

【実施報告】

第 43 回オンラインセミナー「デンマークの高齢者福祉から いま日本はなにを学べるか」

第 43 回目のセミナーでは、ユーロ・ジャパン・コミュニケーション社代表として活躍される小島ブンゴード孝子氏を迎え、デンマークの高齢者福祉をテーマに講演いただいた。

セミナーの主な内容について、以下のとおり報告する。

1) 概要

○日 時：2025 年 7 月 8 日（火） 17 時 00 分から 19 時 30 分まで（日本時間）

○当日参加者数：182 名（申込者数：272 名）

○プログラム：①開会挨拶・講師紹介 （17:00～17:05）

②講演 （17:05～18:35）

③質疑応答 （18:35～19:30）

2) 講演内容

＜デンマークの状況、考え方等＞

- ・日本とデンマークの人口規模には差がある。日本は減少傾向にあるが、デンマークは 2025 年 5 月に人口が 600 万人を超え、今のところ緩やかに増加している。高齢化率は、日本約 30%、デンマークも近年約 20%を超えるようになり、両国とも超高齢社会といえる。平均寿命をみると日本が圧倒的に長く、特に女性では約 4 歳の差がある。合計特殊出生率は、2024 年の数値で日本は過去最低の 1.15、デンマークも 1.46 と、どちらも減少傾向にある。
- ・デンマークは 1864 年のプロシアとの戦争で、金と国土を大きく失った。国の復興のために何が重要かを考えた結果、人を資源と位置づけ、教育を重視する方針へと国家は舵を切った。以後、教育が最大の国家投資となり、公的に良質な教育を誰もが受けられる仕組みを整えている。また、教育を受けた若者が社会で活躍できるよう、労働環境の整備にも注力している。
- ・国民の税負担により、教育をはじめ、医療、福祉の充実等が図られている。所得税（国税・地方税）の平均負担率は約 45%で、教育活動を除くすべての商品・サービスに付加される消費税（付加価値税）は 25%となっている。税負担による恩恵を誰もがいつか受けるという意識があるため、国民から税に関する不満の声はほとんどない。
- ・成長期である第 1 の人生、社会を支える生産期である第 2 の人生、退職後の人生総括期である第 3 の人生と、人生を 3 段階に分けて考えるデンマーク人が多い。デンマークでは定年退職という制度がないため、自分の意志で第 3 の人生を歩むタイミングを決める。全ての段階において共通して重んじられているのが「自立」で、自分らしさを大切にする一方で社会的責任も果たすという、バランスのとれた権利と義務を共通の価値観・理念として

持っている。

- ・デンマークにおける第3の人生のモットーは、①子どもが独立したら夫婦2人暮らしか独居生活、②ケアはプロに任せる、③いつまでも市民としての責任を果たす（＝税金を払い続ける）、④自分で選択して最後まで自分らしい人生を送る。
- ・高齢者による高齢者のための全国組織「エルドラセイエン（Ældre Sagen）」があり、全国215の支部で活動や政策提言等を行っている。会員数は国民の約16%にあたる約95万人で、高齢者福祉施策を中心に大きな影響力を持っている。また、全国の自治体に設けられたアクティビティーセンターでは、元気な高齢者が集い、ボランティアとして運営にも関わりながら様々な活動を行っている。デンマークでは高齢者が社会の重荷ではなくむしろ貢献者とみられており、彼らが活躍できる場がある。

<年金制度>

- ・デンマークの年金制度は3階建ての制度となっており、1階が税金が財源の国民年金と就労者が掛ける義務を持つ労働市場付加年金、2階が雇用労働者の大多数が入る労働市場年金、3階が個人事業主等が自主的に加入する個人年金で構成される。国民年金だけで第3の人生を過ごすことは困難なため、退職後の生活水準の維持のために、生産期にあるうちに2階や3階部分にあたる私的年金を積み立てていく。
- ・国民年金は支給されると所得とみなされて課税対象となるため、手元に残るのは控除後の額となる。支給開始年齢は現在67歳で、2030年には70歳まで引き上げられる予定。労働市場年金については、各業界の労使協定により拠出率が決まり、個人が3分の1、雇用者が3分の2を負担する。
- ・世界各国の年金制度を持続性や健全性等で評価する、コンサルティング会社のマーサー等が発表する「グローバル年金指数ランキング」があるが、2024年デンマークは48か国中第3位となっている。日本は36位であり、デンマークの制度の国際的評価が高いことが見て取れる。

<国・地方自治体の役割分担>

- ・デンマークでは、第二次世界大戦後に質の高い福祉・医療・教育の整備が急務となり、1970年に国・県・市の三層構造が導入された。さらに2007年にはより効率的な公共サービスの提供等を目的に、県を撤廃して市を統合・再編し、新たに設けた5つのリジョンと規模を拡大した98の市で行政サービスの提供に取り組んでいる。リジョンは医療に特化し、コミュンは福祉全般と義務教育を中心に担当している。
- ・人口約7万5千人、高齢化率約22%のゲントフテ市では、高齢者の予防・リハビリ・介護等に係る2025年度の自治体予算は総額の約25%（地方交付金を除く）となっている。他市でも25～30%程度が高齢者福祉の予算として確保されている。

＜医療関連＞

- ・医療はすべて税金で賄われ、家庭医を中心とする一次医療と、病院による二次医療に分かれている。患者はまず家庭医を通じて医療にアクセスし、必要であれば病院につないでもらう。医療は治療行為ととらえられており、治療が終われば福祉に移行する。入院中のリハビリは医療扱いだが、退院後のリハビリはそのほとんどが福祉として扱われている。
- ・利用者、家庭医、病院はデジタルポータルでつながっており、オンライン上でお知らせや検査結果等の情報が管理・確認できるようになっている。

＜高齢者ケアの概要等＞

- ・デンマークの公共福祉は 1933 年に法制化され、第二次世界大戦後に本格的に機能し始めた。第二次世界大戦後の経済回復の中で労働力不足に直面したことにより、女性の労働市場進出が促進され、子育てや介護といったケアの担い手が減少したことから、公共福祉の需要が急増した。政府は高齢者施設の建設等を進めたが、1970 年代のオイルショックで経済が失速し、予算削減の達成と自宅で過ごすことを希望する多数の高齢者の声を理由に、施設中心の政策が見直されることとなった。1980 年代からは「在宅中心」の政策となり、これによって、いつまでも自分らしく生きる「自己決定」、自分の家で生活続ける「継続性」、自分でできることは自分で行う「残存機能の活用」という、高齢者福祉の三原則が導入された。
- ・在宅主流のケアに移行したものの、財政負担の軽減化には限界があったため、1990 年代以降はより効率的で質の高いサービスの実現が課題となっている。これに対応するため、自宅・施設に関わらず必要なサービスを等しく一体的に提供する「統合ケア」と呼ばれる仕組みが構築され、在宅ケアの質の向上と多職種連携が求められるようになっていく。また、高齢者福祉の三原則のひとつである「継続性」の原則は、単なる居住の継続ではなく、生活スタイルの維持と解釈されるようになった。2000 年代に入り、さらなる合理化・効率化のために ICT の導入・活用が進み、予防を主としたリハビリの強化が進んでいる。
- ・デンマークの高齢者のタイプは大きく「積極型」「休養型」「サービス受給型」の 3 つに分けられる。積極型はまだまだ元気で仕事を続けたり社会貢献等に励むタイプ、休養型は第 3 の人生を謳歌しているタイプ、サービス受給型は自分の力だけでは自立した生活が送れないタイプで、サービス受給型が増加すると公的資源の圧迫が懸念される。国の統計によれば、2017 年時点で在宅ケアを受ける高齢者は約 24%、エルドラボーリ（高齢者住宅）やプライボーリ（ケアセンター）でケアを受ける方は約 7%である。
- ・デンマークにおける“良いケア”とは、できることは自分で行い、困難な部分のみ支援を受けることで、これはケア提供者と利用者双方が共有すべき原則とされている。
- ・人的資源を大事にするデンマークでは、ケアワーカーも大切な存在として、労働環境改善等 負担を軽減して QOL の向上を目指す取り組みが実施されている。
- ・1990 年代に介護資格制度が再編され、介護に特化した社会保健ヘルパー（SSH）や一部の

医療行為が可能な社会保健アシスタント (SSA) などのケアワーカーの資格が新設された。1992 年には認知症の方とその家族の支援の強化のために支援調整を行う認知症コーディネーターの配置が制度化された。

- ・ケアの提供には、利用者（受給者）、必要なケアの決定等を行う市判定委員会（発注者）、ケアを提供する市のケアチーム・民間のケア会社の、3 者が関わっている。全方面にわたってメリットがあるような、トリプルウィンを高齢者ケアで目指している。
- ・75 歳以上のすべての国民に対して、予防家庭訪問が実施されている。専門職員が各家庭を訪問して状況のヒアリング等を行い、必要であればサービスにつなげるという、予防の側面からの取り組みとなっている。

＜現場の ICT 化等＞

- ・自治体・プライボリー・在宅介護／看護チーム・リハビリチーム等が、オンライン上で一元的に利用者に関する情報を共有しており、書類作成や相互連絡等がオンライン上で完結するようになっている。
- ・介護現場では見守りセンサーやセラピーロボット等が活用されているが、日本のような介助ロボットの導入はデンマークでは聞かれない。ケアワーカーも大切にする介護の実践により、移乗などの介助をロボットに任せる必要性は現時点では低いと考えられる。

＜日本がデンマークから学べること＞

- ・日本は現在、人口減少と多死社会が現実となっている。団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者となって社会保障費の増大などが大きな課題となる「2025 年問題」の該当年もついに到来した。課題の解決のために、医療・介護・予防等の支援を包括的に提供する「地域包括ケアシステム」とよばれる体制の構築に取り組まれているが、国の高齢者福祉に係る方針を国民が理解しているか、複雑な福祉システムでの職域を超えた連携はどこまで可能か、世代背景が多様な各高齢者の価値観等を把握できているか等、疑問に思うことも多い。
- ・日本の高齢者ケアサービスは、関係者全員が「満足度の高いケア」「良いケア」を目指して努力しているという点でデンマークと本質的に異ならない。ただし、関係者間の期待しているもののミスマッチ、ケアワーカーの労働環境の課題、デジタル化の遅れなど、解決すべき問題も多い。特にケアに関して、「してあげる／してもらう」というとらえ方がまだ根底にあるように思われる。双方の QOL を上げるために同じ目線で協力して取り組むという意識改革により、様々な課題の改善につながると考える。
- ・今後、日本にとって重要なのは、団塊の世代やヤング・シニア層を「社会資源」として活用すること。自治体などの公的機関が主体となり、ケアに対する意識改革に関する啓発活動等が展開されることを願って止まない。

3) 質疑応答

- Q. 日本ではケアワーカーの賃金が低く、人材不足も問題視されている。デンマークではどうか。
- A. 主に SSH と SSA の資格を持つ者が介護に従事しているが、彼らは基本的に公務員である。給与水準は職種に応じて決定されており、ケアワーカーの水準は特段高いわけではないが、公務員であるため退職後の年金制度が充実しており、老後の生活に不安は少ない。さらに、労働条件も良いため、ケアワーカーの職に就きたいという希望者も一定数存在する。ただし、デンマークにおいても人材不足の問題は存在する。介護分野に限らず、デンマークでは「温かい手」と呼ばれる、教師や保育士、看護師といった対人サービスを提供する職種の人材不足が進行しており、国外からの人材受け入れについても議論が進められている。
- Q. ケアワーカーのキャリアパスは。SSH と SSA の資格はどういった関係にあるのか。
- A. ケアワーカーの養成は中等教育である職業専門教育に分類され、義務教育修了者であれば受講可能である。SSH は1年間の基礎課程に加え理論と現場実習を組み合わせたモジュール形式教育で合計2年2か月、修了後は介護現場で即戦力として働くことが可能。SSH の有資格者がキャリアアップのために SSA の資格習得を目指すことができるが、SSH の課程を経ることなく SSA の資格習得を目指す方も増えている。SSA の資格教育は同じくモジュール形式で、取得には計3年10か月かかる。両者の違いは、SSH は介護に特化、SSA はそれに加えて一部医療行為も可能で、介護分野だけでなく医療分野でも働けるため、ニーズが高い。また、さらなるキャリアアップとして看護師課程に進む道もある。
- Q. 高齢者はデジタル化にどのように対応しているか。日本の一部の高齢者は、デジタル化の波に乗れず、諦めている方も多い。
- A. デンマークでは1968年に個人番号制度が導入され、社会保障、医療、税、教育、金融など多くの分野で活用されており、今ではこれらの多数のサービスがすべてオンライン化されている。デジタルの活用慣れなければ生活に様々な困難が生じるため、多くの高齢者がコンピューター教室で学ぶなど、自助努力でデジタル適応を進めている。しかし、様々な理由でデジタル化の波に乗ることが難しい方もいるため、そういった方への支援は実施されているものの、一定の課題は残る。
- Q. 介護現場へのロボットの導入がないとの話があったが、なぜか。
- A. 介護職員が大きな身体的負担なく利用者の介助が可能な介助方法や福祉用具の活用が普及しているため。北欧諸国で普及しているこの「やさしい介護」を日本に広めたいと思い、2004年から約15年間日本各地でセミナー活動をおこなったが、ケアに対する考え方が大きく異なるためか、定着するまでには至らなかった。日本でもぜひ取り入れてほしい。
- Q. 予防家庭訪問の対象者は独居の高齢者だけか。

- A. 原則 75 歳以上のすべての高齢者が対象であるため、家族等と同居していても支援対象となる。全市民に対して実施することを国の方針としているが、実施に係る裁量は地方自治体にあるため、支援を受けるには申請を要するような自治体もある。
- Q. 日本では利用者からのカスタマーハラスメントの問題があるが、デンマークではどうか。
- A. 日本とはケアのとらえ方が根本的に異なるため、現場でのハラスメントは非常に少ない。日本では介護保険サービスの利用にあたっては一部自己負担があるため、お客様意識を持つ利用者が少なくないと感じる。一方、デンマークでは介護サービスは基本的に税金でまかなわれる公的ケアであるため、国民はサービスを買っているという感覚は持っておらず、権利としてとらえている。ケアを受ける側・提供する側の双方が「できることは利用者自身で行い、できない部分を専門職が支援する」という対応方針への理解を共有している。
- Q. デンマークの方は「バランスのとれた権利と義務を共通の価値観・理念として持つ」という発言があったが、そのような社会の形成には宗教的背景があるのか。
- A. プロテスタントの国であり、宗教的価値観は社会の根底にあるものの、福祉政策にはそういった要素は持ち込まれていない。デモクラシーの価値観が長い年月をかけて構築され、それが人々の人生観や価値観の基盤となっていると考える。
- Q. 延命治療について、どのように考えられているか。
- A. デンマークでは自分らしい人生を送ることを重視する考え方が強く、延命治療には積極的ではない。一方で、健康寿命を伸ばすための施策が進められ、過去に比べれば長寿志向も広まってきているが、延命よりも「どう生ききるか」が重視されている。
- Q. エルドラセイエン等が高齢者の活動の場等をつくっているため、デンマークでは孤独・孤立といったものは問題ではないのか。
- A. 孤独や孤立はデンマークにもあるが、どちらかという自分の選択の結果ととらえられているように思われる。生き生きとしたシニア生活を送るためには、家族に依存せず、同世代とのつながりを持つことが重視されており、エルドラセイエンや市のアクティビティーセンター等がそのような機会を創出している。活動への参加は強制ではなく自己決定によるものであり、自分らしく生きたいと考える高齢者が自発的に関わりをもって
- Q. 日本ではケアマネジャーが個別ケアの調整等を担っているが、デンマークではどうか。
- A. ケアマネジャーはおらず、市の判定委員会が利用者の状態を把握し、必要なサービスを判断・決定する。提供されるケアが公的サービスにあたるため、市の統一的で専門性のある判断に基づいて調整等が行われる。
- Q. 生活必需品のようなものにも 25%の消費税（付加価値税）が課されるのか。
- A. 教育関連サービスを除き、現在は全ての商品・サービスに例外なく適用されている。
- Q. 国民の意識が高いように感じるが、教育が背景にあるのか。
- A. 鍵は教育にあると考える。デンマークの教育は年齢に応じて自立度を高めることが重視

されており、主体性を育む内容が中心である。大学院までの教育費が無料である等、若者はその恩恵を社会に還元しようという意識を持つようになり、これが社会全体の意識の高さにつながっていると考える。

Q. 高負担により、家庭医のような医療体制が実現できているのか。

A. デンマークは高負担であると言われるが、日本においても関連する個人の負担を積み上げていくとデンマークと変わらない水準になるという調査結果もある。市民の負担が適切に医療福祉分野等に振り分けられてサービス提供につながる仕組みになっていれば、体制の充実化は図れるのではないかと考える。

Q. デンマークにおける高齢者とは何歳か。また、労働市場が整備されていることにより、いつまでも働き続けることができる社会になっているのか。

A. 国民年金の受給開始年齢でみると、かつて 65 歳だったが、近年は 67 歳、将来的には 70 歳への引き上げも決定されている。自分でタイミングを決めるが、多くの方が 60 台半ばで第 3 の人生に入っていく。高齢者の就労については、生産人口の減少の問題もあり、働く意欲のある高齢者により長く働いてもらうことが可能となるよう、税制面での取り扱いが改善されてきている。デンマークでは生活のためではなく「健康だから働きたい」という前向きな動機で働く高齢者が多く、制度もそれに応じて柔軟になっている。

Q. デンマークと日本では様々な違いがあるが、こういった部分が日本に応用可能で、取り組むべきことか。

A. 日本の高齢者ケアは、その複雑さやケアワーカーの負担の大きさ等、課題が多くあると感じる。制度改革も重要であるが、最も重要なことはケアに対する意識改革だと考える。利用者とケアワーカーに限らず、高齢者福祉に関わる人間が「してもらう・してあげる」というケアの捉え方から脱却し、それぞれが福祉サービスに期待するもののマッチングが図られなければ、今後ますます国や自治体の負担等がかさみ、高齢者も満足のいくケアが受けられない状況になっていくのではないかと考える。