

オランダにおける高齢者および障害者に対する ケアに関する施策について

井原 辰雄

■ 要約

オランダの高齢者および障害者に対するケアの基本的仕組みは、AWBZ(例外的医療費支出保障法)に基づく、年齢制限によらない個人単位の国を保険者とする保険制度である。

近年の地方分権の流れの中で、AWBZからWVG(障害者サービス法)に基づくサービスへの移管が見られる。要介護認定、ケアマネジメントのあり方は我が国と大きく異なるが、「サービス提供者による分類から機能に基づく給付内容の定義づけ」、「疾病、障害による区分から機能制限の観点からの支援施策の検討」という思想の変化は、我が国において被保険者・受給対象年齢の引き下げの議論など介護と障害者施策の関係を議論する際にも参考となる。

また、WMO(社会支援法)による社会サービスの統合の動きが見られるところであるが、今後、これが具体的にどのような実施されていくかを見ていくことも我が国の制度改革を議論していく上で参考となる。

■ キーワード

例外的医療費支出保障法、障害者サービス法、個人単位、利用者負担、社会支援法

I はじめに

オランダにおいては、高齢者、障害者に対するケアについては、基本的に例外的医療費支出保障法(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)(AWBZ)および障害者サービス法(Wet Voorzieningen Gehandicapten)(WVG)によりカバーされている。我が国においては、2005(平成17)年度の介護保険制度改正において被保険者・受給者の範囲についての議論が行われたが、国会において、2006(平成18)年度末までに結果が得られるよう新たな場を設けて検討を行うことを政府に求める旨の附帯決議が行われている。また、医療制度については、政府案では平成20年度に新たな高齢者医療制度が創設されることとなっている¹⁾。このような状況において、長期医療と介護にかかる費用をひ

とつの制度でカバーしているオランダの保険制度およびこれに関連する障害者支援制度を我が国の介護保険制度、障害者自立支援制度と比較しながら考察していくことは、上記の我が国の今後の議論の参考になるものと考えられる。

II オランダにおける高齢者、障害者の状況

2004年1月1日現在のオランダの人口は1625.8万人、65歳以上の人口割合は13.8%である。この割合は、2017年には18.0%、2027年には21.3%、2037年には23.7%まで上昇すると推計されている²⁾。障害者の状況については、WAO(被用者を対象とする障害保険制度)の受給者が2004年平均で772.6万人、WAZ(自営業者のための障害給付制度)の受給者が55.5万人、Wajong(若年者のため

の障害給付制度)の受給者が140.1万人となっている³⁾。

III 介護保険制度の歴史的経緯

オランダの社会保障制度は、第二次世界大戦後、ベバレッジ報告の影響を受け、オランダ政府が設置したVan Rhijn委員会の報告書を基礎に構築された。報告書においては、疾病金庫の加入者、私費による患者、地域における患者(医療費は、低所得者のための市町村基金から支払われる)に分かれていた医療制度を一つの制度とすること、医療サービスの運営の第一義的責任を地域あるいは地区保健当局に移すこと、医療サービスは国民を対象とし無料とすることとしていた。また、委員会は、事業主拠出を愛好するが、国民が制度の対象となることから、一般財源と社会保険料の差異をあまり認めていなかった⁴⁾。政府は、医療以外に係る報告書の提言の多くを受け入れたが、医療については、既存の疾病金庫を賃金労働者のための医療サービスの財源調達のための資源として維持することおよび地方政府の権限強化よりも従来の被用者と事業主による共同運営を愛好した⁵⁾。

具体的な制度としては、1964年に一定の所得以下のすべての労働者に対する保険料の支払義務を事業主に課する医療保険法(Ziekendonswet)(Zfw)が議会で可決されたが、その際に、重篤、

高額な健康リスクの問題を解決するための特別法の制定が条件とされた⁶⁾。1967年にAWBZが創設された⁷⁾が、これは1964年のZfwと異なり、すべての住民を対象とするものであった。冒頭において述べたとおり、オランダにおいては、高齢者、障害者に対するケアは、基本的に長期医療とともにAWBZによりその費用がカバーされており、AWBZは世界で最初の介護保険制度であると言える。

当初の給付対象は、1年以上の入院と精神病院への入所、ナーシングホームへの入所、精神障害者施設への入所であったが⁸⁾、従前、国の予算から支出されていたサービスに対する財源調達を第一義的には意図していたとされる⁹⁾。また、議会で付された条件にもあるように、長期にわたる疾病、障害、特に重篤な先天性の心身の障害を有する障害者、長期の療養を必要とする精神障害者をケアするコストの重大な財政的な結果をカバーすることを意図したものであった¹⁰⁾。

その後、制度目的の重点が、人々の身近な場所(施設ではなく)で軽度の介護をできるだけ多く提供するサービスおよび個人のニーズに適した介護に対する一貫性のある財源調達を行うことに移行してきた¹¹⁾結果、給付範囲が拡大し、現在では表1に掲げるサービスが対象となっている。保健大臣は、AWBZの持続可能性を確保する観点から、制度本来の目的に戻すことを期待し¹²⁾、短期の精

表1 AWBZにおける給付

栄養指導、入院サービス、ナーシングホームおよび身体障害者施設でのケア、ArnhemのHet Dorpにおける障害者ケア、身体障害者ホステルへの入所、身体障害者デイサービスセンターへの通所、ナーシングホームにおける外来ケア、在宅ケア、リハビリテーション、精神病院における精神医療、一般・大学病院の精神病棟における精神医療、精神科外来の地方施設(RIAGG)によるサービス、地方組織によるsheltered accommodationにおけるサービス、非診療所精神科ケア、精神科外来、パートタイムの精神科治療、視覚障害者のケア、聴覚障害者のケア、知的障害者のケア、知的障害者のデイセンターへの通所、知的障害者のホステルへの入所、妊娠中のB型肝炎の検査、親子に対するサービス、先天性代謝異常の検査、児童に対するワクチン
--

資料：参考文献7, 表1

神保健医療は2006年1月実施の短期医療保険(Zorgverzekeringswet)(Zvw)¹³⁾に移行することとなっている。また、支援サービスについては、2006年7月実施予定の社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning)(WMO)に移譲されることとなっている¹⁴⁾。

IV 基本的枠組み

オランダにおいては、前述のとおり、全国民強制加入のAWBZ、市町村が車椅子、移動サービス、住宅改修などのサービスを提供するWVGに基づく制度がある。前者が全国一律の給付内容であるのに対し、後者は市町村により給付内容が異なる。近年の地方分権の流れの中で、前者から後者への給付の移管が行われている。AWBZ、WVGの内容等については、既に識者により我が国に紹介されているところであり¹⁵⁾、本稿では、その概略の説明を行いつつ、我が国の高齢者および障害者に対するケアに関する施策との比較を試みることにしたい。

V AWBZ

1. 基本的性格

AWBZは、全国民を対象とする保険制度であり、長期にわたる療養、障害を有する人のケアの費用をカバーすることを目的としている。

2. 対象者

基本的に次の者が対象となる。

- ・オランダに居住する者
- ・非居住者であって、オランダにおいて雇用され、所得税の支払い義務を負う者

AWBZにおける受給資格を得るためには、執行機関のひとつに登録を行わなければならない。健康保険委員会¹⁶⁾に登録を行った短期医療保険

の保険者は、当該被保険者のAWBZ執行機関となる¹⁷⁾。

3. 保険者

保険単位は全国であるが、実際には、短期医療保険の保険者が、それぞれの加入者のためにAWBZの制度運営を行っている。その運営を行う機関は地区ごとに「地域医療事務所」(Zorgkantoren)として1つ設置され、サービス提供者との契約、利用者負担金の徴収等を行う¹⁸⁾。

我が国との比較においては、オランダの人口規模を考慮する必要があることはいうまでもないが、1600万人規模での保険単位で被保険者の制度運営への参加がどのように確保されるかが問題となろう。実際には全国民を対象とするため、被保険者か国民かという属性の違いはオランダではあまり議論とされないと考えられる。

これに対し、我が国の介護保険制度の場合、住民に最も身近な自治体である市町村を保険者とするにより、住民が主体的に制度運営に参加するとともに、市町村の保険者機能の発揮が求められている¹⁹⁾。実際には、保険運営における被保険者の位置付けという視点で見れば、被保険者の保険運営への参加の程度は弱いと言わざるを得ず、市町村の権限強化の一方で、それを「被保険者」が適切に監視する制度の構築が必要であると考える。介護保険料等は市町村の条例等で決定されることになり、市町村議会を通じての間接的な監視機能が働くとも考えられるが、これはあくまでも市町村「住民」としての議会への参加であり、「被保険者」としての保険運営への参加とは異なる。「保険制度」を採用することの根拠としては「給付と負担の関係の明確化」、「権利性の強化」があげられるが、十分とはいえない。オランダと異なり、地域単位の保険を構成する場合、「被保険者」として制度運営に参加するのか「住民」として参加するのかと言う違いは重要である。

4. 給付内容

ケアの提供可能性よりもケアの受給資格者のニーズに重点が置かれている。このため、受給権は2003年4月1日以降、サービス提供者による分類ではなく、以下の7つの機能に応じて定義されている²⁰⁾。

- ・家事援助(掃除、炊事等)
- ・個人的ケア(入浴、食事等)
- ・看護(傷の手当て、投薬、注射等)
- ・支援的ガイダンス(日常管理支援等)
- ・能動化(activating)ガイダンス
(行動上、精神的問題がある場合の患者に対する助言等)
- ・治療(疾病に関連するケア等)
- ・住居

この思想の変化は個別化された介護の提供に道を開くものであり、また、供給側からのアプローチから需要側からのアプローチへ変化していくことの必要性は、人々が自らの要求をより主張し、自己に適した方法で生活を行うことを求めることになった社会の変化に起因するものであるとされる²¹⁾。

2005年11月に成立した障害者自立支援法においても、障害者の状態やニーズに応じた適切な支援が効率的に行われるように、既存の施設・事業の再編が行われているところであり、障害種別ではなく、利用者のニーズに応じた給付という点において同様の思想を見ることができるとは考えないかと考える。

これは、「自己決定と自己選択」、個人の視点を重視する立場からは当然に要請されるものではないかと考えるが、個人のニーズへの適合性と社会保険による給付形態との関係が問題となる。つまり、社会保険の場合、「定型的な所得喪失事由」を給付事由とするのに対し、社会福祉の場合には、障害者、高齢者等の一人一人の「多様かつ非定型的な生活障害」を給付事由とするという違いがある²²⁾ことをどう考えるかである。これは、次に見

る受給資格の審査、ケアマネジメントのあり方にも関連する問題である²³⁾。

5. 受給手続き

(1) 審査

給付を受けるためには、まず、審査機関で給付の必要性、サービスの種類、量についての審査を受けなければならない²⁴⁾。審査機関は、これまで、独立の組織(RIO)(Regionaal Indicatie Orgaan)として、地域に74存在していたが、2005年1月から、中央に1つの機関(CIZ)(Centrum Indicatiestelling Zorg)(中央審査機関)となった。

我が国の介護保険制度においても要介護認定基準等は国が決定しており、一面、介護サービスの標準化に資するものの、保険者自治に反する面もある。国を保険者とするオランダと市町村を保険者とする我が国では、中央の関与の強化の意味合いが異なることに留意する必要がある。

審査は、審査機関の作成する指標に基づき実施される。審査の項目は、疾病、障害、意思疎通、移動、日常生活などにおける制限、社会的活動、学習、労働参加についての問題、家族等からの支援の可能性など²⁵⁾であるが、これは、高齢者、障害者の区別なく適用されるものである。

高齢者と障害者の区別なく適用することが可能であるのは、受給者の個別ニーズを踏まえた柔軟な審査が可能であるからではないかと考えられる。我が国の場合、第一次審査においてコンピュータによる審査が実施されるが、オランダにおいては、個別のニーズに対応するため、審査項目のどの項目に重点を置くかなど審査に従事する職員の裁量に任されている部分が多い²⁶⁾。また、我が国のような段階別の要介護度の認定の仕組みもない。

これについては、柔軟性がある一方で、審査の透明性を図る必要があるとされ、CIZにおいて、審査のための3種のソフトウェアが導入されて

いる²⁷⁾。

我が国の障害者自立支援法においては、障害の種類にかかわらず障害者の自立支援を目的とした共通の福祉サービスはひとつの制度で給付されることとなったが、同法に基づく介護給付の支給決定における統一的な認定がどの程度受給対象者の実際のニーズを反映したものとなるか検討が必要であることはここで指摘するまでもないことであろう。ただし、オランダにおける審査手法の見直し(統一化への動き)は、このバランスを考える際の参考にはなるであろう。

(2) サービス内容の決定

サービス内容は、利用者とサービス提供者の間の契約により決定され、我が国のように、ケアマネジャーがケアプランを作成するという手続きは存在しない。利用者は、審査により受給が認められたサービスの範囲内で、サービス受給、後述の個人介護予算(Persoonsgebonden budget)(現金給付)、両者の組み合わせを自由に行うことができ、複数のサービス提供者と契約を結ぶことも可能である²⁸⁾。

サービス内容の決定についても、サービス提供の柔軟性と標準化のバランスの問題があり、高齢者と障害者を統一的な制度の対象とする場合には、この点が問題となるであろう。

(3) サービス提供者

サービス提供者は、AWBZにおいてサービスを提供するためには、AWBZ執行機関(前述のとおり、短期医療保険の保険者は、執行機関を通じてその被保険者のためにAWBZの運営に当たる。)と契約を結ぶ必要がある。この契約により、提供されるサービス量、価格等が規制される²⁹⁾。

6. 個人介護予算

原則として、AWBZによる介護を3か月以上必要とする者は、個人介護予算の受給資格を有する。個人介護予算の用途は限定されており、4で述べた機能のうち、治療および住居は対象とならない。それ以外については、いつ、誰からサービスを購入するか自由であり、親族、隣人、事業者からも購入でき、また、他の現物給付サービスとの併用も可能である³⁰⁾。実際にサービス購入に使用されたかどうかは、領収書により確認することとなっている。

次節で説明する利用者負担については、個人介護予算から直接引かれることになっている。

個人介護予算の導入は、利用者の選択の幅を拡大し、事業者間の競争を働かせる効果を持つとされるが、購入されるサービスの質についての検証のシステムはない。

我が国における介護保険制度の創設時には、介護手当については、家族介護の固定化、高齢者の自立阻害、家族による介護の質の低下、新たな給付による費用負担の増大等の消極意見があった³¹⁾。オランダの個人介護予算の場合、利用者が自らのニーズに応じたサービスを購入できるという利点があり、問題点である質の検証の仕組みを導入すれば我が国においても検討に値する制度であり³²⁾、既存の社会手当等との関係に留意しつつ検討すべきであると考えられる。

7. 利用者負担

18歳以上の者は、費用の一部を負担しなければならない。その額は、在宅介護、施設介護の別、課税所得水準により異なっている。2006年度からは、結婚しているか否か、65歳以上か否かによっても異なってくる³³⁾。以下は、2005年度の状況である³⁴⁾。

(1) 施設介護

① 高額負担

AWBZの施設介護を6カ月以上利用する予定の者またはすでに6カ月以上利用している者は高額負担の対象となる。高額負担は2005年1月1日現在、月額で最大1,728ユーロである。

しかし、利用者が昼間介護または夜間介護だけを週5回以上利用している場合などの例外的な場合には、6カ月を経過した後も低額負担の対象となる。

② 低額負担

AWBZの施設介護利用が6カ月に満たない者は低額負担の対象となる。6カ月以上にわたって入居する必要が生じた場合には、その時点から高額負担に移行する。複数の施設にわたる入居期間は(それ以前の病院入院を含めて)、60日以上の間隔が空いているのでないかぎり、合算するものとされる。

低額負担は、負担料支払いの対象となる収入の12.5%で、2005年1月1日現在、最低132.60ユーロ、最高696.60ユーロである。

(2) 在宅介護

利用者負担額は現物サービスの場合には1時間当たり11.80ユーロ、個人介護予算からの支給の場合には予算に定率を乗じたものとなる。現物サービスの場合にも個人介護予算の場合にも、負担には上限がある。既に何らかの施設介護の利用者負担を支払っている者には、在宅介護の利用者負担を支払う義務はない。

(3) 最低所得保障

施設に入居する利用者には必ず、自身の収入から利用者負担を支払った後、娯楽費も含めて小遣いおよび衣服費に使える金額を残しておかなければならない。その金額は2005年1月1日現在、単身入居者について、月256.02ユーロ、夫婦入居者

について月398.25ユーロである。

このように利用者負担の水準は、在宅介護、施設介護の別、課税所得水準、家族構成、年齢により異なっており、また、最低水準の所得も保障されている。この点については、我が国の介護保険制度、障害者自立支援制度が、所得水準に応じた一定の上限付原則1割負担であることと異なっている。

利用者負担の目的、機能としては、(a) 受益に応じた負担、(b) 財源確保、(c) 需要の適正化、(d) 利用者与非利用者の公平性の確保、(e) 利用者到自己責任を自覚させること、(f) 給付に価格を設定することによる資源配分の効率化が挙げられる³⁵⁾。オランダの場合、AWBZの創設当初の目的が長期にわたる疾病、障害、特に重篤な先天性の心身の障害を有する障害者、長期の療養を必要とする精神障害者をケアするコストの重大な財政的な結果をカバーすることを意図したものであったことを踏まえると、論理的には、受益に応じた負担ではなく、利用者負担はゼロか所得等に応じたものとなるであろう。なぜなら、利用者の選択の可能性がないところでは、(c)、(d)、(e)、(f)の観点からの利用者負担の目的は達成されにくいと考えられるからである。マクロレベルでの財源の確保(b)が主な目的、機能ということになるであろう³⁶⁾。同様の議論は、我が国の入院医療、介護、障害者自立支援の定率負担の考え方にも妥当するものと考えられる。

8. 保険料

毎年、政府は課税所得の一定割合として、AWBZの保険料を設定する。

保険料は、所得比例となっており、2005年の保険料率は13.45%である³⁷⁾。被用者の場合、事業主が給与から天引きして税務当局に納めることとなっているが事業主負担はない³⁸⁾。自営業者の場合には、AWBZの保険料を含め課税評価を受け、自らが税務当局に納めることとなっている。15歳未満の被保険者および15歳以上であっても自らの

課税所得を有しない被保険者は保険料の支払い義務はない³⁹⁾。

保険料の支払形式は被保険者の単位とも関連するものであるが、AWBZの場合は個人単位である。子供への適用は親の適用関係とは関連せず、また、年齢による適用範囲の制限もない⁴⁰⁾。

我が国の介護保険の場合、第1号被保険者については、個人単位であるが、第2号被保険者については、医療保険の加入者を単位としているため、雇用関係、扶養関係が問題となってくる。このため、被保険者・受給対象年齢の引き下げを議論する際には、単に医療保険の加入単位で年齢を引き下げるというだけでなく、被保険者の単位をどう考えるかも検討対象とすべきである。被保険者の自律という視点で見た場合、オランダのように個人単位の設計が望ましいであろう。つまり、第2号被保険者については、健康保険、市町村国保いずれの場合も被扶養者、世帯員の保険運営への参加が問題となる。むしろ、被用者保険の被扶養者を含め、各個人を被保険者としてとらえ(地域を単位とする介護保険の場合、地域住民という属性が被保険者に共通のものとなる)、保険料の納付義務等も個別に課した上で、保険運営への参加を認めることが適当であると考えられる。その上で負担能力を考慮した保険料額、保険運営への参加の支援ということを考えるべきである。

9. 財政構造

AWBZのマクロの財政構造(2004年度)は、次のとおりである。費用総計は、21,646.5百万ユーロであり、その91.3%を保険料で、8.7%を利用者負担でまかなっている。利用者負担の内訳は、その約8割が施設介護に係るものであるが、2004年度には、在宅の割合が、前年度の9.7%から19.2%に大幅に増加している。これは、利用者負担の引き上げにより、前年度の総額155.1百万ユーロから362.8百万ユーロに増加したためである。

施設介護と在宅介護の別では、施設が費用総計の約82%、在宅が約18%となっている。

VI 障害者サービス法(WVG)⁴¹⁾

1. 基本的性格

WVGは、1994年に施行され、市町村による障害者のための施策実施の促進を目的とするものである。この法律は、市町村の裁量を大幅に認めており、詳細は、市町村の条例により定められることとなる。換言すれば、市町村ごとにサービス内容が大きく異なるということである。市町村の条例は、サービス提供の条件、形態、サービス利用者に対する助成額、サービス提供の決定、変更、終了の手続きなどを定める。WVGのもとで、市町村は、中央政府の財源により、住宅改修、移送サービス、車椅子などの独自のサービスを実施するが、これは、AWBZの補完をなすものである⁴²⁾。この法律の基本的な考え方は、疾病や障害の観点からではなく、機能制限の観点から支援方策を検討するというものである。しかし、関係団体は、市町村への責任の移管、高齢者との統合には、批判的であるとされる⁴³⁾。これは、AWBZにおける市場競争の導入がこの分野にも及ぶことの懸念が背景にあるものと推察されている⁴⁴⁾。

2. 対象者

障害を有するすべての人であり、障害の区別はない。ただし、実際の利用者の多くは、高齢者であり、新規の利用申請者の6~7割が65歳以上の高齢者である⁴⁵⁾。

3. 給付内容

住宅改修や移動手段としての車椅子の利用など、住居、移動手段にかかわるサービスである。しかし、これは、日常生活にかかわるものであり、労働条件にかかわるものではない。また、短期間

必要となるに過ぎないサービス、広く一般的になっているサービスについては対象とならない。

近年の地方分権の流れの中で、AWBZからWVGへの給付の移管(具体的には、20,420ユーロ以上の住宅改修(2000年以降)およびAWBZの施設入所者のうち、一定の者に対する車椅子の支給(2003年以降))が行われている。

(1) 住宅関連サービス

住宅関連サービスとは、高齢者または障害者が自身の居住空間を通常通り使用する場合の移動の制限となるものを除去ないし軽減するためのサービスである。その費用は45,378ユーロを超えないものとされている。このサービスは、住宅のあらゆる改修を対象とするものである。ごく一部の改修(たとえば、トイレのハンドグリップまたは車椅子用カーペット)から(増築、台所、トイレまたは浴室の改築など)全面的な改造に至るまで、このサービスの対象となる。

(2) 移動関連サービス

このサービスの目的は障害者の「自立」を支援することであり、日常生活に対する障害を最小化するものでなければならない。この考えに基づき、車椅子の提供が行われているが、障害者用自動車の利用なども行うことができる。また、市町村は個別移動サービスと並び、またはその代わりに、共同移動サービス(共同タクシーの利用等)を実施することができる。

4. 受給手続き

Vの5で述べたAWBZと基本的に同様であるが、受給申請は、市町村に対し行う。両者により提供されるサービスの調整は、基本的には利用者サービス提供者が行うこととなっている。市町村と地域医療事務所との間の連携はないが、NGO等による利用者への情報提供等のサービスは存在

する。

この点については、我が国においても介護保険制度、障害者自立支援制度、医療制度等の異なる制度に基づくサービス利用に際しての利用者の視点に立ったサービス連携が同様に課題としてあると考える。オランダの場合、後述の社会支援法(WMO)において、市町村の位置付けの強化を図ることとしている。

5. 利用者負担

車椅子は利用者負担の支払対象とならず、また、その他のWVGに基づくサービス(45,378ユーロを上限とする住宅関連サービスを含む)については財政的補助を受けることができる。

利用者負担額は個人の支払能力に基づいて決定される。所得が現行の社会保障基準の1.5倍以下である場合には、利用者負担額の総額は暦年当たり最大45ユーロである。これを上回る所得がある場合には、45ユーロに、所得のうち現行の社会保障基準の1.5倍を超過した収入分に地方自治体が定めた率(8.75%~12.5%)を乗じた額を加算する。

また、AWBZの自己負担をはじめ障害に由来する経費は利用者負担額から差し引くことができる。

なお、2006年より、利用者負担の上限は、AWBZの上限と同じ水準に設定され、市町村は、自己負担額がこの水準に達するまで利用者を利用料を負担させることができることとなる。

6. 財政構造

WVGに基づくサービスの費用は、AWBZの保険料を財源とする市町村に対する拠出によりまかなわれるが、市町村が財政に責任を持たないため、その財政規律が弱い可能性がある。総費用は、2002年度で約800百万ユーロであり、2000-2002年度の間に約24%増加している。その内訳は、表2のとおりである。

表2 WVGに基づくサービスの費用

(単位：100万ユーロ)

	2000年	2001年	2002年
総計	645.0	692.6	798.9
個別住居サービス	167.4	189.7	223.2
個別移動サービス	249.6	249.2	266.5
共同移動サービス	121.8	133.7	165.7
車椅子	98.0	111.6	132.2
共同サービス ^{注)}	8.2	8.4	11.2

注：共同サービスには、集合住宅における改修、リフトの設置などを含む。

資料：参考文献4, 62頁, Table 102

VII 今後の動向と我が国への示唆

オランダ政府は、現在、WVG、社会福祉法およびAWBZの一部を統合した、新しい社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning) (WMO)の制定を検討しており、議会で可決されれば、2006年7月1日よりすべての市町村に導入される予定である。社会福祉法、WVGのもとで提供されていたサービス、在宅サービス、支援、能動化ガイダンスなどのAWBZのサービスもWMOに移管される⁴⁶⁾。市町村は、人々の自立支援に向けて、管理者、サービス提供者、評価実施者などさまざまな役割を期待されている。

WMOは、高齢であるか否か、障害を有するか否かなどにかかわらず、すべての人々が社会に参加することを可能とすることを目的としているが⁴⁷⁾、その背景にあるオランダ政府の思想は、(a)可能な限りの自己責任、(b)社会連帯、(c)支援と可能な限りの社会参加、(d)真に必要とする人に対する適切なケア、(e)官僚的硬直性の軽減である⁴⁸⁾。

オランダの場合、高齢者および障害者に対するケアの基本的仕組みは、AWBZに基づく、年齢制限によらない個人単位の国を保険者とする保険制度であり、また、近年の地方分権の流れの中でサービス提供の地方への権限委譲が見られるところである。要介護認定、ケアマネジメントのあり方

は我が国と大きく異なるものであるが、「サービス提供者による分類から機能に基づく給付内容の定義づけ」、「疾病、障害による区分から機能制限の観点からの支援施策の検討」という思想の変化は、被保険者・受給対象年齢の引き下げの議論など介護と障害者施策の関係を議論する際にも参考となるものとする。特に、保険制度を維持するのであれば、サービス利用における個人の重視とともに、被保険者の自律的な役割を重視していくことが必要であり、この点からも個人単位のオランダの制度設計は参考になるであろう。

また、社会サービスの統合の動きが見られるところであるが、その基本的な思想は我が国の制度改革の理念に相通するものと言ってよく、この理念のもと、今後、WMOが具体的にどのように実施されていくかを見ていくことも我が国の制度改革を議論していく上で参考になるものとする。

[謝辞] 本稿の作成に当たり、E.F.Kraanen氏をはじめオランダ保健、福祉、スポーツ省の担当者の方に、インタビューに応じていただくなどご協力をいただいた。この場をお借りしてお礼申し上げます。

注

- 1) これについては、二木の「厚生労働省が将来的に高齢者医療保険制度と介護保険制度との統合の選択肢を捨てていないことを示唆している」との指摘もあるところである。二木立「厚生労働省「医療制度構造

- 改革試案」を読む 「医療費適正化」部分を中心に」『社会保険旬報』No. 2261 (2005.11.11), 18頁。
- 2) Statistics Netherlands, Voorburg/Heerlen 12/6/2005.
 - 3) 同上。
 - 4) Okma, K.G.H. “Studies on Dutch Health Politics, Policies and Law” Doctoral dissertation, University of Utrecht, 1997, p47.
 - 5) Okma, 前注, p88.
 - 6) Piet Keizer “Social Security and Welfare in the Netherlands Before and After the Year 2000”, Changing Patterns of Social Protection, Neil Gilbert and Rebecca A. Van Voorhis ed., Transaction Publishers 2003, p282.
 - 7) 1968年1月1日施行。
 - 8) 参考文献8, 47頁。
 - 9) 参考文献2, 5頁。
 - 10) 参考文献5, 49頁。
 - 11) 参考文献2, 5頁。
 - 12) Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005, “Preliminary Policy Statement on Health and Long-term Care”, p15.
 - 13) Zfwのもとでは、一定の所得以下の者が保険に加入しなければならないこととなっていたが、この法律のもとでは、すべての者が法定の給付を行う保険に加入することとなる。(加入する保険は自分で選択でき、保険者は加入を拒否できない。) Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, “The new health insurance system in brief” 参照。
 - 14) 注12.
 - 15) 例えば、廣瀬真理子「オランダの長期医療・介護保障制度」『海外社会保障研究』No.131 (2000) 47-55頁。大森正博「オランダの医療制度改革と「保険者機能」」『海外社会保障研究 No.136 (2001) 59-71頁。「オランダ医療関連データ集(2004年版)」2005年、医療経済研究機構の廣瀬、大森執筆担当部分。松田晋也「オランダにおける医療制度改革」『社会保険旬報』No.2263 (2005.12.1) 20頁。
 - 16) 健康保険委員会は、短期医療保険制度の日々の運営の監視等の機能を有するほか、短期保険の保険者等によるAWBZの適正かつ効率的な実施の推進等の責任を有する。参考文献5, 35, 58頁参照。
 - 17) 参考文献5, 51頁。
 - 18) 同上
 - 19) 平成12年版厚生白書, 144-146頁。
 - 20) 参考文献5, 55頁。
 - 21) 同上。
 - 22) 佐藤進・河野正輝編『新現代社会保障法入門(第3版)』2005年, 法律文化社, 277頁。
 - 23) 我が国の介護保険制度の創設に際し若年障害者を対象とすかどうかが議論された際、障害者の介護サービスの内容は高齢者に比べて多様であり、これに対応したサービス類型を確立するには十分な検討が必要であることなどが指摘されていた。(増田雅暢「介護保険見直しの争点」2003年, 法律文化社, 136頁)また、今回の介護保険制度の見直しにおいても、介護保険の被保険者・受給者の範囲の拡大について、ケアマネジメント体制の確立等に時間を要することから、受け皿の準備が十分でない現状では時期尚早であるとの慎重な考え方が示されていた。(「介護保険制度の見直しに関する意見」平成16年7月30日社会保障審議会介護保険部会)
 - 24) 参考文献5, 52頁。
 - 25) Protocol indicatiestelling AWBZ-zorg (20 December 2002) 等参照。
 - 26) 審査の画一化については、インタビューに応じた担当者は極めて否定的であった。
 - 27) 最終的には、1つのソフトウェアに統合する予定であるが時間を要するとのコメントがインタビュー対応者よりあった。
 - 28) 参考文献5, 52, 53頁。
 - 29) 参考文献5, 51, 53頁。
 - 30) 参考文献5, 53頁。
 - 31) 増田・前掲書182頁以下。
 - 32) 増田・前掲書195頁には、介護手当創設の試案が示されている。
 - 33) これについては2003年度以前に採用されていたものの再導入である。参考文献5, 54頁参照。
 - 34) 参考文献6, 22頁以下参照。
 - 35) 堀勝洋「社会保障法総論(第2版)」2004年, 東京大学出版社, 62, 63頁。
 - 36) もっとも、現在の給付対象は本来の意図よりも拡大されてきており、この点を踏まえての議論が必要である。
 - 37) 所得帯1の場合、総所得最高16,893ユーロ、所得帯2の場合総所得最高30,357ユーロ。これらに、この料率を乗じたものが保険料上限となる。
 - 38) 1990年以前は労使負担であったものを全額被用者負担とし、従来の事業主負担分については、特別手当として支給されているのが一般的であるとされる。(参考文献8, 45頁参照)
 - 39) 参考文献5, 57頁。
 - 40) 参考文献5, 50頁。
 - 41) 参考文献6, 61頁以下参照。
 - 42) インタビュー対応者のコメント。
 - 43) 参考文献1, 27頁。
 - 44) インタビュー対応者のコメント。
 - 45) 参考文献4, 60頁。
 - 46) 参考文献2, 6頁。
 - 47) 参考文献2, 9頁。
 - 48) 参考文献2, 7頁。

参考文献

- 1 Netherlands Institute of Care and Welfare, 1999, "Who Cares ? an Overview of the Dutch Systems of Health Care and Welfare"
- 2 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "En route to a sustainable system of long-term care and social support"
- 3 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "Health Insurance In the Netherlands Status as of 1 January 2004"
- 4 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, "Sector Report Care 2000-2003"
- 5 Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005, "Health Insurance in the Netherlands The new health insurance system from 2006"
- 6 mr. Annemarie Hop (Eindredactie), 2005, "De Kleine Gids voor de Nederlandse sociale zekerheid 2005.1", Kluwer Deventer
- 7 大森正博 2001「オランダ」仲村優一, 阿部志郎, 一番ヶ瀬康子編集代表『世界の社会福祉年鑑2001』旬報社
- 8 池田省三 2002「第3章オランダ」鬼崎信好・増田雅暢・伊奈川秀和編著『世界の介護事情』中央法規
- 9 医療経済研究機構 2005「オランダ医療関連データ集(2004年版)」

(いはら・たつお 九州大学大学院法学研究院助教授)