

18世紀末には一般大衆向けの湯治場が建設されるようになった。ドイツ初の湯治場は、1793年にバルト海沿岸のハイリゲンダムに造られ、その後バーデン・バーデンやヴィースバーデンなどに大浴場が造られた。

温泉療法をさらに発展させ病気を治癒する水浴療法を19世紀末に広めたのは南ドイツの神父セバスチアン・クナイプ(1821~1897)で、クナイプは「健康は水から(Sanus per aquam)」を原則に水浴療法を編み出したので「水博士」とも呼ばれている。今日多くのウェルネス施設が用いている呼称「スパ(SPA)」の語源もここから由来している。このような湯治場や保養地へ療養(ケア)に出かけるのは1960年代までは(疾病保険の給付を受けて)病気の治癒を目的とするものがほとんどである。しかし、ドイツでは80年代に入ってからフィットネス・ブームが起こり、健康的な筋肉質の体作りに励むためにフィットネスクラブや健康な小麦色の肌になるためにソラリウム(人工紫外線)スタジオに通う人が増えた。病気になってから公的医療保険で病気を治癒し健康体になるのではなく自己責任で健康を維持するという健康に対するこのような国民意識の変化は「パブリック・ヘルスからプライベート・ヘルスへ」と表される。「プライベート・ヘルス」の代名詞だったフィットネス志向だったが、フィットネスには「苦痛を伴うトレーニング」というイメージがあり、それに代わるものとして「快適さ」や「癒し」を謳うウェルネスがブームになった。

ドイツにおけるウェルネス産業の定義は明確ではないがエッセンで2年に一度開かれる「FIBO—国際フィットネス・ウェルネス見本市」に出展する企業から判断すると公的医療保険から支給されない健康増進に寄与する産業ということになり、例えば以下のような分野である。フィットネスクラブ、ヘルスセンター、ウェルネス・ホテル、スパの施設、ソラリアムスタジオ、マッサージ室、リハビリテーションセンター、保養施設、公共のスポーツ施設。この他、この見本

市には出展していないが、健康食品、美容化粧品もウェルネス産業に含まれる。

見本市主催者の2004年の発表によるとドイツのウェルネス市場は2005年度に730億ユーロに達する(グローバルサイト研究所)と予想されている。ドイツ経済の低迷を反映して国民の消費志向は全般に低下する傾向にあるが、健康増進の分野にはお金を支出する人が増えている。1985年には健康増進のために支出すると答えた人は国民の18.5%に過ぎなかったが、15年後の2000年には30.4%に増加している。また旅行好きとして知られるドイツ人にはこのところヘルスツーリズム志向が上昇している。2004年には、ドイツ人口8,000万人のドイツ人の約2%にあたる160万人のドイツ人が、ヘルスツーリズムを延べ250万回行ったとされている。高い失業率に悩むドイツでは特にウェルネス産業での職場数増加が期待されている。ウェルネス産業で働く人の数はすでに60万人をこえるが、専門家によると近い将来75万人に達すると予想されている。しかしウェルネス関係の職業は多種多様であり、この分野を包括するような法律上の規制はない。各種の職業団体が独自の職業訓練コースを提供しているのが現状である。

現在ドイツのウェルネス産業を包括するような全国的団体はないが、「ウェルネス」の名前を関する団体は現在以下の2つがある。

①ドイツ・ウェルネス連盟(Deutscher Wellness Verband)

1990年に設立された。会員の料金は個人、自営業、企業、賛助企業により大きく異なり、賛助企業の場合には入会金が100ユーロ、年会費は従業員数により750ユーロから2500ユーロになっている。現在「ドイツ・ウェルネス連盟」は「ウェルネス職業委員会」を設置して、ウェルネス・トレーナーを職業として確立させることに尽力している。しかしこの委員会にはウェルネス連盟の賛助企業が委員として参加している

ことから、贊助企業の意向が反映された職業となるのではないかという意見も出ている。

②国際SPAとウェルネス協会 (Internationaler SPA & Wellness Bund e.V.)

2002 年に設立された団体で会長を務めるラウフレヒトは現在ドイツ商工会議所連合会の「ウェルネス職業委員会」の委員になっている。この連盟の加入料金は個人の年会費が 84 ユーロ、法人は 480 ユーロとなっている。連盟の名前でも明らかのようにウェルネスの中でも SPA (Sanus per Aquam=健康は水から) に重点を置いた活動を行っている。

相補・代替医療と美容・エステティック

ドイツでエスティックサロンはそれ程広まってはいない。「ビューティファーム」もウェルネス・ホテルに設置されている程度で一般の人々にはあまり認識されていない。しかし近年のウェルネス+アンチ・エイジング志向に伴い肌の老化防止への意識は全体に高まっている。化粧品だけではなく美容部員にも高い資格が求められるようになっている。連邦制を取っているドイツでは教育文化は州の担当とされ、国は職業教育も含めた教育に関しては大綱法のみを設置し、実施規定に関しては各州に委託するのが一般的である。美容師 (Kosmetiker) に関するもの同様で、「美容師の職業教育規則」をドイツ連邦経済産業省がドイツ連邦教育研究省の同意を得て制定している。これに基づきドイツ商工会議所連合会が職業基準を定め、各州の商工会議所が職業訓練を実施している。職業訓練期間は 3 年で、理論と実践のデュアルシステムを行っている。授業内容は肌の組織や洗浄、化粧法、美容マッサージ、器具の知識、栄養アドバイスと健康増進などである。職業先としては、ビューティセンター、美容院、保養・リハビリ病院、ウェルネス施設、美容院、化粧品メーカーなどがある。エステサービスは、美容院やホテル、個人の自宅で行われる場合が多いが、料

金は一時間 30 ヨーロ～100 ヨーロ以上まで差がある。

ドイツの相補・代替医療に関する法規としては、各種セラピスト毎に下記の法律が定められている。

- マッサージと理学療法士法 (Masseur- und Physiotherapeutengesetz)
- マッサージと温泉療法士の養成と試験に関する規則 (Ausbildungs- und Pruefungsverordnung fuer Masseure und medizinische Bademeister)
- 美容師の職業養成規則 (Verordnung ueber die Berufsausbildung zum Kosmetiker/zur Kosmetikerin)
- ハイルプラクティカ (治療師) 法 (Heilpraktikergesetz)

また、ドイツの相補・代替医療・エステに関する連盟・協会の代表的なものとしては、下記のものがある。

- ドイツ温泉療法連盟 ; Deutscher Heilbaederverband e.V.
<http://www.deutscher-heilbaederverband.de/>
- ドイツ・ウェルネス連盟 ; Deutscher Wellness Verband e.V.
<http://www.wellnessverband.de/>
- 国際 SPA & ウェルネス協会 ; Internationaler SPA & Wellness Bund e.V.
<http://www.wellness-bund.de/>
- ドイツ・ハイルプラクティカ (治療師) 連盟 ; Die Deutschen Heilpraktikerverbaende (DDH)
<http://www.ddh-online.de/>
- ドイツ・サウナ連盟 ; eutscher Saunabund e.V.
<http://www.sauna-bund.de/>

- ドイツソラリウム連盟; Bundesfachverband Solarien und Besonnung e.V.
<http://www.solarien-verbaende.de/>
- リフォームハウス協会; Neuform VDR e.G.
<http://www.reformhaus.de/>
- 欧州ホメオパシー・人智医学医薬製品連合 ; ECHAMP (European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products)
<http://www.echamp.org/>

ドイツのヘルス・ツーリズム

ドイツの余暇研究所 (Institut fuer Freizeitwirtschaft)によれば、2004 年には 160 万人のドイツ人が健康とウェルネスを目的とした休暇を 250 万回とったとされている。

- ヘルスケア(140 万回)
- ウェルネス(80 万回)
- ビューティー(20 万回)
- アンチ・エイジング(1万回)

ヘルスケア休暇は病気予防や健康状態改善を目的とするもので期間は比較的長期で休暇後、身体の痛みが緩和されるなどの効果が期待されている。ウェルネスとビューティー休暇では日常生活から解放された贅沢な雰囲気が求められている。アンチ・エイジングはウェルネスやビューティー休暇をすでに試みた更にハイクラスな休暇を望む旅行客に人気がある。サービスとしてはマッサージや脊椎トレーニングなど、オーソドックスなものに人気が集まっている。アロマセラピーやインドのアーユルヴェーダなど、新しい相補・代替医療のサービスも提供されているが需要はまだそれ程大きくはない。しかしその全体としてヘルスケアとウェルネス休暇に出かける人は、2010 年までに現在の 70% 以上に増えると予想されている。またドイツ国内のみならず国外でもウェルネスツーリズムは増加している。現在ドイツ人のウェルネス旅行地として人気

のある国は、オーストリア、イタリア、イス、スペイン、ハンガリー、チェコ、タイ、中国、インド等である。

ウェルネスブームを受けて、ドイツでは、ウェルネス施設を設置するホテルが増え、現在ウェルネス・コーナーがあることを宣伝文句にするホテルが 500 以上あるといわれている。しかし、中にはプールとサウナルームだけを備えているところも少なくない。そこで、1997 年から、ドイツのホテル業界は、ウェルネス・ホテルの高水準を維持する目的で、「ドイツ・ウェルネスホテル」(Wellness-Hotels-Deutschland) を導入している。現在、40 以上のホテルがウェルネス・ホテルとして登録されている。ウェルネス・ホテルの条件はプール、スチームバス、マッサージ、エステティック等の入浴施設に加え、トレーニング器具を備えたフィットネス・コーナーやヘルシーメニューがあること、ホテルの立地環境も評価の対象となっている。

ヘルスツーリズムの中でも、特に自然志向の旅行者に対しては、「ビアボノ(Viabono)」という認証マーク制度がある。「ビアボノ」は「心地よい場所への道筋」というような意味で、自然に優しい旅行や自然食をドイツ国民にアピールする意図の下、2001 年に設立された。正会員はドイツ市町村連盟、自然保護連盟、ドイツホテル連盟、自動車クラブ、自転車クラブ、キャンプ連盟など、19 の全国団体で認証マークの基準や広報活動を行っている。これまでに「ビアボノ・サイト」にアクセスした人は 600 万人以上に及ぶとされ、「ビアボノ」の知名度はドイツ国民の 7% に達したという調査結果が出ている。

健康商品

ドイツにおける健康商品の市場規模についての明確な数字はない。健康商品の中でも自然食品やボディケア商品を扱うショップは「リフォームハウス」と呼ばれている。「リフォームハウス」の歴史は古く、1887 年にベルリンで「健康センター」という名の店が開店しがが最初で、

1900 年にはヴァッパータール市に「リフォームハウス」という名前の店が開店した。その後、1927 年にフランクフルトで「ドイツリフォームハウス協会」が設立され、今日に至っている。現在、「リフォームハウス協会」には、約 3000 店のドイツとオーストリアのリフォームハウスが加入している。2004 年度の売上は 6 億 5900 万ユーロで、そのうち 70% 以上が自然食品とダイエット食品で占められている。自由販売医薬品（薬局以外で取り扱うことができる医薬品で生薬やハーブティーなど）とボディケア商品は 25% である。

ドイツの消費者研究所 (GfK) は、健康・美容商品をインターネットで購入する傾向が、今後増加すると予測している。この研究所の市場調査では、2003 年のドイツ国民 83 万人が、医療用医薬品並びに OTC 薬をインターネットで購入している。また 180 万人がフェイスケアとボディケア商品をインターネットで購入している。今後、健康増進関係の商品をインターネットで購入する人は、500 万人にまで増えると見られている。

このようなインターネット薬局（例：メドネット <http://www.med-net.de/>）で「wellness」で検索すると次のような商品が提示される。

- 光治療器・赤外線照射器
- マッサージ器
- 空気洗浄器・加湿器
- アロマテラピーセット
- 浴用剤
- 栄養サプリメント
- 健康茶

また、これまで主として介護用品など医療福祉機器を取り扱ってきた「サニタリーショップ」でも、アロマセラピーセットなどの「ウェルネス・コーナー」を設ける店が増えている。例えば、最近では、大型家具店のセールで「ウェルネスデー」という見出しが、「指圧マッサージ機」が販売されるなど、「ウェルネス」という言葉の宣伝効

果が大きいことが小売店業界では認識されつつある。

健康商品に関する法規としては、下記のようなものがある。

- 医薬品流通法(医薬品法) (Gesetz ueber den Verkehr mit Arzneimitteln(Arzneimittelgesetz))
- 化粧品原料規則 (Verordnung ueber kosmetische Mittel)
- 医療用品法 (Gesetz ueber Medizinprodukte)
- 食品衛生法 (Lebensmittelhygienesgesetz)

食品衛生法は、連邦消費者保護・栄養・農業省の管轄で、それ以外は連邦健康保健省の管轄である。

D. 考察

ドイツは、8,244 万人の人口を抱える連邦国家であり、国民の 90% が公的保険制度に加入している。社会保険制度を規定する法典「社会法典 V (SGBV)」には、特別な治療法 (Sondere Therapierichtungen) として「ホメオパシー (Homöopathie)」、「ルドルフ・シュタイナーの人智医学 (Anthroposophische Medizin)」、「植物療法 (Phytotherapie)」の三つを規定している。この特別な治療法をもって「相補・代替医療」のすべてを代弁しているとは言い難いというのが、今回の調査で、バーデン・ヴュルテンベルク州保険医協会や製薬会社の見解であるが、実際、医師会が生涯教育による資格認証を与えていく治療法をすべて合わせると鍼灸治療やクナイプ温泉療法なども含まれることになる。しかし、ドイツ法に規定される治療法は上記の三つしかないことを確認しておく。これは、これらの治療法のみが医薬品を用いて治療するものであって、治療薬がある以上、社会法典及び医薬品法にて規制する必要があるという合理的な見解

から規定されているという背景があることも否めない。

たとえば、訪問先である DHU(ドイツ・ホメオパシー・ユニオン株式会社)の開発担当者は、上記 3 つの相補・代替医療とその他の相補・代替医療をあらかじめ分けて考えるべきだと力説した。とくに、大きな意味での相補・代替医療というものは、法的に定義がなく、どれをもって医療として、どれをもって新興宗教とするのかは難しい。こうした広範な意味での「相補・代替医療」と社会法典に定義される「特別な治療法」と一緒に考えることは好ましいことではないという見解を示した。

バーデン・ヴュルテンベルク州保険医協会においても、同様の意見が述べられたが、理事の Dahl 医師より「これらの治療法が相補・代替医療なのかどうかは問題ではなく、誰がこれらの医療を遂行するのかが問題である」という見解も示された。ドイツでは、医師以外にも「治療師 (Heilpraktiker)」という職種が存在し、彼らの多くが、ホメオパシーや植物療法、鍼灸治療などをを行うことが法的に認められている。このような職種は、EU 域内ではドイツにしか存在しておらず、Dahl 医師は、こうした十分に教育を受けていない職種が医療に携わっていることを問題視する必要があると主張した。しかし、その一方で、医師が相補・代替医療をも十分に習得し、国民の需要に合う形で医療供給を実践できるようになればよいと考えており、国民が正しい選択をするはずであると結んだ。それまでは、「治療師」を意に介することなく、ただ肅々とやるべきことをやるだけであるという見解も示した。

なお、こうした治療師による医療術は原則的には公的保険の給付対象にはならない。慢性の腰痛や膝痛で、医師が必要と認め、指示箋を出した場合に限り、治療師による鍼灸治療や温熱療法が保険対象となりうるだけである。ECHAMP によると、ドイツ国民の 5% の男性 (9% の女性) がこうした治療師の治療を受けているということである。

また、ドイツ語圏であるオーストリアの相補・代替医療についても、ドイツの相補・代替医療の現状と比較するために、部分的に調査したので以下に概要を述べる。

オーストリア共和国の人口は 827 万人であり、そのほとんどが公的保険制度に加入している。同国の特徴は、ホメオパシーなどの代替医療が公的保険制度の給付対象となっているということである。これは、隣国のドイツと比べても極めて稀なことであるが、それは歴史的な背景があつて、公的保険制度も無視できない存在としてホメオパシーが存在しているということである。ホメオパシーの創始者であるハーネマンは、1777 年にウィーン大学に留学していたが、この当時はまだホメオパシーは完成していなかった。実際には、1818 年に、獣医の Veith 教授によってホメオパシーが初めてオーストリアにもたらされたことが知られている。しかし、オーストリアにおいてホメオパシー名前を一般に知らしめたのは、1831 年にコレラが市中に蔓延した折にホメオパシー医薬品が使用され、治療を成功せしめ、コレラの拡大を防いだことによることが大きいといわれている。実際に、オーストリアでは、1837 年に「ホメオパシー」を法律的に規定し、医療のひとつとして認可されている。

このような歴史的な経緯によりオーストリアではかなり一般的にホメオパシーを利用しているといえ、2001 年だけでみてみると 50% 以上の国民がこうした補完療法(ホメオパシー又は人智医学)を何らかの形で利用しているという調査結果もある。また、ウィーン市内だけで、5 つの病院がホメオパシー専門外来を設けているというのも特筆に値する。なお、オーストリアでは、ホメオパシーに従事するのは医師のみであり、いかなる補完的な職業もホメオパシーを含めた医療行為を施すことは厳しく規制されている。

薬局で販売する一般用販売医薬品としてのホメオパシー医薬品も存在するが、これらは、医師が処方するホメオパシー療法とは一線を画し、一般に使いやすいように開発された新し

いタイプの配合剤である。ホメオパシーでは、症状に応じて单一成分の医薬品を複数処方して使用するのが通常であるが、一般用に開発された医薬品は、症状別にあらかじめ配合された配合剤であり、患者にとって使いやすいようにされているのが特徴である。

なお、自己判断により、薬局で購入した一般用医薬品は保険給付の対象にはならない。

市内中心部に開業するエンゼル薬局を訪問したところ同薬局では、そうしたホメオパシー医薬品をカウンターの後ろに保管し、患者の求めに応じて助言を与えながら販売しているということがある。

また、ウィーン市郊外にて心療内科を開業している Pfferkoern=Koester 医師によれば、オーストリア国民は、ホメオパシーを特殊なものとは考えておらず、広く一般に使われているということである。彼女は、公的保険制度を利用せず、高額所得者を対象とする民間保険加入者を中心みていていることであるが、彼女自身も患者には非常に多くのホメオパシー医薬品を処方しているとのことである。具体的な数字は分からぬとのことであるが、概ね 60% 近くは処方しているのではないかとのことである。

ドイツは欧洲においては、イギリスと並び、相補・代替医療が歴史的にも盛んな国であると言われている。ドイツでは、特別な治療法としてホメオパシー、人智医学、植物療法の三つを法的に規定しているが、実際、医師会が生涯教育による資格認証を与えている治療法では、他の多くの相補・代替医療が医療の臨床現場で実践されている。また、ドイツにてもオーストリアにても巷には様々な相補・代替医療関連の商品やサービス産業が溢れているのが現状である。今後の EU 統合の動きに伴う、EU 各国間での人・物・金の流動化により、医療及び産業関連の制度や資格、法的規制の緩和や統一、連携により、ドイツにてもオーストリアなどのドイツ語圏の相補・代替医療の現状も変化するものと考えられる。今後は、ドイツ国内の正統医

療である西洋医学の臨床現場に、どの様な相補・代替医療が取り入れられてい、それらが近隣の EU 諸国の動きとどの様に連動していくのかに注意していくことが必要である。

E. 結論

ドイツでは、特別な治療法としてホメオパシー、人智医学、植物療法の三つを法的に規定しているが、実際、医師会が生涯教育による資格認証を与えている治療法では、他の多くの相補・代替医療が医療の臨床現場で実践されている。

今後は、ドイツ国内の正統医療である西洋医学の臨床現場に、どの様な相補・代替医療が取り入れられてい、それらが近隣の EU 諸国の動きとどの様に連動していくのかに注意していくことが必要である。

D. 謝辞

本調査に当たり、インタビューに快くご協力頂きました、WELEDA AG の Junich Nonaka 博士及び担当者の方々、DHU の Harald Orth 博士及び担当者の方々、バーデンヴュルテンベルク州保険医協会の Gisela Dahl 博士及び Petra Schöffit 博士、他の担当者の方々、ドイツ連邦医師会の Ramin Walter Parsa-Parsi 博士及び他の担当者の方には大変お世話になりました。謹んで感謝いたします。ありがとうございました。

E. 文献

- 1) 日本国政府外務省海外ホームページ各
国・地域情勢(ドイツ連邦共和国・基礎データ)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/index.html>
- 2) The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance – THE WORK OF WHO. World Health Organization, 2000.

- 3) Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine: A worldwide review. World Health Organization, Geneva, 2001.
- 4) WHO traditional medicine strategy 2002–2005. World Health Organization, 2002.
- 5) Guidelines on Developing Consumer Information on Proper Use of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization, 2004.
- 6) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. WHO Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Text volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 7) Bodeker, G., Ong, C.K., Grundy, C., Burford, G., Shein, K.. Produced by the WHO Kobe Centre. Text and Map Volumes. WHO Global Atlas: of Traditional, Complementary And Alternative Medicine : Map volume [Illustrated]. World Health Organization, 2005.
- 8) National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines – Report of a WHO Global Survey. World Health Organization, 2005.
- 9) 健康サービス市場及び業界動向調査調査報告書. 特定非営利活動法人健康サービス産業振興機構, 2006.
- 10) Statistisches Bundesamt, Statistisches Jahrbuch 2004. http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_617014/EN/Health/health-policy, param=.ht ml
- 11) 医療経済研究機構(2001)『海外の保険者機能に関する調査』報告書.
- 12) 土田 武史(2005)「ドイツにおける社会保障改革の動向」『クオーターリー生活福祉研究』vol.54(2)号,pp.1–14.
- 13) 国際フィットネス・ウェルネス見本市のホームページ <http://www.fibo.de/>
- 14) Zeitschrift "Deutschland" April/Mai 2003 63 頁, 64 頁
- 15) Unternehmen Wellness 139 頁
- 16) ドイツ・ウェルネス連盟 Deutscher Wellnessverband e.V. Neusserstr.35, 40219 Duesseldorf <http://www.wellnessverband.de/>
- 17) 国際 SPA & ウェルネス連盟 Internationaler SPA & Wellness Bund e.V. Pohlstr.45, 10785 Berlin <http://www.wellness-bund.de/>
- 18) ドイツ温泉療養連盟 Deutscher Heilbaederverband e.V. Schumannstr.111, 53113 <http://www.deutscher-heilbaederverband.de/>
- 19) ドイツ・サウナ連盟 Deutscher Saunabund e.V. Kavalleriestr.9, 33607 Bielefeld <http://www.sauna-bund.de/>
- 20) ドイツソラリウム連盟 Bundesfachverband Solarien und Besonnung e.V., Schoenenbergstr.13, 79346 Endingen
- 21) 山田晟 「ドイツ法律用語辞典」(大学書林)1989年.
- 22) ドイツ・ハイルプラクティカー(治療師)連盟 Die Deutschen Heilpraktikerverbaende (DDH) Maarweg 10, 53123 Bonn <http://www.ddh-online.de/>
- 23) ドイツ余暇研究所 <http://www.ff-freizeitwirtschaft.de/>
- 24) ウェルネス・ホテル <http://www.w-h-d.de/>
- 25) ビアボノ <http://www.viabono.de/>
- 26) リフォームハウス協会

- http://www.reformhaus.de/
- 27) ドイツ消費者研究所 http://www.gfk.de/
 - 28) ECHAMP, Homeopathic and Anthroposophic Medicine in Europe, Second Edition 2007, 30–31, ECHAMP E.E.I.G, 2007.
 - 29) G. Bodeker, C. K. Ong, C. Grundy, G. Burford, K. Shein. WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. TEXT VOLUME. World Health Organization, Centre for Health Development, KOBE, JAPAN, 2002.
 - 30) 「がんの補完代替医療ガイドブック-厚生労働省がん研究助成金研究」日本補完代替医療学会, 2006 年 4 月.
 - 31) Dr. med. Gisela Dahl. Japanische Delegation. Mitglied des Vorstandes. 17. September 2008.
 - 32) Dana Ullman. The Homeopathic Revolution: Why Famous People and Cultural Heroes Choose Homeopathy. North Atlantic Books, 2007.
 - 33) Homeopathic and Anthroposophic Medicine in Europe. FACTS AND FIGURES, Second Edition, 2007. ECHAMP.
 - 34) Gunver Sophia Kienle, Helmut Kiene, Hansueli Albonico. Anthroposophische Medizin in der klinischen Forschung. Effectiveness, utility, costs, safety (Perfect). Schattauer Gmbh; Englische Ausgabe. 2006.
 - 35) Fisher P, Ward A. Complementary medicine in Europe. BMJ. 1994 Jul 9; 309(6947):107–11.
 - 36) Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Hahn EG, Willich SN, Brinkhaus B. Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with inflammatory bowel disease. BMC Complement Altern Med. 2006 May 22; 6: 19.
 - 37) 斎藤竜太. ドイツの鍼事情－主にドイツ東部を中心に－. 海外紹介 世界の鍼灸コミュニケーション(20). 全日本鍼灸学会雑誌, 2003 年第 53 卷 1 号, 94–98.
 - 38) Joos S, Musselmann B, Szecsenyi J. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. Evid Based Complement Alternat Med. 2009 Mar 17.
 - 39) Ernst E, Weihmayr T. UK and German media differ over complementary medicine. BMJ. 2000 Sep 16; 321(7262):707.
 - 40) Guillod O. Legal status of complementary medicine in Europe. Forsch Komplementarmed. 1999 Feb; 6 Suppl 1:17–9.

H. 健康危険情報

なし

I. 研究発表

- 1.論文発表
なし
- 2.学会発表
なし

J. 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

訪問調査先

Dr. Junich Nonaka
WELEDA AG
Möhren Str. 3
D-73525 Schwäbisch Gmünd

International Affairs
German Medical Association
Herbert-Lewin-Platz 1
10623 Berlin, Germany
(ドイツ連邦共和国医師会)

Dr. Harald Orth
Dr. Gesine Klein
Dr. Bettina Seith
Dr. Joachim Busch
Dr. Ursula Dowe
Dr. Birgit Weib
Mr. Peter Riedl
Mr. Matthias Weiss
Ms. Julia Peterle
DHU
Deutsche Homöopathie-Union GmbH & Co.
KG
Ottostraße 24, 76227 Karlsruhe
Postfach 41 02 80, 76202 Karlsruhe

Dr. med. Gisela Dahl
Dr. med. Petra Schoffit
Vorstandssekretariat
Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart
(バーデンヴュルテンベルク州保険医協会)

Dr. Ramin Walter Parsa-Parsi, MD, MPH
Head of the Department

表1. ドイツの主な経済指標

1.主要産業	自動車、機械、電子工学、化学、環境技術、精密機械、光学、医療技術、バイオ・遺伝子工学、ナノテクノロジー、航空・宇宙産業、物流
2.実質 GDP	2,237(10 億ユーロ:2007 年)
	29,455(ユーロ:2007 年)
3.一人当たり名目 GDP	
4.経済成長率 (実質 GDP 成長率)	2.5%(2007 年)
5.失業率	9.0%(2007 年)
6.総貿易額	収支:199(10 億ユーロ:2007 年) 輸出:969(10 億ユーロ:2007 年) 輸入:770(10 億ユーロ:2007 年)
7.財政赤字対 GDP 比	0.0%(2007 年)

(出典: 日本国政府外務省海外ホームページ各国・地域情勢(ドイツ連邦共和国・基礎データ)
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/germany/index.html> より作成)

II. 分担研究報告書 7.

厚生労働科学研究費補助金(医療安全・医療技術評価総合研究事業)

統合医療による国民医療費への影響の実態把握研究

分担研究報告書

スウェーデン(スウェーデン王国)における統合医療の現状調査研究

研究分担者 広井 良典 (千葉大学法経学部 教授)

研究協力者 小野 直哉 (同志社大学感情ストレス健康研究センター)

研究協力者 多田 葉子 (School of Social Work, Lund University)

研究要旨

目的:スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲の把握、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する情況を把握し、スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療の現状を検討すること。方法:スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療の概念や種類、範囲に関する既存データや文献等の情報、及び保険上の位置付け、現行及び今後の規制に関する情況を、既存文献やインターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療関連機関への訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。結果:医師は、近代西洋医学以外の治療法を臨床で用いることが出来ない。しかし、理学療法士と看護師による鍼灸の使用は認められている。実際、多くの相補・代替医療関連のサービスや商品が存在し、国民が利用している。就労者の支援のための園芸療法を用いた自治体での取り組みがある。考察:スウェーデンの医療体系は近代西洋医学が中心のため、鍼灸のように相補・代替医療でも科学的根拠の妥当性が比較的揃っているものが限られた医療現場で利用されていると考えられる。園芸療法を用いた自治体での取り組みは、特に就労者の生活保障費用の削減が目的と考えられる。結論:スウェーデンの医療体系は近代西洋医学が中心のため、相補代替医療でも科学的根拠の妥当性が比較的揃っているものが限られた医療現場で利用されている。日常生活では、多くの相補・代替医療関連のサービスや商品が存在し、多くの国民が利用している。園芸療法を用いた自治体の取り組みのように、社会福祉や社会保障における相補・代替医療の価値と意義を評価研究する試みは、日本の相補・代替医療や統合医療の在り方を検討する上で、参考となる新たな視点と示唆である。

A. 研究目的

スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)の概

念や種類、範囲の把握、及びスウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)に関する保険上の位置

付け(公的保険、私的保険の償還の現状等)、現行及び今後の規制(制度上、正規の医療システムに含まれるか否か等)に関する情況を把握し、スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)の現状を検討すること。

B. 研究方法

スウェーデンにおける統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)の概念や種類、範囲に関する既存データや文献等の情報、及び統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)に関する保険上の位置付け(公的保険、私的保険の償還の現状等)、現行及び今後の規制(制度上、正規の医療システムに含まれるか否か等)に関する情況を、既存文献やインターネット調査、及び現地の政府や民間の統合医療や相補・代替医療(特に伝統医学及び健康食品等)関連機関への質問項目を用いての訪問調査を通して、体系的に情報を収集した。

(倫理面への配慮)

文献調査と訪問調査、インターネット調査を基本としており、倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果

1. スウェーデンの社会状況

地理・環境

スウェーデン王国、通称スウェーデンは、スカンディナヴィア半島の中央、東側に位置する、北ヨーロッパの国家である。半島西部はスカンディナヴィア山脈が南北に連なっているが標高は2,000m程度しかないなどらかな山脈である。ボスニア湾やバルト海に沿って平野部はあるが、それほど広大ではない。南部のスコーネ

県を除き厳しい冬である。また夏も全般的に冷涼としている。湖沼も多く、中南部に最大のヴェーネルン湖と2番目に大きなヴェッテルン湖が位置する。肥沃な地はスコーネ県しかなく、中部から北部は農業には適さず酪農が主である。

スウェーデン語では Sverige(スヴェーリエ)といい、スヴェーア族の国の意である。西にノルウェー、北東にフィンランド、南西にカテガット海峡を挟んでデンマーク、東から南にはバルト海がある。

現王室はベルナドッテ家である。スウェーデン・アカデミーによるノーベル賞授与は世界的権威がある。

歴代国王は王位につく際に、自分の統治をモットーとして表明する習慣になっている。現国王カール16世グスタフのモットーは「För Sverige i tiden (スウェーデンのために、時代と共に)」である。

人口構成

スウェーデンは、国土面積45万平方キロ(日本の1.2倍)を有する立憲君主の王国である。人口約910万人で(2006年2月)、15歳未満人口が17.0%、15~64歳人口が65.7%、65歳以上人口が17.4%(うち75歳以上が8.8%)を占める。高齢化率は、1950年に10.2%になり、その後上昇、1988年から1990年にかけて17.8%のピークを示した後、高齢化率は減少し足踏み状態にあったが、近年再び上昇を始めた。中央統計局の推計によれば、2010年には19.0%、2020年には21.8%、2040年には25%達すると予測されている。

言語

スウェーデン語(svenska)であるが、北部

のラップランドではサーミ語も話されている。スウェーデン語は隣国のノルウェー語、デンマーク語と類縁関係(ゲルマン諸語)にあり、スウェーデン語話者とノルウェー語話者は相互に意思疎通ができる会話程度は可能であると言われる。近年移民を受け入れており、様々な人種、民族が移住してきている。世論調査によれば、スウェーデン人を自認する人は90%、在住外国人は10%であった。しかし、その外国人のうち北欧人は6割おり、スウェーデンの価値観だと、同朋意識を持つ居住者は96%ということになる。

テレビ番組に米国製番組の字幕版が多く、幼少期より英語番組を見て育った若者は文化面も含め一定以上の米国英語の使用が可能である。

宗教

宗教は、キリスト教徒が人口の大部分を占め、2000年まではキリスト教ルーテル派を国教としていた。キリスト教ルター派が国民の80%弱、その他、キリスト教カソリック、正教会、バプティストなど、移民も含めキリスト教以外の宗教も少数存在する。

政治制度・行政制度

スウェーデンは立憲君主制の政治体制を採っている。元首である国王は、国家の象徴であり、儀礼的職務のみを行う。

スウェーデンの立法機関たる議会は、リクスダーゲン(Riksdagen)と呼ばれる。1971年に両院制から一院制に変わった。2006年総選挙時の定数は349議席で、議員の任期は4年である。議員の選出方法は比例代表制による。次回選挙は、2010年9月の予定である。

行政府の長は、首相、議会の総選挙後に、

国会議長が副議長及び各党の代表者を招集し、新首相を推挙し、議会の過半数の反対がないことで承認される(反対票を投じないまでも、賛成できない議員は、投票を棄権する)。その後、国王の臨席する任命式において国会議長が新首相を任命し、新首相は同時に各大臣を任命し組閣を行う。このように、1974年改正後のスウェーデン憲法では、通常の立憲君主国の君主が有する首相任命権を始めとする全ての官吏任命権を形式的にも失っている。国王の権能は情報閣議による大臣からの情報収集(いわゆる内奏)や外国使節の接受などもっぱら儀礼的な機能に限られている。そのためもはや立憲君主制ではなく、象徴君主制という新たな統治形態であるとする学説もある。

スウェーデンの地方行政区画及び行政制度として、日本の県に相当する地方自治体が2種類存在する。一つは国会と政府の出先機関であるレーン(スウェーデン語: län)で、もう一方は県民の代表たるランスティング(スウェーデン語: landstingskommun)である。レーンの総数は21、ランスティングは20あり、両者の境界線はほぼ一致する。ゴットランドは島という性格上、レーンの境、市の境、ランスティングの境が偶然一致してしまった特異な例である。

レーンは、国会の決定に従い、政府の指示のもとで地域的に必要とされる行政を行うのがその主な役割である。その最高議決機関である執行委員会は中央政府によって指名される執行委員長(日本の都道府県知事に相当)と、ランスティングを通じて住民により選挙で選ばれた委員で構成される。ランスティングの最高議決機関は県民から選挙で選ばれた議員によって構成される県(ランスティング)議会(スウェーデン語: landstingsfullmäktige)である。ランスティングの役割は地域によって細かい部分

には差があり、レーンとの役割分担の度合いもそれぞれの地方によって細部は異なる。県庁所在地はレジデンススター（スウェーデン語：residensstad）と呼ばれ、県の行政機関が集中している。

ランスティングの主な役割は、外交政策、国防、公共の秩序と安全保障、経済政策、労働政策、運輸政策等では国が直接的責任を果たし、保健医療サービス、社会活動（児童・青少年問題など）、広域地域・交通計画、文化政策、高等・専門教育などをおっている。コムューンは、社会サービス（高齢者・障害者福祉、生活保護等）、教育、都市計画、土地・住宅政策、地域交通計画、電力・ガス・水道、環境と公衆衛生、消防、余暇・スポーツ政策、文化政策など住民に身近なサービスに責任をおっている。

各県は日本の市に相当する基礎自治体である複数のコムューン（スウェーデン語：primakommun）は、2007年現在、コムューンの総数は全国で290である。最高議決機関は市（コムューン）議会（スウェーデン語：kommunfullmäktige）であり、その議員は当該コムューンの市民によって、4年毎に9月下旬に行われるリクスダーゲンや県議会（ランスティング）の総選挙と同時に選挙で選ばれる。スウェーデン国籍非取得者であっても、同一コムューン内に3年以上滞在していれば、滞在先のコムューンとそのコムューンが所属している県のランスティングについては選挙権がある。

ランスティングとコムューンの関係は、日本で県が市を監督するというような上下関係ではなく、異なる責務を負う同等の地方自治体である。

国が国内のすべての分野に関して最終的な責任を負うが、直接的責任については、分野ごとに国が負う分野と地方自治体（ランステ

ィングやコムューン）が負う分野がある。

市内の人口密集地はテートオート（tätort）と一般に呼ばれるが、市役所やコムューン議会が置かれている市の中心地は特にセントラルオート（スウェーデン語：centralort）と呼称される。嘗てはスウェーデンにも「町」や「村」といった行政区画もあったが、現在は存在しない。日本の政令指定都市に置かれている「区」と同様の組織は一部のコムューンに設けられる事もあるが、さほど一般的でない上に、規模もごく小さい。「区」に近い概念としてスタッズデール（スウェーデン語：stadsdel）という表現があり、市内にあるそれぞれ人口密集地内の各地域を指す「地区」といった意味合いで使われる。

スウェーデンには以前、「教会市（スウェーデン語：kyrkokommun）」や「教区（スウェーデン語：församling）」という教会が課税権を持つ行政区画があったが、町や村と同様に行政区画としては教会市も教区も現在は存在しない。但し、教区という区分は人口統計や歴史学の研究等、ごく限られた範囲では利用される事もある。

地方行政区画とは別に歴史的、言語的に繋がりのあるランドスカープ（スウェーデン語：landskap）と呼ばれる25の地方がある。

ランスティングは、いくつかのコムューンを統括する単位だが、コムューンの中でもゴッドランドだけはどのランスティングにも属さず、ランスティングと同じ機能をもつコムューンである。ランスティングやコムューンが地方自治体であるのに対して、20のランスティングとゴッドランドを足した21の区域に対して、レーン執行機関（地方行政庁）と呼ばれる国の出先機関、国の地方行政区が設置されており、各ランスティングの地方計画の策定にあたって、国と地方自治体の協力関係を促進する機能をもつてい

る。

経済・産業

スウェーデンは、17世紀にヨーロッパで最初の紙幣が発行され、中央銀行であるリクスバンクが設置されたことで知られている。

スウェーデン経済の特徴は、人口約900万人と国内市場が小さいため、高い技術力を背景とした輸出が経済を支えている。

スウェーデンの経済の最大の特徴は公務員が多いことである。公的部門の人数は実に33%を超え全体の3分の1にも達する（日本は9.5%）。労働参加率は高く特に女性の労働参加率が高い（スウェーデン76%，日本48%）。そしてその女性の社会進出の場になっているのが公務員の福祉部門である。つまり、高福祉・高負担の福祉国家で、就業人口の3割以上が公共部門に従事するなど経済活動における公共部門の割合が高いスウェーデンにとっては、福祉国家と男女平等は、それ自体が国家と経済を支える重要な柱となっているのである。

歴史的には、第二次世界大戦以前から政府が積極的な経済介入を行う政策をとっており、第二次世界対戦で中立を守りとおすことができたため経済的に豊かになり、その経済的余裕で戦後に先駆的かつ手厚い社会保障の制度を確立することができた。しかし、1990年のバブル崩壊以降3年間のマイナス成長が続いたが、敏速な公的資金の投入で金融危機を脱し、1994年以降は比較的安定した経済成長を続けている。しかしバブル崩壊とそれに対する経済改革の過程で、1980年代まで完全雇用を誇ってきたスウェーデンの失業率は1990年代には最高9%台（1997年9.9%）にまで達し、その経済体质が大きく変わったといえる。

最近の経済概況としては、世界経済の低迷を受け、2000年末から2001年にかけ同国経済は一時的に悪化。特に、スウェーデンにとって最大の貿易相手である欧州大陸諸国の景気低迷により、輸出産業を中心にスウェーデン経済に対し負の影響が及んだ。しかし、2001年末以降は、主に個人消費や設備投資など堅調な内需に支えられ、また最近では欧州大陸諸国における景気回復の動きも見られ始めたことから、スウェーデンの成長率も安定的に推移している（成長率：2001年1.2%，2002年2.0%，2003年1.7%，2004年3.5%，2005年2.7%）。2006年は、内需を中心に好調を維持し、GDP成長率4.4%，インフレ率1.4%となつた。雇用情勢は1997年の高失業率（9.9%）から大きく改善し、2001年以降は4～5%台の水準で推移し、2006の失業率は5.4%である。国家財政は、1998年以降、2002年を除いて黒字となっている。

スウェーデンはEU加盟国であるが、ユーロには参加していない。2003年9月14日、スウェーデンはユーロ参加の是非を問う国民投票を実施したが、反対55.9%，賛成42.0%と、ユーロ参加反対が賛成を大きく上回る結果となった。この理由としては、国民一般にある主権喪失への抵抗感、ユーロ参加による独自の経済政策（金融、財政政策）の喪失及びそれに伴う福祉水準低下の懸念、比較的好調なスウェーデン経済とは対照的なユーロ圏経済の低迷などが当時は指摘された。

国土の8割が冷帯に属し、コムギの栽培が可能な地域は北緯60度以南に過ぎない。農地は国土の6.5%であるが、農業従事者は国民の1.5%に過ぎない。しかしながら、高い生産性によって、穀類の自給率は121%（2002年）に達している。果実類と野菜類、油脂類を除く各

項目の自給率はいずれも 80%を上回る。穀類の生産量ではコムギ(241 万トン, 以下, 2004 年), オオムギ(169 万トン)のほか, えん麦(93 万トン, 世界シェア 10 位)が際立つ。国土の 65.9%は森林(針葉樹林)に覆われている。このため, 針葉樹に限定すれば世界第 5 位の生産量(610 万立方 m, 世界シェア 5%)を占める。

SAAB(サーブ)は一般には自動車メーカーとして知られるが, 元来は航空機メーカーで, ビゲン, ドラケン, グリペンといった戦闘機やサーブ 340 などのターボプロップ旅客機を開発した実績を持つ。2006 年現在, 民間機部門からは撤退し, 自動車部門はオペルと統合予定の GM100%子会社である。もうひとつの自動車メーカー, ボルボ(VOLVO)の乗用車部門は, 現在フォード・モーターの傘下である。

ボフォースは, 第二次世界大戦以前から存在し世界的なシェアを持つ重火器の老舗メーカーである。対空砲, 艦砲, 対潜ロケット等の製造に長けている。S タンクもしくはバルカンタンクの名前で知られている戦車, Strv.103 はこの企業が主体となって開発された。

北部の都市キルナは鉄鉱石の産地として有名であり, これを背景とした鉄鋼業が盛んである。生産される鋼材はスウェーデン鋼と呼ばれ, 国際的にも日本の安来鋼と並んで硬く上質の鋼材として評価が高い。

他に火薬メーカーのノーベル社, ヨーロッパ第 2 位の家電メーカーエレクトロラックス社, プロ用カメラ・レンズ製造のハッセルブラッド社などが挙げられる。

スウェーデンの国際的な大企業として自動車のボルボや通信機器メーカーのエリクソンが挙げられる。

国民の健康状態

保健統計

- 主な保健指標(単位, データ発表年)
- 0 歳平均余命(年, 2004) 男 78, 女 83
- 健康寿命(HALE)(年, 2002) 男 72, 女 75
- 15~60 歳死亡率(人口千対, 2004) 男 82, 女 51
- 5 歳以下死亡率(出生千対, 2004) 4
- 乳児死亡率(出生千対, 2004) 3
- 新生児死亡率(出生千対, 2000) 2
- 妊産婦死亡率(出生十万対, 2000) 8
- 年齢調整死亡率／がん(人口十万対, 2002) 176
- 年齢調整死亡率／循環器疾患(人口十万対, 2002) 116
- 年齢調整死亡率／事故(人口十万対, 2002) 30

(出典: World Health Organization 2006)

2. スウェーデンの保健・医療システム

長年にわたる社会民主労働党政権の下で構築された社会保障制度が整い, 税金制度や高齢者福祉など, 社会政策が各国の注目を浴びている。

1971 年から 1984 年において実質経済成長率, 国民一人当たり GDP 成長率が社会民主労働党政権の下においてのみ上昇, 失業率, 消費者物価上昇率は減少している。1982 年から 1986 年の公的部門の貯蓄の対 GDP 比は, 米国, 英国, フランス, 日本, 西スウェーデンに比較して高い。

スウェーデンは, 「社会科学の実験国家」だとも言われている。時代状況の変化に対応し, 実に簡単に制度(法律)が変更される。そのため, スウェーデンの研究は絶えずこの変化を

追いかけ、変更された意図を正確に捉え、その目的と意義を探る必要がある。低所得者層、高齢者、障害者、失業者等、社会的弱者もあるレベル以上の生活をすることが保障される。

国・地方の行政組織と役割

スウェーデンでは、疾病や育児休業で労働収入を欠くときに現金給付で経済的援助を行う社会保険は国が担当し、具体的な保健医療サービスの供給はラントスティングが、社会サービス(福祉)はコムユーンがそれぞれ担当する仕組みとなっている。特に高齢者に関しては、エーデル改革以降、福祉のみならず長期医療ケア、在宅医療もコムユーンが担当するようになった。保健医療サービスに関して基礎となる「保健医療法(HSL : Halso-och sjukvardslagen)」には保健・医療の目標や方針が規定されているだけで詳細はあまり規定されておらず、ラントスティングやコムユーンが自律的に管理できるようなシステムとなっている。

医療供給体制

「広域医療単位」(全国6地区:4~6のラントスティングで1地区を構成)、「レーン単位」(全国21地区:ラントスティング+ゴッドランド)、「プライマリケア地区単位」(全国約370地区、一地区人口1万人程度)の3つの医療圏域で構成されている。「広域医療圏」では、各地区に1から2の広域医療圏病院(regionsjukhus)が、高度先進医療を提供している(全国で9病院あり、計11051床)。「レーン単位」では、各ラントスティングが約1箇所ずつレーン中央病院(全国で22病院)をもつほか、人口6~10万人に1ヶ所ずつのレーン地区病院(全国40病院)をもつ。レーン中央病院は、15~20の専門科による外来・入院診療と精神科医療を行っており、レー

ン地区病院は4科以上専門科による医療を行っている。さらに、「プライマリケア地区単位」では、地区診療所、地区看護婦診察室、妊娠婦保健センター、小児保健センター、精神科診療所などをもち、プライマリケアを提供している。

上記の公立医療機関のほかに、民間病院もあり、10大民間病院のうち、6つは株式会社(1つは自治体の運営)、3つは財団法人、1つは非営利団体によって運営されている。また、民間開業医や民間理学療法士もあり、以前は社会保険(国)が費用を負担していたが、現在はラントスティングが費用を負担している。

財源と医療保険制度

保健医療サービスの費用は、その大部分がラントスティング税と一部患者の自己負担額、国からの交付金・補助金によってまかなわれている。

病院の運営費は、勤務医、公立診療所医師の給与も含めて、すべて予算で管理され、ラントスティングから支払われる。患者は、あとに述べる低額の自己負担額を払うだけでよく、自己負担額以外の部分はラントスティングから病院・診療所に支払われる。民間病院も場所によっては、ラントスティングと契約を結び、患者が公立病院と同じ手続きと費用で利用できるようになっているところもある。民間の開業医や理学療法士によって診療治療を受けた場合は、その医療機関がラントスティングの承認を受けた医師であれば、公立医療機関の医師による診療と同様な額で受けられる。承認されていない医療機関を受診する場合は、全額患者負担となる。

公立医療機関での患者の自己負担額は、入院の場合で1日80クローナを上限とする自

自己負担額が各ランディングで設定されている。ランディングによっては、20歳未満の医療費は無料とされているところもある。外来診療では、地区診療所で100～140クローナ、病院の専門医で120～250クローナの1回診療あたり自己負担額が定められている。外来診療の12ヶ月上限は900クローナで、それ以上は高額医療費として患者の負担は免除されている。

医師の処方によって薬局で購入される薬剤については、最初に薬剤を購入してから12ヶ月の総額のうち、900クローナ未満の部分については、全額患者負担、901から1,700クローナについては50%患者負担、1,701から3,300クローナについて25%、3,301～4,300クローナについては10%，それ以上については無料と設定されている。患者の薬剤負担は、12ヶ月で1,800クローナとなっている。

病院のほとんどがランディング管轄下にある公立病院であるが、1990年代前半からの医療制度改革では、ランディングのもつ保健医療サービス購入者としての機能と供給側としての機能を分離することで、医療機関同士の間で市場原理に基づいて競争が働くような仕組みも導入された。

制度の詳細はランディングによって異なるが、ここでは、例としてストックホルムランディングの制度（ストックホルムモデル）を紹介する。ストックホルムランディングでは、県内を9つの地区にわけ、地区ごとに地区委員会が設置されている。ストックホルム全体の医療サービスに責任をもつ保健医療サービス局が各地区委員会に地区の人口規模にもとづいて予算を配分する。地区委員会は、各医療機関と医療サービスの範囲・価格・質について交渉し、契約する。この消費者代表としての地区委員会と供給者としての医療機関が交渉し契約を結ぶ

という過程で、競争が生じることが期待されている。また、患者は、居住地区以外の診療所も含めて、病院や民間開業医を選択できるので、この点での医療機関の間に競争原理が働くことになる。

また、疾病や育児休業で労働収入を欠くときに現金給付を行うスウェーデンの社会保険は、国で運営されている。社会保険には、疾病保険、両親（育児休業）保険、労働災害保険、障害保険がある。疾病保険は、疾病による休業手当、一時的障害年金、近親者見取り手当、リハビリ所得保障金、介護手当、介護休業手当をまかぬものであり、治療費をまかぬものではない。しかし、以前は、ランディングでかかる保健医療サービスコストの一部を保険で負担したり、患者の一定以上の負担を保険で負担したりしていたが、現在は、保健医療サービスはランディングに一元化するようになっており、保険による保健医療サービスの給付は歯科にのみ限られてきている。

マンパワー

医師の多くは、ランディングで雇われている地方公務員である。看護師には地区看護師と看護師があり、地区看護師はプライマリケアと学校保健に従事する資格を得た外来保健医療の現職教育を受けた看護師で、地区診療所の医師が少ない地域では日常的な診療業務を行うこともある。エーデル改革で高齢者ケアを担当する看護師はコミューンの職員になった。歯科医師は、公立歯科医療機関で働く医師はすべてランディングの職員だが、基本的に20歳以上の患者は民間歯科医療機関を受診することになっており、そこでは社会保険でカバーされている。

医師数は26,400名（2000年）、うち国家公

務員セクターが 74 名, プライマリーコミューンセクターが 272 名, ランスティング・コミニーン・セクターが 21,225 名, 民間を含めるその他のセクターが 4,829 名と発表されている。また, 看護師数が 75,382 名(2000 年), うち国家公務員セクターが 14 名, プライマリーコミニーンセクターが 5,035 名, ランスティング・コミニーン・セクターが 60,220 名, 民間を含めるその他のセクターが 10,113 名と発表されている。

また, 医師, 看護師, 歯科医師以外で治療に関わる専門職種としては, 理学療法士, 作業療法士, 言語療法士, 助産師, 眼鏡検査師, 臨床心理療法士, 心理療法士, 歯科衛生士などが公式の資格として定められている。

更に, 別のデータソースで Nordic Statistical Yearbook2004 では, 人口 10 万人あたりに換算すると, 医師が 316 名, 歯科医師が 82 名, 看護師が 995 名, 看護助手が 1,382 名, 助産師が 69 名, 理学療法士が 165 名(2002 年)と発表されている。

健康政策・保健計画

健康増進, 疾病予防については国立公衆衛生研究所など, 感染症対策等については, 保健福祉庁, 国立感染症予防研究所等の中央行政庁等が, 国レベルの公衆衛生の増進に努めているほか, 地域住民の健康水準に関する全般的な責任を持つランスティング等が, 地区保健センター, 児童保健センター等を通じ, 健康リスクの調査, 保健指導等を行っている。その中で, 近年は, 保健医療サービスの財源がすべてランスティングに一元化されるに従って, 医療費抑制という観点もあり, 予防・保健は大きな課題となってきた。

歴史的に見ると, 早くから高齢化が進んだスウェーデンでは, 1970 年には疾病や外傷の治

療に重きが置かれていたが, 1980 年台中ごろからは, 予防・保健に力が入れられ, 生活習慣等予防の教育啓発に力が入れられてきたといわれる。近年の動きとしては, 2003 年に, 11 の領域に関連する 31 の公共政策領域からなる新しい公衆衛生政策が発表された。

また, スウェーデンの公衆衛生政策で世界的に有名なもの一つは, アルコール政策である。スウェーデンでは, 伝統的には長い冬を過ごすために日常生活で度数の高い多量のアルコールを飲むという習慣があり, アルコール中毒が国家的な問題であった。これに対して, 極めて厳しい制限政策をとってきた歴史がある。

① The New Swedish Public Health Policy

スウェーデンの新しい公衆衛生政策は, 大目標として「国民全体に対し, 平等な条件で, 良好的な健康を確実なものとしていくような社会的条件をつくりあげていくこと」をおいている。これを実現するために, 具体的には 11 の目標領域を設定している。

- ① 社会における参加と影響力
- ② 経済と社会保障
- ③ 幼児期, 青年期を通じた安全で好ましい状態
- ④ より健康的な労働生活
- ⑤ 健康的で安全な環境や製品
- ⑥ より活発に良好な健康を増進する保健医療
- ⑦ 感染症に対する効果的な予防
- ⑧ 安全な性行為と良好なプロダクティブヘルス
- ⑨ 身体活動の増加
- ⑩ 良好的な食生活と安全な食事