

## 日本とデンマークの高齢者ケアシステムの国際比較

— デンマークの特異性に着目して —

Comparison of the Care Systems for the Elderly between Japan and Denmark:  
Focused on Specificity of the Danish System

銭 本 隆 行  
Takayuki ZENIMOTO

### 論文要旨

超高齢化社会の日本で構築が進められている地域包括ケアシステムは、構成要素が相互に連携しあうシステムではなく、情報を共有するネットワークに過ぎない。自治体や地域がそれぞれの地域包括ケアシステムを進めていく中で地域差が生じている。一方で、デンマークにはシステムとして機能している高齢者毛システムが存在している。そこで、本研究の目的は、日本の地域包括ケアシステムとデンマークの高齢者ケアシステムを成立させている構成要素を比較して日本とデンマークに共通する普遍的な要素と日本にはないデンマークの特異な要素を見出し、デンマークの特異な要素の日本のシステムへの有効性を見出すことである。

日本とデンマークの全体のシステムと大牟田市とミドルファート市を比較することで、デンマークの高齢者ケアシステムをシステムとして機能させている特異性として、医療と福祉の連携、自治体の財源、高齢者主体の活動、を見出した。地域の実情を知った自治体が財源を持ち、サービスを統御し、医療と介護の連携を実現させて「システム」として機能させる。そこに、フォーマルサービスでは補いきれない部分を高齢者主体のボランティア活動が補う。こうしたデンマークのモデルは日本の地域包括ケアシステムの今後のあり方の参考となるはずである。

キーワード：地域包括ケアシステム、高齢者、普遍性、特異性、デンマーク

Keywords : Integrated Community Care System, Elderly, Universality, Specificity, Denmark

### 1. 本研究の背景

高齢化が進む日本では、地域において高齢者を支えるため、地域包括ケアシステムの構築が各地で進められている。地域包括ケアシステムの公式的な定義は、「ニーズに応じた住宅が提供されることを基本とした上で、生活上の安全・安心・健康を確保するために、医療や介護のみならず、福祉サービスを含めた様々な生活支援サービスが日常生活の場（日常生活圏域）で適切に提供できるような地域での体制」（地域包括ケア研究会 2010：3）とされる。井上（2011）は地域包括ケアシステムの機能として、9つの機能要件を示している。それらは、総合相談、見まもり、発見、

繋ぎ、支援、権利擁護、開発・提言、評価、苦情処理、である。これらを機能させていくために、「地域社会のネットワーク化」（地域組織化）と「専門職のネットワーク化」（連携）が必要であるとしている。

さらに、厚生労働省は2016年から、地域包括ケアシステムの次の段階として、「我が事・丸ごと」の地域共生社会の実現を目標に掲げ、施策を展開しはじめている。「我が事」とは「地域の課題について地域の人びとが他人事ではなく、我が事としてとらえ、積極的に住民がかかわっていくこと」であり、「丸ごと」とは「相談や地域づくり、さらには提供するサービスを子どもから高齢者までのすべての住民を対象にして

いく仕組みにしていこうとすること」(白澤 2018 : 536)である。このように地域包括ケアシステムは深化しながら各地で構築され続けている。

しかしながら、二木 (2017 : 19) は「地域包括ケアシステム」という名前は、厚生労働省が社会資源のネットワークのモデルとなった広島県尾道市の地域包括ケアシステムから借用し、「地域包括ケアシステムの実態が『ネットワーク』であるにもかかわらず、『システム』と命名された」と指摘する。「システム」とは「制度・体制」という用語とし、2015年6月の社会保障制度改革推進本部医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会「第一次報告」では、「地域包括ケアシステム」と「医療・介護のネットワーク」をほとんど同じ意味で用いているという。

また、畠山ら (2016 : 486) は「高齢化の進展状況には地域差が生じることから、地域包括ケアシステムは市区町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げることが求められている」としており、自治体ごとに異なった地域包括ケアシステムが存在していると言える。地域によって異なった地域包括ケアシステムが存在していることを示す例として、畠山らは自治体を3つに類型化している。地域包括支援センターの配置状況と地域ケア会議の設置単位を指標とし、地域包括支援センター1か所、同センター1か所+サブセンター・ブランチ、

同センター2か所以上 - の3つに類型した。は比較的小さな自治体で、全国で220自治体。は合併を経験した自治体が多く、92自治体。は比較的大きな自治体で195自治体であった。地域ケア会議では市区町村域を単位とするのは231、市区町村域の会議とより狭域の会議を併設するのが161、市区町村単位の会議を持たないが115、であった。

こうした地域によって大きな違いが生まれている背景として、荒木 (2019 : 41) は、「サービスの事業所数が中学校区の数と比べてもあまりに少ない状況」「住民主体のサービスは、自治会役員や民生委員など地域活動の担い手さえも確保が難しい地域がある」と指摘し、地域における資源確保の問題を示している。また、各自治体が地域の実情を踏まえて構築していくべきものであるが、「限られた人員や財源の中で具体的にどのように取り組んでいくかは大きな課題」ともしている。

一方で、北欧・デンマークでは、各構成要素が相互に関わり合い、地域差が大きい高齢者ケアシステ

ムが機能している。松岡 (2001 : 68-69) は「徹底した地方分権のもと、国、自治体ごとに分担を決め、福祉と医療を分離し、ホームドクター(家庭医)が両者を有機的に結び付けている」と指摘する。野口定久 (2013 : 66) は、デンマークの福祉・介護サービスのデリバリーシステムの特徴として、「徹底した地方分権と住民や当事者参加で運営され」、「施設ケアと在宅ケアの統合化が進められている」とも指摘する。

自治体においても、汲田 (2013 : 163) は、スウェーデンの高齢者ケアシステムについて、在宅生活を支える多機関が連携・協働する「協力モデル」が展開されているとしている。「認知症」の包括的ケアをするための専門職の連携と協働のシステムであり、この「協力モデル」の作成は法律で各自治体に義務付けられ、全国で標準化されているという。

中田 (2015 : 227) は、デンマークのリュンビュー・トーベック市とトナー市を比較し、高齢者ケアシステムにおいて「必要な施策は講じられている」「地域差が日本ほど大きくない」とし、地域差が大きい理由として「平らで高低差がなくパンケーキ型とも評される地形や、農業国といわれるほど農業が主要産業として現在も存在できていること」が関係しているのではないかと指摘している。汲田が言う「協力モデル」作成の自治体の義務化も大きいとみられる。

また、デンマークでは高齢者自身のボランティア活動も重要な役割を果たしている。中田は、町内会はないが、教会区があり、ボランティアも積極的に活動しており、「公的セクターが一定程度の生活を保障したうえで、住民同士の助け合い活動が期待されているのではないだろうか」とも指摘している。松岡 (2001 : 258) も、高齢者が「ボランティア活動に参加して、社会に二重三重のセイフティネットを張るために貢献して」いるとする。デンマークでは、高齢者ケアシステムをネットワークで終わらせず、システムとして機能させるためにさまざまな取り組みがなされているといえる。

## 2. 本研究の研究目的と研究方法

### (1) 研究の目的

日本の地域包括ケアシステムとデンマークの高齢者ケアシステムを成立させている構成要素を比較することで、日本とデンマークに共通する普遍的な要素と日本にはないデンマークの特異な要素を見出し、デンマー

クの特異な要素の日本のシステムへの有効性について考察するのが本研究の目的である。

## (2) 研究方法

### 国際比較研究方法

日本とデンマークを比較するにあたって、野口(2015:5)が提唱している「福祉国家レジームの国際比較研究の三段階論」(以後「三段階論」と表記)を活用する。「三段階論」では、A国とB国に全体的な大きな開きがある場合、B国がA国に追いつく「キャッチ・アップ型」の比較研究が必要とされる。システム全体の模倣などが目的となることがある。

A国とB国の間は縮まってきているが、B国がA国より部分的に進んでいるとみられる場合には、「課題共有・応用型」の比較研究が必要とされる。つまり、課題については共有できているが、A国のシステムや人材育成が不十分であり、B国のやり方を応用して導入していくことが目的となることがある。

A国とB国がシステムや人材育成などにおいても同等であり、メニューがそろってきている場合、両国が協働しながら課題の解決策を探っていく「課題解決・協働型」の比較研究が必要とされる。

本研究では、「課題共有・応用型」の比較研究方法を取ることとする。なぜならば、デンマークの高齢者ケアシステムには、日本の地域包括ケアシステムにはない機能があり、それがシステムとしての機能を持たせしめており、デンマークのシステムから日本に応用するものを探るという視点からアプローチするためである。

### 具体的な研究方法

「課題共有・応用型」の比較を行っていく中で、以下の具体的な研究方法をとる。

- (1) 日本の地域包括ケアシステムとデンマークの高齢者ケアシステムを全体的に比較し、両国に共通する普遍的な構成要素と日本からみたデンマークの特異的な構成要素を見出す。
- (2) デンマークの特異性を中心に、日本の大牟田市とデンマークのミドルファート市の高齢者ケアシステムを比較する
- (3) 比較された構成要素をもとに日本への有効性を考察する

### 先行研究

こうしたデンマークの高齢者ケアシステムを日本の地域包括ケアシステムと比較しながら、デンマークのケアシステムをシステムとして成らしめている特異な点を示し、日本への有効性を検証した研究はほとんどない。汲田、中田、松岡は、デンマークのケアシステムについて紹介しながら、日本との比較を行ってはいない。山梨(2010:18)は、認知症高齢者対策に関して日本とデンマークを比較しているが、認知症に関する医療と介護の連携と個別の取り組みに焦点を当てており、システム全体の比較ではない。野口(2018:142)は、日本の地域包括ケアシステムを進展させていく中で、施設ケアと在宅ケアを統合したデンマークのシステムについて触れているが、これもまた、比較に焦点を絞ったものではなかった。

### 用語の定義

「システム」とは、パレートは「個々の要素が、一定のパターンに基づいて相互に関係しあうことでできあがっているまとまり」(社会学事典2010:44)とし、溝部(2011:23)は「相互に関係をもつ構成要素からなるひとまとまりの全体」としている。「システム」とは、つまり2者間の相互をはじめ、グループ全体の要素が関わり合う関係といえる。

「ネットワーク」とは「網目状に何かが互いに繋がっているもの」(鈴木2019:49)であり、これが人的に特化したものが、「社会的ネットワーク」である。社会学事典でも「社会的ネットワーク」とは「人はさまざまな他者と関わり生活をしているが、これらのつながり」(2010:400)、パットナムも「人的つながり」(社会学事典2010:244)と呼んでいる。生天目(2013:146)は「ネットワークはグラフとして表現でき」としている。これらから、「ネットワーク」とは、システムのように相互に関わり合うことが前提とはなっていないが、相互がつながっている構図のこととする。

システムやネットワークの「構成要素」とは、事業所や行政、高齢者だけではなく、日本の地域包括ケアシステムやデンマークの高齢者ケアシステムを成立させているさまざまなサービスや事業所・団体、活動を意味するとする。

### 3. 倫理的配慮

本研究では日本社会福祉学会研究倫理規程を遵守するとともに、関連文献やデンマークや大牟田市での調査などで得た資料やデータの分析を中心としており、個人や団体が特定され、不利益を被らないよう、匿名化などの配慮を行っている。

### 4. 結果

#### (1) 日本とデンマークの高齢者ケアシステムの比較

地域包括ケアシステムとは、図1で示されている通り、「住まい」を中心として、「医療」「介護」「生活支援・介護予防」がリンクしているネットワークである。こうしたネットワークを地域ごとの実情に合わせて自治体は構築している。

一方、デンマークでも、高齢者を中心に、ヘルスケア・アクティビティ（アクティビティセンターなど）、居住（高齢者住宅など）、ケア（訪問介護・看護など）、医療、経済（年金、家賃補助など）、といった分野ごとにサービスが連携・展開されている（中田 2015：216）。この構図を図2で示す。

「コミュニティ」は「市町村」に相当し、本研究ではコミュニティは「市」と訳している。「レギオン」は「都道府県」に相当する。コミュニティは福祉、レギオンが医療を所管している。「高齢者センター」は日本の特養に相当し、「地域精神医療班」は訪問医療・看護のチームである。「ヴィジテーター」はケアプランを作成するケアマネジャー、「認知症コーディネーター」も認知症の診断を受けた住民に対するケアマネジャーに相当し、いずれも自治体職員である。

両国のシステムの主な構成要素を、部分的にでも相当するものを組み合わせ示したのが表1である。1



図1 日本の地域包括ケアシステム 出典：地域包括ケア研究会（2016）より

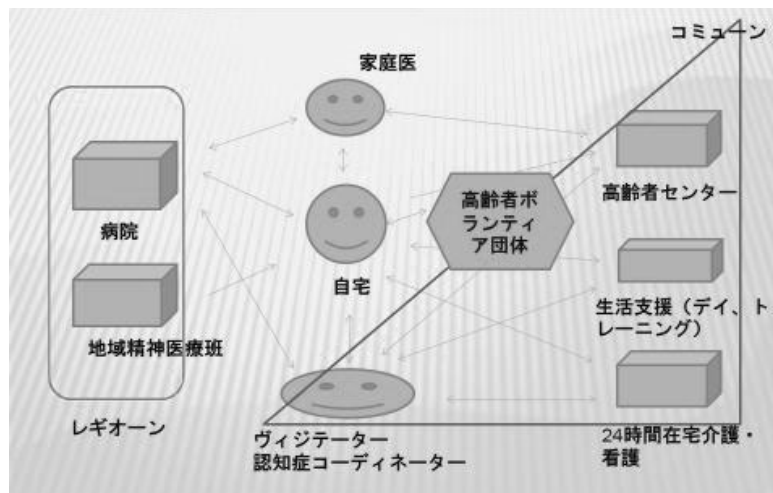


図2 デンマークの高齢者ケアシステム 各資料をもとに筆者作成

～4まではほぼ同じようなサービスがデンマークと日本にあることがわかる。

5の高齢者の活動については、日本が地域の中でほぼ完結した団体、活動であるのに対し、デンマークでは、自治会のような組織はないが、自治体にあるのは全国組織の地方団体であることが多い(原田ら2005:125)。

6のかかりつけ医、家庭医では、デンマークでは全国に家庭医は約3500人おり、平均すると約1600人に1人程度の割合で地域に配置され、住民は自分の家庭医を登録し、すべての医療は家庭医を通してはじまる(松岡2001:69-70)。日本でもかかりつけ医は普及してきているが、日本医師会総合政策研究機構の調査(2014:22)では、回答した国民の48.8%はかかりつけ医は「病気の主治医」という意識であり、総合医として総合医として関わるデンマークの家庭医とはかなり異なる。

7の小規模多機能型居宅介護は、一つの介護事業所にデイサービス、ショートステイ、訪問といったいくつもの機能を持った日本独特の制度であり、デンマークにはなく、デンマークにおいてはそれらの機能は分散されている。

8はサービスの提供主体で、デンマークの各種サービスの提供主体は自治体である。

9はサービスの財源で、デンマークには保険制度はなく税金を財源としており、高齢者ケアシステムは税金を財源とする公的支出をもとに成り立っている。猪狩(2013:53)は「医療や福祉、教育は、原則無料」とし、「所得の半分以上が税金として徴収されることに加え、消費税率は一律25%」としている。

10の生活支援コーディネーターは、「地域で、生活支援・介護予防サービスの提供体制の構築に向けたコーディネート機能(主に資源開発やネットワーク構築の機能)を果たす者」(厚生労働省2015:29)と定義され、地域におけるさまざまな活動をつなぐ役割を担っている。デンマークのボランティア担当職員は自治体で、登録してもらった住民を効率的に運用していく職員であるため、生活支援コーディネーターの機能とは一部重なる程度である。

11の地域精神医療班は医療を所管するレギオンに属するアウトリーチのチームであり、患者を在宅のまま定期的に訪問して医療を提供していく。認知症初期集中支援チームは、主に認知症の初期の関わりに特化しているが、アウトリーチをするチームとして同列に並べている。

表1では日本とデンマークの間に共通したシステムの構成要素が存在していることが判明した。住居、日中の居場所、訪問介護、ケアプランを立てる仲介者は高齢者を支えるものとして、システムには不可欠な要素として普遍性があるとみられる。一方で、異なる点もいくつかあった。家庭医とかかりつけ医はその実際の機能からは全く同じものではない。自治体の財源も出どころはまったく違うものである。さらに地域における高齢者の活動も違うとみられる。これらをまとめて、医療と福祉の連携、自治体の財源、高齢者主体の活動、の3点が日本と異なるデンマークのケアシステムの特異性とみられる。これら3点を中心に、自治体における状況を大牟田市とミドルファート市でみている。

表1 日本とデンマークのシステム構成要素の比較

	日本	デンマーク
1	特別養護老人ホーム、老人ホーム	高齢者センター
2	デイサービス	デイセンター
3	訪問看護・介護	訪問看護・介護
4	ケアマネジャー	ヴィジテーター、認知症コーディネーター
5	老人クラブ、自治会	高齢者ボランティア団体
6	かかりつけ医、病院	家庭医
7	小規模多機能型居宅介護	-
8	社会福祉法人、NPO、株式会社など	自治体中心
9	医療保険、介護保険	税金
10	生活支援コーディネーター?	ボランティア担当職員
11	認知症初期集中支援チーム?	地域精神医療班

各資料をもとに筆者作成

(2) 大牟田市とミドルファート市の概要

大牟田市とミドルファート市を選んだ理由として、大牟田市は過疎化と高齢化が進む中で、2000 年から認知症への取り組みに力を入れており、市独自の認知症コーディネーター養成研修を行い、研修修了者の事業所への配置を義務付けるなど地域包括ケアシステムの構築に熱心に取り組んでいる。ミドルファート市は、デンマークの認知症コーディネーター教育がはじまった地（山梨 2010：17）として高齢者ケアシステムがしっかり整備されており、認知症をはじめ、高齢者の支援に熱心に取り組んでいるところから、日本とデンマークの現状比較に適していると考えたからである。

大牟田市は福岡県の南端に位置し、1997 年に三池炭鉱が閉山となり、人口は最盛期の半分近くになっている。高齢化率は高く、特別養護老人ホーム、グループホーム、小規模多機能型、訪問介護などの介護事業所をはじめ、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅などの高齢者向けの住居もある。

表 2 大牟田市とミドルファート市の概要

	ミドルファート市	大牟田市
人 口	38,095 人	117,360 人
面 積	298.8 km <sup>2</sup>	81.45 km <sup>2</sup>
高齢化率	21.9%	33.7%

市のホームページをもとに筆者作成

ミドルファート市はデンマーク中南部のフン島西部に位置する。フン島からユトランド半島にわたるリレベルト大橋があり、交通の要衝である。高齢化率は日本と比べれば高くはないが、大型（最大 1250 床）の国立精神病院が 1999 年まで存在し（Middelfart Museum 2019）、精神疾患を抱えた人への支援に力を入れてきた。大牟田市と同様基本的な高齢者関連サービスは整っている。

(3) 大牟田市とミドルファート市のケアシステムの比較

デンマークが日本と異なる特異な点として、医療と介護の連携、社会保障の財源、高齢者主体の活動、を中心に比較する。

医療と介護の連携

大牟田市には精神病院が 6 か所あり、医療法人が運営する福祉事業所は多い。認知症支援を中心に、市独自で養成している認知症コーディネーターと認知症専門医から成る「地域認知症サポートチーム」が 6 か所の地域包括支援センターを支援する。さらに地域密着型サービス事業所や地域包括支援センターには、認知症コーディネーター養成研修を修了した者の配置を義務付け、連携強化に努めている（池田 2017：8）。認知症の早期発見・診断では、20 小学校区で毎年実施する徘徊模擬訓練で認知症啓発に努め、地域ケア会議

表 3 大牟田市とミドルファート市のケアシステム

	大牟田市	ミドルファート市
医療と介護の連携	ケアマネジャーや認知症コーディネーター（市独自の養成教育を受けた者）、地域包括支援センターが連携を取り持つ。地域ケア会議、地域密着型の運営推進会議も開かれる。	家庭医、ヴィジテーター、認知症コーディネーターが連携を取り持つ。家庭医、病院、自治体間に連携の取り決めがあり、たとえば病院で認知症の診断が下されれば市の認知症コーディネーターに自動的に連絡が行き、自宅を訪問する。
認知症の早期発見・早期診断への取り組み	20 小学校区における地域活動、徘徊模擬訓練、地域ケア会議、地域密着型の運営推進会議	75 歳以上のサービスを利用していない高齢者への自宅訪問
かかりつけ医の認知症診断	かかりつけ医のほか、もの忘れ相談医や専門医による診断	家庭医が MMSE などで簡易診断を行い、疑いが出れば病院で診断
市の関わり	自治体はサポート役で、サービス提供主体ではほとんどない	主に自治体がサービスを管理・提供する
市の財源	約 22 億 6000 万クローナ （約 365 億 8000 万円、2018 年度）	約 549 億 7000 万円 （2019 年度当初予算）
公的サービス	ほぼ民間がサービスを提供し、地域包括支援センター 6 か所のうち 1 か所だけが市営	高齢者センター 7 か所のうち、1 か所だけが民間。そのほかの介護サービスはほぼすべて市営
地域での見守り体制	民生委員、まち協、模擬訓練	隣人同士による自主的な活動
高齢者の地域活動	公民館活動、NPO 法人など地域ごとに活動	エルドアセイエンなどの高齢者ボランティア団体の地方支部が活動

各資料をもとに筆者作成

などで民生員らと連携を図っている。

ミドルファート市では、住民それぞれに自分の家庭医がおり、医療と介護の連携役を担っている。家庭医で認知症の疑いがあるとみられれば、専門病院で診察してもらい、診断が出れば認知症コーディネーターに連絡が行って自宅を訪問する。その後の投薬や経過観察は家庭医が行う。また、認知症の早期発見については、75歳以上でなにもサービスを受けていない高齢者の自宅を市職員が訪問し、支援につなげていく（ヤーンセン 2015：406）。

#### 社会保障の財源

大牟田市の2019年度一般会計当初予算は約550億円（大牟田市 2018）に対し、ミドルファート市の2018年度当初予算は約366億円（Middelfart 2018）。大牟田市は人口規模がほぼ3倍であるところから、人口で割って比較するとミドルファート市の予算は大牟田市の倍程度に相当する。また、こうした大きな財源を背景に、ミドルファート市はほぼ公営でサービスを提供し、介護職員は公務員である。ミドルファート市は、日本の自治体のような、民間の活動のサポート役というよりは、サービス提供の中心的役割を果たしている。

#### 高齢者主体の活動

大牟田市では、各小学校区での公民館を中心とした活動が盛んである。A校区では高齢者を中心にNPO法人を立ち上げ、見守りやサロン活動を行っている（猿渡 2018：4）。徘徊模擬訓練も各校区の自治会を中心に行われている（池田 2017：14-23）。こうした地域における連携を地域包括支援センターに配置されている生活支援コーディネーターはサポートしている。

デンマークには町内会のような組織はなく（中田 2015：227）、地域での見守り活動は盛んではない。一方で、高齢者のさまざまなアクティビティを支えているのはエルドア・セイエン・ミドルファートなどの高齢者ボランティア団体の地方支部である。活動としては、1) 社会人道的活動、2) 訪問の友、3) 認知症、4) イベントやアクティビティ、に分類されている（銭本 2019：50）。また、ミドルファート市には、市内の登録ボランティアを担当し、デイサービスや高齢者センターなどへの配置を行うボランティアセンターが存在している（Middelfart 2019）。ボランティアの管理のみならず、フォーマルサービスで補えない

部分をボランティアによるインフォーマルサービスで補うのに役立っている。

## 5. 考察

日本とデンマークの全体的な比較と個別の市の比較を試みた。日本の地域包括ケアシステムとデンマークの高齢者ケアシステムには、構成要素として近似しているものが多くみられた。たとえば、在宅を中心として、在宅介護・看護、デイサービス、トレーニングセンター、相談やケアプラン作成などの支援を行う専門職の存在である。デンマークでは可能な限り在宅生活を続けられる支援が得られながらも、出来なくなった場合に生活を続けられる場所として、老人ホームや特別養護老人ホームに相当する高齢者センターが両国に存在している。

医療についても、日本ではかかりつけ医や専門病院の整備が行われているが、これはデンマークにおける家庭医と病院の関係にかなり近く、両国における高齢者のケアシステムにおいて普遍的な構成要素は存在していると感じた。しかしながら、日本と比較し、デンマークには医療と介護の連携、自治体の財源と体制、高齢者主体の活動、という特異性もうかがえた。この3点に絞って考察する。

### (1) 医療と介護の連携

日本の地域包括ケアシステムは、相互にリンクしあっており、「ネットワーク」の条件は満たしている。さらに自治体や地域によって大きく進化しており、大牟田市では独自に認知症コーディネーター養成研修を行い、修了者の地域密着型事業所などへ配置し、ネットワークを強固なものにし、医療と介護の連携に努めている。しかしながら、大牟田市の地域包括ケアシステムでも現時点では、デンマークのように、「家庭医の受診」「病院の診断」「認知症コーディネーターの訪問」「サービス受給」「その間の家庭医や訪問医療のサポート」、という全体を見通して2者以上の間で作用し合う「システム」になっているかは疑問である。

民間にサービス提供を委ねるのが当たり前となっているために、市は完全な統御はできないが、地域密着型事業所への認知症コーディネーターの配置の義務化のように、市が統御できる部分もあるとみられる。

また、デンマークの認知症コーディネーターへは、病院が本人の同意を得たうえで診断情報などが送られ、

その後の支援に活用されている。地域包括ケアシステムを、システム内の構成要素が相互に作用し合う「システム」にするには、デンマーク、ミドルファート市のように、民間にすべてをゆだねるのではなく、市が一定の統御をし、住民の情報を関係者で共有できるような仕組みは必要であろう。

## (2) 自治体の財源

日本の場合、介護保険が介護分野の財源となっているので概な比較はできないが、デンマークの自治体は日本の自治体よりもはるかに大きな財源を持っている。ミドルファート市の予算額は人口をならして計算すると、大牟田市の倍程度の予算額に相当する。ミドルファート市はより大きな財源をもとに、多くの公共サービスを自前で提供している。そのために、市がサービスの流れや量を統御しやすいと思われる。大住(2003:95)は、デンマークを含む北欧は、業績/成果による統制を核とした行政内部のマネジメント改革とアドホック(あるいは分散・文献)的改革でNPM(新型公共管理)を推進してきた、としており、公共部門が広がることは管理次第で決して非効率になるわけではない。

大牟田市はより少ない予算の中で自主的にできる範囲は限られており、福祉分野においては、民間によるサービス提供が主流である中でサポート役を任じている。その結果、サービス全体を統御しづらく、システム化に困難性が生じるのではなからうか。

従って、日本においても、特に自治体において高齢者分野の財源をもっと増やし、地域の実情を把握している自治体にこの分野を統御させるべきだと考える。

## (3) 高齢者主体の活動

日本において、大牟田市のNPO法人や公民館活動のように、高齢者自身が主体となって実施している活動がみられた。これらの活動がインフォーマルサービスとして、フォーマルサービスを補完している。しかし、大牟田市でも、すべての校区で同じような活動が行われ、フォーマルサービスが補完されているわけではない。

一方、デンマークにおいては、高齢者自身によるボランティア活動が盛んで、地域における活動主体としてインフォーマルサービスを担い、フォーマルサービスを補完し、高齢者ケアシステムを成立させていた。それには、ボランティアを担当して配置も行っている

ボランティアセンターの存在は大きい。原田ほか(2005:124)は「高齢期の人生を受け身ではなく主体的に選び取っていく人々の姿、そして自らによって自らを支えようとする仕組み」がそこにはあるという。しかし松岡(2001:258)は「『ボランティアは行政の怠慢を埋めるものであってはならない』という価値観が根強くあります」と指摘しており、決して公的な枠組みの中に高齢者の主体的ボランティア活動が無条件に取り込まれてはならない。住民参加を校区や地域ごとの小さな枠組みの中だけでなく、必要な地域や校区へボランティアを配置するというより大きな枠組みの中でとらえるときに、デンマークの高齢者のボランティア活動と市の関わりは参考になると思われる。

## 6. まとめ

日本の地域包括ケアシステムとデンマークの高齢者ケアシステムを比較し、ミドルファート市と大牟田市を比較する中で、デンマークと日本のシステムの間共通する普遍性も多くみられ、日本の地域包括ケアシステムがかなり充実してきていることが実感された。日本の特異性に踏み込むと論旨が不明確になる恐れがあるため、あまり触れなかったが、小規模多機能型居宅介護は日本独自のものであり、地域包括ケアシステム内の拠点として注目も浴びている。

しかしながら、今回の研究で見出した 医療と介護の連携、自治体の財源、高齢者主体の活動、はデンマークの高齢者ケアシステムを「システム」として機能させている特異性といえるものであった。地域の実情を知った自治体が財源を持ち、サービスを統御し、医療と介護の連携を実現させて「システム」として機能させる。そこに、フォーマルサービスでは補いきれない部分を高齢者主体のボランティア活動が補う。日本の地域包括ケアシステムの示す方向性は、ただのネットワークではなく、相互に関わり合うシステムであるべきであり、そのためにはデンマークの高齢者ケアシステムは十分参考になるといえる。

本研究の限界として、デンマークは「地域差が日本ほど大きくない」とされ、ミドルファートを示すことでデンマークの一定のモデルは示せたと信じるが、日本の地域包括ケアシステムは「地域差が大きい」にもかかわらず、比較に耐えうるほどの情報を集められたのは大牟田市のみであった。今後は、日本とデンマークの自治体における取り組みをそれぞれ複数調査し、



デンマークと日本の全体像を把握したうえで、日本の地域包括ケアシステムを向上させていくツールを研究していきたい。

(げにもと たかゆき：福祉社会開発研究科 社会福祉学専攻博士課程 2017 年度入学，日本医療大学認知症研究所研究員)

#### 文献

- 1 朝野賢司・生田京子・西英子・原田亜紀子・福島容子 (2005) 「デンマークのユーザー・デモクラシー」新評論
- 2 荒木剛 (2019) 「地域包括ケアシステム構築に向けた政策展開と課題」西南女学院大学紀要 23
- 3 猪狩典子 (2013) 「デンマークに学ぶ高齢者福祉 政策イニシアティブが生み出すユーザー参加型社会」interplace 118 (3)
- 4 池田武俊 (2017) 「認知症になっても安心して暮らせる地域づくり」ヒアリング資料
- 5 井上信宏 (2011) 「地域包括ケアシステムの機能と地域包括支援センターの役割」地域福祉研究 39, 12-23
- 6 大住莊四郎 (2003) 「NPM による行政革命」日本評論社
- 7 大牟田市 (2018) 「平成 30 年度大牟田市認知症コーディネータ 養成研修受講者 (第 16 期生) 募集要領」
- 8 大牟田市 (2019) 「平成 31 年度歳入歳出予算 (案) の状況」
- 9 厚生労働省 (2015) 「生活支援コーディネーター (地域支え合い推進員) に係る中央研修テキスト」
- 10 猿渡進平 (2018) 「誰もが地元で安心して暮らせる町づくりへの挑戦～多分野・他機関との共生を目指して～」講演資料
- 11 日本社会学会社会学事典刊行委員会編 (2010) 「社会学事典」丸善
- 12 白澤政和 (2018) 「地域包括ケアシステムは機能するか (vol. 5) 地域包括ケアシステムの深化としての地域共生社会の実現に向けて」『医学の歩み』267 (7), 536-542
- 13 鈴木賢一 (2009) 「第 2 章ネットワーク構造 つながりを見る」講義資料
- 14 銭本隆行 (2018) 「デンマークの高齢者ケアシステムの日本への有効性について」『日本医療大学紀要』4, 3-12
- 15 銭本隆行 (2019) 「地域における高齢者主体の活動についての考察～デンマークの高齢者の活動をとおして～」『北海道社会福祉研究』39
- 16 地域包括ケア研究会 (2010) 「報告書」
- 17 中田雅美 (2015) 「高齢者の『住まいとケア』からみた地域包括ケアシステム」明石書店
- 18 生天目章 (2013) 「社会システム 集積的選択と社会のダイナミズム」ミネルヴァ書房
- 19 二木立 (2017) 「地域包括ケアと福祉改革」勁草書房
- 20 日本医師会総合政策研究機構 (2015) 「第 5 回日本の医療に関する意識調査」日医総研ワーキングペーパー 331
- 21 野口定久 (2015) 「貧困・格差問題に対応する地域社

会の安全網の実践プログラムと地域 包括ケアシステム構築に向けた日韓共同調査研究 対立から共感のコミュニケーションづくり」

- 22 野口定久 (2018) 「ゼミナール 地域福祉学 図解でわかる理論と実践」中央法規
- 23 野口典子編 (2013) 「デンマークの選択・日本への視座」中央法規
- 24 畠山輝雄・宮澤仁 (2016) 「地域包括ケアシステム構築の現状 地理学における自治体アンケート調査の結果から」地域ケアリング 18 (14), 65-68
- 25 松岡洋子 (2001) 「『老人ホーム』を超えて 21 世紀デンマーク高齢者福祉レポート」クリエイツかもがわ
- 26 溝部明男 (2011) 「社会システム論と社会学理論の展開 T. パーソナル社会学と残された 3 つの理論的課題」金沢大学人間科学系紀要 3, 14-40
- 27 Middelfart kommune (2017) 「Befolkningsprognose 2017-29」
- 28 Middelfart kommune (2018) 「Budget 2018」
- 29 Middelfart kommune (2019) 「Frivilligcenter」(<https://www.middelfart.dk/Kultur%20og%20fritid/Frivilligt%20socialt%20arbejde/Frivilligcenter>, 2019.7.31)
- 30 Middelfart kommune 「Aldre (plejehjem, hjemmehjelp m.v.)」(<https://www.middelfart.dk/Borger/Aeldre>, 2019.5.8)
- 31 Middelfart Museum 「Psykiatrisk Samling om Middelfart Sindssygeanstalt」(<https://www.middelfart-museum.dk/psykiatrisk-samling>, 2019.7.31)
- 32 モモヨ・ヤーンセン (2015) 「可能な限り、私の生活どこにいても『その人らしさ』を尊重するデンマークの認知症ケアシステム」訪問看護と介護 20 (5)
- 33 Rikke Sørensen (2018) 「Ældrer Sagen」説明資料
- 34 山梨恵子 (2010) 「デンマークの認知症ケアシステムに学ぶ 低コスト・良品質・ユーザー翻意の知恵と工夫」ニッセイ基礎研 REPORT 2