



スウェーデンにおける居宅で暮らす認知症高齢者への
専門組織による支援：
3市における聞き取り調査を中心に

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2019-03-05 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 吉原, 雅昭 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00003018

スウェーデンにおける居宅で暮らす認知症高齢者への専門組織による支援

— 3市における聞き取り調査を中心に

吉原雅昭

大阪府立大学人間社会システム科学研究科

要 旨

スウェーデンの3つの基礎自治体で、認知症高齢者支援の専門組織（認知症チーム）の組織と業務についてインタビュー調査を実施した。診断前の支援に加え、診断直後から本人への初期支援に力を入れていた。また介護家族の支援と、認知症高齢者にかかわる職員の教育とスーパービジョンも、重要な仕事である。多様な医療、福祉職が業務を担っている。自宅で暮らす認知症高齢者の「自由な時間」の過ごし方も、調査した。ひとつの自治体では、日本の介護保険制度には無い支援が、行われていた。ヘルパーが、デイサービスを利用しない高齢者宅を訪問し、本人が「ヘルパーの助けを得て自宅や地域で行いたいことを楽しむ」時間が、保障されていた。このサービスは「一般住宅で暮らす認知症高齢者」だけを支援するホームヘルプの特別班によって、実施されていた。これは、居宅支援の質と、一般住宅に暮らす認知症高齢者の生活の質の向上を目指す試みであった。

キーワード：認知症高齢者、専門組織（認知症チーム）、スウェーデン、居宅支援、初期支援

1. はじめに

我が国の認知症高齢者施策は診断、治療、家族支援、介護を中心に実施されてきた¹⁾。我が国における研究の焦点も、ほぼこれらと同じである²⁾。現行の国計画である新オレンジプラン（2015年、一部改訂2017年）では、「早期診断」だけでなく「早期対応」が重視され、新規施策として自治体への認知症初期集中支援チームの設置が加わった。これは、非常に重要である。また、新プランは「初期の人のニーズ把握、生きがい支援」も重視している。しかしながら、初期集中支援チームは、自治体の取り組みが遅れており、さらに設置、運営している現場では早期支援、早期対応ではなく「支援困難なケースの検討」が主な業務になっているという調査結果が報告されている³⁾。

近年は認知症とともに生きる人々が自分たちの声を集め、国や自治体等に政策提言を行う組織（日本認知症本人ワーキンググループ）も結成され、活発な活動が展開されている。当事者本人が本を出版したり、講演を行ったり、マスメディアに登場して意見を述べたりすることも増えている。彼らの主張のひとつは、我が国では介護保険サービスの利用にまで至らない段階での「日常生活支援」が欠けている、という点である。認知症の早期診断が進むほど、「早期診断、早期絶望」を経験する人が増えているのではないかと、という意見も、語られている⁴⁾。

私たちは、この5年ほど、日本とスウェーデンの研究者が協力し合い、認知症高齢者の「自由時間の過ごし方、その際に利用できる支援」に焦点を当てた研究を行っている⁵⁾。本年度（2018年度）は、私たちが得た文科省

科学研究費を使って、スウェーデンの現場に赴き、3つの基礎自治体（Kommun）で現場職員にインタビュー調査を行うことができたので、本稿で、その結果の一部を報告する。

2. 今回のスウェーデン調査の概要

認知症政策や実践についてこの8年ほど共同研究をしているスウェーデンの研究者3名の協力を得て、3つの基礎自治体（以下、市と記す）で職員を対象とするインタビュー調査を行った。対象自治体の概要と調査日は、以下の通りである。

2018年8月21日：カールスタッド市（Karlstad）。面積1518km²、人口約9万人、高齢化率21%（2017年）。

2018年8月23日：シル市（Kil）。面積361km²、人口約1.2万人、高齢化率24%（2017年）。

2018年8月24日：アルビカ市（Arvika）。面積1956km²、人口約2.6万人、高齢化率25%（2017年）。

調査を行ったのは、以下の3名である。清水弥生（神戸女子大学）、吉原雅昭、佐瀬美恵子（NPO法人 介護支援の会松原ファミリー）。私たちの要望をもとに現地調査の依頼、調整等をしたのは、以下の3名である。Bengt Eriksson、Åse-Britt Falch、Jenny Höglund（いずれもUniversity of Karlstad）。

インタビューは、インフォーマントの都合のよい時間に、インフォーマントが指定した場で行った。多くの場合、市の福祉施設等の会議室であった。事前に英語で書いた質問を送り、当日も英語でインタビューを行った。しかしながら、インフォーマントがスウェーデン語で答えることもあるため、その際には、同行したスウェーデン人研究者がスウェーデン語の英訳を行った。調査の際には、質問への答えをふまえて随時、追加質問も行った。このため、半構造化インタビューになった。また、同行しているスウェーデン人研究者がインフォーマントの答えについて補足説明をしたり、インフォーマントに質問したこともあった。次節以下の記述には、以上の手続きで得たデータすべてを活用している。資料として、文書等を頂くこともあった。インタビューは、インフォーマントの許可を得てIC録音機に録音した。3市におけるインフォーマントについては、調査結果を記す際に、述べる。

3. 先行研究と本調査および本論の焦点

CiNii Articlesで「スウェーデン」and「認知症」および「スウェーデン」and「高齢者」というキーワードで検索すると、かなりの数の和文の先行研究を得ることができる。しかしながら、それらの大半は概要を簡単に紹介したものであったり、いくつかの現場を視察した印象等を短く記したものである⁶⁾。理論的、実証的に科学的な知見を記したものは、ごく少数しかない。

久保（2018）は、認知症高齢者を介護する家族への支援について、日本とスウェーデンの基礎自治体でビネットを用いた調査を行い、得た知見をもとに考察している。また、CiNii Articlesには掲載されていないが、スウェーデンの基礎自治体を基盤とする認知症高齢者支援に関する最も重要な先行研究は、藤原瑠美（2013）である。これは、藤原が2005年から2012年頃まで、長年、エスロブ市（Eslov）で継続的にデータを集めて考察した単著である。定点観測に基づいており、エスロブは人口約3万人と比較的小規模なので（この国では標準的な規模）、市の施策と実践について包括的にデータを集め、その全体像を描くことに成功している。法や制度、政策に関する詳しい情報に加えて、実践者、サービス利用者、家族のナマの声がたくさん掲載されており、たいへん素晴らしい研究である。

私たちは、藤原の研究をふまえつつ、2018年時点における現場の実態を、3つの市で調べることにした。私たちが事前にインフォーマントに送り、実際にインタビューで用いた質問とインタビューガイドは、かなり分量があり、詳細な内容なので、すべてを掲載することはできない。ごく短く要約すると、以下のような柱立て

である。

- (1) 市の「認知症チーム（Demensteamet、認知症支援係）」の構成員と業務の実態
- (2) 認知症かもしれないと感じた市民や新たに診断された者が、支援を利用し始める過程
- (3) 介護施設（スウェーデンでは「特別な住宅」と呼ぶ）で暮らす認知症高齢者は「自由な時間」を、どのように過ごしているか。その際に支援やサービスを利用している場合には、それらの詳細。自由な時間とは睡眠、食事、排泄、入浴、更衣、服薬等の生きていくうえで最低限必要な行為をしている以外の時間である。介護施設ではなく地域の普通の住宅に暮らす認知症高齢者についても、可能なら自由時間の過ごし方や、その際に利用できる支援／サービスについて情報を得たい。

なお、本稿は上記(1)、(2)、(3)のうち、(3)の介護施設居住者に関する部分を除いたデータについて述べる。(3)の介護施設居住者に関するデータは膨大であり、別稿を準備している。

4. 調査結果

シル市、アルビカ市、カールスタッド市の順番に記す。これは、人口が少ない順番である。人口規模が少ない市の方が、インタビュー調査等によって福祉や医療等の組織と業務を把握しやすい。また、調査の対象とした3市のうち、シル市だけが「認知症居宅ケアチーム」を持っていた。シル市については、インタビューによって、認知症チーム、認知症デイサービス、認知症居宅ケアチームの3つを、かなり詳細に理解することができた。この市における認知症居宅ケアの全体像に迫ることができたと、考える。アルビカ市とカールスタッド市については、認知症チームに関する記述が、中心になる。

4-1. シル市

4-1-1. 認知症チームと認知症デイケア業務の調査対象

シル市の認知症チームは、作業療法士1名、看護師1名、認知症コーディネーター1名の3名である。認知症コーディネーターの保有資格は、アンダーナース（undersköterska 以下、介護看護師と略す）である。この市では、認知症チームと認知症デイサービスを一体的に運営している。この2業務で、職員の定員は6名である。インタビューは、認知症チーム全員に加え、認知症デイサービス等を担当する2名も同席し、5名に対して実施した。認知症チーム以外の2名は、ソーシャルワーカー（有資格SWr）とリハビリ助手（保有資格不明）であった。調査時点では、認知症デイサービス専任の作業療法士1名が、欠員になっていた（退職のため）。全員、市職員であり、女性であった。

4-1-2. 認知症チームの名称

この市では認知症チームをDemensteametではなくMinnesteametと名づけている。直訳すると、記憶チームか記憶力チームである。認知症とともに生きる本人たちが、組織名称にDemensを使わないことを求めたので、数年前に現在の名称に変更した。市のWEBページにも、市の公文書にも、この名称で掲載されている。

なお、この市は「認知症支援計画（Demensplan）」を持っており、その全文を市のWEBサイトに掲載している。現在の計画は、2016年度に定められたものである。

4-1-3. 認知症チームによる初期支援

チームは、「一般の住宅に暮らす」認知症の市民を、85名ほど把握している。これ以外に、「特別な住宅（日本の介護保険施設等にあたる）」に暮らす認知症高齢者が、いる。後者は、認知症が進んだ方である。一般住

宅に暮らす者のうち、診断済みで市の介護サービスを利用している者が約40名、診断済みおよび診断中でサービス未利用の者が45名ほどである。

チームの責務は、未診断および診断後の本人と家族の相談に乗り、必要な情報とケアを提供することである。また、市で働く介護職の相談にも応じ、彼女たちを教育、訓練したり、よりよい支援を実現するために情報を提供する。すなわち、専門職支援もチームの重要な仕事である。

新たなクライアントに関する情報を得ると、チームは3ヶ月以内に自宅を訪問し、面談と支援を開始する。チームのうち、2名で訪問することが多い。初回訪問では、多くのことをせねばならないし、家族が同席してくれる場合には個々に話を聞く必要があるからである。初回面談では、信頼関係を築くことを重視する。また、さまざまな会話や質問をして、アセスメントを開始する。本人や家族の声をふまえて、より暮らしやすくなる方法や工夫等を助言したり、パンフレットを手渡してサービスの利用を勧める。チームの訪問を、拒否する人もいる。その場合でも、継続的に電話をかけ続け、対話を続けて、何とか面談を受け入れてもらえるように働きかける。

チームに新たなクライアントの情報が入る経路としては、以下の5つがメインである。まず医療、すなわち地区診療所。次に市役所の介護福祉課。3つめは「現場の介護職」である。例えば、訪問介護の利用者が認知症を発症しつつあると、担当ヘルパーが連絡してくる。4つめは家族。5つめは近隣住民である。

このうち、最も重要な地区診療所との関係を述べる。県の一次医療機関である地区診療所には医師のほかに認知症専門看護師が2名いる。本人が診療所を訪れば検査と診断を行うが、そうでない場合は看護師が自宅を訪問して簡単な検査をし、その結果をふまえて診療所受診による本格的な診断につなげる。市の認知症チームの看護師と地区診療所の認知症専門看護師は、2週間に1回、定例会議を持つ。新しいクライアントや、現在支援している者について協議する。県から市に新規ケースの訪問依頼がされたり、認知症チームの作業療法士に「こういう支援をして欲しい」等の要望が伝えられることもある。

初期においては、作業療法士が行う支援が重要である。作業療法士は何度か利用者宅を訪問し、さまざまなことを話し合い、本人の暮らしの場で日常生活におけるニーズを把握する。この過程においては、会話と同じぐらい観察が大事である。例えばクライアントが調理、洗濯、掃除、排泄、入浴等を日々どのように行っているかは、本人と会話するだけでなく自宅での暮らしぶりを観察すると、より正確に実態を理解することができる。本人がひとりで行える行為もあるし、同居家族や同居していない家族等が助けることによってできている行為も、ある（例、買い物）。

信頼関係ができると、クライアントや同居家族が日々の暮らしにおいて困っていることについても話し合うことができる。作業療法士は、解決策を提案したり、本人や家族とともに考える。住宅改修を提案することも、ある。例えば、浴室やトイレ等である。本人が使いやすいように、日々の暮らしでよく用いる道具の「色合いを変える」工夫を提案することも、ある。例えば食器、電熱調理器具、便器、バスタブ等である。住宅改修や新たな道具の導入等を行った場合には、必ず事後に訪問し、うまく使えているかを確認する。

4-1-4. 個別支援計画づくりと、その後

認知症チームは、個別支援計画づくりや様々な調整、ケース管理等も行っている。個別支援計画づくりの会議に参加するメンバーは、本人がソーシャルワーカーと話し合っ決めて決めることが多い。本人が自宅で暮らすための支援計画を、入院中やショートステイ利用時に作成することもある。デイサービスの利用者は、デイサービスの場で話し合うこともある。会議の結果、「今は何もサービスを利用しない」という結論になることもある。その場合は「今後、そのクライアントに誰が継続的に関わるか」を決める。計画に基づいて支援が実施さ

れた後は、時期を決めてモニタリングの会議を行う。参加者の多い、包括的な支援計画づくりの会議を「SIP会議（個別支援調整会議）」と呼ぶ。本人、家族と様々な医療、福祉職等が話し合う。本人と家族のニーズや要望を確認したうえで、サービスの組み合わせや、誰が何を行うか等を決める。以上をソーシャルワーカーが説明してくれたので、これらの会議は本人、家族とソーシャルワーカーが話し合ったうえで行われることが多いのかもしれない。

認知症チームの日々の業務管理において重要な会議が、2つある。ひとつは「認知症チーム会議」である。これは認知症チーム3名全員で、チームが把握している一般住宅で暮らすクライアント全員についてモニタリングする会議である。週1回、行われる。もうひとつは「医療ケア会議」である。これは、認知症チームの看護師が、市で勤務する有資格ホームヘルパー（ホームケアと呼ぶ）に、認知症のクライアントに関する医療行為を指示（権限移譲）する会議である。例えば服薬、インシュリン注射、カテーテル等に関する個別の指示が行われる。この会議も、週に1回である。

介護家族が疲れてしまった場合やクライアントにBPSDが生じた時は、ショートステイ（以下SSと略す）を利用することが多い。例えば「自宅3週間、SS1週間」、「自宅1週間、SS1週間」、「自宅2週間、SS2週間」のように、状況に応じた利用となる。SSの利用期間が徐々に長くなっていくケースでは、それが「特別な住宅」への転居の準備期間になる場合もある。

一般住宅に暮らすクライアントが「特別な住宅」に転居を希望しても、市の「ニーズ判定職（biståndsbedömare）」が調査に基づいて「転居する資格がある」と判断しないと、転居できない。本人の心身の状況が、調査される。その時点における居宅サービスの利用状況も、精査される。以上に加え「クライアント本人が、一般住宅で暮らし続けることについて強い不安を感じている」場合には、転居のニーズが高いと評価される⁷⁾。

4-1-5. 家族支援、およびその他の業務

家族支援は、個別面談以外に家族ミーティングや、小集団を基盤とする介護家族教育を行っている。小集団を基盤とする介護家族教育は、1シリーズあたり3会合で行う。認知症の理解、認知行動療法入門、介護家族の困難の理解等が主な内容である。介護家族が怒りやストレスに対応できるように支援する。重要なねらいは、家族介護によってBPSDが生じることを防ぐことにある。夫や妻を介護する高齢者も参加するし、クライアントの子ども世代の介護者も参加する。子ども世代介護者の場合、クライアントと同居していない者も多い。認知症チームは、1シリーズの介護家族教育が終わると、参加者に自主グループ作りを促す。介護家族どうしの相互扶助が狙いである。このような取り組みを6年前からしてきたので、今はかなりの数の自主グループがある。「介護する妻グループ」、「介護する夫グループ」、「介護する娘グループ」など共通属性のものも、ある。平日の昼間に会合を持つと参加者は6～10人程度と多くないが、夕方以降に開催すると40人参加することもある。

職員の教育、訓練、スーパービジョンも、認知症チームの重要な仕事である。ことに無資格のホームヘルパーには適切な教育、訓練を行わないと認知症のクライアントを支援できない。また、ヘルパーが支援している世帯でBPSDが起きることを、防がねばならない。スーパービジョンは、重要である。職員の教育、訓練を行う際には、座学も大事だが、できるだけ多く実技、実演形式で行うようにしている。

4-1-6. 認知症デイサービス

週に3回、月、水、金曜日に実施している。1日の利用者枠は6名である。この市の唯一の認知症デイサー

ビスである。認知症チームと認知症デイサービス職員、合わせて4名のうち2名が業務を担う。各日の2名の組み合わせは、業務シフトを組む際に決める。送迎は、デイサービスの大型車を使って、当日デイサービスで勤務する2名が行う。全員がセンターに揃うのは、朝10時頃である。14時半ごろに退所となり、職員が車で自宅に送る。軽食、昼食、飲み物、お菓子（おやつ）が提供され、利用料はこれらの食費で1日59クローネ（2018年、1クローネは約12円）である。認知症と診断された人だけが、利用を申し込める。多くの利用者は、週1回の利用から始める。週2回、3回の利用も可能だが、実際には、そのような人は多くない。現状では、この認知症デイには、かなりの待機者がいる。

認知症デイサービスの狙いは、以下である。認知症の人が他者（家族以外）と交流すること、彼らの生活に構造を与え、暮らしの中身を豊かにする。デイサービスで様々な活動を行うことにより、彼らの能力や心身の機能を維持する。介護家族の負担を軽減する。

センターに到着すると、まずコーヒーと軽食が供される。室内の大きな掲示板に、「今日の活動メニュー」に関する提案が、いくつも書かれている。それらを見ながら、各参加者が今日は何をしたいか（どう過ごしたいか）を発言し、決めていく。

例えば音楽を聴く、本や新聞の音読を楽しむ、機織りをする、編み物をする、木工製作やハンディクラフトをする、体操（運動）やヨガやリハビリをする、身体を動かすゲームをする、センターの庭で植物や動物と触れ合う、付近の森を散歩する（軽食と飲み物を携えて行く場合もある）、おしゃべりを楽しむ等がある。季節に応じた活動や伝統文化に根差した活動も、ある。例えば、クリスマス装飾づくり、キャンドルづくり、季節に応じたジャム、お菓子、軽食づくり等である。利用者はひとりで活動することもでき、何人か、あるいは全員で、何かに取り組むこともある。

最近の取り組みとして、英国の実践例を学び（専門書も購入）、雌鶏をセンターで飼育している。動物介在療法のひとつである。現在3羽を育てている。鶏小屋も、キットを購入し利用者と職員でセンターの庭に建てた。高齢者が通う日は彼らが水やり、餌やり、小屋掃除等をする（上述のように、この活動をしたい者が行う）。産卵すると、それらをセンターのお菓子や軽食づくりに使う。「卵取りバスケット」も、利用者が作った。3羽は品種や出身地が異なる。利用者が、それぞれに名前を付けた。鶏小屋の網に、写真付きの各個体の解説プレートが掲示されている。鶏小屋付近にベンチが置かれ、観察やふれあいを楽しむ利用者も、いる。3羽は個々に性格が異なり、状態や関係性も日々変化することがあるため、利用者どうし、および利用者と職員のおしゃべりの話題のひとつになっており、会話が増えた。

このセンターは平屋建てで、玄関室とトイレと廊下を除くと、3室とキッチンであった。これ以外に、室外に屋根のあるバルコニーと、屋根のないウッドデッキが、1つずつあった。利用者6名、担当職員2名にとっては、十分な広さと感じた。調査日はデイサービスを実施していない日だったので、全体をご案内いただいた。

最も広いのはリビング、ダイニング、キッチンが一連になっている部屋である。数名分のソファ、10名以上で使えるダイニングテーブルセット、少し大きめのキッチンがあり、部屋の隅に機織り機がある。次に広いのは、明るいろハビリ／運動室である。リハビリ器具等が少しだけ、設置されている。ここで体操、ヨガ、ダンス等をする。壁には通所者が絵具を使って描いた絵が、たくさん掲示されていた。自画像や「私の住まい」等である。言語コミュニケーションが難しくなってきた利用者には、色を使って気持ち等を表現してもらうアート療法のようであった。小さなクラフト室兼倉庫も、あった。木工の道具は、電動器具を含め、プロ仕様のものである。ある利用者がとても熱心に製作しておられ、このデイサービスの大きな木製看板が、完成間近であった。この部屋は倉庫も兼ねており、利用者が楽しむゲームや体操等に使う道具が、たくさん収納されていた。

リハビリ室から、庭に出ることができる。トマト、キュウリ、サラダ菜、ハーブ等の野菜と、スイートピー

等の観葉植物が小規模にポット栽培されている。これらの一部は、利用者が世話をしている。庭の中央にリンゴの巨木があり、豊かに実っていた。屋外バルコニー、ウッドデッキとも、8人以上の者がお茶と軽食等を楽しめるような机、椅子の配置であった。なお私たちが訪問した前日のデイサービスの主な活動は「明日、日本人3名が調査に来るので、アップルパイを焼いてもてなそう」だった。庭のリンゴを収穫し、10名以上が楽しめる大きなアップルパイを調理してくださった。この建物は、以前は市の保育施設、その前は障害者施設だったとのことである。改修して、認知症デイサービスになった。

4-1-7. 認知症チームと認知症デイサービスで働く職員が残念に思っていること

認知症デイサービスは市に1か所、営業は週3日で、量的に足りず、待機者が年々増加傾向である。新たに利用申し込みがあっても、すぐに提供できない。少なくとも、早期にこのセンターを、週5日営業に増強すべきである⁸⁾。今はデイサービスに待機者が多く、診断直後の軽度の人々がすぐに利用できないこともあり、デイサービスの実施日以外に「診断直後の早期の人」の「グループ活動」を、試行的に行っている。身体的に元気な人が多いので、お出かけ（例、公園、森、水辺、市街地等を散歩、散策）活動を中心にしている。こういった活動を、今後は公式の認知症デイサービスに制度化（公式に位置づけ）し、充実させたい。

昼食についても、いくつかの論点がある。近年、利用者の昼食は、集中方式で調理された冷凍食品をデイサービスで加熱して提供する方式に変わった。市は、衛生管理と栄養学の知見を重視し、この方式に変更した。以前は、利用者と職員と一緒に買い出しや調理をして昼食することもできた。このデイサービスの場合、設備的にも、それは可能である。今は、利用者は市が配達する昼食を食べ、職員は各々が持参した食事をとることが多い。利用者と職員で昼食について話し合い、買い物をし、共同で調理する活動を選択できることには、一定の意義や魅力があった。今、このデイサービスで許されているのは、お菓子と軽食の調理だけである。今の方式を残念に感じる利用者や職員も、いる。

4-1-8. 認知症居宅ケアチームの調査対象

シル市は2018年の2月に、認知症高齢者だけを対象とする居宅ケア（訪問介護）のチームを創設し、業務を開始した。これは、2016年に作成した市の認知症支援計画に書かれていたものである。このようなチームを運営している市は、当市だけではない。このチームで働くヘルパー2名に、日常業務に関するインタビュー調査をすることができた。インタビューには、シル市認知症チームに所属する認知症コーディネーターも、同席してくれた（4-1-1.の調査対象だった認知症コーディネーターと同じ人）。ヘルパー2名の保有資格は介護看護師であり、両方とも女性である。彼女たちは、いずれもシル市でヘルパーとして、長い期間、勤務経験がある。

4-1-9. 組織の名称

「認知症ホームケア・チーム（居宅ケア・チーム）」と称している。既述の通り、この市は現在認知症チームを「記憶力チーム（Minnsteamet）」と名付けており、認知症という言葉を使っていない。このチームもDemensを使わない組織名称を検討中だが、まだ良い代案を見つけられていない。Minnsteametは良い名称だが、市民が市のWEBで情報を探す場合には、ほとんどの者がDemensで検索すると考える。以上のジレンマがあり、今のところ、組織名の件は未解決である。

4-1-10. 認知症居宅ケアチームの業務に関する基本情報

市の一般住宅に暮らす認知症のクライアントだけを対象とする、居宅ケア（訪問介護）の特別班である。土

日を含め毎日、朝7時から夜21時45分まで、シフトを組んで勤務する。夜21時45分から早朝7時までは、別の居宅ケア班が、市全域のクライアントに責任を持つ（認知症のクライアントを含む）。

調査時点で支援しているクライアントは約30名であった。本業務を開始後、最大で45名まで支援したことがあるが、夏季（バカンスの時期）は利用者が減る。現在ヘルパーは17名だが、今後、秋以降は再び利用が増えるので、秋に5名以上増員されることが決まっている。

勤務シフトの基本は、2交代制である。朝勤務は朝7時から14時まで（昼食休憩1時間あり）。昼夜勤務は14時から21時45分まで（軽食休憩30分あり）。シフト交代時に15分ほど、短い引継ぎ会議をする。勤務シフトは6週間単位で組む。フルタイム就労だと週に37時間働く⁹⁾。勤務シフト調整の結果、朝7時から夜21時45分までの連続勤務（食事休憩あり）をすることも、ある。なお、深夜21時45分から朝7時までは、「深夜ホームケア」班（4名）が、市内のすべてのクライアントの支援を担当する。

認知症居宅ケア班のうち1名は、業務計画づくりに専念している（コーディネート業務）。クライアントの体調の変化、通院や入退院等も頻繁であるため、「どのヘルパーが、いつ、どのクライアントを訪問し、何を行うか」の具体的な業務計画は2～3日単位でしか立案できない。また、各クライアントを訪れるヘルパーを3～4人ぐらいに固定することを目指して業務計画を創る。クライアントは認知症であるため、訪れる支援者が多すぎると混乱や不安が生じやすい。クライアントごとにヘルパーを少人数に固定できると、よい関係を築ける可能性が高まる。実際にはコーディネーターが毎日、出勤ヘルパー全員に「今日の業務計画（指示書）」を紙で渡して働いてもらう。また、出勤者のうち2名は「クライアントからの臨時呼び出し（アラーム）」に対応してヘルプ業務をする。呼び出しがあると、1時間以内に応答する。多くの場合、呼び出しは「緊急」の内容ではない。典型的には、こけた、物を落とした、用便等である。アラーム対応ヘルパー2名のうち、1名は市街地、もう1名は市街地以外の周辺地域を担当する。

このチームのヘルパーの支援は朝7時過ぎから始まり、クライアントが就寝する頃まで、利用者の生活の流れに沿って展開される。例示すると朝は起床、離床し、用便、シャワー浴、洗顔、更衣という流れになる。必要に応じて、洗濯や掃除や買い物も支援する。昼食は調理施設で作られた冷凍食をヘルパーが宅配し、加熱して食べる。簡単な昼食なら、ヘルパーと本人で買って調理して食べることもできる。服薬は、1週間単位で薬を準備するのは看護師であり、それらを宅配し、日々の服薬を確認し書類に記録するのはヘルパーである。同居している家族が服薬管理をする家庭も、ある。インシュリン注射は、看護師が権限を委譲している場合には、ヘルパーが行う。

デイサービスを利用していないクライアントは、1カ月に10時間まで「自分がしたい活動」をヘルパーの支援を受けて、無料で楽しむことができる。インフォーマントは、これを英語でSocial Timeと表現していた。週1～2回、1日あたり1時間ほど楽しむ者が多い。昼食後の落ち着いた時間帯に、この「本人が希望する活動」を楽しむことが多い。これは、日本の介護保険制度には無い仕組みである。別項で、もう少し説明する。

利用者によっては、夕方や夜にシャワー浴をする場合もある。夕食後は、テレビを見てくつろいだ後に更衣して就寝する流れになることが多いので、この流れに沿った支援をする。なお、クライアントの通院や入院への同行は、ヘルパー以外で行うのが原則とのことであった。例えば家族、親族、グッドマン¹⁰⁾、ボランティア（赤十字等）等である。

4-1-11. 認知症居宅ケアにおける「本人がしたい活動」の支援（Social Time）

「クライアントがしたいこと」を、ヘルパーの支援を得て行う。内容は、非常に多様である。インフォーマントが語った例を、記す。近所を散歩（2人乗りアシスト付き自転車を使う場合もある）、庭で植物等の手入れ

れ、買い物、水泳、美容院に行く、喫茶店に行く、自宅で整髪やネイルをする、市街地に出かける、自宅でお菓子とお茶でおしゃべり、トランプ遊び、ゲーム、読書、一緒に音楽を楽しむ（歌うこともある）、調理やお菓子づくり、高齢者施設が共有空間で行う「昼間の活動」に参加する（体操、ボウリング、音楽鑑賞、ダンス、ゲーム、ビンゴ等）。

ヘルパーは利用者がSocial Timeを楽しめるように要望を聴き、提案もする。Social Time支援用のバックパックを背負って訪問する場合も、ある。バックパックには本、絵本や写真集、トランプ、ゲーム等を入れておくことができる。クライアントの希望や好みに対応することを目指す。夏はできるだけ屋外の活動に誘う。冬は室内の活動が多くなる。

しかし、ヘルパーが本人や家族に尋ねても、要望が具体的に表明されないことも、ある。またヘルパーが具体的に提案したり誘っても、本人が同意しないこともある。重度の鬱状態だったり、「他人と会いたくない」クライアントも、いる。ヘルパーが長い期間支援し、信頼関係ができた後に、ようやく本人から要望が出てくる場合もある。高齢者施設が共有空間で行う「昼間の活動」に参加することには、様々なメリットがある。活動メニューが豊富だし、クライアントが知人に会う機会にも、なりうる。この方式は、ヘルパーも楽である。この方法の問題点は、地域が限定されることと、クライアントがそのような場の参加者が多すぎると感じた場合には、参加しなかったり、止めてしまうことである。参加者が多すぎる、賑やかすぎる場を嫌うクライアントは、多い。

もう少し長い時間を要する「本人が望む活動」の場合、以下の手順で実現する。例えば映画やコンサートを楽しむ、フォーマルな夕食を楽しむ等である。まず本人が、市のニーズ判定職に申し込む。認められれば、同行者を決める。家族や親族、友人やグッドマンでもよいが、ヘルパーが同行者になる場合もある。本人が自分の代金を支払い、同行者の分は市が支払う。同行者がグッドマンの場合は、本人がグッドマンの代金も支払う。

市が、一般住宅で暮らす認知症の人のために遠足（エクスカーション）を企画、実施することもある。本年8月22日に実施した遠足には、65名のクライアントと家族等が参加し、楽しいひとときになった（翌日、地方新聞に記事が載った）。

4-1-12. 認知症居宅ケアチームにおける業務管理など

各ヘルパーは、3人ほどのクライアントのコンタクトパーソン（担当者）になる¹¹⁾。居宅ケアの利用を開始するまでに、担当者になる予定のヘルパーが自宅を訪れ、1～2時間面談する。生活歴を話してもらい、これまで行ってきた社会活動や、自由時間の楽しみ方等も聴く。この面談に、家族や親族が同席してくれることも、ある。

認知症居宅ケア班は、クライアントひとりひとりへのサービス提供計画を、事務所で共有している。ニーズ、何を、いつ、どのように支援するか等が、具体的に記されている。家族や親族の情報も、納められている。担当ヘルパーを少人数に固定しても、同じ情報に基づいて支援しないと、うまくいかない。また、ヘルパーの欠勤や休暇等により急遽、当該クライアントを支援することになるヘルパーも、いる。

ヘルパーは出勤時に、コーディネーターから、その日に行う仕事のスケジュールと内容を紙で受け取る。仕事をしながら、その紙にチェックマークやメモを書いていく。クライアントの体調や様子等をメモすることもあるし、訪問しても本人が不在ということも、ある。訪問時にクライアントの体調が悪ければ、その場で看護師等に連絡する。指示された仕事を終えて事務所に戻ったら、パソコンに簡潔に情報を入力する。次に訪問するヘルパーは、それらを参照する。

このチームにとって最も重要な会議は、月1回の「全利用者検討会」である。参加できるヘルパーはすべて

出席し、その時点で支援しているクライアント全員について検討する。本人の状態や要望の変化等について情報交換し、今後の支援について意見交換する。例えば、作業療法士や理学療法士など他職種による支援を追加するか、今は実施していない新たな支援を行うか、「特別な住宅」への転居を本人に提案するか等が検討される。

また、このチームは、認知症チームと週1回、看護師と週1回、定例の会議を行っている。この2つの会議には、スーパービジョンの側面がある。

私たちが調査した2名のヘルパーは、長年当市で働いてきた。認知症居宅ケア班が創設されることになり、メンバーが公募され、ふたりは自分の意思で応募した。その際には志望動機レポートが課され、ふたりはチームの構成員となった。メンバー決定後に全員が認知症支援に関する研修を受け、仕事が始まった。当市では、このチームで働けるのは、原則として有資格の介護看護師だけである。また、認知症支援研修を受けないと、この職場では勤務できない。

4-2. アルビカ市

4-2-1. 認知症チームと認知症デイケア業務の調査対象

アルビカ市は2012年に認知症チームを創設した。チームの定員は看護師1、作業療法士1、認知症専門介護看護師（シルビアナース）2の合計4名である。看護師が最近退職したため欠員が1名あり、調査時は3名の職場であった。このうち作業療法士と認知症専門介護看護師1名の2名に、インタビューすることができた。両名とも女性であった。

インタビューしたシルビアナースは、「家族支援担当」という位置づけである。自宅で認知症の人を介護する家族の支援が、主な業務である。しかし、実際には家族だけではなく、認知症の本人の支援もすることであった。特別な住宅ではなく、地域の一般住宅に暮らす本人と家族の支援が中心である。作業療法士も、地域の一般住宅で暮らす本人と介護家族を支援している。彼女は、暮らしの場への様々な道具や福祉機器の導入、住居内の環境整備、住宅改修等に専門性を発揮している。

なお、市の認知症チームは定員4名であるが、この市職員4名に県の医療職を加えた「記憶力チーム（Minnesteamet）」もある。この「より広いチーム」には、地区診療所の医師、看護師、病院の作業療法士等も含まれる。

4-2-2. 認知症チームによる初期支援

家族やホームヘルパー、場合によれば近隣住民が、ある高齢者を「認知症かもしれない」と認知症チームに連絡し、新規ケースが始まることが多い。認知症と医師に診断されていない場合でも認知症チームは訪問し、受診を勧め、地区診療所の看護師や医師につなぐ。チームによる初回訪問は、2名で行くことが多い。ことに本人に加え家族とも面談できる場合には、2名による訪問が原則である。職員2名が本人、家族のいずれとも個別面談できるからである。

訪問面談を重ねてクライアントや家族と信頼関係を築きつつ、チームは本人の状況やニーズについて分析を深めていく。とくに本人と様々な会話をし、自宅での暮らしぶりを注意深く観察する。トイレや浴室の状況を観察し、冷蔵庫の中身を見る。本人の買い物に同行すると、地域社会でうまく移動できるのか、クレジットカードや現金等でどのように支払っているか等がわかる。必要に応じて朝、昼（昼食時）、夕方、夜など様々な時間帯に訪問することもある。同居、別居の家族や親族に話を聞き、ヘルパーを利用している場合には、彼らの話も聞く。ご近所や本人の友人、知人に情報を求める場合もある。

特に、作業療法士は訪問面談や、その際に観察して把握したクライアントの困りごとや、できないこと、失

敗しがちなこと等を、新たに道具を導入したり、住居内の環境を整え、住宅改修等を助言して解決していく。例えば加熱の際に調理具を焦がしてしまう問題を見つけたら、この事故が起きないように器具を変更する等の工夫をする。住宅改修はこの国では居宅支援の基盤を成すサービスだが、あまりにも住宅と住環境がクライアントに不適合と考えられる場合には、「特別な住宅」への転居を勧める場合もある。

認知症と診断されると、本市では月15時間までホームヘルプを無料で使える。ホームヘルプやデイサービスの利用決定や調整は、市の介護福祉課のニーズ判定職が行う。よって、認知症チームが訪問し、何も市のサービスを利用していないことがわかれば、市が実施しているサービスの概要を説明し、ニーズ判定職に会うことを強く勧める。しかし、診断直後や軽い認知症の場合、サービスを使おうと思わないクライアントも多い。チームは認知症デイサービスの利用を勧めることが多いが、診断されていて、本人が利用を望む場合、ニーズ判定職がサービスの利用を認めないことは、ほとんど無い。また「月15時間を超えるホームヘルプの決定」もニーズ判定職が行うので、必要に応じて本人、家族とその件を話し合うことになる。

4-2-3. 居宅サービス利用後の流れ

認知症のクライアントの場合、市は訪問するホームヘルパーの数を少なくし、できるだけ固定することを目指している。具体的には5～7人ぐらいである。インフォーマントは、当市のホームヘルプは、認知症のクライアントへの対応について課題があるという意見であった（後述）。

当市に高齢者デイサービスは、2か所ある。1か所は認知症専用で、もうひとつは認知症以外の者も使える。週5日営業、1日あたりの利用時間は約5時間である。各高齢者の利用回数は、ニーズ判定職が決める。週1～2回が多い。

今春、認知症チームは、デイサービスとは別に診断後間もない早期の人々が参加できる「グループ活動」を試行的に始めた。週1回実施しており、例えば森を散歩するなど、お出かけや、身体を動かす活動がメインである。身体面で元気な方が多いので、このようにしている。

認知症が重くなり、自宅での暮らしが困難になった高齢者は、「特別な住宅」に転居する場合もある。認知症専用の「特別な住宅」は、診断された者しか利用できない。

4-2-4. 介護家族支援と、スタッフ教育

認知症チームは、年に2シリーズ以上、介護家族教育を行う。1シリーズは、3回の会合で構成される。内容は、様々な認知症の理解、よりよい関わり方、サービスの利用方法等である。働いている介護者も参加しやすいように、17時半開始の集会もある。チームは、各シリーズの講習会が終わる際に参加者に呼び掛け、「自主グループ作り」を勧める。

市は、市内の「特別な住宅」と、ホームヘルプの事業所に、ひとりずつ「認知症支援責任者」を置いている。認知症チームは月に1回これらの責任者と会議を行い、支援について様々なことを話し合う。認知症チームは、この会議のスーパービジョン機能を重視している。この会議で協議したことを、各職場に持ち帰って伝達してもらう。また、認知症チームは日常的に特別な住宅の職員や現場のホームヘルパーから、認知症の個別ケースへの支援について助言を求められる。

なお、アルビカ市も「認知症支援計画（Demensplan）」を持っている（WEBには公開していない）。現行計画は2016～2018年度なので、いま次期計画（2019～2021年度）を作成中である。現行計画も認知症支援に関する職員研修を重視しているが、インフォーマントは、次期計画でも、それが最も重要だと考えていた。

4-2-5. 認知症チームの職員2名が、いま課題だと考えていること

インフォーマントは、当市の認知症支援における課題を、大きく分けて3つほど述べていた。まず、初期支援の難しさである。まだ、家族が認知症を隠す場合がある。この場合、医療機関も認知症チームも、認知症が進み問題が深刻化してから関わることになり、支援は難しくなる。このように、早期に支援機関につながれず、発見が遅れる例が、まだ見られる。また、診断後も医療や福祉サービスを全く利用しない人や、支援を拒否する人がいる。診断後の落ち込みや鬱病が、深刻な問題を引き起こすことも多い。本人が、自らがまだ持っている強みを再認識できるように、支援を行う必要がある。家族が本人の行動を制限したり、まだ本人ができることを奪ってしまう問題も、ある。家族や親族が非常に遠方であったり、連絡が取りにくい場合も、支援が難しくなる場合がある。

認知症のクライアントへのホームヘルプについては、2つのことを語っていた。1つは、本市も今後は「認知症専門、居宅ケアチーム」を創設する方が支援の質が高まる、という提案である。彼女たちは、近隣2市が既にこのようなチームを運営し、うまく行っていると評価していた。もうひとつは支援の質を高めたり、サービス利用世帯でBPSDが生じてもうまく対応できる力を開発すべきという点である。例えば、近年リージョン・スコネ（Region Skane）が開発し、多くの現場で用いられ始めた認知症支援の改善ツール、「BPSD.SE (<http://www.bpsd.se/>)」がある。本市でも、「特別な住宅」では支援困難ケースへの対応方法を改善するためにBPSD.SEを活用している。インフォーマントは、今後は当市のホームヘルプ部門もBPSD.SEを使って支援の質を上げることが求められると考えていた。

最後の課題は、「支援が難しい」クライアントへのサービスの改善や開発である。例として、いずれも数は多くないが、前頭側頭型認知症（FTD）や、認知症とアルコール依存症が並存するクライアントがいる。いずれも家族が困難な状況に陥ることが多く、結婚している場合、離婚することも少なくない。

4-3. カールスタッド市

4-3-1. 認知症チームの調査対象

当市の認知症チームの構成員は看護師2名、認知症介護看護師（シルビアナース）3名、作業療法士1名の計6名である。私たちは、このうち看護師1名、認知症介護看護師2名、作業療法士1名の計4名を対象として、インタビューを行った。4名とも女性であった。彼女たちの仕事の中核を成す初期支援（インテーク相談を含む）、家族支援、職員教育の3つに加え、認知症デイサービスについて教えていただいた。なお、当市のインフォーマントはチームの仕事を説明する際、最初に「職員教育」について話された。これは、少し驚いた。シル市とアルビカ市の調査では、そうではなかった（シル市とアルビカ市で職員教育が重視されていないという事では無い。既述の通り）。実際には、本人への初期支援と認知症デイサービスに関する説明が多かった。

4-3-2. 認知症チームによる初期支援（インテーク相談を含む）

初期支援の最初の課題は、認知症チームとクライアントが信頼関係、よい関係を築くことである。本人ではなく、家族や他機関からの情報や要請によって認知症チームの訪問面談が始まる場合もある。このようなケースでは、本人は「自分は認知症ではない、記憶力が衰えただけだ」のような認識であることも多い。よい関係を築くには、時間がかかる。何度も訪問し、一緒にコーヒーを飲んで、様々なことを話し合う。信頼関係ができてくると、暮らしのなかで困っていることが明らかになってきたり、本人が困りごとを語り始める。信頼関係を築き、訪問を重ねることによって、認知症チームはクライアントの1日の暮らしの流れを観察しながら把握し、本人と対話しながら解決方法を提案したり、一緒に考えていく。例えば、自宅で入浴したがる女性

がいた。面談を重ね、信頼関係ができると、彼女は水泳が好きであることが分かった。認知症チームは彼女に、頻りに水泳に通うことを勧め、実現することができた。水泳の前後にシャワー浴をするので、この方法で問題を解決することができた。

認知症チームは、クライアントの孤立を防ぎ、社会とのつながりを維持することも目指している。例えば、訪問面談等の際にクライアントに外出を促したり、誘ったりする。また、本人と家族やそれ以外の人々との接触を増やす働きかけも行う。

1年半前から、新たな取り組みを始めた。診断直後の認知症の早期段階の方々に呼び掛け、希望者で「学習サークル」活動を始めてもらった。月に2回集い、1回90分ほど、語り合ったり、学びを深めている。集いには、支援者として看護師と教会ソーシャルワーカー（Deacon）の2名が、必ず参加している。参加者は、集いで自らの暮らしにおける困りごとを語るができる。参加者は、困りごとの解決方法やそれぞれの経験を、語り合うことができる。相互扶助の活用である。また、この集いの定期的な開催により、孤立する可能性が高く、孤独を感じることも多い認知症の人々の仲間意識を育て、孤立を防ぐことができる。この集いには支援者もごく少数参加しているが、当事者組織、セルフヘルプグループのような側面がある。なお、「学習サークル」活動は、以前からスウェーデン社会に定着しているので（例、日本語学習サークル、地域の伝統ダンスを学ぶサークル等）、「認知症について学ぶサークル」があっても違和感は少なく、これが地域社会に存在することで認知症に関するステイグマを弱める効果もある。調査時点では、このような認知症について学ぶ本人たちの学習サークルが3つあった。この取り組みはユニークと言え、注目されている。当市で発行されている地方新聞も2回、この活動を記事にしてくれた。これらの記事を読んだ住民の意識は、変わったのではないかと想像している。

認知症チームとアルツハイマー協会が協力しあって、認知症カフェも運営している。認知症の本人も家族も、参加できる。参加者は、様々な内容のミニ講義によって、新たな知識や情報を得ることができる。例えば、医学的な知識、食事と栄養に関する情報等である。認知症カフェは、本人支援と家族支援の両方を兼ねている。

なお、当市の認知症チームは市介護福祉課の多目的施設「リソースセンター」¹²⁾で勤務している。認知症チームは、ドロップイン方式の来所相談を週に1回、行っている。毎週木曜日の14～17時、センターの相談室にチームの1名が待機し、来所相談に応じている。本人、家族をはじめ、誰でもこの相談を利用できる。

認知症が疑われる高齢者が受診したがいらない問題があるかを質問したところ、近年はマスメディア等の報道もあり、認知症が「ありふれた病気」であるという認識が広がったので、自分で地区診療所等を受診する人が増えたとのことであった。しかしながら、診断される人は増えているが、「どのタイプの認知症か」を確定させる診断は、うまくいっていない。

4-3-3. 認知症デイサービス

市に1か所あり、利用者は合計100名ほどである。週5回、平日の10～15時に営業している。原則として、利用は週2回まで。特に必要性が強い場合は、週3回利用できる。

現在、利用資格と利用希望があるのに利用できていない「待機者」が25名ほどおり、この数は年々増加している。また、利用回数を増やすことを希望する利用者も多いが、現状では難しい。1日の利用者枠は8名であり、職員2名で支援する。参加費は飲食費（昼食、おやつ、飲み物）で、1日79クローネである。市全域から通って来るので、移動支援タクシー（färdtjänst）を利用する人が多い。認知症のクライアントなので、なるべく運転者を固定できるよう、タクシー業者に依頼している。

利用経路としては、市のWEBで情報を見て申し込み、医療機関による紹介、ヘルパーが本人や家族に利用

を提案、上記の来所相談等がある。本人は「認知症デイサービス」という名称を嫌うことが多く、利用をためらったり拒否する場合もある。よって、「お昼のグループ活動に参加しませんか」のような言葉で勧めることが多い。

デイサービスの主なねらいは、本人の身体と脳によい刺激を与えることと、介護家族の負担を軽減することである。活動の例として、新聞を音読する、散歩する、音楽を鑑賞する、歌を唄う、クロスワードパズル、さまざまなゲームを楽しむ、体操（軽い運動）、ダンス、簡単な調理やお菓子づくり、お茶を飲みながらおしゃべり、マイクロバスに乗ってお出かけ等がある。

なお、認知症のタイプ別の対応は、できていない。また当市の認知症デイサービスは、若年性認知症にも対応できていない。若年性の方への就労支援も、あまりできていない。ある若年性のクライアントは、リソースセンターの食堂で、ボランティアとして働いている。

4-3-4. 職員研修、家族支援ほか

介護家族教育は、1シリーズの会合が5回である。1回約2時間の、集いを行う。講義等に加え、参加者が「話したいことを話す」ことを重視している。相互扶助組織のような運営を、目指している。夫婦介護者中心のグループと子ども世代の介護者グループの2種類がある。

職員への認知症支援研修は、3段階を積み上げる方式である。第1段階は、認知症の基礎知識を、チームが準備したWEB教材で学ぶ。第2段階は「接し方の基本」であり、例えば話しかけ方等を学ぶ。第3段階は、「認知的な枠組み」を使った支援方法である。個々のクライアントの認知レベルに対応した支援方法を、学ぶ。クライアントの生活環境に、新たに道具や機器を導入して支援することも、学ぶ。

現場のホームヘルパーが、認知症のクライアントをうまく支援できず、困ってしまうことがある。このような場合、ヘルパーは認知症チームに連絡してくる。チームの者が現場に赴き、クライアントと職員の両方と協議を重ね、支援や人間関係等の再調整を行う。

身体疾患やケガ等で入院したクライアントが病院で問題を起こしたり、入院中に本人や家族が困ってしまうことも、ある。このような場合も本人、家族、医療機関等から認知症チームに要請があれば現場に赴き、様々な支援を行う。以上は、認知症チームによる職員支援、スーパービジョンである。

なお、認知症クライアントの終末期ケアについて質問すると、基本的には県の医療機関、病院の一部である緩和ケアチームが担当する、とのことであった。同時に、インフォーマントは「緩和ケアチームは認知症支援について知識が豊富とは思えない」と語った。

5. 小括

3市の調査結果をまとめ、いくつかの考察を加えて、本稿を終えたい。市の認知症チームは、診断前、そして診断直後から本人の初期支援を行っている。また介護家族の個別支援、教育、小集団を活用した相互扶助を行っている。チームは、認知症ケアを担う介護職等の教育とスーパービジョンを、重層的に行っている。チームの構成員は介護看護師、認知症専門介護看護師（シルビアナース）、看護師、作業療法士が多い。ことに本人支援においては、作業療法士と認知症専門介護看護師が中心的な役割を担っているように見えた。チームは、自宅で暮らす者と「特別な住宅（日本では居住施設にあたる）」に暮らす者の両方を支援しているが、私たちが調査した3市では、前者に重点があるように見えた。

本稿は3市における初期支援業務の実際を、かなり詳細に記述した。印象に残ったのは、認知症の人々を個人として尊重し、まず信頼関係を構築することを目指して丁寧に、時間をかけて関わっている点である。家族

を含む面談の場合には必ず職員2名で訪問し、個別に面談する原則も、守られていた。そして支援者は、本人とさまざまな対話をするだけでなく、自宅での暮らしぶりを注意深く観察することを重視している。クライアントの日々の生活の流れ全体を、家族による支援の有無も含めて、包括的に把握しようとしていた。そのうえで、本人の暮らしづらさや生活困難を具体化、明確化したり、クライアント本人から引き出している。そして、それらの解決方法を、自らの専門知識を活用しつつ、「個々のクライアントとともに考え、開発」しようとしていた。その時点における本人の力を最大限に引き出し、個々のクライアントの暮らしづらさについて、「その人独自の解決方法づくり」を目指していたのである。支援者が本人に提供していたのは「介護」ではなく、認知症になった私に必要な、新たな生活上の工夫（new coping behavior）、認知症とともに生きていく姿勢、信頼関係に基づく援助職との関係そのもの等であった。

以上は、本人のエンパワメントや権利擁護を重視した実践と、評価できる。個別支援計画づくりの会議にクライアント本人が参加する原則、誰が会議に参加するかを決める原則も、重視されていた。対人援助の教科書に出てくるような、実践スタイルであった。また、例えばカールスタッド市における「認知症本人の学習サークル」活動等に見られるように、本人のエンパワメントは、個別支援だけでなく、仲間づくり、相互扶助、組織化も含まれていた。

私たちは、認知症高齢者の「昼間の時間の自由な活動」についても調査した。主に認知症デイサービスと、認知症のクライアントへのホームケア（訪問介護）について情報を得たが、現時点では日本には存在しないものを2つ、発見した。それは「認知症クライアントだけを支援する訪問介護チーム」と、「訪問介護利用者が、自宅を基盤としてヘルパーの支援を得て行う自由な活動（自分のしたいことを楽しむ時間Social Time）」であった。いずれも、3市のうち、シル市だけに存在していた。

以下、分析的な記述を試みるが、まず認知症デイサービスから述べたい。1日あたりの利用人数枠が、6～8名と少ない。その日デイサービスの場で「何をするか、どう過ごすか」は、いくつかのメニューの中から、各利用者が決める。デイサービスでの過ごし方は「個別活動」、「何名かでの活動」、「全員参加の活動」がある。センターの建物内だけでなく、センターの庭や周囲の森林等の自然環境が、様々な活動に活用されている。例えば庭に植物や動物を配置し、デイサービス利用者は、それらとも相互作用している。このように、認知症デイサービスは、まさに「お昼間の活動、小集団活動」であった¹³⁾。したがって、営業日は最大で週5日であり、1日の利用時間は、昼食を含めて5時間以下である。また、クライアントにとっての利用可能回数も、週1日から最大で週3日程度であった。日本の介護保険の「通所介護」という仕組みや考え方は、違いが大きい。日本で重視している入浴介護は、デイサービスには無い。また、一般住戸への配食サービスと同じものをデイサービスに宅配している等、昼食を特に重視しているようにも見えなかった。もちろん、スウェーデンの認知症デイサービスにも、本人の機能維持や介護者の負担軽減というねらいが、ある。しかし、基本的に「本人の昼間の過ごし方の選択肢の一つ」のような位置づけのように思われた。

こう考えていくと、シル市の訪問介護において、デイサービスを使っていない高齢者に「自分のしたいことを、ヘルパーの支援を得て行う時間（Social Time）」が毎月10時間、無料で保障されていることは、デイサービスを月に何回か利用する認知症高齢者と、デイサービスを利用せず自宅を基盤として楽しく暮らしたい認知症高齢者を「自治体の支援制度として概ね平等に扱いたい」ということに過ぎないように思われた。実際に、認知症デイサービスの利用料は食費相当額であり、「ケア」部分は無料である。

シル市の一般住宅で暮らす認知症高齢者が、実際にヘルパーの支援を得て楽しんでいるSocial Time活動の例示データを見て、いくつかのことを考えた。ひとつは、本人が求めたSocial Time活動の方が、同市の認知症デイサービスのできる活動よりも多様であること。そしてデイサービスにおける諸活動よりも、より「地域

社会を使っている」ことである。もう1点は、これらの活動は個々のクライアントが「認知症になる前から長年行ってきたこと」ではないか、ということである。この仕組みは、個々人の「生活の継続性の保障」に役立っている可能性がある、と考えた。

最後に、「認知症高齢者だけを支援する訪問介護チーム」について述べる。シル市は、市直営でこのチームを創設し、認知症支援の研修を受けた有資格のヘルパーしか勤務できないことにした（専門性の向上）。そのうえで、各認知症高齢者を訪問するヘルパーを「3～4人でいどに固定」する運営を目指した（小規模ユニット化）。アルピカ市は「5～7人ぐらい」を目指しているの、かなり差がある。シル市は、新チームの導入により、認知症高齢者を多数のヘルパーが常に顔ぶれを変えつつ訪問することで「利用者が困った状態に陥る」ことを防ごうとした。同時に、支援するヘルパーを少人数化し固定することで「よい関係」の構築を目指し、サービス提供計画に基づく支援（標準化）と、担当ヘルパー間の日々の情報交換によって支援の質を高めようとした。

各ヘルパーは3人ほどの利用者のコンタクトパーソンになるので、個別化と責任の明確化を目指していることがわかる。認知症居宅ケアチームの利用開始前にはコンタクトパーソン予定者が本人宅を訪問し、生活歴の聞き取りを含むインテーク面接を行っている。

以上のように、限られた予算の中で財源を使い、このチームによって居宅支援の質の向上を目指した。副次的な目的として、居宅支援の質を上げることで「特別な住宅（施設介護）」への転居を遅らせたり、防いだりすることを目指していると推察した。これが実現できれば、市の財政にとっては有利である。

このチームは、オンコールの支援も行っている。彼女たちが行っている支援は、「特別な住宅」における支援に似たものになりつつあると見ることもできる。特別な住宅には廊下があり、廊下に沿って個室の住戸がある。介護職は住戸を訪れて支援したり、居住者を（廊下を通過して）共有空間に連れ出し、食事や昼間の活動を楽しんでもらう。居住者が住戸内でボタンを押してコールすれば、職員はそれに応じて支援する。認知症居宅ケアチームは、クライアントの住居を訪れて介護し、クライアントがSocial Timeを楽しむ際は住宅内だけでなく庭、近隣、地域社会等で支援する。オンコールの場合、ヘルパーは廊下ではなく街路を移動してクライアント宅を訪れ支援する。

調査自治体が抱える問題として、認知症デイサービスの不足があった¹⁴⁾。2市ではデイサービスの待機者が年々、増加していた。診断直後の軽度の人々がデイサービスを利用できない、診断直後の軽度の人身体面で元気である等の理由で、認知症デイサービスとは別に「グループ活動」を実施している市も2つあった。また、早期に受診し診断を受けることを目指していたが、実現できていない面があることも語られていた。

2012年のオレンジプラン以降、我が国の認知症施策は高齢者施策全体のなかでの優先順位が格段に上がり、市町村は国計画に沿った施策展開が求められ、市町村介護保険事業計画で認知症施策を具体的に進行管理することを求められている。我が国の認知症施策は1990年代に本格化し、今日までかなりの組織、事業を整備してきている。本稿では理論枠組みを示した国際比較研究はできなかったため、今後の課題としたい。本稿は、そのような研究のための準備作業である。

注

- 1) 例えばMasaaki Yoshihara (2014)。
- 2) 例えばMasaaki Yoshihara (2015)。
- 3) 例えば国立長寿医療研究センター (2014)、(2015) 等。
- 4) 例えば佐藤雅彦 (2014)、藤田和子 (2017)、丹野智文 (2017) など。日本認知症本人ワーキンググループ

のホームページにも、同趣旨の情報が掲載されている。なお丹野智文はNHKテレビ等に幾度となく出演し、同趣旨の発言をしている。

- 5) 平成28～30年度については、文部科学省科学研究費を得て研究している。課題名「認知症の人の生活ニーズを中心とした生活支援モデルの構築」、研究代表者清水弥生（神戸女子大学）、課題番号K16K13447。吉原は、研究分担者。研究成果の一部は、清水や吉原が学会発表、論文公刊等の形で公表している。例えば清水・佐瀬（2015）、清水・佐瀬（2017）、清水（2018）。
- 6) 本稿の引用・参考文献に、私が読んだ20作品を掲載した。
- 7) この日、調査に同行したÅse-Britt Falchによれば、最近カールスタッド市で「特別な住宅」に転居を希望したが市に転居の資格が無いと判定された住民が裁判を起こした。その裁判の判決には、注目される文が含まれていた。当該裁判所は、「90歳以上であれば転居する権利がある」という新たな判断基準を、記したのである。
- 8) 市が2016年に定めた認知症支援計画にも、そう記されている。Kil Kommune（2016）。
- 9) インフォーマントによれば、フルタイム就労だと月給は約25000クローネとのことであった（有資格ヘルパーの場合）。土日や夜の勤務は、割増賃金になる。なお、有資格ソーシャルワーカー（大卒）の初任給は月額約21000クローネである。有資格ヘルパーの給与水準は、以前に比べると大きく改善したように感じた。
- 10) god man、日本では成年後見人と訳される場合が多い。認知症の場合、本人の財産管理を行うことが主な仕事である。クライアントにグッドマンをつけるかどうかの法的な判断は、裁判所が行う。グッドマンの選任は、市が行う。配偶者や子が選ばれることも多い。グッドマンは、年に1回、市の主任後見人委員会に、クライアントの年間の収支報告書を提出する義務を負う。
- 11) コンタクトパーソンは、当該クライアントの支援全般に責任を持つ職員である。家族がクライアントが利用しているサービス等について意見を述べる場合、利用者のコンタクトパーソンが窓口になる。また、コンタクトパーソンは、必要な場合には、本人に代わって家族や医療福祉職等に連絡することも職責である。
- 12) 高齢者用の安心住宅（warden付き住宅）、高齢者短期介護施設、認知症デイサービス、身体障害高齢者デイサービス、福祉機器および住宅改修展示相談センター、家族支援センター、ボランティアセンター、Deacon事務所等の複合施設である。これら以外に、食堂もある。市の中心市街地の交通の便利な場所にある。
- 13) 実際に、スウェーデンでは高齢者デイサービスを表す言葉は、「介護」という言葉を含まない。原語はdag verksamhet、すなわち「昼間の活動」という意味である。
- 14) 確かに、日本の自治体と比較すると通所サービスの量は少ない。

引用・参考文献

- ベント・エリクソン、オーサブリット・ファルチ著、吉原雅昭訳（2015）「現代社会の挑戦課題としての認知症ケア：スウェーデンとノルウェーを例として」大阪府立大学『社会問題研究』第64巻
- ブリット＝ルイズ・アブラハムソン著、ハンソン知子訳（2006）『スウェーデンの認知症高齢者と介護』ノルディック出版
- 藤田和子（2017）『認知症になってもだいじょうぶ！そんな社会を創っていこうよ』徳間書店
- 藤原瑠美（2010）「スウェーデン・エスロブ市の認知症ケアチームにみる自我を支えるケア」『緩和ケア』Vol.20, No.6

- 藤原瑠美（2013）『ニルスの国の認知症ケア』ドメス出版
- 濱崎絵梨（2015）「スウェーデンの高齢者福祉の現状と課題」ノートルダム清心女子大学『紀要』Vol.39, No.1
- 菊池和子（2016）「スウェーデンにおける高齢者福祉施設の視察研修報告」『岩手県立大学看護学部紀要』18
- Kil Kommune（2016）Demensplan
https://www.kil.se/globalassets/forvaltning/socialforvalt/ledningssystem/ver_demensplan.pdf
- 木本明恵（2014）「認知症の人とその家族が安心して暮らせるための、ケアと理論を伝えていきたい」『ナース専科』Vo.34, No.8
- 国立長寿医療研究センター2014『認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援サービスモデルの開発に関する調査研究事業 事業報告書』
- 国立長寿医療研究センター2015『認知症の早期診断、早期対応につながる初期集中支援チームの設置運営に関する調査研究事業報告書』
- 久保恵理子（2018）「スウェーデン、日本における認知症高齢者の家族介護者支援に関する比較研究」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』44
- レニータ・ペテルション（2013）「スウェーデンの認知症在宅ケアの実際」『老年問題研究』第27巻
- Masaaki Yoshihara（2014）Historical development and current issues of dementia care in Japan, 大阪府立大学『地域福祉研究センター年報 2013年度』
- Masaaki Yoshihara（2015）Quantitative and contents analysis of dementia research in Japan, Part 1, 大阪府立大学『地域福祉研究センター年報 2014年度』
- Masaaki Yoshihara（2018）Books published by people with dementia in Japan, 大阪府立大学『社会問題研究』第67巻
- モニカ・バリイルンド（2006）「スウェーデンからの提言：認知症高齢者への個別援助と自己決定をどう支援してきたか」『高崎健康福祉大学総合福祉研究所紀要 健康福祉研究』第3巻第1号
- 奥野敦史（2016）「認知症」同著『スウェーデンの精神科医療改革』マイナビ出版
- 斎藤美穂（2018）「認知症ケアの現場から」浜渦辰二編著『北欧ケアの思想的基盤を掘り起こす』大阪大学出版会
- 斎藤弥生（2018）「在宅介護主義のゆくえ」浜渦辰二編著『北欧ケアの思想的基盤を掘り起こす』大阪大学出版会
- 佐々木明子、田沼寮子（2015）「スウェーデンにおける認知症ケア」『高齢者虐待防止研究』第11巻第1号
- 佐藤雅彦（2014）『認知症になった私が伝えたいこと』大月書店
- 清水弥生、佐瀬美恵子（2015）「認知症の高齢者の自由時間活動」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』7
- 清水弥生、佐瀬美恵子（2017）「認知症のある人の自由時間活動のニーズ把握と支援のあり方」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』9
- 清水弥生（2018）「認知症のある人に聴く自由時間活動と生活上のニーズの特徴」『神戸女子大学健康福祉学部紀要』10
- 鈴木みずえ（2011）「スウェーデンにおける高齢者、認知症ケア」『Community Care』2011-11
- 棚崎由紀子、河野理恵、河野保子（2006）「福祉国スウェーデンにおける高齢者、認知症者に対する施策とケアシステムの構築、第1報」『看護技術』Vol.52, No.2
- 棚崎由紀子、河野理恵、河野保子（2006）「福祉国スウェーデンにおける高齢者、認知症者に対する施策とケアシステムの構築、第2報」『看護技術』Vol.52, No.3

- 棚崎由紀子ほか著（2010）「スウェーデンにおける認知症高齢者のケアシステム及びグループホームケアの現状」『宇部フロンティア大学看護ジャーナル』 Vol.3, No.1
- 竹内さをり（2014）「スウェーデンにおける認知症ケア」『甲南女子大学研究紀要 第8号 看護学、リハビリテーション学編』
- 丹野智文（2017）『丹野智文 笑顔で生きる 認知症とともに』文藝春秋
- 田代和子、松本明美、長谷川佑子（2016）「スウェーデンと日本の認知症ケアに対する医療、福祉の現状と課題」『淑徳大学看護栄養学部紀要』 Vol.8

（謝辞）この調査にご協力いただいた自治体職員の皆様と、調査の準備段階から当日まで私たちをさまざま支援してくださったカールスタッド大学の教員3名（本稿2.に記載）に心よりお礼を申し上げます。

（付記）本稿は、文部科学省科学研究費を得て行った研究の成果の一部である。課題名「認知症の人の生活ニーズを中心とした生活支援モデルの構築」、研究代表者清水弥生（神戸女子大学）、課題番号K16K13447。吉原は、研究分担者。

Organization and routine of special service unit for elderly with dementia living in their flats in Sweden: Case study in three municipalities

Masaaki Yoshihara

Osaka Prefecture University

Abstract

We did interviews with professionals working in dementia care in Sweden. We did interviews in three municipalities and did some participant observations. This article focused on the organization and routine of 'Dementia Team' in three municipalities. This team served for people with dementia before diagnosis and after diagnosis. 'Careful support in early stage of dementia' is their motto. They supported family caregivers in many ways. The team also educated, trained and supervised professionals serving for people with dementia. Another topic of our research is 'how people with dementia living in ordinary flats enjoy their free time'. We found that they can participate not only day care but also enjoy their favorite activities in their flats and in community with home helpers. They call these activities 'Social Time'. This service is provided by 'Special home care team for elderly with dementia living in their own flat'. These 'Social Time' and specialist home care team for dementia improved both quality of services for elderly and quality of life of people with dementia.

Key Words: elderly with dementia, Dementia Team, Sweden, home care, early intervention