

# 9 from NETHERLANDS ILCオランダ

ゲル・ティエレン

ILCオランダ専務理事

## ■ はじめに

オランダでは伝統的に、広範な社会的セーフティネットのための法律を制定してきた。なかでも特徴的な二つの制度は、三本柱の年金制度と就労不能保険である。

非差別と機会均等の原則は1960年代に定着した。最初ジェンダーを中心としたが、1990年代に民族、障害、年齢、性的指向にまで広がった。欧州連合がアムステルダム条約に年齢や障害を含む非差別条項を盛り込んだのは1997年で、欧州指令第78号が2000年にあり、オランダでは「雇用における均等待遇法」が欧州内でも早く2004年5月1日に発効した。

## ■ 法の適用範囲

「雇用における均等待遇法」は包括的な法律で、募集、採用、任命、雇用仲介、教育・訓練、昇進、解雇、雇用条件、労働条件などを網羅している。求人広告での年齢制限の記載などによる差別も禁じている。また、勤続年数に言及するなどの間接的な差別も、給与、有給休暇、解雇保障に関わるため禁止である。法律は、労働関連政策（若者の最低所得の保障、夜間労働の禁止などの若年労働者の保護規則）、定年（現在は65歳）以上の合意年齢による退職、年金制度への参加もしくは脱退に関する年齢規定は合理性を認めて例外としている。

## ■ 調査

2006年12月「年齢・ライフコース専門センター」は均等待遇委員会裁定の中間報告を発表した。雇用における年齢差別の46の裁定の半数以上がリストラや解雇関連で、就職に関する85の裁定の3分の2は募集と採用関連であった。法廷で争われる事例は非自発的退職で年齢差別が疑われるものが多い（現役続行を望むフットボール審判員、65歳定年後も働き続けたい従業員、採用年齢制限に異を唱えたパイロット

など）。判例を論じるのは時期尚早だが、法に罰則規定がないのは欠点である。

## ■ 社会保護

オランダは社会保護の分野では比較的的成功しているが、少々説明を要する。「年齢・ライフコース専門センター」によると、企業の社会支出の大半は年長層向けである。労働時間の短縮、休暇増、シフト労働の削減などである。早期退職は1990年代の若年層の失業対策の一つだったが、仕事の継続よりも離職を望むという年長従業員のネガティブイメージを生み、45歳以上の再就職率がきわめて低くなった。均等待遇法は今後、労働市場への参加を促す手段として活用される必要がある。

## ■ プロダクティブ・エイジング

今、一部に大きな動きが見られる。まず一つは、国内の雇用団体とボランティア団体が年長労働者への姿勢を変えたのである。フィンランドの研究者イルマリネンは、年齢を重ねるほどにすべての職種で労働能力と雇用可能性が高まると実証した。年を取るにつれて不満を常に抱くような傾向にはあるが、大半はより知的な働き方で高い生産性を維持する。そしてチームで働き、多くの場合に互いの欠点を補い合う。つまり年齢という基準は無意味である。やがて労働協約からこの基準が消え、一個人としての従業員を重視した基準へと変わるだろう。つまり、受け身からプロダクティブなエイジングへと変わる。年金制度などはもはや障害とはならず、労働市場は年長労働者にとって活力に満ちたものでなければならない。

## ■ 治療から予防へ

もう一つは、治療から予防への移行である。病気や就労不能にならず生産的な活動を続けて健康に年齢を重ね

## ■オランダ

推計人口(100万人)*1	16.3
面積(1,000km <sup>2</sup> )*2	42
国内総生産(10億米ドル)*3	664
一人当たりGDP(米ドル)*3	40,535
経済成長率(%)*3	3.0
失業率(%)*4	5.0 (05年)
高齢化率*5	13.9
平均寿命(男)*6	77
平均寿命(女)*6	81

\*1 UN, Estimates of Mid-year Population 2005

\*2 UN, Demographic Yearbook 2005

\*3 UN, National Accounts Main Aggregates Database, Updated Aug. 2007

\*4 外務省「各国・地域情勢」

\*5 UN, Demographic Yearbook 2005

\*6 UN, Social Indicators 2007, Updated Dec. 2007

るためにプライマリーケアと労働衛生サービスの課題は多い。オランダの社会保障制度は病気や障害の際に治療や給付金を受ける権利が土台で、社会保障費の高騰に加え、多くの労働者が就労不能となっている。人権と“適切な保健医療”の論議は、予防医療を受ける権利、予防を目的とした医療に力点を置く必要がある。ILC英国の「健康リテラシー」(幼児期の教育から老年医療の知識まで)の考え方は重要である。同様に就労能力の維持をめざすフィンランドのワーカビリティ・コンセプトもある。ILCオランダもこの分野で積極的に活動している。

## ■ 世代分離から世代統合へ

人々の社会参加の権利を尊重することは、場所、機会、自由をすべての人に与え、年齢の多様性と良好な人間関係が標準となることを意味する。これは、政治、文化、メディアにも反映され、基本原則としての多様性は他の分野にも適用される必要がある。高齢者のための“シルバーシティ”を作ろうと考えることもできるが、こうして分離することは解決策になるだろうか。多世代がいる住宅地では、互いの弱点を補い、若さや老いから来る問題は地域内で対応可能となる。これは、ケアや社会参加、時間の過ごし方といった分野での情報通信技術(ICT)を利用したソリューションや世代間の文化移転を促す政策でも同様のことが言える。

1950年代以降、高齢者住宅や介護施設の建設が進み、多くの高齢者がそこに住んだ。しかし現在、コスト増や自宅で自立した生活を願う高齢者によりこの体制は行き詰まっている。将来は高齢者の在宅介護が増え、大規模施設は小規模の施設に替わるだろう。変革の時を迎えている。従来の公共集合施設は民間市場に道を譲り、国の健康保険制度が主要な役割を担うであろう。公共施設は減少傾向で、ケアの官民双方のコスト負担に新たな方法

が出てきている。

2002年の国連の「高齢化に関するマドリッド国際行動計画」には重要なメッセージがある。「高齢に至るまでの健康と福祉の増進」と「活動可能かつ支援的な環境の整備」である。後者は家族やインフォーマル介護者の役割を前提としている。その“介護力”を観察することは、介護の質とコスト管理に重要である。日々の些細な出来事の中で早めに問題を見つけ出し、予防的措置を取ることが必要である。

## ■ 終末期問題

オランダでは2002年に「耐えがたく改善の見込みのない苦痛」にある状況で生命を終結させる医師の行為を定める法律が発効した。医師の介入は、慎重な医療の条件を含め基準が明確に満たされた場合で、病気の状況と治療の可能性について十分な説明を受けて理解した患者の自発的な熟慮の上の要請であれば認められる。また、独立した立場のもう一人の医師が患者を訪問し、慎重な医療の条件を満たしていることを書面で確認する。生命終結の措置には細心の注意を払い、自治体の検死官と地域審査委員会への報告が義務づけられている。要件を満たさない医師には懲罰手続きが取られる。

この法律の目的は以前から行われていた「生命を終結させること」を公にし、終末期の患者の意向に応じることである。他国から思われている印象と違い、この適用を求める高齢者は非常に少ない。これは緩和ケアに努力が払われてきたため、適切な緩和ケアがあれば自発的に生命を終える必要はない。

まとめると、私たちが支持する人権の結果としての社会を論じる場合、予防医療の考えが優勢になってくる。ここに医療サービスとILCが活動すべき分野がある。

### 【主要参考文献】

- I. Kickbusch, S. Wait, D. Maag, P. McGuire, I. Banks: Navigating Health: The Role of Health Literacy, ILC-UK, September 2006