

第1章

オランダにおける公的医療保険制度改革と 日本の医療制度改革

大森正博

(お茶の水女子大学)

I はじめに¹

我が国の公的医療保険制度は社会経済環境の変化の中で改革を迫られている様に思われる。我が国は、1961年に国民皆保険を実現し、世界に冠たる長寿国となったが、それを支えてきた公的医療保険制度は大きな岐路に立たされている。着実に進行している高齢化は、国民健康保険への加入者を増加させ、2008年には後期高齢者医療制度を導入する契機となったが、高齢者に対する医療制度のあり方について、引き続き模索が続いているのが実情である。また、我が国の公的医療保険は、制度整備の歴史的経緯も相まって、職業、年齢等により保険者が分立しており、増加しつつある非正規雇用の人々の多くは企業、組織で働いているにもかかわらず、その多くが国民健康保険に加入しているのが実情である。また、景気の低迷、低い経済成長もあって、国民健康保険の未加入者が増加してきており、国民皆保険が有名無実のものになる危険性ははらんでいる。

本稿では、我が国と同様に高齢化が進み、パートタイム労働など非正規雇用の割合が我が国よりも高いオランダを取り上げて、公的医療保険制度の被保険者の適用状況について検討を行い、我が国の医療制度改革への示唆について考える。最初に、第II節では、オランダの公的医療保険制度の被保険者の条件について検討する。そして、第III節では、公的医療保険制度の被保険者になることを実質化するための保険料水準等の条件について、必要に応じて、公的医療保険制度の仕組みを見ながら、考察を行う。第IV節では、結語が述べられる。

II オランダの公的医療保険制度の状況

オランダの公的医療保険制度は、1年を超える入院サービス等の医療サービスが、介護保険制度でカバーされることから、公的医療保険制度という場合に、医療・介護を含めることが多い。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、1年以上の入院医療、介護等、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患、症状を中心としてカバーす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す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, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)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, Zorgverzekeringswet, ZVW)を根拠としている。“Compartment 3”は、公的保険でカバー

¹ 本稿は、大森(2012)に多くを負っている。

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。我が国の医療・介護制度に照らしてみると、公的介護保険にあたる部分が“Compartment 2”であり、健康保険にあたる部分が、“Compartment 2”であり、自由診療に該当するのが“Compartment 3”である。しかし、それぞれ、カバーするサービスの相違があることから、オランダのそれぞれの制度でカバーされているサービスと日本のそれは一致していないことは注意を要する。

II - 1 公的医療保険制度の被保険者の状況

本小節では、公的医療保険制度の被保険者の被保険者の状況について、説明をしよう。

“Compartment 1”と“Compartment 2”では、国民皆保険が実現しており、加入条件もほぼ同一である。両者とも、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。加入は、個人単位であり、年齢にかかわらず、生まれた時から亡くなるまで加入義務がある。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。後者の軍人は、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。² 一方、前者は、“Compartment 1”、“Compartment 2”について所得比例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。³ “Compartment 2”については、この所得税収は、健康保険審議会(Health Insurance Board, College voor zorgverzekeringen, 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費用の支払いを行う。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。一方、“Compartment 1”については、これらの人々は、“Compartment 1”のサービスを受ける必要がある時には、サービスを受ける権利を持っているという扱いになる。

“Compartment 1”も“Compartment 2”も職業、年齢、性別、所得等の社会経済的属性にかかわらず、同じ保険に加入する制度になっており、我が国とは異なり、公的医療保険の一元化が進んでいる。

それに対して、“Compartment 2”にあたる我が国の公的医療保険制度は、非被用者は国民健康保険、被用者は、その勤務先の属性により、協会けんぽ、組合健保、船員保険、各種共済等の被用者保険に加入するというように制度が分立している。

“Compartment 3”は、自由診療にあたるものであり、保険者は、保険料、給付内容等、保険商品の内容を自由に設定することができ、人々が加入するかしないかは、任意である。日本でも公的医療保険でカバーされない自由診療の部分があることは共通している。ただし、異なる点は、日本の自由診療の場合、保険者は営利の生命保険会社等であるが、オランダの自由診療の部分の保険者は、多くを“Compartment 2”の保険者である“Care Insurer”が提供していることである。

また、日本のオランダと比較した特徴は、75歳以上の人々を別の医療保険制度である「後期高齢者医療制度」でカバーするようにした点である。「後期高齢者医療制度」は、一定の考え方の下で制定された制度であるが、制度の一元化という観点だけから見ると、逆行する改革で

² Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 68.

³ 後述するように、“Compartment 2”では、被保険者は所得比例保険料(Percentage Contribution)と定額保険料(Nominal Contribution)を納めなければならないことに注意。

あった。

ところで、オランダでは、“Compartment 1”について、制度が施行された1968年から国民が同一の保険に強制加入という形態ができていたが、“Compartment 2”は少し事情が異なる。制度の一元化は、様々な理由でなかなか実現が難しい。例えば、保険財政が黒字の保険者と赤字の保険者が併存する下では、保険財政の状況の良い保険者は、採算の改善の見通しが立たなければ、赤字の保険者との合併を好まないであろう。オランダの“Compartment 2”において、どの様に保険の一元化が進んでいったのか、以下では、その経緯について見ていこう。

II - 2 “Compartment 2”における公的医療保険制度の一元化

“Compartment 2”は、1966年に健康保険法(Health Insurance Act, Ziekenfondswet, ZFW)の施行(公布は1964年)により成立したが、当時は、一定所得以下の被用者が健康保険に加入し、被用者で一定所得以上の者、自営業者、退職者、高齢者は、健康保険と同様の給付内容を含み、政府によって保険料等が国によって規制された私的医療保険に任意で加入していた。そして、被用者、自営業者、退職者、高齢者は、これらの公的医療保険のカバーから外れた自由診療にあたるサービスをカバーする私的医療保険にも任意で加入していた。しかし、病気のリスクの高い高齢者、退職者等が加入する公的に規制された私的医療保険の保険者の財政状況が不安定になったことから、政府は、1986の医療保険制度改革の中で、被用者、自営業者の中で、所得が一定水準以下の人々が健康保険法(Health Insurance Act, Ziekenfondswet, ZFW)により、健康保険に加入し、被用者、自営業者の中で所得が一定水準を超える人々は、医療保険アクセス法1986(the Medical Insurance Access Act, Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen, WTZ)(Bulletin of Acts, Orders and Decrees 1986, 123)によって規定された私的医療保険(Private Health Insurance)に加入し、公務員は、公務員保険(the Public Servants' Medical Expenses Scheme, Ziektekostenvoorziening Overheidspersoneel, ZVO)に加入することとした。従来、公的に規制された私的医療保険でカバーされていた人々の中で、一定所得水準以下の自営業者、企業等からの退職高齢者等、病気のリスクの高い人々を健康保険(ZFW)でカバーすることにしたのが特徴的である。

この時、保険者間の財政調整のために2つの立法を同時に行っていることも注目に値する。

第一に、高齢者医療保険受給のための共同基金法(the Act on the Joint Funding of Elderly Sickness Fund Beneficiaries ,Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden, MOOZ)である。私的医療保険に加入している人々が、リスクの比較的高い人々を多く被保険者で抱えるようになった健康保険(ZFW)の財政を援助するためにMOOZ割り当て保険料(MOOZ apportionment contribution)を負担することが制度の趣旨である。⁴ 第二に、医療保険アクセス法1986である。医療保険アクセス法1986の趣旨は、健康保険のカバーの対象にならない人々が、健康保険と同等の給付と適当な保険料負担を内容とする保険商品を私的医療保険の中で購入できる様にするための制度的措置である。⁵ 医療保険アクセス法は、制度の趣旨を継続しながら1998年に改正された。

こうした経緯を経て、2006年の医療保険制度改革により、“Compartment 2”の一元化が実現

⁴ Ministry of Health, Welfare and Sport (2000) P. 38。

⁵ Wilemijn Schafer et al. (2010) pp. 17-18 を参照。

したのである。

しかし、ここで留意しておきたいことは、公的医療保険制度の一元化はもう少し早い段階から構想されていたということである。その構想は古く、1987年に政府の白書“Willingness to change”にまとめられたデッカー・プラン(Plan-Dekker)では、「規制された競争」を公的医療保険制度に導入することを構想していたが、その中で、“Compartment 2”がカバーする短期医療サービスのみならず、“Compartment 1”のカバーする長期療養、介護サービスまで含んだ公的医療保険制度の統合が構想されていた。デッカー・プランは、そのままでは実現しなかったが、後述するように、今日、“Compartment 2”において、デッカー・プランの構想した「規制された競争」の導入が推し進められている。“Compartment 2”における保険の一元化は、「規制された競争」の推進を念頭に置いて行われてきたことに留意が必要である。

III 公的医療保険制度の内容

国民皆保険、公的医療保険の一元化が実現しても、サービス給付の内容、保険料等の条件が厳しすぎれば、未加入者等が出て、その意味が薄れてしまう。また、任意加入である“Compartment 3”については、カバーされているサービスに、被保険者にとって重要なサービスが含まれている場合には、任意加入であることの是非が問題になり、被保険者が加入を希望する場合、加入可能かどうかが重要になってくる。以下では、これらの点を考慮に入れて、日本の制度との比較検討を適宜行いながら、“Compartment 2”、“Compartment 1”、“Compartment 3”の制度の仕組みを見ながら、検討していく。

III - 1 “Compartment 2”の制度の概要

最初に“Compartment 2”の制度の概要を見ていこう。“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。2006年の医療保険制度改革により、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。これらは、具体的には、相互会社(Mutual)、公的有限会社(Public Limited Company)である。⁶ 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。“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。“Compartment 2”の市場は、27の“Care Insurer”が11のグループ会社に分かれている。⁷ 日本では、保険者は、非営利組織であることから考えて、オランダのケースは注目に値する。

“Compartment 2”の特徴の一つは、被保険者が加入する保険者を選ぶことができることにある。職業、年齢、性別等に関わらず、保険者を選ぶことができ、原則1年に1回、保険者を代える自由がある。日本では、被保険者は職業、勤め先等社会的身分によって加入できる保険は決まっており、オランダの場合と対照的である。

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

⁶ Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 100 を参照。

⁷ Vektis (2011) を参照。

売しなければならず、保険加入を拒否することは禁じられている。また現物給付の保険商品、費用償還方式の保険商品、両者をミックスした保険商品といった形で多少の製品差別化は出来るものの、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・セクション(Risk Selection)を行えないようにしている。日本の場合は、被保険者の社会的身分によって公的医療保険のいずれかの保険の被保険者になるので、リスク・セクションは生じにくい。

保険によってカバーされるサービス内容は、健康保険審議会の勧告に基づいて国が決定しており、“Compartment 2”の保険商品についてカバーされるサービス内容は同一である。この点は、日本も同様である。

一方、保険料負担はどうであろうか。(表1)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4つの財源から成っている。

- 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)

日本では、詳細な違いを除けば、②、③、④は存在しているが、②は採用されていない。

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。

自己負担については、免責控除制度についても触れておかなければならない。免責控除制度は、2008年から導入された強制控除制度(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控除制度(Voluntary Excess)があり、その金額以内の医療費は自己負担とする。前者については、2009年には155ユーロ、2010年には165ユーロ、2011年には170ユーロ、2012年には220ユーロに金額が設定されているが、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。⁸ 自己負担による受診抑制が問題になるサービスを除く配慮がされているが、事実上、患者の自己負担を増加させる政策であると解釈することができよう。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。⁹ これは、被保険者が保険者が最適と考

⁸ 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。

⁹ 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。

える医療を受診することを促進し、予防行動を十分にとるインセンティブを持つことを目的とする措置であると考えられる。

一方、任意の控除制度は、プライマリーケアを対象としており、強制的な免責控除制度 220 ユーロ(2012年)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。より高い控除額を選択する程、定額保険料のより大幅な割引を受けることができる。¹⁰

免責控除制度、任意の控除制度も日本では導入されていない。

②の所得比例保険料は、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。2012年の保険料率は、被用者は7.1%で、被用者でない人々は5.0%である。保険料が課される所得には上限があり、50064 ユーロ/年である。

(表2)は、身分による所得比例保険料率を示している。所得比例保険料については、被用者と自営業者の区分のみならず、被保険者の属性によって料率が細かく設定され、応能負担的要素が導入されているように思われる。社会的身分によって保険料が異なる点は、区分の仕方は異なるものの、日本も共通している。

また、所得比例保険料には、助成措置がある。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しなければならない。日本では、被用者については、原則労使折半であることと対照的である。なお、自営業者、退職者については、使用者が保険料の一部を負担する、この措置は適用されない。また、18歳未満の子どもは親、保護者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。被保険者の身分によって、保険料負担を勘案する措置が執られていることが特徴的である。

上記の③にあるように、国は“Compartment 2”に対して、補助金を投入するが、いくつかの根拠が存在する。第一に18歳未満の被保険者の保険料の補填を行うことである。第二に被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。オランダの“Compartment 2”における補助金は補助金を与える原則が明確になっていることが特徴的である。

①の定額保険料は、各保険者が18歳以上の被保険者に対して課す。(表1)を見ると分かるように、定額保険料は、Compartment 2の収入の約37.5%を占めており、保険財政の中で重要な位置づけがされている。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, Wet op de zorgtoeslag, Wzt)が準備されている。具体的には、一定所得以下の被保険者に対して、国から定額保険料について補助金を与える。^{11,12} 定額保険料は「規制された競争」の中でCare Insurerによって異なることに注意を要する。したがって、被保険者は選ぶCare Insurerによって、支払う定額保険料が異なるのである。どうして、Care Insurerによって課す定額保険料が異なるのかを理解するためには、“Compartment 2”に導入されている「規制された競争」の実態、Care Insurerの収入支出に関する仕組みを理解する必要がある。

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 Ministry of Health, Welfare and Sports (2005) P. 41-48。実施は国税庁(Tax Office)が行う

¹² 所得制限は課税前所得で決まっており、2012年で18歳以上の独身者で年収35059ユーロ、18歳以上のカップルで年収51691ユーロである。

表1 Compartment 2 の収入

	2008	2009	2010	2011	割合
所得比例保険料	16917.6	16651.5	17381.9	19665.9	51.6%
定額保険料	12454.5	12258.9	12811.1	14291.8	37.5%
政府補助金	2072	2080.7	2132.6	2318.5	6.1%
強制控除	1322.5	1372.2	1446.6	1497.5	3.9%
contribution agreement recipients	88.4	96.7	119.1	112.1	0.3%
未払い者の支払い	—	1.7	151.9	221.9	0.6%
国際的解決	3.1	4.8	6.7	6.7	0.0%
良心的保険未加入者	0.6	2.3	3.3	4	0.0%
合計	32858.7	32468.8	34053.2	38118.3	100.0%

単位：100万ユーロ

出典：CVZ

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。¹³ 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)としては、年齢・性別、所得の性質(社会保険給付、給与、自営業所得など)と社会経済状況、居住地域、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)、罹患のリスクなど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の方が上回ると考えられるときには、Care insurer は、被保険者に対して定額保険料を科す。(表3)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。¹⁴ 被保険者は、各保険会社の定額保険料、サービス内容を見て、原則、1年に1回、加入する保険会社を代えることができる。このことが保険会社間のサービス内容の改善努力、一定の品質の下で定額保険料を下げるための費用効率化のためのサービス供給者との契約の改善努力を促進し、より効率的な医療サービスの需給制度が構築されるというのが、「規制された競争(Regulated Competition)」の考え方である。

ところで、事前的な予算方式は完全ではないために、保険者の予算については、事後的な調

¹³ 所得比例保険料は、“Compartment 2”の基礎的保険(Statutory Basic Insurance)にかかる費用の約50%を集められるように設定される。

¹⁴ CVZ (College voor zorgverzekeringen) の website による。

表2 “Compartment 2” (ZVW) の身分による所得比例保険料率

身分	2012	2011	2010	2009	2008	2007	使用者の負担
2006年1月1日以降に離婚扶養を受け取った人々	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
2005年に離婚扶養を受け取った人々	0%	0%	0%	0%	0%	0%	無し
一般老齢年金制度(AOW)の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	無し
65歳未満で労働及び社会的扶助制度(WWB)の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
65歳の労働及び社会的扶助制度(WWB)の受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
フリーランサー	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
良心的保険加入拒否者	N *	N *	N *	N *	N *	N *	yes **
被用者(Payroll tax 支払者)	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
使用者からの保険料補助なしで雇用により外国から支払いを受けている人々	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
軍人	N	N	N	N	N	N	無し
一般遺族年金制度(ANW)の給付を受けている遺族	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
一般遺族年金制度(ANW)給付に加えて遺族年金受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
企業家	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
年金受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
2006年1月1日以降の早期退職給付受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
2005年の被保険者であり2006年1月1日より前に早期退職給付受給を開始した受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
2005年に被保険者ではなく、2006年1月1日以前に早期退職給付受給を開始した受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.40%	無し
職業障がい保険の受給者	5%	5.65%	4.95%	4.80%	5.10%	4.4%	無し
被用者を対象とする障害者保険制度(WAO)の受給者/労働と障がい制度(WIA)の受給者	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
失業保険制度(WW)受給者 WW'er	7.10%	7.75%	7.05%	6.90%	7.20%	6.50%	有り
船員	0%	0%	0%	0%	0%	0%	2006年は有り。それ以降は無し
取締役ないし大株主	5% or 7.1%	5.65% or 7.75%	4.95% or 7.05%	4.8% or 6.9%	5.1% or 7.2%	6.50%	無し

出典：オランダ国税庁 (Belastingdienst)

表3 定額保険料（2010年）

単位：ユーロ

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

出典：CVZ

整が行われることに注目したい。第一に、高額療養費調整制度(Hogekostencompensatie)である。医療費が一定の金額を超える被保険者の医療費については、一定の金額を超えた部分の90%が償還される。¹⁵

第二に、領域措置(Bandbreedteregeiling)である。保険者は、かかった医療費の平均が、国の平均を上回った場合には上回った分の90%の補助が与えられ、逆に国の平均を下回った場合には、下回った分の90%を返還しなければならない。

第三に保険者の総費用の事後的調整(Macronacalculatie)である。保険者の事前に予想される医療費と実際にかかった医療費に差異がある場合に、保険者間で調整を行う。予想医療費が実際の医療費を下回っている場合には補助が与えられ、逆に上回っている場合には返還が保険者に求められる。

定額保険料は、オランダの「規制された競争」の実施と密接な関わりがあるが、日本では、「規制された競争」は導入されておらず、導入の是非に関する議論さえ行われていない野が実情である。

ここで、“Compartment 2”において、保険の一元化、国民皆保険を実質化するために執られている措置と問題点についてまとめておこう。

“Compartment 2”においては、国が保険でカバーされる医療サービスの種類について決めている。保険料負担については、所得比例保険料は、被保険者の状況を踏まえて、減免措置が執られ、定額保険料については、18歳未満の者については無料という配慮はされ、所得に応じた定額保険料に対する補助はなされているが、被保険者の選択する保険会社によって、定額保険料が決まるという形で、被保険者が自らの責任で選択しなければならない。ま

¹⁵ 2010年では25000ユーロである。

た、保険商品を費用償還方式の商品にするか、現物給付方式の商品にするかによって、費用負担のあり方、保険商品の内容に影響がある様になっている。所得、身分による保険の内容の差異はないが、被保険者が選択に必要な情報、知識を持っているかどうか被保険者の状況に影響を与える仕組みになっている。これに対して、オランダでは、被保険者に選択のための情報を頒布する活動が営々と行われている。国立公衆衛生環境院(The National Institute for Public Health and the Environment)は、医療サービス供給者、保険会社選択のための情報をウェブサイト(<http://www.kiesbieter.nl>)において公刊する等の取り組みを行っている。また、医療処置合意法(the Medical Treatment Agreement Act, Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, WGBO)により医療サービス提供者の患者に対するインフォームドコンセントを促進する等の患者への医療情報の提供の努力が行われていることも注目に値する。

III - 2 “Compartment 1”の制度の概要

次に、“Compartment 1”、特別医療費保険の制度について見ていこう。¹⁶ 日本において、特別医療費保険と同様に介護、長期療養サービスをカバーしているのは、公的介護保険である。本小節では、日本との公的介護保険との対比も試みながら筆を進めていきたい。

特別医療費保険の保険者は国である。ただし、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。¹⁷ 日本の公的介護保険は、保険者も施行者も市町村であることから見て対照的である。

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。サービス内容は言うまでも無く、特別医療費保険の被保険者に差別無く適用される。特別医療費保険の日本の公的介護保険と異なる点は、1年を超える入院サービス等の長期医療にあたるサービスが含まれている点である。もっともオランダの病院が急性期医療中心であり、平均在院日数も日本と比較して短いことから考えると、実態としては大きな差異は無い可能性もある。

次に保険料等の負担について検討してみよう。そのためには、特別医療費保険の財政状況を見ておく必要がある。(表4)は、2008年から2011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。

2011年の特別医療費保険の収入の67.6%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%(2012年)である。ただし、保険料が課される所得には上限がある。¹⁸ 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

¹⁶ “Compartment 2”の制度の詳細については、大森(2011)を参照。

¹⁷ 圏域(Region)とは、オランダの医療・介護行政上の区分である。

¹⁸ 特別医療費保険の保険料が課される所得の上限は被保険者の生年月日によって異なる。生年月日が1945年12月31日以前の者は34055ユーロ/年(2012年)であり、1946年1月1日以降の者は、33863ユーロ/年(2012年)である。

表4 AWBZの収入

単位：100万ユーロ

	2008	2009	2010	2011
保険料	14213.7	13555.2	15190.4	14585.3
政府補助金	4774.3	4896.4	4891.6	5248.3
利用者の一部負担	1580.2	1581.9	1639.4	1719.8
人工中絶診療所への補助金	11.5	11.6	14.1	12.1
国際決済*	5.2	4.6	4.3	5.8
その他の収入	15.7	25.8	17.6	12.6
合計	20600.6	20075.5	21757.4	21583.9

	2008	2009	2010	2011
保険料	69.0%	67.5%	69.8%	67.6%
政府補助金	23.2%	24.4%	22.5%	24.3%
利用者の一部負担	7.7%	7.9%	7.5%	8.0%
人工中絶診療所への補助金	0.1%	0.1%	0.1%	0.1%
国際決済*	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

* 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、外国民が自国で受けた医療の費用についての決済

出典：CVZ

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、国税庁(Tax Office)へ納付する。自営業者等、被用者でない者は国税庁へ直接納付する。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。¹⁹

また、利用者による一部負担が特別医療費保険の収入の8.0%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。

一部負担は、施設サービスと施設外サービスで異なる。²⁰ 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週間あたり的一部負担は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週間あたり的一部負担は、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、利用者が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

¹⁹ Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 76 を参照。

²⁰ Esther Mot, Ali Aouragh, Marieke Groot and Hein Mannaerts (2010) pp. 28-29 を参照。

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。

利用者の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。

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ついて応能負担の度合いが大きいと考えられる。²¹ 日本の公的介護保険では、保険料は特別医療費保険と同様に所得比例であるが、自己負担については所得とは関係なく決められている。

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。租税を財源とする政府補助金が毎年、約45-48億ユーロ拠出されており、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。しかし、日本の公的介護保険の政府補助金への依存に比較すると軽度であることが注目される。逆に言えば、特別医療費保険の方が、所得比例保険料に依存する割合が高い。所得比例保険料と租税を財源とする政府補助金のどちらが再分配効果が強いかは、詳細な検討を要するが、所得分配の方法として対照的である。

ここで、“Compartment 1”において、保険の一元化、国民皆保険を実質化するために執られている措置と問題点についてまとめておこう。

“Compartment 1”では、保険料は、所得比例保険料のみで、保険料賦課対象の所得が年齢によって多少の差異がある以外は同じ条件であり、カバーされるサービスも国によって規制されており、被保険者の身分による保険商品の差異はない。また、一部負担は所得等の経済的状況によって、応能負担の考え方が導入されている。

III - 3 “Compartment 3”の制度の概要

“Compartment 3”は、“Compartment 1”、“Compartment 2”でカバーできなかったサービスをカバーしている。対象となるサービスは、医学的に必ずしも必要が無いが、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り、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。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

²¹ 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。

²² Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 71.

2”の基礎保険に加入している被保険者の加入を医療上のリスクによって拒否することもできる。しかし、オランダの被保険者の91%が、“Compartment 3”の私的医療保険の商品を購入している。

“Compartment 3”は、完全な任意加入であり、被保険者の属性によって加入を拒否されることもある。“Compartment 3”でカバーされているサービス内容は、22歳以上の歯科治療など我が国では強制加入の健康保険でカバーされているサービスも含まれていることに注意が必要である。

日本と比較すると、医療・介護サービスの提供において、自由診療が果たしている割合は、オランダの方が遙かに大きい。22歳以上の歯科治療のように、日本では強制加入の保険でカバーされているサービスが、オランダでは自由診療の“Compartment 3”でカバーされていることは象徴的であり、その政策評価が注目される。

IV 結論

本稿では、オランダの公的医療保険制度の被保険者の適用状況を中心に近年のオランダの公的医療保険制度の状況について、日本との比較も念頭に検討を行った。オランダの公的医療保険制度は、長期療養・介護サービスをカバーする“Compartment 1”、特別医療費保険、短期医療をカバーする“Compartment 2”、健康保険の両者において、居住者およびオランダで雇用され、給与税(payroll tax)を納めている者が強制加入するという形で国民皆保険が実現している。かつ、両者において、身分等にかかわらず同一の保険に加入するといういわゆる保険の一元化が実現している。この点は、日本とは対照的である。“Compartment 1”は、特別医療費保険の制度設立時から国民皆保険、保険の一元化が実現しているのに対し、“Compartment 2”は、2006年に国民皆保険、保険の一元化が実現した。その背景には、“Compartment 2”において推し進められている「規制された競争」の導入があることに留意するべきである。一方、日本では、保険の一元化は叫ばれているが、まだ遙か改革の途上にある。

一方、“Compartment 3”、私的医療保険は、任意加入であるが、“Compartment 2”の被保険者の90%以上が加入を実現できている。“Compartment 3”、自由診療のサービスは、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サービスとされているが、22歳以上の歯科治療など我が国では強制加入の健康保険でカバーされているサービスも含まれていることは検討に値する。

“Compartment 2”においては、所得比例保険料について、保険料が付加される所得の上限を設け、身分によって減免措置が執られ、定額保険料については、所得によって減免措置が執られるなど、国民皆保険を実質化するための配慮がなされている。しかし、このような取り組みにもかかわらず、“Compartment 2”の未加入者は、2008年で171000名とオランダの人口の約1%を占めているという現実もある。²³ さらに、保険未加入者以外に、保険料を6か月以上支払っていない者が210000人おり、国民皆保険の実質化は、オランダにおいても無視できない重要な課題になっているといえよう。²⁴

²³ 未加入者は、未加入期間中の定額保険料を割り増しで支払わなければならない等の罰則がある。

²⁴ Wilemijn Schafer et al. (2010) P. 67 を参照。

“Compartment 1”については、保険料の賦課される所得の上限がもうけられ、一部負担についても応能負担が採用されるなど国民皆保険の実質化がはかられている。

この様にオランダの公的医療保険制度では、保険の一元化、国民皆保険が実現しているが、“Compartment 2”において推進されている「規制された競争」によって、被保険者が適切な保険診療を受けるためには、よりよい保険商品を提供する保険者を選択するための情報、知識を得る必要が出てきており、国民皆保険の実質化のために、被保険者への保険に関する情報提供が求められ、かつ被保険者も保険者選択のため医学的知識・情報の収集に努力しなければならないという新しい局面を迎えていると思われ、日本の制度改革を考える上で参考になると考えられる。

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 「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
- 大森正博 「オランダにおける公的医療保険制度の適用範囲を巡る政策動向」『健保連海外医療保障』No. 95, pp.17-28, 2012年9月
- 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
- 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.
- Wilemijn Schafer et al. 2010 “The Netherlands-Health system 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 Vol48, P 47-67.
- 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 Wmobudget Huishoudelijkehulp voor 2009” , SCP.

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

Jaarcijfers 2011. 2011. VEKTIS.

Ministry of Social Affairs and Employment. 2012. tate of Affairs of social security 2012.

第2章

オランダの医療・介護費^(注1)

府川哲夫

(福祉未来研究所)

1 医療・介護分野におけるオランダと日本の基礎的事項の比較

- ・オランダ 415 市、日本 1,742 市町村
- ・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%)。今後の総人口の動向は、日本では大幅減少、オランダでは微増。2050 年における高齢化率は、オランダの 26% に対して日本は 39%。
- ・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。
- ・オランダの医療費：2011 年で 519.3 億ユーロ、GDP の 8.7% (OECD Health Data では 12.0%、うち GDP の 3.5% が介護費)
- ・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(障害高齢者を除く)：2011 年で 163.9 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。一方で、LTC や social support においては、国民は公的制度(AWBZ や WMO)に頼る度が高く、これが国の財政を圧迫している。

2 オランダの ZVW・AWBZ・WMO の概要：制度・財政・改革の方向

(1) 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^(注2)。年間の医療費が免責額までの場合は、医療費の全額を患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。この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1はZVWの収入・支出を示したものである。2011年の医療費519.3億ユーロのうちZVWの支出374.6億ユーロは72%に相当する。2011年のZVWの収入381.2億ユーロにおける各財源の構成比は、所得比例保険料51.6%、定額保険料37.5%、政府拠出6.1%、免責額(強制+任意:患者負担)3.9%である。

2015年に在宅のnursing careはAWBZからZVWに移管される。その理由はnursing careがLTCやsocial support部門より治療部門にふさわしいからである。

(2) 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。ケア認定は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。2008年からIADLに関するサポート(domiciliary care)はAWBZから切り離されてWMOに移管された。また、2009年には軽い要介護の人にはcounselingが給付されなくなった。2013年以降は全ての医療保険会社がcare office機能を果たすことになり、何年か後にcare office制は廃止される(これによってZVWとAWBZの間のサービス利用者情報の共有がより容易になる)。2013年の新規認定者から軽度(ZZPレベル1又は2)の施設介護受給

表1 ZVWの収支 (単位:100万ユーロ)

		2008	2009	2010	2011
収入	所得比例保険料	16,917.6	16,651.5	17,381.9	19,665.9
	定額保険料	12,454.5	12,258.9	12,811.1	14,291.8
	政府拠出	2,072.0	2,080.7	2,132.6	2,318.5
	免責額(強制+任意)	1,322.5	1,372.2	1,446.6	1,497.5
	その他	92.1	105.5	281.0	344.7
	合計	32,858.7	32,468.8	34,053.2	38,118.4
支出	specialists	15,952.7	18,006.5	19,062.9	19,051.5
	pharmaceutical	5,063.2	5,078.7	5,206.3	5,237.6
	mental health	5,043.20	3,866.7	3,839.9	4,434.3
	G.P.	2056.8	2,134.6	2,162.5	2,359.4
	medical devices	1279.2	1,320.8	1,405.7	1,451.0
	dentistry	680	727.3	769.8	713.6
	paramedical	593.3	674.4	745.3	774.5
	transpot	543.7	563.6	591.1	606.7
	maternity care	267.2	268.8	279.3	291.6
	cross-border care	220.2	268.9	293.2	331.3
	obstetric care	142.3	160.0	174.0	189.7
	other formes of care	86.9	147.3	247.9	336.4
	primary care support	22.4	24.2	25.8	26.0
	other expenses	1516.5	1,135.4	1,416.8	1,659.9
合計	33,467.6	34,377.2	36,220.6	37,463.4	
被保険者数(千人)		16,371.6	16,445.0	16,439.5	16,615.2

Source: CVZ (2013.1.7)

者は在宅介護しか受けられなくなる。また、リハビリテーションは ZVW に移管される。さらに、2014～2015 年にかけて ZPZ レベル 3 と 4 に同様のルールが適用される。

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・ケア認定・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。なお、オランダのケア認定では家族や近隣・友人などによるインフォーマル・ケアの存在が勘案されている。

表 2 は AWBZ の収入・支出を示したものである。2011 年の AWBZ の収入 215.8 億ユーロにおける各財源の構成比は、保険料 67.6%、政府拠出 24.3%、受給者の一部負担 8.0% である。2011 年の AWBZ の支出 254.4 億ユーロの内訳をみると、personal & nursing care が 53.5%、障害者ケアが 26.8%、個人勘定(現金給付)が 8.8%、精神保健ケア 6.8%、等となっている。AWBZ の支出の多くは高齢者向けであるが、受給者が非高齢者の障害者ケアや精神保健ケア、並びに保育ケアは高齢者に対する給付ではない。

表 3 は高齢者(在宅・施設別)に対する医療・介護サービスが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 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言えない。施設入所者に対する AWBZ の給付パッケージの中には医療費に該当するものも含まれているが、その額は大きくない^(注 3)。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。2011 年における PGB の給付総額は 22 億ユーロであっ

表 2 AWBZ の収支

(単位: 100 万ユーロ)

		2008	2009	2010	2011
収入	保険料	14,213.7	13,555.2	15,190.4	14,585.3
	政府拠出	4,774.3	4,896.4	4,891.6	5,248.3
	受給者の一部負担	1,580.2	1,581.9	1,639.4	1,719.8
	その他	32.4	42.0	36.0	30.5
	合計	20,600.6	20,075.5	21,757.4	21,583.9
支出	personal & nursing care	12,054.6	12,552.0	13,161.1	13,617.9
	care for the handicapped	5,880.6	6,428.9	6,555.7	6,824.7
	long-term mental health care	1,541.3	1,594.4	1,679.7	1,719.6
	other forms of care	289.8	272.2	270.5	305.2
	personal budget (PGB) subsidy	1,622.7	1,918.0	2,157.5	2,243.7
	その他	574.9	588.9	611.0	728.8
	合計	21,963.9	23,354.4	24,435.5	25,439.9
被保険者数(千人)		16,485.8	16,575.0	16,655.8	16,737.0

Source: CVZ (2013.1.7)

表3 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	
		現物給付	現金給付
在宅	ZVW (a)	AWBZ/WMO (c)	AWBZ/WMO
施設 (care home or nursing home)	ZVW/AWBZ (b)	AWBZ (d)	

注1：2011年におけるAWBZの個人勘定(PGB)の総額は€22億。

注2：BZKによるとAWBZの現物給付対現金給付(PGB)は10対1。

注3：WMOにも現物給付と現金給付(PGB)がある。

た。WMOの給付額(42億ユーロ)はAWBZの給付額(246億ユーロ)に比べればまだ小さいが、AWBZは効率性の向上、受給者の意向の重視、サービスの重点化、などが求められており、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。

(3) WMO

WMOによる給付は2007年から導入され、前述のように2008年からdomiciliary careはAWBZからWMOに移管された。さらに、2015年からdomiciliary careは低所得者のみ利用可能となる(2014年には新規申請者のみに適用、2015年には全受給者に適用)。WMOによる給付は自治体の財政力の範囲内で提供されるもので、財政難を理由に給付が行われなことも可能である(この点はAWBZによる給付と全く異なる)。2011年におけるWMOの給付総額は42億ユーロで、その内訳はdomiciliary care 17億ユーロ、assistance to the handicapped 9億ユーロ、social counseling & advice 7億ユーロ、social & cultural work 7億ユーロ、other social support services 2億ユーロである。利用者負担もあり、2011年におけるWMOの利用者負担総額は3億ユーロである。

2015年には在宅のpersonal careとcounselingは完全にWMOに移管される。この措置によってAWBZの支出が25%削減されることが期待されている。

(4) Health care expenditure (保健費)

保健費は医療費と(LTC + social support)費の合計で、ZVW、AWBZ、政府支出などで構成されている。2011年の保健費は897.1億ユーロ(GDPの15.0%、以下同様)で、医療費は519.3億ユーロ(8.7%)、LTC + social support費は346.3億ユーロ(5.8%)であった。医療費の内訳では病院・専門医が228.1億ユーロ(3.8%)で最も多く、薬剤費64.2億ユーロ(1.1%)、精神保健56.7億ユーロ(1.0%)と続いている。LTC + social support費の内訳では高齢者介護が163.9億ユーロ(2.7%)、障害者ケアが82.9億ユーロ(1.4%)、などであった。

表4は2011年における保健費(医療費 + LTC費 + social support費)の分野・財源別内訳である。この表にはまだ整理されていない点が残されているが、医療、LTC、social supportのそれぞれの分野においてZVW、AWBZ、政府支出(WMOを含む)、家計等(サービス利用者の負担など)がどんな役割を果たしているかを概観することができる。この表から次のようなことがわかる。

- ・AWBZは医療において大きな役割を果たしていない。
- ・医療費には比較的大きな家計負担がある。

表4 分野・財源別保健費：2011年

(単位：10億ユーロ)

財源	合計	医療	Long-term care (LTC) 及び social support (SS)			
			計		高齢者	
			LTC	SS	LTC	SS
ZVW	36.4	36.4	—	—		
AWBZ	25.1	1.7	22.9	0.5	16.4	
政府支出	13.1	3.9	3.8	5.4		
家計等	15.0	9.9	1.7	0.3		
合計	89.7	51.9	28.4	6.2		
(単位：% of GDP)						
財源	合計	医療	Long-term care (LTC) 及び social support (SS)			
			計		高齢者	
			LTC	SS	LTC	SS
ZVW	6.1	6.1	—	—		
AWBZ	4.2	0.3	3.8	0.1	2.7	
政府支出	2.2	0.7	0.6	0.9		
家計等	2.5	1.7	0.3	0.1		
合計	15.0	8.7	4.8	1.0		

注1：WMOは政府支出の中に含まれている。

注2：この表はCBSが作成したもので、CVZの値(表1、表2)とやや異なる。

Source: Rolden and van der Waal, 2013

- ・LTCの財源の8割はAWBZである。
- ・LTCとsocial supportの大きさを比べると、前者が後者のおよそ5倍である。

3 オランダと日本の高齢者介護費比較

表5はLTC関連の指標を国際比較したものである。65歳の平均余命は日本の方が男で1.5年、女で3.2年オランダより長い。60歳以上で認知症の人の割合は日本が6.1%、オランダが5.4%で、日本の方が少し高い。65歳以上でLTCサービスを受けている人の割合は日本が12.6%、オランダが19.4%で、オランダが日本の1.5倍である。LTCサービス受給者の中で在宅の割合は日本の77%に対してオランダは64%で、オランダの高齢者は日本の2.4倍の人が施設サービスを受けていることになる。その背景には介護施設の整備状況の違いがあり、65歳以上人口千人当たりのLTCベッド数は日本の37.4に対してオランダは68.5である。従って、オランダの高齢者にとって施設介護サービスは日本より1.8倍受けやすいということになる。

この表ではLTC費用のGDP比が日本では1.0%、オランダでは3.8%となっている。しかし、日本の2011年度における介護総費用はGDPの1.6%で、その大部分が65歳以上に対する給付である。一方、オランダの高齢者に対する介護給付費は2.7%+(障害者に対するケア給付1.4%のうち65歳以上の者への給付)である。いずれにしても、オランダは高齢者介護のために、日本の2倍以上の費用を使っているということになる。日本の高齢者介護費は今後も増加を続け、いずれGDPの3%に達することが予想されるため、日本とオランダの差は次第に縮小していくとみられる。