

3.3.3	関連施設	34
3.4	AWBZ に関わるマンパワー	35
3.4.1	ナーシング・スタッフ	35
3.4.2	ホームケア・スタッフ	35
3.5	AWBZ の給付範囲：ZVW や WMO との仕切り	36
3.5.1	AWBZ の給付内容	36
3.5.2	AWBZ の責任範囲：対人ケア	36
3.5.3	AWBZ の責任範囲：ナーシング・ケア	37
3.5.4	AWBZ の責任範囲：カウンセリング	38
3.5.5	AWBZ の責任範囲：トリートメント	41
3.5.6	AWBZ の責任範囲：長期入所	41
3.5.7	AWBZ の責任範囲：短期入所	41
	補足資料：法律及び報告書	42

重要な説明事項

下記の解説は読者がこの報告書を読む際に遭遇するであろう疑問点を明確にするものである。

まずこのレポートに使用されている全ての略語はオリジナルの 59-60 ページに紹介されている。その他のターミノロジーについては以下のとおりである。

- 在宅ケアは自宅で受けるケア全てを指している訳ではなく、例えばそうじ、食品の買い出し、調理といったケアを意味する。在宅ケアは高齢者の収入にあわせ、その一部又は全てを WMO が支払う。医療的ケア及びナーシング・ケアは在宅ケアの範疇には含まれない。そして対人ケアは衣類の着脱や、ベッドに入る、ベッドから出る、入浴、シャワーなどを指している。
- AWBZ ケアが入所先の施設ではなく自宅で行われる場合には、施設外ケアと呼ばれる。それに対して老人ホームやナーシング・ホームで行われる場合は施設ケアといわれる。対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング、トリートメントは施設でも在宅でも実施される。
- 文献では、ZVW を通して行われる医療サービスはときにメディカル・サービス、治療サービスといわれる。それに対して AWBZ を通じて行われるサービスは福祉サービス、ケア・サービスといわれる。これは ZVW の財源を通して行われるサービスの一部がケア・サービスや福祉サービスに該当するため混乱を招きやすい。この報告書では、治療 (Cure) は通常 ZVW が保障する医療的ケアを指し、ケア (Care) はその殆どを AWBZ が保障する福祉サービスを指す。
- この報告書では様々な出典から、どの医療・介護領域に対する負担か、また根拠とする法律を明確にした。データの出典は以下 3 ヶ所である：中央統計局 (CBS) , System of Health Accounts (OECD) 、オランダ政府が定義した Dutch national Budget for Care (BKZ) 。BKZ の一部データは健康保険委員会 (CVZ) のものである。費用分析の際には必ずデータソースを明記している。CBS で使用される医療・介護 (health care) の定義は System of Health Accounts よりも広いことに留意しておく必要がある。OECD とは異なり、CBS の定義では職場での健康、復帰サービス、若年層ケア、文化活動、デイケア・センターや学校寮までを網羅する。
- 各地方自治体が個別に WMO 予算を定義しているため、WMO からの拠出は追跡が困難である。WMO 予算のデータは中央に収集されず、その拠出試算は BKZ が行っている。最後に、オランダの医療・介護システムは早い速度で変化しており、2006 年来大きな改革が毎年行われている。この報告書は 2012 年に発行されるが、既に新しい変更が 2013 年に計画されている。

第1章 オランダの治療サービスと長期療養・介護サービス

1.1 健康保険法 (ZVW)

2006年はオランダの医療政策の歴史にとって記念すべき年である。この年に新しい健康保険法 (ZVW) が正式に施行された。この医療保険制度改革は全ての市民が自ら選択した民間保険業者と併せ、基本的健康保険パッケージにアクセスすることを責務としている。基本パッケージの具体的内容はオランダ政府が設定した。保険会社は保険料、サービス、医療サービス提供者との契約をベースとして市場競争に参加する。最も優れた医療サービスを最も安い価格で提供するため、保険者と医療サービス提供者が毎年契約内容を協議する。現状に満足できない加入者 (Client、被保険者) は、年一回、保険者を他社に変更する機会が与えられている (1月1日以前)。この医療保険は“semi-free market system”を基本としており、その目的は医療・介護保険市場の公平性、サービスの質、透明性を損なわずに医療サービス提供者と保険者を競争に参加させ、両者をサービス価格について協議させることである。この semi-free market の最終目的は、医療サービス提供者にできる限り効率的に仕事をさせ、保険者同士を価格競争に参加させることである。

1.1.1 公平性、サービスの質、透明性

保険会社間の競争があるために、全ての被保険者は同等の医療サービスを受けるために保険料を比較しながら支払うことになり公平性が保証される。政府は一定の収入に満たない個人や世帯に、保険料の一部を補償する“健康手当” (zorgtoeslag) を支給する。これは一年間の世帯納税額から推定した収入によって支給が決定される。また保険給付の誤用・乱用を防ぐために免責控除制度を設けている (2011年には€170、2012年には€220)。Clientはその年に健康保険を僅かしかまたは全く使わないと想定する場合には、任意で免責額の割合を増やし保険料を下げることができる。慢性患者は医療サービスを多く使用するため、毎年免責額の全額を支払うリスクが高くなる。中央管理庁 (CAK) は慢性疾患に対して免責額の一部を補償しているが、近い将来、この補償は所得に応じて支給されることになる (慢性患者のうち低所得者のみが免責額を補償される)。

また、基本パッケージを補完するための保険を買い増すことも可能である。保険者は基本パッケージを購入したいと望む個人を拒むことはできないが、補完的な任意医療保険 (VHI) への申し込みを拒むことは可能である。医療保険者はそれぞれが VHI パッケージ (簡単なものから重厚なものまで) を提供しているが、通常は歯科治療の補助、眼鏡の補償、代替医薬品などが含まれる。保険者は VHI への申し込みを断ることができるため、被保険者の選択の自由はときには制限されることになる。Client は次の保険者が VHI パッケージ¹の申し込みを拒否することを考え、保険者の変更を思い留まる場合もある。

医療サービスの質は健康保険市場が成熟するにつれ安定してくる。医療サービス提供者は保険者から契約を勝ち取るため、手頃な価格で質の良い医療サービスを提供する。パフォーマンス

¹これには AOU (Algemene Ouderdomswet) と呼ばれる公的年金の給付が含まれる。

スの劣るサービス提供者は契約に加わることができないが、これは保険者と医療サービス提供者が相互に作用する **semi-free market** のメカニズムのためである。

Client は保険者と医療サービス提供者を自分で選択することにより、選択の幅が広がる。さらに保険者と医療サービス提供者は自分たちのサービス内容や他社よりも優れた点を伝えようと努力するため、透明性が高くなる。独立組織やウェブサイトがヘルスケアの多様なサービスについて賛否両論の情報を提供している。

1.1.2 医療・介護保険市場の関係組織

Figure 1 は医療サービス提供者、保険者、市民の関連組織と ZVW との相互関係を示している。Figure1 の関係組織を以下に説明する。

- **政府。** 国会の助力を得、また 1980 年代、90 年代の改革の失敗を経て 2006 年 1 月 1 日に ZVW を施行した。それ以来政府は内容に変更を加え、また基本パッケージに免責額を設定した。
- **医療サービス提供者。** 一般開業医 (GP) は他の医療サービス提供者のゲートキーパーとみなされている。通常は専門医の診断や薬局に行く前に GP に相談しなければならない。病院は ZVW の導入によって、より専門的な方向に淘汰される傾向にある。保険会社は前年度パフォーマンスが思わしくなかった病院との契約を打ち切るため、近い将来、病院はある得意分野に特化しその他のサービスや専門を断念するとみられている。

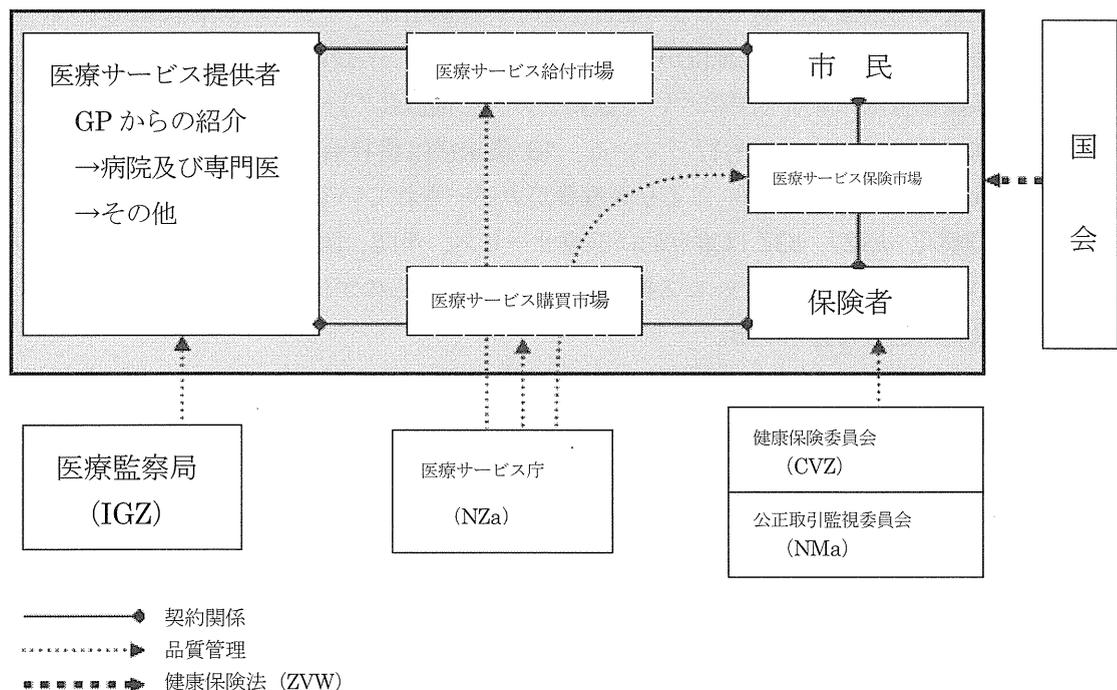


Figure 1: オランダの健康保険システムの組織概要 (Figure 2 に基づく、source: [2])

- **保険者。**4社の保険会社が市場の大半を占めており（88%）、4社のうち1社が営利企業である。一つの保険会社が複数のブランドを持つことが可能であり、およそ32の医療保険ブランドがある。
- **市民。**2006年の医療保険改革の主な目的の一つは、Clientにより多くのパワー、選択の自由を与えるというものだった。Clientは独立した合理的意志決定者で、保険者の選択が可能であり、補完的な任意医療保険（VHI）の内容や免責額も含めた本人自身の医療パッケージを組み立てることができる。また、患者は複数の医療サービス提供者から選択する自由がある。ただ今のところ市場での競争が少ないため、GPの領域同様、医療サービス提供者の領域では選択の自由は制限されている。この批判は医療サービス提供者のサービスが保険会社により完全にはカバーされない場合があることを指している。又、保険会社と医療サービス提供者の間で契約について全く協議されていないケースもある。例えば2011年、保険会社Menzisはオランダの全ての病院のうち3分の1とは股関節手術の契約を交わしていない。従って病院は良質のサービスを競争価格の範囲で提供することができず、MenzisのClientはオランダの3分の1にあたる病院では股関節手術を受けることができない。保険会社は医療サービス提供者と交わした契約の情報を公開しており、契約の存在を確かめ、トリートメントの保障を確認するのはClient自身の仕事である。
- **健康保険基金（HIF）。**Clientグループの構成は保険者毎に異なっており、ある保険会社は他社よりも医療費が高くなる可能性がある。保険者がハイリスクの被保険者グループ（慢性疾患や社会・経済的地位が低いClientグループ）からの影響を直接受けまいよう、健康保険基金は保険者全てについて過剰リスクを補償している。また健康保険基金は18歳未満の保険給付の補償も行っている。18歳未満は歯科治療も含め、特別若年層保険（special youth insurance）により医療費がカバーされている。
- **医療監察局（IGZ）。**IGZは重点的に医療サービス、予防、医療用品の質の保持を受け持っている。監察局は医療サービス提供者に助言を与えるのが仕事だが、ときには説得し、また強制に至る場合もある。
- **オランダ医療サービス庁（NZa）。**当行政機関はClient、保険者、医療サービス提供者間の契約関係を監督する。NZaはZVWの規制が遵守されているか調査するだけでなく、実際に規制を運用させて医療市場へのアクセス、透明度、公正度の改善を図る。
- **健康保険審議会（CVZ）。**CVZの仕事は以下3点を中心である。(1) 政府に医療保険基本パッケージの内容を助言する、(2) 健康保険基金（HIF及びAWBZ基金を管理する、(3) 特定グループ－海外からの外国人、医療保険制度の仕組みに対し良心的に反対している専門家など－への規制を監督・運用する。
- **オランダ公正取引監視委員会（NMa）。**NMaは市場が競争状態にあるか、カルテルの存在、必要以上の企業合併や経営統合について、また独占状態か否かを監視する。

1.1.3 ZVW の財源

医療保険者は 18 歳以上のオランダ人から定額保険料の支払いを受ける。保険料は保険者間で異なっているが、免責額はあらかじめ政府によって決められている。2006 年と 2007 年には免責控除制度による自己負担は存在しなかったが、仮に医療サービスを受けなくても保険料の無事故割引も存在しなかった。20 ページの Table8 に 2006 年から 2012 年までの基本パッケージの定額保険料平均、免責額、その他の手数料の推移を示す。オランダ市民は免責額を増やし保険料を減らすことが可能で、免責額は自主的に€100 から€500 まで増やすことができる。

オランダでは月々または毎年保険会社に定額保険料を支払う。保険会社は Client に対し、医療サービスを現物、又は補償の形で支給する。医療サービスが現物で提供される場合にはその費用を保険会社が支払う。費用が保険会社に保障されていない場合、または強制的・自主的な免責額の範囲内である場合には、保険会社から Client に請求される。補償の形で受け取る場合には、まず Client が医療サービスの費用を支払い、その金額が保障の範囲内ならば保険会社に請求する。

雇用や年金による収入のあるオランダ市民は、定額保険料の他に健康保険基金（Health Insurance Fund, HIF）に所得比例保険料を支払う。政府も HIF に拠出する。CVZ が HIF を通じて保険会社に分配する金額を計算してリスクを分散させる。ZVW への所得比例保険料は被用者の場合、税込給与額から源泉徴収される。事業主の殆どは法律により、被用者の所得比例保険料分を事業主保険料から完全に補償することを義務付けられている。事業主保険料は被用者の税込給与額に加算される。これは事業主保険料は被用者の課税所得とみなされることを意味する。また収入が公的年金、個人年金、社会保障給付の場合でも、自営業やフリーランサーでも所得比例保険料を支払う義務がある。

所得比例保険料には 2 つの料率がある。高い方の料率は被用者の税込給与額、公的年金、65 歳未満の社会保障給付に適用し、低い方は自営業、フリーランサー、個人年金、65 歳以上の社会保障給付に適用する。2009 年から 2012 年までの被用者、その他の所得比例保険料を Table 1 に示す。

Table 1: ZVW の所得比例保険料, 2009-2012

年	所得比例保険料:		保険料が課せられる 最高所得/年
	高い	低い	
2009	6.90%	4.80%	€32,369
2010	7.05%	4.95%	€33,189
2011	7.75%	5.65%	€33,427
2012	7.10%	5.00%	€50,064

要約すると HIF の収入合計は以下の 3 種類の拠出金から成り立っている。

1. 市民から徴収する定額保険料。この定額保険料が全体の45%を構成する。
2. 所得比例保険料。この保険料が全体の50%を構成する。
3. 政府からの拠出金。この拠出金が全体の5%を構成する。

医療費はそれぞれの医療介入やトリートメントに対して標準価格帯で計算する。これは疾病・診療分類 (DBC) といわれている。例えば膝の手術はさまざまな手順 (麻酔、MRI、手術前の専門家との相談) を踏むが、一連の手順が標準的ユニットと定義されて課金される。また DBC には協議の余地があり、医療サービス提供者と保険者が金額について交渉する。

2011 年にはおよそ 30,000 の DBC が存在した。うち 34% に交渉の余地があり (いわゆる B セグメント)、残りの価格は NZA の決定どおりだった。2012 年 1 月 1 日までに DBC は約 4,400 の DOT ("DBC on the way to Transparency" の頭文字) に集約される。DOT は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類 (ICD-10)」をベースとしている。DOT のおよそ 70% が交渉の余地があるといわれている。病院は 2012 年からは実績に基づく売上高のみで、あらかじめ決められた予算を配分されないため、DOT の分類はより緻密である必要がある。

1.1.4 ZVW の長所と短所

ZVW の主な長所と短所は以下の Table 2 のとおりである。

Table 2: ZVW の長所と短所 (2012)

長所	短所
Pay-by-performance システムは効率化、及び医療サービス提供者、保険者、Client 間の利害の衝突を緩和するのが目的。	利害関係対立の可能性。DOT の価格は年 1 回計算する。DOT の過小評価は医療サービス提供者のサービスの収益性を押し下げる。過大評価は関係する医療サービス提供者の収益性を押し上げる。
自費負担は平等をもたらす。免責額は保険の使い過ぎを防ぐ。	慢性疾患や高齢者がケア・ユーザーの大きな割合を占める：保険者はこのターゲット・グループへのサービスには関心がない。 ^[3]
保険者と医療サービス提供者の選択の自由。	慢性疾患や高齢者は VHI パッケージから恩恵を得るが、保険者から申込みを拒否される。
全ての人に基本的で、手の届く医療・介護保険	システムの誤用の可能性。健康保険への加入拒否や保険料の支払い拒否；健康管理手当の誤用。
保険者は最も安価な価格について協議し、安い保険料を保証する。	医療サービス提供者は“売上収益”を上げるよう駆り立てられる。より多くの人々がトリートメントを受け、保険料が上がる。

1.2 特別医療費保険法 (AWBZ)

オランダの特別医療費保険 (AWBZ) は 1967 年に導入されて以来改定を重ねてきたが、基本方針に変更はない。この法律は基本的なケアを自分で受けることができない人々に、ケアを受けさせるために制定された。身体疾患、精神疾患、老人性疾患、さらに知的・身体的・知覚的ハンディキャップも網羅されている。AWBZ は 1970 年代と 80 年代に特定の疾患だけでなく精神医療、リハビリ、家庭医療等にまで保障が拡大された。またこの時期に AWBZ は社会保険制度に成長し、中央政府が殆どのケア、補助器具、セラピーツール、施設を提供、手配した。但し公費の急激な増加に対する法律の整備や、長期療養・介護システムの効率化を自由市場の促進によって図ろうとした為、1990 年代には一時足踏みした。

この10年の間にAWBZには大きな変化があった。2004年以来AWBZからの補償申請に対してCIZが受給資格認定を実施している。2007年からはサービスの一部はAWBZではなく社会支援法（Social Support Act, WMO）を通じて行われている。主に道具操作の援助（そうじ手伝いなど）や補助器具（車いすなど）はAWBZではなくWMOから支給されている。この変更の主な動機は、Clientに地理的に近いオフィス（地方自治体のオフィス）の方が援助やツールを効率的に支給できるとの配慮からである。又、地方自治体は中央政府からの予算が限られている為、効率的に活動せざるを得ない。WMOについては1.3に詳細を述べる。

1.2.1 AWBZ の導入

AWBZは長期療養・介護サービスを保障する公的保険制度である。AWBZの費用の殆どは認知的制約や身体的・機能的制約の有無にかかわらず（病弱な）高齢者に費やされている。勤労者または何らかの社会保険給付を受けており、医療保険に加入しなければならない者は誰でもAWBZの保険料を負担する義務がある。AWBZの給付は大きく分けて次の6通りの長期療養サービスに分類される。（p36、3.5.2以降に詳細な説明がある）

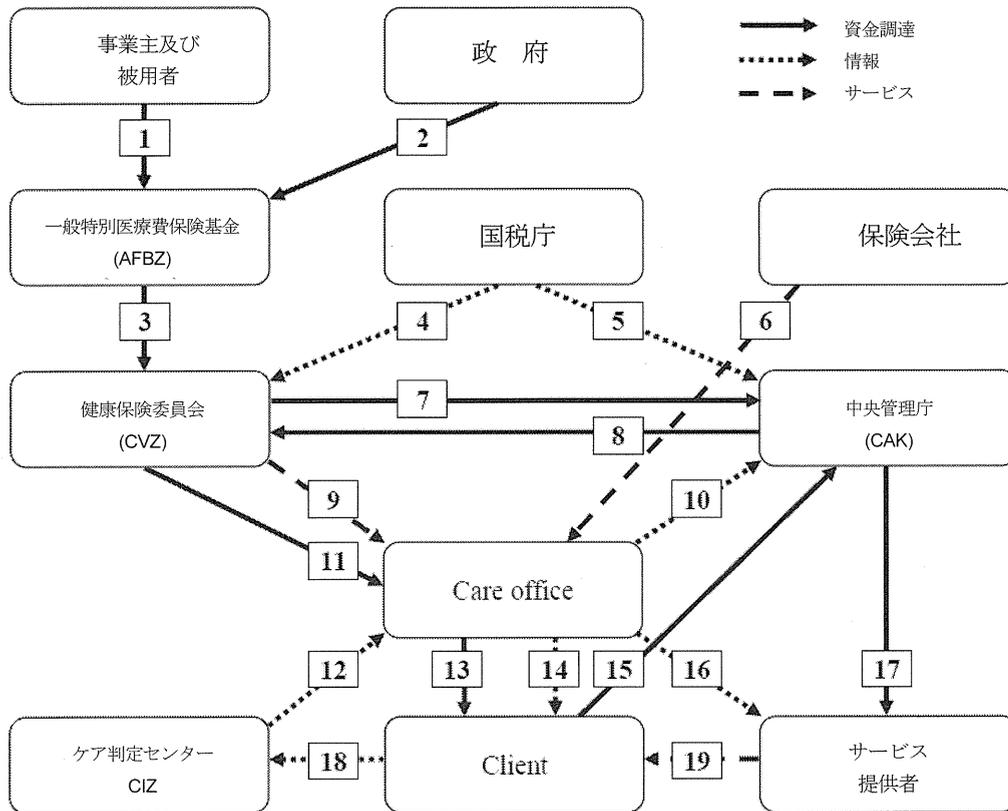
- 対人ケア: シャワー、身づくろい、髭剃り、トイレ介護 他
- ナーシング・ケア: 包帯の交換、注射、セルフケア 他
- カウンセリング: コーヒーの入れ方や書類の書き方など、日常生活の助言
- トリートメント: 疾病や障害からの回復をサポート（e.g. 脳卒中後の歩行訓練）、技能・動作の向上（e.g. パニック発作への対処）
- ケア・ホームやナーシング・ホームへの長期入所
- 一定の施設への短期入所（最長で1週間に3日間）

上記の上から4項目まで、対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング、トリートメントはClientの自宅や、Clientが入所している病院以外の施設で受けることが可能である。どのような対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング、トリートメントでも病院で受けた場合、そのケアはZVWを通じて行われる。

AWBZの財源は政府、事業主、被用者から拠出される。AWBZの財源は特別医療費保険基金またはAFBZ（Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten）ともいわれる。Figure 2はAWBZでサービスが提供される場合に患者、サービス提供者、保険会社、その他の機関の事務処理や資金の流れを示している。事務処理のメインプロセスを理解しやすくするため関係機関・資金の流れを簡略化し、また概観を把握するためにCIZ等その他の関係機関の資金調達方法は割愛した。

AWBZから保険の適用を受ける場合、全てCIZの受給資格認定を受ける。CIZは個別のファンネルモデルに従ってケア・ニーズを評価し（詳細はP27、3.1を参照）、査定結果は各患者の最寄りのCare Officeに送付される。オランダは32のケア圏域（32 care regions）に区分されており、各Care Officeが患者にケアを提供する。

オランダの全てのRegionにはCare Officeが存在する。Care OfficeはCIZの認定に従ってClientに必要なケアを支給するようサービス提供者と契約を交わしている。中央管理庁



事務処理及び資金のフロー：

1. 事業主は約€4000を上限として、年収の12.15%の保険料を支払う。
2. 政府はフロー1とフロー3の差分を支払う。
3. 健康保険委員会はAWBZを運営する。
4. 国税庁はCVZにClientの財政状態に関する情報を提供する。
5. 国税庁はCAKにClientの財政状態に関する情報を提供する。
6. Care Regionで最も多くのClientを持つ保険会社がCare Officeからのサービスを提供する。
7. サービス提供者からの請求に対し、CVZはAWBZからCAKに支払いをする。
8. CAKはClientからの一部負担を、CVZが運営するAWBZに払い戻す。
9. CVZはCare Officeが機能するための規則、規定を定める。
10. Care Officeはサービス給付の支払いをCAKに請求する。
11. CVZはCare OfficeがPGBを支払えるよう拠出する。
12. CIZは患者のケア必要度を認定し、指定のCare Officeに送付する。
13. Care OfficeはClientにPGBを支払う。
14. Care OfficeはClientに情報を提供し、仲介の労を取り、不満に対応する。
15. ClientはCAKに財政状態に見合った一部負担を支払う。
16. Care Officeはサービス提供者に、Clientにケアを支給するよう要請する。
17. CAKはサービス提供者に、支給したサービスの料金を支払う。
18. ClientはCIZにケアの認定に必要な情報を提供する。
19. サービス提供者はClientにケア・サービスを支給する。

Figure 2: AWBZにおける事務処理及び資金の流れ

(Central Administration Office, CAK) がサービス提供者から請求された費用を支払う。CAK からサービス提供者に支払われる金額は、認定レベル毎に設定されている標準金額である。利用者とサービス提供者両方にとって、認定レベルを常に更新しておくことが重要である。肉体的、精神的に Client の状態が悪化した場合はさらにケアが必要となり、サービス提供者はケアを追加しなければならない。認定レベルを更新していないと CAK から追加に十分な支払いを受けることができない場合がある。

CIZ からケア・ホームやナーシング・ホームでの長期入所の認定を受けた Client は、自宅や民間施設へ住むことを好む場合には Care Office (又は個人介護予算、persoonsgebonden budget, PGB) から現金給付を受けるケースがある。この場合 Client のみが PGB と現物給付のどちらかを選ぶことができる。現物支給と現金給付の組み合わせも可能である。Client が受領する金額は認定レベル毎に標準的ケア内容と時間が設定されている。P22 の Table 10 はサービス内容と時間を認定レベル毎に分類している。現金給付の場合、Client は直接自分の銀行口座に PGB の正味金額 (PGB 合計から一部負担を差し引いた金額) を振り込まれる。AWBZ の支出の内容については 2.1 及び 2.3 に詳述する。

現金給付の SVB サービスセンター (SSP) は PGB を受領している Client を無料でサポートしている。PGB 適格者の一部は PGB への申し込みや継続に必要な手続きにサポートが必要である。SVB は Social Insurance Bank (Sociale Verzekeringsbank) の略である。SVB は公的年金や児童手当など種々の国民保険制度を実施する行政機関である。

Care Office は利用者がサービス提供者に苦情がある場合には、両者の仲裁に入る場合もある。Care Office 自身によるサービス (情報提供、サービス提供者紹介、利用者とサービス提供者の仲裁) はその地域の殆どのサービス利用者が居住している地域の保険会社を通して提供されるものであり、保険会社は受給者が自分の利用者であるなしにかかわらずサービスを提供する。

サービス提供者は中央管理庁 (CAK) から資金を提供される。サービスを受けた利用者は CAK に所得、家族環境、年齢に応じた一部負担を支払う。税務部門は CAK と CVZ に患者の所得状況を報告する。

1.2.2 AWBZ の財源

収入のあるオランダ市民は全て課税所得の 12.15% を保険料として AWBZ に支払う。(18 歳未満でも職のある者は含まれる。) 2011 年の課税所得の上限は €33,436 であり、AWBZ に納める保険料上限は €4,062.50 (€33,436 の 12.15%) であった。被用者の場合この保険料は総賃金・総所得から差し引かれ、事業主が税務部門に納付する。

オランダ政府は AWBZ ケアが補償する全額をこの所得比例保険料のみで賄うことを目標に掲げている (18 歳未満の AWBZ ケアも含む)。これまでには AWBZ からの支出が保険料総額を超過した年もあった。そのような年には政府が国庫を通じて不足分を補填する。AWBZ に対する補填は国庫負担のうち、Contribution to Reduction Expenses (BIKK) に分類される。

1.2.3 AWBZ の長所と短所

AWBZ の主な長所と短所を Table 3 に示す。

Table 3: AWBZ の長所と短所 (2012)

長所	短所
オランダ市民全員に、それぞれに見合った長期療養・介護及び福祉サービス	AWBZ を利用する Client は収入に応じて、毎月€145.60 から €2,097.40 の一部負担を支払う (2011)。
Client がそれぞれの医療サービス提供者、又は福祉サービス提供者を選択	個々に見合ったケアを確立するには、極めて官僚的な事務プロセスが必要：高い事務費；Client は混乱するか十分に情報を得られない。
オプションの個人介護予算による Client の自主性と選択の自由の強化	高齢者のケア・ニーズは早い速度で変化する。CIZ はペースを常時維持できない。例) 要介護度を毎年再認定する。

1.3 社会支援法 (WMO)

1.3.1 WMO の導入

2007 年以前には AWBZ が全ての居宅介護サービスを提供していたが、2007²年に WMO が導入され、居宅介護サービスの一部は WMO に移管された。WMO のサービスは地方市役所が管轄し提供する。WMO の目標には法律により以下の 9 つの「パフォーマンス分野」が定義されている。海老

1. 社会の結びつき、また村々と地域の居住性の向上
2. 養育に問題のある親子関係のサポート (予防措置)
3. Client への情報提供、助言、サポート
4. 家族介護者 (親戚・友人を含む)、ボランティアへのサポート
5. 慢性的な精神問題、心理社会的問題、身体的制限のある人々の社会参加や独立のサポート
6. 慢性的な精神問題、心理社会的問題、身体的制限のある人々へ施設やサービスを提供し、独立・社会参加をサポートする
7. 家庭内暴力のためのシェルター、家庭内暴力に対応するための政策の導入
8. 公共のメンタルヘルス・サービスの向上
9. 薬物依存症政策の向上

上記分野に対応するサービスとして以下が挙げられる。

- 掃除等の家事サポート
- リフト付階段や特別トイレなどの家の改造
- 公共輸送機関を利用できないグループのための地域輸送 (タクシー、タクシーやスクーター代の補償)
- ボランティアや非公式介護人のサポート
- 育児のサポート

²この章の情報は一部 www.rijksoverheid.nl, <http://wetten.overheid.nl> から抜粋。

- 車椅子
- 食料品や食事の宅配
- コミュニティ・センターや社交クラブなど地域主導活動へのサポート
- 家庭内暴力の被害者やホームレスのためのシェルター

WMO の条項は以下を含まない。

- 松葉杖やジマー・フレームなど臨時に使用する用具（これらは保険者が提供）
- 共同で使用するサービスや用具（e.g. インターネット）
- セカンドハウス等居宅以外への改築（e.g. キャラバン）
- 対人ケア（AWBZ が提供）

WMO は基本的に「フレームワーク立法（“framework legislation”）」であり、地方自治体は自分の道を選択することが可能である。またオランダの社会支援は比較的若く、ベンチマークの作成や“最善の方法”の模索は多くの地方自治体にとって未だプロセスの途中である。

簡単にいうと WMO は屋外サポートに重点を置いているのに対し、AWBZ は屋内サポートに重点を置いている。WMO からのサポートは個人介護予算（PGB）からの現金給付か、または直接給付として地方自治体の雇った人員、施設からのサービスである。また地方自治体は政府からの地方自治体交付金の形で WMO サービスの資金を得る。

1.3.2 WMO の長所と短所

Table 4 に WMO の主な長所と短所を示す。

Table 4: WMO の長所と短所

長所	短所
誰でも無料（比較的安い免責額以外）	法令が比較的若い：各地方自治体の WMO 解釈が異なっている；コミュニティ毎に予算が異なる；毎年、WMO 給付額が変わる。
アクセスが簡単（受付が地理的に近く、対応が差別的でない）	自治体によって高齢者世代の人数が異なるが、政府からの拠出はその事実を考慮していない。
AWBZ よりも非官僚的	Client はいつ CIZ に申し込むかはっきりしない。移動補助器具は保険者に申し込むかそれとも地方自治体か。

第2章 オランダの治療セクターとケア・セクターの概要

2.1 AWBZ、ZVW およびWMO の支出

2010年におけるオランダの医療・介護費用合計は870億ユーロであり、GDPの14.8%を占めた。Table 5aでは、2000年及び2006年から2010年までのケア支出を財源別（ZVW、AWBZなど）、適用範囲別（治療、ケアなど）に分類している。Table 5bは一人当たりの支出、Table 5cは医療・介護費用をGDPに対する割合で示している。

Table 5a: 医療介護支出の財源と適用範囲

単位: 百万ユーロ (source: CBS)

財源	2000	2006	2007	2008	2009	2010
政府	6,585	8,206	10,724	11,328	12,215	12,484
ZVW	13,138	26,727	27,693	32,322	34,191	35,413
AWBZ	14,580	23,177	23,007	22,169	23,201	24,286
その他	12,616	12,612	13,220	13,933	14,446	14,923
適用範囲	2000	2006	2007	2008	2009	2010
治療支出	26,801	40,688	43,306	46,550	48,851	50,525
ケア支出	18,080	27,026	28,262	30,175	32,200	33,583
政策 & 事務費	2,039	3,007	3,074	3,026	3,001	2,998
支出合計	46,919	70,722	74,643	79,752	84,053	87,106

重要なのはオランダ人一人当たりの医療・介護支出が5年の間にほぼ1,000 euro増加したという事実である。GDPに対しても医療・介護支出の割合は増加し、エコノミストは経済成長にとってマイナスとみている。

Table 5b: 1人当たりの医療・介護支出の財源及び適用範囲

(source: CBS)

財源	2000	2006	2007	2008	2009	2010
政府	413	502	655	689	739	751
ZVW	825	1,635	1,690	1,965	2,068	2,132
AWBZ	915	1,418	1,404	1,348	1,404	1,462
その他	792	772	807	847	874	898
適用範囲	2000	2006	2007	2008	2009	2010
治療支出	1,683	2,489	2,643	2,830	2,955	3,041
ケア支出	1,135	1,654	1,725	1,835	1,948	2,021
政策 & 事務費	128	184	188	184	182	180
支出合計	2,946	4,327	4,556	4,849	5,085	5,243

Table 5c: 医療・介護支出の財源及び適用範囲のGDP割合

(source: CBS)

財源	2000	2006	2007	2008	2009	2010
政府	1.6	1.5	1.9	1.9	2.1	2.1
ZVW	3.1	5.0	4.9	5.4	6.0	6.0
AWBZ	3.5	4.3	4.0	3.7	4.1	4.1
その他	3.0	2.3	2.3	2.3	2.5	2.5
適用範囲	2000	2006	2007	2008	2009	2010
治療支出	6.4	7.5	7.6	7.8	8.5	8.6
ケア支出	4.3	5.0	5.0	5.1	5.6	5.7
政策 & 事務費	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5
支出合計	11.2	13.1	13.1	13.4	14.7	14.8

Table 6 に中央統計局 (CBS) がとったカテゴリ別医療サービス提供者の 2008 年、2009 年、2010 年の医療・介護支出の統計を示す。

Table 6: 医療サービス提供者のタイプ毎の医療・介護支出

2008-2010 (source: CBS) *

	2008		2009		2010	
	合計	GDP	合計	GDP	合計	GDP
	百万€	%	百万€	%	百万€	%
病院 & 専門医診療 ¹	20,259	3.41	21,629	3.79	22,390	3.81
精神医療ケア ^{1,2}	4,899	0.82	5,273	0.92	5,435	0.92
GP ¹	2,444	0.41	2,470	0.43	2,528	0.43
歯科診療 ¹	2,418	0.41	2,558	0.45	2,642	0.45
パラメディカル診療 ¹	1,610	0.27	1,720	0.30	1,838	0.31
地方自治体保健サービス (GGD) ³	686	0.12	707	0.12	734	0.12
職場の健康 ⁴ & 再適応 ⁵	1,211	0.20	1,224	0.21	1,224	0.21
調剤 ^{1,2}	6,098	1.03	6,204	1.09	6,366	1.08
処置用機械器具 ^{1,2}	2,929	0.49	2,670	0.47	2,754	0.47
サポート・サービス	1,587	0.27	1,785	0.31	1,873	0.32
その他	2,409	0.41	2,611	0.46	2,741	0.47
医療支出合計 (治療)	46,550	7.83	48,851	8.55	50,525	8.59
高齢者ケア提供者 ²	14,775	2.49	15,211	2.66	15,974	2.71
障害者ケア提供者 ²	7,138	1.20	7,802	1.37	7,902	1.34
若年者ケア提供者 ^{2,6}	1,441	0.24	1,819	0.32	1,955	0.33
社会及び文化活動 ³	1,101	0.19	1,173	0.21	1,225	0.21
デイケア・センター ⁷	3,602	0.61	3,943	0.69	4,187	0.71
寄宿舎 ⁶	541	0.09	576	0.10	580	0.10
その他	1,577	0.27	1,677	0.29	1,758	0.30
福祉支出合計 (ケア)	30,175	5.08	32,200	5.64	33,583	5.71
政策及び管理組織	3,026	0.51	3,001	0.53	2,998	0.51
医療・介護支出合計	79,752	13.42	84,053	14.72	87,106	14.80

*参照番号は、下記のうちどの法律、組織からサービス提供者が補償されているかを表している：

1 = ZVW

2 = AWBZ

3 = 地方自治体の予算 (大きな自治体は予防を通じた公衆衛生の向上、町や郡による健康の向上等、自らの *Municipal Health Service (GGD)* を持っている。

4 = 社会・雇用省を財源とする *Law on Labor Conditions (ARBO)*

5 = 地方自治体予算及び社会・雇用省 (主に *Law on Working in line with Capabilities (WWNV)*)

6 = AWBZ 以外に、政府予算を問題を抱えた若者へサービスを提供する施設に投資

7 = オランダ市民は税務部門からデイケア・センターへの支出に補助金が出る可能性がある。

Budget for Care (BZK) は健康厚生スポーツ省 (Ministry of Health, Welfare and Sport) が定義したものであり、予算の数字が多少異なっている。しかし BZK は WMO のための支出、AWBZ 支出のうちの現物支給、そして PGB の適用範囲を特定している。この数字を次ページの Table 7 に示す。

Figure 3 に年齢別一人当たりの平均医療・介護費用を示す。これは VW, AWBZ、WMO 全ての医療、介護、福祉に関わる費用の平均である。ここで Figure 3 は誤解を招きがちであることを指摘しておかなくてはならない。個人レベルでは医療・介護費用は死の直前に指数関数的に増加する。高齢者は死のリスクにさらされるために医療・介護費用を使用する機会が増大する。しかし比較的健康的な高齢者でここ数年は死のリスクにさらされていない場合は、若年者と比較して際立って多くの医療・介護費用を使うわけではない。これは医療経済学の論文 “red herring debate” でよく知られている。

苦痛緩和ケアのための医療・介護費用についてはあまり知られていない。Client が末期疾患と診断された場合、自宅で苦痛緩和ケアを受ける場合もあるが、これはホスピス、病院、ナーシング・ホーム、グループ・ホームでも可能である。また苦痛緩和ケアは ZVW、AWBZ、WMO のどこからでも資金調達が可能である。これらの費用の詳細分析は未だ入手することはできない。Figure 4 (P9) は 2000 年に病院で死亡した Client と死亡していない Client に分け、年齢別に医療・介護費用の支出を示したものである。Client がその年に死亡しない限り、病院でかかる費用について年齢はそれほど重要な役割を果たしていないとみられる。

Table 7: BZK が定義した適用範囲別の医療・介護支出 (百万ユーロ)

2008-2010

適用範囲	サブドメイン	2008	2009	2010
公衆衛生 ¹		108	100	95
医療保険 ²	合計	31,526	33,971	34,893
	入院患者			17,708
	外来患者			3,931
	患者搬送			554
	薬剤 & ツール			6,908
	精神保健 (医療行為)			3,532
	海外での医療・介護			467
	その他			1,793
長期ケア	合計	21,537	22,931	23,983
	AWBZ 現物支給			21,380
	AWBZ PGB			2,158
	その他			446
MEE 施設 ³		172	178	180
WMO ⁴		1,475	1,533	1,541
教育ファンド ⁵		783	824	839
WTCG ⁶		—	—	488
合計		55,600	59,537	62,019

1 = ワクチン等の予防医療が主。

2 = 入院医療保健は病院及び専門医の医療・介護保険。外来医療保健は GP、歯科治療他。

3 = MEE 施設は障害者に無料で情報、アドバイス、サポートを提供する。

4 = BAK に定義されていない WMO 資金のサブドメインの為、不明。

5 = 専門家をトレーニングする為の資金

6 = Law on Compensation for Chronical Illness.

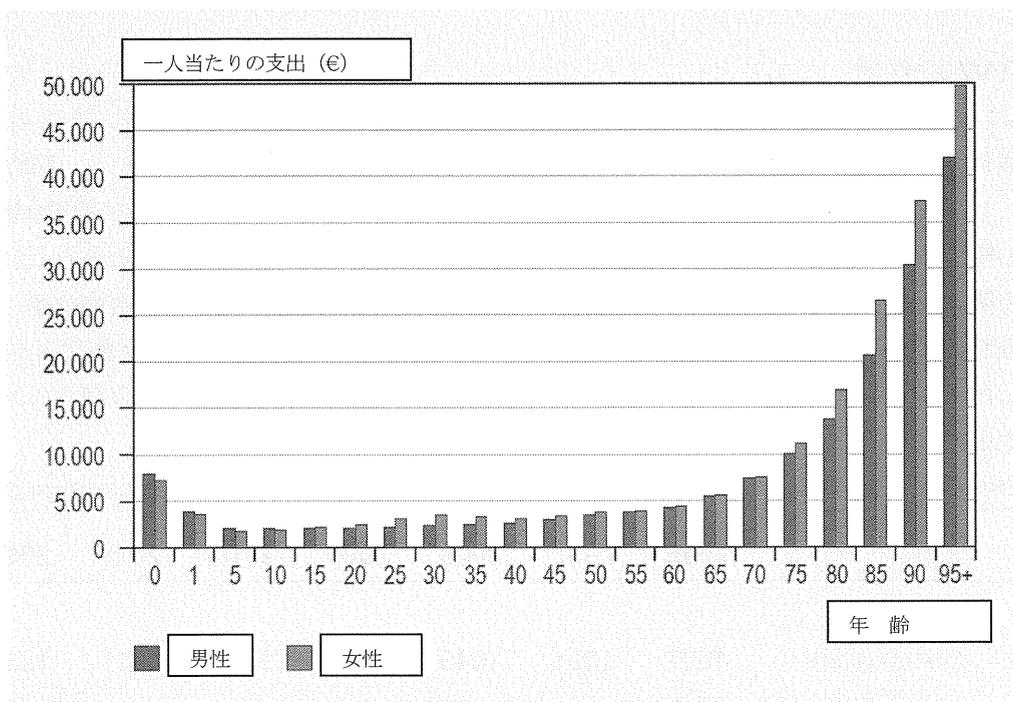


Figure 3: オランダの一人当たりの医療・介護支出、年齢別・性別

2009 (Source: [4])

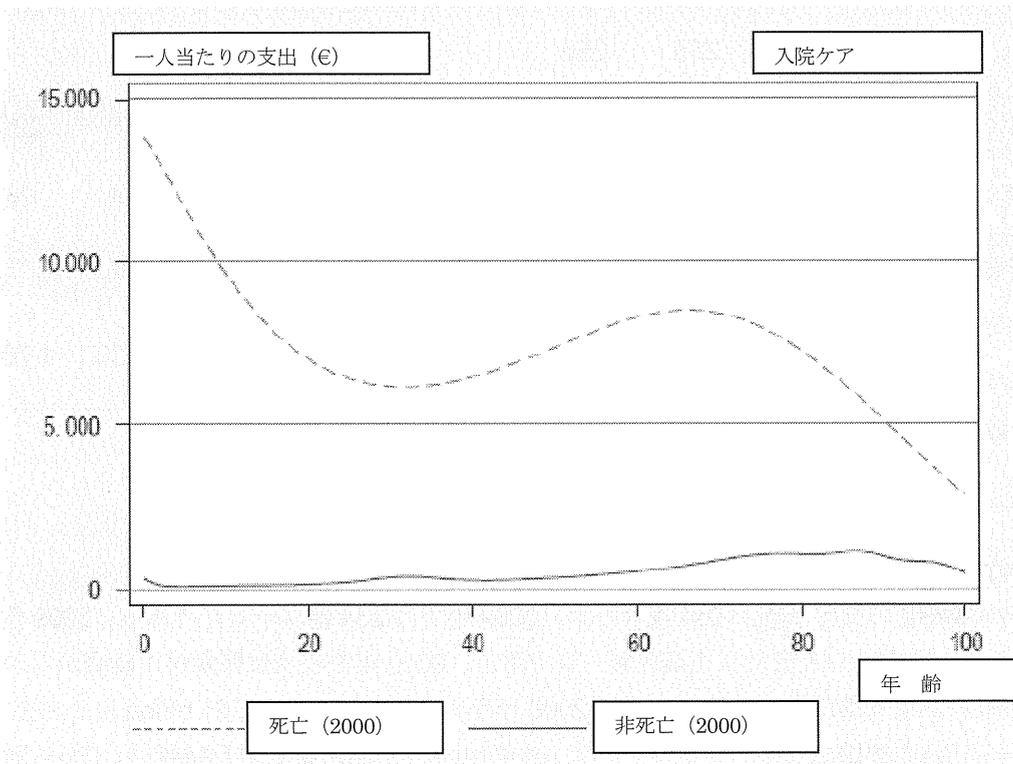


Figure 4: オランダの病院における一人当たりの年齢別医療・介護支出、病院での死亡者対非死亡者 2000 (Source: [4])

2.1.1 ZVW の財政

Table 8 に 2006 年から 2012 年までの平均保険料及び ZVW のその他の支出を示す。一人当たりの保険料及び免責額の支出は 2006 年から 2012 年まででおよそ 50% 増加している。同時に医療サービスの補償の一部は基本パッケージから外されたり縮小されている。この支出の急増と保障の縮小のセットは医療保険市場におけるそれぞれのダイナミズムに起因すると思われる。主な説明要因としては高齢化、医療サービスへの需要を押し上げる「高額な」医療改革、さらに医療サービスへの自然的な需要の増加である。また ZVW の費用増加は医療保険セクターに導入した市場メカニズムの予期せぬ悪影響も関連している。この影響が実際に存在するかは現在調査中である。

Table 8: 定額保険料及び民間医療保険、免責額、免責額への補償の平均支出(単位:€) 2006-2010, (source: www.zorgkiezer.nl)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
基本パッケージの平均保険料	1027	1091	1040	1056	1082	1211	1239
民間医療保険パッケージへの平均支出	290	307	334	362	370	375	412
無事故割引	255	255	-	-	-	-	-
強制免責額	-	-	150	155	165	170	220
無事故割引又は免責額平均*	-98	-102	103	106	111	114	135
慢性疾患の免責額の補償	-	-	47	50	54	56	**
無事故割引 / 免責額平均を含む年平均支出	1,219	1,296	1,477	1,524	1,563	1,700	1,786

* 自主的免責額を含む。平均支出は医療・介護の使用平均予測を基に計算される。

** 不明

2.1.2 AWBZ & WMO の財政

2010 年の AWBZ の支出予測は 244 億ユーロ (2009 年では 234 億ユーロ) である。2009 年の AWBZ からの支出は一人当たり 1,400 ユーロである。2010 年の収入は保険料と政府からの拠出を合わせ、およそ 210 億ユーロだった。2009 年から 2010 年にかけて €1 billion 以上の支出の増加がみられた要因は、ナーシング・ケア (6 億ユーロ) の増加および直接給付である個人介護予算 (2 億 4000 万ユーロ) の需要増加によるものである。AWBZ の支出は 2008 年以来予算をオーバーしており、負債は *Contribution to Reduction Expenses* (BIKK: *Bijdrage in de KostenKortingen*) を通し国庫から補償されている。Table 9 に個人介護予算 PGB の統計の詳細を示す。

Table 9: AWBZ-PGB に関する統計

2009-2010 (source: [5])

Subject	2009	2010
PGB 適格者数	118,284	120,572
PGB 適格者への支出	€ 2,175 million	€ 2,397 million
PGB の実際の支出部分	88.3%	90.4%
PGB 適格者の PGB 支出	€ 1,920 million	€ 2,116 million
PGB 適格者の平均 PGB 支出	€ 16,232 (€44 p/day)	€ 17,550 (€48 p/day)
SVB サービスセンター (SSP) の PGB 利用者	24,128	26,610

PGB の受領額は CIZ が認定したケアの種類と時間によって決まる。Table 10 (次ページ) にケア/時間別に受領する PGB の金額を示す。ただ補償金額が実際に受け取るケアの種類とどのように結びついているかはわかっていない。サービス提供者が認定レベル毎に AWBZ を通じて受け取る金額については公にされていない。

AWBZ からケア・サービスを受けた Client は CAK に一部負担を支払う。一部負担は収入、年齢、家族環境により個別に算定される。