

フィンランド保健ケア改革の動向

— 2011年5月1日施行の「保健ケア法」 —

山 田 眞知子

1. 研究の課題と視角

本稿は、フィンランドの保健ケアサービスをめぐる動向を、2010年12月30日に制定された「保健ケア法」(Terveydenhuoltolaki L1326/2010)の形成過程と保健ケアサービスに関わる議論に焦点を当てて研究することを目的としている。フィンランドでは2005年(改革に関わる法律の制定は2007年)より自治体とサービスの構造改革が進行中であり、その中に社会福祉・保健ケアサービスの改革も含まれる。フィンランドにおいてはこれらのサービスは自治体の責任であるが、社会福祉・保健費は自治体の歳出の51%(2009年、2011年の予測は54%)を占めているので⁽¹⁾、保健サービスと社会サービスは自治体および住民にとって最も重要なサービスであることは明らかである。両方のサービスは連携して提供されることが多い。社会サービスの改革については、基本法である社会福祉法の改正が2012年施行を目標として現在準備されつつある。

自治体とサービスの構造改革は、これまでの自治体の在り方、ならびにサービスの制度を根本的に変える大規模なものである。改革は2012年の完成を目指しているが、自治体の在り方についての政党間のコンセンサスもできていないので、実際はそれ以上の時間がかかることが予測されている。いずれにせよ本年4月17日に行われるフィンランド議会選挙の結果が大きく影響することは間違いないであろう。

北欧型福祉国家の一員であるフィンランドは、日本とは地方自治制度、保健サービス制度について大きく異なるが、どちらの国も社会の急速な高齢化に直面している。この高齢化がもたらす社会の変化は、サービスにどのような影響を与えているのか、そしてフィンランドはどのような改革でこの挑戦を乗り越えようとしているのか、将来のサービスの在り

(1) www.kunnat.net.kuntatalous.kunnat.net はフィンランド自治体協会の広報ネットページ。

方がどのように変わるのかを知ることは、同じ課題を抱える日本の現状と将来を考えるにあたって資することが多いと筆者は考える。

本稿で解明を試みる課題は次の4点である。

- (1) 自治体とサービスの構造改革の背景となるフィンランド社会の変化とその影響
- (2) 公的保健ケアサービスの問題点と改革への準備過程
- (3) 新しい保健ケア法が目指すものは何か
- (4) 公的保健ケアの今後の課題と展望

これらの課題の解明を、主に社会保健省（STM）と財務省（VM）の報告書、内閣法案提案理由書（HE）、その他の公的機関の報告書ならびに資料、および新聞報道⁽²⁾をもとに試みることにする。

筆者は、2010年11月に現行の改革についての研究報告⁽³⁾を行っており、本稿はそれに続くものである。改革全体における保健ケア制度改革の位置づけを読者に理解していただくためには、改革全体の把握が必要となるので、本稿では、第2章と第3章で改革に関する概略を新しい知見を加えて述べることにする。

その前に、フィンランドの保健ケアは制度的には日本と異なるので、ここで現行の保健制度の概略に触れておきたい⁽⁴⁾。

フィンランドでは、基本的には公的に保健医療サービスが提供されている。サービスは2つの制度に分かれており、基本保健ケアサービス（perusterveydenhuolto すなわち一次医療）と専門医療ケアサービス（erikoissairaanhoido 二次医療）で、前者は1972年制定の国民保健法、後者は1989年制定の専門医療ケア法によって自治体の責任と定められている。基本保健ケアは主に自治体が、単独、または隣接自治体と共同、または他の自治体や民間の医療機関へ委託して運営する保健センター（terveysasema）ならびに保健センター附属病院において提供される。専門医療ケアは、参加自治体が運営する専門医療地区組合が提供する。すべての市民は社会保障番号を通じて公的な医療保険に加入している。公的な保健医療サービスのほかに民間（市場）の保健医療サービスがあり、民間を利用した場合は、患者は社会保険を扱う社会保険院（KELA）から一定額の補償を得られる。また雇用者

(2) 全国紙であるHelsingin Sanomat紙（HSと略す）と経済専門のTaloussanomat紙

(3) 山田真知子『フィンランドの地方自治体とサービスの構造改革』比較地方自治研究会、財団法人自治体国際化協会 2010年11月 同協会のホームページに掲載中。

(4) 現行のフィンランドの保健ケア制度について詳しくは山田真知子「フィンランドの保健医療制度と自治体の役割」『北海道自治研究』No.482、2009年3月pp. 2-8を参照されたし。

は雇用主が提供する労働保健サービスを利用することができる。労働保健サービスは、保健センターまたは民間医療機関が提供する⁽⁵⁾。

(1) 基本保健ケアサービス

基本保健ケアの内容は国民保健法により以下のように規定されている（STM 26.3.2003）。

- ① 保健指導事業、国民保健に関わる啓蒙事業
- ② 住民の一般的な健康診断と集団検診
- ③ 母子保健所の設置
- ④ 大学を除く学校および生徒の保健ケア
- ⑤ 自治体住民に対する治療、および緊急時の住民以外の人に対する外来治療
- ⑥ 保健センターの入院病棟における医療ケアおよびリハビリテーション、福祉機器の貸出
- ⑦ 保健センターで行われるべき精神衛生ケア
- ⑧ 治療のための移送
- ⑨ 労働保健ケアサービスの提供
- ⑩ その他の伝染病法や依存症ケア法等に定められている事業

(2) 専門医療ケアサービス

専門医療ケアの内容としては、病状の検査、治療および予防、リハビリテーションの提供である。住民は、緊急時以外は専門医療病院に診療を求めることはできず、保健センターまたは民間医師の送り状によってのみ、専門医療地区組合の病院で検査や治療を受けることができる。専門医療サービスの一部は保健センターや民間病院によっても提供される。専門医療機関には保健センターのラボラトリーやレントゲン

(5) 民間医療サービス協会（L P Y）によると2005年の民間保健サービス事業者数は3,200で、そのほか19,000人の独立した個人の保健従事者がいる。主に理学療法、クリニックや労働保健サービス業務に携わっている。保健・医療サービスにおける民間の割合は、歯科医の50%、開業医の33%、病院は数%である（Lääkäripalveluyritykset ry. yksityinen terveydenhuolto 2009.）。健康保険法第3条改正の内閣法案提案理由書（HE183/2010:Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 2 luvun 3§:n muuttamisesta.p.6）によると、2009年3月の民間の医療機関に勤める医師数は約6,700人で、医師総数の約33%に当たるとしている。その中で、民間専門の医師は約1,850人で、その85%が民間医療センターに勤務しており、10%が個人開業医である。

サービスの開発および質の管理の責任がある。また保健センターと協力し研究開発、教育研修を行う。

住民への専門医療ケアサービスの提供は自治体の責任であり、自治体は全国で20地区に分割された病院ケア地区組合を構成している。専門医療ケア法に基づき、すべての自治体はこれらの地区を形成する自治体組合に所属する義務がある。これら20組合以外にアハヴェナンマー (Ahvenanmaa) 自治区も1つの地区を形成している。地区組合を形成する自治体数は、組合によって異なる。人口規模が最大の専門医療地区組合は首都圏のヘルシンキ・ウーシマー (Helsinki-Uusimaa) 地区で、その組合はHUSと呼ばれ、フィンランドの全人口の約4分の1を対象とする。

専門医療地区は、中核病院と他の複数の専門病院によって構成されている。各地区の中核病院のうち、5つは高次医療を提供できるヘルシンキ、トゥルク、タンペレ、クオピオとオウル大学医学部病院である。これらの大学病院は所属する地区以外の地区へも高次医療を提供する義務がある⁽⁶⁾。

それでは、以下、第2章でフィンランド社会構造の変化、第3章で自治体とサービスの構造改革について、そして第4章で保健ケア法について検討を行う。第5章では改革の今後の動向を述べ、第6章の考察をもってまとめとする。

2. 急速に進行する社会構造の変化

ここでは、どのような理由で、地方自治体とサービスの構造改革の実施に至ったのか、その背景となる要因を見ることにしよう。「自治体とサービスの構造改革に関する法律」の内閣法案提案理由書⁽⁷⁾ (HE155/2006) は、社会構造の変化の主な要因を、急速な高齢化、人口の国内移動、労働力の不足と指摘している。またグローバルイゼーションがもたらした影響も自治体の財政に影響しているといえよう。以下にそれらについて記述する。

(6) www.kunnat.net 13.3.2008.

(7) HE155/2006:Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta.pp.7,49-51,57.

2-1 改革の背景となる社会構造の変化

先進諸国の例にもれず、フィンランドの社会構造は変化しつつある。今後20年の間にフィンランド人口の高齢化は急速に進行する。2009年のフィンランドの高齢者人口は16.7%である。各自治体の高齢人口の割合は一般に10-20%であるが、30%以上を占める自治体も存在する⁽⁸⁾。

表1があらわすように、フィンランドはヨーロッパで最も急速に高齢化している国である。統計によると、2008年から2020年までの65歳以上の人口の変化は、フィンランドが+41%と群を抜いており、EU平均が22%なので、その倍近いスピードである。

高齢人口の増加は、社会福祉・保健ケアサービスの需要ならびに負担も増加することを意味する。全体としてサービスを担う自治体の財政負担は大きくなり、特に高齢人口の割合が大きく、人口に対して税収入の少ない自治体ほど負担が増加する。社会保健省の2009年の統計⁽⁹⁾によると、社会保障費に占める高齢者ケアに関わる費用は2009年には全体の34.8%、2010年は35.8%（予測）であった。高齢者ケアサービスの在り方は近年施設ケアから在宅ケアに大きく転換が行われたが、一方で職員の燃え尽き現象が問題となっている⁽¹⁰⁾。

次に、国内の人口移動も活発であり、一部の地方では過疎化が急速に進んでいる。フィンランド自治体協会の資料⁽¹¹⁾によると、すでに首都圏を中心とする南部フィンランドに

表1 高齢化の国際比較（Eurostat/Helsingin Sanomat 9.11.2009）

フィンランド	+41	スウェーデン	+28	イタリア	+17
オランダ	+39	スペイン	+24	ドイツ	+13
ノルウェー	+35	E U	+22	エストニア	+7
ポーランド	+35	英 国	+22		
フランス	+30	オーストリア	+18		

(8) THL tilasto 2009.

(9) STM 4.5.2009.

(10) さまざまな調査報告があるが、たとえば看護介護士組合のSuperliittoが高齢者ケアの現場からの報告を2011年1月に行っている。

(11) Kuntaliitto 4.3.2010. Uusi kunta 2017.p.14.

は人口の約3分の1が居住している。労働力は人口の移動先となる中心地的自治体およびその周囲の自治体に集中することになり、これまで以上に小規模自治体、ならびに開発の遅れている北部、東部の自治体の過疎化が加速する。自治体協会の資料では、2008年から2020年の間で最も人口の流失が多い地域は東ラップランド地方（-16.5%）で、続いてピエリネン・カリヤラ地方（-15.3%）とカイヌー地方（-13.2%）となる。

労働力確保の観点からも、人口が高齢化し、戦後のベビーブーム世代が年金生活へと移行することは、サービスの需要の増加を意味するので大きな問題となる。ベビーブーム世代の年金生活への移行は、今後10年間、労働人口が減少することを意味する。地方自治体は国と民間企業と労働力確保を競争しなければならないので、公的セクター全体と特に地方の労働力確保に大きな打撃となる。

このような変化および2008年以降の公共財政の悪化に伴い、サービス提供の在り方にも変化がみられるようになり、自治体間協力、公的および民間、さらに民間組織間の協力がこれまで以上に必要とされるようになった。実際に自治体が生産・供給するサービスのほかに、民間の非営利組織（第三セクターすなわちNPO、NGO）のサービスおよび営利組織（企業）によるサービスが増えている。これら民間のサービス提供者の割合は、2005年の時点で、社会サービスにおいて約25%、保健ケアサービスにおいては約20%を占めていた。これまで営利企業は保健サービスに存在していたが、今日では公的な社会サービスにも参入している⁽¹²⁾。

また情報テクノロジーと情報社会の発達はグローバルイゼーションを加速化した。自治体間の境界は狭まり、企業の活動範囲も拡大し、生産拠点の移転がより自由に行われるようになった。このような状況下では、数少ない企業に依存している自治体にとっては、財政基盤を失う可能性が大きくなることを意味する。財政基盤の悪化はサービスに影響する。特に自治体の規模が小さい場合、住民のための自治体サービスを財政的ならびに専門職員の不足により長期的に保持していくことは困難になる。

2-2 保健サービスの地域格差

それではこのような社会の構造変化の中で、自治体の供給するサービスには具体的にどのような問題が発生しているのだろうか。自治体には社会福祉・保健、教育、環境・イン

(12) STM4/2006:Sosiaali- ja terveystietomus 2006.p.6.

フラ整備などの住民サービスの責任があるが、本稿では自治体の行う公共サービスの中の保健ケアサービスに焦点を絞って見ることにする。内閣法案提案理由書（HE155/2006）によると、2005年時点では全体の平均として住民のサービスへのアクセスは、よい状況にあるといえるが、自治体間には大きな格差がみられた。アクセス状況はサービスによって異なるが、特に過疎地域、高齢者人口の多い地域、発展している自治体においてサービスへのアクセスに問題があるとされていた。

社会福祉と保健ケアについての2006年の社会保健省報告書（STM4/2006）と内閣法案提案理由書（HE155/2006）によると、保健ケアの最大の問題は、公的な一次医療の医師不足であり、それが患者のケアへのアクセスに地域による格差を生み出している。大学医学部の周辺の地域は例外であるが、医師不足はどの保健センターにとっても共通の問題である⁽¹³⁾。

アクセスの遅滞を緩和するために、2004年秋に国民保健法と専門医療ケア法の改正が行われ、2005年3月1日より受診アクセスへの規定が施行された。すなわち、緊急でない場合のケアについては⁽¹⁴⁾、自治体の保健センターにおいて3日以内に受診でき、少なくとも3カ月以内にケアが受けられるようになった。保健センターで行われる専門医療については6カ月以内に診療が受けられる。病院での受診には医師の送り状が必要で、送り状が到着した時点から3週間以内に、送り状に基づいて、または患者を診断した上で、病院ケアの必要性があるか否かの診断を実施しなければならないとしている。その結果病院でのケアが必要と診断されれば、6カ月以内にケアが行われなければならない。さらに所属する保健センターまたは病院が患者のケアをすることができない場合は、他の専門医療地区または民間の病院でのケアを手配しなければならず、この場合患者には余分に経済的な負担はかからない。また患者は治療を拒否する権利があるというものである⁽¹⁵⁾。

この法律改正以降、全体的にはアクセスの状況はかなり改善しているものの、社会保健省報告書（STM4/2006）によると、地域格差が依然として存在した。アクセスの遅滞の原因となる職員不足、特に自治体が単独で運営する保健センターの職員不足が緩和されていなかったのである。同じく、社会サービスにおいてもサービスへのアクセスには地域格差

(13) 2009年においてはフィンランドの勤務医は約16,287人で、47.4%が病院、21.8%が保健センター、6.2%が労働保健ケア、11.1%が開業医である。そのほか教育・研究に約5.6%、その他が約5.6%である。1995年以降勤務医数は25%増加している（HE183/2010.p.5）。

(14) 事故または緊急の病気の場合は、居住地に関係なくすぐに保健センターか病院の当直によりケアが受けられる。

(15) STM esitteitä 2004:13: Terveysthuollon palvelu paranee.

がみられる。社会サービスは歴史的に自治体が単独で提供しているのが主流なので、自治体間協力が発達していないため、自治体間格差が強くでている。社会福祉・保健サービスの格差は1人当たりの費用にも表れており、自治体間の住民1人当たりの費用には倍近い差がある。

2-3 社会階層間の健康格差

保健サービスへのアクセスについて自治体間の格差があることは理解したが、市民の健康状態については階層間に何らかの格差は見られるのだろうか。2010年の社会保健省の報告書によると、フィンランドには70万人が貧困線（平均位の所得の60%）の下の所得で暮らしており、特に児童の貧困が指摘されている⁽¹⁶⁾。

「保健2015（Terveys 2015）」は、社会保健省の国民保健戦略プロジェクトであり、政府計画の指針を示すものである。その主要な目標の1つである健康格差の解消について、社会保健省の研究報告⁽¹⁷⁾から見てみよう。社会階層間の健康格差の解消は、1986年からフィンランドの保健政策の目標にとりあげられており、2000年代に入ると社会政策全体の目標に掲げられるようになり、内閣計画にも取り入れられるようになった。過去25年間の国民の健康状態の変化について調査した上記の研究報告によると、1990年代の不況以降、それまで比較的小さかった所得の格差が顕著になり、貧富の差も拡大している⁽¹⁸⁾。

しかし同報告書によると、社会的経済的な差による死亡率、長期疾病罹患率、健康状態、身体能力、健康に影響する生活習慣、リスク要因などの差については、過去20-25年の間には大きな変化は見られていない。一方で、格差は特に労働年齢層に大きく表れ、アルコール消費量、喫煙、食習慣、肥満、血圧、循環器疾患などの国民病の罹患率に社会的経済的な階層差が現われている。保健サービスの利用についても格差が目立つようになり、富裕層は雇用主が提供する労働保健サービスや、料金の高い民間医療サービスを利用する率が高く、保健センター利用は所得の小さい層が多くなっている⁽¹⁹⁾。

(16) STM selvityksiä 2010:34:Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmisteleavan työryhmän väliraportti.p.18.

(17) STM julkaisu 2007:23:Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005.

(18) フィンランドはこのような国民の健康についての調査材料を長期に渡って把握している数少ない国である（STM julkaisu 2007:23.p.219.）。

(19) STM julkaisu 2007:23.p.4,pp.230-232.

問題は、格差の解消は保健政策上の最も難しい課題であり、保健政策以外の他の社会政策との連動によってこそ可能になることである⁽²⁰⁾。保健サービスの供給は自治体の責任であるが、1993年に国庫支出金改革が行われて包括補助金制度が導入されてから、国の指導監督はかなりの程度縮小されている。格差の解消を推進するには国の指導、または国の各省庁の協力の強化が必要であると報告書は提言している。

2-4 予測される保健費の伸びと職員不足

まず、ここで強調すべきことは、国際的なレベルから見ると、フィンランドの保健医療サービスは財政面でも医療のレベルにおいても遜色はないことである。2006年には国民総生産（GDP）に対して8%以下であったフィンランドの保健医療費は、他のOECD諸国と比較して低かった。しかし、高齢化が進んだ2015年にはGDPの10%以内に抑えることは不可能であることが予測されている⁽²¹⁾。

2008年までの社会保障費と保健費の額とGDPに占める割合は表2のとおりである。社会保障費の25.6%と保健費の8.3%はOECD諸国の平均水準であり、特に専門医療の効率性は国際比較においてもトップレベルである。国際比較においても保健ケアおよび病院ケアも上位にある。また国民の大半が社会福祉・保健サービスに満足していると社会保健省報告は述べている⁽²²⁾。

今後の見通しについては、保健費の増加と共に戦後のベビーブームの世代の職員が年金生活に移行しているため、高齢社会でサービスの需要が拡大するにもかかわらず職員不足が続くことが見込まれている。2003年の自治体の社会福祉・保健職員の43%が2020年まで

(20) 同報告書（pp. 231-232）は、貧困対策、児童の貧困対策、平等の教育、雇用政策、失業対策、労働生活の向上に関わる政策が必要と指摘し、保健政策の中では例として、健全な生活習慣を奨励する税制度を挙げている。死亡率、罹患率などの改善については、教育程度の低い層や貧困層、労働者層とその家族、特に児童と青少年に対して健全な生活習慣を身につけるように支援が必要であるとしている。また自治体はサービスの責任はあるが、国民全体の保健に関する決定をする立場にないため、国の役割が重要であると指摘している。具体的には、健康の問題がある大きな階層の健康を改善することを重点とした政策によって、全国民の平均的な健康状態が改善されると述べている。

(21) Eduskunnan kanslia 3/2006.

(22) STM selvityksiä 2010:34.p.11.

表2 社会保障費と保健費の額と対GDP比率 (STM selvityksiä 2010:34.p.11)

年	社会保障費 (億ユーロ)	対GDP比率 (%)	保健費 (億ユーロ)	対GDP比率 (%)
1995	361	31.5	101	7.9
2000	367	25.1	114	7.2
2001	376	24.9	119	7.4
2002	392	25.7	125	7.8
2003	403	26.6	131	8.1
2004	427	26.7	135	8.2
2005	438	26.7	139	8.4
2006	449	26.2	143	6.3
2007	456	25.4	147	8.2
2008	470	25.6	152	8.3

に年金生活に移行する⁽²³⁾。このためにサービス提供を可能にする財政的基盤の確立はいうまでもなく、むだのない効率的なサービスが望まれるところである。その第一歩として1993年に教育制度の改革が行われ、准看護師と介護士の資格が統一され⁽²⁴⁾、在宅ケアにおける介護と看護が同一職員によって提供されるようになった。このように社会サービスと保健サービスの縫い目のない統合化と効率化が進んでいる。

3. 自治体とサービスの構造改革

これまでに、フィンランド社会の変容と保健サービスの課題を検討した。次に本稿の初頭で述べた、現在進行中である自治体とサービスの構造改革について見ることにする。

3-1 「自治体とサービスの構造改革に関する法律」の制定

自治体がサービスの供給主体であるので、自治体の経済基盤の強化を抜きにして構造改

(23) STM4/2006:Sosiaali- ja terveystietomus 2006.p.15.

(24) 日本語では「看護介護士」が相当すると考えられるが、英語ではpractical nurseである。2001年にその教育内容が改正されている。

革はあり得ない。自治体の規模とサービス供給構造についての根本的な改革を行うために、2005年からの準備を経て2007年に施行されたのが、「自治体とサービスの構造改革に関する法律」⁽²⁵⁾であり、この法律（以下基本法）は2007年2月9日から2012年12月31日までの時限立法である。

法律の目的は、同法の第1条に記されているように、自治体の責任であるサービスの生産・供給と自治体の持続的な発展が可能になるような構造的経済的基盤を構築するために、自治体住民の民主主義により自治体とサービスの構造を強化し、サービスの供給方法とその組織を開発することである。同時に自治体の財政と国庫支出金制度を新規に改正し、自治体と国の間の事務配分を見直すことも目的である。

基本法の中で保健ケアに関わる最も重要な部分は第5章、第6章と第10章である。

第5章では、自治体は、サービスの実施と財政が可能になるような経済的また人的（職員）資源を持つ事業的統合体を形成すべきであるとし、協力活動を強化するために、自治体は、事業的統合体を形成するような協力を行う共同事業地域（yhteistoiminta-alue）を設立することができる。基本法によると基本保健ケアとそれに付帯する社会福祉事業は、少なくとも20,000人の人口の自治体または共同事業地域で行わねばならない。ただし島という地理的条件、二重言語の権利およびサーメ人の言語・文化の権利を保全するために例外は設けられる⁽²⁶⁾。

第6章においては、大規模な人口を対象とする自治体組合に、専門医療ケアや知的障害者ケアのほかに、広域的に実施すべきサービスを任せることができるとされている。

第10章では、自治体に基本法の第5章と第6章に基づいて実施される方策の報告と改革の実施に関わる計画を、2007年8月31日までに内閣に報告することを義務付けている。

3-2 改革の進行状況

それではこの20,000人の人口規模については、2010年までにどの程度達成されたのだろうか。それを2009年11月発表の改革の経過についての内閣報告書⁽²⁷⁾より見てみよう。

結論としては、合併が進み、2000年代初頭に452あった自治体数が2011年初頭には336と

(25) L169/2007:Laki kunta- ja palvelurakenneudistuksesta.

(26) さらに同法第5章は、職業学校は少なくとも人口50,000人を対象として実施しなければならないとしている。

(27) VM:Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneudistuksesta. Marraskuu 2009.pp.26-32.

なった（www.kunnat.net）。小規模自治体数が減少し、平均住民数は16,000人だが、半数の自治体が約6,000人の人口である。合併と共同事業地域の設立によって、大部分の自治体が、社会福祉・保健ケアの対象人口20,000人という基準を満たしたと考えられる。2009年10月の時点で、約60の自治体が、合併か共同事業地域を選択するかの結論を出していない状態であった。すなわち、全体の約80%に当たる260の自治体が共同事業地域を形成したが、その住民数総計は2,786,791人であり、全人口の52%に当たる。これらの自治体の平均住民数は10,718人である。260自治体のうち26自治体の人口が20,000人を超えている。

共同事業地域の運営については2つの方法があり、その1つは地域の中の中心となる自治体（ホスト自治体）が担当する方法で、もう1つは自治体組合を形成する方法である。2009年末の時点で1つのホスト自治体が担当するのが35件、自治体組合方式が20件である。事業開始については、7共同事業地域が2007年以前に設立されており、2008年までに5共同事業地域が事業を開始し、2009年に23、2010年に9、2011年に4、2013年に3開始するという予定になっていた。こうして基本保健事業とそれに付随する社会福祉事業の運営組織は、2009年末の時点で237から約120へと半減した。なお2010年末に発表された社会保健省報告では、保健センター数は172で、自治体単独が106、1つのホスト自治体が担当する方式が30、自治体組合方式が36とある⁽²⁸⁾。

しかしながら上記の内閣報告書には、基本法第6章に記されているような、専門医療地区組合と知的障害者特別ケアの合体化がさほど進展していないことの指摘があり、今後の社会・保健事業に関わる法案の準備に考慮すべき事項としていた。

改革を推進するための国庫支出金改革は2010年1月に施行された「自治体基本サービス国庫支出金法」（L1704/2009）によって実施された。次に制定された重要な法律は、2010年12月30日に制定された「保健ケア法」である。

4. 保健ケア法

保健ケア法の目的は、1972年制定の国民保健法（66/1972）と1989年制定の専門医療ケア法（1062/1989）の統合であり、それによって基本保健ケアと専門医療ケアの間の垣根を低くし、国民への保健医療サービスを強化することにある。基本保健ケアと専門医療ケ

(28) STM selvityksiä 2010:34.p.7.

アがこれまで以上に協力体制を組み、両者間の垣根を低くすることによって、健康の促進、サービスの需要と保健費の抑制を可能にする。同時に保健ケアに関連する社会サービスも、これまで以上にしっかりとサービス全体の中に統合することを目的としている。

それでは保健ケア法は具体的にどのようにサービスを強化しようとしているのだろうか。それはどのような変化をもたらすのか。法の制定に至るまでにどのような議論があったのだろうか。その成立の過程を追うことから始めよう。

4-1 2008年の法案

保健ケア法 (terveydenhuoltolaki) は、数回において法案が作成されている。2007年6月にマッティ・ヴァンハネン (Matti Vanhanen) 第二内閣計画 (19. 4. 2007~18. 6. 2010) に基づき、社会保健省は作業部会を設置し、法案作成の準備を開始した⁽²⁹⁾。作業部会は2008年6月16日に新しい保健ケア法案の骨格を提出した。

この最初の法案の骨格となるものは、次の2点にある。それらは、(1)保健医療地区による患者の情報の共有化と住民が保健ケア地区の中から、かかりつけとなる保健センターを選択できること、(2)自治体の責任における保健医療サービスを実施するための2つのモデル案を提案していることである。以下にこれらの提案内容について、社会保健省作業部会報告書⁽³⁰⁾に基づき詳しく述べることにする。

最初の(1)は住民サービスに関わるものである。継ぎ目のないケアサービスのつながり⁽³¹⁾を強化する目的のために、法案には2つの重要な提案が含まれている。1つは患者の情報を共通のレジスターとし、基本保健ケアと専門医療地区、すなわち一次医療と二次医療機関が共有することである。いうまでもなく行政を超えて情報が共有されても個人情報の保護は守られる。もう1つの重要な提案は、患者が所属する地区において、これまでは住民がどこの保健センターを利用できるかは住民の居住地によって決定されていたが、この法案では担当となる保健センター、ならびに担当医師または看護師を地区内の居住地以外でも選べることが提案された。

(29) ヴァンハネン首相は2010年6月に中央党党首を辞任したので、同年6月22日に新党首となったマリ・キヴィニエミ (Mari Kiviniemi) を首相とする内閣に受け継がれた。キヴィニエミの内閣計画はヴァンハネン内閣のものを継承している。

(30) STM selvityksiä 2008:28:Uusi terveydenhuoltolaki.

(31) 「継ぎ目のないケアサービスのつながり」はcare chain=ケアの鎖と表現されている。

(2)はサービス供給の実施方法に関わる。財政については、従来通り主として自治体が国民保健事業の財政の責任を持つことに変化はない。保健医療サービスの供給制度について、作業部会は2つのモデル案を示しており、これらを国内の異なる地域で同時に実施することを提案している。1つは医療ケア地区方式 (sairaanhoitopiirimalli) と呼ばれ、自治体または共同事業地域 (人口規模の大きい自治体組合) を基盤としたモデルである。自治体は単独で、または共同事業地域を設立して保健事業を行い、同じ専門医療ケア地区に所属する。この場合専門医療ケア地区は少なくとも人口150,000人規模とする。専門医療の基礎部分は契約によって自治体または共同事業地域 (自治体組合) に移すことができる。もう1つのモデル案は保健地区方式 (terveyspiirimalli) モデルと呼ばれ、自治体が保健地区を設立し、この保健地区が国民保健事業と専門医療の両方の責任を持つ。保健地区方式では、自治体間契約が成り立てば、共同事業地域の社会福祉事業および知的障害者ケアを行うことができる。

どちらのモデルにおいても保健事業と社会福祉事業間の協力関係を推進することができるとされている。継ぎ目がないサービスのつながりができれば、国民経済にとっても有益になる。自治体は経済的地盤を強固にし、計画を作成し健康促進を強化する義務がある。どちらのモデル地区も、その全体数は20を最大としている。

法案の中で従来の制度と異なる提案は2つあり、1つは救急ケアサービスを自治体から専門医療地区または保健地区に移管することである。もう1つは、これまで国が助成していた大学レベルの保健医学研究を、社会保健省に保健学研究委員会を設置し、この委員会が、国の助成金を、大学病院と協力して研究を行うそれぞれの地区の研究センターに配分するという新しい制度に変えることであった。

法案の実施予定日は、法案の一部の実施を2010年の1月1日とし、2013年1月1日までに新しいモデルが適用されるとされていた。

4-2 2008年法案の評価と方向の確定

この法案は、発表後に関係省庁、関係行政機関、専門家に意見を求めるために送られた。提出された意見書の総数は313で、それらは農林省、法務省、教育省、内務省、社会保健省、労働産業省、財務省をはじめとする21の国の機関、5つの県⁽³²⁾、18の二次医療地区

(32) 県 (lääni) は2009年12月31日に廃止され、代わりに国の地方出先機関 A V I が設立された。

とその関係機関、6つの知的障害者ケア地区、4つの社会福祉専門センター（Sosiaalialan osaamiskeskus）、7つの大学機関、113の自治体と自治体組合、8つの保健センターおよび社会福祉保健センター、27の福祉保健分野の全国規模のNPOおよび財団、18のその他の有力なNPOおよび財団、35の労働・職業組合組織、その他の保健福祉に関わる23の組織ならびに28人の専門家からであった。

社会保健省作業部会報告書⁽³³⁾は、これらの313の公的機関、団体ならびに専門家から提出された意見書による法案の評価を次のようにまとめている。

基本的保健ケアと専門医療ケアの統合は基本的には肯定できるものであり、次の準備段階のたたき台となり得るとしている。特に患者の診療所選択の幅を広げること、健康促進政策の強化、専門医療の一部を保健センターで行うことを提案していることが評価されている。また国の監督指導の強化も肯定的に評価を受けている。しかし現在の財政的資源は専門医療を重視するように使われているので、一次医療の保健ケアを強化するには、そのために具体的な（財政的）追加手当をしなければならないということで意見の一致がみられた。

一方で、法案は社会福祉と保健ケアの統合に十分に踏み込んでいないとの批判があった。また作業部会の提案は保健ケアに偏りすぎており、社会福祉および知的障害者ケア特別地区に対する十分な配慮がないという指摘がされた。さらに、全国をいくつかの地区に分けて、異なるサービス供給制度を実施するという案については、2つの制度の同時施行は複雑すぎるとして反対が多かった。たとえばラップランド地方のような、過疎で居住地区間の距離が大きい上、観光シーズンに医療機関の利用が急激に増加するような地区に対する配慮がされていないこと、縫い目のないケアのつながりをどのように実施するかの見点の欠如が問題とされた。

すなわち2つのモデル案については否定的評価が多数を占め、多くの意見が1つのシンプルな制度を全国レベルで実施すべきであるとしていた。また2つのモデル案を採用した場合の財源の複雑さ、ならびに自治体財政に対する影響についての分析が十分にされていないことも指摘された。

2つのモデル案そのものについては、自治体組合が運営する保健地区（社会福祉・保健地区）方式の方が、ケアのつながりの実施がより成功するであろうという意見が多かった。しかし、一部の意見は医療ケア地区方式をよしとしていた。また基本保健事業と専門医療

(33) STM tiivistelmä 2008:28:Lausuntoyhteenveto terveydenhuoltolakiyöryhmän muistiosta.

を統合することに否定的な意見もあったので、モデル案そのものについては、新たな検討の余地があるとみなされたといえよう。

結論としては、(1)の住民サービスの改善に関わる提案については賛同を得られたが、(2)の2つの方式の保健ケア制度案は評価されなかったということになる。

4-3 2010年の新法案と保健ケア法の制定

2008年の法案をたたき台として、新しい内閣法案提案理由書⁽³⁴⁾が2010年6月15日に議会に提出された。法案は議会での審議を経て、一部の関連する法律の修正（StVM40/2010）が行われた後、同年12月29日に議会で可決され、30日に大統領が署名を行った。保健ケア法の施行日は2011年5月1日である。

保健ケア法の目的は、前述の2008年の法案と同様であり、基本保健ケアと専門医療ケアの一体化を図りつつ、特に基本保健ケアと保健センターの地位を強化するものであり、同時に自治体とサービスの構造改革の目標の実現を目指すものである。内閣法案提案理由書⁽³⁵⁾より、内容の要旨を住民サービスと制度の2点について以下にまとめる。

(1) 住民サービスについて

顧客（利用者）の主体性を強化するために、第一段階として患者は保健センターと公立の専門医療ユニット（具体的には専門医療病院を指す）を、定められた医療地域から選ぶことができる。さらに住民が、仕事、学業、余暇、親族と同居等の理由で定期的にまたは継続的に所属自治体外に居住する場合は、他の保健センターまたは専門医療ユニットにおいて治療計画に基づいた治療を得ることができる。2014年から、基本保健ケアおよび専門医療ケアの選択の可能性は、全国規模に拡大される。専門医療の選択については医師と相談の上で決定する。所属自治体を越えるサービスの利用は、サービスと自治体構造改革の目標である。患者または顧客の地位は、法律で定められ

(34) HE90/2010: Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon lain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.

(35) HE90/2010. Esityksen pääasiallinen sisältö.

たケア専門職員の選択が可能になることによってさらに強化される⁽³⁶⁾。

法案には、患者の安全性ならびに保健ケアサービスの質を強化する規則も含まれている。特に健康と福祉を促進するために、健康上の問題発生の予防を重視している。法案では、自治体に、戦略計画を作成し住民の健康と福祉の向上を目指すこと、問題の予防事業とサービスについての目標の設置、そのために必要な資力の充当が義務付けられている。住民の健康と福祉の向上の視点は、自治体の他のセクターにおける政策決定にも取り入れなければならないとされている⁽³⁷⁾。

(2) 制度について

現行のとおり、主として自治体に基本保健ケアおよび専門医療ケアの実施と財政責任がある。保健ケア法では、サービス供給制度については触れられておらず、モデル案も示されてない。法律はサービスの内容に関わるものであり、その主旨は保健ケアと社会福祉事業間の垣根を低くし協力を深めることである。社会福祉および保健ケアの全体の改革はまだ途中であるので、自治体の保健ケアのサービスの実施責任については、これまで通り国民保健法と専門医療ケア法の2つで定められているとおりと
なった。

保健ケア法では、保健ケアと社会サービスの間の協力は、自治体がやる気になれば可能であるので、保健ケアサービスの供給者に、社会サービスの供給者との協力によってケアが適切なものになると考えられる場合は、社会サービスとの協力を義務付

(36) 基本保健ケアについては：

- ・利用するセンターを変える場合は申告が必要で、申告後3週間で実施となる。
- ・選択できる保健センターは1か所。
- ・他の自治体の保健サービスの利用はケア計画に従って行われるが、全体の責任は所属する保健センターにある。
- ・学生保健ケアと長期施設入院ケアについては選択することはできない。
- ・自治体は在宅看護を自治体外の地域に行う義務はない。

専門医療ケアについては：

- ・専門医療ケアについては送り状を作成する医師と共に決める。
- ・フィンランド語、スウェーデン語、またはサーメ語の患者の言語の権利を守るためであれば、選択実施の第一段階においても居住区の専門医療地区以外でも治療を受けられる。
- ・大学等の教育機関に在籍する学生は、教育機関が所属する専門医療地区で治療を受けられる。
- ・仕事のために他の自治体に在住する場合も他の専門医療地区で治療を受けられる。

(37) たとえば土地利用、建設、住宅、教育、交通等の政策。

けている。特に基本保健ケアと社会サービスの協力を重要視している。

4-4 保健ケア法による住民サービス

この保健ケア法で重要なことは、住民サービスの改善である。医療機関の選択の自由が段階的に認められており、前述したように2011年5月1日の法の施行日から基本的に住んでいる自治体内または共同事業地域内で住民の保健センターの選択が可能になる。専門医療のユニットについては、送り状を作成する医師、または歯科医師との合意によって選ぶことができる。自分の居住自治体以外で仕事などの理由で長期的に滞在している場合は、滞在している自治体の保健センターを利用できることになる。全国レベルで選択が可能になるのは2014年初頭からである。段階的に選択の自由を認めるのは、自治体間の補償システム計画を開発する時間が必要であるからである⁽³⁸⁾。

選択の自由が認められるようになると、一部の保健センターへ患者が集中するような事態が起こる可能性がある。これについては、患者が別の保健センターを選択するということは、サービスの質に問題があるのか、または所属する保健センターが混んでいて待たされるという理由なのか、自治体は見極めた上で、その保健センターの改善を行うことがフィンランド議会の社会保健委員会の議論の中で指摘があった⁽³⁹⁾。

ケアの保障に関わる主な変化は、専門医療の場合、送り状が到着してから3カ月以内に検査と外来診療が行われることになり、児童と青少年の精神保健サービスは23歳になるまで初診を3カ月以内に行うとされた。さらに、これまで自治体に責任があった救急医療の責任は、法の施行後、専門医療地区組合に移る。専門医療地区は救急サービスの質とリスク分析も行うことになる。

患者の情報については、自治体が、住民の健康についての情報を収集し、人口層に分けて分析を行い、自治体の健康と福祉の向上計画に利用することになる。行政による管理が進むと考えることも可能であるが、公的な保健ケアである以上、これによって初期段階において問題を予防し、健康促進を強化することができるようになるメリットは大きい。さらに、基本保健ケアと専門医療ケアが、患者の記録を情報システムによって共有することになる。ただし、患者には情報を他の医療機関に知らせることを禁止する権利がある。

(38) STM 14.6.2010.

(39) StVM40/2010.Valiokunnan kannanotot. Hoitopaikan valintaoikeus.

フィンランドでは、社会保障番号が日常生活に密着して使われていて、これなしには生活できない上に、住民は番号制度についての不信感を持っていない。しかしながら、保健情報は特にデリケートなものであるため、患者の情報を守るために情報システムは、悪用される可能性を排除できるように、細心の注意を払って開発すべきであることが強調されている。

基本保健ケアと専門医療ケアが一体となり住民の保健事業を担当し、専門医療地区が専門医療サービスを、基本医療ケアを通じて住民に提供する。具体的には専門医療地区が基本保健ケアにおけるラボラトリー、レントゲンおよびリハビリテーションの開発の指導と質の管理に責任を持つことになる。さらに地域的な研究開発、教育、情報システムの統合も専門医療地区が担当する。また保健事業と社会福祉事業間の協力も強化されることになった。

このように保健ケア法によって、住民サービス、サービスの質の改善は大きく前進することが見込まれるといえよう。しかし、サービスの供給制度についてはどうなのだろうか。次にそれを見てみよう。

4-5 従来の制度によるサービスの実施

保健ケア法は保健ケアの内容に関する法律である。その実施については、依然として国民保健法と専門医療ケア法の2つの法律によって行われる。これは自治体にとっては失望であった。次の内閣の成立を待たねばならないからである⁽⁴⁰⁾。保健ケア法に適合するように、これらの法律の一部は改正されたが、実施の制度が一本に統一されないところが今後どのように影響するのかわからない。また保健制度の財源についても改正は行われなかった。現行通り、基本保健ケアは自治体または共同事業地域が行う。専門医療については、自治体は法定の自治体組合に属して、その財源は、各自治体が原則として人口および住民の利用量に応じて拠出することになっている。

社会保健省の見解⁽⁴¹⁾では、改革によって最初の1年の保健費は約1,000万ユーロ上昇すると計算されているが、その後段階的に下がるとされている。改革の初期段階には、ケア保障、相談事業、選択の自由など制度の開発のために投資が必要であるが、その後は保健

(40) Merikallio, Jussi 2011.Esipuhe.Teoksessa Myllymäki, Kati 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Suomen Kuntaliitto.p.4.

(41) STM 19.12.2010. Terveydenhuoltolaki – usein kysytyjä kysymyksiä.p.5.

事業の一体化、救急ケアの開発、健康の促進事業などによって保健費の増加が抑制されると見込まれている。

今回、新しい制度や財源について決めることができなかつたのは、自治体とサービスの構造改革が終了していないからである。自治体がどのような形で統合されるかは未だに不明であり、本年4月の議会選挙後に急速に進行すると考えられる。もう1つの理由は、社会福祉保健の継ぎ目のないサービスには、社会福祉事業との、少なくとも一部の合体化が必要である。たとえば高齢者福祉、精神障害者ケア、依存症ケアについては社会サービスと保健サービスが同時に提供されねば、ケアの効果は見込まれない。現在、社会福祉諸法の見直しが進行中であるので、社会福祉と保健のサービスを継ぎ目のないものにするためには、社会福祉諸法の改正を待つべきという判断があつたからである。

5. 改革をめぐる新たな動向

それでは、今後の社会福祉および保健に関わる改革は、どのように進行する見通しなのだろうか。また保健・医療の現場にはどのような動きがあるのか。ここでそれを見ることにしよう。

5-1 社会福祉諸法の改正と構造改革の継続

社会保健省は、現在、社会福祉諸法改正の準備中である。社会福祉事業の主軸となる基本法である社会福祉法（1982/820）は、30年ほど前に公布された法律で、基本的には問題はないのだが、その後のフィンランドのEU加盟など、社会の変化および現代のニーズに適応させる必要がある。基本法の見直しと共に、社会福祉関連の特別法の見直しも必要である⁽⁴²⁾。社会保健省の社会福祉関連法改革作業部会の中間報告は、作業の規模が大きいのので3段階に分かれて行うことを提案している⁽⁴³⁾。すなわち、初めに社会福祉法の改正、

(42) Väärälä, Reijo. 2009. Sosiaalihuoltolain uudistamistarpeet. Valtakunnalliset sosiaali- ja terveystalitiikan päivät 21.-22.4.2009. Helsinki.

(43) STM selvityksiä 2010:19:Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen.pp.52-58.

次に児童と家族、労働年齢層、高齢者、障害者の社会福祉に関わる特別法の見直し⁽⁴⁴⁾、最後に社会福祉諸法間および保健ケア法との共通領域の精査を行うというものである。パウラ・リシッコ (Paula Risikko) 基本サービス (社会保健サービスを指す) 大臣によると、社会福祉法の改正は2012年を目指して行われることになっている⁽⁴⁵⁾。

「自治体とサービスの構造改革に関する法律」は時限立法であり、2012年末に失効するので、キヴィニエミ内閣は、2010年11月26日に、基本法に基づく社会福祉保健ケアに関わる事業を2014年まで継続する法案 (HE268/2010) を議会に提出した。2011年2月現在、行政委員会で審議中の法案によると、2013年初頭までに自治体が、自ら法律に基づいて合併または共同事業地域を設立することによって、サービス対象となる人口規模を拡大できなければ、内閣が自治体に代わって決定することになる。さらに社会福祉および保健事業の一体化を強化する規定を加え、それによって共同事業地域において保健事業のみならず社会福祉事業をも運営することが提案された⁽⁴⁶⁾。

同じ11月26日に、カイヌー特区の実験を2016年まで継続する法案 (HE269/2010) も議会に提出された。カイヌー特区の実験とは、カイヌー地方で行われている行政実験で、選挙で選出された議員が運営するカイヌー地域連合が、保育を除く社会福祉および保健サービスを行う。この実験は2012年12月31日に終了する予定であったが、地方制度の在り方の1つのモデルになりうると考えられて、実験を延長することになった。

先に述べたように、2011年初頭の自治体数は336で、10年前と比較して100自治体以上減少している。自治体の合併は進んでいるように見えるが、都市圏、特に首都圏の合併は必ずしも成功しておらず、たとえば2010年9月にラハティ市を中心とする9自治体の合併案は、ラハティ市を除く8自治体の議会で否決され、成功しなかった。2011年1月31日に、首都ヘルシンキ市と、4番目に人口が大きい隣接する自治体であるヴァンター市の合併案が、ヘルシンキ市議会では69-13で可決されたにもかかわらず、ヴァンター市議会では22-45で否決され、首都圏の自治体規模を大きくしようとする国の意図は実らなかった。こうなると国がイニシアティブをとるべきであるという意見が強くなる。新聞報道によると、2010年10月に発表された財務省の自治体財政の安定と耐久性についての財政報告は、自治

(44) 一部の見直しも進んでいる。たとえば1983年の児童保護法に替わり新しい児童保護法が2007年4月13日に制定され2008年1月1日に施行となった。この法律は2010年に一部改正が行われ、2010年3月1日に施行された。

(45) Risikko, Paula 10.6.2010. Terveystieteenhuoltolaki.

(46) HE268/2010: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kunta- ja palvelurakennemuutuksesta annetun lain ja sosiaalihuoltolain muuttamisesta.

体財政が悪化し自治体に対処能力がない場合国が自治体合併を強制することを可能にすべきと提案している（HS 22.10.2010）。しかし2011年4月17日の議会選挙を前にして、内閣はそこまで踏み込めていない。

5-2 国立保健福祉院（THL）の提案

2010年11月17日に国立保健福祉院（THL）は、社会保健ケアの財政のモデルに関する報告書をリシッコ基本サービス大臣に提出した。それによると、フィンランドの保健ケアの財源は、国際比較においても、自治体、国、世帯、社会保険院（KELA）、雇用主、民間保険会社と多様であり、その長所は、サービスの利用者にとって利用目的にかなった財源を得られること、料金を支払う利用者にとって選択の可能性があること、公的セクターの勤務医にアルバイトの可能性を提供すること、勤労者にとっては無料で柔軟性のある保健サービスが得られることなどがある。短所として挙げられているのは、サービスの供給が、特に労働保健サービスと基本保健サービスにおいて重なること、検査やケアサービスが必要以上に多くなること、職員不足、サービスの不適正利用、全体の医療費負担の増加の原因になるとしている。その上で長所と短所と比較すると、短所から生じる弊害の方が大きいとして、これまで1995年から2010年までの間に提案された、保健ケアの財政も含む複数の制度案の比較検討を行い、A) 保健財政全体に関わる改革、ならびにB) 多面的供給制度のそれぞれの境界線に関わる改革、が必要であるという結論をだしている。その上で、もはやB)の一部を改正するだけでは、保健サービスと財政の問題の同時解決に役に立たないと断言している⁽⁴⁷⁾。

では、A)の全面的な改革とはどのようなものなのか。THLの報告書(p.82)は次のように述べている。「社会福祉保健サービス供給と財源の責任を地域における1つの機関に集中させる。つまり、すべての社会福祉保健ケアの公的財源をそのサービスの供給機関に統合する。その上で、その供給機関がその地域の住民のサービスと財源の責任を担う。財源は住民と共にサービス・財源供給機関から、サービスの生産者へと移動する。」THLはこの“地域”を少なくとも20万人の人口を対象とする大きさで、全国で12-15の地域に分割するのが望ましいとしている。B)の提案の中には、社会保険院(KELA)の補償を民間医療の利用および労働保健ケアから削除することも含まれている。

(47) THL:n asiantuntijaryhmä (Pekurinen, Markku et al.) 17.11.2010. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet.p.5,pp.80-81.

5-3 自治体協会の見解

フィンランド自治体協会は、2010年1月14日に「保健ケア実施モデルと財政」⁽⁴⁸⁾と題する論文を発表した。これはコウヴォラ（Kouvola）市の保健ケア責任者が書いたものであるが、自治体協会の社会福祉・保健部長が序文で「新しくなる保健ケアの課題と問題の議論を喚起する内容で、次の政府計画を作成するための資料となる」と述べているので、自治体協会の方針に合う内容であると解釈してもよいであろう。内容は、保健財政の展開、これまでに議論されている4のモデル案と現行制度の比較を行い、さらに比較材料としてEU圏内の6カ国の制度の概略にも言及している。論文は新しいモデル案を示すものではなく、次の政府計画に入れるべき改革の原則を提案している。ここで最も強調されているのが価値観と原則の確認である。筆者は、保健ケアの原則は公正さ、平等、弱者のケアにあるとし、これは普遍性、平等、連帯を保健サービスの原則と定めたEUのバルセロナ会議（2002年）と一致していると述べ、改革をさらに進める前に、この原則について国民的な議論が必要であると主張している。

5-4 公的セクターによる民間病院の設立の動き

保健ケア法によって公的医療機関やかかりつけ医師を選ぶことが可能になり、アクセスも改善することが見込まれている。しかし民間医療従事者が増加する今日、公的機関は医師不足をどのように解決できるのだろうか。労働力不足の中で、公的医療機関が民間と競って医療従事者を確保するのは難しい。公立病院よりも民間病院の方が給料が高く、当直義務もない場合が多いからだ。このようなジレンマを克服するために、首都圏のヘルシンキ・ウーシマー専門医療地区組合（HUS）は民間医療会社を設立する構想を立ち上げた。これは、本年1月26日の新聞報道（HS 26.1.2011）によると、HUSに勤務する2,700人の医師のうち約60%の1,600人の医師が、勤務時間外の自由時間に平均週5-6時間民間医療機関でのアルバイトをし、公的セクターの給料の10-30%増しの所得を得ているからである。

HUSが目指すのは公的セクターの医師の民間への転職を防止することである。これは

(48) Myllymäki, Kati 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Suomen Kuntaliitto.

公的医療機関の設備を利用して運営される民間医療機関の治療に対しても、社会保険院から医療保険による補償が支払われるとする内閣法案提案理由書（HE183/2010）が議会で提出され、2011年2月4日に成立したことが影響している。もともとは、僻地におけるサービスを保障することを意図した補償であったが、その後多様になった保健医療サービス提供の経路⁽⁴⁹⁾に対応するために作られた時限立法（L102/2011、2011年3月1日から2015年4月30日まで）である。

HUSは法律改正を機会と捉え、民間の姉妹病院を立ち上げ、民間医療への医師の流失を食い止めようと意図している。というのは、民間医療機関で働く医師は、主にHUSのある南フィンランドに集中しており、フルタイム職の80%とアルバイトをしている医師の85%が二次医療の専門医だからである⁽⁵⁰⁾。新聞に報道された構想では、昼間は一般市民に対するケアを行い、診療の終了した夜間や週末に、自費で支払う用意のある裕福な市民のケアを公立病院のレベルの高い設備を使って行うというものである。首都圏や大都市に集中している民間病院は、かなりの部分を公的医療機関すなわちHUSの医師のアルバイトに依存しているので、当然ながら、一斉にHUSの構想に反発している。2月20日時点では、HUSは民間病院設立の最終決定を行っていないが、新聞発表された構想の予定では2012年の開業を目指しているとされている。

このような動きは、公的セクターによる民間営業妨害という印象を与えるかもしれない。しかしここで忘れてはならないことは、フィンランドでは特に専門医療は2000年代ごろまでは公的な医療が中心であり、現在も同様である。もちろん、これはHUSだけの問題ではなく、もしもHUSが成功すれば、これに倣う専門医療地区組合が他にも現れ、フィンランドの保健制度に新たな展開をもたらす可能性が考えられる。

6. 考 察

それでは、保健ケア法の成立をもって、これまでの住民サービスに対してどのような影

(49) たとえばフィンランドで3番目に大きい自治体であるタンペレ（Tampere）市にある人工関節専門病院（Coxa Oy）は、専門医療地区組合、自治体と公的な機関の保健基金株式会社（Terveysrahassto Oy-Sitra）と身体障害財団（Invalidisäätiö）が合同で設立した株式会社である。
HE183/2010.p.6.

(50) HE183/2010.p.6.

響を与えるのであろうか。またはサービスは今後どのように変化するのだろうか。この章でこの問題について考えてみたい。

6-1 公的医療に対する市民の高い満足度

国民の間の経済格差が進み、保健サービスの提供者が多様化するようになり、その結果、金持ちは民間医療または労働保健サービスや民間医療保険を利用し、公的な保健センターを利用するのは、児童、高齢者、一般庶民、貧困層となる傾向があることは述べた（2-3）。これは一部には社会保険院（KELA）が民間医療にかかった場合の料金の一部を補償することに起因しているからでもある。一方でこの補償を除去すべきという提案もされている（5-2）。

端的にいうと、民間医療は高額だがアクセスがよく、好みの医療機関や医師を選べるというメリットがある。これに対して公的医療は無料に近いほど安い、アクセスが悪く待たされる上に、医療機関や医師を選ぶのが難しいというのがこれまでの問題であり、保健ケア法によってそれを改善しようというのが改革の意図であった。

しかしながら、本年2月の経済新聞報道（Taloussanomat 19.2.2011）では、北欧、バルト諸国とロシアを対象に、公的サービスについての市民の満足度を調査した報告（ERSI Rating）によると、フィンランド人は民間医療よりも公的医療に満足しているという結果が出ていることを伝えている。つまり公的医療、特に専門医療ケアへの信頼は健全で、維持されている。これには公的医療のサービス改善の努力の影響もあるだろう。

というのは、国立保健福祉院（THL）が発表した、2010年12月31日付の最新のアクセス状況報告（THL 31.12.2010, HS 17.2.2011）では、法的に定められている6か月を超えて診療待ちをしている患者数が、半年前に全国で3,300人もあったにもかかわらず、2010年末には1,245人に減少したとある。特に首都圏の専門医療地区（HUS）における患者数は、半年前の2,500人から17人にまで減少しており、これは診療待ちをしている人たちの0.1%に当たる。一方全国レベルでは格差は依然として存在し、6か月以上待っている患者数の最も多いキュメンラークソ（Kymenlaakso）専門医療地区では5.6%であった。しかし、このような地域格差があるとしても、全体として公的セクターによる専門医療ケアへのアクセスの改善は明らかである。

6-2 フィンランド福祉国家の原則維持は可能か

フィンランドの憲法第19条に、社会保障の権利として「公権力は、……個々の市民に十分な社会福祉および保健のサービスを保障し、市民の健康を促進しなければならない」と規定されているように、フィンランドの保健・医療ケアの目標は、すべての住民に平等な医療を受ける権利を保障することにある。そして保健医療サービスは自治体の責任である。これは今日でも変わっておらず、今後も変わると思われぬ。しかし半面、医療の供給方法および供給主体は多様になってきている。今後も民間セクターの医療提供機関は増加することが見込まれ、このままでは、公的セクターから民間セクターに移る医師や看護師などの医療従事者数も増加する。すでに労働保健ケア分野には民間の進出が著しく、自治体による保健センター運営の民間医療サービス機関への委託が増加している。考えなければならないのは、民間と公的の線引きをどのようにするのかということである。つまりここで公的な保健医療の意義とは何か再度問う必要があるだろう。

先に述べたように、専門医療地区組合が民間病院を設立することは（5-4）、そこからの収入増加を主要目的とするのではなく、医療従事者を公的セクターに引き留め、公的セクターの医療レベルを維持し、よりよい市民サービスを行うことが目的であると考えられ、これには正当性がある。同時に、税金で賄われているハイテクノロジーの病院設備を24時間有効に使うことができるというメリットもある。しかしながら、公的医療と民間医療は根本的に異なるところがある。民間医療機関は、顧客の利用料で経営が成り立つ市場主義に立脚する。ところが、発表されたHUSの構想では、同じ病院内でどのように民間と公的な部分の境界線を引くか、同じ設備で働く医療従事者が、公的ケアの患者と自己負担で支払う民間ケアの患者の差別をする可能性はないのか、あるとしたらそれをどのように防止するか、などの課題についてはまだ明らかにされていない。もし問題が給料など職員の待遇のみならば、自治体と専門医療地区組合の中での人事・昇給対策で解決できないのだろうかという疑問も残る。

最大の懸念は、公共財政の悪化、急速な高齢化、グローバルイゼーションの中の競争を生き抜かねばならないという社会環境の変化の結果、フィンランドがこれまで掲げてきた、すべての人に平等なサービスという普遍性の原則を妥協せざるを得ないのだろうかということだろう。保健分野のみならず、社会福祉分野においても市場の参入が始まっている。市場主義、つまりお金がなければよりよいケアを受けられない社会への移行を受け入れざ

るを得ない状況に、フィンランドもなりつつあるのだろうか。現実はずでにそうなっているという意見もあるだろう。それではフィンランドは、北欧型福祉国家からの脱却の第一歩を踏み出しつつあるのだろうか。それとも、普遍主義の公的な保健サービスと民間のサービスの並立は今後も可能なのであろうか。

公的保健サービスへの強い信頼は、国民の北欧型福祉国家への強い信頼を意味すると捉えることができる。新聞報道（HS 13.3.2011）によると、すべての政党とフィンランド人の80%が福祉国家を支持している。インターネットや報道記事を見ても、市場主義を肯定する意見も見られるが、社会の不公正を問い、是正を求める意見も多く寄せられている。フィンランド人はある程度の自己負担を覚悟しつつも、この問題を正面から議論しているように見える。なによりも自治体とサービスの構造改革と保健ケア制度の改革は、この原則を守るために行われたはずである。福祉国家の原則は平等、公正、であり普遍主義である。どの政党もこれらの理念を掲げている。本年4月のフィンランド議会選挙後が、フィンランド人にとって、彼らの社会がこれまで基本価値として築き上げてきた平等と公正さの原則を再確認する機会となるのだろうか。それを見守ることを筆者の今後の課題としたい。

（本研究は平成22年度科学研究費補助金の交付を受けて行った。）

（やまだ まちこ 北海道地方自治研究所専門研究員、
北翔大学北方圏学術情報センター研究員）