性高齢者のADL向上や介護負担軽減のために音楽セラピーを取り入れるといった捉え方や状況ではなく，レクレーションの一種としての位置付けであり，まだ痴呆性高齢者に対する音楽セラピーの効果は科学的に立証されていない。

よって，日本における課題としては，痴呆性高齢者に対する音楽セラピーの効果を科学的に立証し，音楽セラピーとしての知識の普及と技術の体系化，そして実践経験を積み重ねていくことが必要であると考える。

4. スウェーデンの高齢者施設ケアを視察しての所感

ティースリー市で視察した高齢者複合施設では，各部屋は全体的にゆったりして，居室スペースが広く，各部屋から庭に出られるようになっており，庭には季節の草木や花が多く，閉塞感は感じられなかった。そして，各部屋では，長年使用してきた物品や家族の写真，またある女性は帽子を好み，たくさんの帽子を部屋の中に飾りつけており，これまでの生活背景を大切にしようとする施設の配慮が感じられた(写真2参照)。また，移動が困難になってくると，天井走行のリフトが設置され，介護職員の身体的負担軽減に対する配慮もあり，介護職員のマンパワー不足という状況においても，職員配置構成が考えられ，職員の労働負担をできるだけ軽減しようとする施設の努力がみられた。

ナーシングホームでは，随所に花や絵がかざってあり，家族とくつろぐ高齢者の姿を見受け，一人ひとりが尊重されたケアが提供され，生活の場としての配慮がなされていた。

スウェーデンでは，在宅介護が基本ではあるが，サービスを導入しても在宅介護が困難と判断されれば，その状況にあった施設入所への移行がスムーズに出来るシステムと多機能施設が整っている。しかし，グループホームやナーシングホームが施設を充実させるというよりも，施設ケア自体を限りなく在宅ケアに近づけること，施設ケアか在宅ケアと分けるのではなく，どこに住んでいようとも個人を尊重したケアを提供していくことに努力がそそがれていた。また，高齢者本人が望めば，最期の時まで在宅介護が可能な体制が作られており，高齢者の希望や思いに沿ったケア体制が機能している。しかし，日本では家族が困難であると判断すると，本人の意思と反して，施設入所が長期化してしまうことも少なくない。

日本とスウェーデンでは文化や歴史等の違いはあるも

のの，日本では介護保険が導入された今でも，まだ高齢者自身がサービスを選択して十分に活用していない場合が多い。よって日本における課題としては，高齢者自身が人生最後の生活を自ら選択し，状況にあったサービスを活用出来るようにシステムを整えていくとともに高齢者の意思決定を支える援助技術を専門職として磨くことが必要と考える。

ま　と　め

短大部の老年看護学領域では，看護第1学科3年生・第2学科2年生（計120名）の老年臨地実習の場に，病院ではなく，介護老人保健施設を設定している。これは，身体面のケアのみではなく，高齢期の特徴を踏まえた精神的ケアと在宅介護にスムーズに移行するためのケア，そして高齢者の生活を総合的にアセスメントすることを目的としている。

今回，高齢者ケア先進国のスウェーデンに研修に行くことができ，高齢者の意思を尊重し意思決定を支えるケアや精神的ケアに重点を置いた取り組みから色々な学びを得ることができた。今後この学びを，教員として臨地実習指導の中に活かしていく努力をしていきたいと考えている。

謝　　辞

今回，スウェーデン研修中，現地で通訳・ガイドとしてご協力いただいた原昭治氏，そして研修に参加する機会を与えてくださった大阪府立看護大学地域看護学津村智恵子教授，老年看護学臼井キミカ教授に深く感謝いたします。

なお，今回の報告は大阪府立看護大学医療技術短期大学部の在外研究員として研修を行った内容の一部をまとめたものである。

引　用　文　献

1) 主要国の65歳以上人口割合別の到達年次とその倍化年数 (2004) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ，http://www1.jpss.go.jp/
2) 厚生労働省第9回社会保障審議会資料 (2003) 資料4-2 諸外国における近年の社会保障制度改革の主要動向，照会先政策統括官付社会保障担当参事官室政策第一係，http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7h.html.

参　考　文　献

1) 古谷亘，安藤孝敏 (2003) 新社会老年学シニアライフのゆくえ．株式会社ワールドプランニング，東京，p.27-35.
2) 鬼崎信好，増田雅暢，伊奈川秀和 (2002) 世界の介護事情，中央法規出版，東京，p.103-118.