

JBpress>日本再生>国民の健康を考える [国民の健康を考える]

日本と正反対の問題に悩むスウェーデン

医療制度：北欧モデルの光と影（1）

2013年10月17日（Thu） 乗竹 亮治

黒川清・日本医療政策機構代表理事監修

1. 北欧モデルの実際

福祉、医療、社会保障の先進国——。そんな形容句と共に紹介されることの多い北欧諸国。特にスウェーデンの社会保障政策は日本でも言及されることが多い。では、実際のところどうなのか。どんな政策が日本の参考になるのだろうか。

本シリーズでは、これまで「国民の健康を考える」と題して、様々な視点から医療政策、健康政策について議論してきた。前回、オランダの医療保険制度改革を紹介したことに続き、これから2回にわたり、スウェーデンの医療制度を概観してみたい。

第1回の今回は、その制度の概要を述べ、第2回では、特に日本にも示唆となり得る医療ITの活用と、高齢化対策について見ていく。

2. 国と地方自治体

スウェーデンの医療と保健を担う機関は、国（社会保健省）、ランスティング、コミューンの3つである。社会保健省は医療保健政策全般の責任を負い、管轄下にある保健福祉庁はすべての医療従事者・医療機関の監督や、医療の改善等を行っている。

ランスティング（Lansting; County council）とは、日本の県に類似した広域自治体であるが、行う業務は保健医療サービスの提供を中心とした限定的なものである。全国に18のランスティングがあり、6つの地域グループとも呼べる保健医療圏にいずれかに所属する。

また、コミューン（Kommun; Municipalities）は全国に290ある基礎自治体だ。日本の市町村に相当するが、ランスティングとは対等な立場であり、強い自治権を持つことが日本とは異なっている。

ランスティングが医療機関の整備等の保健医療サービスの責任を担うのに対し、コミューンは住民への援助・支援の提供に責任を持ち、高齢者や障害者の介護サービスを含む福祉サービスを行っている。

3. 医療保健サービス——3つの階層

医療保健サービスは、3つの階層から成り立っている。初期医療（primary health care）、ランスティングによる医療（county health care）、そして地域グループでの医療（regional health care）である。

初期医療とは、かかりつけの家庭医によるプライマリケアであり、全国にある1000以上の診療所（公立は約780所、私立は約250所）で受けられる。ランスティングでは、より専門的な医療を提供しており、およそ70の病院がある。

さらに大きな規模となる、最後の層、地域グループごとの医療では、稀で複雑な難病やけがなどの治療を担当している。地域グループには9つの圏域病院があり、大学病院としての性格も持ち、教育・研究も行われている。

このような3つの階層モデルは、実は、日本の状況も地域医療計画上はほぼ同様であるし、他の先進諸国でも多く見られる。

日本の場合、原則として、「かかりつけ医にまず診てもらう」という「しほり」のない、「フリーアクセス」が現状なので、3つの階層が見えづらくなっている。この点は、「いつまで続く？ 大病院の「3時間待ちの3分診療」」で詳しく述べた。

では、スウェーデンにおいて、「かかりつけ医」制度がうまくいっているかと言うと、もちろんアクセスを制限していることでの国民の不満は存在しているし、英国などと同様、「ウェイティング・リスト問題」も存在する（診療・治療してもらうまで数日間、場合によっては数週間も待たねばならないといった状態）。

繰り返すようだが、パーフェクトな医療制度というのは存在しない。だからこそ、海外事例も視野に入れながら、国民的議論が必要だし、日本の医療システムが、既得権益にとらわれるあまり、「現状維持」を続けていけば、それでいいかと言うと、決してそのようなことはないだろう。

4. 大きな権限を持つランスティング（日本における都道府県）

さて、スウェーデンにおける医療サービスは、日本における都道府県にあたるランスティングによって提供されていると言ってもいいだろう。ランスティングは保健医療サービスの提供が主な事務内容であり、予算の9割は保健医療や歯科医療に充てられている。

さらに、「高負担高福祉」とも言われる通り、医療サービスは、税による公営のサービスとなっている。費用はランスティングの税収と国の補助金、患者の自己負担によって賄われており、財源のうち約7割は税収が占めている。

医療費の自己負担額の上限は、全国一律で年間900クローナ（約1万円）であり、20歳未満の子供は無料となっている。

また、入院費の自己負担額についても上限が設けられており、1日当たり80クローナ（約900円）。医療費と同様に20歳未満の子供については無料とするランスティングが多い（いずれも2010年時点）。

5. アクセスの改善

医療システムの評価指標として、「アクセス」「質」「コスト」の3軸がよく用いられることは、本シリーズでも述べられてきた。

日本の場合、アクセスが「よすぎる」あまり、一部の医療機関に患者が集中し、「3時間待ち3分診療」「風邪でも大学病院に行って診てもらう」などと揶揄されるが、スウェーデンの場合は、医師不足に加えて、アクセスが限定されてきたことで、前述の「ウェイティング・リスト問題」が生じていた。

これを解決するため、「アクセスを少し開放していこう」というのが、ここ10年ほどの政策の流れになっている。

日本とはベクトルが逆ではあるが、どの国においても、パーフェクトな医療システムがない以上、「政策を動かし続けている」ことのよい事例だろう

6. 選択の自由化と全国医療保障制度

さて、その改革の流れを受けて、2003年より、ランスティングにより入院などの治療方針が決められると、患者は国内のどこでも、自分の住むランスティングと同じ条件で医療を受けることができるようになった。

すなわち、患者は病院を自由に選ぶことができ、どの病院に入院しても同じサービスを受けることができるのである。また、初期医療においても、患者は公立と私立どちらの診療所を選ぶかを自由に決めることができるようになった（Care choice system）。

また、2005年11月より、全国医療保障制度（Vårdgaranti; National health care guarantee）が開始され、ランスティングは治療を行う決定がなされてから90日以内に治療を始める義務を負い、できない場合には他のランスティングで治療を受けられるようにしなければならないとなった。

この制度は2010年に法制化され、2011年現在、患者の9割が保障期限内に治療を受けられている。まだまだ国民の不満は残るものの、医療における待ち時間も短縮されつつある。

7. パーフェクトではないスウェーデン・モデル

繰り返すようだが、社会保障先進国としてよく紹介されるスウェーデンでさえ、パーフェクトでもなければ、現状維持を指向しているわけではない。疾病の種類や構造、人口動態が常に移り変わる以上、医療システムも変わり続けざるを得ない。

そして、誰もが満足する完璧な制度は存在しない。だからこそ、我が国でも国民的な議論、そして改革の一步が求められていると言えよう。



©2008-2014 Japan Business Press Co.,Ltd. All Rights Reserved.