

3. 社会保障制度（年金、医療、子育て、介護、福祉等）の概要

(1) 社会保障制度の全体像

① 社会保障制度の概要

スウェーデンの社会保障制度は、①社会保険（所得再分配機能を持つ所得保障制度）、②医療・保健サービス、③福祉サービス（高齢者ケア（福祉）サービス、障害者福祉サービス）、④失業保険・労働市場政策の大きく4つの部門に分かれている。なお、①～③は中央政府下の社会省(Socialdepartementet : Ministry of Health and Social Affairs) が所管する社会保障制であるが、社会省は法律・政策案の準備、国の予算作成を行うが、細則の制定や実際の行政事務は、社会保険庁（Försäkringskassan : Swedish Social Insurance Agency）、年金庁（pensionsmyndigheten : Swedish Pensions Agency）、保健福祉庁（Socialstyrelsen : National Board of Health and Welfare）が行っている。一方で、④は雇用省（Arbetsmarknadsdepartementet : Ministry of Employment）が管轄している。

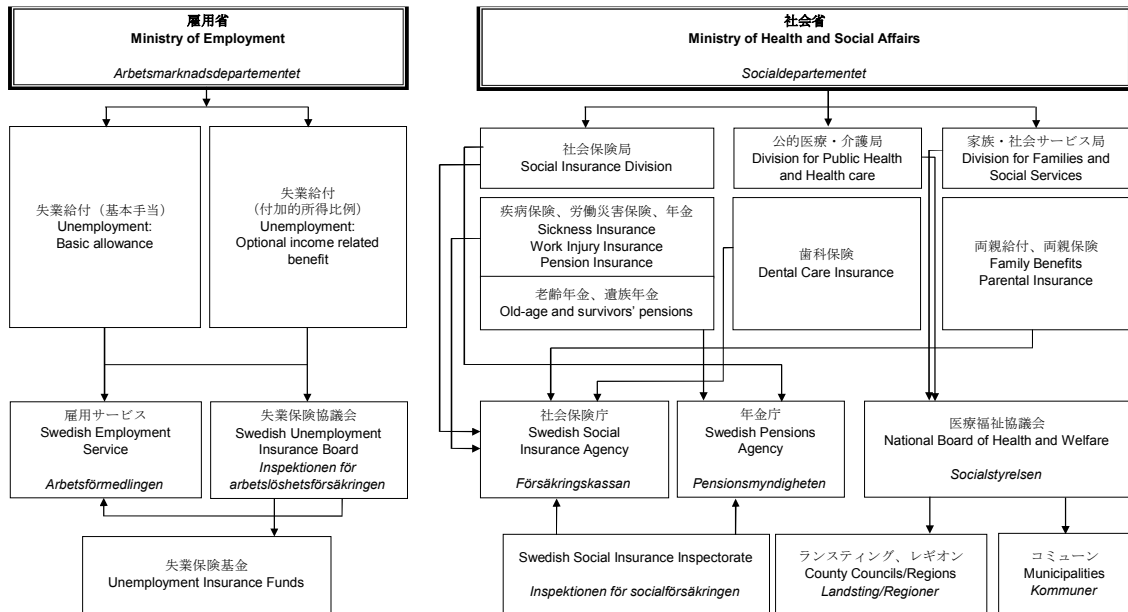
このうち、①の社会保険制度については、中央政府での社会省及びその傘下にある社会保険庁、年金庁が、地方レベルでの出先機関である地域社会保険事務所とともに制度運営を行っているが、機関は垂直的に一貫性を持った組織構造を持っており、社会保険制度が取り扱う範囲は、そのほとんどが所得保障制度である。

一方で、②、③については現物給付サービスであるが、このうち②医療・保健サービスは、21 のランスタイピング（ランスタイピングの機能を果たすコミュニティであるゴットランドを含む）の自治体が担当している。なお、ランスタイピングが提供する医療サービスについては、税方式による現物給付であり、日本に見られるような社会保険方式によるほる現物支給の医療保険は原則として存在しない。

③福祉サービスには、高齢者在宅介護サービス、障害者サービス、社会扶助（生活保護）等が含まれ、具体的なサービス提供量やその方法、内容については290のコミュニティの裁量によっており、地域間の格差があるとされる。なお、歯科医療については、社会保険型の医療保険を活用した現物給付を行っている。

④失業保険、労働市場政策については、（通常、欧米先進諸国では社会保険制度と呼ぶ場合、失業保険制度を含めて議論するが、）スウェーデンでは社会保険とは別の制度と整理している。なお、失業保険については、20歳以上の者に一律的に支給される基礎手当と、任意参加の所得比例給付の2つの部分から構成されている。いずれも、主に雇い主の保険料負担によって賄われている。

図表 スウェーデンの社会保障制度の組織体制



資料) European Commission(2012)“MISSOC (Multiple Information System on Social Protection)

②法的根拠

スウェーデンでは、これまでドイツやフランスのように社会保障に関する総合的な法典が存在しなかったが、2011年1月社会保障法典（Socialforskringsbalk）が施行され、31の社会保障関係の法律が一つに統合された。これは、概念・用語の整理、制度の透明・わかりやすさの向上を目的として、各制度の支給内容等を変更するものではない。

上記①社会保険については、給付種別によって根拠となる法律が異なるが、年金保険及び医療保険（現金給付）については、1962年の国民保険法に基づいており、その後1998年施行の新年金がこれを改定している。

次に、②医療・保健サービス提供については、1983年の保健医療サービス法がこれを規定している。

次に、③福祉サービスについては、社会サービス法が包括的に規定している。なお、社会保険料全般については、社会保障拠出金法および社会保障拠出金配分法がその運用方法等について規定している。

③社会保障支出の構造

スウェーデンの社会保障支出を分野別に見たものが下表である。これを見ると、2009年のスウェーデンの社会保障支出は総額で9,936億クローナであり、これは、名目GDPの約32.2%に相当する。

分野別には高齢者に対する支出が39.5%と最も多いが、これは特に現金給付（老齢年金）が中心となっていることが窺われる。次いで多いのが、保健医療に対する支出の24.9%である。この大部分が現金以外の給付であることから、医療サービスであることが分かる。その他、家族・児童に係る支出が全体の10.0%と大きくなっている。

図表 スウェーデンの分野別社会保障支出の推移（ESSPROS 基準）

（百万クローナ）

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	構成比
保健医療	219,079	219,453	229,378	234,694	241,856	247,843	24.9
うち現金給付	54,621	49,099	48,765	44,448	40,666	36,865	3.7
うち現金給付以外	164,458	170,354	180,613	190,246	201,190	210,978	21.2
障害者	120,602	126,743	133,481	138,177	137,778	140,730	14.2
うち現金給付	72,577	75,665	75,929	76,100	74,774	73,084	7.4
うち現金給付以外	48,025	51,078	57,552	62,077	63,004	67,646	6.8
高齢者	306,942	319,558	328,084	345,643	370,423	392,512	39.5
うち現金給付	238,976	250,979	258,723	273,318	290,922	314,036	31.6
うち現金給付以外	67,966	68,579	69,361	72,325	79,501	78,476	7.9
遺族	18,007	17,941	18,072	17,971	17,968	18,077	1.8
うち現金給付	18,007	17,941	18,072	17,971	17,968	18,077	1.8
うち現金給付以外	—	—	—	—	—	—	—
家庭・児童	76,943	79,653	87,781	91,448	96,836	99,586	10.0
うち現金給付	40,581	41,569	45,233	46,708	47,850	48,950	4.9
うち現金給付以外	36,362	38,084	42,548	44,740	48,986	50,636	5.1
失業	50,962	51,161	47,861	33,905	27,932	40,322	4.1
うち現金給付	44,412	44,641	40,370	27,428	21,771	33,748	3.4
うち現金給付以外	6,550	6,520	7,491	6,477	6,161	6,574	0.7
住宅	14,561	14,775	15,008	14,736	14,695	14,746	1.5
うち現金給付	—	—	—	—	—	—	—
うち現金給付以外	14,561	14,775	15,008	14,736	14,695	14,746	1.5
社会的排除	16,959	16,624	17,444	18,354	19,815	21,954	2.2
うち現金給付	9,536	9,274	9,389	9,589	10,245	11,799	1.2
うち現金給付以外	7,423	7,350	8,055	8,765	9,570	10,155	1.0
合計	839,997	862,288	894,124	913,189	945,820	993,641	100.0
(対GDP比)	31.6	31.1	30.4	29.2	29.5	32.2	
うち現金給付	478,710	489,168	496,481	495,562	504,196	536,559	54.0
うち現金給付以外	345,345	356,740	380,628	399,366	423,107	439,211	44.2
(参考)名目GDP	2,660,957	2,769,375	2,944,480	3,126,018	3,204,320	3,089,181	

原資料) スウェーデン中央統計局 (BCS) ” Utgifter för det sociala skyddet i Sverige och Europa samt utgifternas finansiering 2004-2009”

資料) 厚生労働省 「2010～2011 海外情勢報告」

次に、スウェーデンの分野別社会保障支出の状況を日本と比較してみる。比較可能な最新時点は2007年である。まず、2007年の社会保障支出の対GDP比率をみると、日本が18.3%、スウェーデンが27.3%となっており、スウェーデンの方が8.6ポイント高い。これを、現金給付と現物給付（上記では、現金給付以外の給付）で分けてみると、現金給付

(日本：10.4%、スウェーデン：12.7%)、現物給付(日本：8.1%、スウェーデン：14.5%)といずれもスウェーデンの方が高いが、特に現物給付での差が大きい。

日本とスウェーデンの差が大きい分野を見ていくと、まず、「障害者関連」(日本：0.8%、スウェーデン：5.0%)が挙げられる。この分野においては、現金給付、現物給付とも日本とスウェーデンの差は顕著である。次に、差がみられるのが「家族」(日本：0.8%、スウェーデン：3.4%)である。この分野においても現金給付、現物給付ともスウェーデンの方が顕著に高い。その他には、「積極的労働市場政策」について、スウェーデンの方が顕著に高くなっているが、「老齢」、「医療」については、スウェーデンの方が高いものの差は大きくない。また、「遺族」については、逆に日本の方が高くなっている。

図表 日本とスウェーデンの分野別社会保障支出の対名目GDP比率（2007年）

		日本				スウェーデン				日本-スウェーデン		
		1980	1990	2000	2007	1980	1990	2000	2007	2007		
老齢	総額	3.024	4.088	6.931	8.787	7.713	8.552	9.084	8.983	0.196		
	現金給付	総額	2.921	3.96	6.225	7.535	6.5	7.046	6.616	6.637	-0.898	
		年金	2.92	3.96	6.217	7.494	6.156	6.907	6.607	6.454		
		早期退職給付					0.222	0.114	0.009	0.171		
		その他	0.001	0	0.008	0.041	0.121	0.025	0	0.013		
	現物給付	総額	0.104	0.128	0.706	1.253	1.214	1.506	2.468	2.346	1.093	
居宅介護、居住支援サービス		0.104	0.128	0.706	1.249	1.214	1.506	2.319	2.252			
その他の現物給付		..	0	0	0.004	..	..	0.148	0.094		
遺族	総額	1.028	0.942	1.192	1.298	0.601	0.654	0.619	0.54	-0.758		
	現金給付	総額	1.007	0.923	1.171	1.281	0.601	0.654	0.619	0.54	-0.741	
		年金	0.987	0.903	1.148	1.259	0.601	0.654	0.619	0.511		
		その他の現金給付	0.02	0.02	0.023	0.022	..	..	..	0.029	
	現物給付	総額	0.021	0.019	0.021	0.017					-0.017	
		葬祭支出	0.021	0.019	0.021	0.017						
その他の現物給付		0	0	0	0							
障がい関連	総額	0.647	0.583	0.744	0.791	4.809	5.541	5.123	5.023	4.232		
	現金給付	総額	0.534	0.515	0.584	0.593	4.344	5.092	3.59	3.113	2.52	
		障害年金	0.218	0.266	0.325	0.351	1.807	1.922	1.847	1.964		
		労働災害年金	0.072	0.082	0.095	0.092	0	0	0.242	0.147		
		労働災害による離職	0.05	0.031	0.026	0.023	0.218	0.702	0.002	0.001		
		傷病手当	0.086	0.055	0.054	0.061	2.264	2.416	1.499	1.001		
		その他の現金給付	0.109	0.08	0.084	0.066	0.054	0.051	0	0		
		現物給付	総額	0.113	0.068	0.161	0.198	0.466	0.449	1.533	1.909	1.711
	施設、在宅介護		0.001	0	0.032	0.157	0	0	1.063	1.444		
	リハビリテーション		0	0	0	0	0.466	0.434	0.176	0.147		
	その他の現物給付		0.112	0.068	0.129	0.041	0	0.015	0.293	0.318		
	医療		総額	4.512	4.508	5.933	6.302	8.259	7.408	6.251	6.577	0.275
	現物給付		総額	4.512	4.508	5.933	6.302	8.259	7.408	6.251	6.577	0.275
家族	総額	0.472	0.364	0.646	0.792	3.902	4.417	2.95	3.354	2.562		
	現金給付	総額	0.227	0.168	0.252	0.431	1.707	2.098	1.491	1.494	1.063	
		家族手当	0.145	0.101	0.145	0.3	0.895	0.85	0.836	0.752		
		両親給付(出産育児による離職)	0.08	0.067	0.107	0.131	0.641	1.089	0.538	0.674		
		その他の現金給付	0.001	0	0.001	0	0.17	0.158	0.116	0.068		
	現物給付	総額	0.245	0.196	0.394	0.361	2.195	2.32	1.459	1.86	1.499	
		デイケア、居宅介護サービス	0.245	0.196	0.298	0.327	1.597	2.022	1.347	1.733		
その他の現物給付		..	..	0.097	0.034	0.597	0.298	0.113	0.126		
積極的労働市場政策	総額	..	0.327	0.283	0.163	..	1.636	1.738	1.098	0.935		
	現物給付	総額	..	0.327	0.283	0.163	..	1.636	1.738	1.098	0.935	
		公共職業安定機関と事務経費	..	0.272	0.212	0.116	..	0.235	0.241	0.227		
		訓練	..	0.03	0.04	0.033	..	0.528	0.656	0.178		
		異動やワークシェア	..	..	..	..	..	..	0.025	0.021	
		就業促進	..	0.02	0.029	0.011	..	0.384	0.461	0.477		
		就業支援、リハビリ	..	0.002	0.002	0.001	..	0.377	0.24	0.179		
		直接的な雇用創出	..	0.003	0.001	0	..	0.105	0.068	0		
スタートアップ支援		..	..	..	0.001	..	0.008	0.047	0.016		
失業	総額	0.497	0.322	0.611	0.309	0.368	0.863	1.377	0.666	0.357		
	現金給付	総額	0.497	0.322	0.611	0.309	0.368	0.863	1.377	0.666	0.357	
		失業給付	0.497	0.322	0.611	0.309	0.368	0.783	1.319	0.666		
		労働市場の変化による早期離職					..	0.079	0.058	0		
住居	総額					1.084	0.644	0.618	0.471	0.471		
	現物給付					1.084	0.644	0.618	0.471	0.471		
その他の社会政策分野	総額	0.219	0.146	0.195	0.263	0.427	0.516	0.674	0.592	0.329		
	現金給付	総額	0.217	0.144	0.193	0.259	0.38	0.326	0.438	0.307	0.048	
		所得維持	0.194	0.123	0.17	0.239	0.169	0.326	0.42	0.285		
		その他の現金給付	0.023	0.021	0.023	0.019	0.212	0	0.018	0.022	0.003	
	現物給付	総額	0.002	0.001	0.002	0.004	0.046	0.19	0.235	0.285	0.281	
		社会扶助	0	0	0.001	0.002	0	0	0.183	0.239		
その他の現物給付		0.002	0.001	0.001	0.002	0.046	0.19	0.052	0.046			
総額	総額	10.4	11.28	16.536	18.704	27.163	30.233	28.432	27.304	8.6		
	現金給付	5.403	6.032	9.034	10.408	13.9	16.079	14.131	12.758	2.35		
	現物給付	4.997	4.921	7.218	8.134	13.264	14.153	14.302	14.546	6.412		

資料) OECD.Stat Social Expenditure

④社会保障財源の概要

社会保障制度の財源については、以下のとおりである。

①社会保険制度については、雇い主の保険料負担を中心としながらも、租税収入を原資とした国庫負担による部分も含まれる。また、一部に被保険者の保険料負担もある。

一方で、②医療・保健サービス、③福祉サービスについては、各自治体自身での租税収入によって賄われる。また、④失業保険については、主に雇い主の保険料負担によって賄われている。

その他、スウェーデンの社会扶助（社会保険制度からは除外されている）についても、上記②③と同様に、各自治体の租税収入が財源である。

＜社会保障の現金給付における課税・非課税＞

スウェーデンでは、社会保障給費については就労時の所得に基づく現金給付は課税、居住に基づく現金給付は非課税となっている。社会保険給付（現金給付）では、基本的には所得比例により設計されていることから、現金給付の大半は課税対象となる。

スウェーデンの社会保険法では、給付は居住による給付と就労による給付に分かれ、児童手当などは居住による給付とみなされ非課税となる。疾病手当は就労時の所得に基づくので課税対象となる。

また、両親手当における最低保証給付分は居住による給付とみなされ非課税である一方、おなじ両親手当の中でも所得比例保障分は就労による保障ということから課税対象となる。例えば、老齢年金を例に挙げると、所得比例給付分は92%、最低保証給付分は8%である。この結果、国民全体の96%が課税対象者となっている。

(2) 社会保障制度の理念と最近の動向

ここでは、スウェーデンの社会保障制度の理念について整理する。具体的には、まず、制度設計の背景ともなる福祉国家のモデルについて整理する。その後、最近の大きな制度改革を通じて、どのような方向性を目指しているのかを中心に整理する。

①福祉国家としてのスウェーデンの特徴

福祉国家としてのスウェーデンの特徴として以下の5点が挙げられる。

- 1) 普遍的で包括的な社会保障制度を持つこと
- 2) 完全雇用政策により完全雇用の維持に政府が責任を持つこと
- 3) 自由市場と私企業の産業を基礎としながら、社会保障と雇用の維持、環境保全と公共財の供給などで政府が積極的役割を果たす混合経済システムの社会であること
- 4) 労使がよく組織されており、労使間の問題の解決が労使の民主的交渉によって

自主的民主的に決められることが多いこと

- 5) 民主的で汚職などもまれなクリーンな政治システムをもつこと

こうしたスウェーデンの国家の変遷の中で、福祉政策がどのように推移してきたかをみると、1990年代までは概ね以下のとおりに整理できる。

- 1) 救貧から防貧へ、恩恵から権利へ（1950年代とそれ以前）
- 2) 選別主義から普遍主義へ（1950～1960年代）
- 3) ノーマライゼーションと総合化の時代（1970～1980年代中ごろ）
- 4) 在宅福祉、分権化、自己決定と選択の重視の時代（1980年代後半～1990年代）

②スウェーデンの社会保障制度に係る最近の変化

ここでは、スウェーデンの社会保障制度に関して、1990年代以降の改革等を概観する。まず、1990年代以降の医療・高齢者福祉の改革として、1991年に「選択の自由」を掲げた穏健党を中心とする中道右派政権が成立し、高齢者福祉に関しては以下のエーデル改革が実施されている。

<エーデル改革の概要>

- ・ 高齢者福祉サービスと高齢者医療サービスの総合化、医療から福祉への誘導
- ・ 基礎自治体レベルへの権限と財源の分権化
- ・ 入院、施設介護から在宅介護と看護への誘導
- ・ 医療費＋高齢福祉費の財政的節減

また、医療においても民間部門を含めた「市場」機構の導入が試みられた。しかし、1994年には再び社会民主党政権となり、「市場」機構は後退に傾き、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。

その後、2006年に成立したラインフェルトの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（2010年の総選挙でも存続し、政策を継続）。

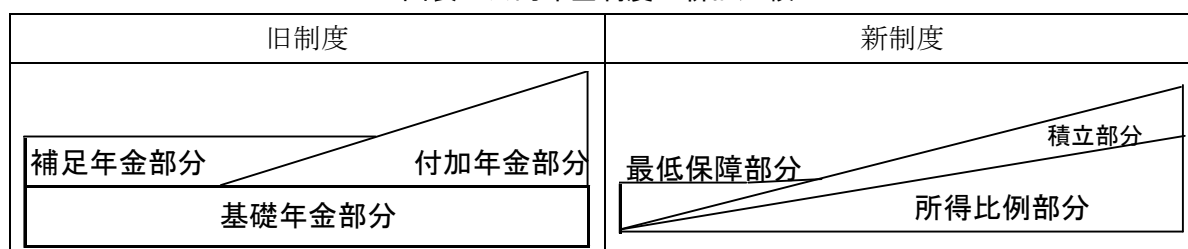
次に大きな改革としては公的年金制度の改革がある。スウェーデンの公的年金制度（老齢年金）は、1998年以前は定額の基礎年金および所得比例の付加年金からなる2階建ての制度体系であったが、①社会経済及び人口の変化に対する柔軟性を強めること、②個人について給付と拠出の関係が強化されたものにする、の二つを目的に年金制度の改革が1998年に行われた。

改革後の老齢年金制度では、所得比例の年金保険（所得比例老齢年金）を中核としており、賦課方式の所得比例年金と積立方式のプレミアム年金の二つの部分から構成される。一方で、低所得または無所得のために所得比例老齢年金を受けられない、またはその額が一定水準を下回る場合に、最低保障年金が存在する。

1998年の改革前と改革後の制度については、いずれも、定額の年金と所得比例の年金から構成されているが、基本的な考え方は大きな転換があったとされる。具体的には、改革前は、全ての者に定額の給付（基礎年金）を行うことが主軸となっていたが、改革後は、所得比例老齢年金を主軸としつつ、これ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最低保障年金を給付するとしている。

この流れを、学説では「所得比例保障の原則へのイデオロギーの転換」と評価されており、社会連帯の在り方が変容したこと意味している。なお、こうした転換がなされた背景としては、経済の低成長、失業の増加、国家財政の悪化、移民の増加による居住のみの要件の見直し、があったとされる。

図表 公的年金制度の新旧比較



(3) 社会保険制度

①社会保険制度の範囲と定義

スウェーデンにおける社会保険（Socialförsäkring）の範囲は日本とは異なり、年金等社会保険料で費用を賄う給付だけではなく、児童手当、住宅手当など一般財源で費用が賄われる各種の手当も含んで用いられる（ただし、社会扶助は含まれない。また、労災保険も含むが、社会保険庁が支給事務を行わない失業保険は含まない。）

一方で、給付内容については所得保障を中心とした現金給付が中心であり、日本の医療保険や介護保険のように主としてサービス費用を賄うための制度ではない。

また、社会保険制度は、自営業者を含めて基本的に職域の別なくスウェーデンに居住する全住民に適用される。また、給付水準は所得制限を設けず、従前賃金の一定水準を保障するという形態が多い。

②社会保険制度の支出

スウェーデンの社会保険制度の最近時点の支出額をみると、2009年では、4,810億クローナとなっており、これは、先に見た社会保障制度全体の支出額 9,936億クローナの

48.4%とほぼ半分を占める。また、同年の名目 GDP である 3 兆 892 億クローナの 15.6%となる。

社会保険制度はその対象によって、A. 家族・児童への経済的保障、B. 傷病・障害に対する経済的保障、C. 高齢者への経済的保障に大きく分けることができる。

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

支出額を見ると、C.高齢者に対する経済的保障（2,688 億クローナ）が 55.9%と過半数を占め最も大きい。内訳を見ると、老齢年金（2,395 億クローナ）に係る支出がほとんどを占める。

次いで、B.傷病・障害に対する経済的給付（1,410 億クローナ）が 29.3%となっているが、内訳としては、傷病手当（950 億クローナ）がその 67.4%を占める。

最後に、A.家族・児童への経済的保障（702 億クローナ）が 14.6%となっているが、内訳を見ると、両親保険（309 億クローナ、44.1%）、児童手当（236 億クローナ、33.6%）が多い。なお、日本との対比においては、A.家族・児童への経済的保障の割合が高いことが特徴とされる。

図表 スウェーデンの社会保険制度収支（2009年）

（百万クローナ）

給付名	収入					支出			
	保険料	国庫負担	その他	計	(構成比)	給付費	事務費	計	(構成比)
<家族・児童への経済的保障>	26,671	37,665	1,599	65,935	10.4	68,112	2,084	70,196	14.6
両親保険	26,671	-	-	26,671	(40.5)	29,865	1,067	30,932	(44.1)
児童手当	-	23,612	-	23,612	(35.8)	23,364	248	23,612	(33.6)
住宅手当	-	3,604	-	3,604	(5.5)	3,372	232	3,604	(5.1)
障害児介護手当	-	2,960	-	2,960	(4.5)	2,789	171	2,960	(4.2)
養育費補助	-	2,412	1,599	4,011	(6.1)	3,645	366	4,011	(5.7)
児童養育期間中の年金権	-	5,077	-	5,077	(7.7)	5,077	-	5,077	(7.2)
<傷病・障害に対する経済的保障>	102,634	41,353	5,237	148,224	23.3	135,963	6,021	140,984	29.3
傷病手当	83,098	15,227	-	98,325	(66.3)	91,186	3,827	95,013	(67.4)
ランステイングへ薬剤補助金	1,000	-	1,000	1,000	(0.7)	-	1,000	-	(0.0)
歯科医療給付	-	5,724	-	5,724	(3.9)	5,503	221	5,724	(4.1)
医療給付	-	646	-	646	(0.4)	608	38	646	(0.5)
障害者所得補償金	-	1,328	-	1,328	(0.9)	1,242	86	1,328	(0.9)
活動補償金	10,293	388	-	10,681	(7.2)	10,293	388	10,681	(7.6)
労災手当	8,243	50	51	8,344	(5.6)	5,156	260	5,416	(3.8)
自動車補助	-	248	-	248	(0.2)	222	26	248	(0.2)
介助者手当	-	17,742	4,186	21,928	(14.8)	21,753	175	21,928	(15.6)
<高齢者に対する経済的保障>	267,354	16,970	136,465	420,789	66.3	266,189	2,606	268,795	55.9
老齢年金	202,712	-	136,412	339,124	(80.6)	217,412	1,730	219,142	(81.5)
AP基金	202,712	-	136,412	339,124	(80.6)	217,412	1,730	219,142	(81.5)
国庫	15,200	3,909	-	19,109	(4.5)	19,054	55	19,109	(7.1)
積立年金制度	28,821	-	-	28,821	(6.8)	858	440	1,298	(0.5)
遺族年金	20,607	779	-	21,386	(5.1)	16,863	34	16,897	(6.3)
住宅費補助(BTP)	-	11,709	-	11,709	(2.8)	11,374	335	11,709	(4.4)
高齢者生計費補助	-	498	-	498	(0.1)	497	1	498	(0.2)
その他の給付・支払	14	75	53	142	(0.0)	131	11	142	(0.1)
総計	395,659 (62.3)	96,988 (15.3)	142,301 (22.4)	634,948	-	471,262	9,711	480,973	-

備考) 上記の原資料では、最新で 2012 年の値を入手可能だが、2010 年以降のデータは年金部分が記載されていない（年金庁が分離されたため。）

原資料) スウェーデン社会保険庁”Socialforskringen I siffror 2010”

資料) 厚生労働省「2010～2011 海外情勢報告」

③社会保険制度の収入面

次に、社会保険制度の収入面を見ると総額 6,349 億クローナとなっており、先に見た支出総額 4,810 億クローナを大幅に回っている。収入が支出を大きく上回っているのは老齢年金の部分であり、この超過収入が積立金（A P 基金）に回っていると考えられる。

次に、各種の給付の財源を見ると、多くは国庫負担により賄われていることが分かる。しかし、金額については、社会保険制度の財源としては、雇用主による保険料負担が 3,957 億クローナと収入全体の 62.3%を占め最も多い。なお、保険料収入の額は社会保険制度の総支出の 82.3%に相当する。これは事業規模が大きな老齢年金、遺族年金、傷病手当、両親手当において保険料収入が主な収入源になっていることによる。

その他、収入面では老齢年金の積立金である A P 基金からの運用収入が大部分を占める「その他」（1,423 億クローナ）が 22.4%となっている。また、国庫負担は 970 億クローナと収入全体の 15.3%となっている。

なお、最近、老齢年金に関してはその財源の一部を被保険者（被用者）の保険料負担で賄うようになった。

④社会保険制度の保険料率

社会保険制度の保険料率の合計は 2011 年には、被保険者（被用者）は老齢年金の 7.0%のみであり、使用者が 31.42%、自営業者が 28.97%となっている。使用者、自営業者の拠出には労働市場保険料、一般賃金税が含まれている。一般賃金税については、特定の社会保険給付に結びついているものではなく、一部の料率の修正で拠出収入の合計を大きく変化させない役割を託されており、そのため料率は毎年変化する。なお、社会保険制度における保険料率の水準については、それが予め想定されているというよりは、公費と合わせて給付を賄える水準に決定されていると見なされる。

保険料率の推移についてみると、遺族年金保険料、老齢年金保険料、両親保険料、労働災害保険料については、1989 年以来同率である。この中で、疾病保険料率が近年下がっている背景としては、不正受給防止のための給付水準引き下げがあったとされる。

図表 スウェーデンの社会保険料率（使用者・被用者・自営業者別）（%）

	2010			2011		
	使用者	被用者	自営業者	使用者	被用者	自営業者
疾病保険料	5.95		6.04	5.02		5.11
遺族年金保険料	1.7		1.70	1.17		1.17
老齢年金保険料	10.21	7.00	10.21	10.21	7.00	10.21
両親保険料	2.2		2.2	2.2		2.2
労働災害保険料	0.68		0.68	0.68		0.68
労働市場保険料	4.65		2.11	2.91		0.37
小計	25.39		22.94	22.19		19.74
一般賃金税	6.03		6.03	9.23		9.23
合計	31.42	7.00	28.97	31.42	7.00	28.97

(備考 1) 老齢年金保険料について、自営業者は被保険者分（7.0%）を加えて、17.21%を負担する。

(備考 2) 使用者はこれに企業年金などの企業福祉の費用も負担する。

図表 スウェーデンの社会保険料率の推移（％）

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
老齢年金保険料	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21	10.21
遺族年金保険料	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.7	1.17
疾病保険料								
雇用主	11.08	10.15	8.64	8.78	7.71	6.71	5.95	5.02
自営業者	11.81	11.12	9.61	9.61	7.93	7.93	6.042	5.11
両親保険料	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2
労働災害保険料	0.68	0.68	0.68	0.68	0.68	0.68	0.68	0.68
労働市場保険料								
雇用主	3.7	4.45	4.45	4.45	2.43	2.43	4.65	2.91
自営業者	1.16	1.91	1.91	1.91	0.5	0.5	2.11	0.37
一般賃金税	3.13	3.07	4.4	4.4	7.49	7.49	6.03	9.23
雇用主の保険料の合計	32.7	32.46	32.28	32.42	32.42	31.42	31.42	31.42
自営業者の合計	30.89	30.89	30.71	30.71	30.71	30.71	28.972	28.97

資料) スウェーデン社会保険庁”Socialförsäkringen I siffror 2012”

これらの社会保険料のうち、老齢年金保険料分は社会保障基金に入り、その他の社会保険料は、直接国庫に入る。

(4) 個別社会保障分野

①医療

スウェーデンでは、税を主たる財源として公的医療機関が大部分の医療を直接提供している。医療機関の多くは公立であり、医師も公務員がほとんどである。医療保障の直接的な責任はランスティングにあり、病院を管理し予算配分を行うのもランスティングである。国は医療保障の全体的な責任を負う仕組みであり、権限移譲が進み、国の権限は弱くなっている。

1) 医療費の規模

OECD の Health Data によれば、購買力平価で見た 2009 年の 1 人あたり年間総医療費は、日本が 2,979 ドルであるのに対して、スウェーデンでは 3,538 ドルと、日本より 2 割程度大きい。

図表 1 人あたり年間総医療費（購買力平価）

	US\$/人						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	2,171.2	2,292.2	2,434.1	2,558.1	2,703.8	2,831.7	2,979.4
スウェーデン	2,710.9	2,832.3	2,845.0	3,069.0	3,286.3	3,486.0	3,538.6

資料) OECD."Health Data"

また、2009 年における GDP に対する総医療費の割合は日本が 9.5%、スウェーデンが 9.9%であり、経済規模に占める医療費の大きさは、ほぼ同規模となっている。

ただし、日本では医療財政に占める公的医療保険の割合が大きいのに対して、スウェーデンでは租税を基にした政府支出によって賄われる部分が多い。

図表 GDP に占める総医療費の大きさ等（2009 年）

	単位: %、US\$/人	
	日本	スウェーデン
GDPに対する総医療費の割合(%)	9.5	9.9
医療費に占める公的支出の割合(%)	80.2	81.6
医療費に占める民間支出の割合(%)	19.8	18.4
1人あたり政府支出(ドル/人)	256.1	2,888.5
1人あたり社会保障基金支出(ドル/人)	2,131.9	0

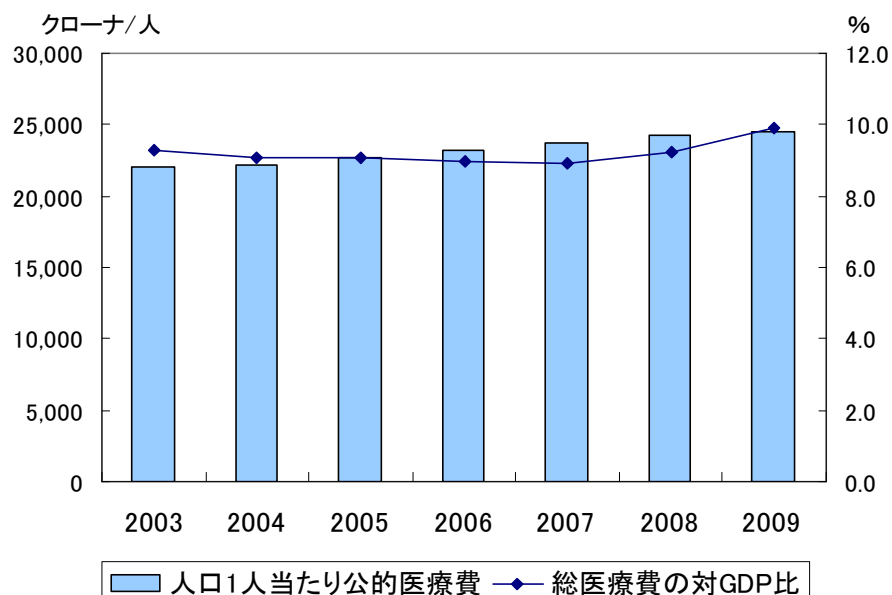
注) 政府支出は 2005 年実質値による大きさ。

資料) OECD."Health Data"

スウェーデンでは、人口の高齢化等の要因により、医療費の増加が続いている。スウェーデンの 1 人あたり公的医療費と、総医療費の対 GDP 比率の推移を見ると、1 人あたり公的医療費は年々増加し、2009 年では 24,576 クローナとなっている。一方、総医療費の対 GDP 比率は比較的安定しているが漸増傾向にあり、2009 年は 9.9%となっている。

日本との比較では、2003年から2009年の6年間で、日本が1人あたり公的医療費を米ドル換算で37.8%増加させたのに対して、スウェーデンでは29.5%増に留めている。

図表 スウェーデンの1人あたり公的医療費と、総医療費に対するGDP比率の推移



単位：USドル/人、%

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	人口1人あたり公的医療費	1,733.4	1,840.5	1,975.2	2,022.3	2,165.0	2,278.6	2,388.0
	総医療費の対GDP比	8.0	8.0	8.2	8.2	8.2	8.6	9.5
スウェーデン	人口1人あたり公的医療費	2,230.3	2,318.4	2,318.0	2,502.6	2,681.1	2,844.8	2,888.5
	総医療費の対GDP比	9.3	9.1	9.1	8.9	8.9	9.2	9.9

資料) OECD."Health Data"より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

なお、総医療費に占める公的部門と民間部門の割合は、ほぼ安定的に推移しており、2009年の場合には公的部門が81.6%、民間部門が18.4%となっている。ただし、公的部門の財政制約およびそれに伴う医療費抑制策により、近年わずかずつではあるが、民間部門の占める割合が増加傾向にある。

図表 スウェーデンの総医療費に占める公的部門・民間部門の割合

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
日本	公的部門	79.8	80.3	81.1	79.1	80.1	80.5	80.2
	民間部門	20.2	19.7	18.9	20.9	19.9	19.5	19.8
スウェーデン	公的部門	82.3	81.9	81.5	81.5	81.6	81.6	81.6
	民間部門	17.7	18.1	18.5	18.5	18.4	18.4	18.4

資料) OECD."Health Data"

2) 医療供給体制

医療保障制度は、現物給付に基づく医療サービスと現金給付に基づく傷病手当（疾病保険）制度との2つを中心に構成されている¹⁸。

医療サービスに関わる根拠法は、保健・医療サービス法（Hälsa-och sjukvårdslag ; Health and Medical Service Act）であり、これにより、スウェーデンでは、すべての国民が平等な医療サービスをいつでも受ける権利を保障されている。医療サービス提供は、ほぼすべてランスタイピングの所掌事務である。

ランスタイピングが提供する医療サービスは、主として税方式によって賄われている。国民は疾病保険加入が義務づけられているが、この保険によって手当てされるのは、歯科治療と一部の現金給付（傷病手当）のみである。また、保険料は使用者側のみに課せられており、被用者の保険料負担はない¹⁹。

a. 中央政府の役割

スウェーデンの社会保障分野における社会省（Socialdepartementet ; Ministry of Health and Social Affairs）の機能は限定的であり、法律および法令によって、①医療・保健に係る基本的な原則を定めること、②医療政策の目標を設定すること、③ガイドラインを策定することが主たる役割となっている。実際の施策の運用は、傘下の行政庁や、ランスタイピングが担当している。近年、省により制定された詳細な規則、基準等の数は減少傾向にあり、政府の関心はサービスがどのように提供されているかよりも、サービス提供の結果や業績に移っている。

保健福祉庁（Socialstyrelsen ; National Board of Health and Welfare）は社会省傘下の行政庁であり、医療、保健、社会福祉分野の監督機関として、医療機関やその職員を監視する役割を果たしている。主な任務は提供された医療サービスが社会省の目指した目標に達しているかを検証・評価することである。また様々な医療についての全国的なガイドラインの作成も行っている。これらのガイドラインには、地方における保健医療計画に関する指針を示すもの等がある。

b. 地方政府の役割

スウェーデンにおいて医療供給の主たる責任を負っているのはランスタイピングである。ランスタイピングは医療サービスへ財源配分を行い、一次医療（Primary Care）から、広域圏病院（全国を6つに分けた高度専門医療地域に8つ存在）における専門医療に至るまで、医療サービスに関する全ての計画に責任を有している。またランスタイピングは、病院、地域医療センター（primary care center）、その他の医療機関を所有し、運営している。民間によって運営されている医療機関の場合でも、ランスタイピングと民間部門との契約に基づ

¹⁸ スウェーデンにおける傷病手当は、疾病による所得喪失の補填という性格上、医療制度の一部というよりは、所得保障制度との関連で整理されることが多い

¹⁹ 本報告書 P41 の保険料率負担の図表を参照

いて、民間部門が特定の医療サービスを提供しているのが通例である。

近年の重要な改革は、患者がどこで誰に治療をしてもらうか自由に選択できるようになったことである。患者はかかりつけ医（General Practitioner：GP）、地域医療センター、病院のどこでも自由に自分の意思で選択できるし、他のランスタングの医療サービスを担当医師による紹介無しに自由に利用することも可能になった。患者が他のランスタングの医療サービスを利用した場合には、その患者が住民登録を行っているランスタングがその医療費の公的負担部分の支払いの責任を有している。

なお、1982年の「保健・医療サービス法」により、コミューンも保健・医療サービスを担当することが規定されているが、コミューンの責務は予防的医療や健康管理・生活習慣に関するアドバイス等が中心である。

c. 医師数・病床数

人口千人当たり医師数は、日本が2.3人であるのに対してスウェーデンでは3.99人となっている。一方、人口千人当たりの病床数は日本の13.62床に対して、スウェーデンでは2.73床に過ぎない。

図表 医師数・病床数

	日本	スウェーデン
医師数	292,338	37,144
人口千人当たり医師数	2.3	3.99
歯科医師	100,161	7,875
人口千人当たり歯科医師数	0.79	0.85
病床数	1,730,215	25,566
人口千人当たり病床数	13.62	2.73

注) 日本は全て2010年値。スウェーデンは医師数、歯科医師数が2009年、病床数が2010年値。
資料) OECD."Health Data"

高齢者の福祉と医療の統合化を目指した1990年代の「エーデル改革」によって、スウェーデンの病床数は近年大きく減少している。2000年から2010年に限っても約20%の減少となっている（同期間に日本の病床数は約7%減）。

図表 病床数の推移

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
日本	1,864,008	1,856,341	1,839,189	1,820,035	1,812,554	1,798,473	1,786,487	1,775,316	1,755,971	1,743,293	1,730,215
スウェーデン	31,765	29,122	27,925	27,332	27,088	26,478	26,223	26,196	25,862	25,653	25,566

資料) OECD."Health Data"

d. 医療機関

スウェーデンでは、税金を主たる財源として公的医療機関が大部分の医療を直接提供し

ている。医療機関の多くは公立（公立病院、地域医療センター）であり、医師も公務員がほとんどである。

スウェーデンには、全国に約 80 の公的な一般病院がある。医療機能に応じて一次医療圏から三次医療圏の 3 層から構成されており、それらに明確な役割分担があることが特徴である。まず、全国を 6 つの高度専門医療地域に分割して、各管区に最低 1 か所（人口 90 万～190 万人に 1 か所）、高度に専門化した医療を提供する「広域圏病院（Regionsjukhus ; Regional Hospitals）」があり、医科大学附属病院等がその役割を担っている。次に、各ランスタイプレベルに通常 1 か所（人口 13 万～30 万人に 1 か所）の「中央病院（Lanssjukhus ; Central County Hospitals）」とその下の「地区病院（Lansdelssjukhus ; District County Hospitals）」がある。

一次医療圏を担うのは、コミュニケーションレベルのエリアでの地域医療センター（primary care center）や開業医である。

e. 財源および医療機関への支払い

医療サービスは、主として税方式（ランスタイプにおける個人所得税）によって提供され、一部を国からの補助金および患者負担によって賄われる仕組みとなっている。総医療費に占める公的部門の割合は、2009 年の場合、81.6%となっている。

医療サービス提供の中心的役割を果たすランスタイプ（全国合算値）の歳入・歳出構成は、本報告書の P17 に示すとおり、2011 年の場合、歳出の約 90%が医療関係費（一次医療 15.5%、専門的医療 48.3%、精神医療 8.2%、歯科医療 2.2%、医薬品 9.3%）に充てられている。これに対する歳入構成は、地方税収（個人所得税）が 67.9%を占め、一般補助金が 17.2%、料金収入が 14.9%となっている。医療サービス提供の大半は、自主財源で賄われていることがわかる。

スウェーデンでは、医療機関から医療サービスをどのように購入するかはランスタイプごとに決定する（Purchaser-Provider モデル）。一般に、開業医に対しては、出来高に応じた診療報酬払い（fee-for-service）を行っている（上限額あり）。また、主要な病院に対しても出来高による診療報酬支払い（fee-for-service）を行っている（上限額あり）ランスタイプも存在する。診療報酬は、典型的には、居住地以外の高度専門病院で治療を受けた患者への診療行為に対して、その診療を行った病院へ患者居住地のランスタイプから支払われるものである。

これに対して、ストックホルム・ランスタイプをはじめとする約半数のランスタイプでは、病院や地域医療センター（primary care center）への予算は、手術の種類や件数、患者数などの実績数予測に基づいて配分される、総額予算制度（global budget 方式）を採用している。

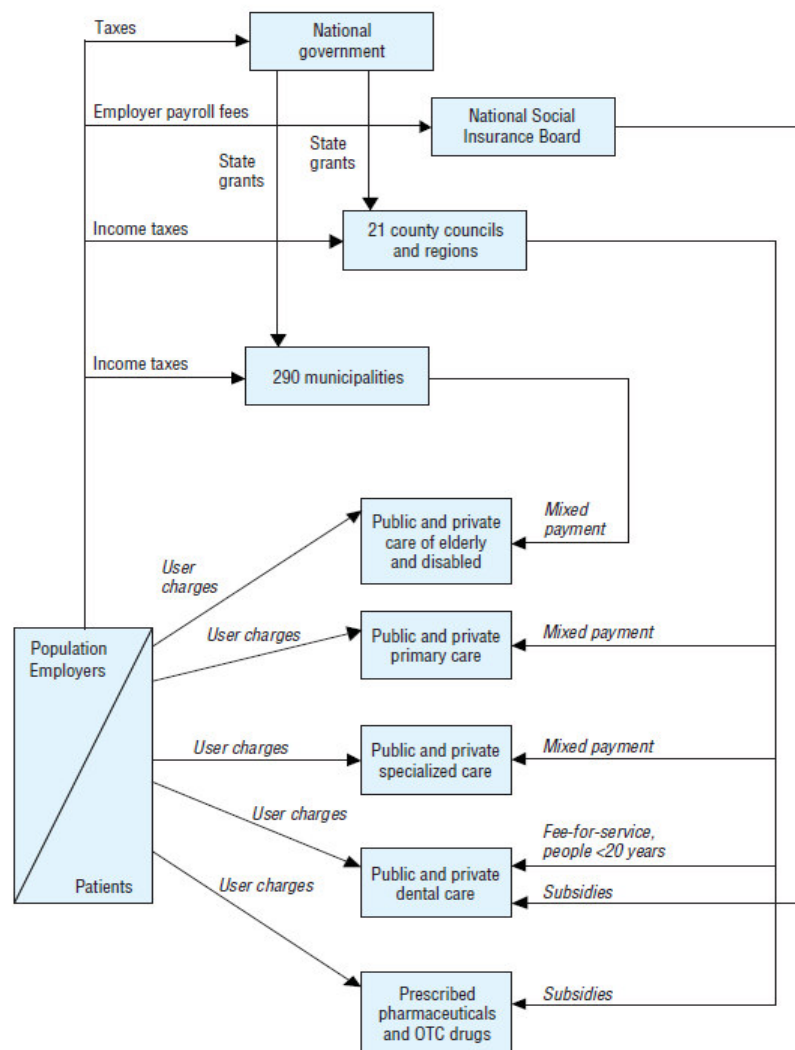
民間病院での自由診療（主に民間保険の適用）は増加しつつあるものの、その割合は極めて小さい。

f. 患者負担

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上限額の範囲内で、各ランスタイングの裁量に従って設定できる。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おり、2011年の一次医療の外来の場合、年間上限額1,100 クローナの範囲内で、1回当たり100~200 クローナとなっている。なお、20歳未満については無料である。入院患者の自己負担は、患者の年齢、所得、入院日数等に応じて設定されている。上限額は1日当たり80 クローナである。

薬剤については、最初に最大1,100 クローナを支払い、その後は1年間の処方状況に応じて補助が出るため減額される。患者の自己負担は年間で2,200 クローナが上限である。

図表 スウェーデンにおける医療提供体制と財源



(資料) Anders Anell, Anna H. Glenngård and Sherry Merkur(2012), “Health Systems in Transition – Sweden” Fig3.6 より

3) 疾病に対する経済的保障

労働者は、疾病による所得の低下に対して、事業主による疾病保険料（2011 年の場合、支払い給与の 5.02%、自営業者の場合は 5.11%）拠出と公費等を財源とした、所得保障（現金給付）としての疾病手当を受け取ることができる。なお、疾病保険料の拠出については、被用者の負担はない。

a. 給付内容

労働者は疾病にかかった場合、1 日目（待機日）は無給であるが、2 日目から 14 日目までは雇用主から疾病給与を受ける。それ以降は社会保険事務所から疾病手当を受け取ることができる。手当の額は、従前給与の 80%であるが、年収 321,000 クローナ（2011 年の場合）²⁰が上限となっており、これを超える年収を得ていても、同額を上限に手当額を算出することになる。

b. 条件

疾病手当の受給は、従来は期限に上限が無かったが、不正受給と思われるケースが絶えなかったこと等から、2008 年 7 月より、受給から 1 年を経過すると、社会保険事務所により、就業能力が恒久的に減退したと判断されて活動補償金や傷病補償年金の支給対象と認められない限り、給付が打ち切られることとなった。ただし、就業能力が減退しているものの職場復帰が可能と見込まれる例外的な場合には、最大 550 日間の支給延長が認められている。その場合、給付手当では 75%に減額される。

なお、就業がほとんど不可能な重篤な疾病を抱える人に対しても支給要件の厳格化が適用されたため、これに対する批判が高まり、症状が特に重篤な者については、支給延長期間が終了した後も、審査によってさらに支給が延長される場合もある。

²⁰ 同額は、物価基礎額（price base: 政府が毎年物価動向に基づいて定める額であり、年金や各種の社会保険手当の算定基準として用いられる。）42,800 クローナの 7.5 倍。

②介護・福祉（高齢者ケア）²¹

1) 基本的枠組み

スウェーデンの社会福祉は大きくは「個人・家族に対するサービス」、「高齢者・障害者に対するケア」に大別される。

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

2) 費用

高齢者ケアサービスの費用は、基本的にコミュニンの税財源とサービス利用者の自己負担で賄われるが、具体的内容はコミューン毎に異なる。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証制度が導入され、サービス利用者負担に全国一律の上限額を設定するとともに、利用者負担額を支払った後に利用者の手元に残る額の下限額が設定された。

◆利用者負担の上限額（2011年）

1,712 クローナ（ホームヘルプ：物価基準額の48%の12分の1）

◆最低所得保障額

4,832 クローナ（単身者：物価基準額の135.46%の12分の1）

4,083 クローナ（配偶者がいる者それぞれ：物価基準額の114.46%の12分の1）

3) サービス内容

コミューンが提供義務を負う高齢者ケア（福祉）サービスは、在宅サービスと施設サービスに分かれる。それぞれのメニューは以下の通りである。

◆在宅サービス

ホームヘルプサービス、訪問看護、デイサービス、デイケア、ショートステイ、緊急アラーム、移送サービス、など

◆施設サービス

社会サービス法上「施設」は高齢者のための「特別住居（Sarskitboende）」と定義されており、高齢者を収容する「施設」というより介護などの特別なニーズを有する高齢者のための「住宅」との考え方に立つ。

²¹ 介護・福祉（高齢者ケア）については、厚生労働省「2010～2011年海外情勢報告」よりとりまとめた。

③老齢年金²²

1)所得比例年金

a 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 alderspensio）であり、賦課方式の所得比例年金と積立方式のプレミアム年金からの二つの部分から構成される²³。当該年金の基本的枠組みは以下の通り。

- ・ 管理運営：年金庁（ただし、年金の算定基礎となる所得に関する事務は国税庁所管）
- ・ 保険者資格：スウェーデン国内で就労（有償で働くこと）する者（被用者であるか自営業者であるかは問われない）
- ・ 受給： 61歳から可能だが、被保険者は受給開始を事由に延期することができる。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、年金の受け取り方法を、満額、4分の3、2分の1、4分の1の額から選択することができる。受給開始年齢を遅らせた場合、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。

b 所得比例老齢年金及び保険料の算定基礎

所得比例老齢年金の保険料の算定基礎については以下の通りである。

- ・ 方式：確定拠出方式
- ・ 年金受給権の基礎（年金算定基礎額）

被保険者が一年間に得た所得に基づくが、下限（物価基礎額（2011年は42,800 クローナ）の42.3%（2011年は18,104 クローナ））、上限（所得基礎額（2011年は52,100 クローナ）の7.5倍（2011年は390,750 クローナ））がある。

なお、年金算定基礎額として認定される所得には、育児に従事する場合の架空の所得も含まれる。
- ・ 保険料率：17.21%に固定。このうち、使用者が10.21%の老齢年金保険料、被保険者本人が7.0%の国民年金保険料を負担する。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。なお、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、(被保険者本人が負担する)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齢年金保険料には、賦課対象額の上限・下限が設けられて

²² 老齢年金については、中野妙子 2012「老齢年金 —1998年改革の意義と課題—」『海外社会保障研究 Spring 2012; No.178』を参考にとりまとめた。

²³ 本報告書 P38 の図表を参照。

いない（上限を超える所得について支払われる保険料は、一般国庫の収入となる）。

- ・受給権：保険料を賦課される所得の 16%が所得比例年金の年金権として、2.5%がプレミアム年金の年金権となる。年金権の獲得に年齢の上限、下限は存在せず、生涯の所得が年金額に反映される。

c 所得比例年金

所得比例年金の概要は以下の通り。

- ・概念上の拠出立て

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、概念上の個人年金口座に積み立てられる。積み立てられた年金権およびその見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）となる。

見なし運用利回りは、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保険者に分配した相続益、管理運営費を考慮して決定。

- ・受給開始時の年金額

年金権総額を一定の除数で除して算定。除数は、年率 1.6%の仮定の実質所得上昇率、受給開始時における当該受給者層の平均余命に基づいて政府が決定。

- ・スライド

年金権総額、年金権の支給算定額には、実質所得上昇率に基づく所得スライドが用いられる。ただし、2002 年 1 月以降、年金財政が一定の危機的状況に陥った場合、議会の決議を経ることなく、政府が年金額のスライド率や見なし運用利回りを引き下げることができるようになった。

d プレミアム年金

プレミアム年金の概要は以下の通り。

- ・保険料率のうち 2.5%に相当する分の保険料が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。

2)最低保障年金

a 受給要件

低所得または無所得のために所得比例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に対して、最低保障年金が存在する。その要件は以下の通り。

- ・財源：全額国庫負担
- ・被保険者：スウェーデン国内に居住する者全て
- ・受給権：一定の被保険者期間が必要。原則としては 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に居住したことが要件。満額の最低保障年金を得るためには最低 40 年以上の被保険者期間が必要であり、40 年に満たない場合には、支給額は割合的に減額される。被保険者が 65 歳に達した月から受給できる。

b 支給額

支給額の概要は以下の通り。

- ・満額の最低保障年金（基礎水準と呼ばれる）
- ・単身者：物価基礎額の 2.13 倍（2011 年は年額 91,164 クローナ、月額 7,597 クローナ）
- ・既婚者：物価基礎額の 1.90 倍（2011 年は年額 81,320 クローナ、月額 6,777 クローナ）
- ・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 倍を下回るとき、基礎水準と所得比例老齢年金の受給額の差額が、最低保障年金として支給される。
- ・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、増加分の 48% ずつ低減していくことで、受け取る年金の総額は増える仕組みとなっている。これは、就労意欲を刺激するためである。なお、所得比例老齢年金の受給額物価基礎額の単身者の場合 3.07 倍、既婚者の場合 2.72 倍が上限となる。

④家族・児童への経済的保障²⁴

1)両親保険

育児期間中の経済的支援策として、労働法制上の育児休業制度および育児休業期間中の所得保障を行う両親保険制度がある。両親保険の給付は、妊娠手当、両親手当、一時的両親手当からなる。

a.妊娠手当

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

b.両親手当 (foraldrapennig)

この出生・養子縁組に際して育児休業をした期間について、金銭的な給付。主な概要は以下の通りであるが、従前の所得水準が給付額に影響しており、女性の就労インセンティブを促進する制度設計となっている。

7)給付期間

- ・ 育児休業をした期間について合計480日間支給される。
- ・ 父親・母親はそれぞれ240日間の受給権を有するが、そのうち60日間（いわゆる「パパ月」「ママ月」）を除けば、父親・母親間で受給権を移転できる。
- ・ 子が8歳又は小学校の第1学年を修了するまで受給可能。

1)給付額

- ・ 480日間のうち390日間までは従前所得の80%相当額。従前年収が低くても最低保障額として日額180クローナが支給される。
- ・ 残り90日については、年収に関わりなく一律日額180クローナが支給される。
- ・ 勤務時間を短縮して通常の勤務時間の1/4、1/2、3/4、7/8だけを勤務した場合に、3/4、1/2、1/4、1/8の支給額を受給することも可能。

ウ)その他

- ・ 2008年には、男性の育児休業取得を目的として、同年7月以降に生まれた子を対象に、390日のうち「パパ月・ママ月」分を超えて両親のそれぞれが取得した育児休業日数をもとに、事後的に税還付（1日当たり最大100クローナ）を行う均等ボーナスが導入された。

c. 一時的両親手当

²⁴ 家族・児童への経済的保障については、厚生労働省「2010～2011年海外情勢報告」よりとりまとめた。

原則として 12 歳未満の子の看護や通常の保護者が病気である場合の休業期間について 1 人当たり年 60 日間まで支給され、子が病気の場合にはさらに 60 日間まで両親手当と同額が支給される。

父親については、出産前後の付き添いのための休業について、10 日間の一時的両親手当の受給が認められている。

2) 児童手当

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）からなる。

a （基礎）児童手当

基本的に国内に居住する 16 歳未満の子を持つ親は、子 1 人当たり月額 1,050 クローナを受給する。

b 延長児童手当

子が 16 歳を過ぎても義務教育相当の学校に通っている間（最長 18 歳まで）支給される。

c 付加的児童手当（多子加算）

複数の子を持つ親に対して、この人数分の基礎手当に加えて、人数が増える毎に多子加算（第 2 子 150 クローナ、第 3 子 454 クローナ、第 4 子 1,010 クローナ、第 5 子以降 1,250 クローナ）が行われる。この多子加算は 2010 年 7 月から増額が実施された。

⑤積極的労働市場政策²⁵

ここでは積極的労働市場政策について概説する。なお、積極的労働市場政策の財源については、社会保険料は雇用主が支払給与の 2.91%、自営業者は 0.37%（2011 年の場合）であり、被雇用者の負担はない。これに国庫負担財源を加えて雇用省傘下の労働市場庁がプログラムを運営している。なお、中央政府における 2012 年における「労働市場・勤労生活」関連予算は、705 億クローナである²⁶。

1)スウェーデン型雇用保障とその経緯

a ワーク・プリンシプル（就労原則）

スウェーデンの社会保障政策の基礎となっている理念は、「ワーク・プリンシプル（就労原則）（Arbeitslinjen）」という考え方である。スウェーデン政府は、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。

『「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。』

つまりは、ワーク・プリンシプルは、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り、社会保障と雇用の在り方を組み合わせた生活保障の社会契約的な側面を表している。

そして、この理念を雇用の在り方の側面から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。

b スウェーデン型雇用保障の形成経緯

スウェーデンにおける積極的労働市場政策を中心とした雇用保障の仕組みは、生産性の低い企業から高い企業に、労働力を移動させつつ雇用保障を実現するというものであり、イエスタ・レーンとルドルフ・メイドナーというスウェーデン労働組合総連合（LO）の二人のエコノミストの構想に基づき政策提案をまとめ上げた。具体的には、政策の具体的な条件は以下の 3 点とされる。

7) 労働組合運動の発想の転換

国際経済の中で生き残るための方法として、労働者が一つの職場にしがみつくと

²⁵ 労働市場政策については、佐藤吉宗 2012 「1990 年代以降の労働市場政策の変化と現在課題」『海外社会保障研究 Spring 2012; No.178』、宮本太郎 2009 「生活保障 排除しない社会へ」（岩波新書）を主にとりまとめた。

²⁶ 本報告書 P16 を参照。

はなく、将来性のある職場に移ることを利益と考えられるような大きな転換がなされた（1951年）

イ) 労働移動をスムーズに進める条件整備

戦後スウェーデンでは、職業訓練や職業紹介に責任を持つ国の機関として雇用庁が成立した。その後1957年には雇用庁が労働組合と協力しながら労働移動を支援する役割を高めた。

ロ) 労働力移動を促す賃金制度

戦前から職域を超えた同一労働・同一賃金²⁷の政策体系が作られた。雇用主は、個別の企業がどれだけ利益を上げているかとは無関係に、職種毎に同一の賃金を払わなければならない。その結果、生産性が低く利潤があがっていない企業は、労働コストが高くて苦しくなり、反対に生産性が高い企業では、投資余力ができ、競争力を高めることが可能となる。

その際、生産性が低いことで職を失う労働者を、積極的労働市場政策、特に職業訓練で生産性が高い企業へと移動を促し、完全雇用を維持することになる。

（参考）同一労働・同一賃金について

一般論としては、レーン=メイドナーモデルに基づく同一労働同一賃金制度の下では、雇用主は、個別の企業がどれだけ利益を上げているかとは無関係に、職種毎に同一の賃金を払わなければならない。その結果、生産性が低く利潤があがっていない企業は、労働コストが高くて苦しくなり、反対に生産性が高い企業では、投資余力ができ、競争力を高めることが可能となる。その際、生産性が低い企業で職を失う労働者を、積極的労働市場政策、特に職業訓練で生産性が高い企業へと移動を促すことになる。

ただし、同一労働・同一賃金は、業種別・職能別に賃金は同じであることを意味するので、経験の少ない若者と経験豊富な熟練者の賃金差がない、若しくは小さいことになる。しかし、実際には技能を身につけるには経験が必要となるので、企業としては、技能の高い熟練者を好み、若年層の雇用が進まない（＝若年層の失業率が高い）要因になっていることが指摘されている。

同一労働・同一賃金に関する各界の見解は以下の通り（現地インタビューより）。

< 中小企業連盟の見解 >

同一労働・同一賃金の下では、企業としては、技能の高い熟練者を好み若年層の雇用が

²⁷ スウェーデンでは、同一労働・同一賃金の原則があることから、有期雇用であっても無期雇用であっても雇用の守られ方の差はない、とされる。なお、スウェーデンにおいては、正規雇用・非正規雇用の概念は薄く、それに相当するのは、無期雇用・有期雇用のことであると言われている。

進まない。逆に言えば、若者の初任給の賃金が高すぎると言うこともできる。そこで、当連盟としては、若年者の初任給の引き下げを主張している。

<スウェーデン労働組合総連合（LO）の見解>

一般に、若い人は経験が少なく技能が高くないので、低い賃金が適用されている。スウェーデンは高い技術力を持つ国なので、単純労働の市場が少なく、労働者には教育レベルの高さが求められる。若者の失業率が高い理由は、これを満たせる若者が少ないためであり、教育システムの問題(欠陥)ではないか、と考えている。

<専門職労働組合 JUSEK の見解>

同一労働・同一賃金が若い人の雇用を妨げ、若年者の高失業につながっている、という考え方には同意できない。現在の制度でも、半年から1年の試験採用が認められており、能力が不十分であれば、それでクビにできるので、採用する側が若者の雇用を躊躇するインセンティブはないと考える。一般的に中小企業は、このルールを理解していない。制度の趣旨を理解して、制度を活用して採用を進めていないのが現状ではないか。

c 最近における労働市場政策の推移

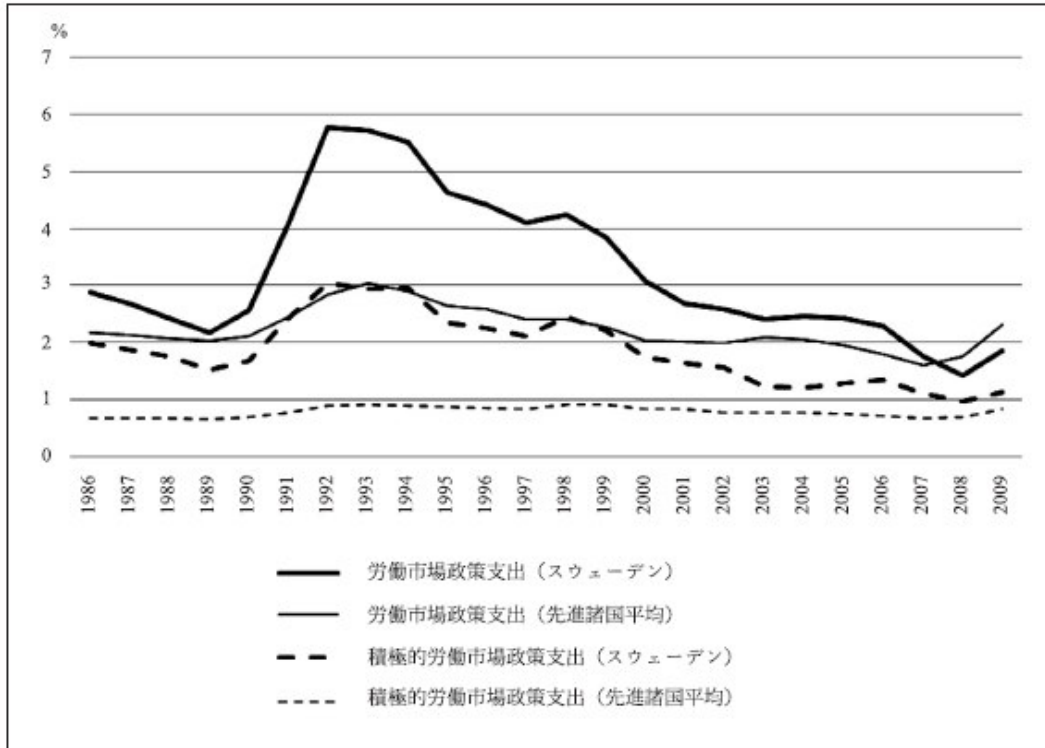
スウェーデンでは、1990年代初頭に資産バブルの崩壊にともなう金融危機と通貨危機が同時に起き、経済成長は1991年から3年連続でマイナス成長を記録し、失業率も2.4%から10%台に急上昇した。その後は、1994年から実体経済は再び成長に転じるようになり、失業率も1997年から低下に転じている。こうした現状を反映して、労働市場政策支出は1990年初頭には大きく上昇した後、徐々に低下していくことになった。

ところで2000年代の支出水準を見ると、失業率が2%を切っていた1980年代よりもむしろ低い。また、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、ベルギーの方が、GDP比でみた労働市場政策の支出は大きくなっている。

さらに、積極的労働市場政策の内訳を見ると、2000年から2010年にかけて労働訓練や準備的教育が大きく減少している。また、金融危機の影響が顕著であった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）で対応してきた。

このように、労働市場政策の全体的な規模、及び特に職業訓練や教育が減少してきた要因としては、1990年代以降の財政再建の中での支出の削減に加えて、労働市場政策の効果が疑問視されてきた（概して言えば効果がほとんどなかった）ことがある。なお、2000年代にはいつてからの積極的労働市場政策は1990年代に比べて大きな効果があったとされる。

図表 労働市場政策に対する支出額の対GDP比

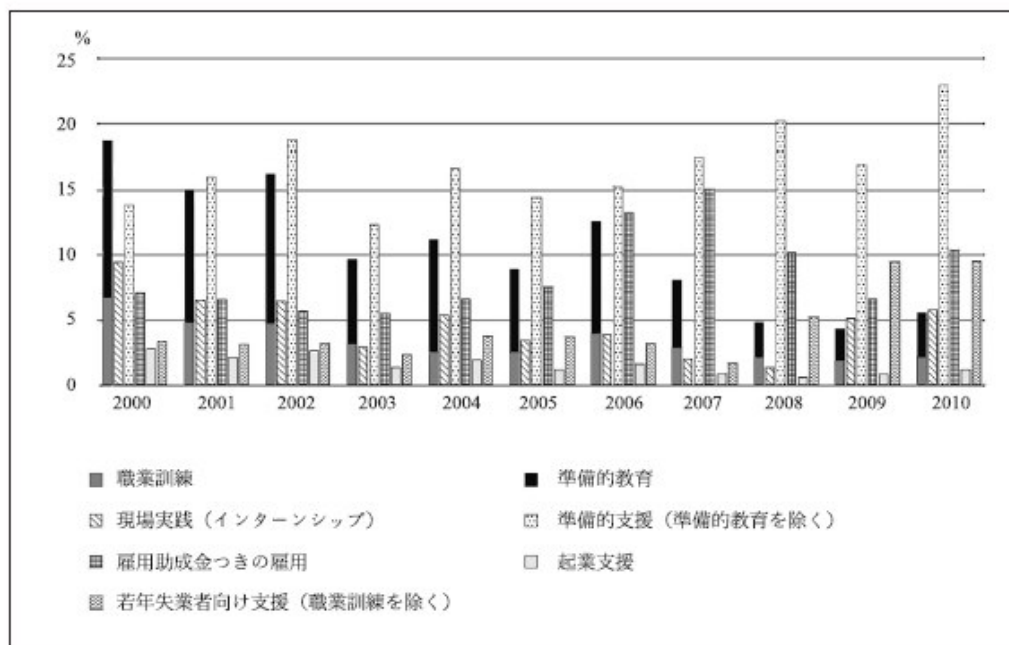


注：「先進諸国」には、イタリアを除くEU-15と、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、ノルウェー、スイス、アメリカを含む。1986-2009年の全期間におけるデータが入手できない国はここに含めなかった。

出典：OECD

(出所) 佐藤吉宗 2012 「1990年代以降の労働市場政策の変化と現在課題」 『海外社会保障研究 Spring 2012; No.178』

図表 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）



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。

（出所）佐藤吉宗 2012 「1990 年代以降の労働市場政策の変化と現在課題」 『海外社会保障研究 Spring 2012; No.178』

2)現在の積極的労働市場政策²⁸

a 雇用・能力開発保障

2007 年より現在の中道保守政権はこれまで「活動保障」と呼ばれていたものを「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。

この背景には、高止まりする失業率、とりわけ若者の失業率の高さと疾病保険手当受給者の高止まり、すなわち非労働力人口（社会的なアウトサイダー）の増加に、どう対応していくかが 2006 年の国政選挙の際に争点になったことがある。

この際、中道右派連合は、規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。さらに、

²⁸ 積極的労働市場政策については、公的職業斡旋所が、特に専門職や高度技能人材を求める企業にとっては、ニーズに合った人材の育成・供給をできていないことについて多くの不満が聞かれた。先進的な企業になるほど積極的労働市場政策に頼らず、企業独自の職業斡旋サービスを設立・利用する傾向にある。（現値インタビュー結果より。なお、本報告書 P79 も参照。）

ワーク・プリンシプルの中で、義務・責任の側面を協調し、綻び始めていた雇用と社会保障の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、税金の多くを負担している中間所得層の納得を得て政権獲得に成功している。

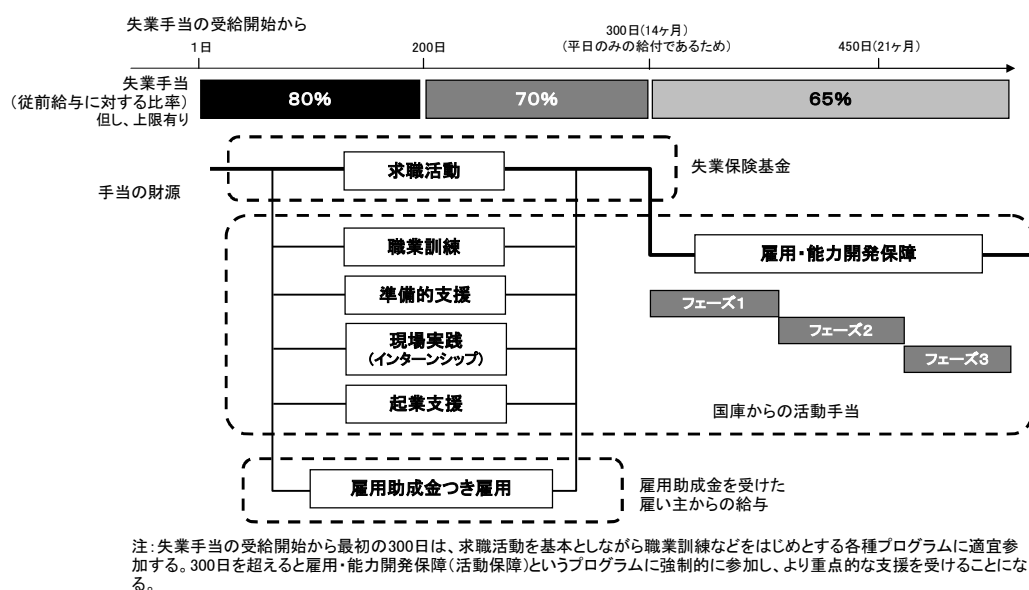
〈雇用・能力開発保障〉

フェーズ1：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

フェーズ2：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

フェーズ3：450日までに職が見つからない場合にはフェーズ3に移行。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。雇用助成金制度とは異なり、参加者はその事業者・団体から給与をもらう訳ではなく、労働市場庁からの活動手当を受け取る。

図表 失業中の求職活動や労働市場プログラム



(出所) 佐藤吉宗 2012 「1990年代以降の労働市場政策の変化と現在課題」 『海外社会保障研究 Spring 2012; No.178』

b その他の積極的労働市場政策

7) 職業訓練

期間は最長6か月、実際の平均は3か月(LU、2011)。2010年に行われた労働訓練の内訳を労働者数で見ると、建設技術、製造業関連、重機運転、運輸が8割以上を占め、その他には調理や看護・介護、経理などがある。労働訓練の管理は労働市場庁であるが、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。

イ) 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。受け入れ先は民間企業が 55%、自治体が 20%、NPO や国の行政機関がその他である (2010 年)。クラウドイングアウト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。

ロ) 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、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・高等教育・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ている。

リ) 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 か月のあいだ、活動手当が給付される。

ル) 雇用助成金付き雇用

長期失業者を雇う民間企業や公的機関に対し、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。賃金やその他の報酬が、その職能・業種の団体協約に則ったものであることが条件。

現在の中道保守政権は、それまでの社会民主党政権時代にあった失業期間の長さや失業者の年齢に応じて異なる 4 種類の助成金を「再スタート雇用」という制度に一本化している。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) であることから、助成額は労働コスト全体の 48% に相当する。

⑥失業給付（消極的労働市場政策）

スウェーデンの失業保険は、社会省の管轄ではないという点で、制度上は公的社会保険には含まれない。職能・業種別の労働組合が設置した全国に 36 ある失業保険基金が管理運営を行い、これに新たに設立された失業保険基金アルファと併せ、労働市場庁が運営の管理監督を行っている。被雇用者、自営業者などが支払う保険料によって運営され、使用者からの拠出はない。

なお、現在では、保険料に加え、政府資金も投入されている。スウェーデンの失業保険は失業者が次の職を見つけるまでの所得保障と見なされており、保険給付の財源、受給資格、給付形態、給付水準等は以下の通りである。

a 財源

労働者の拠出する保険料及び国からの補助金が給付の財源となっている。所得比例給付分については、被保険者は基金により異なる保険料を納める。

現在では、政府は基礎給付分に含め、失業保険給付全体の経費の 9 割以上を負担している。

b 受給資格

失業保険給付を受けるためには以下の条件を満たす必要がある。

- ア) 1 日 3 時間以上かつ少なくとも平均週 17 時間以上の就労が可能であること
- イ) 公的職業斡旋所が適切に提供する求人を受け入れること
- ウ) 求職者として公的職業斡旋所（Employment Service）に登録すること
- エ) 公的職業斡旋所の指導の下で個人の再就職プラン（individual back-to-work plan）を作成すること
- オ) 積極的に求職活動を行っているが仕事を見つけることができない状況にあること

c 給付形態と給付水準

スウェーデンの失業保険には基礎給付（basic benefit）と所得比例給付（income-related benefit）の 2 つの形態がある。

基礎給付は 20 歳以上で、失業保険基金の未加入者か、給付条件を満たさない求職者を対象に支払われる。基礎給付は 1 日当たり 320SEK であるが、これはフルタイムで働く意欲があるか、直近の 12 ヶ月間就労していた場合に支給される。1 日 320SEK に満たない給付が支給される場合、政府がその水準を決定することになっている。

所得比例給付は最初の 200 日は所得の 80% を上限に支給され、これ以降は 70% が上限となる。18 歳以下の子どもがいる場合には最大 450 日まで延長でき、その間も所得の 70% が支払われる。但し、1 日当たりの支給額の最大は 680SEK で、最低は基礎給付と同額の 320SEK である。子どもがいるケースを除くと、支給期間の最大は 300 日となっている。

る。

所得比例給付の場合、公的職業斡旋所が紹介する就職先や職業訓練プログラムを求職者が断った場合、公的職業斡旋所は失業保険基金に報告する義務がある。失業保険基金は断った理由に妥当性がないと判断すると、当該求職者の所得比例給付を減額できる。例えば、初回の場合、8週間にわたって支給額を25%削減することができる。さらに断り、その理由が妥当でないと判断した場合、8週間にわたり支給額を50%削減することができることになっている。

なお、ラインフェルト中道保守政権の下では、給付の厳格化が行われている。

⑦傷病・障害に対する経済的保障²⁹

1)傷病手当 (Sjukpennig)

a 概要

労働者が傷病にかかったとき、2 日目以降最初の 14 日間について、雇用主から傷病給与 (Sjuklon) 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。

b 受給額

従前所得の 80%。ただし、年収 321,000 クローナを超える場合は、同額の上限の年収として算出。

c 受給期間

従来、受給期間に上限がなかったが、2008 年 7 月より受給開始 1 年を経過した場合には、就業能力が減退しているものの職場復帰が可能と見込まれる例外的な場合のみ最大 550 日間延長 (延長傷病手当) が認められる用になった。ただし、その場合の支給率は原則として 75%に低下する

2)活動補償金 (Aktivitetsersättning) ・ 傷病補償年金 (Sjukersättning)

a 概要

医療的な理由により 1 年以上にわたり就業能力を 4 分の 1 以上失った者は、活動補償金 (19~29 歳)、傷病補償年金 (30~64 歳) を受給できる。これは、2003 年 1 月からの障害年金制度の抜本改正に伴う制度改正である。

b 受給額・受給期間

活動補償金は 3 年以内の有期給付、傷病補償年金は障害の状況に応じて無期で支給。なお、長期受給者の就業を促すために、2009 年 1 月以降、3 年毎の検定の結果、就業能力が回復したと社会保険事務所が判断した場合、傷病補償年金の一部または全部の受給権を消滅させることになった。

3)労災手当 (Arbetsskadeersättning)

労働者の傷病・障害に対する経済的保障に分類される。業務上の災害により就業能力が恒久的に減退した場合に、活動補償金・傷病補償年金の上乗せ支給として、従前所得に応じた額を支給する。

²⁹ 傷病・障害に対するの経済的保障については、厚生労働省「2010~2011 年海外情勢報告」よりとりまとめた。

