

スウェーデン社会保障給付費の分析

岡光 昇

■ 要約

1992年以降の高齢者医療給付費の急減によって、医療給付全体の対GDP比率は減少したが、この減少分は高齢者福祉(介護)に転嫁されており、社会保障給付費の削減という視点から見れば、エーデル改革は必ずしも成功を収めたとは言えない。

1991年からの失業給付増加の直接の要因としては、90年代の経済危機を指摘できるが、スウェーデンを取り巻く政治・国際状況も考慮されなければならない。民間部門での雇用減もさることながら、政治・経済・国際的な要因の相乗作用の結果、公的部門への雇用の吸収は行き詰まり、失業者数の増加につながった。

障害年金の給付率が高いのは、医学的な理由とともに、1970年以降、長期にわたる失業といった労働市場的な理由が認定の際に考慮されたためである。また、長期にわたる傷病手当の受給者が潜在的な障害年金受給者として存在しており、リハビリの強化によってこのことが顕在化し、障害年金受給者として統計上カウントされた。その結果、1992年および93年において、傷病手当の給付率は低下し、また障害年金の給付率を押し上げることになった。

■ キーワード

社会保障給付費、高齢者福祉、高齢者医療、障害年金

I はじめに

戦後スウェーデンは先進諸国の先陣を切って社会保障制度の構築に着手し、1980年代には一応の完成をみたが、90年代に入ってからさまざまな改革を推進してきた。医療・福祉(高齢者介護)に関わるものとしては1992年のエーデル改革を、そして98年には年金改革を手がけている。しかし、こうした制度改革は必然的に社会保障給付構造の変化となってあらわれてくるのである。本稿での目的は、主として1980年から93年までのILOおよびOECDのデータを用いて、スウェーデンにおける社会保障給付費の構造変化の背景や意味を分析することにある。

II 社会保障給付費の時系列分析

OECDの資料から作成された表1は、スウェーデンの社会保障給付費の対GDP比率の動向を示したものである。老齢年金から住宅手当までの合計12の費目に関する比率の推移を分析すれば、顕著な変化を示しているものだけでも以下の事項を挙げることができる。ここでは、高齢者の福祉(介護)サービスの急増と医療給付の急減を中心にして、その経緯について言及したい。なお、傷病手当に関しては、IIIで触れる。

- 老齢年金給付の増加
- 傷病手当の1992年からの急減
- 高齢者福祉(介護)サービスの1992年からの急増

表 1 社会保障給付費の推移

	Sweden	Social Expenditure as a Percentage of GDP													
		1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
1	Old-age cash benefits	7.40	7.92	7.96	8.10	7.79	7.93	8.08	8.03	8.07	8.07	8.05	8.48	9.19	9.47
1.1	Old-age pensions	6.59	7.08	7.13	7.32	7.06	7.25	7.37	7.39	7.42	7.38	7.75	8.32	8.5	
1.4	Old-age other cash benefits	0.57	0.58	0.6	0.60	0.59	0.57	0.63	0.59	0.56	0.53	0.55	0.61	0.71	0.79
1.5	Early retirement pensions	0.23	0.27	0.23	0.19	0.14	0.10	0.08	0.08	0.13	0.12	0.12	0.12	0.15	0.17
2	Disability cash benefits	1.95	2.09	2.07	2.11	2.01	2.05	2.07	2.05	2.09	2.12	2.12	2.20	2.40	2.57
2.1	Disability pensions	1.90	2.03	2.01	2.06	1.96	2.01	2.01	2.00	2.03	2.03	2.05	2.13	2.32	2.47
2.5	Disability other cash benefits	0.06	0.06	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.05	0.06	0.09	0.07	0.07	0.08	0.10
3	Occupational injury and disease	0.23	0.25	0.23	0.24	0.22	0.23	0.32	0.45	0.64	0.70	0.75	0.81	0.84	0.79
4	Sickness benefits	2.38	2.21	2.09	1.93	1.93	2.07	2.13	2.26	2.79	2.75	2.57	2.20	1.32	1.08
5	Services for elderly and disabled	1.76	1.80	1.79	1.78	1.76	1.80	1.82	1.83	1.89	1.90	2.06	2.07	3.23	3.78
5.2	Home-help services	1.27	1.30	1.27	1.30	1.29	1.33	1.35	1.37	1.44	1.47	1.60	1.59	2.73	3.11
5.3	Day-care and rehabilitation service	0.49	0.49	0.51	0.48	0.47	0.46	0.47	0.46	0.45	0.43	0.46	0.48	0.51	0.67
6	Survivors	0.63	0.68	0.68	0.70	0.66	0.68	0.69	0.68	0.69	0.70	0.70	0.74	0.80	0.83
6.1	Survivors pensions	0.63	0.68	0.68	0.70	0.66	0.68	0.69	0.68	0.69	0.70	0.70	0.74	0.80	0.83
7	Family cash benefits	1.86	1.88	1.81	1.75	1.64	1.94	1.91	2.04	2.07	2.07	2.30	2.62	2.74	2.78
7.1	Family allowances for children	0.94	0.89	0.82	0.81	0.72	0.96	0.87	0.99	0.93	0.85	0.90	1.13	1.16	1.17
7.4	Lone parent cash benefits	0.25	0.27	0.27	0.27	0.26	0.26	0.26	0.25	0.24	0.24	0.24	0.25	0.27	0.29
7.6	Maternity and parental leave	0.67	0.72	0.72	0.67	0.66	0.72	0.78	0.81	0.90	0.99	1.16	1.24	1.31	1.32
8	Family services	2.31	2.44	2.29	2.51	2.52	2.46	2.50	2.44	2.44	2.31	2.47	2.60	2.57	2.61
8.1	Formal day care	1.68	1.75	1.64	1.84	1.88	1.84	1.95	1.89	1.89	1.96	2.15	2.15	2.08	2.13
8.4	Family other benefits in-kind	0.63	0.69	0.65	0.68	0.64	0.62	0.55	0.55	0.54	0.35	0.32	0.44	0.50	0.48
9	Active labour market programmes	1.25	1.43	1.67	1.70	1.25	2.20	2.08	1.96	1.86	1.63	1.75	2.44	3.10	2.95
9.1	Labour market training	0.41	0.41	0.47	0.47	0.42	0.52	0.52	0.57	0.57	0.46	0.55	1.01	1.12	0.80
9.2	Youth measures						0.22	0.18	0.12	0.09	0.05	0.07	0.14	0.39	0.31
9.3	Subsidised employment	0.65	0.83	1.04	1.06	0.68	0.45	0.33	0.24	0.20	0.14	0.14	0.24	0.49	0.77
9.4	Employment measures for disabled						0.75	0.79	0.79	0.78	0.76	0.77	0.83	0.85	0.81
9.5	Employment service and administration	0.19	0.19	0.17	0.16	0.15	0.26	0.27	0.24	0.22	0.22	0.22	0.21	0.25	0.25
10	Unemployment	0.39	0.52	0.69	0.93	0.89	0.91	0.92	0.84	0.72	0.76	0.92	1.66	2.71	2.89
10.1	Unemployment compensation	0.39	0.52	0.69	0.93	0.89	0.78	0.80	0.73	0.61	0.58	0.83	1.57	2.63	2.83
10.2	Earl retirement for labour market reasons						0.13	0.12	0.11	0.10	0.09	0.08	0.08	0.06	0.05
10.3	Severance pay												0.01	0.01	0.01
11	Health	8.67	8.73	8.82	8.72	8.55	8.01	7.73	7.75	7.63	7.68	7.71	7.46	6.46	6.22
11.1	Public expenditure on health	8.67	8.73	8.82	8.72	8.55	8.01	7.73	7.75	7.63	7.68	7.71	7.46	6.46	6.22
12	Housing benefits	1.14	0.94	0.94	0.88	0.83	0.69	0.72	0.70	0.73	0.67	0.69	0.88	0.98	1.17

資料：Social Expenditure Statistics of OECD Member Countries 1996.

- 失業給付の1991年からの急増
- 医療給付(健康)の1985年と1992年からの急減

1. 高齢者の福祉(介護)と医療

(1) 介護関連法の成立

高齢者の介護が公的扶助的な貧困対策から脱却して今日のような普遍主義的な色彩を帯びようになるには、1982年の社会サービス法(Lag om socialtjänst)を待たなければならなかった。この社会サービス法は、従来の公的扶助法、児童福祉法、児童保育法および禁酒法を統合した社会福祉の基本法であり、その第19条から21条にかけて高齢者

ケアに対する市の責任が規定されている。

高齢者介護に欠かすことのできない初期医療(プライマリケア)の面においても、1983年に保健医療サービス法(Lag om hälso och sjukvård)が施行されることによって、県の医療責任が明確にされた。もっとも国立や市立の保健医療サービス施設等の県への移管はすでに1960年代の後半から進行していたのであり、この法律はそれまでの医療再編成を法律上追認する形で制定されたものと言えよう。医療に対する県の責任が明文化されるにつれて、高齢者ケアに関わる医療でもさまざまな実験が行われた。小規模近隣型のナーシング

ホームを設置したり、サービスハウス(Servicehus)内にナーシングホームやグループ住宅(Gruppboende)を併設する試みである。こうした介護施設の小型化や複合化はノーマライゼーションの理念からすれば当然のことであろうが、しかし一方では、同じ施設内に社会サービス法にもとづいて福祉を担当する市と保健医療サービス法にもとづいて医療を担当する県とが同時にケアに当たることによる混乱も避けられなかった。このことが、1992年のエーデル改革につながるのである。

(2) 一連の医療改革

1980年代の初頭から医療面での民営化が盛んに議論され、1993年に医療民営化が実践に移されたが、1年後には従来型の公共セクター中心の医療保障および介護保障に逆行することになる。この間の経緯を次のように整理することができる。

スウェーデンにおいても医療の効率化を目的としたさまざまな改革が行われてきたが、その一連の改革をそこに含意されている意味に従って分類すると次のようになる。第1に、一方医療供給の財政・組織管理に責任を有する県と他方医療サービスの供給主体である県立病院とのあいだで行われたいわば技術的な面での改革(ダグマル改革など)、第2に、医療民営化論に象徴されるような経済社会体制論上の改革(ダグマル改革、家庭医制度、自由開業医制度など)に分けることができよう。そして前者に関してはそれ相応の成果がみられたものの、後者の改革については政権の交代ごとに一進一退を繰り返しているといわざるを得ない。1990年代の医療改革に言及する前に、80年代半ばに実行されたダグマル改革(Dagmar Reformen)の意味を検討する。

医療保険から給付される外来診療の財源問題に関わる改革が1985年に実施された。外来診療の主要な財源はもちろん事業主および自営業者の保険料であるが、外来診療サービスの提供主体で

ある県(県立病院)に対して国から交付される診療費の一部償還も、財源全体の2割以上を占めるほど無視できないものとなっている。ところが、1985年のダグマル改革によって国から県への医療費償還方法が変更されたのである。従来の方法では、入院日数や外来回数といった医療の供給量に応じて国は各県に医療費を償還していたが、こうした出来高払い制度では、医療費の高騰に歯止めをかけることはできない。この事態に対応するために、このダグマル改革では従来の方法に代えて、各県の住民数に応じた負担金を交付する仕組みが導入されたのである。このようにして、85年以降の医療給付費の対GDP比率は低下した。

ダグマル改革ではこの医療費償還方法の変更と同時に、経済社会体制に関わる改革が含意されていた。この改革には、国と県(県立病院)との関係だけではなく、国と個人開業医との関係をも変える内容が込められていたからである。全医師数の5%を占めるに過ぎない個人開業医も、県(県立病院)と同様に従来は国から医療費の償還を受けていた。しかしこの改革を契機に、開業医は県と契約を結ばなければならなくなったのである。県は医療財政の範囲内で開業医と契約することになるので、結果的には自由開業医制度を制限する効果を持ち、医療部門での民営化に水を差すことになってしまった。

社民党に代わって新自由主義的な政権が1991年に誕生することによって医療改革に弾みがつくかにみえた。保守・中道4党の連立政権であるビルト内閣は、行政中心に運営されてきた社会保障や教育などの領域を民営化することによって、選択の可能性を拡大すると同時に、サービス提供の効率化をはかるために「選択の自由」革命を断行した。高齢者の介護に大きな関わりをもつ医療制度の民営化を促進するためにビルト政権が最初に打ち出したのは家庭医制度の創設である。この制度は初期医療の拡充を目的としたものであるが、それと

同時に民間医師の活動領域を拡大することによって医療部門における競争を促進させ、資源の有効利用を通じて住民サービスの向上をはかるものであるとの期待をもって、1993年に可決され、翌年から実施された。家庭医制度の具体的な内容は以下の通りである。

- ① 県立の保健医療センターの医師または民間の開業医の中から、人口約1,000人に1人の割合で家庭医を任命する(家庭医を希望するすべての医師にその道を開く)。
- ② 家庭医はその担当する住民の健康管理に一次的な責務を有する。
- ③ 住民は自分の家庭医を自由に選択できる(居住している地区の保健医療センターの医師または民間の開業医の中から1人を選択できる。希望すれば、他の地区の医師を選択することも認められる)。
- ④ 県は家庭医が担当する住民の数および社会的要素(年齢など)を加味して一定額をあらかじめ支給し、家庭医はその範囲内で住民の健康管理(診断、治療および病院の手術などのサービスの購入)を行う。
- ⑤ 家庭医を通さず、いきなり専門医へ受診した場合の患者自己負担を高く設定し、まず家庭医にかかることを奨励する。

新自由主義的なビルト政権が家庭医制度と同じように、あるいはそれ以上に期待を寄せていたものが自由開業医制度である。10年近く続いた医療民営化論争に新自由主義の立場からの決着をつける形で議会に提出し、可決されたのは1993年の12月であった。

医療民営化論争に一挙に火をつけたのは、1983年2月ストックホルム市街にオープンした民間の救急外来病院「シティー・アキューテン」である。オープンと同時に多くの患者を集め、県立病院での長い行列の存在を全国民に知らせる結果になってしまった。1年後にはこの民間病院がストックホ

ルム内で外来患者数第5位という成果を収めたのである。このシティー・アキューテンは、県立病院の医師が勤務時間外に診療活動をする形で運営されていた。当時の社民党政権は、この事態に対応するために既述のダグマール改革を断行し、純粋な開業医に対しては従来どおり医療保険からの償還を認めることにしたが、県立病院の勤務医の私的診療についてはほとんど認めない方針を打ち出し、医療の民営化に対立する姿勢を見せたのである。

1991年の総選挙で勝利を収めた保守・中道政権がこの社民党政権に対抗する形で打ち出した自由開業医制度ではあるが、94年に社民党が政権に復帰したために、この制度は家庭医制度とともに廃止されることとなった。

(3) エーデル改革

1992年に実施されたエーデル改革(Ädel Reformen)は、高齢者が必要としている初期医療と介護のサービスを市に一元化することによって、それまで頻発していた二重責任にもとづく混乱を回避するとともに、いわゆる社会的入院による医療資源の非効率な利用を是正しようとするものであった。医学的治療が終了した高齢者に対する市の責任はこれまでは明確でなく、受け入れ側としてはマンパワーや施設定員に余裕がないといった理由でその引き取りを拒み続けてきたために、本当に治療を必要としている患者の入院を妨げてきたのである。

問題解決のためにスウェーデンでは「高齢者問題準備委員会」が1980年に設置され、その後12年間にわたって「90年代の高齢者介護」が議論された。議論の方向が医療と福祉の統合であることに異論はなかったが、一元化の具体的なあり方については、政党間、県連合および市連合などのあいだで意見の相違がみられた。一元化に反対の立場を貫いた保守党と一元化を推進しようとした社民党とのあいだの対立は言うまでもないが、同じ社民党内でも、国会議員と市会議員は賛成、県

会議員は反対といったように分裂状況にあった。また市連合は初期医療のうちナーシングホーム、保健医療センター(Vårdcentralen)、そして訪問看護の拠点であるデイケアセンター(Dagvårdcentralen)を市へ移管することを主張していたのに対して、県連合は保健医療センターの移管には難色を示した。さらに医師と看護婦とのあいだでも、また県と市の役割分担が機能していた地方都市と数々の問題を抱えていた大都市とのあいだでも、意見の食い違いがみられた。最終的には、市連合と県連合との折衷案が採用されることになり、まず社会サービス法の改正によって、ナーシングホームとグループ住宅が市に移管され、これらはサービスハウス、老人ホーム(Ålderdomshem)とともに、「介護の付いた住宅」(「社会サービス法20条」として位置づけられることになった。これによりエーデル改革のいま一つのねらいであった医療と福祉のあいだにみられる利用者自己負担の格差を解消することができたのである。従来は、老人ホーム等の入居費とナーシングホームの入院費には大きな格差がみられ、この面での不公正を是正するために、ナーシングホームを「介護の付いた住居」として位置づけ、老人ホーム等の入居費に準拠してその自己負担額は倍近く引き上げられたのである。自己負担額の大きな違いは、利用者サイドからは、不公平の問題を生み出す要因になるが、医療財政からみれば、過剰需要に拍車をかけることになってしまう。

社会サービス法と同時に保健医療サービス法も改正されて、「介護の付いた住宅」で提供される看護だけでなく、今まで県が管轄していた約330カ所のデイケアセンターも市の責任のもとにおかれ、市が訪問看護も行えるようになった。その結果、フルタイムで換算して3万人の県職員が1992年1月1日付けで市の職員となった。社会的入院の問題に関しては、病院での治療が終了した旨の連絡が市の社会福祉事務所に着いてから5日間経過しても市が引き取ることができなければ、患者の入院費

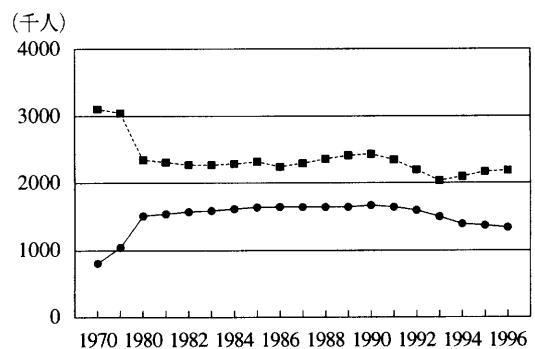
を市が負担することで決着した。こうして社会的入院による医療資源の非効率な利用を是正し、老人医療費の高騰を押さえる目的からエーデル改革は実施されたのではあるが、その反面高齢者介護の財政負担が市に大きいのしかかってきたのである。

以上みてきたように、1992年以降の高齢者医療給付費の急減によって、医療給付全体の対GDP比率は減少したが、この減少分は高齢者福祉(介護)に転嫁されており(表1参照)、社会保障給付費の削減という視点から見れば、エーデル改革は必ずしも成功を収めたとは言えない。

2. 1990年代の政治・経済・国際状況と失業

次に、1990年代に入ってから失業給付の増加について検討してみよう。

スウェーデン型福祉国家の建設が本格化したのは1960年代からであったが、このためには医療・福祉・教育サービスの公的供給主義を支えるマンパワーを確保することが急務となり、公的部門への雇用の急激な吸収が70年代末頃まで続くのであるが、80年代に入ってから公的部門は雇用に関しては飽和状態になった。その状況は図1に示されている通りである。しかし、90年代に入ると状況



資料：Sweden Statistiska Centralbyrån: Statistisk årsbok för Sverige, Stockholm, 1992, 1998.

岡沢憲美「スウェーデンを検証する [増補版]」
1996年

図1 公的部門と民間部門の雇用

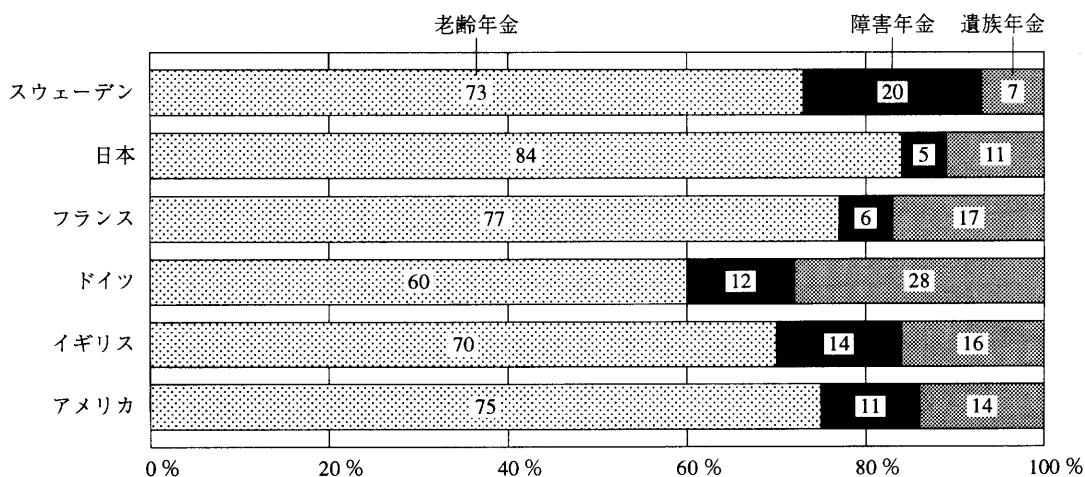
は一変した。その要因は90年代におけるスウェーデンを取り巻く政治・経済・国際状況にあった。

90年代はスウェーデンにとって激動の時代であった。政治的には80年代末から始まった世界的な社会主義退潮ムードの余波の中で、91年9月の総選挙では社民党に代わって新自由主義的なビルト政権が誕生し、60年以上にわたって堅持された福祉国家路線の大幅な軌道修正の線上で、社会保障・教育・雇用政策などに改革の手が加えられたからである。もっともこの政策変更は、1991年から始まるスウェーデン経済の危機を抜きにしては語ることはできない。1930年代以来といわれた不況によって91年からの3年間はマイナス成長であったし、雇用や財政の面でも問題を抱え込むこととなった。さらにスウェーデンにとって決定的ともいえることは、EU加盟問題である。91年、当時の社民党政権はEU加盟申請を行い、総選挙後の新政権も95年1月の加盟を目指していた。このEU加盟は当然通貨統合への参加を前提としたものであるが、このためには、公共部門の財政赤字対GDP比3%以下、同じく財政赤字累積額対GDP比60%以

下などの経済収斂条件をいかにして満たすのかを内外に示す必要に迫られており、この点からも従来の福祉国家路線の見直しは避けられなかったのである。1991年からの失業給付増加の直接の要因としては、90年代の経済危機を指摘できるが、スウェーデンを取り巻く政治・国際状況も考慮されなければならない。民間部門での雇用減もさることながら、政治・経済・国際的な要因の相乗作用の結果、公的部門への雇用の吸収は行き詰まり、失業者数の増加につながった。

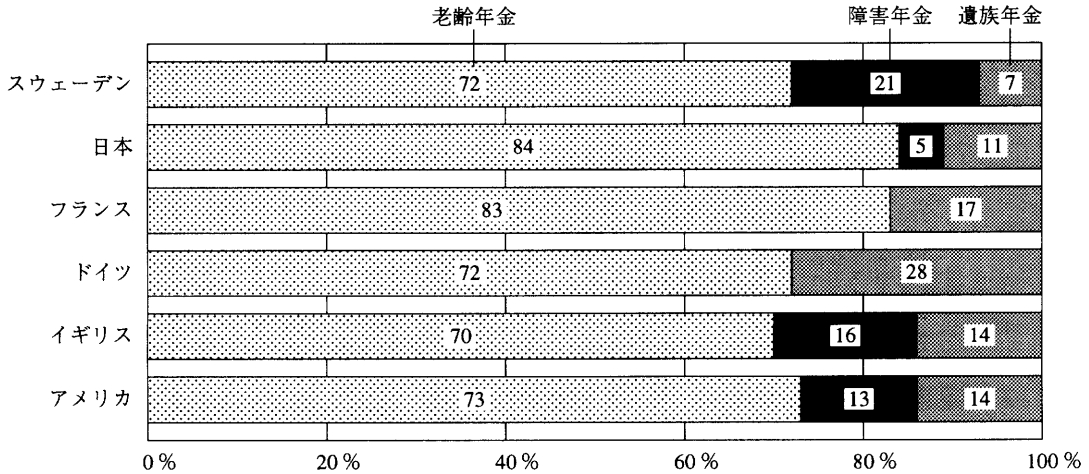
III 社会保障給付費の国際比較分析 — 障害年金を中心に —

スウェーデンを含めた6カ国について年金給付の内訳を比較した図2・図3・図4・図5から分かるように、老齢給付・遺族給付・障害給付の中で障害給付のウエイトが最も高く、また、GDPに占める障害年金の割合が大きい国はスウェーデンである。年金給付におけるこのような特徴をもたらした要因を分析することにしよう。



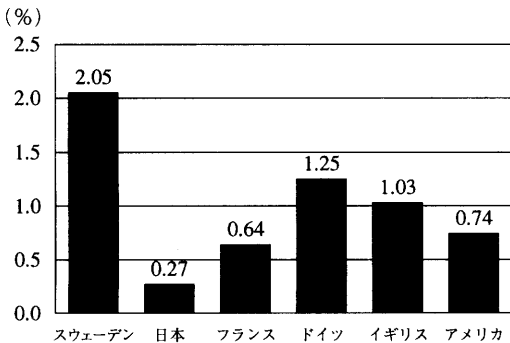
資料：表1と同じ

図2 年金給付の内訳 (1990年)



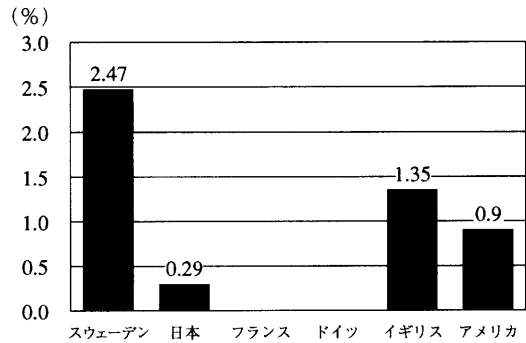
資料：表1と同じ

図3 年金給付費の内訳 (1993年)



資料：表1と同じ

図4 障害年金の対GDP比率 (1990年)



資料：表1と同じ

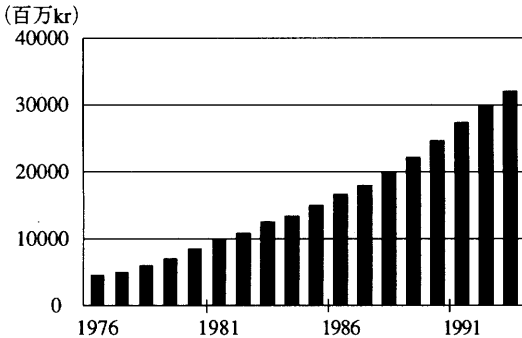
図5 障害年金の対GDP比率 (1993年)

1. 基礎年金 (AFP) と付加年金 (ATP)

老齢・遺族年金と同じように障害年金も、基礎年金 (AFP) と付加年金 (ATP) から支給される。基礎年金からの満額の障害年金は老齢年金と同額であるが、障害の程度に応じて減額される。付加年金に関しては、3年以上の年金ポイントを獲得していなければ受給資格は得られない。また、年金ポイントが30年未満の場合には、1年ごとに1/30ずつ減額される。

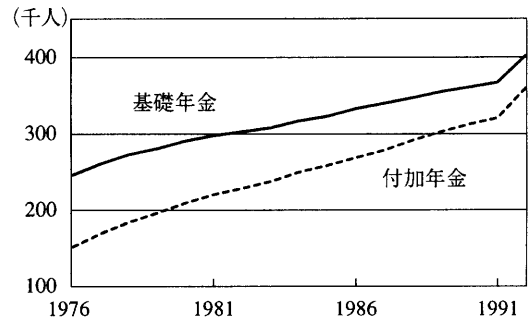
2. 障害給付 — 基本給付と付加給付

基礎・付加年金ともに、基本的な障害給付としては早期年金 (Förtidspension) [恒久的障害年金 (Permanent disability pension, Disability pension)] と長期傷病手当 (Sjukbidrag) [一時的障害年金 (Temporary disability pension)] がある。早期年金は労働能力の低下が恒久的な場合に支給され、その低下が恒久的ではないが長期におよぶときには長期傷病手当 (一時的障害年金) が給付される。こ



資料：社会保障研究所【スウェーデンの社会保障】
RFV: Statistics/Sickness and invalidity
(<http://www.rfv.se/english/stati/sjukh/forti.htm>)

図6 障害年金給付額の推移



資料：図6と同じ

図7 障害年金受給者数の推移

に「長期」または「一時的」とは通常1～3年を言う。

付加年金からの障害給付がまったくないか、あったとしてもわずかな場合には以下のような各種の付加給付を受けることができる。ただし、これらの付加給付のうち表1の障害年金に含まれているのは年金加算のみである。

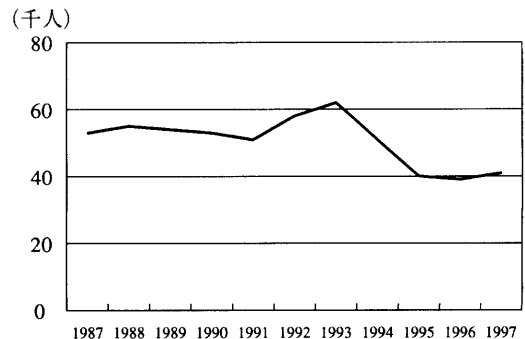
- 年金加算 (Pensionstillskott, Pension supplements)
- 住宅手当 (Bostadstillägg till pensionärer: BTP, housing supplements)
- 障害児介護手当 (Barnstillägg, Children's supplements)
- 障害補償金 (Handikappersättning, Handicap allowances)
- 特別年金加算 (Särskilt pensionstillägg, Special pension supplement)

3. 受給事由——医学的理由と労働市場的理由

障害年金を受給する事由は、通常、医学的治療終了後に障害が残り、そのために労働能力の4分の1以上が低下しているという医学的なものであるが、ドイツなどとともスウェーデンにおいては1970年以降、長期にわたる失業といった労働市場的理由も考慮されるようになり、4分の1以上のいわゆる労働能力の低下がみられなくても受給が

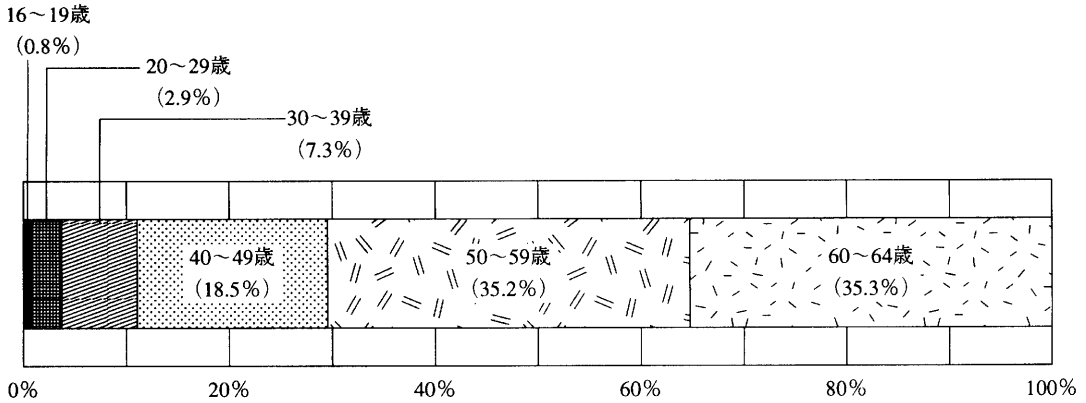
可能になったのである。そのために、給付額も受給者数も増加した(図6および図7参照)。

障害年金が本来の目的以外に適用されることの問題認識と、その結果としての給付増加に対する危機意識の高まりとともに、90年代に入って認定が厳格に行われるとともに、リハビリテーションも強化された。その結果が1994年以降の新規受給者数の減少である(図8参照)。しかし、医学的治療終了後のリハビリテーションを強化することによって、障害年金の受給者を減少させようとしたもくろ



資料：The National Social Insurance Board (RFV): Social Insurance in Sweden 1999, Stockholm 1999.

図8 障害年金新規受給者数の推移



資料：Sweden Statistiska Centralbyrån: Statistisk årsbok för Sverige, Stockholm, 1995.

図9 障害年金の受給者比率一年齢別（1993年）

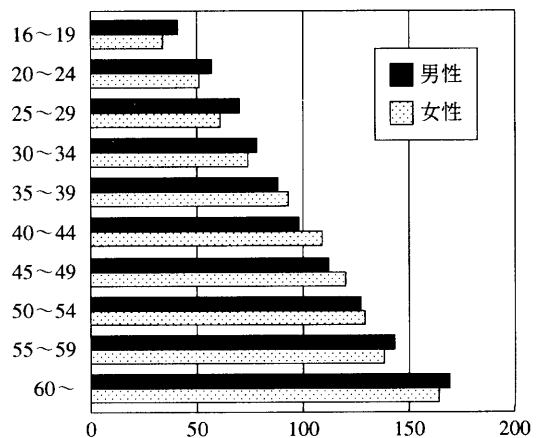
みは、リハビリ不可能な傷病手当 (Sjukpenning, Sickness benefit) の長期受給者を障害年金受給者に切り替えることとなり、1992年から93年にかけての受給者増につながったのである。1997年以降は、医学的理由と労働市場的理由の併用は撤廃され、純粋な医学的理由のみ障害年金は支給されるようになった。

1993年時点での障害年金受給者数の年齢別構成比率を示した図9からも分かるように、60～64歳の階層は35.3% (約14万6,000人) にもおよぶ。この事実は、もちろん加齢等による文字通り障害に起因する受給が大半を占めていると思われる。しかし、この年齢層については医師の診断書なしで障害年金 (早期年金) を受給できるのである。このような寛大な制度であることも障害給付の比率を高めていると想像できる。

4. 障害給付と傷病手当の関係

傷病休暇中の喪失所得を補償する傷病手当は、医療保険から支給されるものであり、傷病の治療に関わるものであって、傷病の治療後に残った障害に対して支給される障害年金給付とは制度・機能上異質のものである。しかし、記述の通り、両者

は一定の関連性を有している。つまり、治療中であれ、治療後であれ、労働能力の低下に関して言えば、両者は同じであり、あえて言うならば、労働能力の低下期間の長さによって両者を区別することができる。低下期間が1年以上の場合は障害年金 (恒久的障害年金、一時的障害年金)、1年未満は傷病手当となる。1年未満といえども、図10から分かるように、60歳以上の男性の平均受給日数は



資料：The National Social Insurance Board (RFV): Social Insurance in Sweden 1999, Stockholm 1999.

図10 傷病手当受給日数 (平均)

は170日近くにも達するのである。こうした長期の傷病手当受給者は潜在的な障害年金受給者であり、このことがリハビリの強化によって顕在化し、障害年金受給者として統計上カウントされたのである。1992年および93年において、傷病手当の給付率が低下し、また障害年金の給付率を押し上げたのは、主としてこうした理由によるものである。

IV おわりに

スウェーデンは社会科学の実験国であると言われるように、社会保障とりわけ医療・年金・福祉(介護)などについてさまざまな改革を実施してきた。これらの改革の多くは社会保障制度に内在する諸要因から強制されたものであるが、経済や政治さらには国際情勢から要請されるものも少なくない。したがって、社会保障給付費の分析のためには、国内外の状況を視野に入れる必要がある。

遺族年金などに関する社会保障給付費の分析については、今度の課題としたい。

参考文献

- The National Social Insurance Board (RFV). 1999. *Social Insurance in Sweden 1999*. Stockholm.
- Schneider, Markus et al. (hrsg.). 1995. *Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich*. Augsburg.
- Johnson, N., ed. 1995. *Private Markets in Health and Welfare—An International Perspective*. Oxford.
- Gould, A. 1993. *Capitalist Welfare Systems: A Comparison of Japan, Britain and Sweden*. London.
- OECD. 1996. *Caring for Frail Elderly People—Policies in evolution*. Paris.
- OECD. 1996. *Health Care Reform—The Will to Change*. Paris.
- 丸尾直美・益村真知子 1995 「最近のスウェーデンの医療保障とその研究」『海外社会保障情報』No. 111
- 健康保険組合連合会編 『社会保障年鑑』 東洋経済新報社 各年版
- 厚生省保険局企画課監修 1994 『欧米諸国の医療保障』 法研
- 社会保障研究所編 1987 『スウェーデンの社会保障』 東京大学出版会
- 永山泰彦 1984 「スウェーデンの医療改革」『週刊社会保障』No. 1299
- 伊部英男・福武直編著 1987 『世界の社会保障50年』 全国社会福祉協議会
- 東京大学社会科学研究所編 1987 『福祉国家I』 東京大学出版会
- 厚生省保険局企画課監修 1994 『欧米諸国の医療保障』 法研
- 井上英夫・上村政彦・脇田滋編著 1995 『高齢者医療保障—日本と先進諸国』 労働旬報社
- 福地義之助・冷水豊編著 1993 『高齢化対策の国際比較』 第一法規
- 高齢化社会対策に関する国際研究委員会編 1993 『スウェーデンの高齢者福祉医療対策』 社団法人エイジング総合研究センター
- 厚生省高齢者介護対策本部事務局監修 1995 『新たな高齢者介護システムの確立について』 ぎょうせい
- 足立正樹編 1993 『新版 各国の社会保障』 法律文化社
- 足立正樹編 1998 『各国の介護保障』 法律文化社
- 丸尾直美・塩野谷祐一編 1999 『先進諸国の社会保障5 スウェーデン』 東京大学出版会
- 丸尾直美 1992 『スウェーデンの経済と福祉—現状と福祉国家の将来—』 中央経済社
- 岡沢憲美 1987 『スウェーデンは、いま』 早稲田大学出版部
- 岡沢憲美 1996 『スウェーデンを検証する [増補版]』 早稲田大学出版部
- 岡沢憲美 1991 『スウェーデンの挑戦』 岩波書店
- 奥村芳孝 1995 『スウェーデンの高齢者福祉最前線』 筒井書房
- 仲村優一・一番ヶ瀬康子編 1998 『世界の社会福祉I スウェーデン・フィンランド』 旬報社
- (おかみつ・のほる 武庫川女子大学教授)