

看護職員への再教育プログラムが取り組まれ始め、認知症ケアを俯瞰できる立場となりうる専門職の教育プログラムの必要性があげられることとなった。

認知症コーディネーターと認知症コンサルタントを雇用している Skandeborg コムーネでは、それぞれに以下のような役割をもたせている。2010 年の社会サービス局 (servicestyrelsen) の調査によれば、コムーネの 96% は認知症コーディネーターあるいは認知症コンサルタントを雇用している。[6]

	認知症コーディネーター	認知症コンサルタント
位置づけ	【2 名】 コムーネの公共サービスを利用したいときに受けるビジテーション (visitationen) の部門に所属して、迅速で対象を絞ったケースマネジメントを支援する 【1 名】 認知症の人に特化した施設サービスに所属して、その管理者と従業員の能力を強化する	認知症に関する全てのコーディネート、自治体の高齢担当者に報告する
役割	【ビジテーションのコーディネーター】 ・ GP との連携 ・ 利用者が選択した領域 (frit valg-området) について、ビジテーション、管理者や他の従業員と専門的な話し合い (sparring) ・ 認知症の人の家族と専門的な話し合い ・ 認知症の人の親類と専門的な話し合い ・ 情報提供と教育 【施設のコーディネーター】 ・ 特化した住居の確立と運営に関する、管理者や従業員と専門的な話し合い ・ 行動計画の準備のための専門的な話し合い ・ ケアセンター (plejecentre) の管理者や従業員と専門的な話し合い ・ 教育	・ 解決策や成果を生み出す新しい知識、新しい方法、研究や技術を発展させ統合する ・ 同意に基づかない介入や権利擁護に関するケースワーク ・ ビジテーションと連動した行動計画の準備 ・ 認知症の領域の管理者や従業員と専門的な話し合い、コーチング、および監督の実施

③認知症ケアに関わる専門職の教育体制

2007 年にレギオナとコムーネおよび被用者の三者協定 (trepartsaftalen) が結ばれ、保健医療サービスと社会サービスに関わる職員の教育や質の確保、公務員のスキルの発展や教育の継続支援、労働環境の改善といった内容に関する合意が行われた。[4]

認知症に関する教育では、国立認知症情報センター (Vidensacenter for Demens) と社会サービス局 (servicestyrelsen) が就業者に対する教育訓練 (efter- og videreuddannelse) を提供している。[4]

○社会サービス局が提供する就業者への認知症に関する教育訓練[6]

種類	内容
認知症ケアの社会教育的なスキルアップ (Kompetenceudviklingsforløb om socialpædagogisk praksis i demensomsorg, SPiDO)	強制的なケアの実施を避ける手法としての社会教育的な実践 (socialpædagogisk praksis)。2004-2005 年に社会サービス局が 7 か所のコムーネでプログラムを検証し、2006 年からコムーネの認知症に関わる職員 2,000 名を対象に始められた (700 万 DKK)

認知症の人へのケアを向上させるためのスキル (Kompetenceudviklingsforløb om forbedret pleje til demente patienter)	2008-2010 年にかけて、5 つのレギオナとそれぞれのコムーナとの共同で行われたプロジェクト。2010 年秋にアイデア・カタログ (idékatalog) としてまとめられ、社会サービス局のサイトで公開されている
ハンドブック (Håndbøger)	2007 年に社会サービス局が 2 種類のハンドブックを出した。主にコムーナの認知症に関わる職員が参照するものである。ひとつは高いレベルの専門職がレファレンスとして用いるもので、もうひとつはより全般的なレベルを想定したものである

○社会サービスの学位：ディプロマ (sociale diplomudda)

あるテーマに専門特化した社会スキルの訓練を行う。6 つのモジュールで構成されており、うち 4 つは選択制となっている。主としてソーシャルワーカー (socialrådgiver)、作業療法士 (ergoterapeut)、看護師 (sygeplejerske)、教員 (lærer)、教育者 (pædagog) が対象であり、専門学校 (professionshøjskole) で提供されている。

ここでいう「教育者 (pædagog)」は、人を不特定の期間にわたり指導する役職をさす。保育所 (vuggestue)、幼稚園 (børnehave)、クラブ (fritidsordning)、デイやケア付き住宅などで働いている。

社会サービスのディプロマのプログラムには、認知症を直接扱うモジュールが 3 つ存在する。

モジュール	内容
高齢と認知症 (Aldring og demens)	・個人の年齢が変わることに伴う社会的な伝統 ・個人の年齢が変わることにまつわる心理学的な視点と理論 ・通常の加齢と病的な加齢の双方を生物学的に理解する ・高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人の家族を、ソーシャルワークを行ううえで関わるひとつの機関としてとらえる
高齢者や認知症の人への働きかけにおける倫理、法律と心理学の相互関係 (Samspillet mellem etik, jura og psykologi i arbejdet med ældre og personer med demens)	・ソーシャルワークにおけるケアマネジメントの概念 ・力動的心理学の枠組みを理解する ・倫理的な視点を理解する ・現行の法規定との関連でケアを理解する ・基本法 (grundloven)、行政運営法、患者権利法 (lov om patienters retsstilling)、社会サービス法および成年後見法に基づいたケアの義務の概念を明らかにする
高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人のソーシャルワークの理論と手法を転換して実施する (Omsætning og implementering af teori og metoder i socialt arbejde med ældre og personer med demens med betydeligt nedsat psykisk funktionsevne)	・組織における実践の展開の理論的な視点 ・組織の中で変化や定着をするプロセス ・多職種間のソーシャルワークの実践を確立する ・高齢者や認知症で著しく精神機能が低下した人のソーシャルワークにおける、コンサルテーションの機能について、一般的に知られている手法 ・コミュニケーションと学習のプロセス

○Århus コムーネの「能力開発 (Kompetenceudvikling)」

Århus コムーネでは「認知症の取組み (demensindsatsen)」として自治体職員の能力開発 (Kompetenceudvikling) に取り組んでいる。自治体職員はレギオンの職員や保健医療サービス関係者と連携することが求められており、就業者への訓練として以下の内容が行われる。[6]

老年科の知識 (geriatrisk viden)
老年学の知識 (gerontologisk viden)
認知症の症状とそれによる結果についての専門知識 (demensfaglig viden, både i forhold til symptomer og konsekvenser)
認知症の変化 (demensforandringer)
法律が規定する枠組みについての知識 (viden om de lovgivningsmæssige rammer)
活動の視点から見た生活についての知識 (viden om livet i et aktivitetsperspektiv)
認知と関連して必要とされる身体面の枠組みについての知識 (viden om de fysiske rammers indbyggede krav i forhold til de kognitive)
機能の障害 (funktionsnedsættelser)
専門家の関係性についての知識 (viden om den professionelle relation)
反映していく能力 (evnen til refleksion)

④認知症ケアに関わる専門職のネットワーク (FAGLIGE DEMENSNETVÆRK)

デンマークには、認知症ケアに関わる保健医療サービスや社会サービスの専門職の間で、知識やツールや手法を共有するためのネットワークが存在する。主要なものとして「レギオナ認知症ネットワーク (Regionale demensnetværk)」、「認知症検査病棟ネットワーク (Netværk for demensudredningsenheder)」、「コムーナネットワーク (Netværk for kommuner)」、「デンマーク認知症コーディネーター協会 (Foreningen Demenskoordinatorer i Danmark)」があげられる。[6]

3) 認知症の人を支えるチーム

①保健医療サービス

認知症の人の二次医療に対応する機関として、「精神科・神経科・老年科の複数にまたがる多職種チーム」を設置しているレギオンがある。多職種チームは上述したレギオナにおける認知症の人のパスのモデル 4 で位置づけられている。レギオナや医療機関によって多職種チームの名称は異なる。「認知症外来」や「もの忘れ外来」はそれぞれこうした多職種チームの名称のひとつであり[6]、日本の文献で紹介されている「地域高齢者精神医療チーム (地域精神医療班)」もまた多職種チームのひとつの形態と考えられる。

○認知症外来、もの忘れ外来 (demensklínik, Hukommelsesklinik) [6]

GP から紹介された認知症の疑いがある患者を適切に診断して、診断後のフォローアップの過程をコーディネートする役割をもつ。通常のフォローアップ期間は半年から 1 年程度である。

認知症外来・もの忘れ外来の形態は地域により様々であるが、老年科 (geriatri)・神経科 (neurologi)・精神科 (psykiatri) のいずれかに該当する。専門医 (speciallæge)、看護師 (sygeplejerske)、神経心理学者 (neuropsycholog)、作業療法士 (ergoterapeuter) やソーシャルワーカー (socialrådgiver) といった多職種からなるチームで認知症の人の検査、治療、フォローアップを行う。専門医は上記 3 領域の 2 つ以上にまたがっている。主として外来で来る認知症の人やその家族に対応しているが、訪問を合わせて行っているところも多い。

○地域高齢者精神医療チーム/地域精神医療班 (Gerontopsykiatrisk Team)

認知症介護研究・研修東京センターの「デンマークの認知症ケアの動向Ⅳ 地域高齢者精神医療チームの意義と役割」[9]などで紹介されている「地域高齢者精神医療チーム(地域精神医療班)」は、Syddamark レギオンにある Middelfart 病院の「老年精神科チーム (Gerontopsykiatrisk Team)」をさしている。

老年精神科チームが対象としているのは 70 歳以上のうつ病や双極性障害、妄想性、認知症、統合失調症である。コンサルタント医 (overlæge) 1 名と地区看護師 (distriktssygeplejerske) 2 名および診療科の医師 (afdelingslæge) 1 名で構成されている。GP や専門医から紹介された利用者を在宅で訪問する。利用者本人や家族、GP、場合によってはコムーナの職員とも治療に関する合意形成を行う。[18]

②社会サービス

社会サービスの提供におけるコムーナの体制はそれぞれに異なるが、「デンマークの認知症マッピング 2010」ではコムーネ単位でのチームの例として København コムーネの「認知症チーム (demensteam)」を紹介している。[6]

認知症チームは København コムーネの保健医療・社会サービス管理部門 (Sundheds- og Omsorgsforvaltningen) に所属し、コンサルティングを行うユニット (konsulentenhed) である。ビジテーションを実施する人 (visitor) 、ケア付き住宅の職員や管理者、在宅ケア (hjemmeplejen)、デイケア (dagtilbud)、フィットネスセンター (træningscentre) などのケア提供者が支援の対象になる。[19]

D. 考察

デンマークでは、社会省 (Socialministeriet) と内務厚生省 (Indenrigs- og Sundhedsministeriet) との共同で 2010 年 12 月に「認知症国家行動計画 (National handlingsplan for demensindsatsen)」が公表された。また、認知症国家行動計画の公表と同時に、デンマークにおける認知症ケアの現状をまとめた「デンマークの認知症マッピング 2010 (Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010)」が報告されている。認知症国家行動計画は、2011-2014 年にかけての認知症政策の目標を示したものであり、14 項目の取組みが推奨されている。2010 年にスタートしたばかりの取組みであるが、各コムーネでは地域の実情に沿った取組みを始めているところであり、地方分権が進んでいるデンマークにおいて、認知症国家行動計画がどのように遂行されていくかは今後も経過を検討することが必要と考えられた。

また、デンマークはプライエムを凍結し、居住に一元化する取組みが進められ、日本においても注目されている。以前のプライエムの形態では、基準となる利用者の住居の形式が狭く、例えばミニキッチンがついていなくても良い、居間がなく一部屋だけの作り等の形態であったのが、一人の占有面積が大広くなり、さらに、独立したキッチン/バス/トイレ、寝室、居間を持つ居住空間になった。一般的には、廊下を共有して共有の大きな食堂や居間があり、利用者は基本的には共有の食堂で食事を共にする。個人の希望によっては、それぞれのお部屋で食事をする事も可能となっている。ただし、現地調査で実際にプライエボーリを見て、何を持って施設との境目となるのかは難しく、プライエボーリの形態を施設と言わないのかは難しいと考えられた。個人の尺度によっても異なり、国の尺度によっても異なると考えられる。個人が住居を持っているという点では、施設ではないが、廊下を共有し、共有の食堂で食事をして、24 時間、職員が各住居 (部屋) でケアを提供している形態を施設的な形態と呼ばないのかも疑問として残った。

日本への示唆

デンマークの認知症ケアに関する体制の大きな特徴は、多くの地方自治体に、認知症コーディネーターや認知症コンサルタントなどの認知症に特化した専門職が配置されていることである。認知症コーディネーターは日本においてもいくつかの文献で紹介されており、その役割や意義は認められつつある。また、ケアのコーディネーターだけでなく、政策と現場をつなぐ役割を担う専門職もコムーネごとに様々な名前で配置されている状況であり、それらの担当者の役割も大きいと考えられた。オーフスでは認知症関連の部署を設置し、コムーネの政策決定を円滑に進めることができる体制づくりにも力が入れていた。

認知症の人の二次医療に対応する機関として、いずれのレギオンでも「精神科・神経科・老年科の複数にまたがる多職種チーム」を設置している医療機関があった。多職種チームは上述したレギオンにおける認知症の人のバスのモデル4で位置づけられていた。レギオンや医療機関によって多職種チームの名称は異なるが、「認知症外来」や「もの忘れ外来」はそれぞれこうした多職種チームの名称のひとつである。日本でも多職種協働の重要性が示されているが、複数の診療科にまたがる多職種チームの役割や意義を検討していくことで示唆が得られる可能性があると考えられた。

なお、デンマークでは、認知症ケアに限ったことではないが、「自己決定」が非常に重要視されている。1953年に制定された「基本法（Danmarks Riges Grundlov）」に謳われている“自己選択の保障（selvbestemmelseret）”は、全てに通じてプライオリティーが高い状況にあり、デンマークにおいて非常に重要な法律である。日本において、自己決定と自己責任、介入のバランスを検討するにあたり、デンマークと比較して捉えていくことで検討すべき課題がより明確になると考えられた。

引用文献

1. Servicestyrelsen. Jura for demente – Demensguiden. Available from: http://www.servicestyrelsen.dk/demensguiden/forfagpersoner/copy_of_juridiske-overvejelser
2. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (Ministry of Health and Prevention). Health care in Denmark. September 2008. Available from: http://www.sum.dk/Aktuelt/Publikationer/Publikationer/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2008/UK_Healthcare_in_dk/pdf.ashx
3. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsaftaler. Available from: <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler.aspx>
4. Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriet. National handlingsplan for demensindsatsen. December 2010. Available from: http://www.sm.dk/Data/Dokumentertilpublikationer/Publikationer%202010/Demensindsats%202010/Demens_handlingsplan14-12.pdf
5. 関龍太郎. デンマークの高齢者福祉政策をささえるもの. 海外社会保障研究, 2008. 162: p. 53-66. Available from: <http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18715006.pdf>
6. Socialministeriet og indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kortlægning af demensområdet i Danmark 2010. December 2010. Available from: http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2010/December/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2010/Demens/Kortlaegning%20af%20demensområdet%20december%202010.ashx
7. Servicestyrelsen. Hvilke former? – Demensguiden. Available from: <http://www.servicestyrelsen.dk/demensguiden/fordemente/juridiske-overvejelser/vaergemal/hvilke-former>
8. Socialministeriet, Institut for Pensions- og Eldrepolitik. Trivsel i plejeboligen. October 2002. Available from: <http://www.servicestyrelsen.dk/filer/udgivelser/aeldre/udgivelser-om-aeldre-udgivet-for-2007/4922.pdf>
9. 認知症介護研究・研修東京センター. デンマークの認知症ケアの動向IV 地域高齢者精神医療チームの意義と役割. 2009年10月. Available from: http://www.dcnr.gr.jp/retrieve/kaigai/out.html?url=pdf/de09_care_04.pdf&id=kaigai&text=de104&kbn=6
10. Socialministeriet. Model for en koordineret indsats på demensområdet. September 2001. Available from: <http://servicestyrelsen.dk/filer/aeldre/demens/2848.pdf>
11. Styrelsen for Specialrådgivning og Social Service, Socialministeriet. VEJLEDNING TIL DEMENSGUIDE –for fagpersoner, der rådgiver demente og pårørende. January 2007. Available from: <http://www.servicestyrelsen.dk/demensguiden/filer/vejledning/vejledning-til-fagpersoner>
12. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Kommunale sundhedsopgaver. Available from: <http://www.sum.dk/Sundhed/Kommunale%20sundhedsopgaver.aspx>

13. 白石知子,百瀬由美子. デンマークの高齢者施策における住宅ケアシステムに学ぶ新たな視点～ヒョスホルム市の予防家庭訪問とサービス判定～. 愛知県立看護大学紀要 Vol.13. pp41-48, 2007.
14. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom. April 2008. Available from: http://www.sst.dk/publ/publ2008/Plan/Kronisk/kronisk_forloebprogrammer2008.pdf
15. Statistics Denmark. Statistical Yearbook 2010. June 2010. Available from: <http://www.dst.dk/pubpdf/15198/sy2010>
16. Sundhedsstyrelsen. Faglige retningslinier for den palliative indsats - omsorg for alvorligt syge og døende. 1999. Available from: http://www.sst.dk/publ/publ1999/palliativ_indsats/palliativ.pdf
17. Sundhedsstyrelsen. Indsats på forskellige niveauer. Available from: <http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Smertelindring/Basisniveau.aspx>
18. Psykiatrien i Region Syddanmark. AFDELINGER- Psykiatri-Psykiatrisk Afdeling Middelfart-Ambulant behandling-Gerontopsykiatrisk Team. Available from: <http://www.psykiatriensyddanmark.dk/wm285175>
19. Demenstermet Københavns Kommune. Velkommen til Demensteamet. Available from: <http://www.demensteamet.dk/>

参考資料

1. 法律

認知症の人に対する特定の政策を行う法的義務はデンマークには存在していない。ただし、社会サービス法にいくつか該当する項目に準じている。主な概要は以下の通りである。

①社会サービス法

第1章 (Kapitel 1)

§1. この法律の目的

- 1) 社会的な問題の予防を支援し助言を提供する。
- 2) 予防的視野も含めた、一連の一般的なサービスを提供する。
- 3) 身体または精神機能レベルの低下や特定の社会問題に起因するニーズを配慮する。

2項. この法律に基づく支援の目的は、日常生活が自立または容易になり、生活の質が向上する個々人の可能性を促進する。

3項. この法律の支援は、個々人の自己と家族への責任に基づいている。支援は、個人的なニーズ、前提条件、そして本人との協働から組織される。

第15章 (Kapitel 15)

§81 コムーネ議会は身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のある成人のために特別な政策を先導しなければならない

§82 コムーネは、§81の目的と共にこの法律のもとに、個人からの同意の存在にも関わらず、自己に関心を払う事が出来なくなった、顕著な精神的機能の低下を生じた人に対して、支援を提供しなくてはならない。支援は、身体的強制を用いてはいけなない。

2項. コムーネは、著しい精神機能低下を生じた人に代わって、自己の関心に関して意思決定の出来る親近者または他の者に確認をしなくてはならない。コムーネは、行政に後見法による後見人の任命の願いの必要性について注意を払わなくてはならない。

第 16 章 (Kapitel 16)

§83. コムーネ (Kommunalbestyrelsen) は、1) 個人的な支援とケア、2) 家庭における日常的な必要な課題に対する支援や援助、3) 食事のサービス、を提供しなくてはならない

§84 コムーネは、身体または精神機能低下を伴う人の介護を行っている、配偶者、両親または近親者に対して、交替や負担の軽減の支援を行わなくてはならない。

2 項. コムーネは、特に身辺介護を必要とする人に対しての、一時的な滞在を提供する事が出来る。

§86 コムーネは、入院によって治療されない病気によって引き起こされる身体的機能低下を克服するためのリハビリを提供しなくてはならない。

2 項 コムーネは、特別な社会的問題や、身体的または精神的機能レベル低下をしたニーズを持つ人の、身体・精神の技能を維持する支援を提供しなくてはならない。

②保健医療法 (Sundhedsloven)

第 39 章 (Kapitel 39)

§140 コムーネは、退院後医学的根拠に基づいたリハビリのニーズのある人に無償でリハビリテーションを提供する。

§141 コムーネは、年金生活の年齢の人に支援を提供する時には、成果を判断する一部として、適切な支援を行うために、住民の希望に考慮を配した評価のもとに、貢献への質と量を含めた、支援計画書(Handleplan)を作成しなくてはならない。

スウェーデン

A. 認知症の人がいかなる制度やガイドラインに位置づけられているか

1) 高齢者および認知症の人に関連する主たる制度概要

スウェーデンでは広域自治体であるランスティングと基礎自治体であるコミューンとが水平・独立の関係にあり、それぞれが住民に対して異なる役割を担っている。

①保健医療サービス

保健医療サービスは、「保健医療法 (Hälsö- och sjukvårdslagen, HSL 法)」に基づき広域自治体であるランスティングが提供する。医療の現物給付の多くが公費負担でまかなわれており、ランスティングは公立病院・診療所の経営母体である。患者の自己負担の水準は各ランスティングで設定している。[0]

HSL 法に追加された「マリア法 (Lex Maria)」では、病院などの医療施設の職員に、その施設内で医療事故や過失により利用者が不利益を被った場合、保健福祉庁へ届け出ることを義務づけている。[2]

②社会サービス

高齢者や障害者に対する社会サービスは、「社会サービス法 (Socialtjänstlagen, SoL 法)」[3]や「特定の機能的障害者に対する援助及びサービスに関する法律 (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS 法)」[4]、「アシスタント補償法 (LASS 法)」に基づき、基礎自治体であるコミューンが提供する。

SoL 法に追加された「サーラ法 (Lex Sarah)」[5]では、高齢者や障害者へのケアを提供する施設の職員に、その施設内で不適切なケア (虐待) が行われている場合、コミューンの監督部門に通報することを義務づけている。[6]

③権利擁護

LSS 法では、自己決定の能力が不十分な者に対して、特別代理人 (god man) や管財後見人 (förvaltare) が必要となったとき、当事者に代わって援助やサービスを要請できると定められている。後見人 (förmyndare)、特別代理人、管財後見人については「親子法 (föräldrabalk)」に定められている。これらの選任は裁判所が行うが、実際の選任においてはコミューンが関与し人材の確保に努めている。

1990 年代はじめより、一部のコミューンにおいて、社会サービスの運営主体を民間組織とコミューンの中から入札制で決めるという方法が採られるようになった。2008 年には全国のホームヘルプサービスの提供時間数のうち 15.7% が民間委託されたものとなっており、2000 年の 8.6% から上昇している。また、特別な住居への入居者のうち、民間委託された住居にいる割合は 2000 年の 11.4% から 2008 年には 15.4% になっている。[7] こうした民間委託の展開とともに、2009

年より「自由選択法（Lag om valfrihetssystem, LOV 法）」が施行されている。LOV 法は保健医療サービスや社会サービスの利用者が、そのサービスの供給者を主体的に選択する権利を有することを規定したものである。[7]

社会サービスの質については、コミューンごとの指標がいくつかの方法で公開されている。ひとつは、保健福祉庁（Socialstyrelsen）が公表する、特別な住居に関するデータベースである。[8] もうひとつは、コミューン・ランズティング連合会（Sveriges Kommuner och Landsting, SKL）が公表しているもので、5 分野 13 項目の評価が行われている。[9]

2）認知症に関連する政策・制度等の変遷

①精神科医療から社会サービスへ

認知症高齢者のケアは老人ホームあるいは長期療養病院/精神病院で行われていた。1970 年代後半に認知症が注目されるようになり、1978 年に保健福祉庁（当時は社会庁, Socialdepartementet）が出版した「認知症高齢者の世話」および 1982 年の「精神病院ではない精神科ケア」という報告書においては、認知症患者は精神病院ではなく、長期療養病院で看るべきであると述べていた。[10]

そして 1980 年代における精神病院の廃止、1992 年のエーデル改革を経て、現在ではほぼすべての認知症高齢者はコミューンの高齢者ケアの対象となっている。また認知症高齢者に対する保健医療サービスは、従来は精神科で対応されていたが、上述の変革に伴い現在は老年科が対応をしている。

②社会的入院とエーデル改革（Ädelreforme）

エーデル改革以前の状況として、「ランズティング＝保健医療」、「コミューン＝社会福祉」という供給サイドの明確な切り分けが、社会的入院患者の問題を生んでいた。1992 年のエーデル改革により、それまでランズティングが行う「医療」に属していた約 540 の長期療養病院/地域療養ホームなど（約 31,000 床）はナースィングホームという形でコミューンに移管された。ナースィングホームの位置づけを、医療施設から、老人ホーム・サービスハウスとともに SoL 法上の「特別な住居」に変更し、これら 3 つの施設系サービスを「住居系サービス」に変更した。1992 年のエーデル改革により、これらの施設は「特別な住居」として一本化された。[11]

エーデル改革に伴い、社会的入院をなくすために「社会的入院費支払い責任（betalningsansvar av medicinskt färdigbehandlade）」制度が創設された。病院での医学的な治療が終わり、福祉事務所に退院の連絡があってから 5 日たってもコミューンが患者を引き受けることができなければ、患者の総費用をコミューンが負担しなければならない。[12]

③エーデル改革以降の高齢者ケア戦略

1998 年に政府は長期的な視点からの「高齢者国家行動計画（Nationell handlingsplan för äldrepolitiken）」を議会で採択した。2006 年には「高齢者ケア十力年国家戦略（Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre）」が成立し、高齢者看護・高齢者ケアの分野において重点を置くべき 6 分野が定められている。[13]

重度の疾病を有する高齢者に対し、より望ましい看護とケアを提供すること	訪問看護に対して、コミュニティに責任を一元化すること。在宅および特別な住居での医療に、医師をより積極的に利用できるようにすること
住宅の保障	コミュニティがニーズ判定により特別な住居への入居を決定した場合、社会サービス法により3か月以内に入居させなければならない。このことが順守されない場合、コミュニティはレーン庁に報告しなければならない
社会サービスの推進	高齢者ケアにおけるダイエットや食事の重視、栄養のあり方について、また高齢者に対するボランティアな活動への社会的サポートが強調されている。また、多文化共生社会であることを前提とする社会サービスが強調される
国内の平等と地域レベルでの発展	国立高齢者ケア研究センターの設置を提案
介護予防対策	高齢者ケアスタッフが栄養や身体活動について知識をもつこと。予防対策として、コミュニティが67歳以上の高齢者に対して、ニーズアセスメントのプロセスを経ることなく、転倒や病気を予防するための自宅訪問サービスを提供できるようにすること
サービス提供者	介護スタッフの退職が増える中で、継続的に新規の介護スタッフを確保し離職者を減らすことの重要性。高齢者ケアにおける准看護師の地位と役割を強化すること

1978年	保健福祉庁報告書「認知症高齢者の世話」
1982年	保健福祉庁報告書「精神病院ではない精神科ケア」
1982年	社会サービス法（SoL法）
1983年	保健医療法（HSL法）
1992年	エーデル改革（Ädelreforme）
1994年	特定の機能的障害者に対する援助及びサービスに関する法律（LSS法）
1994年	アシスタント補償法（LASS法）
1998年	高齢者国家行動計画（Nationell handlingsplan för äldrepolitiken）
1998年	マリア法（Lex Maria）がHSL法に追加
1999年	サーラ法（Lex Sarah）がSoL法に追加
2003年	良い認知症ケアを目指して（På väg mot en god demensvård）
2006年	高齢者ケア十力年国家戦略（Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre）
2007年	認知症高齢者の医療・ケアに関するクオリティ登録開始
2009年	認知症ケアのガイドライン（準備段階）
2010年	認知症ケアのガイドライン（第1版）

3) 国家戦略

2009年8月に認知症ケアのガイドラインの準備段階にあたるものとして、保健福祉庁により「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 – Stöd för styrning och ledning - Preliminär version」が公表された。ここでは、ガイドラインの整備にあたり実施した、コミュニティを対象とした認知症ケアに関する調査の結果が紹介されている。[14]

これをふまえて2010年5月に発表された第1版のガイドライン「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning」では、認知症ケアの国家戦略として、以下の16項目が掲げられている。[15]

原語（スウェーデン語）	項目
förebyggande arbete	予防
utredning	検査
social utredning	社会的な介入
uppföljning	フォローアップ
personcentrerad omvårdnad	利用者中心のケア
basal vård och omvårdnad	基本的な介護と看護
palliativ vård i livets slutskede	終末期における緩和ケア
personer med annan etnisk bakgrund	さまざまな倫理的背景をもつ人々
aktiviteter och hjälpmedel	活動と施設
dagverksamhet	日常活動
flytt och särskilt boende	再定住と特別な住居
multiprofessionellt teambaserat arbete	多職種チームを基本とした働きかけ
utbildning	教育
läkemedel	薬物療法
utredning, omvårdnad och behandling vid särskilda	特定の状態に対する検査、ケア、治療
anhöriga	家族支援

4) 認知症ケアの方針

SoL 法は総合立法として社会サービスのあり方や大枠を定めており、社会サービスの対象となる要介護者を「経済的・社会的保障がなされず、生活条件の平等も保障されず、地域社会生活への積極的な参加がしにくい人」としている。これらは具体的には「児童・青少年、高齢者、機能障害者、麻薬乱用者、長期療養者・高齢者・機能障害者の世話をしている親族、犯罪被害者」である。[16]

SoL 法を補完・補強する補足法として LSS 法や LASS 法などの、特定の分野（この場合は障害者福祉サービス）のサービスに関する法律が策定されている。LSS 法の対象とされる「機能的障害者」とは、「発達遅滞者、自閉症または自閉症的症状を示す人々」、「成人に達してからの外傷または身体的疾患に起因する脳障害により、重篤かつ恒久的な知的機能障害のある人々」、「明らかに通常の高齢化にはよらない、他の恒久的な身体的または精神的機能障害のある人々」である。

したがって、認知症の人が必要とする社会サービスは、高齢者として認知症の有無に関わらず必要なサービスは SoL 法、認知症という障害に特有のサービスは LSS 法に基づき提供されることになる。

また保健福祉庁のガイドラインにおいて、保健医療サービスおよび社会サービスの担い手は、認知症をもつ人に対し利用者中心のケア（person-centered care）を提供しなければならないとされている（優先順位 1）。[15]

保健福祉庁のガイドラインでは、認知症の人のケアに携わる専門職（保健医療サービスと社会サービスの双方）に対し、①食事と栄養、②口腔衛生、③尿失禁、④便秘への薬物を用いない療法、⑤転倒の予防、⑥じよく創の予防と治療、⑦身体拘束、⑧ネグレクト（介護放棄）の予防、について推奨を行っている。[15]

①食事と栄養

内容	優先度
構造化されたアセスメントツールを用いて、食事の問題の診断をする	優先順位 2
食事の時間に個別化した食事支援を行う	優先順位 2
デイケアや特別な住居では、食事の時間の環境を適切に調整する	優先順位 2
体重低下や栄養状態の悪化が疑われるとき：体重、BMI、体重の減少や履歴を把握して、栄養状態を定期的にアセスメントする	優先順位 1
食べものや飲みものの栄養価を高め、お菓子を提供し、食べものの硬さを調整して、栄養摂取を増やす	優先順位 1
栄養飲料で栄養摂取を増やす	優先順位 5

②口腔衛生：定期的に口腔衛生の構造化された評価を行う（優先順位 1）

③尿失禁（中程度から重度の認知症の人に対して）

内容	優先度
個別に、検証済みの吸収性製品を提供する	優先順位 1
トイレトレーニングの一環として、トイレ介助を行う	優先順位 3
他の介入と連動させて、計画的にトイレ訪問をする	優先順位 5
保健医療サービスの禁忌：排尿自覚刺激行動療法、膀胱訓練、女性への骨盤底訓練、長期にわたるカテーテルの使用	禁忌

④便秘への薬物を用いない療法

内容	優先度
予防と治療の一環として、定期的にトイレに行く習慣をつける	優先順位 1
予防的な方法として、食物繊維の豊富な食事、適切な水分摂取、身体的な活動を提供する	優先順位 1
便秘を予防するために腹部のマッサージを提供する	優先順位 8

⑤転倒の予防

内容	優先度
過去の転倒の記録をとり、転倒のリスクを定期的にアセスメントして、継続的にリスク評価を行う	優先順位 1
転倒のリスクが高い人に対して：複数の介入を同時に行う。例えば、患者の薬物療法と運動を見直し、生活環境を変える	優先順位 1
でん部を保護するパンツの提供	優先順位 8

⑥じよく創の予防と治療

内容	優先度
臨床的な評価と構造化されたアセスメントツールを用いて、じよく創ができるリスクをアセスメントする	優先順位 1
背景要因の治療だけでなく、本人の姿勢を変えたり、かかる圧力を和らげたり減少させたりして、じよく創の予防や治療を行う	優先順位 1

⑦身体拘束

内容	優先度
身体拘束が行われている場合、本人がどのように感じているか継続的に観察と評価を行う	優先順位 1
職員に訓練と指導を行い、身体拘束の使用を減らせるようにする	優先順位 1

⑧ネグレクトの予防：職員に訓練を行い、認知症の人の治療におけるネグレクトを発見し、記録をとり、報告することが出来る能力を要請する（優先順位 1）

5) 認知症ケアおよび医療に関するガイドライン

保健福祉庁は、認知症高齢者へのケアと家族支援に関する国のガイドラインの開発に着手している。

2009年8月に「認知症ケアのガイドライン」の準備段階のものが公表された。準備段階のガイドラインでは、各自治体の認知症ケア対策の実施状況に関する調査結果があわせて紹介されている。その後、第1版となるガイドラインが2010年5月に公表された。[15]

B. ステージに沿った施策の概要

1) 対象者の把握

定期的にスウェーデン全土の対象者を把握する仕組みなどはない。実質的には認知症の人の多くは、保健医療サービスで把握されることになる。

スウェーデンの医療機関は機能分化が明確にされており、住民が保健医療サービスを受ける際に最初は地区診療所の家庭医（GP）に診てもらうことになる。そこで認知症の診断が適切になされなければ、専門的な治療を提供する老年科につながらないため、適切なサービスを受けることができない。

認知症の人と接触する専門家の多くは看護師（vårdbiträden）や看護助手（undersköterskor）であり、彼ら・彼女らに対する理論的な訓練が必要であると指摘されている。[15]

2007年に保健福祉庁はスウェーデン全国における認知症の人の数の推計を行っており、2005年で認知症の人は142,200人いると見積もられている。そのうち60歳未満の者は3,700人とされている。[17]

2) 啓発活動

普及啓発や研究者同士のネットワーク活動などは民間組織が行っている。

例えば、2008年にスウェーデン政府がストックホルムに設立した「全国認知症センター（Svenskt demenscentrum）」（<http://www.demenscentrum.se/>）は、認知症ケア分野の情報収集や研究、広報などを行っている。全国認知症センターのサイトでは各ランスタングの認知症ケアに関する情報を見ることができる。[14]

○「スウェーデン全国年金生活者協会（Pensionärernas Riksorganisation, PRO）」、「スウェーデン年金生活者同盟（Sveriges Pensionärers Riksförbund, SPF）」

PROとSPFは年金生活者のための代表的な団体である。[18] PROは年金生活者である高齢者が自分たちの意見を政策に反映させるための団体として設立したものであり、活動は大別して2つある。1つは、高齢者の在宅サービスや施設サービスに対する要求、住宅計画、住宅手当に対する要求、保健医療に対する要求など政治的な要求である。国や保健福祉庁などの政府機関、地方自治体などと定期的に会合をもち、高齢者の立場から提言を行うなど政策立案に参加している。活動のもう1つは、文化活動、学習活動、ボランティア活動などの社会参加活動、生きがい活動である。

SPFはPROと基本的な活動内容は同じであるが、PROが社会民主党系でブルーカラーが中心なのに対し、SPFは穏健党系（保守系）でホワイトカラーが中心である。

3) 予防活動

ガイドラインにおいて予防活動は優先順位「3」に位置づけられている。[15]

保健医療サービスと、社会サービスの双方で、将来の認知症のリスクを低減するために①身体的な活動、②精神的、社会的な刺激となる活動、③中高年の時期の高血圧への治療に注意を払わなければならないとしている。

4) 早期発見・診断システム

ガイドラインでは、保健医療サービスにおいて実施する認知症の基本的な検査は、次の内容を実施することを推奨している。[15]

内容	優先度
体系的な既往歴の聴取	優先順位 1
血縁関係者との面接	優先順位 1
身体的、精神的な状態のアセスメント	優先順位 1
認知機能の検査（タイムトライアルがある MMT）	優先順位 1
機能と活動の能力の体系的なアセスメント	優先順位 1
コンピュータ断層撮影法による体系的な脳画像	優先順位 1
カルシウムもしくはホモシステインの血中濃度の上昇や、甲状腺の機能障害による可能性を除外するための血液検査	優先順位 2
神経のライム病（ボレリア菌による感染症）、HIV もしくは神経梅毒の臨床的な疑いが強い場合、サンプルを採取して確かめる	優先順位 1

基本的な検査を行い認知症の診断が確定した者に対しては、保健医療サービスにおいて必要に応じ、以下の内容を拡張して実施することが推奨されている。[15]

内容	優先度
神経心理的なものを含む認知症の検査	優先順位 2
MRI を用いた体系的な脳画像	優先順位 2
生化学的な指標を分析するための腰椎穿刺	優先順位 2
SPECT（単光子放射型コンピュータ断層撮影法）を用いた脳機能画像	優先順位 4

5) 情報提供・相談窓口

HSL 法や SoL 法において、保健医療サービスや社会サービスに従事する職員は、対象者個別に情報提供を行うことが義務づけられている。[14]

6) ケアサービス

認知症の人に対するフォーマルなケアサービスとしては、ランスティングが提供する保健医療サービスと、コミュニケーションが提供する社会サービスとがあげられる。

①保健医療サービス

保健医療サービスがアルツハイマー病における認知機能障害への薬物療法として提供すべき治療として、次のような内容を推奨している。[15]

内容	優先度
アルツハイマー病で軽度から中程度の認知症状がある者には、コリンエステラーゼ阻害剤（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）による治療を提供する	優先順位 2
アルツハイマー病で中程度から重度の認知症状がある者には、メマンチンによる治療を提供する	優先順位 3
治療における用量の設定を確認し、その後も定期的に少なくとも年 1 回は、何らかの機会と連動してフォローアップを行う	優先順位 1

軽度の認知機能障害や、脳血管性認知症に対しては、以下のことを行ってはならない。前頭側頭認知症に対しては、科学的な研究でのみ、コリンエステラーゼ阻害剤やメマンチンの提供が試みられている。[15]

内容	優先度
軽度の認知機能障害に対する、コリンエステラーゼ阻害剤の提供	禁忌
脳血管性認知症に対する、コリンエステラーゼ阻害剤やメマンチンの提供	禁忌

また、利用可能な範囲の保健医療サービスで、以下の支援を提供することが推奨される。施設でのこうした器具や装置の使用を援助し、モニタリングをしなければならない（優先順位 2）。[15]

内容	優先度
軽度から中程度の認知症をもつ人に、認知を助ける補助器具などを提供する	優先順位 4
電子通信を用いた安全装置：個人用のアラーム	優先順位 4
電子通信を用いた安全装置：全体用のアラーム	優先順位 5

認知症の行動心理症状（BPSD）に対しては、保健医療サービスや社会サービスは症状の背景要因を精査したうえで治療にあたること（優先順位 1）、うつ病が併発した場合は SSRI 系の抗うつ薬を用いること（優先順位 3）が推奨されている。物理的な環境を変えても行動心理症状への効果が十分でないときは、保健医療サービスは以下の薬物療法を提供できる。[15]

内容	優先度
アルツハイマー病に対しメマンチンの投与	優先順位 6
過剰な心配や不安に対し、短時間作用型のベンゾジアゼピン	優先順位 6
抗精神病薬：リスペリドン	優先順位 7
抗精神病薬：ハロペリドール	優先順位 8
クロメチアゾール	優先順位 8
レビー小体病やパーキンソン病による中程度から重度認知症の妄想、幻聴に対し、抗精神病薬（クエチアピン）の投与	優先順位 9

ベンゾジアゼピン、抗精神病薬、クロメチアゾールによる治療は短期間に限ることを前提として、2 週間後に薬物療法を終えるか用量を減らすか判断するための通常のアセスメントと共に、治療効果を評価する。抗てんかん薬（カルバマゼピン、バルプロエート、トピラメート）は投与してはならない（禁忌）。[15]

見当識障害については、保健医療サービスは症状の背景要因を精査して治療しなければならない（優先順位 1）。看護・介護によるケアで十分な効果がないときは、抗精神病薬（リスペリドン、ハロペリドール）の投与（優先順位 8）や、夜間のクロメチアゾールを追加して昼間の活性化（優先順位 8）を試みてもよい。抗精神病薬、クロメチアゾールによる治

療は短期間に限ることを前提として、2週間後に薬物療法を終えるか用量を減らすか判断するための通常のアセスメントと共に、治療効果を評価する。[15]

②社会サービス

SoL 法、LSS 法、LASS 法などにに基づき、コミュニティが提供する。各コミュニティの判定員（biståndshandläggare, または biståndsbedömare）が利用申請者のニーズ判定を行っている。[18]

提供されるサービスの内容としては、ホームヘルプサービス、訪問看護、訪問リハビリ、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、補助器具、障害者用住宅改修手当、住宅付加手当、雪かきサービスなどがあげられる。[20]

ガイドライン策定に向けて保健福祉庁が実施した 2008 年の調査では、ショートステイのうち 15%に相当する 1,345 床が認知症を有する人に提供されていた。[21]

<社会サービス：地域ケア>

認知症の人が SoL 法や LSS 法に基づきデイケアを受ける場合、社会サービスは、認知症に特化したデイケアを用意しなければならない（優先順位 2）。若年性認知症の人に対しては、この集団に特化したデイケアを用意しなければならない（優先順位 3）。[15]日常生活の遂行に困難をもつ人に社会サービスが提供するデイケアでは、以下のことが推奨される。[15]

内容	優先度
身体活動を含む個別化された活動に参加する機会を提供する	優先順位 1
重度の認知症をもつ人に対し、マッサージやアロマセラピーを提供する	優先順位 6
重度の認知症をもつ人に対し、スヌーズレンを提供する	優先順位 8

<社会サービス：施設ケア>

スウェーデンにおける高齢者向けの施設には、従来、サービスハウス、老人ホーム、ナーシングホーム、グループホームなどの類型が存在していた。[11] これらは 1992 年のエーデル改革で「特別な住居」に一本化された。

従来の類型	内容
サービスハウス	自立して生活できる高齢者のための住居
老人ホーム	ケアが必要な高齢者のための住居
ナーシングホーム	もともとは医療施設で、医療ケアの必要度が高い高齢者が入居していた。1992 年のエーデル改革により、保健医療から社会サービスへと転換され、ランスティングからコミュニティに移譲された
グループホーム	ケアが必要な認知症高齢者が、職員の援助を受けながら、少人数で生活する住居

ガイドライン策定に向けて保健福祉庁が実施した 2008 年の調査では、94,200 か所の特別な住居のうち、約 26,000 が認知症を有する人のための施設となっていた。[21]

特別な住居については、ガイドラインにおいて以下の内容が推奨されている。[15] 社会サービスは、認知症をもつ人に特化してデザインされた小規模な保護付き住居を提供しなければならない（優先順位 3）。

内容	優先度
個別化され、充実した、家庭的な雰囲気のある物理的な環境	優先順位 1
平和で静かな環境	優先順位 2
屋外に滞在する機会を提供する	優先順位 2
物理的な環境に色彩を与え、利用者に方向感覚の処理を促す	優先順位 4
安心と、日々の人との有意義な接触がもてる、心理社会的な環境	優先順位 1

またガイドラインでは、特別な住居で認知症をもつ人に提供する体操プログラムとして、次の内容を推奨している。

[15] 認知症の人が自宅から特別な住居などへ移動する際には、その準備として、時宜を得た情報提供を行い、本人の家族とも関わり、入所することになる施設を訪問する機会を提供し、本人の医学的な既往や生活史をレビューする（優先順位 2）。

内容	優先度
保健医療サービスと社会サービスとにより、日常の身体活動だけでなく、個別化された機能的なトレーニングで中程度から高い強度のものと組み合わせた体操を提供する	優先順位 5
個別化された歩行訓練の形で、身体面での教育の機会を提供する	優先順位 7

7) 家族支援

高齢者や障害者の家族介護者に対し、手当という形での給付はないが、親族雇用 (anhörigvårdare) という制度がある。親族や親しい友人などが高齢者を介護している場合、その人をコミュニティが雇用し、コミュニティの公務員であるヘルパーと同じ給料や手当金を支払うという形態である。[16]

認知症を有する人の家族への支援として、コミュニティが実施している社会サービスの多くはレスパイトケアや家族会、認知症看護師や認知症専門チームからの支援、または電話による相談対応といったものである。[21]

2009 年 7 月には SoL 法が改正され、コミュニティは高齢者や障害者の親族などにケアを提供しなければならないことが新たに明記された。[22]

ガイドラインでは、保健医療サービスと社会サービスが家族に提供する支援として、以下の内容を推奨している。[15]

内容	優先度
教育プログラムと心理社会的援助プログラムを提供する	優先順位 2
様々な形で休息を提供する	優先順位 2
プログラム同士を連結して提供する	優先順位 3
若年認知症の家族介護者に対して：特に個別化された支援、レスパイトケアの援助	優先順位 3

8) 終末期ケア

終末期の段階になると、疼痛、肺炎、不安や呼吸困難といった状態がみられる。認知症の人の終末期では食事と飲み込みの問題が多く生じて、水分や栄養を十分に得られないことがある。そこで経管栄養という選択肢が考えられるが、保健福祉庁のガイドラインでは、終末期における経管栄養の使用には、栄養状態や QOL を向上させるという科学的なエビデンスはないとしている。[15]

保健医療サービスや社会サービスは、終末期の段階にある認知症の人に対し、WHO が推奨する緩和ケアを提供しなければならない（優先順位 1）。例外的なケースにおいては経管栄養を行ってもよい（優先順位 10）。[15]

C. 認知症の人を支える専門職／チームの位置づけと育成方法

1) 認知症の人を支える主な機関

①保健医療サービス

1992年のエーデル改革で、各コミュニティに医療責任看護師（Medicinskt Ansvar Sjuksköterska:MAS）を置くことが義務づけられた。医療責任看護師は老年看護専門の者か、保健師の経験のある者になっており、コミュニティの保健福祉部門に配置され特別な住居のマネジメントを統括していることが多い。[11]

在宅の高齢者に対する訪問看護に関しては、ランスティングとコミュニティという2つの行政機関に責任が分立している結果、サービスの継続性・連携が上手く図られていないという結果を生じている。特に、適切なリハビリテーションの提供の不足が指摘されている。このリハビリテーションに関しても実際は看護師が行っていることが多い。

ガイドラインにおいては、保健医療サービスと社会サービスとは、多職種チームを基本とした働きかけを行い、認知症をもつ人にケアを提供しなければならないとされている（優先順位2）。また、主に看護師や補助の看護師といった、保健医療やケアの領域の専門職に、長期間にわたるもので実践的な訓練や指導、フィードバックと結びついた教育の機会を提供しなければならない（優先順位1）。[15]

②社会サービス

基礎自治体コミュニティにおいて、社会サービスを求める申請者がSoL法とLSS法のいずれに該当するかアセスメントを行い、判断する。サービスの範囲やレベルの決定、実際のサービス提供もコミュニティの責任において行う。

しかし、認知症に特化した多職種チームを有するコミュニティは一部のみである。多くのコミュニティで雇用されている職種のひとつには認知症看護師（demenssjuksköterskor）があげられる。70%強のコミュニティは認知症看護師を雇用しており、40%強はコミュニティとランスティングの双方で雇用している。13のランスティングで認知症看護師がいる。[14]

2) 認知症の人を支える主な専門職

全国認知症センターでは、認知症の人に関与する専門職として、薬剤師（apotekare, receptarie）、作業療法士（arbetsterapeut）、コミュニティの支援担当者（biståndshandläggare）、栄養士（dietist）、ソーシャルワーカー（kurator）、言語療法士（logoped）、医師（läkare）、心理療法士（psykolog）、理学療法士（sjukgymnast）、看護師（sjuksköterska）、歯科医（tandläkare）・歯科衛生士（tandhygienist）、患者の介護人（undersköterska, vårdbiträde）をあげている。[22]

患者の介護人とは、具体的にはSilvia Sister（シルヴィア王妃を会長とするグループホーム「シルヴィアホーム」で専門教育を受けた看護師）や、コンタクトパーソン（kontaktman）、認知症デベロッパー（demensvårdsutvecklare）などである。[23]

保健福祉庁は助成金により、コミュニティにおける栄養士や作業療法士や認知症看護師（demenssjuksköterska）といった専門職の雇用を促している。[24]

また、コミュニティには社会サービスのアセスメントを行うケアマネジャーがおり、高齢者が在宅から特別な住居へ移る際には専門のケアマネジャーが関与する。[26]

○認知症看護師

各コミュニティがそれぞれの求める基準で採用した看護師を「認知症看護師」と呼称して、認知症高齢者のケアに投入している。すなわち、日本のような資格制度があるわけではなく、その専門性を付与する特定の課程や経験を経た看護師がコミュニティで認められて働くことで「認知症看護師」と呼ばれることになる。

例えばウプサラ・コミュニティでは100人を超える看護師や看護助手を Silvia Sisters として訓練しており、ルンド・コミュニティでも看護師に認知症看護師の訓練を受ける機会を提供している。[25]

認知症看護師の主な役割はケアのコーディネートであり、他の専門職の教育・指導を行ったり、サービスへつなぐ窓口になったりしている。ただしコミュニティによっては異なる機能をもっていることがある。[21]

その他に認知症ケアの専門家として認知症デベロッパー（demensvårdsutvecklare）や認知症コーディネーター（demenssamordnare）が存在する。[23] これらの職種間でそれぞれにネットワークが形成されており、専門職としての知識や経験の共有が図られている。[27]

3) 認知症の人を支えるチーム

保健福祉庁のガイドラインでは、定型的な多職種チームに関する規定はされていない。認知症の診断が確定した後のフォローアップとして、以下の内容を推奨している。[15]

内容	優先度
社会サービスにより、早期から社会的な介入を実施する	優先順位 1
保健医療サービスと社会サービスとにより、少なくとも年に1回、医学的および社会的なフォローアップを行い、薬物療法や治療、認知機能、機能や活動の能力、全体的な健康状態、行動の変化および与えられている支援を確認する	優先順位 1
軽度から中程度の認知症の人に対し、保健医療サービスや社会サービスは認知症に特化した技術として、リアリティー・オリエンテーションを提供できる	優先順位 6
軽度から中程度の認知症の人に対し、保健医療サービスや社会サービスは認知症に特化した技術として、パリエーションを提供できる	優先順位 8

D. 考察

スウェーデンにおいては、2009年8月に認知症ケアのガイドラインの準備段階にあたるものとして、保健福祉庁により「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2009 – Stöd för styrning och ledning - Preliminär version」が公表され、これをふまえて2010年5月に発表された第1版のガイドライン「Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 – stöd för styrning och ledning」が公表された。ここでは認知症ケアの国家戦略として、ケアのあり方を中心とした16項目が上げられている。このガイドラインの特徴は、各項目に対応するケアの方針を示すと共に、エビデンスに基づきそれぞれの優先順位をつけている点である。限られた経済的・人的リソースの中で質の高いケアを達成するという観点から、こうした優先順位付けの手法は、日本における認知症ケアの指針を作成するうえで参照するべきものと考えられた。

その一方で、スウェーデンのガイドラインは保健医療サービスと社会サービスの連携を強調しているものの、具体的にどの職種がどのような役割を果たすべきかは規定していない。社会サービス自体のあり方も、枠組み法である SoL 法が社会サービスを必要とする人々のための総合立法かつ基幹法として、地域生活支援に関わるあらゆるサービス（在宅介護、施設介護、現金給付等）を各自治体によって提供することを定めており、提供するサービスの項目を細分化して規定するものではない。したがって実際の運営ではコミュニティごとの自治が尊重され、コミュニティごとに異なる取組みが行われている。これらの状況の中で、スウェーデンにおける社会サービスの課題として、自治体間の格差、看護・介護における外国人労働者の問題があげられる。

○自治体間の格差

社会サービスにおけるコミュニティ間の格差に対応するため、2002 年に社会サービス法が改正された。2002 年 7 月 1 日より、在宅ケアサービスを利用した高齢者が 1 か月に支払う自己負担額の上限（maxtaxa）と、毎月最終的に自分の手元に残すことができる額として設定されるリザーブド・アmount（förbehållsbelopp）の下限が設定された。[29]

○看護・介護における外国人労働者

2002 年 7 月に労働市場庁や移民庁、労働訓練基準局、保健福祉庁など 9 つの省庁により「介護・福祉分野における能力支援のためのアクションプラン」が提案されている。そのアクションプランでは「高齢者・機能障害者への介護・福祉分野における能力支援のためのプランをコミュニティ向けに策定する」こととされている。同プランには 10 の施策が明記されており、その 9 つ目に「難民・移民の採用状況の改善」が掲げられている。[28]

日本への示唆

医療機関を退院した高齢者の行き先の問題は、日本も直面している課題のひとつである。スウェーデンでは基礎自治体の受け入れ責任を明確にすることで、社会サービスの中で受け皿を確保せざるを得ない状況をつくっており、保健医療サービスだけでなく社会サービスの側にも何らかの動機づけを行う方策が必要なことを示唆している。

保健医療サービスと社会サービスの連携のあり方を考えるうえでは、制度面だけでなく、機能面から整理した方がよいと考えられる。例えば支援の対象者を発見し、継続的にフォローするうえでは、看護師の役割・機能の活用を検討することが有用と思われる。

また、自治体間格差の解消に向けて、社会サービスの質については、特別な住居に関するデータベース等コミュニティごとの指標がいくつかの方法で公開されている。また、「全国認知症センター（Svenskt demenscentrum）」のサイトでは各ランスタングの認知症ケアに関する情報を見ることができる等、幅広い情報公開によってコミュニティごとの取組みや格差が可視化できる形をとっている。日本においてもさらなる地方分権の進展に伴い、社会サービスにおける自治体間格差も課題になると考えられ、それらの弊害をどのように解消していくかにおけるスウェーデンの動向をさらに検討することが必要と考えられる。

引用文献

1. Sveriges Kommuner och Landsting. Patientavgifter i hälso- och sjukvården. Available from: http://www.skl.se/web/Patientavgifter_i_halso-och_sjukvarden_1.aspx
2. Socialstyrelsen. Lax Maria. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/lexmaria>
3. Socialstyrelsen. Socialtjänstlagen (SoL). Available from: [http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/socialtjanstlagen\(sol\)](http://www.socialstyrelsen.se/regelverk/lagarochforordningar/socialtjanstlagen(sol))