

JBpress>日本再生>国民の健康を考える [国民の健康を考える]

スウェーデンのエーデル革命

医療制度：北欧モデルの光と影（2）

2013年10月25日（Fri） 乗竹 亮治

黒川清・日本医療政策機構代表理事 監修

1. スウェーデンの高齢化対策

前回は、スウェーデンの医療提供体制について、概観した。今回は、その中でも、特に日本にも示唆があると思われる高齢化対策、そして医療ITの活用について見ていきたい。

スウェーデンでは、2005年時点で人口に占める65歳以上の高齢者の割合が17.3%に上り、80歳以上の割合はEU加盟国で最も大きくなっている。

今後も高齢化が進むと予測され、高齢者が可能な限り自宅での生活を続けていける社会を目指し、様々な改革・取り組みを進めている。

まず、その提供体制だが、スウェーデンでは、高齢者介護に関する責任は、国（社会保健省）が担っており、高齢者および障がい者の介護サービスを含む福祉サービスは、コミュニティ（Kommun; Municipalities）によって供給されている。

コミュニティとは、全国に290ある基礎自治体であり、日本の市町村に相当するが、より強い自治権を持つ。詳しくは**前回**を参照されたい。

2. エーデル改革以前

スウェーデンでは、1970年代までは、高齢者の増加や介護施設等の順番待ち問題に対応すべく、施設の建設を多く進めてきた。その後、在宅ケアを重視する気運が高まり、1970年代から1980年代にかけて在宅介護サービスや在宅医療が拡大した。

この施設でのケアと在宅でのケアとの線引きと役割分担を明確にすべく、1982年に施行された社会サービス法（The Social Service Act）が定められた。

これにより、施設入居等の社会的介護はコミュニティが担い、その一方で、在宅医療や初期の医療介護はランスタディングが担うという分担になった。

ところが、その線引きや両者の役割分担は次第に不明瞭となっていき、病院での治療を終えた高齢者のケアが、ランスタディングからコミュニティへとスムーズに移行せず、高齢者が治療後も病院のベッドを占有し続ける社会的入院が多く発生し、社会問題化した。

日本でもよく話題に上る事例である。そこで行われた改革が、この分野ではよく話題に上る「スウェーデンのエーデル改革」である。

3. エーデル改革の中身

中身を見てみよう。それまで、高齢者の介護施設には、サービスハウス、老人ホーム、グループ

ホーム、ナーシングホームなどがあり、高齢者は介護度に応じて入居する施設を替えなければならなかった。

エーデル改革では、まず、ランスティングに属していたナーシングホームをコミュニティに移管したうえで、サービスハウス、老人ホーム、グループホーム、ナーシングホームを、社会サービス法上で「特別介護住宅（特別な住居）」としてひとつにまとめ、これらをすべてコミュニティの管轄とした。

こうして、国政上の形態別の区別をなくし、これらの概念を「施設」から「住居」へと転換することにより、入居者が施設を替わずに同じ場所に住み続けられるようになった。それでも高齢者が社会的入院をする場合は、一定の自己負担が生じることとなった。

また、コミュニティは高齢者および障がい者に対する社会的介護・医療の責任を全面的に負うこととなり、費用体系が一元化されるとともに、独自にサービス内容・自己負担額・施設計画を作成・決定することができるようになった。

また、ランスティングでの治療を終えた患者に対する財政的な責任も持つこととなった。

4. エーデル改革の意味合い

さて、エーデル改革を一言で表せば「役割分担の明確化・集中化」という改革だっただろう。そう言うってしまうと随分と簡単なようだが、ビジネスにおいても医療制度改革においても、そうしたことは案外に難しいと感じる方も多いのではないだろうか。

エーデル改革の評価としては、以下が挙げられるだろう。

すなわち、コミュニティが行う24時間の在宅介護サービスなどにより、介護を必要とする高齢者も自宅で生活しやすくなったこと、社会的入院患者が減少したこと、そして特別な住居の収容数が増加し、水準も改善されたことなどだ。

さらに言えば、「施設ケアから在宅ケアへ」という政策をさらに強固にするものだったとも言えるだろう。

5. スウェーデンにおける医療IT

高齢化対策に続き、日本にも示唆があると思われるのがスウェーデンでの医療ITの活用だ。スウェーデンでは現在、医療情報の電子化に精力的に取り組んでいる。

新しいIT技術を駆使して効率的な医療情報の管理・交換を行うことにより、医療サービス全体の質を向上させることが狙いである。2006年には、国家戦略として「the National Strategy for eHealth」が採択された。

この戦略は2010年に改定され、名を「the National eHealth Strategy for accessible and secure information in health and social care（以下、National eHealth）」と改めた。

National eHealth では対象を個人（患者）、医療従事者、政策決定者の3つのグループに分け、それぞれの医療に対するニーズを満たすことを目標としている。それぞれ見てみよう。

6. 患者参画と医療IT

まず注目すべきは、個人ないしは患者参画からの視点だ。

患者が過去に行われた自身への治療・サービスおよび医療全般に関する信頼性のある情報を容易に入手し、また適切な情報サービスを通じて医療参加・自己決定を行えること（患者の権利強化）が謳われている。

「自分の治療情報、自分の疾病情報は、まずもって自分のものである」という意識が見て取れる。当たり前のことのようだが、日本では、もっと注目されてよいだろう。

次に、医療従事者の視点だ。複数の立場の異なる医療従事者が、患者に関するあらゆる医療情報を迅速、安全、かつ容易に共有し、日々の業務や治療の決定に役立てることが謳われている。

そして3つ目が政策決定者の視点だ。これは、政策決定者が、医療サービスの質と安全性をモニタリングし、適切な情報に基づいた組織運営を行うことを目指している。

特に、2010年における改定では、患者の権利強化と治療選択の自由に対する注目が高まったことを受けて、患者個人のニーズを最優先とし、患者が自身の治療に主体的に参加できることを重視するとしている。

この国家戦略の中でも、中核を担うのが、「the National Patient Summary (NPÖ)」と呼ばれる、患者の電子記録システムである。

国から認定を受けた医療従事者は、患者の同意を得た場合に限りこのシステムにアクセスし、患者の医療情報を得ることができる。

この取り組みは、全国レベルで展開される前に、まずはパイロットとして、2008年にオレブロ県（ランスティング）とそこに含まれる全コミュニティで始まった。

そして、同年に制定された The New Patient Data Act は、様々な分野の医療従事者が、患者の情報を相互に入手できるとしながらも、個人情報を守るため、医療提供者であるコミュニティと患者の両者の監視の下、認定を受けた医療従事者のみが患者のデータにアクセスできると定めた。

現在では、全国で展開されている。

7. データは誰のものか

医療ITの議論をする際、日本でも必ず話題になるのはプライバシーの問題だ。

しかし実際のところ、銀行のATMやクレジットカードを考えてみてほしい。預金残高から出金記録まですべて電子化され、全国で（さらには世界中で）アクセスが可能になっている。

そしてそのデータについては、「自分のものだ」という意識が行きわたっているのではないだろうか。もちろん、システムも異なれば、分野も全く異なる話ではあるし、医療ITと言っても多様な定義が存在している。

ここで1つスウェーデンの事例から注目したいのは、国民一人ひとりが、自分の疾病情報や治療履歴を「自分自身のもの」として認識し、そのうえで積極的に医療における意思決定に参画していくツールとして、医療ITが議論されていることだ。

国家戦略とは、「お上」が勝手に決めるのではなく、国民一人ひとりの意識の上に成り立つものだろう。

