

Table 10: 受領した PGB の金額。ケア・タイプ及びケア時間別

2012 (source: www.pgb.nl)

対人ケア			ナーシング・ケア		
レベル	時間/週	PGB/年 (€)	レベル	時間/週	PGB/年(€)
1	0 - 1.9	1,483	0	0 - 0.9	1,279
2	2 - 3.9	4,450	1	1 - 1.9	3,819
3	4 - 6.9	8,155	2	2 - 3.9	7,633
4	7 - 9.9	12,606	3	4 - 6.9	13,992
5	10 - 12.9	17,054	4	7 - 9.9	21,628
6	13 - 15.9	21,504	5	10 - 12.9	29,258
7	16 - 19.9	26,693	6	13 - 15.9	36,892
8	20 - 24.9	33,366	7	16 - 19.9	45,798
カウンセリング					
Hours			Day-parts		
レベル	時間/週	PGB/年 (€)	レベル	PGB (交通費以外)	PGB (交通費含む)
1	0 - 1.9	1,967	1	2,432	2,724
2	2 - 3.9	5,903	2	4,865	5,447
3	4 - 6.9	10,823	3	7,297	8,172
4	7 - 9.9	16,726	4	9,731	10,893
5	10 - 12.9	22,630	5	12,163	13,620
6	13 - 15.9	28,534	6	14,595	16,051
7	16 - 19.9	35,420	7	17,028	18,485
8	20 - 24.9	44,276	8	19,460	20,917
			9	21,893	23,350
短期入所: 24 時間毎に€ 101					

次ページの Table 11a と 11b を見ると、AWBZ の支出は大きく増加しているのに対し、AWBZ からサービスを受ける Client の割合は減少しているのがわかる。これらは 2009 年と 2010 年に AWBZ からのサービスを利用した施設・在宅別、男女別、年齢グループ別 (5 歳毎) の Client の数である。長期、短期を問わず入所サービスは常に AWBZ から補償され、在宅サービスの場合は AWBZ か WMO のどちらかが補償している。

現在、政府系・非政府系の組織ともに AWBZ の支出を縮小するための助言を試みている。例えば 2012 年 1 月 1 日からは、個人介護予算 (PGB) の受給資格を制限し受給人数を減らすことで支出を抑える。2012 年からは適応症に対応する施設外サービスの認定がある場合のみ、PGB の形で受領する (2012 年以前に PGB を受け取っていた場合は 2014 年まで継続)。

全ての Client は年齢、収入、家族構成、受領したサービスに従って AWBZ に一部負担を支払う。CAK が負担金を集め、CIZ と国の税務部門から現時点での情報を入手する。25 ページの Figure 5 は AWBZ 関連の資金の流れを表している。

Table 11a: 年齢グループ別・性別のAWBZ/WMO 支出 (%) – 65 歳から 85 歳まで

(source: CBS)

ケアのタイプ		年齢別・性別のケア使用割合									
		65-70		70-75		75-80		80-85			
Year	男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性			
入所ケア	ナーシング・ケア	2004	1.06	1.14	2.46	3.24	5.52	8.16	12.2	18.44	
		2009	1.10	1.24	2.34	2.93	5.37	7.55	11.23	17.01	
	障害者ケア	2004	0.34	0.30	0.29	0.25	0.23	0.19	0.15	0.12	
		2009	0.35	0.30	0.33	0.28	0.26	0.22	0.19	0.15	
	精神医療ケア	2004	0.18	0.19	0.18	0.21	0.15	0.22	0.15	0.19	
		2009	0.19	0.18	0.17	0.19	0.13	0.17	0.09	0.15	
	入所ケア合計	2004	1.56	1.62	2.92	3.68	5.88	8.54	12.48	18.71	
		2009	1.62	1.7	2.82	3.38	5.74	7.91	11.49	17.29	
	入所外ケア	ホームケア・サポート	2004	1.96	6	4.24	13.34	8.88	25.21	15.99	35.77
			2009	1.69	5.28	3.42	10.86	7.28	22.02	13.5	34.44
対人ケア		2004	2.00	4.1	4.25	8.83	8.71	16.85	16.16	26.21	
		2009	2.00	2.93	3.99	5.95	8.28	12.62	15.85	22.66	
ナーシング・ケア		2004	2.55	3.21	4.77	6.23	8.56	11.41	14.75	18.48	
		2009	1.84	2.15	3.09	3.72	5.43	6.69	9.04	10.77	
入所外ケア合計		2004	4.08	8.07	7.99	16.73	15.18	30.56	26.06	43.39	
		2009	3.73	7.2	7.06	14	14.03	27.51	25.06	42.83	

*オーバーラップしているケアのタイプ。例えばナーシング・ケアを受け取っている Client が障害者ケアも受け取る。この為、入所・入所外の合計がケア・タイプの合計よりも小さくなる。

Table 11b: 年齢グループ別・性別のAWBZ/WMO 支出 (%) – 85歳以上及び18歳以上

(source: CBS)

ケアのタイプ		Year	年齢別・性別のケア使用割合							
			85-90		90-95		95+		18+	
			男性	女性	男性	女性	男性	女性	男性	女性
入所ケア	ナーシング・ケア	2004	24.63	35.7	41.27	54.05	56.41	69.8	1.06	2.67
		2009	22.07	32.45	38.15	50.77	51.74	65.72	1.18	2.71
	障害者ケア	2004	0.11	0.08	0.08	0.04	0.03	0.04	0.47	0.36
		2009	0.12	0.1	0.09	0.08	0.11	0.04	0.56	0.42
	精神医療ケア	2004	0.11	0.15	0.08	0.12	0.11	0.07	0.17	0.12
		2009	0.07	0.1	0.07	0.07	0.04	0.08	0.25	0.14
入所ケア合計		2004	24.82	35.9	41.4	54.18	56.55	69.91	1.70	3.15
		2009	22.25	32.64	38.29	50.9	51.89	65.84	1.97	3.26
入所外ケア	ホームケア・サポート	2004	22.37	36.51	24.72	29.1	21.43	18.78	1.46	5.29
		2009	20.47	38.35	23.93	32.81	23.56	23.45	1.47	5.07
	対人ケア	2004	24.97	31.8	30.2	30.7	30.74	23.71	1.51	3.96
		2009	25.46	31.24	32.63	33.37	34.51	28.8	1.64	3.30
	ナーシング・ケア	2004	21.79	23.6	25.96	23.96	27	19.44	1.55	2.80
		2009	13.53	14.69	17.53	16.47	18.99	15.62	1.17	1.86
入所外ケア合計		2004	36.27	46.01	39.56	39.33	36.86	27.7	2.64	6.81
		2009	37.29	49.08	43.17	44.44	41.45	34.06	2.84	6.59

*オーバーラップしているケアのタイプ。例えばナーシング・ケアを受け取っている Client が障害者ケアも受け取る。この為、入所・入所外の合計がケア・タイプの合計よりも小さくなっている。

**18 以上は、18 歳以上の全ての年齢カテゴリを含む。(18 歳から 65 歳でないことに留意。)

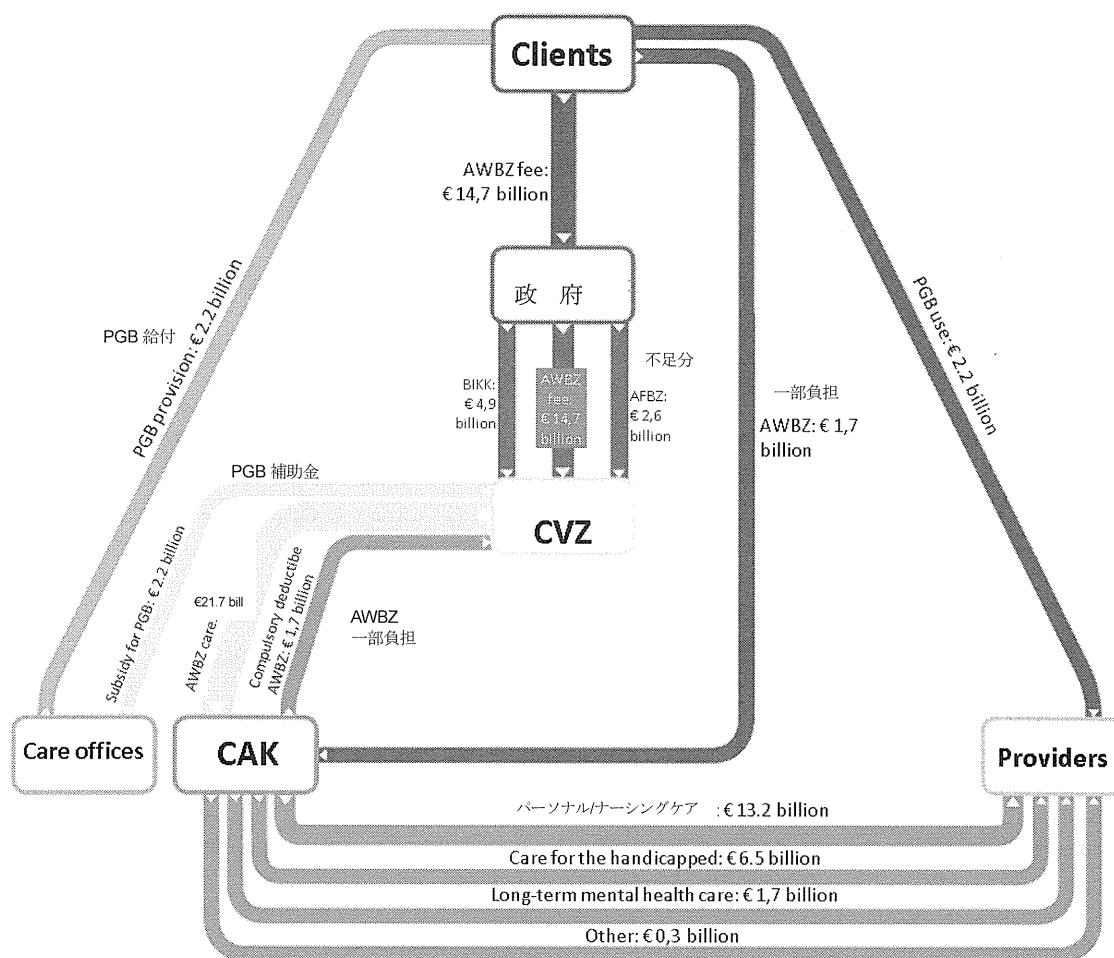


Figure 5: Monetary flows involved with the AWBZ in 2010 (from www.cvz.nl³)

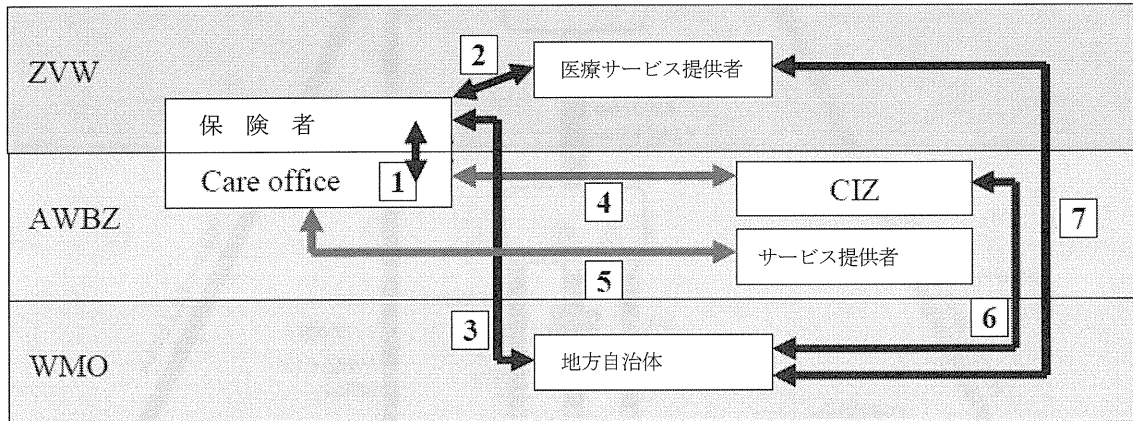
2.2 保険サービス間の連携：患者の電子情報

Figure 1、2、及び4はZVWとAWBZの事務手続き及び資金の流れである。ここでは医療・介護サービス施設とケア提供者間の患者情報の交換について解説する。ここで患者の電子情報に関する法律は2011年に上院否決されたことを述べておく。

現在、全ての医療サービス提供者は自分たちの患者についてはそれぞれデータベースを持っている。そして依頼があれば医療サービス提供者同士で情報を交換する。例えばある市の心臓専門医が他の病院から患者情報を欲しい場合は先方の病院に依頼を送付する。そこから患者情報は郵送ないしはメールで送付される。GPや専門医の間での患者情報の交換は標準化されている。GPが患者について問い合わせた場合、殆どの場合専門医からのフィードバックが返ってくる。Figure 6に医療サービス機関同士のClientについての情報交換の概略を示す。但しこのFigureでは、例えば地方自治体がGPにWMOの内容について一般的なアドバイスを求めた

³ http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/rubriek+zorgcijfers/geldstromenkaart-awbz.pdf

場合、また Care Office に対して予算のアドバイスを求めた場合などの一般的な情報交換は含まれていない。



1. 法的には保険者と Care Office は、Client 情報を交換してはならない。但し、現実にはしばしば行われる。医療サービス提供者が（故意に又は事故により）Care Office と保険者の両方に補償を要求していないかチェックするためには情報交換が必要である。このようなケースを含む様々な目的のための情報交換が 2013 年 1 月に適法化される。
2. 医療サービス提供者は DBC(2006-2011)又は DOT(2012)を根拠として Client の補償を請求する。彼らは Client の慢性疾患のリスクなど、DBC-code や DOT-code よりも詳しい情報にはアクセスできない。
3. 地方自治体は保険会社から患者情報を取得してはならない。2011 年に 4 つの地方自治体が Client の薬名、担当専門医の氏名など多くの個人情報に要求したとして調査されている。
4. CIZ は Care Office に認定レベルと共に必要な Client 情報を送付する。
5. Care Office はサービス提供者に現物支給のサービス内容と認定レベルを送付する。
6. Client が WMO のサービスを要求する場合、CIZ に認定された AWBZ のケア内容についての正式文書を送付する必要がある。
7. Client が WMO に申し込む場合、Client は地方自治体に他のサービス提供者の Client 情報にアクセスする許可を与える必要がある。

Figure 6: 組織間の利用者情報の交換 (2012)

2008 年 11 月 1 日、患者情報の中央集約化が開始した。GP、薬剤師、専門医の患者履歴への容易なアクセスを可能にする修正案も用意された。基本的に修正の草案は、まず GP、薬剤師、専門医が他の医療専門機関のシステムにある患者情報へアクセスすることを可能にし、それから患者の Citizen Service Number (BSN) を利用して検索するものである。BSN は行政機関省庁が法律に従い関連するオランダ市民の許可を得て、選択されたプライバシー情報の利用を可能にするものである。

これは Law on the Use of the Citizen Service Number in Health Care (WBSN-Z) の修正案であり、「患者電子情報 (“Electronic Patient File” EPD)」 の法律として知られるようになった。正式名称は “Amendment to the WBSN-Z Associated with Electronic Information Exchange within Health Care” である。オランダの政治体制では、法案は国会 (Tweede Kamer) で承認されて初めて正式な法律となる。WBSN-Z は下院と上院を通過し、2008 年 6 月 1 日から有効となった。2009 年 6 月 1 日から WBSN-Z に基づき、全ての医療サービス提供者、保険会社、及び CIZ は BSN を使用して利用者情報を交換することが義務付けられた。WBSN-Z の修正案の方は 2009 年 2 月 19 日に下院を通過したが、2011 年 4 月 4 日、上院により否決された。

重要なのは WBSN-Z の修正案によっても、看護婦、セラピスト、マネージャー、政策立案者、保険会社、地方自治体、CAK、CIZ またその他の医療関係者や医療関連機関は、自分たちが所有する以外の情報システムの患者情報にアクセスできないという事実である。修正案でアクセスが可能なのは GP、薬剤師、専門医のみである。これらの医療関係者は他者の情報システムでは Unique Health Care Provider Identification pass (UZI) で身元を確認された後にログインする。従って常識と異なり修正案の目的は、広範囲に渡る医療関係者が中央集約化された患者情報にアクセスするものではない。EPD 法の目的は、患者の健康に責任を負う医療関係者が (重要な) 医療情報に迅速にアクセスできるようにすることである。これにより本来回避できるはずの医療過誤の回避が可能になる。EPD は多重疾患のリスクが高く、自分の状態への理解が不足しがちであり、多重投薬の状態に陥りやすい高齢患者の緊急外来の際に特に有用である。上院が修正案に反対する主な理由は、プライベートかつ繊細な患者情報に対する潜在的脅威である。調査によると医者のお多くはプライベートな患者情報が十分に保護されていないと危惧している。システムがハッキングされたり、医療関係者の UZI コードが解読された場合、権限のない個人が多数のオランダ市民の個人情報にアクセス可能になる。又、多くの医療関係者に対し新たな ICT システムの知識、関連するプライバシー法、さらには新しい倫理規定の知識についてトレーニングするのは容易ではない。

また上院は、2009 年 11 月健康厚生スポーツ省が 18 歳以上の全てのオランダ市民に対し EPD が彼らにとってどのような意味を持つか説明した手紙を送付し、自分を適用除外にする権利、つまり GP、薬剤師、医療関係者が自分の情報を共有することを拒否する権利を与えたことに対して不満を表明している。

第 3 章 オランダにおける治療とケアの区分け

3.1 AWBZ⁴の受給資格認定

AWBZ から給付を受ける場合は誰でも CIZ の受給資格認定を受ける。CIZ はファネルモデルを基にそれぞれの治療ニーズを評価する。Figure 7 にファネルモデルを図示する。

⁴ Mainly based on [4].

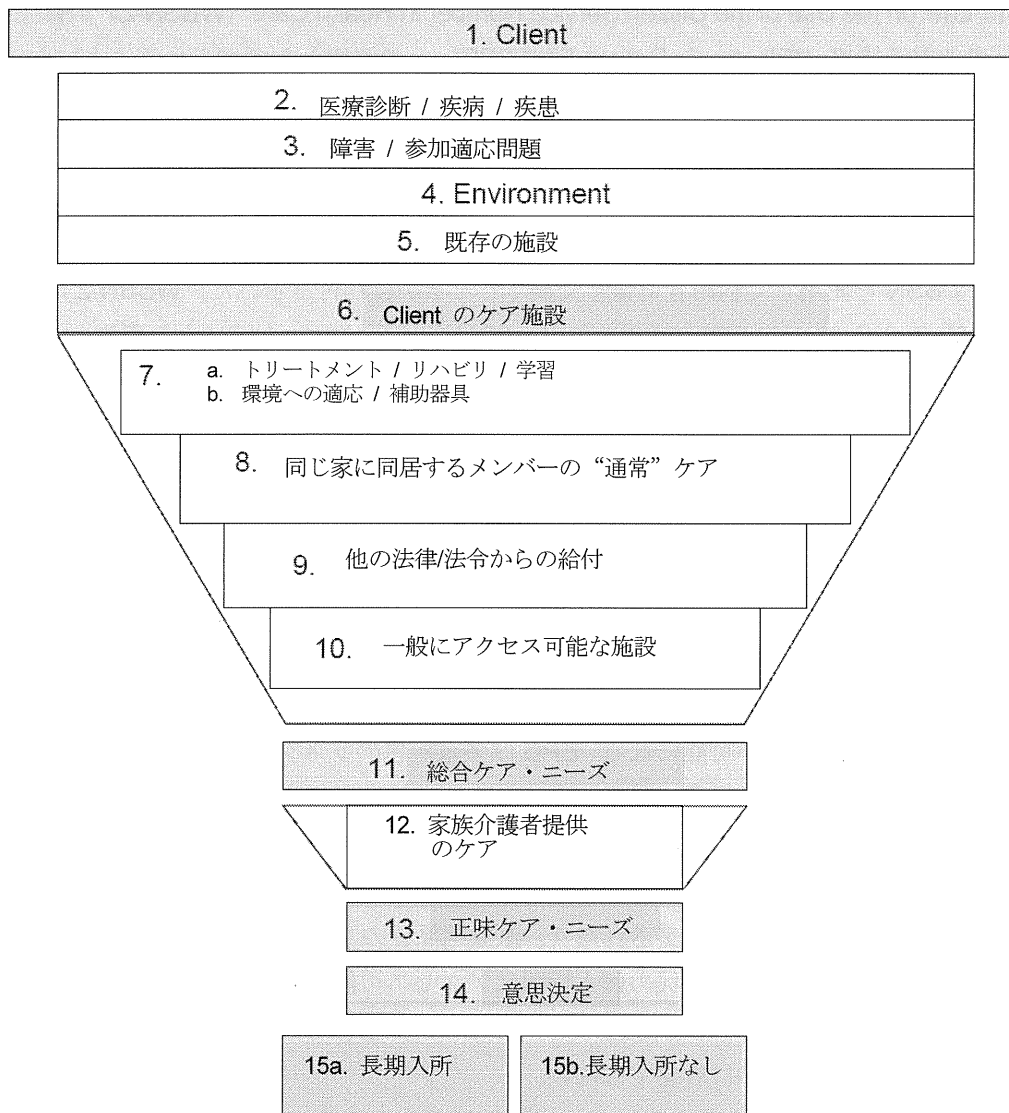


Figure 7: CIZ ファネルモデル

ファネルモデルのステップは以下の通りである。

- 1 Client が AWBZ に申し込む。但し Client の希望により医療の専門家が行うこともある。緊急の場合は医療専門家のみの申し込みが認められている。
- 2 CIZ が AWBZ からサービスを提供する理由が充分整っているか評価する。評価基準は 2 つに分類され、それぞれが更に 6 つのパートに分けられている。(1) 身体障害、老人性精神病、精神疾患 / それらの疾患からくる障害、(2) 精神障害、身体障害、知覚障害。この機能障害は 0 から 3 までの 4 段階のスケールに分けられている。
 0. 問題なし / 第三者からの援助は必要ない
 1. 問題あり / 時々援助、監視、ガイダンスが必要
 2. 問題あり / 頻繁に援助、監視、ガイダンスが必要

3. 問題あり / 継続的な援助、監視、ガイダンスが必要
3. 身体障害や社会への不適應も 0 から 3 までの 4 段階で評価される。
 0. 本人が取り組むことが可能 / 第三者からの援助は不必要
 1. 本人が取り組むことが可能 / 第三者からの監督や刺激が必要
 2. 本人が取り組むことが難しい / 第三者の援助が必要
 3. 本人が取り組むことが不可能 / 第三者が代わって取り組む必要がある。
4. 環境は主に 3 つのファクターに分けられている。
 - 他の施設や家族介護者が提供するサービスの特徴、規模。AWBZ の認定では家族、隣人、友人が家族介護者とみなされる。
 - 他の施設や家族介護者が提供する健康状態、負担、将来的サービス
 - 現在の生活状態、ホーム、環境、生活行動、及び本人が転居を希望しているか、又その必要性
5. 生活、公衆衛生、健康管理、労働及び教育などの法律・規制分野には既に Client が利用できる条項が存在する。
6. CIZ は Client がそれぞれの環境で受けるサービスの明確な青写真を描いている。
7. CIZ はこのステップでトリートメント・リハビリ・学習を通じたケアの問題点について、新旧を問わず十分な解決策があるか判定する。身体に負担を与える場合（手術など）にはトリートメントを強制することはできない。AWBZ 以外のサービスにも、これらの解決策以外に Client の状況を改善する方策がある（下記 8、9、10 参照）。
8. 通常ケア（Normal care）とは夫婦、両親、子、または他の同居人が互いに与える”通常”のケアである。同居人にとって重荷となるようなケースは配慮の対象となる。
9. AWBZ は他の法律によって資金調達することができない場合にのみサービスを提供する。従って AWBZ は「保障のないリスクのための法律」とも呼ばれる。主に ZVW など他の法律が医療サービスや福祉サービスを提供できる場合には、そちらが AWBZ に優先する。
10. 一般規定にはなくても、買い物、保育施設など Client が必要とする解決策を提供することが可能である。
11. ケア・サービスの特徴、規模、期間、支給方法を決定する。但し、入所についての決定は除く。
12. インフォーマル・ケアの担い手への補償を評価する。またインフォーマル・ケアが進んで提供されているか、将来的に継続可能かを評価する。
13. サービスの粗ニーズからインフォーマルケアを除いた実際のサービスを決定する。Client は申し込みから 6 週間以内に認定を通知される。この認定は原則として 15 年間有効である。障害の度合いが変わらない大人の Client は、認定レベルが何年も変わらないまま 15 年に至る場合もある。疾病や障害が長期療養サービスと多大な費用を必要とする場合には認定の度合いが進んでゆくことが多い。つまり認定レベルは 15 年よりも早く、時には年に何回も変更されてゆく。これは徐々に抵抗力が衰え、疾病や障害の進み方の早い、AWBZ を受領している高齢者にありがちである。
14. Client に示されたケアが保護的・治療的な生活環境または恒久的な監視と一対である必

要がある場合には、決定は長期入所サービスの認定と共に下される。それ以外は AWBZ が長期入所を必要とみなすことはない。

1.2.1 に示されるとおり AWBZ のサービスは大きく 6 つに分類される。(1) 対人ケア、(2) ナーシング・ケア、(3) カウンセリング（個人又はグループ）、(4) トリートメント（個人又はグループ）、(5) 長期入所、(6) 短期入所。長期入所と診断されなかった場合はレベルに応じてサービスを決定する。以下はその例である。

- 1週間に決められた平均時間枠でのサービス。これは対人ケア、ナーシング・ケア及びカウンセリングに適用される。
- 一日最長4時間を単位としたグループ・カウンセリングやグループ・トリートメント。
- 個人トリートメントには段階区分はない。

CIZ は関係する医療専門家の情報・診断結果から認定を下す。Table 12 に 6 部門に応じた保健医療専門家の担当を示す（通常は一人の専門家が診断を下すが、別の専門家が関わったり、また多岐の専門分野にまたがるチームとして複数の専門家が加わることもある）。CIZ の認定は 15 年を超えると無効だが、殆ど全ての場合、認定レベルはもっと早い時期に変更される。あまり変化のない知的障害、身体障害を持つ若年層の Client は認定レベルが長年の間変わらない。それに対して高齢者の Client は進行性の疾病や障害を持つことが多く、認定レベルが頻繁に変わることを意味している。

Table 12: AWBZ において Client の健康状態の診断に関わる専門家

	GP	専門医	GZ-精神分析医*	医療教育者
身体の病気 / 制約	X	X		
老人精神病 / 制約	X	X	X	
精神疾患 / 制約	X	X	X	
身体障害	X	X		
精神障害	X	X	X	X
知覚障害	X	X		

*GZ-精神分析医とは "health care psychologist" を意味し、診断に特化した特別精神分析医。

3.2 AWBZ の給付

認定レベルが 3 日以上の入所サービスを含まない場合、Client のケア・ニーズは機能とレベルで分類される。Table 13（次ページ）は 3 日以上の入所サービスを含まない場合、AWBZ ケアが機能毎にどのようにレベル分けされるかを示す。

認定レベルが 3 日以上の入所を含んでいる場合、Client のケア・ニーズは要介護度（ZZP）で分類される。AWBZ のケア・サービス提供者は ZZP や機能レベル毎に NZa が設定した標準補償金額を受け取る。この金額は「最大」金額であり、Care Office はサービス提供者と協議して金額を低く抑えることができる。但し施設ケアの場合は標準から 94% よりも、施設外ケアの場合は 85% よりも低くならない。

22 ページの Table 10 は機能とレベルの分類方法と個人介護予算からの機能/レベルに応じた補償を示す。但し Table 10 に記載の補償は AWBZ 制度の現物支給と同額の補償ではないこと

に留意が必要である。

Table 13: AWBZ ケアのうち、入所を含まない週3 日以上のケアについての機能とレベル

機能	レベルは以下により定義
対人ケア	時間/週の平均
ナーシング・ケア	時間/週の平均
カウンセリング（個人）	時間/週の平均
カウンセリング（グループ）	“Dayparts”/週
トリートメント（個人）	“Dayparts”/週
トリートメント（グループ）	レベルでは表わされていない
交通費	グループ・カウンセリングとグループ・トリートメントによる。

ZZP とは生活、ナーシング・ケア、トリートメント、日常生活について Client の状況に応じた総合ケア・パッケージである。AWBZ の基準に沿って分類された多様な角度からの ZZP が存在しており、Table 14 にその基準と種類を示す。

グループ・カウンセリングやグループ・トリートメントの規模によっては交通費の補償がある。3 日以上の長期入所のケアを必要としている Client は要介護度（ZZP）で分類される。Client の入院を認めたナーシング・ホーム等の長期療養・介護施設では、Client の ZZP レベルに照らし合わせ、CAK を通じて AWBZ から補償を受ける。Client が 1 日から 3 日の入所ケアを認められた場合（短期入所）、ケアの方法は機能、レベルに応じて分類される。

要介護度（ZZP）がどのように分類され利用されているか説明するため、例として VV-ZZP を解説する。次ページの Table 15 に示すとおり 7 つの項目毎に 10 通りの VV-ZZP が分類されている。表内のマークは以下の段階を表している。

0 = 適用外

++ = 監督及び / 又は刺激

++++ = サポートが必要

++++++ = 完全な責任の移管

9 番目と 10 番目の VV-ZZP は特定の Client グループに対する短期ケアに適用する。9 番目の VV-ZZP はリハビリテーションをしている Client に適用する。10 番目の VV-ZZP は末期症状で自宅に住むことはできない Client のための苦痛緩和ケアに適用する。

Table 14: AWBZ の根拠と要介護度

根拠	特定状況	ZZP シリーズ
身体の病気 / 制約	-	VV
老人精神病 / 制約	-	VV
精神障害	-	VG
	多少の精神障害	LVG
	強い行動障害 / 多少の精神障害	SGLVG
身体障害	-	LG
知覚障害	聴覚障害とコミュニケーション障害	ZGaud
	視覚障害	ZGvis
精神疾患 / 制約	-	GGZ

Table 15: VV-ZZPs

ZZP	カウンセリング		ケア			ナーシング・ケア 問題行動	
	社会的自立	精神・社会的機能	対人ケア	移動性	運動機能		
VV1	+	0	+	+	0	0	0
VV2	+++	+	++	+	+	+	0
VV3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
VV9	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

8番目までの VV-ZZP は、ZZP のレベルが高いほど中央管理庁 (CAK) を通した AWBZ からの補償が高くなる。各 VV-ZZP はそれぞれの疾患や障害に対応している。例えば7番目の VV-ZZP の Client は8番目よりも社会的自立、心理・社会的機能、行動障害のスコアがやや高い。このことは7番目の VV-ZZP が心理・社会医学的、老年精神医学的、その他心理医学的分野に関する問題に対応するのに対し、8番目の VV-ZZP は心理的よりも身体的な疾患や問題に

対応することを意味している。8番目のVV-ZPPの方が高いレベルに置かれているのはサービス支出が大きいためであり、問題の深刻さや悪影響のためではない。

Table 16は2011年にZPPのレベルに応じて決定された補償金額である。看護・介護のVV-ZPPは10段階に分かれている。トリートメントがあるなしにかかわらず、全てデイケア・サービスを提供する。

Table 16: 医療サービス庁 (NZa) が決定したVV-ZPPに応じた (最高) 補償額 (2011)

Care weight package	Compensation fee in euros/day (no treatment)	Compensation fee in euros/day (including treatment)
VV1	58,55	-
VV2	74,77	-
VV3	90,49	113,18
VV4	103,27	125,96
VV5	141,51	165,38
VV6	141,55	165,42
VV7	166,62	197,39
VV8	194,20	224,97
VV9	137,76	196,15
VV10	212,42	243,20

3.3 介護施設の種類

長期療養・介護サービス (AWBZ) を支給する最も重要な施設はナーシング・ホームとケア・ホームである。この章ではその他のホームも説明する。

3.3.1 ナーシング・ホーム

ナーシング・ホームには重要な機能が2つある。第一に重い疾病や障害により殆ど自立不可能な病状状態で、集中的な対人ケアやナーシング・ケアを必要とする Client に、入居場所とケアを支給するものである。第二にケア・ホームやホスピスなど他の施設に入所している Client に対人ケアとナーシング・ケアを提供する。ナーシング・ホームからの入所先、投薬、ツール又その他全てのケア (専門家によるケアも含む) は AWBZ から補償される。そして Client がナーシング・ホームを出て病院に入院した場合には、全てのケアは ZVW から補償される。

2009年、オランダには479のナーシング・ホームが存在し、74,430名の入所が可能であった。

3.3.2 ケア・ホーム

ケア・ホームは自宅に住むことができなくなった Client にケアを提供するものである。ケア・ホームでは在宅ケア、対人ケア、基本的なナーシング・ケア (e.g. 包帯の交換、服薬の介助) を提供する。いわゆる「標準的」ケア・ホームは政府が監督し、AWBZ から入所とケアの殆ど

が補償される（自己負担以外）。民間のケア・ホームは AWBZ から補償されず、Client の自費となるが、PGB を利用して入居先とケアを賄う場合もある。ただケア・ホームというターミノロジーは以前ほど頻繁には使用されなくなっている。

2009 年には 1,131 のケア・ホームが存在し、又、ケア・ホームとナーシング・ホームを組み合わせたサービスを提供するホームは 290 あった。2009 年におけるケア・ホームの入所定員は 96,172 名であった。Table 17 に性別、年齢別、配偶者の有無によるケア・ホーム、ナーシング・ホームの利用歴を記す。

Table 17: ケア・ホームとナーシング・ホームのユーザの割合。性別、年齢別、配偶者の有無別。 2008-2009 (source: SCP).

カテゴリ	レベル	ユーザ割合 (%)		
		ケア・ホーム	ナーシング・ホーム (身体)	ナーシング・ホーム (老人精神医学)
性別	男性	23	29	23
	女性	77	71	77
年齢	55-64	1	8	3
	65-69	2	5	3
	70-74	3	11	6
	75-79	10	18	14
	80-84	23	20	25
	85-89	32	22	27
	90+	30	15	22
	平均年齢	85.8	80.5	83.4
配偶者の有無	既婚	9	25	23
	離婚	5	7	5
	寡婦 / 寡夫	76	57	65
	未婚	10	11	6

3.3.3 関連施設

以下はその他にオランダに存在する高齢者のホームやケア施設である：

- ケア・ファームは農企業や園芸企業が、精神障害者、身体障害者、（認知症の）高齢者にデイケア活動を提供するものである。これらのデイケア・サービスは AWBZ が補償する。
- 在宅ケア組織。在宅ケア組織は自宅や長期療養・介護施設に住む Client に在宅ケアを提供する。在宅ケア組織は地方自治体か民間所属であり、Client の自費か WMO から支払われる。

- ホスピス。末期疾患で余命が3ヵ月以内と診断された者はホスピスに移される場合がある。ホスピスで提供されるのは苦痛緩和ケアのみである。さらに末期患者の幸福状態を改善するボランティアが働く“almost home”施設が存在する。又、「ハイケア・ホスピス」は末期患者に対し、病院と同等のメディカル・サービスを提供する。

3.4 AWBZ に関わるマンパワー

ここでは AWBZ ケア関連の仕事につく種々のスタッフについて述べる。

3.4.1 ナーシング・スタッフ

オランダのナーシング及びケア・スタッフのレベルは基本的に5段階に分けられている。レベル5が最も高く、Bachelor of Nursing を取得してから、Higher Education (HBO) の機関で実際に職業として経験した後に初めて得ることができる。Bachelor of Nurse を目指す学生は老人病学、小児科、精神科、入院ケア、そして「社会的ナーシング」(予防、ワクチン接種、健康アドバイス関連)に特化する。

レベル4のナースは Secondary Occupational Education (MBO) で最も高いレベルの成績を修める必要がある。レベル4とレベル5の主な違いは、レベル5は学習の中でコーディネーションとマネジメントに重点を置き、何らかの成果を実地に活かそうとすることである。レベル4、レベル5のナースはマスターを取った後、ナーシング・スペシャリストになることも可能である。ナーシング・スペシャリストは患者に対して注射、投薬などの処置を行い、より独立した権限を持って仕事に当たる。ナーシング・スペシャリストに関しては5つの専門分野が BIG の法律に基づいて保護されている：予防的ケア、急性疾患ケア、集中的ケア、慢性疾患ケア、及び精神的ケアである。

レベル5のナースも Master of Advanced Nursing Practice を修めた後、ナース・プラクティショナーになることができる。ナース・プラクティショナー (NP) は診察室で患者に会い、診断を下し、薬を処方し、又、しばしば GP の横で仕事をする。NP がターゲットとするグループは慢性患者である。NP が慢性患者のトリートメントに当たることにより、患者がより「高額な」専門医を頻繁に訪れる機会を減らす手助けをする。

レベル1、2、3のケア・スタッフは正式なナースではなく、ホームケア・スタッフに分類される。

3.4.2 在宅ケア・スタッフ

在宅ケア・スタッフは医療行為を行うことはできず、そうじ、入浴、着替えといった在宅援助にあたる。レベル1のトレーニングを受けたホームケア・ヘルパーは食事の準備やその他の在宅援助をする。在宅援助は Client の自宅で行うこともあるが、グループ・ホームやナーシング・ホームで行う場合もある。レベル2のホームケア・ヘルパーはベッドから出る、ベッドに入る、着替え、シャワー、入浴などの対人ケアを提供する。レベル3のホームケア・ヘルパーは更にスケジュール作成、個々の在宅援助とケア・プラン作成、報告書作成の訓練を受ける。又、服薬の手助けや自分への注射など基本的ナーシング・タスクを学ぶ Individual Health Care (IG) の学位を持っている場合がある。

3.5 AWBZ の給付範囲：ZVW やWMO との仕切り

Client がサービスを受ける場合、どの健康保険からの補償かはっきりしないことが多い。ここではどのように ZVW や WMO の財源から AWBZ が分けられているかを述べる。CIZ のファンネルモデル (P27、Figure 7) の Point 9 には、Client が他の同様の公的サービスを受ける権利がある限り、AWBZ からは補償されないことが明記されている。これは可能である場合には ZVW や WMO からのケアは AWBZ のそれに優先することを意味する。ケア・サービスが ZVW や WMO を通じて支給されない場合に初めて AWBZ を通じて支給される。ここで AWBZ の 6 種類のサービスを説明し、どのように AWBZ が ZVW や WMO の財源から区別されているかを述べる。

3.5.1 AWBZ の給付内容

通常のケア・ホーム又はナースング・ホームでのケアと入所費用のほとんどは AWBZ が負担する。従ってこれらの標準的施設は AWBZ 施設とも呼ばれる。民間のケア・ホームやナースング・ホームに入所している間は、Client がケアの費用と入所費用を支払う。この場合 PGB からの現金給付を利用して支払う場合もある。

Client が標準的施設に入所している場合にのみ対人ケア、ナースング・ケア、在宅ケア・カウンセリングおよびその他の支給品が AWBZ を通じて支給される。Client は AWBZ 一部負担により、サービスや支給品の一部を自己負担する。その他のサービスや支給品とは、例えばトイレット・ペーパーやフットケアなどを指す。これらのサービスや支給品は給付内容

(Provisions) とも呼ばれる。医療上の必要がない場合、給付内容の殆どは Client 自身が支払う。AWBZ からの支出により Client が受け取る給付内容の例は以下のとおりである：

- 1日3度の食事、十分な飲料（コーヒー、紅茶、ソフトドリンクなど）、くだもの及び健康的なスナック。アルコール飲料やその他のスナックは除く。
- プラスチック製手袋、ウェットタオル、トイレットペーパーなど特定のケア用品。シャワー用ジェル、石鹸、髭そり用具、歯ブラシ/歯磨き粉などの一般的ケア品は除く。
- 衣服の洗濯、乾燥、アイロンがけ、ドライクリーニング。医学的理由により余分な洗濯を必要とする場合は除く。
- 医学上必要であったり、Client 自身が自分でできない対人ケア。特定の障害のために爪を切れなかったり、障害や糖尿病のためにフットケアができない場合など。
- テレビのケーブル接続。テレビやケーブルテレビの会員権は支給されない。

3.5.2 AWBZ の責任範囲:対人ケア

シャワー用具等の移動式生活用具を短期間（6ヶ月未満）必要とする Client は AWBZ のレンタルサービスを利用できる。長期レンタルの場合（6ヶ月以上）は地方自治体を通じて WMO からレンタルする。Client が WMO の対人ケアでレンタルを申し込んだ場合には、当初は AWBZ から受ける可能性もある。WMO が常に直接支給できるとは限らないからである。Client の自宅の改修が必要な場合には、AWBZ が申請内容と実際の工事とのギャップを埋める役割を担う。

また ZVW も以下の対人ケアを提供する。

- 補助器具（サポートストッキングの着脱など）。AWBZ はこのような補助器具の使用が困難になった場合に専門的にサポートする。
- 薬剤師が医薬品の準備・投与を依頼する（以前は在宅介護士が行っていた）。薬剤師が医薬品を手配できなかった場合、健康管理の専門家が医薬品準備・投与を手助けする。（摂取量が頻繁に変わったり、液体や軟膏が投与された場合など。）
- Client が学習不能であったり、技術を会得できない場合を除いた、医療専門家によるトリートメント又は処置を通じたセルフケアや特殊技術の習得。（人口肛門・膀胱の扱い方、チューブによる食事摂取など。）

3.5.3 AWBZ の責任範囲: ナーシング・ケア

AWBZ と ZVW のナーシング・ケアの境界は複雑である。但し、どのようにナーシング・ケアの責任範囲を定めるか基本的な考え方は同じである。ナーシング・ケアが専門医療とセットでなければならない場合は、入院の是非に関わらず ZVW が、それ以外は AWBZ が手配する。ナーシング・ケアに関して健康保険委員会（CVZ）は ZVW と AWBZ を以下の 3 点で区別している。

- 疾病やトリートメントの重大さ（生命に関わる？ リスク？）
- 状況の複雑さ（安定性、予測可能性など）
- 医療専門家に関わる度合い（指示、監督、介入、管理など）

CVZ は次の 4 つの側面から AWBZ と ZVW を区別している。

1. 専門医に対応、監督を任された複雑なナーシング・ケアで、専門医に治療介入の用意があり介入のフィードバックを必要としている場合には ZVW の管轄。例としては自宅での点滴療法。
2. 監督や介入が不必要な、それほど複雑でないが医療専門家が直接関わるナーシング・ケアで、Client が合理的に認められる範囲で入院を希望している場合には、ZVW が手配する。例としては専門医の責任で行う定期的な注射。
3. 監督や介入が不必要な、それほど複雑でないが医療専門家が直接関わるナーシング・ケアで、Client が合理的に認められる範囲で入院を希望していない場合には、AWBZ が手配する。例としては頻繁なトリートメントを必要としたり、トリートメントを必要とする体の不自由な Client。
4. GP の指示によるナーシング・ケアで、Client が合理的に認められる範囲で GP のオフィスに受け入れを望む場合は ZVW の管轄である。GP の指示によるナーシング・ケアで、Client が合理的に認められる範囲で GP のオフィスに受け入れを希望しない場合は AWBZ の管轄である。例としては自宅や長期療養・介護施設で頻繁な包帯の交換が必要な場合。

専門医が直接管理し責任（割当、指導、フィードバック）を持って行うナーシング・ケアは ZVW の管轄である。これにはカテーテル指導や注射の仕方などの処置、トリートメントに伴う指導や情報提供も当てはまる。このような分類から推してナーシング・ケアが直接 ZVW の管轄ではないとされた場合には、他の要素も考慮に入れる。これらの流れを次ページの Figure 8

に示す。サービス提供者の管理部は利用者に提供されたケアを責任を持って分類し、医療サービス保険者又は AWBZ いずれかの予算から資金を引き出す。

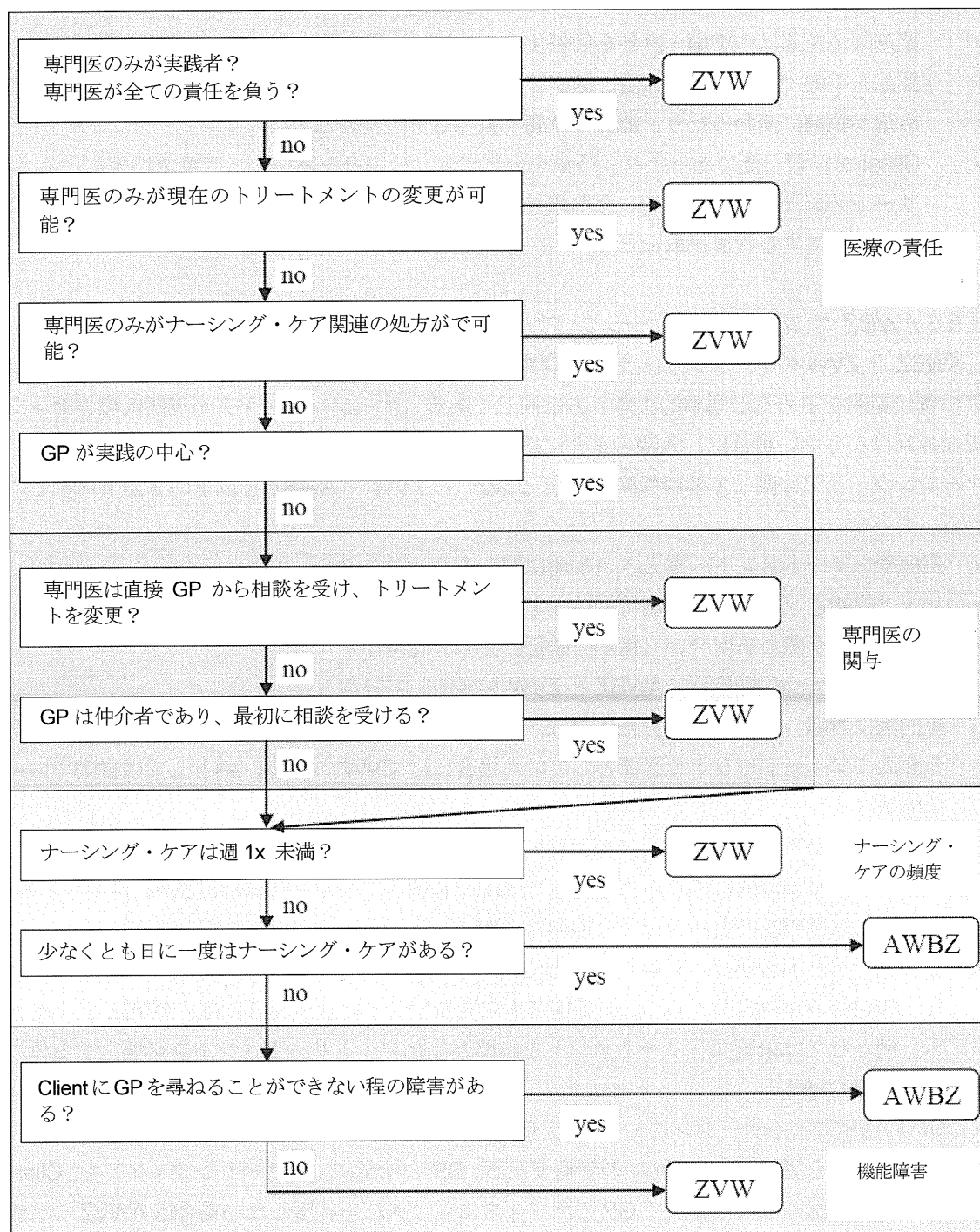


Figure 8: AWBZ のナースング・ケアと ZVW の境界のフロー図

(source: [6] page 102)

3.5.4 AWBZ の責任範囲: カウンセリング

AWBZ のカウンセリング治療は WMO のそれとは区別されている。ここではどのようなカウ

ンセリングが AWBZ の責任範囲であるかを定義し、そして WMO が管轄するカウンセリングを解説する。AWBZ のカウンセリングはおよそ以下の活動から構成されている。

- スキル、活動のサポートや反復練習
- 人生を取り戻す、自己管理のサポートや反復練習
- Client を監督し主導権をとる

AWBZ のカウンセリングは以下の分野に対処する。

- 社会的自立
- 移動性
- 精神機能
- 記憶と見当識
- 中度、重度の行動障害

この 5 つの分野をさらに細かく分けると以下の通りである。制約に基準を設けて「少し」「どちらか」というと「大幅に」に分類する。

社会的自立

- 人の話を理解する
- 会話ができる
- 自分の言うことを理解させる
- 単純作業の開始、実行
- 読む、書く、計算
- コミュニケーションツールの使用
- 日課や日常活動
- 問題解決や意思決定
- 日課を決める
- お金の管理や配分
- 複雑な仕事の開始、実行
- 事務作業の継続

移動性

- 姿勢を保つ
- 単純な腕、手の動作
- 複雑な腕、手の動作
- 軽いものを持ち上げる
- 足と脚を組み合わせた動作
- 姿勢を変える
- 補助なしでの階段の上り下り
- 補助を伴う動作
- 家の中を補助なしで動き回る
- 公共交通機関を使用する
- 自分の交通手段を使う
- 短距離を歩く
- やや重いものを持ち上げる

精神機能

- 集中力
- 記憶および理由付け
- 回りへの認識

見当識

- 人としての見当識
- 空間の見当識
- 時間の見当識
- 場所の見当識

行動障害

- 自分や他人に対する破壊行動、文字通り又は比喩的な言い回し
- 脅迫的な行動
- 身体的に攻撃的な行動
- 操作的行動
- 言語上攻撃的な行動
- 自分を傷つけたり自己破壊的行動
- 限界を超えた性的行動

WMO を通して提供可能なサービスは AWBZ に優先する。カウンセリングに関していえば WMO は Client の社会参加に関するカウンセリング・サービスを提供する。全ての地方自治体がどのように Client の障害をサポートするか認識しており、サービスの提供には責任を持つ。12 ページの 1.3.1 に記載のとおり 9 つのパフォーマンス分野がある。地方自治体がどのように障害を持つ高齢の Client のサポートに当たるかを Table 18 に示す。

Table 18: WMO の適用範囲および高齢者福祉の事例

適用範囲	事例
社会との結びつきや村、近隣の居住性の改善	クラブハウス、"drop-in-centre"、近隣活動、スポーツ、公園のベンチ、社会・文化活動、ボランティアとのふれあいネットワーク、ふれあい活動、安全性、社会福祉活動
若年層へのサポート及び養育に問題を抱えている両親	高齢者については事例なし
Client への情報提供、アドバイス、サポート	ワンデスク・ポリシー（受付が全てのサービスを提供するのが目標）。Client 及び市民の参加、不満への対応
家族介護者及びボランティアへのサポート	ボランティア・サービス、雑務、家族介護者のサービスポイント、ケアの停止を監督、家族介護者仲介者、ボランティア・コース、"バディ・プロジェクト"（バディとは脆く孤独な人に付き添うボランティア）
慢性的精神的苦痛や心理的問題、身体的限界を抱えている人々の社会参加、自立の促進	社会福祉、借金サポート、高齢者の食料、公共の場、施設、公共交通手段へのアクセス、住民への適応など一般的施設やプロジェクト
慢性的精神的苦痛や心理的問題、身体的限界を抱えている人々に施設やサービスを提供し、自立や社会参加を促進する。	家事援助、車椅子、スクーター、交通手段、生活用品、自立して住むためのサポート、日常活動、食事の準備など個別のニーズに対応する施設やプロジェクト。現物支給ないしは個人介護予算。
家庭内暴力と戦う為、シェルターを提供し、政策を導入する。	自宅の現状から逃避し、自立できない人に一時的なシェルター、ガイダンス、情報、アドバイスを提供する。
公共の精神保健の改善	クライシス・ホットライン。社会的弱者にコンタクトを取りサポートする。
麻薬中毒政策の改善	高齢者の事例はなし

どのような形のカウンセリングも ZVW が AWBZ に優先する。精神病患者に対する個別カウンセリングやデイケア・サービスの一部は精神科トリートメントであり、専門医の責任である。この場合、カウンセリングは ZVW から補償される。診断やトリートメント期間の過ぎた後に

心理的カウンセリングの必要が生じた場合には、カウンセリングは医療トリートメントではなくなり AWBZ の資金が投入される。保険者の一部は自分たちの VHI パッケージからインフォーマル・ケアを提供している。

3.5.5 AWBZ の責任範囲: トリートメント

AWBZ のトリートメントはその殆どが、特別な訓練を受けた専門家が複雑な手当に関わる継続的、組織的、長期的そして多岐の専門分野にまたがるケアである。ZVW のサービスは通常は継続的、組織的、長期的ではないが、多岐の専門分野にまたがることもある。例としては、複数の障害を負い、行動障害セラピー、医療行為、パラメディカル・サポートが必要な場合などである。

AWBZ サービスの場合にはサービスをコーディネートする実務者を Client に割り振る。この実務者は実質上どの分野から来ても差し支えない。トリートメントは状態の悪化や疾病からの合併症を抑えたり、障害や機能障害に陥るのを防いだり、新しいスキルや行動を学ぶためのものである。

3.5.6 AWBZ の責任範囲: 長期入所⁵

3.1 に記したとおり長期入所（週に丸4日以上）の認定は、要介護度（ZP）に沿って行われる。正式には家族介護者（親戚・友人を含む）の監視など民間医療保険のサービスや補償は ZVW の義務ではなく、従って優先順位といったものは存在しない。その代わりに、家族介護者がこのオプションを持っているときは、CIZ ファネルの Point12 を根拠として認定を変更することができる。また、精神病施設に入所してから継続して最初の 365 日は ZVW が補償する。

3.5.7 AWBZ の責任範囲: 短期入所

AWBZ の短期入所サービスには他のどの法律も優先しない。但しアラーム、ボランティア、MEE（機能障害を持つ人々をサポートする組織）を通じたサポート、民間医療保険、インフォーマルの介護人など、一般的にアクセス可能なサービスは勿論 AWBZ に先んじる。

⁵Information from <http://zorgzwaarte-pakket.nl>.