フィンランドにおける保健医療福祉改革（SOTE改革）と地方自治制度の大規模な再編

横山純一

はじめに

私がフィンランドの研究を始めたのは一九九四年でした。この年に二回、合計して約三〇日間フィンランドを訪れ、福祉や財政、経済について勉強してきました。フィンランド在住の山田眞知子さん（元北翔大学教授）にご尽力いただき、北極圏のソダンキュラ自治体にまで足を延ばしました。一九八〇年代にレーガノミクスやサッチャリズムに代表される新自由主義的な政策が目立つようになってきましたが、北欧諸国はそうではなく、福祉の充実に努め、福祉国家の拡充を進めていました。

実際、スウェーデンやデンマークよりも遅れてはありますが、フィンランドは一九八〇年代後半に北欧福祉国家の一員になりました。私は、新自由主義とは別の新たな道を模索していかなければならないのではないかと考えていたこともあり、フィンランドの研究を始めました。

フィンランドの研究を進めるうえで勇気が必要だったのは語学です。ゼロからのスタートでしたので苦労しました。一部の経済の資料などは英語のものがありましたが、福祉や財政の細かな資料（とくに国庫支出金）はフィンランド語のものしかありませんでした。

ところが、ちょうど私が研究を始めたころから、北欧福祉国家が変容していき、フィンランドでも新自由主義的な政策が出てくるようになります。変容は変容として、研究者として調査分析しなければなりませんから、その後も研究を続けました。フィンランドには、資料収集や調査、ヒアリングを目的に、合計一〇回程度行きました。そして、二〇一九年一月にようやく『転機にたつフィンランド福祉国家ー高齢者福祉の変化と地方財政調整制度の改革』（同文舘出版）を出版しました。さらに、二〇二三年二月に『北欧福祉国家と国庫補助金―国庫補助金改革とフィンランド福祉国家の変容』（公人の友社）を出版しました。

1　フィンランド福祉国家の変容

(1)　高成長と特定補助金によって福祉国家の仲間入り

フィンランドは一九八〇年代後半に北欧福祉国家の一員になりました。これには高い経済成長と、高齢者福祉や児童福祉、教育文化を充実させるために導入された、地方財政調整を加味した特定補助金の役割が大きかったです。

ところが、福祉国家となった直後の一九九一年に大不況に見舞われます。また、隣国で有力な貿易相手国だったソ連の崩壊というできごともありました。さらに、フィンランドは一九九五年にEUに加盟しました。このように、一九九〇年代に入ってフィンランド経済を取り巻く環境が大きく変化しました。

(2) 経済財政政策の大転換

一九九八年にフィンランド財務省は次の文書を発表しました。つまり、「課税に関する国際的な圧力や世界的な租税競争、租税の雇用への影響の観点から、もはや公的部門の財政問題を高い税率で維持することによって解決することは適切なことではない。フィンランドのいくつかの租税は国際基準とEU基準に照らせば大変高い。財政支出の削減こそが公的部門の財政を改善する本質的な方法なのである」(Ministry of Finance, Economic Survey September 1998)、と。この文書は大変重要です。高い税率のもとで、これまで通りの高福祉高負担国家を維持することは適切ではないと国が判断したからです。そして、フィンランド政府は増税ではなく、減税と財政支出の削減を進める方針を打ち出し、これが、ほぼ今日までのフィンランドの経済財政政策の基調になりました。

具体的には、個人所得税（勤労所得税）と法人所得税の減税が行われました。フィンランドでは、リーマンショック後もなかなか思うように経済の回復ができなかったこともあり、二〇一二年に法人所得税率を二四・五％から二〇％に減税し、これが現在も続いています。さらに、個人所得税（勤労所得税）については、高所得者層も低所得者層も含めほとんどすべての国民が減税されています。OECDはフィンランドの個人所得税（勤労所得税）について、二〇〇〇年度と二〇〇九年度とを比較してみた場合、あらゆる家族パターンにおいて税負担が軽減されているとし、とくに低所得の単身納税者の軽減額が大きいことを指摘しています（OECD、Tax Policy analysis, Taxing Wages :Country note for Finland,2012）

また、フィンランドの国税収入のトップの座にある付加価値税は、一九九四年に創設されました。フィンランドは一九九五年にEUに加盟しましたので、それに先立ちEU型の付加価値税が導入されました。大型間接税については、付加価値税導入以前は売上税の名称で徴収が行われていました。付加価値税は一九九四年に標準税率が二二％、軽減税率が一二％と八％で創設されましたが、以後、今日までわずか二ポイントしか上昇していません。現在の標準税率は二四％、軽減税率は一四％と一〇％です。フィンランドでは、食料品など日常生活に欠かせないものについては二種類の軽減税率が導入されています。

さらに、フィンランドには富裕層をターゲットにして課税が行われる富裕税がありましたが、二〇〇八年に廃止されました。明らかに、減税と緊縮基調の財政政策が行われていたのです。

(3) 福祉サービスの変化

高齢者福祉サービスがどのように変化していったのかをお話ししたいと思います。ホームケアサービスでは症状の重い人を重点にする方針がとられるようになりました。その一方で、軽度者の訪問介護サービスが抑制されました。また、フィンランドでは、公的サービスを使わずに、家族親族が介護した場合に手当を支給する近親者介護手当制度がありますが、その利用者数が増加しました。

さらに、一九九五年に老人ホームの建設補助金が廃止され、以後、老人ホームの建設が進まなくなりました。二一世紀に入ってからは、フィンランドにおいて伝統的な自治体直営のサービス（訪問介護サービス等）の比重も低下しました。その一方で、二四時間サービス付きの高齢者住宅は急増し、大企業の参入が相次ぎました。

また、高齢者福祉サービスや児童福祉サービス、障がい者福祉サービスなど各種の福祉サービスの民間委託化や民営化が進行し、規制緩和も進みました。

図表1は七五歳以上の高齢者が受けるホームケアサービスの一ヵ月あたりの訪問回数別利用者数の利用者総数に占める割合を示していますが、一九九五年と二〇一三年を比べると、月一～八回、月九～一六回利用していた人の割合が減少し、月四〇回以上のいわゆる重度者利用が大幅に増えていることがわかります。

図表2は高齢者福祉サービス利用状況をまとめたものです。七五歳以上層について一九九五年と二〇一三年を比較すると、近親者介護サービス、二四時間サービス付き高齢者住宅が伸びている一方で、老人ホームが縮小しているのがわかると思います。ホームケアサービスも比重が低下しています。

図表3は社会福祉サービスの従事者が公立と民間のどちらで働いているのかの割合を示したものです。公立が減って民間が増えているのがわかる

と思います。その民間も最初は非営利が多かったのですが、今は営利が増えている状況です。なお、この表は児童福祉サービスや障がい者福祉サービス等の従事者数も含まれていますので、高齢者福祉の従事者だけをとってみれば民間の割合がもっと高く出ると思います。

(4) 失業率の上昇と低所得者の増加

一九八〇年代のフィンランドは高成長を反映して失業率が低い国でした。実際、一九八九年の失業率（全国平均）は約三％でした。しかし、一九九一年の大不況以降は八―一〇％に上昇しています。そして、今日まで失業率はあまり下がっていません。一九九〇年代の終わりまでは一〇％台、二一世紀に入ってからも九％台や八％台の時が多いです。とくに若年者の失業率が高くなっています。

フィンランドは低所得者層が少なく、貧富の差も小さいと言われてきました。しかし、**図表４**のように明らかに変化がみられます。つまり、一九九〇年の総人口に占める低所得者層の割合は七・

図表１　75歳以上の高齢者が受けるホームケアサービス１ヵ月あたりの訪問回数別利用者数の利用者総数に占める割合

	利用者総数	月1～8回	月9～16回	月17～39回	月40回以上	
1995	40,177	47.2	16.6	19.5	16.7	100.0
1999	41,669	40.4	17.1	19.3	23.2	100.0
2003	40,585	42.3	11.7	18.8	27.2	100.0
2005	44,082	40.1	13.0	18.8	28.1	100.0
2009	48,049	38.2	10.8	20.3	30.7	100.0
2010	51,271	38.0	11.2	19.7	31.1	100.0
2011	54,166	39.8	9.2	19.5	31.5	100.0
2012	53,703	36.7	9.8	20.1	33.4	100.0
2013	55,419	37.0	8.3	19.9	34.8	100.0

（注）いずれの年も11月30日現在の利用者数。
〔出所〕Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos “Sosialli-ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2014”, 2014. S.115

図表２　高齢者の高齢者福祉サービス利用状況

（人，％）

65歳以上の利用状況		近親者介護サービス		ホームケア		高齢者用住宅（24時間サービスつきではない）		24時間サービスつき高齢者用住宅		老人ホーム		長期療養の病院・診療所	
		利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
	1990	13,196	2.0							25,659	3.8	11,311	1.7
	1995	11,294	1.5	51,788	7.1					22,546	3.1	12,255	1.7
	2001	15,920	2.0	50,957	6.5	9,935	1.3	9,055	1.2	20,092	2.6	12,136	1.5
	2005	19,796	2.4	53,149	6.3	10,072	1.2	15,639	1.9	18,899	2.2	11,325	1.3
	2010	24,656	2.6	60,432	6.4	6,675	0.7	27,711	2.9	15,656	1.7	7,598	0.8
	2013	28,273	2.7	65,297	6.2	5,746	0.5	33,929	3.2	11,586	1.1	4,742	0.4

75歳以上の利用状況		近親者介護サービス		ホームケア		高齢者用住宅（24時間サービスつきではない）		24時間サービスつき高齢者用住宅		老人ホーム		長期療養の病院・診療所	
		利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
	1990	9,326	3.3							22,180	7.8	9,608	3.4
	1995	8,041	2.7	40,177	13.4					19,535	6.5	10,312	3.4
	2001	11,340	3.2	41,132	11.8	7,951	2.3	7,791	2.2	17,755	5.1	10,362	3.0
	2005	14,517	3.7	44,082	11.2	8,521	2.2	13,554	3.4	16,878	4.3	9,871	2.2
	2010	18,379	4.2	51,271	11.8	5,851	1.3	24,434	5.6	14,022	3.2	6,649	1.5
	2013	21,233	4.6	55,419	11.9	5,109	1.1	30,075	6.5	10,365	2.2	4,116	0.9

85歳以上の利用状況		近親者介護サービス		ホームケア		高齢者用住宅（24時間サービスつきではない）		24時間サービスつき高齢者用住宅		老人ホーム		長期療養の病院・診療所	
		利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合	利用者数	割合
	1990	3,454	6.6							9,910	19.1	4,239	8.2
	1995	3,369	5.0	14,618	21.8					10,301	15.4	5,257	7.8
	2001	4,455	5.6	16,613	20.9	3,393	4.3	3,825	4.8	9,703	12.2	5,482	6.9
	2005	5,286	6.0	18,197	20.5	3,925	4.4	6,670	7.5	9,215	10.4	5,082	5.7
	2010	6,808	6.0	24,529	21.5	3,250	2.8	13,556	11.9	8,138	7.1	3,586	3.1
	2013	8,362	6.5	28,515	22.1	3,129	2.4	17,567	13.6	6,218	4.8	2,292	1.8

（注）ホームケアは11月30日，高齢者用住宅（24時間サービスつきではない），24時間サービスつき高齢者用住宅，老人ホーム，長期療養の病院・診療所は12月31日における利用者数。近親者介護サービスは１年間の利用者数。
〔出所〕Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos “Sosialli-ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2014”, 2014. S.108-109.

図表３　社会福祉サービスの従事者数のうち公立と民間（営利，非営利）の割合

（%）

	1990	1995	2000	2002	2006	2009
公　立	87.9	86.6	79.3	76.0	71.4	68.3
民　間	12.1	13.4	20.7	24.0	28.6	31.7
うち　営利	0.5	1.6	4.5	5.9	10.8	14.5
うち　非営利	11.6	11.9	16.2	18.1	17.8	17.2

（注）公立従事者数には自治体における従事者数のほか自治体連合の従事者数をふくむ。
〔出所〕Olli Karsio and Anneli Anttonen “Marketisation of eldercare in Finland:legal frames.outsourcing practices and the rapid growth of for-profit services”, in “Marketisation in Nordic eldercare”edited by Gabriellr Meagher and Marta Szebehely.2013.S.107.

九％でしたが、二〇一〇年には一三・三％、二〇一七年には一二・一％となっています。つまり、低所得者層が二倍に増えたという状況です。低所得とは全国民の平均年収入の六割未満を指します。例えば、二〇一七年で言えば、二万四五八三ユーロの六割未満＝一万四七五〇ユーロということになります。

図表４　フィンランドにおける低所得者層の状況

（戸，ha）

	1990年	1995年	2000年	2005年	2010年	2017年
平均年収入（ユーロ）	17,886	16,842	19,116	22,500	24,569	24,583
低所得者となる上限収入（ユーロ）	10,732	10,105	11,470	13,500	14,741	14,750
低所得者人口（人）	394,978	361,744	576,104	660,537	706,030	654,000
総人口に占める低所得者の割合	7.9%	7.2%	11.3%	12.8%	13.3%	12.1%

〔出所〕Statistics Finland “Income Distribution statistics”, 2012.
Statistics Finland “Income Distribution statistics”, 2017.

図表５　農地面積別の農家戸数

（戸，ha）

	～1.99 (ha)	2～4.99 (ha)	5～9.99 (ha)	10.0 ～19.99 (ha)	20.0 ～29.99 (ha)	30.0 ～49.99 (ha)	50.0 ～99.99 (ha)	100～ (ha)	合計農家戸数 (戸)	平均農地面積 (戸)
1990年	4,953	13,883	28,199	42,748	21,889	12,678	4,278	486	129,114	17.3
1995年	1,545	8,443	17,049	31,280	19,691	15,451	5,717	788	99,964	21.7
2000年	1,349	5,524	11,229	20,405	14,758	15,621	9,232	1,665	79,783	28.0
2005年	900	4,328	8,765	15,989	12,000	14,141	10,665	2,729	69,517	33.0
2008年	858	4,543	8,339	14,411	10,569	12,810	10,952	3,320	65,802	35.0
2011年	693	4,335	7,869	13,004	9,323	11,610	10,809	3,941	61,584	37.4

（注）1990年と1995年は，１ha未満の農家は含まれない。2000年，2005年，2008年，2011年は１ha未満の農家を含む。
〔出所〕Tilastokeskus “Suomen tilastollinen vuosikirja. 2012”, 2012. S.157.

(5) 農業の停滞

農業は経営耕地面積が大きくないと事業として成り立たなくなっています。このため、小規模の農家や農業者が軒並み減少しています。**図表５**により、一九九〇年と二〇一一年の農地面積別の農家戸数を見てみると、三〇～四九ヘクタールが横ばいで、それを下回る経営耕地面積の農家は著しく減少していることが分かります。

ヘルシンキ自治体やエスポー自治体など大きな自治体が存在する南部は、土地が肥沃でマメや穀類の栽培による都市型農業も成り立つのですが、ラップランドなどの北部は酪農がほとんどです。酪農と養豚、養鶏はデンマーク農業にたちうちできない状況のため、北部や北東部地域の農業者の離農が多くなっています。私は焼肉をするためにヘルシンキのスーパーマーケットに牛肉を買いに行きましたが、フィンランド産の牛肉は店頭に並ぶ量が少なく、隅の方に置かれていました。（でもフィンランド産を購入しました）。

(6) ２０１９年総選挙

フィンランドの国会議員（一院制）の選挙制度は全て比例代表制です。このため、よほどのことがなければ単独政権はできません。したがって、連立政権となるわけですが、一九九〇年代後半以降、とくに二一世紀に入って以降は、連立政権の政策の流れは市場原理重視で新自由主義的傾向が強かったです。多くの場合、連立政権の中心には国民連合党がいました。そして、このころの社会民主党は国民連合党と連立を組むことが多かったです。

注目されるべきは、二〇一九年の選挙において社会民主党が第一党になったことです。この時には、社会民主党は国民連合党と組むことをせずに、左翼同盟、緑の党、スウェーデン人民党、中央党と組んで中道左派政権（五党連立政権）をつくりました。そして、これが今日まで続いています。

他方で、反ＥＵ、反移民を求める「真のフィンランド人党」が台頭し、社会民主党とわずか一議席差の第二党になっています。ただし、「真のフィンランド人党」は、同じ反ＥＵ、反移民の極右のスウェーデン民主党よりはソフトです。

２　保健医療福祉改革（ＳＯＴＥ改革）と地方自治制度の大幅再編

(1) ＳＯＴＥ改革とは

ＳＯＴＥ（ソテ）改革とは保健医療福祉改革のことで、中道左派のマリン政権（社会民主党中心の五党連立政権）のもとで成立し、二〇二三年一月から実施されます。

この改革の基本方針は、保健医療と社会福祉を統合してサービスの供給をするということです。これに合わせて必要な組織改革が行われます。フィンランドの国と地方の関係は、今までは国と自治体という一層制でしたが、SOTE改革により、国と自治体の間に新たな自治エリア「アルエ（Alue）」がつくられて二層制になります。そして、これまで社会福祉、保健医療、救助救急サービスの供給の責任主体だった自治体に代わり、アルエがこれらのサービス供給の責任主体になります。つまり、事務事業の上部移管が行われるのです。

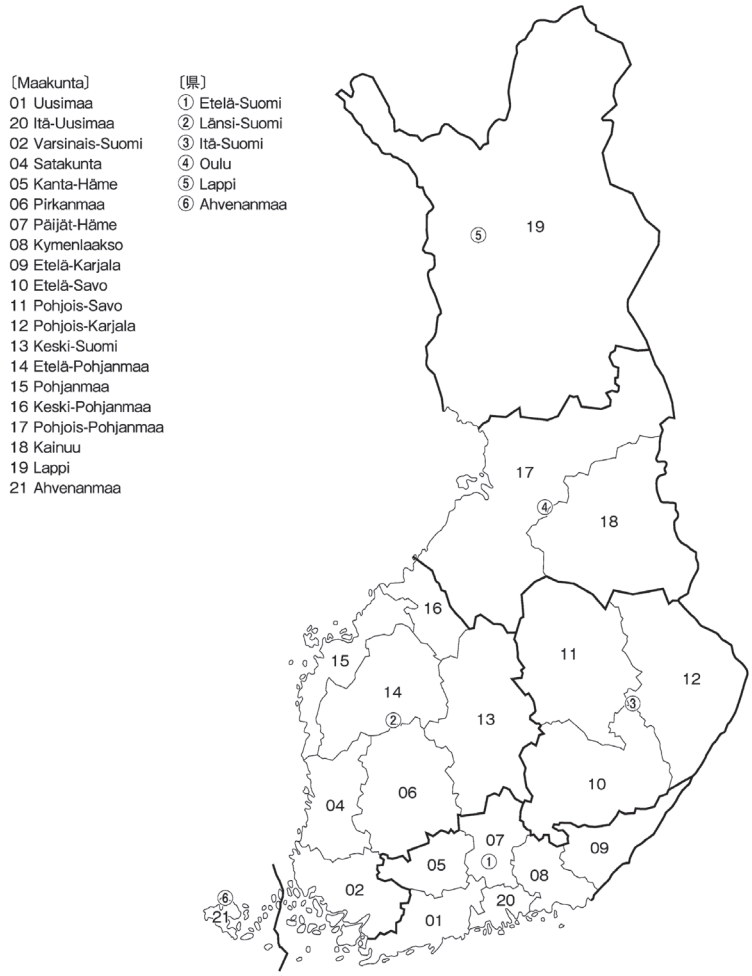
⑵　アルエが提供する保健医療福祉サービスとは

アルエが提供する保健医療福祉サービスは、①プライマリーヘルスケア（一次医療）、②専門医療、③病院サービス、④歯科治療、⑤メンタルヘルス、⑥薬物乱用者対応サービス、⑦妊婦と子ども向けクリニック、⑧大人向けソーシャルワーク、⑨児童保護、⑩障がい者向けサービス、⑪高齢者向け施設サービス、⑫ホームケア、⑬リハビリテーションです。福祉と医療、保健のほとんどすべてを網羅することになります。

⑶　アルエの配置

アルエは全国に二一設けられますが、**図表6**で示されているマークンタ（Maakunta、地域）と呼ばれる既存の地方行政区画ベースにつくられます。改革以前には、各マークンタには一つの二次医療圏が置かれていましたが、例外もありました。つまり、ラッピ（Lappi）地域とエテラサボ（EteläSavo）地域には、二つの二次医療圏が存在していました（**図表7**）。二次医療圏には、必ず高度な専門病院が配置されることになっています。あとで述べるウーシマ（Uusimaa）地域を除いて、SOTE改革では一つのマークンタに一つのアルエを設けます。このため、ラッピ地域とエテラサボ地域にある高度な専門病院についても、二つから一つにしなければなりません。予想されたことでしたが、ラッピ地域とエテラサボ地域の専門病院の調整は難航しました。とくに、ラッピのLänsiPohjän shpにおいては、中心自治体であるケミ

図表6　フィンランドのMaakuntaと県（Laaninhallinto）



（注１）　図表は2009年１月１日現在。なお、県は2009年12月31日に廃止された。
（注２）　現在はItä-UusimaaがUusimaaに統合されているが、このほかには変更はない。
〔出所〕　Tilastokeskus “Suomen tilastollinen vuosikirja 2009”, 2009, S49.

（Ｋｅｍｉ）にある専門病院の取り扱いをめぐって難しい調整が行われました。最終的には、ケミの病院は少なくとも二〇三二年まで維持されることに決まりました。

なお、上記とまったく別の対応がなされるのは、人口が多いウーシマ地域です。実は、マリン政権以前の中道右派政権（シビラ政権、中央党、国民連合党などの連立政権）もＳＯＴＥ改革を実施しようとしましたが、失敗しています。このときの計画ではアルエの数は一八でした。これに対し、マリン政権は、人口が多いウーシマ地域においてはアルエの数を三つ増やして四つにしました。さらに、ヘルシンキ市はアルエには入らない特別地域とし、現行のまま独自に保健医療福祉を担うということにしました。マリン政権の下での改革ではアルエは二一になりますが、保健医療福祉サービスの供給の責任主体ということでみれば、ヘルシンキ市を入れて二二になります。

⑷　アルエの自治機能

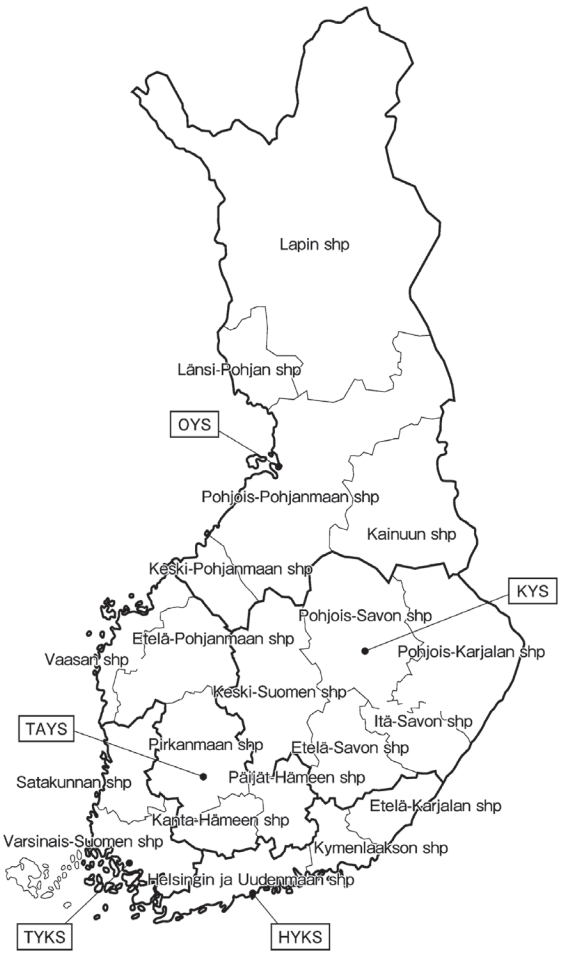
アルエは自治権、議会、財政・課税権を有します。ヘルシンキ市はアルエに属さないので、市民に対する保健医療、社会福祉、救助救急サービスの供給は現行のままとなります。したがって、二〇二二年一月二三日に行われたアルエ議会議員選挙はヘルシンキ市とは無関係で実施されました。

さらに、アルエは別のアルエと協力、合意ができるとされています。例えば、別のアルエからのサービスの調達、アルエ同士が共同で機関を設置、アルエ同士が共同で所有する会社の設置・運営などで協力・合意が得られれば、アルエは別のアルエの領域内でサービスを組織し供給することが可能です。これはサービスの調達・供給がなかなか難しいアルエがあることを想定したもので、このような場合は規模の大きなアルエからサービス調達ができるという制度を設けています。

そして、保健医療福祉サービスが自治体からアルエに移管します。当然のことですが、人材、設備、施設の移転が行われるということになります。自治体や自治体連合に勤務する保健医療担当者や社会福祉担当者、スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラーなどの雇用もアルエに移管されます。政府は、制度発足の二〇二三年には、自治体と自治体連合で働く者のうち、約一七万二九〇〇人がアルエの雇用に移ると見込んでいます。

ＳＯＴＥ改革によって、自治体の仕事は少なくなり、保育所や教育文化、スポーツなどのサービスを担うに留まることになると思います。こうなると、自治体の存在意義は何なのかという話になるでしょうし、自治体議員に立候補する人が減少

図表７　フィンランドの２次医療圏



（注１）　２次医療圏は20に区分されている。
（注２）　TAYSなど□で囲まれているのは、３次医療の拠点となる大学病院。
（注３）　2008年入手資料だが、現在に至るまで変更はない。
〔出所〕　STAKESでの入手資料（2008年11月入手資料）。

するのではないかが懸念されています。

アルエは自治体（広域自治体）ですから、アルエの財源の基本はアルエ税です。ただし、激変緩和措置として数年間は特別国庫補助金がアルエに交付されます。この特別国庫補助金は、各アルエの人口数、サービスニーズの状況、救助救急サービスのリスク度合いなどを斟酌して各アルエに交付される予定となっています。アルエ税の開始は二〇二六年が有力視されています。

⑸　SOTE改革における国の役割

SOTE改革では国民への増税を求めていません。そこで、政府は国の税財源収入を大幅に増やす一方で、自治体の税財源収入の大幅な減少を行うことになります。つまり、国は自らの収入を上げるために、自治体から地方所得税の多くを取ってしまうということです。また、国の法人所得税の一部が自治体の取得分になっていますが、この自治体取得分についても政府は減らす方針です。政府の発表によれば、すべての自治体において地方所得税の税率が約一二・五ポイント減少する予定です。現在の地方所得税の税率は約二〇％程度ですから、そのうち六割強の財源が、自治体からなくなってしまうということです。

国の役割は大きくなるでしょう。社会保健省、内務省、財務省とアルエの交渉が行われますが、その目的は、各アルエの保健医療サービス、社会福祉サービス、救助救急サービスの組織を国が戦略的レベルで監視、評価、指導、命令することにあります。また、社会保健省と内務省は各アルエが策定した年間の投資計画の承認、不承認を決定します。

3　SOTE改革の目的

⑴　一次医療のサービス改善と高齢化への対応

この改革の目的は、一次医療のサービス改善と、急速な高齢化の進行の中で厳しくなることが予測される自治体財政への対処です。

これまでの一次医療は、自治体立や自治体連合立の保健医療センター（日本の診療所のようなもの）で医療サービスが供給されていました。ところが、サービスの量やサービスの内容は自治体間だけではなく、自治体内でも明らかな差異がありました。そこで、このような格差を縮小することが課題となっていました。

さらに、住民は自治体立や自治体連合立の一次医療サービスについては無料もしくは安い料金で受けることができるのですが、利用者が殺到し待ち時間が長くなる傾向がありました。これに対し、民間の医療施設は待ち時間が短かったのですが、数が少なく、利用料金がかなり高額ということもあって利用者は富裕層に限られていました。そうしたこともあって近年、富裕層以外でも民間の医療施設利用のために民間の保険会社の医療保険に入る人が増えている状況です。したがって、一次医療の改善は急務だったといえるでしょう。

さらに、今後、フィンランドにおいては高齢化が一層進むことになるため保健医療福祉の経費支出の増大が予想され、高齢者医療や高齢者福祉の効率的な運用や経費支出の抑制に努めることが求められていました。このことも改革の重要な目的の一つでした。今後、高齢者数が増加する中で、高齢化対応面での施策展開が難しくなる自治体が出てくるだろうことが懸念されていました。そこで、このような課題に対処するために、広域自治体としてのアルエがつくられました。今後、増大が見込まれる保健医療費と社会福祉費に対して、SOTE改革では、経費支出の増加や増税を志向することで対処するのではなく、制度改革によって経費の伸びを抑制することが試みられたということができると思います。

⑵　シビラ政権の改革案との違い

先ほど、シビラ政権もSOTE改革を進めようとしましたが、失敗したとお話しました。このときは、国民連合党と中央党が主導して進めていたのですが、市場原理を重視するとともに、選択の自由を強力に打ち出し、民間活用の強化を目指していました。

マリン政権のSOTE改革とシビラ政権のSOTE改革案とを比べてみると、改革に対する問題意識や理念、いくつかの課題の解決方法などで共

通している部分が少なくありませんでした。広域の自治体（アルエ）を設けることについてもほぼ一致していました。しかし、マリン政権の改革では、市場原理の重視、民間の積極的活用、選択の自由の推進は大幅に後退し、公の主導的役割が強調されています。この点に、シピラ政権とマリン政権の違いがみられます。

二〇二二年一〇月一四日付のヘルシンキタイムスにアンデション教育文化大臣（左翼同盟）の発言が掲載されました。アンデション氏はSOTE改革において公の役割が強まった点を高く評価するとしましたが、民間サービスや市場原理を全否定しているわけではないことも明言し、政府は公的サービスを民間サービスで補完することを不可能にするようなことは計画していないと述べました。さらに、地域がサービスを組織する責任を果たすことができるように、各アルエが公的サービスの生産と開発を十分に行うことが必要で、アルエの直営サービスが重要であることを強調しました。民間サービスに頼るのではなく、アルエが創意工夫することや、直営でサービスを提供することが重要だと指摘しました。

実際、これまで行われてきた民間活用を否定することは簡単にできません。法律で禁じられていない限り、改革以前と同じように、アルエは民間のサービスプロバイダーからサービスを購入できるからです。例えば、社会福祉法に基づいた訪問介護サービス、ホームケアサービス、住宅サービス、施設サービスなどがそうです。ただ、特徴的なのは二四時間体制のプライマリーヘルスケア、二四時間体制の専門医療、救助救急医療、二四時間体制の社会福祉サービス、ソーシャルワークなどは、アルエは民間のサービスプロバイダーからサービスを調達することを禁じられていることです。

また、マリン政権では一次医療を重視し、かつ直営で展開させるために、医師の確保と医師の大幅増員を図ることをめざしています。さらに、新しくできる保健医療福祉センター（改革前は保健医療センター）を強化し、診療のための待機時間を短くするとともに、プライマリーヘルスケア、口腔ケア、ホームケア、ソーシャルワーク、メンタルヘルス、薬物乱用、外来リハビリ、慢性疾患、産婦人科病、児童保護等の充実を図ると表明しています。今後の一次医療や保健医療福祉センターの動向を注意深く見守っていきたいと思っています。

4　国際均衡（国際経済協調）と国内均衡（国民諸階層の利害調整）のバランスをとることの難しさとマリン政権の今後

近年、国による差異はありますが、国際均衡（国際経済協調）と国内均衡（国民諸階層の利害の調整）のバランスをとるのが難しくなってきているように思われます。事実、二〇二二年に行われたスウエーデンとイタリアの総選挙、フランスの大統領選挙で極右政党が健闘しました。スウエーデンでは、二〇一〇年代に入ってから、市場原理重視、新自由主義的な政策が色濃い穏健党が伸び悩み、とうとう二〇二二年総選挙では反移民、反EUで福祉重視の極右の民主党に第二党の座を奪われてしまいました。イタリアでは極右政党（イタリアの同胞）のメローニがイタリア初の女性首相になりましたし、フランスでは国民連合（旧国民戦線FN）が根強い人気を堅持しています。

要するに、市場原理重視と新自由主義的政策の展開が進む中で、国際均衡と国内均衡のバランスの確保が以前に比べてはるかに難しくなっているということです。国民の間の貧富の格差の拡大や一部の産業・企業の不振の拡大が生じています。誰もがWinになることが難しいだけではなく、Winには決してなることができない人々が増えているのです。

国際経済協調を重視すればするほど、国内の国民諸階層の不満が出てきます。このようなことが極右政党の台頭につながっているのではないかと思います。強いイデオロギーや信念を持ったスウエーデン人のみが極右の民主党に投票しているのではありません。ごく普通の生活を送っている多くのスウエーデン人が極右の民主党に投票しているのです。

一九九五年にEUに加盟したフィンランドは、EUにおいて国際協調面で重要な役割を果たし、貿易額や投資額を増やしてきました。しかし、EU加盟後、一層の農業不振や地域産業不振に陥り、低所得者層も増加しました。このような中で、二

○一九年四月の総選挙で社会民主党が第一党になりました。これまで社会民主党は国民連合党や中央党などとの連立政権に参加することが多かったのですが、今回は左翼同盟、緑の党、中央党、スウエーデン人民党との五党連立政権をつくりました。そして、先に述べたように、ＳＯＴＥ改革において独自性を発揮しました。

今後、中道左派のマリン政権が他の諸政策においても独自性のある政策を打ち出すことができるのかが注目されます。そのためには、増税を視野に入れながら、減税と経費支出抑制の路線から転換することが必要になるのではないかと私は考えています。実際、マリン政権は経費支出抑制を緩和する方向に動き出しており、例えば、二〇二二年度の一般補助金においては「財政需要額」の計算の部分でそれが見えはじめています。けれども、財源の問題に触れることはそう簡単なことではないようで、今後の経済成長による税収増を考えているように見受けられます。

ただ、これまでも世界各国で経済成長によって税収を増やす政策を打ち出してきましたが、成功した事例は少ないと言わざるを得ません。そう考えると、政策の拡充との関係の中で、新たな財源方針を打ち出していく必要があるのではないかと思われます。さらに、国際均衡と国内均衡のバランスについても、マリン政権がこれまでとは一味違った方針を打ち出すことができるのかにも注目しておきたいと思います。そして、次の総選挙で勝利できるのかが最重要の課題です。

同じ北欧でもスウエーデンでは極右政党が台頭しているのに対し、フィンランドは中道左派政権が誕生した点が興味深いです。また、ウクライナ情勢を背景に、マリン政権はＮＡＴＯに加盟しようとしています。連立政権を組む左翼同盟はＮＡＴＯへの加盟に慎重のようでしたが、政権の維持に努め、連立を続けています。ＳＯＴＥ改革と地方自治再編は二〇二三年一月に始まったばかりです。今後を注意深く見守っていく必要があるでしょう。

これで私の報告を終えたいと思います。ご清聴、誠にありがとうございました。

＜追記＞

校正の段階で、次の二つのビッグニュースが飛び込んできたので、簡潔に述べておくことにしよう。

(1)　総選挙

二〇二三年四月二日、フィンランドで総選挙（一院制、比例制）が行われた。三つ巴の接戦になり、総議席数二〇〇議席のうち、国民連合党が四八議席、真のフィンランド人党が四六議席、社会民主党が四三議席を獲得した。社会民主党は前回選挙時よりも議席数を増やしたけれども及ばなかった。

今後は、国民連合党を軸に連立政権がつくられるものと思われる。総選挙では福祉の維持・充実を訴えていたマリン政権に対し、国民連合党は緊縮財政や行政改革を主張していた。そこで、今後、国民連合党を中心とする連立政権のもとでは、ＳＯＴＥ改革において民間の活用を強める可能性や、アルエの数を減少させる可能性がある。また、福祉サービスの効率化や見直し、国庫支出金の見直しが行われる可能性がある。注目されるべきは、国民連合党が反移民の色彩が濃く、ＥＵに懐疑的な真のフィンランド人党と連立を組むことができるのかである。もしかすれば、連立政権誕生まで、時間を要するかもしれない。

社会民主党だけではなく、これまで連立を組んできた中央党、左翼同盟、緑の党、スウエーデン人民党の動向についても、しっかりと考察していきたい。

(2)　ＮＡＴＯ加盟

二〇二三年四月四日、フィンランドがＮＡＴＯに正式に加盟した。フィンランドは、ＮＡＴＯ加盟をしているすべての国の承認を得て正式加盟となったのであるが、これで長い間続いてきた軍事的中立の立場は放棄したことになる。フィンランドと同じ時期に加盟申請した隣国スウエーデンは、トルコとハンガリーが難色を示しているため、加盟が難しい状況にある。

＜よこやま　じゅんいち・北海学園大学名誉教授／当研究会主査＞

本稿は、二〇二二年一二月八日に開催した高齢者福祉研究会の報告をまとめたものです。

文責・編集部