

最近のスウェーデンの医療保障とその研究

丸尾直美
益村眞知子

1 最近のスウェーデン経済と福祉改革の背景

スウェーデンでは1990年代に入ってから、福祉関連の政策がいろいろと変化した。

多くの制度・政策に大きな変更があったのは、1つには政権が変わったという政治的理由からである。特に1991～94年9月の保守中道政権のもとでは、新自由主義的政策観の影響がかなりみられ、従来の福祉国家路線が相当、軌道修正され、民営化、規制緩和、市場と競争原理の重視、福祉政策と教育政策の「改革」、積極的雇用政策の後退等が見られた。政策が大きく変わったもう1つの理由は、1930年代以来といわれたスウェーデンの経済危機である。経済成長率が1991年、1992年、1993年と3年続きのマイナス成長になった。福祉国家の2大柱の完全雇用政策と社会保障もこの時期に後退した。第2次大戦後、完全雇用を誇ってきたスウェーデンの失業率が1991年以降、急増して、1992年には5%弱、1993年には8%台に達して、1930年代の世界不況のとき以来の最悪の数字を記録した。1980年代後半に一時改善していた財政収支も再び赤字となり、経済の主要指標が軒並み悪化し、戦後あるいは1930年代以来の深刻な不況とまでいわれた。

このような政治的・経済的環境変化のほか、福祉政策の分野では分権化、規制緩和、民活と競争原理の重視という1980年代以降の政治的風潮と並んで、ノーマライゼーション理念の一層の発展、在宅福祉サービス、福祉における選択と自己決定の重視等の理念の発展も福祉政策に影響した。

2 スウェーデンの医療保障制度の特徴

スウェーデンの社会保障は、普遍主義的であり、サービスの水準も傷病休暇中の給付の水準も高い。医療のパフォーマンスも高く、平均寿命も乳幼児死亡率も妊産婦死亡率も低い。平均寿命は日本、アイスランドについて長く、妊産婦死亡率と乳幼児死亡率も世界で最も低い国のひとつである。

医療供給制度の特徴

スウェーデンの医療供給はナショナル・ヘルスサービスであり、公的な制度が直接に医療サービスの大部分を供給しており、その費用の大半を医療保険からでなく、公費（税金）で賄っている点で、医療供給費の大半を医療保険で賄う日本の社会保険方式とはかなり制度的に違う。スウェーデンの医師数は1990年の資料では、2万8,400人、そのうち民間の医師は4,000人で、

これは全体の14.1%である。診療費用に社会保障財政から支払った支出のうち民間の診療に支払われた比率は、1988年にスウェーデン全国平均で7.3%であった (Johnson, 1995)。ただし、歯科医療は一般医療とはいろいろな点で違っており、民間医師数は半分ほどで、その半数は公的医療保障と提携している。一般医療の分野でも1990年代には、1980年代前半よりは民間医師数の比率が高くなったが、欧米の先進工業国の中では公的部門の医師の比率が非常に高い国である。もっともナショナル・ヘルス・サービス方式といってもスウェーデンの場合、供給主体は国ではなくて大部分、県であり、1992年1月から老人医療サービスの一部は基礎自治体に移管した。

医療費の支払はナショナル・ヘルス・サービス方式の場合、公費が大半であるのに対して、社会保険方式の場合には社会保険からの費用負担が中心になる。しかし、医療費の患者自己負担の比率は社会保険方式でも大きいとは限らない。スウェーデンでは国民医療費の自己負担比率は10%程度であるのに対して、日本の場合には患者の国民医療費に対する医療費に占める自己負担（ただし差額ベッドなどの保険外負担を

除く）比率は12%前後である。

医療費の自己負担

医療の自己負担は、「7 クローナの改革」といわれた改革で、一律7 クローナを自己負担する方式が1980年代前半に導入され、その後、自己負担額は高くなっていった。

公的医療だけでなく民間の医療にも公費と社会保険で費用の大部分が支払われるが、民間の場合のほうが、自己負担が幾分大きくなっている。1991年以降、患者の自己負担は全国一律でなく県によって若干異なるようになった。なお自己負担には上限が決められており、1994年には上限（1年間）は1,600 Krであったが、1995年1月から1,700 Krとなり、同年7月からは1,800 Krに引き上げられることになっている。

スウェーデンの医療の自己負担の方式は歯科治療の場合は一般医療とは異なる。歯科医療は19歳までは無料であるが、20歳以上の場合の自己負担は、1994年9月から変更された方式では図1が示すように、費用が500 Krまでは全額自己負担、501 Krから3,000 Krまでは70%、3,001 Krから7,000 Krまでは60%、それ以上の部分に関しては30%が自己負担となる。

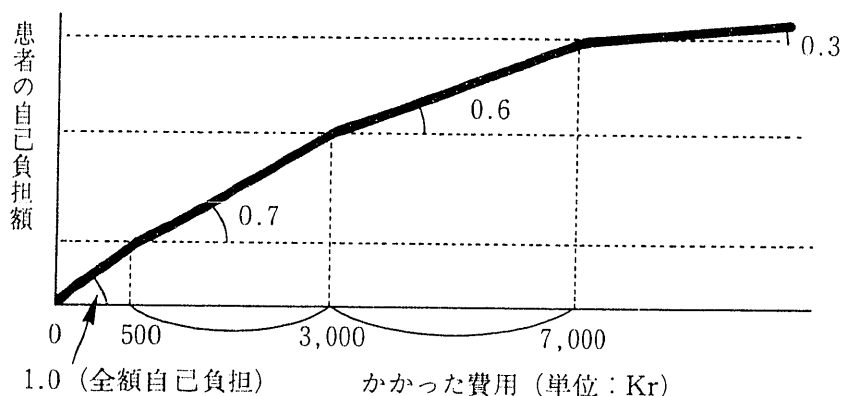


図1 歯科医療の自己負担の方式 (1995年7月1日から全額自己負担の上限が500 Krから700 Krに引き上げられる)

このように歯科医療に関しては若いときの予防の効果を重視して、19歳まで無料にしている。成人に関しては、自己負担費は一般医療の場合よりもかなり高いが、医療費が高くなるにつれて自己負担比を下げていく方式をとることによって、負担が過大にならないように配慮されている。

日本の場合、医療の一元化が政策課題になっているが、ニーズの緊要度と患者の支払能力との関係で自己負担比率に差を設けるスウェーデンの医療と福祉サービスの自己負担方式は日本の医療保険制度改革にも参考になるであろう。

薬剤費の自己負担

国民医療費に占める薬剤費の比率は、1990年の資料では9.5%であり、日本の25~30%に比べれば低い。もっとも日本が欧米水準より高いのであって、スウェーデンの薬剤費比率は普通か幾分低いといえるであろう。

薬剤費の自己負担は薬剤を受ければ、125 Krを自己負担で支払い、それ以上の薬剤処方に対しては一処方当たり25 Krを支払うという方式である。1995年7月から上限を125 Krから135

Krに、追加分を35 Krにする案もでている。

3 社会保険制度と寛大な傷病給付

医療保障には、医療サービスの面と傷病で休む場合の、傷病給付による所得補償の面があるが、傷病給付は、近年、かなり変化した。スウェーデンでは、社民党政権下できわめて寛大な傷病給付が導入されていた。

しかし、寛大すぎた傷病給付は「傷病」数を増やす結果になり、1988年には雇用者（雇用されて働く勤労者）の場合、年平均傷病欠勤日数は26.1日になった（図2）。

そこで傷病給付の見直しが行われ、給付率を下げること、給付が行われない待機日（カーレンの日と呼ばれる）を設けること、傷病給付の費用の一部を企業にも直接負担させることなどが提案され、何回か手直しされ、1993年7月から図3のような方式で、傷病給付が給付されることになった。しかし、社民党は一律75%のほうがよいとの考えを表明して、1996年1月から75%にすることになった（非給付日は最初の1日）。

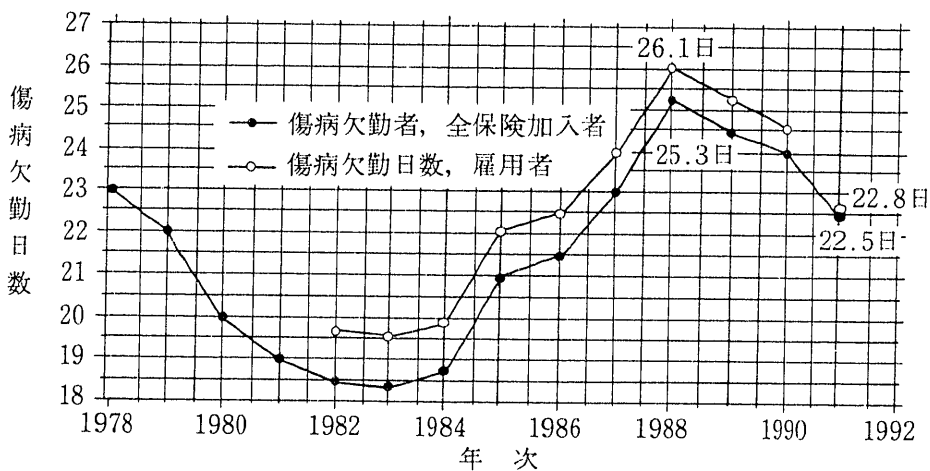


図2 スウェーデンの傷病欠勤日数の動向

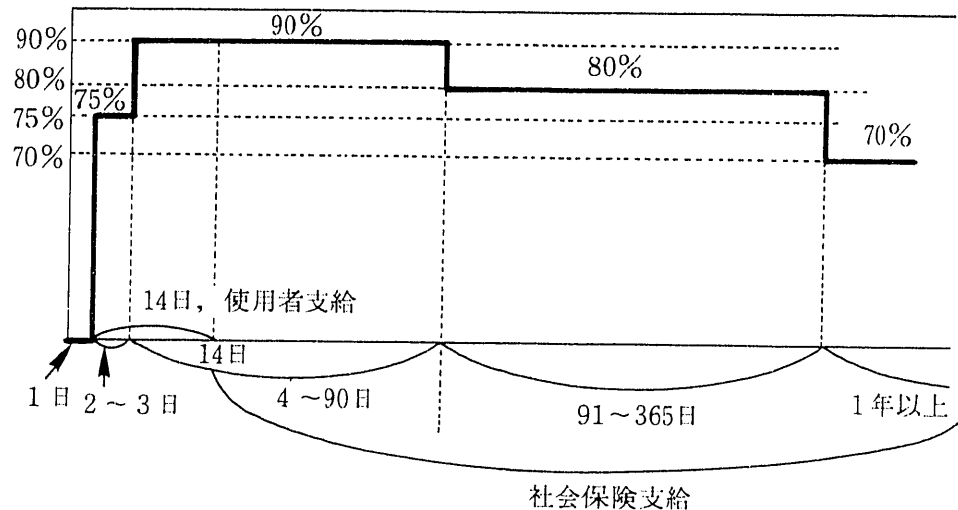


図3 1993年7月導入の傷病給付の給付率 (replacement ratio)

4 医療保障への支出と費用負担

スウェーデンの社会保障費用は管理運営費を含むと国民所得の約40% (39.86%) に達している。管理運営費はわずかなので、それを除く社会保障費用でも39.06%である。医療関係支出は1990年には1,703.51億 Krであったが、1992年にはエーデル改革によりローカル・ナーシング・ホームの費用が医療会計から老人福祉会計へ移管されたほか、傷病手当の給付条件の変更などの影響もあって、1,395.53億 Krに減少している。1992年度のGDPは1兆4,398.35 Krであるから対GDP比は9.69%になるが、その中には傷病給付が含まれる。傷病給付を除くと、1158.6億 Krであり、8.04%になる。1980年代後半には9%台になったこともあるから、その比率はかなり減少した。

5 エーデル改革と医療・福祉サービスの変更

ナーシング・ホームなどの管轄を県からコムーンへ移管

医療サービスの面での改革として注目されたのは、1992年1月に導入されたエーデル改革である。エーデル(Ädel)改革のÄdelは、この改革を研究し審議したÄdre-delegationen (老人委員会)のアンダーラインした部分をとって名付けられたものであるという。老人と障害者への福祉サービスを基礎自治体のコムーン(Kommun, スウェーデンでは、市町村の合併を行い、基礎自治体をコムーンと呼ばれる自治体に再編成)に全面的に移管して、財政上の責任も自治体に移した。その際、それまで行政機関としての県(Länsstyrelse)の管轄であったローカル・ナーシング・ホームも基礎自治体の所管に移された。ナーシング・ホーム(sjukhem)は、かつては県の所管で、概して大規模で住民の身近のところがない場合が多かったが、ローカル・ナ

ーシング・ホームとはコモン内の身近につくられる小規模のナーシング・ホームであり、サービス・ハウジングやデイ・サービス・センターに付属してつくられる場合が多い。コモンに移行された時点で、ローカル・ナーシング・ホーム (Lokala sjukhem) には長期介護 (精神的障害者のケアを除く) 施設の高齢者の70%が入居していた。その他、以上の施設内での入居者の医療はコモンの責任となった。コモンに移管されたのを機会に、ナーシング・ホームもサービス・ハウジング (servicehus) のように、収容あるいは入所でなく、家賃を払って入居することになり、病院というよりも住居に住むようなノーマルな生活ができるだけ可能になるように一層配慮されるようになった。

さらに県との合意協定によって訪問看護サービスを基礎自治体の所管にすることもできるようになった。もっともこれはまだ実験的試みであり、1992年に5つの自治体で、その後いくつかの自治体で、移行が行われた程度である。ただアサール・リンドベック等が参加した政府任命委員会は県の廃止を提唱しており (丸尾, 1993年), 医療の県から基礎自治体への移行は一層進む可能性もある。

待ち期間の短縮保証と家庭医制度の問題

ひとりのスウェーデンでは病気にかかる時、「病院で見てもらうときには直っているか死んでいる」とか「医師に会うよりも総理大臣に会うほうが容易だ」などと皮肉られたほど手術などの治療を受けられるまでの待ち期間が長いことがしばしばあったが、1992年1月に医療保証制度が導入され、特定の手術、検査に関しては少なくとも3カ月以内に受けられることが保証されるようになった。

保守中道政権下で1993年に家庭医制度の導入が決められ、1994年1月から導入されたことも、近年のスウェーデンの医療制度の大きな改革事項である。この改革に基づきストックホルム県等一部の自治体で実施された。ただし1995年末までは猶予期間が与えられたのであるが、社会民主党政権は家庭医制度に反対であり、選挙で政権に復帰したら、家庭医制度導入は取りやめにするといっていたので、その公約に沿って、家庭医制度は実施されないことになった。社民党や社会庁は、1985年の「ヘルスケア制度の発展法」以来進めてきたプライマリィ・ケア方式の発展のほうが普遍主義的で公正な制度で望ましいと見ているものと考えられる (家庭医モデルの長短については、Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care, 1994)。

在宅介護・医療の重視

近年のスウェーデンは在宅介護を重視するが、医療においても在宅医療あるいは在宅看護を重視する傾向がある。在宅医療のひとつの形態はプライマリィ・ケアの一環として行われる訪問医療看護である。これは地域の保健・医療センターの地域看護婦が中心になって行う家庭への訪問医療看護である。医師の診断が必要な場合には、地域の保健・医療センターへ患者が行かなければならないが、スウェーデンの看護婦は日本の看護婦よりも医療的行為を行うことができるので、訪問看護婦が在宅医療・看護で果たす役割は大きい。

在宅医療のもう一つの新しい試みは、病院にベッドを確保して病院の医療資源を使いながら、実際には在宅で医療を行う制度である。これを行うためには患者の自宅に点滴や酸素呼吸

器を持ち込み、病院の医療スタッフがいつでも訪問でき、必要に応じてすぐ入院でき、場合によっては24時間在宅付き添いを行う等、在宅で病院に入院しているときとあまり変わらない医療を行えるようにすることを意図している。このことによって住み慣れた自宅で、出来るかぎり医療を受けられるようにすることを目指すものであり、在宅介護と同様に、ノーマライゼーションの理念の実現を意図するものである。

医療の効率化と質の向上への試み

近年の日本では医療システムの効率化の試みがいろいろ行われてきたが、スウェーデンでも、医療システムをはじめとする社会保障制度の効率化の積極的試みが見られ、政府が社会保障の効率化の検討を専門家グループに委託して研究した成果が「スウェーデンの社会保障：システムをどう変えるか」という報告として発表されている。

近年のスウェーデンでは医療サービスの質の向上への関心が高まり、医療サービスの質の保証と改善に関するプログラムがつくられている。いくつかの県では医療サービスの質を調査研究する委員会が設立された、医療関係者がつくるQCサークルも3,000以上活動しているという (SPRI Report 339, 1994)。医療に対する内部監査に加えて外部監査も必要だとの論があり、外部監査の試みも一部ではじめられている。今後の日本でもこのような面での改革は必要であろう。

6 スウェーデンにおける医療保障政策の調査と研究

このようにスウェーデンでは、医療と老人ケ

アに関して世界を先導する政策と改革が行われてきているが、そうした政策と改革を研究するうえで重要な役割を演じてきたのは、政府の Ministry of Health Care and Social Affairs および政府が設立する研究委員会と、国と県が共同で所有する Spri と略称される研究機関の研究報告である。医療改革関係の最近の重要な政府研究委員会の一つは、保健医療調査委員会 (HSU2000) が1994年に発表した報告書である。この委員会は、(1)現行制度改良モデル、(2)プライマリィ医療中心モデル、(3)全国医療保険制度モデルの3つのモデルを検討してきた。また財政専門家グループによる社会保障改革に関する研究報告「スウェーデンの社会保障—どう改革するか—」は、社会保障へのインセンティブ・システムの導入、社会保障給付受給者/費用負担者比率の抑制などによって医療給付をはじめとする社会保障システムの効率化を目指す研究として注目される。幾分特殊な分野の研究としては、たとえばラルス・セーデルシュトルムの「患者自己負担の擁護」のように患者の自己負担の役割を重視する研究もある。

Spri 調査研究は非常に多く、ここの研究を抜きにしてはスウェーデンの医療と医療保障を本格的に論ずることは出来ないであろう。

参考文献

- エイジング総合研究センター『スウェーデンの高齢者福祉医療対策』エイジング総合研究センター刊、1993年。
- Committee on Funding and Organization of Health Services and Medical Care, *International Perspectives on Healthcare Reform in Sweden*, HSU 2000, Ministry of Health Care and Social Affairs, September, 1993.
- Culyer, A.J., *Health Care and Health Care Finance in Sweden*, SNS, 1991.

- International Perspectives on Healthcare Reform in Sweden*, Ministry of Health and Social Affairs, Stockholm, September, 1993.
- Johnson, Norman, ed. *Private Market in Health Welfare*, Berg, 1995. スウェーデンの医療サービスに関する研究とサーベイ参照。
- 木下康仁『福祉社会スウェーデンと老人ケア』勁草書房, 1992年。
- Kraan, Robbert, et al., *Care for the Elderly : Significant Innovations in Three European Countries*, Campus/Westview, 1991.
- Ministry of Finance, *Sweden's Economy 1995*, Ministry of Finance, Stockholm, 1995.
- Ministry of Finance, *The Swedish Budget 1995/1996*, Stockholm, 1995.
- National Social Insurance Board, *Social Insurance in Sweden*, Annual Report, 1993/1994.
- OECD, *Economic Surveys : Sweden*, OECD, 1994.
- OECD, *Economic Outlook*, December 1994 およびそれ以前の Economic Outlook.
- Regeringens proposition '94/'95 : 100 B : laga 6*, Social Department.
- 社会保障研究所編『スウェーデンの社会保障』東京大学出版会, 1987年。
- SCB, *The Cost and Financing of the Social Services in Sweden in 1992*, Statistics Sweden, 1994.
- Social Security in Sweden : How to Reform the System*, The Expert Group on Public Finance, Ministry of Finance, 1994.
- Social Försäkrings Statistik, Fakta 1994*, Statistikenheten, Stockholm, 1994.
- Spri 関係の刊行物
- The Reform of Health Care in Sweden*, Spri Report 339, Spri, 1994.
- Hollo, Annelie, *The Case of the Elderly in Sweden*, Spri, 1992.
- Berleen, Göran, *Swedish Experience of Cost-containment, omparisons of Care Utilization, Productivity and Efficiency*, Spri, 1992.
- Spri は医療と医療保障に関して沢山の資料と出版物を持っており, その一覧表も準備されているので, 資料が必要な場合には, Spri の資料一覧表を見て申し込むのがよい。
- Statistiska Centralbyrån, *Social hemhjälp och hemsjukavrd den 31 december 1993 samt social hemhjälp november 1993*, Statistiska Centralbyrån, 1994.
- SPRI Report 339, *The Reform of Health Care in Sweden*, SPRI, Stockholm, 1994.
- Söderström, Lars, *A Case for Patient Charges ?*, SNS, 1993.
- 外山 義『クリッパンの老人たち：スウェーデンの高齢者ケア』ドメス出版, 1990年。
- 丸尾直美『スウェーデンの経済と福祉』中央経済社, 増補版, 1993年。
- スウェーデンで医療政策研究の専門家としては, HSU2000 委員会の専門家グループの座長をした Bengt Jönsson (ストックホルム経済大学教授) と同委員会でスウェーデンの医療関係の報告の調整役を果たした Göran Arvidsson が挙げられる。SPRI Report 339, 1994年のメンバーには Clas Rehnberg (ストックホルム経済大学) が参加している。ストックホルム大学では SOFI (社会政策研究所) の Olle Lundberg と Denny Vagerö が医療問題を研究している。
- (まるお・なおみ 慶応義塾大学教授)
(ますむら・まちこ 東北学院大学助教授
ストックホルム大学客員研究員)