追手門学院大学地域創造学部紀要
2018 年 3 月 10 日，第 3 巻，109-124

研究ノート

スウェーデン地域包括ケアシステム視察報告

岩　渕　亜希子

Observation Report of the Community-based Integrated Care System in Sweden

Akiko IWABUCHI

要　旨

本稿は、日本で課題となっている地域包括ケアシステムの推進への示唆を得るべく、スウェーデンの 2 つのコミューン（Linköping 市および Härryda 市）におけるケアの仕組みと課題をテーマに行った視察の概要を報告するものである。今回、ケア付き住宅などいわゆる施設の中でのケア、在宅の患者を訪問して行う緩和ケアなど施設の外でのケア、まだケアを必要としない高齢者へのアプローチ、それらを統括するコミューンの政策について通訳付きで包括的に聴き取り調査を行った。本稿ではそのなかから、あらゆるケア場面を横断している原則となる考え方、それを一貫してケア現場に反映させていくための各コミューンでの工夫・取り組み、その工夫や取り組みを支える制度的・財政的な裏付けに焦点をあてて報告する。

キーワード：地域包括ケア、スウェーデン、高齢者、認知症、研修、ケア付き住宅、シニアセンター、ボランティア、緩和ケア

1　視察のねらいと本稿の目的

今回の視察は、一般社団法人国際教育が企画した視察研修プログラム「スウェーデン地域包括ケアシステム視察研修 2017」（以下、本視察と呼ぶ）に参加する形で実現した。現在日本は「地域包括ケアシステム」の推進をうたっている。高齢化のピークを見すえて、自助・互助・共助・公助を適切に組み合わせたケアシステムを地域の実情に合わせて構築・展開しようとするものである。30 分程度で駆けつけられる日常生活圏域において、住まい、生活支援（見守りや相談、権利擁護など）、介護・リハビリ、医療・看護、保健・予防といったサービスを包括的・継続的に提供することで、高齢者をはじめとする地域の人びとが住み慣れた地域でできるだけ自立した暮らしと尊厳を保ち、安心かつ安全に住み続けられることを目指している。その取り組みの主体に位置づけられているのは、介護保険の保険者でもある市町村である。

この構想において重要なのは「地域の実情に合わせて」という点だ。各地域は固有の社会経済的、歴史的、空間的諸条件のもとにあり、保有する地域資源も人びとのニーズの構成も、また育まれた価値観や文化も異なっている。したがって、地域包括ケアシステムを構築するにあたり、自助・互助・共助・公助の組み合わせ方や組み合わせていく際のアプローチは独自の道を模索せざるを得ないし、そのように求められている。市町村単位の一定財源のもとで上述の包括的・継続的なサービスをどこまで展開できるか、その際にどのように地域の特徴を活かし、また乗り越えることができるかがこれからの地域や自治体の実践的な課題である(1)。

スウェーデンのコミューン（日本の市町村に相当する基礎自治体）におけるケアの仕組みと課題を知ろうとする本視察では、上述の課題にとって有益な示唆を得られると期待できた。なぜならスウェーデンでは社会サービス（高齢者だけでなく何らかの理由で機能が低下した人びとへのケアを含むサービスは「社会サービス」と呼ばれる）の提供の最終責任はコミューンが負っており、まさに地域の実情や価値観に合わせて独自の社会サービスを展開しているからだ。簡潔に確認をしておくと、スウェーデンの行政組織は、国、ランスティング（日本の県に相当する広域自治体）、コミューンの三層構造を基本としており、その役割分担は明確である。国は外交や安全保障、経済政策、ランスティングは保健医療や広域交通、コミューンは保育・義務教育、社会サービス、市民生活に直接かかわるその他の生活関連サービス（住宅、水道、ごみ、地域交通など）を担う。高齢者を対象とする社会保障制度の場合、年金は国の、保健医療はランスティングの、介護福祉はコミューンの権限で行われる。各層の行政組織は対等で、コミューンは地方所得税を中心とする独自の財源によって介護・福祉行政にあたっており、計画策定と事業実施における高度な自律性をもつ。

ただしコミューンの責任は明確に定められているものの、「どのようなサービスを（サービスの種類）、どのように（供給体制）、いくらで（自己負担額）提供するかは各コミューンに任され

ている」（斉藤，2016 : 77）ため、社会サービスのあり方・水準はコミューンによってもともと違いがある。そこに加えて、2000 年代以降はグローバル化と市場化の進展のもとで、さらなる多様化が進んでいるという(2)。つまり現在、各コミューンはよりいっそう工夫と自律を求められており、地域包括ケアシステムの構築に取り組んでいる日本の各自治体にとってよい先行事例となるはずである。同国の社会保障制度についてはこれまでも多く紹介されているが、上述の多様化のプロセスにおいて、各コミューンがいかに計画・実践を試行錯誤しているか、まちづくり全体との関係はどうなっているのか、一定の制約下でケアの質をどう上げていこうとしているのか、その具体的なプロセスを知りたいというのが、筆者が本視察に参加した目的である。本稿ではその視察結果の概要について報告する。

2　視察地（コミューン）の概要

本視察では 2 つのコミューン、Linköping 市（2017 年 11 月 27・28 日）ならびに Härryda 市（同 29・30 日）を訪問した。訪問先は事前にアレンジされており、視察には専門知識の豊富な通訳がついた(3)。スウェーデン語の素養が無い筆者にとって優れた通訳を介した聴き取りができることは大変貴重な機会であった。以下に視察地となった両市の概要を記す。

まずスウェーデン南東部にある Linköping 市は、首都 Stockholm から車で 2 時間ほどの距離にある人口約 156,000 人の大都市である。人口規模で見ると、290 あるコミューンのなかで 5 番目に大きい。現在もっとも人口の伸びが著しいコミューンのひとつであり、1970 年代半ばと比べると 4 万人ほど増えている。高齢化率 17.5％、平均年齢約 39 歳で、国全体（20.0％、41.2 歳）と比べるとすこし若い（いずれも 2016 年、人口統計については以下同様）。

面積はおよそ 1500 km^2、大阪府が約 1900 km^2 であるから日本の感覚では基礎自治体としてはかなり広い（そして人口密度が低い）が、Saab や Ericsson など世界的にも有名な企業が複数立地しており、ビジネスセンターとして元気のある町である。空港があることや Stockholm から Malmö を経由して隣国デンマークの København まで行く鉄道が通っている点なども有利な点だ。市内に立地する Linköping 大学は 27,000 人の学生を擁する大きな大学で、4,000 人の雇用を生み出している。同大学は市にとって重要な知識集約型産業の研究拠点として、また高齢者ケアの実践的研究の拠点としても大きな役割を果たしている。スウェーデンでは各地域に密着した地区診療所が医療の最前線を担っており、日本でいう総合病院のような大きな病院が少ないのだが、ここには Linköping 大学病院があり訪問医療の重要な拠点となっている。

次にスウェーデン南西部にある Härryda 市は人口約 37,000 人で、Linköping 市と比べるとかなり小さな町である（それでも 290 コミューン中 70 番目）。同市も人口が継続的に増えており、1970 年代初めと比較すると倍以上になっている。高齢化率は約 15％ と比較的若い(4)。この町の「若さ」については、スウェーデン第 2 の都市 Göteborg へ車で 10 分という地の利を生かし、

Härryda 市が積極的な住宅政策を行って家賃の高い Göteborg から若い人びとを呼び込んでいる効果が大きいということだった。Landvetter 空港を中心に市外へ通勤する者が労働人口の約 3 分の 2 いる。地の利があるため市内にも企業が多い。こうした諸条件を反映したものか、人口規模のわりに町に活気があるだけでなく、市民の平均収入は全国平均より若干良い。失業率は 2016 年でわずか 2.9% である。

地理的条件を見ると、面積はおよそ 290 km^2、南北 15 km、東西 30 km と小さく、またその狭い面積の半分を森林が占めている。人口は数箇所に集中しており、コミューン内のコミュニケーションがとりやすい条件がある。こうした社会経済的状況や地理的条件について、Forsgren 氏は「恵まれている」と述べた。しかし小さな自治体ゆえの制約もある。市内には Linköping 大学病院のような大きな病院はなく、医療拠点は地区診療所だけである。高度な医療が必要となった場合には Göteborg 市の病院を利用することになる。したがって医療を所管するランスティングとの連携がより重要である。

3　Linköping 市の地域ケア

Linköping 市では①認知症高齢者のためのケア付き住宅・サンドリノパーク（Sandorino Park）およびこれに併設された認知症ケアのためのラーニングセンター（Dementia Care & Learning Center）、②ハグダール・シニアセンター（Hagdahl Senior Center）、③専用病棟ならびに在宅の患者に緩和ケアを提供する Linköping 大学病院のホームヘルスケア科（Home Health Care Department）、④Linköping 市のケアオフィス（Care Planning & Development Department）の 4 か所を視察した。本稿では①②を中心に報告する。

3-1　サンドリノパークにみる認知症ケアの考え方

サンドリノパーク（以下、SP）は認知症高齢者のためのケア付き特別住居である。1 室 33 m^2 の居室が各フロアに 10 室ある 5 階建ての建物で、外観からは他のアパートメントとの違いはわからない。51 名の入居が可能でスタッフは施設長や看護師を含め 51 名。入居者の平均年齢は約 80 歳、重度の認知症の高齢者が中心である。これは自宅での自律的な暮らしをできるだけ長く維持することを目指すスウェーデンの「在宅（介護）主義」を背景としている。充実したホームケアがあってさえ在宅生活が難しくなってから入居してくるため、平均年齢は高く認知症の症状は重くなる。今日までには批判もあるものの（斉藤，2106）、依然として在宅主義が徹底されていることは今回の視察でも折に触れてうかがわれた。

SP でのケアについてはユニットリーダーである Madelene Persson 氏から解説を受けた。ケアの大原則は“Individuals' need is central（INIC）”である。高齢者が施設のスケジュールに合わせるのではなく、スタッフが高齢者一人ひとりのニーズや希望、もっというならば人生に寄り添っ

て行くことが目指される。個々の表に出る現象（たとえば思い出の家具や写真を持ち込んだ美しい居室がしつらえられていること）よりも、この原則がぶれないこと、すべての工夫が常にその原則と照らしあわされていることに、ここでのケアの強みを見る。

一例として SP が重視している食事について見る。食材はすべてオーガニックのものを使い専任のシェフが調理している。テーブルセッティングや盛付け、皿選びにもこだわるし食事前にはちょっとした前菜も出る。少なくともひとりのスタッフが一緒にテーブルにつくが、まわりで片づけをしたりせずゆったりした環境を維持する。目に見える現象としてはこうなるが、その背景にある考え方は次のとおりだ。その人らしく暮らすために健康であることは重要で、栄養をとることはだから当然重要である。とくに認知症の人は歩き回るなどエネルギーの消費が激しいためこまめな栄養補給を大切にしているという。そのためにこそ腕のよいシェフとよい食材が要る。そもそも食べてもらうためには食事に来たいと思ってもらわなくてはならない。デーブルセッティングや盛付け、お皿選びは「食事を楽しみにしてもらう」ために重視されている。認知症の人が食事に集中できる環境をつくるために周りでバタバタすることはご法度である。スタッフが一緒に食卓につくのは「見本」をさりげなく示して認知症の人が自分で食べることを誘導するため。前菜を出すのは食事前にちょっとした「うまみ」を感じてもらうことで食欲を刺激し、食事本体をしっかり食べてもらうためだという。そしてこうした一連の工夫すべてが味や食感、香りや触れた温度、目で見る楽しみ、語らいの音……と、「五感への刺激」となり、栄養補給そのものと同様その人の心身の健康を支えると考えられているのである(5)。

この「五感への刺激」というフレーズは、滞在中にいろんな場所で何度も聴くことになった。たとえばスウェーデンでは自然に触れることや音楽を楽しむこと、良い文化に触れること、そうした活動を通じて五感に刺激を得ることは、非常に重要なことだと考えられているという。どこの施設にも季節を感じるための庭があるし SP にもある。貴重な日光を暮らしに取り入れるためベランダないしサンルームがどの集合住宅にも設置されているが、SP でも椅子を置ける広さのベランダが各居室にあり外に出ることができる。共有空間には本物の絵画がいたるところにかけてあるし、窓辺や机やベッドサイドで本物のろうそくが灯されている。この国ではとりわけ夜の長い冬に各所に灯りを灯すことが大切な習慣になっているからで、おそらくもてなしとして、我々がレクチャーを受ける机にさえろうそくが灯されていることもあった。認知症の人にとってオープンなベランダや本物のろうそくは危ないかもしれな

写真 1　サンドリノパークのリビング兼食堂に設けられた庭が望めるベランダ。ひざ掛けが置かれ使われている様子が伝わる。

いが、「人として」暮らす上で必要なことであり、そのために気を配ることはここではケアという仕事の当然の、そして重要な一部なのである。

「人として」と書いたが、認知症という語もふだんは使わないという。認知症は一種のラベルであって、個々の高齢者が何に困難を抱えているか、何を必要としているかを表す言葉ではないからであろう。INIC 原則に従い、あくまで一人の人として日々どのような時間をどのような空間で過ごすことが望まれているのか、また保障されるべきかという観点からケアの内容が検討され、居住空間も組み立てられているのである。ただしこうした個々の対応は、すべてが明文化・制度化されているわけではないようだ。一人ひとりの希望やニーズを重視する結果、日々のケアに一応存在しているルーチンもここではよく変わるという。となれば、必要となるのはスタッフ間の情報や方針の共有と、そこから導きだされることがらについての合意だろう。

その点で印象的だったのは、どのようなケアがより相応しくより効果的かが現場のスタッフによって常に吟味されていることである(6)。たとえばここでは言葉遣いが非常に大切にされる。入居する高齢者は「患者」ではなくこの住居を「借りている人」である。ケアをしていて不適切な表現があれば（たとえば「今日はシャワーが5件あります」)、スタッフの間で注意し合い言い方を変えるようにする（「今日は5人の人にシャワーの援助が必要です」)。その姿勢がスタッフ全体に共有され維持されていることに驚く。「人としてのあり方」が、スタッフの間ではよく話題になるそうだ。それを語り合うことが自分たちの仕事には必要なことであるという認識がそこにはある。「互いに注意をすることに気まずさはないのか」という質問に対し、ユニットリーダーである Persson 氏は「グループの中で言い合える雰囲気を作るのが私の仕事だ」と答えた。

ケアを担当するスタッフは、Persson 氏を含め全員がアンダーナース（Undersköterska，アシスタントナースとも）である。これは職業選択高校の介護・福祉コースで3年間の看護教育を修めることで取得できる卒業資格で、在宅および施設ケアを担う多くのスタッフがこの資格で働いている（石田、2012)。説明や日々の運営について話を聴く限り、非常によく教育が行き届いているように思われたが、ここまで見てきたようなケアのあり方は、スタッフにとっては過重な負担ではないのかと疑問に感じた人もいるだろう。しかし聴き取りを行うなかで、「現状をモニターし検証し改善していくこと」や「働き始めてからも学び考え続けること」は当然のこととして位置づけられ仕組み化されていた(7)。かつてはスウェーデンでもケアワーカーの社会的地位は低く賃金も安かったが、カリキュラムを見直しケアワーカーの専門性を高めることで改善する戦略がとられ、現在ではケアワーカーの地位と賃金は大きく改善をみているという。実際に話を聴いて、抽象的な原則や理念を個々のケアに落としていく現場の能力の高さに驚かされた。そうしたアンダーナースにとって身体的ケア以上のことをすることは負担としてよりも、むしろスタッフ自身にとってもより望ましいこと・専門職としてやりたいこととして認識され、むしろ求められていた。それを象徴するのが SP に併設されたラーニングセンターである。次にこれを見ていきたい。

3-2　認知症ケアのためのラーニングセンターの成り立ちと取り組み

ラーニングセンター（以下、LC）については、市職員である Eva-Lena Lundberg 氏と Kerstin Agnvik 氏から解説を受けた。2 人の表現によれば、市の直営であるこの LC は市の認知症ケアを推進するための「エンジン」である。必要な認知症ケアの技法や考え方を実証的に研究し、それを普及させるための研修プログラムを開発し、年に数回、SP だけでなく全市の施設に向け展開する(8)のが主な活動だが、施設のミーティングに出向いて研修することもあるという。

オフィスは SP の 3 階の一角にある。なぜかというと、SP のあるフロアに勤務する 4 人のアンダーナースが「もっと良いケアができるはず」だと考えて自分たちがやりたいケアについて施設長に訴え、これを受け施設長が市に上げた提案が認められて予算が付いたことで始まったプロジェクトがセンターの前身となったからである。2007 年のことだ。同市での視察をアレンジした Owe 氏は、Linköping 大学の research & development 部門の一人として当時このプロジェクトに携わった(9)。彼によればプロジェクトを進めるうちにプロジェクト自体が「知識の銀行」になっていったという。その成果が認められ、市の予算に基づく常設の LC となったのが 2012 年のこと。自分たちのケアについて、もっとできるはずだ、やりたいと声をあげ、しかもその効果を実証してみせたのは、かれらアンダーナース自身なのである。Els-Marie 氏が携わった 15 年以上前のプロジェクトでも同様のことがあったという。そのころのケアはトイレ、薬、オムツばかりで、「自分たちはもっと人間性を高めるようなケアをしていきたいのに」という不満を持っているグループがいた。大学は現場のその思いをサポートしてさまざまなワークショップやセミナーを開き、最終的には「文化的活動・生活を支えるケアも大切な仕事だから、これを仕事の時間のなかに取り組むことを認めてほしい」というレポートを政治家に上げるところまで持って行ったそうだ。

そして現実に、現在のケアはトイレ、薬、オムツばかりではなくなり、さらに良いケアを、より文化的な要素を取り込んで行って行こうという段階に来ている。ここにも、「現状をモニターし検証し改善していくこと」や「働き始めてからも学び考え続けること」が生きている。これを繰り返して、少しずつ、しかし速く確実に、スウェーデンの地域ケアは姿を変えて行っているのである。

現在 LC がよい認知症ケアの要素として研修で発信している内容は、「トレーニング・教育」「音楽」「ダンス」「マッサージ」「ライフストーリーの活用」「身近な人びとへのサポート」「アイデンティティ・自尊心をサポートする態度」「人間としてのニーズ」……と多岐にわたるが、そこでも「妥当性の検証」の重要性が強調されていた。検証なくしては上述の INIC の原則は成立しえないことがよくわかったのは、次のやり取りにおいてである。

同様の研修内容を繰り返し行う意義について問うと、新人を含めすべてのスタッフが研修を受けることが望ましい、加えて一度受けたことがある人でもスーパーバイズを受けることが重要だという答えだった。たとえば LC では、人生上のさまざまなキャリア、過去の大切な写真や思い

出の歌、ケア付き住宅に入居してからの日々のできごとなどを「ライフストーリー」として蓄積し、本人のニーズを把握したり、日々のコミュニケーションに活用する（コミュニケーションそれ自体がケアである）ことを非常に有効なケア技法として教育し広めようとしている。ただし、これを機械的にルーチンとして適用することは決してしてはならないことだという。一つひとつの技法は合う人、合わない人がいるし、体調などによって合うとき、合わないときも当然ある。したがって、そのときの一人ひとりに合う技法を見極め用いるためには「自分がしていることを自分で考え、検証する」力・態度が重要であり、スーパーバイズの重要な役割は内省と対話を具体的に促すことで学んだ技法を使いこなせるようにサポートすることである。そのことによって良いケアのための共通の方法が確立・共有される。解説をしてくれた Lundberg 氏と Agnvik 氏の重要な任務は、まさにこのスーパーバイズである。上述した抽象的な原則や理念を個々のケアに落としていく現場の能力の高さは、高校でのカリキュラムだけでなく、こうした日々の啓発、トレーニング、サポートによっても育まれ維持されているように思われる。

3-3　在宅生活を支える「サポート利用以前」の取り組み

市の中心部、クリスマスイルミネーションが輝く広場の眼と鼻の先にその建物はある。2 階にはオフィスが入っており、1 階全体がハグダール・シニアセンター（以下、SC）になっていた（図 1 参照）。非常に立地の良いこの SC は、市が場所を提供し、市からの予算で運営される高齢者のための社会的交流の拠点である。市の予算がついているといっても、運営は 95 人ほどのボランティアに完全に任されている。SC の責任者を務める市職員はいるが、SC 専従でもないし常駐でもない。ボランティアにはなりたいと手を挙げた人なら誰でもなれるが、退職した高齢者が中心である。なんと平均年齢はおよそ 80 歳だそうだ。曜日や活動テーマ（カフェ、IT など）によってグループと担当者を決める形で組織化され、運営されているという。

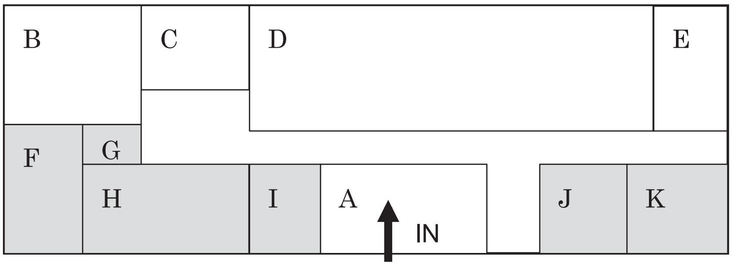
現在のところ、SC はきわめて活発に利用されている。冬だからといって利用者数が落ち込むこともないという。入り口の大きな掲示板にはイベントやプログラムの告知がところ狭しと掲示してあるし、プログラム参加者数の記録用紙を見ればどのプログラムも一定の参加者がある。一番人気は合唱のプログラムで（音楽やダンスはスウェーデン人にとって本当に重要な要素であるらしい）、なんと 100 人を超える参加者があった。スマホやタブレットの選び方や使い方をレクチャーする「IT コーチ」も人気のプログラムだ。プログラムに参加せず、お茶を飲んだり新聞を読みに来るだけでもよい。感じの良いカフェスペースにはテーブルごとに生花が飾られ、いつも数種類の飲み物と軽食が用意されている。窓辺にはランプが灯される。

SC の目的ははっきりと、社会的孤立を防ぐことである[(10)]。社会とのつながりが高齢者の健康を保つうえで非常に重要であることは既によく知られている。ケアを必要とする時期を遅らせ総体的なケア費用を節約する上でも、社会的孤立を防ぐことは現実的な意味を持つ。加えてこの国では、社会的交流を持つことは人生において非常に重要かつ必要なことであり一人ひとりにその

機会が保障されるべきことがはっきりとうたわれている。もともと近隣の友人や家族との日常的な交流が盛んな国だが、それとは別にアクセスの良い場所に公的な資金を投入して交流拠点が確保される意義が共有されているのである。これらのことは SC を訪れる一般の利用者にも運営に携わるボランティアにも意識されている。

しかしこうした拠点づくり自体は珍しいものではないだろう。SC についてはもうひとつの役割がより注目すべき点である。実は、広いフロアのおよそ半分は、福祉機器・補助具センターになっている。図 1 に示したように、生活場面に合わせて数多くの福祉機器・補助具が展示されており、物によっては実際に手に取ることができる。この施設で唯一のフルタイム職員は車いすの若い男性 Robin Töangvist 氏だったが、彼の重要な仕事はこのセンターのマネジメントで、一つひとつの機器について大変よく把握しており詳しく説明してくれた。とはいえ、SC にやってくる高齢者たちはたいていがまだ元気でサポートを必要としない人たちである。その人たちが集まる場所にこうしたセンターを併設し、フルタイムの職員まで置くのはなぜか。Töangvist 氏は次のように説明した。

もちろん本当にサポートが必要になったときのために事前に「知っておいてもらう」ことには意義がある。しかしそれが一番の目的ではない。スウェーデンの高齢者はひとりまたは老夫婦で暮らしているケースが多いが、できるだけ公的なサポートを使わずに過ごしたいと考えており実際サポートを利用していない人も多いという[(11)]。しかしホームヘルプサービスが必要、あるいは福祉器具などの給付が必要と認められるほどではなくても、年齢とともに少しずつ心身が弱り



〈あみかけ無し A〜E：シニアセンタースペース〉
A：エントランス　B：スタッフルーム
C：パソコンルーム　D：カフェ・レクリエーションスペース
E：ミーティングルーム
〈あみかけあり F〜K：福祉機器・補助具センタースペース〉
F：居間。薬の服用を補助する道具や、電話・時計など情報を取得するための補助具などの展示
G：トイレ。トイレで使う補助具の展示
H：キッチン。キッチンキャビネットやキッチンで使う補助具、工夫された食器などの展示（写真 2）
I：ベッド。ベッド回りで使う補助具などの展示
J：シャワールーム。シャワー回りで使う補助具の展示
K：トレーニング用品、歩行や靴の着脱の補助具、玄関回りで使う物など外出を助ける補助具の展示

図 1　シニアセンター、福祉機器・補助具センターの平面図と各部屋の役割

写真 2　キッチン（H 室）の展示の様子。皿のライン 1 本が生活を変える可能性に驚く。

生活が不便になってくることは当然ある。そんなときにちょっとした道具を使うことで今までどおりの暮らしができたり、自尊心を保てたり、楽しみを諦めないで済んだりすることは大切なことで、役に立つ道具があることがわかれば少しお金を出しても使いたいという高齢者は居る。そうした人と接点を持つには、ショップなどで待っているのではなくこうしてかれらの生活圏へと出てくることは必要なことである。そのためになら、市内の一等地にこれだけのスペースを確保しものを置いて、人を配置するだけの価値があるという判断なのである。

この福祉機器・補助具センターの例にはっきりと表れているように、スウェーデンでは在宅主義を徹底させるためにこそ「サポート利用以前」に投資をするという明確な方針が随所で見られた。日本では、社会交流拠点が置かれても、戦略的な位置づけ・投資の対象となることは少ないように思われる。現在空き家や空き部屋を利用した地域拠点づくりが各地で試みられているが、多くは場所の提供にとどまり活用の方針は利用者に委ねられているように見受けられる。地域包括ケアという視点で考えた場合、自治体が関与する地域づくり・拠点づくりにあたって学ぶべき発想がここにあるように思われる。

4　Härryda 市の地域ケア

Härryda 市では①Härryda 市の行政サービスの統括を行う自治体事務所、②認知症の人向けナーシング・ホームであるエクダラガーデン（Ekdalagarden)、③ナーシングホームと短期宿泊施設が併設されたホネクラ・ガード（Honekulla gard）の 3 か所を視察した。本稿では主に②での聴き取りに基づいて、Härryda 市ボランティアセンター（以下、VC）の運用について、また①②の聴き取りに基づいて同市の訪問看護・緩和ケアについて報告したい。

4-1　Härryda 市ボランティアセンターの運用

Härryda 市ではボランティアをどのような考えで募り、どのように運用しているのだろうか。日本の地域包括ケアシステムでは住民同士が一定の役割を持って助け合うことが期待されているが、Härryda 市では市民はどのように地域ケアシステムの一角を担っているのだろうか。解説してくれたヘレーナ・ヘイネマン氏は余暇活動指導員の資格を持ち、ボランティアの募集とコーディネート、およびボランティアの支援を職務の一部とする人物である。

VC は 2005 年、Linköping 市の LC と同じように時限的な予算措置が講じられたプロジェクトとして始まり、3 年目の 2007 年にそれまでの成果が評価され物理的な拠点を得て恒久的な組織となった。非常にボランティアが盛んなスウェーデンでは活動団体が全国に 20 万あり、国民の 48% が年に 192 時間のボランティアをしているという。コミューンによりボランティアの位置づけはさまざまだが、Härryda 市では市が依頼するボランティアについては目的をはっきりと絞っている。「健康促進」と「QOL の向上」の二点である。ヘイネマン氏は「無給のボランティア

は、有給で働いている人の仕事を脅かさないことが重要だ。市では公共の高齢者福祉の補足的なものとして考えている」と述べた。したがって、たとえば身体的なケアや掃除などの家事をボランティアが行うことはないし、してはいけないことになっている。時間があり他の人のために何かしたいと考えている人と、在宅の老人で寂しさを感じている人とをマッチングし、両方に満足を得てもらうことが VC の役割だ。

ボランティアの活動内容は非常に多様だが比較的多い依頼としてあげられたのは、自宅で一緒にお茶やコーヒーを楽しみおしゃべりをすること、自宅で新聞を読んであげること、お話をしながら散歩をすること、買い物や銀行について行くこと、映画館や劇場に一緒に行くことなどである。ボランティア活動そのものに対して市からはお金は一切出ない。たとえばコーヒーを飲んだり映画を見たりするのにかかる実費は依頼した高齢者がボランティアの分も持つ。市が支払うのは唯一、市がかけるボランティア保険の保険料である。

では、もしボランティアをしたいと思ったらどうすればよいのか。市内の各所にパンフレットが置いてあり（写真 3)、電話やメールなどで申し込むことができる。申込後、市の担当者から電話が行き 1 時間ほどの面接がアレンジされる。ボランティアの活動内容の説明や、マッチングに必要な情報の収集が行われる場である（なぜボランティアをしようと思いましたか、どのくらいの頻度でできますか、何が好きですか、など)。正式に登録するには 2 人の保証人（自分の人柄を証明してくれる誰か）や、犯罪歴がないことの証明などが求められる（いずれもスウェーデンで仕事を探すときのごく一般的な手続き)。

ボランティアに来てもらいたいときにも電話やメールなどで申し込む(12)。申込があると市の担当者が家庭訪問をして、何をしてほしいのか、どんな人に来てほしいのか（性別や年齢など）などをよく聞く。担当者であるヘイネマン氏はどんなボランティア候補者が面接に来たかを把握しているので、この時点でこの高齢者にはあの人がよいのではないかという当たりがつくという。つまりマッチングは担当者の手作業で行われている。さらにボランティアと高齢者の初回の顔合わせにはヘイネマン氏が同行して相性を見、そこで両者が合意した頻度や内容を踏まえて合意書を作成、市がボランティアに仕事を依頼するという形で活動が始まる。

写真 3　ボランティアセンター発行のパンフレット。A 4 用紙を二つ折りしたサイズで、緑（左）がボランティアをしたい人向け、青（右）がボランティアに来てもらいたい人向けである。市内各所に置いてあり、希望者の発掘に努めている。

こうして見てくると、日本で「ボランティアを活用する」というときの感覚とはかなり異なっていることがわかる。ヘイネマン氏は

「楽な仕事ではない」という趣旨のことを何度か述べた。ボランティアが担うのは専門性の低い活動かもしれないが、だからといって活動の価値が低いわけではないと筆者は理解した。本稿でも指摘してきたケアの原則（一人ひとりのニーズに添うこと）、社会的交流のある豊かな生活を送ることは当然に保障されなければならないという考え、そしてそのことによって自立した在宅での生活を維持するという戦略はここでも非常に大切にされている。ボランティア活動における「両者の満足」という言葉は適切にコーディネートできればお題目ではなくなり、VC の設置、担当者の配置、啓発活動の実施など一定のコストをかける意味が出てくる。そして専門性をもつスタッフという地域資源はよりその力が活きる分野に投下でき、地域ケア全体の質が向上することが期待できるのである。

ボランティアの活動レポートを基にした推計によれば、2016 年の Härryda 市では 50〜55 名のボランティアが延べ 2800〜3000 時間の活動を行ったという（施設でのボランティアプログラムも含む）。ヘイネマン氏はこの数値に満足していない。だからこそ広報に努めているのだと言葉に熱を込めた。現在 VC 業務は彼女の仕事の 2 割でしかないが、こうした活動実績をエビデンスとしてコミューンの議会に働きかけ、この仕事の重要性を伝え、より多くの時間を VC の業務に充てられるようにすることを目指している。

4-2　Härryda 市の緩和ケアの取り組み

日本では緩和ケアというとがん療養を中心とした終末期ケア（terminal care）を意味することが多いが、スウェーデンでは治らない病であると診断された時から死までの、終末期ケアを含むより長い期間を緩和ケア（palliative care）の期間と位置付けている。この定義に従えば認知症と診断された人はもちろん緩和ケアの対象となる。既に述べたとおり医療はランスティングの管轄であり Härryda 市には病床を持つような大きな病院がない。したがって Härryda 市の緩和ケアや訪問看護は市外の病院や市内の地区診療所の医師と連携しながら市が独自に展開するものであり、日本の地域包括ケアシステムと同様、同市でも医療と福祉の地域連携を課題としている。

緩和ケアについては市職員で緩和ケアのコーディネーターを務めるリンダ・モーディング氏より解説を受けた。対象者は Göteborg 病院で緊急の治療を終えて退院してきた人、地区診療所で診断を受けた在宅の人、ナーシングホームなどの特別住宅にいて徐々に弱ってきた人に大きく分けられる。緩和ケアの開始は医師だけが決定できるが、この決定は本人、家族、医者が話し合って合意・確認できた場合にしかなされない。したがって緩和ケアの対象となる患者は、自分自身「もうこれ以上はその病についての治療はできない・しない」ということを理解している者だけである。Härryda 市では年間約 100 人が緩和ケアを受けながら亡くなるが、場所の内訳は特別住宅 60%、緩和ケアを主とするショートステイ 25%、自宅 15% で、疾患の内訳はがん 38%、循環器疾患 32%、認知症 23% であるという。緩和ケアの開始が決まると、医師と正看護師がペアで患者を訪問する。病院や診療所の医師と連絡をとりあって緩和ケアを進めているが、この連携

は簡単ではないという。訪問看護の担当者は、市内の施設ではIT化が進んでおりiPadはスタッフ間の連絡を取る上で非常に活用されていると話した。

モーディングン氏によれば、緩和ケアの開始にあたってもっとも大切なことは、ケアプランを立てることである。これは個別ケアを重視していることと関係している。死が迫ったときにどうしてほしいかや、とくにどこで最期を迎えたいかについては必ず最初に確認する。その後の全課程において①本人に苦痛がなく安心できること、②本人が一番大切にしていることを見つけてそれを満たそうとすること、③身近な人を支えることの3つがケアの柱となる。

緩和ケアの時期に入ると本人は疲れやすくなるが、またどんなに頑張っても次第にできなくはなっていくのだが、それでも本人の「アクティビティ」を続けることは重要である（②の柱）。たとえば趣味の活動をしたいとか、孫の行事を見に行きたいとか、そうした「アクティビティ」が少しでも可能になるようサポートをする。病気そのものの治療は行わないが、そうした活動に必要な投薬などは行うという。いずれも、本人のQOLを高めるために必要なことである。

苦痛と不安を取り除くためには（①の柱）、たとえばペンダント型・腕輪型の安心アラームなどは早期に導入するし、鎮痛剤や不安を鎮める薬をおさめた「安心ボックス」（所定の手続きを踏むことで医師の判断を仰がなくても正看護師が使用できる）を自宅に設置することはずいぶん前から行われている。薬ではなくスタッフが訪問することで不安が和らぐタイプの人には、訪問回数を増やすことで対応することもある。「安心ボックス」の例に見られるように、医師に逐一連絡をとらなくても現場が適切に動けるよう仕組みを作ることも、連携をスムーズにする、ひいては土日や夜間などでも切れ目なく対応ができることで患者の安心できる療養生活を実現する工夫のひとつであろう。緩和ケアでも訪問看護でも、アンダーナースよりは正看護師が、正看護師よりも医師がより多くの権限と情報を持っている。それぞれの階層において、一定の条件を設けて医師ができることを正看護師が代替できるように、正看護師ができることをアンダーナースが代替できるように工夫がされている。その結果、訪問看護の現場では、市の正看護師とアンダーナースとが多くの情報を共有し、顔が日常的に見える関係で協力し合うことができており、「あの人のところならこれを頼める」といった柔軟な対応が可能になっているという。

Härryda市では在宅であっても一人で亡くなることがないようにという方針をとっている。緩和ケアの開始後、またいよいよとなったときに、家族や親しい友人などが患者に寄り添い看取るためのサポートも重要になる（③の柱）。スウェーデンでは「身近な人たち」への支援といわれるが、「身近な人たち」には血縁だけでなく親しく交わってきた友人なども含まれる点が日本とは違っている。多くの場合には、30分以内くらいの距離に家族がおり、そうした家族よりも頻繁に交わっている友人がいるケースも多いという。本人が末期になった場合、100時間分はこうした「身近な人たち」を付き添いとして雇うことができる。この仕組みのお蔭で、仕事を休んでもいくらか手当を払うことができ、一人で亡くなることを避けやすくなる。こうした後ろ盾が、地域住民を組み込んだ地域ケアを成立させている。

5　小括

本視察を通じて、地域におけるケアシステムを成立･持続･改善していく上で、「自治体がどこまで責任を負っているか」が明確になっている点が重要であると思われた。日本ではいざ必要となったときに何をどこまであてにできるかが非常にあいまいである。であるからこそ、住民が何にどこまで備えなければいけないのか、ボランティアを活用するとして何をボランティアに割り当てたらよいのかといったことが見えない。公的セクターが多くを担っているからこその連携の良さはスウェーデンの強みだが、日本がこれをそのまま取り入れることはできない。しかし各連携において良い意味で分担範囲を明確化していく意識を持ち明文化していくことは重要だろう。

もう一点はケアシステムを構築していく上で参照すべき基準、理念の問題である。スウェーデンの場合、在宅主義と個別ニーズの重視が柱となっており、サービスの供給体制の設計、実際のマネジメント、SC の設置などさまざまな面でそれが徹底している。目前の個別ニーズの対応に追われると場当たり的なケアになったりシステムが不整合を起こしたりしてしまうものだが、それを防いでいるのはこの基準の置き方、それに従った合理的な資源の活用であるように思われた。現場に寄り添いながら抽象的な理念や基準を現実に落とし込む試行錯誤に、研究者が果たすことができる役割もまだまだ大きく残されている。

註

⑴　それゆえに、これからの日本で地域包括ケアシステムを取り入れないまちづくりはあり得ないという指摘もなされている（辻，田城・内田，2017）。

⑵　コミューンによる供給独占体制が崩れコミューンによっては事業の民間委託の推進が進んだこと、大都市圏では小地域単位でのサービス運営の試みがなされ始めたことなど、さまざまな面で差異が生まれまた拡大しているという（斉藤，2016）。また8つのコミューンを取り上げた西下彰俊の試算によれば、同じサービスを受けたと仮定した場合に、自己負担額は最大6倍の格差が出るという（西下. 2015）。

⑶　Linköping 市での視察アレンジは Els-Marie Anbacken 氏・Owe Anbacken 氏が行った。Els-Marie 氏は日本での研究歴があり現在 Mälardalen 大学でソーシャルワークの Associate Professor を務める。Owe 氏は Linköping 大学の社会学部門で長く教員を務め非常に実践的なケア研究を行ってきた。Els-Marie 氏は日本語が堪能で同市での通訳は主に彼女が担った。Härryda 市での視察アレンジは Tina Forsgren 氏による。彼女は Harryda 市の社会サービス部門（高齢者や機能低下者のニーズを査定し必要なケアを提供する部門）で高齢者福祉事業の責任者を務める人物である。通訳はスウェーデンの福祉や社会についての著作、訳書を多数持つ Tomoko Hansson 氏が行った。

⑷　視察では口頭で 13～14% 程度と説明を受けたが、スウェーデン統計局で公表されている人口をもとに計算すると 15.9% になった。

⑸　食事の提供の仕方が最初からこうだったわけではない。Owe 氏によれば、かつてケア付き住宅での食事に課題があるのではと感じた現場から声が上がり、予算をとって大学との共同研究プロジェクトが行われた。従来の食事とテーブルセッティングなどに工夫を加えた後の食事、両方の風景をビデオに収め検証したところ、後者の方がよりよく食べてもらえるという結果を受けて変わってきたのだそう

だ。こうした実践的な研究プロジェクトが大学との共同でしばしば行われているのも、スウェーデンのケアシステムを随時改善していく大きな力になっているようだった。

(6) そのようにして食事の提供の考え方・あり方も変わっていった。註5参照。

(7) こうした検証サイクルが小さなものから大きなものまで、ケアシステムだけでなく社会システムのあらゆる場面で機能しているのが筆者には不思議でならなかった。日本でもPDCAサイクルとして導入されているが、実効性とスピード感が恐ろしく違っている。あまりにどの現場でも徹底されているので、最後に訪問したHärryda市のナーシングホームで「こうした考え方は福祉のカリキュラムの中で教えられるのか」と尋ねたところ、「カリキュラムの中ではそんなことは教えられない。ではどこで学んだのかといわれてもよくわからない。これはスウェーデン人の考え方として沁みついているものだと思う」という回答だった。いわゆる「スウェーデン・モデル」を支えているのがこの思考と行動のパターンであり、それがスウェーデンの公教育のなかにどう表現されているのか大変興味深い。

(8) Linköping市ではケアサービスの民間事業者への委託も行われているが、民間事業者によるものを含めたすべての施設が教育・研修の対象になるという。ケア提供の最終責任はコミューンにある以上、どの事業者が提供するケアであろうと同様に品質を担保しなければならないからだ。こうした研修・教育の拠点が常設されているのは珍しいことで、センターの目的は「市の」認知症ケアの推進だが、現在では国内やEUからも視察が訪れるようになり、市を越えた影響力を発揮している。

(9) 同部門は多くの施設、スタッフ、コミューンと様々なプロジェクトを進めている。大学と現場の距離が非常に近く研究にすぐに取り掛かることができ、また成果が現場に速やかに還元される仕組みができている。コミューンには特別な予算枠があり、大学教員が現場と共同研究を行う場合、研究時間の配分を申告して認められれば必要な資金が提供されるという。たとえば、現場のスタッフに思いがあったとしても提案書を書いてそれを上司や市の担当者に認めさせるのは簡単なことではないのではと尋ねたところ、提案書の書き方や研究したいことのアレンジは大学がサポートするのでそれほど難しくない、そうしたスーパーバイズを行うための予算も用意されていると聞いて驚いた。だから、「現場から意見を挙げてこれをやりたいと思うなら、それをするチャンスがあるということを現場を訪れてスタッフに伝えるのも大学教員の仕事」（Owe氏）なのだという。またこうしたプロジェクトが立ちあがるとき、大学からは大学教員に、施設からスタッフに、仕事の時間をその研究に割くことを許可するなどのサポートもあることはとても大きい。

(10) SCは社会参加やレクレーションの場以外の役割も持つ。Linköping大学と連携して研究の舞台になることもあるし、病気など様々な理由で失職した人が、職歴のブランクののちに福祉職へ再就職を目指す際には研修の場となったり、あるいは高校の介護・福祉コースの学生が卒業に必要な実習を行う場として選び訪れることもあるという。

(11) 市のケアオフィスによると、ホームヘルプサービス利用率が50%を超える年齢は87歳である。

(12) 家族や友人など本人以外からの申込でもよいが、その場合にはなぜ本人以外からの申し込みをするに至ったかについて詳しく聴き取りをするそうだ。

参考文献・統計資料

石田路子、2012、「在宅ケアを担う専門職の養成について：北欧4ヵ国およびカナダの事例調査から」『城西国際大学紀要』20(3)、1-26。

西下彰俊、2015、「スウェーデンと日本の高齢者ケアシステムに関する比較研究」(2015年1月31日　東京経済大学国際シンポジウム資料)。

斉藤弥生、2016、「スウェーデンの高齢者環境」岡澤憲芙・斉藤弥生編著『スウェーデン・モデル――グローバリゼーション・揺らぎ・挑戦』彩流社、75-97。

辻哲夫監修、田城孝雄・内田要編、2017、『まちづくりとしての地域包括ケアシステム――持続可能な地域共生社会をめざして』東京大学出版会。

ヘリダ市　https : //www.harryda.se/

リンショーピン市　http : //www.linkoping.se/

スウェーデン統計局　http : //www.scb.se

2018 年 1 月 11 日受理