

★ 他の就労支援のための職業リハビリテーションを受ける給付

授業料 受験料、勉強の補助、仕事着および作業設備のための経費、旅費、自宅以外で訓練を受ける場合の帰宅経費、留守家族への支援、雇用者への支援などが、個々の状況によって拡張することができる。

評価方法

一般に健常者と障害者の雇用は区別されずに連邦職業安定局で行われる。事例を受けた管理官が最もふさわしいものか決定し、各部門へ転送する。

連邦職業安定局の医師（**medical practitioner**）はガイドラインに沿ってアセスメントする。医学的情報や可能な労働の種類（交代制が可能か、戸外作業が可能か、立ち仕事が可能か、騒音環境での仕事が可能かなど）なども評価する。腎臓疾患のあるもの、HIV をもった人の情報ガイドラインなどを使用することもある。又、既往歴などは医師のほかに、クライアント自身が自己評価、病歴などを記入する。

アルコール依存症、薬物依存症などは標準化されたテスト結果、臨床検査結果が使用される。又、ICD10 精神病の国際分類の分析用ガイドラインも考慮に入れる。

連邦職業安定局の管理官（**administrative assessor**）は、これら医師からの情報に加え、申請者の教育歴・職業歴、労働市場の状況などの情報を活用して障害程度を決定する。この決定に際しては、必要に応じて、申請者本人やリハビリテーションチームと協議する。

7 ノルウェーにおける障害の定義

(抄訳：氏家千絵美)

本稿は、主にノルウェー科学技術大学の Bjørn Hvinden、Marianne Hedlund 両氏による中間報告書の抄訳であるが、EU 諸国の最終報告書に基づきまとめられた「Definitions of Disability in Europe: a comparative analysis 2002」の巻末資料に収められているノルウェーの情報も随所参考にしている。

障害者に関する条項を規定する社会保険給付や雇用事業の法令の中で、ノルウェー語の「障害 (funksjonshemming: disability)」を意味する用語はほとんど使用されていない。幸うじて用いられる場合も、その意味するところは広範かつ抽象的である。サービスによっては、むしろ明確な定義よりも、どのような原因が障害を齎し、その結果生活上必要である様々な能力を低下させているかという具体的な記述が多く見受けられる。一方、給付の種類や法制度の違いにより、対象を限定する程度も異なるようだ。中間報告では、障害の定義がより重要となる労働年齢層（18～66 歳）を対象とした多様なサービスを、便宜的に三つの支援領域に分けて検討を加えている。以下、三領域の各サービスの、特に対象者・判定基準等について見ていく。

1. 日常生活の自立支援

この領域では、社会福祉法 [Social Services Act (以下 SSA)] に基づく二つの対人サービスと、国民保険法 [National Insurance Act (以下 NIA)] に基づく三つの現物或いは現金給付が取り上げられている。

前者の一つである「日常生活における実用的な支援・訓練 [SSA4-2a]」は、病気、障害、老齢等により特定のニーズがある人に対して、個人の権利を尊重し、ニーズに適した柔軟なサービスを提供することを目的とした、市町村実施の対人サービスである。報告書では、この内最近導入された「当事者主導の対人援助 [BPA: self-directed personal assistance]」に焦点を当てている。当プログラムの対象となる障害は特別限定されていないが、元々身体障害者団体によって始められたことから、移動や活動に重点が置かれ、とりわけ重度機能障害者の社会統合・参加の促進が目指されている。従って、自己申請を取りながら、日常生活の活動を支える実用的な支援を真に必要としている人だけが支給対象となっている。一方、重度機能障害があっても、自らニーズを主張し、支援者に決定・指示を下すなどサービスを利用するに十分な能力があることが求められている。そのため、利用年齢は一応 18 歳以上となっている。が、保護者がその役割を担ってくれる場合には、18 歳未満の利用も認めている。労働や教育関連のプログラムに参加できる人は対象とされず、また BPA を申請する前には、訪問看護やホームヘルプといった自治体の他のサービスを既に受給していることが審査上重視される。

BPA の支給決定は、申請を受けた自治体の保健・福祉職員が、本人のニーズ・能力・生活障害・支援に必要と思われる時間についての調査に始まるが、過去に当制度を利用した人に調査は必要ない。その後責任者に評価レポートを提出し、必要な支援時間を提案する。

これを受けた責任者は、各要件がそれぞれ BPA 或いは、その他のサービス（訪問介護・看護、作業・理学療法等）に適しているのかを見極め、提案する。この結果、市町村は本人のニーズ全体をカバーする介護支援プランを作成する。BPA のプランをいかに作成し、支給するかなどの方法については、社会問題省と地方自治体連合会が共同で設置している特殊法人[RO]が情報提供している。こうして、在宅生活の様々な支援や介助について、1時間／週～24時間／日までの多様な支給量が決定される。障害者本人は、プラン作成の段階から関わり、支援者を指示する役割が求められるが、必ずしも雇用者になるわけではない。主な雇用者は、市町村、当事者団体、そして個人である。地域で生活する重度機能障害者の日常活動を支える一手段として注目されている BPA だが、自治体によって、補助的な支援、生活広範に渡る介護支援が必要な人のためのサービスなど、捉え方に違いがあるようだ。

個人や社会的事由を除外する前者に対し、「社会参加への支援 [SSA4-2c] では、潜在する社会問題を表面化させないことを目的に、病気、障害、老齢或いは社会的事由により特定のニーズのある人を自宅で孤立させず、本人やその家族の日常生活の質を向上させる社会的支援である。具体的には、身体的・社会的機能障害を抱える人が、社会活動に参加できるよう促進するもので、概して余暇活動参加への支援が中心である。ここでは、障害は社会問題や社会的孤立を生み出す原因と見なされている。知的障害者や精神障害者が、当サービスの主な対象者として想定されているが、薬物やアルコール関連問題、或いは犯罪といった反社会的行動により社会的機能障害に陥っている人も含まれている。サービスの支給は、通常本人の申請に基づき、自治体の福祉課職員が面接を行なって決定するが、場合によっては市町村や医療施設で先にニーズを見出すこともあり得る。判定では、要支援者の社会的ニーズの程度、即ち本人が社会参加への支援を欲しているかが評価される。支給内容については、障害者本人の意見も勘案される。

国民保険制度のサービスには、傷病や障害により日常生活機能を著しく低下させている人が、補装具、補助犬、移送等、実用的な補助手段の貸出しや支給を行う「日常生活機能を向上させるための支援 [NIA10-6,7] や、同様に生活機能を向上させる手段に要した費用を補償する「基礎給付」がある。ともに生活機能の低下が永久的な影響（通常予後 2～3 年以上）であることを医師に診断されねばならない。前者はこれに加え、他の専門職による ADL 検査で、補助が生活上の不便さを緩和するかが評価され、こうした機能障害の程度と継続性に基づき、具体的な支給量や額が限定される。一方後者は、医師の診断に加え、補助に掛かった費用を証明する必要がある。

給付額は 6 段階に分かれており、上位三つは 18 歳未満にしか支給されない。

このほか、傷病や障害を抱える要支援者が、在宅でインフォーマルな付添や介護、看護を受けている場合、これらに要した費用を補償する「付添給付 [NIA6-4,5]」もある。給付は 4 段階からなり、上位三つは 18 歳未満にのみ支給される。視力を頼りに行動できない視覚障害者が特に本給付の対象となっている。先と同様、申請には傷病や障害に関する医師の診断証明に加え、支援に要した費用を証明する必要がある。また判定では申請者の身体・精神的機能の低下程度、付添・介護・看護の必要程度、必要な学習・訓練の程度、支援が

援助者達の生活を制限している程度等が留意される。付添給付は、自治体による「介護手当 [SSA4-2e]」より優先されねばならないので、自治体は後者の支給及びその額を決定する場合、国民保険制度からどの程度付添給付が支給されるかを勘案する。

日常生活の自立支援領域では、対象となっている障害も関わる職員も多様であるが、概して SSA のサービスでは自己評価やニーズの主張が重視されているのに対し、NIA のサービスでは、医師の診断、ADL 検査、費用の申告等申請要件がより厳しいことが伺える。

2. 労働を支援するサービス

第二次大戦後以降、ノルウェーの社会政策では「完全雇用の実現」方針が打ち出され、労働志向が強調されてきた。そのため、労働年齢層においては長期所得保障に至る前に、就職・復職のためのあらゆる可能性を最大限探る努力が公的機関に求められている。障害者の雇用の促進に関する条項は、複数の一般的な法律に見られ、労働環境法 [WEA]、国民保険法 [NIA]、雇用法 [EA]、建築計画法 [PBA] が特に重要な関わりを持つ。障害者雇用促進のサービスは、大きく分けると、本人の就労能力の向上に掛かる経費の負担や保障と、差別禁止や職場に適切な便宜を図るための対雇用主施策があり、そのほか生産性の低下に対する事業者への財政支援もある。

ノルウェーには障害に対する反差別法が特別用意されているわけではないが、WEA に関連条項が多く見受けられる。最終報告では、中間報告で取り上げている対雇用主施策全体をノルウェーの障害者反差別対策と捉えている。ここには第一に、事業所内の障害者の有無に関わらず雇用主に義務付けられる、「職場環境の整備 [WEA13-1]」があり、これは「徹底した機会均等」の考えに基づく。新築する際や大掛かりな改築計画に対する規則はより厳しい。雇用主が関連規則や係る権利を遵守しているか労働基準監督官が調査することになっているが、通常はニーズが出てきてから、労働基準監督官が事業者に規則の遵守を要請するようだ。ここでの対象者は、「職場の物理的環境に左右される人々」（地方自治・地域問題省手引き）という記載から、身体的機能障害のある人々と想定できる。同様に雇用主に義務付けられた、「障害を持つ被用者への適切な業務の提供 (WEA13-2)」では、被用者には、業務内容の変更、機器の設営、職業訓練等を行なってでも雇用継続の選択が与えられ、また雇用主にはこれらに要した特別経費を支払う義務がある（但し一定額を超える部分は国民保険局が支弁する）。ここでの対象者は、「職業的機能障害」、即ち「労働するのに特別な問題を抱える人々」とされ、身体的・精神的病気、負傷、障害、過労による体調不良、老齢等、労働困難に陥らせる要因を多様に認めている。但し、既に雇用されている人に限られる。最後に、「障害を原因に求職者を差別するのは違法 [WEA55A]」とする規定は、2001 年の法改正より設けられた。ここで「差別」とは、障害者であるというだけで、正当な理由も無く不利益を齎す対応を指し、判断の目安は、雇用主が障害者の職場適応についてできる限りの調整を図っているかという点にある。差別を受けたと感じた求職者は、雇用主に対して、学歴、職歴、資格等で何が不十分だったのか、書面で説明するよう要求でき、また仮に求職者が雇用主の差別を実証できた場合には、雇用主はそれが不当な理由による処遇ではない旨弁明しなければならない。だが、未だ差別にまつわる訴訟は起きて

おらず、そもそもこの文脈でも障害の定義に関する規則や政令はない。

就労能力の向上に関わるサービス中で、労働支援という点でも、後述の障害年金との関係においても、最も重要なのがリハビリテーション給付である。この給付には、医療型 [NIA10-1~4, 8~16] と職業型 [NIA11-1~6, 8~17] がある。前者は、最長1年の傷病手当期間が過ぎても、就労能力の向上を目指して治療を受けている人への所得保障で、支給は1年と制限されている。後者は、同様の目的で職業リハビリテーションを受けている人への所得保障で、数年支給され得る。両者は、対象年齢が18/19~67歳で、傷病や障害により稼働能力が50%以上低下していることが要件となっている（後者について、労災の場合は30%低下でも対象となる）。審査手続きは、まず国民保険局が職業リハビリテーションの可能性を審査し、可能性のある人を雇用局に紹介する。雇用局では、年齢、能力、教育、職歴、就労可能性等複数の基準に照らして総合的に勘案し、職業リハビリテーションの必要・妥当性を決定する。適切であると認められない場合は、国民保険局に差し戻される。職業型の支給には、通常傷病手当、医療型を経由しているので、手続きに必要な医療関連書類は、初期の主治医による診断証明を基礎に作成される。職業型は、職業リハビリテーションを受けている人が、その活動上要する特定の経費を負担する「職業リハビリテーション補助[NIA11-1~7]」（支給要件がやや緩やか）との併給が可能である。

労働を支援するサービスには、そのほか「日常生活機能を向上させるための支援 [NIA10-6,7]」の支援内容とほぼ重なる、「労働の場における生活機能向上のための支援 [NIA10-5,6]」がある。また、職業型リハビリテーション給付の補助的な役割をなすものに、EAに基づく「職業的障害を持つ求職者への特別援助」がある。この「職業的機能障害」という概念は、事業間で実に多様な使われ方をされており、唯一の共通項は、長期的な傷病、障害、或いは薬物・アルコール関連問題のような社会的事由がその原因となっているという点である。

労働支援の領域において中心的な法律である、WEA、EA、NIAが対象とする障害（者）の範囲は必ずしも符合しない。WEAでは、身体・精神病、負傷、欠損、疲労、老齢等、またこれらの複合化により、就労が困難な人が対象とされている。またEAでは、傷病、欠損、社会的不適応により、稼働能力、職業・職場の選択可能性を減じている人と読み取れる。一方NIAでは、社会的問題や疲労・老齢等はその対象から排除するなど、前領域同様により限定的な対象枠を設けていると言える。

3. 収入損失の補償

稼働能力が50%以上低下している人のための最も重要な長期所得保障は、障害年金 (uførepensjon) [NIA12-1~18] である。過去の収入が最低基準以下の場合は基礎年金 (grunnpensjon) となり、一定の所得を確保できるよう特別給付 (særtilllegg) も受給できる。一方、過去の収入が最低基準を満たしている場合、報酬比例型年金 (tilleggspensjon) となる。対象年齢は18~67歳で、医療的診断に基づく傷病、障害により稼働能力が永久的に50%以上低下していることが求められ、大概は一定期間の療養後、職業リハビリテーションに参加した人が申請手続きに進む。例えば、8週間療養していると、主治医は国民保険

局から要請され、詳細な診断書のほか、治療の継続状況、今後の治療計画、可能なリハビリテーションについての意見書を提出する。先述したように、この資料がリハビリテーション給付や障害年金の申請に有用できる。最初の 2 週間は、雇用者が傷病手当を払い、それ以降は国民保険局が負担する。しかし、療養期間を通して雇用者には被用者の復職の手立てを講じる義務があり、徐々に復職できることが保証されている。が、現実には経済的理由を盾に責任を免除されることもあり、雇用者から支援を取り付けるのは容易でないようだ。審査判定においては、リハビリテーション給付の手続きに関わる二局が協力して行う。国民保険局が年齢から就労機会の可能性までの多様な評価基準を勘案し、給付区分の決定を下す過程において、雇用局は就労の見通しを評価し、有給雇用への復帰、職業リハビリテーション等あらゆる可能性が絶たれているか、残存能力はどの程度かを判断する。支給額は、失われた稼働能力に応じ、50%、60%、70%、80%、90%、全額の 6 段階に区分されている。

ここでの障害の定義は年齢に加え、医療で診断された傷病や障害が稼働能力を減じているという医学的根拠が最重視されており、それだけに復職或いはその他の職に就ける可能性、どのような労働ができないか、傷病・障害・機能喪失の継続性、職業型リハビリテーション給付の効果といった点についての診断が医師に委ねられている。しかし現実には、医学的条件を満たさねばならぬものの、長期失業者やエスニック・マイノリティのような社会・経済的事由による人々にも支給されている。最近政府は、障害年金制度改善への取組みの中で、個人的・社会的事由への配慮を制限する傾向にあるが、職業リハビリテーションの必要性や稼働能力の減少程度といった雇用局や国民保険局の判断基準は確立しておらず、対象者の資格には以前あいまいさが残る。

障害者向けの所得保障が複数用意されているので、資力調査を要件とする「最低生活保障[SSA5-1~10]」が障害者に果たす役割は余り大きくないはずだが、この所得保障の領域の 1 サービスとしてあげられている。ここで障害という概念は、低所得状態に陥る一因子という程度にしか示されておらず、「障害である」と決定する基準は行政判断に委ねられている。このほか、付添給付のところで触れた、介助者のための所得保障である「介助手当 [SSA4-2e]」があり、これはインフォーマルな介助業務に一定の社会的価値を与えている。介助者の資格要件が、介助に拘束され労働参加を阻まれている点にあるので、ここでの障害の定義は、自分で身の回りのことができず、日常生活を営むのに長時間広範にわたる介助を必要とすることと解釈できる。これは、自立生活を促進する同法の障害概念と相反すると言えるかもしれない。

総じて、ノルウェーの法令の中で「障害」という用語は明記されておらず、資格要件が具体的な文脈で明確になってくることが多く、個人の権利としての自己説明・自己評価などにより、一定程度の交渉の余地を残す場合が少なくない。但し、障害年金を筆頭とする金銭給付では、医師の診断や他の専門家の検査、行政の判定など厳密な資格・審査要件が求められる。法令に明記されない理由として、障害という用語にはそもそも普遍的な意味合いと具体的な意味合いの両面があり、更にその程度は相対的であるが故に法令文書にそ

ぐわないと考えられているようだ。

またサービスによっても、機能障害に着目したり、身体的障害を重視したり、或いは特定の文脈で設定したりと、障害に関する説明の仕方や支給決定の方針は様々である。一方、労働志向の強さからか、特にリハビリテーション施策では、宿命ではなく、むしろ文脈的で、改善可能な状態としての「機能障害」という捉え方が色濃く表れ、これは社会的医療という考え方にも順ずる。近年の、財政面からの受給資格の制限化と人権重視の方向性の衝突が、障害の概念に大きな影響を及ぼしつつある。

〈中間報告書で取り上げられているサービス〉

	サービス名	根拠法	対象	審査等
日常生活の自立支援	日常生活における実用的な支援・訓練	SSA4-2a	重度機能障害者	申請者の自己評価に基づき市町村が審査
	社会参加への支援	SSA4-2c	主に知的障害者、精神障害者	申請を前提としながらも、市町村がニーズを調査
	日常生活機能を向上させるための支援	NIA10-6,7	永久的な生活機能低下（発症後 2~3 年の経過）	医師の診断；ADL 検査
	基礎給付	NIA	1 年以上の機能障害（予後 2~3 年以上）	医師の診断；本人の経費申告
	付添給付	NIA6-4,5	主に視覚障害者	医師の診断；本人の経費申告
就労能力向上のための支援	求職希望の障害者に対する反差別条項	WEA55A	不明	差別を受けた障害者の申し立て
	職場環境の整備	WEA13-1	物理的環境に左右される人→身体的機能障害	労働基準監督官が監視；他医師や国民保険局関与
	障害を持つ被用者への適切な業務の提供	WEA13-2	「職業的機能障害」	労働基準監督官が監視；他医師や国民保険局関与
	労働生活機能を向上させる支援	NIA10-5,6	就労能力の低下、実用的支援の必要性	医師の診断；ADL 検査
	医療リハビリテーション給付	NIA10-1~4, 8~16	18~67 歳；就労能力の 50%以上減	医師の診断；国民保険局 *就労可能性評価
	職業リハビリテーション補助	NIA11-1~7	16~67 歳；稼働能力の永久的低下・職場選択の制限	医師の診断；雇用事業局 *具体的な職業可能性評価
	職業リハビリテーション給付	NIA11-1~6, 8~17	19~67 歳；稼働能力の 50%以上減	医師の診断；国民保険局・雇用事業局
所得保障	障害年金	NIA12-1~18	18~67 歳；稼働能力の 50%以上減	国民保険局・雇用事業局 *就労可能性評価
	生活保護	SSA5-1~10	低所得に陥らせる一因	市町村：収入認定
	介助手当	SSA4-2e	長時間生活広範な介助が必要な人	市町村：時間、介助の負担、介助ニーズの程度等評価

※所得保障の 1 サービスとして上げられている軍人向けの傷病年金については、比較が難しくなるため、敢えて含めなかった。

8 スウェーデンにおける障害の定義

Rafael Lindqvist
(抄訳：浜田朋子)

分野	プログラム	法律	対象
社会保障	病休手当	病休手当法	2週間以下の病休
	病気現金手当	社会保障法	中期の病気
	リハビリ手当とサービス	社会保障法	中長期の病気
	早期退職	社会保障法	長期の病気と障害
	ハンディキャップ手当	ハンディキャップ手当とケア手当に関する法律	高額な費用を要する障害
	ケア手当	同上	障害児の親
	近親者ケア手当	近親者のケアのための手当と休暇に関する法律	重症の在宅患者を介護する近親者
	自動車手当	自動車手当に関する法令	移動や公共交通機関の利用が困難な障害者
就労	労働市場政策	労働関連障害者のための特別措置法令	労働能力が低い求職者
	差別撤廃政策	障害者の職業生活における差別禁止法	怪我または疾病のために機能能力が制限される人
	雇用保護	雇用保護法 (LAS)	特別契約を締結した人
	労働環境	労働環境法	すべての被用者
社会サービス	社会援助	社会サービス法 (LSS)	合理的な生活水準にない人
	障害者への特別のサービス	特定の障害者への特別援助およびサービスに関する法律	日常生活上大きく持続する困難を抱える人

1. 社会保障、リハビリおよび早期退職

1.1 病休手当

基本情報：病休前に14日以上雇用期間があるすべての被用者は13日分の病休期間中賃金

の支払いを受ける事が出来る。自営業者は社会保険事務所が手当を支払う。

障害の定義：法律に病気の定義規定はない。最初の 7 日間は自己申告で、それ以降は医学的診断書が必要。被用者は診断書を作成する医師を選べる。

1.2 病休現金手当とリハビリ手当

基本情報：病休が 14 日間を超えると公的疾病保険に移行する。対象は 16-64 歳。完全に休暇をとる場合には賃金の 80%を補償、部分的病休については場合に応じて 25, 50, 75%を補償する。期間に限度はない。被保険者は診断書を作成する医師を選べる。

障害の定義：病気の概念は明確には定義されていない。医学的専門家の判断にゆだねられる。障害という言葉は病休現金手当に関連して使われていないが、間接的に労働能力の低下を評価する事により示される。診断書において病気であることだけでなく労働能力の低下が記される必要がある。職業リハビリは法律に定義はない。労働市場からの排除を回避する事または職業生活の空白を短期化することを目的とする。

評価方法：労働能力の低下については医師が判断する。病休が 28 日を超える時は社会保険事務所が更に精査するがその際にも医師による詳細な報告を活用する。医師の報告は社会保険事務所の顧問医師によりチェックされる。

1.3 早期退職

基本情報：要件は、病気のために労働能力が低下したかまたはそのほかの医学的理によって肉体的または精神的能力が低下した事である。医学的要素としては肉体的または精神的疾病、これらから起きる結果、または先天的障害がある。1 年を超える期間、能力が低下し職業リハビリが尽くされた場合、16-64 歳のすべての人は一時的早期退職または永久的早期退職を申請できる。早期退職手当は退職前の所得に比例し、若い人や主婦のように職業記録がない場合には定額年金を受給できる。

障害の定義：医学的診断と労働能力と労働によって生計を立てる能力に密接な関係があることが必要。

評価方法：医師による医学的情報が重要視される。そのほかに前職の傷病記録、職歴、職業リハビリの結果、社会状況などが考慮に入れられる。もし早期退職を申告したものが長期の疾病に罹患している時は労働能力の評価は step-by-step モデルによる。評価は 1 から 6 までの段階で行う。最終ステップに来たときは職業リハビリや労働市場で通常得られるジョブサーチまたは適切な仕事が尽きたと考えられる。

1.4 自動車手当

基本情報：障害者または障害児の親は自動車を購入するための経済的援助を受ける事が出来る。これは、障害者に行動性を保障するものである。支給要件としては 65 歳以下の者に限られ、1)職業リハビリを受けるために乗り物が必要である、2)早期退職により職を失った、または、3)18 歳から 50 歳の障害者である、これらのうちいずれかの条件に該当しなければならない。

障害の定義：「永続的、機能的制限のゆえに移動に困難がある者」とされる。

評価方法：まず機能障害の永続性については少なくとも 7 年間継続することが必要であるがこれは医学的診断書により明確にされる。次に移動の困難が機能低下を原因とするかどうか診断書を元に調べられる。更に移動の困難さが相当な程度である事が必要だ。心臓病や喘息など表立っては見えない病気もこの制度の対象となるが困難さが日々変動するところに難しさがある。

1.5 ハンディキャップ手当

基本情報：ハンディキャップ手当とケア手当は 1974 年に導入された。16-64 歳の者が、障害に伴う追加的費用を賄うためのハンディキャップ手当の受給資格を有する。

障害の定義：受給者の機能度が、相当の期間 (considerable time-period) において、a) 日常生活で時間を要する介助が必要、b) 職場において継続的介助が必要、または、c) 相当程度の追加的生活費用が必要である程度に、低下している事を要件とする。

評価方法：医学的証明書を要する。しかし医学的証明書だけで自動的に受給資格を認められるわけではない。但し、盲目、失聴、または重度障害者は常に受給できる。

1.6 ケア手当

基本情報：ケア手当は 0-16 歳の障害児に対する家庭でのケアを援助する。この手当では親によるケアへの報酬、障害によって生じる費用、親が職場で休暇を取らねばならないために生じる所得のロス等を賄う。金額はケアの必要度と費用によって変わる。

障害の定義：障害児の親は、a) 子供が病気、知能障害その他の機能低下により 6 ヶ月以上特別のケアまたは注意を要するか、または、b) 病気などにより追加的費用が生じる場合にケア手当を受けられる。

評価方法：a) 特別のケアまたは注意. 普通の子供に必要な程度を超えたものである事が必要。医学的証明書が必要。b) 追加的費用. 子供の病気または機能低下によって生じた費用のみ。特別な食品、衣類、家具、家の中の設備など。

1.7 近親者ケア手当

基本情報：重い病気の近親者を介護する者が受給する。労働所得の損失を賄う事を目的とし 240 日まで認められる。

障害の定義と評価方法：どんな病気であっても、重篤であり家庭でケアを受ける必要があれば、この手当の対象となる。医学的証明書が必要である。病人が自宅でケアを受ける事に同意する事が必要。

2. 就労生活と障害者施策

2.1 労働市場政策

基本情報：20 歳以上の者は、失業中であるか、失業のおそれがあるか、または公共雇用事

務所に登録すれば、労働市場プログラムに参加できる。最長参加期間は6ヶ月。しかし20歳未満の障害者も参加でき、この場合に期間は、6ヶ月を超える事が出来る。

職業関連の障害を持つものについては、障害者に的を絞った8施策がある。これらの施策の対象となるための障害者の定義は「機能的制限があるために労働能力が低く、通常の雇用を維持するのに困難がありうる者」である。

1. 職場での補助用具についての金銭的援助
2. 視覚・聴覚障害者に対する特別施策
3. パーソナルアシスタンスへの援助（パーソナルアシスタンス費用の給付）
4. 支援雇用（最長6ヶ月にわたり支援者が職場で障害者を支援する）
5. 自営業支援
6. 賃金補助雇用
7. 保護雇用（国営会社や地方公共団体による雇用）

障害の定義：医学的証明書またはその他の専門家の評価、および、雇用適性に基づく。

評価方法：障害がある、すなわち、機能制限による労働能力の低下のために通常の職業を維持できないと決定するには、以下の手順に従う。1)公共雇用事務所に登録する。もし、すぐには雇用可能ではないと評価された場合には、労働市場研究所で機能・労働テストを受けるよう薦められる。2)上の手順を踏むに際して公共雇用事務所職員により障害類別コードを使って障害者としてクラス分けされる事もある。障害者は決定されたクラス分けを常に受け入れなければならない。3)障害者になると労働市場プログラム内の措置を利用できる。

2.2 雇用保護

基本情報：雇用保護法では、雇用者は、人員余剰か人的理由によってのみ被用者を解雇できる。病気は解雇の理由にはならない。障害者はどうしても不可欠な場合を除き、解雇者リストに載せてはならない。

障害の定義：明確な定義はない。

評価方法：法は年功制の原則をとっていて解雇する場合には若年者が先になる。

2.3 労働環境

基本情報：雇用者は職場の環境を良好にする責任を負う。また、雇用者は、リハビリ活動についての方針や目標を立てなければならない。

障害の定義：明確な定義はない。

評価方法：職場環境を整えることは雇用者の責任だが、その手段は一般的に、雇用者と労組の協力によって作られる。

2.4 差別撤廃政策

基本情報：1999年5月に「障害者の職業生活における差別禁止法」が施行された。法では直接差別と間接差別を区別している。直接差別は障害を持つ求職者を不利に扱ってはなら

ないという意味であり、間接差別は、一見中立的に見える規則を用いて、結果的に障害者が不利に扱われる事を禁じる。差別禁止は、雇用者の以下の行為に対して適用される。

- 1) 雇用契約に関する決定を行う、雇用面接のために求職者を選抜する、または雇用の過程でその他の措置をとる
- 2) 昇進についての決定を行う、昇進に繋がる職業訓練のために被用者を選抜する
- 3) 賃金または労働環境についての政策を採る
- 4) 労働を管理し割り当てる
- 5) 被用者を解雇し、一時的レイオフをし、または、被用者に不利なそのほかの措置をとる

障害の定義：法律によれば、障害とは、「先天的または後天的、若しくは怪我または疾病の結果生じることが予想される、人間の機能的能力に関する、肉体的、精神的、または学習についての制限」と理解される。この定義には、軽度の障害も含まれる。

障害オンブズマンはこの法律の実施状況をモニターする。オンブズマンは、まず雇用者に対して自発的に法に従わせるようにする。雇用者はオンブズマンに対して必要な情報を提供しなければならない。特段の事情がある場合には情報を提供する義務を回避する事が出来る。障害オンブズマンは、もし障害者が許可しかつその判断が法的に重要だと決定しまたは何らかの特別の理由がある場合には、障害者を弁護する権限を有する。

3. 社会サービスと障害サービス

3.1 障害サービス

基本情報：1994年改革で、障害者に対する特別サービスが導入されたが、これは医学的側面から社会モデル的側面への移行であり、ケアとサービスの非施設化を推進するものだった。議会では社会サービスのアクセス、参加、影響、自立性、継続性が障害者政策のマイルストーンであるとした。それまで福祉政策も社会援助も障害者の生活状況を改善するのに十分ではなかった。改革は、「特定の障害者への特別援助およびサービスに関する法律（LSS）」と「援助補償に関する法律（LASS）」として成文化された。サービスを受給できるのは重度障害がある65才以下の者である。10種類のサービスが法に定められている。

- カウンセリングその他の人的支援
- パーソナルアシスタンス(個別介助)
- コンパニオンサービス
- コンタクトパーソン
- 自宅内の救援サービス
- 12歳以上の学童の短期保護
- ショートステイ
- レジデントチルドレン
- レジデントアダルト
- デイサービス

利用者自立性の点で最も難しいのはパーソナルアシスタンスである。利用者はアシスタ

ントを雇う権利がある(または地方公共団体が雇っている人の中から選ぶ事が出来る)。また、障害者はどんな手助けをどのようにやってもらいたいかを定める権利がある。地方公共団体はこれらのサービスを提供する義務がある。ただし、カウンセリングその他の人的支援は市町村の評議会にゆだねられる。障害サービスは法律に社会的権利であると明記されている。申請者の請求が認められない場合には申請者は行政法廷に提訴できる。ひとつ以上のサービスを受給する者はそのコーディネートのために個人計画を立てることを請求できる。

障害の定義：法による障害者とは、次の 3 つのグループのいずれかに該当する「日常生活上重大で継続する困難を有する」者だ。a)知的障害者、b)暴力または疾病による脳障害から生じる永続的精神的機能障害を持つ者、および、c) 通常の老化に明確につながらない肉体的、精神的障害を持つ者。

評価方法：個人の申請により、申請の形式は口頭でも書面でも良い。医学的審査により 3 つのどのグループに当たるかを定める。しかし「日常生活上重大で継続する困難を有する」かどうかを評価するためには医学的証明書は不要である。その他の専門家が障害者の能力を観察する事で十分である。しかし、医学的証明書も徐々に「困難性」の判断に利用されるようになってきた。

3.2 社会援助

基本情報：1993 年に 2 つの法律が出来るまでは、障害者に対する社会サービスは社会サービス法によっていたがこの法律は障害者を含むすべての援助を要する者を対象としていた。この法律では、「合理的な生活程度」の限度で援助するとしている。

1981 年に「合理的な生活程度」とは、活動的な生活を送り、人間的な発達を遂げるために必要な衣食住および資金が充足すること、という見解が出された。地方公共団体ではその解釈をめぐって独自の行政ルールを作っていた。1980 年代なかばには、行政法廷で判例が形成された。1997 年に社会サービス法が修正されたが「合理的な生活程度」は残されたままだった。しかし、社会援助は 2 つのカテゴリーに分類された。a)衣食住その他の消費財などの基本的ニーズの経済的維持、と、b)その他の社会援助とサービス(移動サービス、ホームヘルプ、高齢者と障害者のケアとサービスを含む住宅提供)である。それ以外にも、c)理由がある場合にはその他の援助も認められる。a)は、国が決める固有のガイドラインによって支給されるが、後の二つは地方公共団体の裁量にゆだねられている部分が多い。

障害の定義：社会援助法には明確な定義はない。

評価方法：基本的ニーズについては国のガイドラインはあるが、サービスは個々のケースに応じて提供されている。

9 オランダにおける障害の法的定義

佐藤久夫

本稿は主に Wim van Oorschot, (Tilburg 大学社会学部), “International Comparison of Disability Definitions: The Netherlands,” 2001 の抄訳であるが、AWBZ (介護保険・特別医療費補償保険) については取り上げられていなかったため、佐藤久夫 (1999) の報告の一部も使用した。Oorschot の報告は、所得保障分野の被用者障害年金 (WAO) と移動・住宅改造等給付 (WVG) の 2 つのみを取り上げている。

雇用分野では中心的な雇用支援制度 (REA) の障害認定は相当程度 WAO と重複しているし、保護雇用制度 (WSW) は規模が小さい上に市町村の委員会が必要と考えた人に (あまり障害の定義にこだわらず) 提供しているようなので紹介しなかったとする。サービス分野では抄訳者には AWBZ が非常に重要だと思われるが、これは主に医療費保障の制度だとしてとりあげず、WVG のみを紹介している。差別禁止分野では、2001 年現在は障害者・慢性疾患差別禁止法案が準備されつつある段階なので取り上げていない。(佐藤久夫)

1 WAO (被用者障害年金)

(WAO の制度の概要については WSZ and VWC(1998), LISV(2000)も参照した。)

オランダでは保険制度としての障害年金の制度は 2 つ、被用者障害保険 WAO と自営業者障害保険 WAZ がある。WAO は英語では障害給付法 *Disablement Benefits Act* と訳される。労災もカバーしている事情にもよるのか全額事業主負担で保険料が払われる (ただし老齢年金保険料は全額被用者負担)。

障害年金支払いは疾病等発生後 52 週以上たつて 15%以上の障害が残っている場合である。WAZ と若年時障害援助法 *Wajong* では 25%以上の障害のみを給付対象としている。

給付を受ける年齢は、加入期間 (つまり被用者期間) で 15 歳から 64 歳まで。65 歳には老齢年金に移行する。この点 65 歳を越えても受給を続けられる日本と異なる。日本では一般に障害基礎年金の方が老齢基礎年金より高いのでそちらを選ぶ。オランダでは普通、老齢年金に各自の会社の年金などが加わるので、65 歳から収入が下がるということはないようである。いずれにせよ最低賃金の 7 割という最低生活保障ラインがあり、どの制度を使うかはあまり問題ではないようである。

日本と比べると、働いていない主婦などが障害を持っていても障害年金の対象とはならない点も大きく異なる。障害年金とは障害のために減少した (あるいは予定した) 給料の補填であるから、専業主婦には不要だと考えるようである。

受給者の比較では、人口が 8 倍の日本で障害厚生年金受給者は約 39 万人 (1997 年) なのに対して、オランダの WAO 受給者は約 94 万人 (2000 年) である。被雇用者の障害年金という意味では、日本ではこれに障害共済年金や労災補償が加わるが、オランダでは年齢が 64 歳までであることも考えねばならない。

障害者の定義

WAO 第 18 条で「障害者とは、同様な教育や労働経験を持つ非障害者が労働によって通常稼ぐ額を、病気や機能障害のために稼げない人のことである」としている。

“Those who, as a result of sickness or impairment, can not earn with labour what not disabled people, with comparable education and work experience, usually earn .”

核心は「病気や機能障害による稼得能力の低下」である。病気や機能障害の種類や原因とは関係ない。稼得能力への影響は「直接的」でなければならない。したがって病気や機能障害の結果としての性格の変化、意欲の低下、教育や労働経験の不足などは除外される。またその影響は客観的・医学的に証明されねばならない。

障害のアセスメント

WAO の実際的な障害評価は 2000 年 7 月に示された「アセスメント規則」により、医師および労働専門家（いずれも保険機関の職員）によるそれぞれ独立した評価に基づいて申請に対する判定がなされる。第 1 段階で、医師は、申請者の「能力プロフィール」(capacity profile) を評価しそれに基づいてどんな課題・行為ができるかできないかを検討する。申請者が労働に不適であるかどうかを見る。第 2 段階で、労働専門家は、申請者がもし病気・機能障害がなければどの程度稼げたか、その病気・機能障害があってもどの程度稼げるかを査定する。どの程度稼げるかの査定は、コンピューターを利用した「機能情報システム」(FIS, Function Information System) に「能力プロフィール」を入力して行う。FIS は申請者が可能な 3 つの職を出力する。

第 1 段階の医師によるアセスメントのみで完了するケースもあり、それは、「継続的な能力が全くない」(no lasting capacity left) かあっても 3 ヶ月以内になくなるか致命的な疾患と判断された場合、能力が非常に不安定である場合（以上は「完全障害者」と判定される）、申請者がしている（してきた）仕事における能力低下がない場合（非障害者と判定される）、である。「継続的な能力が全くない」と判断されるには、病院その他の居住施設入所、寝たきり、日常生活活動での他人への依存、または精神的コントロールができずに身辺処理や対人関係（家族、社会、職業面で）に問題がある、のどれかが満たされねばならない。

基礎概念は、病気や機能障害 (sickness or impairment) が機能的な能力 (functional ability) の低下を生み、それが稼得能力 (earnings capacity) の低下を生むとみる。

第 1 段階：保険機構の医師－ケースマネージャーと能力評価者

保険機関の医師は、4 年間の訓練を経た保険審査の専門医で、評価者であり、かつケースマネージャーである。第 2 段階の評価結果も含めて最終評価報告も作成する。

「能力プロフィール」の基準が前述の「アセスメント規則」で示されている。それはいろいろな職種で必要とされる 28 種の課題からなる。1.座る、2.立つ、3.歩く、4.階段を上る、5. (坂を) 登る、6.ひざまずく・這う・しゃがむ、7.かがむ、8.かがんで直ることの繰り返し、9.持ち上げる、10.押す・引く、11.運ぶ、12.首を使う、13.腕を伸ばす、14.頭上での作

業、15.手指の巧緻性、16~23.環境面（熱・乾燥などへの対応）、24.皮膚接触（アレルギーなど）、25.振動、26.身につける用具（マスクなど）、27.個人的リスク（事故の起こしやすさなど）、28.心理的基準（他者との協力、作業テンポやプレッシャーへの耐性など）。項目によって量を見る場合（歩ける距離など）と正常にできるかどうかを見る場合（アレルギーの有無など）とがある。

病気や機能障害の「直接的」影響による機能的能力の低下かどうか問われる。性格上の問題で職業生活に困難を生み出しているケースと、病気・機能障害によって問題が起きているケースとを区別することは第1段階の医師による評価の役割のひとつである。

第2段階：労働専門家－障害の評価、FISの利用

この段階の目的は、障害の程度を判定することである。それは、申請者が障害がなければ稼げたはずの1時間の額（通常は本人の以前の給料）と、その病気や機能障害を持った今の状態に適する「一般的にみて従事可能な」職で稼げると推定される1時間の額（つまり残っている稼得能力）との比較による。

この「残っている稼得能力」は第1段階で評価された「能力プロフィール」を労働専門家がコンピューターソフト FIS に投入して得る。その投入の結果、申請者がその病気・機能障害を持ちながら従事できる可能性のある3つの職が示される。この場合、実際に周囲にその職があるかどうか、学歴などに照らしてふさわしいか否かは無視する。もし3つ未満しか表示されなければ、その人は完全な障害者と見なされる。3つ以上の可能な職を FIS が見つけた場合、給料の高いものから順に3つを表示する。これら3つのうち、中間の給料水準の職の給料が「残っている稼得能力」と見なされる。

障害の程度とは、稼得能力の喪失の程度のことであり、(A)「同じ学歴・職歴の非障害者の給料」（通常は障害前の本人の給料）と(B)「残っている稼得能力」（前述の中間給料）の差額を、(A)で割ったものである。この低下が15%未満なら非障害者とされ、80から100%なら完全障害者（fully disabled）とされる。

労働専門家は単に医師の評価した「能力プロフィール」だけでなく、独自に面接・調査した教育・職業歴、技術や能力をも FIS に投入する。それらも稼得能力に影響するので。

この FIS の結果に基づいて、保険機関の医師と労働専門家は協議し、障害程度についての最終的な結論を出す。

FIS は、オランダにある各職種毎に、就労形態（交代制かどうかなど）、給料、専門レベル、教育・技術レベル、目的・機能、能力要件（歩行能力が必要かなど）などの特徴が入力されており、常に補充されている。しかし1995年の評価調査では、高学歴の人々で障害程度が高く出すぎる傾向があること、精神機能の取り上げかたが弱いという意見が多いこと、28項目以外に医師の主観的な評価も加える必要があるということ、医師と労働専門官の最終協議が十分にはなされていないこと、FIS の仕組みを申請者が理解すればより不満が強まると考えられること、などの課題も示された。2000年現在、精神・心理機能面を強化した FIS 改善作業がなされつつある。

WAOの障害認定をめぐる問題点と議論

WAOの障害の定義は、1993年のTBA（障害給付申請件数の削減に関する法律）以降2つの点で大きく変わった。1つは、稼得能力の低下が単に病気・機能障害の「結果」ではなく、「直接的で、客観的・医学的に査定できる結果」でなければならなくなった。2つ目は、稼得能力の喪失の程度を判定する際に、教育歴や専門レベルを考慮した「適切な仕事」でどれだけまだ稼げるかを判定してきたが、それらを考慮しない「一般的に受け入れられる仕事」で見ることになった。さらにTBAは再審査制度も導入した。

これらの結果、障害者（とくに完全障害者）と判定されることはより困難となった。しかし認定数はあまり減らなかった。その理由として、女性労働者の増加、高齢労働者の増加、さらに依然として医師がかなり「自由に」査定していること、などが指摘されてきた。

医師を対象とした調査によると、精神的・対人的機能の低下による「セルフケア、家族関係や社会関係の困難」による「継続的能力なし」のケース（第2段階の査定を省略して完全障害と認定されるケース）の多くは、医師がきちんと基準を守って査定した結果でないことがわかった。多くの場合、企業就職は実際的には難しいだろうと見立てたら「継続的能力なし」に区分してしまっている。また、病気・機能障害と稼得能力の低下の関係が多くの場合記されていない。この点はWAO認定のコアなのに。

これらを調査した研究者によると、その要因として、認定医に対するモニターが質ではなく量・スピードを焦点にしている点や、医師の不足による処理の遅れが考えられた。医師はこれらを解決すべく精神的・対人的機能の低下という項目を抜け道として使っているというわけである。

別の調査では、医師が困るのは、人種的マイノリティーの申請者、はっきりしない慢性症状の人など。また、知的障害者、仕事によって本人の状態が悪化しそうな人、55歳以上の人などに対して「継続的能力なし」との判定を下す傾向がある。さらに同情した場合、怒りやすい申請者、労働市場の状況が悪いときにもその判定を下す傾向がある。医師たちは、事務処理が増えたり、新ルールがはっきりしないこと、担当件数が増えたことなどに不満を持っている。申請処理が規定時間内にすむのは3分の1だけである。

さらに他の調査では、病気・機能障害と稼得能力低下との関係がはっきりしないからといって却下すると不服請求が増えると医師たちはおそれていることを示した。

労働エキスパートも不足がちで、作業が遅れ、半年経過するともう一度医師の診断（第1段階の評価）が必要とされるので、これも医師が第2段階を省略しようとする要因のひとつとなっている。

社会保険全国機構（LISV）によれば第1段階で「継続的な能力が全くない」とされるのは新規申請者の35-40%と予測の倍であり、この寛大な評価は保険機関の医師が多すぎる担当ケース数の負担を逃れようと意図的にやっている、と批判している。このためとくに精神的・心理的訴えの評価方法の標準化が準備されつつある。

因果関係の証明をどう考えるべきか、議論は続いている。つまり因果関係により焦点を当てるのか（因果アプローチ）、あるいは（稼得）能力の低下それ自体に焦点を当てるのか（結果アプローチ）である。

2 WVG (移動・住宅改造等給付)

WVG は財源的にも運営面でも市町村が行っている制度で、障害者・高齢者の屋内・屋外での移動を保障し、社会参加を支援するためのものである。具体的なサービスは、車いす、タクシー代補助、障害者用バス利用、住宅改造などで、現物給付と現金給付がある。移動のニーズは個人の通常の社会的交流や活動のためとされ、住宅改造ニーズは生活環境の最低限の必要とされているが、詳しい基準はなく、市町村が個人のニーズを判断して支援を提供している。WVG では、市町村はサービス支給について規則を作り、それを守ることを命じており、規則の基準を満たしていれば、予算が足りなくなったからと、支給を拒否してはならないとしている。この規則には自己負担と所得制限（一般的に収入テストと似ている、裕福な人は除外する）の要件を含めることが出来ると WVG が定めている。ただし車いすについては自己負担の徴収をしてはならないとしている。自己負担の上限は年間 100 ギルダ（約 5,000 円）としている。

全国市町村協会 (VNG) は WVG ガイドを発行し、そこにはモデル規則も示され、多くの市町村はこれを参考に規則を作っている。モデル規則には手続き、基準、サービスなどが書かれている。住宅改造の費用の方が高くつく場合には改造済み住宅に転居することを促すなどの運営方針も含まれる。こうした WVG ガイドにもかかわらず市町村間の格差は大きい。

毎年 25-29 万件の申請があり、約 75%が承認される。63%が移動支援。71%は 65 歳以上。もともと（若年）障害者のサービスと予想されたが、実態は高齢者の移動支援サービスで障害者にも使われているというものとなっている。

このサービスは市町村の財政事情に影響される。財政が厳しくなると市町村は、行政効率改善、材料業者・交通事業者・住宅業者への値引き交渉、サービスパッケージの変更、支給率の変更、自己負担ルールの変更などをおこなう。障害評価自体の変更はまずない。よく使われる費用削減策は個別のタクシー料金支給を減らしてスペシャルトランスポート（とくべつな乗り合いバス）を活用することである。

WVG の障害者の定義

法による支援の対象となる障害者の定義は、「病気や虚弱による結果として、居住内外での生活または移動の分野において明白な制限を経験している人」(WVG 第 1 条 1) である。

"... a person who experiences demonstrable limitations in the field of living or of moving in and outside the dwelling, as a consequence of sickness or infirmity".

定義はこれだけであり、明白な、制限、結果として、病気や虚弱などの定義を示していない。市町村が判断するのが個々の状況とニーズに応じる最良の方法と考えられているためである。WVG ガイドでは精神疾患を含め医学会で認められている病気をすべて念頭に入れているが、なお客観的な証明の難しい疾患、例えばむち打ちとか線維筋痛症については異論があり、これらを対象としている市町村とそうでない市町村とがある。

WVG の実際のプロセス

多くの市町村は GGD、RIO、ZVN などの外部専門機関（コンサルタント）にインテイク、評価、サービス選択、サービス提供を委託している。約 40% のインテイク、評価は自宅で実施される。これらのコンサルタントは WVG ガイドをベースに評価など進めていると答えているが、商業上の秘密だとして具体的なマニュアルは見せてくれないので、実際の市町村間の格差は不明である。

WVG ガイドによるアセスメント

ICIDH を基礎とする。ただし機能障害部分ではとくに移動関連機能障害が重点。

医学情報：支援ニーズが病気・虚弱（ICD-10 で区分）によるものかどうか、継続的なニーズかどうか。必要なら申請者の医療担当者からの情報も得る。

健康状況：ICIDH を基礎にして、神経系・精神、聴覚、消化、・・・など機能障害の把握。ついで申請者の制限の種類と程度を、身辺処理、日常生活、移動、認知能力、対人関係、コミュニケーション能力、の区分で把握。さらに社会状況として、世帯構成、世帯員の役割分担、家族・友人・近隣との交流などが把握され、周囲からの支援がどの程度見込めるか調べる。移動ニーズを把握するために、通常の社会的交流と活動（家族、友人、文化活動、スポーツ、ボランティア活動、買い物などの頻度と移動範囲）および公共交通機関が利用できるか、利用しやすいか、も調べる。ついで住宅と住環境、ケアの利用状況とのこざれているケアニーズ、さらに申請者の制限（身辺処理など）によってどのような活動ができないかを評価し必要なサービスを検討する。

WVG ガイドでは、評価者がこれらの情報を元にニーズの種類と程度を確定し、申請者との合意の上で、適切なサービスを選ぶ、としているが、それ以上は述べていない。ただし多くの例を掲げて、どんな機能障害のある人が、どんなニーズを持ち、どんなサービスを利用するか、紹介している。（車いすへのニーズ、トイレ改造へのニーズなど）

3 AWBZ（介護保険・特別医療費補償保険）

オランダでは特別医療費補償（支出）法（AWBZ）という社会保険制度が、高齢者のナーシングホーム、老人ホーム、ホームヘルプ、障害者の施設・在宅サービスの費用をカバーしており、この他精神保健福祉関係サービス（入院からリハまで）や一般医療でも 1 年以上の入院費用をカバーするなど、非常に広範囲の保健・医療・福祉のサービスを担当している。税金による住宅費用助成や住宅改造費助成、一部の補装具の費用助成などがなされているが、「ケア」にかかわる施設・在宅の各種サービスがこの保険でまかなわれている。

ニーズアセスメント

AWBZ では、適切に利用者のニーズをアセスメントすることが重要なポイントとなっている。この目的は、ニーズにうまくマッチするようにケアの量と質とが提供されるようにすることと、AWBZ の門番の役割（支給コントロール）もある。

アセスメントは、利用者がどのようなケアサービスを必要としているかを特定すること