

### 最近のドイツの保健医療事情：ウェルネスへの展開

谷本, 都栄 / Tanimoto, Toe / 福岡, 孝純 / ハルトーク, ハンス / Hartogh, Hans / Fukuoka, Takazumi

---

(出版者 / Publisher)

法政大学体育・スポーツ研究センター

(雑誌名 / Journal or Publication Title)

法政大学体育・スポーツ研究センター紀要 / 法政大学体育・スポーツ研究センター紀要

(巻 / Volume)

24

(開始ページ / Start Page)

27

(終了ページ / End Page)

31

(発行年 / Year)

2006-03-31

(URL)

<https://doi.org/10.15002/00005027>

## 最近のドイツの保健医療事情～ウェルネスへの展開～

谷本 都栄 福岡 孝純

Toe Tanimoto・Takazumi Fukuoka

ハンス・ハルトーク

Hans Hartogh

### はじめに

21世紀において誰もが心身ともに満足できる生活を構築するには、健康福祉に関して国家レベルでの明確なビジョンやミッションステートメントが示されているとともに、地域共同体においてどのような施策が展開されるかについて具体的な取組みがされなければならない。特に、高齢化社会を迎えている先進国においては、社会構造の変化に応じて国民の健康を支える柱となる保健医療制度のあり方が重要な課題となっている。このような状況は、我が国においても同様であり、現在保健医療に関わる様々な制度が見直されつつある。

本報告では、健康施策の先進国であり、他の先進国にも多くの影響を与えたドイツの保健医療制度を事例として紹介し、我が国の施策展開の参考になればと思う所存である。

### 1. 健康づくり制度の歴史的変遷

ドイツでは、保健医療制度の基礎は1850年に確立された。保健医療の領域において十分な人材を確保するために、疾病保険が導入されたのである。1883年では、疾病保険の加入者はドイツ国民の5%未満であったが、1914年には35%の加入率となった。そして、疾病保険により医師による加療、薬剤、治療処置などが全て無料であった。これは、当時の宰相ビスマルクの決断であり、国が労働者の健康を保持することが社会問題として認識されるようになってきたことが背景としてある。

当時の病院の主たる役割は、重度の疾病者に対して加療を加えることであった。それが連帯保険の導入により、病院は疾病者に対する医療的工場のような性格を有するようになり、医療分野における高度経済成長期を迎えるのである。当時の「ホスピタル」の基本的理念は、疾病者を一刻も早く再び社会の生産の現場に復帰させることであり、そのため慢性的な疾病の患者は殆ど収容されなかったのである。

この第一次医療ブームともいえる時代には、医療の主体は外科的な処置であった。1870年に英国の外科医ヨゼフ・リスターが手術の傷口に対する安全な消毒方法を確立してから、これらの手法が多く病院に導入されるようになったのである。これにより、従来困難だった盲腸の手術や胆のうの摘出が行えるようになった。それまで傷口の化膿から死亡率が高かった加療が、簡単なルーティン・ワークとなったのである。

1931年には、疾病保険における開業医の報酬規定条項を開

業医の連合体である疾病保険医師連盟に任せるという大きな改革があった。また、州と自治体が病院設置の許認可権を得ることとなった。これにより、疾病保険に関わる組織は地方自治体の方針に従って、保険に関わる支払い行為をするだけの立場になっていった。つまり、加入者や医師が行う支払いや分配行為に対して何等の発言権をも有することができなくなったのである。この改革により、医師が行った処置に見合う金額が保険医師連盟に支払われ、それがそのまま開業医に流れる仕組みが確立した。しかしながら、ここで指摘しておかねばならないのは、医療関係者の行いをチェックする機関がないという問題を有していることである。

この伝統は現在にまで継承され、残念ながら新しいドイツの健康政策法でも保健医療に関わる施設や組織は、独自にその営業・管理を行うことができるようになっている。疾病保険医師連盟、クリニック、薬局、製薬会社は全ての領域において、費用の節約という視点が全く欠落しているのだ。これはまた、現在ドイツで進められているあらゆる改革において、財政の健全化を阻むような状況となっている。

### 2. 現在の疾病保険制度

ドイツは、フランス、ベルギー、オランダ、オーストリア等と同様に、医療は保険制度により行われている。これに対して、イギリスや北欧、南欧の国々では税金で医療費が賄われている。日本では保険収入が不足すると税金により補充するが、これを除けばドイツの制度と類似している。保険で賄うということは、医療費の増大を常に抑える努力が強いられる。ドイツの保健医療事情はその格闘の歴史ともいえる。

ドイツでは、高額所得者を除き、全国民が公的医療保険に強制加入させられている。公的医療保険の加入者は、全人口の約92%、民間医療保険の加入者は約7%である。また、公務員は国の仲介で民間医療保険が利用できるようになっている。疾病保険の金額は、所得により差があるが、概ね所得の14%程度である。

公的医療保険の加入者は、診察カードの提示により限られた自己負担を支払うだけで基本的な医療費の支払いは不要である。自己負担分は上限が定められており、最大で年収の2%となっている。慢性の疾病の場合は、上限が1%となっている。また、被保険者のうち低所得者と18歳以下の者は自己負担が免除であり、全体の約3分の1を占めている。

高額所得者が利用している民間医療保険は、概して医療費

が高い。例えば、民間疾病保険の加入者は、入院する時に1人または2人部屋に入ることができるが、公的疾病保険に比べて料金が高く、割増金は6～7%に及ぶ。しかし、これにも上限があり、通常は2.3倍、重症の場合でも公的疾病保険の3.5倍が最大となっている。

### 3. 国家経済に及ぼす影響

ドイツにおいて健康づくりに関わる領域は巨大な予算規模であり、国家経済学的視点からも重要な役割を果たしている。通常、世界の経済的先進国といわれる国々では、殆ど例外なしに健康づくりに関わる産業の就労人口は上位に位置づけられている。ドイツの国民総医療費は毎年増加しており、その伸び率はドイツのGDP（国民総生産）の伸び率を上回っている。もし、このような状況が恒常的になると、ドイツは近いうちに財政破綻に陥ることになる。一方で、疾病保険制度に支えられた健康産業が巨大な就労市場を形成していることもまた事実である。ドイツでは、就労者している国民の9名に1名がこれらの市場に関わっているのである。

医療費の内訳をみてみよう。1960年には、国民1人当たり平均で150ユーロ（約2万1千円）であった。これが2000年には、2800ユーロ（約39万2千円）となっている。つまり、最近の40年間で医療関係費が国の総予算に占める比率は、4%から11%へと増大した。つまり、負担比率がほぼ3倍となったのである。さらに、健康を保持する為には、社会的健康として健康インフラによる下支えが必要で、高齢化に伴いその費用も確実に増大している。これには、人々がどのような生活様式を取り、社会の保健福祉の標準がどのようなレベルであるかが関係してくる。

もちろん医学の進歩は人間の寿命を引き伸ばすことに貢献してきたが、一方でただ死を引き伸ばすだけで、本当の治療ではないというような側面があることも知らなければならない。現代では、経済的先進国においては、人々の約9割が56歳以上生きることができるが、100年前ではこの比率はたったの5%であった。実は、このように寿命が延びたことは、生活条件（栄養摂取・衛生等）の改善によるものが殆どであり、医療的な処置の寄与は少ないのである。

ドイツでは高齢化社会を迎え、疾病保険の財務内容は悪化する一方である。20世紀末でドイツ国民の20%以上が何等かの慢性的疾病（主として生活習慣病）であり、これに起因して医療費が増大している。2020年までに国民の年収の14%（1994～2004年の平均）から20%へ増大し、更に2030年には年収の30%になるとまで予測されている。これは、疾病保険の財政破綻を意味している。このような状況は、日本のおかれている状況と酷似している。重要なことは、国民の20%を占める慢性疾患の患者が国民総医療費の80%の支出を占めているということである。

この事実は、ドイツ経済に社会構造的なインパクトを与えている。前述したように、健康づくりに関する産業は、就労

マーケットとしてドイツ最大であり、約420万人が仕事に従事している。主たる従事者は、看護師、介護士、ヘルパー、技術者及びシフト労働で治療に従事する人々である。1970年に較べると関連従事者は2003年で3倍に増大している。経済的規模は既に自動車産業を超えており、名実ともに国の最大産業となっている。

### 4. 健康医療を取り巻く問題

ドイツでは、医師として20年間開業している人間に、その間適切な専門的研修を受けたかどうか、或いは個々の病院の質がどのように異なるかなどの議論は、殆どされてこなかった。一度医師の資格を取り、この制度に乗ればあとはそのままなのである。ドイツは、日本程ではないにしろ、依然として財政的に危機的な状況にある。特に大きな問題となっているのが、保健医療制度である。工業時代の終わり頃から疾病保険料を支払う側と保健医療サービスを提供する側との格差が開き、医療関係者の多くが不当に取得する年収と支払い側とのバランスが取れず、慢性的な財政危機的状況を引き起こしているのである。

本来ドイツでは、自立していない人々の数は減少しつつある。また、社会の発達と人件費の比率問題も多く産業領域では安定している。ちなみに他の領域の産業では、基本賃金は継続して上昇しているが、GDPの上昇比率よりは低く抑えられており、GDPに占める割合は均衡が保たれている。これに対して健康づくりに関わる産業では超過状況にあり、1970年にGDPの6.1%であった疾病保険料は、1998年には7.8%にまで上昇した。

ドイツには現在約400万人の失業者がおり、国家財政的には失業率の増大により大幅に税収（歳入）が不足してきている。2003年に23%であった60歳以上の総人口に占める割合は、2040年までに35%にまで達すると予測されている。これらの問題は、疾病保険の収支が更に悪化するという決定的な要因である。また、最近の傾向として、高額所得者が義務付けられている連帯保険に加入しないで民間の疾病保険に入っているということも問題である。

また、医師数の過多も問題である。これが地域医療において過剰な支出を引き起こしている。1980年には、地域の保険加入者452人に対して1人の医師であったが、2000年には282人に対して1人となった。医師が供給過剰の状態でありながら、いまだにドイツの開業医の年収は高い。独立している開業医は、経費を差し引いても年間8万5000ユーロ（約1250万円）、専門医（整形外科医等）は平均12万ユーロ（約1800万円）の年収を得ているのである。この数字をみる限り、開業している医師や専門医の3分の2はこれより高収入であり、今後もその状況が続くといえる。

さらに、度々指摘されているのが、病院における経費の増大である。今日現場では常に高額な費用のかかる技術が応用されている。しかしながら、必ずしもそれに見合った効果は

伴っていないといわれる。つまり、費用対効果でみると、医療的ケアの水準は大変高いが、効果はそれ程でもないということである。また、ちょっとした健康障害（未病）でも、疾病者として扱うようなことが多々ある。つまり、病院が自ら人々の病的な状況をつくり出し、同時に医療システム自身が病的な悪の連鎖に陥っているのである。こうして、病院、クリニック、医師、健康政策立案者のリーダー達は国民から信頼を失ってしまっている。

最近では、薬剤の濫用も問題になってきている。専門家によれば、ドイツの薬物中毒者は120万～150万人であり、薬物中毒は社会における第二のドラッグの問題となっている。例えば、人工透析患者の25%以上は鎮痛剤の誤用によるとされている。ドイツでは、医療費から毎年約230億ユーロ（約3兆4000億円）以上の額が薬剤投与に支出されており、この数年で12万人の開業医が処方する以上の薬が、店頭で売薬として販売された。また、1990年以来新たに認可された1000種の新薬のうち、患者に投与されているのは僅か15%のみという状況である。これに関しては、医者と密接な関係にある製薬会社の責任も大きい。統計によると、ドイツでは1万5000人の製薬関係者が開業医に対して年間平均170回訪問し、自社の製薬の利点についてプロモーションしているとのことである。

## 5. ウェルネスへの展開

ドイツを含む西欧の国々は、現在、脱工業社会へ大きな変貌を遂げている。これらの社会構造の変化は、保険制度にも大きな影響を与えている。これは、制度の自立性、ビジョン、構造、文化、方法論、姿勢、思想、行動全ての領域に渡っている。振り返れば、ローベルト・コッホとルドルフ・ヴィルコワの時代と現代では、疾病に対する取り組みの状況は大きく変化した。当時のような感染症にかわり、慢性の疾病や身障者の問題が大きく社会的な意味をもつに至ったのである。

当時の貧困による疾病は、近代医学により解消することができた。このことは、何を意味するのであろうか？社会の変化に合わせて、伝統的な旧式の保健医療制度を根本的に改革する必要があるということである。現体制による疾病保険料の急速な増加は、一部の人々にとってはもはや負担することが不可能である。

現在、国民保険という考え方が提案されている。これは、高額所得者を含めた全ての人に加入を義務付けるものである。この保険制度では、従来よりも自己負担率が高くなり、健康について個人ひとりひとりが今まで以上に自己責任というものを要求される。しかしながら、自己責任による健康維持を基本にしなければ、本当に生命の危機に瀕している人に対する医療処置を行う余力は残されないことになってしまう。

「自己責任」ということに関しては、既に青少年期から身体的なケアを行う必要がある。「予防医学」こそ、今ドイツで最も重要なスローガンであり、国民の健康を維持するためには、予防医学的視点に立ったプログラムが生涯を通して行わ

なければならない。これらを表現する明確な言葉が「ウェルネス」である。ウェルネスとは、自己の生活適応能力を高めるために、食生活・身体活動・休養等をバランスよく生活に取り入れ、生活習慣の改善を促し、自分自身に適合したライフスタイルを確立することであり、疾病の有無にかかわらず、生きがいをもってよりよい人生を送るために、自分自身の生活の質と主観的健康観を高めようとする積極的な生き方を意味する。

また、これらは今までのように行政中心の画一的なものではなく、家庭を中核に、行政・企業・学校（教育機関）のトライアドに地域のNGO、NPO、ボランティアやクラブ等と加えた複合的な枠組みの中で構築されてゆく必要がある。つまり、地域特性を活かし、共に栄え、共に生きる人間性豊かな健康文化社会の確立を目指すものである。

## 6. ウェルネスの具現化

ウェルネスの視点が主流となるなかで、保健医療に関わる様々な分野においても以前は疾病保険で賄われていたことについても、徐々に自己負担の割合が増えつつある。それは、病院での治療に対する負担の増加だけでなく、特に周辺医療として捉えられていた保養の分野においても自己負担が原則になりつつある。ドイツでは、保養とは、従来「クア」と呼ばれ、自然の豊かな地域に移り気候風土の異なる土地で治癒力を高めることを目的とし、治療にかかる費用及び1週間～2週間の滞在費用がほぼ全額疾病保険で賄われていた。

しかしながら、現在は保険による補助は削減される一方で、健康づくりや保養のための滞在費用は、特別の場合以外は保険適用とはならず、適用の場合でも患者は1日当たり一定額を負担する必要がある。国家や行政による健康の保持から自己責任による健康の保持への発想の転換プロセスはドイツにおいて着実に行われつつあるといえる。保養の分野でもウェルネスやレジャー指向が高まっており、もはや「クア」という言葉も死後に近い状況である。

また、国民の方でも、健康について自らその費用を負担するという心の準備ができつつある。これと同時に、保養地の施設も大きく変わり始めた。保険が適用されていた時代と要求されるものが異なってきたからである。保険が適用され、治癒のための保養が重視され時には、滞在者の宿泊は相部屋が基本であった。今日ではそのようなことはなく全て個室である。つまり、自分でお金を払って保養に来る人々のニーズに対して常に対応する必要が出てきたのである。

多くの健康保養施設は、自ら巨額の投資を行い、新しいウェルネス時代に対応した施設の整備を始めている。経営を成り立たせるためには、常に新しいニーズに対応していかなければならない。これらの変革は、ソフトウェア、ハードウェアの両側面において進行し、当然のことながらヒューマンウェアにも及んできている。今まで理学療法士による施術一辺倒であった領域に、新たにウェルネス活動（自発的健康づく

り活動)に対応した職種が生まれてきたのである。具体的には、予防医学とウェルネスの専門知識を有したトレーナーである。

これらの新しい職業は、健康づくりの新しい方向性を示している。それは、今までのように〇〇すべきであるという義務的な制約から出た行動でなく、〇〇したいというような自由意志に基づくとともに、楽しみながら健康になること、即ちジョイ・オブ・ヘルスを通じて、ジョイ・オブ・ライフをもたらすような哲学に裏付けられた行動である。

## 7. 地域における取組みの事例

### ～アーレン・リーメステルメ～

アーレンは、州都シュトゥットガルトから東へ約70km離れた所にある町で、人口は約6万5000人である。長い歴史をもつ町であるが、近世には鉄鉱業の町として栄え、最盛期にはドイツでも有数の鉱山都市となっていた。しかしながら、鉄鉱石採取が減少し、町の経営は危機的状況となった。そこで1970年代後半に、その周辺の良好な自然環境に着目し、健康保養都市として生まれ変わろうと新たな試みを始めた。

保養都市として必須の自然環境整備や町の基盤整備をすすめるとともに、町の郊外各所で温泉の試掘を行った。1979年に143日を費やした末、地下約650mの1万2000～4000年前の石灰質の地層から温泉水が発見された。毎秒7.31、泉温36.4℃の温泉を2本掘り当てたことにより、新しい町づくりはスタートを切った。地域住民にアンケートをしたところ施設整備の要望があった。また、財政面の問題を解決するために、住民(約1万4000人)から出資を募ったところ、全体で750万ユーロ(約10億円弱)が集まった。さらに、アーレン市から約10億円、州から多少の補助があり、総額1400万ユーロ(約20億円)の予算が確保された。

この資金により健康保養都市づくりの核施設として温泉を活用したクア施設整備にとりかかり、源泉から約400m離れた丘陵部の中腹にテルメを建設した。住民からの出資が半分を占めるため、出資者への還付義務は重要であり、経営状況・方針等は出資者である住民に説明し、経営内容を公表している。

収支計画における事前評価では、最低1日入場者は1000人がベースとなっている。入場料は平均して1人7～10ユーロ、1日7000～10000ユーロ(約90～130万円)程度の売上げを見込んだ。1985年より営業が開始され、2年前からは段階的な値上げにもかかわらず1日入場者数は1000人台を確保している(図1参照)。入場料については、現在のドイツの代表的なテルメ14ヶ所の収支状況の分析によると、その平均は、7.5ユーロ程度で入場者数が安定するという統計結果になっている。利用圏は半径60km以内に住民約50万人としており、原則として年中無休(例外として利用者が少ない7月に2週間の保守点検期間がある)である。又、付設したホテル客からの利用も一定の比率を占めている。

これまでの経験からすると、このような温浴施設の運営が成り立つためには、土地の提供、公的補助による施設整備などが前提として必須である。また完全な株式会社の方式でのマネジメントは難しく、通常20年ぐらいで改修等のコストがかかるため、新たな投資が必要となる。本施設は、今迄に数回のメンテナンスをしながら運営を維持しており、現在のところ運営収支は黒字になっている。しかし、経営的な危機があった時には、サービス営業権を行政が買い上げ、そこからの収益を再び還元するという措置を取ることで切り抜けた。

スタッフはフルタイムワーカー、パートを合わせて約50人であり、これを全てフルタイムワーカーに換算すると25人である。事務スタッフや監視員の他に、専門家として理学療法セッションに理学療法やウェルネス活動の指導等の専門知識をもったスタッフが7人、運動浴指導士が2人いる。ハンディキャップのある人については、重度障害者以外特別なつきそいがなくても自由に利用できる。また、リハビリをしている人や糖尿病等の患者についても同様である。

本施設はフライブルク大学の温泉専門家による調査では、温泉の緊張をとるリラックス効果、関節炎・リュウマチ等にも有効であることが報告されている。温泉の水質の内容だけでいえば、本施設より優れた水質の施設もあるが、施設のデザイン・形態や運営全体、すなわちハード、ソフト、ヒューマンウェアをシステム的にみると、本施設はヨーロッパの中でも模範的な事例と位置づけられる。ドイツも我が国と同様、超高齢化社会へと移行しており、高齢者が利用しやすい本施設はニーズに対応しているといえよう。

但し、最近の傾向として20～30代の若い世代の週末の利用が増加してきている。これは、アーレン市内や周辺に若者向けの施設があまりないことが原因と思われる。当初は、若者とその他の利用者とのコンフリクトが懸念されたが、一般利用者の方で週末を避けウィークデイに訪れる傾向があり、今のところ大きな問題にはなっていない。

利用者の平均利用時間は、3時間入浴(2～2.5時間の入浴+着替え等0.5～1時間)である。最短では1時間半のコースもある。利用者は主に次の2つの施設を利用する。

#### <プール主体の利用者>

プールはセラピー中心の浴槽が2つあり、体操などの理学療法やマッサージを行う浴槽とグループでの水中浴や運動浴を行う浴槽に分かれている。セラピープログラムなどグループ利用が効率よくできるよう、水面の面積とともに周辺部分(フリンジ)の面積をとり、ゆとりをもって活動できるようなデザインとなっている。水温は屋内で34℃、屋外で35℃に調整している。別にあるホットタブは36℃に設定されている。

また、クナイプ式療法の施設やマッサージジェットも整っている。本来クナイプ療法は温冷交互浴がその中心原理で、手足を冷水、温水に交互に浸すことで血行を促進するなどの効用があるが、その効用があまり理解されていないこともあり、この施設を利用する人は少ない。

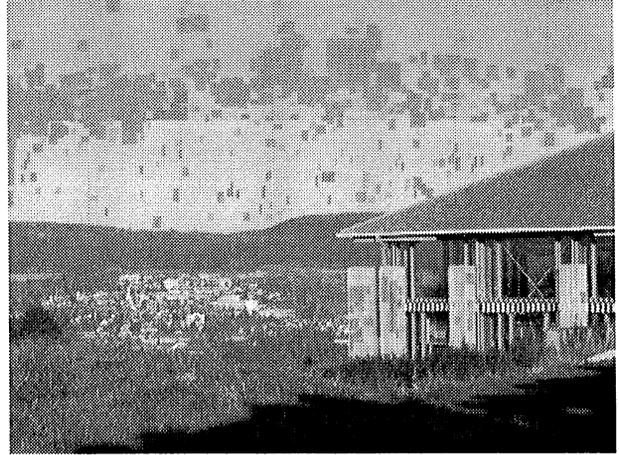
〈サウナ主体の利用者〉

サウナはフィンランド式サウナ（全裸）、テキスタイルサウナ（水着着用）がある。3箇所設置された着衣サウナが人気である（温度は約70℃、1回20分程度）。また、1998年に追加整備された90℃の高温サウナ専用室がある。この

部屋はパノラマサウナと呼ばれ、広く、展望の良いところにつくられており、窓からの眺めが良いため現在人気があるスタイルとなっている。着衣の必要はないため、光学的ハザード（照明の工夫やフィルターなど）により外から内部が見えないような工夫を施している。



日当たりのよいプール周り



展望のよい休憩室

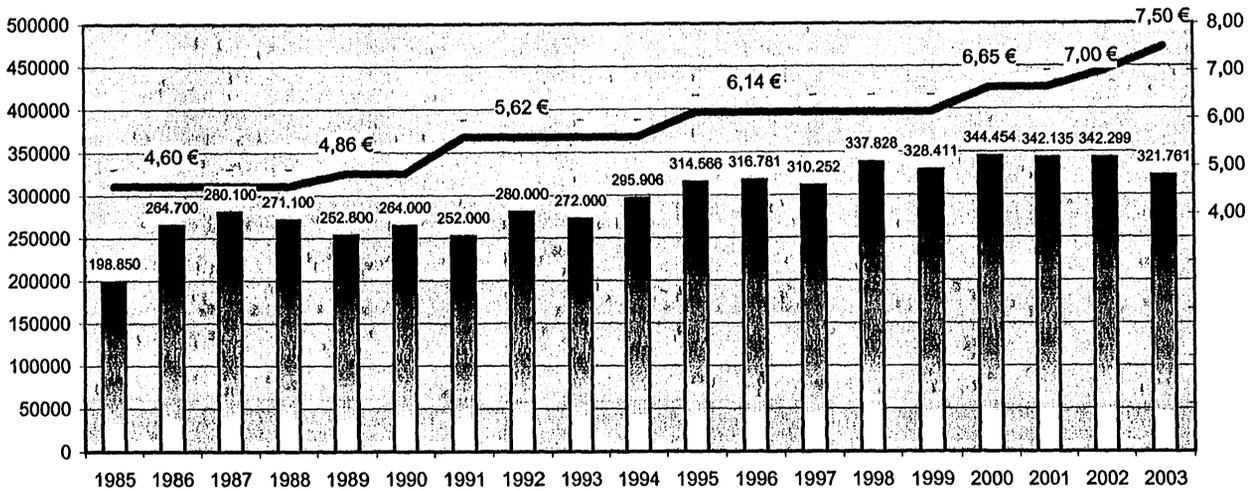


図1 総入込み数と入場料の推移