<主たる調査対象者>

①National Board of Health and Welfare：Lennarth Johansson 氏、スウェーデンの高齢者政策全般、特に介護予防施策、ソーシャルネットワークについて

②Knutens day care unit：施設長 Agneta Giliusson さん、新しいスタイルの高齢者のミーティング・スポットとして評価されているデイ・ケア・ユニットの視察

③Nat. Board of Health and Welfare：Britt Mari Hellner さん、スウェーデンの予防型家庭訪問のプロジェクトリーダー、プロジェクトの目的、方法、結果などについて

④NOVA - Norwegian Social Research：Svein Olav Daatland 氏、ノルウェーの高齢者家族の状況、ソーシャルネットワーク研究について、ケアシステム全般について

⑤ Norwegian Social and Health ： Nina Waaler Loland さん、ノルウェーの高齢者の健康増進政策、介護予防プログラムについて

C. 研究結果

北欧における介護予防のための活動としては、転倒防止、筋トレ、足指爪ケア、住宅リフォーム、健康増進運動、住民交流、文化的活動など、日本の「介護予防・地域支えあい事業」の中にも盛り込まれている内容と共通のものがあり、これらはすでに定着している。ただし、日本におけるこれらの活動は全国に定着しているとは言い難く、特に筋トレや足指爪ケアの施行率はまだ極めて低い。これらの活動が介護予防として政策化されたのは平成１３年（2001 年）からであり、歴史の違いが見られる。しかし、日本とのより大きな違いは、これらの活動は行政の事業としてのみではなく、多数のボランティア組織や NPO によっても担われていることである。例えば、スウェーデンやフィンランドでは、年金者連合や教会などが大きな力を発揮している。

そして今回の調査では、これらの従来型の介護予防活動に対し、今日の北欧の国々では、新しい観点からの予防活動の試みが展開されていることが発見できた。具体的には、「予防型家庭訪問」事業、サービス指導、サービス広報、相談事業などである。これらはいずれも自立支援的介護手法の推進の一貫に位置づけられている。北欧といっても、スウェーデン、フィンランド、ノルウェーにおける高齢者の状況や施策は全く同一ではないものの、これらの新しいトレンドは、共通に見られた。

「予防型家庭訪問」Preventive home visits 事業

７０－８０歳台のいずれかに対象年齢を定め、まだ公的サービスをうけていない在宅の高齢者の家庭訪問を行い、当該高齢者からの聞き取り調査をもとに将来のサービス需要を予測するものである。あわせて高齢者にどのようなサービスを受けられるか、どのようなボランティア活動があるのかの情報提供を行う意味でのサービス指導が行われる場合が多い。

サービス指導

上記の訪問型のサービス指導に加え、サービス指導者を場所や時間を特定して配置し、そこに相談に訪れた人に個別に指導を行うサービスである。サービスハウスやデパート、公共機関などにサービス拠点を置き、様々な地区に住む人が利用できるようにしている。自治体が専任のサービス指導者を置く場合が多いが、サービス指導者のベースはケアマネージャーやホームヘルパーなどケアスタッフの場合が多い。

サービス広報

高齢者向けにインターネットやパンフレットによる広報活動を行う。特にインターネット技術の進んでいるフィンランドで活発である。

相談事業

ここでは、その中でも「予防型家庭訪問」に焦点をあて、その新しさと有効性について検討する。とりあげる事例は、スウェーデンのノルドマリン市とフィンランドのイヴァスキュラ市の試みである。

両国とも「予防型家庭訪問」事業が国の政策と

して奨励されている。

例えば、スウェーデンでは、高齢者政策の全国基本計画にもとづいて、1999 年から 2002 年の 3 年間にわたる全国レベルでの「予防型家庭訪問」プロジェクトが政府によって予算化され、これに応募した 21 の自治体によって実施された。すでにこのプロジェクトは終了し報告書が出されている。それによると概ねこのプロジェクトは成功し、多くの自治体が続行を試みているとのことである。また、フィンランドでも同様のプロジェクトが 2003・2004 年の 2 年間行われた。スタート時には 2 つの自治体しか参加しなかったが現在は 9 自治体に増え、今後も増える見込みである。「家庭訪問」の実施内容は各自治体に任されているが、ここで取り上げる 2 事例は、その中でも著しく効果が上がった事例である。

1.「予防型家庭訪問」の新しい展開

（1）Nordmaling 市（注）（スウェーデン）の「予防型家庭訪問」

ノルドマリン市の予防型家庭訪問事業は、スウェーデン政府のイニシアティブで財源が予算化され、それに申請した２１の自治体の試みの一つである。このプロジェクトは 1999 年秋から 2002 年春にかけて行われ、2003 年秋には社会庁から報告書が出版された。その要約には、このプロジェクトの概要が述べられている。

「高齢者政策の全国基本計画の枠内において、高齢者に求められているサービスの三年間の試行に、予算が下りることになった。各コミューン及び県は、この試行計画のための予算を要求できる旨、連絡を受けた。21 のサービスの試行が承認され、1999 年秋に、『予防としてのホームビジット』のサービスが開始された。このサービスの試行は、国内において、社会庁は、政府の指示を受け、この試行計画を支援、状況を見守り、結果についての評価を行った。

この試行計画の目的は、高齢者が不健康な状態になり、介護を必要とするようになるのを防ぐためにはどうすればよいか、ということについての知識を収集することであった。これを出発点として、各プロジェクトは、それぞれの目標を設定した。

このサービスは、1999 年秋に開始され、2002 年春に終了した。この試行計画は、コミューンと県の共同作業で実施された。年金生活者、ボランティア及び家族団体も計画に加わった。21 のサービスの試行について、全てが計画通り行われ、結果の報告がされた。

今回、試行の実施されたサービスに共通するのは、自宅に住む高齢者に対して規則的にホームビジットを行うことと、スタッフが社会保健・福祉についての能力を有することを基本としていることである。プロジェクトを実施する際の方法は、各サービスを行う組織の作り方、サービス対象者の選び方、ホームビジットを行う頻度、サービスの内容などに関しては、責任者によりやり方が異なる。

平均して、このプロジェクトでは、半年間に 200 人の高齢者に対してホームジビットのサービスが提供された。プロジェクトの半分は、75 歳以上の高齢者をサービス対象者とした。コミューンによっては、地理的に場所を区切ることで、サービス対象者を決めたところもあったし、また、場当たり的に決めたところや、特定の高齢者のグループを対象としたところもあった。ストックホルムのリンケビーやウプサラのゴットスンダでは、外国で生まれた高齢者に焦点が当てられた。

プロジェクトでは、サービスを受ける全対象者に対して、コミューンの高齢者福祉がどのように機能しているかなどの説明や、また、飲食と運動についてのアドバイス、また、家庭での事故を防ぐための簡単な補助機具のデモンストレーションなどが行われ、また、転倒による怪我や、脚が弱るのを防ぐ方法などの紹介されたパンフレットが配布された。ホームビジットを担当するスタッフは、身体的な健康や体の機能能力、精神的な健康状態に対する高齢者自身の考え方や、高齢者の社会的ネットワークの維持についての可能性などの情報の収集を行った。これらの情報は、コミュー

ンや県にとって、高齢者人口の生活条件に関するよりよい知識を得るために重要である。

予防のためのホームビジットサービスの試行は成功した。この計画に参加した高齢者とサービスを行ったスタッフの両方が満足し、このサービスの継続を望むものであった。この計画に参加した高齢者の健康や体の機能能力に対して、どの程度のホームビジットが影響を及ぼしたのか、ということについて重要な意味をもつ３つの要因は、サービス対象となる高齢者グループの構成と、ホームビジットの頻度及び内容である。

この計画に参加したコミューンの半分は、速やかに、予防のためのホームビジットサービスの継続及び、プロジェクト終了後、この業務をどのように行うのか、その構成などを決めた。その他のコミューンでも、サービスを継続するための環境づくりや、サービスをどのような形で行うかについて話し合いが行われている。この計画に参加しなかったコミューンも、このサービスの試行がどのような発展をしたのかに関心を示した。さまざまな方向に、各コミューン独自の試みが既に開始され、あるいはその準備段階に入っている。

このプロジェクトの多くの側面が、このサービスの将来的な可能性や、このサービスを安定したものにし、更に伸ばしていくためには、知識が重要であることを示している。スタッフも、医療及び社会的な能力を身に着けていることを要求される。しかしながら、今日、県もコミューンも、高齢者の健康を促進するための事業に高い優先順位を置ける状態にはない。

ホームビジットのサービスの方法を発展させ、その蓄積された手順や方法の良いものを他のコミューンにも広げていくためには、更なる作業が必要となる。長期間に渡り、しっかりと管理された環境においての研究をいくつもする必要である。どのようにすればホームビジットを効果的に行うことができるのか、ホームビジットにより、高齢者個人や社会の双方にどのようなメリットがあるのかという事柄についての調査もしなくてはならない。ホームビジットのサービス方法を発展させていくためには、政府が財源を提供し、支援することにより、十分な質と重要性をもった、長期間に渡る知識の蓄積が可能となるのである」。

このプロジェクトの全体のフォローアップの結果は以下の通りである。

<参加者>　２１の自治体で合計で約4000人の75 歳以上高齢者が参加した。彼らは在宅で自立して生活を営んでいる高齢者である。　プロジェクトへの参加は任意であるが、参加を呼びかけられた高齢者の７５％が参加、２５％が拒否（特に前期高齢者や健康な高齢者に多い）であった。人々のうち５５％が女性であり、４８％が一人暮らしであった。

一方、訪問者（面接担当者）は約１００名であった。

<訪問者>　訪問看護婦、ケアマネージャー、PT、OT という専門的知識を持った人

<訪問者の仕事>（1回の訪問は1－1.5 時間）

・ケアシステムや NPO の活動についての情報提供

・身体的、精神的、社会的健康を促進する：転倒防止や栄養のある食事、社会的活動の奨励などを高齢者のライフスタイルやニーズに応じてアドバイスする

・訪問者と老人の間の信頼を増加すること
訪問毎に、高齢者が自分で応えるアンケートを行う

<評価>　特に　身体的健康、精神的健康、社会的ネットワークの３点に焦点をあてて評価を行う。自治体レベルの評価と国の評価が同時に行える手段（道具）を準備する

<結果>　対象者のうち１０％にIADLについてのサポートの必要性が見られた。約３０％が何らかの在宅サービスの必要が認められた（医者や看護婦に行くように指導、ホームヘルプサービスの利用、補助具を貰う、住宅の改善など)。
３０％弱が社会的孤立を防ぐためボランティア等の「友人サービス」の必要が認められた。稀なケースだが認知症のカップルも発見された。
対象グループはコントロールグループに比べ明

らかにホームヘルプサービスの利用も少なく、病院にかかる率も低かった。

<教訓>

- 家庭訪問は専門的な教育を受けた人々によって構成されたこと
- 僅かな投資がより良い結果をうみだした。
- アクセスしにくい環境（例えば住居がエレベーターの無いアパートの4階にある、周りに家が無い田舎に住んでいるなど）が孤立の原因となる
- 親族介護者はケアを必要としている
- 信頼と安全を増進した
- 健康と福祉を改善した。
- 高齢者は自分の生活スタイルの変更にオープンである。特に男性に比べ、女性は栄養指導や体操を日常生活に積極的に取り入れた。
- コスト面でも効率的である。

<結論>　予防的家庭訪問は高齢者のより良い生活を推進する戦略として成功した。

ノルドマリン市の事例は、どのように訪問が構成され計画されたかの好例である。また、プロジェクトの実行中にどのような新しいアイディアが展開され、情報提供の出版物が作られたか、プロジェクトの組織化についても他の自治体の参考になる例として取り上げられている。

<対象者>　は75歳以上で定期的なホームヘルプサービスや訪問看護サービスを受けていない196名である。訪問者は看護婦とホームヘルパーで組織された。

<準備段階>　訪問に先んじて、地域の高齢者の生活に関る情報と知識があらゆる角度から収集され、それらを全ての参加者分用意した。

<訪問>　体系的な訪問が個々の高齢者に全部で4回行われた。

（1度目の訪問）

医療やソーシャルサービス、その他の地域内の活動の電話リストが全参加者に配布された。その目的は地域のキイとなる人々へのコンタクトを取りやすくするためである。今回の訪問の目的はエクササイズとその必要に焦点が当てられる。ストック・ウォーキングについての指導、家の中での危険性（ルーズな敷物、滑りそうな部分、不十分な照明など）の指摘を行った。併せて、地域の在宅高齢者の基礎データとなる聞き取りを行った。

使用された「質問票」は（参考1，2）であり、社会庁によって用意されたものである。それは、高齢者はどのように自分の健康や身体的機能について捉えているのか、日常生活の維持—料理、洗濯、掃除、身の回りの清潔などどのように維持しているのか、について聞いている。これらの集められた個人情報はプロジェクトの期間中、参加者の追跡に役立った。質問表にはまた、身体的機能と能力を図るための簡単な2つのテストが組み込まれた。1つは、疲労と移動の評価スケールである（質問12）。これはすでにデンマークで実施中のものであり、戸内や戸外での活9動が彼らの強さにいかに効果的かを調べるものである（参考2）。もう1つのテストは（質問13）、「Time Up and Go」と呼ばれる簡単なものである。椅子に腰かけている人が、椅子から立ちあがり、3メートル歩いた後また戻って椅子に再び座るのにかかった時間を測るものである。普通のひとには簡単すぎることであるが、歩行能力や歩くスピードは日々の生活を援助なしに良く保てるかどうかを測る尺度として重要である。多くの高齢者がこのために横断歩道を横切るのをためらっている。この質問表に加えて多くのプロジェクトは独自の質問を行った。

（2度目の訪問）

スウェーデン体操協会の「Wake-up 体操」プログラムが自治体独自の工夫を加えてが使用された。更に、自治体の高齢者体操や水中体操の時間や内容が知らされた。

転倒による怪我を防ぐための「Keep on Your Legs」というパンフレットが配布された。薬剤師による飲み物に関する情報物も配られた。役所の広報や図書館の開館時間の情報も盛り込まれた。

（３度目の訪問）

初期のエクササイズは栄養についての情報提供にリンクされた。プレート・モデルや食事計画などが盛り込まれた「A little of verything」という小冊子が、2 種類の糖尿病についての冊子と共に支給された。また、輸送サービス、生鮮食品の自宅配達、病院の新しい予約方法についての情報が書かれたパンフレットが作られた。

ダイエットと口腔ケアも重要である。自治体の歯科衛生士が高齢者の口腔ケアに関する実際的なアドヴァイスの小冊子を作った。

（４度目の訪問）

最後の訪問は、自治体のホームヘルプサービスと料金についてのお知らせに焦点が当てられた。County Coucil と製薬会社が作成した、セルフケアについての本「Take Care of Yourself」発行された。その内容はまた、将来の議論のスタートポイントにたつものであった。この最後の訪問時には、社会庁がフォローアップのために必要な質問表が利された（参考３）。参加者は家庭訪問の意義についての６つの質問を受けた。

（注）ノルドマリン市はスウェーデンの北に位置する人口７６６３人（女性 3848 人、男性 3815 人）の農業を主とする都市であるが、人口分布、平均年齢、健康状態、受診率においてはスウェーデン全体のミニチュアと言える。

（２）イヴァスキュラ市（注）（フィンランド）の事例

イヴァスキュラ市は 2003-2004 年度のフィンランド社会保健庁のプロジェクトに参加した。すでに家庭訪問のみを行っている自治体は多数あるが、イヴァスキュラ市の場合は、予防型家庭訪問からスタートしてコミューン全体のシステマティックな介護予防の体系を作り上げることに最も成功した例である。これは、政府が奨励している２つの介護予防事業—予防型家庭訪問と高齢者相談事業のドッキングに成功した事例でもある。プロジェクトは終了したがこの事業は市の事業として継続され、プロジェクトリーダーであったマリエッタさんは、引き続き市のコーディネーターの任務に就いている。

（参考５）はイヴァスキュラ市の介護予防システムの概念図である。

イヴァスキュラ市では、予防型家庭訪問の実施と並行して、高齢者のサービスの情報提供とサービス指導に力を入れた。シニアインフォという高齢者用のホームページの作成や、市内にシニアポイントというサービス提供の 10 拠点を開設した。この拠点は、市の高齢者のサービスセンターや人々の集まりやすいデパートやマーケットなどにも置かれている。開設時間は、殆どが午前の９時から 11 時であるが、開設時間にはサービス指導員が常駐する。

サービス指導員はサービスセンターのスタッフ（ホームヘルプ担当者）であり、家庭訪問の訪問者でもある。彼等は、市の高等職業訓練校で１年間、予防型家庭訪問の技能訓練を受けた。現在 14 人おりそれぞれの地区を担当している。市では、これらのシニアポイントの情報を含めたリーフレットを作成し、家庭訪問時のみではなく、病院や保健所、様々な集会所など広く配布している。

予防型家庭訪問の目的は、高齢者自身への情報提供と行政のサービス予測のための情報収集である。

対象は 70 歳以上の在宅で暮らす全員 550 人である。そのうち７０％がプロジェクトに参加したが、１３％が拒否、１３％がコンタクト不能、施設入所、死亡、就労中が各１％であった。ホームヘルプサービスの受給者も２％であった。年齢を 70 歳以上としたのは、そろそろサービスを受ける気持ちが出てくる年齢であり、市にとっても最も興味ある年齢であるからである（リーダー談）。

訪問は、２００４年の１月から３月にかけて行われた。訪問では質問票を用いた情報収集が行われたがその内容は極めて広範で詳しく、平均４時間費やされた（参考４）。

訪問者は先述したように一定の訓練を受けたサービスセンターのケアワーカーであり、通常の業

務として位置付けられて行われた。

質問票によって得られた個人情報はデータとしてコーディネーターの下に保管されるが、調査表の最初の頁の誓約書の下で、必要に応じて医師や看護師などにも知らされる。

概念図のように、個々の高齢者は必要により直接サービスを予約したり、シニアクーポン（７０歳全員に年間４０ユーロ相当のサービスが受けられる）を利用して種々の社会的活動に振り分けられる。このようにして個人的サービス指導が実施されると同時に、家庭訪問で明らかになったそれぞれの地域の特色も公表され、それは集団的サービス指導のルートとなる。

成果としては、市の事業に継続され毎年７０歳以上に対し家庭訪問を行うことになったこと、イヴァスキュラの介護予防のシステムに各自治体の関心が高まっていること、いろいろな情報を知った高齢者のクラブ活動や社会的参加が増加していることなどが挙げられる。

最後に指摘しておきたいことは、イヴァスキュラの成功の１つは、自治体がサービス提供の公私のバランスに柔軟である点である。このことは公的責任を私に任せると言うことではない。公の責任は果たすが、全て自治体が抱え込むのではなく、教会や各種 NPO の活動との連携や、検診に高等職業訓練校の保健コースの学生の協力を依頼したり、体操や水中トレーニングの効果測定やコンピューターの指導にイヴァスキュラ大学の学生の力を活用したり、若い人材を育てようという試みなど、地域の多様な資源の活用とその活動をサポートしているからである。

（注）イヴァスキュラ市はヘルシンキから車で約３時間の湖水地方にあり、1837 年の開基である。当初は木材加工、製紙業で発展したが、現在は商業、教育、スポーツ、文化の中心地の一つである。市の人口は８万人であるが、イヴァスキュラ地域は 9 つの自治体で構成され人口 16 万人を有している。

D. 考察と結論

いわゆる「家庭訪問」事業自体は欧米では従来から行われており目新しいものではない。しかし、今、北欧で奨励されているそれは、対象（ターゲット）、目的、誰が、実施方法、において従来とは異なっている。伝統的には、地域のリスクを抱えた家族—母子家庭や貧困老人等—への家庭訪問事業がソーシャルワークの一環として行われてきた。また、人口の高齢化が進行しそれと共に医療費の増加が社会問題化した 80 年代から 90 年代にかけては、病院退院後のロング・ターム・ケア（継続医療）の一貫としての家庭訪問がヘルスケアの領域で行われてきた。後者についてはその影響効果 effective に関する多数の研究が行われているが、死亡率の低下や罹患率の低下、施設入所の延期などに関する効果については様々で評価は定まっていない(Elkan,R.,et.al,2001, Clark,J,2001, Van Haasstreget,J.,C.,et al,2000)。また、公的な家庭訪問事業が必ずしも高齢者を主たる対象として来なかった、という批判もある (Clark,J,2001)。

これらに対してここで筆者が「新しい」と表現するのは以下の理由である。

第１に、ターゲットが既に問題をかかえている個々の人々ではなく、一定の年齢の高齢者層（コーホート）であり、公的援助やサービスを全く受給していないか、受給しているとしても僅かな利用に留まっている、在宅の高齢者である。すでに公的サービスを受給している高齢者は家庭訪問も受けており彼等に関する情報も把握されているからである。

第２に、その目的は、個々の問題を抱えている人々の救済や予後観察ではなく、地域全体の将来の高齢者サービスの需要を予測するための基礎データあるいは情報を収集することである。言い換えれば、予防型というのは、何らかのサービスが必要となったり、施設や病院に入所しなければならない状態になる前に、個々の高齢者が健康的に在宅生活をスムーズに維持するためのニーズと客観的状況を正確に把握する調査を遂行することを

第1の課題としていることである。従って、訪問調査票は、家族や住宅の状況、身体機能や疾病の状況、精神的（不安間、孤立感など）状況、社会関係・ネットワークの保有状況など包括的なものである。従って、事業主体は自治体である。

第3に、この予防型家庭訪問のもう一つの主要目的は、単に潜在的ニーズやケアの必要性を発見するだけではなく、高齢者自身が、いかに病気やケアを防ぎ心身とも健康な在宅生活を送ることができるかについての知識を持ち、自分で日常生活をマネージし、さらには緊急時にはどのように対応すればよいかについてサポートすることである。多くの自治体が基本的に取り組んだ具体的方法は、自治体の高齢者サービスやケアシステムやヘルスプロモーションについての情報を与えること、また、公的だけでなく教会やその他のボランティ組織の活動やコンタクト・アセスメントの方法などを1冊のパンフレット等にまとめ衆知することを訪問者の役割としたことである。

第4に、上記のような調査・広報活動のみではなく、ノルドマリンのように、転等防止や栄養・口腔ケアについての指導、様々な生活援助用具—めがねや補聴器などの調整や看護師による薬のチェックなど、必要に応じた具体的な指導的介入も行われた。また、それらが家庭訪問時に行われなくてもイヴァスキュラのように、人々は個々人の必要なニーズを満たすために多様なルートに導かれた。

第5に、訪問者は誰か。伝統的な家庭訪問はソーシャルワーカーやヘルスケアの担当者であったが、この場合のメインはソーシャルケア、つまりホームヘルパーやケアマネージャーを中心に組織された点が特徴的である（注　フィンランドではホームヘルプはラヒホイタヤという従来の准看とホームヘルパーを統合した新しい資格保有者によって担われている。スウェーデンではホームヘルパーの殆どが准看の資格を保有している)。小さな自治体によってはホームヘルパーのみが、仕事の一環として 2−3 ヶ月かけて訪問を実施する場合も多いが、訪問によって大きな成果をあげた自治体では、ホームヘルパーやケアマネージャーに加えて訪問看護師や TP、OP を加えたチームで実施している。また、訪問者には訪問調査に必要な知識や訓練を施して実施した所もある。なぜなら、個々の家庭に入り込む調査活動には、訪問者と高齢者の間の信頼関係が極めて重要だからである。

このような介護予防のための新しい戦略としての「予防型家庭訪問」について、プロジェクトの結果は概ね成功である、と評価されている。例えば、ノルドマリン市では、この訪問を通じて、認知症の夫婦の発見や家族介護者のケアの必要性も発見された。また、栄養問題や住宅改善、日常的生活スタイルの改善には男性に比べ女性の方が積極的である、というジェンダー差も発見された。イヴァスキュラでは、参加者の１０％に診療の必要性が見つけられた。また、参加者の多くがソーシャルネットワークをそれほど持っていず、特に、エレベーターの無い高層アパートの住人や周りに家が無い過疎地域の高齢者が孤立していることが発見された。このような人々にとっては、まさに家庭訪問の訪問者が、彼等を社会に結びつけるネットワーカーの役割をもっていることも判明した。

インタビューをさせて頂いた、両国のプロジェクトリーダーの方が、全ての自治体が同様の成果を発揮しているわけではない、と断りながらも、このプロジェクトの隠れた成果として、高齢者が自分たちは社会から無視されているのではなく、自治体は自分たちに関心を持っているのだ、という安心感や信頼感を与えてことである、と話してくれたのが印象的であった。

日本に於いても、個々の高齢者がなるべく介護サービスに依存せず、あるいは病気や寝たきりになるのを防ぎ、病院や施設ではなく在宅で過ごせるようにするためには長期展望にたった総合的な計画が必要であり、コスト削減を企図した介護保険サービスに特化させてはならない。そして、身体的介護予防に限定されない包括的な予防事業を行うためには、誰が、どこで、どのようにそれを担うのか、また費用はどうするのかという問題がある。全国画一ではない自治体レベル、地域レベ

ルに合わせた企画が必要であり、その前提として、住民（高齢者）の日常生活の実態とニーズの把握が必要である。そのためのエンパワーメントをするのが政府の責任である。

スウェーデンおよびフィンランドの「予防型家庭訪問」の事例分析はそのためのいくつかの重要なヒントを与えてくれた。

（参考文献）

厚生労働省　2004「介護保険制度改革の全体像—持続可能な介護保険制度の構築—」

篠崎次男　2004「介護予防・地域支えあい事業を自主的なまちづくりから」『ゆたかなくらし』2004年10月号

Elkan,R., Kendrick,D.,et al, 2001,Effectivness Preventive home visits for elderly people: systematic review and meta-analysis, BMJ.323,719-725

Clark,J.,2001, Preventive home visits to elderly people, BMJ,323,29

Van Haastregt,J.C.M., et al,2000, Effects of preventive home visits to elderly people lving in the community : systematic review, BMJ,320,754-758

Socialstyrelsen, 2003, Forebyggande hembesok

E．健康危険情報

特になし

F．研究発表

1．論文発表

笹谷春美「高齢者介護をめぐる家族の位置：家族介護者の視点からの介護の「社会化」分析」日本家族社会学会『家族社会学研究』第16巻2号、36－46、2005年

2．学会発表

なし

G．知的財産権の出願・登録状況

なし

（参考１）

高齢者に求められているサービス
質問表

試行を行う部門　　　　　　　　　　コミューンのコードナンバー

訪問者１
名前
どのような分野の教育を受けられましたか。
１．医　療　　　　　　　　　それはどのようなものですか。
２．社会福祉サービス　　　　それはどのようなものですか。

訪問者２
名前
どのような分野の教育を受けられましたか。
１．医　療　　　　　　　　　それはどのようなものですか。
２．社会福祉サービス　　　　それはどのようなものですか。

インタビューする相手（ＩＰ）
２女性
生まれた年

ホームビジットの前に、質問表の指示（前書き）によく目を通しておいて下さい。

１．ひとりでお住まいですか。
　１．はい　　　　　はいの場合、何年からですか。
　２．いいえ　　　　いいえの場合、現在、どなたとお住まいですか。
　　配偶者／サンボ（同棲しているパートナー）
　　子ども
　　兄弟
　　その他

２．次の事柄について、援助なしで、ひとりで行うことができますか。

食料を買いに行く	はい	いいえ
料理	はい	いいえ
洗濯	はい	いいえ
掃除	はい	いいえ
ベッドから起き上がる／ベッドに横になる	はい	いいえ
服を脱ぐ／服を着る	はい	いいえ

トイレに行く　はい　いいえ
お風呂または　はい　いいえ

3．日常的に、短時間の散歩、短時間のサイクリング、家事、庭仕事等、何か軽い運動をされていますか。
1．全くしない／ほとんどしない
2．１ヵ月に一回未満
3．１ヵ月に1、２回
4．１ヵ月に数回
5．１週間に数回
6．毎日

4．現在のご自分の健康状態をどう判断されていますか。
1．大変よい
2．よい
3．あまりよくない
4．とても悪い

5．疲れを感じることがありますか。
1．ほとんど感じない
2．時々感じる
3．よく感じる
4．いつも感じる

6．心配になったり、恐怖を感じてパニックになったりすることがよくありますか。
1．ほとんどない
2．時々ある
3．よくある
4．いつも

7．体調が不安定になったり、とても具合が悪くなったりすることがありますか。
1．ほとんどない
2．時々ある
3．よくある
4．いつも

8．体のどこかに痛みを感じることはありますか。
1．ほとんどない
2．時々ある
3．よくある
4．いつも

9．どのくらいの頻度で来客がありますか。
1．まったくない／ほとんどない
2．１ヵ月に１回
3．１週間に１回
4．毎日

10．どのくらいの頻度で、家族、友人等を訪問しますか。
1．まったくない／ほとんどない
2．１ヵ月に１回
3．１週間に１回
4．毎日

11．現在のご自分の状況に満足されていますか。
1．とても満足している
2．満足している
3．あまり満足ではない
4．とても不満である
5．疲労／動作の機能階級（別添の用紙参照）
得点の合計＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

12．Up and go テスト（別添の用紙参照）
＿＿＿＿秒間での結果

訪問者への質問

この訪問において、あなたは、健康や社会的機能、精神的機能、または実際的な事柄について、IP が何らかの対策を講じる必要があるのではないかと思いましたか。

1．健康　1. はい　2. いいえ
はいと答えた場合、具体的にはどのようなことですか。

____

2．社会的機能　1. はい　2. いいえ
はいと答えた場合、具体的にはどのようなことですか。

____

3．精神的機能　1. はい　2. いいえ
はいと答えた場合、具体的にはどのようなことですか。

____

4．実際的な事柄について　1. はい　2. いいえ
はいと答えた場合、具体的にはどのようなことですか。
補助機具
ホームヘルプサービス
移送 サービス
障害者用住宅改修
その他____________________

5．あなたは、IP で必要とされているサービスの中で、必要な対策が取られていないせいで、十分なサービスが行われていない部分があったと思いますか。
1. はい　2. いいえ
はいと答えた場合、具体的にはどのようなことですか。

____

6．その他、お気づきのことがあったら、自由にお書き下さい
（この用紙の裏面にお書き下さい）。

（参考２）

機能-／疲労-／動作の階級　　ヴァス、ヘンドリクセン、アヴルンド（デンマーク）による

IP の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　IP のコード Nr.＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この階級により等級を決める時、質問者は IP に、特定の動作について、いつも自分で行っているかどうかではなく、自分で行うことができるかどうか、を聞かなくてはならない。もし、IP がその動作、たとえば階段の昇り降りなどを、日常的に行っていない場合、できるだけ慎重に、その IP の段階を判断する。もし、IP が、自分で行うことができる、と答えた場合には、引き続き、「それを行う時には、だいぶ体力を要しますか」と質問する。これにより、IP の自立度を推し量ることができる。多少の息継ぎは考慮にいれなくともよい。特定の質問について、深く掘り下げることは避けること！

1．あなたは、自分の家の中を歩きまわることができますか。	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ
2．外へ出ることができますか。（ここでは、単に家から外に出ることだけを指す、庭など。）	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ
3．椅子やベッドから自分で立ち上がることができますか。	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ
4．天気の良い日に 30 分から 1 時間程度、戸外を散歩することができますか。	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ
5．天気の悪い日に 30 分から 1 時間程度、戸外を散歩することができますか。（ここでいう天気の悪い日とは、IP 自身の判断でよい、道がつるつるに凍っているような日、雨、嵐、猛暑など）。	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ
6．階段を歩くことができますか。（ここでは上りだけを指す）	2 はい　1 はい、でも体力を要する　0 いいえ

（参考３）

あなたは、ホームビジットをどう思いますか。

次の質問を読み、あなたのホームビジットについての経験に照らして、もっとも適当だと思う方の□に印をつけて下さい。

ひとつの質問につき、ひとつの答を選んで下さい。

あなたは、あなたのホームビジットを担当している職員とよい人間関係を保っていますか。	□はい	□いいえ
ホームビジットの中で、重要な情報を得ていますか。	□はい	□いいえ
ホームビジットは、一個人のあなたにとって、価値のあるものですか。	□はい	□いいえ
ホームビジットにより、何か役立ったことがありましたか。	□はい	□いいえ
あなたは、ホームビジットは積極的に受けようと思いますか、そうは思いませんか。	□はい	□いいえ
他の人々にも、同様のホームビジットを勧めますか。	□はい	□いいえ

あなたについて教えて下さい。

□男性　　□女性　　生まれた年＿＿＿＿＿

どのコミューンにお住まいですか。＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

あなたのお考えを、ぜひもっとお聞かせ下さい。どうぞこの用紙の裏面を使ってお書き下さい。

ご協力ありがとうございました。

ブリット・マリ・ヘルナー　社会福祉庁　高齢者部門

TEL　08-55 55 31 01

（参考４）

イヴァスキュラ市、社会・保健医療サービスセンター、ホームケアー

1．地区＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿日付＿＿＿＿＿＿＿＿

2．被面接者の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3．性別　　☐女性　　☐男性

4．婚姻状況　　☐結婚　　☐離婚
☐未婚　　☐未亡人
☐オープン婚

☐　介護予防家庭訪問の情報は「介護予防的高齢者サービスとサービス指導—イヴァスキュラ地区」プロジェクトのためにのみ使うことを許可します。

☐　もし社会、保健医療サービスに絡む必要性が現れた場合、面接担当者は例えば社会－保健医療担当者に連絡をとってよい旨を許可します。

☐　介護予防家庭訪問の私の健康状態に関する情報をイヴァスキュラ市の社会－保健医療委員会が保存維持する情報システムとしてインプットしてもよい旨を許可します。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

場所・日付　　被面接者のサイン

予防介護家庭訪問 2005 ホームケアー、イヴァスキュラ

5．家・住宅

5．1　どのような住み方？

☐　一戸建住宅

☐　集合住宅

☐　中層住宅＿＿＿＿＿階

☐　その他、どんな？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．2　誰と住んでいますか？

☐　配偶者又はオープン婚伴侶

☐　ひとり

☐　姉妹と

☐　子供又は孫と

☐　その他、誰と？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．3　中層住宅にエレベーターはついていますか？

☐　はい。

☐　いいえ。

助けなしでエレベーターが使えますか？

☐　はい。

☐　いいえ。何故ダメですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．4　あなたの住宅には現在、以下に揚げるような移動あるいは安全上のバリアーがありますか？（複数に回答してもかまいません）

	住戸内	住棟内
やっかいな階段	☐	☐
滑りやすい床	☐	☐
高い靴ずり、敷居	☐	☐
照明不足	☐	☐
洗面／サウナ（内の安全、移動）	☐	☐
住戸の老朽化	☐	☐
住戸のアプローチの難しい立地	☐	☐

その他、何？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．5　あなたの住宅／住棟（内部）には次のような設備がついていますか？

☐ 屋内水道

☐ 温水設備

☐ 外部トイレ

☐ 内部トイレ

☐ 薪だき暖房

☐ 中央暖房

☐ シャワー

☐ トイレ附属シャワー

☐ サウナ

5．6　あなたの住宅の細かい修理、庭の手入れは誰がやっていますか？（次のうちから複数を選択してもかまいません）

☐　自分で

☐　配偶者

☐　子供、親戚の者

☐　友人、知人、近隣者

☐　住宅管理人、保守人

☐　その他、誰？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5．7　あなたの住宅では現在、住まい方が楽になるための改修の必要性がありますか？

☐　はい。どんな？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　いいえ。

5．8　将来はどこに住みたいと思いますか？もし現在に住む事が無理になった場合？

☐　高齢者用賃貸住宅
☐　ケア付住宅
☐　スモールハウス／グループホーム
☐　その他に住みたい、どんなところ？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6．家や家の持つ意味

6．1　あなたは現在の住まいに満足していますか？

☐　大変満足
☐　かなり満足
☐　まあまあ満足
☐　不満

6．2　今の住まいにはどれぐらい長く住んでいますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6．3　家に住んでいて安全だと感じますか？

☐　はい。
☐　いいえ。
☐　ほとんどの場合

何故？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

6．4　家や住まいの住み心地に影響する事柄をあげてください？

＿＿

7．家庭での活動

7．1　家庭内ではどうやって移動しますか？

☐　独立して動ける
☐　介助器具を使って動ける
☐　介助人の助けを借りて動ける

7．2　次のような介助器具を使っていますか？（複数を選択してもかまいません）

	はい	いいえ
歩行用杖	☐	☐
ローレーター／歩行用支持杖	☐	☐
車椅子	☐	☐
義肢	☐	☐
緊急通報装置	☐	☐
配薬ドセット	☐	☐
補助レール	☐	☐
便座上げ（座りやすいよう便座を高くするもの）	☐	☐

特殊食器（カラトリー）　☐　☐
その他介助器具
何？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
上に揚げた介助器具に関して、指導や修繕・改善の必要がありますか？
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7．3　次の家庭での作業は自分でできますか？

	はい	いいえ	誰がやっているか？
皿洗い	☐	☐	＿＿＿＿
クリーナーかけ	☐	☐	＿＿＿＿
掃除	☐	☐	＿＿＿＿
洗濯	☐	☐	＿＿＿＿
カーペットほこりたたき	☐	☐	＿＿＿＿
窓拭き	☐	☐	＿＿＿＿
その他作業	☐	☐	＿＿＿＿

8．周辺環境

8．1　居住環境の住み心地に満足していますか？（庭、住区）

☐　はい。
どうして住み心地のよい環境だと感じますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　いいえ。
住み心地を悪くしている事柄は何ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8．2　あなたの住宅地区は安全だと感じていますか？

☐　はい。
☐　いいえ。何故？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

8．3　家庭の外に用事で出歩くのはどういう方法を利用していますか？（複数を選択してもかまいません）

☐　自家用車
☐　公共の交通手段
☐　サービスバス路線（高齢者用バス路線のこと）
☐　タクシー
☐　徒歩
☐　自転車
☐　介助者つきでのみ移動

8．4　あなたの住宅地区には次のサービスがありますか？

	はい	いいえ	利用しない
店舗	□	□	□
薬局	□	□	□
銀行	□	□	□
キャッシュマシーン	□	□	□
郵便局	□	□	□
図書館	□	□	□
ヘルスセンター	□	□	□
ソーシャルセンター	□	□	□
ディセンター	□	□	□

8．5　次のサービスは自分で行うことができますか？

	はい	いいえ	利用しない	誰がやってくれる？
店舗	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
薬局	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
銀行	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
キャッシュマシーン	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
郵便局	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
図書館	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
ヘルスセンター	□	□	□	＿＿＿＿＿＿
ソーシャルセンター	□	□	□	＿＿＿＿＿＿

8．6　近隣サービスで改善すべきことからは？

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9．食事

9．1　一般的に食欲はありますか？

□　はい。

□　あんまりない。どうして？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9．2　暖かい食事はどこで食べていますか？

	はい	いいえ
家庭で作った料理	□	□
配食サービスの料理を家庭で	□	□
ディサービスセンターで	□	□
レストランで	□	□

その他、どこで？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

9．3　食事についての情報を必要と感じますか？

☐　はい。どのような？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　いいえ。

10．健康と身体的能力

10．1　あなたの現在の視力は？

☐ 良好　☐ まあまあ　☐ 弱い

毎日の生活にどのような支障をきたしていますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10．2　あなたの現在の聴覚は？

☐ 良好　☐ まあまあ　☐ 弱い

毎日の生活にどのような支障をきたしていますか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

10．3　健康状態についてどう感じていますか？

☐　大変良好

☐　良好

☐　普通

☐　悪い

☐　大変悪い

10．4　いつ健康診断をやりましたか？

☐　2年以内

☐　2～5年以内

☐　5年以上前

10．5　健康診断の必要性を感じますか？

☐　必要と感じます

☐　時々感じることもあります

☐　必要はない

10．6　毎日の生活に支障をきたす持病は？

☐　あります。何？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐　いいえ。