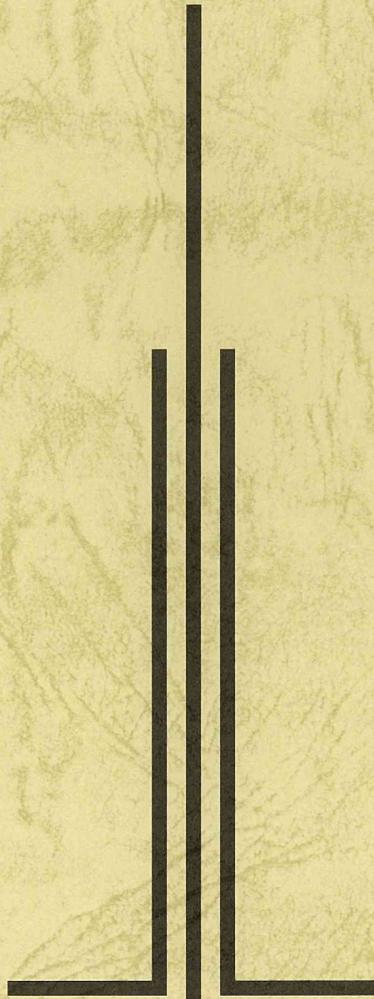


201101044A

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）

医療・介護において 共有すべき情報 に関する研究



2011年度報告書
福祉未来研究所

医療・介護において共有すべき情報に関する研究

2011 年度報告書

■目次

第 1 章

近年のオランダの医療・介護保険制度について（大森正博） …………… 3

第 2 章

AWBZ の現状と課題：制度・財政面 …………… 24

第 3 章

オランダにおける入院・介護の費用請求・支払いと情報交換 …………… 30

第 4 章

日本の長寿医療制度と介護保険の連携への示唆：今後の検討課題 …………… 36

オランダにおける医療・介護サービスの調整 …………… 1-45

(Coordination of health care services in the Netherlands の日本語訳)

Coordination of health care services in the Netherlands …………… 1-75

Report by Layden Academy on Vitality and Ageing

(Rolden H. & van der Waal M.)

(付録) 研究会等の経緯

近年のオランダの医療・介護保険制度について

I はじめに

医療サービス、介護サービスは、そのサービス固有の性質からその需給を完全に市場にゆだねることが困難であり、それ故に、医療・介護サービスの需給制度を構築することは、一国の政府にとって重要な課題になっている。

オランダの医療・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カバーし、国が制度設計に参与しているいわば公的介護保険であり、“Compartment 2”は、治療サービス(Curative care)を中心とした短期の医療費をカバーし、国が制度設計に参与している公的医療保険である。前者は特別医療費補償法(The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten))を根拠としており、特別医療費保険と呼ばれている。後者は、健康保険法(Health Insurance Act, ZVW (Zorgverzekeringswet))を根拠としている。

“Compartment 3”は、公的保険でカバーされない自由診療にあたるサービスをカバーしている保険である。(表1)は2007年におけるCompartment1-3の費用を示している。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。

オランダでは、1980年代後半の「デッカー・プラン(Plan-Dekker)」、「シモンズ・プラン(Plan-Simons)」の構想に始まり、今日に至るまで、医療・介護制度改革が紆余曲折を経ながらも継続的に実施されてきている。オランダも日本同様に社会保険方式を中心に医療・介護制度が組み立てられており、制度改革の中心に医療・介護保険の制度改革がある。オランダの場合、1960年代中盤から、ほぼ同時期に医療保険(短期医療保険)、介護保険(「特別医療費保険」)が導入され、両者が密接な関わりを持って、運営され、制度改革の時にも両者が同時に改革の対象としてセットで取り上げられてきていることから、制度改革は、医療・介護制度改革と呼ぶことがふさわしい。

オランダの医療・介護制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、「保険者」を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争(Regulated Competition)」と呼ばれるこの考え方は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適

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	2007	割合 (2007年)
特別医療費保険 (AWBZ)	23195	22972	43.5%
健康保険 (ZVW)	26849	26266	49.7%
その他	3364	3584	6.8%
合計額	53407	52822	100.0%

(出典) CVZ

当な医療サービスを提供するための制度設計のアイデアである。近年、日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みと共通している部分がある。

デッカー・プランの当初のアイデアでは、医療保険、介護保険を統合した形で「規制された競争」を導入することになっていたが、1995年の改革のあたりから、特に短期医療(オランダでは、“Compartment 2”と呼んでいる。)の部分に限定して、「規制された競争」を導入する制度改革の方向性が定着しつつある。最近の大きな制度改革として、2006年1月に施行された改革がある。複数の制度が並立していた“Compartment 2”(日本の医療保険にあたる。制度の詳細については後述。)において、保険制度の一本化が予定されており、また、保険者に営利を認めるという意味での保険の民営化が実現した。そして、同じ“Compartment 2”において、保険の免責制度(Personal excess)、保険料の返還制度(no-claim refund system)が一時的に導入され、現在では、強制控除(Compulsory Deductible)に制度が統一されている。

本稿では、今日のオランダの医療、介護保険の現状について解説を行う。IIでは、短期医療サービスをカバーする医療保険(“Compartment 2”)について、IIIでは、長期療養、介護サービスをカバーする介護保険(“Compartment 1”)について、IVでは、私的医療保険(“Compartment 3”)について扱う。Vでは、結語が述べられる。

II オランダの医療保険制度(Compartment 2)

本節では、短期医療サービスをカバーする“Compartment 2”の制度について解説を行う。Compartment 2は、短期の医療費がカバーされる、日本でいうところの公的医療保険であるが、近年、積極的に制度改革が行われてきた部門であり、2006年に今日の制度の基礎を作る大きな制度改革が実施された。¹この保険は、2005年までは、加入者の年収、身分によって3つの制度が分立していた。3つの制度とは、疾病基金保険(ZFW, Ziekensfonds Wet)と公務員保険と「私的保険」である。2006年の医療制度改革により、Compartment 2は制度が統合され、健康保険に一本化されることになった。

(1)被保険者

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(payroll tax)を納めている者は、保険への加入義務がある。保険加入義務の例外は、宗教上ないし人生哲学上の良心的な保険加入拒否者、及び軍人である。ただし、前者として認められるためには、社会保険銀行(the Social Insurance Bank)に適用を申請しなければならない。そして、保険加入拒否者は、該当する所得比例保険料(後述)と同じ金額の所得税を納めなければならない。この所得税収は、CVZが、それぞれの支払者の個人勘定として管理し、支払者が、医療サービスを受けた時にそこから医療費の支払いを行う。支払者は医療費が個人勘定の残額を超えた部分の医療費については自己負担しなければならない。軍人に対する医療サービス給付は財源も含めて、防衛省(Ministry of Defense)が担当している。

¹ Compartment 2における制度改革の内容の詳細は、大森(2006)を参照。

18歳未満の子どもは、所得比例保険料、定額保険料を含めて保険料を支払う義務なしに加入するが、いずれかの親と共に被保険者になる。(18歳未満の子どもの定額保険料は、国が負担する。負担金額は、2007年で22億ユーロにのぼる。)

保険に加入するためには、被保険者は社会保険番号(Social Security Number, Burgerservir, BSN)を取得している必要がある。被保険者は、年度の初めに加入する“Care Insurer”を選択する。日本のように職業、住居によって加入する保険が決まっている方式と対照的である。サラリー・パーソンとその家族については、企業によって団体契約の形で保険が準備されている場合がある。

(2) 保険者

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。従来、Compartment 2の保険者は健康保険金庫と私的保険会社が分立していた。保険者は、健康保険法の上で非営利を義務づけられており、配当を禁止されていた。健康保険金庫は、一定所得未満の人々の保険を提供し、それ以外の一定所得以上の人々は、基礎パッケージ(Basic Package)の供給を私的保険会社に義務づける形で事実上の国民皆保険が実現していた。しかし、2006年1月1日からCompartment 2の保険者は、私企業としての性格を持たされることになった。つまり、Compartment 2において保険者となるためには、オランダ中央銀行(the Dutch Central Bank, DNB)から生命保険以外の中で特定分野の免許を許可されていけばよい。ここで、特定の分野とは、労働災害と労働傷病、疾病のことを意味する。言い換えると、これらの免許を所持していれば、営利か非営利かを問わず、Compartment 2への参入が可能になる。かくして、配当を行う営利の民間のノンライフの保険会社もCompartment 2への参入が可能になった。

Care Insurerは、(表2)にある通りである。2006年までは、疾病基金保険会社(Sickness Fund)と私的保険会社が併存している状況であったが、2006年の医療保険制度改革により、両者は同じ私法の下で運営を行う立場になった。非営利組織のみならず、利潤を追求し、配当を行うことのできる営利企業もCompartment 2の保険サービスを提供できることになった。Compartment 2の市場は、4大保険会社が88%のシェアを占める寡占市場になっている。4大保険会社は、Achmea、UVIT、CZ、Menzisの4社であり、このうち、Achmeaのみが営利企業であり、残りの3社は非営利企業である。依然として、非営利企業がCompartment 2の市場の大きなシェアを持っているのが実情である。

保険者は、加入を求めてきた者に政府が決めた基礎的保険(Statutory Basic Insurance)を販売しなければならないが、保険加入を拒否することは禁じられている。また、保険商品の製品差別化を以下に示すように多少は出来るものの、同じ保険商品については、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別化することは禁止されている。つまり、保険者が被保険者のリスク状況に応じて、リスク・セレクション(Risk Selection)を行えないようにしている。

保険によってカバーされるサービス内容は、CVZの勧告に基づいて国が決定する。サービス内容をさらに細かく定義する必要がある場合は、the Health Care Insurance Boardが決定する²

Care Insurerの提供する保険商品は、2005年までは現物給付のみであったが、2006年から

² Wilemijn Schafer et al. (2010) pp. 64-65.

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

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

費用償還方式の保険商品の提供も可能になり、製品差別化が進んでいる。前者を現物給付モデル(In-kind model)、後者を費用償還モデル(Restitution model)という。現物給付モデルの契約を消費者が選択すると、消費者は保険者が雇用しているか、契約を行っている医療サービス供給者からサービスを現物給付で受けることが原則になるが、保険者が契約していない医療サービス供給者からサービスを必要することもできる。その場合には、保険者が契約時に設定し、公表している料金、「予約なしの料金(Walk-in tariff)」に基づいて一定の金額の費用償還を受けることができる。

一方、費用償還モデルは、被保険者が、保険者が契約をしていない医療サービス供給者からサービスを受ける場合に対応している。被保険者は医療費をいったん医療サービス供給者に支払い、保険者から費用償還を受ける。保険者は費用償還の額に上限を設けることは規制されているが、医療サービスの市場実勢価格よりも高い費用を償還することは強制されていない。

保険者は、さらに現物給付モデルと費用償還モデルを組み合わせた保険商品を提供することも許可されている。

2009年の数字では、オランダ居住者の40%が現物給付モデル、25%が現金給付モデル、残り的人々が現物給付モデルと現金給付モデルの組合わせ型の保険商品を契約している。³

オランダの保険者の特徴は、被保険者に対する医療サービスの価格、品質について、医師を始めとする医療関係者、病院などのサービス供給者と交渉を行い、契約することにある。ただし、サービスの価格については、医療料金法(The Health Care Charges Act(WTG))による規制があり、CTG/ZAio (National Health Tariffs Authority/Care Authority,College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.)において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制(Price Cap Regulation)が適用されている。⁴

また、保険者は営業を行う地域についても規制を受けている。被保険者数が85万人以上であれば、一部の地域に限定して営業を行うことはかなわず、全国展開しなければならない。オランダの保険者は、一定の規制を受けながらも、競争的な制度的環境の下で行動していると言える。

オランダのCompartment 2の保険者の置かれている競争的な環境を理解するためには、医療費の財源調達の仕組みについて知る必要がある。(表3)は、Compartment 2の収入状況を示している。Compartment 2の財源は、主として、以下の3種類の財源から成っている。以下の内、②、③は、Care Insurerに集められる。

- ① 定額保険料(nominal contribution)
- ② 所得比例保険料(percentage contribution)
- ③ 政府補助金(Government grant)
- ④ 一部負担(Out of pocket payments)

表3 Compartment 2の収入

	2007	2008	2009	割合
所得比例保険料	14726.3	16917.6	16651.5	51.2%
定額保険料	10110.1	12423.2	12236.2	37.6%
政府補助金	1.8575	2.072	2.0807	0.0%
no-claim benefit	1958.9	—	—	0.0%
強制控除	—	1384.7	1451.5	4.5%
contribution agreement recipients	56.9	88.4	96.7	0.3%
未払い者の支払い	—	—	1.7	0.0%
国際的解決	3.6	3.1	4.8	0.0%
良心的保険未加入者	1.9	0.6	2.3	0.0%
合計	28715.3	32889.6	32525.4	100.0%

単位：100万ユーロ

出典：CVZ

³ Wilemijn Schafer et al. (2010) P.66.

⁴ Ministry of Health, Welfare and Sport (2002(a)) P. 23-24 および P.62-63 を参照のこと。

最初に、④についてである。被保険者は原則として自己負担無しで医療サービスを必要することができるが、2つの例外が存在する。1つは、保険契約のときに現物給付モデルを選んだが、保険者が契約をしていない医療サービス供給者からサービスを受けた場合である。もう1つは、医療サービスの種類によって、自己負担が必要なサービスが存在する場合である。

また、2008年から導入された強制控除(Compulsory Deductible)によって、GPのサービス、産科・分娩サービス、22歳未満の歯科治療以外の医療サービスについて一定金額まで自己負担をしなければならなくなった。強制控除による患者の自己負担は、保険者に支払われることになる。ただし、2009年より、患者がいくつかの条件を満たした時に、保険者は患者に強制控除分の自己負担を徴収しないという選択肢も採ることができるようになった。その条件は、患者が保険者が契約を行っている医療サービス供給者を受診すること、患者が保険者が契約を行っている薬局から医薬品を購入すること、患者が保険者が契約を行っている医療扶助を受けること、糖尿病、鬱病、循環器疾患、COPD等に対する予防サービスを受けた場合である。⁵

所得比例保険料は、支払給与税の対象となっている給与に関連して決められる。2010年の保険料は、被用者は7.05%で、被用者でない人々は4.95%である。(2011年の保険料率は、被用者は7.75%、(被用者でない人々は4.4%)である。)保険料は被用者の場合は給与から天引きで、オランダ税・関税庁(Dutch Tax and Customs Administration, Belastingdienst)が集める。

所得比例保険料については、助成措置が用意される。被用者の場合は、雇用環境に応じて必要になる医療サービスの費用を勘案して、使用者が保険料の一部を負担する。自営業者、退職者については、この措置は適用されない。また、先述のように18歳未満の子どもは親、養父母の保険に加入していれば、所得比例保険料を支払う必要はない。

国はCompartment 2に対して、補助金を投入する。補助金の投入にはいくつかの根拠が存在する。1つは、18歳未満の被保険者の保険料の補填を行うことである。第二に保険者が財政危機に陥ったときの補助金である。そして、戦争やテロなどの交戦時にも補助金は投入される。

定額保険料は、各保険者が18歳以上の被保険者に対して課す。(表3)を見ると分かるように、定額保険料は、Compartment 2の収入の約37.6%を占めており、収入の中で重要な位置づけがされている。⁶

所得比例保険料、政府補助金は、一度、一般基金(General Fund, AK (Algemene Kas))に集められる。この基金に集められた資金を、マクロ医療予算(The Macro Health Care Budget)と呼ぶ。この予算額は、厚生・スポーツ省が作成した予算教書である「医療覚え書き(The Health Care Memorandum)」に基づいて決定される。健康保険審議会(CVZ)は、厚生・スポーツ大臣(Minister of Health, Welfare and Sport)の監督の下で、大臣が提示した予算配分の一般的原則に則って、この一般基金を管理し、それぞれのCare insurerに予算を配分する。予算は、過去の実績に基づいて決められる部分(historical basis)と保険加入者のリスクに応じて決められる部分(normative basis)から成る。各保険者には、リスク調整型人頭払い(Risk-adjusted Capitation Payment)の形で予算が与えられるが、リスク調整指標(Risk adjuster)と

⁵ Wilemijn Schafer et al. (2010) pp. 76-77. 2010年には年間165ユーロまでの自己負担をしなければならなくなった。

⁶ 定額保険料が所得に比して高額になり支払えない被保険者が出てくると、Compartment 2へのアクセスが難しくなる可能性がある。この事態を回避するために、医療サービス手当法(Health Care Allowance Act)が準備されている。具体的には、被保険者にミーンズ・テストを行い、国から定額保険料の補助金を与える。Ministry of Health, Welfare and Sports (2005) P. 41-48。

しては、年齢・性別、FKG (Pharmacy Cost Group)、GGZ-FKG (精神医療の薬剤費のコストグループ)、DKG (Diagnostic cost group)、所得、居住地域、罹患のリスク、社会経済状況など 20 を超えるものが採用され、精緻化されてきている。

この様に決定された予算よりも、現実にかかると予想される費用が上回ると考えるときには、Care insurer は、保険加入者に対して定額保険料を科す。(表 4)には 2010 年の Care Insurer の定額保険料の状況が示されており、Care Insurer によって、定額保険料に差異があることが分かる。⁷

この様な、オランダの Compartment 2 における財源調達の内り方は、「規制された競争 (Regulated Competition)」を体現している。「規制された競争」とは、以下のような仕組みを意味する。保険者は、加入している被保険者のリスクに応じて、事前的費用償還を受け、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

表 4 定額保険料 (2010 年)

Care Insurer	定額保険料 (年)
Anderzorg	996
Univé Zekur	960
CZ Direct	1032
TakeCareNow (Agis)	1053
FBTO Internetverzekering	1053
Salland	1161
OHRA	1074
CZ	1125
AGIS/Pro Life	1146
DSW	1080
FBTO	1146
Zorg & Zekerheid	1173
Zilveren Kruis Achmea	1158
OZF Achmea	1173
Stad Holland	1110
Avéro Achmea	1177
De Friesland	1151
VGZ	1132
Menzis	1137
Azivo	1149
Trias	1151
ONVZ	1152
Delta Lloyd	1182
Univé	1167
PNO	1176
IZA	1167
De Goudse	1199
Amersfoortse	1211

単位：ユーロ

出典：CVZ

⁷ CVZ (College voor zorgverzekeringen) の website による。

し、契約することができる立場にある。保険者は、被保険者から毎年1回選ばれるので、消費者にとってよりよいサービスを医師、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、被保険者に最も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。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くなる。

この様な「規制された競争」のアイデアは、オランダでは、1980年代後半の「デッカー・プラン(Plan-Dekker)」、「シモンズ・プラン(Plan-Simons)」の構想に端を発し、今日に至るまで、紆余曲折を経ながらも継続的に実施されてきている。⁸オランダの医療・介護制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、「保険者」を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争」は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するための政策的手法のアイデアである。

デッカー・プランの当初のアイデアでは、医療保険、介護保険を統合した形で「規制された競争」を導入することになっていたが、1995年の改革のあたりから、特に Compartment 2 に限定して、「規制された競争」を導入する政策選択の方向性が定着しつつある。2006年1月から実施された新しい医療保険制度改革では、この方向性がますます明確になってきている。

2006年1月1日から、保険者を私企業として位置づけ、保険者に営利を認め、制度を一本化し、市場を広くした。また、現物給付のみならず、償還払い制度、および両者の組み合わせを可能にし、多様な保険商品の開発を可能にするなど、保険者の競争のための手段を充実させたことも注目に値する。また、オランダ医療サービス庁(Netherlands Care Authority, Nederlandse Zorgautoriteit, NZa)を設置し、医療サービス市場の監督者の役割を担わせ、医療サービス市場における競争の促進を図っていることも注目される。

この様な Compartment 2 における「規制された競争」の成果の評価には慎重でなければならないが、保険者の規模拡大、統合が進んだことは事実である。

(表5)は、被保険者数を保険の規模とみなして、保険者の規模の年次推移をみたものである。2002年には、健康保険金庫が25、私的保険が46あったのが、2006年には保険者数が33まで一気に減少したことが分かる。2005年から2006年の保険者数の減少がもっともドラスティックであるが、その主たる要因は保険者の合併およびグループ化による規模の拡大である。(表5)によれば、2002年には被保険者数1000000人以上の保険者が、健康保険金庫では2、私的保険では0であったが、2007年には5に増加している。一方、被保険者数が50000人未満の保険者数は、2002年に疾病基金保険では5、私的保険では20で、あったが、2007年には3まで減少している。2007年に、保険者は5グループ(Achmea, Delta Lloyd-Ohra, Menzis, UVIT, Geen groep)、32まで減少している。

⁸ Dekker Committee. 1987. Willingness to change 1987.

表5 Compartment 2の保険者数の加入者数による分布

	健康保険(ZFW)				私的保険				健康保険(ZVW)	
	2002	2003	2004	2005	2002	2003	2004	2005	2006	2007
被保険者数(人)										
1000000—	2	3	3	3	0	0	0	0	5	5
500000—1000000	5	4	5	5	3	3	4	4	5	3
400000—500000	4	2	1	0	0	0	0	0	3	4
300000—400000	4	3	4	4	3	2	2	2	4	5
200000—300000	2	2	1	2	3	3	4	3	1	0
100000—200000	1	1	1	1	9	10	8	9	6	7
50000—100000	2	2	2	3	8	8	3	3	5	5
—50000	5	5	5	4	20	18	14	14	4	3
合計	25	22	22	57	46	44	35	57	33	32

* 2006年より疾病基金保険と私的保険が統合されたので、2006、2007年は、Care Insurerの数を示している。VEKTIS (2004) P.12、VEKTIS (2005) P.12 VEKTIS (2006) P.14、VEKTIS (2007) P.22、VEKTIS (2008) P.20より筆者が作成。

「規制された競争」による保険者間の競争を促す一方で、Compartment 2では、被保険者に対しても、保険について、様々なオプションを準備していることが注目される。免責控除制度(Compulsory Excess, Voluntary Excess)は、強制のもの(Compulsory Excess)と18歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定する任意のもの(Voluntary Excess)があり、その金額以内の医療費は自己負担とする。前者の強制のものについては、2009年には155ユーロ、2010年には165ユーロに設定されたが、GPサービス、助産師サービス、出産サービス、インフルエンザ診療、肺がん検診などのサービスは対象外である。⁹ 後者の任意のものは、プライマリーケアを対象としており、強制の免責控除制度155ユーロ分の適用後、100ユーロ単位で100ユーロから500ユーロまで設定できる。任意のものを選択すると、定額保険料の割引を受けることができる。¹⁰

III 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。¹¹

(1) 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。2つの例外がある。第一に、信仰上、人生哲学上の理由で加入を希望しない者である。これらの人々

⁹ 2008年より廃止になったが、2006年からそれまでは、無事故払戻制度(No-claim refund)が設けられていた。無事故払戻制度は、医療サービスの利用が無かったか、あったとしても少なかった場合に、定額保険料の一部を被保険者に返金する仕組みである。ただし、この制度は、GPサービス、助産師サービス、出産サービスなどのサービスは対象外であった。

¹⁰ Compartment 2では、サービスによって被保険者が自己負担を支払うケースがあるが、その場合の自己負担金額は、免責控除制度の適用においては考慮されない。

¹¹ III節は、大森(2011)に多くを負っている。

は、AWBZの保険料を納付する代わりに同じ金額の一般所得税を納付することになる。これらの人々は、AWBZのサービスを受ける必要がある時には、受ける権利を持っているという扱いになる。第二の例外は軍人であるが、彼らは軍隊の準備する軍隊医療サービス(Military Health Care Service, Militair Geneeskundige Dienst)を受診することになる。¹² なお、AWBZの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。¹³ 前者は非営利の協同組合であり、後者は株式を発行し、株主総会が最高意志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。¹⁴

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。

(2) 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)」、「宿泊施設(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て、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。

¹² Wilemijn Schafer et al. (2010) P.68.

¹³ Wilemijn Schafer et al. (2010) P.100 を参照。

¹⁴ Dekker Committee. 1987. Willingness to change 1987.

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、例えば、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。

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6)は、2007年から2009年の特別医療費保険の費用の状況を示している。2009年で見てみると、総費用は234億1240万ユーロであり、その内、看護・介護が53.6%と半分以上を占めている。その他、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。

表6 特別医療費保険の費用

	2007	2008	2009
看護・介護サービス	11,359.9	12,054.6	12,552.0
	49.5%	54.7%	53.6%
障害者ケア	5,243.8	5,880.6	6,392.4
	22.8%	26.7%	27.3%
精神保健	4,253.5	1,559.6	1,597.9
	18.5%	7.1%	6.8%
その他のケア	272.9	304.0	295.2
	1.2%	1.4%	1.3%
PGB 補助金	1,339.0	1,660.8	1,958.0
	5.8%	7.5%	8.4%
その他の費用	497.6	576.0	617.0
	2.2%	2.6%	2.6%
合計	22,966.6	22,035.6	23,412.4
	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>>

(3) 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。¹⁵

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。¹⁶ 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¹⁷、利用者は増加してきており、2009年12月には111,813人の利用者がいる。これは特別医療費保険の利用者数の約10%を占めている。¹⁸ (表7)は特別医療費保険の個人介護予算支出の年次推移、(表8)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、インフォーマルケア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。¹⁹ 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。²⁰

表7 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	2003	2004	2005	2006	2007
PGB old-Care and nursing (個人介護予算(旧制度)(看護・介護))	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))	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

* 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, *Zorgci j fers kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de Zvw en AWBZ, 1^e kwartaal 2008*, CVZ, 2008, p.42.

<<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/zorgcijfers+kwartaalberichten/zckb0801.pdf>>より筆者が作成。

¹⁵ 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、年間25,000ユーロ以上といった選択肢がある。

¹⁶ 実際には、被保険者の指定する銀行口座に振り込まれる。

¹⁷ Elke Decruynaere (2010) p.17を参照。

¹⁸ Elke Decruynaere (2010) p.4を参照。

¹⁹ Ramakers et al. (2008)を参照。

²⁰ Ramakers et al. (2008)を参照。

表8 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	2003	2004	2005	2006	2007
PGB old-Care and nursing (個人介護予算(旧制度)(看護・介護))	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))	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

*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^e kwartaal 2008*, CVZ, 2008, p.42.

<<http://www.cvz.nl/binaries/content/documents/cvzinternet/nl/documenten/zorgcijfers+kwartaalberichten/zckb0801.pdf>>

より筆者が作成。

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。

(4)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9)は、2007年から2009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%(2011年)である。ただし、保険料が課される所得には上限がある。²¹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。²²

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。

²¹ 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。

²² Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 76を参照。

表9 AWBZ の収入

単位：100万ユーロ

	2007	2008	2009	2010 (予測)
保険料	14,398.4	14,213.7	13,640.0	14,832.8
政府補助金	4,495.4	4,774.3	4,896.4	4,863.3
利用者の一部負担	1,617.6	1,580.2	1,579.0	1,650.4
政府資金	11.0	11.5	12.0	12.0
国際決済*	5.2	5.2	4.6	4.6
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	—	—	—
その他の収入	14.3	15.7	2.9	12.2
合計	23,341.9	20,600.6	20,134.8	21,375.2

	2007	2008	2009	2010 (予測)
保険料	61.7%	69.0%	67.7%	69.4%
政府補助金	19.3%	23.2%	24.3%	22.8%
利用者の一部負担	6.9%	7.7%	7.8%	7.7%
政府資金	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
国際決済*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
精神保健サービスに対する健康保険 (ZVW) からの出資	12.0%	—	—	—
その他の収入	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
合計	1	1	1	1

* 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、外国人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>>

一部負担は、施設サービスと施設外サービスで異なる。²³ 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、利用者は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。「低」の場合、一部負担の1か月あたりの下限は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。

利用者的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。

²³ Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp. 28-29 を参照。

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。²⁴

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。²⁵

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、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。

(5) 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、先述の機能 (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。²⁶ また、CIZ は、全国 9 か所に支部がある。²⁷

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。²⁸ 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る必要がある。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。²⁹

²⁴ 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。

²⁵ 特別医療費保険の一部負担については、Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp. 28-30 を参照。

²⁶ 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。

²⁷ 9 か所とは、アムステルダム、アッセン (Assen)、ベルヘンオプゾーム (Bergen op Zoom)、エンスケーデ (Enschede)、ヘーレン (Heerlen)、ナイメーヘン (Nijmegen)、ライスワイク (Rijswijk)、ロッテルダム (Rotterdam)、ユトレヒト (Utrecht)、ズボール (Zwolle) である。

²⁸ Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp. 16-19 を参照。

²⁹ 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。

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。³⁰ 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、それを超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, 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。³¹ 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

³⁰ 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。

³¹ 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。

(個人介護予算)にするか、あるいは両者を併用したいかを選択することができ、意思を Care Office に伝える。³²

(6) ZZP (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(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、障害者(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)によって一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。³³

なお、在宅サービスの中で家事、買い物などを手伝う家事援助は、2007 年より社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO, Law on Social Assistance)に移管された。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。³⁴ WMO は、家事援助の他、車いす、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。³⁵

(7) 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 ZZP 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、説明しなければならない。なお、この給付金額は、現

³² Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp.16-19; Eike Decruynaerer (2010) を参照。

³³ Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) p.20 を参照。

³⁴ オランダには、州 (Province) が 12、地方自治体 (Municipality) が 467、存在する。(2005 年)

³⁵ Houten, Gijs van et al. (2008) を参照。

物給付の場合に換算した費用から 25%減額される。³⁶ 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。³⁷

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。³⁸

(8) 社会支援法(Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO, Law on Social Assistance)

社会支援法(WMO)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。³⁹

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(SPC)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。⁴⁰

³⁶ Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) P.34.

³⁷ NZa (2010) P.5 を参照。

³⁸ Elke Decruynaere (2010) P.7.

³⁹ 社会支援法については、Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp.27-28 を参照。

⁴⁰ Pommer et al. (2009) を Wilemijn Schafer et al. 参照。