

保育士よりも看護師を雇用した方がよいと病院は考えるため、子どもへの支援という点での保育士の専門性が発揮できないといったことがある。また小児病棟に配置される保育士の位置づけについて、診療報酬の加算方法という制度的な問題によって保育士が看護師より低い地位にみなされる可能性があることを示唆している。

このような問題に対しては、今後、医療現場において保育士が子どもの成長・発達の支援という本来の専門性を発揮するために、保育士の待遇の改善・向上、診療報酬上の保育技術の位置づけなどが必要となるであろう。

また本稿では、我が国の医療保育士の現状とその歴史的な背景を中心に見てきたが、今後、オランダを中心とした諸外国における医療現場で働く保育士の位置付けや他の医療職種との協業の在り方をさらに明らかにすることが課題である。

### 参考文献

- 北村享俊（2003）「ドイツの小児病院における保育状況の調査結果」『医療と保育』Vol. 2, 日本医療保育学会, pp. 3-11
- 下村有紀子、小畑文也、福島敬、武田一則（2008）「国内のチャイルド・ライフ・スペシャリスト（CLS）の活動状況の実態－2006年度全数調査による検討－」『小児がん』第45巻第3号, 日本小児がん学会, pp. 275-280
- 日本学術会議（2008）「提言 わが国の子どもの成育環境の改善に向けて－成育空間の課題と提言－」日本学術会議,p.12
- 帆足英一・長嶋正實 監修（2008）「実践 医療保育『いま－現場からの報告』」, 診断と治療社
- 山田千明ほか（2009）「病棟保育における保育士職の専門性」『共栄学園短期大学研究紀要』第25号, 共栄学園短期大学, pp. 137-153
- 吉田幸恵（2010）「保育士養成の研究－医療保育専門士の展開から－」『子ども学研究論集(2)』名古屋経営短期大学子ども学科子育て環境支援研究センター, pp. 11-23,

### 参考 URL

日本医療保育学会 <http://iryouhoiku.jp/>

UMC St.Radbound <http://www.umcn.nl/Pages/default.aspx>

# オランダの医療・介護保険制度

Part 2: 組織・機関、情報共有、料金体系、及び増大する医療・介護支出

## The Dutch health care system

Part 2: Organizations, information-sharing, payment structures,  
and increasing health care expenditure

Report for the Institute of Future Welfare Japan 2012/2013,  
by Leyden Academy on Vitality and Ageing  
Herbert Rolden & Marieke van der Waal

## 目 次

1. 医療・介護制度の資金調達及び調整に関わる組織・機関	3
1.1 中央管理庁 (CAK)	3
1.2 ケア判定センター (CIZ)	3
1.3 健康保険委員会 (CVZ)	4
1.4 公正取引監視委員会 (NMa)	4
1.5 オランダ医療サービス庁 (NZa)	5
1.6 オランダ社会保険銀行 (SVB)	6
2. オランダの医療・介護保険制度における情報共有	8
2.1 ZVWの情報共有	8
2.1.1 情報共有に関する法律	8
2.1.2 AIS、HIS 及び ZIS	9
2.1.3 医療サービス共有IT — National Switching Point (LSP)	10
2.1.4 医療サービス・コミュニケーションのための地域ITインフラ	11
2.2 AWBZの情報共有	11
2.3 WMOの情報共有	14
2.3.1 WMO: 自治体の役割	14
2.3.2 WMOの情報共有	17
2.4 ZVW、AWBZ 及びWMOの組織間における情報共有	18
2.4.1 ZVW と AWBZ	18
2.4.2 ZVW と WMO	19
2.4.3 AWBZ と WMO	19
2.5 オランダの医療・介護保険制度における情報共有の改善	20

3. オランダの医療・介護保険制度の料金体系とインセンティブ	25
3.1 料金体系とインセンティブ	25
3.2 ZVWの料金体系	26
3.2.1 Clientから保険会社、医療サービス提供者への支払い	26
3.2.2 保険会社から医療サービス提供者への支払い	26
3.2.3 医療サービス提供者からスタッフへの支払い	27
3.3 AWBZの料金体系	27
3.4 WMOの料金体系	28
4. 費用を抑制し効率化を進めるための施策	29
4.1 増大するオランダの医療・介護支出	29
4.2 現在の医療・介護サービスの傾向	30
4.2.1 マクロ・レベル：平均余命	30
4.2.2 マクロ・レベル：医療・介護支出	32
4.2.3 制度レベル：病院	35
4.2.4 制度レベル：長期療養・介護サービス	36
4.2.5 制度的レベル：社会支援	37
4.3 増大する医療サービス費用に対するこれまでの対策	38
4.3.1 政治環境	38
4.3.2 医療サービス	39
4.3.3 長期療養・介護サービス	40
4.3.4 社会支援	40
4.4 増大する医療・介護費用に対応する将来の政策	41
4.4.1 長期的かつ幅広い目的	41
4.4.2 2013年の政策措置	42
4.4.3 2013年以降の施策（暫定）	42

## 1. 医療・介護制度の資金調達及び調整に関わる組織・機関

---

オランダの医療・介護サービスの確立、推進、実用化には、以下の組織・機関が多かれ少なかれいくつかの点で関わっている。ここにはGP、病院、グループ・ホームなど医療・介護サービス給付に直接かかわる組織・機関は含まれていない。これらの組織・機関については既に第1回報告書で説明したが、福祉未来研究所の要請により、さらに詳細を解説する。

### 1.1 中央管理庁(CAK)

CAKの役割は主として3つある：

1. AWBZとWMOサービスの一部自己負担を確立したこと、そしてそれを徴収することである。負担金額はClientの収入(賃金、公的年金、民間年金、投資への利子など)、家族状況(婚姻、内縁を問わず配偶者の有無)及びAWBZの認定資格の有無によって左右される。
2. ZVWの免責額の一部とその他の費用を補うため、慢性疾患の患者や身体障害者のための補償金を確立したこと、そしてその補償を支払うことである。慢性疾患や身体障害の場合は、医療サービスの費用が極めて高額になり、毎年必ず免責額を支払うことになる。もともと免責額の徴収を始めたのは、医療サービス施設の使い過ぎを防ぐためだが、慢性疾患や身体障害の場合は医療サービスの利用を止めるわけにゆかず、免責額を設けても何の影響もない。さらに重要なのは、補償金のないまま免責控除を適用すると、障害を持つ市民と健康な市民との所得格差を益々広げることになる。これはオランダ政府がZVWを通じて実現させようとしていた事と正反対の結果を生む。
3. AWBZサービスを提供する医療サービス提供者に資金を拠出する。CVZはAWBZの財源を管理している。AWBZの財源は、課税対象となる収入を得ているオランダ市民から徴収し、それをCAKに拠出する。CAKは資金を医療サービス組織、Client、医療サービス提供者に分配する。(Care Officeがサービスの支給を指図し、医療サービス提供者から請求書を受け取る。)

CAKはAWBZ設立の後、1968年に設立された。オランダ政府がCAKを設立したのは、健康厚生スポーツ省(VWS)の法令の施行を委託するためであった。現在はおおよそ1100人のスタッフがCAKで働いている。

### 1.2 ケア判定センター(CIZ)

CIZはAWBZサービスを希望する市民の認定を行う唯一の機関である。CIZからの認定がなければ、AWBZサービスを受けることはできない。Client自身か、医療サービス提供者のスタッフがCIZの認定申込書に記入する。CIZは第1回報告書で詳しく説明したファネルモデルを使用して申込みを判定する。

CIZはWMOの認定を行っている地方自治体からも申し込むことができる。正式には、

WMO の認定を行っている CIZ の出先機関は“MO-zaak”と呼ばれている。Client からの明確な許可があった場合にのみ、MO-zaak のスタッフは、Client 情報と AWBZ 認定についての情報を CIZ から取得することができる。この報告書では、MO-zaak ではなく、CIZ を WMO の認定を評価判断する組織として取り上げる。

CIZ の本部はオランダの中央に位置する村、Driebergen にあり、支部は 10 ヶ所に分かっている。地域の支部は CIZ 認定を行い、Care Office に新規の認定や認定の変更について連絡する。CIZ は 2005 年に設立され 1,700 人のスタッフがいる。2005 年以前は、Regional Indication Offices (RIOs) が認定を受け持っていた。

### 1.3 健康保険委員会 (CVZ)

CVZ の役割は主として 3 つある：

1. 健康保険基金 (HIF) や AWBZ の財源から保険会社、CAK、Care Office に資金を調達する。医療サービス提供者は保険会社に、長期療養・介護サービス提供者は Care Office に、それぞれ実施した医療・介護サービスの費用を請求する。これらの費用は、オランダ市民や事業主が納める様々な納付金や保険料によって賄われている。事業主や政府機関は HIF と AWBZ に所得比例の保険料を納めて、社会的給付を負担している。CVZ が HIF と AWBZ の財源を管理する。保険会社も高リスクの Client を受け持っている場合には、HIF からの補償を受ける (リスク平準化)。
2. 健康厚生スポーツ省に対し、医療保険基本パッケージの特定の内容について助言する。科学的知見や社会的変化を基に、医療・介護の立場、社会的、財政的見地から様々な議論を吟味し、パッケージの内容についてアドバイスする。健康厚生スポーツ省はよくこのアドバイスに従う。
3. 論争に対して一定の立場を取る。例えば 2012 年 4 月 2 日には慢性閉塞性肺疾患の理学療法は ZVW から補償されるべきか否か、公式な見解を述べた。

### 1.4 公正取引監視委員会 (NMa)

NMa は様々な経済分野における自由市場の原動力を促進し、オランダの消費者に利益をもたらすことを目的とする独立政府機関である。カルテルや市場力学の乱用がないか監視し、また未だ自由市場が存在しない交通やエネルギー分野での自由市場の原動力を刺激する。NMa の直接の目的は、省庁が発効した市場に関する法令を導入し、法令順守を監視することである (主に経済省)。このために NMa は様々な活動を行っている：

- 政策立案者や国会議員に助言したり、多様な市場の変化に対応するため、リサーチに投資する。
- 市場規制に関する情報をレクチャー、会議、パンフレットなどを通じて企業に紹介する。企業は競争法に違反しているか否か判断がつかない場合には、状況について暫定的見解を公にするよう求めることもできる。
- 企業が法律を犯していないか調査する。NMa は企業やその他の市場参加者を監視し、合併が確実に競争法に則っており、カルテルや市場力学の乱用がないことを確認する。

- 違反者には確実にペナルティを課す。違反した企業は取引高に応じて罰金を課される。

### Box 1: NMa 活動の例

#### 2010: NMa がカルテルの疑いで病院を監査

2010年の初め、患者から居住区の病院から別の病院に紹介された可能性があるという指摘があり、NMaはカルテル形成の疑いでアムステルダムにある2つの病院を監査した。医療サービス提供者が「市場を分け合う」ことは法律に違反する。NMaは2つの病院の接触がカルテルを結んでいるといえるか、証明することはできなかったが、この2つの病院とさらに他の病院との間で機密情報のやり取りがあったことは突き止めた。機密情報とは、患者集団の特徴に関する統計的情報である。NMaはこのような情報の交換により、病院が市場戦略を変更したり、保険会社と契約交渉をする際のカードにするとみている。NMaは病院側と共に機密情報のやり取りについて、規則とプロトコルを定めた。

### 1.5 オランダ医療サービス庁(NZa)

NZaの中心的役割は、オランダの医療・介護の自由市場の管理であり、医療・介護サービスの価格や行動規範について、法的に有効な政策ルールを導入する権限がある。NZaは自由市場における医療サービス提供者と保険会社が確実に人々の利益に資するよう働きかける。具体的にはNZaは以下のような活動をする：

- 医療サービス提供者と保険会社が3つの法律、AWBZ、WMG、ZVWを順守するよう監督する；
- 医療サービス提供者や保険会社が「巨大な市場支配力(“aanmerkelijke marktmacht”）」を持たないように監督する。企業がこのようなレベルの力を持つと、競争にさらされずClientの利益に反する。NZaは巨大な市場支配力を持った企業に対しては、厳しい規制を課している。
- Clientが医療サービス提供者や保険会社から、正しく、明確で、完全な金銭上、また医療・介護についての情報を充分得ているか監督する。
- NMaに医療・介護市場における合併について正式な見解を述べる。
- 市場競争を確実なものとするための一般的規則を発効する。この規則は特定の市場参加者だけを対象とせず、不特定多数の参加者の利益に資するように適用される。例えば新しい市場参入者が、ITインフラや電気のネットワークに不足なくアクセスできるようにする。
- 医療・介護セクターの中で自由市場として機能していない領域に、予算と料金を設定する。NZaは長期療養・介護サービス提供者がAWBZサービスに対して課しうる料金の最高額を設定する。例えば2012年では、長期療養・介護サービス提供者は、施設外個人サービスは1時間につき、€46.65以上課してはならなかった(追加モジュール(extra modules)以外)。

以下の Box 2 に NZa の実際の活動状況を紹介する。

### Box 2: NZa の活動状況

#### 2012 年 11 月 2 日: NZa は 3 件の病院の合併について公式見解を述べた

NZa は計画された 6 つの病院の合併は、医療サービス料金のうち交渉可能な部分の価格を押し上げる可能性があると発表した (3.2.2 参照 / B セグメントの DOT)。合併によって病院の市場における力が増し、オランダ市民の利益に反して医療サービスの料金を高く設定することが可能となる。この 3 件の病院合併による値上げ幅の予測は以下の通りである:

- Orbis Medical Care Concern 及び Atrium Medical Centre Parkstad (South-Limburg) : 4-9%.
- Spaarne Hospital 及び Kennemer Infirmary (Hoofddorp 及び Haarlem) : 9-18%
- TweeSteden Hospital 及び St. Elizabeth Hospital (Tilburg) : 22-33%.

値上げ幅は NZa がシミュレーション・モデルを使って計算した。公正取引監視委員会 (NMa / 1.4 参照) は、病院が「価格の上限」を設定することに同意し、病院側がその価格を守るか監視する。NMa が病院の何らかの違反や市場支配力の乱用を報告した場合、NZa は介入することが可能である。

#### 2012 年 10 月 3 日: NZa はプライマリ・ケアの診断標準を改革

NZa はプライマリ・ケアの診断について、2013 年 1 月 1 日から有効となる政策基準を発表した。この法律により、保険会社と医療サービス提供者は、プライマリ・ケアの診断の質とコスト・パフォーマンスの改善を余儀なくされる。新しい政策基準は以前の政策基準の一部と合体し、プライマリ・ケアの診断を正式に定義したものである。このように NZa は保険会社と医療サービス提供者に交渉のたたき台を提供する。保険会社は不必要な診断を拒否し、最も良い価格と質を提供するサービス提供者と交渉し、サービスの質とコスト・パフォーマンスを保障することが可能となる。

#### 2012 年 9 月 27 日: 2013 年の病院ケアの DOT の規則と価格を設定

NZa は規制を設け、専門医による、大学の複雑な病院ケアの基準と価格の上限を設定した。これは病院ケアの B セグメントに適用される (3.2.2 参照)。この措置の目玉は、専門医への報酬が毎日の臨床診療の成果を反映することである。臨床医は必要に応じて、複雑な手技の治療の平均数を見直すよう求められ、新しい治療の平均数を基に補償金額が再計算される。

## 1.6 オランダ社会保険銀行 (SVB)

SVB は 500 万人以上の高齢者に給付金を支払っている。以下にその概要を説明する。

## 国民老齢年金法(AOW)

オランダに居住する 15 歳以上は、全員が公的年金に 2% ずつ保険料を積み立てる。こうして 14 歳以降ずっとオランダに住んでいた者は誰でも、65 歳を迎えると 100% の AOW 給付を積み立てたことになる。今後は退職年齢が徐々に 67 歳まで引き上げられる。AOW 給付の合計は個人の生活状況によって異なり、正味 €587.86 と €1,291.12 の間となる。

## 老齢年金補助(AIO)

「ソーシャルミニマム」とは、そのレベル以下だと生活を維持することが不可能な収入の下限を指す。65 歳以上の個人が AWO 給付を満額積み立てておらず、またその他の給付や収入が充分でない場合には、「ソーシャルミニマム」以下の収入となる可能性がある。この場合、その個人は補助給付である AIO の受給資格を持つ。

## 遺族年金(“Algemene nabestaandenwet”, Anw)

オランダ市民は誰でも、最近親者(配偶者、両親、兄弟)が亡くなった場合、この Anw を通して最低賃金の 70% の給付を受けることができる。受給資格は以下の条件を満たしている必要がある。受給者が：

- 故人と結婚していたか、離婚手当を受け取っていたか、同居していた；
- AOW を受給していない；
- 以下の基準に該当する：1950 年以前に生まれたか、18 歳未満を扶養している。又は少なくとも 45% は仕事が出来ない。

## AWBZ と WMO の個人介護予算

AWBZ または WMO のケアやサポートの受給資格がある場合、現物給付ではなく現金給付を選択する場合がある。正式には、SVB が Care Office や自治体からの要請によって個人介護予算(PGB)から給付する。話を簡略化するため、本報告書の残りの部分からは SVB を割愛し、(オランダの医療・介護制度についての報告書では常套手段だが) Care Office か自治体が PGB を Client に直接支給するように表現する。SVB サービスセンター (SSP) は、PGB 受給者に対して無料で事務手続きの手助けをしている。

## (親戚・友人を含む)家族介護者への慰労金(CIC)

長期間に渡って人の(複数可)の介護・看病に当たった場合には「報奨金」の受給資格者となる。これは被介護者が介護者を報奨金に推薦するもので、2012 年では €200 だった。

## 65 歳未満への給付

- 子供手当
- 自宅に障害者の子供を持つ親への補償
- アスベスト被害者への補償



## 2. オランダの医療・介護保険制度における情報共有

### 2.1 ZVW の情報共有

特に医療サービス・セクターでは、サービスの質は医療サービス提供者が Client の重要かつ完全な情報にタイムリーにアクセスすることに大きく依存している。医療サービス提供者間で効率的に情報を共有、維持するため情報システムを利用することは、必ずしもプライバシーのルールや規制に反するとは限らない。しかし 2011 年に公的電子カルテの法律が上院で否決された際はプライバシーがその主な理由となった。また、医療サービス提供者は業界の競争が激しくなるため、情報共有に前向きであるとは限らない。そこで医療サービス提供者間の情報共有を促進するためには、確かな法律と効率的なインフラ整備が最重要である。以下に医療・介護保険市場における現在及び将来の情報フローと情報共有のプラットフォームを定義、説明する。

#### 2.1.1 情報共有に関する法律<sup>1</sup>

法律は基本的に一定の条件が満たされない限り、個人データ、健康状態、医療サービスの使用実績についての情報提供は法律違反と定めている。これは全ての医療専門家と医療機関が持つ「守秘義務」がもたらすものである。医療専門家と医療機関は診察室で話し合われた Client の個人情報(特に健康状態)や健康に関わる事柄、また処方された医療処置を共有できないことが守秘義務の根拠である。特定の状況にならない限りこの守秘義務は覆されない。この特定の状況とは大まかに次の 4 つに分類される。

1. 不可抗力：守秘義務よりも優位にあるその他の法律。患者から情報共有の同意は得られないが患者やその他の個人への脅威となる場合には、医療専門家はより重い責務を全うするために、守秘義務を覆すことが可能である。そのためには以下の 5 つの条件全てを満たさなければならない<sup>2</sup>。
  - 守秘義務の行使が一人かそれ以上の個人に害を与える。
  - 患者から同意を取り付ける全ての方法が功を奏さなかった。
  - 医療専門家が守秘義務を行使するにあたってモラル上のジレンマを抱えている。
  - 直面している脅威、問題に対応するために守秘義務を覆す以外に方法がない。
  - 守秘義務を覆すことにより、脅威や問題を解決できることがほぼ完全に確実である。
2. 医療専門家の同僚、看護婦、アシスタントなど、直接患者の治療に携わる他の医療専門家が共有情報を必要としている。
3. 患者情報の受取人が治療プロセスに携わっており、また患者も確実にそれに気付いているため、患者が情報共有に合意することが合理的に予測される。この場合、患者の合意

<sup>1</sup> 医療・介護のプライバシー規制には、2 つの重要な法律が適用される：「医療・介護におけるトリートメント関係法 (Wgbo: Wet inzake geneeskundige behandelingsovereenkomst)」及び「個人データ保護法 (Wpb: Wet bescherming persoonsgegevens)」である。医療専門家が社会保険番号 (BSN) を使用する際には、WBSN-Z が適用される (第一回報告書の 2.2 参照)。その他の法律：「医療機関の質に関する法律 (Kwaliteitswet zorginstellingen)」及び「各医療・介護の職業に関する法律 (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg)」。

<sup>2</sup> これらの条件は、KNMG が公表したプロトコルを基にしている。

は暗黙である。例えば GP が医療専門家に患者を紹介する場合には、患者は自分の健康状態、現在・過去の医療処置の情報を含む紹介状が送付されることを合理的に予測する。

4. 患者が医療専門家や医療機関に、他の特定の専門家や機関と情報を共有する権限を明確に与えている。

簡潔にいうと、第三者が医療機関や医療専門家から Client の健康状態や医療処置について情報が必要な場合、以下の3つのケースのいずれかに該当する時は、患者から明確な合意を取り付けることが唯一合法的な方法である。

- (1) 上記に記載した5つの切迫した脅威が存在しない。
- (2) 医療専門家、医療機関、Client と第三者の間に直接的な治療の関係がない。
- (3) 患者が情報共有に暗黙に同意することが合理的に予測できない。

以上の4つの状況のどれに該当しようとも、医療情報が共有される場合には最低限必要の情報のみに限られることが肝要である。医療専門家や職員が無関係とみなす情報の共有もまた違法である。

プライバシー保護の重要性については疑う余地はないが、その法律の適用については難題が2つある。

- 法的な境界線、特に上記3.の合理的予測については、常に明快であるとは限らない。例えば Client が CIZ に認定を申し込んだ場合、Client は CIZ スタッフが治療を受けた複数の医療専門家から自分の情報を受け取ることを暗黙のうちに認めたと考えるのが妥当である。しかし、実際には CIZ スタッフは、患者からの明確な同意がない限り、情報を得ることができない。
- 同意を与えた後の結果について、患者が完全には理解していない可能性がある。現在、医療サービス提供者は、患者の明確な同意の必要性の境界線 (switching point) を、国と地域に分けて確定しようと努力している (2.1.3 と 2.1.4 参照)。ただ、この活動の反対陣営は、患者がこのような枠組みに容易に組する可能性はあるが、サイバー犯罪や悪質な人格への危険を理解していないと反論している。

### 2.1.2 AIS、HIS 及び ZIS

AIS、HIS、ZIS はそれぞれ薬剤師、一般開業医 (GP)、病院が使用する情報システムの略称である。基本的に医療サービス提供者は各自で Client のデータを取得する。取得データには Client の氏名、BSN (社会保険番号)、住所、生年月日、医療保険会社、可能な場合は個別の医療保険番号やその他の重要な個人データが含まれている。Client の医療データはこの個人データにリンクし、医療サービス提供者の中で権限を持つスタッフのみがシステムにログインし、個別の Client データを追跡する。

薬剤師は薬歴、現在の投薬、及びアレルギーの情報を収集する。病院は来院歴及び人体スキャンやラボテストの結果などのデータを収集する。殆どの病院で医療情報はペーパーファイルの形で収集・保存され、電子化されているのはごく一部である。例えば、全ての病院でスキャン画像は情報システムには保存されていない。但しこれは急速に変化している。GP は患者の疾病、身体的／心理的疾患、病気、処方された薬、ラボの結果などのデータを収集している。

専門医が新しいトリートメントを始めたり、新しいテスト結果が出た場合、GP は通常書面

で通知される。残念ながらこのような書面は到着が遅れたり、送付されない場合もある。また GP が更なる(特定の)情報を必要とする場合、コミュニケーションのやり取りに時間を取られ、それが遅延の原因ともなる。GP が自分の患者の健康状態やトリートメント状況をアップデートしていないのは珍しいことではない。オランダでは GP が医療・介護の中核をなしている。GP は“高額な専門医治療へのゲートキーパー”と呼ばれ、患者の健康状態と福利を完全に把握していることが求められる。このために、健康保険法(ZVW)の医療サービス提供者間でのより効率的なコミュニケーションや情報共有について、現在議論が交わされている。

2011年4月、オランダ上院は患者の電子データ履歴(EPD)の導入に反対票を投じた。詳しくは第一回報告書で述べたが、それ以来 EPD や医療サービス共有 IT (National Switching Point (LSP))と呼ばれる別の公的インフラが ZVW のコミュニケーションを円滑にすると期待されている。この2つの試みを以下に説明する。

### 2.1.3 医療サービス共有 IT — National Switching Point (LSP)

法律が否決される前に、公的 EPD を実行に移すための IT インフラが既に整備されていた。法律が否決された後、健康厚生スポーツ省は EPD プロジェクトから撤退した。プロジェクト再建のため、2012年1月、新しく保健情報事業者連合(Alliance of Health care providers For Health care Communication (VZVZ))が設立され、医療機関が集合した。VZVZ は医療サービス給付に関わる4つの統括組織と Nictiz との連携からなり、オランダ患者・消費者協会(NPCF)にサポートされている。Nictiz はオランダの国立保健情報研究所(National ICT Institute for Health care)である。4つの統括組織とは、GP (LHV)、GP センター (VHN)、薬剤師(KNMP)、及び病院(NVZ)の支部である。LSP を通じた医療情報のやり取りは、プライバシー法、及び医療サービス提供者と患者の関係に関する法律に準拠して行われる。2012年10月の LSP プロジェクトの発足は、オランダデータ保護庁(Dutch Data Protection Agency (CBP))が承認した。

LSP は主として緊急の事態における、基本的かつ重要な医療情報への速やかなアクセスを可能にした。LSP と協力関係にある GP と薬剤師は、個人情報を公的情報システムに取り込む同意書を患者に依頼する。この個人情報とは患者の BSN に関わる情報、患者の GP、薬剤師の身元情報のみである。治療、投薬、アレルギー等の医療情報は LSP には含まれない。そのため、LSP は患者の電子データ履歴(EPD)ではなく、医療サービス共有 IT と呼ばれている。

GP の代理者、GP センター、薬剤師または現在患者を診ている専門医のみが患者の個人情報(BSN、担当 GP、及び担当薬剤師)の追跡が可能である。医療専門家は患者の個人情報を検索し、患者の GP や薬剤師の情報システムにログインし、別に格納されている医療情報を検索する。この医療情報には、患者の医療履歴の一部の最も重要な概要のみが含まれており、患者の完全なカルテから構成されている訳ではない。もし Client からの明確な意思表示がない場合、代理の医療関係者や専門医は医療情報を見ることができない。

まず医療専門家は UZI カード、UZI カードリーダー、認証を使用して LSP にログインする。UZI カードは以下のように使用される。

1. 医療関係者が LSP のサーチエンジンで BSN から患者の所在を検索する。
2. 医療関係者がパスワードと UZI カード(外見はクレジットカード)でログインする。UZI カードは地域、医療関係者の職業別に、患者情報にアクセスする権限を承認する。

- Client の身元とユーザ(医療関係者)が LSP に確認されると、ユーザは他の医療サービス提供者のデータベースにアクセスすることができる。ユーザはこうして選択した患者の医療情報の概要を見ることができる。

#### 2.1.4 医療サービス・コミュニケーションのための地域 IT インフラ

既に様々な形での地域協力が存在しており、健康厚生スポーツ省は、地域協力のための体系的な法整備に重点を置くべきである、という声明を発表している。上院で公的 EDP の反対陣営が掲げる主な論点は、オランダに在住する全ての個人の機密情報に、多くの医療関係者がアクセス可能になるということである。しかし地域協力の形であれば、アクセス可能になるのは限られた医療関係者のみであり、医療関係者の誤用、サイバー犯罪者の悪用の低減につながる。

地域が情報共有に協力するためにはいわゆる Regional Switching Point (RSP) を利用する。LSP と同様、RSP は医療関係者が患者の個人情報を見ることのできるポータルサイトを提供する。この情報を基に UZI カードとカードリーダーを使って、他の医療サービス提供者の情報システムが持つ基本的な医療情報を検索する。LSP との違いは、RSP は国内全てではなく特定地域の、協力医療サービス提供者に限られた患者の個人情報を提供するという点である。

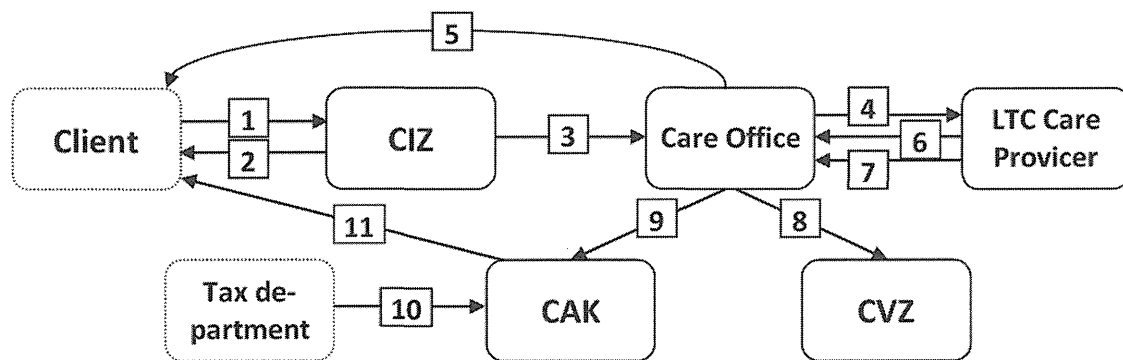
地域協力はこれ以外の形でも存在する。ここでは UZI (医療関係者特定)カードとは別の手順が定められている。

- 代理 GP のための電子ファイル(EWH) : 地域が EWH を活用している場合、患者が来院すると、代理 GP のみが患者の医療記録、又は医療記録の基本的概要にアクセスできる。代理 GP は任命されているか、地域の緊急医療センターから派遣されている。患者の GP が EWH に加入している場合には、患者が情報共有に同意しない文書に署名しない限り、自動的にシステムに組み込まれる(不参加システム)。フリースランド州では、63 人の GP がブロード EWH を使用しており(2008)、GP センターが Heerenveen, Drachten, Leeuwarden 及び Dokkum などの町や市に設置され、重要な患者情報へのアクセスが可能となっている。
- 電子医薬ファイル(EMD) : EMD は患者の投薬履歴を格納している。地域協力に参加する全ての薬剤師は患者への投薬内容を記録し、投薬ファイルを点検する。専門医も薬を処方するが、患者は処方された薬を必ずしも服用するとは限らず、GP も場合によっては EMD にアクセスする。地域の専門医が投薬ファイルにアクセスすることもあるが、それは専門医が実際に患者を診る場合に限定されている。例えば Zoetermeer と Benthuisen の GP は EMD にアクセスしている。病院の近隣に在住する('t Lange Land)専門医の一部も EMD にアクセスする。

## 2.2 AWBZ の情報共有

AWBZ の Care Registration system (AZR) は、AWBZ で活動する機関のための情報プラットフォームである。AZR は AWBZ サービスについて Client レベルの情報を提供する情報システムであり、CIZ、CVZ、CAK、サービス事業所、長期療養・介護サービス提供者が AZR にアクセスする。Figure 1 は、AZR を通じた情報フローを表している。番号を振ってある箇所は Figure の下で説明する。

Figure 1: AWBZ\* で活動する機関・組織間における情報共有フロー (Source: Plexus)



\* この図では Client と Tax department は、AZR にはアクセス不可能という意味合いで、破線で囲んでいる。

### Figure 1 の情報フロー：

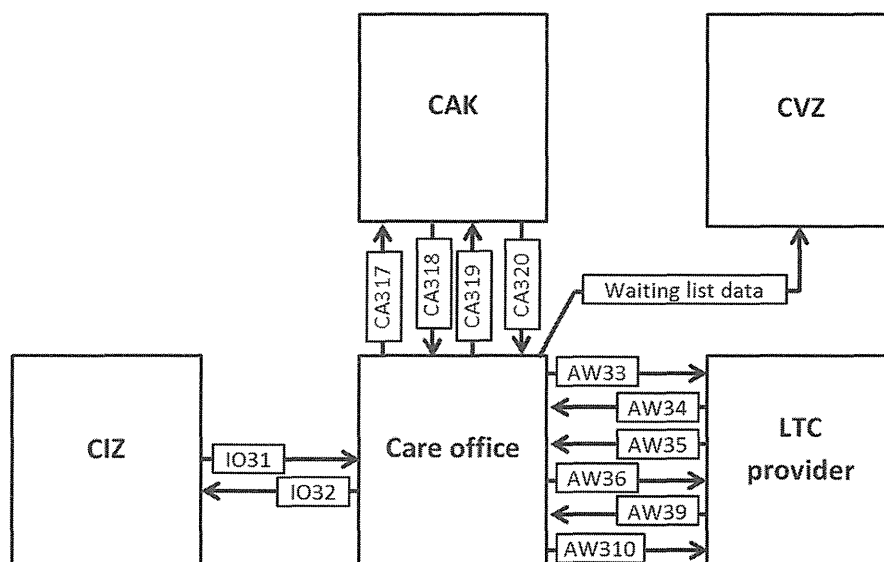
1. Client や Client の代理は CIZ に認定を申し込む。申し込みはコンピュータから、又は手紙や電話で受け付けている。Client が申し込んでから、申込用紙が送付されるのが一般的である。用紙に記入すると、CIZ 職員が電話するか来訪する。CIZ 職員は Client を診療している医療専門家に連絡を取り、更に詳しく Client の状況を把握する場合もある。
2. CIZ は認定を評価し、その決定内容を書面で Client に伝える。
3. 認定評価の結果は、Client が住む地域の AWBZ サービスを手配する Care Office にも送付される。
4. Care office はサービスの必要性と個人の好みに応じて、Client の長期療養・介護サービス提供者を指定する。
5. Care office は指定した長期療養・介護サービス提供者が記載されている手紙を Client に送付する。
6. 長期療養・介護サービス提供者はサービスの開始、変更、終了の日を AZR システムに入力する。
7. 年末か Client へのサービスが終了した時点で、長期療養・介護施設は Care Office に請求書を送付する。
8. Care office は長期療養・介護サービス提供者のウェイティングリスト情報を CVZ に送付する。
9. Care office は長期療養・介護サービス給付の(上記 6 参照)の開始、変更、終了に関する情報を CAK に送付する。
10. CAK は税務署を通じて Client の財務状況を入手する。
11. CAK は Care Office と税務署からの情報を基に、AWBZ サービスに応じた自己負担金額を計算する。

AZR システムの内容は、基本的な Client 情報(BSN、住所、生年月日)のみから構成され、全てコード化されたメッセージの記録である。AZR システムはこれらのメッセージを管理し、権限を与えられた担当要員や医療専門家が使用する。担当要員は自分に関連するメッセージを閲覧する権限のみを付与されている。例えば CIZ 職員は CIZ が送付／受領したメッセージしか見ることにはできない(IO31 及び IO32)。CIZ 職員は長期療養・介護サービス提供者のサービ

スの開始・終了時期、Clientの負担金額などにはアクセスできない。Figure 2で見るとおり、Care Officeにおいて権限を与えられた要員のみが全てのメッセージを閲覧できる。Figure 2はコード化されたメッセージのフローを表している。基本的なメッセージの内容は以下のとおりである。

- IO31：CIZが認定の決定をCare Officeに送付する。この決定には施設外サービスの種類とレベル、有効期間が含まれている(例えば個人サービスのレベル4、14/07/2011から14/07/2016など)。
- IO32：Care officeがCIZに受領の確認を送付する。

Figure 2: システムのコード化されたメッセージのフロー (Source: CVZ)



- AW33：Care Officeが長期療養・介護サービス提供者にClientがどのレベルの長期療養・介護サービスをどれほどの期間、割り当てられたか報告する。
- AW34：長期療養・介護サービス提供者がCare Officeに受領の確認を送付する。
- AW35：長期療養・介護サービス提供者がCare Officeに長期療養・介護サービスの開始時期を報告する。
- AW36：Care Officeが長期療養・介護サービス提供者に受領の確認を送付する。
- AW39：長期療養・介護サービス給付の変更、終了をCare Officeに報告する。
- AW38：Care Officeが長期療養・介護サービス提供者に確認書を送付する。
- CA317：Care Officeが長期療養・介護サービス給付の開始をCAKに報告する。
- CA318：CAKがCare Officeに確認書を送付する。
- CA319：Care Officeが長期療養・介護サービス給付の変更、終了をCAKに報告する。
- CA320：CAKがCare Officeに確認書を送付する。
- ウェイティング・リスト：Care OfficeがClientに待ち時間を送付する(IO31とAW33及びAW33とAW35の間の時間差)。確認書は送付されない。

## 2.3 WMO の情報共有

### 2.3.1 WMO：自治体の役割

WMO はハンディキャップ、薬物依存、精神障害、社会的孤立、虐待などにより、社会的に不利な立場に立たされている市民に、機会を与え潜在能力を引き出すためのサービスを提供する法律である。WMO は社会的平等を達成しようとする政府の目的に広い意味で合致し、その目的は WMO の方針に反映されている。例えば、自治体の市民がハンディキャップのためバスを利用できないとする。地方自治体は別の交通手段を補償するが、この補償は通常のバス代と同額である。バス代の平均を上回る運賃は Client 自身が負担することになる。

第一回報告書で述べたとおり、WMO のサービスは以下の 9 つの「活動分野」に分類されている。

1. 社会的連帯、村や近隣の「居住性」
2. 若者と彼らの親へのサポート
3. WMO の Client（候補）への情報提供、アドバイス、サポート
4. 家族介護者とボランティアへのサポート
5. 社会参加の促進、刺激
6. 独立の促進、刺激
7. 家庭内暴力に対応するシェルター及び対策
8. 公的な精神保健の向上
9. 薬物依存政策の改善

AWBZ（特別医療費保険法）のサービスや給付と異なり、WMO（社会支援法）は権利ではない。従って地方自治体は恵まれない人々の社会やコミュニティーへの参加をサポートする責任はあるが、基本的に WMO の実施、達成は自由裁量で行われる。これは地方自治体の間で社会的サポートの性格と質が同じではないことを意味している。WMO から提供されるサポートが地方自治体ごとにどのように違うか、またどれほどの自治体がこのようなサービスを提供しているかを Appendix の A.2.1 に述べる。又、Client の自己負担金額が地方自治体ごとにどのように配分されているかは 3.4 で解説する。

WMO のサービスは営利団体やその他の組織への委託が可能である。自治体はサービスを効率よく提供するため、在宅ケア提供者、タクシー会社、ボランティア、その他の組織と契約する。

地方自治体の WMO についての責任は以下のとおりである。

- WMO の基準及び Client の自己負担金額を設定する。地方自治体によっては他の自治体よりも援助に厳しい基準を設けたり、比較的高額の負担金額を要求するところもある。
- 認定を行うか、その仕事を CIZ やその他の認定機関に委託する。自治体が評価する場合は国際生活機能分類(ICF)を使用しなければならない。
- サービスの給付(個人介護予算給付及び社会支援サービス等)、又はサービス給付を営利目的のサービス提供者へ委託する。
- クレームや依頼への対応。Client や Client をサポートしている個人からの評価の依頼は、CIZ に委託することができる。
- 予算決定：地方自治体は地方税(主に固定資産税)や地方債から中央政府の管理を経て資金を受け取っている。主に市長や市議員から構成される自治体の理事会が地方自治体

の予算を配分する。4年毎に住民投票で選ばれる市議会が理事会で方針を決め、その方針が執行部によって導入される。

大まかにいって、地方自治体はWMOの執行について責任が2点ある：政策の決定と政策の導入である。WMOが効率的に導入されるためには、政策立案者は政策導入の実態を理解し、また現在の強み、弱点、機会、危険がどこに潜んでいるか知ることが必要である。このためには政策立案者及び地方自治体の職員が導入の成果や、経済的、技術的、倫理的課題が議論される政策ネットワークに参画していなければならない。このような政策ネットワークは執行部、市議会、市職員、WMOサービスを購入する第三者、及びその他の組織や地方自治体から構成されている。社会支援法は比較的若いため、幅広く効率的な政策ネットワークを持続してゆく方法は未だ絞り込まれていない。

主として中途半端な市場システムのため、現在地方自治体がコミュニケーションと情報共有について問題を抱えているのは明らかである。このことはFigure 3の架空の地方自治体のWMOの情報フローで説明する。これはClientが交通サービスと在宅サービスを必要としているという設定である。Figureを明確にするため、改装や車椅子給付といったその他のWMOサービスは省略しているが、このようなサービスも同様の方法で提供されるはずである。

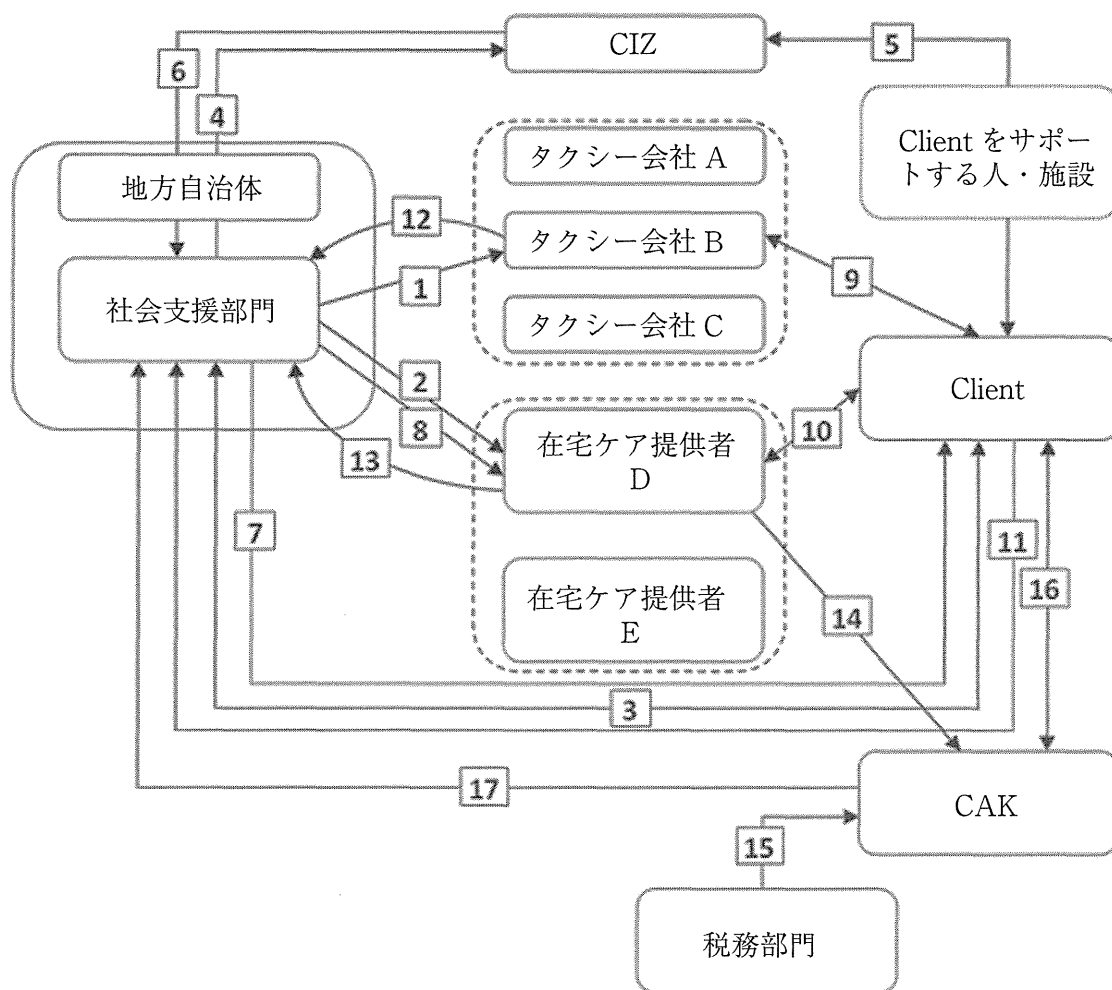
WMOサポートは、地方自治体のWMO導入関連部門が導入する。例えばHagueは以下の9つの行政部門から構成されている：

- [1] 統治業務：統治及び報道関係
- [2] 公共業務：納税及び地区の管理
- [3] 都市管理：下水道、上水道、駐車場、墓地、他
- [4] 教育、文化、福利：スポーツ、文化、公衆衛生 他
- [5] 社会問題及び雇用：求職、失業手当のサポート 他
- [6] 都市開発：建造や建設プロジェクト
- [7] 公共図書館
- [8] 会計
- [9] 市の内政問題

HagueでのWMOの政策決定と導入は部門[4]が行う。



Figure 3: WMOの関係者間での情報共有フロー (Source: Leyden Academy)



1. 地方自治体は WMO の交通サービスを提供するため、タクシー会社と契約する。
2. 地方自治体は WMO の在宅サービスのために、このようなサービスを提供する一社以上の企業と契約する。Figure 2 の例では、WMO の在宅サービスのために一社を選んだ。
3. Client が自治体の受付で用紙に記入し、WMO サポートに申し込む。殆どの自治体は個別の「WMO 受付デスク」を備えており、一部は「デジタル受付デスク」を構えている：必要な用紙をダウンロードし、自治体のウェブサイトから送付する。申し込みがあると、自治体か CIZ の職員が Client と面談し、個別に社会支援のニーズを評価する。
4. 自治体によっては認定評価を CIZ に委託する。この例では自治体は CIZ に認定評価を依頼している。
5. 認定評価を委託した場合には、CIZ が Client と面談し、個別のニーズを評価して判定する。ときには友人、家族、GP、在宅ケア組織や他の組織が Client をサポートして WMO の認定を依頼する。オランダには MEE という組織があり、障害者にアドバイスやサポートを行っている。
6. CIZ は Client の状況と社会支援のニーズを判断し、自治体に認定の提案を送付する。
7. 自治体が Client に認定結果の手紙を送付する。
8. 自治体は在宅ケア会社にサービスを必要としている Client がいることを通知し、依頼に

応じてデータを送付する。

9. Client はタクシー会社に電話して時間と場所について合意する。タクシー会社は Client に交通サービスを提供する。
10. 在宅ケア会社は Client に基本的サポートと家事サービスを提供する。
11. Client が WMO サービスの質に関し、フィードバックする場合もある。
12. タクシー会社は自治体に、WMO の交通サービスの請求書を送付する(全ての自治体が Client の自己負担をこのような形で交通サービスに適用するとは限らない。3.4 を参照のこと。)
13. 在宅ケア会社は自治体に、WMO の在宅ケア・サービスの請求書を送付する。
14. 在宅ケア会社は自己負担金額を計算するため、Client のサービス時間のデータを CAK に送付する。自治体自身が負担額を計算し請求することも可能だが、通常は CAK に委託させる。
15. CAK は税務署から Client の財政状況の情報を受け取る。
16. CAK は在宅ケア会社と税務署から受け取った情報を基に、在宅ケア・サービスの使用料に対する自己負担金額を計算し、Client に請求する。
17. CAK は Client から受け取った負担金を自治体に送付する。

### 2.3.2 WMO の情報共有

WMO のコミュニケーションには、情報共有について問題が存在する。以下にその事例を述べる：

- 標準化されたメッセージを持つ、単一の情報共有プラットフォームがない。例えば自治体は Client、認定評価機関、サービス提供者からばらばらの情報を受け取るため、事務上の混乱を招く。AZR のようなシステムがあれば、より連携・協調したサービスを提供し、事務負担を軽減し、さらに数多くの組織が関係している社会支援の費用を深く分析することができる。このため WMO では GuWA と呼ばれる新しい情報共有プラットフォームが開発されている。GuWA については 2.5. で説明する。
- WMO に関わる組織は、WMO サービスの実態と質の問題を必ずしも把握していない。その顕著な例が交通サービスである。予算が限られているために通常は最も安いタクシー会社が候補となり、これがサービスの質に影響する：ある自治体では交通手段を WMO にたよる Client はタクシーが来るまで、何時間でも待たされる。自治体やタクシー会社は Client がサービスに不満であることを見過ごし、時には些事として切り捨ててしまう。そこで一部の自治体は「地域タクシー・カード」を試みている。このカードの使用方法は、Client があらかじめタクシー会社に料金の一部は自治体が負担することを確認し、残りの料金を自身が支払う。これにより Client は余分な負担が発生するにせよ、自分が好むタクシー会社を利用することができる。
- 自治体は中途半端な市場システムを介して、最大限の効率化を目指している。ただこれは情報の共有の妨げともなる。中途半端な市場においては、多くのサービス提供者が競合する渦中にあるため、個々の Client やサービス内容の向上・効率化については情報を共有したがない。

## 2.4 ZVW、AWBZ 及び WMO の組織間における情報共有

### 2.4.1 ZVW と AWBZ

CIZ はファネルモデルを基に認定を評価するが、このファネルモデルについては第一回報告書で述べた。そのファネルモデルを Figure 4 に図示する。CIZ の最初の仕事は認定を評価する際、Client の医学的状況を完全に把握することである。正確な評価を帰するため、Client を診療している医療専門家から医療診断、疾病、障害についての情報を得るが、これが可能なのは Client が明確に同意した場合のみである。

Client が病院から長期療養・介護施設に転院した場合、実質的に ZVW から AWBZ に移管される。この場合、Client、家族、病院のスタッフの誰かが CIZ の認定を依頼する(緊急であるなしに関わらず)。そして CIZ 職員がファネルモデルに従って Client の状況を評価し、医療専門家にも情報を依頼する。CIZ 職員が状況を把握するためさらに情報を必要とする場合、Client に電話するか Client を訪問する。

Figure 4: 認定の際CIZがClientのケア・ニーズを査定するために使用する「ファネルモデル」 (Source: CIZ)

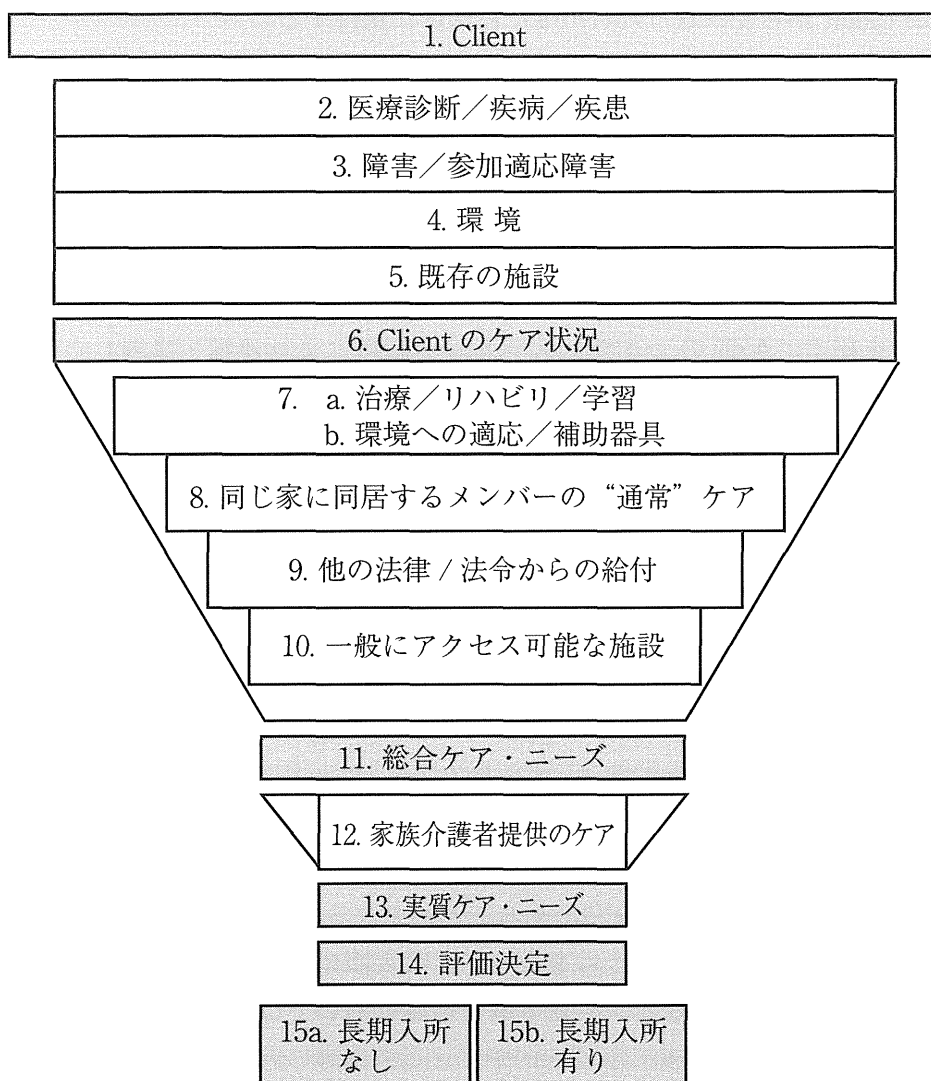


Figure 1 に示すとおり、Care Office が長期療養・介護サービス提供者、Client、CIZ、CAK の間を仲介する。第一回報告書で述べたとおり、その AWBZ 圏域において最も大きなシェアを持つ保険会社が Care Office としての役割を担う。しかし保険会社の Care Office 部門は、健康保険部門と Client 情報を交換しない。これは医療サービス・セクターのプライバシー規則に違反するものであり、Care Office の役割を担う保険会社を競争上、優位に立たせるものである（競合他社がアクセスできない情報を集めることが可能なため）。AWBZ の範囲内で唯一 Client 情報を共有できるのは CIZ、CAK、Care Office、長期療養・介護サービス提供者のみである。そして既に述べたとおり、AZR がこれらの組織の情報共有プラットフォームである。

#### 2.4.2 ZVW と WMO

地方自治体は CIZ と同様、確かな情報を基に認定を行うため、医療専門家に Client の医学的状态について情報を依頼する場合がある。そのためには Client から明確な許可を得なくてはならない。自治体によっては、WMO に申し込んだ全ての Client に対し、かかりつけの医療専門家から医療情報を得る許可を依頼する。この場合、Client は申込用紙に同意の署名をする。

また Figure3 の 5. のように、医療専門家が Client の WMO への申請を手助けする場合がある。GP が認定を評価する実験も行われているが、これらは不成功とみられている。主な理由は利害の対立である：GP は WMO 認定によって利益を得ることができる。WMO の認定によって地方自治体の支出の一部が GP へ振り向けられる事もあり得る。

#### 2.4.3 AWBZ と WMO

現在 AWBZ と WMO の機関や施設の間では Client レベルでの情報共有は盛んではない。そのしわ寄せとして、以下 3 点を挙げる。

1. 複数のケアやサポートを必要としている Client は、各機関・施設に自分の身体的、個人的状況について同じ話を繰り返さなければならない。もし Client が別の自治体に引っ越した場合、WMO サポートを申請する一連のプロセス — 認定評価からサポートの手続きまで — を最初からやり直さなければならない。しかし CIZ が認定結果と Client が必要とするケアやサポートを入力した一つのデータベースに、自治体、Care Office、長期療養・介護サービス提供者がアクセス可能なら、Client は自分の状況を一度だけ CIZ に話せばすむ。
2. サービス提供者によっては、複数の自治体や Care Office と関係している。この場合、彼らは認定の伝達方法や自己負担について、それぞれの方法に準じなければならない。コミュニケーションも請求方法も標準化されていないため、サービス提供者は事務的な負担が大きくなる。
3. 全ての自治体が、それぞれの自己負担金額を設定している。CAK は多くの自治体の負担金や手続き、また自治体とのコミュニケーションに対応しているが、CAK が全てよどみなく対処できるとは限らない。そのため、Client によっては再計算に多くの時間を取られ、それが CAK、Client の双方にとって事務上の負担となっている。

WMO は標準化されたメッセージを持つ共通のプラットフォームを必要としている。WMO と AWBZ のためにこのような共通プラットフォームを構築することは、長期療養・介護サー