



海外社会保障研究

SPRING 2012

No. 178

特集：スウェーデンの社会保障—グローバル化経済の中での苦悩と挑戦—

特集の趣旨	岡澤 憲芙	2
普遍主義的医療制度における公私混合供給の展開		
—スウェーデンにおける患者選択制の検討—	松田 亮三	4
老齢年金—1998年改革の意義と課題—	中野 妙子	21
2000年以降のスウェーデンにおける高齢者福祉		
—「選択の自由」拡大とそれに伴う諸対応の展開—	吉岡 洋子	34
スウェーデンの社会扶助の30年	宮寺 由佳	45
1990年代以降の労働市場政策の変化と現在の課題	佐藤 吉宗	58

論文

フランスにおける保健医療計画の導入と展開		
—医療への平等なアクセスの実現を目指して—	松本 由美	81

動向

社会保障費の国際比較—SOCX2010ed.にみる諸外国の動向—		
..... 国立社会保障・人口問題研究所企画部		92

書評

Richard B. Freeman, Birgitta Swedenborg, Robert H. Topel編著		
『Reforming the welfare state: recovery and beyond in Sweden』	酒井 正	103
Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, Christopher Pierson編		
『The Oxford Handbook of THE WELFARE STATE』	西村 周三	108

特集：スウェーデンの社会保障—グローバル化経済の中での苦悩と挑戦— 趣 旨

グローバル経済の中で：苦悩と挑戦：北欧福祉社会のしなやかでタフな挑戦

果敢で柔軟な政策対応

北欧型といわれる普遍主義型福祉体系は、常に環境変化に柔軟・敏速に対応する経済政策を必要としている。果敢な挑戦主義の勇気がなければ超絶的な高負担政策など不可能。21世紀初頭時点で、意欲的研究者を揃えて本特集を企画したのは高く評価できる。いずれもが、これからの北欧福祉社会論をリードする研究者である。

第二次大戦後、常に「もうダメ福祉国家」「黄昏の福祉国家」「漂流する福祉国家」など繰り返し批判を受けてきた。その都度、失望・揺らぎ・落ち込みを経験しながらも、「どっこいまだまだ」と蘇生してきた。

基本的には全国民を対象とする普遍主義型であるため、福祉財政の急膨張に悩まされてきた。フリーライダーやイージーライダーの増殖は常に、特に、心のゆとりを奪うような低成長期には、激しい批判の対象になってきた。競争力維持と成長経済、財政健全化は、膨大な既得権益者を抱える高負担型福祉社会の前提条件である。

1990年代は北欧にとってことさら暗澹の時であった。バブルの崩壊、金融危機の発生、そして深刻な経済危機。単年度赤字も対GDP比で10%を超える国もあった（スウェーデン）。構造改革は社民党政権でも中道右派連合政権でも進められた。そして2000年代に入ると、「どっこいまだまだ」論を勢いづかせる国際数値が発表された。国際競争力でも、財政健全度でも、女性の社会参加率でも、経済格差でも国際比較では、「やっぱり北欧」という印象を与える統計が発表された。特に、スウェーデンの復調ぶりが著しい。

「ヨーロッパで最良の財務大臣」。2011年には、『フィナンシャル・タイムズ』がアンダシュ・ボリィをそう評価したこともあった。「スウェーデンは過去数年間、頭を水面よりかなり上に上げたまま泳いでいる。ヨーロッパのほとんどの国は、水面が上昇しているため、顔を水面下につけたまま泳いでいる。そんな姿を見慣れていると、スウェーデンの好調ぶりが印象的である。スウェーデン経済は、第二次大戦後最悪の経済不況から、着実に回復したあと、2011年にはヨーロッパ最強の経済になった」。(Ivana Ludvitch, Sweden: Clean Bill of Health, in *New European Economy*, p.22-23).

2000年代の世界的経済不況時代、スウェーデンは、ある意味で、素早く、そして見事に立ち直って見せた。EU諸国が軒並み財政難と財政赤字に苦悩している中で、EUの財政原則を軽やかにクリアし続けることに成功した。財政赤字をGDPの3%以下に抑えた。アイルランド、ギリシャ、イギリス、スペイン、ポルトガルが財政政策の劣等生だとすれば、スウェーデンは断トツの優等生であった。2009年も2010年も3%以下に抑えたのはスウェーデンとエストニアだけであった。(Roch D. nr28 2010s.12)

2009年の第二四半期に不況から脱した。2010年の第一四半期の前に成長アクセルを踏む前に、既に成長率が確実に上昇していた。四半期比較だと2.1%の成長率であった。2011年も依然として好調を維持した。しかし、風はそれほど順風だけではない。欧州諸国で債務残高肥大化が深まった。金融不安を目の当たりにして、北欧の好調国家も楽観論に安穩としてはいられなかった。だが、結果として、多くの隣国が直面している困難を考えたら、GDPで4.0%の成長という数字は、見事な実績である。その間、グローバル化の進行で、競争力確保が福祉財源調達条件であった。中道右派政権は福祉サービスの削減・縮小を強力に断行している。一国時系列比較をすると、「悲鳴が聞こえるほど」と表現できようが、国際空間比較をすると「無駄を切り落としただけ」かもしれない。制度改革の内容は各論文を参照されたい。

展望：高い政治的信頼がライフライン

2010年『ニューズウィーク』誌が、未来が有望な国のランキングを発表した。「どの国が住むのに適しているか」を調査の狙いにして、教育・健康・生活の質・経済的競争力・政治風土、の5変数でランクをつけた。総合的には、1位フィンランド、2位スイス、3位スウェーデン、4位オーストラリア、5位ルクセンブルグ、6位ノルウェー、という順位であった。中でも、生活の質というカテゴリーではノルウェーが他の国の上位に来ている。

そのノルウェーで悲劇が発生した。ウトーヤ島での大量殺戮事件である。福祉国家の寛大さは、生活困窮者・難民の吸引装置となっている。難民が殺到し、多文化主義が不可避の現象になっている。長らく北欧はその貧しさのために、「移民を送り出す国」であった。それは20世紀初頭まで続いた。だが、1960年代以後、「移民を受け入れる国」に変身している。急速な多文化主義は目に見えない亀裂を生み出している。この数年、ナショナリズム政党が出現し、発言力を強めている。成長の陰で経済格差は確実に拡大している。失業者、高齢者、長期療養者、在住外国人へのシワ寄せと並行して排斥型ナショナリズムの台頭。新しい対決線が次第に顕在化している。北欧はどう対応するか。興味は尽きない。本特集が日本における福祉充実と財政再建論のヒントの一部になればと切望している。

日本では消費税10%が議論の中心。スウェーデンが10%に引き上げたのは1967年。実に45年前の出来事である。1990年に25%に引き上げた国から見ると日本はのんびり。評価は別として北欧の備えは早い。

(岡澤憲芙 早稲田大学教授)

普遍主義的医療制度における公私混合供給の展開

—スウェーデンにおける患者選択制の検討—

松田 亮三

■ 要約

スウェーデンの普遍主義的医療制度は、分権化した責任構造のもとで公共サービスとして発展してきており、1990年代に導入された供給—調達機能の分離以降、患者の選択および供給者の多様性の増大が追求されている。本稿では、2006年に成立したラインフェルト中道右派連合政権のもとで進められている、医療サービスにおける公私混合供給の促進政策とその影響について文献資料を用いて検討する。

いくつかの先行的取り組みをふまえて、2010年より住民が基礎医療（プライマリ・ケア）の利用医療機関を選ぶようにすること、すなわち住民による選択可能な体制の確保がランスタングの義務とされた。具体的な運用については異なり、ランスタング間の状況には大きな差があるものの、基礎医療分野での私的供給は総じて増大している。普遍主義を実現する方策として公私混合供給が広がりつつあるが、その妥当性を評価するにはなお時間を要するであろう。

■ キーワード

医療政策、患者の選択、公私混合供給、スウェーデン、普遍主義

I はじめに

巨額の費用を要し、生命と健康に直結する医療は、現代福祉国家の重要な構成要素であり、社会保障の主要な領域の一つである（Moran, 2000; Freeman and Rothgang, 2010）。スウェーデンの医療制度は、主に租税を財源とした公共サービスとして、医療サービスの財政・供給の両面について地方公共団体ランスタングが主要な役割を担う国家医療制度（National Health Service, NHS）である（西村, 1999; Glenngård et al., 2005; Blank and Burau, 2010）。このような公共サービス中心の、そして分権化された普遍的医療制度は北欧福祉国家の特徴であり、それらが「公共サービス国家」とも言われてきた理由の一つでもあった

（Lehto et al., 1999; Magnussen et al., 2009; Alban and Christiansen, 1995）。

医療制度を通して医療へのアクセスを公平にすべての人々にもたらすことは福祉国家スウェーデンの試金石であり（Glenngård et al., 2005）、それは包括的で制度化され普遍的であるという北欧福祉国家の基本的特徴と合致している（Lundberg et al., 2008）。その形成を推進したのは福祉国家スウェーデンの構築を主導してきた社会民主党を中心とした左派ブロック政権であった（岡沢, 2009）。だからこそ、80年代以降の福祉国家の「危機」あるいは「再編」「挑戦」とかかわり（岡沢, 2009）、医療制度が問われてきた。待機的手術などでの待機期間の長さという問題だけでなく、住民の医療に対する要望の高まりとそれへの対応の不十分さ、より侵襲性の低い手術の開発などの

医療技術の変化、高齢化の進展によってもたらされているより統合した医療・福祉サービスの必要性、不安定な経済状態は、福祉国家スウェーデンの医療に大きな課題を投げかけ続けている (Rac, 2005)。

特に、80年代末後半そして1990年代の経済危機の下では、財政の制約性のもとで費用抑制と質の保障をどのように追求するかが厳しく問われた (Calltorp, 1996; Glengård et al., 2005: p.95)。ダーナヤストックホルムなどで大胆な運営改革が行われ、運営上の供給機能と購入機能の明確な区分の導入、実績に応じた支払方式の導入、などが取り込まれた (Harrison and Calltorp, 2000)。1991年にはスウェーデン福祉国家が転換期を迎えつつあることを予期させる「選択の自由」を掲げたブルジョア政権が成立し (岡沢, 2009)、医療においても民間部門を含めた「市場」機構の導入やケア保証の導入が試みられた。翌年高齢者ケアの責任を明確にするエーデル改革が実施され、これに合わせて民間事業者の活用が導入された。しかし、1994年には再び社会民主党政権となり、「市場」機構は後傾に退き、高齢者などのケアとの連携を含めて病床の効率的利用を図る医療改革が積極的に進められ、同時に公共医療サービスにおける優先付けの枠組みが形成された (Harrison and Calltorp, 2000; Calltorp, 1999; Glengård et al., 2005: p.101)¹⁾。こうして90年代には、医療供給における民間部門の割合が増加するなど動揺の兆しはみえたものの、普遍主義、高度な質、租税財源、公共部門による供給といったスウェーデン医療の基本的な性格が崩れることはなかった (Lehto et al., 1999; Heikkilä et al., 1999)。

2006年に成立したラインフェルト4党連合中道右派政権は、医療制度への私的供給の導入と競争の促進などによって、医療サービスへのアクセスと効率を向上させようとしている。同政権は2010年の総選挙でも存続し、これらの政策を継

続して実施する在任期間を得ている。この政権の推進する医療政策について、特に90年代からの争点である患者・住民の「選択」あるいは民間事業者の参入規制の緩和による供給者の多様化推進政策について、本稿では検討する。医療・福祉連携サービスの必要の増加や財政緊縮圧力という政策形成の文脈と普遍主義という「守るべき点」 (島崎, 2011) にかかわって、中道右派政権の下で推進されている選択の自由の推進によって普遍主義が揺らいでいるのか、揺らいでいるとすればそれはどのようなものなのかを分析していく。

まず、スウェーデンの医療制度を概説した上で、90年代から試みられてきた「市場」機構導入を概観する。次いで、現在進められている「選択システム」の導入が既存の供給・財政・規制にどのような変化をもたらすものなのか、を検討する。最後に、供給者の多様化がどの程度進められているかを利用可能な資料から検討し、「選択システム」の導入がスウェーデン医療制度に与える影響を検討する。

II 医療制度の特徴

一政策実施の枠組みを中心に

スウェーデンの医療制度については概説や詳細な検討が利用可能であり (島崎, 2011; 新井, 2011; 西村, 1999; スウェーデン医療保障制度に関する研究会, 2009; Glengård et al., 2005)、ここでは本稿の主題にかかわって重要な点を中心に記述する。

スウェーデンの医療制度の目標は、その枠組みを定める1982年医療法 (SFS 1982:763)²⁾ によって、すべての人々に公平に良好な健康と医療をもたらすことにあるとされ、最も必要の高い人に優先的なアクセスを与えるものとされている (第2条)。つまり、居住地、社会的地位、性別、民族などによらず必要に応じて医療を利用できること、

すなわち医療へのアクセスを普遍的に保障するという意味での公平とともに健康そのものの公平を追求することが目的とされている（松田, 2009;

Magnussen, 2009）。租税にもとづく普遍的な公共サービスとしての医療制度の確立と負担可能な範囲で上限が定められた利用者負担と公衆衛生政策にこの理念は体现されている（Ågren, 2003）。

広域自治体であるランスタングが、住民に医療を提供する責任と権限をもっている（第3条³⁾）。中央政府の政策はこの枠組みの変更でもありうるし、財源・供給などにかかわるさまざまな規制やガイドラインによって枠組みの運用を方向づけるものでもありうる。（Fredriksson et al., 2012）。ランスタングは住民選挙によって選ばれる政治的機構であり、自らの責任を果たすために、制度運用について広範な権限を与えられている。歴史的には医療におけるランスタングの権限と責任は病院サービスに限られていたが、80年代以降基礎医療（プライマリ・ケア, *primärvården*）を含んだ医療サービスの供給全体に責任をもつようになった（Glenngård et al., 2005⁴⁾）。

90年代前半から自治体内部の組織運営に大きな裁量が認められており、一つの枠組みの中でランスタングごとに異なる医療制度が運用されている。制度改革は個々のランスタングでの試みが先行する場合が多く、分権化が進んだ90年代にはむしろ国の支配力が低下したと考えられている（Anderson et al., 2008）。

ランスタングは、医療の主要財源である地方所得税の税率を定めるとともに、枠組み法の中で効率的にまた住民に満足のいくサービスを実施していく義務がある。さらに、ランスタングはコミュニケーションとともに連合会を形成し、中央政府と交渉にあたり、医療の運営にかかわる調査研究・情報交換などを行っている（SALAR, 2011a）。

1980年代そして1990年代、国とランスタング

は協議などにより、支出と課税の制限を設けることにより、医療支出を抑制してきた（Calltorp, 1996; Harrison and Calltorp, 2000; Anell and Svarvar, 1999）。中央政府により課税率の上限が設定されているので、ランスタングは財政管理を重視した運営を行っている。医療支出（対GDP比）は1982年には9.2%となったが、1994年には8.0%まで下がり、以後漸増傾向にある。また平均寿命や乳児死亡率でみた健康状態は世界で最もよい水準にある。一方、医療支出にしめる公共支出の割合は、1980年92.5%から1990年89.9%とわずかに減少した。統計作成方法の変更後では、1996年に86.99%であったのが、2005年には81.2%となっている（OECD, 2011）。

供給面においては戦後病院における専門医療が中心となって発達し、ケア・センター⁵⁾を中心にした基礎医療の展開が広がるのは20世紀の後半になってからである。また、多くの医師が病院あるいはケア・センターでの勤務に対して雇用され、自営などにより医業を営むものは少数であった。さらに、英国やデンマークのような登録医制度が一律的に実施される状況ではなく、患者は病院・専門診療所・一般診療所を選んで受診できることが伝統である（Glenngård et al., 2005）。

先進諸国の医療制度との比較では、スウェーデンの医療は業績良好であり、特に、質、アクセス、新薬剤の導入などで優れている。なお、課題が大きい待機期間についても29か国中6位である。つまり、不効率や課題がないとはいえないが、全体的にみれば良い業績であると評価されている（SALAR, 2008）。

III 選択システムの導入と民間事業者の活用による供給の多様化

ラインフェルト政権は、90年代に短期に終焉した民間事業者参入の自由化、ランスタングに

よる「選択システム」導入の義務化、最長待機期間保証（ケア保証）の法定化など、医療における利用者・供給者の権限を変化させ、「市場」と潜在的な場合も含めた「競争」を重視した政策を展開してきている。以下では、90年代から2005年にかけての患者の選択および供給者の多様化をめぐる政策について病院・基礎医療のそれぞれについて概観した上で、現在進められている同政権の政策について記述・分析する。

1. 医療の選択と「市場」機構の導入—2005年までの動向の整理—

福祉国家における人々の選択の自由とそれにかかわる公共部門のあり方あるいは市場機構の制御のあり方は、他の多くの先進諸国と同様にスウェーデンにおいても重要な政策論点であり続けている（宮本, 1999: pp.139-167）。1970年以降に明らかになった福祉国家の正統性の動揺においては、税率や福祉給付の程度のみならず公共部門のあり方、官僚主義に対する改革の必要性が課題となった（Petersen, 2011）。公共サービスにおける利用者の選択の幅を広げるという論点は、官僚主義に対する改革の必要性がほぼ共有されていた80年代半ばにパルメ首相も言及していた（Palme, 1986）。しかし、その実現方策については二つの異なる路線があった（Olsson and Cohn, 1995; Petersen, 2011）。一つは、公共部門によるサービス供給を維持しつつ、内部的な市場と競争を導入し効率性を上げ利用者の要望により対応できるものにするという社会民主党の路線であり、もう一つは供給における公共部門の役割を引き下げ民間部門による競争の下での供給を行っていくという保守派政党らの議論である。どちらの方策においても市場機構の活用や競争の導入は語られるものの、公民の役割のあり方においては全く異なるものであった。

結果的に、患者の医療機関の選択の拡大と供給

者の多様化は、もっぱら公的部門の組織改革によって推進されてきた（Petersen, 2011）。ランスティングへの分権構造を基礎としつつ、90年代前半には「市場機構」による改革が試みられ、90年代後半には財政緊縮圧力のもとで、より財政的に安定な委託（あるいは契約）などを中心にした改革が行われた（Blomqvist, 2004; Harrison and Calltorp, 2000）。新公共行政（NPM）の影響のもとで、サービス調達（支払または購入）機能と供給機能を区分する組織改革が進められ、90年代半ばには過半数のランスティングがそのような改革を実施した（Christensen and Lagreid, 2001）。従来のスタッフが設立した労働者協同組合への委託、公共事業体への委託など多様な契約が導入され、公民関係もいっそう複雑になっていった（Saltman, 2003）。こうした1990年代の民間事業への移行論は生産性の向上と費用の抑制を目的としていたが、それらが医療サービスの質に懸念があるだけでなく、総費用を上昇させることへの危惧が浮上した（Harrison and Calltorp, 2000）。こうして90年代後半にはむしろ「市場」よりは契約による委託が広がったが、これには取引費用を増加させるとともに、供給者の多様性を損なうという批判が持ち上がった。こうして、利用者の選択がキーワードとして再び登場することとなった（Anell, 2011）。

この時期、患者の選択を拡大する政策が、北欧諸国・英国など多くのヨーロッパ諸国でとられ（Vrangbaek et al., 2012; Thomson and Dixon, 2006）、スウェーデンでも重要な政策上の論点となった。1994年の家庭医法によって、患者が自由にかかりつけ医を選択できる措置をとる責任がランスティングに課せられた。一方、病院・専門医の診察については、ランスティング連合会が選択の自由を推進する勧告を行った。さらに、病院の選択に向けた待機期間データベースなど、全国的情報基盤の整備も行われた（National Board of

Health and Welfare, 2002: p.321)。

スウェーデンは1995年にEUに加盟したが、90年代後半からはEU域内において国境を超えた受診に関する各国の責任が大きな論点となり、待機期間が診療の結果を変更するほど長いなどの条件が成立した場合には、国家がその診療についての支払義務を負う場合があることが明確になってきた (Martinsen, 2005)。患者にとっては一定の条件が満たされた場合にはEU内の他国で受診するという選択が立ち現われてきたことを意味する。

ランスティング連合理事会は、主に入院医療サービスについて患者の選択を保障する1989年の勧告(「医療における選択についての勧告」)を改訂し選択の幅を拡大する提案を2000年に行った (Landstingsstyrelserna et al., 2010; Nordgren, 2010; Fredriksson et al., 2012)。その内容は、公共の資金を用いる医療について、居住地のランスティング内で基礎医療の施設および供給者・専門医・病院についての選択を与えられること、非居住地のランスティングではそれぞれのランスティングの紹介ルールに従って受診機会を与えられるべきであること、非常に費用の高い医療サービスについてはあらかじめ居住地のランスティングの許可を必要とすること、居住地以外のランスティングで受診する際の交通費は受診者が負担すること、というものであった。診療に要する費用は利用された病院などから居住地のランスティングに請求させることになることから、その実施に頑強に抵抗するランスティングもあったが、最終的にこの勧告は2005年からすべてのランスティングで実施された (Swedish Institute, 2010; Fredriksson et al., 2012)。2006年における勧告の実施状況を調べた研究では、ランスティング間で実施の程度が著しく異なること、北部より南部のランスティングで実施の程度が高いことが示されており、政治的多数派の状況が中道右派ブロックであること、経済的に豊かであることと実施状況がかかわってい

ることが示唆されている (Fredriksson and Winblad, 2008)。

(1) 病院

1860年代の設立時から病院はランスティングの所管業務であり (Sermer, 1980)、通常ランスティングはいくつかの医療地区ごとに病院を設置している。ランスティングは連携して6つの医療圏域を構成し、それぞれの医療圏にある大学病院(運営はランスティングが行っている)は全国的位置付けをもった高度な医療サービスを分担実施している。病院の多くのはランスティング設置によるものだが、都市部を中心に民間病院が存在している⁶⁾。伝統的に公立病院で勤務する医師は私的診療も併せて行っていたが、1969年の「7クラウン」改革の際に、病院で勤務する医師は公共部門の雇用者となり、そのような行為を制限されることとなった (Blomqvist, 2004)。

患者は居住地の近くの病院あるいはケア・センターに「所属」するように、近隣施設を利用すること、医療地区内にある病院で診療を受けることが原則であった。しかし、先に述べたように1980年代後半よりこの原則は緩和されていった。待機的手術などでランスティング内の他医療地区さらに周辺のランスティングでの受診が可能となるようになり、2000年以降は病院・専門医サービスの選択が広がった (Paulson, 1995; Saltman and von Otter, 1992; National Board of Health and Welfare, 2002: 321)。一方、待機期間の短縮のため、民間病院への手術委託が行われた。さらに、エーデル改革などにより90年代には病床利用の効率化が促進され、合併などによって病床数が半数近くにまで減少した (Harrison and Calltorp, 2000)⁷⁾。一方、待機期間は深刻な問題であり続け、ランスティング連合は2000年代の初めから待機期間についての各ランスティング病院でのデータを公開するようにした (Vrangback et al., 2012)⁸⁾。

ランスティングは費用の抑制を期待して、病院サービスの外部委託を推進し、同時に民間事業者への割譲も実施した。

90年代には病院とナーシングホームで就労する雇用者の数は激減した。1993年には288,275人だったのが2000年には235,010人と、18%の減少をみた (SOU, 2002: p.311)。1990年代に公的財政を用いた民間事業者による供給は緩やかに上昇し、民間営利病院で就労する雇用者の数も増加した。しかし、より顕著な変化は、公共部門出資による企業の移行であった。1999年から2000年にかけて、ヘルシンボロ病院などが公営企業組織に改組された。これにより、このような企業に雇用される労働者は1万2,000人増加し、公営企業の病院・ナーシングホームで就労する医療従事者の割合は全体の約5%となった。同時期に非営利病院の雇用者数の変化はあまりなく3,500人前後を推移したが、営利病院の雇用者数はおよそ倍増し約6,300人となり、これは病院・ナーシングホームで就労する医療従事者の約2%となった。2000年には、すでに公設民営となっていたストックホルムの聖ヨーラン病院が私経営に移行し、これは私企業での就労者をさらに押し上げた (Saltman, 2003; Anell, 2011)。

2000年の総選挙で再選した社会民主党は、救急医療を担当している病院サービス（ほとんどの一般病院がこれに該当する）の民間委託を2002年まで凍結し (SFS 2000: 1440)、委託・調達のあり方についての調査を進めた。その結果、公共サービスに限って業務を受託する企業に委託をすることが適当であり、例えば民間保険会社との契約によるサービス供給を合わせて行う企業に委託することは妥当でないとされた (SOU 2003: p.38)。この結果にもとづく規制が実際に行われたのは2006年の政権交代の年であった (Anell, 2011)。

(2) 基礎医療

スウェーデンでは、基礎医療 (primärvården) の概念が法的に定められている⁹⁾ (Bourqueil et al., 2009)。医療法第5条によれば、基礎医療は外来医療の一部であって、疾病・年齢・患者属性にかかわらず、基礎的治療、看護、予防、リハビリテーションなどの一病院の資源・その他の専門的力量を必要としない一人々の必要を満たすものである (Ministry of Health and Social Affairs, 2003)。

歴史的には、18世紀から地区医師 (provinsialläkare) と呼ばれる医師の公的雇用がなされ、その全国的普及を行っていたスウェーデンであるが、入院医療の公共サービス化が先行する中で、1930年代には外来医療の多くが開業医によって供給されていた (Sermer, 1980)。このような状況は1940年代から推進された公共供給中心の構想が実現されていく中で変化し、1980年頃には基礎医療の9割が公共部門に雇用されている医師によって供給されるようになっていた (Sermer, 1980)。

82年医療法では、基礎医療へのアクセスを確保することがランスティングの義務として課せられ、ケア・センターの数が急増した (Hjortsberg and Ghatnekar, 2001: p.38)。一方、費用抑制の圧力が高まる中で、ランスティングは基礎医療への支払方法についても調達・供給機能の分離など新しい方法を試みた (Garpenby, 1994)。1991年に成立した保守・中道政権はランスティング内におけるかかりつけ医選択の自由を確保することを義務とし、家庭医法 (husläkarlag) (1993: 588) により、全国診療報酬表により支払いを受ける基礎医療および外来理学療法についての新規参入を認可制とするとともに、ランスティングには公私の基礎医療供給者を支払の面で対等に扱うことを義務付けた (Anell, 2011)。

選択の自由と民間活用とを組み合わせたこの政策により、私的経営を営む一般医および外来理学療法士の新規参入は都市部を中心に急速に増加し

たが、後者については1995年に社会民主党政権が復活する中であまり大きな影響をもたなかった¹⁰⁾ (Anell, 2011; 西村, 1999; Anell and Svarvar, 1999)。

1995年には基礎医療サービス供給には、基礎医療分野で専門研修を修了した一般医であることが要件とされるようになった (Glenngård et al., 2005: pp.78-80)。1997年には、5,000人の一般医が登録しており、4,025人が基礎医療分野で就労している。そのうち、86%が公立ケア・センター、12%が私立ケア・センターで勤務し、7%が開業診療を行っていた (Hjortsberg and Ghatnekar, 2001: p.40)。1999年の医療サービス発展計画では、基礎医療の強化が位置づけられた (Prop. 1999/2000: p.149)。

2. ラインフェルト政権による「選択の自由」の推進

2006年の政権交代後、スウェーデンの医療政策は大きく変化しつつある (Anell 2011)。中道連合政権は、病院サービスの委託規制の撤廃、基礎医療領域での患者選択制の導入、ケア保証の義務化、患者情報保護の強化、国営医薬品販売会社 Apoteket の分割民営化および医薬品小売参入への規制緩和、歯科医療におけるバウチャー制度・参照価格制度の導入、など多様な事業者の参入と競争を重視した政策を推進している (岡部, 2010)。

患者の選択と供給者の多様化については、まず自由選択制法 (Lag om valfrihetssystem, LOV) (SFS 2008: 962) の施行 (2009年1月) によって、医療・福祉・教育などの「公共サービス」の市場調達を行う仕組みが整えられた。さらに、2009年の医療法改正 (SFS 2009: 140) により、2010年1月1日から、ランスティングは基礎医療においてケア選択制の導入すなわち利用者が供給者を選択できるようにする仕組みの構築に責任を持つこととなった。同時に、90年代の家庭医法と同

様に、基礎医療供給者については一定の条件を満たした場合には公的費用の支払い対象となる認可制度とし、ランスティングの裁量権を縮小した (岡部, 2010; Anell, 2010, 2011)。

すでに2007年にハッランド次いでストックホルム、ヴェストマンランドで、住民の選択制を構築する改革が行われており、2009年法改正はそれを全国的に普及するものであった (Anell, 2010; 岡部, 2010)。自由選択制法による仕組の下で、自治体は公募調達するサービスについての情報を、行政管理サービス庁が設置しているオンライン・データベース「選択ウェブ」に掲載しなければならず、供給事業者はこれを利用し、全国的な公募情報を収集し参入を決定する。

公募にはさまざまなものがある。例えば、ある地域の選択制医療といった大まかな掲示がデータベースに登録され、詳細は各ランスティングのウェブで情報提供しているものがある。一方、精神医療サービスの一部としての成人心理療法、予防接種、聴覚障害のリハビリテーション、外来白内障手術、皮膚科での光線療法、小児科診療、糖尿病の足部ケアといった具体的なケア事業で掲載されている場合もある¹¹⁾。

法によって公募に際しては公的供給者と私的供給者は対等に扱われる。調達の際は当該サービスを供給する条件を満たしている上で、サービスの質での評価によって委託事業者が決められ、事業者間で価格競争を行うことは許されていない。この公募の仕組みを用いて、複数の供給者がサービス調達を行うことにより利用者の選択制が実現することになるが、それは同時に供給者間競争を促すことを意味する。なお、2009年の法改正では基礎医療を提供する場合に専門家庭医の診療を受けられるようにすることを義務づける規定が削除され、参入障壁が減らされた (岡部 2010)。

一方、ランスティングが供給者に支払う方法については新たな規制は導入されていない。したがっ

て、供給者からすると理論的にはそれぞれのランスタングの提示する条件を考慮し販売戦略を考えることとなる¹²⁾。

以上、2009年医療法改正は90年代後半から議論され推進されていた供給者の多様化あるいは患者の選択の推進の延長上に位置付けられるものだが、制度上の特徴として次の3点を指摘できる。

第1に、公共部門の供給者と民間部門の供給者を対等に位置付けることを明確にし、また基礎医療における民間事業者の参入規制を緩和することで、民間事業者の大胆な活用を志向していることである。これは社会民主党政権下では、あくまでも公共部門あるいは非営利企業を中心とした供給の多様化であったのと明確に異なる点である (Blomqvist, 2004)。

第2に、80年代に確立した分権化した医療政策の構造を大枠では変化させないものの、単に供給者の多様化を図るという方向性だけでなく、「選択システム」の導入、民間事業者の参入、全国的な調達情報の集約による取引費用の削減など、より中央政府が主導する政策スタイルになっていることである。患者の選択を広げる施策にかなりの地域差があるなかで、中央政府と地方政府の対話や協定によってそれを実現するソフト・ロー的規制から、法律によって全国的に実施するハード・ロー的な方法がとられている (Fredriksson et al., 2012)。

第3に、供給者への支払方法を定める権限や、どのようなサービスを選択可能とし公募するかを決める権限はランスタングが持っており、分権化した医療政策の基本構造は維持されている。ランスタングは居住している患者がほかのランスタングで受診した場合にはその費用を支払わねばならないという財政的圧力を受けており、公民の供給者の実績をみつつ支払方式と委託の基準を検討することになる。

3 患者の選択・公民関係の変化の状況

(1) 選択システムの多様な展開

2010年から全ランスタングで実施されているとはいえ、支払い方式を含めて選択制の具体的な運営は各ランスタングが定めており、2009年法は法改正から実施していたランスタングに対して運営方法の修正を要請するものではない。運営方法を大まか分けると、基礎医療を一括して選択制を導入している場合と基礎医療をさらにいくつかのサービスに区分して導入している場合がある。多くは前者の方式をとっており、2011年の4-5月に競争委員会が実施した調査では、15のランスタングがこれにあたる (Konkurrensverket, 2011)。ここでは、法制定以前に選択システムを導入していた3ランスタングについて紹介しておく (Anell, 2010; Proposition, 2008; SOU, 2008)。

ハッランドでは、外来医療について病院の占める割合を減らし、基礎医療が占める割合を80%まで高めることを目標としている。一定の施設・人員を備えた場合基礎医療事業所 (vårdenhet) として認可を受けて公的医療制度を担うこととなる。個人は自らの希望あるいはランスタングの推薦によっていずれかの基礎医療事業所に登録するが、希望すればほかのケア・センターを利用することができる。ランスタングから基礎医療への支払いは80%以上が登録者数を基礎とし年齢調整を行った人頭払いである。登録率が低いケア・センターについて支払額を減らす経済的インセンティブを導入しており、事業者に専門医や専門看護師を雇用しサービスの幅を広げることを推奨している。供給者は基礎医療に関するサービス・検査費用などについての包括的な財政責任を有する。登録者がほかのケア・センターを受診した場合の費用にもこれに含まれる。登録者が受診した場合の利用者負担は、ケア・センターの収入となる。

ストックホルムでは、民間参入を促し選択肢を増やすため、基礎医療を家庭医サービス、小児医

療、産科医療、足部ケア、言語療法という5つの領域に分けて認可を行なっている。住民は希望する場合、家庭医などの医師を単位とし登録することができる。供給者への登録者数と年齢に応じた加算による支払いは、支払いの中で40%以下を占めるに過ぎない。供給者は検査への財政責任は持つが、ほかのケア・センター受診の財政については別扱いである。受診時には登録した医師とそうでない医師で利用時負担は異ならないが、所定の金額まで用いることができるバウチャーを登録者に発行している。

ヴェストマンランドでは、事業所は基礎医療の供給に包括的に責任をもつ。住民はハッランドと同様に基礎医療事業所に登録をする。事業所への支払いの88%が登録人数による人頭制である。

ハッランドと同様に、診察時の利用者負担は事業者の収入となる。財政についてもハッランドと同様の責任をもち、登録している事業所以外を住民が利用した場合の費用は、その住民が登録している費用を支払わねばならない。供給者は認可制度ではなく、公共入札によって選ばれる。

これら3つのランスティングではほかのランスティングと同様に健康増進の取り組み、待機期間の短さ、ガイドラインにしたがった薬剤の処方、糖尿病患者登録事業への参加など、業務実績に応じて支払いが追加あるいは削減される仕組み（業績支払い）が導入されている（SKL, 2009a）。

(2) 民間事業者の参入の状況

2009年の法改正およびランスティング・中央

表1 用途別にみた純支出の状況（2010年、10億クローネ）

医療サービス領域	純支出（構成率）	粗支出	粗収入	調達費 総計	民間事業者からの 調達割合 （%）
基礎医療	34.5（17.1）	51.7	23.9	11.0	29.8
専門医療（身体領域）	106.4（52.8）	137.4	63.2	20.8	6.9
専門医療（精神領域）	18.1（9.0）	24.8	10.3	2.2	8.0
歯科医療	5.0（2.5）	11.5	7.8	1.6	15.6
その他の医療	15.2（7.5）	23.7	12.0	1.2	6.9
薬剤給付費	21.1（10.5）	21.1	0.0		
政務・管理費用	0.5（0.2）	1.2	0.1		
合計	201.7（100.0）	271.5	70.9	36.9	11.5

注1：専門医療は、基礎医療以外の専門を持つ医師による診療活動を指し、病院での診療とともに専門医の診療所・医療センターなどでの外来診療も含まれる。なお、病院での妊産婦・子供の診療については基礎的なものについては、基礎医療として区分される。このうち、専門医療（身体領域）には、急性期医療だけでなくリハビリテーション医療、あるいは老年医療なども含まれる。専門医療（精神領域）には、急性期ケアとともに長期ケアも含まれる。青少年の精神疾患や各種の依存症への治療が含まれる。歯科医療については、子どもや施設居住者、特別な治療を必要とする人など、ランスティングによって給付対象とされているサービスが含まれている。その他の医療には、個別の治療にぞくするのが困難な、研究開発や公衆衛生活動が含まれている。

注2：純支出は、粗支出から利用者負担・サービス販売などの粗収入を除いた金額である。なお、2010年では患者の利用時負担は、62億500万クローネ（内外来診療24億76万クローネ、入院診療5億22万クローネ）であり、ランスティング総収入の2.3%を占めている。

注3：民間事業者からの調達割合は、純支出に占める調達金額の割合。また合計金額の割合の算出には、薬剤給付、政務・管理費用は含まれていない。

注4：薬剤給付は実際には他の医療サービスと合わせて行われているが別に集計されている。

注5：歯科医療は20歳未満の住民を対象とする公共サービスについてのもの。

注6：概数のため表中では、端数が合わない箇所がある。

出所：SKL（2011：pp.10-12, p.83）より作成。

表2 調達先・サービス領域別にみたランスタングによる医療サービスの調達費（2010年、100万クローネ）

医療サービス領域	ランスタング・レギオン	ランスタング企業	コミュニオン (ゴットランド島を含む)	コミュニオン企業	民間事業者・ケア供給者	非営利団体	その他	総額
基礎医療	313	128	249	12	10,215	70	2	10,988
専門医療（身体領域）	6,768	6,245	19	10	7,305	453	24	20,825
専門医療（精神領域）	658	10	19	2	1,441	92	3	2,226
歯科医療	28	802	1	0	776	1	37	1,646
その他の医療	97	21	28	9	1,041	7	10	1,213
総計	7,863	7,206	317	33	20,779	623	76	36,898

注1：医療サービス領域については、表1の注1を参照。

注2：医療サービスは直営方式によっても実施されており、この表での総額はランスタングの医療支出の一部である。

出所：SKL（2011: p.70）より一部加工して作成。

表3 ランスタングの医療サービスの民間事業者からの調達割合
(2010、純費用に占める割合から薬剤給付を除いたもの、%)

医療サービス領域	基礎医療	専門医療 (身体領域)	専門医療 (精神領域)	歯科医療	その他の医療	総計(歯科医療 と政務・管理 費用を除く)
ストックホルム	50.5	17.7	19.0	32.2	20.6	24.5
ウプサラ	26.9	6.5	3.9	8.9	5.0	9.6
セーデルマンランド	25.2	2.0	2.8	10.9	0.6	6.4
エステルイェータランド	15.8	6.9	7.3	22.1	0.1	8.0
ヨンショーピング	15.1	1.6	2.0	4.5	7.7	5.1
コロノベリ	22.6	0.6	3.2	18.8	1.1	4.5
カルマル	12.5	1.1	1.8	7.6	0.3	3.3
ブレーキンゲ	15.1	1.3	0.0	3.8	4.7	4.4
スコーネ	34.3	4.6	9.4	33.9	18.0	11.6
ハッランド	34.9	5.4	1.7	19.8	0.7	11.1
ヴェストラ・イェータランド	28.2	5.3	2.5	7.4	0.7	9.1
ヴェルムランド	13.7	3.8	3.3	7.1	0.0	5.3
オレブロ	16.3	2.6	1.6	7.3	0.0	4.4
ヴェストマンランド	48.9	4.1	3.8	6.3	0.2	12.1
ダーラナ	5.8	1.0	3.5	10.1	1.8	2.4
イエヴレボリ	18.5	2.8	4.1	4.6	0.9	6.6
ヴェステルノールランド	20.6	4.3	0.8	12.1	0.0	6.9
イエムトランド	11.2	2.0	1.1	9.6	0.0	3.6
ヴェステルボッテン	19.7	0.5	1.3	2.1	0.0	4.0
ノールボッテン	10.8	1.5	1.5	2.5	1.0	3.5
総計	29.8	6.9	8.0	15.6	6.9	11.5

注：医療サービス領域の説明は、表1の注1を参照。

出所：SKL（2011: p.83）。

政府の政治的環境の変化の中で、民間事業者が供給に占める割合はどのように変化しているのだろうか。まず医療支出の面からみていく。全国の総医療支出に占める公共医療支出の割合は、2006年81.1%、2009年81.5%であった（OECD, 2011）。2010年のランスティングの医療への純支出は2,017億クローネ、粗支出は2,715億クローネであった（表1）。外部からのサービスの調達に369億クローネが用いられており、うち78億クローネはほかのランスティングに支払われている（SKL, 2011）。サービス領域別にみた民間事業者からの調達割合では、基礎医療で29.8%と最も高く、歯科医療、専門医療（身体領域）、がこれに続く。これらの数字はあくまでも公的に行われている医療についてのものであり、歯科領域で多くみられるような私的診療や私的保険による医療サービスは含まれていない。

主要なサービスの調達先にはほかのランスティングやランスティング企業、民間企業、非営利団体が含まれる（表2）。基礎医療では民間事業者からの調達がほとんどであり、専門医療（身体領域）ではほかのランスティング・ランスティング企業からの調達が多数である。

ランスティングによって民間部門の参入の状況はかなり異なっている（表3）。民間事業者の活用を主導してきたストックホルムでは、基礎医療での民間事業者（営利・非営利を含む）からの調達が50%を超えているのに対し、ダーラナでは5.8%に過ぎない。しかし、ストックホルム、スコーネ、ヴェストマンランドなど都市部において民間事業者の参入がすすんでいるため、ケア・センターに占める民間事業者数の割合は高く、2010年では1,181ケア・センターのうち475が民間である（SKL, 2011: p.21）。ケア・センター数でも、民間事業者の参入状況にはランスティングでかなりの差がみられる¹³⁾（表4）（Konkurrensverket, 2010）。

表4 ケア・センターにおける民間事業所の割合

	(%)	
	2009	2010
ヴェストマンランド	63	63
ストックホルム	59	62
ハッランド	42	45
ヴェストラ・イエータランド	18	42
スコーネ	29	40
ブレーキング	30	39
ヨンショーピング	19	35
ウプサラ	29	34
ヴェステルノールランド	22	31
セーデルマンランド	14	28
コロノベリ	11	27
イエヴレボリ	21	26
ゴットランド	25	25
カルマル	21	25
ヴェルムランド	3	23
オレブロ	19	19
ヴェステルボッテン	3	15
エステルイエータランド	10	14
イエムトランド	11	11
ダーラナ	3	3
ノールボッテン	3	3

注：Omvård.se（医療センター情報サイト）から、競争委員会が作成。

出所：Konkurrensverket（2010: p.39）

2003年から2006年までの変化が明確でないのに対して、2006年から2010年までの民間事業者からの調達割合は基礎医療で顕著に増加しており（表5）（Anell, 2011）、民間事業者では私企業の購入割合が増えている（表6）。2002年から2009年までの医療サービス調達金額の推移をみると、私企業からの調達は名目上の金額は40%以上増加している（SCB, 2011）。ただし、この時期医療支出全体も増加しているため、私企業がサービス供給に占める割合にはあまり変化がなく1%の上昇に留まっている。非営利団体については、あまり変化がない。

雇用面をみると、社会ケア部門では民間事業所

表5 ランスタイングによる民間事業者からの医療調達状況（2010年）

医療サービス領域	民間事業者からの調達費の割合（薬剤給付分を除く、％）			
	2003	2006	2010	最小値－最大値（2010年）
基礎医療	19.1	20.5	29.8	5.8～50.5
専門医療（身体領域）	7.5	6.9	6.9	0.5～17.7
専門医療（精神領域）	5.4	5.9	8.0	0.0～19.0
歯科医療	10	12.3	15.6	2.1～33.9
その他の医療	9.6	6.9	6.9	0.0～20.6
総計	9.6	9.4	11.5	2.4～24.5

注1：医療サービス領域の説明は、表1の注1を参照。

注2：歯科医療は20歳未満の住民を対象とする公共サービスについてのもの。

出所：SKL（2004,2006,2011）より著者作成。

表6 ランスタイングによる私企業・非営利団体からの医療サービス購入金額の推移（100万クローネ）

年次	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
私企業	12,127	13,088	13,645	14,280	14,444	14,994	16,185	18,064
非営利団体	324	340	391	399	460	513	562	568
合計	12,451	13,428	14,036	14,679	14,904	15,507	16,747	18,632
（粗支出額に占める割合）								
私企業	6	6	6	7	6	7	7	8
非営利団体	0	0	0	0	0	0	0	0

出所：Statistiska centralbyrån (SCB) (2011: p.19) より抜粋。

での雇用が顕著に増加しているのに対し¹⁴⁾、医療部門では微増にとどまっている。2009年では、医療部門の30万人の雇用の内訳は、ランスタイング222,936、コミュニケーション13,172、民間事業所50,243、公有企業12,333、非営利団体2,326、国616である（Statistics Sweden 2011: p.25）。給与面では公私の差は大きくないが、わずかに公共部門での雇用者の賃金が低かった（Statistics Sweden 2011: p.29）。なお、2009年における医療部門における民間企業の総資産純利益率は17.4%、営業利益率は14.0%であり、全産業の利益率（それぞれ7.9%、6.0%）に比べると、かなりよい成績であった（Statistics Sweden 2011: p.23）。この傾向は2007年、2008年も同様であった（SALAR: 2011b）。

以上のように2010年の競争委員会が評価して

いるように、民間事業者の参入は着実に伸びている（Konkurrensverket, 2010）。公的医療支出全体において民間事業者が占める割合はさほど大きく変化していないものの、基礎医療に限定してみると公私混合供給体制に変貌しつつあるといえる。

IV 考察

2006年に成立した中道右派政権の下で、供給の多様化するなか民間事業者の参入と患者による選択制が、基礎医療領域を中心として急速にまた全国的に進められてきている。これは90年代に試みられた「選択革命」と民間導入を引き継ぐものであるが、政権が2期目を迎える中で、より大きな影響をもった政策として実施されている。以下、混合供給体制の興隆、集権的政策実施、普遍

主義の維持という3つの論点について検討する。

まず、少なくとも基礎医療サービスについては、純支出の30%に近い金額が民間事業者からのサービス調達に用いられており、公私混合供給体制が興隆していることである。基礎医療において民間事業者は供給の重要な部分を担うようになっている。ストックホルムとヴェストマンランドのように公私の割合がほぼ同等になっている地域は少ないが、これら地域の人口構成比は高く、基礎医療供給における公共部門の優位性も揺らいでいる。

さらに、基礎医療以外の分野でも同様の政策が展開されている。2011年に競争委員会が実施した調査によればストックホルムなどいくつかのランスタングでは専門医療分野での選択システムがすでに導入されており、導入の計画をしているランスタングもある (Konkurrensverket, 2011)。政府は専門医療でも法律によって選択システムを全国的に普及させることを検討しているが、多くの議論を呼んでいる (SOU, 2009)。

第2の特徴は、基礎医療における患者の選択制が法律による強制的実施によって進められているように、医療政策の実施がより集権的な方法によって行われていることである。分権化した医療制度をもつスウェーデンでは、中央政府は医療政策の方向性を示した上で、政策実施にかかわる収集・分析の実施と公表、自治体との協定の形成などによるソフト・ローによって実施が推進されてきた (Fredriksson et al., 2012)。しかし、2009年医療法改正はランスタングが患者の選択制を基礎医療に導入する義務を課し、それをあえて導入しないという権限を奪った。また、ケア保証制度の法定化 (SFS 2010: 243) も同様であり (岡部, 2010)、交渉や説得、インセンティブによるものではなく法によるハードな規制に傾いている。

この点だけで医療の責任構造の転換が生じているということは早計であろうが、高齢化による医療・福祉サービスの必要の変化、EU間での相互

診療利用への考慮、地域間格差、財政調整の困難、など複合的な状況を背景として、他の北欧諸国が医療制度を再集権化する動きが目立っている中で注意を払うべき動向である (Saltman, 2008)。2002年にノルウェーは病院運営の責任を地方自治体から中央政府に集中し、政府の出先機関による管理を行うこととした。デンマークでは、2007年より14のアムト¹⁵⁾が廃止され、代議制をとるが課税権をもたない5つのリージョンが設置された。フィンランドでも病院地区の統合や財政をめぐる議論が行われている (Tynkkynen, 2010)。スウェーデンでも公共部門の役割・責任をめぐる、特にランスタングの統合やレギオンの運営についての検討がすすめられており (岡部, 2010; Kommittédirektiv, 2009)、地方自治の伝統と集権的な手法の間でどのようなバランスをとり、普遍主義の目的を実現するかが問われているといえる。

最後に、このような改革はスウェーデン医療の普遍主義を大きく変えるものではないことも指摘できる (Calltorp, in press)。病院と専門医療を含めると医療供給全体において公共部門優位であり、財政について居住地のランスタングが責任をもつことには変わりなく、利用者負担についても実質的には大きな変化がない。つまり、普遍主義一誰にでも必要に応じた質の高い医療の利用を可能とするという目的は保たれつつ、それを実現する手段としての供給体制については、多様化および民間事業所の参入がすすんでいる。

本稿では医療の編制にかかわる供給者の多様性の推進および民間事業者の積極的導入について検討し、それが普遍主義的医療制度の下での新たな実現手段として導入されていることを示してきた。民間事業者の導入については、それ自体が政策形成にかかわるアクター間の均衡を変化させていく面はありつつも (Blomqvist, 2004)、福祉施策への支持は揺るいでおらず普遍主義が崩れる根拠は少ない (Svallfors, 2011)。

しかし、スウェーデンは後期高齢者の増加による医療・福祉ケアの必要の増大とそれに対応した統合的なケアの推進 (Dunér et al., 2011; Ahgren and Axelsson, 2011; 新井, 2011)¹⁶⁾、世界的な経済の変動による財政緊縮要請と効率的な事業実施、など多くの課題に直面している。財務省下の公共財政調査検討委員会 (ESO) は、今後難しい優先順位付けの問題に直面せざるを得ないとし、社会保険方式なども含めた広範な議論を行うことを呼び掛けている (Iversen, 2011)。さらに、普遍主義的制度ではあるが、健康格差や医療利用格差への懸念が広がっている (Fritzell and Lundberg, 2007; SKL, 2009b)。こうした不透明な展望の中で、供給多様化と患者の選択制の推進の意味が明らかになるには、今後かなり長い観察を要しよう。

謝 辞

本稿は、私立大学戦略的研究基盤形成支援事業「大学を模擬社会空間とした自立支援のための持続的対人援助モデルの構築」、「非営利・協同総合研究所のちとくらし」研究助成などを受け実施した研究成果の一部である。

注

- 1) 優先順位づけは、①人間の尊厳性の原則、②必要と連帯の原則、③費用効果の原則、によって行われ、これによって疾病などをもとに患者の状態を4つに区分して優先付を行った。
- 2) 法律 (SFS) などについては、スウェーデンの記載法に従い (年号: 文書番号) にて記述する。
- 3) スウェーデンの地方自治制度は基礎的自治体であるコミューンと広域自治体であるランスタングという二層制になっている (自治体国際化協会 2004; 星野 2008)。さらに、コミューンの権限を合わせ持つリージョンがおかれているが、本稿ではランスタングとリージョンを一々区別しないで記述する。ランスタングの人口規模は13万人から185万人以上とかなり幅がある (Ministry of Finance 2005)。
- 4) 本稿では、入院サービスあるいは専門医療サービスと対比される医療サービスの領域としてのプラ

イマリ・ケアの訳語として「基礎医療」を用いる。基礎医療について所定の研修を受けた医師を一般医 (allmänmedicinare) と呼ぶが、文脈によっては家庭医 (husläkare, familjeläkare) という用語も用いられる。

- 5) スウェーデンでは基礎医療サービスの中心を、複数の医師や他の医療職種がサービスを供給するケア・センター (vårdcentral) が担っている。
- 6) 例えば、Sophiahemmet病院は女王の寄付を得て1889年に設立された非営利病院であり、看護教育を早くから熱心に取り組んだことで知られる (Wald 1900)。
- 7) 90年代後半からは、地方行政の改革も並行してすすんでおり、いくつかのランスタングの合併やリージョンの形成も行われている (自治体国際化協会 2004)。
- 8) 待機期間のオンライン情報提供が行われている (<http://www.vantetider.se/>)。
- 9) Bourgueilらは、欧州を中心に基礎医療に関する制度を分析し、階層・規範モデル (スペイン・カタルーニャ地方、フィンランド、スウェーデン)、階層・専門職モデル (イギリス、オランダ、オーストラリア、ニュージーランド)、非階層・専門職モデル (ドイツ、カナダ) に区分している (Bourgueil, Marek et al. 2009)。なお、日本においては医療法上「診療所」と「病院」という施設区分はあるものの、基礎医療自体の法的概念は定まっていない。
- 10) 市場的政策に最も急進的に取り組んだ自治体の一つであるストックホルムでは、民営化が急速に進められた。
- 11) 「選択ウェブ」 (<http://www.valfrihetswebben.se/>) による (2011年12月22日閲覧)
- 12) とはいえ、当然立地やスタッフの雇用など総合的な考慮が必要と思われる。
- 13) このような民間事業者参入の差異は、選択の自由が議論されている公共サービス部門—教育、医療、社会サービス—全体でみられる。2009年の3部門の合計支出に占める民間部門の割合をみると、ストックホルムでは21%であったが、ノルトボッテン、ダーラナ、カルマルでは4%に過ぎなかった (Statistics Sweden, 2011)。
- 14) 2000年から比較すると2009年では2倍近い人員が民間部門で雇用されている。
- 15) スウェーデンのランスタングに相当する広域自治体。
- 16) 医療と福祉の連携あるいは統合によって、切れ目のないケアをある地域に居住する人々に供給できるようにすることが、この10年間課題とされてき

ており、ランスタイングとコミュニケーション間の組織上の連携、契約、協調的財政運営、などが行われてきた。

文献

- Agren, G. 2003. *Sweden's new public health policy: National public health objectives for Sweden*. Swedish National Institute of Public Health.
- Ahgren, B. and Axelsson, R. 2011. "A decade of integration and collaboration: The development of integrated health care in Sweden 2000-2010." *Int J Integr Care*, Vol.11 Spec Ed, e007.
- Alban, A. and Christiansen, T. 1995. *The Nordic Lights: New Initiatives in Health Care Systems*. Odense University Press.
- Anderson, K. M., Blomqvist, P., et al. 2008. "Sweden: Markets within politics." In: *Public and Private Social Policy: Health and Pension Policies in a New Era*. edited by D. Bélandand B. Gran. Palgrave Macmillan.
- Anell, A. 2010. "Choice and privatisation in Swedish primary care." *Health Economics, Policy and Law*, Vol.11, No. 4, pp.549-569.
- Anell, A. 2011. "Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi." In: *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?*, edited by L. Hartman. SNS Förlag.
- Anell, A. and Svarvar, P. 1999. "Health care reforms and cost containment in Sweden." In: *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Ashgate. Aldershot, Brookfield, Singapore, Sydney. edited by E. Mossialosand J. Le Grand. Ashgate.
- Blank, R. H. and Burau, V. 2010. *Comparative Health Policy*. Palgrave Macmillan.
- Blomqvist, P. 2004. "The choice revolution: privatization of Swedish welfare services in the 1990s." *Social Policy & Administration*, Vol.38, No. 2, pp.139-155.
- Bourgueil, Y., Marek, A., et al. 2009. "Three models of primary care organisation in europe, Canada, Australia And New-Zealand." *Questions d'économie de la santé*, No. 141.
- Calltorp, J. 1996. "Swedish experience with fixed regional budgets." In: *Fixing Health Budgets: Experience from Europe and North America*. edited by F.-W. Schwartz H. Glennerster, et al. John Wiley.
- Calltorp, J. 1999. "Priority setting in health policy in Sweden and a comparison with Norway." *Health Policy*, Vol.50, No. 1, pp.1-22.
- Calltorp, J. in press. "Commentary: How can our health systems be re-engineered to meet the future challenges? The Swedish experience." *Social Science & Medicine*.
- Christensen, T. and Læg Reid, P. 2001. *New public management: the transformation of ideas and practice*. Ashgate.
- Dunér, A., Blomberg, S., et al. 2011. "Implementing a continuum of care model for older people-results from a Swedish case study." *Int J Integr Care*, Vol.11, e136.
- Fredriksson, M., Blomqvist, P., et al. 2012. "Conflict and compliance in Swedish health care governance: Soft law in the 'shadow of hierarchy'." *Scandinavian Political Studies*, Vol.35, No. 1, pp.48-70.
- Fredriksson, M. and Winblad, U. 2008. "Consequences of a decentralized healthcare governance model: Measuring regional authority support for patient choice in Sweden." *Social Science & Medicine*, Vol.67, No. 2, pp.271-279.
- Freeman, R. and Rothgang, H. 2010. "Health." In: *The Oxford Handbook of Welfare State*. edited by F. G. Castles S. Leibfried, et al. Oxford University Press.
- Fritzell, J. and Lundberg, O. eds. 2007. *Health Inequalities and Welfare Resources: Continuity and Change in Sweden*. Policy Press.
- Garpenby, P. 1994. "Health care reform in Sweden in the 1990s: local pruralism versus national coordination." *Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol.20, No. 3, pp.695-717.
- Glenngård, A. H., Hjalte, F., et al. 2005. *Health Systems in Transition: Sweden*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Harrison, M. I. and Calltorp, J. 2000. "The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health-care." *Health policy*, Vol.50, No. 3, pp.219-240.
- Heikkilä, M., Hvinden, B., et al. 1999. "Conclusion: The Nordic model stands stable but on shaky ground." In: *Nordic Social Policy: Changing Welfare States.*, edited by M. Kautto M. Heikkilä, et al. Routledge.
- Hjortsberg, C. and Ghatnekar, O. 2001. *Health Care Systems in Transition: Sweden*. European Observatory on Health Care Systems.
- Iversen, T. 2011. *Vägval i vården - en ESO-rapport om skillnader och likheter i Norden*. Finansdepartementet (ESO-rapport 2011: 7).
- Kommittédirektiv 2009. *Översyn av statlig regional förvaltning m.m., dir. 2009: 62*

- Konkurrensverket 2010. *Uppföljning av vårdval i primärvården: valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar (Konkurrensverkets rapportserie 2010:3)*. Konkurrensverket.
- Konkurrensverket 2011. *Delredovisning -uppdrag att följa upp vårdvalssystem i primärvården*. Konkurrensverket.
- Landstingsstyrelserna, regionstyrelserna i Skåne och Västra, et al. 2010. *Rekommendation om valmöjligheter inom hälso- och sjukvården (A 00:56)*.
- Lehto, J., Moss, N., et al. 1999. "Universal public social care and health services?" *In: Nordic Social Policy: Changing Welfare States.*, edited by M. Kautto M. Heikkilä, et al. Routledge.
- Lundberg, O., Yngwe, M. Å., et al. 2008. *The Nordic Experience: Welfare States and Public Health*. Centre for Health Equity Studies (CHESS), Stockholm University and Karolinska Institutet.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K., et al. 2009. "Introduction: the Nordic model of health care." *In: Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challenges*. edited by J. Magnussen K. Vrangbaek, et al. Open University Press.
- Martinsen, D. S. 2005. "Towards an internal health market with the European court." *West European Politics*, Vol.28, No. 5, pp.1035-1056.
- Ministry of Finance 2005. *Local government in Sweden - organisation, activities and finance* Ministry of Finance.
- Ministry of Health and Social Affairs 2003. *The Health and Medical Service Act (1982:763), with amendments up to and including Swedish Code of Statutes: 2002:163*.
- Moran, M. 2000. "Understanding the welfare state: The case of health care." *British Journal of Politics & International Relations*, Vol.2, No. 2, pp.135-160.
- National Board of Health and Welfare 2002. *Sweden's Health Care Report 2001*. National Board of Health and Welfare.
- Nordgren, L. 2010. "Mostly empty words-what the discourse of "choice" in health care does." *Journal of Health Organization and Management*, Vol.24, No. 2, pp.109-126.
- OECD. 2011. *OECD Health Data 2011 - Frequently Requested Data* [Online]. retrieved from <http://www.oecd.org/dataoecd/52/42/49188719.xls> [Accessed 20 Dec 2011].
- Olsson, S. E. and Cohn, D. 1995. "Sweden." *In: Private Markets in Health and Welfare: An International Perspective*. edited by N. Johnson. BERG.
- Palme, O. 1986. *Anförande vid SKTF:s jubileumskonferens* [Online]. retrieved from <http://www.olofpalme.org/1986/02/11/anforande-vid-sktf-s-jubileumskonferens/> [Accessed 26 Dec 2011].
- Paulson, E. M. 1995. "Hospital financing in Sweden." *In: Hospital Financing in Seven Countries, OTA-BP-H-148*. edited by U.S. Congress Office of Technology Assessment. U.S. Government Printing Office.
- Petersen, J. H. 2011. "Marketization and free choice in the provision of social services. Normative shifts 1982-2008. Social Democrat lip service as a response to problems of legitimacy." *In: Beyond Welfare State Models: Transnational Historical Perspectives on Social Policy*. edited by P. Kettunen and K. Petersen. Edward Elgar.
- Proposition 2008. *Vårdval i primärvården (Proposition 2008/09:74)*.
- Rae, D. 2005. *Getting better value for money from Sweden's healthcare system*. OECD.
- Saltman, R. and von Otter, C. 1992. *Planned Markets and Public Competition: Strategic Reform in Northern European Health Systems*. Open University Press.
- Saltman, R. B. 2003. "Melting public-private boundaries in European health systems." *European Journal of Public Health*, Vol.13, pp.24-29.
- Saltman, R. B. 2008. "Decentralization, re-centralization and future European health policy." *European Journal of Public Health*, Vol.18, No. 2, pp.104-106.
- Serner, U. 1980. "Swedish health legislation: Milestones in re-organization since 1945." *In: The Shaping of the Swedish Health Care System*. edited by A. J. Heidenheimer and N. Elvander.
- SFS 2008. *Lag om valfrihetssystem (SFS 2008:962)*.
- SFS 2009. *Lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (SFS2009:140)*.
- SOU 2002. *Vinst för vården (SOU 2002:31)*. Fritzes.
- SOU 2003. *Vårda vården - samverkan, mångfald och rättvisa (SOU 2003:23)*. Fritzes.
- SOU 2008. *Vårdval i Sverige: Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt (SOU 2008:37)*. Fritzes.
- SOU 2009. *Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)*. Fritzes.
- Statistics Sweden. 2011. *Large regional differences within privately run education, health care and social services (Press release from Statistics Sweden 2011-*

- 09-22) [Online]. retrieved from http://www.scb.se/Pages/PressRelease___320732.aspx [Accessed 29 Dec 2011].
- Statistiska centralbyrån (SCB) 2011. *Finansiärer och utförare inom vård, skola och omsorg 2009*. SCB.
- Svallfors, S. 2011. "A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981-2010." *Social Policy & Administration*, Vol.45, No. 7, pp. 806-825.
- Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) 2009a. *Målrelaterad ersättning i primärvården - kartläggning av mål/indikatorer och former för ersättningen hösten 2009*. SKL.
- SKL 2009b. *Vård på (o)lika villkor- en kunskapsöversikt om sociala skillnader i svensk hälso- och sjukvård*. SKL.
- SKL 2011. *Statistik om hälso- och sjuk - vård samt regional utveckling 2010*. SKL.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions (SALAR) 2008. *The Swedish Healthcare System: How Does It Compare with Other EU Countries, the United States and Norway?* SALAR.
- SALAR 2011a. *Levels of Local Democracy in Sweden*. SALAR.
- SALAR 2011b. *The Economy Report on Swedish Municipal and County Council Finances, October 2011*. SALAR.
- Swedish Institute 2010. *Health care in Sweden*. Swedish Institute.
- Thomson, S. and Dixon, A. 2006. "Choices in health care: the European experience." *J Health Serv Res Policy*, Vol.11, No. 3, pp.167-171.
- Tynkkynen, L.-K. 2010. *The new Health Care Act - Follow up* [Online]. Health Policy Monitor, April 2010. retrieved from <http://www.hpm.org/survey/fi/a15/2> [Accessed 22 Dec 2012].
- Vrangbaek, K., Robertson, R., et al. 2012. "Choice policies in Northern European health systems." *Health Economics, Policy and Law*, Vol.7, No. Special Issue 01, pp.47-71.
- Wald, L. D. 1900. "The Sophiahemmet in Stockholm." *The American Journal of Nursing*, Vol.1, No. 3, pp.180-182.
- 新井光吉 2011『日欧米の包括ケア』 ミネルヴァ書房.
- 岡沢憲美 2009『スウェーデンの政治：実験国家の合意形成型政治』東京大学出版会.
- 岡部史哉 2010「中道右派政権下の医療政策」『健保連海外医療保障』第85号, pp.22-37.
- 自治体国際化協会 2004「スウェーデンの地方自治」自治体国際化協会.
- 島崎謙治 2011『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会.
- スウェーデン医療保障制度に関する研究会編 2009「スウェーデン医療保障制度に関する調査研究【2008年版】」医療経済研究機構.
- 西村真理子 1999「医療保障改革における地方分権と市場原理の活用」丸尾直美・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』東京大学出版会.
- 星野泉 2008「スウェーデン」竹下謙監修・著『よくわかる世界の地方自治制度』イマジン出版.
- 松田亮三編 2007『健康と医療の公平に挑む—国際的展開と英米の比較政策分析』勁草書房.
- 宮本太郎 1999『福祉国家という戦略 スウェーデンモデルの政治経済学』法律文化社.
(まつだ・りょうぞう 立命館大学教授)

老齡年金

—1998年改革の意義と課題—

中野 妙子

■ 要約

スウェーデンでは、1998年の抜本的改革を経て、現在の老齡年金制度が導入された。同制度は、世界金融危機の下でも少なくとも財政的な破綻を来たさなかつた制度として、注目されている。本稿では、まず、スウェーデンの現行老齡年金制度（所得比例老齡年金および最低保障年金）について、同制度を補完する高齢者生計扶助とともに、その概要を紹介する。次に、わが国における最低保障年金制度導入を巡る議論との関係から、スウェーデンの最低保障年金および高齢者生計扶助の支給要件および支給水準を、一般的な最低所得保障制度である生計扶助と比較した上、同国において高齢者に対する最低所得保障のあり方がどのような理念に基礎付けられてきたのかを立法時の議論などから明らかにすることを試みる。最後に、施行後10数年を経て、老齡年金制度の財政的な持続可能性が評価される一方、個人レベルでの支給水準の低下が問題視されている点に触れる。

■ キーワード

老齡年金、高齢者生計扶助、最低所得保障、スウェーデン

I 本稿の構成

多くの先進諸国において、少子高齢化による年金世代と現役世代の人口バランスの悪化や、2008年の世界的な金融危機とそれに続く不況の影響などにより、老齡年金制度の持続可能性が問題となっている¹⁾。このような社会経済状況を背景に、世界金融危機の下でも少なくとも財政的な破綻を来たさなかつた制度として、スウェーデンの老齡年金制度に対する注目が増している。また、スウェーデンの老齡年金制度は、わが国における公的年金制度改革の議論にも大きな影響を与えている。すなわち、現在の民主党政権下で導入が検討されている新しい年金制度は、社会保険方式による一元化された所得比例年金と、これを補完する最低保障年金から構成され、スウェーデンの現

行制度をベースとしたものとされる。

本稿では、まず、1998年の抜本的改革を経て導入されたスウェーデンの現行の老齡年金制度について、同制度を補完する高齢者生計扶助とともに、その概要を紹介する（II）。次に、わが国における最低保障年金の導入をめぐる議論との関係から、スウェーデンの老齡年金制度において最低保障ないし基礎的保障がどのように考えられてきたかを立法時の議論などから明らかにすることを試みる（III）。最後に、施行後10数年を経て、現行制度がどう評価され、かつどのような問題を抱えているかについて述べる（IV）。

II 現行の老齡年金制度の仕組み

1. 1998年の年金改革

1998年の改革以前の年金制度は、定額の基礎

年金 (folkpension) および所得比例の国民付加年金 (allmän tilläggspension, 以下ATP) からなる、二階建ての制度体系であった。この旧制度には、①経済の低成長および少子高齢化の進行による老齢年金の深刻な財源不足、②年金制度の充実の反面として、退職による所得喪失の保障という年金の性格の後退、③ATPにおける「15年ルール」(現役時代の中で最も実質所得の高かった15年間の所得を、年金算定の基準とするルール)の不適切性、といった問題が存在した。そのため、1990年代初頭から、年金保険の抜本的改革が議論されるようになる。改革の基本的な方向性は、①社会経済および人口の変化に対する柔軟性を強めること、および、②個人について給付と拠出の関係が強化されたものにする²⁾。

1998年に成立した所得比例老齢年金法および最低保障年金法に基づく新しい老齢年金制度は、1999年より段階的に施行を開始され、2003年から全面施行されている³⁾。その後、2011年1月に、それまで40以上の法律に分立していた社会保険関連各法を1つの法典にまとめた社会保険法典 (Socialförsäkringsbalk (2010:110)、以下SFB) が施行された。これに伴い、老齢年金制度に関する2つの法律の規定も同法に再編された。この改正による規定の変更は法典編纂に伴う形式上のものに留まり、制度の基本的な仕組みに変更はない。

2. 所得比例老齢年金

(1) 基本的枠組み

現行の老齢年金制度の中核は、所得比例の年金保険である、所得比例老齢年金 (inkomstgrundad ålderspension) である。所得比例老齢年金は、賦課方式の所得比例年金 (inkomstpension) および積立方式のプレミアム年金 (premiépension) の2つの部分から構成される。所得比例老齢年金の管理運営は年金庁 (Pensionsmyndigheten) が行っている⁴⁾ が、年金の算定基礎となる所得に関する事務

は国税庁 (Skatteverket) の所管である。

所得比例老齢年金の被保険者資格は、スウェーデン国内で就労する者が有する (SFB6章6条)。社会保険法上、「就労」とは、有償で働くことと定義される (同章2条1段)。したがって、所得比例老齢年金の被保険者資格を得るにあたり、被用者であるか自営業者であるかは問われない。

所得比例老齢年金の受給は61歳から可能であるが、被保険者は受給開始を自由に延期することができる (SFB56章3条1段)。所得比例年金とプレミアム年金の受給開始年齢が一致する必要はない。また、被保険者は、年金の受取り方法を、満額、4分の3、2分の1、または4分の1の額から選択することができる (同章2条1段)。受給開始を遅らせた場合、または受給額を減額した場合、将来受け取る年金額が増大する (SFB62章8条)。固定された支給年齢の廃止は、1998年改革の基本的な方針の1つであった⁵⁾。実際には、労働協約や労働法上の雇用保護⁶⁾の影響により、多くの者が60歳代前半に年金を受給開始している⁷⁾。

(2) 年金および保険料の算定基礎

年金額の算定方法についてみると、所得比例老齢年金は確定拠出方式に基づいており、納付した保険料の総額に応じて老後の年金額が決定される。被保険者が1年間に得た所得は、物価基礎額 (prisbasbelopp、2011年は42,800kr)⁸⁾の42.3% (2011年は18,104kr) を下限、所得基礎額 (inkomstbasbelopp、2011年は52,100kr)⁹⁾の7.5倍 (2011年は390,750kr) を上限として¹⁰⁾、年金受給権の基礎 (年金算定基礎額 (pensionsunderlag)) として認定される (SFB59章4条、5条、同60章5条)。年金算定基礎額として認定される所得には、被保険者が就労によって得る実際の所得のみでなく、被保険者が疾病保険から障害に対する所得保障を受ける場合、兵役または育児に従事する場合、ならびに一定の条件下で就学する場合に認められ

る架空の所得も含まれる。これは、依然として育児負担の大きな女性にとって「15年ルール」の廃止が不利益をもたらすことを防ぐことなどを目的とした、社会的な所得再分配の措置である¹¹⁾。

所得比例老齡年金の保険料率は18.5%に固定されている。この保険料率は、1998年改革の時点で旧制度による給付水準（従前所得の約60%）を維持するために必要な水準として、決定されたものである¹²⁾。保険料は労使がほぼ折半しており、使用者が10.21%の老齡年金保険料（ålderspensionsavgifter）を、被保険者本人が7%の国民年金保険料（allmän pensionsavgifter）を負担する¹³⁾。被保険者が自営業者である場合は、老齡年金保険料と国民年金保険料の双方を負担する。年金算定基礎額の認定の上限を超える、または下限を下回る所得に対しては、国民年金保険料は課されない。しかし、使用者・自営業者が負担する老齡年金保険料には、賦課対象額の上限・下限が設けられていない。年金算定基礎額の上限を超える所得について支払われる保険料は、年金保険ではなく、一般国庫の収入となる（社会保険料の分配に関する法律（2000：981）6条1段）。なお、育児中などに認められる架空の所得にかかる保険料は、国庫が負担する。

被保険者は、年金算定基礎額、すなわち保険料を賦課される所得の16%を所得比例年金の年金権（pensionsrätt）として、2.5%をプレミアム年金の年金権として獲得する（SFB61章6条）。年金権の獲得に年齢の上限または下限は存在せず、生涯の所得が年金額に反映される（livsinkomstprincipen, 生涯所得の原則¹⁴⁾）。すなわち、長く働けば働くほど、年金額が増加する仕組みとなっている。

（3）所得比例年金

合計18.5%の保険料率のうち16%分が、所得比例年金部分に投入される。所得比例年金は賦課方式で運営されるが、被保険者が獲得した所得比例年金の年金権は、概念上の個人別年金口座に積み

立てられる。積み立てた年金権およびそのみなし運用利回りの合計額が、年金額の算定基礎（年金権総額、pensionsbehållning）となる（SFB62章5条）。みなし運用利回りは、所得上昇率、年金受給開始前に死亡した被保険者の年金権総額を同年齢の被保険者に分配した相続益（arvsvinster）、および管理運営費を考慮して定められる。この仕組みを、「概念上の拠出立て」（Notional Defined Contribution）と呼ぶ。

受給開始時の年金額は、年金権総額を一定の除数で除して算定される（SFB62章28条）。除数は、年率1.6%の仮定の実質所得上昇率、および受給開始時における当該受給者層の平均余命に基づき、政府（実際には政府からの委託を受けた年金庁）が決定する。すなわち、ある世代の平均余命が伸びると、当該世代の年金額が引き下げられる仕組みになっている。なお、除数は男女共通となっており、性による平均寿命の差は考慮されない。

年金権総額や年金の支給額の算定には、通常は、実質所得上昇率に基づく所得スライドが用いられる（SFB58章10条）。しかし、2002年1月から、年金財政のさらなる長期的安定化を図るために、自動財政均衡メカニズム（automatiska balansering）が導入された。この制度により、年金財政が一定の危機的状況に陥った場合、議会の議決を経ることなく、政府が年金額のスライド率やみなし運用利回りを引き下げることができる（同章22ないし25条¹⁵⁾）。2008年の世界金融危機の影響を受けて、2010年に初めて自動財政均衡メカニズムが発動し、同年の所得比例年金の給付水準は3%引き下げられた。2011年は4.3%の引下げが実施されており、2012年も調整が継続される予定である¹⁶⁾。

（4）プレミアム年金

保険料率のうち2.5%に相当する分の保険料は、積立方式のプレミアム年金に投入される。年金庁は、

保険者として、被保険者のプレミアム年金口座 (premiepensionskonto) を管理し、被保険者が積み立てた資産、獲得した運用益などを記録する (SFB64章5条)。

600を超える保険会社・証券会社・金融機関が、プレミアム年金の資産運用に参入している。被保険者は、自分の積立て分について、自由に資産運用機関を選択することができる (SFB64章23条)。資産運用先は最大5つの機関に分割することが可能であり、また、変更も自由である。プレミアム年金の支給額は、年金受給開始時までには積み立てた保険料およびその運用益の合計額によって決まる (同章2条3号)。被保険者が資産運用機関を選択しなかった場合、当該被保険者の積立て分は国営のAP7 (Sjunde AP-fonden) に預託される。

なお、被保険者は、自身のプレミアム年金の年金権を配偶者に譲渡したり (SFB61章11条)、自分の死後の遺族への保障に充てることを選択したりすることができる (同91章)。

プレミアム年金は、人口構造の変化によって賦課方式の年金給付水準が低下するリスクを緩和するために、導入されたものである。特に2008年以降、所得比例年金の給付水準が低下する中で、プレミアム年金の役割は増大している¹⁷⁾。他方で、資産運用機関の選択を被保険者個人に任せる点について、短期的な視野に基づくゲーム感覚の資産運用が行われる恐れがあるとの批判もある。また、株式市場の動向次第ではプレミアム年金の給付水準は大幅に低下しえ、そのリスクは個人の負担となる¹⁸⁾。

3. 最低保障年金

(1) 受給要件

低所得または無所得のために所得比例老齢年金が受けられない、またはその額が一定水準を下回る者のために、最低保障年金 (garantipension) が存在する。最低保障年金は、公的老年年金制度に

おける基礎的保障と位置づけられ (SFB55章8条)、その財源は全額が国庫により賄われる。

スウェーデン国内に居住する者は全て、最低保障年金の被保険者¹⁹⁾となる (SFB5章9条)。最低保障年金の受給権を得るためには一定の被保険者期間が必要であり、原則として、16歳に達した年から64歳に達する年までの間に3年以上スウェーデン国内に居住したことが要求される (SFB67章2条・11条、移民については特別の規定あり)。さらに、満額の最低保障年金を受給するためには、40年以上の被保険者期間が必要である。被保険者期間が40年に満たない場合、最低保障年金の支給額は割合的に減額される (同章25条)。

最低保障年金は、被保険者が65歳に達した月から受給できる (SFB67章4条)。受給開始を65歳より遅らせることもできるが、支給額の増減は生じない。

(2) 支給額

満額の最低保障年金は、単身者について物価基礎額の2.13倍 (2011年は年額91,164kr、月額7,597kr)、既婚者 (これに準ずる同棲関係にある者を含む。以下同じ) につき物価基礎額の1.90倍 (2011年は年額81,320kr、月額6,777kr) である。この支給水準を、基礎水準 (basnivån) と呼ぶ。支給水準を物価基礎額と結びつけることにより、毎年の物価の上昇に応じて自動的に支給水準が調整される。

被保険者の所得比例老齢年金の受給額が、単身者につき物価基礎額の1.26倍、既婚者につき物価基礎額の1.14倍を下回る場合には、基礎水準と所得比例老齢年金の受給額との差額が、最低保障年金として支給される (SFB67章21条・23条)。所得比例老齢年金の受給額がこの水準を超える場合、最低保障年金の支給額は逡減する。ただし、所得比例老齢年金の受給額の増加分をそのまま最低保障年金の支給額から減額するのではなく、増加分

の48%を減額していくことにより、受け取る年金の総額は増える仕組みとなっている。これによって、最低保障年金を受給する者と所得比例老齡年金のみを受給する者との受給額の差をなだらかにするとともに、就労意欲を刺激するよう図られている²⁰⁾。単身者は、所得比例老齡年金の受給額が物価基礎額の3.07倍を超えると、最低保障年金を受けられない。既婚者の場合は、物価基礎額の2.72倍が上限となる（同章22条・24条）。

前述のように、所得比例老齡年金には固定された受給開始年齢がないが、最低保障年金の受給資格および支給額の判定には、65歳から受給開始した場合に支給される所得比例老齡年金の額を用いる。また、所得比例老齡年金を減額して受給している場合には、その減額の程度にあわせて、最低保障年金の支給額も減額される。そのため、所得比例老齡年金の受給開始年齢や受給方法の選択によって、個々の受給者が実際に受け取る所得比例老齡年金と最低保障年金の合計額は基礎水準を下回りうる。

さらに、保険料の未納が原因で所得比例老齡年金の受給額が低くなっている者については、保険料が満額支払われた場合に支給される所得比例老齡年金の額を基準として、最低保障年金の受給資格・支給額を判断する（SFB67章18条）。したがって、過去に保険料の未納があったために低年金・無年金となっている者に対してまで、基礎水準が保障されるわけではない。

4. 高齢者生計扶助

老齡年金だけでは生計を維持できない高齢者に対する所得保障制度として、2003年から高齢者生計扶助（äldreförsörjningsstöd）が支給されている。高齢者生計扶助は、全額国庫負担に基づく給付であるが、居住に基づく保険として社会保険給付に分類される。制度を管掌するのは、年金庁である。2011年のSFBの制定に伴い、高齢者生計扶

助に関する規定も同法典に吸収された。高齢者生計扶助は老齡年金とは別の制度であるが、老齡年金を補完する仕組みとして重要であるため、ここで取り上げることにする。

65歳に達した被保険者²¹⁾で、公的老齡年金制度を通じては基礎的な生計を維持できない者には、高齢者生計扶助が支給される。高齢者生計扶助はミーンズ・テスト付きの給付であり、受給に当たっては所得および資産の調査がなされる。既婚者については、配偶者の経済状況も考慮される（SFB74章2条）。したがって、老齡年金の受給額が低くても、その他の所得・資産によって生計を維持できる者に対しては、高齢者生計扶助は支給されない。所得・資産の認定に際し、給与所得や事業所得からは一定の控除がなされ、資産については10万krを越える資産の15%のみが収入認定される。また、被保険者が恒常的に居住している住居（持ち家または賃借権）は、収入認定の対象となる資産からは除かれる。

高齢者生計扶助は、被保険者に、正当な住宅費およびその他の正当な生活水準を保障するものである（SFB74章5条）。すなわち、正当とされる住宅費およびその他の生活水準と、被保険者の所得・資産との差額が、高齢者生計扶助の支給額となる。住宅費については、単身者について月6,200kr、既婚者につき月3,100krを上限として、実費が保障される（同章11ないし13条。福祉施設入居者については特別の規定あり）。これは、年金受給者に対する住宅手当²²⁾が保障する住宅費と同じ水準となっている。住宅費以外の生活水準に関しては、単身者について物価基礎額の1.3546倍（年額。2011年は月額4,831kr）、既婚者について物価基礎額の1.1446倍（同上。2011年は月額4,082kr）が、正当な生活水準とされる（同章15条）。高齢者生計扶助においても、物価基礎額を算定に用いることにより、支給水準が物価スライドされる。

制度導入時に念頭に置かれたのは、最低保障年

金の居住要件を満たせない中高齢の移民であった。しかし、実際には、早期に年金の受給を開始したために低年金となった者や、保険料の不払のために低年金・無年金となった自営業者も、高齢者生計扶助を受給している。年金庁の統計によれば、2010年12月時点で、年金受給者計1,911,209人のうち高齢者生計扶助を受給する者は14,429人(0.7%)であった。扶助受給者の約1/3が、スウェーデン生まれの者である²³⁾。

Ⅲ 老齢年金制度と最低所得保障の関係

1. 問題関心

はじめに述べたように、わが国においては現在、スウェーデンの老齢年金制度を参考にした新しい年金制度の導入が検討されている。しかし、この提案に対し、社会保障法学の研究者からは様々な批判がなされている。主な批判は、①被用者と自営業者との間で所得捕捉の程度に差があること、②最低保障年金の存在が所得比例年金における所得の過少申告や保険料の未納・滞納といったモラル・ハザードを招きうること、③同じ租税財源で賄われる生活保護と最低保障年金との関係が整理されていないこと、などである²⁴⁾。

このうち①と②について、スウェーデンでは、国民総背番号制を導入し、かつ、国税庁が租税と社会保険料を一括徴収することによって、所得捕捉率を高める工夫がなされている²⁵⁾。また、租税および社会保険料の未納・滞納は全ての公租公課に割合的に配分されるため、年金保険料のみを選択的に免れることはできない。さらに、保険料の未納による低年金・無年金に対する最低保障年金の支給には制約があるため、モラル・ハザードに対する一定の対策は取られているといえる。高齢者生計扶助の存在はモラル・ハザードの原因となりうるが、実際の受給者数からするとそれほど大きな問題とはなっていないようである。

そこで、以下では、上記の批判の③に関連して、スウェーデンにおいて最低保障年金および高齢者生計扶助と一般的な最低所得保障制度との関係がどのように考えられているのかを検討することとしたい。

2. 生計扶助と最低保障年金・高齢者生計扶助の比較

スウェーデンには、一般的な最低所得保障制度として、社会サービス法 (Socialtjänstlag (2001 : 453)、以下SoL) に基づく生計扶助 (försörjningsstöd) が存在する。同法は、労働能力の喪失、障害、老齢またはその他これに類する事情により社会からの援助を必要とする状況に陥った者に対し、正当な生活水準を維持するために、社会からの援助または扶助を受ける権利を保障する。ただし、援助を受けるためには、個人が自身のニーズを自分で充足する能力を欠くことが要件とされている (SoL 4章1条)。とりわけ、生計扶助は「最後のセーフティネット」としての性質を有するため、個人が自身の能力を尽くして生計を維持する努力をしなければ、社会サービスによる扶助を受ける権利は認められない。例えば、失業者が生計扶助を受給するためには、原則として、コミューンの社会福祉委員会の指導の下で求職活動を行い、適切な就職先を紹介された場合にはそれを受諾する義務を負う²⁶⁾。また、ミーンズ・テストも行われ、生計扶助を受けようとする者は、まず自身が有する経済的な資産 (収入、貯蓄など) を利用することが求められる²⁷⁾。

生計扶助が保障する費目は法律に列挙されており、①食料品、衣服および靴、余暇・娯楽、消耗品、保健衛生用品、新聞、電話およびラジオ・TV受信料、ならびに、②住居、電気代、通勤、家財保険、労働組合および失業保険金庫の組合費が挙げられている (SoL3条1段)。①に挙げた費目については、世帯構成別・年齢別に保障すべき

水準を、社会福祉庁が全国統一の基準（riksnorm）として定めている。2011年の全国基準によれば、子供がいない単身者世帯には月額3,720kr、子供がいない夫婦世帯には月額6,120kr（1人当たり3,060kr）が支給される。一方、②に挙げた項目について保障すべき費用の判断は、各コミュニティの社会福祉委員会の裁量に委ねられている。

SoLに基づく生計扶助と、最低保障年金および高齢者生計扶助を比較すると、以下のことが指摘できよう。まず、生計扶助の受給には資産・能力の活用が厳格に求められるのに対し、最低保障年金は所得比例老齡年金の受給額のみを要件として（いわばペンション・テストのみで）支給される。高齢者生計扶助の受給者にはミーンズ・テストが課されるが、資産の認定は緩和されている上、稼働能力の活用は求められない。そして、支給水準を見ると、最低保障年金の基礎水準は生計扶助の全国基準を大きく上回っている。高齢者生計扶助が保障する住宅費以外の生活水準も、最低保障年金の基礎水準は下回る²⁸⁾が、生計扶助の全国基準を上回る。これは、生計扶助では全国基準に含まれない電気代、家財保険、交通費などの費目について、高齢者生計扶助では正当と認められる一定額が予め支給額に組み込まれているためである²⁹⁾。これらの費目について、実際の支出額を問わず、定型的な給付がなされるという点でも、高齢者生計扶助は生計扶助よりも緩やかな仕組みであるといえる。

このように、高齢者に対しては、SoLに基づく生計扶助よりも緩やかな条件の下で、生計扶助を上回る最低所得保障が、全額税財源で行われている。他の世代の低所得者がミーンズ・テストなどの厳格な補足性の要件を満たした上でなければ生計扶助を受給できないことと比べ、高齢者は優遇されているともいえる。では、スウェーデンでは、高齢者に対する最低所得保障を一般的な最低所得保障制度から分離し、かつ緩やかな制度とするこ

とが、なぜ正当化されているのであろうか。

3. 最低保障年金の理念

(1) 公的年金制度における基礎的保障の歴史

前述のように、最低保障年金は、老齡年金制度の枠組み内において基礎的保障を提供するものと位置づけられている。基礎的保障としての最低保障年金は、1998年改革以前の基礎年金制度の系譜を踏むものといえる。

スウェーデンの公的年金制度の起源は、1913年に成立した国民年金法に遡る。同法は、老齡または障害により労働能力を失った国民に対し、家族または公的扶助に頼ることなく生活するための保障を提供するという目的の下、全国民を年金制度に強制加入させるものであった。国民年金法による年金制度は、拠出制の積立方式の年金保険と、それを補足する無拠出制の所得調査付き給付の、2つの部分から構成された。拠出制部分は、被保険者の所得に応じて保険料を算定し、拠出額に応じて年金額を算定する仕組みを用いた³⁰⁾。

しかし、1913年法による年金制度には、地域による生活費の差を考慮しなかったこと、就労可能な全期間（50年間）について保険料を払わなければ満額の年金が受けられなかったこと、そして満額の年金給付でさえ生計を維持するのに十分な額ではなかったことなどの問題があった。そのため、1935年に新しく基礎年金法が成立する。同法に基づく年金制度も拠出制の年金保険部分と補足的な給付から構成されたが、拠出制部分に国庫負担が導入され、年金保険における拠出と給付の関連性が緩められた。これによって、年金制度は、保険としての性格を弱め、税財源に基づく国家による基礎的な保障制度としての性格を強めることとなった³¹⁾。

1935年法による基礎年金も所得保障としては不十分なものであり、多くの国民が公的扶助や親族からの援助に依存していた。そこで、1946年

に新しい基礎年金法が制定されることとなるが、その際には、従前の年金制度よりも高い水準が目標とされた。すなわち、高齢者・障害者に対して、最低限の生活水準ではなく、高齢者・障害者以外の低所得者の生活水準と比較して正当な生活水準を保障することが目指されたのである³²⁾。

1946年法による新しい基礎年金制度は、従前の保険料拠出を問わず、かつ所得調査を行わずに、すべての国民に対して定額の給付を行うものであった。制度の運用費用に充てるために所得比例の保険料が徴収されたが、保険料拠出は給付受給権から切り離された³³⁾。1935年法の下で既に基礎年金における拠出部分の役割が縮小しており、保険料の拠出履歴の管理にかかる事務コストの費用対効果が悪いと考えられたのである。また、所得調査にかかる事務コストやスティグマの問題に加え、高齢者の就労意欲や老後の生活のための自助（貯蓄、持ち家の購入など）の意欲を削がないような老齢年金制度の設計が求められたため、所得要件・資産要件も課されなかった³⁴⁾。年金給付が保険料拠出に基づかなくなり、また財政方式が積立方式から賦課方式へと変更されたため、従前の基礎年金制度が部分的ながらも有していた保険原理は完全に放棄された³⁵⁾。

基礎年金の支給額については、低所得者の生活水準を考慮しつつ、物価の最も安い地域における生活費を前提に、全国共通の額が設定された。ただし、世帯構成による生活費の差に考慮して、単身者に対する基礎年金の支給額は夫婦ともに年金受給者である場合よりも高く設定された³⁶⁾。生活費の地域差などに対する考慮は、定額の基礎年金を所得調査付きの住宅扶助によって補完することで図られた³⁷⁾。この改革の結果、公的扶助を受給する高齢者の数は激減した³⁸⁾。

その後、1959年に所得比例年金であるATPが導入されたが、基礎年金は年金制度の基礎的保障部分として存続する。ATPの保障水準は、基礎年金

とあわせて従前所得の60%とされていた。対して、基礎年金そのものの保障水準は、各種の上乗せ手当および基礎年金に対する所得課税免除とあわせて、年金受給者として適正な生活水準とされた。実際には、基礎年金の支給額が物価の上昇に伴い引き上げられたため、年金受給者の所得に対してATPの占める役割が伸びなかった。学説は、ATPの導入にもかかわらず、スウェーデンの年金制度では基礎的な生活保障から所得比例保障へという原則の転換が生じず、標準的な生活水準の保障よりも基礎的な生活保障の方が強く優先付けられてきたと評価している³⁹⁾。

(2) 最低保障年金の下での基礎的保障

1998年改革で導入された最低保障年金も、さまざまな理由で無所得・低所得であった者が、老後は最低限の年金水準を保障されることが重要であるとの考えに基づく。また、その保障水準は、1998年当時の基礎年金の給付額を元に設定されている⁴⁰⁾。ただし、その制度構成および制度に基づく原則には、従前の基礎年金制度からの大きな転換が見られる。すなわち、基礎年金が全ての者に定額の給付を行ったのに対し、最低保障年金は、所得比例老齢年金によって最低保障水準を満たすことができない少数者に対して補足的に給付されるに留まる。老齢年金制度が所得比例給付部分と基礎的保障部分とから構成されることに変わりはないが、そのいずれを制度の主軸とするかは大きく転換したのである⁴¹⁾。

このことは、学説では、所得比例保障の原則へのイデオロギーの転換と評価されている⁴²⁾。すなわち、全ての者に平等な給付を行うという基礎的保障の考えが後退し、それに伴って社会連帯のあり方が変容したことを意味する。その要因としては、経済の低成長、失業の増加、国家財政の悪化に加え、移民の増加により居住のみを要件とする基礎的給付のあり方の見直しを迫られたことが指

摘される⁴³⁾。

以上に見たように、スウェーデンの公的年金制度においては、古くから、現役時代に無所得・低所得であった高齢者に対しても正当な生活水準を年金制度の枠組み内で保障すべきであるとの考えが存在してきた。すなわち、高齢者には、所得・資産調査付きのSoLによる生計扶助ではなく、公的年金制度によって基礎的な保障が与えられるべきだと考えられてきたのである⁴⁴⁾。そして、最低保障年金もこの考えを引き継いだものであり、公的年金制度において基礎的保障を提供すること自体への疑問は示されていない。ただし、スウェーデンの最低保障年金は歴史的には基礎的保障の後退あるいは縮小と評価されるものであり、わが国における最低保障年金が基礎的保障の強化として議論されるのとは方向性が異なる点に留意する必要があるだろう。

4. 高齢者生計扶助の理念

先述のように、高齢者生計扶助の支給額は、SoLによる生計扶助の全国基準よりも高い。加えて、高齢者生計扶助に含まれていない費目や、高齢者生計扶助に含まれているが支給額を上回る費用について経済的援助を必要とする場合、受給者は生計扶助を申請することができる。高齢者生計扶助は、SoLがコミュニティに課す「最後のセーフティネット」の提供責任（最終的責任、det yttersta ansvaret）を何ら変更するものではない⁴⁵⁾ためである。すなわち、社会のセーフティネットの層の中で、高齢者生計扶助はSoLによる生計扶助よりも上位に位置する。いわば、高齢者にとっての「第2のセーフティネット」となっているといえよう。

高齢者生計扶助が導入された背景には、1990年代、ユーゴスラビア紛争による難民を中心に移民が増加したことがある。移民の増加に伴い、満額の基礎年金を受給するための居住要件⁴⁶⁾を満

たせず、SoLによる生計扶助を長期的に頼る高齢者が増加した。1998年当時、生計扶助を10ヶ月以上受給する65歳以上高齢者の、実に94%が移民であった。そこで、老齡年金の制度改革にあわせて高齢者生計扶助の導入が議論されることとなるが、制度設計の理念は以下のような点にあった⁴⁷⁾。

第1に、「最後のセーフティネット」たるSoLによる生計扶助の本来の姿は、集団に対する恒常的な生計維持手段ではなく、一時的な経済的困難に対する個別的な給付だという考えである。高齢者という集団に対する長期的な経済的保障は、コミュニティではなく国家が、社会保険制度を通じて⁴⁸⁾、提供すべきであると考えられた。

第2に、高齢者生計扶助の給付は、SoLによる生計扶助への依存が生じないように設計すべきであると考えられた。すなわち、高齢者生計扶助の給付水準は、生計扶助の全国基準を下回ってはならないとされたのである。また、生計扶助の全国基準は一時的なニーズに対するものであり、長期的なニーズに対する保障水準の決定には別の考慮が必要であると考えられた。

そして、第3に、65歳以上の高齢者は、原則として、就労によって経済的状況を改善する可能性がない、または非常に小さいという考えである。例えば、障害を負いながらも居住要件を満たさないために所得保障を受けられない若年の移民も、SoLによる生計扶助に長期的に依存しうるグループである。しかし、若年障害者はあくまで就労可能年齢にあり、このことが就労可能年齢を離れた高齢者と区別する理由になるとされた。

このような考えに基づき、国家が、低所得の高齢者を対象に、生計扶助を上回る水準の給付を行うことが肯定されたのである。今日では、生計扶助の受給者に占める高齢者の割合は非常に低く⁴⁹⁾、生計扶助の「最後のセーフティネット」への純化という、高齢者生計扶助の創設目的は果たされているといえよう。

以上の検討から、高齢者について特別な最低所得保障制度を設けることを正当化する理由は、集団に対する長期的な所得保障は「最後のセーフティネット」たる生計扶助の役割ではないこと、および、高齢者は就労可能年齢にはないことの、2点にあったといえることができる。これらの議論は、わが国における最低保障年金と生活保護の関係を議論する上でも参考になろう。ただし、スウェーデンでは、生計扶助を含む社会サービスの実施責任および財政負担をコミュニティが負っており、生計扶助に対する国庫負担・国庫補助はなされていない⁵⁰⁾。そのため、高齢者生計扶助を含む社会保険と生計扶助との役割分担の問題は、すなわち国家とコミュニティの間の役割分担の問題に直結している。移民の増加という社会的背景も含め、わが国とは制度的な前提が異なる中で議論され、生まれてきた制度である点に、やはり注意が必要であろう。

IV 現行制度の評価と課題

最後に、現行の老齢年金制度に対する評価、および現行制度が抱える課題について触れておきたい。

今日のスウェーデンの老齢年金制度は、他のEU諸国の制度と比べ、持続可能性の高い制度であると評価されている⁵¹⁾。特に、老齢年金の所得比例給付部分を、確定給付方式から確定拠出方式へと切り替えた点が、制度の持続可能性を高めたと評価される⁵²⁾。さらに、自動財政均衡メカニズムにより、今後、年金支給総額が保険料収入総額を超えることは起こらないようになっている。

他方で、現行制度では、年金制度の財政状況が悪化すれば、年金の給付水準が名目的にも実質的にも引き下げられる。スウェーデンでも人口の少子高齢化は進んでおり⁵³⁾、経済成長が回復しないままに年金受給者が増え続ければ、個々人に支払

われる年金の支給額は減少してゆくことになる。すなわち、現行制度は、経済の低成長と平均寿命の伸びによるリスクを年金受給者が負う仕組みなのである⁵⁴⁾。公的年金の所得代替率は、2007年には49.1%であったが、2060年には39.3%に低下すると見込まれる⁵⁵⁾。そのため、将来、多くの者が老齢年金だけでは生活を維持することができなくなり、税方式の各種手当（住宅手当、生計扶助など）への依存が高まるとの懸念が示されている⁵⁶⁾。メディアでは、現在の年金制度は国家財政の視点から見れば肯定的に評価されるが、年金受給者にとってはATPよりも不利な制度であるとの批判もなされている。

現行制度の下で将来の個々の年金受給者が受け取る年金額が過少となるのを防ぐためには、人々が保険料を支払う期間を長くする、すなわち、退職年齢ないし実際の年金受給開始年齢を引き上げる政策が必要となる⁵⁷⁾。今日、年金所得に対する課税は勤労所得に対する課税よりも厳しく⁵⁸⁾、このことは就労を継続する経済的インセンティブを与えていると評価される。また、所得比例老齢年金が採用する「生涯所得の原則」は、高齢者の労働力供給を高めることを目的としている⁵⁹⁾。加えて現在、保守連立政権は、雇用保護法の保護が及ぶ年齢を現在の67歳から69歳へ引き上げることを提案している。しかし、雇用環境の改善を優先すべきとする社会民主党の反対を受け、法改正は難航している⁶⁰⁾。

たしかに、雇用保護法上の退職年齢（67歳）と実際の年金受給開始年齢（平均63歳）とのギャップが示すように、法律上の退職年齢（あるいは年金受給開始年齢）の引上げは、必ずしも実際の年金受給開始年齢の引上げに繋がらない。実際の年金受給開始年齢を引き上げるためには、労使双方に対して強い経済的インセンティブを付与する⁶¹⁾ほか、年齢差別の禁止などにより使用者に高齢者の雇用を継続する強いインセンティブを与え、か

つ、訓練やリハビリテーションの提供によって高齢労働者の雇用機会を増大させる必要がある⁶²⁾。他方で、高齢者層に対する雇用保護の強化は、労働市場における若年者の地位の弱化にも繋がりがえ、この点に対する配慮も求められることとなろう。

年金制度においては、持続可能性だけでなく、制度の妥当性の確保も重要とされる⁶³⁾。スウェーデンの老齡年金制度は、前者については一応の解決を図ったものの、後者の面では依然として課題を抱えているといえるだろう。

付 記

本稿の執筆に当たり、ルンド大学経済経営学部 Andreas Inghammar 助教授、同大学法学部 Per Norberg 助教授、イェーテボリ大学法学部 Thomas Erhag 准教授ならびにストックホルム大学社会研究所 Eskil Wadensjö 教授から、文献資料の提供および多くの助言を頂いた。記して謝意を表したい。本稿は、平成23年度科学研究費補助金「日本・スウェーデンの社会福祉争訟の比較法研究」(若手研究 (B) 課題番号20730039) および平成23年度最先端研究開発戦略的強化費補助金(頭脳循環を活性化する若手研究者海外派遣プログラム)「法整備支援研究の世界的結節点をめざして」の助成による研究成果の一部である。

注

- 1) Olovsson 2011, p.1.
- 2) Prop. 1993/94:250, s 45.
- 3) なお、現行制度は1938年以降に生まれた者を対象とするが、1938年から1954年の間に生まれた者については経過措置が設けられている。
- 4) 従前は、社会保険庁 (Försäkringskassan) が他の社会保険給付とあわせて老齡年金についても所掌していたが、2010年1月、老齡年金の管轄行政庁として年金庁が新設された。これに伴い、プレミア年金庁 (Premiepensionsmyndigheten) は廃止された。
- 5) Ds 2009:53, s 34.
- 6) 雇用保護法 (1976:580) 32a条により、労働者は67

歳に達する月まで雇用を継続する権利を有する。一方、67歳に達した後は、整理解雇の際のシニョリティ・ルールの適用から外れ、解雇予告期間が1ヶ月に短縮され、時短雇用の制限がなくなるなど、雇用保護が縮減される。

- 7) Pensionsmyndigheten 2011, s 4.
- 8) 物価基礎額は、毎年、消費者物価上昇率に応じて改定される。
- 9) 所得基礎額は、1人当たりの名目所得の上昇率に応じて毎年改定される。
- 10) 公的年金による保障の上限を超える所得については、労働協約に基づく協約保険が保障を提供している。
- 11) Ds 2009:53, s 35.
- 12) Ds 2009:53, s 35.
- 13) したがって、保険料率の合計は17.21%となるが、これは純所得に対する保険料率であり、各種控除後の課税対象所得に対する割合は合計18.5%となる。
- 14) Ds 2009:53, s 8f.
- 15) 詳細については、井上 2003, pp.291-299を参照。
- 16) Pensionsmyndigheten 2011, s 16.
- 17) Pensionsmyndigheten 2011, s 16.
- 18) 実際、2000年代初頭のITバブル崩壊時や2008年の金融危機の際には、プレミア年金の給付水準は大きく低下した。Pensionsmyndigheten 2011, s 16.
- 19) 社会保険の人的範囲を定めた社会保険法 (Socialförsäkringslag (1999:799), SFB)の制定に伴い廃止) 制定時の議論では、同法における「社会保険」の概念を、保障方法や原則ではなく管轄行政機関に着目して定めることとされている。すなわち、当時の社会保険庁、プレミア年金庁および社会保険事務所が管轄していた制度が、「社会保険」とされた。居住のみを要件として支給される給付も、スウェーデンでは伝統的に「社会保険」の概念に含まれてきたためである。SOU 1997:72, s 196-198; Prop. 1998/99:119, s 74-77. そして、SFBは、原則として、この「社会保険」の範囲・内容を引き継いでいる。そのため、全額税方式の最低保障年金についても、SFBに規定され、かつ「被保険者」「被保険者期間」といった文言が用いられる。Prop. 2008/09:200, s 351. 社会法学の学説においても、基礎年金や最低保障年金を、経済的な意味に基づく「保険」ではないとしつつ、「社会保険」に含めて論じている。学説では、一定のリスクに対して社会的・経済的な保障を定型的に提供する制度を「社会保険」として捉え、必ずしも保険原理の利用を「社会保険」の判断基準としていない。Erhag 2002, s 128ff.

- 20) 多田 2005, p.29; Ds 2009:53, s 93.
- 21) SFBは高齢者生計扶助についても「被保険者」という文言を用いているので、本稿もこれに従う。前掲注 19) も参照。
- 22) 住宅手当の受給に際しては、高齢者生計扶助と同様のミーンズ・テストが行われる。住宅手当に關する規定はSFB102章にある。
- 23) Prop. 2010/11:1, Utgiftsområde 11, s 24.
- 24) 堀 2006, pp.39-40; 堀 2009, p.307以下; 岩村 2009, pp.10-12; 江口 2010, p.22.
- 25) それでもなお、自営業者による所得隠しは一定程度存在するといわれる。
- 26) Prop. 2000/01:80, s 93f; Norström, m.m. 2011, s 93.
- 27) Prop. 2000/01:80, s 94.
- 28) 高齢者生計扶助および生計扶助が非課税の給付であるのに対し、最低保障年金を含む老齢年金には所得課税がなされる点に注意が必要である。ただし、年金庁の説明によれば、課税を考慮しても、最低保障年金の基礎水準が高齢者生計扶助を下回ることはない。
- 29) Norström, m.m. 2011, s 100.
- 30) Schmidt 1974, s 10; Christensen 2000, s 186.
- 31) Schmidt 1974, s 17; Christensen 2000, s 187.
- 32) Prop. 1946:220, s 107.
- 33) 1946年の基礎年金法立法時には、高所得者に支払われる基礎年金の財源は、被保険者自身の保険料拠出によって賄う計画であった。Prop. 1946:220, s 115. もっとも、1975年の全国協約により、被用者にかかる社会保険料は使用者が全額負担することとなったため、この制度設計がどこまで貫徹されたかは不明である。
- 34) Prop. 1946:220, s 113f.
- 35) Prop. 1946:220, s 108.
- 36) Prop. 1946:220, s 109ff.
- 37) Schmidt 1974, s 21.
- 38) Wadensjö 2004, p. 223.
- 39) Christensen 2000, s 189.
- 40) Prop. 1997/98:152, s 39.
- 41) Ds. 2009:53, s 40.
- 42) Christensen 2000, s 192.
- 43) Christensen 1997, s 74fおよびTomas Erhag氏への聞き取りによる。
- 44) Ds 2009:53, s 39.
- 45) Prop. 2000/01:136, s 26f; Norström, m.m. 2011, s 100.
- 46) 1993年より、基礎年金を満額受給するためには、40年間以上のスウェーデン国内での居住か、30年間以上の就労が要求されるようになった。
- 47) Prop. 2000/01:136, s 17ff.
- 48) 「社会保険」の意味については、前掲注 19) を参照。
- 49) 2010年にSoLによる生計扶助を10ヶ月以上受給した長期受給者の数は全年齢層の合計で116,904人であったが、そのうち65歳以上の者は1,335人(約1.1%)に過ぎない。Socialstyrelsen 2011, s 45.
- 50) スウェーデンでは、1990年代に、地方自治体に対する国の補助金制度全体について、一般補助金を強化し特定補助金を縮小する改革が行われた。
- 51) European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs 2009, pp.390-391によれば、スウェーデンの公的年金支出(早期退職年金および遺族年金を含む)がGDPに占める割合は、2007年の9.3%から2060年の9.4%へとわずか0.1%しか増大しないと予測されている。ただし、この統計では、プレミア年金が私的年金に分類されている点に注意する必要がある。プレミア年金の支給額がGDPに占める割合は、制度の成熟に伴って伸び、2060年には1.4%になると見込まれている。
- 52) Wadensjö 2004, p.234; European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs 2009, p.391.
- 53) 人口の高齢化率は、2008年末時点で18%であった。合計特殊出生率は1990年代後半に底を打ったあと回復傾向にあるが(2008年に1.91%)、人口増の大半は移民によるものである。SCB 2009, s 9f. そして今後10年ほどの間にベビーブーマー世代が退職していくため、年金世代と現役世代の人口バランスのいっそうの悪化が予測される。
- 54) Christensen 2000, s 191.
- 55) European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs 2009, pp.392-394. 本文で挙げた数値には、プレミア年金の所得代替率(2060年に8.1%)を含む。協約年金を含めた所得代替率は、2007年の67.3%から2060年の54.8%へと減少すると推計されている。
- 56) Norman 2010.
- 57) Norman 2010; European Commission 2010, pp.8-10.
- 58) 1998年改革以前は、所得課税に際して基礎年金相当額の所得控除がなされていた。年金改革に伴い、従前の控除分を最低保障年金の水準に反映する代わりに、年金所得に対する特別の所得控除は廃止された。Prop. 1997/98:152, s 35ff; Ds 2009:53, s 40. しかし、2008年からの不況の影響で年金受給者の生活状況が悪化したとして、保守連立政権は、2009年以降、年金所得に対する控除を毎年引き上げている。それでもなお、同額の所得を有する場合を比較すると、勤労所得よりも年金所得に対する課税の方が厳しいとの批判が、主に高齢者層か

らなされている。

- 59) ただし、その実際の効果は不明である。Wadensjö 2004, p.235.
- 60) 老齡年金制度の見直しには、1998年改革時の5党合意により、同改革に参加した5党（社会民主党、穏健党、キリスト教民主党、自由党、中央党）全ての同意が必要となる。
- 61) 経済的インセンティブについては、現在、多くの協約年金が、年金受給開始年齢を65歳としている点にも留意する必要がある。
- 62) Olovsson 2011, p.5.
- 63) European Commission 2010, p.8.

参考文献

(紙幅の都合上、最低限のものを挙げるに留めた)

- Christensen, A. 1997. "Normativa grundmönster i socialrätten", *Retfaerd*, Nr.78, s 69-79.
- 2000. "Normativa grundmönster i pensionssystemen", *Lovens Liv. Festskrift till Jørgen Dalberg-Larsen*, Jurist- og Økonomforbundets forlag.
- Departmentsserien (Ds), 2009. *Detta är pensionsöverenskommelsen* (Ds 2009:53).
- Erhag, T. 2002. "Socialförsäkringen och det nya pensionssystemet — ny syn på rättsförhållandet mellan försäkringsgivare och försäkringstagare i den obligatoriska försäkringen", red. L. Vahlne Westerhäll, *Rättssäkerhetsfrågor inom socialrätten*, Norstedts Juridik.
- European Commission, 2010. *Green Paper towards Adequate, Sustainable and Safe European Pension Systems*.
- European Commission, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2009. *Pension Schemes and Pension Projections in the EU-27 Member States — 2008-2060, Volume I — Report*, European Economy Occasional Papers, No. 56.
- Lindgren, C.-G. 2006. *Pension i anställningen handbook*, Pensions Information.
- Norman, P. 2010. "Radikala åtgärder krävs för att behålla pensionerna", *Dagens Nyheter* 2010-07-03.
- Norström, C. och Thunved, A. 2011. *Nya sociallagarna*, 24de upplagan, Norstedts Juridik.
- Olovsson, C. 2011. "Comment on the European Commission's "Green Paper towards adequate, sustainable and safe European pension systems"", *European Policy Analysis*, 2011:5.
- Pensionsmyndigheten, 2011. *Orange Rapport Pensions-systemets Årsredovisning 2010*.
- Proposition 1946:220 Lag om Folkpensionering, m.m.
- 1980/81:178 Förenklade Regler för Socialförsäkringsavgifter, m. m.
- 1993/94:250 Reformering av det allmänna pensionssystemet.
- 1997/98:152 Garantipension, m.m.
- 2000/01:80 Ny socialtjänstlag m.m.
- 2000/01:136 Äldreförsörjningsstöd.
- 2010/11:1 Budgetpropositionen för 2011.
- Schmidt, F. 1974. *Allmänna och Privata Pensioner — Mål och Medel*, Norstedt.
- Socialstyrelsen, 2011. *Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2010*.
- Statens offentliga utredningar (SOU), 1997. *En lag om socialförsäkringar* (SOU1997:72).
- Statistiska Centralbyrån (SCB), 2009. *Beskrivning av Sveriges Befolkning 2008*.
- Wadensjö, E. 2004. "Pension Reform in Sweden - A New Model", red. N. Maruo, A. Björklund and C.le Grand, *Welfare Policy and Labour Markets: Transformations of the Japanese and Swedish Models for the 21st Century*, *Stockholm Studies in Sociology*, Almqvist & Wiksell International.
- 井上誠一 2003 『高福祉・高負担国家スウェーデンの分析』中央法規出版.
- 岩村正彦 2009 「高齢社会と社会保障——特集にあたって」ジュリスト1389号, pp.6-15.
- 江口隆裕 2010 「ドイツ、フランス及びスウェーデンの高齢者所得保障制度と新年金構想」年金と経済 Vol.29 No.3, pp.18-26.
- 多田葉子 2005 『スウェーデンの年金制度』樹雲書房.
- 堀勝 洋 2006 「公的年金改革」日本年金学会編『持続可能な公的年金・企業年金』ぎょうせい.
- 2009 『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房.
- (なかの・たえこ 名古屋大学准教授)

2000年以降のスウェーデンにおける高齢者福祉

—「選択の自由」拡大とそれに伴う諸対応の展開—

吉岡 洋子

■ 要約

スウェーデンの高齢者福祉において、2000年代は個人レベルでの「選択の自由」拡大により、従来からの「競争」に新たな展開が生じた。2006年からの中道右派連合政権は自由選択法で顧客選択制度を推進し、利用者の影響力強化を掲げている。

本稿では、「選択の自由」拡大を中心に、2000年代の主な制度改革と現状またそれに伴う諸対応の展開を取り上げた。特に、顧客選択制度と介護の質の向上の関連から二つの要素に注目した。第一に、介護サービスの評価・情報公開のシステム構築、統制強化など、公的諸対応が徹底的に進められていた。第二に、介護サービス供給の多元化の部分であり、期待とのギャップが大きい現実が確認された。

日本が得られる示唆としては、①選択の自由拡大への公的対応、②変動のなかでも維持すべき理念と枠組みの明確化、があげられる。高齢者福祉における効率と質の向上が同時に要求される今日、両国共に模索は続くが、スウェーデンから学べる点は大きい。

■ キーワード

高齢者福祉、選択の自由、顧客選択制度、介護サービスの質、多元化

はじめに

スウェーデンの高齢者福祉分野において、「競争」の導入開始から現在約20年が経過した。1990年代は、いわゆる民営化・市場化が緒に就き、主に介護サービス供給の民間委託が拡大した時代であった。そして2000年代、競争はさまざまな形で進行し、特に2006年誕生の中道右派連合政権により強力に推進されている。この変化に対しては当然賛否両論があるが、現状や影響に関する統計が欠乏したまま事態が進行し、今日に至ったとも指摘される (Szebehely 2011)。

本稿は、2000年以降のスウェーデンの高齢者福祉について、「選択の自由」に焦点をあてて、

主な制度改革と現状またそれに伴う諸対応の展開を取り上げる。介護の質の確保と向上のために方策が模索されているが、本稿では、評価・情報公開等の公的対策と供給多元化という二つの側面に注目する。そして、選択の自由拡大が進む今日の課題と論点を示し、日本への示唆を論じることを目的とする。なお、高齢者福祉が含む多様な側面のうち、本稿では主に介護サービス供給の部分に限定して論を進めることとする。

I 2000年以降の高齢者福祉をめぐる動向

1. 高齢者福祉をめぐる状況と主な政策

1990年代の高齢者福祉には、厳しい公的財政事情から、重度者への資源の傾斜配分をはじめサー

ビス削減が見られた（SOU 2001: 79）。その後2000年代に入り介護サービス利用率は再び増加しているが¹⁾、高齢者福祉全体の支出は抑制傾向である。80歳以上の高齢者が9%増加した2000年～2009年の間に、高齢者福祉の支出は6%減少した（Szebehely 2011: p.219)²⁾。

限られた資源の有効活用と同時にサービスの質向上が求められるなか、主要な政策として、2006年「高齢者医療・福祉10ヵ年戦略」が国会へ提出された。同年誕生の中道右派連合政権は、若干の修正を加えてこれを引継ぎ、6つの主要分野：「最重度者の看護・介護」「住居における安心」「社会的ケア」「全国的平等と地方の発展」「予防」「職員」での改革が進行している。

また、2006年からの新政権は、特に介護サービス供給の関連について、新たな形で「競争」を強力に推進している。実際、高齢者介護サービスにおける民間供給の割合は年々増加しており、

2010年にはホームヘルプ・介護付き特別住宅（以下、特別住宅と略記）ともに19%が民間により供給されていた（Socialstyrelsen 2011.b）。政治的にも論争が大きい「競争」の推進の有り様については次章以降で詳述する。

ただし、競争にまつわる主要な変化は、2000年代もサービスの「供給」部分に限られる。ハートマン（Hartman 2011: p.10）が述べるように、競争は進行したが、支払い能力ではなくニーズにもとづく福祉サービスの保障というスウェーデンの福祉政策の根本部分は今日も不変である。実際、2000年代に導入された「利用者負担上限制度（マックスタクサ）」（2002年）をその後の政権も継承している。

2. 介護サービスの周辺における新動向

公的ニーズ判定にもとづく介護サービスだけでなく、2000年代にはその「周辺」でも新動向が

表1 ホームヘルプ、ニーズ判定外の支援、家事サービスの違い

	公的事业（コミュニティ）		市場
	ホームヘルプ （介護ニーズ判定有）	ニーズ判定外の支援	家事サービス
法律	社会サービス法	コミュニティによる判定なしでのサービス提供の権限法	家事サービス支出への税控除法
内容	家事サービスと身体介護	転倒や事故を防ぐための予防的な家事サービス。身体的介護は含まない。	家事（掃除、洗濯、調理、窓ふき等）、ケア、身体的支援、見守り等。
ニーズ判定	あり	なし（コミュニティの任意で決定）	事実上なし
監督機関	あり（レーン行政庁、社会庁）	なし	事実上なし
秘密保持（個人情報法の他に）	あり	あり	なし
記録の義務	あり	なし	なし
利用料金	社会サービス法にもとづく	原価内でコミュニティが決定。応能負担。	市場価格
税控除	なし	なし	あり
質に関する規定	あり	なし	なし
サーラ法	あり	なし	なし
公的統計	あり	なし	なし
運営者	コミュニティ、民間事業者	コミュニティ、民間事業者	民間事業者

出典：Socialstyrelsen (2007.b) Meddelandeblad "Hemtjänst, servicetjänster utan behovsprövning och hushållstjänster" s.6 Bilagaより作成。

みられる (Socialstyrelsen 2007.a)。以下に述べる二種類の制度が生まれたが、それらと従来の介護ニーズ判定によるホームヘルプの違いは表1の通りである。

一つ目は、2007年の「家事サービスの税控除」法 (Lagen om skattereduktion för utgifter för hushållsarbete, 2007: 346) である。家事サービスの私費購入について、50%の所得税控除³⁾を認めるもので、利用者数は年々拡大し、2008年の9万2千人が、2010年は32万6千人に増えた⁴⁾。新政権は、闇市場からの掃除業の救出と新市場創出を唱えるが、現実には低所得層の社会的排除も懸念される (Ganavas 2010)。また、私費購入部分の拡大が、公的福祉の後退に繋がる恐れも指摘される (Szebehely 2010: p.7)。なお、民間事業者は従来から、公的なニーズ判定とは無関係の「追加サービス」を販売しているが、税控除制度導入でその拡大が見込まれている⁵⁾。

二つ目に、2006年の67歳以上の高齢者への「ニーズ判定外の支援制度」である。介護リスクを大幅に上昇させる、事故や転倒の予防を意図して創設された。基本的に無料か少額で年に数時間程度の支援⁶⁾を提供するものである。

また、インフォーマルケアとしての家族介護の負担が1990年代末に注目され始めたが、2001年の社会サービス法改正で、高齢者・障害者の家族介護者支援がコミュニティの義務と明示され、支援が拡大している。このように、公的福祉の根幹は不変でも、2000年代にはその周辺において新た

な動向が数々みられる。

II 競争と「選択の自由」の拡大

本章では、2000年以降の動向のなかでも、主要な変化である、介護サービス供給における競争、選択の拡大について解説する。

1. 介護サービス供給における「競争」の形態と拡大

高齢者介護サービス供給における民間割合は、表2のとおり1990年代以降継続的に増加している。以前は、特別住宅の方がホームヘルプより民間割合が大きかったが、2010年には同じく19%になった。ただし、他種の社会サービスと比較すれば、高齢者福祉の民間比率は低い⁷⁾。また、民間比率には地域差が非常に大きく、2010年のホームヘルプ供給をみると、ストックホルムを中心に11のコミュニティでは半分以上のサービスが民間供給である一方、全国的には65%のコミュニティでは民間供給は皆無であった (Socialstyrelsen 2011.b)。

1990年代初頭から高齢者介護に競争が導入され始めたが、当初はイデオロギー的な意味合いが強く「民営化」と呼ばれ、その後概念や特徴が整理されてきた (斉藤 2002)。競争の主な形態は三つ：「入札による民間委託」(entreprenadupphandling)、「サービス購入」(köp av tjänster)、「顧客選択制度 (バウチャー)」(kundvalssystem) である。

表2 高齢者介護サービス供給における民間割合の変化 (全国平均)

	1995年	2000年	2005年	2010年
ホームヘルプ	4	7	10	19
特別住宅	8	11	13	19

注) ホームヘルプの統計は、2006年度までは民間事業者を主に利用する高齢者の割合、2007年度からは介護利用時間数における割合。特別住宅は、入居高齢者のうち民間事業者運営施設に住む人の割合。

出典：以下の各報告書より作成。Socialstyrelsen (2011.b), Socialstyrelsen "Äldre vård och omsorg om äldre" (2006、2001年度版), Socialstyrelsen (1999)。

時間的にはまず民間委託とサービス購入が一般化し、顧客選択制度は比較的新しい形態である⁸⁾。顧客選択制度を導入したコミューン数は1993年で3つ、2003年で10つ、2006年でも27つに限られていた⁹⁾。

2. 「自由選択法」(LOV=lagen om valfrihet, 2008: 962)

2006年からの中道右派連合政権は、顧客選択制度を強力に推進するため、2009年に「自由選択法」を施行した。「競争」に関する法律には、以前から1994年制定(2007年改正)の「公的購入法」(LOU=Lagen om offentlig upphandling, 2007: 1091)がある。これは、入札で行政が物品やサービスを購入する際の規定であり、複数から一つの事業者を行政が選定するいわゆる民間委託の場合に適用される。

「自由選択法」は、「公的購入法」と異なり、医療・介護分野において、事業者の多元化促進により個人レベルでの選択可能性を高めることを目的とする。自由選択法の下ではサービス価格は固定なので、事業者は質の競争をすることになる。顧客自身の選択と影響力を増すことで、サービスの質向上が期待される。また、一定条件を満たせば参入できるため、小規模事業者の増加も政府は期待している。

顧客選択制度促進の補助金導入の結果、2010年末で顧客選択制度を導入しているコミューンが半数強に達した。この制度導入の如何や、導入分野(配食、ホームヘルプ等)はコミューンの任意で決定できるが、政府は2014年迄に全コミューンでの導入を求めている(SKL 2010)。

3. 顧客選択制度と介護サービスの質

競争が導入されて以降、1990年代に第一の目的とされた「コスト」の競争から、「質」の競争へと移行が起きている(Edebalk&Svensson 2005)。

しかし、競争を導入すれば自動的に介護サービスの質向上につながるわけではない。コストや質、効率性、イノベーションは、競争で改善される一方、逆に悪化する可能性も含んでいるのである(Hartman 2011: p.113)。競争、特に個人レベルでの選択である顧客選択制度は、サービスの質向上を狙いとしている。しかし、それを可能とするためには、必要な条件や整備すべき環境が数々存在する。

まず、大前提としての重要な要素に、選択に資する情報と条件の整備がある。この点はⅢ章で解説するが、比較可能な調査結果や情報、また悪質なサービスをチェックする監督統制が必要となる。次に、サービス供給における「多元性、多様性(mångfald)」も不可欠である。選択肢においてサービスの質の多様性がなければ、個人レベルでの自由選択の意味は薄れる。この多元性の問題はⅣ章で述べる。

Ⅲ 介護サービスに関する情報公開と公的統制 —顧客選択を可能にするために

1. 介護サービスに関する評価と情報公開

選択の自由の推進と同時に、政府は介護サービスに関する「質の評価、指標」開発と情報公開を進めた。2007年以降、社会庁と全国自治体連合会は大規模な調査を実施し、コストや質の評価・比較システム(Öppna Jämförelser)を構築した。結果は「高齢者ガイド(Äldreguiden)」というウェブ上のデータベースで公開されている。

「高齢者ガイド」では、事業者ごとや介護付き特別住宅ごとのサービスの質の比較を誰でも簡単に行うことができる。エリアとサービスのメニュー、調べたい事業者を選ぶと、評価得点が明示される。評価は、12の評価分野(利用者の参加度、職員配置数、継続性、等)について5段階評価でなされ、例えばホームヘルプの「継続性」指標は、85

%～フルタイム勤務の職員の割合、アルバイト職員の割合、前年の退職者割合という、3要素で構成されている。

また、質の評価のために利用者調査も大いに活用されている。例えば、2008年には、高齢者介護サービス利用者に対する初の全国規模のアンケート（対象25万人、アンケートは14万人）が行われた。この調査報告書では、11の分野（看護、食事、交流等）ごとに、満足度が数値で示されている（Socialstyrelsen 2009.a）。

2. 公的統制の強化：監査強化とガイドライン設置

従来から、介護サービスの監査はレーン行政庁が担ってきたほか、1999年施行の通称サラ法¹⁰⁾（虐待に対する介護職員の通報義務）は今日広く浸透している。しかし、供給主体が多様化するなかで、スウェーデンの顧客選択制度において公的統制が弱過ぎるとも指摘されている（Konkurrensverket 2009）。

そうしたなか2000年代には、レーン行政庁への高齢者保護オンブード導入（2003年）、各種社会サービス担当部署に体系的な質の管理システムを構築するための社会庁通知（SOSFS 2006: 11）等の動向がみられた。また、社会庁は2010年から3年間の高齢者医療・介護の質向上のための監査強化事業の¹¹⁾ほか、認知症高齢者住宅への事前予告なしの夜間監査訪問を実施したりもした¹²⁾。この夜間の監査では、調査対象の過半数で職員不足が明らかになり、認知症ケアでの職員配置基準を含むガイドライン設定の方向性も定められた。

従来、政府は福祉政策の大きな枠組みのみを示し、詳細は各コミュニティや現場裁量に委ねるのがスウェーデンの特徴の一つであった。しかし今日では、監査やガイドラインの形で公的統制を強化する方向性がみられる。

3. 利用者にとっての影響は？

高齢者介護での顧客選択制度について、高齢者は「選択の自由」があること自体におおむね積極的価値を見出す一方で、多くの場合高齢者自身は選択をしていないことが度々指摘されている（例、Socialstyrelsen 2011.d）。高齢者は、膨大な評価や比較情報ではなく、主に自らの経験や身近な人の口コミで選択をすることが多い（SKL 2010.b）。他分野での顧客選択制度と異なり、高齢者の場合は自ら積極的に選択して影響力を増やすことが少ない現状がみられる。ただし今後、例えばウェブ上の「高齢者ガイド」でも高齢者用のシステムを新設予定であり、選択に資する取組みが模索されている。

顧客選択制度が利用者に与える影響は、現在のところ明確ではない（SKL 2010a.&b.）。ただし、選択の自由が拡大しても、スウェーデンにおいてコミュニティの最終責任は変わらない。そのなかで、単に利用者個人に選択のリスクと責任を負わせるのではなく、プラスの意味で利用者の影響力を増す仕組みが求められる。

IV 介護サービス供給の多元化

—選択の幅は質的に広がったのか？

1. 運営形態別にみた職員の雇用先

スウェーデンにおける統計や議論では従来、営利企業とNPO¹³⁾、また事業者の規模を区別せず一括して「民間」と扱い、各々の特徴はほとんど全く言及されてこなかった（Socialstyrelsen 2004, Szebehely 2011: p.241）。ゆえに、顧客選択制度が、質の競争を行うための多様な事業者のいる市場の存在や、小規模事業者の参入を期待しても、民間の実態は不明という矛盾があった。本章では、ごく近年公表され始めた職員数ベースの統計を中心に供給多元化の現状を確認し、営利企業とNPO各々について詳述する。

表3 運営形態別にみた高齢者介護サービスの職員の雇用先（％）（2010年）

	民間 NPO	民間 営利企業	民間合計	公営企業	行政直営
ホームヘルプ	0.2	5.2	5.4	0.1	94.5
特別住宅	2.4	13.4	15.8	0.6	83.6
合計	1.3	9.2	10.4	0.4	89.1

出典) Szebehely (2011) p.227 Tabell 7.3から一部抜粋。

高齢者介護のうち「特別住宅」と「ホームヘルプ」⁴⁾について、職員の雇用先を運営形態別にみたのが表3である。全体では現在も公的セクターの職員が9割を占め、また1割の民間の内訳は営利企業が大半であることがわかる。サービスの種類としては、特別住宅のほうがホームヘルプよりも民間割合が高い。

過去の民間におけるNPOの比率は、特別住宅で25%（1995年）、ホームヘルプ10%（2002年）であったので、比較すると今日明らかにNPOの割合は減少している（Famna 2011: p.24）。

2. 民間の内訳：営利企業とNPO

次に、特別住宅とホームヘルプ各々について、民間雇用職員数の経年的変化を、事業者の形態別に示すのが、図1と図2である。

特別住宅の場合、民間雇用の大半は株式会社であり、NPOの職員数はほぼ不変といえる。NPOのなかでは財団のみ、絶対数は少ないものの増加している。協同組合は、1990年代末に増加をみせたが、2009年の雇用は300人弱と落ち込んでいる（Famna 2011: pp.18-19）。

ホームヘルプの場合、民間雇用のほぼ全てが株式会社で、NPOはごく僅かである。何らかの形態のNPOのホームヘルプ職員は、2002年¹⁵⁾ 640人だったが、2009年は約300人であった（2009年の内訳は、協同組合188人、理念的団体105人、財団11人）（Ibid: p.22）。

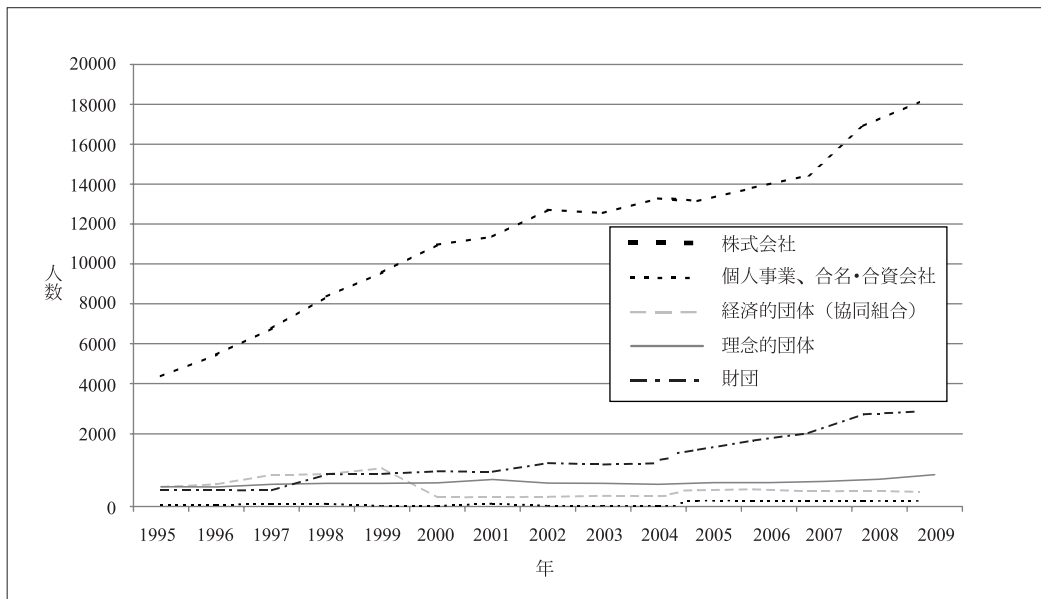
3. 営利企業

スウェーデンの高齢者介護サービス市場における一部大企業の寡占状態は、1990年代から確認されていたが（Socialstyrelsen 1999）、今日も同様である。2010年時点では、4大企業（Attendo Care, Carema Care, Aleris, Förenade Care）による寡占がみられるが、特に最大の2企業は民間供給の約半分を占め、更に急成長している（Szebehely 2011: p.231）。

例えば、大手のAttendoCareは高齢者福祉に限らず、障害者福祉、個人・家庭福祉等と幅広い事業を、北欧諸国に展開している。2009年の経常利益は33億クローナで、これは2007年と比べて77%増であった。スウェーデン国内の高齢者介護では、98の特別住宅、67のホームヘルプ部門を運営している（Ibid: p.232, AttendoCare HP）。

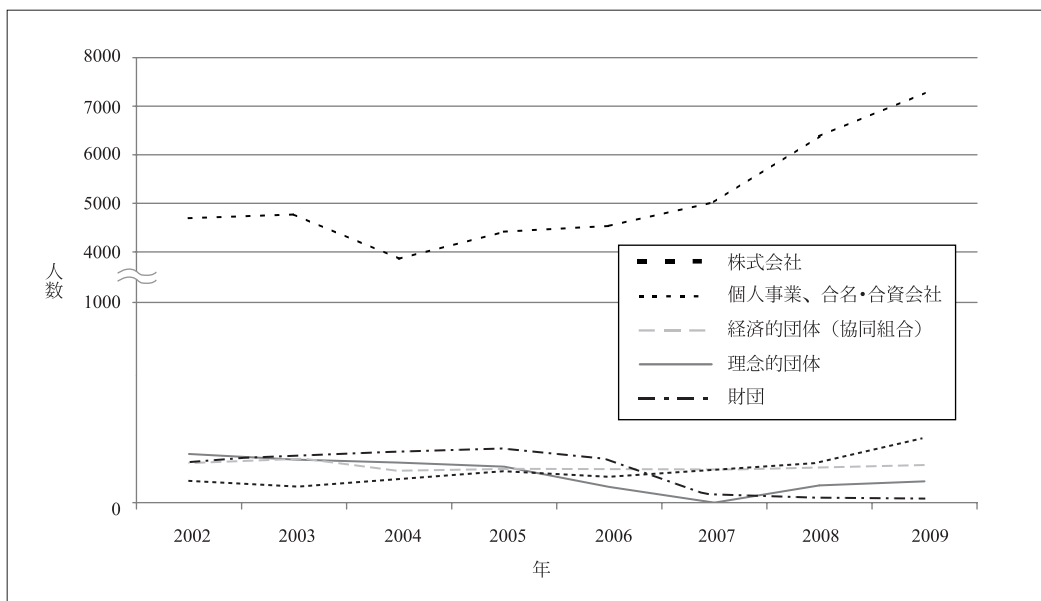
また、株式会社のなかでも、2006年頃からは海外拠点企業に雇用される職員が急増し、現在は特別住宅における民間雇用の過半数を占める（Famna 2011: p.33）。国際投資家にとって、寛大な公的給付からなるスウェーデンの福祉サービス市場は、非常に魅力的な市場であり、利益率も比較的高いといわれる（Szebehely 2011: p.234）。

他方で、1990年代以降、民間営利企業の全体数は増加している。2005年の医療・介護サービス事業者（高齢者福祉に限らない）調査によると、民間事業者は営利企業・NPOを含めて2万2千ほど存在するが、いくつかの巨大企業を除けば、大半はごく小規模であり5人以上の従事者登録があ



出典：Famna (2011) p.19 Diagram5

図1 介護付き特別住宅における民間雇用者数：事業者の法人形態別



出典：Famna (2011) p.22 Diagram8

図2 ホームヘルプにおける民間雇用者数：事業者の法人形態別

るのは10分の1に過ぎない (SOU 2007: 37, p.52)。

4. NPO

2000年前後には、営利企業の代替としてNPOが注目され、NPO雇用の職員数が増加した時期もあった。だが結局はその後、巨大営利企業の寡占が進行した (Famna 2011: p.33)。

議論としては、NPOの社会的価値を示し多元性確保に不可欠な存在とする主張が増していることは確かである。2004年設立の民間非営利福祉サービス事業者連盟 (Famna) は、NPO事業者の特徴や存在意義を発信している (Famna HP)¹⁶⁾。

政府も、2006年には、NPOの特徴や独自の価値に関する分析 (Socialstyrelsen 2006) を行ったり、「公的医療・高齢者福祉分野におけるNPOと小規模事業者¹⁷⁾」のための環境整備と事業促進を目指して委員会を設置したりした。委員会報告書 (SOU 2007: 37) では、競争で通常強調されるイークオルフティングのNPOへの不利や、NPO事業者が有する付加価値が述べられている。また、2006年からの中道右派連合政権は、NPOやボランティアへのアプローチを広げている¹⁸⁾。

ただ、現実的にはそもそもNPO自身が市場でのサービス拡大を目指さない場合も多く、NPOによる供給が拡大しない要因と考えられる。筆者の調査¹⁹⁾ では以下三つのような例がみられた。まず、エーシュタ・ディアコニ会 (Ersta Diakoni) は、スウェーデン教会関連の伝統的組織だが、公的福祉枠外の先駆的事业 (シェルター運営等) に主眼を置き、通常のホームヘルプ事業²⁰⁾ は一部行う形である。次に、HSBケア (HSB Omsorg) は、伝統的な住宅協同組合HSBを母体とする企業だが、理念や経営方針は明らかに非営利である。規模拡大を目指すのではなく、自らが運営する住宅居住者を主な対象として質の高いサービスを目指している。また、ユダヤ人会 (Judiska församlingen) は、高齢化したメンバーへの支援として介護サー

ビスを行っている。自分たちの言語文化に沿ったケアや交流機会を提供するためである。しかしもちろん、例えばブロムステル基金会 (Blomsterfonden) のように、安定した大規模組織が、自らが運営する住宅の居住者を超えて事業拡大する場合も一部にはみられる。

NPOが介護サービス供給に携わる理由は、移民の文化・言語への対応、住宅協同組合の一環、新たな働き方創出等々があり、組織形態も固定的ではない (斉藤 2003)。

以上のような多様性が本来的なNPOの特徴であり、NPO事業者を一括りして語れない面が大きい。NPOは独自の価値一人々のあいだの連帯、アイデンティティー、互助的支援等を生み出す存在である (Socialstyrelsen 2006)。それを、高齢者介護サービス供給の場面に活かすには、実態や特徴の明確化とそれを踏まえた対応策が課題となっている。

V 日本への示唆

1. 選択の自由拡大への徹底的な対応

競争のなかでも、2000年代に推進された顧客選択制度は、個人レベルでの選択や影響力を強化する仕組みという点が大きな特徴である。従来のスウェーデンでは集合的かつ重層的な仕組みで介護の質を確保してきたが、それのみでは対処しきれなくなった (吉岡 2010.b)。

ただしスウェーデンの場合、選択の自由拡大と同時に、それに対する制度的対応策を次々と構築している点が非常に特徴的である。Ⅲ章で示した通り、介護の質について新たな形での評価・情報公開の仕組みが急速に構築された。これは、利用者個人だけでなく、公的セクターへの刺激にも活用されている。更に、監査等の公的統制が強化されつつある。無論、形式的な選択肢や情報が整っても、結局は利用者はどう資するかが問題との課

題も残されている。しかし、徹底的に収集した客観的情報を基盤に議論に繋げようとする姿勢は、一つのスウェーデン的な集合的解決の仕組みともとらえられるだろう。

日本の公的介護保険制度は、スウェーデンの顧客選択制度の仕組みと類似している。2000年以降、サービスの質の多様化や向上が謳われ、実際にさまざまな質の事業者・サービスが爆発的に増えた。だがこの時、市場化された介護サービスの質の保証について、対応策はどうであったか。第三者評価や苦情窓口等は一般化した。結局、社会全体での公的システムとしての対応や、客観的データの収集・公開・比較は十分進められてこなかったように思われる。介護サービス利用者である高齢者を単に市場に放り出すのではない仕組みを追求しなければ、競争による質の向上は望めないことは、どちらの国も同様である。スウェーデンでも現在模索中であるが、その徹底的に諸対応を講じる姿は日本への参考になる。

2. 改革のなかで維持すべき理念と枠組み

2000年代の高齢者福祉をめぐる動向は、巨大企業の介護市場での躍進や、介護・家事の私費購入拡大と、従来のスウェーデンモデルを逸脱する変化を確かに含んでいる。これに対し、セベヘリら (Meagher&Szebehely 2011) は、個人間の不平等拡大とスウェーデン型福祉の「普遍性」の綻びを懸念している。しかし、制度やメニューを柔軟に変化させる一方で、この間のスウェーデンの福祉政策の根幹部分はあくまで維持されてもいる。社会保障の維持と充実は右派・左派ブロックとも共通に示しており、今日でも実際の高齢者介護供給の大半が公的セクター直営である。

そう考えると、2000年以降の変動は、福祉国家の基本的理念と枠組みを維持するための、スウェーデンの必死の試みにも見える。日本でも、介護保険制度改正等で種々の改革が進められている。た

だ、スウェーデンの姿に照らすと、近年の日本での改革は最終的目標が不透明で混迷しているように感じられる。制度の複雑化と給付の縮小が繰り返されれば、国民の期待や安心感は低下せざるをえない。

介護保険導入当初は、介護の社会化が掲げられ、介護サービスの評価、競争のルール、市民参加等が実に活発に議論されていた。高齢化が更に加速する日本において、維持すべき理念と枠組みは何かを真剣に問い直した上で、財政の限界を示すだけでなく、質の保証・向上への前向きな解決方法を探ることが重要であろう。

スウェーデンも、模索のなかで例えば本稿IV章で触れた供給多元化の部分は苦慮している。日本でも、草の根的な介護NPOが一時急増したが現在停滞ぎみであること、事業者間の熾烈な競争が現場に疲弊を生んでいること等、共通の事情もみられる。介護の世界にイノベーションと多様性をもたらすには、個人や市場の力と同時に、適切かつ強力な公的対応が必要なことは両国共通に明らかであり、今後の対策が求められる。

注

- 1) 2010年、ホームヘルプの利用率は65歳以上の9%、80歳以上の23%、また介護付き特別住宅利用率は65歳以上の5%、80歳以上の14%であった (Socialstyrelsen 2011.a).
- 2) この期間の利用率変化は、ホームヘルプが18%増、介護付き特別住宅が19%減である。ただし、2000年代に特別住宅の一種であるサービスハウス (介護ニーズ判定有) のシニア住宅 (介護ニーズ判定外) への転換が進行したため、各々の増減が生じたとの指摘もある (奥村 2010: p.153).
- 3) 10万クローナまでの購入に対して適用。家事援助サービスは内容の規定があり、掃除をはじめ高齢者の見守りケア、子どもの宿題と幅広いが、専門的な介護等は含まない。
- 4) Skatteverkets pressmeddelande. Över 14miljarder i ROT och hushållsavgdrag under 2010. & Skatteverket (2009).
- 5) コミュニオンは、ニーズ判定の枠外での追加サービ

- スの販売を法的に禁止されている。
- 6) 例えば、階段にある電球取替え、地下倉庫の荷物運び等。
 - 7) Hartman 2011は保育、教育、個人家庭福祉、労働市場、保健医療、高齢障害福祉を比較している。
 - 8) Regeringen prop. 2008/09: 29. pp.20-22. 齊藤 2002: pp.95-96.
 - 9) Socialstyrelsen 2004, Socialstyrelsen 2007: p.7
 - 10) 1999年、社会サービス法に虐待通報義務の条文が加えられた。
 - 11) Socialstyrelsen 2011.c
 - 12) Socialstyrelsen 2010.c
 - 13) 本稿では、社会的経済の概念に含まれる団体や組織を便宜上「NPO」と呼ぶ。スウェーデンにおけるNPO法人形態としては、理念的団体、経済的団体（協同組合）、財団が中心である。
 - 14) 便宜上ホームヘルプと呼ぶが、在宅介護（ホームヘルプ中心）（Famna 2011）のこと。
 - 15) 高齢者／障害者を区別した統計は、2002年以降公表されている。
 - 16) Famna HP, 及び筆者によるFamnaでのインタビューによる（2011年8月）。
 - 17) 原語では "ideburna vårdgivare och små företag". 「理念的団体」「協同組合」を中心に、その他の形態の非営利組織や小規模な民間企業も含むとされている。ただし、この調査は保健医療も含み、高齢者福祉のみのデータではない。
 - 18) 非営利セクターと政府、自治体連合会（SKL）の三者間の協定締結（2008年）、「市民社会政策」の発表（2010年）等、新施策の展開がみられる（吉岡2011.a）。
 - 19) 2011年8月～9月に実施。ただしユダヤ人会とブロムステル基金会は2006年5月に実施。
 - 20) ただし、ホームヘルプ事業は、採算面での問題で2010年から休止中。

参考文献

- Edebalk, P.G & M.Svensson. 2005. *Kundval för äldre och funktionshindrade i Norden. Konsumentperspektivet*. Temanord 2005:507. Nordiska ministerrådet.
- Famna. 2011. *Tjäna eller tjäna?-om vård eller vinst*.
- Gavanas, Anna. 2010. *Who cleans the welfare state? Migration, informalization, social exclusion and domestic services in Stockholm*. Institute for futures studies.
- Hartman, Laura red. 2011. *Konkurrensens konsekvenser*. SNS Förlag.
- Konkurrensverket. 2009. *Konkurrensutsättning inom hemtjänsten och primärvården*.
- Meagher, Gabrielle & Szebehely, Marta. 2010. *Private financing of elder care in Sweden*. Arbetsrapport/ Institutet för Framtidsstudier 2010:1.
- 岡沢憲美 2006 「スウェーデン」、久塚純一・岡澤憲美編『世界のNPO』pp.61-119.
- 奥村正芳 2010 『スウェーデンの高齢者ケア戦略』筒井書房.
- 齊藤弥生 2002 「スウェーデンにおける高齢者介護の民営化とその動向」『ボランティア人間科学紀要 Syn』Vol.3, pp.89-116.
- 齊藤弥生 2003 「スウェーデンにおける介護サービス供給の多元化に関する研究」『日本の地域福祉』第17巻, pp.23-35.
- Skatteverket. 2009. *Skattereduktion för husarbete -genom egen ansökan*. (SKV345 utgåva3)
- Skatteverket. 2011. *Skatteverkets pressmeddelande.2011-01-10. Över 14miljarder i ROT och hushållsavdrag under 2010*. (<http://www.skatteverket.se> 2011.10.19 アクセス)
- SKL. 2010.a *Kommuner valfrihetssystem-Beslutsläge införande av LOV*.
- SKL 2010.b *Kundval i äldreomsorgen*.
- Socialstyrelsen. 1999. *Konkurrensutsättning och entreprenader inom äldreomsorgen*.
- Socialstyrelsen. 2004. *Konkurrensutsättning inom äldreomsorgen*.
- Socialstyrelsen. 2006. *Särart och mervärde i den ideella sektorn*.
- Socialstyrelsen. 2007.a *Kundvals system inom äldreomsorgen*.
- Socialstyrelsen. 2007.b *Meddelandeblad "Hemtjänst, servicetjänster utan behovsprövning och hushållstjänster"*
- Socialstyrelsen. 2009.a *Nationell brukarundersökning inom vården och omsorgen om äldre 2008*.
- Socialstyrelsen. 2010.a *Stimulansbidrag till valfrihetssystem enligt LOV i äldreomsorg*.
- Socialstyrelsen. 2010.b *Öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre 2007-2009*.
- Socialstyrelsen. 2010.c *Sammanställning av oanmäld tillsyn på nationell nivå inom äldreomsorgen med fokus på demensboende*.
- Socialstyrelsen. 2011.a *Äldre- vård och omsorg den 1 november 2010*.
- Socialstyrelsen. 2011.b *Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform m.m. för vissa insatser år 2010*.
- Socialstyrelsen. 2011.c *Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre -delrapport 2011*.
- Socialstyrelsen. 2011.d *Vad vill äldre veta?*
- SOU 2001:79 *Välfärdsbokslut för 1990s-talet. Slutbetänkande*

från Kommittén Vårdsboksut.

SOU 2007:37 *Vård med omsorg -möjligheter och hinder.*

SOU 2007:66 *Rörelser i tiden.*

Szebehely, Marta. 2011. "Insatser för äldre och funktionshinder i privat regi." In: Hartman, Laura red. *Konkurrensens konsekvenser.* SNS Förlag.

吉岡洋子 2008 「スウェーデンの非営利セクターと福祉に関する研究」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』第34巻. pp.77-97.

吉岡洋子 2011.a 「スウェーデンにおける社会福祉分野のNPOへの国庫補助金」『北ヨーロッパ研究』第7巻, pp.13-21.

吉岡洋子 2011.b 「9章 諸外国にみる高齢者福祉の新しい

動向, 2節スウェーデンの高齢者介護」黒田研二ほか編著『高齢者福祉概説 第三版』明石書店, pp.205-213.

引用ウェブサイト

高齢者ガイド <http://aldreguiden.socialstyrelsen.se>

アテンドケア (Attendo Care) <http://www.attendo.com/sv/se/>

HSBケア (HSB Omsorg) <http://www.hsb.se/stockholm/omsorg>

非営利福祉サービス事業者連盟 (Famna) <http://www.famna.se/index.html>

(よしおか・ようこ 頌栄短期大学准教授)

スウェーデンの社会扶助の30年

宮寺 由佳

■ 要約

本稿では、スウェーデンの最低所得保障制度である社会扶助の位置づけを整理したうえで、制度創設から今日までの約30年間の動向を、3つの期間に分けて検討する。第一期は、1982年から1990年頃までの経済が好調な期間、第二期は、経済が悪化し社会扶助受給者の増大期である1990年代、第三期は景気回復傾向にある90年代後半から現在までの期間である。それぞれの期間において、社会扶助が対象とした受給者像、社会扶助が抱える課題とその解決の方法について、その変遷を検討する。社会扶助が、マクロ経済、社会保険の引き締め、地方分権などの要因に影響を受けながら、受給者像を変えてきたことを指摘する。その受給者に対して実施された給付の抑制やワークフェア的プログラムなど、社会扶助の政策展開を確認し、現在、社会扶助が抱えている課題と日本への示唆を述べる。

■ キーワード

スウェーデン、社会保障、社会扶助、最低所得保障、ワークフェア

I はじめに

スウェーデン福祉国家は、高い税率に支えられた「大きな政府」と「スウェーデン型社会保障」といわれる「就労を前提とした社会保険制度」や積極的労働市場政策によって担保されてきた。

社会扶助（Socialbidrag：日本の生活保護に該当）もまた、最底辺の所得階層をラストセーフティネットとして支える公的扶助制度として、スウェーデン福祉国家を支えてきた制度の一つであるが、実態としての機能は残余的である。つまり、一般的な社会保険制度の普遍性が高まり、生活保障の範囲が広がるほど、社会扶助の対象者は絞り込まれその機能は残余的になることが想定されてきた。そうした関係性があればこそ、過去10年間に於ける社会扶助受給者や支出の増大が、スウェーデ

ン福祉国家の普遍性の「綻び」そのものとみなされ、また、スウェーデン福祉国家の限界とみなされたと考えることができる（Bergmark and Bäckman, 2004, p.425）。

本稿では、スウェーデンの福祉国家における社会扶助の性格を改めて整理したうえで、制度発足から約30年間の動向をレビューしながら、どのような意味でスウェーデンの社会扶助が岐路に立たされているのかについて検討したい。

II 社会扶助の位置づけ

1. スウェーデンの社会保障制度

本稿の冒頭にあたって、スウェーデンにおける社会扶助の位置づけを明確にするため、社会扶助とそれ以外の社会保障制度に分類して、両制度の相対的な位置づけを明確にしておきたい。

スウェーデンの社会保障制度は、社会保険制度と積極的労働市場政策を中心に構成され、両者が密接に関連している点に特徴がある¹⁾。つまり、失業者に対して受動的に所得保障のための給付を行うのではなく、労働市場政策を通じて失業者を労働市場に戻すことを重視している。

日本とは異なり、スウェーデンでは、例えば女性の労働力率が極めて高く、いわゆるM字曲線を描かず、逆U字を形成している。その結果、出産・育児などによる就労の中断は限定的であり、かつ社会保険（いわゆる両親保険）がその中断期における所得を保障している。社会保険が十全に機能するためには、完全雇用が実現していることが前提条件となっているが、このような性別を問わない高い労働力率が、スウェーデンの社会保険の実効性を高めているといえる。

同様に、こうした就労の中断や疾病などによる失業、育児期における負担などを社会的に保障することによって、完全雇用が保持されているという意味で、社会保険制度と積極的労働市場政策は、相互に補完的にかつ相乗的に影響しあっているのである。

したがって、例えば長期の景気後退によって失業が継続した者には、こうした好循環が機能しなくなり、「積極的労働市場政策（完全雇用による社会保険受給権の付与）—社会保険（保険事故発生時の保険給付）」の環から排除されやすく、社会扶助がこれを救済することになる。言い換えれば、社会扶助は、こうした環を補完する性格をもつものとしてスウェーデン福祉国家を支えているのである。

このように、スウェーデンの社会保障制度は、就労と密接に関連したモデルであり、社会保険の資格やその受給額が、労働市場への参加やパフォーマンスと密接に関連している。そのため労働市場に参加していない人や参加の期間が短い人々は、社会保険制度に対して補完的かつ残余的な位置づ

けにある公的扶助制度である社会扶助の対象となる傾向が強いのも事実である。

2. 社会扶助の位置づけと概要

(1) 社会扶助の位置づけ

社会扶助は普遍主義的的制度と異なり、ミーンズテスト（資力調査）を行うことによって受給対象者を決定するという選別主義的的制度である。資産調査では収入、資産保有の状況が本人の同意のもと確認されるが、一般に極めて厳格に実施される。申請者は、まず預貯金や株などの資産はすべて活用することが求められ、家屋や自家用車など売却が求められる場合がある点などは、日本の生活保護と類似している。

社会扶助による所得保障は、「適切な水準」を保障する程度とされている。社会扶助の水準は、消費者庁がマーケットバスケット方式に基づいて決定する「標準家計」を基準として、社会庁が毎年決定している。この「標準家計」は、「社会の中できちんとした生活が出来るために必要な商品やサービスの消費を含むもの」であり、「適切な水準」の生活を保障する基準を提示している。

ただし社会扶助の基準は、財政上の問題などによって影響を受けるなど、必ずしも「適切な水準」についての明確な根拠があるというわけではない（UFJ総合研究所，2003，p.47）。さらに、後に述べるように、社会扶助の費目の一部は、コミューンがその給付基準を自由に決定できるため、生活保障の水準や内容は必ずしも一定ではない。

(2) 法的根拠と各機関の機能

社会扶助の根拠法は、社会サービス法（Socialtjänstlagen）²⁾ である。社会サービス法は、従来の「公的扶助法」（1956年施行）、「節酒法」（1954年施行）、「児童保護法」（1960年施行）を統合した法律であり、いわば総合的な社会福祉法というべきものとして1982年に施行された。

社会サービス法第4章1条1項では、「自ら必要を満たすことができない者は、その生計援助およびそのほかの生活上の営みに対して、社会委員会の援助を受ける権利を有する」と規定されている³⁾。また同2項に「適切な生活水準を保障する」ことが明記され、現金給付とソーシャルワークによる自立のための支援が提供される。さらに同法2章第2条では、基礎自治体であるコミューン(Kommun)が当該コミューンの居住者に対して、最終的な責任を負うことが定められている⁴⁾。

社会扶助の実施機関については、国、国の出先機関である県行政のレーン(Län)、コミューンがそれぞれ次のような役割を担っている。社会省(Socialdepartementet)は法律・政策案の準備や国の予算作成を担当し、社会庁(Socialstyrelsen)が社会扶助に関する細則の制定、扶助費の全国基準額の設定を、さらにレーンはコミューンに対する監査を行っている。

社会扶助における国、レーンの役割は枠組みの設定や監視など限定的な役割であるのに対して、コミューンは社会扶助の実施責任を有し、裁量の余地が大きい。そのため社会扶助にかかわる組織編成や管理運営、実施の方法などは、コミューンによって異なる。この点は、社会保険制度の実施運営主体が、国レベルの社会保険庁および地域レベルの社会保険事務所で行われ、コミューンが関与していないのとは異なる点である。

(3) 給付内容

社会扶助は、18歳以上で所得・資産がコミューンの定める基準以下の者を対象としている。国籍などの要件はなく、スウェーデンに1年以上滞する者には受給資格が付与される。原則16歳から64歳までを対象としている。これは、65歳以上の高齢者は老齢年金によって従前所得に対する一定割合の所得が保障されるため、原則として社会扶助の対象とされてこなかったためである。

社会扶助では先述の通り、現金給付とソーシャルワークが包括的に提供される。社会扶助における現金給付と自立支援という包括的な支援は、貧困者に対して総合的かつ適切な支援につながるとして重視されてきた。それは社会サービス法が、それ以前の法体系における貧困者への抑圧的かつ、管理的な扱いを脱却し、貧困者の受給権の付与と自己決定の確立を目的としたためであるとも言われている(Bergmark and Minas, 2006, p.27)。

III 過去30年間における 社会扶助を取り巻く環境の変化

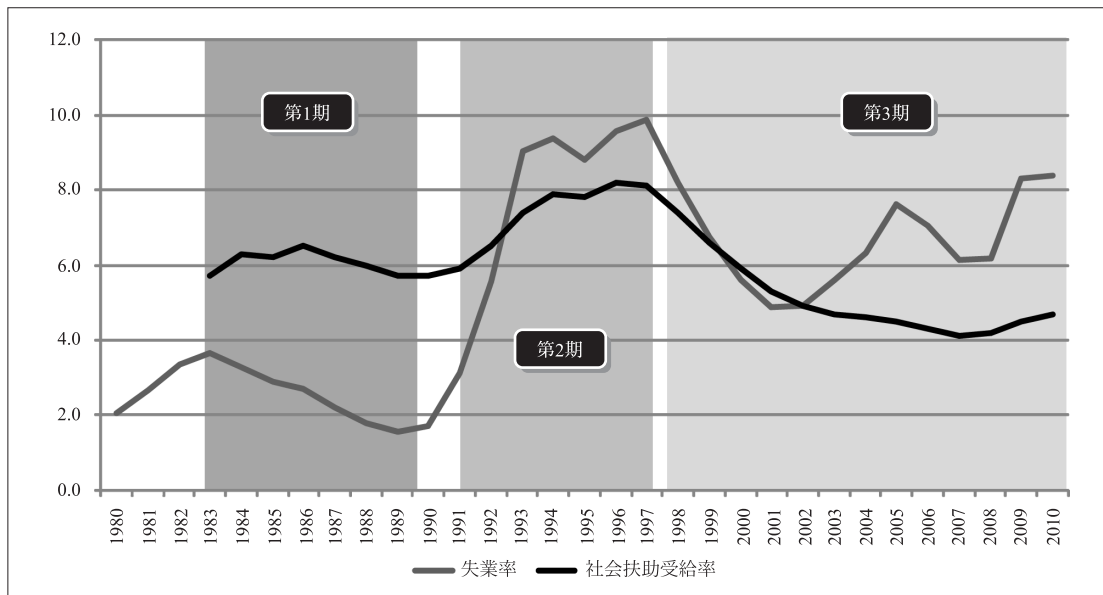
1. 社会扶助受給者抑制政策の展開

ここまでで、スウェーデン社会保障制度における社会扶助の位置づけと社会扶助制度の概略を示した。以下では、過去30年における、社会扶助政策の動向を整理し、そのことによって、スウェーデン福祉国家の変化と課題の一端を示してみたい。

1982年に施行された社会サービス法により社会扶助が運営されて以来の約30年間を概観すると、受給者の変化や政府の対応から大きく3つの時代に区分することが可能であると考えられる。

第一期は、制度創設の1982年から1990年頃までの期間であり、好調な経済状況(バブル景気)により、社会扶助受給者が低い水準にあった時期、第二期は、1990年代における経済悪化とそれに伴う社会扶助受給者の増大期であり、後述する通り、政府側の対応にも混乱がみられる時期である。そして、第三期は、90年代後半から現在に至る期間であり、制度の対象者に関する制度改正と景気の回復後にすすめられたワークフェアの流れ、その後のリーマンショックの影響下にある期間である(図表1参照)。

以下では、それぞれの期間における、社会扶助をめぐる状況について整理する。



(出所) 失業率については、OECD, Economic Outlook Database, Access; March 2011. 社会扶助受給率については、Socialstyrelsen (2011) をもとに作成。

(注) 時期の区分は、筆者によるもの。

図表1 スウェーデンの失業率と社会扶助受給率

2. バブル経済期の受給者像 (第一期)

社会保障制度全体の設計が失業者の労働市場への復帰に重点を置いた制度であることはすでに触れたが、社会扶助もまた受給者が短期に扶助から脱却し、労働市場へ戻ること前提とした制度であり、実際に、1980年代においては大半が短期受給者であった。

これらの受給者に典型的にみられたのは、失業保険の給付期間が終わり、社会扶助の受給に切り替わった層である⁵⁾。ただし、こうした層は積極的労働市場政策による就労支援や就業機会さえ提供されれば比較的容易に労働市場に復帰することが可能であり、また、一定期間の就労を経れば、仮に再度失業した場合でも、失業保険の給付対象となった。

一方で、長期受給層が一定程度存在すること、さらに失業を理由として社会扶助を受けた人の多くが、低学歴や労働市場における経験不足をはじ

め、さまざまな問題や不利な条件を複合的に抱えていることが問題視された。そのため、失業を理由とするグループと、失業以外の問題、すなわち、精神疾患、薬物依存やそのほかの生活問題を抱えるグループと明確に分けて支援をすることは難しい状況となっていた (Giertz, 2004, pp.27-28)。

そもそも、社会サービス法の前身にあたる「公的扶助法」の対象者には、貧困者、高齢者、障害者、アルコールや薬物の依存者、精神疾患を持つ者、移民などが少なくなかったため、コミュニケーションの裁量において、①経済的援助、②介護などケアの提供、③個人的な問題に関する援助が総合的に提供されていた (Holgersson, 1996, p.182)。

これらの問題を抱えた対象者を引き継ぐこととなった社会扶助においては、就労による自立よりも、むしろ社会サービス法の目的である「社会参加」を目指すことに焦点が当てられた⁶⁾。いわゆる現金給付とソーシャルワークによる「統合的な

ケア」が提供されていたのである。

これらの対象者において重要なのは、就労の機会を直接的に提供することではなく、まずは、通常の社会生活に適応できるような生活習慣を獲得するために、現在抱えている生活課題を軽減または解消することである。

したがって、そこで提供される機会は、公園のゴミ拾いや地域の企業での職場経験（例えば、自転車店で自転車の修理など）といった比較的単純なものであることが多い。そのほかにも、ソーシャルワーカーとの相談を通じて、さまざまな社会資源を活用して問題を解消するという一般的なソーシャルワークが行われるという点では、日本の生活保護のケースワークと同様である。

社会扶助がほかの社会保険制度と異なり、最も住民に近いコミューンを実施機関として運営されているのは、こうした「統合的ケア」という仕組みが背景にあることを指摘することができる。

以上のように、社会サービス法が施行された1982年から1990年頃までの社会扶助は、受給者を短期に社会扶助から脱却させることを前提としつつ、その役割は積極的労働市場政策と社会保険に任せ、実態としては、さまざまな問題を抱える受給者の支援に焦点が当てられていたといえる。

この期間のスウェーデンにおけるマクロ経済は、金融自由化の影響などを受け、日本と同様に、いわゆるバブル景気を迎えていた。特に1985年から1990年までの期間は、失業率も3%を下回り、1989年には1.56%まで低下するなど、スウェーデン福祉国家の好循環によって「スウェーデン型社会保障」が理想的な状態に近づいていた時期といえる。もともとスウェーデンは、労働力率が高く、失業率の低さは、人口のより広範な人口を就労にもとづく社会保険制度に包摂していることを意味している。まさに、スウェーデン型の社会保障が機能しうる条件、すなわち、完全雇用を満たしていたのが、この時期であり、社会扶助は本来の社

会保険を補完する役割を担っていたといえる。

その結果、社会扶助受給者は、短期受給者の多くを占める一般的な失業による受給者がより減少し、精神疾患、薬物依存やそのほかの生活問題を抱えるなど、景気浮揚の恩恵を直接的に受けることが難しい層の比率が相対的に高くなっていったといえる。

3. バブル経済の破綻と社会扶助（第二期）

(1) 社会保険の抑制と社会扶助への流出

このような状況は、1990年にバブル経済が破綻すると一変する。1991年から93年にかけては、GDPが3年連続マイナスとなり、1980年代後半に1%台だった失業率は、1993年には8%台を超えた。

経済状況の悪化により、社会扶助受給者も急速に増加していった。社会扶助の受給率は受給者ベースで1990年には5.7%であったが、1996年には8.2%に達した。世帯ベースでは7.5%から10.3%という高い受給率を示した。社会扶助の総支出額も1997年にピークを迎え、社会サービス法が施行された直後の1983年時と比較すると、およそ2.8倍にまで上昇した。

景気の悪化は、失業者の増大をもたらし、失業保険や疾病手当などの受給者数も押し上げていった。政府は、バブル経済の崩壊に伴う財政再建のため、社会保障費用における支出の削減策を次々に打ち出した⁷⁾。

バブル経済期には傷病手当制度において、従前賃金の90%が保障されていたが、1991年には、休業の最初の3日間は65%、4日目から90日目までは80%に改訂され、90%の給付は91日目以降となった。1992年には、休業14日目までの給付費用の全額事業者負担などが定められ、1997年には、28日に延長された⁸⁾。1993年4月には、1987年に廃止されたいわゆる待機日が再導入されることとなった。さらに1993年7月には、給付

365日目以降の、給付水準が70%に引き下げられるなど、毎年のように改訂が続いた。

児童手当については、1990年、1991年に給付額の引き上げが行われていたが、1995年および1996年には、歳出削減政策の影響を受けて比較的大幅な給付の引き下げが行われている⁹⁾。

失業保険では、給付削減のため、1993年には従前賃金に対する置換率を90%から80%に引き下げ、1996年にも再度の引き下げを行い、置換率は75%に設定された¹⁰⁾。

こうした失業保険の引き締め背景には、労働政策と社会保障が強い関連を持つことによる一種の弊害というべき現状があった。すなわち、失業保険における所得保障給付と、労働市場政策のプログラム参加によって得られる所得保障給付を、事実上繰り返し支給し続ける失業者が増加したということである。こうした現象は「回転ドア」と呼ばれ、結果的に長期受給者を生み出す仕組みとして大きな批判を受けた (Clasen and Oorschot, 2001)。

そのため、失業保険の引き締めのみならず、労働政策における就労支援のためのプログラムも、給付の引き締めが行われた。プログラム参加への義務付けや、プログラム参加を拒否もしくは中断した場合は、給付の打ち切りを行うなど、制裁的な措置が実施された。

この時期のプログラムの目的は、失業者に対して就業能力を高め労働市場に復帰させることから、プログラムの対象となるべき失業者の数を減らすことへと変化した (Bergmark, 2003., p.303)。労働市場への復帰と失業者数の減少は一見すると同義だが、この時期においては、失業保険給付の条件を厳格化することで、労働市場に復帰できず、失業保険給付も受給できない層が増加したことを意味した。こうした引き締めによって、失業保険を受けられない人が、やむをえず社会扶助を申請するようになっていったのである (Salonen, 1997)。

(2) 社会扶助の抑制と中央政府の介入

このように社会保険側が給付を引き締めていく一方で、社会扶助側も、景気の後退に対応する形で給付の削減を目的とした対策を進めていくことになる。

社会扶助は、元来、コミューンの裁量によって運営されており、国の関与が枠組的なものであることはすでに述べた通りである。したがって、社会扶助の給付基準はコミューンによって差異があり、このことがナショナル・ミニマムを保障すべき社会扶助における大きな課題となっていた。

社会庁は、1985年よりコミューンに対して社会扶助の基準額を提示している。しかしコミューンには、このガイドラインとしての基準額を遵守する義務はなく、あくまでもコミューンの基準額決定の際の目安となっていた。そのため、コミューンは、社会扶助の給付基準額を国の定める基準から一般に5~6%程度低く設定する傾向があった。(Giertz, *op. cit.*, p.27)

とりわけ1990年代の社会保険の引き締めが行われた環境においては、その受け皿となる社会扶助受給者の増大を招くことから、コミューンではできる限り、社会扶助基準額を抑制的に設定することになった。その結果、コミューン間で給付額の格差が生じていった。

社会扶助では、コミューンは制度の運営実施のみならず、財源にも責任を有している。他方、社会保険に対して、コミューンは決定権限を持たないことから、経済危機においては、中央が社会保険の守備範囲 (給付対象や給付条件) を狭めるのに対して、コミューンが社会扶助の守備範囲を狭めるという形で、相互に自己防衛してしまうという問題が生じてしまったのである。

本来、こうした状況を回避するために、社会扶助基準額について国からガイドラインが提示されていたわけだが、コミューンがガイドラインを遵守しない、いわゆる紳士協定破りによって、相互

の補完関係が崩れ、むしろ相互に負担を押し付けあうという状況に陥ったのである。

社会扶助給付額の地域間格差は、問題視されていたものの、当時、地方分権が推進されている状況下においては、国がコミューンに介入することは簡単ではなかった。むしろ、1994年には、最高行政裁判所によって、コミューンが社会庁の示すガイドラインを下回る社会扶助基準を採用することを容認する決定が下されるなど、コミューンの給付削減の方向性は是認されていた¹¹⁾。

そこで政府は、1998年社会サービス法の一部改正によって、社会扶助行政への国の関与の幅を広げた。法改正では社会扶助の費目を大きく、①全国基準額が示される経済援助（食費、衣類、娯楽・余暇費、新聞購読料など）、②全国基準が示されないが必要とされる経済援助（住居費、光熱費、通勤費、労働組合費、失業保険費など）、③そのほかの生活に必要な援助の3分野に分け、①の費目については、社会庁が全国一律の基準を、②、③についてはコミューンが独自の基準を採用できることとされた。

これによって、コミューンは①の費目については全国基準を遵守することが求められた。現在では、ほとんどのコミューンで全国基準が遵守されており（Minas, 2005, p.30）、基本的な生計費についてはナショナル・ミニマムが保障されることとなった。

4. ワークフェアとカテゴリ化（第三期）

(1) 90年代の経験から変質する社会扶助

90年代の経済不況がもたらしたものは、社会保険と社会扶助双方における給付の削減（押し付け合い）であったが、90年代後半以降、その方策は受給者の義務の強化という形で具体化されていった。

1998年の法改正によって、受給者は社会扶助を受給する条件として、国が管轄する公的職業訓

練所（Arbetsförmedlingen）への登録と、求職活動が求められた。不正受給の取り締まりも強化され、例えば受給資格があるにもかかわらず、社会保険制度を利用せず、社会扶助を受給していた者に対しては、その費用の返還義務が強化された。（Socialstyrelsen, 2002, pp.11-12）。

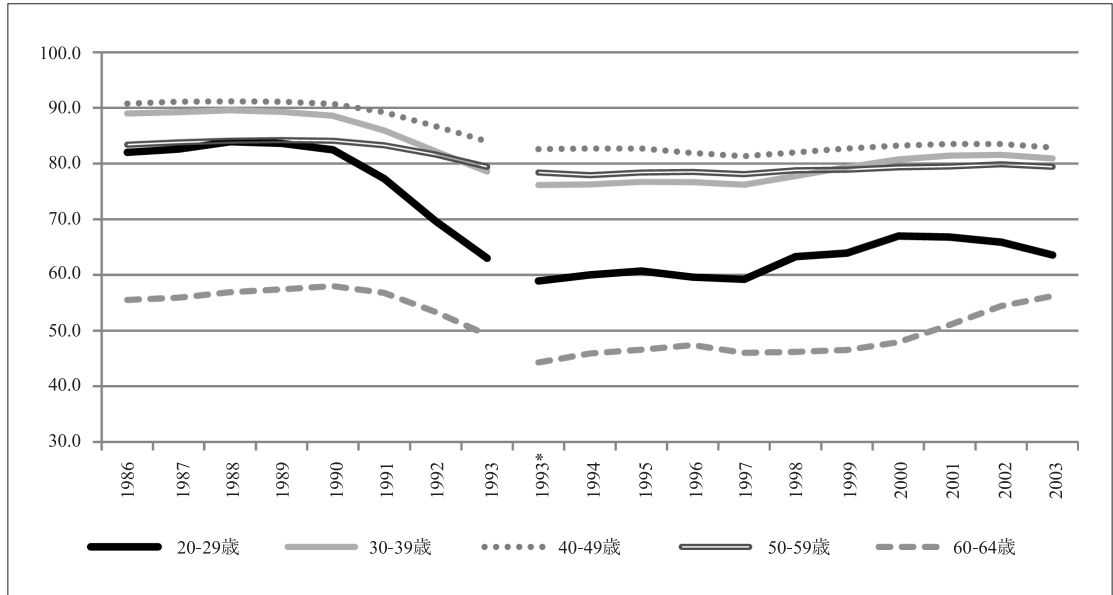
また、2002年の法改正では、①25歳未満の受給者、②25歳以上で技能の向上が必要である者、③学生については、求職活動と就労プログラムへの参加が義務化され、これを断ると扶助の停止や減額など強い制裁が加えられることとなった。さらに、これまで国の労働政策によって行われてきた若年層の就労支援の運営権限が、国からコミューンへと移管された。

政府は、社会サービス法の改正を通じて、社会扶助行政への関与を行いつつ、コミューンの社会扶助行政に従来は国の管轄であった「労働」を担わせた。ここに社会扶助における「福祉と労働」についての本格的な取り組みが始まったといえる。

このような社会福祉分野における労働の重要性の高まりは、1990年代の経済危機における若年層の失業が大きな影響を与えている。図表2の通り、バブル崩壊によって最も雇用における影響を受けたのが20歳から29歳の層であることが、労働力調査からわかる。各年齢層とも、景気の回復に伴い、小幅ながら、雇用の改善が認められるものの、20-29歳の層については雇用率が低水準のままであり、ほかの年齢層の水準までは回復していない。こうしたことから、政府の積極的労働市場政策は、若年層に焦点を当てたものに方向転換を進めていくのである。

(2) ワークフェアへの潮流

こうして社会扶助が労働を担うようになると、その主なターゲットは若年層へとシフトし、その目的は若年層を労働市場へ戻すことへと変化していった。社会扶助の従来の取り組みは、どちらか



(出所) Labor Force Surveys, Statistics Swedenから筆者作成。

(注) 1993年は統計処理の方法が変更されたため、従前方法の場合と修正後の数値を掲載した。

図表2 スウェーデンの労働力率の推移

といえば、複雑な課題を抱える受給者をターゲットにした「統合的なケア」と呼ばれるソーシャルワークが重視され、失業による短期受給者の社会扶助からの脱却は、国の積極的労働市場政策に依存していた。

そのため、こうした動きは、コミューンがこれまで想定してこなかった社会扶助受給層の支援に着手することを意味し、また、失業者を労働市場に戻すという労働政策の目的を国と共有することになったということもできる。前述の労働分野における給付の考え方の変化、すなわち受給者に対する強制や指導の要素を強く持つ「ワークフェア」への流れが、コミューンにおける社会扶助にも引き継がれていったのである¹²⁾。

社会扶助のワークフェア化に拍車をかけたのは、社会省が2002年に示した報告書である。この「社会扶助受給者の半減—スウェーデンの目標」と題された報告書は、2004年までに1994年時点の受給者数から半減させる目標を設定し、受給者

を半減させるための具体的な方法を検討するため、以下7つのケースを想定し、シミュレーションを行っている (Eklind and Löfbom, 2002)。

①生産性と賃金が向上した場合、②失業率が減少し、雇用が促進された場合、③低所得者に対する減税を行った場合、④児童手当が増額された場合、⑤住宅扶助が増額された場合、⑥低所得者向けの特別給付を支給した場合、⑦社会扶助受給者に特別給付を支給した場合、である。

報告書では、社会扶助受給者削減の効果が高いのは、②の雇用による社会扶助からの脱却と、⑦の社会扶助受給者に新たな給付を支給し、所得を向上させることで社会扶助から脱却させることであると述べている。

一方で、④や⑤のように、特定の目的に対する社会手当では、さまざまな課題を抱える社会扶助受給者の問題を解決できないため、その増額によって受給者数を減少することはできないと結論付けている。つまり、社会扶助受給者を労働市場に戻

すこと、また社会扶助受給者をターゲットとして新たな制度を創設し、特定のグループを社会扶助から移転させることが、社会扶助受給者を減少させるための最も有効な手段であることを示したのである。

この報告書に基づいて、社会庁はコミューンに対して、社会扶助受給者を削減させるための具体的な取り組み、特に就労による自立を促すための取り組みについて積極的に助成を行っていった。

(3) コミューンのプロプログラム

こうしてコミューンは、社会扶助受給者を労働市場に戻す方法を模索していくこととなったが、その取り組みの多くは、職業訓練や一時的雇用などへのプログラムに受給者を強制的に参加させ、プログラムに参加しない場合は社会扶助の支給を停止するなど、強制と抑圧的なものとなっていった¹³⁾。

しかし受給者を労働市場へ戻すためのプログラムの機能は限定的であるとする研究が少なくない。例えば、ワークフェア化したプログラムをいち早く採用したウプサラ市 (Uppsala) における実証研究では、社会扶助費の支出は削減されていないと指摘されている。(Bergström and Milton, 1998 ; Milton, 2006)。そのほか、マルメ市 (Malmö) についても、特に長期受給者に対して、プログラムの効果がほとんどないことが示されている (Giertz, *op. cit.*)。

近年では社会扶助受給者数や扶助費の支出を抑制しているという研究はほとんど見られないという指摘もあり (Köhler, Thorén, and Ulmestig, 2009, p.290)、プログラムへの評価は必ずしも高くない。

こうしたワークフェア化したプログラムが、社会扶助受給者を労働市場へ十分戻すことができない理由として、国の労働政策のプログラムと比較すると、コミューンのプログラムはその実施体制

や内容が不十分であるという指摘もあり (Thorén, 2005, p.8)、コミューンが労働政策を担うことの難しさが表出しているともいえる。また、社会扶助のソーシャルワーカーは、大半が大学で専門教育を受けた職員が担当しているが、就労支援そのものの専門家ではないため、おのずと支援の効果には限界があるという点も指摘される。

また、給付抑制政策の流れの中で生まれてきたワークフェアは、建前としては、就労支援となっているものの、職員の質の低下も相まって、ワークフェアが給付抑制策として理解されてしまっている点も指摘されている (Socialstyresen, 2003, p.57)。

(4) 対象者のカテゴリ化

第三期におけるもう一つの動向は、社会扶助から一定の課題を共有する層を分離させるいわゆるカテゴリ化である。

2003年には、3年以上にわたってスウェーデン国内に居住する者を対象として最低限度の年金を給付する税方式による最低保障年金 (Garantipension) が創設された。その結果、2003年を境に社会扶助受給者から高齢者は分離したとみることができる。

ただし、最低保障年金を満額受給するには、スウェーデン国内における40年間の居住が条件となるため、移民や若年期に他国において就労していた場合などは、最低保障年金の満額を下回る金額しか受給することはできないことから、結果的に社会扶助受給者になってしまうという問題があった。

そこで、壮年期に移民としてスウェーデンに移住してきた場合などに対応するため、最低保障年金の導入とともに、高齢者生計扶助 (Äldreförsörjningsstöd) が2003年より施行された。高齢者生計扶助は65歳以上で少なくとも1年間はスウェーデンに滞在する予定のある人を対象として、生計費を支給する制度である¹⁴⁾。

2つの新たな制度の導入には、社会扶助の運営・管理における課題を解決する狙いもあった。社会扶助は原則毎月申請内容の変更の確認などの事務が必要となり、管理コストが課題となっていた。特に収入の変化など申請内容の変更が少ない高齢者の事務管理については、その効率化が急務とされていた¹⁵⁾。さらに、社会扶助に付随するステイグマも課題のひとつであった。

また、2002年に筆者が実施した社会省の担当者へのヒアリングによると、高齢者生計扶助を創設した理由について、「社会扶助は原則として18歳から64歳のいわゆる稼働能力層を対象としているため、高齢受給者が社会扶助に多く存在することは、社会扶助の目的と合致しなため、新制度の創設が必要であった」と説明している¹⁶⁾。こうした「社会扶助の対象者不整合」は、スウェーデンの政策目標である完全雇用と、完全雇用に基づいた社会保険による所得保障を壊すことになるという危機感が制度創設の背景にあったといえる¹⁷⁾。

(5) 残された対象者と援助技術

社会扶助受給者の課題の複雑性は、本稿においてもすでに指摘した通り、社会扶助が施行された1980年代から明らかであった。むしろ、1990年代の経済危機の間は、社会保険の引き締めなどにより、社会扶助が、十分な稼働能力を有する一般的な失業者を多数引き受けたことから、こうした複雑なニーズを抱える受給者が全受給者に占める割合は低下していたことが推定される。2000年代に入ると、景気回復に伴い、再び社会扶助受給者は経済危機以前の水準となり、制度当初からの問題がクローズアップされたに過ぎない。

そこで問題となるのは、こうしたカテゴリ化による対象者の分離が行われた後の「残された対象者」への援助方法のあり方である。社会庁は、社会扶助を含む社会サービスにおける援助の効果を

上げ、こうした複雑化する対象者の課題に対応するため、ソーシャルワークの知識・技術の体系的な見直しと開発を急務とした。

社会庁はこれまで社会サービスにおけるソーシャルワークが経験的な知識に基づいて実施されていることを課題とし、2001年から「知識に基づいた社会サービス (För en kunskapsbaserad Socialtjänst)」に関するプロジェクトを実施した。社会庁は①ソーシャルワークの知識と技術の開発、および社会サービスの管理運営の開発、②開発のための研究助成、③大学におけるソーシャルワークの学問的体系の見直し、④ソーシャルワーカーおよび社会サービスにおける管理職などの専門家の養成などに着手する、など、援助技術に対する関心が高まっている (Socialstyrelsen, 2004)。

V 結び

社会扶助受給者の多寡は、一国の所得格差を表すものとして理解されることも少なくないが、スウェーデンにおける社会扶助の30年間を俯瞰すると、それが単に所得最下層の増減の歴史ではないことがわかる。社会扶助はマクロ経済、社会保険の引き締め、地方分権、就労支援の強化などいくつかの要因に影響を受けながら、受給者数の増減を繰り返してきた。

本稿では、過去30年間における社会扶助を取り巻くすべての要因について言及しているわけではないが、特徴として、以下の4点を挙げることができるであろう。

第一に、社会扶助受給者に見られる、課題の複雑性である。受給者の中には、制度制定より現在まで、経済的問題以外のさまざまな問題を抱えているという処遇困難層が少なくない割合で含まれている。こうした層がワークフェア的支援によって社会扶助から脱却することは困難であり、今後、社会扶助からの脱却以外の目的をどのように設定

しどのような支援を行うのかという点が課題のひとつである。

第二に、最低所得保障制度における就労支援の扱いである。スウェーデンの社会扶助は、本来的に短期間で社会扶助を脱却することが強調されているものの、それは社会扶助に就労支援の機能が付与されているからではなく、中央政府による積極的労働市場政策が雇用環境を迅速に調整することで完全雇用を達成し、結果的に社会扶助から受給者を労働市場に引き上げるメカニズムによって支えられていた。

この点は、日本が生活保護制度において就労支援や生活保護からの脱却方策を検討する際に大いに留意すべき点であるだろう。日本でも2011年より、雇用保険と生活保護の間に存在する「隙間」を埋める形で「求職者支援制度」が恒久的な制度として創設された。生活保護と求職者支援制度間の就労支援における役割の違いなど、日本にも議論すべき点は残されている。

第三に、最低所得保障における中央政府と地方自治体の財源、権限の問題についてである。スウェーデンでは、国が社会保険を通じて主要な所得を保障しているが、個別援助技術（ケースワーク）を伴う最低所得保障はできる限り住民に近いレベルで運用するとの観点から、コミュニティの責任とされてきた。しかし一方財政状況の悪化から、最低所得保障をめぐる、国とコミュニティの負担の押し付け合いを経験することとなった。

日本でも三位一体改革の議論をふくめ、財源の議論が行われているが、単に誰が負担すべきなのかという議論だけではなく、最も効果的な主体はどのレベルが実施することなのかという視点を欠いてはならないだろう。また、2002年のスウェーデンにおける社会サービス法の改正は、そうした反省に立って行われており、我が国の生活保護を考える上でも意義があるだろう。

最後に、年金制度との関係における社会扶助の

位置づけである。2003年の最低保障年金および高齢者生計扶助の施行により、高齢者は社会扶助から分離された。本来、高齢受給者の問題は基本的には無年金・低年金の問題としてとらえるべきである。カテゴリ化による高齢者分離は、イギリス、ドイツなどでも2000年代前半までに実施されている。

日本においても、生活保護受給者の約半数は高齢者となっており、高齢者に対する支援のあり方と、若年稼働層に対する支援のあり方は異なることから、今後、生活保護における高齢者層の取り扱いについては、改めて検討が必要ではないだろうか。

注

- 1) スウェーデンでは、「社会保険制度」を、雇用者と被用者の拠出に基づく社会保険原理によって運営される制度とは規定しておらず、財源の如何にかかわらず、国民の所得を保障するための社会保険制度における一般的な呼称として用いている。社会保険は「居住に基づく給付」と「就労に基づく給付」に大別され「居住に基づく給付」の多くは、児童手当や障害手当など租税を財源とした制度であり、スウェーデン国内における居住期間に応じて支給される。日本やほかの西欧諸国では、「社会手当」や「公的扶助」として分類されるものである。他方、「就労に基づく給付」は、雇用に応じて加入資格が規定され、保険料拠出を伴うものが多いことから、一般的な「社会保険」に近い概念として整理できる。
- 2) 社会サービス法は1980年に制定、1982年に施行されている。社会扶助をはじめ、児童、高齢者、障害者などに対する対人社会サービスに関する理念や目的、さらに責任の所在を示した基本法である。
- 3) 社会サービス法第4条では、コミュニティにおける社会サービスの計画は、コミュニティ議会が議決し、社会委員会が執行する、と規定されている。ただし、委員会の設置や執行に関する組織については、コミュニティが独自に設置することができる。
- 4) スウェーデン全土に約290のコミュニティが存在する。人口規模や面積は、コミュニティによって大きく異なる。
- 5) なお、アルコール依存症の患者などの複雑な問題を抱えた層と、失業を理由とする層の比率に関する

る統計は存在しないが、Behrandt (2002) は、こうしたスウェーデン社会扶助受給者の二層状態について言及し、複雑な問題を抱えた層は社会扶助による貧困の緩和が難しいことを指摘している。

- 6) 社会サービス法の目的(第1条第1項)は「社会サービスは、民主主義と連帯の精神に基づき、人間の経済力と社会的安心感の向上、生活条件の平等化と積極的な社会参加を促進するものである」と規定されている。
- 7) この時期のスウェーデン政府による財政政策はのちに成功と評価されている。詳細については、Jonung (2009) 参照されたい。
- 8) 1998年3月から再び14日に短縮され、2003年以降は21日となっている (Andren, 2003, p.55)。
- 9) 1995年改訂では、第三子以上の給付費が若干引き下げられたが、1996年改訂では、第一子の給付額が年額9,000クローナから7,680クローナに引き下げられた。
- 10) なお、置換率は翌年の1997年に80%に戻されている。
- 11) 地方分権化の流れは社会サービスに限定されなかった。社会サービス法の中に規定される高齢者や障害者への介護サービスもまた、1992年のエーデル改革によってコミュニケーションに移管された。
- 12) 労働政策が社会扶助に与えた影響とワークフェア化の展開については、拙稿(2008)において、詳細を議論したので、ここでは概略のみを整理することとしたい。
- 13) ワークフェア化した社会扶助の評価については、拙稿(2010)を参照されたい。
- 14) 租税を財源とした制度であるが、社会保険(「居住に基づく給付」)に分類される。
- 15) 高齢者生計扶助の導入によって、高齢者の生活保障の責任が、コミュニケーションから国へ移ることとなり、事務手続きが毎月発生しないことから、事務負担の軽減にもつながっている。
- 16) 2002年10月28日に筆者が実施した、社会省の社会扶助担当官、Ms. Anna Gralberg へのヒアリングより。
- 17) こうした動向は、「社会扶助受給者の半減—スウェーデンの目標」の中で言及された「社会扶助受給者に特別給付を支給した場合」を具体化したものである。

引用文献

- 宮寺由佳 2008 「スウェーデンにおける就労と福祉—アクティベーションからワークフェアへの変質」 国立国会図書館調査及び立法考査局編『外国の立法』(236) : pp.102-114
- 宮寺由佳 2010 「労働と福祉、その光と影—スウェーデンの貧困をめぐる—」 安孫子誠男・水島治郎編著『労働 公共性と労働—福祉ネクサス (持続可能な福祉社会へ【公共性の視座から】 3)』 勁草書房。
- UFJ総合研究所 2003 「スウェーデンにおける公的扶助制度に関する調査報告書」(平成14年度諸外国の生活保護制度に関する調査研究による報告書)、厚生労働省社会・援護局保護課。
- Andren, D. 2003. Sickness-related Absenteeism and Economic Incentives in Sweden: A History of Reforms, CESifo DICE report, 2003. 3.
- Berendt, C. 2002. At the Margins of the welfare state: Social Assisance and Alleviation of Poverty in Germany, Sweden and the United Kingdom, Aldershot : ASHGATE.
- Bergström, R. and Milton, P. 1998. Uppsalamodellen och socialbidragstagarna En effektutvärdering. CUS-skrift1998: 1: Socialstyrelsen.
- Bergmark Å. 2003. "Activated to Work? Activation Policies in Sweden in the 1990s," *Revue Francaise des Affaires Sociales*. 4 : pp.291-306.
- Bergmark, Å. and Bäckman, O. 2004. "Stuck with Welfare? Long-term Social Assistance Reciprocity in Sweden", *European Sociological Review*. 20(5) : pp.425-443.
- Bermark, Å. and Minas, R. 2006. "Rescaling Social Welfare Policies in Sweden", *Rescallomg Social Welfare Policies, A comparative study on the path towards multi-level governance in Europe*, European Centre, Stockholm.
- Clasen, J., kvist, J. & Oorschot, W.v. 2001. "On Condition of Work : Increasing Work Requirements in Unemployment Compensation Schemes" in Kautto et al., (eds.), *Nordic Welfare State in the European Context*, London : Routledge,: pp.198-231.
- Eklind, B. and Löfbom, E. 2002. *Reducing the need for social assistance by fifty per cent: a goal for sweden between 1999 and 2004*, Ministry of Health and Social Affairs, and Ministry of Finance, paper prepared for the 27th General conference of The International Association for Research in Income and Wealth, Stockholm, Sweden, August pp.18-24, 2002.
- Giertz, A. 2004. *Making the poor work. Social assistance and activation programs in Sweden*. Lund Dissertations in Social Work, No. 19: Lund University.
- Holgerson, L. 1996. *Socialtjänst — lagtexter med*

- kommentar i historisk belysning : en analys av socialvårdens värde*, Tiden/Rabén Prisma.
- Jonung, L. 2009. *Financial Crisis and Crisis Management in Sweden. Lessons for Today*. ADBI Working Paper Series, No.165, Asian Development Bank Institute.
- Köhler, P., Thorén, K. and Ulmestig, R. 2009. "Activation policies in Sweden: Something Old, Something New, Something Borrowed and Something Blue," in *Bringing the Jobless into Work? Experiences with Activation Schemes in Europe and the US*; ed. By Eichhorst, Kaufman, and Konle-Seidl pp.258-296; Berlin: Springer-Verlag.
- Milton, P. 2006. *Arbete i stället för bidrag? Om aktiveringskraven i socialtjänsten och effekten för de arbetslösa bidragstagarna*. Diss. Department of Sociology: Uppsala University.
- Minas, R. 2005. *Administrating Poverty: Studies of intake organization and social assistance in Sweden*. Stockholm: Stockholm University, Department of Social Work
- Salonen, T. 1997. *Övervältringar från socialförsäkringar till socialbidrag*, Meddelande från Socialhögskolan 1997:8, Lund: Socialhögskolan.
- Socialstyrelsen. 2002, *The Social Services Act (Socialtjänstlagen)—What are your Rights After 1 January 2002*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2003. *Socialtjänsten i Sverige, En översikt 2003*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2004. *För en kunskapsbaserad Socialtjänst—Redovisning av ett regeringsuppdrag åren 2001-2003 Slutrapprt*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2010. *Social rapport 2010*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2011. *Ekonomiskt bistånd årsstatistik 2010—Utbetalda belopp samt antal biståndsmottagare och antal biståndshushåll*, Stockholm: Socialstyrelsen.
- Thorén, K. 2005. *Municipal activation policy: A case study of the practical work with unemployed social assistance recipients*. IFAU-working paper 2005:20, Uppsala: IFAU.

(みやでら・ゆか 浦和大学准教授)

1990年代以降の労働市場政策の変化と現在の課題

佐藤 吉宗

■ 要約

中道保守政権が2007年から実施した諸改革は、スウェーデンの社会保障政策の基礎であるワーク・プリンシプルの中でも就労の義務を強調するものであるが、その後の不況期において雇用の数が限られる中、非自発的失業者の地盤沈下が懸念される。同国がかつて誇った労働市場政策への支出規模は1990年以降、社会民主党政権の下で徐々に減少し、政権交代後もその傾向は続いてきたが、その内容も職業訓練・教育から求職活動の活性化や雇用助成金へと重点が移っている。一方、1990年代にはその効果が疑問視された職業訓練・教育は2000年代に入ってその意義が見直されており、労働需給の能力ミスマッチが顕著になる中、政策の再考を求める声もある。労働市場への包摂と就労を通じた生活保障を基本とする同国が抱える現在の課題は、雇用の数が限られる不況期に、失業者に対して意味のある活動保障（アクティベーション）をいかに提供し、生活保障を行っていくかである。

■ キーワード

積極的労働市場政策、職業訓練、ワーク・プリンシプル、アクティベーション

I スウェーデンの労働市場政策

1. 経済学的観点から見た労働市場政策の意義

スウェーデンの社会保障政策の基礎となってきた理念は「ワーク・プリンシプル（Arbetslinje）」という考え方である。政策議論で盛んに聞かれる言葉であるが、明確な定義がなされる機会は稀である。スウェーデン政府は社会保険制度の改革を目的として2004年に社会保険調査委員会を設立した際、包括的な定義を行っている（Socialförsäkringsutredningen, 2005）。そこでは「就労が可能で自分で生計を立てたり、社会のために貢献できる者には、その可能性がきちんと与えられる」とともに「全ての人は自分の就労能力を生かしたり、それを発展させながら、必要であれば職や居住地を変えて就労の努力をする義務が

ある」とした上で、政府として「現金の支払いよりも、就労支援や教育・訓練といった積極的な措置を優先する」ことだとされている。

ワーク・プリンシプルは、このように自らの能力を生かして就労したり、必要に応じて社会からサポートを受ける権利を意味すると同時に、就労や能力発展を通じた自活の義務を含むものである¹⁾。政策議論では論者により重きの置き方が異なるものの、主要政党の全てがこの理念の重要性を認めている。この理念を政策として具体化したものが積極的労働市場政策である。

積極的労働市場政策という、一般には政策の対象となる失業者個人の就労可能性や所得にもたらす効果に焦点が集まる。確かに、スウェーデンのように低技能労働力の賃金が比較的高い国（Skedinger, 2005）では、低技能労働力の生産性を訓練・教育などを通じて賃金よりも高く押し上

げ、彼らの就労可能性を高めることは重要である。しかし、マクロ経済にも主に次の3つの経路で影響を及ぼすことを忘れてはいけない。

まず、労働力率を高めることによって、労働供給曲線を右シフトさせ、均衡賃金を下げ、雇用を拡大させる。また、それにより財市場での供給曲線も右シフトするため生産量の拡大につながる。

第二に、労働市場におけるミスマッチの解消を通じた効果である。ミスマッチには求人企業が求める適性・能力と求職者の持つそれが一致するにもかかわらず生じる摩擦的失業と、一致しないために起こる失業がある。特に後者のミスマッチが放置されると、経済全体では失業率が高いにもかかわらず人手不足の職種では賃金が上昇し、それがインフレにつながったり、景気回復が阻害される事態（ボトルネック問題）となる（Lindbeck & Snower, 1988）。積極的労働市場政策を構成する様々なプログラムは、この2つのミスマッチを解消することで人的資源の有効活用と経済の構造転換を促進する機能を持っている。

第三の経路は、職業訓練などによる能力向上を通じて労働生産性を高めることで、経済全体の賃金や購買力が高まり、経済成長につながるというものである²⁾。

ただし、積極的労働市場政策のマイナス効果もたらす経済的非効率にも着目する必要がある。まず、労働市場プログラムへの参加によって求職活動がおろそかになる結果、プログラムに参加しなくても職が見つかったであろう求職者の失業期間を長引かせる恐れがある（ロックイン効果）。これは、職業訓練などに当てはまる。また、プログラムやその参加者が、非参加者の雇用機会を奪うクラウディング・アウト（押し出し）効果も懸念される。これは雇用助成金などに当てはまる。

一方、消極的労働市場政策を代表する失業手当は、失業にともなう所得の変化に対応する保険としての役割だけではなく、求職者に時間的余裕を

持たせることで労働市場の適切なマッチングを促し、マクロ経済の効率性を高める機能も持つ。もし、失業手当の給付水準が低く期間も短ければ、失業者はどの仕事でも急いで就かなければならない。この場合、就いた仕事と本人の適性・能力が一致しないケースも増え、経済全体にとって非効率となるためである。ただし、逆に給付水準が寛大で期間が長い場合には、求職活動がおろそかになり失業率が高止まりするという研究結果³⁾もあるため、そのバランスを取ることが重要となる。ちなみに、積極的な求職活動や様々な労働市場プログラムへの参加が失業手当の受給条件であるスウェーデンのような国では、失業手当制度も積極的労働市場政策の一部と考えることもできる（Finanspolitiska rådet, 2009）。

スウェーデンにおける労働市場政策の議論では、以上のようなマクロ経済的観点からの効果や効率性を考えながら、いかに最適な政策を形作るかが中心となっており、これまでの様々な改革を見てもこの視点からの議論が主要な原動力となっていることが分かる⁴⁾。

以下では、労働市場政策の各要素を簡単に説明する。なお、労働市場省（Arbetsmarknadsdepartementet）の管轄下にあった労働市場庁（Arbetsmarknadsverket）、労働市場委員会（Arbetsmarknadsstyrelsen）、県労働市場委員会（Länsarbetsnämnd）、公共職業斡旋所（Arbetsförmedlingen）は2008年にArbetsförmedlingenに統合された。この新機関の名は旧制度での公共職業斡旋所と同じであるが、新制度での位置づけは行政庁であるため、本稿では「労働市場庁」と訳すことにする。

また、1クローナは2012年2月現在約12円である。

2. 消極的労働市場政策

(a) 失業手当（失業保険手当および基礎手当）
スウェーデンにおける失業保険は制度上は公的

社会保険に含まれず、職能・業種別の労働組合が管理する各失業保険基金によって運営され⁵⁾、加入者は雇い主が国に納める社会保険料とは別に給与の中から保険料を納める⁶⁾。ただし、失業保険基金はこの保険料だけでは運営が難しいため、社会保険料の一部を財源とした多額の補填を国庫から受けている。

失業までに最低6ヶ月働いており、失業保険組合への加入期間が12ヶ月以上である者に受給資格がある。自営業者でも廃業すれば受給資格がある。支払いは、失業後8日目から300日間だが⁷⁾、18歳未満の子どもがいる場合は150日延長可能である。給付額は給付開始から最初の200日は従前所得の80%、残りの期間は70%である。ただし、1日あたりの給付額の上限は680クローナ、下限は320クローナである。支払いは平日のみであるため、給付期間300日は約14ヶ月に相当する。

また、失業までに最低6ヶ月働いていたものの、失業保険に加入していなかったり加入期間が短い場合には、国庫を財源とする一日320クローナの基礎手当が得られる。この場合も給付期間は300日（もしくは450日）である⁸⁾。

(b) 活動手当（労働市場プログラム参加手当）

労働市場庁が管理する様々な労働市場プログラムに参加する場合の手当であり、上記の失業手当の受給者も、プログラム参加中は国庫を財源とするこの手当に切り替える。失業手当の受給資格がある場合はその額と同額であるが、失業手当の受給期間である300日（もしくは450日）が過ぎた後は、従前所得の65%が給付される（ただし最低でも一日320クローナ）。失業当初から失業保険手当の受給資格がない場合は、失業開始からの日数に関係なく一日223クローナの一律給付である⁹⁾。

3. 積極的労働市場政策（労働市場プログラム）

(a) 職業訓練

企業が求める技能を持った労働力が不足している場合にその解消を図るとともに、失業者の能力と就労可能性を高めることを目的としている。期間は最長6ヶ月だが、実際の平均は3ヶ月である（LU, 2011）。2010年に行われた労働訓練の内訳を参加者の数で見ると、建設技術、製造業関連、重機運転、運輸が8割以上を占め、そのほかには調理や看護・介護、経理などがある¹⁰⁾。労働訓練の管理は労働市場庁である¹¹⁾が、教育を実際に提供しているのはレルニア（国営の人材開発・派遣企業）や民間企業、自治体、成人高校などである¹²⁾。

(b) 現場実践（インターンシップ）

実践的な就労経験を積むことを目的としている。受け入れ先は2010年の時点で55%が民間企業、20%が自治体であり、その他はNPOや国の行政機関などである（Arbetsförmedlingen, 2011a）。既に存在する職を奪うという、クラウディングアウト（押し出し）効果を極力抑えるため、その職場の通常の業務以外の何らかの業務を行うこととされている¹³⁾。

(c) 準備的支援

求職活動を行う上で重点的な支援が必要な失業者には、ガイダンスやオリエンテーション、能力・適性の把握などの支援を提供したり、職業訓練の前提となる知識が不足している場合に義務教育・高校教育・スウェーデン語教育を提供する。疾病手当受給者を対象とした就労復帰の支援も含まれる。

(d) 起業支援

収益性と継続性のある事業計画を持つ失業者を対象に、起業のためのアドバイスなどを提供する。

最長6ヶ月のあいだ、活動手当が給付される¹⁴⁾。

(e) 雇用助成金つき雇用

長期失業者を雇う民間企業や公的機関に対し、その従業員の労働コスト（給与と社会保険料の和）の一部を国が負担する。賃金やそのほかの報酬が、その職能・業種の団体協約の規定に則ったものであることが条件である。過去9ヶ月の間に仕事がないことを理由に解雇を行った企業は適用外となる。雇用形態は、有期限・無期限を問わない。雇用助成金は、一般にこの助成金がなくとも雇われたであろう人の雇用に対して用いられる可能性が指摘されており¹⁵⁾、それを極力抑えるために失業がある一定期間を超えた長期失業者のみを対象とする（Forslund & Vikström, 2011）。

2006年まで続いた社会民主党政権は、失業期間の長さや失業者の年齢に応じて4つの異なる助成金制度を設けてきたが、現在の中道保守政権は、これを一本化した「再スタート雇用」という制度を実施している。これは1年以上失業した者を雇った企業や公的機関に対し、失業期間と同じ長さ（最長5年）だけ、社会保険料の2倍にあたる額を給付する。社会保険料は給与の31.4%（2011年）であるため、助成額は労働コスト全体の48%に相当する¹⁶⁾。

(f) 活動保障

失業保険手当の給付には300日間という期限が設けられているが、1987年以降、労働市場プログラムに一定期間参加すれば、新たに300日間にわたって失業手当を得ることが可能となった。この結果、後述するように1990年代には労働市場プログラムの質と効果が低下し、失業率が高止まりした理由の一つだと指摘された。

そのため、社会民主党政権は失業手当の受給期間の更新をやめ、受給が300日¹⁷⁾に達した失業者に対しては、アクティベート（失業者と労働市場

との接点の維持）のために、より重点的な求職支援を提供し、その参加を条件に手当（上記の活動手当）を給付する「活動保障」という制度を2000年に導入した¹⁸⁾。

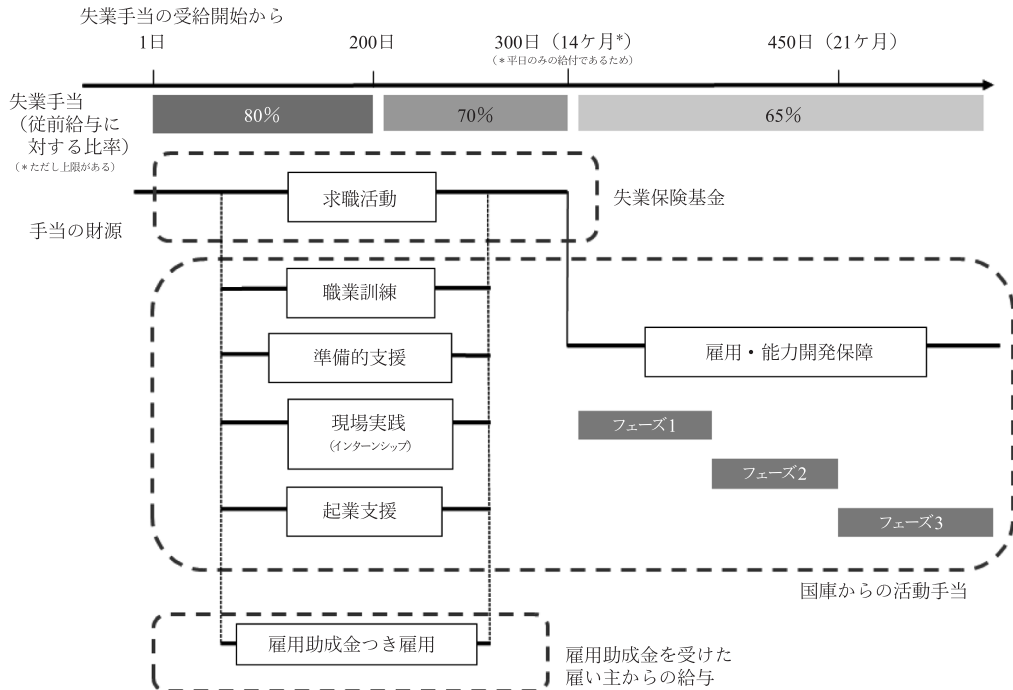
現在の中道保守政権は2007年より「雇用・能力開発保障」と名前を改め、3段階（フェーズ）からなる制度に改組した。フェーズ1では、失業者の適性・能力を把握した上でキャリアガイダンスや、求職活動を進める上でのアドバイス（CVの書き方、面接の受け方など）を提供する。フェーズ2では、既に上に示した現場実践や職業訓練、雇用助成金、準備的支援などを活用した就業能力の向上である。450日までに職が見つからない場合はフェーズ3に移行する。ここでは、労働市場庁が契約を結んだ事業者・団体のもとで就労を行う。ただし、通常の職を奪うクラウディングアウト（押し出し）効果を避けるため、就労の内容は「この制度がなければ行われなかったであろう職務であり、業務・サービスの質を高めるようなもの」と規定されている。雇用助成金制度とは違い、参加者はその事業者・団体から給与をもらうわけではなく、労働市場庁からの活動手当を受け取る¹⁹⁾。

失業中の求職活動や労働市場プログラムの流れについて、図表1に示す。各失業者の個別の求職活動を基本としながら、適宜、様々な労働市場プログラムに参加し、職が見つければ離脱していくことになる。

II マクロ経済の動向と労働市場政策の変化

1. 経済成長率と失業率

資産バブルの崩壊にともなう金融危機と通貨危機に同時に襲われた1990年代初頭のスウェーデン経済は、91年から3年連続でマイナス成長を記録し、失業率は2.4%という低い水準から急上昇して10%を超えるに至った（図表2）。その後、



注：失業手当の受給開始から最初の300日は、求職活動を基本としながら職業訓練などをはじめとする各種プログラムに適宜参加する。300日を超えると雇用・能力開発保障（活動保障）というプログラムに強制的に参加し、より重点的な支援を受けることになる。
 出典：労働市場庁および労働市場政策評価研究所の資料を参考に筆者が作成。

図表1 失業中の求職活動や労働市場プログラム

実体経済は1994年から再び成長に転じるようになり、失業率は1997年から下降していった。

2000年代に入ってから大きな経済ショックは、2000年から2001年にかけてのITバブル崩壊である。経済成長率は短期的に落ち込むものの、2004年から再び3%から4%の成長を記録する。

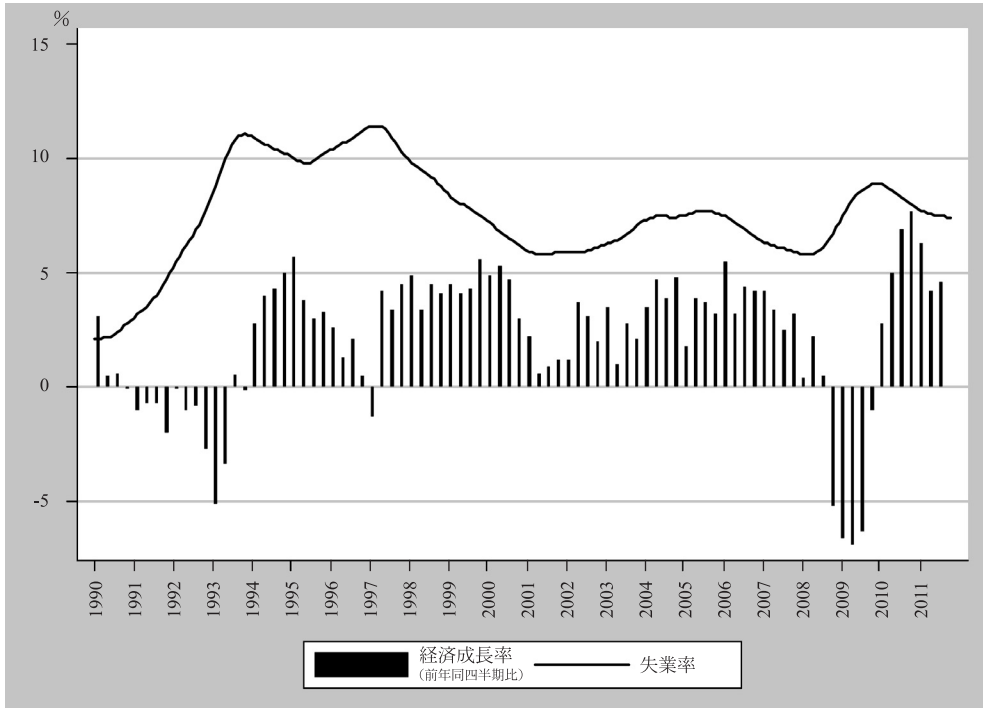
一方、失業率を見てみると、1997年以降、順調に減少してきた失業率は2003年から2005年にかけて再び上昇している。この時期は、ITバブルの崩壊から回復し再び高成長を記録した時期と重なるため、「雇用なき成長」と懸念された。24歳以下の若者に限れば、失業率はさらに高く2000年代に入ってから15%から25%の間を推移している。

その後、世界的な金融不安のために2009年の経済成長率はマイナス5.2%を記録した。1990年

代初めのバブル崩壊直後の3年間にわたる生産高の落ち込みを上回る打撃がわずか1年でスウェーデン経済を襲ったわけであるが、今回は国内要因による経済危機ではなかったため、世界的な景気立ち直りに合わせてスウェーデン経済もすばやく回復し、2010年は成長率が5.6%（年率）と大きくリバウンドすることになった。

失業率は上昇したものの、1990年代前半の経済危機に比べるとその幅は小さかった。この理由の一つは、ブルーカラーやホワイトカラーの労働組合の多くが、最大20%の勤務時間短縮と賃金カットに応じたためである（Medlingsintitutet, 2010; Hassler, 2010）。

さて、1990年以降の失業率の推移を振り返ってみると、1990年代半ばに大きく上昇したあとに確かに減少しているものの、1950年代から80



注：経済成長率は四半期ごとに前年同四半期からの変化率を示している。失業率は月ごとの失業率から季節変動を除去したものである。失業者の定義は、ILOの定義に基づく。
出典：中央統計庁（SCB）

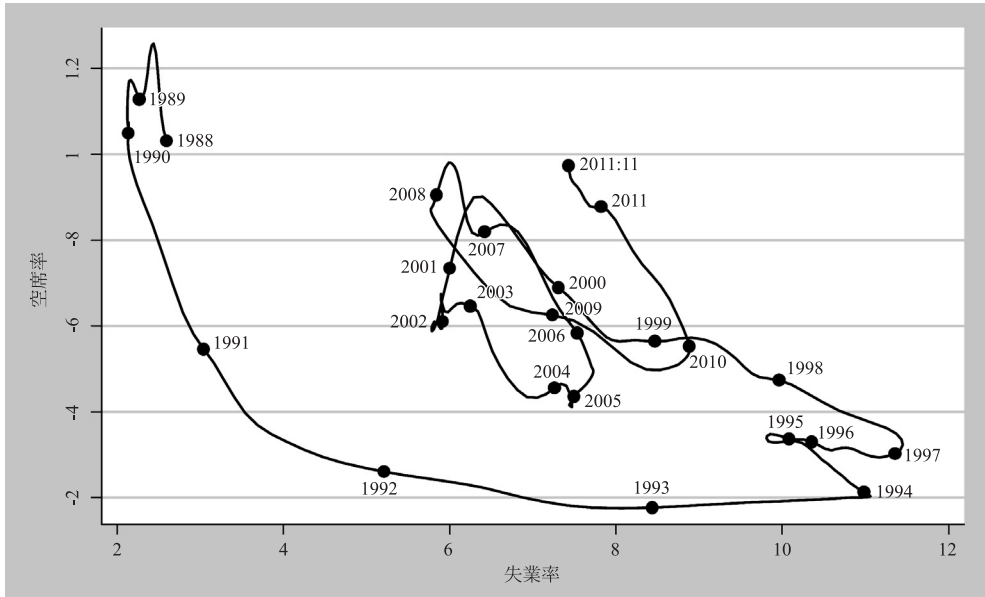
図表2 1990年から2011年までの経済成長率と失業率（16-64歳の労働力人口）

年代末まで2%から4%を推移していたことを考えれば、非常に高い水準で高止まりしているといえる。その背景には、均衡失業率（NAIRU）の上昇がある。実証研究²⁰⁾によると、1980年代末から1990年代前半にかけて均衡失業率が3.5%から5-6%に上昇している。均衡失業率は、賃金決定・価格決定メカニズムおよび労働需給マッチングなどによって決まる（Layard et al., 1991; Pissarides, 2000）が、1990年代以降に顕著となった賃金決定の分散化や失業者に占める長期失業者の上昇（Forslund & Krueger, 2006）、失業手当の給付条件の緩和などが影響を及ぼしたと考えられる。また、1993年に中央銀行の独立とインフレターゲット（2%±1%）の導入が実施され、金融政策の至上目標が物価の安定化と定められたために、低インフレ経済に移行した²¹⁾ことも失業

率が高止まりしている一因だと考えられる²²⁾。また、図表3に示したベヴァリッジ曲線が1990年代前半の経済危機を経て外側にシフトしていることから、労働需給のマッチングも悪化していると判断できる。

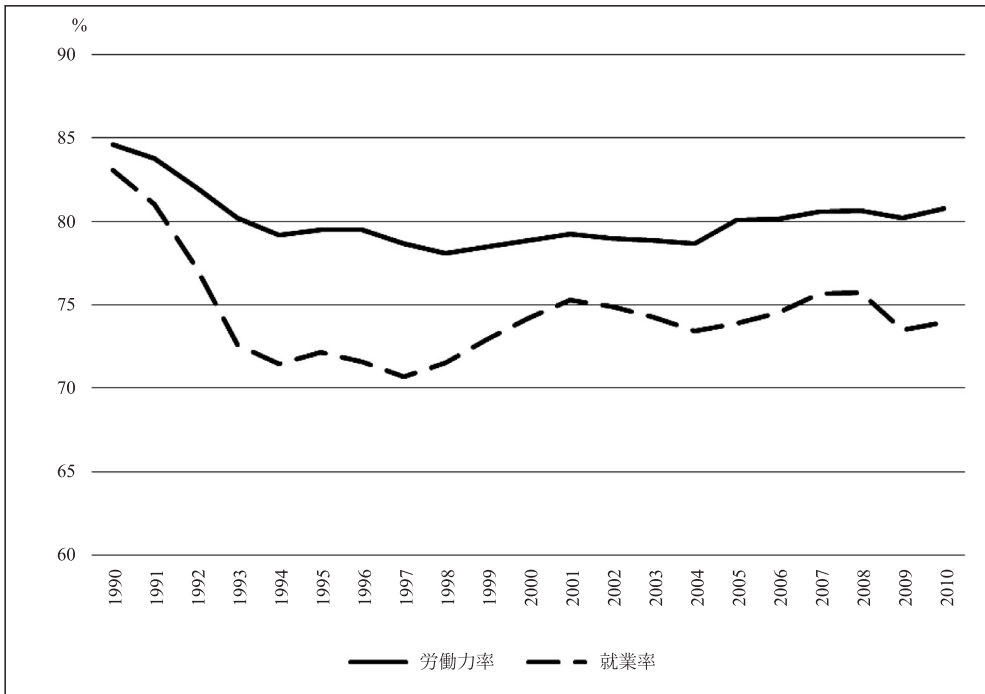
2. 就業率と労働力率

以上は経済成長率と失業率についてであるが、失業率は労働力（就業者と失業者の和）に対する失業者の割合であるため、労働市場に参加していない非労働力の動向はとらえていない。そのため、図表4では労働力人口²³⁾全体に占める就業者数の割合（就業率）と労働力の割合（労働力率）を示した。ここから分かるように、1990年に83%あった就業率は直後の経済危機で70%近くに減少し、その後2000年代には75%前後まで回復している



注：月ごとの失業率および空席率から季節変動を除去したものである。空席率は、公共職業斡旋所に登録された求人数を労働力で割ったもの。
 出典：失業者数・労働力は中央統計庁（SCB）、求人数は公共職業斡旋所（労働市場庁）

図表3 ベヴァリッジ曲線（1988年1月-2011年11月）



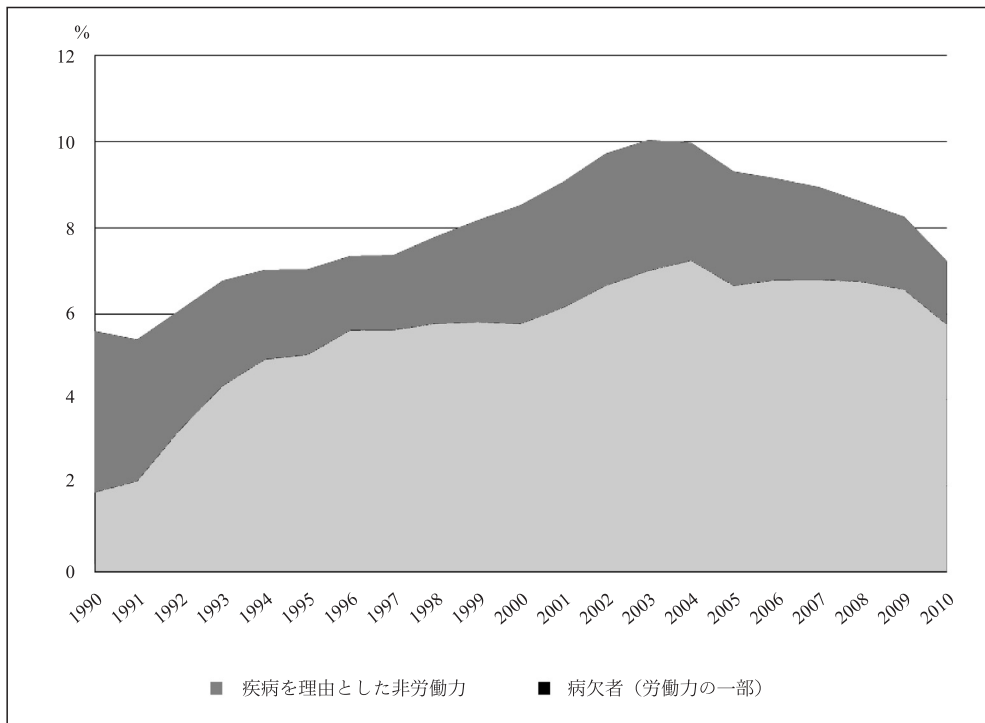
出典：中央統計庁（SCB）

図表4 1990年から2010年までの労働力率および就業率

わけだが、危機以前の水準と比べるといまだに8%ポイントほど低い。しかし、図表2に示した失業率は1990年と2000年代、たとえば2001年とを比較すると4%ポイントほどの上昇に過ぎない。つまり、1990年代初めの経済危機のあと、労働市場から退出する者が増え、労働力率が減少したために、失業率は就業率の減少ほど増加しなかったのである。

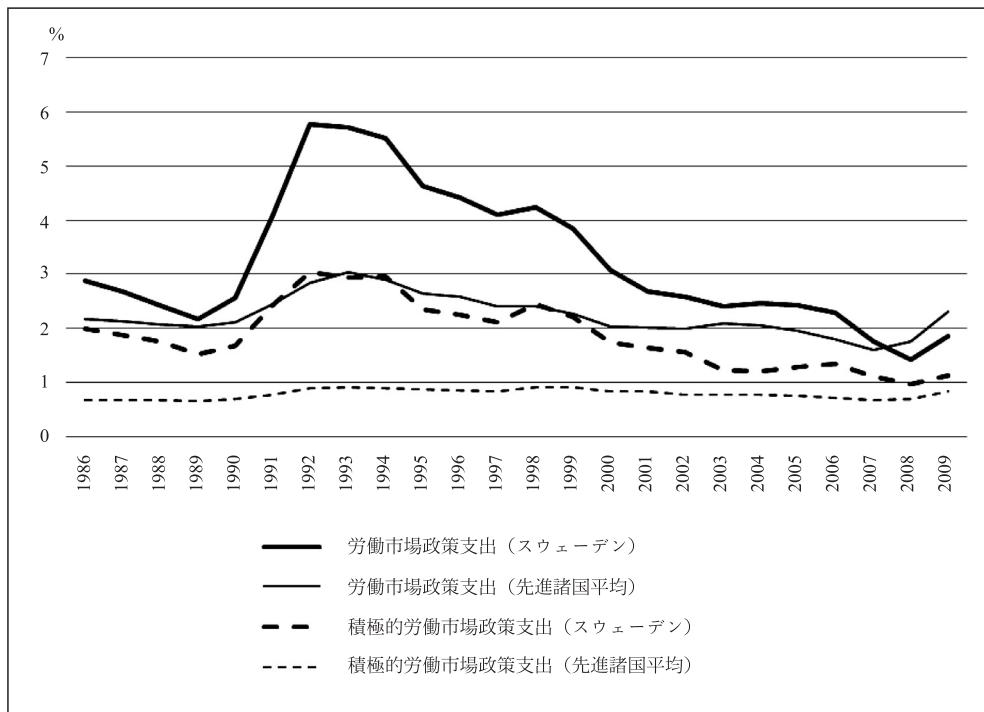
非労働力が増えた背景としては、1990年代初め以降、スウェーデンは知識社会の到来に備えて大学の定員を大きく増やした結果、労働力人口に占める学生の割合が増えたことがまず挙げられる。しかし、それ以上に大きな要因は、疾病を理由に非労働力化した労働力人口の割合が増えたことである。図表5から分かるように1990年の2%という水準からわずか3年後には5%に達し、2000年代に入ってからも高止まりしている。

疾病を理由とした非労働力の上昇とともに、就業者として労働力の一部でありながらも疾病のために休業している者（つまり、職場には籍を置きながら病欠している人）も増えている。図表5には労働力人口に占めるそれらの人々の割合も示しているが、2003年には両者を合わせた割合が10%に達している。彼らの大部分は、疾病保険手当の受給者であるため、その数の高止まりは、社会保障財政を逼迫させかねない。この点について、モラルハザードの疑いも指摘され、実態の解明が政治的にも学術的にも大きな課題となった²⁴⁾。疾病保険制度が事実上、失業者の生活手当として利用されているのではないかと指摘された。そのため、2006年の国政選挙でもその解決が大きな争点となったのである。



出典：中央統計庁（SCB）

図表5 疾病を理由とした非労働力と、病欠者（労働力の一部）の合計（労働力人口に対する比率）



注：「先進諸国」には、イタリアを除くEU-15と、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、ノルウェー、スイス、アメリカを含む。1986-2009年の全期間におけるデータが入手できない国はここに含めなかった。
出典：OECD

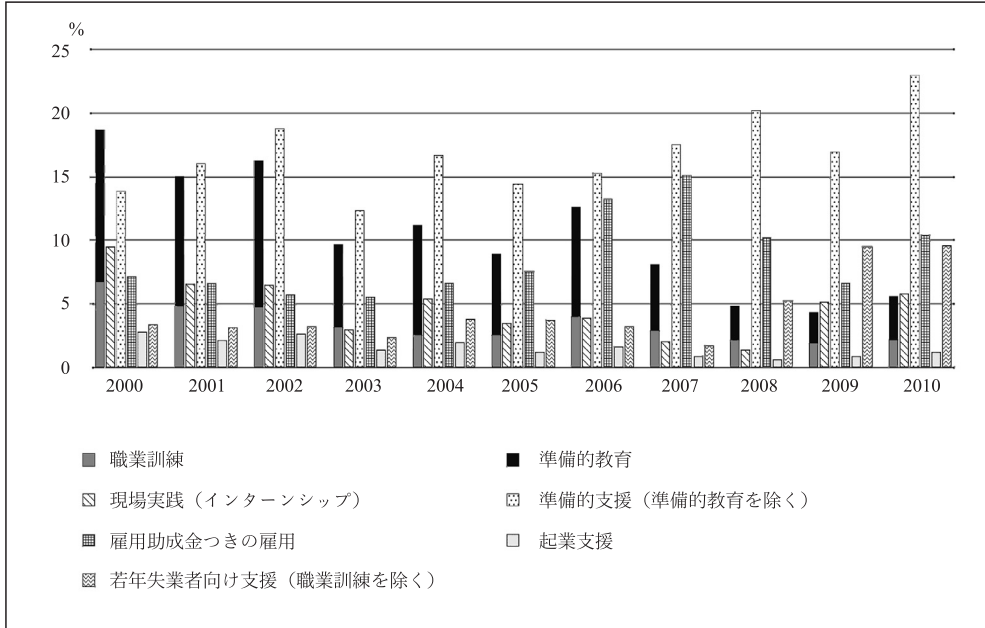
図表6 労働市場政策に対する支出額の対GDP比

3. 労働市場政策の推移

図表6はスウェーデンとOECD主要国の労働市場政策に対する支出額を対GDP比で示している。スウェーデンは特に積極的労働市場政策に対する支出の大きさが先進国平均と比べて顕著であったが、1990年代後半以降、支出額は大きく減少している。この減少の一部は、失業者の減少によって説明できる（図表2）。しかし、失業率が2%を切っていた1980年代終わりの水準と比べても2000年代の支出水準は同じか、むしろ低い。この時期の失業率は7%前後を推移していたわけであるから、失業率と比較した労働市場政策支出が減少していることは明らかである。同時期にはスウェーデンよりも失業率の低いデンマークやオランダ、ベルギーが、GDP比で見た労働市場政策

への支出を上回るようになっている（Lindvall, 2010）。この減少が、2006年における中道保守政権への移行以前の社会民主党政権の時代から続いていた点は興味深い。

積極的労働市場政策の内訳にも変化が見られる。図表7は2000年から2010年まで、それぞれの年の10月の時点で各労働市場プログラムに参加している人の、失業者およびプログラム参加者の和に対する割合を示したものであるが、労働訓練や準備的教育が大きく減少していることが分かる。また、中道保守連立への政権交代後である2007年と2008年は準備的支援と雇用助成金以外の労働市場プログラムが減少している。そして、金融危機の影響が顕著になった2009年から2010年にかけては、失業者の増大に対して、準備的支援と雇



注：各年10月末日における参加者の数を、失業者と各種プログラム参加者の合計で割ったもの。成人失業者を対象とした「活動保障」(2007年以降は「雇用・能力開発保障」)は、「職業訓練・準備的教育」や「現場実践」、「雇用助成金付きの雇用」などの活動も包括するものであるため、活動の内容ごとに振り分けた。カウンセリングやコーチングなどの活動は「準備的支援(準備的教育を除く)」に分類した。一方、若年失業者を対象とした活動保障は、その活動内訳が職業訓練のみ明らかであるため、それを「職業訓練」に分類したうえで、それ以外は「若年失業者向け支援(職業訓練を除く)」という独自の分類を設けた。この大部分がカウンセリングやコーチングなどの準備的支援だと考えられる。割合がわずかである「その他」は非表示とした。

出典：労働市場庁 (Arbetsförmedlingen) のデータを基に筆者が整理した。

図表7 スウェーデンの積極的労働市場政策の内訳 (失業者とプログラム参加者の合計に対する参加者の割合)

雇用助成金とともに、現場実践と若者向けの重点的プログラム(若者向けの活動保障)で対応しようとしていることが分かる。

では、労働市場政策の全体的な規模、そして特に職業訓練や教育が減少してきた要因は何だろうか。まず第一に、1990年代後半以降の財政再建の中で、ほかの社会保障と同じように支出が抑制されたことである。しかし、それ以上に重要な要因は、労働市場政策の効果が疑問視されたことである。

スウェーデンは1990年代に高失業時代に突入し、この時、図表6にあるように労働市場政策支出が増額され、様々な労働市場プログラムが実施された。そして、これらの経済学的評価が2000

年代になってから相次いで発表されたが、そのほぼすべてが職業訓練の効果について否定的であった。Calmfors et al. (2001, 2002, 2004)によると、1980年代に行われた職業訓練は受講者の就業促進効果を持っていたものの、1990年代に行われた職業訓練を検証すると、その効果が確認されない、もしくは、受講者の就業にとってむしろマイナスとなったという。また、その他の実証研究²⁵⁾でも、1990年代の労働市場プログラムは概して言えば効果がほとんどなかったことが明らかになっている。

この研究結果は政策議論の場でも大きく取り上げられ、積極的労働市場政策に対する信頼が大きく揺らぐこととなったし、関連省庁も自らが実施

してきた政策に疑問を持つようになった (Lindvert, 2006)。1990年代に失業者として各種プログラムに参加し、否定的な経験を持つ国民も多く、その経験が積極的労働市場政策の正統性を失墜させることにもつながった (Lindvall, 2011)²⁶⁾。

4. 労働市場政策の評価

一方、2000年代に入ってからスウェーデンで実施された職業訓練を評価した実証研究は、その効果を認めている。de Luna et al. (2008) は2002-04年に行われた職業訓練を分析しているが、その効果は大きく、概して言えば受講しなかった場合と比べて就業までの失業期間を20%短縮したと結論づけている²⁷⁾。2003年の職業訓練受講者を追跡調査したOkeke (2005) も同じように就業促進の効果を確認している。また、労働市場庁は1993年から2008年に行われた積極的労働市場政策の効果を分析しているが、ここでも1990年代に比べて2000年代に実施された政策のほうがはるかに大きな効果があったと結論づけている (Arbetsförmedlingen, 2009)。

Forslund & Vikström (2011) は、1990年代と2000年代に実施された職業訓練の効果が異なる背景を3点に分けて説明している。まず第一に、景気状況である。景気がよく、求人が豊富にある状況の下では、必要とされる職業訓練を特定しやすく、その実施効果も高いが、1990年代前半のように深刻な経済危機に見舞われ、労働需要そのものが少ない状況では職業訓練から就業へとストレートに結びつけることが困難である。これに対し、1990年代後半以降は景気が回復し、労働需要も伸びていくことになった。

第二に、1990年代は失業者の急増にともなう、労働市場庁が職業訓練の規模を拡大し、大量の失業者を受け入れたために、訓練の質が低下したことである。Lindvert (2006) によると1990年に6万人であった職業訓練の受講者が94年には23

万人へと実に4倍近くも膨れ上がった。

第三点目は制度変化に関するものである。1986年の失業保険制度の改正によって、失業手当の給付期間が終了した者でも、職業訓練をはじめとする各種の積極的労働市場政策に一定期間、参加することで失業手当の受給権を新たに得ることが可能になった。その結果、スキルアップを図り就業を容易にするためではなく、失業手当の新たな受給を主な目的として職業訓練を受ける者が増えたと考えられる。また、労働市場庁も失業者の適性をきちんとチェックすることなく、なるべく多くの失業者を職業訓練で吸収し、生活の糧を確保させようとする動機が働いた可能性が高い²⁸⁾。

しかし、2000年の活動保障の導入にともない、2001年からは労働市場プログラムへ参加しても失業手当の受給権を新たに得ることはできなくなった。300日の給付期間が過ぎた失業者は活動保障を通してより重点的な求職活動を続けていくことになった。それにあわせる形で2000年以降は職業訓練の定員が大きく削減されたため、適性のある失業者だけを選んで職業訓練を受講させる傾向が強くなったのである。

以上は、主に職業訓練の効果に関する評価であるが、その他の労働市場プログラムを評価した実証研究²⁹⁾ によると、実際の雇用・就業に似たプログラム、つまり、雇用助成金による雇用や起業支援が大きな就業効果を持つという。

III 2006年の政権交代と新政権の政策、その効果

1. 2006年9月の国政選挙の争点

2006年の国政選挙を前にしたスウェーデン経済が抱えていた問題は、既に見たように高止まりする失業率、特に若者の失業率の高さと疾病保険手当受給者の高止まりであった。選挙の争点もまさにこれらの点に集中し、社会的なアウトサイダー

となっている長期の失業者・疾病保険手当受給者や若者・難民などにどのようにして雇用を提供し、社会に包摂していくかが議論された。

スウェーデンの社会保障の大部分を占めるのは、年金や失業保険、疾病保険、育児休業保険など所得比例型の社会保険であり、受給資格は就労による所得がそれまでであったことである。そのため、アウトサイダー（長期失業者・長期疾病手当受給者のほか、専業主婦などの非労働力）が増えれば、経済的格差が拡大していくことになる。そのため、格差解消の鍵は貧困層を形成する彼らを労働市場へ包摂し、就業率を高めていくことだと考えられる。

1994年以来、政権を担ってきた社会民主党は、これらの問題に対し、長期失業者をはじめとするアウトサイダーへの各種手当の拡充という従来どおりの政策を主張するにとどまり、就業率を高める抜本的な政策を打ち出せなかった（Lindvall, 2011）。社会民主党はアウトサイダーだけでなく、職を持つブルーカラーや社会サービスの現業職員などインサイダーも支持層に抱えており、アウトサイダー重視の政策によって、インサイダーの票が離れてしまったことが、2006年国政選挙での社会民主党敗北の一因となった（Lindvall & Rueda, 2010）。

これに対し、穏健党を中心とする中道右派連合は、税制改革や失業保険改革を通じて就労インセンティブを高めることによって、非労働力化した人々を積極的に労働市場に取り込む政策を主張した。また、スウェーデンの雇用・社会保障政策を貫く理念である「ワーク・プリンシプル」の中でも義務・責任の側面を強調し、綻び始めていた雇用と社会保障とリンケージの強化と、長期失業者や疾病保険手当受給者のアクティベーションを訴えた。社会保障政策における中道保守連合のこれらの主張は、従来の支持層である中高所得層ではなく、むしろ就労している低中所得層に恩恵を帰

するものであった。しかし、税金の多くを負担し、その使い道に大きな関心を持つ中高所得層を納得させることにも成功し、従来の支持層と社会民主党の支持層を含める幅広い有権者から支持を獲得したのである。

2. 新政権の改革

僅差で勝利した中道右派連合は、掲げてきた選挙公約の多くを2007年から実行した。各種の政策に一貫しているのは、「ワーク・プリンシプル」とアクティベーションの重視であるが、経済学的には労働供給を高い水準に維持するとともに、求職活動の活性化によってマッチング効率を上昇させることで、均衡賃金を抑え、均衡失業率を下げることに重点を置いていた（Finanspolitiska rådet, 2009）。

(1) 労働市場政策

既に図表7で説明したように、職業訓練などの教育型プログラムよりも、雇用助成金や現場実践など実際の職場を利用したり実際の職業により近い内容のものを重視するとともに、求職活動の活性化（「準備的支援」に含まれる）に力を注ぐようになった³⁰⁾。

雇用助成金については、旧制度では長期失業者を助成金つきで雇ってくれる事業者を労働市場庁が探し、失業者に斡旋していたが、新政権が「再スタート雇用」と名づけた新しい雇用助成金制度では、失業期間がある一定期間を超えた長期失業者なら誰でも、助成金を受けながら自分を雇ってくれる事業者を自ら探して、雇用の機会を得ることが可能となった。また、求職活動の活性化のため、労働市場庁のアドバイザーによるガイダンスに加えて、民間のコーチングサービスの参入も認め、失業者が両者の中から自由に選べるようにした。労働市場庁による斡旋や指示を受身的に待つのではなく、就労の道を自ら見つけていく責任が

強調されるようになったのである。

一方、長期失業者に対しては、重点的な支援を与える「活動保障」を、3つのフェーズに分かれた「雇用・能力開発保障プログラム」へと改組し、失業期間が300日を過ぎた早い段階で重点的な求職支援を行うこととした。また、それでも職が見つからない失業者のために、仕事の間を人為的に確保して提供する制度が導入された（フェーズ3）。若年失業者に対しても、同様に重点的な求職支援を行う「雇用保障プログラム」³¹⁾が導入された。

(2) 失業保険改革

先述の通り、スウェーデンの失業保険は労働組合が失業保険基金を管理・運営しているものの、給付額や給付条件を決めるのは政府であり、国庫からも多額の財政補填が行われている。中道保守政権はまず給付条件の厳格化を行った。旧制度では給付期間である300日の間、従前給与の80%が支払われ、また支払額の上限も最初の100日間は一日730クローナ、それ以降は680クローナであった（下限は320クローナ）。新制度はこれを改め、最初の200日は従前所得の80%、その後は70%とするともに、全期間を通して上限は680クローナ、下限は320クローナとした³²⁾。また、労働市場プログラムに参加し、活動手当の給付を受けている期間も失業手当の給付期間の算定に加えることとした。さらに、旧制度では20歳以上の学生であれば学業終了後に求職活動を行う場合、失業手当の受給資格が与えられていたが、それが廃止された。

次に、失業保険の保険料を大きく引き上げる改革を実行した。第一段階として2007年1月から国庫から失業保険基金への財政補填を100億クローナ削減し、第二段階として2008年7月から、各失業保険基金に関連する職能・業種の失業率と保険料とをリンクさせる制度を導入した（Kjellberg, 2011）。このため、各失業保険基金は失業保険料

を引き上げただけでなく、失業率の高い職能・業種ではその引き上げ幅が大きくなった。2006年末の時点での毎月の保険料は90-105クローナ³³⁾とわずかの開きしかなかったが、2010年末には90-444クローナに拡大している。

この制度改革は、保険制度の本来の姿に近づけ、歳出を抑制するという目的を持つと同時に、経済学的には賃上げコストの内部化による賃上げ圧力の抑制という意義も持っていた。つまり、失業率の高い業種・職能の労働力を管轄する失業保険基金は、手当の支払いを賄うために保険料を引き上げる必要があるため、ある業種・職能の労働組合が大きな賃上げを要求し、その結果、その業種・職能の失業率が上昇すれば、失業手当の支払額が増加し、保険料の引き上げとして自らに降りかかってくる。そのため、無理な賃上げを要求するインセンティブは小さくなり、均衡賃金の抑制と労働需要の増加につながるも期待される。また、長期的には、失業率が高い職能・業種から労働力を移動させる効果も持つ³⁴⁾。

(3) 疾病保険改革

高止まりを続けていた疾病保険手当受給者の数に対しては、制度の抱えるモラルハザードの可能性を指摘し、給付条件を大幅に厳格化した。具体的には、長期もしくは無期限で疾病保険手当を受給していた者の就労能力を厳しく審査し、リハビリ支援を強化した。また、給付期間を最長364日と定め（場合によっては最大550日の延長が認められる）、それを過ぎれば、労働市場庁の提供する3ヶ月間の就業復帰オリエンテーションを受けながら求職活動を行うことを義務づけた（Hägglund & Skogman-Thoursie, 2010）。

ただし、それまで長期にわたって受給を続け、制度改革にともなって就業復帰オリエンテーションへ移行させられた者の中には、ガンや重度の慢性疾患を持つ者もいたことが政治的に大きく取り

上げられ、政権側は激しい批判にさらされた。このため、2010年から疾病保険手当を継続的に支給することも場合によっては再び可能となった。

(4) 勤労所得税額控除

非労働力に就労を促すために、上記の疾病保険改革とともに行われたのが勤労所得にかかる所得税の一部を減税する勤労所得税額控除の導入である。減税の恩恵は低所得層になるほど大きくなるように設定されており、平均税率・限界税率がともに押し下げられるため、就労メリットを高めている³⁵⁾。一方、高所得者にとっては平均税率の低下のみの効果を持つ。2007年に導入された制度は、その後3度にわたって控除額が拡大された³⁶⁾。

(5) 労働需要側に対する政策的働きかけ

以上は失業者・非労働力を対象とした様々な施策であるが、雇用そのものを持続的に増やしていくためには労働需要側に雇用増大を促すサプライサイド型の施策も必要となる。中道保守政権は、それまでの社会民主党政権に比べて、特に若年者や低技能の労働力の雇用に焦点を絞った政策に重点を置いている。以下では、その中でも代表的な施策を簡単に説明する。

まず、26歳以下の若年者を雇った場合、社会保険料のうち公的年金保険料を除く部分が4分の1に減額され、事業者の社会保険料負担が以前と比べて約半分になった。スウェーデンは最低賃金に相当する給与水準が高く設定されている(Skedinger, 2005)うえ、年齢にともなう賃金の上昇が緩やかであるため、若年者と中高年の従業員の労働コストが大きく変わらないという傾向が、特に低技能の職で強い。社会保険料の減額は、賃金そのものを変化させることなく労働コストを下げ、若年者に対する労働需要を高める狙いがある³⁷⁾。

次に、掃除・洗濯・庭の手入れなどの家事労働

サービス(RUT)利用者を対象にした税額控除の導入である。これらのサービス産業は低技能労働力の雇用の受け皿として期待されているが、最低賃金に相当する給与水準が高いためにコスト高となり、この種のサービス産業が育ちにくかった。また、闇市場での取引も問題となってきた。中道保守政権は、家事労働サービスの利用者がその購入に支払った代金の半分の額を税額から控除できるようにした(年間の上限は10万クローナ)。女性を中心に家事労働サービスの起業を活発にしたり、これまで闇市場において安く購入されていたサービスが合法的に購入され、税収を高める効果も期待できる。また、購入者の労働供給を増やすという効果も持つ。理論的にも、家事労働との代替性が高いサービスや闇市場で供給されやすいサービスに対する税額控除の効果は高いと考えられる(Sorensen, 1997)。しかし、この制度導入後の実証研究はまだなされていない。

第三に、上記の税額控除と同じように、税制を通して低技能労働力の雇用を増やすために、レストラン・喫茶店での飲食にかかる消費税が2012年より25%から12%へと減額された。目的は、消費税減税を通じて消費者価格を下げ、需要を高めることで、飲食業の主に若年者や低技能労働力の雇用を受け皿を確保することである。ただし、同様の消費税減税を飲食業や理髪業において近年行ったフィンランドでは、雇用に対する効果は非常に限定的だという報告がある(Häkkinen-Skans & Kosonen, 2011)。

3. 政策の効果・影響

さて、中道保守政権は2007年から以上のような改革に着手していったわけだが、これらの政策は2005年から2007年の好況期を念頭に立案されたものであった。2008年以降も景気が持続していれば、これらの政策によって均衡失業率は6%から1-2%抑制されるだろうと考えられていた

(Forslund, 2008; Finanspolitiska rådet, 2009)。しかし、世界的な金融不安にともなう2008年以降の景気低迷によって、予期せぬ効果・影響をもたらすこととなった。

(1) 労働力率の維持

まず、プラスの効果であるが、図表4から分かるように不況の底にあたる2009年は就業率が3%ポイントほど減少したもののこれはほぼ失業率の上昇によるものであり、労働力率は微減にとどまった。一方、2009年後半からの景気回復期においては2011年までに労働力率が2%ポイントほど上昇したため、失業率の減少以上に就業率が上昇している。この点は、1990年代初めの経済危機の際とは対照的であり、不況期においても労働力を労働市場に繋ぎ止めることに成功し、そのことによって景気回復期における企業による労働力の確保が円滑に進んだと見ることができる。

(2) 失業保険非加入者の上昇

中道保守政権が2007年から段階的に実行した失業保険改革によって、各失業保険組合に対する国庫からの補填が減り、保険本来の形に近づくことになった。このため、改革直後に保険料が引き上げられただけでなく、2008年後半から増え始めた失業者の数にともない手当の支払い額が増えるにつれ、保険料がさらに上昇する結果となり、2006年に66%だった加入者の割合（対労働力）は2010年末に58%に減少している³⁸⁾。また、業種・職能の失業率に応じて、保険料に差をつける制度が導入されたため、一般的に失業率が高いブルーカラー労働者の保険料が大きく上昇する結果となり、給与水準がもともと低い傾向にある彼らにとっての負担感が高まり、非加入率がブルーカラー業種・職能において特に高くなった。

2008年からの景気低迷はそのような状況の中で経済を襲った。失業保険に非加入だった失業者

は、定額の基礎手当しか受けられず、経済格差が拡大する結果となった。

失業保険が国の社会保険制度の一部ではなく任意加入制であることの是非は、特に非加入者が増大した2007年の改革以降、政策議論の場で激しく論じられてきた。強制加入保険として国が一元的に基金を管理する案も当然ながら出されているが、影響力の縮小を恐れる労働組合からの強い反発がある。経済学専門家の間では、従来通りに任意加入制を維持するのであれば、基金ごとに保険料に差をつけるべきでない、という声強い³⁹⁾。

(3) 経済格差の拡大

失業保険や疾病保険の手当削減や条件の厳格化は、不況期にも労働力率を維持することにつながったものの、そのしわ寄せは手当に頼らざるを得ない非自発的失業者や疾病者が被ることになった。中央統計庁のデータから家計の可処分所得を見ると、下位10%の家計の平均所得は2006年から10年にかけて9%減少しているが、上位10%の家計の平均所得は13%上昇している。また、ジニ係数は同じ期間に24.6から26.8に上昇している⁴⁰⁾。

(4) 活動保障の問題点

「活動保障」とは本来、失業手当の給付期間が過ぎた直後から、より重点的な就労支援を行い、長期失業者をアクティベートすることが目的であるが、旧制度では失業手当の支払い終了後300日が経ってやっと支援が開始されるケースもあるなど、その中身が疑問視されてきた（Hägglund, 2002; Fröberg & Lindqvist, 2002）。中道保守政権はその批判を受けて「雇用・能力開発保障」という制度に改めたわけだが、この制度でも給付終了後100日以上経って初めて、能力・適性の把握などのカウンセリングが開始されるケースが多く（Finanspolitiska rådet, 2009）、この傾向は「雇用・

能力開発保障」の対象者が急増した2008年後半以降にさらに顕著になっている。また、実際の内容もカウンセリング、コーチングなどの求職活動支援（図表7では「準備的支援」に分類）が中心で、現場実践や職業訓練・教育などの就労能力開発は少ない（Hammar, 2008）。

さらに、長期失業者が最後に行き着く「フェーズ3」では、長期失業者を受け入れる職場が十分に確保できなかったり、与えられる職務内容が仕事とは呼べない、意義の分からないもの⁴¹⁾であったり、受け入れ助成金を目当てに長期失業者を受け入れたものの活動を与えない事業者の存在が明るみになるなどのケースが、野党から激しく批判を浴びた。

財政政策評価委員会⁴²⁾は、活動保障が実質的には生活保護化している、と批判しており（Finanspolitiska rådet, 2009）、失業の長期化にともない参加者が急増するなか、アクティベーションとして意味のある活動を提供し、その参加状況をいかに管理するかが課題となっている⁴³⁾。

(5) 職業訓練の不足

2000年代に入ってから減少が続いてきた職業訓練・教育は、中道保守政権のもとでさらに削減されることになった。一方、2009年後半からの景気回復期において、一部の業種において適切な技能を持った労働力の不足が生じている。図表3にあるようにビヴァレッジ曲線がさらに外側に移動する傾向が見られるが、その主な要因は地域間の労働需給ミスマッチではなく、教育水準・技能のミスマッチである（Konjunkturinstitutet, 2011）。財政政策評価委員会は職業訓練の枠を月15000人、準備的教育は7500人拡大し、景気回復期における一部の業種における労働力不足の解消を図るべきだと主張している（Finanspolitiska rådet, 2009）。

一方で、現政権は労働市場庁の管轄する職業訓練・教育ではなく、成人向け高校の職業教育や、

職業大学、一般大学における教育を重視し、2010年の予算では景気対策の一環として定員をそれぞれ10000人、3000人、10000人増やしている。これらの教育は、失業者だけを対象としたものではなく、また職業訓練などと比べ期間も長い。そのため、景気回復局面における即応性には欠けるものの、長期的には経済の構造転換に寄与するものと期待される。この点については、次でも触れる。

4. 課題

スウェーデンの社会保障モデルは「ワーク・プリンシプル」の原則の下で、就労とのリンクが基本となっている。そのため、なるべく多くの労働力人口を労働市場に取り込み、労働力率を高く維持することが必須となる。経済格差の問題に対しては、公的扶助による支援の拡充よりも労働市場への包摂による解決が重視される。従って失業者の求職活動を活発化させたり、就労可能性を高めるための訓練や教育を行うことが求められる。

このアクティベーションという考え方は、労働需要が豊富に存在する好況期にはその実現が比較的容易である。しかし、雇用の数が限られる不況期には就労が困難となる。その結果、非就業者の数が高止まりし、経済格差が拡大される結果となる。この問題にどう対処するかは「ワーク・プリンシプル」原則に基づく社会保障モデルが抱える根本的な課題と言えるだろう。

現在のスウェーデンにおける大きな課題は、アクティベーションのための中身のある活動を特に不況期においてどのように提供するかということである。先述の通り、中道保守政権は、労働市場政策の重点を職業訓練や教育からコーチングなどを利用したカウンセリングや求職活動の活性化へと移したわけだが、労働需要が減退する不況期には効果は薄い（Finanspolitiska rådet, 2009）。

一つの提案として、失業保険の給付条件を景気循環局面によって変動させ、例えば、失業が長期

化する不況期には給付水準を引き上げ、その段階的削減のスピードを遅くし、給付期間を長くさせるべきだというアイデアが経済学の分野から上がっている (LU, 2011)。これは、失業者の生活保障にとって大きな意義を持つし、消費が高まることで不況の影響を緩和する効果を持つ。また、一般に寛大な給付は求職活動のインセンティブを低下させ、失業率が高止まりさせると懸念されるが、この悪影響は求人の方が少ない不況期には小さい。つまり、景気変動型の失業保険制度は生活保障・インセンティブ問題・消費の下支えの3つの面から望ましいのである (Sanchez, 2008; Andersen & Svarer, 2009)。ただし、問題点は、景気判断の仕方⁴⁴⁾に加え、給付条件の緩和や厳格化を客観的なルールに基づいて行うのか、裁量的な政治判断に任せるのかという点であるが、アメリカやカナダでは実際に導入されている。

同様に、積極的労働市場の内容も景気循環局面によって柔軟に変えるべきだという主張もある (Finanspolitiska rådet, 2009)。不況期には、雇用助成金による雇用や現場実践の機会は限られてくる。むしろ、より長い期間を要する職業訓練や教育を多用し、失業者の能力開発に力を注ぎ、来るべき景気回復に備えるという、ある種の「冬眠」の考え方である。教育・訓練は確かにロックイン効果を持つが、不況期にはその懸念が小さい。その点では、現政権による成人向け高校の職業教育や、職業大学、一般大学の増枠は評価できる⁴⁵⁾。しかし、1990年代の失敗を繰り返さないように、適性を持った受講者の選抜と訓練・教育内容の管理をきちんと行うことが肝要である。また、労働市場が求める訓練・教育の種類・方向性を特定するのが不況期には難しいという点に注意する必要がある。

IV 日本への示唆

日本でも近年、積極的労働市場政策への関心が高まり、求職者の能力開発に力が注がれつつあるが、職業訓練をはじめとする諸政策が期待通りの効果をあげるための鍵をいくつかまとめてみたい。

まず、積極的労働市場政策はあくまで失業者が一つの職から別の職へ移動するのを助けるに過ぎないため、その「別の職」に即した内容でなければならない。スウェーデンでも、労働組合や産業界の理解と協力や、労働市場庁による地域の労働需要の把握、教育機関と連携が重要な鍵を握っている (Lindvall, 2011)。日本における職業訓練は、予算の消化が優先され、労働需要側のニーズに合わないものが多いという批判をよく聞く。

また、失業者が移動していくべき新たな雇用機会がなければ、積極的労働市場政策は機能しない。そのため、労働供給側に対する施策だけでなく、税制やサブライサイド型の産業政策を用いて労働需要を喚起することも重要である。また、労働市場政策は所得分配にも大きな影響を与えるものであるため、労働市場政策だけを別個にとらえるのではなく、税制、産業政策、社会保障制度の中で総合的にとらえた上で、そのあり方を議論する必要がある。

さらに、政策の効果を適宜、事後評価するための体制を整備することも重要である。スウェーデンでは、積極的労働市場政策を管轄する労働市場庁 (Arbetsförmedlingen) が統計的な分析を行い、労働市場政策評価研究所 (IFAU) が経済学・計量経済学に基づく学術的な評価を行っている。そして、その評価結果は政策議論にも頻繁に用いられている。労働市場政策には負の効果が潜在的に付きまとうが、それを極力減らしながら、各経済主体 (求職者・非労働力・企業など) のインセンティブを最大限に引き出し、全体としての費用対

効果を高める制度設計が必要となる。

注

- 1) この言葉が使用され始めたのは、大恐慌直後に失業対策が盛んに議論された1930年代もしくはそれ以前、という見方がある（Socialförsäkringsutredningen, 2005）。
- 2) 以上のような積極的労働市場政策の機能は、1950年代に提唱されたレーン・メードナー・モデルがまさに意図した点である。確かに、労使間の団体交渉による賃金決定は多かれ少なかれ分散化し、また、レーン・メードナー・モデルという用語自体も今ではほとんど使われないものの、このモデルを構成した要素の大部分は、今でも積極的労働市場政策の根幹を成している（たとえば、Jackman, 1994; Calmfors, 1995; Forslund & Vikström, 2011など）。
- 3) 失業保険手当の給付水準の引き下げが失業者の就業に与えるプラスの効果についての実証研究はCarling et al. (2001), Røed et al. (2002), Benmarker et al. (2007)。また、失業保険手当の給付水準が高いほど、均衡賃金が高くなるという実証研究については、スウェーデンに関するものはForslund et al. (2008), Westermarck (2008), OECD諸国のパネルデータを使ったものはNickell & Layard (1999), Nickell et al. (2005), Bassanini & Duval (2006)に見られる。
- 4) 例えば、Finanspolitiska rådet (2009, 2010, 2011)
- 5) ただし、必ずしも労働組合の区分と失業保険基金の区分とが一致しているわけではない。全部で30前後の基金があるほか、労働組合から独立したのも一つ存在する。
- 6) ベルギー・オランダや北欧で一般的なこの仕組みは「гент・システム」と呼ばれ、労働組合が高い組織率を維持するのに貢献してきた（Lind, 2007, 2009; Kjellberg, 2009）。
- 7) つまり、失業してから7日間は無給付である。
- 8) この失業手当（失業保険手当および基礎手当）と次に示す活動手当は、受給額に応じて公的年金の年金権が加算されるが、年金保険料は国が負担する。
- 9) 失業手当の給付期間は最大300日（450日）であるが、この日数には活動手当を受けていた期間も含まれる。
- 10) 労働訓練の経費は、参加者一人あたり月平均14,000クローナ。ここには受講者への手当（活動手当）の経費は含まれない（LU, 2011）。
- 11) 話が複雑になるが、国の機関である労働市場庁が

管轄する職業訓練のほかにも、自治体が生活保護受給者や失業までの就労期間が6ヶ月に満たない人を対象に、独自に行っている職業訓練もある。

- 12) 効果については、職業訓練を終了してから90日後の状況を追跡調査してみると、仕事に就いた修了者の割合は、2000年から2008年は70%前後を推移していたものの、2009年は31%、2010年は38%と不況の影響が色濃く出ている（Arbetsförmedlingen, 2011a）。
- 13) 現場実践の修了者のうち90日後に仕事に就いている者の割合は、2000年代を通して40%から50%と横ばいで推移している。労働訓練のような落ち込みは見られない（Arbetsförmedlingen, 2011a）。
- 14) 成長政策研究所（ITPS）の調査によると2001年に起業支援を受けて誕生した企業のうち3年後も営業を続けていた割合は60%であり、支援を受けずに誕生した企業の生存率である64%とさほど変わらなかった。また、2005年に登録された新しい企業の15%が起業支援を受けて誕生した企業であった（ITPS, 2006）。
- 15) 例えば、Lundin (2001), Calmfors et al. (2004), Lundin & Liljeberg (2008)。
- 16) ここに示したのは失業者が26歳以上55歳未満の場合である。20歳以上26歳未満であれば6ヶ月以上の失業で適用の対象となるが、助成期間は最長1年であり、助成額も社会保険料と同額である。一方、55歳以上65歳未満であれば失業期間の2倍が助成期間となる（最長10年）。
- 17) 18歳未満の子どもがいる場合は450日。
- 18) 実際には失業から600日過ぎるまで具体的な活動が与えられなかった（Finanspolitiska rådet, 2009）ため、中道保守政権が制度を改組し、アクティベーションの原則を強化することとなった。
- 19) 「雇用・能力開発保障」の参加者のうち40%がフェーズ1が終了する150日目までに職を見つけたなどの理由でプログラムから退出している。また、フェーズ2が終了する450日目までにプログラムから退出した人は、フェーズ1における退出者と合わせて全体の70%である。つまり、プログラム開始から450日経っても職が見つからず、フェーズ3に移行する人は全体の30%である（Arbetsförmedlingen, 2011b）。
- 20) Assarsson & Jansson (1999), Apel & Jansson (1999), Lindblad & Sellin (2003), Konjunkturinstitutet (2007)
- 21) 70年代を通した平均インフレ率（年率）は8.6%、80年代は7.9%であったが、1994年から現在に至るまでは年平均1.5%という低インフレを記録している。
- 22) ただし、インフレレジームの移行が均衡失業率そ

- のものをシフトさせるのか、フィリップス曲線上での移動のみを意味するのかについては実証研究でも明確ではない (Apel & Jansson, 1999; Agell & Lundborg, 2003; Warne & Vredin, 2006).
- 23) ここでは16歳から64歳の総人口と定義している。
 - 24) 例えば, Arai & Skogman-Thoursie (2005), Johansson & Palme (2005), Lindbeck et al. (2006) などがある。
 - 25) Fredriksson & Johansson (2003), Stenberg (2003, 2005), Stenberg & Westerlund (2004), Andren & Andren (2004), Andren & Gustafsson (2004), Carling & Richardson (2004), Axelsson & Westerlund (2005), Johansson (2006)
 - 26) Lindvall (2011) はもう一つの重要な要素として, 労働市場プログラムの策定過程における政府・労働組合・経営者団体による協力関係が崩壊したことを挙げている。Lindvallは「コーポラティズムの後退」と表現し, 職業訓練や現場実践などの実施には, 産業界・経営者団体の積極的な関与が必要であると述べている。
 - 27) de Luna et al. (2008) によると, 職業訓練は中卒者・高校中退者などの低学歴の者や, 外国からの移民・難民に対する就業促進効果がその他の受講者よりも高かった。また, 訓練の内容別に見ると, 運輸や機械操作, 医療関連の効果が特に大きかった。
 - 28) この点はSianesi (2001a, 2001b) も指摘している。
 - 29) Carling & Gustafsson (1999), Calmfors et al. (2001, 2002, 2004), Sianesi (2004, 2008), Forslund et al. (2004)
 - 30) 2008年の予算案の中でも「労働市場庁の最も重要な任務は, 積極的労働市場政策の各種プログラムを失業者に斡旋することではなく, 求人失業者に斡旋することである」と明記している。
 - 31) Finanspolitiska rådet (2009) やForslund & Vikström (2011) は, 若者に対して「雇用」を保障しているわけではなく, あくまで活動を保障しているに過ぎないので誤解を招く表現だと批判している。
 - 32) 無給付期間は5日から7日に延長された。
 - 33) 2006年まで失業保険の保険料はその40%に相当する額を税額控除できたため, 実際の負担額は54-63クローナだった。しかし, この控除制度は2007年より廃止された。
 - 34) 理論的裏付けはCalmfors (1995), Lindblad (2010) に見られる。Lindbladは財務省や中央銀行などのエコノミスト・行政官僚であったが, 中央銀行勤務時にAnders Borgと出会い, 2006年の選挙後にBorgが財務大臣となった際に副大臣に任用されている。Lindblad (2010) は彼の博士論文である。
 - 35) この制度が労働供給に与える正の効果については, 労働供給の弾力性を仮定したシミュレーションを用いた研究や理論研究 (Flood et al., 2003; André, 2003; Kolm & Tonin, 2006; Aaberge & Flood, 2008; Finansdepartementet, 2009, 2010; Flood, 2010) がある。一方, 実証研究はEdmark et al. (2010) が, 効果は見られないと結論付けているが, 使われた自治体データの変数の分散が小さすぎるという問題が指摘されている。
 - 36) またこの制度は労働供給を高めることによる賃金抑制効果も狙いの一つである (Finanspolitiska rådet, 2010)。しかし, Henrekson (2010) によると, 主な効果は可処分所得の増大であり, 賃金抑制効果は確認できないとしている。
 - 37) ただし, 雇い主が社会保険料を全額払わないとは言っても, 若年者が享受できる社会保険制度が他の年齢層よりも劣るというわけではない。雇い主が免除された社会保険料の負担は国庫が肩代わりするため, 一種の雇用助成金と見ることができる。
 - 38) Kjällberg (2011) のデータより算出。
 - 39) 失業保険改革の背景にあるCalmfors (1995) とLindblad (2010) の理論モデルは, 失業保険が強制加入であること, そして団体交渉を行う労働組合の業種・職能区分と失業保険基金の区分とが完全に一致していることを前提としているが, これはスウェーデンの実際の失業保険制度から大きく乖離するものである (Calmfors & Marthin, 2011)。
 - 40) ここに示した数値は金融所得を含まない場合である。含めた場合の可処分所得は, 下位10%の家計が11%減少, 上位10%の家計が6%上昇, ジニ係数は28.8から29.9に上昇している。
 - 41) クラウディング・アウト効果を避けるために「通常の雇用を奪うことがないと同時に, 社会にとって意義のある活動」と規定されているが, そのような職務内容を見つけるのは難しい。ただし, 社会民主党政権では, 公的部門 (学校教育・高齢者福祉など) で予算の都合から提供するのが難しい付加的サービスの提供を長期失業者に任せる「プラス雇用」という制度を導入していたこともあり, そのような職場を長期失業者の活動の場として用いることも一案である。
 - 42) 現政権が設立した専門委員会であるが, 政府とは独立した立場から政府の政策の評価を行う。
 - 43) また, プロファイリングなどの統計的ツールを用いることで失業が長期化しそうな失業者を早期に特定し, 失業手当の給付期間が切れる以前のより早い段階で活動保障 (アクティベーション) を提供すべきだという主張もある (LU, 2011)。
 - 44) 難しいのは失業率の変動が景気変動によるものな

のか、構造的要因による均衡失業率の変動によるものなのか、という判断である。失業率の変動が前者の要因によるものであれば給付条件の変動は望ましいが、後者が要因であれば失業率を高止まりさせることになる。望ましい判断基準としては、過去数年間の平均的失業率から現在の失業率がどれだけ乖離しているかというものである。構造的要因による均衡失業率の上昇が原因であれば、時間とともに乖離幅が減少していくため、給付条件も自動的に厳格化していくことになる（Finanspolitiska rådet, 2009）。

- 45) ただし、財政政策評価委員会の批判は、従来型の職業訓練にも現状以上の力を注ぐべき、というものである（Finanspolitiska rådet, 2009）。

参考文献

- Aaberge, R. & Flood, L. (2008), Evaluation of an In-Work Tax Credit Reform in Sweden - Effects on Labor Supply and Welfare Participation of Single Mothers, Discussion Paper 3736, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Agell J. & Lundborg P., (2003), Survey Evidence on Wage Rigidity and Unemployment - Sweden in the 1990s, *Scandinavian Journal of Economics*, 105(1), pp.15-30.
- Andersen, T. & Svarer, M. (2009), Konjunkturafhængig arbejdsmarkedspolitik, rapport for den danske arbejdsmarkedskommission (report for the Danish labor market commission).
- Andrén, T. (2003), The choice of paid childcare, welfare, and labor supply of single mothers, *Labour Economics*, 10(2), pp.133-147.
- Andrén, D. & Andrén, T. (2004), Assessing the Employment Effects of Vocational Training using a One-factor Model, Working Papers 133, Department of Economics, University of Gothenburg.
- Andrén, T. & Gustafsson, B. (2004), Income Effects from Labour Market Training Programs in Sweden during the 1980s and 1990s, *International Journal of Manpower*, 25(8), pp.688-713.
- Apel, M. & Jansson, P. (1999), System estimates of potential output and the NAIRU, *Empirical Economics*, 24(3), pp.373-88.
- Arai, M. & Skogman-Thoursie, P. (2005), Incentives and Selection in Cyclical Absenteeism, *Labour Economics*, 12(2), pp.269-280.
- Arbetsförmedlingen (2009), Arbetsmarknadsrapport 2009: 2, the Swedish Public Employment Service.
- Arbetsförmedlingen (2011a), Arbetsmarknadspolitiska program - Årsrapport 2010, the Swedish Public Employment Service.
- Arbetsförmedlingen (2011b) Jobb- och utvecklingsgarantin - En studie av sannolikheten att få jobb under programtiden.
- Assarsson, B. & Jansson, P. (1998), Unemployment persistence - The case of Sweden, *Applied Economics Letters*, 5(1), pp.25-29.
- Axelsson, R. & Westerlund, O. (2005), Kunskapslyftets effekter på årsarbetsinkomster, Umeå Economic Studies 647, Department of Economics, Umeå University.
- Bassanini, A. & Duval, R. (2006), Employment patterns in OECD countries - Reassessing the role of policies and institutions, social, employment and migration, Working Paper 35, OECD.
- Benmarker, H., Carling, K. & Holmlund, B. (2007), Do benefit hikes damage job finding? Evidence from Swedish unemployment insurance reforms, *Review of Labour Economics and Industrial Relations*, 21(1), pp.85-120.
- Calmfors, L. (1995), Labour Market Policy and Unemployment, *European Economic Review*, 39(3-4), pp.583-592.
- Calmfors, L., Forslund, A. & Hemström, M. (2001), Does active labour market policy work? Lessons from the Swedish experiences, *Swedish Economic Policy Review*, 8(2), pp.61-131.
- Calmfors, L., Forslund, A. & Hemström, M. (2002), Vad vet vi om den svenska arbetsmarknadspolitikkens sysselsättningseffekter?, Report 2002: 08, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Calmfors, L., Forslund, A. & Hemström, M. (2004), The effects of active labor market policies in Sweden - What is the evidence?, in Agell, J., Keen M. & Weichenrieder J. (red), *Labor Market Institutions and Public Regulation*, MIT Press.
- Calmfors, L. & Marthin, G. (2011), Vad bör göras med arbetslöshetsförsäkringen?, *Ekonomisk Debatt*, 39(6), pp.5-19.
- Carling, K. & Gustafson, L. (1999), Self-employment grants vs. subsidized employment - Is there a difference in the reemployment risk?, Working Paper 1999: 6, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Carling, K., Holmlund, B. & Vejsiu, A. (2001), Do Benefit Cuts Boost Job Finding? Swedish Evidence from the 1990s, *Economic Journal*, 111, pp.766-90.
- Carling, K. & Richardson, K. (2004), The relative

- efficiency of labor market programs - Swedish experience from the 1990's, *Labour Economics*, 11(3), pp.335-354.
- De Luna, X., Forslund A. & Liljeberg L. (2008), Effekter av yrkesinriktad arbetsmarknadsutbildning under perioden 2002-2004, Report 2008:01, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Edmark, K., Liang, C-Y., Mörk, E. & Selin, H. (2010), Evaluation of the Swedish Earned Income Tax Credit, mimeo, Department of Economics, Uppsala University.
- Finansdepartementet (2009), Arbetsutbudseffekter av reformer på inkomstskatteområdet 2007-2009, Rapport från ekonomiska avdelningen på Finansdepartementet, Ministry of Finance.
- Finansdepartementet (2010), Arbetsutbudseffekter av ett förstärkt jobbskatteavdrag och förändrad statlig inkomstskatt, Ds 2010:37, Ministry of Finance.
- Finanspolitiska rådet (2009), Svensk finanspolitik - Finanspolitiska rådets rapport 2009, the Swedish Fiscal Policy Council.
- Finanspolitiska rådet (2010), Svensk finanspolitik - Finanspolitiska rådets rapport 2010, the Swedish Fiscal Policy Council.
- Finanspolitiska rådet (2011), Svensk finanspolitik - Finanspolitiska rådets rapport 2011, the Swedish Fiscal Policy Council.
- Flood, L. (2010), En skattepolitik för både innan- och utanförskapet, SNS, Stockholm.
- Flood, L., Pylkkänen, E. & Wahlberg, R. (2003), From welfare to work - Evaluating a proposed tax and benefit reform targeted at single mothers in Sweden, Discussion Paper 891, Institute for the Study of Labor (IZA).
- Forslund, A. (2008), Den svenska jämviktsarbetslösheten - en översikt, Report 2008:17, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Forslund, A., Gottfries, N. & Westermark, A. (2008), Prices, Productivity and Wage Bargaining in Open Economies, *Scandinavian Journal of Economics*, 100(1), pp.169-195.
- Forslund, A., Johansson, P. & Lindqvist L. (2004), Employment subsidies - A fast lane from unemployment to work?, Working Paper 2004:18, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Forslund, A. & Krueger, A. (2006), Did Active Labor Market Policies Help Sweden Rebound from the Depression of the Early 1990s?, in Freeman, R., Swedenborg, B. & Topel, R. (red.), *Reforming the Welfare State - Recovery and Beyond in Sweden*, The University of Chicago Press (詳しくは本号書評参照).
- Forslund A. & Vikström, J. (2011), Arbetsmarknadspolitikens effekter på sysselsättning och arbetslöshet - en översikt, Appendix 1 to *Långtidsutredningen 2011* (LU 2011).
- Fröberg, D. & Lindqvist, L. (2002), Deltagarna i aktivitetsgarantin, Report 2002:11, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Fredriksson, P. & Johansson P. (2003), Employment, mobility, and active labor market programs, Working Paper 2003:3, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Hammar, H. (2008), Aktiviteter inom JOB och UGA, Promemoria 28 november, Arbetsförmedlingen (the Swedish Public Employment Service).
- Hassler, J. (2010), Sweden in past, current and future economic crises - a report for the OECD Economics Department, mimeo.
- Henrekson, M. (2010), Håller regeringens jobbstrategi?, *Ekonomisk Debatt*, 38(2), pp.66-78.
- Häggglund, P. (2002), Första året med aktivitetsgarantin - en utvärdering av aktivitetsgarantins effekter, *Ura 2002:2*, Arbetsmarknadsstyrelsen (the Swedish Labour Market Board).
- Häggglund, P. & Skogman-Thoursie, P. (2010), De senaste reformerna inom sjukförsäkringen - En diskussion om deras förväntade effekter, Rapport till Finanspolitiska rådet 2010:5.
- Häkkinen-Skans, I. & Kosonen, T. (2011), Sänkt moms på frisörverksamhet och restauranger i Finland - Blev det verkligen lägre priser och högre sysselsättning?, *Ekonomisk Debatt*, 39(5), pp.5-16.
- ITPS (2006), Uppföljning av 2001 års nystartade företag - tre år efter start, Report 2006:001, Institutet för tillväxtpolitiska studier (The Institute for Growth Policy Studies).
- Jackman, R. (1994), What can active labour market policy do?, *Swedish Economic Policy Review*, 1(1-2), pp.221-257.
- Johansson, P. (2006), Using Internal Replication to Establish a Treatment Effect, Working paper 2006:3, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Johansson, P. & Palme, M. (2005), Moral hazard and sickness insurance, *Journal of Public Economics*, 89 (9-10), pp.1879-1890.

- Kjellberg, A. (2009), The Swedish Ghent system and trade unions under pressure, *Transfer: European Review of Labour and Research*, 15(3-4), 481-504
- Kjellberg, A. (2011), The Decline in Swedish Union Density since 2007, *Nordic Journal of Working Life Studies*, 1(1), pp.67-93.
- Konjunkturinstitutet (2007), Lönebildningsrapporten 2007, Konjunkturinstitutet (National Institute of Economic Research).
- Konjunkturinstitutet (2011), Konjunkturläget - Mars 2011, Konjunkturinstitutet (National Institute of Economic Research).
- Kolm, A.-S. & Tonin, M. (2006), In-work benefits in search equilibrium, *Research Paper 2006:12*, Department of Economics, Stockholm University.
- Layard, R., Nickell, S. & Jackman, R. (1991), *Unemployment - Macroeconomic Performance and the Labour Market*, Oxford University Press, Oxford.
- Lind, J. (2007), A Nordic Saga - The Ghent System and Trade Unions, *International Journal of Employment Studies*, 15(1), pp.49-68.
- Lind, J. (2009), The end of the Ghent system as trade union recruitment machinery, *Industrial Relations Journal*, 40(6), pp.510-523.
- Lindbeck, A. & Snower, D. (1988), *The insider-outsider theory of employment and unemployment*, MIT Press, Cambridge.
- Lindbeck, A., Palme, M. & Persson, M. (2006), Job security and work absence - evidence from natural experiment, *Research Papers in Economics 2006:03*, Department of Economics, Stockholm University.
- Lindblad, H. (2010), Wages, Employment, and Unemployment - The Effect of Benefits, Taxes and Labor Mobility, Department of Economics, Stockholm University.
- Lindblad, H. & Sellin, P. (2003), The equilibrium rate of unemployment and the real exchange rate - An unobserved components system approach, *Sveriges Riksbank Working Paper 152*.
- Lindvall, J. (2010), *Mass Unemployment and the State*, Oxford University Press, Oxford.
- Lindvall, J. (2011), Vad hände med den aktiva arbetsmarknadspolitiken?, *Ekonomisk Debatt*, 39(3), pp.38-45.
- Lindvall, J. & Rueda, D. (2010), The Insider-Outsider Dilemma in Sweden, mimeo.
- Lindvert, J. (2006), Ihålig arbetsmarknadspolitik, Boréa, Umeå.
- LU (Långtidsutredningen) (2011), Huvudbetänkande, SOU 2011:11, Swedish Long-Term Survey.
- Lundin, D. & Liljeberg, L. (2008), *Arbetsförmedlingens arbete med nystartsjobben*, Report 2008:09, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Lundin, M. (2001), Hur fungerar anställningsstöden?, Report 2001:09, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Medlingsinstitutet, (2010), *Avtalsrörelsen och lönebildningen 2009*, the Swedish National Mediation Office.
- Nickell, S. & Layard, R. (1999), Labour market institutions and economic performance, in shenfelter, O. & Card, D. (red) *Handbook of labor economics 3*, Elsevier, Amsterdam.
- Nickell, S., Nunziata, L. & Ochel, W. (2005), Unemployment in the OECD since the 1960s - What do we know?, *Economic Journal*, 115(1), pp. 1-27.
- Okeke, S. (2005), *Arbetsmarknadsutbildningens effekter för individen*, Arbetsmarknad och arbetsmarknadspolitik, Ura 2005:6, Arbetsmarknadsstyrelsen (the Swedish Labour Market Board).
- Pissarides, C. (2000), *Equilibrium Unemployment Theory*, 2nd edition, MIT Press, Cambridge.
- Røed, K., Jensen, P. & Thoursie, A. (2002), Unemployment duration, incentives and institutions - A micro-econometric analysis based on Scandinavian countries, Memorandum 9/2002, Department of Economics, University of Oslo.
- Sanchez, J. M. (2008), Optimal state-contingent unemployment insurance, *Economics Letters*, 98(3), pp.348-357.
- Sianesi, B. (2001a), An evaluation of the active labour market programmes in Sweden, Working Paper 2001: 05, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Sianesi, B. (2001b), The Swedish active labour market programmes in the 1990s - Overall effectiveness and differential performance, *Swedish Economic Policy Review*, 8, pp.133-169.
- Sianesi, B. (2004), An Evaluation of the Swedish System of Active Labor Market Programs in the 1990s, *The Review of Economics and Statistics*, 86(1), pp.133-155.
- Sianesi, B. (2008), Differential effects of active labour market programs for the unemployed, *Labour Economics*, 15(3), pp.370-399.
- Skedinger (2005), Hur höga är minimilönerna?, Report 2005:18, Institute for Labour Market Policy Evaluation (IFAU).

- Socialförsäkringsutredningen (2005), Vad är arbetslinjen?, Samtal om socialförsäkring, nr. 4, the Investigation Committee for Social Insurance.
- Stenberg, A. (2003), An Evaluation of the Adult Education Initiative Relative Labour Market Training, Umeå Economic Studies No 609, Department of Economics, Umeå University.
- Stenberg, A. (2005), Comprehensive Education of Vocational Training for the Unemployed?, Umeå Economic Studies No 663, Department of Economics, Umeå University.
- Stenberg, A. & Westerlund, O. (2004), Does Comprehensive Education Work for the Long-Term Unemployed?, Umeå Economic Studies No 641, Department of Economics, Umeå University.
- Sorensen (1997), Public finance solutions to the European unemployment problem, *Economic Policy*, 12(25), pp.221-264.
- Warne A. & Vredin A. (2006), Unemployment and Inflation Regimes, *Studies in Nonlinear Dynamics & Econometrics*, 10(2), 2.
- Westermarck, A. (2008), Lönebildningen i Sverige 1996-2009, *Studier i finanspolitik 2008:16*, Finanspolitiska rådet (the Swedish Fiscal Policy Council).

(さとう・よしひろ ヨーテボリ大学博士課程)

フランスにおける保健医療計画の導入と展開

—医療への平等なアクセスの実現を目指して—

松本 由美

■ 要約

フランスでは、地域住民の医療需要に対応し、平等なアクセスを確保するために、地域圏保健庁の定める保健医療計画が重要な役割を担っている。本稿では、フランスの保健医療計画の変容と今日の到達点を明らかにするために、その導入と展開について検討を行った。検討を通じて次のような点が明らかとなった。保健医療計画をめぐる規制は段階的に強化され、今日、保健医療計画は、住民に平等なアクセスを保障するための実効的な医療供給のコントロール手段となっている。また、当初の保健医療計画は病院を対象としたものであったが、しだいにその対象が拡大され、今日では外来部門や社会的な領域まで含む包括的な計画となっている。さらに、医療供給の量を捉える視点に変化し、施設などの「ハード面」から医療活動や医療内容といった「ソフト面」へと重心が移った。

■ キーワード

保健医療地図、SROS（地域圏保健医療組織計画）、地域圏病院庁、許可制度、地域圏保健計画

I はじめに

「身近な地域で必要な医療が受けられる」ことは、地域で安心して生活するために不可欠である。そのためには、地域において住民の医療需要に応えることのできる医療提供体制を構築する必要があり、とりわけ入院医療を提供する病院の存在は重要である¹⁾。今日のフランスでは、地域住民の医療需要に対応し、平等なアクセスを確保するために、地域圏保健庁（agence régionale de santé）の定める保健医療計画が重要な役割を担っている。保健医療計画とその関連施策は、さまざまな課題に対応するために段階的に見直しが行われてきた。本稿では、フランスにおける保健医療計画の導入と展開について病院医療を中心に検討することにより、その変容と到達点を明らかにする。

II フランスの保健医療計画

フランスでは、公立病院に加えて、営利・非営利の私立病院によって病院医療が提供されている。公立病院が全ベッド数の約65%を提供する一方で、営利の私立病院が相対的に大きな役割を担っている点がフランスの医療提供体制の特徴の一つである²⁾。多様な医療提供主体によって担われる病院医療を、いかにして住民の医療需要に合致させていくかということが、長年にわたり重要な政策課題となっている。

フランスにおいて望ましい医療提供体制を実現するために用いられている中心的な手段は保健医療計画である。保健医療計画の目的は、地域において、①医療へのアクセスの平等、②医療の質と安全、③患者への医療提供の連続性を確保することである（Picard 2004: p. II-11）。本稿ではこの

「保健医療計画」という用語を、以上の目的を達成するために策定され、実施される計画の総称として用いる。

保健医療計画を通じて望ましい医療提供体制を実現するプロセスは、大きく二つに分けて考えることができる。一つ目は、住民の医療需要を充足するために必要な医療供給の量や内容を定めることである。フランスでは人口学・疫学的なデータ等により、それぞれの地域の医療需要を充足するために必要な医療供給目標が定められている。二つ目は、定められた目標に既存の医療供給を適合させることである。これは既存の病院の活動等の変更を伴う調整過程であるが、フランスでは保健医療計画に規制力を付与することによってこれを行っている。以下では、フランスにおける保健医療計画の取り組みを、実施された改革ごとに検討していく。

III 1970年病院改革法

1. 保健医療地図の導入

公立病院と営利・非営利の私立病院をとりまく制度的な環境は、長い間大きく異なっていた³⁾。病院の地域的な偏在も激しかった。病院医療の供給状況を改善するために、1941年には公立病院を対象とした病院の計画化が企図された⁴⁾。一方で、私立病院は第二次世界大戦後に急速な発展を遂げていたが⁵⁾、計画からは除外されており、病院医療の供給状況を改善するためには公的部門と私的部門を調整するための措置が必要であると考えられるようになった。このため1958年には公立・私立の病院を対象とした病院地図 (*carte hospitalière*) が考案されたが、これは十分に機能しなかった。

このようななか、病院改革に関する1970年12月31日法（以下、1970年病院改革法）によって、公立病院と私立病院とによる調和的な医療供給の

実現を目指す保健医療地図 (*carte sanitaire*) が導入され、本格的な保健医療計画の試みが開始された。保健医療地図は、既存の施設（公立・私立）の状況、人口の推移および医療技術の進歩を考慮して地域ごとの医療供給目標を示すものである。保健医療・社会保障大臣がこれを定める。

保健医療地図の策定のために、まず、基礎となる地理的な範囲として医療区 (*secteur sanitaire*) が設定される。医療区は、住民の通常の医療需要を満たすことのできる施設 (*installations*) や設備を整備するための計画の対象区域とされ、フランス本土は284の医療区に分割された。いくつかの医療区をまとめたものが医療地域圏 (*région sanitaire*) であり、行政圏の「地域圏 (*région*)」⁶⁾ に相当する。医療地域圏は、複雑な症例やより専門化された医療需要に応えるための施設や設備を整備する計画の対象区域である。これらの地域設定に基づき、医療需要の指標⁷⁾ と人口推計に基づいて、住民の医療需要を満たすために必要な医療供給量がベッド数等で示される。

2. 保健医療地図の効果

戦後のフランスでは、国民の医療需要に比して病院医療の供給が不足しており、その拡大が継続的に目指された。このような背景のもとで、保健医療地図は、導入当初、最低基準に到達していなかった医療区における病院医療の整備を促進した⁸⁾。

しかしながら1973年以降の経済危機を背景として、医療費の増加抑制が政策課題として浮上すると、ベッド数の過剰が問題視されるようになった。保健医療計画は、しだいにベッド数の増加抑制のための機能を発揮するようになった。病院の設立等をめぐる規制がこのための手段となった。

病院の設立等をめぐる規制は、公立病院と私立病院とでは大きく異なっていた。公立病院の設立は法令によって定められていた。加えて、1970

年病院改革法によって承認（*approbation*）の手続きが導入され、公立病院の設立、拡張、転換等の実施計画等に関しては県知事の承認が必要となった。一方、私立病院に対しては事前届出制がとられていたが、1967年からその設立と拡張に関して担当大臣の許可が必要となった。さらに1970年病院改革法により許可の対象が拡大され、私立病院の設立・拡張および高額医療機器（*équipements matériels lourds*）⁹⁾の設置には地域圏知事の許可を要することとなった。これらの「承認」や「許可」は、保健医療地図の目標に照らして行われることとされたため、供給過剰地域でのベッドの新設等の申請が却下されるようになった。1970年代後半以降、医療需要の指標となるベッド数が下方修正されるなかで、保健医療地図は病院医療供給の増加を緩やかに抑制する機能を持つようになった。

IV 1991年病院改革

1. SROSの導入

保健医療地図の導入以降、医療の提供方法や医療需要は大きく変化したが、保健医療地図は既存の施設や設備を前提として策定されたため、医療供給のダイナミックな変化を促すことはできなかった（Couty, Tabuteau 1992: pp.35-36）。

このため、病院改革に関する1991年7月31日法（以下、1991年病院改革法）によって保健医療計画の手法が大幅に見直された。保健医療地図の策定主体は、担当大臣から地域圏知事へと変更された¹⁰⁾。改革による最も重要な変更は、保健医療地図の機能を補完、強化するために新たに導入された「地域圏保健医療組織計画（*schéma régional d'organisation sanitaire : SROS*）」¹¹⁾である。SROSは、医療需要を最適な形で充足するために、医療供給の必要な変化（*évolutions*）を予測し、実現することを目的とする。つまり、保健医療地図が

量的な供給目標（たとえば、地域ごとの診療科別ベッド数）を定めるのに対して¹²⁾、SROSは、それを実現するための病院等の医療提供組織の最適な地理的配分を定める。SROSは、保健医療地図と同様に地域圏知事によって定められる。さらにSROSの付属書（*annexe*）では、SROSで描かれた理想的な状態に到達するために必要であると考えられる医療施設の設立、再編、転換、廃止が示される。この付属書の位置づけは当初は目安（*un caractère indicatif*）にすぎなかったが、後述の1996年社会保障改革によって拘束力を持つものとなる。

2. 保健医療計画をめぐる規制の強化

それまで、公立病院と私立病院には異なった承認あるいは許可制度が適用されていたが、それらは複雑で、適用も容易ではなかった。1991年病院改革法は、すべての医療施設に共通の許可制度を創設することによって、制度の明確化と統一化を実現した（Tanti-Hardouin 1996: p.23）。また、従来無期限であった許可は、同法により5年以上の期限が付されることとなった。

新たな許可制度において、病院の設立、拡張、転換および再編、高額医療機器の設置等に関する許可が与えられるのは、①保健医療地図で定めた住民の医療需要を満たすものであり、②SROSに定められた目標に合致し、③デクレによって定められる運営の技術基準を満たすものである場合である。許可を得るためには、保健医療地図に加えてSROSにも合致しなければならないこととなり、許可の要件は厳格化された。

さらに、同改革では公立病院の運営に関するいくつかの改革が実施されたが¹³⁾、なかでも保健医療計画との関係において注目されるのは、新たに公立病院の内部で策定されることとなった施設計画（*projet d'établissement*）である。施設計画は、病院の医療活動や管理運営、病院勤務者の雇用、

訓練等のあり方や方向性を定める包括的な計画である。施設計画はSROSと合致するように最長5年の期間で策定される。これにより、SROSで定められた目標は、より直接的に公立病院の活動に反映されることとなった。

V 1996年社会保障改革

1. 地域圏病院庁の創設

1990年代前半には、経済の低成長と失業率の上昇を背景として社会保障制度の財政が悪化し、医療保険財政の赤字も増大した。加えて、欧州通貨統合のために1997年末までに財政赤字を縮減しなければならないという政治的要請があった。このような状況下で、1995年にジュベ首相によって社会保障の再建計画（ジュベ・プラン）が提示され、翌年から広範にわたる社会保障改革が行われた。これによりフランスの社会保障システムは大きく変化し、医療供給のあり方も変容を迫られた。

とりわけ革新的であったのは、病院医療供給を改善するために創設された地域圏病院庁（agence régionale de l'hospitalisation）である。地域圏病院庁は、公立・私立病院を管轄するために各地域圏に設置された、管理運営と財政面における自律性を付与された公法上の法人である¹⁴⁾。地域圏病院庁の任務は、地域圏における病院医療供給政策を決定・実施し、公立・私立病院の活動を分析・調整し、それらへの財源配分を決定することである¹⁵⁾。これ以降、保健医療地図やSROSの策定、病院の設立等の許可や財源配分の決定等の病院医療供給にかかわる責任や権限は、地域圏病院庁によって統一的に担われることとなった。

2. 第二世代のSROS

導入されたSROSの実効性は限定的であった。当時、保健医療計画に使用するための細かな疫学

的なデータが整っていなかったため、計画策定に用いられる指標が、多くの場合人口学的なデータに基づくものであり（Picard 2004: p. II-16）、住民の疾病構造の変化は十分に反映されなかった。

このようななか、新たに創設された地域圏病院庁のもとで策定されることとなった「第二世代のSROS」には、医療情報の活用という点において進展が見られた。1998年に開始されたSROSの見直しは、医療供給のダイナミックで医学的な分析を行う機会となった（Cour des comptes, 2002: p.212）。いくつかの地域において、保健医療計画に医学的な情報を用いる試みが初めて開始された。医学的な情報は、医療情報システムプログラム（programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI）と毎年の施設統計（statistique annuelle des établissements : SAE）を通じて収集される。前者のPMSIは、病院に受け入れた患者に関する医療的なデータを収集するシステムである¹⁶⁾。PMSIによって収集された情報（性別・年齢等の患者の属性、診断、実施された医療行為）に基づき、各入院は同質的な診断群分類（groupes homogènes de maladies : GHM（フランス版のDRG））に分類される。後者のSAEは、毎年実施されている施設の運営管理に関する統計である¹⁷⁾。GHMにより把握された疾病データやSAEに基づく医療施設の情報がSROSの策定に活用される。

さらに、新たなSROSでは計画の対象がより広範な領域へと拡大されたことが重要である。病院のみではなく、外来医療の領域の自由業的な専門職（professionnels libéraux）も含めることにより包括的な医療供給のあり方が模索されるようになった。

なお、1996年4月24日のオルドナンスによって、SROSの実現のために必要と考えられる医療施設の設立、再編、転換あるいは廃止を定めるSROSの付属書の性質は、法制度上拘束力を持つものへと変更され、その実効性が高められた。

3. 契約的手法の導入

地域圏病院庁の創設に伴い、新たに地域圏病院庁と公立・私立の各病院との間で締結される「目標と手段に関する複数年契約 (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : CPOM)」が導入された。特に公立病院の場合には、CPOMに、SROSを考慮した病院の戦略的方針、医療の質や安全の改善目標等が盛り込まれる。公立病院への総枠交付金 (dotation globale)¹⁸⁾ は、CPOMに定められた義務 (engagements) 等に応じて計算される (Dupeyroux et al. 2001: p.552)、さらにCPOMの目標の達成度合いが総枠交付金の額に反映される。このため、CPOMはSROSで掲げられた目標を公立病院内部へと浸透させるための手段となった。

以上のような工夫を通じて保健医療計画の効力は高められたものの、保健医療計画を実施するための制度的枠組みは、保健医療地図、SROS、許可制度、さらには新たなCPOMが絡み合った複雑なものとなった。

VI 病院計画2007

2002年11月に政府は「病院計画2007 (Plan hôpital 2007)」を発表し、この計画に基づいて、病院への報酬支払い方式の変更、保健医療計画の手法の見直し、公立病院の内部組織の改革等を内容とする病院システムの大規模な再編に取り組むこととなった。保健医療計画に関しては、保健医療地図の廃止、第三世代のSROSの導入および許可制度の見直しが行われ、複雑化した保健医療計画の法制度が簡略化されることになった。以下では、それぞれの施策が実施された背景と内容を検討していく。

1. 保健医療地図の廃止

保健医療地図は、依然として人口当たりのベッド数等の指標によって策定されていたが、2002年の会計検査院の報告書において、従来の計算方法では実際の医療需要を示し得ないこと、提供される医療の内容や費用を区別しない「ベッド数」を計測単位として用いることの問題等が指摘された (Cour des comptes 2002: pp.209-217)。さらに、同報告書は、保健医療地図とSROSによる従来の保健医療計画は、供給過剰地域における施設の新設を抑制することは可能であるが、既存の医療供給を再編することはできないと結論づけた。これらの指摘を受けて、2003年9月4日のオールドナンスによって保健医療地図は廃止されることとなり、次に述べる新たなSROSが保健医療計画の唯一の道具となった。

2. 第三世代のSROS

「病院計画2007」を実施するために制定された2003年9月4日のオールドナンスによって、従来のSROSに代わる「第三世代のSROS」が2006年から実施されることになった。第二世代のSROSはいくつかの問題を抱えていた (Picard 2004: p. II-17)。SROSによって包括的な保健医療計画が目指されたが、予防的な活動が十分に考慮されていなかった。また、救急医療を整備し、慢性疾患の治療および病院医療が十分に整備されていない地域の医療供給を確保するためには、外来医療部門との連携 (articulation) を強化する必要があった¹⁹⁾。さらにSROSに掲げられた多くの課題に対応するためには、社会医療 (medico-social) 部門とのより強固な補足関係 (complémentarité) が求められたが、地域圏病院庁の権限が保健医療領域に限定されていたため、限界があった。

このため、まずSROSの目的が拡大され、身体的・精神的な医療需要に応えるための、予防・治療・緩和的医療供給の必要な変化を予測し、実現

表1 SROSにおける医療活動の地理的配分の一覧表の抜粋（リムーザン地域圏コレーズ医療圏の「内科」）

診療科	医療活動の設置		地域
内科	内科	5カ所設置	Brive (2カ所) Tulle (1カ所) Ussel (1カ所) Bort-Les-Orgues (1カ所)
	心臓内科	4カ所設置	Brive (2カ所) Tulle (1カ所) Ussel (1カ所)
	ペースメーカー治療	1カ所新設 2カ所目の設置を検討	BriveあるいはTulle Ussel
	老年医学	2カ所設置 (うち、1カ所新設) 3カ所目の設置を検討	Tulle (1カ所) Brive (1カ所新設) Ussel
	糖尿病学	2カ所	Tulle (1カ所) Brive (1カ所)
	小児科	1カ所設置 一定条件下で2カ所目の恒久化も可能	Brive Tulle

出典：Le SROS 3 du Limousin 2006: p.25.

注：Brive, Tulle, Ussel, Bort-Les-Orguesはリムーザン地域圏の都市であるが、医療圏内に設けられた4つの「近接病院圏 (Les territoires de pôle hospitalier de proximité)」の中心 (pôle) と位置づけられている。

することとされた。さらに医療施設と外来医療、社会医療・福祉部門との連携、および隣接する地域圏や国境地域の医療供給との連携に配慮することとされた。

また、住民の医療需要によりよく対応し、医療へのアクセスを確保するため、SROSが対象とする地理的な範囲も改められた。新たなSROSでは、住民の医療需要に見合った医療供給を実現するための地理的な範囲として、新たに「医療圏 (territoire de santé)」が用いられることになり、従来の行政区画をベースにした「医療区」は「医療圏」に置き換えられた。医療圏は、従来の医療区の範囲にかかわらず柔軟に設定される²⁰⁾。地域圏ごとに、それぞれの医療活動に対応する医療圏が設定されるため、フランス全体で、内科では171医療圏、慢性腎不全の治療では142医療圏というように、それぞれの医療活動の特性に応じた圏域の設定が行われた²¹⁾。

SROSに盛り込むべき科目として、内科、外科、

周産期、回復期・リハビリテーション、在宅入院などの17項目が定められた。SROSでは医療供給の地理的な配分が示されるが、例として2006年に策定されたリムーザン地域圏²²⁾のSROS付属書のコレーズ (Corrèze) 医療圏に関する部分を見てみると、「内科」のそれぞれの医療活動ごとの設置 (implantation) の数と場所が具体的に示されている (表1)。

さらに、SROS付属書では、医療活動や高額医療機器の量的な目標 (objectifs quantifiés) が示される。「ベッド数」の指標を用いた目標設定は廃止され、それぞれの医療活動はそれを適切に示すことのできる指標を用いて数値化される。たとえば、内科、外科、回復期・リハビリテーションでは入院件数 (nombre de séjours)、精神科 (完全入院の場合) と長期治療では入院日数によって、それぞれの目標値と上限・下限が定められる。画像診断機器については設置数が示される。表2はリムーザン地域圏の「内科」に関する総量

表2 SROSにおける医療供給量の目標値の抜粋（リムーザン地域圏の「内科」に関する目標）

総量 (入院件数)	コレーズ 医療圏	クルーズ 医療圏	オート・ヴィエンヌ 医療圏
PMSI 2004	41,904	26,336	61,658
目標値	42,598	26,500	63,499
下限	39,443	22,142	59,738
上限	45,357	27,900	67,321

出典：Le SROS 3 du Limousin 2006: p.48.

(volumes) の目標値であり、2010年の推計人口と、PMSI等によって収集された年齢と疾病ごとの平均受療率を用いて算出されたものである。

3. 許可制度とSROSの一体化

従来の許可制度は、適用される期間がSROSと異なり（SROSは5年であるのに対して許可は一般的に10年）、不整合が指摘されていた（Cour des comptes 2002: p.215）。このため、同オールドフランスにより、許可制度とSROSは一体的に実施されることとなった。

また、許可の対象となる計画 (projet) についての規定も整理された。新たな仕組みにおいて許可が必要であるのは、①すべての医療施設の設定、②医療活動（入院の代替医療 (alternatives à l'hospitalisation)²³⁾ の形で提供されるものも含む) の開始・転換・再編、③高額医療機器の設置に関する計画である。許可の対象となる医療活動と高額医療機器のリストは法令で定められている²⁴⁾。

以上のような変更を通じて、SROSが「許可される」医療活動と医療機器の地域的な配分を決定する役割を担うこととなった。

VII 2009年病院改革法

現在、「病院改革と患者、健康および地域に関する2009年7月21日法」（以下、2009年病院改革法）の制定により、保健医療計画は新たな段階へ移行しつつある。立法の背景として、医療提供者

間の調整が不十分であること、および地域の医療専門職の配置が不均等となっていることから、フランス市民にとって医療へのアクセスがますます重要な問題となっていることが指摘された²⁵⁾。

これらの課題に対応するために、地域圏における単一の主体による横断的な管理が不可欠であると考えられた。このために新たに創設されたのが地域圏保健庁である。地域圏保健庁は、それまで地域圏において保健医療政策にかかわってきた7つの組織（地域圏病院庁、県・地域圏保健医療社会問題局（国の出先機関）、地域圏疾病保険金庫連合等）を一つにまとめ、地域圏の保健医療政策を一元的に担う。その権限は、疾病予防や健康増進、公衆衛生から保健医療のサービス提供組織（高齢者や障害者を対象とした施設も含む）にまで及ぶ。地域圏保健庁は2010年4月から各地域圏における保健医療政策を掌っている。

この地域圏保健庁によって新たに策定される保健医療計画は、「地域圏保健計画 (projet régional de santé)」と呼ばれる。地域圏保健計画は三つの具体的計画 (schéma) からなる。一つ目は、地域圏予防計画 (schéma régional de prévention) である。二つ目は、地域圏医療組織計画 (schéma régional d'organisation des soins) であり、入院医療と外来医療の二部に分かれている。特に外来医療に関する施策が強化され、医療へのアクセスを改善するためのさまざまな促進策が盛り込まれる。三つ目は、地域圏社会医療組織計画 (schéma régional d'organisation médico-sociale) である。

このように、従来から課題とされていた予防、外来医療および社会医療領域に関する施策が、それぞれ「地域圏保健計画」を構成する柱として位置づけられ、一体的に策定される枠組みが構築された。各地域圏保健庁は、地域圏保健計画を2011年の末までに策定することとされた。なお、医療圏の範囲の見直しはすでに行われており、その数は大きく減少した²⁶⁾。

また、2009年病院改革法では、多様な医療提供者間での連携・協力の制度的な枠組みが整えられた。医療提供者間の協力形態は大きく二つに分けることができる。一つは医療協力連合（groupements de coopération sanitaire : GCS）である。GCSによる連携・協力の仕組みは1996年に導入され、近年その設立数が増大している。多様な医療提供主体（公立・私立病院、社会医療施設、開業医等）が任意で参加し、GCSを設立する。GCSは人材や医療機器・設備、情報システム等の共同化を通じて参加病院の活動を支援していく。2009年病院改革法により、GCSは手段共有化の仕組みにとどまらず、それ自体が医療施設としての資格を保有し、医療活動を行うことが可能となった。もう一つは、地域病院共同体（communautés hospitalières de territoire : CHT）であり、2009年病院改革法によって新たに設けられた病院間の協力様式である。対象は公立病院に限定されている。CHTの本部となる病院を中心に共通の戦略や医療計画が策定され、病院活動が共同で行われる。現在、CHTの設立を促進するための財政的な支援も行われている。

GCSとCHTは、地域における医療提供者間の相互補完性を高め、医療提供のあり方を改善し、それによって地域の医療需要によりよく応えようとする試みであり、新たな地域圏医療組織計画においても医療提供者間の協力体制が明記されることとなっている。

VIII 考察

本稿では、フランスにおける保健医療計画の導入と主要な改革について検討してきた。最後に、導入から現在までの保健医療計画の変容について、三つの視点から考察することとしたい。

一つ目は、保健医療計画をめぐる規制の強化である。最初に導入された保健医療地図は、許可制度と組み合わせられることにより、主要にはベッド数の増加を抑制する役割を担った。しかしながら、住民の医療需要に医療供給を適合させるためには、よりダイナミックに医療供給を再編するための仕組みが必要であった。フランスでは、保健医療計画をめぐる規制を段階的に強化することにより、この課題への取り組みが行われた。1991年病院改革により導入されたSROSは、許可制度と結び付けられることにより、医療供給をコントロールする効果を増し、地域圏における医療供給政策の要となった。追求されたのは、質が確保された医療への平等なアクセスの実現である。

二つ目は、保健医療計画の包括化である。フランスの保健医療計画は、当初は「病院」計画であり、病院のベッド数や設備を規制することがその中心的な機能であった。1990年代後半以降、住民の医療需要に適切に応えるため、しだいに外来部門や社会的な領域まで視野に入れた総合的な「保健医療」計画が目指されるようになった。このような方向性は、最終的には2009年病院改革法により、地域圏保健庁が創設され、包括的な地域圏保健計画が新たに規定されたことによって確固たるものとなった。今日、予防的な医療の強化や入院医療と外来・在宅医療、介護等の福祉サービスとの連携がますます必要となっていることは日本においても同様であるが、フランスでは、保健医療計画を包括化することによってこれらの要請によりよく応えようとしている。

三つ目は、医療供給の量をとらえる視点の変化であり、施設などの「ハード面」から、医療活動や医療内容といった「ソフト面」へと重心が移った²⁷⁾。1970年の保健医療地図の導入以降、日本と同様にフランスにおいても「ベッド数」を指標として医療需要が把握され、目標が定められてきた。2003年の改革によって、このような粗い指標を用いた保健医療地図に終止符が打たれ、今日では、医療活動をより適切に示すことのできる指標（入院件数や入院日数等）が用いられている。このような転換が可能となった背景として、1990年代の情報システムの整備により、病院活動に関する情報が網羅的に把握されるようになったことが重要である。

フランスの保健医療計画は、日本のそれと比較した場合、はるかに規制に重点を置いた仕組みである。規制的な保健医療計画によって医療提供体制のコントロールを行うことは、住民の通常の医療ニーズを一定地域内で充足する、あるいは平等なアクセスを保障するという政策目標を確実に実現する上ではメリットがあると考えられる。一方で、高度で質の高い医療提供を志向した病院の自発的な設備投資や医療活動の自由は少なからず制約される。医療政策の目標として、「医療の平等な保障」と「高度医療の追求」のいずれにより重点を置くのか。この問いに対する答えは日本とフランスでは異なるかもしれない。しかしながら、一定の質が確保された医療への平等なアクセスを目指したフランスの試みは、「誰にどのような医療を保障するのか」という医療政策の基本的な問いをめぐって医療提供体制のあり方を再考する視点を与えてくれる。

投稿受理（平成23年5月）

採用決定（平成23年11月）

注

1) 医療へのアクセスを確保するためには、地域にお

ける医療提供体制の整備と合わせて、経済的な負担を軽減する仕組み（とりわけ医療保険）の整備が不可欠である。フランスでは、第二次世界大戦後、医療保険の一般化を実現するための政策的な努力が継続的に行われ、2000年にはいわゆる「皆保険」が実現した。本稿では、医療保障を実現するためのこれら二つの要件のうち、医療へのアクセスを地理的に確保するための前者の政策（医療提供体制の整備）に焦点を当てて検討を行う。

- 2) 2008年現在、ベッド数は公立病院284,140床、非営利私立病院61,432床、営利私立病院94,855床である（Exertier, Minodier 2010: p.57）。公立病院はコミューン、県あるいは国が運営する病院である。
- 3) 歴史的に公立病院と私立病院では、全く異なる規制および報酬支払い方式が適用されていた。病院制度と報酬支払い方式の歴史的な推移については、松本2009参照。
- 4) 1941年12月21日法により、保健医療大臣の承認を必要とする病院組織総合計画が策定されることとなった。
- 5) 1946年から1962年の間に、毎年平均で60施設が設立され、この期間中に1,000施設以上が新設された（Maillard 1988: p.62）。
- 6) 「region」は、州あるいは地方とも訳されるが、本稿では「地域圏」を当てることとする。フランス本土に22、海外に4つの「地域圏」が存在する。
- 7) 医療需要の指標は人口1,000人当たりベッド数として法令により定められた。たとえば、短期入院に関する指標は一定の数値幅で示され、1980年5月28日のアレテでは、人口1,000人当たり、内科1.2～1.3床、外科1.3～2.3床、産科0.3～0.5床とされた（Conseil économique et social 1983: p.46）。
- 8) 1970年病院改革法以降、1980年代初頭までに50,000床の急性期ベッドが増設された（Conseil économique et social 1983: p.33）。
- 9) 1970年病院改革法における高額医療機器とは、負傷者、病人および妊婦の診断、治療あるいは機能回復のために、または情報の処理に用いられ、その設置や使用において非常に費用がかかり、あるいは医療行為の過剰を引き起こす可能性がある機器である。
- 10) なお、全国的な、あるいは複数の地域圏にわたる保健医療地図は担当大臣によって策定された。また、改革により、保健医療地図の対象に特定の医療活動（臓器移植と脊髄移植、救急患者の受け入れと治療、蘇生術等）が含まれることとなった。
- 11) 保健医療組織計画は、地域圏ごとに作成されるSROSに加えて、全国あるいは複数の地域圏にわたるものもある。ただし、地域圏を単位に策定されるも

- のが中心であるため、本稿ではSROSと表記する。
- 12) 医療需要の量的な指標は、内科、外科、産科等の診療科については「ベッド数」、高額医療機器は「機器の数」によって、1991年病院改革法によって新たに加えられた医療活動の大部分は「組織(structures)の数」によって示された。
 - 13) フランスの公立病院は、歴史的に強力な公的介入のもとで運営されてきた。1980年代以降、総枠予算制の導入等により公立病院をとりまく状況が大きく変化するなかで、硬直的な公立病院の組織は見直しが求められていた。
 - 14) 地域圏病院庁は、国と医療保険組織の中間に位置づけられる機関であり、保健医療と社会保障を担当する大臣の直接的な監督の下におかれた。
 - 15) それまで、公立病院の予算の承認や総枠交付金(注18参照)の決定は県知事によって行われていたが、この権限は地域圏病院庁の長官へと移譲された。また、従来、私立病院に対する報酬支払いは、多くの場合、地域圏の疾病保険金庫との個別の協約に基づいて行われていた。1996年の改革以降は、地域圏の金庫に代わって地域圏病院庁が私立病院と目標と手段に関する複数年契約(CPOM)を締結し、料金が定められることとなった。
 - 16) PMSIに関する取り組みは1980年代から開始され、1990年代には試行事業が行われ、適用拡大が図られた。PMSIの対象は、当初、内科・外科・産科の医療活動を行う病院であったが、今日では、在宅入院、回復期・リハビリテーションおよび精神科の医療を提供する施設まで対象が拡大されている。PMSIの情報は、2001年から入院情報技術庁(agence technique de l'information sur l'hospitalisation)によって収集されている(Exertier, Minodier 2010: p.132)。
 - 17) SAEは、すべての公私の医療施設に対して実施される義務的で網羅的な調査であり、各医療施設の組織、受け入れ能力、医療機器・設備、医療人員、入院日数等の情報が、毎年、国の調査研究評価統計局(DREES)によって収集される。
 - 18) 公立病院に対する報酬支払い方式は、1983年1月19日法により「総枠予算制」へと変更され、病院には法定支出増加率によって増加が抑制された「総枠交付金」が支払われることとなった。病院に対する報酬支払い方式の歴史については、松本 2009: pp.195-214参照。
 - 19) 医療提供者としての「開業医」は、歴史的に自由医療への志向性が強く、強力な公的介入を余儀なくされてきた公立病院とは対象的である。このため、病院医療を中心に構成されてきた保健医療計画に開業医医療をいかに組み込んでいくかが今日の課題となっている。なお、開業医医療に関しては、2004年8月13日法により「かかりつけ医制度」が導入され、患者ICカードの導入とともに医療提供の効率化と質の向上のための施策が実施されている。
 - 20) 医療圏の設定には、疫学的な指標と疾病ごとの患者数の推移が考慮される(Picard 2004: p.II-20)。加えて、入院患者の居所と病院との間の実際の移動が考慮される。この情報はPMSIを通じて把握される(Cour des comptes 2006: p.168)。
 - 21) Les territoires de santé, <http://www.sante-sports.gouv.fr/> (2010年10月7日)による。
 - 22) リムーザン地域圏はフランスの中南部に位置し、窯業が盛んな工業都市リモージュを中心とする人口約74万人の行政圏であり、フランスの平均よりも高齢化率が高い。リムーザン地域圏のSROSでは、三つの医療圏が設定されている。
 - 23) 入院の代替医療は、1980年代の厳しい医療費抑制、供給コントロール政策を背景として、とりわけ私立病院において展開されてきた宿泊を伴わない外来外科診療等の医療である。日中あるいは夜間の部分的な入院、外来での麻酔や外科治療、在宅入院を指す。
 - 24) 許可の対象となる医療活動と高額医療機器の種類は、現在、「内科」、「外科」等の19の「医療活動」と5種類の「高額医療機器」として限定列挙されている(公衆衛生法典のR6122-25, 26)。
 - 25) 「患者、保健および地域に関する病院改革法案」の理由書(exposé des motifs)による。
 - 26) 地域圏保健計画の枠組みで107の医療圏が設定されているが、これは第三世代のSROSにおける医療圏の数と比較すると33%の減少である(Présentation générale, <http://www.ars.sante.fr/> (2011年5月10日))。
 - 27) なお、本稿では取り上げることができなかったが、フランスでは医療の質を確保するための取り組みが積極的に行われている。医療の評価(évaluation)をめぐる政策的な取り組みは1980年代に開始されたが、とりわけ1993年には医療費を医学的に抑制し、かつ医療の質を確保するために拘束力を持つ医療指標(RMO)が導入された。さらに1996年4月24日のオルドナンスにより、各病院には認証(質の評価手続き)が義務付けられ、これを推進するために全国医療認証評価機構(ANAES)が設置された。ANAESの任務は、2004年に創設された高等保健機構(Haute Autorité de Santé)に引き継がれ、現在、同機構により医療の質を確保するための多様な施策が実施されている。

参考文献

- Conseil économique et social, 1983, *La réforme hospitalière: bilan et perspectives*, Journal officiel.
- Cour des comptes, 2002, *La sécurité sociale*.
- Cour des comptes, 2006, *La sécurité sociale*.
- Couty, Édouard et Tabuteau, Didier, 1992, *Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières*, Berger-Levrault.
- Dupeyroux, Jean-Jacques et al., 2001, *Droit de la sécurité sociale 14^e édition*, Dalloz.
- Exertier, Albane et Minodier, Christelle (coordination), 2010, *Le panorama des établissements de santé édition 2010*, DREES.
- 健康保険組合連合会, 2006, 『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究』報告書・資料編.
- Le SROS3 du Limousin, <http://www.sante-limousin.fr/> (2010年9月17日).
- Maillard, Christian, 1988, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod.
- 松本由美, 2009, 『フランスの医療保障システムの歴史の変容』, 早稲田大学大学院商学研究科博士学位申請論文.
- Picard, Michel, 2004, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Avis et Rapports du Conseil économique et social.
- Tanti-Hardouin, Nicola, 1996, *L'hospitalisation privée, la documentation française*.
(まつもと・ゆみ 社団法人全日本病院協会
全日病総研研究員)

社会保障費の国際比較

—SOCX2010ed.にみる諸外国の動向—

国立社会保障・人口問題研究所 企画部

はじめに

平成21年度「社会保障給付費」（2011年10月28日公表）¹⁾ では例年のとおり、付録としてOECD基準の社会支出の国際比較を掲載した。しかしOECD Social Expenditure Database（以下SOCXと略）は前年から更新されなかったため、SOCXの各国データの更新は無かった。²⁾

本稿では、まずIでOECDが2011年に刊行したワーキングペーパー（OECD：2011）から2008年の世界金融危機前後の諸外国の動向を紹介する。そしてIIでは、給付費の付録でとりあげている日本を含む6カ国について、政策分野別の1990年～2007年の動向をグラフを示して紹介する。

I OECD諸国の社会支出の動向 （1980年～2012年）

OECD（2011）では第1部で1980年～2012年の間のOECD加盟国の社会支出の動向をまとめている。SOCX2010ed.が2007年までのデータしか収集公表していないため、2008年～2012年については、OECD事務局がほかの資料を参考にしてマクロの推計を試みている。リーマンショックに始まった2008年の世界金融危機を挟む期間の諸外国の動向を見るためである。しかし、日本については

2008年のデータを国立社会保障・人口問題研究所の社会保障給付費をベースに推計し加えているだけで、2009年以降について推計は無い。以下はOECD（2011）の抄訳。

主たる結果：

- 1980年から2007年までの間に公的社会支出は2割増加
国によりさまざまな経緯を経てはいるが、OECD諸国平均でみると、1980年対GDP比率が15.6%だったものが2007年には19.2%になった。
- 保健と年金が公的社会支出で最も大きい政策分野
OECD諸国平均でみると、2007年の公的年金支出GDP比率は7%、保健分野が5.8%、稼働人口むけの所得保障（失業保険や各種手当等）が3.9%、その他の社会サービスは2.1%になっている。
- 公的支出の対GDP比率は2008年～2009年の世界経済の低迷によるGDP成長率の鈍化の影響から2007年は19.2%から2009年22.5%と上昇。この間、財政支出の抑制または経済活動復興など各国の事情の違いによるが公的社会支出が減少した国（ギリシャ・アイスランド・アイルランドなど）があった一方、変化の少なかった国もあった。2012年のOECD諸国の公的社会支出対GDP比率平均は約22%になると見込まれる。

- 2007年に民間社会支出が最も大きかったのは、民間医療保険の規模に影響されたアメリカで対GDP比率で10%を超えた。他の民間社会支出では、年金や雇用主が義務的に負担する障害手当がある。対GDP比率で5%以上の民間社会支出があった国は、カナダ、アイスランド、オランダ、スイス、イギリスであった。
- 欧州諸国では、給付への直接課税や消費税の影響が、そのほかの非欧州諸国より大きく、2007年で対GDP比率で5%だった。公的給付に対する課税規模が最も大きかったのはデンマーク・フィンランド、スウェーデンであった。
- 社会的税制優遇措置（所得控除や税額控除、但し年金給付に対する優遇措置については取扱の合意ができていないため除く）は、給付への直接課税が大きい国にとって影響は少ない。現金給付と同じ役目をしている税制優遇措置がカナダ、フランス、ドイツ、ポルトガルで対GDP比率にしてそれぞれの国の公的社会支出の約1.0%、民間社会支出に対する税制優遇措置ではアメリカが最も多く対GDP比率で1%以上となっていた。
- 純（税控除後）公的社会支出は、公的社会支出ならびに民間社会支出指標で示された規模よりほとんどの国において（例外はオーストラリア、カナダ、日本、韓国、メキシコ、アメリカ）かなり減額された。それは、多くの国で社会給付に対して直接・間接に課税していることが要因である。
- 税制優遇措置や民間社会支出を勘案して総社会支出を各国比較すると、各国間の相違は少なくなる。しかし、純と名目でわずかしか変わらない国（オーストラリア、カナダ、デンマーク、フィンランド、イタリア、日本、オランダ、ポルトガル、イギリス、アメリカ）もある。

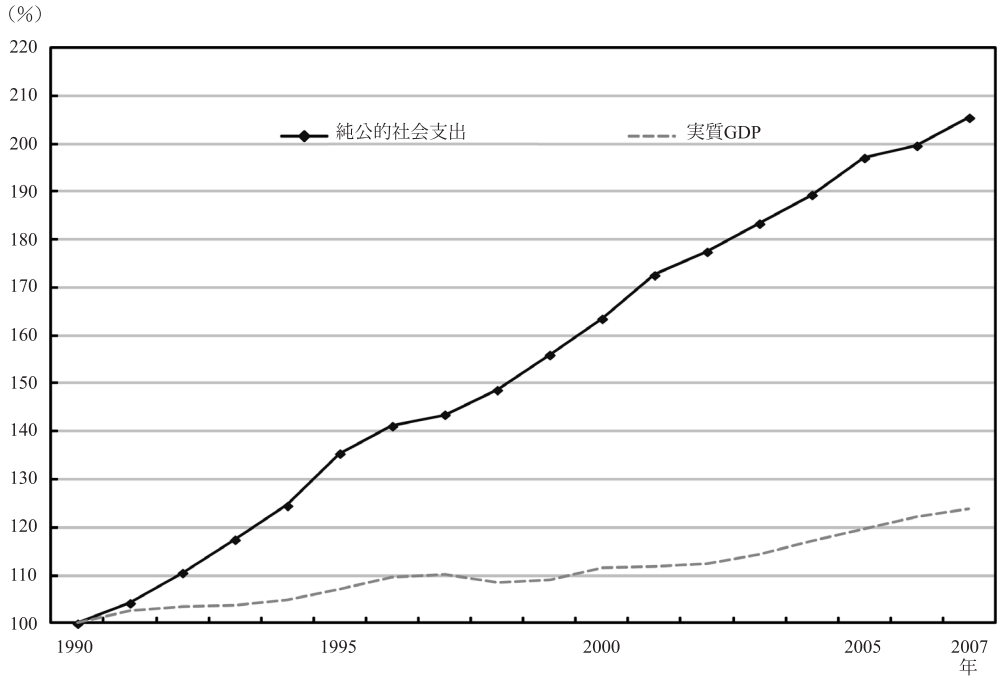
公的社会支出の動向：

公的社会支出の対GDP比率の伸びが大きかったのは1980年代前半と1990年代前半、そして2000年の初めだった。変化が大きかった期間以外はあまり変化がなかった1980年代の対GDP比率は17%付近でとどまり経済が低迷し始めた1990年代はじめには20%だった。ほとんどの国では2007年の対GDP比率は1980年代よりもかなり上昇しているが、例外としては1990年代の経済成長期に障害給付や傷病手当の民営化などを進めて緊縮財政をおこなったアイスランドやオランダはこの間に対GDP比率で4%減少している。一方、4%以上増加した国としては、デンマーク、フィンランド、アイルランド、日本、スペイン、エストニア、アメリカ、イギリスがある。その他の国でオーストラリア、ハンガリー、イスラエル、スイス、ポーランドは、OECDの平均の半分以下と増加が少なかった。

増加の多様な傾向は、退職人口と医療費の増加が要因であり、各国の将来推計人口の動向を踏まえると、引き続き増加傾向になることが想定できる。OECD諸国の平均では1980年に高齢政策分野に対GDP比率で4.5%支出していたのが2007年には5.8%になった。OECD諸国ならびにEU21カ国の平均からみると1990年から2007年にかけて0.5%ポイント増加した。（1980年代にはあまり変化がなかった。）

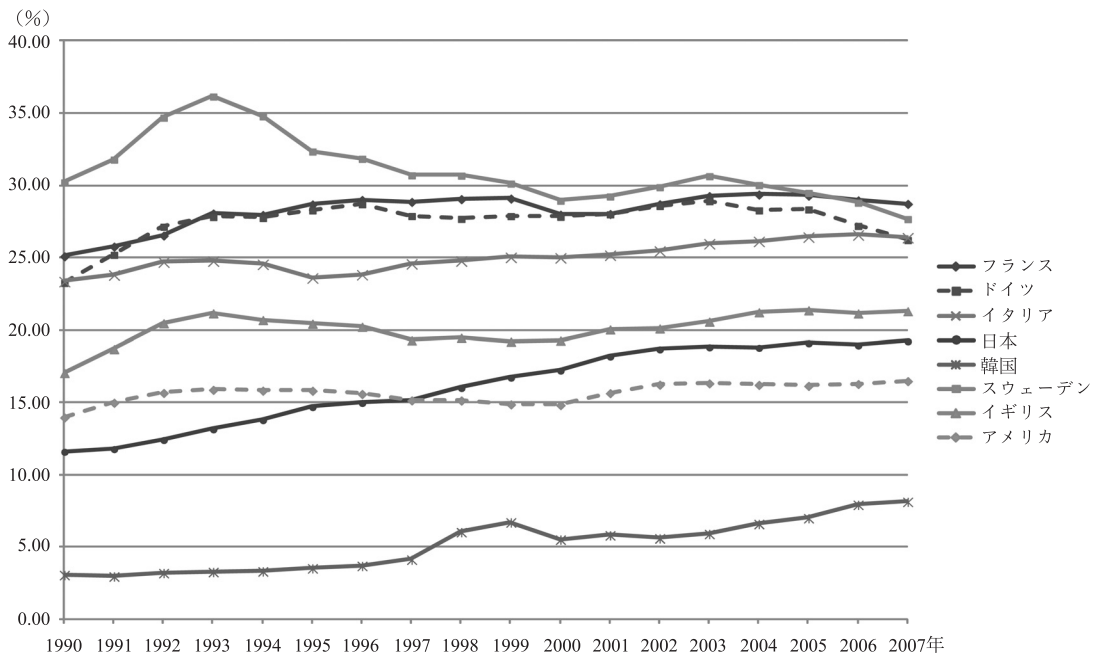
経済成長と社会支出の動向：

国際比較において、対GDP比率を用いているが、それは、異なる経済規模の国々を比較するための指標を得るためである。一国の観察をする場合は、経済成長と社会支出の伸びは、別々のこととして観察すべきだ。そうすることで社会支出の変容がわかる。1990年から2007年の動向をみると、公的社会支出の伸びはGDPの上昇よりも大きかった。なかでも日本の公的社会支出は実質経



出典：OECD (2011) p.11 Chart 1.2を翻訳。

図1 純公的社會支出の増加は実質GDPの成長より急激（1990～2007年）



出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図2 各国の総社會支出³⁾の対GDP比率の動向（1990～2007年）

済成長の伸びを大きく上回っていた。1990年に対GDP比率で11.3%だったものが2007年には18.7%まで増加した。

II SOCX2010ed.にみる各国の 政策分野別動向（1990年～2007年）

前出のOECDの記述にもあるように、政策分野別では高齢と保健がどの国においても、大きな部分を占めている。そこで、高齢と保健をひとつのグラフで、それ以外をもうひとつのグラフで各国ごとに1990年からの動向を観察してみよう。

高齢と保健がどの国においても、規模が大きく、増加幅も大きいことは共通しているが、イギリスとアメリカは、保健が高齢を上回っている。

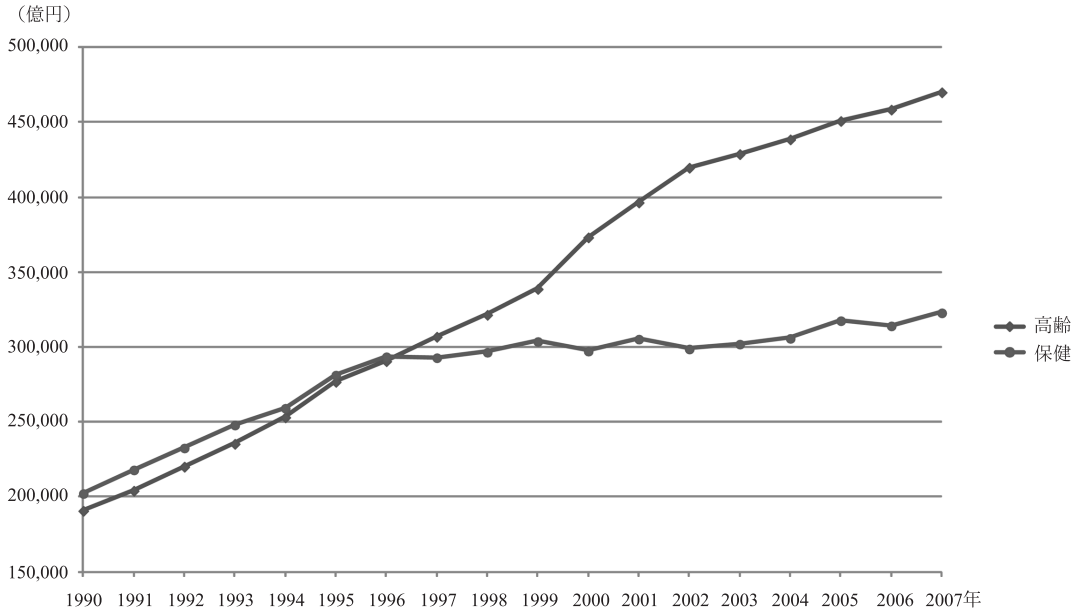
高齢には退職老齢年金などの所得保障と介護などの高齢者向けサービスが含まれる。一方、保健には年齢に関係なく、公的な保健支出が含まれる。しかし、日本のように介護保険が高齢者だけを対象にしている国はまれであり、高齢者向けの介護サービスは、年齢に関係なく提供される介護サービスとして障害・業務災害・傷病に含まれている国がほとんどである。そのことを踏まえると、高齢が急増している国は基本的に年金の増加が背景にある。

国によって、高齢と保健以外の政策分野で最も変化が大きかった政策分野は特徴がある。例えば、遺族が最も大きい国は日本だけであり、これは扶養されていた者の年金受給が多いということだが、これは厚生年金の報酬比例年金が個人単位化されていないので、人口の高齢化にともなって老齢年金の給付と同様に遺族年金の給付が増えているのである。ドイツ、スウェーデン、アメリカでは、障害・業務災害・傷病が高齢、保健に次いで最も大きい。ドイツの場合、障害・業務災害・傷病のなかで傷病手当金が最も大きな割合を占めている。詳細なデータを参照すると、傷病手当支出額が

1990年代半ばと2000年代半ばに増加していることから、経済状況の変化に影響をうけて変化していることがうかがえる。また、二番目に大きな割合は介護手当（1995年以降は介護保険からの支出）である。スウェーデンの場合、障害・業務災害・傷病のなかで障害年金（国民保健）が最も大きな割合を占めている。二番目が日常生活支援である。前者は長期失業状態にある高齢者にとって公的年金の受給開始年齢（65歳）までのつなぎとして障害年金が受給されている実態がある。また、後者は高齢者を含む身体介助や支援が必要な人々が在宅で生活をつづけることを可能にする給付である。アメリカの場合、障害・業務災害・傷病のなかで最も大きな割合を占めているのは障害年金である。金額ベースで1990年から2007年までに4倍以上に支出が急増している。長期に就労することができない勤労者世代の増加が背景にある。このように障害・業務災害・傷病の増加要因は、失業・高齢化・在宅介護の普及などさまざまである。フランスとイギリスで家族政策が大きく増加している。フランスは出産奨励策を国として推進している。イギリスはブレア政権の時社会的包摂政策として、貧困層にある家族やこどもへの支援を充実させた。各国政府の政策選択の影響が政策分野別の支出の大きさにあらわれている。

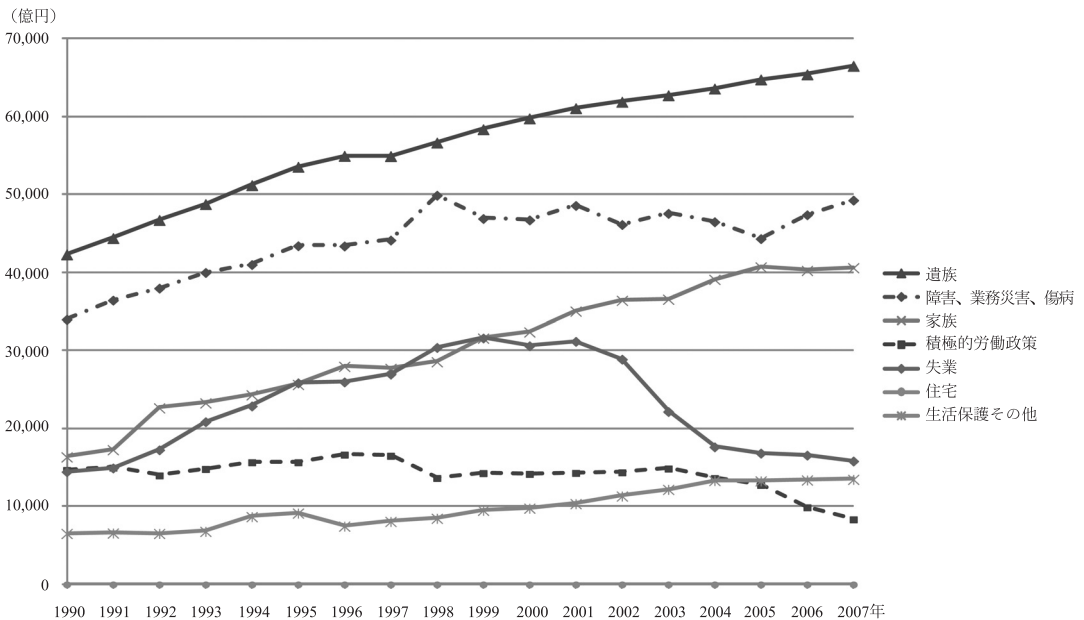
III おわりに

政府が2009年に閣議決定した「公的統計の整備に関する基本的な計画」の中では、社会保障給付費についても重要な方針が盛り込まれた。基本計画においては、福祉・社会保障全般を総合的に示す統計を整備する必要性が述べられるとともに、現在の社会保障給付費だけでは国際比較が十分に行えないことや、国民経済計算をはじめ、各種の国際基準に基づく統計との整合性を向上させる必要があることなどが指摘されている。国立社会保



出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

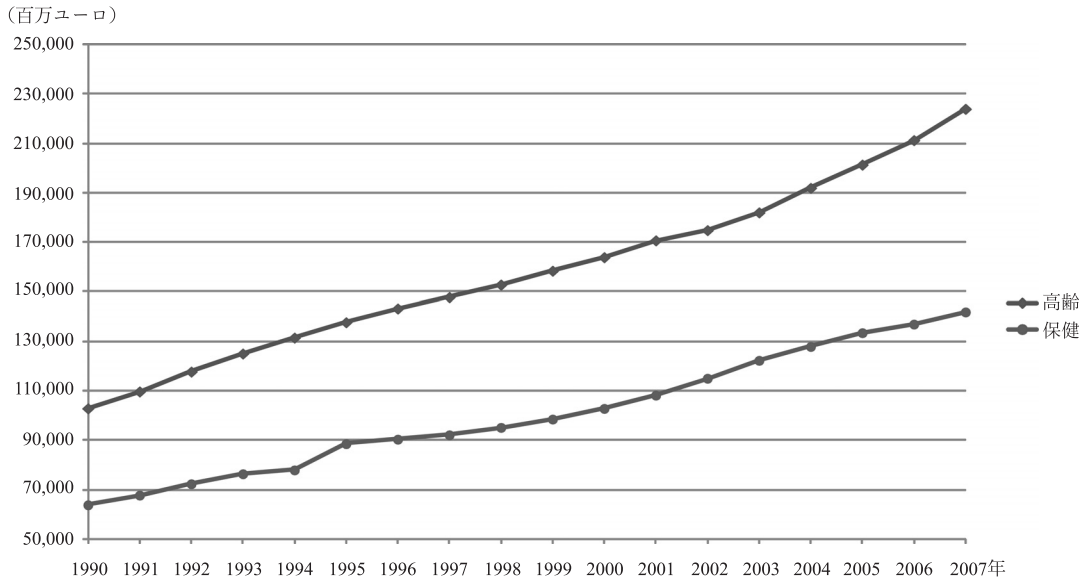
図3(A) 日本の政策分野別推移 (高齢・保健) 1990~2007年



(注) 日本は「住宅」のデータを提供していないためゼロ。

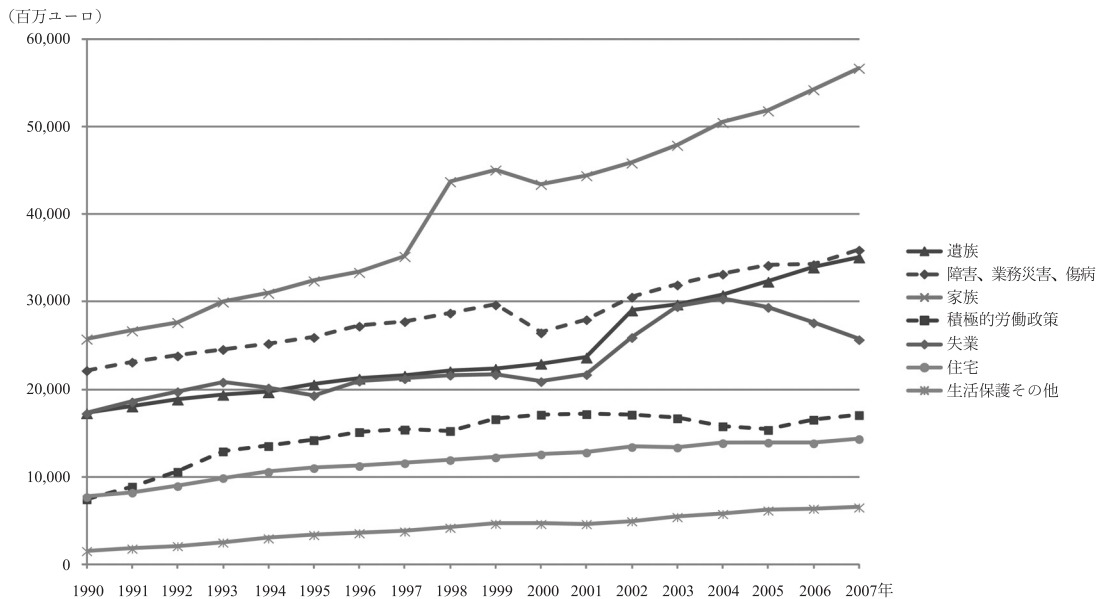
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図3(B) 日本の政策分野別推移 (遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他) 1990~2007年



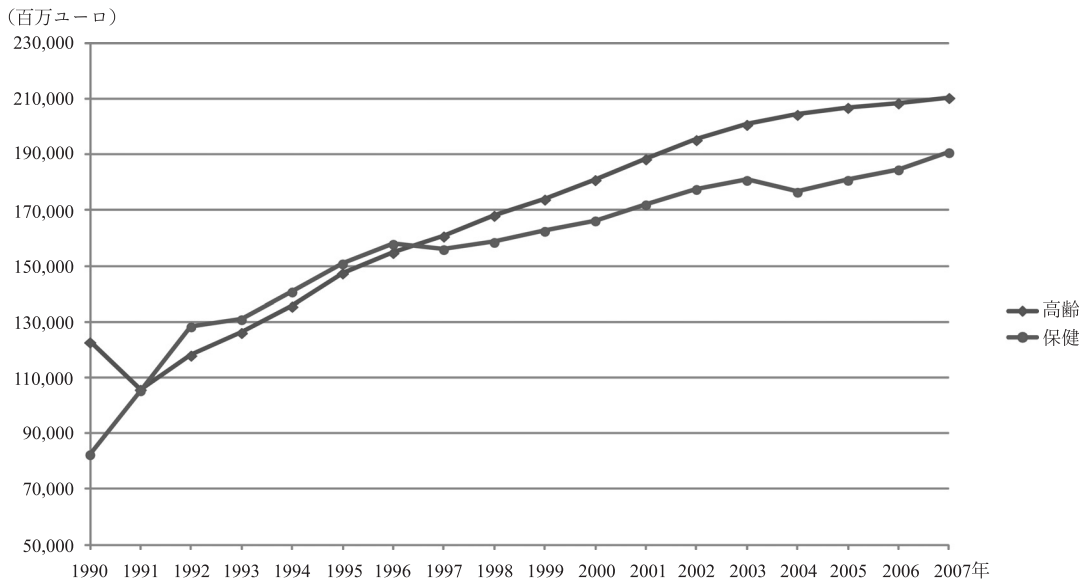
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図4(A) フランスの政策分野別推移 (高齢・保健) 1990~2007年



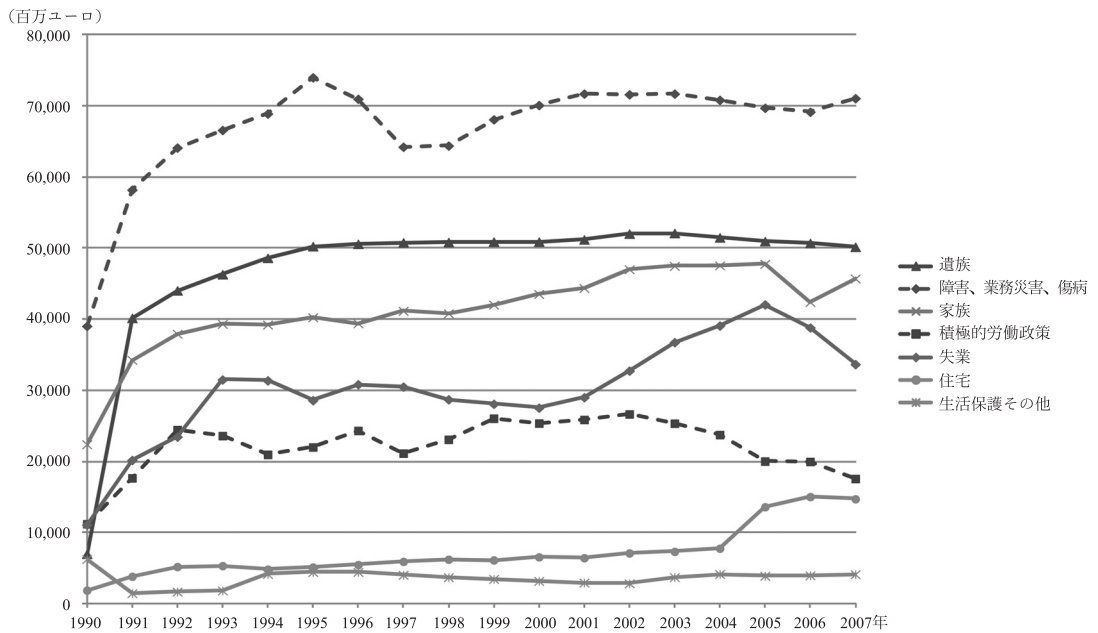
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図4(B) フランスの政策分野別推移 (遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他) 1990~2007年



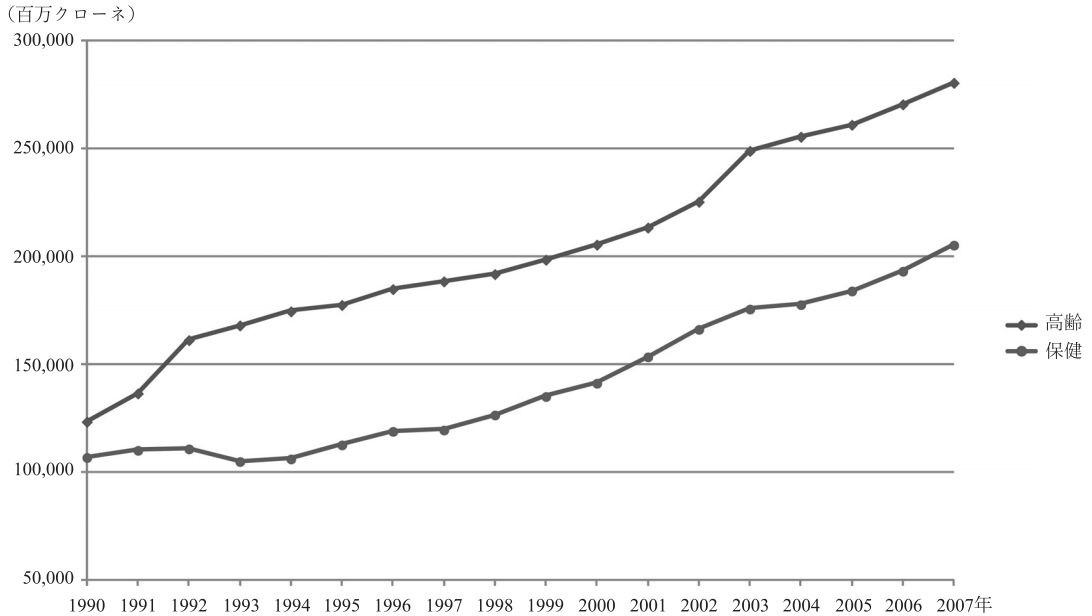
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図5(A) ドイツの政策分野別推移 (高齢・保健) 1990~2007年



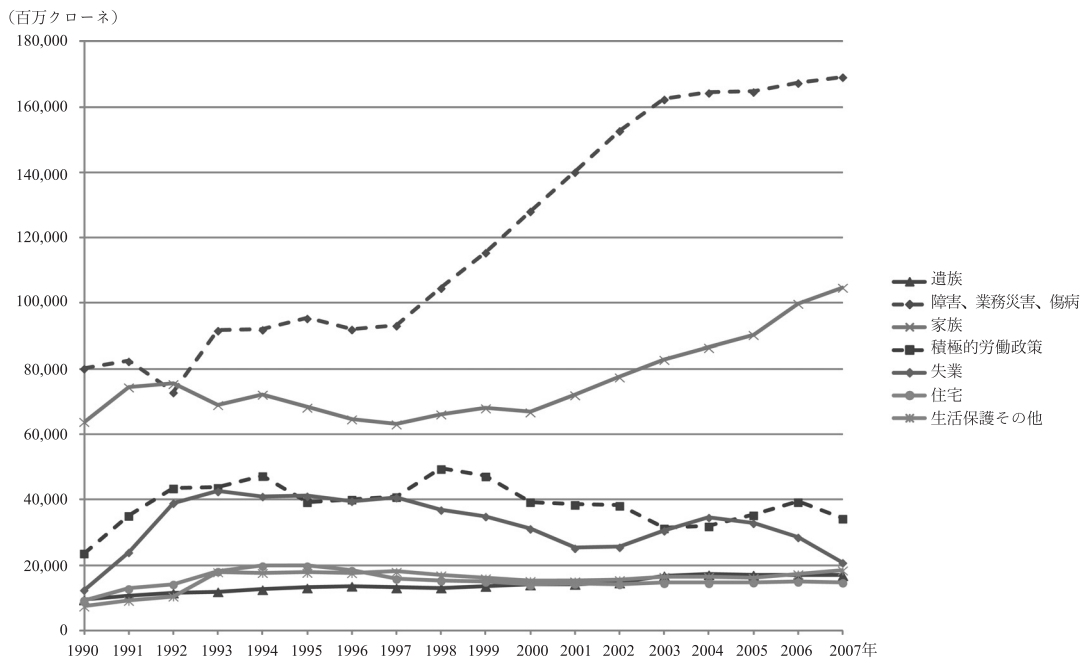
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図5(B) ドイツの政策分野別推移 (遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他) 1990~2007年



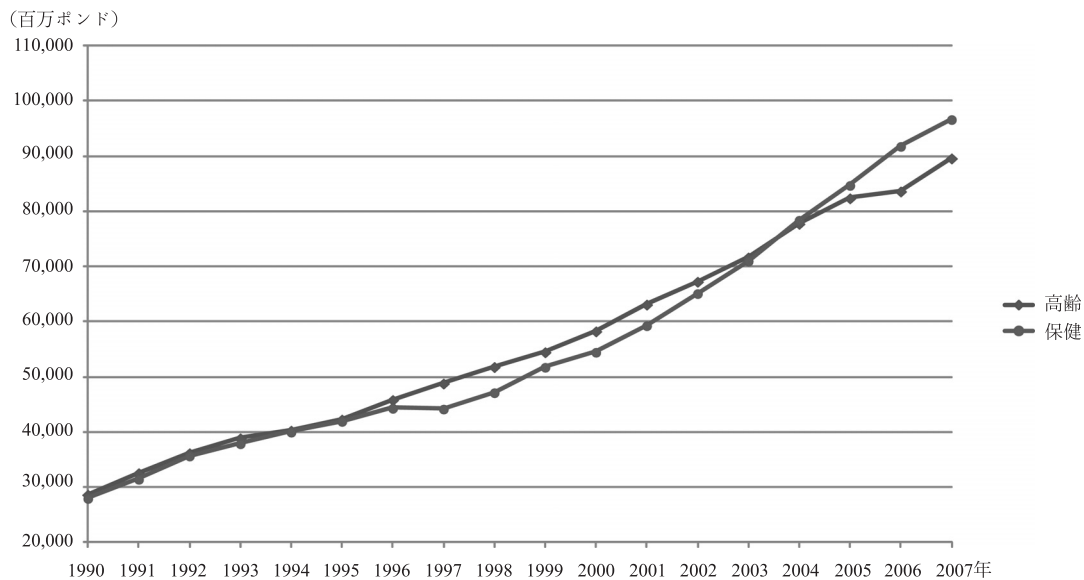
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図6(A) スウェーデンの政策分野別推移 (高齢・保健) 1990~2007年



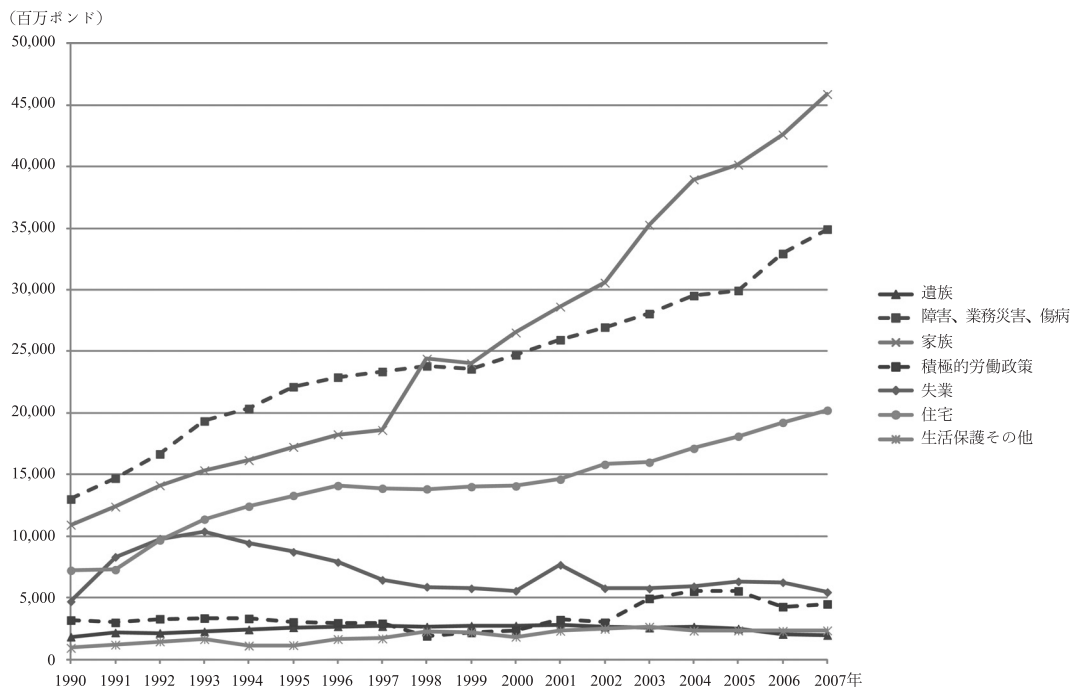
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図6(B) スウェーデンの政策分野別推移 (遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他) 1990~2007年



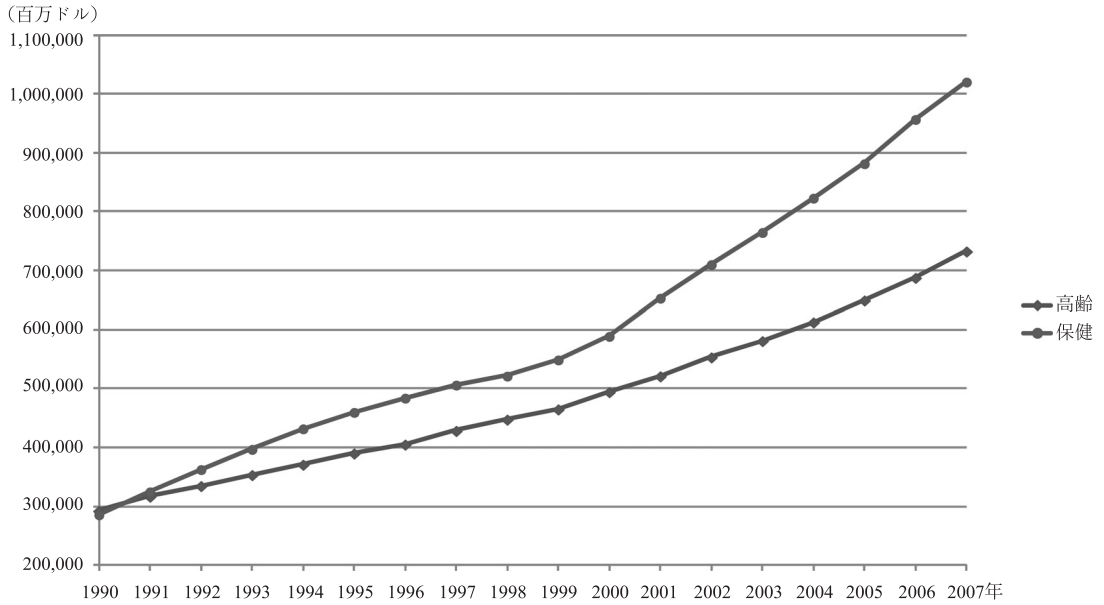
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図7(A) イギリスの政策分野別推移（高齢・保健）1990～2007年



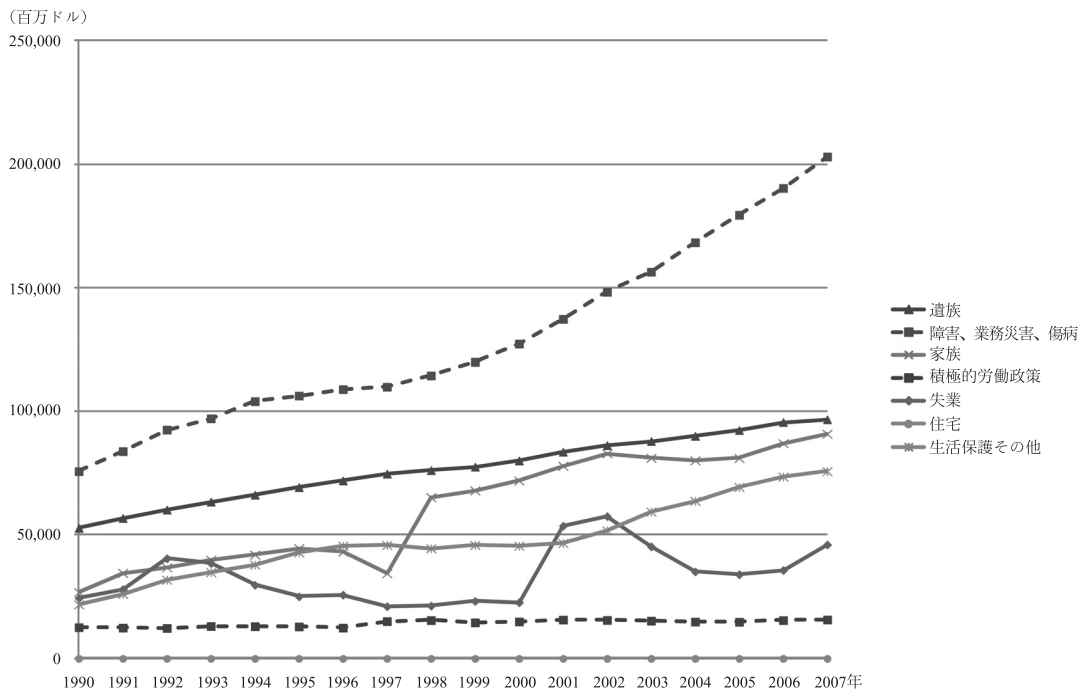
出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図7(B) イギリスの政策分野別推移（遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他）1990～2007年



出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図8(A) アメリカの政策分野別推移 (高齢・保健) 1990~2007年



(注) アメリカは「住宅」のデータを提供していないためゼロ。

出典：OECD, SOCX 2010ed. を基に作成。

図8(B) アメリカの政策分野別推移 (遺族・障害・家族・積極的労働政策・失業・住宅・生活保護その他) 1990~2007年

障・人口問題研究所では2011年に「社会保障費統計に関する研究会」を組織し、わが国の社会保障費統計が準拠すべき国際基準の在り方や、SNAとの整合性の確保などの論点を中心に議論を重ね、報告書を2011年7月に公開した。

研究会では、準拠すべき国際基準について意見が交わされたが、国際比較可能性という観点からOECD SOCXの利便性の高さがあげられている。一方、OECD SOCXには財源データが整備されていない点が課題とされた。

OECDは2012年に2010年までSOCXの集計を更新することを各国にもとめている。また同時にNet SOCXに関する追加データの提供ももってきている。2012年中に、2008年に起きた金融危機の前後の日本を含めた各国の社会支出の動向があきらかになるものと期待できる。

注

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所（2011b）、同内容は研究所ホームページに全文掲載している。
- 2) 対国民所得比については、データ出所の修正により、平成20年度「社会保障給付費」付録の同表から数値が更新されている。

- 3) この図では、公的社会支出と義務的私的社會支出を合計したものを総社会支出と定義する。

参考文献

- 国立社会保障・人口問題研究所（2011a）『社会保障費統計に関する研究会報告書』所内研究報告 第41号 (<http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/houkokuNo.41-201106.pdf>)（2011.7.11）
- 国立社会保障・人口問題研究所（2011b）『平成21年度社会保障給付費』 (http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h21/kyuuhu_h21.asp)
- 国立社会保障・人口問題研究所（2012）「平成21年度社会保障費一解説と分析一」『季刊社会保障研究』第47巻第4号
- OECD（2011）"Is the European Welfare State Really More Expensive?"; Social, Employment and Migration Working Papers No.124

本文中の略語一覧

- EUROSTAT Statistical Office of the European Communities 欧州統計局
- OECD Organization of Economic Cooperation and Development 経済協力開発機構
- （ひがし・しゅうじ 企画部長）
（かつまた・ゆきこ 情報調査分析部長）
（のむら・としゆき 企画部第2室長）
（たけざわ・じゅんこ 企画部研究員）
（さとう・いたる 社会保障基礎理論研究部研究員）

Richard B. Freeman, Birgitta Swedenborg, Robert H. Topel編著
『Reforming the welfare state: recovery and beyond in Sweden』

(University of Chicago Press、2010年)

酒井 正

I はじめに

本書は、1993年にスタートした全米経済研究所 (NBER) とスウェーデンビジネス・政策研究センター (SNS) による共同研究プロジェクトの成果であり、両国の経済学者によるスウェーデン経済に関するさまざまな角度からの分析を収載している。この共同研究の成果は、既に一度、*The Welfare State in Transition* (Freeman, Topel, & Swedenborg 1997) として刊行されており、本書は、同プロジェクトからの2度目の書籍刊行ということになる。

序章の冒頭で「スウェーデン経済モデルは、資本主義経済による福祉国家建設のおそらく最も野心的且つ最も広く喧伝された試みである」と述べられていることからわかるように、同プロジェクトの基本的な問題意識は『高福祉高負担』で競争制限的であるにもかかわらず、スウェーデン経済はなぜ高い経済成長を遂げて来たのか」ということにある。だが、そのスウェーデンも、90年代初頭に経済危機に直面した。そこで、共同研究の成果を再び世に問う本書では更に、スウェーデン経済が90年代前半の経済危機からどのように立ち直り、そこに制度や制度改革がどのような役割を果たしたのか明らかにすることを新たな目的に掲げている。その分析のためのロジックとし

て依拠するのは、徹頭徹尾、新古典派流の経済学である。

上記のようなともすればナイーブとも思える問題意識を出発点にしながらも、同プロジェクトが突き詰めて分析した結果は、非常に示唆に富むものである。特に、現在の日本における社会保障制度改革を考えるうえで見過ごされがちな論点が多く示されていると評者には感じられた。本書を通して浮かび上がってくるのは、経済危機からおおむね回復を遂げ、いまだ所得格差の小さい国にとどまっていながら、福祉国家としての大きな岐路に立つスウェーデンの姿である。

第9章を除く全章がスウェーデンの研究者と米国の研究者による共著となっており、米国との比較を通じてスウェーデンの特徴を明らかにするスタイルが採用されている。前著と同じ組み合わせの研究者で書かれている章も多く、前著における分析のフォローアップに力点が置かれている。各章とも斬新な手法による分析というよりは、さまざまな統計的事実の確認とサーベイとしての色合いが強い¹⁾。労働市場の分析が多く、労働市場にかかわる制度が「スウェーデン・モデル」を特徴付けていることが窺える。経済危機後の制度改革についても多くの紙幅が割かれている。以下で各章を概観して行く。

II 各章の紹介

第1章 "Searching for Optimal Inequality/Incentives" (Björklund & Freeman) では、スウェーデンにおける所得格差の推移をさまざまな切り口から見ている。所得格差の拡大は、一部の人々を貧困に陥らせる可能性がある一方で、人々が低付加価値の生産活動から高付加価値の生産活動へと移るインセンティブを提供し、そのことで生産性が高まる可能性もある。スウェーデンでも、近年、所得格差が拡大したが、それでも、いまだ最も所得格差が小さい国の一つにとどまっている。学歴間の所得格差も小さい。統計によれば、スウェーデン人は米国人よりも、所得格差が有するインセンティブ効果を信じておらず、「格差を縮小するために政府が介入すべき」と考える傾向があるという。近年の所得格差の拡大は、格差縮小を志向する政策への支持を更に増やしたようである。人々は高い失業率に適応し、生活満足などは影響を受けにくくなって来ているという。

第2章 "Policies Affecting Work Patterns and Labor Income for Women" (Kolm & Lazear) では、女性の就業にかかわる施策を検討している。労働所得への課税が女性の就業インセンティブを減少させる一方で、保育助成は子どもを持つ女性の就業を促す。また、例えば女性が現時点で家庭に多くの時間を振り向けるように動機付けられれば、後に離婚した場合、人的資本への投資が少なかったことで貧困に陥るかもしれない。スウェーデンの女性の就業率は米国と比べて高いが、パートタイム労働などが多く、就業の安定や人的資本の蓄積という観点からは問題がないとは言えない。この章では、育児休業制度、保育助成、給付付税額控除等の施策について、理論的に整理している。スウェーデンの手厚い育児休業制度は、たしかに女性の就業率を高めるが、一方で、長い離職期間

によって女性の人的資本形成を妨げている可能性がある²⁾。父親の育児休業取得を促す近年の改革は、これを回避する効果がある。保育助成も就業を促進させるかもしれないが、保育サービスへの支出を過大にする可能性はある。

第3章 "Wage Determination and Employment in Sweden Since the Early 1990s: Wage Formation in a New Setting" (Fredriksson & Topel) では、スウェーデンにおける労働組合を中心とした賃金決定メカニズムを見ている。スウェーデンの労働組合組織率は80%以上であり、同時に公的部門が雇用の主たるアクターである。集権的決定（および平等主義的政策）によって賃金格差は小さくなるが、賃金格差が人為的に縮小されれば、高いスキルを必要とする産業にレントを与えることになる（高いスキルの労働者を本来より安く雇えることになるので）。しかし、高いスキルを持っていても安くしか雇われなければ、人々の人的資本投資に対するインセンティブが低下し、長期的には経済の生産性が低下するかもしれない。90年代頃から、団体協約の締結は次第に分権化されるようになり、それに伴って賃金格差は拡大した。それは、特にホワイト・カラーにおいて顕著だった。しかし、著者らは、分権化は、賃金格差拡大の原因というより結果と考えることもできると言う。スキルに対する収益が上れば、平等主義的政策の歪みが大きくなるので、結果として分権化せざるをえなくなるからだ。

第4章 "Labor Supply, Tax Base, and Public Policy in Sweden" (Aronsson & Walker) では、税負担と手厚い給付が労働供給を抑制する可能性について検討している。彼らによれば、税負担の労働時間への影響はあまり大きくないようだが、各種社会保険による充実した所得保障はスウェーデン人の労働時間が相対的に短い理由となっている可能性がある。また、労働時間以外の形で影響が生じていることも考えられる。例えば、人々が

医療上の理由以外から病気休暇を取得することが多いことが窺えるという。受給資格要件が厳しくなったにもかかわらず、疾病保険手当の受給者はいまだ多い。

第5章 "Did Active Labor Market Policies Help Sweden Rebound from the Depression of the Early 1990s?" (Forslund & Krueger) では、スウェーデンの労働市場のかつての堅調さを説明する要因としてしばしば挙げられて来た積極的労働市場政策 (Active Labor Market Policy; ALMP) について検討している³⁾。彼らは、90年代以来、ALMPは総失業率を低下させるのに最低限の役割しか果たさなかったと結論している。ALMPの効果に関する実証研究によれば、90年代には80年代よりも職業訓練の効果が低下していたという。また、失業者の時間利用について見ると、スウェーデンの失業者が職探しに投入する時間は米国の失業者と比べて著しく少ない。経済危機後に生じた失業の長期化には、プログラムに参加することで失業手当の受給期間を更新できる制度構造が寄与していた可能性があるが、最近の失業保険改革でこれは改められた。いくつかのプログラムには、既存の従業員を置き換えてしまう効果が懸念される。雇用助成金についても、置き換え効果によってネットでの雇用量への影響は小さいかもしれないという。手厚い失業給付を少なくするのはやや難しいが、代わりとして、カウンセリング等の手段が考えられる。これらは人々の留保賃金を下げることで就職しやすくする。

第6章 "How Sweden's Unemployment Became More Like Europe's" (Ljungqvist & Sargent) では、スウェーデンにおける失業率上昇の理由を失業手当との関係から説明している。1950年代から1960年代にかけての失業率の低さは、雇用保障が強く、失業への流入が少なかったことで説明できるという。1970年代後半以降は、失業からの流出が減ったこと (すなわち失業期間の長期化)

が失業率を高めて来た。経済環境が悪化する中で、失業者の持っているスキル (=稼働能力) が陳腐化しやすくなると失業手当を受給し続けるインセンティブが強くなることが背景にあるという。

第7章 "Economic Performance and Market Work Activity in Sweden after the Crisis of the Early 1990s" (Davis & Henrekson) では、スウェーデンにおける高い税率が市場労働に与える影響を見ている。生活時間調査によれば、米国人のほうが賃金労働により多くの時間を投入している一方で、スウェーデン人は家計内生産に費やす時間が長い。余暇時間ではスウェーデン人は米国人より短い、食事やその準備などに費やす時間が長いのである。これは、労働所得と消費支出への重い課税によって市場財の購入から家計内生産へ代替が起きているのだと解釈できる。実際、卸小売りや飲食・宿泊業といった労働集約的で家計内生産に代替しやすい業種の生産量・雇用量は、高税率の国ほど低いことが知られている。スウェーデンにおける高い税率の影響は、地下経済の大きさにも現れているという。地下経済は、自動車修理、飲食、タクシー、理容といった分野で大きい。いまや生産統計は、この地下経済分を調整して公表されている。しかし、近年の社会保障税の引き下げや清掃・調理の提供に対する減税等は、今後、市場労働を増やすことにつながるだろう。

第8章 "Competition, Regulation, and the Role of Local Government Policies in Swedish Markets" (Fölster & Peltzman) では、地方自治体の競争政策の影響を検証している。スウェーデンではかつて競争制限的政策によって、生産物価格は高く、生産性は低かったが、その後、多くの産業で規制緩和が進んだ。しかし、いまだ多くのサービスにおいて地方自治体が独占供給主体となっている。290の地方自治体をパネル化して分析した結果、低税率で企業にとって優しい自治体では、所得が高いことがわかった。

第9章 "What Have Changes to the Global Markets for Goods and Services Done to the Viability of the Swedish Welfare State?" (Leamer) では、輸出構造の変化からスウェーデン経済が国際経済でおかれている状況を見ている。スウェーデンの輸出製品の構成を他国と比較すると、米国市場への輸出では、80年代は日本やカナダといった国が競合相手だった。しかし、2000年代に入ると、中国、韓国、メキシコといった国の輸出製品の構成がスウェーデンの構成に近くなって来ている。すなわち、これらの比較的賃金の低い国々が輸出市場においてスウェーデンと競合するようになって来ているのである。

Ⅲ 本書が日本へ示唆するもの

論文集という性格上、各章の分析内容や展望に統一感が欠けることは否めない。最近の制度改革の影響についても、(データ上の制約があるためか) 必ずしも十分に検証されているとは言えない。また、これは著者たちもしばしば認めているが、各種の指標の観察では、世界的に見れば米国のほうがむしろ特異と言えるケースが目立ち、米国との比較という手法はスウェーデンの特徴を浮かび上がらせるのに必ずしも有効ではなかったかもしれない。翻って、日本とスウェーデンを比較した場合には、なにが見えてくるだろうか。この節では、本書が現在の日本に与える示唆について考えてみたい。

まず、本書の分析から見えて来るのは、労働市場にかかわる制度を中心として、多くの制度・仕組みが綿密に絡み合って「スウェーデン・モデル」として機能している(少なくともある時期まで機能していた)という事実である。したがって、もし我々がスウェーデンの制度から学ぶことを考えるならば、常に制度全体との関係において個々の制度を評価する必要がある。例えば、労働組合組

織率の高さ等に基づく小さな賃金格差は、貧困に陥る者を少なくし、ある種の産業にはコスト上のメリットを与えるかもしれない。しかし、他方で、人びとが高いスキルを獲得しようとするインセンティブを低下させてしまう可能性もある。第1章で論じられているように、それにもかかわらず、スウェーデンの教育水準が高いのは、大学の授業料が無料であるなど教育にかかるコストが低く抑えられていることと無縁ではないだろう。平等主義的政策に内在するインセンティブ抑制効果を緩和させるような仕組みが別のところで担保されているのである。似たことは、第2章で論じられた育児支援策についても言えるのかもしれない。スウェーデンでは、労働所得への課税が重く、それによって女性は就業意欲が阻害されがちである。だからこそ、女性の就業を促すために手厚い育児支援策が整えられているのだとも考えられる。

第2に、上の点とも深くかかわるが、それまでうまく機能していた諸制度の補完関係が、経済環境等の変化によって噛み合わなくなる可能性もあることを本書のいくつかの事例は示している。例えば、給付が手厚いにもかかわらずモラル・ハザードによる受給がかつて必ずしも多くなかった背景には、社会的スティグマが強いこともあったかもしれない。しかし、一度、受給者数が増えてしまうと、そのこと自体が社会的スティグマを弱めてしまう可能性がある(第4章、第5章)。その意味で、社会的スティグマの存在に過度に依存して設計された制度は経済環境の変化に対して脆弱である。また、2007年に導入された給付付税額控除においては、税引き後の所得こそが重要となるはずであるが、労働組合などはいまだ税引き前の所得にこだわっているため給付付税額控除の意義が薄れてしまっているという(第7章)⁴⁾。これらの事例は、各種制度が連動して修正されなければならないことを示唆している。そして、そのことはスウェーデンにおいても恐らく簡単なことではな

いのである。スウェーデンから本当に学ぶべきことは、こういうことかもしれない。

「なぜスウェーデン経済は、競争制限的でありながら、高い経済成長を遂げたのか」という最初の問いに立ち戻ると、その問いの裏には、「競争制限的でありながら長期にわたって高い経済成長を達成できるわけではない」との意識があったと思われる。実際に、スウェーデンもグローバル経済の荒波にもまれるようになって来ており、以前よりも市場主義的な経済運営に舵をきっている。つまり、ある程度、前著で予想された通りになって来ていると言える。他国に学ぶ際に、理論的な予測をたて、時間をかけて分析することの重要性を本書は示している。同時に、かつての「高い経済成長」の内実を明かすことも本書は忘れていない。第7章で強調されているように、80年代までのスウェーデンにおける雇用増加のほとんどは、公的セクターによって担われていた。

複数の政策選択肢のコストベネフィットを理論的・実証的な根拠に基づいて比較する点など、日本における社会保障研究が見習うべき点も多いと思われる。また、いくつかの章の分析で用いられていた生活時間調査も、各種制度の影響を掘り下げて見るのに日本でも有効ではないかと感じた。

「スウェーデンのような国では、『高福祉』が約束されているからこそ、税負担が重くても、人々は就業意欲を阻害されないのだ」といった主張が日本でもなされることがある。しかし、本書の序章では、そのような見方に対して、税負担は給付とリンクされておらず、フリーライドをもたらするので、妥当でないと反論している。本書で示された重い税負担や手厚い福祉が経済活動に及ぼすさまざまな影響は、日本でも社会保障改革の論

点を整理するうえで参考になるところが大きいのではないか。経済学の良識ある側面を垣間見させてくれる研究書である。

注

- 1) 本書は文献サーベイから多くの含意を得ているため、この書評では、各章の結論が引用された他の研究結果に基づくものであっても、特にそれを明記せずに紹介する。
- 2) Gupta et al. (2008) によれば、北欧諸国では、手厚い育児支援によって、男女間賃金格差の縮小スピードが鈍化して来ているという。
- 3) スウェーデンのALMPについては、本特集号の佐藤論文に詳しい。
- 4) 久米 (2005) によれば、極めて分権的な「弱い」労働組合しか存在しない場合に加え、高度に集権的・包括的な「強い」労働組合が存在する場合にも、一国の経済のパフォーマンスはよくなるという。後者では、コーポラティスト的な体制がとりやすいからであり、かつてのスウェーデンもこれに属すると言える。その意味では、既に分権化し始めているスウェーデンの労働組合は、今後、分権化が極端に進まない限りは、経済成長を妨げる要因になりうる。これもまた、かつて機能していた体制が、微妙な環境の変化によって機能しなくなる例の一つのと考えられるかもしれない。

参考文献

- Freeman, R. B., R. Topel, and B. Swedenborg, eds. 1997. *The welfare state in transition: Reforming the Swedish model*. Chicago: University of Chicago Press.
- Gupta, N. D., N. Smith, and M. Verner. 2008. The impact of Nordic countries' family friendly policies on employment, wages and children. *Review of Economics of the Household* 6(1): pp.65-89
- 久米郁男『労働政治 戦後政治のなかの労働組合』中央公論新社, 2005年.

(さかい・ただし 国立社会保障・人口問題研究所
社会保障基礎理論研究部研究員)

Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, Christopher Pierson編
『The Oxford Handbook of THE WELFARE STATE』

(Oxford、2010年)

西村 周三

I はじめに

オックスフォード大学出版局は、人文・社会科学分野のさまざまなトピックスに関するハンドブック・シリーズを出版しているが、本書はそのシリーズの「福祉国家」と題するものである。5名の編著者が、70名を超える執筆者を動員して、合計876 (+xxx) ページに及ぶ膨大な著作を完成させた。全体は8部、48章から成る。各部のタイトルは次の通りである。第I部 福祉国家の哲学的正当化と批判、第II部 歴史、第III部 アプローチ法、第IV部 投入と演者 (inputs and actors)、第V部 政策、第VI部 政策の帰結、第VII部 世界の福祉、第VIII部 将来展望。

全体を通読するだけでも骨が折れたが、政治学、社会学、社会政策論、経済学など多岐にわたる学問領域をカバーしており、とりわけ他分野の、福祉国家に関わる学問の動向を知る上できわめて有益である。

簡単に各部の構成を紹介しておく。Francis G. Castles, Stephan Leibfried, Jane Lewis, Herbert Obinger, Christopher Pierson という5名の編者による序章を受けて、第I部は導入の第1章を受けて、第2章 倫理、第3章 知的起源、第4章 批判と批判を超えて、からなる。歴史を扱う第II部では、第5章 西欧の福祉国家の生成、第6章

戦後福祉国家の発展が取り上げられる。

第III部 アプローチ法の箇所は、第7章 研究手法、第8章 公的及び私的福祉、第9章 家族対国家及び市場、第10章 学問分野ごとの視点 (Disciplinary Perspectives) からなる。

第IV部 投入 (inputs) と演者 (actor) は、第11章 福祉国家におけるニーズとリスク、第12章 民主主義と資本主義、第13章 組合と雇業者、第14章 政党、第15章 政治制度、第16章 公衆の態度、第17章 ジェンダー、第18章 宗教、第19章 移民と民族的少数者、第20章 EU 第21章 政府間組織、第22章 グローバリゼーション。

第V部 政策 第23章 社会支出と収入、第24章 高齢者年金制度、第25章 健康、第26章 長期ケア、第27章 労災と疾病手当、第28章 障がい、第29章 失業保険、第30章 積極的労働市場政策、第31章 社会的扶助、第32章 家族手当と家族給付、第33章 住宅、第34章 教育。

第VI部 政策の帰結 第35章 市民の社会的権利、第36章 不平等と貧困、第37章 マクロ経済的帰結、第38章 福祉費削減。

第VII部 世界の福祉 第39章 福祉国家のモデル、福祉国家の確立した国々、第40章 北欧諸国、第41章 大陸西ヨーロッパ、第42章 南欧諸国、第43章 英語圏諸国、第44章 ラテン・

アメリカ、第45章 東アジア、第46章 東欧およびロシア。

第Ⅷ部 将来展望、第47章 西側福祉国家のサステナビリティ、第48章 グローバルに見た将来。

Ⅱ 注目すべき箇所

以上のいずれの各章も力作ばかりである。ここではすべての章の紹介とコメントは出来ないので、評者が、新味があると考え、注目したいと考える章に絞って内容の紹介とコメントを加えたい。ただし、この取捨選択の基準は特に明確な基準があるわけではない。ただ、章ごとで若干の重複が見られることも、すべてを取り上げないという理由の一つであり、また、評者はほとんどの著者と面識がないので、その意味では公平な取り上げ方をしているつもりである。

まず第2章の「倫理」を論ずる章は、T.H.Marshallの提起した「市民権」を発展的に論じたS. Whiteの執筆になる箇所であるが、G・エスピン・アンデルセンの名著『福祉資本主義の三つの世界—比較福祉国家の理論と動態』（岡沢憲芙・宮本太郎監訳、ミネルヴァ書房、2001年。）で提起された、資本主義社会における3類型、社会民主主義、自由主義、保守主義にもとづいて、ニーズ、平等、自由の3つのトピックスが吟味される。なお、エスピン・アンデルセンの多くの著書は、本書の多くの箇所で引用されており、当代きっての福祉国家論のオピニオン・リーダーであることは、ここでも特筆しておきたい。

この第2章の著者はStuart Whiteであるが、彼はニーズについて、彼が提起した条件付き（conditionality）給付の妥当性を、3つの類型ごとの考え方に応じて整理している。この箇所は、次第に日本でも政策課題になりつつある、生活保護給付を就業への意思と密接に結びつけて行うかと

いった論争への参考となる議論である。このWhiteの著述になる章は、このあとの平等論、自由論も含めて、倫理学の議論として、今後日本でも活発になることが期待される。なおT.H.Marshallの提起した市民権については、第35章で再び詳しく論じられる。

第Ⅱ部は、この章のあと、政治学者にとって興味深い最新の議論が続く。特に第5章、第6章では、福祉国家の生成と第二次大戦後の発展が語られる。これらの諸章は日本においても数多くの福祉国家論が話題にした箇所であるが、英国とドイツのそれぞれの発展が、ほかの小国に及ぼした影響など、日本ではあまり話題にならなかった論点にも触れられており、興味深い。

第Ⅲ部は、福祉国家論へのアプローチのあり方という方法論の箇所であり、類書ではあまり見られない話題が取り上げられている。最初の第7章は、国際比較、歴史的接近法、数量的分析法などといった誰もが想像する分析手法の違いのほか、Causal research（因果関係の研究）や質的比較研究（QCA）の可能性などが論じられるが、評者は、この接近法に関する問題提起を受けて議論される第8章以下（第10章まで）に大いに刺激を受けた。

第8章 公的社会支出と私的社会支出 と題する章では、OECDの定義による「社会的支出」の公式の定義が述べられたのち、国際比較を行う際に留意すべきことがらが議論される。

この指標は、いわば各国の「福祉国家度」を示すものとされるが、税控除の制度などを詳しく国際比較すると、表向きの指標だけでは見えないことが明らかになる。また、平等という視点だけでなく、それと効率との相互作用を考えれば、税制度全般も含めた上での不平等、貧困に与える影響、効率性の観点からの、勤労意欲や貯蓄に与える影響などがこの章の関心である。

この章の問題提起は、社会学者とOECDの元研

究者との共著になる章であるが、高福祉・高負担が、必ずしも経済成長に悪影響を与えるとは限らないという問題提起なども引用し、国民経済レベルの幅広い議論を展開している。

第9章では、家族と国家・市場の関係が論じられる。ここでの「家族」は言うまでもなく、ジェンダーの視点の強調である。主要な論点は次の4つである。(1) 父母のそれぞれの雇用および家事への参加の分布、および母親の労働への参加と父親の家事への参加を促進する社会・経済政策の必要性、(2) 家事の外部化と子どもの早期教育、(3) いわゆるワークライフバランス、(4) 子どもの教育と福祉 (well-being) の向上。

ところでこの第Ⅲ部は、方法論について論じている箇所であるが、第8章、9章ともあまり方法論というイメージではない。しかし9章の終わりで、家族政策が、経済的、イデオロギー的、政治的、社会的なさまざまな要素の絡み合ったものであることが指摘され、単に角学問体系では解決し得ない課題を提起していることが強調される。これを第10章が受け継ぐことになる。第Ⅲ部の最後の10章は、学問分野ごとの方法論の違いが論じられる。

そして、学問分野ごとの福祉国家に関する関心が異なるのではないかという問題提起がなされる。社会学における関心は社会的統合を、経済学における関心は経済効率を、それぞれ向上させるのか、それとも低下させるのかであり、政治学は、福祉国家は、対立的政治の帰結なのか、コンセンサスの政治なのかに関心がある。社会政策論 (social policy) は、貧困者への再分配を行うのか、ただ単に貧困を改善するための手当に過ぎないのかという関心である。

社会福祉管理論は、私的 management する福祉国家と公的に管理する福祉国家とで、どちらが容認しうるレベルでの費用・効果的な福祉の利益を提供できるかに関心を持つ。ソーシャルワーク論は、福祉

国家は、限界的な市民をエンパワーできるか、あるいは彼・彼女らを統制し、節度を持たせることができるかに関心を持つ。法学研究は、福祉国家は、法の支配を強化し、拡大することができるか、あるいは法の支配を弱め、恣意的なルールに回帰させるか、が関心となる。むすびとしての著者の主張するところは、つねに他の学問分野で、どのようなことが話題になっているかの目配りの必要性である。

第Ⅳ部の章立ては、一見すると政治学の領域に限定されているように見える。しかしその実、中味は多岐にわたっている。こういう言い方をすると政治学者には、「いやこの内容は、まさに政治学のテーマばかりである」という批判を受けそうだが、政治学者といえどもこの第Ⅳ部から得るものは少なくないに違いない。

第11章は、ニーズとリスクを論じるが、これらは、たとえば国連のHDI (Human Development Index) なども参照しつつ、いずれも時代とともに変遷する概念としてのそれであり、新しい内容を含んでいる。第12章は、西欧国家だけに限定しても、必ずしもすべての国々をカバーしているとは言い難いが、民主主義と資本主義の組み合わせの多様性を解明しようというチャレンジにとって、大いに参考となる。ついで労働組合論、政党論、政治制度論、公衆の態度論 (世論) が続くが、この世論の箇所は1990年代以降、各種のデータベースが整備されてきたことを踏まえての、最近の大規模調査の紹介でもある。すなわち90年代からBiG (Beliefs in Government) プロジェクトの紹介の多くの紙幅が割かれている。なお、この章の分析との関連で言うと、いわゆる「メディア論」がないのを寂しく思うのは評者だけではあるまい。インターネット時代に入り、国民の政府や国家を見る眼が大きく変わってきた (と思われる) 現在、メディアと福祉国家との関係にも一章を割いて欲しかった。

このあと、第V部は、ジェンダー、宗教、移民と民族的少数等々が、福祉国家形成のアクターとして続くが、これらの諸章は、それぞれ興味深いものの、やや西欧中心的な手法にかたよっているという印象は否めない。

ただし第20章、21章のEUの動きとOECDなどの各種国際機関の動きは、データの国際比較などを行う際にも、有益な情報が含まれている。また22章では、グローバリゼーションの流れが、単に経済的なそれだけでなく、政治的な制度のグローバル化の流れを生んでいることが指摘され、研究自体のグローバル化の必要性も示唆している。

第V部の政策に関する諸章の特徴は、大部分が国際比較であるという点である。対象はほとんどの分析がOECD諸国であり、ここでは第V部と異なり、アジア、オセアニア諸国、アメリカなども視野に入っている。ここでは、各論の詳細にコメント加えるには紙数が足りないが、ここで特に取り上げたいのは34章の教育である。

1975年時点でWilenskyは、教育のみは、他の諸項目（年金、医療、介護、住宅などILO分類にもとづいて社会保障と定義されるような、24～33章の各章で取り上げられた話題）と比べて、福祉国家論として特別扱いをすべきであると述べた。この章は、この指摘から議論をはじめている。確かに、他の社会保障項目と比べて教育は、やや特殊な地位を占める。現実の統計数値の国際比較などを見ても、公的教育支出の対GDP比は、国ごとに大きなばらつきを見せている。そして日本は、公的教育費支出の対GDP比での低さに関して群を抜いている。この章の分析は、こういった各国ごとの公的教育費支出の差の分析にあてられている。この章は、これまで日本の低さを西欧諸国との比較でのみ考えてきた状況に、より多様な視点からの分析を可能にする、アイデアに満ちている。

第VI部 政策の帰結は、まず第35章の、市民の社会的権利と題する章から始まる。これは本書

全体の立ち位置が、T.H. Marshallの市民権の発達の三要素—公民権、参政権、社会権—に基礎を置いて議論を展開し、政策の帰結に関しては、この市民権の確立を、福祉国家のメルクマールとしようとする意思の表れである。その意味で、この章は本書全体の中できわめて重要な位置を占める。

この章では、このうちの社会権の測定法が議論される。初期の段階（1981年）での測定は、のちにSCIP（Social Citizenship Indicators Programme）と呼ばれるものであり、当時のOECD加盟18カ国の社会権に関する5つの異なるプログラムについて測定したものである。エスピン・アンデルセンはこの調査に基づいて『福祉資本主義の三つの世界』と題する著作をものにしたが、本章では、このデータベースのその後の発展がサーベイされている。さらに、さまざまな政治制度のもとでの社会権の差異の決定要因も分析されている。

これを受けて第36章では不平等と貧困の分析、37章では、福祉国家の拡大とマクロ経済的帰結や雇用への影響などが論じられる。以上の3章のうち、36章の不平等、貧困論は、日本でも大きな話題になったが、他の2章（35章、37章）が、伊藤周平（1996）や武川らの努力（2000）にも関わらず、あまり日本で話題にならないのは残念なことである。（経済学者人口と社会学者、政治学者人口の違いによるものかも知れないが。）

第VI部の最後は、第38章の福祉費削減と題する章である。この章の発想も興味深い。前後の章とのつながりはないが、12ページに及ぶ内容は、削減の内容やその原因についての興味深い分析を含んでいる。

第VII部と第VIII部は、世界の福祉国家の類型化の試みと将来展望であり、ここでもエスピン・アンデルセンの古典的研究に基礎をおいている。評者も現在のところ、かれの類型化に異存はない。ないどころか、20年を経過した、いまでも福祉国家論において光彩を放っている。ただし少なくと

も、東アジアの研究者から見た場合、今後のアジアにおける福祉国家の展開については、Peng Ito 氏の労作（第45章）にも関わらず、まだまだ分析を広げなければならない論点が山積しているように見えた。

とはいえ、最後の展望においては、西欧から端を発した福祉国家が世界に拡散するにつれて、新たな多様な展開をしている様など、グローバルな展開に関する的確な問題意識が披瀝され、本書が、全体としてきわめて高水準の研究書として位置づけられるという確信を持った。

冒頭に述べたように、本書全体を通読するのはかなり骨の作業であるが、若干の重複を恐れず議論が展開されているがゆえに、各章のみを一読しても、一種の「福祉国家大事典」という性格付け

もできるので、一読をお奨めしたい著書である。

参考文献

- Gøsta Esping-Andersen 1990 *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, (Polity Press). 岡沢憲美・宮本太郎監訳 2001年『福祉資本主義の三つの世界——比較福祉国家の理論と動態』ミネルヴァ書房
- T.H.Marshall and Tom Bottomore 1992 (1950), *Citizenship and Social Class*, London: Pluto Press. (『シティズンシップと社会的階級』岩崎信彦・中村健吾訳、1993年、法律文化社)
- 伊藤周平 1996『福祉国家と市民権』法政大学出版局。
武川正吾 2000「市民権の構造転換」大山博・炭谷茂・武川正吾・平岡公一編著『福祉国家への視座』ミネルヴァ書房。
- (にしむら・しゅうぞう 国立社会保障・人口問題研究所所長)