

# オランダの地域包括ケアシステムと日本への示唆 —現地調査から見る「市民参加型の福祉」への転換—

宮本 恭子\*

## Integrated Community Care System in the Netherland and Implications for Japan

Kyoko MIYAMOTO

キーワード：オランダ、統合ケア、マントルゾルフ、規制された競争、市民参加型の福祉

### 概要

本研究は、オランダの現地調査をもとに日本同様、社会保険方式に基づく長期ケア保障を導入しているオランダの介護保障の制度改革の方向性について、医療、福祉制度とも関連づけながら検討することを目的としている。オランダの医療・介護・福祉の制度改革の方向性は、「国家による福祉」から本格的な「市民参加型の福祉」社会への転換である。そのキーワードは、“挑戦”、“統合ケア”、“規制された競争”、“効率化”、“マントルゾルフ”である。そして近年では、医療・介護から福祉へ、施設ケアから在宅ケアへ、専門職のケアから家族や地域住民・ボランティアによる「マントルゾルフ」へと移行している。着実な制度改革を可能にしている背景として挙げられる、国民への説明により合意形成を行っているオランダの姿、社会保障費増大に対して大胆な改革を行いながら、正面から向き合う同国の姿は、日本にも大きな示唆を与えるものである。

### はじめに

日本の介護保険は、ドイツの介護保険から強い影響を受けて成立した。ドイツの介護保険は同国の5番目の社会保険として、1994年に成立した。給付は、在宅給付が1995年4月1日より、施設給付は翌年の7月1日より開始された。このドイツの介護保険制定に多大な影響を与えたのがオランダである。オランダの介護保障は、社会保険を中心として

整備されている。オランダは、1960年代に世界に先駆けて長期ケア（Long-term-Care）保障に社会保険を導入した国であるといえよう。

そのオランダも、高齢化に伴い増加し続ける介護保障支出に直面するなど、変革を余儀なくされている。本研究は、オランダ現地調査をもとに日本同様、社会保険方式に基づく長期ケア保障を導入しているオランダの介護保障の制度改革の方向性について、医療、福

---

\* 島根大学法文学部法経学科

社制度とも関連づけながら検討することを目的としている。これにより、日本における今後の介護保障の制度改革に向けた示唆を得ようとするものである。

## 1. オランダの概要

オランダの公式な国名は「オランダ王国」で、英語では、The Kingdom of The Netherlands と表現する。英語の Netherlands とは、低い土地という意味で、この言葉は海拔の極めて低い土地だけから成り立っているオランダの国土の特徴をよく表している。オランダは、これまで数多くの埋め立て、堤防の建設、干拓を行い、国土を拡大してきた。国際空港であるアムステルダム・スキポール空港も、もともと海面下にあった。この国の象徴である巨大な風車小屋が立ち並ぶ光景は、風車で排水を行い、形成された干拓地であることに由来している。国土面積は 41,864 km<sup>2</sup> (九州とほぼ同面積) となっている。総人口は 1,710 万人 (2017 年 2 月)、このうち 65 歳以上の人口の占める割合は 17.09% である<sup>(1)</sup>。首都はアムステルダムで、言語はオランダ語である。

同国は、安楽死 (尊厳死)、麻薬、売春の合法化等が容認された世界でも稀な国家であるとともに、伝統的に中継・加工貿易を中心とした通商国家としても名高い。また、移民政策にも積極的で旧植民地からの移民や労働力としての移民を広く受け入れてきたため、多民族化によりさまざまな人種が共存すると同時に多くの宗教が存在し「自由と寛容の国」として有名である。なお、国家の形態としては、分権的統一国家を形成し、12 の州と 418 の基礎自治体から成り立っている<sup>(2)</sup>。

経済面では、欧州債務危機の影響により、脆弱な経済成長率であったが、財政支出削

減等により 2014 年からプラス成長 (2016 年 1.7%) に回復した<sup>(3)</sup>。なお、高水準で推移している失業率は、減少傾向 (2016 年 6.7%) にある<sup>(3)</sup>。通商国家として、付加価値をつけて経済的価値を高める“挑戦、トライする”という価値観が定着している。こうした経済状況のなか、オランダを含めた欧州の先進国は、少子化・高齢化に伴い増加し続ける社会保障支出を支える持続可能な財政の構築が課題となっている。オランダでは、この社会保障の制度改革においても“挑戦、トライする”という価値観のもとで着実に制度改革が進められている。

## 2. オランダの医療・介護・福祉の統合ケア

### (1) 医療・介護・福祉制度の概要

オランダは、医療、介護に社会保険制度を適用しており、オランダの医療保険・介護保険は 3 層構造になっている。第 1 は、健康保険法 (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet. ZVW) を根拠としており、治療サービス (Curative care) を中心とした通院、1 年未満の短期入院などの通常の医療費をカバーする公的医療保険 (以下、医療保険) であり、オランダの居住者は強制加入である。第 2 は、1 年以上の入院医療、介護、障害、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患、症状を中心としてカバーする国民皆保険の公的介護保険であり、2015 年 1 月 1 日より長期療養サービス保険 (Wlz) が適用されている。カバーするサービスは、介護というよりも広く「途方もない費用のかかるリスク (Catastrophic risk)」をカバーする。第 3 は、第 1、第 2 でカバーされない自由診療にあたるサービスをカバーする民間の私的医療保険であり、任意加入である。

このように、医療保険と介護保険が分離独

立して法的に整備されているのではなく、医療と「介護」給付が連続しているところにその特徴がある。オランダの医療保険制度の特徴の第1は、介護保障が医療保険に包括されていることである。第2は、病気や出産のみならず労働災害や業務上の疾病にも適用されるということである<sup>(4)</sup>。短期治療と長期医療・介護が連携することにより、患者の健康を予防、治療、介護の面で効果的に管理しているといえよう。

## (2) 公的医療保険 (ZVW):「規制された競争」

オランダの医療制度は「規制された競争」という考え方が積極的に取り入れられている。被保険者はオランダ国内居住者及びオランダに給与税を納めている者で、保険者は民間保険会社である。被保険者には基本パッケージの購入が義務づけられており、公式ポータルサイトで公表される情報をもとに、保険会社を自ら選択し、1年ごとに変更することができる。保険会社は加入希望者をすべて受け入れることが義務付けられ、疾患リスクの高い人を保険に加入させない『クリーム・スキミング』と呼ばれるリスク選択への誘因を排除することができ、全ての国民が保険に加入する権利を保障している。

財源は保険料、国庫補助金(6%)と利用者の控除免責額4%で、保険料は18歳以上の加入者全てが支払う定額部分38%と、所得比例部分52%の2つからなる。控除免責額とは被保険者の自己負担分の一定金額のことで、モラルハザード防止のために2008年から導入されたものである。所得比例保険料の保険料率は、被用者は7.1%(使用者が一部負担)、それ以外の者は5.0%である<sup>(5)</sup>。

1987年にデッカー委員会によって提案された「デッカー・プラン」以降、オランダ

の公的医療保険制度に「規制された競争(Regulated competition)」を導入する試みがなされてきた。「規制された競争」とは、社会保険の原則である公平性(医療サービスへのアクセスの保障)を確保しつつ、保険者や医療機関への財政的な規律づけをして、医療システム全体が効率的に運営されることを目指す取組みである。保険者であるサービス保険者(Care Insurer)を私的保険者と位置づけて、営利組織も参入できるようにし、医療サービスの価格規制についても、保険者とサービス供給者の間で、自由交渉で決めることのできるサービスを導入した。「規制された競争」には、以下のようなメカニズムが期待されていた<sup>(5)</sup>。

所得比例保険料は健康保険基金に集められ、リスク構造調整システムにより、加入者の属性(性別・年齢・雇用状況・社会保障給付の有無・居住地域)や健康状態から予測されるリスクに応じて調整された保険料が各保険者に交付される。保険者は、診療報酬の上限価格規制などの制約下で、医師、医療機関などとサービスの価格、質について、交渉し契約することができる立場に置かれ、かつ被保険者から毎年1回選択される立場に置かれる。保険者は、与えられた予算の中でサービスを提供しなければならないので、費用節約のインセンティブを持ち、かつ、品質の良いサービスを提供しなければ、被保険者から選んでもらえなくなるので、価格が低く品質の良いサービスを医師、医療機関などから供給してもらえるように努力するインセンティブを与えられ、結果として、被保険者に望ましい医療が提供されるというのがその筋書きである<sup>(5)</sup>。

このように、オランダの医療保険には、各保険者がリスクの大きさを心配することな

く、できるだけ安い保険料で充実した医療サービスを提供することに専念した経営努力が求められる仕組みとなっている。国による規制のもとで保険者間に競争原理が働くことで、医療システム全体が効率的に運営されるインセンティブが与えられている。

### (3) 長期療養・介護サービス (AWBZ)

#### 1) 制度の概要

長期療養・介護サービス (AWBZ) の被保険者は、オランダの居住者およびオランダで雇用され、給与税を納めている者であり、これらに該当する者は、強制加入である。加入は個人単位である。長期療養・介護サービス (AWBZ) の保険者は国である。民間の保険会社が保険者になっている医療保険 (ZVW) とは対照的である。ただし、保険の実際の事務、運営については、医療保険の保険者である民間の保険会社が重要な役割を果たしている。32の圏域ごとに主としてその圏域において最もシェアの大きい民間保険会社が国の保険代行者として、長期療養・介護サービス (AWBZ) の保険業務を行っている<sup>(5)</sup>。

実際の手続きとしては、被保険者は皆、医療保険 (ZVW) に加入しているので、その保険者である民間保険会社が、被保険者の居住している圏域の保険代行者となっている保険会社に、長期療養・介護サービス (AWBZ) の保険業務を委託するという形になる。保険代行者の保険業務は、サービス供給者との契約、保険料徴収、被保険者の相談受付等である<sup>(5)</sup>。長期療養・介護サービス (AWBZ) は、高齢、障害、精神疾患という3つの分野のリスクをカバーしている点が特徴であり、高齢者介護、身体障害者介護、精神保健がその対象であると考えられている。

#### 2) 給付

長期療養・介護サービス (AWBZ) によって給付されるサービスの内容は、「機能」によって定義されている。「個人サービス」、「看護」、「支援的ガイダンス」、「活性化ガイダンス」、「治療」、「宿泊サービス」である。「機能」による定義とは、カバーされているサービスについて具体的なサービス名を明記するのではなく、その役割、機能を表記することにより、その機能を発揮できるより広いサービスを対象とするという考え方による。

「機能」の具体的な内容は、「個人サービス」(シャワー・入浴、着衣、スキンケア、飲食、排せつ等)、「看護」(注射、病気の相談、自己注射の指導等)、「支援的ガイダンス」(自律的に生活できるための援助を意味し、デイケア等)、「活性化ガイダンス」(社会活動への参加の援助等、行動、心理における問題があるときに、その改善を促す)、「治療」(慢性疾患のケアを意味する、認知症のケアが含まれる)、「宿泊サービス」(施設サービス)である<sup>(5)</sup>。

#### 3) 現金給付

サービスの給付は、現物給付が中心であるが、現金給付もある。個人介護予算 (PGB) がそれにあたる。個人介護予算は、サービスの予算を被保険者に現金で与え、被保険者が自らサービスを選択して購入することを意味する。1995年から在宅サービスのみの利用で導入されたが、2007年より施設サービスにも利用できるようになり、利用者は増加してきている。個人介護予算の増加の要因として、一つは、家族、知人、近隣の人々からのインフォーマルケアの利用の増加がある。また、現金給付を選んだ場合、現物給付にかかる費用から25%減額して給付される。この

ような措置を執る背景には、現金給付の方が、被保険者が効率的にサービスを購入することができるという仮定がある。在宅サービスについては、被保険者は、サービスを現物給付にするか、現金給付にするか、あるいは両者を併用したいかを選択することができる<sup>(5)</sup>。このように、現金給付の個人介護予算（PGB）は、利用者の介護サービスの選択肢を拡げるとともに、家族、知人等のインフォーマルケアの利用を促していると考えられる。

#### (4) 社会支援法

医療・介護保険の他にも、社会支援法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO）が2007年に成立し、施行された。立法の目的は、障害者、高齢者等の社会参加に制限のある人々が社会参加を容易にするための施策を地方自治体（Municipality）が定め、実施することを求めている。同法は、これまでの社会福祉法、障害者法、長期療養・介護サービス（AWBZ）の一部（買い物、掃除等の家事援助、車いすなどの移動機器等）を統合し、家族介護者やボランティアを支援する新しい法律である。2015年には社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, WMO 2015, Law on Social Assistance 2015）に改正された。これにより、医療・介護・福祉の統合化をより一層推進することとなった。

実際に社会支援法（WMO）によるサービス給付の決定を行うのは、地方委員会である。オランダの地方委員会全てのWMO関連の毎年の予算は、中央政府が総額を決定し、それが各地方自治体に配分されることになる。この予算は一般会計予算として配分されるので、実際の支出が予算を下回り、余剰が出た

場合、地方自治体は、その余剰を他の予算に使うことができるため、WMO関連の予算を効率的に使うインセンティブを持つ<sup>(5)</sup>。

2007年には社会支援法WMOが施行され、家事援助、自宅の改修等、介護サービスの一部の給付を地方自治体が担当することになった。これに伴い、2007年には買い物、掃除等の家事援助が長期療養・介護サービス（AWBZ）から社会支援法（WMO）に移管された。この施策の背景には、家事援助のような消費に上限を設定しにくいサービスを、効率化のインセンティブが内蔵されていない長期療養・介護サービス（AWBZ）から、社会支援法（WMO）のような予算の枠のある制度に移行することによって、地方自治体の裁量により、効率的利用を促すという発想があると考えられる<sup>(5)</sup>。

#### (5) 長期療養・介護サービス（AWBZ）の効率化

長期療養・介護サービス（AWBZ）には効率化のインセンティブが内蔵されていない。これに対処するには、AWBZでカバーしている介護サービスの一部を、効率化のインセンティブが内蔵されている医療保険（ZVW）や社会支援法（WMO）に移すという方法が考えられる。こうして、2007年に家事援助等の介護サービスの一部を社会支援法（WMO）に移行することになった。この施策は3つの意味を持っていると考えられる。第一に、予算の枠のある地方自治体にサービスの給付を任せることで、効率的なサービス提供が行われることが期待されている。第二に、この施策の背景には、より地域に密着した地方自治体レベルで、家族、友人、隣人を含めて、地域の人々のボランティア、社会的ネットワークを駆使して、地域社会の助け

合いの力を活用するという発想があり、新しい地域社会の形成に資することも期待される。第三に、地域の人々の力を借りることで、より費用節約的にサービスが提供されることが期待されていることも否定できない<sup>(5)</sup>。

実際、地域の人の力は、「マントルゾルフ mantelzorg」と呼ばれており、伝統的に地域住民同士の助け合いが根付いており、ボランティア活動も盛んである。「マントルゾルフ mantelzorg」は、家族や友人、近隣住民といった、本人の持つ個人的なネットワークの中で行われる私的な支援である。mantelとはオランダ語で「マント（コート）」を、zorgとはケアを意味し、“マントのように包み込むケア”といったニュアンスがこめられている。この「マントルゾルフ」をより活発にする根拠法となっているのが社会支援法（WMO）である。

現在、オランダの医療・介護・福祉制度は、「医療保険 ZVW」、「介護保険 Wlz」、「社会支援法 WMO 2015」の3層が統合化されたケア体制になっている。そして、介護保障の供給体制は「介護保険 Wlz」、「社会支援法 WMO 2015」、「マントルゾルフ」の3層構造から構成されており、「マントルゾルフ」は介護サービス提供の重要な役割を担っている。

### 3. 公的介護保障の制度改革

#### (1) 制度改革の概要

デッカー・プランの導入に始まる短期医療保険制度（ZVW）の改革の一方で、長期療養・介護サービスをカバーする介護保険（AWBZ）についても、その制度としての持続可能性について、政府によって懸念が示されるようになってきた。2007年には、前述のように社会支援法（WMO）が施行され、

それまで長期療養・介護サービス（AWBZ）で提供されていた家事援助等の介護サービスを地方公共団体によるサービスに移行させる施策が打ち出される等、政府は長期療養・介護サービス（AWBZ）の制度改革に着手した。

長期療養・介護サービス（AWBZ）は、社会保険の保険料を財源の中心としているが、費用が増加した時の財源調達的手段として、保険料を引き上げること、一部負担を上げること、政府の補助金、国庫からの損失補填の増加しかない。保険料を上げる選択肢を採ること、一部負担の引き上げについては、費用の増加に応じて順次上げていくことには限界があり、容易ではない。そうすると、最期に残るのは、政府の補助金、損失補填ということになるが、これも、EUのEconomic and Monetary Union、経済通貨統合による財政赤字に関する制約があることから増加をさせることには限界がある。このような環境下で、長期療養・介護サービス（AWBZ）の役割を、制度設立時に掲げられた「非常に大きなリスク」の対処に限定しようという考え方が政府から示されるようになった<sup>(6)</sup>。この時から長期療養・介護サービス（AWBZ）でカバーされていた家事援助サービスは、社会支援法（WMO）の枠組みの中で地方自治体によって提供されることになった。

#### (2) 国家の福祉から市民参加型の福祉への転換

高福祉国家であることを誇りにしてきたオランダであるが、転換期を迎えている。ユーロ圏の財政規律を遵守しつつ、今後の高齢化社会に対応しなければならないという状況の中で、大きな方針転換に国をあげて取り組み始めた。アレキサンダー国王は、2013年に新国王にとって最初となるその年の施政方針

演説で、「オランダは福祉国家をやめる」という声明を出した。「みなケアされる社会から、自力で生きる、在宅で生活する“参加社会”への転換」を国民に呼びかけた歴史的なスピーチを行った。オランダは福祉国家から持続可能な「市民参加型の福祉」社会に舵を切ったと言える。

そして2015年1月1日より長期療養・介護サービス(AWBZ)は、長期療養サービス保険(Wlz) (the Long-Term Care Act, Wet langdurige zorg, Wlz) に、社会支援法も社会支援法2015 (Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, :WMO) に改正され、長期療養介護制度はカバーするサービスを「非常に大きなリスク」に限定したWlzと、それ以外のサービスを地方自治体によるサービスに担当させるという大胆な制度改革になった<sup>6)</sup>。長期療養・介護サービス(AWBZ)に代わって2015年1月1日より導入された長期療養サービス保険(Wlz)は、重度の認知症、重度の精神障がい、身体障がい等を持った人々を保障の対象として想定しており、「非常に大きなリスク」をカバーする保険としての役割を明確化していることが特徴である。

### (3) 長期療養・介護制度改革

2015年の長期療養・介護制度改革により、医療保険(ZVW)と長期療養サービス保険(Wlz)と社会支援法(WMO)の制度間の分担が変更された。特別医療保険(AWBZ)から長期療養サービス保険(Wlz)への移行により、長期療養サービス保険(Wlz)のカバーするサービスが絞られた一方で、従来長期療養・介護サービス(AWBZ)でカバーされていたサービスが、医療サービスの色彩の濃いサービスは医療保険(ZVW)へ、「非常に大きなリスク」に該当しない介護サービ

スは社会支援法2015(WMO 2015)によって提供されることになった。

具体的には、2014年末まで、長期療養・介護サービス(AWBZ)でカバーされていた、地域(訪問)看護サービス、身体介護が医療保険(ZVW)でカバーされることになった。また、デイサービスが社会支援法2015(WMO 2015)の下でカバーされることになったことが注目される。社会支援法2015(WMO 2015)の下で、地方自治体は、自立できない人々のサポートをする義務があり、社会支援法では、この考え方に合致した、高齢者、障がい者等に関わるサービスが提供されることになった。なお、この改革によって、長期療養サービス保険(Wlz)は、保険給付の内容を、24時間の見守りを必要とするような重度の要介護者へのサービスに絞ることになり、カバーするサービスは、施設向けサービス等に絞られることになった<sup>6)</sup>。

この改革は次の意味を持っていると考えられる。第一に、効率化のインセンティブが内蔵されていない長期療養・介護サービス(AWBZ)がカバーするサービスを絞り込み、医療保険(ZVW)と社会支援法(WMO)に移管することで、公的介護保険は、「非常に大きなリスク」をカバーする社会保険としての位置付けを明確化させた。これにより、公的介護保険にかかる費用削減効果を期待している。第二に、地方公共団体へのサービスの移管である。高齢者サービスの中でも家事援助やデイサービス等の生活に密着したサービスを、地方自治体に移管することで、家族、友人、隣人等の地域の力を活用する、「市民参加型の福祉」への転換を促している<sup>6)</sup>。

そのために政府が力を入れているのが、「マントルゾルフ mantelzorg」の活用である。オランダでは、労働政策としてのワークシェ

アリングや、ワーク・ライフ・バランスを重視する考え方も広く定着していることが、「市民参加型の福祉」への転換の着手を可能にしていると考えられる。オランダ人は総じて仕事よりも私生活、とくに家族や友人との関係を優先する傾向が強いことが、国際比較調査でも指摘されている<sup>(7)</sup>。「ヨーロッパ価値調査」では、オランダ人は仕事の重要度が相対的に低く、家族・友人・知人や余暇時間の重要度が相対的に高いという特徴を示している<sup>(7)</sup>。仕事は人生そのものではなく、それぞれが生活の中で大切にしているほかの何か、例えば、子育てや介護と組み合わせるべき要素のひとつであること、それがオランダ社会に生きる多くの人々にとって、望ましいワーク・ライフ・バランスを追求するための出発点となっている。

社会支援法（WMO 2015）の目的は、互助を活用しながら、できる限り自立した生活と社会参加を促すことにあり、地方自治体レベルの責任で住民ニーズに即した社会支援の施策を行うことを定めている。こうした観点から、介護を必要とする高齢者についても、「自立」した個人として、できるだけ自分自身の選択によって地域で暮らしていけるように、官民で様々な施策の試みが期待されている。そのために必要なものとして、「住宅の整備」「相談できる場所」「集まれる場所」「自分が介護されるだけでなくボランティアとして自分が誰かの役に立つこと」などが、自治体、NPO 団体、市民のボランティア活動によって用意されている。以下では、オランダの3都市の現地調査を通して、介護保障の制度改革後の自治体、NPO 団体、市民ボランティア団体の施策の動向について紹介する。

#### 4. 自治体の施策

##### (1) ライデン市（2017年6月19日）

ライデン市の施策について、NPO リベルタス福祉法人にて、ライデン市福祉政策担当者、福祉政策担当課長（モニック氏）、社会支援法実践担当者（ビリア氏）にヒアリング調査を行った。以下は、担当者の説明内容である。

- ①オランダの介護保険は5段階で、施設介護は要介護4、5のみが対象である。
- ②社会支援法（2015年改正）の目的は、障害の人の敷居をなくすことである。人口12万人の中規模のライデン市を8チームに編成する。そして、この8つのチームが機能するよう市が統括している。
- ③新社会支援法の重点目標は、自立支援と介護予防であり、市の役割はコーディネートと制度の狭間を支援することである。
- ④在宅介護の施策は、キーパーソンを育てることと、本人が作ったケアプラン（住民・利用者自身が作成する。この10年で変わった）を実現するための支援を行うことである。また、マントルゾルフ（家族、友人、隣人の介護者）の活用を促すことも重要である。そのために、介護者支援策として介護者の休息のためのバケーション施設も整備している。コーヒーを飲みながら誰でも入れる場所を作ることも推進している。具体的には、アルツハイマーカフェ、オーデンセ・ハウスである。在宅介護には、ホームドクターの役割も重要である（訪問する、話を聞く、福祉コーチ）。
- ⑤福祉で医療・介護を予防するための事業が始まった。国は、医療・介護よりも福祉を優先することでコストを削減するという方針である。

## (2) ホールン市 (2017年6月20、21日)

日本の地域包括支援センターに該当する「コミュニティセンター(高齢者以外も対象)」の活動と社会支援法改正後の変化について、ホールン市役所の副市長(テーオン・ハークス氏)にヒアリング調査を行った。

人口7万2千人の市内を6つの地区に区分し、各地区にコミュニティセンターを整備した。これにより、行政と住民の距離が近くなり、行政からのスムーズなアプローチが期待できる。そして、ここ数年で福祉、医療が大きく変わり、住民は居住地域で住居の確保、仕事、福祉等の相談ができるようになった。

新社会支援法の施行後は、市は行政事務手続きの簡素化等により、コストを削減している。また、地域に密着したケア(マントルゾルフ:家族、友人等)を推進することにより、高齢化、難民問題等に対して、財政支出を抑えながら生活・ケアの質を維持・向上することを目指している。施行後の成果として、6地区すべてにおいて、社会支援法の費用が25%削減した。これは、専門職のサービスの提供からボランティアの活用を増やしたことによるものである。6地域のコミュニティセンター単位での支援のメリットは、支援が必要な人にすぐアプローチできることやアウトリーチがしやすいことである。コミュニティセンターの体制・支援は、中央政府からの財源、3人のチーム体制、住宅の確保(例:社会住宅1人55㎡)、就労支援、ワーキングプア支援、在宅ケア等である。

コミュニティセンターは、誰でも利用可能であり、3人の専門職が無料で相談を行っている。財源は市の予算である。開始後2年半のソーシャルチーム活動の成果として、住民が行政にアクセスしやすくなったこと、中央政府、住民の意識が変わったこと、福祉の専

門職が対応することにより、問題点が把握できるようになり、無駄が分かるようになったこと、個性(個のニーズ)を把握できるようになり、予防的な介入ができるようになり、コストの削減にもつながっていることが報告されている。

次に、ソーシャルリーダーのジュシカ氏の説明である。新社会支援法施行の2015年に、市を3地区に分け、今後の取組みについて啓発を行った。相談内容はすべての問題に対応する。各チームに30人の専門職を配置する。専門職90人の半分は青少年の専門職、障がい者、精神、高齢者、家事支援、移動手段の車いす、ひとり暮らしの人の困りごと等である。1地区は2万5千人であり、11の組織を作りケアしている(障がい者、失業、若者支援等それぞれで11の組織)。アウトリーチも行う。自立支援が基本であり、まず自分で問題解決できるよう支援する。

チームリーダーで高齢者ケアの専門であるセダミ氏の説明である。

高齢者ケアの課題は、①在宅生活の維持(できるだけ長く在宅で生活できる)、②マントルゾルフ、③認知症ケアである。①に対して、出来るだけ長く在宅生活が維持できるよう、しかも安全、安心に生活できるよう、消防、警察と連携、住宅改修費用の貸出を行う。例として、オランダの住宅はドアが厚いので、開きやすいように改修する等である。②に対して、家族介護者を支援するチームを組織化する。家族介護者のほとんどが仕事をしている。ダブルケアの人も多い。自分の時間が持てないなど家族介護は大変である。そこで「マントルケア支援部隊」が出てくる<sup>(8)</sup>。自治体がチームを組織化して家族介護者を支援する。家族介護者は240万人にのぼる。これらの運営費用はすべて介護保険から出ている。

『マントルケアの日』を作り、誰もマントルケアをしない日を作る。オランダでは介護者支援を目的に、「8時間以上マントルケアをしてはいけない」と決められている。法的な規定ではないが慣習として定着している。マントルケア支援部隊は、マントルケアをしている人の負担を軽減するために、ボランティアを探し、ボランティアを組織し、マントルケアを必要としている各家庭へ送り込む。また、家族介護者の意見等を市が把握するために、介護者を呼んで話を聞くことも行っている。③に対して、オランダでは26万人、ホールン市では1千人の認知症の人がいる。認知症の人の火災が増えている。「認知症にやさしい町ホールン」をスローガンに掲げ、公務員を対象に認知症教育を行っている。認知症の人が自宅で最期を迎えられるように支援する。

その他として、長期失業者、刑余者、引きこもり等の支援の一環として、道路の街路樹の手入れ等を依頼し、社会参加の場の提供や就労準備に向けた支援を行っている。

### (3) アムステルダム市 (2017年6月22日)

アムステルダムの福祉政策、新社会支援法「Wmo in Amsterdam」の施策について、アムステルダム市福祉課長のドックオルスクーマン氏に聞き取り調査を行った。

アムステルダムの福祉政策のコンセプトは、障がい者は普通の人であり、障がい者と高齢者を分けるのは差別であること、ケアする人を支援すること、オランダは将来を見て動くので、若い人たちの支援、教育を重視するということである。

新社会支援法後の福祉政策の取組みは、以下のようなものである。

・首都であるアムステルダムは、オランダ全

土の他の自治体の指導的立場にある

- ・地方自治体を実施することのメリットは住民に近い、支援を必要とする人に近いこと、個別のニーズに応じたケアの提供が可能であること、コストの削減が期待できることである。
- ・医療・介護・福祉の統合ケアである。ケアとキュアはほとんど同じである。かかりつけ医の紹介書は2パターンあって、福祉につなぐ紹介書が増えている。地域の福祉につなぐ紹介の場合、市は無条件で認める。専門医への紹介には、行政のチェックが入る。
- ・アムステルダムと他の自治体の違いは、若者も高齢者も同じ予算を組んでいることである。

課題としては、

- ・人口構造、人口動態、経済社会の変化とともに、中央政府では、細かいところまで把握、対応できない。
- ・人口の増加が社会保障費の増加をまねいているのではなく、医療機器、薬等のケア提供体制に無駄があることがコスト増につながっていることが分かった。社会保障支出の増加は、高齢者人口の増加よりも医療提供の無駄が原因である。このように、自治体がケア政策を実施することで、無駄を明らかにすることができるようになった。
- ・GDPの24%は介護・医療コストであるが、介護コストではなく、医療費の伸びが財政を圧迫していることが分かった。政府の拠出を25%削減しながら、医療の質の向上を目指す方策を検討した。
- ・国民の意識の変化として、「もらうのは当たり前、少子化は大変である」という意識から、「自分たちでできることは自分たちでやる」という意識に変わった。具体的

には、

①自分たちでできることは自分たちでやる、②周囲の困っている人を支援する、③それでもだめなら行政へ、④重度の要介護度でもできることはある。本当に必要なことは自分で行う。このようにすることで、本人の自立支援だけでなく、支援サービスの時間を減らすことにもつながる。

福祉供給については、

- ・以前は高齢者の多くが施設に入所した。しかし、現在は、できるだけ自宅で過ごす。自宅で生活できるように環境を整える支援を行う。こうした考えは、高齢者だけでなく、年齢に関係なく、障がいの程度に応じて支援する。
- ・組織が大規模になると個別のニーズへの配慮が行き届きにくくなる。宗教の違いもある。そこで、大型福祉事務所よりも小規模福祉事務所に任ず。アムステルダムでは、大型組織である社会福祉団体はケア供給の40%を独占する。大型化しているところは個別のサービスが行き届きにくい。アムステルダムには120か国以上の移民がいるので、多国籍の移民への配慮という点で、小規模の組織を支援したほうが、サービスが行き届きやすい。
- ・利用者にとってどのような選択肢が可能かを考える。アムステルダム市民80万人を、どの区も同じように7つに区分する。地域により居住する住民の特徴がある。例えば、ニューウエスト（中央）は、トルコ人2世、3世が多い。ルーマニア・ハンガリー・ポーランドが多い地区もある。地域性にあった支援体制を作る必要がある。
- ・ボランティアを支援するプラットフォームを作る（ボランティア教育等）。コストを投資してボランティアを育てるこ

とが重要。このことにより在宅での生活が可能になる。サービス事業所の提供よりもボランティアの活用のほうがうまくいく。

社会支援法（WMO 2015）については、86万人のうち6万人が社会支援法の対象である。アムステルダム市民の77%は、社会支援法の運用を支援し、満足度は高い。利用者の自己負担はない。サービス内容は、家事手伝い、家の改修・改善費用、動けない人の車いす、プザー、ボランティア活動、男性用・女性用のシェルター（DV、ホームレスが泊まれる）等である。シェルターの利用者は200件である。移民は生活保護を使っている。Wmoはあまり使わない。失業多い。

デイサービスは、新社会支援法に移管した。また、国から地方自治体へ移管した。予算が25%削減されたが、すべての自治体から異論は出ていない。この25%分は無駄の削減分である。

社会支援法のポイントは、「バイクケア（各地域のケア）」である。「バイクケア（各地域のケア）」とは、スポーツや農業にチャレンジし、それでもだめなら介護サービスの提供という仕組みである。10の組織がチームを作り、専門性を発揮する。自治体が直接実施するのではなく、必要性を認めて支援する。「バイクチーム（4つのチーム）」みんなが一緒にやる。高齢者・子供、社会支援法のチーム、長期失業者のチーム、社会参加（就労支援）である。

## 5. 市民ボランティアのプロジェクト

ライデン市内のNPO法人Radius ラディウス（地域包括を担う大手福祉法人）において、新社会支援法（WMO 2015）のもとで、デイサービス、ボランティア活動がどのように展開されているかについて調査を行った。

(2017年6月19日) 高齢者の社会参加のために展開されているプロジェクトは以下のとおりである。

**(1) ピン氏 (女性、ボランティアのリーダー)**

10名のボランティアとともに活動している。高齢者の社会参加のためにどのような事業を実施すればよいかの実態調査を実施した。調査のために、チラシと質問調査用紙を作成し、1軒1軒個別訪問した。実施時期は2015年3月、2016年3月であり、回答率(1200件中270件)であった。質問項目は、一緒にお茶を飲みませんか、一緒にミュージアムに行きませんか、一緒に買い物に行きませんか、35カ国の移民に対してはオランダ語を習いませんか等である。この調査の結果から、高齢者の社会参加のニーズとして、ボランティアをされたい人よりボランティアをしたい人が多いことが明らかになった。

**(2) エリック氏 (buuv プロジェクト) (男性、ボランティア)**

インターネット上で、ボランティアのマッチング事業 (2016年5月から開始)、buuvのプロジェクトを立ち上げた。NPO法人Radius社会福祉法人から支援を受けている。利用者は520名程度である (利用している人)。カードにボランティアを「やりたいこと・やってもらいたいこと」を書き込む。自分の地域でボランティアを探することができる (例: 私の犬を散歩させてほしい、足の悪い人がいたら買い物に行く等)。この事業は、マントルゾルフ (家族、友人、隣人等) のネットワークを拡げることが期待できる。トラブルが発生した場合には、ラディウスが仲介する場合もあるが、自己責任を原則とする。

**(3) パウラ・ヘイリング氏 (女性、ラディウスの職員)**

「オーデンセ・ハウス」プロジェクトを立

ち上げた。政府の介護施設を利用したくない人や認知症と診断されたばかりの初期の認知症の人が通う施設である。廃校になった保育園・ようちえんをオーデンセ・ハウスに貸す。すべての人が参加可能である。歌を歌ったり、絵画等、自分の好きなことをして過ごす。指導者は専門家のボランティアである。オランダの認知症は増加傾向 (2014年24万人、2040年53万8千人の見込み) にある。

**(4) イロンカ氏 (女性、ソーシャルワーカー)**

「ウエルサイン福祉プロジェクト」を2017年2月から開始した。プロジェクトのシステムは、次のようである。ホームドクターが、福祉のアプローチが必要であると診断した患者に対して、「福祉に行くようにという指示書」を書く (Welzijn op recept)。例えば、移民等で言葉が通じない人が医療にアクセスすると、ホームドクターはソーシャルワーカーにつなぐ。医療よりも福祉的支援が必要な人を福祉につなぐことが出来る。ホームドクターを受診すると、アシスタントが予診を行う。アシスタントがホームドクターでの治療よりも、予防的介入が重要であると判断すると、ソーシャルワーカーへつなぐ。ソーシャルワーカーへつなぐケースは、孤独、相談する人がいない、ホームドクターにアクセスしない人、精神面での対応が必要なケースである。ホームドクター受診の約1割が福祉へつなぐケースである。この福祉的介入は、ケアと福祉の橋渡しをすることで、医療・介護を予防する。事業の財源は自治体 (7割) と保険会社 (3割) である。医療からアクティビティ (介護予防) につなぐ高齢者もいる。

**(5) ヨランダ氏のプロジェクト**

インターネットを利用して、「料理が好きなお人と料理を提供してほしい人をつなぐプロジェクト」、「おすそ分けプロジェクト」、「隣

同士で物を分け合うプロジェクト」、「フードシェアリング事業」を展開する。事業の財源はすべて寄付金である。NPO 法人 Radius は、料理を届ける役割を担っている。事業の目的は、フードシェアを通して人と人をつなぐことである。WEBSITE コミュニティソーシャルイベント（材料費 10 €渡す）事業には、22 万人が参加した。利用者の 82% はクオリティオブライフが向上した。料理を提供する側のボランティアも、社会参加できたことに対する満足感が高い。

## 6. NPO 団体「認知症の人とその家族が気軽に集まれる場所」作り

### (1) 「アルツハイマーカフェ」（ホールン市の高齢者ケア施設「オムリング」）

2017 年 6 月 21 日 19 時～21 時 30 分

アルツハイマーカフェとは、定まったプログラムに従い、認知症に関係するさまざまな人たちが集まって対話する場所である。日本でも「新オレンジプラン」で、「認知症カフェ」の開設、普及が謳われている。その発祥の地と言われるのがオランダである。1997 年にオランダ・アルツハイマー協会が始めた。地元のアイツハイマー協会が、ホールンのナーシングホームの 1 階のサロンを借りて、「アルツハイマーカフェ」を毎月第 2 水曜日に開催している。年 8～9 会の開催である。就労している家族も参加しやすいように始まるのは午後 7 時である。

毎回、テーマを決めてその関係者を呼んで話を聞く方式をとっている。この日のテーマは「認知症の人はバケーションに行けるか」であった。参加者は 25 人で、このうち認知症の人 4 人、その家族 9 人、アルツハイマー協会のボランティア 12 人であった。サロンの楕円形のテーブルにはコーヒーやお菓子が

用意され、自由にテーブルを囲むスタイルである。カフェの運営の中心はボランティアである。当日の司会役を引き受けているのもボランティアとして携わっている精神科医である。

当日の進行は、司会役の精神科医のあいさつで始まり、バケーション事業所の説明、説明に対する質疑応答というスタイルである。当日のプログラムは、バケーション運営施設の担当者の説明である。

- ・認知症の人 1 人でも滞在可能、滞在施設には看護師が常駐している。マントルケアでの利用が多い。女性の利用者が多い。
  - ・バケーションのプログラム  
朝 9 時～1 時間程度の運動、自転車、コンサート、40～50 年前の音楽鑑賞、ゲーム等で多くの時間を外で過ごす。
  - ・バケーション期間中も通常のケアを提供する。家に帰りたいという人にはバケーションであることを説明する。
  - ・スタッフが多いので多様なプログラムの提供が可能である。また、スタッフが多いのと、空間の余裕があるので、家族もゆっくりと過ごすことができる。こうしたプログラムは、多くのボランティアにより成り立っている。
- 次に、プログラムの説明に対する質問の時間である。
- ・マントルゾルフの人でも休むことができる（バケーションでは家族の人は休息してもらい、ヘルパーがケアする）
  - ・バケーション施設に行けない人には、日帰りプランある。また、月に 1 回公園でレクリエーションある。
  - ・美術館、博物館等の 65 歳以上の人の優待割引もある
  - ・美術館、博物館の休館日に、認知症の人に

無料開放を行う。9月21日のアルツハイマーデーにも無料開放する施設が多い。

・これらの情報はインターネットカフェや自宅のネットから情報を把握する。

## (2) 「オーデンセ・ハウス：Odensehuis」：

アムステルダム市、2017年6月23日

現在、オランダでは、認知症の人が集う場として、アルツハイマーカフェに引き続いて「オーデンセ・ハウス：Odensehuis」プロジェクトが進んでいる。「オーデンセ・ハウス：Odensehuis」はデンマークが発祥の地である。オーデンセはデンマークの都市名である。オランダの「オーデンセ・ハウス：Odensehuis」は、デンマークの「オーデンセ・ハウス」のコンセプト・アイデアをそのまま使っている。現在、オランダ国内に13カ所、今後8カ所開設される予定である。アムステルダム市内には5カ所開設されており、訪問先のオーデンセ・ハウス：Odensehuis」はアムステルダムで1番目に開設した。国内のネットワークや連携もある。運営は、ボランティア24名、職員（常勤3名、交代で勤務、職員の給与は政府が支払う）で、家賃等の運営経費は公費から支給されている。

アルツハイマーカフェとの違いは、アルツハイマーカフェは月1回の開催であるが、ここは平日（月～土曜日）毎日開設していることである。職員も常勤3名が勤務している。認知症と診断されても、軽度でデイサービスの利用になじめない人や、制度の対象外となる人には、ふさわしい行き場がなかったので導入された。利用回数も自由で、ほとんど毎日来る人、月に数回の人等様々である。利用料金は、払える人には払ってもらう（1月40ユーロ払う人もいる）。料金の厳格な規定はない。初期の認知症の人が対象であるため、

特定の活動を押し付けない。ボランティアの協力を得ながら、自分の好きなことをして自由に過ごす。昼食は、みんなで買い物に行き、2階の食堂・キッチンで、みんなで料理して食べる。

自由な活動を支えるためのボランティアの役割は大きい。近所の人も通所者を案内してくれたり、料理を手伝ってくれたりする。訪問時も、大学生のボランティアが参加していた。1階は、3ルーム（デイルーム、図書室、ホール）、2階はキッチンと食堂、職員の事務所がある。建物の隣の庭には家庭菜園もある。利用者が野菜、花を植えている。課題は、送迎サービスはないので、歩いてくる人が多く、ここまで来るのが大変なことである。

## おわりに

オランダの医療・介護・福祉の制度改革の方向性は、「国家による福祉から」から本格的な「市民参加型の福祉」への転換である。そのキーワードは、“挑戦”、“統合ケア”、“規制された競争”、“効率化”、“マントルゾルフ”である。そして近年では、医療・介護から福祉へ、施設ケアから在宅ケアへ、専門職のケアから家族や地域住民・ボランティアによる「マントルゾルフ」へと移行している。この流れを象徴する出来事が、2007年の社会支援法の成立と2015年の改革である。これは、効率化のインセンティブが内蔵されていない公的介護保険の給付費を大幅に縮小し、効率化のインセンティブが与えられている公的医療保険と社会支援法に事業を移管し、公的介護保険の給付費削減、社会保障予算の縮小を目的としたものである。

予算の縮小に伴い、自治体では家事援助やデイサービス等の軽度の要介護者に対する介護サービスを、専門職によるサービス提供か

ら、地域住民の助け合いの中で補うための様々な施策が行われるようになった。筆者が現地を訪問した際は、「マントルゾルフ」の活用を促すための家族介護者支援の取組みや、自治体が支援ニーズと地域住民、ボランティアをつなぐ仕組みも取り入れられている等、着実に制度改革が進められている印象を受けた。

軽度の要介護者に対する介護サービスを自治体へ移管する動きは、日本の制度改革にも参考となっているようである。わが国でも自治体に軽度の要介護者のサービスを移管することは2014年6月に成立した「地域医療・介護推進法」の中に明記されている。現在、日本では高齢・障害・児童・生活困窮と支援ニーズが多様・複雑化していく一方、制度は支援の対象ごとに区分されており、既存の制度では対応が困難な対象が増えている。こうした状況のなか、すでに各地域で高齢者を対象とした地域包括ケアシステム構築の取組みが進められているが、厚生労働省の「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部では、地域包括ケアの理念を普遍化し、高齢者のみならず、障害者や子どもなど生活上の困難を抱える者を「丸ごと」支える包括的な支援体制を構築し、切れ目のない支援を実現することを目標として掲げている。制度・分野ごとの「縦割り」や「支え手」「受け手」という関係を超えて、地域住民や地域の多様な主体が「我が事」として参画し、人と人、人と資源が世代や分野を超えて「丸ごと」つながることで、住民一人ひとりの暮らしと生きがい、地域をともに創っていく社会を実現することがコンセプトとされている。新しい福祉サービスの提供体制を担うために今後、求められていく人材の育成と確保については、特定の分野に関する専門性のみならず、分野横断的な知識、

専門性を有することが求められ、分野横断的な資格のあり方を検討する必要があると示された。それが、「医療、介護、福祉の共通基礎課程の検討」という形で提案されている。

年齢や障害、病気の別を問わない「統合ケア」は、日本の新たな時代に対応した医療・介護・福祉の提供の方向性として、これから国や自治体の施策として積極的に進めていく必要がある。その際、オランダの制度改革の取組みは参考とすべき点が多い。オランダでは、高齢者も障害者も区別しない、医療・介護・福祉の統合ケアが実践されている。さらに、看護と介護の専門職は一元化されており、看護と介護を分けないサービス提供が可能になっている。

医療・介護・福祉の統合化と高齢者、障がい者等のケアの対象を区別しない“オランダの統合ケア”は、今日、日本において対象ごとに区別された制度の下で複雑化、多様化する社会保障のニーズに対応することが難しくなっている現状を踏まえると、参考にするべき点が多いといえよう。

オランダの動向は、現在、社会保障制度改革を推進している日本において、注視すべきことであると考えられる。とはいえ、オランダでは労働政策としてのワークシェアリングや、ワーク・ライフ・バランスを重視する考え方が広く定着していることを背景に、「市民参加型の福祉」への転換が進んでいる印象を受けた。また、2013年9月の国王声明にみられるように、国民への説明により合意形成を行っているオランダの姿、社会保障費増大に対して大胆な改革を行いながら、正面から向き合う同国の姿は、日本にも大きな示唆を与えるものではないだろうか。最後に、オランダの医療・介護・福祉の制度改革後の住民のサービス給付の実態を検討することが今

後の課題である。

### 付記

本研究は、平成27年度 基盤研究(C)「介護保障システムと家族支援に関する総合的研究－日・独・英における国際比較の視点－」(15K03915)の研究成果の一部である。

### 注

- (1) Statistics Netherlands (2013).
- (2) 成清美治『海外の介護保障を学ぶ』2015, p.6.
- (3) オランダ外務省ホームページを参照のこと。
- (4) 成清美治『海外の介護保障を学ぶ』2015, p.9.
- (5) 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』2016.
- (6) 大森正博「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』No.107, 2015.
- (7) 中谷文美『オランダ流ワーク・ライフ・バランス』2015.

- (8) 後藤猛『認知症の人が安楽死する国』2012, p.24.

### 引用文献

- 大森正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』2016.
- 大森正博「オランダの長期療養・介護制度改革」『健保連海外医療保障』No.107, 2015.
- 大槻紀夫『オランダから見える日本の明日』2016年.
- 佐藤主光「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」『会計検査研究』No.36, 2007.
- 後藤猛『認知症の人が安楽死する国』2012年.
- 成清美治『海外の介護保障を学ぶ』2015.
- 中谷文美『オランダ流ワーク・ライフ・バランス』2015.
- 水島治朗『反転する福祉国家』2013.
- 労働政策研究・研修機構「オランダの地域包括ケア－ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて－」『労働政策研究報告書』No.167, 2014.