

参考資料：オランダの医療制度改革と高齢化対策



目次

1. オランダの医療制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1

2. オランダの高齢化対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 8

1. オランダの医療制度

オランダでは1980年代の終わり頃から、医療制度の大々的な改革に取り組んでいる。社会の高齢化による医療費増大や、EU全体の社会保障における協調政策に対応するため、2006年には治療サービスを扱うCompartment 2（短期医療保険）において大幅な制度改革が行われた。^{1,2}

オランダの医療保険制度は、3つの層（Compartment）に分類される。日本の公的介護保険にあたるCompartment 1（特別医療費保険）、医療保険に相当するCompartment 2（短期医療保険）、そして上記2つでは給付対象外とされるサービスを扱うCompartment 3（補完保険）である。¹

・ Compartment 1

Compartment 1（特別医療費保険）は1968年に特別医療費補償法（The Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ（Alegemene Wet Bijzondere Ziektekosten））が制定されて始まり、日本における公的介護保険にあたる。¹

加入者はオランダ居住者、および支払給与税対象者すべてであり、すなわち強制加入である。加入条件を満たせば、子どもも加入しなければならない。¹

給付されるサービスは、1年以上の治療・リハビリテーション、予防接種、介護サービスなどである。¹

保険者は国であるが、実際の給付事務は後述するCompartment 2の民間保険者（Care insurer）が代行している。この民間保険者を特にHealth Care Officeと呼び、オランダ

¹ 「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 海外社会保障研究 Autumn 2006 No.156

² 「海外の医療制度を訪ねて<第4回～オランダ・EU(その2)・まとめ編>」 財務総合政策研究所研究部—医療制度研究班—ファイナンス 2010.1

国内の 32 の医療区域 (Region) ごとに 1 つずつ配置されている。¹

被保険者が給付を受けるには、「ケア判定センター」(Care Indication Determination Center; CIZ) の審査・認定が必要となる。CIZによって受けるべき介護サービスの内容が決められ、このサービスが同じであれば、被保険者は支払いや規制・監督上同一の扱いを受ける。すなわち、日本のように同じサービスでもそれを提供する施設によって規制・給付内容が異なることはない。また、「個別ケア予算」として現金給付も認められており、実際に予算の 4 割弱は家族・知人等への支払いとして利用されている。³

Compartment 1 の財源は、被保険者の所得比例保険料 (2006 年現在 12.55%)、被保険者の自己負担、国の補助金である。これらの財源は一般特別医療費保険基金 (General Exceptional Medical Expenses Fund (AFBZ)) に集約され、各 Health Care Officeを通じてサービス提供者に費用償還される。¹

・ Compartment 2

日本の医療保険にあたるのが Compartment 2 (短期医療保険) である。2006 年以前は疾病金庫と民間保険に分かれ、疾病金庫への加入が認められない一定所得以上の個人は、民間保険の加入が任意であるために、国民皆保険制度ではなかった。しかし 2006 年の健康保険法 (Health Insurance Act, Zorgverkeringswet)¹ 制定により、オランダ居住者および支払給与税対象者すべて (ただし例外あり) において、Compartment 2 への加入が義務付けられ、国民皆保険制度となった。³

保険者は私的な健康保険会社であり、営利/非営利を問わず参入することができるようになった。このような保険会社は Care insurer と呼ばれ、私企業である一方、公的な規制を受ける。たとえば、加入を求める者の拒否や、性別・年齢・身体状況等による差別化、すなわちリスク・セレクションは禁止されている。また、被保険者数が 850,000

³ 「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」 佐藤主光 会計検査研究 No. 36 2007. 9

人以上の保険者は、全国に営業範囲を展開することが義務付けられている。

Compartment 2 の対象者は、いずれかの保険者を選び、加入しなければならない。¹

給付するサービスは、主に治療サービスであり、かかりつけ医（General Practitioner ; GP）⁴ や専門医等の診察、検査、医薬品、365 日以内の入院等が含まれる。^{1,2}

被保険者は保険者を自由に選び、毎年変更することができる。保険者は医療サービスの内容や価格、品質を医療機関等のサービス供給者と契約する。ただし、価格については国による上限規制がある。保険商品には、現物供給モデルと費用償還モデルがあり、前者では主に保険者が契約する医療機関でサービスを受け、後者ではすべての医療機関を利用することができる。¹2006 年現在、被保険者の 3 分の 2 は前者を利用している。³

Compartment 2 の財源は、被保険者の所得比例保険料、国による公的補助金、被保険者の定額保険料、そして例外的な被保険者の自己負担金である。このうち前者 2 つは医療保険基金（the Health Insurance Fund）に集められ、各保険者に分配される。このとき、保険者間の抱えるリスク格差を調整するため、リスク構造調整保険料（リスク構造調整プレミアム）として、政府により各保険者への分配額が決定される。^{1,2} また、診療報酬は医療機関が直接保険者に請求し、保険者から支払われる。²

オランダにおける医療制度改革の中核を担っているのが、この Compartment 2 への競争原理の導入である。これは「規制された競争（Regulated Competition）」と呼ばれ、保険者の効率的な事業経営・医療サービスの提供を実現させるべく、医療サービスの公平性を保ちながら保険者間の競争を促すものである。¹

上述の定額保険料とは、赤字経営が見込まれる場合に、保険者が 18 歳以上の被保険者に課す保険料である。金額は保険者によって異なり、各保険者は被保険者により低額で魅力的な定額保険料を提示するため、医療機関等との交渉を通して費用の効率的な利用

⁴ オランダでは一次医療（プライマリーケア）体制をとっており、各被保険者にはかかりつけ医（GP）が決められている。病院治療や専門医の診察等は、すべてこの GP を通して受診する。

を目指す。また、被保険者の医療費用に対する関心が高まる。これにより医療サービスの向上に向けた努力がなされ、被保険者にとって望ましい医療が実現するのである。さらにオランダ政府は、このような保険者間の競争を促進するため、2006年オランダ医療サービス庁（Netherlands Care Authority（NZa））を発足させた。¹

このような競争原理導入の背景には、EUが掲げる社会保障政策がある。2000年3月に行われたリスボン欧州理事会以降、高齢化社会に向けたEU域内全体の経済・社会発展のため、EU全体での社会保障政策としての「包括的アプローチ」が進められている。2002年のバルセロナ欧州理事会では、医療分野における3つの共通目標として、1. 被保険者の医療保険システムへのアクセス可能性、2. 医療サービス・システムの良質性、3. 財源の持続可能性 が確認され、EU各国はこれらの目標を達成するため、現在も取り組んでいる。²

3. 財源の持続可能性を実現させるためには、医療技術の進歩や高齢化によって増大する医療費を抑制する必要がある。オランダでは、ウェイティングリスト問題⁵など、非効率的な資源利用が問題となっており、こうした無駄な医療コストを削減するため、競争原理を導入し、保険者機能を強化したのである。²

・ Compartment 3

Compartment 3では、上述した2つの保険では賄われないサービスが提供されることから、補完保険と呼ばれる。加入は任意であるが、上述保険の被保険者の約9割が加入している。³

給付されるサービスは、Compartment 1, 2では対象外となるものであり、18歳以上の歯科、高度先進医療、在宅介護などが含まれる。保険者は民間保険会社である。近年のCompartment 2における公的給付範囲の削減により、ここ10年で売り上げは14

⁵ 治療サービスの待ち時間が長いという問題である。2004年時点で、病院の外来受診のために4週間待たなければならない。

倍にも増加している。³

・医療分野の IT 化

オランダではかかりつけ医における電子カルテの普及率が 98%となっており、さらなる医療分野のIT化が推進されている。患者のすべての医療関連情報をまとめた電子患者記録（Elektronische Patienten Dossier: EPD）の全国規模でのネットワーク化が提唱され、2002年に国立医療ICT研究所（national ICT Instituut in de Zorg: NICTIZ）が設立されて以降、本格的に推し進められた。⁶

NICTIZは、オランダ国内の医療ITシステムの連携および医療機関間の患者の情報共有を目的として発足したNPOである。NICTIZは、さまざまな医療システムにある患者の情報を、全国規模に整備されたITインフラ（AROTA）を介して取り出す仕組みの開発に取り組んでいる。⁶

AROTAの中核は、LSP（Landelijk Schakelpunt）と呼ばれるナショナルスイッチポイントであり、医療情報のハブとしての機能をもつ。このLSPにアクセスできるのは、NICTIZによる認可を受けた医療従事者およびシステムのみである。認可を受けた医療従事者は、医療従事者IDカード（UZIカード：Unieke Zorgverlener Identificatie）を用いてLSPにアクセスし、患者の情報を入手することができる。患者の情報は、市民サービス番号（BSN: Burgerservicenummer）で管理されている。この市民サービス番号は、オランダに居住するすべての人に与えられる社会保障番号と同じIDナンバーである。医療従事者は、この番号を用いて市民サービス番号検証サービスウェブサイトアクセスし、本人確認を行った上で患者の情報を使用する。また、2007年からは医療保険会社ID（UZOVI: Unieke Zorg Verzekeraars Identificatie）も発行され始め、保険会社の確認時に使用される。患者はこのIDを用いて、医療費の支払いに関する情報を得

⁶ 「電子医療先進国オランダの進める全国電子患者記録」 Digital Government 欧州マンスリーニュース 2007.1 NTT データ

ることができる。⁶

EPDを漸次全国規模で構築していくため、電子投薬記録（EMD）と電子代診記録（WDH）について優先的に試験導入し、2007年には両者の全国導入を実現する計画である。電子投薬記録とは、患者の投薬履歴であり、投薬ミスによる入院を防ぐ効果が期待されている。また、電子代診記録とは、主治医とそれに代わって夜間や他地域で診察を行う代診医が、患者のカルテ・薬歴を共有することができるよう開発されたシステムである。⁶

2. オランダの高齢化対策

・オランダの高齢化と社会福祉改革

オランダにおいても高齢化が進んでおり、65歳以上の高齢者数は2030年には400万人（人口の約25%）にもものぼるとされている。¹ 介護サービスへの需要は急激に高まり、財源・人材の確保が課題となった。またEU政策への協調の必要もあって、高齢化対策は大きな政策課題となった。²

これを受けて、オランダでは1980年代後半から医療・介護制度の抜本的改革に取り組んでいる。³ 1980年代には、増加する慢性疾患患者へのケアの在り方が注目され始め、患者本人に焦点を当てたケアが求められるようになったことから、施設ケアから在宅ケアへの転換が図られた。1990年代後半からは、施設外のケアを充実させ、患者ができる限り自立した生活を送れるよう支援する、利用者本位のサービスと利用者の自己責任をベースにした新しい長期ケアシステムの構築をめざしている。^{1,2}

・介護分野における社会福祉改革

1990年代後半以降、介護サービス利用者がそれまでと同じ生活環境で自立した生活を持続でき、また同時に高まる介護サービスへの財源を確保できる新しい長期ケアシステムを構築するため、介護分野では主に以下のような改革が行われてきた。

1. 特別医療費保険における個別ケア予算（現金給付）の導入

オランダの医療保険制度は、日本の公的介護保険にあたる特別医療費保険、医療保険

¹ Ministry of Health, Welfare and Sport

² 廣瀬 真理子「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』Spring 2008 No. 162 国立社会保障・人口問題研究所

³ 大森 正博「オランダにおける医療と介護の機能分担と連携」『海外社会保障研究』Autumn 2006 No. 156 国立社会保障・人口問題研究所

に相当する短期医療保険、そして上記 2 つでは給付対象外とされるサービスを扱う補完保険の 3 つに大別される。³

介護を扱う特別医療費保険では、1995 年から個別ケア予算と呼ばれる現金給付が行われ始めた。被保険者は現金を受け取り、みずから給付サービスを選んで購入することができる。導入当初、適用範囲は在宅サービスに限られていたが、2003 年には後述のインフォーマルケア（マントルケア）が加えられ⁴、2007 年からは施設サービスにも利用できるようになった。特別医療費保険のサービス受給者のうち、個別ケア予算を利用しているのは 10%であり、そのうち 33%はインフォーマルケア（マントルケア）を利用するためとしている。⁵

個別ケア予算導入により、サービス利用者の選択肢の幅が拡大し、またサービスを提供する民間非営利団体間の競争を促進することにより、より効率的なサービスの開発を促すことができるとされている。²

2. インフォーマルケア（マントルケア）の促進

オランダでは従来、介護の家族依存度が低く、在宅サービスや施設サービスなどの専門サービスが主であった。高齢者の家族との同居率は非常に低く、85 歳以上であっても同居率はわずか 6%にとどまる。²

専門の介護サービスではなく、家族や友人、隣近所の住民が無償で行う介護はインフォーマルケア（マントルケア）と呼ばれる。^{2,6} 高齢化に伴って介護サービスへのニーズが高まり、財源が逼迫していること、専門サービスの待機者問題（ウェイティング・リスト問題）、また介護に携わる人材の不足に対処するため、マントルケアは医療・介

⁴ 後藤 猛「21 世紀のオランダ厚生福祉改革」『宮城県海外ビジネス支援室 ビジネストップクスレポート 2006 年度第 3 四半期』

⁵ 大森 正博「オランダの介護保障制度」『レファレンス』 2011. 6

⁶ 厚生労働省 平成 20 年度障害者保健福祉推進事業「障害者の福祉サービスの利用の仕組みに係る国際比較に関する調査研究事業報告書」2009. 3

護における制度改革の一環として促進されている。²

オランダ保健福祉スポーツ省は、2001年白書に家族による介護の促進と支援を盛り込み、介護者の就労との両立支援に取り組んできた。² また、2003年には週8時間以上3ヶ月以上のマントルケアを必要とする場合、特別医療費保険を適用できることとした。介護を行う家族の支援として、マントルケア支援部隊が設置され、家庭にケア資格をもつボランティアを派遣したり、雇用者への理解を求めるための活動を行ったりしている。このマントルケア支援部隊の運営費は、特別医療費保険で賄われるようになった。^{4,6}

また、オランダ医師会もマントルケア推進の一翼を担う。日本では医療行為として一般人には禁じられている行為を、マントルケアに携わる人々に教育・訓練しているのがある。これにより、医師がいなくても安全かつ簡便に介護を行うことができる。^{4,6}

介護を必要とする人が、住み慣れた環境の中で自立した生活をより長く営んでいくために、マントルケアの果たす役割は大きい。2008年にマントルケアを提供した人は350万人（人口1650万人⁶）にもものぼる。⁵ そこで政府は、2006年にマントルケアを最重要政策と位置づけ、2007年にはマントルケアへの予算を引き上げた。また、11月10日を、マントルケアを行う人々に敬意を表する「マントルケアの日」とし、国民運動にまで広げている。⁴

また2007年より、マントルケアは後述する社会支援法（WMO）の給付対象となり、地方自治体が給付の責任を負うこととなった。^{4,6}

3. 社会支援法（WMO）施行

2007年1月、社会支援法（Wet maatschappelijke ondersteuning; WMO）が施行された。この法律は、地方自治体に地域医療・介護政策をゆだねることにより、それぞれの地域住民の要望に即したサービス提供、住民を巻き込んだ自立支援サービス体制の構

築、さらに、あらゆる市民が社会参加できる新しい地域社会の形成を目的としている。¹

2, 5

具体的には、従来特別医療費保険の給付対象であった、マントルケアを含む家事援助や住居の改修等の介護サービスの一部が社会支援法に移管され、各自治体が運営することとなった。このような措置の背景には、財源が医療保険制度から予算制限のある公費に替えることによって、より効率的なサービスの提供が図られるという期待があると考えられている。⁵ また、高齢化によって、本来高額な費用がかかるリスクを扱うとされた特別医療費保険が介護保険のようになり、財源が逼迫したため、その給付範囲を減らす必要があったことも挙げられる。^{4, 5}

社会支援法は各自治体に対し、高齢者・障がい者への自立支援や、介護を行う家族への援助などの社会支援を行うことを義務付けた。自治体は、オランダ健康福祉スポーツ省が作成する枠内で、4年に1度地域計画を策定することが求められる。^{1, 2} すなわち、自治体には社会支援策において裁量とともに、責任をもつこととなったのである。¹

・高齢者の生活実態・受ける介護サービス

オランダでは、65歳以上の高齢者の9割が、何らかの年金を収入源として生活している。オランダでは従来、65歳未満で早期退職する人が多かったが、近年早期退職制度の見直しや就労の促進が行われ、55~64歳の高齢労働者が急激に増加している。

(2005年 40%)²

高齢者は一人または夫婦のみで暮らしているケースが多く、その他の家族と同居している人は非常に少ない。同居率が最大となる85歳以上であっても、その割合は約6%にとどまっている。また、80~85歳の高齢者の約9割が一人で暮らしている。²

このように一人暮らしまたは夫婦二人暮らしの高齢者が多いことから、オランダでは高齢者向けの住宅が多く建設されている。階段や段差のない、バリアフリーが施された

住宅や、介護が必要になっても夫婦が共に暮らせるよう住まいと介護サービスを提供する「複合住宅」など、さまざまな様式がある。²

介護が必要となった場合に高齢者が特別医療費保険によって受けることができる介護サービスは、在宅サービスと施設サービスに分けられる。まず、在宅サービスは家庭医（かかりつけ医）と在宅ケア協会によるホームヘルパーや訪問看護師の派遣がある。オランダでは一次医療（プライマリーケア）体制をとっており、各家庭は年間契約を通してかかりつけ医（家庭医; GP）を持っている。病院治療や専門医の診察等は、すべてこの家庭医を通して受診する仕組みとなっている。最近では、家庭医は地域医療をコーディネートする役割も担い始め、他の家庭医や訪問看護師などと連携してグループ診療を行うことが多くなってきた。²

特別医療費保険を利用する高齢者 39 万人のうち、家事援助を除く在宅サービスの利用者は約 23 万人（59%）を占める（2007 年）。⁵ 2006 年には 75 歳以上の高齢者の半数が在宅サービスを利用しており²、また、在宅サービスへの支出は 2004 年から 2007 年にかけて 1.4 倍に急増した。⁵

施設サービスには、在宅サービスや家族による介護では不十分な要介護者が利用する高齢者ホーム（verzorgingshuis）と、重介護が必要な障がい者や高齢者が利用する医療施設であるナーシングホーム（verpleeghuis）がある。身体的障がいをもつ高齢者は前者を、認知症の高齢者は後者に入居する傾向があるが、前者の利用数は減少し続けている。また、施設サービスの利用が開始できるまでの待ち時間が長い、いわゆる待機者問題（ウェイティングリスト問題）が深刻となっている。²

先述した施設ケアから在宅ケアへの転換を契機に、高齢者ホームやナーシングホームと地域の連携が進められてきた。例えば、入居者でない高齢者がショートステイやデイケア・ナイトケアを利用できたり、医師の往診や訪問ケアなど、施設間および施設と高齢者のための住宅間の連携が図られたりしている。²

これらのほかに、介護が必要な高齢者は、家族や友人、隣近所の人々からのインフォーマルケア（マントルケア）を受けている。

・その他の高齢化対策

以上のほかにも、オランダではさまざまな高齢化対策が施されている。

まず、在宅医療のIT化の一環として、高齢者の在宅医療にインターネットのビデオ通信機能を活用する取り組みが始まっている。これは、高齢化による医療費の増大と医療・介護従事者の不足に対処し、また移民の多いオランダで高齢者間の社会交流を促進することを目的にしている。この取り組みは、「電子医療実験室」と呼ばれ、先端技術を扱う工業大学や企業が集中するアイントホーフェンのドールナケールス地区の一部で、2010年10月に開始された。利用者は、自宅からインターネット上で医療センターを訪問することができる。インターネットに接続されたテレビから血圧や体重などのデータを毎日送信し、医療センターが健康管理を行う。テレビを通して、担当者との面談や、体操教室の受講などができる。また、緊急時には、赤いボタンを押すと自宅の様子が救急センターに送信される。このようにして高齢者の自立した生活を支援し、施設等への入居を2~3年延ばすことによって、一人当たり年間2万ユーロの医療費の抑制を見込んでいる。また、5年以内には家庭医の診察も可能にする計画である。⁷

このほかに、特別介護保険（世話管理）登録（AZR）と呼ばれる、介護従事者間の要介護者に関する情報の共有を目的としたシステムが構築されている。これは、特別医療費保険の利用者すべての情報を一元管理することにより、介護従事者による迅速な状態把握と適切な介護サービスの提供を可能としている。⁴

⁷ 毎日新聞「オランダ医療費削減策」2011. 2. 21