

第1章 研究概要

1 社会福祉の取り組み

(1) 目的

本研究のテーマは「社会福祉の取り組み」である。近年、社会福祉については、従来の施設入所を中心とした「施設福祉」から、高齢者や障害者が生まれ育った地域で生活できるよう支えていく「地域福祉」の考え方が確立し、国においても地域福祉を推進する方向で施策が推進されている。

その地域福祉の中心とされている市町村は、厳しい財政状況の中、全国で普遍的に提供されなければならないナショナルミニマムサービスは維持しつつ、多様化する住民ニーズに対応するために、限られた財源や人材を駆使してさまざまなサービスを実施しなければならないという難しい課題を抱えている。

そこで私たちは、高負担（税金が高い）にもかかわらず生活満足度は高く、高齢であっても障害があっても地域で安心して暮らすことができている諸外国の社会福祉とそれを支える仕組みについての調査研究を行い、共に支え合いながら生きがいを持って暮らせる豊かな地域社会の実現へ向けた取り組みの一助としていくことを目指した。

(2) 事前の調査研究

本研究に参加した研究員の職務は、保健福祉医療の専門職から、福祉、税務、財政などの事務職まで多岐に亘っていた。このことからまずは、各研究員が自身の職務上の立場から、所属する市、町での施策に反映、活用していきたいと思う福祉制度について、北欧をはじめとする欧州各国の状況を整理するとともに、その福祉制度を支える重要な財源である税の負担状況を調査することから着手した。

そして、高齢者や障害者の地域での生活を支える制度や福祉サービスを実際に見聞することができる施設について、各種文献やインターネットなどから情報を収集し、今回の調査研究の対象国および視察先の選定について議論を重ねた。

その結論として、まずは国民幸福度調査で常にトップに位置付けられるデンマークで、高い税負担ながら手厚い福祉が地域でどのように展開されているのか、その実態を調査研究することとし、次に、税負担は中程度であるオランダにおい

て、地域に根ざしたケアシステムがどのように実現されているのかを調査研究することとした。

このように、研究員の発意によって調査研究対象に選定したデンマークおよびオランダであるが、実際の視察研究の前に、文献やインターネットでは知ることのできない情報も得ておく必要があるのではないかということで、両国での調査研究の経験がある識者の講義を受ける運びとなった。

デンマークについては、東海大学の中野いく子教授を講師に迎え「デンマークの高齢者福祉～生活の継続性と統合ケア～」についてご講演いただき、オランダについては、オランダをはじめとする欧州各国の福祉について広く調査されている医療ジャーナリストの村上紀美子先生を講師に迎え「欧州の社会福祉の概況 オランダ・デンマークなどの現場視察から ひとり暮らしでも最期まで支える！」についてご講演いただいた。（講師の略歴、講演会の内容については後述する）

なお、本研究会の開催日以外の日において、熱意ある研究員有志が、休暇を取得するなどして捻出した研究員自身の余暇時間を活用して、オランダ、デンマークの福祉に関する講演会や税に関するシンポジウムへ積極的に参加、情報収集し、その後において、職務の都合などで参加できなかった研究員と情報共有を図るなど、研究員が一丸となって公私に亘って研究課題に取り組み、有意義に事前準備が進められたことを事実として附記しておく。

2 自治体における社会福祉を取り巻く状況

(1) 進む少子高齢化と人口減少社会の到来

少子高齢化という言葉を目にするようになって久しいが、もはやそれは現実のものとなっている。内閣府の「高齢社会白書」によれば、人口増加とともに高齢化が進んでいる日本は、今後は人口が減少に転じ、高齢化はさらに進むと推計されている。日本の高齢化の特徴は、短期間の間に急激に進んだ点にある。一般的に高齢化が進んだといわれる7%から、高齢社会といわれる14%に達するのに要した年数を比較すると、日本は24年と欧米諸国の半分程度の期間となっている。

日本は世界に稀な超高齢社会であるということが出来るが、同時に少子化も進んでいる社会である。これは、合計特殊出生率、即ち一人の女性が生涯において出産する子どもの数の推計値を示す率が、2.1程度であれば長期的に人口が安定

的に維持されると一般的にいられているが、最近においては1.39で推移していることから伺える。出生数の減少は必然的に0歳から14歳の年少人口および15歳から64歳の生産年齢人口に影響を及ぼしている（図表1-3を参照）。

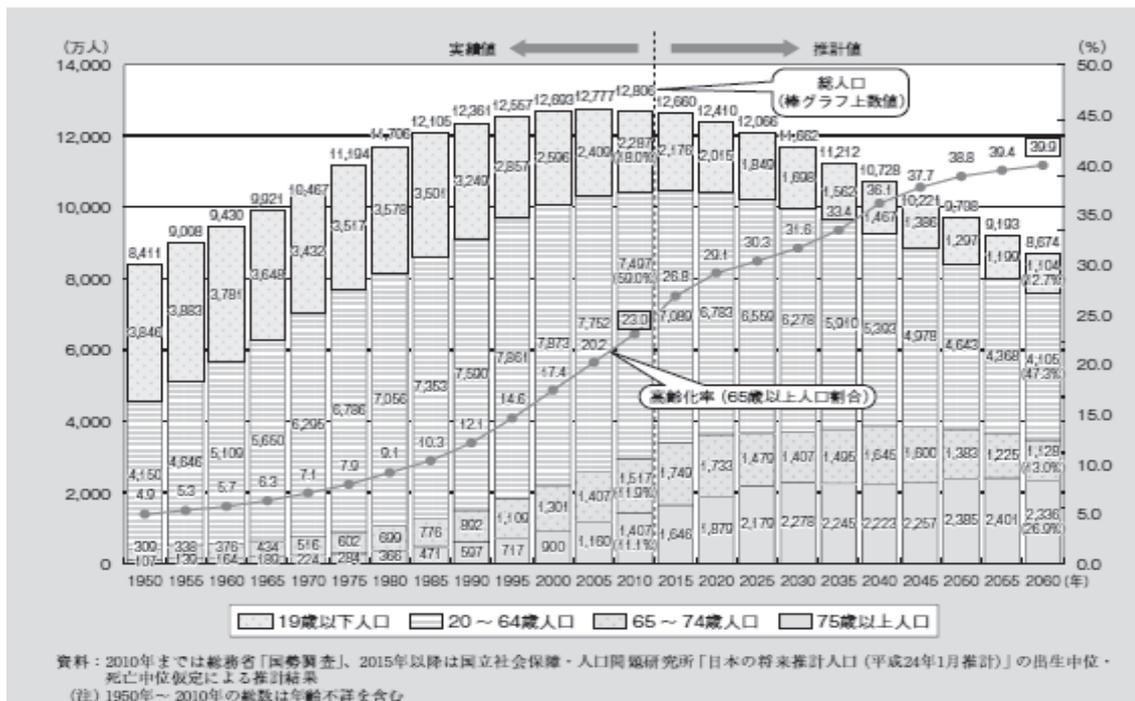
また、2005年には、死亡数が出生数を上回ったことから、日本は人口が縮減する社会に入ったといえよう。

図表1 日本と欧米諸国の高齢化のスピードの比較

国名	高齢化率		高齢化率の倍化年数
	7%	14%	7%→14%
日本	1970	1994	24
ドイツ	1932	1972	40
イギリス	1929	1976	47
アメリカ	1942	2015	73
スウェーデン	1887	1972	85
フランス	1864	1979	115

出典：国土交通省「国における高齢者住宅施策の最新動向～サービス付き高齢者向け住宅制度のスタート～」資料より抜粋

図表2 高齢化の推移と将来推計



出典：厚生労働省「平成24年版高齢社会白書」

図表 3 日本の人口などの 2010 年実数と 2060 年推計の比較

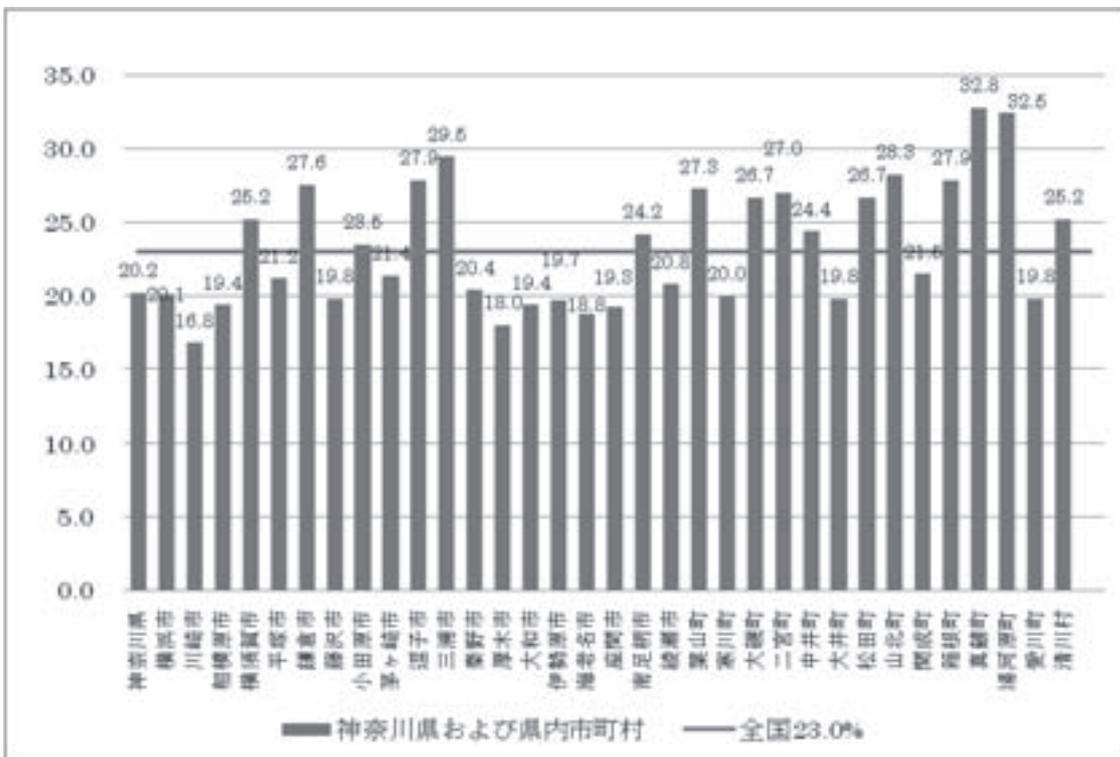
	2010 年	2060 年
総人口	1 億 2,806 万人	8,674 万人
65 歳以上の高齢者人口	2,924 万人	3,464 万人
高齢化率	23.0%	39.9%
出生数	107 万人	48 万人
生産年齢人口	8103 万人	4418 万人
年少人口	1680 万人	791 万人
最近の合計特殊出生率	2010 年 1.39	2011 年 1.39

出典：内閣府「平成 24 年版高齢者白書」、厚生労働省「平成 23 年人口動態調査」より
 研究員作成

(2) 神奈川県および県内市町村の高齢化の状況

2010 年における神奈川県全体の高齢化率は全国の 23.0%を下回っている。市町村別では、川崎市や厚木市など高齢化率の低いところはあるものの、三浦市や真鶴町など高い高齢化率の市町村も多く存在しており、高齢社会と無縁とは言い切れない状況となっている（図表 4 を参照）。

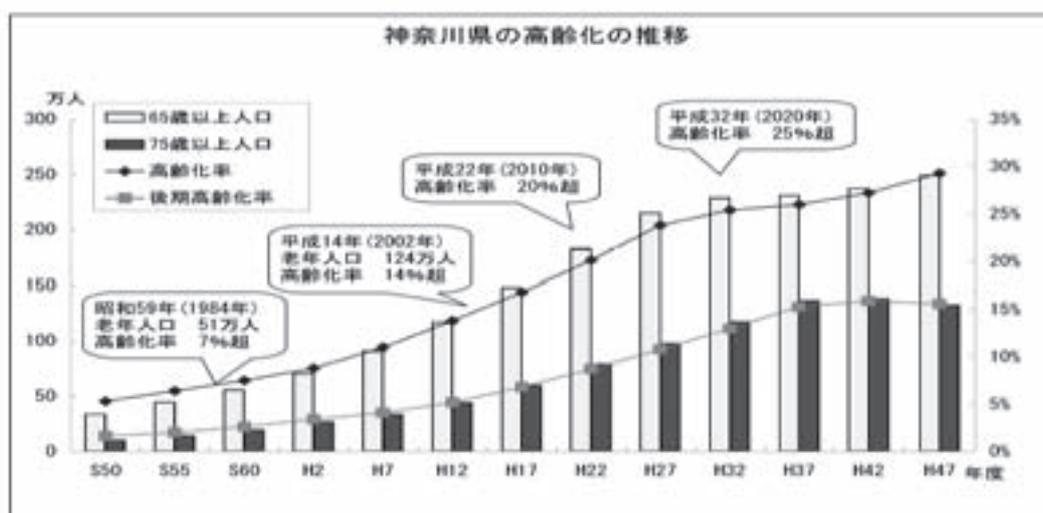
図表 4 2010 年 10 月 1 日時点での全国、神奈川県、県内市町村の高齢化率



出典：総務省 2010 年国勢調査による総人口および 65 歳以上人口より研究員作成

神奈川県保健福祉局高齢福祉課の「かながわ高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）」によると、神奈川県では、今後「団塊の世代」が 65 歳以上の高齢者になることにより、これまでに経験したことのない超高齢社会が到来する。高齢化率は、団塊の世代が後期高齢者になる 2025 年（平成 37 年）には 26.0%、2030 年（平成 42 年）には 27.2%、2035 年（平成 47 年）には 29.4%に達することが見込まれている（図表 5 を参照）。

図表 5 神奈川県の高齢化の推移



注1 平成 22 年度までは、国勢調査による。
 注 2 平成 27 年度以降は、「神奈川県地域ケア体制整備構想」による推計。

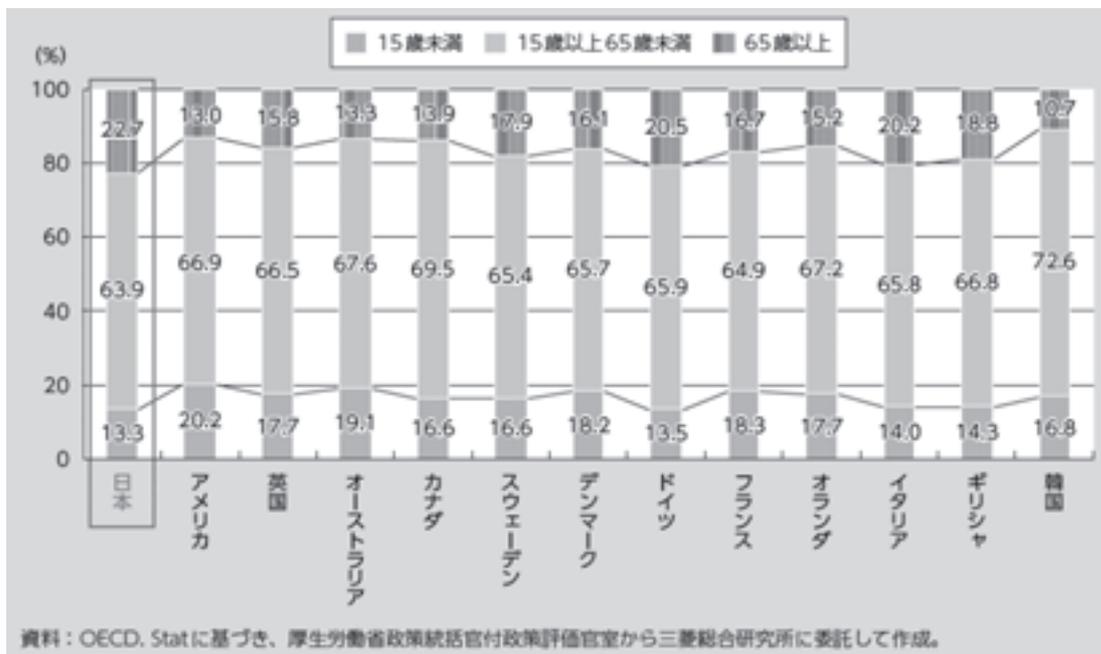
出典：神奈川県保健福祉局高齢福祉課「かながわ高齢者保健福祉計画（平成 24 年度～平成 26 年度）」

(3) 65 歳以上人口の国際比較

厚生労働省の平成 24 年版厚生労働白書において人口の年齢別構成比が諸外国と比較されているので以下に記述しておく。これによると、白書中で比較されている 13 カ国で、2009 年における 65 歳以上人口の割合が最も高いのは日本で 22.7%となっており、日本に次いで高いのはドイツの 20.5%となっている。反対に一番低いのは韓国で 10.7%、ついでアメリカの 13.0%となっている。

なお、研究対象国としたデンマークについては 16.1%、オランダについては 15.2%と、日本における 1995 年から 2000 年当時の割合と同程度となっている。日本は、高齢化の進展において、世界のフロントランナーとなっていることが分かる（図表 6 を参照）。

図表 6 年齢別人口構成比の国際比較



出典：厚生労働省「平成 24 年版厚生労働白書」

(4) 増加が続く社会保障給付費

① 社会保障給付費の変遷

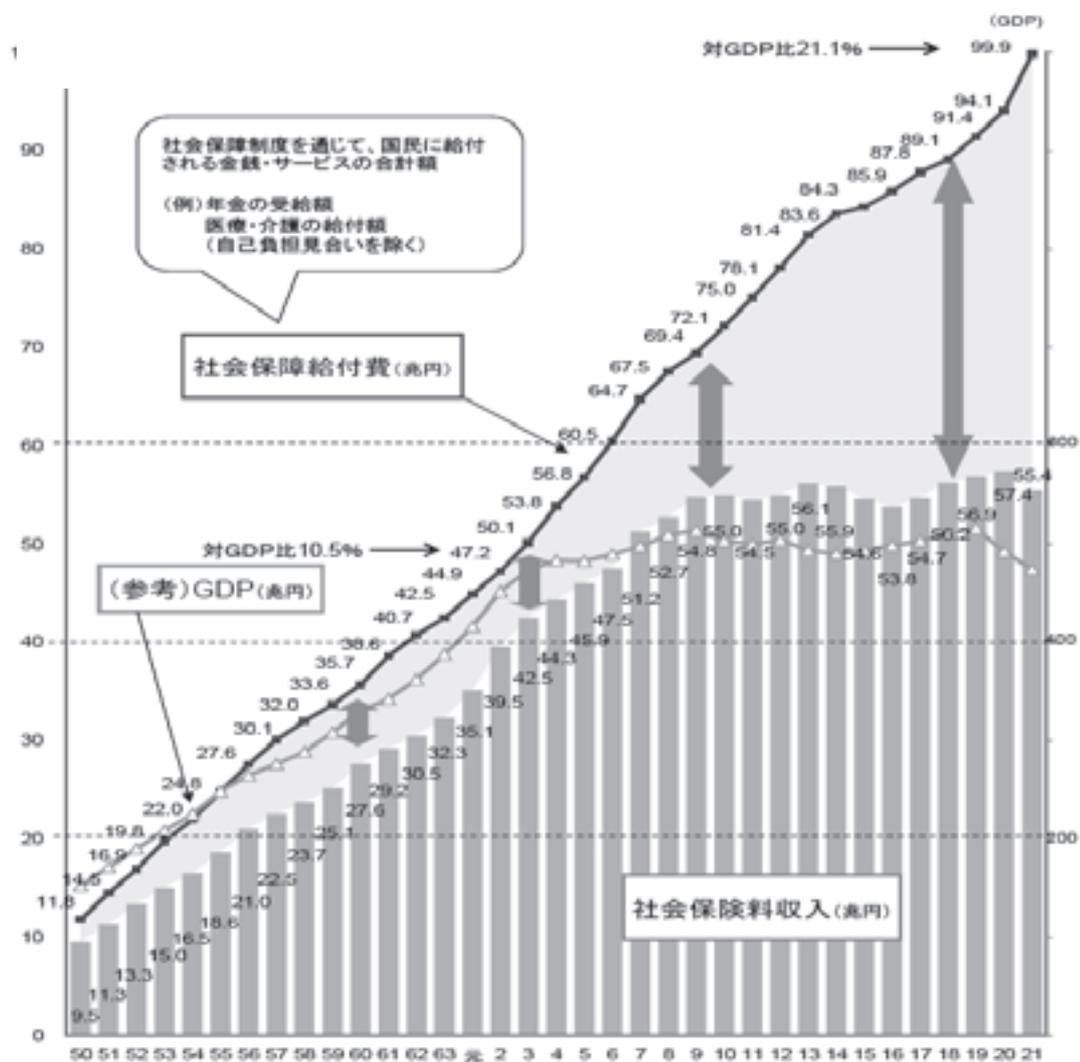
日本の社会保障給付費は増加の一途をたどっている。1961年に国民皆保険、皆年金が実現し、福祉元年といわれる1973年には老人医療費の無料化や年金額の増改定、サラリーマン家族の医療費自己負担の軽減、高額療養費制度の導入が行われ、さらには高齢化が急激に進んでいったことで社会保障給付費は減ることのないものになった。

しかし、福祉元年のその年に起きたオイルショックを契機に、それまで高度経済成長の下で潤沢であった税収が途絶えたことから、福祉元年で目指された、国家が社会保障で国民を支える福祉国家路線は、家族や地域の相互扶助で社会保障を支えるといった考え方に、財政の見地から早くも路線変更され、社会保障給付費の抑制が行われるようになった。また、1980年代初頭には、社会保障給付費などの財源確保のために検討された一般消費税の創設が見送られていることから、この時代がまさに日本が「高福祉高負担」の福祉国家を選択しなかった転換点だということができる。それはオイルショック以後も税負担の水準を引き上げて社会保障の充実を図っていった北欧諸国とは対照的な選択であった。税負担を引き

上げない一方で社会保障は抑制する、いわゆる「小さな政府」に路線変更していったことが、今日感じる分かち合い精神の低さ、格差の広がりにつながっていったのではないのだろうか。

その後の 1980 年代後半のいわゆるバブル経済の崩壊以降、日本の社会構造は大きく変化した。急激な高齢化、高齢者の独居世帯の増加、人口減少、非正規雇用の増加、経済成長の停滞など多くの問題が表面化し、社会保障制度により給付される医療保険、年金、児童手当、介護保険、雇用保険、労災保険のいずれもがこれまでも増して右肩上がりに増えていった（図表 7 を参照）。

図表 7 社会保障給付費と社会保険料収入の推移



出典：財務省「日本の財政関係資料平成 24 年 9 月」

なお、2012年11月に国立社会保障・人口問題研究所が公表した2010年度（平成22年度）の社会保障給付費は103兆4,879億円、GDP比で21.6%と過去最高の水準となり、その財源については、社会保険料収入が57兆8,468億円、公費負担が40兆830億円となっている。

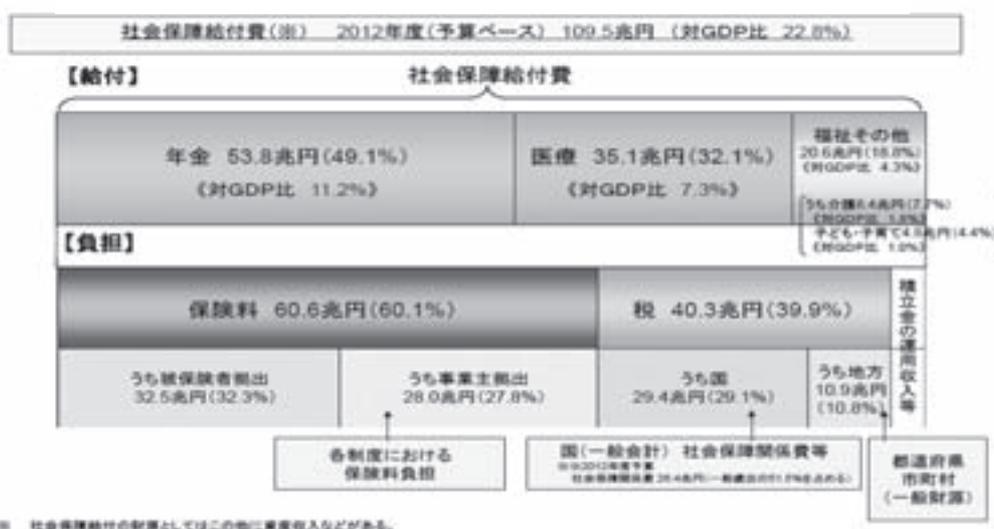
図表7において社会保障給付の財源の推移をみると、社会保険料収入が横ばいで推移しており、社会保障給付費との差は広がる傾向にある。本来この差は税負担で埋められるべきであるが、税収が伸び悩んでいるため、国債などの借入金で得た財源が投入される結果となっている。

②社会保障給付費の財源

国の2012年度予算での社会保障給付費とその財源を示したものが図表8である。社会保障給付費の財源の約6割は保険料、約4割は税となっている。

毎年度1兆円以上の大きな伸びとなっている給付費であるが、財源不足を理由に大幅に抑制、削減していくことは非常に難しい。年金・医療・福祉などの社会保障給付の規模が拡大する場合は、その財源である保険料負担または税負担が増額されなければならない。私たちは国債などの借入金で得た財源で「今の世代」に給付を行っている現状を、「将来の世代」が「今の世代」の給付分を利息付きで負担しなければならないと憂い、危機感を持つ必要がある。

図表8 社会保障の給付と負担の現状（2012年度予算ベース）



出典：厚生労働省「社会保障制度を取り巻く環境と現在の制度」

社会保障給付費の財源となっている社会保障関係費を含む国と地方の 2010 年度決算額を示したものが図表 9 である。社会保障関係費は 49 兆 8,777 億円となっており、歳出純計総額に占める割合は 31.2%で、歳出項目の中で社会保障関係費が最も大きな割合を占めている。

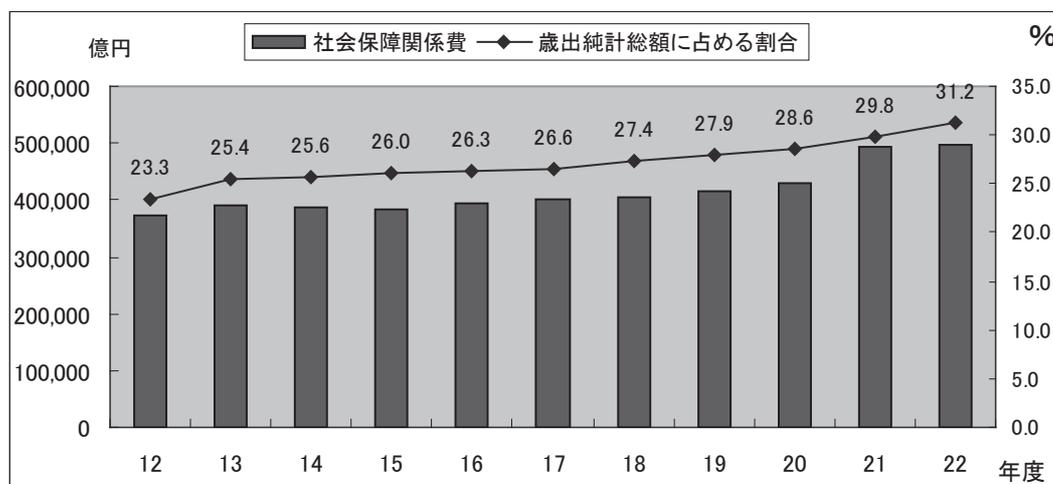
図表 9 2010 年度国・地方の目的別歳出の状況

区分	国純計		地方純計		総額	
	億円	%	億円	%	億円	%
機関費	44,379	6.7	156,323	16.6	200,703	12.5
地方財政費	1,057	0.2	0	0.0	1,057	0.1
防衛費	46,447	7.0	0	0.0	46,447	2.9
国土保全費等	57,897	8.8	122,513	13.0	180,410	11.3
産業経済費	55,066	8.3	75,489	8.0	130,555	8.2
教育費	26,049	3.9	164,298	17.5	190,347	11.9
社会保障関係費	208,283	31.5	290,494	30.9	498,777	31.2
公債費	195,344	29.5	129,791	13.8	325,135	20.3
その他	27,074	4.1	335	0.0	27,408	1.6
合計	661,596	100.0	939,243	100.0	1,600,839	100.0

出典：総務省「地方財政白書 平成 24 年版」資料編第 32 表より研究員作成
端数処理により内訳と合計が一致しない

社会保障関係費と歳出純計総額に占める社会保障関係費の割合について、介護保険が始まった 2000 年度以降の推移を示したものが図表 10 である。毎年度増加が続いており、歳出純計総額の内訳においても常に最大割合の項目となっている。

図表 10 歳出純計総額に占める社会保障関係費の割合

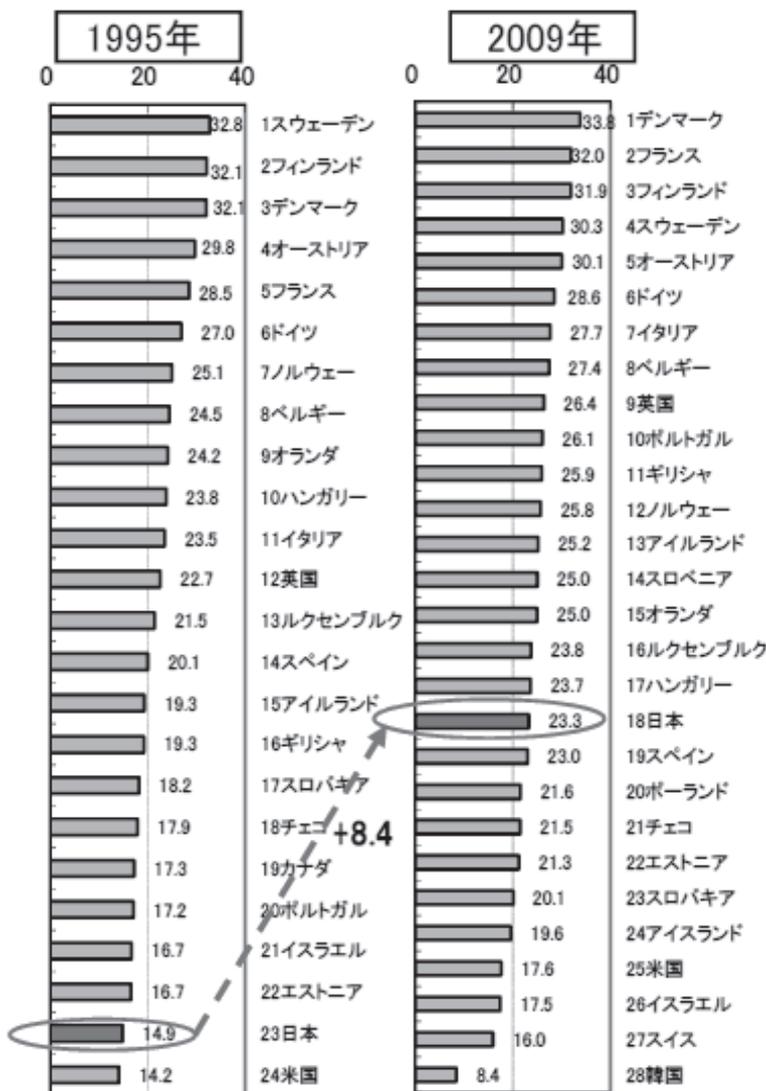


出典：総務省「地方財政白書」平成 14 年版から平成 24 年版までの各年の国・地方の目的別歳出の状況より研究員作成

③社会保障支出の国際比較

このように財政的に厳しい状況にある社会保障支出の国内総生産（GDP）に対する割合を、OECD加盟国と比較したものが図表11である。社会保障支出は高齢化が進むことで年金や医療給付が増えることに伴って増加するが、日本は高齢化のスピードが速いことから、社会保障支出の伸びが顕著となっており、2009年においてはOECDの28カ国の中では中程度の水準にまで上昇している。

図表11 政府の社会保障支出（対GDP比）



出典：財務省「日本の財政関係資料」2012年9月

日本の政府の社会保障支出のGDP比は1995年から8.4ポイント上昇している。しかし、国民負担率のGDP比は下がっていて、社会保障支出の伸びよりもその財源となる社会保険料収入と税収入の伸びが下回っていることに注意が必要である。

デンマークは33.8%で最上位となっている。オランダは25.0%となっており、日本よりもやや上位に位置している。

日本
1995年→2009年
14.9%→23.3%

デンマーク
1995年→2009年
32.1%→33.8%

オランダ
1995年→2009年
24.2%→25.0%

3 市町村が担う福祉サービス

(1) 地域福祉を担う市町村のあるべき姿

市町村は、住民にいちばん身近な基礎自治体としてさまざまな福祉サービスを担っている。かつては介護や保育といった身のまわりの「世話」は家族や隣近所の人によって維持されていることが多かった。しかし時代は進み、社会や経済の構造や価値観が変化する中で働き方をはじめ家族形態や地域の変化が進み、家族だけで身のまわりの「世話」をすることは難しくなってきた。そこで、家族に代わって最も身近に対人サービスを提供する市町村とソーシャルキャピタルの役割がより重要であるとの認識が強まっている。

ここで大切なことは、住民の身のまわりの生活を支えるサービスは、その地域の実情に応じて実施される必要があり、それができるのは、全国一律の制度で画一的に管理統括する国ではなく、創意工夫をもってきめ細かく対応できる市町村であるということである。そのためにも国から市町村に権限と財源が移譲されなければならないのであり、市町村ごとに異なる住民の望む福祉サービスが、その地域の住民の負担と意思決定により実施されていくことが、地域福祉を担う市町村のあるべき姿である。

(2) 福祉サービスの視点の変化～施設から在宅さらには地域へ～

高齢であっても障害があっても、どんな人でも住みなれた地域で、あるいはわが家で、いつまでも安心できる生活を続けたい。地域福祉の取り組みは、このようなノーマライゼーションの理念をベースとして、市町村をはじめとして地域住民、社会福祉関係者がお互いに協力し合いながら進められている。

地域福祉へつながる考え方は、1989年3月に当時の厚生省の中央社会福祉審議会、身体障害者福祉審議会および中央児童福祉審議会の合同企画分科会が厚生大臣に提出した意見具申「今後の社会福祉のあり方について」（図表12を参照）において、人生80年時代にふさわしい長寿社会の実現、障害のある人も家庭や地域で通常の生活ができるようにするというノーマライゼーション理念の浸透が掲げられたことで広まるようになった。この意見具申は、それまでの施設に置かれていた福祉サービスの軸足を、在宅サービスに置き換える基点となった。

図表 12 意見具申「今後の社会福祉のあり方」における「社会福祉の新たな展開を図るための基本的考え方」のポイント

- 1 住民に最も密着した基礎自治体である市町村の役割重視
- 2 ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなどの在宅福祉施策の拡大と充実。
社会福祉協議会の機能の一層の発揮
- 3 有料老人ホームなど民間福祉サービスの健全育成と利用者保護
- 4 地域社会における総合的な福祉、保健、医療の連携強化、体系確立
- 5 高度な専門的知識・技術を備えた福祉専門職から一般のボランティアまで福祉の担い手の養成と確保
- 6 サービスの総合化・効率化推進のための福祉情報提供体制の整備

出典：厚生省福祉関係三審議会合同企画分科会「今後の社会福祉のあり方について（意見具申）－健やかな長寿・福祉社会を実現するための提言－」平成元年 3 月 30 日より抜粋要約

1990 年のいわゆる福祉関係 8 法（図表 13 を参照）改正では、在宅福祉サービスとしてのホームヘルプ、デイサービス、ショートステイといった居宅介護事業の位置付け、施設入所措置権の市町村への委譲が行われた。1993 年施行の改正老人福祉法では市町村、都道府県レベルでの老人保健福祉計画の策定が義務付けられたほか、老人介護の専門職育成について民間事業所の参入を容易にするための資格制度が導入された。1987 年には「社会福祉および介護福祉士法」が、1997 年には「精神保健福祉士法」がそれぞれ成立し、介護などの福祉サービスの担い手についての規定が整備された。そして 1997 年には、増大多様化する高齢者介護施策の大成として「介護保険法」が成立し、市町村が主体となって 2000 年から制度の運用が始まった。

このようにして意見具申の考え方は次々と具現化されていき、施設中心であった福祉サービスは在宅サービス中心に変化してきたが、地域福祉についての取り組みも進められてきている。地域福祉については、1990 年の社会福祉事業法の改正、1997 年の介護保険法の成立、さらには 2000 年に社会福祉事業法の全面見直しで改称された社会福祉法が重要な転換点となっており、日本の社会福祉制度を考える上では不可欠なものとなっている。市町村には地域の実情に応じて提供する創意工夫された福祉サービスについての計画を、地域住民とともに策定し推進していくことが求められている。

図表 13 いわゆる福祉関係 8 法

老人福祉法、身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法、母子及び寡婦福祉法、 社会福祉事業法、老人保健法、社会福祉・医療事業団法

(3) 高齢者の福祉サービス

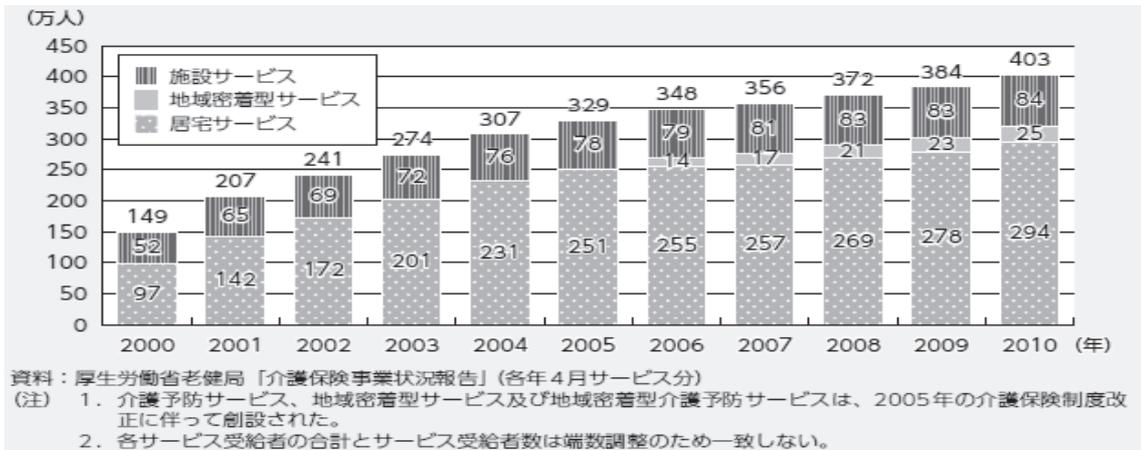
高齢化率が 10% を越えた 1980 年代後半、高齢者福祉に対する需要は、高齢者人口の増加とともに、いわゆる寝たきりといった介護が必要な高齢者の問題が一般化、普遍化していたことを背景に急速に高まり、福祉サービスの充実や介護を必要とする高齢者を抱える家族に対する支援策としての在宅サービスの強化が大きな課題となっていた。

このことから、1989 年の「高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（ゴールドプラン）」では、介護が必要となった場合の在宅生活、在宅での生活が不可能となった場合の施設入所の体制整備が進められ、短期入所介護（ショートステイ）事業や日帰り介護（デイサービス）事業が法定化されたほか、訪問介護員（ホームヘルパー）の増員が図られた。

1994 年の「新高齢者保健福祉推進 10 ヶ年戦略（新ゴールドプラン）」では、要介護状態になる前の保健予防活動や生きがい対策、地域の実情に応じた配食サービス、移送サービスなどが積極的に推進された。また、介護保険制度の導入を控えた 1999 年には「今後 5 ヶ年の高齢者保健福祉施策の方向（ゴールドプラン 21）」が示され、介護サービス基盤の整備のほか、介護予防や生活支援など、できる限り多くの高齢者が、健康で生きがいをもって社会参加できる社会をつくっていくことが目指された。

そして、介護保険法が 1997 年に成立、2000 年 4 月に施行され、社会全体で高齢者介護を支える仕組みとして介護保険制度が市町村を保険者・実施主体として始まった。制度開始後、介護サービスの利用者は在宅サービスを中心に着実に増加しており、2010 年には約 403 万人となり、サービス受給者数は 10 年で約 254 万人増えている（図表 14 を参照）。

図表 14 介護サービス受給者数の推移



出典：平成 23 年版厚生労働白書

2005 年の介護保険法改正では、食費の原則自己負担などの施設給付の見直し、予防型システムへの対応としての予防給付、住み慣れた地域での生活を支えるために地域密着型サービス、地域包括支援センターが創設され、地域包括ケア、認知症ケアが法的に確立された。介護保険制度の下、在宅サービスについては、住み慣れた地域での生活に視点をおいたケアシステムが構築されてきたものの、医療ニーズの高い人や要介護度の重い高齢者など、自宅での生活が困難あるいは介護する家族の負担が過重といった介護リスクを完全には解消するまでにはいかなかった。また、夜間・深夜・早朝帯の対応不足や医療・看護サービスと介護サービスの連携不足などの課題もあった。

2011 年の介護保険法改正では、在宅生活を支えるために医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが一体的に提供される地域包括ケアシステムが確立されることとなった（図表 15 を参照）。

図表 15 地域包括ケアシステムのイメージ



【地域包括ケアの5つの視点による取組み】

地域包括ケアを実現するためには、次の5つの視点での取組みが包括的(利用者のニーズに応じた①～⑤の適切な組み合わせによるサービス提供)、継続的(入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供)に行われることが必須。

①医療との連携強化

- ・24時間対応の在宅医療、訪問看護やリハビリテーションの充実強化
- ・介護職員によるたんの吸引などの医療行為の実施

②介護サービスの充実強化

- ・特養などの介護拠点の緊急整備(平成21年度補正予算:3年間で16万人分確保)
- ・24時間対応の定期巡回・随時対応サービスの創設など在宅サービスの強化

③予防の推進

- ・できる限り要介護状態としないための予防の取組や自立支援型の介護の推進

④見守り、配食、買い物など、多様な生活支援サービスの確保や権利擁護など

- ・一人暮らし、高齢夫婦のみ世帯の増加、認知症の増加を踏まえ、様々な生活支援(見守り、配食などの生活支援や財産管理などの権利擁護サービス)サービスを推進

⑤高齢期になっても住み続けることのできる高齢者住まいの整備(国交省と連携)

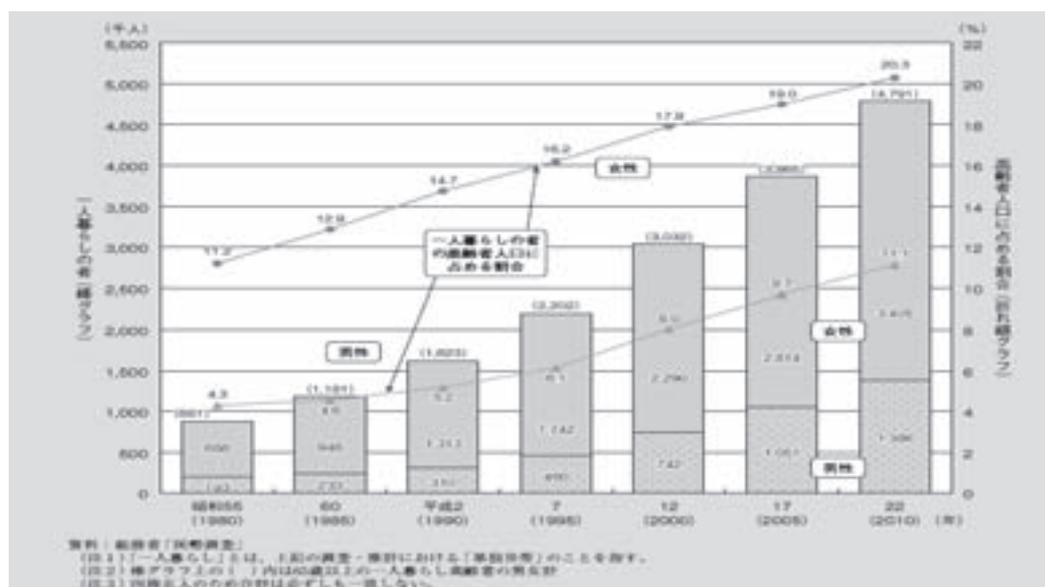
- ・一定の基準を満たした有料老人ホームと高専賃を、サービス付高齢者住宅として高齢者住まい法に位置づけ

出典：厚生労働省医政局指導課在宅医療推進室「在宅医療・介護あんしん2012」

これまで高齢者の地域での生活を支える在宅福祉サービスの変遷を追ってきたが、高齢者の地域での生活の場である住まいにも焦点をあてておきたい。

内閣府の平成24年版高齢社会白書によると、65歳以上のひとり暮らし高齢者の増加は男女ともに顕著であり、1980年には男性約19万人、女性約69万人、高齢者人口に占める割合は男性4.3%、女性11.2%であったが、2010年には男性約139万人、女性約341万人、高齢者人口に占める割合は男性11.1%、女性20.3%となっている(図表16を参照)。また、高齢者人口は、2010年から2020年までの10年間で約2,900万人から約3,600万人に、また高齢者の単身・夫婦世帯は約1,000万世帯から1,245万世帯に増加すると推計されている。

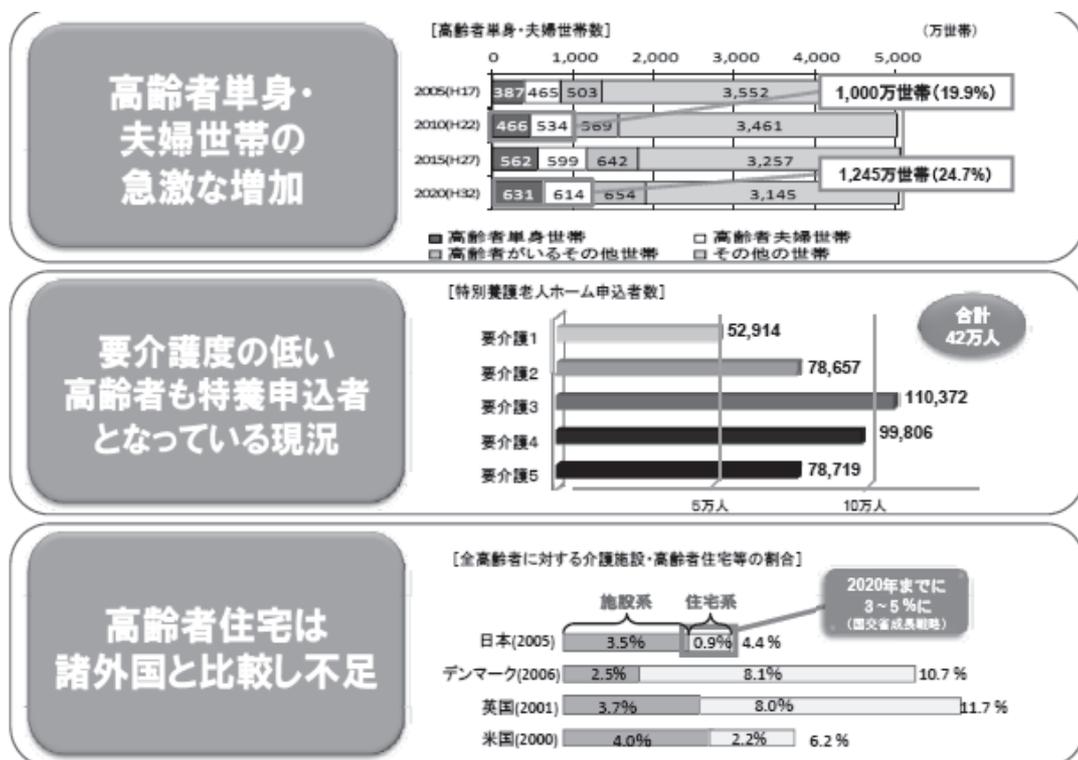
図表16 ひとり暮らし高齢者の推移



出典：平成24年版高齢社会白書

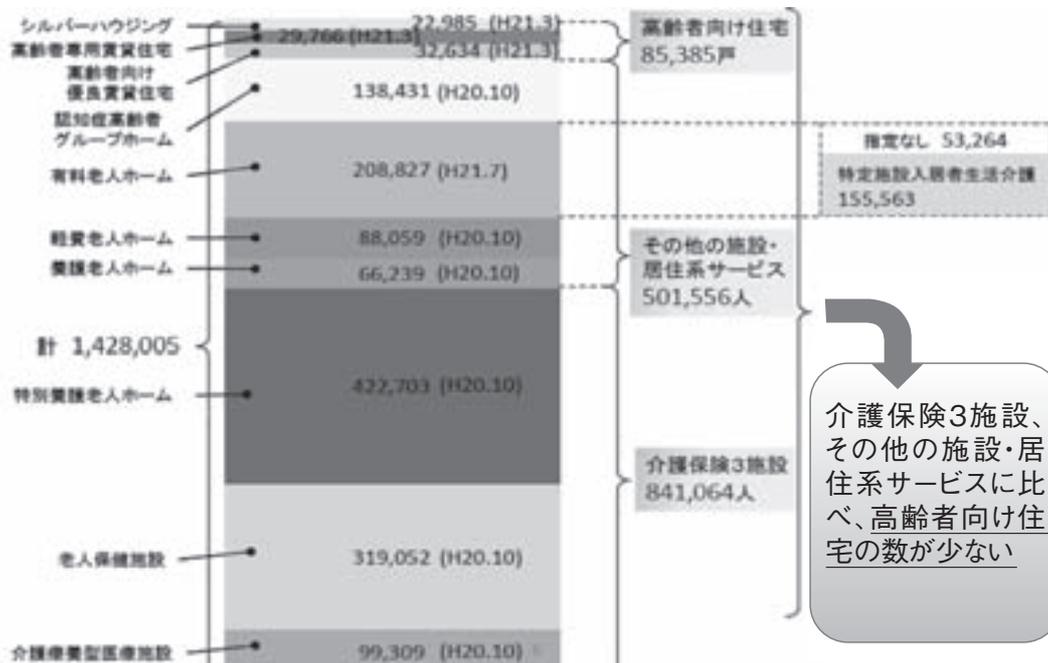
このように単身の高齢者が非常に増えている中で、介護、医療サービスをはじめとするさまざまな生活支援が必要な状態になったとしても、安心して地域で住み続けるための高齢者向けの住まいの整備は遅れているといえる。例えば、施設介護サービスの特別養護老人ホームへの入居申込者数のうち、約3分の1は比較的軽度な介護状態にある者からの申込が多い状況にあるなど、介護の不安から要介護度が軽度であっても施設入所を希望する高齢者が少なくないことが窺える。また、高齢者の住まいについて諸外国と比較してみると、いわゆる介護保険3施設といわれる特別養護老人ホーム、老人保健施設、介護療養型医療施設と認知症高齢者グループホームの整備状況は同程度となっている一方で、介護・医療と連携して高齢者を支援するサービス付の住宅の供給は諸外国に比べて立ち後れている（図表17を参照）。また、シルバーハウジングなど的高齢者向け住宅の数は、介護保険3施設、居住系施設サービスである認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム、軽費老人ホームおよび養護老人ホームの合計数よりも少ない状態となっている（図表18を参照）。

図表17 高齢者の住まいをとりまく状況



出典：国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅整備事業について」

図表 18 高齢者向けの住宅と施設の現状



出典：厚生労働省H22.7.30第28回社会保障審議会介護保険部会資料

高齢者の地域での生活を住宅面から支えるために、国土交通省の成長戦略の中では「今後10年間に60万戸の高齢者住宅を供給する」との目標が掲げられており、2020年を目途に高齢者人口に対する高齢者住宅の割合を3%から5%にすることとされている。2011年には、高齢者の住まいの確保策としてサービス付き高齢者向け住宅の制度が法律上に位置付けられ、医療、介護などが一体となった高齢者住宅の整備が進められており、従来の介護保険3施設などと比べて、このサービス付き高齢者向け住宅が今後どのような伸びを示すのか注目されるところである（図表19を参照）。

図表 19 サービス付き高齢者向け住宅の概要

入居者	①単身高齢者世帯 ②高齢者十同居者（配偶者/60歳以上の親族/要介護・要支援認定を受けている親族/特別な理由により同居させる必要があると知事が認める者）
規模・設備等	○各居住部分の床面積は、原則25㎡以上。 （ただし、玄関、食堂、台所その他の住宅の部分が高齢者が共同して利用するため十分な面積を有する場合は18㎡以上。） ○各居住部分に、台所、水洗便所、収納設備、洗面設備、浴室を備えたものであること。 （ただし、共用部分に共同して利用するため適切な台所、収納設備または浴室を備えることにより、各戸に備える場合と同等以上の居住環境が確保される場合は、各戸に台所、収納設備または浴室を備えずとも可。） ○バリアフリー構造であること。（段差のない床、手すりの設置、廊下幅の確保等）
サービス	○少なくとも状況把握（安否確認）サービス、生活相談サービスを提供 ・社会福祉法人、医療法人、指定居宅サービス事業所等の職員または医師、看護師、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員、ヘルパー2級以上の資格を有する者が少なくとも日中常駐し、サービスを提供する。 ・常駐しない時間帯は、緊急通報システムにより対応。

出典：国土交通省「サービス付き高齢者向け住宅整備事業について」

これまで述べてきたように 1980 年代に社会問題化した寝たきり高齢者問題を象徴とする高齢者の介護施策の中心は身体のケアであった。一方で認知症の高齢者に対する支援については、その取り組みの遅れが指摘されていた。

1980 年代には、介護する人手を増やした専門施設や専門のデイケアが制度化され、1990 年代になるとゴールドプランにより計画的に介護サービスが整備され、認知症高齢者のデイサービスセンターなどが新設された。

2000 年運用開始の介護保険制度では、認知症高齢者グループホームが保険給付サービスの一つとして位置付けられたほか、認知症高齢者の尊厳の保持のための最たる施策として成年後見制度が創設されるに至った。

しかし、特別養護老人ホームなどの介護保険施設においては依然として身体介護の入所が中心となっていたことから、精神科病院に入院する認知症高齢者の数が 2011 年は 5 万 3,400 人と過去最多に上ったと報道されている(図表 20 を参照)。

図表 20 認知症の精神科入院最多の記事の要約

精神科病院に入院する認知症の人が、昨年は 5 万 3,400 人と過去最多に上った。厚生労働省が 3 年ごとに実施する患者調査によると、精神科病院に入院する認知症の人の数は、1996 年に 2 万 8,100 人だったが、高齢化の進展で 2005 年に 5 万 2,100 人へ増加。2008 年は、ほぼ横ばいで 5 万 1,500 人だった。今回の調査は、東日本大震災の影響で宮城県の 3 市 2 町と福島県を除く集計だが、それでも過去最多を更新した。

出典：読売新聞 2012 年 11 月 28 日朝刊記事を研究員が要約

厚生労働省が 2012 年 6 月にまとめた「今後の認知症施策の方向性について」では、認知症の早期診断・早期対応の遅れや行動や心理症状への不適切な対応、要介護度が軽度であっても認知症の人は在宅で生活することは難しいという考え方の一般化などにより、不必要な施設入所や精神科病院への入院が増えていると指摘されている。また、認知症の的確な診断と患者への対応を行っている「認知症疾患医療センター」の数が少ないなど認知症に対する包括的な医療・介護サービスの提供体制が不十分であるほか、市町村の認知症にかかわる課題やサービスの把握・分析も遅れていると指摘されている。

これらを踏まえて、これまでの「自宅→グループホーム→施設あるいは一般病院・精神科病院」というような不適切な「ケアの流れ」を変えるため

の7つの視点から具体的な対応方策が示されている（図表21を参照）。

認知症患者への支援策については2012年度からの介護保険事業計画の中で策定することの努力義務が法律上設けられたが、今後の地域での認知症支援施策のさらなる進展が期待される。

図表21 認知症ケアに関する7つの視点と主な内容

1	標準的な認知症ケアパスの作成・普及 認知症の状態に応じた適切なサービスの提供
2	早期診断・早期対応 「認知症初期集中支援チーム」の設置、早期診断等を担う「身近型認知症疾患医療センター」の整備
3	地域での生活を支える医療サービスの構築 一般病院での認知症対応力の向上、精神科病院に入院が必要な状態像の明確化、精神科病院からの円滑な退院・在宅復帰の支援
4	地域での生活を支える介護サービスの構築 認知症にふさわしい介護サービスの整備、地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用推進、介護保険施設等での認知症対応力の向上
5	地域での日常生活・家族の支援の強化 認知症に関する介護予防の推進、「認知症地域支援推進員」の設置の推進
6	若年性認知症施策の強化
7	医療・介護サービスを担う人材の育成

出典：厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム厚生労働省 H24.6.18.「今後の認知症施策の方向性について」より抜粋要約

（4）障害者の福祉サービス

障害者福祉サービスについては、行政が障害者に必要なサービスを決定する措置制度を基本として障害者、障害児の家族の負担を軽減する観点から施設入所や入院を中心に進められていた。

1981年に国際連合が「国際障害者年」として障害者が家庭においてまたはそれに近い状態で生活することが望ましいとの理念を提唱したことを背景に障害者の在宅サービスに対する需要が高まり、1982年には「障害者対策に関する長期計画」が、1993年には「障害者に対する新長期計画」が策定され、ノーマライゼーションの理念のもと障害者が一般市民と同様に社会の一員として毎日の生活を営むことができるように、重度障害者の療護施設やリハビリテーション施設、授産施設などの施設整備とともに在宅サービス体制の整備が進められた。

このようにして障害者福祉は、従来の施設施策中心の取り組みから、在宅福祉施策についても重視した取り組みへと移り変わっていった。さらに 1995 年の障害者プラン、2002 年の新障害者プランで国は保健福祉サービスだけではなく、住宅、教育、雇用などさまざまな観点から障害者の自立した地域生活を支える施策の推進を示している。

2003 年からは、利用者自身によるサービス選択の尊重などを目的として、それまでの行政がサービスを決定する措置制度が改められ、利用者とサービス提供者との直接契約によりサービスが提供される支援費制度が導入された。しかし、地域における自立・共生に一定の進展がみられたものの、ホームヘルプサービスについて未実施市町村があるなど地域によるばらつきがあったほか、精神障害者に対する福祉サービスは支援費制度の対象になっていないなどの課題が存在していた。

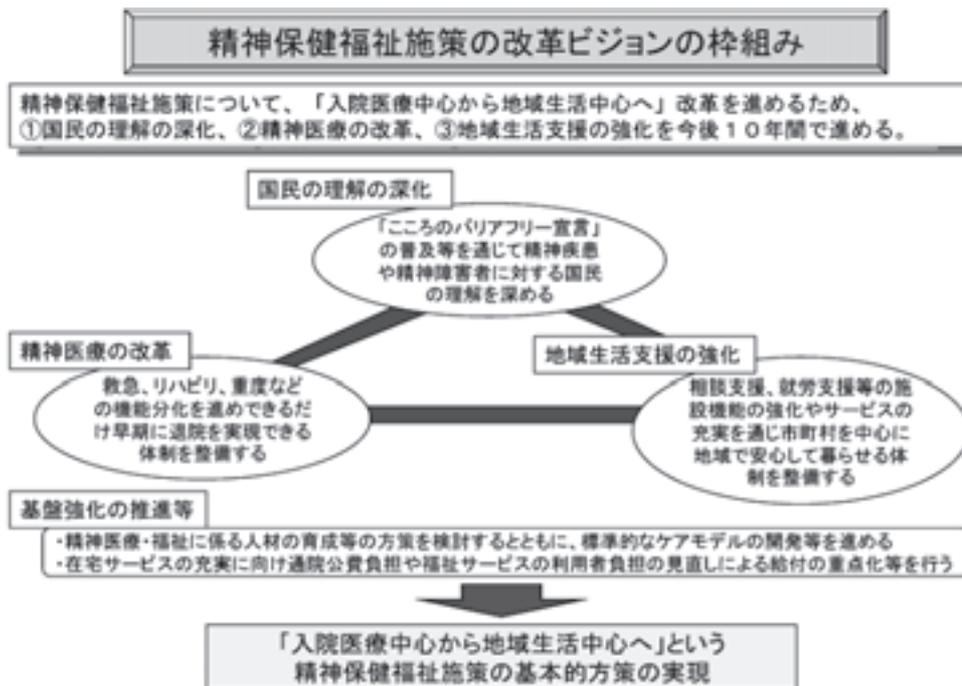
これを踏まえて 2005 年に障害者自立支援法が制定され、身体・知的・精神といった、障害の枠にとらわれない福祉サービスを受けられる仕組みがつけられた。また、入所施設や病院から、生活の場を住み慣れた自宅や地域のグループホームなどへ移行することや、就労が促進されることとなった。市町村においては障害者自立支援法に基づいて障害福祉計画を策定し、地域生活や一般就労への移行を目指すとともに、自立支援給付や地域生活支援事業など、障害のある人、一人ひとりが地域の一員として安心して自分らしく自立した生活を送ることのできる地域社会の実現を推進している。

精神障害者については、かつて精神衛生法の下、入院処遇を中心として対策が講じられたことや、地域での受け皿が整備されていなかったことなどから、精神科病床への入院が長期化している患者は少なくなかった。地域生活への移行については、2004 年に厚生労働省精神保健福祉対策本部が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」を提示し、「国民意識の変革」、「精神医療体系の再編」、「地域生活支援体系の再編」、「精神保健医療福祉施策の基盤強化」という柱が掲げられ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という方策を推し進めている（図表 22 を参照）。

この改革ビジョンに従って、2008 年度からは「精神障害者地域移行支援特別対策事業」により統合失調症をはじめとする入院患者の減少および地域生活への移行に向けた支援など、受け入れ条件を整えば退院可能な精神障害者の退院支援や

地域生活支援に関する様々な取り組みが進められているが、目指すところは、障害の有無に関係なく、社会の一員としてお互いに労わりあい、支えあい、共に地域で生活することについての理解である。

図表 22 精神保健医療福祉の改革ビジョン

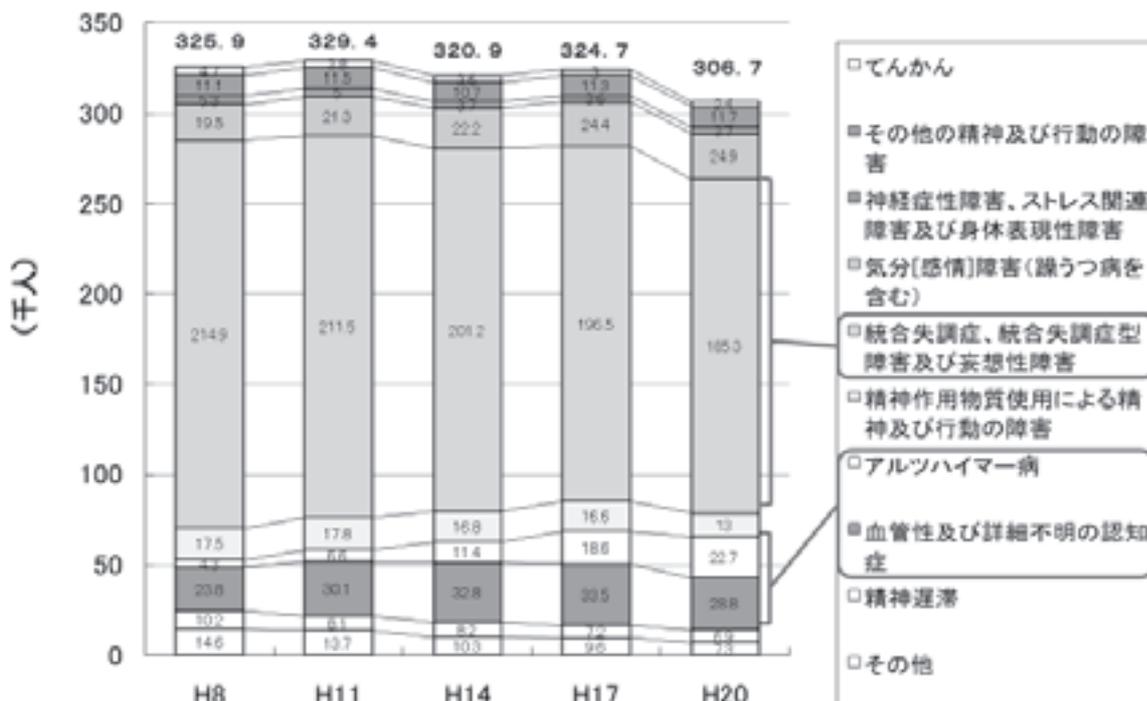


出典：厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」

2011年には精神科医などの保健医療スタッフと、精神保健福祉士などの福祉スタッフとが「多職種チーム」として受療中断者や自らの意思では受診が困難な精神障害者に対してきめ細やかな訪問（アウトリーチ）や相談支援を行う取り組みが進められている。

厚生労働省の患者調査によると、2008年に30万6千人であった精神病床入院患者数は2011年には29万3千人にまで減少している。精神病床入院患者のうち、最も多いのは統合失調症患者であり、その次に多いのがアルツハイマー病などの認知症患者となっている。統合失調症患者については減少しているが、認知症患者は高齢化の進行により増加を続けている（図表 23 を参照）。

図表 23 精神病床入院患者の疾病別内訳



出典：厚生労働省「精神病床における認知症入院者の状況について」

4 税負担の状況

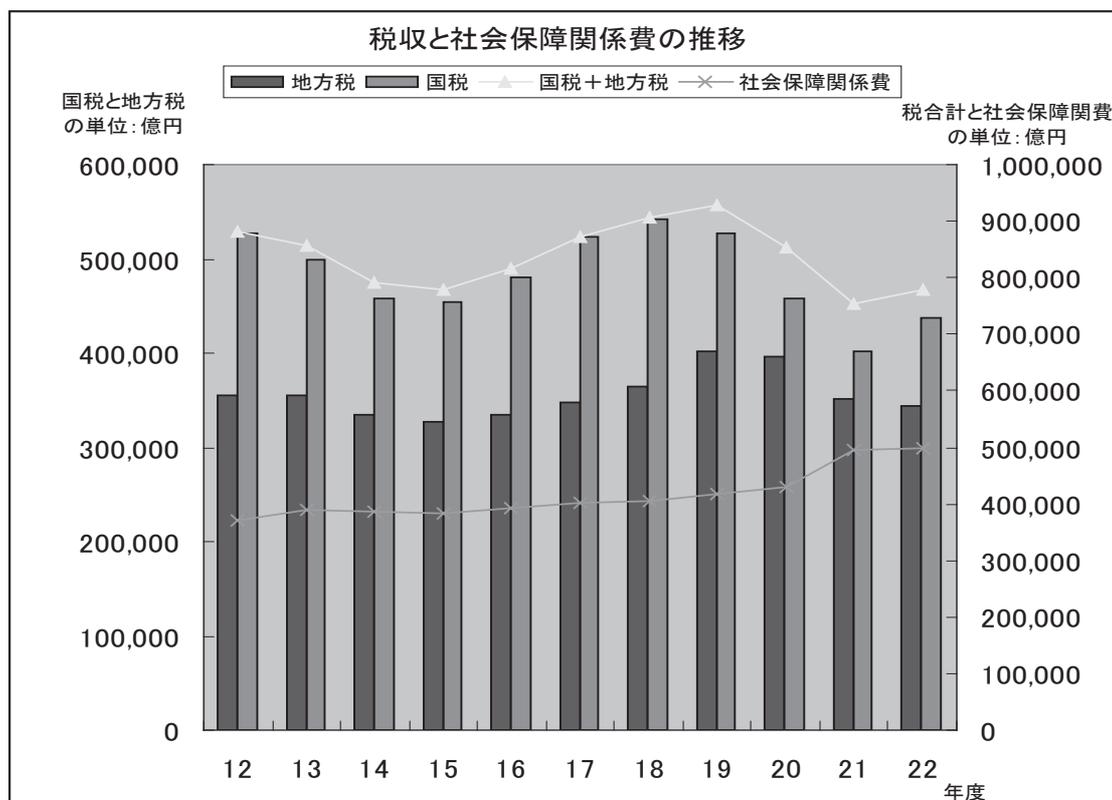
(1) 税収

2010年度に国税と地方税を合わせ租税として徴収された額は78兆237億円で、このうち地方税の決算額は34兆3,163億円となっている。

最近10年間の税収についてはリーマンショック直前の2007年度にピークの92兆9,226億円となったが、特に地方税については2008年度以降、減少の一途をたどり、2010年度の地方税収の規模は2005年度と同程度となっている。

図表24は税収の推移に前述した社会保障関係費の推移を重ねてみたものである。社会保障関係費が高齢化の進展とともに着実に増加している一方で、税収は減少傾向となっており、社会保障給付費の水準を維持しようとするためにはそれ以外への支出を削減するか、公債で財源をまかなうか、あるいは受益と負担の観点から増税により財源を確保しなければならない現状が示されている。

図表 24 税収と社会保障関係費の推移

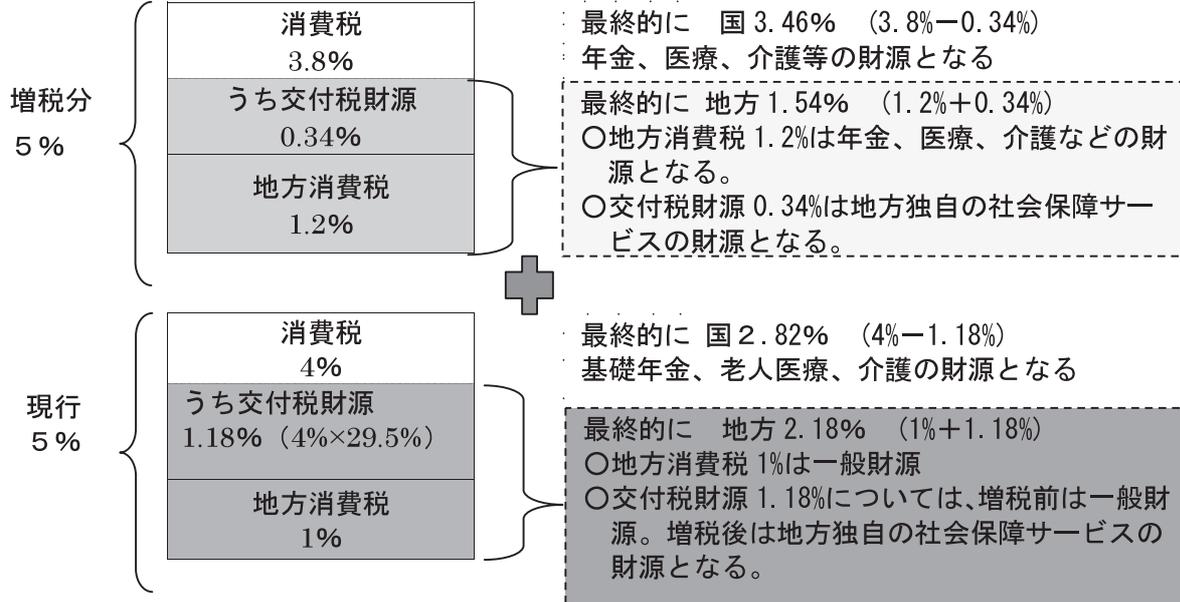


出典：総務省「地方財政白書」平成 14 年版から平成 24 年版までの各年の国・地方の目的別歳出の状況より研究員作成

(2) 社会保障と税の一体改革による消費税の増税

2012 年 8 月に「社会保障の安定財源の確保等を図る税制の抜本的な改革を行うための消費税法等の一部を改正する等の法律」が可決成立し、社会保障の財源を確保するために消費税の税率を 2014 年 4 月に 5% から 8% に、2015 年 10 月には 8% から 10% に段階的に引き上げ、高齢化の進展に伴う年金・医療・介護などの社会保障給付費の財源を安定的に確保することとなった。消費税の税率について正確に表現すれば、国の消費税 4% と地方消費税 1% で構成される現在の消費税 5% は、国の消費税 6.3% と地方消費税 1.7% の 8% となった後に、国の消費税 7.8% と地方消費税 2.2% の 10% になる。社会保障と税の一体改革では、法による規制はないものの現行の 5% のうちの地方が収入する地方消費税分 1% 分以外は社会保障に関する経費の財源とすることとされている（図表 25 を参照）。

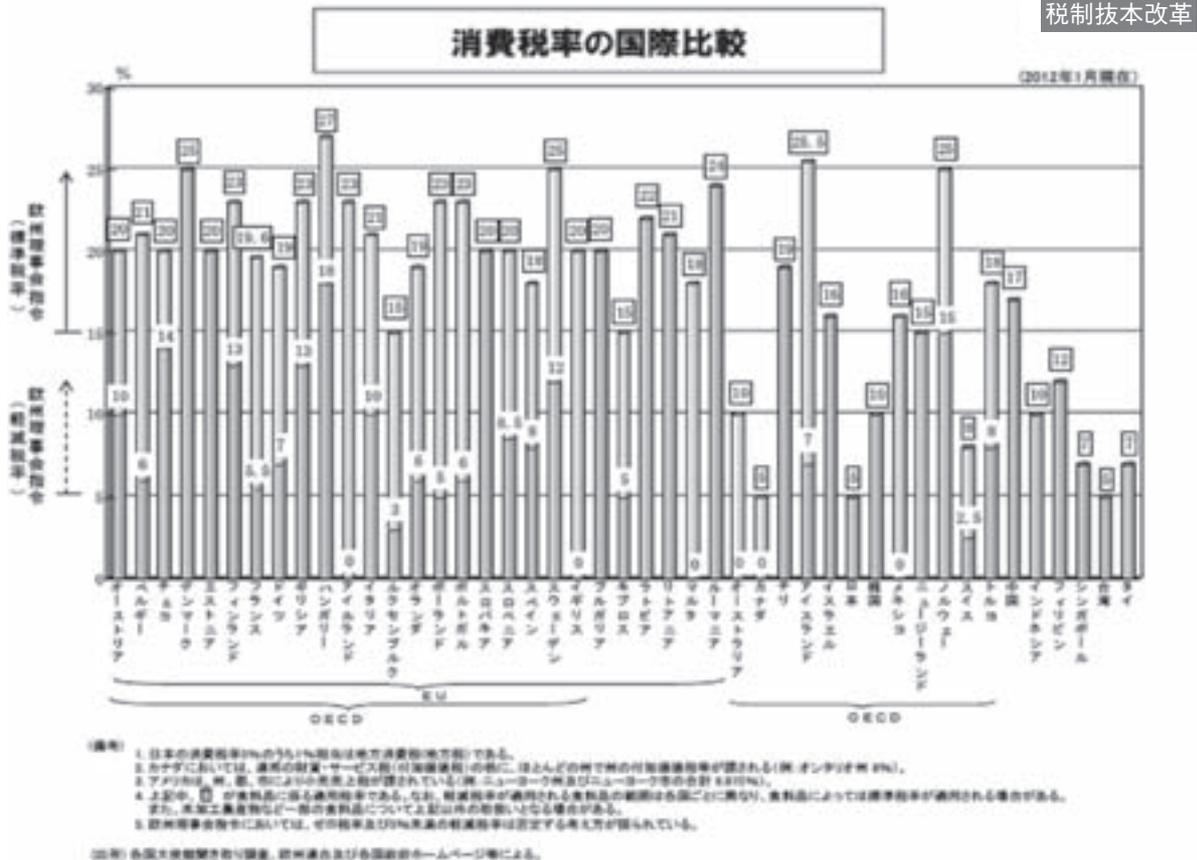
図表 25 消費税増税後の税率および用途



出典：総務省税制改正資料から研究員作成

(3) 諸外国の消費税（付加価値税）

図表 26 消費税率の国際比較



出典：財務省「社会保障と税の一体改革説明会参考資料 2012年4月26日」

諸外国は日本よりも高率の消費税（付加価値税）が課税されている。特に北欧諸国が高率となっている（図表 26, 27 を参照）。

図表 26 中に列挙されている国々で、日本の税率 5%は最低の税率となっている。本調査研究の調査対象国としたオランダの税率については、図表中は 19%となっているが、2012 年 10 月から 21%に引き上げられている。ただし、食料品などには軽減税率 6%が適用されている。また、デンマークについては、軽減税率がなく一律 25%となっており、軽減税率のない国では一番高い税率となっている。

図表 27 研究員が現地で購入をしたときのレシートから分かる付加価値税

(a) デンマークの例



- * このレシートは税込み表記
- * デンマークの付加価値税 25%
- * 商品 11.6 クローネ (14.5 - 2.9)
×税率 25%
- =付加価値税(MONS)2.9 クローネ
- * 参考
デンマークは軽減税率なし
- * 1 デンマーククローネ 15 円として換算
商品 174 円 × 25% = 43 円
日本の場合 : 174 円 × 5% = 8 円

(b) オランダの例



- * このレシートは税込み表記
- * オランダの付加価値税 21%
- * 商品 13.6 ユーロ (16.45 - 2.85)
×税率 21%
- =付加価値税(BTW)2.85 ユーロ
- * 参考
オランダでは食料品は 6%の軽減税率

(c) オランダ軽減税率の例

Albert Heijn Foodplaza
Nieuwezijds Voorburgwal 226
Tel.: 020-4218344

	EUR	
ROSEMOUNT	8,12	
CRYSTAL CL	0,84	
LINDEMANS	8,12	
SNOEPGRONTE	1,69	
SCOU KLOMP	4,79	
A- CHORIZO	2,09	
E-RM DESSERT	0,52	
A- VORREN	0,60	
A- ROOKKAAS	1,47	
HAND & NAT.	2,53	
LVOR MIX	2,32	
HAND & NAT.	2,53	
SLIZ WANSJJS	1,79	
SUB TOTAAL	37,41	
AKTIE SUPERDIEREN		
3 SUPERDIEREN		
OVER EUR 37,41		
TOTAAL	37,41	
CONTANT	40,00	
TERUG	2,60	
TOTAAL SUPERDIEREN	3	
BTW	OVER	EUR
21,0%	18,10	3,80
6,0%	14,63	0,88
0,0%	0,00	0,00
TOTAAL	32,73	4,68
1001 7 672 83		
18:14 16-10-2012		
4 gratis kaartjes		
bij elke € 10,-		



- * 税込みで 37.41 ユーロの商品うち
- * 21%適用商品の税抜き価格は 18.1 ユーロで
付加価値税は 3.8 ユーロ
- * 6%適用商品の税抜き価格は 14.63 ユーロで
付加価値税は 0.88 ユーロ
- * 左記のリスト上に 0%適用商品はなし
- * 商品の税抜き価格 32.73 ユーロ
+ 付加価値税 4.68 ユーロ
= 合計 37.41 ユーロ

(参考)

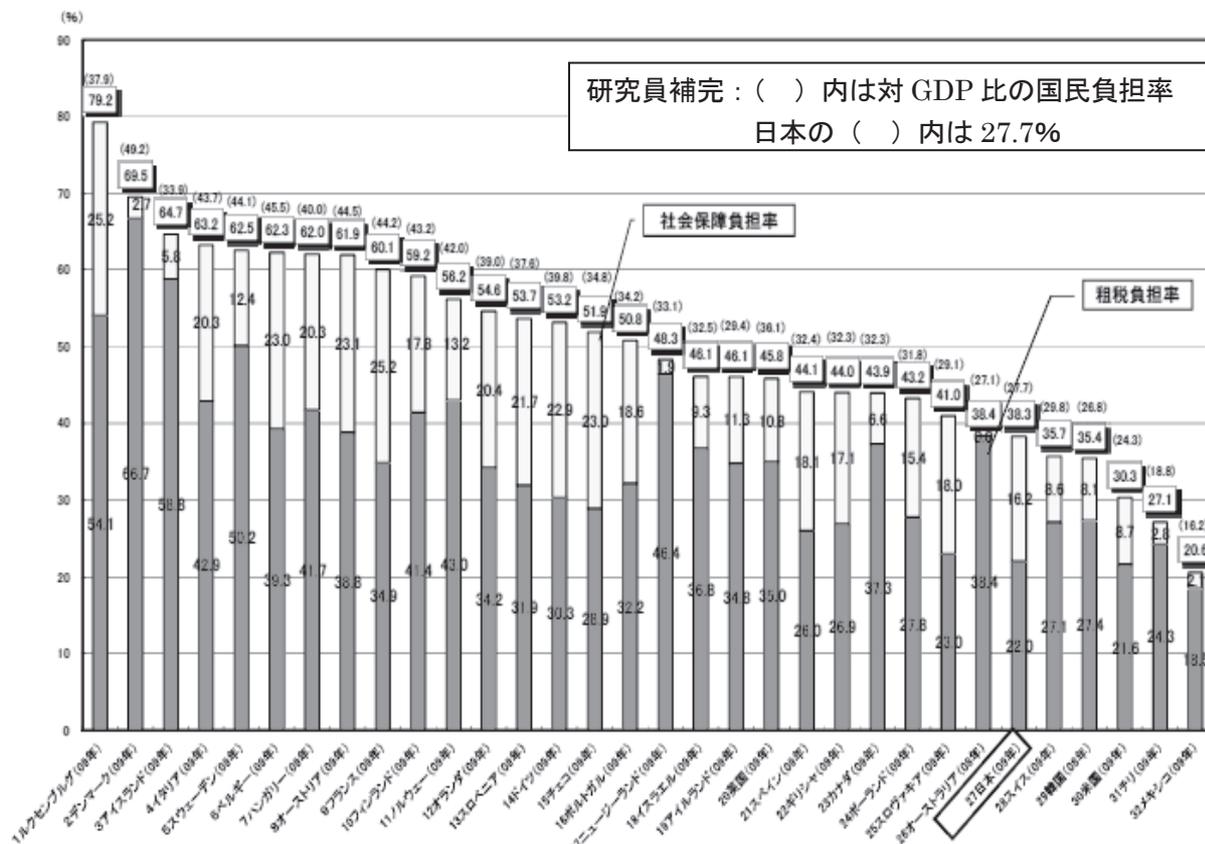
- * 1 ユーロ 100 円として換算
- 商品の税抜き価格 3,273 円
- 付加価値税 468 円
- 日本の場合 : 3,273 円 × 5% = 163 円

(4) 国民負担率

国民負担率は、国民全体の税負担・社会保障負担の水準を見るために用いられる指標で、租税負担と社会保障負担を合わせた総負担額の対 GDP 比のことをいう。総負担額の対国民所得比という場合もあるが、この場合だと分母に間接税が含まれないことから、税収に占める間接税の割合が高い国は相対的に負担率が高く表わされる傾向がある。そのため、ここでは対 GDP 比を用いることとする。

2009年度の国民負担率を OECD 諸国と比較したものが図表 28 である。括弧内の数値が対 GDP 比となっているが、日本の国民負担率は対 GDP 比 27.7%で、OECD 諸国の中では下位に位置している。本調査研究の調査対象国としたオランダは 39%で中位、デンマークは 49.2%と上位に位置している。

図表 28 OECD 諸国の 2009 年の国民負担率

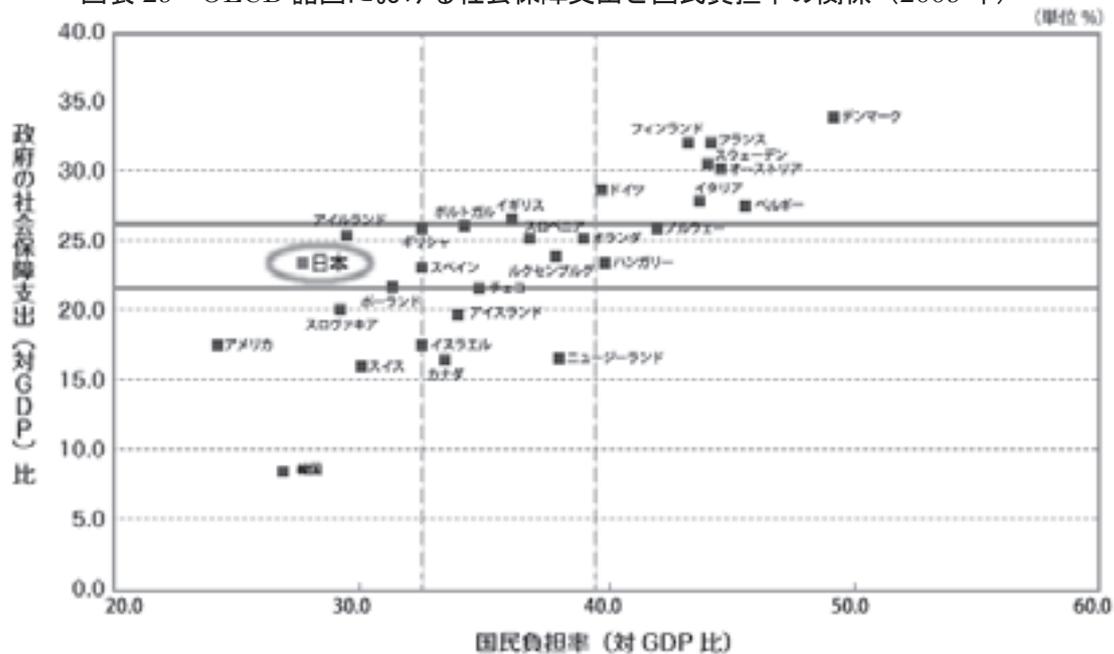


(注1) OECD加盟国34カ国中32カ国の実績値。残る2カ国(トルコ、エストニア)については、計数が足りず、国民負担率が算出不能であるため掲載していない。
(注2) 括弧内の数字は、対国内総生産比の国民負担率。
(出典) 日本：内閣府「国民経済計算」等 諸外国：National Accounts 2011(OECD) Revenue Statistics(OECD)

出典：財務省「財政関係基礎データ（平成 24 年 4 月）国民負担率の国際比較（OECD 加盟 32 カ国）」

前述した政府の社会保障支出の対 GDP 比（図表 11 を参照）と国民負担率の対 GDP 比を合わせて表したものが図表 29 である。日本の社会保障支出の対 GDP 比は 23.3%で、国民負担率の対 GDP 比は 27.7%となっている。全体で比較してみると支出は中レベル、負担は低レベルのいわゆる「中福祉低負担」となっていることが分かる。デンマークは支出も負担も高レベルで、まさに「高福祉高負担」の国であること、オランダは支出も負担も中レベルで「中福祉中負担」の国であることが確認できる。

図表 29 OECD 諸国における社会保障支出と国民負担率の関係（2009 年）



出典：政府広報オンライン「社会保障支出と国民負担率のバランス」

以上がこれまでの日本の社会保障に関する歩みである。1973 年の福祉元年が悲劇的に崩れ、増税なき財政再建の合言葉の下に小さな政府が続くことになる。その結果、社会や経済のありようもすっかり変わり、あたかも人々は幸せの分かち合いを忘れてしまったかのようなのである。「福祉」の「福」も「祉」も「幸せ」という意味がある。その幸せの分かち合いを忘れてはならない。困っている人の悲しみを分かち合えば、困っている人に幸せが訪れ、悲しみを一緒に分かち合った人は、自己が他人にとって必要不可欠な存在となったことに生きがいを感じることで幸せが訪れる。今後、分かち合うことができる社会が実現されることを期待して止まない。

5 訪問国の概要

(1) オランダ

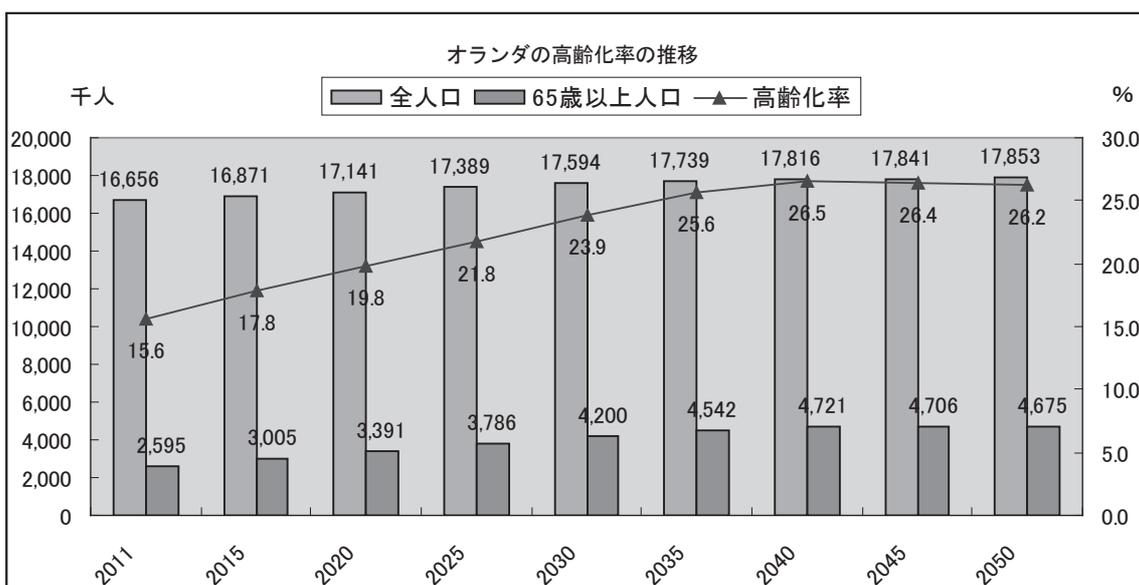
国名	オランダ王国 Kingdom of the Netherlands
面積	約 4 万 1,864 平方キロメートル
人口	1,673 万 348 人 うち 65 歳以上 271 万 6,000 人 高齢化率 16.2% (2012.1.1 現在 2012 年オランダ統計局)
首都	アムステルダム
言語	オランダ語
通貨	ユーロ

オランダ国旗&地図



出典：地図については EU ホームページより一部抜粋。

http://europa.eu/abc/maps/members/neth_en.htm



出典：オランダ統計局「Key figures of the population forecasts 2012-2060」より研究員作成

経済・財政状況	2009年	2010年	2011年
実質 GDP 成長率 (%)	▲3.7	1.6	1.0
(参考：日本)	(▲5.5)	(4.5)	(▲0.8)
一人あたり名目 GDP (ドル)	48,300	47,017	50,216
(参考：日本)	(39,321)	(42,863)	(45,870)
失業率 (%)	2.6	3.0	2.7
(参考：日本)	(5.1)	(5.1)	(4.6)
経常収支 (100 万ドル)	41,219	59,798	81,516
(参考：日本)	(146,395)	(204,118)	(119,211)
貿易収支 (100 万ドル)	47,776	56,103	65,132
(参考：日本)	(43,178)	(90,762)	(-20,410)
財政収支対 GDP 比 (%)	▲5.5	▲5.0	▲4.6
(参考：日本)	(▲7.6)	(▲7.5)	(▲8.7)
税制	<p>○国の所得税は、老齢年金、遺族年金、特別医療保険の社会保険料率を含めて 65 歳未満は 33.1%~52%、65 歳以上は 15.2%~52% (特別医療保険分は AWBZ の財源となる)</p> <p>○地方税に住民税に相当するものはない。オランダには所得を課税標準とした地方税は存在しない。</p> <p>○地方税の主なものは、州政府の自動車税、基礎自治体の固定資産税、水管理組合の水利税がある。</p> <p>○付加価値税は 21%、ただし食料品などは 6%</p> <p>○国民負担率 (租税と社会保険料の合算の GDP 比) 39.0%</p> <p>(参考：日本の国民負担率は 27.7%)</p>		

地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> ・2012年1月1日現在、オランダには12の州と415の地方自治体が設置されている。 ・州知事および地方自治体の長は国王の勅命によって任命される。(選挙ではない) ・州および地方自治体は自治権に基づく事務のほか、国から委任された多くの事務を執行している。 										
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="416 551 687 696">州の業務</td> <td data-bbox="687 551 1361 696">道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 696 687 1133">基礎自治体の業務</td> <td data-bbox="687 696 1361 1133">市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など</td> </tr> </table>	州の業務	道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など	基礎自治体の業務	市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など						
州の業務	道路、公共交通、土地開発、住宅政策（広域計画）、治水委員会の管理、青少年のケア、環境保護など										
基礎自治体の業務	市街地計画、住宅政策、港、電気、水道、ガス、農林漁業（州と共管）、商業（国・州と共管）、観光（州と共管）、就学前教育、初等中等教育、職業技術訓練、高等教育（国と共管）、成人教育、博物館・図書館（国と共管）、病院、ケアホーム（国・州と共管）、家族福祉サービス、福祉施設、社会保障（国と共管）、廃棄物収集（州と共管）、警察（国と共管）、消防（国と共管）など										
<p>出典：日本都市センター「各国の地方政府の役割分担」から抜粋要約</p>											
<ul style="list-style-type: none"> ・州および基礎自治体の税収は少なく、国からの移転財源（特定交付金、一般交付金）に依存しており、財政的にも中央依存体制となっている。 											
(単位：ミリオンユーロ)											
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="416 1379 639 1447">2012年</th> <th data-bbox="639 1379 999 1447">歳出合計</th> <th data-bbox="999 1379 1361 1447">税収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="416 1447 639 1503">州</td> <td data-bbox="639 1447 999 1503" style="text-align: center;">9,051</td> <td data-bbox="999 1447 1361 1503" style="text-align: center;">1,486</td> </tr> <tr> <td data-bbox="416 1503 639 1570">基礎自治体</td> <td data-bbox="639 1503 999 1570" style="text-align: center;">52,268</td> <td data-bbox="999 1503 1361 1570" style="text-align: center;">8,305</td> </tr> </tbody> </table>			2012年	歳出合計	税収	州	9,051	1,486	基礎自治体	52,268	8,305
2012年	歳出合計	税収									
州	9,051	1,486									
基礎自治体	52,268	8,305									
<p>出典：オランダ統計局「Statistical Yearbook 2012」より研究員作成</p>											
<p>*特定交付金：警察、教育、福祉など全国で統一されなければならない行政事務を対象として交付される。</p>											
<p>*一般交付金：人口や面積などの要素により算定され、地方自治体間の財政力の差を均等化することを目的に交付される。</p>											
<p>*参考：(財)自治体国際化協会「オランダの地方自治」</p>											
医療介護保険制度	<ol style="list-style-type: none"> 1 オランダは、日本と同様に社会保険を採用している。 2 オランダの医療・介護保険には、3つの“Compartment”が存在している。 										

<p>医療介護保険制度</p>	<p>3 “Compartment 1”は、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険。日本における介護保険にあたる。この保険は特別医療費保険と呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法（The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)）である。</p> <p>(1) 被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保険加入については、オランダの居住者、非居住者でも支払給与税（payroll tax）の対象者は原則として強制加入である。 ・被保険者は、サービスを受けるためには、ケア判定センター（CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)）の審査を受けなければならない。ここで、給付の必要性、サービスの種類、量が決定される。 <p>(2) 保険者・事務代行者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・AWBZ は、強制加入であり、保険者は国である。ただし、実際の保険の給付は、“Compartment2”の保険者である Care insurer が代行している。 ・この事務代行者は、“Health Care Office (Zorgkantoren)”と呼ばれており、“Region”ごとに 1 つだけ存在している。Health Care Office は、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院、ナーシングホームなどのサービス供給者と契約する。 ・オランダには医療計画実施のために、32 の Region が存在する。 <p>(3) カバーされるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別医療費保険でカバーされるサービスは、1年を超える治療、1年を超えるリハビリ、予防接種、介護サービスなど。 ・介護サービスのうちの在宅サービスは、家庭医（GP）と在宅ケア協会によるホームヘルパーや訪問看護師の派遣がある。 ・介護サービスのうちの施設サービスには、高齢者ホーム（在宅サービスや家族介護では不十分な人を対象）とナーシングホーム（重度介護が必要な障害者・高齢者）がある。 <p>(4) 財源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・特別医療費保険の財源は、被保険者の所得比例保険料、国の補助金、サービス利用者自己負担金から成っている。 ・これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金（General Exceptional
-----------------	---

<p>医療介護保険制度</p>	<p>Medical Expenses Fund) (AFBZ) に集められ、Health Care Office を通じてサービス供給者に費用償還される。</p> <p>4 “Compartment2”は、治療サービスを中心とした短期の医療費をカバーする保険。日本における医療保険にあたる。</p> <p>(1) 被保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オランダの居住者および非居住者であっても支払給与税を納めている者は、保険への加入義務がある。 <p>(2) 保険者</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 の保険者は、私的な健康保険会社であり、“Care insurer”と呼ばれている。 <p>(3) カバーされるサービス</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 で給付されるサービスは主に治療サービスであり、かかりつけ医 (GP) や専門医などの診察、検査、医薬品、1年以内の入院が含まれる。 <p>(4) 財源</p> <ul style="list-style-type: none"> ・Compartment 2 の財源は、所得比例保険料、国による公的補助金、被保険者の定額保険料、自己負担金である。 ・所得比例保険料、国による公的補助金は、健康保険基金 (The Health Insurance Fund) に集められ、各保険者に配分される。 ・赤字経営が見込まれる保険者が 18 歳以上の被保険者に対して定額保険料を課す。 <p>5 “Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”では対象外となる 22 歳以上の歯科、高度先進医療などの自由診療をカバーする任意加入の保険。保険者は民間保険会社。</p> <p>6 オランダの高齢者対策</p> <p>(1) 高齢化の課題と対策</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスへの需要が高まり、財源・人材の確保が課題となった。1980 年代後半から医療介護制度改革に取り組む。 ・1980 年代：慢性疾患患者へのケアの在り方の見直し。施設ケアから在宅ケアへの転換。 ・1990 年代：施設外のケアを充実。自立した生活の支援。利用者本位のサービスと自己責任をベースとした長期ケアシステムの構築をめざすために改革を実施。 <p>(2) 特別医療費保険における個別ケア予算 (現金給付) の導入</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象となるサービス：在宅サービス、マントルケア (家族、
-----------------	--

<p>医療介護保 険制度</p>	<p>友人、近隣住民が無償で行う介護)、施設サービス。</p> <p>(3) マントルケアの促進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・もともと介護の家族依存度が低かったが、介護サービス需要の増大に伴う財源逼迫、専門サービスの待機者問題*、介護人材不足に対処するためにマントルケアが促進された。 <p>(4) 2007年社会支援法 Wmo の施行</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地方自治体に地域医療、介護政策をゆだねることによって、地域住民の要望に即したサービス提供、住民を巻き込んだ自立支援サービス体制の構築、あらゆる市民が社会参加できる新しい地域社会の形成を目的としている。 ・特別医療費保険の給付対象であったマントルケアを含む家事援助や住宅の改修などの介護サービスの一部が移管された。 ・特別医療費制度は、相対的に重度の医療介護サービスを対象とし、家事援助などの軽度サービスは社会支援法の下で実施。 ・社会支援法は地方自治体に対し、高齢者、障害者の自立支援や家族介護への支援を行うことを義務付けている。 ・サービスの実施は各自治体の裁量。サービスの利用に地域差がでることもある。
----------------------	--

*サービスの給付には数週間を要する。

(2) デンマーク

国名	デンマーク王国 Kingdom of Denmark
面積	4万3,098平方キロメートル (2012年デンマーク統計局)
人口	558万516人 うち65歳以上96万8,084人 高齢化率17.3% (2012.1.1現在 2012年デンマーク統計局)
首都	コペンハーゲン
言語	デンマーク語
通貨	デンマーククローネ

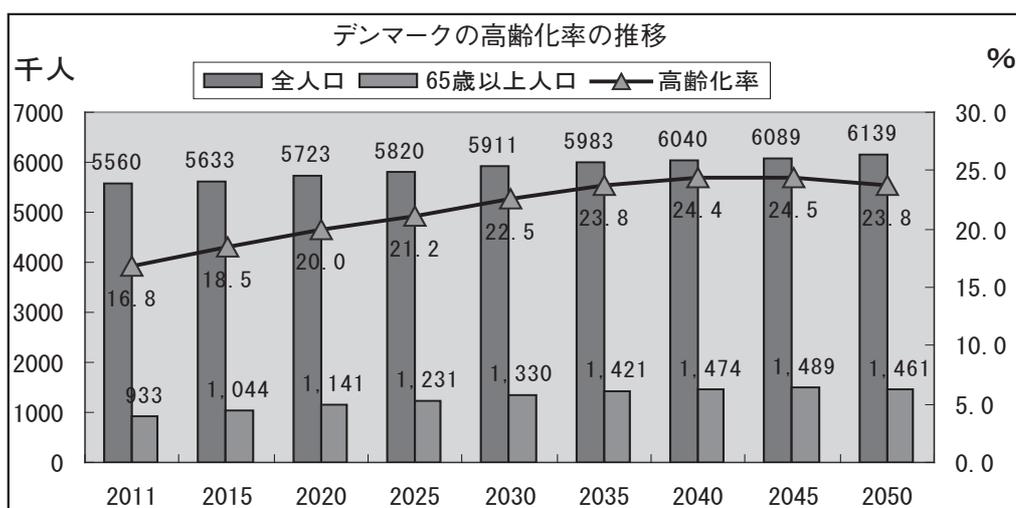
デンマーク国旗&地図

Denmark



図表

出典：デンマーク統計局「Statistical Yearbook2012」より一部引用。



出典：デンマーク統計局「Statistical Yearbook2012」より研究員作成

経済・財政状況	2009年	2010年	2011年
実質 GDP 成長率 (%)	▲5.8	1.3	1.0
(参考：日本)	(▲5.5)	(4.5)	(▲0.8)
一人あたり名目 GDP (ドル)	56,449	56,369	59,928
(参考：日本)	(39,321)	(42,863)	(45,870)
失業率 (%)	6.0	7.5	7.6
(参考：日本)	(5.1)	(5.1)	(4.6)
経常収支 (100 万ドル)	10,191	17,221	21,652
(参考：日本)	(146,395)	(204,118)	(119,211)
貿易収支 (100 万ドル)	7,798	8,622	9,630
(参考：日本)	(43,178)	(90,762)	(▲20,410)
財政収支対 GDP 比 (%)	▲2.8	▲2.8	▲3.7
(参考：日本)	(▲7.6)	(▲7.5)	(▲8.7)
税制	<p>○国の所得税は、0%、4.64%、15%の3段階。</p> <p>○基礎自治体の住民税は、自治体によって22.7%～27.8% (参考：訪問したオーデンセ市は24.5%、ミドルファート市は25.8%)</p> <p>○個人の所得に対しては、国の所得税、基礎自治体の住民税および教会税、医療賦課税7%に加えて労働市場貢献税8%が課税される。所得税と住民税を合わせた限界税率は51.5%</p> <p>○付加価値税は25%</p> <p>○国民負担率 (租税と社会保険料の合算のGDP比) 49.2% (参考：日本の国民負担率は27.7%)</p>		
地方自治体	<p>・2007年1月に地方自治体が再編され、5つのレギオン (地方) と98の基礎自治体 (市) に再編された。</p>		

地方自治体	<ul style="list-style-type: none"> 基礎自治体（市）は社会福祉などの市民生活に直接かかわる公的部門の主要窓口となっている。 												
	レギオン（地方）の業務	病院、医療サービス、地域開発、土壌汚染防止など											
	基礎自治体の業務	社会福祉、児童福祉、義務教育、高齢者福祉、在宅ケア、徴税、防災、環境対策、公共交通、文化スポーツ施設運営など											
	<ul style="list-style-type: none"> レギオンには課税権がない。国からの交付金や基礎自治体の拠出金を財源としている。 基礎自治体の歳出と税収 （単位：百万 DKK） <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">2010年</th> <th style="width: 35%;">歳出合計</th> <th style="width: 35%;">税収</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>基礎自治体全体</td> <td>428,666</td> <td>223,588</td> </tr> <tr> <td>（参考）オーデンセ市</td> <td>14,776</td> <td>6,544</td> </tr> <tr> <td>（参考）ミドルファート市</td> <td>2,896</td> <td>1,460</td> </tr> </tbody> </table> <p>出典：デンマーク統計局データから研究員作成（DKK＝デンマーククローネ）</p>		2010年	歳出合計	税収	基礎自治体全体	428,666	223,588	（参考）オーデンセ市	14,776	6,544	（参考）ミドルファート市	2,896
2010年	歳出合計	税収											
基礎自治体全体	428,666	223,588											
（参考）オーデンセ市	14,776	6,544											
（参考）ミドルファート市	2,896	1,460											
医療介護保険制度	<ul style="list-style-type: none"> デンマークでは国の責任において全ての国民の生活が保障され医療（歯科、物理療法を除く）、介護、福祉サービス、教育、年金は税金を財源として無償で給付される。 15歳以上の住民は、医療制度のうちグループ1またはグループ2のいずれかを選択。 グループ1を選択した場合は、住民は、レギオンから指定された総合医 General Practitioner（GP）から家庭医をあらかじめ選定し、緊急時以外は原則全ての病気について最初に家庭医の診察を受ける。ただし、耳鼻咽喉科、眼科、歯科などの専門医を受診する場合には家庭医の紹介は不要。 グループ2を選択した場合は、総合医や専門医などを自由に選んで受診することができるものの、一定額を自己負担しなければならない。 高齢者介護や障害者ケアなどは、「社会サービス法」に基づき、税金を財源として基礎自治体によって担われている。（一部のリハビリテーションで自己負担がある。） *社会サービス法での主なサービス 在宅ケア、ショートステイ、リハビリテーション、同行サービス、高齢者住宅、補助器具、住宅改修など 												