

# オランダにおける健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴

## 目 次

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| I. はじめに                       | III. 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革 |
| II. 2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の沿革 | IV. ヘルスケアサービス（医療介護）改革の進行状況  |
|                               | V. 健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴      |

客員フェロー 小林 篤

## 要 約

### I. はじめに

オランダは、早くから公的介護保険制度を創設し、公的健康保険に管理競争を導入するなど、極めて特徴的なヘルスケアに関するサービス（医療介護）の改革を継続的に行ってきた。オランダの取組は先進諸国の制度改革における参考にされることが多々ある。オランダの健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴はどのようなものなのだろうか。

### II. 2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の沿革

2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革では健康保険者に管理競争が導入された。もう一方で、伝統的に病院等のヘルスケアサービス供給者には新規参入制限・抑制的価格規制が行われてきた結果、病院受診の待機者が生じるなど問題が生じたため、ヘルスケアサービス提供者についても需要者主導の競争を導入する自由化・規制緩和が実施された。2006年改革のヘルスケアサービス（医療介護）システムでは、第一層公的介護保険、第二層公的健康保険、第三層補完的な私的保険の三層構造になっている。第二層の公的健康保険で、社会保険で私的保険者が公的保険者になっている点はオランダ流の独自・独創的な点である。

### III. 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革

財政的に深刻な状況に陥った結果、持続可能性を確保するとの危機感から介護分野と医療分野の両方に関わる介護サービスの包括的改革が実施された。地方自治体が重要な役割を担う分権化の進展およびコストを公的財源から民間・私的財源にシフト、施設のケアをホームケアに二次医療をプライマリーケアに代替するなどの手法を駆使したコスト抑制策が推進された。

### IV. ヘルスケアサービス（医療介護）改革の進行状況

2006年改革は、ヘルスケアサービスのコスト抑制の観点からは、成功したとは言いがたいと評価されている。2015年改革により介護サービス関係の支出増加は、横ばいになった。

### V. 健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴

健康保険改革の動向では、その独自性と独創性、当事者の行動特性・インセンティブに着目した改革という特徴がある。介護保険制度の改革動向では、財政的な問題に関する危機感が最も大きな起動力になり、体裁などにこだわらない手段で現実的実地的な課題解決を進めているという特徴がある。

## I. はじめに

### 1. 本稿の目的

オランダ<sup>1</sup>は、早くから公的介護保険制度を創設し、公的健康保険に管理競争を導入するなど、極めて特徴的なヘルスケアに関するサービス（医療介護）の改革を継続的に行ってきた。管理競争のアイデアは、米国においてその導入が本格的に検討されたこともあったように、先進諸国の制度改革における参考にされることが多々ある。本稿は、オランダにおける健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴を明らかにすることを目的としている。

### 2. 用語：ヘルスケア、ヘルスケアシステムおよびヘルスケアに関するサービス（医療介護）

本稿では、ヘルスケアとは、専門家である医師・看護師等が提供する診断・治療、病院等の医療施設において提供される幅広い医療・保健サービス、疾病予防・健康増進、介護サービスまで含む意味に用いる。

ヘルスケアシステムは、ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」およびヘルスケアサービスの財源を確保しサービス提供者・利用者へ支払う「ヘルスケアファイナンスシステム」の二つのサブシステムで構成されていると考える。ヘルスケアサービスを提供する「ヘルスケア提供システム」として、病院・クリニックの他に介護サービスを提供する施設も含まれる。「ヘルスケアファイナンスシステム」は、公的財源の他に保険もある。公的健康保険も民間保険も、ヘルスケアサービスの財源を確保し、サービス提供者・利用者へ支払うファイナンスシステムの一つである。

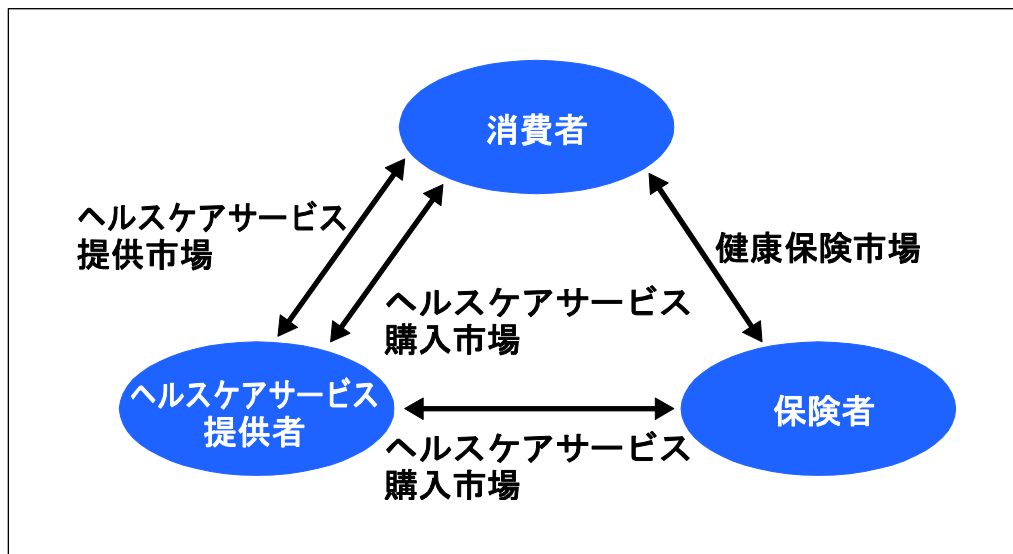
また、本稿では医療サービスと介護関係のサービスの両方を取り上げるので、医療介護全般のヘルスケアに関するサービスについて「ヘルスケアサービス（医療介護）」という用語を用いることにする。

### 3. ヘルスケアサービスに関する三つの市場

ヘルスケアサービスの当事者は、消費者、保険者およびヘルスケアサービス提供者である。この三者が取引する市場は、病院・医師等のヘルスケアサービス提供者が消費者にヘルスケアを提供するヘルスケアサービス提供市場、消費者と保険者が保険取引をする保険市場およびヘルスケアサービス購入市場の三つの市場である（《図表 1》参照）。ヘルスケアサービス購入市場は、消費者とヘルスケアサービス提供者との間と、保険者とヘルスケアサービス提供者との間に二つ存在している。二つある理由は、二つの給付方式があるためである。すなわち、①健康保険からの給付が、現物給付（ヘルスケアサービス提供者からヘルスケアサービスの現物が給付され、その費用を保険者が予めあるいはその都度ヘルスケアサービス提供者と交渉して支払う）と償還払い（消費者がヘルスケアサービス提供者からサービスを受けて、その対価を一旦ヘルスケアサービス提供者に支払い、保険者に対して支払った額を償還払いするよう求める）の二つである。

<sup>1</sup> オランダの正式名称は、オランダ王国（Kingdom of the Netherlands）である。なお、Netherlands と複数で表記されるのは、カリブ海のサバ島などの欧州外を含む場合であって、欧州だけの場合は単数を使用すると説明されることがある。本稿が対象とするのは、欧州だけである。

《図表 1》ヘルスケアの三つの市場



(出典) Wolf Sauter, “The role of competition rules in the context of healthcare reform in the Netherlands”, 2010.

#### 4. オランダの特徴

##### (1) 一般事情<sup>2</sup>

面積は、41,864 平方キロメートル（九州とほぼ同じ）であり、人口は 1,738.4 万人（2019 年 9 月 オランダ中央統計局）である。首都は、アムステルダム（政治機能所在地はハーグ）。宗教は、キリスト教（カトリック 24.4%、プロテスタント 15.8%）、イスラム教（4.9%）、ヒンズー教（0.6%）、仏教（0.5%）および無宗教・その他（53.8%）（2015 年 オランダ中央統計局）である。

略史は、以下のとおりである。1568 年対スペイン独立戦争、1648 年オランダ連邦共和国独立。1810 年フランスによる併合後、1815 年 オランダ王国独立。1839 年ベルギー独立を承認、1890 年ルクセンブルクとの同君連合解消。1940 年 ドイツによる占領と 1945 年解放。1949 年 植民地インドネシアの独立、1975 年中南米の植民地であるスリナムの独立。

政治体制は、立憲君主制で元首はウィレム・アレキサンダー国王陛下。議会は二院制（第 2 院（下院）150 議席、第 1 院（上院）75 議席）。第 2 院に法案、条約の先議権がある。

##### (2) オランダの地形・行政体制<sup>3</sup>

オランダの行政組織は、国・州・地方自治体で構成されている。国には中央政府があり、州（province）と地方自治体（municipality）は自身の権益を主張することが可能で、分権的統一国家（Decentralised unitary state）と呼ばれる行政制度を採用している。概ね州は日本の都道府県に相当し、地方自治体は

<sup>2</sup> 本項の記述は、外務省のホームページ 国・地域 > 欧州 > オランダ王国 (Kingdom of the Netherlands) 基礎データ (visited Feb. 1, 2021) <<https://www.mofa.go.jp/mofaj/area/netherlands/data.html>> に拠る。

<sup>3</sup> 本項の記述は、財団法人自治体国際化協会「オランダの地方自治」（2005 年）および国土交通省のホームページ 各国の国土政策の概要 オランダ (visited Feb. 1, 2021)

<<https://www.mlit.go.jp/kokudokeikaku/international/spw/general/netherlands/index.html>> に拠る。

日本の市町村に相当すると理解することができる。2010年現在、12州と467地方自治体が設置されている（《図表2》参照）。

《図表2》オランダの州



(注) ゴシック体の文字は州を示す。

(出典) eurostat, Netherlands. (visited Jan.26, 2020) <<https://ec.europa.eu/eurostat/guip/countryAction.do>>.

### (3) Poldermodel ; オランダ的合意形成方法

オランダの国土は、その25%は海面下となっており、60%は高度5m以下の低地だった<sup>4</sup>。低湿地を堤防で囲み水を排水し干拓地を造成する干拓事業も多く行われた。干拓地はオランダ語でポルダー (polder) と呼ばれる。

オランダにおける多種・多様な利害関係者が交渉し合意形成に至る伝統的合意方法は、ポルダーモデル (Poldermodel) と呼ばれている。ヘルスケアの領域においても、ヘルスケア業界団体・雇用者団体・消費者団体・患者団体などの利害関係団体が参加して Social and Economic Committee (SER) などの助言機関を利用し、交渉と妥協を重ね合意に至ることが行われている。その結果、ときには大変複雑な決着になることもある<sup>5</sup>。この合意形成のやり方はオランダ独特のものだと、欧州においても理解されている<sup>6</sup>。

## 5. 本稿の構成と説明の筋道

オランダにおける健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴を最終章としているが、保険制度に至る

<sup>4</sup> 世界大百科事典 「干拓」 平凡社 2014年。

<sup>5</sup> 英国のシンクタンク Civitas が2002年に公表した報告 CIVITAS, “TOWARDS A SOUND SYSTEM OF MEDICAL INSURANCE?” (visited Feb 2, 2021) <<http://www.civitas.org.uk/pdf/dutch.pdf>>.

<sup>6</sup> Fabian Dekker, “Challenges for the Dutch polder model,” ESPN Flash Report 2017/40, European Commission, 2017.

まえにヘルスケアサービス（医療介護）の改革の流れを理解する必要がある。従って、説明の道筋は、ヘルスケアサービス（医療介護）の改革の流れについて整理を行ってから、最終章へ至ることになっている。

オランダにおいてもヘルスケアサービス（医療介護）の改革は継続的に進められてきたが、分水嶺となる大規模な改革が、2006年と2015年に行われた。本稿では、これらの大規模な改革に焦点を当てオランダにおける改革の沿革を整理し、近年の改革の目的・背景および進行状況を概観する。最後にオランダの健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴を検討する。本稿は、以下の5章からなる。

- I はじめに
- II 2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の沿革
- III 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革
- IV ヘルスケアサービス（医療介護）改革の進行状況
- V 健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴

最初に、2006年に実施されたヘルスケアサービス（医療介護）の改革とその前史を振り返り（第II章）、その後実施されている2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の概要を整理し（第III章）、その進行状況を概観する（第IV章）。以上を踏まえて、オランダの健康保険・介護保険制度改革動向と改革の特徴を検討する（第V章）。

なお、第II章は2013年に公表した報告<sup>7</sup>をもとに、主として急性期疾患を対象にする医療サービスに関する改革である管理競争という規制された競争（regulated competition）の導入および旧来の公的介護保険制度について概観したものである。

本稿の記述は、2021年2月3日現在までに入手できた情報を基にしている。また、2020年11月から2021年1月にかけてオンラインで民間健康保険業界の実務者・加入者に対して実施した聴き取り調査の結果も使用している。

## II. 2006年ヘルスケアサービス（医療介護）改革の沿革

本章では、オランダにおけるヘルスケアサービスに関する課題解決のために実施された、2006年以前の状況（第1節2006年までの略史）、2006年に実施された改革に関する特徴と概要（第2節2006年ヘルスケアシステムの特徴と概要）および2006年ヘルスケアシステムの当事者と資金フロー（第3節2006年ヘルスケアシステムの当事者と資金フロー）を取り上げる。

### 1. 2006年までの略史<sup>8</sup>

#### （1）共済的基金の設立と社会保険の導入

1800年代前半には、慈善団体、薬局その他の慈善家によって共済的な基金が設立された。工業社会となる1800年代後半になると、労働者を対象とする労働組合が失業、疾病による医療費に対する給付を

<sup>7</sup> 小林篤「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業—公的健康保険制度の担い手としての民間保険の役割と実態」（損保ジャパン総研レポート，Vol. 63，2013年9月）

<sup>8</sup> 本節の記述は、主に Willemijn Schäfer et al, “The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010 および Madelon Kroneman et al, “The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016 に拠る。

行う共済的な基金が設立されるようになった。

1900年代になると、それまで健康保険に消極的だった政府が社会保険の導入を実現するように変化した。その第一歩は、1901年に成立した労働者災害保険法（Accident Act, Ongevallenwet）<sup>9</sup>である。1913年には、疾病法（Sickness Act, Ziektewet）が成立するが、第二次大戦まで本格的な社会保険制度の樹立はできなかった。しかし、1941年にオランダはドイツに占領され、ドイツの指令に従ってドイツ的の疾病保険基金（Ziekensfonds）が導入された。疾病保険基金は、強制加入の社会保険制度であったが、一定水準以下の所得の勤労者とその扶養家族を対象とし、職域ではなく主として地域毎に設立された。保険料は労使折半で、保険給付は現物給付であった。国民の45%から60%程度が加入したと考えられている。

しかしながら、保険加入者は、労働者だけではなかった。この社会保険には、任意で加入できたのである（「任意保険（Voluntary Insurance）」と呼ばれていた）。それ以外に、任意に私的な健康保険を利用した人々もいた。国民全員が保険を利用した訳ではない。

1966年に社会保険制度の疾病保険基金法（Health Insurance fund Act, Ziekensfonds Wet: ZfW）が施行されたが、全員加入の皆保険制度とはならず、疾病保険基金への任意加入は残った。1941年から続く健康保険システムは、強制的な社会保険スキーム、任意加入の社会保険スキーム、私的健康保険の3部門構成のままだった。

## （2）1991年・1992年疾病保険基金が競争する制度の導入とリスク調整の導入・改良

上述した1966年社会保険制度の疾病保険基金法の施行の後、1991年から1992年にかけて、社会保険制度の担い手である疾病保険基金制度に大きな変更がなされた。一つは、疾病保険基金が競争する制度の導入であり、もう一つは予算制とリスク調整の導入である<sup>10</sup>。

競争の導入は、言い換えれば市場機能の活用である。オランダのヘルスケアサービス（医療介護）改革では、疾病保険またはヘルスケアサービス（医療介護）の特性に応じた対処策が講じられることが多い。以下に述べるリスク調整もその一つである。

### ①疾病保険基金が競争する制度の導入

疾病保険基金は地域で事業展開をしていたのが、1992年に全国レベルでの事業展開が可能になった。このため、疾病保険基金同士が競争する関係になった。同じ頃、ドイツでも保険加入者が疾病金庫を選択できる制度が導入され、疾病金庫間での競争が導入されている。この変化は、疾病保険基金が地域単位の保険加入だけでなく、全国的な集団加入も実施する道を開いた。雇用主を契約者とする集団契約（Collective contract）も一般化し、基礎的な補償内容に追加的な補償を付加する契約も行われるようになった。そして、疾病保険基金のM&A、民間健康保険者の取り込み・グループ化も活発になった。

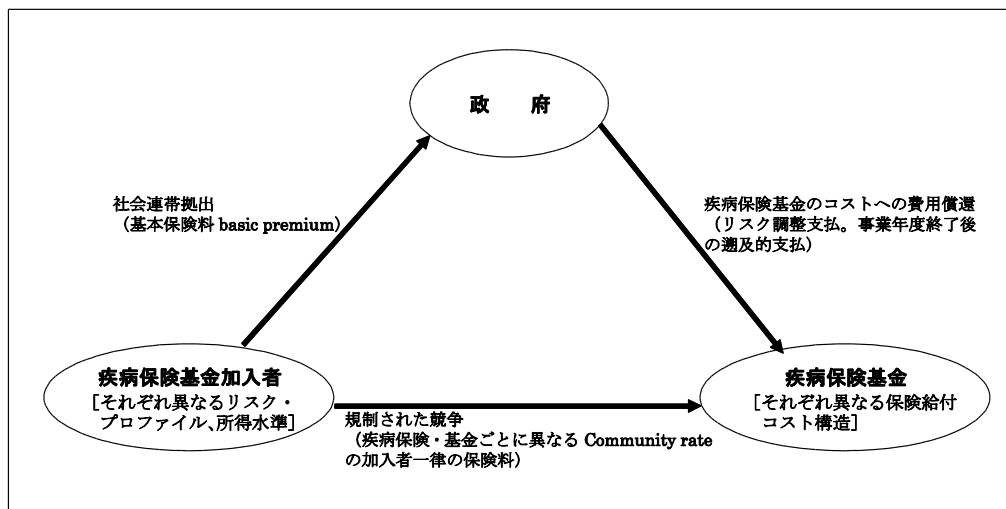
<sup>9</sup> 以下の記述では、オランダの法律、制度、機関の表記は、最初に原則として邦語の後に、括弧書きで英語、オランダ語（略語がある場合は併記）を併用した表記を行う。

<sup>10</sup> Karel-Peter Companje et al, "Two centuries of solidarity: German, Belgian and Dutch social health care insurance 1770-2008", 2009, pp.334-335.

## ② 予算制とリスク調整の導入

1991年に疾病保険基金に保険給付に要する費用をベースにした予算制とリスク調整が導入された。疾病保険基金の間に資金の移転があるスキームが、この時点で導入されたのである（《図表3》参照）。社会保険の保険者である疾病保険基金は加入申込者のリスクの程度に関係なく加入させなければならないので、当初保険給付に予定した予算額で保険給付を行うと赤字決算になる疾病保険基金も生じる。疾病保険基金の加入者のリスク・プロファイル（リスク特性）および所得水準はそれぞれ異なるため、疾病保険基金加入者の相違に基づく差違を調整するメカニズムがないと制度の維持は困難になる。疾病保険基金加入者の相違に基づく差違を調整することが不可避になる。その役割は政府が担うことになった。具体的には、疾病保険基金加入者は、保険者である疾病保険基金に保険料を支払うだけでなく、他の疾病保険基金加入者に関する社会連帯のために政府に対して拠出を行い、政府が異なるコストに関する償還のための資金提供を行うスキームである<sup>11</sup>。

《図表3》 疾病保険基金 Ziekensfonds の基本的資金フロー



(出典) Rudy Douven, "Risk adjustment in the Netherlands: An analysis of insurers' health care expenditures", CPB Discussion Paper No 39, October 2004.

### (3) 待機者問題とヘルスケアサービス提供に関する競争促進・自由化

伝統的にヘルスケアサービス供給者には、財政政策的にもまた政治的理由からも、新規参入の制限、予算制、抑制的価格規制が行われてきた。その結果、病院でのヘルスケアサービスで待機者リストが生じるなどヘルスケアサービスへのアクセス、品質、および利用可能性 (affordability) の向上を実現できないという問題が生じた。このため、ヘルスケアサービス提供者についても、需要者主導の競争を積極的に導入し、規制をできるだけ緩和する自由化・規制緩和の政策が採用されることになった。供給規制のために立法され、病院の新設・事業規模内容の決定に政府の事前認可を要することを定めた、1971年立法の病院施設法 (Hospital Facilities Act, Wet Ziekenhuisvoorzieningen: WZv) を廃止し、2006年に

<sup>11</sup> Willemijn Schäfer et al, "The Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010, pp.16-18.

改革の一環として病院の自主判断を基本とするヘルスケア機関入院入所法（Health Care Institutions Admission Act ,Wet Toelating Zorginstellingen : WTZi）が立法された。ヘルスケアサービス提供に関する競争促進・自由化は、2005年から進められた。その目的は、健康保険とヘルスケアサービスへのアクセス、品質、および利用可能性の向上・改良を実現することにある。オランダでは、その実施方法として需要者である消費者主導の競争と市場の当事者のインセンティブを重視する方法（必要なら規制を行う）を採用した。

## 2. 2006年ヘルスケアシステムの特徴と概要

### （1）2006年ヘルスケアシステムの特徴

分水嶺となる大規模な改革が、2006年に行われた。2006年に成立したヘルスケアシステムの特徴は、次の三点である<sup>12</sup>。

第一に、三つの compartment によって構成される三層構造になっていることである。第一層の compartment は、特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere: AWBZ）に基づく公的介護保険である。第二層の compartment は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: Zvw）に基づく治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険である。第三層の compartment は、必須とはみなされないケアで、補完的な私的保険が対象とする。

第二に、ケアは、公的な判断をもとに受給者に提供されるのではなく、個人の選択に基づき受給者個人に帰属する。

第三に、公法に基づく全国民を対象にする公的介護保険、私法に基づく保険でありかつ公法に基づくシステムの一部となる強制加入の「私的かつ公的健康保険」<sup>13</sup>および補完的私的保険の三つの部分によって全体が構成されている。

特徴あるオランダの三層構造の仕組みを、表にすると《図表 4》になる。

《図表 4》三層構造の内容

Compartment	医療・介護保険	主たる保障内容	根拠法令	保険の性質	対象者
第 1 Compartment	公的介護保険	主として介護サービス	特別医療費保障法 AWBZ	公的 (public) 保険	全ての合法的な住民に加入義務
第 2 Compartment	公的健康保険	緊急治療・病院、外来、薬剤、出産など主として急性期の治療	健康保険法 Zvw	疑似私的 (Quasi-private) 保険または私的社会保障 (Private social insurance)	全ての合法的な住民に加入義務
第 3 Compartment	民間保険	第 1、第 2 Compartment の補完	通常の契約法	私的 (Private) 保険	任意加入

(出典) SOMPO 未来研究所作成。

また、2006年に社会保険の保険者であった疾病保険基金と私的健康保険者が統合され、全て民間健康

<sup>12</sup> オランダ政府が成立経緯について国外からの照会に応えるために作成した資料（The Ministry of Health, Welfare and Sport (VWS), “Health insurance in the Netherlands,” 2011.）に拠る。

<sup>13</sup> 「私的かつ公的健康保険」は一見矛盾した表現であるが、参照した政府発行資料の英文の直訳である。



保険者となった。多くの国の民間健康保険市場とは大きく異なり、その民間健康保険者が強制加入の公的健康保険を引き受けている。どの国でも、任意加入の保険が取引される保険市場では、一般的には保険者の免許制、保険販売者（保険募集人）の資格制度・行為規制、保険引受能力規制などの保険規制が行われている。オランダの第2 compartment の健康保険が取引される保険市場には通常の民間保険では考えられない規制、資金移転、政府補助金および規制当局が存在している。オランダの公的健康保険は、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度であるが、同時に私的でもあるので「私的」社会保険（Private social insurance）または疑似私的（Quasi-private）と表現されることがある。

民間健康保険者が、疑似私的民間保険市場で強制加入の私的社会保険の担い手になっている仕組みは、オランダの独自・独創的な点のひとつである。

## （2）2006年ヘルスケアシステムの第一層の compartment ; 1968年導入の公的介護保険制度

2006年成立した第1 compartment の公的介護保険は、介護サービスおよびナーシングホーム等を給付対象にしている。この強制加入の公的介護保険は、特別医療費補償法によって、1968年に既に導入されていた。その草分けとなるのが、全国民に対する深刻な医療リスクを対象にする医療保険法（Medical insurance Act, Algemene Wet Zware Geneeskundige Risico's: AWZ）である。医療保険法は、1966年社会保険制度の疾病保険基金法の施行と同時に成立した。1967年に医療保険法は改正されたが、補償範囲は狭かった。その補償範囲を拡大して、1968年に特別医療費補償法が立法されるに至った。

この法律は、英文表記である The Exceptional Medical Expenses Act が示すように、長期的な身体障害、精神障害の医療リスクに関して個人では対処できないほど例外的で高額な（catastrophic）医療費の大きな部分を負担する制度として発足し、長期ケアの介護、慢性的疾患に関するリスクを対象にしている<sup>14</sup>。

この保険が必要とされたのは、施設入所が一般化し、その負担が大きくなったという背景がある<sup>15</sup>。第二次大戦後、荒廃した都市で住宅不足が深刻化した。そこで、ケアホーム（care home、verzorginghuizen）という新しい観念に基づく高齢者住宅を新たに建設し、子どもがいる世帯の住居を確保する住宅政策が実施された。施設に入所する高齢者はその後年々増加したが、施設に入所し慢性疾患を患う患者にかかる治療費負担が大きくなるにつれ、その負担が増大したので、高額な医療費の大きな部分を負担する制度として公的介護保険制度が発足した経緯がある。

なお、医療サービス・介護サービスが提供されるナーシングホーム（nursing home、verpleeghuizen）に入所する高齢者の割合は、1970年代・1980年代には欧州で最も高い入所率となった。

## （3）2006年ヘルスケアシステムの第二層の compartment ; 治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険

第二層の compartment は、健康保険法に基づく治癒を目指した基本的な医療的ケアの公的健康保険

<sup>14</sup> Nicole Tapay and Francesca Colombo, "Private Health Insurance in the Netherlands: A Case Study", 2004, OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)9, p.17, Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012, p.58.

<sup>15</sup> Barbra Da Roit, "Strategies of Care," Amsterdam University Press, 2010, pp.22-23.

である。この公的健康保険は、急性期を中心とする治療ケア（curative care）に関する保険である。オランダでは、日常的な健康問題（腰痛等の急性的問題、高血圧等の生活習慣病、予防接種等の予防）を対象にするプライマリケア（一次医療）と専門医と病院による二次医療・三次医療がはっきり区分されているが、健康保険の給付内容は、プライマリーケア、二次医療・三次医療も含んだ、基本的な医療保障が確保される内容となるように法定されている。基本的な医療保障としては、かかりつけ医、専門医等による医学ケア、失語症ケア、理学療法士等のパラメディカルケア、限定的な口腔ケア、薬剤、医療機器、入院・施設入所（入院期間は365日まで。それを超える場合は特別医療費補償法の対象になる）、妊娠ケアおよび患者の搬送がある。

第二層の compartment の健康保険は、私的な民間健康保険者が引き受けている。民間健康保険者には、加入申込みがあれば、全て引き受ける保険引受義務がある。健康状態を理由に引受拒否はできない仕組みは、民間健康保険市場では通常ありえない。その理由は、以下の通りである。

### ①保険者による危険選択の必要性

私的な民間健康保険市場では、保険加入者は自分が負担できる保険料水準で、その保険料水準に見合った保障・補償内容の保険に任意に加入する。換言すれば、保険取引においても他の財と同じく、Value for Money が事業成立の条件になっている。保険料算出の原則のひとつとして、給付・反対給付均等の原則と言われるのが、それに当たるだろう。この原則は、保険加入者のリスクに見合った保険料にしなければならないことを意味している。もし、保険加入者のリスク水準より低い水準の保険料で保険引受を継続すれば、その保険事業は赤字となり継続できない。逆に保険加入者のリスク水準より高い水準の保険料で保険引受を継続しようとするれば、保険加入者を獲得・維持することは困難になる。保険需要からみて高すぎる保険料水準は保険需要を阻害消滅させ、リスクより低すぎる保険料水準は保険事業の継続を不可能にする。このため、保険者は、販売する保険料水準が許容できる保険加入者のみと契約し、許容できないリスクの者とは契約しないことにする必要がある。保険申込者のリスクをもとに、保険引受の可否、条件を決めることを、保険者の危険選択という。保険者の危険選択は、保険申込みの引受拒絶を伴う。

### ②逆選択とモラル・ハザード問題

さらに、任意保険市場では、保険加入申込者・保険契約者と保険者の間に深刻な情報の非対称性の問題がある。リスクが高すぎる保険加入者による逆選択の問題、および保険加入後の保険加入に伴い発生するモラル・ハザード（保険加入の結果、当初想定していたリスクを高くする行動を保険加入者が行うという心理的な状況が出現する）の問題がある。前者は、保険加入時に生じる問題である。保険者が健康保険の加入申込者の健康状態を、外部からの観察で把握することは困難である。保険加入者は、自分が経験した病歴をよく知っているが、保険者は保険加入者から自己のリスクに関する情報の提供を受けなければ、その病歴を知ることは困難である。また、保険加入者が意図的に自己のリスクに関する情報を歪めて、自己に有利な申告をしているかどうか判断することは難しい。保険者がリスクの高すぎる者を判断する危険選択ができないばかりか、あたかも保険加入者に保険加入者のリスクを逆に選択されてしまうことが起きる。これが、逆選択と呼ばれているものである。これが生じると、保険者は、低す

ざる保険料水準の保険引受を余儀なくされ、事業収支を悪化させることにもなる。保険料は、個々の加入者のリスクを判断して決定するが、実務的には効率性の観点から料率区分（classification）と呼ばれる範囲の被保険者に同一の保険料を適用している。例えば、生命保険では年齢・性別で保険料を区分しているなどが、これに当たる。同一の料率区分に多くの逆選択の者が混入したら、事業収支が悪化し、結果的に保険料水準の引き上げに繋がる可能性もある。後者は、保険加入後に生じる。例えば、自動車保険に加入した被保険者が保険加入によって安心して乱暴な運転を行う、あるいは保険加入者が、保険がないときには受診しない軽い症状などでも受診してしまうなどである。保険加入後に、被保険者の心理的な状態（モラル）が保険加入時に想定していたリスクの程度より高い程度で、実際の事故・保険給付を引き起こすことがある問題を、保険実務ではモラル・ハザード<sup>16</sup>と呼んでいる。保険者は、保険加入者のモラル・ハザードの状況を把握することは、非常に難しい。保険者は、保険契約後被保険者を継続して観察することができないからである。

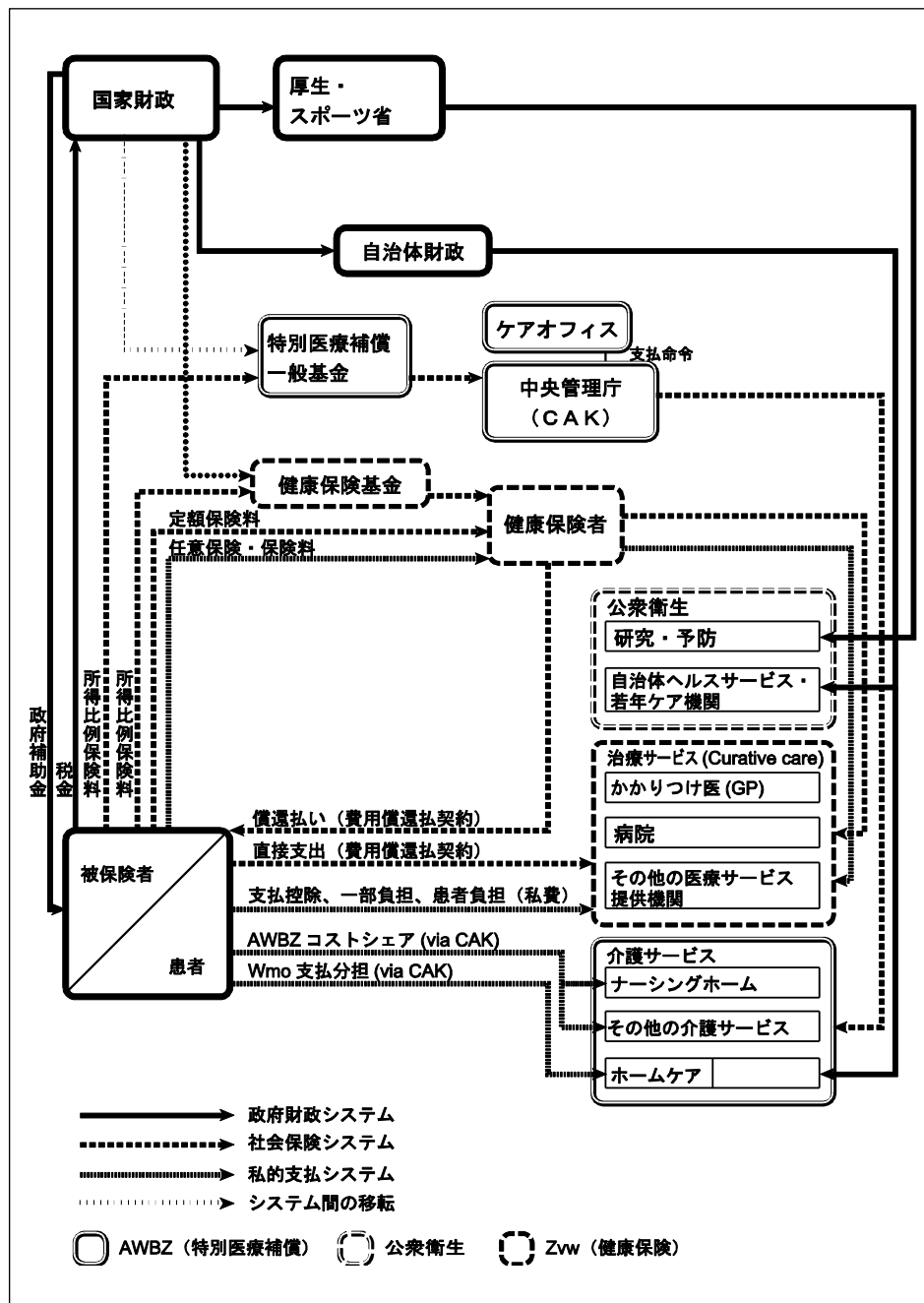
### 3. 2006年ヘルスケアシステムの当事者と資金フロー

#### （1）ヘルスケアシステムの当事者と全体資金フロー

資金フローの流れから、ヘルスケアファイナンスシステムの全体状況を知ることができる（《図表5》参照）。《図表5》では、介護関係の介護サービス（long-term care）と急性期を中心とする治療サービス（curative care）とに分けられている。この2つは、概ね三層構造の第1 compartment と第2 compartment に対応する。ここでの特徴は、健康保険者の近くにリスクを均一化するための組織である健康保険基金（health insurance fund, Zorgverzekeringsfonds）があり、また政府から補助金等が支出されていることである。

<sup>16</sup> 情報の非対称性に由来して当事者に生じる心理的・道徳的な問題群を、モラル・ハザードと呼ぶことが一般に多いが、保険分野では保険加入後に保険加入時に想定していたリスクに変化が起きてしまうことを問題にしている。

《図表 5》2006 年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー



(注) 図表中の Wmo は、社会支援法の略称。詳細は、第三章 2015 年ヘルスケアサービス（医療介護）改革を参照  
 (出典) Willemijn Schäfer et al, "The Netherlands: Health system review", Health Systems in Transition, Vol.12 No.1, 2010.

## (2) 2006 年ヘルスケアシステムの第二層の compartment の当事者と資金フロー

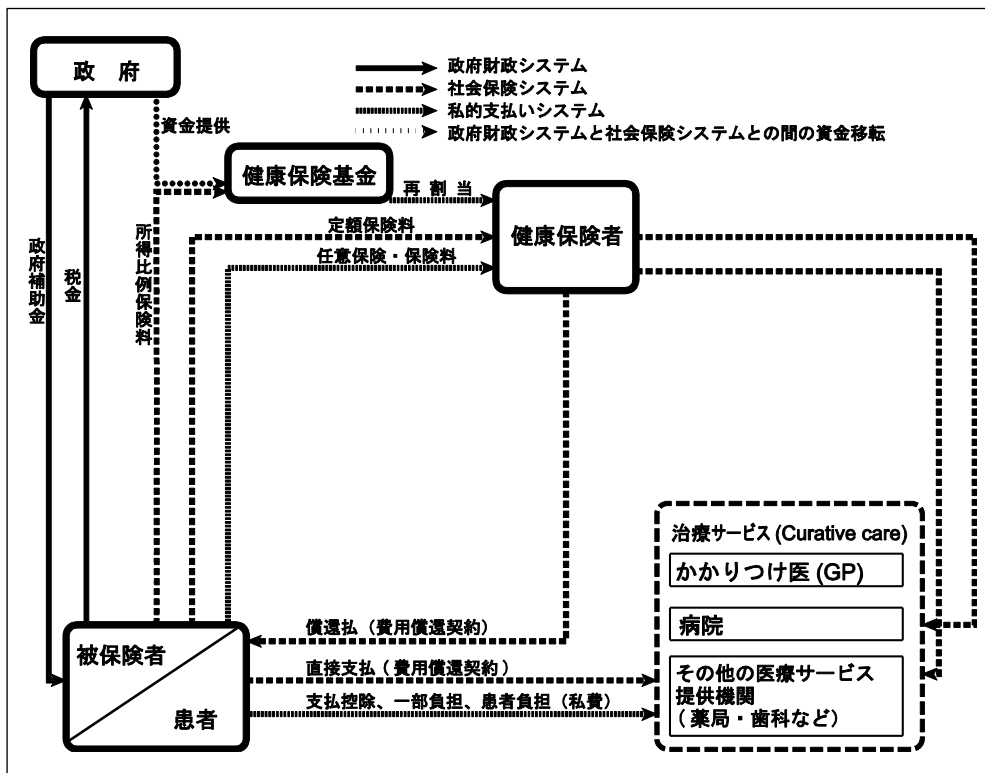
第二層の compartment 健康保険の主要な当事者は、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者である。治療サービス提供者には、プライマリーケアの中心であるかかりつけ医 (GP)、二次医療・三次医療の担い手である専門医・病院、その他のヘルスケアサービス提供者（薬局、歯科）などが含まれる。《図表 5》2006 年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フローから、第 2 Compartment の健康

保険部分を抜き出したのが、《図表 6》である。

この図表には、政府、健康保険基金も資金フローの当事者として登場している。通常の保険では、保険加入者は保険者に保険料を支払うが、第 2 compartment の健康保険では、被保険者は健康保険者に保険料を支払う以外に、健康保険基金にも保険料を支払う。すなわち、被保険者は定額保険料を健康保険者に支払い、所得比例保険料を健康保険基金に支払う。健康保険基金は、保険者間のリスク調整のために、健康保険者ごとに異なる、リスク調整に必要な額を提供する。健康保険者は、保険料収入を被保険者と健康保険基金の両方から受け取る。さらに、健康保険基金に対しては、政府からの資金提供がある。例えば、18 歳未満の子供の健康保険料は政府の財源で負担している。被保険者は政府に税金を支払うが、他方で政府から補助金を受け取ることがある。保険料負担が困難な被保険者に対しては、医療サービス手当法（Health Care Allowance Act, Wet op de Zorgtoeslag :WZT）に基づき、政府が補助金を提供する。また、所得比例保険料について、雇用主が補助する支援が措置されている。

被保険者・患者は、支払控除、医療費の一部負担等による私費負担も生じる。そして、現物給付方式の保険では、健康保険者は治療サービス提供者と事前に支払内容・方法を詳細に交渉して決めておくことになる。《図表 6》では、システム間（この場合、社会保険システムと政府財政システム）での資金フローが生じている。第 2 compartment には、被保険者・患者、健康保険者、治療サービス提供者の主要な三者による、社会保険システムの資金フローのメカニズム以外に、政府と雇用主から財政的支援および健康保険基金を用いた健康保険者間の財政調整メカニズムが存在しているのである。

《図表 6》 第 2 compartment の資金フロー



(出典) Ministry of Health, Welfare and Sport, "Health insurance in the Netherlands", 2012

### Ⅲ. 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革

ヘルスケアサービス（医療介護）の改革は継続的に進められてきたが、分水嶺となる大規模な改革が、2006年と2015年に行われた。本章では、2015年介護サービスの包括的改革を中心に取り上げる。2015年介護サービスの改革は、介護分野と医療分野の両方に関わる点で、包括的改革であった。

また、2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革では、地方自治体が重要な役割を担う分権化の進展および様々な手法を駆使したコスト抑制策の推進もみられた。特にコスト抑制策の推進は、今回の改革の根本原則となっていると考えられる。

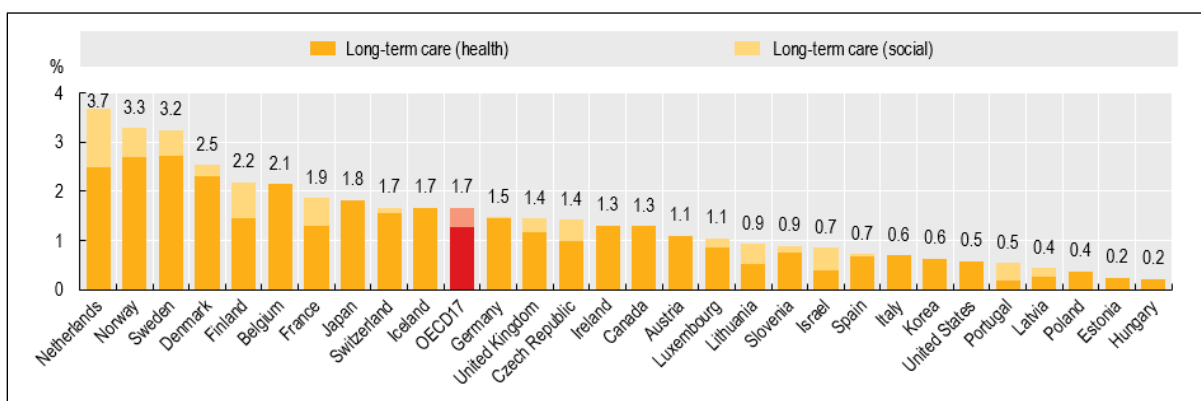
本章では、今回の改革を進める危機感の要因となった財政問題（第1節 2015年介護サービス分野改革の背景）、支出抑制の取組手段（第2節 支出抑制の取組手段）、地方自治体への分権化への整備（第3節 2007年社会支援法と分権的介護サービスの開始）、2015年介護サービスの包括的改革の概要（第4節 2015年介護サービスの包括的改革の概要と四つの新法）および2015年ヘルスケアサービス（医療介護）改革実施後の資金フローの姿（第5節 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー）を取り上げる。最後に、2014年から進められているメンタルヘルス改革について取り上げる。

#### 1. 2015年介護サービス分野改革の背景

OECD（経済協力開発機構）は、介護サービスに関する統計を収集公表している。OECD加盟国では、介護サービスに要する費用は概ね政府支出または公的保険で賄われている。OECDの統計では、介護サービスに要する費用には、医療関係分の health と医療以外の介護サービス分の social care の両方が含まれている。

2017年OECD加盟国の介護サービスに要する費用の対GDPは平均1.7%だったが、オランダは3.7%と最も高かった（《図表7》参照）。

《図表7》 2017年OECD加盟国介護サービスに要する費用の対GDP比率



（出典）OECDのホームページ、Health policies and data>Ageing and Long-term Care (visited Feb. 1, 2021)

<<https://www.oecd.org/els/health-systems/long-term-care.htm>>

オランダが介護サービスの費用抑制に懸命に取り組んでいる背景には、OECD加盟国で最も高い介護関係費用支出を行っているという現実がある。

## 2. 支出抑制の取組手段<sup>17</sup>

ユーロ圏にあるオランダは、財政赤字が GDP 比 3%以下との財政規律を遵守することが義務づけられているため、2009 年の金融危機の結果、ヘルスケア関連の支出抑制は喫緊の課題となった。

2009 年以降支出抑制のために取られた手段は、概ね以下の四つのカテゴリーに分けられる。

- ①コストを公的財源から民間・私的財源にシフトする。
- ②法定された財源間で入れ替える（入れ替えに際して削減することもある）。
- ③施設のケアをホームケアに代替し、二次医療をプライマリーケアに代替する。
- ④効率性を改善し詐欺を排除する。

更に、公的健康保険に関しても支出抑制が実施された。例えば、自己負担の拡大、基本的医療給付の見直しなどである。

## 3. 2007 年社会支援法と分権的介護サービスの開始

2007 年に社会支援法（Social Support Act, Wet maatschappelijke ondersteuning: Wmo）が立法された。日常生活援助と心理社会的支援の業務は、地方自治体に移された。心理社会的支援とは、介護サービス利用者等の心理・情動に関するコミュニケーションを行い、必要な情報を提供する支援である。

本法の立法の意義について、次のように説明されている<sup>18</sup>。この立法は、「市民へ受動的にケアサービスを受ける資格を与える」から、「市民が居住する自分の自宅において、社会に参加し家事・仕事ができるように、地方自治体が必要な費用を補償する責務を負う」というパラダイムシフトを促進することを企図している。地方自治体は、ハンディキャップがある人には移動の手段を提供し社会参加を支援する義務を負うことになる。ただし、この新方式に地方自治体が十分準備ができているかどうかについて論争がある。

## 4. 2015 年介護サービスの包括的改革の概要と四つの新法<sup>19</sup>

2015 年にオランダは、介護サービスに関する包括的改革を実施した。介護サービスは分権化して地方自治体が担い、家事に関するケア（Domestic care）およびソーシャル・サポート<sup>20</sup>を提供することになった。また、健康保険者も介護サービスに関する担い手の一翼となった。2015 年介護サービスの包括的改革は、介護分野と医療分野の両方に関わっている。

この包括的改革の目標は、①コストの節約によって介護サービスが利用可能な状態を維持すること、

<sup>17</sup> 本項の記述は、主に Madelon Kroneman et al, “The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, pp.59-65 に拠る。

<sup>18</sup> Kim Putters et al, “Governance of local care & social service: An evaluation of the implementation of the Wmo,” Institute of Health, Policy & Management, Erasmus University Rotterdam, July 2010, p.5.

<sup>19</sup> 本項の記述は、主に Ewout van Ginneken and Madelon Kroneman, “LONG-TERM CARE REFORM IN THE NETHERLANDS: TOO LARGE TO HANDLE?,” EuroHealth, Vo. 21 No.3, 2015 (visited Feb.3, 2021)

<<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21-3-47-50-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> に拠る。

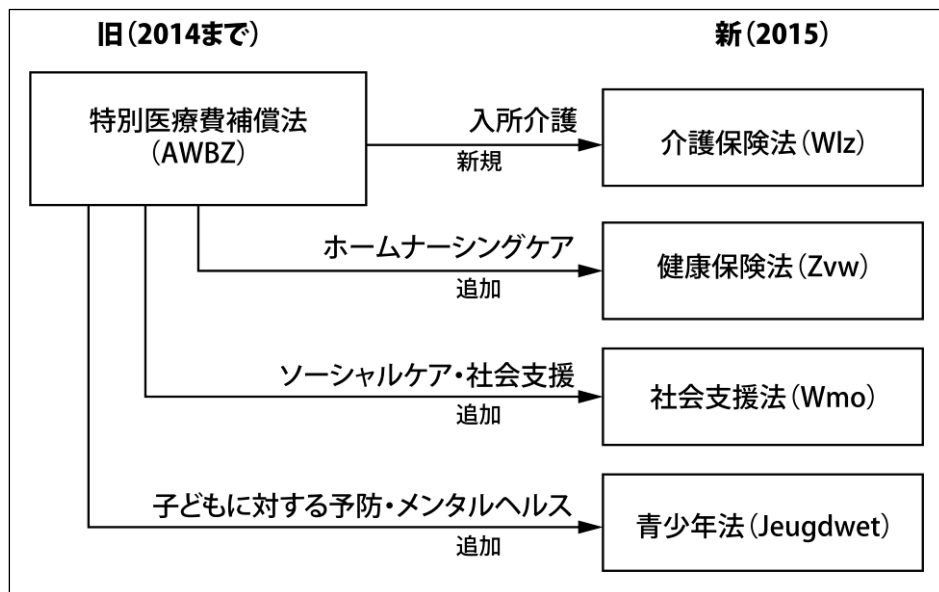
<sup>20</sup> 用語事典「情報・知識 imidas 2018」では、「ソーシャル・サポートは、社会的関係の中で得られる物的・心的支援のこと。具体的には、家族や友人、隣人など個人を取り巻く、様々な人々からの有形・無形の支援を指す。ソーシャル・サポートには励ましなどの『情緒的サポート』、情報提供などの『情動的サポート』、実際に手伝う、提供するなどの『道具的サポート』、善しあしについてフィードバックするなどの『評価的サポート』などがある。実際にストレスを受け心的苦痛が生じているときに『実行されたサポート』は、無気力感を低減する。一方、助けてもらえそうだという予期を示す『知覚されたサポート』のみでも無気力感を低減することができる。」と説明されている。

具体的には 2018 年に年間 3.5 兆ユーロの節約を実現する、②オランダでは従来から施設入所率が高かったが、今後は自宅で充足してもらい、③ケアの品質とコーディネーションを改善するの三点である。

包括的改革に踏み切らせたのは、前述したように OECD 諸国で最も高い対 GDP 比率の費用支出を伴う介護サービスはもう続けられないという、持続可能性に関する危機感があったと考えられる。実施された改革は、利用者にも様々な負担を強いる思い切った改革となり、いくつもの摩擦が生じることになった。

1968 年立法の特別医療費補償法は、四つの新法に組み替えられた（《図表 8》参照）。

《図表 8》2015 年介護サービス包括的改革の旧法と新法



(出典) Ewout van Ginneken and Madelon Kroneman, "LONG-TERM CARE REFORM IN THE NETHERLANDS: TOO LARGE TO HANDLE?," EuroHealth, Vo. 21 No.3, 2015 (visited Feb.3, 2021)  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332759/Eurohealth-21-3-47-50-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

第一は、介護保険法（The Long Term Care Act, Wet langdurige zorg: Wlz）である。第二は、健康保険法（Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet: Zvw）に新たに付け加えられたホームナーシング（日常生活支援を含む）である。第三は、居宅サービスに該当しないケアで、社会支援法に追加された。第四は、子どもに関する予防・メンタルヘルスは、全面的に改正され青少年法（Youth Act, Jeugdwet）に追加された。

### ①介護保険法

新たな介護保険法は、旧法である特別医療費補償法が給付していた内容をスリム化した。旧法が標榜していた「非常に大きなリスク」をカバーする保険としての役割を明確化していることが特徴である<sup>21</sup>。

<sup>21</sup> 大森 正博「オランダの長期療養・介護制度改革」（健保連海外医療保障 No.107 2015年9月）p.24.



受給者の施設入所は、身体機能または精神的な条件のため毎日 24 時間見守りが必要な重篤な障害を有する者に限定された。サービスを受給するためには、ケア判定センター (Care Assessment Centre, Centrum indicatiestellingzorg: CIZ) のケアアセスメントを受ける必要がある。希望すれば、自己が保有する個別ケア予算 (personal budget, Persoonsgebonden budget:PGB)<sup>22</sup>を利用して、自宅でのケアを受けることができるが、施設によるサービスの費用を上回らないことが条件になる。

中央政府が責任主体だが、業務運営は健康保険者になっている。通常複数の地方自治体で構成される圏域で規模が大きい健康保険者が、業務運営を担うケアオフィス (care office, zorgkantoor) となる。ケアオフィスは、ケア判定センターの指示に従って、個別ケア予算の範囲内でサービス提供をアレンジする。なお、ケアオフィスは青少年法関係の業務、地域看護師の業務には関与しない<sup>23</sup>。全ての健康保険者が加入するオランダ健康保険者協会 (Netherlands Health Insurers, Zorgverzekeraars Nederland: ZN)<sup>24</sup>のホームページには、ケアオフィスに関する情報が圏域別に掲出され、申込に対する待機状況の情報も提供されている<sup>25</sup>。

上述の通り、介護保険法の受給者は旧法より限定されたので、介護関連のサービスを必要とする場合には、②健康保険法や③社会支援法の給付を受けることになる。

## ②健康保険法：ホームナーシング（含む日常生活ケア）

改正された健康保険法は、ホームナーシングまで対象にすることになった。健康保険者が対象にする範囲は、ホームナーシングからプライマリーケア、病院専門医による治癒まで非常に広く拡大したため、ケアの統合に寄与することが期待されている。

ホームナーシングでは、地域看護師 (district nurse) が利用者の自宅を訪問し、利用者自身ができることがありそうか評価するという重要な役割を担う。地域看護師の業務は、予防・ケア・福利 (wellbeing)・住居にわたるので、これらの要素を統合したサービス提供が可能になる。

## ③社会支援法

社会支援法は、日常生活援助と心理社会的支援の業務に関する法であるが、社会支援法の改正では、市民が居住する自分の自宅において、社会に参加し家事・仕事をできるようにすることを目標としている。

また、給付のアプローチが変更され、受給者が資格要件・給付条件に合致することを条件として給付を行うアプローチ (right-based approach) からそれぞれの受給者の状態にあったテーラーメイドの解決策を提供する提供サービス重視のアプローチ (provision-based approach) に変わった。

地方自治体が、専門家によるケアを他のケアによるソリューションに代替しようとする、中央政府・

<sup>22</sup> 受給者毎の予算である個別ケア予算 (personal budget, Persoonsgebonden budget:PGB) は、1995 年に導入されたが、詐欺行為が生じたため、政府機関である社会保険銀行 (Social Insurance Bank, Sociale Verzekerings Bank: SVB) が保有者に代わって管理している。

<sup>23</sup> 政府機関 Zorginstituut Nederland のホームページ Wlz-kompas (visited Feb. 2, 2021)

<<https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/wlz-algemeen-hoe-werkt-de-wet-langdurige-zorg>>

<sup>24</sup> オランダ健康保険者協会は、1995 年従来の疾病保険基金と私的民間健康保険者の全社が加盟して設立された業界団体。

<sup>25</sup> オランダ健康保険者協会のホームページ Zorgkantoren (visited Feb. 2, 2021)

<<https://www.zn.nl/350584833/Zorgkantoren>>

州政府などよりも近隣者・ボランティアなどの社会的な繋がりなどについて情報を有している利点を生かした、テーラーメイドの解決策を見つけ出し、組織化することができる。

なお、それぞれの受給者の状態にあったテーラーメイドの解決策を提供する *provision-based approach* に関連すると思われる、2017年10月の聴き取り調査結果の報告<sup>26</sup>を以下に紹介する。

「市によって個々の査定というものが厳密に行われるようになりました。会話を通して家族もしくは近所の人にやってもらえるのか、もしくは自己負担できる金銭を持っているのかといったようなことまで、個別に細かく見られました。」

「例えば、週に6時間掃除をしてもらう権利があるというふうになっていましたが、この『権利』を取っ払ってしまって、必要であれば給付されるものというふうに切り替えました。例えば2014年では、4時間の権利があるけれど、うちは大きいから8時間の権利があると、そういうふうな話し合いになっていましたが、切り替えた後は「台所での対話」<sup>27</sup>に持ち込んだので、自分でできることは何だろうというところを出発点として話し合っ、それができないのであればこちらから給付しようという、そういった考え方に変わっていきました。」

#### ④青少年法

青少年法は、全面的に改定され2015年1月から施行された。対象は、18歳未満の子どもと両親である。18歳以上の子どもは、毎日24時間見守りが必要な重篤な障害を有する場合には介護保険法の対象となる。

同法では、全てのケアのコーディネーションを改善するために地方自治体が一括して責任を持つことになった。地方自治体のケアコーディネーターは、家族が経験する諸問題に対応する体制になっているので、サービス受給は容易になっている。地方自治体の活動に必要な財源は、地方自治体基金から補填される。

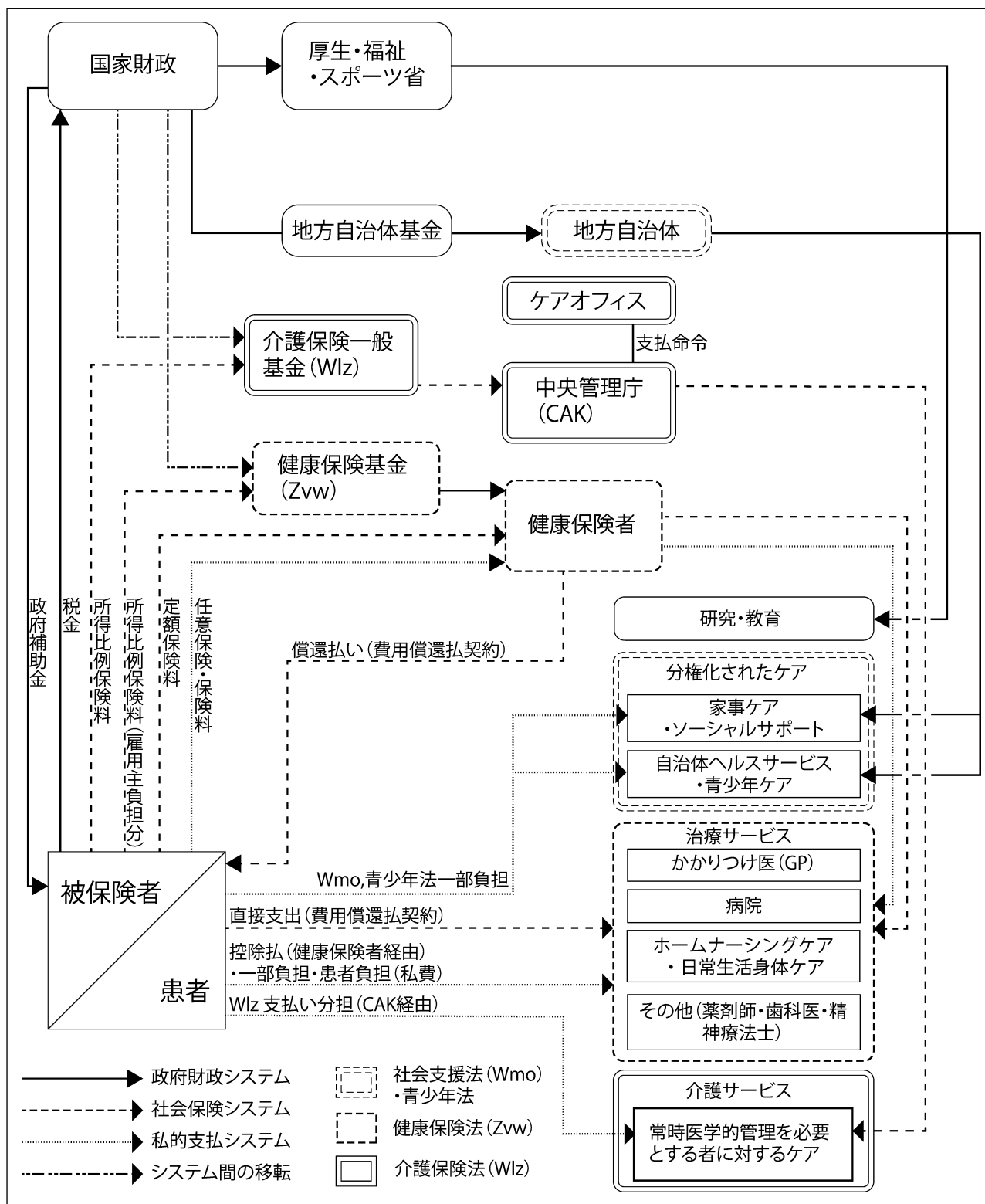
#### 5. 2015年ヘルスケアサービス（医療介護）の資金フロー

2006年と2015年とを比較すると、資金フローの基本的な構造は同じである。しかし2015年の改正を反映して、サービスの括り方に変化が見られる。2006年では特別医療費補償法による介護サービスとされていたものが、地方自治体が担当する分権化されたケアに移動している（《図表9》参照）。

<sup>26</sup> 会計検査院平成29年度海外行政実態調査報告書「介護保険制度の持続可能性：オランダ・ドイツからの示唆」（2018年3月）

<sup>27</sup> 台所のテーブルでの対話（“*kitchen table dialogue*”, *keukentafelgesprek*）と通称されているもの。

《図表 9》2015 年ヘルスケアサービス（医療介護）改革後の資金フロー



(出典) Madelon Kroneman et al, "The Netherlands: Health system review," Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, p.70.

## 6. 2014年メンタルヘルスケアに関する改革<sup>28</sup>

2014年1月からメンタルヘルスケアは、かかりつけ医（GP）ベースのメンタルケア、一般医による基本的なメンタルヘルスケア（Generalist Basic Mental Health Care, Generalistische Basis GGZ）および専門医によるメンタルヘルスケア（Specialist Mental Health Care, Gespecialiseerde GGZ）の三つのレベルに分けられた。かかりつけ医（GP）ベースは、レベル1、一般医による基本的なメンタルヘルスケアはレベル2、専門医によるメンタルヘルスケアはレベル3である。

メンタルヘルスの問題を有する患者は、最初にかかりつけ医（GP）を訪問する。かかりつけ医（GP）は、メンタルヘルス専門の看護師（POH-GGZ）と連携して診察を行う。DSM-IV<sup>29</sup>の精神障害の疑いがある場合には、一般医に紹介をする。より複雑な精神障害の問題がある場合には、専門医に紹介をする。専門医に紹介された患者は必要な場合には入院となる（2020年メンタルヘルス用病床は、2008年比で3割削減されている）。

2009年以降支出抑制のために取られた手段の一つは、より低位のケアで代替する手段である。メンタルヘルスでは、レベル2の外来で、一般医による基本的なメンタルヘルスケアが心理学者や精神療法士によって担われることがある。

## IV. ヘルスケアサービス（医療介護）改革の進行状況

### 1. 医療サービス関係

#### （1）オランダ健康保険市場の現状

強制加入健康保険と任意健康保険は制度的には別々であるが、実体的に両者がセットで販売されている。強制加入保険と任意加入保険をセットで販売するセット商品が主体の市場になっている。

また、オランダの健康保険市場は、かなり寡占的である。少数のグループを形成して概ねグループに複数の健康保険者が属する寡占的構造となっている。2006年以降の推移を見ると、2006年グループ数が16、健康保険者数が33あったが、年々減少し2012年にはグループ数が9、健康保険者数が26になった<sup>30</sup>。最新の統計では、グループ数が9、健康保険者数が25である（《図表10》参照）。

一般に競争的な市場では市場参加者は競争減殺のために合併・統合に進んでいくとされる。オランダの特異な健康保険市場でもこの現象がみられた。

<sup>28</sup> Madelon Kroneman et al, "The Netherlands: Health system review," Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, pp.156-158.

<sup>29</sup> アメリカ精神医学会作成の精神障害に関する国際的な診断基準の1つである「精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）」のIV版。

<sup>30</sup> Nederlands Zorgautoriteit (Netherlands Health Care Authority, Nza), "Marktscan Zorgverzekeringmarkt: Weergave van de markt 2008-2012," 2012.

《図表 10》グループ名と健康保険者名（2016 年）

グループ名	健康保険者名	健康保険者数
Achmea	Avero Achmea Zorgverzekeringen N.V.	6
	De Friesland Zorgverzekeraar N.V.	
	FBTO Zorgverzekeringen N.V.	
	Interpolis Zorgverzekeringen N.V.	
	OZF Zorgverzekeringen N.V.	
	Zilveren Kruis Zorgverzekeringen N.V.	
ASR	ASR Basis Ziektekostenverzekeringen N.V.	1
CZ	Delta Lloyd Zorgverzekering N.V.	4
	OHRA Ziektekostenverzekeringen N.V.	
	OHRA Zorgverzekeringen N.V.	
	OWM CZ Groep Zorgverzekeringen U.A.	
DSW-SH	OWM DSW Zorgverzekeraar U.A.	2
	Stad Holland Zorgverzekeraar O.W.M. U.A.	
Eno	Eno Zorgverzekeraar N.V.	1
Menzis	Anderzorg N.V.	3
	Azivo Zorgverzekeraar N.V.	
	Menzis Zorgverzekeraar N.V.	
ONVZ	ONVZ Ziektekostenverzekeraar N.V.	1
VGZ	IZA Zorgverzekeraar N.V.	6
	IZZ Zorgverzekeraar N.V.	
	N.V. Univé Zorg	
	N.V. Zorgverzekeraar UMC	
	VGZ Zorgverzekeraar N.V.	
	N.V. VGZ Cares	
Zorg en Zekerheid	OWM Zorgverzekeraar Zorg en Zekerheid UA	1
		計25

（出典）Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), “Marktscan Zorgverzekeringsmarkt 2016,” September 2016, p.5.

健康保険の契約形態には、個人加入（Individual contract）の形態と集団加入（Collective contract）の形態の2つがある。集団加入の場合には、保険料の割引が適用になるので、その利用率が高い。集団

加入の形態と割合は以下の通り<sup>31</sup>。

- ①雇用主が従業員のために集団を組成した職域団体・・・54.6%
- ②患者団体が患者のために集団を組成した患者団体・・・0.4%
- ③その他の団体・・・45%

その他の団体には、高齢者団体、消費者団体、自営業者の団体、地方公務員の団体およびインターネットで組成された団体などがある。

オランダの著名なコンサルタント会社を取り纏め政府に報告した報告書「健康保険市場における国際的結合とクロスボーダー取引」<sup>32</sup>では、オランダの健康保険市場は、公的健康保険制度の担い手である民間健康保険者に規制が厳しく、公的健康保険と補完的任意健康保険でセット販売でも利益率が低い。契約者は比較的少数の健康保険会社を選択して毎年契約しなければならない。このため、健康保険会社は安定したマーケットシェアを確保できると指摘している。

介護保険法および健康保険法の資金配分など広範な業務を担当する国立ヘルスケア研究機関（National Health Care Institute, Zorginstituut Nederland:ZIN）は、2020年5月に国際化対応に関する報告書「国際戦略アジェンダ 2020」<sup>33</sup>を公表した。自国のヘルスケアサービスが、人・物・資本・サービスが単一市場の中で自由に移動できる EU 市場で提供されていることを踏まえて、次の三つの大望（ambition）を掲げている。すなわち、①ヘルスケアシステムを存続・保護すること、②ヘルスケアサービスに関する計測・学習・知見のサイクルを加速することに拠ってより良いケアが迅速に提供できることおよび③国民がヘルスケアの品質、提供される治療選択肢に関する情報を得ることによって、自分の健康状態に即したより良い判断ができるようにすることである。

## （2）2006年改革の成果

2006年改革は、ヘルスケアサービスのコスト抑制の観点からは、成功したとは言いがたいと評価されている<sup>34</sup>。2007年以降2012年までの期間で、かかりつけ医によるケア、専門医によるケアおよび入院によるケアのどの部門でも当初の目録見とする目標に達しなかった（目標未達の要因について様々な見方がある）。

## 2. 介護サービス関係

オランダでは、政府に政府の政策に関して調査分析する国立社会調査研究機関（The Netherlands Institute for Social Research, ResearchHet Sociaal en Cultureel Planbureau:SCP）が設置されている。

国立社会調査研究機関は、2018年1月に2016年介護保険制度改革について報告書“De Wmo 2015

<sup>31</sup> Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), “Markscan Zorgverzekeringsmarkt 2016,” September 2016, p.29.

<sup>32</sup> オランダ政府のホームページ、Documenten, “Internationale verbindingen en grensoverschrijdende transacties op de zorgverzekeringsmarkt,” (visited Nov.1, 2020)  
<<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/08/31/internationale-verbindingen-en-grensoverschrijdende-transacties-op-de-zorgverzekeringsmarkt>>

<sup>33</sup> National Health Care Institute, “International strategic agenda 2020,” May 2020.

<sup>34</sup> Madelon Kroneman et al, “The Netherlands: Health system review,” Health Systems in Transition, Vol.18 No.2, 2016, p. 71.

in praktijk, De lokale uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning”<sup>35</sup>を公表している。その報告書は、介護サービス関係の支出増加は横ばいになったとして、介護保険制度の持続可能性について次のとおり指摘している。介護サービス関係の支出は、2010年から2017年を見ると、名目支出の対前年比は、2013年同額、2015年は0.8%減少した。

更に同報告書は、次のように指摘している。

- ①社会支援法の立法によって日常生活援助と心理社会的支援の業務は、地方自治体に移された。今回地方自治体の実態調査を行ったところ、2015年包括的改革で示された、自立、参加、援助要請に対する広範な支援提供、カスタマイズされた援助および過剰に涉らない形での支援などの原則は、地方自治体では広く支持されている。しかし、その実現方法についてはまだ模索過程にある。
- ②また、境界画定の問題がある。法制上は新法のそれぞれの境界が明確に定められているが、新制度移行過程で経過措置が実施される際には、法制上の境界画定が実務上運営に支障が生じる事態になることがある。例えば、介護保険法が対象とする毎日24時間見守りが必要な重篤な障害か健康保険法が対象とする病院専門医による治療に該当するかなどの線引きは、実務的には難しいことがある。

欧州委員会（European Commission）が2019年6月に公表した報告書“Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability”<sup>36</sup>では、オランダについて長年にわたる広範囲の改革は、病院利用の低下などかなりの程度成功していると評価できる。今後の課題としては、今後これらの改革を継続することであるとしている。

このほか、特記すべき事項として、地域看護師のグループによる新しいケアモデルとなる Buurtzorg の創出がある。専門性の高いナースによる自律型チームがあらゆるタイプの利用者に対するトータルケアを提供するケアモデルで、国際的に注目を集めた<sup>37</sup>。

日本のオランダ大使館のホームページでは、芸術・文化・建築・ファッション・ゲーム・デザイン・メディア・エンターテイメントなど、数多くのオランダのクリエイティブ産業が世界ランキング10位以内に入っており、The Voice や Big Brother などのリアリティ番組フォーマットの輸出量が世界第二位であることおよびオランダ人は常に実用主義的で発明・科学的発見などでよく知られているとオランダの特徴を説明している<sup>38</sup>。地域看護師のグループによる新しいケアモデルとなる Buurtzorg の創出は、創造的なイノベーションの一つでもある。

<sup>35</sup> オランダ政府の政府政策に関して調査分析する国立社会調査研究機関のホームページ、Publications (visited Feb. 2, 2021) <<https://english.scp.nl/publications/publications/2018/01/31/the-social-support-act-2015-in-practice#:~:text=The%202015%20Social%20Support%20Act,receive%20from%20family%20or%20friends.&text=All%20these%20people%20are%20involved%20in%20the%20implementation%20of%20the%20Wmo.>>

<sup>36</sup> 欧州委員会（European Commission）のホームページ Publications > “the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability,” as Institutional Paper 105 Country Documents - 2019 Update (visited Feb. 3, 2021) <[https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-and-fiscal-sustainability-country-documents-2019-update_en)>

<sup>37</sup> 堀田聡子「在宅ケアのルネサンス—Buurtzorg」医学界新聞 2012年7月16日

<[https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2012/PA02986\\_04](https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/y2012/PA02986_04)>

<sup>38</sup> 駐日オランダ王国大使館のホームページ 王国について クリエイティブ産業、芸術、文化 (visited Jan.29, 2021)

<<https://www.orandatowatashi.nl/about/creative-sangyou-geijutsu-bunka>>

## V. 健康保険・介護保険制度の改革動向と特徴

### 1. 健康保険制度の改革動向と特徴

第IV章までに記したオランダにおける健康保険改革の動向では、どのような特徴が見られただろうか。

第一に、その独自性と独創性である。オランダの公的健康保険が独自・独創的な点のひとつは、加入義務を課し皆保険を実現する社会保険制度において私的保険者が保険者になっていることである。「私的」社会保険（“private” social insurance）と表現されることもある。

第二は、当事者の行動特性・インセンティブに着目して、改革を企画していることである。

第三は、一般的に適用されない公的部門に市場原理が導入されると起こりえると考えられることが実際に生じたことである。2006年改革は、公的主体が市場機能を活用する興味深い実験だった。そして、その実験は、健康保険者の合併・少数のプレイヤーを生み出した。興味深い実験的なことを実際に実行するというオランダの独自性がここにも表れている。

### 2. 介護保険制度の改革動向と特徴

オランダにおける介護保険制度の改革動向では、どのような特徴が見られただろうか。ここでは、危機感とその対応策という点で考えてみる。

2015年介護保険制度の包括的改革を振り返ると、財政的な問題に関する危機感が最も大きな起動力になったと考えられる。改革の目的・理念について多くの要素があるが、根本的な課題は制度の持続可能性であり、とりわけ財政的な問題だったと思われる。

2009年以降支出抑制のために取られた、四つのカテゴリーに分けられる手段は、体裁などにこだわらない現実的実地的な課題解決を進める特徴を示すものと理解できる。また、地域看護師のグループによる新しいケアモデルとなる Buurtzorg の創出は、オランダがイノベーションに取り組んだ成果の一つと言えるだろう。