

オランダにおける医療と介護の機能分担と連携

大森 正博

■ 要約

本稿では、オランダの医療保険制度、介護保険制度の概要を説明し、さらに医療・介護の間の連携が制度としてどの様に設計されているかを検証した。

オランダは2006年に特に医療保険制度(“Compartment 2”)において、保険制度の統合、保険者の私企業としての位置づけ、営利企業の参入を容認すること、無事故払戻制度の導入などの大きな制度改革を行った。そこでは、Compartment 2における「規制された競争」の強化の意図が見て取れる。

次に、医療と介護の連携についての制度設計を検証した。病院内の医療と介護の連携、病院と病院外のナーシング・ホームなどの介護サービス提供者の連携、さらに一次医療と二次医療の間の連携を検討した。医療と介護の連携において必要なものは、制度的な整合性はもちろん重要であるが、さらに大切なものは、被保険者のために行動する主体の存在である。この重要な仕事をどの主体に任せるべきなのかは、制度設計のあり方も相まって、重要な課題である。また、この主体に期待している仕事を遂行させるためにどのような仕組みを考えるかも重要な政策的課題であろう。

しかし、その一方で医療と介護の連携に重大な支障を来すウェイティング・リスト問題は依然として、オランダの医療・介護制度に根強く存在している。

■ キーワード

特別医療費保険、Compartment 1、短期医療保険、Compartment 2、医療保険制度改革、規制された競争、ウェイティング・リスト

I はじめに

日本では、現在、高齢化の進展を背景として、医療費の増加、介護サービスに対する需要の急激な増加が進行中であり、今後もその傾向が続くと予想されている。こうした現状の下で、今後の医療制度、介護制度のあり方が問われているといえよう。

本稿で対象とするオランダも日本と同様の問題を抱え、1980年代終わりから積極的に医療制度および介護制度の改革を試みている。図1はOECD Health Data 2005を利用して、オランダ、日本を含め

て5カ国の国民医療費の対GDP比の推移を見たものであるが、オランダの国民医療費の対GDP比が着実に増加していることが観察できる。

表1は、オランダの医療・介護費の内訳を見たものである。この中で、私的保険とZFW (Health Insurance Act, Ziekenfondswet)が、日本でいうところの医療保険にあたり、AWBZ (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten))が日本の公的介護保険に該当する。いまや、金額的にも、介護にかかる費用が医療費に匹敵するだけのウェイトを占めていることが分かる¹⁾。医療のみならず介護にかかる

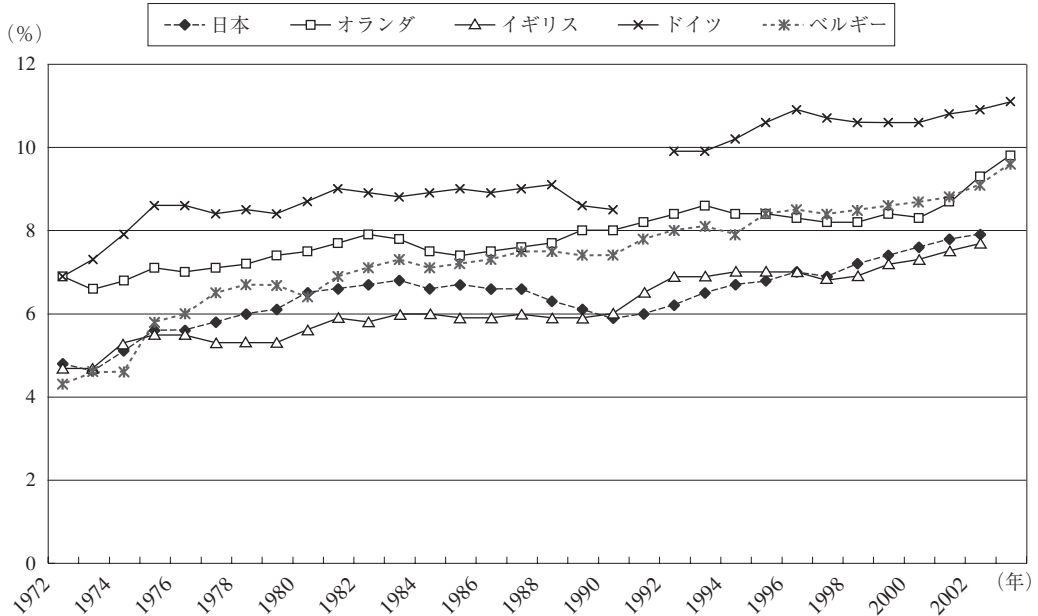


図 1 国民医療費の対GDP比の年次推移

表 1 オランダの医療保険制度の費用構造 (100万ユーロ)

	2003	2004		2003	2004
公的保険			公的保険		
AWBZ	20,156	21,197	AWBZ	44.2%	44.7%
ZFW	16,778	16,830	ZFW	36.8%	35.5%
私的保険			私的保険		
Supplementary ZFW	1,098	1,581	Supplementary ZFW	2.4%	3.3%
私的保険	7,520	7,857	私的保険	16.5%	16.6%
合計	45,554	47,464	合計	100.0%	100.0%

出典：VEKTIS 2005 Table1-1

表 2 治療サービスの待ち時間

(週)

	2001年12月	2002年5月	2004年
(病院の)外来サービス	5.1	5.5	4.2
Day treatment	5.7	5.4	4.9
クリニック	6.7	6.3	5.5

出典：Jaarbeeld Zorg 2004/NVZ-databank

表3 高齢者介護サービスの待ち時間

(日(サービス1単位あたりの平均待ち時間))

	2001年3月1日	2001年10月1日	2002年11月	2003年10月
Home care (内訳)				
Home help	188	191	166	128
Basic care	273	300	299	218
Care	174	158	155	185
Nursing	89	100	150	138
Residential homes (内訳)				
Admission to assisted living and care	456	460	418	375
Additional nursing home care	293	274	201	195
Nursing homes (内訳)				
Admission to somatic nursing home	213	209	201	197
Admission to psychogeriatric nursing home	303	285	245	230

出典：Jaarbeeld Zorg 2004 / Bureau HHM and reports from the CVZ

費用も含めて、その費用の効率的利用を考えなければなくなっていると思われる。実際に、AWBZの費用は2003年の200億ユーロから2020年には485億ユーロに増加し、それに伴って、保険料は、2003年時点の12.3%から、2010年には17.2%、2020年には24.1%まで上昇するという予想が危機感を持って保健・福祉・スポーツ省のレポートの中に示されている²⁾。

また、資源の効率的利用という観点からオランダに特有の問題として、ウェイティング・リスト問題がある。表2は、オランダの治療サービス(Curative care)の待ち時間の状況を示している。病院の外来サービスを受診するのに、2004年時点で4週間ほど待たなければならないことが分かる。同様の問題は、医療だけではなく、介護の分野にも及んでいることが分かる。表3は、高齢者介護サービスの待ち時間を示している。例えば、ホーム・ヘルプは4カ月超、ナーシング・ホームは6カ月から8カ月近くも入所を待たなければならない。このウェイティング・リスト問題は、長らく、オランダの医療・介護制度の問題点として存在し続けてきており、患者、要

介護者の厚生を下げる問題として、歴代の政権から意識され続けてきた。具体的な対策は、ウェイティング・リストの問題が深刻であると考えられる分野に医療費を追加的に配分することであった³⁾。こうした施策は、ウェイティング・リスト問題を緩和したが、根本的解決にならないばかりか、医療費の増加に輪をかけることとなった。ウェイティング・リストの要因はさまざま考えられるが、そこに潜んでいる1つの要因は、非効率的な資源の利用である。

こうした医療・介護費の増加、ウェイティング・リストの問題に対しては、医療・介護サービスを効率的に利用する仕組みをどの様に構築するかが重要な政策的課題になる。効率性を考える場合には、一定の品質のサービスを低い費用で生産するという視点と患者がサービスに対して、望む品質を提供できるかどうかという視点と両方が必要になる。また、同時に消費者に対して医療・介護サービスの公平な分配をはからなければならないが、この2つの課題に対応する医療・介護制度を構築することは簡単なことではない。

本稿では、オランダの医療・介護制度の連携が

制度としてどの様に設計されているかを検証することを目的にする。本稿の構成は以下の通りである。IIでは、オランダの医療、介護保険制度の現状を概観する。IIIでは、オランダの医療・介護の連携を支える仕組みについて考察する。IVでは、結論が述べられる。

II オランダの医療・介護保険制度

1. 医療・介護保険制度の概観

オランダは、日本と同様に社会保険を採用している。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、治療、療養に比較的長期間を必要とする疾患を中心としてカバーする保険であり、“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保険である。ここでは、前者を特別医療費保険と呼び、後者を、短期医療保険と呼ぶことにする。また、“Compartment 3”は、公的保険でカバーされないサービスをカバーしている保険である。Compartment 1は、いわゆる介護保険で、Compartment 2は日本でいう医療保険にあたる。

2. Compartment 2

まず最初に、Compartment 2について解説しておこう。このCompartment 2は、近年、積極的に制度改革が行われてきた部門であり、2006年からさらに大幅な制度改革が実施された⁴⁾。

Compartment 2では、短期の医療費がカバーされる。根拠法規は、2006年1月1日より施行された健康保険法(Health Insurance Act, Zorgverkeringswet)である。Compartment 2については、2005年までは、加入者の年取、身分によって3つの制度が分立していた。3つの制度とは、疾病基金保険と公務員保険と「私的保険」である。新しい健康保険法になって、制度が一本化されたことになる。

以下では、2006年1月1日から施行された新しい健康保険法に基づく制度の概要を紹介することしよう⁵⁾。

(1) 被保険者

オランダの居住者および非居住者であっても支払給与税(payroll tax)を納めている者は、保険への加入義務がある。数少ない例外が、オランダ軍人と良心的な保険加入拒否者(Conscientious objectors)である。オランダ軍人は、Compartment 2にあたる医療サービスについては、軍から供給される⁶⁾。また、良心的な保険加入拒否者とは、保険の考え方に反対している人々であり、AWBZの保険料も納めておらず、健康保険にも加入する義務はない。ただし、この場合には、租税の形で所得比例の負担金を支払わなければならない。これらは、健康保険審議会(CVZ(Health Insurance Board))に設置された独立勘定の中にプールされ、良心的な保険加入拒否者が医療サービスを需要するときに利用することができる。これは実質的には医療貯蓄制度と同じ役割を果たしているといえよう⁷⁾。

(2) 保険者

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。従来、疾病基金保険の保険者は健康保険金庫であり、健康保険法の上で非営利を義務づけられており、配当を禁止されていた。しかし、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。つまり、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れよい。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。言い換えると、これらの免許を所持していれば、営利か非営利かを問わず、Compartment 2への参入が可能になる。か

表4 保険者の数の年次推移

	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004
疾病基金保険	37	27	27	25	25	22	22
私的保険	81	50	50	47	46	44	35
内訳	Private	68	47	47	44	43	40
	Public	13	3	3	3	3	4
総数	118	77	77	72	71	66	57

出典：VEKTIS (2002) P.11, VEKTIS (2004) P.11, VEKTIS (2005) P.11 より筆者が作成。

くして、配当を行う営利の民間のノンライフの保険会社も Compartment 2への参入が可能になった。

ただし、Compartment 2に参入した保険者は、健康保険法の下で公的な規制を受けることになる。

保険者は、加入を求めてきた者の保険加入を拒否することは、2006年からも引き続き禁じられている。また、後述するように、保険商品の内容の差別化は多少は出来るものの、同じ商品については、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別化させ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・セクションを行えないようにしている。

また、保険者は営業を行う地域についても規制を受けている。被保険者数が850000人以上であれば、一部の地域に限定して営業を行うことはかなわず、全国展開しなければならない。

表4は2004年までの保険者の数の推移を示している。また、表5は、オランダ健康保険者連合会(DutchCare Insurers, Zorgverzekeraars Nederland)に加盟しているCare insurerである。2005年の加入者数で多い順番に上位6社をあげると、Aschmea(2700万人)、CZ(2000万人)、VGZ(2000万人)、Menzis(1700万人)、Agis(1800万人)、ASR(1000万人)である⁸⁾。

表5 Compartment 2の Care insurers

Achmea Zorg
Agis Zorgverzekeringen
Amersfoortse Zorgverzekering
Avero Achmea
Avizo
AZVZ
Confior Zorgverzekeraar NV
Cooperatie VGZ-IZA Groep u.a.
CZ Actief in Gezondheid
De Friesland Zorgverzekeraar
Delta Lloyd Zorg
FBTO
Fortis ASR
Groene Land Achmea
OHRA B.V.
ONVZ Zorgverzekeraar
OOM Verzekeringen
OWM Anderzorg UA
OWM Menzis UA
OZ zorgverzekeringen
OZF
PNO Ziektekosten
PWZ Achmea
Salland verzekeringen
Unive Zorg
Zilveren Kruis Achmea
Zorgverzekeraar DSW
Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid

出典：Zorgverzekeraars Nederlandのwebsiteより作成。

(3) カバーされるサービス

Compartment 2では、治療サービス(Curative care)がカバーされる。大別すると、医療サービス(Medical care)、パラメディカルのサービス(Paramedical care)、出産サービス(Maternity care)、医薬品(Pharmaceutical care)、医療機器(Medical devices)、口腔サービス(Mouth care)、入院・入所(収容施設)サービス(Accommodation)、患者の移送サービス(Transport of patients)から成る。

① 医療サービス(Medical care)

具体的には、GP(General Practitioner)、専門医、臨床心理士、助産師のサービス、検査、看護、遺伝性の病気、非臨床血液透析、慢性的な呼吸不全の治療、血栓症予防装置が含まれている。

ただし、専門医のサービスの中には100%カバーされていないものもある。例えば、心理療法のセッション、一次的心理療法のセッションについては、患者は全額自己負担を求められる。ただし、自己負担の金額は、規制により上限が決められている。

② パラメディカルのサービス(Paramedical care)

理学療法、運動療法、言語療法、作業療法、栄養指導が含まれている。ただし、利用の制限も存在する。

18歳以上の被保険者の理学療法、運動療法の利用は、慢性的障害がある場合に限定される。また、各々の障害について、最初の99回のサービスは保険のカバーから除外されている。一方18歳未満の被保険者は各々の障害について、1年間に9回のサービスが保険でカバーされている。

言語療法については、言語機能、言語能力の回復が見込まれる場合のみ保険の対象となる。作業療法も、被保険者が自立、自助できるようになる目的の場合に限定され、サービスの量も年間で10時間までと制限がある。栄養指導も年間で4時間までと保険でカバーされるサービスの量の上限が

設定されている。

③ 出産サービス(Maternity care)

出産サービスは、生後10日間までの母子に対するサービスを意味している。

④ 医薬品(Pharmaceutical care)

医療目的の医薬品、食品から成っている。

⑤ 医療機器(Medical device)

対象になるサービスは、基本的に被保険者が自宅で利用する医療機器である。失禁用の材料、糖尿病の試験紙の様なものから補聴器、義足まで幅広い。

⑥ 口腔サービス(Mouth care)

18歳未満の被保険者は、定期歯科検診、歯周病のケアのみならず6歳からの歯のフロリデーション(フッ化サービス)も受けることができる。ただし、フロリデーションは年に2回までと回数が制限されている。

18歳以上の被保険者は、原則として口腔外科サービスとそれに付随するX線検査、義歯に限定されている。

⑦ 入院・入所(施設)サービス(Accommodation)

365日までの入院・入所サービスがカバーされている。それを超える(366日目からの)入院・入所サービスは後述するAWBZでカバーされる。

⑧ 患者の移送サービス(Transport of patients)

医師の指導の下に状況に応じて、救急車、タクシー、自家用車を利用した移送サービスがカバーされている。この移送サービスには、電車、バスなどの公共交通を利用した施設への行き帰りの移送サービスも含まれているが、最も低い等級の乗車券を利用するように限定されている。

ただし、被保険者は公共交通、タクシー、自家用

車を利用する場合、一定の一部負担を支払わなければならない。自家用車の場合は、キロあたり換算で費用が償還される。

被保険者が普通の座る姿勢で自動車を利用する場合について、保険でカバーされるのは以下の4つの場合に限られる。血液透析、化学療法・放射線療法、同伴者なしに移動できない視覚障害者、車いすの利用者である⁹⁾。

(4) Compartment 2の仕組み

ここでは、実際に被保険者がどの様に医療サービスを需要できるのか、順を追って説明したい。被保険者は、被保険者の資格を得てから4カ月以内にCare insurerと契約をする必要がある。どのCare insurerを選ぶかは、被保険者が居住する地域で営業しているCare insurerであれば、自由であり、毎年変更できる。

逆に、Care insurerは、保険加入を求めてきた者を拒否することは禁じられている。また、保険商品の内容の差別化は多少は出来るものの、同じ商品について、年齢、性別、身体状況などによって保険料を差別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・セレクションを行えないようにしている。

Care insurerの提供する保険商品は、2005年までは現物給付のみであったが、2006年から費用償還方式の保険商品も可能になった。前者を現物給付モデル(In-kind model)、後者を費用償還モデル(Reimbursement model)と名付けている¹⁰⁾。現物給付モデルの契約を消費者が選択すると、消費者は保険者が契約を行った医療サービス供給者からサービスを現物給付で受けることが原則になるが、保険者が契約していない医療サービス供給者からサービスを需要することもできる。その場合には、保険者が設定する一定の金額の費用償還を受けることができる。一方、費用償還モデルは、被保険者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る場合に対応している。被保険者は医療費をいったん医療サービス供給者に支払い、保険者から費用償還を受ける。保険者は費用償還の額に上限を設けることは規制されているが、医療サービスの市場実勢価格よりも高い費用を償還することは強制されていない。保険者は、さらに現物給付モデルと費用償還モデルを組み合わせた保険商品を提供することも許可されている。

Care insurerは、被保険者に対する医療サービスの内容について、価格、品質にかかわる事項について、医師を始めとする医療関係者、病院などのサービス供給者と契約する。価格、品質にかかわるサービス内容についても、個々の事情ないし企業努力によって、変更することができる。ただし、サービスの価格については、医療料金法(The Health Care Charges Act(WTG))による規制があり、CTG/Zaio(National Health Tariffs Authority/Care Authority, College Tarieven Gezondheidszorg/Zorgautoriteit i.o.)において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる。いわゆる上限価格規制(Price Cap Regulation)である¹¹⁾。

(5) 財源

Compartment 2の財源は2005年以前から引き続き、以下の4種類の財源から成っている。以下の内、②、③は、健康保険基金(the Health Insurance Fund)に集められる。

- ① 定額保険料(Nominal contribution)
- ② 所得比例保険料(Income-related contribution)
- ③ 公的補助金(The public funds)
- ④ 自己負担金(Personal contribution)

被保険者は原則として自己負担なしで医療サービスを需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。

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。2006年の保険料率は、6.5%である。保険料は被用者の場合は給与から天引きで、内国歳入庁(The Inland Revenue Service)が集める。

所得比例保険料については、助成措置が用意される。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する。自営業者、退職者については、この措置は適用されない。

国はCare insurerに対して、補助金を投入する。補助金の投入には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、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。

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。保険者によって定額保険料は異なり、また、同じ保険者の中でも保険商品の内容によって差別化することができるが、同じ保険商品を対象となる被保険者の性別など属性の違いによって差別化することは規制されている。

所得比例保険料、公的補助金は、一度、一般基金(General Fund, AK (Algemene Kas))に集められる。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、健康・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、健康・スポーツ大臣の監督の下で、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。

予算の決定は以上の通りであるが、予算よりも、現実にかかると予想される費用が上回ると考えるときには、Care insurersは、保険加入者に対して定額保険料を科す。定額保険料は、Care insurersによって異なり、2006年は平均で1015ユーロ/年である¹²⁾。

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)が準備されている。具体的には、被保険者にミーンズ・テストを行い、国から定額保険料の補助金を与える¹³⁾。

また2006年から無事故払戻制度(No-claim refund)と免責控除制度(Personal Excess)が設けられている。

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る。

また、免責控除制度は、18歳以上の被保険者が自ら免責控除金額を設定し、その金額以内の医療費は自己負担とする。健康保険法では、免責控除金額は、100ユーロ、200ユーロ、300ユーロ、400ユーロ、500ユーロに設定されており、それぞれの免責控除額に応じて保険料の割引を受けることができる。

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、無事故払戻制度、免責控除制度の適用においては考慮されない。

(6) 「規制された競争 (Regulated Competition)」の強化

オランダでは、1980年代後半の「デッカー・プラン (Plan-Dekker)」、「シモンズ・プラン (Plan-Simons)」の構想に始まり、今日に至るまで、医療・介護制度改革が紆余曲折を経ながらも継続的に実施されてきている¹⁴⁾。オランダの医療・介護制度改革で、「デッカー・プラン」以来今日に至るまで、変わらず中心にあるのが、「保険者」を核にした競争原理の導入の考え方である。「規制された競争 (Regulated Competition)」と呼ばれるこの考え方は、競争原理を利用して、効率的かつ消費者にとって適当な医療サービスを提供するための政策的手法のアイデアである¹⁵⁾。

デッカー・プランの当初のアイデアでは、医療保険、介護保険を統合した形で「規制された競争」を導入することになっていたが、1995年の改革のあたりから、特に Compartment 2 に限定して、「規制された競争」を導入する政策選択の方向性が定着しつつある。2006年1月から実施された新しい医療保険制度改革では、この方向性がますます明確になってきている。

「規制された競争」とは、以下のような仕組みである。保険者は、加入している被保険者のリスクに応じて、事前的費用償還を受け、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。保険者は、被保険者から毎年1回選ばれるので、消費者にとってよりよいサービスを医師、医療機関などから供給してもらえようように努力するインセンティブを与えられ、結果として、被保険者に最も望ましい医療が提供されるというのがその筋書きである。具体的には、保険者は、事前的費用償還の金額よりも実際に医療サービス供給者に支払った費用の方が大きく、赤字が出ると、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い、費用の効率的な使用を試みる。被保険者がサービスの価格、質を評価できるという前提のもとでは、保険者は、定額保険料を低くする努力ばかりでなく、サービスの質を高める努力をしなければならなくなる。

2006年1月1日から、保険者に営利を認め、制度を一本化することにより、市場を広くした。また、現物給付のみならず、償還払い制度、および両者の組み合わせを可能にし、多様な保険商品の開発を可能にするなど、競争のための手段を充実させたことにそれが表れている。また、競争を促進させるために、オランダ医療サービス庁 (Netherlands Care Authority (NZa)) を設置したことも注目される。

3. 特別医療費保険……“Compartment 1”

次に長期化した疾患をカバーする保険について解説しよう。この保険は特別医療費保険と呼ばれ、根拠法は特別医療費補償法 (The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten)) である。これが、日本で注目されている公的介護保険にあたる。特別医療費保険は、1968年より施行され、改変を経て今日に至っている¹⁶⁾。

(1) 被保険者

保険加入については、オランダの居住者、非居住者でも支払給与税の対象者は原則として強制加入である¹⁷⁾。加入条件を満たしているにもかかわらず、加入を拒否する場合は、追加的な所得税を課されることになる。非居住者であっても、オランダで雇用され、賃金の支払いを受け、所得税を納めている場合は、強制加入である。なお、子どもについては、両親がAWBZに加入しているかどうかは関係なく、その子ども自身が加入条件を満たしているかどうかで加入が認められる¹⁸⁾。

表 6 特別医療費保険 (AWBZ) の Health Care Office

Region	事務代行者
Amstelland en De Meerlanden	Zorg and Zekerheid
Amsterdam	Agis Zorgverzekeringen
Apeldoorn/Zutphen	Agis Zorgverzekeringen
Arnhem/Twente	Menzis Zorg
Delft/Westland/Oostland	Zorgverzekeraar DSW
Drenthe/Zwolle/Flevoland	Groene Land Achmea
Friesland	De Friesland Zorgverzekeraar
Groningen	Menzis Zorg
Haaglanden	DeltaLloyd Zorg
Kennemerland	Zilveren Kruis Achmea
Midden Brabant	Zorgverzekeraar VGZ
Midden Holland	Zorgverzekeraar Trias
Midden Ijssel	Salland Verzekeringen
Nieuwe Waterweg Noord	Zorgverzekeraar DSW
Nijmegen	Zorgverzekeraar VGZ
Noord en Midden Limburg	Zorgverzekeraar VGZ
Noord Holland Noord	Unive
Noord Oost Brabant	Zorgverzekeraar VGZ
Rotterdam	Zilveren Kruis Achmea
t Gooi	Agis Zorgverzekeringen
Utrecht	Agis Zorgverzekeringen
Waardenland	Zorgverzekeraar Trias
West Brabant	OZ Zorgverzekeringen
Zaanstreek/Waterland	PWZ Achmea
Zeeland	CZ Actief in Gezondheid
Zuid Holland Noord	Zorg and Zekerheid
Zuid Hollandse Elilanden	OZ Zorgverzekeringen
Zuid Limburg	CZ Actief in Gezondheid
Zuid Oost Brabant	CZ Actief in Gezondheid

出典：Zorgverzekeraar Nederland (ZN) の website より筆者が作成。

(2) 保険者・事務代行者

AWBZは、強制加入であり、保険者は国である。ただし、実際の保険の給付は、短期医療保険の保険者である Care insurer が代行している。この事務代行者は、“Health Care Office (Zorgkantoren)” と呼ばれており、“Region” ごとに1つだけ存在している。オランダには医療計画の実施のために、32の Region が存在する¹⁹⁾。表6は、オランダ健康保険

者連合会に加盟する Care insurer が、どの Region で Health Care Office を司っているかを示している。Health Care Office を担当する Care insurer は、Compartment 2 にあたる保険サービスを提供するかたわら、特別医療費保険のサービスの事務代行も行うことになるが、両方の事業は組織として相互に独立して行われる。

(3) カバーされるサービス

特別医療費保険でカバーされるサービスは、1年を超える病院のサービス、1年を超えるリハビリテーション、訪問看護、出産前のサービス、代謝にかかわる遺伝性の疾患の検査、国の予防接種プログラムの下での予防接種、高齢者介護サービス、精神介護サービスなどである。

特に介護サービスについては、その機能(Function)に応じて定義してあるところが特徴である。その機能とは以下の7つを指す。

① 家事援助 (Domestic help)

整頓、清掃、食事の準備などが含まれる。

② 個人的ケア (Personal care)

例えば、シャワー、入浴、着衣、髭剃り、肌の手入れ、排泄、飲食の介助などが含まれる。

③ 看護 (Nursing)

傷口の手当(医薬品の塗布、包帯)、医薬品の投与、注射、病気の対処法へのアドバイス、患者が自分で注射する方法の教育などがある。

④ 支援的ガイダンス (Supportive guidance)

患者の1日の生活を計画し、よりよい生活に導くこと。デイ・ケアなどが含まれる。

⑤ 能動化ガイダンス (Activating guidance)

生活・行動を変えるための相談、新しい生活行動様式を身につける上での行動上、精神的な問題に関する相談などが例としてあげられる。

⑥ 治療 (Treatment)

病気・疾患に関連するサービスであり、例えば、脳卒中後のリハビリテーションなどはその例である。

⑦ 住居 (Accommodation)

具体的には、施設における入所サービスである。

例えば、以下のような例が、Ministry Health, Welfare and Sport (2005 (a))に例示してある。脳内出血の患者が、快方に向かっているが、快方に向かうプロセスで、介護が必要になった。この場合、必要なサービスを「機能 (Function)」で記述すると、「一般的なケア (General care)」、「看護 (Nursing)」、「治療 (Treatment)」、「住居 (Accommodation)」であり、患者に対しては、実際には、ナーシング・ホームでこれらの「機能」を実現するサービスが組み合わせられて供給されることになる。

サービスは基本的には現物給付であるが、現金給付 (Personal care budget)も存在する。ただし、現物給付の対象になるサービスは、看護、家事援助、個人的ケア、支援的ガイダンス、活動的にする相談に限られている。

(4) Compartment 1の仕組み

Compartment 1の仕組みを、被保険者がどの様に医療・介護サービスを需要できるのか、示すことによって見ていきたい。被保険者は、先述したHealth Care Officeに登録する必要がある。登録は暦年を基本とし、被保険者が翌年も更新を希望すれば、自動的に更新ということになる。被保険者は、サービスを受けるためには、CIZ (Centrum Indicatiestelling Zorg)における審査を受けなければならない。ここで、給付の必要性、サービスの種類、量が決定される²⁰⁾。

Health Care Officeは、被保険者に対する医療サービスの内容を、医師、病院、ナーシング・ホームなどのサービス供給者と契約する。契約には、被保険者に提供されるサービスの価格、量などが含まれている。ただし、サービスの価格については、医療料金法 (The Health Care Charges Act (WTG))による規制があり、CTG (National Health Tariffs Authority)において決められた診療報酬点数を上限として、交渉によって決定することができる²¹⁾。

(5) 財源 (Funding)

特別医療費保険の財源は、被保険者の保険料、国の補助金、サービス利用者の自己負担から成っている。

保険料は加入者の課税所得に比例して課される(13.45%、2005年)が、課される課税所得には上限(30357ユーロ)がある。(2006年の保険料は、12.55%である。)保険料は、被用者の場合には使用者が給与天引きで徴税当局に納め、非被用者の場合には、非被用者自身が徴税当局に納付しなければならない。保険料の納付義務は、15歳未満の者、および15歳以上でも課税所得のない者にはない。

ほとんどのサービスの利用について一部負担が必要である。例えばナーシング・ホームを利用すると、自己負担が発生する。自己負担の金額は、課税所得と関連して決められる²²⁾。

これらの保険料と被保険者の自己負担分は、政府の補助金と一緒に一般特別医療費保険基金(General Exceptional Medical Expenses Fund)(AFBZ)に集められ、健康保険審議会(CVZ)が、各RegionのHealth Care Officeに経営管理費用を支払い、サービス供給者に費用を償還する²³⁾。

III オランダの医療・介護の連携

本節では、オランダの医療・介護の連携が制度的にどの様に担保されているかを検討したい。

オランダにおける医療と介護の分業を考えるためには、Compartment 2とCompartment 1の間の分業について考える必要がある。

Compartment 2は、原則365日以内のサービスを対象としており、Compartment 1は、1年を超えるサービスをカバーしている。例えば、病院への入院サービスを例にとると、1年以内の入院はCompartment 2でカバーされ、1年を超える医療サービスは、日本の公的介護保険に該当するCompartment 1でカバーされる。つまり、同じ病院

の中でも期間が1年以内であれば、Care insurerが保険者としてのマネージメントを行い、1年を超えるとCompartment 2の事務代行者のHealth Care Officeがマネージメントを行う。Care insurerとHealth Care Officeの間で患者に関する十分な情報の共有が行われなければ、事務手続き的な煩雑さを避けることができない。しかし、サービス提供者は病院内で変わらないので、この点ではスムーズな連携が行われると思われる。その一方で、Compartment 1で病院外のいわゆる介護サービスを受給するためには、CIZによる認定が必要になってくる。そこで重要な役割を果たすのが、本人であると同時に、CIZの審査を受けるように紹介をする主体である。医療と介護の連携で重要なのは被保険者本人のサービスを受けようという主体性とCIZの審査を受けるところまで導くアドバイザーの存在である。それは、Care insurer、Health Care Officeといった保険者、事務代行者であると同時にサービスを提供していた病院の関係者であろう²⁴⁾。彼らが被保険者のためにどこまで親身になれるかが連携の成否を左右すると考えられる。

医療と介護の連携について、問題になるのが「社会的入院」である。オランダでは「社会的入院」が発生しにくいことが制度的に担保されていると考えられる。しかし、それは皮肉な理由によるものである。それは、短期医療保険における「規制された競争」が一層拡充されたことによる。つまり、短期医療保険では、「規制された競争」により、Care insurerに費用抑制のインセンティブがあるために、例えば、病院における必要以上の入院は抑制されるだろう。病院に予算システム、DBC(Diagnose Behandelings Combinaties)が導入されていることも、このことに拍車をかけると考えられる²⁵⁾。「規制された競争」がどの程度効いているかどうかは、議論のあるところではあるが、いくつかの傍証が存在する。

Care insurerが合併などによって規模の拡大を図っていることは、Compartment 2におけるCare

表7 Compartment 2の保険者数の加入者数による分布

被保険者数 (人)	疾病基金保険			私的保険		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
1,000,000 -	2	3	3	0	0	0
500,000 - 1,000,000	5	4	5	3	3	4
400,000 - 500,000	4	2	1	0	0	0
300,000 - 400,000	4	3	4	3	2	2
200,000 - 300,000	2	2	1	3	3	4
100,000 - 200,000	1	1	1	9	10	8
50,000 - 100,000	2	2	2	8	8	3
- 50,000	5	5	5	20	18	14
合計	25	22	22	46	44	35

出典：VEKTIS (2004) P.12, VEKTIS (2005) P.12 より筆者が作成。

insurer間の競争が激しくなっていることの証であろう。表7は、2002-2004年の3カ年のCompartment 2の保険者の加入者数による分布である。疾病基金保険、私的保険両者について、徐々にではあるが、規模の拡大が進んでいることが見て取れる。また、2006年5月23日の報道によると、VGZ-IZA-TriasとUniveが、提携関係を結ぶことが発表された。2006年7月3日の報道によると、Agis、Menzis、DeltaLloyd and Oharaが合併する方向で話し合いに入っていることが報じられた²⁶⁾。また、2006年5月23日の報道によると、2006年1月から3月にかけて、被保険者の約18%にあたる2700万人の人々が契約するCare insurerを変えたと報じられた。

病院における入院が必要なくなったと判断された患者は、ナーシング・ホーム、レジデンシャル・ホームのような介護施設、あるいは在宅サービスに移行することになる。

しかし、ここで問題が発生する。既に示したように、オランダでは、医療から介護まで万遍なく、ウェイティング・リスト問題が発生している。高齢者介護サービスについては表3で示したように、長い待ち時間が発生している。ナーシング・ホーム、レジデンシャル・ホーム、ホームケアのいずれにおいても、長い待ち時間が発生していることが分かる。表2

を見ると、医療サービスについても、2004年の時点で病院の外来サービスについて、平均して4週間程度待たなければならないことが示されている。また、2004年の時点で、139000人の一般病院における治療を待っている患者の内、約68%の95000人は、4-5週間のうちに治療を受けられるというデータが公表されている。しかし、約20%にあたる28000人の人々は、病院の収容能力の限界により治療を受ける見通しがないとされている²⁷⁾。

つまり、病院を出た患者は、在宅サービスについても、施設サービスについても、待たなければならないのである。また、特別医療費保険では、CIZによる審査の後、サービスの種類、量が決まった後、日本の公的介護保険におけるケア・マネージャーのようなサービスをアレンジする主体がないことも病院を退院した患者の行く先がすぐに決まらないという問題を深刻化させるかもしれない。いずれにせよ、待ち行列のできているところでは、スムーズな連携は難しいのが実際であろう。実際に病院を出た患者が、行き場がないままに、待ち行列のリストに載ったままで困っている事例があるかどうかは明確ではないが、今回の新しい医療保険制度改革で、短期医療保険については、Care insurerに対して、Care obligationを課して

表8 GPの二次医療への紹介率

疾患名	紹介率 (%)
GPが主として診る疾患	
高血圧	1
腰痛	2
中耳炎・急性扁桃腺炎	3
専門医が主として診る疾患	
心筋梗塞	60
小根の症状を伴う腰痛	16
慢性中耳炎	35

出典：Andre den Exter et al. (2004) P.68 Table 8.

いること、特別医療費保険については、保険者を国にしていることは、そうした事態が発生しないための措置とも考えられる²⁸⁾。

一方、病院におけるウェイティング・リスト問題については、制度的な措置が相当行われてきているように思える。

第一に、オランダでは、病院などの二次医療のサービスを受けるには、GPによる紹介が必要である。いわゆるGPシステムを採用している。表8は、各疾患によるGPの二次医療への紹介率を示してあるが、心筋梗塞などの比較的重大な疾患は専門医が診るために紹介率が高いが、高血圧などの疾患はGPが一次医療で診るという分業が成立している。GPの専門医への紹介率は平均して6%程度である²⁹⁾。二次医療への門番(Gate keeper)の役割をGPが行っているのである。それにもかかわらず、病院のウェイティング・リストがなくなる理由は、絶対的に少ない二次医療の収容能力である。オランダの病院は、1999年時点で136あった。OECD Health Data 2005を利用すると、人口1000人あたりの急性期疾患用のベッド数は、2002年で3.2であるが、日本の同じ数字は8.9である。

第二に、こうした状況に対応して、1990年代には「壁を越えるサービス(Transmural care)」の試みがなされてきた。これは、一次医療と二次医療の中間的な性格を持つサービスである。具体的には、

専門看護師、ガイドライン、在宅医療の技術、退院計画などの手法を利用しながら、悪性腫瘍、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病、リウマチ性関節炎などの患者を対象にしたサービスを展開してきている。しかし、一次医療と二次医療の連携の決め手には必ずしもなっていないようである³⁰⁾。

IV 終わりに

本稿では、オランダの医療保険制度、介護保険制度の概要を説明し、さらに医療・介護の間の連携が制度としてどの様に設計されているかを検証してきた。

最初に、Compartment 2、Compartment 1の説明をする中で、特にCompartment 2において、2006年から大きな制度改革があったことを示した。それは、Compartment 2における「規制された競争」の強化によるサービスの効率的利用の強化であった。

しかし、この動きは、実は、これからオランダの医療・介護制度の構図が大きく変化することの第一歩でしかない可能性がある。2006年6月27日の保健・福祉・スポーツ省の発表によると、オランダの上院で社会支援法(WMO (Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning))が可決され、2007年1月1日より施行されることが明らかになった³¹⁾。社会福祉法、障害者サービス法でカバーされていたサービス、およびAWBZでカバーされていたサービスのうちの一部が社会支援法でカバーされることになる。そして、新しい制度の下では、市町村(Local authority)が制度の管理者、サービス提供者、評価実施者など主体的な役割を担うことになる。

次に、医療と介護の連携についての制度設計を検証した。医療と介護の連携において、必要なものは制度的な整合性はもちろん重要であるが、さらに大切なものは、被保険者のために行動する主体の存在である。この重要な仕事をどの主体に

任せるべきなのかは、制度設計のあり方も相まって、重要な課題である。また、この主体に期待している仕事を遂行させるためにどのような仕組みを考えるかも重要な政策的課題であろう。

しかし、その一方で医療と介護の連携を実現する上で、重大な支障を来すウェイティング・リスト問題がオランダの医療・介護制度に根強く存在していることを示した。

オランダの医療・介護制度は、長い時間をかけて、試行錯誤を繰り返しながら、変化を遂げつつある。その行く先が正しい答えにつながっているかどうかは、判断できる状況ではないが、明確な政策理念を掲げながら、前進を続けるオランダの医療・介護制度改革の行方は今後も注目される。

謝 辞

本稿の一部は、文部科学研究費基盤研究(C)(課題番号17530238)の成果の一部を使用している。記して感謝の意を表したい。

注

- 1) ただし、後述するようにAWBZには、1年超の病院におけるサービスなど、日本でいうところの医療サービスも含まれていることに注意を要する。
- 2) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) p.15を参照。
- 3) 現在は、直視下心内手術、経皮血管形成術などがこの対象になっている。Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) p.10を参照。
- 4) Compartment 2における制度改革の内容の詳細は、大森(2006)を参照。
- 5) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b))を参照。
- 6) ただし、オランダ軍人にもAWBZの加入義務はある。
- 7) 大森(2006) p.162を参照。
- 8) Zorgverzekeraars Nederlandのwebsite (<http://www.zn.nl/international/news/overviewznweekly/index.asp>)を参照。
- 9) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (a)) pp.23-27を参照。
- 10) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.20を参照。
- 11) Ministry of Health, Welfare and Sport (2002 (a))

pp.23-24およびpp.62-63を参照のこと。

- 12) CVZ (College voor zorgverzekeringen)のwebsite (<http://www.cvz.nl/default.asp?verwijzing=/home/index.asp>)による。
- 13) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) pp.41-48.
- 14) Dekker Committee. 1987. Willingness to change 1987.
- 15) 近年、日本の医療保険制度改革の構想において、保険者の役割に焦点をあてた「保険者機能」の議論があるが、オランダの試みと共通している。
- 16) 本小節の制度の記述については、Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b))、井原(2006)、André den Exeter et al (2004)を参考にした。
- 17) 居住者(Residents)とは、原則として、オランダの領土内に居住している者を指すが、オランダの領土外に居住していても、経済的、社会的な絆がオランダにある場合は、居住者と見なされる。
- 18) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) pp.49-50を参照。
- 19) André den Exeter et al (2004) p.36を参照。
- 20) 特別医療費保険の給付の手続きについては、井原(2006) pp.29-30を参照。
- 21) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.51を参照。2005年までの保険者とサービス供給者の契約の詳細については、大森(2004)、Ministry of Health, Welfare and Sport (2004) p.19を参照のこと。
- 22) AWBZの自己負担に関する詳細は、Ministry of Social Affairs and Employment (2005) p.9を参照。
- 23) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.21を参照。
- 24) アドバイザーについては、さまざまな候補があり得るが、オランダではGPシステムが採用されており、患者には必ずかかりつけのGPがいるので、GPはその候補といえるかもしれない。
- 25) 病院の予算システムについては、André den Exeter et al. (2004) pp.106-109を参照。DBCとは、診断群分類(DRG)と類似の支払い方式である。詳しくは、松田(2003)を参照。
- 26) Zorgverzekeraars Nederlandのwebsiteによる。
- 27) André den Exeter et al. (2004) pp.76-77を参照。
- 28) Ministry of Health, Welfare and Sport (2005 (b)) p.20を参照。
- 29) André den Exeter et al. (2004) p.68を参照。
- 30) André den Exeter et al. (2004) pp.77-78を参照。
- 31) 井原(2006)を参照。

参考文献

(論文)

André den Exeter, Herbert Hermans, Milena Dosljak and Reinhard Busse. 2004 "Health Care Systems in Transition

- Netherlands 2004”, The European Observatory on Health Care Systems
- Schut.F.T. 1996 “Health Care Systems in Transition: the Netherlands,” *Journal of Public Health Medicine* Vol.18.
- 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 pp.47-67.
- Schut.F.T. and Hassink.W.H.J. 2002 “Managed competition and consumer price sensitivity in social health insurance,” *Journal of Health Economics* Vol.21, No.6 pp.1009-1032
- van Barneveld.E.M., Lamers.L.M. van Vilet and van de Ven. W.P.M.M. 2001 “Risk sharing as a supplement to imperfect capitation: a tradeoff between selection and efficiency,” *Journal of Health Economics* Vol.20, No.2 pp.147-168
- van de Ven W.P.M.M. and Schut.F.T. 1994 “Should Catastrophic Risks be Included in a Regulated Competitive Health Insurance Market?,” *Social Science and Medicine* Vol.39, No.10
- 井原辰雄 2006 「オランダにおける高齢者および障害者に対するケアに関する施策について」『海外社会保障研究』No.154, pp.26-36
- 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, pp.36-52
- 大森正博 2006 「オランダの医療・介護制度改革の現状について」『租税研究』第667号, pp.153-167
- 佐藤主光 「保険者機能と管理競争—オランダの医療保険制度改革を例に—」国立社会保障人口問題研究所編『選択の時代の社会保障』東京大学出版会 2003 所収(第10章)
- 廣瀬真理子 2000 「オランダの長期医療・介護保障制度」『海外社会保障研究』No.131, pp.47-55
- 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 pp.10-16
- 山崎泰彦 2001 「保険者機能に注目した医療制度改革論」国立社会保障人口問題研究所(主任研究員 山崎泰彦 上智大学教授)『保険者機能に関する研究プロジェクト報告書』所収
- (書籍・資料)
- Government Committee on Choices in Health Care. 1992 “Choices in health care.”
- Landelijke Huisartsen Vereniging. 2003 “Ziekenfonds Tarieven Per 1 Januari 2003.”
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(a), *Health Insurance in the Netherlands*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(b), *Choosing with Care*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2002(c), *A Question of Demand*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2004, *Health Insurance in the Netherlands*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005(a), *New foundations for health care with a solid future.*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2005(b), *Health Insurance in the Netherlands-The new health insurance system from 2006*
- Ministry of Health, Welfare and Sport, 2006, *The New Care System in the Netherlands*
- Okma.G.H 1997,. *Studies on Dutch Health Politics,Policies and Law*
- VEKTIS. 2004 *ZORGMONITOR Jaarboek 2004*
- VEKTIS. 2005 *ZORGMONITOR Jaarboek 2005*
- (おおもり・まさひろ お茶の水女子大学助教授)