

スウェーデン

(参考) 1スウェーデン・クローナ=12.29円(2011年期中平均)

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、積極的な所得再分配を伴う広範かつ高水準の所得保障を特徴とし、年金、児童手当、傷病手当などの現金給付は国の事業(社会保険)として実施されている。一方、現物給付サービスのうち保健・医療サービスは、日本の県に相当する広域自治体であるランスタングによって提供される。高齢者ケア(福祉)サービス、障害者福祉サービスなどの福祉サービスは、日本の市町村に相当する基礎的自治体であるコミューンによって提供される。

スウェーデンの社会保障給付費(2009年)は9,936億クローナで、対GDP比は32.2%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としては、国レベルでは、社会省(Socialdepartementet)が法律・政策案の準備、国の予算作成を行う。細則の制定や実際の行政事務は、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(myndighet)に大幅に委任されている。

保健・医療サービスは18のランスタング、2のレギオン(ランスタ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の広域自治体が担当し、福祉サービスは290のコミューンが担当している。ランスタングは日本の県と比較すると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である。また、ランスタング、コミューンとも自主財源(主に定率の住民所得税)の比率が高い。2010年の住民所得税率(全国の中央値)はコミューン:20.74%、ランスタング10.87%、合計:31.56%となっている。

2 社会保険制度等

(1) 社会保険制度

a 概要

スウェーデンにおける「社会保険(Socialförsäkring)」の範囲は、日本とは異なり、年金など社会保険料で費

用がまかなわれる給付だけでなく、児童手当、住宅手当など一般財源で費用がまかなわれる各種の手当も含んで用いられる(ただし、社会扶助は含まない)。また、労災保険も含むが、社会保険庁が支給事務を行わない失業保険は含まない。給付内容は現金給付(所得保障)が中心であり、日本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。社会保険制度は、自営業者を含めて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、給付水準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国税、地方税の徴税と一括して実施している。

社会保険給付は、その対象によって、①家族・児童への経済的保障、②傷病・障害に対する経済的保障、③高齢者への経済的保障の3つに分類される。日本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。

なお、2011年1月、社会保険法典(Socialförsäkringsbalk)が施行され、31の社会保険関係の法律が一つに統合された。これは、概念・用語の整理、制度の透明性・わかりやすさの向上を目的とし、各制度の支給内容等を変更するものではない。

b 家族・児童への経済的保障

「①家族・児童への経済的保障」に属するものとしては、児童手当、養育費補助、両親保険、住宅手当などがある。

このうち児童手当(Barnbidrag)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歳未満の子を持つ親は、子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、複数の子を持つ親に対しては、子の人数分の基礎手当に加えて、人数が増えることに多子加算(第2子150クローナ、第3子454クローナ、第4

子1,010クローナ、第5子以降1,250クローナ)が行われる。例えば、子が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604クローナ(150+454クローナ)が支給される。この多子加算は2010年7月から増額が実施された。

養育費補助(Underhållsstöd)は、両親が離婚して一方の親と同居している子に対して、もう一方の親が予め合意した養育費を支払わない場合などに最高で月額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額相当額を返済しなければならず、その点で、この養育費補助は、児童の経済的保障のための国による養育費の立替払制度といえることができる。

育児期間中の経済的支援策として、労働法制上の育児休業制度およ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、子が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(Havandeskapspenning)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(Föräldrapenning)は、子の出生・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(いわゆる「パパ月・ママ月」)を除けば、父親・母親間で受給権を移転できる。両親手当は、子が8歳又は小学校の第1学年を修了するまで受給することが可能であり、その支給額は480日間のうちの390日間までは従前所得の80%相当額である。なお、従前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。勤務時間を短縮(パートタイム勤務)して通常の勤務時間の4分の1、2分の1、4分の3又は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又は8分の1の支給額を受給することも可能である。2008年には男性の育児休業取得促進を目的として、同年7月以降に生まれた子を対象に、390日のうち「パパ月・ママ月」分を超えて両親のそれぞれが取得した育児休業日数をもとに、事後的に税還付

(1日当たり最大100クローナ)を行う均等ボーナス(Jämställhetsbonus)が導入された。

一時的両親手当(Tillfällig Föräldrapenning)は、原則として12歳未満の子の看護や通常の保護者が病気である場合の休業期間について子1人当たり年60日間まで支給され、子が病気の場合にはさらに60日間まで支給される(両親手当と同額)。また、父親については、出産前後の付き添いのための休業について、10日間の一時的両親手当受給が認められている。

なお、2008年7月から、両親が子と過ごす時間を増やすことを目的に、育児休業期間を超えて1～2歳の子の育児に専念している期間についてコミューンが月3,000クローナを限度に子育て手当(Vårdnadsbidrag)を支給することが可能となった。本制度を実施するかどうかはコミューンの任意とされている。

住宅手当(Bostadsbidrag)は、子のいる家庭と18歳以上28歳以下の子のいない若年者を対象に、子の数、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10.7万件が女性の単親または独身世帯(平均月額約1,682クローナ)、約3.5万件が男性の単親または独身世帯(同1,079クローナ)、約4.2万件が夫婦同居家庭(同1,978クローナ)に支給されており(2009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60%が女性の単親また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、障害のために特別な介護などが必要な場合に支給される障害児介護手当(Vårdbidrag)がある。

c 傷病・障害に対する経済的保障

「②傷病・障害に対する経済的保障」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(Sjukpenning)がある。

労働者が傷病にかかったとき、初日(待機日)は何も支給されないが、2日目以降最初の14日間については、雇用主から傷病給与(Sjuklön)を受け、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%で、年収321,000クローナ¹⁾を超える場合は、同額を上限の年収として算出する。なお、2005年から導入されていた雇用主による傷病手

当給付費用の一部負担制度（15%）は、2007年1月から廃止されている。

傷病手当は従来、受給期間に上限がなかったが、2008年7月より受給開始1年を経過した場合には、就業能力が減退しているものの職場復帰が可能と見込まれる例外的な場合のみ最大550日間支給延長（延長傷病手当：Förlängd sjukpenning）が認められることとなった。その場合の支給率は原則として75%に低下する。延長が認められない場合には、就業能力が恒久的に減退したとして社会保険事務所の判断で活動補償金・傷病補償年金（後述）の支給対象と認められない限り、社会保険給付の支給は打ち切られる。ただし、支給要件の厳格化に対する批判が高まったため、2010年1月より、症状が特に重篤な者については支給延長期間が終了した後も、審査によってさらに支給延長が認められることとなった。

この他の傷病にかかった場合に支給される社会保険給付として、リハビリ手当（Rehabiliteringspenning）、歯科治療に係る給付がある。

老齢年金制度の改革によって旧基礎年金・付加年金（ATP）が廃止されたことに伴い、2003年1月から、障害年金制度が抜本的に改正された。改正後は、医療的な理由により1年以上にわたり就業能力を4分の1以上失った者は、年齢に応じて19～29歳の場合には活動補償金（Aktivitetsersättning）、30～64歳の場合には傷病補償年金（Sjukersättning）を受給できることとなった。活動補償金は3年以内の有期給付であるが、傷病補償年金は障害の状況に応じて無期で支給される。長期受給者の就業を促すために、2009年1月以降、3年毎の検定の結果、就業能力が回復したと社会保険事務所が判断した場合、傷病補償年金の一部又は全部の受給権を消滅させることとなった（従前受給者のための経過措置が設けられている）。

このほか、②に分類される給付として、障害者所得補償金（Handikappersättning）、パーソナルアシスタンス補償金（Assistansersättning）、家族介護（看取り）手当（Närståendepenning）、自動車補助（Bilstöd）

などがある。

労災手当も②に分類される。労災手当（Arbetskadeersättning）は、業務上の災害により就業能力が恒久的に減退した場合に、活動補償金・傷病補償年金の上乗せ給付として、従前所得に応じた額を支給するものである。

d 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、老齢年金の受給額が低額な者などのための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（Inkomstpension）と積立方式で運営される積立年金（Premiepension）を組み合わせた仕組みに再編された。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（Garantipension）制度が設けられている。

所得比例年金の支給開始年齢は、61歳以降、自らの選択により決定することができる（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。老齢年金の保険料率は将来にわたり18.5%に固定され、うち16%分が所得比例年金分に、2.5%分が積立年金分に充てられる。所得比例年金の支給額は一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した保険料の積立分とその運用利回りによって決定される。積立年金の運用機関は登録された金融機関などの中から個人が選択する仕組みになっている。

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、2003年1月には、旧制度（基礎年金・付加年金制度）に基づく従前の給付が廃止（裁定替え）され、保証年金の支給が開始されるなど、新制度に完全移行した。

老齢年金などの年金受給者（ただし、老齢年金の場合は、65歳以降で年金を全額受給している場合に限る）

■ 1) 同額は物価基礎額（prisbasbelopp；毎年、政府が物価の動向に基づいて定める額で、年金や各種社会保障手当の算定基準となる）42,800クローナ（2011年）の7.5倍である。

に対し、住宅費用（算入額の上限あり）と所得の額に応じて年金受給者住宅手当（Bostadstillägg till pensionärer (BTP)）、年金受給者特別住宅手当（Särskilt bostadstillägg till pensionärer (SBTP)）が支給される。支給額は、配偶者の有無に応じて最高限度額が定められている。BTP受給者のうち、特に低所得の者を対象としてSBTPが支給される。

国内居住期間が短いといった理由で保証年金が低額となる場合に、合理的な生活水準を保障する観点から2003年1月、高齢者生計費補助（Äldreförsörjningsstöd）が新設された。支給対象者は、原則としてスウェーデンに居住する65歳以上の者であり、所得比例年金、保証年金および年金受給者（特別）住宅手当を受給してもなお、住宅費用（算入額の上限あり）を差し引いた所得が一定水準に達していないことが支給要件となっている。支給額は、配偶者の有無に応じて定められた合理的な生活水準のための額と、受給権者の所得から一定の住宅費用を差し引いた額との差額である。

遺族年金の支給要件については2003年1月に改正が実施された。配偶者の死亡時に65歳未満で、かつ18歳未満の子と同居しているか、又は死亡前の同居期間が5年以上ある遺族には、生活転換年金（Omställningspension）が12か月間まで支給され、生活転換年金が低額である場合には保障年金も併せて支給される。また、12か月が過ぎても18歳未満の子と同居している場合には、最年少の子が12歳に達するか、または12か月間まで、延長生活転

換年金（Förlängd omställningspension）が支給される。

未成年の遺族を対象とする給付としては、②に分類される遺児年金（Barnpension）と児童遺族手当（Efterlevandestöd till barn）がある。

(2) 医療サービス

スウェーデンの医療は、広域自治体であるランスタングが医療施設を設置・運営し、そこで医師・看護師などの医療スタッフがランスタングの職員（公務員）として勤務、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うのが基本的な構造となっている。病院の予算の仕組み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90.9%を医療関連経費（歯科を含む）が占めている（2010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、各ランスタングがそれぞれ独自に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、訪問先などに応じて設定されている。2010年においては、通常のプライマリケア（地域医療センターにおける初期診断）の外来診療の場合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、各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、入院日数など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クローナであり、2010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、18～20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年間で1,800クローナが上限である。処方薬については医薬分業が確立されており、患者は医療機関で処方された医薬品を、医療機関とは別の薬局で購入する。処方薬を含めて大部分の医薬品の販売（小売）については国営薬局（Apoteket社）が独占（専売制）していたが、2009年7月から、民間企業の参入が認め

〈図4-5-1〉スウェーデンの社会保険給付

家族・児童への経済的保障	
両親保険	住宅手当
妊娠手当	障害児介護手当
両親手当	養育費補助
一時的両親手当	遺児年金・児童遺族手当
児童手当	他
傷病・障害に対する経済的保障	
傷病手当	家族介護手当
活動補償金・傷病補償年金	自動車補助
障害者所得補償金	労災手当
パーソナルアシスタンス補償金	他
高齢者への経済的保障	
老齢年金	遺族年金
年金受給者住宅手当	生活転換年金・延長生活転換年金
年金受給者特別住宅手当	
高齢者生計費補助	他

られることとなった。

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10.0%、うち公的支出は81.5% (2009年) となっている。

3 公衆衛生施策

(1) 保健施策

2010年のスウェーデン国民の平均余命(出生時)は男性79.5歳・女性83.5歳、乳幼児死亡率は千人当たり2.54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。

一方、公衆衛生上の課題に対応する目標として、政府が2008年3月に国会に提出し、承認を得た「新たな公衆衛生政策」がある。この中では、「社会への参加と働きかけ」「(国民各人の) 経済的・社会的条件」「児童・若者の発育環境」「職場における健康」「環境・製品」「保健医療サービスにおける健康推進方策」「疾病拡大の防止」「性・リプロダクティブ・ヘルス」「身体的運動」「食習慣・食べ物」「たばこ、麻薬、薬物、賭博」という11の重点分野を設定し、特に疾病予防のために健康の増進を図る必要性を強調している。

(2) 医療施設

スウェーデンの医療提供は、ランスティングによる公営サービスが中心であり、このため伝統的に医療機関の役割分担が明確になっていた。具体的には、特に高度先進的な医療を提供する圏域病院(regionsjukhus)が全国6つの保健医療圏に計9つ(いずれも大学病院)あり、またレーン(一つのランスティングが設置される地理的範囲)ごとに当該レーン全体をカバーするレーン病院(länssjukhus)と、ランスティ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(länssjukhus)があり、さらにプライマリケアを担当する計1,181の地域医療センター(vårdcentraler:うち民間事業者の経営によるものが475)がある(2010年)。ただし、近年では効率化のために一部の地域で医療機関の機能的な専門分化を図っているために、医療機関間の階層的な役割分担は次第に以前に比べて曖昧になってきている。

1991年当時、ランスティ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、

2010年には約2万5,000床(同2.7床)まで減少しており、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ーン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年代から2000年代を通じ病床数が相当程度縮減されていることが分かる。

(3) 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、救急などの診療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、全体で1995年の約35万人(全賃金労働者の9.0%)から2009年には約32.4万人(全賃金労働者の7.2%)となっており、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。

4 社会扶助制度

日本の生活保護に相当する社会扶助(Socialbidrag)は、コミューンの責任の下に運営されており、財源はコミューンの一般財源である。対象者はスウェーデンに1年以上居住する18～64歳の者で、公共職業紹介所に求職登録したうえで、就労能力のある者には求職活動が要求される。給付額は申請者の資力と所得を総合的に算定(ミーンズテスト)した額と、保健福祉庁が示したガイドラインを参考にして各コミューンが決めた基準額との差額となる。

2010年には、約24万7,200世帯(18歳～64歳に属する世帯の約6.5%)が受給(2009年に比べて約9,900世帯増)しており、支給総額約116億クローナ(1世帯平均約4万6,900クローナ)、平均支給期間は6.4か月(中央値)となっている。受給世帯類型別に見ると、シングルマザー世帯の24%が受給者となっていること、受給者年齢別では18歳～29歳の世代が全受給者の40%を占めるなど若年世代の受給者比率が高いこと、全受給世帯中37%が長期(2010年中に10か月以上)の受給期間となっていることが特徴である。

5 社会福祉施策等

(1) 社会福祉施策全般

スウェーデンの社会福祉サービスは、「個人・家族に対するサービス」、「高齢者・障害者に対するケア」の2つに大別される。

「個人・家族に対するサービス」とは、様々な理由により支援・保護などを必要とするグループに対するものであり、児童、家族、アルコール・薬物中毒者などに対する助言、支援、ケア、治療、経済的支援（社会扶助）などを行うものである。また、この中には、本人の同意なしに強制的に実施される、例えば虐待の被害者のケアのようなものも含まれる。

一方、「高齢者・障害者に対するケア」とは、「社会サービス法」、「保健医療法」および「特定の機能的障害者に対する援助及びサービスに関する法律（LSS法）」の規定に基づく高齢者・障害者に対するケア（福祉）サービスである。

(2) 高齢者ケア(福祉) 施策

スウェーデンでは、65歳以上の者の比率は1984年に17%台に達して以降は安定的に推移しているが（2010年末18.5%）、80歳以上の者の比率は1985年の3.7%から2010年には5.3%まで高まってきている。

コミュニティが提供義務を負う高齢者ケア(福祉) サービスは、在宅サービスと施設サービスに大分される。在宅サービスには、ホームヘルプサービス(Hemtjänst)、訪問看護(Hemsjukvård)、デイサービス(Dagverksamhet)、デイケア(Dagvård)、ショートステイ(Korttidsvård/boende)、緊急アラーム(Trygghetslarm)、移送サービス(Färdtjänst)などのメニューがある。一方の施設サービスについては、社会サービス法上「施設」は高齢者のための「特別住居(Särskiltboende)」として定義されており、高齢者を収容する「施設」というより介護などの特別なニーズを有する高齢者のための「住宅」という考え方に立っている。以前は高齢者の集合住宅であるサービスハウス、重度の介護が必要な者のためのナーシングホーム、認知症の者のためのグループホームなどの分類が存在したが、近年新たに設立された施設ではこれらの形態間の明確な違いはなくなってきている。2010年現在、65歳以上の者の5.4%に相当する93,980人が「特別住居」で暮

らしている。サービスの提供はコミュニティが直接提供する場合が一般的だが、民間委託が特に中道右派政党が市政を担っている都市部を中心に増大傾向にある。2010年には高齢者が受けたホームヘルプサービスのうち約19%（利用時間ベース）、高齢者が居住する「特別住居」のうち約19%（入居者数ベース）は民間企業などコミュニティ以外の事業者によって提供されたものである。

高齢者ケアサービスの費用は、基本的にコミュニティの税財源とサービス利用者の自己負担でまかなわれる。その具体的内容はコミュニティごとに異なるが、2002年7月から高齢者・障害者福祉サービスに係る利用者負担限度額保障制度が導入された。これは、サービスの利用者負担に全国一律の上限額を設定するとともに、利用者負担額を支払った後に利用者の手元に残る額の下限額を設定するものである。2011年には利用者負担の月当たりの上限額は、ホームヘルプなどについて物価基礎額¹⁾の48%の12分の1である1,712クローナ、施設サービスについて物価基礎額の50%の12分の1である1,783クローナとなっている。また利用者の手元に残る月当たりの最低所得保障額については、2008年に社会サービス法の該当規定が改正され、2011年の額は単身者について物価基礎額の135.46%の12分の1である4,832クローナ、配偶者がいる者それぞれについて物価基礎額の114.46%の12分の1である4,083クローナとなっている。

(3) 障害者福祉施策

障害者関係施策は、福祉サービスや所得保障施策（傷病補償年金などの現金給付）のほか、教育、住宅、交通、就労支援、文化、福祉機器の提供など幅広い分野において障害者の完全参加と平等の理念の下に実施されている。障害者ケアサービスは社会サービス法の規定に基づきコミュニティを中心として運営されており、ホームヘルプなどの在宅サービスや、グループホーム、サービスハウスなどの施設サービスがある。

(4) 保育(育児) サービス

スウェーデンにおける保育(育児) サービスは1990年代後半の一連の改革により、社会福祉ではなく教育政策の一環として位置付けられ、制度の所管も社会省

から教育省に移管された。保育サービスの実施主体はコミューンであり、公費（税財源）と低額の利用者負担により費用をまかなっている。

スウェーデンの保育サービスには、対象児童の年齢に応じて、基本的に1～6歳児（就学前）を対象とする保育所＝プレスクール（Förskola）、就学している児童を対象とする放課後保育所＝レジャータイム・センター（Fritidshem）、そして両者（1～12歳児）を対象とする家庭保育（Familjedaghem、2009年以降はPedagogisk omsorg）がある。なお、5～6歳児については義務教育の準備段階として就学前学級＝プレスクール・クラス（Förskoleklass）制度が設けられている。

保育所には、通常の保育所と開放型保育所＝オープン・プレスクール（Öppenaförskola）がある。このうち、開放型保育所は保護者が児童とともに自分で日を選んで任意の時間に訪問できる施設で、地域の子どもの遊び場であると同時に育児期間中の父母などに交流の機会を提供している。家庭保育は、一定の資格を有する保育担当者が、自分の家で数人の児童を保育するものである。

2010年において1～5歳児の86.3%（うち保育所82.7%、家庭保育3.4%）、6～9歳児の82.4%（うち放課後保育所81.6%、家庭保育0.3%）、10～12歳児の15.3%（うち放課後保育所15.2%）が保育サービスを利用している。なお、0歳児の保育サービス利用は稀（全国で18人）である。5～6歳児の多くは就学前学級を利用している。

保育サービスの提供はコミューンの担当であるが、2010年において、保育所では児童の約19%（1994年には約12%）、放課後保育所では児童の約10%（1994年には約4%）はコミューンが設立したものの以外の施設（親などの共同運営や民間企業によるもの）に通っており、サービスの民営化が徐々に進展している。

3歳～就学前の児童については少なくとも年525時間の無料の保育所サービスの提供が保障されている。また、保育サービスの自己負担額については2002年1月から上限額を設定する制度が導入されている。これは、各コミューンの判断で導入することとされているが、2011年時点で全てのコミューンがこの制度を導入している。

2011年6月、改正教育法及び新カリキュラムが施行され、保育所は明確に学校の一分類とされ、教育目標の明確化、評価・改善の実施、校長の設置、保育士（教師）の登録制の導入、保育士教育の充実、監査機能の強化、私立保育所開所の事前承認制の導入等、教育政策の観点から質の向上を図る改革が実施された。

6 近年の動き・課題・今後の展望

(1) 最近の経済状況

2008年秋に発生した世界的な経済危機の影響により、スウェーデン経済は輸出部門を中心に大きな打撃を受けた。マイナス成長に陥った2009年には自動車、機械産業など輸出産業において整理解雇が相次ぎ、失業率が急激に高まった。しかし、2009年後半から、世界経済が回復したことと、国内消費が堅調に維持したことにより、景気は回復に転じ、2010年の経済成長率は5.5%を記録した。2011年6月現在、最大の輸出先であるユーロ圏諸国の財政危機問題が懸念されるものの、スウェーデン経済は回復軌道に乗っており、2011年の経済成長率も年率4%を超え、また、失業率も低下していくものと予測されている。財政状況についても、2000年代以降堅実な財政運営を続けてきたことが功を奏し、一般の経済危機においても2009年・2010年と財政赤字となったものの、2011年には財政黒字に転じるが見込まれている。

(2) 最近の政治動向

2006年9月に実施された総選挙で穏健党、中央党、自由党およびキリスト教民主党的「スウェーデンのための連合」は、社会民主党を中心とする前政権に対してわずか7議席差で勝利した。選挙後に成立したフレデリック・ラインフェルト穏健党党首が率いる中道右派政権は12年ぶりの非社民党政権であり、社会保障分野においてどのような改革を実施するかが注目された。

連立政権の中心となった穏健党は、もともとは「小さな政府」や「減税」を目指す新自由主義的社会経済政策を指向していたが、ラインフェルト党首の下で「スウェーデンモデル」を基礎とする福祉国家路線の肯定・維持に路線を転換した。中道右派連合は、社会民主党政権下で疾病保険の長期受給者数や若年者の失業率が

高止まりし、「完全雇用」を前提とするスウェーデンモデルの基礎が崩れてきていると強く批判して、労働市場から疎外されている人の労働市場への復帰インセンティブを高めるための政策（ワーク・ファースト原則）を公約に掲げ、総選挙に勝利した。

発足直後のラインフェルト政権は、選挙公約に基づき実施した疾病保険や失業保険の改革（給付要件の厳格化：後述）が強い批判を浴びたことや、閣僚のキャンダルが相次いだことなどにより、世論調査における支持率で野党に大きな差を付けられていたが、2009年に入り、経済危機に対する迅速な対応が評価され支持率を徐々に上げてきた。

一方、野党である中道左派3党（社会民主党、環境党、左翼党）は連立与党に対応するために、次の総選挙において勝利した場合には連立政権（「赤緑連合」）を樹立することで合意し、協力して選挙に臨んだ。

2010年9月に実施された総選挙では、両陣営とも「高成長・高負担・高福祉」という伝統的スウェーデンモデルの理念を継承しつつ、与党連合は成長に重点を置き、野党連合は平等・分配（そのためには増税やむなし）に重点を置き選挙戦を戦ったが、結果、与党連合が僅差で勝利を収めた。社民党は政党ごとの議席数では最多となったが、連立としては及ばず、史上初めて2期連続で野党に留まることとなった。

中道右派連合にとって初の2期連続の政権となるが、今回の選挙では移民規制強化を唱えるスウェーデン民主党が初の国会議席を獲得し、その結果、中道右派連合のみで国会議席の過半数を占めていない状況となっている。国会が機能停止する事態とはなっていないが、政府提案の議案が複数否決される事態が生じており、中道右派政権が政策を進める上でどのような政治的対応を行うかが注目されている。（なお、中道右派政権・野党3党とも、スウェーデン民主党とは連携しないことを明言している。）

(3) 社会保障政策の最新の動向と今後の見通し

a 医療政策

ランスティングが提供する医療サービスについては、財政的な制約により施設・人材など医療資源が不足し、必要な際に医療機関を受診できない患者の「待ち行列」

の存在が大きな社会問題となっていた。この問題に対処するために、2005年以降、政府とコミュニケーション・ランスティング連合会の合意に基づき、一定期間内に必要な医療サービスを受けることを保証するための取組み（診療保証）が実施されていた。ラインフェルト政権はこれをもとに、①プライマリケアについて助けを必要とする当日中にコンタクトがとれること、②一般医の診察を7日以内に実施すること、③さらに必要な場合には90日以内に専門医の診察を、90日以内に手術を受けられること、④法定期間中に必要なサービスを提供できない場合には、ランスティングが他の医療機関での医療を旅費の支給を含めてアレンジする義務を負うこと、を主な内容とする「ケア保証」(Vårdgaranti)を法制化した(2010年7月施行)。また、2010年より、ケア保証の達成度合いに応じて10億クローナの補助金をランスティングに分配する仕組みを導入している。2010年においては患者の9割がケア保証の範囲内で医療サービスを受けており、政府は更なる改善を目指している。

一方で、ラインフェルト政権は医療サービスの質の改善を図るために患者の「選択の自由」と「競争の促進」を重視する立場から、まず、地方自治体による医療・福祉サービスにおける住民選択制の導入を促進するために、公共調達における位置付けを明確にする「選択の自由推進法」を導入した(2009年1月施行)。また、初期医療においては患者による医療機関の選択制度をすべてのランスティングにおいて導入することを義務付けた(2010年1月施行)。

さらに政府は、過去30年間にわたって処方薬を含む大部分の医薬品に提供された国営薬局(Apoteket社)による医薬品の専売制度を廃止し、民間事業者による薬局の開設を認める規制緩和を実施した(2009年7月施行)。

なお、歯科医療については、20歳以上の者についてはランスティングではなく社会保険である疾病保険制度から費用の一部が支払われるものの、診療価格については医療機関が自由に設定できるために高額の自己負担の発生が問題となっていた。政府は費用の償還対象となる歯科医療の参照価格制の導入など、コストを抑えつつ保障水準を上げるための改革を実施した(2008

年7月施行)。

2011年1月には、医療の安全性の向上を目的とした新患者安全法が施行された。これにより、患者の健康被害(医療事故)が発生した場合の医療提供者(ランスタング等)による調査・報告等体系的な対応、保健福祉庁による患者からの相談受付、問題のある医師等への観察・処罰の強化等が実施される。

b 雇用・労働政策

2006年の総選挙においては、経済が好調であるにもかかわらず失業率(傷病手当の受給者など「潜在的な」失業を含む)がなかなか低下しなかったことから、いかに雇用を増やしていくかが大きな争点となった。ラインフェルト政権は、発足後、国民の就労インセンティブを上げるためとして、中・低所得者を主な対象として勤労所得減税(税クレジット)を段階的に実施した(就労促進税制)。さらに、若年者や長期失業者、高齢者を雇用した場合の事業主負担分社会保険料の減免措置の導入、家事サービス、家屋の補修サービスの利用料金を税控除できる仕組みの導入など、雇用の「供給」及び「需要」の両面においてインセンティブを高める政策に注力してきた。

一方で、傷病手当の受給の長期化によって、多くの労働者が働く意欲を失っているとして、それまで明確に設けられていなかった支給期間について、①支給期間は原則として1年間とし、②1年を経過した場合には、就労能力が減退しているものの職場復帰が可能と見込まれる場合にのみ最大550日間の支給延長を認める(支給率は80%から75%に低下)ことを主な内容とする支給要件の厳格化を実施した(2008年7月施行)。一連の改革に対し、いわゆる「スウェーデン病」の解消のためには必要な施策との見解も強かったが、労働組合や野党などの反発が非常に強かったことから、2009年末には、①特に症状が重篤な者については支給期間が経過しても審査に基づいてさらに支給の延長を認めること、②活動補償金・傷病保障年金(旧障害年金)の支給を打ち切られた者(前述)について傷病手当の支給を再度申請することを認めるなど救済措置が講じられた(2010年1月施行)。

さらに、ラインフェルト政権は、失業保険基金(任

意加入)を通じて実質的に労働組合が運営に関与していると言われる失業保険制度について、失業保険給付を恒常的なものにすべきではないとの立場から、①失業保険料(本人拠出分)の大幅引上げと税制上の控除対象から除外、②給付乗率の引下げ(80%から200日経過後に70%、300日経過後に65%)を内容とする加入・給付要件の厳格化を実施した(2008年7月施行)。保険料の引上げによって、制度を脱退する労働者が相次いだ、その直後に経済危機が発生し、多くの失業者が十分な失業保険給付を受けられない事態に陥ったため、政府は強い批判を浴びることになった。中央党など連立政権の与党の中には、労働組合の関与を排除するために失業保険制度の強制化と政府への移管を強く主張する政党もあるが、穏健党が消極的なことにより、政府としての統一方針とはなっていない。

c 家族政策

2008年7月から導入された「子育て手当(Vårdnadsbidrag)」の目的は、子育ての形態にかかわらず両親と子が過ごす時間を増やすことと説明されたが、これは連立与党の一角を占めるキリスト教民主党の「家族の重視」という伝統的な価値観が反映されているものと見られる。一方で、男性による育児休業の取得を促すために導入された両親手当における「均等ボーナス(Jämställdhetsbonus)」は、男女平等の推進に熱心な自由党の方針が反映されたものと言える。このように、ラインフェルト政権が実施した家族政策は各政党の考え方が複雑に組み合わせられたものであるが、育児休業期間中の収入減を社会保険制度により補償するとともに、職場復帰後には保育所(プレスクール)など公的保育サービスによって男女共働き社会を支えるという社会モデルに対しては大部分の国民が支持しており、少なくとも近い将来において大きな制度変更は予定されていない。なお、出生率の上昇が続いて幼児人口が増大している中で、一部のコミューンにおいてプレスクールの不足や児童の過剰収容が問題になっており、今後、重要な政策的課題として取り上げられていく可能性がある。

d 高齢者ケア政策

社会サービス法に規定される「特別住居」は身体的・精神的に介護の必要性が相当程度高い高齢者を対象としているため、入居に際してはコミュニティの認定が必要である。そのため、介護の必要性はそれほど高くないものの、一人で暮らすことに不安感や孤独感を覚える高齢者の存在が問題となっていた。ラインフェルト政権は、専門委員会の報告書をもとに、「特別住宅」と通常の高齢者住宅のギャップを埋める新たな形態の高齢者住宅である「安心住宅 (trygghetsboende)」を普及させることとし、コミュニティに対する政府からの建設費の補助を実施するための必要な法律改正を行った(2010年1月から適用)。「安心住宅」は毎日、専門スタッフが常駐し居住者の援助を行うことが要件となる。

また、医療サービスと同様に利用者による「選択の自由」を推進するために、政府は「選択の自由推進法」を導入した(2009年1月施行)。

家族介護者に関して、その負担が重くなっていることを踏まえて、社会サービス法におけるコミュニティの援助義務に関する規定が「コミュニティは介護を行う家族に対して必要な援助を実施しなければならない」と改正された(2009年7月施行)。新法では、コミュニティが具体的にどのようなサービスを提供すべきかに関して保健福祉庁がガイドラインを定めることとされている。

さらに、2011年1月より、高齢者サービスの提供に当たっては高齢者が「尊厳」をもって生活できることを保証すること、コミュニティはサービスの提供方法及び提供時間について可能な限り利用者の要請に応じるべきこと等を内容とする改正社会サービス法が施行された。これらの施策は、「高齢者の尊厳」や「家族の役割」を重視するキリスト教民主党(社会大臣と高齢者ケア政策担当大臣を占める)の考え方が強く反映されている。

e 老齢年金

1990年代に与野党5党の合意のもとに実施された抜本改革によって、所得比例年金の保険料を将来的に固

定するとともに、経済や人口動態の変動に応じて支給額を自動的に調整する「自動財政均衡メカニズム」が導入された。均衡メカニズムは2001年の導入以降、実際に発動されたことはなかったが、2008年末に発生した経済危機の影響により年金基金の運用がマイナスとなったことや、2008年から2009年にかけて物価水準が下落したことにより、2010年に均衡メカニズムが初めて発動されて年金支給額の改定がマイナスとなる見通しとなった。これに対して、与野党合意に参加していた5党は、実務者によるワーキンググループを開催し、異例の短期間のうちに、マイナス改定の影響を緩和するために、均衡メカニズム発動の基準となる年金基金積立金の評価額の算定方法について、「2年前の年末時点の資産額」という方法から「過去3年間の資産額の平均値」と変更する案をまとめ、政府法案として2009年の国会に提出した。この結果、2010年には評価額の新たな算定方法が用いられたが、それにもかかわらずマイナス幅3.0%という給付額の大幅な削減が実施されることとなった。また、2011年についても、マイナス幅4.3%の給付額の改定が実施された。

現行制度に対しては、環境党や左翼党など与野党合意に参加していない政党からは批判があがるものの、与野党間の広範な合意によって導入された新制度について抜本的な変更を主張する声は大きくはない。一方、勤労者について勤労所得減税が実施されていることや、給付額のマイナス改定を背景に、年金受給者の経済状況の改善を名目として、2009年以降、65歳以上の者の税制上の基礎控除額の拡大が数次にわたり実施されている。

なお、これまで公的年金制度の管理・運営については、所得比例年金及び保証年金は社会保険庁(Färsäkringskassan)が、積立年金は積立年金庁(Premiepensionsmyndigheten)が担当してきたが、2010年1月に新たに「年金庁(Pensionsmyndigheten)」が設立され、これらの業務を一元的に実施することとなった。

(参考データ)

〈表4-5-2〉スウェーデンの分野別社会保障支出の推移 (ESSPROS基準)

(百万クローナ)						
年	2004	2005	2006	2007	2008	2009
保健医療	219,079	219,453	229,378	234,694	241,856	247,843
うち現金給付	54,621	49,099	48,765	44,448	40,666	36,865
うち現金給付以外	164,458	170,354	180,613	190,246	201,190	210,978
障害者	120,602	126,743	133,481	138,177	137,778	140,730
うち現金給付	72,577	75,665	75,929	76,100	74,774	73,084
うち現金給付以外	48,025	51,078	57,552	62,077	63,004	67,646
高齢者	306,942	319,558	328,084	345,643	370,423	392,512
うち現金給付	238,976	250,979	258,723	273,318	290,922	314,036
うち現金給付以外	67,966	68,579	69,361	72,325	79,501	78,476
遺族	18,007	17,941	18,072	17,971	17,968	18,077
うち現金給付	18,007	17,941	18,072	17,971	17,968	18,077
うち現金給付以外	—	—	—	—	—	—
家庭・児童	76,943	79,653	87,781	91,448	96,836	99,586
うち現金給付	40,581	41,569	45,233	46,708	47,850	48,950
うち現金給付以外	36,362	38,084	42,548	44,740	48,986	50,636
失業	50,962	51,161	47,861	33,905	27,932	40,322
うち現金給付	44,412	44,641	40,370	27,428	21,771	33,748
うち現金給付以外	6,550	6,520	7,491	6,477	6,161	6,574
住宅	14,561	14,775	15,008	14,736	14,695	14,746
うち現金給付	—	—	—	—	—	—
うち現金給付以外	14,561	14,775	15,008	14,736	14,695	14,746
社会的排除	16,959	16,624	17,444	18,354	19,815	21,954
うち現金給付	9,536	9,274	9,389	9,589	10,245	11,799
うち現金給付以外	7,423	7,350	8,055	8,765	9,570	10,155
合計	839,997	862,288	894,124	913,189	945,820	993,641
(対GDP比)	31.6	31.1	30.4	29.2	29.5	32.2
うち現金給付	478,710	489,168	496,481	495,562	504,196	536,559
うち現金給付以外	345,345	356,740	380,628	399,366	423,107	439,211
(参考) 名目GDP	2,660,957	2,769,375	2,944,480	3,126,018	3,204,320	3,089,181

資料出所：スウェーデン中央統計局 (SCB)

"Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och Europa samt utgifternas finansiering 2004–2009"

〈表4-5-3〉スウェーデンの社会保険制度収支 (2009年)

給付名	収入			支出			
	保険料	国庫負担	その他	計	給付費	事務費	計
両親保険	26,671	—	—	26,671	29,865	1,067	30,932
児童手当	—	23,612	—	23,612	23,364	248	23,612
住宅手当	—	3,604	—	3,604	3,372	232	3,604
障害児介護手当	—	2,960	—	2,960	2,789	171	2,960
養育費補助	—	2,412	1,599	4,011	3,645	366	4,011
児童養育期間中の年金権	—	5,077	—	5,077	5,077	—	5,077
傷病手当	83,098	15,227	—	98,325	91,186	3,827	95,013
ランディングヘ薬剤補助金	—	1,000	—	1,000	1,000	—	1,000
歯科医療給付	—	5,724	—	5,724	5,503	221	5,724
医療給付	—	646	—	646	608	38	646
障害者所得補償金	—	1,328	—	1,328	1,242	86	1,328
活動補償金	10,293	388	—	10,681	10,293	388	10,681
労災手当	8,243	50	51	8,344	5,156	260	5,416
自動車補助	—	248	—	248	222	26	248
介助者手当	—	17,742	4,186	21,928	21,753	175	21,928
AP基金	202,712	—	136,412	339,124	217,412	1,730	219,142
老齢年金	15,200	3,909	—	19,109	19,054	55	19,109
積立年金制度	28,821	—	—	28,821	858	440	1,298
遺族年金	20,607	779	—	21,386	16,863	34	16,897
住宅費補助(BTP)	—	11,709	—	11,709	11,374	335	11,709
高齢者生計費補助	—	498	—	498	497	1	498
その他の給付・支払	14	75	53	142	131	11	142
総計	395,659	96,988	142,301	634,948	471,262	9,711	480,973

資料出所：スウェーデン社会保険庁

「Socialförsäkringen i siffror 2010」

〈表4-5-4〉スウェーデンの社会保険料率

	2009		2010		2011	
	使用者	被用者	使用者	被用者	使用者	被用者
疾病保険料	6.71		5.95		5.02	
遺族年金保険料	1.70		1.70		1.17	
老齢年金保険料	10.21	7.00	10.21	7.00	10.21	7.00
両親保険料	2.20		2.20		2.20	
労働災害保険料	0.68		0.68		0.68	
労働市場保険料	2.43		4.65		2.91	
小計	23.93		25.39		22.19	
一般賃金税	7.49		6.03		9.23	
合計	31.42	7.00	31.42	7.00	31.42	7.00

注：自営業者については異なる保険料率 (2011年：合計28.97%) が適用されている。

〈表4-5-5〉スウェーデンの病床数の推移

年	2005	2006	2007	2008	2009	2010
専門医療病床	21,102	20,803	20,750	20,433	20,044	19,919
うち 内科短期治療用	9,836	9,589	9,656	9,578	9,443	9,622
外科短期治療用	7,880	7,696	7,663	7,548	7,661	7,506
短期治療用(区分なし)	897	865	784	883	816	919
老年科	1,996	2,100	2,038	1,989	1,699	1,603
その他	493	553	609	435	425	269
精神科病床数	4,328	4,443	4,434	4,392	4,410	4,346
小計	25,430	25,246	25,184	24,825	24,454	24,265
プライマリケア病床数	114	97	96	97	88	85
ランディング以外の 主体が経営する病床数	934	880	916	940	1,151	1,216
総計 (対人口千人)	26,479 (2.9)	26,223 (2.9)	26,196 (2.9)	25,862 (2.8)	25,693 (2.8)	25,566 (2.7)

資料出所：コミュニケーション・ラスティング連合会

"Statistiskt om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010"

注：「利用可能ベッド数」に関する統計である。

〈表4-5-6〉スウェーデンの保健医療従事者数の推移(12月現在資格保有者)

年	2005	2006	2007	2008	2009
Apotekare (薬剤師)	2,727	2,940	3,153	3,366	3,631
Arbeterapeut (作業療法士)	10,215	10,651	11,043	11,432	11,793
Barnmorska (助産師)	9,525	9,699	9,891	10,122	10,372
Kiropraktor (カイロプラクティック士)	500	539	599	641	672
Logoped (言語療法士)	1,247	1,317	1,419	1,510	1,659
Läkare (医師)	44,151	45,852	47,808	49,654	51,325
Naprapat (ナブラバシー士)	893	945	989	1,043	1,089
Optiker (視能訓練士)	3,042	3,128	3,203	3,299	3,408
Psykolog (心理療法士)	9,072	9,359	9,737	10,136	10,545
Psykoterapeut (臨床心理士)	4,912	5,081	5,331	5,532	5,737
Receptarie (医薬品処方士)	6,835	7,125	7,411	7,648	7,824
Röntgensjuksköterska (診療放射線技師)	520	663	817	930	1,073
Sjukgymnast (理学療法士)	17,817	18,341	18,834	19,330	19,835
Sjukhusfysiker (病院技師)	327	368	407	447	467
Sjuksköterska (看護師)	156,509	160,655	164,512	168,188	171,671
Tandhygienist (歯科衛生士)	4,411	4,607	4,765	4,986	5,190
Tandläkare (歯科医師)	14,588	14,885	15,094	15,272	15,460

資料出所：スウェーデン保健福祉庁 (Socialstyrelsen)

Statistik om hälso- och sjukvårdspersonal 2009

注：表中の日本語名称は仮訳である。

〈表4-5-7〉スウェーデンの福祉サービス対象者数

年	2005	2006	2007	2008	2009
生活保護	406,743	392,466	378,552	384,671	422,320
高齢者・障害者 在宅サービス	152,839	159,502	170,570	169,662	—
高齢者・障害者 施設サービス	106,207	104,501	99,657	98,720	—
薬物・アルコール 乱用青年のケア	13,306	12,660	12,265	13,507	13,601
被虐待児童・青 少年のケア	20,289	20,716	21,519	22,663	22,916
(参考) 総人口	9,047,752	9,113,257	9,182,927	9,256,347	9,340,682

資料出所：スウェーデン中央統計局 (SCB)

"Statistisk Årsbok för Sverige 2011"

〈表4-5-8〉スウェーデンの児童手当支給額 (2010年7月～)

子供の数	児童手当額	多子加算額	合計
1	1,050	—	1,050
2	2,100	150	2,250
3	3,150	604	3,754
4	4,200	1,614	5,814
5	5,250	2,864	8,114
6	6,300	4,114	10,414

〈表4-5-9〉保育サービスの自己負担上限額 (2011年)

	就学前児童に係る上限月額 (1～5歳児)	就学児童に係る上限月額 (6～12歳児)
第1子	所得の3% (最高1,260クローナ) まで	所得の2% (最高840クローナ) まで
第2子	所得の2% (最高 840クローナ) まで	所得の1% (最高420クローナ) まで
第3子	所得の1% (最高 420クローナ) まで	所得の1% (最高420クローナ) まで
第4子以降	無料	無料