

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8月25日発行
 第7巻 第8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. 8

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 (3)

Medicine in Sweden

<医療供給体制と保障制度の日瑞比較>

スウェーデンの医学教育

Medical Education in Sweden

スウェーデン社会研究所評議員 中嶋 博
 早稲田大学教授 Prof. Hiroshi Nakajima

○ 高度の長期にわたる訓練

スウェーデンにおける医学の研究と教育は長い伝統をもち、とくに第二次大戦後の医学教育制度の拡張は顕著なものがあつた。(Bror Rexed; Medical Education and Research in the Intellectual Face of Sweden. 1964, pp. 97-100)

1954年に医学教育の大幅な改革がなされ、なおそれでも不十分であるとして1969年に再度の改革がなされ今日に至っているが、これまでいかに高度の長期にわたる訓練がなされていたかを、前回の制度に即して、まずみることにする。

医学教育は、①基礎教育 (grundutbildning)、②上級教育 (vidareutbildning)、③補習教育 (efterutbildning) の三段階に分かれていた。

①基礎教育は、期間は6カ年半、機関は大学医学部と付属病院において。資格は学部学生として。目的は基礎的理論と臨床訓練。責任を受け持つものは大学。

②上級教育は、期間は約5カ年。機関は大学および、その他の専門的病院の部科において。資格は、補助臨床医として。目的は臨床各分野における専門化。責任を受け持つものは大学。

③補習教育は、期間は5カ年にわたり、年1～

3週間。機関はストックホルム、ウップサラ、 Lund、マルメー、イエーテボリイ、リンチェーピング、ウーメオの各中央病院において。資格は研究を終えた専門医として。目的は特殊の分野における現代の発達を理解させるため、責任を受け持つものは、スウェーデン保健局。

以上によってわかるように、一人で患者を診察することができるようになるまで、少なくとも11カ年半。さらに完全な独立した医師となるためには、その後5カ年にわたり毎年1～3週間の研修を積まなくてはならないのである。

さらに彼らが大学に入ってくるまでに、高校において、広く、語学をはじめとする人文教育、数学をはじめとする自然科学、心理学・社会学などの社会科学についての十分な一般教養を積んでいること。また学部においても、心理学などに関し

No. 8 目 次

医療問題の研究シリーズ(3)

スウェーデンの医学教育……………中嶋 博…	1
スウェーデンにおける医薬品の供給体制等について……………高橋 文…	6
文部省山本企画官に教育事情を聞く……………	11
スウェーデン等視察団出發す……………	12

て高度の研鑽を重ねることが望まれていることも見落してはならない。

すなわち、専門化といっても、それはただの技術者の養成を意味するのではなく、基礎に幅広い教養をもち、総合的視野に立つ専門家を育成しているといわなくてはならない。

(中嶋 博他『福祉国家における教育』昭40、304—305頁より)

○ 新時代に対処した1969年の改革

さて1969年の改革は主として、いわゆる卒後教育に関するものである。すなわち医学部の卒前教育の期間は、9カ月のインターンを卒後教育に移すことによって、6年半から5年半に短縮された。一般的にいて基礎訓練は、1954年に制度化されたものと大差ない。ただ最初の2カ年の教育内容に変化はみられるが。

さて1969年の改革は、体系化された卒後教育の提供を招来した。そしてこれは以前には存在しなかったところのものである。すなわち5年半の基礎訓練後の「医師試験」に合格することは、医師としてのごく限られた資格を与えるにすぎないものとなった。

すなわち試験合格後すべての者は、いわゆるインターンとしての、21カ月の「一般サービス期間」に服さなくてはならないことになった。しかもそれは内科6カ月、外科6カ月、精神科3カ月、それに外来患者診療6カ月となっている。そしてそれぞれ卒後医学教育全国委員会による試験によって認定を受けてはじめて、独立した医師としての職能付与、あるいは専門医としての訓練の卒後教育が続くことになるのである。(Gunnar Ström; Medical Education in Sweden; Recent reforms and new trends in medical undergraduate training, 1970)

この卒後教育は、一般開業医の訓練をも含めるものであり、それは強い社会医学的特色をもち、特殊専門訓練と共に教育的な意味をもつものである。(Gunnar Wennström; The Swedish Programme for the Reform of Medical Education. 1971. p. 3)

○ 優秀な学生の医学部への受入れ

スウェーデンでは1967年をもって大学入学資格試験(studentexamen)が廃止され、高校卒業

者はすべて高等教育機関への進学が可能となった。また1969年から、満25歳以上で職歴5年以上のものに、大学入学を許可するところとなり、文字通り大学が「開放された」のであった。(拙稿; スウェーデンの教育—機会の均等と個性の尊重—。スウェーデン社会研究所編『自由と福祉の国—スウェーデン—』昭46, 136頁)つまり総合大学の哲学部をはじめとしていわゆる自由学部に進学するには、高校での一定成績を収めていることを除いて、制約がないといってよい。(UKÄ; Universitets Studier: filosofisk, juridisk, teologisk fakultet. Läsåret 72/73, 1972)

ところで医学部の入学に関しては「定員制」があり、入学許可は、志願者の所定の申請手続きにより、大学庁(Universitetskanslersämbetet)によって決定されるが、それは高校の内申書によるところが大きい。

高校では全国的平均配分により、1から5までの5段階法をとっており、それは1—7%、2—24%、3—38%、4—24%、5—7%となっている。

医学部の入学は9月1日と1月15日の2回に行なわれるが、1969/70学年度の入学者は956名であった。

そしてこの入学者の学業成績の詳細についてみると、医学部の入学資格は、最低高校成績2.3。生物、数学、物理、化学は少なくとも2以上あることとされているが、1969年秋学期の志願者2,523名中、入学許可者は476名と5倍以上の競争率を示し、さらに入学許可者の成績の最低は秋学期で4.73、春学期で4.52というきわめて高い成績を示しているのであり(Gunnar Ström; Medical Education in Sweden; Recent reforms and new trends in medical undergraduate training. 1970 pp. 1-2)、これによってもいかに優秀な学生が医学部に収容されているかがわかるのである。

○ 総合的な卒前教育(学部課程)

5½年にわたる卒前教育のカリキュラムの編成は次のようになっている。

第1～2学年(臨床前段階)

解剖学、医学組織学、化学、生物学、医学統計学、優生学、心理学

第3学年(臨床入門段階)

細菌学、薬理学、病理学、および臨床予備コース

第4学年(臨床段階Ⅰ)

内科および外科

第5学年～第5½学年(臨床段階Ⅱ)

各種臨床コース

以上の各学科毎に試験があり、5½年後に無事卒前教育、すなわち学部課程を終えたものは「医師国家試験」を受けることになるわけであるが、理論でなく臨床に即し、しかもきわめて総合的な訓練が行なわれているということが出来よう。

○ 完璧な卒後教育(含大学院課程)と生涯教育

医学部入学後5½年目に医師としての試験を受け合格後、6½年目まで、すなわち21カ月の、いわゆるインターンとしての「一般サービス期間」が続くことになる。

その内訳は、6カ月内科、6カ月外科、3カ月精神科、6カ月外来患者診療となっており、それぞれは卒後医学教育全国委員会による試験と認定を受けることになる。

ついで進路は次の2つに分かれる。

①一般臨床医としての訓練3カ年(6½年目～9½年目)

その内訳は、1½年内科、½年精神科、½年小児科、½年「外来型患者」治療、½年随意。いずれも組織的な訓練と卒後医学教育全国委員会による試験があり、その認定を受けて一般臨床医としての資格を取得することが出来る。

②専門医としての訓練

40分科にわかれ4～5½年にわたる組織的教授と試験がある。短くて10½年目、長いコースでは12½年目に専門医、もしくは主任医師としての資格を取得することが出来る。

以上とは別に「医学博士」の学位のための「研究者養成」も行なわれている。これは「医学士」(M. K.)号取得後約4年にわたって行なわれる。自らの構成する特殊領域の研究とリサーチ・プロジェクトの遂行および成果の刊行の二つの柱をもつものである。

またかねてからスウェーデンにおける医師の現職教育はすぐれていたが、今日の日進月歩の医学研究の実情に対処して、組織的かつ効果的な「生涯教育」が、スウェーデン医学協会をはじめ各方面で考えられているが、この国の特色は、あくまで自由で自発的なところにある。(The Swe-

dish Medical Association; SMA and Health Care in Sweden, 1974)

○ 教育病院での徹底した教育と研究

卒前教育における臨床実習は、①大学病院、②地区病院、③市町村病院で徹底的に行なわれている。

たとえば1970年各大学の臨床前段階に受入れた学生数と、大学(教育)病院とそのベッド数、および同年臨床実習を受入れた学生数は次のようになっている。

ウップサラ大学。196名。大学病院1400ベッド。106名。

ルンド大学。190名。ルンド市病院1700ベッド。90名。マルメー総合病院。2200ベッド。90名。

イエーテボリ大学。168名。サールグレンスカ病院2400ベッド。100名。エーストラ病院700ベッド。60名。

ウーメオ大学102名。ウーメオ地区病院1200ベッド。100名。

カロリンスカ・インスティテューテット。280名。カロリンスカ病院2,180ベッド。90名。ハッゲンエ病院1,640名。90名。セラフィーメル町病院327ベッド。90名。セント・イエーランス病院(一部)320ベッド。セーデルス病院(一部)1,380ベッド。ダンデリッド病院(一部)800ベッド。90名。

リンチェーピング大学。(臨床前教育はウップサラ大学で)。リンチェーピング大学1,400ベッド。84名となっている。(Gunnar Wenström; The Teaching Hospital and the Reform of Medical Education. 1971. Table 7)

ところでどの大学(教育)病院もすぐれた設備とスタッフを擁しているが、将来医学研究者となるものは高度のリサーチ・プロジェクトの実施されている大学付属病院もしくはそれに準ずる機関に所属している必要がある。

たとえばストックホルム地区の場合は、それは、カロリンスカ病院とハッゲンエ病院の二つに限られている。

医学研究者志望者の全学生に対する比率は1965年の14%から1970年の15%へ、さらに1972年の19%へと増大をみせており(UKÄ; Högre utbildning och forskning. 1975/76, 1974. s23)、国としての養成経費も年を追って増大をみせている。

スウェーデンの場合、医学研究は主として大学で行なわれ、予算は文部省を通すことになるが、医学研究審議会は特別のリサーチ・プロジェクトについての研究資金配分も担当しており、1973/74年度は5,150万クローナであった。(The Organization and Planning of Swedish Research, 'Facts Sheets on Sweden, 1973) また医学研究の経済援助の総額は近年1億5,000万クローナを下ることがないといわれるが、人口800万のこの国で100億円近くの医学研究奨励費は決して額は少なくない。

いずれにせよ卒前臨床実習にもみられるように少人数を受入れて徹底した教育を行なっているということが出来よう。

○ 臨床の重視と総合化

以上によってわかるように、学部入学後の8カ年の臨床前段階を除き、一般臨床医となるまでに最低2 $\frac{1}{2}$ 年。専門医の場合は10 $\frac{1}{4}$ 年という長い臨床教育、すなわち徹底したベッド・サイド教育を行なっていることは驚くのほかはない。

しかも早くから専門に入ることをさげ、内科、外科、精神科といったように幅広く長期間にわたり総合的な訓練をうけているのであるが、これも「人間尊重」の社会のあらわれということが出来よう。

いかに臨床を大切にしているかは、大学庁がこのほど新しい教員の範ちゅうとして、これらの教育病院のスタッフを「臨床講師」(kliniska lektorer)として、正式に医学部教員組織の中に組み入れたことによってもわかるのである。(UKÄ; Högreutbildning och forskning. 1974, ss. 44-45)

○ 管理・運営への民主的参加

スウェーデンの医学部で、わが国のように紛争が起ったことのないのは、教員・職員・学生一体としての管理・運営への参加がなされていることを見落してはならない。

1964年6月4日の「大学法」(Universitetssstadgan)で、「各大学は、教員、そこに登録されている学生および職員をもって構成される」とされ、大学は教員と職員と学生との共同体であることが確認されたのであった。(KM; ts stadgan 4 juni 1964 (nr, 461) för universiteten och vissa högskolor. §2.)

そして今日、学生は大学の最高議決機関である評議会から大学庁の審議会さらに中央教育審議会の諮問委員会という国家レベルのものにまで参加しているのであるが(拙稿: 民主社会主義体制下における学生参加—スウェーデンの場合—「国立教育研究所紀要」第83集, 1973. 3, pp. 276-279)、スウェーデンの大学の民主化の典型的なものは、各学部におけるカリキュラムその他の重要事項を協議・決定する「教育委員会」(utbildningsnämnden)であろう。

ウップサラ大学医学部について1972/73学年度の場合、さきの専任講師は、教授・助教授と共に教員を代表し、学生は学生代表を、職員は職員代表を、助手は助手代表を送って、いわゆる民主的参加を実現しているのであり(Uppsala Universitets Katalog I, Läsåret 1972/73, s. 64)、平和裡に互譲の精神をもって学部の教育問題の処理に当たっているのである。

○ 就学期間の生活保障

わが国の医学部紛争の原因の大きな一つは、インターン中のものの身分の不安定と生活保障がなされないことにあった。

ところでスウェーデンでは、医学部の学生のみならず、すべての大学で授業料が無償であるばかりでなく、社会保障制度の一環として(Åke Fors; Social Policy and How It Works. 1972)、そのすぐれた就学援助制度は広く世界にも認められているところである。(S. Mattsson; State Study Assistance in Sweden and the other Scandinavian Countries in Present Problems in the Democratization of Secondary and Higher Education by UNESCO, 1973)、事実今日のスウェーデンの学生は、十分な奨学金を得ているのである。(拙稿: 教育による自由と平等の推進、スウェーデン社会研究所編『福祉とは何をすることか』昭49, 332頁)

具体的には、1973/74年度、学部学生の場合は1学年につき10,640クローナ(うち1,755クローナは返還不要の国家奨学金)であり、また子どもがある場合は1人につき1,900クローナの付加金、その他各種のローンを利用出来る。(Social Benefits in Sweden. 1973/74)

さらに卒業後教育と研究者になるものための奨学金は以上とは全く別枠で考えられており、研修・

研究期間中の生活不安は全くないといってよい。

ちなみにスウェーデン医学協会の発表している補助医のインターン中のもの(2カ年)の平均年俸は63,000クローナ、研修中のもの(5カ年)の平均年俸は90,000クローナとされている。(SMA and Health Care in Sweden. 1974, P. 5)

○ 社会医学的特色と医学倫理のカリキュラムへの導入

スウェーデン医学の特色を一言でいうならば総合的であり、きわめて社会医学的色彩が強いということである。しかもそれは、わが国におけるように理論優先というのではなく、高度の臨床技術に支えられていることを見落してはならない。

これまでこの国における医師は、教師・牧師と共に聖職と考えられ、その道に進むには、まずもって旺盛な科学的精神と奉仕の精神が求められてきた。

さて今日、スウェーデンは医学倫理のカリキュラムへの体系的な導入は行なわれていないのにもかかわらず、多くの教授と他のアカデミックのスタッフたちは多くの分野(精神病学、社会医学、外科・内科医学等)の教授において、倫理の問題を取上げつつある。そして、カロリンスカ・インスティテューテットはごく最近、スウェーデンはもちろんのことスカンジナビアでも最初の医学倫理の助教授を任命したが(Clarence Blomqvist; The Ethics of Medicine and its Position in Sweden. 'Current Sweden' No. 21, Jan, 1974)が、医の倫理の向上をめざすスウェーデンの姿勢を示したものであるということができよう。

○ 医師供給の増大計画

スウェーデンの住民当りの医師の数は、これまでも国際的にみて、決して少なくなかった。すなわち1960年ではフルタイムの医師6,386名、パートタイムを加えて7,095名であり、それは住民1,070名当り1名であった。

1972年では11,281名、12,877名で住民632名当り1名であり、1980年には18,610名、21,151名で住民398名当り1名とする増大計画が立てられている。

そのために医学部の新設も考えられ、1968年度中央教育審議会の答申では北極圏そばのルーレオ大学にも医学部をおくことが、とりきめられてい

る。(U68; Högskolan, 1973)

医学部の国家的規模における拡張は、入学者数によってみても、1960年416名、1965年692名、1973年1,438名と着実に延びており(UKÄ; Higher Education; Some Facts, 1974, p. 5)、医師の十分な供給を行なうことの出来る日も近い。

○ パラメディカル・スタッフの養成と供給

スウェーデンでは1970年代初期、毎年6,000名の補助看護婦および1,900名の看護婦が養成されている。しかも卒前教育は基本的に2½年であり、卒後教育は各種のラインに分かれて½年から1年に及んでおり、内科、外科、精神科の実際の治療に加えて、各種の社会的活動を含む、総合的かつ高度のものである。(Bror Rexed; The Role of Medical Education in Planning the Development of a National Health Care System-The Swedish Experience. 1973)

もちろん、スウェーデンでもパラメディカル・スタッフ、とりわけ看護婦は不足している。(しかし1968年の統計が示すように人口1万対の看護婦は日本23.3、スウェーデン43.7というようにわが国の不足とは比べものにならない)

しかし1971年の高校教育の改革により22のラインの中、社会福祉のコース(Sö; Läroplan för gymnasieskolan. 1970)をとるものがふえ、卒業後その方面の単科大学に進み(1971年に3,100名のものが看護婦養成コースに進んだ)医学助手や、看護婦になろうとするものが増加してきた。

とくにパルメ政権の平等化政策の推進によって、医師と看護婦その他の医療技術者の所得の格差が著しく縮小し、奉仕の念にあついものが看護婦のコースに進みつつあることは喜ばしいし、やがてスウェーデンから看護婦不足の声がきかなくなることであろう。

○ わが国医学教育改善への示唆

以上スウェーデンの医学教育の特徴的なことについて述べてきたわけであるが、わが国のそれと比較的にとらえ、医学教育改善の指針としたい。

①十分な能力・適性を備えた学生の受入れ。

医学生としての適性以上に親の資力がものをいうわが国の現状は徹底的に変革される必要がある。スウェーデンにおける高校の内申書重視に学

ぶべき点は少なくない。

②長期の訓練

わが国の医師としての訓練期間は余りにも短かすぎる。基礎的にはわが国の場合の6年はスウェーデンより $\frac{1}{2}$ 年長いといっても、独立した医師となるための、いわゆる卒後教育期間は余りにも短かい。

③臨床の重視

わが国のインターン制度に問題があったにせよ、臨床軽視の傾向は厳につつまなくてはならない。スウェーデンの卒前教育における2カ年の臨床前教育、1カ年の臨床入門教育、2 $\frac{1}{2}$ 年の臨床教育は大いに参考にされてしかるべきであろう。

④教育病院の改善

かつてのインターン制度の問題の一つは、実習病院での教育・指導体制にあったといえる。真の実力と指導力を備えたスタッフを多数擁しているスウェーデンの教育病院のシステムに学ぶべき点は少なくない。

⑤管理・運営への民主的参加

わが国では、ことさら「名大方式」などと呼ばれるように大学の民主化はほど遠い。スウェーデンのように民主的な参加の方式を検討する必要がある。

⑥就学期間中の生活保障

わが国の医学生としての奨学金その他による生活保障は甚だ不十分である。経済的不安なく勉強・研修の出来るスウェーデンの就学援助方式を大

いに参照すべきであろう。

⑦医の倫理の確立とカリキュラムへの導入

日本医学会は本年度の第19回総会の標語として「生命への畏敬と医学の探究」を選んだ。まことに適切であるが遅きに過ぎた感がしないでもない。スウェーデンの医学教育が徹底したヒューマンズムに貫ぬかれており、医学倫理のカリキュラムへの導入を計っていることも見習うべき点であろう。

⑧医師の計画的養成の必要

今日のわが国の医学教育の問題点の一つは、医師の養成の多くを新設の私立大学に頼っていたことにある。この点から全国的に同水準を保ち、国家的見地から医師の養成の増大を計っているスウェーデンから見習うべき点は少なくない。

⑨専門職としてのパラメディカル・スタッフの養成

わが国における看護婦をはじめとするパラメディカル・スタッフの養成制度は、その内容が専門職訓練に値せず、従って卒業後の社会的地位も低い。この点でスウェーデンのように高等教育機関でその訓練がなされ、また卒業後も「産業民主主義」の原理によって、医師との所得の格差が縮小される必要があろう。

とはいっても、われわれは、スウェーデンの医学教育を支えるものが、ヒューマンズムとプロテスタンチズムを二本の柱とする〈スカンジナビア・デモクラシー〉であることを決して見落してはならないであろう。

スウェーデンにおける医薬品の供給体制等について

Drug Supply System in Sweden

北陸製薬株式会社 高橋 文

Fumi Takahashi

1. ファマシーカンパニーの設立との背景

スウェーデンでは医薬分業が完全に行われていることは言うまでもないが、政府は1970年9月の議会で医薬品の供給制度を再編成することを決め、そのための機関としてファマシーカンパニー

(Apoteksbolaget)を設立した。この再組織化については、既に1969年9月に政府と薬剤師会(開局薬剤師から成る組織)の間で合意がみられており、1970年5月の議会では「医薬品の小売業に関する法律」が成立して、医薬品小売業は政府またはそれに類するものによって運営されることを決めている。このようにして1970年9月に新しく設立さ

れたファマシーカンパニーは、その資本金が4,500万クローナ(31億5千万円 1クローナ=70円)でその半は政府が負担し、残りの半は薬剤師会が負担した。その目指す所は、国内に適正な医薬品供給を行うことであり、そのために全国600余の街の薬局と、保健委員会の管理下に置かれていた約2,200の医薬品販売所(apoteksförråd)を統一して、1971年1月より15年間、独占的に医薬品の小売販売業を運営するというものである。初年度にはカンパニーは600余の全薬局を購入しており、その結果それまでの薬局所有者は必然的に勤務薬剤師という身分に衣替えして、その位置は大きく変らざるを得なかった。

資本主義経済下のスウェーデンが、このようにさりと薬局の再編成化を実行したということは大きな驚きであるが、カンパニー当局の説明にもよる様に、それにはやはりそれなりの歴史的背景が大きく作用しているのである。

立憲君主国であるスウェーデンは、ここ40年間社会民主党が政権を握って高度の福祉社会を育て上げてきたが、その中にある街の薬局は、その開設や運営が政府及び薬剤師会の管理下におかれるというものであった。即ち薬局の設立については政府が決め、その開設者は薬剤師の資格をもつスウェーデン人であり10年以上の薬剤師経験を積んでいることを条件としている。更に薬剤師会加入の義務があり、その収益は所有者の自由にはならず取引の利益に応じた会費を薬剤師会に支払い、これらが各薬局に給料、年金等の形で再分配され還元される。その残余分は過疎地への薬局開設や運営を容易にするための基金に組みこまれる。医薬品の小売販売権は薬局にだけ限られ、医薬品の価格は一定のマージン率によって全国内同一製品にあってはすべて同一であるように決められている。更に薬剤師会は品質が高くしかも安価な医薬品供給を目的に、医薬製造部門としてのACO組織を所有しており、この組織には開発研究部門もあり、また情報活動も行っている。

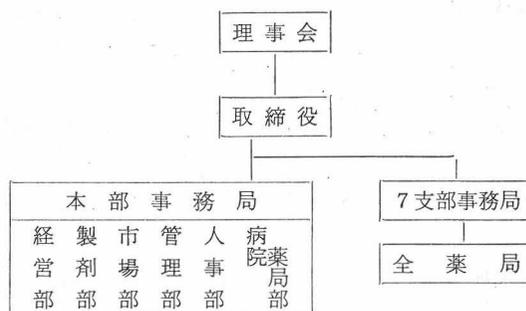
以上が再組織以前の街の薬局の概況であり極めて共同組合的な色彩の強いものであった。このような歴史的背景を基礎にファマシーカンパニーは設立された訳であるが、初年度には暫定的に薬剤師会のACO組織と、政府が大半の株式を所有していたVitrum製薬会社を所有し、更に卸部門としてADAとVitrum卸部の2つを所有した。72

年初めにはACOはその製造部門の一部を残してVitrumと共に、政府が全株式を所有しているKabi製薬会社に統一され、カンパニーに残されたACOの一部はカンパニーの製造部門に合併された。またVitrumの卸部門は72年9月にADAに統一され、以後カンパニーの子会社はADA一社となっている。

2. ファマシーカンパニーの組織と役割及びその後の活動

1) 組織

設立当時の組織は、薬剤師会の組織の骨組みがそのまま適用されており、その組織図は次の様である。



国内医療区分に合わせてカンパニーも全国を7つに分けて夫々に支部を置き、その地域内の薬局の管理とサービスを行っており、本部事務局はストックホルム市内に置かれている。本部、支部、各薬局間の連絡ラインは年毎に明確化、単純化され、広範な情報が円滑敏速に収集、伝達できるようになっている。全職員数は約11,000人であり、薬剤師800人、準薬剤師2,000人、技術員等8,000人から成っているが、約半数はパートタイムである。

2) 役割りとその後の活動

①スウェーデン国内に正しい医薬品供給を行う。

a) 薬局及び卸問屋の所有

既に述べた様に全国600余の薬局を所有し、かつ国内5つの卸問屋のうち2つを所有して(72年に1つに統一)、医薬品流通機構の正常化、円滑化をはかることをその基本的な役割りとしている。さらに薬局の開設及び閉鎖にもあずかっており、開設閉鎖を差引きすると毎年12薬局が新しく開設されて、73年末の時点では662を数えている。

1薬局は約11,000~14,500人の住民に薬剤供給の責任をもつように配置されており、この他に約

2,200の医薬品販売所があって薬局間の距離が遠い地域の住民にサービスをしている。この販売所には2種類があり、単に非処方薬（頭痛薬、下剤等）を販売する所と、処方箋を受けこれを指定の薬局に送り、そこで調剤された薬剤を受取って患者に渡すという業務も行う所とがあるが、これら販売所は定期的に薬局からの監査を受ける仕組みになっている。

b) 薬価の調査及び決定

医薬品の価格決定については、それまで厚生省が行ってきたのであるが、政府の決めに従って73年1月1日からカンパニーが引き受けた。その意図する所は国内に適正な薬剤供給を行うにふさわしい薬価を保つということである。製造業者との薬価交渉を行って、新薬の価格決定、既登録薬の薬価改訂を行った。73年後半には原料価格や人件費の高騰により、74年1月から医薬品購入価格は平均3.2%引き上げられ、一方販売価格は1%強の引き上げとなり、実質的には薬局の利潤を減少することで円滑な薬剤供給政策を打ち出している。

c) 医療委員会との協力

72年にはカンパニーは地方自治体の医療委員会と協力して病院への医薬品供給についての連合委員会をつくり、73年から入院患者への薬剤供給を行っている。73年中には3病院薬局が地方自治体からカンパニーの組織下に移行した。この結果ストックホルム医療区以外の病院薬局はすべてカンパニーに属したことになる。

②情報、統計活動の強化

その設立にあたってカンパニーは政府との合意により、正確にしてかつ中正な医薬品情報を収集作成し、また消費薬剤の調査統計等も行うことが決められた。ますます増大する医薬品市場での各種情報を正確に把握処理し、必要に応じて提供するという活動は、ここ数年来ますますその重要性を増してきて社会的なレベルで行われるべき形態が要求されてきている。

このためにカンパニーは厚生省、医療委員会、医学、薬学または他の分野の学者から成る特別委員会をつくって情報処理活動を強化することを決めた。この特別委員会は、所謂D I活動の他に72年には処方薬による消費薬剤の傾向、73年には更に具体的な研究テーマを決めて予算を割り当てている。これと並行して国内に住む外国人のために

外国語の繁用薬用語集や、一般市民に正しい薬の知識を提供するための薬剤シリーズ集を作って、各薬局に備えつけている。

③品質管理の中央化

従来、薬局では原料の品質管理に関して二つの試験を行っていた。即ち原料が薬局へ供給される前にスウェーデン薬剤師会の中央試験室で局方水準による品質管理試験と、個々の薬局で行われる迅速確認試験である。

これらを中央化する計画は設立当時から進められていたが、72年に具体化され、73年から実行された。カンパニーの製造課が薬局製剤用の原料薬品の購入に際して、一切の品質試験を行うということである。試験に合格したものは合格証の封印を貼って、個々の薬局が品質試験を行う手間を省いている。更に75年半ばまでには品質試験の中央化を完成して、各薬局が行う一切の試験の手間を省く計画である。

④運営の合理化と民主化

人事に関する合理化はかなり積極的に行われている。それは、初年度のカンパニーの決算書によれば総売上高が13億5千7百万クローナ（949億7千万円）で前年比12%増であるにも拘わらず、人件費等を中心とする管理費の増加で1千2百万クローナ（8億4千万円）近い赤字を出していることによるものと思われる。このためカンパニーの理事会は、71年9月には4.2%の薬価上げを行い、その設立の理念とは違った結果を招かざるを得なかった。71年に行われた全職員配置図調査によって、職員数と労働量との間に大きな開きがあることがわかり、72年と73年は、新職員は採用しないという方針に合わせて人員整理と労働時間の短縮による合理化が積極的に行われた。その結果、全職員数は73年で9,218人（社会保険局へ届出をしている数による）と356人減となり、労働時間は72年は前年比で3%短縮して財政的には300万~400万クローナ（2億1千万~2億8千万円）の人件費をうかしている。一方、実際に処方された薬剤数は0.5%増加しており、生産力は約5%増加したとみることが出来る。

人事の合理化と並んで、卸部門の流通機構合理化が行われた。即ち前述のようにカンパニーの卸部門ADAとVitrumは72年9月にADA一社に統一され、Vitrum卸部門の職員173人が整理された結果、人件費、賃借料、運送費等の節減を生

んだ。

73年には更にADAを含む国内4つの卸部門の運送作業を統合し、具体化している。調査によればこれは年間130万クローナ(5,100万円)の輸送コスト削減ということになっている。

このように人員整理が比較的スムーズに行われた背後には、管理者側が職員組合(全職員は組合に加入している)との共同で経営民主化を積極的に押し進めて行くという姿勢が大きく働いているのではないと思われる。管理者側と組合側との交流機関がつくられて、73年、74年には個々の職員と実際の仕事についての話し合い、意見の交換が行われているが、これについての評価は今後にゆだねられている。

⑤その他の活動

a) 軍薬局の所有

設立当時には所属していなかった軍薬局を73年の議会決定に基いてその年から所属下に置くようになった。これにより、軍薬局の機能も果たしていたカロリンスカ病院他2病院への薬剤供給を引受け、更に平和時の軍隊への薬剤供給と備蓄薬にも責任をもつようになった。この組織替えにより200人の職員がカンパニーに属するようになった。

b) コンピューター導入

これも設立当時から計画されていたことであるが、72年には新しいコンピューターを借り入れて試動している。この電算機による計画としては、会計報告、人事管理、市場統計薬局在庫管理と末端の薬局コンピューターターミナルとの中継等であるが、その評価は今後にゆだねられている。

薬局コンピューターターミナルについては、74年秋に10のモデル薬局に取り付けて、薬価計算、ラベル印刷、薬用量管理等処方箋に伴う仕事を行う予定であるが、その効果についてもまた今後の報告によらなければならない。

c) 身障者用器具の取り扱い

それは病院や医療委員会が管理供給していた身障者用器具や消耗薬品を、患者の手に入り易い様にと73年からカンパニーが引受けて各薬局及び販売所に置くことになった。これらは要処方箋の範疇には入らないが国からの補助金が得られるものであり、73年間の売上高は2,800万クローナ(19億6千万円)であった。

3) 財政報告

カンパニーの年間決算書によれば、総売上高及

び諸経費等は次のようである。

(1,000クローナ)			
内訳	期間		1973
	1970.8.24~	1971.12.31	
総売上高	12%増	14.1%増	13.2%増
商品原価	1,356,773	1,553,188	1,757,965
販売管理費	405,715	461,328	520,781
減価償却	9,047	14,374	14,980
利益	- 11,985	+ 37,465	+ 52,656
その他の収支	- 7,912	+ 10,659	+ 49,802
後の利益			
在庫充当金			47,000
税金	4	7	8
純利益	- 7,916	+ 10,652	+ 2,794

(1,000円)			
内訳	期間		1973
	1970.8.24~	1971.12.31	
総売上高	12%増	14.1%増	13.2%増
商品原価	94,974,110	108,723,160	123,057,550
販売管理費	28,400,050	32,292,960	36,454,670
減価償却	633,290	1,006,180	1,048,600
利益	- 838,950	+ 2,622,550	+ 3,685,920
その他の収支	- 553,840	+ 746,130	+ 3,486,140
後の利益			
在庫充当金			3,290,000
税金	280	490	560
純利益	- 554,120	+ 745,640	+ 195,580

初年度は1,200万クローナ(8億4千万円)近い赤字を出したが、これは人件費の高騰とACO及びVitrum社の株式所有によるものと説明されている。これら赤字は調整基金である程度まかなわれたが、結局800クローナ(5億6千万円)近い赤字となって翌年に繰り越されている。

商品原価を除くコストの80%は人件費が占めており、2年目以降はこれら諸経費を切りつめ、ACO及びVitrum社も一部を残して政府所有の製薬会社Kabiに譲渡したので、2年目、3年目は順調に伸びて黒字所得となっている。

3. 統計からみた医薬品市場の動き

1) カンパニーの市場調査より

①卸から薬局が購入した医薬品を基礎にした統計から、次のような傾向がみられる。これは外来患者だけを対象にし、1972年、73年の統計による。

□循環器用薬(抗高血圧剤、血管拡張剤、強心配糖体、抗不整脈剤等)は72年は前年比20%増、73年も20%増の売上高である。

□抗生物質は量的にみて72年は前年比5%減、73年は5%増で71年と同じレベルである。

□鎮咳剤、抗気道炎症剤は、73年は前年比40%の
売上げ増である。

□精神神経用剤は72年は前年比5%減、73年も減
少している。

□OTC薬は72年は量的に5%減少している。

②外来患者の処方薬薬剤量の動向

	1971	1972	1973
薬 剤 量	38,192,000	38,292,000	38,782,000
		0.3%増	1.3%増

③処方箋の無作為ぬき取り調査による処方薬の
傾向

□全処方薬の65%は、患者が最高の薬剤負担額15
クローナ(1,050円)を支払っている。

□保険薬処方箋中、1種類だけの薬が60%、2種
類の薬は25%、3種類またはそれ以上の薬は15
%である。

□全保険処方薬の1/3は、社会保険薬剤費の40%に
相当する。))

2) その他の資料より

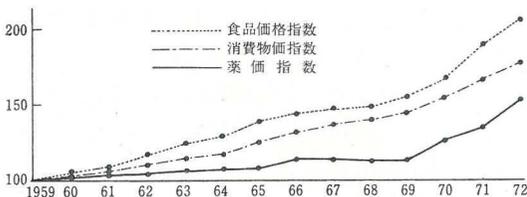
①1月1日時点における登録医薬品数

年	1955	1960	1965	1970	1971	1972	1973
数	2,048	2,488	2,966	2,844	2,822	2,672	2,600

薬剤の種類は約1,650である。1つの薬剤でも
いろいろな剤型(例えば錠剤、液剤等)があり、
効能がある。各種剤型及び効能は別々の登録医薬
品として数えてある。

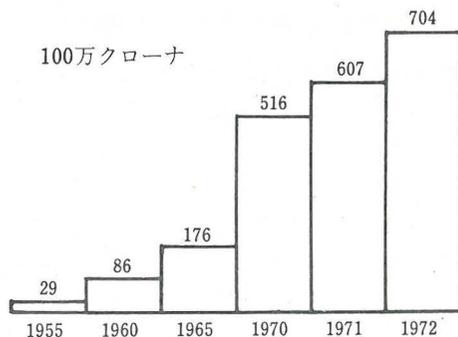
資料: National Board of Health and Welfare
(NBHW)

②医薬品と消費財との価格上昇



資料: S C B

③地域社会保険局の医薬品支出



資料: National Social Insurance Board

④GNP中に占める医療費及び薬剤費の割合

	1960	1961	1965	1970	1971
医療費 GNP %	3.3		4.3	6.6	6.9
薬剤費 GNP %	0.53		0.58	0.67	0.71
薬剤費 医療費 %	15.9		13.7	10.2	10.3
日本の 薬剤費 医療費 %		25.1	38.2	43.2	

資料: S C B, Apoteksbolaget. NBHW

日本は総医療費: 厚生省統計調査部調査

薬剤比率: 厚生省社会医療調査

4. 薬剤費の保障制度等

1) 処方薬

□5クローナ(350円)以下の薬は金額を患者が
負担する。

□5~25クローナ(350円~1,750円)までの薬は
5クローナ支払った残額の半分を患者が負担す
る。

□25クローナ(1,750円)以上の薬は15クローナ
(1,050円)を患者が負担する。

2) 次の28疾病は患者の負担額はない

悪性貧血、尿崩症、真性糖尿病、甲状腺機能減
退症、慢性副腎皮質機能不全、性分泌機能減退
症、副甲状腺摘出によるテタニー、スプレー、重
症筋無力症、緑内障、てんかん、気管支喘息、心
機能不全、結核、乳癌・卵巣癌・前立腺癌・睾丸
癌・甲状腺癌・白血病及び骨髄細胞腫・悪性リン
パ様組織腫、パーキンソン氏病、無ガンマグロ
ブリン血症、痛風、のう胞性膀胱線維症、播種状紅
斑性根瘡、精神分裂病、先天性仮性血友病、フェ
ニルケトン尿症、チスチン尿症、疱疹様皮膚炎、
ウイルスン氏病、脳下垂体分離による小人症、ナ
ルコレプシー。

3) 医薬品の販売価格は全国内同一製品につい
ては同一であり次のマージン率による

購入価格(AIP)	販売価格(AUP)
1.35クローナ(94.5円)	$AIP \times 1.80 + 0.70$ クローナ(49円)
1.35~20.00クローナ (94.5~1,400円)	$AIP \times 1.27 + 1.60$ クローナ(112円)
20.01~50.00クローナ (1,400.7~3,500円)	$AIP \times 1.24 + 2.20$ クローナ(154円)
50.00クローナ(3,500円)	$AIP \times 1.15 + 6.70$ クローナ(469円)

(1974.7.12時点)

即ち薬価の安いもの程、マージン率が高くなる
ように算定されている。

5. 考 察

以上、フアマシーカンパニーの概要を述べてみた。主にカンパニー発行の年間報告書を軸にしたので、公式的なプラス面だけが強調されたきらいがある。

国内での医薬品流通機構の大半を国家レベルの機関が握るということは、医薬分業が徐々に進行しているとはいえ、日本の現状からみれば大きな驚きである。しかし最初に述べた様に、薬局組織にはそれなりの長い歴史的背景がありしフアマシーカンパニーの骨格はそれまでの開局薬剤師の組合組織であった薬剤師会に由来するものが大きいし、その後もそのまま生かされていると見ることが出来よう。

医薬品は一般商品とは違って、あく迄も利潤の対象にはならないという基本的な考え方からすれば、これらの流通機構が公的な機関によって運営されるのは当然であると言える。そのような仕組みの中でこそ、今や議論の対象となっている薬害の発生も辛うじて防ぎ得る場合があると言えるのではないだろうか。統計に見られるように、薬剤消費量の伸びが1670~73年と殆んどないというこ

と、医薬品の種類が2,600程度であるということも注目に値する。

薬害発生、資源不足、情報氾濫等の現代の状況の中で、それらを処理し易い様な形に組み立てられているこのような制度を見つめて行くということは、大きな意義があるものと思われる。ただ今迄述べたことはあく迄も骨格であって、その肉付は今後の宿題として追求して行きたいと考えている。

参考文献

- ・ Apoteksbolaget Annual Report 70-71
- ・ " " " 1972
- ・ " " " 1973
- ・ Apoteksbolaget ; a new approach to drug supply in Sweden
- ・ FASS 1973; Farmaceutiska specialiteter i Sverige
- ・ Några fakta on Apoteksbolaget
- ・ Drugs; the Pharmaceutical industry's trade associations
- ・ Förbrukningshjälpmedel 1975.1.1.
- ・ Apoteksbolaget ÅA/KW 1974.7.12.
- ・ Apoteksbolaget Gv/Av 1974.9.23.
- ・ 欧州の薬剤師と薬局、水野陸郎著
- ・ 国民医療をみる眼、江見康一編著
- ・ 日本の医薬品産業、薬業時報社

文部省 山本企画官に スウェーデンの

最近の教育事情を聞く

当研究所教育研究会では、7月19日(土)午後2時より文部省大臣官房企画官山本清氏を迎えて「スウェーデンの教育」を視察して、と題するお話を聞くことができた。

氏は出立直前に書かれた「時の動き」昨年11月1日号所収の「スウェーデンの教育」を参考文献として参会者に配布し、その見聞き

れた実情について話されたが、たとえばこれまで学校の外にあった学童保育所が校庭内に設けられる動きがあるなど、今後わが国教育改革上、有益かつ興味ある話しを聞くことができ、約15名の参会者は深い感銘を受けた。

(中嶋博記)

福祉社会の流通・生協視察団

8月15日 スウェーデン等訪問に出発す

当月報 No. 4 および No. 5 でご紹介しました標記の視察団は、一行15名をもって去る8月15日羽田を立ち、20日間の予定で、スウェーデン、フィンランド、ノルウェー、デンマーク、フランスおよびイギリス各地の視察調査の旅に出発しました。

当初、日本大学教授、当研究所理事の内藤英憲経済学博士が本視察団のコーディネーターの予定でありましたが、事情により、日本大学教授、当研究所常務理事の高須裕三経済学博士が代行されることとなりました。

同行された方々は下記のとおり、今回の視察目的に関する研究者乃至実際関係者のみであって、今回の視察目的である北欧を中心とする自由な経済社会における協同組合と、民間企業との流通分野の実情の把握により、わが国の流通部門の今後の発展に多くの示唆をもたらされることが期待されます。

参加者名簿

(順不同、敬称略)

お名前	ご職業
吉岡 紹直	名古屋椋山女学園大学教授
吉岡 スミ	名古屋家庭裁判所調停委員
宇佐川知忠	オリブカメラ店
熊谷 広男	岩手県経済農業協同組合生活部
山田 清	愛知県経済農業協同組合店舗チェーン本部
森川 広幸	愛知県周桑農業協同組合
島田 豊	愛知県経済農業協同組合生活部
小室 貢	山形県村山市農業協同組合
能沢 長蔵	富山県経済農業協同組合
竹内 栄次	全国農業協同組合連合会本所生活部
井堀 洋介	㈱井堀電機
井堀 倫治	㈱小田急交通
河野 道夫	スウェーデン社会研究所
高須 裕三 (コーディネーター)	日本大学教授
三堀 博造	日本交通公社

なお、一行は9月3日無事帰国されました。

視察先一覧 (予定)

国および都市名	視 察 先	特 色
スウェーデン (ストックホルム)	1. KF	消費協同組合連合会
	2. テストキッチン	
	3. 図書館	
	4. ボール・ゴード	協同組合大学
	5. 配送センター	{ 全国配送センター(非食品) 地方配送センター(食品)
	6. { OBS!, DO MUS, KON SUM, FOL KSAM,	各種協同組合店舗
	7. ニュータウン	ストックホルム郊外のショッピングセンターをもつニュータウン
フィンランド (ヘルシンキ)	8. ICA (イキア)	ボランティア・チェーン
	9. NK	} 民間デパート
	10. ÅHLÉNS	
	11. EPA	} 民間スーパー
	12. TEMPO	
	13. 消費者 オンブズマン	
	14. 卸・ 小売研究所	社民系消費協同組合連合会 教育・宣伝活動担当
ノルウェー (オスロ)	1. SOK	SOKのデパート
	2. YOL	共産系消費協同組合連合会
	3. SOKOS	OTKのデパート
	4. OTK	消費協同組合連合会
	5. CENTRUM	消費協同組合連合会
デンマーク (コペンハーゲン)	1. NLK	消費協同組合連合会
	2. DOMUS	デパートメント・ストア
	1. F. D. B.	消費協同組合連合会
フランス (パリ)	2. OBS	ハイパーマーケット
	3. QUVJCKLY	デパートメント・ストア
	4. BRUGSEN	スーパーマーケット
	1. デパート	イギリス生協
イギリス (マンチエスター)	2. ロッチデール	生協運動の発祥地
	1. 国際協同組合連盟	
	2. ロンドン生協	
スウェーデン (ロンドン)	3. デパート	