

Title	スウェーデンの医療政策について
Sub Title	Medical care policy in Sweden
Author	飯野, 靖四(lino, Yasushi)
Publisher	慶應義塾経済学会
Publication year	1988
Jtitle	三田学会雑誌 (Keio journal of economics). Vol.80, No.6 (1988. 2) ,p.592(46)- 610(64)
JaLC DOI	10.14991/001.19880201-0046
Abstract	
Notes	大熊一郎教授追悼特集号
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00234610-19880201-0046

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

スウェーデンの医療政策について⁽¹⁾

飯野靖四

I スウェーデンの医療供給システム

1 要 旨

スウェーデンの医療は、基本的には、県立の病院において「公的に」供給されている。私立の病院もないわけではないが、大都市にのみ偏在し、またすべての医療分野をカバーしているわけではないので、その果たす役割はかなり限られている。

医療の供給を担当する公的機関は、全国24の県に設けられた「県自治体」である。逆の言い方をすれば「県自治体」という行政機関は、主として医療の供給を行うためにつくられた行政機関であると言っても過言ではない。

「県自治体」は、その資金の大半を医療の供給のために費している。従来は肉體関係の医療のみを提供していたが、1967年以降精神病関係の医療も「国」から肩代わりして提供することになり、現在ではほとんどすべての分野の医療を提供している。「県自治体」の資金源の多くは、「県所得税」による租税収入と「国」からの補助金収入とであって、県立病院の収入とか健康保険機構から支払われる診療報酬に対する補償収入は資金源としては微々たる役割しか果たしていない。

「県所得税」は、「県自治体」が課税権をもつ唯一の租税で、「国の所得税」とほぼ同じ所得を課税ベースとする比例税である。「県所得税」の税率は、医療費の増加を反映して上昇し続けてきたが、最近では医療費の増加率の鈍化を反映して上昇率がいく分鈍ってきている。

健康保険はスウェーデンの社会保険の中でも重要な位置を占めているが、その資金源は企業雇主の支払う保険料（全体の85%弱）と「国」からの補助金収入（全体の15%弱）とであって、1975年以降サラリーマンの支払う保険料は廃止されている。健康保険の資金の使われ方をみると、一般に

注（1） 周知のごとく、故大熊一郎教授は、かなり早い時期から「医療の経済学」の重要性に着目され、それを理論的かつ政策論的に展開してこられた偉大な先駆者であった。本稿は、そういった意味で大熊教授を追悼するために、スウェーデンの医療制度と政策の調査報告書（参考文献目録〔3〕）の内容を、医療問題について勉強したことのない学生諸君にも理解できるように、できるだけ分り易くまとめたものである。紙幅と時間の関係で、最近の医療政策については要旨だけしか書けなかったし、また事実の説明に終始し分析的なことが書けなかったことは残念であるが、大熊教授の「医療の経済学」の1つのケース・スタディとなっておれば幸いである。

言われるところの「健康保険」のイメージとは異なって、傷病手当金（病気のために仕事を休んだ時の減給分に対する補償金）や親保険手当（親としての役割を果たすために仕事を休んだ時の減給分に対する補償金）としての支払いが半分以上を占め、医療費そのものにはそれほど使われてはいない。

従来スウェーデンでは、いかなる患者も、あらゆる分野・種類の医療を完備した大病院において、医療の提供をうけるという単段階の医療供給方式が理想とされていた（その例として、ストックホルム郊外のフディンゲの大病院にその名残が見られる）。しかしこの方式は住民のさまざまなニーズに必ずしも応じられないばかりでなく、また効率も余り良くないということが分って、今日ではそれぞれの住民が近所の診療所でプライマリ・ケアの診療をうけ、さらに専門的な診療を必要とする患者だけがより大きな病院へ行って専門医の診療をうけるというような多段階の医療供給方式が主流になりつつある。

2 「県自治体」の役割

スウェーデンは、面積で見るとわが国の約1.2倍の広さがあるが、それが（「国」の行政管理上の理由から）地理的に、全部で24の県（län）に分けられている。そして各県には、「国」によって任命された県首長がいて、その県首長を長とする「県行政委員会」が「国」と「県自治体」の間の行政上の諸問題の調整を行なっている。

他方それと並立する形で、各県に1つずつ、主として医療の供給を目的とする行政主体としての「県自治体（landstingskommun. 通常 landsting と略称される）」が設けられている。しかしゴートランド（Gotland）島のみから成るゴートランド県には「県自治体」が設けられていないので、「県自治体」の数はスウェーデン全体で23である。

スウェーデンにはこの「県自治体」のほかに、もう少し狭い地域（面積的に言うとわが国の「郡」に相当するが、人口的には「市」ないし「町」に相当する）を単位とする基礎的な地方自治体の「コミューン（Primärkommun. 通常 kommun と略称される）」がある。コミューンは、地域住民のもっとも基礎的なニーズに応えるための、地域住民にもっとも近い地方自治体で、主として教育（義務教育）、社会福祉（保育所、サービスハウス、在宅サービス等）、エネルギー（電気と水道、地域暖房等）等の仕事を行なっている。コミューンはスウェーデン全体で287ある。このコミューンの中で、前述したゴートランド島と、イェーテボリ（Göteborg）およびマルメ（Malmö）の二大都市は、コミューンでありながら「県自治体」の仕事も同時に行なっている。したがって「県自治体」の仕事は、「県自治体」23、プラス「コミューンでありながら県自治体の仕事も同時に行なうコミューン」3、の合計26の地方自治体で行われている。

さて「県自治体」（前述したように、地方自治体としての「県自治体」と、「国」の行政管理上の単位としての「県」とは明らかに異なっている。しかし本稿では、後者の意味での「県」が問題にされることはないので、以下では簡単化のために「県自治体」を単に「県」と略称することにする。この「県」の中には、本来の「県自治体」のほかに、「県自治体」の仕事をも行なっている3つのコミューンも含まれる）の仕事の内容を

財政面からみてみると、図1および表1（図1は表1の最近年の数字を円グラフで表わしたものである）を見ても分かるように、医療に対する支出が群を抜いて高く、「県」の経常支出の4分の3強を占めている。

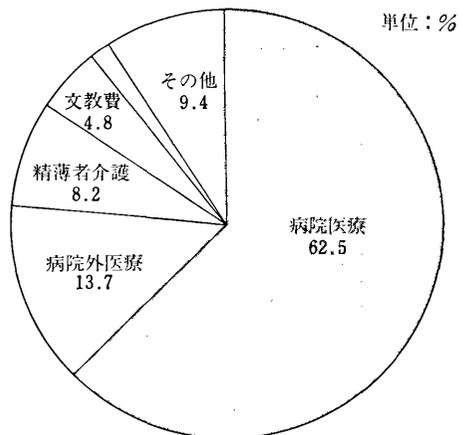
医療に対する「県」の支出の内容をもう少し詳しく吟味してみると、大病院（つまり総合病院）を中心とした病院での医療に対する支出がきわめて大きく、経常支出の60%強を占めている。しかしこのような（大）病院での医療に対する支出は、時系列でみると近年少しずつ、その割合が減少する傾向にあり、代わって病院以外での医療すなわち地区医療センターでのプライマリ・ケアの医療に対する支出の割合が増加する傾向にある。

「県」は以上のような（肉体面、精神面および歯科の）医療の提供のほかに、精薄者の介護（精薄児のための学校、施設、仕事場等の運営）、文化活動の援助（スポーツや芸術活動等に対する援助）、専門学校（看護専門学校、農業専門学校等）の運営、（コミュニケーションと共同での）地方交通の運営、等の仕事を行っている。

以上のような「県」の仕事の内容を、今度は「県」に雇用されている「県」公務員の数によってみてみると、表2を見ても分かるように、「県」公務員の約85%がコンスタントに医療関係の職場で働いている。そして残りの約15%の「県」公務員が上述したような職場で働いているのであるが、中でも精薄者の介護関係の職場で働く「県」公務員の数の増加が近年特に著しい。

全体としてみても、「県」公務員の数の増加が著しいという点については、表2を見ても分かるよう

図1 「県」の経常支出（1984年）



（資料：Kommunernas finanser, 1984.）

表1 「県」の経常支出

	1982年		1983年		1984年	
	百万 Kr	%	百万 Kr	%	百万 Kr	%
病院での医療費	38,773	63.4	43,602	63.0	47,483	62.5
うち大病院での医療費	26,197	42.8	32,857	47.5	35,118	46.2
病院以外での医療費	7,999	13.1	9,090	13.1	10,441	13.7
うち						
地区医療センターでの医療費	2,494	4.1	3,204	4.6	3,868	5.1
歯科診療センターでの医療費	2,341	3.8	2,663	3.8	2,907	3.8
社会福祉費	705	1.2	982	1.4	1,091	1.4
精薄者介護関係費	5,115	8.4	5,672	8.2	6,256	8.2
文化・教育費	2,961	4.8	3,286	4.8	3,644	4.8
その他	5,595	9.1	6,542	9.5	7,067	9.3
合計*	61,149	100.0	69,175	100.0	75,982	100.0

* 金融的支出は除いた額

（資料）Kommunernas finanser 各年版。

表 2 「県」公務員の従事分野別人数

	1980年		1981年		1982年		1983年		1984年		1985年	
	人数	割合										
医療と保健	303,966	86.2	314,733	85.8	323,328	85.9	329,150	85.1	337,900	85.0	349,860	85.1
社会福祉	3,586	1.0	3,863	1.1	4,023	1.1	4,929	1.3	4,706	1.2	4,790	1.2
精薄者介護	27,946	7.9	29,432	8.0	29,910	7.9	31,964	8.3	33,574	8.4	35,236	8.6
文化・教育	7,243	2.1	7,664	2.1	7,674	2.0	7,766	2.0	7,593	1.9	7,724	1.9
運営・管理	7,346	2.1	7,674	2.1	7,933	2.1	7,833	2.0	8,540	2.1	8,605	2.1
その他	2,623	0.7	3,361	0.9	3,647	1.0	5,042	1.3	5,168	1.3	4,926	1.2
合計	352,710	100.0	366,727	100.0	376,515	100.0	386,684	100.0	397,481	100.0	411,141	100.0

(資料) Statistisk årsbok för landsting 各年版。

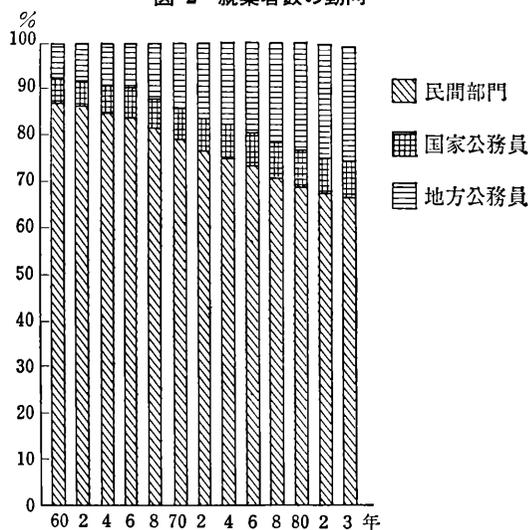
に、1980年から1985年までの5年間で「県」公務員の絶対数は、実に58,431人も増加している。この数字はわが国のセンスから言えば大したことがない数字であるが、同時期(つまり1980年から1985年まで)のスウェーデン全体の、人口の自然増(出生者数から死亡者数を差し引いた数)が12,934人、(移民等による)社会増をも含めた人口総数の増加が39,671人であったという事実を考えると、いかに大きい数字であったかということが理解できる。以上のことから、「県」公務員の数の増加は、他の部門からの就業者の転職によって実現されたということが容易に推測できる。

そこで今度は、「県」公務員が全就業者の中に占める割合の変化を時系列で見てみると(とは言っても、「県」公務員だけの比較可能なかつ連続性のある資料を発見することができなかったので、ここでは「県」公務員と「コミューン」公務員等を合計した「地方公務員」の割合で見てみることにする)、図2のようになる。図2では、「国」および地方自治体が営む公企業的分野に勤める労働者は民間部門の労働者として扱われているので、彼らを含めると「公務員」の割合はもっと大きくなるであろう。

図2を見ても明らかなように、「国」の公務員の割合が余り変わっていない(大体5~8%)のに対して、「地方公務員」の割合は1960年代後半から一貫して増加し続けてきている。具体的にそれを数字で表わすと、1960年に7.5%だったものが1970年には14.3%、1980年には23.2%となっており、10年間で7~9%ずつ増加している勘定になる(このままのペースで「地方公務員」が増加し続けてゆくとすると、今から100年後には全員「地方公務員」になってしまうことになる)。「地方公務員」の割合が増加している分だけ、民間部門で働く労働者の割合は減少している。

地方自治体と「国」の関係は、国民経済計算によってみた時の公的消費の動きにもはっきりと現

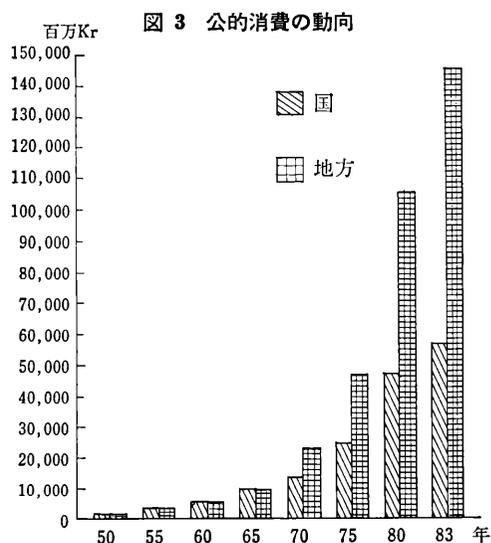
図 2 就業者数の動向



(資料) SCB : Offentliga Sektorn.

われている。図3を見ても分かるように、1960年代後半までは地方自治体と「国」の消費額はほぼ同額であった（1965年の値でみると、地方自治体が98.7億Kr⁽²⁾であったのに対して「国」は101.7億Krであった）が、1970年代に入ると地方自治体の消費額は「国」のそれよりもはるかに速いペースで増加し始め、現在では「国」の消費額の2.5倍をこえている（1983年の値でみると、地方自治体が1463.6億Krであるのに対して「国」は573.8億Krである）。

さて今度は、「県」公務員のうち医療関係の仕事に従事する人達の動向についてみてみよう。表3は、1973年と1983～85年の県立の医療機関に用意された「公務員ポスト」の総数、それらの最近



(資料) SCB: Offentliga Sektorern.

12年間の年平均増加率、およびそれらの新規補充の困難度を、職種別に示したものである。

スウェーデンの最近12年間（1973年から1985年まで）の年平均増加率を見ると、総人口の増加率は0.2%、就業者総数の増加率は0.7%、地方公務員総数の増加率は4.7%であったから、表3は次のように分類することができる。

表3 県立病院のポスト数の変化

単位：人

	ポ ス ト 数				1973～1985 年の年平均 増加率	1) 新規補充の 困難度
	1973年	1983年	1984年	1985年		
医師（専門高等教育をうけた）	5,385	11,441	12,377	13,252	7.8%	—
正看護婦	25,361	41,447	43,588	45,993	5.1	2.6
看護助手	4,230	4,780	4,958	5,215	1.8	3.1
理学療法士	1,795	3,528	3,646	3,790	6.4	2.2
作業療法士	1,502	2,958	3,076	3,121	6.3	2.5
心理療法士	457	1,397	1,546	1,605	11.0	3.3
ソーシャル・ワーカー	1,207	2,063	2,119	2,399	5.9	3.3
准看護婦	10,955	22,824	26,988	31,078	9.1	2.7
補助看護人	45,563	60,198	58,993	55,611	1.7	3.2
精神病院介護人	13,280	17,188	17,058	18,078	2.6	2.7
歯科医師	3,028	4,288	4,282	4,290	2.9	4.2
歯科技工師	598	591	604	610	0.2	2.1
歯科看護婦	3,697	7,625	7,749	7,758	6.4	7.3

1) 新規補充の困難度 1 = 大幅に不足 2 = 不足 3 = バランスがとれている
4 = 過剰 5 = 大幅に過剰

(資料) Statistisk årsbok för landsting 1986.

Landstingsförbundet, Basårsstatistik 1985 (LKELP 86).

注(2) スウェーデンの通貨単位。単数は Krona (クローナ)、複数は Kronor (クローノル) である。1988年3月現在、1クローナは21円前後である。

① 地方公務員総数の増加率よりも速いペースで増加した

1) にもかかわらず、現在でも不足がちな職種……看護婦（正看，准看を問わず），理学療法士，作業療法士

2) ので、現在過剰気味な職種……心理療法士，ソーシャル・ワーカー，歯科看護婦

② 地方公務員総数の増加率ほどのペースでは増加しなかった

1) ので、現在不足がちな職種……精神病院介護人，歯科技工師

2) にもかかわらず、現在過剰気味な職種……看護助手，補助看護人，歯科医師

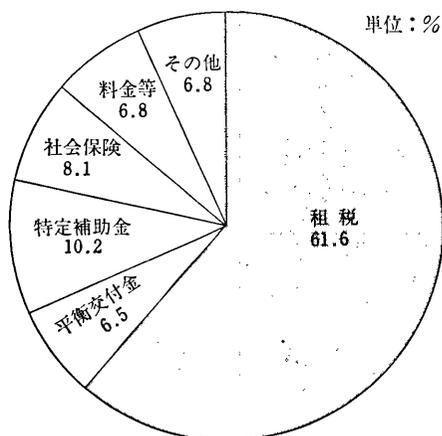
医師の「新規補充の困難度」については、資料が手に入らなかったため表3には記入されていないが、医療分野によってかなり差異があるようである。この点は看護婦についてもあてはまる。看護婦についてもっとも「新規補充」が困難な分野は、「外来医療」，「麻酔および集中医療」の分野であり（いずれも困難度2.2），比較的「新規補充」が容易な分野は、「産婦人科」，「整形外科」の分野である（困難度は、それぞれ2.8と2.7）。したがって表3の看護婦の困難度の数値は、全分野の平均値である（このような看護婦の「新規補充の困難度」つまり看護婦の慢性的不足は、1985年の長期ストライキ（5月2日～11日）において、最後まで看護婦にストライキを打ち抜かせた原動力となったと言われている）。

3 「県」の財政収入

以上のような「県」の仕事を遂行するために、「県」はどのようにしてその資金を調達しているのであろうか。図4および表4（図4は表4の1984年の数字を円グラフで表わしたものである）は、「県」の収入のうち、（資本収入を除いた）経常収入について示したものである。それらを見ても分かるように、「県」の経常収入の60%強は「県所得税」による租税収入である。「県所得税」は「県」が課税権を有する唯一の租税で、（「コミュン所得税」，「教区所得税」とともに「地方所得税」を構成するところの）「国の所得税」とほぼ同じ所得を課税ベースとする比例税である。税率は「県」によって異なり、1987年には全国平均で13.50%であった。税率がもっとも高い「県」はストックホルム県で14.5%，もっとも低い「県」はクリファンスタード県とハランド県でともに12.0%であった。

「県」，「コミュン」および「教区」の全国平均の税率の動向を示すと、図5のようになる。図5を見ても分かるように、1977年頃までは医療費の著しい増加を反映して、「県」の税率は急ピッチで上昇してきたが、それ以降は（財政再建策による）

図4 県の経常収入（1984年）



（資料）Statistisk årsbok för landsting, 1986.

表 4 県の経常収入

	1983年		1984年		1985年	
	百万 Kr	%	百万 Kr	%	百万 Kr	%
生産物・サービス等の販売収入	1,958	2.9	2,153	2.9	2,176	2.8
診療報酬・補助金等	17,308	25.7	18,825	25.7	19,462	25.1
うち 特定補助金	7,198	10.7	7,459	10.2	9,498	12.3
うち 精神病補助金	3,779	5.6	3,886	5.3		
他県からの収入	2,173	3.2	2,519	3.4	2,684	3.5
入院収入	2,122	3.1	2,211	3.0	2,260	2.9
うち {患者負担	1,080	1.6	1,253	1.7	1,504	1.9
健康保険からの支払い	1,041	1.5	958	1.3	756	1.0
外来収入	3,905	5.8	4,521	6.2	1,212*	1.6
うち {患者負担	652	1.0	812	1.1		
健康保険からの支払い	3,252	4.8	3,709	5.1		
歯科収入	1,540	2.3	1,635	2.2	1,632	2.1
うち 健康保険からの支払い	1,145	1.7	1,207	1.7	1,135	1.5
金融的収入	48,206	71.4	52,135	71.3	55,880	72.1
うち 利子収入	2,024	3.0	2,238	3.1	2,278	2.9
租税収入	41,813	62.0	45,016	61.6	48,666	62.8
平衡交付金	4,324	6.4	4,759	6.5	4,839	6.2
合 計	67,471	100.0	73,114	100.0	77,518	100.0

* Dagmar 協定によって、大部分の県では健康保険からの支払いが特定補助金として計上されるようになった。

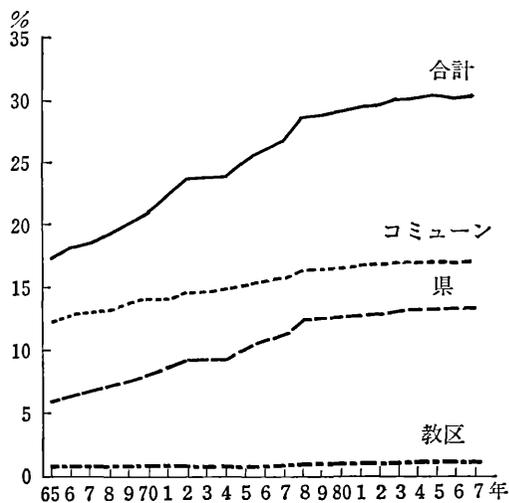
(資料) Statistisk årsbok för landsting 各年版。

医療費の増加率の鈍化を反映して、上昇率がかなり鈍ってきている。

「県」の第2の財源は、「国」からの補助金収入である。「国」からの補助金は、大きく分けて2種類ある。1つは「県」の特定の活動を援助するために支払われる「特定補助金」である。「県」に対する特定補助金の大部分は、医療に関するものである。もう1つは、「県」による財政力格差をなくして、すべての「県」が一定の財政力を維持できるように、財政力のない「県」に対してより多くの補助金が支払われる「平衡交付金」である。1986年についてみると、平衡交付金をもっとも大きな意味をもったのはイェムランド県にお

いてである。もしイェムランド県において平衡交付金が無かったならば、「県所得税」は税率にして6.11%の上昇、住民1人当たりの税額にして2,547Krの租税が追加徴収されなければならなかったであろう。これに対して、財政力のあるストックホルム県に対しては、平衡交付金は全然支払わ

図 5 地方所得税の平均税率



(資料) Årsbok för Sveriges Kommuner, 各年版。

れなかった。平衡交付金は全国平均でみると、1.37%の「県所得税」の税率の引き下げを可能にした。

「県」の第3の財源は、健康保険機構から支払いをうけるところの診療報酬に対する補償収入である。表4にその内訳が示されているので、その大きさを「県」の経常収入全体の中に占める割合でみてみると、1984年には、入院（診療）費に対する補償収入1.3%、外来診療費に対する補償収入5.1%、歯科診療費に対する補償収入1.7%の合計8.1%であった。このように健康保険から支払いをうける診療報酬に対する補償金収入は、「県」の総経常収入からするとほんの僅かな割合を占めるにすぎない。これは健康保険機構が「県」に対して、実際の医療費の10分の1程度の補償しかしていないことを意味する。とすると健康保険機構はどのような役割を果たしているのだろうか。その点については、後で検討する。

「県」の第4の財源は、患者が自己負担をして病院等に支払う診療費等の「料金収入」である。この収入も「県」の経常収入全体の中に占める割合でみてみると、入院（診療）費1.7%、外来診療費1.1%、歯科診療費0.5%の合計3.3%ときわめて小さく、結局、患者も実際の医療費のほんの一部しか負担していない。

このようにスウェーデンでは、医療は大部分「県」によって「公的」に供給されており、その資金は主として医療をうける人とは直接的な関係のない「県所得税」と「国」からの補助金によってまかなわれている。健康保険は主に医療自体とは直接的な関係のない分野で利用されており、患者の自己負担もモラル・ハザードを起さないようにとの観点から設けられた程度の、きわめて少額の料金に抑えられている。したがってスウェーデンでは、医療はきわめて「公共財」に近い「価値財」として扱われているように思われる。

4 私立病院

スウェーデンの私立病院は、規模の大きさから見ても、カバーする医療分野の広さから見ても限られており、また設置されている場所も都市周辺に限られているので、「県」による医療の「公的な供給」を補完するといった程度の役割しか果たしていない。

残念ながら、最近の病院（公立、私立とも）の数に関する正確な統計は発表されていないので、代わりにベッド数をもって私立病院の果たしている役割について見てみよう。

表5は、近年の公立病院と私立病院（私立病院は全国で250くらいあると言われている。以下の資料は、それらのうちの222の病院について調査した結果を示したものである）のベッド数を分野別に示したものである。表5を見ても分かるように、私立病院のベッド数は1985年には少し減少して8,057床で、全ベッド数の6.6%程度を占めている。私立病院のベッド数は1960年代と1970年代前半に著しく増加したが、近年は幾分減少傾向にある。表5を見ても分かるように、私立病院に短期病床は余り多くなく、内科病床はストックホルム市内とハランド県の私立病院だけに、外科病床はストックホルム市内とイエーテボリ市内の私立病院だけに用意されている。短期病床以外のベッドも、中部・南部スウェ

表 5 公立病院と私立病院の分野別ベッド数

	1984年				1985年			
	公立病院		私立病院		公立病院		私立病院	
	ベッド数	割合	ベッド数	割合	ベッド数	割合	ベッド数	割合
内科(短期)	17,597	15.2	513	6.2	17,300	15.1	513	6.4
外科(短期)	19,874	17.2	158	1.9	19,625	17.2	135	1.7
長期療養	49,399	42.6	1,952	23.6	51,529	45.1	1,856	23.0
精神科	23,853	20.6	3,258	39.4	20,906	18.3	3,196	39.7
その他	5,136	4.4	2,397	29.0	4,842	4.2	2,357	29.3
合計	115,859	100.0	8,278	100.0	114,202	100.0	8,057	100.0
公立と私立の割合	93.3		6.6		93.4		6.6	

(注) 1. 私立病院の「長期療養」のベッド数の中には、精神科のものは一切含まれない。

2. 私立病院の「その他」はすべて、(回復期患者のための)療養所のベッド。

(資料)・Landstingsförbundet, Uppgifter över enskilda Sjukhem 1985 (LKELP 86).

・Landstingsförbundet, Basårsstatistik 1985 (LKELP 86).

ーデンの私立病院に集中しており、過疎地域の北部スウェーデンには私立病院は存在しない。

私立病院はごく一部の例外を除いて、病院当りのベッド数が少なく、25床以下の病院が私立病院全体の61%を占めている。50床以下の病院をとってみると、実に全体の90%を占めている。

私立病院全体の入院患者数は、1984年には37,000人、1985年には41,000人であった。入院日数は、1984年、1985年とも270万日で、スウェーデン全体の入院日数の7%程度を占めている。

私立病院全体の雇用者数は1984年には7,900人、1985年には8,200人程度であった。私立病院の1ベッド当り雇用者数は、分野によって異なるが、内科、外科(ともに短期)ベッドでは2.0人、長期療養ベッドでは1.3人、精神科ベッドでは0.7人、療養所ベッドでは0.8人であって(1985年)、県立の病院と比べてそれ程少ないわけではない。

スウェーデンの私立病院は、「私立病院に関する規制(1977:88)」と「規制の適用に関する社会保険庁の規則と一般通達(SOSFS, 1985:16)」によって、規制をうけている。私立病院の大部分は、「県」から委託をうけて医療の提供を行なうという形をとっているため、医療費の大部分は県立の病院と同じように「県」によって負担され、患者自身が負担する診療費は総医療費の5%程度でしかない。現在のところ、患者が入院費の全額を負担せざるをえないのは、ストックホルム市内のソフィア・ヘム病院と「健康ホーム」と呼ばれている有料療養所においてだけである。

私立病院における各分野の入院1日当りの総医療費は、総じて言えば県立の病院における医療費より2~5割程度安いようである。

5 健康保険の役割

スウェーデンでは、健康保険は2つの大きな役割を果たしている。

まず第1に、健康保険は病気のために所得が急激に減少するのを防ぐ役割を果たしている。すな

わち労働者が病気のために仕事を休んだ場合には、当然、給料がカットされる。その時健康保険機構から支払われる「傷病手当金」はそれを補償するもので、通常、給料（但し「傷病手当金」は、給料が年額6,000Kr 以上の場合に限って、かつ「基礎額」⁽³⁾の7.5倍以下の給料部分についてのみ、補償が行われる）の90%を365で除した額（但し1Kr 以下の端数は切上げ）が「傷病手当金」として支払われる。「傷病手当金」は、健康保険事務所に病気欠勤の申告をした日の翌日から、最高180日間支払われる。

もし病気欠勤が1週間以内ならば、医師の診断書は必要ないけれども、欠勤日すべてについて補償されるわけではなく、病気にならなかつたら働いていたであろう日の分についてだけ補償が行われる。つまりスウェーデンの大部分の労働者はもともと週休2日制で、土曜日と日曜日が休業日となっているから、もし彼らの病気欠勤日の中に土曜日と日曜日が含まれていたとしても、それらの日の分の補償はなされないということである。

もし病気欠勤が1週間以上続くならば、医師の診断書が必要となる。その代わりに、最初の週にさかのぼって、休業日（通常は土曜日と日曜日）の分の「傷病手当金」も支払われる。

健康保険はまた、安い料金で病気や歯科の診療を受けられるようにする役割を果たしている。例えば外来の患者が医師の診療を受けた場合には、1回当り公立病院では50Kr、私立病院では55Krの自己負担ですむ。また、外来の患者が理学療法士、作業療法士、心理療法士、看護婦、言語障害矯正士等の診療を受けた場合には、1回当り公立病院では25Kr、私立病院では30Krの自己負担ですむ。また往診をしてもらったり電話相談にのってもらったりした場合には、診療費とは別にそれぞれ、1回当り25Krと20Krの自己負担ですむ。

他方、患者が入院して診療を受ける場合には、原則として自己負担は無い（無料である）。しかしその入院患者が「傷病手当金」を受給している場合には、「傷病手当金」の3分の1（但し最高55Kr）が健康保険機構によって天引きされる。

歯科に関しては、原則として20歳未満の子供は「県立歯科診療センター」において、自己負担無し（無料）で診療をうけることができる。20歳以上の人は、原則として診療費の60%（1981年までは50%であった）、2,500Krをこえた診療費の部分についてはその25%の自己負担で、診療をうけることができる。

健康保険はまた、薬代の負担に対しても援助の手をさしのばしている。すなわち被保険者が医師の処方せん（処方せん代5Kr）にしたがって薬を購入した場合には、無料ないし低い自己負担額（有料の薬代が30Kr以下であるならば、全額自己負担である。しかし薬代が30Krをこえるならば、こえた部分については、その2分の1が自己負担となる。但し自己負担すべき薬代の最高限度額が55Krなので、実質的に80Krをこえた薬代は無料となっている）ですむようにしている。

さらに健康保険は1981年から、多額の医療費負担を軽減するために、年間15個のスタンプを集め

注（3） 年金等、各種の社会保障給付金の給付額の計算の基礎になる額で、1957年9月の4,000Krを基準にして、消費者物価指数でもってインデクセーションして求めたものである。

従来は消費者物価指数が3%以上上昇したら次の月に改訂されていたが、1982年からは年1回しか改訂されなくなった。1987年の基礎額は24,100Krであった。

た人に「無料パス」を与える制度を設けている。すなわち医師の診療を受けるか30Kr以上の薬代を支払うたびごとに1個のスタンプをもらい、また電話相談にのってもらったり理学療法士や作業療法士等（医師以外）の診療を受けるたびごとに半個分のスタンプをもらう。そしてそのスタンプが15個たまったら「無料パス」をもらう。「無料パス」を示すと、最初にスタンプをもらった時から数えて1年以内であれば、外来の診療や薬等についてはすべて無料になるという制度である。

このように健康保険は、患者が安い料金で病気や歯科の診療を受けることを可能にしているが、

表 6 健康保険機構から病院設置者への補償額と患者の自己負担額

		1978～ 1979	1980～ 1981	1982～ 1983	1984	1985～ 1986	1987	
公立病院での診療	補償額（診療1回当たり）	93 Kr	127 Kr	143 Kr	150 Kr	1)	1)	
	患者負担額（診療1回当たり）	20	20 ²⁾	30 ³⁾	40	50 Kr	50 Kr	
	往診代（追加額）	10	15	20	20	25	25	
	補償額（私立病院からの紹介状による） 診療1回当たり	113	147	147	150	1)	1)	
医師以外の診療 ⁴⁾	補償額（診療1回当たり）	40	55	60	64	1)	1)	
	患者負担額（診療1回当たり）	10	15	15 ³⁾	20	25	25	
産児制限行為	医師診療の補償額（1回当たり）	113	127	143	150	1)	1)	
	医師以外診療の補償額（1日当たり）	50	55	60	64	1)	1)	
入院診療	補償額（1日当たり）	30	40	45	45	45 ⁷⁾	10)	
患者の輸送	補償額（1人当たり）	16	23	27	29	29	10)	
身障者援助	補償額（1人当たり）	43	62	75	79	80	85	
	うち {	県への補償額	41	59.50	72	75.70	76.45	81.20
		協会への補償額	2	2.50	3	3.30	3.55	3.80
長期療養	補償額（70歳以上1人当たり）	—	190	—	—	—	—	
予防措置等	補償額（1人当たり）	—	—	24	24	48	48	
自宅療養	補償額（1人当たり）	—	—	—	—	70	—	
開放形態での精神医療	補償額（1人当たり）	—	—	—	24	24	—	
薬剤費	1回当たりの患者負担最高額	25	40 ⁸⁾	40	50	50 ⁷⁾	55	
歯科診療	補償の割合（2,500 Kr までの治療費）	50 %	50 %	40 ⁹⁾ %	40 %	40 %	40 %	
	補償の割合（予防のための費用）	75	50 ⁹⁾	40 ⁹⁾	40	40	40	
	補償の割合（2,500Krをこえる治療費）	75	75	75	75	75	75	

1) 1985年1月1日から、従来の「診療1回当たり」いくらという「補償額」が廃止され、「住民1人当たり」いくらという「補助金」が支払われることになった。

2) 1981年1月1日から25 Kr

3) 1982年1月1日から、40 Kr（公立病院での診療の患者負担額）と20 Kr（医師以外の診療の患者負担額）

4) 例えば理学療法士や作業療法士等による診療

5) 1986年1月1日以降、患者の傷病手当金の中から1日当たり最高55 Krが差し引かれることになった。

6) 1981年から

7) 1986年1月1日から55 Kr

8) 1982年7月1日から

9) 1980年7月1日から

10) 1987年1月1日から「補助金」に含まれるようになった。

（資料）Statistisk årsbok för landsting 各年版。

そのために健康保険機構は病院設置者に対して診療報酬等に対する補償を行なっている。例えば健康保険機構は県立の病院での診療1回につき、1982年と1983年には143Kr、1984年には150Krを「県」に対して支払った。そして1985年からは Dagmar 改革（後述）によって、この「診療1回当り」いくらという補償方式が廃止されたために、代わりに「住民1人当り」いくらというような補助金スタイルの補償方式で「県」に補償を行なっている。

表6は、このような健康保険機構の病院設置者に対する補償額の変遷と、患者の自己負担額（または割合）の変遷を、医療行為別に示したものである。例えば表6の「公立病院での診療」という項を見ると、1984年には健康保険機構は「県」に対して診療1回当り150Krの補償を行なっており、患者は患者で40Krの診療費を病院に（したがって「県」に）支払っている。したがって「県」は診療報酬として1回当り190Krの収入を得ている。しかし県立の病院での実際の診療コストははるかに高額（大体、平均1,000Kr前後）なので、それらは県立の病院の運営費のごく一部をカバーするにすぎない。結局、「県」は県立の病院の運営費の大きな部分を、租税収入と「国」からの補助金でカバーしているということは前に述べた。

他方、表6の「歯科診療」の項を見ると、1982年以降、歯科診療費は患者がその60%を、健康保険機構がその40%（但し診療費が2,500Krをこえた部分については、患者がその25%を、健康保険機構がその75%）を負担するという方式が定着している。したがって歯科については、診療コストが診療費

表7 健康保険機構による診療費補償

	診療費						医師以外による診療費 ³⁾					
	公立病院			私立病院 ⁴⁾			公立病院			私立病院 ⁴⁾		
	患者負担額 (1回当りKr)	診療回数 (千回)	総額 ²⁾ (百万Kr)	患者負担額 (1回当りKr)	診療回数 (千回)	総額 ²⁾ (百万Kr)	患者負担額 (1回当りKr)	診療回数 (千回)	総額 ²⁾ (百万Kr)	患者負担額 (1回当りKr)	診療回数 (千回)	総額 ²⁾ (百万Kr)
1975年	12	15,494	789	20~30	3,609							
1976	15	16,696	1,133	25~35	3,302	7	7,416	239	—	—	—	—
1977	15	16,316	1,180	25~32	3,183	193	7	9,998	407	15~20	756	24
1978	20	16,642	1,580	30~40	3,109	224	10	9,675	447	15~20	1,110	38
1979	20	16,943	1,654	30~40	3,000	254	10	11,166	469	15~20	1,182	44
1980	20	16,931	2,200	30~40	2,904	285	15	11,699	677	20~25	1,221	46
1981	25	16,922	2,310	30~40	2,881	333	15	12,625	771	20~25	1,296	56
1982	30	17,196	2,604	35~45	3,031	376	20	13,524	861	25~30	1,586	78
1983	40	17,797	2,747	45~55	3,237	424	20	15,225	928	25~30	1,748	95
1984	40	17,759	2,904	50~60	3,384	475	20	16,466	1,099	30~35		111
1985	50			55~65			25			30~35		

1) 開業医の診療費（つまり患者の自己負担金と健康保険からの補償額の合計）は公的な一覧表で定められている。1985年7月1日からは、診療費は45Krから702Krの範囲で定められている。

2) 健康保険が支払った診療費の補償総額。したがって患者の自己負担分は含まれていない。

3) 医師以外による診療は、理学療法士、作業療法士、心理療法士、看護婦等によって行われる。

4) 診療費は公的な一覧表で定められている。1985年7月1日からは、診療費は37Krから97Krの範囲で定められている。

(資料) ・ Statistisk årsbok för landsting 各年版。

・ Social Insurance Statistics, Facts 1985.

に正しく反映される限り、患者と健康保険機構の双方から合わせて診療コストを100%回収することができることになっている。それ故に歯科は、内科、外科等の病院での医療とは違って、「県」の財政にそれほど大きな負担をもたらしてはいない。

表7は、診療費に対する患者自身の自己負担額と健康保険機構の診療報酬に対する補償総額の変遷を、公・私立病院別に示したものである。表7の左半分には医師による診療費についてのデータが、右半分には医師以外（の理学療法士、作業療法士、心理療法士、看護婦等）による診療費についてのデータが示されている。

まず表7の左半分、つまり医師による診療費についてのデータを見てみると、公・私立病院を合わせた医師全体による総診療回数は、1976年以降しばらく低迷していたが、1981年に底をうち、以後次第に増加に転じてきている。また私立病院での診療回数が総診療回数の中に占める割合の動きを見てみると、総診療回数が低迷している間は次第にその割合が減少し（例えば1975年の18.9%から1981年の14.5%へ減少した）、総診療回数が増加し始めるとその割合も増加する（例えば1984年には16.0%に増加した）という傾向をもっている。

他方、表7の右半分、つまり医師以外による診療費についてのデータを見てみると、公・私立病院を問わず、その診療回数はほぼ単調に増加し続けてきている。また今度も、私立病院での診療回数が総診療回数の中に占める割合の動きを見てみると、医師による診療費のケースと同じような動きをしている。すなわち1978年の10.3%から少しずつ減少して1981年に9.3%で底をうち、1983年には再び10.3%に回復している。

このように1981年以降、「医師」による診療についても、「医師以外」による診療についても、公・私立病院での診療回数は、一方では私立病院での診療の割合を少しずつ高めながら、全体としても増加し続けてきたのである。そこで1985年から Dagmar 改革（後述）が実施された。Dagmar 改革は、その建前とは裏腹に、特に私立病院での診療回数に壊滅的な打撃を与えたと言われている（が、現在のところ、そうした資料は入手できていない）。

さて再び健康保険が果たしている役割について述べると、スウェーデンの健康保険は今述べてきた役割のほかに、「親保険（両親保険とも邦訳されている）」の役割をも果たしている。「親保険」とは、親としての役割を果たした場合に生ずる所得の減少を補償するシステムで、その場合健康保険機構から「傷病手当金」の一種である「親保険手当」が支払われる。

例えば新たに子供を得た場合（一般的には出産によるが、10歳未満の子供を養子にした場合も含まれる）には、360日間にわたって（例えば子供が双子以上だった場合には、さらに子供1人につき180日追加される）仕事を休んでも「親保険手当」が支払われる。「親保険手当」の額は、最初の270日分は「傷病手当金」と同額で、給料の90%である。しかし「親保険手当」をもらう人が、例えば専業主婦等のように給与所得がない場合は、最低保障額として1日60Krが支払われる。また360日のうち最後の90日分は全員（つまり給料の高さに関係なく）、最低保障額の1日60Krが支払われる。

また12歳未満の子供をもつ親には、親としての役割を果たした場合（例えば子供が病気になった時、

子供を予防注射につれてゆく時、子供の介護者等が病気になった時等に、子供1人当たり年間60日間仕事を休んでも「親保険手当」が支払われる。

さらに、第2子以降の子供が生まれる場合には、父親は子供1人当たり10日間仕事を休んでも「親保険手当」が支払われる。

6 健康保険の財政

ところで、以上のような役割を果たしている健康保険機構は、いったいどのような財政の構造をもっているのだろうか。表8は、健康保険機構の収入構造を示したものである。それを見ても一目瞭然で分るように、ここ数年来、健康保険機構の収入の約85%は雇主負担の健康保険料収入でまかない、残りの約15%は「国」からの補助金収入でまかなうという収入構造が続いている。

健康保険料は、従来、雇主とサラリーマンがそれぞれ共同して分担していたが、1975年からサラリーマン負担の健康保険料が廃止されたのに伴い、その分も雇主が負担するようになった。したがって1975年からの雇主負担の健康保険の保険料率は、支払給料の4.22%から7.42%に引き上げられた。その後、医療施設の充実、そして医療費の上昇に伴って保険料率は少しずつ引き上げられ、1979年には10.60%にまで引き上げられた。しかし医療施設が完備するにしたがって医療費の節約が進み、一方医療以外の分野、特に基礎年金、付加年金等年金の分野で社会保険料収入がきわめて必要となったため、健康保険の保険料率が引き下げられて、現在9.50%となっている(因みに、雇主が負担する社会保険の保険料率の合計は、法律で定められたものだけでも1985年には36.455%にまで達している)。しかし1988年から、「傷病手当金」をいっそう充実するために、再び保険料率は10.10%に引き上げられた。

表8 健康保険の収入 (単位) 金額: 百万Kr

	1980年		1981年		1982年		1983年		1984年	
	金額	割合								
強制的健康保険	31,645	100.0	33,163	100.0	35,142	100.0	35,410	100.0	37,825	100.0
うち										
{ 国庫補助金	4,235	13.4	4,466	13.5	4,822	13.7	5,110	14.4	5,562	14.7
{ 雇主負担保険料	27,270	86.1	28,543	86.0	30,142	85.7	30,115	85.0	32,083	84.8
{ 運営・管理収入	140	0.4	154	0.5	178	0.5	185	0.5	180	0.5
任意の健康保険*	14	0.0	14	0.0	14	0.0	15	0.0	14	0.0
合計	31,659	100.0	33,177	100.0	35,156	100.0	35,425	100.0	37,839	100.0

* 正確には「任意の傷病手当金保険 (Frivillig sjukpenningförsäkring)」

(資料) Statistisk årsbok för landsting, 1986.

さて表9は、健康保険機構の支出構造を示したものである。それを見ても分るように、健康保険機構の支出の半分以上は、「傷病手当金」と「親保険手当」の支払いでもって占められている。それに対して医療に直接かかわるような支出は、医師による診療費への補償(1984年には9.1%。以下同じ)、病院以外での診療費に対する補償(この中には、「医師以外による診療費」への補償や産児制限行為の費用等が含まれ、全体で4.7%)、入院費に対する補償(2.9%)および歯科診療費に対する補償(8.2

表 9 健康保険の支出

(単位) 金額: 百万Kr

	1980年		1981年		1982年		1983年		1984年	
	金額	割合								
傷病手当金	12,627	44.5	12,831	42.9	13,295	41.0	13,738	40.2	15,346	41.4
親保険手当金	3,539	12.5	4,136	13.8	4,562	14.1	4,734	13.8	5,173	14.0
診療費	2,487	8.8	2,643	8.8	2,980	9.2	3,171	9.3	3,379	9.1
うち { 私立病院での診療費	285	1.0	333	1.1	376	1.2	424	1.2	475	1.3
うち { 公立病院での診療費	2,200	7.8	2,310	7.7	2,604	8.0	2,747	8.0	2,904	7.8
歯科診療費	2,174	7.7	2,446	8.2	2,634	8.1	2,700	7.9	3,055	8.2
うち { 私立病院での診療費	710	2.5	689	2.3	687	2.1	611	1.8	700	1.9
うち { 私立研究所での診療費	786	2.8	798	2.7	829	2.6	946	2.8	1,023	2.8
うち { 公立病院での診療費	666	2.3	942	3.1	1,101	3.4	1,131	3.3	1,321	3.6
医師以外による診療費等	723	2.5	827	2.8	938	2.9	1,023	3.0	1,210	3.3
うち { 公立病院での診療費	677	2.4	771	2.6	861	2.7	928	2.7	1,093	3.0
うち { 私立病院での診療費	46	0.2	56	0.2	78	0.2	95	0.3	111	0.3
薬剤費	2,326	8.2	2,403	8.0	2,919	9.0	3,362	9.8	3,490	9.4
入院診療費	819	2.9	856	2.9	948	2.9	1,032	3.0	1,062	2.9
産児制限行為の費用	53	0.2	54	0.2	59	0.2	63	0.2	67	0.2
通院費	554	2.0	482	1.6	526	1.6	609	1.8	610	1.6
運営・管理費	2,243	7.9	2,398	8.0	2,533	7.8	2,620	7.7	2,702	7.3
その他	824	2.9	851	2.8	1,035	3.2	1,165	3.4	988	2.7
うち { 身障者援助費	522	1.8	508	1.7	649	2.0	740	2.2	517	1.4
うち { 雇主に対する補償	282	1.0	319	1.1	360	1.1	413	1.2	459	1.2
合計	28,370	100.0	29,924	100.0	32,429	100.0	34,216	100.0	37,081	100.0

(資料) Statistisk årsbok för landsting, 1986.

%) 等があるが、それらは全部加えても健康保険機構の全支出の4分の1にも達しない。それに薬剤費に対する補償(9.4%)と通院費(患者は通院費として1回当り30Kr(歯科および産児制限相談については38Kr)以上かかった場合には、それをこえた部分について健康保険機構から補償される。1.6%)を加えても、全支出の40%をこえることはない。

以上のことから、健康保険の主たる役割は、病気による所得の激減を防ぐこと、安い料金で病気や歯科の診療を容易に受けられるようにすることであると言われているが、健康保険機構の財政を見る限り、その主たる役割は前者の方におかれていて、後者の方の役割は大部分「県」の財政に依存していると結論せざるをえない。

7 プライマリー・ケアの拡充

前・社会保険庁長官 Bror Rexed 氏は、スウェーデンと他の国々の医療需要に関する調査を行ない、その結果を図6のようにまとめた。すなわち一般的に言って、1,000人の個人がいたとすると、そのうちの大体350人は完全に健康である。それに対して、必ずしも健康でないと考える650人

のうち、実際に医師に診察してもらう人は130人である。しかしそのうちの80%近い人は、初歩的な医師診療つまりプライマリー・ケアで解決されてしまう。結局、残りの30人(全人口の3%)だけが専門医の診療(外来)か入院を必要とする。

とすると、もっとも充実しなければならぬのはプライマリー・ケアの拡充である。というのは患者の80%近くはすべてプライマリー・ケアで解決することができ、したがって僅か20%程度の患者のためにすべての病院であらゆる種類の専門医、病床を用意しておく必要はないからである。

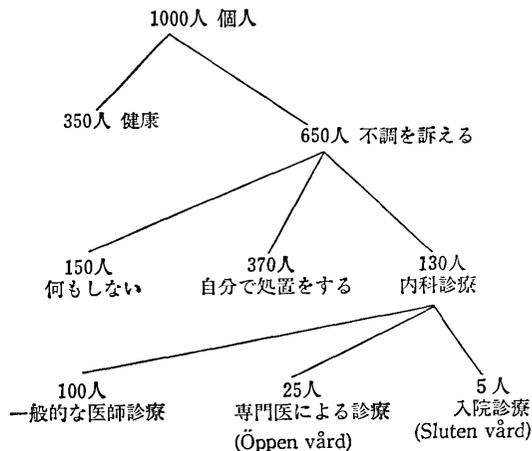
ところがスウェーデンでは、従来、大病院主義——つまり、いかに軽症であってもすべての患者は、あらゆる分野の医療を完備した大病院において医療の提供をうけるという方式——がとられ、小さな病院を統廃合して大きな病院がつくられてきた。その結果1960年以降、200床以下の小病院の数が52から9に激減し、代わりに500床以上の病院の数が2倍に増加した。

しかしその後、医療の効率的提供、地域に密着した、ニーズに適った医療の提供という観点が重視されるようになり、大病院の建設(その名残りがストックホルム郊外のフディングゲの病院に見られる)よりもプライマリー・ケアの充実と救急医療体制の確立という点に力が注がれるようになってきた。

ところでスウェーデンは、医療の観点から、全国をいくつかの「県」ごとに6つの「地方」に分け、それぞれの「地方」ごとに、すべての分野の専門医が待機する「総合病院」を1~2ヶ所設けている。そして各「県」にそれぞれ、大体25の分野の専門医が待機する「県立病院」を1ヶ所、少なくとも一般内科、一般外科、麻酔科、レントゲン診療科の4科を備える「県立病院分院」を2~4ヶ所設けている。スウェーデンの医療におけるもっとも小さな区域はプライマリー・ケアの区域で、これは小さなコミュニティではコミュニティ全体が、大きなコミュニティではその一部地域がその区域を形成する。このプライマリー・ケアの区域では、病院に代わって「地区医療センター(外来)」と「療養所(入院)」がプライマリー・ケアを提供している(これらの関係をまとめると図7のようになる)。

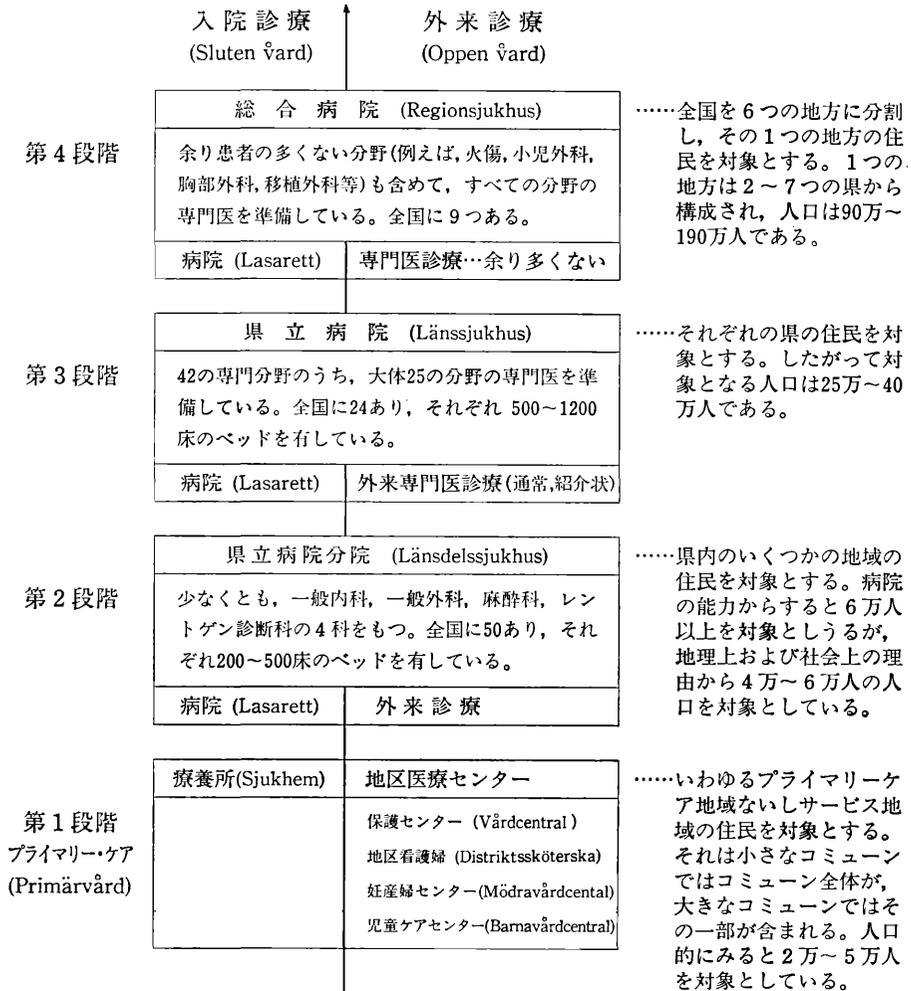
「地区医療センター」の中心は「保健センター」である。「保健センター」は、1950年代にすでに2~3人の医師の詰所として設けられていたが、その後、4人以上の医師が常勤する「保健センター」が数多く設けられる一方、その機能も著しく充実させられてきている。最近では「保健センター」には医師のほか、地区看護婦、理学療法士、作業療法士等も勤務しているので、ほとんどの

図6 プライマリー・ケアの重要性



(資料) Brännström och Midunger, Hälso- och Sjukvård.

図 7 県立の病院の役割



(資料) Lär Känna ditt Landsting.

プライマリー・ケアはここで用足りるようになっていく。

唯だ「保健センター」は夜間閉まってしまうため、救急医療機関としての機能は十分には果たしていない。したがって救急医療は、そのほとんどをいわゆる「病院」におんぶしている。スウェーデンの「病院」は、60km 四方を救急医療の守備範囲としてもっており、北方の山岳地帯を除いて、ほぼ全土をカバーしている。

II 最近のスウェーデンの医療政策

1 医療費の節約ないし効率化 (要旨)

かなりの高齢化社会であるスウェーデンにおいても人口の高齢化はまだなお進行しつつあり、そ

れにつれて老人医療費と年金の財政負担もますます増加してきている。一方、それを支える租税の負担率はGDP比で見てもすでに50%をこえていて、これ以上増税によって資金をまかなうことは非常にむずかしい情勢にある。したがってスウェーデン政府は、最大の支持母体でもあるLO（労働組合連合会）の支持も得て、歳出カットによって財政の再建を行い、将来のいっそうの人口の高齢化に対処しようとしている。その一環として行われているのが、次のような医療費の節約ないし効率化である。

まず第1に外来診療に関しては、コストがかかる大病院中心主義をあらためて、各地域にプライマリー・ケア専門の「地区医療センター」をつくり、そこでほとんどの患者を処理するという方向に転換しつつある。この方法はコストが安いばかりではなく、地域に密着し、地域のニーズに比較的容易に対応できるというメリットをもっている。

次に入院医療に関しては、基本的にはコストの高くつく入院診療をできるだけ減少させて、「療養ホーム」や「自宅」での療養、または外来診療に転換させる努力がなされている。それは例えば、一方では医師や看護婦等を多く必要とする「人件費のかかる」分野（主として内科、外科等の短期入院診療）のベッド数を削減し、他方では人件費の余りかからない（プライマリー・ケア専用の「療養ホーム」）の長期療養ベッド数を増加させるという形で行われている。また、入院日数にしても、ただでさえわが国と比べて短いと言われる入院日数を更に短縮させる措置が、内科、外科を問わず、あらゆる分野でとられている。

2 Dagmar 改革

Dagmar 改革は、「県（自治体）」連合体と厚生省との合意によって、1985年と1986年の保健および医療に対する、健康保険機構および「国」から「県（自治体）」への補償の支払方法について、新しいシステムを採用しようというものである。すなわち従来は、健康保険機構は「県」に対して、「診療回数」にもとづいて「医療費の補償」を行なってきた。しかし新しいシステムでは、健康保険機構と「国」は「県」に対して、「その地域に住んでいる人々の合計数」にもとづいて「より良い保健と医療のための資金」を一定額支払うというものである。そして「県」はこのようにして支払われた資金の枠内で、どれくらい私立病院の運営を認めるかを決めなければならなくなった。

実際問題として、「県」は従来から開業していた医師や理学療法士等に対しては自動的に診療報酬に対して補償することを認めたが、県立の病院で働く勤務医が自由時間を利用して行なうプライベートな診療に対しては診療報酬に対する補償を認めなかったため、こちらの方の患者数、診療回数はともに激減したと言われている。

3 最近の動向

以上のような努力の結果、いわゆる医療費はかなり節約された。しかし従来から批判の多かった「治療してもらえないまでに時間がかかり過ぎる」とか「治療のために医師が変わって親身の治療が

うけられない」といった問題については、ほとんど解決されていない。

このような状況の中で、一方では例えばシティ・アキューテン社が救急外来専門の診療所を（「県」からの委託という形で）運営し、好評を博している。

他方では、容易に入院診療が受けられることを売りものにした民間の医療保険が多数、保険会社から売り出されているが、こちらの方は人気は今ひとつ出ていない。

このように最近のスウェーデンでは、民間の側からプライベートな医療の提供についてさまざまな試みがなされているが、スウェーデン政府は相変わらず「私企業による医療の供給システムは、国民に不平等をもたらす福祉政策の根幹を破壊する」として、現行の医療供給システムを堅持してゆく姿勢を変えてはいない。

〔参考文献〕

各図表の下に記した（資料）の文献と、外国語の文献は、ここでは省略する。

- 〔1〕 太田義武「スウェーデンの社会保障」（『週刊社会保障』に連載），昭和54年。
- 〔2〕 中村秀一「スウェーデン社会保障ノート」（『週刊社会保障』に連載），昭和60年。
- 〔3〕 飯野靖四「スウェーデンの医療システムについて」（全国社会保険協会連合会「医療保険制度のあり方等に関する調査研究」所収），昭和62年（未公刊）。
- 〔4〕 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），昭和62年。
- 〔5〕 伊部，福武編「世界の社会保障50年」（全国社会福祉協議会），昭和62年。

（経済学部教授）