

(3) エーデル改革の評価

エーデル改革では、改革実施後5年間にわたり、評価委員会によってコストと質の面での評価とフォローアップを行うことが義務づけられ、1996年に最終報告書（Socialstyrelsen）が公表された。さらに、それから7年経った2003年4月に、政府はエーデル改革を評価するために高齢者医療ケア委員会（Äldrevårdsutredningen）を組織した。同委員会は、2004年6月に政府報告書「一貫した在宅ケア」（SOU, 2004）を公表した。

① 改革の成果面

- ・社会的入院患者の大幅な減少が見られた。社会的入院患者は身体的疾患急性期医療で3,959人（1990年3月）から1,387人（1996年1月）へと約3分の1に減少した。その結果、入退院の待機者数も減少し、1996年1月時点の退院までの待機期間は急性期病院で13日（1990年3月）から2日へ、老年医学専門病院では36日（1992年3月）から9日へとそれぞれ大幅に縮減された。また、急性期病床における平均在院日数も短縮された。
- ・受け皿となるコミューンにおける高齢者向け住居（社会サービス法上の「特別住宅」など）が整備された。老人ホームやグループホームなどの建設が促され、痴呆性高齢者向けグループホームは1987年には全国で500人分だったものが、2000年までには痴呆性高齢者予測総数の約25%にあたる2万5千人分の建設が予定されている。また、「特別住宅」における全ての責任がコミューンに移管され、コミューンで総合的な計画ができるようになったため、円滑な退院と地域への移行が可能となった。さらに、個室化の進行といった居住環境の向上も図られることになった。
- ・コミューンによる医療サービス面では、各コミューンに医療責任看護師（Medicinskt Ansvar Sjuksköterska : MAS）を置くことが義務づけられるとともに、コミューンの看護師数が充実した。
- ・こうしたプロセスにより、1992年から94年の2年間で、急性期病床において17%のベッド削減、老年科病床において30%のベッド削減がもたらされた。

② 改革の課題

- ・急性期医療における平均在院日数の短縮化の結果、終末期の患者に対する高度な医療的ケアがナーシングホームで行われるようになるなど、ナーシングホームにおける負担が重くなった。また、全体として、「特別住宅」の入所者の要介護状態が重度化する傾向にある。
- ・1990年代末から「特別住宅」の定員数が削減された結果、在宅での訪問看護など訪問サービスの重要性が増してきている。同時に、要介護度の重い在宅高齢者の増加に伴い、ホームヘルプサービスの重度化シフトがなされたため、要介護度の軽い在宅高齢者は家族介護等を利用するようになった。
- ・在宅の高齢者に対する訪問看護に関しては、ランスタイングとコミューンという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問題が生じている。この結果、在宅の高齢者に対するリハビリテーションの提供、在宅で訪問看護を受けている者に対する医師の訪問診療（医師の関与）が不十分となっていることが指摘されており、今後は保健医療サービス（ランスタング）と社会サービス（コミュニケーション）の統合・連携を更に推進してゆく「ケアチェーン」をいかにして整備していくかが課題となっている。

図表 3-1-4 スウェーデンにおける在宅介護と施設介護の割合【1993～2005】

	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	10.6	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

(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Eldery in Sweden”

(4) 今後の改革の見通し

スウェーデン政府は、2004年の政府報告書（「一貫したケア」）等に基づき、2006年4月22日に法案「高齢者医療・高齢者ケア十カ年国家戦略」(Regeringen, 2006)を国会に提出した。同法案は、同年5月30日に原案どおり可決・成立した。

この法律には、古い「特別住宅」の改築（個室化を含む）・廃止に伴い定員数が減少し（2000年から2005年の5年間で約18,000人分の定員が削減された）、「在宅」への過度の移行が進んでいるという状況も踏まえ、「特別住宅」の整備をさらに進めるとともに、中間的な形態の高齢者住宅の在り方を確立し住宅の多様性を高めることを目的とした「高齢者住宅委員会」を設置するなどといった内容が含まれている。

(目的)

高齢者医療・ケア分野において、今後充実を図る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）の予算投入を含む十カ年の国家戦略を定めるものである。

(主な内容)

- ①最も病状が重い者に対するより良い医療とケアの提供
 - ・訪問看護に関し、コミュニティが将来的に責任を持つようにするとともに、在宅及び「特別住宅」で行われる医療に医師（ランスティング所属）がより関わるようにする
 - ・定期的な使用薬剤の見直し
 - ・認知症ケアの質を向上させるための特別な投資 等
- ②住宅の保障
 - ・「特別住宅」や高齢者向け社会施設の整備促進のための補助金を創設
 - ・「特別住宅」への入所を決定したコミュニティが遅滞なく当該措置を実行する責任を持つようにする措置
 - ・高齢者夫婦が、「特別住宅」において同居できることを保証する
 - ・「高齢者住宅委員会（Senior housing delegation）」を設置し、高齢者に関連する住宅（「特別住宅」を含む）について調査・分析する
- ③社会的ケア
 - ・高齢者に対するボランティアケアへのサポート
 - ・高齢者ケアにおける食事・栄養の在り方の重視 等
- 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者調査 等
- ⑤予防措置
 - ・高齢者をケアする親族へのサポート強化

- ・ 67 歳以上の高齢者に対して、ニードテストを経ることなく、コミュニティが週数回にわたって予防的なホームヘルプサービス提供できるようにすること 等

⑥サービス従事者

- ・ 継続的能力開発
- ・ 将来的に、法律により最低限の能力レベルを設定 等

上記の中の「高齢者住宅委員会」の主な目的は、「中間的な」形態の高齢住宅の在り方を確立し、住宅の多様性を高めることにある。そのため、下記の内容の検討を行い、2007年8月31日及び2008年8月31日までに2つの中間報告書を作成し、2009年12月31日までに、課題の指摘や法律案の提案等を含む最終報告書を作成することとされている。

- ・ 新しい形態の高齢者住宅開発を促進する方策の提案
- ・ 高齢者の孤独感や孤立を、施設建設などにより防止する方策の提案
- ・ コミュニートとの対話を通じて、高齢者住宅の建設計画や住宅斡旋において、コミュニティの関与が深まるようにすること
- ・ 高齢者住宅の発展に当たって障害となる規制について指摘すること
- ・ 好事例の普及促進

また、エーデル改革以降、社会サービスにおいても市場経済的な競争原理が導入され、公共セクターによる供給が主流であるスウェーデンにおいても、民間企業による委託運営の割合が増加していることは、高齢者住宅の多様性という観点からも注目に値する。

図表 3-1-5 民間企業の割合【1995～2005】

	在宅介護	施設介護
1995	3.9	8.3
1996	3.3	9.3
1997	4.2	10.2
1998	—	9.8
1999	6.0	9.7
2000	7.3	11.6
2001	7.8	12.3
2002	8.5	13.0
2003	8.6	13.0
2004	8.6	13.1
2005	8.8	13.2

(資料) Lennarth Johansson , National Board of Health and Welfare , 2006, “ Institutional Care for the Eldery in Sweden”

3. 施設介護サービスの体系

高齢者介護に係る「特別住宅」の供給は、社会サービス法に準拠してコミューンが責任主体となり、本人・家族の申請に基づいて、介護ニーズ判定員による介護レベルの判定等を経て、入所調整を行っている（ただし「シニアハウス」は社会サービス法の対象外である）。入所調整（優先順位の判断）にあたっては、認知症の程度や独居等といったことが考慮されている。なお、「特別住宅」への入所には、大きく2つのルートがある。

①在宅 → 病院 → ショートステイ※ → 特別住宅

②在宅 → 本人等から入所申請 → 特別住宅

※ショートステイは、リハビリテーション、家族へのレスパイトケア、ターミナルケア、退院後在宅復帰までの退院調整といった機能を有している

財源はコミューン税及び利用者負担であるが、国が最高利用者負担額・最低所得保障額を設定し、その範囲内でコミューンが実際の利用者負担額を決定している（さらに利用者本人の所得に応じて住宅手当を支給している）。原則として、ホテルコスト（家賃・食費・光熱水費）は利用者が負担している。また、日本のように全国一律の人員配置や施設設備等の施設要件といったものは存在せず、各コミューン等の判断に任されている。

前述のように「特別住宅」は1992年のエーデル改革以前は、ナーシングホーム、グループホーム、老人ホーム、サービスハウス等といった医療・介護の入所施設であったものが統合されたものであり、現在でも改革以前の施設類型の性質を引き継いでいるものが多くみられる。そのため、施設類型によって、スタッフ配置の状況も若干異なっている。

図表 3-1-6 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%

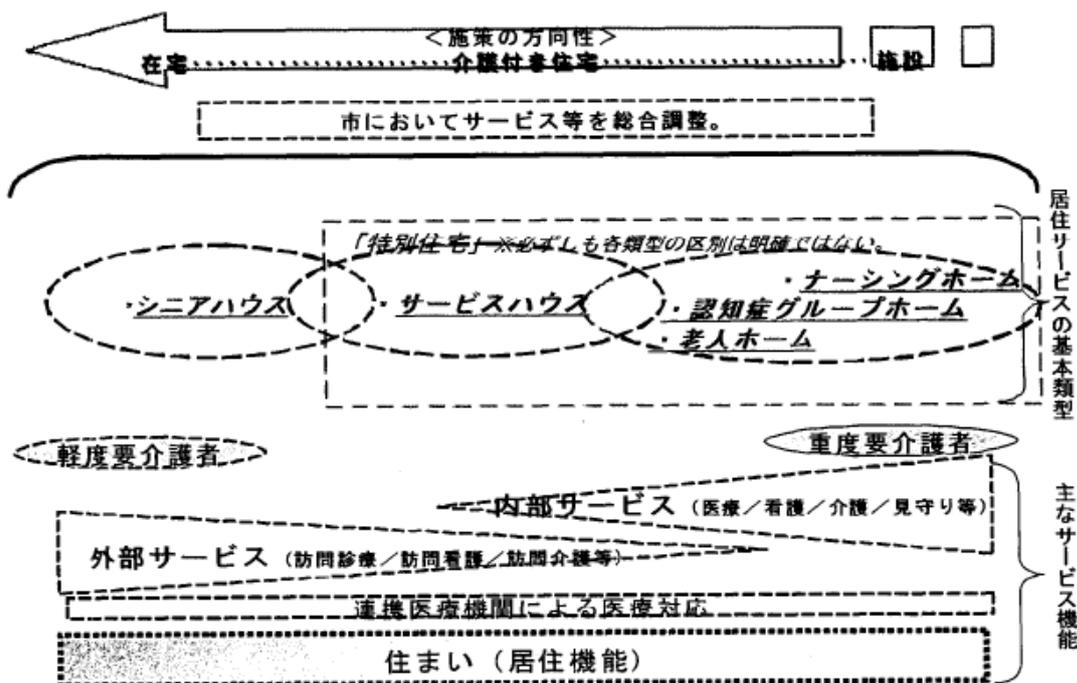
(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Elderly in Sweden”

図表 3-1-7 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%

(資料) Lennarth Johansson, National Board of Health and Welfare, 2006, “Institutional Care for the Elderly in Sweden”

図表 3-1-8 スウェーデンにおける居宅・施設サービスのイメージ



(1) ナーシングホーム・認知症グループホーム・老人ホーム

各サービス類型において明確な基準等は存在せず、利用者の状態に応じ職員の加配等を行っている。主に24時間の介護体制の有無で以下に区別される。

① 利用者の主な状態像と類型概要

■ ナーシングホーム (sjukhem)

中～重度の要介護者で長期の療養を必要とする高齢者が中心である（急性病院からの退院患者を含む）。以前はランディングが所管する医療機関であったが、エーデル改革（1992年）によりコミュニンに移管されて社会サービスに位置づけられ、個室化等の居住環境整備が進められた。ただし、他の「特別住宅」よりも居住環境は概して悪く、大部屋が今でも多いといわれている。

建物内の様子



■ 認知症グループホーム (gruppboende / gruppboestad / grupphem)

中～重度の認知症高齢者が中心であり、少人数（1ユニット8～10人規模）で共同入居している。居室以外に、食堂や居間等の共有スペースがあり、家庭的な環境を有する。また、各室ごとにシャワー、トイレ、ミニキッチンが整備されていることが多い。

建物の外観



■ 老人ホーム (ålderdomshem)

最も古くから存在する高齢者施設の形態であり、日本の特別養護老人ホームに類似する。サービスハウスとナーシングホームの間の程度の介護の必要性を有する高齢者を対象とする。居室は個室がほとんどであり、食堂、居間等の共有スペースを有する。

② 介護サービス

施設職員（看護・介護職員）により身体介護や家事援助が24時間体制で提供される。

③ 医療サービス

医師の配置は施設ごとに方針が異なり、日中常駐の施設も存在する。日常的な健康管理は看護師により提供されている。中心静脈栄養、経鼻経管栄養、胃ろう等の医療処置の管理も対応可能である。また、利用者の状態に応じて各家庭医により訪問診療が提供されることもある。

手術などで入院医療が必要な場合には、近隣医療機関の救急等に搬送する。また、検査・画像診断等の実施が必要な場合には、近隣の医療機関と連携できる体制をとっている。

室内の様子



④ ターミナルケアの対応

原則として当該住宅での看取りを行う。

なお、在宅介護の推進を背景として、重度化してから入居する場合も多く、在居日数は短縮傾向にある。ターミナルケアとして、基本的な疼痛緩和以外に、酸素吸入や点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない（本人や家族に同意を取る場合が多い）。

スタッフルーム



(2) サービスハウス

① 利用者の主な状態像と類型概要

自立～軽度の要介護者が中心である（完全自立しており、外部サービスを利用する必要のない者も存在する）。各部屋に台所、シャワー・トイレが整備されている。また、施設にはレストラン、ホビールーム、洗濯室、デイセンター、図書室、美容室など多様なサービスを併設している。

② 介護サービス

日中に職員が居るケースが多く、内部の看護・介護職員よりサービスを受ける。ただし、24時間体制ではなく、夜はナイトパトロールで対応する。

③ 医療サービス

利用者の状態に応じて各家庭医により訪問診療が提供されている。

休日及び夜間等の家庭医が対応できない時間帯での医療ニーズへの対応は、近隣の医療機関に依頼している。

④ ターミナルケアの対応

原則として外部サービスを利用し同居住環境での看取りを行うが、重度化しナーシングホームや病院等に入院する場合もある。ターミナルケアとして、基本的な疼痛緩和以外に、酸素吸入や点滴等の特別な医療処置を行う頻度は少ない（本人や家族に同意を取る場合が多い）。

(3) シニアハウス（pensionärsbostad）

なお、上記の他に新たな高齢者住宅の流れとして「シニアハウス」がある。これは民間企業により供給され始めたもので、社会サービス法の外にあるため許認可も必要としない。最近はコミュニケーションによるものも増加してきている。

自立～軽度の要介護高齢者を対象としているが、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。職員は常駐しておらず、必要に応じて外部の訪問介護（身体介護・家事援助）サービス等を利用する。週に数回の訪問系サービスをパッケージとして家賃に組み込んでいるケースもある。

参 考 文 献

OECD Health Data 2006

医療経済研究機構 2004 『スウェーデン医療関連データ集』

伊澤知法 2006 「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』
No.156, pp.33

(株)日本総合研究所 2004 『介護施設等の費用体系に関する総合調査』

Lennarth Johansson , National Board of Health and Welfare , 2006, “ Institutional Care for the Eldery
in Sweden”