

オランダの長期医療・介護保障制度

廣瀬 真理子

■ 要約

本稿では、オランダの長期医療・介護費用をまかなう制度として「特別医療費補償制度」(AWBZ)に焦点を当て、その主な特徴について、日本の介護保険制度との比較の視点をまじえて明らかにすることを試みた。

同制度は、もともと全住民を対象とした強制加入の医療保険制度が、徐々にその給付範囲を拡大するなかで、長期医療と介護をともにカバーする制度に発展したものである。介護保障という側面からその主な特徴をみると、日本の制度に比べて、給付範囲が多岐にわたり、被保険者に年齢枠がなく、所得に応じた保険料や自己負担が設定されている点などで、より社会全体で支え合うしくみとなっていることがわかる。他方で最近では、現金給付が導入され、それを通じて、サービス利用者の選択肢を増やすとともに、既存のサービス供給システムに競争原理を持ち込んで効率化をはかることがめざされている。

■ キーワード

オランダ、長期医療・介護保障、現金給付

はじめに

近年、高齢化の進行や後期高齢者の増加によって、EU諸国では共通して、医療・保健・福祉サービスの再編や財源の確保が急務の課題となっている。他方で、各国では伝統や社会的背景などの違いが、高齢者医療・介護の分野においてもそれぞれ独特の制度や政策を生みだしている。

日本でもこの春より介護保険制度が実施されたところであるが、その創設にかんする論議のなかで、諸外国の事例として、もっぱらドイツの介護保険制度が紹介されている。たしかに、近年スタートしたドイツの制度には、日本にも共通する課題を含めて参考にすべき点が多いといえよう。そして、そのドイツで介護保険制度を創設するに当たっては、隣国オランダの医療保険制度を参考にしたといわれている。

オランダでは、1967年に創設された医療保険制

度(特別医療費補償制度)が、徐々にその給付範囲を拡大し、現在では、長期化した医療や、施設・在宅での介護などをともにカバーする制度として発展をみている。つまり、日本でいう介護保険制度に当たる制度は、オランダでは医療保険制度として位置づけられており、年齢にかかわらず長期医療・介護を必要とする住民を対象とするものとなっている。

本稿では、このオランダの「特別医療費補償制度」(AWBZ)の概要を示した上で、とくに介護保障の部分に焦点を当てて、その主な特徴について考察を加える。そして、オランダの制度との比較の視点を通して、日本の介護保険制度に参考にすべき点を見いだすことにしたい。以下では、まず、オランダの医療保障制度の枠組みを示すことから始めよう。

1. オランダの医療保障制度

オランダで医療保障の整備期における基本理念は、必要ときに誰でも医療サービスを受けられるような制度を構築し、その財源を社会連帯のしくみによってまかなうことであった。オランダでは伝統的に医療機関の多くが民営であったため、医療保障は、もっぱらその供給体制を維持しながら、医療保険制度を通じて需要サイドを社会化する方法によって進められてきた。

1998年現在、オランダの医療費支出総額は、約636億ギルダーであり、GDP対比で8.2%を占めている¹⁾。この比率は1990年代を通じて大きく変わらず、およそ8%台で推移してきた。

興味深いのは、医療保険制度が、基礎医療費をカバーする制度と長期医療・介護費をカバーする制度とに分かれており、基礎部分について、公的保険と民間保険の混合システムをとっていることである。

まず、基礎医療費をまかなう公私混合の医療保険制度についてみると、公的保険は強制健康保険制度(Ziekenfondswet：1964年創設)であり、その対象となるのは、基本的には一定所得以下の被用者(2000年現在、年収が64,600ギルダー未満)とその家族である。そのほか、65歳以上の年金受給者で、かつて同制度に加入していた人や、社会保障給付等を受けている人々も同制度の対象となる。また、公務員に対しては、別枠の医療保険制度が用意されている。

同制度の保険料は、所得に応じた定率拠出と、定額拠出とからなる。定率拠出は、2000年現在、被用者の場合は本人が所得の1.75%、使用者が6.35%を拠出する(ただし上限額の設定がある)。65歳以上の高齢者も公的年金から8.1%を保険料として拠出する。

この定率拠出に加えて、18歳以上の被保険者には定額拠出も設けられているが、その額は保険者によって差があり、2000年現在、月額28.75～41.00ギルダー(1ギルダー：約50～55円)となっ

ている²⁾。制度の運営は、これまで地域ごとに設立された疾病基金により行われてきた。近年では、住民が地域を越えて加入する疾病基金を選べるようになるいっぽうで、疾病基金の間でも統廃合が進み、また、民間保険団体と疾病基金との統合も行われるなど、保険者の規模が大きくなる傾向がみとめられる³⁾。

同制度の対象となる給付は、ホームドクターや専門医による外来・入院治療や、分娩・出産ケア、一部の歯科治療、患者の移送費、人工透析、呼吸装置、血栓予防などである。これらは原則として、現物給付である。

従来、患者の自己負担は、一部の薬剤費を除いては無料とされてきたが、最近、自己負担をもとめるような改正が行われ、1997年には、ホームドクターや一部の歯科・産婦人科の診療などをのぞいて、診療等にかかった費用の20%を年間200ギルダーまで患者負担とすることになった。しかし、1999年には再びこの自己負担は撤廃されている⁴⁾。

この強制健康保険(ZFW)への加入条件に該当しない人々は、民間保険に加入することになる。民間保険はもともと強制保険の対象外のサービスについて補足する役割を担ったり、また強制保険制度の対象とならない人々の加入を引き受けるなどして発展をみてきた。民間保険制度の主な特徴として、被保険者に対して費用償還方式を取り入れていることや、個別の契約であることから、給付内容や給付水準などに差があることなどがあげられる。

他方で、民間保険のリスク原則が、高齢者などリスクの高い人々の保険料を高めるなどの問題を生じた。そこで、1986年に、医療保険加入の権利に関する法(WTZ)が施行され、民間保険団体は、強制健康保険制度の対象にならない人々で、民間保険に加入すべき人々が申請した場合には、その人々を受け入れなければならないことが義務づけられた。その際、高齢者などの保険料については、給付に一定のパッケージを用意するなどして、保

険料負担が高齢者を圧迫しないような規制が設けられている⁵⁾。

1998年現在、基礎部分の医療を対象とする医療保険の各制度への加入割合をみると、およそ住民の63%が強制健康保険制度へ加入しており、32%が民間医療保険への加入、残りの約5%が公務員保険制度へ加入している。オランダでは周辺諸国に比べて、民間保険への加入割合が大きいことが特徴である。

2. 特別医療費補償制度(AWBZ)

以上の制度に加えて、長期医療・介護については、全住民を対象とした強制医療保険制度が設立されているので、次にその制度について紹介しよう。

1968年より実施された、特別医療費補償制度(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)は、当初、主に施設医療を対象として、とりわけ心身障害者や、長期の医療・介護を必要とする精神病患者などの保護をめざすものであった。しかしその後、対象や給付範囲を徐々に拡大し、現在では、高齢者や障害者に対する在宅医療や介護サービスなども含み、長期医療と介護をとともにカバーする制度となっている。

オランダに居住するすべての住民が、同制度の対象となる。財源は、保険料と国庫負担とサービス利用の際の自己負担によりまかなわれる。保険料は2000年現在、所得の10.25%(ただし上限額の設定がある)を加入者本人が負担することになっている。しかし実際には被用者の場合、使用者から保険料の一部が償還されているので、実質的な保険料は、制度上に示されるほど高額にはなっていない。また、65歳以上の高齢者の保険料は、年金その他の収入に応じた拠出が行われる⁶⁾。

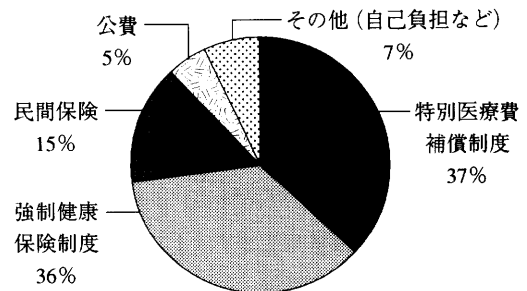
同制度の保険者は国であり、保険料は税とともにいったん国税庁に集められた後、特別医療費補償制度の中央財政機関に移され、各運営機関に配分される。同制度は、疾病基金など基礎的な医

療保険の保険者が運営に当たっており、サービス利用時には、その一部が自己負担となる。

給付内容を具体的にみると、医療機関へ1年以上入院した場合の治療や看護のほか、精神病院(病棟)での医療(1日目から)、精神科の外来治療、日中または夜間の精神科治療などである。また、介護に重点を置く施設におけるケアも対象とされ、身体障害者や高齢者を対象としたナーシングホーム、心身障害者のための入居施設、身体障害者用ホステル、社会生活上の問題を抱える人々を対象とする一時保護施設、知的障害者の生活施設なども同制度の対象とされる。そして、これまで公費でまかなわれてきた高齢者ホームについても、今後は同制度によりカバーされることが決まり、2001年に完全移行が予定されている。

さらに、同制度は、徐々にその給付範囲を通所サービスや在宅サービスにも拡大し、現在では、ナーシングホームにおけるデイケアや、身体障害者のためのデイセンター、また、知的障害者のためのデイケアや地域に開設されている外来の精神保健施設(RIAGG)なども対象としている。そして、在宅サービス分野では、訪問看護サービスやホームヘルプサービス、補装具の貸与や給付、個人や家族のための心理療法、などがその対象となっている⁷⁾。

図1は、オランダの1999年度の医療・介護支予算総額約710億ギルダーについて、財源別の構



出典：Ministerie van VWS (1998) p. 13 Figuur 4 より

図1 オランダの医療・介護費用の財源別構成割合

成割合をみたものである。公的医療保険制度が全体の73%をまかなっており(強制健康保険制度:36%、特別医療費補償制度:37%)、そのほか、民間保険が15%、公費が5%、その他(自己負担分など)が7%という割合になっている⁸⁾。

3. 最近の医療保険制度改革の動向

このように、オランダの医療保険制度は、基礎医療費をカバーする部分と、長期医療・介護費をカバーする部分との2本建てとなっているが、両者の関係をめぐって、これまでいくつかの改革案がみられた。とりわけ1980年代後期に打ち出された、規制緩和と民営化策に基づく医療保険制度の抜本的な改革案と医療供給システムの再編案は、同制度に競争原理を持ち込むと同時に、それまでのオランダの医療保障の理念を問い直すものであった。そこでは、既存の医療保険制度を一本化して皆保険とし、基礎保険と補足保険からなる制度に分割して一部に競争原理を取り入れる、といった改革が提案されたが、それは後に撤回されている⁹⁾。

1990年代にはいると、より現実的な視点に立った医療・福祉改革の方針が示され、現在では段階的な改革が進められつつある。そのなかで、新しい医療保険制度の枠組みは次の3つの部分に分けられている。まず、長期医療・介護を担う特別医療費補償制度(AWBZ)である。同制度は引き続き強制保険として、市場競争では解決できないような長期医療・介護等の大きいリスクをカバーする目的をもつことが予定されている。そのため、保険料は所得比例拠出し、医療供給や料金等については政府が管理責任をもち、この部分に競争原理を持ち込むことは意図されていない。

次に、主に急性期の医療を担う部分として、これまでの基礎医療部分をカバーしてきた、強制健康保険(ZFW)、民間保険、そして公務員保険からなる層が位置づけられる。ここでは各保険者間に「管理された競争」を導入して効率化をはかること

がめざされる。ただし、給付のパッケージや所得比例拠出の保険料については政府の管理の下に置かれる。

さらに3番目として、前者の2つの制度が対象としないようなサービスを補足的にカバーするための民間保険制度を任意制度として設ける。ここで政府の役割は質の管理のみで、あとは自由契約によって行われるものとなる¹⁰⁾。

将来の高齢社会の到来に備えて、オランダではこのように特別医療費補償制度が、医療保険制度の基盤にすえられている。では、同制度を日本の介護保険制度と照らし合わせてみると、どのような特徴が見いだせるのだろうか。以下では、同制度の介護保障の部分に焦点を当てて考察していくことにしよう。

4. オランダの「公的介護保険制度」の特徴

(1) 医療と介護の位置づけ

日本の介護保険制度が、医療保険制度とは別建てで創設されたのに対して、オランダでは、長期化した医療と介護のいずれも、特別医療費補償制度によってカバーしている。しかし先に述べたように、同制度は当初、長期医療を必要とする患者の負担を軽減するという目的から、主に施設医療を対象としていたため、はじめから多岐にわたる給付を行う「公的介護保険制度」として創設されたわけではない。ただし、日本の特別養護老人ホームに当たるナースホームは、オランダでは医療機関として位置づけられているので、最初からその対象とされていた。

とくに1980年代以降、在宅医療・福祉の統合策が重視されるようになると、その担い手として期待される訪問看護とホームヘルプサービス運営面での統合をはかり、効率的なサービスを提供することが重視された。そのためには財源を統一する必要があることから、これらのサービスも徐々に同制度の給付対象に含められていった。それぞれ独立して発展をみた両者の組織は、現在では在宅ケ

ア協会として再編されている。

また、最近では、これまで居住施設とされてきた高齢者ホーム（verzorgingshuis：サービス付き集合住宅で、財源は公費と自己負担によりまかなわれてきた）も同制度の対象となり、2001年の完全実施に向けて、現在は補助金を用いて段階的に移行が進められている最中である。この背景には、高齢者ホームの入居者の高齢化が進み、健康状況が、ナーシングホームに暮らす高齢者とあまり変わらない状態になったにもかかわらず、費用負担の方法などが違うため、利用者間に不公平感をもたらしたことがある。この高齢者ホームとナーシングホームをともに「ケア部門」として特別医療費補償制度（AWBZ）の対象にすることで、高齢者の住宅政策と区別するねらいがある¹¹⁾。

（2）被保険者

日本の介護保険制度における被保険者は40歳以上とされるが、オランダの特別医療費補償制度は、同国に居住する人々すべてをその対象とした強制保険であり、被保険者に年齢制限は設けていない。そして、若年者であっても医療や介護ニーズを有した場合には給付の対象となる。つまり、同制度は、年齢にかかわらず、医療・介護ニーズを有する人と、そうでない人との間の社会的な支え合いのしくみとなっている。

オランダでは、制度上、年齢で区分して高齢者のみを対象としたサービスは、これまで居住施設とされてきた高齢者ホームだけであり、そのほかのサービスは、年齢にかかわらず利用できる。ただし実際には、高齢化が進むなかで、他世代に比べて高齢者層で、医療・介護サービスを利用する割合が大きくなっていることはいうまでもない¹²⁾。

（3）要介護認定

日本では、6段階に分けられた要介護度を基準にして要介護認定が行われているが、オランダで

は、要介護認定を行うために段階別の要介護度は設定されていない。これまでは施設入居については、各自治体に独立したサービス判定委員会が入居の決定を行ってきた。また、在宅サービスについては、地域に設立された在宅ケア協会が、サービス計画を含めて給付内容やサービス提供量を決定してきた。

オランダは、戦後から高度経済成長期にかけて、周辺諸国に比べて施設化が大きく進んだ国であるが、1970年代以降は在宅サービスへの政策転換がはかれるとともに、高齢者の施設入居率を引き下げる政策が進められた。その結果、各地域に独立した施設入居のための判定委員会が設けられることになったのだが、その後1988年に、すべての市町村自治体に、サービス判定委員会（Indicatie commissie）の設置が義務づけられることとなり、施設への入居を希望する場合には、そこで利用申請を行うようになった。このサービス判定委員会は、自治体の職員やホームドクター、訪問看護婦、ソーシャルワーカーなどによって構成されているが、ナーシングホームや高齢者ホームへの入居決定には、ホームドクターの判断が大きいといわれている。

他方、在宅サービスの給付内容やサービス量の決定は、これまでサービス提供機関である在宅ケア協会（民間非営利団体で訪問看護とホームヘルプを統合した組織）が中心になって行ってきた。その決定に際しては、全国的に統一された基準はないが、だいたい似通った調査が行われている¹³⁾。興味深いのは、在宅サービスの提供を決定するに当たって家族介護の状況が考慮されることである。介護ニーズの審査は、在宅ケア協会から、主任レベルの訪問看護婦など専門職員が利用者宅を訪れて行い、その際に、家族による介護の状況や、家族の希望などを考慮した上で、提供される専門サービスの種類や時間が決定された。

しかしながら、この方法については、利用者サイドで、すでに行っている介護について考慮されず、不足

する部分についてのみ専門サービスの提供が行われることになる、という不満の声も上がっている¹⁴⁾。

さらに最近では、サービス提供機関がサービス提供について決定することの是非や、その際の調査方法が統一されていないことなどが、しばしば問題とされるようになり、また地域によっては、自治体が独立したサービス判定機関を設けていたり、既存のサービス提供機関があくまで判定を行っていたりとばらつきがあったため、1998年より各自治体に、在宅サービスについて、独立したサービス判定機関 (Regionale indicatieorganen) を設置することが義務づけられた¹⁵⁾。

(4) サービス利用時の自己負担

日本の介護保険制度では、サービスの利用時に、原則として1割の自己負担が課されるが、それが高齢者にとってかなり大きい負担になることもある。

オランダの特別医療費補償制度においても、施設・在宅のサービス利用時には一定の自己負担があるが、その額は、利用するサービス、世帯構成、所得水準、生活状況などによってそれぞれ異なり、きめ細かく設定されている。

最近、この自己負担額について改正が行われ、高齢者ホームとナーシングホームを例にとれば、1997年1月以降に施設入居した人々には、①継続的に施設を利用する場合 (高額拠出) と、②短期的に施設を利用する場合 (低額拠出) とに分けた自己負担が適用されることになった¹⁶⁾。換言すれば、オランダでは自己負担は、基本的には個人単位で課せられるものとなっているものの、高齢者夫婦の片方がナーシングホームなどへ入居したような場合には、その負担額は、「低額拠出」が適用されるなど、現実の生活にかかる負担に即して細かい対応が行われていることが特徴である。

また、在宅サービスを利用する際の自己負担額については、地域に設立されている在宅ケア協会から提供される訪問看護やホームヘルプサービス

を利用した場合に、原則として1時間10ギルダーの定額負担が課されるが、年齢・所得階層・世帯構成別に限度額が決められており、1週間当たり5ギルダーから260ギルダーまでの自己負担額が設定されている (2000年現在)¹⁷⁾。

(5) 介護のための現金給付について

現物給付に限定される日本の介護保険制度とは異なり、オランダでは、現金給付が支給されていることも大きな特徴である。現金給付は、専門サービスの現物給付があるのに対して、家族などによる介護には何も給付が行われず、という制度面での不公平を是正することや、利用者のサービス選択に柔軟性を与える、という点でその意義が大きいといえよう。しかし、他方で、介護サービス体制が整わない地域では、現金を支給することにより、さらに家族に介護の負担を負わせるものにもなりうる。

オランダでは、試験的の事業をふまえて、1996年1月より、特別医療費補償制度の下でこの現金給付制度 (Persoonsgebonden budget: 個別ケア予算) が導入された。同制度の主な目的は、サービス利用者の選択の幅を広げることであり、現金給付を使って、専門サービスを購入了り、インフォーマルな介護に対してそれを利用することができるようにすることである。

他方で、現金給付を通じて介護市場の形成を促すという政策の背景には、既存の民間非営利団体による硬直的なサービス供給システムに競争原理を持ち込み、効率化をはかろうとする政府の意図があることも見逃せない。

同給付の支給要件は、在宅で3か月以上、要介護状態にあることであり、知的障害者も対象とされている。現金給付の額は、個別のニーズに基づいて決定されるが、制度開始当初ということもあり、その額はいまだに少額である。しかし、これから制度が定着するにしたがって、徐々に増額することが予定されている。

この現金給付は、利用者に直接支給される部分と、現金給付の運営機関に支給される部分とに分けられている。そのうち、利用者に直接支給され、その都度まったく自由に使えるのは、1998年現在では月額200ギルダーまでであり、残りの分については、利用者が介護サービスをのぞむ機関との契約を結び、そこでかかる額を運営機関がサービス提供者に支給する、というしくみをとっている。

ただし、現金給付を申請して、その支給がみとめられたとしても、地域ごとに現金給付制度には予算制がとられているため、いつでもすぐに給付が支給されるとはかぎらない。現金給付の予算が不足している場合には、待機リストに名前を連ねて、現金給付が行われるまでは、現物給付サービスを利用することになる¹⁸⁾。

専門サービスが、かなり整備されているオランダにおいても、在宅介護のかかなりの部分は、家族などによるインフォーマルな介護によって担われていることが、最近の調査から明らかにされている¹⁹⁾。しかし、オランダでも、就労する女性が増加しており、以前に比べて、女性の介護力に期待することがむずかしくなっている。

そのような状況の下で、インフォーマルな介護者にとっては、現金給付が、それまで無償であった介護に金銭による評価を与えたという点や、家族介護者などに対して、年金などの保険料を負担したり、教育・研修の機会を提供している点などから、概して肯定的な評価を得ている。

他方で、現金給付により介護分野で市場化が進むと、サービス提供者としての民間団体の参入が、既存の非営利団体との間で公正な競争を生み出すことになったり、サービスの質が低下するなどの問題が生じていることも同時に指摘されている²⁰⁾。

おわりに

オランダの特別医療費補償制度(AWBZ)について、介護保障という側面からその主な特徴をここで

もう一度まとめるならば、次のような点があげられる。

第1に、同制度は、はじめから長期医療と介護をともにカバーする制度として設立されたわけではなく、年月をかけて徐々にその給付範囲を拡大しながら、今日のような介護分野もカバーする制度に発展した。

第2に、同制度は、たんに給付範囲が多岐にわたるといだけでなく、被保険者に年齢枠を設けていないことや、医療と介護の境界線をなくしていることで、社会全体での支え合いのしくみをつくりあげている。

第3に、同制度における保険料やサービス利用時の自己負担額の設定方法が、高齢者の現実の生活に即したものとなっており、また、低所得者に対してきめ細かい配慮が行われている。

第4に、介護サービスの申請に当たって、要介護認定に段階別の要介護度は設けられておらず、個別のニーズを基準にサービスの種類や量が決められている。しかし、その決定に関しては、最近、各自治体に独立した判定機関を設置することが義務づけられ、これまでの民間非営利団体が掌握してきた在宅ケア体制は、変更を迫られている。

そして最後に、オランダでは、介護のための現金給付制度が実施されているが、同給付は、利用者にサービスの選択肢を増やすという目的をもついっぽうで、政府には、既存のサービス提供団体に競争原理を導入して、サービスの効率化をはかろうとする意図がある。これまでのところ、同給付は、利用者側より概して肯定的な評価を得ているが、その前提には、現物サービスがある程度整備されていることがある。

オランダでは現在も医療・福祉改革が進められている最中であり、制度も毎年のように目まぐるしく改正が行われている。このところオランダの経済回復がめざましいことから、社会の雰囲気にも幾分明るさが増してきたように感じられるが、21世紀に向けての医療・介護保障については、いまだに楽観的とはいえない状況にある。

しかし、既存の枠組みにとらわれずに新しい発想を次々と政策に結びつけていく方法や、政策の失敗もオープンにしなが、次の課題について取り組む姿勢からは、多くを学ぶことができる。その一環として、医療保険制度のゆくえについても、日本の介護保険制度との比較の視点から、引き続き注目していくことにしたい。

注

- 1) CBS, *Statistics Netherlands*, 2000. <http://www.cbs.nl> より。
- 2) ZN, *Premiebetaling*, 2000. <http://www.zvn.nl> より。日本円に換算すると現在、1 ギルダーは約 50～55 円となるが、現地の感覚では、1 ギルダーには 80～100 円くらいの価値がある。
- 3) 地域に設立されている疾病基金の数は、1986 年には 48 機関であったものが、1996 年には、26 機関に減っている。CPB, 1997, p. 518.
- 4) Ministerie van VWS, 1998, p. 105.
- 5) 同法 (*Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen*) は、強制健康保険制度のなかに設立されていた、任意制度と高齢者制度の廃止にともなって民間保険に加入しなければならなくなった人々が、医療保険制度から排除されないようにするために制定された。しかしながら WTZ が実施された後も強制健康保険制度に加入する高齢者の割合が大きかったため、民間保険団体には「高齢者のための拠出」(*Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziektefondsv verzekeren: MOOZ*) が義務づけられた。Ziektefondsvraad, 1996, pp. 5, 18. Ministerie van VWS, 1995, pp. 35–36, 39–42.
- 6) SVB, *SVB-artikelnummer 291123*, 2000, p. 14.
なお、「特別医療費補償制度」は、オランダ語では、“*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*” (略称 AWBZ) と呼ばれているが、英訳ではしばしば、“*The Exceptional Medical Expenses (Compensation) Act*” と表記されているため、上記のような訳を当てる。
- 7) そのほか、同制度の下では、遺伝子検査や、妊婦のための B 型肝炎の検査、乳児を対象とした先天性代謝異常の検査、児童に対するワクチン接種など、予防医療にかんするサービスもカバーされるものとなっている。Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht, 1998, pp. 17–21.
- 8) この支出総額は、名目成長その他を加算した支出総額となっている。Ministerie van VWS, 1998, p. 9.
- 9) 1980 年代のオランダの医療改革については、廣瀬 (1993) pp. 39–45 を参照されたい。
- 10) Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 149–150.
- 11) Commissie Modernisering Ouderenzorg, 1994, pp. 65–68.
- 12) Lingen, B.A. van der, and Y. van Dam, 1997, pp. 75–77.
- 13) LVT, 1997, p. 12.
- 14) Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 166–167.
- 15) 1988 年現在、この地域サービス判定組織 (RIO) は、全国に約 80 か所設立されている。Ministerie van VWS, 1998, p. 84.
- 16) 施設利用時の自己負担のしくみをより詳しくみると、①の継続的に入居施設を利用する場合、高齢者ホームへの入居にかかる自己負担は、1998 年現在、原則として費用の 90% までを、所得に応じて上限で月額 3,450 ギルダーまで負担するしくみとなっている。また、ナーシングホームへの入居の場合にも、基本的には所得に応じて月額 3,150 ギルダーまでの自己負担が課せられることになった。
他方、入居施設を短期間利用する場合や、日中または夜のみ滞在などのように、部分的に利用する場合などについては、②短期的に施設を利用する場合の自己負担額の規定が適用される。同規定は、5 段階に分けられた所得階層別に、月額 210 ギルダーから 1,085 ギルダーまでの定額負担を行うことを定めている。Ministerie van SZW, 1997, p. 3. Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht, 1998, p. 22.
なお、1999 年の厚生省の介護関連予算書にみる「高齢者介護・在宅介護」(施設、在宅、現金給付を含む)の財源の負担割合は、総費用 157 億 3600 万ギルダーのうち、AWBZ が 84% を占めており、自己負担その他は、16% となっている。Ministerie van VWS, 1998, p. 79.
- 17) *Eigen Bijdragen*, 2000. <http://www.LVT.nl> より。
- 18) オランダの現金給付制度の具体的な運営方法については、Bultman (1997) pp. 1–6 を参照されたい。ただし、最近、窓口となる機関が、公的年金や児童手当等の事務を扱っている社会保険銀行に変更された。
- 19) Klerk and Timmermans, 1999, pp. 124–125.
- 20) 現金給付の用途の割合についてみると、全体の 63% が専門サービスの購入に当てられており、37% が、インフォーマルな介護者や個人で契約するホームヘルパーに提供されている。しかしながら、設立当初ということもあり、介護費用の財政構造のなかで、現金給付が占める割合は、3～5% とわずかなため、オランダでは、まだ現物給付が中心であり、現金給付が介護市場に大きな影響を与えるにはいたっていない。Weekers, Sylvia, and Marja Pijl, 1998, pp. 161.

参考文献

- Bultman, Jan. 1997. 廣瀬真理子訳「医療福祉改革の動向 (2) 介護のための現金給付制度」『海外情報』No. 40 健康保険組合連合会

- Commissie Modernisering Ouderenzorg. 1994. *Ouderenzorg met toekomst*. Rijswijk: WVC.
- CPB. 1997. *Challenging Neighbours*. Berlin: Springer.
- Klerk, M.M.Y. de, and J.M. Timmermans, eds. 1999. *Report on the Elderly 1998*. Den Haag: SCP.
- Lingen, B.A. van der, and Y. van Dam. 1997. "Home Care." In *Health and Health Care in the Netherlands*, edited by A.J.P. Schrijvers. Utrecht: De Tijdstroom.
- LVT. 1997. *Home Care in the Netherlands*. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg.
- Maarse, J.A.M. (Hans). 1997. "The Health System of the Netherlands". In *Health and Reform in Industrial Countries*, edited by Marshall W. Raffel. Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. 1997. *A Short Survey of Social Security in the Netherlands*. Den Haag: Ministerie van SZW.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1995. *Health Insurance in the Netherlands*. Rijswijk: Ministerie van VWS.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 1998. *Jaaroverzicht Zorg 1999*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Schrijvers, A.J.P., ed. 1997. *Health and Health Care in the Netherlands*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Schut, Frederik, T. 1995. *Competition in the Dutch Health Care Sector*. (Proefschrift). Den Haag: CIP.
- Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering Utrecht. 1998. *De Kleine Gids voor de Nederlandse Sociale Zekerheid 1998*. Deventer: Kluwer.
- Weekers, Sylvia, and Marja Pijl. 1998. *Home Care and Care Allowances in the European Union*. Utrecht: NIZW.
- Ziekenfondsraad. 1996. *30jaar Ziekenfondswet*. Amstelveen: Ziekenfondsraad.
- 廣瀬真理子 1993 「オランダの医療システムと最近の医療改革の動向」『デンマーク・スウェーデン・イギリスの医療保障の現状と動向』健康保険組合連合会
- 廣瀬真理子 1998 「オランダの高齢者福祉サービスにおける『民間』の役割」国立社会保障・人口問題研究所編『海外社会保障情報』第122号
(ひろせ・まりこ 東海大学助教授)