

スウェーデン

1 社会保障制度の概要

(1) 社会保障制度の全体像

スウェーデンの社会保障制度は、広範かつ高水準の所得保障を特徴としており、年金、児童手当、傷病手当などの現金給付が国の事業（社会保険）として実施されている。保健・医療サービスは、ランスティング（日本の県に相当する広域自治体）等が供給主体となっている。福祉サービスは、コミューン（日本の市町村に相当する基礎的自治体）によって担われており、高齢者福祉サービス、障害者福祉サービス等が実施されている。

スウェーデンの社会保障給付費（2005年）は8,248億クローナ（1クローナ＝14.75円：2005年平均）、対GDP比30.2%となっている。

(2) 社会保障制度を担う組織体制

社会保障制度に係る組織体制については、国レベルでは、社会省（Socialdepartementet）が法律・政策案の準備・国の予算作成等を行い、実際の行政事務は、細則制定を含め、社会保険庁（Försäkringskassan）、保健福祉庁（Socialstyrelsen）などの独立性の高い多数の中央行政庁が担当している。

地方自治体が実施する制度としては、保健・医療サービスは18のランスティング、2のレギオン（ランスティングより権限が広い広域自治体）とこれらに属さないコミューンであるゴットランドという計21の自治体が担当し、福祉サービスは290のコミューンが担当している。ランスティングは我が国の県と比較して担当する事務の範囲が限られており、その中心的業務は医療サービスの提供となっている。また、ランスティング、コミューンとも自主財源比率が高い。

2 社会保険制度

(1) 制度の概要

スウェーデンの「社会保険」は、我が国とは異なり、より広く税財源でまかなわれる各種の手当を含む（社会扶助は含まない。また労災保険も含むが、失業保険は含まない）。給付の内容の中心は現金給付（所得保障）であり、我が国の医療保険や介護保険のように、主とし

てサービス費用をまかなうための制度ではない。医療や介護のサービスは社会保険に含まれず、税によりまかなわれている（一部自己負担あり）。社会保険制度は、基本的に職域の別なくスウェーデンに居住する全住民に適用される。また、各種給付は所得制限を設けず、従前賃金の一定水準を保障するという形態が多い。なお、社会保険庁は給付の支給に係る事務のみを取り扱い、社会保険料の徴収事務は国税庁が徴税と一括して実施している。

社会保険制度として位置付けられている諸給付は、①家族や児童に係る経済的保障、②傷病や障害に係る経済的保障、③高齢者に対する経済的保障の3つに分類される。我が国の状況と比較すると、社会保険給付全体のうち①の占める割合が高いことが特徴的である。

(2) 家族や児童に係る経済的保障

「①家族や児童に係る経済的保障」に属するものとしては、児童手当、養育費補助、両親保険、住宅手当等がある。

このうち児童手当は、（基礎）児童手当、延長児童手当、付加的児童手当（多子加算）から成り、基本的に国内に居住する16歳未満の子どもを持つ親は、子ども1人当たり月額1,050クローナの児童手当を受けることができる。延長児童手当は、子どもが16歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間（最長18歳まで）支給されるものである。さらに、複数の子どもを持つ親に対しては、子どもの人数分の基礎手当に加えて、人数が増えるごとに多子加算（第2子100クローナ、第3子354クローナ、第4子860クローナ、第5子以降1,050クローナ）が行われる（例えば、子どもが3人の場合、基礎手当3,150クローナ（1,050クローナ×3人）に、多子加算454クローナ（100+354クローナ）の支給）。

養育費補助は、両親が離婚して一方の親と同居している子どもに対して、もう一方の親が予め合意した養育費を支払わない場合等に最高で月額1,273クローナを社会保険制度から支給するものである。この場合、本来養育費を支払うべき親は、原則として社会保険事

務所に対して支給された額を返済しなければならず、その点で、この養育費補助は、他の手当とは性質が異なり、児童の経済的保障等のための国による養育費の立替払制度とすることができる。

育児期間中の経済的支援策として、育児休業制度及び育児休業期間中の所得保障を行う両親保険制度がある。育児休業は、児童が8歳又は義務教育第1学年修了までの間に取得することができる。両親保険の給付は、妊娠手当、両親手当、一時的両親手当から成る。

妊娠手当は、女性が妊娠により仕事に就くことができない場合に、出産直前の2か月間のうち最高50日間支給される(両親手当と同額)。

両親手当は、子どもの出生・養子縁組に際し育児休業をした期間について合計480日間支給される。父親・母親はそれぞれ240日間の受給権を有するが、そのうち60日間を除けば、父親・母親間で受給権を移転できる。両親手当は、子どもが8歳または小学校の第1学年を修了するまで受給することが可能である。両親手当の支給額は、480日間のうちの390日間までは所得の80%相当額である。なお、年収が低くても最低保障額として日額180クローナが支給される。残り90日間については年収に関わりなく一律日額180クローナが支給される。なお、通常の勤務時間の4分の1、2分の1、4分の3または8分の7だけを勤務した場合に、4分の3、2分の1、4分の1または8分の1の支給額を受給することも可能である。

一時的両親手当は、原則として12歳未満の子どもの看護等のための休業期間について子ども1人当たり原則年120日間まで支給される。

住宅手当は、子どものいる家庭と18歳以上28歳以下の子どものいない若年者を対象に、子どもの数、住居の大きさ、所得に応じた額を支給するものであり、所得制限がある。約13.3万件が女性の単親又は独身世帯(平均月額約1,505クローナ)、約4.0万件が男性の単親又は独身世帯(同968クローナ)、約4.0万件が夫婦同居家庭(同1,640クローナ)に支給されており(2005年12月)、母子・父子家庭に対する経済的支援の制度として機能している。また、支給額ベースで見た場合、約62%が女性の単親又は独身世帯向けである。この

ほか、①の分類に属するものとしては、児童が傷病、障害等のために特別な介護等が必要な場合に支給される障害児介護手当がある。

(3) 傷病や障害に係る経済的保障

「②傷病や障害に係る経済的保障」に属するものとしては、労働者の傷病による所得の低下に対する傷病手当がある。

病気等になってから最初の14日間については、雇用主から傷病給与を受け(初日は待機日で支払いがない)、それ以降は社会保険事務所から傷病手当を受けることとなる。手当の額は、従前所得の80%(の97%:SGI)で、年収307,500クローナ^(注1)を超える場合は、同額を上限の年収として算出する(2008年)。2005年1月から、適切なりハビリテーションの機会を与える等により労働者の職場復帰を実現できない雇用主については、15日目以降に労働者に支給される傷病手当に係る費用の15%が負担させられることになった(ただし、費用負担の上限がある)。このほかの医療関係の社会保険給付として、歯科治療に係る給付(歯科保険:現物給付)がある。

また、障害関係の給付として、活動年金及び傷病年金があり、これらは日本の障害年金に相当する。活動年金は19~29歳の者を対象とする有期給付(1回につき3年が上限、ただし更新あり)であり、傷病年金は30~64歳を対象とする無期又は有期の給付である。いずれも医療的理由によって1年以上にわたり4分の1以上就業能力を喪失した場合に支給される。

このほか、障害手当、介助者手当、家族介護手当、自動車補助などがある。労災手当も②に分類される。労災手当は、労災により生じた固定障害に対する給付である。労災の場合にも短期給付としては前述の傷病給与、傷病手当が支給され、その支給条件等も同じである。固定障害と認定され、傷病休職が終了しても就業能力が低下した状態が続いている場合には、その者の従前所得(傷病手当と同様に、307,500クローナを上限とする)に失われた就業能力を乗じた金額が支給される。

(4) 高齢者に対する経済的保障

「③高齢者に対する経済的保障」に属するものとしては、老齢年金・遺族年金のほか、低額の老齢年金受給者等のための年金受給者住宅手当(BTP)、年金受給者特別住宅手当(SBTP:BTP 受給者のうち特に低所得者を対象とするもの)、高齢者生計費補助(SBTP 受給者のうち特に低所得者を対象として支給される手当)といった制度がある。

老齢年金は、1999年の制度改正により、賦課方式で運営される所得比例年金と積立方式で運営される積立年金(プレミアム・ペンション)を組み合わせた仕組みに再編され、また、年金額が一定水準に満たない者には、国の税財源による保証年金制度が設けられている。

支給開始年齢は、61歳以降自ら選択することができる(支給開始年齢に応じて年金額を増減)が、保証年金は65歳からの支給である。所得比例年金の支給額は生涯に納付した保険料額の水準と平均余命などを基に算出され、また積立年金の支給額は納付保険料の積立分とその運用利回りによって決定される。なお、積立年金の運用機関は登録された金融機関等の中から個人が選択する仕組みになっている。所得比例年金と積立年金の保険料率の合計は、将来にわたって被用者、使用者負担分を合わせて、18.5%に固定することとされており、原則としてそのうち16%が所得比例年金分、2.5%が積立年金分として充てられる。

新制度に基づく年金支給は経過措置とともに段階的に導入されるが、特に2003年1月には、旧制度(基礎年金及び付加年金制度)に基づく従前の給付が廃止(裁定替え)されるなど、新制度への完全移行が実現した。

遺族年金は、2003年1月に改正が実施された。有期(10か月)の生活転換年金及び延長生活転換年金(同居している18歳未満の子がいる場合)、寡婦年金(1990年に廃止されたが経過的に支給)、遺児年金などの種類がある。

〈図2-6〉スウェーデンの社会保険給付

家族・児童に係る経済的保障	
両親保険 妊娠手当 両親手当 一時的両親手当 児童手当	住宅手当 障害児介護手当 養育費補助 遺児年金・遺児手当 他
傷病・障害に係る経済的保障	
傷病手当 介助者手当 活動年金・傷病年金 年金受給者住宅手当 年金受給者特別住宅手当 障害手当	労災保険 労災手当・特別労災手当 家族介護手当 自動車補助 他
高齢者に対する経済的保障	
老齢年金 年金受給者住宅手当 年金受給者特別住宅手当 高齢者生計費補助	遺族年金 生活転換年金・延長生活転換年金 他

資料出所 スウェーデン社会保険庁「The Scope and Financing of Social Insurance in Sweden 2005-2008」

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療施策

a 公衆衛生の現状

2006年のスウェーデン国民の平均寿命は男性78.70歳・女性82.94歳、乳幼児死亡率は千人当たり2.80人となっており、世界最高水準の健康・衛生状態を誇っている。保健福祉庁が取りまとめた「2005年公衆衛生レポート」によれば、現在のスウェーデンが抱える課題としては、アルコール問題、若年者の生活習慣等の問題、肥満の増大、単親家庭など特定グループの高い健康リスクの問題、高齢化に伴う特定の疾病対策の必要性などがあり、政府はこれらの問題に積極的に取り組んでいる。

b 健康増進

公衆衛生全般については、政府が2002年12月に国会に提出した「公衆衛生目標」がある。この中では、「社会参加」、「経済的・社会的保障」、「成育のための安全・健全な条件」、「職業生活における健康」、「健康で安全な環境と製品」、「健康を積極的に促進する保健医療サービス」、「感染症の効果的予防」、「安全な性行為と良好なリプロダクティブ・ヘルス」、「運動の増加」、「良好な食習慣と安全な食品」、「喫煙・飲酒の減少、ドラッグ・フリー社会及び過剰賭博による害悪の削減」といった11分野にわたって、政府が推進すべき目標が盛り込まれている。

このうち、政府が最も重要視しているのはアルコール・薬物乱用対策である。2005年11月に政府は「アルコール及び麻薬に関する国家行動計画」を国会に提出し、2006年2月に承認された。同計画では、2006年から2010年までの5年間に政府が達成すべき目標等について定められている。アルコール関連では、若年者が飲酒の習慣を身につけることを防止する観点から、「アルコールのない環境の中での育成の実現」、「飲酒を始める年齢を遅らせること」、「アルコールのない環境の実現」、「交通・労働生活・妊娠において飲酒を無くすこと」、「違法なアルコール輸入の禁止」を目標として掲げている。また、薬物対策関連では、「麻薬中毒に陥るような機会の低減」、「麻薬中毒患者が中毒から抜け出すことを可能にすること」、「国民が麻薬そのものへ接する機会を低減させること」を目標として掲げている。

(2) 保健医療サービス

スウェーデンの医療は、税方式による公営サービスが中心となっている。すなわち、基本的にはランスタングが医療施設を設置、運営し、費用はランスタングの税収(主として住民所得税)及び患者一部負担によってまかなわれる仕組みとなっている。

病院の予算等はランスタングごとに異なっているが、全ランスタングで見れば総支出の93%を医療関連経費(歯科を含む)が占めている(2006年)。

患者自己負担の水準は、「保健医療法」において設定された全国的な上限額の範囲内で、各ランスタングが設定するのが原則である。

具体的には、外来では通院1回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先等に応じて設定されている。2008年においては、通常のプライマリケア(家庭医等による初期診断)の外来の場合1回当たり100～200クローナとなっている。法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間900クローナであり、ランスタングはこれより低い額を定めることもできる。多くのランスタングでは20歳未満の子については無料である。

入院に係る患者自己負担については、1日当たりの定額が患者の年齢・所得、入院日数等に応じて設定されている。法律による上限額は1日当たり80クローナ

である。2008年の自己負担額は、1日当たり概ね40～80クローナである。入院についても、20歳までは無料とするランスタングが多い。

薬剤については、全国一律の自己負担額が設定されており、1年間(12か月間)で1,800クローナが上限である。

なお、国民経済に占める医療の規模を見ると、総保健医療費の対GDP比は9.1%、うち公的支出は85%(2005年。OECD “Health Data 2007”)となっている。

(3) 医療施設

スウェーデンの医療提供は、公営サービスが中心であり、これに関連して医療機関の役割分担が明確になっている。具体的には、特に高度先進的な医療を提供する圏域病院が全国6つの保健医療圏に計9つあり、またランスタングごとに当該ランスタング全体をカバーするレーン病院と、ランスタング内を複数の地区に分けてカバーするレーン地区病院があり、さらにプライマリケアを担当する計1,024の保健医療センター(公立755、私立269)がある(2006年)。

1991年当時、ランスタングに属する病床数は全国で約9万4,000床(人口千人当たり10.8床)であったが、2006年には約2万5,000床(人口千人当たり2.9床)となっており、1992年に実施されたエーデル改革で約3万1,000床が福祉施設としてコミュニティに移管されたことや1995年の精神保健福祉改革による影響を考慮しても、1990年代を通じて病床数が相当程度縮減されている。

(4) 医療従事者

医療従事者については、職種の専門分化が進んでいるのが特徴である。例えば看護師については、地域医療、小児科、外科、老年科、救急などの分野ごとに専門看護師資格が設けられている。医療従事者数は看護補助職種を中心に減少傾向にあり、全体で1995年の約35万人(全賃金労働者の9.0%)から2005年には約31万人(全賃金労働者の7.4%)にまで減少している。一方、医療従事者は医師・看護師など職種や地域による差はあるものの総じて不足しており、人材の量的確保および資質の向上が重要な課題となっている。