

3. 社会保障制度

オランダの社会保障制度は、国民保険と被用者保険の 2 種類の社会保険で構成される。国民保険は個人全員、被用者保険は被用者のみを対象としている。

国民保険では、一般老齢（一般老齢年金法：AOW）、配偶者や両親の死亡（一般遺族補償法：ANW）、高額医療費（特別医療費保険法：AWBZ）に対する給付を行う。国民保険制度を運営しているのは、社会保険銀行（SVB）である。保険料は税務当局が徴収する。

被用者保険制度では、障害（障害労働者所得補償法：WIA と、疾病給付法：ZW）および失業（失業保険法：WW）に対する給付を扱う。雇用主と従業員が保険料を共同で負担し、給付は、労働者保険事業団（UWV WERKbedrijf）から行われる。

国民保険・被用者保険の労使の保険料率は、以下の図表 I-41 のとおりである。国民保険については、他国と異なり雇用主負担がなく、被用者負担のみとなっている。

図表 I-41 国民保険・被用者保険の保険料率(2014年1月)

<国民保険>

国民保険制度	雇用主	従業員	年間所得のうち掛金対象となる所得の上限
一般老齢年金法(AOW)	—	17.90% ¹⁾	年額 33,363 ユーロ ²⁾
一般遺族補償法(ANW)	—	0.60%	年額 33,363 ユーロ
特別医療費保険法(AWBZ)	—	12.65%	年額 33,363 ユーロ
合計	—	31.15%	

1) 該当する場合、支払保険料から税還付金が控除される。税還付金の金額は所得の状況によって異なる。

2) 2014年1月1日現在。金額は毎年7月1日と1月1日に調整される。

<被用者保険>

被用者保険制度	雇用主	従業員	所得のうち掛金の対象となる所得の上限
障害労働者所得補償保険 基本保険料 WIA 就労不能者生活救済保険 WAO	4.95%	—	日額 197.74 ユーロ ³⁾
就労能力不十分者生活補償保険 WGA	1.03%	—	日額 197.74 ユーロ
産業基金 ⁴⁾	2.68% ⁵⁾	—	日額 197.74 ユーロ
失業保険 WW (Awf)	2.15%	0.00%	日額 197.74 ユーロ
産業基金付加金 ⁶⁾	0.50%	—	日額 197.74 ユーロ
健康保険 ZVW	7.50%	—	日額 197.74 ユーロ

3) 2014年1月1日現在。金額は毎年7月1日と1月1日に調整される。

失業保険法 (WW)

失業保険負担金は以下で構成されている。

*一般失業基金 (Awf) に一部

*産業基金に一部

*保育費への負担としての産業保険料への割増金

4) すべての雇用主は産業部門別基金に加入している。

5) この割合は平均である。

6) この追加金は、保育施設への雇用主の分担である。

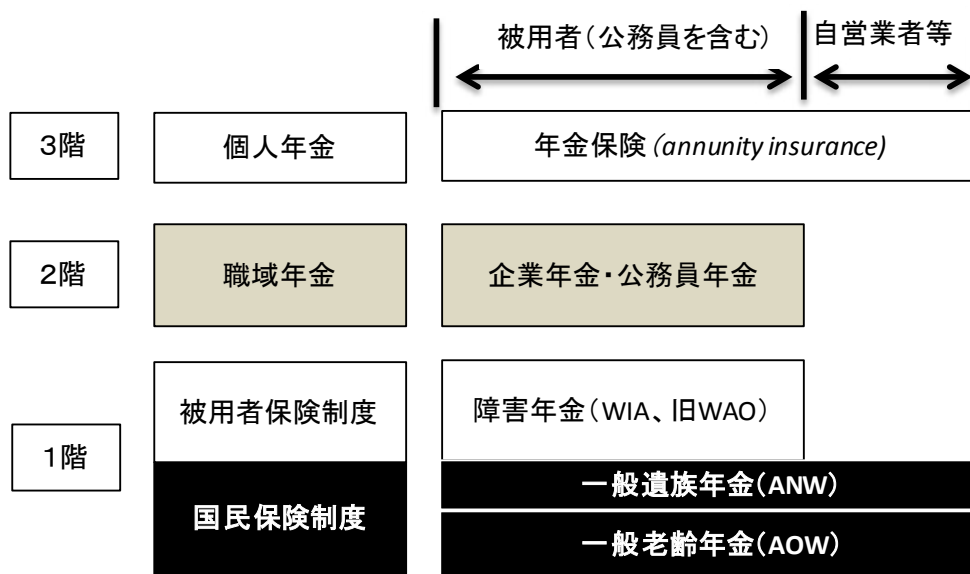
7) この割合は平均である。

資料) NFIA

(1) 年金制度

オランダの年金制度は、国民保険に位置づけられ、公的年金、職域年金（企業別年金または産業別年金）、個人年金の3階建てとなっている。

図表 I-42 オランダの公的年金の体系



資料：年金シニアプラン総合研究機構『年金と経済』Vol.31 No.1

①公的年金

1) 老齢年金

1階部分の一般老齢年金は、1957年制定の老齢年金法（Algemene Ouderdomswet: AOW、General Old Age Pensions Act）に基づいている。

15歳から65歳までの50年間を対象とし、誕生月にオランダ国内に居住しているという条件を満たせば、毎年1/50（2%）ずつ受給権が積み上がっていく仕組みとなっている。給付額は世帯状況や被保険期間によって異なるが、2014年度に65歳を迎える人が100%の受給権を持っていれば、毎月、以下の図表 I-43 の給付額を受け取ることになる¹³。夫婦の場合、最低賃金額から税額等を控除した手取り額を目途とするように設計されている（独身者の場合は70%）。最低賃金額は毎年1月1日と7月1日に改訂されるため、年金給付額も半年ごとに改訂される。

また、AOW年金とは別に、毎年5月には休暇手当が支給され、月額あたりの休暇手当は、下記図表のとおりである。

なお、AOWの管理・運営を担当するのは、社会保険銀行（SVB）である。

¹³ 2014年の場合、1948年11月30日以降1949年11月1日以前に生まれた人が65歳2か月に達した月の月末以降の毎月末に給付される。

図表 I-43 オランダの公的年金の月当たり給付額（2014年1月1日時点）

単位：ユーロ

区分	AOW	休暇手当
単身者	1,074.25	70.16
18歳以下の子供のいるひとり親	1,362.20	90.22
既婚者／同棲者（両者とも AOW 受給年齢到達）	734.41	50.11
配偶者手当のない既婚者／同棲者（配偶者は AOW 受給資格年齢未到達）	734.41	50.11
配偶者手当満額の既婚者／同棲者（配偶者は AOW 受給資格年齢未到達）	1,468.82	100.22

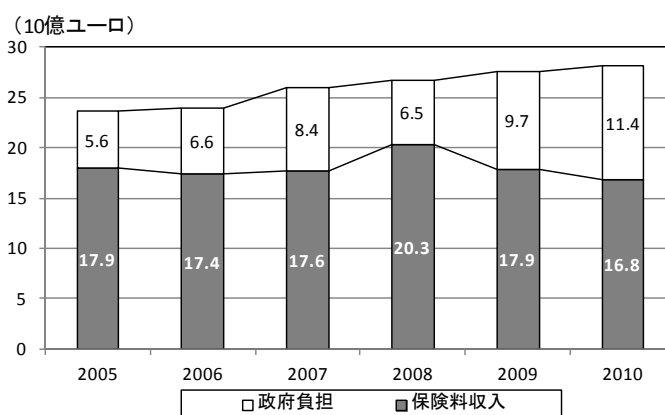
注) 表中の金額は、総額表示である。社会保険銀行 (SVB) が、図表に示される AOW 年金から税・医療関連の拠出金等を源泉徴収した額が給付される。

資料) Ministry of Social Affairs and Employment(2014), 'State of Affairs of social security, January 2014'

AOW は原則賦課方式であるが、1998 年から一部に積立方式 (AOW Savings Fund) が導入されている。公的年金の財源は、上限を 18.25% とする社会保険料であるが、日本などの国とは異なり、雇用主の負担はない。2014 年度の場合、保険料率は 17.90% であり、被用者のみが負担する。ただし、保険料収入だけでは年金給付額を賄うことができないため、一般財源から多額の資金 (AOW Savings Fund) が繰り入れられている。このような年金財政状況を改善するため、2019 年から支給開始年齢は 66 歳、2023 年からは 67 歳となる予定である。

また、2024 年以降は、イタリア等と同様に、平均余命を反映する方式に移行することが決まっている。現連立政権は、さらにこのペースを早め、2018 年から支給開始年齢を 66 歳、2022 年から 67 歳とすることを 2012 年 10 月に合意している。

図表 I-44 公的年金の財源構成



資料) 前田俊之「欧米諸国の年金事情: 第 8 回オランダ」ニッセイ基礎研究所『保険・年金フォーカス』2013 年 3 月 18 日

2) 遺族年金

遺族年金は、オランダ一般遺族補償法（Algemene Nabestaandenwet: ANW、Surviving Dependants Act）に基づき、生年月日や 18 歳未満の子の有無等、以下のいずれかの条件を満たす場合に、配偶者遺族およびその養育子女に対して支給される。

- ・ 65 歳未満で 1950 年以前の生まれであること
- ・ 1 人以上の 18 歳未満の子を養育していること
- ・ 少なくとも 45%の身体的障害があること

遺族年金の給付額は、所得に応じて減額され、障害年金分は全額、給与所得や早期退職給付等は一部が控除される。

給付額（満額の場合）は以下の図表 I-45 のとおりである。保険料率は 0.60%であり、被用者のみが負担する。

図表 I-45 遺族年金の月当たり給付額（2014 年 1 月 1 日時点）

単位：ユーロ

区分	ANW	休暇手当
遺族	1,127.17	83.93
最若子が 18 歳未満のひとり親遺族	1,405.04	107.92
孤児（10 歳未満）	360.69	26.86
孤児（10～16 歳未満）	541.04	40.29
孤児（16～21 歳未満）	721.39	53.72
追加給付	16.50	—

資料) Ministry of Social Affairs and Employment(2014), 'State of Affairs of social security, January 2014'

3) 障害年金

障害年金（WIA¹⁴）は、2004 年 1 月 1 日以降の疾病から 104 週間経過時点で 35%以上の障害残存者に対して給付される。

障害程度が 80%以上あり回復の見込みがない（またはほとんどない）就労不能の場合は、障害労働者所得補償保険（IVA）の下で、最大日額賃金¹⁵の 75%が給付される。

障害程度が 35%から 80%の範囲であれば、職場復帰スキームである就労能力不十分者生活補償保険（WGA）により、障害の程度に応じた金額が年齢に応じた期間にわたって給付される。

障害年金 WIA は被用者保険の範囲であるため、保険料は雇用主のみの負担である。保険料率は WIA 基本料率が 4.65%、WGA が 0.54%である。

運営は被用者保険庁（Employee Insurance Agency）が行っている。

¹⁴ 2005 年 12 月 28 日までは WAO

¹⁵ 2014 年 1 月 1 日時点では 197 ユーロ。

②職域年金

オランダの年金制度の 2 階部分は、公的年金 AOW を補完する職域年金制度（AOW franchise）であり、オランダの年金制度の中心となるものである。年金貯蓄基金法 PSW の規定により、企業年金基金・産業単位年金基金・保険会社のいずれかとの契約締結による運営が必須条件である。職域年金の運営形式で最も多いのは、企業及びそのグループ単位で運営される企業別年金であり、職域年金全体の約 4 分の 3 を占める。他方、加入者数で全体の 4 分の 3 を占めるのは産業別年金であり、これにはオランダ鉄道年金や公務員年金等がある。弁護士等の専門職を対象とする制度や小規模企業では保険会社への委託を取る形式もある。企業別年金は 2000 年以降、大きく数を減らしており、減少分の多くは産業別年金や保険契約への切り替えである。

2012 年 9 月時点で職域年金の数は 454 あり、その資産合計は 9,000 億ユーロに達する。これは、オランダの GDP 約 6,000 億ユーロの 150%程度に相当する。若年層の失業対策として、賦課方式で運営する早期引退給付制度（VUT）により、早期退職従業員には最終給与の 80%を支給してきたが、2006 年以降は事前積立方式に基づく早期退職年齢選択制度（VPL）への移行が進められてきた。

職域年金における保険料負担は、労使折半が一般的であり、また、平均給与比例の給付がほとんどである。

③個人年金

オランダにおける年金の 3 階部分に相当するのが個人年金である。1 階部分の公的年金と 2 階部分の職域年金を合わせた支給水準が高いため、個人年金に対するニーズは大きくはないが、自営業者には職域年金がないので、個人年金に加入することが多い。生涯貯蓄プラン（Life Course Savings Plan）と給与貯蓄プラン（Salary Savings Plan）の二つの貯蓄プランがあったが、老齢活力貯金（Vitality Savings）に統一されることとなっている¹⁶。

④オランダにおける年金制度改革¹⁷

オランダでは、政府・経営者・労組が一体となって取り決めた 1982 年のワッセナー合意以降、社会保障負担の削減が進められ、保障内容の見直しとして、公的年金と職域年金を合わせた総年金支給水準の引き下げが行われた。これ以前の総年金支給水準は、最終報酬の 8 割程度であったのが、それ以降は現在の水準にほぼ等しい 7 割程度に引き下げられた。

オランダでは、被用者の 9 割以上は職域年金に加入しており、職域年金が年金制度の中

¹⁶ 当初は、2013 年 1 月からの導入が予定されていたが、延期されている。

¹⁷ 本節は、前田俊之「欧米諸国の年金事情：第 8 回オランダ」ニッセイ基礎研究所『保険・年金フォーカス』2013 年 3 月 18 日、及びフォルダー・オスカー「第 56 回研修会：オランダにおける年金改革議論」社団法人日本年金数理人会『年金数理人』No.31(2012 年 12 月)を基に作成。

心となっている。職域年金については、現在でも依然として確定給付型（DB）年金が中心であるが、2000年以降の10年間で、退職時の報酬を基準とする制度が大幅に減少し、就業期間の平均報酬を基準とする制度が増えている。

この間、年金の会計基準の厳格化やリスク管理の強化も進められた。特に、2007年の年金財政運営規則（Financieel Toetsings Kader: FTK）では、①最低でも年金債務の105%以上の資産を保有すること、②資産構成に応じて十分なリスクバッファを持つこと（目処として年金債務の20~25%）が必要となった¹⁸。これらの条件を満たすことができない状態に陥った場合は、一定期間（①を下回った場合は3年、②の場合は15年）以内に十分な余力を回復するための計画を、監督官庁であるオランダ中央銀行（DNB）に提出することが義務付けられた。

しかし、2008年に発生したリーマンショックによる資産価値低下や、欧州経済危機による金利低下によって、平均積立比率は100%を切る水準にまで低下した。この結果、約300の年金基金が積立水準回復計画をDNBに提出し、そのうちの約100の年金基金では年金の支給水準を引き下げる検討を行うこととなった。

このような年金コストが膨らむ事態に対して、オランダでは、年金債務リスクを軽減しつつ、確定給付型年金の長所を維持しようとするハイブリッドプランとして、集団型確定拠出年金（Collective Defined Contribution: CDC）の採用が広まっていった。

この間、平均寿命の予想以上の伸びも判明し、2010年6月には、労使代表から構成されるソーシャル・パートナーズによって、①公的年金については支給開始年齢を65歳から67歳へ段階的に引き上げること、②職域年金に関してはこれ以上の拠出引き上げを抑制し、実質給付定義に基づいた新型年金を目指すことが合意された。

翌2011年6月には、2010年の基本合意を具体化させた詳細合意書が発表され、これを踏まえ、2012年5月には、社会・雇用大臣によってFTK IIという新たなルールの方針が発表された。これ以降は、新ルールの下で年金基金のあり方について検討が進められている。ここでの最大の論点は、「名目年金制度」か「実質年金制度」かである。名目年金制度とは、これまでの確定給付型年金制度に部分的な変更（積立比率を計算する際の係数の見直し等）を加えたものである。他方、実質年金制度は、運用環境の変化や長寿化の進展等による影響を年金給付に反映させることを法で定める仕組みである。

政府は、FTK IIを当初は2013年から実施し、実質年金制度の早期普及を目指していたが、年金受給者の権利の扱い方等について解決すべき問題も多いことから、現在では2015年からの実施を目指す状況となっている。

なお、2012年9月には、職域年金制度運営の新たな基本方針（September Pension Package）も政府から発表されている¹⁹。

¹⁸ 厳密には「1年後の積立比率が105%以上になる」確率が97.5%以上なければならない。

¹⁹ 主な内容は、①年金債務評価に用いる超長期金利(20~60年)は、保険会社に適用しているものと同じくUFR(Ultimate Forward Rate)を用いる、②2013年限りの特例として、積立不足に陥った年金基金への追加拠出の見送りを場合によっては認める、③給付水準の引き下げを行う場合、その幅は最大で年7%とし、複

図表 1-46 オランダにおける年金改革の沿革

	公的年金	職域年金	個人年金
1982年	ワッセナー合意 以降、社会保障負担の引き下げと年金給付額の引き下げ開始		
1998年	老齢年金への一部積立方式 (AOW Saving Fund)導入		
2007年		年金財政運営規則 (FTK)	
2010年	ソーシャル・パートナーズ合意 ・公的年金は支給開始年齢を65歳から67歳へ段階的に引き上げ ・職域年金は拠出引き上げ抑制、実質給付定義に基づく新型年金を目指す		
2011年	ソーシャル・パートナーズの詳細合意書発表		
2012年		・FTK II方針公表 ・September Pension Package	
2013年			生涯貯蓄プランと給与貯蓄プランから老齢活力貯金へ移行(延期)

出所) 前田俊之「欧米諸国の年金事情: 第8回オランダ」ニッセイ基礎研究所『保険・年金フォーカス』2013年3月18日、及びフォルダー・オスカー「第56回研修会: オランダにおける年金改革議論」社団法人日本年金数理人会『年金数理人』No.31(2012年12月)を基に作成

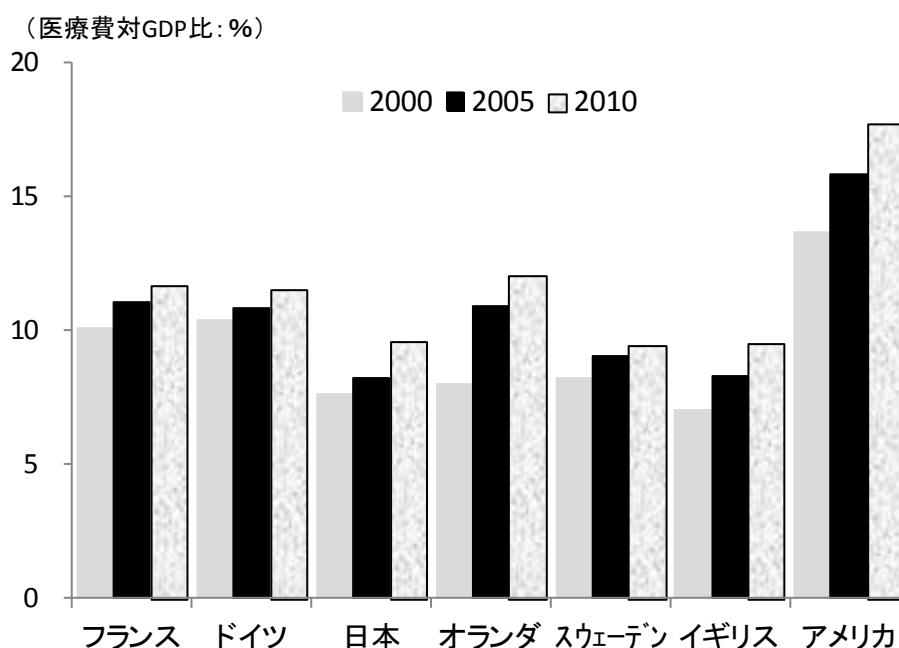
数年かけた調整を認める、というものであった。ただし、②や③を選択する場合、年金支給開始年齢の引き上げを2013年から実施することや、長寿化の影響を従来以上に反映した支給水準の設定、物価等へのスライドを認めるために必要な積立比率を105%から110%に引き上げること等が求められる。

(2) 医療（短期医療保険）²⁰

①国際比較

医療費の対GDPを国際比較すると、2010年現在でオランダの医療費はアメリカに次ぐ規模であり、日本や他の欧州諸国と比べても高い水準にある事が分かる。しかしながら2000年の時点では、オランダの医療費はイギリス、日本に次いで低い水準にあり、2000年代に大きく上昇した事が分かる。この原因として真野（2013）²¹はオランダ版DRG（Diagnosis Related Group）の導入やオランダ版DPC（Diagnosis Procedure Combination）であるDBC（Diagnose Behandel Combinaties）の導入（2005年）を挙げている。

図表 I-47 医療費対GDP比の国際比較



(出所) OECD Health Data

②オランダの医療制度の歴史

オランダの医療保険制度は、1940年までは政府の規制は行われていなかったが、オランダは天然ガスに恵まれていたため、医療への公平なアクセスを実現するための政府の積極的な介入が行われるようになり、1960年代には高福祉国家となっており、医療へのアクセスを改善するために医療福祉施設が数多く建てられた。1940年から1970年にかけて2つの主要な医療保険制度が導入された。第一が疾病金庫法（Sickness Fund Act）（1941年）

²⁰ 本節は真野俊樹（2013）「オランダの医療制度」『共済総合研究』第67号、矢田晴那・大野太郎（2010）「オランダの医療制度」財務省財務総合政策研究所（編）『医療制度の国際比較』、クリーフ（2012）「オランダの医療制度における管理競争」『フィナンシャルレビュー』等を参照している。

²¹ 真野俊樹（2013）「オランダの医療制度」『共済総合研究』第67号

である。これは低・中所得層を対象とした強制加入保険であり、プライマリーケアや入院・外来治療、処方薬等、幅広い医療サービスを給付対象としていた。その一方で、大多数の高所得層は民間医療保険に加入する形となっていた。第二が特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act）（1968年）である。これは長期ケア（介護）、精神・身体障害、1年を超える入院医療費を給付対象とする法律であり、全国民に加入が義務付けられている。これは現在も存続している、後述する **Compartment1** を指している。

このようにオランダは1940年以降高福祉政策を進めてきたが、その後「オランダ病」が進む中で、1980年代に医療費の抑制を図る必要が生じてきた。一例が1983年に導入された総予算枠制（Global Budget System）である。総予算枠制はもともと病院の経常経費のみを対象としていたが、1984年には入院治療費全体に拡大された。1991年のダニング委員会報告では、一定の基準に基づいて、基準を満たさないサービスはサービス保険給付からの除外が提唱された。ダニング委員会報告が示した基準は以下の4つである。以下の基準に基づいて、一部の医療給付は民間医療保険（**Compartment3**）に位置づけられる事となった。

<ダニング委員会報告における公的医療保険の給付範囲に関する基準>

- ①健康の観点から本質的（essential）であること
- ②効果（effectiveness）が実証されていること
- ③費用効果的（cost-effective）であること
- ④患者にとって経済的に利用不可能なほど高価であること

1993年には、疾病金庫が専門医と選択的な契約を締結できるようになり、2005年には病院との個別契約が認められるようになった。

オランダの医療保険制度では、前述の通り総医療費を抑制するために、総予算枠制の導入などがなされてきたが、個々の保険者や医療機関が創意工夫を行う余地はほとんどなく、疾病金庫の地域独占や診療報酬支払の補填によって、費用削減努力を行うインセンティブもなかった。そのため、総予算枠制や供給側の規制によって、総医療費自体は低く抑えられてきたが、医療資源配分の非効率化や、待機リストの拡大など、医療サービスの質が低下してきていた。そうした中で中道右派政権の下で発足したデッカー委員会が1987年に提案した改革案が「デッカープラン」である。デッカープランでは、社会保険の原則である公平性（全ての個人の医療サービスへのアクセス保証）を確保しつつ、保険者・医療機関の財政的規律づけによる効率的な運営を提案した。主な具体的項目は、①医療保険制度の統合、②保険者と医療サービス提供主体との自由契約、③社会保険料はリスク構造調整に用いられる所得比例保険料と保険者に支払う定額保険料で賄う、④個人による保険者の自由選択、などであり、現在の管理競争の原型が提起されている。

デッカープラン以降の医療改革の変遷を整理したものが図表 I-48 である。1990 年のサイモンズ計画は、デッカープランの価格競争要素を弱める計画である。1992 年には被保険者が疾病金庫を選択できるようになった。導入当初は、被保険者は二年に一度のペースで疾病金庫を選択する事が可能だったが、1996 年からは毎年疾病金庫を選択する事が可能となった。管理競争において重要な要素となるリスク構造調整プレミアムは 1993 年に導入されている。またデッカープランでは介護や1年以上の医療を含む医療保険制度の統合・一元化が提唱されていたが、1995 年にはそれが断念された。そして 2006 年の医療保険制度改革によって、医療保険制度が統合された。

図表 I-48 管理競争の概念図

1987 年	デッカープラン：①医療・介護保険制度の統合、②保険者と医療サービス提供主体との自由契約、③社会保険料はリスク構造調整に用いられる所得比例保険料と保険者に支払う定額保険料で賄う、④個人による保険者の自由選択
1990 年	サイモンズ計画：デッカープランの価格競争要素を弱める形で修正
1992 年	疾病金庫の全国レベルでの活動を許可 加入者が2年に1度、疾病金庫を移ることを許可
1993 年	リスク構造調整プレミアムの導入 疾病金庫が専門医を選択し、契約を結ぶことを許可
1995 年	医療と介護・1年以上の長期医療と一元化を断念
1996 年	加入者が1年に1度、疾病金庫を移ることを許可
2005 年	保険者と医療機関の個別交渉（予算の10%）を許可
2006 年	疾病金庫と民間保険を統合

（出所）佐藤（2007）より作成

③2006 年医療保険制度改革

1) 概要

オランダの公的医療保険制度には、長期医療（介護等）をカバーする特別医療費保険（Compartment1、AWBZ）と、短期治療をカバーする短期医療保険（Compartment2、医療保険）がある。公的医療保険でカバーされない分野は補完的保険市場（Compartment3）と呼ばれている。補完保険への加入は任意だが、9割以上の被保険者が加入している。

近年の医療保険制度改革の中で大きなものが Compartment2 に関する医療保険法（Netherlands Healthcare Act）である。オランダの医療は需要と供給のミスマッチによって、待ち行列（待機リスト）が生まれていた。医療保険法では「管理競争」という考え方によって、2005 年までは、加入者の年収や身分によって3つの医療保険制度（社会（強制）医

療保険、民間（私的）医療保険、公務員保険）に分かれていた保険を統合し、医療保険を民間保険会社が提供する形へと変えた。

改革後の医療保険は民間保険会社が提供するが、保険会社はCompartment2（基本保険）とCompartment3（補完保険）の両方を提供する²²。

図表 I-49 2006 年医療保険制度改革前後の制度比較

	改革前		改革後
	社会（強制） 医療保険	民間（私的） 医療保険	「民間」社会 医療保険
被保険者	所得基準以下の雇用者・自営業者（義務） （人口の約 65%）	所得基準以上の雇用者・自営業者（任意） （人口の約 30%）	全てのオランダ在住者 （義務）
保険料の計算	所得比例（85%） 定額保険料（15%）	リスクに応じた保険料	所得比例（50%） 定額保険料（50%）
給付	標準化	個人別	標準化
現物・現金	現物給付	現金	現物・現金
任意の免責額 引上げ （voluntary deductibles）	なし	あり	あり
集団契約	なし	あり	あり

（出所） Gre β , Manouguian, and Wasem (2007) “Health Insurance Reform in the Netherlands“ CESifo DIGE Reort、真野（2013）より作成

医療保険制度改革以降、健康保険グループ・保険者数は徐々に減少してきており、2006年には16グループ・33保険者だったが、2013年には9グループ・26保険者にまで収斂している。健康保険市場は4大保険者グループ（Achmea、VGZ、CZ、Menzis）で8割程度のシェアを占めている。

²² Compartment1 は1年以上の長期入院や介護等をカバーするものである。

図表 I-50 健康保険グループ・保険者数の推移

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
健康保険グループ数	16	15	12	12	11	10	9	9
健康保険者数	33	32	32	30	28	27	26	26

(出所) Nederlandse Zorgautoriteit “Zorgverzekeringsmarkt 2012/2013“

2) リスク構造調整・管理競争と医療保険の財源

医療保険法では、保険者間と医療機関間の「管理競争」が導入されており、保険者機能の強化が図られている。管理競争はEnthoven (1988)²³によって展開された議論であり、欧米の医療制度改革に多大な影響を及ぼしている。

現在のオランダの管理競争の図示したものが図表 I-51 である。保険者は被保険者の受け入れ義務（オープンエンロールメント）があり、被保険者の構成によって保険者間で生じるリスクの不平等を解消するためにリスク構造調整が取り入れられている。被保険者の定額保険料は一律である必要があり、医療保険は定額保険料（Nominal Premium、全体の45%）、所得比例保険料（国が徴収、Income Related Contribution、50%）、公的補助金（5%）、一部の自己負担（1%程度）で賄われている。所得比例保険料は「リスク構造調整」によって保険者に配分される。定額保険料は保険者が自由に設定する事が出来、提供する保険商品によって差を付ける事が出来るが、同じ保険商品を選択する被保険者に対しては、同じ保険料で提供しなければならない。定額保険料によって、保険者が互いに差別化を図り、効率的な保険運営やサービスを追求するインセンティブを与える。

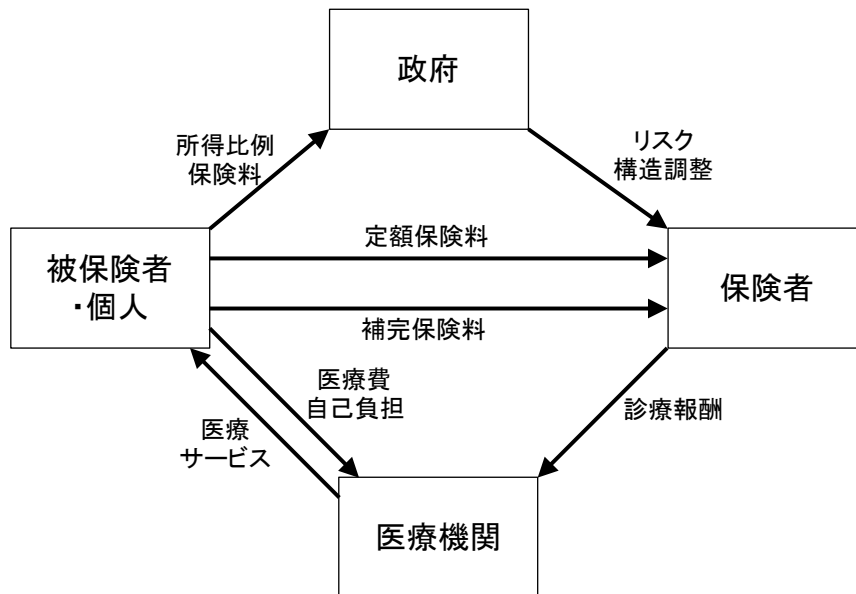
所得比例保険料は内国歳入庁（Inland Revenue Service）が徴収し、医療保険委員会（Health Insurance Board、CVZ）の管理する医療保険基金（Health Insurance Fund）に支払われる。公的補助金は国から医療保険基金に支払われるが、これは主として定額保険料を支払わない18歳以下の被保険者に対する財源確保策である。

保険者には、リスク構造調整に基づいて被保険者のリスクの度合いが調整されている。リスク構造調整保険料は、被保険者の健康状態ごとに医療にかかる費用をデータに基づいて予測し、それに応じて医療保険基金から保険者に支払われる。具体的には、年齢、性別、収入源、地域、社会経済的地位、世帯構成、過去の医療費等を用いて医療費の予測を行っている。また、事前のリスク構造調整だけではなく事後のリスク構造調整も行われている。具体的には事前には予測が難しい医療費の変化などが事後的に補填されており、2012年時点では事前に予測された費用と実際の費用の差の92%が補填されている²⁴。

²³ Enthoven (1988) *Theory and Practice of Managed Competition*

²⁴ Nederlandse Zorgautoriteit “Zorgverzekeringsmarkt 2013“

図表 I-51 管理競争の概念図



(出所) 佐藤主光 (2007) 「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」『会計検査研究』、小林篤 (2013) 「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業」『損保ジャパン総研レポート』等を参考に作成

3) 管理競争が機能するための前提条件

ここではクリーフ (2012) およびBevan and Van de Ven (2010)²⁵に基づいて、管理競争が機能するための前提条件を整理する。

第一が十分な競争、医療の質、保険者の財務基盤、消費者保護を補償するための市場規制である。オランダでは4つの機関が市場の規制を確保してきている。具体的にはオランダ競争庁 (Competition Authority) は反競争的な企業連合や合併、優越的地位の濫用の防止によって、市場の保護を行っている。またオランダ品質庁 (Quality Authority) は医療供給者の監督によって、患者を低質の医療供給者から保護している。オランダ支払能力庁 (Solvency Authority) は、保険者の財務基盤の安定性の確保に努めている。最後にオランダ消費者保護庁 (Consumer Protection Authority) は透明性の確保や消費者への情報提供を通じて消費者利益の保護を行っている。

第二の前提条件が、保険商品と医療サービスの透明性である。管理競争市場では、被保険者は保険者を自由に選択する事が出来るが、各保険者が提供する保険商品や医療サービスの透明性が確保されている事は、被保険者の自由選択を確保するために不可欠である。2006年の医療保険改革によって基礎的医療保険が導入された事は、透明性を高める効果を持っていた。

第三が消費者向け情報の利用可能性である。消費者は、保険商品と医療サービスに関す

²⁵ Bevan and Van de Ven (2010) “Choice of Providers and Mutual Healthcare Purchasers” *Health Economics, Policy and Law*

る価格・質の情報を容易に入手できなければならない。保険商品に関する情報はウェブサイト等で公開されるようになってきており、かなりの改善がみられるが、医療サービスの質に関する情報は不足していると指摘されている。

第四が、保険者が契約を交渉・締結する自由の確保である。2006年改革以降、保険者は医療サービスがどの医療機関によって提供されるのかを自由に選択できるようになった。この仕組みによって医療供給者間の競争が促されている。

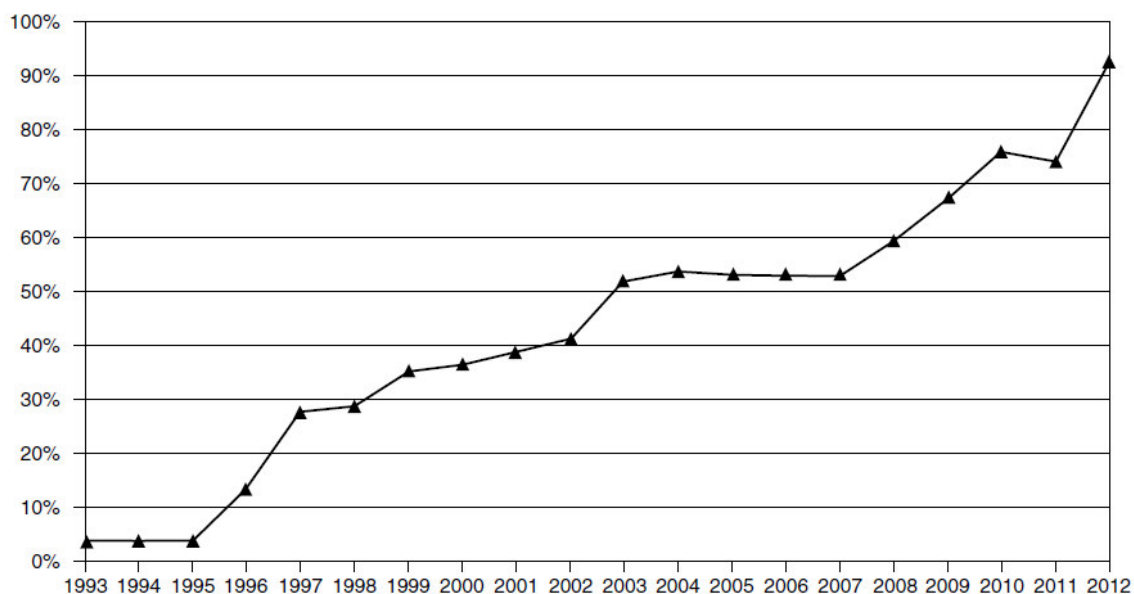
第五の前提条件が、消費者による保険者の選択である。消費者による保険者の自由選択が確保されていれば、安価で質の高い医療給付を提供できる保険者が選択されることとなり、保険者側に効率化や費用削減のインセンティブを付与する事が出来る。かつて、消費者が地域の疾病金庫への加入を義務付けられていた頃は、保険プランを変更する事は出来なかったが、2006年改革以降は、消費者は保険プランを毎年変更する事が可能になっている。

第六が財政的誘因である。かつての供給規制の時代には、医療費のほぼ全額が事後的に補填されていたため、保険者には効率化のインセンティブが存在しなかった（ソフトバジェット問題）。しかしながら1990年代中盤以降、保険者の財政責任は拡大してきており、事後的な費用の補填は10%程度にまで低下している（図表 I-52）。

第七が医療提供市場および医療保険市場の競争可能性である。十分な競争が行われていなければ、市場における合理的な選択が妨げられる可能性がある。

最後の前提条件がリスク構造調整である。保険者は被保険者の加入を拒否する事が出来ず、個人のリスクに応じた保険料も徴収する事が出来ないため、リスク構造調整がきちんと行われないと、慢性疾患患者等が多く被保険者となっている保険者は損失が予想される事になる。

図表 I-52 保険者の財政責任の推移



(出所) クリーフ (2012)、原出所は Van Kleef et al. (2012) “Improving Risk Equalization Using Multiple-year High Cost as a Health Indicator“ *Medical Care*

④医療給付の決定

保険者は、診療報酬やサービスについて、医療機関と一部交渉する事が出来る。診療報酬は DTC (Diagnosis Treatment Combination) によって決定される。医療機関は保険者に対して診療報酬を請求する。交渉可能な診療報酬の範囲は拡大しており、2005 年には 10% だったが、2009 年には 34% となっている。価格は医療機関からの入札によって決められる事が多く、ジェネリック医薬品の価格を大幅に引き下げた保険者もある。

保険者は全ての医療機関と契約する義務はなく、選択的に契約を行う事が可能である。医師の評価を行い、保険者が特定の医師の受診を勧めることも出来る。

医療保険の契約は本人が契約者かつ被保険者になる場合が多いが、配偶者や子どもに保険をかける事も出来るし、法人が雇用者に対して保険をかける事もできる。また集団契約の方が定額保険料が安価になるため、企業等でグループ保険に加入するケースが増加した。

保険者は、医療保険法で定められた全てのサービスをカバーする基本保険を提供する。加えて保険者は、自己負担による上乘せ保険 (補完保険) を提供する事が出来る。ほとんどの民間保険会社は基本保険とセットで補完保険を提供している。被保険者は補完保険を基本保険と同じ保険者から購入する事が多い。補完保険市場では、基本保険と異なり、保険者は被保険者を拒否する事も可能であり、保険料も被保険者ごとに異なっている。補完保険の主な給付項目としては、大人の歯科治療、人工的補欠物 (義眼、義足等)、聴覚補助、理学療法、美容整形などである。

⑤医療供給体制

オランダは社会保険国家であるが、プライマリーケアが整備されており、一次医療は家庭医（GP）が提供する。また上述の通り期間1年以内の医療保険を民営化しているという特徴がある。GPはゲートキーパーの役割を果たしており、病院治療や専門医治療はGPを通して受診する事が出来る。

病院は民間もしくは非営利団体が中心である。保険者は医療サービスを提供する医療機関を選択する事が出来る。

医療市場の監督組織は、保険医療当局（Dutch Healthcare Authority、Nza）が、2006年に医療保険監督委員会（CTZ）と全国医療価格統制局（CTG）から発展分離する形で設けられた。Nzaが費用償還の事後規制や市場の事前規制を担っている。

⑥オランダにおける医療制度改革

オランダでは、1940年から1970年にかけて2つの主要な医療保険制度が導入された。第一が疾病金庫法（Sickness Fund Act）（1941年）であり、低・中所得層を対象とした強制加入保険として幅広い医療サービスを給付対象としていた。第二が特別医療費補償法（Exceptional Medical Expenses Act）（1968年）であり、長期ケア（介護）、精神・身体障害、1年を超える入院医療費を給付対象としている。

このようにしてオランダで高福祉政策を進めてきたが、その後「オランダ病」が進む中で、1980年代に医療費の抑制を図る必要が生じてきた。一例が1983年に導入された総予算枠制（Global Budget System）である。また、1991年のダニング委員会報告では、一定の基準に基づいて、基準を満たさないサービスはサービス保険給付からの除外が提唱された。

また、医療資源配分の非効率化や、待機リストの拡大など、医療サービスの質が低下してきたことに対して、中道右派政権の下で発足したデッカー委員会が1987年に改革案を提案した（「デッカープラン」）。デッカープランでは、社会保険の原則である公平性（全ての個人の医療サービスへのアクセス保証）を確保しつつ、保険者・医療機関の財政的規律づけによる効率的な運営を提案した。

その後、2006年の医療保険制度改革により、2005年までは、加入者の年収や身分によって3つの医療保険制度（社会（強制）医療保険、民間（私的）医療保険、公務員保険）に分かれていた保険を統合し、医療保険を民間保険会社が提供する形へと変えてきている。

図表 I-53 オランダの医療制度改革の沿革

1941年	○疾病金庫法 (Sickness Fund Act) ・ 低・中所得層を対象とした強制加入保険。プライマリーケアや入院・外来治療、処方薬等、幅広い医療サービスを給付対象。
1968年	○特別医療費補償法 (Exceptional Medical Expenses Act) ・ 長期ケア (介護)、精神・身体障害、1年を超える入院医療費を給付対象とする法律で、全国民に加入が義務付け。現在も存続。
1983年、 1984年	○総予算枠制 (Global Budget System) ・ もともと病院の経常経費のみを対象としていたが、1984年には入院治療費全体に拡大。
1987年	○デッカープラン ・ 社会保険の原則である公平性 (全ての個人の医療サービスへのアクセス保証) を確保しつつ、保険者・医療機関の財政的規律づけによる効率的な運営を提案。
1991年	○ダニング委員会報告 ・ 一定の基準に基づいて、基準を満たさないサービスはサービス保険給付からの除外が提唱された。基準に基づいて、一部の医療給付は民間医療保険 (Compartment3) に位置づけられる事となった。
1992年	・ 疾病金庫の全国レベルでの活動を許可 ・ 加入者が2年に一度、疾病金庫を映ることを許可
1993年	・ リスク構造調整プレミアムの導入 ・ 疾病金庫が専門医を選択し、選択的な契約締結が可能となる。
2005年	・ 疾病金庫が病院と個別契約が認められる。
2006年	・ 2006年医療制度改革 (疾病金庫と民間保険を統合、等)

(出所) 佐藤 (2007) 「医療保険制度改革と管理競争：オランダの経験に学ぶ」『会計検査研究』、小林篤 (2013) 「オランダの民間健康保険市場と民間健康保険事業」『損保ジャパン総研レポート』等を参考に作成

(3) 子育て支援策

①児童手当 (AKW)

オランダでは、18歳未満の子どもを持つ養育者は、児童手当を受け取ることができる。児童手当は、所得で制限されたり、国籍で差別されることなく、子どもが18歳になるまで、3ヶ月分を単位として支給される。給付額は以下のとおりである。

図表 I-54 児童手当の給付額

年齢区分	3ヶ月の給付額
0歳-5歳	191.65 ユーロ
6歳-11歳	232.71 ユーロ
12歳-17歳	273.78 ユーロ

資料) Ministry of Social Affairs and Employment(2014), 'State of Affairs of social security, January 2014'

②児童関連補助 (Child-related Budget)

オランダでは、18歳未満の子どもを持つ一定額以下の所得・資産しかない家庭に対して、児童関連補助が給付される。補助額は、18歳未満の子供の数に応じて決定され、子供の数が多くなるほど補助額も多くなる。

2014年1月1日時点で以下の資産を超えている場合、児童関連補助を受給することはできない。

- ・ 102,499 ユーロ (単身の場合)
- ・ 123,638 ユーロ (パートナーがいる場合)

家計の所得が26,265ユーロまでの場合、児童関連補助は最大額を得ることができる。26,265ユーロを超えると補助額が徐々に減少する。

補助額は以下のとおりである。これ以上の18歳未満の子どもがいる場合は、子ども1人につき106ユーロが加算される。12-17歳の子どもがいる場合は、さらに学校関連経費に関する補助を受けることができる。

図表 I-55 児童関連補助の給付額

児童数	年間上限額
1人	1,017.00 ユーロ
2人	1,553.00 ユーロ
3人	1,736.00 ユーロ
4人	1,842.00 ユーロ
5人	1,948.00 ユーロ

資料) Ministry of Social Affairs and Employment(2014), 'State of Affairs of social security, January 2014'

これらの手当・補助の財源は、全額国庫（税）負担である²⁶。

③ 出産・育児休業制度²⁷

オランダでは、伝統的にキリスト教民主主義の影響が強く、子育ては母親が担うべきであるという考え方が強かった。そのため、1980年代までの女性の就業率は他のヨーロッパ諸国に比べても低く、OECDの調査でも、1985年時点での日本の女性の就業率が53.0%であったのに対して、オランダでは35.5%に留まっていた（15～64歳）。

その後、育児休業制度が1991年に創設され、1990年代に一般児童を対象とする保育サービスが進み、4歳児未満の保育所利用率は、1990年の5.7%から2006年には25.9%へ上昇した。ただし、オランダでは、保育所利用は週2～3日程度の利用に留まっていることが多い。この理由として、

- ・ 伝統的に家庭保育を重視する意識が存在すること
 - ・ 祖父母を中心としたインフォーマルな無償保育がかなり行われていること
 - ・ 夫婦のいずれかまたは両方がパートタイム労働であるため、パートタイム労働と組み合わせる保育サービスを利用しない場合があること
- 等が挙げられている。

現在の育児休業制度は以下の図表 I-56 のとおりである（2009年時点）。子どもが8歳になるまでの間に、週契約労働時間の26倍の時間を休業できるが、実際には、半年間完全に休業するよりも、週労働時間を短くしてパートタイムで働く形で取得することが多い。また、取得期間を分割することも可能となっている。

2008年の取得率については、女性は37.1%（日本は72.3%）、男性は17.9%（日本は0.5%）であった。女性の取得率が日本よりも低いことについて、権丈（2011）は、1）日本では育児休業取得率は高いが、出産を機に離職する女性が多いのに対して、オランダでは育児休業の取得率は低いが出産後も就業率は高いこと、2）オランダではパートタイム労働が多いため、育児休業の取得を必要としない者が多いこと、を挙げている。さらに、男性の育児休業取得率は欧州の中でも高い方であり、これは育児休業の取得資格が、子供一人につき一定期間休業できるという家族ベースのものではなく、子どもの両親それぞれについて一定期間休業できるという個人ベースでの付与となっていることを要因に挙げている。家族ベースでの付与の場合、結果として女性だけが取得することが多いのに対して、個人ベースでの付与により、男性の取得率が高まっている、とみられる。

²⁶ 保育所施設については、被用者保険内で、雇用主に「産業基金付加金」として0.50%の保険料が課せられる。本報告書「3.」（P.46参照）。

²⁷ 本項は権丈英子（2011）「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス-労働時間と就業場所の柔軟性が高い社会-」RIETI Discussion Paper Series 11-J-030を利用してまとめた。

図表 I-56 家族関連の休暇制度（2009年10月現在）

名称	内容	対象	休暇中の所得保障	使用者は申請を認めないことができるか
父親休暇	配偶者の出産後4週間のうちに2日間。出産時及び出生届の提出については、緊急休暇を利用。その後使用者に申請して取得。	雇用者	所得の100%	不可
産前産後休暇（妊娠母親休暇）	出産前後16週間。産前は予定日の6週間前から取得でき遅くとも4週間前に開始。出産後は10週間以上。	雇用者及び自営業者。ただし、自営業者は2008年6月4日以降に生まれた子供が対象。	所得の100% 上限あり（自営業者は、税引き前の最低賃金を上限）	不可
養子休暇	養子縁組する両親または里親が、実際に子供が家庭で暮らす日の2週間前から16週間後までの間に連続して4週間。	雇用者または自営業者（両親がそれぞれ取得可）	所得の100% 上限あり	不可
短期介護休暇	親、同居している病気の子供、配偶者を短期間介護するため（他に介護できる人がいない場合のみ）。年間、週労働時間の2倍の時間。突然の病気については緊急休暇を利用し、2日目以降取得。	雇用者	所得の70%以上 上限あり	業務に重大な支障がある場合、可
緊急及び他の短期休暇	個人的理由による緊急事態のための休暇。事情に応じて2～3時間から2～3日。	雇用者	所得の100%	不可
長期介護休暇	病気の子供、配偶者、親の介護のための長期間の休暇。12ヵ月に、最大で週労働時間を半分にして12週間。	雇用者	無給 （ライフコース貯蓄制度が利用可）	業務に重大な支障がある場合、可
育児休暇	子供が8歳になるまでの間に、週労働時間の26倍の時間（2009年1月以前に取得を開始した場合には13倍）。週労働時間を半分にして約1年間取得することが多い。フルタイムでの休業や分割取得も可。	勤続1年以上の雇用者（両親がそれぞれ取得可）	無給 （ライフコース貯蓄制度が利用可）	不可
他の無給休暇	様々な理由のため（教育休暇、旅行、休養等）の一定期間の休暇。使用者と相談の上取得。	雇用者	無給 （ライフコース貯蓄制度が利用可）	可

出所：Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (<http://home.szw.nl/index.cfm>)

注：労働協約により、他の取り決めがある場合もある。

資料) 権丈英子 (2011) 「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス-労働時間と就業場所の柔軟性が高い社会-」 RIETI Discussion Paper Series 11-J-030

④オランダにおける子育て支援策（仕事と育児の両立支援策）の沿革

オランダにおける子育て支援策については、一般児童を対象とする保育サービスに、公的補助が本格的に投入され始めたのは相当に遅く、育児休業制度が創設されたのが 1991 年であった。育児休業制度については 2009 年にその拡充が行われている。

また、2005 年 1 月に保育法(Wet Kideropvang)が施行されている。この法律は、従来保育サービスの供給側に対して行われていた補助を、直接需要側（利用者）に対して行うものに変更するものである。法制度の目的としては、複雑になっていた保育サービスの補助制度を整理するとともに、市場メカニズムを活用して消費者の選択の幅を広げることにある。なお、新制度導入以降、保育サービスへの補助金の増加もあったため、親にとっての平均保育料が低下し、保育サービスの利用率は高まった。しかし、制度導入にあたって期待されていた女性の労働供給の増加効果は、これまでのところ小さいとされる。

その他、無給休暇について休暇中の所得を賄うために準備された制度として、2006 年 1 月にライフコース貯蓄制度が施行されている。具体的には、課税前所得の一部を貯蓄し、後に無給休暇を取る際に引き出すことができるというもので、税制上優遇される。介護、休息、育児、学業、退職前等様々な目的のために、利用することができる。

図表 1-57 オランダにおける子育て支援策の沿革

1991 年	○育児休業制度の創設
2005 年 1 月	○保育法(Wet Kideropvang)施行 ・ 従来保育サービスの供給側に対して行われていた補助を、直接需要側（利用者）に対して行う変更がなされた。
2006 年 1 月	○ライフコース貯蓄制度の施行 ・ 課税前所得の一部を貯蓄し、後に無給休暇を取る際に引き出すことができ、税制上優遇される。
2009 年 1 月	○育児休業制度の拡充 ・ 子どもの両親がそれぞれ約半年間休業できる（子どもが 8 歳になるまでの間に、週契約労働時間の 26 倍の時間、休業できる）。

資料) 権丈英子 (2011) 「オランダにおけるワーク・ライフ・バランス-労働時間と就業場所の柔軟性が高い社会-」 RIETI Discussion Paper Series 11-J-030 を基に作成

(4) 介護保障制度²⁸

オランダの介護保障制度は、公的医療保険の一環として特別医療費保険（AWBZ）を中心に整備されている。

(参考) オランダの公的医療保険

特別医療費保険（AWBZ）（Compartment I）：長期療養サービスが中心

健康保険（ZVW）（Compartment II）：短期医療が中心

私的医療保険（Compartment III）

①被保険者、保険者

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（個人単位）となる。

保険者は国である。保険の実際の事務、運営については、32の圏域（Region）において最もシェアの大きい Care Insure（risicodragger：健康保険の保険者である私的な主体）が Care Office（zorgkantoor）であり、国の保険代行者として行っている。

図表 I-58 2006年以降の保険別費用の年次推移

(単位：100万ユーロ)

	2006年	2007年	割合(2007年)
特別医療費保険(AWBZ)	23,195	22,972	43.5%
健康保険(ZVW)	26,849	26,266	49.7%
その他	3,364	3,584	6.8%
合計額	53,407	52,822	100.0%

資料：大森正博（2011）「オランダの介護保障制度」『レファレンス 2011.6』

資料注：Vektis, ZORGMONITOR 2008: Financiering van de zorg in 2007, p.14.(Vektis > Publicaties <<http://www.vektis.nl/index.php/publicaties>>) より資料筆者作成。

②給付

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²⁹ (Function)』によって定義されており、「個人サービス」、「看護」、「支援的ガイダンス」、「活性化ガイダンス」、「治療」、「宿泊サービス」に分けられる。

²⁸ ここでは、大森正博（2011）「オランダの介護保障制度」『レファレンス』2011年6月を用いてとりまとめた。

²⁹ 機能による定義とは、カバーされているサービスについて具体的なサービス名を明記するのではなくて、その役割、機能を表記することにより、その機能を発揮できるより広いサービスを対象とするという考え方に則っている（大森正博（2011））。

1) 個人サービス

シャワー・入浴、着衣、ひげそり、スキンケア、飲食、排泄等が含まれる。

2) 看護

包帯、注射、病気の相談、自己注射の指導が含まれる。

3) 支援的ガイダンス

より快適な生活をするためのガイダンス（自律的に生活できるための援助）を意味し、デイケア、日常生活で行うことの準備等が含まれる。

4) 活性化ガイダンス

行動、心理における問題があるときに、その改善を促す。社会活動への参加の援助等が含まれる。

5) 治療

慢性疾患のケアを意味する。例えば、認知症のケアが含まれる。

6) 宿泊サービス

施設サービスが含まれる。

サービスの給付は、現物給付が中心であるが、個人介護予算と呼ばれる現金給付もある。個人介護予算は、サービスの予算を被保険者に現金で与え、被保険者が自らサービスを選択して購入する。現金給付を選んだ場合、現物給付にかかる費用から 25%減額して給付される。これは、現金給付の方が、被保険者が効率的にサービスを購入することができるという仮定がある。

図表 I-59 特別医療費保険の費用

(単位：100 ユーロ)

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年 (予測)
看護・介護サービス	11,359.9	12,054.6	12,552.0	12,928.6
	49.5%	54.7%	53.6%	53.7%
身体障害者ケア	5,243.8	5,880.6	6,392.4	6,421.4
	22.8%	26.7%	27.3%	26.7%
精神保健	4,253.5	1,559.6	1,597.9	1,665.9
	18.5%	7.1%	6.8%	6.9%
その他のケア	272.9	304.0	295.2	301.7
	1.2%	1.4%	1.3%	1.3%
PGB (個人介護予算) 補助金	1,339.0	1,660.8	1,958.0	2,168.9
	5.8%	7.5%	8.4%	9.0%
その他の費用	497.6	576.0	617.0	580.1
	2.2%	2.6%	2.6%	2.4%
合計	22,966.6	22,035.6	23,412.4	24,066.6
	100%	100%	100%	100%

資料：大森正博 (2011) 「オランダの介護保障制度」『レファレンス 2011.6』

資料注：CVZ (College voor zorgverzekeringen) >Health care statistics > AWBZexpenses 2007-2010 <<http://www.cvz.nl/en/healthcarestatistics/awbz-expenses/awbz-expenses.html>> より資料筆者作成。

③財源

特別医療費保険の収入の構成比 (2009 年) としては、保険料が 67.7 と全体の約 3 分の 2 を占めている。その他には、政府補助金が 24.3%、利用者の一部負担が 7.8%となっている。

1) 保険料

特別医療費の保険料率は所得比例であり、課税所得の 12.65% (2013 年) である。ただし、保険料が課される所得には上限があり。

2) 利用者による一部負担

サービスの利用者による負担であるが、施設サービスと施設外サービスで一部負担額は異なる。例えば、施設外サービスの場合、利用者はケアの時間 1 時間当たり 12.6 ユ

一口、施設サービスについては所得の 12.5%となっており、所得の高い者が多く負担する形になっている。ただし、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。

図表 I-60 AWBZ の収入

(単位：100 万ユーロ)

	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年 (予測)
保険料	14,398.4	14,213.7	13,640.0	14,832.8
	61.7%	69.0%	67.7%	69.4%
政府補助金	4,495.4	4,774.3	4,896.4	4,863.3
	19.3%	23.2%	24.3%	22.8%
利用者の一部負担	1,617.6	1,580.2	1,579.0	1,649.7
	6.9%	7.7%	7.8%	7.7%
政府資金	11.0	11.5	12.0	12.0
	0.0%	0.1%	0.1%	0.1%
国際決済※	5.2	5.2	4.6	4.6
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
精神保健サービスに対する健康保険 (ZVW) からの出資	2,800.0	—	—	—
	12.0%	—	—	—
その他の収入	14.3	15.7	2.9	12.2
	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
合計	23,341.9	20,600.6	20,134.8	21,374.5
	100%	100%	100%	100%

資料：大森正博 (2011) 「オランダの介護保障制度」『レファレンス 2011.6』

資料注：CVZ (College voor zorgverzekering) >Health care statistics >AWBZ income 2007-2010 <<http://www.cvz.nl/en/healthcarestatistics/awbz-income/awbz-income.html>>より資料筆者作成。

※：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

④財政状況

オランダの公的および民間の高齢関連支出の対 GDP 比率をユーロ地域平均と比較すると、2007 年時点においては長期介護 (Long term care) の公的支出の割合が 3.4%とユーロ地域平均の 1.3%よりもかなり大きくなっている。また、2060 年時点の予測値については 8.1%となっており、これは現状 2007 年値よりも、また、ユーロ地域平均の 2.7%よりもか

なり高くなっている。

図表 I-61 公的および民間高齢関連支出

単位：%

	オランダ			EU		
	2007年	2060年	差	2007年	2060年	差
公的年金	6.6	10.5	3.9	11.0	13.8	2.8
医療保険	4.8	5.8	1.0	6.7	8.1	1.4
長期介護	3.4	8.1	4.7	1.3	2.7	1.4
公的支出計	14.8	24.4	9.6	19.0	24.6	5.6
民間年金	5.2	12.1	6.9	n.a.	n.a.	n.a.
合計	20.0	36.5	16.5	n.a.	n.a.	n.a.

資料：OECD(2012)「OECD Economic Surveys NETHERLANDS OVERVIEW」2012.6

原資料：European Commission(2009),”Ageing report: Source Economic and budgetary projections for the EU-27Member States (2008-60).

⑤オランダにおける福祉・介護改革³⁰

オランダでは、1968年に特別医療費補償法（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten、AWBZ）に基づき世界で初めて長期ケア保障について普遍的な強制加入の社会保険制度が導入された。

1970年代に入り経済成長が鈍化すると、1974年に「ヘルスケア構造白書（Structuurnota Gezondheidszorg）」において、「地域化（regionalisatie）」と称して、ヘルスケアへの公的介入を強める方向性がうちだされた。

長期ケアにおいては、社会政策上、自己責任と互助を促進することにより、長期ケアにかかるコストを削減する必要性が提起され、福祉国家から福祉社会へのシフトが次第に強調されるようになる。70年代から90年代にかけて、集中的で高いケアをより安いケアにシフトしつつ（「代替（substitutie）」）、利用者・患者の自立と選択を保証し、それぞれのニーズにあわせた「個別仕立てのケア（zorg op maat）」が目指されることとなった。

1980年代には、入所施設から地域（在宅）へ、セルフケアとインフォーマルケアへのシフトを謳う政策文書が相次ぎ、在宅ケアの量の充実、24時間365日巡回サービスの開発、通所機能の整備等を含む地域を基盤とするケアの推進、インフォーマルケアへの働きかけが行われる。並行して、「住まいとケア革新プロジェクト（Innovatieprogramma Wonen en ZorgIWZ）」等をつうじて施設の近代化（地域への開放）、住まいの質の向上、多様な高齢者住宅の整備がはかられ、個人家賃補助が導入された。他方、入所施設は生き

³⁰ 本節は、堀田聰子(2014)『オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—』労働政策研究報告書 No.167 を基に作成した。

残りをかけて合併・大規模化を始める。

福祉にかかる諸サービスの実施主体は、古くから民間非営利主体であったが、1980年代半ば以降、次第に福祉分野での地方自治体役割が拡大した。社会福祉法（1986年）において地方自治体が高齢者福祉政策に責任を持つこととなり、①高齢者が社会的役割を果たせるよう刺激するとともに自助組織において高齢者の興味が引き出されることを促すといった社会的な「再活性化」、②社会的排除等の予防と自己管理に向けた支援、③周囲との関係維持・再構築の個別支援といった利用者中心のガイダンスという3つの中核機能が定められた。

1990年代には、1970年代以降の予算削減、市場志向の政策は、地域密着の宗教的基盤を背景とした看護・介護提供のあり方をも大きく変質させた。1990年には地域看護とホームケア、さらに助産ケアの全国団体が統合され、オランダは「在宅ケア事業者（Thuiszorg）」が訪問看護と訪問介護をひとつのドメインとして提供する欧州でも数少ない国のひとつとなった。

高齢者ケアにかかわるヘルスケアとソーシャルケアセクターの内部、セクター間での水平的・垂直的統合の動きが加速し、在宅ケアと介護施設、病院、福祉団体等との合併・大規模化、組織間ネットワークの形成等も相次いだ。

また、障害者サービス法（1993年）によって、住宅改修や移送、車いす等のサービス提供の責任が地方自治体に移行した。

1990年代のもうひとつの大きな変化は、個別ケア予算（PGB）の導入である。オランダでは1990年代に入ってAWBZにおけるPGBの実験が始まり、1995年から本格的に開始された。

バルケネンデ政権のもと、2007年に社会支援法（Wmo）が施行されると、「代替（集中的で高いケアをより安いケアにシフト）」はさらなる進展する。Wmoは、ケア政策の地方分権化により、住民の社会参画を促しながら地域を基盤とした社会的ケアの展開をはかるとともに、ヘルスケアコストを削減することを目的として導入されたものであり、「自己責任、家族や隣人による互助が地方自治体による援助に優先する」補完性原理が明確に謳われている。

また、1987年に発表されたデッカープランは、約20年間にわたる政治的妥協と漸進的な改革のなかでの修正を経て2006年の医療保険制度改革をもたらした。2006年改革の流れのなかでヘルスケアサービスの配置に関する政府の介入も弱められ、長く問題になっている待機リスト縮小に向け、各ヘルスケア事業者の建物や設備投資に関する裁量が拡大した。2009年からは施設規模が自由に決められるようになり、施設の建設・修復の許可も不要となった。

2007年社会福祉法（法：Welzijnswet）と障害者サービス法（法：WVG）、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法が施行されたが、同法の目的は、互助を活用しながらできる限り自立した生活と社会参画を促すことにあり、地方自治体（gemeente）レベルで、

その責任において住民ニーズに即した社会的支援を展開することとなった。

第4次バルケネンデ政権（2007年～2010年）は、利用者と専門職チーム間の信頼を基盤とした対話、専門職チーム内での対話、統合ケア（Kertenzorg）やネットワークケア（Netwerkgorg）、統合されたプライマリケアと地域密着の小規模グループホーム等の推進をつうじた利用者のQOLとワーカーの仕事の質向上、ケアの質指標の改善と評価を柱とした施策を初期から積極的に展開した。

2010年にバルケネンデ政権が崩壊し、自由民主人民党党首ルッテを首班とする新政権が成立すると、ケアセクターにおいては専門職及びセクターに対する「信頼」がモットーとなる。ルッテ政権における長期ケア関連の改革プログラムの主要項目としては、①専門職・事業者裁量の拡大、規制緩和、②質と成果に基づく評価に向けた基盤整備、③規模の適正化・監査機能強化（質の維持）、④制度の持続可能性・効率性向上、⑤現場のケア関係の改善等、を掲げている。

図表 I-62 介護福祉関連の沿革

1968年	・ 特別医療費補償法（Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten、AWBZ）
1974年	・ 「ヘルスケア構造白書（Structuurnota Gezondheidszorg）」
1980年代	・ 施設から地域、セルフケア・インフォーマルケア重視へ等：「代替（substitutie）」 ・ 「個別仕立てのケア（zorg op maat）」
1986年	・ 1986社会福祉法（Welzijnswet）→2006Wmo
1993年	・ 障害者サービス法（WVG）：2006のWmoに繋がる ・ ヘルスケア専門職法（WetBIG）
1995年	・ ヘルスケアサービスにおける苦情申立に関する法律（WKCZ）
1996年	・ ヘルスケア事業者の質に関する法律（KZi） ・ ヘルスケア事業者における利用者の参加に関する法律（WMCZ）
2001年	・ 就労とケアに関する法律（Wet Arbeid en Zorg） ・ 「身近なケア白書」（ZorgNabij）
2006年	・ 医療保険制度改革
2007年	・ 社会福祉法（法：Welzijnswet）と障害者サービス法（法：WVG）、特別医療費補償法の一部を統合して社会支援法が施行
2010年代	・ 介護施設の枠組みに関する法案（Beginselenwet zorginstellingen） ・ ケアオフィス廃止、ケア品質研究機関設立 ・ 個別ケア予算（PGB）給付対象の制限 AWBZカバー範囲縮小 ・ CIZ ケア判定簡素化 規制・運営事務見直し ・ 住まいとケア分離（リスクフリーの資金コスト償還からの転換、施設の居住費・介護費分離等）

資料) 堀田聡子(2014)『オランダの地域包括ケア—ケア提供体制の充実と担い手確保に向けて—』労働政策研究報告書 No.167 を基に作成