

充実した公的福祉制度 (フィンランド)

ヘルシンキ事務所

日本における北欧型福祉国家の一般的なイメージは、「福祉が進んでいる」、「老後の面倒をみてくれる」、「税金が高い」などである。また70年代から80年代にかけて、北欧や英国のように高福祉を実現すると国力が弱るといわれたことがある。しかし90年代になって高齢者介護が大きな社会問題となるにつれて、日本でも北欧型福祉が見直されるようになり、その制度についての関心が高まってくるようになった。北欧に学ぼうということで、毎年、数多い福祉の視察団が日本から北欧の福祉を訪れている。高齢化のスピードが早いという点で両国は共通点を持っており、フィンランドは北欧の中でも家族介護の割合と民間の非営利団体(NPO)が福祉を担っている割合が高い。これらの点から日本の福祉を考える時に参考になるであろう。

以下にフィンランドの福祉事情について報告する。なお、ここで使用した資料と統計は、主にフィンランド国立社会福祉保健研究開発センター(STAKES)と、フィンランド自治体協会(SUOMEN KUNTALIITTO)が発表しているものに基づいた。

1. 北欧型福祉国家

今日、すべての先進国は福祉国家とすることができる。そして福祉国家とは、国民の福祉に大きな責任をとる国を意味する。この場合、国とは中央政府だけではなく、県、地方自治体も含めた、行政全体を意味する。また国民の福祉とは狭義の福祉だけではなく、保健政策、所得保障、雇用政策、生活水準の維持なども含めた「しあわせ(英語のWELL-BEING)」を指す。

福祉国家は一般的にリベラル型、欧州大陸型、北欧型の3つに分類される。

第1のタイプはリベラル型で、アングロアメリカン型ともいわれる。このようなタイプの福祉国家は次の特徴を持つ。

- ・このタイプの国は米国、カナダ、オーストラリアで、サッチャー政権時代の英国もこのタイプであった。
- ・社会保障の主要な担い手は市場と民間保険である。政府は間接的に民間保険会社を助成し、市場を活性化する役割を果たす。
- ・家族も社会保障の重要な担い手である。
- ・国は貧困者のためだけに最低限度の給付を行う。

第2のタイプは欧州大陸型である。

- ・主な国はフランス、ドイツ、イタリア、オーストリアなどの西欧諸国であり、日本もこの中に入ると考えらる。
- ・社会保障は雇用と労働に基づく。社会給付は職種、地位などによって異なる。
- ・家族が重要視され、福祉において大きな役割を果たす。
- ・市民権に基づく普遍的な給付はあまりない。最後は北欧型福祉国家である。
- ・北欧型福祉国家は、フィンランド、スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、アイスランドの北欧5カ国である。
- ・国が国民の福祉のために大きな責任を持ち、その点が前2者と異なる。社会政策によって人間の要求領域が満足している割合は、他の民主主義国家より大きい。
- ・所得保障は、すべての市民に対する普遍的かつ平等な給付と労働所得に基づく給付によって成り立っている。
- ・社会福祉と保健のサービスはほとんどすべてが公的に賄われ、公的に提供される。そのために公的セクターで働く労働者の割合は他のどの国よりも大きい。
- ・市民の平等が社会の重要な価値観である。そしてそれがどの国よりも実現されている。
- ・家族ではなく、個人に対して社会給付とサービスが供給される。市民であることが社会保障を受ける権利となる。
- ・社会保障費のGDPに占める割合はアイスランドを除き30%程度と高い。これは社会福祉や保健のサービスが主に公的に賄われているためである。
- ・公的に賄われている社会政策が大きいために、社会保障費負担を含む租税のGDPに占める割合も高くなる。

2. 社会保障における国と自治体の役割分担

フィンランドには5つの県があるが、これらは国の出先機関で、知事は大統領が任命す

る。県議会はない。この県の中に地方自治体が位置し、現在452の自治体（市、町）がある。自治体の最高機関は4年毎に選挙がある議会で、議会が任期を決めて任命する首長は、いわばシティー・マネージャー的な役職である。フィンランドでは93年に財政的な分権が行われ、地方自治が高度に発達している。

フィンランドの社会保障は 予防目的の社会福祉保健政策、社会福祉保健サービス、所得保障の3つの柱によって成り立っている。社会保障の役割分担は明確で、所得保障は国、サービスは自治体となっている。

国民年金などの所得保障は主に国の責任で、社会保険院（KELA）が取り扱う。社会保険院が取り扱う給付や年金には、国民年金、家族年金、労働能力喪失年金、疾病に関する治療費、疾病手当、出産手当、児童看護手当、障害給付、リハビリ補助、失業保険の日当基礎分、児童給付、出産補助、住宅補助、年金受給者介護補助、年金受給者住宅補助、学資補助などがある。労働年金（厚生年金）は民間の年金財団、自治体年金保険財団、国庫が取り扱う。

一方、福祉や保健のサービスはすべて自治体が供給している。それらのサービスは、住民全体への基本サービスと、特別法に基づくサービスの2つに分かれる。

基本サービスについては、自治体はその実施方法と規模をそれぞれの自治体の財源に応じて政治的に決定する。基本サービスには一般の保健サービスと社会福祉サービスがある。特別法に基づくサービスは自治体の義務として定められており、自治体は財源にかかわらず実施しなければならない。このサービスには、全ての6歳以下の児童への保育、知的障害者の教育、重度障害者への特別サービスなどがある。自治体の住民であれば誰でもサービスの受給資格があり、国籍は関係ない。

各自治体には社会福祉委員会と保健委員会がありサービスを供給しているが、近年、こ

の2つの委員会を基本保障委員会というかたちで統合する自治体が多くなっている。このように福祉と保健のサービスを統合して無駄を省き、より効率的なサービスを行う努力が各自治体で行われている。

自治体は福祉サービスの供給を単独で、または隣の自治体と協力して行っても良い。またいくつかの自治体と自治体組合を結成しても良く、民間のサービスを買っても良い。民間のサービスを買うというのは、日本でいう委託にあたり、自治体が民間の非営利団体（NPO）に措置費を支払い、サービスを委託することである。その運営は自治体が監督する。フィンランドでは、福祉における民間のサービス供給団体が他の北欧諸国とくらべて発達している。しかしそれらは財団や当事者協会などのNPOで、営利目的の福祉サービスは今のところ存在していない。

保健サービスについては、1次医療は保健センターで行い、自治体は単独、または自治体組合で保健センターを運営する。1次医療の保健センターには外来診療と入院病棟がある。1次医療はこのほか民間のクリニックでも行われている。現在のところ全国で265の保健センターがあり、住民は普通、住居地に基づいて所属する保険センターと主治医が決められている。保健センターの場合は診療費の自己負担額は少額だが、民間医療クリニックを利用するとそれなりの診療費がかかる。その一部は社会保険院から払い戻しを受けることができる。フィンランドの医療の約8割が公的に行われている。

医・薬は分離しており、医者は診断し処方箋を書くのが役目で、患者はそれを持参して薬局に行き、薬を自分で買う。医者が処方した薬代の一部も社会保険院が補償する。ヘルシンキ市ではヘルシンキ大学薬局が24時間営業しているので、いつでも薬を買い求めることができる。ちなみにフィンランドに市民として住んでいるものは、社会保険院発行の社

会保険番号が付与されたカードを所有しているが、社会保険番号は保険センター、病院、銀行、納税、警察関係のみならずそのほかの身分証明として使用されている。

2次医療（専門医療）については、フィンランドは20の専門医療地区に分かれており、すべての自治体はそれに所属しなければならない。20の専門医療地区は大学病院と中央病院を中心に病院のネットワークが体系づけられていて、自治体組合が運営している。それぞれの自治体が自治体組合に負担分を支払う。日本と違い、患者は救急の場合を除き病院に直接行くことはできない。必ず保健センターまたは民間のクリニックの診断を受け、医師に専門的な治療が必要と認められると、保健病院または専門病院に診断書が送られ、そこから呼び出しが来るというシステムである。

このように自治体が社会福祉と保健のサービスを担っているため、当然、それらにかかわる自治体職員の数が多くなる。96年の自治体の職員のうち保健サービス職員が29.2%、福祉サービス職員が26.6%で、合計すると約56%に達する。土木関係職員は5.2%にすぎない。福祉の職員の中で一番多いのが保育職員で52%、次いで高齢者の施設ケアの職員が20%、ホームヘルプ職員が14%となっている。

自治体は財政4ヵ年計画をつくり、それをガイドラインとして毎年予算を作成する。

3. 社会福祉保健サービスの財政

日本では2000年4月から介護保険制度が発足した。

前述のとおり、フィンランドの社会福祉や保健のサービスについては、ほかの北欧諸国と同様に、主に税金で公的に賄われている。介護保険制度はなく、自己負担はあるが、必要性に応じて誰でも社会福祉や保健の介護のサービスを受けることができる。必要性を判断するのは自治体の職員で、普通、医師、看護婦、ホームヘルパー、ソーシャルワーカー

など、その市民にかかわっている職員がチームで決定する。もちろん本人や親族とも話し合いをして決定し、強制するようなことは原則としてない。

社会福祉と保健のサービス供給の責任は自治体にある。そのために自治体の歳出のうち社会福祉保健事業費が42%（96年）を占める。次に大きいのが教育文化費の23%で、公共投資は7%である。

フィンランドの自治体は自由に地方所得税を決めることができる。98年の地方税は15.0～19.75%で、平均は17.54%であった。これらは自治体の歳入の約40%に当たる。

このほか、自治体は国から補助金を受けている。補助金は歳入の約25%に当たる。国からの補助金は日本と異なり、用途限定の補助金ではない。交付税のように住民1人当たりの金額が計算されて、社会福祉保健の包括補助金として交付される。自治体はその包括補助金を自由に使うことができる。もちろん法律の定める自治体サービスは行わなければならないが、社会福祉保健の包括補助金ということで全額を社会福祉と保健のサービスに使わなければならないという規定はない。自治体の議会で政治的に決定できる。

このほかに、自治体は国から社会福祉や保健の建設・設備費用のための補助金を受け取ることができる。大型の投資については国、小型の投資については県が判断する。

97年の社会保障費総額は1,869億マルカ（1マルカ＝約16円）で、一番ウエートの大きいのが老齢年金で546億マルカ、次が保健医療費で403億マルカであった。社会保障費がGDPに占める割合は97年が30%であった（96年：32%、95年：33%）。97年のほかの西欧諸国の社会保障費がGDPに占める割合は、スウェーデン36%、デンマーク32%、ノルウェー27%、オランダ32%、フランス31%、ドイツ29%、英国28%となっている。

96年のフィンランドの保健医療費がGDP

に占める割合は7.8%で、日本とほぼ同じ、米国は13%を超えている。全保健医療費の約20%が自己負担で、公的な負担は約75%である。

96年の社会保障費の負担の割合は、国が28.4%、自治体が16.1%、雇用者が35.2%、被保険者が13%、その他7.2%となっている。

4. 障害者福祉

K氏は筋ジストロフィーの障害があり、呼吸器を使っている。また日常生活は電動車椅子を利用している。配偶者にも障害があるが、2人とも第一線で働いている。K氏にはヘルパーが24時間ついていて、1日3交代、8時間ごとにヘルパーが入れ替わる。またK氏は改造自動車を購入したが、自動車税の一部は免除の特典を受けた。

M氏は大学生で、車椅子を使っている。ヘルパーが1日8時間ついており、通学のためには障害者専用タクシーを利用している。M氏の車椅子などの日常生活に必要な福祉機器は、自治体により支給されている。勉強のために必要なコンピュータは社会保険院により支給されている。大学にも障害のある学生たちのために専用のコンピュータが設置されている。また障害アドバイザーと呼ばれる専任の職員がおり、障害のある学生たちの相談に応じたり、特別の配慮の手配をする。特別の配慮とは、例えば試験の時などほかの学生は手書きであるが、障害のある学生のために試験場にコンピュータを配置することなどを指す。

K氏とM氏のヘルパーは彼等個人についている。個人につくということは、ヘルパーの費用は自治体負担だが、雇用と解雇の責任は障害者本人にあるということである。

H氏は中年の男性である。事故で脊椎を損傷し、首から下が全く使えない。家族から離れて自治体の運営する障害者・高齢者用のサービス付き住宅の2DKに入居した。広さ40㎡の部屋はバリアフリーに作られている。ドアや窓の開閉、電話の応答、サービス付き

住宅の職員であるヘルパーへの連絡、照明やテレビの開閉などを、口または手首を使ってコントロールすることのできる環境制御装置が彼のベットと電動車椅子についている。これは自治体から貸与されている。貸与といっても必要な限り永久に個人的に利用できる。H氏はこうしてヘルパーの助けを受けているが、自立して暮らしている。H氏のリハビリは社会保険院が負担している。H氏は年金からサービス付きの住宅の家賃とヘルパーのサービス料を支払う。食事も自分では作らなくて良く、サービス付き住宅の中にあるサービスセンターの食堂を利用する。もし彼の所得でこれらの費用を賄えない場合は、自治体が補助することになっている。

R氏は52歳で知的障害がある。以前は母親と暮らしていたが、母親も年をとったので、民間の福祉団体のサービス付き住宅に移って住んでいる。彼女の部屋は1DKで約30㎡あり、シャワー・トイレ、キッチンとバルコニーがついている。そこには10人の同じような障害のある人たちが住んでおり、管理人と保母夫妻も同じ建物に住んでいる。朝食は自分で自宅で食べ、夕食は保母が作る。年金の中から家賃とケア、食事代を支払う。手元には小遣い程度の金が残る。彼女はそこから同じ福祉団体の運営するデイセンターに通い、織物、絵画、コーラスの練習などをし、1日を過ごす。デイセンターでR氏が支払うのは昼食代だけである。デイセンターは自治体の措置費で賄われている。

このように障害のある人たちはフィンランドでは特別法で守られている。彼らのケアは自治体の責任である。自治体は重度障害のある対象者達には、福祉機器の供給、サービス付き住宅、移送サービス、通訳サービス（手話）、自宅の住宅改造サービスを行うことが義務付けられている。知的障害のある人達の教育、デイアクティビティー（日常の活動）、授産活動なども自治体の責任である。ただし

重度障害者のリハビリと能力・就労開発に係るコンピュータのような機器の貸与は、社会保険院（国）が行うことになっている。

5. 保育は未来への投資

保育も社会福祉の重要な部分である。保育を含む家族政策には、フィンランドの福祉サービスの中で、これまで国がもっとも力が入れられてきた。

96年に保育法の改正があり、すべての6歳以下の児童は保育の権利を有することになった。それまでは3歳以下の児童のみに権利があった。また2000年からすべての6歳児には義務教育準備のために就学前教育が行われることになる。保育所に子供を託さず親が自分で保育する場合は、家庭保育給付金が支給される。また公立の保育所ではなく民間の保育所を利用する場合は、自治体から保育バウチャーが支給される。公立の保育には、保育所のほかに家族保育がある。これは日本の「保育ママ制度」に近く、保母は自分の子供を含めて4人まで保育することができる。

保育費用の自己負担は、家族の収入と家族構成によって、無料から最高1,100マルカまでの間である。実際の保育費用はその約4倍ぐらいかかり、その差額は自治体が負担する。

保育グループの規模は、日本で一般に行われているような年齢別のグループ分けではなく、0～3歳児まで、3～6歳児までと分かれている。0～3歳児までが、保育児童12人に対して保育者3人（子供4人に大人1人の割合）で、3～6歳児のグループは保育児童21人に対して保育者3人（子供7人に対して大人1人の割合）である。保育者というのは保育所教師、保母、助手または研修生を指す。障害のある子供達と健常児の統合グループは、一般に障害のある児童5人と健常児7人の12人で1グループとなり、特殊保育資格を所有する教師を含む保育者4人、そのほかに言語療法、理学療法などのセラピストがつく。

保育の時間は原則として最大10時間である。保育所は普通、家庭に近い場所が選ばれるが、親は希望を出すことができる。不規則な勤務時間の仕事をする親のためには24時間保育や夜間保育もある。

フィンランドの保育の長所は一つの保育グループの子供数が少ないことである。グループごとに保育が行われ、グループごとに保育所の出入口が別になっているのが一般的である。もう一つの長所は朝食を保育所で提供することであろう。働く親にとっては、朝、子供を起こして、服を着せて朝食を与えることは大変である。フィンランドでは朝食、昼食、おやつを保育所で取る。保育所は普通、午前6時15分～午後5時30分まで開いている。

保育所や家庭保育のほかに補完的な保育の制度として、プレーグラウンド制度がある。これは自分で子育てをしている母親たちや、家族保育をしている保母たちが、子供を連れて集まることができる場所である。専任の職員がおり、諸々の相談にのる。ここは学童保育の場所としても機能している。午後になると保母が近くの学校から低学年生を迎えに行き、5時頃まで預かる。親はおやつ代だけを支払う。プレーグラウンドは特に夏休みに人気があり、子供は朝から夕方までそこで遊んでいる。ヘルシンキ市は夏の期間は無料でスープなどの昼食を16歳以下の子供達に配るので、親は安心して働ける。

ヘルシンキの保育を数字で例示すると、ヘルシンキ市の人口は約53万2,000人、保育所の数は99年末で340カ所、プレイグラウンドは63カ所、保育児童は約2万5,000人、家族保育児童は2,500人である。民間の保育所は約50カ所ある。

このようにフィンランドでは子育てを手厚く支援している。出産育児休暇は約11カ月で所得保障がある。休暇後子供が3歳になるまでは無給だが、子育てのために休職することができる。20年程前から父親も子供が生まれ

た時に父親休暇を取れるようになった。今では60%以上の父親がこの休暇制度を利用しているといわれる。フィンランドのリッポネン現首相も2000年にこの休暇を利用した。フィンランドはプロテスタントのキリスト教の国で、避妊、中絶は自由である。女性の約70%（97年）が働いている。それでも出生率が1.82（93年）と高率なのは、少子化対策、子育て支援政策に力を入れ、それが実を結んでいると考えることができるであろう。

高齢化と少子化は切り離して考えられない。高齢化、少子化が進めば女性の労働市場進出がより進むと考えらる。保育を充実させることによって働く女性を支援し、それが少子化を防止することにもつながるとフィンランド人は考えている。

6. 高齢者ケア

フィンランドの高齢者人口は98年に14%、2000年に15%、2010年には約20%、2030年には約25%になると予測されている。

フィンランドの高齢者政策は82年の国連の勧告に基づいている。この政策の目標は高齢者の経済的自立、自己決定権、社会的な統合と公平さにある。これらを達成するために、年金政策、住宅政策、社会福祉、保健のサービスが行われている。

年金については、基礎的な国民年金制度と雇用による労働所得に基づく労働年金（厚生年金）制度の2つがある。労働年金は一定の受給資格を満たすと給与所得の60～66%を受け取ることができる。一度も働いた経験が無いものも国民年金を受け取る権利がある。高齢者は国民年金を補うものとして住宅給付と介護給付を受け取ることができる。そのほかに健康保険制度があり、市民は誰でも病気や障害、高齢になったときにケアを受けることができる。これらの社会保険は主に、税と社会保険料で賄われている。社会保険料は主に雇用者が支払うが、年々非雇用者の負担料も

増加する傾向にある。

社会福祉と保健のサービスは、前述のとおり、自治体によって行われ、市民であれば誰でも受けることができる。その対象者の所得、家族の有無は関係ない。障害者の場合などと異なり、高齢者のためには特別の法律はない。サービスは税で賄われ、利用者は料金を支払う。料金も年々増加する傾向がある。

高齢者に対するケアは在宅ケアと施設ケアに大別される。97年には75歳以上の7.1%が老人ホームに入所していた。現在の高齢者政策は、できるだけ在宅で暮らせるようにして、老人ホームまたは保健病院などの施設入所を遅らすようにする傾向がある。その理由としては、住み慣れた地域で暮らすことが良いというノーマライゼーションの考え方が一般化したこと、高齢者もそれを望んでいること、そして在宅ケアの方が施設ケアよりコストが低いということがあげられる。

高齢者はホームヘルプサービス、配食、除雪、掃除などの補助サービスを受けて自宅で暮らすことができる。必要であれば住宅改造の申請を自治体に行うことができる。もし自宅で暮らすことが難しくなった場合は、サービス付き住宅に移ることも可能である。サービス付き住宅は高齢者向きに作られたバリアフリーの住宅で、ホームヘルプのサービスを必要に応じて契約する。多くの自治体がナイトパトロール、緊急ヘルプなどのサービスを行っている。老人ホームなどの施設に移るのは24時間のケアが必要になった時で、本人の申請に基づいて、ホームヘルプの責任者、保健センターの医者、老人ホームの責任者、社会福祉事務所の責任者などが本人と家族も含めて協議して決める。痴呆症状のあるものにはグループホーム的な住宅形式が一般に用いられるようになっている。

サービス付き住宅に住む場合は、家賃と契約したホームヘルプサービスの料金を支払う。老人ホームに入所した場合は収入の80%を自

治体に納める。この場合は、入所料、食費、保健費、入れ歯から眼鏡などの費用すべてが含まれる。所得があるなしにかかわらずサービスを受けることができるため、不足分は自治体が負担することになる。

高齢者を親族など（家族、親戚、友人など）が介護する場合は、介護者が自治体と契約を結び、親族介護給付を受けることができる。これは労働契約とはみなされないが、介護者には休暇、社会保障が保障される。介護者が親族介護給付を受けていても、高齢者はショートステイなどの社会福祉サービスを利用することができる。

7. リハビリテーションと福祉用具

フィンランドでは、リハビリテーション（以下リハビリ）は、保健行政、社会保険院、教育行政、労働行政、社会福祉行政が行っている。97年にリハビリに使われた総額は63億マルカであった。

医療リハビリは障害や疾病などがもたらす身体的能力喪失に対して行われるリハビリで、自治体の保健行政によって主に保健センターまたは専門病院で行われる。重度の障害者のリハビリと職業リハビリは社会保険院（国）によって行われる。社会福祉行政のリハビリは、当事者団体が所有し運営するリハビリセンターで、障害や疾病とともに生きていく社会的リハビリ、すなわち適応訓練を行う。このほか戦傷者には国が手厚いリハビリを行っている。

現在、政策的に国が非常に力を入れているのが、職業機能が劣化した人たちのための職業リハビリである。その理由は、年金生活開始年齢が65歳であるにもかかわらず、フィンランド人は平均約58歳で早期退職して年金生活を開始するという問題があるからである。職業リハビリを充実することの目標は、職業能力を高め、燃え尽き現象を防止し、年金財政拡大を抑制することにある。

フィンランドには民間の当事者団体などの非営利団体（NPO）によって運営されているリハビリセンターが数多くあり、自治体や社会保険院の委託でリハビリを行っている。

病院などでリハビリが成功しても、自宅の環境が整っていなければその効果は現れない。そのため自治体は住宅改造や福祉用具・機器の支給を在宅サービスの一環として行っている。フィンランドでは保健行政支出の約6分の1が福祉用具・機器に使われているといわれている。

福祉用具・機器は主に自治体が支給するが、そのコストにより3種類に分け、1次医療の保健センターと保健病院の福祉用具センター、2次医療の専門病院がそれぞれ支給する。たとえば、高齢者や回復期にある病人のための歩行器などの福祉用具は保健センターで、障害者の手動車椅子は保健病院の福祉用具センターで、電動車椅子や環境制御装置などは専門病院でという分類になる。社会保険院もコンピューターなどの教育、就労にかかわる福祉機器を支給する。

そのほか自治体は、障害のある人たちや高齢者が在宅で暮らしていけるようにと住宅改造サービスも行っている。自宅にできるだけ長く住むことがよいと考えられており、そのようにして施設ケアに移る時期を先に延ばすことによって、ケアのコストを軽減することができる。

8．国民の高福祉・高負担に対する考え

これまでフィンランドの福祉が主に公的に賄われていて、充実していることを述べた。しかしこれだけの福祉を公的に行うということは、その負担である税率も高いということになる。フィンランド人はそのことをどのように考えているのか。

民主主義国家では、国民の意思に反して高福祉・高負担を押しつけることは不可能である。高福祉・高負担は政治的決定であり、現

状は国民の大多数の意志の現れと考えられる。これは社会保障の及ぼす範囲が広く、国民の大多数が所得保障と社会福祉保健サービスを受けているからである。つまり福祉政策は低所得者などの一部の国民だけを対象としているものではなく、全員を対象としている。

フィンランドの政治の重要な特徴の一つとして、政党政治が常に連立内閣であったことがあげられる。都市の労働者を代表する社会民主党、地方や農民層を代表する中央党、都市の企業家、経済界、保守系市民を代表する国民連合党の3つの大型政党と、左派連合、緑の党、スウェーデン党、キリスト教連盟などの中型、小型政党があり、それぞれの支持基盤の国民の利益を代表している。政策は政党間の交渉と妥協で決められる。

フィンランド国民の社会保障に対する考え方も時代の変遷、経済状況によって変化している。国立社会福祉保健研究開発センター（STAKES）の調査報告によると、70年代の石油危機の頃は、国民は社会保障を改善する意欲を失い、80年代の経済成長期には再び社会保障の改善を望むようになった。90年代にバブルがはじけた後経済危機の折には再び福祉の拡大に消極的な意見が多くなった。不況の時期に国民はどのような節約をすべきと考えたかという質問に対し、国民の5人のうち4人が、支出は抑制すべきと回答した。しかしほとんどの回答者は基本的な福祉、すなわち社会福祉保健サービス、所得移転、教育、生活補助を削減してはならないという意見を持っていた。国民が削減してもよいと考えたのは、文化、レジャー、国防費、産業界への補助、運輸費であった。

不況の時代にこのように社会保障に対する強い支持があったので、再び成長期に入った2000年代に国民の意見が大きく変わるとは考えられない。

現在の問題点としてはサービスの財源の捻出、高齢者ケアの質の改善、社会で疎外され

ている人たちのケア、中高年失業者の再就職、持てる者と持たざる者の格差の拡大などがあげられている。

なお、北欧の高い税負担について考える時、高福祉だけではなく教育費の問題を考える必

要がある。ほかの北欧諸国と同様に、フィンランドの税金は高いが、小学校から大学院まで教育費が無料であることや小学校から高校まで給食も無料で支給されていることを見逃してはならない。