

療法) ,CAT (認知分析療法) ,動機付け面接をはじめとした心理療法のアプローチのみならず、トラウマやうつ病に対するプログラムにも参加でき、また薬物療法も行われているためである。家族のための集団の心理教育プログラムは患者の外泊からの帰宅に時期に合わせて日曜日の午後に行われていることも、本院の良質なサービスを物語る。家族療法の専門家がこうした治療に当たっている。また、統合失調症の急性期の外来患者に対して、NHS トラストの精神病院では2週間に1回かあるいはせいぜい週1回の診察が通常であるが、当院では週2, 3回の診察を行うこともあるという。こうした急性期のケアが患者の再発を防ぎ、トータルの一人当たりの患者にかかる費用を減らすことにつながると当院で働く精神科医は考えている。

当院では、入院患者、外来患者数とも、ここ10年間で着実に増加し続けている。理由のひとつとして、ジュリアン診療部門マネージャは、近くにあった2つのNHSの入院施設を伴う病院のひとつが閉鎖され、1つに統合されたことも考えられると指摘する。入院患者は地域のコミュニティのプライマリーケア、統合された病院に移されたが、こうしたNHSの部門で対応しきれない患者が、受け入れ先として本院に集中した。ちなみに、廃止された旧病院は、建物が壊され、現在では敷地は住宅になっているという。

本院の地域のコミュニティのサービスへのアクセスも良好である。ちなみに、地域のサービスでは、統合失調症の初発患者に対して、地域では1日2回、看護師が自宅を訪問し、薬物のアドヒアランスを高めている。患者がデイケアに通うコストよりもはるかに安いためである。

民間病院への高まる期待

イギリスの精神科民間病院の入院総数は

年々増加しており、これはNHSトラストの病院数の減少と関連していることが推測される。昨今BBCニュースでも、NHSの課題①入院、外来患者の待ち時間、②人的、物的資源の確保、③医療サービスの質的低下、等は度々取り上げられており、地域ではNHSのコミュニティーサービスにアクセスできない患者が増え、また、保護施設の閉鎖に伴って、地域のサービスにも受け皿のない患者の、ホームレス化といったことも社会問題になっている。

今後はこうしたNHSのサービスに対して、公的病院のみならず、地域の民間病院の役割が益々期待されると考えられる。

参考文献

1. Anne Rogers & David Pilgrim. *Mental Health Policy in Britain. Second edition.* Palgrave, 2001
2. 緒方あゆみ イギリスにおける精神医療法制の動向
3. 新福尚隆・浅井邦彦編 世界の精神保健医療 へるす出版 2001年
4. 吉川和男 英国・世界の精神医療と日本 こころの科学 109 p.31-35, 2003年
5. 新貝憲利他 海外諸国の精神科医療に関する国際比較 日本精神病院協会雑誌 16巻8号 p.13-17, 1997年
6. 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会 イギリス医療関連データ集【2005年版】イギリス医療保険制度に関する研究会編 2006年
7. 森宏一郎 日本医師会総合政策研究機構 日医総研ワーキングペーパー イギリスの医療制度(NHS)改革—サッチャー政権からブレア政権および現在— 2007年

8. Department of Health. Inpatients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983 and other legislation, NHS Trusts, Care Trusts, Primary Care Trusts and Independent Hospitals England 1995-96 to 2005-06.

2007

9. Department of Health; National Assembly for Wales; Scottish Executive; Department of Health, Social Services and Public Safety, Northern Ireland. 2001

参照

表1 診療科別病床数、診療行為指標 (病院、: イングランド)

表1 入院1日平均病床数

(単位:千)

	1994/95	2001/2002	2004/2005	2005/2006	2006/2007
全診療科	211.8	184.9	181.8	175.6	167
急性期	108	108.5	109.5	108.1	104.1
老人科	36.8	28	26.6	24.9	22.9
精神疾患	41.8	32.8	31.7	29.8	27.9
学習障害	13.2	5.7	4.9	3.9	3.5

表2 公的入院患者数の推移(イングランド) (Mental Health Statistics 2007)

	1995/96	2000/2001	2001/2002	2002/2003	2003/2004	2004/2005	2005/2006
公的入院総数 (保護的拘留を除外)	25,489	26,632	26,209	26,403	26,208	26,752	27,353
パートII入院患者総数 (医療保護入院)	23,278	25,098	24,650	24,868	24,587	25,054	25,618
司法入院	1,947	1,478	1,496	1,498	1,601	1,664	1,664
その他	264	56	63	37	20	34	71

表3 公的入院患者数 NHS の機関(高度保安精神病院含む)と民間病院の比較 (Mental Health Statistics 2007)

年	入院総数			%入院の配置		
	1995-1996	2000-2001	2005-2006	1995-1996	2000-2001	2005-2006
全機関への入院数	25,489	26,707	27,353	100	100	100
NHS 機関	24,639	25,301	25,740	97	95	94
民間病院	850	1,406	1,613	3	5	6

7. スウェーデンの精神医療・福祉
(浅羽 敬之)

I. スウェーデンの概要

(1) 人口の動向

【基礎情報】

面積：449.964平方キロメートル（日本の面積の約1.2倍）

人口：9,031,088人(2007)（東京23区の人口をやや下回る）

政体：立憲君主制

首都：ストックホルム

言語：スウェーデン語、一部でミサ語・フィンランド語

宗教：キリスト教（ルーテル派）

【少子高齢化】

高齢者人口：1,619,669人 [高齢化率17.9%] (2007)

平均寿命：80.6歳 [男性78.39歳・女性83.00歳] (2007)

合計特殊出生率：1.66(2007)

【医療サービスと医療費】

人口1,000人当たり医師数：3.3人(2003)

人口1,000人当たり看護師数：10.3人(2003)

1人当たり年間保健支出額：25,527スウェーデンクローナ(2003)

※米ドル購買力指数換算 2,745ドル

保健医療支出対GDP比：9.3%(2003)

OECD HealthData2006他各種資料より作成

2007年の65歳以上の高齢者数は約162万人（高齢化率17.9%）である。

高齢化率は1950年に10.2%になった後に緩やかに上昇して、1970年に13.8%、1980年に16.4%、1988年から90年にかけて17.8%までなった後に徐々に下降していたが、最近になって再び上昇傾向にある。

(出所・参考文献)：財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会編「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」

(2) 経済の動向

次に経済の側面からスウェーデンを見る。

OECD 加盟国の1人当たりの名目国内総生産と国民総所得を算出し、高額順に記載する。

国内総生産(名目 GDP、米ドル表示、1人当たり)

(表1)

国名	2002年	2003年	2004年	2005年	平均	順位
ルクセンブルク	50,191	64,459	73,148	79,214	66,753	1
ノルウェー	41,819	48,624	55,371	63,964	52,445	2
スイス	38,309	44,636	49,528	50,611	45,771	3
アイスランド	30,079	37,215	45,037	54,531	41,716	4
デンマーク	32,318	39,612	45,271	47,645	41,212	5
アイルランド	31,253	39,151	45,208	48,044	40,914	6
アメリカ	36,124	37,493	39,722	41,874	38,803	7
スウェーデン	27,275	33,907	38,862	39,567	34,903	8
オランダ	27,243	33,287	37,379	38,293	34,051	9
日本	30,837	33,221	36,083	35,650	33,948	10

出所：内閣府経済社会総合研究所ホームページ「平成17年度国民経済計算確報」による。

国民総所得(名目 GNI、米ドル表示、1人当たり)

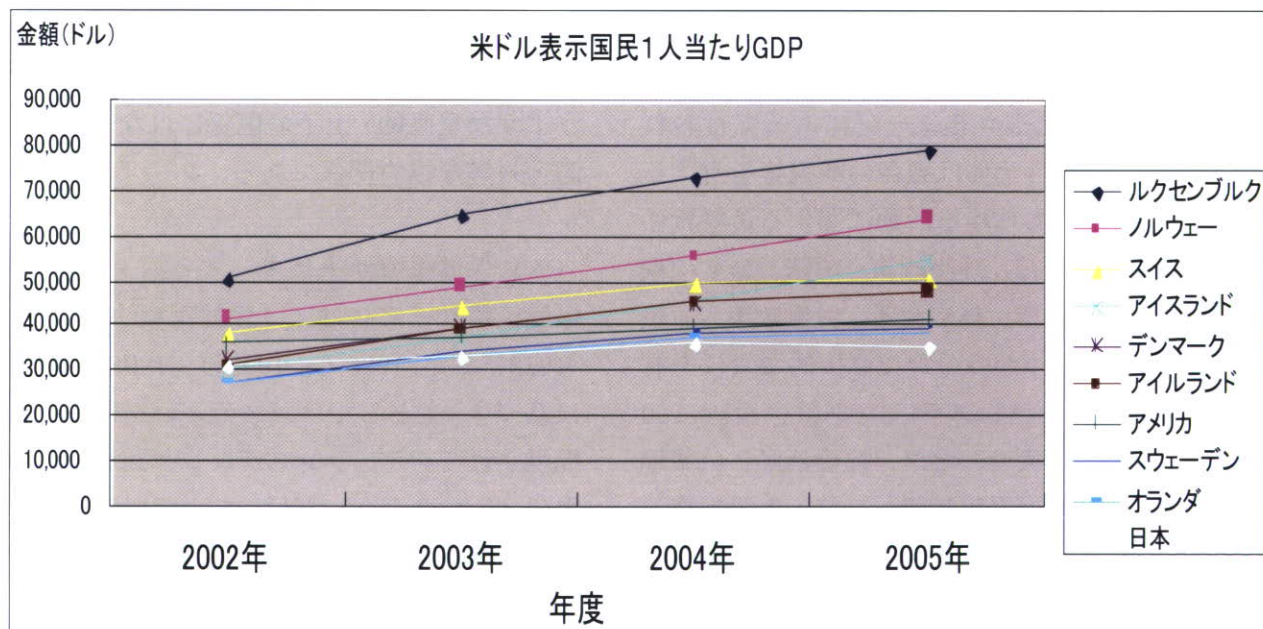
(表2)

国名	2002年	2003年	2004年	2005年	平均	順位
ルクセンブルク	43,499	52,170	62,891	65,966	56,132	1
ノルウェー	41,933	49,043	55,612	64,264	52,713	2
デンマーク	31,936	39,353	45,126	47,728	41,036	3
アメリカ	36,303	37,565	39,644	41,802	38,829	4
アイスランド	28,591	35,107	41,325		35,008	5
スウェーデン	27,180	34,221	38,783	39,466	34,913	6
オランダ	27,495	33,713	38,541	38,926	34,669	7
日本	31,348	33,795	36,780	36,494	34,604	8
アイルランド	25,018	31,431	37,295	40,642	33,597	9
イギリス	27,186	31,238	37,021	38,245	33,423	10

出所：内閣府経済社会総合研究所ホームページ「平成17年度国民経済計算確報」による。

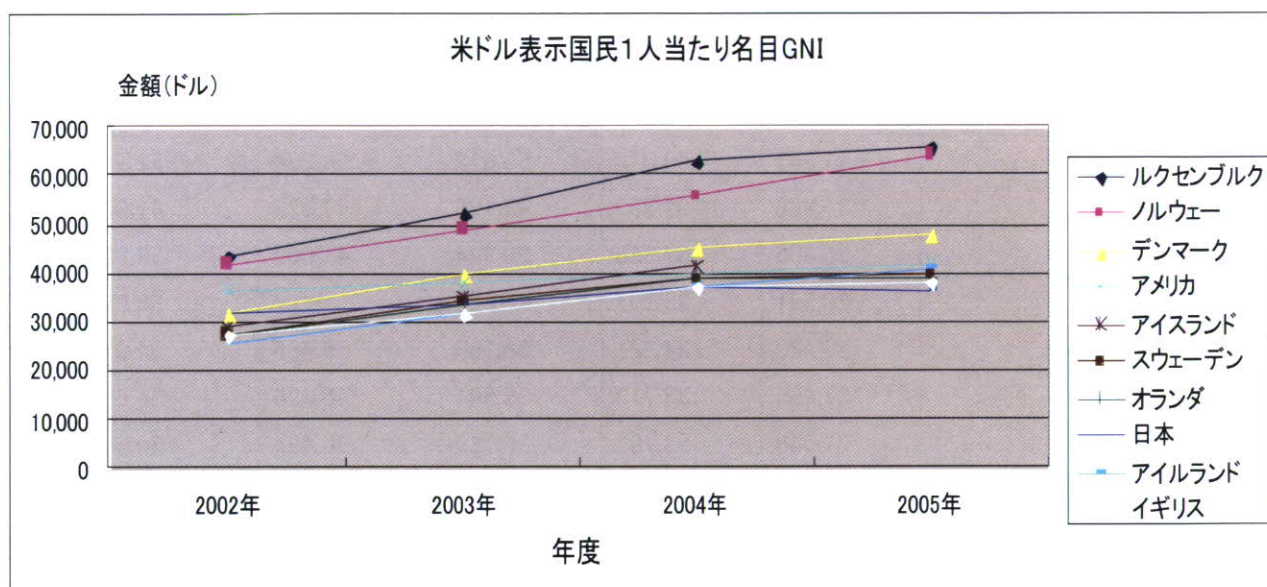
先進国の定義の一つに OECD 加盟国であることが挙げられている。GDP、GNI ともに上位10位以内に入っており充分先進国レベルにあるといえる。

(グラフ1)



出所：内閣府経済社会総合研究所ホームページ「平成17年度国民経済計算確報」により作成。

(グラフ2)



出所：内閣府経済社会総合研究所ホームページ「平成17年度国民経済計算確報」により作成。

(3) 地方自治制度の概要

合成組織の概要

スウェーデンの公共セクター：中央行政庁（内閣の外局）、国の行政上の地域区分として21地域（レーン）がある。基本的にはレーンと重なっているランスティング（Landsting）と呼ばれる日本の県と、日本の市町村にあたるコミューンによって行われている。地方自治体は独自の課税権を有する。国は、国内のあらゆる活動に関する最終責任を負うとともに、外交政策、国防、公共の秩序及び安全保障、経済政策、労働政策、運輸政策等、いくつかの分野で直接的な責任を有する。また、ランスティングは、全国に20あり、保健医療サービス。社会活動、広域地域・交通計画、文化政策、高等・専門教育など、広域的な視野からの施策展開を必要とする業務を所管している。

コミューンは、全国に290あり、社会サービス（高齢者・障害者福祉、生活保護等）、教育、都市計画、土地・住宅政策、地域交通計画、電力・ガス・上下水道、環境及び公衆衛

生、廃棄物処理、消防、余暇・スポーツ政策、文化政策、民間防衛、など住民に身近なサービスの責務を負っている。

なお、ランスティングとコミューンは地方自治体として同等の性格を持ち、それぞれが異なる責務を負う行政主体であるため、ランスティングがコミューンを指揮監督するというような垂直的・上下の関係にはなく、水平的・対等な協力関係にある。

(4) 保健医療サービス

保健医療サービスは、『保健医療法(HSL)』（1982年制定、1985年、1992年、1998年改正）に基づき、主としてランスティングによって提供されている。ランスティングは、地方所得税（ランスティング税）を主要財源として診療所や病院を経営している（従業者も約9割が公務員である）。

サービス対象の範囲は、サービス供給、所得保障ともに、全市民を対象としており、国内のどこに居住していようと最善の保健医療サービスが受給できるよう制度を整備して

いる。

(5) 社会サービス

高齢者介護や障害者ケアなどの社会サービスは、1982年施行の『社会サービス法(SOL)』に基づき、コミューンによって担われている。社会サービス財源は、主として地方所得税

(コミューン税)と利用者による自己負担によって賄われている。コミューンの財政支出の約3割が社会サービスへの支出である。1992年のエーデル改革以降、それまでランスティングによって運営されていた高齢者の医療業務の一部がコミューンに移管されている地域もある。

提供責任者	現金給付	現物給付	
		通所・在宅	入院・入所
国	【疾病保険】 ・傷病手当 ・一時的障害年金 ・障害年金 ・近親者看取り手当 ・介護休業手当 【両親保健】 【労働災害保険】		【歯科】 ・歯科保険（満20歳以上の患者に対する歯科診療） ・歯科診療（満20歳未満の患者に対する歯科診療）
ランスティング		【プライマリ】 ・病院・診療所における外来診療分 ・医師以外の医療提供者による補助的医療 ・通院交通費補償金 ・高齢者のプライマリケア（長期医療ケア訪問看護、訪問リハビリ）	【入院医療】 ・病院等における入院診療分
コミューン		【在宅サービス】 ・ホームヘルプサービス ・補助器具 ・デイケア ・ショートステイ ・夜間巡回ヘルプ ・緊急アラーム ・移送サービス ・親族ヘルパー制度	【特別住宅】 ・ナーシングホーム ・グループホーム ・老人ホーム ・サービスハウス

II. 近年の施策の動向

1980年代後半、入院医療を終えた高齢者の受入体制が未整備のため社会的入院患者の増大

(1) エーデル改革以前

1982年【社会サービス法】の制定
 ホームヘルプサービス・デイサービス、
 24時間パトロール等の充実
 高齢者ケアの中心が「医療」から「福祉」
 へ、「治療」から「予防・生活援助」に
 移行
 1982年頃から医療費の下降
 高齢化が進行するも医療費は横ばい状
 態

(2) エーデル改革 (1992年1月1日より実
 施) 野口尚「エーデル改革とその後の動向」
 より

1. エーデル改革の目的 (背景)

①後期高齢者の増加	効果的・効率的な施策の強化が必要とされた
②ランスタイングとコミュニオンにおける責任分担の不明確	保健医療担当のランスタイングと福祉担当のコミュニオンとの責任分担の曖昧さ
③痴呆性高齢者の受け皿の不足	老人医療・精神医療担当のランスタイングと福祉担当のコミュニオンとの間で痴呆性高齢者がたらい回しにされることが多かった
④入所時負担の不公平	医療施設と福祉施設の間の自己負担額に格差があった
⑤社会的入院の増加	福祉サービス側の対応が不十分なため、コミュニオンにおいて引き取りを拒否する高齢者が増加した(1990年時点で、全ベッド数の約15%)
⑥老人医療費の増加	後期高齢者の増加は医療費の増加に直結する

2. 改革の内容

①ランスタイング所管の長期療養施設等をコミュニオンへ移管	総合病院に附属した長期療養病院、地域療養ホーム等約540の長期療養ケア施設(31,000床)がナーシングホームの形でコミュニオンに移管された
②介護付住宅の位置づけとコミュニオンの責任	サービスハウス、老人ホーム、グループホーム、ナーシングホームなどが「特別住宅」として位置付けられ、約400カ所の痴呆性グループホーム(約3,000人分)がランスタイングからコミュニオンへ移管された
③社会的入院費用のコミュニオン負担の導入	コミュニオンに退院連絡があっても5日経っても適切な居住の提供ができず退院できない場合には、その入院費をコミュニオンはランスタイングに支払う

④補助器具へコミュニティの関与	高齢者に対する補助器具の貸与にコミュニティも責任を負う
⑤デイケアのコミュニティへの移管	ランスティング、コミュニティ双方で実施されていたデイケアは、医療的色彩の強いものを除き約330カ所がコミュニティへ移管された
⑥ランスティング・コミュニティ合意による訪問看護のコミュニティへの移管	高齢者に対する訪問看護をランスティング・コミュニティが合意した場合、コミュニティに移管できる
⑦ランスティング・コミュニティ合意による初期医療のコミュニティへの移管	ランスティング・コミュニティの合意があった場合、5年間の試験的モデル事業として、初期医療のすべてをランスティングからコミュニティへ移管し、保健・医療・福祉の連携のあり方を探ることとした
⑧医療責任看護師のコミュニティへの配置	看護の最終責任者とされる医療責任看護師最低1名を、コミュニティが配置することを義務づけた
⑨改革に伴う財政措置	5年間の時限的国庫補助の実施 a) グループホーム整備に20億クローネ(1グループホーム当たり50万クローネ) b) ナーシングホームの個室化に10億クローネ(1床当たり5万クローネ) c) その他、コミュニティの費用負担援助15億クローネ、広報・教育に5億クローネ、診療保証援助に5億クローネ(合計55億クローネ) d) コミュニティの業務増加に伴う財政負担増に対応するため ①ランスティングの住民税を減らし、コミュニティの住民税を増やす改正(コミュニティの増加150億クローネ) ②ランスティングに対する交付金の減少とコミュニティへの振替(28億クローネ) ③高齢化率に注目する等の交付金(22億クローネ) ④コミュニティが損失を被らないようにする一時的交付金
⑩ランスティング職員からコミュニティ職員への移管	業務移管に伴いランスティング職員であった看護師、准看護師(介護保健士)、看護助手、作業療法士、理学療法士、その他約55,000人(常勤換算3万人)コミュニティ職員へ移管、

3. エーデル改革の成果と問題点

エーデル改革の成果

社会的入院の大幅な減少	一般病棟における社会的入院患者の割合 1990年3月15.0%から1996年1月には6.9% 退院までの平均待機日数 13日から6日に減少 老年科病棟における社会的入院患者の割合 1992年3月20.8%から1996年1月には12.7% 退院までの平均待機日数 36日から9日に減少 国内総生産に占める医療費の割合 1991年8.4%から1992年7.5%
②介護付住居の増加	社会的入院患者の受け皿とし介護付住居の整備が急速に進められ、特に痴呆性高齢者のためのグループホームが急増
③コミュニケーションによる総合的な高齢者ケアの向上	コミュニケーションに医療関係の職員が配置された 介護付住居にコミュニケーションが責任を負う 訪問介護とホームヘルプの連携 住宅サービスの総合的な提供

(ここまで野口尚氏資料)

社会庁は、1996年にエーデル改革の影響と結果について報告書を発表した(Socialstyrelsen1996a)。それによると、病院での治療の終了から退院にいたるまでの社会的入院期間(中位待機日数)の減少が顕著である。

身体的疾患急性期医療における社会的入院患者数(1990～96)

(表3)

	1990年3月	1992年3月	1993年3月	1994年3月	1996年3月
患者数(人)	3,959	1,725	1,806	1,363	1,387
総ベッド数比(%)	15.0	7.0	7.7	6.1	6.9
退院までの待機日数(日)	13	6	5	2	2

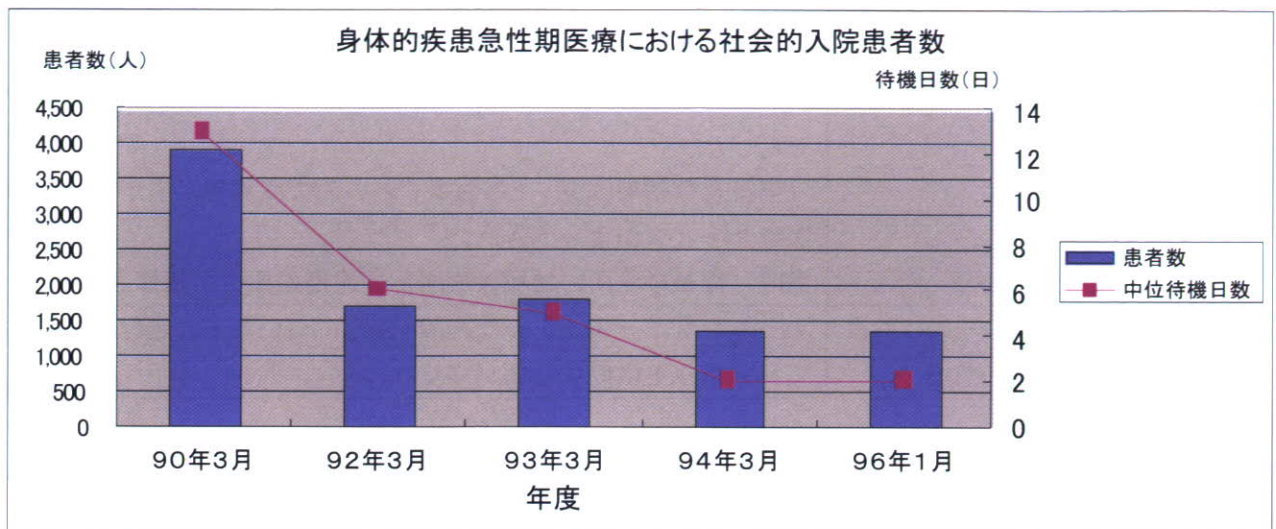
老年医学専門医療における社会的入院患者数(1992～96)

(表4)

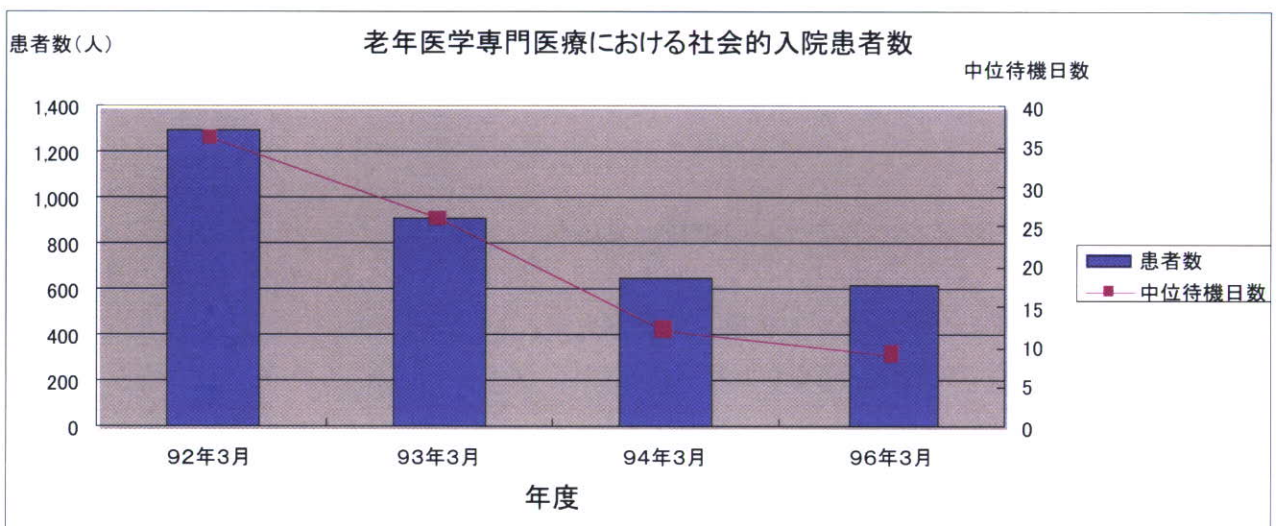
	1992年3月	1993年3月	1994年3月	1996年3月
患者数(人)	1,298	920	658	627
総ベッド数比(%)	20.8	15.5	13.0	12.7
退院までの待機日数(日)	36	26	12	9

(上記2表は財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会編「スウェーデン医療関連データ集」による)

(グラフ 3)



(グラフ 4)



(上記 2 グラフは財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会編「スウェーデン医療関連データ集」により作成)

エーデル改革の問題点

①高齢者介護サービスの整備不足	社会的入院患者の急激な引き受けにより、高齢者介護サービス基盤の整備が必要水準まで追いつかずサービスレベルが低下
②高齢者に対する医療的ケアの不足	医療的ケアが必要な患者まで退院させられ別に往診費用が必要となった、 「福祉及び初期医療」と「医療」との間で境界線が引かれ必要な医療サービスがカットされた 病院、福祉事務所、地域診療所との連携の悪さが指摘された
③ナーシングホームにおける自己負担の急増	ナーシングホームであった施設・住宅についても介護付住居として自己負担を徴収する例が多くなった

4. グループホームの普及

改革の背景>>痴呆性高齢者の処遇問題
ケア体制の不備から痴呆性高齢者はランスタイング、コミュニンの責任が不明確>>たらい回し
社会的入院患者の多くは痴呆症患者
最大の課題は痴呆性高齢者の受け皿作り

グループホーム整備に対する時限的補助金=20億クローネ(1グループホーム当たり50万クローネ)。1991年から1995年までの5年間で約3,500件、24,000人分の補助金決定(37%が痴呆性高齢者対象、39%が長期療養者対象、残りが身体障害者、知的障害者、精神障害者用である)

痴呆性高齢者向けグループホームの推移、見込み

1987年 500人分 1992年 6,700人分 2000年 25,000人分 (改革の目標)
2002年現在の推計 (オーランド教授: ルンド大学)
2,200ユニット、19,000人~20,000人

グループホームの整備状況

	痴呆性高齢者用	長期療養者用
1991年	45%	11%
1994年	28%	50%

エーデル改革後、グループホーム、ナーシングホーム、老人ホーム、サービスハウス等の区別が無くなり、全て介護付住居となったため、個別の数値は把握されていない。

形態別統計 (1991年)

1991年	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	合計	高齢者人口に占める割合
施設数	906	801	-	-		
人数	41,000	34,500	30,000	7,000	112,500	7.4%

介護付住居入居者数

年度	介護付住居入居者数	高齢者人口に占める割合
1998年11月	119,000人	7.7%
2000年12月	121,000人	7.9%
2000年12月	132,000人 (ショートステイ分を加味した人数)	8.6%

(以上 財団法人浅羽医学研究所発行「エーデル改革とその後の動向」野口尚氏資料による)

5. エーデル改革の評価

①改革の成果面

- ・社会的入院患者の大幅な減少（身体的疾患急性期医療）3,959人（1990年3月）から1,387人（1996年1月）。入院待機期間（急性期病院）13日（1990年3月）から2日（1996年1月）、老年医学専門病院では36日（1992年3月）から9日（1996年1月）。
- ・受け皿となるコミュニンの高齢者向け住宅（社会サービス法上の「特別住宅」など）の整備。痴呆性高齢者向けグループホーム、500人分（1987年）が25,000人分（痴呆性高齢者予測数の約25%、2000年まで）
- ・コミュニンによる医療サービスの向上。各コミュニンに医療責任看護師の配置を義務づけ、看護師数の充実。
- ・ベッド数の減少。1992年から1994年までの2年間で、急性期病床で17%削減、老年

科病床において30%の削減。

②改革の課題

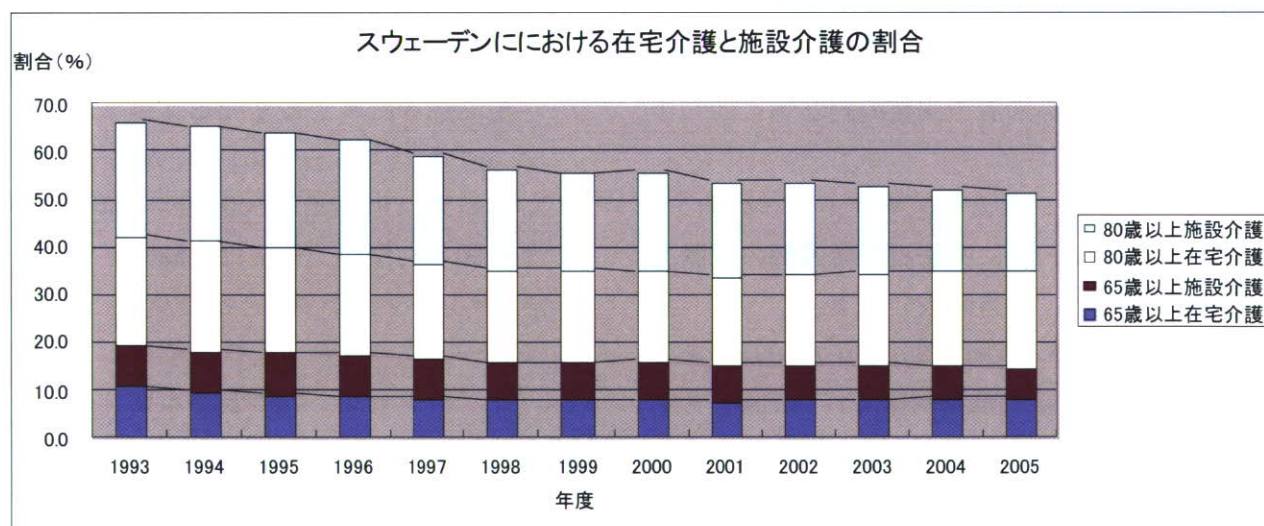
- ・急性期医療における平均在院日数の短縮
>>終末期患者に対する高度医療がナーシングホームへ>>ナーシングホームの負担増。「特別住宅」入所者の要介護状態が重度化。
- ・1990年代末から「特別住宅」の定員削減
>>在宅訪問サービスの重要性の増加
>>ホームヘルプサービスの重度化シフト>>軽要介護度の在宅高齢者>>家族介護へ
- ・在宅高齢者に対する訪問看護がランスタイングとコミュニンに責任が分立している結果、サービスの継続性・連携がうまく図られない。今後は保健医療サービス（ランスタイング）と社会サービス（コミュニン）の統合・連携を推進していく「ケアチェーン」の整備が重要。

スウェーデンにおける在宅介護と施設介護の割合【1993～2005】

(表5)

	65歳以上高齢者に占める割合			80歳以上高齢者に占める割合		
	在宅介護	施設介護	計	在宅介護	施設介護	計
1993	10.9	8.4	19.0	23.0	24.0	48.0
1994	9.8	8.7	18.5	23.0	24.0	47.0
1995	9.3	8.7	18.0	22.0	24.0	46.0
1996	8.9	8.7	17.6	21.0	24.0	45.0
1997	8.4	8.5	16.9	19.8	22.8	42.6
1998	8.2	7.7	15.9	19.5	21.0	40.5
1999	8.2	7.6	15.8	19.4	20.2	39.6
2000	8.2	7.9	16.1	19.0	20.7	39.7
2001	7.9	7.7	15.6	18.3	20.0	38.3
2002	8.2	7.5	15.7	18.7	19.4	38.1
2003	8.3	7.2	15.5	19.1	18.4	37.5
2004	8.5	6.7	15.2	19.8	17.3	37.1
2005	8.6	6.4	15.0	20.1	16.5	36.1

(グラフ5)



(出所・参考文献) : 財団法人医療経済研究・社会保健福祉協会編「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査報告書」

6. 今後の改革の見通し

の成立(2006年5月30日)。

【高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略】

古い「特別住宅」の改築(個室化を含む)・

廃止に伴い定員数の減少（18,000人分、2000年～2000年）し、「在宅」へ過度の移行。「特別住宅」の整備を進め、中間的形態の高齢者住宅のあり方を検討する「高齢者住宅委員会」の設置。

（高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略の目的）

充実を図る6分野を定め10年間で100億スウェーデンクローネ（約1,500億円）の予算投入。

（主な内容）

①最重症者に対する医療とケアの提供

- ・在宅・「特別住宅」で行われる医療にラウンディング所属医師が関わる
- ・定期的な使用薬剤の見直し
- ・認知症ケアの質向上

②住宅の保証

- ・整備促進のための補助金創設
- ・「特別住宅」入所決定後の速やかな実行
- ・高齢者夫婦の「特別住宅」同居保証
- ・「高齢者住宅委員会」の設置と、高齢者住宅に関連する住宅の調査・分析

③社会的ケア

- ・高齢者に対するボランティアケアのサポート
- ・高齢者ケアにおける食事・栄養のあり方重視

④国レベルでの平等と地域レベルでの発展の実現

・高齢者医療・ケアに関するナショナルセンターの創設

・高齢者医療・ケアに関するクオリティ登録制度

・国によるサービス利用調査

⑤予防措置

- ・高齢者をケアする親族サポート強化
- ・67歳以上の高齢者に対し、コミュニケーションの予防的ホームヘルプサービスの提供

⑥サービス従事者

- ・継続的能力開発
- ・法律による最低限の能力レベル設定

Ⅲ. 介護サービスの体系

1. 「特別住宅」入所への2つのルート

①在宅 → 病院 → ショートステイ → 特別住宅

②在宅 → 本人等からの入所申請 → 特別住宅

職員配置の状況

「特別住宅」は改革以前、ナーシングホーム、グループホーム、老人ホーム、サービスハウス等医療・介護の入所施設であった。従って施設類型によってスタッフ配置状況も若干異なる。

職員配置の状況

		介護職員/入所者	看護師/入所者	訓練を受けた者
施設	ナーシングホーム	0.73	0.12	85%
	グループホーム	0.91	0.04	77%
居 住 系 ケ ア	老人ホーム	0.68	0.05	74%
	サービスハウス	0.39	0.02	77%
	その他保護住宅	0.62	0.05	82%

出所：Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006

特別住宅の施設設備

	入所者数	
	人数	割合
大部屋	2,727	2.6%
1部屋（台所・トイレ・風呂全て無し）	5,635	5.4%
1部屋（台所無し・トイレ・風呂有り）	18,669	17.8%
1～1.5部屋（台所・トイレ・風呂全て有り）	53,097	50.7%
2部屋（台所・トイレ・風呂全て有り）	19,132	18.3%
3部屋（台所・トイレ・風呂全て有り）	1,139	1.1%
その他	4,388	4.2%
合計	104,787	100.0%

出所：Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006

2. 介護体制による区分

介護体制		その内容
ナーシングホーム		中～重度の要介護者で長期療養を必要とする高齢者中心。 エーデル改革後ランスティングからコミュニンへ移管。
認知症グループホーム		中～重度の認知症高齢者が中心。少人数(1ユニット8～10人規模、家庭的な環境を有する)
老人ホーム		古くから存在する高齢者施設の形態。居室はほとんどが個室で食堂、居間等の共有スペースを有する。
提供されるサービス	介護サービス	施設職員（看護・介護職員）により身体介護、家事援助が24時間体制で提供される。
	医療サービス	医師の配置は施設毎に方針が異なる。日常的健康管理は看護師により提供される。利用者の状態に応じ各家庭医による訪問診療が提供される。近隣の医療機関と連携。
	ターミナルケアの対応	原則として当該住宅で看取りを行う。基本的には疼痛緩和ケア。
サービスハウス		自立～軽度の要介護者。各部屋にシャワー、トイレの完備。レストラン、ホビールーム、洗濯室、デイセンター、図書室、美容室などを併設。
提供されるサービス	介護サービス	日中に職員が居るケースが多く、看護・介護職員のサービスを受ける。24時間体制でなく、夜はナイトパトロールで対応。
	医療サービス	利用者の状態に応じ各家庭医による訪問診療が提供される。家庭医が対応できない時間帯は、近隣の医療機関に依頼。
	ターミナルケアの対応	原則的に外部サービスを利用し、同居住環境で看取りを行うが、重度化しナーシングホームや病院に入院する場合もある。基本的には疼痛緩和ケア。

シニアハウス	社会サービス法の適用外で許認可を必要としない。自立～軽度の要介護者。対象年齢に制限があり、55歳以上75歳未満というものが多い。職員は非常駐で、必要に応じて外部の訪問介護サービスを利用。
--------	---

出所：(財)医療経済研究・社会保健福祉協会編「諸外国における介護施設の機能分化等に関する小差報告書」を参考に纏めたもの。

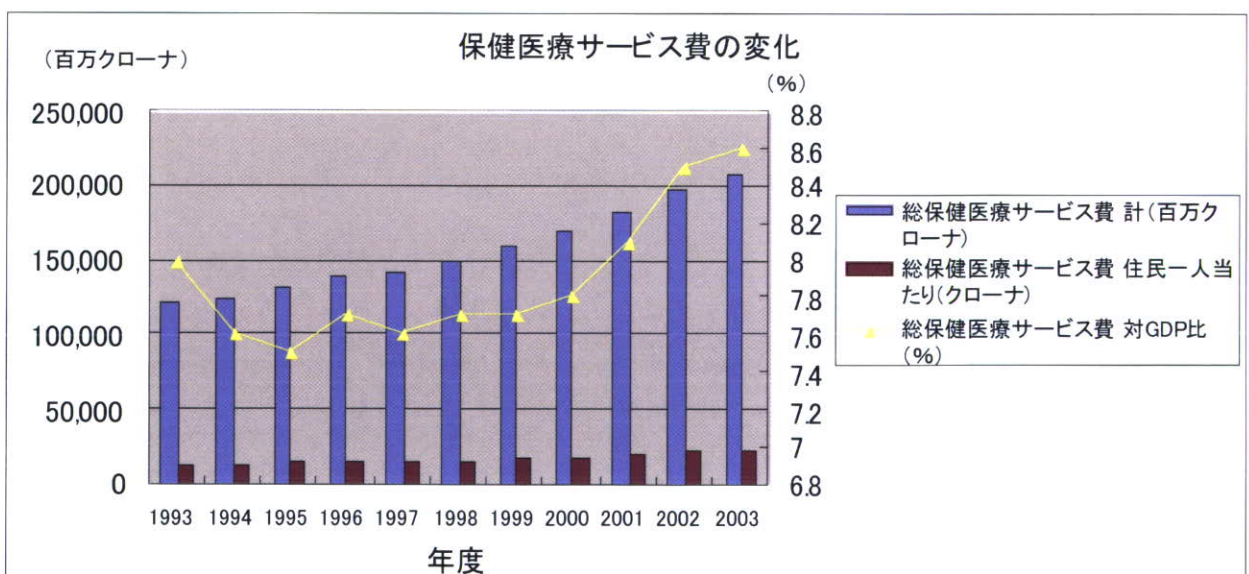
IV. 保健医療サービス 資料による保健医療サービスの変動を示します。
次に「スウェーデン国民経済計算(NR)

1. 保健医療サービス費と GDP (表 6)

	GDP (百万クローナ)	総保健医療サービス費		
		計 (百万クローナ)	住民一人当たり (クローナ)	対 GDP 比 (%)
1993	1,554,040	123,722	14,148	8.0
1994	1,645,790	125,161	14,196	7.6
1995	1,770,249	133,239	15,077	7.5
1996	1,815,144	139,823	15,809	7.7
1997	1,888,231	142,687	16,127	7.6
1998	1,971,871	151,056	17,060	7.7
1999	2,076,525	160,918	18,159	7.7
2000	2,194,967	170,161	19,156	7.8
2001	2,269,149	183,369	20,582	8.1
2002	2,352,938	199,233	22,284	8.5
2003	2,438,447	209,064	23,292	8.6

出所：Statistik över kostnader för hälso-och sjukvården 2003

(グラフ 6)



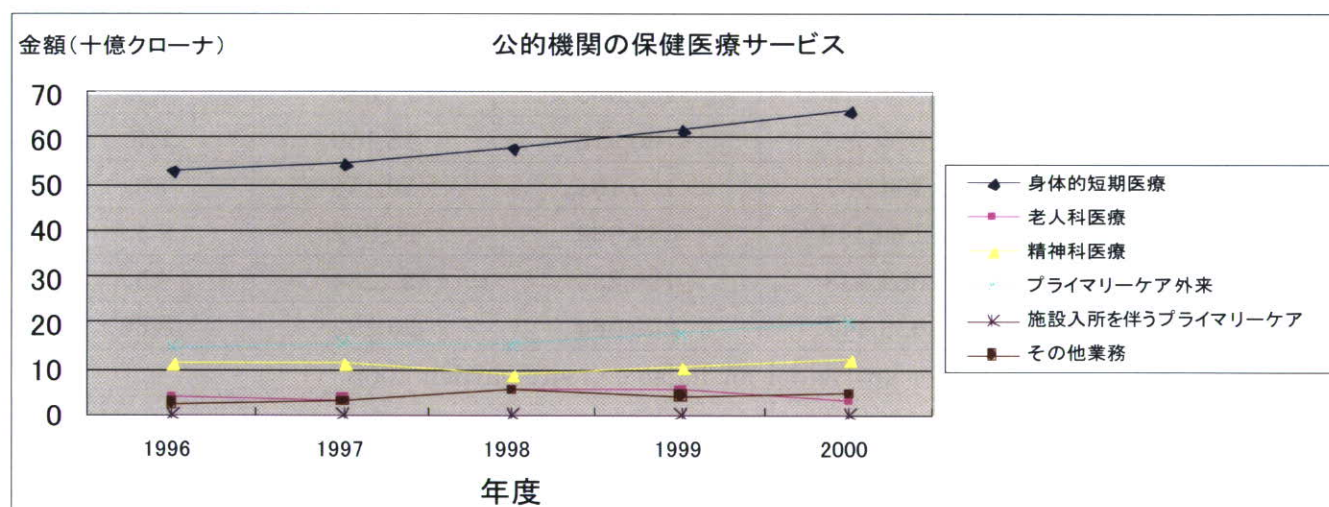
出所：Statistik över kostnader för hälso-och sjukvården 2003 をもとに作成

2. 公的機関の保健医療サービス（表7）

	金額（十億クローナ）					構成比（%）				
	1996	1997	1998	1999	2000	1996	1997	1998	1999	2000
広域医療圏及びレーン単位の医療	67.7	69.3	72.5	77.0	81.3	79.6	78.8	77.6	77.8	77.0
身体的短期医療	53.2	54.4	58.2	61.8	66.1	62.5	61.9	62.3	62.5	62.5
老人科医療	3.6	3.4	5.4	5.2	3.2	4.2	3.9	5.8	5.2	3.0
精神科医療	10.9	11.5	8.9	10.2	12.1	12.8	13.1	9.5	10.1	11.4
プライマリーケア（除歯科）	17.4	18.7	20.9	22.0	24.3	20.4	21.3	22.4	22.2	23.0
プライマリーケア外来	14.9	15.7	15.3	17.8	19.9	17.5	17.9	16.4	18.0	18.8
施設入所を伴うプライマリーケア	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
その他業務	2.4	2.8	5.5	4.1	4.4	2.8	3.2	5.9	4.1	4.1
歯科を除く保健医療サービス総計	85.1	87.9	93.4	99.0	105.7	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：Hälso-sjukvårds statistisk årsbok 2002

（グラフ7）



出所：Hälso-sjukvårds statistisk årsbok 2002 をもとに作成

3. 高齢者・障害者ケアの経費

95年度における高齢者・障害者ケアにかかった経費は、社会サービスの総経費の半分を上回る660億クローネに及ぶ。84～94年に及ぶ10年間の経費の動向をみると、倍増

していることが明らかである。この期間の消費者物価の上昇率は75%であったから、高齢者・障害者ケアの上昇率は消費者物価の上昇率を上回るものであったといえる。

高齢者・障害者福祉サービスの経費動向（表8）

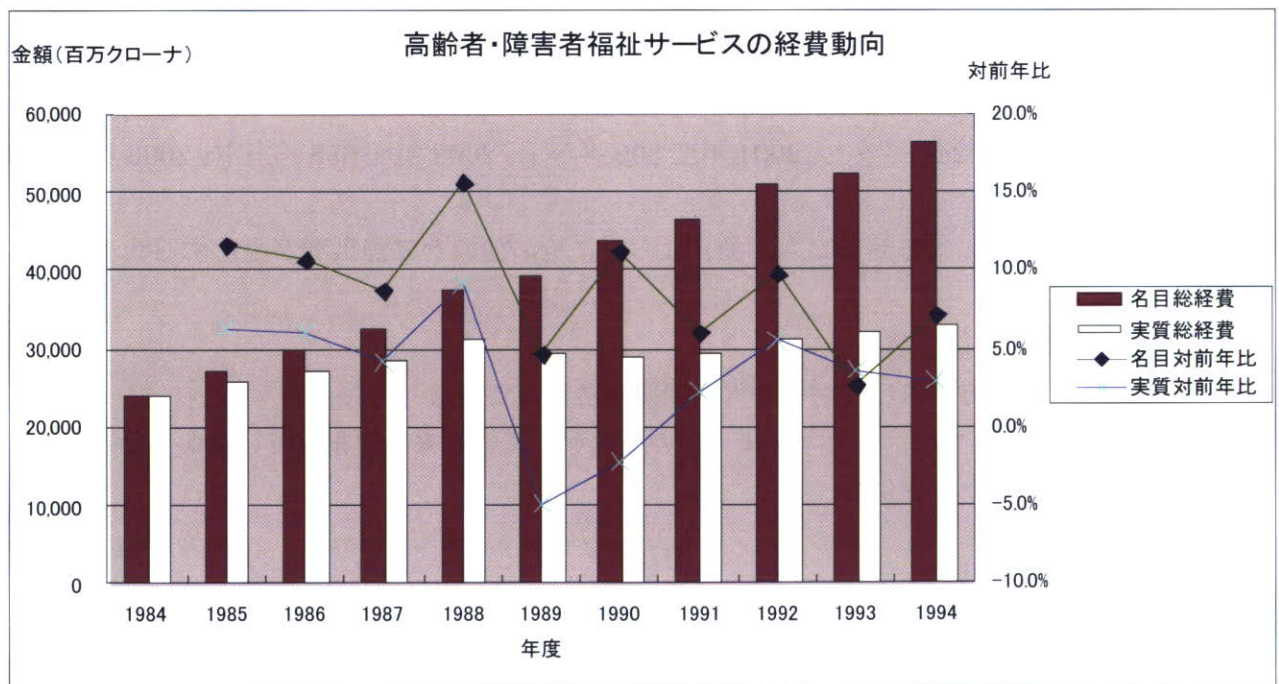
（1984-1994）単位：100万クローネ

年度	名目総経費	実質総経費	名目対前年比	実質対前年比
1984	24,311	24,311		
1985	27,149	25,832	11.67%	6.26%
1986	30,048	27,391	10.68%	6.04%
1987	32,691	28,526	8.80%	4.14%
1988	37,802	31,138	15.63%	9.16%
1989	39,588	29,610	4.72%	-4.91%
1990	44,030	28,948	11.22%	-2.24%
1991	46,688	29,587	6.04%	2.21%
1992	51,272	31,225	9.82%	5.54%
1993	52,679	32,359	2.74%	3.63%
1994	56,475	33,295	7.21%	2.89%

出所：Socialstyrelsen(1996),Social service,vård och omsorg i Sverige

資料：「先進国における最新の高齢者対策」(社)エイジング総合研究センター

（グラフ8）



出所：Socialstyrelsen(1996),Social service,vård och omsorg i Sverige をもとに作成

4. 病院サービス (表 9)

医療のタイプ	利用可能な ベッド数の 平均 1)2)3)	2) 退院患者数	入院日数 2)4) (千日)	平均在院日 数 2)	外来件数 (千件) 2)3)5)	その他の ケア提供者 の外来件数 (千件) 6)
専門科されたケア	27,077	1,415,322	8,606.5	6.1	13,084.4	4,040.0
身体的ケア	22,471	1,338,027	7,055.6	5.3	12,099.6	3,727.9
精神科ケア	4,606	77,295	1,550.9	20.1	984.8	312.0
一次ケア	255	26,348	284.6	10.8	11,765.3	3,258.1
開業医によるケア	—	—	—	—	10,539.1	3,157.6
合計 1997	34,885	1,551,358	10,888.9	7.0	24,725.3	6,068.0
1998	33,234	1,537,779	10,508.4	6.8	25,172.9	6,316.6
1999	32,755	1,507,755	9,970.8	6.6	25,665.1	6,239.8
2000	31,765	1,478,378	9,448.5	6.4	25,382.9	6,629.5
2001	29,122	1,459,562	9,251.4	6.3	25,630.5	7,388.3
2002	27,969	1,446,190	8,984.0	6.2	25,618.5	7,511.3
2003	27,332	1,441,670	8,891.1	6.2	24,849.7	7,298.1

出所：Statistisk Årsbok för Sverige 2005

注：1) 2001年～2003年：利用可能な状態にあるベッド数の平均

1997年～2000年：固定ベッド

2000年以降はある種の民間施設にあるベッドも含む

2000年度 241ベッド、2001年度 309ベッド、2002年度 658ベッド、2003年度 816ベッド

2) 自己生産によるサービス活動、ならびにその他のケア提供者が生産するサービス活動

3) 2002年：改定値

4) この入院日数には退院年の入院期間も含まれている

5) 2000年までは、一次コミュニケーションの一次ケアでの外来は含まれていなかった

6) その他のケア提供者

5. エーデル改革による病床数の推移

改革の目的は、伝統的な病院環境と画一化された病院医療を、良い住環境と個別ニーズ

を基礎としたケア計画によって、専門性の高い良質な医療と福祉への転換を図ることにあったと言える。

スウェーデンの病床数の推移(表10)

	自治体	国(社会保険庁)	公営小計	民間	合計
1988	104,145	449	104,594	7,500	112,094
1990	98,009	430	98,439	8,045	106,484
1991	93,679	428	94,107	8,045	102,152
1992	57,778	427	58,205	7,840	66,045
1993	52,991	427	53,418	7,840	61,258
1994	45,837	455	46,292	10,875	57,167
1995	42,395	455	42,850	10,875	53,725
1996	38,139	454	38,593	10,875	49,468
1997	34,885	417	35,302	10,875	46,177

資料出所：保健福祉庁「Hälso-och sjukvård-statistiksk årsbok」

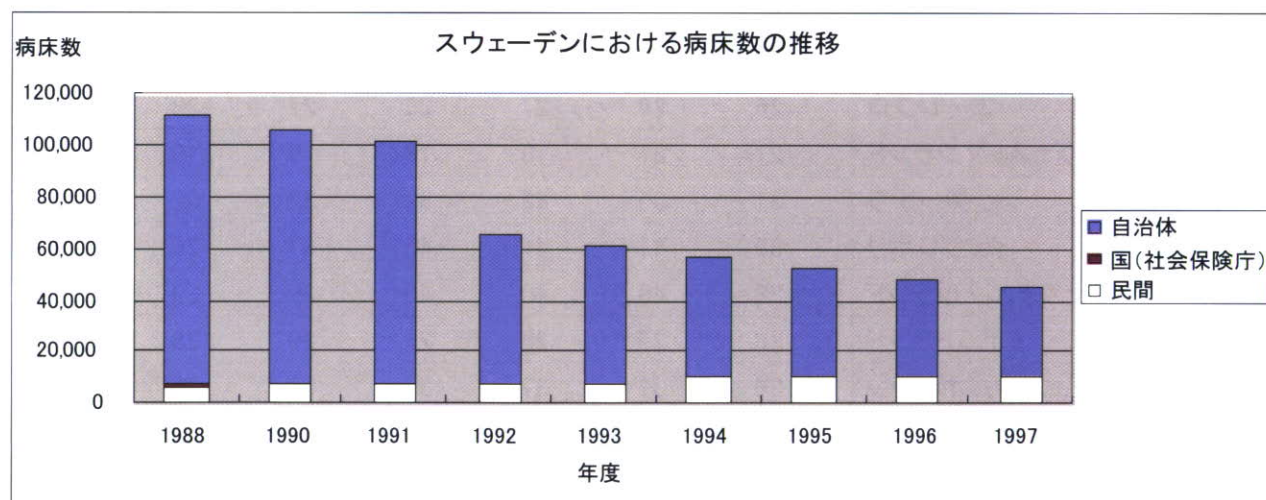
資料：厚生労働省白書、「2001年海外情勢報告」第1部、第4章

第1節主要先進国スウェーデン3 社会保障制度の課題

注) 民間病床数は90、92、94年調べ。

92年1月1日より、エーデル改革で約31,000の長期療養病床がコミュニティに移管された。

(グラフ10)



資料出所：保健福祉庁「Hälso-och sjukvård-statistiksk årsbok」をもとに作成

6. ランスタング別地区診療所数の推移

表およびグラフで示したランスタング別地区診療所数は地区診療所/医師ステーションの数を指し、1992年以降にコミュニ

ンの管轄においてプライマリーケアを実施するようになった地区診療所は含んでいない。