

### 3 班「高齢者福祉と医療保険制度」

#### ヘルシンキにおける高齢者福祉

担 当

栄 町	環境課	大村	俊之（班長）
東庄町	町民課	郡	伸明（写真責任者）
大多喜町	健康福祉課	伊嶋	孝行（記録責任者）
一宮町	福祉健康課	金澤	卓（編集責任者）
御宿町	税務住民課	鶴岡	康利

訪問日

平成 2 8 年 1 0 月 1 1 日（火）

訪問先

フィンランド ヘルシンキ  
「DEBORA ヘルスセンター」

面会者 Ms.Elisabeth Ritola（代表取締役）

Mrs.Sari Koivistoinen（サービス担当チーフ）



## 1 訪問国および都市の概要

### (1) フィンランド共和国

フィンランド共和国（以下、フィンランド）は、スカンジナビア半島の内側、バルト海の一歩奥に位置し、東はロシア、西はスウェーデン、北はノルウェーと国境を有する、国土の1/3を北極圏内に有する、アイスランドに次ぐ世界最北の国である。氷河により山が削られてできたフィヨルドや、18万を超えるとされる湖沼などの美しい自然豊かな国だ。人口は約549万人で北海道や兵庫県の人口と同じぐらいの規模であり、この国民が約33万8千km<sup>2</sup>（日本よりやや小さい程度）の土地に住んでいる。フィンランドの地方行政制度は、他の北欧諸国と異なり一層制で、国と448の基礎自治体（kunta）より成り立つ。



### (2) ヘルシンキ

訪問都市であるヘルシンキは同国の首都であり、比較的穏やかな気候の南部に位置する、人口約60万人の都市である。フィンランドの政治・経済・文化・芸術の中心で、各種博物館や美術館、コンサートホールなど、いろいろな文化施設がそろっている。第三次産業が就業人口の70%を超えるが、港湾依存の造船、金属、機械のほか、食品、繊維、陶器などの工業も盛んであり、工業生産額でもタンペレをしのいで第1位である。しかし西港と北港周辺に大工場の集中立地がみられる程度で、過度の工業集積はない。

## 2 フィンランドの地域医療

### (1) 少子高齢化社会

日本の少子高齢化は急速に進んでいる。国立社会保障・人口問題研究所の出生率中位仮定に基づく推計によると、2005年に1億2,777万人であった人口は、2030年には1億1,522万人へ、2050年には9,515万人へと減少する。高齢化率は2005年の国勢調査によれば20%を超え、世界の主要国の中で最高水準となっている。今後も高齢化は進行し、2050年の高齢化率は40%近くに達する見通しである。

一方、フィンランドもヨーロッパにおいて最も急速に高齢化が進行

している国のひとつに数えられている。人口は2007年に530万人で、ここ10年ほどは年平均1万人程度増加しているが、人口に占める65歳以上の高齢者の割合をみると、超高齢社会といわれる21%に、2020年以前に到達すると予測されている。高齢化の速度は日本と比較して5年から10年遅れているに過ぎない。

両国とも今後も高齢化が進むことが容易に予想されるため、より一層の社会保障及び地域医療・高齢者福祉の充実が求められる。

## (2) フィンランドの医療制度

フィンランドでは基本的には公的に保健医療サービスが提供されている。主に基本保健ケアサービスと専門医療ケアサービスの2つの制度に分類され、双方とも法律によって自治体の責任と位置付けられている。また、すべての国民は公的な医療保険に加入しており、公的な保険医療サービスの他に民間のサービスを利用した場合にもフィンランド社会保険庁(KELA)から一定額の補償を得られる。ちなみに、18歳未満の医療費は無料である。

### ① 基本保健ケアサービス

基本保健ケアは主に自治体が単独若しくは広域、民間委託によって運営する保健センターにおいて提供される。保健指導や健康診断など予防的事業から住民に対する治療や入院病棟における医療ケア及びリハビリテーションなど、業務は非常に多岐に渡っている。日本で言えば、自治体の保健センターと町医者が提供しているサービスというイメージになるだろうか。

### ② 専門医療ケアサービス

専門医療ケアは全国で20地区に分割された病院ケア地区組合に所属した自治体が組合内の病院にて提供する。国民は緊急時以外専門的医療病院に診療を求めることができず、保健センター又は民間医師の送り状によってのみ、診療を受けることが出来る。日本で言えば、大きな大学病院が行う医療行為という位置づけだろう。

## (3) フィンランドの高齢者ケア

### ① 制度

フィンランドは高福祉高負担という北欧型の社会保障・社会福祉システムの中に高齢者ケアを位置づける。1982年の国連の高齢者世界会議、1984年のVALTAVA改革、1993年の税制改革により、フィンランドの高齢者ケアは大きく方針転換することを余儀なくされた。VALTAVA改革は国と自治体間の社会サービス提供

における役割分担の再構築、施設ケアから脱施設ケア（オープンケア）への移行促進を図るもので、北欧型の福祉国家としての基盤がつけられた改革である。また、1993年の税制改革では地方自治体にサービス供給の権限と税源を大幅に移譲し、自治体の自由な裁量で補助金の使用用途が決められるように包括補助金制度を導入した。この改革により、地方分権は大きく促進され、各自治体の高齢者介護のあり方も施設介護から在宅介護、住宅サービスへの転換が大幅に図られることになったのだ。できる限り在宅で、若しくは高齢期における在宅システムの模索とその場の整備に議論の焦点が当てられているが、制度上「施設」という枠組みを廃止し、住宅政策の中で高齢者ケアを位置づけてきたスウェーデンやデンマークとは異なり、「施設」という枠組みを残しながらサービスハウスなどの整備を推進して来た点が日本の状況に近い。法的には、日本は老人福祉法のような高齢者福祉に関する特別法を設けているが、フィンランドでは憲法と社会福祉全般を規定する社会福祉法の一部として高齢者福祉が位置づけられており、高齢者福祉や介護を特別視しない、当然に全国民に関わるものという姿勢が見て取れる。

## ② サービス

フィンランドの高齢者福祉を支える大きなコンセプトは、人間の尊厳の尊重、自己決定の権利、プライバシーの権利の保障である。介護のサービス内容については、一般的に自治体の保健・医療・社会福祉関係者がチームを組みケアのマネージングにあたり、具体的なサービス内容については本人・家族との話し合いによって決められている。以下、高齢者ケアにかかわる主なサービスとその概要を示す。

### （a）ホームヘルプサービス・訪問看護サービス

在宅の高齢者に対するサービスで、介護・看護の専門職が緊密に連携をとりながらサービスが提供される。

### （b）生活支援サービス

食事や洗濯、移動、日中の活動、付き添いそのほか日常生活をサポートするためのサービス。食事サービスでは、食事の配達、サービスセンターやデイセンターでの提供、自宅でのホームヘルパーによる食事準備などがある。日中の活動サービスでは、サービスセンターやデイセンターにおける健康増進のための運動や交流の機会を提供する。また、多くのサービスセンターやデイセンターは、クラブ活動、学習活動、地域活動などの活動拠点となる。移動サービスは、公共交通機関と同額でタクシーを利用して移動

することができる。

#### (c) 住宅サービス

住宅でできる限り長く暮らすことを支えるためのサービス。住宅改修が大きなサービスの柱である。もう一つはサービスハウス（賃貸型の高齢者住宅、後述）の提供である。サービスハウスは質の高い住空間と安心・安全が備わった住宅である。利用者は家賃のほか食費、各種サービスの費用を支払う。老人ホームなど多くの従来型施設が、環境の改善を図りながら、サービスハウスに転換されてきている。

#### (d) インフォーマルケア（家族や親族によるケア）のサポート

家族介護のための費用サポート。介護サービス提供の義務は各自治体にあるため、家族がそれを担う場合には、その費用がサポートされる。要介護者の状況が極めて深刻で、介護のために仕事を休職しなければならないほどの状況になった場合には、最低600ユーロ／月が保障される。介護者は月に3回介護休暇を取ることができ、そのためのサポート（ショートステイなど）を自治体は保障しなければならない。

#### (e) 補助器具・健康管理等

高齢者のための保健・健康管理は各自治体のヘルスケアセンターで提供される。さまざまな補助器具（車いすや杖など）の貸し出しもヘルスケアセンターの責任となる。糖尿病やがんなどのケアに必要な使い捨ての機器は無料で提供される。より高価な機器（電動車いすや昇降ベッドなど）は病院のリハビリテーション部門から提供される。

#### (f) 施設サービス

施設サービスとは、老人ホーム、ヘルスセンターの長期療養病棟、認知症などのための特別ケアユニットを意味する。24時間の介護、食事提供などが備わったフルパックの介護施設である。サービスとしては、在宅生活を支えるためのショートステイと長期入所サービスとがある。利用者は収入の80%を費用として支払う。ただし、最低でも80ユーロ／月は手元に残るように徴収される。この料金で実費がまかなえる場合は少なく、差額は自治体が負担する。介護・看護のほか、必要に応じて入れ歯、眼鏡、衣服、家具なども提供される。



(g) プライベートファミリーケア

一般の家庭（第三者）が、高齢者の家族に代わって介護、サポートするもの。子供の託児や、障害者の介護で多く見られるが、高齢者を対象としたものもある。介護者は相応のトレーニングの受講と環境を整える義務がある。

(4) グループホーム

① 暮らしの形としてのグループホーム

フィンランドでは上で述べたサービスハウスというケア付きの住宅の中に、グループホームが位置づけられることが多い。したがって、グループホームとサービスハウスの議論は切り離すことが難しい。一方で、フィンランドでは、グループホームが何かという制度上の明確な定義はない。対象者、規模、スタッフ配置などに関する日本であるような制度的な基準はない。各自治体によってその解釈や定義はさまざまであり、サービスハウスにおけるグループホームもあれば、従来の施設を小規模化したグループホームもあるし、医療施設におけるものもある。認知症高齢者を対象としたものから、非認知症の高齢者、虚弱高齢者を対象としたものもある。制度としての「施設」に位置づけられるものから「住宅」として位置づけられるものまで多種多様にある。したがって、グループホームとはこれまでの施設的な環境とは異なる小規模な形態・人数の中での家庭的な生活を軸にした居住・ケアの場とその形、という概念でとらえておくのが適当である。

② グループホームの形態

北欧におけるグループホームと言え、地域の中に「戸建ての家」として独立してあるものがよくイメージされるが、現在は、独立型のグループホームは全体の2割程度、また平屋もしくは建物の1階にあるものは約半数であるとされている。フィンランドの状況も同様である。サービスハウスとの併設、また複数のグループホームの複合化による経営・運営的な安定を図るという側面が強くなっているためである。

フィンランドに限らず北欧のグループホームで、グループホームが認知症高齢者にとってのついの住み家であるという認識は、常識化しており、実際にさまざまな認知症の程度、身体的状態の人が対象となり利用している。北欧の多くのグループホームも重度の認知症・ターミナルまでは想定せずに始まったが、時間の経過、高齢化

の進行とともに対応せざるを得ない現実にあたり、その上で対応することにグループホームの真の価値を見出した。

### ③ グループホームの空間

サービスハウス型のグループホームは、一人ひとりの居住スペースから共用空間のスペースを抽出するという考え方に立って計画され、居室にはトイレとシャワーが備えられるのが基本とされている。決まった面積をどのように居室と共用空間に割り当てるか、ということにおける考え方の相違から、日本はフィンランドより共用空間に豊かさを求めているということになる。居室はワンルーム型でキッチンはない。

### ④ グループホームの生活

グループホームやグループホームケアとはこうあるべきだ、という理念的なものはほとんど見受けられず、「うちはこの理念でやっています」といったようなことをスタッフ・運営者から聞くこともまれである。「家庭的な環境の方がフィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅認知症の方々にはよい」というごく単純明快な考えのもと、自然体でケアが行われ、生活がサポートされている。何においても理念や掛け声が先行してしまう日本では、立派な理念は掲げることができても、実際の生活やその空間とのギャップがあるホームがまだまだ少なくない。

また、活動については、あくまでも個々の生活を尊重するため、日本でよく見られるような全員で何かをやるというようなプログラムの活動はないが、他者との自然な「交流」、「社交」が生活の流れをつくる上で大きな柱になる。また、これが個々の生活のリズムをつくる。個人の生活を大切にすることと、皆で集まり社交することとがセットになっているのが北欧の人々の暮らしである。

その他の日本との大きな違いの一つとして、家事の位置づけもある。フィンランドでは食事はサービスハウスから運んできて盛り付けだけをやるということが一般的である。その意味では家事行為を生活の中心に据える日本のグループホームとは根本的に大きく異なる。女性の役割など、社会文化的な相違という根本的な背景がそこにはある。

加えて、サービスハウスに併設されるサービスセンターは地域の中で公共的な機能を持つ地域コミュニティの場としても機能している。高齢者のサービス拠点を中心とした街づくりの考え方であり、ますます高齢化が進む日本の中小都市の今後の街づくりの考え方に

も大きな示唆を与えるものである。

これらのようなフィンランドの地域医療、高齢者福祉の背景や日本との違いを理解した上で、我々は今回の訪問施設である「DEBORAヘルスセンター（ヘルシンキ）」を訪れた。

### 3 訪問先の概要

#### (1) 施設概要「DEBORAヘルスセンター」

1999年に設立され、一部、ヘルシンキ市から介護サービス提供に関する委託を受けて運営している民間の介護事業所である。訪問でのホームヘルプ、グループホーム、理学療法士によるリハビリ（来所、訪問）、職員の派遣などを高齢者や障害者に提供している。サービスの利用料金は所得（年金）に応じて支払われており、最高は所得の80%、最低が全額国負担となる。現在200名以上がサービスを利用しており、職員は看護師、准看護師、理学療法士で約60名である。フィンランドの高齢者福祉制度が変革途中の現在、DEBORAヘルスセンターは海外先進企業のビジネスモデルの導入やISO9001の取得などにより、顧客満足と被雇用者満足の向上をモットーに掲げ、個人に選ばれる施設を目指している。経営以外の社会貢献に関しても、地元大学と提携し、提供サービスとその後の費用抑制の関係などをテーマに研究を進めている。

#### (2) 見学施設

##### ① グループホーム「ハーモニー」

私たちと共存する一をテーマに設計された高齢者用グループホームのハーモニーは現在40名利用可能であり、居心地のいい生活、調和を目的として広い範囲に渡るサービスを提供している。また、スタッフは24時間体制をとっており、ゲームやエアロビクスなど様々なアクティビティを通じて個々の生活力や回復力を考慮したサポートの提供を実現している。見学をしたフロアは認知症患者が中心のグループの居住階であり、4人の入居者が確認できた。集団で何かをするという雰囲気はなく、新聞を読む、転寝する、スタッフと話す等各々が自分の時間を満喫していた。

② サービスハウス Mrs.MirjaHeinonen 宅（バンタア市）

③ サービスハウス Mrs.Paula Seeste 宅（バンタア市）



この見学先では、支援が必要な高齢者が居住しているマンション（サービスハウス）で実際に生活している利用者宅を訪れた。入所ではなく、利用者はマンションの1室を購入し、そこへデボラのヘルパーが居宅介護で入るといふ仕組みだ。



交通事故により、下半身不随になった利用者の移動用リフトを実演して見せてくれた。利用している器具は日本にあるものと変わらないが、利用者はいつもヘルパーがやさしく接してくれて助かると高い満足度を示していた。

#### ④ サービスハウス Mr.Juha Seppo 宅（エスポー市）

ここでは、同じサービスハウスだが、公共の階段に自前で移動用エレベータを取り付けたお宅を訪問した。日本と同じく、介護用品に対して公的補助を受けるために多くの時間を要するため、この



お宅は全額実費で取り付けたそう。本人も家族も大変好意的に見学を受け入れてくれた様子であり、どちらかと言うとそういった姿を隠そうという日本とはこの点で大きな違いを感じた。

### （3）質疑応答

Q：施設についての日本語訳された資料では、「半官半民」や「民間、公的両方対応」という表記がある。こういった意味なのか。

A：公的補助金制度を利用できる事業所という意味である。利用者が公的に認められたサービスをデボラで使用した場合にはその半額

が市から事業所へ支給される。

Q：日本のグループホームと呼ばれる施設では、入所者の介護度や障害程度区分、配置職員数等により国から給付費を受けている。フィンランドのグループホームには施設としての定義が無いと学び、そういった場合には日本のような基準で国から給付費を受けることは困難と考える。国から給付費や運営費補助を受けているのか、また、を受けているのであればどのような積算指標を用いて計算されるのか？

A：特に日本のような基準額の積み上げではなく、実際に提供したサービス費用の半額を自治体から補助されている。残りの半分は私立で運営しなければならない。

Q：日本では少子高齢化が急速に進んでおり、施設の順番待ちが発生している。フィンランド国内及びヘルシンキ市内ではいかがか。また、入所者の優先順位の決定基準はあるか。

A：フィンランドでも同様に順番待ちが発生しているため、在宅ケアを行って順番を待っているケースが多い。支援員が調査を行い、入所必要度を点数化して緊急性の高い人から入所させている。ただ、近年はその点数基準もかなり締め付けられており、重度でなければ施設入所は難しい状況である。

Q：日本では最期は自宅だという風習がある。フィンランドはいかがか。

A：フィンランドでは最期を見込んで入所するため、施設で最期を迎える人が圧倒的に多い。在宅でという人もいるが、介護を出来る家族がいることが大前提となる。

#### 4 まとめ

日本とフィンランド、両国において高齢化が近年急速に進んでいることには変わりない。約10年日本が進んでいると言われている。そのような状況の中、両国の高齢者福祉における法的根拠の違いや国民性の違いによって、高齢者福祉そのものの捉え方には若干の違いはあるものの、現場を見てみるとさほど大きな違いは体感できなかった。

官主導であった従来の高齢者福祉システムから、新システムへの移管期であるフィンランドは、民間事業者がより多くの顧客を獲得するために知恵を絞って努力をしている。デボラでは低価格・高サービスや民間ならではのフレキシブルなサービス提供をモットーに経営して

おり、その点では現在の日本のそれとかなり近いものを感じた。高齢化の進行が10年早い日本と、同じ時期に同程度の高齢者福祉施策を行うことが出来るのは、やはり福祉大国と言われるフィンランドだからだろう。日本の文化においては、女性は家を守るもの、と言う考えが現在もまだなくなるとは言えず、三世代で同じ敷地に住み、祖父母が孫の世話を手伝うという風習も地方に行けばいくほど残っている。一方で、フィンランドにおいては夫婦共働きであることが常識であり、家に常時いる家族がいないのであれば自然と行政が子育て支援や高齢者支援策を手厚くする必要がある。加えて、こういった手厚い福祉施策を打つためには豊富な財源が必要であるが、日本は消費税を10%へ上げる議論が国会で大きな焦点となっており、未だ国は踏み切れていない状況である中、フィンランドは消費税22%~24%である。提示した例は非常に断片的であるが、要は日本は「低税率・低福祉」であるのに対し、フィンランドは「高税率・高福祉」なのである。日本では低税率のまま高福祉を望むために議論が進まないのではないかと。フィンランドの手厚い福祉施策の根本は、こういった国の風習・国民性が大きく関係していると感じた。この点では、日本でも都市部を中心に核家族化などがすすんでおり、子育て支援や高齢者支援の充実が急がれているというところで日本が若干遅れをとっていると言えよう。

夫婦共働き世帯が増え続けているという意味で日本がフィンランドの文化に近づきつつあると仮定すれば、高齢者福祉に限らず、子育て支援を含めた「福祉」という大枠について、政策の進め方、考え方を国から国民全員の意識を変えていかなければ、福祉システムと国民の現状とに大きなギャップを生みかねない。非常に大きな課題であるが、少子高齢化が急速に進んでいる日本では早急に対策しなければならない課題であるため、行政及び国民は十分現在の我が国の状況と政治の仕組みを理解し、協力して前進していく必要があるだろう。

安心して老後まで暮らせる、暮らしたい国に日本になることを切に願う。

## 5 引用・参考文献

- ・石井敏（2008）「フィンランドにおける高齢者ケア政策と高齢者住宅」海外社会保障研究第164号  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/bunken/data/pdf/18879305.pdf>
- ・高橋絵里香（2013）「老いのかたち、福祉のかたちーフィンランドの「自立」した高齢者たち」  
<http://synodos.jp/welfare/13424>
- ・鷺巣栄一（2002）「フィンランドにおける痴呆高齢者の介護について」長寿社会文化協会  
[http://www.wac.or.jp/project/finland\\_01.html](http://www.wac.or.jp/project/finland_01.html)
- ・JETRO ユーロトレンド（2000. 8）「充実した公的福祉制度（フィンランド）」  
[https://www.jetro.go.jp/ext\\_images/jfile/report/05000472/05000472\\_001\\_BUP\\_0.pdf](https://www.jetro.go.jp/ext_images/jfile/report/05000472/05000472_001_BUP_0.pdf)
- ・外務省「フィンランド基礎データ」  
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/finland/data.html#section1>
- ・厚生労働省「フィンランド 年金制度における平均余命伸長への対応」  
[http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12500000-Nenkinkyouku/201505\\_finland\\_1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12500000-Nenkinkyouku/201505_finland_1.pdf)
- ・総務省統計局「世界の統計2016」「政策分野別社会支出の対国内総生産比」  
<http://www.stat.go.jp/data/sekai/0116.htm#c14>
- ・フィンランド統計局  
[http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/index\\_en.html](http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/index_en.html)
- ・平成28年度市町村職員海外派遣研修事業 事前研修及び訪問先配布資料

3 班 「高齢者福祉と医療保険制度」  
ドイツにおける医療保険制度

担 当

別掲（P 3 5 参照）

訪問日

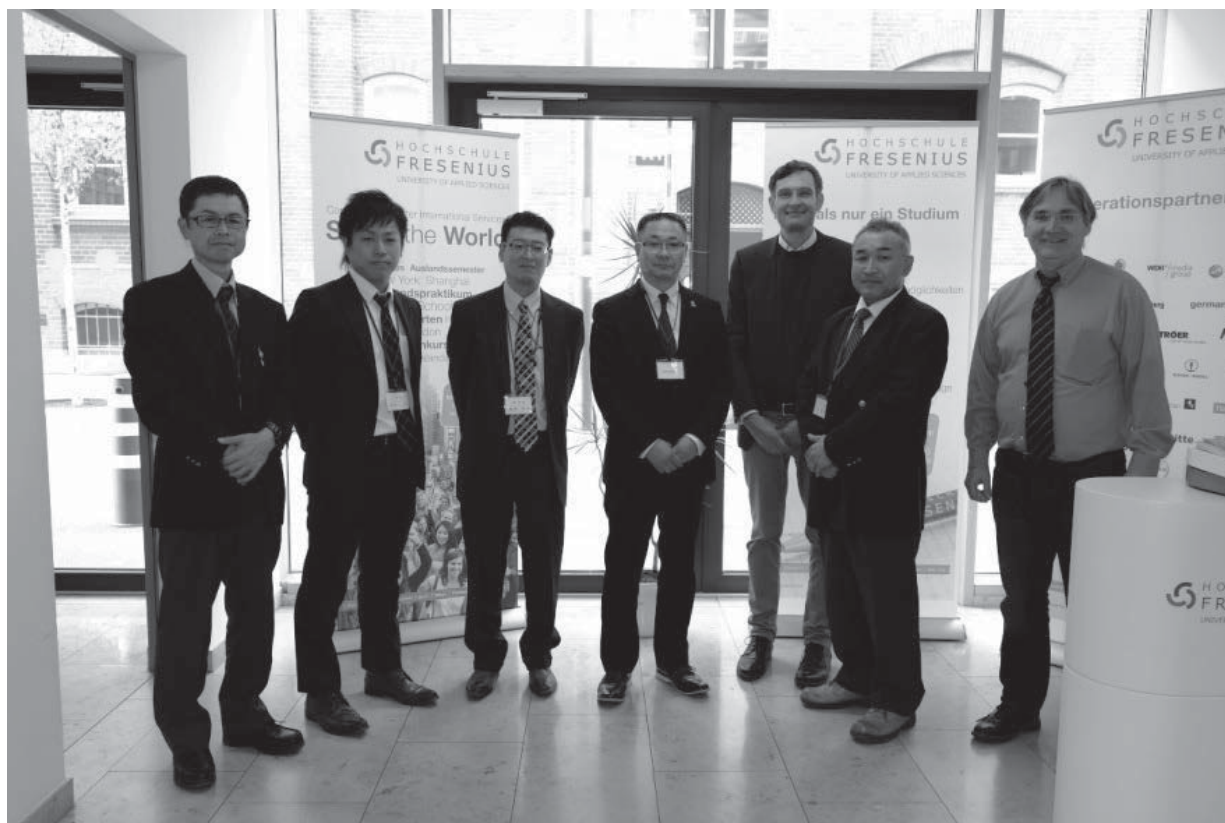
平成 2 8 年 1 0 月 1 4 日（金）

訪問先

ドイツ ミュンヘン 「フレゼニウス大学」

面会者

バイバー教授





## I 訪問国および都市の概要

### 1 ドイツ連邦共和国

連邦制国家であるドイツ連邦共和国（以下、ドイツ）は限定的統治権を保有する16の州から成り、総面積は357,021km<sup>2</sup>で、首都及び最大都市はベルリンである。ヨーロッパ大陸における経済的及び政治的な主要国であり、多くの文化、理論、技術分野における歴史上重要な指導国でもある。

名目GDPで世界第4位かつ購買力平価で世界第5位の国であり、産業及び技術分野における世界的なリーダーとして、世界第3位の主出入国である。世界最古のユニバーサルヘルスケア制度を含む包括的な社会保障を特色とする非常に高い生活水準の先進国であり、豊かな文化及び政治の歴史で知られ、多くの影響力のある哲学者、芸術家、音楽家、映画人、起業家、科学者及び発明家の故国でもある。

1999年以来ユーロ圏の一員であり、アメリカ合衆国に次ぎドイツは世界第2位の移住地である。人口は8,080万人で、欧州連合では最大の人口を有する国で、一極集中の都市がなく自由都市や領邦国家の集まりだった中世からの歴史が個性的な地方文化をもたらしているのが特徴の国である。

### 2 ミュンヘン

訪問都市であるミュンヘンは、ドイツ南部のバイエルン州に属しており、ベルリン、ハンブルクに次いで3番目に大きな都市で、市域人口は140万人近くに達する。ドイツの文化、芸術都市であり、ビールの名醸地としても知られている一方、自動車やハイテク産業の一大中心地という面ももっており、世界的な大企業が集まっている。また、金融、出版の中心都市でたびたび、移住者などが住むのに適した場所として上位に位置付けられ、未だにドイツの都市の中でも高い位置にある街である。

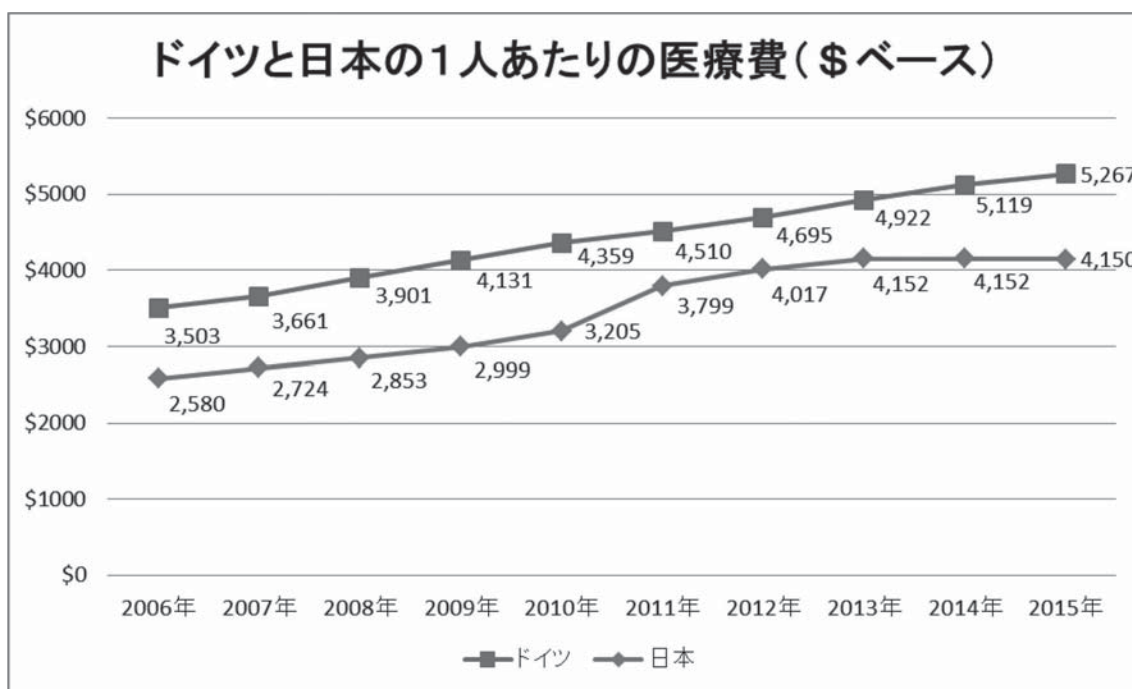
## II ドイツの医療保険制度

### 1 医療の供給体制

ドイツの医療は、開業医と専門医および病院により供給されており、開業医が外来診療を担当し、病院が入院診療を担当している。緊急の場合を除き、病院診療を受けるには開業医の紹介を受けなければならない。ほとんどの被保険者は「家庭医」を有しているが、外来診療の場合に家庭医の存在にも係らず自ら選んだ保険医の診療を受けることができるが、政府は「家庭医中心医療」を推進することで医療費支出の抑制を図ろう

としている。開業医は定員制となっており、地域及び診療科ごとに保険医の供給制限が行われている。病院数および病床数は減少傾向であり、代わりに介護療養施設数やその定員が増加してきている。

医療費は3ヶ月ごとの初診時に10ユーロ支払うが、一度支払えばその期間は何度でも様々な病院や診療科で自己負担なしに通院治療を受けることができる。検査は項目によって自己負担かどうか詳細に決められており、基本的に必要な検査や治療は保険でカバーされることになっているが、最近では自己負担項目が徐々に増えつつある。(ただし、子どもは少なくとも18歳までは医療費・薬代ともに無料)



## 2 医療保険の特徴・仕組み

ドイツと日本の保険者の比較		
	ドイツ	日本
保険者数	118(2016年1月時点)	3,000以上
財源	保険料を財源とする(健康基金からの)交付金 公費(連邦補助金)	保険料、公費 財政調整交付金
保険料	全国、全保険者統一保険料(14.6%)	保険者毎に保険料が異なる
給付・サービス	選択給付表等の提供で、被保険者による給付選択あり	基本的に同一
公費負担	保険に馴染まない給付に対応	
財政調整	リスク構造調整(年齢・性別・健康度等の被保険者リスクを反映)	高齢者対応分を高齢者の加入率や加入者数等に基づいて負担
保険者の選択	自由	原則できない

ドイツは、社会保険発祥の国であり、日本の先例となりつつもその後も数々の改革が行われてきている。以下の特徴や仕組みを有している中で、公的医療保険と民間医療保険の保険者間だけでなく、公的医療保険の保険者間でも競争が行われ、医療の効率化や質・サービスの向上に向けた保険者による経営努力が促されてきている状況にある。

- ① 民間医療保険が公的医療保険の一部を代替し、公的医療保険に加入義務のない人は民間医療保険との加入選択権が与えられている。
- ② 公的医療保険に加入する場合にも、被保険者に保険者の選択権が認められている。
- ③ 公的医療保険の給付は、保険者ごとに異なっており、各被保険者も自分の加入する保険者が提供する給付プランの中から保険料支払いを条件に任意に給付を選択できる。
- ④ 民間医療保険も実質補填の医療保険を終身保障で提供しており、これに対応して健全性を確保するための特別な仕組みが導入されている。
- ⑤ 家庭医療制度の推進、診療報酬の包括化、医薬品等に対する費用対効果分析、ジェネリック薬品の拡大、医療のIT化等今後日本においても導入およびより一層の推進を検討していかなければならない制度の実施にも積極的に取り組んできている。

### 3 医療保険制度の概要

公的医療保険と民間医療保険の比較		
項目	公的医療保険	民間医療保険
監督法	社会法典第5	保険契約法、保険監督法
保険者	疾病金庫(公法上の法人)	民間医療保険会社
加入者(被保険者)	被用者、年金受給者等	代替医療保険は、公的医療保険の被保険者でない者(自営業者、官吏、一定所得以上の被用者等) 付加医療保険は、誰でも加入可能
保険料	所得に応じた負担(応能負担) 統一保険料率がベース 家族被保険者の負担なし 被用者の場合、被保険者と雇用者が負担	給付に応じた負担(応益負担) リスクに応じた保険料 家族被保険者も別途負担(個人単位) 代替医療保険の被保険者の場合、(公的医療保険同様の)雇用者の保険料負担有り
加入選択	無選択(加入者要件を満たす限り)	代替医療保険における基本タリフの場合を除いて、 選択あり(健康状態等に基づく)
制度間移転 (流入のケース)	所得水準の低下、自営業者から被用者へ等(ただし、加入者による逆選択防止のため年齢制限等有)	所得水準の上昇、被用者から自営業者へ、家族被保険者としての資格喪失等
給付	原則、現物給付	原則、償還払い 保険商品の契約内容に基づく給付
保険者間のリスク調整	リスク構造調整	基本タリフの場合、リスク構造調整有
財政方式	賦課方式(毎年収支)	積立方式(毎年の平準保険料から、老齢化積立金に積立)

ドイツの医療費支出額の負担者別内訳(2013年)					(単位:百万ユーロ)		
	公的医療保険	公的介護保険	民間医療保険	雇用者	家計及び非営利 目的民間組織	公費	合計
金額	181,480	24,398	28,898	13,459	42,870	14,581	314,939
構成比	57.6%	7.7%	9.2%	4.3%	13.6%	4.6%	100.0%

## (1) 公的医療保険

### ① 基本的構造原理

- ・ 連帯原則 全ての保険者がその所得や支払った保険料の額や患リスクに係らず医学上必要な給付を受けることが保証されている。
- ・ 現物給付 被保険者が前払いでの支払いをすることなく、給付を受けることが保証されている。

### ② 加入者(被保険者)

#### a) 加入義務のある者(強制被保険者)

一定の基準所得以下の被用者、公的年金受給者、失業手当受給者、農業経営者及びその家族従事者、芸術家及び著述家、学生等

#### b) 加入義務のない者のうち公的医療保険加入を選択した者(任意被保険者)

一定の基準所得を超える被用者、自営業者、官吏、裁判官、軍人、大学教授等の特別な法的関係に基づき公費による保障を受ける者、EUの医療保障制度によって保障される者等は加入義務はないが、このうち一定の要件を満たす場合などは加入が認められる。

#### c) 加入者の家族(家族被保険者)

被保険者の配偶者等家族であって、その所得が限度額を超えていないなどの要件を満たす者

### ③ 保険者

連邦政府、州政府および地方自治体から財政的、組織的に独立した公法上の法人である「疾病金庫」となる。

### ④ 給付

公的医療保険による給付は基本的に法律により統一されたものであるが、一部疾病金庫の規約に基づく付加給付が行われ、大きく以下の4つの区分により、原則として「現物給付」で行われる。

#### a) 予防・早期発見給付

疾病の予防および早期発見のための給付で、予防接種や予防診療、避妊・不妊・妊娠中絶に関するサービスも含まれ、乳幼児健診、心臓・循環器病、腎臓病、糖尿病を対象とする健診、がん検診、歯科検診などが

含まれる。

#### b) 疾病給付

医師・歯科医師による外来診療、歯科診療、歯科矯正、薬剤・包帯類供給、各種療法、入院療養費、訪問看護療養・家事援助、医学的リハビリ、人工授精、社会療法、入院・外来ホスピス、ストレステスト・作業療法なども含まれる。

#### c) 傷病手当金

疾病・事故による就業不能に伴う所得補償のための現金給付で1日につき基本的に総収入の70%が支給される。

### ⑤ 保険料

基本的には各被保険者の負担能力に応じて決定する「応能負担」となっており、被保険者の年齢・性別、健康状態等の実際の給付に影響を与える要素は保険料に関係しておらず、家族被保険者に対する保険料負担もない。すなわち個人の置かれている各種の状況に係らず、国民全体における所得再分配機能を働かせることで、全ての国民に必要な給付を保証する形になっている。

### ⑥ 課題

高齢化の進展や各種の医療技術の進歩等により医療費の増大が想定されていることに伴い、保険料が上昇し、税金による負担である連邦補助金も増加してくることが懸念されているので、医療費の効率化に向けた各種の対策や改革の実施が課題として想定される。

## (2) 民間医療保険

### ① 位置付け

公的医療保険の加入者でない者は、民間の医療保険会社と医療保険の契約を締結することが義務付けられており、「代替医療保険」と称している。

### ② 加入者（被保険者）

一定の基準所得を超える収入がある被用者、自営業者や官吏等で、公的医療保険への加入義務がなく、かつ公的医療保険への任意加入が可能な者は選択できるようになっている。

### ③ 保険者

民間の医療保険会社によって提供される。代替医療保険を提供する保険会社については、医療保険引受けの免許が必要となり、生命保険や損害保険とは異なる様々な規制が課されている。

### ④ 給付



提供する給付内容や水準等は公的医療保険が提供する法定給付等よりも充実したものとなっている。給付は公的医療保険とは異なり、加入者は病院、診療所、薬局の請求に対してまず自費で支払い、その後支払額に応じて、全額またはあらかじめ定められた割合の給付額の支払いを受ける形となる。

#### ⑤ 保険料

給付に応じた負担が求められる「応益負担」となっており、被保険者の年齢・性別、健康状態等の実際の給付に影響を与える要素が保険料に関係しており、リスクに応じた保険料を支払うことになる。公的医療保険と異なり、個人単位での保険料負担となるため、本人以外の家族が加入する場合には、家族被保険者に対応する保険料も支払わなければならない。

#### ⑥ 課題

代替医療保険の提供においてその事業基盤となる各種の規制や制度がその代替性という性格から公的医療保険制度に大きく依存しており、将来的な医療保険制度改正による影響を避けられないという点がある。これには政治リスク的な要素も含まれており、どの政党が政権を握るかによって保険制度が大きく改革される可能性も完全に否定できないという意味において将来に対する大きな不確実性要因となっている。

### III 質疑応答

Q：日本では早期発見・治療を目的とした各種がん検診や生活習慣病に着目して保険者が40歳以上の方を対象として実施する特定健診を行っており、健診の結果、軽度の生活習慣病と判定された場合には保健師等が生活や運動改善などの保健指導を実施し、対象者自身が普段の生活の中で生活習慣病を改善できるよう支援を行っています。ドイツでも近年予防医療に力を入れていると伺いましたが、具体的な方法等についてお伺い致します。

A：正直ドイツでは日本ほど予防医療を行っていないのが現状です。教育状況（学歴）などにより差がある場合、高学力の方は身体の状況に気を付けているが、学力の低い方はあまり関心がない傾向があったが、最近徐々に変わりつつあると感じている。ヨーロッパは全体的に「健康生活」を意識していない人が多い。（肉食主義者は20%、エコロジータンな食生活を送っている人が30%）

Q：ドイツでは加入保険の種類によって受けられる医療サービスに差があるのか？

A：ある。一定の疾病に対して一定の治療費負担を行うことになっているので、加入している保険によって受けられる医療サービスに差が出ている。

#### IV まとめ

ドイツの医療制度は安定した基盤と多くの長所を持っており、手厚い保険制度により、国民は安心して生活することができるが、高齢化の進展に伴い、医療費は増加の一途をたどっている。

国全体の医療費財源が限られている中で、いかに効率的に医療の質とサービスの向上を図っていくかは日本も同様に取り組んで行くべき課題の一つである。その中では、公的医療保険制度においても公的保険としての性格を維持しつつ、民間医療保険の考え方等も導入する一方、効率的な運営を目指して行くことがより一層重要になってきており、同時に民間医療保険のさらなる活用を通じて国民の多様な医療ニーズに応じていくことも重要なことであると考えられる。

#### V 引用・参考文献

- ・ 明治大学公共政策大学院 ガバナンス研究科 山下茂教授『フィンランド・ドイツの地方自治制度と海外調査の留意点』
- ・ ニッセイ基礎研究所 基礎研レポート『ドイツの医療保険制度』
- ・ 日本旅行 事前資料『ドイツ地域医療に関する施策』
- ・ 厚生労働省ホームページ『我が国の医療保険について』
- ・ その他、ウィキペディア等でドイツ、ミュンヘン関係の情報を参照
- ・ OECD-Health-Statistics-2016-Frequently-Requested-Data