

デンマークにおける医療保障の危機

米 林 喜 男

(順天堂大学医学部助教授)

はじめに

デンマークにおける医療保障の特色は、福祉サービスともども、そのほとんどが税金によって賄われており、ほとんどの国民がこれらのサービスを無料で受けることができることと、その管理運営が県や市といった地方自治体の手によって行われているという点にあるといえよう。しかし、近年の失業者の増大に象徴される—1970年代から80年代にかけてその数は約30倍以上にも増加—¹⁾ 経済状況の悪化は、国および地方自治体に財政危機をもたらし、多くの自治体では大幅な財政規模の縮小を余儀なくされた。ちなみに、デンマークでは県や市の予算の約半分が病院の管理運営費となっている。²⁾ こうした状況に加えて、後期高齢者の増大³⁾ にともなう医療福祉需要の高まりは止まるどころを知らず、デンマークのような高度福祉国家にも、しだいにかげりが見えはじめています。そこで、まずはじめにデンマークの医療保障の現状について簡略に紹介し、次いで昨年頻繁におきた病院紛争の実態⁴⁾ と民営病院開設の動向⁵⁾ を中心

に、混乱するデンマーク医療の実情の一端を述べてみたい。

1 医療保障の現状

デンマークでは、1973年に無拋出の完全な医療保障制度が導入され、全ての国民に対して、家庭医および病院の治療は、医師がそれを必要と認めた期間は原則として完全に無料となったのである。病院はそのほとんどが県立病院であるが、小規模な非営利の私立病院も若干存在する。しかし、これらの私立病院も大部分が自治体と契約を結んでおり、医療従事者の報酬は県立病院と同じである。また、病院に勤務する医師の大部分は公務員であり、これらの勤務医の約3分の1がコンサルタントと呼ばれる専門の上級医師で、残りの約3分の2はコンサルタントの指導のもとに卒後の教育訓練を受けているジュニアドクターと呼ばれる下級医師である。なお、デンマークでは、医師資格取得後、どの専門領域でも、最低5年6ヵ月の間、病院内で有資格の専門医の下で働きながら学ぶことが義務づけられている。また、家庭医（デンマークでは家

庭医も専門医のひとつとなっている) の場合は最低2年間病院で教育訓練を受けたのちさらに一般診療および社会医学のコースを修めなければならない。

一方、コンサルタント(上級医師)は、限られた範囲で、私的な診療を行うことが許されている。

薬も完全な医薬分業が行われている。病院では入院患者の薬は全て無料であるが、ただ外来と在宅の患者については、薬の必要性の度合いに応じて医師の処方箋にもとづき、それぞれ75%、50%の割合で県の保険局から薬局宛に支払われる仕組みになっている。

医療給付を受ける国民は大きく2つのグループに分かれている。第1のグループは、無料の一般開業医による診療、病院医療、一部負担をともなう歯科診療、薬剤、物理療法等を受ける。このグループを選んだ者は、一般開業医の中から家庭医を選び、その家庭医に少なくとも1年間登録しなければならない。すなわち、家庭医は1年間に変えることができない仕組みになっている。病院や開業専門医での診療は、この家庭医の紹介のもとに行われる。第2のグループは、無料の病院医療、一部負担をともなうその他の医療サービスを受ける。このグループは、家庭医を決める必要はなく、自由に一般開業医や開業専門医を選ぶことができる。ただ、病院での診療は一般開業医や開業専門医のもとに行われる。また、この第2グループには、医療の特別料金が適用され、第1グループに適用される標準料金との差額は各自が負担しなければならない。

ちなみに、この差額は、医療費の約3分の1である。なお、この第2グループの患者は一旦費用の全額を支払い、後から費用の3分の2の償還を受けるという、いわゆる療養費払い方式がとられている。

現在、約95%の国民が第1グループに属し、残りの約5%が第2グループに属している。かつては、このグループ分けは、一定所得以下の者が第1グループ、一定所得以上の者が第2グループというように、所得によって行われていたが、今日では、全国民が所得に関係なく自由に両者を選択できることになっている。このようにデンマークの人々は、医療サービスの受給に関しては、貧富や年齢の差にかかわらず全く同等の機会が与えられている。したがって、デンマークではわが国のような差額ベッドや付き添い看護料といった問題はまったくみられない。デンマークにおける医療サービスの利用に関する唯一の基準は現在迄のところ、医師の医学的判断のみといっても過言ではない。1983年現在の医療従事者数は病院勤務医(Doctors) 7,797人(看護婦(Nurses) 19,966人 准看護婦(Staff with other nursing training) 18,794人 一般開業医(General Practitioners) 2,900人、開業専門医(Specialists) 750人、開業歯科医(Practising dentists) 3,387人、学校歯科医(School dentists) 1,400人となっている。なお、人口10万当りの医師数は236である。⁶⁾

一般開業医は、そのほとんどが第1グループの家庭医である。一般開業医は、開業歯科医等とともにいわゆるプライマリ・ケア

を担当するが、通常2～3人で共同開業していることが多い。また、一般開業医の大部分は、登録人头払いによる報酬と出来高払いによる報酬を受け取る。その割合はそれぞれほぼ2分の1ずつである。なお、コペンハーゲン市の一般開業医は登録人头払い方式のみで報酬を受け取る仕組みになっている。また、開業専門医は、診療件数に応じた各診療行為別に定められた定額料金の支払いを受ける。

デンマークの場合、総医療費の中では病院医療費の占める割合が大きい。しかも、その半分は65歳以上の老人が使用している。⁷⁾デンマーク内務省は1983年にはっきりと脱病院化政策を打ち出した。一方、保健庁の老人医療政策も、病院からナースィングホームへ、さらには病院やナースィングホームから家庭へという方向を打ち出し、保健医療サービスと社会福祉サービスを連携した在宅ケアを重視するという政策の遂行が開始されている。ちなみに、老人1人1日当りの費用は、病院の場合、1,500クローネ（約30,900円）ナースィングホームの場合700クローネ（約14,420円）、在宅ケアの場合150～200クローネ（約3,090円～4,120円）で、在宅ケアの拡大は、医療費抑制のためにも、きわめて重要な政策であると考えられている。

しかし、医療・福祉は基本的人権にかかわる問題なので、一度達成したレベルを下げたり、変更したりすることは、なかなか国民が納得しないという性質をもっている。今日のデンマーク医療の混乱も、あるいはこうした点にその原因があるのかもしれない。

い。

2 オデンセ病院の大紛争

1. 紛争の発端

1986年には、予算の大幅な削減によりデンマークの多くの病院で混乱と紛争が生じた。なかでももっとも大規模な紛争は、フュン島のオデンセ市にあるデンマーク最大の病院オデンセ病院の紛争であった。

1986年の1月の初めにオデンセ病院の管理者たちは、まず、職員の数はそのままにしておいて、いくつかの内科病棟の患者の数を増やすことを決めたのである。その結果、あまりにも人手が足りなくなったために、ベッドの患者の世話や患者に飲み水を与えることも充分にはできなくなってしまい、身動きのできない患者は、そのままベッドに放置し、滴下装置で給水をさざるを得なくなってしまった。さらに、病室が一杯になってしまったために、廊下・浴室・休憩室をはじめ、事務室にまでベッドを置かなければならなかった。こうして最初の紛争が始まったのである。

さらに管理者たちは2,800万クローネ（約57,680万円）の予算削減計画を樹立した。

この削減計画の内容はおおよそ次のようなものであった。

がん患者に対する一時的抑制のための放射線照射の中止、清掃・リネンの外注、職員の新規採用の停止、手術（急患を含む）は1日8時間以内にする、文献・定期

刊行物の講読中止等。

このように、予算を削減するために治療や職員の必需品をはじめ清掃やリネンの費用まで、切り詰めなければならなかったために、医学的に正当な治療が行えなくなったばかりか、労働条件も極端に悪化した。その結果、1986年5月には職員たちは2回目のストライキに突入したのである。なお、オデンセ市には、当時、6ヵ月以上の入院待機者が5,500名以上もあり、この数は他の地区と比べてもはるかに多く、マスコミはこぞって、このストライキを大きく取りあげたのである。

このストライキを契機に、病院の管理者側は、経費削減計画の立案については、あらためて職員の代表と協議することを約束した。そして協議の結果、次のような内容の削減案が取りきめられたのである。

2. 前立腺、切迫流産、白内障、股関節脱臼の手術中止

管理者側との取りきめによると、入院患者の数を制限するとともに、各科の希望に応じて患者の治療に優先順位をつけることがきめられた。このために、入院待機者のリストは異常なまでに長くなってしまった。たとえば泌尿器科では、がんの手術を最優先にして前立腺肥大症の手術は、延期されることになった。この結果、前立腺肥大症の患者はカテーテルを持たされて自宅療養を余儀なくされてしまった。産婦人科でも、子宮脱の患者の手術は中止されてしまった。眼科では、緑内障、白内障、斜視、涙腺炎

などの手術ができなくなり、耳鼻咽喉科でも鼻の矯正や慢性中耳炎の手術はあきらめねばならなかった。そのために耳鼻咽喉科への入院を待っていたある患者は、慢性中耳炎のために脳に膿瘍を起こして、死亡してしまった。

整形外科では、股や膝の手術をはじめ、骨折、先天異常などの手術もできなくなった。老人病科でも、運動器官の関節症や他の病気の治療を中止せざるを得なくなった。形成外科では、皮膚の良性腫瘍や先天異常の手術と外傷や手術跡の形成や乳房の再形成はできなくなった。

3. がん患者の治療は

削減対象から除外

マスコミがもっとも大きな問題として指摘したのは、回復の見込のないがん患者の治療を中止したことであった。この問題については、マスコミが余りにもセンセーショナルにとりあげたために、ついにはがん患者の治療については経費節減のための労使契約の対象外とせざるを得なくなったのである。

4. 紛争の拡大とその波紋

1986年の夏には、ローラン島のマリポー市の病院でも職員がストライキに突入した。それは、県当局がレントゲン部門と麻酔部門を廃止し、外科と内科の規模を縮小しようとしたことに対する抗議であった。もし、この縮小計画が実施されるとマリポー市で

は急患の外科的処置が出来なくなり、患者をニケーピング市の中央病院まで、救急車で搬送しなければならなくなってしまうからである。このように、自治体によっては、公立病院の縮小ないしは廃止とともに、救急態勢の縮小も計画されはじめている。それは、病院がなくなれば救急車の必要もなくなるといった単純な発想にもとづくものであるが、労働組合の一部では、事故が発生した場合、50kmも離れた救急施設に怪我人をタクシーで搬送しなければならなくなると、職場での事故による死亡率が高まるのではないかと危惧されている。

1986年の秋には、コペンハーゲンにあるいくつかの病院でも、騒ぎが起りだした。ここでも問題点は、経費節減と職員の労働過重であった。そして、その結果、職員の病気による欠勤が多くなり、いくつかの大病院では、職員の80%が同時に欠勤したこともある。

5. 病院経営の新たな動き

デンマークでは、最近、一部の政治家や病院管理者の間に、病院経営にマネジメントと保健経済性という新しい概念を導入しようとする動きがみられる。オデンセをはじめとするデンマーク各地の病院でも、経済的責任を、各科に負わせようとしている。これは、大幅な経費削減についての管理責任を病院の管理者たちではなく、各科の職員に負わせることになり、その結果、職員同士の間で深刻な摩擦が起きはじめている。たとえば、職員が、管理者側の意向

に添って病院に留まるグループと、逆に退職していくグループとに色分けされる病院も出てきている。

保健経済性は、病院経営の企画立案の方法として導入されようとしている。患者の治療方法と責任者は、経済的見地からきめられることになろう。医師の養成コースにも、保健経済の科目が設けられはじめており、オデンセ大学の保健経済学部では、患者の治療と病院経営を、経済的な見地から計算判断できる病院経営者の養成を開始している。ちなみに、この保健経済学部は医療産業界の資金援助で設けられたものである。

3 民営病院開設の動向

1. デンマーク医療の2つの privatization

デンマーク医療の民営化への胎動には、大きく分けて2つの形体がみられる。すなわち、そのひとつは public privatization と呼べるもので、これは、個人またはグループで相当大きなクリニックを運営している一般開業医または開業専門医による民営病院開設への動きである。もうひとつの形体は完全な private privatization で、公的な疾病保険からは何の支払いも受けない自由診療の動きである。

開業専門医のなかには、患者が麻酔の処置を受けてから、専門医がすぐに駆けつけられる範囲にある都市の、ペンションや、病院に入院できるような、ミニクリニックを開設しようと努力しているものもある。

しかし、多くの場合、開業専門医の行なう処置は、病院の救急部門で受けることのできる種類のものである。

一方、開業専門医の一部は自由診療を行っているが、かれらは、公立病院への入院待機リストが長くなることによって利益を得ている。また、病院勤務医のなかでも、コンサルタントと呼ばれる上級医師の多くは、アルバイトとして、個人的な自由診療を行っている。かれらは、勤務先の病院の機器を利用して、自分の患者を治療しているのである。また、上級医師のなかには、所属病院の救急病棟に患者を受け入れることをことわりながら、一方では、患者さえ条件をのめば上級医師の個人的な診療が、すぐに受けられるようにしているケースもある。1986年になって、いくつかの県では、上級医師によるこのような個人的診療活動の制限を始めている。

2. 民営病院設置の動き

1986年に、デンマークでは本格的な民営病院を設置しようとする動きが2件みられた。

ひとつは、コペンハーゲン市に居住している教授の資格をもつ一人の上級医師が、匿名の医師グループの協力を得て、コペンハーゲン市の北に民営の病院を建設しようとしたものである。このプロジェクトに要する資金は入院予定の患者に一株ずつ出資させることと、ある大手の建設会社から借り入れをすることにより、調達されることになっていた。また治療に要する費用は、

さまざまな保険を利用して支払いを受けることが考えられていた。しかし、この計画は、出資可能な患者を十分な数だけ集められなかったことと、病院の建設予定地がNATOの空軍基地のすぐそばであったことから、デンマークの環境保護法の規定に抵触する点も出てきたために結局立ち消えになってしまった。デンマークの環境保護法によれば、騒音発生機関（空軍基地）の500m以内に居住施設（病院）が建設される場合には、騒音を発生する側が費用を負担して騒音調査をすることが義務づけられている。従って、この場合、デンマーク政府が約50万クローネ（約10,300,000円）の調査費を負担せねばならなかったかもしれないのである。

民営化のもうひとつの動きは、一旦廃止された公立病院を、民営病院として再生しようとするものである。これは、ある医師グループとある公立病院の前事務長のイニシアティブのもとに、シュトランド半島中部のアーベルトフト公立病院を、外国人用の民営病院にしようとしたケースである。アーベルトフト病院は、県の病院施設計画が変更されたために廃止されることになっていたが、病院職員の雇用を確保するために、富裕な外国人患者を対象とする民営病院に変更しようというアイデアが生れたのであった。そして、この考えがさらに発展し、入院待機リストが長くなることで悩んでいるデンマークの各自治体がこの病院の治療サービスを、有料で利用することが考え出された。また、個人でも希望すればこの病院の治療が受けられるようにするこ

ともあわせて考えられている。公営病院を民営にするというこのプロジェクトは、雇用を確保するためもあって、エーベルトフト市議会の支持も受けている。しかし、目下のところエーベルトフト病院は公立のまま、民営化の計画はその後進展はしていない。

3. 民営の整形外科および対外受精クリニック

コペンハーゲン市に居住する2名の医師が昨年共同で患者が治療費用を負担する整形外科クリニックを開設した。このクリニックには10名程の患者が収容でき、手術を受けた患者が入院できるようになっている。手術料は、たとえば乳房の整形で1件約1万～1万5,000クローネ（約206,000円～309,000円）、ヒップの整形で約5万クローネ（約103万円）である。

また、コペンハーゲン市のある産婦人科医師が、体外受精専門のクリニックを開設した。ここでは、結果の成功、不成功にかかわらず1件当たり25,000クローネ（約515,000円）を患者あて請求している。また、全額自己負担の超音波診断を行うクリニックもコペンハーゲン市に、開設されている。

入院待機リストが長い地区では、特別な看護を必要としない患者がいる場合、患者側が治療費を負担する形のクリニックを開設したいという要望が医師側にみられることから、この種の民営クリニックを開設する動きは今後も続くものと思われる。ちなみに、デンマークでは、ヒップの整形を公

立病院で受けようとする、どこでもたいして2年以上は待たされることになっている。

まとめにかえて

脱病院化政策がデンマークでは、成功しつつあるのか、それとも混乱をもたらしたただけなのか、今の所ははっきりとした結論を出すことはできない。しかし、入院患者総数（1970年／40,100人、1983年／37,900人）にしても、平均在院日数（1970年／18.1日、1980年／11.9日）⁹⁾にしても、あるいはまた、国内総生産に対する総医療費の割合（1982年／6.9%、1984年／6.3%）⁹⁾にしても、数字の上では、しだいに脱病院化政策の効果があらわれはじめた兆しがうかがわれる。しかし、一方では、入院待機者のリストが異常なまでに長くなるなどの矛盾もみられる。こうした病院の混乱と危機を招いたのは財政が逼迫したことがもっとも大きな理由であるが、デンマーク政府は早くから金のかかる病院医療からの脱却を目指しており、中小都市における病院の整理統合と病院の中央化の推進は多少の混乱はともなうものの結果として、自然の成りゆきであったかもしれない。しかし、今少しの間、動向を見きわめる必要があるものと思われる。

注1) DENMARK, Total public expenditure on social welfare and health : Statistiske Efterrentninger 1983

2) 『デンマーク・スウェーデン・オラ

論文

- ンダ・フランスの医療保障制度の現状と動向』第5回外国医療問題研究調査団報告健康保険組合連合会 1982年12月15頁
- 3) 老人医療・長寿へのアプローチ「デンマークの老人医療」米林喜男 日本医師会雑誌 昭和59年6月15号カラー図説
- 4) 『Kaos och konnflikter i besparingar nas spår』Jasper Jørgensen, MOTPOL 1986年8月 p.16~19
- 5) 『Bakslag för privatsjukhus』Av Jesper Jörgensen. MOTPOL 1986年8月 p.19~20
- 6) DENMARK Persons employed in health sector. Converted into number of full-time employees Medicinalberetning, Dansk Tandlægeforening og Redegerecise for udbygningsplaner 1983
- 7) 『北欧諸国・フランスの老人医療政策と中間施設・在宅ケアの現状』第8回外国医療問題研究調査団報告, 健康保険組合連合会 1985年12月38頁
- 8) Measuring Health Care 1960-1983 OECD Paris 1985
- 9) Financing and Delivering Health Care OECD Paris 1987