

# わが国における認知症ケアの実情と課題

## －「認知症緩和ケア」を視点に－

生活研究部門 研究員 山梨 恵子

yamanasi@nli-research.co.jp

### <要旨>

わが国は、超高齢時代の到来に備えた介護支援サービスの拡充とともに、認知ケアの質向上と標準化が求められている。認知症ケアはグループホームや小規模多機能型居宅介護などの小規模サービスに期待が寄せられるところだが、事業効率、人材確保、医療連携体制などにおいて多くの課題が山積している。本稿は、今後さらに重度化が進む認知症高齢者の終末期支援において、本人のみならず家族にも係る精神的、身体的苦痛の緩和、すなわち「認知症緩和ケア」を推進する支援体制について考察するものである。

1. 1960年代から70年代における認知症高齢者は、特養、老人病院、精神病棟などの施設が受け入れ先となっていた。認知症に対する医学的な研究も進まない中で提供された問題対処型のケアは、認知症高齢者への抑圧的な対処でしかなく、利用者の混乱と不安をあおりながら悪循環を繰り返すこととなった。
2. 80年代になると、本人を取りまく環境やケアの質こそが、認知症の状態改善を促す最も有効な手立てだと気づくようになる。以後、介護保険制度施行の2000年に向けて、わが国認知症ケアの方向性は大きく変わり、本人の暮らしの継続性や「寄り添う」「付き合う」「奪わない」「断ち切らない」といった関わりを重視するケアへと転換されてきた。
3. 現在、グループホームサービス利用者は全般的に重度化が進んでおり、2000年に1割程度だった重度要介護者は、2006年には2割程度まで増えている。身体ケア中心の支援から、認知症の特性に応じた新しいケアへと転換してきたグループホームも、重度化対応を迫られる逆戻り現象が起きている。
4. 入居者の重度化とともに課題になるのは医療連携体制である。認知症は居所を移動することで状態悪化を引き起こすことも多く、病院での点滴や医療行為の場面で、大声を出したり、行動障害などが現れてしまうこともしばしばある。医療現場での対応困難な状況や受け入れ拒否の実状に照らせば、自宅やグループホームに医療が届けられる仕組みが切望される。
5. スウェーデンにおける認知症ケアは、医療と介護の支援の目的が一致しており、認知症ケアの標準化が図られている。在宅やグループホームでの医療連携もシステム化され、認知症の初期診断から看取りまでを包括的に支援する仕組みが整備されて

いる。

6. また、認知症緩和ケアの視点で、家族への教育が行われているという特徴的な試みもみられる。家族教育は認知症の人を理解し、適切な環境と対応を促す上で重要な取り組みとなり、関係性のケアを推進しようとするわが国においても取り入れていくべき視点である。
7. 認知症ケアの変遷、現状、海外の状況を通じて考察される わが国の今後の取り組み課題は、①市町村が主体的に取り組む地域啓発とケアの質の確保、②認知症高齢者の在宅介護を支える医療連携体制の推進、③認知症訪問看護サービスの推進、④介護職における終末期支援の教育と医療的ケアの規制緩和、などが考えられる。

## <目次>

はじめに .....	69
1. 変遷—不適切ケアを助長してきた歴史的背景 .....	70
1.1 ケアなきケアの時代 .....	70
1.2 認知症ケア模索の時代 .....	71
1.3 新しい認知症介護の醸成期 .....	72
1.4 量的整備の時代へ .....	72
2. わが国認知症介護の現状と課題 .....	75
2.1 認知症介護の現状 .....	75
2.2 重度化するグループホーム利用者 .....	77
2.3 求められる認知症在宅医療体制の拡充 .....	79
2.4 サービス提供現場における医療的ケアの制限 .....	80
2.5 事業者間格差 .....	80
3. 先進国スウェーデンの現状 .....	80
3.1 高齢化の状況と認知症高齢者率 .....	81
3.2 医療福祉サービスの体系的な構造 .....	82
3.3 認知症介護の現状 .....	84
3.4 家族支援の視点 .....	87
3.5 緩和ケアに関する考え方 .....	88
4. わが国の今後に向けた課題と考察 .....	88
4.1 認知症緩和ケアの基本に据えるべき関わりのケア .....	88
4.2 今後の取り組みに向けて .....	89

## はじめに

「緩和ケア」という言葉は一般に、医療現場で用いる言葉として認識され、積極的な延命治療をするよりも疼痛緩和や精神的安定を重視するガン末期患者等へのケアとして捉えられている場合が多い。わが国では1980年代はじめに最初のホスピスが開設され、1990年に「緩和ケア病棟」としての診療報酬の評価がなされるようになった<sup>(1)</sup>。しかし、高齢化率20%を超えるわが国では、介護現場におけるもう1つの緩和ケアとして、「認知症緩和ケア」が注目されるようになってきた。

緩和ケアとは「生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の早期より、痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な、魂の)問題に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、クオリティー・オブ・ライフ(生活の質、生命の質)を改善するためのアプローチである」と定義<sup>(2)</sup>されている。広義には、医療のみならず死に向き合う患者への全人的な支えを指している。

認知症は、一度獲得された知的能力が、原因疾患をともなう脳の器質的障害により持続的に低下する状態をいうが、今のところ根本的な治療薬は研究段階に留まり、脳の萎縮などにより最後には死に至る疾患とされている。また、認知症のない高齢者に比べると、身体の老化は3倍の速さで進行するとの医療関係者の話もある。ガンのように疼痛や急激な衰弱をともなう病気ではないものの、周囲の支援なしに自立した生活は困難となり、認知機能の重度化とともに失行、失認、失語などの状態に陥ることになる。

未だに周知されていないのは、この重度の状態に陥ることによって、認知症の人自身も周囲が想像できないほどの苦痛をともなうという点である。「何もわからない」「呆けた者勝ち」といった認識は間違いであり、認知症の人自身も己の変化に気づき、自分が自分で無くなっていくことの悔しさや恐ろしさを感じながら生きている。そして、生理的欲求と行動が伴わないことによって引き起こされる不穏行動、場所・時間・人物・モノを認知できないことによる不安と混乱、感情や思いを周囲に表現できない焦燥感や困難を抱えて暮らしている認知症終末期において、緩和ケアの有効性は高い。

本稿における「認知症緩和ケア」は、余命を宣告されたガン末期等の医療的ターミナルケアよりも広義に捉え、認知症の人が周囲の支援を必要としてから命が絶えるまでの長期にわたり、本人のみならず家族にも係る精神的、身体的「苦痛の緩和」を指している。85歳以上高齢者の4人に1人(施設介護受給者の8割程度)が認知症というわが国の現状において、療養型病床の再編や介護保険制度における地域密着型サービスの醸成期に認知症高齢者支援体制をどう考えるかは、国民の終末期の暮らし方を左右する重要な課題である。

---

(1) 現在も施設数や病床数は十分とはいえ、2006年6月時点のデータでは157施設(2982病床)、癌で死亡する患者数からみれば僅かな数である

(2) WHO:世界保健機構、日本ホスピス緩和ケア協会ホームページの翻訳

本稿は認知症緩和ケア、すなわち「認知症の人の苦痛を和らげる支援」を視点を、各章で認知症介護の「変遷」「現状」「先進国の状況」を確認しつつ、これからの認知症介護を支える制度のあり方や今後の取り組み方向について考察する。

## 1. 変遷—不適切ケアを助長してきた歴史的背景

わが国の社会福祉制度の始まりは戦後になってからで、高齢者福祉・介護に関わる施策は1963年（昭和38年）に制定された「老人福祉法」からスタートする。老人福祉法においては介護の機能を持たない「養護老人ホーム」と「軽費老人ホーム」、介護の機能を持つ「特別養護老人ホーム」の3施設が体系化された。養護と軽費の違いは、前者が所得による線引きがあるのに対し、後者は所得制限がないという点である。また、特別養護老人ホーム（以下特養という）は、介護の機能を持たない養護と軽費において、身体介護が必要となった者の受け皿として用意されたものである。

老人福祉法の目的は「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その身心の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を講じ、もって老人の福祉を図ることを目的とする」（S38年7月11日法律第133号、昭和38年8月1日施行）と示され、介護を必要とする一人暮らし高齢者や低所得者層を中心とする社会的弱者への救済・措置策（行政処分）として認識されていた。

### 1.1 ケアなきケアの時代

1960年代～70年代の特養は身体介護が中心となっていたため、集団生活に支障をきたす重度認知症高齢者は特養の認知症専門棟（当時痴呆棟）や老人病院、精神病院などがその受け皿になっていたと考えられる。老人福祉法の制定前後には、認知症という病気に対する社会的な認識がなればかりか、ケアの理念や方法論もないままに、いわゆる問題行動と呼ばれてきた「周辺症状」に対して、身体拘束や投薬による抑制、言葉による封じ込めが標準的になされていた時代である。

当時を代表する認知症をテーマとした小説では、安岡正太郎の「海辺の光景」（1960年）や有吉佐和子の「恍惚の人」（1972年）などがあげられるが、いずれも、当時の認知症高齢者に対する社会的支援策は皆無に等しく、在宅介護を断念すると精神病院への入院くらいしか方法が見つからない状況が伺える。鉄格子や金網などに囲まれた環境、副作用のある薬の常用や身体拘束、浮浪者や精神病患者と認知症の高齢者を一緒くたに収容するといった状況にあっても、自宅に連れて帰れない家族は見て見ぬふりで過ごすしかなかった時代である。また、当時を語る文献の多くから、介護者自身が過剰な投薬や不適切な対応を疑いもせず、栄養失調などによる「殺人病院」と化していた様子を窺い知ることができる。

制度的な背景として確認しておくべきは、1973年に老人医療費無料化が実施されたことにより全国に多くの老人病院が開設され、前述のような社会的入院を助長してきたという点である。この頃行われていたケアは、完全なる介護者都合のケアであり、痴呆というレッテルを貼られた者

への「緩和ケア」という概念は存在しない（2004年12月、「痴呆」という言葉は厚生労働省により一般用語を「認知症」に改称した）。また、認知症高齢者の存在は、地域における病気への理解も支援も得られぬままに、家族介護者を孤立状態に追い込み、家族の身心負担を極限まで追い詰めていたことが容易に想像できる。

## 1.2 認知症ケア模索の時代

### (1) 環境重視と個別ケアの芽生え

1980年代になると、徘徊、不潔行為等の様々な周辺症状にも、個々の状態に応じたそれぞれの背景や意味があることに気付くようになり、抑制や隔離で問題を封じ込めようとするだけの対応から個別の対応を模索する時代へと入る。前項に記したケアなきケアの時代における実践現場の悲惨さや、高齢者の尊厳を無視した対応に疑問を抱き始めた介護者や家族等が、手探りで新しい認知症ケアのあり方を模索し始めた時期でもある。

試みの1つとしては、生活環境重視のアプローチが挙げられる。認知症の人は極めて環境の変化に弱いという特性があるため、施設等への移動が本人を取りまく全ての生活環境を一変させて、ダメージを一気に加速させてしまう。この本人への弊害（リロケーションダメージ）に着目した先進的ケア関係者は、小規模なたたずまいと家庭的な雰囲気を設え、本人の暮らしの継続性や「寄り添う」「付き合う」「奪わない」「断ち切らない」といった関わりを重視するケアを提供するようになった。また、全てにおいて介護者の都合が優先されてきたケアは、個々の状態や全人性、一人ひとりの尊厳を支える個別ケアへと変わり、「本人本位」という概念を芽生えさせたのである。

これらのサービスは、多くの成果とともにグループホームや宅老所<sup>(3)</sup>などの新しいサービスに受け継がれることとなるが、この段階でのサービス事業所数は極めて少なく、ごく一部の先駆者による試行段階に留まる。

### (2) 家族の変化

一方で、それまで孤立無援の状態になりがちだった家族介護者にも変化が生じる。認知症の家族を抱える介護者だからこそ気づく、介護サービスの矛盾や家族介護者の身心負担の状況を結集し、1980年に「ぼけ老人を抱える家族の会（現、社団法人認知症の人と家族の会）が発足した。介護サービスの対象は本人である場合が多く、認知症特有の家族介護者の身心の疲労に対して十分な支援策は講じられてこなかった。家族の会は、認知症ケアに取り組む家族等の全国的ネットワーク化を図り、交流会や研修活動を通じて認知症という病気の理解・啓発、認知症の人の可能性について広く社会に呼びかけながら、認知症の人にも住みやすい地域づくりに向けて歩みはじめたのである。

---

<sup>(3)</sup> 法令に定義のない民間独自の福祉サービスで、家庭的な雰囲気の中での少数ケアを目指している。高齢になって認知症や障害を持って、住み慣れた地域での継続的な生活ができるよう、介護保険サービスなどの既存制度の範囲では手が届かない部分にきめ細かく対応した独自のサービス。宅老所の「宅」は家庭を表している。

### 1.3 新しい認知症介護の醸成期

1990年代になると、グループホームや宅老所の取組みは本格化し、利用者本位の「新しい認知症ケア確立期」へと入る。北欧諸国のグループホームケアが注目されるようになり、多くの実践者や研究者がスウェーデンやデンマークの尊厳を支える個別ケアを学びながら、わが国の認知症ケアの水準を高めてきたといえる。

90年代後半にはグループホームの制度化に向けた動きが活発化し、1997年の国庫補助事業をきっかけに、全国規模でのサービス提供体制が本格化していった。この時期に開設した運営主体は、医療法人、農協、株式会社、有限会社などの参入が目立ち、創成期における住民組織型の自主運営から、市場化に向けての大きな転換期を迎えたことになる。一部の先駆事業者が醸成してきた新しい認知症ケアの手法は、新ゴールドプラン（1994年）による高齢者福祉政策の長期ビジョンと相まって、介護保険制度下の認知症高齢者共同生活介護（以下グループホームという）の拡大とともに量的整備の時代へと入る。

変遷を確認するにおいて、新しい認知症ケアを牽引するグループホームや宅老所が、決して制度の枠の中から生まれたものではなく、過去の不条理の上に当事者が自ら生み出したサービスである事を心に留める必要がある。家族や本人、医療・介護の関係者の手によって「高齢者の尊厳を支える」という理念に培われた新しい認知症ケアの始まりである。

### 1.4 量的整備の時代へ

2000年、グループホームは宅老所に先駆けて、介護保険制度施行と同時にサービスメニューに加えられた。過去、営利法人に開放されたことのなかった居住形介護保険サービスの解禁とあって、グループホームは他のサービス業態の群を抜いて事業所数を伸ばし、2007年10月末には9,287箇所まで増えている。また、従来の宅老所の取組みを基に制度化された小規模多機能型居宅介護は、「通い」「泊まり」「訪問」などの多機能を包括的に利用できるサービスとして、2006年度から制度化され、2007年10月末で1,138箇所となっている。

しかし、市場原理を働かせて量的な受け皿を拡大させようとした制度への取り込みは、評価されるべき効果を上げたものの、予想以上の速さで増え続けるグループホームに対して、これまで作り上げてきた新しい認知症ケアの理念やノウハウを浸透させていくことは容易な作業ではない。なぜなら、新規参入事業者は制度施行以前から介護・福祉に携わってきた者ばかりではなく、不動産、建設、食品など、あらゆる業態からの異業種参入組である場合が多いからである。知識不足と無理解による拘束や囲い込み、権利侵害など、過去の過ちを再び繰り返さないためのサービスの質の確保・向上策は、いま最も重要な取り組み課題となっている。そして、現状における認知症ケアは、長い年月をかけて醸成してきた新しい認知症ケアと旧来型のケアが混在している状況といえる。

図表－１ 認知症介護の変遷

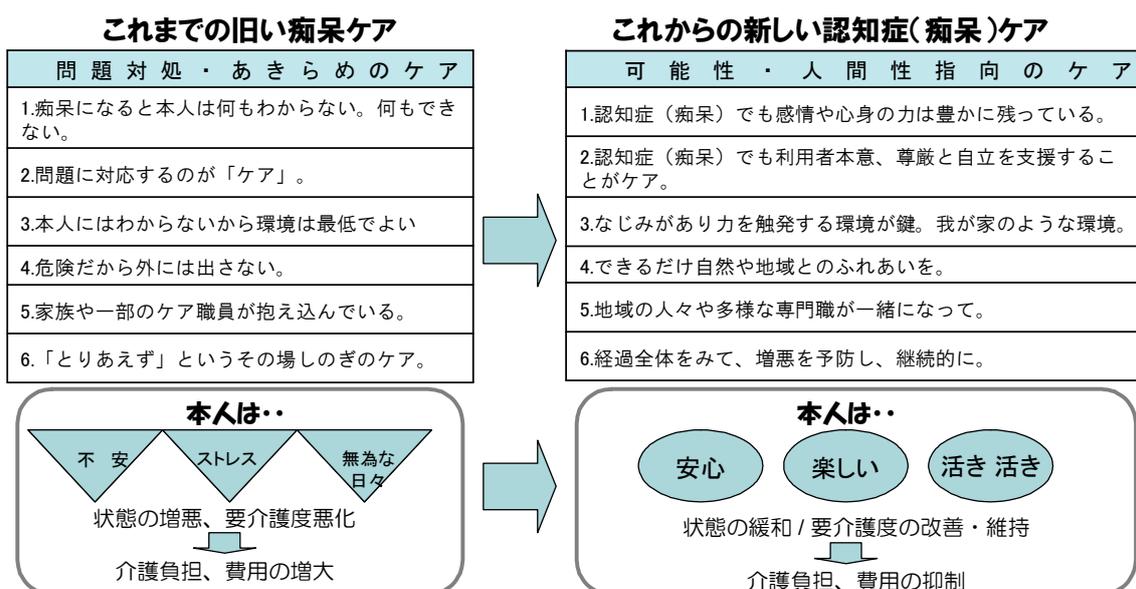
		動き	関係法令
1960年～ 1970年	ケアなきケアの時代	認知症(当時は痴呆)高齢者の受け皿は精神病棟が一般的な時代 (1960年代～1970年代)  老人医療の無料化により、多くの老人病院が開設される	老人福祉法 (1963年) 「老人の福祉に関する原理を明らかにするとともに、老人に対し、その身心の健康の保持及び生活の安定のために必要な措置を康司、もって老人の福祉を図ることを目的とする」(S38年7月11日法律第133号、昭和38年8月1日施行)  老人医療費無料化 (1973年)
1980年	探索期	「ぼけ老人を抱える家族の会」結成 (1980年)  一宅老所・グループホームの登場  医療計画制度が導入されるものの、既得権確保のための病院の増床が繰り返され、高齢者の長期入院、社会的入院が常態化	老人保健法 (1982年) 特例許可老人病棟の導入 (1984年)  第一次医療法改正・地域医療計画の策定 (1985年) 社会福祉士および介護福祉士法 (1987年)  ゴールドプラン: 高齢者保健福祉推進10ヵ年戦略 (1989年)
1990年 (前半)		認知症の人の権利重視のケア・ノーマリゼーションの追求が始まる	老人福祉法等の一部を改正する法律(福祉関係八法改正) (1990年)  介護力強化病棟の創設 (1990年)  福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律 (1993年)  新ゴールドプラン: 高齢者保健福祉計画 (1994年)
1990年 (後半)	醸成期	グループホームの制度化に向けたモデル事業の開始(1995年)  国庫補助事業によるグループホームサービスの本格的な開始(1997年)  －日本版グループホームの醸成期－  全国痴呆性高齢者グループホーム連絡協議会(現全国認知症グループホーム協会)結成(1998年)  宅老所・グループホーム全国ネットワーク結成(1999年)	高齢社会対策基本法 (1995年)  介護保険制度案大綱(老人保健福祉審議会) 介護保険法成立 (1997年)

2000年	<p>グループホームが介護保険サービスに位置付けられ、認知症ケアの切り札として注目される（2000年）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症ケアを接点に大規模施設のユニット化やサテライトなどの動きへ</li> <li>・認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式開発</li> </ul> <p>グループホームサービスの質確保・向上策としてサービス評価制度を開始 （2001年：自己評価、2002年：外部評価）</p> <p>指導者養成研修、認知症介護実務者研修等の研修制度が体系化される（2001年）</p> <p>高齢者介護研究会「2015年高齢者介護報告書」により、認知症ケアモデルの確立へ （2003年）</p> <p>呼称の変更：「痴呆」→「認知症」へ （2004年12月）</p> <p>「認知症を知る1年」キャンペーンの実施 （2005年）</p> <p>地域密着型サービスの創設により、小規模多機能型居宅介護が制度化される（2006年）</p>	<p>介護保険制度施行（2000年）</p> <p>ゴールドプラン 21</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・介護サービスの基盤整備と生活支援対策などが位置付けられ、従来のプランにはなかったグループホーム整備を施策へ</li> </ul> <p>介護保険制度改正（2006年）</p>
-------	---	--

量的整備の時代

（資料）ニッセイ基礎研究所作成

図表－2 新しい認知症



（資料）認知症介護研究・研修東京センター (<http://www.itsu-doko.net/about.html>)

## 2. わが国認知症介護の現状と課題

### 2.1 認知症介護の現状

#### 2.1.1 認知症高齢者数の増加

わが国の平均寿命は世界の中でも最高水準であり、男性 78 歳、女性 85 歳となっている。平均寿命の長さや認知症の発症率は大きく関係しており、65 歳以上高齢者に占める認知症高齢者の割合（認知症老人自立度Ⅱ以上）は 6.3%だが、85 歳以上では 27.3%と、実に 4 人に 1 人が認知症であると言われている。これは長寿の国になればなるほど認知症になってから亡くなる高齢者が増えるということを示している。

認知症高齢者の具体的な数について、「2015 年高齢者介護研究会報告書（高齢者介護研究会、2003 年）」では、団塊の世代が 65 歳高齢者になりきる 2015 年に、250 万人になると推計していた。しかし、昨年度に認知症介護研究・研修東京センターが実施した全国自治体調査から全国の認知症高齢者数を単純集計したところ、既に 263 万人程度まで達しているとの推計結果も発表されている<sup>(4)</sup>。当初の予想を上回る勢いで増加する認知症高齢者への施策の推進は、今後、最も真剣に取り組んでいくべき重点課題である。

図表－3 各国の男女別平均寿命

国	平均寿命(年)			
	男	順位	女	順位
日本 <sup>1)</sup>	78.64	1	85.59	1
スウェーデン	78	2	83	3
スイス	78	2	83	3
オーストラリア	78	2	83	3
フランス	76	14	83	3
ドイツ	76	14	82	9
イギリス	76	14	81	17
アメリカ合衆国	75	18	80	22
韓国	73	23	80	22
中国	70	28	74	34
インド	61	39	63	40

(注) WHO, The World Health Report 2006 による。順位は、ここに挙げた 41 の国における平均寿命の長い順。1) 厚生労働省統計情報部『平成 16 年簡易生命表』による。

(資料) 国立社会保障・人口問題研究所から転載

図表－4 年代別認知症の発症率

有病率	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%	6.3%
年齢階級別	65～69 歳	70～74 歳	75～79 歳	80～84 歳	85 歳以上	全体

(資料) 杉山孝博（厚労省調査より作成）から転載

<sup>(4)</sup> 永田久美子（2007）「自治体における認知症支援体制の構築に向けて：第 1 報」『日本認知症ケア学会誌』2007. vol. 6-2. p347

図表－５ 認知症高齢者の将来推計

(単位:万人)

西 暦	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
認知症老人 自立度 Ⅱ以上	149 (6.3)	169 (6.7)	208 (7.2)	250 (7.6)	289 (8.4)	323 (9.3)	353 (10.2)	376 (10.7)	385 (10.6)	378 (10.4)
参考: Ⅲ以上	79 (3.4)	90 (3.6)	111 (3.9)	135 (4.1)	157 (4.5)	176 (5.1)	192 (5.5)	205 (5.8)	212 (5.8)	208 (5.7)

(注) カッコ内は65歳以上人口比(%)

(資料)「2015年の高齢者介護」(高齢者介護研究会報告書,2004年)

## 2.1.2 認知症の人を支える支援体制

2006年の介護保険法改正では、認知症ケアモデルの具現化と在宅支援強化の観点から、24時間365日の在宅介護を強化する「地域密着型サービス」が新たに類型化された。認知症の在宅介護は、昼夜を問わずの見守りが必要な場合も多く、いつ何が起こるか予測がつかないという、身体介護とは違った側面での介護負担が積みまとう。しかし、従来サービスで24時間365日を支えるキメの細かい支援を望むことは難しく、家族は介護に疲れ果てた後に施設系サービスを選択するパターンが多くみられた。

地域密着型サービスのねらいは、住み慣れた地域の中に複数の小規模サービスを集結し、馴染みの関係性を保ちながら本人の状態に応じた継続的、段階的なケアを受けられるようにすることである。サービスメニューは図表6に示した6種類あり、一人の人を地域の中で包括的に支えるサービスを体系化している。

認知症高齢者に限定されるサービスは認知症通所介護と認知症対応型居宅グループホームの2種類であるが、認知症の人への在宅支援サービスとして現在最も注目されているのは、1つの事業所で「通い(デイサービスの機能)」「訪問(ホームヘルプ的機能)」「泊まり(ショートステイ的機能)」を一体的に提供する小規模多機能型居宅介護(以下小規模多機能という)である。小規模多機能は、軽度から重度まで、要介護高齢者の在宅生活を幅広く柔軟に支えるサービスであり、認知症の有無に関わらず利用することができる。1章で紹介した「宅老所」がサービスモデルになっており、住み慣れた地域と馴染みのある関係の中で、個別のニーズに柔軟に対応していくという点において、認知症の人が使いやすいサービスであるといえる。

地域密着型サービスは、これまでの身体ケア(食事、入浴、排泄など)中心から、個別の暮らしを支えるサービスへと発展しており、アセスメントやケアプランにおいてもソーシャルワークを取り入れたより高度な知識とケアマネジメント力が求められるようになってきた。また、従来のサービスとの違いは、事業所の指定・監督権が都道府県から市町村に移管され、利用者も地域住民に限定されるなど、それぞれの市町村の実情に応じた地域ケア体制を整備していこうとする意図が明確化している。

図表－6 地域密着型サービス種類

<p>○夜間対応型訪問介護 在宅での24時間の生活を支えるため、夜間に定期的な巡回訪問サービスを提供するほか、利用者からの通報がある場合に随時の訪問サービスを提供する。地域の中学校区に1ヵ所程度の事業所設置を想定して整備が進められている。</p>
<p>○小規模多機能型居宅介護 従来の宅老所や小規模多機能サービス拠点を地域密着型サービスの制度に取り込んだもの。「通い（通所）」の機能を中心に、「訪問（ホームヘルプ）」や「泊まり（宿泊）」のサービスを組み合わせ提供することで、利用者の地域での在宅生活継続を支えていく。1事業所の利用者登録人数は25名で、利用料は1ヶ月単位の定額制になっている。</p>
<p>○認知症対応型通所介護 認知症の方を専用でケアするデイサービス。日帰りで事業所へ通い、食事や入浴などの日常生活上の介護や機能訓練などのサービスを受けることができる。</p>
<p>○認知症対応型共同生活介護（グループホーム） 認知症の要介護者を対象に、家庭的な環境の中で、入浴、排泄、食事等の介護サービスの他、日常生活を通じた機能訓練や自立支援を行う入居型のサービス。定員は5名から9名以下の小規模ホームであり、職員とともに家事や趣味の機会を持ちながら残存能力を活かした生きがいと安心感のある生活を支援する。</p>
<p>○地域密着特定施設入居者生活介護 定員が29名以下の特別養護老人ホーム。従来の特別養護老人ホームが定員の一部をユニット化し居住空間の改修を行ったり、地域への外出しでサテライト型の運営を行うなど、特養の地域展開を促進している。</p>
<p>○地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 定員が29名以下の有料老人ホームなど。入浴、排泄、食事等の介護や、日常生活上必要なケアサービスおよび機能訓練等を行う。</p>

（資料）ニッセイ基礎研究所作成

## 2.2 重度化するグループホーム利用者

### 2.2.1 受給者数の推移

2000年介護保険制度施行以来、認知症介護の専門サービスとして注目を集めてきたグループホームは、事業所数の急激な伸びとともに、受給者数も2000年から2004年までの間に160%から200%の割合で増加している。

全国認知症グループホームが2005年に実施した「グループホーム実態調査」から利用者家族の意識をみると、現在のグループホームへの入居を「第一希望である」としている割合が全体の86.5%を占めている。このことは、利用者・家族が特養や老健など大型施設の待機場所としてグループホームを利用しているのではなく、認知症専門ケアとしての認識を持って選択していることを示している。

図表－7 グループホーム受給者数推移

(単位:千人)

	2001年度	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年
グループホーム (対前年増加率)	13.2	26.2 198.5%	47.6 181.7%	77.1 162.0%	100.6 130.5%	121.6 120.9%
特別養護老人ホーム (対前年増加率)	306.1	332.5 108.6%	348.6 104.8%	365.6 104.9%	376.6 103.0%	403.1 107.0%
介護老人保健施設 (対前年増加率)	236.5	254.9 107.8%	268.7 105.4%	281.5 104.8%	292.3 103.8%	304.4 104.1%
介護療養型医療施設 (対前年増加率)	109.0	132.5 121.6%	138.7 104.7%	137.7 99.3%	125.6 91.2%	120.5 95.9%

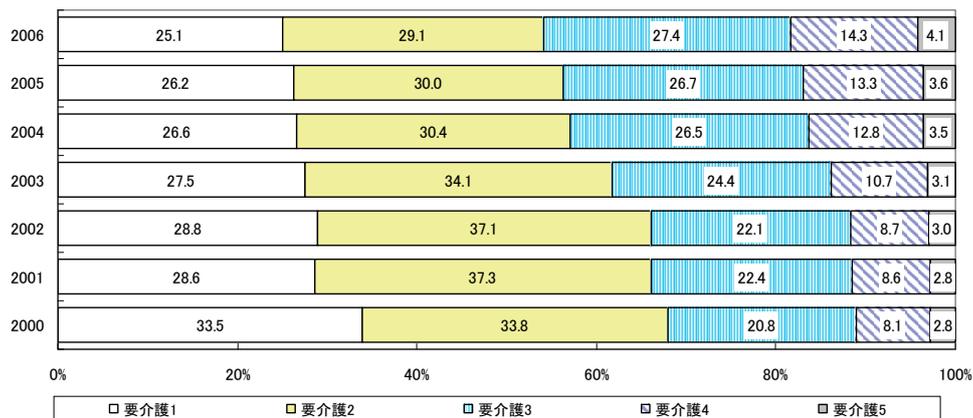
(注) 2006年4月審査分以前は、介護予防サービスを含まない。  
 (資料) 厚生労働省統計情報部「介護給付費実態調査」

### 2.2.2 入居者の要介護度の変化

グループホームサービスが開始された直後の2000年9月では、要介護1と2の軽度要介護者が全体の7割近くを占め、要介護4と5の重度者は1割程度となっていた。しかし、入居者の状態は経過とともに重度化し、2006年9月の段階で、軽度者は54%程度まで減り、重度者は2割近くを占めるまで増えている。認知症高齢者の衰弱の速さは通常の高齢者のおよそ3倍であるという説を裏付けるかのように、入居者の重度化は目に見えて進んでいる。

施設サービスにおける「身体ケアモデル」からの脱却として、利用者の気持ちや個別性に寄り添う新しい認知症ケアを推進してきたグループホームではあるが、重度化が進んでいる現在、入浴や排泄、食事、医療的ニーズ等への対応を迫られる身体ケアへの逆戻り現象が起きている。

図表－8 グループホーム入居者の要介護度の変化



(注) 各年9月実績のデータ  
 (資料) 厚生労働省統計情報部「介護給付費実態調査」から作成

### 2.2.3 重度化に関する家族の意向

同じく「グループホーム実態調査（全国認知症グループホーム協会、2005年）」の家族アンケートの結果から、身体状態が悪化した場合の介護を受けたい場所に関する回答では、「現在のグループホーム」が68.1%、「特養や療養型などの介護施設」が19.7%、「病院」が8.7%で、グループホームケアを支持する割合が高くなっている。医療設備や看護師配置が手厚い介護施設や病院よりも、馴染みの環境や人間関係を重視する結果とみてとれる。

また、看取りの場所として選択しているのは、「現在のグループホーム」が63.9%で、「病院」の25.5%を大きく上回る。本人の意向を確認した調査ではないものの、グループホームへの終末期支援に対する家族ニーズが高いことがわかる。

図表－9 ターミナルケアに関する家族の意向

	調査数（N）	合計	い自宅 で介 護し た	でグ ル ー ホ ー ム に 介 護 し たい	し病 院 な ど で 介 護 し たい	考 え て い ない	そ の 他	無 回 答
全体	935	100.0	3.4	63.9	25.5	3.4	2.7	1.2
1年未満	207	100.0	2.9	59.4	26.6	4.3	4.8	1.9
1～2年未満	245	100.0	4.5	60.8	26.9	4.9	2.9	0.0
2～3年未満	191	100.0	3.1	64.9	26.2	2.1	2.1	1.6
3年以上	248	100.0	1.2	73.0	21.8	2.4	1.2	0.4
無回答	44	100.0	13.6	45.5	29.5	2.3	2.3	6.8

（資料）「グループホーム事業実態調査報告書 2005年度版」全国認知症グループホーム協会

### 2.3 求められる認知症在宅医療体制の拡充

以下では筆者が携った「グループホームにおける終末期支援のあり方に関する調査研究」および「グループホームにおける虐待防止・権利擁護事業」（2006年全国認知症グループホーム協会調査研究事業）を通じて事業者等から得たヒアリング等の情報をもとに記述する。

認知症の人が住み慣れた場所、馴染みのある人・モノに囲まれて安心して暮せることが認知症緩和ケアと考えるのであれば、終末期を支える医療や看護が自宅やグループホームに届けられる仕組みとしてつくられるべきである。しかし、現実的には、家族やケア関係者、医師などとの合意を経て病院への入院を選択し、ターミナル期を病室で過ごすケースは依然として多い。

認知症は居所を移動すること自体のリスク（リロケーションダメージ）が大きいことは前述の通りであり、場所や時間、前後の関係や自分の置かれた状況を理解できない不安と混乱は、言葉で訴えることが出来ない分、看護師等への抵抗（暴力、暴言など）や大声を張りあげるといった形で表現されてしまうことも多い。対応に困った医療関係者が、やむを得ない処置として手足の抑制（縛る）という方法をとれば、認知症介護の現場で積み上げてきた高齢者の尊厳を支えるケアは一瞬にして崩れ去られてしまう。この医療現場で当たり前に行われている抑制という行為は、入院することによってもたらされる家族の安心感や、水分補給程度の点滴のために行われている

ケースも含まれており、決して自宅やグループホームへの訪問看護で担えない高度な医療技術ばかりではない。生活の質、生命の質を追求し、一人ひとりの個別性に寄り添いながら「関わりのケア」を築いてきた認知症介護が、その人の最期のステージを支えきれていないという現実を見つめなおす必要がある。

## 2.4 サービス提供現場における医療的ケアの制限

また、在宅における家族介護よりも、グループホームに入居した方が医療的ケアの制限が大きいという現実もある。理由は、点滴の針を抜くという行為や胃ろう・経管等の家族に認められている行為が、介護職には認められていないという制度的な課題が存在するからである。仮にグループホームで痰の吸引、経管栄養、在宅酸素等の医療的行為を要する場合は、余裕のない人員配置の中で24時間いるとは限らない内部看護師が担うか、外部看護師をその都度呼んでくるしかない。在宅介護で家族に許されているこれらの行為が介護職には許されない現状にあっては、グループホームの看護師配置の有無に関わらず、終末期支援をグループホームが担うことは困難である。認知症緩和ケアは、初期から終末までの一体的なケア体制ができてこそ実現するものであり、わが国の認知症介護の未成熟さの一面を表している。

## 2.5 事業者間格差

元気に動ける認知症高齢者の専門ケアとして、利用者の精神面での支援を強調してきたグループホームは、制度づくりにおいても看護師の配置や医療連携体制の基準を比較的に緩やかに設定してきた経緯がある。当初、重度化対応をどのように想定していたかは不明だが、目の前のこの課題にどう対応すべきかについてはグループホーム事業者同士の中でも温度差が激しくなっている。例えば、看取りを日常ケアの延長にある当たり前の支援として取り組んでいる事業所もあれば、そもそもグループホームに重度者対応の想定はないという理由で、退居基準を設けて医療施設や介護施設への移動を勧める事業所もある。

終末期支援という要の部分で、グループホームサービスの標準化が図られていないことは大きな問題である。なぜならば、地域密着型サービスに位置づけられてから、利用者が事業者を選択する幅は狭まり、利用者・家族はケアサービスの中身まで吟味して事業所を選択する余裕がなくなっているからである。事業者の方針がそのまま地域高齢者の終末期の過ごし方を左右させてしまうことにもなりかねない。

## 3. 先進国スウェーデンの現状

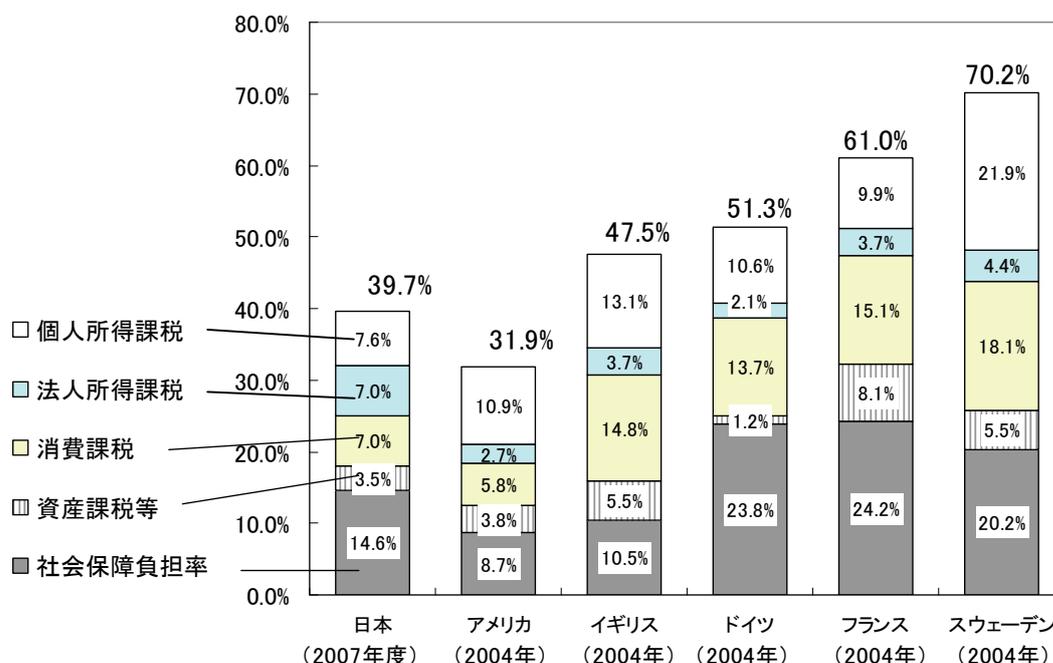
スウェーデンはスカンジナビア（デンマーク、ノルウェー、スウェーデン）における福祉政策を先導してきた福祉国家として知られる。スウェーデンが福祉国家として成長を遂げてきた背景には、国民自らが高福祉高負担を選択し、人生の最後まで個々のライフスタイルを守ることの権利や、高負担税制に基づく手厚い医療や介護、年金、育児・介護の休業制度等の社会福祉を支持

してきたことによる。そして、介護や医療を当事者だけの問題とせず、社会全体で支えていくべきものという考え方が徹底されており、障害の有無に関わらず全ての人が当たり前の社会生活を送る権利、すなわちノーマライゼーションの原点から、「安心して暮らせる保障」をシステム化している。

この高度な福祉システムが、国民の総所得に占める租税・社会保障等の国民負担率7割以上で支えられている事実を改めて確認すると、日本とスウェーデンの社会福祉に対する国民意識の違いが浮き彫りになる（日本の国民負担率は39.7%）。スウェーデン国民は負担に見合うだけのサービスを享受し、安心した老後が約束されているからこそ、日本とは桁違いの高負担を納得して受け入れているのである。

以下では、筆者が視察したスウェーデンのヨーテボリ市、ウルリスハム市、モータラ市等の状況をもとに、福祉国家スウェーデンの現状を記述する。

図表－10 国民負担率の内訳の国際比較



(注) 1. 日本は平成19年度(2007年度)予算ベース、諸外国はOECD“Revenue Statistics 1965-2005”及び同“National Accounts 1993-2004”等による。  
 2. 租税負担率は国税及び地方税合計の数値である。また所得課税には資産性所得に対する課税を含む。  
 3. 財政赤字については、日本及びアメリカは一般政府から社会保障基金を除いたベース、その他の国は一般政府ベースである。  
 4. 四捨五入の関係上、各項目の計数の和が合計値と一致しないことがある。  
 5. 老年人口比率については、日本は2007年の推計値(国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(平成18年(2006年)12月推計)による)、諸外国は2005年の数値(国際連合“World Population Prospects: The 2004 Revision Population Database”による)である。  
 (資料) 財務省『わが国税制・財政の現状全般に関する資料』2007年より転載。

### 3.1 高齢化の状況と認知症高齢者率

日本における平均寿命(男女合計)は82歳、65歳以上高齢者率は21.5%に対して、スウェーデンの平均寿命は81歳、65歳以上高齢者率は19.5%と、その水準はほぼ同レベルにある。認知

症の出現率と年齢の相関からみても、スウェーデンの認知症高齢者割合は日本とほぼ同じレベルであることが推測される（ウルリスハム市では現在、65歳以上高齢者に占める中度、重度認知症高齢者割合は9%程度となっている）。今後1940年代、1950年代に生まれた層が高齢期に入ると、認知症の発症率はさらに高くなると予測されており、わが国同様、認知症高齢者対策はスウェーデンの重要な課題の1つとなっている。

また、もう1つの課題として挙げられるのが若年性認知症の増加である。若年性認知症の出現率が増えているというよりは、自身が認知症であることを隠していた患者が、サービスの普及とともに早期に支援を求められる環境ができてきた結果とみるべきであろう。この状況も日本とほぼ同じとあってよい。

図表-11 平均寿命と65歳以上高齢者率

	平均寿命		65歳以上 高齢者率
	男	女	
スウェーデン(2003年)	77.9歳	82.4歳	17.2%
日本(2004年)	78.6歳	85.6歳	20.2%

(資料) 医療経済研究機構『スウェーデン医療関連データ集』2004/国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集」2007.より作成

### 3.2 医療福祉サービスの体系的な構造

1992年のエーデル改革では、医療と介護の機能分担が図られた。保険医療法に基づく「保健医療サービス」はランスティング（日本における県）が担い、社会サービス法に基づく「介護サービス」はコミューン（日本における市）が担うという棲み分けである（図表13）。医療費と介護費の財源構造も同時に整理され、長期療養病院（日本の療養型病床に相当）はコミューンが所管するナースィングホームに改められて、医療面での強化も図られている。

スウェーデンの医療・介護サービスはそのほとんどが公共事業に位置づけられ、一部民間事業者に委託するサービスがあっても、責任はあくまでランスティングやコミューンが負うこととなる。また、医療・介護を担う人材も公務員であり、コミューンで地域保健福祉を担う人材は、正看護師と准看護師に二分される。

准看護師は、日本における介護福祉士の役割に相当すると考えられるが、スウェーデンでは認知症の専門人材としての役割を持ち、正看護師や医師の指示書のもとに認知症の人への医療的ケアまで業務の裁量権が広げられている。さらに、訪問看護を担う正看護師もスウェーデン独自の特徴的な位置づけがあり、地域医療を担う訪問看護は、正看護師資格取得のための3年に加えて1年半の専門教育を要する。すなわち、公務員である訪問看護師は病院勤務の看護師よりもステータスが高く、国民の健康管理や地域医療福祉を担う介護チームのリーダー的存在として、薬の処方、補助器具の支給権など、日本とは比較にならないほどの権限を持っている。就労者月収の比較をみても、急性期病棟の正看護師月額が24,800Krに対し、市に勤務する正看護師月額は26,700Krと、両者に1,900Kr程度の差が確認できる（表示額は中央値。1クローナ=約18円（2007

年 11 月現在))。スウェーデン在宅サービスが拡充されてきた背景には、正看護師や准看護師の専門教育に裏付けられた裁量権の高さや、役割分担の明確化、両者の連携（チームケア）の強化といった取り組みが仕掛けられていることがわかる。

図表－12 介護・看護就労者の平均月収

職種	最低	最高	中央値
看護・ケア部門の部長	女性 26,300 Kr 男性 27,700 Kr	女性 33,100 Kr 男性 37,900 Kr	女性 29,500 Kr 男性 32,000 Kr
看護・ケア部門のユニットチーフ	女性 24,000 Kr 男性 20,800 Kr	女性 29,600 Kr 男性 29,700 Kr	女性 26,700 Kr 男性 25,900 Kr
准看護師・介護職	女性 19,200 Kr 男性 19,800 Kr	女性 21,400 Kr 男性 21,500 Kr	女性 20,300 Kr 男性 20,100 Kr
急性期病棟の正看護師	女性 22,700 Kr 男性 23,600 Kr	女性 27,100 Kr 男性 27,600 Kr	女性 24,800 Kr 男性 25,400 Kr

(資料) SBC 全国統計局

図表－13 社会保障制度の実施主体と主要サービスの内容

提供責任者	現金給付	現物給付	
		通所・住宅	入院・入所
国	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>【疾病保険】</b>                      ・ 疾病手当                      ・ 一時的障害年金                      ・ 障害年金                      ・ 近親者看取り手当                      ・ リハビリ所得補償金                      ・ 介護休業手当                 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> <b>【両親保険】</b> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【労働災害保険】</b> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;"> <b>【歯科】</b>                      ・ 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）                 </div>	
ランスタイング（県）		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【プライマリ】</b>                      ・ 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                      ・ 薬剤                      ・ 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）                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【入院医療】</b>                      ・ 病院等における入院診療分                 </div>
コミュニケーション（市）		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【在宅サービス】</b>                      ・ ホームヘルプサービス                      ・ デイケア                      ・ 夜間巡回サービス                      ・ 住宅改良ローン                      ・ 雪かきサービス                      ・ 補助器具                      ・ ショートステイ                      ・ 緊急アラーム                      ・ 親族ヘルパー制度                      ・ 住宅手当・付加手当                 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>【特別住宅】</b>                      ・ 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                 </div>

（資料）医療経済研究機構 2004『スウェーデン医療関連データ集』pp.90より転載

### 3.3 認知症介護の現状

#### (1) 医療からのアプローチ

以下はモータラ市モータラ病院の認知症ケアに関するヒアリング内容を参考に記述している。

##### ① 認知症・病名診断のプロセス

認知症は、長期的大量に脳の機能が劣化し、精神状態、知的機能、性格、感情等が徐々に低下すると言われている。しかし、その様態や治療の方法は認知症の原因疾患によっても大きく異なり、どのタイプの認知症であるかの病名診断を行うことが、治療やケアの方針を決定する上で重要な情報となる。

また、慢性硬膜下血腫のように治る認知症が放置されたり、うつ病を認知症と取り違えて適切な対応ができなかったりする場合も少なくないため、初期診断における鑑別診断は最も重要なプロセスとして徹底的に行われている。

## ② 認知症診断の流れ

認知症が疑われる者が最初に受診するのは、プライマリケア（初期診療所）である（プライマリケアの所管は地域によってランスタングとコミュニオンに分かれる）。さらに専門診療が必要な患者は、プライマリケアの医師から紹介状を受けてランスタング管轄の総合病院に受診することとなる。標準的には血液検査や画像診断などの検査を行うが、患者が検査に耐えうる状態かの判断や家族の意見を重視する点においては十分な配慮が行われる。

初期受診から最終段階の診断までは3ヶ月から6ヶ月程度の時間を要し、アルツハイマーなどの病名が診断された場合は、プライマリケアへの連携と本人・家族への告知が行われる。スウェーデンでは自分自身がどのような病気であるかを知ることが個々の権利であると捉えられており、例え治療方法のない疾病であっても告知は当然の権利と義務として行われている。診断を下すのは医師であるが、家族への情報提供や教育、アセスメントといった場面では、正看護師がチームのリーダーとして個別の対応を進めていく。

認知症診断に対する家族の精神的なダメージは大きいため、スムーズにアセスメントが進まない場合もある。時間をかけて信頼関係を築くところから家族支援が行われている点は、日本との相違点として特徴的である。また、スウェーデンの認知症研究は1970年頃から始められており、研究者やメディアを通じて、あるいは国策として国民的レベルでの啓発活動が進められている。したがって日本のような偏見や誤った認識はかなり低い状況であると考えられる。

## ③ 治療とケア

認知症は家族や友人など、広範囲に影響を及ぼす病気である。このため、その診断後に起こり得る状態、優れたケアや居住環境の重要性、専門ケアの必要性について、初期のうちから医療の責任で家族や友人への認知症教育が行われている。実際、自分の家族が認知症であることを認め、これから支えていかなければならないという気持ちになるまでには相当な時間を要するようだが、初期の段階で医療が家族等のメンタルな面にまで介入し、医療・介護専門職と共に本人を支えるチーム体制を築き上げるプロセスで、本人・家族等を前向きな気持ちにさせていくことができる。

診断後の治療とケアは、医師による処方や介護計画に基づいて行われるが、前述の通りスウェーデンの認知症看護・介護は、専門職として位置づけられている准看護師によって提供される。認知症の投薬は根本治療とはならないため、優れたケアの力が本人の状態に大きく影響を及ぼす。一人ひとりの患者に寄り添い、医師を含めたチームケアによって、医療と介護のバランスをとりながら途切れない支援を実現している。

多くの場合、診断されてから1年程度の間にはデイサービスやホームヘルプ、ショートステイサ

ービスなどのサービスを必要とするようになるが、これらの介護サービスはコミューンの管轄となっているため、医療を担うランスタング（県）とコミューン（市）の連携は非常に密なものにしておく必要がある。

## (2) 介護からのアプローチ

### ① 認知症介護のしくみ

認知症に対応するケアサービスは、病院、あるいは本人・家族からの申請により、コミューンのニーズ判定員が手配する仕組である。認知症高齢者が利用できるサービスは、訪問介護（ホームヘルプ）、訪問看護、認知症デイ、交換ケア、ショートステイ等であり、在宅が困難な者に対してはグループホームが用意されている。ショートステイサービスはグループホームや認知症デイに併設されており、入居までの慣らし期間として、また本人の状況や家族介護者の負担に応じて緊急的に利用することができる。

図表－14 スウェーデンの介護サービスメニュー

サービスハウス：
対象者は、ある程度自立生活が可能で重度の介護が必要のない高齢者。職員数も状況に応じて配置している。構造は、自立した生活が送れるアパート形態。1DKから2DKのバリアフリーが中心で、介護サービスセンターが併設されている。サービスハウス内には、保健所、薬局、図書館、デイケアセンター、喫茶店、レストラン、屋内プール等が併設され、公共施設として地域に開かれ、入居者以外の市民も気軽に出入りしながら有効活用をしている。
グループホーム：
対象は認知症高齢者。一般の住宅に近い構造で、各部屋に台所や浴室がついている。日本で規定されている9.9㎡程度の規模ではない、一般的に30㎡程度の広い居室が用意されている。このほか、共有部分に台所や食堂、ベランダやテラス等があり自宅生活に近い形で暮らすことができる。また、利用者は各自の居室をアパート契約して利用することとなる。身体状態が重度化したときのためのリフト使用や医療対応も可能であり、ターミナルケアまで標準的に行われている。
ナーシングホーム：
重度の要介護者のみならず医療ケアの必要な高齢者も対象になっている。看護・介護職の配置は、市が提供する住居の中で最も高い規準となっている。ナーシングホームで行われる医療行為は看護職員の責任範囲となっており、医師がコンサルタントとして出向している。エーデル改革（1992年）以降、多くのナーシングホームがグループホーム等の小規模施設に改造され、施設ケアは在宅重視に方向転換されてきた。このため、ナーシングホームは重度の身体ケアを必要とする人に特化されてきている。

<b>交換型医療住居：</b>
1、2週間単位で自宅とナーシングホームを交互に住み替えられるサービス。いずれホームに入居する予定の人の準備期間としても使用できる。日本のショートステイサービス用の部屋を何人かの利用者とルームシェアリングする形式で、デイサービス、グループホーム、ナーシングホームなど様々なサービス提供施設に併設されている。
<b>ショートステイサービス：</b>
家族など介護者の疲労軽減や何らかの理由で一時的に在宅介護不可能になった場合に利用できるサービス。ナーシングホームやデイサービスなどにも用意されている。
<b>デイケアセンター：</b>
近隣の住宅で暮らす高齢者が日中に訪れ、アクティビティを楽しんだり、リハビリ訓練などを受けられるサービス。

(資料) ニッセイ基礎研究所作成

## ② グループホーム

スウェーデンで最初にオープンしたグループホームは、1980年にストックホルム郊外にオープンしたロービーヘムメットで、どこにでもあるようなアパートの5室から始まったとされる。その後、1985年、2番目にオープンしたバルツァゴーデンでは、普及のための調査研究事業が行われ、国内外からグループホームケアへの関心が高まっていった。

スウェーデンのグループホームは、社会サービス法や保健医療サービス法に基づくエール改革で国内に一気に普及することとなるが、そこでは、簡易キッチンやシャワートイレ付きの広々とした個室、食事や日々のアクティビティを楽しめる共用スペース、一日一日が有意義に過ごせるようなケアサービスが提供されている。特徴的なのは、グループホームの居室もアパートと同様に賃貸契約を結び、住まいとケアが別立てになっている点である。

筆者はこのことの持つ意味が非常に大きいと感じる。日本ではグループホームへの入居が施設サービスと同等に捉えられがちだが、スウェーデンでは部屋の権利を持つことで利用者がその部屋の持ち主となる。グループホームそのものが本人の自宅になり、自分自身の暮らし方を主張できる場所となることから、より在宅サービスに近い感覚でケアサービスを利用することが可能となるろう。

### 3.4 家族支援の視点

スウェーデンの認知症ケアは、本人に対する支援とともに家族支援にも力を入れている。日本でも家族の心身負担に対応するデイサービスやショートステイなどのレスパイトサービス（家族等の介護負担を一時的に開放するサービス）は普及してきたが、スウェーデンではこれらに加えて「家族への教育」という視点が組み込まれる。これは、看護師等が訪問する機会、あるいは認知症ユニットが個別の家庭訪問をする際に、認知症という病気そのものの理解を促し、専門職が提供するケアの意味を伝えながら、家庭環境の整備とより良い支援の方法を啓発していくもので

ある。

病気への無理解が悪循環を引き起こすという点は、日本における過去の苦い経験の通りであり、家族教育が本人のより長い在宅生活と、家族介護者の身心負担の軽減を図る手段として高い効果を発揮する。同時に、行政の役割として家族同士のネットワークづくりや情報交換の機会をつくりにも力を入れており、同じ悩みを持つもの同士の関係づくりやストレスの軽減が図られている。

### 3.5 緩和ケアに関する考え方

スウェーデンでは治癒が望めない病気であっても、告知は本人・家族の当然の権利として行われている。また、高齢者介護の理念は尊敬の念をもった関わりであり、何よりも「本人にとっての利益」につながる支援が優先されるため、延命措置が本人にとってどういう意味を持つかという点は十分に考慮されることになる。スウェーデン人の誰もが在宅介護を望み、可能な限り最後まで自分らしい生き方を貫くための高福祉高負担を歩んできたことに鑑みれば、終末期の在宅療養をいかに実現していくかがケア関係者の重大な取組み課題となる。

ヒアリングで得られた認知症緩和ケアに関する考え方は次のようなものであった。「延命措置はケアする側の「恐れ」を回避する方法として用いてはならず、ターミナルケアは本人の痛みを取り除くことこそが目的である」と。スウェーデンでは、身体的な苦痛を取り除き、本人の精神的安定を図るための支援に取り組んだ結果として、医療を在宅に届ける仕組みが整えられてきたのである。

## 4. わが国の今後に向けた課題と考察

### 4.1 認知症緩和ケアの基本に据えるべき関わりのケア

過去、問題対処型のケアを繰り返し、不適切なケアを常態化させてしまったのは、介護者や家族が認知症という病気への知識や理解を持ち合わせていなかったという社会的な背景に起因する。本人の苦しさ、辛さに気づかないままの隔離と抑制、尊厳を無視した対応などは、さらなる状態悪化を引き起こし、家族は「あきらめ」の名のもとに施設から遠ざかり、本人は全ての関係性を断ち切られた環境の中で過ごさなければならなかったのである。

今後求められるのは、ケア関係者のみならず国民的レベルで認知症という病気の理解を持つことであり、関わり合うことの大切さを認識していくことである。そして、我々がそれを望みさえすれば、認知症になっても長い年月をかけて培ってきた地域生活の延長線上で暮らし続けることが可能なのだということを知ることである。

この「関わり」を重視するケアは、認知症の有無に関わらず高齢者介護の根幹に関わる取り組みであると考えられる。高齢者福祉制度ができる以前の日本では、地域や家庭内の相互関係の上に高齢者の地域社会生活が成り立っていたが、介護サービスが拡充すればするほど要介護者の暮らしは地域から遠ざけられていった。介護サービスは、在宅型であろうと施設型であろうと、認知症があろうとなかろうと、本人がサービスを必要とした瞬間に、その人の生活の基盤そのもの

を介護サービスというシステムに吸い込み、近隣住民等の関わりを必要としなくなった。その人自身の日常生活は、介護サービスメニューや介護者側のタイムスケジュールに合わせて再構築され、長い人生で培ってきた地域社会との相互関係や生活習慣を尊重した支援までには到底行きつかない。極端な言い方をすれば、介護サービスという名の特定の場所や関係性の中に本人の暮らし方をはめ込み、高齢者福祉・介護という社会システムの中で要介護者と非要介護者の線引きを明確化してきたことになる。サービス事業者主体の高齢者介護は、結果、地域住民の関心や当事者との相互関係を希薄なものにしてきたのではないか。

いま、認知症ケアの実践で前向きに取り組まれているのは、「関わりのケア」である。本人を取巻く様々な人との関係、馴染みのモノや場所との関係、地域社会との関係など、関わりの継続を支援する取り組みは過去から180度の方向転換であり、わが国の高齢者福祉・介護が囲い込み型サービスとして成長してきた反省と後悔のもとに踏み出した新たな一歩といえる。そして、その関わりこそが本人の安心感と状態の安定を生み出す「認知症緩和ケア」の基本であると捉えることができる。

## 4.2 今後の取り組みに向けて

最後に、これまで確認してきた認知症ケアの変遷、現状、スウェーデンの取り組みを、今後の認知症ケアにどう活かしていくべきかの考察を加える。なお、以下に記述する「在宅介護（在宅支援体制）」という言葉には、自宅での介護に加えて、グループホーム等における馴染みの環境での介護サービスを含む表現として使っている。

### 4.2.1 市町村が主体的に取り組む地域啓発とケアの質の確保

第1に、認知症の人の地域社会との関わりを継続的なものにしていくための地域啓発活動や町づくりが挙げられる。本稿に示した不適切ケアは、病気の本質を知らないことによって起きた不幸と言える。認知症の人の穏やかな終末期を支える地域との関わりを一層深めていくに、地域啓発活動は欠かせない取り組みとなる。まさに高齢期の地域生活を支える「町づくり」に取り入れていくべき視点であるが、現実には地域密着型サービスを牽引していくべき立場の市町村担当者自身が、新しい認知症ケアを理解していない場合も多い。頻繁に行われる行政職員の配置転換で、認知症ケアの本質や地域密着型の意義が何であるかが十分に受け継がれ難い状況や、実地指導の場面におけるマニュアルや設置基準にもとづく機械的なチェックなどの現状に照らせば、介護現場と行政の認識の隔たりが大きいという課題も見えてくる。

町づくりには、首長や行政担当者による力強い牽引力とリーダーシップが欠かせない。また、市町村等の仕掛けによって住人と地域が一体になれる機会を持つことも重要である。例えば、「認知症予防教室」や「もの忘れ相談窓口」、「介護教室」などを開催したり、あるいは、小中学校の総合学習に取り入れて、子供の頃から「老いること」を学び、高齢者を地域が支えていくことの意義を知る機会づくりも重要であろう。認知症高齢者にやさしい町づくりを実践してきた先進

地域には、そこに必ずといっていいほど市町村自治体の積極的な関わりが存在する。地域密着型サービスの醸成期である今こそ、地域住人を巻き込んだ町づくりの視点で、認知症地域支援体制の推進を進めていくことが求められる。

また、サービスは事業者側からの押し付けではなく、地域で醸成していくべき地域資源だという意識を持つことが重要である。サービス事業者を地域が育てるという理念を持ちながら、行政も事業者も、住民や利用者・家族を巻き込んでニーズ対応型のサービスに創りあげていくことこそ、地域密着型サービスの本質といえるのではないだろうか。

#### 4.2.2 認知症高齢者の在宅介護を支える医療連携体制の推進

第2に、終末期在宅介護に医療を届ける仕組みづくりである。これは、全ての高齢者に関わる話でもあるが、とくに認知症高齢者が環境変化に弱く、終末期の在宅医療を必要としている状況は前述の通りである。現在、グループホームの医療連携体制は加算方式で評価されており、医療と介護の一体的な提供体制が標準化されているわけではない。利用者がそのグループホームを終の棲家にできるかどうかは、それぞれの事業所の方針によって異なり、利用者ニーズとサービス提供体制には大きな隔たりがある場合も多い。また、事業者が積極的に医療連携体制をつくろうとしても、在宅医療を支える医師の存在は地域差が大きく、一概に事業者だけの責任とは言えない面もある。これは自宅の場合も同様であり、主治医が必ずしも24時間365日の医療を担えるわけではないというのが現状である。

「在宅療養支援診療所」は在宅医療を24時間体制で支援する医療機関として2006年から医療保険制度に取り入れられているが、これもまた実施状況は地域格差が大きく、全国平等に在宅支援体制が整えられるまでには相当な時間を要すると考えられる。在宅介護における医療連携体制の推進と在宅療養支援診療所の整備は地域ケアシステムの構築として一体的に取り組まれるべきであり、病院医療と同様に全国均一に選択できる体制づくりを推進していくことが望まれる。そして、在宅医療に積極的な医師や地域の医師会と、介護サービス事業者を繋いでいくプロセスにおいても、市町村に課せられる役割は重大である。

#### 4.2.3 認知症訪問看護サービスの推進

第3に、上記に示した認知症在宅医療連携体制の実現を支える、認知症訪問看護サービスの新たな取組みについてである。スウェーデンでは准看護師を認知症在宅ケアの中心に据えながら、介護と医療の一体的な提供を可能にしている。これは職種の領域に関わらず、高齢者ケアの基本が一人の人の尊厳を支え、生活支援を基本とする個別ケアであるという理解と理念が、関係者に共有されているからこそ実現することである。

日本における認知症ケアは、医療と介護の隔たりが大きく、1人の人へのケアが一体的に提供されるには至っていない場合が多い。介護は介護職、医療は看護職といった棲み分けで、お互いの相互理解も図られないままに、認知症ケアの視点やアプローチがバラバラに提供されている状

況下では、長い年月をかけて醸成してきた新しい認知症ケアが、介護の世界だけに留められているという見方にもならざるを得ない。新しい認知症ケアへの理解がないままに、訪問看護師が医療の専門知識のみでグループホームに踏み込めば、当然のごとく介護職と看護職の関係性にズレが生じ、お互いが心を合わせて一人の人へのケアを提供するまでには至らない。

望まれるのは、介護と看護を一体的に提供していくための認知症ケアの標準化であり、理念の共有化である。認知症高齢者の身体面と精神面の両方を理解するバランスのとれた看護の担い手を増やし、医療的な側面から介護職への助言や指導を担いつつ、柔軟に在宅ケアを支えていく認知症訪問看護サービスのしくみづくりを進めていくべきではないか。そして、そのしくみの中には、スウェーデンにみられる「家族教育」という視点も取り入れられるべきである。

わが国はスウェーデン認知症ケアから多くを学び、その質の標準化に向けて試行錯誤の段階にある。実践現場の介護職員は、教育過程においても本人本位と個別ケアの意義を少しずつ理解し始めているところだが、家族支援という視点では、単に家族等の介護負担をグループホームや小規模多機能などのサービスが引き受けているにすぎない。疲れ果てた家族と本人の関係性は壊れたまま放置され、「家族の協力が得られない」という事業者側の嘆きに繋がっているだけである。緩和ケアで重視すべき関係性の中でも、とくに家族と本人の関係性は重要である。家族が悲嘆する本人のその状態が何ゆえ起こっているのか、どのような対応が本来のその人らしさを引出し、普通の暮らしを取り戻すことができるのか、そういった教育・啓発面での仕掛けは、今の日本のシステムには組み込まれていない。

これらの取り組みは、現行の訪問看護サービスのしくみの上に、認知症ケアの理念を上乗せし、介護と看護の共通理解を図る教育研修を推進していくことで実行可能と考えられる。残された課題は、医療と介護の有識者等が、教育の前提となる認知症ケアの標準化をどのように整理していくかという問題であろう。

#### 4.2.4 介護職における終末期支援の教育と医療的ケアの規制緩和

最後に、終末期支援における看護職の役割から、看取りに関する学びを深めていくことの必要性について触れておきたい。

終末期ケアの場面では、看護職のみならず介護職が担う役割が重要な意味を持つ。ひとつには24時間、365日常駐することが適わない医師や看護師に、本人の状態を効率よく伝えるための観察と記録であり、日常生活ケアを通じて介護職にしか気づかない状態変化を的確に掴むことが役割として挙げられる。

加えて、在宅の家族介護者に認められている投薬や痰の吸引や点滴の抜針などの行為は、一定の教育のもとに介護職にも認められていかなければ、利用者を安定的に受けていくことが難しくなる。スウェーデンの在宅医療が円滑に行われている理由の1つには、准看護師の裁量権の高さがあり、医療的行為における最終的な決定権や責任の所在を医師や正看護師に置いておくことで、准看護師と医療との連携力は自然に高められることになる。わが国も、実情に応じたケアが安全

に行われるための技術習得の機会を検討していく必要があるのではないか。

また、看取りの段階で介護職がどのように立ち回ればよいかを考えていくにおいても、ターミナル期の総合的な知識は必要である。終末期の段階的なステージごとに、起こりうる状態像や医学的な基礎知識を学び、介護職の領域に関わらず終末期の支援がどのようなプロセスで行われていくかの総合的な学習を取り入れていくことで、専門職スキルの向上に繋げていくことも可能であると考える。

さらに、これらの知識・技術の習得者を有資格者と認め、インセンティブを与えていくしくみも検討されるべきである。介護人材の確保が著しく困難な現状において、職員の最も大きなストレスは「夜勤時に何が起こるか分からない不安」とされている。夜勤を1人体制にしている事業者も多く、これらのストレスにどう対応していくかを制度として考えていく必要がある。ストレスや不安が「知識の無さ」から発生しているのであれば、介護職に基礎的な医療や看取りにおける総合的な知識を理解してもらう教育は有効であろう。その専門性の高さでインセンティブを働かせる仕組みが、本人の意欲や遣り甲斐にも繋がっていく。

以上、在宅医療連携体制の強化や支援のベースにあるべき認知症ケアの標準化について述べてきた。これらはコスト抑制を目的とする在宅支援強化への提言とは異なり、認知症緩和ケアを視点にした終末期の過ごし方について、選択肢を広げるための一考察である。病院医療が増え続けてきた一方で、その人らしい最期に拘る看取り方も増えている。病院での看取り以外にどのような選択肢があるのか、何処にいけばどのようなケアが提供されるのか、その多様性を国民レベルで示すことにより自分自身の終末期の過ごし方、看取られ方の選択に繋げていくことも可能になるのではないだろうか。事業者や介護職員の思いに頼るだけのシステムではなく、認知症ケアの標準化のもとに、制度として医療と介護が連動していける仕組みが求められる。

## 参考文献

- [1] 杉山孝博 (2003) 「認知症高齢者の在宅介護 家族のやすらぎのために」 NPO 法人 地域ケア政策ネットワーク. 2003 年
- [2] 新村拓 (2002) 「痴呆老人の歴史-揺れる老いのかたち」 法政大学出版局. 2002 年
- [3] 安岡章太郎 (1965) 「海辺の光景」 新潮文庫. 1965 年
- [4] 有吉佐和子 (1972) 「恍惚の人」 新潮文庫. 1972 年
- [5] 永田久美子 (2007) 「自治体における認知症支援体制の構築に向けて：第 1 報」 『日本認知症ケア学会誌』 2007. vol. 6-2. p347
- [6] バルブロー・ベック・フリス (1993) 「スウェーデンのグループホーム物語—ぼけても普通に生きられる」 ふたば書房. 1993 年
- [7] 藤井威 (2002) 「スウェーデン・スペシャル〈1〉高福祉高負担政策の背景と現状」 新評論. 2002 年
- [8] 「スウェーデン医療関連データ集 2004 年版」 スウェーデン医療保障制度に関する研究会編. 財団法人医療経済研究・社会保険福祉協会. 2004 年
- [9] 岩尾貢 (2004) 「コミュニティ・ケアとしてのデイケア」 『日本デイケア学会誌』 2004. vol18. N01, p19-29
- [10] 「2015 年の高齢者介護-高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて-」 高齢者介護研究会. 2003 年
- [11] 「認知症グループホーム事業実態調査 2006 年度版、2007 年度版」 全国認知症グループホーム協会. 2006 年. 2007 年
- [12] 「認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業報告書」 全国認知症グループホーム協会. 2007 年
- [13] NPO 法人地域生活サポートセンター (2007 年) 「エキスパートに学ぶ地域密着型サービス」 中央法規. 2007 年
- [14] 「宅老所・グループホーム白書 2006」 (2005 年) 宅老所・グループホーム全国ネットワーク/小規模多機能ホーム研究会編. 筒井書房. 2005 年
- [15] 山形文治 (編集委員代表) 「社会福祉用語辞典第 6 版」 (2007 年) ミネルヴァ書房. 2007 年