



CONFIDENTIAL

海外医療制度シリーズ
第6弾オランダ医療制度
ver1.2

2020/01/05

オランダってどんな国？



水平三色旗。世界最初の三色旗（トリコロール）といわれ、様々な国旗に影響を与えたデザイン。オレンジ・白・青の三色旗が「プリンスの旗」と呼ばれていたが、オレンジが色あせしやすいので、赤になった。色に意味はない。

面積：41,864km²（世界131位）（九州くらいの大きさ）

人口：17,308,133人（世界第66位、2019年）（九州より400万人多い）

首都：アムステルダム（憲法上）

デン・ハーグ（事実上）

GDP：8088億ドル（世界第27位、2014年）

立憲君主国であり、日本と付き合いの長い国

オランダの正式名は「オランダ王国」です。江戸時代の鎖国時代に唯一交流のあった国になります。あんまり知られていないが、カリブ海の島も有する。まあ、人口の99%は欧州にいたので、特別自治区という感じではあるのですが。

もともとの国旗のオレンジが好きで、スポーツなどではオレンジ軍団と呼ばれる。

さらにオランダ解説

オランダは41,900平方キロメートルと九州くらいの面積で約3分の1が海拔0メートル以下で干拓の国と言われている。日本と異なり山はなく、一面平地である。人口は毎年約20万人増加しているが、約1,800万人の小国である。

1960年代天然ガスの産出による好景気で社会保障を充実させ、福祉施設が多くつくられ、福祉大国と言われていたが、その後の不景気により「オランダ病」（天然資源の輸出により製造業が衰退し失業率が高まる現象を表す経済用語の一つ）と言われるようになったが、ワークシェアリングによって女性労働者が増加し、奇蹟的に財政再建を成功させた。

安楽死（尊厳死）、麻薬、売春の合法化等が容認された世界でも稀な国家であるとともに、伝統的に中継・加工貿易を中心とした通商国家としても名高い。

また、移民政策にも積極的で旧植民地からの移民や労働力としての移民を広く受け入れてきたため、多民族化によりさまざまな人種が共存すると同時に多くの宗教が存在し「自由と寛容の国」として有名である。

なお、国家の形態としては、分権的統一国家を形成し、12の州と418の基礎自治体から成り立っている。

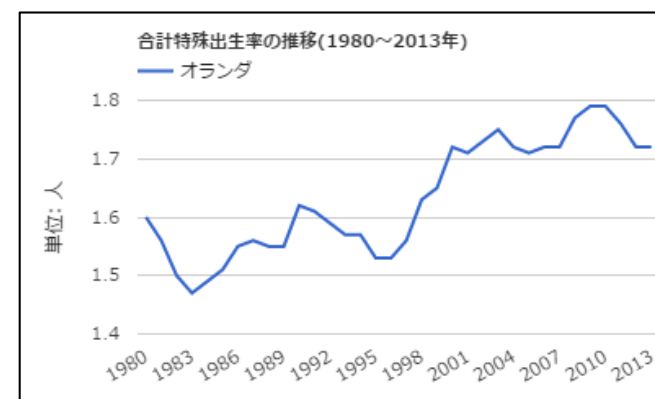
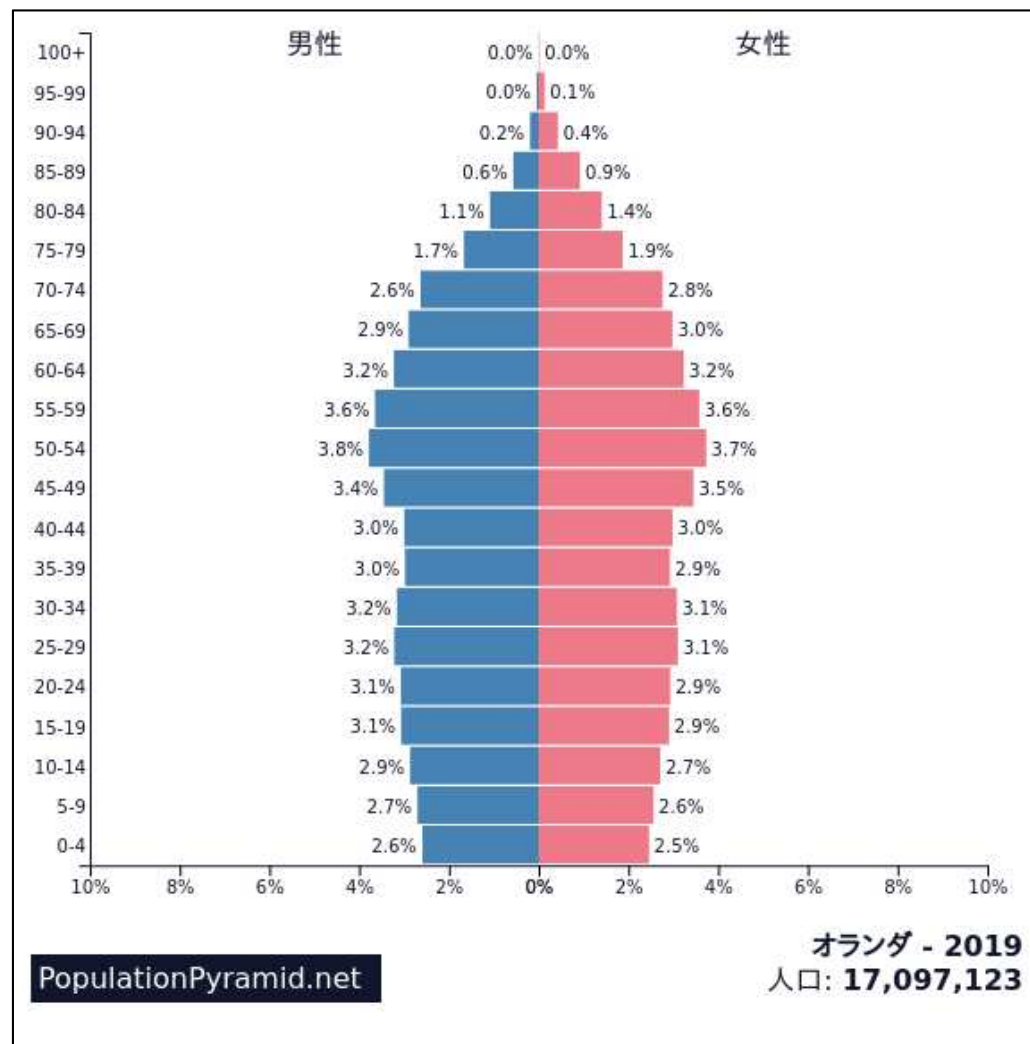
オランダの州と自治体

単位：人、実数

州	州都	人口	自治体数
フローニンゲン(Groningen)	フローニンゲン(Groningen)	581,705	23
フリースラント(Friesland)	レーワルデン(Leeuwarden)	646,862	27
ドレンテ(Drenthe)	アッセン(Assen)	489,918	12
オーファーアイセル(Overijssel)	ズウォレ(Zwolle)	1,139,350	25
フレヴォラント(Flevoland)	レリスタット(Lelystad)	398,441	6
ヘルダーラント(Gelderland)	アーネム(Arnhem)	2,015,791	56
ユトレヒト(Utrecht)	ユトレヒト(Utrecht)	1,245,294	26
北ホラント(Noord-Holland)	ハーレルレム(Haarlem)	2,724,300	53
南ホラント(Zuid-Holland)	デン・ハーグ(Den Haag)	3,563,935	67
ゼーラント(Zeeland)	ミデルブルフ(Middelburg)	381,077	13
北ブラバント(Noord-Brabant)	スヘルターヘンボス('s-Hertogenbosch)	2,471,011	67
リンブルフ(Limburg)	マーストリヒト(Maastricht)	1,121,891	33
オランダ(Nederland)計	—	16,779,575	408

資料) オランダ統計局

オランダの人口分布



2000年から同性婚OK。
大麻OK。
売春OK
安楽死OK。
合法ロリOK。

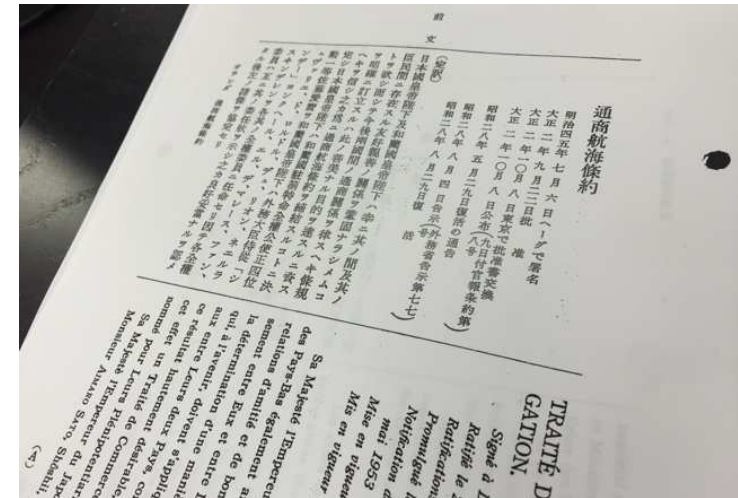
自由すぎる国、オランダ。

どうでもよい話

日蘭通商航海条約

1912年（明治45年）7月6日調印

日本とオランダ王国とのあいだの通商航海の自由と最恵国待遇を原則とする条約である。



2012年にオランダにある文化会館である**松風館**に対して**オランダ労務局**が**宮大工**の**労働許可**取得問題をめぐり罰金を課したことを不服として起こされた裁判で、この条約を根拠として「オランダにおける日本人の労働許可取得は必要ない」という松風館の主張が2014年に認められた。

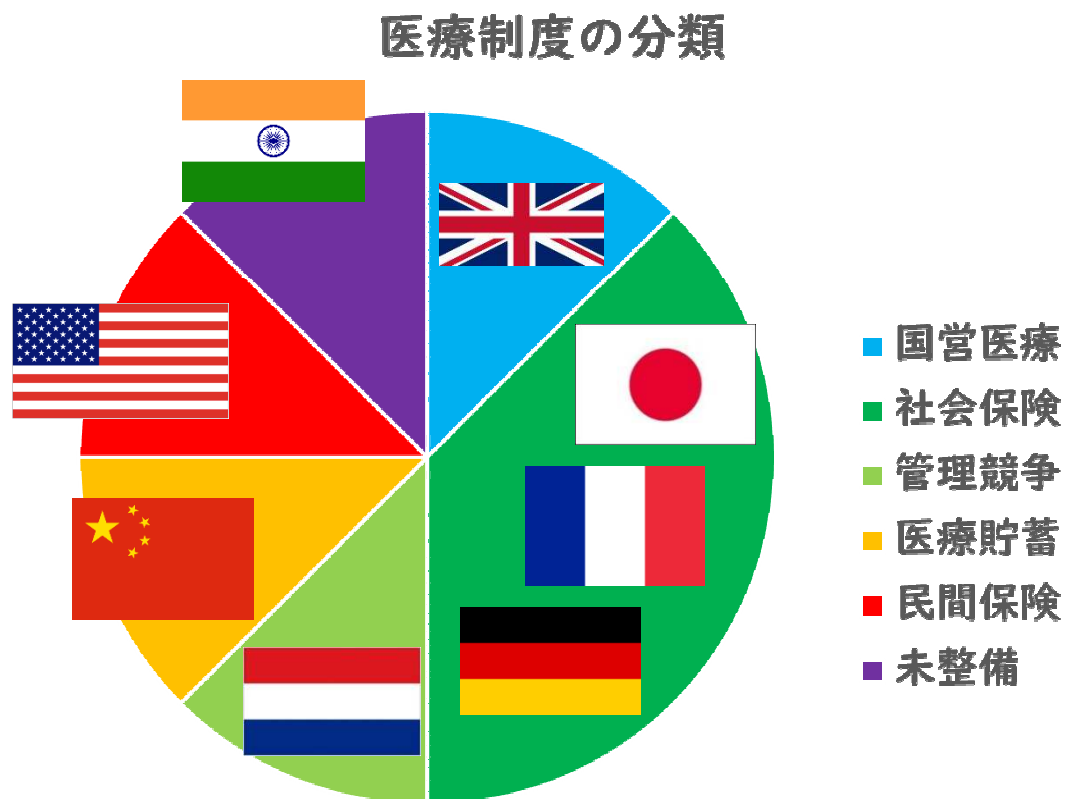
これにより、2014年12月24日から日本国籍者はスイス国籍者と同様、オランダにおける労働許可取得が不要となったが、その根拠となっていたオランダ・スイス友好通商条約が見直され、両国政府の協議により最恵国待遇条項の無効化が決定された。

2017年1月1日より、労働許可が必要な状態に差し戻されることになった。

諸外国の医療制度 解説 2020

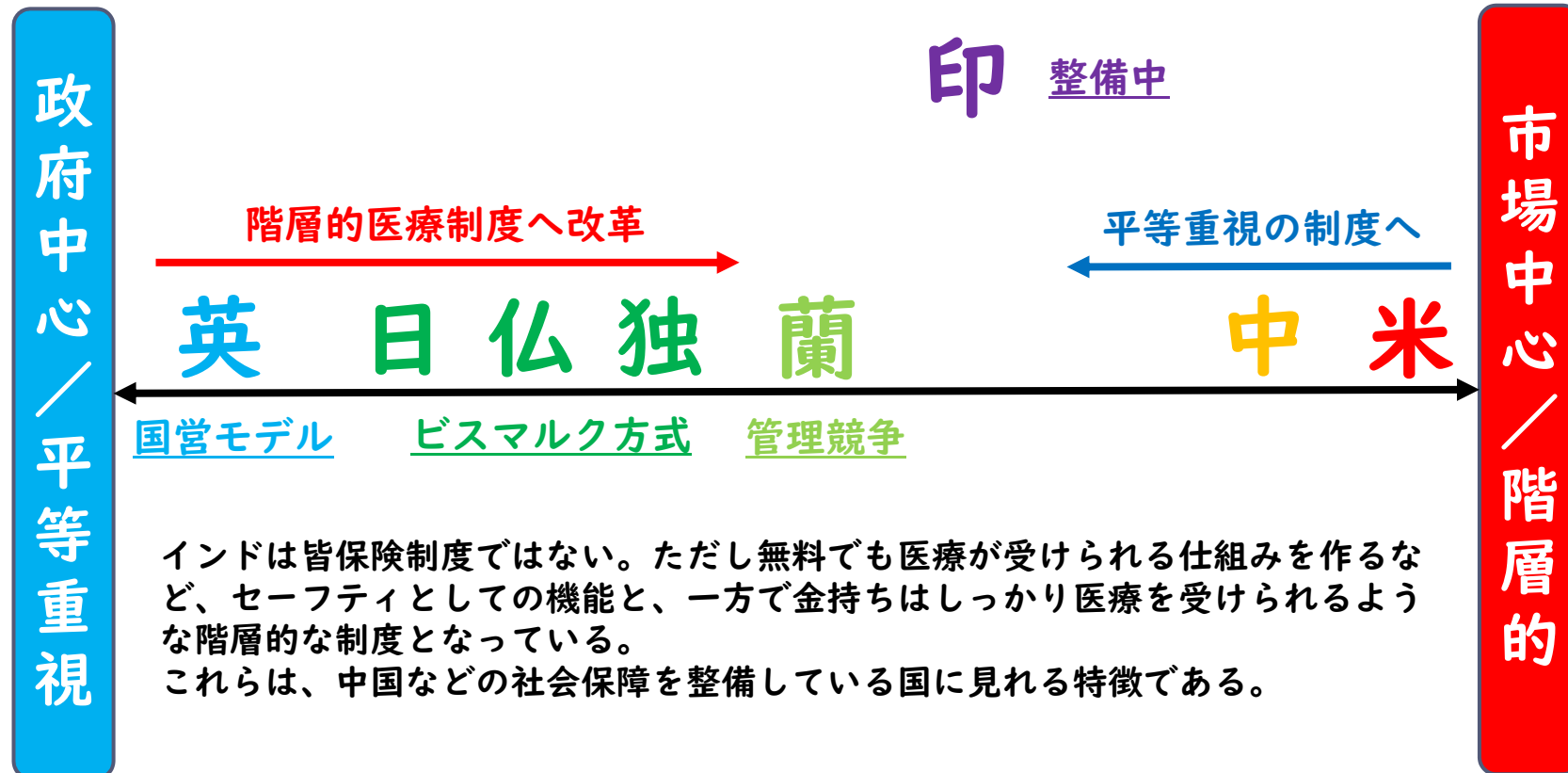
医療制度の分類 そのⅠ（これまでの医療制度）

今までに勉強した
国の制度分類っすね！



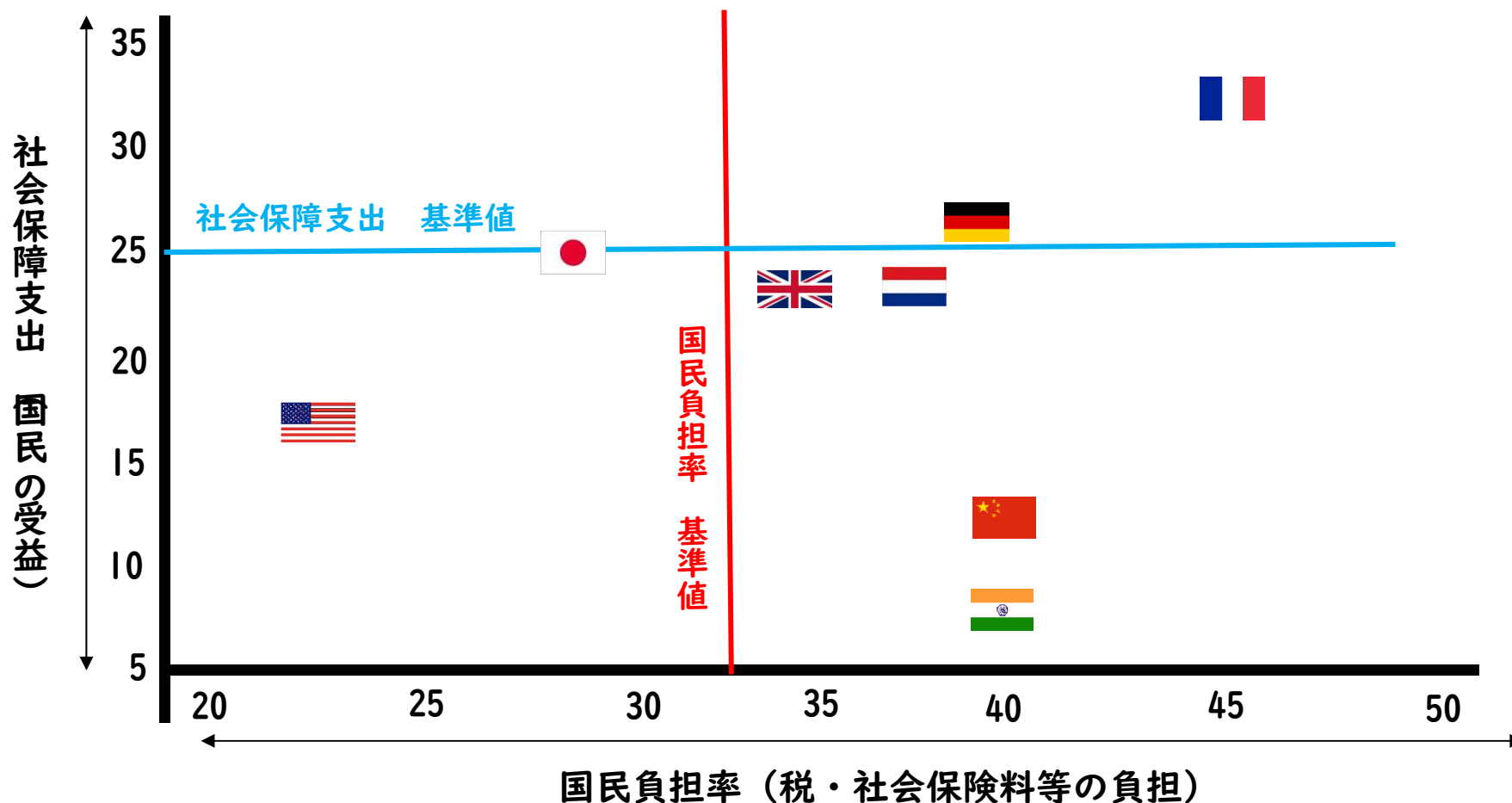
中国、アメリカ、インドなどは、単一の制度ではなく複数の制度が走っているので、厳密ではない。
どこの国も、これからは民間医療保険を活用した医療制度の構築が課題とされている。
その中で民間保険の活用という意味では「フランス」は一步も二歩も他国に先んじている。
また「オランダ」の競争管理は、民間保険会社に公的保険の運営を任せるという仕組み。
ドイツの医療制度をさらに一步、進化させた感じの制度設計となっている。

医療制度の分類 その2



アメリカは、メディケアやメディケイドといった制度は社会保険や国営モデル。その他が民間保険モデルとなっており、オバマケアでアメリカ式医療制度の方向性が定まった。
中国は、2020年に皆保険を完成させるが、内容としては非常に階層的であり、実態と形式の差異が大きいと言える。民間保険の活用に熱心な国の一つと云える。

国の社会保障支出と国民負担率（2016）



中国、インドは色々と統計を見ての溝口の推測値です。
ただしいかどうかは分かりませんが、たぶん、こんな感じです。

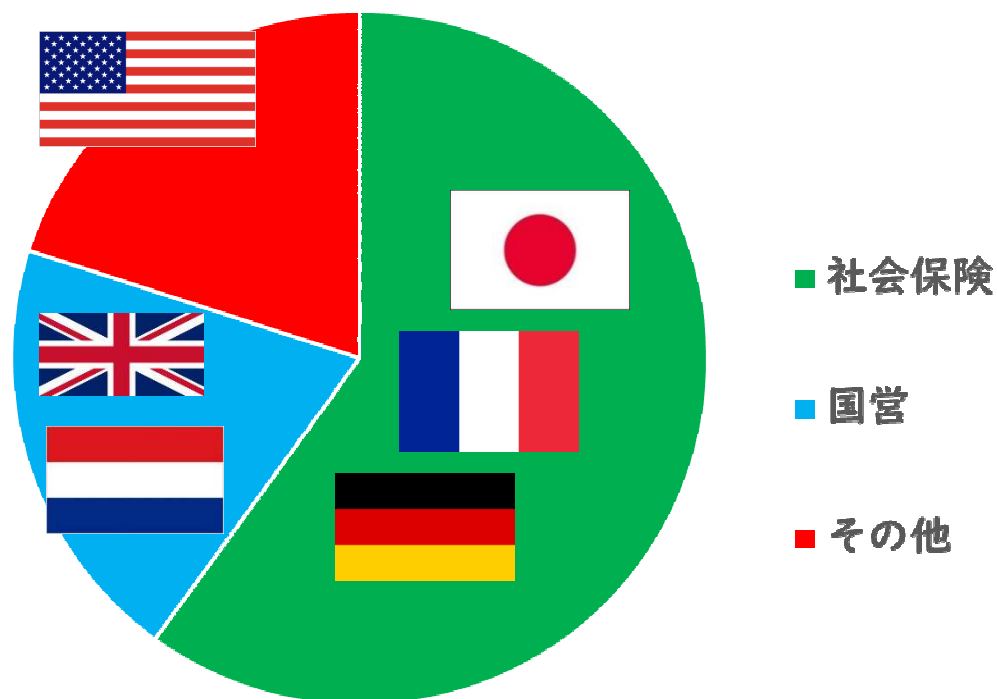
介護制度の分類



アメリカは、メディケアと民間保険の組み合わせになります。
介護制度については、世界各国で様々な仕組みが運営されており、財源での分類は可能ですが、それ以上に中身の検証については、様々なコンセプトで行われています。

フランスやオランダなどは、家族介護にも報酬が発生します。
イギリスなどは、自分がスタッフとして働きながら、自身もケアを受けるといった形態がとられており、社会参画を重視しています。
日本は高齢者向けのサービスについては、かなり優遇されていると言えるでしょう。

医療制度の分類



医療制度の評価①

**“Cost, Access, Quality
--- Pick Any Two.”**

**Oregon Health Plan
Administration Office**



『以下の3つをすべて満たすことはできない、頑張っても2つまで』

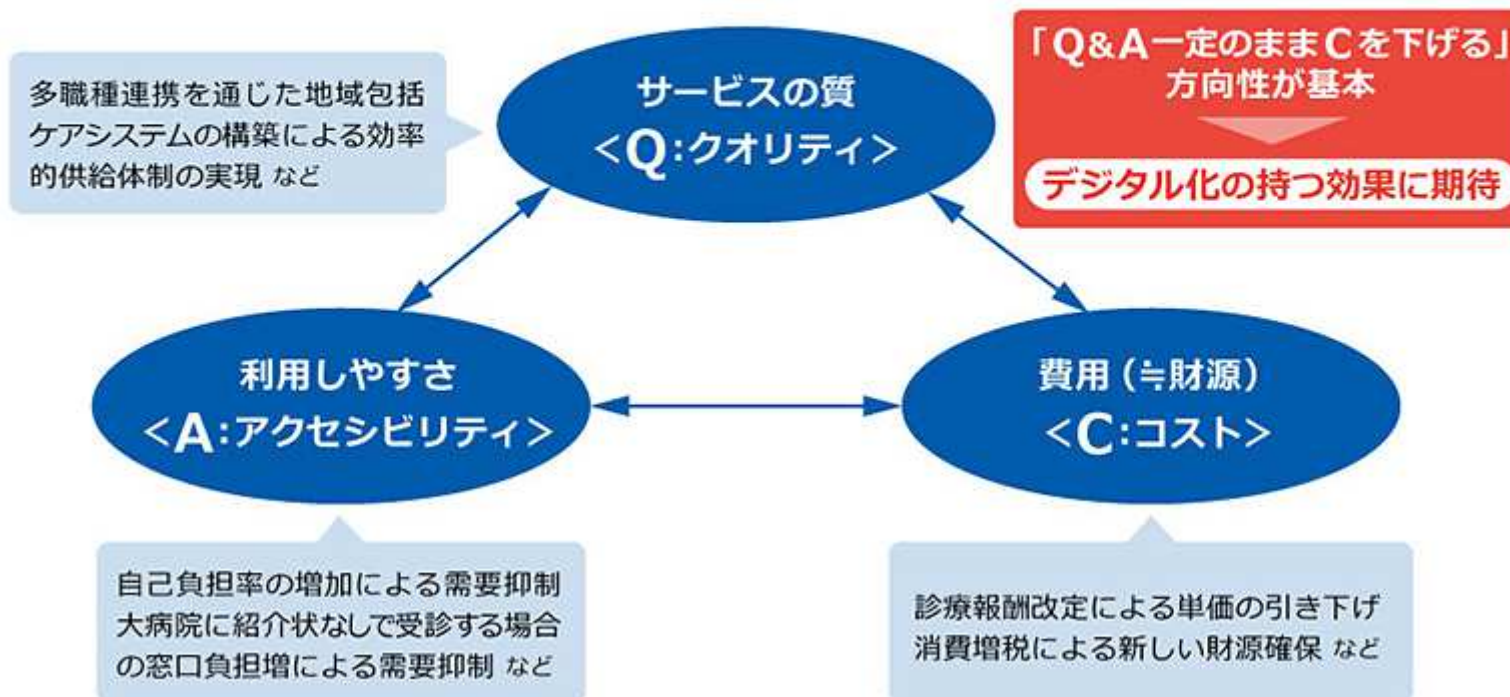
- ①安い医療 (Low cost)
- ②質の高い医療(High quality)
- ③いつでも利用できる(Easy access)

1989年のオレゴン州の医療制度改革（第一次メディケイド改革）の際の基本コンセプト。
お金がないから医療を制限しようぜ！という州の方針と医療の在り方について、バシバシ戦った時の
医療の基本原則が何か、とした標語。通称「オレゴンルール」

医療制度の評価②

持続可能なヘルスケア産業の成長に向けて、
QCAを鼎立させるための方策のひとつがデジタル化の推進。

- 国は既に様々な方向性を示しているが、単純な質の低下やアクセス制限を国民が受け入れるとは考えづらいため、基本的な方向性は「Q&A 一定のままCを下げる」になる。
- 「デジタル化」はその方向性に寄与する。その他の改革の方向性と併せて推進すべき。



2016年 世界の高齢者比率

		高齢者人口比率	特殊出生率
	日本	26.86 % (1位)	1.43 人 (189位)
	イタリア	22.75 % (2位)	1.46 人 (185位)
	ドイツ	21.45 % (4位)	1.41 人 (190位)
	スウェーデン	20.20 % (8位)	1.93 人 (132位)
	フランス	19.49 % (11位)	2.00 人 (126位)
	デンマーク	19.33 % (13位)	1.74 人 (155位)
	イギリス	17.97 % (25位)	1.92 人 (134位)
	オーストラリア	15.32 % (35位)	1.89 人 (136位)
	アメリカ	15.16 % (38位)	1.88 人 (137位)

HTAと世界の医療制度

医療サービスの財源が不足した場合、3つの対策があると考えられてます。

- ①財源を増やす（医療に使うお金を増やしてその他の公共サービスに使うお金を減らす、もしくは保険料や税金を上げる）
- ②保険がカバーする集団を制限する（例えば超高齢者の透析導入は健康保険のカバーから外す等）
- ③保険がカバーする医療サービスの種類を限定する

といった方法があります。

この3つ目の方法である「保険がカバーする医療サービスの種類を限定する」時には、どの医療サービスを保険適用にするかを決める必要が出てくるのですが、その時にしばしば用いられるのがHTAです。

HTAの結果によって保険が適用となる医療サービスを選択していることで有名なのは英国ですが、日本でも医療技術評価（Health technology assessment; HTA）や費用対効果分析（Cost-effectiveness analysis; CEA）を導入して、診療報酬制度に収載するか決めようという流れがあります。

医療制度の潮流

ビスマルク・モデルとは医療保険提供者の間に競争認められており、医療提供者と保険業者が分けられている国。

・・・ドイツ医療制度が代表格（フランスや日本も）

ビバレッジ・モデルとは医療提供者と保険提供者が分けられておらず、保険業者の選択がない制度。

・・・イギリス医療制度が代表格

民間保険モデルは、医療提供者と保険提供者が分けられており、保険提供者が民間企業である場合の制度。広義で言えば、オランダもこの分類に入る。

・・・アメリカ医療制度が代表格

本日の構成

- 1) オランダ医療制度の歴史
- 2) オランダ医療制度のコンセプト
- 3) オランダの医療提供体制の概要

オランダ医療制度の歴史①

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、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、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。

1941年 疾病金庫法 (Sickness Fund Act)

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。

1968年 特別医療費補償法 (Exceptional Medical Expenses Act)

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。

これは後述する[Compartment I（長期入院医療）](#)へと続いていく。

日本も1960年代は好景気において、医療の拡充（老人医療の無料化）などをして、そのツケの支払が1980年代の「医療制度改革」になるのだよ！



公的保険でカバーする領域

＜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

オランダでは医療制度の整備と同時に、公的医療保険の給付範囲を上記の4原則でまとめる事で、原理原則を整理することに成功。

「管理競争」を実施するにあたって、公的医療保険とは何かの定義はとっても大事なんだ。

日本の場合、制度そのものは秀逸なんなんだけど、その運用に恣意的な人の判断が多く介入して、本質的でない事や、効果が微妙な治療法、費用対効果に疑問が残るものなんかも、現役だったりする部分において、ちょっと問題があるんだね！



オランダ医療制度の歴史①

1945年～ 第二次世界大戦後、オランダは経済の急速な成長を背景に、いい感じに社会保障制度を拡充。

1973年 第1次オイルショック

→ 医療制度改革の必要性が訴えられる



《様々な問題点》

- 1) 給付基準があいまい
- 2) 過剰給付が常態化
- 3) 利害団体が構成する審議会、委員会など、中間的組織の介入で改革が困難
- 4) 財政システムがバラバラ
- 5) 問題の責任の所在があいまいで、効率的運営が困難
- 6) 国民の意思が保険運営に反映しにくい など

1974年 当時の保健担当大臣ヘンドリックが改革案を俎上するも無視される。

1986年 「もうやべえ」とフィリップス社のデッカー会長に改革案の策定を依頼
保健担当大臣ハンス・シモンズがその実行を担う事に
「デッカー＝シモンズ計画」(通称「デッカープラン」)を発動させる

オランダ医療制度の歴史②

「デッカープラン」(1989~1995)

特徴は、従来の審議会方式を基礎としたアプローチを採択せず。理念とビジョンを示した上で、トップダウン方式で包括的改革を推進する方式を採用。



- 1) 医療保険制度の統合(基本的保険制度の創設)
- 2) 保険者間の競争を促進するための均一保険料制度の導入
- 3) 疾病金庫の営業範囲規定の撤廃
- 4) 民間保険の強制保険への参入許可
- 5) 消費者が保険者を選択する自由の確保
- 6) 保険者の医療供給者との契約締結義務の撤廃(医療サービス提供者選択の自由)
- 7) 保険者が医療サービス提供者と、政府価格よりも低い価格で契約締結することの自由化
- 8) 一般医の営業範囲規制の撤廃
- 9) 一般医、専門医の報酬制度の見直し

など、抜本的な医療制度改革を発表し、ガシガシと改革を推し進めた。

オランダ医療制度の歴史③

「デッカープラン」の成果

その1 保険者間の競争促進に成功

「所得」や「職域」による参入障壁を廃止。
所得比例的な保険料率が残るが、「定額保険料」は各保険会社が自由に設定できるようになった。

その2 サービス供給者の競争促進に成功

保険者がサービス提供者を選択する事が可能になったので、サービス提供者は「サービスの質」や「定額保険料」などによる競争をすることになった。

その3 基礎保険のサービス内容をケアの種類別の大枠のみ規制

例えば、保険者が医療と介護を代替的に選択可能。これにより、医療と介護という別カテゴリー間のサービス競争も促進される。



「管理競争」システムの導入

中央政府による規制から関係者の自主的な規制へ
効率性の向上

オランダ医療制度の歴史④

「デッカープラン」 1990年代の医療制度改革のポイント

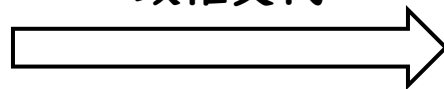
- 1) 定額保険料: その年度の支払予算を超過した時、各保険者が被保険者から「定額保険料」を追加徴収できる制度(1989~)
- 2) 疾病保険会社の営業地域規制の廃止(1992~)
- 3) 民間保険会社の疾病保険市場参入の許可(1992~)
- 4) 保険会社による、サービス提供者との契約義務の撤廃(1992~)
→ 従来、GPや専門医からの契約申込を保険会社は拒否できなかった
- 5) 保険会社が、中央政府認可の価格より、低価格でサービス提供者と契約する事の解禁
- 6) 被保険者の保険者選択の自由化(1992~、ただし2年1回まで)
- 7) GP開業の地域的参入規制の撤廃(1992~)
- 8) 医師への報酬支払方式の転換
一般医: 出来高払い → 人頭払い方式
専門医: 出来高払い → 労働時間を基準とした支払方式
- 9) 中央基金から各疾病保険会社への資金配分の導入(1993~)

オランダ医療制度の歴史⑤



ルード・ルベルス
(1982～1994)

政権交代



ウイム・コック
(1994～2002)

デッカープラン

はんたーい ↑ はんたーい

保険会社が競争したくない
医療者も競争したくない
高齢者が医療費増の原因に
オランダ国民の連帯原理に反する
サイモンズ計画(デッカープランの緩和)

「短期医療保険」に限定して推進

市場主義的改革手法による
医療制度改革を積極的に推進

「管理された競争」による
医療制度の効率化

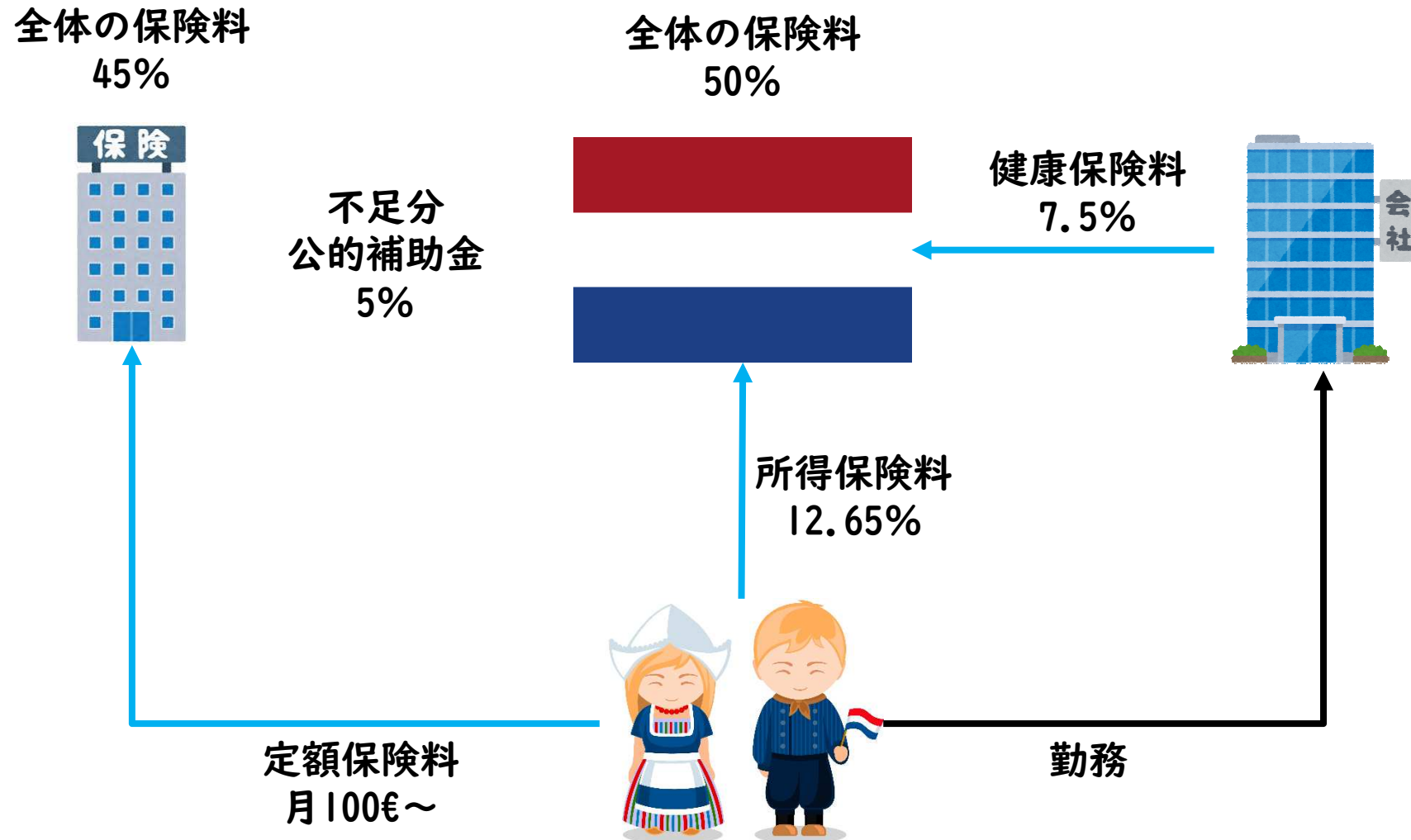
2006年の医療保険制度改革

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

オランダの医療保険負担



オランダ医療制度の歴史⑥

2007年、社会支援法（WM0）施行。

それぞれの地域住民の希望に即したサービスの提供によって、全住民の自立を支援し、市民の社会参加を推進することで、介護を行う家族への支援、障がいを持つ人々の自立を支援するというものである。
これは医療と介護と福祉を統合したものである。

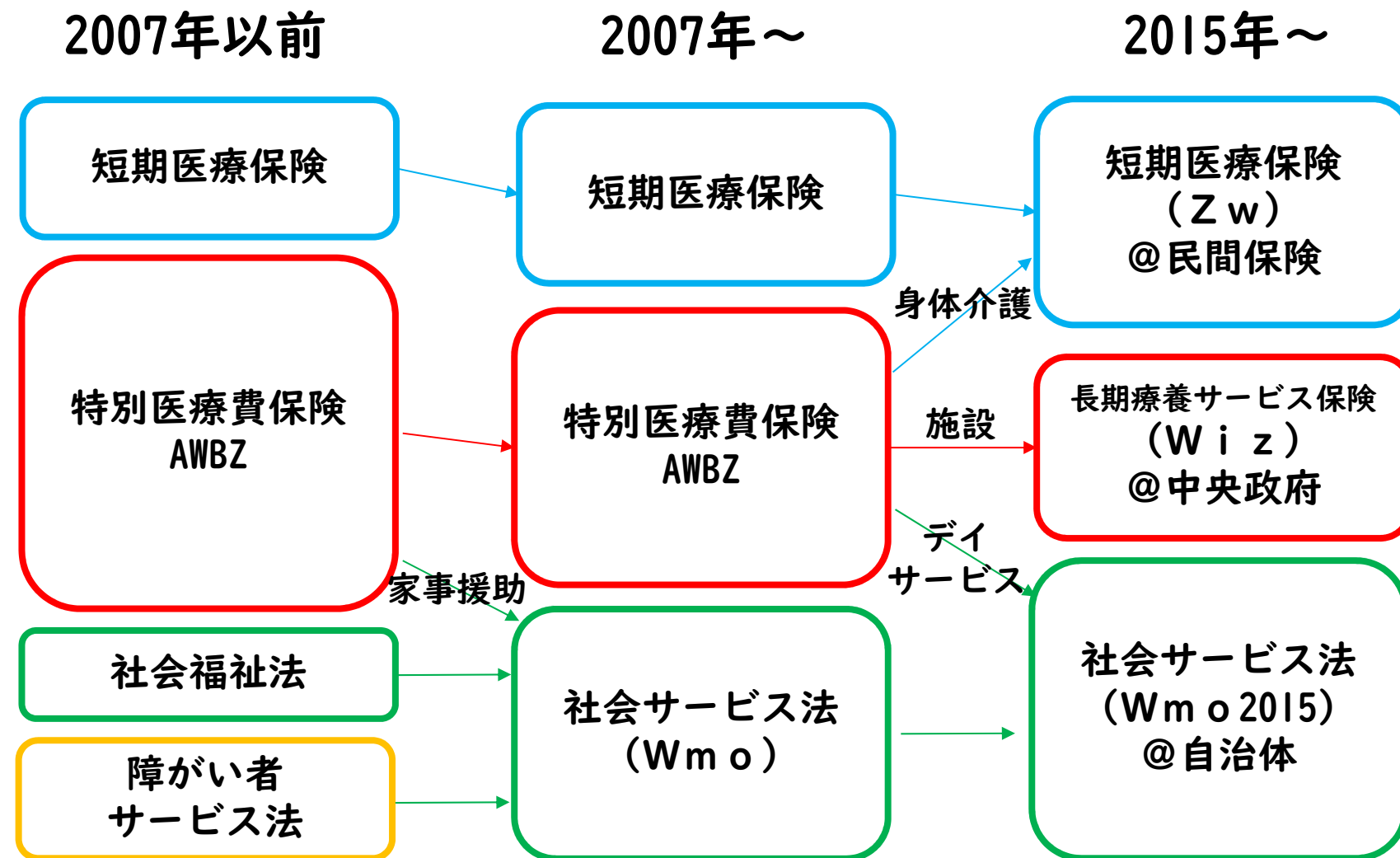
- ①地域における社会一体性とQOLの向上
- ②成長に問題を抱える青少年及び養育に困難を抱える親への予防的支援
- ③情報・助言・利用者支援、
- ④インフォーマルケア提供者（[mantelzorgers](#)）及びボランティアの支援
- ⑤身体・精神・社会的問題を抱える人の自立と社会参画促進
- ⑥身体・精神・社会的問題を抱える人へのサービス給付
- ⑦民生的救援施設特に家庭内暴力のためのシェルター整備
- ⑧精神保健の推進向上
- ⑨薬物中毒者対策

WM0において、インフォーマルケア提供者やボランティアの支援は地方自治体の役割と規定された。

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
- 2007年 WMO
- 2015年 WM02015

オランダの制度推移 まとめ



オランダ医療改革の流れ 《総括》

1987 年にデッカー委員会によって提案された「デッカー・プラン」以降、オランダの公的医療保険制度に「規制された競争 (Regulated competition)」を導入する試みがなされてきた。「規制された競争」とは、社会保険の原則である公平性（医療サービスへのアクセスの保障）を確保しつつ、保険者や医療機関への財政的な規律づけをして、医療システム全体が効率的に運営されることを目指す取組みである。

保険者であるサービス保険者 (Care Insurer) を私的保険者と位置づけて、営利組織も参入できるようにし、医療サービスの価格規制についても、保険者とサービス供給者の間で、自由交渉で決めることのできるサービスを導入した。「規制された競争」には、以下のようなメカニズムが期待されていた。

所得比例保険料は健康保険基金に集められ、リスク構造調整システムにより、加入者の属性（性別・年齢・雇用状況・社会保障給付の有無・居住地域）や健康状態から予測されるリスクに応じて調整された保険料が各保険者に交付される。

保険者は、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置かれ、かつ被保険者から毎年 1 回選択される立場に置かれる。

保険者は、与えられた予算の中でサービスを提供しなければならないので、費用節約のインセンティブを持ち、かつ、品質の良いサービスを提供しなければ、被保険者から選んでももらえなくなるので、価格が低く品質の良いサービスを医師、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。

質疑応答と周囲と話そう



オランダの医療制度 基本コンセプト

オランダと日本の医療制度の比較

オランダ

社会保険方式

国立医療研究所

人による

GP制度もある

病診分離

民間保険会社

財源

Quality

Cost

Access

提供体制

情報提供

日本

社会保険方式

医師の自主管理
学会のガイドラインなど

3割負担

フリーアクセス

病診混合？

玉石混合

オランダの医療制度骨子

国民皆保険制度であり、独立した介護保険制度はなく医療保険制度に含まれている。2つの公的保険制度と民間保険による補足が基本となる。

Compartment1. 特別医療費保険AWBZ（第一層）

1年以上の長期入院や介護等に要する医療費を対象とする強制保険。

国が保険者で日本の介護保険にあたる。2015年に大改革。

Compartment2. 短期医療保険（第二層）

急性期医療を対象とする保険。この層には競争原理が働く仕組みとなっていて、医療サービスの効率化、公平性の保持に努めている。

Compartment3. 補完保険（第三層）

公的医療給付対象外のサービスを扱う保険。

第一層は国が保険者であるが、2015年から一部は地方自治体の責任となり、効率的かつ効果的運用ができるようになり、国の予算は60%に縮小された。オランダの医療保険の特色は、個別ケア予算として現金給付が認められている点で、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。

特別医療費保険について①

1) 制度の概要

保険者：オランダ（ただし、運営は民間保険会社）

被保険者：オランダ居住者およびオランダで雇用され、給与税を納めている人

保険加入：強制加入である。

加入単位：個人

《内容》

32 の圏域ごとに主としてその圏域において最もシェアの大きい民間保険会社が国の保険代行者として、長期療養・介護サービスの保険業務を行っている。保険代行者の保険業務は、サービス供給者との契約、保険料徴収、被保険者の相談受付等である。

長期療養・介護サービス（AWBZ）は、高齢、障害、精神疾患という3つの分野のリスクをカバーしている点が特徴であり、高齢者介護、身体障害者介護、精神保健がその対象であると考えられている。

2015 年1 月1 日より長期療養サービス保険（Wlz）が適用されている。

カバーするサービスは、介護というよりも広く「途方もない費用のかかるリスク（Catastrophic risk）」をカバーする。

特別医療費保険について②

2) 現金給付

サービスの給付は、現物給付が中心であるが、現金給付もある。
個人介護予算（PGB）がそれにあたる。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ことを意味する。

1995 年から在宅サービスのみの利用で導入されたが、2007 年より施設サービスにも利用できるようになり、利用者は増加してきている。

個人介護予算の増加の要因として、一つは、家族、知人、近隣の人々からのインフォーマルケアの利用の増加がある。また、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

措置を執る背景には、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。在宅サービスについては、被保険者は、サービスを現物給付にするか、現金給付にするか、あるいは両者を併用したいかを選択することができる。

このように、現金給付の個人介護予算（PGB）は、利用者の介護サービスの選択肢を拡げるとともに、家族、知人等のインフォーマルケアの利用を促していると考えられる。

介護サービスと社会支援法

オランダでは、医療・介護保険の他にも、社会支援法（Social Support Act, Wet Maatschappelijke Ondersteuning, WMO）が2007年に成立し、施行されている。

立法の目的は、障害者、高齢者等の社会参加に制限のある人々が社会参加を容易にするための施策を地方自治体（Municipality）が定め、実施することを求めている。

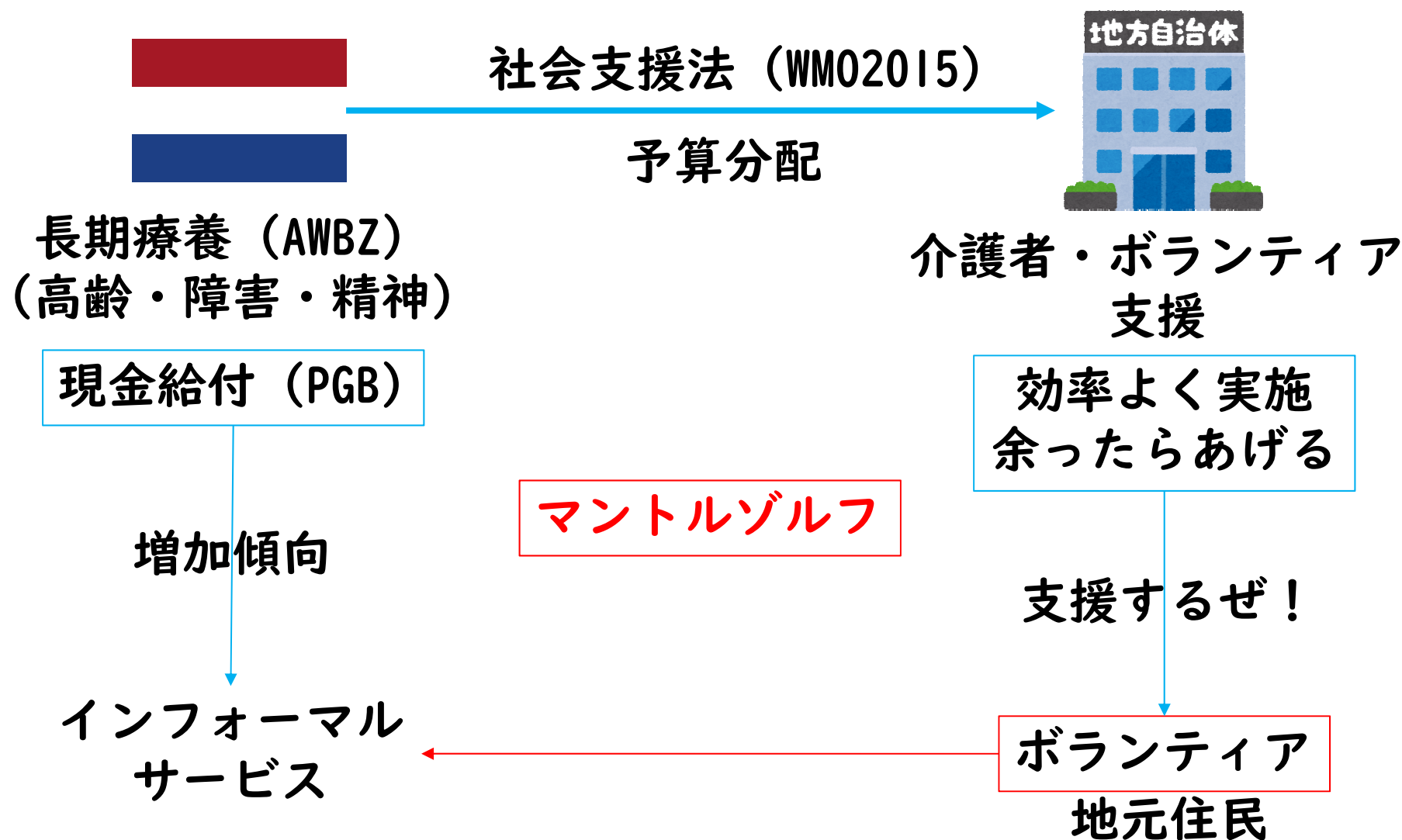
同法は、これまでの社会福祉法、障害者法、長期療養・介護サービス（AWBZ）の一部（買い物、掃除等の家事援助、車いすなどの移動機器等）を統合し、家族介護者やボランティアを支援する新しい法律である。

2015年には社会支援法（Wet Maatschappelijke Ondersteuning 2015, WMO 2015, Law on Social Assistance 2015）に改正された。これにより、医療・介護・福祉の統合化をより一層推進することとなった。

実際に社会支援法（WMO）によるサービス給付の決定を行うのは、地方委員会である。オランダの地方委員会全てのWMO関連の毎年の予算は、中央政府が総額を決定し、それが各地方自治体に配分されることになる。

この予算は一般会計予算として配分されるので、実際の支出が予算を下回り、余剰が出た場合、地方自治体は、その余剰を他の予算に使うことができるため、WMO関連の予算を効率的に使うインセンティブを持つ。

介護の考え方



長期療養・介護サービス（AWBZ）の効率化

長期療養・介護サービス（AWBZ）には効率化のインセンティブが内蔵されていない。これに対処するには、AWBZ でカバーしている介護サービスの一部を、効率化のインセンティブが内蔵されている医療保険（ZVW）や社会支援法（WMO）に移すという方法が考えられた。こうして、2007 年に家事援助等の介護サービスの一部を社会支援法（WMO）に移行することになった。

この施策は3つの意味を持っていると考えられる。

第一に、予算の枠のある地方自治体にサービスの給付を任せることで、効率的なサービス提供が行われることが期待されている。（予算上限と分配の効率化）

第二に、この施策の背景には、より地域に密着した地方自治体レベルで、家族、友人、隣人を含めて、地域の人々のボランティア、社会的ネットワークを駆使して、地域社会の助け合いの力を活用するという発想があり、新しい地域社会の形成に資することも期待される。

第三に、地域の人々の力を借りることで、より費用節約的にサービスが提供されることが期待されていることも否定できない。

実際、地域の人々の力は、「マントルゾルフ mantelzorg」と呼ばれており、伝統的に地域住民同士の助け合いが根付いており、ボランティア活動も盛んである。

「マントルゾルフ mantelzorg」は、家族や友人、近隣住民といった、本人の持つ個人的なネットワークの中で行われる私的な支援である。

mantelとはオランダ語で「マント（コート）」を、zorg とはケアを意味し、“マントのように包み込むケア”といったニュアンスがこめられている。

短期医療保険①

短期医療保険

1) 制度の概要

保険者：民間保険会社

被保険者：オランダ居住者およびオランダで雇用され、給与税を納めている人

保険加入：強制加入である。

加入単位：家族

《内容》

①外来医療（家庭医を選ぶ）

②入院医療（1年未満の入院加療）
の2層から成立する。

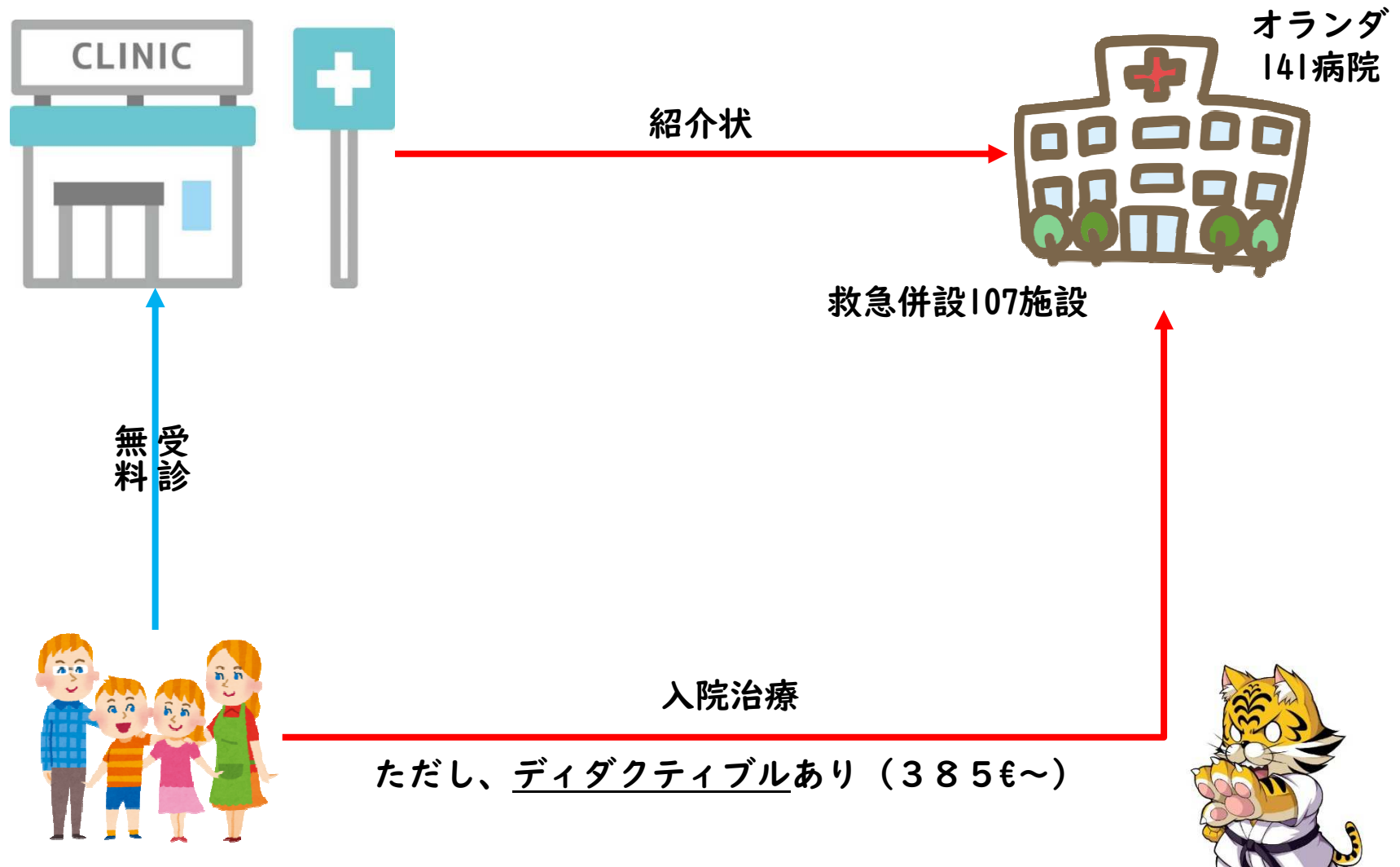


外来医療は、無料。

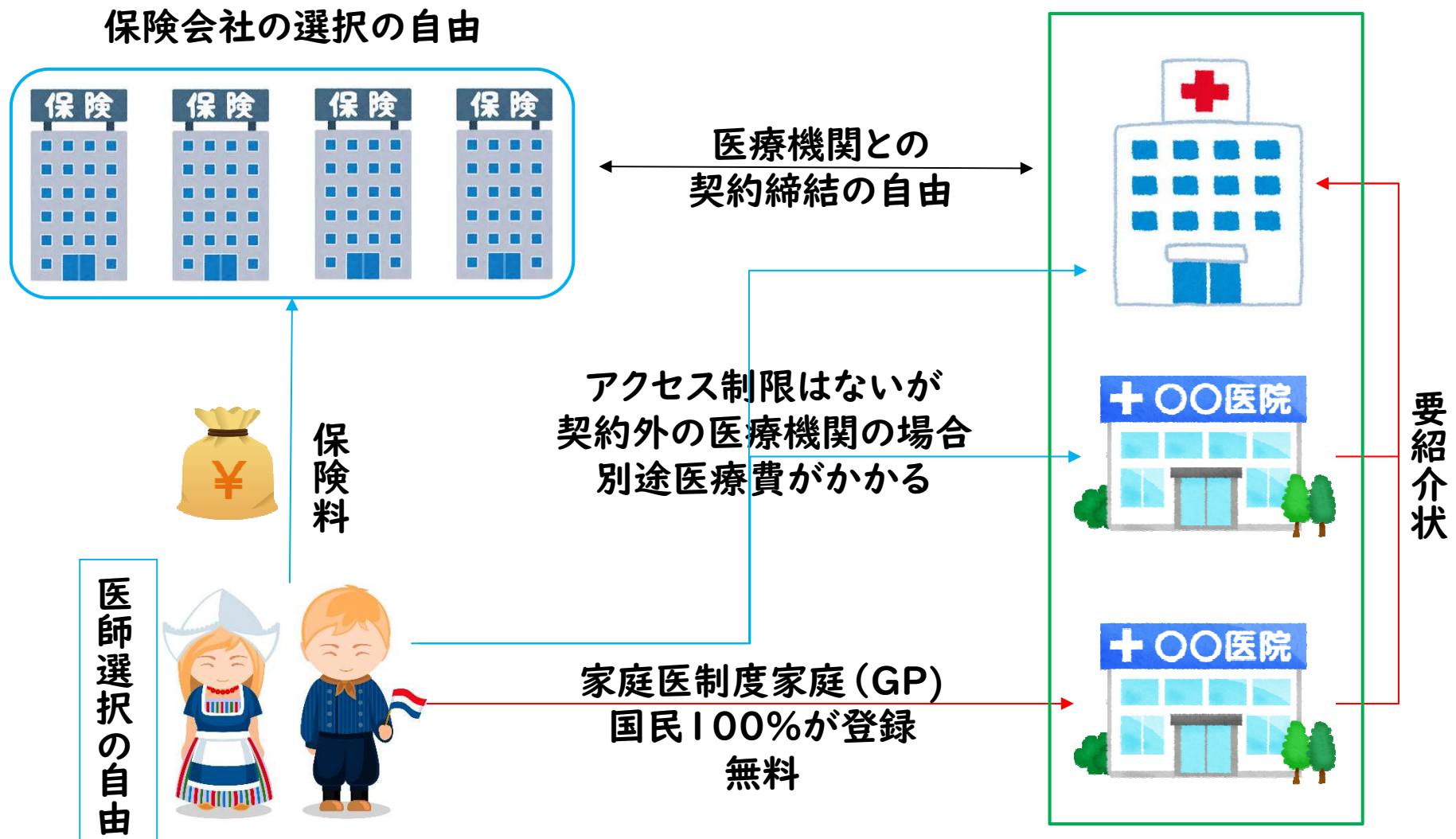
入院医療は、ディタクティブがあり、加入保険によって負担金が異なる。

また利用できる病院、保険適用範囲も加入保険によって異なる。

短期医療保険②



オランダの医療制度の全体構図 (短期医療保険)



オランダの保険会社選択サイト

https://www.zorgwijzer.nl

米国にもある医療控除額
デイクティブル

これは価格順位、評価順位などにも変更可能

Zorgwijzer 010 - 34 000 20 available until 17:30 Koen Kuijper Expert

Date of birth: i.e. 15-01-1970 Insure family members?

Basic health insurance

Deductible excess: € 385 (standard)

Choice in healthcare: No preference

Supplemental insurance

Dental insurance: No cover

Physiotherapy: No cover

19 insurance plans found for you Sort by: Price

1 **Zilveren Kruis ZieZo** 46 reviews 7.8 Health choice limited 101.95 View plan

2 **Zilveren Kruis ZieZo** 46 reviews 7.8 Health choice broad 105.95 View plan

3 **BESURE** 98 reviews 7.7 Health choice broad 107.25 View plan

選べる医療機関数

オランダの保険会社選択サイト②

<https://www.zorgwijzer.nl>

Supplemental insurance

3

Dental insurance 歯医者はオプション

No cover

98 reviews 7,7

Health choice broad

107,25

View plan

Physiotherapy リハビリもオプション

No cover

More information

4

Medical care abroad 欧州全域や世界中もカバーするか?

No cover

101 reviews 7,7

Health choice broad

107,50

View plan

Alternative healthcare 代替医療もオプション

No cover

More information

+ Add extra coverages

5

Hospitals 行きたい病院がどこと契約しているか

+ Add a specific hospital

101 reviews 7,8

Health choice broad

108,85

View plan

オランダの保険会社選択サイト③

<https://www.zorgwijzer.nl>

6

Pay premium per ?
Month

FBTO 384 reviews ★★★★★ 8,0 Health choice 109.⁹⁵
broad View plan

☐ Compare details More information

7

HEMA 72 reviews ★★★★★ 8,1 Health choice 111.⁰⁰
broad View plan

☐ Compare details More information

保険料の支払方法
年一括払いだと割引がある
基本は月額払い

保険加入者を増やす為に、保険会社は、良い医療機関・医師との契約が必要と考えている。同じ医療費であっても、その提供される医療の質に差が生じる。
「管理競争」制度の肝。
日本の場合も、どこでも同じ医療費だが、その質は《同じこと》が前提になっているが、オランダでは厳密に評価して、《同じでない事》が前提に構築している。

オランダの保険会社選択サイト④

<https://www.zorgwijzer.nl>

保険のカバー領域

保険の機能

レビュー(感想)

選択できる医療

待ち時間

紹介状の有無

治療方法の制限など

Cover

Features

Reviews

Health choice >

Choice in healthcare



Hospitals

You have access to **150** out of 278 hospitals for full medical cover.

You can go to all hospitals for emergency medical care.



Pharmacies

You can go to a **broad range** of pharmacies in The Netherlands.



Physiotherapists

You can go to a **broad range** of physiotherapists without paying extra.



Other healthcare providers

Your medical bill is **fully** covered for healthcare providers that are within the insurer network.

For healthcare providers outside the insurer's network, you will only receive reimbursement up to 75%.

オランダの医療保険 簡単チャート



国民皆保険制度なので、基礎保険には加入しないとダメ。
どの保険に入るかは、自分で考える。

基本プラン	385€	～	885€
医療費	普通	～	安くなる

保険会社が契約している医療機関
限定的・ほぼ全部・フリー

地域はどの範囲にするのか？
国内・EU・世界中

歯科治療も保険適用するか？
する・しない

リハビリも保険適用するか？
する・しない

代替医療も保険適用するか？
する・しない

基本、オランダの医療保険は月100€前後だが、内容がそれぞれ異なるので、安い人もいれば、高い人もいる。歯科、リハビリは、民間の自費保険に該当。

短期医療保険 総括

オランダの保健医療制度を理解する上でまず知っておくべき事は、国民は減多に病院には行かない。

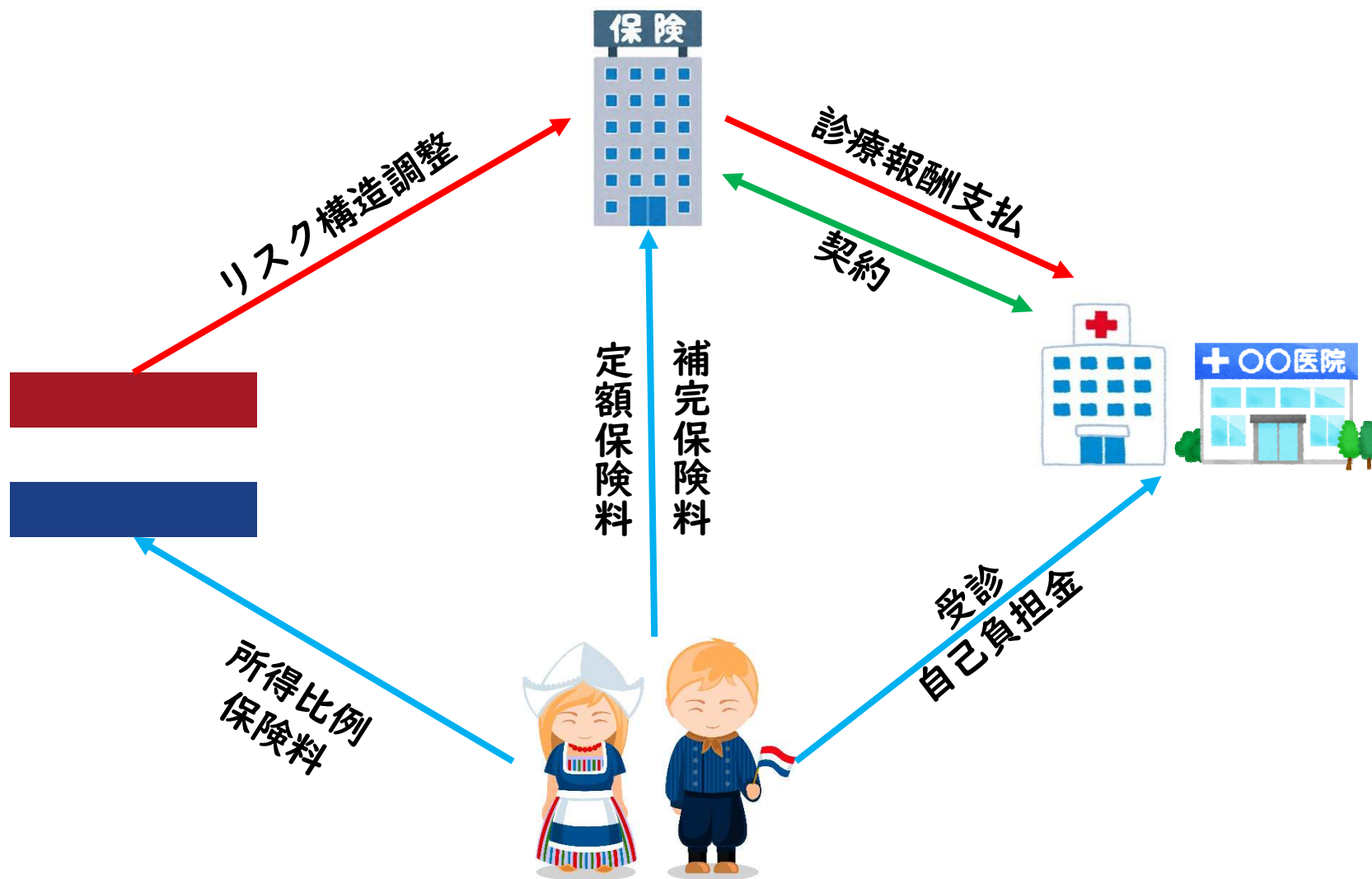
オランダのプライマリ・ケア(診療所で提供される予防を含む保健医療)の質は高く、95%以上の健康・医療問題はプライマリ・ケアで対応されており、病院など2次・3次医療への紹介は5%である(2001 Second National Survey of General Practice)。

プライマリ・ケアでかかる保健医療費は全医療費の6% (Dutch Ministry of HealthWelfare and Sport, 2014)。

こうした効率的な制度を可能にしているのは、供給者側と需要者側の両方のインセンティブを考慮した保険制度と質の高いプライマリ・ケアの担い手を中心とした医療提供体制である。

オランダのプライマリ・ケアは、家庭医、看護師(訪問看護師を含む)、理学療法士、薬剤師、臨床心理士、助産師などが担うが、中心は**家庭医**で、ゲートキーパーの役割を持つ。他科専門医のケアと病院のサービスは、家庭医の紹介がないと受けられない。国民は自由に家庭医または(家庭医)診療所を選択できて、すべての国民が(家庭医)診療所に登録されている。そのため個々の患者ケアと地域住民集団の健康マネジメントが統合されており、家庭医は両者に責任を負う仕組みになっている

簡単オランダの医療の図

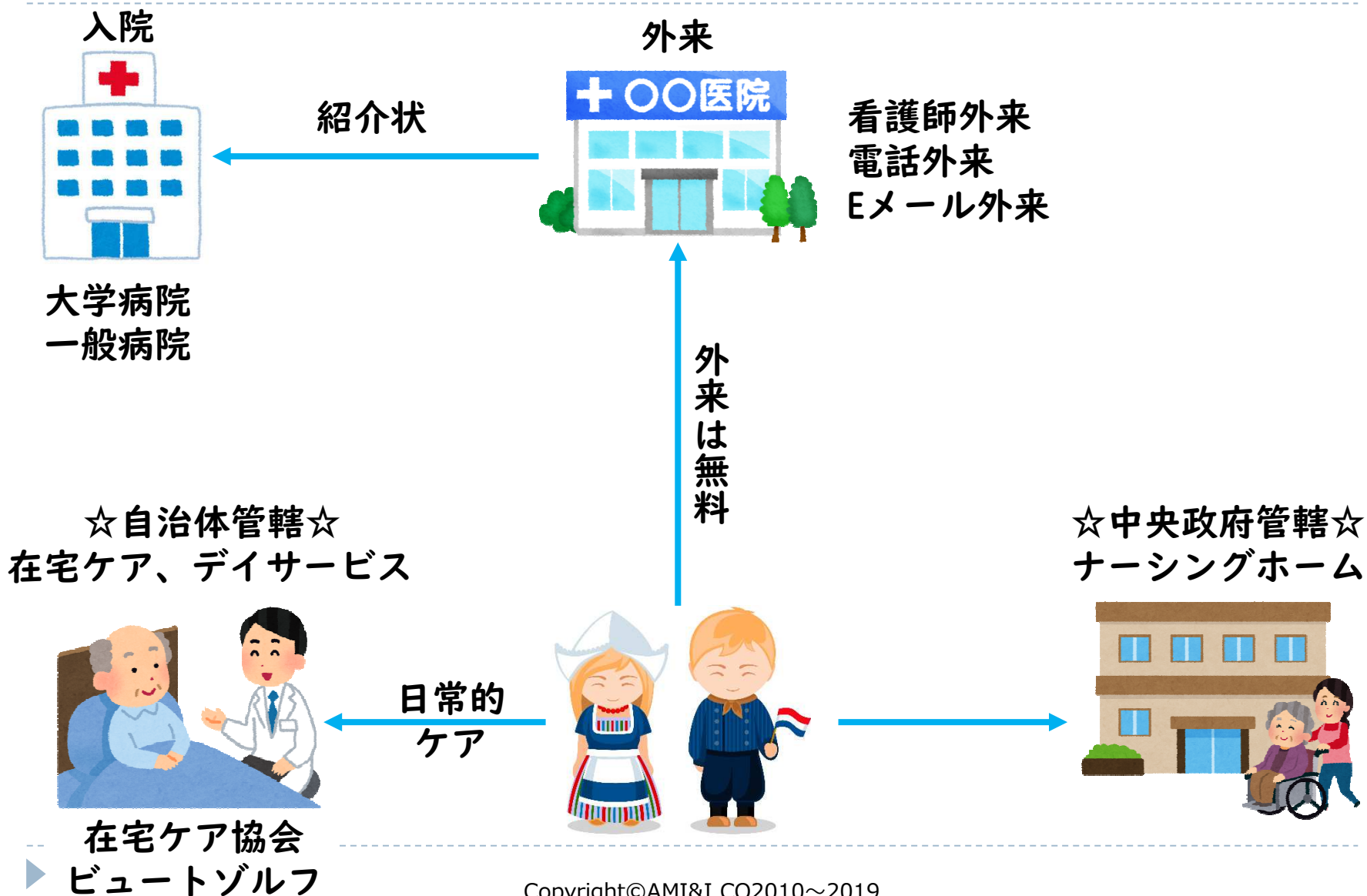


質疑応答と周囲と話そう



オランダの 医療提供体制

医療提供体制



外来医療

医療提供体制の特徴は、GPシステムで家族単位で登録されるゲートキーピングである。夜間・週末、祝祭日のGPサービスは、いわゆる共同診療所、日本で言う医師会の休日・夜間診療所のようなもので行っている。
報酬は人頭部分と時間内の診察に支払われる出来高部分とになっている。

GPは約9,000人、専門医は約18,000人。
看護職と介護職の資格制度は一本化されており、レベル1、2、3が介護職、レベル4、5が看護職となっており、レベルが上がるに従って時間給は高くなり、レベル5の看護師は17~18ユーロとなる。

英国同様、シェアシフトが進んでおり
専門医 → 家庭医 → 看護師
外来受診 → 電話受診 → メール受診
といった感じで、代替計画という形で、どんどん進んでいる。

現在は看護師の権限が強化されており、医師と同じ診療報酬が慢性期疾患では支払われるようになっている。

オランダの看護師・介護士

レベル1 ケア・アシスタント

レベル2 ケア・ヘルパー

レベル3 ケア・ワーカー

レベル4 看護師2級

レベル5 看護師1級

レベル5はNP、慢性疾患の処方OK

入院医療

オランダには8つの大学医学部と95の病院があり、急性期医療を担っている。
急性期病院の平均在院日数は6日間となっている。

急性期治療のあと、特に高齢者の場合、リハビリテーション専門施設で2～3ヶ月間リハビリを受け、その後自宅で在宅サービスを受けるか、自立的ではあるが自宅で生活困難な人は高齢者ホームに入居するが、入居料を払う必要がある。

重度な要介護者、障害のある人、短期の生活リハビリの必要な人はナーシングホームを利用することになるが、国の方針としては極力自宅でのケアを推進しており、自宅死の割合は日本の2.5倍となっている。

死亡前の3ヶ月間は24時間在宅ケアを受けることが出来る。

病院の診療報酬はDPCとは異なり、オランダ版DPCと言われるDBCによる保険者との契約制と予算性の組合せとなっている。患者には年間385ユーロの免責負担がある。

施設ケア

◇施設ケアについて

オランダでは急性期治療のあと、高齢者の場合リハビリテーションセンターで2～3ヶ月間リハビリを受ける。その後の選択は3つある。

第1選択は自宅で在宅ケアサービスを受ける。有料。

第2選択は自宅で生活出来ない要介護者は高齢者ホームに入居する。有料。

第3選択は重度要介護者、障害者、認知症のある人はナーシングホームに入所する。有料。

現在、高齢者ホーム入所者10万人、ナーシングホーム入所者6万人となっているが、オランダでも両施設への入所の基準が次第に厳しくなっており、高齢者ホームへの入所者は漸減している。

平均入所日数は56日（上限は120日）となっており、1年間の免責額として385ユーロ支払う。個人的なリハビリを受ける事ができ、入所者自身が機器を使うリハビリには時間的制限はない。

ナーシングホーム

ナーシングホームとは、日常生活に介助が必要になった高齢者が必要な支援を受けるために入所する施設として設置されている。

日本でいえば、老人保健施設（老健）と特別養護老人福祉施設（特養）に相当する施設である。

オランダでは認知症患者の約70%は死亡する前にナーシングホームを利用しているといわれ、最期を迎える場所として自宅31%、病院28%、ナーシングホーム25%、高齢者ホーム11%、その他5%となっている。

オランダではナーシングホームは医療施設として位置づけられており、厚生省はそこでの医療ケアレベルを改善するためナーシングホームを新しい専門分野として、強化している。

1990年に新たなナーシングホーム専門医（Nursing home physician）の研修を開始した。

2009年から老人医療専門医（Elderly care physician）と名称が変わり、2010年にはその数は1,500人で、オランダで5番目に多い専門医となっている。オランダのナーシングホームは、ベッド100床に対して1人のナーシングホーム専門医を配置しなければならないことになっている。

ホスピス

■ホスピスケアについて

オランダでは小規模なホスピス（定員6～8人）が200ヶ所あり、常に3～4人の入所待ちがあるような感じ。

平均入所期間は21日で年間80～90人／施設の人が最期を迎える。

自己負担は1日20ユーロで補足民間保険から出るが、支払えない人でも入所可能となっている。

病院からの紹介40%、家庭医・家族からの紹介40%、高齢者施設から20%となっている。おおよそ、GP2人、看護師8人、無償ボランティア約100人の体制で「**マントルゾルフ**」の精神で24時間ケアをしている。

☆オランダのボランティア事情☆

オランダでは多くの人がボランティア活動に参加をしている。

これはボランティアスタッフも入所者から与えられるものがあり、ギブアンドテイクでボランティア自身も人間として成長できるという考え方・価値観が強く、オランダが「ボランティア参加大国」と言われる所以である。

在宅ケア

■■在宅ケアについて

オランダには介護保険制度はないので、第一層の医療保険である特別医療費（保償）制度の対象である。医療については健康センター等のGPに責任と権限があるが、看護・介護については在宅ケア協会がサービス提供しており、統合したケアを目指している。

2006年に設立された**ビュールトゾルフ**という在宅ケア組織の訪問看護師が有名で、世界的に注目を集めている。この組織は現在1万人の看護師・介護士、リハ職で約5万人の利用者に統合されたケアを提供している。1チーム4～6人で40～60人の利用者をサポートしている。

チームリーダーはなくてミーティングで確認しており、本部にも管理職が非常に少ないのが特色である。全国に620ある独立チームで活動しており、年間収入は約2.3億ユーロ（2013年）、利益率8%となっている。

利用者の満足度も高く、利用者あたりのコストも他の事業者の約半分であり、病院、ナースিংホームやGPと連携して利用者の自立支援とQOLの向上につながる質の高いサービスを提供しており、注目されている。

詳細は後述。

ビュートゾルフ①

BuurtZorgは民間の在宅看護・介護組織。名称はオランダ語で「地域ケア」を意味する。

2006年に4人の看護師によって設立され、利用者ひとり当たりのコストは他の事業者の約半分に抑えられており、利益率約8%という実績を上げている。

しかも、BuurtZorgは利益を追求してケアの質を犠牲にしているわけではない。オランダでは看護師・介護士資格は5段階に分けられているが、BuurtZorgでケアを行う職員は全てレベル3以上の看護師であり、うち約40%がレベル5（学士以上）の看護師である。レベル2, 3が中心の他の在宅看護・介護組織と比較して、職員の質は高いと言える。利用者満足度は全国の在宅看護・介護組織のなかで第1位、従業員満足度は全産業のなかで第1位を獲得している。

BuurtZorg は通常6 名程度（最大12 名）の小規模チームを活動単位として、担当地域で40～60名程度の利用者のケアを行っている。職員の多くは週8時間からの非常勤職員であり、休暇が重なるなどして人手が足りない場合には外部から一時的にフリーの看護師を雇う場合もある。

ビュートゾルフ②

オランダではワークシェアリングが普及しているため、同一労働同一賃金が原則である。BuurZorfでも同様に、常勤・非常勤の区別なく職員のレベル毎に給与が定められており、例えばレベル5の看護師の時給は17～18ユーロ程度だという。

このチームにはリーダーや管理職はおらず、全員がケアの内容に責任を持つことが求められる。また、利用者のアセスメントから実際のケアの提供までを一貫してチームで行う。

アセスメントを実施できる職員はレベル5以上の看護師のうち、独自のウェブ研修を受講した者に限られるが、それ以外の職員も利用者の状態を観察し、情報共有することで、利用者の状態に応じたケアの提供に貢献することができる。

このように分業制をあえて取らず各職員が一貫してケアを行う事で、オランダの他の事業者では3～4名で訪問するところ、BuurtZorgでは1名で訪問することが可能となり、人件費を抑制している。また、決められたプランに沿ってケアを提供する従来の方法と比較して職員の裁量が大きいいため、職員のモチベーション向上につながるだけでなく、利用者の職員に対する信頼感の醸成にも貢献しているとのことであった。

ビュートゾルフ③

ケアプランは「OMAHAシステム」と呼ばれる分類方式に基づいたBuurtZorg独自のプログラムにより、ウェブ上のチェックリストにアセスメント結果を入力するだけで簡単に作成し、職員同士で共有することが出来る。

アセスメント内容が変更されるたび、ケアプランも更新される。日々の業務日誌の作成・報告やメッセージのやり取りもウェブ上で行われ、提供したケアの内容や利用者の様子、気づいた事等が職員間で迅速に共有されている。

さらに、日誌に記載された作業時間と作業内容から算出された各職員の生産性が社内システム上で一覧化され、職員であれば誰でも閲覧することが出来る。

BuurtZorgは保険で費用が支払われる「ケアの提供」に費やした時間が、その他の事務作業を含む全ての勤務時間に占める割合を「生産性」とみなし、少なくとも60%以上の生産性を全職員に求めている。日本人の感覚からすると、互いの生産性が明らかになることは職員から嫌がられるのではないかと感じるが、オランダ人のオープンな国民性に依るものなのか、むしろモチベーションの向上につながっているとのこと。

Buurtzorg Web



Teamkompas Dashboard



Huishoudboekje

VERDER...



Clëntenpopulatie

患者の数

VERDER...



Clënttevredenheid

顧客満足度

VERDER...



Teamfunctioneren

チームの機能

VERDER...



Inhoud van zorg

ケアについて

VERDER...



Kennis & Scholing

知識と

VERDER...



Onze doelen

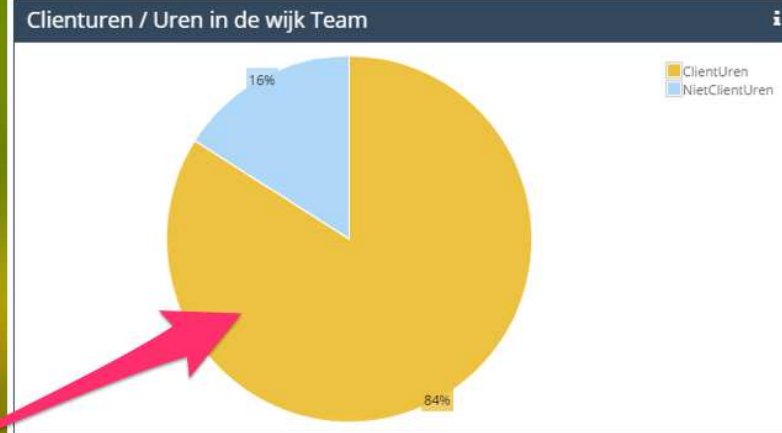
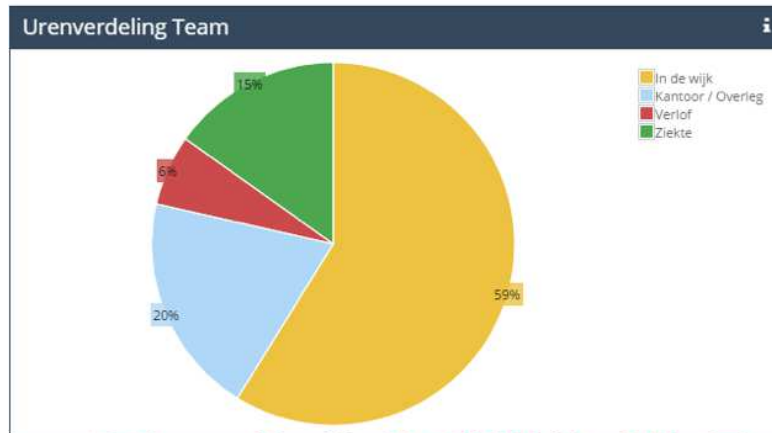
目標

VERDER...

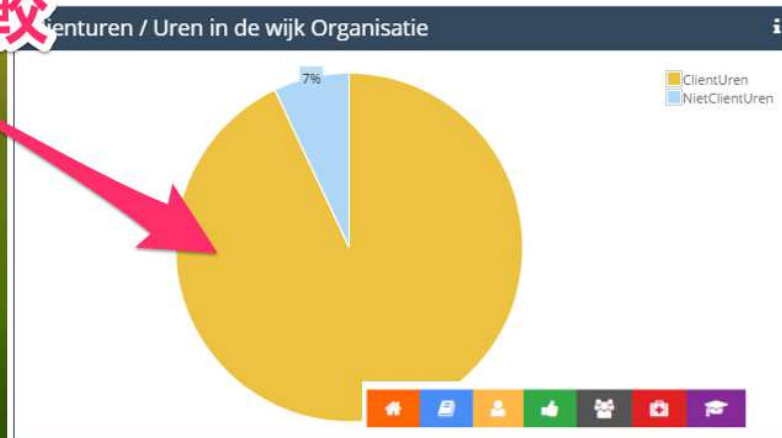
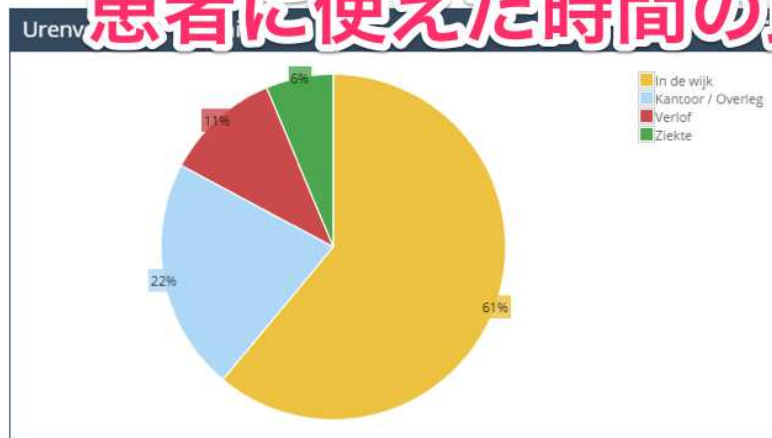
トレーニング



Buurtzorg Web



チームと組織全体の
患者に使えた時間の比較



ソーシャルケア（？）

■■家庭医との連携体制

家庭医は医療供給のゲートキーパーとしての役割を担ってきたといえるが、最近では在宅医療の促進にあわせて、地域医療のコーディネーターとしても期待されている。

医療コスト対策として家庭医とソーシャルワーカーがうまく連携する形を築いている。家庭医にかかっても医療以外で出来ることがあればソーシャルワーカーに紹介し、サービスの効率化をはかっている。

紹介を受けたソーシャルワーカーはクライアントとの面談において、クライアントが何を具体的に必要としているのかを判断する。

ボランティアが必要なのか、または孤独なのでたまに訪問してくれる人が必要なのか、または借金・金銭的な問題が解決されることが優先なのか、そういったことを判断する。さらに対処結果を家庭医へフィードバックする。

この連携システムを2015年1月から開始しており、現在は、病院と地域福祉センターとの連携も検討されている。

家庭医について

オランダは約9,000人のGPがいる。医学部は8大学あり、病院は95ある。医学部6年を卒業すると3年間の研修の後GPとなる。他の専門医は4～6年間の研修となる。

1年目：一般GP診療所での研修

2年目：3ヶ月間精神医学、3ヶ月間慢性疾患、6ヶ月間救急医療の研修

3年目：一般GP診療所の研修

となっている。GPの職務は日本の総合診療医とほぼ同じであり、プライマリケアの中心的存在である。人口1,800万人のオランダのGPは約9,000人であり、1人のGPは約2,000～2,300人の住民を担当する。

住民は平均年4回GPを受診し、患者の問題の94%はGPが対処している。

病院での治療には年間385ユーロ自己負担が必要であるが、GPの治療は無料。

GPの紹介で病院を受診することになっており、住民はそれを当たり前のことと考えている。

GPの80%はグループ診療（保健センター）をしているが、このところサブスペシャリティーを望むGPが増加している。

家庭医の報酬



家庭医の給与は
全額医療保険から支払われる

オランダ家庭医の平均年収900万円くらい

報酬の7割

人頭払い報酬：登録患者1名につき13€～

報酬の3割

出来高払報酬：診療時間10分当たり9ユーロ
最大20分まで

慢性疾患ケア：糖尿病、COPD、脳・心血管疾患の
リスクマネジメントで追加報酬

革新的なケア：効率的な処方などを評価

上記のように、家庭医の報酬に対して各種のインセンティブとなるような診療報酬を用意しているため、家庭医間で良質な競争原理が働き患者ケアの質を担保する狙いがあると考察された。その反面、診療報酬請求の様式が複雑となることにより家庭医に事務処理面での負担が増えており、各保険会社への報酬申請手続きの簡略化が課題となっている。

オランダの医師事情

臓器別専門医の約1/2～1/3程度である。

家庭医システムが臓器別専門医受診を極力減らし、医療費削減に寄与していることは疑いのないところではあるが、家庭医の待遇改善との折り合いをつけるのが難しいようである。

日本と同様、オランダでも医師の地域偏在が問題となっており、都市部に比べ地方の医師確保が難しい場合がある。

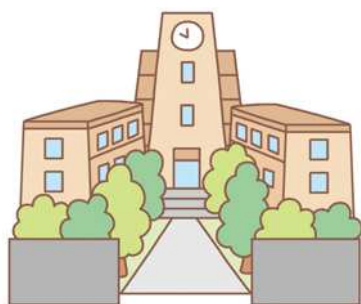
以前は家庭医が1人で診療所を経営する形式が主体であったが、現在は数人でチームを組んでお互いの役割を分担・補完しあうことにより、ひとりの医師が不在・引退した場合のリスクを軽減する場合が増えてきている。

また、家庭医の給与は全国一律に固定であることから、物価・生活費が安い地方に診療の拠点を構えることに魅力を感じる若い家庭医が増えているとのこと。

オランダでは専門医数は需要と供給のバランスを調査し、国がコントロールしているが、パートタイムで働く女性医師数が増えてきているために単純な専門医数の計算が難しくなっている。

オランダの医師養成

オランダ国内に8医学部



医学部は6年制
1学年1500名



18歳から入学OK

医学博士2年

医学修士4年

一般医 (GP:3年)

公衆衛生 (2年)

専門医 (4~6年) 28診療科

ANIO医師
(臨床不可、処方箋、死亡診断はできる)

家庭医 (ソロ:20%、2人:29%、3人以上51%)

専門医 (オランダ医師会の専門医登録委員会で認定)

☆パートナーシップ

☆病院雇用

病院の種類

◇一般病院
急性期の病院。

◇専門病院
専門科に特化した病院。

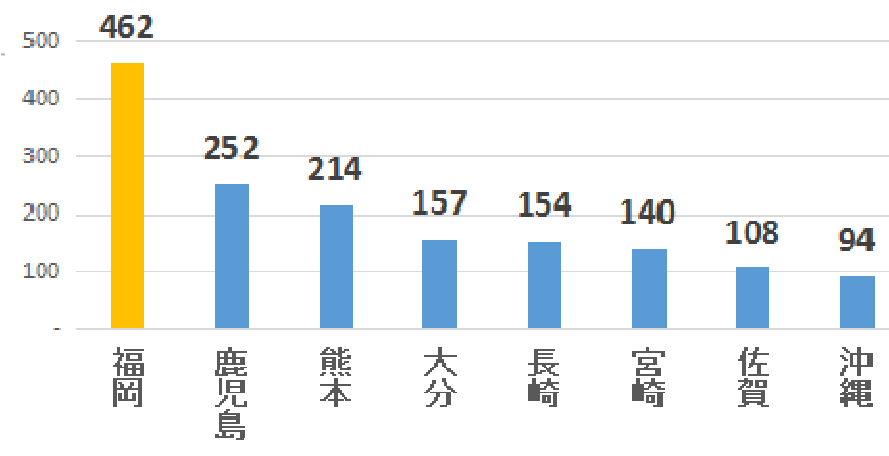
◇大学病院 8つ
・高度医療センター
・外傷センター

全国に141病院

◇ZBC (独立治療センター)
緊急性の低い急性期入院施設、24時間の退院が原則
全国に約120か所

慢性期病院というものはない

病院総数
九州・沖縄地区



薬局

原則として、医薬分業。

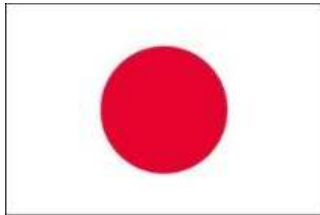
ただし、農村部など限定的に、医師による薬剤提供も行われている。
薬剤師2825名で、すでにポジションは飽和状態と言われている。

データが古いが2009年で、オランダ国内に約1900の薬局がある。
全体の92%の処方が出されている。
3分の1が薬局チェーンで、買収されまくっている。
こっちは、薬剤師助手が勤務している。

GPと薬局が緩やかな提携をしている「FTO」という組織を形成している。

薬学部は6年制。
オランダ国内では、ユトレヒト大学、グローニンゲン大学の2校のみ。

コスト 日本 VS オランダ



基本 3 割負担

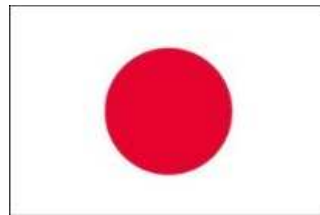
高齢者はより低負担（収入により 1 ～ 3 割）

民間保険はあんまり浸透していない



外来は無料。（家庭医に受診する限り）

保険プランによって、入院費はけっこうマチマチ。



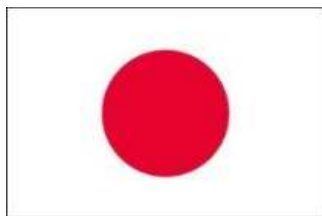
アクセス 日本 VS オランダ



どこの診療所、病院もかかり放題
200床以上の病院に限り、紹介状なしで選定療養費の定額負担



家庭医の受診を推奨されている
無料でなくなるが、どこの医療機関に受診してもOK



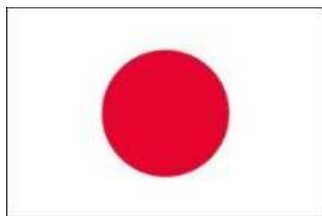
クオリティ 日本 VS オランダ



電子カルテ情報は医療機関ごとに別々
診療方法も基本的に医師の判断、特に罰則はない
厚生労働省がポスター作製してくれる



民間保険会社が医療機関の治療の質を審査
悪い医療機関とは契約をしない方針



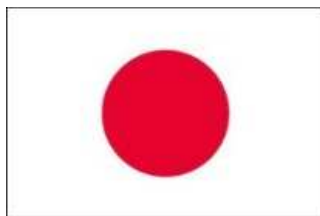
在宅診療 日本 VS オランダ



6か月以上、対面で診療をしている患者が対象
上記かつ最後の対面診療から2か月間以内の患者が対象
診察料は超安い
処方箋も出せる



マントルゾルフという地域ぐるみのケア体制の構築
ビュートゾルフという効率と質のよい訪問看護体制
家庭医との連携がしっかりしており、自宅での看取りが主流



救急医療 日本 VS オランダ



救急車は無料

救急車の出動回数が超増加傾向、問題化

出動要請は原則断らない（2019年から対策開始）

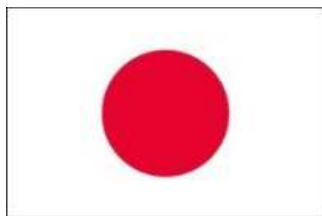
ドクターカーは比較的普及してきた



救急車は有料（～280€）

紹介状なしなので、治療費も全部有料

そもそも保険に加入していないと、呼んでもすぐに来ない



総括

最後にGPの報酬体系であるが、オランダではマネージド・コンペティション、管理競争をしている。

今、世界の関係者が注目している国がオランダとスイスであるが、オランダはいわゆるマネージド・コンペティションという管理競争を初めて国レベルでシステム化した国である。（オランダが1位、スイスが2位）

もっといえば、フィリップスという大企業の会長が設計したというのもあり、制度思想が各国の医療制度とは一線を画している、といえよう。

めっちゃ面白い。

これをもっと市場経済よりになると、アメリカの民間保険になるが、オランダは民間の市場競争と、公的制度の色彩のある医療制度のハイブリッドを高いレベルで実現できている。

また医療と介護保険が一气通貫だったり、医療・介護・福祉を統合したりと効率化を図っている、という意味では、英国以上であり、民間の保険会社が運営をしているので、効率的かつ経済的な運営が、現時点ではなされていると評価されている。

そういう意味では、わが国でも見習うべきポイントが多いのではないかと思う次第である。

参考文献

医療関連データの国際比較

ー社会保障の給付と負担、医療費、医療提供体制ー（日医総研ワーキングペーパー）

2016年 オランダ保健・医療・介護・福祉視察研修（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議）

介護保障システムと家族支援に関する総合的研究ー日・独・英における国際比較の視点ー（宮本恭子）

「オランダの介護保障制度」『レファレンス』2016.（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.（大森正博）

『オランダから見える日本の明日』2016 年.（大槻紀夫）

「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』No.36, 2007.（佐藤主光）

『認知症の人が安楽死する国』2012 年.（後藤猛）

『海外の介護保障を学ぶ』2015.（成清美治）

『オランダ流ワーク・ライフ・バランス』2015.（中谷文美）

『反転する福祉国家』2013.（水島治朗）