

③ プログラム評価

既に糖尿病(タイプ 2)及び乳がんに関するプログラムの評価基準が連邦保険庁により定められた。最初の疾病金庫として地区疾病金庫、海員金庫及び連邦鉱山従業員組合が 2006 年 2 月から自らのプログラムについての評価を開始した。これらの疾病金庫の委託を受け、中立的な研究機関が糖尿病(タイプ 2)及び乳がんに関するプログラムの医学的な有用性及び費用についての調査を行っている。

(3) 具体的プログラムの実施例

具体的な疾病管理プログラムの実施状況等を把握するため、バーデン・ヴュルテンベルク州地区疾病金庫(AOK Baden-Württemberg 以下「AOK-BW」と表記する。)を訪問し、糖尿病(タイプ 2)に関するプログラムについて調査を行った。このプログラムを取り上げた理由は、地区疾病金庫は疾病金庫の種類別で最も多くの被保険者を有する金庫であり、また、AOK-BW が行うこのプログラムに関しては、既に実施状況等に関する詳しいデータが公表されているためである²²。

① 実施状況

ア. 参加者

2005 年 6 月末現在、約 10 万人の被保険者がプログラムへの参加登録を行っている。糖尿病(タイプ 2)の患者である AOK-BW の被保険者は 154,000 人と推計されることから、登録率は約 65%となっている。登録被保険者の 38.8%が 66 歳から 75 歳、24.1%が 76 歳以上の者である。一方、医療供給者側では、約 5,900 人の開業医(州内開業医の 84%)、59 箇所の病院、4 箇所のリハビリテーション施設がこのプログラムに参加している。

イ. 合併症の新規発生

2005 年上半期のフィードバック報告(Feedbackbericht)²³によると、この期間での合併症の新規発生は登録被保険者の 4.6%に限られている。つまり、大部分の合併症は、プログラムに基づく定期的な検診と予防により発生が阻止されている。

例えば、定期的な足の検査の受診者は登録被保険者の 96.9%となっている。異常な所見があった場合には、当該被保険者はプログラムに基づき専門医での受診を指示されるとともに、AOK-BW から糖尿病がもたらす足への危険を解説したパンフレットが送付された。

登録被保険者の 88%は眼科医による眼の検査を受診した。検査を受診しなかった登録被保険者に対しては、AOK-BW から糖尿病がもたらす眼への危険を解説したパンフレットが送付され、注意が喚起された。

²² 実施状況に関するデータはいずれも AOK Baden-Württemberg, DMP-Qualitätsbericht, Disease-Management-Programm Diabetes mellitus Typ 2 der AOK Baden-Württemberg, Zeitraum 01.07.2003-31.12.2005 による。

²³ プログラム参加医は半年毎のフィードバック報告を利用することができる。この報告は、参加医が作成した患者に関する記録から得られる医学的・統計的なデータをまとめたものである。これを用いることにより、参加医は自らの患者に関するデータをそれぞれの地域及び州全体のデータと比較することが可能となる。

ウ. 治療目標の達成

登録被保険者の半数近くは血圧が標準範囲内に留まっている。また、前回の報告期間において高血圧と診断された登録被保険者の3人に1人は今回の報告期間において標準範囲内の血圧となった²⁴。

エ. 患者教育

医師による患者教育は、登録被保険者が糖尿病であっても良い生活の質を実現するために重要な役割を果たすものである。2004年には、14,000件を超える患者教育の費用がAOK-BWにより負担された。

このほか、AOK-BWでは、独自の事業として、栄養、運動、禁煙などに関する患者講習会を行っている。また、全ての登録被保険者に対して、登録時に糖尿病(タイプ2)に関する重要な情報とプログラムの進行に関する情報が入った「患者バインダー」(Patientenordner)が渡されるとともに、登録被保険者向けの雑誌が年3回送付される。

オ. 参加医に対する支援

参加医に対しては、医師マニュアルが渡されるほか、各地でプログラムの内容と進行に関する情報提供のための催しが行われている。AOK-BWでは、このプログラムのために特別の教育を受けた職員が参加医からの質問に対応する体制がとられている。

カ. 登録の促進

被保険者の登録を促進するため、AOK-BWが実施するプログラムについての様々な広報宣伝活動が行われているほか、次のような経済的なメリットが付与されている。登録被保険者は、プログラムに参加する開業医から診療を受けた場合に本来は支払わなければならない一部負担金²⁵が免除される。慢性病患者の場合には薬剤に係る一部負担金が大きな金額となることがよくあるが、プログラムに参加する開業医が処方した薬剤に係る一部負担金は1ユーロに減額される²⁶。

② 登録被保険者による評価

このプログラムに関しては、2005年春に、地区疾病金庫連邦連合会の委託を受けた中立的な調査機関が45歳から75歳までの登録被保険者1000人を対象に電話に

²⁴ 地区疾病金庫連邦連合会が、地区疾病金庫の実施する糖尿病(タイプ2)に関するプログラムに登録した被保険者25万人の登録時点とその後の血圧及び血糖値の推移に関するデータを分析した結果によると、それぞれがうまく調整されている者の割合は、登録時点では62%及び47%であったが、登録半年後には74%及び54%、登録1年後には80%及び57%へと改善を示している。(Vgl. van Lente E.-J./Willenborg P., Volkskrankheiten fest im Griff, Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL 10/06, S. 6)

²⁵ 1四半期当たり10ユーロ。

²⁶ 通常は薬剤費用の10%に相当する一部負担金(最低5ユーロ、最大10ユーロ)を支払わなければならない。

よるインタビュー調査²⁷を行った。その結果、このプログラムについては、次のような回答が得られた。

ア. 治療内容

治療内容に関しては、回答者の31%が「糖尿病についての医師の診察を受ける頻度が高まった」と回答している。また、回答者の39%は「プログラム参加後の医師による治療が改善された」としており、具体的な改善点としては、特に、「集中的な治療の実施やコントロール頻度の増加」を挙げている。さらに、回答者の3人に1人は、「医師がより頻繁に血糖値の測定や足の診察を行うようになった」、「医師が診察や助言により多くの時間をかけるようになった」と回答している。

イ. 患者への影響

プログラムへの参加による影響に関しては、多くの回答者が、プログラムへの参加以降、「定期的に検査値に注意することや医師の診察を受けることが容易になった」(89%)、「自分自身のためになることを行う動機が高まった」(83%)、「食事内容を変えた」(79%)、「血糖及び尿糖の値を自分でチェックするようになった」(79%)、「より運動することに留意するようになった」(78%)などと回答している。

さらに、回答者の83%は、「将来をより楽観的にみるようになった」と回答しており、プログラムへの参加が精神面でも良い影響をもたらしている。

ウ. プログラムの評価

プログラムの評価に関しては、大半の回答者が肯定的に回答しており、回答者の97%が「このプログラムへの参加を続けたい」としている。特に良いと考えられる点としては、「情報提供、啓発及び相談助言」、「定期的な医学的コントロール」などを挙げており、「一部負担の免除」を挙げた者は少ない。また、回答者の95%は「友人などにもこのプログラムへの参加を勧めたい」としている。

以上の結果は、このプログラムが、参加被保険者に対する医療の改善をもたらしただけでなく、参加被保険者が日常生活において意識的に自分の病気と向き合うことを支援するとともに、健康的な生活を送ることへの動機付けにつながっていることを示している²⁸。

²⁷ Psychonomics AG, AOK Bundesverband Evaluation AOK-Kuraplan DMP Diabetes, Abschlussbericht, Köln Mai 2005.

²⁸ 他の疾病金庫により実施されている糖尿病(タイプ2)に関するプログラムのこれまでの成果についても、AOK-BWによるプログラムの場合と基本的には同様の傾向がみられる。すなわち、高血圧を伴う登録被保険者の割合はプログラムの進行とともに大きく減少している。目の検査や足の検査については高い受診率を示しており、患者教育に対する参加率も高まっている。多くの登録被保険者は、医療内容が改善され、また、自分自身のためにより多くのことをする動機が与えられたと感じている。プログラムへの参加理由としては、経済的誘因ではなく、良質の医療が受けられることが重要な意味を持っている。(Vgl. Graf C., a.a.O., S. 46 ff.)

③ 参加医師による評価

地区疾病金庫連合会の委託を受けた中立的な調査機関が AOK-BW を含む全国の地区疾病金庫が実施している糖尿病(タイプ 2)に関するプログラムに参加している医師 189 人を対象に 2006 年夏に行った電話によるインタビュー調査²⁹では、次のような結果が得られている。

調査対象となった医師のほぼ半数は自分で又は他の医師と共同で患者教育を行っている。その登録被保険者の 3 分の 2 は糖尿病教育に、3 分の 1 は高血圧教育を受講している。回答者の 84% は、「こうした教育は、患者が自分の健康のことを気にかける動機を与えている」と回答している。多くの回答者は、プログラムにより、「患者と治療目標を合意することが容易になった」(60%)、「治療の進め方が患者にとって分かりやすくなった」(54%)、「家庭医の役割が強化された」(49%)と評価するとともに、「他の医師と競争するためにプログラムへ参加が必要であった」(63%)と回答している。

批判的な回答が寄せられたのは、診療記録についてである。診療記録は診療のたびに重要な結果が書き留められ、その写しが患者にも渡されることになっている。回答者の 3 分の 2 は、診療記録を「プログラムの評価と質の確保のために適切なものである」とする一方で、多くの回答者が「患者への情報としては適当でない」(78%)、「患者にとって混乱をもたらす」(62%)としている。また、回答者の 83% はプログラム参加に伴う事務処理の負担が大きいと回答しており、そのことは医師がプログラムへの参加を見合わせる理由にもなっている。

プログラムに参加している医師と参加していない医師を比較してみると、診療している糖尿病患者の数、事務処理のためのソフトウェアの使用率、QC サークルへの参加率などにおいて前者は後者を大きく上回っている。

2. 統合医療供給

(1) 基本的枠組み

① 目的

統合医療供給の目的は、医療供給の各部門間及び医療従事者間の連携・協力の改善を図ることにある。その背景には、治療に携わる関係者が適切な情報交換を行うとともに、お互いにパートナーとして協力し、明確に定められた共通の治療目的に沿ってそれぞれが担当する診療を行うことが、質が高く、効率的な医療供給を確保する基本的な前提条件になるとの考え方がある。

② 対象疾病

統合医療供給のモデルは、疾病管理プログラムの場合とは異なり、様々な疾病に対して適用可能であるが、特に、複数の医療供給者がかかわる複雑な治療プロセスが必要な疾病の治療に適したものである。そのような疾病としては、例えば、心臓・

²⁹ Psychonomics AG, AOK Bundesverband, DMP Diabetes Typ 2 aus Ärztesicht, Bonn August 2006.

循環器疾患、肥満症、抑鬱症、椎間板疾患などが挙げられる³⁰。ただし、統合医療供給は必ずしも特定の疾病の治療に限定されるものではなく、家庭医診療の対象となる疾病全体を対象としたものも存在する。

③ 基準

統合医療供給は分野をまたがる医療供給を対象にするとともに、そのために締結される契約においては、医療の質、分野間の協力及び調整、診療記録、報酬などについて定めることとされている。しかし、それぞれの項目で定められる具体的内容については、疾病管理プログラムの場合のような詳細な基準は設けられていない。また、契約内容等が一定の基準を満たしていることを担保するための認可などの手続きも設けられていない。

④ 実施

統合医療供給の実施主体は疾病金庫である。疾病金庫は、被保険者のために、医療供給者と交渉して、統合医療供給の実施に必要な契約を締結する。この契約の相手方になることができるのは、個々の開業医、病院の運営者、リハビリテーション施設の運営者、医療供給センターの運営者及びそれらの医療供給者のグループであり、多様な供給形態を作り上げることが可能となっている。

この契約により、契約の相手方である医療供給者は当該疾病金庫の被保険者に対して質が保証され、効果的で、治療のために十分で、合目的でかつ経済的な医療を供給する義務を負う。一方、これらの医療供給者が統合医療供給に参加する被保険者に行った給付に対しては、契約の定めに従って疾病金庫から報酬が支払われる。

被保険者は、統合医療供給に参加するかどうかを任意に決定することができる。被保険者に対しては、疾病金庫から、統合医療供給に関する契約、統合医療供給に参加する医療供給者、特別の給付及び合意された質の基準に関する包括的な情報提供が行われる。

⑤ データの活用及び保護

統合医療供給においては、参加する全ての関係者がそれぞれの必要に応じてアクセスすることが可能な記録の整備が行われる。診療を行う医療供給者は、具体的な治療に役立てるために、被保険者の同意を得て、この記録から当該被保険者の治療データ及び診断結果を引き出すことができる

⑥ 報酬

統合医療供給に関する契約においては報酬に関する定めが行われる。「統合医療供給のための報酬」から、契約で定められた医療供給の責務の枠内で各参加医療供給者が行った給付に対して報酬が支払われる。

³⁰ Bundesministerium für Gesundheit, Daten und Fakten zur Integrierten Versorgung, S.1. (<http://www.die-gesundheitsreform.de>).

⑦ 経済的誘因

統合医療供給を促進するため、2004年から2008年までの間³¹は、それぞれの疾病金庫が保険医協会に支払う報酬総額及び各病院に支払う報酬の最大1%までを留保し、「統合医療供給のための報酬」に充てることが認められている。

(2) 全国的な実施状況

2006年3月末現在、全国で2,214件の統合医療供給のための契約が締結されている³²。その中で最も件数が多いのは股関節及び膝関節に関する契約で、全体の4分の1以上を占めている。統合医療供給への参加者として登録されている被保険者の数は全体で354万人となっている。その80%は家庭医診療に関する統合医療供給の参加者であると推計されている。統合医療供給のための報酬総額は2006年第1四半期で5.2億ユーロに上っている。2005年第1四半期以降の契約件数、参加被保険者数及び報酬総額の推移からは、統合医療供給が急速に普及していることがわかる。

なお、疾病金庫の契約相手方としては、「病院」並びに「リハビリテーション施設及び病院」がそれぞれ20%以上を占めており、次いで「開業医及び病院」(18%)、「開業医」(11.2%)などとなっている。

(3) 具体的プログラムの実施例(家庭医診療に関するプログラム)

統合医療供給に関する具体的プログラムの実施状況等を把握するため、バーマー代替金庫(BARMER Ersatzkasse)を訪問し、同金庫が実施している「家庭医診療に関する統合医療供給プログラム」について調査を行った。このプログラムを取り上げた理由は、バーマー代替金庫は単独の疾病金庫としてはドイツで最も多くの被保険者を有していること、このプログラムが全国的に展開され、多数の被保険者及び医療供給者が参加していること、プログラムの実施状況等に関する詳しいデータが既に公表されていることにある³³。

①プログラムの概要

ア. 目的

このプログラムは、次のような目的を有している。

- 重複検査の防止、家庭医による専門医診療の受診に関する適切な指示及び経済的な病院への入院指示を実現すること

³¹ 当初は2006年までとされていたが、2006年12月に制定された保険医法改正法(Vertragsarztrechtsänderungsgesetz)により2008年までに延長された。

³² 全国的な実施状況に関するデータは、BQS GmbH, Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V. (<http://www.bqs-register140d.de>)及び Graf C., a.a.O., S. 49 ff.による。

³³ 実施状況等に関するデータは、Richter K., Erfolgsmodell BARMER Hausärzte-/Hausapothekenvertrag, Heath 2005, 28. 11. 2005 及び BARMER Ersatzkasse, Hausarztvertrag unter Einbindung der BARMER Service-Apothekenによる。

- 参加被保険者に対する医薬品使用の安全性³⁴及び経済性を大幅に高めること
 - 外来一部負担金の軽減を通じ被保険者の負担を軽減すること
- なお、このプログラムが特に家庭医診療を対象としている理由としては次の点が挙げられる。
- 家庭医は高齢者や慢性病患者にとって医療に関する最も重要な話し相手であること
 - 家庭医は一人の患者に対して行われる治療の全体を見通すことができる立場にあること
 - 家庭医は、長年の付き合いを通じて、患者の病歴、その患者が置かれた社会的環境及び家族の状況を把握しており、また、患者との信頼関係が醸成されていること
 - 家庭医はそれぞれの患者の生活スタイルを知っているので、患者に対して健康への自覚を持った生活を行うよう指導しやすいこと
 - 家庭医により処方・指示される給付が医療保険の給付において大きな比重を占めていること³⁵

イ. 契約主体

バーマー代替金庫が、ドイツ家庭医連盟(Deutscher Hausärzterverband)及びドイツ薬剤師連盟(Deutscher Apothekerverband)の支援の受け、家庭医契約共同体(Hausärztliche Vertragsgemeinschaft)³⁶及びドイツ薬剤師マーケティング有限公司(Marketinggesellschaft Deutscher Apotheker mbH)³⁷とドイツ全域を対象とした契約を締結している。

ウ. 患者の権利及び義務

バーマー代替金庫の18歳以上の被保険者はこのプログラムに任意で参加することができる。希望する被保険者はプログラムに参加する家庭医のところで参加の登録を行うことができる。登録被保険者の権利及び義務並びにデータ保護に関する規

³⁴ ドイツでは、薬剤の相互作用の影響により、年間25,000人程度が死亡し、最大で年間30万人程度が入院しているといわれている。また、それによりバーマー代替金庫だけでも5,000万ユーロの損害が発生していると試算されている。(Vgl. Die BARMER Ersatzkasse, BARMER Information, Der Hausarzt- und Hausapothekervertrag: Eine Partnerschaft pro Patient, S. 3. (<http://www.barmer.de>).)

³⁵ バーマー代替金庫において、保険医及び保険歯科医により処方・指示された給付(入院、薬剤、療法手段など)の費用は約83億ユーロで給付総額の54%を占めている。そのうちの47%(39億ユーロ)が家庭医により処方・指示された給付の費用である。

³⁶ 家庭医契約共同体は、ドイツ家庭医連盟の支援により設立された契約共同体であり、法律上認められる範囲内で、家庭医が提供する給付の種類及び量並びにそれに対する報酬について疾病金庫などと契約を締結する。保険診療に従事する全ての家庭医は任意でその契約に参加することができる。

³⁷ ドイツ薬剤師マーケティング有限公司は、ドイツ薬剤師連盟の会社であり、薬局に対するサービスの提供を行っている。この会社は、ドイツ薬剤師連盟及び州薬剤師連盟の支援を受け、薬剤師の新しい活動領域の開拓などを行っている。

定及びデータの転送に関する情報提供も家庭医により行われる。

被保険者はプログラムに参加する家庭医及び家庭薬局から自分が受診・利用するものを自由に選ぶことができる。登録被保険者は、外来診療を受ける場合には、原則として、まず、自分が選択した家庭医の診療を受けなければならない。また、その家庭医の指示によってのみ専門医の診療を受けることができる³⁸。こうすることで、多くの患者が直接専門医に受診することによる医療費の増加に歯止めがかかることが期待されている。

エ. 参加家庭医の責務

家庭医は、家庭医契約共同体に対して書面にて意思表示することにより、このプログラムに任意で参加することができる。

参加家庭医は医療における「管制官」の役割を果たさなければならない。つまり、参加家庭医は、登録被保険者である患者が異なる医療供給者から様々な分野の医療を受けなければならない場合に、その治療が全体として最適に進められるよう、患者の面倒をみるとともに、必要な助言を行わなければならない。また、参加家庭医は患者に対して薬剤支給や入院などの給付について適切な処方・指示を与えなければならない³⁹。参加家庭医は、患者に対して行われた全ての診断及び治療に関する記録を持たなければならない。これにより、費用がかかり、かつ、患者の負担となる重複検査が回避される。

参加家庭医は、その役割を適切に果たせるよう、QCサークルへの参加を含む家庭医としての体系的な継続教育⁴⁰に参加しなければならない。また、家庭医の活動分野に関する「根拠に基づく医療指針」の中から、毎年少なくとも一つの指針を受け入れ、それに沿った診療を行わなければならない。

オ. 家庭薬局の責務

薬局のこのプログラムへの参加も任意である。薬局は、ドイツ薬剤師マーケティング有限会社に対して書面にて意思表示することにより、このプログラムに参加することができる。

家庭薬局は、薬剤に関して被保険者が信頼を置くことができるものとしての役割を果たさなければならない。家庭薬局は、被保険者の同意を得て、当該被保険者に医療保険で処方された薬剤及び被保険者が自分で購入・服用している薬剤を継続的にリストに記入しなければならない。その際、薬局は異なる薬剤間の問題となる恐れのある相互作用、副作用及び使用量をチェックする。問題の発生を避けるために必要がある場合には、薬局は、当該患者を担当する家庭医に薬剤リストを引き渡すとともに、家庭医と連絡を取らなければならない。登録被保険者が入院する場合に

³⁸ 婦人科医及び眼科医には直接受診することが認められている。

³⁹ 経済的な処方・指示により費用の節約を実現するための具体的な方策が契約において定められている。

⁴⁰ 契約においては、家庭医継続教育研究所(Institut für Hausärztliche Fortbildung)が開発した研修体系を基に、研修項目及び研修時間が定められている。

は、家庭医の求めに応じ、薬局は薬剤リストを引き渡さなければならない。このリストは入院指示に関する資料に添付される。

また、必要がある場合には、家庭薬局は被保険者の家に薬剤を届けるサービスを行わなければならない。

カ. 協力

家庭医と家庭薬局は、密接に協力することにより患者のための診療ネットワークを作り上げなければならない。このことは薬剤に関する安全性を高めることにつながるものである。また、「見かけ上の新薬」の代わりに割安な後発品の使用を進めることを通じて、薬剤投与の質と経済性を高めることにも貢献しうるものである⁴¹。

キ. 予防

家庭医は、被保険者に対して、健康上の危険因子が持つ医学的な意味について助言し、特に、運動、栄養、ストレスの除去、喫煙、飲酒などに関する第一次予防のための適切な措置について指示し、健康への自覚を促す。

ク. 報酬

参加家庭医及び家庭薬局が契約により合意した給付を行った場合には、契約に定める報酬が支払われる。

参加家庭医に対する報酬としては、例えば、患者登録の実施に対して支払われる15.3ユーロの「登録定額(Einschreibepauschal)」、登録患者が登録1年目において診療を受けたときに支払われる1四半期当たり5.1ユーロの「統合定額(Integrationspauschal) I」、2年目以降の各年において最初の診療を受けたときに支払われる20.4ユーロの「統合定額II」などが定められている。

参加家庭薬局に対する報酬としては、参加家庭医との間で行われる連絡に対して、1四半期当たり8ユーロの「薬局統合定額(Apothekenintegrationspauschal)」が定められている。

このほかにも、このプログラムの実施により費用が節約された場合には、その中から参加家庭医及び家庭薬局に対して報酬が支払われる。

ケ. バーマー代替金庫の役割

バーマー代替金庫は、このプログラムの進行を管理する。また、同金庫は、処方・指示された給付に関する報酬請求データを分析し、医療供給者に対して費用節約の可能性に関する情報を提供する。

⁴¹ これにより薬剤費用を15%節約することが可能と見込まれている。(Vgl. Die BARMER Ersatzkasse, BARMER Information, Der Hausarzt- und Hausapothekervertrag: Eine Partnerschaft pro Patient, S. 4).

コ. 登録の促進

被保険者の登録を促進するため、登録被保険者は、毎年、参加家庭医での最初の受診時にだけ外来一部負担金を支払えばよいこととされている。その後の四半期においては、外来一部負担金が免除される。

サ. プログラム評価

このプログラムの実施状況については、管理データに基づく経済性の評価及び患者アンケートに基づく患者満足度の評価などが行われる。

② 実施状況

2006年9月現在、バーマー代替金庫の18歳以上の被保険者の26.8%に相当する約170万人がこのプログラムに登録している。参加家庭医数は、約37,000人で、小児科医を除く家庭医総数(約52,000人)の70%を超えている。また、参加薬局は約18,000箇所、全国の薬局数の80%を超えている。いずれの場合も、地域的なばらつきがあり、家庭医の参加率では90%の地域、薬局の参加率では100%の地域がそれぞれ最高となっている。

この契約に基づく報酬は、2005年で総額4,250万ユーロであり、うち4,120万ユーロが家庭医分、130万ユーロが家庭薬局分となっている。この額は、バーマー代替金庫が保険医協会に支払う報酬総額及び各病院に支払う報酬の0.58%に相当する。

③ 被保険者による評価

バーマー代替金庫が被保険者を対象に行ったアンケート調査⁴²の結果(回答者約1,600人)によると、このプログラムに登録した理由については、登録者の73%が「外来一部負担金の節約」を挙げている。次いで、「薬局でのより良い相談助言等」、「家庭医によるより良い相談助言等」を挙げる者が多かった。登録者の割合は、自らの健康状態を良くないと考えているグループほど高くなっている。また、プログラムに登録していない者であっても、その半数はプログラムへの登録に関心を持っている。プログラム全体については、80%以上の者(「このプログラムについて聞いたことがない」と回答した者を除く。)が肯定的に評価しており、否定的に評価している者は4%に過ぎない。

(4) 具体的プログラムの実施例(人工関節に関するプログラム)

バーマー代替金庫は、前述の全国を対象とした「家庭医診療に関する統合医療供給プログラム」のほかに、個別の疾病を対象とした地域単位の統合医療供給プログラムも実施している。そのひとつの例であるミュンスター地方で実施されている「人工関節に関する統合医療供給プログラム」の概要は次のとおりである⁴³。

⁴² BARMER-Kundenbarometer.

⁴³ 実施状況等に関するデータは、Institut für Strategieentwicklung, Wie gut ist die Integrierte Versorgung?, Pressemitteilung vom 14. September 2006による。

① 実施状況

このプログラムは、2003年にドイツで最初の統合医療供給プログラムとして開始された。2006年7月までに、300人以上の被保険者がこのプログラムにおいて膝又は股の人工関節の給付を受けた。このプログラムの契約当事者は、バーマー代替金庫と2つの施設運営者であり、傘下の計9箇所の病院及びリハビリテーション施設が医療を担当している。

このプログラムの特徴は入院リハビリテーションと通所リハビリテーションの組合せを可能にしている点にある。これにより、患者は手術直後の集中的な治療と長期間の継続的な治療の両方を受けることができる。

② 成果

このプログラムに参加した患者の病院及びリハビリテーション施設での入院期間及び通所リハビリテーションの期間は、参加していない患者の場合に比べて明らかに短くなっている。すなわち、病院での在院日数が平均1.3日、入院リハビリテーション施設での在院日数が平均1.7日短縮され、通所リハビリテーションの期間も平均で約3日短縮された。このプログラムによって医療供給者間の治療プロセスの調整が適切に行われたことがこのような成果につながったものと考えられる。

また、経済性分析の結果からは、このプログラムは、治療に必要な費用全体を通常の保険診療の場合に比べて10%以上節約する効果を持つことが明らかとなっている。

③ 患者による評価

バーマー代替金庫の委託を受けた中立的な調査機関がこのプログラムに参加している患者及び参加していない患者に対して文書で行った調査では、次のような結果が得られている。

現在の健康状態が良いとする者及び手術前と比べて健康状態が改善したとする者の割合は、プログラム参加者の方が明らかに大きい。また、病院での治療並びに入院及び通所によるリハビリテーションに対する評価も、プログラム参加者の方が明らかに良い。

プログラムに対して、参加者の64%は「大変満足している」、29%は「満足している」と答えており、90%以上は「治療が必要となった場合には家族や友人にもプログラムに参加するように推薦する」としている。

なお、参加者は、支払った一部負担金について疾病金庫に最高150ユーロまでの還付を請求することができるが、実際にはこの請求をあまり行っていない。つまり、一部負担の軽減は、参加者がこのプログラムに参加する重要な理由にはなっていない。

第3節 結論

1. 医療制度改革における位置づけ

疾病管理プログラム及び統合医療供給の制度は、医療の分野間及び医療従事者間での適切な連携・協力の欠如がもたらしている構造的な問題を解決することにより、医療制度改革の最重要目的のひとつである医療供給の質と経済性の向上を実現しようとするものである。

また、これら制度は、各疾病金庫が医療供給者と協力して被保険者のニーズや要望により適合した給付提供を確保することを可能にするものである。そのことは、疾病金庫間の競争の対象を保険料率の水準だけではなく、給付の質を巡るものにまで拡大することにつながる。その意味で、これらは、従来の改革により疾病金庫選択権が拡大されたことを通じて作り出された医療保険の競争的な枠組みを更に発展させるものである。

さらに、リスク構造調整の仕組みと関連付けられた疾病管理プログラムは、慢性病患者に対する治療の改善が疾病金庫に対する競争上の不利をもたらさないようにし、リスク選別の誘因を取り除くことにより、疾病金庫間のより公平な競争の実現に寄与するものである。

2. 制度普及の背景

疾病管理プログラム及び統合医療供給の実施状況をみると、既に、様々な種類の疾病金庫において多数のプログラムが進められており、プログラムに参加する被保険者は両制度合計で550万人を超えている。また、プログラムに参加する医療供給者も多数に上っている。このことは、これらの制度が単に法律に規定されただけでなく、現実の医療供給においても急速に普及していることを示している。

その背景としては、実施プログラムに対する高い評価、プログラムの成果、疾病金庫に対する経済的な誘因などがあると考えられる。

疾病管理プログラム及び統合医療供給に基づき実施されている医療内容等についての患者の評価はかなり肯定的なものとなっている。医療供給者側にも、記録作成などの事務量の増加などの問題はあるものの、追加的な報酬が得られることや患者が確保できることなどのメリットがある。また、実施プログラムは、患者の健康状態の改善、患者が健康的な日常生活を送ることへの適切な動機付け、在院日数の短縮、費用の節約などの具体的な成果も上げている。

さらに、疾病金庫に対しては、疾病管理プログラムへの被保険者の登録がリスク構造調整を通じた財政負担軽減効果を持つことや統合医療供給による給付に対する報酬の財源として保険医協会及び病院に支払うべき診療報酬の一部を充てられることなどがプログラム実施への強力な誘因を与えている。特に疾病管理プログラムの場合には、参加基準に該当する被保険者が参加の登録をしない場合には、リスク構造調整において同じ年齢・性別の通常の被保険者と同じ給付費が適用されることになるため、疾病金庫側にはその額と登録被保険者に適用されるより高い給付費との差額が「損失」として意識されている。疾病管理プログラムへの患者の登録率が相対的に高い理由はこの点にある。

ただし、疾病管理プログラムに基づく給付費のリスク構造調整における特別の取扱いは、もともと、2007年から実施が予定されている「疾病罹患状況を考慮した調整」が行われるまでの間の短期的な措置として導入されたものであり、また、統合医療供給のための報酬の財源に関する措置も一定の期限が付されている。もし、これらの措置が廃止されるとしたならば、疾病管理プログラム及び統合医療供給の実施は、それにより得られる支出節約効果がそのために必要な追加的な報酬を上回るのではない限り、当該疾病金庫の保険料率を引き上げる方向での効果を持つことになる。

忘れてならないことは、これらは、単に、各地域における関係者の自主的な取組みの結果として実現したものではないということである。疾病管理プログラム及び統合医療供給は、その枠組みが法律上明確に位置づけられ、それによって、リスク構造調整、診療報酬、患者一部負担などにおいて関係者の取組みを強力に促進する仕組みが設けられ、また、医療供給者との契約の弾力化が図られたことが、制度の普及に大きな役割を果たしたものと考えられる。

3. 両制度の特徴

疾病管理プログラム及び統合医療供給は、医療供給の各分野間の適切な役割分担と連携を強化することにより、患者の状況に適合した質の高い医療を効率的に提供しようとするものであり、この点において共通性を有している。同時に、両制度の間には重要な相違点が存在しており、それらがそれぞれの制度の特徴となっている。

(1) 疾病管理プログラム

疾病管理プログラムの場合には、対象疾病や具体的な内容を含むプログラムの基準が全国統一的に定められ、かつ、各疾病金庫の実施するプログラムが基準に適合することが認可を通じて確認される。このように、疾病管理プログラムの場合にはいずれのプログラムにおいても一定水準以上の内容を確保することが重視されている点に特徴がある。その基準のなかでも特に注目されることは、参加医療供給者は「根拠に基づく医療」の考え方に基づき定められた指針に沿って診断及び治療を行うことが求められる点にある。もちろん、この指針は、具体的なケースにおける医師の判断を代替するものではないが、通常は個々の医師が自分で最適と考える医療を実施していることと比較すると、医師がこの指針を受容することは画期的な意味を持っているといえる。疾病管理プログラムが有するこのような特徴を勘案すると、この制度は、医療供給者間の適切な連携の下に、対象疾病の患者に対して標準的な医療が実施されることを確保するのにより適したものといえる。

(2) 統合医療供給

一方、統合医療供給の場合には、対象疾病やプログラムの基準は定められておらず、また、各疾病金庫の実施するプログラムの認可も行われず。実際に実施されているプログラムも、対象とする疾病、参加する医療供給者の範囲、医療供給者間の連携のあり方なども様々である。このように、統合医療供給の場合には具体的な

プログラムの内容等がより広範に当事者による決定に委ねられている点に特徴がある。したがって、それぞれの疾病金庫には、その中で、医療供給者と協力して画期的な診療プロセスや給付形態を開発するチャンスが与えられている。統合医療供給が有するこのような特徴を勘案すると、この制度は、疾病金庫間で、新たな診療プロセスや給付形態の開発にまで及ぶ給付の質の改善に関する競争を促進することにより適したものといえることができる。

4. 我が国への適用可能性

ドイツにおける疾病管理プログラム及び統合医療供給は、実施主体である疾病金庫が医療供給者との間で必要な契約を締結することにより、実施が可能となるものである。このような仕組みがとられた背景には、通常の保険診療においても、疾病金庫が医療供給者との間で診療報酬に関する合意を含む契約を締結していることや、疾病金庫は、保険料率や提供する給付の内容を巡って相互に競争する立場にあることなどが挙げられる。こうした点において、ドイツ医療保険における保険者の役割は我が国とは大きく異なっている。したがって、これらの制度をそのままの形で我が国に導入することには無理があるが、その考え方や内容については、我が国における医療供給の改善、特に医療供給者間の連携を適切に推進するための方策や保険者による取組みの在り方を検討する上で参考となる点が少なくない。

なかでも、疾病管理プログラムの考え方は、我が国にとってより受け入れやすいものであると考えられる。疾病管理プログラムは、慢性病患者に対し一定の指針に基づく標準的な医療が確保されることを目的としている。また、各疾病金庫が実際に行っている個々のプログラムの内容に大きな違いがあるわけではなく、当事者間の契約に基づくプログラムという構成をとる必然性はない。このため、疾病管理プログラムは、患者がいずれの制度、いずれの保険者に加入していても同等の医療が受けられることを重視する我が国の医療制度になじみやすいものである。さらに、医療供給者との契約締結という点を除けば、疾病管理プログラムにおいて保険者に求められる役割は、患者教育や情報提供など我が国の保険者が現在果たしている役割の延長線上にある。

いずれにせよ、ドイツの例が示しているように、医療供給者間の適切な役割分担と連携により、医療供給の質と経済性を高めるためには、単に、改善の方向性を示し、その実現に向けた取組みが各地域において自主的に行われることに期待するだけでは十分ではない。疾病管理プログラムのような具体的な取組みを全国的に推進するためには、制度の基本的な枠組みを法律上位置づけるとともに、それによって、具体的な取組みを促進するための手段を整備することなどが必要になると考えられる。

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

主任研究者報告書

⑳ スウェーデンの医療制度改革の現状と課題

主任研究者 島崎謙治 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

（平成 16 年度・平成 17 年度実施）

研究要旨

スウェーデンでは、高齢化の急速な進展に加え 1990 年代前半の 3 か年にわたる経済のマイナス成長を背景に、エーデル改革のほか、家庭医制度導入、疑似市場モデル改革など様々な改革が試みられた。

このうち、エーデル改革はベッド・ブロッカー（一種の「社会的入院」）の縮減等には大きな効果を挙げ“成功”と評価されているが、訪問看護の権限については県と市との間で中途半端な状態にあり、医療と介護の連携をいかに行うべきかという問題が生じている。また、家庭医制度導入は社会民主党の政権復帰とともに廃止の憂き目にあったが、プライマリケアが不十分であることはスウェーデンの医療制度の弱点の一つであり、これを医療制度上適切に位置づけるべきであるという議論は伏在している。また、疑似市場モデル改革については、当初の過大な期待は醒め、効率化のインセンティブをいかに図るべきかという現実的な対応が図られている。さらに、スウェーデンの医療制度の最大の弱点である慢性患者の待機期間が長いという問題に関しケア・ギャランティ（一定期間内の診察・治療の保証）の導入、医療の高度化等への対応として県の再編・広域化の議論があるなど、スウェーデンでは現実的・実証的な取組が行われている。

日本は、デリバリーは民間主体中心、ファイナンスは国民皆保険制度を採っているのに対し、スウェーデンの医療制度は、デリバリーは公的主体中心、ファイナンスは税方式を採っているという相違がある。しかし、医療と介護の連携やプライマリケアの議論などスウェーデンにおける様々な改革の取組とそのプロセスは、わが国の医療政策を論議する上で重要な示唆を与える。

A. 研究目的

日本とは異なる医療システムを採っているスウェーデンにおける医療制度改革の現状と課題について分析・考察を行うこと。

B. 研究方法

文献調査および実地ヒアリングによる。
（倫理面への配慮）
個人情報等に関係しないため不要。

C. 研究結果

スウェーデンでは、1990年代前半に、エーデル改革、家庭医改革、疑似市場モデル改革など様々な革新的な改革が行われた。これらのうちエーデル改革は概ね成功という評価であるが、医療と介護の連携の欠如という問題を惹起している。家庭医改革は政権交代により挫折、疑似市場モデル改革も変容を余儀なくされているが、これらは完全に消滅したわけではなく、漸進的な改革あるいは次の改革に繋がる意味を有している。

D. 考察および E. 結論

日本は、デリバリーは民間主体中心、ファイナンスは国民皆保険制度を採っているのに対し、スウェーデンの医療制度は、デリバリーは公的主体中心、ファイナンスは税方式を採っているという相違がある。しかし、制度の相違はあっても、医療と介護の連携やプライマリケアの議論などスウェーデンにおける様々な改革の取組とそのプロセスは、わが国の医療政策を論議する上で、重要な示唆を与える。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

[平成 16 年度および平成 17 年度の研究である。なお、両年度において、文献調査のほかスウェーデンの現地調査を行った。]

第27章 スウェーデンの医療制度改革の現状と課題

島崎謙治（国立社会保障・人口問題研究所）

1. はじめに

本稿は、スウェーデンの1990年代から今日に至る医療制度改革の現状と課題について概観し、わが国の医療政策へのインプリケーションを考察することを目的とする。

スウェーデンの医療制度の建て方・仕組みや国民の受診行動等はわが国とは大きく異なっている。しかし、スウェーデンでは特に1990年代前半に医療政策に関し様々なチャレンジングな取組みが行われた。これらは医療政策の普遍的性格を考察する上で非常に興味深いだけでなく、わが国の医療政策上も一定のインプリケーションを有していると考えられる。

本稿では、スウェーデンの医療制度の特徴等を述べた後、特に、①経済基調や人口構造の変化と医療政策のハンドリング、②公的に統制された医療制度に市場原理を採り入れる改革（擬似的市場改革：quasi-market reform）の意義と限界、③構造改革と漸進的改革のバランスの取り方、といった観点に立って、考察を行う。

2. スウェーデンの医療制度・行政制度の特徴－わが国との相違－

（1）スウェーデンの医療制度の特徴

まず、本論に入る前に、スウェーデンの医療制度の特徴について、日本との相違に主眼を置き箇条書き風に整理しておく、次のとおりである。

第1は、医療供給（デリバリー）・医療財政（ファイナンス）両面にわたって公的部門が主たる役割を担っていることである。すなわち、①医療費用の財源の大半は税によって賄われており、②医療機関の圧倒的多数は公立であり、医師等の身分も多くは公務員であって、公的部門が直接医療供給や財政を担っている。この点で、スウェーデンの医療保障制度は、米国の医療保障制度と対極的な位置にある。また、日本の医療保障制度と比べると、わが国の場合、医療法等による公的な規制は強いものの医療供給自体は民間部門のシェアが圧倒的に大きい（公的医療機関の病床数は日本では3割弱）という点で大きな相違がある¹。

第2は、分権型の医療制度だということである。すなわち、医療供給の責任は、全国に20の県（正確にはこの場合県議会〔スウェーデン語：landsting／英語：county council〕と言うべきであるが便宜的に県という。なお、歴史的な理由によりゴットランドは医療供給に関し県と同等の権限を有する）が負っている。また、県は課税徴収権限を有しており、各県によって多少税率が異なるが平均で約10%（賦課ベースは所得）である。県の支出の

¹ ただし、スウェーデンでも自由診療や民間保険が存在しないわけではない。特にストックホルム等の大都市では増大している。このことは家庭医制度が提案された意義や社会民主党及び県の反発を理解する上で重要な点である。

9割近くが保健医療費に充てられる。日本が医療保険制度の企画・立案等を国が一元的に行う中央集権型のシステムを採用しているのと大きく異なる点である。また、英国とスウェーデンは共に社会保険方式ではなく税方式の医療保障制度を採用しているなど類似点が多いが、英国は国営の中央集権型システム（英国の地方保健当局は国の機関）を採用しており、両国の制度を分かち最も重要な相違点となっている。

ただし、スウェーデンはその人口規模に比して、医療政策に関与する機関は多く、政策決定過程も輻輳している。スウェーデンにおいて果たして二層制の地方自治制度が必要か（つまり県不要論）といった議論が生ずる所以である。また、医療という特定部門の課税権を地方自治体に与えておくことが妥当かという議論もある。特に、経済状況が深刻となり、「税制の歪み」を是正する必要性が高まると、国税制度の改革（例：1991年の大規模な税制改革による、限界所得税率の大幅引下げや課税ベースの拡大）だけでは完結しなくなる。実際、1991年から93年の3か年にわたって県税の引上げを認めないという法律が制定された（ただし1994年に解除）。これは国の地方自治体への干渉を排除するという伝統的かつ法制的枠組みからすれば、相当な越権行為と言うべきであるが、逆に言えば、経済危機下において国全体の課税水準が上昇することを避けるためにはやむを得ない措置であったとも言える。

第3は、医療供給の主たる財源は県税によっているが、それのみによって賄われているわけではなく、年金保険や労働災害保険等を包括する社会保険の一部門を構成する国民健康保険（英語：National Health Insurance）から一部財源が移転されていることである。つまり、税方式を中心としつつも社会保険からの繰り入れがある。なお、便宜的に国民健康保険という訳語を用いたが、スウェーデンの国民健康保険はわが国の国民健康保険とは全く意味が異なっている。すなわち、スウェーデンの国民健康保険は、①国民（16歳以上の住民）全員が加入する社会保険の医療保険給付部門を指すものであり、②医療保険給付といっても、実質的には、疾病や育児休業に伴う所得減損を補填する傷病手当金及び両親手当の二つの現金給付が中心となっている。

（2）スウェーデンの行政制度

以上がスウェーデンの医療保障制度の特徴であるが、これまで述べたことを補足し医療保障制度改革の意義を正確に捉えるために、スウェーデンの行政制度についても必要最小限の範囲で述べる。

第1は、県の地方自治制度における位置づけである。日本もスウェーデンも国・県・市町村の三層制の行政組織制度を採用しているとはいえ、わが国の場合には、都道府県が広範な分野にわたって多大な行政権限（市町村に対する調整指導権限を含む）を有している。これに対し、スウェーデンの行政制度はしばしば砂時計に譬えられるように、国（state）と基礎的自治体であるコミュン（スウェーデン語：kommun／英語：municipality。以下「市」という）の間に位置する広域自治体である県の役割が小さく、また、法制的にも実態的にも県はコミュンを指導監督する権限を有していない。これを沿革的にみると、県は1862年の地方自治令（後に法律に昇格）により広域行政を担う自治体として創設された組織であり、以降病院の管轄権限が漸次国から移譲され医療供給に関する権限は拡大してきたという経緯がある。この結果、県の歳入・歳出額の医療の占める割合からみても明らか

などおり、今日では地方自治体としての県の役割の大半は、医療の供給とそのための財源徴収であると言って差し支えない。

第2は、地方自治における意思決定が、純然たる「議会－委員会制」によっているということである。すなわち、公選制の県知事・市長は存在せず（通常は議長が対外的な代表者となる）、議会（国政選挙と同時に選挙される議員によって構成される）は単なる議決機関ではなく執行機関でもあり（業務は委員会が分掌する）、法的にも議会が法人格を有している。先に医療供給の責任は正確には県議会が有していると述べたのはそのような意味である。この結果、医療保障制度については、国政レベルで政権交代があり政策変更が行われても県レベルで「政権交代」が行われなければ、政策変更は浸透することにはならない。この点において、国が一元的に制度を管轄している年金制度など社会保険との異同がある。つまり、社会保険については、中央レベルで合意に達し法律が改正されれば実施に移されるのに対し、医療保障についてはそうならない。たとえば、1991年の総選挙で9年ぶりに中道保守政権が誕生したが、半数の県では社会民主党が引き続き議席の過半数を確保していた。後述するストックホルムのほかダラーナ（Dalarna）県やボーヒュース（Bohus）県で行われた医療保障制度改革は、独占的な医療供給にマーケットメカニズムを導入するなど思い切った試みであるが、他の県が一斉に同じような改革を指向したわけではない。むしろ、多くの県は基本的に保守的傾向を有している。スウェーデンの改革がラディカルな側面を有しながらも漸進的にならざるを得ない所以である。

第3は、地方分権の進展である。たとえば、フリー・コミューンの実験を経て、1991年の地方自治法の改正により、市の行政機構の編成が自由になった（例：建築委員会と環境委員会を建築・環境委員会としたり、介護サービスの認定・決定部門と実施を行う部門を分離するなど）ことや後述するエーデル改革などはその典型例である。

3. スウェーデンの医療制度の「評価」－長所と短所

（1）スウェーデンの医療制度のパフォーマンスの評価

スウェーデンの医療制度を、①医療の質、②患者の医療へのアクセス、③医療費の水準（コストの抑制）という3つの観点から評価すると、スウェーデンの医療保障のパフォーマンスは全体としてみれば高い（Swedish Association of Local Authorities and Regions, 2005, pp6-9）。

まず第1に、医療の質については、スウェーデンの乳児死亡率（生後1年内の千人当たり死亡数は3.4程度）や平均寿命（女82.11歳、男77.53歳）は日本と並んで世界のトップクラスに位置し、医療技術や研究水準自体も世界的に高く評価されている。また、国民が医療保障について実際にどのような評価を行っているか（満足度）ということも医療の質や問題点を評価する重要な材料になるが、国民の医師や医療機関に対する信頼は概して高い。

第2に、患者の医療へのアクセスについては、スウェーデンの社会保障は極めて平等指向が強く、患者自己負担額も少額にとどまり経済的理由によって受診が妨げられるということはまずない。ただし、緊急性の低い医療については待機期間があるということは、かねてよりスウェーデンの医療保障の問題点の象徴として指摘されてきた。しかし、1991

年から 12 の指定を受けた医療行為（冠状動脈関係の診断・手術、白内障手術の手術等）については待機解消保証制度（maximum waiting time guarantee）が設けられ、医師が手術等の必要性を認めてから 3 か月を超えた場合には、県は病院に対して当該費用の支払いを行わないとする措置が採られ、この結果、手術件数は大幅に増え待機期間も短縮された。また、2005 年 11 月からは、すべての医療行為について 3 か月以内の診療を行うこととし、それを超えた場合には患者は他の医療提供者（私的を含む）を選択できることとされている。こうした措置を通じ、待機期間の問題は改善が図られている。

第 3 に、医療費の範囲は国によって異なること（例：ナーシングホームの費用や出産費用を医療費に含めるか）等から厳密な比較は困難である。したがって、以下はあくまで一つの目安にしか過ぎないが、スウェーデンの医療費の水準（対 GDP）は、OECD Health Date 2004 によれば、2002 年で 9.2% であり、ドイツ（10.9%）、フランス（9.7%）より低く、英国（7.7%）、日本（7.8%：2001 年）よりは高い水準にあるものの、諸外国に比べて決して高い水準にあるわけではない。

（2）スウェーデンの医療保障制度の問題点

しかし、スウェーデンの医療保障に問題がないわけではない。一般にスウェーデンの医療保障の問題点として指摘されている事項を箇条書きで列挙すると次のとおりである。

- ①. 医療とその隣接領域が全体として統合されたシステムとなっていない。つまり、医療は保健医療法（英語：The Health and Medical Services Act / スウェーデン語：Hälsö och sjukvårdslagen）に基づき県が所管し、福祉は社会サービス法（英語：The Social Services Act / スウェーデン語：Socialtjänstlagen）に基づきコミューンが所管しており権限が分かれており、連携がうまくとられていない（特に都市部において問題が多い）。これは、後述するように、エーデル改革の背景であるが、この改革により以上の権限の「仕切り」が変わったわけではなく問題は残っている。
- ②. 病院医療（外来を含む）が家庭医（GP）の紹介を介在せずに行われること（例：患者が家庭医の紹介なしに病院の救急外来で受診する）が少なくない。この意味で、スウェーデンの GP は、入院の可否や専門医への振り分け機能（これを「ゲートキーパー」機能という）を有する英国の家庭医とは性格が異なる。また、病院・診療所間の相互連携（病診連携）も十分ではない。
- ③. 医療資源の分布や医療ケアの利用消費（utilization）の分布の地域偏在が存在する。たとえば、ラップランド（Lapland）地方（スウェーデン北西部）などでは GP 確保に支障を来している。また、スウェーデンの医療供給体制は計画的に整備されている旨述べたが、県間で締結された協定に基づき、県境を超えて患者が移動する実態もある。これは、実際には県ごとの医療資源の分布や技術水準等に大きな差があることを示している。

なお、従来、医療の必要性が乏しくなったにもかかわらず入院している者が存在するなど医療資源配分の効率性が損なわれているという大きな問題が存在したが、治療が終了しながら退院しないベッドロッカー（英語：bed blocker / スウェーデン語：medicinskt färdig patient〔治療が終わった患者〕）は、エーデル改革により大幅に減少している。