

国立国会図書館 調査及び立法考査局

Research and Legislative Reference Bureau
National Diet Library

論題 Title	スウェーデンの医療制度と高額療養費制度改革
他言語論題 Title in other language	Swedish Healthcare System and Reform of Its High-Cost Medical Expense Benefit
著者 / 所属 Author(s)	樋口 修 (HIGUCHI Osamu) / 国立国会図書館調査及び立法考査局 社会労働課
雑誌名 Journal	レファレンス (The Reference)
編集 Editor	国立国会図書館 調査及び立法考査局
発行 Publisher	国立国会図書館
通号 Number	906
刊行日 Issue Date	2026-6-20
ページ Pages	49-71
ISSN	0034-2912
本文の言語 Language	日本語 (Japanese)
摘要 Abstract	スウェーデンの医療制度について概要を提示し、あわせて、2025年に実施された、同国における医薬品の高額療養費制度改革の内容を紹介する。

* この記事は、調査及び立法考査局内において、国政審議に係る有用性、記述の中立性、客観性及び正確性、論旨の明晰（めいせき）性等の観点からの審査を経たものです。

* 本文中の意見にわたる部分は、筆者の個人的見解です。

スウェーデンの医療制度と高額療養費制度改革

国立国会図書館 調査及び立法考査局
社会労働課 樋口 修

目 次

はじめに

I スウェーデンの医療制度の概要

- 1 政府体系と医療
- 2 医療機関

II 医療費の自己負担と高額医療費保護

- 1 外来医療
- 2 入院医療
- 3 医薬品

III 医薬品の高額療養費制度改革

- 1 立法過程
- 2 新制度の概要
- 3 改革の背景

おわりに

キーワード：スウェーデン、医療、レギオン、医薬品、高額療養費

要 旨

- ① スウェーデンでは、国、レギオン（広域自治体）、コミューン（基礎自治体）の3層の政府のうち、レギオンが、医療制度を管理・運営する責任の大部分を負っている。医療制度は、租税を財源とする税方式であり、社会保険方式（国民皆保険）をとる我が国とは異なる。
- ② プライマリ・ケアの窓口となる医療機関は、全国に約1,200か所設置されているプライマリ・ケア・センターである。同センターは、家庭医療の専門家である総合診療医のほか、看護師、理学療法士等の様々な職種の者から構成されている。外来専門医療の受診に際しては、プライマリ・ケア・センターの紹介を要件としないレギオンも多く、スウェーデンのプライマリ・ケアのゲートキーパー機能は部分的とされている。病院は、レーン地区病院、レーン病院、医療圏病院〔圏域病院〕に分類され、最高度の医療を提供する医療圏病院〔圏域病院〕は、大学病院を兼ね、全国に7か所設置されている。レギオンに対しては、住民に一定期間内にケア等を行うことが義務付けられている（ケア保証）。
- ③ 医療報酬の支払方式是、プライマリ・ケアについては登録患者の人数に基づいて支払う定額報酬（人頭払い）、外来専門医療及び入院医療については総額予算制が中心である。プライマリ・ケア、外来専門医療、入院医療のいずれについても、医療費の一部に自己負担が課され、また、高額な医療費に対する保護が適用されるが、具体的な金額はレギオンにより異なる。
- ④ 医薬品は処方薬と市販薬に大別され、外来の処方薬と一部の市販薬の費用が、医薬品給付（高額医療費保護）の対象となる。医療機関内で使用される院内薬の費用は、レギオンから事前に支払われる総額予算に含まれているため、患者は受診・入院時の自己負担を除き、追加的自己負担は求められない。他方、医薬品給付（高額医療費保護）の対象ではない市販薬の費用は、全額が自己負担となる。
- ⑤ 医薬品給付（高額医療費保護）の制度は、対象となる医薬品の費用を段階に区分し、当該医薬品への支出額が増加して段階が上昇するに従って減額率が漸増（自己負担率が漸減）し、一定の金額（自己負担限度額）を超える部分は支払が免除され、全額公費負担になるというものである。同制度は、医薬品費を賄う予算の持続可能性を高めることを目的として、2025年7月1日から、自己負担を強化する方向で改正が行われた。

はじめに

我が国における高額療養費制度とは、医療費の家計負担が重くならないよう、医療機関や薬局の窓口で支払う医療費が、1日から末日までの1か月（暦月）で上限額を超えた場合、その超えた額を支給する制度をいう⁽¹⁾。

この高額療養費制度については、2023（令和5）年12月22日に閣議決定された「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」⁽²⁾に「高額療養費自己負担限度額の見直し」が盛り込まれたこと⁽³⁾、また、2024（令和6）年11月15日に開催された全世代型社会保障構築会議⁽⁴⁾で複数の委員から見直しを早急に求める意見があったことを踏まえ、同年11月21日に開催された社会保障審議会⁽⁵⁾の医療保険部会において、見直しの議論が開始された⁽⁶⁾。同年12月の令和7年度予算政府案の決定に際し、政府は、高額療養費制度について、2025（令和7）年8月から各所得区分の自己負担限度額を引き上げる等の見直しを行うこととしたが⁽⁷⁾、与野党、患者団体、保険者等の意見・要望を受けて、同年3月7日、見直し全体についてその実施を見合わせ、同年秋までに、改めて方針を検討し決定することとした⁽⁸⁾。その後、2025（令和7）年5月に、社会保障審議会医療保険部会の下に、「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会」が設置され⁽⁹⁾、同年12月25日に、同部会と同専門委員会の合同会議において、高額療養費制度の見直しを含む医療保険制度改革案の内容が了承されたことが報じられている⁽¹⁰⁾。

公的な医療費保障制度を有する先進国においては、国民が必要とする医療費の多くは保険者あるいは政府部門が支払うのが一般的であるが、一部の医療費について患者の自己負担が求められることがあり、当該負担の考え方や設定方法は国により様々であるとされている⁽¹¹⁾。本稿では、先進国のうち、2025年に医薬品の高額療養費制度改革を行ったスウェーデンについて、その医療制度の概要を提示し、あわせて、当該高額療養費制度改革の内容について紹介する。

*本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2026年4月30日である。

- (1) 「高額療養費制度を利用される皆さまへ」厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/hoken/juuyou/kougakuiryou/index.html>
- (2) 「全世代型社会保障構築を目指す改革の道筋（改革工程）」2023.12.22. 内閣官房ウェブサイト <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_shakaihosho_kochiku/dai10/kaikakukoutei.pdf>
- (3) 同上, p.15.
- (4) 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築する観点から、社会保障全般の総合的な検討を行うため、全世代型社会保障改革担当大臣の下に開催される会議。
- (5) 厚生労働省内に設置された審議会にて、厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項を調査審議する等の事務を行う（厚生労働省設置法第6条及び第7条）。
- (6) 厚生労働省保険局「医療保険制度改革について」（第186回社会保障審議会医療保険部会 配布資料2）2024.11.21, p.4. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001336295.pdf>>; 「高額療養費の患者負担 上限上げ議論開始 厚労省」『日本経済新聞』2024.11.22.
- (7) 「令和7年度社会保障関係予算のポイント」2024.12, pp.3, 15-18. 財務省ウェブサイト <https://www.mof.go.jp/policy/budget/budger_workflow/budget/fy2025/seifuan2025/13.pdf>; 厚生労働省「令和7年度予算案の概要」（第33回社会保障審議会 資料3）2025.2.3, p.20. <<https://www.mhlw.go.jp/content/12602000/001392482.pdf>>
- (8) 厚生労働省保険局「高額療養費制度の見直しについて」（第21回全世代型社会保障構築会議 資料5）2025.6.23, p.2. 内閣官房ウェブサイト <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/dai21/05_siryuu5.pdf>
- (9) 「高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 設置要綱」（第1回高額療養費制度の在り方に関する専門委員会 資料1-1）2025.5.26. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001492846.pdf>>
- (10) 「OTC類似薬、「薬剤料の4分の1」を患者全額負担（特別負担）とし、残りを3割給付する新たな仕組みを創設へ—社保審・医療保険部会」2025.12.26. GemMed website <<https://gemmed.ghc-j.com/?p=72051>>
- (11) 大久保豪「日本、ドイツ、フランス、イギリスにおける患者自己負担制度の違いについて」『医療と社会』31(1), 2021.7, p.45. <https://www.jstage.jst.go.jp/article/iken/31/1/31_31-45/_pdf/-char/ja>

I スウェーデンの医療制度の概要

1 政府体系と医療

スウェーデンの国家体制は、連邦制国家ではない単一主権国家であり、また同国は、中央政府である国 (stat) と2層の地方政府 (広域自治体であるレギオン (region) 及び基礎自治体であるコミューン (kommun)) から構成される、3層制の政府体系をとっている⁽¹²⁾。

医療に関しては、国、レギオン、コミューンの3層の政府がそれぞれ責任を分担するが、医療制度を管理・運営する責任の大部分は、広域自治体であるレギオンが負っている⁽¹³⁾。

(1) 国

(i) 国会と(狭義の)政府

国会 (Riksdagen. 一院制) は、保健・医療分野における立法を通じて、保健・医療の枠組みを定める。また、国会は、保健・医療分野の活動に対する国の一般補助金及び(用途を特定した) 特定補助金を含む、国の予算を決定する⁽¹⁴⁾。

国会が選出する首相 (statsminister) は、他の大臣 (statsråd) と共に、(狭義の) 政府 (regeringen) を構成する。当該政府は、政治の方向性、責務の決定、特定の施策や取組の戦略、国の公的資金の使用方法に関する決定などについて全体的な責任を負う。また、法改正の提案を通じて期待と要求を明確にし、所属する執行機関(後述)に任務を付与し、様々な組織と協定を締結する⁽¹⁵⁾。

このように、保健・医療分野における国会及び(狭義の) 政府の役割は、保健・医療に関する基盤を構築し、方向性を提示し、前提条件を整えることにある⁽¹⁶⁾。

(ii) 執行機関

スウェーデンの中央行政機構は、(狭義の) 政府、すなわち政策の企画・立案を行う政府事務局 (Regeringskansliet) 及びこれを構成する個々の「省 (departement)」と、実務を執行する「執行機関 (myndighet. 「庁」とも訳される。)」が、組織的に分離しているという特徴を有する⁽¹⁷⁾。(狭義の) 政府は、政府傘下の執行機関を、当該執行機関の任務等を定める命令 (政令)、予算、当該執行機関の長の人事等を通じて統制する⁽¹⁸⁾。

(狭義の) 政府において、保健・医療分野を主に所管するのは社会省 (Socialdepartementet)

(12) “Så styrs Sverige,” 2025.12.22. Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://skr.se/kommunerochregioner/sastyrssverige.8287.html>>; 「諸外国の国家体制及び地方公共団体の概要」(第28次地方制度調査会第12回専門小委員会 資料3) 2004.12.3, p.5. 総務省ウェブサイト(国立国会図書館インターネット資料収集保存事業(WARP)により保存されたページ) <https://warp.da.ndl.go.jp/info:ndljp/pid/3567745/www.soumu.go.jp/main_sosiki/singi/chihou_seido/singi/pdf/No28_senmon_12_2.pdf> (なお、当該資料において広域自治体の名称として記載されているランスティング (landsting) は、2019年1月1日までに、全てレギオン (region) と改称している。詳細は後掲注(48)参照。); 西尾勝『行政学 新版』有斐閣, 2001, pp.55-70.

(13) “Så styrs sjukvården i Sverige,” 2025.12.18. Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://skr.se/halsaochsjukvard/sastyrssjukvardenisverige.7651.html>>

(14) *ibid.*

(15) *ibid.*

(16) *ibid.*

(17) 樋口修「スウェーデンの予算過程と近年の国家予算の動向」『レファレンス』887号, 2024.11, p.4. <<https://dl.ndl.go.jp/pid/13798622>>

(18) “Myndigheter och bolag med statligt ägande.” Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/myndigheter-och-bolag-med-statligt-agande/>>

であり、医療費の自己負担問題に関する国レベルの実務は、主に次の執行機関が行っている⁽¹⁹⁾。

① 社会庁 (Socialstyrelsen; [英語] National Board of Health and Welfare)⁽²⁰⁾

保健・医療及び社会福祉サービスに関する国の機関であり、当該分野に関する規則〔庁令〕・ガイドライン等の発出、専門知識の普及支援、健康データ登録簿⁽²¹⁾や公的統計の維持、医療専門職に対する身分証明書(免許)の発行、緊急事態に対する保健・医療及び社会福祉サービスの準備等を行う。

② 医薬品庁 (Läkemedelsverket; [英語] Medical Products Agency)

医薬品及び医療機器の開発、製造、販売を規制・監督する。

③ 歯科・医薬品給付庁 (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV); [英語] Dental and Pharmaceutical Benefits Agency)

国の医薬品給付制度、薬局の取引マージン、代替可能なジェネリック医薬品のリスト、負担軽減制度である高額医療費保護 (högkostnadsskydd) 等を決定し、医療関連製品(医薬品、医療機器、医療機器消耗品等)や歯科治療が、国による補助の対象になるか否かを評価する。

(2) レギオン

レギオンは、基礎自治体よりも広域の地理的範囲に共通する、多額の財源を必要とすることが多い任務を担っている⁽²²⁾。その最大の任務は医療であり、レギオンの支出の約90%は医療に向けられている⁽²³⁾。レギオンのその他の主要な任務には、公共交通と地域開発がある⁽²⁴⁾。レギオンは独自の課税権を有し、その活動の財源は、所得に対して課されるレギオン税 (regionskatt) によって主に賄われるが、(提供するサービスに対する) 手数料収入や国の補助金も活用されている⁽²⁵⁾。2026年4月末現在、スウェーデンには21のレギオンがある。

(3) コミューン

2026年4月末現在、スウェーデンには290のコミュニティがある⁽²⁶⁾。コミュニティは、初等・中等教育、就学前教育、社会福祉サービス、高齢者介護、道路、上下水道等、住民が暮らしの場で利用できる社会サービスの大部分を担っている⁽²⁷⁾。2024年のコミュニティの支出の60%強は、教育、保育、高齢者介護、障害者支援に充てられている⁽²⁸⁾。

スウェーデンにおいては、プライマリ・ケア (primärvård) の医療⁽²⁹⁾及び専門医療 (specialiserad

(19) Jonas F. Ludvigsson et al., "The healthcare system in Sweden," *European Journal of Epidemiology*, 40(5), 2025.5, pp.566-567. <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10654-025-01226-9.pdf>>; 各執行機関ウェブサイトの記述による。

(20) 英語の名称から「保健福祉庁」とも訳される。

(21) 保健・医療の動向を追跡・分析するためのデータの登録簿(データベース)。がん登録簿はその一例である("Register." Socialstyrelsen website <<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/register/>>).

(22) "Så styrs Sverige," *op.cit.*(12)

(23) "Arbetet på regional nivå." Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/arbetet-pa-regional-niva/>>

(24) *ibid.*

(25) *ibid.*

(26) "Arbetet på lokal nivå." Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/sa-styrs-sverige/arbetet-pa-lokal-niva/>>

(27) "Så styrs Sverige," *op.cit.*(12); *ibid.*

(28) Alva Ohlsson, "Kommunernas kostnader," 2025.6.18. ekonomifakta website <https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/offentlig-ekonomi/kommunal-ekonomi/kommunernas-kostnader_1212006.html>

(29) 保健医療法 (Hälso- och sjukvårdslag; スウェーデン法令全書2017年第30号。Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/>) 第2章第6条によるプライマリ・ケア (primärvård) の定義は、同法の改正(ス

vård)⁽³⁰⁾のほとんどは、身体疾患であるか精神疾患であるかにかかわらず、また入院であるか外来であるかにかかわらず、レギオンによって資金供給され、提供体制が組織され、提供されている⁽³¹⁾。これに対してコミュニティは、高齢者向けの居住型ケア（短期滞在住宅（korttidsboende）⁽³²⁾、介護の付いた特別住宅（särskilt boende: SÄBO）⁽³³⁾等）及び在宅ケア（高齢者向けデイケア（dagverksamhet）⁽³⁴⁾等）等を提供し⁽³⁵⁾、また、高齢者や機能障害を有する者に対して、看護・在宅リハビリテーション等の保健医療サービスや介護・日常生活支援等の社会サービスを提供する⁽³⁶⁾。ただし、コミュニティは、一部の例外を除き、医師による医療を提供することはできない⁽³⁷⁾。

2 医療機関

(1) プライマリ・ケア

スウェーデンのプライマリ・ケア⁽³⁸⁾において窓口となる医療機関は、全国に約1,200か所設置されているプライマリ・ケア・センター（vårdcentral）である⁽³⁹⁾。医療ケアを必要とするスウェーデンの住民は、夜間・休日・重病の場合等を除き、プライマリ・ケア・センターで支援を受けることができる⁽⁴⁰⁾。プライマリ・ケア・センターには、通常40～50名の職員がおり、そのうち5名程度が、一般的な症状や疾病の診察、ケア、治療を行う総合診療医（allmänläkare; [英語] general practitioner (GP)）である。総合診療医は家庭医療⁽⁴¹⁾の専門家であり、診察、診断、

スウェーデン法令全書2020年第1043号)により、2021年7月1日以降、「疾患、年齢、患者層を問わず、外来医療を提供する保健医療活動。プライマリ・ケアは、特別な医療資源や技術的資源及びその他の特別な専門知識を必要としない、医学的評価及び治療、看護、予防活動並びにリハビリテーションの形で、当該措置の必要に応える。」とされている。なお、プライマリ・ケアの説明については、後掲注(38)も参照。

(30) プライマリ・ケアで提供可能な範囲を超える専門的な措置を必要とする保健医療活動（“Socialstyrelsens termbank: specialiserad vård.” Socialstyrelsen website <<https://termbank.socialstyrelsen.se/article.php?term=c3BIY2lhbGlzZXJhZCB2w6VyZA==>>）をいう。

(31) Ludvigsson et al., *op.cit.*(19), p.566.

(32) 退院後に一定期間のリハビリテーションを必要とする場合や、介護を行っている親族に休息の機会を提供する場合等に、短期間又は期間を定めて定期的に入居する住宅型宿泊施設（“Elderly care services.” Socialstyrelsen website <<https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/elderly-care-services/>>）。

(33) 24時間体制のサービスとケアを必要とする高齢者のための居住施設。高齢者のニーズに応えるスタッフが常駐し、看護師、理学療法士、作業療法士による医療介入や医師の往診等、日常生活に必要なあらゆる支援を提供する（Boverket, “Bristen på särskilda boenden för äldre är fortsatt stor- Allmänt,” 2025.5.16. <<https://www.boverket.se/sv/samhallsplanering/bostadsmarknad/bostadsmarknaden/bostadsmarknadsenkaten/olika-grupper/aldre/sarskilda/>>）。

(34) 1日の限られた時間に（したがって宿泊を含まない）、特定の施設、個人の自宅又はその他の場所で提供される、個人を対象としたケア（“Tillstånd för öppenvård och dagverksamhet (SoL).” Inspektionen för vård och omsorg website <<https://www.ivo.se/vard-omsorgsgivare/tillstand/sol-verksamheter/oppenvard-dagverksamhet/>>）。

(35) ただし、例外的にストックホルム・レギオン内の大半のコミュニティでは、一般の在宅ケアはレギオンの責務である（Nils Janlöv et al., “Sweden: Health system review 2023,” *Health Systems in Transition*, 25(4), 2023.9, p.129. <<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d23c3dc0-a357-4c59-9bca-07a7ca0a2e08/content>>）。

(36) Ludvigsson et al., *op.cit.*(19), p.566.

(37) “Så styrs sjukvården i Sverige,” *op.cit.*(13)

(38) 国民のあらゆる健康上の問題や疾病に対し、総合的・継続的・全人的に対応する地域の保健医療福祉機能（井伊雅子「「プライマリ・ケア」を中心に日本の医療制度改革にアプローチ」『HQ』Vol.35, 2012.7, p.28. 一橋大学ウェブサイト <https://www.hit-u.ac.jp/hq-mag/chat_in_the_den/222_20180305/>）。なお、スウェーデンの保健医療法におけるプライマリ・ケアの定義については、前掲注(29)を参照。

(39) 2023年現在、全国に1,211か所のプライマリ・ケア・センターが設置されている（Sveriges Kommuner och Regioner, “Statistik om hälso-och sjukvård samt regional utveckling-Verksamhetsåret 2023- Vårdcentraler.” <<https://skr.se/download/18.14fb7b721997a8f53f23d1c7/1758791405604/Statistik-om-halso-och-sjukvard-samt-regional-utveckling-2023.xlsx>>）。

(40) “Så fungerar vården i Sverige.” 2025.4.1. 1177.se website <<https://www.1177.se/sv-se-x-ll/other-languages/other-languages/soka-vard/sa-fungerar-varden-i-sverige/>> 夜間・休日の場合には救急診療センター（jourmottagning）、重病の場合には病院の救急外来（akutmottagning）を受診することが可能である（*ibid.*）。

(41) 年齢・性別・健康状態にかかわらず、家族全員に、生涯にわたる包括的・継続的な医療を提供する医療分野（“Family Medicine.” 2025.9.5. Cleveland Clinic website <<https://my.clevelandclinic.org/health/articles/family-medicine/>>）。

治療を行い、必要に応じて患者を専門医に紹介する。その他の職員は、様々な専門分野の看護師、理学療法士、看護助手、事務職員等の様々な職種の者から構成されている⁽⁴²⁾。

プライマリ・ケア・センターでは、急性の症状、疾病、負傷に関する診察、診断、治療のほか、精神的不調への対応、慢性疾患の管理、臨床検査、理学療法、リハビリテーション等の支援を行っており、また、同センターでは、予防接種、食事指導及び減量支援、運動療法の処方、禁煙及び禁酒の支援等の疾病予防に関する支援を受けることができる⁽⁴³⁾。

プライマリ・ケア・センターには、レギオンが設置・運営する公営 (offentlig regi) の機関と、民間事業者が設置・運営する民営 (privat regi) の機関がある。民営のプライマリ・ケア・センターの比率は2000年代後半に急増し、2007年の26%から2023年には46%に増加している⁽⁴⁴⁾。特にストックホルム・レギオンでは、当該比率は2023年には71%強に達している⁽⁴⁵⁾。

プライマリ・ケアについては、旧保健医療法 (スウェーデン法令全書 1982 年第 763 号)⁽⁴⁶⁾の改正 (スウェーデン法令全書 2009 年第 140 号)⁽⁴⁷⁾により、2010 年 1 月 1 日以降、レギオン⁽⁴⁸⁾内の全ての住民が、プライマリ・ケア・センター及びかかりつけ医 (fast läkarkontakt) を選択することができる「ケア選択制度 (vårdvalssystem)」が、全てのレギオンで導入されている⁽⁴⁹⁾。

ケア選択制度の質的要件を満たす民間の医療提供者は、全て公的資金によるプライマリ・ケアに参入する権利を有しており⁽⁵⁰⁾、希望する場合、レギオンと契約を締結して、公営のプライマリ・ケア・センターと同じ規制に服し、同じ水準の報酬を得て、民営のプライマリ・ケア・センターを公的資金により運営することができる⁽⁵¹⁾。これにより、プライマリ・ケア・センター

(42) Ludvigsson et al., *op.cit.*(19), p.572; "About the Swedish healthcare system," 2020.9.1. Socialstyrelsen website <<https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>>

(43) "Sök vård på rätt mottagning." 2024.2.20. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/sok-var-d-pa-ratt-mottagning/>> なお、妊産婦に対しては助産院 (barnmorskemottagning) が、プライマリ・ケア・センター内又はその近隣などに設置されており、支援を行っている (*ibid.*)。

(44) "Så fungerar vården i Sverige," *op.cit.*(40)

(45) Katarina Wagman, "Vårdcentraler i privat regi," 2025.5.22. ekonomifakta website <https://www.ekonomifakta.se/sakomraden/foretagande/offentlig-sektor/var-dcentraler-i-privat-regi_1210137.html>

(46) Hälso- och sjukvårdslag (1982:763). 同法は、2017 年 4 月 1 日、現在の保健医療法 (スウェーデン法令全書 2017 年第 30 号) (Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), *op.cit.*(29)) に置き換えられ、廃止された。

(47) Lag (2009:140) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Regeringskansliets PDF-samlingar website <<https://rkrattsdb.gov.se/SFSdoc/09/090140.PDF>>

(48) 法改正時にはランスティング (landsting)。2019 年 1 月 1 日までに、全てのランスティングは医療に加えて地域開発等の責務も担うこととなり、レギオンと改称した ("Kommunalt självstyre," 2026.1.7. Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://skr.se/styrningochledningikommunerochregioner/kommunaltselfvstyre.8506.html>>; "Sista landstingen går i graven," 2019.1.1. Sveriges Radio website <<https://www.sverigesradio.se/artikel/7123800>>)。本稿では便宜のため、広域自治体を表す呼称として、時期にかかわらず全て「レギオン」の語を使用する。

(49) 住民は特定のプライマリ・ケア・センターに所属する (「登録する (att lista sig)」という) ことができ、登録しているセンターでかかりつけ医 (fast läkarkontakt) を選択し受診することができる ("Fasta kontakter i vård och omsorg," 2024.3.26. 1177.se website <[https://www.1177.se/sa-fungerar-var-den/sa-samarbetar-var-d-och-omsorg/fast-var-dkontakt---din-hjalp-i-var-d-och-omsorg/](https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/sa-samarbetar-var-d-och-omsorg/fast-var-dkontakt---din-hjalp-i-var-d-och-omsorg/)>)。したがって、かかりつけ医には、プライマリ・ケア・センター所属の総合診療医が選択されることが一般的であるが、レギオンが責任を負う、公的資金によるプライマリ・ケアを提供する医師であれば、プライマリ・ケア・センターに所属していなくても、かかりつけ医として選択される対象になる ("Vilka kan få en fast läkarkontakt och vilka läkare kan väljas?" Kunskapsguiden website <<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/god-och-nara-var-d/fast-lakarkontakt/vilka-kan-fa-en-fast-lakarkontakt-och-vilka-lakare-kan-valjas/>>)。総合診療医以外の医師 (例えば老年医学や小児医学を専門とする医師) が、かかりつけ医になることもあり得る ("Fast läkarkontakt." Västra Götalandsregionen website <<https://www.vgregion.se/halsa-och-var-d/var-dgivarwebben/uppdrag-och-avtal/var-dval-var-dcentral/krav--och-kvalitetsbok-vg-primarvar-d/fast-lakarkontakt-2022/>>)。なお、かかりつけ医を選択している場合でも、プライマリ・ケアにおいて他の医師を受診することは可能であり、あるセンターに登録している場合でも、他のセンターを受診することができる。また、登録しているセンターの変更は、特段の理由がない場合、1 年に最大 2 回まで可能である ("Välja vårdmottagning," 2024.11.15. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-var-den/att-valja-var-dmottagning/valja-var-dmottagning/>>)。

(50) "Vårdval/Hälsoval." Svenska Privatläkarforeningen website <<https://slf.se/privatlakarforeningen/vi-tycker/var-dval-hal-soval/>>

(51) Ludvigsson et al., *op.cit.*(19), p.572; Susanne Steen et al., "Primärvård i Sverige: Uppdrag, organisation, kontinuitet och

を受診する患者の費用負担は、同じレギオン内では、公営・民営を問わず同一になる⁽⁵²⁾。

なお、民間の医師が、レギオンと契約を締結せず、したがって公的資金を受けずに医療の提供を行うことは可能である。この場合、医療費は全額患者の負担となる⁽⁵³⁾。

(2) 専門医療

(i) 外来専門医療

プライマリ・ケア・センターの医師等は、必要に応じて、患者を他の外来専門医療 (specialiserad öppen vård) の医療機関に紹介する。

外来専門医療とは、入院を必要としない専門医療のことであり、紹介に関するルールは、レギオン及び診療科によって異なる。現時点では、神経精神医学的検査の外来専門医療に対してのみ紹介を必要とするレギオンが多くなっており⁽⁵⁴⁾、紹介を必要としない (すなわちほとんどの) レギオン及び診療科では、患者は、プライマリ・ケア・センターの紹介なしに、外来専門医療の受診を直接申し込むことができる。このため、スウェーデンにおけるプライマリ・ケアのゲートキーパー⁽⁵⁵⁾としての機能は、部分的であるとされている⁽⁵⁶⁾。

ただし、受診予約の期日 (いつ診察するか) は、患者の医療ニーズに応じて、外来専門医療の側で決定する⁽⁵⁷⁾。このため、ルール上は紹介を必要としない場合であっても、実際には、診療の優先順位付けを適切に行うために、紹介を必要とする外来専門医療機関もある⁽⁵⁸⁾。また、紹介のない場合、費用が高額になり、待ち時間も長くなることがある⁽⁵⁹⁾。このため、プライマリ・ケア・センターの紹介なしに、外来専門医療の受診を直接申し込むことは、必要な医療を受けるまでの期間がかえって長くなる可能性があり、患者にとって必ずしも有利になるとは限らない。

なお、紹介要件とは別に、患者法 (スウェーデン法令全書 2014 年第 821 号)⁽⁶⁰⁾の規定により、公的資金による外来専門医療についても、2015 年 1 月 1 日以降、患者には、受診する医療機関を選択する機会が法律によって与えられている (同法第 9 章第 1 条)。すなわち、患者は受診を希望する外来専門医療機関を自由に選択した上で、その紹介要件に従う。

prioriteringar,” 2024.12, pp.21-22. Sveriges Kommuner och Regioner website <https://extra.skr.se/download/18.f2b28b1199ffd2ba2f8be59/1762593064942/SKR_A4_Primarvardsrapporten_2024_webbpdf.pdf>

⁽⁵²⁾ “About the Swedish healthcare system,” 2020.9.1. Socialstyrelsen website <<https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/about-the-swedish-healthcare-system/>>

⁽⁵³⁾ “Patientavgifter och högkostnadsskydd,” 2026.1.1. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/patientavgifter/>>; “Privatsjukvård-fördelar och nackdelar,” 2021.12.5. Lakarkatalogen.se website <<https://lakarkatalogen.se/privatvard-for-och-nackdelar/>>

⁽⁵⁴⁾ *ibid.*

⁽⁵⁵⁾ 緊急時を除いて、患者は登録した診療所において、かかりつけ医の診療を受け、かかりつけ医が必要と判断した場合にのみ、専門医の診療や入院医療を受けること (井上祐介「ゲートキーパー」非営利法人研究会編『非営利用語辞典』全国公益法人協会, 2022, p.97. 全国公益法人協会ウェブサイト <https://www.koueki.jp/dic/hieiri_228/>。

⁽⁵⁶⁾ Kristina Laugesen et al., “Nordic Health Registry-Based Research: A Review of Health Care Systems and Key Registries,” *Clinical Epidemiology*, vol.13, 2021.7, p.540. <<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8302231/pdf/clep-13-533.pdf>> これに対して、英国では一般開業医 (GP) が強力なゲートキーパー機能を有しており、患者が GP を経由せずに専門医を受診することはほぼ不可能である (“How general practice in the UK compares internationally.” Royal Medical Benevolent Fund website <<https://rmbf.org/get-help/advice-hub/how-general-practice-in-the-uk-compares-internationally/>>。

⁽⁵⁷⁾ 保健医療法 (スウェーデン法令全書 2017 年第 30 号。前掲注⁽²⁹⁾参照) では、保健医療を最も必要とする者が、優先的に医療を受けることが規定されている (同法第 3 章第 1 条第 2 項)。

⁽⁵⁸⁾ “Remiss och egen vårdbegäran,” 2024.2.16. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/att-valja-varadmottagning/remiss/>>; “Om remisshantering,” 2026.2.2. Region Stockholm website <<https://vardgivarguiden.se/administration/patientadministration/remittering/om-remisshantering/>>

⁽⁵⁹⁾ “About the Swedish healthcare system,” *op.cit.*⁽⁵²⁾ 後掲注⁽⁸²⁾で述べるように、レギオンによっては、かかりつけ医の紹介に基づく場合の外来専門医療の患者自己負担額を、紹介がない場合の金額よりも低く設定している。

⁽⁶⁰⁾ Patientlag (2014:821) Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/>

(ii) 入院医療

入院医療 (sluten vård) とは、医療施設に入院している患者に対して提供される医療をいう (保健医療法第 2 章第 4 条)。入院医療を行う施設として設置されるのが病院 (sjukhus) である (同法第 7 章第 4 条)。入院医療は、患者が外来医療や在宅医療では利用できないリソースを必要とする患者に対して、個別評価を行った上で実施される⁽⁶¹⁾。外来専門医療 (及びプライマリ・ケア) とは異なり、入院医療については、現時点で患者の選択の自由は適用されない。

スウェーデンの病院は、レーン地区病院 (länsdelssjukhus)、レーン病院 (länssjukhus)、医療圏病院〔又は圏域病院〕 (regionsjukhus) の 3 つのレベルに分類され、この順に医療水準が高度になる。最高水準の医療を提供する医療圏病院〔圏域病院〕は、全て大学病院 (universitetssjukhus) を兼ね、現在、スウェーデン全国に 7 か所が設置されている。また、レーン病院は全国に約 20 か所強、レーン地区病院は全国に約 40 か所強が設置されている⁽⁶²⁾。

(3) ケア保証

保健医療法は、レギオンの住民等が、一定期間内に、①プライマリ・ケアとの連絡、②プライマリ・ケアにおける医師又はその他の資格を有する保健医療専門家による医学的評価、③専門医療の受診、④計画的なケア、の 4 つを受けることができることを保証するよう、レギオンに義務付けている (同法第 9 章第 1 条第 1 項)。これをケア保証 (vårdgaranti) という。

具体的には、①ケアを求める者は、診察を申し込んだ同日中に 同人が登録しているプライマリ・ケア・センターと連絡をとることができ、②同センターの医師又はその他の資格を有する保健医療の専門家から、3 日以内に医学的評価を受けることができ、③当該評価の結果、専門医療機関への紹介が行われると (又は紹介を必要としない場合に、ケアを求める者自身が専門医療機関への診療を直接要求すると)、当該専門医療機関は、被紹介者 (要求者) のニーズと支援方法を評価し、専門医療が必要と判断した場合、当該被紹介者 (要求者) は、90 日以内に受診予約を取ることができ、④専門医等が診察の結果、治療が必要と決定した場合、90 日以内に治療 (手術等) を受けることができる、というものである⁽⁶³⁾。

前の段落で下線を施した「0-3-90-90」という日数の期限は、国のケア保証 (den nationella vårdgarantin) であり、各レギオンは、ケア保証の期限を、より短く設定することができる (より長く設定することはできない)⁽⁶⁴⁾。しかし、国のケア保証の「0-3-90-90」の場合には、初診の申込みから治療 (手術等) まで、最長で 183 日 (約 6 か月) かかることになるが、現状ではこの日数の期限でさえ必ずしも遵守されていない⁽⁶⁵⁾。このため、スウェーデンの医療へのア

(61) Jan-Olov Strandell and Maj Rom, *Fakta om vårdplatser*, Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner, 2022, p.16. <https://extra.skr.se/download/18.4ac61f1817ffa40206c0f0/1656659839276/Fakta-om-varldplatser_SKR.pdf>

(62) “Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården- lärdomar från exemplet NKS (Statens offentliga utredningar (SOU) 2020:15),” 2020.4, pp.46-47. Regeringskansliet website <https://www.regeringen.se/contentassets/185c45e051e94e919dda50de34c08248/strukturforandring-och-investering-i-halso--och-sjukvarden-_sou-2020_15.pdf>

(63) “Vårdgaranti,” 2025.7.31. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/lagar-och-bestammelser/vardgaranti/>>; “Om vårdgaranti,” 2025.3.5. Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://extra.skr.se/vantetiderivarden/omvantetider/omvardgaranti.43558.html>>

(64) *ibid.*

(65) 2025 年 11 月の調査では、国のケア保証の「0-3-90-90」の期限内に医療サービスが提供された者の割合は、プライマリ・ケアへの当日中の電話でのコンタクト (本文の具体例①) は 90%、プライマリ・ケアにおける医療評価 (本文の具体例②) は 83%、専門医療の初回診療 (本文の具体例③) は 70%、専門医療の手術その他の治療 (本文の具体例④) は 68% となっている (“Aktuellt vårdgarantiläge.” Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://extra.skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/aktuelltvardgarantilage.46227.html>>).

クセスは非常に悪く、その長い待機期間は、スウェーデンの医療のアキレス腱と言われていることが指摘されている⁽⁶⁶⁾。

なお、ケア保証は、住民登録しているレギオンでのみ有効である。また、プライマリ・ケア・センターでのケアに、ケア保証が適用されるためには、当該センターへの登録が必要である⁽⁶⁷⁾。

II 医療費の自己負担と高額医療費保護

前述のように（第I章1(2)）、スウェーデンは、租税を財源として、政府（特にレギオン及びコミューン）が直接保健医療サービスを給付する税方式の医療制度をとっているが、通常の場合、患者は受診に際して医療費の一部を自己負担（patientavgift）として支払う。

外来医療の自己負担の金額には、高額医療費保護と呼ばれる上限が設定されている⁽⁶⁸⁾。この自己負担（及び高額医療費保護）は、公的医療及びレギオンと契約を締結している民間医療に適用され、レギオンが財政支出を行わない完全な民間医療の場合には、前述のとおり（第I章2(1)）、医療費の全額が患者の自己負担となる⁽⁶⁹⁾。また、入院医療及び医薬品についても、別途、高額医療費保護の仕組みが設定されている⁽⁷⁰⁾。これらの概要は次のとおりである。

1 外来医療

(1) 支払方式

医師等の医療サービスの提供者に対する報酬の支払方式は、原則として各レギオンが個別に決定するが、プライマリ・ケアの外来医療に対する報酬は、登録患者に対するリスク調整済み定額報酬（kapitering; [英語] capitation）が、全てのレギオンにおいて主要な支払方式となっている⁽⁷¹⁾。これは、プライマリ・ケア・センターに登録されている患者の人数に基づいてレギオンが報酬を支払う方式であり、「人頭払い」とも呼ばれる。ただし、定額報酬の算定式は、登録患者に予想される医療ニーズの差異を反映させるため、加重調整・リスク調整が行われている。すなわち、登録患者の年齢構成、登録患者の罹患率を定量化した総合疾病指標（ACG）、プライマリ・ケア・センターの所在地域の社会的困窮指標（CNI）、プライマリ・ケア・センターの地理的位置等によって調整がなされる⁽⁷²⁾。

プライマリ・ケア・センターへの報酬は、この定額報酬が90%以上を占めており、これに加えて、診療やその他の治療過程の措置（診断書の作成、他の医療機関の紹介等）に対する出来高払い（åtgärdsbaserad ersättning; [英語] fee-for-service (FFS))⁽⁷³⁾が5～10%を占め、その他に、利用可能性と治療過程の質を反映した指標に基づく、実績に基づく支払（målrelaterad

(66) 島崎謙治『日本の国民皆保険』筑摩書房、2025、p.27.

(67) “Vårdgaranti,” *op.cit.*(63)

(68) “Patientavgifter och högkostnadsskydd,” *op.cit.*(53)

(69) *ibid.*

(70) *ibid.*; “Läkemedel på recept-kostnader,” 2025.12.23. 1177.se website <<https://www.1177.se/undersokning-behandling/behandling-med-lakemedel/att-fa-recept-och-att-kopa-lakemedel/lakemedel-pa-recept--kostnader/>>

(71) Janlöv et al., *op.cit.*(35), pp.80-81, 86.

(72) *ibid.*

(73) 「出来高払い」とは、細分化された一つひとつの医療行為ごとに点数を設定し、それらを合算する算定方法という（上村知宏「出来高払い」非営利法人研究会編 前掲注65, p.273. 全国公益法人協会ウェブサイト <https://www.koueki.jp/dic/hieiri_648/>）。なお、支払方式の各類型を解説した資料として、亀澤明彦「各国の診療報酬制度—支払い方式を中心に—」『調査と情報—ISSUE BRIEF—』No.1178, 2022.3.3. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_12139809_po_1178.pdf?contentNo=1> がある。

ersättning; [英語] pay-for-performance (P4P))⁽⁷⁴⁾等が若干存在する。ただし、定額報酬以外の支払方式（特に出来高払い）は、全てのレギオンで減少しつつある⁽⁷⁵⁾。

他方、外来専門医療への報酬は、伝統的に総額予算制 (anslagsfinansiering; [英語] global budget) が基盤となっている⁽⁷⁶⁾。総額予算制とは、医療サービスの提供者に、一般的な責務と予想されるニーズに基づいて、一定期間（通常の場合1年間）の運営費を賄うための資金を、固定額で事前に支払う制度をいう⁽⁷⁷⁾。この制度では、提供者が実際に提供する医療サービスの量と、支払額〔報酬〕は直接関連しない。

この総額予算制のみを、外来専門医療の報酬の支払方式として採択しているレギオンもあるが、他の支払方式を組み合わせるレギオンも見られる⁽⁷⁸⁾。補完的に使用されている主な支払方式としては、1件ごとの包括支払制 (DRG-ersättning; [英語] DRG-based payment 又は case-based payment. DRG は、Diagnosis Related Group (診断群分類) の略称) がある。これは、①様々な疾病を、病状や医療資源（人件費、材料費等）の消費量等に基づいて、類似したグループ (DRG グループ) に分類し、②ある1件の受診が、どの DRG グループに分類するかを決定し、③当該 DRG グループに関して事前に決定された固定額の報酬を受けるというものである⁽⁷⁹⁾。このほか、定額報酬（人頭払い）、出来高払い、実績に基づく支払も、補完的な支払方式として使用されているとの指摘が見られる⁽⁸⁰⁾。

(2) 自己負担

外来医療の自己負担額はレギオンによって異なる。2026年には、プライマリ・ケアにおけるかかりつけ医の受診には、1回につき 200SKR ～ 400SKR (SKR はスウェーデン・クローナ。邦貨換算額⁽⁸¹⁾では約 3,441 円～約 6,882 円)、専門医の受診には、1回につき 200SKR ～ 460SKR (約 3,441 円～約 7,914 円) の自己負担が課される⁽⁸²⁾。例えばストックホルム・レギオンの場合、2026年の自己負担額は、プライマリ・ケアにおけるかかりつけ医の受診の場合も、専門医の受診の場合も同額で、1回につき 275SKR (約 4,731 円) となっている⁽⁸³⁾。

(74) 「実績に基づく支払」とは、医療の実績 (performance) を評価し、その結果に基づいて医療提供者に経済的インセンティブを与える制度をいう (田辺智子「医療の質と「実績に基づく支払 (P4P)」—諸外国の事例を中心に—」『レファレンス』819号, 2019.4, p.82. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_11275351_po_081905.pdf?contentNo=1>。

(75) Janlöv et al., *op.cit.*(35), pp.81, 84.

(76) *ibid.*, p.83.

(77) Socialstyrelsen, “Ersättningsmodeller och nationell vårdförmedling- Informationsunderlag kring ersättningsmodeller inom specialiserad vård,” 2025.3, pp.26-27. <<https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/b83f4ebbc0e94ecaba8d0968732716e6/20250602-ersattning-modeller-och-nationell-vardfordmedling.pdf>>

(78) Janlöv et al., *op.cit.*(35), p.83.

(79) Socialstyrelsen, *op.cit.*(77), pp.13-14.

(80) Janlöv et al., *op.cit.*(35), pp.83-84; Anna H. Glenngård, “The Swedish Health Care System,” Roosa Tikkanen et al., eds., 2020 *International Profiles of Health Care Systems*, New York: The Commonwealth Fund, 2020, pp.184-186. <https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2020-12/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf>; Sveriges Kommuner och Regioner, “Ersättningsmodeller i specialiserad vård- Delrapport 2 i projektet Ändamålsenliga ersättningsmodeller,” 2022, pp.11-17. Rådet för främjande av kommunala analyser website <<https://rka.nu/download/18.1cb6251b183d12af1ed4f158/1666339343029/8047-034-6.pdf>>

(81) スウェーデン・クローナ (SKR) の邦貨換算額は、2026年4月分の報告省令レート (日本銀行ウェブサイト <https://www.boj.or.jp/about/services/tame/tame_rate/syorei/data/hou2604.xlsx>) に基づく対日本円相場の 1SKR=17.205 円による。本稿では、時期にかかわらず、この邦貨換算レートを使用する。

(82) “Patientavgifter 2026.” Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://skr.se/download/18.57298aba19b9ba7c298f01a0/1768224501062/Patientavgifter%202026.pdf>> ただし、プライマリ・ケアからの紹介により専門医を受診する場合には、専門医初診時の自己負担額が 100SKR (邦貨換算額では約 1,721 円) となるレギオンもある (*ibid.*)。

(83) *ibid.* なお、ストックホルム・レギオンでは、プライマリ・ケアからの紹介により専門医を受診する場合でも、専門医初診時の自己負担額は低減せず、1回につき 275SKR (約 4,731 円) である (*ibid.*)。

なお、85歳以上の患者に対しては、外来医療の自己負担は課されない（保健医療法第17章第3条）。また、18歳未満の子ども・若者に対しても、各レギオンの決定により、外来医療の自己負担は課されない⁽⁸⁴⁾。

(3) 高額医療費保護

外来医療の自己負担額⁽⁸⁵⁾は、1年間に、①社会保険法典（スウェーデン法令全書2010年第110号）⁽⁸⁶⁾第2章第6条及び第7条に基づく価格基準額（prisbasbelopp）の0.025倍の金額（50SKR単位の金額とし、端数は切捨て）か、又は、②当該個人の所属するレギオンが定める、より低い金額を、超過することはできない（保健医療法第17章第6条）。

価格基準額は、基準数値である36,396に、当該価格基準額が関係する前年6月の一般の価格状況と、1997年6月の当該状況との関係を示す比較数値（すなわち、この期間の物価上昇幅）を乗ずることにより、毎年算出される（社会保険法典第2章第6条及び第7条。なお、端数は最も近い100SKR単位の金額に切り上げる（同法典第2章第7条））。

2026年の価格基準額は、59,200SKRと算出されており⁽⁸⁷⁾、ここから2026年における外来医療の1年間の自己負担額の上限額は、1,450SKR（約24,947円）となる⁽⁸⁸⁾。

この上限額の起算点は、個人が初めて外来医療を受診し、自己負担額を支払った日である。この日から起算して1年間（12か月間）の間に、外来医療の支払額が1,450SKRに到達すると、スウェーデン全土で有効な無料カード（frikort）が発行され、1年間の残りの期間は、外来医療の自己負担が不要となる。1年間が経過すると、次回の上限額に到達するまで、再び自己負担が発生する⁽⁸⁹⁾。

2 入院医療

(1) 支払方式

病院に対する報酬の支払方式は、入院診療と外来専門診療を合わせて、総額予算制が中心であり、これに1件ごとの包括支払制、実績に基づく支払を組み合わせて行われる⁽⁹⁰⁾。

⁽⁸⁴⁾ Socialdepartementet, “Kostnadsfria läkemedel för barn (Departementsserien (Ds) 2014:42),” 2014.11, p.14. Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/contentassets/b89edbf7cacc42ea8a2d9e459eb4c5b5/kostnadsfria-lakemedel-for-barn-ds-201442/>> 各レギオンは、外来医療等の自己負担の免除を決定する権限を有している（*ibid.*）。なお、「18歳未満」は、自己負担免除の終了年齢が最も低いレギオン（ストックホルム・レギオン等）の例であり、多くのレギオンでは、「20歳未満」の子ども・若者について、外来医療の自己負担の免除が決定されている（“Patientavgifter och högkostnadsskydd,” *op.cit.*(53)）。

⁽⁸⁵⁾ 厳密には、外来診療の自己負担額に加えて、重篤な疾病又はその治療後に継続的に必要となる消耗品への支払額、疾病の治療の一環として行う歯科治療への支払額などの合計額をいう（保健医療法第17章第6条第1項）。

⁽⁸⁶⁾ Socialförsäkringsbalk (2010:110) Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialforsakringsbalk-2010110_sfs-2010-110/>

⁽⁸⁷⁾ “Prisbasbelopp för 2026 fastställt,” 2025.9.18. Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2025/09/prisbasbelopp-for-2026-faststallt/>>

⁽⁸⁸⁾ “Patientavgifter i hälso- och sjukvården i alla regioner 2026,” 2026.1.20. Sveriges Kommuner och Regioner website <<https://skr.se/halsaochsjukvard/ekonomiochavgiftersjukvard/patientavgifteriallaregioner.7874.html>> $59,200 \times 0.025 = 1,480$ であり、切捨てによって50SKR単位の金額（1,480 → 1,450）になる。

⁽⁸⁹⁾ “Högkostnadsskydd för öppenvård,” 2026.1.1. 1177.se website <<https://www.1177.se/sa-fungerar-varden/kostnader-och-ersattningar/hogkostnadsskydd-for-oppenvard/>>

⁽⁹⁰⁾ Glenngård, *op.cit.*(80), pp.185-186; “Healthcare Technologies Resource Guide: Healthcare-Sweden, Reimbursement.” U.S. International Trade Administration website <<https://www.trade.gov/healthcare-resource-guide-sweden>>

(2) 自己負担と高額医療費保護

入院医療の1日当たり自己負担額は、社会保険法典第2章第6条及び第7条に基づく価格基準額の0.0023倍の金額（10SKR単位の金額とし、端数は切捨て）を上限とする（保健医療法第17章第2条）。2026年の当該上限額は、130SKR（約2,237円）となっている⁽⁹¹⁾。

なお、一部のレギオンでは、長期入院等の場合、自己負担額の上限が更に引き下げられる⁽⁹²⁾。

3 医薬品

スウェーデンの場合、外来薬局（öppenvårdsapotek⁽⁹³⁾）で販売される医薬品の費用は、原則として全額自己負担であるが、対象となる医薬品の購入費用が一定金額に達すると、段階的な比率で償還（公的部門の支払）が行われ、自己負担の純額が1年間の負担上限額に到達した段階で、償還率が100%（全額公費負担）になる方式で、高額医療費保護が行われる。その詳細は次のとおりである。

(1) 支払方式

(i) 外来の処方薬

医薬品は、医師の処方せんに基づいて使用される処方薬（receptbelagda läkemedel）と、処方せんがなくても薬局等で購入することができる市販薬〔OTC医薬品〕（receptfria läkemedel）に大別される。このうち、医薬品の購入費用に対する償還が問題となるのは、主に外来の処方薬についてである。なぜなら、病院等の医療機関の院内で使用される医薬品（院内薬）は、処方薬であるか市販薬であるかを問わず、医療提供者によって調達されるが、前述のように（1（1）及び2（1））、医療提供者に対しては、定額報酬や総額予算制によって既に包括的に支払が行われているからである（ただし、特に高価な院内薬については、包括支払の枠外で、出来高払いによる償還が行われる。）⁽⁹⁴⁾。また、外来の市販薬については、後述するように、一部の例外を除き、原則として償還の対象ではないからである⁽⁹⁵⁾。

スウェーデンにおける医薬品の販売承認は、医薬品庁により審査される（医薬品法（スウェーデン法令全書2015年第315号）第4章第11条第1項）⁽⁹⁶⁾。同庁は、販売承認を行う際に、当該医薬品が処方薬か市販薬かを明示しなければならない（同法第4章第20条第1項）。このうち処方薬に分類された医薬品については、当該医薬品の販売者（製薬会社等）は、当該医薬品が、実質的な償還制度である医薬品給付（läkemedelsförmån）の対象となるよう申請する（医

(91) “Patientavgifter i hälso- och sjukvården i alla regioner 2026,” *op.cit.*(88) 59,200 × 0.0023=136.16 であり、端数を切り捨てて 10SKR 単位の金額とするため、136.16 → 130 になる。

(92) “Patientavgifter och högkostnadsskydd,” *op.cit.*(53) 例えば、イエンスェーピング・レーン・レギオン（Region Jönköpings län）では、入院医療の自己負担額は、同一治療期間中の1日目（治療開始日）から10日目までは1日当たり130SKRであるが、その後は1日当たり110SKR（約1,893円）となる（“Patientavgifter 2026,” *op.cit.*(82)）。

(93) 外来薬局（öppenvårdsapotek）とは、処方せんを調剤してもらうために人が訪れる薬局をいう（“Apotek.” Läkemedelsverket website <<https://www.lakemedelsverket.se/sv/handel-med-lakemedel/apotek>>）。

(94) 「諸外国での費用対効果評価の活用方法—福田参考人提出資料—」（第9回 中央社会保険医療協議会 費用対効果評価専門部会 配布資料2）2013.4.10, p.12. 厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002zgsd-att/2r9852000002zgw6_1.pdf>; Per Hedman et al., “Pricing & Reimbursement Laws and Regulations 2025 —Sweden,” 2025.8.27. Global Legal Insights website <<https://www.globallegalinsights.com/practice-areas/pricing-reimbursement-laws-and-regulations/sweden/>> なお、医薬品の価格決定の詳細に関しては、伊藤暁子「イギリス及びスウェーデンの医療制度と医療技術評価（現地調査報告）」『レファレンス』753号, 2013.10, pp.111-123. <https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_8328287_po_075305.pdf?contentNo=1> 等に記載がある。

(95) Hedman et al., *ibid.*

(96) Läkemedelslag (2015:315) Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/lakemedelslag-2015315_sfs-2015-315/>

薬品の給付等に関する法律（スウェーデン法令全書 2002 年第 160 号。以下「医薬品給付法」という。）第 8 条⁽⁹⁷⁾。医薬品給付とは、その対象となる医薬品等の購入に伴う高額な費用に対する保護のことであり（医薬品給付法第 5 条第 1 項）、高額医療費保護もその中に含まれる。

いかなる医薬品を償還の対象に含めるかは、形式的にはレギオンの決定する事項である。しかし、医薬品給付の対象となる医薬品には、品目ごとに国からレギオンへの補助金が拠出され、当該補助金は、対象となる医薬品の費用の大部分を賄うものとなっている。このため、医薬品給付の対象となるか否か（すなわち、補助金拠出の可否）に関する国の決定は、実質的に償還範囲を決定するものとなっている⁽⁹⁸⁾。また、スウェーデンの市場で外来の処方薬を販売する上で、当該医薬品が医薬品給付の対象に含まれることは、法的には義務付けられていない。しかし、ほとんどの外来の処方薬は、医薬品給付の対象とならない場合、販売が商業的に成り立たないとされており⁽⁹⁹⁾、販売者である製薬会社等の側にも、医薬品給付を申請する動機が存在している。

TLV は、当該医薬品が医薬品給付の対象となるか否かを決定し、医薬品給付の対象となる場合、外来薬局が取り扱う当該医薬品に適用される価格（外来薬局の仕入価格（inköpspris）及び患者への販売価格（försäljningspris））も決定する（医薬品給付法第 7 条）。

この決定は、当該医薬品を使用する費用が、保健医療法第 3 章第 1 条の規定⁽¹⁰⁰⁾を考慮して、医学的、人道的、社会経済的観点から妥当であると認められ、かつ、当該医薬品の意図される効果と有害作用とのバランスを考慮した評価（いわゆるベネフィット・リスク評価）において、より適切であると判断される他の医薬品又は治療法が存在しない場合にのみ行われる（医薬品給付法第 15 条）。医薬品給付を申請する販売者（製薬会社等）は、当該医薬品がこの要件を満たしていることを証明し、価格の決定に必要な書類を提出しなければならない（医薬品給付法第 8 条第 1 項）。

なお、避妊具、ストーマ（手術によって腹部に造られた便や尿の排泄（はいせつ）口）用品、病気のため体内に薬剤を投与するための消耗品（糖尿病患者のインスリン注射針等）、服薬の自己監視のための消耗品（尿糖試験紙等）は、医薬品給付の対象に含まれる（医薬品給付法第 18 条）。

（ii）市販薬

市販薬は、原則として医薬品給付（すなわち償還）の対象ではなく、薬局の仕入価格は、製薬会社（あるいは卸売業者）との交渉により決定され、患者の購入費用は、全額自己負担となる。

ただし、医薬品給付法第 17 条、及び同法の下位法令である「医薬品の給付等に関する命令」（スウェーデン法令全書 2002 年第 687 号）⁽¹⁰¹⁾ 第 5 条により、TLV は、特定の市販薬を医薬品給付の対象とするための条件に関する命令（庁令）を発することができる。当該庁令⁽¹⁰²⁾によれば、市販薬は、外来の処方薬に関して定める医薬品給付法第 15 条の条件（前出 3（1）（i））

⁽⁹⁷⁾ Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2002160-om-lakemedelsformaner-m-m_sfs-2002-160/>

⁽⁹⁸⁾ 「諸外国での費用対効果評価の活用方法—福田参考人提出資料—」前掲注⁽⁹⁴⁾, pp.12-13; Hedman et al., *op.cit.*⁽⁹⁴⁾

⁽⁹⁹⁾ Hedman et al., *ibid.*

⁽¹⁰⁰⁾ 保健医療法第 3 章第 1 条は、①保健・医療の目標は、良好な健康とケアを全ての住民に対して平等に提供することであること、②ケアは、全ての人の平等な価値と個人の尊厳を尊重して提供されなければならないこと、③保健・医療を最も必要とする者が、ケアを優先的に受けることができなければならないこと、などを規定する。

⁽¹⁰¹⁾ Förordning (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/forordning-2002687-om-lakemedelsformaner-m-m_sfs-2002-687/>

⁽¹⁰²⁾ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter (TLVFS 2003:2) om receptfria läkemedel enligt lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.（「医薬品給付法（スウェーデン法令全書 2002 年第 160 号）に基づく市販薬に関する歯科・医薬品給付庁令（TLVFS 2003 年第 2 号）」）Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <https://www.tlv.se/download/18.2863d50f15f9b0b125bde2a6/1510819045985/tlvfs_2003_2_konsoliderad.pdf>

を当該市販薬も満たしており⁽¹⁰³⁾、かつ、TLV が、当該市販薬が医薬品給付の対象であることを決定し、仕入価格及び販売価格を定めた場合에만、医薬品給付の対象となる（同庁令第3条及び第4条第1項）。2025年8月に公表された資料では、この規定により、特定のアレルギー治療薬、皮膚疾患治療薬、胃腸疾患治療薬等の市販薬が、医薬品給付の対象に含まれていることが述べられている⁽¹⁰⁴⁾。なお、医薬品給付の対象に含まれる市販薬に対して、実際に給付が行われる（補助金が支給される）ためには、以上の要件を満たしていることに加えて、当該市販薬に対して医師の処方せんが出ていることが必要である⁽¹⁰⁵⁾。

(iii) 院内薬

TLVにより価格が決定される外来の処方薬とは異なり、院内薬の仕入価格の決定は、病院等の医療機関と製薬会社（あるいは卸売業者）との交渉により行われる⁽¹⁰⁶⁾。ただし、前述のように、特に高価な院内薬については、出来高払いによる償還が行われる。また、レギオン及び公営の医療機関は、院内薬の調達に際して、公共調達法（スウェーデン法令全書2016年第1145号）⁽¹⁰⁷⁾の規定を遵守しなければならない⁽¹⁰⁸⁾。

(iv) 医薬品価格の概要

以上の医薬品価格に関する説明内容を要約すると、表1のようになる。

表1 医薬品価格の概要

用途	医薬品庁による当該薬の分類	仕入価格の決定方法	販売価格の決定方法	医薬品給付（高額医療費保護）の対象
外来薬局での販売 ^(注1)	処方薬	医薬品給付の対象内の処方薬は、TLV ^(注2) が仕入価格を決定。	医薬品給付の対象内の処方薬は、TLVが販売価格を決定。他は自由価格。	原則対象内
	市販薬	外来薬局と製薬会社（又は卸売業者）との交渉 ただし医薬品給付の対象内の市販薬は、TLVが仕入価格を決定。	原則は自由価格。 ただし医薬品給付の対象内の市販薬は、TLVが販売価格を決定。	原則対象外 一部対象内
医療機関内での使用 (院内薬)	処方薬	医療機関と製薬会社（又は卸売業者）との交渉 ^(注3)	プライマリ・ケア、外来専門医療、入院医療の費用に含まれており、患者は院内薬の費用を別途支払う必要はない。	対象外
	市販薬			

(注1) 外来薬局で販売される医薬品の費用は、原則として全額自己負担である。

⁽¹⁰³⁾ ただし、①禁煙補助薬、②自然薬（植物界に由来するものではない天然由来の薬で、動物由来の成分、細菌培養物、ミネラル又は食塩、のいずれかを含むもの。例えば、魚油に含まれるオメガ3脂肪酸や、乳酸菌等がこれに含まれる。）、③医薬品庁が承認した特定の外用薬については、医薬品給付法第15条の条件を満たすか否かにかかわらず、医薬品給付の対象にはならない（「医薬品給付法（スウェーデン法令全書2002年第160号）に基づく市販薬に関する歯科・医薬品給付庁令（TLVFS 2003年第2号）」第4条第2項；“Läkemedel för särskilda behov (Regeringens proposition (Prop.) 2015/16:143),” 2016.3.31, pp.39-40. Riksdagen website <<https://data.riksdagen.se/fil/91B8FB80-299D-417A-9971-BC394051AF2F>>）。

⁽¹⁰⁴⁾ Hedman et al., *op.cit.*⁽⁹⁴⁾

⁽¹⁰⁵⁾ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), “Handbok för företag vid ansökan om subvention och pris för läkemedel (version 6.0),” 2011.10.12 (revised 2025.6.19), p.6. <https://www.tlv.se/download/18.c1e7fe0188338c0d964cb15/1750675141777/handbok_ansokan_subvention_pris_foretag.pdf> したがって、我が国のいわゆる「OTC類似薬」（市販薬と有効成分が類似する処方薬）の自己負担の問題は、スウェーデンでは、ある市販薬が医薬品給付（高額医療費保護）の対象に繰り入れられるか否か、という問題の形で出現し得ると考えられる。

⁽¹⁰⁶⁾ 「諸外国での費用対効果評価の活用方法—福田参考人提出資料—」前掲注⁽⁹⁴⁾, p.12.

⁽¹⁰⁷⁾ Lag (2016:1145) om offentlig upphandling. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-20161145-om-offentlig-upphandling_sfs-2016-1145/>

⁽¹⁰⁸⁾ Hedman et al., *op.cit.*⁽⁹⁴⁾

(注2) TLV：スウェーデン歯科・医薬品給付庁

(注3) 特に高価な院内薬については、医療機関に対して、出来高払いによる償還が行われる。

(出典) 筆者作成

これらの結果、同一の処方薬であっても、外来の処方薬について TLV が決定した仕入価格と、院内薬についてレギオンの公共調達により決定した仕入価格が、異なることは当然にあり得る。また、同一の市販薬であっても、外来薬局が交渉により決定した仕入価格と、院内薬についてレギオンの公共調達により決定した仕入価格が、異なることは当然にあり得る⁽¹⁰⁹⁾。

(2) 自己負担と高額医療費保護

院内薬の費用については、前述のとおり (3 (1))、医療機関の受診・入院時の費用に含まれており、患者が追加負担を求められることはない。他方、外来薬局で販売される市販薬（医薬品給付（高額医療費保護）の対象となるものを除く。）については、費用は全額自己負担となる⁽¹¹⁰⁾。

このほか、法令等により、自己負担が免除又は軽減される医薬品等には、次のものがある⁽¹¹¹⁾。

- ・ 18 歳未満の子どもと若者に対しては、医薬品給付（高額医療費保護）の対象となる医薬品は、無料で提供される（医薬品給付法第 19 条第 1 項）。
- ・ 21 歳未満の者に対しては、医薬品給付（高額医療費保護）の対象となる避妊具は、無料で提供される（医薬品給付法第 19 条第 2 項）。
- ・ 糖尿病の治療に使用するインスリンには、自己負担は課されない。処方せんがあれば無料で受け取ることができる。
- ・ 病気のため体内に薬剤を投与するための消耗品、服薬の自己監視のための消耗品は、無料で提供される（医薬品給付法第 19 条第 3 項）。
- ・ 特定の疾病（セリアック病⁽¹¹²⁾、牛乳アレルギー等）を持つ 16 歳未満の子どもに対して、医師が処方する特別な栄養目的の食品は、最長 90 日分の購入に対して、120SKR（約 2,065 円）を超える金額を支払うことはない（医薬品給付法第 20 条）。なお、この減免措置は医薬品給付（高額医療費保護）には含まれない（同条）。
- ・ 感染症法（スウェーデン法令全書 2004 年第 168 号）⁽¹¹³⁾の対象となる疾病に感染している者に対する、他者への感染を防ぐための医薬品（例. ヒト免疫不全ウイルス（HIV）への抗ウイルス薬）の費用は、レギオンが全額負担する。

これらの事例を別にした、外来の処方薬及び一部の市販薬の費用に関する患者の自己負担については、医薬品給付（高額医療費保護）の制度が設定されており、同制度は 2025 年 7 月 1 日に改正が行われた。ここでは、2025 年 6 月 30 日現在の同制度（以下「旧制度」という。）について概観し、改正後の制度（以下「新制度」という。）については、改正に至る背景と旧制度からの改正点を中心に、第 III 章で紹介する。

⁽¹⁰⁹⁾ *ibid.*

⁽¹¹⁰⁾ “Det här betalar du för dina läkemedel,” 2025.8.14. FASS website <<https://fass.se/portal-document/this-is-what-you-pay-for-your-medicines>>

⁽¹¹¹⁾ “Läkemedel på recept-kostnader,” *op.cit.*⁽⁷⁰⁾

⁽¹¹²⁾ 小麦等に含まれるグルテンに対する免疫反応が引き金となって起こる慢性自己免疫疾患。小腸の粘膜が炎症を起こし下痢等を発症する（「ノングルテン米粉表示と欧米のグルテンフリー表示との比較」農林水産省ウェブサイト <<https://www.maff.go.jp/j/seisan/keikaku/komeko/attach/pdf/180615-1.pdf>>）。

⁽¹¹³⁾ Smittskyddslag (2004:168) Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svenskforfattningssamling/smittskyddslag-2004168_sfs-2004-168/>

(3) 旧制度の概要

医薬品給付（高額医療費保護）の制度は、対象となる医薬品（外来の処方薬及び一部の市販薬等）の費用を段階（trappsteg）に区分し、当該医薬品への支出額が増加して段階が上昇するに従って減額率が漸増（自己負担比率が漸減）し、一定の額（自己負担限度額）を超える部分は支払が免除される（全額公費負担）というものである。根拠法令は医薬品給付法第5条である。

2025年6月30日現在の高額医療費保護制度（旧制度）の内容は、表2に示すとおりである。医薬品給付法第5条では、自己負担限度額、医薬品費の段階区分（①）、各段階の減額率（100%から当該減額率を引いたものを自己負担比率（③）とする）を規定しており、この規定を具体的な金額に落とし込んだものが、具体的な医薬品費の金額帯（②）と、自己負担総額（④）である。

対象となる医薬品を初めて購入した日に、12か月の高額医療費保護期間（högstknadsperiod）が起算される。ある暦年に適用される自己負担限度額は、価格基準額の0.05倍に相当する金額である（医薬品給付法第5条第3項）⁽¹¹⁴⁾。価格基準額は、本制度とは独立に毎年決定されており、2025年の金額は、58,800SKRである。このため、2025年の自己負担限度額は、2,900SKR（約49,895円）となる⁽¹¹⁵⁾。

表2 医薬品に関する高額医療費保護（旧制度：2025年6月30日現在）

	①対象医薬品費の段階区分	②具体的な対象医薬品費の金額帯	③自己負担比率	④自己負担総額
(段階前)	自己負担限度額の50%以下	0～1,450 SKR	100%	0～1,450 SKR
第1段階	自己負担限度額の50%超 95.4%以下	1,451～2,768 ^(注) SKR	50%	1,451～2,109 SKR
第2段階	自己負担限度額の95.4%超 177.3%以下	2,769～5,142 SKR	25%	2,110～2,703 SKR
第3段階	自己負担限度額の177.3%超 245.4%以下	5,143～7,117 SKR	10%	2,704～2,900 SKR
(段階超)	自己負担限度額の245.4%超	7,118～SKR	0%	2,900 SKR (自己負担限度額)

(注) 自己負担限度額の0.954倍は、計算では $2,900 \times 0.954 = 2,766.6 \rightarrow 2,767$ となるが、具体的な金額帯の形で示している歯科・医薬品給付庁（TLV）の資料では、2,768SKRとなっており、本稿でも後者に従った。

(出典) Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2002160-om-lakemedelsformaner-m-m_sfs-2002-160/>; “Uppdaterat högstknadsskydd för läkemedel (Regeringens proposition (Prop.) 2024/25:144),” 2025.3.13, pp.4-5. *ibid.* <<https://data.riksdagen.se/fil/565BAD5D-9142-44CE-874E-C243E36223CF>>; “Höjt tak i högstknadsskyddet 2025,” 2024.12.27. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2024-12-27-hojt-tak-i-hogstknadsskyddet-2025.html>> を基に筆者作成。

この自己負担限度額の0.5倍（1,450SKR（約24,947円））に達するまでの医薬品費については、全額が患者の自己負担となる（医薬品給付法第5条第4項）。その後は、高額医療費保護段階（högstknadsstrappa）に従って減額率が漸増（自己負担比率が漸減）し、追加分の自己負担額は徐々に少なくなる。具体的な自己負担額の試算例は、表3のとおりである。

ある高額医療費保護期間において、累計の自己負担額が2,900SKRに到達すると、当該保護

(114) 本章3(3)で引用する医薬品給付法の条文は、2025年6月30日現在のものである。

(115) $58,800 \times 0.05 = 2,940 \rightarrow 2,900$ SKR（50SKR単位の金額とし、端数は切捨て。医薬品給付法第5条第3項）なお、2025年の価格基準額については、“Prisbasbelopp för 2025 fastställt,” 2024.9.12. Regeringskansliet website <<https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2024/09/prisbasbelopp-for-2025-faststallt/>> による。

期間（12 か月間）の残りの期間は、自己負担が免除される。すなわち、この残りの期間有効な「医薬品無料カード」(frikort för läkemedel) が発行され、カードの有効期間中は、これ以上の医薬品費の支払は不要となる（医薬品給付法第 5 条第 4 項及び第 5 項）⁽¹¹⁶⁾。

なお、2026 年の価格基準額は、59,200SKR と算出されている⁽¹¹⁷⁾。これに伴う物価スライドにより、2025 年 6 月 30 日までに 12 か月の高額医療費保護期間が起算された者（後述の新制度が適用されない「旧制度適用者」）は、自己負担限度額が増加するため⁽¹¹⁸⁾、2026 年の高額医療費保護制度は、表 4 のようになる。（価格基準額の変動に伴う物価スライドは、医薬品給付（高額医療費保護）制度の改正によるものではない。）

表 3 医薬品の自己負担額の試算例（旧制度：2025 年 6 月 30 日現在）

対象医薬品の購入累計額	自己負担額の試算
① 2,500SKR (約 43,013 円)	1,450 [段階前] + (2,500 - 1,450) × 0.5 [第 1 段階] = 1,975SKR (約 33,980 円)
② 5,000SKR (約 86,025 円)	1,450 [段階前] + (2,768 - 1,450) × 0.5 [第 1 段階] + (5,000 - 2,768) × 0.25 [第 2 段階] = 2,667SKR (約 45,886 円)
③ 7,500SKR (約 129,038 円)	1,450 [段階前] + (2,768 - 1,450) × 0.5 [第 1 段階] + (5,142 - 2,768) × 0.25 [第 2 段階] + (7,117 - 5,142) × 0.1 [第 3 段階] + (7,500 - 7,117) × 0 [段階超] = 2,900SKR (約 49,895 円)

(注) SKR: スウェーデン・クローナ (スウェーデンの通貨単位) 1 SKR=17.205 円 (2026 年 4 月分報告省令レート) (出典) 筆者作成。

表 4 2026 年の医薬品に関する高額医療費保護（旧制度適用者）

	①対象医薬品費の段階区分	②具体的な対象医薬品費の金額帯	③自己負担比率	④自己負担総額
(段階前)	自己負担限度額の 50% 以下	0 ~ 1,475 SKR	100%	0 ~ 1,475 SKR
第 1 段階	自己負担限度額の 50% 超 95.4% 以下	1,476 ~ 2,815 SKR	50%	1,476 ~ 2,145 SKR
第 2 段階	自己負担限度額の 95.4% 超 177.3% 以下	2,816 ~ 5,231 SKR	25%	2,146 ~ 2,749 SKR
第 3 段階	自己負担限度額の 177.3% 超 245.4% 以下	5,232 ~ 7,240 SKR	10%	2,750 ~ 2,950 SKR
(段階超)	自己負担限度額の 245.4% 超	7,241 ~ SKR	0%	2,950 SKR (自己負担限度額)

(出典) Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2002160-om-lakemedelsformaner-m-m_sfs-2002-160/>; "Taket i högkostnadsskyddet blir högre den 1 januari," 2026.1.1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2026-01-01-taket-i-hogkostnadsskyddet-blir-hogre-den-1-januari.html>> を基に筆者作成。

(4) ジェネリック医薬品への交換

スウェーデンにおいては、医薬品費の節減のため、互換性のある医薬品は同等であるとの前提に立ち、ジェネリック医薬品⁽¹¹⁹⁾への交換が義務付けられている。すなわち、外来薬局は、

⁽¹¹⁶⁾ "Läkemedel på recept-kostnader," *op.cit.*(70); "Höjt tak i högkostnadsskyddet 2025," 2024.12.27. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2024-12-27-hojt-tak-i-hogkostnadsskyddet-2025.html>>

⁽¹¹⁷⁾ "Prisbasbelopp för 2026 fastställt," *op.cit.*(87)

⁽¹¹⁸⁾ $59,200 \times 0.05 = 2,960$ 自己負担限度額は、直近の 50SKR 単位に切り捨てて算出するため、2,950SKR となる。

⁽¹¹⁹⁾ 先発医薬品の特許が切れた後に販売される、先発医薬品と同じ有効成分、同じ効能・効果を持つ医薬品。先発医薬品より安価で、効き目や安全性は先発医薬品と同等である（「Q1 後発医薬品（ジェネリック医薬品）ってなんですか？」 独立行政法人医薬品医療機器総合機構ウェブサイト <<https://www.pmda.go.jp/safety/consultation-for-patients/on-drugs/qa/0010.html>>）。

医薬品給付の制度内で処方された医薬品を、当該制度内で入手可能かつ交換可能な医薬品のうち、最も低い販売価格が設定されているものと交換しなければならない（医薬品給付法第 21 条第 1 項）。医薬品庁は、どの医薬品が互換性を有するかを評価する責任を負い⁽¹²⁰⁾、TLV は、この医薬品庁のグループ分けに基づいて、互換性を有する医薬品ごとに、最も低い販売価格が設定されている製品（「今期の製品（periodens varor）」という。）を、毎月更新して示す⁽¹²¹⁾。

ただし、①処方医が医学的理由から交換に反対した場合、②外来薬局の調剤薬剤師が、交換により患者に著しい不都合が生じると認められる理由があるとして交換に反対した場合、③患者が、処方された医薬品の販売価格と入手可能な代替医薬品の最も低い販売価格との差額を支払う場合には、当該交換は行ってはならない（医薬品給付法第 21 条第 3 項）。このうち③の場合には、患者が支払う差額は、医薬品給付（高額医療費保護）の対象外である⁽¹²²⁾。

患者は、医薬品給付の制度内で交換可能な別の医薬品（最も低い販売価格でもなく、処方されたものでもない医薬品）と交換することも可能である。ただしその場合には、当該医薬品の費用の全額を支払うことが必要であり（医薬品給付法第 21 条第 4 項）、かつ、その支払額は医薬品給付（高額医療費保護）の対象外である⁽¹²³⁾。

Ⅲ 医薬品の高額療養費制度改革

スウェーデンでは、2025 年に、医薬品の高額療養費制度について、患者の自己負担を強化する方向で改正が行われた。その概要は次のとおりである。

1 立法過程

医薬品における高額医療費保護の改正は、同名称の政府提出議案（2024/25 年度第 144 号）⁽¹²⁴⁾による⁽¹²⁵⁾。同議案は 2025 年 3 月 17 日に国会に提出され、社会委員会（Socialutskottet）に付託された。同委員会は審査の結果、同年 5 月 15 日に、政府提案に同意する提案内容の委員会報告書（2024/25 年度社会委員会第 27 号）⁽¹²⁶⁾を作成し、国会は同年 5 月 22 日、政府提案に同意する議決を行った（国会議決通知 2024/25 年度第 222 号）⁽¹²⁷⁾。

この議決を受けて、医薬品給付法が改正され（スウェーデン法令全書 2025 年第 578 号）⁽¹²⁸⁾、改正法は 2025 年 5 月 28 日に公布され、同年 7 月 1 日から施行された。

⁽¹²⁰⁾ “Generiskt utbyte,” 2023.11.3. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/apotek/generiskt-utbyte.html>>

⁽¹²¹⁾ “Periodens varor.” Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/apotek/generiskt-utbyte/periodens-varor.html>>

⁽¹²²⁾ “Läkemedel på recept-kostnader,” *op.cit.*(70)

⁽¹²³⁾ *ibid.* なお、有効成分の含有量が異なる製品や、有効成分が異なる医薬品等は、別のグループにまとめられている別の医薬品であり、当該の処方せんで、患者が全額自己負担しても受け取ることはできない。

⁽¹²⁴⁾ “Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel (Regeringens proposition (*Prop.*) 2024/25:144),” 2025.3.13. Riksdagen website <<https://data.riksdagen.se/fil/565BAD5D-9142-44CE-874E-C243E36223CF>>

⁽¹²⁵⁾ 本節で紹介する政府提出議案（2024/25 年度第 144 号）の立法過程は、“Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel (Betänkande 2024/25:SoU27 Socialutskottet).” Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/betankande/uppdaterat-hogkostnadsskydd-for-lakemedel_he01sou27/> の記述による。

⁽¹²⁶⁾ “Uppdaterat högkostnadsskydd för läkemedel (Betänkande (*bet.*) 2024/25:SoU27),” 2025.5.15. Riksdagen website <<https://data.riksdagen.se/fil/438D343B-2B41-49E1-B3C5-F45E01BA3DDA>>

⁽¹²⁷⁾ “Riksdagsskrivelse (*rskr.*) 2024/25:222,” 2025.5.22. Riksdagen website <<https://data.riksdagen.se/fil/451D0AA7-3686-42A6-950E-520EA7CD645F>>

⁽¹²⁸⁾ Lag om ändring i lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Svensk författningssamling website <<https://svenskförfattningssamling.se/sites/default/files/sfs/2025-05/SFS2025-578.pdf>>

2 新制度の概要

改正医薬品給付法が施行された 2025 年 7 月 1 日現在の医薬品給付（高額医療費保護）制度（新制度）の概要は、表 5 のとおりである。

旧制度の概要（第Ⅱ章 3（3））でも見たように、高額医療費保護制度において、患者の自己負担額は、毎年の価格基準額の変動によっても変化する。しかし、価格基準額の変動は過去 1 年間の物価変動を反映するものであり、かつ、価格基準額は、医薬品給付制度の外側から与えられる数値である。このため、価格基準額の変動による自己負担額の変動は、実質額を維持するための物価スライドであり、法改正も不要であるため、制度改正とはみなされない。これに対して、この 2025 年の医薬品給付法改正は、同法の規定する自己負担限度額、医薬品費の段階区分、各段階の減額率に変更を加える（表 5 で下線を施した箇所）制度改正である。

表 5 医薬品に関する高額医療費保護（新制度：2025 年 7 月 1 日現在）

	①対象医薬品費の段階区分	②具体的な対象医薬品費の金額帯	③自己負担比率	④自己負担総額
（段階前）	自己負担限度額の <u>52.632%</u> 以下	0 ~ 2,000 SKR	100%	0 ~ 2,000 SKR
第 1 段階	自己負担限度額の <u>52.632%</u> 超 <u>94.383%</u> 以下	2,001 ~ 3,586 ^(注) SKR	<u>75%</u>	2,001 ~ 3,190 SKR
第 2 段階	自己負担限度額の <u>94.383%</u> 超 <u>139.482%</u> 以下	3,587 ~ 5,300 SKR	25%	3,191 ~ 3,618 SKR
第 3 段階	自己負担限度額の <u>139.482%</u> 超 <u>187.282%</u> 以下	5,301 ~ 7,117 SKR	10%	3,619 ~ 3,800 SKR
（段階超）	自己負担限度額の <u>187.282%</u> 超	7,118 ~ SKR	0%	3,800 SKR （自己負担限度額）

（注）自己負担限度額の 0.94383 倍は、計算では $3,800 \times 0.94383 = 3,586.554$ となり、これを 3,586 とするのは、端数処理の方針について、他の箇所と必ずしも整合しないが、具体的な金額帯の形で示している TLV の資料では、3,586SKR となっているため、本稿でもそれに従った。下線を施した数値は制度改正による変更箇所、斜体の数値は制度改正の結果を具体的な金額に換算した場合に旧制度から変化した箇所を意味する。

（出典）Lag (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. Riksdagen website <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2002160-om-lakemedelsformaner-m-m_sfs-2002-160/>; “Höjt tak i högkostnadsskyddet från 1 juli,” 2025.7.1. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) website <<https://www.tlv.se/press/nyheter/arkiv/2025-07-01-hojt-tak-i-hogkostnadsskyddet-fran-1-juli.html>> を基に筆者作成。

新制度においては、自己負担限度額が、価格基準額の 0.05 倍から 0.06463 倍に引き上げられ（改正後の医薬品給付法第 5 条第 3 項）、この結果、2025 年において、自己負担限度額は 2,900SKR（約 49,895 円）から、3,800SKR（約 65,379 円）に上昇した⁽¹²⁹⁾。

この自己負担限度額の何倍に達するまでの医薬品費が、全額患者の自己負担となるのかについても、旧制度の 0.5 倍から、新制度では 0.52632 倍に引き上げられた（改正後の医薬品給付法第 5 条第 4 項）。その結果、全額が患者の自己負担となる医薬品費の金額は、旧制度の 1,450SKR（約 24,947 円）から、新制度では 2,000SKR（約 34,410 円）に上昇した⁽¹³⁰⁾。

高額医療費保護段階に従って減額率が漸増（自己負担比率が漸減）し、自己負担額が徐々に少なくなる制度の仕組みは、旧制度と新制度で違いはないが、新制度では、各段階を区分する係数と、第 1 段階の減額率が変更されている。

(129) $58,800 \times 0.06463 = 3,800.244 \rightarrow 3,800$ (50SKR 単位の金額とし、端数は切捨て。改正後の医薬品給付法第 5 条第 3 項)

(130) $3,800 \times 0.52632 = 2,000.016 \rightarrow 2,000$

表6 医薬品の自己負担額の試算例（新制度：2025年7月1日現在）

対象医薬品の購入累計額	自己負担額の試算
① 2,500SKR (約 43,013 円)	2,000 [段階前] + (2,500 - 2,000) × 0.75 [第1段階] = 2,375SKR (約 40,862 円)
② 5,000SKR (約 86,025 円)	2,000 [段階前] + (3,586 - 2,000) × 0.75 [第1段階] + (5,000 - 3,586) × 0.25 [第2段階] = 3,543SKR (約 60,957 円)
③ 7,500SKR (約 129,038 円)	2,000 [段階前] + (3,586 - 2,000) × 0.75 [第1段階] + (5,300 - 3,586) × 0.25 [第2段階] + (7,117 - 5,300) × 0.1 [第3段階] + (7,500 - 7,117) × 0 [段階超] = 3,799.7 → 3,800SKR (約 65,379 円)

(注) SKR: スウェーデン・クローナ (スウェーデンの通貨単位) 1 SKR=17.205 円 (2026年4月分報告省令レート) (出典) 筆者作成。

ある高額医療費保護期間において、累計の自己負担額が3,800SKRに到達すると、当該保護期間（12か月間）の残りの期間は、自己負担が免除される（改正後の医薬品給付法第5条第4項及び第5項）。自己負担限度額に到達する累計の医薬品額は7,117SKRであり、この点は旧制度と新制度で変化していない。具体的な自己負担額の試算例は、表6のとおりである。

したがって、この2025年の医薬品給付法改正は、自己負担限度額を引き上げ、全額自己負担が適用される金額を引き上げ、累計の医薬品費が少ない段階での減額率を引き下げる（自己負担比率を引き上げる）ことにより、医薬品費に関する患者の自己負担を強化するものであると捉えることができる。その一方で、自己負担限度額に到達するための累計の医薬品額が変化していない点、累計の医薬品費が大きくなった段階（第2段階、第3段階、段階超）での減額率が高く維持されている点から、医薬品費の累計額が多い者に関しては、負担の増加を相対的に抑えた制度改正であるとも見ることが出来る。なお、新制度適用者（2025年7月1日以降に高額医療費保護期間が起算された者）は、2026年の自己負担限度額が2025年から変化しないため⁽¹³¹⁾、2026年も表5が引き続き適用される。

3 改革の背景

政府提出議案によれば、今回の高額医療費保護制度改革の目的は、医薬品費を賄う予算の持続可能性を高めることにあるとされている⁽¹³²⁾。

医薬品費のうち、自己負担分を除く部分（公費負担分）は、レギオンによって支出されるが、国は、全てのレギオン（及びコミューン）が加盟する、スウェーデン自治体協会（Sveriges Kommuner och Regioner; [英語] Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR)）との毎年の協定に基づいて補助金を支出しており、高額医療費保護に必要な費用は、主にこの国からの補助金によって賄われている⁽¹³³⁾。

近年、医療における新たな治療法の開発が大きく進展し、これまで治療不能又は治療困難であった疾患についても治療が可能になった。しかしこのことは、高齢化や慢性疾患の増加とあいまって、高額医療費保護の対象となる医薬品の費用を増加させることとなった⁽¹³⁴⁾。

前述のように、高額医療費保護制度は、対象医薬品への支出額が増加して段階が上昇するに

(131) $59,200 \times 0.06463 = 3,826.096$ 自己負担限度額は、直近の50SKR単位に切り捨てて算出するため、新制度の自己負担限度額は3,800SKRとなり、2025年と同額になる。

(132) Prop. 2024/25:144, op.cit.(124), p.1.

(133) *ibid.*, pp.6, 8.

(134) *ibid.*, p.6.

従って減額率（すなわち公費負担率）が漸増し、自己負担限度額を超える部分は全額公費負担とする制度設計になっている。このため、対象となる医薬品費への支出が実質的に増加すると、公費負担分の支出はそれ以上に実質的に増加し、当該医薬品費に占める公費負担の割合が上昇する（自己負担比率が減少する）ことになる。

医薬品給付（高額医療費保護）の前の制度改正（すなわち旧制度の施行）は2012年1月1日である（その1年後の2013年1月1日に物価スライド制が導入されたが、価格基準額に占める比率は、2012年から変わっていない。）⁽¹³⁵⁾。この2012年から2024年までの間に、医薬品給付（高額医療費保護）に関する国の費用は49%増加したが、自己負担額は17%増加するにとどまった。この結果、対象となる医薬品への支出に占める自己負担の比率は、2012年の21%から、2024年には17%に下落した⁽¹³⁶⁾。

こうした状況を踏まえ、政府は、制度が適切に調整されなければ、国の費用は増加し続け、長期的には持続不可能となり、質の高い新しい医薬品へのアクセスを減少させ、福祉分野における他の取組を阻害するリスクがあることを指摘し、医薬品費を賄う予算の持続可能性を高めることを目的として制度見直しを提案したことを、議案において説明している⁽¹³⁷⁾。

議案提出に先立ち、関係機関・団体等に対して行われたレミス手続⁽¹³⁸⁾に際しては、①経済的弱者、高齢者、慢性疾患患者、障害者等に対して自己負担の強化が与える影響、②医薬品買いだめによる物流の混乱や医薬品不足のリスク⁽¹³⁹⁾等への懸念が、当該機関・団体等から表明された⁽¹⁴⁰⁾。

これに対して政府は、提出した議案において、①経済的弱者等は、年金・社会扶助制度等の増額や物価動向に合わせた調整、控除の強化による減税等を通じて、その経済状況が強化されている、②医薬品の買いだめに対しては、いわゆる「90日ルール（90-dagarsregeln）」：（処方せんに基づき一度に調剤できる医薬品等の量は90日分の推定必要量を超えない。）や「3分の2ルール（två tredjedelsregeln）」：（処方せんは、前回調剤された量の医薬品等の使用予定期間の少なくとも3分の2が経過した場合にのみ、再度調剤される。）等の対抗措置が既に設けられているとした⁽¹⁴¹⁾。その上で政府は、医薬品を最も必要としている者が、過大な医薬品費から引き続き保護されるよう、国と患者の間で持続可能な費用分担を行う必要があり、個人が医薬品費の負担をより多く担う余地があると政府は考えているものの、改定された医薬品給付（高額医療費保護）の動向について、引き続き綿密な監視を行っていくと主張した⁽¹⁴²⁾。

⁽¹³⁵⁾ *ibid.*, pp.6-7.

⁽¹³⁶⁾ *ibid.*, p.8.

⁽¹³⁷⁾ *ibid.*, pp.11-12.

⁽¹³⁸⁾ レミス手続（remiss）とは、スウェーデンの政策立案過程における意見聴取制度をいう。政府はある政策課題に関する対応を決定する前に、政策案の草案を、利害関係のある社会・経済団体、関連行政機関、地方政府等に提示する。当該草案に対する意見は文書で回答され、政策案の最終決定に反映される（樋口修「スウェーデンの「基礎的キャッシュサービス法」の制定と見直し—国と郵便局の金融サービス提供に関する検討の実例—」『レファレンス』651号、2005.4、p.27。<https://dl.ndl.go.jp/view/download/digidepo_999899_po_065102.pdf?contentNo=1>）。

⁽¹³⁹⁾ 例えば、症状が比較的安定しており、複数回の処方可能な処方せん（いわゆるリフィル処方せん）を所持する患者には、医薬品への支出額が自己負担限度額に到達している場合、無料カードの有効期間中に、可能な限り多量の医薬品を自己負担なしに入手しようとするモチベーションが働くため、買いだめのリスクがあると考えられる。

⁽¹⁴⁰⁾ *Prop.* 2024/25:144, *op.cit.*(124), pp.10-11.

⁽¹⁴¹⁾ 「90日ルール」及び「3分の2ルール」は、2020年4月1日から適用されている。なお、同ルールは、医薬品給付（高額医療費保護）の対象となる医薬品だけではなく、対象外の医薬品にも適用される（“Apotek får bara lämna ut läkemedel för 90 dagar,” 2020.4.1. Janusinfo (Region Stockholm) website <<https://janusinfo.se/nyheter/nyheter/2020/apotekfarbaralamnautlakemedelfor90dagar.5.553a797e17116d6ff2b9d6ce.html>>）。

⁽¹⁴²⁾ *Prop.* 2024/25:144, *op.cit.*(124), pp.11-14.

おわりに

税方式に基づくスウェーデンの医療制度は、社会保険方式（国民皆保険）に基づく我が国の医療制度とは異なるが、医療の高度化の急速な進展が、高齢化及び慢性疾患の増加とあいまって、医療費を大きく増大させ、財政を圧迫している等の点で、両国の医療制度は、先進国に共通する政策的課題を抱えている。2025年7月1日に施行されたスウェーデンの医薬品給付（高額医療費保護）制度の影響については、2026年4月末の時点で、いまだ多くは明らかではないが、その動向を継続的にフォローし、メリットと課題を把握することは、同一の政策課題に直面する我が国にとっても、益するところが大いと考えられる。

（ひぐち おさむ）