

〈論文〉

「当事者ニーズ中心」のケア学へ ——北欧視察をふまえた認知症ケアについての考察——

川西智也*・野村俊明**・山本 卓***・北村 伸*

Care as an Academic Subject to the Principle of
“Individual Needs-Centered”

Considerations on Dementia Care through Inspection in Nordic Countries

Tomoya KAWANISHI, Toshiaki NOMURA,
Taku YAMAMOTO and Shin KITAMURA

I 問題と目的

わが国の認知症高齢者の数は、平成24年時点で約462万人、65歳以上の高齢者の約15%を占め（厚生労働科学研究, 2013）、今後も増加することが予測されている。アルツハイマー型認知症をはじめ認知症の多くは、進行性で現時点において根本的な治療は困難であることから、患者の日々の暮らしを支えるケアの役割が大きい。厚生労働省も、患者が認知症を抱えながらも地域資源を活用しつつ、可能なかぎり従来の日常生活を継続することを目指して、資源や制度などのケア体制の整備を進めている（厚生労働省, 2012）。認知症ケアは今後のわが国における最も重要な課題のひとつに位置づけられるだろう。

筆者らは、平成24-26年度に文部科学省から科学研究費の助成を受けて認知症ケアに関する研究を行った¹⁾。本論ではそれらの研究を通して浮かび上がったわ

* 日本医科大学武蔵小杉病院認知症センター Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital Dementia Center

** 日本医科大学医療心理学教室 Department of Medical Psychology, Nippon Medical School

*** 法政大学法学部政治学科 Department of Political Science, Faculty of Law, Hosei University

が国の認知症ケアの現状と課題について、スウェーデンとフィンランドの視察から得た知見も踏まえつつ、「当事者ニーズ中心」の認知症ケア、認知症ケアの専門性、背景にある認知症観、住まいと看取りという視点から論じる。なお、本論では資格の種別を問わず、認知症ケアに携わる専門職全般を指す場合をケアワーカーと表記する。

Ⅱ 「当事者ニーズ中心」の認知症ケア

1. 「当事者ニーズ中心」の理念と実際

ケアはその受け手もつ何らかのニーズに向けて提供されるものであるが、そのニーズにはケアの受け手に自覚されているものもあれば、専門職や学者など外部の視点からみて受け手に必要と判断されるものもある (Bradshaw, 1972)。高齢者ケアの現場では、ケアマネジャー (以下、ケアマネ) が社会的接触の機会が必要と判断して高齢者にデイサービスの利用を勧めても、本人はできる限り家で過ごしたいと思い利用を拒むなど、受け手に自覚されたニーズと周囲からみたニーズが一致しない場合も多い。こうした場面では、ケアマネが本人の意向に応じて別のサービスを提案したり、あるいは強い勧めに応じて本人がデイサービスの利用をしぶしぶ了承したりと、両者が折り合いをつけながらケアが提供されるのが実情であろう。上野 (2008) は社会構成主義の立場から、ニーズというものはケアの受け手と提供者のいずれかに予め定まって存在するのではなく、両者の力動的なやりとりの過程で形作られていくとしている。その上で、ケアの受け手が表明するニーズを中心に据えた「当事者ニーズ中心」のケアを組み立てることが必要と論じている。

これは近年のわが国における認知症ケアの理念にも通じるものである。認知症者本人の心理的なニーズを重視した「パーソンセンタード・ケア」(Kitwood, 1997 高橋訳 2005) の理念は急速に広がり、介護福祉士などの認知症ケアに携わるケアワーカーの教育にも色濃く反映されている。だが、多くの認知症者が入居する特別養護老人ホーム (以下、特養) などの実際の認知症ケアの現場では、入居者がケアワーカーに「自宅に帰りたい」と訴えた場合など、本人が表明するニーズに素朴に応えることが困難な場面にも直面する。また、認知症が進行すると、記憶や思考・判断力、コミュニケーション能力などが低下し、状況に合わせて的確に自分自身のニーズを表明することが徐々に困難となる。さらに、かれら

のニーズは現実にそぐわない言動や徘徊などの行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia；BPSD）の形をとって表現されることもある。そのため、ニーズが周囲に把握されにくく、徘徊に対して抑制しようとするなど、ニーズに沿わない周囲の対応を招きやすい。このように、当事者ニーズ中心のケアの理念を実際の認知症ケアの現場で実現するには、いくつかの困難もある。

2. 認知症者のニーズをいかに読み込むか

そのなかで当事者ニーズ中心のケアを提供するためには、ケアワーカーがかれらの言動やBPSDの背景に潜むニーズを積極的に読み込んでいくことが必要となる。だが、それが容易に達成されるものではないことは、特養などBPSDへの対応に苦慮するわが国の介護現場からも想像される。では、高福祉国家とも称される北欧諸国の認知症ケアの現場では、当事者ニーズ中心の理念はどのように実践されているのだろうか。

視察した複数の施設で筆者らが着目したのは、ケアワーカーと入居者との会話である。ケアワーカーが慌ただしく介助をするわが国の介護現場を見慣れた筆者らにとって、入居者と会話を長時間交わしている姿は印象的であった。この点について、視察先のグループホームの施設長に尋ねたところ、ケアワーカーが介護業務で忙殺されることはなく、入居者と会話をする時間のゆとりは比較的あるとのことであった。

会話は、認知症ケアと呼ぶにはきわめて日常的で素朴なものであるが、われわれが認知症者に限らず他者の心情を把握する上で欠かせないツールでもある。特にアルツハイマー型認知症の場合、認知的・論理的コミュニケーション能力は病初期から低下するのに対し、情動的なコミュニケーション能力は保たれる傾向がある。スウェーデン発祥のバリデーション（Feil, 1993 藤沢監訳 2002）もそのひとつであるが、認知症者の情動的側面にチャンネルを合わせて会話を重ねることで、認知機能の低下がありながらもコミュニケーションを展開し、かれらのニーズを把握できる可能性が広がる。視察では言語の壁もあり、ケアワーカーと認知症者との会話内容の詳細は把握できなかったが、ケアワーカーによる情緒的な応答の様子は観察された。ケアの主体である認知症者のニーズをよりの確に読み込むための方法として、こうしたコミュニケーション技術を洗練させていくことも必要と考えられる。

また、スウェーデンではタクティールケアと呼ばれるハンドマッサージのセラピーを見学した。タクティールケアは、マッサージを通して認知症者とのコミュニケーションが活性化されるため、不安や攻撃性などのBPSDの緩和だけでなく、認知症者のニーズのアセスメントに用いられることもあるという（木本, 2011）。わが国の高齢者施設では、施設の種別を問わず集団回想法が広く普及している。集団回想法は他のレクリエーションと同様に、入居者のQOLの維持・向上を目的とした様々なアクティビティの一種として実施されていることも多い。だが、そこで展開する過去の経験の主体的な語りは、それがかれらの実存的なニーズをアセスメントするツールになる可能性を示唆している。日常的な介護や周囲の物理的環境が認知症者に与える影響を考慮すると、こうした非薬物療法を単に実践のみで留めることなく、そこから認知症者のニーズを読み込み、日常のケアに積極的に活用していくことも求められる。

3. ケア方針と生活の質

入居者の様子に目を向けると、わが国の高齢者施設のように入居者が一斉に集い、レクリエーションに参加する場面はあまり見られなかった。数人が集まって音楽を聴いたり、他のグループでは雑談をしたりと、各入居者は自由に過ごし、施設内は緩やかな時間が流れている印象を受けた。

こうした自由さは、食事に関する施設のケア方針によく表れている。視察したグループホームのなかには、各入居者の生活リズムに合わせて、朝食の時間が7～11時と緩やかに設けられている施設もあった。ナーシングホームでも、入居者が深夜に目を醒まして空腹を訴えた時には、ホットチョコレートやサンドイッチなどを提供することもあると聞いた。糖尿病を抱えた入居者が甘い物を求めた時にもそれに応え、インシュリン注射で血糖コントロールをするとのことであった。飲酒を認めている施設もあるなど、生活面の規律は非常に緩やかであった。わが国の場合、在宅環境に比較的近いグループホームであっても、入居者のこうしたニーズにどう応えるかは施設によって意見が分かれるであろう。身体面への影響や他の入居者への影響を考慮して、こうしたニーズには応えられない場合が多いのではないだろうか。認知症は治癒困難な疾患であることから、治療よりも生活の質（Quality of Life；QOL）を保つことが重視される。こうした対応の是非についての議論は別にして、視察先の施設のケア方針からは、可能な限り本人のニーズに応えることでQOLを高めようとする姿勢が窺える。

Ⅲ 認知症ケアの専門性（プロフェッショナルリズム）

1. 専門性に根差した認知症ケア

認知症ケアに直接携わるのは医師ではなくケアワーカーであることは、北欧でも同様である。わが国の介護福祉士に相当するものに、スウェーデンではアンダーナース（undersköterska）、フィンランドではラヒホイタヤ（lähihoitaja）という職種がある。在宅・施設の違いを問わず、かれらが中心となって認知症者の日常生活の支援を担っている。

こうしたケアワーカーが担う認知症ケアが「仕事」であることに異論はないが、在宅で暮らす認知症者を同居家族が介護するように、家族が無償で担っている場合も多い。そのため、認知症ケアが「仕事」としてどのように規定されるのかは明確ではない。認知症ケアに限らず、ケアには「思いやり」や「献身」など、ケアの受け手との情緒的結びつきが強調されることが多い。そこで、認知症ケアを肉体労働や知的労働と対比させ、「感情労働」として位置づける立場もある（田中，2008）。だが、上述したニーズ把握の難しさに加え、食事や排泄の適切な介助やBPSDへの対応は、「思いやり」だけでやり遂げられるものではない。むしろ、認知症ケアは一連の技術体系をもった、専門性を要求される仕事として評価されるべきである。野村・山本・Strandell・高口（2014）はこれを「認知症ケアのプロフェッショナルリズム」と表現している。

だが実際には、わが国では介護福祉士を含め、認知症ケアを担うケアワーカーの待遇の悪さが以前から指摘されている。一方、フィンランドのラヒホイタヤは自治体採用の割合が高く、賃金や雇用形態などの労働条件も相対的に良好で、離職率も低いとの報告もある（笹谷，2013）。視察先のVantaa市社会保険事務所の担当者のお話でも、訪問サービスを担当するラヒホイタヤは市採用の公務員とのことであった。わが国に比べて、ケアワーカーに一定の社会的評価が与えられ、その専門性が認められていることを示唆している。

認知症ケアの専門性についての議論は着手されたばかりであるが、わが国のケアワーカーの社会的評価を高め、待遇改善を行うためにも今後の大きな課題であると思われる（高口，2008）。なお、こうした議論を深めることは、家庭において家族が担う認知症ケアを否定するものではない。むしろ、無償でケアを担う家族を支援するシステムを構築し、そのなかで家族を適切に援助できるような専門性がケアワーカーに求められている。

2. 認知症ケアを支える職場環境

視察先で観察されたケアワーカーと認知症者との長時間の会話は、それを可能にする施設の職場環境にも支えられていると思われる。視察からは、わが国の高齢者施設における業務のゆとりのなさも浮かび上がった。老健施設において参与観察を行った山下（2011）は、ケアワーカーのなかに認知症者の表明するニーズに添おうとするスタンスと、入浴など求められている介護業務を遂行しようとするスタンスとの間でしばしば葛藤が生じ、対応困難な状況を引き起こすことを指摘している。目の前の認知症者のニーズに応えようとしても、一方で自身に課せられた介護業務を円滑に遂行することへの圧力が大きいと、表明されたニーズを無視したり、読み込みを躊躇したりせざるを得なくなる。結果として、認知症者との会話に時間を割くことが難しくなる。わが国では従来から特養における業務の多忙さが指摘されているが、その特養がニーズの伝達にハンディを抱える認知症者の「終の住処」となっているのが現状である。近年、認知症者に対するパーソンセンタード・ケアの理念を実現する上で、ケアワーカーの認知症理解の重要性がますます強調され、介護福祉士などの専門職養成課程にもそれが反映されている。だが、ケアワーカーが培った専門技能を發揮し、その理念を現場でのケア行為に結びつけるためには、ケアワーカーと認知症者を取り巻く職場環境についての再考も求められる。

3. 共通する人材不足の問題

一方、北欧諸国においてもケアワーカーの人材不足の問題は例外ではないようである。フィンランドの視察に同行した通訳担当者は、ラヒホイタヤなどのケアワーカーは、大学を卒業した若者の就職先としてはあまり人気が無いと率直に語っていた。スウェーデン・フィンランド共に、視察先で目にしたケアワーカーのうち、一定の割合を占めていたのは移民労働者であった。実際、フィンランドでは移民を対象としたラヒホイタヤの専門職教育課程が設けられている（笹谷, 2013）。研究目的とは異なるため、移民労働者が一定の割合を占める背景について詳細な検討はしていないが、介護人材の不足を移民労働者によって補填している状況が想像される。わが国でも、団塊の世代が後期高齢者となる2025年には、約37.7万人の介護人材の不足が見込まれている（厚生労働省, 2015）。認知症ケアに携わる人材を確保し、またその専門性を高めるためにも、介護スタッフの労働条件・環境の改善や、専門資格の取得に向けた積極的なサポート、就職後の

キャリアアップを支える制度の整備が求められる。

Ⅳ 背景にある認知症観

上述のように北欧とわが国の間で認知症ケアの実践が異なる背景には、認知症という疾患をどのように捉えるかという認知症観の違いも関係していると思われる。わが国では、認知症は記憶障害を中心とした認知機能障害を呈する疾患であり、生命予後には直接結び付かないという理解が一般的である。もちろん、これは医学的にもあながち否定すべき理解ではない。一方、筆者らはスウェーデンで「認知症は死に至る病であり、緩和ケアの対象である」との言葉を耳にし、強い衝撃を受けた。わが国では、緩和ケアという言葉は主として、治癒が望めない末期癌患者を対象に用いられるが、北欧をはじめとする欧州では認知症もその対象であるという。

この認知症観の違いは、ターミナル期の認知症患者に対する医療的対応に顕著に表れている。わが国では、食事の経口摂取が困難となりつつある認知症患者に対し、延命や肺炎予防を目的に胃瘻などの経管栄養や点滴といった医療的処置を行うことが多い。ターミナル期では医療的処置に対する本人の意思確認が困難なことが多く、家族にその判断が委ねられた結果、処置が施される場合が多いのが現状である。これに対し、欧米では本人が望まない限り延命処置を行わないのが一般的であるという（葛原，2012）。そこで、視察先での延命処置の実態を確認するため、ターミナル期を迎えた認知症の入居者に胃瘻などの延命処置を行うかどうかをいくつかの施設で尋ねた。共通した回答は、事前に延命処置の希望が本人から確認されている場合を除き、原則として延命処置はしないというものであった。経口摂取が困難になりつつあるということは死期が迫っていることを意味しており、そのまま穏やかな死を待つのが賢明であるという死生観が、医療者やケアワーカー、家族に共有されているようであった。

視察先で得た回答は、意思表示が困難な認知症患者に延命処置を行うわが国の慣例に疑問を投げかけるものであった。こうした疑問はわが国でも医師の側から上がっており、そもそもターミナル期の認知症患者に対する延命処置の効果は疑わしいという報告さえある（石飛，2013）。それでもなお延命処置が繰り返されている背景に、家族や医療スタッフなど周囲の人々の心理的安定や、医療処置をしなかったことで医師に向けられるマスコミからの批判の回避など、延命目的と

は異なる理由があるという（会田，2011）。本人の意思から離れたところで延命処置が施される慣例は、当事者ニーズ中心のケアという理念からは遠い状況にあると言えよう。

V 認知症者の住まいと看取り

1. 生活の場としての施設

スウェーデンでは1990年代のエーデル改革によって、それまでは医療施設に区分されていたナーシングホームも含め、サービスハウス（必要に応じて訪問サービスを受けられる高齢者住宅）、グループホーム、老人ホームなどの施設はすべて「特別な住居」とよばれる住宅に統合された。その結果、入居していた高齢者が自立度の低下によって施設を移る必要はなくなり、いずれの施設でも最期まで暮らすことが可能になったという（奥村，2008）。フィンランドでも、社会福祉法（1984年）の成立や税制度改革（1993年）などを背景に、高齢者福祉サービスの比重は施設から在宅へと移行していった。その結果、ナーシングホームや老人ホームなどの施設は減少傾向にあり、サービスハウス（一部または24時間の介護サービス付き高齢者住宅）が増加しているという（石井，2008）。認知症対応型のグループホームには、サービスハウス（住宅）と老人ホーム（施設）、どちらのタイプも存在するが、いずれもスウェーデンの特別な住居と同様、そこで最期まで暮らすことを前提に入居することができる。

筆者らは視察を通して多様な種別の入居施設を見学したが、どの施設も看取りを踏まえて入居者を受け入れていた。施設の内装は、その種別によって多少の違いはあるものの、一般の戸建て住宅やマンションに近い印象であった。共有スペースのテーブルや椅子は、介護に適した機能性を備えていながら、北欧らしい色合いとデザインのもが配置されていた。入居者の居室はすべて個室、または二人用（夫婦での入居の場合など）であり、室内には自宅で使用していたと思われる調度品や私物、家族の写真、作成したアート作品などが並んでいた。こうした環境は、そこが認知症者にとっての生活の場であり、在宅での暮らしの延長線上にあることを感じさせるものであった。

2. 施設での看取りに必要な条件

施設のなかで看取りも含めた長期的・継続的なケアを可能とするためには、一

定水準の医療的なニーズにも応えられる必要がある。スウェーデンでは医療行為に関して看護師に与えられた権限が大きく、グループホームでも看護師の常駐が義務付けられているという（平木・百瀬，2010）。看護師に加え、アンダーナースが医療行為の一部を担うことで（藤原，2013）、入居施設においても医療的なニーズに応えることが可能となっていた。フィンランドでも、ラヒホイタヤには注射等の薬理ケアを含めた一定範囲の医療行為が認められている（森川，2012）。一方、わが国の高齢者施設では介護福祉士の取得が推奨されているものの、ケアワーカーにおける介護福祉士取得者の割合は未だ4割に満たない（厚生労働省，2014）。さらに、医療と介護は明確に分業化されているため、ケアワーカーはごく一部の医療行為を除いて医療的ニーズに応えることができない。そのため、グループホームに入所した認知症者が、医療的ニーズの高まりに伴って施設を移らざるを得ないケースも少なくない。認知症者は生活環境の変化に対して脆弱であることを考慮すると、介護と医療の連携がより緊密となって入居施設での医療的ニーズへの対応力を強化し、そこで最期まで暮らせるような仕組みづくりが求められる。

さらに、われわれ自身がどこで最期を迎えるのを望むのか、議論を深めることも重要であろう。筆者の一人である野村は、精神科医として救命救急センターでの業務に関わり、施設で暮らす多くの高齢者が救命救急センターに搬送され、人工呼吸器に繋がれて意識が回復することなく数日で亡くなる現実に接してきた。住み慣れた場で看取られたい、看取りたいという思いを多くの人々が抱きながら、思うに任せぬ現実をもどかしく感じているのは、筆者らだけではないだろう。

VI 結 語

認知症は治癒の困難な進行性の疾患であるため、患者の生活を支えるケアの役割が大きい。本論文では北欧での視察も踏まえ、わが国の認知症ケアの現状と課題について以下の4点を中心に論じた。①当事者ニーズ中心という理念を認知症ケアの現場で実現する際には、どのようにして認知症者のニーズを把握するかという課題に直面する。それに対し、コミュニケーションに着目することで認知症者のニーズに接近できる可能性について論じた。②専門性が要求される仕事として認知症ケアを位置づけた上で、ケアワーカーの社会的評価や待遇、職場環境を再考する必要性について論じた。③認知症をどのような疾患として捉えるかとい

う認知症観と、それが認知症ケアの実践やターミナル期の医療にもたらしている影響について考察した。④住み慣れた場で看取りを可能にするための諸条件について考察した。

注

- 1) 平成 24-26 年度基盤研究 (C) 研究課題名「ケア学への提言—街ぐるみ認知症相談センターの実践から」 研究代表者 野村俊明

文献

- 会田薫子 (2011). 延命医療と臨床現場—人工呼吸器と胃ろうの医療倫理学— 東京大学出版会
- Bradshaw, J. (1972). A taxonomy of social need. In McLachlan, G. (Ed.), Problems and progress in medical care: Essays on current research, 7th series. London: Oxford University Press, pp.70-82.
- Feil, N. (1993). The Validation breakthrough: Simple techniques of communicating with people with “Alzheimer’s-type dementia”. London: Health Professions Press.
- (フェイル, N. 藤沢嘉勝 (監訳) (2002). バリレーション—認知症の人との超コミュニケーション法— 筒井書房)
- 藤原瑠美 (2013). ニルスの国の認知症ケア—医療から暮らしに転換したスウェーデン— ドメス出版
- 平木尚美・百瀬由美子 (2010). スウェーデン王国の認知症高齢者の終末期ケアの実態と課題—ストックホルムの高齢者ケアシステムと訪問医療「ASIH」からの学び— 愛知県立大学看護学部紀要, 16, 59-66.
- 石井 敏 (2008). フィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅 海外社会保障研究, 164, 39-53.
- 石飛幸三 (2013). 「平穩死」のすすめ—口から食べられなくなったらどうしますか 講談社文庫
- 木本明恵 (2011). 認知症の高齢者に寄り添うタクティールケア 老年精神医学雑誌, 22 (1), 62-69.
- Kitwood, T. (1997). Dementia reconsidered: The person comes first. Buckingham: Open University Press.
- (キットウッド, T. 高橋誠一 (訳) (2005). 認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ— 筒井書房)
- 厚生労働科学研究 (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応 (平成 23-24 年度総合研究報告書). Available at: http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf (2014 年 9 月 1 日閲覧)
- 厚生労働省 (2012). 認知症施策推進 5 年計画 (オレンジプラン). Available at: <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002j8dhatt/2r9852000002j8sey.pdf> (2014 年 6

月 27 日閲覧)

- 厚生労働省 (2014). 介護人材と介護福祉士の在り方について 第 5 回福祉人材確保対策検討会 (H26.9.2) 資料. Available at: <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/1.shiryo.pdf> (2015 年 8 月 20 日閲覧)
- 厚生労働省 (2015). 2025 年に向けた介護人材にかかる需給推計(確定値)について. Available at: http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12004000-Shakaiengokyoku-Shakai-Fukushikibanka/270624houdou.pdf_2.pdf (2015 年 9 月 30 日閲覧)
- 葛原茂樹 (2012). 自然死か人工的延命か—胃ろう問題から見た高齢者の終末期対応の日欧比較と、わが国での自己決定権確立に向けて— 鈴鹿医療科学大学紀要, 19, 15-26.
- 森川美絵 (2012). 地域包括ケアシステムに必要とされる人材の考え方—フィンランドの社会・保健医療ケア共通基礎資格ラヒホイタヤを手がかりに— 保健医療科学, 61 (2), 130-138.
- 野村俊明・山本 卓・Strandell, G.・高口光子 (2014). シンポジウムⅢ 認知症ケアのプロフェッショナルリズム 第 4 回日本認知症予防学会学術集会プログラム・抄録集, 65-67.
- 奥村芳孝 (2008). スウェーデンの高齢者住宅とケア政策 海外社会保障研究, 164, 26-38.
- 笹谷春美 (2013). フィンランドの高齢者ケア—介護者支援・人材養成の理念とスキル— 明石書店
- 高口光子 (2008). 介護の専門性 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也 (編) ケアその思想と実践 2 ケアすること 岩波書店 pp.25-54.
- 田中かず子 (2008). 感情労働としてのケアワーク 上野千鶴子・大熊由紀子・大沢真理・神野直彦・副田義也 (編) ケアその思想と実践 2 ケアすること 岩波書店 pp.97-120.
- 上野千鶴子 (2008). 当事者とは誰か?—ニーズ中心の福祉社会のために— 上野千鶴子・中西正司 (編) ニーズ中心の福祉社会へ—当事者主権の次世代福祉戦略— 医学書院 pp.10-37.
- 山下真里 (2011). 介護者が認知症高齢者の“つながりのニーズ”を汲むプロセス—対応困難状況から相互が歩み寄るまで— 首都大学東京・東京都立大学心理学研究, 21, 21-28.

追記 視察の概要

筆者らはスウェーデンおよびフィンランドの首都とその近郊にある、認知症者の入居施設を中心に視察を行った。

第1回目の視察は、2013年11月17日～23日、スウェーデンの首都ストックホルムにある高齢者用デイケア、ナーシングホーム、グループホームなどの施設を中心に行った。視察先では、スウェーデンの認知症ケアの理念や社会制度についてレクチャーを受け、ブンネメソッドとよばれる音楽療法やタクティールケアなどスウェーデン発祥の非薬物療法、および自立を重視した排泄ケアの技術を見学した。視察先の概要を表1に示す。

表1 スウェーデンでの視察

視察先	施設の種類	視察内容
Swedish Quality Care のオフィス	研修担当の事務所	研修担当スタッフによるレクチャー、事例検討、タクティールケア
Grindstugans Dagverksamhet	認知症専門のデイケアセンター	施設内見学、担当者との面談
Bergsunds Vård-och Omsorgsboende	ナーシングホーム	施設内見学、Bunne氏による音楽療法の解説、入居者の演奏
Lovisagården	認知症者用グループホーム	施設内見学、看護師との面談
Tibblehemmet	ナーシングホーム	施設内見学、看護師との面談
Kampementet	ナーシングホーム	施設内見学、作業療法士との面談

第2回目の視察は、2014年10月19日～26日、フィンランドの首都ヘルシンキとその近郊にあるグループホームを中心に行った。独立して設計されたグループホームだけでなく、自立度の高い高齢者の賃貸住宅、デイケア、地域住民に開かれたコミュニティセンターなど、異なる機能の施設を併設したグループホームも視察した。視察先の概要を表2に示す。

表2 フィンランドでの視察

視察先	施設の種類	視察内容
Vantaa 市社会保険事務所	社会保険事務所	訪問サービス担当者との面談
Villa Tapiola	認知症者向けグループホーム	施設内見学、施設長との面談
Hyvinvointikeskus Onni、 およびその一部の居住施設 Onninkodit	認知症者向け居住施設と地域 住民が利用可能なサービス施 設とを兼ねた複合型施設	施設内見学、担当者との面談
Helander-Koti、および その一部の居住施設 Helmi-Koti	認知症者向けグループホーム を含む高齢者居住施設	施設内見学、看護師との面談
Palvelukeskus Foibe	認知症者のグループホームを 含む居住施設とデイケア施設 の複合型高齢者施設	施設内見学、担当者との面談

両国ともわが国に比べ、高齢者福祉サービスの提供の権限は、国よりも自治体に大きく委ねられている。そのため、ケアワーカーの深刻な人材不足と高い高齢化率が予想される地方の過疎地域では、首都圏と事情が異なる可能性もあり、一般化には慎重を要する。また、現地のスタッフからのレクチャーと質疑、限られた時間内での観察を中心にデータを収集しているため、視察先の施設におけるケアの実態に迫るのには限界があったことも付記しておく。

(受付日 平成 27 年 9 月 30 日)

(受理日 平成 27 年 11 月 30 日)

