

参考資料：スウェーデンの医療制度改革と高齢化対策



目次

1. スウェーデンの医療制度・・・・・・・・・・・・・・・・・・1
2. スウェーデンの高齢化対策・・・・・・・・・・・・・・・・・・6

スウェーデンの高齢化対策

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%にのぼり、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るスウェーデンでは、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、さまざまな改革・取り組みを進めている。^{1, 2, 3}

・高齢者介護サービス提供の仕組み

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、コミューン（Kommun; Municipalities）によって供給されている。コミューンとは、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。一方、日本の都道府県にあたるランスタイング（Länsting; County council）は、保健医療サービスの提供を中心に行っている。^{4, 5}

・エーデル改革

スウェーデンでは1970年代まで、高齢者の増加や介護施設等の順番待ち問題に対応するべく、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。1982年に施行された社会サービス法（The Social Service Act）により、社会的介護はコミューンが、一方在宅医療や初期医療介護はランスタイングがそれぞれ責任を負うことが定め

1 「スウェーデンにおける高齢者介護」 スウェーデン政府内閣府ファクトシート 社会保健省 No. 18 2007.9

2 「高齢者が元気に暮らせるスウェーデンの充実したサポート体制」 Opportunity Sweden スウェーデン投資庁 2008.4.18

3 「スウェーデンにおける高齢者の現状」 スウェーデン政府内閣府ファクトシート 社会保健省 No. 17 2007.9

4 「スウェーデンにおける保健医療」 スウェーデン政府内閣府ファクトシート 社会保健省 No.16 2007.8

5 「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（スウェーデン）」 海外情勢報告 2007-2008年 厚生労働省

られたが、両者の役割分担は次第に不明瞭となっていった。そのため、病院での治療を終えた高齢者のケアが、ランスティングからコミュニオン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。そこで、公的介護制度を再編して、医療資源を有効かつ効果的に利用し、高齢者の生活の質を向上させることを目的に、1992年に高齢者介護改革（エーデル改革）が行われた。^{1,6}

これまで、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オンに移管した上で、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オンの管轄とした。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らずに同じ場所に住み続けられるようになった。また、コミュニオン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。さらに、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。ただし、医師の所属はランスティングにとどめられた。^{1,6,7}

・エーデル改革後の取り組み

エーデル改革の評価が行われ、改革によって得られた成果として、コミュニオンが行う

⁶ 伊澤 知法「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携」海外社会保障研究 Autumn 2006 No. 156

⁷ 奥村 芳孝「スウェーデンの高齢者住宅とケア政策」海外社会保障研究 Autumn 2008 No. 164

24 時間の在宅介護サービス等により、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等が挙げられた。一方、医師の管轄がランスタングにとどめられたことにより、コミュニティとの医療に関する責任の境界が曖昧となり、特別な住居を含む在宅医療（訪問診療）において医師の参加が不十分となっている等の問題点が指摘された。そこで、2007 年に保健医療法が改正され、特別な住居、デイケアおよび在宅看護における医療への医師の参加形態・頻度について、ランスタングはコミュニティと契約しなければならなくなった。^{6,7}

・高齢者へのサポート

高齢者が暮らす場所は、自宅等の一般住宅と上述の「特別な住居」とに大別される。一般住宅で生活する高齢者に向けたコミュニティのサービスとして最も重要なものは、在宅介護サービスである。買い物や掃除、料理、洗濯等、身の回りの活動の支援を行っている。これらの在宅介護サービスは 24 時間受けることができるため、介護を必要とする高齢者であっても、自宅での生活を続けることができる。また、このような在宅介護サービスに加えて、配食サービスや日帰り介護、安全警報装置の設置等も行っているコミュニティもある。さらに 2006 年より、高齢者の転倒とそれによるケガを防ぐため、コミュニティは必要性の審査をせずに、カーテンの取り替えや電球の交換などのサービスを提供できるようになった。また、身体に障害を持つ人や高齢者が自宅をバリアフリーにリフォームする場合、住居改造手当を受け取ることができる。リフォームの費用は住居改造手当によって全額補てんされ、支給額に上限はない。^{1,2}

また、55 歳以上を対象とした「シニア住宅」と呼ばれる一般住宅がある。これは社会サービス法の「特別な住居」には含まれないため、コミュニティによる入居の決定を受けずに入居することができる。「シニア住宅」はバリアフリー化されており、医療・介

護サービスへのアクセス可能性が高く、入居者が集える場としての共同キッチンや駐在スタッフ等が整備されている。また、自宅と同様に在宅介護サービスを受けることもできる。^{2,7}

このように充実した高齢者サポートにより、2007年現在、スウェーデンでは高齢者の94%が一般住宅で生活している。⁷

一方、自宅で暮らし続けることが困難になった人に対しては、社会サービス法により「特別な住居」が用意されている。エーデル改革により、高齢者介護のための施設がこの「特別な住居」としてまとめられたが、半数以上で改革前の伝統的な名称が引き続き使用され、各コミューンが独自の名称・分類で運営している。「特別な住居」は恒久的住居と一時的住居（ショートステイ）とに区別されるが、前者では入居者は賃貸契約によって入居し、原則的に人生の最後まで住み続けることができる。2007年現在、恒久的住居としての「特別な住居」には、高齢者の5.9%、80歳以上では15.5%の人々が暮らしている。⁷

・介護サービスにかかる費用と利用者負担

コミューンにおける高齢者介護サービスにかかる費用は、2005年では803億クローナ（=8,913億円⁸）にのぼった。内訳は、「特別な住居」が64%、在宅介護が34%、予防活動が2%であった。コミューンが提供する高齢者に対する医療・社会的介護の財源は、ほとんどがコミューンの住民税であり、一部は国からの交付金である。利用者の自己負担は4%にとどまっている。しかし、高齢者ケアが充実するにつれて、スタッフの育成にかかる負担は大きくなり、またスウェーデンでは今後納税する勤労世代が減少すると予測されていることから、財源の確保が大きな課題となっている。^{2,3}

⁸ 1 スウェーデンクローナ=11.10円（2011年11月25日時点）

・その他の高齢者支援

一部のコミュニティでは、高齢者介護の一部またはすべてを競争にゆだね、利用者がサービス提供者を選ぶことができる制度を導入している。これにより、コミュニティにより自分に認められた介護サービスを、従来よりも自分の希望に沿った形で受けられるようになった。場合によっては、認定された内容以上のサービスを受けることもできる。しかし、このサービス事業者の選択制度においては、利用者が異なる事業者の違いを理解し、選ぶ能力を持っている必要がある。そのため、コミュニティには、利用者が必要な社会サービスを受けられているかどうかを確認することが求められる。¹

スウェーデンの年金制度は、社会経済の変動に左右されずに長期的安定を維持できる仕組みになっている。また、この公的年金では十分な金額を得られない場合には、付加的な保証年金を受け取ることができる。この保証年金を満額受給するための条件は、スウェーデンで40年以上暮らしていることである。2007年の保証年金は、夫婦世帯の場合1人当たり月6,380 クローナ (=7万818円⁸)であった。この他にも、低所得の年金受給者に対する住宅手当等がある。³

スウェーデンの医療制度

スウェーデンでは、医療提供に際して、国民の平等と個人の尊厳が尊重され、また医療を最も必要としている人に優先的に施されなければならないとするスウェーデン保健医療サービス法（The Swedish Health and Medical Services Act）に則り、患者を最優先とする、利用しやすく質の高い医療サービスの提供を目指してさまざまな取り組みを行っている。¹

・保健医療サービス提供の仕組み

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²があり、6つの地域グループと呼ばれる保健医療圏に分けられる。また、コミューン（Kommun; Municipalities）は全国に290ある基礎自治体である。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。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。両者の役割は、スウェーデン保健医療サービス法により明確に区別され、またサービスの内容について大幅な自由裁量が与えられている。^{1, 3, 4}

¹ 「スウェーデンにおける保健医療」スウェーデン政府内閣府ファクトシート 社会保健省 No.16 2007.8

² 広域自治体にはこの他に、2つのレギオン（ランスティングより広い権限を持つ）とゴットランド（ランスティングおよびレギオンに属さない）がある。³なお、これらすべてを含めてランスティングと呼ぶ場合もある。¹

³ 「各国にみる社会保障施策の概要と最近の動向（スウェーデン）」厚生労働省 海外情勢報告 2007-2008年

⁴ “Organisation and resources of the health service” Government Offices of Sweden 26 October 2010 <<http://www.sweden.gov.se/sb/d/4114/a/26469>>

医療保健サービスは、3つの階層から成り立っている。すなわち、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。各ランスティングには、全体を管轄するレーン病院と、地区ごとに配置されたレーン地区病院が存在する。地域グループでの医療では、稀で複雑な難病やけが等の治療を担当している。地域グループには9つの圏域病院があるが、大学病院としての性格を持ち合わせており、教育・研究も行われている。^{1,3,4}

・ランスティング

スウェーデンにおける医療サービスは、ランスティングによって提供されているといえる。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。¹

医療サービスは、スウェーデンの社会保険には含まれておらず、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割は税収が占める。^{1,3}

ランスティングは、患者の自己負担額を自由に設定することができるが、スウェーデン保健医療サービス法により上限が定められている。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（=9,990円⁵）であり、20歳未満の子ども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（=888円⁵）とされる。医療費と同様に20歳未満の子どもについては無料とするランスティングが多い。^{1,3}

⁵ 1 スウェーデンクローナ=11.10円（2011年11月25日時点）

・医療における選択の自由化と全国医療保障制度

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。¹ 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）。⁶ スウェーデン政府は、医療における患者の権利拡大のため、他の自治体においても自由に医療を選択し享受できる等の内容を盛り込んだ、より平等で総合的な患者法を制定する予定である。⁷

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くなった。¹ 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。これにより、医療における待ち時間も短縮されつつある。⁷

・医療の効率化とアクセス可能性の向上

スウェーデンはEUの協調政策にも積極的に取り組み、共通目標である、医療アクセスの改善や高度専門医療面での協力、患者の安全向上、そして患者の地位向上と情報提供改善に力を入れている。¹

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ICT技

⁶ “Health and medical care” Government Offices of Sweden 15 September 2010
<<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2950>>

⁷ “Health care with the focus on patients” Government newsletter, 29 April 2011 Government Offices of Sweden
<<http://www.sweden.gov.se/sb/d/14471/a/167409>>

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を目的に、2006年に国家戦略として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。すなわち、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）、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、そして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えることを目指す。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た。⁸

National eHealthでは、戦略を6つの分野に分け、各々における優先項目を掲げている。中でも、National eHealthの中核を担うのが、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、2008年にÖrebro County Council（ランスタングの1つ）とそこに含まれる全コミューンで始まった。同年に制定されたThe new Patient Data Actは、さまざま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、個人情報保護のため、医療提供者と患者両者の監視の下、認定を受けた医療従事者の

⁸ “National eHealth —the strategy for accessible and secure information in health and social care—” Ministry of Health and Social Affairs 06 May 2011 Government Offices of Sweden

みが患者のデータにアクセスすることができる」と定めた。スウェーデン政府は、2011年までにすべてのランスタングにNPÖ導入を拡大する予定である。この他にも、技術インフラの整備や知識管理、法整備など、さまざまな分野でNational eHealthの実現に向けた取り組みが進められている。^{6,8}