世界の幸せをカタチにする。
Creating Peace & Happiness for the World
Musashino University
武蔵野大学 学術機関リポジトリ
Musashino University Academic Institutional Repository

One Consideration to Childhood Cancer Patient Support of Japan : Of the General View of the Welfare, Medical Care, the Education System in North Europe and the Childhood Cancer Patient Support, Actually

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-03-29 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 小俣, 智子 メールアドレス: 所属:
URL	https://mu.repo.nii.ac.jp/records/407

日本の小児がん患者支援への一考察

～北欧における福祉・医療・教育体制の概観及び小児がん患者支援の実際～

One Consideration to Childhood Cancer Patient Support of Japan
~ Of the General View of the Welfare, Medical Care, the Education System in North Europe and the Childhood Cancer Patient Support, Actually ~

小　俣　智　子*
Omata, Tomoko

はじめに

北欧は長らく「福祉国家」と呼ばれ、国連の幸福度調査では常に上位を占める国々である。高福祉高負担のしくみの下、障害や病気に関係なく充実した暮らしが保障されているといえよう。このような福祉の国で、「小児がん」はどのような位置づけを占め、支援体制が展開されているのか。また日本の小児がん医療・支援体制に取り入れるべき理念やしくみについて検討すべく、デンマーク、スウェーデンへの視察調査を行った。

視察調査は、成育医療開発費分担研究「小児がんに関する情報発信（こどもの自立支援）」の研究計画の一環として実施され、筆者は研究協力者として同行した。北欧とは、ヨーロッパ北部地方のデンマーク、スウェーデン、ノルウェー、フィンランド、アイスランドの５か国を総称した名称である。その中でデンマーク、スウェーデンは、小児がん医療が集約化して実施されていること、親の会が精力的に活動していること、障害をもつ子どもを含め教育支援体制が充実していること等、医療・教育・福祉の基盤が定着しているという理由から、この２ヵ国が視察調査に選択された。

本稿では、まず北欧２ヵ国の福祉・医療・教育体制について改めて整理し、視察報告書である「小児がんに関する情報発信（子どもの自立支援）報告書（H25、H26）」を元に北欧２ヵ国での視察調査結果を述べ、日本の小児がんにおける医療・福祉・教育体制のあり方について省察する。

*人間科学研究所研究員／人間科学部社会福祉学科准教授

１．福祉国家としてのスウェーデンの福祉・医療・教育体制

１）スウェーデンの歴史と概観

スウェーデンは、ヨーロッパ北部、スカンディナビア半島の東側に位置する南北に細長い国である。国土の大半が森林地帯であり、恵まれた国土から大量の森林、鉄鉱石、水力発電などの天然資源の産出が産業の基礎を成している。

国の政治は、国王を元首とした立憲君主制を採用する一院制民主国家であり、世界恐慌直後の 1932（昭和 7）年から 14 年間、社会民主労働党ペール・アルヴィン・ハンソンが首相となり、この時期からスウェーデン型福祉国家の形成が始まる。

1814 年以降中立国を貫き、不戦国としては 200 年を迎える。第二次大戦後、国土や産業に打撃がなかったため、自国の景気回復や戦後の欧米諸国の復興需要により、労働力不足が早期から浮上し、労働移民を多く受け入れた歴史がある。長らく移民や難民を受け入れてきた歴史から、ヨーロッパ先進国での移民の比率はスウェーデンが最も高い。また、1989 年に採択された「国連の児童の権利に関する条約」をいち早く批准し、特に難民の子ども達への支援に力を入れている。

社会保障給付及び国民負担の水準は世界最高水準に達しており、1986 年成立した平等法により女性の進出は目覚ましい。専業主婦は女性の労働人口のわずか 2%、自治体や行政でも女性が活躍しており、高福祉高負担の一端を担っている。

２）スウェーデンにおける社会保障体系

(1) 法及び行政組織

スウェーデンにおける法は、憲法を頂点に置く日本とは違い、統一的な憲法典は存在しない。代わりに①「統治法典」②「王位継承法」③「出版の自由に関する法律)」④「表現の自由に関する法律」の 4 つの法律が基本法とされている。

スウェーデンの社会保障は、社会保険と国民の税金によって支えられている。とりわけ国民の税については、国民所得全体に対する社会保障費が 58.9％にもなり、日本の 43.4％を大きく上回っている。

社会保障の実際の運営は、①中央政府（国）と地方自治法による② 18 のランスティング（日本の県に相当）、③ 290 のコミューン（日本の町村に相当）の 3 つに分かれ運営されている。運営内容はそれぞれ役割分担があり、まず①中央政府は、社会保険（年金、失業保険等）や各種手当（年金、児童手当、奨学手当、傷病手当等）などの現金給付による経済的援助の役割を持つ。次に②ランスティングは保健医療サービス、③コミューンは学校教育や成人教育、児童ケア、高齢者ケア、障害者支援等の福祉サービスを運営する。

(2) 社会保険と各種手当の概要

社会保険の範囲は、年金だけでなく児童手当や住宅手当など幅広く、納付された保険料に加え一般財源でも費用が賄われている。保険給付内容は①家族・児童、②傷病・障害と対象別に分かれている。

家族・児童への所得保障として、育児休業期間中の所得を保障する両親保険や、16 歳以下のこどもがいる家庭及び 18 ～ 28 歳の若年者への家賃を保障する住宅手当などがある。

また、疾病や障害を持った16歳以下のこどもを介護する場合には、その必要経費が支給される障害児介護手当や、未成年の遺族に支給される遺児年金など、あらゆるこどもの状況を想定し所得保障が準備されている。傷病・障害を負った人に対しては、年齢や状況に合わせ手当や年金が支給される。その他、国民の9割が加入している失業保険では、最大で600日間従前給与の80％が給付される。（ここでは紙面の都合上、高齢者に関しては割愛する）

3）スウェーデンの福祉・医療・教育

1980年ノーマライゼーションの思想を再構築するために社会サービス法が制定された。それまで対象者別だった法律が統合され、対象者を子どもおよび青少年、高齢者、機能障害者、薬物依存者、ケアに携わる近親者、犯罪被害者へと拡がった。この法律はあくまでも各サービスの基本法であるため、運営上の規則等の詳細は各コミューンが決め、その責務を果たすことも示されている。

以下、社会サービス法を基本とした福祉、保健医療、教育体制について述べる。

(1) スウェーデンの福祉サービス

公的扶助を含む社会福祉に関連するサービスは、コミューン（市町村）に責務が課せられ、設置する社会福祉委員会がサービスの執行を任せられている。ここではこどもに関係する生活扶助、障害者サービスについて概要を述べる。

生活扶助は、日本での生活保護に相当する。給付対象者について特に規定は設けておらず、外国人や難民も含め、スウェーデンに1年以上滞在する者すべてに受給資格がある。目的は「最低限度の生活」の保障ではなく、「合理的な生活水準」の保障であり、消費者庁からのデータに基づき対象費目や給付水準が決められる。

障害者サービスは、前述した所得保障の他、社会サービス法を補足する目的としてLSS法（機能障害者を対象とする援助およびサービスに関する法律）により、機能障害者が自立した生活を送るために必要なサービスが具体的に定められている。サービスを供給する自治体は、ランスティングとコミューンである。その対象者は障害や病気というだけでなく、「日常生活を送ることが困難であり、援助やサービスを必要とする」すべての者と幅広く定義されている。

サービス内容は、ニーズに合わせた介助を行うパーソナル・アシスタンス、ガイドヘルプサービス、12歳以上の障害児の学童保育、デイサービスなどの在宅サービスがある。施設サービスとしては、青少年のための里親やケア付き住宅、成人のためのケア付き住宅、グループホームやサービスハウスなどがある。また、成人を迎えた障害者の就労場所として各種デイサービスが設けられている。

(2) スウェーデンの医療体制

医療提供は、国、ランスティング、コミューンの3領域で役割が分担されており、国は医療政策や目標の設定、地方自治体の監督などを行う。具体的な医療サービスの提供は主にランスティングの管轄となり、初期治療及び専門治療、歯科治療を行う。ランスティングは上限額内で独自に患者負担額を設定できる。コミューンは、一般住民の予防的医療や

高齢者、身体障害者、精神障害者の在宅医療サービスを提供する。全国を６つの保健医療圏に分け、さらに高度先進的医療を行う圏域病院を９つ設置している。

(3) スウェーデンの教育体制

スウェーデンでは、家庭福祉政策の一つとして、保育を必要とする１～12歳のすべてのこどもの保育所入所をコミューンが保障する。親が失業中の場合でも週に最低15時間の保育サービスを受けることができる。また、保育士が自宅でこどもを預かる家庭保育という形式もあり、1997年以降は保育から義務教育移行の手助けとして、学校内に「就学前教育」が設置され、６歳から通うことができる。

義務教育は、基礎学校という名称で７～16歳までの９年間とし、16歳から19歳までの３年間を中等教育としている（日本の高等学校にあたる）。義務教育終了後は、高等教育として大学や専門的職業教育学校への進学が可能である。大学は、総合大学、医科大学などがあり職業訓練的要素が強く、失業等を契機に再入学し、別の職業に就く場合もある。その場合も含め、義務教育から大学まで費用はすべて無料である。

スウェーデンでは、学校教育法において「全ての児童･生徒は…略…性、居住地、社会的･経済的状の別に関わらず、教育を受ける機会が平等に与えられなければならない」「同一の学校形態の中で地域における教育格差があってはらなない」としている。このため、障害や病気をもつこどもを「特別な支援を必要とする児童生徒」と表現し、全ての児童生徒を通常の学校教育の枠組みにおいて就学させることを原則としている。通常学級で特別支援が困難な場合には、別の教育形態を用意しており、基礎養護学校（軽度）、訓練養護学校（中・重度）、特殊学校（ろう・聴覚障害・言語障害、重度・重複障害を持つ児童生徒が対象）、高等養護学校が設けられている。さらに病院や児童生徒の自宅等、適切な場所で特別支援指導が提供されなければならないと法で定められている。

以上スウェーデンの福祉・医療・教育体制を概観してきた。次章では隣国デンマークにおける福祉・医療・教育体制を概観する。

２．福祉大国デンマークの福祉・医療・教育体制

１）デンマークの歴史と概観

デンマークは北欧諸国の最も南に位置し、北海に突き出たユトランド半島と483の島々からなる国である。国土の最高地点は海抜173ｍしかなく、平坦な丘陵地が広がり耕作に恵まれた国土である。産業は酪農畜産業、バイオマスなどの化学工業、食品加工、造船などがある。最近はIT技術などにも力を入れるなど多種多様な取組をしており、食糧自給率は300％とも言われている。また、風力発電にも力を入れ、環境先進国として地球温暖化などの環境問題にも積極的に取り組んでいる。スウェーデンと同様に立憲君主制を敷いており、議会は一院制で、18歳から選挙権が与えられる。

歴史的に、スウェーデンやノルウェー、北ドイツなどを支配下に置く大国であったが、度重なる戦争で領地を失い現在の小国となる。第一次大戦で多くの若者を失ったことから、ナチスドイツの占領を受けながらも第二次大戦では不戦を貫いた。このため戦後の復興が早く、人手不足から、移民の受入れに加え、女性が社会へ進出することになった。これに

より育児や介護を公的に支援するしくみが形成され、現在の福祉国家へと進んでいく。

デンマークはノーマライゼーションの理念を生み出した地でもある。生みの親であるバンク・ミケルセンは、知的障害者の親の活動からこの言葉を生み出し、生活条件の改善などに取り組む。その後この理念は障害者の権利宣言、国際障害者年へと広がり、さらにインテグレーションが生まれ、インクルージョンが提起されている。

この理念の発祥の地でもあるデンマークは高負担高福祉であり、納税率は世界で最も高い。一方で社会サービスがほぼ無料であるなど所得再分配政策を徹底しているため、国民の負担感は少ないと言われている。

2）デンマークにおける社会保障体系

(1) 法及び行政組織

デンマークでは、1849 年にデンマーク憲法が制定され、国王や国会、内閣、司法等について定められ、この憲法の下に様々な法制度が整備されている。

2007 年 1 月より実施された改革により、行政は、国（中央政府）、広域自治体（レジオン）、基礎自治体である市（コムーネ）に分けられた。国は、警察、司法、外交、保健医療政策、教育、税制、失業保険、難民保護、環境政策等の役割をもつ。広域自治体（レジオン）は、5 つに分かれ病院サービスを主幹とし、盲・ろうなどの特殊教育も担う。基礎自治体（コムーネ）は、98 団体あり、児童、障害者、高齢者等のサービス、小・中学校教育、保育、失業者への就労支援、公的扶助等の福祉・教育関係の他、移民対策、防災、文化・スポーツなどを請け負っており、法律（地方自治法）により、全ての市は独立して業務を遂行する権利を有している。

(2) 社会保険と各種手当の概要

家庭・児童への所得保障として、18 歳未満の児童がいる家庭に給付される一般家族手当の他に、ひとり親に対して普通児童手当、特例児童手当が整備されており、妊産婦手当については、両親共に給与保証付きの休暇が用意されている。加えて障害児を養育する家庭への療育手当や、18 歳未満の重病のこどもを看護する場合には最長 52 週まで休暇が取れ、休暇中は給与の 60％が給付される。

傷病・障害を負った者については、疾病給付が支給される。ただし、治療を遅らせたり、職場復帰の訓練を拒否した場合などは給付資格が失われる。その他労災の場合には従前給与の 80％の補償があり、補装具やリハビリ訓練に対する支払いも補償される。

また、身体的、精神的、社会的な理由により労働能力が低下した者に対し障害年金が給付される。給付対象は 18 歳から 66 歳で、15 歳から 10 年以上デンマーク国内に居住していることが要件となる。

デンマークでの失業保険は、国の認可を受けた民間の失業保険基金組合（職能別）が実施主体となる。強制ではないが、労働人口の約 8 割が加入しており、18 歳から 63 歳の労働者（自営業者も含む）が対象となる。

３）デンマークの福祉・医療・教育

(1) デンマークの福祉サービス

1972 年、利用者主体のサービス提供体制を構築するため、それまで高齢者や児童、障害とばらばらであった7法を１つに統合した社会支援法が制定された。第81条にて「コムーネ議会は身体的・精神的機能能力の低下、特別な社会的問題のある成人のために特別な施策を先導しなければならない」とし、対象は広範囲に設定されている。

日本でいう生活保護は、全国一律の給付水準を国が設定し、財源は国とコムーネで２分の１ずつを負担している。失業・疾病・妊娠・出産・離婚・別居・配偶者の死別等により、生活に必要な経費を得ることが困難になった者が対象となり、受給には「他の方法では生活維持に必要なものをえることができない状況であること」「資産を有していないこと」などいくつかの要件がある。給付を受けている 25 歳未満の者に対しては、就職に向けた雇用プロジェクトへの参加が義務付けられている。

障害者へのサービスについて、デンマークでは、こどもが生まれた時に障害があると分かった場合、そこから市の担当のソーシャルワーカーが配置され、その後継続して様々な支援を受けられる体制となっている。担当のソーシャルワーカーはニーズに合わせ、サービス利用の支援や情報提供を行う。障害についての定義や日本のような障害者手帳の制度はなく、障害をきっかけにした生活のしづらさをサポートするという観点で支援が展開されている。

サービス内容は以下の通りである。介護・生活支援として、在宅ケア（24 時間利用可能）、ショートステイ、トレーニング・リハビリ、同行サービスがあり、補助器具の無料貸与や住宅改造、住まいとして公営賃貸住宅やスタッフが 24 時間常駐する住宅や、一時的に住む住宅も提供している。その他、余暇活動としてクラブ活動の場等が準備されており、就労という点では、作業所等の働く場もある。

(2) デンマークの医療体制

デンマークでの医療は全て税金で賄われており、方針や医療計画などについては国が行い、運営はレジオンに任されている。そのしくみは、こどもが生まれるとすぐにかかりつけ医（GP：General Practitioners 以下 GP）を決め、GP の名前の入った医療カードを持つ（日本でいう保険証）。病気の症状が出た場合、まず GP の受診を予約、診察の結果専門の治療が必要と判断された場合に、GP の紹介状と共に専門病院にかかるというしくみである。

こどもの健康に関しては、誕生すると病院から市役所へ連絡が入り、こどもが 16 歳になるまで担当の保健師がつく。専属の保健師が、生後１か月までは週に１回訪問し、乳児の状態や母親へのアドバイスを行う。その後も成長に伴い相談を受け、必要なアドバイスや情報提供を行い、こどもを見守る役割を遂行する。

(3) デンマークの教育体制

デンマークでは、０歳から３歳を保育園、保育ママ（最大５人までを在宅で預かる）、３～６歳が幼稚園という名称で保育を実施している。幼稚園では、日本とは違い読み書きはあえてせず、機能的には保育園と同様である。０～６歳までの上記サービスは、両親の就

労に関係なく利用できることから有料となってはいるが、前述した児童手当によってかなり負担は軽減されている。

義務教育は、6～16歳までとなっており、6歳前後では0年生として就学前学級が設けられ、最終学年の10年生は義務教育ではないが、進学のための補修など任意で学習が可能である。学年は0～9年生を義務教育とし、国民学校という名称で呼ばれている。クラスは最大28名まで、担任は1～7年生まで変わらない。ほぼ全ての国民学校に学童保育所が併設されており、放課後から17時までの預かりの他に、早朝から始業時までの預かりも行っている。

17～19歳は高等学校か商業や工業などの職業学校へ進む。さらに19～27歳までは大学あるいは上級専門学校（日本でいう大学院）が準備されている。大学入学に特に試験はなく、高等学校の卒業試験の結果によって合否が決まるしくみとなっている。国民学校から大学に至るまで教育費は無料であり、大学では学生の生活費として教育支援費が月々支給される。また、デンマークでは18歳になると親元を離れ自立することが慣例となっており、住居として学生寮も充実している。

大学入学前にアルバイトやインターン、留学など社会経験を積んでから進学する生徒も多い。このため同学年でも年齢が違うことは、デンマークでは当然のこととして受け入れられている。また、別の職業を目指す場合には、年齢の制限なく再度高等学校や大学への入学が認められており、その際も学費は無料である。

障害児への教育に関してデンマークでは、こどもにどのような障害があったとしても「教育を受ける権利」を保障している。専門の保育園や幼稚園が各自治体に設置されており、身体障害、知的障害、自閉症など症状による幼稚園も存在する。

義務教育での教育体制は、一般学級での学習、ある特定科目のみ学校内にある特別支援学級で学習、特別支援学校に通学し学習の３つのタイプがある。一般学級での学習が主流となった時代があったが、当事者であるこどもたちの傷つき体験や自信の喪失などから、現在は一般学級のみでの学習はほとんど行われていない。

前述のように義務教育終了後、18歳になれば親に扶養義務はなく、障害者といえども家を出ることになる。このため、寮などの生活場所の確保、就労訓練のために、国民学校卒業後25歳までの間の3年間に、さらに特別教育を受けられるしくみが2007年導入されている。

第1章、2章とスウェーデン、デンマークの福祉・医療・教育について概観してきた。福祉の国と言われるだけあり、高負担でありながら適切にその負担が還元されたサービスを国民が享受している姿が浮かび上がった。3章では、小児がんを中心とした実情について、視察調査の結果を報告する。

３．北欧２か国の小児がん医療・支援の実際

１）小児がん医療の実際

(1) スウェーデンの小児病院

小児がんを診療している病院として、カロリンスカ大学病院内にあるアストリッド・リ

ンドグレン小児病院（Astrid Lindgre Barnsjukhus）を視察した。その名前の通り、児童文学作家であるリンドグレンが建設に尽力したことからこの名前がついた。スウェーデンでは６つの保健医療圏にそれぞれ小児がんセンターがあり、６か所のうち２番目に大きい規模の医療機関である。

カロリンスカ大学病院の外観

スウェーデンでは年間約 300 人のこどもたちが小児がんを発症し、こどもの死亡原因（病因）では日本同様小児がんが１位を占める。小児がんにかかわらずスウェーデンの小児科は外科的治療であれば 15 歳まで、その他は 18 歳になると成人科へ転科となる。

病棟には小児がん基金で雇用された小児がん専門看護師が勤務しており、こどもの病気への理解を促す役割を担っている。患児本人や家族（特にきょうだいに向け）への支援の他、学校に出向き、教員やクラスメートへも説明を行う。その他プレイセラピスト、ソーシャルワーカーがチームで療養生活を支援している。入院したこどもには、学校教育法により迅速な学習保障の手続きが必要となり、ソーシャルワーカーはこどもが通学している学校のソーシャルワーカーや社会福祉事務所など関係機関に連絡、早急に療養環境の整備を進める。

小児がん病棟の病室

加えて、入院時は両親のどちらかが付き添い入院となるため、所得保障のための両親保険の手続きやきょうだいの保育など家族への支援も進めていく。

入院中の最大の目標は、家や学校で過ごしている環境になるべく近付けることにより、少しでもストレスを少なくすることにある。このため、病室には外の風景のような絵が描かれており、ナースステーションの外観はまるで絵本に出てくるお店のような形状をしている。また、ティーンエージャーの病室は年齢に合わせ模様替えを行う。図書館もかなりの面積を擁しており、北欧特有の原色の家具と木のぬくもりのある落ち着いたスペースで、幼児から青少年まで過ごせるよう工夫が凝らしてある。

ナースステーションの入り口

図書館の一角

こどもが遊べるプレイルームは、病棟と１階スペースの２か所に用意されている。利用は保護者同伴が原則である。リンドグレン病院では、ホスピタル・プレイス・ペシャリスト（HPS）が８人勤務しており、プレイルームに９時から 16 時まで常駐している。HSP とは、遊びのプログラムを通じ、こどもの心理的なケアをする専門職である。学校教育法では、入院中のこどもがプレイセラピーを受ける権利を保障しているため、小児科のある病院すべてに HPS が配置されている。小児病棟にはこどもが遊べる広

小児病棟のプレイルーム

1F プレイルーム（医療ブース）

いスペースがあり、青少年のこどもたちには別に学習室が確保されている。1 階部分のプレイルームは、入院中のこども、外来に来たこども、きょうだいが利用できる。かなりの面積を占め、医療の真似事ができるブースや絵や工作を行う部屋、青少年が過ごせる部屋などがあり、温水プールの設備まで整備されている。

HPS の重要な仕事として、プレパレーションがある。プレパレーションとは、病気のこどもが直面する事態（手術や検査等）によって引き起こされる心理的混乱に対し、悪影響を最小限にして乗り越えていくための関わりのことをいう。リンドグレン病院では、実態に近い人形などを使って、本物の医療器具を用い、HPS が医療行為を実際にやって見せ、その後はこどもと共に試す。予約すれば外部の患者も利用が可能である。その他、休校で視察はかなわなかったが、2F 部分に院内学級が設置されていた。

プレパレーションに使用する人形

(2) デンマークの小児病院

デンマークでは年間約 200 人のこどもが小児がんを発症する。小児がんの疑いがあるこどもがいる場合、GP から即時に専門医へ紹介される。小児がんは国内の 4 つの医療機関が治療を行い、治療後地域に戻ると 19 の医療機関がカバーする体制になっている。小児がんに関連する医療機関は、定期カンファレンスを実施するなど、集約化と連携が徹底されている。小児科病棟の対象年齢は 0 ～ 18 歳であるが、場合によっては 22 歳まで入院が可能である。小児がんを診る 4 つの病院のうちの 2 つ、視察した王立病院小児がん科とオーデンセ大学病院アンデルセンこども病院について述べる。

王立病院正面玄関

王立病院はコペンハーゲン大学医学部付属の病院でもあり、主に難病や先端医療を必要とする患者を受け入れている。小児がんに関しては 4 つの病院のうち約 60％のこどもを治療している。病棟スタッフとして、医師、看護師、心理士、理学療法士、保育士、教員（市が雇用）が常駐し、チーム医療を行っている。

病室の様子

小児がんの専門病棟では、全てシャワー、トイレが完備された個室で、患者のベッドの横に付き添う保護者のための成人用ベッドが配置されている。さらに病室にはテレビの他 IT 環境がそろっており、学校の旧友との交流や、スカイプでの授業参加、病室にいながら動物園や博物館にいけるシステムなどが整備されていた。その他おもちゃが豊富にあるプレイルームや病棟奥には院内学級が設置されている。12 歳以上の子どもたちには別に勉強する CAFÉ 兼学習室（知識センター）が設けられていた。病棟中央には共用キッチンがあり、保護者が手料理を作れる他、調理師が雇用され常駐している。家族が宿泊するマクドナルドハウスや企業からの寄付によるアイスバーのコーナーなど、家族が落ち着い

て過ごせる環境が整っている。

院内には慢性疾患の青年たちが利用する青年余暇施設があり、医師･看護師、心理士、ソーシャルエデュケーターが配置され、成人科移行や社会生活のサポートを行っている。

オーデンセ大学病院内にあるアンデルセンこども病院は、1900 床ある大学病院の中の小児科 117 床を運営する病院である。名前はかの有名な童話作家アンデルセンから由来している。病棟には医師、看護師、保育士、ソーシャルワーカー、心理士が常駐する。小児がんの他に、内分泌、消化器、循環器、泌尿器、神経、脳性まひ、アレルギー、虐待などによる社会的入院などほぼ全ての診療科を網羅している。病室は王立病院と同様に、全個室で付き添う保護者用成人ベッドがおかれている。IT 環境などの学習環境も王立病院と同様に整備されており、Web 上でのクラス交流だけでなく公園への散策も可能である。また、感染予防の観点から敷地内中央に小児病院が配置され入口も別になっており、こどもを大切に扱う姿勢が表れていた。中庭には企業の寄付で作られたプレイルームとキッチンそして広場があり、こどもたちや保護者が自由に利用できるように整えられている。

アンデルセンこども病院

２）小児がん患者・家族への支援

(1) スウェーデンの支援状況

医療機関での相談支援の体制として、担当のソーシャルワーカーが勤務しており、年間 85 ～ 90 の患者家族のケアをしている。主な業務として、心理的サポート、社会資源の活用（活用プランの作成）、情報提供、関係機関との連絡調整、小児がん病棟受入れ判断の補助、きょうだいへのサポート等であり、ほぼ日本のソーシャルワーカーの業務と変わりはない。しかしながら、小児がん専任のソーシャルワーカーであるため、すべての患者家族に関わり援助を行う点では、あらゆる援助が充分に行き届いていることは言うまでもない。

30 数年前、大学病院の Olle　Βιορκ 医師の熱意と働きによって、小児がん専門病棟が開設され、このことを契機に小児がん基金、親の会が誕生した。小児がん基金は、マスコミなどに取り上げられ社会の注目を集め、年間約 1 億 3000 クローネ（日本円にして約 10 億円）の寄付を集める大々的なファンドである。先述したように、小児がん病棟看護師の雇用を支援するなど、その資金の 99％を小児がん支援活動に費やしている。基金ではリサーチ及び教育、サポート、情報提供、寄付集めを中心に活動を行っており、小児がん研究資金の提供なども行っている。

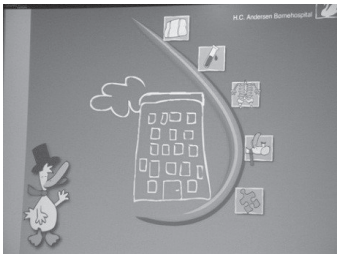
注目すべきは、小児がんを治療する 6 つの病院全てに 2 名ずつスタッフを派遣し（基金から給与を支払う）、心理的なサポートの他、医療チームの一員として経済的なサポート（葬儀費用など）や、退院後の病院看護師との連携等幅広いサポートを医療スタッフと共に行っていることである。さらに小児がん患者本人によるピアサポートのしくみをフィンランドから取り入れ、年 3 回の教育を受け適応可能と判断されると、小児がん患者自身が実際に治療中のこどもたちへのサポートを行う。加えて、きょうだいへのサポートについても、きょうだい専任のスタッフが 6 病院に常駐する（これも基金から給与を支払う）。

親の会「Barncancer　foreningen」は、基金同様小児がんを治療する 6 つの病院それぞ

れに会が存在し、それを束ねるのが上記の会である。親の会はそれぞれの医療機関と常に連携しており、小児がんの患者が入院すると、病棟スタッフから親の会の封筒が手渡される。中には親の会のパンフレットや入会申込書、申込書を記入するためのボールペン、返信用封筒が封入されている。封筒は、小児がんの啓発シンボルであるゴールドリボンのカラー、ゴールドの封筒である。入会後出費が嵩む1年間は無料で活動に参加できる。入会するかどうかは、手渡された患者本人･家族が決める。年間60～90の封筒が家族に渡り、そのうちの3～4割が入会する。小児がんを経験した本人たちの会は、訪問した数年前に設立され、主に13～25歳くらいのメンバーがピクニックやボーリングなどを通じ交流を深めている。

(2) デンマークの支援状況

デンマークでもスウェーデンと同じように、入院中は保護者が必ず付き添うことになっている（給与保障あり）。ほとんどの世帯が共働きであるため、ソーシャルワーカーは、こどもの急な入院に対応すべく、法的休暇手続や自治体、会社への連絡等を行う。また退院時は、カンファレンスに出席するとともに、退院後の生活整備や問題に対応し支援を行う。院内学校の教員は入院後即時に通学している学校へ連絡し、学習内容や進捗状況などを確認し、今後の進め方を検討するためにスクールミーティングを開催する。同年代の友人との関係を継続させることが治療に有効であるため、学校へ出向いて病気の説明をしたり、クラスメートを病院へ招いて患児と一緒に授業をすることもある。



アンデルセン病院では、就学前のこどもへ治療や入院について理解してもらうため、アヒルのキャラクターが登場し、アニメと映像で案内するDVD（HC And）を作成､ホームページでも公開している。このDVDは、内容を病院が提供、学生がソフトを作成し、企業が費用を寄付するという形で、病院と企業、大学の学生が協働で作成したものである。

デンマークの親の会「Foreningen Canerramte Born」は､脳腫瘍で娘さん（当時12歳）を亡くしたJanさんが立ち上げた会である。視察当時（2012年）750世帯約25000人の会員を有し、会員の内訳は、小児がん患者、きょうだい、家族である。治療中のこどものスキ―ツアー、カヌーなどのイベントを年間55回運営する。最大のイベントは、デンマークで有名なロゴランドへ小児がん患者ときょうだいを招待するイベントで、視察した年は700人が参加した。その他、啓発のための講演会やこどもを亡くした親の会、きょうだいだけのツアー、テイーンエージャーのための企画、終末期のこどもの夢を叶える事業などを行っている。これらの活動は、各病院と連携して行っており、小児がんでこどもが亡くなった時には、病院から連絡があり心理士を派遣するなどの活動も行っている。これらの活動費用は、会員の会費、サッカーくじからの資金提供、がん撲滅協会や個人、企業からの寄付を財源としている。

王立病院では、あらゆる慢性疾患の青年たちが集う青年余暇施設がある。医師、看護師、心理士の他にソーシャルエデュケーターといわれる職種が2名配置されている。約60名が登録し、この場所で過ごすために日に2～7人の患者が訪れる。疾患ごとのグループはなく、病気の種別よりもむしろ、同じ年代だからこそ同じような問題を共有しお互いに相

談したり考えたりすることができている。

３）小児がん患者への教育体制

スウェーデン、デンマークの両国とも、こどもの教育は権利でありそれを保障することが国の役割であるとしている。このため、特にデンマークでは入院当日からこどもの学習体制を整えるよう法で義務付けており、入院中であっても通常の学習が行えるよう対応が徹底している。

また調査・研究の結果、入院中の学校とのつながりがこどもにとって重要であるというエビデンスに基づき、病院からスタッフが学校に出向き直接病気の説明を行ったり、病気の小冊子の配布、学校の授業に参加できるシステムを整備し、退院後スムーズに復学が行えるような工夫を多く行っていた。

学習に関しては、院内学校の教員が、在籍する学校の教科書の種類、それぞれの科目の進行度や本人の苦手科目など詳細に情報を得て、入院中の学習計画を作成する。退院前にはカンファレンスを開き、入院中の学習状況を報告するといったきめ細い対応を行っている。復学後すぐに通学できない場合にも、自宅へ教員が訪問し学習する体制も整えられている。北欧の教育体制は、病気のこどもの立場に立ち、その権利を十分考えつくした体制であるといえる。

デンマークでは、基礎学校の中にある特別支援学校にも訪問した。特別支援学校では、総数 25 人の生徒が 5 クラスに分かれ、教員は 10 人、助手が 6 人、PT3 人、OT1 人というスタッフで教育が行われていた。学校内の補助具や遊具などは、全て市の家庭児童課職員がコーディネートを行う。吸引などの医療行為も保護者及び医師の許可の下、教員も処置が可能である。学校の敷地内に特別支援学校の校舎と通常学級がつながって設置されており、生徒は授業計画に基づき両方の学級を行き来している。

本章では、北欧２ヵ国の福祉・医療・教育について視察調査を元に述べてきた。視察では、1、2 章で整理した内容が、おおよそ実現されているような実感がある。しかし、視察調査はあくまでも外見上の短期的な状況の把握であった。次章では北欧両国の小児がん支援体制の特性を述べた上で、2 か国が抱える課題について取り上げ、その課題をふまえつつ日本の小児がんにおける体制への省察を試みたい。

４．北欧２か国との比較にみる小児がん支援の検討

１）北欧両国の福祉・医療・教育体制の特性

例年発表される世界的な調査では、「世界一幸福な国」として常に上位を占めるのがスウェーデン、デンマーク両国である。所得の 50 ～ 70％の納税にもかかわらず、高福祉を享受できるため国民から不満の声があがらないということも、かなり知られた事実である。

第１章、2 章で述べたように、社会保険制度及び給付面では、家庭やこども、傷病や障害を負った人、そして高齢者に対し手厚い給付が用意されている。特に、対象として介護などを行っている家族に対し給付される手当は、日本では存在しないものである。失業者に関しては、制限や用件はあるものの所得保障と就労のための訓練や学び直し等のツール

がそろえられている。

福祉サービスに関しては、発祥の地である「ノーマライゼーション」の理念を軸に、対象者の尊厳、ニーズや自己決定を尊重し、さらには対象者自身の能力や意見を最大限に活かすしくみが考えられ実践されてきた。

医療のしくみは日本とは全く違う様相を呈している。日々の健康管理や軽症の場合にはかかりつけ医が対応し、専門的な治療が必要であれば専門病院に紹介される。20 歳以下は無料、20 歳以上は自己負担が発生するが上限額を設けてある。税金が投入されていることから、必要最低限の医療を行うことにより、国民の過剰な通院や過剰な治療を控える結果となっている。

教育について、教育関係への支出が多いことでも理解できるように、国を支える重要な要素として教育を扱っている。「平等」「民主主義」「自由」などの考え方を教え、自己実現が可能な自立した生活が送れるように、義務教育、中等・高等教育が無料で用意されている。さらに、どのようなこどもであっても、学ぶ権利をこどもたちに保障している。

支援に関しては、いつでも相談できる場所と人材を準備しているといえよう。スウェーデンでは資料不足で把握できなかったが、デンマークでは生まれた時から死ぬまで、国民一人一人に担当のソーシャルワーカーがつく。サービスによって相談する相手が変わるのではなく、国民一人に対し担当者が関わることによって、状況や状態を継続して把握できるため、適切な支援の導入や問題発生の予防、早期支援による状況悪化の防止、支援未介入の回避など様々なメリットが考えられる。

このような体制が形成されてきた背景には、いくつかの社会的特性があると考える。

一つは、両国とも国民の権利を明確にした理念を基に政策が展開されていることである。たとえばこどもに関して言えば、「こどもは宝」「こどもは社会のこども」という強い理念が根底にあり、すべてのこどもに対し手厚い福祉、医療、教育のサービスが実施されている。こどもへの理念と同様にその他の政策に関しても、まず理念があり、それを実体化するための方法として、社会サービスを展開していることが大きな特徴と言えるだろう。

二つ目は自立に対する考え方である。両国とも、親の扶養義務は 18 歳までとし、ほとんどのこどもが少なくとも 20 歳くらいまでには家を出て自立する。家を出た後のこどもへの仕送りは、両国ではまず見られない。学生や若い世代向けの手当てや住宅サービスが充実しているのは、このような実態が関係している。この考え方は、公的サービスが優先されるのであって、家族からの援助を期待していないことに特徴がある。18 歳までは、こどもを扶養している親に対して支援があり、18 歳以上の当人への支援は国及び自治体の役割、と区別されている。このため先述したように、18 歳以上のこどもや高齢、病気や障害をもつ家族のケアをしている家族に対して、充実した手当や支援が実施されているのである。

三つ目は、国が重要としている方針「就労」である。18 歳以降に求められるのは自立して働くか、扶養を受けるかの選択になる。所得再分配の原理からいえば、能力があるのに就労しない人が増えれば、税金による収入が減り高福祉高負担のしくみが成立しないことになる。このため、職に就くためのあらゆる手当や訓練、技術獲得のための学校への再入学など、サービスが潤沢に用意されている。子育てやケアに関する手当やサービスも、親が可能な限り仕事をするためのしくみとも言える。

２）北欧両国が抱える問題及び課題

１節で北欧両国の体制についてその特性を述べた。本節では、その特性にも関連した両国が抱える課題についていくつか述べる。

両国は、日本よりはるか前に高齢化社会を迎えている。このため高齢化対策については早くから取り組みを開始し、リーマンショック以降の年金給付体制の改革などいくつかの試練を乗り越えてきた歴史がある。そして、合計特殊出生率は低下していないものの2050年には超高齢社会を迎えると言われている。このため、日本と同様に高齢者政策への財源安定化が今後の課題のひとつである。

前節で、就労のための手当やサービスが充実していることを述べた。スウェーデンでは、この環境を悪用する人がいるのも事実である。このようなモラルハザードにより、労働力不足に加え失業保険手当支出の増幅という問題を抱えている。デンマークでも「失業以外に困難を抱えていない人」への対策が進行し、失業手当の給付要件の厳格化から、長期失業者や若年失業者など、いわゆる「失業以外にも困難を抱えている人」（ここには小児がん患者も含む）が排除される現状がある。

また、支援体制として人手不足と質の確保も課題とされている。特に医療サービスに関しては絶対的に不足しており、日本と同様の状況にある。さらにサービスに関わるソーシャルワーカーや職員についても人手不足が原因となり現場教育が不十分なため、専門性及び専門技術の質の確保が難しいことも兼ねてからの課題である。

福祉先進国と謳われる北欧の国であっても、年金問題、就労問題、人手不足など、日本と変わらない問題・課題を抱えていることが理解できる。

３）福祉・医療・教育体制におけるこどもの位置づけ（北欧２か国と日本の比較）

1、2節と北欧２か国の福祉・医療・教育体制の特性及び問題・課題について述べた。このような状況をふまえつつ、視察調査した２か国の福祉・医療・教育体制におけるこどもの位置づけについて、日本と比較しながら５つの視点で述べる。なお、日本の小児がん患者支援についてここでは割愛するが、詳しくは拙著「小児がん患者への支援の現状と課題」[19] を参照されたい。

(1) 社会保障及び福祉サービスの体制

両国の場合、こどもが小児がんになるとまず保護者が付き添って共に入院となる。その場合、上限額や給付期間に期限はあるものの給与の80％が給付される（スウェーデン：近親介護者手当、デンマーク：病児看護休暇手当）。きょうだいについては公的保育サービスを利用する。また遠方の場合には、敷地内にある宿泊施設に家族ごと移動することもある。上記のような手配、手続きについてはソーシャルワーカーが代行するなど支援を行う。

日本では、保護者が付き添う際、もちろん患児の不安を解消することも理由の一つではあるが、病棟内のケアの不足部分を補うことが理由の場合もある。付き添う保護者は主に母親であることが多く、仕事をしていれば休職という形になり給与の補償は一切ない。むしろ付添を理由に退職することもある。きょうだいがいる場合、親族や近所の助けを借り

てどうにか凌ぐか、役所へ相談に行き、ファミリーサポートや学童のサービスを受けることができる。小児がん拠点病院は、宿泊施設の設置が整備要件であるため、きょうだいが学齢期でなければ共に宿泊することも可能である。

相談支援の要であるソーシャルワーカーは、所属の違いによる職務制限などがあり、医療機関により格差がある。このため北欧2か国のように動くことが難しい現状がある。

(2) 医療体制について

3章で述べたように、視察調査ではどの病院でも「こどもが主役」の医療が実践されていた。視察の際、すべての病院の医療スタッフに、こどもへの病気説明の有無及び内容について質問している。日本では、医療スタッフの属人的要素が強く、こども本人への十分な説明が実施されていない現状がまだある。当然十分な説明を行う医療機関もある一方、保護者の反対により実施できない場合もみられる。

このような現状があり質問したのであるが、愚問であった。「こどもは主役であり、伝えることは当たり前である。伝えないなどということはありえない。こどもに失礼である」という返答であった。むしろなぜそのようなことを聞くのか疑問だったようだ。自立という概念が浸透している北欧では、こどもも「小さな大人」と捉え、一個人として向き合い関わっていることが理解できたエピソードである。

また、「こどもが主役」の実践例として、療養環境及び人員配置が挙げられる。病室、プレイルーム、食堂、図書室と患者・家族の視点で整備されており、デンマークの王立病院には青年期の患者支援のための施設が配置されていた。人員配置では、全患者を担当するソーシャルワーカーに加え、HPSや心理士が配置されている。

一方日本の場合、そもそも小児科医不足や少子化の煽りを受け、小児科病床自体が縮小傾向にある。実際に平成2年小児科を標榜する病院は4119施設であったが、平成25年には2680施設まで減少している。縮小を迫られる中で、上記のような療養環境を整備すること自体が難しい状況にある。ただし、主要都市に設立されているこども病院の場合は、北欧に近い療養環境を整備しているところもある。しかし学童期を過ぎた中・高生への対応は進んでおらず、小児がん拠点病院がその先陣をきって現在整備しているところである。

人員配置に関して小児がん拠点病院の整備要件では、「チャイルドライフスペシャリスト、小児科領域に関する専門的知識を有する臨床心理士または社会福祉士のような療養を支援する担当者を配置していることが望ましい」に留まっており、今のところ専任の配置基準にはなっていない。

(3) 教育体制について

前述のとおり、スウェーデン、デンマークとも、こどもの学習の権利が徹底しており、入院後も通学時と同様の学習体制をつくることが法律で定められている。このため院内学級の教員は、元の学校と連携し、場合によっては学校を訪問するなどして学習内容の確認や、病気理解のための説明など学校と病院をつなぐ役割を果たす。また学習環境として病室にIT環境が整備されており、授業の参画や文化施設の見学等ができるようになっている。加えて充分な広さの工夫された学習室や図書室が整備されている。余談であるが、特にデンマークでは、遠方からの入院が多いため、家族ごと宿泊施設に泊まることになる。

その場合、きょうだいも同様に院内学校に通うことができる。

日本の教育体制は、通常の教育と特別支援教育に分かれており、特別支援教育の種別として病弱児がある。この中に小児がんも含まれることとなる。学校の形式や転籍要件は、入院した病院がある自治体により異なる。

日本の特別支援教育のシステムについての説明は煩雑なためここでは避けるが、入院中及び在宅中に教育を受ける場合、特別支援学校への転籍が必要となる。転籍が患児の学歴の汚点になることを理由に、院内学級での学習を拒否する保護者も少なくない。ここに障害や病気に対する日本の縮図を見てとれるのではないだろうか。日本の患児に対する学習環境の整備は、保護者の意識変革も含め、小児がん拠点病院の整備を端緒として始まったばかりと言えよう。現に小児がん拠点病院の整備指針の後、文部科学省より各都道府県の教育機関及び知事に対し「病気療養児に関する教育の充実について」の通知が 20 年ぶりに発出されている。

(4) 自立について

両国の場合、病気を抱えていたとしても就労のための支援は存在する。また、もし就労が難しい場合でも何らかの形式の就労の提供（作業所など）があり、場合によっては生活扶助を受給することになる。

スウェーデンにて、脳腫瘍の小児がん経験者にインタビューしたときのことである。彼は「この国は働いてこそ一人前とみなされる社会。仕事に就きたくても病気やこれまでの職歴などから判断され雇ってもらえない。このため今は小児がん基金で働かせてもらっている。」という厳しい現実を耳にした。福祉先進国といえども、支えているのは労働市場である。病体験がマイナス要因となる現状は日本と変わらなかった。

ただし、日本の場合就労が難しいとなると、経済的な支援をするのは国ではなく家族であることが多い。就労経験のない病体験をもつ者の就労は難しく、さらに支援においては、法の網目から落ちてほとんど皆無といってよい。これは小児がんに関わらず小児慢性疾患を抱えている者も同様である。今後、小児がん拠点病院の相談支援センターの役割でもある、社会的支援を含んだ長期支援に期待したいところである。

(5) 家族会・基金について

前述のように、北欧２か国では小児がんの親の会、そして小児がん基金の活動が盛んであった。活動資金は少額の会費以外全て寄付で賄われている。デンマークの小児がん基金にいたっては、基金から費用を出し病院の職員を雇用していた。さらには、病院とお互いに情報共有し連携している。聞けばどちらの国も寄付の国ではないそうだ。しかし「こどもは宝」の理念が浸透しているのか、小児がんについてはお金が集まるのだとスタッフが言っていた。寄付の集め方も日本では考えられない。例えば大手企業のボルボに支援を依頼し、客が試乗すると高額の寄付が基金に入る仕組みを作ったり、国民全員にダイレクトメールで寄付の依頼を出したりしている。希少がんでありさらに寄付文化ではない日本では、今のところ実現できていないのが現状である。

同様に、家族会についても古くに設立した全国組織の親の会（現在公益財団法人）があるが、それ以外は地域別であったり疾患別、病院別の小規模な親の会が活動している。親

の会と連動した小児がん患者の会や地域別の小児がん患者の会は日本に 10 数か所存在するが、小児がんに関する基金は特になく、唯一雇用を支援する NPO 法人が新潟県を拠点に活動をしている。

おわりにかえて
～日本の小児がんにおける福祉・医療・教育体制への示唆

これまで、デンマーク、スウェーデンという北欧 2 か国の福祉、医療、教育の体制を整理し、両国の視察調査結果を報告した。4 章では両国の特性と問題・課題をふまえ、福祉、医療、教育、自立、家族会・基金の観点から現在の日本の小児がん体制との比較を試みた。

国の規模やその歴史、国民性や文化の違いがあり、短期にしかも一側面からしか把握できていない視察調査から、北欧と日本を比較するには当然無理があった。しかしながら、北欧から学ぶべきものは多くあった。

まず、国民の権利を明確にした理念に基づく政策の展開である。子どもの権利を考え必要な政策について、その時の社会情勢をみながら具体的な政策を展開していく。さらには政策検討時に必ず当事者が参画していることである。日本でもここ最近、がんの基本計画を検討するがん対策協議会には、がん患者及び遺族の参画が義務付けられるなど、当事者の意見を取り入れる方向に進んではいる。サービスや支援を受ける当事者の真実味あるニーズや意見が遡上にのってこそ、無駄のないよりよい政策が進められると考える。今後日本もこのしくみをさらに取り込んでほしいと願う。

2 つ目には、上記の当事者の参画とも関連するが、政策を実行に移すための根拠として、必ず調査研究を行っていることである。例えば、病児への病気・病状説明、入院療養児の学校とのつながり、保護者の付添い、自宅生活に即した病院療養環境などは、全て調査研究を行い、実践につなげているとのことであった。ただ必要だから、こどものことを考えているからという恣意的、情緒的な根拠ではなく、調査研究という根拠に基づいたものであれば、患者・家族も医療者もお互いに納得して、治療や支援を遂行することができる。

日本においては、調査研究が現場実践や政策に反映しにくい現状がある。2015 年 4 月には医療分野の研究開発及びその環境整備、そしてその成果の普及・活用の促進のために、国立研究開発法人日本医療研究開発機構が誕生した。当事者の声が反映される政策づくりへ向け、業務遂行が急がれる。

北欧 2 か国から学び得たものとして、最後に「相談支援」をあげる。人手不足や質の確保などの課題はあるものの、重篤な病気を抱える患者・家族にとって、必要な時に必要な支援が円滑に受けられる体制に勝るものはない。

日本では相談場所の情報すら十分に行き届いていない上に、相談内容によって相談者が関係機関へ移動しなければならない。必要な時に、自らの事情をよく知り信頼して相談できる相談者がトータルで支援する体制が必要である。患者・家族への直接的な支援のみならず、理念に基づいたかかわりの実践や政策へ当事者の声を届ける際に、相談支援がきわめて重要な役割を果たすことは間違いない。

北欧の問題・課題も参考にしながら、小児がん患者支援についてさらに具体的な方策を模索していきたいと考える。

参考文献

柿沼章子　2013「小児がんに関する情報発信（こどもの自立支援）」報告書　社会福祉法人はばたき福祉事業団
柿沼章子　2014「小児がんに関する情報発信（こどもの自立支援）」報告書　社会福祉法人はばたき福祉事業団
高橋昌二 2007「スウェーデン入門―スウェーデンの福祉と社会を理解するために―」晃洋書房
藤井威 2011「福祉国家実現へ向けての戦略 高福祉高負担がもたらす明るい未来」ミネルヴァ書房
ケント・エリクソン著可東田宏 / 古関―ダール瑞穂訳　2012「スウェーデンにおける施設解体と地域生活支援」現代書館
財務総合研究所　2006「報告書第 12 章スウェーデンにおける国と地方の役割分担」『主要諸外国における国と地方の財務役割の状況』p797-862
飯野靖四 2007「スウェーデンの社会保障と所得再分配」海外社会保障研究 Summer 2007 No.159 p37-47
藤田雅子　2010「スウェーデンにおけるソーシャルワーカーの職務と倫理」東京未来大学研究紀要 2010 年第 3 号 p9-18
藤岡純一　2011「スウェーデンにおける移民政策の現状と課題」関西福祉大学社会福祉学研究紀要第 15 巻第 2 号
竹之内裕文 2012「北欧ケアの思想的な拠り所」看護研究 Vol.45 No.5 p450-465
山崎加津子 2011「スウェーデンの社会保障制度に学ぶ」大和総研調査季報 p6-17
野村武夫 2010「「生活大国」デンマークの福祉政策」ミネルヴァ書房
鈴木優美 2010「デンマークの光と影 福祉社会とネオリベラリズム」リベルタ出版
ケンジ・ステファン・スズキ 2010「デンマークが超福祉大国になったこれだけの理由」合同出版
嶋内健　2015「社会的投資か社会的規律か：1990 年代以降のデンマーク福祉国家における職業教育・訓練の強調」名古屋大学技術・職業教育研究室　技術教育学の探求 12 p59-65
財務総合研究所　2006「報告書第 9 章デンマークにおける国と地方の役割分担」『主要諸外国における国と地方の財務役割の状況』p593-671
大塚陽子　2012「北欧福祉国家とジェンダー平等―デンマークにおけるジェンダー平等の経過と到達点」立命館大学紀要「政策科学」19-3, Mar.2012　p225-238
八木三郎 2012「ノーマライゼーションへの道程（6）海外福祉事情：デンマーク①」Glocal Tenri Vol.13 NO.8 August p10
石田也寸志　2010「長期的な小児がん患者ケアのあり方―長期フォローアップの重要性―」学術の動向 2010.4 p52-57
武田鉄郎　2006「病弱教育をめぐる教育の現状と課題」国立特別支援教育総合研究所『ターミナル期における教育・心理的対応に関する研究』課題別研究報告書 p3-12
小俣智子 2014「小児がん患者への支援の現状と課題」武蔵野大学人間科学研究所年報第 2 号 p65-88