

デンマークの高齢者施策における在宅ケアシステムに学ぶ 新たな視点

～ヒョースホルム市の予防家庭訪問とサービス判定～

白石 知子¹, 百瀬由美子²

Innovations in Home Care System of Health and Welfare Services for the Elderly in Denmark : Preventive Home Visits and Certification System for Long-term Care Need in Horsholm

Tomoko Shiraishi¹, Yumiko Momose²

デンマークにおける高齢者施策の変遷と、近年の地方自治改革に伴う保健福祉体制の変化を概観するとともに、予防的ケアを重視した取り組みとしての、「予防家庭訪問」および「サービス判定」について紹介した。予防的ケアの要は、自治体に所属する専門職（看護師、療法士）であり、彼らがチームとなって予防家庭訪問およびサービス判定を担うことにより、要援助者を早期に発見し、必要なサービスを適切な時期に導入することが可能となっていた。また、予防家庭訪問等を通じて得られる対象者の情報は、対象者が利用する医療機関、在宅サービス提供機関においても活用できるように、情報管理システムの構築や共通言語の開発が検討されていた。近年、日本でも予防に重点をおいた高齢者対策が課題となっているが、デンマークモデルによる、計画的かつ統合的な施策からは、多くの示唆を得ることができる。

キーワード：高齢者、予防家庭訪問、デンマーク、補助器具

I. はじめに

我が国の高齢化に伴う問題は、人口減少と相まってますます困難化している。特に、要介護高齢者への支援に携わるケアスタッフの確保が難しいことに加え、その定着率の悪さがケアの質に影響を与えている。その根本的な解決には、財政的基盤の再構築を無視することはできないが、実践場面で検討し改善できることの一つに、補助器具の活用がある。今回、本法人の「魅力あふれる大学づくり関連事業計画（理事長特別研究費）」の助成を受け、高齢者対策先進国であるデンマークに渡航し、高齢者への保健福祉サービスおよび補助器具活用の実態を視察するとともに、関係者へのヒアリングを実施する機会を得た。本論文では、特に各種サービス提供の入り口となる「予防家庭訪問」に焦点を当て、デンマークにおけ

る近年の地方自治体制の変化に伴う影響とともにその高齢者対策の一端を報告する。

II. 視察研修の概要

1. 研修目的

高齢者対策先進国であるデンマークにおける、補助器具センター等の社会資源の普及状況を視察し、日本国内の状況に即した要介護高齢者支援のための補助器具開発に向けて、検討事項を明確化すること。

2. 研修期間および場所

2007年8月27日(月)から30日(木)の4日間において、視察およびヒアリングを実施した。視察先は、病院（高齢者病棟）、高齢者統合ケアセンター、補助器具センター、市役所、在宅高齢者ケア地区の認知症ユニット、高齢者住

¹愛知県立看護大学（地域看護学）、²愛知県立看護大学（老年看護学）

宅、アクティビティーセンター、認知症ケアホームであった。

3. 「予防家庭訪問」および「サービス判定」に関するヒアリング

8月29日に、ヒョースホルム市役所（Horsholm Kommune, Visitationen）にて判定委員（作業療法士）のSys Matzen氏に、予防家庭訪問とケア判定に関する約2時間のヒアリングを実施した。

III. デンマークの高齢者施策に関する近況

1. デンマークの地方自治改革

1970年以前のデンマークは、約1,600の市町村（commune）から成立していたが、1970年の地方制度改革によって、国、 Amt（amt）と呼ばれる県、 コミューンと呼ばれる市町村の3層構造が敷かれるようになった。しかし更なる改革により、2007年1月からは、日本の都道府県にあたる Amt が廃止され、新たにリジョン（region）が置かれるようになった。これに伴い、市町村も人口3万人規模となるように統廃合された（表1）。デンマークにおける保健医療福祉行政の役割分担は、国が、法律等を制定し枠組作りを行い、 Amt が保険医療を担当し、市が在宅サービスと施設サービスに直接的に関与してきた¹²⁾。しかし、この2007年の改革により、 Amt に変わるリジョンには、医療に関わる事業のみが残り、その他の業務は、同じリジョン内の大きな市が中心となって行うことになった。これは、保健医療サービスの「最適人口規模」の見直しがなされ、1970年の Amt 設置時には20~25万人と考えられた医療圏が、40万~70万人が適正だと再定義された結果である。この見直しの背

景には、医療の高度化、医療資源の効率的使用、病院選択制度の定着、市と県の業務の重複、病院経営の効率化、高齢者人口増大等があるとされる³⁾。

2. 高齢者保健医療福祉施策の変遷

デンマークの高齢者保健医療福祉対策が法定化されたのは、1933年の社会改革法においてである。市町村レベルの自治体が、高齢で病弱な住民に対し、金銭的援助を与えるか、施設に収容して衣食住を保障する責務があることがうたわれた⁴⁾。その後、1955年にはナーシングホームの設置権限が市町村に拡大され、1957年には市が訪問看護師を雇うようになった。さらに、1960年代に入ると、女性の社会進出が進み、子どもが親の介護をすることが困難になったことから、1980年代までにナーシングホームが飛躍的に増えた。1976年には生活支援法が施行され、福祉関係法が一本化され、高齢者に必要な支援を市が実施することや、補助器具についても記されるようになった。

1987年には、高齢者住宅法が制定され、施設ケアではなく在宅ケアによる高齢者対策へと移行していった。このような在宅ケアへの移行に大きな影響を与えたのは、1982年の高齢者問題諮問委員会の答申（アナセン報告）だといわれている。アナセン報告では、3つの原則と7つのケアシステムが示されている。3つの原則とは、①継続性の原則、②自己決定の原則、③自己資源の活用・開発の原則である。また、7つのケアシステムとは、①補助器具、②予防とリハビリテーションの重視、③ホームヘルプサービスの充実、④訪問看護サービスの充実、⑤24時間体制の確立、⑥給食、⑦文化活動の展開である¹⁵⁾。

このような枠組作りに加え、社会保健職の育成およびその教育の充実化がはかれるようになり、在宅ケアを

表1 デンマークの地方自治の体制と保健医療福祉行政の役割分担

		国	県	市
06年 12月	名称	—	Amt (amt) 13	コミューン (commune) 271
	役割	国民年金、高等教育、成人教育	医療、障害者教育・福祉、中等教育（専門学校、高等学校）	福祉、義務教育
07年 1月	名称	—	リジョン (region) 5	コミューン (commune) 98
	役割	同上	医療（=病院）のみ	これまでの役割に加えて、大規模コミューンが、Amt が医療以外に担ってきた役割を引き継いだ。

※ 表中の数字は自治体（Amt/リジョン、コミューン）数を示す

担う訪問看護師と社会保健職との役割分担がなされるようになった⁶⁾⁷⁾。さらに、1997年には、「積極的社会(福祉)政策法」、「社会サービス法」、「社会(福祉)行政における権利保障および行政管理法」が制定(1998年施行)され、ますます個人の生活が強調されるようになった。そして現在は、統合ケアが目ざされ、職域を越えたチームワークの必要性が生じている。

3. 在宅ケアチーム

在宅ケアを支えるチームは、通常、看護師と社会保健職から構成される。現在、訪問看護師は、3年9ヶ月の看護基礎教育の後、1年間の実践を経て、さらに1年間の専門コース(The Nursing Diploma Course for Health Visitors)を修了した者に認められる^{5)8)~10)}。社会保健職には、社会保健アシスタント(デンマーク語でSocial-og sundhedsassistent: SSA, 英語でSocial Health Assistant: SHA)と社会保健ヘルパー(デンマーク語でSocial-og sundhedshjælper: SSH, 英語でSocial Health Helper: SHH)がある。社会保健アシスタントは、1年8ヶ月の養成期間を経て資格が付与される。社会保健アシスタントには医療行為が認められており、その内容は、痰の吸引、血糖値の測定、カテーテルの交換、インスリン注射、筋肉注射、酸素吸入、褥瘡処置にわたる。また、将来的に看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士などの養成課程への進学が可能である。社会保健ヘルパーは、1年2ヶ月の養成期間を経て付与される。主な職務は、「利用者に対して、広範囲で基礎的な援助、世話および配慮を要すること」であり、社会保健アシスタントへの進学が可能である¹¹⁾¹²⁾。

4. 3者連携モデル

在宅ケアサービスの提供には、「利用者」、「サービス発注者」、「サービス提供者」が関わる。この3者の関係性を、図1に示す。「利用者」とは、単に高齢者だけを指すのではなく、在宅ケアを要する障害者をも含む。福祉サービスの利用にあたっては、まず、市職員である専門職が対象者宅を訪問し、在宅ケアの必要度を判定する。その判定結果に基づき、必要なケア内容をサービス提供者に指示する。サービス提供者は、2003年までは公的機関のみであったが、市の定める水準を満たす民間企業の参入が許されるようになった。利用者は、行政が福祉施策の一環として担う在宅ケアサービスについては、無料で利用できるが、基準を超えるサービスについては、自費で購入する。サービス開始時には、必ずケア内容に関する契約書が取り交わされ、契約内容が履行されない場合には、利用者がサービス発注者(市)に苦情申し立てができる仕組みとなっている。

IV. ヒョースホルム市における予防家庭訪問とケア判定

1. ヒョースホルム市の概況

ヒョースホルム市は、シェラン島東岸中央部コペンハーゲン市の北側に位置する、人口約2万4千人のまちである。2007年の市町村合併において、1市の人口規模を3万人以上とする事が決まったが、当市は歳入額が大きいため合併を免れ、特例市扱いとなった。現在、75歳以上人口は、2,514人、80歳以上は1,250人であり、近年の高齢者対策事業においては、先進的な取り組みが行われてきた市である。

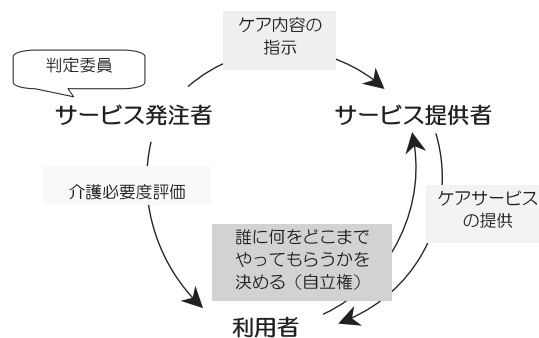


図1 市の福祉施策における3者連携モデル (BUMモデル)

2. インフォーマントとスタッフの職種

今回のヒアリングで情報提供者となった、Sys Matzen氏(図2)は、1989年からヒョースホルム市に勤務している作業療法士である。予防家庭訪問を行うと同時にケア判定委員も兼ねている。

Matzen氏の所属部署には、これまで彼女の他に、看護師4名、理学療法士1名がいた。さらに2007年は、業務量の増加からスタッフが補充され、新たに作業療法士と理学療法士が1名ずつ追加された。スタッフはその職歴により、高齢者、障害者、障害児、補助器具、高齢者住宅等、得意分野があるが、ほぼ等しく予防家庭訪問とケア判定委員の業務を担当している。その担当の割り振りには、国民登録制度に基づき与えられた番号を用いている。これは、ヒョースホルム市の人口規模が比較的小さいために可能なことで、大規模の市では、地区分担制を取っている地域もある。但し、ケア提供者にあたる在宅ケアチームについては、ヒョースホルム市においても地区分担制が取られている。

3. 予防家庭訪問

1) 制度の発祥

現在デンマークの75歳以上の高齢者には、年最低2回以上の訪問を受ける権利がある。但し、すでに市のサービスを受けている人は除かれる。これは、1996年に始まった制度で、当初は80歳以上が対象とされた。しかし、デンマークの平均寿命が80歳未満であったこと、予防という観点においてももう少し早期からの介入が必要であることから、翌1997年には、75歳以上を対象とする「予防のための高齢者などの自宅訪問に関する法案」が施行された。そもそも予防家庭訪問は、本格的な事業化に先立ち、医師(1名)、看護師(2名)がコペンハーゲン近郊

のルドワ(Roedovre)において先駆的に行った活動の成果が認められ、全国的に拡大化した¹³⁾。その成果とは、予防家庭訪問による3年間の介入の後、介入群と対照群とを比較したところ、高齢者の入院日数・回数が減少し死亡率が下がるという効果が確認されたことである。法制化され全国展開されるようになってからは、さらに、家庭医への依頼やナーシングホームへの入所率が低減する一方で、在宅ケアサービス、補助器具等利用者の増加、平均寿命のわずかな延伸などが確認されている。

2) 予防家庭訪問の実際

(1) 予防家庭訪問の目的

予防家庭訪問は、市の専門職が、住民の自宅に出向き、その生活状況を観察し、本人および家族の生活が保持されるために必要な、在宅ケアサービスや補助器具を検討するために行う。観察の視点は、ケアの3原則(①継続性、②自己決定、③自己資源の活用・開発)に基づいており、残存機能に対して、生活を継続するためにどのような工夫が可能かを検討する。

(2) 周知と訪問に至るまで

市の担当者は、住民が75歳になるとダイレクトメールを送り、予防家庭訪問の具体的な日程を提案する。2回目以降は、予防家庭訪問の時期が来たことを案内し、希望の日時を担当に電話連絡するように伝える。このように年2回ずつ、予防家庭訪問の実施について案内し、80歳になると、再び日程指定のダイレクトメールにて、訪問希望を確認する。訪問は、本人の意思に基づき、希望者のみに行われる。連絡なしに突然訪問することは一切なく、必ず事前にアポイントメントを取り訪問している。

予防家庭訪問が実施された1996年は、対象者が80歳以上であったため、対象者の3分の2程度が参加した。そ



図2 情報提供者の Sys Matzen 氏 (左側)

の後の希望者は、対象者の2分の1程度で推移している。

(3) 予防家庭訪問の実施

訪問は、対象住民の担当者である予防家庭訪問員（判定委員を兼ねる）が1名で行う。1時間程度の間に、対象者と対象家庭の全体像を把握するために観察し、今後利用可能なサービスについての情報提供を行う。

観察は、日常生活がうまく営まれているかどうかを中心に、生活に対する思い、経済状態、住宅環境、近所づきあいなどを確認する。また同時に、リスク要素も判断する。例えば、退院直後、配偶者との死別、転居、認知症症状の有無、ADL（Activities of Daily Living：日常生活動作）の急激な低下、転倒のリスク、配偶者の心身の状態が悪く家族への負担が大きいなどである。しかし、観察の基本は、「何ができないか、よりも、何ができるか」であり、その人の機能（何ができるか）と生活との相互の状態から支援の必要性和その内容を考える。もしもリスクが高いと判断されれば、予防家庭訪問頻度をあげ、早期に介入できるような体制をつくる。もしくは、予防家庭訪問以外の支援が必要と判断されれば、そのサービスの利用へとつなぐ。

利用可能なサービスの情報提供においては、まずサービス自体を紹介する。次に、関心はあるものの行動に至らない対象者には、きっかけ作りとしてアクティビティセンターで食事をしたり、クラブ活動に参加してみてもどうかと提案する。さらに自ら連絡を取ることに抵抗を感じる対象者については、アポイントメントを代行することを申し出るなどして、適切な時期にサービス利用が開始できるように介入している。

但し、予防家庭訪問を受けることも、その他のサービスを利用することも、全ては利用者側の自由意思が尊重されるため、担当者の判断に反する事態も生じ得る。その場合は、家庭医に連絡を取ることを勧めてみたり、在宅ケアサービスの中でも家事支援を利用してみてもどうかと提案する。特に必要性があると判断されるのに拒絶される可能性があるのは、認知症の症状が伴う場合である。そのような事例では、次回の予防家庭訪問時には家族に同席してもらうようにして、段階的にサービス利用を勧めていく事が多いが、認知症コーディネーターに介入を依頼することもある。

(4) 予防家庭訪問を継続することの効果

現在、全対象者に対する予防家庭訪問実施率は50%であり、この取り組みだけで支援を必要とする全ての事例を早期発見し、制度利用へとつなげることは不可能であ

る。しかし、実施している50%については、予防家庭訪問の継続によって、認知症症状の早期発見ができること、また身体機能の変化に伴うADLの低下に対して、比較的早期に補助器具を使用したり、住宅環境を改善できるため、住み慣れた自宅での生活期間を引き延ばせることなどの効果が期待される。

4. サービス判定

1) 制度の発祥

サービス判定は、社会サービス法において、市が行うことが定められている。日本の介護保険制度における要介護認定調査と介護認定審査会、およびケアプランの作成までに相当する一連のシステムである。

元々は看護師が行っていたが、現在では作業療法士や理学療法士も動員されるようになった。それは、補助器具分野への療法士の進出が進み、1990年代には市町村に採用される療法士が増えたためである¹⁴⁾¹⁵⁾。

社会サービス法において、自立生活ができなくなった人へのサービスは、市が責任を持って行う事が定められている。特に永続的ケアについては、基本的には税金でまかなわれる無料サービスとなっている。しかし、一時的なケアは、時に有料となることもある。

2) サービス判定の手続

サービス判定を要する事例が市役所の担当課（Visitationen）に通知されるルートと、その後の手続を図3に示した。

判定を必要とする事例についての連絡を受けると、担当の判定委員は対象者宅に出向き、1時間程度のヒアリングおよび観察を行う。そして、対象者を全人的に判定するとともに、機能判定項目について、0～4点の点数化を行う。この際、コメント欄に詳細を記載し、後のサービス内容の決定に活用する。

判定の結果、支援項目が決定されると、そのケアについて必要とされるサービス時間が基準値で算出される。24時間のうち、昼間の時間帯をA1～A4の4つの時間帯に区分し、その他には、朝、夕、晩、夜¹⁶⁾に分けて、どの時間帯にどのサービスを導入するのか、利用回数についても、市の判定委員により検討される。今までは、在宅ケアチームの訪問看護師が必要性を判断し、サービス内容についても決める傾向にあった。しかし、地方自治の改革により、ますます市の担う責務が増えた。その結果、市別の標準ケアを元に、市の判定委員が細かい処置

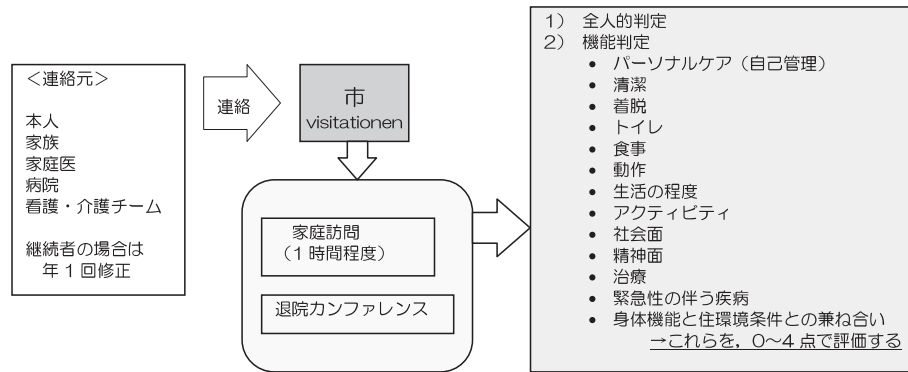


図3 事例の連絡ルートおよびその後の手続き

(ケア内容, 補助器具の利用等々, 全てのこと) までも決定した上で, サービス提供者である在宅ケアチームに指示を出すことになった。

これまで, 市には看護師資格を有するコーディネーターが配置されており, このナースコーディネーターが, 在宅から病院へ, 病院から在宅へと, サービスの拠点が移行する際の橋渡し役を務めてきた。しかし, リジョン制の導入により住民の入院先が広域となったため, 以前はナースコーディネーターのみが携わってきた。退院時のカンファレンスにも, 全判定委員が参加するようになった。カンファレンスでは, 退院に向けて必要なサービス, 補助器具の利用に加え, 退院直後に自宅に帰るのか, 他の施設を経由してリハビリをしてから自宅に戻るのかについても検討される。したがって, ケア判定委員は, 判定のみならず, コーディネートまでの全ての過程を担っている。

3) 判定結果の通知とサービス利用の開始

判定が終わると判定結果とケアプランが対象者に通知され, サービス提供者にあたる関係機関(在宅ケアチーム, 補助器具センターなど)には, 電子メールでサービスの指示が連絡される。ケア開始にあたっては, 利用者と市との間でサービス内容に関する契約が結ばれる。ここでは, ケア判定に基づくケアプランの他に, 在宅ケアチームがケアに入る前に職場環境評価を行うことや, 自宅であってもケアチームにとっては職場に該当するので, ケアの最中は禁煙にする等の協力内容を確認する¹⁷⁾。また, 協力ブック(Coordination Book)という契約内容(冊子名: general information of home help)を渡し, 守られていない点についてはクレームを申し立てられることを説明する。

ケアサービスが開始された後に, 市の判定委員が立てたケアプランでは時間が足りず必要なケアが提供できないと判断されたら, サービス提供者から変更申請を行うことが可能である。しかし, 本人にいくら不満があっても, 利用者本人からの要求はできない。利用者が更なるサービスを要求する場合には, すべて自己負担となる。

5. 連携に伴う電子化情報の共有

デンマークではIT(Information Technology: 情報技術)を利用した情報管理が進んでおり, 予防家庭訪問で得られた情報や, ケア判定結果およびケアプランは, すべて電子化されている。しかし情報の電子化は, 保健医療福祉の各領域別に進められてきた。そのため現時点では, 医療現場における患者情報と, 福祉制度の利用状況等のシステムが連動していない。したがって, 医療と福祉を結ぶコーディネーターの役割が重要となっている。現在の情報管理には, デンマークの保健医療福祉分野における共通言語とされるCommon Language 1が用いられているが, 近々ICF(International Classification of Functioning Disability and Health: 国際生活機能分類)にも対応するCommon Language 2への移行が決定している。同時に, 保健医療福祉分野で共有される情報管理システムの構築が求められている。

V. 考 察

1. 高齢者ケア施策における予防的ケアへの取り組み

デンマークの高齢者ケアシステムの整備は, 日本の介護保険制度とは異なり, 十分に時間をかけて構築されてきた。しかしながら, 近年の高齢化率の上昇に伴い, 高齢者ケア施策における財政困難が緊迫しているため, 予

防的な取り組みが更に重視されている。予防家庭訪問事業では、高齢者個々の予防的ケアが効果的かつ効率的に実施されている現状を知ることができた。高齢者の自立を重視した補助器具の有効活用もそのひとつと言えるだろう。

視察先のヒョースホルム市では、いわゆる住民基本台帳により、一定年齢に達した対象者に、漏れなく予防家庭訪問事業が周知されていた。また一度の機会を逃しても、定期的にその案内が発信され続ける。このことが、当該事業が機能し発展するための秘訣だと考えられる。

2006年4月より、日本国内においても、地域包括支援センターを拠点とした介護予防事業、および、介護予防給付が開始された¹⁸⁾。このことに伴い、高齢者施策は、「一般高齢者」「特定高齢者」「要支援高齢者」「要介護高齢者」の4者に分かれて実施されるようになった。介護予防事業の対象者は、基本健康診査や介護認定審査後の非該当者の中から選別される。しかし、現在のところその選定基準は一本化されておらず、効果的な予防事業の提供につながっていない¹⁹⁾²⁰⁾。また、介護保険制度の利用は、被保険者の申請に始まるものであり、自治体側からの積極的な働きかけを受ける機会に恵まれているとは言いがたい。施行後1年程度で、我が国の新たな介護保険制度に関する成果を結論付けるには性急であるが、少なくとも、予防活動を重視した取り組みを実現しようとするならば、デンマーク方式を模して、毎年のように対象者本人への情報提供を行い、正にサービスを必要とし始める、決断力や行動力が低下する瞬間を逃さないことが重要だと考える。

2. 専門職種の位置付けと質の担保

デンマークでは、2007年からの地方自治体制の変化に伴い、1コミュニの抱える人口が増加し、担う役割が拡大された。そして、高齢者ケア施策に従事する職員の増員が計られている。こうした計画的な人材確保は、歴史的に繰り返されており、その時代の状況に即して、新たな職種を育成し、一職種から他職種の連携による業務遂行が可能となるような体制づくりがなされてきた。具体的には社会保健職の育成や、予防家庭訪問およびサービス判定のスタッフとしての療法士の採用がこれにあたる。

日本でも同様に、介護保険制度の開始に伴い、自治体には介護保険の担当課が設置され、そこには保健師や福祉職が配置されるようになった。また介護サービスの担

い手として、介護支援専門員やヘルパーを養成してきた。しかし、制度開始までの短期間に、たくさんの従事者を養成しなければならないという問題に直面していたために、十分な教育プログラムが練られることなく、資格が付与されたきらいがある。したがって、従事者のこれまでのキャリアや基盤となる資格により判断の差異が生じやすく、対象の状態の評価や必要なサービスの選定の質を担保するためには様々な課題が残されている^{21)~23)}。

またわが国においては、サービスが提供されるまでには、訪問調査員、介護認定審査委員、介護支援専門員という複数のスタッフが関与するが、それらを総括する人物はいない。他方デンマークでは、自治体の担当者（看護師や療法士）が、予防家庭訪問から、サービス判定、ケア提供者への発注までのすべての過程を担っており、当初把握された対象者の課題を解決するためのケアサービスが、速やかに提供される体制が整えられている。したがって、わが国においても、自治体における統合的な体制構築が求められており、特に市町村への期待はますます大きくなる。

3. ITを利用した情報の共有化

対象者に必要なケアをタイムリーに導入するために、デンマークでは、高齢者ケアに関わる様々な機関が情報を共有できるような、IT活用と共通言語の開発が進められていた。現在のところは、保健、医療、福祉の全領域間で情報を共有するには至っておらず、自治体の担当者（看護師、療法士）が、病院からの問い合わせに電話で応じたり、現地へ出向いてカンファレンスに参加している。

日本の場合、個人情報保護の点から、各機関での情報交換には困難を来しているが、デンマークの場合、多くのことが福祉事業として行われ、国民にはそれらを受給する権利があり、また、その権利を守るため、関係機関においては効率的な情報交換が認められていると言える。しかし、携わる担当者の職務内容により閲覧の権限を厳しく定めることによって、個人情報は守られている。

同様な仕組みを日本で実現するには多くの課題が残されているが、データの保管場所や所有の権利を吟味し、利用者にとって効果的なサービスが速やかに受給されるシステムの構築が必要である。

VI. おわりに

いまだ模索中の我が国の高齢者対策において、高齢者一人ひとりの詳細な情報、家族の介護力、介護ニーズ等を適切に把握し、個々人のニーズに見合った予防的ケアが提供されているとは言いがたい。しかし今後の予防的ケアシステムの構築について、デンマークにおける取り組みから多くの示唆を得ることができた。

本視察研修は、平成19年度「魅力あふれる大学づくり関連事業（理事長特別研究費）」の助成を受けた。

事業名：愛知県立三大学連携による要介護高齢者の移動動作を助ける補助器具開発のための基礎的研究。

構成員：百瀬由美子，中島聡*，村上和人**，鎌倉やよい，箕浦哲嗣，白石知子（愛知県立看護大学，*愛知県立芸術大学，**愛知県立大学）

文 献

- 1) 鬼崎信好：【世界の介護】北欧の介護 デンマークを中心に。教育と医学。51(3)：262-269, 2003.
- 2) 齋藤泰子：デンマークの在宅ケアと訪問看護。宮城大学看護学部紀要。5(1)：127-132, 2002.
- 3) 菅沼隆：【医療政策の決定プロセス】諸外国における医療政策の決定プロセス デンマーク。病院。64(12)：982-988, 2005.
- 4) 今瀬繁子：デンマークの地域福祉。東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設年報。6：65-78, 1996.
- 5) 坪山美智子：デンマークにおけるホームケアの進展と現状。岩手県立大学看護学部紀要。6：153-157, 2004.
- 6) レナ・ホーレンナー：デンマークのホームケアにおける看護の役割。看護。55(8)：52-54, 2003.
- 7) トーベン・ニールセン：生き甲斐のある高齢期を求めて デンマークからの報告。看護学雑誌。52(4)：339-348, 1988.
- 8) 土取洋子：デンマークの高等教育と看護学教育 オーフス大学を視察して。岡山県立大学保健福祉学部紀要。8：34-44, 2002.
- 9) 真船拓子，小島善和，児玉寛子：デンマークの訪問看護(3)。保健婦雑誌。50(8)：447-453, 1994.
- 10) 峰村淳子：デンマークとスウェーデンの在宅ケア（訪問看護・継続看護）の実態 大川記念奨学基金による視察研修参加報告。東京医科大学看護専門学校紀要。13(1)：49-60, 2003.
- 11) 高木剛：デンマークにおける介護福祉専門職の養成教育。総合ケア。15(10)：79-83, 2005.
- 12) 高木剛：介護福祉専門職の「医療行為」に関する研究と今後の専門職養成の考察 ドイツおよびデンマークの現状分析を中心に。訪問看護と介護。12(8)：674-678, 2007.
- 13) 村嶋幸代：比較看護論⑥ デンマークのホームケア・6 県の保健看護婦の仕事と予防への取り組み。訪問看護と介護。3(3)：227-230, 1998.
- 14) 窪田静：【リハビリテーションモデルの実践ケアマネジメント】海外のケアマネジメント デンマークの在宅ケアマネジメント。作業療法ジャーナル。33(5)：565-571, 1999.
- 15) 村嶋幸代，Hollaender Lene：【痴呆の生活支援】海外に学ぶ デンマークにおける痴呆性老人への対応。作業療法ジャーナル。34(5)：594-597, 2000.
- 16) 村嶋幸代：比較看護論② デンマークのホームケア・2 ケアプラン作成の原則。訪問看護と介護。2(11)：812-817, 1997.
- 17) 小島ブンゴード孝子：つらい介護からやさしい介護へ 介護の仕事を長く続けていくために。株式会社ワールドプランニング。2006.
- 18) 鏡論：地域包括支援センターの混乱を越えて。訪問看護と介護。12(4)：268-273, 2007.
- 19) 石橋智昭，池上直己：介護予防施策における対象者抽出の課題—特定高齢者と要支援高齢者の階層的な関係の検証—。厚生指針。54(5)：24-29, 2007.
- 20) 池上直己：わが国の地域プライマリケア体制の構築。公衆衛生。71(11)：924-927, 2007.
- 21) 本田彰子：インタープロフェッショナルワークの実践と在宅療養におけるケアチーム。Quality Nursing。7(9)：763-769, 2001.
- 22) 吉江悟：都道府県介護支援専門員相談窓口の運営実態および医師・弁護士による関与。厚生指針。54(7)：47-54, 2007.
- 23) 三宅久枝，長谷川まり子，二階堂一枝：A県介護支援専門員の学習ニーズの実態。新潟青陵大学紀要。7：211-221, 2007.