

地方自治制度および 保健医療・社会福祉サービス改革 — フィンランド福祉国家の再編 —

Regional Government, Health and Social Services Reform: Reorganization of Finnish Welfare State

田中里美

TANAKA Satomi

抄録

フィンランドでは、2015年から地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革が行われた。今後ますます増大が予測される保健医療・社会福祉関係経費に対して、増税ではなく、制度改革により経費の伸びを抑制することが試みられた。同時に改革では、現在、問題とされている福祉格差、受診までにかかる時間の短縮等の解消が目標とされた。地方制度に関する改革としては、現行の、国と基礎自治体による二層式の地方自治制度に、広域自治体を加えて三層式とし、基礎自治体がこれまで担ってきた、住民に対する保健医療・社会福祉サービスの組織責任を広域自治体に委ねることとされた。また、これまでも非営利団体および民間事業者の提供するサービスが利用されていた社会福祉分野のみならず、一次医療の分野においても、民間事業者に道が開かれた。この改革は、制度、経費の流れを整理し、全国にマークンタを中心とする同じしくみを敷設しようとした点、また、一次医療の分野においても、民間事業者の活用により、選択の自由を保障しようとした点に特徴がある。前者については中央集権化の進行が、後者については民間事業者に対する公のコントロールの不備、民間事業者の活用による経費節減の可能性が疑問視された。最終的にこの改革は、政権期間の4年で完成せず、頓挫に終わったが、改革の必要性は変わらず、2019年4月の総選挙の結果を受けて始動した新政権が、これまでの準備を踏まえ、これに取り組んでいる。

キーワード：フィンランド、福祉国家、地方自治制度、保健医療・社会福祉サービス、改革

はじめに

戦後、経済成長期に成立した各国の社会保障制度は、ポスト工業化の時代に至り、新しい環境に合わせて各種の改変が行われている。本稿は、フィンランドを取り上げ、2015年から取り組まれ、4年の政権期間内に完遂されることなく終わった、Maakunta ja Sote Uudistus (以下、「地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革」とする¹⁾)を取り上げ、検討を行う。

この改革は、増大する社会保障費に対して、増税ではなく制度改革による抑制を図ろう

としたものである。具体的にはこの改革は、①従来の、基礎自治体と国からなる二層式の地方自治制度を、両者の間に広域自治体マークンタを挟む三層式のそれへとあらため、その上で、②これまで基礎自治体が担ってきた、住民への保健医療・社会福祉サービスの組織責任をマークンタへ移し、③従来、民間事業者のサービスの活用が進んでいた社会福祉サービス領域のみならず、一次医療に関わる保健医療サービス生産に関しても民間事業者に門戸を広げ、サービスの利用者に選択の自由を保障しようとした。

この改革は、これまで複数の政権が取り組んで来た、地方制度および保健医療・社会福祉サービスに関する改革（山田2010; 藪長2012）の流れの上にある。これは、既に北欧各国で取り組まれてきた地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス制度の改変という、「社会保障システムにおける適切なユニットの再編」（齋藤2004: 4-5）の試みであり、またここには、北欧各国に広がる「サービスの市場化」トレンド（Karsio and Anttonen 2013）が見られる。

結果的に改革は頓挫し、その翌月、2019年4月に行われた総選挙の結果を受けて発足した新政権が、前政権が取り組んだ保健医療・社会福祉サービス改革に取り組もうとしている。

本稿では、前政権が企図した改革の内容を明らかにし、これを検討する。これは、フィンランドのこの分野の今後の政策展開を理解するために、また、世界の先進諸国で取り組まれている社会保障制度改革について、とくに北欧型の福祉国家における改革の特徴を知るために、さらに、そこからのフィンランドの偏差を知るために必要な作業である。

さて、フィンランドでは憲法において、公的機関がすべての人に十分な保健医療・社会福祉サービスを保障し、住民の健康を促進することと定められている。さらに自治体法において、自治体は住民の福祉と地域の活力を促進し、経済的、社会的、環境的に持続可能な方法で、住民にサービスを組織化することと定められている。

フィンランドにおけるこれらのサービスの整備の歴史を振り返ると、まず、1972年に成立した国民保健法が一つの画期であった。この法律の下、中央政府の強いイニシアティブの下、全国に均質な保健医療サービス網が整備、拡大されていった。その後、社会福祉サービスも、国庫補助・計画制度下で取り扱われるようになっていった。次の画期は1993年の国庫補助金改革である。この改革により、国庫補助金の使用に関する自治体の裁量が大きくなった。自治体は、一部の例外を除いて、計画を中央政府にすべて提出する必要がなくなるなど、その決定権限が強化された（高橋2003; 山田2006a）。

自治体の自由度を高めたこの改革は一方で、現在に至る地域格差を招く原因ともなった。自治体は、サービスを充実させる方向に自らの裁量を用いるのみならず、サービスをカットすることにこれを使うこともできるようになったのである。改革準備段階では予測されていなかった不況が1990年代前半のフィンランドを襲ったこともあり、国庫補助金改革が施行されるとすぐに、サービスのレベルおよび利用可能性の地域による違いは大きくなっていった（山田2006a: 231; Hiilamo 2015: 16）。

地域による差が大きくなってしまった現状に対して、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革は、改善をもたらすだろうか。さらに言えば、憲法に規定された普遍主義的な原則に従ったサービスの提供体制を再構築することに役立つだろうか。ここでは、サービスの市場化はどのような意味をもつだろうか。中央集権から地方分権へと変化

してきた、保健医療・社会福祉サービスをめぐる中央—地方関係は、この改革によっていかなる方向に変化するだろうか。改革により保健医療・社会福祉サービスの組織責任を失うことは、基礎自治体にとってどのようなインパクトを持つだろうか。改革は全体として、経費の伸びの抑制という目標を達成できるだろうか。

以下、まず（１）フィンランド福祉国家をめぐる環境の変化、これがいかに政治課題化し、いかなる改革として形を成したか、その経緯を見る。つぎに、（２）改革の出発点であるフィンランド福祉国家における旧来の制度の特徴、すなわち、公的責任の大きな、また基礎自治体に責任の大きい社会保障システムのありようを確認する。この上で、（３）地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革の具体についてみる。これを踏まえて、（４）改革について、普遍主義的原則に従ったサービスの提供体制の再構築、サービスの市場化、中央集権—地方分権、基礎自治体にとってのインパクト、経費削減の成否の諸点から考察を加える。

さて日本では、高齢者介護、ワークライフバランス、教育、子育てなど、日本が現時点で抱える様々な問題の解決策を考える際の手本として北欧の社会保障制度が参照されることが多い。近年では、ポスト工業化の影響を受けて変化する人びとの暮らしをいかに守るかという問題関心から、普遍主義的、社会民主主義的な北欧の福祉レジームがあらためて評価を受けることもある。しかし、北欧諸国も、国際的な経済環境の変化を受け、旧来の制度の改変を余儀なくされている。この過程では、これまで北欧の福祉国家において堅持されてきた原則が試されるような事態も発生している。本稿で以下見ていくように、フィンランドについて言えば、高齢化の影響も大きい。本稿では他の北欧諸国との比較を展開することはできないが、フィンランドのこの分野における改革は、他の北欧諸国に比べて遅いと言える。さらに、低い水準に抑えられてきた一次医療サービスをカバーするようにフィンランドで独自の発展を遂げてきた産業保健制度が、普遍主義的な原則にほころびを生じさせており、原則に立ち戻る改革作業の足かせともなっている。こうした現状をまずは平明に見ておくことが求められよう²。

本稿では、文献、政府統計の他、改革に関するインターネット上のサイト³、ヘルシンギンサノマットを中心とする現地の新聞、さらに筆者が現地では保健医療・社会福祉制度改革担当者におこなったインタビュー等を利用する。

1 改革の背景①～財政状況の悪化、高齢化、就労者の減少、福祉支出の増大

(1) 収支バランスの悪化

北欧の福祉国家は、広い意味での福祉と就労が、相互を前提とし支援するメカニズムによって支えられてきた（宮本2004: 24）。しかしフィンランドでは、2008年の金融危機以来、財政赤字が続いている（図1）。累積債務の状況と合わせて、EUの財政規律にしたがい、緊縮財政路線を取らざるを得ない状況となっている（徳丸・柴山2019: 18）。

(2) 就労者の減少とこれへの対策

フィンランドでは、高齢化、生産年齢人口の減少が長期トレンドとなっている（2018年末現在、65歳以上人口21.9%、15-64歳人口62.2%。2060年予測値、同左31.1%、56.9%、Tilastokeskus）。

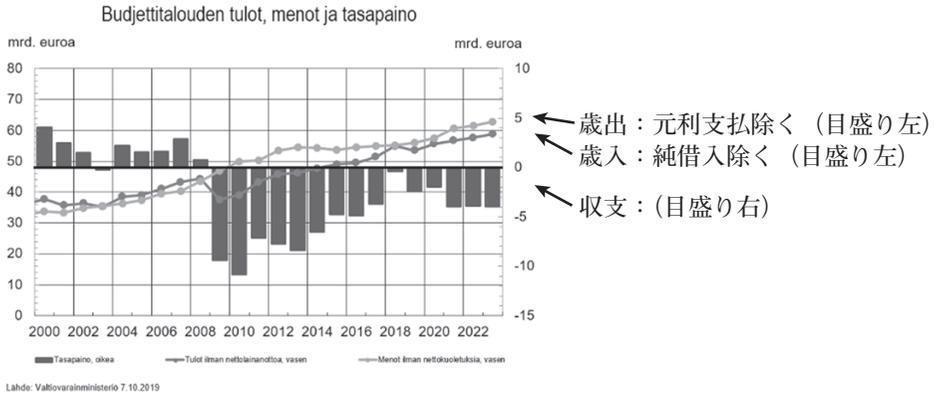


図1 予算～歳入、歳出、収支

出典：財務省 <https://vm.fi/valtion-budjetti>

一方で、失業率の上昇がみられる。2008年の経済危機の影響を受け、2009年秋には失業率8.6%を記録した。その後いったん落ち着いたものの、2015年秋に9.4%にまで上昇し、以後、EU平均を上回る状態が続いている（2019年3月現在6.6%、Eurostat 2019）。歳入の伸びが見込めない一方で高齢者、失業者関連の社会保障費の支出がかさむという状況である。

こうしてフィンランドでは、労働者を増やすこと、それによる税収増、失業者にかかる公的支出の削減が極めて重要な課題となり、2018年1月1日から失業給付を就労もしくは教育プログラムと紐づける改正失業保障法（Työttömyysturvalaki）が施行された⁴。

このワークフェア型の政策は、その原則において、そもそも北欧型の福祉国家で重んじられてきた社会権の考え方になじまず、実施レベルにおいても、パートタイムの職、および失業者向けの教育プログラムが都市部に集中している現状下では、地方に暮らす失業者に不利に働くという問題点が指摘されている⁵。

このように就労と福祉を紐づける施策の一方でフィンランドでは、それらを切り離す、ベーシック・インカムの実験が2017年年初から2018年末まで2年間にわたり行われた（徳丸・柴山 2019）。これは、全国の25歳から58歳の失業者から2,000人を選び、月560ユーロを支給するものである。就労、職業訓練は給付の条件とされず、さらに就労した場合にもそこから得られる賃金の多寡は月当たりの給付額に影響を及ぼさない。真逆の志向性を持った施策が同時期に実施されるのは奇妙に見える⁶が、就労者を増やすという点では同じねらいを持った政策であると言える。

（3）福祉支出の増大

フィンランド政府の歳出を見ると、総額580億ユーロのうち、財務について保健医療・社会福祉の費目にかかる支出が148億ユーロと大きい（図2）。

とくに保健医療経費を見ると（図3）、2000年から2017年の間に1.5倍以上の伸びを示している。

医療費の内訳を見ると、最も大きいのが専門医療、ついで、高齢者および障がい者の長期ケアとなっている。2000年以降2017年までの間に、医療費内訳においてほぼ全ての項

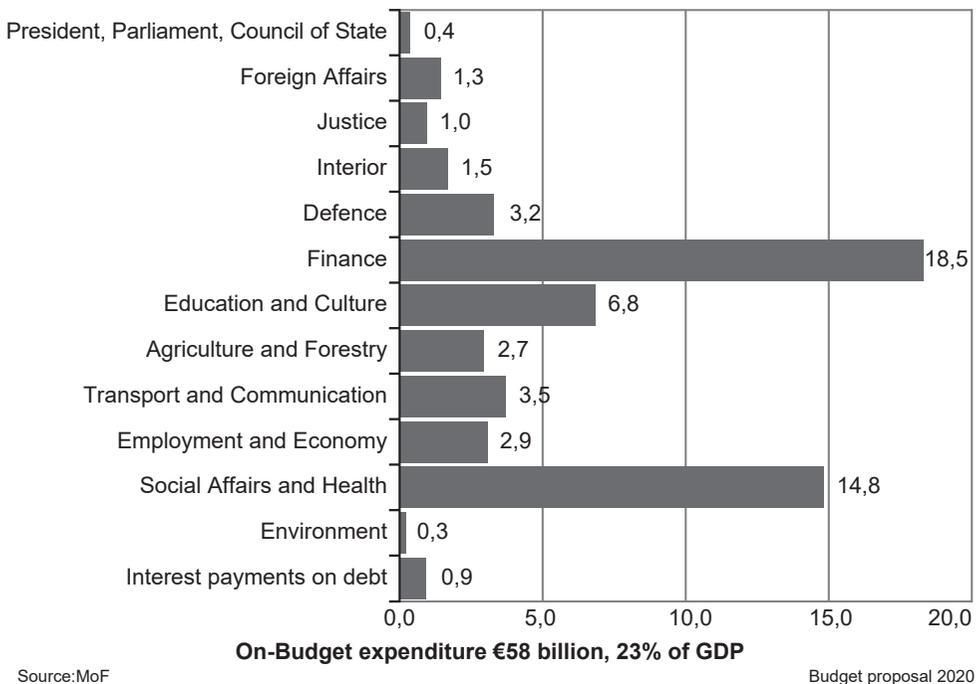


図2 行政部門別予算一歳出（単位10億ユーロ）
出典：財務省 <https://vm.fi/valtion-budjetti>

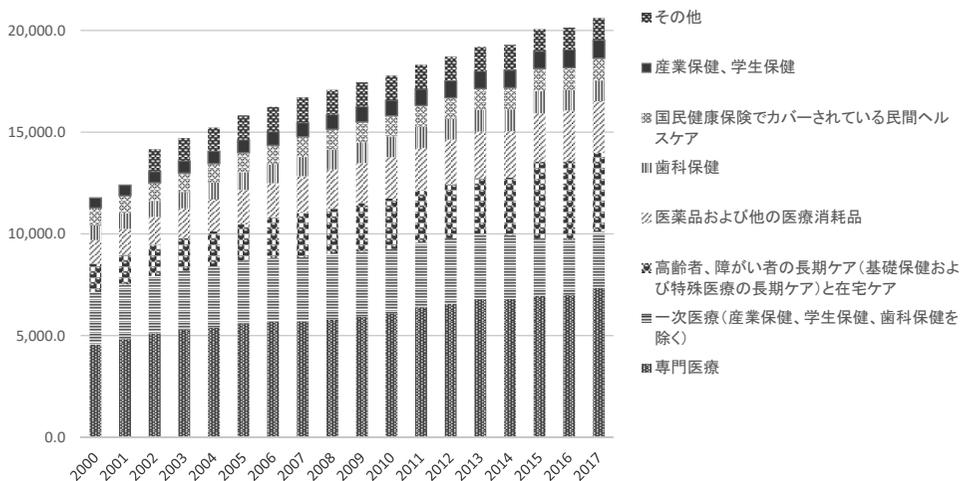


図3 保健医療費の推移
出典：THL2019, Liitetaulukko6a より作図
註：単位100万ユーロ

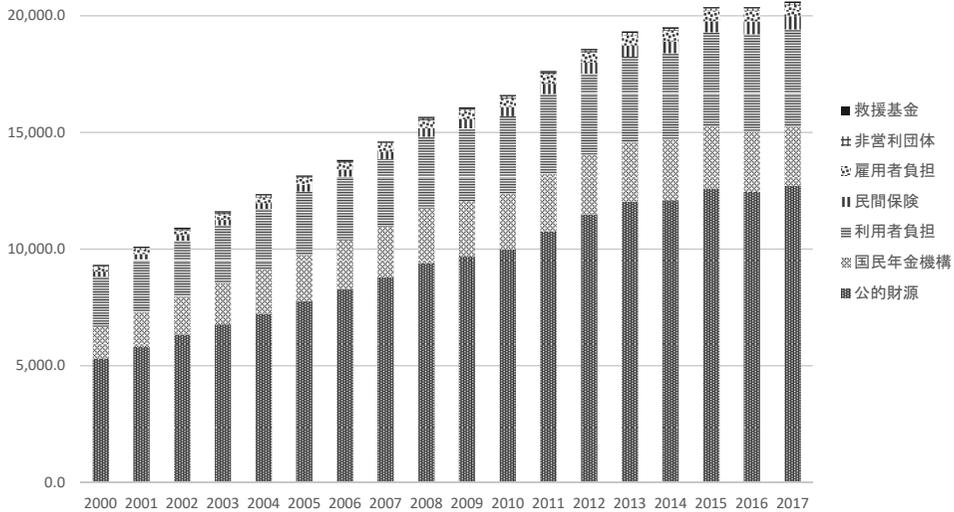


図4 保健医療の財源別構成 (単位: 100万ユーロ)

出典: THL2019, Liitetaulukko6a より作図

註: 単位100万ユーロ

目が増加している中、専門医療は同上期間で約1.5倍、高齢者および障がい者の長期ケアは約2倍の伸びを示している。一方で、一次医療についてはほとんどその費用が増加していない。この理由については後段で触れる。

次に、保健医療サービスの財源を見ると、公的負担の割合が最も高い。そして公費負担額は、2000年以降、2017年までの間に、2倍以上の伸びを示している (図4)。

フィンランドでは、この増大する保健医療サービス経費に対する対策が必要とされた。その手法は増税ではなく、制度改革であった。改革の内容を見る前に、従前の制度について確認しておこう。

2 改革の背景②～基礎自治体の責任の大きな社会保障制度

(1) フィンランドの自治体の数と人口規模

フィンランドの総人口は2018年末現在、約551万人、基礎自治体の数は311 (本土295、オーランド16)、自治体あたり住民数の平均は17,743人である。

1万人以上の人口を持つのは自治体総数の約1/3、98の自治体である。内訳は、1万人以上2万人未満の自治体が42、2万人以上3万人未満の自治体が20、3万人以上5万人未満の自治体が15、5万人以上10万人未満の自治体が12、10万人以上30万人未満の自治体が8、この他に60万人台の自治体が1である。

一方、自治体合併 (後述) を経た現在も、自治体総数のほぼ2/3にあたる213の基礎自治体が、人口1万人未満にとどまる。このため、自治体人口の中央値は6,081人である。

フィンランドの自治体のサイズは、他の北欧諸国のそれに比べて小さい。例えば北欧諸国の中で、比較的フィンランドと人口規模に通ったデンマーク (総人口580万人) では、市の数は98に留まる。これは、2007年の地方自治体改革を経て、271から減少したものである。デンマークではこの改革時、14あった県は廃止され、主に医療関連と複数の市にまたがる開発等を受け持つ5つの広域圏が創設されている。医療に関する経費は主に国の

補助でまかなわれ、開発にかかる経費は、圏域を構成する市が負担している（濱田2017）。

（２）フィンランドの自治体の業務

フィンランドでは、自治体に535の業務が課されているが、その内訳を管轄省庁別に見ると、保健医療・社会福祉省194、環境省82、交通通信省62、文化・教育省60となっており、これらで自治体の業務の74%を占める（VM 2013）。保健医療・社会福祉関係経費は、市の支出の49%を占める（教育文化が31%、その他15%、財政5%）。フィンランドの自治体にとって、保健医療・社会福祉サービスの組織は大きな業務である⁷。

フィンランドではこのように、自治体が公的保健医療サービスの組織と財政を担っている。先に見た通り、フィンランドの自治体には人口規模の小さいものが多数含まれる。このため、公的保健医療の組織主体あたりの住民数、財政主体あたりの住民数は極めて小さくなる。国際比較データを見ると、こうしたフィンランドの制度のあり方は、EU内で極めて例外的であることがわかる（表1）。

表1 EU 諸国の公的保健医療サービスの組織と財政主体

	組織		財政主体	
	数	組織あたり住民数	数	財政主体あたり住民数
フィンランド	336	15795	336	15795
ルクセンブルク	9	52000	1	471000
ブルガリア	28	269000	1	7538000
ラトビア	8	284000	1	2271000
エストニア	4	335000	1	1340000
ギリシア	30	374000	30	374000
オーストリア	21	397000	21	397000
イギリス	152	398000	1	60520000
マルタ	1	406000	1	406000
ドイツ	200	411000	200	411000
スウェーデン	21	439000	21	439000
ルーマニア	42	529000	1	22215000
リトアニア	5	673000	1	3366000
キプロス	1	793000	1	793000
オランダ	19	863000	1	16390000
スロバキア	6	899000	6	899000
デンマーク	5	1098000	5	1098000
チェコ	9	1140000	9	1140000
ベルギー	7	1502000	1	10517000
スロベニア	1	2010000	1	2010000
ポルトガル	5	2124000	1	10620000
スペイン	20	2216000	20	2216000
イタリア	20	2943000	20	2943000
アイルランド	1	4250000	1	4250000
ハンガリー	1	10035000	1	10035000
フランス	3	20613000	1	61840000
ポーランド	1	38116000	1	38116000

出典：THL2014：23

注：フィンランドの組織数、財政主体数の336は、2012年当時の自治体数に等しい。

保健医療・社会福祉サービスの組織と財政は、自治体の規模によって大きく異なる。住民一人当たりの保健医療・社会福祉経費について、自治体の規模別にみると、いずれの規模の自治体においても専門医療および高齢者の在宅ケア費が大きい、とくに小規模自治体においてこれらの経費が大きいこと、小規模自治体ではとくに、高齢者の在宅ケア費の割合が専門医療費をしのぐほど大きいことがわかる (図5)。

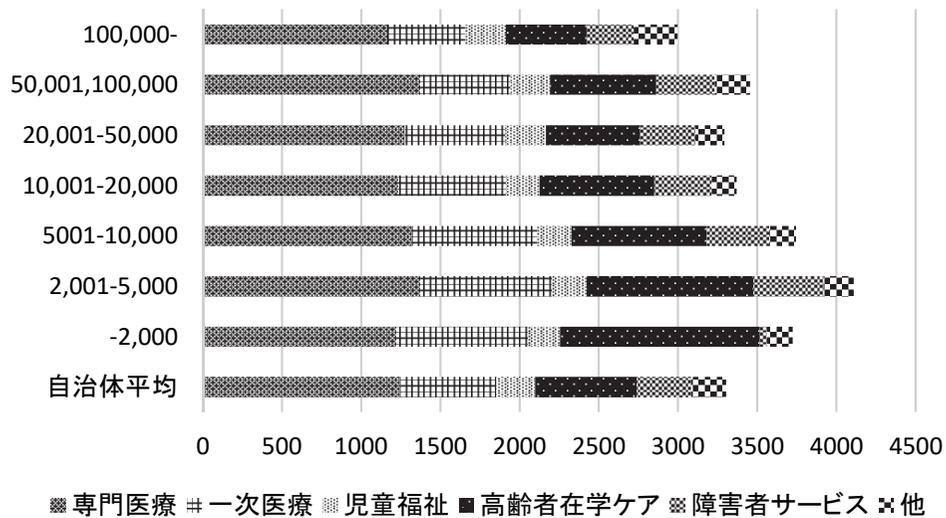


図5 住民一人当たり保健医療・社会福祉関係経費 (単位: ユーロ) ~自治体人口規模別 (2018)
出典: Mehtonen, 2019

(3) 自治体組合

先に自治体に課される業務が535あることを見たが、自治体の業務は、住民に対するサービスの提供責任を課す福祉国家の建設が始まった1970年代以降増加し、国庫補助金改革、EU加盟を経験した1990年代にピークに達し、この傾向は2000年代にも続いた (図6)。

フィンランドでは、自治体の多くが小規模であり、法律に定められたすべての業務を担

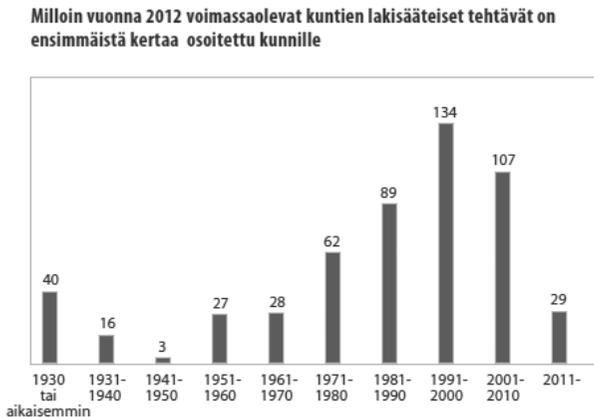


図6 2012年現在、自治体の法定業務とされている業務の設置年
出典: VM 2013:19

い、サービスを単独で住民に提供する体制を整えることは難しい。このため自治体が近隣の他の自治体と合同で自治体組合（Kuntaryhmä）⁸を構成し、特定の業務にあたるしくみを持っている（Kuntalaki55 §）。

自治体組合は、1993年、地方自治体法（Kunnallislaki）の改正にともなって、これまでの自治体協議会（Kuntainliitto）に代わるものとして導入された。

自治体組合は、議会が承認した合意に基づき、なんらかの業務実施に関して複数の自治体によって形成される持続的な協力関係である。自治体組合は独立した法人であり、これには自治体に関する法律が適用される。自治体組合の財政は、これを構成する自治体の責任である。

自治体組合の構成は任意であるが、法律によって強制的に自治体に自治体組合のメンバーであることが義務付けられた事業もある。前者の例として、一次医療、エネルギー供給、交通ネットワーク、廃棄物処理等がある。後者の例としては、地域開発法の規定（602/2002 4 §）により、EU および国内の指針に従った地域開発を行うマークンタ連合（本土18とオーランド1）、専門医療法（1062/1989 3 §）の規定により大学病院または地域総合病院を中心とする専門医療の提供を行う専門医療・二次医療組合（20組合）⁹、発達障害者特別支援法（519/1977 6 §）の規定により、知的発達障害者のケアを行う特別支援組合（本土16+ オーランド1）（Kuntaliitto 2017a）がある。法定、任意を含め、2016年現在138の自治体組合が存在する（Kuntaliitto 2017b）。

3 地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革

2000年以降、複数の政権が、高齢化、サービス需要の増大の予測を前に、基礎自治体が住民へのサービス組織の責務を担いきれないとの認識から、自治体とサービスに関わる改革に乗り出した。この中で自治体合併が推奨され、また、国と基礎自治体の間に新たなエリアを設置し、これにサービスの組織化責任を移す実験が、過疎化が深刻な地方で試行されるなどしてきた¹⁰。

2015年4月の総選挙で誕生した中央党、国民連合党等による連立政権もまた、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革を開始した。この政権は、今後予想される歳出の伸びを10年間で100億ユーロ分抑制することとともに、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革を、政権の最も重要なプロジェクトとした。

この改革を知らせる政府のウェブサイトでは、①近年、人びとが地域によって平等なサービスを得られなくなっていること、②保健医療・社会福祉サービスにおいて効率性の欠如が認められること、③これが利用者がサービスを受けるまでにかかる時間を長引かせ、経費を押し上げていること、また一方で、④高齢者が増大し、保護の必要性が増大している、⑤労働年齢人口が引き続き減少している、⑥これらが一体となって税収減を招いており、国はサービスの費用に充てるため、毎年、借金を増やしているとして改革の必要性を訴えた。

政府は現況に対し、サービスを現代的なものにすること、公的財政の持続性の向上、福祉格差の是正、歳出増大の抑制という諸目標を掲げた（VM 2017）。具体的には、人口構成とサービスニーズに基づく国の財政支援、生産性および効率性の改善、正しいタイミングでの援助、家族への早期支援、保健医療・社会福祉センターの新規創設、高齢者の活動

能力の維持、施設ケアの削減、病院に関する新しい分業、多くの支援を必要とする人のためのサービスの組織、電子サービスを利用した保健医療・社会福祉サービスの実施を掲げた。

政府はこれらにより、経費の伸びを30億ユーロ抑制できるとした。政府が目標とする歳出の伸びの抑制総額100億ユーロのうちの約3割を保健医療・社会福祉サービス改革が担うとしたのである（政府 HP 1）。

18の広域自治体を設置し、これに保健医療・社会福祉サービスの組織化の責任を移すこと、また、保健医療・社会福祉サービスにおける選択の自由の拡大という、二つの改革ターゲットの組み合わせは、政権を担当する二つの政党それぞれの利害によって構成されたものである。中央党は18のマークンタの設置を希望する一方、民間のサービスプロバイダーとつながりのある国民連合党は、民間事業者にこの分野での事業拡大のチャンスを与える、選択の自由の拡大を希望した。連立政権を構成する二党間で行われたこの「取引」は、その後、改革頓挫の理由の一つとされることになる（Tolkki 2019）。

(1) 自治体改革

①改革の概要

財務省、保健医療・社会福祉省は、2016年5月26日、2016年夏にマークンタ改革の準備を始めると文書で通知した。

旧来の、基礎自治体と国による二層式の地方自治制度に、18の広域自治体マークンタを創設して三層式とし、全国の基礎自治体がいずれかの広域自治体マークンタに属するようにした上で¹⁾、マークンタに、従来、基礎自治体が担ってきた保健医療・社会福祉サービスの組織の責任その他を移管することとしたのである。

フィンランドには、自治体連合の項で見た通り、これまでもマークンタと呼ばれる基礎自治体の連合体が19あったが、これは、基礎自治体を超えた、より広域の地域開発を主な任務とする組織であった。すなわち、地域計画を策定し、地域開発法に基づき地域開発を行う機関であった。これは、EUの構造基金に基づく地域開発のプログラムを実施する機関の一つでもある。

地方自治体および保健医療・社会福祉サービス改革によって設置されるマークンタと、従来のマークンタとの大きな違いは、新しいマークンタは、自治体として、住民の直接選挙を経た議員（任期4年）で構成される議会が設置され、これがマークンタの行財政に決定権を持つ点である。つまり、新たなマークンタは、自治権をもつ公的機関として設置されることになったのである。

②マークンタの設置準備～暫定準備機関と暫定行政府

2016年には改革の全体方針が出来上がり、マークンタごとに準備の担当者も決まっていた。まず、暫定準備機関がおかれた。その任務は、マークンタ全体の業務と財政面の準備を行うこととされた（表2）。

マークンタの準備機関には、マークンタ連合、マークンタに含まれる基礎自治体、一次医療と社会福祉の統一活動地域、医療地区、特殊医療チーム、救急部門、ELY（ビジネス、交通・運輸、環境）センター、TE（雇用・ビジネス）センター各機関から、業務に関する十分な専門知識を持った役職者が、メンバーとして選出された。

表2 マークンタの暫定準備機関の準備内容

<ul style="list-style-type: none"> ・マークンタの所属に移行する人員の特定。マークンタ評議会へ向け、職員移転計画と契約の提案書作成。 ・マークンタの所有へと移行になる不動産の調査に参加すること。 ・契約、およびマークンタに移行となる権利と義務への参加。 ・マークンタに移管される行政およびサービス業務の管理を支援するICTシステム、ソリューション整備。 ・マークンタの業務、行政組織の準備。 ・マークンタの2018年予算の決定。 ・マークンタ最初の選挙の準備に参加すること。 ・マークンタの運営およびこれに直接関係するその他の事項の準備。
--

出典：政府 HP 2

基礎自治体に対してはマークンタへの業務の移管に関する調査が行われた。最初の質問の回収は2016年12月2日であった。収集された情報の内容は、基礎自治体の取得済み資産の量と現在の契約関係、マークンタへの移管に関する情報、専門家による支援の必要の有無、競合する機関との契約、移管とそのロジのスタッフ、関連する情報システムとサービス、移行が可能もしくは必要なものの契約についてである。

当初の計画では、暫定準備機関による準備の期間は2016年9月9日から2017年6月末までとされ、2017年7月1日にはすべてのマークンタで、マークンタ暫定行政府が設置される予定だった。

暫定行政府がマークンタの業務開始の準備に対応し、マークンタ議会が始まるまで決定力を運用し、マークンタ全体の観点からその活動と財政を目的に見合うように準備することとされた（政府 HP 3）。そして、マークンタの最初の選挙の準備への参加が予定されていた。

マークンタ議会議員選挙は2018年1月に大統領選挙と同時に実施され、ここでマークンタの予算が決められ、新しいマークンタが、基礎自治体から保健医療・社会福祉サービスを引き取り、2019年1月1日から新制度の運用が開始される予定であった。

③マークンタの業務

マークンタには25の業務が課された（表3）。この中で最も重要なのが、保健医療・社会福祉サービスの住民への組織である。マークンタにはさらに、従来、国と基礎自治体の間であって、基礎自治体を超えた「地方」の業務を担ってきた ELY センター、TE センター、地方事務所、マークンタ連合、自治体組合、基礎自治体から、保健医療・社会福祉の他、救急、地域開発、産業の促進、ゾーニング、アイデンティティおよび文化の促進などの業務が2021年1月1日から移されることになっていた。

マークンタへの業務の移管に伴い、地方事務所、自治体組合は廃止が予定されていた。基礎自治体もしくは自治体組合からマークンタに移籍する職員は22万人超、国の地方事務所からマークンタへ移籍する職員も約5千人にのぼるとされた。

表3 マークンタの業務

- 1.保健医療・社会福祉
- 2.福祉、健康、安全の促進。薬物中毒防止に関するクンタへの専門家の支援と予防サービス
- 3.地域の酒類管理
- 4.救急
- 5.健康保護、たばこ規制、食品衛生、動物の健康と福祉の監督、獣医サービス
- 6.農業と農村開発
- 7.農産物市場組織、農産物の安全、品質、利用、植物の健康の管理
- 8.漁業と水管理
- 9.地域開発にかかる監督業務。地域とその経済のイノベーション環境の開発と資金調達。
これにかかる教育と能力開発、文化促進、起業と労働、経済サービスの組織と統合促進
- 10.地域の短期、中期、長期の教育需要予測と地域の教育目標の設定
- 11.マークンタの計画とマークンタのゾーニング
- 12.複数のクンタの地域利用計画と建築組織の促進
- 13.自然多様性の保護の促進と文化的環境の保護
- 14.交通システム機能向上、交通安全、道路と交通状況、地域道路の保全、土地利用にかかる共同作業、国の交通システム計画への情報提供
- 15.危険な化学物質、爆発物取り扱いの監督
- 16.他のマークンタと協力して地域の運動協議会を設置すること。この活動を通じた運動促進。野外活動のためのコース整備関連業務。
- 17.地域のその他の主体と協力して、地域でマークンタのアイデンティティを促進する。
- 18.マークンタ戦略とプログラム、そしてマークンタゾーニングの達成の一部として、文化関連計画と開発を一体的に達成する。
- 19.水保護の促進と計画。水資源の利用と維持。洪水リスクの管理。地域の自然資源の管理と維持。環境、水保護、水管理の達成。
- 20.水、海の保護。水と海のケアの組織と達成と海洋エリアの計画
- 21.環境情報の作成と環境情報の改善
- 22.マークンタと地域の計画の一体的組織
- 23.農家と毛皮業者の休暇サービスの組織とトナカイ放牧者の交代要員補助金の経費の補償
- 24.地域のロマ民族の連絡協議会とロマ民族に関わる事柄
- 25.地域における共同運営サービスの組織化と開発

出典：<https://alueuudistus.fi/documents/1477425/3719803/14+Maakunta-sote+HE+lakitekstit+22.12.2016.pdf>

註：マークンタ法案（2016年12月22日提出）6号

④マークンタの財政

改革案においては、保健医療・社会福祉サービスに関する財政的な責任は、基礎自治体から国に移るとされた。新設されるマークンタには課税権がなく、収入は国からの一括補助金とサービス利用者の支払う利用料のみとされた。一括補助金のうち89%はニーズに応じて（87%は年齢構成とニーズ、1%は言語、1%は人口密度）、10%が人口規模に応じて産出され、1%が基礎自治体が住民の福祉の増進活動に対して行う活動のために計上されるとした。

これに伴い、基礎自治体の課税および基礎的サービスに対する国庫補助金システムも改

変され、保健医療・社会福祉サービスの複数の財政システムは、よりシンプルなものになる予定であった（政府 HP 4）。

⑤地方自治制度改革と基礎自治体

この試みは、自治体組合の設置、これによる自治体に課された業務への対応といった、自治体起点で行われてきた対策ではなく、国の主導により、全国に一律に同じしくみを敷設し、行政機関、業務、人員の整理を行い、民間の活用（後述）による合理的な運営によって、今後予想されている公的支出の伸びを抑制することをねらったものだった。中央集権的であり、一方では市場化の傾向が見られる。

この改革はまた、基礎自治体の政治にも影響を及ぼす。先に見た通り、保健医療・社会福祉サービス関連経費は、基礎自治体の予算の約半分を占め、これらの予算を扱う委員会は、その予算規模に応じた大きな力を持っていた。これらのサービスをマークンタに移譲する地方自治体および保健医療・社会福祉サービス改革は、基礎自治体から、保健医療・社会福祉サービス関連の予算、委員会、ひいては議員の権限を大きく減じるものでもあった¹²。

（2）保健医療・社会福祉制度改革

地方自治体および保健医療・社会福祉サービス改革では、保健医療・社会福祉サービスの組織は、311の基礎自治体に代わって、広域自治体である18のマークンタが担うとされた。そして、それらのサービスの組織の義務は、サービスの提供とは別のこととされた。さらに、選択の自由が強調された。以下、マークンタが保健医療・社会福祉サービスを組織する方法を見ていく。

①保健医療・社会福祉サービスセンター

マークンタには、これまで基礎自治体が設置していたヘルスケアセンターに代わって、保健医療・社会福祉サービスセンターが設置される。

ここでは、基礎的なレベルのヘルスケアサービス、社会福祉的カウンセリングが受けられる。具体的には、一般医による診療、ヘルスチェック、機能・職業能力診断、保健医療カウンセリング、ソーシャルワーカーによるガイドとカウンセリング、特定の専門医療の診察等である。将来的には、移動サービスやインターネットを利用したサービスが増えるため、より多く、また異なる形態のサービスの利用が見込まれた。

保健医療・社会福祉サービスセンターの設立、運営については、マークンタによる他、民間企業によるもの、第三セクターによるもの、いずれでもよいとされた。これまでにもフィンランドでは高齢者福祉サービスの中のサービスハウス等について、民間サービスの割合が高かったが、今回の改革では、従来、基礎自治体が担ってきた一次医療の分野においても、民間企業の参入が認められることになった。

利用者は、公立、私立いずれの保健医療・社会福祉サービスセンターも、自由に選ぶことができるとされた。

マークンタは、自ら、複数の保健医療・社会福祉サービスセンターを運営し、口腔ケアのユニットを独自に持ち、住民に、保健医療・社会福祉サービスの一部を提供することもできる。マークンタは、これを法人化することができるが、その場合これらは、マークンタ公営企業の一部とはならないと定められた（政府 HP 5）。法人組織となったサービス

センターは、民間企業と同じく、効率を追求することとなった。

② マークンタ公営企業 (Maakunnan liikelaitos)

マークンタは、公営企業を設置する。公営企業は、マークンタの一部として機能し、サービスの提供にからんで公権力を行使することもある。

マークンタの公営企業のサービスユニット (例: 病院、社会福祉ステーション、障害者サービスユニット) では、上記、保健医療・社会福祉サービスセンターで提供されるより、より専門的な医療および社会福祉ケア (在宅ケア、家族センターのサービス、学校保健) が必要な場合、サービスニーズのアセスメントを行い、ケアプランを立てる。この中で顧客が利用可能なサービスの組織が行われる。顧客は、ケアプランに沿って、マークンタの公営企業から直接、必要とされたサービスを得ることが出来る。

過疎地で、民間の保健医療・社会福祉サービスセンターも口腔ケアもない場合等には、マークンタの公営企業が、住民に、保健医療・社会福祉サービスセンターのサービスおよび口腔ケアのサービスを提供する。一方、都市部のように、地域に十分な民間サービス提供業者が存在する場合は、住民は、ケアプランに応じて、パウチャー¹³、「個人予算」を用いて、必要なサービス、例えば在宅ケアを、民間のサービス提供業者から購入することができる。

マークンタの公営企業に所属する専門職、職員は、そのサービスユニット、保健医療・社会福祉サービスセンター、もしくはマークンタの地域内を移動しながら働くことがあるとされた。

③ その他のサービス

学校保健、学生保健医療、これと関連する口腔ケアは、マークンタの管轄に属する。生徒・学生には選択の自由はない。

サービスは、デジタルサービスの他、移動サービス等の方法で提供されることもあるとされた。

④ 基礎自治体に残る業務

マークンタが設置された後も従来どおり基礎自治体に残る業務としては、保育サービス、教育、スポーツ、文化がある。学校における精神科医、スクールソーシャルワーカーによる相談業務の組織も基礎自治体に残された。

4 改革の頓挫と次政権の対応

(1) 改革の頓挫

改革が実質的にスタートしてから1年後の2017年7月、シピラ首相は早くも新制度移行期日の1年先延ばしを発表した。すなわち、新しいマークンタの暫定行政府の設置は2018年6月1日に、初めてのマークンタ議会の選挙は2018年10月に延期になった。2018年の夏、議会が法律を承認すれば、地方自治制度および保健医・社会福祉サービス改革は2020年1月1日から施行される予定であった。しかし、2018年には新制度への移行期日のさらに1年延期が発表され、当初の予定から2年先となる2021年1月1日施行へと後ろ倒しになった。

憲法委員会はこの間、専門家の意見を聴き、政府の提案を検討した。専門家からは、国の許可監督機関の法的立場、業務内容、組織、指導等に関わる指摘がなされた。具体的に

は、民間サービスに対するコントロールの検討が不十分である点、サービスへの平等なアクセスの権利の保障の規定に抵触する点などが指摘された。憲法委員会の検討は、政府の任期中には完遂されず、総選挙を翌月に控えた2019年3月8日、自らの任期4年以内での改革達成が難しくなったとの理由でシピラ首相は任期満了を待たずに辞職した。これにより、2017年に建国100年を迎えたフィンランドで「建国以来最大の改革」とされてきたこの改革は中止となった（VM 2019: 26）。

（2）新政権における保健医療・社会福祉制度改革

首相辞任の翌月、2019年4月に行われた総選挙で、シピラを党首とする中央党は大きく議席を減らして政権与党の座を失い、第四党へと転落した。代わって2003年の選挙で中央党にその場を譲り、以後4期にわたり第一党の座を占めることが無かった社会民主党がその地位に返り咲いた。ただし、第二党との差はわずか1議席であった。第二党にはフィンランド人党、続いて第三党には2議席差で国民連合党が並んだ。社会民主党は、これら第二、第三党を除き、中央党、緑の党、左派同盟、スウェーデン人党とともに、5党で連立政権を組んだ。連立政権は中道右派から中道左派へとその性格を変えた。

2019年10月、新政権は、政権プログラム「参加型、知識型フィンランド—社会的、経済的、環境的に持続可能な社会」において、「公正、平等、包摂的フィンランド」の部門で、保健医療・社会福祉構造改革を取り上げている。改革のタイトルから地方自治制度改革の文言は消えたが、保健医療・社会福祉サービスの組織は基礎自治体から18のマークンタに委ねるとされており、前政権の準備を引き継ぐ姿勢が見られる。政府は、診察までの待ち時間が長く、ヘルスケアセンターが十分に機能していない一方で、特殊医療、またより重い社会福祉サービスに費用がかかっている現状に対して、基礎的サービスと予防に重点を移す方針を打ち出している（VN 2019; STM 2019）。

5 考察

地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革について、本稿冒頭に掲げた論点にしたがって、以下、検討を行う。

①地域差の減少と中央集権

地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革の一つの重要な目的は、今後予想される保健医療・社会福祉サービス関連経費の伸びを抑制することであった。制度改革の照準の一つは、この分野の支出を一つにまとめることにあった。331ある基礎自治体に代わって、住民に対する保健医療・社会福祉サービスの組織化・財政責任を任される18のマークンタがこれらの業務を担い、経費をまとめ、国の一括補助金でこれを賄い、自治体組合もこれにともなって解散が予定されていた。国からの一括補助金を財源とするマークンタによる保健医療・社会福祉サービスの組織は、基礎自治体による組織と比べて、地域による差を減少させると考えられる。そしてこのしくみは一方で、国の権限を強める、中央集権的な性格を持つものであると言える¹⁴。

②改革に対する自治体の反応

地方自治体および保健医療・社会福祉サービス改革の開始時点で、保健医療・社会福祉関係組織の編成のあり方はマークンタごとに大きく異なっていた（Sandberg 2017a）。

改革に先だって、マークンタと同等の圏域で自治体組合を構成し、これに保健医療・社会福祉サービスの実施を委ねた地方がある他、改革によって自らの地域から医療サービスが取り去られることを恐れ¹⁵、民間事業者に専門医療の委託を決めてしまう自治体も現れた。中でも突出した事例として、ラップランド南西部の西ポホヤ医療地区を構成する4つの基礎自治体による、民間医療サービス事業者のメヒライネンとの契約がある。この医療地区は、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革が今後10年で抑えようとしていた経費の伸び30億ユーロの実に三分の一にあたる約10億ユーロで、15年間のアウトソーシング契約を締結したのである。

地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革後、住民へのサービス提供責任がマークンタに移れば、自治体は保健医療・社会福祉の業務、予算を失う。これについて財務省は、自治体の議員の仕事の魅力が損なわれる可能性があるが一方で、教育、文化、地域の活力といった領域が自治体の意思決定の中心になれば、これらに関心のある者が、新たに議員活動に関心を持つようになる可能性もあるとした (VM 2017: 40)。また、従来どおり基礎自治体に残る、住民の福祉の実現という責務に関して、自治体に第三セクター、企業との協働を期待した (VM 2017: 32)。現場の改革担当者からは、基礎自治体はこの責務を果たすことで、マークンタの保健医療・社会福祉サービス経費の削減に貢献していくのだろうという見通しが語られた¹⁶。

改革の頓挫後、全国のマークンタで準備にあたってきた担当者は、保健医療・社会福祉改革がこれまで複数の政権によって取り組まれてきた過去を踏まえ、改革の必要性に変わりはないとし、また、ここまでマークンタを単位として基礎自治体間で行われてきた準備作業は無駄ではなかったとし、次の政権の改革への取り組みを待つ姿勢を示している (Tolonen 2019)。

③サービスを組織する「公」とサービスを提供する「私」～民間事業者の扱い

地方自治体および保健医療・社会福祉サービス改革においては、公的機関によるサービスの組織化と、サービスの供給主体としての民間の規模の大きさが両立しうるかが問題とされた。

フィンランドではこれまでも、社会福祉サービスについては、非営利法人、民間の営利企業による提供が広く行われてきた。この度の地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス制度改革では、これまで自治体が担ってきた一次医療の分野でも、民間事業者がサービスの提供を行うことができるようになった点に新しさがある。

改革案に対しては、民間のサービス提供者に対する公によるコントロールが問題とされた。例えば、民間のサービス提供者が倒産した時、住民のサービス利用の権利が保障されうるかが問題とされた。市場化を政治的コントロールのもとにおこうとする力 (Szebehely and Meagher 2013: 283) が問われたと言える¹⁷。

④改革による歳出削減目標達成の成否

シピラ政権が掲げた、歳出の伸びを100億ユーロ分減少させる、うち30億ユーロ分の圧縮は、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革によって果たすとす目標について、経済政策委員会が検討を行っている (Economic Policy Council 2019)。結論から言えば、委員会の出した評価は、改革による節減は疑わしいというものである。

経済政策委員会は、政府の提案は、改革によって30億ユーロの経費節約が可能になる

メカニズムを明確に提示出来ていないとし、このため、経費節減を改革の中心的論点として強調することには疑問があったとした。民間サービス提供者の参入によって生まれる競争を通じて生産性が增大するとの政府の期待に対しては、経済理論も経験的調査もこれを支持していないとし、また、公—私ミックスもしくは、一次医療における競争がもたらす効果に関するエビデンスもほとんどないとした。

また、サービスにかかるコストに（これと同時に、サービス利用者の保健医療・社会福祉サービスへのアクセスおよびサービスの質に）潜在的に影響を及ぼす重要なポイントである診療報酬基準に関して、十分な検討が加えられていない点に問題があると指摘した。

さらに、改革は、産業保健と民間保険を持つ個人に提供された重複補償のために、異なる社会経済的グループの間の平等なアクセスの増大に失敗するかもしれないと指摘している。経済政策委員会が、改革の提案における未解決の問題として指摘した産業保健と民間の医療保険について、以下にあらためて取り上げ、検討を行う。

⑤産業保健の存在

地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革は、フィンランドにおける三つの領域のヘルスケア、すなわち、自治体のヘルスケア、産業保健、民間のヘルスケアのうち、自治体のヘルスケアに関する改革であった。自治体のヘルスケアに参入する機会を民間のヘルスケアに開く側面を持つが、産業保健には手をつけていない。

フィンランドでは、ほぼすべての雇用主が産業保健を介して従業員を保障しており、賃金労働者の96%（Työterveyslaitos 2016: 7）、200万人程が産業保健でカバーされており、産業保健の経費は6億ユーロ程である（FIOH 2014: 5）。

フィンランドの産業保健は当初、労働安全衛生として機能していたが、のちに医療へと拡大しており、現在ではヘルスケアシステムの中で重要な役割を果たしている。普遍主義的な保健医療・社会政策を取る他の国で、フィンランドと同様のシステムを取っている国は他にはない（Hiilamo 2015: 85-86）。

労働者は現在、産業保健によって、一般医のみならず、専門医のサービスにもアクセスが可能である。産業保健の費用は、国民年金機構（Kela）と雇い主によって賄われる。産業保健の経費は1965年以降、1990年代前半にいったん減少した以外は一貫して増大しており、2010年には1995年の約3倍となっている（FIOH 2014: 5）。

産業保健によってカバーされている者についてみると、自治体のヘルスケアセンターにかかる者の割合は一定にとどまる一方、民間の医療センターにかかる者の割合が増大している。2010年現在、最も多くの労働者（58%）が民間の医療センターを利用している（図7）。これらの者の90%がここで医療サービスも受けるようになっている（Lappalainen et al. 2016）。

基礎自治体は、専門医療を提供するため、自治体組合を構成して人口規模を確保し、20の病院地区に所属している。1990年代の不況以前、フィンランドでは公的保健医療サービスが一般的であり、民間保険に対する需要はほとんどなかった。1993年の補助金改革以降、基礎自治体は、専門医療の費用の増加を抑えられない場合、自らが運営するヘルスケアセンターの費用を抑えるようになった（HS 2019）。これが先に見た（図3）、専門医療他の費目にかかる経費上昇の一方で、ヘルスケアセンターの経費が一貫して低く留まっている背景である。

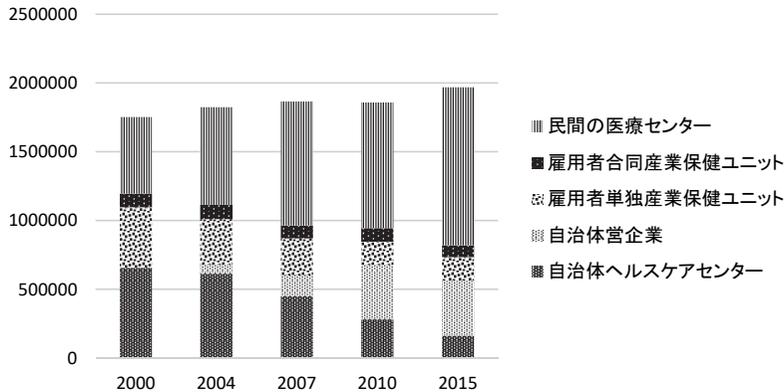


図7 ヘルスケアサービスの個人利用客数の推移 (2000-2015年) —サービス提供主体別
出典：Lappalainen et al. 2016 Taulukko 3 より作図

ヘルスケアセンターは、診療を受けるまでに待ち時間が長い。また、自治体のヘルスケアセンターの場合、専門医にかかる前には、まず一般医にかかる必要がある。一方で、民間の医療サービスでは、専門医の診療がすぐに受けられる。人びとは産業保健、また、民間保険を介して民間の医療機関の利用に慣れてきた (Kajantie 2019)。

1990年代の不況以前、公的なヘルスケアセンターの利用が一般的だった時代には、フィンランドでほとんど需要が無かった民間の医療保険の契約が、とりわけ子どもとその親に広がっている (図8)。

こうして現在、この三種類のヘルスケアの間で、国民が分断されるようになっていく。

世帯収入の五段階分類、年齢別に、どの医療機関を利用しているかを見た調査では、世帯収入の低い者 (図9)、乳幼児および高齢者が (図10)、就労年齢にある者に比べてより多く、自治体のヘルスケアセンターを利用している。一方、世帯収入の多い者、乳幼児に民間の医療機関の利用が広がっていることがわかる (Tilastokeskus 2014)。

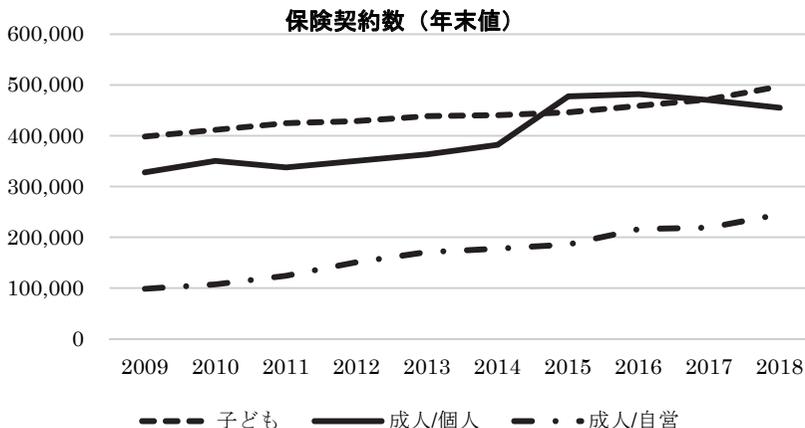


図8 保険契約数 (年末値)
出典：Finanssiala データより筆者作成

産業保健機構は、産業保健における医療の問題は、一次医療における外来診療の危機と関わっており、従業員と雇用主は、一次医療について、より広範な改革がなされなければ、産業保健が提供している適切に機能している医療を放棄することはないとしている (Maritimo and Mäkitalo 2014: 16)。

実際のところ、保健医療・社会福祉サービスの費用の最も大きなものは専門医療と長期ケアであり、重度の、また緊急の疾患を抱えた患者の治療に関しては公的な医療機関がこれにあたり、費用も公的にカバーされており、先に見たとおり (図4)、民間保険で支払われる医療費の割合は、全体の中ではまだかなり小さい。保健医療・社会福祉省の統計によれば、保健医療にかかる約200億ユーロの経費のうち、民間保険から支出されたのは2015年現在、全体の約2%、4億5,000万ユーロに留まる。

しかしながら、受診までの待ち時間が長く、専門医にかかるのに一般医を介さなければならぬヘルスケアセンター¹⁸が、民間保険の契約でカバーされていない子ども、学校保健、大学生向けの保健制度が利用できない子どもや若者、失業者、低所得者、民間保険と契約していない成人、もしくは民間の医療機関の無い地域の者によって、それ以外の者よりより多く利用されている現状は、普遍主義の原則に照らしたとき、改善の必要があると言えるだろう。

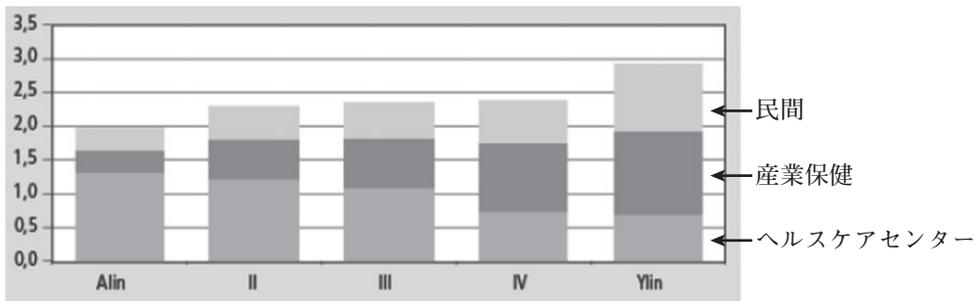


図9 世帯収入 5 段階別、医療機関別一人あたり受診回数 (2012年)

出典：Tilastokeskus 2014

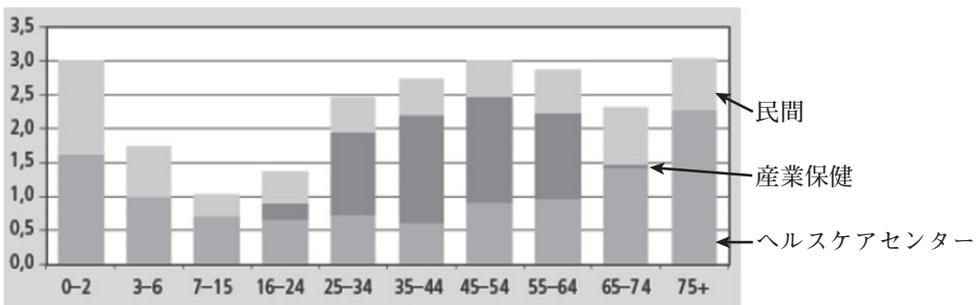


図10 年齢別、医療機関別一人あたり受診回数 (2012年)

出典：Tilastokeskus 2014

おわりに

本稿では、福祉と就労のバランスの上に成り立ってきた北欧型の福祉国家が、高齢化、就労人口の頭打ち、財政状況の悪化に際して、財政バランスを保つため、保健医療・社会福祉サービス経費の伸びの抑制をはかるべく企図した地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革を、フィンランドを事例としてみてきた。

フィンランドでは基礎自治体と国の二層式の地方自治制度が取られており、基礎自治体が、住民へのサービスの組織化責任を担ってきている。改革では、地方自治制度について、基礎自治体と国の間に18のマークンタを創設し、331の基礎自治体の代わりに、マークンタにサービスの組織責任を委ねることが試みられた。これに伴い、基礎自治体が共同でサービスの組織化を行っていた自治体組合も解散が予定されていた。全国に同じ手法を広めることで、サービスへの平等なアクセスを保障し、地域間格差を縮小させられると考えられた。マークンタにおけるサービスの組織化においては、一次医療の領域においても、民間事業者の活用が考えられていた。

一方、フィンランドでは、基礎自治体が組織する一次医療、専門医療の他に、産業保健、民間保険を経由した民間の保健医療サービスへのアクセスが浸透してきている。これは経費から見ると小さなものだが、保健医療へのアクセスしやすさに関する人々の態度には変化が見られる。また、民間保険にカバーされていない人、働いていない人との間で、保健医療サービスへのアクセスに差異が生じている。普遍主義的な原則にほころびが見られるようになっているが、地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革は、この領域を改革の範囲におさめることをしなかった。

改革は、次の政権に委ねられた。ここではヘルスケアセンターのテコ入れが図られようとしている。民間の医療サービスの利用は、人々の意識や生活にも浸透してきているだけに、政府の改革には、強さと速さが求められる。

北欧諸国の中で、保健医療サービスの財政改革、また選択の自由をめぐる改革に関して遅れを取ってきたフィンランドが、今後これらの領域でいかにキャッチアップしていくか。この改革の中で、北欧型福祉国家の普遍主義的な理念をいかに維持できるか。またこれにともない、基礎自治体はいかに変化していくか。そのフォローについては別稿を期したい。

【付記】

本研究は JSPS 科研費 JP17K04138 の助成を受けて実施したものである。

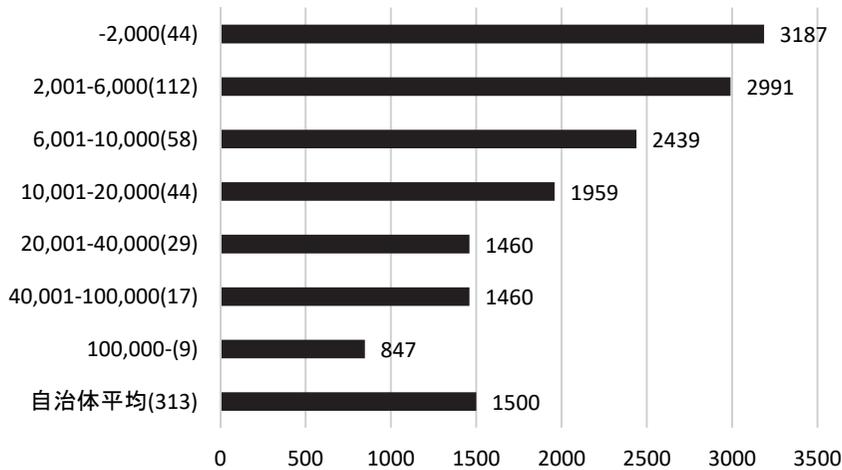
【註】

- (1) 改革に関する公式ホームページは、Maakunta ja Sote Uudistus の英語表記を、Regional Government, Health and Social Services Reform としていた。本稿では以下、英訳表記をもとに、「地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革」と表記する。なお、Sote は、社会福祉をさすフィンランド語である Sosiaali、およびヘルスケアをさす Terveys の冒頭の文字を取って作られた、この分野を総称する略称である。
- (2) フィンランドについては、比較福祉国家論において、北欧型、社会民主主義福祉レ

ジームに属するとされてきている。本稿でもその前提に立って議論を行う。なお、日本とフィンランドが戦後経験してきた経済的、社会的発展の共通性に注目し、福祉国家としてのありようを比較する研究も出ている (Tanaka et al.eds. 2018)。一方、本稿は、日本の社会保障制度改革を念頭に置くが両国の本格的な比較を行うものではない。

- (3) 地方自治制度および保健医療・社会福祉サービス改革のホームページ [alueuudistus.fi](#) は2019年10月18日にアーカイブに移され、閲覧ができなくなっている。本稿でのこのページの参照はこれ以前に行ったものである。
- (4) この法律は、アクティベーションモデルを意味する *Aktiivimalli* と略称された。アクティベーションモデルは、労働者を労働市場に参入させることを目論む。グローバル化と脱工業化によって生み出された不安定就業層と長期失業者をめぐってヨーロッパでは、社会的排除—社会的包摂が重要な概念とされるようになった。社会的包摂の理念は、失業他の理由による、自立の基盤を欠く福祉依存層を作り出さないという趣旨から、中間層を含めて合意を得やすい。この理念を実現するための手法には様々なものがあるが、歴史的展開を見ると、まず貧困対策として最低所得保障（消極的労働力政策）が重視され、その後、貧困者の福祉依存、スティグマ、社会的排除が問題となって、ベーシック・インカムとアクティベーション（積極的労働政策）が注目されるという経緯をたどるとされている。手法の分類に関しては、就労連携の強弱と政府支出の多寡（宮本2004: 22）の組み合わせによるもの、また、志向（所得保障か社会参加・就労か）と対象（普遍主義か選別主義か）（福原2014: 28）の2軸を組み合わせ、4象限に、失業予防的なアクティベーション、ベーシック・インカム、ミーンズテストを前提とした最低所得保障、就労困難者を対象としたアクティベーション（ワークフェアはここに含まれる）を配置するもの等がある。いずれの分類においても、ベーシック・インカムとワークフェアは対極に位置づけられている。
- (5) 改正失業保障法に対する世論の動向をフィンランド国营放送（YLE）の調査で見ると、反対意見が半数を超えている（「反対」56%、「賛成」37%）。支持政党別に見ると、社会民主党、左派同盟の支持者に反対が目立ち（それぞれ84%、83%）、国民連合党、中央党の支持者には賛成意見が多い（それぞれ59%、54%）（Helsingin Sanomat. 2018年1月21日付記事。<https://www.hs.fi/politiikka/art-2000005533281.html>）。フィンランドでは、政策実施のコストを負担する層と、これにより利益を得る層の分離が起こった結果、政府支出が少なく、就労連携の強い政策によって福祉受給層を減らそうとする政策に、一定の支持が集まるようになってきているといえる。
- (6) 2019年2月、実験を行った国民年金機構（Kela）は、ベーシック・インカムにより就労の増大は確認できなかったが、幸福度は増したと報告した。最終報告は2020年の春に出る予定である。この実験をめぐっては、失業中の健常者に対象を限定した点、期間の半ばで改正失業保障法が施行され、対照グループの性格が変わった点等、複数の問題点（Hiilamo 2019）が既に指摘されている。
- (7) 自治体の収入は、税収50%（内訳：自治体税42%、法人税4%、不動産税4%）、事業収入21%、国庫補助金19%、他10%である（2018年）（Mehtonen 2019）。とく

に国庫支出金を見ると (2015年)、人口2,000人以下の44の自治体には、住民一人当たり3,187ユーロが支給される一方、人口10万人以上の9つの自治体へは、住民一人当たり847ユーロに留まっている (図註1)。国庫支出金については横山 (2019) が詳しい。



図註1 一人当たり国庫支出金額～自治体住民規模別 (単位ユーロ)

出典：Tilastokeskus 2017

- (8) Kuntaryhmä の訳語としては、これまで、自治体連合、自治体組合等と訳されてきているが、本稿では自治体組合としておく。
- (9) フィンランドでは、基礎自治体は住民にヘルスケアおよび社会福祉サービスを組織する義務を負う。このうち、一次医療に関しては基礎自治体のヘルスケアセンターが対応してきた。

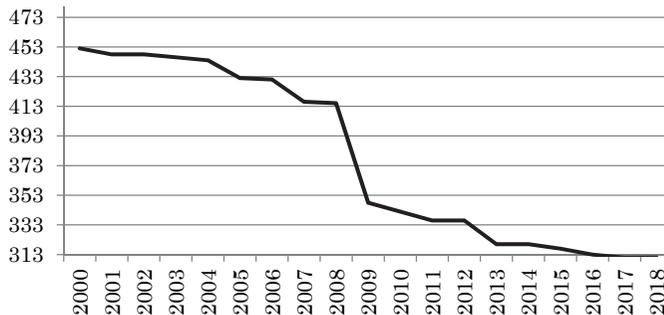
専門医療については、各基礎自治体は単独でこれを組織化するのではなく、全国に (オーランド含) 21ある医療地区 (Sairaanhoidopiiri) に属して、他の自治体とともに自治体組合を構成し、共同でこれを組織化する。医療地区を構成する自治体組合は、基礎自治体のヘルスケアセンターが提供する一次医療と一体として機能するよう、専門医療の計画と開発を行っている。医療地区とその業務については、特殊医療法で定められている。これらの医療地区は、最高度の治療法を提供する大学中央病院 (ヘルシンキ、トゥルク、タンペレ、クオピオ、オウル) を中心として構成された5つの特別責任地区 (Erityisvastuualue) のいずれかに属している。

フィンランドではこれに加えて7つの主要な緊急センターがある (ラハティ、ラッペーンランタ、ポリ、セイナヨキ、ユヴァスキュラ、ヨエンスー、ロヴァニエミ)。最高度の特殊救急、24時間型の広域救急サービスが、社会的救急と合わせてこれら12の病院で対応されている。

さらに、中央病院が8か所 (コトカ、ミッケリ、サボンリンナ、ハメーンリンナ、ヴァーサ、コッコラ、カヤーニ、ケミ)、知的発達障害者のための特別支援圏 (Erityishuoltopiiri) が全国に16ある。 (<https://stm.fi/sairaanhoidopiirit-erityisvastuualueet>) これら医療圏と救急サービスについても、ソテ改革の一環として改革が行われることになっていた。

- (10) 国と基礎自治体の間に設置するエリアの数をめぐっては複数の案が出され議論が行

われた（山田2006b：9-12）。エリアの敷設については実際に、カインー地方で2005年から2012年の間に行政実験として実施に移された（藪長 2012）。自治体合併の推奨により、自治体数は300近くに減少した（図註2）。



図註2 自治体数推移

出典：<https://www.kuntaliitto.fi/tilastot-ja-julkaisut/kaupunkien-ja-kuntien-lukumaarat>

- (11) 新たなマークンタの設置に際して、いくつかの基礎自治体が、所属するマークンタを変更した。
- (12) 基礎自治体の意思決定にかかわる評議員、職員からは、基礎自治体の声が、マークンタおよび国に届きにくくなるのが、この改革のマイナスの側面としてとらえられていた（Sandberg 2017b）。
- (13) バウチャーは現在、全国の三分の二の自治体で利用されている。全体としては、ホームヘルプサービス等、社会福祉サービスに関する利用が多いが、その割合は減少傾向にあり、保健医療サービスでの使用が増化中である（Kuntaliitto 2018）。
- (14) 自治体協会は、国が法律で細部まで規定しようとした点、1970年代の行政手法に回帰するような過剰規制を改革の失敗の原因である批判し、今後の議論のためとして、社会権は異なったモデルによっても平等に達成されるとして、サービスを住民に保障するための方法に関して、地方による違いを認めてよいのではないかと意見を述べている（Sulonen 2019）
- (15) 中心地から遠く離れた地域や小規模自治体から保健医療ケアが消えるおそれがあるという指摘（Ervasti 2018）は改革の初期からなされていた。
- (16) 2018年9月5日、ヴァルシナイススオミ改革準備組織のサービス生産にかかる専門官 Pasi Oksanen 氏聞き取りより。
- (17) 公的福祉領域最大の労働組合 JHL は、政府の提案した形での改革の頓挫を歓迎し、健康格差の是正、サービスに関する主な責任が公共部門に残るような方法での改革を求めるといった意見を表明している（JHL 2019）。
- (18) 多くのヘルスケアセンターでは、医師の報酬は一日の診療件数にしたがって決められており、一人に十分な時間をかけることができない。結果的に、患者がより経費のかかる専門医療に回ることになる等、ヘルスケアセンターを去る医師が抱えるジレンマがメディアに取り上げられるようになっている（<https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006279162.html>）。

【参考文献】

- Economic Policy Council. 2019, *Economic Policy Council Report 2018*, (https://www.talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wordpress/wpcontent/uploads/2019/01/Report2018_fixed.pdf).
- Ervasti, H. 2018, “Rising Levels of Unemployment and Inequality: What Happens to the Finnish Welfare State?” 都留文科大学社会学科『地域社会研究』28: 4 -11.
- Eurostat. 2019, “Newsrelease Euroindicators,” (<https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9752718/3-30042019-BP-EN.pdf/726207bc-bb5b-4e4c-bdcf-d9b2f2531038>).
- Finanssiala. 2019, “Sairauskuluvaluutus 2009-2018,” (<https://www.finanssiala.fi/tilastot/FA-tilasto-sairauskuluvaluutus-2009-2018.pdf#search=sairauskuluvaluutus>).
- Finnish Institute of Occupational Health. 2014, *The Status of Occupational Health Services in Finland and the Role of the Finnish Institute of Occupational Health in the Development of Health Services: Report for the International Evaluation of the Finnish Institute of Occupational Health*. (<https://pdfs.semanticscholar.org/2130/db00a37ea90d554639e10599339800dcd0b6.pdf>).
- 福原宏幸、2014、「アクティブーション—社会的連帯経済の可能性」岩崎晋也・岩間伸之・原田正樹編、『社会福祉研究のフロンティア』有斐閣、28-31.
- 濱田久仁子、2017、「デンマークの地方自治～地方自治体改革の経緯と現在の自治体取り組み事例～」自治体国際化協会.
- Helsingin Sanomat. 2019, “Pääkirjoitus. Nykymalli ei korjaa soten rahoitusta, mutta se antaa vauhtia suomalaisten jakautumiselle,” (4月5日付)
- Hiilamo, H. 2015, *Hyvinvoinnin vakuutusyhtiö – Mistä Sote- Uudistuksessa on kysymys?* Into.
- Hiilamo, H. 2019, “Disappointing Results from the Finnish Basic Income Experiment,” (<https://www.helsinki.fi/en/news/nordic-welfare-news/heikki-hiilamo-disappointing-results-from-the-finnish-basic-income-experiment>).
- JHL. 2019, “Hallituksen mahdoton sote-malli kaatui vihdoinkin – seuraavalla hallituskaudella tarvitaan sote-uudistus, joka kaventaa terveyseroja,” (<https://www.jhl.fi/2019/03/08/hallituksen->).
- Kajantie, M. 2019, “Yksityisiä sairauskuluvaluutusia hankitaan yhä enemmän – selvä enemmistö jää tappiolle,” *Tieto & Trendit*, Tilastokeskus, (<http://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/>).
- Karsio, O. and A. Anttonen, 2013, “Marketisation of Eldercare in Finland: Legal Frames, Outsourcing Practices and the Rapid Growth of For-Profit Services,” Meagher, G. and M. Szebehely eds., *Marketisation in Nordic Eldercare: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences*, Stockholm University, 85-125.
- Kuntalaki. (<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2015/20150410?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=kuntayhtym%C3%A4t>).
- Kuntaliitto. 2017a, (<https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/erityishuoltopiirien-yhteystiedot>).
- Kuntaliitto. 2017b, (<https://www.kuntaliitto.fi/laki/kuntien-ja-kuntayhtymien-yhteistoiminta/kuntayhtymat-kuntalaki-2015>).
- Kuntaliitto. 2018, “Kuntaliiton kysely: Suurin osa Suomen kunnista tarjoaa kuntalaisille palveluseleitä,” (<https://www.kuntaliitto.fi/tiedotteet/2018/kuntaliiton-kysely->

- suurin-osa-suomen-kunnista-tarjoaa-kuntalaisille).
- Lappalainen, K., Aminoff, M., Hakulinen, H., Hirvonen, M., Räsänen, K., Sauni, R., and Stengård, J., 2016, *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000-2015*, Työterveyslaitos.
- Maritimo, K-P. Mäkitalo, J. 2014, *The Status of Occupational Health Services in Finland and the Role of the Finnish Institute of Occupational Health in the Development of Occupational Health Services*, Finnish Institute of Occupational Health.
- Mehtonen, M. 2019, “Kuntien ja kuntayhtymien ulkoiset menot ja tulot: Kuntien ja kuntayhtymien tilinpäätöstietojen mukaan,” Kuntaliitto. (https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Menot%20ja%20tulot_netti_TP2018_2.pdf).
- 宮本太郎、2004、「社会的包摂への3つのアプローチ—福祉国家と所得保障の再編」『月刊自治研』46: 20-29.
- 齋藤純一、2004、「社会的連帯の変容と課題」齋藤純一編著、『福祉国家／社会的連帯の理由』ミネルヴァ書房、1-10.
- Sandberg, S. 2017a, “Sote- ja maakunta uudistuksen lähtötilanteen kuvaus,” Kuntaliitto.
- Sandberg, S. 2017b, “Mitä sote- ja maakuntauudistus merkitsee kunnille?” Kuntaliitto.
- Sosiaali- ja Terveysministeriö. 2019, “Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus),” (<https://stm.fi/soteuudistus/>).
- Sulonen, A. 2019, “Maakunta- ja sote-uudistus kaatui ja hallitus sen mukana,” (<https://www.kuntaliitto.fi/blogi/2019/maakunta-ja-sote-uudistus-kaatui-ja-hallitus-sen-mukana>).
- Szebehely, M. and G. Meagher, 2013, “Four Nordic Countries – Four Responses to the International Trend of Marketisation,” Meagher, G. and M. Szebehely eds., *Marketisation in Nordic Eldercare: a Research Report on Legislation, Oversight, Extent and Consequences*. Stockholm University, 241-288.
- 高橋睦子、2003、「福祉モデルの変遷—フィンランドの事例研究と福祉モデルの理論的考察—」『総合政策論叢』6: 31-48.
- Tanaka, Y., T. Tamaki, J. Ojala, and J. Eloranta eds., 2018, *Comparing Post- War Japanese and Finnish Economies and Societies*, Routledge.
- THL. 2014, *SOTE- uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi*, (http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/115008/URN_ISBN_978-952-302-176-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- THL. 2019, *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017*, (https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/138110/Tr15_19.pdf?sequence=6&isAllowed=y).
- Tilastokeskus. (https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html).
- Tilastokeskus. 2014, (https://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html?s=0).
- Tilastokeskus. 2017, *Kuntakatsaus2017, Suomi- Tietoa Alueittain*, ([https://www.stat.fi/tup/julkaisut\)/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_kkat_201700_2017_17859_net_p2.pdf](https://www.stat.fi/tup/julkaisut)/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_kkat_201700_2017_17859_net_p2.pdf)
- 徳丸宜穂、柴山由理子、2019、「フィンランドにおける普遍主義の特質とベーシックインカム社会実験」『北ヨーロッパ研究』15: 13-24.
- Tolkki, K. 2019, “Tässä on 6 syytä, miksi sote kaatui ja hallitus erosi: ‘Billnäsin tuolia ei rakenneta Ikean jakkarasta’,” (<https://yle.fi/uutiset/3-10679274>).

- Tolonen, L. 2019, "Soten kaatuminen ei yllättänyt, mutta epävarmuutta se tuo: 2020-luvulla on iso joukko kuntia, jotka joutuvat mahdottomaan tilanteeseen," (<https://yle.fi/uutiset/3-10679195>).
- Valtionneuvosto. 2019, "Osallistava ja Osaava Suomi- sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta: Pääministeri Rinteen hallitusohjelma 2019," (<https://valtioneuvosto.fi/rinteen-hallitus/hallitusohjelma>).
- Valtiovarainministeriö. 2013, *Kuntien tehtävien kartoitus, Raportti 2012*, VM:n julkaisu 2/2013.
- Valtiovarainministeriö. 2017, *Tulevaisuuden kunta- asiantuntijaryhmän muistio sote- ja maakunta uudistuksen vaikutuksista kuntiin*, (https://vnk.fi/documents/10623/2287526/Raportin+taittoversio_06022017_final.pdf).
- Valtiovarainministeriö. 2019, *Maakunta- ja sote-uudistuksen loppuraportti: Kokemuksia valmistelutyöstä, oppeja sekä johtopäätöksiä*, Valtiovarainministeriö julkaisuja: 40
- 藪長千乃、2012、「フィンランド・カインー行政実験における政策形成・決定過程の考察」『法政論叢』、日本法政学会、48 (2): 101-114.
- 山田真知子、2006a、『フィンランド福祉国家の形成—社会サービスと地方分権改革—』木鐸社。
- 山田真知子、2006b、「フィンランドの連合自治」『北海道自治研究』452: 2-12.
- 山田真知子、2010、「フィンランドの地方自治体とサービスの構造改革」、自治体国際化協会。
- 横山純一、2019、『転機にたつフィンランド福祉国家—高齢者福祉の変化と地方財政組織制度の改革—』同文館出版。
- 政府 HP 1、<https://alueuudistus.fi/mika-on-sote-uudistus>
- 政府 HP 2、<https://alueuudistus.fi/soteuudistus/aiempi-valmistelu>
- 政府 HP 3、<http://alueuudistus.fi/valiaikaishallinto>
- 政府 HP 4、<https://alueuudistus.fi/rahoitus/hallituksen-linjaukset>
- 政府 HP 5、<https://alueuudistus.fi/sote-keskukset>

Received : October, 15, 2019

Accepted : November, 6, 2019