

とができるのかを実践的に探求してきた。(代表：金子)

次年度に向けて

2011年度から2013年度までの3年間が本研究の期間であり、2012年4月から2年目にはいる。次年度は上記5つの研究分野のそれぞれについて研究の結果を明らかにしつつ、最終年度での提言に向けて議論をすすめる。

東日本大震災において地域のつながり、すなわち地域のネットワークが如何に重要であるかクローズアップされたが、日本においてはこの地域ネットワークが、個々の努力にもかかわらずますます弱くなっていることが指摘されている。とりわけ都市部では行政等の様々な取り組みがあるに

もかわらず、自治会（町内会）の組織の弱体化をはじめとして改善されない状況が続いている。

本研究においては実践的な課題を示しつつ、大学が市民や行政と協力してどのようなネットワークづくりが可能かその手がかりにつなげたい。

<研究メンバー>

子ども学部：山路憲夫・金子尚弘・小林美由紀・佐久間路子・多喜乃亮介・佐々加代子・草野篤子・森山千賀子・関谷栄子・西方規恵・長谷川俊雄・杉本豊和・牧野晶哲・土川洋子・林薫・成田弘子

保 育 科：小松歩・中山正雄・瀧口優

嘱託研究員：井上恵子・奈良勝行・吉村季織・瀧口眞央・中野圭子

スウェーデンの医療・介護制度改革

家族・地域支援学科 山路 憲夫

(1) 研究目的

日本は世界に先駆けて、人類が経験したことがない超高齢社会に突入した。住み慣れた地域で、在宅で24時間、安心して住み続ける地域包括ケアをどう築くのか。スウェーデンやデンマークは、病院や特別養護老人ホームといった施設ではなく、自宅で、あるいは住み慣れた地域の高齢者住宅で安心して暮らせるケアをいち早く実現してきた。北欧をモデルとした「強い社会保障」を掲げた菅直人・前首相は退任したが、日本にとってスウェーデンをはじめとする北欧の社会保障から学ぶべきものはまだまだあるのではないか。

スウェーデンの医療・介護制度についての調査・研究は数多くあるが、高齢化の加速で対応が迫られる日本の医療・介護制度改革にとって、喫緊かつ重要な課題である医療費抑制、民間の医療サービスの導入、医療と介護の連携といったス

ウェーデンの最近の動向についての調査・研究は少ない。

少子高齢社会が加速する日本にとって、社会保障制度改革の柱の一つは在宅を柱とした地域包括ケアの構築である。そのためには「かかりつけ医」を中心とした医療・介護・福祉のネットワークづくりである。ヨーロッパの中では「かかりつけ医」をさらに徹底した形の「家庭医」をイギリス、デンマークとともに導入したのはスウェーデンであり、世界でも家庭医を中心とした在宅中心の地域ケアを実現させたのはスウェーデンを含めた北欧である。その中でもスウェーデンは日本とほぼ同じような高齢化が進んでいるにもかかわらず、医療費の徹底した抑制に成功した。一方で医療の分野に民間サービスを導入するなど新たな改革を進めつつあるが、急性期医療のアクセスが悪いなどの不満も強まり、医療と介護の連携の不備

も明らかになりつつある。国情や伝統、価値観の違い、負担の違いはあるものの、スウェーデンの制度改革の現状と課題、「家庭医」の役割、終末期医療の在り方等を明らかにすることは、今後、加速する日本の制度改革にとって、さまざまな形で重要な課題であり、介護保険改正の最大の柱として2012年度から本格的にスタートすることとなった地域包括ケア体制の構築という実践的な課題の解決に資するものと考えられる。

エーデル改革以降のスウェーデンの改革を振り返った上で、最近の医療・介護制度改革について、日本のスウェーデン大使館社会保障担当参事官経験者、スウェーデンの政策担当者、政治家から直接ヒアリングをし、さらに現地調査により、次の点を明らかにしたい。

1. スウェーデンにおける診療所・家庭医の役割と「初期医療の住民選択制」
2. 民間参入を認めたことの長所と短所
3. 待ち時間解消のための「ケア保証」
4. 膨張する医療費の効率化
5. 「エーデル改革」で高齢者ケアはコミュニティの担当にされたが、在宅の高齢者にとっての医療と介護の連携
6. 自宅で看取る体制

(2) 研究成果の報告

筆者は2010年3月にデンマークネストヴェグ市での高齢者ケア調査に訪れ、それに引き続き、2011年8月末、スウェーデンを訪問、ストックホルム市で主に医療、エスロブ市で主に介護について、1週間にわたり高齢者ケアの現場を調査した。

以下はその調査の概要である。なお今回の調査にあたっては、渡邊芳樹・スウェーデン大使をはじめとした日本のスウェーデン大使館の方々、エスロブ市での高齢者ケアを丹念にフォローし、まとめた藤原瑠美さん（「ニルスの国の高齢者ケア」の著者）、そしてストックホルム県議会のダグ・ラーソン、ビルギッド両議員に多大な協力を得

た。心からお礼を申し上げたい。

I 医療の“スリム”化——医師1人で平均1600人担当

スウェーデン（総人口920万人）の医療は公費で、医療機関も原則公営である。21のランスタピング（県）が医療行政を担い、県予算の約9割は医療関係費だ。一方、290のコミュニティ（市）は介護を含む福祉を一手に担う。

医療機関の役割分担は明確で、初期診療の地区診療所（約1140）、地域病院（約60）、高度医療の広域医療圏病院（8）が整然と配置されている。

住民は地区診療所の医師を選び登録・受診する。必要な際は専門医や病院を紹介され治療・入院する。

ストックホルム（約200万人）では地区診療所の医師1人が1600人前後を担当するが、受診回数は極めて少ない（OECDデータ2010で日本の年間13.4回に比べ2.8回）。

報酬は登録住民数に応じ6～64歳で年間623クローナ（最近の為替レート13円で約8100円、65歳以上1595クローナ、5歳未満741クローナ）、これに医師の往診（1回500クローナ）、看護師の訪問（同50クローナ）等が加算される。県議会や医師に聞くと、地区診療所医師の年収は一千万円程度で意外に低い（経験ある医師で6～7万クローネ）。

最南部のスコーネ県エスロブ市（約3万人）で、公営の「トーベルド地区診療所」を訪ねた。

平屋の簡素な建物だが、職員数は約50人、うち医師8人、研修医3人、OT、PT、心理士らも常駐し、日本なら小さな病院の規模。ただし、レントゲンも超音波エコーもない。

約1.1万人の住民が登録、休日も受け付け、訪問診療や訪問看護も業務、1日の外来は平均75～80人、夜間は地域病院にまかせる。

所長のハーマンソン医師は「私を選ぶ住民は約2000人。医師ごとに平均化が難しい。登録人員

と受診者数で診療所の予算額が決まり、個々の医師への配分ではない。驚いたのは眼科、耳鼻咽喉科の検査や処置、妊産婦検診も「総合医」としてこなすことである。

日本が課題とする「総合医」の育成は医学部教育から根本的に見直すほかないのだろう。

スウェーデン医療の長所は負担の軽いこと、短所は待機期間の長いことである。

自己負担は年齢を問わず年間上限 900 クローナ。25%の付加価値税に代表される高負担のお国柄だが、入院でも最高 1 万円余で済む安心感が大きい。

逆に、子どもが発熱して地区診療所に電話しても「明後日来てください」などと言われる。

選択の自由という民間参入

2010 年から「患者の地位強化法」で①地区診療所は 7 日以内の受診②必要な際は 3 ヶ月以内に専門医の診察③同じく 3 ヶ月以内の手術が定められた。これでも我々には耐えられそうにない。

現在の中道右派政権は、長期待機の解消、医療費効率化へ初期診療の改善や民間参入を進める。ストックホルムではいち早く住民が自由に医師を選べる制度を導入した。地区診療所のほぼ半数は民間経営に変わり、地域病院も全国で初めて 1 カ所が民営化された。

その民営化第 1 号の「聖ヨーラン病院」は欧州の病院チェーンで約 1000 人のスタッフを抱える。トヨタのカンバン方式を基にする「リーン生産方式」を採用し、医師、看護師、PT、OT らはチームで動く。白板に担当表、ボードに付箋が貼られ、空きベッド、回診、手術等の情報が一目で分かる。

民営化されても診療報酬は公営と同じ。同病院幹部は「創意工夫、早期決定、明確な目標設定、目的意識の共有化」とメリットを挙げたが、「儲かるのか？」との問いには「将来的には」と微笑した。

病床数は人口千人当り 2.9 床（日本 13.8 床）、入院平均 3.8 日（一般病床 18.5 日）、医療費の GDP 比 9.1%。（8.1%）。スウェーデンは贅肉を削

ぎ落とす医療を目指す。「退院可能」であるのにナーシングホーム、グループホーム、ケアハウス等（「特別な住居」と位置付け）の受け入れ先がない場合は福祉担当の市が県へ入院費を払う。この仕掛けに象徴されるように「医療」より「介護」で高齢化を乗り切ろうとしている。

II 手厚い在宅介護

エスロブ市は特別なコミュニティではない。スウェーデン南端のスコーネ県の一角にあり、横浜市とほぼ同じくらいの面積に人口約 3 万人が住む。市制 100 年を迎えた古い静かな街である。自動車のボルボの工場や砂糖工場もあるが、農業も盛ん。デンマークのコペンハーゲンとは電車で 1 時間という近い距離にあり、近年はベッドタウンとしても人口が増えつつある。

高齢化が進み、18%を超えた。スウェーデンの中ではやや高い高齢化率である。「子どもの教育と高齢者ケアにとくに力を入れています」と私たちが市庁舎で迎えてくれたシシリア・リンド市長は強調した。

最初に訪れた「トロール・ガーデン」は 70 部屋を持つ、認知症の高齢者が住むグループホームだった。

スウェーデンの場合、高齢者施設の老人ホーム、ナーシングホーム、サービスハウス、グループホームはすべて「特別な住宅」と呼ぶ。1992 年のエーデル改革により、介護はコミュニティ（市町村）、医療はランスティング（都道府県）との役割分担が明確にされた。その際、住居はさらに、24 時間介護を受けられる介護住宅（グループホームや身体に障害を持つ高齢者専用）と、ある程度自立可能なサービスハウスとに分けられるようになった。

夫婦でも住めるが、一人部屋で約 50 m²ある。一人だとゆったりとした十分な広さ。

入居の際、過去の生活、希望を本人、身内から聞き、個人に合わせたケア。食事もある程度好み

を尊重する。朝食は午前10時までとればいい。ビンゴ、音楽、散歩などで余暇を過ごす。音楽や介助犬によるセラピー療法も取り入れられている。

自宅で暮らす認知症高齢者へのケアもきめ細かい。

「トロール・ガーデン」に隣接する「エール ガーディンズ ディ・ケアセンター」(施設長エヴァ・ブリッド=認知症専門看護師)は、ディ・ケアに訪れる高齢者のケアだけでなく①隣接する高齢者住宅に住む認知症高齢者のケア②エスロブ市の診療所と連携して認知症の専門的ケア(来れない場合は、認知症患者宅も訪問看護で対応)にも取り組む。

ドライブしたり、車の掃除を手伝ったりしてコミュニケーションを図る。最初は信用してもらおう。引きこもり認知症はどのくらいいるのか。普段から医療機関と連携し、情報をとっている。看護師は薬の処方を出せないが、医師にアドバイスできる。薬は家族や介助者が届ける。運動したり、図書室で過ごす。認知症の残存能力を活用するため、食器の後片付け、ごみを捨てるといったことを共にやる。1日に9人を受け入れ、25人が利用者登録。それでは足りないためにエスロブ市でもう一か所建てる計画だ。

一人に罹りつきりになるわけではないが、一人の認知症高齢者にコンタクト・パーソン(何かあった場合、専門でその人に対応する介助者)を決めている。

健康状態を知るために、患者に会って必要な介護をし、予防、健康な生活を送れるように支援する地区看護師も重要な役割を果たす。

12人の地区看護師が430人の患者を受け持つ。

そうした地区看護師が中心となり、急性期の病院から退院後の高齢者へのきめ細かいiriハビリ、終末期の緩和ケアにも力を入れている。さらに在宅、「特別な住宅」の高齢者にも全員「緊急通報ベル」を持たせ、24時間常時ケアできる体制をしっかりと構築している。

スウェーデンはコミュニティの役割が大きい。とりわけ、スウェーデンの高齢者ケアのあり方を変えた1992年のエーデル改革により、よりその役割は大きくなった。介護はコミュニティ(市町村)、医療はランスティング(都道府県)に分けられた、というだけでなく、それまであった高齢者施設の老人ホーム、ナースィングホーム、サービスハウス、グループホームはすべて「特別な住宅」という形でまとめられた。すべてひとまとめにというわけではなく、ずっと住み続ける住居とショートステイに分けられ、住居はさらに、24時間介護を受けられる介護住宅(グループホームや身体に障害を持つ高齢者専用)と、ある程度自立可能なサービスハウスとに分けられるようになった。

もちろん、自宅で住み続けることを希望する高齢者は、それが可能な介護と医療のケアが受けられる。その一方で「特別な住居」でも、老人ホームのような一律平等のケアを受ける「施設」ではなく、それまでの自宅での生活を継続できる「生活の場」となっている。

日本でようやく24時間安心して暮らせる「地域包括ケア体制」を2012年度から各市町村で本格的にスタートさせようとしているが、スウェーデンは、その実践をいち早く実現させている。そんな印象をエスロブ市の高齢者ケアの現場を感じた。