

発行所(郵便番号100)
東京都千代田区丸の内2-4-1
丸の内ビルディング781号室
社団法人スウェーデン社会研究所
Tel (212) 4007-1447
編集責任者 高須 裕三
印刷所 関東図書株式会社
定価150円(年間購読料貳千円)
1975年7月25日発行
第7巻 第7号
(毎月1回25日発行)
昭和44年12月23日第3種郵便物認可

スウェーデン社会研究月報

Bulletin Vol. 7 No. 7

Japanska Institutet För Svensk Samhällsforskning
(The Japanese Institute for Social Studies on Sweden)
Marunouchi-Bldg., No. 781. Marunouchi, Chiyoda-ku, Tokyo, Japan

医療問題の研究シリーズ (2)

Medicine in Sweden

スウェーデンの医療保障の特質

——経済学的考察——

Characteristics of Medical Insurance in Sweden

— from a point of View of Economics —

理事・中央大学教授 丸尾直美

Director, Prof. Naomi Maruo

一、スウェーデンの健康・医療の指標

スウェーデンの社会保障は質量ともに世界で高水準にあることで知られているが、公的年金と並んで社会保障の支柱となる医療保障についてもそういえる。ただ、最近まで、医療の社会保障が歯科部門を十分カバーしていなかったが、1974年1月から歯科部門の医療保障も改善されたので、一層充実した医療保障が実現された。

スウェーデンはまた、健康・保険関係の社会指標でみても良い成果をみせている。たとえば、平均寿命、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率、病院ベット数、看護婦数を比べてみると、世界の主要国の中で最も好成績であることが知られる(表1図)。これは、おそらく、よく計画された公的な予防的な保険・衛生サービスと、充実した医療保障によるところが大きいものと推定される。

二、医療の経済的特質

医療の主目的は、いうまでもなく人命を救い、健康を維持・増進させることであるが、医療も、

一種の「財」ないし「サービス」であり、経済学的分析の対象になる。この点では、他の財やサービスとそれほど「異なる⁽¹⁾」との見方が強くなり、経済学的観点からの医療分析が行なわれてきている。

しかし、医療が財ないしサービスであるとしても、それが「公共財」(Public goods)的な財である上に、若干の特殊性があることは否定できない。それが「公共財」的であるというのは、①保健・衛生サービス、伝染病の予防と拡散防止などのように「外部効果」が広汎に及ぶこと。②

No. 7 目次

医療問題の研究シリーズ(2)

スウェーデンの医療保障の特質…丸尾直美…	1
スウェーデンの健康保険制度…小野寺百合子5	
ヘックシャー大使閣下のご退任について……………	8
最近のスウェーデンの社会経済ニュース……………	8
活動メモ……………	11

〔表 1〕健康・医療の社会指標の国際比較

	スウェーデン	日 本	アメリカ	イギリス	西ドイツ	フランス	イタリア	ソ 連	
男(歳)	71.7	70.7		68.6	67.6	68.6	67.9	65.0	
平均寿命 女	76.5	76.0	71.1	75.1	73.6	76.1	73.4	74.0	
	(1971)	(1973)	(1971)	(1969~71)	(1966~68)	(1970)	(1964~67)	(1968~67)	(年次)
乳児死亡率 (1,000人中)	11.1	12.4	19.2	17.9	23.3	17.1	28.3	22.2	(1971年)
妊産婦死亡率 (出生10万対)	8.8	68.1	24.8	24.4	18.2 (1966~68)	29.0	75.0 (1967)		(1968年)
病院1ベット 当たり 人口 (人)	67	79	133	100	89	95	94 (1972)	91	(1971年)
看護婦当たり 人口 (人)	200	343	189	335	332	277		237	(1971年)

資料 国連『統計年鑑』

World Health Statistics Annual

個人にとって病気や傷害のために医療を需要することは不確定であり、③その上、生死にかかわる基礎的ニーズであるから、保険化するのに適すること。④規模の利益とシステム化が効率的な医療供給にとって必要であること（供給システムの分割が非効率）。⑤医療への真の需要ないしニーズは、所得比例的でなく、むしろ低所得者のほうが医療へのニーズが大きい。それゆえ基礎的な医療供給を公的に行なうことは、分配平等化効果があること。

こうしたことは「公共財」に一般的な特性であるが、医療にもかなり強くみられる。その他、医療は、需要者と供給者の情報量が著しくアンバランスで、供給者が情報所有という点で圧倒的に強い立場にあり、供給者は需要を容易につくり出せる立場にあることなども、医療の特性として指摘されることがあるが、こうした性格の「財」ないし、「サービス」であるために、一般の市場における需給メカニズムに委ねるのは適しない。社会化と計画化の要素を導入することが必要になる。

スウェーデンは、公共財的な財を社会化ないし計画化し、一方、私的財に関しては、自由経済の長所を生かす独自の混合経済の道を歩んできたが、医療の場合には公共財的性格が強いので、社会化ないし計画化原理を医療供給の基本としている。しかし、ニーズの低い医療が誘発されて医療需要が過大になるのを防ぐために、独自の医療負担方式を採用するにいたった。公的機関と私的機関の組み合わせや、基礎的ニーズの社会的充足と個人的需要の選択性の組み合わせなど、着実に効

率性、公正さ、個人の自由選択を生かす方向を探索しつつある。スウェーデンの年金制度や雇用政策（労働市場政策）は「スウェーデンの合理主義」による福祉目的の追求といえるが、医療保障も次第に、福祉の維持・改善にとって合理的な方向へと改革されつつある。

(1)医療サービスが必ずしも他の財と「異ならない」という点については、cf. A.J. Culyer, The Economics of Social Policy, Martin Robertson, 1973, chap. 6.

(2)医療という「財」が独自であるという点については、H. E. クラーマン著『保健と医療の経済学』至誠堂1968年刊第一章およびA. J. Arrow, "Welfare Economics of Medical Care", in M. H. Cooper & A. J. Culyer, (ed), Health Economics, 1973参照。

三、医療への資源配分の最適化

医療には以上のような独自性があるとはいえ、経済的観点からみると、他の財の場合と共通する課題がある。その第1は、医療への資源配分を最適化ないし効率化することであり、第2に、医療供給を分配の公正の要請に合致させることである。

第1に、医療支出への適正資源配分がどれくらいかを考える必要がある。医療支出への資源配分が年齢構成の高度化にあって高まるという点では、医療は年金の場合と共通する性格をもっており、先の第(1)式がアナロジカルに適用できる。

配分の問題としては次に、やはり年金の場合と

同じように、社会保障としてその供給をどこまで社会的に行ない、私的財として民間経営の供給にどの程度まで委ねるかをきめる必要がある。実はこの配分形態の問題も二つに分かれる。ひとつは医療供給を社会保障として行なうか。社会保障にあってはカバーされないかたちで行なうかという問題であり、もうひとつは、医療供給を公的機関（公営病院および診療所と公営の医薬品生産および販売公社）で行なうかそれとも私的機関（私的病院および開業個人医と私営の製薬会社および販売機関）で行なうかという問題である。この二点からみて医療供給の形態を分類すると、表2のような4つの場合が典型的に区分できる。もちろん、実際の医療供給は混合形態であるが、共産圏国では公営・公費負担型のAに近い、医療供給が行なわれ、資本主義国の中ではアメリカが最近まで私営と私費（私的保険を含む）型のCの形態を主とした医療供給をやってきた。福祉国家的国といわれるイギリスやスウェーデンではAに近い混合形態である。

イギリスでは診療・治療に関してはAに近く、医療費の85%が公費負担、10%が社会保険による負担、5%だけが患者の自己負担である。民間病院や開業医が社会保障の枠外で行なう診療や治療の比重は小さい。しかし、製薬と薬品販売はほとんど私営である。しかし薬品の負担も大部分が社会保障費で支払われるので薬品供給は表2のCの型に近いかたちで行なわれている。

スウェーデンでは診療・治療はほとんど社会保障の制度のもとで行なわれており、地方政府の運営する公的病院の比重が高い。しかし個人負担の比重はイギリスよりもいくぶん高い。製薬会社はカピ社、レシップ社、ビトラム社の三社が公営化ないし半公営化されており、この3社で製薬部門の25%のシェアを占めるほか薬の調剤と販売をする

表 2 医療供給の形態

費用負担形態 所有・経営形態	社会保障	個人負担
	公営 (公営病院 公営製薬会社等)	A
私営 (私営病院 個人開業医 私営製薬会社等)	C	D

薬局 (Pharmacy) が社会化されているという点で独自のである。このほか、医師や看護婦養成の学校が公立で、授業料も他の公立学校がそうであるように無料なので、医療供給の人的側面でも社会化が進んでいるといえよう。

わが国の場合にも国民皆保険が実現されたが、供給形態として民間病院と個人医の比重がイギリスやスウェーデンに比べて高い。

医療分野でのもうひとつの配分上の問題は医療サービス（施設供給を含む）と薬剤とへの配分比であるが、わが国の場合には薬剤費が全医療費の42%（1972年に46%）、イギリスの12.5%、西ドイツの13.5%、スウェーデンの15%などと比べて異常に高い。このことは、(1)人件費が相対的に低い(2)薬剤が過大に用いられる。(3)製薬産業に小規模企業が多くて生産性が低い。(4)薬剤の広告費や流通コストが大きい。(5)大製薬産業の利潤率が高いなどの原因による。したがって薬剤供給を効率化してコストを節約するためには、薬剤の過度使用のチェックと製薬産業および流通部門の効率化が必要である。また、スウェーデンの場合のように一部の製薬会社を社会化したり、過大広告を規制することも、薬剤の乱費と広告コストの抑制に有益であろう。スウェーデンでは、医療分業と薬局および一部の製薬会社の社会化が行なわれている上に、10%の広告税でもって商品広告を抑制している。また、消費者オンブズマン (KO) が過大広告や不正なマーケティングを厳しく監視しており、この点でも、真のニーズを越えた過大な薬品等の利用が行なわれるおそれは少ない。スウェーデンでは、さらに社会保障の行政に関しても議会オンブズマンの監視があるので、社会保障全般に関しての、資源の浪費や不正が監視され易くなっている。

四、分配の公正と費用負担

医療供給は、資源配分の観点からみて効率的である上に、分配上の平等ないし公正上の要請に合致することが要請される。

既にみたように医療は人命の救助と健康の維持という人間にとっての基礎的ニーズの充足を基本的目的とする点において生存保障を基本目的とする公的年金の場合の論理をアナロジカルに適用できる。すなわち、基礎的ニードはすべての人々がそれを必要とする場合に、それを充足させるナン

ショナル・ミニマムの医療保障を行なうことは「必要に応じた分配」という意味での平等化の原則に合致する。しかし、医療上のすべてのニーズを充足させるためにすべての医療を無料にすることが、今日の段階では過大な経済負担に在ることは第二次大戦後のイギリスの無料医療の時代の経験からも推定されるので、人命と健康維持の観点からみて必要度が弱い医療で、しかも大した費用負担にならない医療（すなわち図1のAの部分）は、受益者には費用に比例的に若干の負担を払わせることによって医療需給のバランスをとることが必要になる。そしてある支出レベルまでは医療費に比例的に一部負担をさせ、費用負担がある限度を越える場合（図1のBの部分）には、必要原則によって少なくとも高額所得者以外は公的に負担するかあるいは公的負担の比重を著しく高めるのが、分配公正と資源配分の最適性の要性を両立させる一つの妥協的な方途といえよう。このような関係は図2によっても示すことができる。この図の横軸は各人の医療についやされる総費用であり、縦軸は各人の直接の費用負担額を示す。すなわち、 mm 線は各人が医療をうける場合に誰もが一律に払う最低負担額である。（ただし予防や公衆衛生の費用は外部経済効果が大きく公共財的性格が強いので、税金でまかなうのが妥当であろう。）初診料は図2の Om の負担に見合うものといえる。スウェーデンでは1972年に「7クローネの改革」によって、公的な診療所や病院で医療をうけるとき、誰もが診療の都度、7クローネ（1973年には12クローネに引き上げられた。）だけは負担しなければならないようになった（ただし、私的な医者にかかった場合には3分の2が償還され、3分の1は自己負担になる）が、この一部負担金は図3の Om の部分に見合うコスト負担といえる。

図1 費用負担の原則

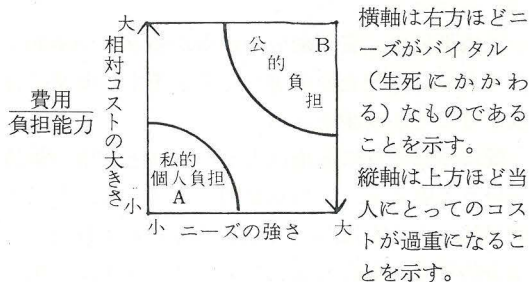
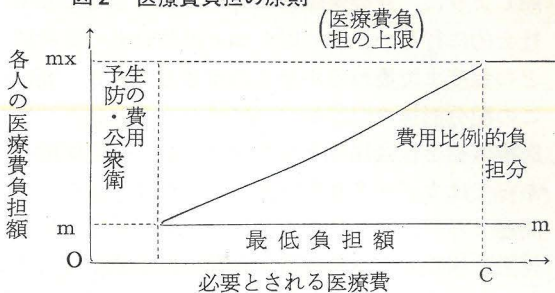


図2 医療費負担の原則



また、歯科治療は、ニーズがバイタルでないということもあってスウェーデンでは、子供と妊産婦以外は自己負担が重かったが、1974年以降は20歳以上の被保険者は治療費千クローネ（約6万4000千円）までは半分を社会保険が負担とし、千クローネ以上は3分の2を社会保険が負担することになった。また、予防的診療の費用も3分の2償還されるが、これは予防は治療よりも結局、経済的（安くつく）であり、本人にとっても好ましいとの判断によるものと推察される。

一方、公的病院に入院して治療を受ける場合には、通常自己負担はないが、これは、スウェーデンの場合、入院するのは比較的治療のニーズの高い患者であるとの判断によるものであろう。

以上は、診療と治療の費用負担に関してであるが、スウェーデンは医薬分業であり、（薬の負担は別である。しかし薬の費用の自己負担も、原則は同様であり、図1のBの部分は当たるニーズが強くて、コスト負担が重い薬（たとえばインシュリン等）は無料であり、通常の薬の場合には5クローネまでは本人負担、5クローネ以上25クローネまでは半分が本人負担であり、25クローネ以上は全額社会保険から支払われる。したがってその場合の自己負担は15クローネ（最初の5クローネと5~25クローネの半分の10クローネを加えたもの）であり、それが薬の本人負担の上限である。この負担方式はまさに図1と図2に見合う方式である。すなわち最初の5クローネは図2の Om に当たり、それ以後C点までは2分の1を自己負担し、C点以上の費用は社会保険から支払われるという方式である。

五、評価と問題点

以上のことからわかるように、スウェーデンの医療保障は、資源配分の効率性という観点と分配（負担）の公正という観点からみて合理的に計画されているものといえる。また、健康の維持と人

命の尊重という観点からも良い成果をあげているといえる。ただ、ニーズの弱い患者の安易な診療を抑制して医療の供給能力に需要を合わせるために、重症者以外は診療までに何人も待たされるということが、国民の不平の一つとなっている。わが国のように「3時間待って3分診察」でも、とにかく病院で待てばその日に診察してもらえる制度と、比較的たんねんにその日にはあまり待たず

に診察してもらえるが、診察指定日まで何日も待たねばならないスウェーデンやイギリスの制度とどちらがよいのかは判断がむづかしい。

そのいずれの難点をも持たない方式があればそれが最善であるが、医療の自己負担を高めることなくしてその両方の難点をなくすることは困難であろう。

スウェーデンの健康保険制度

Health Insurance in Sweden

評議員 小野寺 百合子

Yuriko Onodera

1) 健康保険

スウェーデンでは健康保険の考え方が割合に早くから発達していて、中世紀にはすでに手工業組合に「傷病金庫」があり、平素積み立てておき必要に応じて引出す仕組みが行われていた。1800年代になって、傷病金庫は自由教会や禁酒運動や労働運動の間にも拡大し、政府が援助することもあった。

産業革命の進行とともに傷病金庫も発展してくると、金庫間の競争あつれきが激しくなり、資金的にも不安定となってきたので、これらを根本的に改革して義務制の統一した健康保険をつくるべきだという進歩的な思想が生まれた。そして1919年には準備委員会ができたが、一本の健康保険にまとめる仕事は非常に困難であって、認可制健康保険から任意制健康保険の段階を経て、ようやく国民健康保険法の発足を見るまでになったのは1955年のことであった。

1963年には、国民健康保険法は、国民年金法と国民給付が年金法とともに「国民保険法」という単一の保険法の下に統合され、国民皆保険の体制が一層整った。以上の三保険は保険ごとにそれぞれ中央金庫を持つが、国民に対する窓口は、地域社会保険金庫(全国で500)一本ですむことになった。

健康保険は、医療保険と傷病手当保険(両親保険を含む)の二本建てであって、国民の保険料を別々に徴収される。健康保険には、16歳以上の国民がすべて加入するが、67歳以上の人は保険料を免除され、16歳以下の子供は親の保険に含まれる。

医療保険は、スウェーデン人およびスウェーデ

ンに在住する外国人すべてが加入し、そのために医療費が無料になったり、特定の補償があったりする権利が生ずる。スウェーデンと北欧諸国、イギリスとの間には相互協定があって、これらの国民がこの国を訪問中に発病した場合には、保険が適用される。

傷病手当保険は、16歳以上67歳以下で、傷病手当基本収入を持つ人が加入し、傷病のために労働が不能になったときに、その人の収入に見合う手当が支給になるものである。

2) 医療制度

スウェーデンは中世以来、伝統的に医療は地域社会が責任をものものになっていた。1868年に地方政府法ができたとき、医療の公的主要部分は、州政府の役割として確立された。国は医療全般の総轄をする外、医師の養成に責任を持ち、そのためにストックホルムにカロリンスカ病院を運営し、大学付属病院の財政の一部を担当する。

1972年の医療法でも、入院クローズドー診療およびオープン診療の責任はすべて州に置かれている。州の無い3つのコムーニについてはコムーニの責任とする。(以下同じ)

a) 入院診療のための病院は、制度上、i) ラザレット、ii) 施設病院—普通に病院というもの、iii) 病院ホーム—療養所、の3種とし、州ごとに専門各科をもつ総合中央病院を置く。別に全国を7つの医療区に分け、医療区に1つずつ高度に専門化した地方病院を置き、専門教育病院としても使う。病院ホームは、慢性病患者—主として老人—と、ときには回復期療養患者を収容する。

b) オープン診療には次のタイプのものがある。

- i) ラザレットの外来診療部
- ii) 特定コモンを持つ外来病院
- iii) 地方医務官診療所
もとは人口15,000人に1人の地方医務官が配置されたが、最近では総合医療センターまたはオープン診療ステーションの名の下に、複数の医務官が、広範囲を担当するが多い。
- iv) 地方保健婦
人口2,000人に1人の保健婦が配置されている。過疎地でのその活動は高く評価される。サービスは無料。
- v) 地方助産婦
(i から) v) まで州の管轄)
- vi) 民間開業医
- vii) 患者ホテル
昼間、病院などで継続医療を受ける患者の宿泊施設
- viii) 予防的保健施設一 (コモン管轄)
母親センター、児童センター、保健所、防疫所など。
- ix) 在宅慢性病患者の特別看護手当
地方医務官が看護の必要を認め、看護が病院並みになされていることが証明されると、家族を含む看護人に1日1~4時間の時間給が州から出る。

3) 医療保険

医療保険の適用は、入院診療とオープン診療に区別される。

a) 入院診療

傷病または出産のための入院料金は、居住地区の病院の場合、または地区外でも緊急の場合、公立病院の公衆ベッドで、1日1人15krである。この料金が原則として医療保険から支払われるのであって、病院側から直接に保険金庫に請求される。入院実費としては1日1人数百krに及ぶこともあるが、病院の費用はすべて州が賄い、被保険者にとっては無料入院となる。普通はそれが無期限であるが、国民年金の老齢年金、早期退職年金の受給者は、無料入院の限度は365日であって、期限後は入院料金として保険が支払う分を自己負担しなければならない。

b) 通院診療

ラザレットの外来部および地方医務官診療所またはセンターでの診療は、1回の診療につき12kr支払えば、診察、治療のほか、処方箋、傷病手当の証明書、レントゲン、ラジウムの検査および治療、その他の物理化学検査のすべてが含まれる。往診に対しては20kr (医師の交通費不要)、電話による相談は5krを支払えばよい。保険金庫からは一律に、1回につき、48kr電話1回5krが当該医療機関に対して補償される。

この制度は1970年から発足したもので、それまでは公務員医師にも認められていた公定料金による自由診療ができなくなり、医師は固定給料にしばられることになった。

C) 民間開業医

民間開業医には料金の規定がない。患者は医師が自由に請求する料金を支払ったのち、受領証を保険金庫に提出する。金庫はその料金を公定料金に計算し直して、その4分の3を患者に償還する。往診の場合は医師の交通費も償還の対象となる。

開業医にも公的医療機関と同じ料金制を採用させるべきだという提案が、現在論議中である。

d) 交通費の償還付

入院退院の患者の移送費、病院その他医療機関への通院費、地方保健婦や地方助産婦への往復交通費など、一応は支払っておいて、あとから保険金庫へ請求すれば、規則に従って還付される。

e) 医薬品

スウェーデンの薬局は1971年から国営になったが、それ以前でも薬局に対する国の取締りは厳しかったから、あまり変化はない。

医師または歯科医師によって書かれた処方箋で薬を買うとき、薬局は直接割引をする。割引は薬価の5krを越す2分の1と25krを越す分の全額であって、1回に15kr以上を支払う必要はないことになる。また重病用または慢性病用の特定の医薬品は、医師の処方箋があれば無料となる。

医薬品の割引または無料分の補償は、国立保険庁から各保険金庫と通じて行われる。

f) 歯科医療保険

歯科医療についてはスウェーデンは後進国といわれていたが、1974年をはじめからようやく国民歯科保険制度が発足して、17歳以上の人が加入することになった。

従来の国民歯科医療制度では、6歳~16歳の学齢児童を主体とし、それに6歳未満の幼児を含め

て、無料検診や治療が行われていた。この新しい歯科保険には、公的歯科医だけでなく民間開業医もすべて適用を受けることになり、歯科医療は公定料金表以外は使ってはならない。保険金庫からの補償は、治療費の2分の1だが、1,000krを越す場合には、1,000krを越した分に対しては75%が補償される。また、予防的治療費と総義歯代は75%が補償される。

開業歯科医が過疎地に少なすぎることから、将来は州を歯科医療区に区分し、1地区に少くも歯科医1人と歯科看護婦1人を持つ国民歯科医療クリニックをつくる計画がある。そのほかに、重症者のために州ごとに中央クリニックをおく。国はクリニックの運営費と人件費を州に対して助成する。

4) 傷病手当保険

勤労による収入が年4,500kr以上ある人が、保険金庫に登録してはじめて傷病手当保険の加入者となる。配偶者は年収4,500kr以下でもまたは無収入でも加入者と認められる。

傷病手当の額は勤労収入の額によってきまる。税差引前の収入が年4,500kr以上あれば、収入を日額にしてその90%が傷病手当となるが、基礎額の7/8倍を越える収入は計算から除外される。基礎額とは、年金その他の給付の計算の基礎に使われるもので、物価の変動によって1ヶ月単位で決定される。1974年1月には8,100krであった。

傷病手当は課税対象であり、税金は手当支給の前に源泉徴収される。配偶者の傷病手当は8krで非課税である。

以上は1974年より改正となったもので、現在のところまだ1973年までの規則の適用を受けている人があるが、その傷病手当は非課税である。

傷病手当で重要なのは保険金庫が常に加入者の収入を把握していることだから、収入の変化があったら直ちに金庫に申告しておかなければならない。傷病手当は保険金庫に傷病の申告(電話でよい)がなされると、翌日から支給され、期間は無期限である。67歳以上の人は保険料が免除される代り、年金受給年齢に達してから以後180日までしか傷病手当は受けられない。

病院に入院中は、傷病手当は10kr差しひかれるが、8krより少なくなることはない。

傷病手当には「企業主扱い」というのがあって、企業主が労働者に傷病手当を支払い、企業主

が保険金庫から償還を受ける仕組みである。傷病手当が課税対象となって以来、企業主扱いが多くなった。

両親保険

出産に関連するいろいろの特典は、1973年までは母親保険とよばれて、母親にのみ有効であった。1974年から、原理として両親に有効であるべきだということで、両親保険と名付けられたが、特典はすべて健康保険に含まれている事項である。

医療保険で規定されている医療サービス、入院診療、交通費還付などはすべて、妊娠出産に関する医療にも適用され、その上に妊産婦は、母親センター、児童センターでの無料検診や診療が受けられる。

出産についての両親手当は、両親が共稼ぎである場合とそうでない場合で異なる。

共稼ぎでない場合には、出産予定日のおそくも180日前までに出産を保険金庫に登録しておくことが条件である。この場合の両親手当は、最低額の1日25krであるから、180日の全期間中に4,500krとなる。1973年までの母親保険では出産費1回1,080kr、双生児540kr増しであったから、はるかに多くなった。両親手当のうちで、母親は早くて予定日の60日前から受給の権利があり、出産後30日間は、たとえ死産であっても子供を手離しても母親に権利がある。その後は両親のうちいずれが在宅しても合計180日になるまで、25krの手当が受けられる。

共稼ぎである場合には、両親ともに出産前おそくも270日以前に、それぞれが勤労による年収4,500kr以上を持っていること、すなわち保険金庫に傷病手当保険による傷病手当の権利が登録されていることが条件である。産前産後の母親だけに権利のある期間が過ぎたあとは、両親のどちらが在宅育児をしても、その人の持つ傷病手当の額が支給されることになる。旧法では母親に傷病手当の権利がある場合、傷病手当の付加手当分だけが支給された。

両親のうちどちらが在宅するかは、夫婦の間で決めることだが、2人が半日づつ休むことも、期間中に交替することも、期間中に中断継続することもできる。期間は合計180日までで、出産後180日を過ぎてはならない。ただ未熟児などで子供を病院に置く場合には、生後240日まで手当の延長が

認められる。

また、次の子の出産のために母親が入院中、父親が10歳以下の上の子を見る場合、10日間まで父親に傷病手当が出る。

里親も両親手当が受けられるが、期限は子供の生後240日までである。養父母は、子供の生後240

日以上10歳以下の場合、20日間である。

両親手当はまた、病児看護のために両親のいずれかが職場を休むときにも、年間10日間を限り、支給されるが、両親共稼ぎの場合に限られる。

この制度も企業主扱いにする企業が多い。

(以上の2編は、厚生省の49年度厚生科学研究補助による)

グンナー・ヘックシャー大使閣下のご退任について

H. E. Royal Swedish Ambassador Gunnar Heckscher left Japan on July 7th

グンナー・ヘックシャー駐日スウェーデン大使閣下には、このほど退任され、去る7月7日帰国されました。

大使は、ご承知のとおり1970年わが国に着任されて以来約5ケ年間にわたり、日瑞両国の親善と学術・文化の交流に多大の努力を払われ、そのご功績と、その間に示された高いご人格と高邁なご見識は、われわれの終生忘れ得ぬところと考えます。

また、ご在官中、当スウェーデン社会研究所ならびに日瑞基金の活動に対しても、並々ならぬご厚情とご鞭撻を示され、関係者一同深く感謝いたしておるところであります。

この謝意を表するため、去る6月20日、東京霞が関ビルの東海クラブにおいて、大使の送別パーティーを開催し、惜別の辞を申し上げ、今後のご厚誼をもお願いいたしました。その際、大使には日本でのご印象につきご講演を行われ、われわれに更に数多くの示唆を与えられました。

本月報の次号は、大使送別の特集号とし、そのご講演の要旨などをお伝えたいと考えております。

最近のスウェーデンの社会・経済ニュース

汚染防止の新技術に対する国家援助

現在の所まで総額7億クローナ(455億円)に達する政府助成金が汚染防止の為にスウェーデン産業界に与えられてきたが、今年の7月1日現在では、完全に新しい技術をテストしている廃棄物処理場又は施設に対してのみ助成金が与えられている。

1969年以来、スウェーデンの産業界は環境保護の為に15億ドル相当の費用を投じてきており、これはGNPの1%強にあたると、同連盟理事のアクセル・イーヴェルルト氏(Axel Iveroth)は会議の席上のべた。これには、年あたり1億ドルと推定される維持費は含まれていない。

スウェーデンの重工業界は、その全投資額の8~10%を汚染防止に投じており、パルプ及び製紙業界では、平均して15%に達している。

産業界全体が、大規模化し、一層技術的にすす

んだ方向へと構造的に移行してゆくことが、排出物が減少してゆく上で大きな役割をはたしてきた、とイーヴェルルト氏はのべている。

食品工業の排水中の不純物を浄化する新しい方法

食品処理産業から発生する排水中に含まれる有機物をへらす為の新しい技法が、スウェーデンのテラポーナ社(Terrabona AB)とクムラ・フルクトインドウストリー社(Kumla Fruktindustri AB)の手で協同開発された。

このビオックス法(Biox Method)と呼ばれるシステムによって達成できる有機物減少の割合は、毎日あたり1立方メートルにつき15~40キロに達し、これと比較すると生物学応用の場合には1~5キロ、活性沈澱法では1~2キロにすぎない。

このビオックス法は生物学応用のタワーと活性沈澱法による処理を組合せたものである。タワーには細胞状のプラスチック物質が詰めこまれ、そ

の上に微少な有機物の薄膜ができる。このタワー内に空気がふきこまれ、排水はタワーとタンクとの間を循環する。

パイロット装置が果物の処理工場にとりつけられ、見事な成果をあげたと言われている。タワーの容量が17立方メートルの完全な商業用装置が完成し、この春には稼動に入るとつたえられている。

コストの安い廃紙再生法

廃紙を再生し、その廃紙から不純物を完全に除去できると称する、コストが安く簡単な方法が、このほだスウェーデンのムンクシェー社 (Munksjö AB) とフィンランド企業の手で共同開発された。

すでにパイロット工場でテストをうけたこの処理装置一式は、現在スウェーデンの工場で組立て中であり、約1年の間には稼動に入ろう。生産能力は24時間あたり約100トンである。

廃紙のパルプ化はそのなかに含まれる数多くの不純物のせいで複雑な仕事となっている。不純物には、プラスチック、金属、ロープ及びブリキ缶などが含まれる。従来の方法では、不純物は再溶解の工程で分離され、パルプから分離することは困難であった。

この新しい方法によれば、原料はパルプの繊維が分離するまである高さからくりかえし落され、様々なコーティング材からも分離される。このシステムの作動は非常に静かなので、プラスチックや金属がたとえまれにあっても、再溶解工程で分離してしまう。不純物は1個になって分離し、小型の重い分子はヒドロサイクロン又はそれに類した装置によって分離される。

パイロット工場での作業から分った事は、このシステムでの廃紙の再繊維化は急速に生じるもので、新聞、雑誌用紙では約6分、本の場合でも10分以内である。エネルギーの消費も水力によるパイプ製造機の半分ですみ、さらにこの新装置は非常にコンパクトなので、日産100トンのものでも、必要な床面積は35平方メートルである。

この新システムは、クラフト紙工場から出る黒色溶液をインク除去剤として用いる可能性がある事からして、一層安くなるであろう。この溶液はパルプ工場へと戻して、化学薬品回収部門の黒色溶液と混合される。液中に分散し分解している不純物はこうして除去でき、このすぐれた分散性能のおかげで浮遊選鉱は不用となる。

協同組合グループの売上高、昨年中に17%増大
スウェーデンの卸・生産及び小売団体であるKF/コンスム (KF/Konsum) 協同組合の昨年度の売上高は、17.4%上昇して153億1,500万クローナ (9,954億7,500万円) に達した。

輸出を含んだ同組合の卸・生産及び処理加工の取引高は、23%上昇して104億1,400万クローナ (6,769億1,000万円) に達した。この上昇率は同組合の歴史上最高のもので、1965年以来取引高は3倍増した事を示している。

全体のうちで、同組合の生産高は48億クローナ (3,120億円) をこえ、このうち60%は食料の加工で、残りは各種の製造であった。輸出は32%上昇して、12億6,000万クローナ (819億円) に達した。

1974年末に196の協同組合によって営業されている2,350の店舗を通じての小売売上は、113億2,500万クローナ (8,361億2,500万円) に達し、これは対前年比で13.2%の増加である。量的には、売上は5.8%の伸びであった。

1時間あたり2,000トンの雪を 処理できる回転式除雪装置

スウェーデン国防軍の資材管理局は、国有企業庁 (National Industries Corporation) の資材部門、及び自動車メーカーのボルヴォ社 (Volvo) 及びサーブスカニア社 (Saab-Scania) と協力して、スウェーデン空軍用として、空港の滑走路の除雪を行う。車にのせた回転式の除雪装置のプロトタイプ2種を開発した。

この2つのシステムを中心となる部分は、毎分35トン以上の除雪能力、又は毎時2,000トン以上の能力をもつ回転式除雪装置で、雪を滑走路から30メートルも吹きとばせる。スイスの企業であるロールバ社 (Rolba) によって開発されたこの装置は、スヴェーダーラ・アルブプロー社 (Svedala-Arbrå AB) とオースプリンク・エイケル社 (Åbsrink Eiker AB) の手で製造される。

どちらのタイプのものも、従来のトラックにのせて時速70~80キロで運行できるが、バックの時にも除雪ができる。バック時の最高速度は30キロである。

ボルボ型のもの、飛行機用のけん引車にのせる。除雪車としては、動力源に150馬力のエンジンをのせ、車体の後部に雪を投げとばす方向をおいた補助運転席を取り付けてある。

サーブスカニア社が開発した方は、軍用の野戦車を改良したもので、ツインキャブの205馬力エンジンをのせる。ボルボ社のものと同じく、ツインアクセル・ドライブを特色とする。双方の型とも、2年にわたって冬期間にテストをうけ、1976年に最終決定をうける。

この計画は海外でも多くの関心を集めた、と同局は述べている。

スウェーデンのエネルギー計画案なる

最近スウェーデン政府は、スウェーデンのエネルギー消費の成長率を1985年までは年率2%、1990年までにゼロと想定したエネルギー案を国会に提出した。過去15年間のスウェーデンに於けるエネルギーの消費の年毎の成長率は、平均して約4.5%であった。

エネルギーの消費をおさえ、同時にエネルギーの各分野での研究開発をすすめることに對し、最優先を与えるという考えが政府案の骨子となっている。この計画の為の予算は、電気、石油及びガソリンにかけられる新しいエネルギー税でまかなわれる。

スウェーデン全体のエネルギー消費量は、1973年の429TWHから、1985年には540TWHにのびよう。石油はエネルギー源の最大のものとして、圧倒的な地位を保持するが、エネルギー生産の場合の主たる部分は、原子力・石炭及びコークスとなる。

従って、全エネルギー消費量における石油の地位、1973年の73%から、1985年には60%へと低下し、水力発電も14%から12%へと低下しよう。原子力発電はそのシェアを1%から12%へと拡大し、コークスは4%から9%へと拡大しよう。木材等からのエネルギーは、8%から7%へ低下する。

政府は1990年以前の代替エネルギー源として、太陽熱、風力又は地熱による発電を期待してはいない。但し、現在提案されている3億6,000万クローナ(234億円)の3ヶ年エネルギー研究計画に基づいて、こうしたエネルギー源について研究に大幅な資金を投入する。この計画の主力は、エネルギーの節約におかれている。

エネルギーを節約できる工場などについて投資を行う企業には助成金が与えられ、さらに家庭での暖房改良には資金の貸付けや助成金が与えられる。

さらにこの案では、すでに国会で承認されている11ヶ所の原子力発電所に加えて、さらに2ヶ所の発電所建設をすすめている。これによって、原子力発電量は、1973年の2TWHから1985年の63TWHまで増大する。さらに、この期間中に水力発電はゆっくりながらもすすみ、発電量は60TWHから66TWHへと増大しよう。

政府原案のなかには、この他にも、石油、天然ガス及び石炭の開発の為の財政投資として、20億クローナまでの貸付けに政府保証が与えられるべきであるとの提案も含まれている。

石油の貯蔵能力は、1985年までに4ヶ月間は石油の自立ができる様に成ることを目的として、大幅に増強されよう。

交通雑音をカットするシートメタル製のシリンダー

スベンスカ・ダグブラデット (Svenska Dagbladet) の報ずる所によれば、従来の防音壁にくらべて半分強程度の費用で、従来よりも10デシベル以上も交通雑音を下げることのできる、新型の防音壁が、ストックホルムの技術者であるオーケ・ヴェイマル氏 (Åke Weimar) の手で開発された。

この防音壁は、スクリーン型になるように直立された梯型の、波状シートメタル製のシリンダーである。長さ125メートル、高さ3メートルのこのシリンダーは、南スウェーデンのクリシュンアタッド (Kristianstad) 近くの自動車道路わきに数ヶ月たてられていた。

ルンド技術研究所 (Lund Institute of Technology) から来た専門家によって行なわれたテストの結果、この壁面は道路から20メートルほどはなれた所におくと、交通騒音を77~78デシベルまで下げることができると判明した。この騒音低下は、人間の耳に達する効果の面で、雑音レベルを半分以下にすると同等の効力がある。

ヴェイマル氏はこの研究を2年前に始め、スウェーデン技術開発委員会 (Swedish Board for Technical Development) から援助をうけてきた。この方法を用いての企業としての開発権は、南スウェーデンの機械会社であるクニスリングヴェルケン社 (Knislingevarken AB) が獲得した。

計算によれば、この防音システムは、平方米あたり325クローナ (21,125円) で、これと比較する

と従来のシステムは600クローナ(39,000円)を要する。さらにこのシステムの利点としては、清掃が容易で、建設組立が現場でできる事があげられる
卒中の初期診療に効果を発揮する赤外線アイ

ダーゲンス・ニーヘーテル(Dagens Nyheter)の報ずる所によれば、ストックホルムのセーデルシュークフーセット(Södersjukhuset)病院のグンナール・ヘーンステン博士(Dr. Gunnas Hörnsten)は、卒中の症状を初期に発見して充分に間にあり時期に予防処置をこうずることのできる新しい診療法を開発した。

この方法は、応々にして卒中の最初の徴こうである発達したあるいは初期の血せんを、赤外線を用いて間接的に発見することから始まる。この方法はとくに、小脳と背髄の上端部をくらしめ

る出血性梗塞の一種であるヴァーレンペリイ症こう群の初期診療に効果がある。

この方法は従来からある器具を新しく組み合わせたもので、主たる部品としてはテレビ装置、モニター、ビデオテープ等である。患者は真暗ななかにおかれ、その眼に赤外線があてられて、その動きをカメラでおいかける。

その眼が示した反応は、後ほどテレビスクリーンにかけて研究する。同博士の研究から、卒中の気のある患者は、特定のパターンをもった眼球障害を示すことが分っている。

医師はこのおそろしい卒中の初期診断の重要性を強調してきている。この病気を外科的に処置することはまれであり、できるかぎり早期に予防処置をこうずることの重要さが分ろう。

活 動 メ モ

1.10 マン・マシン・システムの開発に関する調査研究委員会(M. M. S. 委員会)開催

1.30 研究所月報第7巻第1号発行

2.13 M. M. S. 委員会開催

2.28 研究所運営総合委員会開催アルムクヴィスト・アンド・ヴィクセル出版会社の販売担当専務理事ハンス モランダー氏と同出版担当理事ダービッツ・トムセン氏来所、当研究所高須裕三常務、講談社インターナショナル株式会社専務取締役信木三郎氏、同事業部長赤野間征盛氏等と懇談

3.7 研究所月報第7巻第2号発行

3.7 来日中のデューク・エイコ女史来所

3.10 厚生省企画室西村事務官に50年度研究補助を申請

3.18 北海道大学相馬純吉教授来所

3.18 日本交通公社虎ノ門支店の長与純三支店長代理来所、高須研究所常務と今夏の視察団派遣計画につき打合

3.24 スウェーデン合同産業安全委員会セーデル・ストレーム理事の労働者保護に関する講演会を開催

4.9 西村研究所所長、大使館科学技術アタッシェ バックストレーム氏と懇談

4.9 西村研究所所長、東海銀行三宅頭取と研究所の運営援助につき懇談

4.10 研究所定期総会開催、昭和50年度事業計画等につき審議

4.11 M. M. S. 研究報告書完成

4.14 研究所月報第7巻第3号発行

4.16 昭和50年度(厚生省)厚生科学研究補助は、「スウェーデンの消費協同組合に関する研究」のテーマに決定

4.29 昭和48年度(厚生省)厚生科学研究補助論文「スウェーデンにおける医療供給体制と保障制度—日本の場合との対比において」完成し提出

5.12 M. M. S 研究報告会開催、当研究所高須裕三常務、丸尾直美理事および松下電器産業株式会社東京支社加藤正雄次長の三氏の報告講演実施

5.22 昭和50年度(厚生省)厚生科学研究補助(前掲)申請書提出

5.22 当研究所の49年度事業報告書ならびに決算報告書、昭和50年度事業計画書ならびに予算書を外務省に提出

6.5 研究所運営総合委員会開催、本年度研究計画、視察団派遣計画等審議

6.19 西村研究所所長、ヘックシャー大使よりスウェーデン政府の50年度寄付金を受領

6.19 サンケイ新聞の笹川氏来所、高須研究所常務と消費者オンブズマンにつき懇談

6.20 グンナー・ヘックシャー大使の送別パーティーを霞が関ビル内東海大クラブにて開催、冒頭に同大使の日本の印象に関する講演あり、大平大蔵大臣、堀越経団連顧問ほか約30名出席

7.9 社団法人日瑞基金の定期総会開催土光会長、花村評議員等出席、49年度事業報告および決算報告の承認と50年度事業計画ならび予算案等審議

7.19 教育研究会開催、文部省大臣官房企画官山本清氏の「スウェーデンの教育を視察して」と題する講演実施

日経新書 228

福祉国家の人びと

内側から見たスウェーデン

著者 立正女子大学教授 菊池幸子

212頁 定価 480円

著者のことば——

私の体験のなかでとらえたスウェーデン人の生活を、子ども、若もの、中年、老人と世代別に、生活様式、人間関係、価値観などの面から分析した。

福祉の実験国といわれる先輩国スウェーデンを人間の生活レベルの視点から再検討し、孤独な老人たちや非行少年の問題など、いくつかの福祉社会のひずみも指摘している。適切な人間対策なしでは真の福祉国家は実現できないと考えたからである。

〒100 東京都千代田区大手町1-9 電話 (03) 270-0251 振替東京555 日本経済新聞社

至誠堂新書 58

福祉とは何をする事か

スウェーデンを場として福祉国家の現実を探り、その財政、経済システム、都市対象、教育問題、価値観の変化等、多面的アプローチ

スウェーデン社会研究所編

350頁 定価980円

発刊の辞 西村 光夫
序 高須 裕三・丸尾 直美

- 第一章 スウェーデン福祉国家の社会経済史的背景
- 第二章 選ばれた体制
- 第三章 スウェーデン式ウエイオブライフ
- 第四章 福祉社会の担い手たち
- 第五章 福祉政策と年金
- 第六章 教育による自由と平等の推進

執筆者(執筆順)

高丸加永河内菊小中荒	須尾藤山野藤池野寺嶋井	裕直良泰道英幸百合	三美彦夫憲子博
------------	-------------	-----------	---------

〒101 東京都千代田区鍛冶町1-3 電話 (03) 256-8121 振替東京97579 至誠堂