

者に対する年金給付の最低保証額を最低賃金(SMIC)の85%とする、④14～16歳から就労を開始した者は、満期加入であれば、60歳前の早期退職を認める、等を主要内容とする年金改革法案が成立した。

なお、現在、日仏間の就労者の異動を促進するため、保険料の二重払いを避ける日仏社会保障協定の締結に向けた交渉が続けられているところである。

(2) 医療関係

疾病保険については、近年の医療費抑制施策が期待されたほどの効果を上げておらず、ここ数年連続して赤字となっており、2004年には赤字が141億ユーロに達すると予想されている。こうした中で、現在、病院運営の改善や費用の評価を内容とする病院改革が進行中であるほか、政府は2003年10月、医療保険金庫の運営改善や公私の医療保険の役割分担の見直し等を含む疾病保険の抜本的改革に向け、首相府に「疾病保険の将来に関する高等評議会」を設置した。2004年夏までに疾病保険改革法案を議会に提出する予定である。

患者の権利及び医療の質に関しては、公衆衛生法典の一部改正法が成立し、遺伝子情報を理由とする差別からの保護、患者の自らの医療情報へのアクセスの権利、医師のミスによらない医療事故等に対する補償制度等に関する規定が盛り込まれている。

(3) 高齢者保健福祉施策関係

高齢者自助手当については、2003年9月末における受給申請数が累計で155万5,000件に達している。このうち、既に140万5,000件については要介護認定が終わり、全体の84%について給付が認められたが、その17%は更新、改訂である。なお、介護給付(PSD)を引き続き受給している者は13,000人である。また、2003年

第3四半期末での高齢者自助手当の受給者総数は75万8,000人で、55%が在宅、45%が施設入所者となっている。6%が給付打ち切りとなったが、そのほとんどは受給者の死亡によるものであった。受給者のうち第4段階に相当する者は44%で、その53%は在宅である。2003年9月における給付水準は、在宅においては平均給付月額が約470ユーロであるのに対し、施設においては平均給付月額が約371ユーロとなっている。

申請者数、受給者数が当初の予想を遥かに超えたことから、財政不足は深刻(2003年の支出総額の見込みは当初25億ユーロであったところ、2002年12月時点で37億ユーロであった)であり、国と県がそれぞれ4億ユーロを負担することとしたため、県の歳入である固定資産税、住居税を引き上げる例が多くなっている。また、残りの4億ユーロは制度改正による支出縮減によって解決することとされ、4億ユーロの支出縮減のため、①受給権の発生時点を申請時から認定時に遅らせる、②ケアプラン上にないサービスが給付対象となっていないことの確認のための証拠書類を県が要求できるようにする、③在宅高齢者自助手当の平均自己負担率を5%から12%に引き上げ施設高齢者自助手当との均衡を図る、という3本立ての改正が2004年から実施されている。

さらに、こうした高齢者自助手当の深刻な財政状況に加え、2003年夏には猛暑により高齢者を中心に1万5,000人が死亡するという事態が発生した中で、現在、社会保障の4つ目の柱に介護を含め、そのための全国基金を創設(休日の廃止により2008年までに90億ユーロの追加財源を措置)することや、高齢者、障害者への支援策として、老人ホームの改善やヘルパーの増員などを計画しているところである。

スウェーデン

1 社会保障制度の概要

(1) 社会保障制度の全体像

スウェーデンの社会保障制度は、広範かつ高水準の所得保障を特徴としており、年金、児童手当、傷病手当

などの現金給付が国の事業として実施されている。保健医療サービスは、ランスティング(日本の県に相当する広域自治体)等が供給主体となっている。福祉サービスは、コミューン(日本の市町村に相当する基礎的自治

体)によって担われており、高齢者福祉サービス、障害者福祉サービス等が実施されている。

スウェーデンの社会保障給付費(2001年)は7,078億8,500万クローナ、対GDP比31.3%となっている。

(2) 社会保障制度を担う組織体制

社会保障制度に係る組織体制については、国レベルでは、社会省が法律・政策案の準備・国の予算作成等を行い、行政執行は、規則制定を含め、社会保険庁、保健福祉庁等独立性の高い多数の中央行政庁が担当している。なお、社会保険庁と地方社会保険事務局は現在別の組織であるが、リーダーシップの強化等を図るため2005年から1つの新組織に統合再編することとされている。

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

2 社会保険制度等

(1) 制度の概要

スウェーデンの「社会保険」には、我が国とは異なり、より広く税財源で賄われる各種の手当を含み(社会扶助は含まない)、また労災保険も含むが、失業保険は含まれていない。給付の内容は現金給付(所得保障)であり、我が国の医療保険や介護保険のように、主としてサービス費用を賄うための制度ではない。社会保険制度は、基本的に職域の別なくスウェーデンに住む全住民に適用される(また、各種給付は所得制限を設けず、従前賃金の一定水準を保障するという形態が多い)。なお、社会保険庁は給付の支給に係る事務のみを取り扱い、社会保険料徴収は国税庁が所管している。

社会保険制度として位置付けられている諸給付は、①家族及び児童に係る経済的保障、②病気や障害に係る経済的保障、③高齢者に対する経済的保障、の3つに分類される。

まず、①に属するものとしては、児童手当、養育費補助、両親保険、住宅手当等がある。このうち住宅手当は、子供のいる家庭や28歳以下の若年者を対象に、子供の数、住居の大きさ、所得に応じた額を支給するものであり、所得制限がある。約14万件が女性の単親又は独身世帯(平均月額約1591クローナ)、約4万件が男性の単身又は独身世帯(同962クローナ)、約4万件が夫婦同居家庭(同1677クローナ)に支給されており(2001年12月)、母子・父子家庭に対する経済的支援の制度として機能している。このほか、①の分類に属するものとしては、児童が傷病、障害等のために特別な介護等が必要な場合に支給される障害児介護手当がある。

次に、②の分類に属するものとして、病気による所得の低下に対する傷病手当がある。病気になってから最初の21日間(2003年7月以前は14日間)については、雇用主から病気手当を受け、それ以降は社会保険事務所から傷病手当を受けることとなる。傷病手当の給付水準は2003年7月から引き下げられて従前所得の77.6%相当(改正前は80%相当)とされ、さらに失業手当の額を上限とすることとされている。このほか医療関係の社会保険給付としては、薬代に対する給付、歯科治療に係る給付などがある。また、障害関係の給付として、活動年金及び傷病年金(これらは日本の障害年金に相当)、障害手当、介助者手当、近親者介護手当、自動車補助などがある。労災手当も②の分類に属するものとされている。これは業務上の傷病により傷病手当等の支給期間を過ぎても稼働能力が低下した状態が継続しているときに、その者の所得に応じた額を支給するものである。2003年1月には、特別労災手当を創設する等の改正が実施された。

最後に、③の分類に属するものとしては、老齢年金・遺族年金のほか、低額の老齢年金受給者等のための住宅費補助、特別住宅費補助といった制度がある。

(2) 年金制度

老齢年金は、1999年の制度改正により、賦課方式で運営される所得比例年金と積立方式で運営される積立年金(プレミアム・ペンション)を組み合わせた仕組みに制度体系が再編され、また、年金額が一定水準に満たない者には、国の税財源による最低保障年金制度が

設けられている。

支給開始年齢は、61歳以降自ら選択することができる(支給開始年齢に応じて年金額を増減)が、最低保障年金は65歳からである。所得比例年金の支給額は生涯に納付した保険料額の水準と国民の所得水準の伸びをもとにしたスライド率などを基に算出され、また積立年金の支給額は納付保険料の積立分とその運用利回りによって決定される。なお、積立年金の運用機関は登録された金融機関等の中から個人が選択する仕組みになっている。所得比例年金の保険料率は、将来にわたって18.5%に固定することとされており、原則としてそのうち16%が所得比例年金分、2.5%が積立年金分として充てられる。

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

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

障害年金(活動年金及び傷病年金)についても2003年1月に改正が実施された。改正後の活動年金は19~29歳の者を対象とする有期給付(3年以内)、傷病年金は30歳以上を対象とする無期又は有期の給付である。いずれも医療的理由によって1年以上にわたり4分の1以上就業能力を喪失した場合に支給される。

(3) 保健医療サービス

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

病院の予算等はランスタイングごとに異なっているが、全ランスタイングで見れば総支出の92%を医療関連経費(歯科を含む)が占めている(2002年)。

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

具体的には、外来では通院1回当たりの定額が、初診か否か、患者の年齢、訪問先等に応じて設定されている。2004年においては、通常のプライマリケアの外来の場合1回当たり100~150クローナとなっているが、法律による患者の自己負担額の上限は全国一律1年間で900クローナでランスタイングはこれより低い額を定めることもできる。18歳未満の子については無料である。

入院に係る患者自己負担については、1日当たりの定額が、患者の年齢・所得、入院日数等に応じて設定されている。法律による上限額は1日当たり80クローナである。2004年の自己負担額は、1日当たり概ね35~80クローナ(子供を除く)である。

薬剤については、社会保険制度による給付として、全国一律の自己負担額が設定されており、1年間で1,800クローナが上限である。

なお、国民経済に占める医療の規模を見ると、総保健医療費の対GDP比は8.7%、うち公的支出は7.4%(2001年。OECD)となっている。

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療施策

① 公衆衛生の現状

2002年のスウェーデン国民の平均寿命は男性77.73歳・女性82.11歳、乳幼児死亡率は3.27%となっており、スウェーデンは世界最高水準の健康・衛生状態を誇っている。保健福祉庁が取りまとめた「2001年公衆衛生レポート」によれば、現在のスウェーデンが抱える課題としては、アルコール問題、若年者の生活習慣等の問題、肥満の増大、単親家庭など特定グループの高い健康リスクの問題、高齢化に伴う特定の疾病対策の必要性などがあり、政府はこれらの問題に積極的に取り組んでいる。

② 健康増進

主な公衆衛生施策としては、2001年2月に国会で議決された「アルコール関連の害悪防止に関する行動計画」がある。この行動計画では2001年から2005年までの計画期間中にアルコールによる医療的・社会的害悪を減少させるとの基本目標を達成するため、全体のアルコール消費量の削減、大量飲酒者になることの防止、大量飲酒者のアルコール消費に影響を及ぼすこと、特定の

環境・特定の人生段階におけるアルコール使用の排除といった戦略を掲げ、コミュニケーションレベルでの対策の強化・連携、各種対策の強化、青少年向けの措置及び成人向けの措置について幅広い対策を講じることとされている。

薬物乱用対策に関しては、2002年1月に政府が「麻薬に係る行動計画」を国会に提出している。行動計画では、2002年から2004年までの間に政府が講じる対策として、薬物対策に係る政府内の責任者として関係行政機関・地方自治体その他関係者間の調整等を任務とする薬物対策調整官を設置すること、3年間で総額3億2,500万クロナの薬物対策予算を確保することなどを掲げている。

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

(2) 医療施設

スウェーデンの医療提供は、公営サービスが中心であり、これに関連して医療機関の役割分担が明確になっている。具体的には、特に高度先進的な医療を提供する圏域病院が全国6つの保健医療圏に計9つあり、また各ランスタングごとに当該ランスタング全体をカバーする計22のレーン病院と、ランスタング内を複数の地区に分けてカバーする計45のレーン地区病院があり、さらにプライマリケアを担当する計864の保健医療センターがある(2000年)。

1991年当時、ランスタングに属する病床数は全国で約9万4,000床(人口千人当たり10.8床)であったが、2002年には約2万8,000床(人口千人当たり3.1床)となっており、1992年に実施されたエーデル改革で約3万1,000床が福祉施設としてコミュニケーションに移管されたことや民間病院の増加を考慮しても、1990年代を通じて病床数が相当程度縮減されている。

(3) 医療従事者

医療従事者については、職種の専門分化が進んでいるのが特徴である。例えば看護師については、地域医療、小児科、外科、老年科、救急などの分野ごとに専門看護師資格が設けられている。医療従事者数は看護補助職種を中心に減少傾向にあり、全体で1995年の約35万人(全賃金労働者の9.0%)から2001年には約32万人(全賃金労働者の7.7%)にまで減少している。一方、医療従事者は医師・看護師など職種や地域による差はあるものの総じて不足しており、人材の量的確保及び資質の向上が重要な課題となっている。

4 公的扶助制度

我が国の生活保護に当たる社会扶助は、コミュニケーションの責任の下に運営されており、財源はコミュニケーションの一般財源である。対象者はスウェーデンに1年以上居住する18～64歳の者で、公共職業安定所に求職登録したうえで、就労能力のある者には求職活動が要求される。給付額は申請者の資力と所得を総合的に算定した額と各コミュニケーションが決めた基準額との差額となる。2002年には、23万7,000世帯(18歳～64歳に属する世帯の6.0%)が受給しており、支給総額85億クロナ(1世帯平均約3万6,000クロナ)、平均支給期間は5.8か月となっている。これらは1996年をピークに減少してきており、2001年と比較して受給世帯数は約6%、支給総額は約4%の減少となっている。受給世帯類型別に見ると、シングルマザー世帯の23%が受給者となっていること、受給者年齢別では18歳～29歳の世代が全受給者の37%を占めるなど若年世代の受給者比率が高いこと、外国生まれの国民(難民は除く)の12%が受給していること(スウェーデン生まれの国民の場合は2%)、長期失業者(年間を通じて公共職業紹介に登録されている者)は受給者の約3%になっている、といった特徴がある。

なお、政府は2001年に「社会扶助受給者を1996年から2004年までに半減する」との目標を示していたが、この目標達成は既に困難とされている。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策全般

スウェーデンの社会福祉サービスは、「個人及び家族

に対するサービス」、「高齢者及び障害者に対するケア」の2つに大別される。

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

一方、「高齢者及び障害者に対するケア」とは、「社会サービス法」、「保健医療サービス法」及び「機能的障害者のための扶助及びサービスに関する法律」の規定に基づく高齢者及び障害者に対するケア、サービスである。

(2) 高齢者保健福祉施策

スウェーデンでは、65歳以上高齢者比率は1984年に17%台に達して以降は安定的に推移しているが(2002年17.2%)、人口高齢化は後期高齢者の増加という形で現れており、80歳以上人口比率は1985年の3.7%から2002年には5.3%まで高まってきている。

高齢者福祉サービスには、我が国と同様、在宅福祉サービス(ホームヘルプサービス等)と施設福祉サービス(ナーシングホーム、グループホーム、サービスハウス等)があるが、スウェーデンにおける「施設」は高齢者のための「特別の住居」として考えられている。サービスの提供主体は基本的にコミュニティであるが、民間委託も首都ストックホルムを中心に増大傾向にある。2002年にはホームヘルプサービスを受けた高齢者のうち約9%、特別の住居に居住する高齢者のうち約12%は民間主体によるものである。

また、サービスの費用は、基本的にコミュニティの税財源とサービス利用者の自己負担で賄われることから、その具体的内容はコミュニティごとに異なるが、2001年「社会サービス法改正」の結果、2002年7月から高齢者・障害者福祉サービスに係る利用者負担限度額保障制度が導入された。これは、サービスの利用者負担に全国一律の上限額を設定するとともに、利用者負担額を支払った後利用者の手元に残る額の下限額を設定するものである。2003年には利用者負担の上限額は、ホームヘルプ等について1,544クローナ(2004年には1,572ク

ローナ)、施設サービスについて1,608クローナ(同1,638クローナ)となっている。また利用者の手元に残る最低所得保障額は、単身者について4,162クローナ(同4,238クローナ)、配偶者がいる者について3,487クローナ(同3,550クローナ)となっている。

(3) 障害者福祉施策

障害者関係施策は、福祉サービスや所得保障施策(障害年金などの現金給付)のほか、教育、住宅、交通、就労支援、文化、福祉機器の提供など幅広い分野において障害者の完全参加と平等の理念の下に実施されている。障害者サービスはコミュニティを中心として運営されており、ホームヘルプ等の在宅サービスや、グループホーム、サービスハウス等の施設サービスがある。また、「職業生活における障害者差別の禁止に関する法律」、「大学における学生の平等な取扱いに関する法律」といった法律が制定され、また「障害者オンブズマン法」に基づき国に設けられた障害者オンブズマンが、障害者の完全参加と平等の理念の実現を図るためのモニタリング、フォローアップ等を行っている。

2000年5月に国会で可決された「障害者施策に係る行動計画」においては、政府関係機関が講じるべき措置(建物のバリアフリー化、資料作成や政府調達に当たっての配慮など)、建物・交通機関等のバリアフリー化、地方自治体におけるサービスの向上、障害者に対する教育の充実、障害者雇用の促進、必要なりハビリテーションの確保などの幅広い対策が盛り込まれている。2002年12月には、行動計画の進捗状況についての政府報告書が公表、国会に提出された。

(4) 児童健全育成施策

① 児童手当・養育費補助

児童手当は、(基礎)児童手当、延長児童手当、付加的児童手当(多子加算)から成る。

基本的に国内に居住する16歳未満の子供を持つ親は、子供1人当たり月額950クローナの児童手当を受けることができる。

延長児童手当は、子供が16歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間支給されるものである。

養育費補助は、両親が離婚して一方の親と同居して