

スウェーデンの介護政策 と高齢者住宅

～岐路に立たされる高福祉国～

石橋 未来

要約

本稿は、2015年11月にスウェーデン高齢者住宅を視察した報告である。スウェーデンの介護政策は従来、機能別に分かれていた高齢者施設を「特別な住居」に統合し、高齢者の「住居」と認識することで在宅主義を進めてきた。さらに、ランスタングとコミュニンで高齢者向けの医療と介護の責任を明確化し、社会的入院を削減させている。一部の医療を任されている看護師やアンダーナースといった人材の有効な活用も、医療費抑制に影響しているようだ。

しかしながら高齢化に伴い、介護資源が高齢者に、十分に分配されていない状況が指摘されつつある。そこで、高コストな「特別な住居」に至る前の住居形態を強化することで、費用の増加を抑制しつつ必要なケアを提供する仕組みが整備され始めている。また、近年、利用者負担のサービスや家族介護など公的福祉に頼らないケアも増加傾向にある。

高福祉国の介護が、今後も移民を取り込みながら維持されていくのか、公的な部分を縮小させていくのか、岐路に立たされているように見える。

目次

- 1章 はじめに
- 2章 スウェーデンの概要
- 3章 医療・介護の現状
- 4章 スウェーデンの高齢者住宅
- 5章 スウェーデンの課題

1章 はじめに

2015年11月、高福祉と謳われる北欧スウェーデンの高齢者住宅を視察、また行政機関を訪問し、同国の介護政策に関するレクチャーを受ける機会を得た。スウェーデンでは従来、施設として存在していた老人ホーム、サービスハウス、ナーシングホーム、グループホームなどを「特別な住居」に統合し住居化することで、施設主義から在宅主義への移行を図ってきた。背景には最後まで自宅で過ごしたいという高齢者自身の希望の実現という面もあるが、財政面での理由も少なくないようだ。こうしたスウェーデンの高齢者向け住宅政策について、現地で見聞きしてきた様子を報告する。また、スウェーデンにおける在宅主義が行き詰まりつつあると指摘されている点や、民営化を取り入れてきた近年の動向についても触れる。最後に、改革疲れが見られるスウェーデンの今後の課題について指摘したい。

2章 スウェーデンの概要

スウェーデンの面積は約45万平方キロメートル（日本の約1.2倍）、人口は974.7万人（2014年12月末時点）で、全人口の23%がストックホルム市（91.2万人）を中心とするストックホルム県（219.8万人）に集中している（東京都の人口は2015年11月時点で1,350万人）。毎年、国外から約10万人が流入し、約5万人が流出している。スウェーデン以外のバックグラウンドを

持つ住民が増加しており、外国からの移民、またはその子孫が全体の約30%を占める。2014年は12.7万人の流入に対し、5.1万人が国外に移住、ネットでは7.6万人の増加となっている。

第二次大戦中に中立政策を守ったスウェーデンでは、戦後、周辺国の復興需要により高度経済成長期を迎えた。この経済成長を支える労働力として期待された女性の就労を支援するため、伝統的な家族（父親が外で働き、母親が家を守る）に代わる様々な福祉施策が実行された。就学前保育所や育児休業手当などの子育て支援環境が徐々に整備されただけでなく、個人単位で課税される所得税や年金保険料の負担の仕組みなども、今日の高い女性の労働参加率¹や1割程度にとどまる男女の賃金格差²、女性の長い勤続年数³に結びついている。

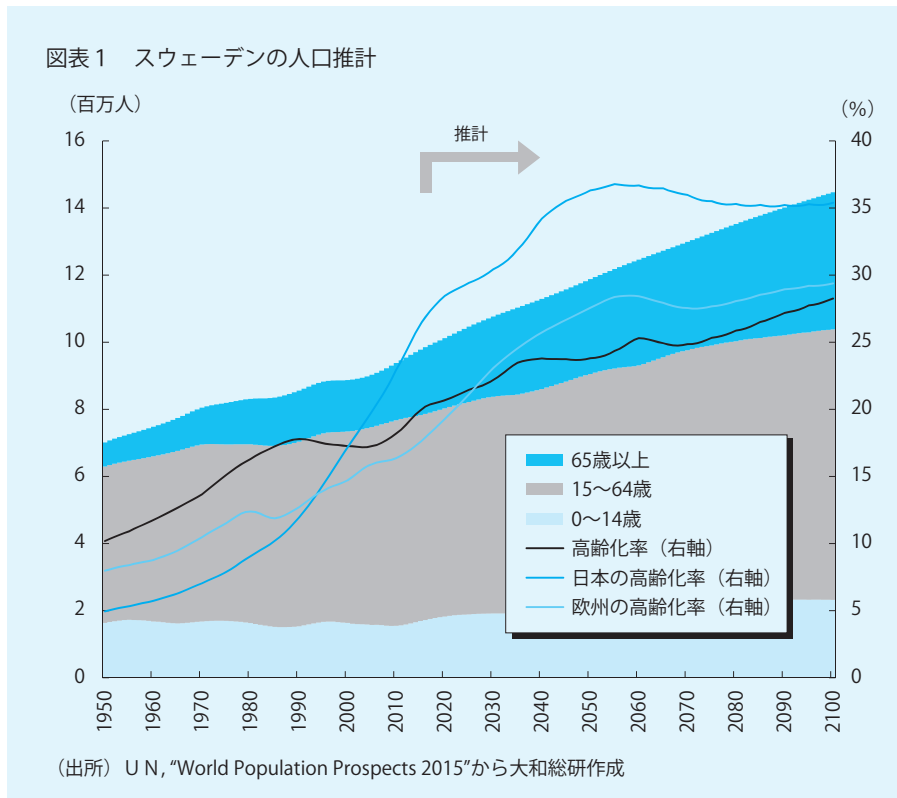
人口構造については、第二次大戦に参戦していないことから、大戦前後で大きな変化が見られなかった。そのため、諸外国より早い段階で高齢化を迎えている。1990年代初めには65歳以上人口が総人口に占める高齢化率は日本や欧州全体で12～13%にとどまる中、スウェーデンの高齢化率は18%に達していた（図表1）。それから約20年が経過した現在、その高齢化率は20%に上昇しているが、日本の25%より低率にとどまるなど、比較的緩やかに進展している。日本が今後も急速に高齢化していくのに対し、スウェーデンは緩やかなペースのまま上昇が継続すると予想される。背景には両国の合計特殊出生率の違い（2014年に日本は1.42、2013年にスウェーデ

1) 2013年の女性の労働参加率（15～74歳）は68.7%。日本（15歳～）は48.9%。（独立行政法人労働政策研究・研修機構 [2015]）

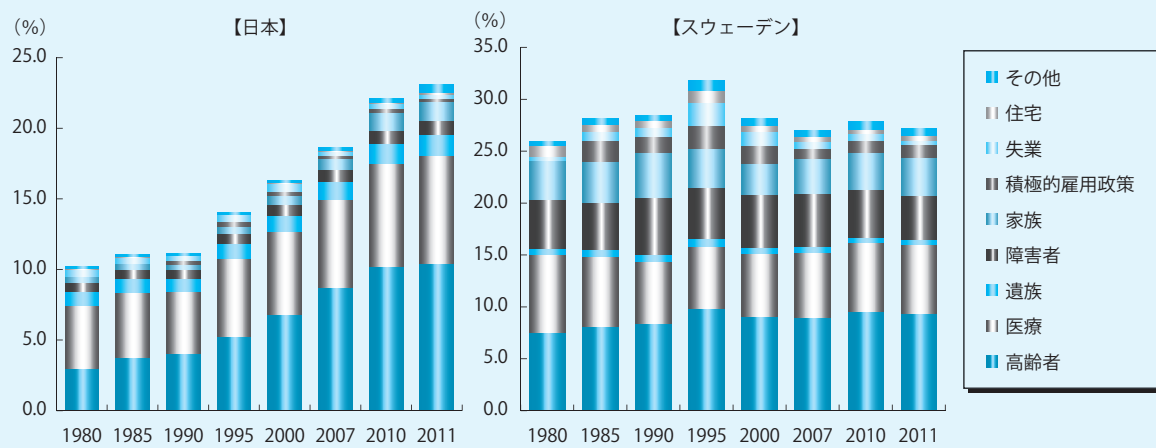
2) 2013年の男性賃金を100としたとき女性は88.0。日本は同71.3。（独立行政法人労働政策研究・研修機構 [2015]）

3) 2013年の男性の平均勤続年数は9.7年だが、女性は10.3年と女性の方が長い。日本は男性13.3年、女性9.1年。（独立行政法人労働政策研究・研修機構 [2015]）

図表1 スウェーデンの人口推計



図表2 社会保障費の対GDP比と内訳



ンは 1.91) や移民流入の影響があるだろう。

スウェーデンは移民や難民に対して寛容政策を取っており、労働力不足を補ってきた歴史がある。語学や職業訓練を中心とした教育や社会保障についてスウェーデン人とほぼ同等の権利を与える一

方で、スウェーデン経済を支える労働力として、また高福祉を支える税の負担についても期待している。EU統計局によると、EU域外から域内への難民申請は2014年に66.2万件あり、そのうちスウェーデンへの申請はドイツ(20.3万件)

に次いで多い8.1万件だった。

高福祉国として知られるスウェーデンだが、その社会保障費の対GDP比は一定の割合にとどまっている（図表2）。2011年のスウェーデンの社会保障費対GDP比は27.2%と、日本の同23.1%よりも大きい。その割合は1980年代からほぼ横ばいである。一方、日本の場合、1980年には対GDP比で10%超であった社会保障費の割合が急速に増加している。

さらにその内訳を見ると、日本の社会保障費の約半分が高齢者向けの支出（年金など）であるのに対し、スウェーデンでは3割強にとどまる。両国とも高齢者向け支出に次いで大きな割合を占めるのが医療費だが、これも日本では約6割（57.7%）が65歳以上高齢者向けであるため、

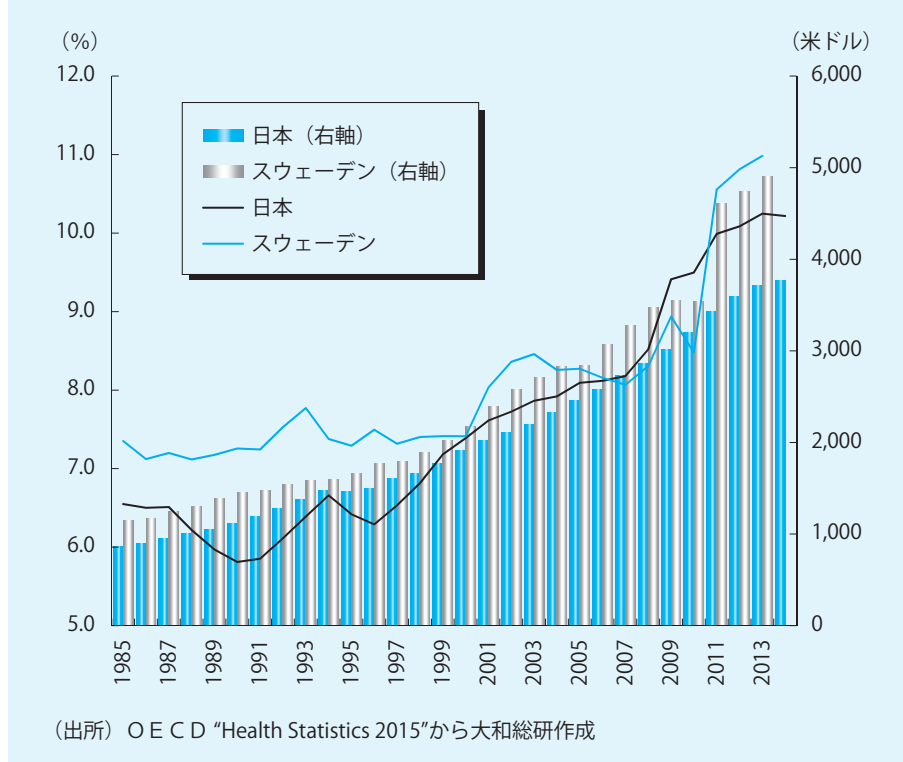
実際は、社会保障費の7～8割が高齢者向けになっていると言えよう。

スウェーデンにおいても医療費の半分は高齢者向けになっており、事実上、社会保障費の半分が高齢者向け支出である。しかしながら、残りの半分については障害者向けや家族（子ども）向けの支出、また雇用や失業、住宅に関する支出も一定程度確保されており、社会保障費の配分が特定の年齢層に過度に偏っている傾向は見られない。

3章 医療・介護の現状

2013年の医療費対GDP比は11.0%⁴で、日本の10.2%より若干大きい（図表3）。ただし、高齢化に伴い一貫して上昇基調にある日本の医療

図表3 1人当たり医療費と医療費対GDP比



4) 2014年の医療費は2,382億スウェーデンクローナ（以下、SEK）（出所：Statistics Sweden）、1 SEK = 14.41円（2015年11月末）

費に対し、スウェーデンの伸びは直近まで比較的緩やかに推移してきた。背景には、1990年代前半に行われた医療・介護を中心とする福祉分野の改革がある。

スウェーデンは1980年代後半から株価や不動産価格が急騰する、いわゆるバブル経済を経験したが、90年代初頭にはバブルが崩壊。ノルダバンクなど大手金融機関が次々と経営破綻するような金融危機に陥った。加えて直面した通貨危機の影響もあり、スウェーデン経済は困窮を極めた。1991年から93年にかけての経済は3年連続してマイナス成長となったほか、93年には基礎的財政収支が対GDP比でマイナス10.0%になるなど財政も急速に悪化した(図表4)。

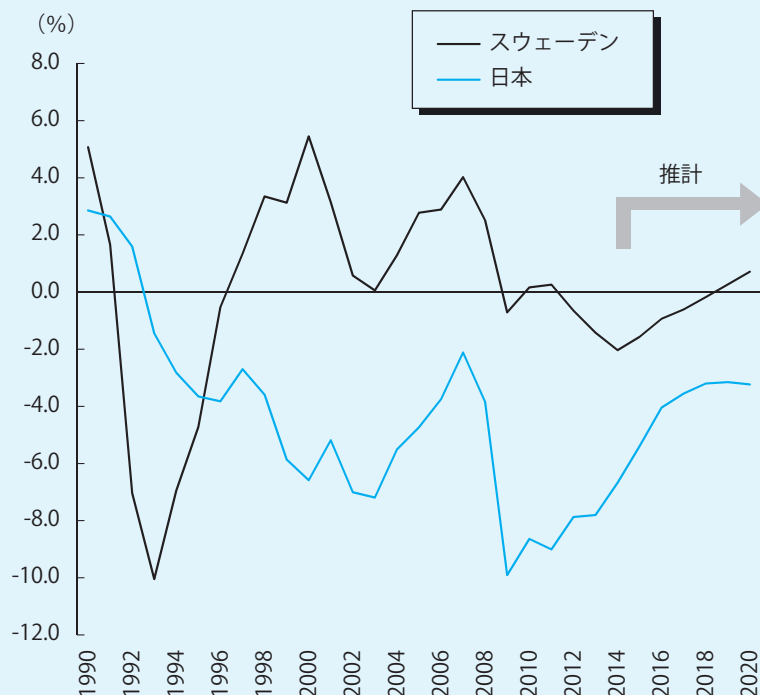
「94年には総選挙が行われたが、第一勧銀総合

研究所(2001)によれば、国民全体に危機感が浸透し、どの政党も財政赤字削減と経済回復を目標に掲げ、常に財政支出増加につながるような新しい公約を掲げてきた過去の選挙とは明らかに雰囲気異なっていたという。94年9月の総選挙で政権に復帰した社民党政権は、改革以外に選択肢はないとのコンセンサスの下、早いスピードで財政構造改革を実行に移した。」⁵とあるように、国全体で危機意識が共有された結果、財政健全化に向けた改革がスムーズに進められたようだ。

エーデル改革

政府は高福祉を掲げてきた医療についても歳出抑制を目指した。1992年の「エーデル改革」と呼ばれる高齢者福祉制度の改革では、高齢化に伴

図表4 基礎的財政収支(対GDP比)



(出所) International Monetary Fund "World Economic Outlook Database, October 2015"から大和総研作成

5) 財務総合政策研究所 [2001]

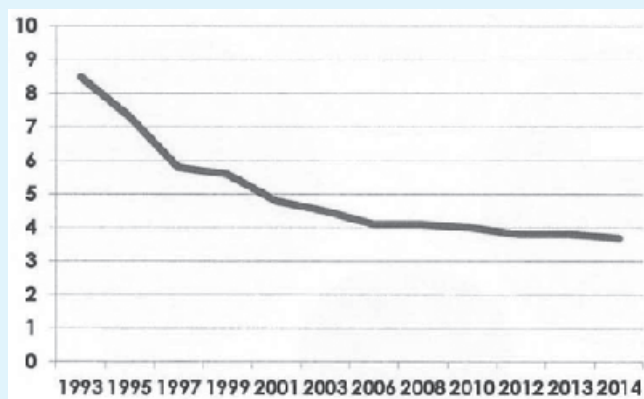
う高齢者向け医療費の膨張を抑制するとともに、高齢者ケアの質の向上と効率化が目指された。

具体的な一点目として、保健医療に責任を持つランスタイング（地方自治体で、日本の県に相当）と、社会福祉に責任を持つコミュニティ（住民に最も近い基礎自治体で、日本の市町村に相当）間で曖昧となっていた高齢者（および障害者）に対する医療・福祉サービスの責任を、全面的にコミュニティに移管したことが挙げられる。それまで、長期療養病床（ランスタイング管轄）からナーシングホームなどの福祉施設（コミュニティ管轄）へ高齢者の移動を促すインセンティブがコミュニティ側に十分になく、社会的入院が問題化していた。しかし改革後は、医学的に退院可能な高齢者のケアが一定期間内にランスタイングからコミュニティへと移行しなかった場合、その分の財政的な責任をコミュニティが持つという仕組みへと変更された⁶。その結果、高齢者向けの病床数が大幅に削減されている（図表5）。

二点目には、機能ごとに区別されてきた老人ホーム、サービスハウス、ナーシングホーム、グループホームなどの「施設」を、コミュニティ管轄の「特別な住居」に統合し、高齢者の「住居」として認識する概念が導入されたことが挙げられる。この統合によって、医療の対象であったナーシングホームなどが福祉の対象に移るとともに、制度上、「施設」ではなく「住居」へと変更されている。ただし実際は、24時間職員が常駐するほか、入居に行政の認定が必要であるなど「特別な住居」は施設の形態を維持しており、日本で定義されているような、高齢者自身の一般住宅に居住し続ける「在宅」とは意味が異なっている点には注意が必要だろう。

施設が「住居化するということはただ単に個室になる、あるいは住宅のスタンダードが向上するだけではなく、一般の住居と法律的条件がほとんど同じになることでもある」⁷とされるように、介護度に応じてサービスハウス→グループホー

図表5 80歳以上高齢者に対する病床数(床/100人当たり)



(出所)スウェーデン社会庁講演資料より抜粋

6) 伊澤 [2006]

7) 奥村 [2010]

ム→ナーシングホームと施設を移動するのではなく、周りの介護・看護環境を変えながら、高齢者が最後まで同じ場所に住み続けることが可能になった意味は大きかったようである。

こうした改革によって、高齢者ケアに対して全面的に責任を負うことになったコミューンでは、「特別な住居」を含む高齢者住宅の計画を独自に作成し、サービス内容や自己負担額など運営上の決定を行う権限が与えられた。各コミューンにおいて地域のニーズに合致した質の高い高齢者ケアの計画を総合的、かつ効率的に立てることが可能になり、医療費対GDP比の上昇も直近までは比較的抑制されていた。

2011年以降の医療費の急な上昇については、

「近年の経済成長を超える医療費の伸びの加速が原因 (because of the acceleration of health spending growth beyond economic growth in recent years.)」とされている⁸⁾。

4章 スウェーデンの高齢者住宅

1. 高齢者住宅とホームヘルプ

住宅庁によると、現在のスウェーデンの高齢者住宅は、主に①一般住宅、②シニア住宅⁹⁾、③安心住宅¹⁰⁾、④特別な住居¹¹⁾の4種類に分けられるという。最もシェアが大きいのは①一般住宅であり、ほとんどの高齢者が高齢期も自身の住宅に住み続けている。②シニア住宅とは、部分的にバ

中庭のある特別な住居



(出所) 大和総研

8) OECD [2015]

9) 2014年8月時点で回答が得られた197の自治体のうち、134のコミューンが合計27,800戸のシニア住宅を提供しており、その約半分がコミューンの住宅公社の所有（住宅公社は、コミューンの住宅政策に基づき、若者向け・家族向け・高齢者向けなどの公営住宅を建築・提供・管理している）。（Boverket [2015]）

10) 2014年8月時点で回答が得られた197の自治体のうち、100のコミューンが合計6,600戸の安心住宅を提供しており、その約6割がコミューンの住宅公社の所有。（Boverket [2015]）

11) 2014年時点で65歳以上高齢者88,712人が特別な住居に入居している。（Socialstyrelsen ウェブサイト）

リアフリー化されている住宅であり、主に 55 歳以上の自立した人が入居対象になっている。③安心住宅とは、24 時間ケアを受けるほどではないが、一人で居住することに不安を感じる 70 歳以上の高齢者が入居対象である。④特別な住居の入居対象は、身体疾患や認知症などを抱え、24 時間ケアが必要な高齢者となっている。

これらの高齢者住宅は制度上、施設ではなく住居とされており、④以外の入居には行政の認定が不要である。また、いずれの住居においても市の福祉局に申請することで、必要に応じたホームヘルプ（訪問介護・看護）を利用することができる。

ホームヘルプというのは、在宅の援助であるが、具体的に何を含むのかは社会サービス法¹²において定められていないようだ。奥村 [2010] に

よると、「以前は、配食サービス、緊急通報電話、雪かきのみを受けている高齢者はホームヘルプ統計に含まれていなかったが、2007 年からの統計変更により、これらも含まれるようになった」など、「ホームヘルプの認定はあくまで個人の必要性に基づいて、社会サービス法第 4 章第 1 条の妥当な生活水準という観点から判断される」。つまり、コミュニケーションが必要だと判断すれば、入浴や食事などの介護援助だけでなく、掃除、買い物、調理、配食などの家事援助についてもホームヘルプの対象となる。

2014 年時点で 65 歳以上高齢者（191 万人）の 11.6% がホームヘルプを利用しており、4.7% が特別な住居に入居している。80 歳以上の高齢者（50 万人）で見れば、31.7% がホームヘルプを利用し、

歴史的建造物を利用した特別な住居に併設するシニア住宅



（出所）大和総研

12) 社会福祉における基本法で 1982 年に施行。この中において高齢者の自立した生活／在宅主義が強調されるようになった。（奥村 [2010]）

17.2%が特別な住居に入居している¹³。一般住宅に暮らす高齢者のホームヘルプの平均利用時間は月24.1時間/人である¹⁴。

2. 看護師とアンダーナース

今回の視察では、カールスハムン市、カールスクローナ市、ロネビー市、ストックホルム市、ナツキャ市、イエルフェツラ市にある特別な住居などを巡ったが、スウェーデンでは施設ごとに職員配置が異なり、配置している職種も異なる。

例えば、カールスクローナ市の特別な住居 Handelsträdgården（市営）では、入居者48名を症状によって5ユニット¹⁵に分け、職員はそれぞれのユニットごとにケアサービスを行っている。医療が必要な場合、ランスティングに所属する医師が週に一度往診に来るが、施設内の初期医療や慢性期医療の中心は2名の看護師に任されている。この2名の看護師を支えているのが、職員のほとんど（54名）を占めるアンダーナース（undersköterska）である。アンダーナースとは、以下で説明する通り、簡単な医療の勉強を修めたスタッフであり、医師や看護師の指示によって配薬や傷の手当て、一部の医療行為¹⁶が認められている。

また、ストックホルム市の特別な住居

Löjtnantsgården（民営）では、入居者54名を5ユニットに分け、夜間はユニットごとに看護師が一人ずつ配置されているほか、館内に理学療法士1名、作業療法士1名を含む職員を配置するなど、医療系スタッフの配置が重点的に行われているようだ。プロテスタント教会が運営する特別な住居であることから、教会ボランティアもサポートに入っているが、ここでも直接の高齢者ケアについては、アンダーナースが中心になっている。

このように、スウェーデンの福祉サービスで特徴的なのは、看護師やアンダーナースの役割が大きい点である¹⁷。1992年の改革後、ナーシングホームなど比較的医療ニーズの高い施設に所属していた看護師を含む医療スタッフの身分もランスティングからコミューンへ移ったが、医師の身分は従来通りランスティングに残された。そのため特別な住居を含む、在宅における初期・慢性期医療はコミューンに所属する看護師の業務に移されたのである¹⁸。一部の医療行為について医師から看護師に権限委譲され、さらに現場ではアンダーナースによって実施されている。中には、アンダーナースを中心とした終末期の緩和ケアなどを実践している市もあるという¹⁹。

さらに、こうしたアンダーナースの育成を、各コミューンは積極的に行っている。スウェーデン

13) 社会庁によると、スウェーデンでは平均寿命の延伸に伴い介護が必要な人の年齢も上がっており、介護の必要性が高まるのは84歳以降と考えられている。

14) Socialstyrelsen [2015]

15) 同じ特別な住居内で10人程度のユニットに分けてケアを行っている。特に、身体疾患ユニットと認知症ユニットではスタッフの配置が異なる施設が多い。

16) 採血やインスリンなどの注射、リハビリだけでなく、一部の薬の処方が看護師の指示によって認められているところもある。

17) 各コミューンには医療責任看護師（Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska : M A S）の設置が義務付けられており、M A Sはランスティングの医師に代わって、コミューンが担う障害者や高齢者向けの一部の医療の責任を負っている。特にコミューンで行われる医療の質の管理・監督を専門的に行う。

18) ただし、急性期または高度医療が必要な場合は、ランスティング管轄の病院へ搬送される。また、医療ニーズの高い患者の場合、病院からの高度訪問看護（Avancerad Sjukvård i Hemmet : A S I H）を定期的な受けられる仕組みになっている。

19) 藤原 [2009]

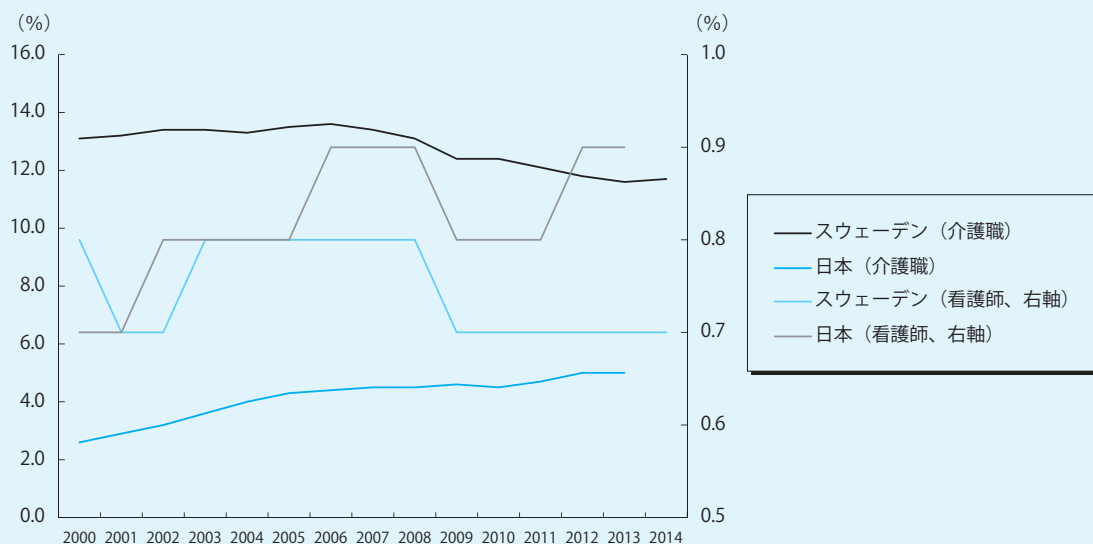
では看護師になるには、大学で3年間の教育を受け資格を取得する必要があるが、アンダーナースになるための資格制度はない。高校教育の職業専門コースや成人学校における看護・介護のコースを修了すればアンダーナースとして仕事に就ける。「スウェーデンでは、ケア教育をコミューンが責任を持って行っている。欲しい人材を自らの手で生み出すのである」²⁰。アンダーナースには外国人スタッフも多く、移民にとっても広く門戸が開かれている。

ヒアリングによると、高校卒業後の職業経験でアンダーナースを選択するケースは実際に多いという。前出のカルスクローナ市の特別な住居 Handelsträdgården（市営）では、建て替え後に新たにスタッフを30名ほど補充する必要があっ

たが、約500名（18～60歳）の応募があったそうだ。見学した高齢者住宅の入居者数に対するスタッフの十分な人数からも、日本で問題となっている人材不足による現場の逼迫した雰囲気は感じられなかった。OECDの統計上も、スウェーデンの65歳以上高齢者に対する看護師数は日本よりも少ないものの²¹、アンダーナースを中心とする介護職員数がかなり多く、全体的に充実している様子うかがえる（図表6）。

背景には、多くのアンダーナースの身分がコミューンに属する公務員であり、一定のステータスが保証されているということも少なくないようだ。パートタイム²²を選択するアンダーナースも多いため、実際に手にする金額は示されている水準よりは少ないと思われるが、図表7の職種別

図表6 65歳以上人口に対する看護師と介護職の割合



(出所) OECD "Health Statistics 2015"から大和総研作成

20) 藤原 [2009]

21) 看護師はコミューンの福祉局に所属し、そこから特別な住居や訪問看護、リハビリ施設に派遣されるケースが増えている。

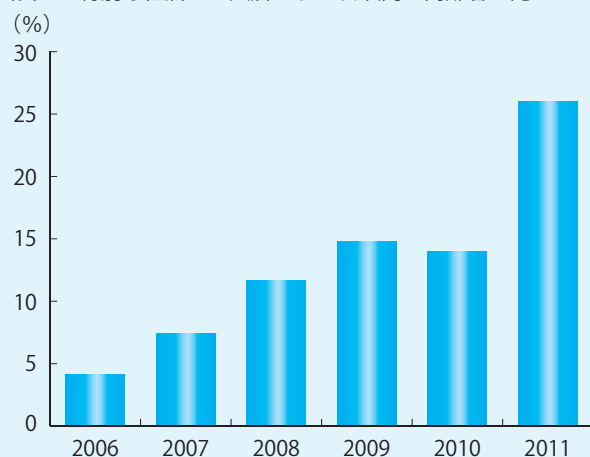
22) スウェーデンでは同一賃金・同一労働の原則が徹底されており、雇用形態別の賃金格差があまりない。多くのアンダーナースは4分の3勤務のシフトなどを選択している。

図表7 職種別月給 (SEK)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
公的セクター	22,800	23,400	23,900	25,200	26,200	26,800	27,300	28,000	28,900
医師	48,800	49,600	50,800	52,700	54,200	55,000	56,100	56,900	57,500
医療責任看護師	28,700	29,400	30,600	30,300	32,700	34,000	34,800	35,400	39,700
地区看護師	24,600	25,100	25,900	27,400	28,300	29,100	29,800	30,600	31,600
アンダーナースなど	24,000	24,400	25,000	25,900	26,700	27,100	27,700	28,200	29,000
ヘルパー	18,500	18,800	19,100	21,200	22,000	22,400	22,800	23,200	24,100
初等教育専門家	23,100	23,500	24,000	24,900	25,800	26,000	26,300	26,500	28,000
就学前教育の準専門家	20,600	21,200	21,800	22,700	23,600	23,900	24,400	24,600	26,000
民間セクター	25,100	25,700	26,700	27,900	28,700	29,200	29,800	30,700	31,500
医師	58,700	..	53,800	59,300	62,900	67,600	71,500
医療責任看護師	29,300	31,400	32,400	36,000	35,500	32,300	34,600	35,100	34,800
アンダーナースなど	26,800	26,200	27,900	28,200	28,400	29,300	30,500	32,100	33,400
ヘルパー	19,500	20,000	20,700	21,100	22,200	22,500	24,200	25,100	25,600
初等教育専門家	22,700	23,200	24,000	24,500	25,200	26,300	26,400	26,700	27,100
就学前教育の準専門家	20,700	21,200	22,400	23,100	23,700	23,800	24,300	24,800	26,100

(出所) Statistics Sweden ウェブサイトから大和総研作成

図表8 特別な住居への入居から50日以内に高齢者が死亡した割合



(出所) スウェーデン社会庁講演資料より抜粋

月給の比較を見ると、アンダーナースの月給は初等教育の専門家や公的セクター全体の平均より若干高い水準に設定されている。看護師やアンダーナースの勤続年数は比較的長く、離職率も低いとの声が数カ所の高齢者施設で聞かれた。

3. 新たな課題：行き過ぎた資源の集中

看護師やアンダーナースに一部の医療に対する権限を委譲することで、医療費の伸びを抑制しつ

つ、高齢者自身の住居で在宅ケアが受けられるようになった一方、こうした在宅ケアの負担が重くなっていることが近年、新たな課題として挙がっている。社会庁によると、2004年から11年の間に特別な住居に入居した2割の高齢者が入居から100日以内に亡くなっているという。また、特別な住居への入居から50日以内に死亡した割合にも増加傾向が見られる(図表8)。

その理由として、社会庁は、高齢者自身の一般

住宅を中心とする在宅政策が行き過ぎた結果、在宅が高齢者の権利ではなく、むしろ義務になりつつあるとの懸念を示している。つまり、既にホームヘルプによる在宅ケアの限界を超えた高齢者が特別な住居への認定を受けられず、一般住宅での在宅を継続せざるを得ない状況が生まれつつあると考えているようだ。限られた介護資源を重度の認定者に集中させることは重要だが、入居に行政認定を必要とする特別な住居の入居者の要介護状態が重症化の傾向にあるということは、認定がより限定的に行われている懸念があると言えよう。

4. 近年の流れ

1) 特別な住居に至る前の住居を強化

スウェーデンでは行き過ぎた在宅主義の修正を行いつつあり、2007年から14年にかけて、それまで抑制されてきた特別な住居の新設や建て替

えを中心に投資補助が行われている²³。2030年までにスウェーデンの65歳以上高齢者は約50万人増加し、80歳以上が高齢者に占める割合は34%（2014年時点で26%）になる。住宅庁では、2030年までにさらに約36万戸の高齢者住宅の整備が必要と試算している。

ただし、高コストな特別な住居の長期滞在はコミューン財政の圧迫要因となるため、「増加を促進するわけではない」（住宅庁担当者）という。むしろ、シニア住宅や安心住宅を充実させることで、特別な住居への入居を遅らせる方針を打ち出しており、2010年からの投資補助の対象を安心住宅にも拡大している。

訪問したロネビー市の安心住宅もそうした住宅政策の影響により、補助金（建設コストの約10%）を活用して建設された住居であった。一般住居と特別な住居の中間に位置付けられている

都市計画に含まれている特別な住居



（出所）大和総研

²³ この間、合計1.6億SEK（約23億円）の投資補助が行われ、1万6,800戸の高齢者住居（80%が新築）が整備されたという。（住宅庁）

安心住宅を充実させ、介護度が上がる前にケアやリハビリを提供することで特別な住居への入居を遅らせることが、ロネビー市の住宅計画に含まれているという。

2) 民営化と顧客選択制

また、ストックホルム市などの都市部を中心にホームヘルプや特別な住居の民間委託が進んでおり、2014年にはホームヘルプの約25%、特別な住居の運営の約21%が民間業者²⁴によって提供されている²⁵（図表9）。

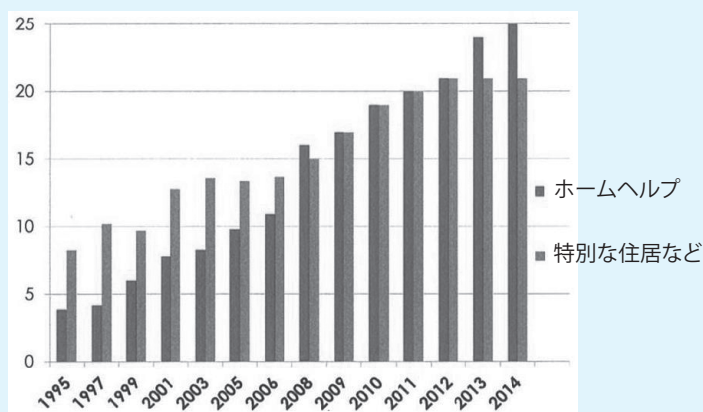
民間団体のサービス利用者は、コミューンが提供していない追加的なサービスも選択できる。例えば、掃除、洗濯、買い物、配食、安心電話、着替えなどがあり、利用者はホームヘルプの利用に追加してこれらのサービス²⁶を購入することができる。こうした自己負担のサービスに対して利

用者は、2007年の「家事サービスの税控除」法により、購入額の50%の所得税控除が受けられる仕組みが整備されている²⁷。

現在、全てのホームヘルプが民間業者によって提供されているナッキヤ市は、1992年にスウェーデンで初めてホームヘルプに顧客選択制を導入している。顧客選択制とは、「市の条件を満たす業者が自由に市場に参入し、認定を受けた利用者はこれらの民間業者か市の運営を選択することができる」仕組みであり、「利用者の選択の可能性を増やすことが目的」とされている²⁸。

一般に、民営化によって介護費用を抑制することが期待されるが、スウェーデンでは介護費用が高齢者の介護度と時間で決まっており、民間業者が自由に設定することはできない。ナッキヤ市の高齢者ケア部の担当職員によると、ホームヘルプサービスを行う業者に対して市は条件（費用など）

図表9 ホームヘルプと特別な住居の民営化率(%)



(出所) スウェーデン社会庁講演資料より抜粋

24) 民間団体の89%は株式会社などの営利団体であり、非営利団体は10%程度である(2003年調査)。(奥村[2010])

25) Statistics Sweden

26) こうした生活支援サービスも、コミューンの認定員がガイドラインに基づき必要だと判断すれば、介護給付を利用して受けることができる。

27) 吉岡 [2012]

28) 奥村 [2010]

を提示しており、全ての条件を満たした業者が許可を受けているという。サービス提供者が継続的に条件を満たしているのかについても定期的なチェックが行われており、民営化によって価格競争が行われない仕組みになっている。

ナッキヤ市では、顧客選択制を取り入れたことのメリットについて、自身の選択によって購入しているため利用者の満足度が高い点のほか、必要なサービスをすぐに受けることができる点、また、参入団体の間で「質」²⁹の競争が行われる点などが挙げられるという。

3) 家族介護

さらに、スウェーデンでは、家族による介護が増加傾向にある。特に、2001年の社会サービス法改正で家族介護支援がコミューンの義務となったことで、家族介護が重要な政策として認識されている。ナッキヤ市では介護者支援として介護

者に月 1,100 ～ 2,000 SEK（約 15,000 円～ 28,000 円）を給付しており、継続的にこうした支援体制を整えていく方針だという。

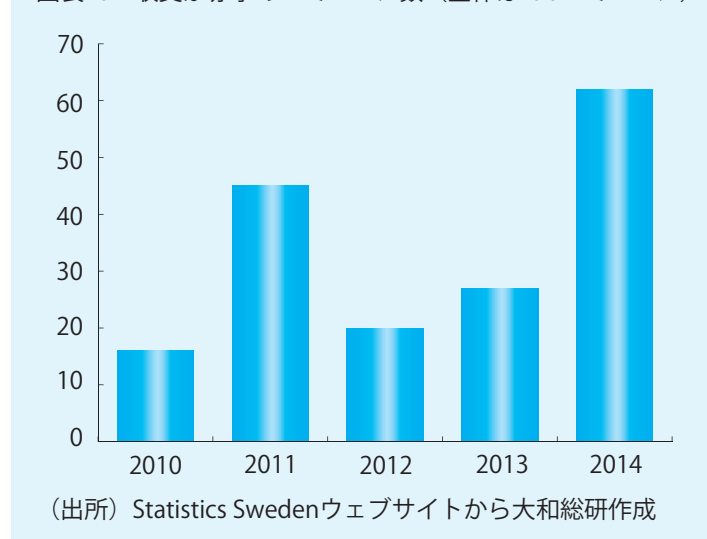
5章 スウェーデンの課題

在宅主義の行き過ぎが指摘され、修正を行いつつあるスウェーデンの介護政策だが、課題がないわけではないようだ。最後にその点について触れたい。

1. 引き上げ余地が少ない地方所得税

スウェーデンのコミューン歳入の7割は税収と自主財源比率が高く、財政の自主性が認められている。そのため地域のニーズに合わせた介護政策（介護サービス費用の財源は9割がコミューン税）が実現可能である一方、ランスティング税（10%程度）とコミューン税（20%程度）を合わせた

図表10 収支が赤字のコミューン数（全体は290コミューン）



29) 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ており、「高齢者ガイド」というウェブ上のデータベースで、事業者ごとや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。(吉岡[2012])

2015年の地方所得税の平均税率は31.99%³⁰に達するなど、税の負担が増している。

地方所得税だけでなく、付加価値税³¹も高く設定されているスウェーデンでは、既に国民負担率が65.7%（2012年、日本は2012年度で40.5%）と、高い水準に達しており、地方所得税の引き上げ余地はあまりないといえよう。歳出が膨らむ各コミュニティの収支バランスは崩れ始め、赤字となるコミュニティが増えつつある（図表10）。

こうした状況が続けば、今後、公的サービスの範囲が縮小される可能性も考えられるだろう。一部のコミュニティでは、家事支援サービスを利用者自身のニーズに応じて自己負担で購入することが可能になっており、それを税額控除の仕組みが後押ししているほか、家族介護が増加しつつある。生活支援サービスなど本来の介護との区別が曖昧なサービスを中心に公的サービスの対象から外し、自己負担の選択的なサービスや家族介護へ移行させることで介護費用を抑制していくコミュニティが増えることも考えられよう。

2. 移民の継続的な受け入れか、公的サービスの縮小か

社会的なケアが中心であった高福祉国スウェーデンの介護が、利用者の自己負担または家族介護を増やしつつある。医療においては既に2000年以降、公的医療費の割合が低下しており³²、徐々に受益者負担の医療が増え始めている。介護にお

いても、将来的に公的サービスが縮小され、利用者負担の部分が增加する可能性が考えられよう。そうなれば、現時点ではほとんど見られていないものの、スウェーデンにおいても民間医療・介護保険などが発展していく可能性もあろう。

しかしながら、2014年9月に行われた直近の総選挙では、8年ぶりに増税による高福祉国への回帰を目指すスウェーデン社会民主労働党が第一党に返り咲き、緑の党と連立して政権に就いている。中道右派のラインフェルト前首相（2006～14年）³³が進めた福祉分野の民営化を含むラディカルな経済成長重視策に対する国民の不安が反映された結果のようだ³⁴。ロベーン首相（2014年～）が率いる新政権では、伝統的な高福祉・高負担国の再建が目指され、介護分野では社会サービスが強化される見込みである。しかし、先述したように、現状のままでは増税の余地はあまりない。

そのため、反移民を掲げる政治的な動きが一部で見られつつも³⁵、引き続き移民を寛容的に受け入れ、貴重な労働力、かつ高福祉の支え手として社会に取り込み続けていくのか、もしくは緩やかな民営化・市場化を進め、公的福祉を縮小せざるを得ないのか、高福祉国は岐路に立たされているように見える。引き続き、新政権下の高福祉国の動向に注目したい。

30) Statistics Sweden

31) 標準税率は25%だが、食料品、ホテル、レストランなどは軽減税率が適用され12%、書籍や交通運賃は6%。

32) 80年代半ばには約90%だった公的医療費の医療費に占める割合が2013年には84.1%に低下している（“OECD Health Statistics 2015”）。

33) 高福祉の北欧モデルを維持しながら、規制緩和や減税による競争主義の導入を目指した。

34) REUTERSウェブサイト“Sweden votes for minority left government, far right surges” Sep 14, 2014 8:06pm EDT

35) 失業率の上昇や治安悪化への不安を背景に、2014年の総選挙では、移民排斥を訴えるスウェーデン民主党の議席が倍増し、議会第3位に浮上している。

【参考文献】

- ・奥村芳孝 [2010] 『スウェーデンの高齢者ケア戦略』 筒井書房、2010年12月
- ・北岡孝義 [2010] 『スウェーデンはなぜ強いのか 国家と企業の戦略を探る』 PHP新書、2010年8月
- ・藤原瑠美 [2009] 『ニルスの国の高齢者ケア—エーデル改革から15年後のスウェーデン』 ドメス出版、2009年4月
- ・湯元健治・佐藤吉宗 [2010] 『スウェーデン・パラドックス』 日本経済新聞出版社、2010年11月
- ・伊澤知法 [2006] 「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携—エーデル改革による変遷と現在—」 国立社会保障・人口問題研究所 『海外社会保障研究』 (No.156)、2006年9月
- ・吉岡洋子 [2012] 「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—」 国立社会保障・人口問題研究所 『海外社会保障研究』 (No.178)、2012年3月
- ・独立行政法人労働政策研究・研修機構 [2015] 『データブック国際労働比較 2015』
- ・財務総合政策研究所 [2001] 「『民間の経営理念や手法を導入した予算・財政のマネジメントの改革』 報告書」 2001年6月
- ・Boverket [2015] “PM om seniorbostäder och trygghetsbostäder”, June 18, 2015
- ・Socialstyrelsen [2015] “Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform år 2014”, March 8, 2015
- ・OECD [2015] “How does health spending in SWEDEN compare?”

[著者]

石橋 未来 (いしばし みく)



経済調査部
研究員
担当は、日本経済（中期予測）、
医療・介護、構造分析