

## オランダの介護保障制度

大 森 正 博

- ① オランダが介護保障について抱えている問題は、高齢化等の社会経済的背景による長期療養・介護費用の増加とその対応、利用者の権利の確保も念頭に置いたサービスの品質の確保の方策など日本等の先進諸国と共通点が多いが、オランダは理論的な根拠の下で着実に制度改革に取り組んでいる点が注目される。
- ② オランダの介護保障制度の中心は、公的医療保険の一環として整備されている特別医療費保険（AWBZ）である。公的医療保険は、長期療養サービスを中心にカバーする特別医療費保険（AWBZ）（“Compartment 1”）、短期医療を中心にカバーする健康保険（ZVW）（“Compartment 2”）、私的医療保険（“Compartment 3”）によって構成されており、分業関係が明確になっている。
- ③ 特別医療費保険は、1968年の制度施行時から「途方もない費用のかかるリスク（Catastrophic risk）」をカバーする制度として位置づけられていたが、今日、その考え方を徹底させ、他の保険制度、社会制度との分業を明確にしようとしている点も注目される。脳卒中等に対応する急性期医療の後のリハビリテーションを短期医療と位置づけ、特別医療費保険から健康保険（ZVW）に移行させたこと、家事援助を特別医療費保険から外し、社会支援法（WMO）のサービスに移行させたことがその例である。
- ④ 特別医療費保険には、効率性を実現するための方策が導入されてきている。第一に現金給付制度である個人介護予算（PGB）の導入、第二にインフォーマルケアの積極的な活用、第三に社会支援法（WMO）を施行し、家事援助等の介護サービスの一部を社会支援法（WMO）に移行したこと、第四にケア強度パッケージ（ZZP）の導入、第五に、ケアアセスメントセンター（CIZ）によるケアアセスメントの改善の努力である。
- ⑤ 1980年代後半のデッカープラン以来、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。紆余曲折を経て、今日では、短期医療をカバーする健康保険（ZVW）（“Compartment 2”）にのみ「規制された競争」が導入されているが、現在、特別医療費保険において効率性を図る改革が模索されており、動向が注目される。
- ⑥ 競争原理を導入する政策、効率性を図る政策を施行する上での必要条件は、患者が情報を持ち、サービスの選択をできる環境を作ることである。そのため、「サービス提供組織における品質に関する法律（KWZ）」、「個人サービスにおける専門職に関する法律（Wet BIG）」が導入されている。
- ⑦ 利用者の権利の確立のために、「長期療養・介護サービスにおける患者の権利に関する法律（WCZ）」を制定していることが注目される。

# オランダの介護保障制度

大森 正博

(本稿は、社会労働課が執筆を委託したものである。)

## 目 次

- I はじめに
- II 介護保障制度の現状
  - 1 位置づけ—医療保険制度との関係
  - 2 特別医療費保険（AWBZ）
  - 3 社会支援法（WMO）
- III 介護保障の政策展開
- IV 結論

## I はじめに

他の先進国と同様にオランダも高齢化の進展の下で、医療、介護に対する需要の増加に直面し、介護保障制度のあり方について、政策的議論が行われている。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。具体的には、国民皆保険の特別医療費保険（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ, Exceptional Medical Expenses Act: EMEA）<sup>(1)</sup>が1968年より施行され、今日に至っている。日本では2000年4月に介護保険法が施行されたが、立法にあたって、ドイツの介護保険を参考にしたとされている。ドイツの介護保険はオランダの特別医療費保険を参考に立法されたと言われており、オランダは、世界に先駆けて介護保障に社会保険を導入した国であるといえよう。

そのオランダも先進諸国の例外ではなく、高齢化を中心とする社会の変化の中で介護サービスの需要の増加に直面するなど、介護保障のあり方について、変革を余儀なくされている。本稿は、オランダの介護保障の現状と制度改革の方向性について概観することを目的としている。

本稿の構成は以下のとおりである。IIでは、特別医療費保険を中心として、オランダの介護保障制度の現況について説明する。IIIでは、オランダの介護保障に対する政策展開について概観する。IVで結語が述べられる。

## II 介護保障制度の現状

### 1 位置づけ—医療保険制度との関係

オランダの介護保障制度の中心は特別医療費保険（AWBZ）であり、公的医療保険制度として1968年より施行されている。オランダの公的介護保険は、公的医療保険制度の一部として制度が整備されているところが特徴的である。オランダの公的医療（・介護）保険には、3つのCompartmentが存在している。

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、基本的には1年を超える入院医療、介護をカバーする、いわば公的介護保険であり、Compartment 2は、治療的なケア（Curative care）を中心とした短期の医療費をカバーしている公的医療保険である。Compartment 1は、1年を超える入院医療、介護などの「途方もない費用のかかるリスク（Catastrophic risk）」をカバーし、Compartment 2は、短期的に行う治療的なケア（Curative care）をカバーしているともいえる。したがって、Compartment 1のカバーするサービスは、介護というよりも広く「長期療養・介護サービス（Long-term care）」というべきであり、本稿でもこの用語を使用する。

Compartment 1は、特別医療費補償法を根拠としており、根拠法の名称によりAWBZ（特別医療費保険）と呼ばれている。Compartment 2は、健康保険法（Zorgverzekeringswet: ZVW, Health Insurance Act: HIA）を根拠としている<sup>(2)</sup>。

Compartment 3は、Compartment 2でカバーされない自由診療にあたるサービスをカ

\* 本稿は、新学術領域研究（文部科学省科学研究費補助金）「保健・医療・福祉サービスへのアクセスと健康格差（課題番号21119006）」の成果を一部使用している。

(1) AWBZは直訳すると「特別医療費補償法」になるが、オランダでは制度のことをAWBZと法律の名前で呼んでおり、1995年に長寿開発センターにて開催された老人保健福祉研究会（座長：堀勝洋上智大学法学部教授）において行われたオランダの医療保障に関する研究会で、制度名の和訳を「特別医療費保険」で統一することが合意されたため、本稿でもこの用語を使用する。

(2) 健康保険法は、2006年より施行されたが、その前身である疾病基金法（Ziekenfondswet: ZFW）は、1965年より2005年まで施行された。

バーしている保険である。Compartment 3でカバーされているサービスとして、大人の歯科治療等が例として挙げられる。表1は2006年、2007年におけるCompartment1-3の費用を示している。2007年において、医療・介護費用の合計528億2200万ユーロのうち、Compartment 1が43.5%、Compartment 2が49.7%、Compartment 3が6.8%を占めている。Compartment 3の割合が思いの外、大きいこと、公的介護保険に該当するCompartment 1と公的医療保険に当たるCompartment 2が同じ程度の費用の大きさになっていることが注目される。

## 2 特別医療費保険 (AWBZ)

本節では、オランダの介護保障の中心を担う特別医療費保険について、解説する。

### (1) 制度の概要、特徴とその背景

#### (i) 保険者、被保険者

特別医療費保険の被保険者は、オランダの居住者およびオランダで雇用され、給与税 (payroll tax) を納めている者であり、これらの条件に該当する者は、強制加入である。加入は個人単位である。

特別医療費保険の保険者は国である。私的な主体であるCare Insurer (risicodragers) が保険者になっている健康保険 (ZVW) とは対照的である。Care Insurerは、健康保険の保険者であ

り、表2にあるとおりである。これらは、相互会社 (Mutuals)、公的有限会社 (Public Limited Company) である<sup>(3)</sup>。前者は非営利の協同組合であり、後者は株式を発行し、株主総会が最高意思決定機関である営利企業である。これらは、開業するためには、オランダ銀行 (De Nederlandsche Bank: DNB, Dutch Central Bank) の認可を受ける必要があり、独占禁止政策においては、他産業の私企業と同様にオランダ競争庁 (Nederlandse Mededingingsautoriteit: NMa, Dutch Competition Authority) の規制下にある<sup>(4)</sup>。

特別医療費保険において、保険の実際の事務、運営については、健康保険の保険者であるCare Insurerが重要な役割を果たしている。32の圏域 (Region) ごとに主としてその圏域 (Region) において最もシェアの大きいCare InsurerがCare Office (zorgkantoor) となり、国の保険代行者として、特別医療費保険の保険業務を行っている。

実際の手続きとしては、被保険者は皆、健康保険 (ZVW) に強制加入させられているので、その保険者であるCare Insurerが、被保険者の居住している圏域 (Region) のCare OfficeになっているCare Insurerに、特別医療費保険の保険業務を委託するという形になる。Care OfficeになったCare Insurer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。

表1 2006年以降の保険別費用の年次推移

(単位: 100万ユーロ)

	2006年	2007年	割合 (2007年)
特別医療費保険 (AWBZ)	23,195	22,972	43.5%
健康保険 (ZVW)	26,849	26,266	49.7%
その他	3,364	3,584	6.8%
合計額	53,407	52,822	100.0%

(出典) Vektis, ZORGMONITOR 2008: Financiering van de zorg in 2007, p.14.  
(Vektis > Publicaties <<http://www.vektis.nl/index.php/publicaties>>) より  
筆者作成。

(3) Willemijn Schäfer et al., "The Netherlands: Health system review," *Health Systems in Transition*, Vol.12 No.1, 2010, p.100.

(4) *ibid.*

表2 Care Insurer の状況

Care Insurer のグループ	Care Insurer
Achmea	Agis Zorgverzekeringen NV
	Avéro Achmea Zorgverzekeringen NV
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.
	Interpolis Zorgverzekeringen NV
	OZF Achmea Zorgverzekeringen N.V.
	Zilveren Kruis Achmea Zorgverzekeringen NV
AZVZ	OWM AZVZ U.A.
CZ Delta Lloyd Ohra	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.
	OHRA Ziektekostenverzekering N.V.
	OHRA Zorgverzekeringen N.V.
	OWM CZ Groep Zorgverzekeraar ua
De Friesland	De Friesland Zorgverzekeraar
DSW	Zorgverzekeraar DSW UA
ASR	ASR Ziektekostenverzekeringen N.V.
Menzis	Anderzorg Zorgverzekeraar
	Menzis Zorg en Inkomen
	OWM AZIVO Algemeen Ziekenfonds de Volharding UA
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar
Salland	OWM Salland Zorgverzekeringen UA
Stad Holland	OWM Stad Holland Zorgverzekeraar UA
Univé-VGZ-IZA-Trias	IZA Zorgverzekeraar NV
	IZZ Zorgverzekeraar N.V.
	Maatschappij voor Zorgverzekering Gouda NV
	N.V. Univé Zorg
	NV Zorgverzekeraar UMC
	Trias Zorgverzekeraar NV
VGZ Zorgverzekeraar N.V.	
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA

(出典) “Tabel 1: overzicht zorgverzekeraars op 1 januari 2010 (bron: UZOVI-register Vektis),” Vektis, *Jaarcijfers 2010 - Zorgverzekeraars en -financiering* -, pagina 2. (Vektis > Publicaties <<http://www.vektis.nl/index.php/publicaties>>)

(ii) 給付 (Benefits)

特別医療費保険によって給付されるサービスの内容は、「機能 (Function)」によって定義されている。「個人サービス (Personal Care)」、「看護 (Nursing)」、「支援的ガイダンス (Supportive Guidance)」、「活性化ガイダンス (Activating guidance)」、「治療 (Treatment)」、「宿泊サービス (Accommodation)」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則っている。つまり、同じ機能を果たすより広範なサービスを対象に含めることでサービスの代替性の確保を図り、あわよくば、より費用の低いサービスで代替することを視野に入れていると考えられる。

以下では「機能」の具体的な内容を記していく。

① 個人サービス (Personal Care)

具体的には、シャワー・入浴、着衣、ひげそり、スキンケア、飲食、排泄等を含んでいる。

② 看護 (Nursing)

包帯、注射、病気の相談、自己注射の指導が含まれる。

③ 支援的ガイダンス (Supportive Guidance)

より快適な生活をするためのガイダンス (自律的に生活できるための援助) を意味し、デイケア、日常生活で行うことの準備等が含まれる。

④ 活性化ガイダンス (Activating Guidance)

行動、心理における問題があるときに、その改善を促す。社会活動への参加の援助等が含まれる。

⑤ 治療 (Treatment)

慢性疾患のケアを意味する。例えば、認知症のケアが含まれる。

⑥ 宿泊サービス (Accommodation)

施設サービスが含まれる。

表3 特別医療費保険の費用

(単位：100万ユーロ)

	2007年	2008年	2009年	2010年(予測)
看護・介護サービス	11,359.9	12,054.6	12,552.0	12,928.6
	49.5%	54.7%	53.6%	53.7%
身体障害者ケア	5,243.8	5,880.6	6,392.4	6,421.4
	22.8%	26.7%	27.3%	26.7%
精神保健	4,253.5	1,559.6	1,597.9	1,665.9
	18.5%	7.1%	6.8%	6.9%
その他のケア	272.9	304.0	295.2	301.7
	1.2%	1.4%	1.3%	1.3%
PGB(個人介護予算)補助金	1,339.0	1,660.8	1,958.0	2,168.9
	5.8%	7.5%	8.4%	9.0%
その他の費用	497.6	576.0	617.0	580.1
	2.2%	2.6%	2.6%	2.4%
合計	22,966.6	22,035.6	23,412.4	24,066.6
	100%	100%	100%	100%

(出典) CVZ (College voor zorgverzekeringen) >Health care statistics > AWBZ expenses 2007-2010 <<http://www.cvz.nl/en/healthcarestatistics/awbz-expenses/awbz-expenses.html>> より筆者作成。

特別医療費保険は、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る。特別医療費保険は、「途方もない費用のかかるリスク (Catastrophic risk)」をカバーする保険として位置づけられており、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。

次に、特別医療費保険によるサービスの利用状況を具体的に見てみよう。表3は、2007年から2010年の特別医療費保険の費用の状況を示している<sup>(5)</sup>。2009年で見ると、総費用は234億1240万ユーロであり、その内、看護・介護サービスが53.6%と半分以上を占めている。その他、身体障害者ケアが27.3%、精神保健が6.8%を占めているが、8.4%を占めている個人介護予算 (Persoonsgebonden budget: PGB, Personal Care Budget) が年々シェアを増加させていることも注目される。

### (iii) 給付の方式

サービスの給付は、現物給付 (In-kind benefit) が中心であるが、現金給付 (Cash benefit) もある。個人介護予算 (PGB) がそれにあたる<sup>(6)</sup>。

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<sup>(7)</sup>。個人介護予算は、特別医療費保険による個人介護予算 (PGB from AWBZ) に加えて、社会支援法による個人介護予算 (PGB from WMO (Wet Maatschappelijke Ondersteuning))、社会雇用法による個人介護予算 (PGB from WSW (Wet Sociale Werkvoorziening)) がある。特別医療費保険による個人介護予算は、1991年に社会実験で導入され、1995年から本格的に導入された。当初は、在宅サービスにのみ利用できたが、2003年には、個人介護予算の利用基準がより明確化され、2007年7月より施設サービスにも利用できるようになり<sup>(8)</sup>、利用者は増加しており、2009年12月には111,813人の利用者

(5) 2010年については、予測の数字である。

(6) 2010年は、事前支払いで一度に年間2,500ユーロ、半年に2,500ユーロ(年間5,000ユーロ)、3か月に1回(年間4回)総額で5,000～25,000ユーロ、毎月払いで年間25,000ユーロ以上といった選択肢がある。

(7) 実際には、被保険者の指定する銀行口座に振り込まれる。

(8) Elke Decruynaere, "The Personal Budget (PGB) in the Netherlands," 2010.1, p.17.

がいる。これは特別医療費保険の利用者数の約10%を占めている<sup>(9)</sup>。表4は特別医療費保険の個人介護予算支出の年次推移、表5は特別医療費保険の個人介護予算の平均利用者数の年次推移を示しているが、総支出、総利用数が急速に増加していることが分かる。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（Informal care）の利用の増加がある。Ramakers等の調査によれば、個人介護予算の選択者の33%は、インフォーマルケアを利用するためであると答えている<sup>(10)</sup>。さらに、Ramakers等は、2004年から2007年にかけて個人介護予算の利用増の要因を分析しているが、最大の要因は、18歳未満

の精神保健サービスの利用者の増加であり、次に大きな要因は高齢の身体障害者の増加であった<sup>(11)</sup>。

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。

現物給付を選んだ利用者は、サービス提供者を自由に選ぶことができる。実際に利用者にはサービスを提供するためにサービス供給者と契約を行ったり、事務を行うのは、Care Officeである。

表4 特別医療費保険における個人介護予算支出の年次推移

(単位：100万ユーロ)

	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
PGB old - Care and nursing 個人介護予算（旧制度）—看護・介護サービス	243.9	290.9	108.6	34.7		
PGB old - handicapped 個人介護予算（旧制度）—身体障害者ケア	156.3	191.8	152.8	102.4		
PGB old - mental health 個人介護予算（旧制度）—精神保健	13.3	40.6	9.8	1.3		
PGB new 個人介護予算（新制度）		130.0	450.5	783.4	1,136.0	1,309.0
合計	413.5	653.3	721.7	921.8	1,136.0	1,309.0

(注) 個人介護予算制度（PGB）は、2003年より新制度が導入され、サービスの種類毎に異なる運用が行われていた旧制度は統合された。2003 - 2005年は経過措置で旧制度が残った。

(出典) CVZ, *Zorgcijfers kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de Zvw en AWBZ, 1<sup>e</sup> kwartaal 2008*, CVZ, 2008, p.42. <<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/zorgcijfers+kwartaalberichten/zckb0801.pdf>> より筆者作成。

表5 特別医療費保険の個人介護予算の平均利用者数の年次推移

(単位：人)

	2002年	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年
PGB old - Care and nursing 個人介護予算（旧制度）—看護・介護サービス	30,648.5	32,795.5	15,328.5	4,968.1		
PGB old - handicapped 個人介護予算（旧制度）—身体障害者ケア	10,180.5	11,702.8	8,749.5	5,092.7		
PGB old - mental health 個人介護予算（旧制度）—精神保健	1,405.5	3,014.0	895.2	109.3		
PGB new 個人介護予算（新制度）		14,466.5	39,844.4	66,456.4	87,641.5	76,560.5
合計	42,235.0	61,979.0	64,817.6	76,627.0	87,641.5	76,560.5

(注) 個人介護予算制度（PGB）は、2003年より新制度が導入され、サービスの種類毎に異なる運用が行われていた旧制度は統合された。2003 - 2005年は経過措置で旧制度が残った。

(出典) CVZ, *Zorgcijfers kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, 1<sup>e</sup> kwartaal 2008*, CVZ, 2008, p.42. <<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/zorgcijfers+kwartaalberichten/zckb0801.pdf>> より筆者作成。

(9) *ibid.*, p.4.

(10) Clarie Ramakers et al., *Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007*, Nijmegen : ITS, 2008.

(11) *ibid.*

表6 AWBZの収入

(単位: 100万ユーロ)

	2007年	2008年	2009年	2010年(予測)
保険料	14,398.4 61.7%	14,213.7 69.0%	13,640.0 67.7%	14,832.8 69.4%
政府補助金	4,495.4 19.3%	4,774.3 23.2%	4,896.4 24.3%	4,863.3 22.8%
利用者の一部負担	1,617.6 6.9%	1,580.2 7.7%	1,579.0 7.8%	1,649.7 7.7%
政府資金	11.0 0.0%	11.5 0.1%	12.0 0.1%	12.0 0.1%
国際決済*	5.2 0.0%	5.2 0.0%	4.6 0.0%	4.6 0.0%
精神保健サービスに対する健康保険 (ZVW)からの出資	2,800.0 12.0%	-- --	-- --	-- --
その他の収入	14.3 0.1%	15.7 0.1%	2.9 0.0%	12.2 0.1%
合計	23,341.9 100%	20,600.6 100%	20,134.8 100%	21,374.5 100%

\* 社会保障協定を結んだ国家間での、外国で受けた自国民の医療、外国民が自国で受けた医療の費用についての決済  
(出典) CVZ (College voor zorgverzekeringen) >Health care statistics >AWBZ income 2007-2010 <<http://www.cvz.nl/en/healthcarestatistics/awbz-income/awbz-income.html>> より筆者作成。

#### (iv) 特別医療費保険の財政

次に、特別医療費保険の財政状況を見ておこう。表6は、2007年から2010年の特別医療費保険の財政における収入の状況を示している。

2009年で特別医療費保険の収入の67.7%は保険料が占めている。特別医療費保険の保険料率は、所得比例であり、課税所得の12.15% (2010年)である。ただし、保険料が課される所得には上限がある<sup>(12)</sup>。なお、15歳以下の者は保険料が免除され、15歳以上でも課税所得のない者は、保険料は免除される。保険料は、被用者の場合は、使用者が給与より天引きを行い、内国歳入庁へ納付する。自営業者等、被用者でない者は内国歳入庁へ直接納付する。納付された所得比例保険料は、特別医療費保険一般基金 (Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten: AFBZ, General Fund for Exceptional Medical Expenses) に集められ、健康保険委員会 (College voor Zorgverzekeringen: CVZ, Health Care Insurance Board) が管理している。<sup>(13)</sup>

また、利用者による一部負担が特別医療費保険の収入の7.8%を占めている。特別医療費保

険は、サービスの利用について利用者による一部負担があり、一部負担は所得の高い者が多く負担する形になっている。

一部負担は、施設サービスと施設外サービスで異なる<sup>(14)</sup>。施設外サービスの場合、利用者は、ケアの時間1時間あたり12.60ユーロを支払わなければならない。ただし、一部負担は、所得、世帯構成員の数、利用者が65歳以上か否かによって、上限が設定されている。例えば年間所得が14,812ユーロ以下の低所得層であれば、4週間あたりの一部負担は17.20ユーロである。しかし、同じ条件でも、所得条件が異なり年収40,000ユーロであれば、4週間あたりの一部負担は、307.83ユーロと高くなる。

施設サービスについては、利用者的一部負担は所得の12.5%であるが、一部負担の上限は高 (High)、低 (Low) の2段階になる。低い一部負担が適用されるのは、施設入所後6か月の間か、利用者がいくつかの条件を満たしている場合である。その条件の中には、例えば、利用者に独立して暮らしている配偶者がいる場合がある<sup>(15)</sup>。「低」の場合、一部負担の1か月あたり

(12) 特別医療費保険の保険料が課される所得の上限は32,738ユーロ/年(2010年)である。

(13) Schäfer et al., *op.cit.*, p.76.

(14) Esther Mot et al., "The Dutch System of Long-term Care," *ENEPRI Research Report*, No.90, 2010.6, pp.28-29.

(15) 一部負担が、独立して生計を立てている配偶者の生計を圧迫しないようにするためであると考えられる。



の下限は141.20ユーロ、上限は741.20ユーロになっている。一方、「高(High)」の一部負担は、1か月あたり最大1,838.60ユーロである。利用者の所得に比して、一部負担が重すぎると考えられる時には、所得の8.5%の一部負担を行えばよい。

利用者の一部負担を決定するにあたって、利用者の生活状況が考慮に入れられることを付記しておく必要がある。一部負担を課す時、利用者が、衣服や生活上の雑費に、単身者の場合、1か月あたり276.41ユーロ、カップルの場合430ユーロを確保できるように配慮することになっている。

一部負担の納付については、内国歳入庁の把握している課税所得に基づいて、中央管理庁(Centraal Administratie Kantoor: CAK, Central Administrative Office)から利用者に請求される<sup>(16)</sup>。

特別医療費保険の被保険者負担は、保険料については応能負担の度合いが小さく、利用者の一部負担において応能負担の度合いが大きいと考えられる<sup>(17)</sup>。

特別医療費保険の収入の24.3%を政府の補助金が占めていることは注目に値する。租税を財源とする補助金が2007年から毎年、約45-48億ユーロ拠出されていることが分かる。政府の補助金が特別医療費保険の財政運営において、不可欠かつ重要な役割を果たしていることが分かる。

また、被保険者からの保険料徴収が、内国歳入庁という租税徴収制度の中で行われていること、一部負担の請求・徴収が、中央管理庁(CAK)という専門の組織を通して行われていることが特徴である。

(v) ケアアセスメント(Care Assessment) —ケアアセスメントセンター(Centraal Indicatieorgaan Zorg: CIZ, Centre for Care Assessment)の役割  
利用者は、前述の機能(Function)①~④、⑥を利用するためには、CIZによるケアアセスメントを受けなければならない。

CIZは、2,500名の従業員のいる全国組織であり、本部がドリーバーヘン(Driebergen)にある<sup>(18)</sup>。また、CIZは、全国9か所に支部がある<sup>(19)</sup>。

以下ではCIZのケアアセスメントの制度について解説する<sup>(20)</sup>。特別医療費保険の被保険者は、身体障害(Somatic disorder)、老人精神病(Psycho-geriatric disorder)、精神障害(Mental disorder)、知的障害(Intellectual disability)、身体障害(Physical disability)、知覚障害(Sensory disability)のいずれかが該当する場合に、特別医療費保険のサービスを受ける権利がある。

被保険者は、サービスを利用するにあたり、CIZのケアアセスメントを受けなければならない。ケアアセスメントの手続きは、現物給付を選択しても、現金給付を選択しても同様である。ケアアセスメントは、原則として申請から6週間でサービスの決定が行われることになっている。特別医療費保険の被保険者は、CIZのサイトから申請書をダウンロードするか、CIZのオフィスから申請書を取り寄せ、記入し、利用申請を行う。CIZは、申請者を市民サービス番号(Burgerservicenummer: BSN)で識別し、6つの地区(District)の中から該当するオフィスを選定し、ケアアセスメントの態勢に入る<sup>(21)</sup>。

ケアアセスメントの基本的な考え方は以下の通りである。CIZは判断基準に基づいて、申請

(16) 中央管理庁(CAK)は、特別医療費保険(AWBZ)、社会支援法(WMO)の一部負担を計算し、利用者に請求・納付してもらう業務を行うことを主たる目的として設立された。

(17) 特別医療費保険の一部負担については、Mot et al., *op.cit.*, pp.28-30. を参照。

(18) CIZは、研究部が本部と同じドリーバーヘン、ソーシャルサポート部がユトレヒトにある。

(19) 9か所とは、アムステルダム、アッセン(Assen)、ベルヘンオブゾーム(Bergen op Zoom)、エンスケデー(Enschede)、ヘーレン(Heerlen)、ナイメーヘン(Nijmegen)、ライスウィク(Rijswijk)、ロッテルダム(Rotterdam)、ユトレヒト(Utrecht)、ズウォレ(Zwolle)である。

(20) Mot et al., *op.cit.*, pp.16-19.

者に必要な機能 (Function) が、前述の6つのどれに当たるかを判断し、それぞれの機能について、必要なサービス量を計算する<sup>(22)</sup>。申請者の状況を分析するにあたって、CIZは、申請者の身体状況を見るだけでなく、周りの家族環境、社会環境も見ている。つまり、CIZは、申請者が、家族からのケア、友人や近隣の人々からのインフォーマルなケアを受けられる状況にあるか、住居、社会保障サービスの受給状況、労働、教育環境等を総合的に見て、その状況に応じて、必要なサービスを考える。具体的には、以下のような要素が考慮される。①家族、友人、隣人からケアを受けることができるかどうかを考える。その際、これらの人々に介護の休息を与えるサービス (Respite care、具体的サービスとしてはデイケア等) を提供することも考慮される。②特別医療費保険のサービスよりも前に、他の公的サービスを受けることができるかどうかを確認する。③買い物の宅配、子どもの世話など一般的なサービスが利用可能かどうかを確認する。

この過程で、主治医に意見を求めたり、CIZの職員が申請者に電話したり、直接訪問したり、とCIZと申請者の間でやりとりが行われ、きめ細かいケアアセスメントを行うことができる状況になっていることが特徴的である。

CIZはこれらの情報をもとにして、申請者の必要なサービスの種類という観点から粗ニード (Gross Needs) を決定し、必要なサービス量、ケアアセスメントの有効期限、サービス提供体制を決定する。サービス提供体制を考える上で、サービスが緊急の時にも利用できるか、近隣で継続的にサービスが利用できるかどうか、サービス提供者が近隣で24時間体制でサービスを

提供できる体制にあるかどうかなどが考慮される。

CIZは、次にボランティアケアの利用可能性について考慮する。通常のケアは家族が行うことが想定されており、それを越えた部分が特別医療費保険のサービスの対象になる。隣人、友人の中に無償でケアを提供することを厭わない者がいる場合には、これらを除いた部分が特別医療費保険の対象になる。これらのインフォーマルケアの提供者が休息を取れるようなレスパイトケア (Respite care) も特別医療費保険のサービスの対象になっている。

次にCIZは、施設サービスにするか、在宅サービスにするかを決定する。申請者が、治療に専念できる環境、保護監督の行き届いた環境で暮らしたいと希望する場合は施設サービスを選択し、申請者が家にいることを望む場合は、たとえ費用対効果の点で好ましくなかったとしても、費用が施設サービスのそれを超えない限りは、在宅サービスを提供することになる。

なお、特別医療費保険のサービスを利用するにあたって、被保険者がどのようなケアアセスメントを受けることができるかは、一般管理法 (Algemene Wet Bestuursrecht: AWB, General Administrative Law) によって規定されている。

この様にして決まったケアアセスメントの結果は、Care Officeに伝えられる。ケアアセスメントによって施設の利用が必要であるとされた被保険者は、ケア強度パッケージ (Zorgzwaartepakketten: ZZP, Care Intensity Package) によって、サービスの利用が決定される<sup>(23)</sup>。一方、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 (個人介護予算) にするか、あるいは両者を併用したいか

(21) CIZは、オランダ全土を6つの地区 (District) に分けて、ケアアセスメントを行う。

(22) 6つの「機能 (Function)」とは、①個人サービス (Personal Care)、②看護 (Nursing)、③支援的ガイダンス (Supportive Guidance)、④活性化ガイダンス (Activating Guidance)、⑤治療 (Treatment)、⑥宿泊サービス (Accommodation) を意味する。⑤治療 (Treatment) は判定対象だが、サービス対象ではない。

(23) ZZP (Zorgzwaartepakketten) の英語訳は、“Opinion on separation of housing and care” (Parliamentary document, 26 June 2009) によって、“Care Intensity Package” とされており、本稿でもこれに従った。

を選択することができ、意思を Care Office に伝える<sup>(24)</sup>。

(vi) ケア強度パッケージ ZZZP (Zorgzwaartepakketten, Care Intensity Package)

ZZP は、施設サービスについて適用されており、看護・介護サービス (Verpleging en Verzorging: VV, Nursing and Caring) において 10、精神保健 (Geestelijke gezondheidszorg: GGZ, Mental Health) において 13、身体障害者ケア (Gehandicaptenzorg: GZ, Care for the disabled) において 29 のケアパッケージ、合計 52 のケアパッケージが用意されている。それぞれのケアパッケージにおいて、生活、日常活動、治療について必要な援助が定義されている。したがって、利用者は、そのケアパッケージにおいて、どのようなサービス、援助がどの程度受けられるかが分かるようになっている。それぞれのパッケージの価格は、オランダ医療サービス庁 (Nederlandse Zorgautoriteit: NZa, Dutch Health Care Authority)<sup>(25)</sup>によって1日あたりの料金として規制されており、1日あたり 55 ユーロから 300 ユーロに設定されている<sup>(26)</sup>。

なお、在宅サービスの中で家事、買い物などを手伝える家事援助は、2007 年より社会支援法 (Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO, Law on Social Assistance) に移管された<sup>(27)</sup>。ただし、専門的在宅介護は、依然として特別医療費保険でカバーされていることに注意する必要がある。WMO によるサービスの給付の決定は、地方自治体 (Municipality) において設置された地方委員会 (Local council) によって行われる<sup>(28)</sup>。

WMO は、家事援助の他、住宅の改修、車いす等の移動手段もカバーしている。地方委員会は、WMO のサービス給付を決定するにあたって、特別医療費保険と同様に利用者の状態のアセスメントを行う。家事援助等の WMO でカバーされているサービスと特別医療費保険でカバーされている在宅サービスは相互関連性が高く、特別医療費保険とは異なる実施主体によってサービスの給付が決定されることはサービス提供の整合性の観点から望ましくないと考えられるが、地方委員会は、アセスメントの実務的な部分を CIZ 等に外注しているところも多い。地方公共団体の 52% は、WMO のケアアセスメントを CIZ や他の評価業務を行う組織と共同で行っており、28% は地方公共団体が単独で行い、21% は CIZ や他の評価業務を行う組織に完全に外注している<sup>(29)</sup>。

(vii) サービス給付

CIZ によるケアアセスメントによって、提供すべきサービスが決定したところで、実際のサービス供給が行われる。そこで重要な役割を果たすのが Care Office である。ケアアセスメントの結果は、CIZ から Care Office に伝えられる。被保険者が施設サービスを利用することをケアアセスメントが決定した場合、そのサービス内容は前述の ZZZP によって表される。被保険者が、現金給付 (個人介護予算) を選んだ場合、Care Office により被保険者の銀行口座に給付金額が振り込まれ、被保険者は自らサービスを購入する必要がある。被保険者は Care Office にサービス支出の内容を報告、説明しな

(24) Mot et al., *op.cit.*, pp.16-19; Decruynaere, *op.cit.*

(25) 2006 年 10 月に設立された医療保健市場の監督機関。医療施設・介護サービス提供者と保険者の双方を監督する他、診療報酬の設定を行う。(NZa ホームページ <<http://www.nza.nl/>>)

(26) Mot et al., *op.cit.*, p.20.

(27) 社会支援法 (WMO) については、後述する。

(28) オランダには、州 (Province) が 12、地方自治体 (Municipality) が 467、存在する (2005 年)。(駐日オランダ王国大使館>オランダという国>国家組織 <<http://www.minbuza.nl/PostenWeb/J/Japan/> 駐日オランダ王国大使館 / オランダという国 / 国家組織 >)

(29) Gijs van Houten et al., *De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007*, Den Haag : SCP, 2008.

なければならない。なお、この給付金額は、現物給付の場合に換算した費用から25%減額される<sup>(30)</sup>。なお、被保険者が現物給付を選択した場合、Care Officeは被保険者のために、サービス提供者からサービスを購入する。Care Officeは保険者である国を代行して、サービス供給者との契約等の保険業務を行う。Care Officeは、オランダ医療サービス庁(NZa)から、担当する圏域(Region)の被保険者に対するサービス予算を与えられ、この予算は、厚生・スポーツ大臣から承認を受ける。Care Officeはサービス提供者とサービスの価格と品質に関する契約を締結する。価格は、オランダ医療サービス庁によって、上限価格規制(Price cap regulation)が行われている<sup>(31)</sup>。

実際の契約価格が、オランダ医療サービス庁によって認められるかどうかは、この上限価格規制に適合しているかどうかということ、サービス提供者のサービスの品質指標(Quality Indicator)が適当であるかに依存している。

施設への入院・入所サービスの場合、Care Officeは、被保険者が選んだ施設と契約を行わなければならない。また、被保険者が施設外サービスを必要とし、個人介護予算を選択した場合は、契約にあたって、価格が上限価格規制に適合していることのみが要件であり、サービスの

品質指標の適合性は問題にならない。

また、被保険者は、現物給付、現金給付、現物給付と現金給付の組み合わせのいずれも行うことができることを再度付記しておく<sup>(32)</sup>。

(2) 長期療養・介護サービス (Long-term care)  
の供給・需要サイドの現状

(i) 需要サイドの現状

最初にオランダの長期療養・介護サービスの需要サイドの現状について説明する。

(a) 需要サイドの全容

長期療養・介護サービスの需要は、3つの分野、「看護・介護サービス(VV, Care and Nursing)」、「身体障害者ケア(GZ, Care for the disabled)」、「精神保健(GGZ, Mental health care)」によって構成される。表7は、この3分野について、特別医療費保険の2007年の利用者数を示している。高齢者(身体及び認知症)が約67%、身体障害者ケアが約19%、精神保健が約14%を占めており、高齢者の割合が最も高く約3分の2を占めていることが分かる。施設サービス、在宅サービスの区分けで見ると、身体障害者が相対的に施設サービスを多く利用しているのに対し、高齢者(身体)、精神保健については、在宅サー

表7 特別医療費保険の利用者数(2007年)

(単位:人)

		合計	施設サービス	在宅サービス*
高齢者	(身体)	319,000	109,000	210,000
	(認知症)	72,000	55,000	17,000
	計	391,000	164,000	227,000
身体障害者		113,000	66,000	47,000
精神患者		84,000	23,000	61,000
合計		588,000	253,000	335,000

\* 在宅サービスに家事援助は含まれていない。

(出典) Esther Mot et al., "The Dutch System of Long-term Care," *ENEPRI Research Report*, No.90, 2010.6, p.40. <[http://kms1.isn.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/122428/ipublicationdocument\\_singledocument/d388f6ba-3675-43b3-a27f-b9a1e234338a/en/The+Netherlands.pdf](http://kms1.isn.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/122428/ipublicationdocument_singledocument/d388f6ba-3675-43b3-a27f-b9a1e234338a/en/The+Netherlands.pdf)> より筆者作成。

(30) Mot et al., *op.cit.*, p.34.

(31) NZa, *Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services*, 2010, p.5.

(32) Decruynaere, *op.cit.*, p.7.

表 8 長期療養・介護サービスの利用サービス種類別、年齢別の利用者数  
(2006年)

(単位：人)

年齢	施設サービス*	在宅サービス**
65-70	8,080	41,300
70-75	16,895	70,235
75-80	34,650	114,320
80-85	56,770	134,685
85-90	61,230	90,960
90-95	39,460	33,610
95-	13,930	7,015
65歳以上	231,015	492,125
18歳以上	243,910	607,575

\* 障害者、精神患者を除く。

\*\* 障害者、精神患者を含む。

(出典) CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) ホームページ <<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm>> より筆者作成。

ビスの比重が相対的に高いことが分かる。表 8 は、2006 年の長期療養・介護サービスの利用者の年齢階級別構成を示している。在宅サービスについては約 80% を高齢者が利用しており、高齢者が利用者の主力であることが分かる。施設サービスについては、95% 以上を高齢者が占めているが、看護・介護サービスを主とした利用者の統計であり、精神保健、身体障害者ケアが含まれておらず、断定的なことはいえないが、やはり、高齢者が利用者の主体である可能性が高い。

#### (b) 施設サービス

施設サービスは、ナーシングホーム (Nursing home)、介護つき住宅 (Residential home)、両者の混合型がある。ナーシングホームの方が介護つき住宅よりも相対的に身体状況が厳しい入所者が多い。毎日看護を受けなければならない入所者は、ナーシングホームの入所者の約 90% を占めているのに対し、介護つき住宅の入所者の場合は 62% にとどまっている<sup>(33)</sup>。

#### (c) 在宅サービス

在宅サービスは、在宅介護 (Domestic help)、ガイダンス (Guidance)、個人サービ

ス (Personal care)、看護、治療から成っている。在宅サービスは、2004 年の支出が 53 億ユーロであったが、2007 年には 74 億ユーロと急激に増加している。

この中で、ガイダンスは、需要の伸びたサービスの一つである。ガイダンスには、グループでのデイケア、1対1の対人サービスがある。ガイダンスは、導入当初から、現在と同様に、家庭を作ったり、管理したり、独立して暮らすことを援助するサービスのみならず、散歩、買い物、教会へ行くことなど社会参加を援助するサービスを含んでいたが、サービスの利用者は障害者に限定されていた。そして、サービスの性質から考えて、18歳未満の人々に対して、ガイダンスのサービスに対する一部負担は課されなかった。一部負担は課されなかったものの、利用者が限定されていたために、ガイダンスのサービス需要が大きく伸びることはなかった。しかし、2003年に特別医療費保険の制度改定により、特別医療費保険の被保険者全てが、特別医療費保険の提供するサービスの利用申請を出来ることになったことを契機として、ガイダンスの需要が急増を始めることになった。現在の特別医療費保険でカバーされているガイダンスには、自立的に生活できるための援助(支

(33) Mirjam de Klerk, *Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere thuisbewoners*, Den Haag : SCP, 2005.

援的ガイダンス (Supportive Guidance) のみならず、散歩、買い物、教会に行くことなども含めた社会活動への参加の援助 (活性化ガイダンス (Activating Guidance)) があるが、近年、心理的問題、行動の上の問題を抱えた若年者の利用の増加、サービスのタイプとしては、特に社会活動への参加の援助 (Activating Guidance) の増加が目立っており、社会活動への参加の援助 (Activating Guidance) の利用、障害の程度の小さい人々のガイダンスの利用を抑え、サービスの提供を、自立的に生活できるための援助 (Supportive Guidance) にできるだけ絞り、ガイダンスのサービスに一部負担を導入することが検討されている<sup>(34)</sup>。

長期療養・介護サービスの利用者は、上記のような専門職、専門的施設のサービスばかりでなく、ボランティア、近隣の人、友人、家族も含めた人々によるインフォーマルケアも必要とする。インフォーマルケアの需要のデータは極めて限られているが、社会文化計画局 (Sociaal en Cultureel Planbureau: SCP, Social Cultural Planning Office)<sup>(35)</sup> によれば、施設の外にいる 25 万人の 30 歳以上の人々がインフォーマルケアを必要としており、そのうち、16 万人が 65 歳以上の高齢者である。インフォーマルケアの利用者の約 60% の約 15 万人は、インフォーマルケアのみを必要としていることが分かっている<sup>(36)</sup>。

## (ii) 供給サイド

次にオランダの長期療養・介護サービスの供給サイドの現状を説明しておこう。最初に、施設サービスについて、次に在宅サービスについ

て、見ていこう。

### (a) 施設サービス

オランダの施設サービスの主力は、ナーシングホーム、介護つき住宅、ナーシングホームと介護つき住宅の両方を兼ね備えた施設の 3 種類である。ナーシングホームと介護つき住宅の差異は、受けられる医療サービスのレベルの違いであり、前者の方が受けられる医療レベルは高い。したがって、前者には、身体状況が厳しい被保険者が入り、後者は身体状況が相対的に深刻ではなく、サービスを受ける必要性が相対的に少ない被保険者が入ることが想定されている。2007 年の数字で、ナーシングホームは 324、介護つき住宅は 960、両方を兼ね備えた施設は 210 である<sup>(37)</sup>。

オランダで施設サービスを利用している被保険者は 160,190 人 (2006 年) であり、その内、約 60% は介護つき住宅を利用している。介護つき住宅は、機能としては、ナーシングホームに比べて、比較的身体的状況の良い高齢者が入所することになってはいるが、その分業は曖昧になりつつある。ナーシングホームも介護つき住宅も、入所者の中でもっともシェアの大きな年齢階層は 80 歳以上になっている<sup>(38)</sup>。

施設サービスは様々な問題を抱えている。ナーシングホームの抱えている大きな課題は、認知症の入所者のケアである。オランダには 2002 年に 177,000 人の認知症患者がいたが、2005 年から 2025 年の間に認知症患者は約 45% 増加すると予測されている<sup>(39)</sup>。政府は、認知症患者のケアをする施設を、大規模

(34) Mot et al., *op.cit.*, p.47.

(35) SCP は、オランダ政府にオランダの居住者の労働、所得、健康、教育、住宅、社会保障等の経済生活、文化的側面に関する情報、学術的情報を提供することを目的としている。SCP は、1973 年に政府の部門間横断的な組織として設立され、1974 年より業務を開始している。

(36) Mot et al., *op.cit.*, p.39.

(37) CBS, "Stat Line," 2007. による。

(38) CBS, "Stat Line," 2009. による。

な施設から、小規模の介護つき住宅に置き換える政策を採っており、小規模の介護つき住宅は2005年には4,346あったが、2010年には12,087と大幅に増加している。

また、施設サービスにおける「待ち行列 (Waiting List)」は、長らくオランダの介護保障政策の大きな課題であり続けている。2005年の1月1日時点のデータでは、35,000人が施設サービスを待機しており、その内、79%が身体に関わる病気にかかっている、21%が認知症患者であった。なお、待機している人々の平均年齢は、80歳であった。2007年初頭の施設入所までの平均的な期間は13-48日間であり、待機している間も、在宅サービスを中心とする移行ケア (Transitional care) が準備され、「待ち行列」問題の緩和が試みられている<sup>(40)</sup>。

#### (b) 在宅介護サービス (Home care)

在宅介護サービスは、在宅介護サービスを専門に供給する組織、介護つき住宅、ナーシングホームが提供する。2007年には在宅介護サービスを専門に提供する組織は248、ナーシングホーム、介護付き住宅で在宅介護サービスを提供しているものは255であった<sup>(41)</sup>。在宅介護サービスは、基本的には高齢者、障害者向けであるが、在宅介護サービスを専門に供給する組織は、これらに加えて、妊婦に対する在宅サービスも提供している。

在宅サービスの雇用は年間累計で約76,000名であり、この中の9%は看護師である。

#### (c) インフォーマルケア (Informal care)

介護サービスを考える上で、専門の介護士等が行う施設サービス、在宅介護サービスのみならず、家族、友人、ボランティア等が提供するインフォーマルケアも重要である。2008年に実際にサービスを提供したインフォーマルケアの提供者は350万人に上り、その中で比較的重篤な状況にある人々にサービスを提供した人は、約170万人であった<sup>(42)</sup>。

2007年には、170万人の人々がインフォーマルケアを提供し、この中で61%が女性であった。逆にインフォーマルケアを提供されたのは、親が全体の42%であり、配偶者が20%であった。インフォーマルケアの内容は多様であるが、情緒的サポート (Emotional support)、家事、家族やサービス提供者のところを訪問する時の付き添いなどが主なものであり、個人サービス、看護サービスの提供は少なかった。

インフォーマルケアを提供している人々のほとんどが長期にわたりサービスを提供しており、75%の人々が平均5年間以上にわたり、1年間に3か月以上サービスを提供していた。また、これらのインフォーマルケアの提供者は、平均して週あたり約22時間をサービス提供に使っている。

### 3 社会支援法 (WMO)

社会支援法 (Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO, Law on Social Assistance) は、2007年に成立した。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の社会参加を援

(39) H. van't Land, *GGZ in Tabellen 2006*, Utrecht: Trimbos-instituut, 2007; J. de Lange and M. J. J. C. Poos, "Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?" *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM, 25 September 2007.

(40) Landelijke wachtlijstrapportage AWBZ 2007

(41) Deuning CM, "Thuiszorginstellingen 2007," *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*, Bilthoven: RIVM, 2007.

(42) Alice de Boer et al., eds., *Mantelzorg: Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgersin 2007*, Den Haag: SCP, 2009.

助することにある。WMOは、これらの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。具体的には、買い物、掃除等の家事援助、車いすなどの移動機器等を地方自治体が提供することである<sup>(43)</sup>。

実際にWMOによるサービス給付の決定を行うのは、地方委員会(Local council)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、社会文化計画局(SCP)の作成する公式に基づいて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、その余剰を他の用途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。

2007年には、全ての地方自治体の家事援助の予算総額は12億1800万ユーロであったが、地方自治体の家事援助の予算は1億500万ユーロの黒字を生み出した。この余剰は、上述のように他の用途に利用することができる。しかし、これは地方自治体全体の話であって、個々の地方自治体レベルになると、必ずしも全ての地方自治体が黒字を出しているわけではない。2007年には、地方自治体の16%が予算に対して25%以上の黒字を出し、半分以上の地方自治体が5%から25%の黒字を出している一方で、地方自治体の11%が予算に対して5%以上の赤字を計上している<sup>(44)</sup>。

WMOのサービス利用には、一部負担が必要である。WMOの一部負担についても、特別医療費保険と同様に、一部負担の上限が、受給者の所得、受給者が65歳以上か否か、家族の数等によって設定されている。WMOの一部負

担については、地方委員会の裁量がきくようになってきているが、一部負担が特別医療費保険の一部負担の最大負担額を上回らない範囲、家事援助等のWMOのサービス価格を上回らない範囲でという制限がある。

### Ⅲ 介護保障の政策展開

本論文の冒頭で述べたように、オランダ政府は、長期療養・介護のリスクを、その社会生活、経済生活に与える影響の大きさから、「途方もない費用のかかるリスク(Catastrophic risk)」と位置づけ、1968年より長期療養・介護サービスを、特別医療費保険として社会保険の中で供給する選択を行った。特別医療費保険の創設時から、ケアアセスメントを行い、ニーズに応じて、需要をコントロールする仕組みはあったが、基本的に償還払い方式をとっていたために、サービスの効率性、品質の観点からしばしば問題が提起された。また、需要をコントロールしている一方で、供給が十分でなかったこともあり、ナーシングホームを中心としての「待ち行列(Waiting List)」の問題も生じていた。

1987年にデッカー委員会<sup>(45)</sup>によって、健康保険(ZFW。2006年にZVWに改変)と特別医療費保険を「基礎保険(Basic insurance)」として統合し、「規制された競争(Regulated competition)」の考え方を取り入れる「デッカープラン(Dekker plan)」の政策提案がなされた。「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。

保険者は、全ての保険者の保険料をプールした保険基金の中から、加入している被保険者のリスクに応じて、リスク調整型事前的費用償還(Risk-adjusted prospective payment)の方

(43) 社会支援法については、Mot et al., *op.cit.*, pp.27-28. を参照。

(44) Evert Pommer et al., *Definitief advies over het Wmo-budget Huishoudelijke hulp voor 2009*, Den Haag : SCP, 2009.

(45) フィリップスエレクトロニクスのCEOだったワイス・デッカー(Wisse Dekker)を委員長とし、医療制度改革について検討した。



式で、被保険者の診療費について予算を受け取る。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。「規制された競争」がうまく機能するためには、被保険者のリスク属性に応じて行われる事前的費用償還が、実際にかかる費用から大きく逸脱しないことが必要である。事前的費用償還の金額は、効率的サービス提供をしても、大きな赤字が出る水準であることは適切ではなく、逆に予算が過大に与えられると、保険者の効率性志向のインセンティブは阻害される<sup>(46)</sup>。

デッカープランは、その後、修正が加えられ、1990年のシモンズプラン (Simons Plan)<sup>(47)</sup>に継承されたが、実際は、「規制された競争」は、健康保険 (ZFW。2006年よりZVW) のみに適用され、今日に至っている<sup>(48)</sup>。特別医療費保険には、保険者へのリスク調整型事前的費用償還は導入されなかったが、保険代行者のサービス提供者との上限価格規制の下での契約の仕組みは導入された。しかし、圏域 (Region) ごとに

Care Insurer の中から保険代行者が選ばれ、その圏域 (Region) の被保険者を独占する仕組みになったために、Care Insurer は、事実上、圏域 (Region) の地域独占者となり、被保険者から保険代行者が選ばれる仕組みは導入されなかった。保険代行者がサービス提供者とサービス価格、品質について交渉を行う余地は残ったが、それを推進するインセンティブは必ずしも存在しない制度的状況が生まれた<sup>(49)</sup>。

特別医療費保険に、「規制された競争」が導入されなかった理由として、長期にわたる療養・介護にかかる費用を被保険者の属性から推定することが困難であると考えられたことが挙げられる。その後、健康保険 (ZVW。旧 ZFW) については、費用推定のためのリスク調整指標 (Risk adjuster) が次々に開発され、事前的予算として与えられている費用の割合が増加していることと対照をなしている。

しかし、その一方で、特別医療費保険に効率化のインセンティブが内蔵されていないことは政策的議論の場で問題とされてきた。冒頭で指摘した特別医療費保険の費用の増加と、費用が今後も増加し続ける予測も相まって、特別医療費保険の改革の必要性が指摘されてきた。オランダの長期療養・介護サービスに関する政策は、品質 (quality)、アクセシビリティ (accessibility)、購入可能性 (affordability) を目標にして、いくつかの改革が行われ、今日も改革の方向性が模索されてきている<sup>(50)</sup>。

その後、オランダの長期療養・介護サービスについて、特別医療費保険を中心にいくつかの

(46) 「規制された競争」については、大森正博「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』677号、2006.3, pp.153-167。

(47) 政権交代後の厚生副大臣 (Staatssecretaris) ハンス・シモンズ (Hans Simons) による医療制度改革の提案である。

(48) 健康保険 (ZVW) における「規制された競争」の実際については、大森 前掲論文を参照。

(49) 健康保険 (ZVW) において、具体的には、保険者は、事前的費用償還の金額よりも実際に医療サービス供給者に支払った費用の方が大きく、赤字が出ると、被保険者に「定額保険料 (Nominal Contribution) として請求しなければならないので、できるだけ定額保険料が低くてすむように、サービス供給者との交渉を行い、費用の効率的使用を試みる。被保険者がサービスの価格、質を評価できるという前提のもとでは、保険者は、定額保険料を低くする努力ばかりでなく、サービスの質を高める努力をしなければならない。

改革が行われてきた。

1995年には、特別医療費保険に個人介護予算（PGB）が導入された<sup>(51)</sup>。被保険者がサービスを自らの意志で自由に選択できる様にする事、それによってサービス提供者の競争を促し、価格を低くし、費用の節減を実現すること、専門家のサービスのみならずインフォーマルケアに対しても支払いを可能にすることによって、サービスの供給を増加させることが目的であるように思われる。個人介護予算制度は、前述のように、次第にその役割を拡大させながら、今日に至っている。

そして、2003年には、長期療養・介護サービスのニーズをナーシングホームにおけるデイケア、リハビリテーションといったようにサービスの内容、サービスを提供する施設名等を特定する形で表すのではなく、必要な機能（Function）で表現をする方法に変更した。特定のサービス提供者の特定のサービスを指定して給付するのではなく、そのサービスが果たすべき機能でサービス内容を表し、サービスの代替性を高めることが目的であった。

高齢化の進展も相まって、特別医療費保険の費用は、2002年から2003年にかけて10%という急激な増加が見られ、費用の適正化も大きな課題となってきた。そこで、2004年には、特別医療費保険の一部負担の引上げ、2005年には、

特別医療費保険の圏域（Region）ごとの予算の配分の仕組みが導入された<sup>(52)</sup>。

現在も特別医療費保険に関して、政策的課題がいくつか挙げられている。それは古くて新しい問題である。第一に、長期療養・介護サービスの需給制度を長期にわたって持続可能な制度にすること、第二に、長期療養・介護サービスの需給制度に効率性のインセンティブをどの様に導入するかということ、第三に、長期療養・介護サービスの供給を行う人的資源の育成、確保、第四にサービスの品質の向上である。

第二の問題についてみていこう。前述のように、特別医療費保険には、効率性のインセンティブが十分に内包されていない。保険代行者のCare Officeは、圏域（Region）で与えられた予算の範囲内で給付を行っている範囲では、費用節減のインセンティブはない。ここで費用節減を行って余剰を出しても、特別医療費保険の勘定に余剰が残るだけでCare Officeにはメリットはない<sup>(53)</sup>。現在、長期の特別医療費保険の制度設計として、いくつかの政策提案がなされている。例えば、社会経済委員会（Sociaal-Economische Raad: SER, Social and Economic Council）<sup>(54)</sup>は、障害者に対するサービスは、特別医療費保険の改革を行いながら給付を行うが、高齢者に対するサービスは、健康保険（ZVW）に移行するか、公的に規制を行いな

(50) 2008年に制定された長期療養・介護サービスについての政策目標は以下の通りであった。“To ensure that for persons with a long-term or chronic disorder of a physical, intellectual or psychological nature, care of good quality is available and that the cost level of this care is acceptable to society.”（「身体的・知的・精神的な長期ないし慢性障害を持つ人々にとって良い品質のサービスが利用可能にすること、サービスにかかる費用が社会にとって受容できるものであることを確実にすること。」）House of Representatives, 2008-2009, 31 700 XVI, No.2.

(51) この時に導入された個人介護予算制度は、今日のものとは異なる。サービスが家事サービスと精神障害者ケアに限定されており、ニーズアセスメントは、地域のホームヘルスケアオーガニゼーション（救済事業から発達した地方の組織であるコミュニティオーガニゼーション）が行っていた。また、自由に利用できる金額も2,400ギルダーに限定されていた。大森正博「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』No.124, 1998.9, pp.28-44. を参照のこと。

(52) Mot et al., *op.cit.*, p.54.

(53) ただし、特別医療費保険を運営する事務費用については、予算を与えられており、費用を節減すると余剰としてCare Officeのものになるので、費用節減、効率性追求のインセンティブを持つ。

(54) 社会経済委員会（SER）は、社会政策、経済政策についてオランダ政府とオランダ議会に助言を行う顧問委員会であり、使用者側委員11名、労働側委員11名、政府から任命された学識経験者11名から成る。

がらも、私的な主体が運営する保険を新たに創設し、移行することを政策的選択肢として提示している<sup>(55)</sup>。

バルケネンデ内閣は、第4次内閣組閣後、2007年から2011年の期間において、長期療養・介護サービスについて、以下の政策目標を立てている<sup>(56)</sup>。

- ① ボランティア、インフォーマルケアの提供者を増加させる。
- ② 特別医療費保険のサービス利用者が、特別医療費保険のサービス提供者の中の90%のサービスの品質に満足するようにする。
- ③ 患者（利用者）の法的な権利と義務を確立し、国民の誰もがこのことを認識する。
- ④ 特別医療費保険の制度改革を引き続き行い、利用者の必要性に即した効率的なサービス提供を行う。
- ⑤ 特別医療費保険の利用者の立場を強くする。
- ⑥ 必要なサービスが全ての利用者に提供されるようにする。
- ⑦ サービスを効果的にし、安全性を確保し、利用者が満足を感じるようにする。
- ⑧ 費用負担を、社会に受け入れられる程度のものにする。

2007年には社会支援法（WMO）が施行され、家事援助、住宅の改修等、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、特別医療費保険からWMOに移管されることになった<sup>(57)</sup>。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、効率的利用を促すという

発想があると考えられる。また、家事援助を含め社会参加への援助、住宅の補修、車いす、移送器具は、他の社会サービスも含めて、地方自治体がそれぞれの地域に適合した形で供給する方が、利用者のニーズにあった形でかつ効率的にサービスが提供されるという判断があった。

2008年には、精神保健の中で治療的なケア（Curative care）が、特別医療費保険から健康保険（ZVW）に移行することになった<sup>(58)</sup>。この改革は、特別医療費保険は、長期療養・介護という身体の抱える長期の慢性的問題について対処する制度であることから、精神保健の短期的な治療的な部分は、特別医療費保険がターゲットとする問題からは外れており、むしろ短期医療をカバーする健康保険（ZVW）の方が制度的に趣旨に沿っているという政策的判断があると考えられる。

精神保健の治療的なケアと同様の考え方の中で、政府は、現在、特別医療費保険によってカバーされている、脳卒中等による病院への入院の後の一時的なリハビリテーションサービスを、2011年か2012年に健康保険（ZVW）に移行することを予定している<sup>(59)</sup>。

さらに厚生・スポーツ省の副長官が、2009年6月12日にオランダ国会に提出した書簡には、特別医療費保険を健康保険（ZVW）の保険者であるCare Insurerに給付させることも政策手段として考えていることが示されている。これは、デッカープラン、シモンズプランで示された「基礎保険（Basic insurance）」の考え方に近づくものであり、動向が注目される<sup>(60)</sup>。

オランダ政府は、従来、医療計画によって病院、ナーシングホームの開設、高度医療機器の配置等について、人口あたりの数などを参考に

(55) SER, "Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ," *advies*, Publicatienummer 3, 18 April 2008.

(56) Mot et al., *op.cit.*, p.51. ただし、2010年10月に内閣は、バルケネンデ内閣からルッテ内閣に代わった。

(57) *ibid.*, p.52.

(58) *ibid.*

(59) *ibid.*

(60) *ibid.*, p.56.

して、規制を行っていた<sup>(61)</sup>。施設の開設、規模について計画を申請し、認可されると、建物の建設コスト等の資本コストが償還される様になっていた。しかし、2006年の医療制度改革により、医療機関、介護施設に対する医療計画の規制を緩め、建物、診療機器等の設備に対する投資をより自由化する政策的方向性が固まった<sup>(62)</sup>。その一方で、病院、ナーシングホーム等の施設基準は、継続して行われている。先述したようにオランダは、病院、ナーシングホーム等の施設における「待ち行列 (Waiting List)」問題に悩まされてきたが、医療計画による強い供給制約がこの問題をもたらしてきた側面もあり、それを緩め、より利用者のニーズに応える (Demand-driven) サービスを提供することが医療計画の改革の趣旨と考えられる。結局、2009年1月1日より、サービス提供者は、施設の規模を自由に選択することができるようになった。当初から、建設コスト等が従来通り償還されてきたが、近い将来、建設コストなどの資本コストの償還は廃止され、料金で回収する方向性が打ち出される可能性がある<sup>(63)</sup>。

医療計画において、特にナーシングホームについては、施設基準を用いてサービスの品質向上を試みている。ナーシングホームの基準を変更し、従来4人部屋が主であったものを2010年までに2人部屋、個室に置き換えることを政府は試みている。また、2008年から2011年にかけて、ナーシングホームを、主として小規模なものを中心に6,000増加させることを政府は計画している<sup>(64)</sup>。

オランダでは、高齢化と共に認知症患者が増加しているが、そのケアには、多くのサービス提供者が関わる必要があり、サービス提供者の

連携が必要とされる。オランダ政府は、「認知症プログラム (National Dementia Program)」を実施し、望ましい認知症のケアのあり方を、厚生・スポーツ省、保険者団体、認知症の患者団体 (Alzheimer Nederland)、サービス提供者の団体 (Actiz) と協力して研究し、認知症のケアのガイドラインの作成を行ってきている<sup>(65)</sup>。

特別医療費保険のケアアセスメントも重要な課題の一つである。2000年代初頭には、圏域 (Region) によって相当の介護認定のばらつきが認められた<sup>(66)</sup>。また、ケアアセスメントの制度の中で効率性のインセンティブがなく、むしろ官僚的、組織硬直的な非効率なケアアセスメントが行われている可能性があった。政府は、このような事態に対して、パイロットスタディを行い、ケアアセスメントをより柔軟かつ効率的にする試みを行っている。

長期療養・介護サービスの品質の向上も長らく課題であり続けている。従来の品質保証のメカニズムは、オランダ医療検査官 (Inspectie voor de Gezondheidszorg: IGZ, Dutch Healthcare Inspectorate) によるサービス提供者の法令遵守の監督、利用者のクレームに関する調査とその対策、及び「サービス提供組織における品質に関する法律 (Kwaliteitswet zorginstellingen: KWZ, Law on quality in care organizations)」、「個人サービスにおける専門職に関する法律 (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg: Wet BIG, Law on professions in personal healthcare)」に依存していた。KWZは、ナーシングホーム、病院、グループ・プラクティスなど組織でサービス供給を行うサービス提供者を対象とし、Wet BIGは、個人でサービスを提供する者を対象としている。KWZは、サービス提供者

(61) 医療計画には、オランダ医療施設委員会 (College Bouw Zorginstellingen: CBZ, Netherlands Board for Health Care Institutions) が関わってきた。

(62) Schäfer et al., *op.cit.*, pp.106-107.

(63) Mot et al., *op.cit.*, p.57.

(64) Schäfer et al., *op.cit.*, p.107.

(65) Mot et al., *op.cit.*, p.58.

が、品質の良いサービスを提供することを義務づけ、その実現のために計画的行動をとらなければならないとしている。具体的には、各サービス提供者はサービスの品質に関する年報をオランダ医療検査官 (IGZ) に提出することになっている。「サービス提供組織の認可に関する法律 (Wet Toelating Zorginstellingen: WTZi, Law on the admission of care-providing organization)」において、Care Office と特別医療費保険のサービス提供の契約をするためには、この品質に関する年報の提出が義務づけられていることを付記しておく。

Wet BIG には、麻酔、カテーテルの挿入など特定のサービス毎にどの専門職が担当できるかが明記され、8つの専門職(医師、歯科医師、薬剤師、臨床心理士、サイコセラピスト、理学療法士、助産師、看護師)について、必要な教育内容が規定されている。これらの専門職の人々は、この法律の下で、登録 (BIG-register) をしなければならない。ホームヘルパー、看護補助等については、緩い規制のみで、訓練が政府によって規制されているのみである<sup>(67)</sup>。

品質向上のための新たな一つの解決策として、長期療養・介護サービスの成果指標 (Performance Indicator) の開発をオランダ医療検査官、厚生・スポーツ省、患者団体、医療介護専門職団体、保険者団体と共同で行うことが試みられている。成果指標は2種類あり、技術的な品質評価 (Technical quality of care) と利用者の評価指標がある。2007年から前者は毎年、後者は隔年で成果指標を出している。成果指標は、各サービス提供者が年報の中で公表してお

り、それらは集約されてウェブ上で公開されている<sup>(68)</sup>。政府は、品質の成果指標がサービス提供者に対する費用償還に反映される支払い方式を導入することも検討している<sup>(69)</sup>。

さらに政府は、長期療養・介護サービスの品質向上のために、2010年5月に、監督委員会 (Directing Council) を設立し、サービス提供者別のサービスの基準とガイドラインの開発と実施を推進しようとしている。

また、政府が、長期療養・介護サービスに関して、患者が一定の品質のサービスを受ける権利を保証するために、「長期療養・介護サービスにおける患者の権利に関する法律 (Wet Clientenrechten Zorg: WCZ, Act on Client's Rights in Care)」を制定していることも注目される<sup>(70)</sup>。

#### IV 結論

本稿では、オランダの介護保障制度の現状と問題点、制度改革の考え方及びその経過について見てきた。オランダが介護保障について抱えている問題は、日本を含めた多くの国々と驚くほど共通している。高齢化等の社会経済的背景による長期療養・介護費用の増加とその対応、利用者の権利の確保も念頭に置いたサービスの品質の確保の方策など共通点が多い。

しかし、問題に対する処方箋を見ていくと、オランダは理論的なバックグラウンドの下で着実に制度改革に取り組んでおり、日本を含めた諸国にも参考になる部分が多い。

オランダの介護保障制度改革の注目すべき点の一つは、「規制された競争」の役割である

(66) Crétien van Campen and Edwin van Gameren, *Vragen om hulp: Vraagmodel verpleging en verzorging*, Den Haag : SCP, 2003.

(67) Algemene Maatregel van Bestuur によって、ホームヘルパー、看護補助の訓練が規定されている。

(68) 各サービス供給者の成果指標は、<<http://www.kiesbeter.nl/>> で公開されている。

(69) NZa は、まだ、2007年度の成果指標しかなく、この成果指標の適切性も評価しなければならないので、時期尚早だと結論づけている。Nza, "Uitvoeringstoets Best Practice: kwaliteit en bekostiging AWBZ," 18 juli 2008.

(70) 健康保険 (ZVW) でカバーされる短期医療における患者の権利は、医療処置法 (Wet op de Geneeskundige Behandelingsoverkomst: WGBO, Law on Medical Treatment Agreement) によって、規定されている。

う。介護保障制度の中心である特別医療費保険では、現在のところ、1980年代終わりから1990年代初頭に構想されたデッカープラン、シモンズプランの描いたような「規制された競争」は導入されていないが、サービス提供者と保険代行者である Care Office のサービスの価格（及び品質）に関する契約交渉の仕組みは存在している。「途方もない費用のかかるリスク（Catastrophic risk）」について、かかる費用が被保険者の属性によって十分に予測できないことが、「規制された競争」を特別医療費保険に導入しない主要な理由であり、研究の過程でリスク調整指標（Risk adjuster）の開発が実現すれば、「規制された競争」の導入の可能性もある。保険代行者である Care Office の非効率性が問題になっており、保険（代行）者にどのような規制を行うか、あるいは、保険（代行）者の役割をどのような組織に担わせるかまで政策的議論の俎上に上っているのが実情である。

このことと関連して、オランダ政府が、特別医療費保険を「途方もない費用のかかるリスク（Catastrophic risk）」を取り扱う制度であるという考え方を徹底させ、他の保険制度、社会制度との分業を明確にしようとしている点も注目される。脳卒中等に対応する急性期医療の後のリハビリテーションを短期医療と位置づけ、特別医療費保険から健康保険（ZVW）に移行させたこと、家事援助を特別医療費保険から外し、社会支援法（WMO）のサービスに移行させたこともその例である。

また、長期療養・介護サービスの効率的な供給を実現するために、様々な制度を導入していることも注目される。

第一に、現金給付制度である個人介護予算（PGB）である。1995年の導入当初は、在宅サービスのみで施設サービスに利用できなかった個人介護予算は、今日では、利用できる金額も増え、在宅サービスのみならず施設サービスに利用できるようになったばかりでなく、現物給付と併用できるようになっている。このことにより、

利用者のサービス選択をより自由にし、サービス提供者の競争を促進し、より品質の高いサービスを廉価に提供できるようになることが政策の効果として期待されている。

第二に、第一点と関連して、インフォーマルケアの積極的な活用である。個人介護予算の導入により、隣人、友人、家族などによるインフォーマルケアも有償で利用できるようになった。このことは、サービスの供給を増加させ、競争を促進し、サービスの効率的供給に資する可能性がある。しかし、その一方で、サービスの品質の低下、利用者によるモラルハザードの発生も懸念され、対応する政策措置が必要とされよう。

第三に、第二点と関連して、家事援助等の介護サービスの一部を社会支援法（WMO）に移行したことである。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、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、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。第二に、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。第三に、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。

第四に、ZZPの導入である。施設サービスは、在宅サービスと比較しても費用のかかるサービスであるが、利用者がサービスの品質に満足する様な効率的サービス供給を行うことは容易ではない。ZZPの導入は、ケアアセスメントによる利用者の状況の評価とサービスのパッケージを連携する試みであり、いわば、長期療養・介護サービスの標準化を行う試みであるといえよう。ZZPの成果を反映して、再び、ZZPのパッケージを改良していくことによって長期療養・介護サービスの標準化を行うことは少なくとも

理論的に可能である。

第五に、CIZによるケアアセスメントの改善の努力が注目される。長期療養・介護サービスは、利用者のサービスの上限が設定しにくいサービスである。例えば、「支援的ガイダンス」を例にとっても、買い物に行く時に付き添ってくれるサービスは、少ないよりも多い方が利用者にとっては望ましい場合が多い。したがって、ケアアセスメントによる需要の調節が必要になるわけであるが、同じ様な身体状況でもアセスメントの結果が利用者によって異なれば、利用者の不満も出てくることになる。オランダ政府は、できる限り、科学的かつ統一した基準でケアアセスメントを行う体制を模索しており、今後の動向が注目される。

本稿では、オランダの介護保障制度の現状及び介護保障制度改革について見てきたが、ここでは、利用者の選択を自由にし、サービス提供者の競争を促進するという考え方が貫かれているように思われる。しかし、長期療養・介護サービスを選択できるようにするためには、利用者にサービスに関する情報を与え、利用者の権利を確立する必要がある。そのための配慮が行われていることも特筆に値する。

オランダでは、利用者を選択のための情報を与える試みが嘗々と行われている。「サービス提供組織における品質に関する法律 (KWZ)」により、組織としてサービス提供している者に、サービスの品質年報をオランダ医療検査官 (IGZ) に提出することを義務づけ、オランダ医療検査官が公表したり、「個人サービスにおける専門職に関する法律 (Wet BIG)」によって、専門職の技量、品質確保を試み、利用者が選べるようにしたり、各サービス提供組織の2つの成果指標である技術的な品質評価指標と利用者の評価指標を、品質に関する年報で公表させている。

また、利用者の権利の確立のために、「長期療養・介護サービスにおける患者の権利に関する法律 (WCZ)」を制定していることも注目さ

れる。

オランダの介護保障制度改革は、一手一手布石を打ちながら、時には、方向を修正しながらも、効率的かつ公平な介護保障制度の確立に向かって努力を重ねているように思われ、今後の動向が注目される。

## 参考文献

- ・大森正博「オランダの医療・介護制度改革」『海外社会保障情報』No.124, 1998.9, pp.28-44.
- ・同「オランダの医療・介護保険制度改革」『海外社会保障研究』No.145, 2003.Win, pp.36-52.
- ・同「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』677号, 2006.3, pp.153-167.
- ・廣瀬真理子「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No.162, 2008. Spr, pp.43-52.
- ・堀勝洋「オランダの介護保険」『現代社会保障・社会福祉の基本問題—21世紀へのパラダイム転換』ミネルヴァ書房, 1997, pp.219-238.
- ・松田晋哉「オランダの診断群分類 DBC について (上)」『社会保険旬報』No.2177, 2003.7.11, pp.6-9.
- ・同「オランダの診断群分類 DBC について (下)」『社会保険旬報』No.2178, 2003.7.21, pp.10-16.
- ・CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek). "Stat Line." <<http://statline.cbs.nl/statweb/>>
- ・CIZ. "Long term care in the Netherlands 2010." <<http://www.ciz.nl/sf.mcgi?6252>>
- ・CVZ. *Zorgcijfers kwartaalbericht 2008: Financiële ontwikkelingen in de Zvw en AWBZ: 1<sup>e</sup> kwartaal 2008*. CVZ, 2008. <<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/zorgcijfers+kwartaalberichten/zckb0801.pdf>>
- ・de Boer, Alice et al., eds. *Mantelzorg: Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgers in 2007*. Den Haag : SCP, 2009.

- ・ Decruynaere, Elke. "The Personal Budget (PGB) in the Netherlands," 2010.1. <[http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/English%20def/The%20PGB%20in%20the%20Netherlands\\_ED\\_2010.pdf](http://www.independentliving.be/upload/EOL/Publicaties/English%20def/The%20PGB%20in%20the%20Netherlands_ED_2010.pdf)>
- ・ de Klerk, Mirjam. *Ouderen in instellingen: Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuusbewoners*. Den Haag : SCP, 2005.
- ・ de Lange, J. and M. J. J. C. Poos. "Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?" *Volksgezondheid Toekomst Verkenning. Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven : RIVM, 25 September 2007.
- ・ Deuning CM. "Thuiszorginstellingen 2007," *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationale Atlas Volksgezondheid*. Bilthoven : RIVM, 2007.
- ・ Mot, Esther et al. "The Dutch System of Long-term Care," *ENEPRI Research Report*, No.90, 2010.6. <[http://kms1.isn.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/122428/ipublicationdocument\\_singledocument/d388f6ba-3675-43b3-a27f-b9a1e234338a/en/The+Netherlands.pdf](http://kms1.isn.ethz.ch/serviceengine/Files/ISN/122428/ipublicationdocument_singledocument/d388f6ba-3675-43b3-a27f-b9a1e234338a/en/The+Netherlands.pdf)>
- ・ Muiser, Jorine. "The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing," *Discussion Paper*, No.3, 2007. (WHO HSS/HSF/DP.07.3) <[http://www.who.int/health\\_financing/documents/dp\\_e\\_07\\_3-new\\_dutch\\_healthinsurance.pdf](http://www.who.int/health_financing/documents/dp_e_07_3-new_dutch_healthinsurance.pdf)>
- ・ NZa. "Uitvoeringstoets Best Practice: kwaliteit en bekostiging AWBZ," 18 juli 2008.
- ・ NZa. *Submission by the Dutch Healthcare Authority (NZa) to the EU consultation regarding Community action on health services*. 2010.
- ・ Pommer, Evert et al. *Definitief advies over het Wmo-budget Huishoudelijke hulp voor 2009*. Den Haag : SCP, 2009.
- ・ Ramakers, Clarie et al. *Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007*. Nijmegen : ITS, 2008.
- ・ Schäfer, Willemijn et al. "The Netherlands: Health system review," *Health Systems in Transition*, Vol.12 No.1, 2010.
- ・ Schut, Frederik T. and Eddy K. A. van Doorslaer. "Towards a reinforced agency role of health insurers in Belgium and the Netherlands," *Health Policy*, Volume 48 Issue 1, 1999.7, pp.47-67.
- ・ SER. "Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ," *advies*, Publicatienummer 3, 18 April 2008.
- ・ van Campen, Crétien and Edwin van Gameren. *Vragen om hulp: Vraagmodel verpleging en verzorging*. Den Haag : SCP, 2003.
- ・ van der Berg, Bernard and Wolter Hassink. "Moral Hazard and Cash Benefits in Long-term Home Care," *IZA Discussion Paper*, No.1532, March 2005.
- ・ van Houten, Gijs et al. *De invoering van de Wmo: gemeentelijk beleid in 2007*. Den Haag : SCP, 2008.
- ・ van't Land, H. *GGZ in Tabellen 2006*. Utrecht : Trimbos-instituut, 2007.
- ・ Vektis. *ZORGMONITOR 2008: Financiering van de zorg in 2007*. <<http://www.vektis.nl/downloads/zorgmonitor/Zorgmonitor%202008.pdf>>

(おおもり まさひろ  
お茶の水女子大学大学院  
人間文化創成科学研究科  
人間科学系准教授)