

[Report]

Swedish elderly care training program

Rikako Hanafusa

Asaba Medical Research Foundation, Kohnan Hospital

Abstract

A training program on Swedish welfare was held between June 1st and 8th, 2003. The program shed new light on the issues of elderly care in an aging society as it applies to Japan, the most rapidly aging society in the world. In Sweden, the normalization of the lives of the elderly has been defined as the key to quality welfare care. Emphasis is laid on the human dignity of elderly individuals as well as on allowing them to lead a meaningful life with the abilities they possess. As economic conditions grow serious and the need for elderly care increases, the education of elderly care providers and the active use of modern technology is being emphasized in Sweden today. This report outlines Sweden's comprehensive social system for elderly care, the background from which the system has evolved, as well as the issues related to dementia in Japan.

Key Words : dementia, education of staff, normalization, principles of elderly care

スウェーデン福祉研修

花 房 里加子*

【要 旨】 筆者は2003年6月1日から8日までスウェーデンへ痴呆症についての研修に参加した。スウェーデンは、福祉の基本理念としてノーマライゼーションが定義されており、老人の自立と人間としての尊厳を尊重する介護を目指している。現在のスウェーデンでは、経済状態の悪化と痴呆症患者の要介護度が高まっているために介護者側の教育やIT機器の活用が重視されている。この論文では、スウェーデンの痴呆症に対する社会体制の概要とその背景を述べるとともに、高齢者社会を迎えた日本が抱える痴呆症についての課題について報告する。

キーワード： 痴呆症， 職員の教育， ノーマライゼーション， 高齢者ケアの理念

はじめに

2001年10月24日、大阪でバルブロ・ベック＝フリース教授(Barbro Beck-Friis)による講演会「スウェーデン高齢者福祉に学ぶ」が開催され、当院の浅羽敬之院長が参加した。フリース教授は、エステルゴットランド県医学顧問であり、かつスウェーデン厚生省顧問及び雇用・社会問題・教育といった部門を所轄する欧州委員会第5総局顧問という要職を兼任しており、スウェーデンの高齢者福祉にも深く精通した学者である。

1998年頃よりスウェーデンの高齢者医療と福祉に関して現地で実際に見聞してきたことを日本精神科病院協会誌や当院発行誌で逐次報告している当院の院長である浅羽は、フリース教授が講演の中で紹介されたシルヴィアホームに興味を持った。講演会の翌年に所用でスウェーデンを訪問した浅羽は、以前、スウェーデンの医療現場に従事していたカタリーナ夫人と共に6月25日にシルヴィアホームに赴き、施設見学やスタッフとの意見交換を通してフリース教授から聞いた

話を実際に確認した。シルヴィアホームで実践されている痴呆症ケアの理論と研修は、当院での患者サービス向上の参考になると考え、既に翌年の開催が決まっていた日本人を対象とするシルヴィアホームを含む研修会に筆者が派遣されることとなった。

スウェーデン福祉研修会では、エーシュタ・ジョンダール大学での講義やスウェーデン障害研究所のスマートラボの見学、シルヴィア王妃が会長でありフリース教授が取締役員として指導・教育をしているシルヴィアホームの見学を通して痴呆症ケアに関する知識を筆者は取得してきた。

スウェーデンの痴呆症ケアの目標は痴呆症の高齢者をユニークな一人の人間として、「その人らしく」尊厳のある人生を送ってもらうことにある。そのため、痴呆症高齢者を痴呆症患者としてではなく、痴呆という障害をもった一人の人間として考え、痴呆症高齢者の残存能力や生き様を知り、可能な限り快適な環境を作る事に重点がおかれている。このような痴呆症に関する理念を、痴呆症研究を行っている教授から実際ケアに当たっている介護者まで、社会全体が同じ様に胸に

* (助)浅羽医学研究所 附属 岡南病院

抱いていた事に筆者は非常に感銘を受けた。

現在のように、社会体制から一つのケアまで一貫した理念が通るまでに、スウェーデンでは様々な試行錯誤が行われてきている。日本では、現在急速に高齢者社会を迎え今後も痴呆性高齢者は増え続ける。その中でわが国の痴呆性高齢者の介護について問題の深刻さは様々な形で明らかにされているが、まだこれといった決め手になるようなサービスが準備されていない。

このような状況のもとで痴呆性高齢者介護の「切り札」としてグループホームが期待されているが、機能や社会的役割についての基本的理解に基づかずに、「小さいことはいいことだ」程度の理解のまま取り組もうとする傾向が少なからずある。大切なことは、専門的な理解と援助方法を身につけた専門職員が、十分な観察と配慮のもとで適切なケアを継続できるような基盤をつくっておくことである。長年高齢者社会を経験してきたスウェーデンの歴史や現在の体制は、これからの日本の体制に関して参考にするべき点が多く含まれていると感じられたので、本報告をぜひ参考にされたい。

疫 学

2000年を境に、日本では65歳以上の高齢者人数がスウェーデンを抜き世界第1位になった。65歳以上が7%以上で高齢化社会といい、14%以上になると高齢者社会という。スウェーデンは、高齢化社会から高齢者社会に移行するまで82年かかった。その間に戦争もなく同国は社会の体制をゆっくりと作り上げることができた。

しかし、日本では高齢化社会から高齢者社会に移行するまで24年しかかかっておらず、これは世界に類を見ないほどのスピードである。

理 念

スウェーデン社会福祉法では福祉の基本理念としてノーマライゼーションが定義されている。ノーマライゼーションとは、バリアフリーもその一例であるが、障害者になっても出来るだけ今まで通りの生活ができるようにすることである。そのため、個別ケア、在宅ケアが社会的に支援されており、取り扱い易くする過保護な介助ではなく、いかに残された機能を活かし高齢者の自立と人間としての尊厳を尊重するような介護をすることをスウェーデンの社会福祉は目標としている。

る。

また、日本と大きく違う点は痴呆症高齢者との接し方である。日本の場合、高齢者の障害に注目しがちであるが、スウェーデンでは痴呆症高齢者を「一人の人間」として接することを基本としている。

家 族 形 態

スウェーデンでは、9年間の義務教育を終えると、基本的に子供は家を離れて自立していくため、子供と同居しない単身世帯が一般的で、高齢者と子供の同居率が約4%にすぎない。この値は、核家族化が進む日本でも見られない低値である。痴呆症ケアは配偶者に負担がかかるが、男性77.1歳、女性81.9歳という両性間の平均寿命の違いや、女性は年長の男性と結婚することから、女性が痴呆症になった場合、配偶者以外に負担がかかってくる可能性が高い。そのため、女性がかつても福祉体制の影響を受けやすい。

また、スウェーデンにおいても嫁が介護を行っている場合が多い。しかし、嫁と姑の関係はどこの国でも複雑であるため、痴呆症のケアも単純ではない。日本にある「ぼけ老人を抱える家族の会」(2000年)によると、介護する人が嫁から娘へと変化してきていることが報告された。そのため、現在では高齢者虐待が問題となっている。

痴呆症高齢者施設の歴史

スウェーデンにおいて社会福祉が発達した理由として、1. 高齢者社会、2. 男女平等の考え方、3. 単身世帯の増加が考えられる。経済が豊かであった1960～1970年代に同国における福祉システムが確立された。

- 1960

当時、痴呆症については殆ど知られておらず、痴呆症患者は一般社会か精神病院に収容された。

1960-1970

痴呆症が社会的問題として論議され、痴呆症患者は大規模長期療養型施設に入居することになった。

1971-1979

他の疾患とは区別して痴呆症患者だけをケアする施設ができた(ナーシングホーム)。

1980-1985

痴呆症の方のための住宅が検討された(グループホームやユニット)。

1985 - 1991

社会省により、最良と考えられるグループホームについて発表。すなわち、一戸建ての家に6～8名の同居、個室には台所がある、病名診断がされていること、ターミナルケアも含む、医療スタッフはいない、私物の持込可能、医療ケアから生活ケアの重視へ。

1992 -

国家の経済状態が悪化したためグループホームに入る為の条件が厳しくなり、病名診断が入所においてより重要になった。また、痴呆症と診断されていてもグループホームに入れずヘルパーを依頼する場合も多い。そこで1992年エーデル改革が行われ、グループホームが空くまで入所するショートステイ（ナーシングホーム）を作り、さらに在宅介護の支援も重視されるようになった。

痴呆症とは

痴呆症について次の6つのことを忘れてはならない。

1. 病気である
2. 脳の器質性病変である
3. 日常生活や社会生活に何らかの障害がある
4. 長期間にわたり続く（スウェーデンでは6ヶ月以上と規定）
5. 意識が鮮明である
6. 成人に起こる知能障害である。

痴呆症には、60～70%を占めるアルツハイマー病型痴呆、20～40%を占める脳血管性痴呆、5～10%を占める前頭葉側頭葉型痴呆、1%以下のレヴィー小体型痴呆など、様々な痴呆症の種類がある。これらの痴呆症は全て原因や症状が異なるので、個別ケアが必要である。

しかし、現在のところ他の病気と比較し、痴呆症については診断方法も治療方法も確立されていないため、まだまだ曖昧な診断がなされる場合が多い。その中で、痴呆症の診断方法としてポジトロンと呼ばれる、陽電子を放出する薬剤を使用して脳内の血流を見るポジトロン断層撮影法（PET）が注目されている。これは、癌の早期発見でも注目されている診断方法であるが、痴呆症の早期発見にも役立つ。

また最近では、生活に障害があるほどではないが、出来事に関する記憶が曖昧であるとう自覚症状があり、病院にくる軽度認知障害（MCI）というグループが注目されている。このグループの約30%の人が3年後にアルツハイマー病型痴呆になっている。

痴呆症診断

痴呆症診断は、まず症状や身体所見を知りスケール（記憶に関するテスト）を行う。痴呆症の可能性が考えられる場合は、CTやMRI等の検査を行い、OT、ST、PT等が医師と一緒にカンファレンスを開き、痴呆症診断について論議され、医師が診断をくだす。その際、必ず家族へのサポート体制についても話し合われる。痴呆症と認知される為の症状の条件は次の通りである。

1. 記憶がおとろえてきた
2. 高次機能がおとろえてきた（失語症、計画立った行動ができないなど）
3. 社会的障害（認知障害）
4. 症状が6ヶ月間続いていること
5. 他の病気による症状でないこと

痴呆症の中で医師は、様々な検査結果から痴呆症の種類についてまでの病名診断を行い、それを家族に説明し、最善のケアを施す為の計画・家族支援の体制を考える。また医師は、その患者の運転免許の回収や猟銃の使用について検討を行わなければならない。

痴呆症ケアの形態

スウェーデンには13万3千人の重度痴呆症患者がいるが（日本には15万人）、スウェーデンの痴呆症患者の56%は特別住宅、44%が自宅で暮らしている。痴呆症ケアにはグループホーム等の特別住宅による個別ケアが最良であると考えられ、91年から95年の間に2万戸が建てられた。しかし、時代とともに高齢者は増加し、さらに高齢者に対して納税者の割合が減少しているため、施設の数に限りがきている。グループホーム等の施設は主に市が経営しているが、不足している場合、民間のグループホームが補っているようである。しかし、住民は高齢に達するまで、多額の税金を支払っている為、貯金もなく、高額を要する民間のグループホームは人気がない。そこで、現在では約15%の施設に国が資金を出し、それらを民間が運営するという民間委託が行われている状態である。しかし、公共の施設のみという地域もある。

スタッフ

1960年から1970年の間、高齢者の家事手伝いの為に専業主婦がホームヘルパーとして働きはじめ、ス

スタッフの数は増大した。しかし、現在ではトイレに一人で行くことができない患者が入居してくるため、スタッフ側にも医療知識や看護知識が必要となり、現在はスタッフ数が不足している。

ナーシングホームでも同種の問題点として取り上げられている。

1. ナーシングホームの入所者の80%が痴呆症であるにも関わらず、ナーシングホームのスタッフは痴呆症患者の看護についての教育を受けていないためスタッフのレベルが低い。
2. ナーシングホームの体制の中で中間管理職がないため、1人の上司に対して約25人の部下が適度であるにもかかわらず、現在は約50人の部下がついている。経済的な理由もあるため、上司は提出書類やレポートに追われ、チェックやフィードバックの時間がない。
3. スタッフの数が増える割合よりも高齢者の要介護度が増える割合のほうが非常に多い。

シルヴィアホームにおけるスタッフの教育

筆者は、1996年2月に開設された痴呆症専門のグループホーム「シルヴィアホーム」を見学した。シルヴィアホームはアルツハイマー型痴呆や脳血管性痴呆など痴呆のタイプ別に、後で述べるホーム独自の4項目からなる介護哲学に基づいたケアを実施している。このシルヴィアホームで痴呆ケアの指導・教育を統括しているのは、前述したバルブロ・ベック＝フリース教授である。

シルヴィアホームは、痴呆症患者のみを対象とするデイサービスを提供している。シルヴィアホームがこのデイサービスに加え重要な柱と位置付けている活動の中に、外部の准看護師などを対象に常時開催している痴呆ケア研修がある。フリース教授は、高齢者や病人が尊厳あるケアを受けることの重要性を机上で論じるだけでなく、痴呆ケアの各種プログラムを開発し、実践に移したことでその名が良く知られている。教育と看護現場が扉一枚で区切られており、看護現場で疑問に思ったこと、逆に教育現場で疑問に思ったことをすぐ話し合い、確かめる事が可能になっている。

シルヴィアホームはこれまでに、「シルヴィアシスター」と呼ばれる痴呆ケアのエキスパートを養成してきた。シルヴィアシスターとは、シルヴィアホームで1年間、痴呆ケアの理論と実践を学び、痴呆ケアの専門資格を取得した人々のことである。そのほとんどは

日々、痴呆症患者と接触している准看護師である。約26万人がスウェーデンの高齢者ケアに従事しているが、その内正看護師は5%以下である。そこで、すでに高い知識を有しているが、絶対数の少ない正看護師を対象とするよりも、より高齢者に近い場所でケアを行っている大勢の准看護師を対象とした教育が着手されている。これらシルヴィアシスターたちは現在、スウェーデン各地にケアの現場で活躍している。

また、シルヴィアホームでは、家族も痴呆症に関する研修を受けることができる。痴呆症についての正しい知識、痴呆症患者への敬意や思いやりを焦点にした研修を受けた家族は、患者の日々の特異な欲求に対して、よりの確に、寛容に対応できるようになったと言っている。

シルヴィアホームの痴呆ケアの介護哲学は、次の4つからなる。まず、「知識」。介護者は、痴呆症患者が示す様々な症状への対処法に関する正しい知識をもっていなければならない。例えば、鬱状態にある患者にも、攻撃的な状態にある患者にも、それぞれどのような対応がもっとも適切であるかを、常に頭に入れておく必要がある。2つ目は、「介護チーム」。特に痴呆ケアにおいては、介護者はチームを形成し、協力しあうことが大切である。1人ですべてやろうとしないこと、他のスタッフや家族と手を取り合ってケアに臨むことにより、その患者が本当は何を欲しているのか、的確にわかるようにする。3つ目は、「家族」。介護者は、その患者の家族と親密な接触をもつことによって、ケアにおいて力強いサポートを得ることができる。その患者のこれまでの人生についての情報と痴呆ケアの新しい知識を融合させることで、さらに質の高いケアが提供できる。最後は、「その患者自身」。日々のケアを通して、一人ひとりと積極的に触れ合い、よりよい関係を築いていくことが必要である。その関係が良好であれば、ケアそのものが改善されるだけでなく、介護者も自分に誇りと喜びを発見することができる。こうした介護哲学に基礎をおいて、シルヴィアホームでは実践と教育が行われている。

福祉機器 (Smart Lab)

時代とともに高齢者の数が増加するに従い、高齢者に対する人的支援の割合が減少しているため、施設の数に限界がきている。そこで、少ない費用ですむ昔ながらの環境で生活できる在宅ケアが注目され、そのための福祉機器の開発や家族のサポートシステムが国レ

ベルで行われている。Smart Labとは障害者にとってよりよい生活が送れる為にITテクノロジーを活かした福祉機器を開発し提供するデモンストレーション・ハウスである。特に現在ある住宅にITを取り込み、住宅を改造せずに快適な暮らしが出来ることを目標としているため、高度なものから簡易なものまで研究されている。つまり、自分で生活環境をコントロールし、自宅で安全に住み、ケアを受け、外界とのコミュニケーションを取る——そのための機器を開発し、検査・導入・調査を行なっている。例えば：リモートコントロールにより、電燈をon/offする、カーテンを開け閉めする、玄関ドアを開け閉めする、電化製品を扱う等。また、センサーにより、水道の蛇口を開閉する、ベッドの圧力を感知する、人間の動きをモニターする等が挙げられる。スウェーデン障害研究所が提供しているSmart Labは、市が運営しており、これらの福祉機器はOTの認定により無償で提供される。

おわりに

今回の研修の参加者の中で、海外に出たのも初めてで、英語も苦手な人が今回の研修を通して明快な事を言った。その人は腰が悪く、他の人とは違うクラスに搭乗し、日本からスウェーデンまで11時間の飛行時間を一人で楽しんだ。しかし、担当のスチュワーデスは言葉も文化も違うスウェーデン人で、機内では今が何時何分で、どこの上空にいるかもわからない状態の時には寝るしかなかったと彼女は言っていた。そんな彼女が「時も場所も季節もわからず相手の話していることも理解できない痴呆症患者の気持ちを少し体験できた気がします。痴呆症患者にとっては、周りが全部分からない状態で、毎日恐怖感でいっぱいなのかも知れない……」という。

その様に考えると、痴呆患者に大切なことは薬や手術ではなく、周囲の環境であることが分かる。痴呆に特有の「徘徊」や「異食（食べ物以外を口にすること）」等は必ず引き起こされる症状ではない。これらの周辺症状が出現するに至った原因を理解し、その人の不安を取り除くと精神的な落ち着きを取り戻すことが出来るのではないだろうか。

スウェーデンでは、痴呆症の高齢者にとって、呆けても普通に生きられる介護の切り札として「グループホーム」が1980年代に初めて本格的に痴呆性高齢者のためのケアとして取り入れられた。スウェーデン・

グループホームの第一人者であり、前述したシルビアホームの役員でもあるバルプロ・ベック＝フリース教授は、これまでの痴呆病棟での治療を行うのではなく、民家を借りて痴呆性高齢者と共同生活を始めた。そこで、これまで「病院で寝たきりにさせられていた人」、「ただ世話をされるだけだった人」が、料理をしたり、ペットを散歩に連れて行ったりと、共同生活の中でそれぞれに適した役割を担い、失いかけた自信を回復していき、精神的にも落ち着くという結果となった。ここで、教授は「グループホームで働くスタッフの最大の仕事は、身体介護ではなく、生きがいを失ったお年寄りが再び生きがいを取り戻す手助けをすることだ」と述べている。痴呆介護に当たっては、痴呆という病気を正しく診断し、適切な治療や介護をすることが第一だが、痴呆は進行性で、現在のところ決定的な治療法はない。そこで、痴呆介護には「医学知識」と同時に「感情」が不可欠という。「感情」とは患者の思いや考えを理解すること、つまり患者の立場を思いやることであろう。

日本でも介護保険の導入後、グループホームが急増し、全国に約千三百カ所のホームがある。しかし、痴呆のお年寄りの「生活の質」が保障できているか、スタッフへの教育は十分か、という点ではいささか疑問が残る。中には介護理念の欠如や医学知識の不足から悲惨な「老人収容所」まがいの事例も起きている。家庭的な少人数制には「密室」の危険性もある。少人数制からおきる高齢者虐待といった残虐な行為が行われないようにスタッフへの教育は非常に重要であろう。

また、高度の経済的発展と医療技術の進歩に伴い、世界一の長寿国となった日本の課題は、痴呆症患者に対するケアの確立と同時に、痴呆症患者を抱えている家族への支援の必要性であろう。痴呆症を抱えた家族は、身体的にも精神的にも大きな負担を抱え、ついには家族が病んだり家族崩壊に至る場合さえある。現在の日本ではそのような家族に対して相談サービスが整備されていないため、ケアプランを作成したり評価する目的で、家族のもとを訪ねるケアマネージャーが家族の相談にのっている場合が多い。また現在、急速に広まっているデイケアやショートステイは、高齢者のリハビリや精神機能活性化という役割の他に家族に休息を与えるという役割ももっている。痴呆症を抱えた家族が不安にならずにそれまで通り生活できるように、施設や病院は家族を支援しなければならない。

福祉体制や家族支援には、政治が大きく関わっているが、日本ではこれから高齢者となる若者が政治に対

してあまり関心を持っていない。一方、スウェーデン人は個々が平等であり、個人が社会の完全なメンバーであろうとするため、社会のルールを守るという気質を持っている。そのため、これからの自分の生活が左右される国会の論議を中継ラジオで聞いている人も多く、選挙の際の投票率も非常に高い。また、25%もの消費税を非常に負担が大きいから引き下げるという政治家ほど人気がない事には驚かされる。それは、税金を引き下げて現在の保障をこれから本当に確保してくれるのか？ といった疑問を国民が持つからである。このようにスウェーデンでは、国民一人ひとりが自分たちの将来のために福祉体制に関心を持ち、政治に参加しているが、日本には高齢者福祉を人ごとだと思っている若者が多いように思われる。痴呆症高齢者を家族に抱えることがない限り、若者が福祉体制について真剣に考える機会はありません。ではなかろうか。これからの高齢者社会を自分のために真剣に考える若者が一人でも多くならなければならない。そのためにも、まず「高齢者が痴呆症であっても、これまで通りの質の高い、尊厳の守られた生活が保障されるべきである」という理念を国民全体で持つことが、今日まず始めなければならない大きな課題といえるだろう。

引用文献

野口 尚：世界の精神医療と日本，スウェーデン，この科学 No.109, 2003

- 濱崎 隆，浅羽エリック，三宅幸子，塚 俊明，浅羽敬之：スウェーデンにおける高齢者医療・福祉の歩み 1988年-1998年，1999
- バルプロ・ベック＝フリス，友子・ハンソン：今，なぜ痴呆症にグループホームか，2002
- Margareta Skog: Teaching for Learning and Learning for Teaching in Care of Elderly with Dementia at SILVIAHEMMET, 2000
- Dagens Nyheter: Debatt 4/19-1998
- Svenska Dagbladet:
- Mot cynismen hring äldrevården. 4/20-1998
 - Lyssna när Marteus talar. 4/21-1998
 - Larmrapporterna om vården överdrivs. 4/22-1998
 - Vårdens vänner och fiender. 4/22-1998
 - Någon måste stå mitt i lidandet. 4/23-1998
 - Att tala om vårdproblem. 4/24-1998
 - Ädelreform och vårddebatt upprör professor i äldrevård. 4/29-1998
 - Vanvårdad vård i välfärdsstaten. 5/2-1998
 - 491 fall, Äldrevården, Stockholms län. 5/10-1998
 - Äldreforskare vill låsa in dementa. 5/11-1998
 - Dömnda vårdbiträden ska bort. 5/11-1998
 - Vården behöver en halv miljon nyanställda. 5/11-1998
 - Rädsla för repressalier tystar kritik. 5/12-1998
 - Städa vården, ministern. 5/13-1998
 - Regeringen känns inte vid bild av vanvård. 5/14-1998
 - Äldreboende får godkänt trits brister. 5/15-1998
 - Vårdhem för gamla granskade. 5/15-1998