

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。

WMO のサービス利用には、一部負担が必要である。WMO の一部負担についても、特別医療費保険と同様に、一部負担の上限が、受給者の所得、受給者が 65 歳以上か否か、家族の数等によって設定されている。WMO の一部負担については、地方委員会の裁量がきくようになっているが、一部負担が特別医療費保険の一部負担の最大負担額を上回らない範囲、家事援助等の WMO のサービス価格を上回らない範囲でという制限がある。

IV 私的医療保険 (Voluntary Health Insurance)

既に述べてきたようにオランダの医療保険は、短期医療サービスは Compartment 2 の ZVW、長期療養・介護サービスは、Compartment 1 の AWBZ と、国の準備した社会保険によってカバーされているが、これらの社会保険でカバーされていないサービスもある。Compartment 2 の Care Insurer 等は、これらの社会保険でカバーされていない医療サービスをカバーする医療保険商品を提供する。これが、“Compartment 3”の私的医療保険である。具体的には、22 歳以上の歯科治療、眼鏡、慢性的兆候のない患者への理学療法サービス等を例としてあげることができる。あるいは、一部負担について、これらのサービスは、医学的に必ずしも必要が無いか、患者が自己負担で十分に購入できると考えられた医療サービスである。また、医療サービスを受診した時の一部負担自体をカバーする保険商品もある。ただし、強制控除 (Compulsory Deductible) をカバーする保険商品は販売を禁止されている。18 歳未満の子どもについては、Care Insurer を含む多くの保険会社が、無料の商品を提供しているが、その大部分は、保護者の私的医療保険に加入するという形態をとっている。

Compartment 2 の Care Insurer は、私的医療保険への加入を求めてきた Compartment 2 の基礎保険に加入している被保険者の加入を拒否することはできない。

オランダの被保険者の 91% が、私的医療保険の商品を購入している。⁴¹

V 結語

本稿では、近年のオランダの医療保険制度、介護保険制度の現状について詳細に見てきた。特筆すべきは、オランダが、経済理論をはじめとして、理論的背景の元で医療、介護制度改革を行っていることである。医療、介護サービスは、人々の生活に密着したサービスであり、受給者、供給者など関係者の利害関係が制度設計の中で交錯することがあるが、経済社会の変化の中で、持続可能な長期的に安定した制度を構築するためには、やはり、理論的背景に基づいた制度改革が望まれる。オランダは、公平性に配慮しながらも、理論的背景に基づいた制度設計を試みていることが印象的である。短期医療については、「規制された競争」を導入しながら、医療制度の効率化を試み、長期療養、介護については、「規制された競争」は導入せずに、より正確なケアアセスメントの手法を確立し、ケア強度パッケージの開発により効率的な長期療養・介護サービスの需給を実現しようとしている。

⁴¹ Wilemijn Schafer et al. (2010) P.71.

参考文献

(論文)

- 大森正博 2004「オランダの医療・介護保険制度改革」『海外社会保障研究』No. 145号pp. 36-52
- 大森正博 2006年「オランダの医療・介護制度改革の最近の動向について」『租税研究』第677号 pp. 153-167
- 大森正博「オランダの医療保険者の役割」『健保連海外医療保障』No. 85. pp. 16-21 2010年3月
- 大森正博「オランダの介護保障制度」『リファレンス』No.725. pp. 51-73 2011年6月 国立国会図書館
- 廣瀬真理子 2008年「オランダにおける最近の地域福祉改革の動向と課題」『海外社会保障研究』No. 162 pp. 43-52
- 堀勝洋 1997「オランダの介護保険」堀勝洋『現代社会保障・社会福祉の基本問題』ミネルヴァ書房
- 松田晋哉 2003「オランダの診断群分類DBCについて（上・下）」『社会保険旬報』No. 2177 pp. 6-9, No.2178 P.10 - 16
- Bernard van der Berg and Wolter Hassink. 2005 “Moral Hazard and Cash Benefits in long-term Home Care”, Unversiteit Utrecht.
- De Boer et aleds. 2009 “Mantelzorg,Een overzicht van de steun van en aan mantelzorgersin 2007”, SCP.
- CIZ. 2010 “Long term care in the Netherlands”, CIZ.
- Campen,Cretien van,and Edwin van Gameren. 2003 “Vragen om hulp,Vraagmodel verpleging en verzorging”, SCP.
- CVZ. 2008 “Zorgcifera kwartaalbericht 2008, Financiële ontwikkelingen in de ZVW en AWBZ, le kwartaal 2008”, CVZ.
- Elke Decruynaere. 2010 “Personal Budget in the Netherlands”, EFRO
- Deuning CM. 2007 “Thuiszorginstellingen 2007”, RIVM.
- Eike Decruynaerer. 2010 “The Personal Budget(PGB) in the Netherlands”, EFRO .
- Esther Mot, Ali Aouragh,Marieke Groot and Hein Mannaerts. 2010 “The Dutch System of Long-term Care”, ENEPRI.
- Houten,Gijs van et al. 2008 “De invoering van de WMO”, SCP.
- Klerk, Mirjam de. 2005 “Ouderen in instellingen,Landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners”, SCP.
- De Lange and Poos. 2007 “Neemt het aantal mensen met dementie toe of af?” RIVM.
- NZa. 2008 “Uitvoeringstoets Best practice:Kwaliteit en bekostiging AWBZ”, NZa.
- NZa 2010 “Submission by the dutch Healthcare Authority (Nza) to the EU consultation regarding Community action on health services”, NZa.
- Ramakers,Clarie,Roelof Schellingerhout,Mary van den Wijngaart and Frank Miedema. 2008 “Persoonsgebonden budget nieuwe stijl 2007”, ITS.

Wilemijn Schafer et al. 2010 “The Netherlands-Healthsystem review” , Nivel.
Schut.F.T, van Doorslaer E.K.A. 1999 “Towards a reinforced agency role of health insurers
in Belgium and the Netherlands,” Health Policy Vol.48 P47-67.
SER. 2008 “Langdurige zorg verzekerd:Over de toekomst van de AWBZ”,
Uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid,Welzijn en Sport.
Pommer et al. 2009 “Definitief advies over het Wmобudget Huishoudelijkehulp voor 2009”,
SCP.
Trimbos-instituut. 2007 “GGZ in tabellen 2006”, Trimbos-instituut.
WHO. 2007 “The new dutch health insurance scheme:challenge and opportunities for better
performance in health financing”, WHO.

(書籍・資料)

CBS. 2009 Stat Line

ZORGMONITOR 2008VEKTIS

第2章

AWBZ の現状と課題：制度・財政面

(1) 全般

- ・オランダの人口構成は65歳以上が15.2%、80歳以上が3.9%（日本は23.0%、6.4%）。
- ・オランダ人の平均寿命は日本人より2年半短い（オランダ80.6年、日本83.0年）。
- ・オランダはフランス・ドイツより医師数も病床数も少ない（表1）。
- ・オランダの医療費：2010年で505億ユーロ、GDPの8.6%
（OECD Health Dataでは12.0%、うちGDPの3.5%が介護費）
- ・年齢階級別人口1人あたり保健費（Fig. 3）：ZVW+AWBZ+WMO
- ・オランダは1968年に世界で最初に社会保険でLong-term care（LTC）制度を導入した。
また、1994年には個人勘定（現金給付）を導入した数少ない国の1つである。
- ・オランダの65歳以上人口の6.7%が施設介護、12.9%が在宅介護を受けている。
- ・オランダの高齢者介護費：2010年で160億ユーロ、GDPの2.7%（日本は1.6%）。
- ・オランダでは私的仕組みの活用が進み、年金や医療において公的制度による社会支出のGDP比が日本より低い（表2）。

表1 7か国の保険・医療指標（2009年）

	フランス	ドイツ	日本	オランダ	スウェーデン	イギリス	アメリカ
出生率（TFR）	1.99	1.36	1.37	1.79	1.94	1.94	2.01
平均寿命（年）男女計	81.0	80.3	83.0	80.6	81.4	80.4	78.2
PYOLL（0-69歳，100人；年）	m	2.2	2.2	1.8	2.2	1.9	2.5
		f	4.5	4.0	3.3	3.1	3.1
肥満率（15+，%）	11.2	14.7	3.9	11.8	11.2	23.0	33.8
医療従事者数（人口千対）							
医師	3.3	3.6	2.2	2.9	3.7	2.7	2.4
看護師	8.2	11.0	9.5	8.4	11.0	9.7	10.8
病院病床数（人口千対）							
計	6.6	8.2	13.7	4.7	2.8	3.3	3.1
急性期病床	3.5	5.7	8.1	3.1	2.0	2.7	2.7
平均在院日数（日）acute care	5.2	7.5	18.5	5.6	4.5	6.8	5.4
1人当り外来受診（回/年）	6.9	8.2	13.2	5.7	2.9	5.0	3.9
総医療費の対GDP比（%）	11.8	11.6	8.5	12.0	10.0	9.8	17.4
総医療費に占める割合（%）	(2002)						
公的医療費	77.9	76.9	80.8	62.5	81.5	84.1	47.7
患者負担	7.3	13.1	15.8	5.6	16.7	10.5	12.3
薬剤費	16.1	14.9	19.4	9.6	12.5	11.6	12.0

PYOLL = Potential years of life lost

出典：OECD Health Data 2011（Nov. 2011）.

表2 7か国の社会支出 (Public) の対 (2009年) GDP比 (2007年) (単位: %)

	フランス	ドイツ	日本	オランダ	スウェーデン	イギリス	アメリカ
合計(公的制度)	28.4	25.2	18.7	20.1	27.3	20.5	16.2
老齢	11.1	8.7	8.8	5.3	9.0	5.8	5.3
遺族	1.7	2.1	1.3	0.2	0.5	0.1	0.7
障害	1.8	1.9	0.8	2.9	5.0	2.4	1.3
健康	7.5	7.8	6.3	6.0	6.6	6.8	7.2
家族	3.0	1.8	0.8	2.0	3.4	3.2	0.7

出典: OECD Social Expenditure Database 2010.

(2) ZVW

ZVWは短期医療保険で、100%民間保険で運営されている。加入者の保険料には所得比例保険料と定額保険料の2種類がある。所得比例保険料には2種類の料率があり、被用者の給料、公的年金給付、65歳未満の社会給付に対する料率は7.1%、自営業者やフリーランスの所得、私的年金給付、65歳以上の社会給付に対する料率は5.0%である。被用者の給料に対する所得比例保険料は事業主が負担しなければならないことになっている。一方、定額保険料は18歳以上の市民が支払う。給付の基本パッケージは国によって定められているが、定額保険料の額は保険会社によって異なる。定額保険料の全国平均値は年1,100ユーロである。この他、18歳未満の加入者の定額保険料の肩代わりとして、国が財源の5%を拠出している。

18歳以上の加入者に対しては一定額(2012年で年220ユーロ)の免責額(compulsory deductible)が課されている。年間の医療費が免責額までの場合は、医療費の全額を加入者が負担することになる。2012年のcompulsory deductibleの平均値は135ユーロと推計されている。強制免責額以上に年100~500ユーロの範囲で任意に免責額を引き上げることができ(voluntary deductible)、その場合は定額保険料が減免される。

表3はZVWの収入・支出を示したものである。2010年の医療費505億ユーロのうちZVWの支出362億ユーロは72%に相当する。2010年のZVWの収入336.9億ユーロにおける各財源の構成比は、所得比例保険料50.5%、定額保険料38.0%、国の補助金6.3%、免責額(強制+任意)4.3%である。2007年までは前年に医療費を使わなかった人に対して一定額を返すno-claim rebate ruleがあったが、この制度は2008年から強制免責制に置き換わった(免責額の年額は2008年150ユーロ、2009年155ユーロ、2010年、165ユーロ、2011年170ユーロ、2012年220ユーロと引き上げられている:この制度はcompulsory excessとも言われている)。

(3) AWBZ

AWBZは1年以上の長期入院、障害者ケア、慢性的精神保健、介護に関する保険で、全ての市民が強制適用される公的保険である。その主要な財源は、課税所得(上限は2011年で年33,436ユーロ)の12.15%の保険料である。赤字の場合は不足分を国が補填する。給付はニーズに基づいてなされ、子ども以外の受給者は所得比例の一部負担が課されている。介護認定はCIZ(Centre for Indication Care)の規定する全国基準に従って、機能や必要なケア時間を基に決められる。2007年からIADLに関するサポートはAWBZから切り離されてWMOに移管された。

表3 ZVW の収支

(単位：100万ユーロ)

		2007	2008	2009	2010
収入	所得比例保険料	14,726.4	16,917.6	16,651.5	17,022.4
	定額保険料	10,110.1	12,423.2	12,236.2	12,811.1
	国の補助金	1,857.5	2,072.0	2,080.7	2,132.6
	no-claim	1,958.9	-	-	-
	免責額(強制+任意)	-	1,384.7	1,451.5	1,446.6
	その他	62.4	92.1	105.5	280.0
	合計	28,715.3	32,889.6	32,525.4	33,692.7
支出	specialists	17,313.4	16,847.2	18,131.7	18,592.4
	pharmaceutical	4,979.0	5,068.1	5,085.5	5,215.2
	mental health	-	4,732.9	4,233.5	4,279.4
	G.P.	2,006.0	2,061.2	2,145.3	2,191.3
	medical divices	1,232.5	1,275.4	1,323.2	1,394.3
	dentistry	549.6	686.8	728.9	752.4
	paramedical	526.9	598.5	680.6	754.8
	transpot	487.5	543.2	562.4	588.6
	maternity care	228.3	267.4	270.1	282.7
	cross-border care	183.6	225.4	276.9	302.7
	obstetric care	132.4	142.5	160.4	176.7
	other formes of care	45.1	86.9	145.4	240.9
	primary care support	21.6	21.8	24.8	25.1
	other expenses	1,307.9	629.9	699.3	1,414.8
	合計	29,013.8	33,187.2	34,467.9	36,211.2

Source : CVZ (2011. 11. 30)

AWBZ の給付は Personal care, Nursing care, Counseling, Treatment, Long-term residence, Short-term residence の 6 種類があり、Long-term residence と Short-term residence の給付は施設入所者に限定される。AWBZ の給付には現物給付と現金給付(個人勘定、PGB)があり、現物給付を選んだ場合に比べて現金給付の額は低い。現物給付・現金給付のいずれでも、受給者は年齢・所得・要介護度・世帯状況に応じて一部負担を支払わなければならない。

施設サービスの他に、自宅で暮らしているものの ADL 障害があり、インフォーマル・ケアを十分うけられない人のためにデイケア・センターやショートステイ・センターが介護サービスを提供している。

2010 年の AWBZ の収入 212.4 億ユーロにおける各財源の構成比は、保険料 69.1%、国の補助金 23.0%、受給者の一部負担 7.7% である(表 4)。

2010 年の AWBZ の支出 244.4 億ユーロの内訳をみると、Personal & Nursing care が 53.8%、障害者ケアが 26.6%、個人勘定(現金給付)が 8.8%、精神保健ケア 6.9%、等となっている(表 4)。

AWBZ に関しては効率性の向上、受給者の意向の重視、サービスの重点化、などが求められている。表 5 は高齢者に関して、医療・介護サービスが在宅と施設のそれぞれでどの法律に基づいて行われているかを示したものである。介護費を在宅給付と施設給付に区分することはできない。高齢者介護の施設は care home と nursing home (nursing homeの方が care home

表4 AWBZの収支

(単位:100万ユーロ)

		2007	2008	2009	2010
収入	保険料	14,398.4	14,213.7	13,555.2	14,681.9
	国の補助金	4,495.4	4,774.3	4,896.4	4,891.6
	受給者の一部負担	1,617.6	1,580.2	1,603.1	1,638.4
	精神保健に関するZVWからの拠出	2,800.0	-	-	-
	その他	30.5	32.4	42.0	28.2
	合計	23,341.9	20,600.6	20,096.7	21,240.1
支出	personal & nursing care	11,359.9	12,054.6	12,552.0	13,161.1
	care for the handicapped	5,243.8	5,880.6	6,392.4	6,507.7
	long-term mental health care	4,253.5	1,541.3	1,594.4	1,679.8
	other forms of care	272.9	322.3	309.2	311.4
	personal budget (PGB) subsidy	1,381.0	1,622.7	1,918.0	2,157.5
	その他	455.5	614.6	640.9	625.8
	合計	22,966.5	22,036.1	23,406.9	24,443.3

Source : CVZ (2011. 11. 30)

より入居者の障害・要介護度は重い)に大別され、nursing home で提供されるサービス(医療サービスを含む)は全て AWBZ から給付されるが、nursing home 以外の施設では一概にはいえない。在宅高齢者に対する介護サービスでは、AWBZ、WMO のいずれも現物給付と現金給付(PGB)を選択できるが、WMO の給付は AWBZ の給付総額(在宅+施設)の6%程度でまだ小さくなく、今後 AWBZ を効率化する過程で WMO への移管がさらに進められる見込みである。

(4) Health care expenditure (保健費)

保健費は医療費と介護福祉費の合計で、ZVW、AWBZ、政府支出などで構成されている。2010年の保健費は871億ユーロ(GDPの14.8%、以下同様)で、医療費は505億ユーロ(8.6%)、介護福祉費は336億ユーロ(5.7%)であった。医療費の内訳では病院・専門医が224億ユーロ(3.8%)で最も多く、薬剤費64億ユーロ(1.1%)、精神保健54億ユーロ(0.9%)と続いている。介護福祉費の内訳では高齢者介護が160億ユーロ(2.7%)、障害者ケアが79億ユーロ(1.3%)、などであった。

表5 高齢者の在宅・施設別医療・介護給付の概念図

	医療サービス	介護サービス	
		主に屋内	主に屋外
在宅	ZVW (a)	AWBZ (c)	WMO
施設 (care home or nursing home)	ZVW/AWBZ (b)	AWBZ (d)	

注1: 2010年におけるZVWの支出総額は€362億。

注2: 2010年におけるAWBZの支出総額は€244億。

注3: 2010年における個人勘定(PGB)の総額は€22億。

個人勘定(PGB)はAWBZからもWMOからも給付される。

注4: BZKによるとAWBZの現物給付対現金給付(PGB)は10対1。

WMOにも現物給付と現金給付(PGB)があり、その総額はAWBZの約6%。

人口1人当たりの保健費は65歳以降急増し、特に女性では95歳以上の1人当たりの保健費は70-74歳の約7倍に達している(図1)。また、病院医療費に限って、生存者と死亡者の1年間の平均医療費(2000年)を比べると、死亡前1年間の医療費は70歳以降、年齢階級の上昇とともに急激に低下する(90歳は70歳の3分2)が、それでも死亡者の医療費は生存者の医療費よりはるかに高い(図2)。

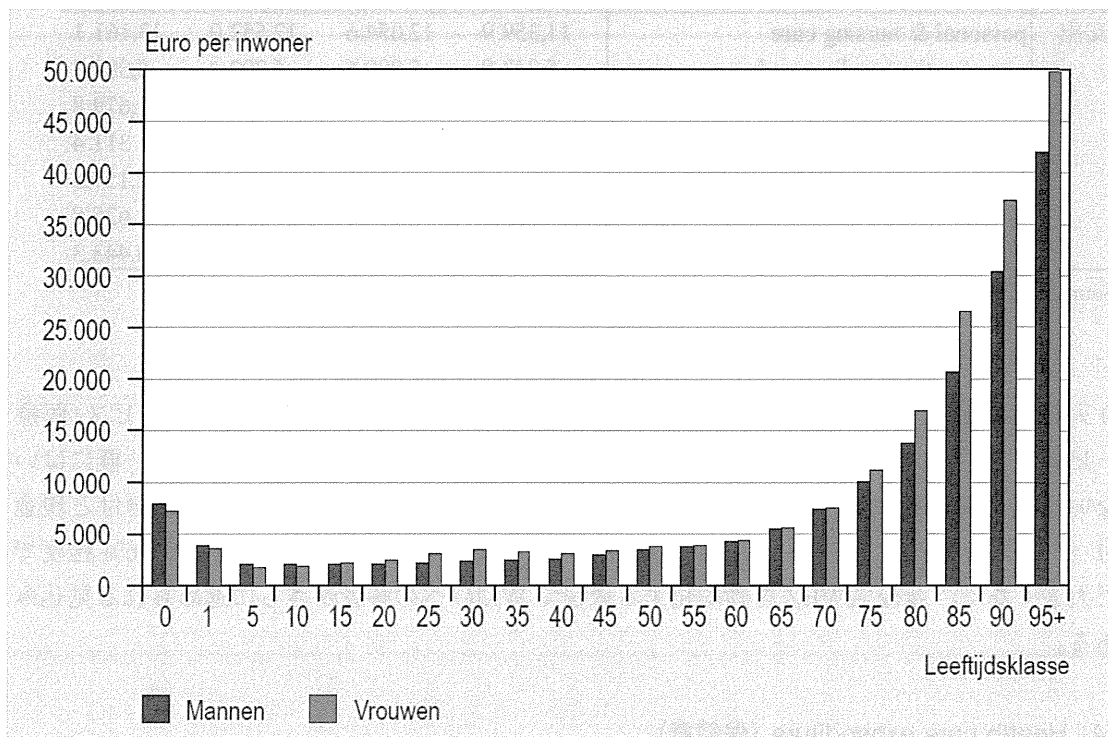


図1 性・年齢階級別1人当たり保健費

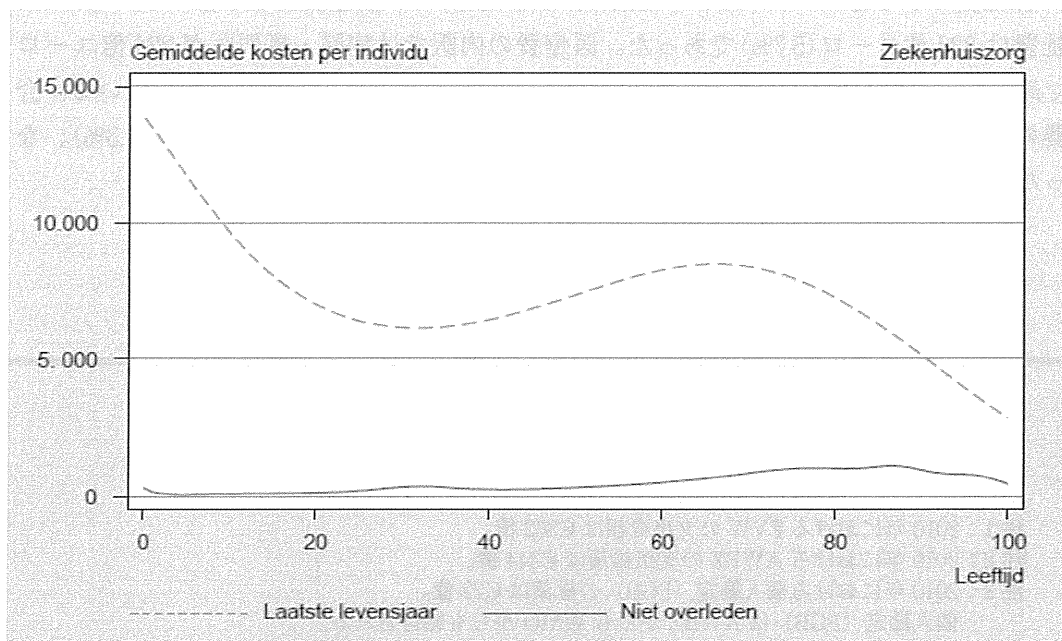


図2 生存者・死亡者別1年間の平均医療費(病院)

(5) まとめ

- ・オランダ人の平均寿命は日本人より2年半短い。オランダはフランス・ドイツより医師数も病床数も少ない
- ・オランダの医療費、高齢者介護費はそれぞれGDPの8.6%、2.7%で日本より大きい。短期医療(ZVW)は完全に民営化され、高齢者介護を含むAWBZは公的制度で運営されている。
- ・医療サービス利用の効率化(例えばdeductibleの導入)や医療と介護の連携(例えばnursing homeにおけるサービス提供)において、オランダは様々な工夫をしている。オランダ人の合理的な国民性に基づいて制度設計をしている。
- ・一方で、高齢者の施設入所率や死亡者の医療費などでは、オランダと日本で共通の特徴が見られる。

参考文献

OECD (2011) . Health Data 2011

Rolden H. & van der Waal M. (2012) . Coordination of health care services in the Netherlands. Report by Layden Academy on Vitality and Ageing.

Schut F.T. & Van den Berg B. (2010) . Sustainability of comprehensive universal LTC insurance in the Netherlands, OECD Social Policy and Administration Vol.44.

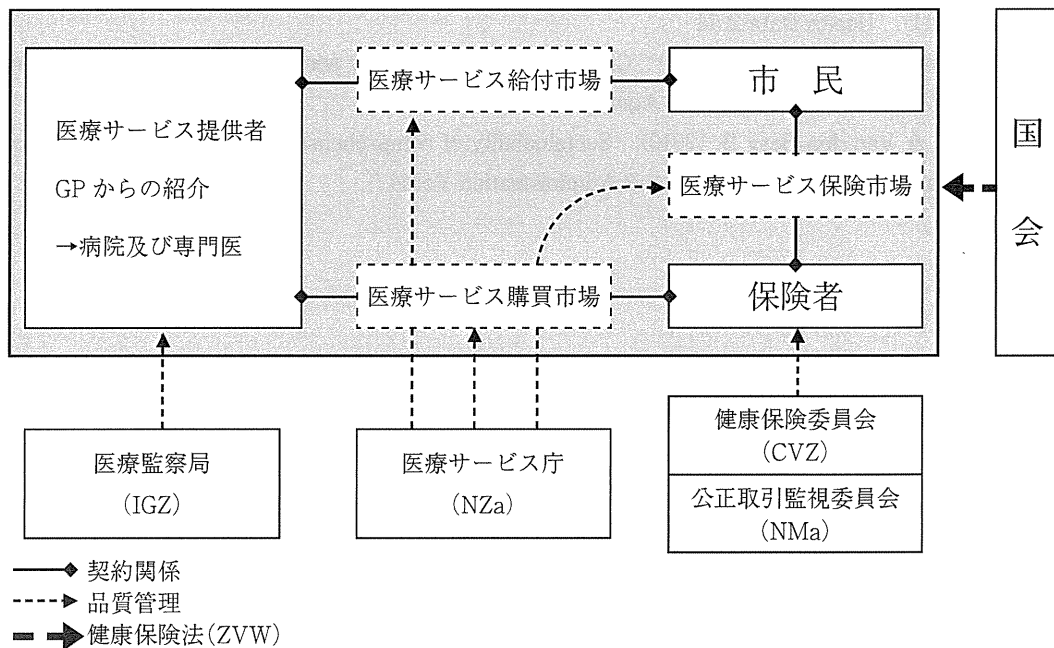
第3章

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

本報告書第1章と、本報告書の後ろに付されているライデンアカデミーの報告書に基づき、オランダにおける入院・介護の費用請求・支払いと情報交換をまとめてみよう。

1. 入院・介護の費用請求・支払い

(1) 健康保険法 (ZVW) の場合



上図の流れで、保険者が医療サービス提供者に対し、受けた医療について定額又は事前に交渉している額を支払う。

医療費は、原則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請求される。DBCについて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)、残りの価格は医療サービス庁(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(透明化途中"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支払われる。

対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング及びトリートメントは、AWBZの対象でもあるが、病院で受けた場合、その支払いはZVWを通じて行われる。

(2) 特別医療費保険法 (AWBZ) の場合

AWBZからの保険の給付を受ける場合、全てケア判定センター (CIZ)の受給資格認定を受ける。CIZは、個人々人について判定表(ファネルモデル)に従ってケア・ニーズを評価し、査定結果は各申請者の最寄りの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。

Care OfficeはCIZの認定に従って利用者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(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。

AWBZからケア・サービスを受けた利用者は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応能負担である。税務部門はCAKと健康保険委員会(CVZ)に患者の所得状況を報告する。

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契約している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。

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。

利用者のみが個人介護予算(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。

したがって、施設介護と在宅介護、現物給付と現金給付の組み合わせにより、請求・支払いを大きく分けると、4とおりの組み合わせがあるが、ここでは典型的な2つの場合を取り上げる。

なお、2009年の施設入所者数は、246,000人(高齢者人口の約1%)、在宅者での受給者数は621,000人(約2.5%)であり、施設入所者の単価は、在宅者の3倍とされている。

① 施設介護かつ現物給付の場合

ア) これがAWBZの基本とされている。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利用者は、対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング及びトリートメントを、利用者の要介護度(ZZP)に照らし合わせて、これらの入所している施設で受けると、中央管理庁(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。

サービス提供者は、ZZPや機能レベル毎に医療サービス庁(NZa)が設定した標準補償金額を受け取る。ただし、この金額は「最高」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。

次は2011年にZZP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-ZZPは10段階に分かれている。これが、我が国と比べてオランダの介護施設の著しい特徴であるが、同じ介護度(ZZP)でも、トリートメント(「オランダにおける医療・介護サービスの調整」p41参照)

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

介護度	トリートメントのない場合 の報酬 (1日当たりユーロ)	トリートメントのある場合 の報酬 (1日当たりユーロ)
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

が行われると給付額が高くなる仕組みとなっており、我が国の特養における同介護度同報酬とは異なっている。

イ) 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気状態で、集中的な対人ケアやナーシング・ケアを必要とする利用者に、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利用者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。ただし利用者がナーシング・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。

ウ) ケア・ホームは自宅に住むことのできなくなった利用者にケアを提供するものである。ケア・ホームではホーム・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・ホームは財団形態であり、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)。

利用者は、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。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、給付内容の殆どは利用者自身が支払う。

一方、AWBZ からの支出により利用者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、利用者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。

② 在宅かつ現金給付の場合

ケア判定センター (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利用者で、自宅で住むことを好む場合には、対人ケア、ナーシング・ケア、カウンセリング及びトリートメントは、利用者の自宅で受け、Care Office (又は個人介護予算、PGB) から現金給付を受けるケースがある。民間のケア・ホームも AWBZ から補てんされず、利用者の自費となり、PGB を利用して入居先とケアを賄う場合もある。民間ケア・ホームは、株式会社により運営されている。

PGB の受領額は、CIZ が認定した認定レベル毎に標準的ケア内容と時間が設定されており、現物給付の 25% 減の額とされている。次の表は、それを示している。現金給付の場合、利用者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。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。

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

(3) 社会支援法 (WMO)

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。なお、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ている。

(4) AWBZ、ZVW 及び WMO の支出

2010 年で、医療保険 (ZVW) は 349 億ユーロ、特別医療保険費 (AWBZ) は 240 億ユーロ (うち、個人介護予算、PGB 21 億ユーロ)、社会支援費 (WMO) は 15 億ユーロであった。

2 患者情報の交換

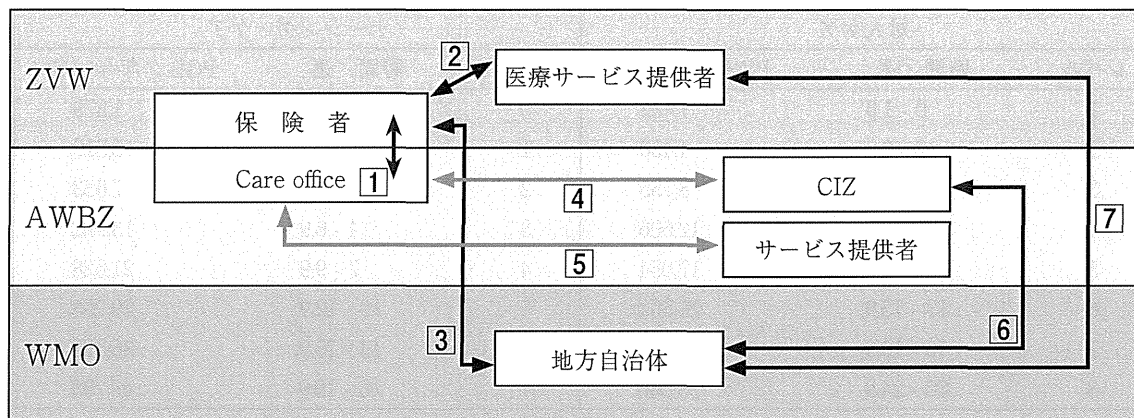
(1) 現状

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概観する。

① 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。担当総合医(GP)や専門医の間での患者情報の交換は、診察理由、使用薬剤、受診歴、処置、診断結果などに標準化されている。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。

地方自治体が、WMOの申請者に対して、申請者の家庭医への必要な医療情報を求めることに同意する文書を求め、家庭医から必要な情報を入手することは、一般に行われている。

② 次に医療サービス機関同士の患者についての情報交換の概略を示す。但しこの図では、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医療サービス提供者の Client 情報にアクセスする許可を与える必要がある。

③ 2008年6月1日、「保健分野における市民サービス番号の使用に関する法律(WBSN-Z)」は下院と上院を通過し、有効となった。翌2009年6月1日からWBSN-Zに基づき、医療サービス提供者、保険会社及びCIZは、当該医療サービス提供者の有する患者情報を市民サービス番号(BSN)の使用により交換することが義務付けられた。

医療サービス提供者は、疾病・診療分類DBC(2006-2011)又はその改善分類DOT(2012)を根拠として患者のための保険給付を請求する。彼らは患者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。

(2) 改革の方向

GP、薬剤師、専門医が、患者履歴により容易にアクセスできるようにする修正案が用意された。これはWBSN-Zの修正案であり、「患者電子情報(“Electronic Patient File” EPD)」の法律案として知られるようになった。この修正案は、GP、薬剤師、専門医が、患者の市民サービス番号(BSN)を利用して、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するものであった。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。EPD法案の目的は、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法案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とされた。

ただ、ここで重要なのは、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提案だったこととされる。

WBSN-Zの修正案であるEPD法案の方は2009年2月19日に下院を通過したが、結局2011年4月4日、上院により否決された。その理由は、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た。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と考えられたためとされる。

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

本章は第1章～第3章の概要をまとめ、2年目以降の研究課題を整理したものである。

(研究の趣旨)

オランダでは1年以上の長期入院と介護サービスを1つの制度(特別医療費保険、AWBZ)で提供している。医療サービスの分野では管理された競争を基本原理として民営化を進め、サービス利用者の選択を通じて効率化を図ることを目指している。一方、長期療養・介護の分野では競争原理ではなく必要なサービスが適切に提供されるシステムに重点をおいている。

一方、現在の日本の医療保険には療養病床や訪問看護のように長期にわたるサービスが含まれ、介護保険には老健施設のように短期のものが含まれている。日本の医療保険(とりわけ長寿医療制度)及び介護保険は、今後の後期高齢者数の増加によってその財源確保が難しくなっていく可能性がある。高齢化に伴って一定程度の医療と介護を同時に必要とする者が増えていくのは必然であることから、医療と介護の連携(又は切り分け)に焦点を当て、サービスの質を向上させるとともにシステムの効率化を図る方策を検討することは重要である。

(2011年度の研究結果)

オランダにおける「規制された競争」では、保険者は加入している被保険者のリスクに応じて調整された調整金を事前に受け、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・質について交渉し契約することができる立場にある。被保険者の保険者選択によって、保険者は消費者にとってより良いサービスを提供する医師・医療機関と契約するインセンティブをもち、結果として被保険者に最も望ましい医療が提供され则认为られている。つまり、保険者は事前調整金よりも高い金額を医療サービス供給者に支払うと、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なって医療費の効率的使用を試みる。

AWBZは1年以上の長期入院、障害者ケア、慢性的精神保健、介護に関する保険で、全ての市民が強制適用される公的保険である。短期医療(ZVW)は完全に民営化され、高齢者介護を含むAWBZは公的制度で運営されている。このオランダ方式がサービスの質の向上やサービス提供の効率性にどの程度貢献しているか、という点に関しては今後の課題である。

オランダの医療費、高齢者介護費はそれぞれGDPの8.6%(Table 5c)、2.7%(Table 6)で日本より大きい(日本はそれぞれGDPの8%、1.6%)。ZVWでの診療報酬支払いは疾病・診療分類(DBC)に基づいている。DBCについて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、そのうち34%は価格交渉の対象であった(66%の価格は医療サービス庁NZAの決定どおり)。2012年1月1日までにDBCは約4,400のDOTに集約され、価格交渉の対象もDOTのおよそ70%に拡大された。

AWBZ からの保険給付はケア判定センター (CIZ) の受給資格認定に基づく。オランダは 32 のケア圏域(32 care regions)に区分されており、CIZ は申請者のケア・ニーズに関する査定結果を申請者の居住する地域の Care Office に送付する。Care Office は CIZ の認定に従って利用者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(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。AWBZ からケア・サービスを受けた利用者は 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応能負担である。税務部門は CAK と CVZ に患者の所得状況を報告する。

2009 年における AWBZ 受給者の内訳は施設入所者 24.6 万人(高齢者人口の約 1%)、在宅者での受給者数は 62.1 万人(高齢者人口の約 2.5%)であり、施設入所者の単価は在宅者の 3 倍とされている。受給者は現物給付と個人介護予算(PGB)のどちらにするかを選び、さらに現物支給と現金給付の組み合わせも可能である。施設介護かつ現物給付の場合、サービス提供者は利用者の要介護度(ZZP)毎に医療サービス庁(NZa)が設定した標準補償金額を受け取る。ただし、この金額は「最高」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(ただし、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)。同じ要介護度(ZZP)でもトリートメントが行われると給付額が高くなる仕組みになっている。

全ての保健(医療・介護)サービス提供者は自分たちの利用者についてそれぞれデータベースを持っていて、依頼があればサービス提供者同士で利用者情報を交換する。GP や専門医の間での患者情報の交換は、診察理由、使用薬剤、受診歴、処置、診断結果などに標準化されている。GP が患者を専門医に送ると、殆どの場合専門医からのフィードバックが返ってくる。しかし、標準化されたデータベースはない。「保健分野における市民サービス番号の使用に関する法律(WBSN-Z)」が 2008 年 6 月 1 日から有効となり、2009 年 6 月 1 日から保健サービス提供者、保険会社及び CIZ は利用者情報を交換する際に市民サービス番号(BSN)の使用が義務付けられた。GP、薬剤師、専門医が、患者履歴により容易にアクセスできるようにする WBSN-Z の修正案が用意された。この修正案は「患者電子情報(“Electronic Patient File” EPD)」の法律として知られ、GP、薬剤師、専門医が、患者の市民サービス番号(BSN)を使って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するものであった。しかし、結局 2011 年 4 月上院で否決されて成立しなかった。

短期医療には「規制された競争」を導入して医療サービス提供の効率化を進め、長期療養・介護については、「規制された競争」は導入せずに、より正確なケアアセスメントの手法を確立し、ケア強度パッケージの開発により効率的な長期療養・介護サービスの需給を実現しようとしている。AWBZ に関しては効率性の向上、受給者の意向の重視、サービスの重点化、などが求められている。医療サービス利用の効率化(例えば、免責額 deductible の導入、被保険者による効率的な保険者の選択)や医療と介護の連携(例えば、ナーシング・ホームにおけるサービス提供、市民サービス番号 BSN 使用の義務化)において、オランダの行っている取り組みは日本にとって参考になる点が多い。一方で、高齢者の施設入所率や死亡者の医療費などでは、オランダと日本で共通の特徴が見られる。

オランダでは短期医療(根拠法は ZVW)と長期療養・介護(根拠法は AWBZ)が明確に区分されている。AWBZ 受給者に対する医療サービスに関しては、病院で提供されるサービスは全

てZVWの支出、ナーシング・ホームで提供されるサービスは全てAWBZの支出と、むしろ機械的な区分けになっている。AWBZ受給者に対する福祉サービスの提供に関しても連携は必ずしも十分ではない。また、入院から介護に移行する際の情報の伝達は必ずしもスムーズではない。その理由は適用される法律が異なること、情報保護に関する法律があること、などが挙げられるが、患者・利用者に関する統一的なデータ・フォーマットが無いこともその大きな要因と考えられる。

(今後の研究課題)

高齢者医療・介護問題に関するオランダとの共同研究を継続する。2012年度に予定するオランダの制度に関する調査はHealth Insurance Board (CVZ)の組織・機能、Centre of Needs Assessment (CIZ)の組織・機能、ZVW及びAWBZの報酬体系、医療保険者及びAWBZ保険者の報酬請求・支払の実態、AWBZでの在宅サービスとWMOの役割分担、を含む。

オランダの介護制度の状況、長期高額医療と通常医療を分けるクライテリア等についての現地調査を基に、医療・介護サービス提供におけるオランダ方式のメリット・デメリットを定性的・定量的分析する。

日本において入院から施設介護や在宅介護へと移行する場合の医療保険と介護保険との役割分担、及び医療機関と介護保険サービス事業者の情報のやり取り等を含む連携方法を実務的に研究する。

医療・介護を一体的に給付する形態による国民の健康状況、医療・介護ニーズへの充足状況、医療機関・介護事業者へのさまざまな影響、長期医療と通常医療・介護制度への財政的影響等、オランダ方式と従来の日本方式のアウトカムの比較研究を定量的に行う。また、オランダの特別医療費保険(AWBZ)を日本に導入した場合のシミュレーション分析を行う。

以上の研究結果をもとに最終提言をまとめる。

平成24年度報告書