

わが国の高齢者政策の目的

スウェーデンにおける高齢者政策の目的は、高齢者が自立して、質の高い生活を営むことができるようにすることである。医療と社会的介護を必要とする高齢者には、高度な支援を受ける権利がある。高齢者のための介護は、民主主義の諸原則に従って提供され、その経費は、主として税金により賄われている。

スウェーデン国会では、高齢者のための国の政策目標を、以下のように定めている。

高齢者は

- 積極的な生活を営み、社会や自らの日常生活に影響力を発揮することができる。
- 安心できる環境で年齢を重ね、自らの自立性を維持することができる。
- 敬われる存在となり、さらに
- 質の高い医療と社会的介護サービスを受けることができる。

スウェーデンの高齢者政策の枠組みには、最も重要な原則がある。そのひとつは、公的施策は、高齢者がたとえ広範な医療や社会的介護を必要とする場合でも、出来るだけ長く自宅で生活して行ける方法をとるべきだということである。バリアフリー社会、快適な住居や交通システム、在宅介護サービスは、こうした原則を実現するための重要な取り組みの具体例である。

高齢者介護の責任

スウェーデンにおいては、高齢者に対する介護責任は、国が担っている。政府と国会は、高齢者介護のための指針を法令で定め、関連するさまざまなサービスの実施主体についても定めている。福祉国家スウェーデンの高齢者介護についての一般原則は、全国的に統一されている。すなわち、高齢者への社会的介護と医療は、主として公的機関の仕事であり、それらの業務は、訓練を受け、資格のあるスタッフが行うことになっている。

スウェーデンでは、住民に一番身近な地方政府である290のコミューン*1が、住民への社会的サービスの責任を持つ。このうち医療は、地方政府の広域的な組織単位である21のランスタピング*2によって運営されている。

スウェーデンのコミューンやランスタピングは、国際的に見て、高い水準の自治機能を持っている。地方議会議員は直接選挙による総選挙で選出され、コミューンやラン

スタピングは、ともに税を徴収する。社会的サービスや医療に関する政府の法律により、各コミューンやランスタピングは、大きな権限が与えられ、各自治体が独自のサービスの計画を立案・組織し、財源を得るために課税できるようになっている。このようなわけで、高齢者のためのサービスの実施状況や優先順位は、地域によって異なる。コミューンやランスタピングの業務は、双方とも国の法規制の下で行われている。

社会サービス法 (The Social Service Act)

1982年、社会サービス法が新たに統一されて施行された。社会サービス法は、2001年に、改正され今日に至っている。この法律が骨組みとなり、個人が自治体のサービスを受ける権利の重要性がうたわれている。日常生活で支援を必要とする人々は、彼らの必要とすることが「ほかの方法では実現できない」場合、支援を求める権利を持つ。社会的サービスによる支援は、各人のサービスと介護の必要性を評価し、これに基づいて提供される。必要性の評価は、コミューンが雇用するケース・マネージャーが行い、その判断を不服とする人は、行政裁判所に訴えることができる。

高齢者介護の経費は、社会サービス法の規定に従って徴収されるが、この規則では、高額な負担が個人にかからないように配慮されている。そして、個人が住居費のほかにもどのような経費を自分の貯えから支払うべきか、ということも決められている。こうした法的枠組の中で、それぞれの自治体が、個人の支払いが可能な独自の料金制度や特別な徴収方法を定めている。各個人はこうした決定に不満な場合、行政裁判所に対し、支払費用の決定について申し立てを行う権利を持つ。

保健医療法 (The Health and Medical Act)

1983年に新しく保健医療サービス法が施行された。この法律のもとで、医療は社会のすべての人々が利用できるものとされ、これによって、高いレベルの総合的な保健と医療が各人平等に保証された。

医療と長期介護

スウェーデンの保健医療制度では、国とランスタピング、コミューンの3者が医療の責任を分担している。ランスタピングは、病院を運営し、外来診療を引き受けるが、一方、コミューンの仕事の中には、特別住宅での医療も含まれる。

2003年以降、人々が国内の医療サービスを受ける上で、選択の自由を持つようになった。選択の自由は、患者が国内のどの地域においても、自分が住むランスタピングと同じ条件で、外来診療を求めることができるという意味であ

る。患者は、あるランスタングで、例えば、入院など治療内容が決まれば、国中どここの病院でも自由に選ぶことができる。

監督

中央の政府機関、すなわち、全国医療福祉委員会 (the National Board of Health and Welfare) (医療問題担当) と 21 のランスタング行政委員会 (county administrative boards (社会サービス問題担当) が、コミュニティ、ランスタングの介護サービスについて監督、監視、評価する役割を担っている。

1992 年高齢者介護改革 (エーデル改革)

背景

医療介護と社会的介護のための公共的リソースは、20 世紀に入り大幅に拡大した。しかし、1970 年代まで、この拡大の大半は、施設建設に関連するものだった。長期医療の介護施設や老人ホームの増設は、以前より施設で世話を受ける高齢者が増えていることを意味していた。老人ホームや長期医療のための介護施設の大幅増設の理由は、主として、社会における高齢者の数が増えたこと、および各施設での順番待ちであった。しかし、高齢者の住宅事情がどちらかという好ましくない状況にあることも大きかった。

高齢者の医療と社会的介護については、2 つの自治体グループがその責任を分かち合った。すなわち、一般家庭での医療は、ランスタングが行う初期医療介護として扱い、一方、社会的介護は、コミュニティの社会的サービスの部門が担当した。ランスタングは、ナーシング・ホーム (Nursing Homes) を担当した。介護サービスを担う公的機関の間で責任が分担されたことにより、コミュニティのホーム・ヘルパーが社会的性格を持つ仕事を行い、ランスタングの看護助手が個人の在宅医療を行った。1970 年代から 1980 年代にかけて、社会的な在宅介護サービスと在宅医療が拡大したことにより、より多くの高齢者が自宅で過ごしながら、必要な医療や社会的介護を受けられるようになった。医療から社会的サービスまで幅広く必要とする多くの人々が自宅で過ごすことができるようになったが、責任の分担は、ますます不明瞭になっていった。

当時、介護住宅で介護を受けていた人々は、時間の経過とともに変化する複雑な介護を必要とするか、あるいは、錯乱、うつ病、記憶障害といった精神面での問題を抱える人々であった。その多くは介護施設のほか、どこにも住む家がなかった。居住環境としてのレベルは低く、そうした場所のほとんどが 1 室あたり 2 床ないし 4 床で、面識のない人々との相部屋を強いられた。

多くの人々は長期的な治療を行うクリニックで介護を受けていたが、そうしたクリニックとの関連で利用可能なリソース、例えば、診断や治療のための高度なリソースや、緊急医療や治療に関連したリソースを必要としていなかった。また、長期間、精神医療施設に入っている高齢者も少なくなかった。そこには認知症患者のための専門病棟があった。精神医療施設に入院している統合失調症の人々もいた。治療が長期にわたる場合が多いことから、施設にいることによる弊害も生じていた。

救急患者の治療が完了しても、ほかの病床が不足してい

るので、必要以上の集中看護を受けたままの状態におかれることもあった。その逆もあった。長期間、介護施設や老人ホーム、グループホームへの入所を自宅で待機している場合である。1990 年には、認知症の多くの人々が精神、あるいは身体の治療のために長期間入院していたが、同時に、グループホームに住む機会を得る人々も増えていった。

1980 年代には、コミュニティとランスタングが協力し合って、認知症の人々が試験的にデイケアを受けたり、グループホームへの仮入所を経験したりすることができるようになった。

全体として見ると、高齢者のための公的介護について、コミュニティとランスタングが互いの責任分担を明確にし、再編する必要があった。

改革

1992 年、高齢者政策の大きな改革が全国的に実施された。改革の目的は、責任の所在について明確な線引きを行い、国会が定めた政策目標を実現できるような体制を築くことだった。財源や人員が、ランスタングからコミュニティに移された。この改革によりコミュニティは、高齢者と障害者のための社会的介護と医療について全面的に責任を持つことになった。コミュニティは、特別介護住宅 (ナーシング・ホーム、老人ホーム、グループホーム) とデイケア活動について、全面的な責任を担うことになった。

改革により、特別住宅やデイケアでの医療の提供は、コミュニティの責務となったが、医師の仕事についての責任は持たされず、それは引き続きランスタングが受け持っている。ランスタングは、在宅介護サービスを担当しているが、もし双方が合意すれば、コミュニティにその権限を移譲することができる。

改革の重点のひとつは、ランスタングの病院や高齢者病棟で治療が完了した患者のための財政面での責任が、ランスタングからコミュニティに移行することである。コミュニティには、治療が完了した患者や、長期間、身体の治療のために入院している患者の費用の支払いについての権限が与えられた。その結果、ランスタングの施設で「病床占有者」となっていた高齢者の数が激減すると同時に、医療や社会的介護を必要とする高齢者の受け入れ枠が拡大した。

1992 年の改革を評価した結果、3 つの大きな成果が明らかになった。

1. 高齢者が広範な介護を必要とする場合であっても、例えば、24 時間の在宅介護を行うことなどにより、高齢者が自宅で生活できるようになる可能性が高まった。
2. 病院での介護で見られた以前の「病床占有者」の問題が減少した。
3. 高齢者のための特別住宅での収容数が大幅に増え、水準もかなり改善された。

評価では、目標の達成についていくつか問題点も明らかになった。例えば、高齢者医療のための医師の充足や、コミュニティとランスタングの間の協力体制についてである。

自宅での生活

今日、スウェーデンの高齢者介護の指針となっている主な考え方は、高齢者ができるだけ長く自宅で生活を続けるようにすることである。

スウェーデンでは、高齢者のほとんど、すなわち 93% が自宅で生活しており、総じて住宅の水準は高い。住居改造手当の支給によって、障害を持つ高齢者でも、自宅で生活を続けるために必要とする改造が可能になった。よくある改造は、敷居などを除去するバリアフリー化や浴室のリフォームである。

在宅介護サービス

高齢者が自宅での生活を続けていく上で最も重要なサービスが在宅介護サービスである。コミュニティのソーシャル・サービスが、在宅介護サービスを担当しており、買い物や掃除、料理、洗濯をはじめ、高齢者が自分一人ではできない日常生活の身の回りの活動を支援している。

高齢者が自宅で生活を継続できるように、在宅介護サービスと併せてほかのサービスが提供されることも多い。たいていのコミュニティが、配食サービス、安全警報装置の設置、日帰り介護を行っている。

在宅介護サービスを 24 時間受けることができるので、幅広い医療を必要とする人々も自宅で生活を続けることができる。人生に終止符を打つまで自宅で過ごす高齢者が増えており、重病を患っていても、自宅で医療や社会的介護を受けている。

成人のためのデイケア

ここ数十年の間に、認知症を患い、身体的な病気を抱える高齢者についても、その双方にデイケア施設が整備された。介護を必要とする多くの高齢者が自宅で生活しており、家族の世話を受けているが、こうした高齢者のためのデイケア施設は、重要な役割を果たしている。というのも、そうすることで、高齢者を見守り、介護をしながら、家族が一時の休息をとることができるからである。一度にこうした施設を利用する高齢者の数は限られており、特別に選抜されたスタッフが担当している。

個人用の安全警報装置

高齢者や障害者は、自分専用の安全警報装置を持つことができる。

ショートステイ施設

短期滞在（ショートステイ）施設や短期介護は、在宅支援サービスを補うもので、通常の住宅や特別住宅と、医療介護の中間のサービスに位置づけられ、これにより、高齢者がより長く自宅で暮らすことができる。この短期滞在施設や短期介護は、退院後の社会復帰や看護、在宅医療のほか、家族（通常、身内の介護者である配偶者）が休息をとるためにも使われている。

在宅医療

スウェーデンの 290 のコミュニティの半数は、在宅医療を担当しており（医師の診療行為は除く）、残りの半分は、ランスタングの管轄となっている。

補助器具

医療を管轄している行政当局であるコミュニティ並びにランスタングは、障害者に対して補助器具を提供しなければならない。こうしたサービスは、保健医療法に基づいて行われる。

自宅の改造

住居改造手当の支給により、高齢者が障害を持つ場合でも、自宅で生活するための個々のニーズに合わせた改造が可能になった。一般的な改造は、敷居の除去などバリアフリー化や、浴室のリフォームである。

コミュニティは、障害者が自宅を効率よく使用するために必要な対策に手当を支給している。人々はコミュニティに自宅の改造手当を申請することができる。手当は、申請者の収入に関係なく、費用の全額を補填する。住居改造手当に上限はない。

交通サービス

一般の公共交通手段を利用することができない高齢者や障害者は、交通サービスを利用する権利がある。最も一般的な交通手段はタクシーだが、特殊車両が使われることもある。地元の交通サービス区域を越えて移動する必要がある利用者には、国の交通支援制度が認められる。

特別住宅

社会サービス法では、自宅に住めなくなった人々には、代替となる住居を用意しなければならないと規定されている。1992 年以来、コミュニティは、あらゆるタイプの特別住宅に取り組んでいるが、これは医療と同様に社会的介護についても責任を担っているということである。最も一般的なタイプは、認知症の人々のためのグループホームと介護施設である。特別住宅では、短期介護のための枠もある。

家族による介護

介護や社会的介護において、家族が果たす役割は非常に大きく、1990 年代の後半になって、彼らの貢献度が増した。社会サービス法では、社会福祉委員会 (social welfare committee) は、長期疾病にある者や、高齢者、機能障害のある人々の身近にいて介護する者に対して、援助や負担の軽減サービスなどにより支援しなければならないと定めている。コミュニティがこうした支援の新しい方法に取り組む場合、奨励のための助成金を数年にわたって利用することができる。

2006 年から 2007 年にかけて、中央政府は、年間 1 億 2500 万スウェーデン・クローナ（1 ユーロ＝約 9.20 スウェーデン・クローナ）を支出して、コミュニティが、その大部分は夫を介護する妻であるが、家族介護者への支援を促進できるように取り組んでいる。

コミュニティによっては、支援や介護を行う家族に対して、金銭的補償を提供しているところもある。介護に当たる家族が自治体に雇用してもらえるといる場合があるし、支援を必要とする人が、そうしてくれる家族に支払うための家族介護者手当を受け取れるという例もある。

高齢者のための日常生活上のサービス

2006年、新しい法律が施行され、高齢者に日常生活上のサービスを提供する権限がコミュニティに与えられた。この法律は、高齢者が転倒などによって、怪我をすることを防ぐためのものである。この法律の規定により、コミュニティは、高齢者に対し、カーテンの取り替え、掃除、洗濯などのサービスについて、その必要性をあらためて審査せずに提供できるようになった。これらのサービスに対する料金は、コミュニティが決めるが、自治体側の経費を超えて負担させてはならないことになっている。多くのコミュニティは、こうしたサービスを無料、あるいは、非常に安い費用で提供している。

歯の健康管理

2002年、高齢者の歯科医療が改善され、65歳以上の人々を高額診療から保護するための新しい制度が導入された。

クライアントが選ぶ高齢者介護

1990年代初めから、高齢者介護のすべて、あるいは、その一部を競争に委ねる方法を選ぶ自治体が増えている。当初は、主として契約締結を目的とした入札が行われていた。過去10年間、契約を目的とした入札の代わりや、これを補うものとして、クライアントが選択するさまざまな方式が導入されている。2006年12月、27のコミュニティがクライアントによる選択か、あるいは同じような方法を導入しており、同数の自治体が導入を検討している。クライアントによる選択方式は、主として日常生活上のサービスなど、自宅における社会的在宅介護に適用される。

一部の大手事業者が全国的にこれを事業として展開しており、とりわけ、特別住宅や社会的在宅介護サービスでは、入札市場で影響力を強めている。クライアントによる選択を社会的在宅介護サービスに導入する自治体が増えるにしたがって、小規模事業者も全国規模の企業と競う機会を得ることになる。公共調達法では、クライアントによる選択方式の下で行われるサービスの調達について、具体的な規則をなにも定めていない。クライアントによる選択方式を採用している自治体は、公開調達によるか、あるいは認証により、サービスの提供者を指名する。認証は、サービスの提供者に関してあらかじめ決められた数多くの品質基準に基づいて行われる。

このクライアントによる選択方式では、サービスの提供者はいずれも同額の支払いを受けるが、例外として、補足的なサービスについては、サービス提供者自身が料金を設定する。サービス提供者は、料金が示されたら、自社のサービスの質を武器にして、自ら市場を開拓しなければならない。入札制度の場合と対照的に、クライアントによる選択システムでは、サービス提供者には「保証された」客は一切おらず、昔からの顧客に頼るか、新しい顧客を獲得していかなければならない。顧客の大部分は、地域の人々のついでで開拓される。利用者の多くは、サービス提供者についてのさまざまな情報を、近所の人々、友人、知人から得ている。このことは、サービス提供者の評判が、利用者が選択を行う上で重要であることを意味している。多くの場合、利用者がサービス提供者に連絡をとるとき、実際にサービスを担当する在宅介護のスタッフを通じて行う。その介護

スタッフについての利用者の印象が、そのサービスの提供者の評価につながることになる。言い換えれば、サービス提供企業が評判を高めたいと願い、利用者との緊密な関係を築きたいなら、利用者との関係性を良くすることが大切である。そのほかにも、利用者に良心的だという印象を持ってもらう方法として、既に決められた支援の内容以上のサービスを無料で提供し、利用者の希望に応じるという方法もある。以上を要約すると、クライアントによる選択が行われることにより、利用者が自分に認められた介護サービスをどのように提供してもらうかについて、以前より自分の希望が反映されるようになった。そればかりでなく、彼らは、有料か無料かの違いはあるが、あらかじめ決められた支援内容以上のサービスを受けられるようになった。しかし、こうした選択は、いくつかのサービス提供者が存在し、選択の対象となることを前提としている。クライアントによる選択方式を導入した自治体の報告では、小規模のコミュニティでも、その範囲に限りはあるものの、いくつかのサービス提供者の中から選びたいという要望に応じることは可能である。

クライアントによる選択方式は、利用者がさまざまなサービスの提供者の違いを評価し、選ぶ能力を持っていることが前提となっているが、実際には必ずしもそうとは限らない。従って、コミュニティの重要な仕事は、単に介護のメニューを決定することだけにとどまらない。自分でサービス提供者を選べない利用者が、決められた支援内容を具体化するために、必要な手助けを受けているかを確認することも大切である。社会サービス法の第3条3項(2001:453)は、社会サービスとして実施する施策は良質でなければならぬと規定している。委員会には、サービス提供者の如何に関わらず、サービスの実施と確保について、同等の責任がある。

医療や社会的介護、特別住宅も含めた支援やサービスに関する諮問委員会が、最近、設置され、選択の自由をどのようにして高めるかについて、その条件を調査し、提案を求めることになった。

尊厳

諮問委員会の議長が指名され、高齢者が医療や社会的介護を受ける上で尊厳をどのように保証するかについて提言することになった。尊厳の保証というテーマが提示されたのは、高齢者介護は、具体的にどのようなものであるべきか、また、実際に介護が必要となった時、本人とその近親者たちは、何を期待できるのかについて、誰にでもわかるようにするためである。



スウェーデンにおける高齢者の現状

スウェーデンの人口の 17%以上にあたる 1600 万人は 65 歳以上である。人口予測によれば、今後 30 年間で人口増加が最も著しい層は 65 歳以上の世代となる。西暦 2035 年までに、労働年齢層に属さないグループの人口増加が加速する。20 世紀中葉以降、最高年齢層が増加してきており、80 歳以上の人々の数は、2050 年には、現在のほぼ 2 倍になると見られている。

スウェーデン国民の平均寿命は、2005 年の時点で、男性が 78 歳、女性が 83 歳であった。65 歳で定年を迎えると、男性はあと 17 年間、女性はあと 21 年間、生きると考えられる。死亡率は、女性に比べて、男性の方がより低下している。このため、老いてもパートナーと一緒に暮らすことができる女性が増えるだろう。

平均寿命は、2050 年には、女性は上記の 83 歳から 86 歳に、男性は 78 歳から 84 歳に上昇すると予測されている。

高齢者の増加は、医療と社会的介護の需要の増大につながっていくと予測されるが、今後 10 年という期間では、その程度は、多分限定的なものだろう。年金受給者の多くは、この期間では、まだ 65 歳から 70 歳であり、その年代では、医療や社会的介護のニーズは比較的少ない。こうしたニーズは、そもそも 80 歳を越えてから高くなる。

スウェーデンの高齢者の大半（約 93%）は、在宅介護サービスを受けている人も、受けていない人も含めて、自宅で生活している。高齢者の住環境は、国民全体と比較して著しく異なるわけではない。全般的に住宅水準は高い。

65 歳以上の人口と比率

西暦 65 歳以上の数 65 歳以上の比率 (%) 左記に占める女性の比率 (%)

2005	1,565,000	17.3	57
2020	2,056,000	21.2	54
2030	2,303,000	22.9	53
2040	2,464,000	23.9	53
2050	2,478,000	23.6	53

出典：Statistics Sweden 2006(スウェーデン統計 2006 年版)、Population projections (人口予測)

尊厳を持ちながらの高齢化

高齢者のための医療および社会的介護の推進は、政府の福祉政策の中で最も優先的に取り組んでいる分野のひとつである。安全、利便性、個人のニーズを全体的にとらえることが重視されている。政府による推進策は、個人の意向に沿って進められている。

スウェーデン政府の目標は以下の通りである。

- 高齢者介護の具体策を明確にすることにより、安心安全と尊厳を向上させる。
- 介護の必要性が高い人々を重視しつつ、医療と社会的介護の利便性を高める。

- 高齢者向けの各種住宅開発を支援する。
- 高齢者家族のための支援を推進する。
- 高齢者介護の質について、市民や政策立案者により良い情報を提供する。
- 高齢者のためのサービス提供者の多様性や選択の自由を支援する。
- 高齢者に処方される医薬品について、体系的な見直しを進める。
- 認知症看護の推進を支援する。
- 健康推進と予防の取り組みを促進する。
- 高齢者とその老化についての研究を支援する。
- 高齢者とその家族が求めている新しい補助器具の開発を促進する。

コミュニティとランスタングに対する奨励金

高齢者の医療と社会的介護の質を向上させるため、13 億 5000 スウェーデン・クローナ（1 ユーロ＝約 9.20 スウェーデン・クローナ）に上る補助金が、コミュニティとランスタングに対して支払われている。補助金の交付で優先される分野は、特別住宅と在宅での医師の診察をはじめ、投薬チェック、疾病予防の取り組み、認知症の介護、社会復帰、食事療法や栄養指導、それに介護に関する社会的満足などである。

医師の診察を受けやすくする

多岐にわたる医療や社会的介護を必要とする在宅高齢者の多くが、医師による診察をほとんど受けていない。

こうした人々が医師による診察を受けやすくすることは、高齢者本人とその家族の安心のためにも大切である。医師が往診を行ったり、高齢者のための医療や社会的介護に継続的に関わっていれば、緊急を要する事態を回避することが出来る。こうした取り組みは、不要な入院を避けるためにも必要である。

投薬チェック

多くの高齢者は数種類の薬を服用しているが、そのために転倒したり、怪我をする場合がある。特別住宅にいても、在宅で生活している場合でも、高齢者への投薬内容のチェックは、より頻繁に、かつ定期的に行う必要がある。政府による奨励金は、こうした取り組みを行っているランスタングとコミュニティを支援するために支給されている。

予防の取り組み

予防のために、スタッフが高齢者への戸別訪問を行うが、これは、ほかで健康や日常生活面での情報を得ることができない高齢者に接する大切な手段である。訪問を受けた高齢者は、地元自治体が出している高齢者向けサービスの情報を知らせてもらえる。例えば、地区の集まり、ボランティア組織や地域が主催する活動、高齢者向けの運動や歩く会、ボランティア活動に参加し、その支援を受けるための案内などである。

高齢者が転倒する事故は、本人に苦痛をもたらすとともに、大きな社会負担にもつながる重要な問題である。転倒事故は、当人はもとより、親類、自治体の在宅介護サービス、また医療面にも多大な影響をもたらす。予防のための取り

組みにより、転倒を防ぐことがかなり可能になっている。

認知症の看護

認知症の介護に関する先端技術を身につけることは大切である。その目的は、認知症という疾病とその看護、患者やその家族が必要とすることについて、十分な知識を持つとともに、深く理解し、多くの人々にも知ってもらうためである。認知症患者に対応する看護師や、研究者、専門的訓練を受けたスタッフやチームは、共同作業や質の高い認知症看護を行う上で力強い存在である。認知症の疑いのある人は、できるだけ早い段階で医師の診断を受けることが大切である。

社会復帰

高齢者の医療や社会的介護における社会復帰の取り組みでは、企画や開発、サービス実施段階での協力体制など、さまざまな分野で検討する必要がある。社会復帰に取り組む必要があり、医療や社会的介護に携わるスタッフは、さまざまな社会復帰の方法について指導を受ける必要がある。

食事療法と栄養指導（栄養学）

食事の献立作りからそれを楽しむことまでを含めた全体の流れを確実に実効あるものにし、その成果を点検チェックできるようにまでするためには、栄養学の知識が欠かせない。食事のプランをしっかりと組み立て、個人の状況に応じて練り上げた行動計画があれば、栄養の問題に対処できる。年々衰えて老いて行く高齢者に必要な栄養を十分に摂取してもらうには、介護の手続きを改良し、責任分担を明確にしてゆくことが必要である。

社会との接触の充足

高齢者が社会と触れ合う必要性については、より大きな関心を持って考える必要がある。さまざまな活動に参加することにより、自分は孤独ではない、社会的とつながり、連帯しているという大切な感情が湧いてくる。高齢者が積極的な人生を過ごすには、親戚や友人とのつながりを保つために手助けをしたり、集まりに連れ出したり、散歩に出かけて新鮮な空気を吸ったり、文化的な活動に参加するために手を差しのべることが大切である。こうした問題でボランティア組織は、大きな役割を果たすことができる。例えば、高齢者が孤独から脱却し、ほかの人々と接触する機会を広げていくのを助けることなどである。

介護評価の公開

今年から、高齢者介護については、毎年、サービスの品質、コスト、効率という項目ごとに比較評価され、公開されることになった。市民、スタッフ、政策立案者は、さまざまなコミュニケーションにおける高齢者介護について、比較できなければならない。それぞれのコミュニケーションで行われている医療と社会的介護について、また、各ランスタングによる在宅医療について、公開で比較評価するための全国的なシステムを開発することになり、全国医療福祉委員会（The National Board of Health and Welfare）は、スウェーデン地方自治体連合（the Swedish Association of Local Authorities and Regions）と協力して、これに取り組む

よう指示を受けた。介護の品質を示す指標を作成し、各コミュニケーションやランスタングでまちまちに作成していた統計や書類もこの目的に沿って改善することになった。さらに、介護サービスを受けている利用者についても全国的に調査し、高齢者の実態を正しく把握するために、統計調査で採取するサンプル数を拡大する予定である。

高齢者の生活に関する代議員団（Delegation on Elderly Living）

より多くの高齢者が中間的な住まいとしてホームを利用することができるようにするために、高齢者の生活に関する代議員団は、政府の指示により提案を行うことになった。代議員団は、また、高齢者のための特別住宅に対する投資奨励金の効果を追跡評価するとともに、こうした住宅に対するニーズについても調査、分析する。

高齢者住宅のための投資奨励金

2007年現在、高齢者向け特別仕様の住居建設と、そのための改築資金として、年間5億スウェーデン・クローナの資金が投入された。この奨励金の金額は、新築については、1㎡当たり、2600スウェーデン・クローナ、改築については、2200スウェーデン・クローナである。奨励金は、住居部分については1軒あたり35㎡まで、共用部分については、1軒あたり15㎡まで受けられる。

尊厳の保証

高齢者が医療と社会的介護を受けることに際して、尊厳が保証されるように、諮問委員会が提案を行うことになった。委員会のこの取り組みにより、高齢者への介護は、具体的にどのようなものであるべきか、また、高齢者やその家族が期待できることは、一体どのようなことなのか明示されるだろう。諮問委員会は、達成されなくてはならない介護サービスの品質とその水準についても提言も行う。最も弱い立場にある人々、すなわち自分だけでは、言い分を通してもらえない人々については、特に考慮される。

高齢者介護における自由選択

医療と社会的介護の分野において、選択の自由を広げてゆくことは、どのような条件が必要かについて調査が行われている。諮問委員会が行うこの提案の出発点は、在宅での社会的介護サービスや特別住宅を必要とする高齢者の選択の自由を広げること、また、これらの介護サービスを提供する事業者間の多様性を拡大することである。諮問委員会は、公的資金による高齢者医療や社会的介護の選択の自由制度について、その仕組みと規則を提案することになっている。この制度により、各自はこれまでより幅広いサービス提供者の中から、自分で選択する機会を得ることになる。諮問委員会は、また、簡単で効率の良い方法で、介護サービスを提供する事業者の承認を行うための方策についての提言も行う。これとともに、諮問委員会は、それぞれの地域で、利用可能な選択肢の情報を自治体が提供することを義務づける法律の制定も検討する。

家族介護者への支援

家族として介護に携わる人々は、医療および社会的介護

において大きな貢献を果たしている。家族が参加し、関与することが、効果的な医療や社会的介護のための前提条件となっていることが多い。政府は、高齢者介護と援助を行っている家族のための支援策を促進するため、2007年、コミュニティに対して、1億1500万スウェーデン・クローナあまりの助成金を支出している。政府は、家族介護者のための支援や援助を発展・強化して行くことが必要と考えており、部分的ではあるが、立法化により、これを明確にしている。

高齢者のための技術

2007年から2009年にかけて、高齢者のための補助器具やサービスの開発奨励策として、2200万スウェーデン・クローナが予算として割り当てられている。実用的な補助器具やサービスについての情報が増え、入手しやすくなることにより、高齢者が市場で補助器具やサービスを見つけやすくなるだろう。こうした開発が行われている分野の具体例としては、自宅で衛生処理をするための個人用装置や、予定管理や「記憶補助」のほか、電話、テレビそのほかの通信手段、スマートガイド、頼りになる全自動装置、簡単なリモート・コントロールなど、魅力的なサービスの提供があげられる。家族には、物品提供とサービスの両面について、モバイル・サービスを取り入れた新しい形を増やし、提供していくことが大切である。

高齢者についての調査

スウェーデンの労働社会研究評議会 (The Swedish Council for Working Life and Social Research) は、高齢者と高齢化についての研究に資金援助を行っている。評議会は、この分野における幅広い活発な調査を長期的に推進している。政府の資金援助により、評議会がより早い時期から実施されている計画を支援し、新しい取り組みに着手する機会ができた。さらなる研究が必要とされる分野をいくつか挙げると、高齢者介護のための組織・管理・運営のほか、認知症の人々のための医療と社会的介護、それに医療と社会的介護について考えられる男女のニーズの違いなどである。

注釈 1: コミューン (Kommun 英語表記 municipalities) は、基礎自治体で、福祉など住民の身近な分野の行政事務に責任をもつ。日本の市町村に似ているが、課税権を持ち、より強い自治機能を持つといわれる。

注釈 2: ランスティング (Landsting 英語表記 county council) は、複数のコミュニティを含む広域的な自治体で、主に、住民の教育、医療、文化など広域的行政事務に責任を持つ。日本の県に似ているが、コミュニティとは対等の関係にあり、上位組織ではない。



REGERINGSKANSLIET

**Ministry of Health and
Social Affairs, Sweden**

SE-103 33 Stockholm, Sweden
Phone switchboard +46 8 405 10 00

本文に関する問合せ、並びにファクトシートの追加注文は
社会保健省（電話+46 8 405 10 00）まで。
スウェーデン政府ホームページ <http://www.sweden.gov.se>

発行：社会保健省 印刷：XGS Grafisk Service, Stockholm, Sweden
発行年：2007年8月 資料番号：S2007.026