

## 発展途上国におけるケア・ダイヤモンド

—UNRISDの6カ国調査から—

齋藤 暁子

### ■ 要約

本稿では、UNRISDの福祉政策に関する6カ国調査（アルゼンチン、ニカラグア、インド、韓国、南アフリカ、タンザニア）に基づき、各国のケア・ダイヤモンドの横断比較を行った。すべての国において家族（特に女性）の無償労働は主要なケアの提供源であったが、国家・市場・コミュニティのかかわり方はバリエーションがあった。韓国では、国家と市場の両方が介護・保育などの福祉サービスを提供しており、国家・市場・家族のバランスのとれたケア・ダイヤモンドであった。その他の国では、国家と市場による福祉サービスの提供がみられたが、国家の管理役割の不足のため市場のサービスは中・高い階層しか利用できなかった。すべての対象国は、ネオリベラリズムによる国家責任の減少と福祉ミックスの導入を経験していたが、国家の管理体制がないとサービスの多様化ではなく階層化を生じるという、ケア・ダイヤモンドにおける国家の重要性が明らかになった。

### ■ キーワード

ケア・ダイヤモンド、国際比較、福祉政策

### はじめに

日本の保育・介護領域では、需要の拡大に伴い、公共セクターだけでなく民間営利・非営利セクターの参入などの供給主体の多元化が進んでいる。一方で、家族が依然としてケア提供に重要な役割を果たしており、国家・家族・市場・コミュニティの4者による福祉ミックスとなっている<sup>1)</sup>。こうした可変的で複雑な福祉の供給体の多元化状況を把握するためには、ケア・ダイヤモンドとして、福祉政策の変遷と各アクターの相互関係とダイナミズムを見ていくことが有効である。日本の福祉政策は、福祉国家である欧米諸国の既存モデルとは必ずしも一致しておらず、発展途上国のケア・ダイヤモンドにおける新たなダイナミズムを検討することで、今後の日本のケアへの示唆が期待できる。

そこで本稿では、ラテンアメリカ（アルゼンチン、ニカラグア）、アジア（韓国、インド）、アフリカ（タンザニア、南アフリカ）に関するUNRISD（国連社会開発研究所）の調査レポート<sup>2)</sup>から、発展途上国でのケア・ダイヤモンドを把握する。まず、各国の近年の福祉政策の変遷から、ケア・ダイヤモンドの状況について概略する。次に、対象国の横断比較を通じて、国によるケア・ダイヤモンドの共通点と差異、アクター間の相互関係を検討する。以上から、発展途上国のケア・ダイヤモンドの特色を明らかにする。

## I 発展途上国におけるケア政策

### 1. アルゼンチン

アルゼンチンでは、1940年代から1950年代まで、社会的保護に基づく福祉モデルのもと、雇用

の促進とともに教育や貧困層の対策など公的な福祉を拡大した。しかし、1970年代には、経済危機への対応として、政府は教育と保健分野を地域分権化し、その結果、これら分野における国家責任が減退した。その後、1990年代には、政府はネオリベラル政策に転換し、市場が自由化され、福祉の供給主体として民間セクターが参入した。この政策転換によって、女性の雇用機会が拡大される一方で、格差の拡大による貧困層や不安定雇用の増加などの問題が生じた。さらに、2002年の大規模な経済危機から、政府は福祉政策を貧困対策に重点化し、その他の福祉部門（保育や保健）への公的責任を縮小した。国家のケア責任が後退するなかで、家族とコミュニティの役割が増大し、両者は福祉政策の「共同責任者」、あるいは「福祉の大黒柱」として位置づけられるようになった。たとえば、2002年以降の主要な貧困政策である「家族政策」では女性の労働者としての権利よりも母親としてのケア役割を強調し、「国家食事計画」では、コミュニティの貧困女性のボランティアによってケアサービスが提供されることが期待されている。すなわち、国家が女性のケア役割を強調することによって、インフォーマルな資源の導入が図られている。

このように、アルゼンチンのケア・ダイヤモンドは、国家主導の福祉政策から、国家責任の後退、市場の参入および、家族・コミュニティというインフォーマルな資源の強調という、福祉ミックスへと転換した。国家の役割は、直接的なケア提供だけでなく、他のアクターを管理する役割も果たす。この国家の管理体制は保育政策のみならず、不平等なジェンダー規範と社会経済階層間の格差に大きく影響されており、家族やコミュニティの女性によるケアが前提とされている。こうした政策による女性のケア役割の強調と、保育サービスの提供不足が、女性の労働市場への参加を制限し、女性による家族ケアを維持させてい

る。市場ベースの民間のケアサービスは存在するものの、受給できるのは一部の高階層のみであり、貧困層は国家提供の貧弱なサービスを受けている。このように、アルゼンチンでは社会階層の違いがサービスへのアクセスを決定するため、一国内で複数のケア・ダイヤモンドのモデルが存在する。

## 2. ニカラグア

ニカラグアでは、1980年代のサンディニスタ革命後、保育や教育・保健などの福祉サービスが発展した。しかし、1990年代の「ワシントンコンセンサス」による社会改革で、政府はネオリベラル政策へ転換し、福祉における国家責任は減少し、国家は市場の不足を「補う」残余的な機能を果たすことになった。たとえば、1990年代の初等教育の拡大を除き、保育サービスは削減された。こうした政策転換を受けて、ソーシャルサービスの提供は民営化し、民間セクターが参入した。ただし、民間セクターのケアサービスの質は著しく低く利用料が高いため、富裕層であっても外部のケアサービスではなく家族ケアに頼る実態がある。このため、ニカラグアでは、国家や市場の果たす役割は非常に弱く、家族（特に女性）が最も主要なケア役割を担うという、強い家族主義がみられた。

ニカラグアのケア・ダイヤモンドでは、多くのニカラグア国民が国内で労働力を商品化することができず、他国（特にコスタリカやアメリカ合衆国など）での労働をおこなっていることから、市場が国内で機能していないという特徴がある。市場の特徴は、家族のケア体制に影響を及ぼし、こうした海外への男女の若い世代の労働者の流出によって、新たにケアの担い手となったのが高齢女性であった。高齢女性は平均寿命が延びたこともあり、孫の育児を担う主要なケアの担い手となった。国家は残余的な役割しか果たしておらず、民

間のケアサービスも存在するが、質の低さとコストの高さからほとんど利用されていない。そのため、貧困世帯を含め、ほとんどの世帯がこうした家族ネットワークにより支えられており、非常に強い家族主義が継続しているといえる。コミュニティは、PA（父母会）などの非営利組織が国家の教育プログラムの実施に影響を与えていたが、主たるケア提供の役割は果たしていなかった。

### 3. インド

インドにおいては、1960年代から70年代まで、貧困対策を中心とした福祉政策が展開した。しかし、1980年代に入ると、政府はネオリベラル政策へ転換し、公共セクターにおける普遍的サービスを制限し、教育を除く福祉分野の削減が行われた。同時に、民間セクターの参入が推奨される福祉ミックス政策となり、国家のケア役割は縮小した。ネオリベラルへの政策転換の影響で、貧困対策を含む公共サービスへ利用者負担が導入され、公共と民間の料金に差異がなくなったため、公共セクターが弱体化し民間セクターが発展した。このような経済重視政策下において、ジェンダー、階層、地域間格差などの社会的不平等は一層強まった。普遍的なケアサービスが不足するため、ケア役割は家族が担っている。

インドのケア・ダイヤモンドは、国家責任が非常に残余的である。その中で保育政策は、子どもの福祉の視点から、福祉・衛生・栄養・初等教育などが制度化されているが、女性の雇用労働やケアの代替という視点は薄く、保育サービスは貧弱である。市場での民間サービスは教育分野で参入しているが、利用できるのは高階層に限られている。女性（特に出産年齢）の雇用労働は、産休や出産手当などが公共セクターに限定されている、利用できる保育サービスが少ない、女性に育児責任に対する社会的規範が強い、などの理由から非常に制限され、多くの女性は結婚や出産を機に労働市場を離れる。

このような状況のため、家族、特に若年代の女性がケアの主要な担い手となっている。こうしたジェンダーの不平等は福祉政策の主要課題とはなっておらず、また、ケア労働が社会的かつ経済的に低く評価されているため、階層やジェンダーの偏向が平等化される見通しも薄い。

### 4. 韓国

韓国では、1970年代までは家族主義かつ強い男性稼ぎ主型モデルの福祉政策で、国家は残余的な役割を果たしていた。背景として、世代間での家族内のケア規範が強く育児や介護を担う家族が多かったこと、男性に特権的な雇用状況により、女性がケアを担うジェンダー化された構造が作られていたこと、が挙げられる。ただし、日本と同様に1990年代から労働市場の再編により男性稼ぎ主への安定した雇用（終身雇用）が弱体化し、家族主義、男性稼ぎ主モデルに変化が生じた。一方で、1990年から2003年にかけて政府のソーシャルケア政策により、国家のソーシャルケアサービスを管理・提供する役割が拡大された。政府は、福祉政策として、社会保険、公的扶助、社会福祉（高齢者介護や保育を含む）を中心に、保育や介護を含むさまざまな普遍的サービスを提供した。同時に、家庭内の女性の無償のケア労働を商品化する雇用政策を行い、福祉政策は従来の家族主義から修正型家族主義へと移行した。つまり、韓国においては、国家による社会政策が、女性の雇用機会の拡大に重要な役割を果たしたのである。さらに、家庭内の無償のケア労働の商品化は、社会経済的な問題（貧困世帯への対応、市場の不安定化、急速な少子・高齢化社会における人的資源の確保）にも効果的な対策であった。

韓国のケア・ダイヤモンドでは、政府の1990年代からのソーシャルケア政策の展開によって、国家がケアサービス提供の主要な役割を担うのと同

時に、新しいソーシャルサービスのケア（保育と介護）の市場が創出された。これは、女性の雇用機会の拡大をもたらした。ケアの社会化による女性の無償労働の商品化が行われた（ただし、こうした女性労働の商品化は、韓国の場合は労働市場の再編成と重なったため、女性の雇用状況の向上にはつながらなかった）。ソーシャルケア政策は、家族がケアの主要な提供源という点では継続しているものの、家族、市場、国家のアクター間でよりバランスのとれたケア・福祉提供体制へと移行を促した。一方で、NGOやボランティアな活動などのコミュニティの役割は、現在では萌芽的である。

### 5. 南アフリカ

南アフリカでは、20世紀に一部の白人を対象とした福祉制度が成立して以来、人種差別を内包する福祉政策が展開されていた。1948年に政権を握った国民党は、アパルトヘイト政策を本格化し、郊外の「バントウータン地区」（バントウー語系の黒人自治区）にアフリカ人を移住させて土地や資産を剥奪した。アパルトヘイト時代の福祉政策は、白人居住地のみに適用されるという、人種差別に特徴づけられる残余的かつ階層的なもので、労働市場も人種差別的な資本主義に基づいて構成されていた。しかし、政府は1980年代後半から「新しい南アフリカ」政策に基づいて民主化政策をとり、1994年には有色人種や女性への差別撤廃を定めた南アフリカ共和国憲法を施行した。民主化に伴い福祉政策の対象を有色人種に拡大し、保健や初等教育などの領域で普遍的サービスを導入した（ただし、実際のサービスの提供においては、人種差別が残っている部分もある）。また、民主化と同時に、福祉の供給体制に、民間のサービスが導入される福祉ミックス政策がとられた。さらに、1990年代からのHIV/AIDSの急速な流行にともない、福祉の国家責任が拡大している。

南アフリカのケア・ダイヤモンドでは、国家は、

民主化およびHIV/AIDSの急速な流行にともない、福祉の役割を拡大させている。たとえば、政府はHIV/AIDS対策として、フォーマルなケア専門職およびそのサポート職を創出し、女性に新規の安定的な雇用を提供した（特にサポート職は貧困女性の雇用の場となった）。福祉政策では、子ども、成人、高齢者の三つのカテゴリで現金給付とサービスを提供しているが、子どもと高齢者が新憲法のもと権利を拡大させたのに対して、市場での雇用を前提とした成人への福祉は依然として弱い。南アフリカは失業と不安定雇用の割合が非常に高く、雇用による福祉を受給できるのは、公的で安定した市場労働にアクセスできる一部の層のみである。このため、このような市場労働に属さない人は生活が非常に困窮するという差別化が生じた。また、福祉ミックス政策により、市場ベースの民間の福祉サービスの提供が開始されたが、高階層のみが利用可能で、貧弱な公的サービスを利用できる低階層とのサービスの質の格差をもたらした。家族については、範囲があいまいな大家族が中心であり、約半数は結婚していないという先進諸国とは異なる複雑な家族構造に特徴がある。HIV/AIDSの流行により、ケア提供者・受給者の関係が変化し、勤労世代の成人がケアされることになり、子どもや高齢者がケアの担い手となるという逆転現象がおこっている。特に高齢者は年金という安定的な収入があるため、別居していた若い世代が高齢者のもとに集まり再家族化する、という現象も起きている。

### 6. タンザニア

タンザニアの1960年代の近代化時代における福祉政策は、残余型かつ植民地時代の排他的な原則を引き継いだものであった。社会福祉にアクセスできるのは都市で市場労働に従事している一部のみで、大半は家族やコミュニティに依存していた。1960年代の後半に、アルーシャ宣言のもと社

会主義が目指されたため、福祉政策は残余型モデルから普遍的な社会主義モデルへと転換した。政府は、経済成長よりも社会的平等を強調し、さまざまな保育政策を実施した。しかし、1980年代の経済危機から、政府は普遍的な社会主義モデルを「二重」モデル(普遍的サービスを制限し、民間セクターと連携する)に切り替え、公共サービスを削減し、貧困層へも利用者負担を強いた。また、サービス提供については、地方分権化を推進した。国家責任を削減させ公共セクターを大幅に縮小したため、貧困世帯が増加した。家族による無償のケア労働は、こうした福祉を補い「経済危機の衝撃の緩和剤」となっていた。1990年代以降は、貧困世帯の増加とHIV/AIDSの流行により、再び福祉が政策課題となる。政府は2005年に「成長と貧困削減のための国家戦略」(通称「MKUKUTA」)を策定し、経済成長とともに社会福祉の改善を目的とし、改革に取り組んでいる。

タンザニアのケア・ダイヤモンドは、資源の再分配に関する国家の介入を要求する平等政策と国家の介入とサービスの提供を最小限にするネオリベラルが混在した二重モデルである。HIV/AIDSの流行により、保健サービスの領域が拡大したが、その資金の大半は海外のドナーに依存している。このドナー依存の体制は、持続性が担保できない、HIV/AIDS以外のサービスが削減される、など課題も多い。市場での民間サービスは、ヘルスケアで発展しているが、地域間格差や、規制がないため利用料が高額となるなどの問題もある。コミュニティによるサービスとしては、NGOによる補助的なケア提供(孤児支援)が存在する。しかし、政府と同様に財源がドナーに依存しているため、継続性などの問題をはらむ。これらのサービスを受けられない人々を支えるのが、家族ケアである。二重モデルへの政策転換は、実質的には女性によるケアの負担を増加させた。また、南アフリカ同様HIV/AIDSの流行により労働世代が亡

くなり、高齢者や子どもだけの世帯が増えており、家族のケア構造に変化が生じている。特に孤児などの脆弱な立場の子どもたちが増大していることは社会問題化している。

## II ケア・ダイヤモンドの横断比較

本節では前節の各国の特徴をふまえ、社会政策の変遷と国家・市場・家族・コミュニティにおけるケアのダイナミズムを明らかにするために、ケア・ダイヤモンドの横断比較を行う。まず、各国の国家・市場・家族・コミュニティのそれぞれの特徴を比較し、共通性と差異を明らかにする。次に、すべての国に共通して主要なアクターであった国家と家族に着目し、より詳細に検討する。国家については、各アクターの相互関係を規定する役割を果たす福祉政策の横断比較を行い、国家の役割と、フォーマル・インフォーマルケアの状況について検討する。家族については、ケア労働の実態に関してジェンダーとケアニーズへの貢献の点から見ていく。最後に、各アクター間の相互関係と、ケア・ダイヤモンドに影響を与える外部要因について検討する。

### 1. ケア・ダイヤモンドの横断比較

表1に、ケア・ダイヤモンドのそれぞれのアクター(国家、市場、家族、コミュニティ)の役割を示した。すべての国において家族(特に女性)の無償労働は主要なケアの提供源であった。しかし、国家・市場・コミュニティのかかわり方と、家族の役割の位置づけについては、各国でバリエーションがあった。韓国では、国家と市場の両方が介護・保育などの福祉サービスを提供しており、国家・市場・家族のバランスのとれたケア・ダイヤモンドといえる。アルゼンチンも国家と市場による福祉サービスの提供がみられたが、市場の提供は中・高い階層のみが利用できるもので

表1 ケア・ダイヤモンドの横断比較

	アルゼンチン	ニカラグア	インド	韓国	南アフリカ	タンザニア
国家	福祉サービスの提供（低階層への提供）、他のアクターの調整	限定的な福祉サービスの提供（対象が重点化、低給付、利用料も高い）	限定的な福祉サービスの提供（対象が重点化、低給付、利用料も高い）	保育・介護などのケアサービスを含む福祉サービスの提供と雇用の管理	限定的な福祉サービスの提供（人種差別の影響があり、階層・地域間格差がある）	限定的な福祉サービスの提供（HIV、貧困対策に特化）
市場	民間サービスの提供（中・高階層）	国内では機能していない	民間サービスの提供（中・高階層）	民間の保育・介護サービス提供、	民間営利サービスの提供（中・高階層）	民間営利サービスの提供（中・高階層）
家族	女性によるケア提供	女性（特に高齢世代、祖母）によるケア提供	女性（特に若年世代）によるケア提供	女性によるケア提供	女性（子ども、高齢世代）によるケア提供	女性（特に若年世代）によるケア提供
コミュニティ	コミュニティの貧困女性によるケア提供による国家政策の実施	父母会による国家政策のサポート	NPOによるケアサービスの提供	NPOの保育・介護サービスの提供	NPOによるケアサービスの提供	NPOによるケアサービス提供、コミュニティによる孤児の支援
福祉政策の主要課題	保育（教育、保育サービス）、雇用福祉	保育（初等教育、保育サービス）	保育（産休、初等教育、栄養、子どもの福祉）	保育・介護・雇用政策	保育（初等教育、栄養）、高齢者（年金、ヘルスケア）、HIV/AIDS	保育（初等教育、栄養、インフラ）、HIV/AIDS

あった。このような市場のサービスの階層差は、インド、南アフリカ、タンザニアなど他国にも共通していた。一方、ケアの提供に関して、ニカラグアでは、市場はほとんど役割を果たしていなかった。南アフリカでは韓国と同様に女性のケア労働力の商品化が図られたが、市場ではなく国家が雇用の創出を行っていた。コミュニティは、NPOやNGOなど民間非営利組織によるケア提供と、コミュニティ会員によるインフォーマルなケア提供の二つがあるが、両者とも他のアクターと比べ、主要な役割を果たしていなかった。民間非営利組織のケア提供は、インド、韓国、南アフリカ、タンザニアにみられたが、サービスが限定される、組織数がまだ少ないなど補助的な役割であった。コミュニティ会員によるケア提供は、アルゼンチンやタンザニアで見られ、政府がコミュニティ会員によるボランティアを前提とした政策を行っていた。

福祉政策の対象として、少子高齢化の急速な進行が社会問題化している韓国では、保育とともに高齢者介護が焦点化されていたが、人口動態が異なるほかの発展途上国では、保育政策が中心のだった。ただし保育でも各国で重点化される課題は異なり、女性の労働の商品化が進んだ韓国、アルゼンチンでは保育サービスが中心となり、アフリカ諸国、ニカラグア、インドでは、初等教育、子どもの健康管理（栄養政策）がより重要な課題となっていた。また、アフリカ諸国ではHIV/AIDSの流行が福祉政策に大きく影響を及ぼしており、タンザニア、南アフリカでは主要な課題となっていた。

## 2. 主要なアクターの役割

### (1) 国家の福祉政策の特徴

前節で検討としたとおり、発展途上国では政治状況と関連しながら、福祉政策が大きく転換して

いた。アルゼンチンでは、一度社会民主主義による福祉拡大路線がとられたが、ネオリベリズムの影響で、市場化、民間セクターの参入という、国家の責任の縮小がみられた。ニカラグアとインドでも、リベリズムの影響により国家の責任は非常に残余的であり、福祉政策は限られた領域(初等教育など)のみ実施されており、福祉サービスについても非常に限定的であった。市場による民間サービスも導入されており、制度的には福祉ミックスであるが、対象者は少なく、実質上は家族にケア役割があるという強い家族主義の政策である。韓国では、他国とは異なり、1990年代以降、介護や育児などの福祉政策の拡大路線に伴い、国家責任が増していた。増加する介護や育児のニーズに対して、ケア労働として女性の労働力を商品化する政策が実施された。南アフリカでは、脱人種差別政策を目指しつつ、福祉政策の対象拡大を目指し、特に子どもと高齢者に関するサービスが向上した。また、韓国と同様に、国家が主体となり新たなケア専門職を作り出すことにより、女性の新たな雇用を作り出した。タンザニアでは、社会民主主義の平等政策と、ネオリベリズムによる国家の役割を最小限にする残余型が併存する二重モデルへ移行し、国家の役割である

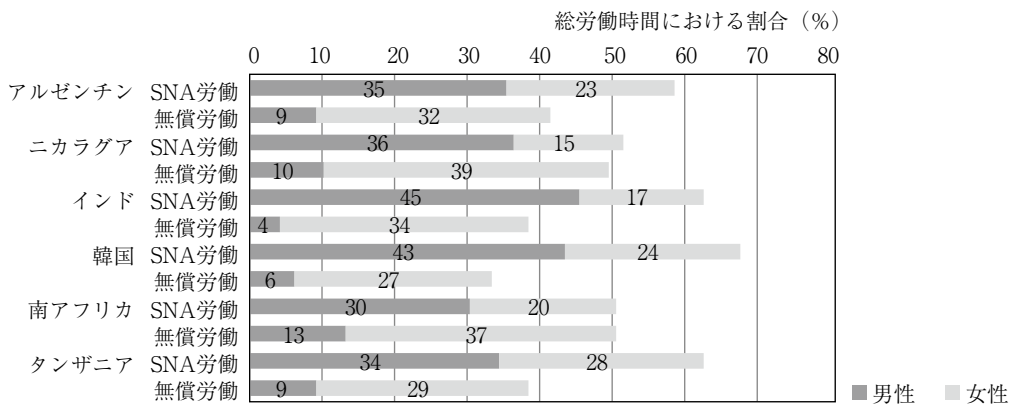
福祉政策は貧困対策とHIV/AIDSの対策に焦点化されていた。

以上、国家の責任は、経済状況やケアニーズの拡大などに関連して変化していた。アルゼンチン、ニカラグア、インド、タンザニアに共通してみられたのが、ネオリベラル政策の影響である。経済状況の悪化などの要因によりネオリベラル政策へと移行することで、普遍的な福祉提供が削減され、国家の責任が残余的に変化している。一方、韓国での雇用の不安定化および急速な少子高齢化や、アフリカ諸国でのHIV/AIDSの流行などのケアニーズの拡大は、国家が福祉を主要な政策課題とし、関連したケアサービスを拡大させる契機となっている。

(2) 家族の重要性——家庭内の無償労働の横断比較——

ここでは、対象国すべての主要なケア提供の基盤となる家族について、ジェンダーの偏向とケア・ダイヤモンドにおける家族ケアの貢献度について、UNRISD生活時間調査の横断比較(Budlender 2008)を基に検討する。

まず、ジェンダーの偏向については、男女の無償労働とSNA(国民経済計算)労働<sup>3)</sup>を比較する。



資料出典：Budlender 2008

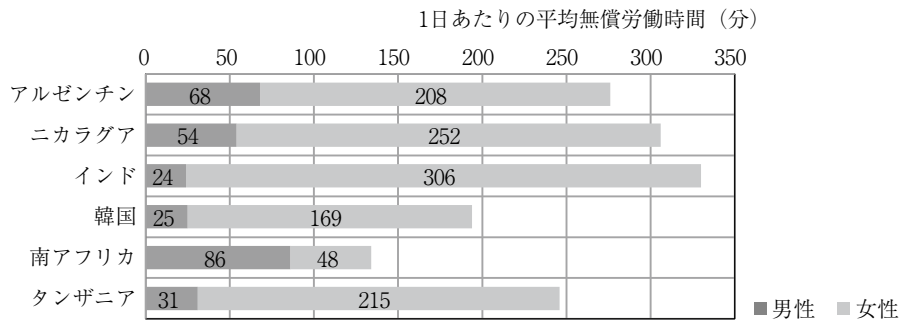
図1 総労働時間における男女のSNA労働と無償労働の割合

図1に、各国の総労働時間におけるSNA労働・無償労働の時間数を示した。男女で比較をすると、すべての国でSNA労働は男性の時間数が長く、無償労働は女性の方が長い。特にジェンダーの偏向は、インドで顕著だった。

家庭内での無償労働の時間を家事とケアに分けてみていくと、図2のとおり家事については、南アフリカを除いて、女性の労働時間が男性よりも3倍以上長い（特にインドの男女差が10倍と大きい）。唯一南アフリカでは男性の方が倍近く家事時間が長いが、南アフリカでは世帯構成が多様で婚姻率が低く、女性のパートナーに家事を依存できる男性が他国より少ないためと考えられる。一方、図

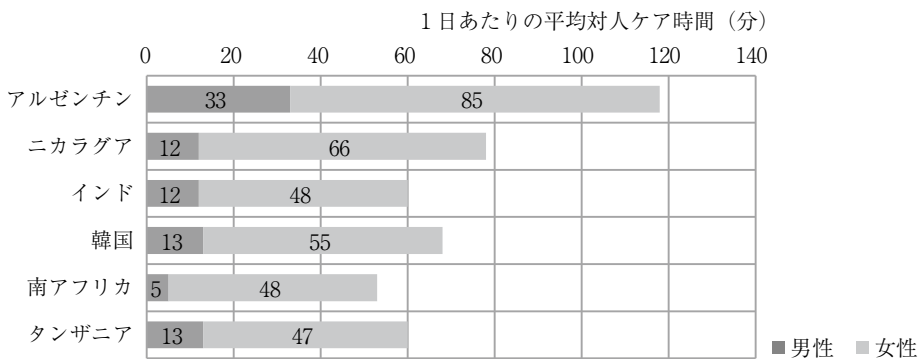
3のとおり対人ケア（介護、育児を含む）については、すべての国で女性の労働時間が男性よりも倍以上長い。特に、南アフリカでのジェンダーギャップが大きいのが、これは婚姻関係が流動的で父子の同居率が低いためと考えられる。このように、発展途上国においては、有償労働は男性偏向が強く、無償労働（特に対人ケア）は女性偏向が強いというジェンダー偏向がみられた。

次に、家族ケアの重要性を示す指標として、家庭内で担われている無償労働の賃金換算をみていく<sup>4)</sup>。表3で示したとおり、無償労働全体では、GDPのうち、最も多いのがインドの約4割で、タンザニアとニカラグアの3割が続く。最も少ないの



資料出典：Budlender 2008

図2 1日当たりの男女の平均家事時間（分）



資料出典：Budlender 2008

図3 1日当たりの男女の平均ケア時間（分）



表3 家庭内の無償労働の評価

(%)	対GDP	対有償労働	対社会サービス
アルゼンチン	10	56	340
インド	39	38	11156
韓国	18	82	769
ニカラグア	31	107	3061
南アフリカ	15	26	230
タンザニア	35	49	446

資料出典：Budlender 2008

表4 家庭内のケアの評価

(%)	対GDP	対有償労働	対社会サービス
アルゼンチン	3	14	85
インド	8	8	1494
韓国	5	22	203
ニカラグア	6	19	541
南アフリカ	2	3	29
タンザニア	5	7	68

資料出典：Budlender 2008

がアルゼンチンで1割であった。対有償労働全体では、ニカラグアが最も無償労働の価値が高いという結果になった。社会サービスについては、どの国でも国家の政策以上に家庭内での無償労働が貢献していたが、その割合が最も顕著なのがインドだった。表4で示したとおり、対人ケアについては、南アフリカ、タンザニア、アルゼンチンで社会サービスよりも割合が低かったが、韓国では2倍、ニカラグアでは5倍、インドでは14倍と、国家よりも家族のケア役割が大きい。以上から、今回の対象国すべてが家族のケアに依存的である状況が明らかになった。

#### 4. アクター間の相互関係

最後に、社会変動とケア政策における国家・市場・家族・コミュニティのダイナミズムとして、各アクター間の相互作用を、ケアの供給体制、女

性の労働力の商品化、ケア・ダイヤモンドに影響を及ぼす外部要因の三点からみていく。

図4にケアの供給体制を示したが、国家と家族が主要なアクターであり、市場・コミュニティは国によって影響が異なっていた。福祉政策が拡大された韓国以外では、ネオリベリズムの影響のもと国家の福祉サービス提供は限定的であり、主要な提供源は家族であった。市場はアルゼンチン、韓国、インド、タンザニアで機能していた。韓国では安定的な民間サービスの提供があるが、他国では市場ベースの民間サービスは高階層のみ利用できるという限定的なものであった。コミュニティは、最も実質的なサービス提供源とされていたのが、アルゼンチンである。アルゼンチンでは国家政策としてコミュニティでのボランティアを動因していた。南アフリカやタンザニアでは、HIV/AIDSの影響により生じた孤児支援などを行う非営利団体や、地域福祉による家族へのサポートが存在した。

次に、女性の無償労働の商品化にかかわる各アクターの相互関係についてみていく。対象国ではネオリベラル政策による雇用の促進や市場の自由化によって、雇用機会が拡大していたが、それが必ずしもケア労働の商品化にはつながっていなかった。インドでは、保育サービス不足だけでなく、女性の労働市場での権利についての国家対策が乏しく、女性のケア役割（特に育児に関して）への規範がとて強いため、若い世代の女性が育児を担い続けた。一方、韓国や南アフリカでは、国家主体でケア職を作り出しており、女性のケア労働の商品化を制度面から促進していた。このように、女性のケア労働の商品化には、市場での雇用の創出だけでなく、国家の役割が非常に重要である。

最後に、ケア・ダイヤモンドに影響を与える要因として、歴史的・社会的要因について言及したい。まず、歴史的背景として、インドにおける

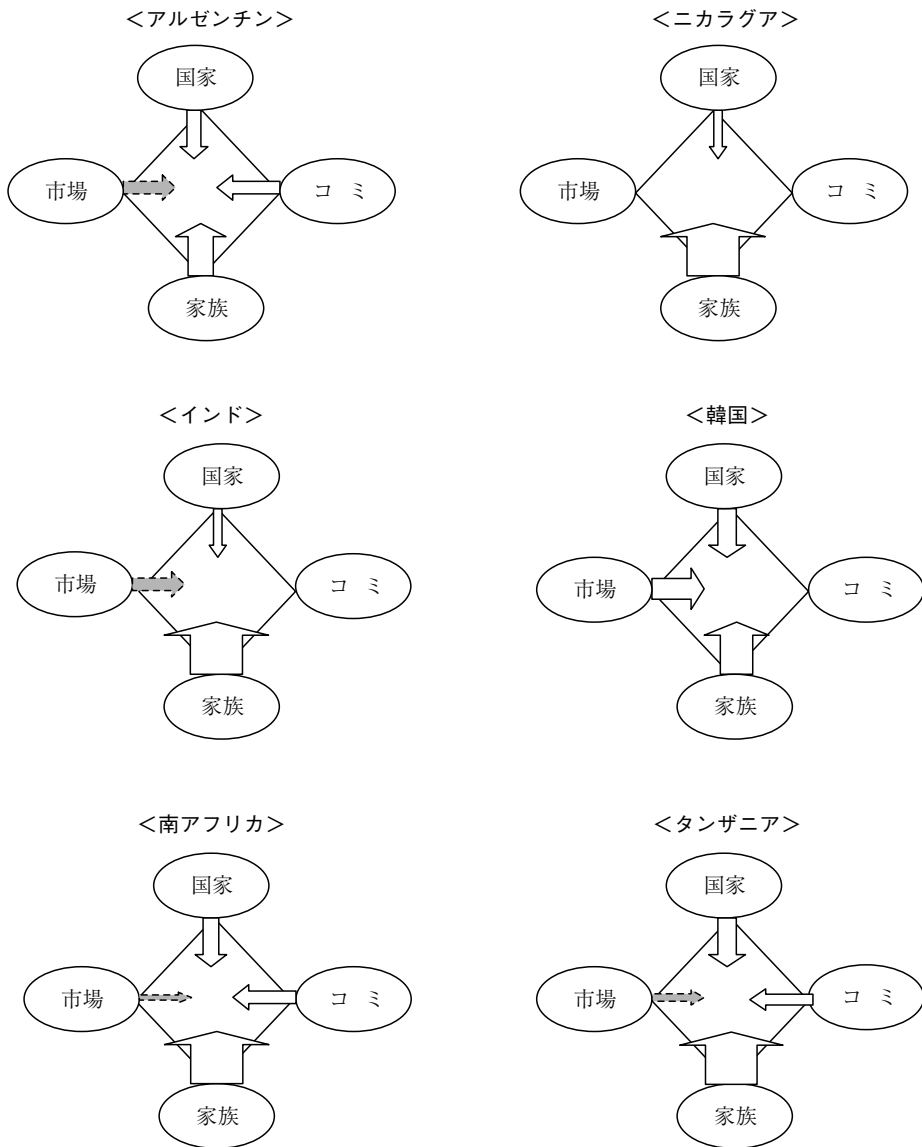


図4 ケア提供における各アクターの役割

カースト制度、南アフリカにおけるアパルトヘイトの人種階層的要因が挙げられる。国家による福祉提供や市場における雇用状況（およびそれに連動する福祉）は、人種・階層的に大きく異なっており、不平等に分配されていた。次に、社会的要因についてだが、発展途上国の社会構造は、市

場・家族というアクターの含意についても独自性があった。市場は独立した機能を前提とする福祉国家論とは異なり、南アフリカでは国家と依存的な関係で成立しており国家が雇用に大きな影響を与え、ニカラグアでは労働力の流失のため国内で機能していない。家族は、ニカラグアとアフリカ

諸国ではコミュニティに開かれた拡大家族であり、日本や先進諸国と同様の近代家族（核家族が中心）である韓国とは、構造や機能が異なっていた。もう一つの社会的要因として、女性のケア役割におけるイデオロギーが挙げられる。育児に関する女性のケア役割の強調については各国で見られたが、特にインドとアルゼンチンでは、政策や福祉サービスの実践を通して女性に対する強い母親役割の強調がみられ、女性の労働力の商品化や保育サービスの発展を妨げていた。

### おわりに

韓国を除く発展途上国では、ネオリベラリズムの改革後福祉ミックスが導入されていたが、国家管理の不足などの要因により、市場のケアサービスは階層に依存的に提供されていた。そのため、特に貧困層などの低階層においては家族やコミュニティのインフォーマルな資源の重要性が一層強くなっていた。韓国では、国家と市場でよりバランスのとれたケア提供が行われていたが、それでもケア提供における家族の役割がすべて代替されたわけではない。つまり、対象国すべてのケア・ダイヤモンドにおいて、依然として家族が主要なケア役割を占めていたといえる。多くの国がこの家族の役割の重要性を把握していたが、欧米のケア制度における家族介護者支援（ドイツの介護保険制度やイギリスの介護者の権利保障）のような対応はとられておらず、家族は福祉の含み資産としての位置づけであった。しかし、アフリカ諸国ではHIV/AIDSの流行によって、既存の家族の構造そのものが変化しており、家族ケアへ強く依存することの限界もみられる。今後は、国家と家族との相互作用として、家庭内の無償のケア労働の商品化する政策だけでなく、家族ケアを支援する方向の政策の可能性にも着目したい。

### 注

- 1) たとえば、高齢者介護については、2000年の介護保険制度導入により準市場型の福祉サービスが導入され、民間営利・非営利、ボランティアなど供給主体の多元化が推進された。しかし、介護保険制度導入後も在宅での家族介護の果たす役割は大きく、2006年の介護保険制度の改正による在宅サービスの削減により、家族の役割は一層強化されている。
- 2) 以下、各国の内容については、アルゼンチン（Faur 2008）、ニカラグア（Franzoni et al. 2008）、インド（Palriwala and Neetha 2009）、韓国（Peng 2009）、南アフリカ（Lund 2009）、タンザニア（Meena 2008）の論文に依拠している。尚、インド、韓国、アルゼンチンは近年の著しい経済発展のため「中進国」とする定義もあるが、本稿では原著でのdeveloping countryの定義に従い発展途上国とした。
- 3) SNA（国民経済計算）労働とは、GDPの換算の際に用いられる市場での有償労働のことである。
- 4) Budlender（2008）では、無償労働の賃金換算法として平均賃金アプローチとジェネラリストアプローチを用いているが、本稿ではすべての対象国の金額計算が可能であったジェネラリストアプローチのデータを用いる。

### 参考文献

- Budlender, Debbie. 2008. “The Statistical Evidence on Care and Non-Care Work across Six Countries” UNRISD.
- Faur, Eleonor, 2008. “The “Care Diamond” Social Policy Regime, Care Policies and Programmes in Argentina” UNRISD.
- Franzoni, Martínez Juliana., Largaespada, Carmen. and Ulloa, Karime. 2009. “The Political and Social Economy of Care in Nicaragua: Familiarism under an Exclusionary Social Policy Regime” UNRISD.
- Palriwala, Rajni. and Neetha, N. 2009. “INDIA: Research Report 3 The Care Diamond: State Social Policy and the Market” UNRISD.
- Peng, Ito. 2009. “The Political and Social Economy of Care: South Korea Research Report 3” UNRISD.
- Lund, Francie. 2009. “The Provision of Care by Non-Household Institutions South Africa” UNRISD.
- Meena, Ruth. 2008. “Social Policy Regime, Care Policies and Programmes in the Context of HIV/AIDS Tanzania” UNRISD.

（さいとう・あきこ

日本赤十字看護大学非常勤講師）