



海外社会保障研究

SPRING 2010

No.170

特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—

特集の趣旨	落合 恵美子	2
日本におけるケア・ダイヤモンドの再編成：介護保険は「家族主義」を変えたか落合 恵美子・阿部 彩・埋橋 孝文・田宮 遊子・四方 理人		4
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		20
政治、社会、経済からみたケアの国際比較—開発の視点から—シャーラ・ラザビ		31
日本における介護ケアワーカー 特徴と問題点—.....埋橋 孝文		50
時間調査を用いたケアの国際比較—UNRISDの報告書から—.....阿部 彩		62

動 向

インドネシアにおける医療保障制度とその課題	福岡 藤乃	71
-----------------------	-------	----

書 評

何立新著

『中国の公的年金制度改革—体制移行期の制度的・実証的分析』	沙 銀華	81
-------------------------------	------	----

Stephen P. Jenkins and John Micklewright ed.

<i>Inequality and Poverty Re-examined</i>	浦川 邦夫	86
---	-------	----

海外社会保障研究

SPRING 2010 No. 170

国立社会保障・人口問題研究所

特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ— 趣 旨

この特集は、国際連合社会開発研究所（UN Research Institute for Social Development）の「ジェンダーと開発」部門の研究プロジェクト「ケアの政治社会経済（Political and Social Economy of Care）」（2005 - 2009年実施）に基づいて編まれたものである。本プロジェクトは、高齢化やグローバル化によるケア労働者の国際移動などを契機に、実践的かつ学問的な関心がますます強まっている「ケア」（高齢者や疾病者・障害者に対する介護および子どもの保育）を主題として、従来の社会科学的分析では捉え難かった「ケア」を可視化する理論装置の提案と、実証的国際比較研究の実践とをめざしたものであった。

開発関係のプロジェクトであるため、当初の参加国は途上国のみであり、同地域から福祉基盤の比較的整った国と未整備な国とを選ぶという基準により、アルゼンチン、ニカラグア、南アフリカ、タンザニア、韓国、インドが選ばれた。実施途中から先進国も含めることになり、日本とスイスが加わった。日本チームのメンバーは、埋橋孝文、阿部彩、田宮遊子、四方理人、落合恵美子の5人であった。

本プロジェクトの理論的核心は、「ケアダイヤモンド」と呼ばれる枠組みである。ケアの供給者として「家族／世帯」「市場」「国家」「非営利（コミュニティとすることもある）」という4つのセクターを考え、それらの果たす役割のバランスによって、当該社会のケア供給の構造を描き出すものである。福祉トライアングル・福祉ダイヤモンドなどに通じる福祉レジーム論の発想が根底にある。ケアレジーム論と言ってもよい。家族などの私的な関係により供給されると考えられがちなケアが、実は多様な供給者からさまざまなかたちで供給されていることを包括的に捉えるために、この枠組みはシンプルだが有効である。家族などから無償労働として提供されるケアと、介護労働者などから有償労働として提供されるケアを、一望できるのも利点と言えよう。さらに本プロジェクトでは、ジェンダーによるケアの不平等な配分にも注目した。本プロジェクトの理論的枠組みと学説的背景については、プロジェクトリーダーであるシャラ・ラザビの論文を参照していただきたい。

本プロジェクトでは、各国チームは5本のリサーチレポートの執筆を求められた。RR1:歴史的社会的背景、RR2:家族内における無償のケア提供の生活時間分析、RR3:各国の制度的枠組みの概観、RR4:市場におけるケア労働者の分析、RR5:総括、である。RR2の生活時間分析は不可視の無償労働やケア労働を可視化する方法であり、比較の成果は本特集の阿部論文での紹介のほか、デビー・バドレンダー編で出版が予定されている。ケアダイヤモンドが明示的に論じられたのはRR3とRR5であり、RR3の概要は本特集の斎藤論文で紹介しているが、途上国のRR3は*Economy and Society*誌の特集、RR5は書籍として公刊予定である。その他、本特集には、日本チームのRR4を基にした埋橋論文、RR5を基にした落合論文を収録した。

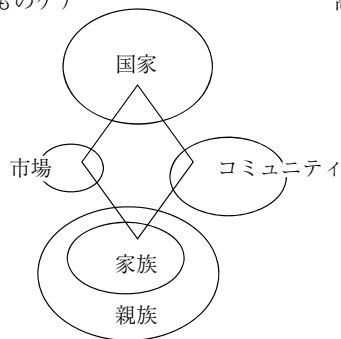
本プロジェクトを通じて、「ケアダイヤモンド」という包括的な枠組みが、社会間の比較にも、変化の分析にも、有効な手段であることが確認できた。例えば、日本チームの分析は、介護保険の導入によるケアダイヤモンドの変化を（暫定的にはあるが）描いている。また、アルゼンチンチームは、階層によってケアダイヤモンドの形状が全く異なることを示した。途上国を含め、ケアの提供体制やニーズ（例えば、

南アフリカではエイズ患者の介護が大きな社会的問題となっている)が異なる国々の比較に、ケアダイヤモンドは有効な分析手法と言えよう。

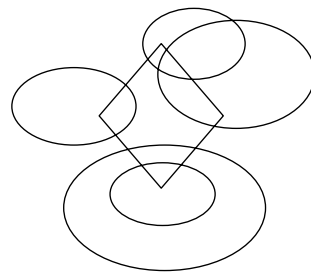
「ケアダイヤモンド」という枠組みは、当然のことながら、本プロジェクトの対象外である国々の比較にも適用することができる。一例を挙げると、図は、アジア数カ国で実施した別の調査の結果を、「ケアダイヤモンド」の枠組みで整理し直したものである。女性労働力活用政策をとる中国とシンガポールでは、子どものケアについては「国家」の役割が大きい、高齢者のケアについてはそうではないこと、シンガポールでは外国人家事労働者の雇用により「市場」の役割も大きい、中国では社区の政策的活用により「コミュニティ」の役割が拡大していることなどが示されている¹⁾。

中国のケアダイヤモンド

子どものケア

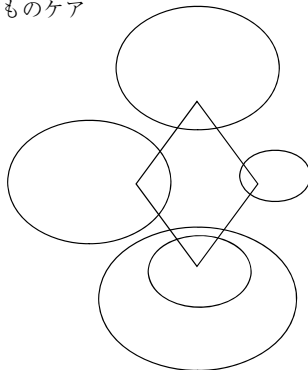


高齢者のケア

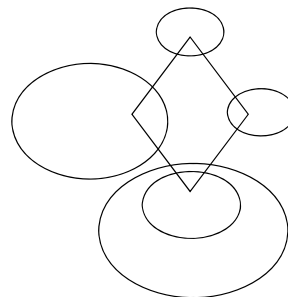


シンガポールのケアダイヤモンド

子どものケア



高齢者のケア



注

- 1) Ochiai, Emiko, 2009, "Care Diamonds and Welfare Regimes in East and South-East Asian Societies," *International Journal of Japanese Sociology*, 18: 60-78.

(落合恵美子 京都大学教授)

日本におけるケア・ダイヤモンドの再編成： 介護保険は「家族主義」を変えたか

落合 恵美子
阿部 彩 埋橋 孝文
田宮 遊子 四方 理人

■ 要約

本稿は、「ケア」という視点から日本の福祉レジームを論じるものである。本稿の特色は、「ケア」を、高齢者介護、児童保育など対象者や制度によって分断して論じるのではなく、「ケア＝家族の世話」という共通点から論ずる点にある。そして、それが家族内および市場において女性に多く担われているという観点から、社会保障制度の発展と家族主義の関係に焦点をあてる。本稿の目的は、第1に、なぜ「家族主義」が今もこれほど根強いのか、その理由を探るために、日本の社会福祉レジームの形成過程を考察することにある。第2に、社会保障制度に市場原理を導入した1990年代後半の改革や社会福祉削減が「家族主義」に及ぼした効果について検討する。その結果、改革にもかかわらず、「家族主義」が温存されていることが確認された。日本と他のアジア諸国を比較すると、他のアジア諸国では、家族主義と自由主義との結合が主流の福祉レジームとなっているが、日本ではヨーロッパ型のアプローチを採用し、市場と国家の役割を組み合わせさせた規制されたケア市場を創り出している。

■ キーワード

ケア、家族主義、福祉レジーム

はじめに

日本は経済的にも生活様式の面でも高度に発展した社会だが、ケアの提供については、「家族主義」¹⁾という多くの発展途上国と共通する構造にいまだにとらわれている。日本では昔から、子どもや高齢者、病人、あるいは障害者の世話は、多くの場合、家族が行ってきた。第2次世界大戦後、日本国は欧米に倣って、ケアサービスの提供を始めた。しかし皮肉なことに、日本が福祉元年を謳ったその矢先、オイルショックが福祉国家建設の途上にあつた日本を直撃した。そこで政府は政策の方向転換を余儀なくされ、結果として「家族主義」と男女の役割分担が再強化されることに

なった。ケア提供の基本構造は、このようにして、少なくとも20世紀の終わりまで維持されたのである。

本稿では、2つの課題を追究しようと思う。第1に、なぜ「家族主義」が今もこれほど根強いのか、その理由を探るために、日本の福祉レジームの形成過程を考察する。第2に、社会保障制度に市場原理を導入した1990年代後半の改革や福祉削減が「家族主義」に及ぼした効果について検討する。

日本では人口の高齢化が大規模かつ急速に進展しているため、本稿では子どものケアではなく高齢者のケアを主な対象とし、なかでも家族の介護負担を軽減するために2000年に導入された介護保険制度が、家族（特に女性）に及ぼす影響を及

ぼしたかを中心に考察する。介護保険制度の影響評価にあたっては、生活時間分析と、家族介護者および介護労働者へのインタビューの結果を用いる。最後に、日本のケア・ダイヤモンド（図3）が介護制度改革の前後でどのように変化したか、あるいはしなかったかについて考察する。

日本の福祉レジーム： 家族主義とワークフェア

歴史的背景

日本で福祉政策が始まったのは20世紀前半である²⁾。まず1927年に健康保険が導入され、1942年には年金制度が施行された。ほかの後発資本主義国と同様、採用されたのは、ビスマルク型社会保険制度を手本とした保険型のモデルであった。

戦後60年間の福祉の理念や計画の発展過程は、次の3期に分類できる（Uzuhashi 2009）。

- 第1期：最低生活水準の確立期（1945年～1950年代）
- 第2期：拡大期（1960年代～1970年代）
- 第3期：改革と削減の時代（1980年代～現在）

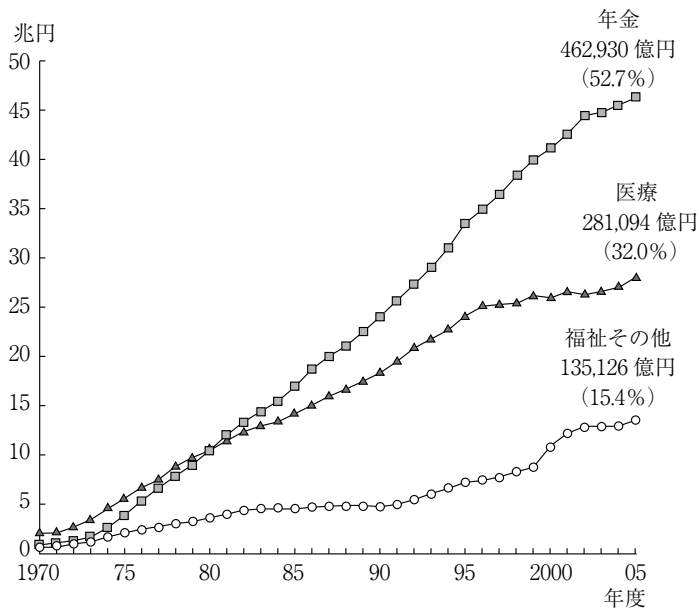
第1期には、国家はすべての国民に対し、ミーンズ・テストを行った上で最低限度の生活を保障しなければならないとする生活保護法（1946年）が施行された。この法律は、1930年代および40年代に米国で成立した社会立法および1942年の英国ババリッジ報告をモデルとしている。さらに「国民皆保険」元年といわれる1961年には、対象が農業従事者や自営業者に拡大された。だが、扶養されている無職の配偶者（主に主婦）や学生は国民年金の強制加入対象外で、加入は任意であった。

1960年代の高度成長期には経済成長が優先され、社会政策や社会福祉は後まわしとされた（Campbell 1992）。日本の政策立案者たちは、完全

雇用が達成されればその他の福祉機能は不要だと考えたのである（「ワークフェア」）。この傾向は70年代から80年代前半にかけて他の東アジア諸国（韓国、台湾、シンガポール、香港等）でも見られた。家族や個人のニーズを満たすには既存の福祉制度では不十分だと日本政府がようやく考えたのは、大幅な経済成長を達成した60年代後半から70年代前半にかけてであった。そして「福祉元年」といわれる1973年、医療保険の自己負担分の引き下げと、年金給付額の引き上げが行われた。

しかし皮肉なことに「福祉元年」は、オイルショックの年にあたり、政府は福祉負担の削減を同時に目指さねばならなくなった。1970年代後半以降の社会政策は、いわゆる「日本型福祉社会」の考え方に基づいて再構築されることとなった。そこで重視されたのは、自助と家族や地域社会による相互扶助であるが、これを可能としたのは高い個人貯蓄率と企業の手厚い手当だった（Goodman and Peng 1997；Ochiai 2007）。日本政府は福祉「国家」ではなく福祉「社会」を推進して、一部の西欧福祉国家に重くのしかかるようになった財政負担を免れようとしたのである。こうして「ワークフェア」と「家族主義」は、日本型福祉レジームを特徴づけるものとなった。そしてヨーロッパより長く保たれた人口学的好条件（いわゆる人口ボーナス）とそれに支えられた経済的繁栄によって、この制度は受け継がれ維持された。

しかしそれも長くは続かなかった。1991～2年のバブル崩壊とともに、日本は新しい時代に入突する。したがって第3期（改革と削減の時代）は、バブルの前と後の2つの時期に再区分されるべきだろう。1990年代には失業率が上昇し³⁾、「ワークフェア」が維持できなくなり、自前でセーフティネットを用意することが家族に求められるようになった。しかし家族の構造やサポート機能はすでに変化しており、新たな重い負担は多くの家族にとっての問題となった⁴⁾。



出典：国立社会保障・人口問題研究所, 「平成17年度社会保障給付費」(2005)

図1 社会保障支出の内訳 (1970年～2005年)

社会保障とGDP

日本の公的社会保障支出の対GDP比は、まだ多くの欧州諸国よりは低かったものの(国立社会保障・人口問題研究所 2005)、2004年に25.7%と20年前から倍増した。医療、年金、福祉その他(生活保護、児童手当、社会福祉サービスなど)の3種類の社会保障費をみると、1980年までは医療費が支出の一番大きな割合を占めていたが、1981年以降は年金支出の伸びがほかの2種類を上回るようになった。一方で、福祉その他の割合は非常に低い(図1)。つまり、日本の社会政策は、国民皆保険(年金と医療)をベースに、それによりはるかに少ない公的扶助や社会福祉サービスを上乗せしたという基本構造になっている。

性別役割の固定化

1961年にいわゆる国民皆保険が導入された際、

主婦はその対象から外されていた。これが変更されたのは1986年に国民年金保険(NPI)制度が改革され、男性だけではなく女性も個人として年金に加入できるようになってからである。このような前進があったにもかかわらず、女性の大部分は夫が厚生年金保険(EPI)に加入している主婦であり、夫の「被扶養者」として厚生年金保険と健康保険(EHI)が適用されていた。その結果、「皆保険」とはいいながらも、男性を稼ぎ手とするモデルが概ね基本とされたのである。

この仕組みは多くの問題を引き起こした。ひとつは、女性間の不公平という問題である。日本の税・社会保障制度では、ある人の年収が103万円を超えると、税制上の扶養者から外れ、130万円を超えると厚生年金保険、健康保険の被扶養配偶者対象外となり、本人が保険料を負担することとなる。つまり既婚の有職女性は自ら保険料を支払わねばならないが、夫が厚生年金保険に加入してい

る（会社に雇用されていることを通じて）主婦は保険料を納めなくても年金を受け取ることができる。これでは有職女性にペナルティを課したようなものである。第2に、自営業者である男性には国民年金保険が適用されるが、その配偶者で主婦である女性は、夫とは別に国民年金制度に加入して、自ら保険料を支払わねばならない。これらの制度はあきらかに、夫が厚生年金保険に加入している女性が主婦となる（主婦であり続ける）、あるいは有職の場合も非常勤または非正規の仕事に就いて年収を130万円未満に抑えるインセンティブとして働く。従ってこの制度は、保険料の納入者の数を減らし、財政問題を悪化させることにもなる。

ジェンダーの観点からみると、日本型福祉レジームは依然、「男性は稼ぎ手、女性はケアの担い手」というモデルを基本としている（居神 2003）。税制も社会保障制度もいまだにこうした世帯を、共働き世帯と比べて優遇している。つまり社会保障制度自体が「男性稼ぎ手」モデルと性別による労働市場の分化を固定化しているのだ⁵⁾。同様にこれが、「家族主義」および家族のケアの担い手という女性の役割を固定化してきたのである。

1986年の年金改革は、日本がまだ経済的繁栄を謳歌し、「日本型福祉社会」が強力に推進された時代に導入されたことを思い出しておこう。この好条件が持続すると過信した日本政府は、当時の欧州諸国とは正反対のジェンダー政策を選択した。そして「ワークフェア」と「家族主義」という時代遅れの組み合わせを、この時期の制度改革によって再強化した。その結果、男女の役割は固定化し、女性にはケアの担い手および融通のきく安価な労働者という二重の役割によって、家族福祉と経済の双方に奉仕する存在とされた。では、「ワークフェア」と「家族主義」という前提が崩れた次の時代に、この制度はどのように変更されたのかをこれから見ていこう。

介護保険制度の導入

介護保険制度導入以前

1980年以降、日本では公的年金の給付削減と所得補償制度の後退がみられた。しかしこの間に政府は、急激な高齢化の進展に対応すべく、新たな介護政策を導入した⁶⁾。その結果、要介護度が高く、かつ、低所得で低資産、また介護を担う同居家族がいない単身高齢者などは、ミーンズ・テストを経た上で、無料または低額な費用で介護サービスを受けることができるようになった。費用は一般予算から拠出され、高齢者ケアを提供するのは公的施設、資格の認定を行うのは市町村であった。しかしその反面、日々医療を必要とするわけではないにも拘らず、前述の公的介護サービスの受給資格にあてはまらないために、病院に長期入院を続ける高齢者が多数存在した。彼らが受けるサービスは医療保険の対象とされたため、このいわゆる「社会的入院」は大きな財政問題となった。

2000年、政府は介護保険制度を導入した。この制度は、高齢者介護を国民全員で支える「ケアの社会化」を目的としたものだ。しかし、実際に介護保険導入の原動力となったのは、社会からの圧力というより、むしろ財政負担の問題だった。高齢者の介護を措置制度から社会保険（介護保険）へと移行させることにより、公的支出を減らしつつ、高齢者介護サービスの利用範囲を拡大することをめざしたのである。政府の目的は、1) 保険料の徴収を通じて歳入を増やす、2) ケアサービス利用に自己負担金を導入して需要を抑制する、3) 介護市場に競争原理を導入して（すなわち民間業者の参入促進により）公的支出を減らしつつサービスを充実させることにあった。これにより日本は、オランダ（1962年）とドイツ（1995年）に次いで、世界で3番目に社会保険方式の介護サービス提供制度を導入した国となった。

介護保険の概要

介護保険は、この国の公的年金や公的健康保険制度と同じような制度である。40歳以上の国民は、介護が必要であるか否かにかかわらず、全員が介護保険に加入しなくてはならない⁷⁾。保険料は給付の受給の有無にかかわらず支払わねばならない。2006年4月現在の加入者は、65歳以上が約2400万人、40～64歳が約4300万人である。介護保険の財源は、保険料、公費、利用者の自己負担金から構成される。

介護保険制度では、在宅（訪問とデイサービスを含む）と施設の2種類のケアサービスが設けられている（表1参照）。しかし、介護保険の基本理念である「ケアの社会化」の目的は、施設における高齢者ケアを増やすことではない。逆に、社会的・財政的理由から、在宅ケアが奨励されている。

保険加入者が65歳になると（第1号被保険者）、市町村から要介護の認定を受けた上で、実際にかかるより安い費用でサービスを利用できるようになる。利用できるサービスの上限額は、要介護度に応じて決定される。市町村が任命するケアマネジャーが、要介護者が利用するケアの組み合わせを決定し、それに基づいて営利・非営利の提供事業者からケアサービスを「購入」する。ケアの種類や提供事業者は自由に選ぶことができ、かかる費用の90%が保険で支払われる（つまり加入者の自己負担分は10%となる）⁸⁾ 施設ケアを利用した場合の10%の自己負担金は平均して月額約8万円（厚生労働省 2007a）だが、比較のためにパートタイムで働く女性の月収を上げると約9万円に満たない。介護保険制度は、表面上は手厚い制度のようにみえるが、自己負担金の額は多くの人にとって支払える限度をしばしば上回っている。

ケアサービスの提供者：規制されたケア市場

介護保険制度の導入後、一部の農村部などでは短期間、制度のもとで受けられるべきサービスが

受けられないという問題があった。供給が追いつかなかったのである。しかしその後、介護保険の総費用は2000年の3.6兆円から2008年の7.2兆円へと急増し（厚生統計協会 2009、p. 98）、それと並行してケアの市場も成長した。

2000年から2006年にかけては、在宅ケア利用の大幅増を反映して、訪問ケアとデイサービスの提供業者の数が2倍以上に増えた（厚生統計協会 2009、p. 79）。在宅サービスを提供事業者の多くは非営利団体で、社会福祉法人（2006年は30.6%）、医療法人（21.2%）、さらには社会的企業（3.8%）、協同組合（3.5%）が含まれる。これらの非営利団体は、税制上などの優遇措置を受けている。他方、全体の約3分の1は民間の営利企業によって運営されている。県や市町村などが直接運営している団体は3%未満にすぎない（厚生労働省 2006b）。高齢者の施設ケアも公的・民間団体によって提供されているが、県や市町村などが運営している団体の比率が高い。政府の規制が厳しいため、施設ケアの営利事業者の数はあまり増えず、そのため在宅ケア提供事業者の数よりはるかに少なくなっている（厚生労働省 2006b）。

しかし受益者の観点からすると、ケア市場全体が大きく規制されているため、サービス提供事業者が公的機関か民間企業かは、あまり問題にはならない。ケアの基準や介護保険で支払われるサービスの料金は政府が定めており、それによってほぼすべての〈公的〉ケアサービスが提供されるからだ。その縛りがあるために、民間のサービス提供事業者も介護保険の中にある限り、料金を自由に設定することはできない。介護保険制度はケアサービスの巨大な市場を創り出したが、それは厳しく規制された市場なのである。

政府財政支出への影響とその後の改革

介護保険は、高齢者ケアの公的支出の削減を主な目的としていた。だが間もなく、当初予定して

いた財源では介護提供のコストを賄えないことが明らかとなった。介護サービス利用者の数は、2000年9月の149万人（内訳は施設ケアが52万人、在宅が97万人）から2005年4月には329万人（施設78万人、在宅251万人）に増えた（Abe 2009）。財政支出もまた、2001年の3.8兆円から2008年には7.4兆円に増加した（国立社会保障・人口問題研究所 2009b）。高齢者健康保険と社会福祉（高齢者福祉を含む）の財政支出の増加は2001年以降、抑制されたが、介護保険支出は、その節約分を上回って増加したのである（図2参照）。

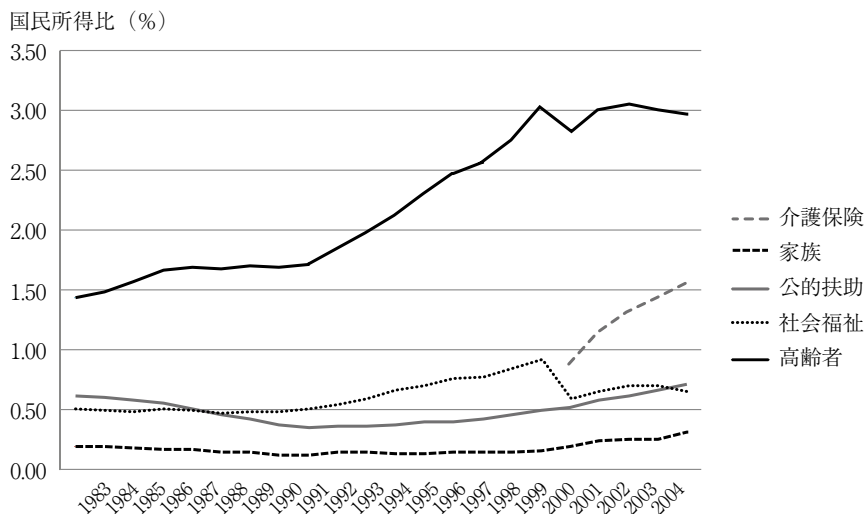
そこで財政難のなか、介護保険制度の見直しが行われ、制度導入から5年目の2005年に一部が改正された。たとえば、介護保険を通じてケアサービスを受けるための要介護度の下限が引き上げられ、介護施設においては施設ケアへの需要を抑制するために食事代と住居費（いわゆる「ホテル・コスト」）が徴収されるようになった。むしろ在宅ケアを増やそうとしていた政策立案者たちは、施設ケアのこのような需要増を予想していなかったのである。

介護保険の家族への影響

ケアサービスの利用者

2005年、日本の65歳以上人口は25,672,005人で、総人口の20.1%を占めていた。その内訳は男性が10,874,599人、女性が14,797,406人である（国立社会保障・人口問題研究所 2009a：表2-2）。前述のように、介護保険が導入された2000年から2005年にかけて、ケアの利用者が2倍以上に増えたことは（Abe 2009）、高齢者ケアの拡充が急務であることを物語っていた。ケアを必要とする人の3分の2近くは女性で、その大部分（2004年に84.2%）は高齢者であった（厚生労働省 2007b）。

要介護者、特に要介護度の高い人の多くは施設に入所している。要介護の高齢者（介護を必要とする度合いに応じて要介護度1から5に分類される）のうち、2006年の施設ケア利用者数は合計78万人で（Abe 2009、厚生労働省 2007b、表1を参照のこと）、介護度別の施設利用者の割合は、要介護1が7.0%、要介護2が15.5%、要介護3が31.1%、要介護4が49.3%および要介護5が60.4%だった



出典：国立社会保障・人口問題研究所（ホームページ，2009）

図2 部門別公的社会的支出（国民所得比）

(Uzuhashi 2010、厚生労働省、2007a)。つまり、施設入所者は要介護者の17%で、残りは在宅でケアを受けていることとなる (Abe 2009)。

介護保険制度の導入後も、在宅高齢者の介護はおおむね、家族によって提供されていた。2004年の調査によると、介護の主な担い手は配偶者(28.0%)、子ども(25.4%)、および子どもの配偶

者(18.1%)だった。職業的介護労働者(ケアワーカー)から介護を提供されている割合は9.9%にすぎず、これは一人暮らしで介護を必要としている人の割合(17.5%)より少ない。つまり一人暮らしの場合でさえ、離れて暮らしている家族が必要に応じて介護しているのである。介護の提供者は圧倒的に女性が多く(71.8%)、その多くはすでに高

表1 ケアサービスの利用者、従事者、事業所・施設数 (2006年)

	(9月) 利用者	2006年 (10月) 従事者	(10月) 事業者
居宅ケアサービス (訪問系)			
訪問介護	1,042,347	176,527	20,948
訪問入浴介護	62,412	9,580	2,245
訪問看護	291,907	27,015	5,470
(通所系)			
通所介護(デイケア)	1,105,211	177,094	19,409
通所リハビリテーション	466,745	57,513	6,278
介護老人保健施設	273,523	31,689	3,288
医療施設	193,222	25,824	2,990
(その他)			
介護予防短期入所生活介護(ショートステイ)	227,990	97,550	6,664
介護予防短期入所療養介護(ショートステイ リハビリテーションサービス)	59,028	-	5,437
介護老人保健施設	53,592	-	3,340
医療施設	5,436	-	2,097
特定施設入居者生活介護	73,313	41,422	1,941
福祉用具貸与	726,948	-	6,051
地域密着型サービス			
夜間対応訪問介護	51		
認知症対応通所介護(デイケア)	37,017		
小規模多機能型居宅介護	1,643		
認知症対応共同生活介護(グループホーム)	116,749	101,917	8,350
特定施設	396		
介護老人福祉施設	878		
在宅介護管理	1,889,213	71,488	27,571
介護保険施設			
介護老人福祉施設	392,547	240,683	5,716
介護老人保健施設	280,589	176,170	3,391
介護療養型医療施設	111,099	90,941	2,929

出典：厚生労働省、「平成18年介護サービス施設事業所調査」(2006)

厚生労働省、「平成18年社会福祉施設調査」(2007)

注：従事者の数は、常勤換算従事者総数である。

齢が高齢に近い、「老老介護」の現象が生じている。家族介護者の内訳は、50代が29.1%、60代が26.9%、そして70代以上が26.2%である（厚生労働省 2006a）。

多くの場合、家族介護者は1日数時間、あるいは1週間に数日、介護労働者の支援を受けている。1か月あたりの在宅介護サービスの利用者数は、2000年の123.6万人から2007年には262.5万人へと急増したが、一方で施設ケアサービスの利用者は、2000年の60.4万人から2007年の81.9万人へと増加は緩やかである（厚生労働省、2007a）。この数字からも、施設ではなく在宅ケアサービスの利用が奨励されているのは明らかである。

表1に、2006年のケアの利用者、介護労働者（従事者）、提供事業者の内訳を示した。在宅で受けることのできる介護サービスには、自宅への訪問サービスと、自宅以外の施設に通って受ける通所サービス（デイケア、ショートステイなど）がある（厚生労働省 2006b）。表1には2006年の施設入所者数も示した。世帯の種類によるケアサービス利用パターンの違いをみると、単身世帯は訪問サービス、世帯規模の大きい三世帯世帯などはデイケアサービスを多く利用する傾向にある（厚生労働省 2007b）。

介護保険導入の家族介護者への影響

本稿の目的は、介護保険制度が日本の介護現場に及ぼした影響を及ぼしたか、そして「家族主義」から脱却した新たな介護システムを構築する上でこの制度は役立ったのか、を検討することにある。そのために、総務省が5年ごとに実施している「社会生活基本調査」の1991年（平成3年）、1996年（平成8年）、2001年（平成13年）および2006年（平成18年）のデータを用いて、家族が高齢者の親族のケアに費やす時間の分析を試みた^{9）、10）}。

2000年に介護保険制度が導入されたにもかかわらず、家庭内でケアを提供する人の比率は、女性

の場合は1991年の4.7%から2006年の6.0%へ、男性は1991年の2.3%から2006年の3.8%へと、男女とも増加した。原因の1つは、すでに述べた人口の高齢化だと思われる。いずれの年も、介護者の割合は男性よりも女性の方が高かった。介護者の自宅以外（すなわち介護される人の自宅など）においてケアを提供する人の割合を2001年と2006年のデータで比較すると、男性も（36.7%から39.0%へ）、女性も（36.4%から39.6%へ）いずれも増加しているが、どちらの場合もそれ以外は、つまり男女とも60%以上は自分の家でケアを提供している。同居している成人の子や孫が介護の主な責任を担うことを原則とする直系家族制度は、変化の兆しはあるものの、まだ強く機能している。

介護保険制度は、家族が介護に費やす時間に影響したのだろうか。女性が高齢の家族の介護に費やす時間は、1991年の1日72分から2006年の60分に確かに減少している。しかも73分から62分へと大きく減少したのは1996年から2001年にかけてである。これは介護保険制度が2000年に導入されたことを考えると、注目すべき変化である。反面、男性が介護に費やす時間は、1991年から2006年にかけて1日29分から31分へと若干増えた。従って介護保険制度の導入は、家族の介護に費やす時間を軽減する上で、少なくとも女性にとっては役立ったといえる。

介護保険制度の影響をさらに詳しく分析するために、保険の給付対象となる介護支援の「利用の有無」が、家族が介護に費やす時間にどう影響するかをみてみよう。全体で見ると、介護支援の利用者の比率は、2001年から2006年にかけて男女とも増加している（女性は31.9%から38.7%へ、男性は35.9%から42.3%へ）。そしていずれの年も、利用者の比率は女性よりも男性の方が高い。一見すると皮肉なことに、男女とも、介護支援の利用者の方が利用していない人よりも介護に時間を多く費やしているが、これは介護ニーズの高い、しか

も費用を支払う余裕がある家族のみが、介護サービスを利用しているということだろう。

興味深いことに、介護支援サービス利用の家族に及ぼす影響は、男性と女性とで異なる。2001年から2006年に、サービスを利用している女性が介護に費やす時間は1日85分から76分へと大きく減ったが、利用していない女性ではほとんど変化はみられなかった(1日54分から53分へ)。一方で男性は、支援サービス利用の有無にかかわらず、介護にかかわる時間が若干増えた。

つまり、介護保険制度の導入により、要介護度の高い高齢者を介護している女性家族員にとっては負担が軽減された。しかし急激な高齢化により、家族にのしかかる介護の負担は全体として増大し、男性や同居していない家族・親族も介護にかかわるようになったのである。

家族介護者へのインタビュー

統計分析は、介護保険制度の影響を検討するための1つの方法であるが、それだけでは家族の心理的・身体的介護負担を軽減する上で、制度がどの程度役立っているかを十分に明らかにできない。したがって、家族介護者自身の声にも耳を傾ける必要がある。

介護保険制度の導入直後から、この制度が介護者の生活にどう影響したか、マスコミがしばしば報道するようになった。その中には、制度の劇的な効果を伝える報道も多かった。たとえば西日本新聞は2001年、次のような内容の記事を掲載している。「1998年以来、吉田さん(68)は右半身麻痺の夫(73)を自宅で介護している。週一回、下着姿にエプロンを付け、びしょぬれになりながら夫の入浴を介助していた。介護保険制度の導入後、入浴のための身体介護を受けるようになり、妻の心身の負担感は一気に薄らいだ。今、夫は週二日のデイケアを楽しんでいる。」

その後、家族介護者はどうなっただろうか。筆

者らと学生からなる研究グループではアルツハイマー病患者を介護する家族の自助グループに属する女性4名、男性4名にインタビューした。その多くは自身も高齢者である(60代2名、70代3名、男性1名は80代)¹¹⁾。

インタビュー対象者はいずれも、介護に長い時間を費やすと答えた。実際、家族を自宅で介護している場合、介護が生活の中心となり、その他の事に費やす生活時間が限られてしまう。特に夜間介護があるので、介護に費やす時間は非常に長くなる。インタビューでは全員が、夜間介護のため、慢性的な睡眠不足に悩まされていると答えた。眠っているわずかな時間でさえ、異変にすぐ気がつくようにしていなければならない。したがって、「患者」がデイサービス(週に数回)、またはショートステイ(月に数回)に行っている時間以外は、ホームヘルパー(介護保険制度に基づき訪問介護を行う)が自宅に派遣されて働いている間も含めて、家族介護者の生活は介護のために費やされる。このように在宅介護の場合、外部のケアサービスは補助的なものにすぎず、責任はすべて家族の肩にかかってくる。

外部のサービスの利用は、家族によってまちまちである。もっともよく利用されているサービスはデイケアで、次いで訪問サービスだった。料金が高いため、その間ゆっくり眠ることができる「ショートステイ」のサービスを利用している家族介護者は少なかった。インタビューの中で介護の金銭的負担がとても心配だと言う人は多かった。自己負担金や介護保険でカバーされない費用を含めた、1か月の介護費用は、4万円から8万円であった。比較のために上げれば、2006年(平成18年)の国民年金保険の平均支給額は、月額55,196円(厚生統計協会2008)にすぎない。介護を受けている人の心身の状況や利用する介護の種類によっては、さらにその他に医療費、交通費などの費用もかかる。ある家族は1か月に30万円も支払って

いたが、その中には介護保険の対象とはならない家政婦や夜間介護の費用が含まれていた¹²⁾。

さらに介護のために、家族介護者の多く（女性3名と男性3名）は、自分の仕事の時間を減らしたり、仕事を辞めたりせざるをえず、それによる収入減を経験していた。重い障害のある家族の介護は、家族にとって大きな経済的負担を伴うものである。インタビュー対象者の中には、グループホームなどの介護施設の利用を検討したものの、それらは費用が高すぎたのであきらめた人もいた。このように、経済的な理由から、しかたなく施設介護ではなく在宅介護を選んだ人もいる。

将来、自分自身はどのような介護を受けたいかという質問には、全員が家族には介護されたくないと答えた。家族介護の大変さがわかっているので、子どもやほかの家族の「負担」になりたくない、と言うのである。

介護保険制度をいかに改善するかについては、2つの意見に分かれた。一部の家族介護者は、費用がかかるとしても、新たな、もしくはより便利なサービスを望むと答えた。一方、経済的な余裕のない人は、料金の削減を望むと答えた。全員が、費用や介護する自分自身の体力が心配だと述べたが、家族の状況によって意見や心配事の内容はさまざまだった。

所得レベルによって相反する効果

高齢者ケアの負担軽減を目的として導入されたはずの介護保険制度が、逆に低所得者には負担増になっているという問題は、よく指摘される。この制度は、一部の社会サービスや社会的入院に替わるものとして導入された。それまで多くの市町村は、現在この保険の給付対象となっているサービスの一部を、無料または少ない負担で提供していた。だが、介護保険制度が導入されることにより、保険料と自己負担金を支払わなくてはならなくなり、その金額は加入者の所得レベルに応じて

設定されたものの、多くの低所得高齢者にとっては負担が重すぎることが明らかとなった。その対策として、多くの市町村が、低所得者を対象とした保険料免除制度を導入した。介護保険はあくまでも保険の制度であり、免除などの措置は保険制度としての介護保険の基本的性格を脅かすと厚生労働省が主張したにもかかわらず、である。

多くの報告書は、介護保険制度によって提供されるケアの量は増えたものの、「国家」が提供するケアの総量、特に介護保険導入以前に社会サービスを受けていた要介護度の高い人々に対するケアは実際には減少した、と指摘している。その理由は、1) 介護保険制度が、要介護度に応じて、利用者が受けることのできるケアの量に上限を設けた、2) すべてのサービスについて10%の自己負担金を設定し、これは一見、大した負担ではないようだが、低所得高齢者にとっては過重な負担となりえる、などである。この自己負担により、切り詰めた生活をしている人の中には、本来なら受けられるべきサービスを辞退するという「選択」をする場合も出てきた。どの所得層に含まれるかによって、要介護度により設定された上限額のどれだけ近くまで制度を利用できるかには、大きな差が存在する¹³⁾。

したがって介護保険制度は、日本の誰にも等しい影響を及ぼしたわけではない。より広範囲の人々がケアサービスを受けられるようになった一方で、低所得者にはかえって利用可能性を狭めてしまった。この矛盾を、けっして見過ごしてはならない。

規制されたケア市場における介護労働者

介護労働者とは

日本では、介護保険制度のもとで雇用されている人々が、事実上唯一の介護労働者である。一般に家事労働者の雇用が行われていないからであ

る。家政婦を雇うという慣行は、高度経済成長の中でほぼ消滅し、今では雇うのに高額な費用がかかる。また日本の入国管理法は単純労働者の受け入れを認めていないため、外国人の家事労働者を雇用することはできない。これは現在の世界において珍しい状況だということに注意を喚起しておきたい。医療・介護施設における外国人看護師・介護福祉士の受け入れは、インドネシアとフィリピンとの経済連携協定（EPA）に基づいて始まったばかりである（安里 2009；Asato 2010）。

介護保険制度のもとで雇用される介護労働者は、主に次の2つのカテゴリーに分類される。

- (1) 利用者の自宅において訪問ケアサービスを提供するホームヘルパー
- (2) 介護施設または、デイケアセンターなどの通所サービスを提供する施設における介護労働者

2006年のホームヘルパー数は167,141人、施設介護労働者数は672,028人（介護労働者総数に占める割合はそれぞれ24.8%と75.1%）であった（厚生労働省2007b）¹⁴。「平成19年介護労働の現状」（財団法人介護労働安定センター、2008）によると、ホームヘルパーの83.1%、施設介護労働者の70.7%は女性で占められている。平均年齢は、ホームヘルパーが49.8歳、施設介護労働者が39.8歳である。正社員の比率は、ホームヘルパーが15.6%、施設介護労働者57.4%となっている（Uzhashi 2010）。つまり、介護労働を担っているのは一般的に女性が多く、パートタイム雇用者の比率も高いが、ホームヘルパーよりは施設介護労働者の方が男性や正社員の比率が高い、といえる。

介護労働者の低賃金問題と「家族主義」

介護労働者全体の1か月の平均賃金は160,753円だが、カテゴリー別に見るとホームヘルパーは88,994円、施設介護労働者は168,255円であり、その他の職業の平均賃金を大幅に下回っている。

2007年9月現在、正社員である介護労働者の平均月収は221,248円だが、これは全職種平均の80%程度にとどまっている（Uzhashi 2010）。しかし、介護労働者の大部分はパートタイムであるため、実際の平均収入はそれよりさらに低い。ホームヘルパーの82.1%は、賃金を時給で支払われる非正規雇用であり、平均月収は72,428円にすぎない。さらに、女性介護労働者の平均賃金は男性介護労働者の70%に過ぎない（財団法人介護労働安定センター、2008）。

前述のとおり、日本の社会保障制度においては多くの女性が夫の扶養者として扱われるため、既婚女性は年収を制限することが多い。この制度は、安い労働力を介護市場に提供していくためにも利用されているのである。女性介護労働者の著しく低い賃金には、介護労働者の賃金レベルが一般的に低いという男性と共通の問題と、「家族主義」による女性の低賃金という問題が、複合的に作用している。「家族主義」のもとでは、高齢の家族や親族の介護を身内の女性が無報酬で担うものだと考えられている。低賃金の介護労働者は、それと同じ役割を担わされている。介護保険制度は、家族の介護負担を軽減して「家族主義」に挑戦するために設計されたはずだったが、実際には、その構造を再生産することになってしまっているのである。

介護市場における労働力不足の原因

近年、介護労働市場では深刻な労働力不足が生じている。2008年、介護事業者全体の59.7%が「人手が不足している」、そして80%が「ホームヘルパーの雇用が困難である」と報告している。労働力不足に加えて、離職率の高さも問題を悪化させている。介護労働者の1つの事業所における平均勤続年数は3.1年（ホームヘルパーは3.2年、施設介護労働者は2.8年）であった（財団法人介護労働安定センター 2008）。

私たちの研究グループが実施したインタビュー調査で得た回答によれば¹⁵⁾、介護職が敬遠される、あるいは離職率が高い理由の1つは、労働条件の厳しさである。特に介護施設の正規職員の場合、残業を強制された上に残業代が支払われないことも多い。法律上は有給休暇制度があるものの、慢性的人手不足のために、権利を行使して有給休暇を消化できる施設介護労働者はまずいない。

ホームヘルパーの場合は、さらに大きな問題として、介護する相手との人間関係に起因する仕事上のストレスを挙げる。特に介護相手と1対1で向き合わねばならない場合には深刻だ。「死にたいと繰り返すのを聞かされたり、毎日グチに耳を傾けたりするのは、仕事とはいえ、とても疲れます」とあるヘルパーはいう。また別のヘルパーも、「『お前はバカだ、死ね、二度と来るな』などという暴言を聞かされると、相手は病気で悪気はないのだと後になって気が付くものの、本当に嫌になります」と言う。介護の現場ではセクハラは大きな問題とは言われていないが、起こるとすれば介護施設よりも閉ざされた環境の個人宅の方が深刻だろう。

介護労働者の数を増やして慢性的人手不足を解消するためには、賃金を上げて、労働条件を改善する方策を検討しなければならない。日本の介

護市場に労働力不足と低所得という矛盾が存在するのは、政府によって市場が厳しく規制されているからである。実際、介護労働者の低賃金は、通常の「需要と供給」のメカニズムが働く労働市場の結果ではなく、介護保険制度により設定されたものだ。介護の仕事を担うのは圧倒的に女性が多かろうという前提のもとに、このような低水準の賃金が設定されているのではないかと疑われる。

結論：日本の高齢者介護におけるケア・ダイヤモンドの再編成

介護保険導入前後のケア・ダイヤモンド

図3に介護保険制度導入前後の、日本の高齢者ケアの構造を示した。制度導入以前は介護の大半を家族が担っており、国家は要介護度の高い低所得者に限られた援助をするのみであった。以前はアッパーミドル層であれば介護のために家政婦を雇うことができたが、この慣習も1960年代にはほぼ消滅した。介護の大半を家族が自宅で行っていったため、市場の役割も小さかった。介護保険制度の導入後、日本の高齢者ケアの構造は、国家と市場の役割が著しく大きいものへと変化した。現在、以前よりも幅広い層の人々が国家に援助を求めることができ、そして実際に求めており、国家

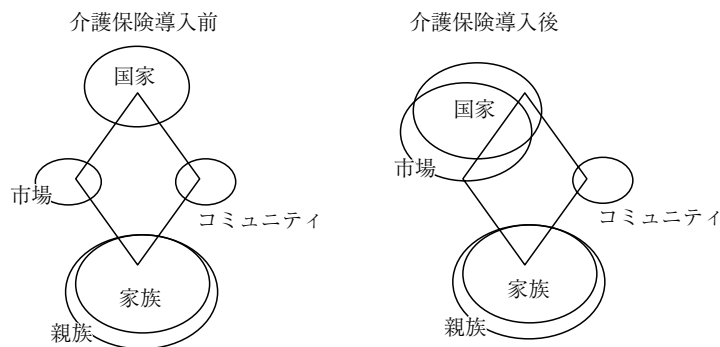


図3 日本の高齢者ケア・ダイヤモンド

がケアサービス提供の責任を負うという考え方も、広く受け入れつつある。

国家と市場の重複

介護保険制度導入後の新たな高齢者介護のケア・ダイヤモンドは、国家と市場がほぼ重なり合っているのが特徴である。高齢者ケアの責任は国家にあると事実上認められているものの、国家による実際のケアサービスの「提供」は増えていない。さらにサービス購入に自己負担を含めることで、市場的な機能はさらに強調され、利用者の所得レベルによって制度の効果を違ったものとする原因となった。介護保険制度によって公的な支援を受けるケアサービスを全国民が利用できるようにはなったが、介護ニーズの高い低所得者は以前の権利を失い、新たに課せられる自己負担金を支払えないために、ケアサービスの利用をあきらめざるをえない状況にある。

さらに、介護保険制度が作り出す規制された市場は、介護労働者の賃金と労働条件を低い水準に留め置くことになっている。介護労働者の賃金は国家が決めるため、深刻な労働力不足にもかかわらず、事業者は賃金を上げて人材を集めることもできない。介護労働に関しては「自由市場」が低賃金問題を解決するわけでないことはよく知られているが、かといって国家のコントロールによって解決されるわけでもないようだ。

根強い「家族主義」とジェンダー不平等

生活時間調査の分析では、要介護度の高い高齢者を抱える家族への負担が介護保険制度によって軽減されたことが示された。しかし介護給付の上限を設定し、また自己負担金を設けたため、特に低所得者の場合は依然として家族がケアの大部分を引き受けている状況にある。実際、介護保険制度のもとで提供される在宅ケアサービスは、主な介護の担い手が依然として家族であるため、家族

による介護を補完するものにすぎない。したがって、在宅ケアの推進という介護保険の戦略は、「ケアの社会化」という最終目標とは矛盾したものとなった。制度は実際には「家族主義」を温存しているのである。

ケアの現場ではジェンダーの不平等が根強い。介護への男性の関与も少しは増えているものの、家族介護者の大部分は女性である。女性は労働市場において不利な立場に置かれており、フルタイムのケアワーカーを雇ったり、高齢の親族を介護施設に入所させたりするのに十分な賃金を得ている女性はほとんどいない。それよりはむしろ、仕事を辞めて自らフルタイムで無給の介護者になる女性の方が多い。

女性の介護労働者、とくにホームヘルパーは同じように不利な状況に置かれている。彼女たちの賃金は他のケア従事者と比べても低い。そしてその多くは夫の扶養者とみなされる非正規労働者であるため、自分自身は健康保険その他の社会サービスの恩恵を受けていない。女性介護労働者の低賃金は、介護労働者一般の低賃金と日本の「家族主義」の双方の産物なのである¹⁶⁾。

介護保険の評価

介護保険制度は、国家と市場の働きを組み合わせ、ケアの社会化を実現するために設計された。そして保険を通じて給付されるケアサービスを利用した在宅介護を推進した。実際に介護保険制度により日本の高齢者に提供されるケアの総量は増加し、介護を担う家族にかかる重い負担がある程度は軽減した。だがこの制度は、「家族主義」的な介護構造を根本から変革することはできなかった。家族の中で、そして市場において、介護をめぐるジェンダー不平等は再生産されている。「家族主義」とジェンダー不平等が介護保険の制度自体に組み込まれ、制度を支えているとすら言えるのではなからうか。

介護保険制度によるケア・サービス提供の問題点を改善するためには、市場の機能を、少なくとも経済的に恵まれない層の人々に影響する部分について、コントロールすべきである。それに加えて、施設ケアの公的提供をもっと重視すべきである。施設における包括的なケアの提供こそが、家族の介護負担の大きな軽減につながるからだ。介護保険制度の枠組みでは在宅ケアが推進されたにもかかわらず、施設ケアへの需要は減らず、公的な介護施設への入所を希望する待機者の数が減る兆しはない。できるだけ長く自宅で暮らしたいと希望する人は多いものの、誰も自分の子どもや家族を犠牲にしてまでそれを望んでいるわけではない。

グローバルな文脈における日本

急速な高齢化によってもはや維持不可能となった「家族主義」的な制度の修正に向けて、日本は遅いスタートを切った。日本の経験は、成功も失敗も含めて、他の「遅れてきた国々」の参考となるかもしれない。しかしながらその半面、日本の歩んだ道りは独特なものだった。他のアジア諸社会はすでに、外国人労働者をケアワーカーとして受け入れて、施設介護から在宅介護まで各種のケア提供における市場の役割を拡大している（たとえばLan 2006を参照）。アジアでは家族主義と自由主義との結合が、主流の福祉レジームとなっているのだ（Ochiai 2009；Ochiai and Molony 2008；Asato 2010）。日本はこれとは対照的に、ヨーロッパ型のアプローチを採用し、市場と国家の役割を組み合わせさせた規制されたケア市場を創り出した。

しかし、皮肉な見方をすれば、日本では女性の介護労働者や無報酬の女性家族介護者が、ほかの国々における外国人労働者と同じような役割を果たしているとも言える。根本的な問題は、ケアを必要とする人が、そのための十分な支払いをする資力があるとは限らないということだ。介護労働

者が自国の女性であれ、移民女性であれ、彼らにしかるべき賃金を払う力がない。家族介護者や介護労働者を不利な立場に置くようなことのない介護提供の制度を作るためには、介護ニーズが高いものの市場賃金を支払う経済力を持たない人々に対する公的補助が役立つだろう。

注

- 1) 「家族主義」(“familialism”)とは「家族主義的福祉レジーム」すなわち家族成員に対する福祉を家族に大きく依存する福祉レジームをさす。
- 2) 本節の詳細は、Uzuhashi (2009)とAbe (2009)を参照のこと。
- 3) 失業率は1990年の1.9%から、1995年の2.7%、2005年の3.5%に上昇し、2007年には再び減少して2.3%となった(国立社会保障・人口問題研究所, 2009)
- 4) たとえば、育児不安、子どもの虐待、成人後も親に依存し続ける「パラサイト・シングル」, 「介護過労死」などを現象としてあげることができる。
- 5) 本論の詳細はAbe (2009)を参照のこと。
- 6) 画期的な出来事はいくつかあった。第1に1989年のゴールドプランの策定(94年から新ゴールドプラン、99年から2004年までゴールドプラン21)の発表である。第2に、94年に発表された「21世紀福祉ビジョン：少子・高齢社会に向けて」である。この報告書は、当時はおよそ5:4:1となっていた3部門(年金、医療、福祉等)の給付構造を、およそ5:3:2程度へと転換していくと提案しており、介護サービスを充実させる方法として一般にも大いに歓迎された。
- 7) 健康保険の被扶養配偶者の分は、その夫・妻が払う保険料によって自動的に賄われる。
- 8) この制度の詳細についてはAbe (2009)と厚生統計協会(2008, 2009)を参照のこと。
- 9) 詳細はTamiya and Shikata (2008, forthcoming)を参照のこと。
- 10) 調査対象は、調査に先立って統計調査員が作成した世帯名簿から抽出された約7~10万世帯(世帯員の合計20~25万人)である。調査世帯の10歳以上の世帯員(1991年調査までは15歳以上)は、9~10月の9日間のうち連続する2日間の生活時間について回答した。
- 11) 家族介護者と介護労働者へのインタビュー、および介護状況についての統計分析は、同志社大学大学院生の山村りつ、中原耕、咸日佑、廣野俊輔、徐栄および京都大学大学院生の木下敬介、木下衆、谷紀子

- が実施した。家族介護者へのインタビューは、2008年の年末から2009年初めにかけて大阪で、木下衆が実施した。インタビュー対象者のうち6名（女性2名、男性4名）は配偶者を、2名（いずれも女性）は親を介護していた。なお、本稿で紹介する事例には、介護対象者がアルツハイマー病患者であることを反映した特徴が含まれていることをお断りしておきたい。
- 12) 日本で家政婦を頼むと高い費用がかかる。ある家政婦紹介所の料金は、3時間5,500円、1日（8時間）10,545円である。
 - 13) 低所得高齢者やその家族、なかでも要介護度の高い場合に、介護保険制度導入後にそれまで受けていたサービスの利用をあきらめざるを得なかったというケースは新聞等で数多く報道されている。だが、その裏付けとなる政府統計は存在しない。
 - 14) 別の観点から言えば、介護従事者の57.1%は通所ケアを含む在宅介護に、そして42.9%は施設介護に従事していることとなる（厚生労働省2007b）。
 - 15) 2008年末から2009年初めにかけて京都で介護施設職員5名とホームヘルパー5名にインタビューした。詳細はUzhashi（2010）を参照のこと。
 - 16) 「親族」や「コミュニティ」があまり、あるいはまったく役割を果たしていないのも、日本の介護をめぐるケア・ダイヤモンドのもう1つの特徴である。これについては本稿では十分に論じることができなかったため、Ochiai（2009）、Ochiai and Molony（2008）を参照されたい。

参考文献

- Abe, Aya. 2009. The Political and Social Economy of Care. Research Report 3, UNRISD, Geneva.
- 安里和晃 2009「外国からの人材受け入れの論点」安里和晃・前川典子編『始動する外国人材による看護・介護——受け入れ国と送り出し国の対話』笹川平和財団
- Asato, Wako. 2010. Familialization of care and transnational migration in East Asia. *Journal of the Intimate and Public Spheres*: 1, Kyoto.
- Campbell John C. 1992. *How Policies Change: The Japanese Government and the Aging Society*. Princeton University Press, Princeton.
- 財団法人介護労働安定センター 2008「平成19年度事業所における介護労働の実態調査」
- Goodman, Roger and Ito Peng. 1997. The East Asian Welfare States: Peripatetic Learning, Adaptive Change and Nation-Building. In Esping-Andersen, G., ed. *Welfare States in Transition: National Adaptations in Global Economies*. SAGE Publications, Thousand Oaks, Calif.
- 厚生統計協会 2008『保険と年金の動向 2008』
- 厚生統計協会 2009『図説 統計でわかる介護保険 2009年版』
- 居神 浩 2003.「福祉国家動態論への展開—ジェンダーの視点から」埋橋孝文編著『比較の中の福祉国家』、ミネルヴァ書房、p. 43-67
- International Monetary Fund (IMF). 2004. *World Economic Outlook Database 2004*.
- Lan, Pei-Chia. 2006. *Global Cinderellas*, Duke University Press, Durham.
- 厚生労働省 2006a.「平成16年国民生活基礎調査」
- 厚生労働省 2006b.「平成18年介護サービス施設・事業所調査」
- 厚生労働省 2007a.「介護給付費実態調査月報（平成19年3月審査分）」
- 厚生労働省 2007b.「平成18年社会福祉施設等調査」
- 総務省統計局 1991, 1996, 2001, 2006「社会生活基本統計調査」
- 総務省統計局 1970, 1985, 2007「就業構造基本調査報告」
- 西日本新聞 2001年3月19日付記事「模索続く介護保険」
<http://www.nishinippon.co.jp/media/news/0103/kaigohoken/kaigohoken.html>
- 国立社会保障・人口問題研究所 2005「平成17年度社会保障給付費」
- 国立社会保障・人口問題研究所 2009a「人口統計資料集 2009」
- 国立社会保障・人口問題研究所 2009b「制度別社会保障給付費の推移」
- Ochiai, Emiko. 2009. Care Diamonds and Welfare Regimes in East and Southeast Asian Societies: Bridging Family and Welfare Sociology. *The International Journal of Japanese Sociology*, 18: 60-78.
- Ochiai, Emiko and Barbara Molony. 2008. *Asia's New Mothers: Crafting Gender Roles and Childcare Networks in East and Southeast Asian Societies*. Global Oriental, Folkestone.
- Ochiai, Emiko. 2007. The Post-war Japanese Family System in Global Perspective: Familialism, Low Fertility, and Gender Roles. *U. S. - Japan Women's Journal*, 29: 3-36.
- Ochiai, Emiko. 1997. *The Japanese Family System in Transition: A Sociological Analysis of Family Change in Post-war Japan*, LCTB International Library Foundation, Tokyo.
- Tamiya, Yuko and Masato Shikata. 2008. The Political and Social Economy of care. Research Report 2, UNRISD, Geneva.
- Tamiya, Yuko and Masato Shikata. Forthcoming. Analysis of time use surveys on work and care in Japan. In Debbie ed Budlender.

United Nations (UN). 2009. (HP). *National Accounts Main Aggregates Database*.

United Nations (UN), 1997. *Demographic Yearbook, Historical Supplement*.

Uzuhashi, Takafumi. 2001. Japan: Bidding Farewell to the Welfare Society. In Alcock, P. and G. Craig, *International Social Policy: Welfare Regimes in the Developed World*, Palgrave, Basingstoke.

Uzuhashi, Takafumi. 2009. *The Political and Social Economy*

of Care. Research Report 1. UNRISD, Geneva.

Uzuhashi, Takafumi. 2010. *The Political and Social Economy of Care*. Research Report 4. UNRISD, Geneva.

(おちあい・えみこ 京都大学教授)

(あべ・あや 国立社会保障・

人口問題研究所国際関係部第2室長)

(うずはし・たかふみ 同志社大学教授)

(たみや・ゆうこ 神戸学院大学准教授)

(しかた・まさと 慶應義塾大学 COE フェロー)

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¹⁾。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²⁾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「bantustan地区」（bantustan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ー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為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

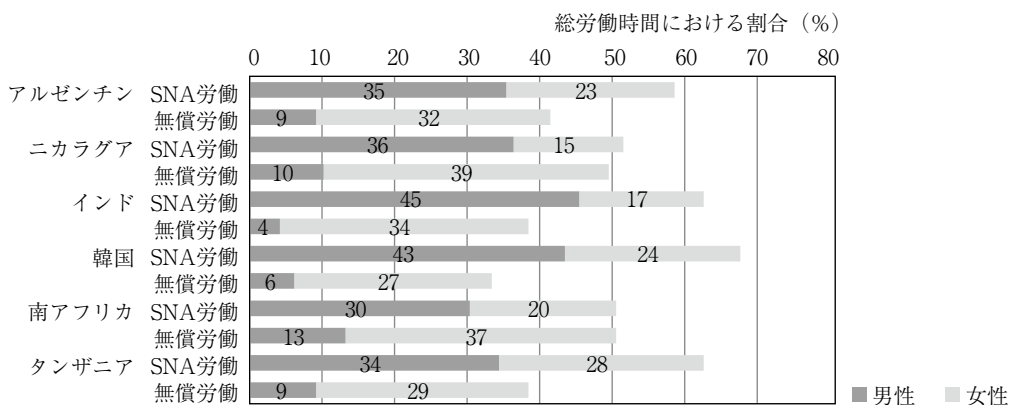
福祉政策は貧困対策とHIV/AIDSの対策に焦点化されていた。

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³⁾を比較する。



資料出典：Budlender 2008

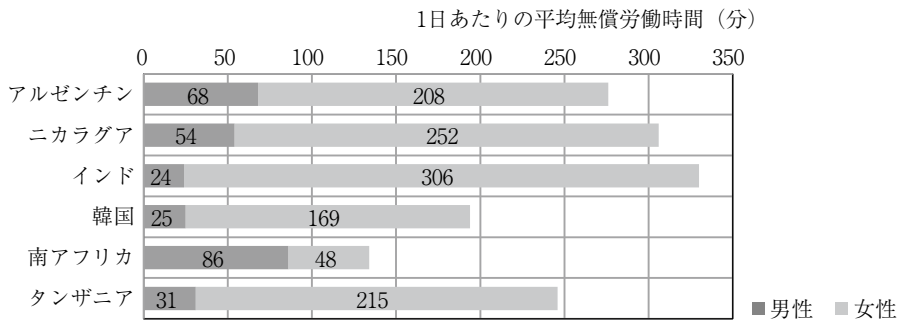
図1 総労働時間における男女のSNA労働と無償労働の割合

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

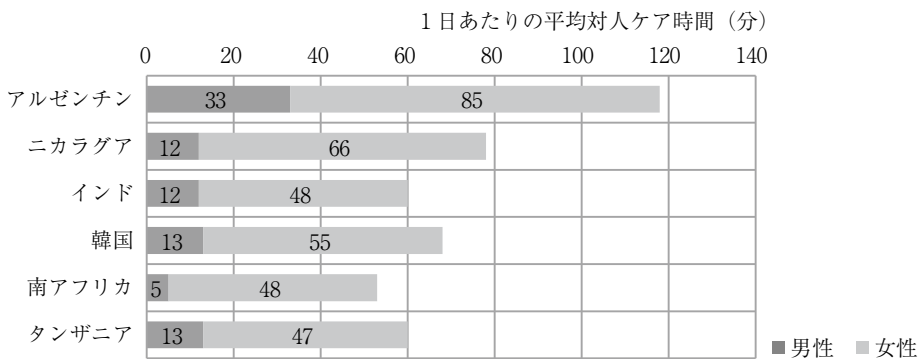
3のとおり対人ケア（介護、育児を含む）については、すべての国で女性の労働時間が男性よりも倍以上長い。特に、南アフリカでのジェンダーギャップが大きいのが、これは婚姻関係が流動的で父子の同居率が低いためと考えられる。このように、発展途上国においては、有償労働は男性偏向が強く、無償労働（特に対人ケア）は女性偏向が強いというジェンダー偏向がみられた。

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⁴⁾。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

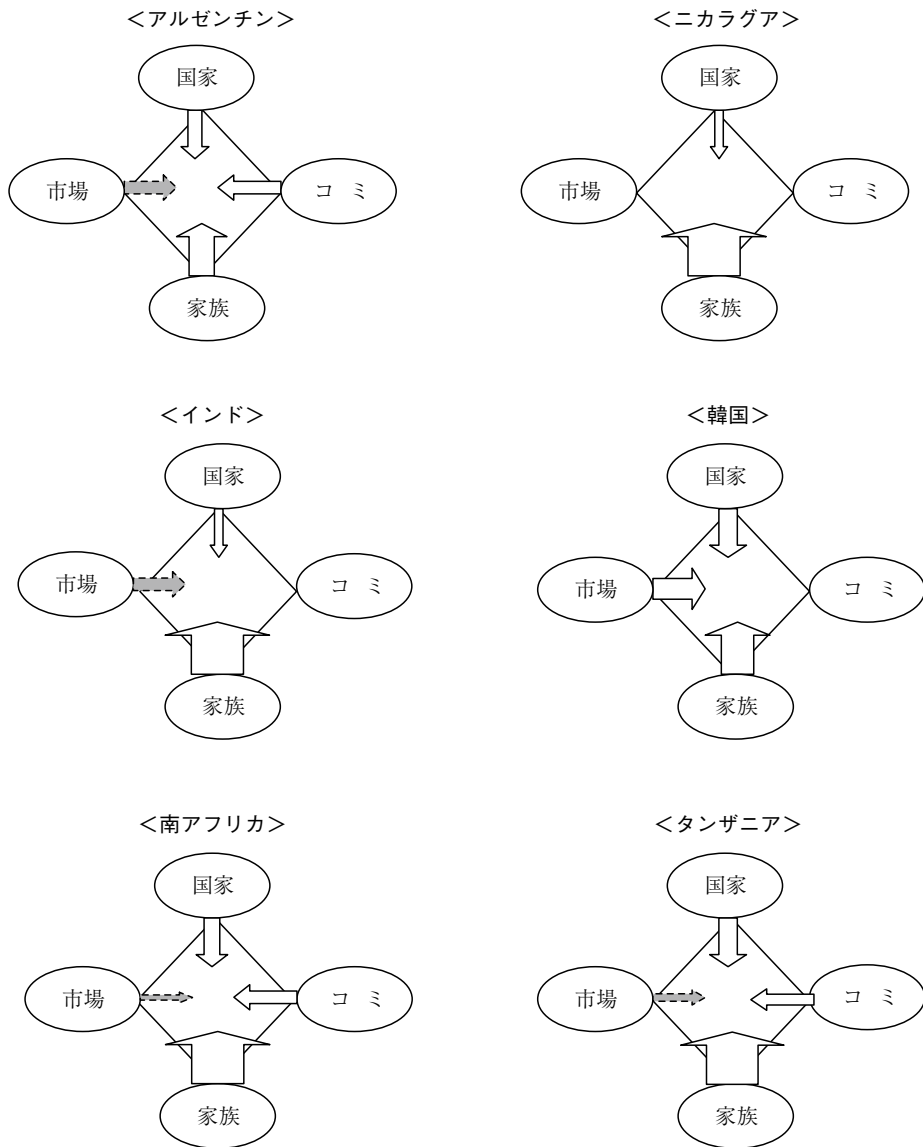


図4 ケア提供における各アクターの役割

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）

政治、社会、経済からみたケアの国際比較

—開発の視点から—

シャーラ・ラザビ

■ 要約

社会の中で行われる様々なケア (care) 労働をどのように評価し、どのように理解するかという試みは、福祉レジーム論やフェミニスト経済学などの多様な専門分野の視点から論じられてきた。これらの文献が共通して訴えるのは、まず、第一に、ケア (有償無償両方) の軽視に対する批判、第二に、市場への懐疑主義 (ケアを受ける者への高品質のケアの提供およびケア提供者の評価という2点に関して)、第三に、有償または無償でケアを提供する者が、いかに社会権にアクセスし、その経済保障を強化するべきかという意見が不可欠である、ということである。ケア・ダイヤモンドは、ケアを提供する4つのアクター、すなわち、家族、市場、公的部門、ならびに非営利部門、の相対的大きさや関係などを図式化する有益な方法であり、ケア労働の国際比較を行う際にも有効な分析フレームワークである。

■ キーワード

ケア労働、国際比較

1 はじめに

近年、20年前、いや10年前に比べても、活動家、研究者、および政策実務者からの、ケアのダイナミクスへの注目が高まっている。しかし、このようなケアに対する関心の高さには前例がないわけではない。20世紀初頭においても、特にヨーロッパにおいて、労働組合による運動および一連の女性解放運動の結果として、ケアの問題は政策課題の一つであった。家族賃金、シングル・マザーおよび寡婦への年金、育児休業、ならびに女性のための労働保護などの制度が整備された背景には、人々を、特に母親を、賃金労働の義務から「解放」することで、ケアを提供できるようにする必要があるという、認識があったのである (Knijn and Kremer 1997)。このような認識は、政

府による理念的、法的、および経済的手段によって支持された (ヘテロセクシャルな) 家長型核家族の強化へとつながっていった。男性の世帯主には、子どもを養うのに十分な家族賃金が支払われ、家事およびケアを行う専業主婦および母親には支払われなかった (Fraser 1997)。女性による夫への経済的依存が、このモデルにおける重要な特徴である¹⁾。

その後、ほぼ全世界的な傾向として、有償労働に女性が大量に進出するようになり、それまで家族および友人への無償のケアに充てられていた時間が圧迫されるようになった。多くの地域に及ぶ少子化によって、ケアを受ける必要がある子どもが減少する一方で、一部の国における高齢化、および他の国における重大な健康危機により、ケアの提供の必要性が高まっている。市場志向型変革

の数十年を経て公共の医療サービスが著しく弱体化してしまった多くの途上国においては、ケアの負担の大部分は、いや応なく女性や少女たちにのしかかることになった。先進経済においては、有償の労働力としての女性の進出の結果、有償のケアサービスが経済における成長部門となった。その結果、このようなサービスが、多数の女性を雇用している。こうした状況の下、ケアの品質、ならびにケア提供者の賃金および労働条件が、政策問題における争点となっている。有償のケアサービスは、競争圧力による影響を受けやすく、低賃金、低品質のサービスを生み出し、ケア労働者およびケアを受ける者のいずれにも悪影響を及ぼしている (Folbre 2006a)。

近年では、多様な専門分野の視点から、ケアの問題の周辺に集中した概念的および理論的基礎に支えられた文献が増えている。このような知的な流れの中には、フェミニスト経済学における、「人類の直接的な生産および維持」が行われる「もうひとつの経済」(Donath 2000: 116)を理解するための分析ツールおよび枠組みを構築しようという取り組みもある。政治的枠組みには、無尽蔵の天然資源から流れ出てくる無限の供給としてではなく、深刻な経済的および社会的政策問題として、ケアを考慮に入れることが必要である (Elson 2005; Folbre 2001) と議論されている。同時に、労働市場システムと相互に連動している家族、ケア、および福祉の取り決めに注目した労働市場におけるジェンダー分析により、女性の雇用拡大に対する障害として、無償のケアの責任が挙げられている (Orloff 2002; Ruberyら 2001)。社会政策研究に端を発し、福祉、ケア、および (ここ最近では) 移動のレジームの共通部分に市民権の枠組みを置くことで、これを再建および新たに構築しようという協調した取り組みが行われている (Lewis 1992, 2001; Anttonenら 2007 予定)。このような多様な概念的および経験的な仕事を適合させ、充実

させることは、幅広い考え方および分野のフェミニストの間で、「ケアの倫理」として哲学的な話題となっており、多くの福祉国家における政策議題を後押しし改革するためには「有償労働の倫理」は狭すぎるといったことについて、議論が繰り返されている (Tronto 1993; Williams 2001)。

なぜ、ケアが重要なのか。なぜ、政策がその緊急事態について知るべきなのか。一部のアナリストは、ケアへの道具主義的アプローチと呼ばれることもあるアプローチにおいて、「人的資源」または「社会的投資」への貢献の観点から、経済的活力および成長にとってのケアの重要性について強調している。また、ケアを社会組織の一貫としてさらに大きな意味で捉え、社会発展にとって不可欠であるとする者もいる (Daly 2001)。社会がケアにどのように取り組むかは、男女の関係および不平等、さらにはその他の権力および不平等の仕組みに関して、かなりの社会的重要性を有している。市民権は、ケアを受ける必要性および与える必要性を無視しているとする批評家もいる (Knijn and Kremer 1997)。社会保護システムに深く根付いている性差別を克服し、市民権を真に包括的なものにするためには、ケアが市民権におけるひとつの側面となり、雇用に与えられている権利と同等の権利が与えられなければならない (Standing 1999)。

また、多くのジェンダー・アナリストが、手の施しようがないほどジェンダーと絡み合った、社会がケアを準備する際に行われているその他の不平等の構造についても注目している。歴史的に、先進国および途上国の幅広い国々において、恵まれない人種および民族集団の女性が、より大きな権力を有する社会集団のニーズに対応するためにケアサービスを提供する傾向があるが、その一方で、そのような女性自身のケアのニーズは軽視され、無視されている。このような関係は、多くの国における家庭内の労働者 (乳母、メイド等) お

よびケアワーカーに関するケーススタディにおいて明らかであり、女性の利益を不当に均質化しているケアの分析に関して、重大な疑問を投げかけている (Nakano Glenn 1992)。似たようなジャンルの分析が、「グローバル・ケア・チェーン」に関する最近の文献に多くの情報を提供している。これらの文献は、一方では福祉国家の失敗および再構築、他方では男性の家事およびケアからの逃避の

結果、途上国から移住してきた恵まれない女性労働者が、経済的先進国における「ケアの穴」を埋めていることに注目している²⁾。

このため、ケアの体系化および評価についての具体的な方法は、ケアサービスの社会的供給のシステムおよび規制によって形作られている。家族および子どもの幸福に対する一般的な関心が、これらの供給の明示的目的である一方で、国家が何

Box1：用語について：無償労働、ケアワーク、および無償のケアワーク

「無償労働」、「ケアワーク」、および「無償のケアワーク」という用語は、同じ意味で用いられることがある。しかし、これらの間には重複する領域があるものの、同じ意味で用いることは間違いであり、誤解を招く恐れがある。

無償労働には、キャッシュエクサスの外で行われる以下のような多様な幅の活動を含む。(i) 家庭内または家族事業における無償の労働。(ii) 水汲みや薪拾いなど、自己消費のための活動。(iii) 持病を持つ自分の子ども、高齢の親、または友人の無償のケア。

- 無償労働の一部の要素（たとえば、家族事業における無償労働）は、SNA（国民経済計算 System of National Accounts）生産境界に含まれているため、GDPに算入されるべきである。
- 無償労働のその他の要素（たとえば、薪拾いや水汲み）は、これが行われている国は比較的少ないものの、（1993年のSNA改定以降）SNA生産境界に含まれているため、GDPに算入されるべきである。
- 買物、調理、洗濯ほか、および自分の子ども、高齢の親、または隣人のために提供される無償のケアなどの無償のサービスは、SNAおよびGDPの算出からは除外されている。

ケアワークは、人間の直接的なケアを伴う。有償であっても無償であってもよい。集中ケアを必要とする人々には、幼児、虚弱高齢者、およびさまざまな病気および障害を持つ人々を含む。有償のケア提供者としては、ベビーシッター、保育士、看護師、ならびに高齢者のための家庭内およびその他の福祉施設におけるケア労働者を含み、さまざまな福祉施設（公共、市場、非営利）で働いていることもある。

人間の直接的なケア（入浴、食事、病院への付き添い、散歩、対話など）は、調理、買物、およびシーツや衣服の洗濯などの、個人的なケア提供に関する前提条件を与えるために必要なその他の活動とは別なものとして考えられることが多い。これは特に、集中ケアを必要とする人物が、そのような役割を自分で行うことができないことが多いからである。

- 家庭内の労働者（乳母など）は、「有償のケア提供者」としては定義されないものの、なんらかの形のケアワーク（たとえば子どもの世話など）を行うことが多い。
- 厳密に言えば、有給の「育児休業」を取って自分の子どもを世話している親は、無償のケアワークを行っているとは言えず、有償のケア提供者として分類されることもない。

無償のケアワークとは、明確な金銭的報酬なしで行われる人間へのケアのことである。ほぼすべての社会において、最大量の無償のケアワークは、世帯/家族内で行われる。しかし、世帯や家族をまたいで、ほかの親族、友人、隣人、および地域の一員に対して、さらにはさまざまな福祉施設（公共、市場、非営利、地域）内において、無報酬またはボランティアで、無償のケアが行われることもある。

無償のケアが、上記の3つのカテゴリーをまたいで重複している領域となっている。

をするのか、ならびに便益およびサービスが供給される（またはされない）条件が、暗黙の目的および重要な結末を伴っていて、家族および男女の関係に関する特定のモデルを支援し（その他のモデルを非合法化および弱体化させながら）、特定の社会集団の再生産および出生率を支援し、さらには特定の社会集団の子どもに対し「投資」を行っている。

ジェンダー論者は、ケアの提供という責任のために多くの女性が耐えている不利益の打開、ときにはケアの提供に男性を引き込むことを試みる一連の提案を提出してきた。本稿では、その一部について議論する。しかし、これまでに提出されたさまざまな提案の間には、女性の公的領域へのより積極的な参加を可能にするためのケアの支援および評価、ならびにケアの提供という拘束から女性を解放するという希望に関して、緊張関係が存在している。Listerは、この緊張関係を、「現代におけるウルストンクラフトのジレンマの変形」として、下記のように印象的に記録している。

我々は、「私的」領域においていまだに女性が責任を負っているケアワークを、所得保障の供給のような形で、その正当性を確認および支援したいという要求と、公的領域における経済的および政治的自立を女性が獲得することができるように女性をそのような責任から解放したいという要求との間で、板挟みになっている（Lister 1994；in Knijn and Kremer 1997: 350）。

ケアによって女性が低い地位に置かれかつ社会的に排除された役割に閉じ込められることが多い中、どうすれば、単に所得保障を与えるという方法ではなく、ケアの釣り合いをとることができるのだろうか（Standing 1999: 350）。理想的には、ケアワークを女性だけができるもの、または女性だ

けがすべきものというジェンダー化によるよく知られた悪影響（女性の経済的不安定および公的領域からの除外）を考慮し、そのような考えを強化することなく、さまざまな形態のケアの重要性について社会が認識し、かつこれを重視すべきである。

本稿は、ケアの社会的供給および規制のシステムについて、「ケア・レジーム」に注目しながら、社会学および政治学的な分析を試みる。これにより、途上国のケアの分析において有用な概念的結論が得られる。また、ケアに対処するためのさまざまな政策の選択肢を、特に途上国の視点から、考慮する。

2 福祉レジームとケア・レジーム

福祉レジーム研究におけるジェンダー論は、社会政策および社会学独特の学問的な視点からケアの問題にアプローチすることで、ケアの理論化において重要な役割を果たしてきたが、その一部は、フェミニスト経済学者に共通する。本稿の特徴は、「レジーム分析」に基づくものであり、これはジェンダー論の強みとなっている。レジーム分析は、制度的パターンおよび政策理論によって国々をグループ分けすることが可能であることを示したものであり、Esping-Andersen（1990）が、さまざまな先進資本主義国の国家と経済の関係を特徴づけるためにこれを使用した。また、レジーム分析は1950年代および1960年代にイギリスのRichard Titmuss（制度的および残余的福祉国家についてまとめた）が行った研究を基礎としている。このような概念的および分析的な強みにもかかわらず、ジェンダーに関する先行研究の欠点は、「社会政策における緊急要件としてケアを取り扱う最先端」（Daly 2001: 33）とも言えるヨーロッパおよび北アメリカの先進資本主義国に（これまでのところ）限定されていることである。それでもなお、ジェンダー研究において提案された

比較的小および制度的枠組みは、途上国におけるケアを考える際に有用な概念的構成要素を提供している。途上国では、ケアは政策における明確な目的ではないかもしれないが、それでもなお、ケアがどのようにして社会に提供されているかについては、国家政策が何らかの仮定を置いており、それらは潜在的に深くジェンダー格差を内包しているからである。

福祉レジーム論におけるケアの不可視性

ケアに関する視点は、その重要性にもかかわらず、福祉レジーム論に関係する比較社会政策研究の第一波においては欠けていた (Esping-Andersen 1990)。Esping-Andersenの分析枠組みは、先進資本主義および民主主義国における近代福祉国家に適用されたが、その基盤となっていたのは、3つの主要な要素、すなわち国家と市場の関係、社会階層、および「労働からの解放」(または労働力の脱商品化)のための権利として基本的に定義される社会権であった³⁾。Esping-Andersenは、福祉資本主義を、自由主義、コーポラティズム/保守主義、および社会民主主義の3つに分類することを提案し、国際比較による福祉国家分析の開始点としてこの分類を使用した。その後の分析には、「ラテン圏」または地中海レジームが加えられている。

フェミニストの研究者は、この文献において理想的な典型的市民とされているのが男性労働者であることを、いち早く指摘した (Lewis 1992; Orloff 1993)。Esping-Andersenの分析の開始点は、経済的に独立した市民労働者であり、その所得保障に最も関連がある国家による社会供給 (年金、失業保険) に重点が置かれていた。家族の一員に経済的に依存している市民 (その圧倒的多数が女性である) にとって重要な社会政策による給付金およびサービスは無視されていた。

そのため、福祉レジーム論については、さまざまな批判が提示された。第一に、国家と市場とい

う二分法はあまりに限定的であり、家族による、または女性の有償および無償労働による福祉サービスの提供に関する全面的な認識が必要である (Lewis 1992)⁴⁾。Esping-Andersen (1999: 11) が、自身の古典的研究の発表からおよそ10年後に述べているように、問題なのは、「ほぼすべての比較政治経済学が、家族の世界に対して盲目であることである。比較政治経済学は、これまでずっと、そして今でも、過度に巨視的な指向なのである」すなわち、政治経済学が国家と市場の相互作用を対象としているということは、家族が等閑視されているということを実感上意味するのである。

第二に、福祉レジーム分析の中核をなす「脱商品化」基準に関連する批判である。フェミニスト研究者は、有償労働によって結婚 (または親への依存) に対する自主性が女性にある程度与えられるので、有償労働を福祉国家の分析に含める必要があると主張した。国家が女性による有償雇用の促進または抑制する度合、すなわち、Orloff (1993) が言うところの「商品化される権利」が、女性の解放にとって非常に重要であった。有償労働および社会保障へのアクセスが、「家族からの解放」の権利を女性に与えた、重要な社会権であった (Hobson 1990)。

批判の3つめは、福祉レジームの先行研究が、その大部分において、福祉サービス (年金や失業給付金のような所得移転の対義語として) の提供を無視していたことである。福祉サービスは、第二次大戦後の時代における重要な社会的市民権であった。それゆえ、多くの福祉レジーム文献は、ジェンダー分析にとって非常に重要な、子どもと成人のケアの構成の違いに関して、納得のいく説明を提供するものではなかった (Anttonen and Siplia 1996; Huber and Stephens 2000)。福祉の負担を家族から国家に、または女性から男性に移すことを支援するケアサービスの国家による供給は、女性のジェンダーにとってのさらなる利益と

なりうる。非家族施設におけるケアの実施および家庭内労働における男女間の労働分担についても、認識される必要があった⁵⁾。

第四に、フェミニストは、家族およびケアの決定に関する自主性の問題にも着目した (Orloff 1993; Hobson 1990)。ケアワークに関する女性の責任によって、女性は経済的依存を強いられ、同時に経済的強制から自由に行う能力が制限された。女性は、有償労働からの独立した収入源を有するとき、または国が支援する何らかの給付 (市民賃金またはケアワークへの給付の形で) を得られるときのいずれかの場合には、決定に関するより自主性を享受できた。

これらの批判に対応するひとつのアプローチは、Lewis (1992) に代表される「男性稼ぎ主」型政策理論の強みまたは弱みに関連して福祉レジームを分析するというものであった。これは、以下の3つの軸に沿って明示された。(i) 社会保障および税制において女性がどのように取り扱われているのか、(ii) 社会サービス (特に育児サービス) の提供レベル、ならびに (iii) 労働市場における女性の立場である⁶⁾。Lewisの意図は、有償労働、無償労働、および福祉の間の関係を測定することであり、スウェーデンが弱い男性稼ぎ主 (または共働き) モデルとして分類された。これは、女性の労働力率の高さ、育児サービスの公的供給の充実、および高い限界税率に加えた分離課税を考慮したものである。アイルランドおよびイギリスは、「強い男性稼ぎ主」型レジームとして、フランスはその中間 (「改良型男性稼ぎ主モデル」) として分類された (Lewis 1992)。

福祉レジームからケア・レジームへ

Lewisの類型論への重要な批判の一つとして、福祉国家間の重要な差異を構成するケアおよびさまざまなケアの報酬に対して十分に注目していなかったことが挙げられる (Sainsbury 1994)。

Sainsbury (1994: 169) は、福祉国家のジェンダー化には、「妻および労働者としてだけでなく、母および市民としての」女性の権利を「分析的枠組みに盛り込むこと、および国際比較の変数として調査すること」が必要であるとした。Lewis (1992) のモデルは、これら権利のうち、最初の2つのみを特定したものであり、残りの2つの権利は無視されていた。

次に、Jensen (1997) の挑発的な指摘は、当時の福祉国家におけるケアについて、ジェンダーに関心をもつ者だけでなく、全員が、もっと真剣に考えるべき時が来たと主張した。Jensen (1997) の主張は、福祉国家を「ケア」に関するものと捉えることで、ケアを中心にしたあらゆる社会政策の類型論および分析がなされるべきであるというものである。Jensen (1997) が挙げる3つの主要な論点は、ケア提供者の身分およびケアを受ける者との関係 (Who Cares?)、ケアの資金調達 (Who Pays?)、およびケア提供の組織 (Where is care provided?) である。

実際のところ、すべての福祉レジームは、強い男性稼ぎ主型国家のように、たとえそれが歴史的に私的なものであったとしても、「ケア・レジーム」を持っている (Lewis 1997)。つまり、扶養者に対するケアがどのように行われているかを問うことが、ジェンダーに注目した福祉の分析にとって重要なのである。福祉国家再建における要として、重要な政策変更が行われているときには、男女関係および平等に関わる結果をもたらすと考えられる新たなケアの方法を導入するとともに、これを問うことが必要である (Jensen 1997)。

さらに、福祉国家再建の背景において、新たな議題である「再民営化」およびケアの再分配について議論が活発化している。家族ベースのケアと国家主導型のケアサービス提供のいずれも唯一の解決策とならないような状況において、ケアに関する公的政策における先進国 (スウェーデンな

ど) および後進国(スイスやイギリスなど)が、どのようにケアを生み出すかという同じ問題に直面している。このような背景において、この分野の革新には、新たな福祉/ケアの「ミックス」を伴わなければならないことは明らかである(Anttonen 2005: 91)。

ケア・ダイヤモンド

社会福祉全体に寄与する組織的配列を指すために、福祉レジーム、福祉トライアングル(国家、市場、および家族)、福祉アーキテクチャ、または福祉ダイヤモンドなど、さまざまな言葉が用いられてきた(Jenson and Saint-Martin 2003)。これらは、単純な福祉国家の概念を超え、福祉が生産される現場の多様性、およびある形式の提供をほかのものよりも優先するという社会の決定プロセスに重点を置いている。例えば、Esping-Andersen(1999)は、自由主義福祉レジームは市場原理に偏っているが、その他、特に南ヨーロッパや日本のモデルは、家族主義による決定が強い、さらにその他(北欧諸国)は、国家による福祉の提供に重点を置いている点を指摘している(Esping-Andersen 1999)。

福祉アーキテクチャにおける国家の役割が、たとえば家族や市場に比べると、質的に異なる種類のものであることを強調することが重要である。これは、国家が福祉の提供者だからという理由だけでなく、その他の3つの団体が負うべき責任に関する重要な意思決定者だからでもある。中には、国家が負っていない責任は、市場、家族、および地域が負っていると主張する者もいる(Jenson and Saing-Martin 2003: 81)。これは、例えば、公共の医療サービスが、すべての市民のニーズに応じるために十分な資金を得られない時には、ほかの団体がその隙間を埋めなければならないということを意味する。多くの貧しい国では、公的サービスにおける過少投資の結果、都市部の

プライマリーヘルスケアにおける重要な役割を、小規模かつ概して無秩序な民間供給が担うようになった(Mackintosh and Koivusalo 2005)。

Esping-Andersen(2002: 57; Jenson and Saint-Martin 2003: 80に引用)は、「福祉トライアングル」について、社会の総合的福祉政策が「正式な福祉国家、市場(および特に労働市場)、ならびに家族」からの入力を結集させる場所であると説明した。「福祉ダイヤモンド」の概念は、「トライアングル」に自発的供給を加えたものである(Eversら 1994 in Jenson and Saint-Martin 2003)。この概念は、ケアの領域にも拡張することが可能であり、我々の目的においてより魅力的なものにさえ思われる。というのも、ダイヤモンドには、国家、市場、および家族だけでなく、異種のケア提供者の集団である「地域」、「自発的」、「非市場」、または「非営利」部門を含むからである。この広義の傘下に含まれる組織の一部、たとえば慈善団体などは、歴史的に、かつ現在でも、ケアサービスの提供において重要である。

実際、北欧諸国における現代の社会ケアの主要な慣例の一つが、慈善の困窮者救済であり(別の根源としては自治体によって局所的に施される困窮者救済がある)、これは、宗教的な献身、ならびに教育的な、フェミニストの、および道徳的な考えに動機づけられたものであった(Anttonen 2005)。慈善団体および福祉組織の仕事が、その多様性の中で、後の(19世紀に始まった)困窮者救済習慣の差別化プロセスの基盤を形成した。これは、さまざまな組織が、異なる対象グループ(たとえば子どもおよび孤児、貧しいシングル・マザー、ならびに娼婦など)への対応に特化していたからである(Anttonen 2005)。このことは、高齢者、孤児、および慢性病患者への最低限のケアが慈善団体、宗教団体、および地域密着型組織によって提供されている多くの途上国においても共鳴を呼ぶかもしれない。

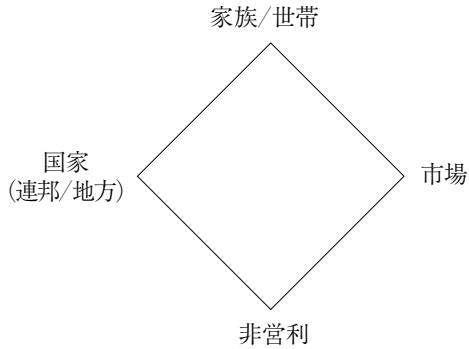


図1 ケア・ダイヤモンド

そこで、「ケア・ダイヤモンド」を、特に幼児、虚弱高齢者、慢性病患者、ならびに身体および精神障害者のように集中ケアを必要とする者に対するケアを提供するためのアーキテクチャとして考えることができる（図1参照）。ケア提供に関与する制度は、ケア・ダイヤモンドとして定型化された方法で概念化することができ、これには、家族/世帯、市場、公的部門、ならびに自発的および地域供給を含む非営利部門を含む。類型論は、常に問題を伴うものであり、一部は隙間に落ちてしまうことがある。たとえば、有給休暇中の親によって提供される家族ケアや、有償のボランティアケアワークなどの場合である。さらに、国家が市場提供者に対し支援および規制を行うことが多いため、純粋な市場供給はほとんど存在しない。それでもなお、重複があるにせよ、ダイヤモンドの異なる頂点の間には重要な制度的違いが存在する⁷⁾。家族がケアの役割の大半を担っている途上国においても、国家や地方組織、市場などのほかの団体が、ケア提供の一部を行っている。

実際、家庭内における労働者（乳母、メイドなど）、およびその他の女性による有償の形態のケアは、多くの途上国の女性にとって重要な雇用元であったし、現在でもその状態が続いている。多くの途上国において、非家族によるケアは、実にささやかなものかもしれない。幼児、高齢者、障

害者、および病人の大部分は、家族、世帯、および親族関係に基づいた女性によるケアを受けている。しかし、多くの国において労働力への女性の参入の増加、HIV/AIDS患者数の増加によって特徴づけられるケアの需要増加、および子どもへの「投資」の必要性の強調とともに、ケアの問題が徐々に公共の話題になりつつある。たとえばブラジルでは、1970年代後半から、保育園の展開が著しく進んでいる。これは、母親、近隣のネットワーク、および教区司祭らによる積極的な働きかけ、および、政府による高い質の幼児教育への「投資」の必要性の認識の高まりに対応するものであった（Sorj 2001）。

一部の南アフリカ諸国では、HIV/AIDS患者、その家族、およびその他の活動家によって、薬や治療だけでなく、ケアの提供に関する公的責任の拡大を呼び掛ける声が高まっている。女性によるケアの負担は（女性が主なケア提供者であるため）、雇用および所得を得る可能性を低下させると多くが主張している。このことは、女性の経済的無力化のリスクを（付随する経済的脆弱性および社会的疎外に関するものすべてとともに）増加させると同時に、世帯の所得源をも剥奪する（Urdang 2006）。一部の国では、政府が非家族からの代替のケア提供、たとえば在宅ケアを検討し始めている。このような代替のケアの提供は、家族の一員、親族関係、および隣人によって提供される無償労働の補足として、ならびに大量の仕事を抱えている公共の病院および診療所が提供できない/しないサービスの代役として、ますます重要な役割を担うようになってきている。しかし、在宅ケア提供者の大部分は「自発的に」、すなわち無給または薄給で働いていて、その仕事を安全に行うために必要とされるもっとも基本的な装備さえも持たないことが多い。食品やケアの提供先である世帯のその他の必需品を満たすために、自身の資源から寄付することもよくある（Budlender 2004）。

このような労働者の多くは女性である。

ケアに関する責任のミックスの境界は、社会的ネットワークおよび組織化された利益団体（たとえば労働組合および女性団体）からの主張、ならびに国家の政策決断に対応して変化することが多い。たとえば、ケアの提供が非常に家族主義的である国として説明されることが多い韓国では、急速な人口高齢化が、少子化と相まって、依存人口割合の上昇、労働力不足、社会保障負担の増加、経済の停滞、および人口減少の懸念を引き起こしている。さらに深刻なことに、女性の労働力率の増加ならびに家族および男女関係に対する考え方の世代間ギャップの増加により、子どもおよび高齢者のケア、ならびに個人の福祉の提供における家族の役割および能力が、政策論議の中心となってきた。また、1990年代に政治体制の転換があったため、それ以前の社会政策決定の構造が崩壊し、女性団体などの新たな勢力が政策決定プロセスに関与する機会が増大した。幼児および高齢者に対するケアの問題はこれらの公の議論の中心となり、国家が直接供給を行わないのであれば、資金提供の重要な役割が増加するという圧力を、国家に対してかけることとなった（Peng 2006）。

ここで、一連の重要な問題が発生する。それは、ケアの提供のためのシステムを国家が構築するにあたって、政治制度、イデオロギーと宗教がどのように影響し、さらに市民社会からどのような圧力を受けるのかという問題である。1990年代に発展途上国の多くで発生した民主化のプロセスにより、これらの国々において、日本や韓国などで実際に発生したような、より多くの再配分政策が行われるであろうという社会的期待が高まったこともこれに関係する（Kwon 2005；Peng 2006）。

しかし、自由化と再配分の関係を考える際に考慮する必要がある重要な要素は、低所得および労働者階級を代表する政治組織の強さ、ならびにより広い国家と社会の関係である。過去20年間に政

治的自由化を経験した多くの発展途上国家、たとえばサハラ以南のアフリカの国家は、政党が社会的プログラムに関してうまく確立されておらず、むしろ個人的な利益や民族的野望の達成手段になりがちである（Hassim and Razvi 2006）。労働組合は比較的弱く、規模の大きなインフォーマル経済および農業経済により、さらに力を削がれている。南アフリカのように比較的政治活動が多様かつ長い歴史を持つ国においてさえ、政策が、投票の際の決定因子となることはまれである。これらの国々では、政治的競争がエリートに偏り、女性団体にとって、政党制度が、彼女らの主張を提案する際の手だてとなることはほとんどない（Hassim and Razvi 2006）。

一方、政治的権利および公的領域へのアクセスなしには、女性は社会政策に関する論議に参加することさえできない。南アフリカとは異なり、社会主義国であった国における政治的自由化は、フェミニストに介入の余地を与えなかった。そのような国家の一部は、公的領域と個人領域の差異を掲げ、家族の「再伝統化」を行った。家族は、「混乱と予測不能性のただなかにおける避難所（中略）であり、体制転換のモデルと隠喩される」ものと見なされた（Haney and Pollard 2003: 7）。ポーランドでは、1990年代に左派政府から右派政府への変更が行われたものの、社会的保守主義の影響によって、先進的な女性政策を得るには至らなかった（Steinhilber 2006）。女性は、政府および官僚機構にあまり登用されず、フェミニストが政策介入を行うための機会はほとんどなかった。しかし、利益の縮小、特に女性の中絶権に関する制限に対応して、女性団体が、政治的行動主義の一環として社会政策改革に乗り出そうとしている。宗教の政治色が濃いイランなどの国でも同様に、家族および母性が、西洋的個人主義に対するアンチテーゼとして理想化され、女性の権利を認めるようなより平等主義的な社会政策に向けたフェミニ

ストの闘いを極端に難しくしている (Moghadam 2006; Razavi 2006)。

ケアに関する政策選択肢

社会におけるケアの重要性を認める実行可能な対応は、女性に対して現金を何らかの形で支払うことであるという (誤った) 主張がなされることがある。たとえば、「家事への賃金」、「母親給付金」、または「母親年金」などの考え方がこれにあたる。この種の要求は、一部の女性権利擁護者 (たとえば20世紀初頭の母権主義者など) によって歴史的に叫ばれてきたことではあるが、今日のほとんどの女性権利擁護者にとって、優先すべき要求ではない。「家事への賃金」が、決して、「唯一の」政策選択肢ではなく (男女同権の観点からも決して望ましいものではない)、現在存在しているケア政策もかなりの多様性があり、疾病や失業などのその他の事態のための政策と比べても、その選択肢が多いのはほぼ間違いない (Daly 2001)。選択肢には、ケア提供者への手当または市民賃金 (母親年金よりも男女の区別がない) の形式による現金の支払い、税額控除、さまざまな種類の有給

および無給の雇用からの休暇、社会保障控除、ならびに社会サービスなど、幅広い範囲に及ぶ。これらの政策の選択肢の多くは、多くのヨーロッパの福祉国家およびその他の先進工業国ですでに実行されている。中には、途上国にとってはあまり関連性のないものもある。たとえば、雇用の大半がインフォーマルな種類のもの、および自営業であるような国にとっては、有償および無償の休暇の提供は、わずかに関連するのみである。しかし、途上国にとって、無償ケアを提供する者の社会権および社会的包摂に影響を及ぼすような重要な選択肢も数多くある。たとえば、年金制度の設立および無償労働をどこまで「抛出」としてとらえるか、医療および教育サービスの設立および提供、ならびにさまざまな家族および子ども手当の設計などである (Razavi 2007)。

これらの多様な提供が実行された国々での成果に対するフェミニスト社会政策研究者による研究は、ケア政策の分野における「後進国」にとって有益な教訓を与えてくれる。表1に、ケアに関するさまざまな政策提供の一覧およびさまざまな目的 (男女同権を含む) に対するそれらの関連性の

表1 さまざまな目的に関する政策提供の評価

政策提供	ケアを受け る者にとっ ての選択/ 品質	ケア提供者 にとっての 選択/品質	平等	ケアの正当 化	福祉ミック スの創出	労働供給/ 需要の変更	公的費用の 低減
ケア提供者への現金支払い	+	?	-	+	-	+	+
ケアを受ける者への現金支払い	+	?	?	?	+/-	+/-	+
公的サービス	+	+	+	+	?	+	-
休暇	+/-	?	?	+	?	+	+
雇用創出に対する奨励金	-	-	?	?	?	+	+
市場ベースのケアに対する奨励金	?	?	+	?	+/?	+	?

出典: Daly 2001, 表2.4

評価を示す。

表4にまとめられたように、これまでに、家族および子ども手当の形式による現金給付が、ケアに対する支払いを目的として行われたことはない(Daly 2001)。むしろ、現金給付は、家族に対して育児費用の一部を支援すること、ならびに小規模家族から大規模家族に、および経済的にもっとも困窮すると思われる子育て期に資源の再配分としていた(Daly 2001)。育児に伴う費用として、ケア提供者があきらめざるを得ない所得という点を政策が認識し始めたのは、つい最近のことである。家族手当には幅広い種類があるが、それらに共通の特徴としては、育児にかかる費用のうちわずかな割合しか負担しないことが多いこと、および「母親であることによって強いられる貧困へのリスク増大から女性を十分に守れていない」ことが挙げられる(Folbre 1994: 122-123)。さらに、家族および子どもの幸福に対する配慮がこれらの提供の目的として記述されることが多い一方で、これら給付金の受給要件は、それ以外の間接的な目的、すなわち特定の家族および男女関係のモデルの推奨、を伴っているのである。

政府にとっては、ケア提供者に対して支払う現金給付の方が、公的な育児サービスの提供に比べて安価である一方で、男女平等の視点からは、この政策に付随する不利益が多く存在する(Daly 2001)。現金給付が存在することによって、家族の一員(母親であることが多い)によるケアの提供が強化される傾向があり、その結果、ほかの部門がケアの責任から解放されてしまう。さらに、上でも述べたように、支払いのレベルがしばしば低いこと、および社会保障や雇用の権利をほとんど伴わないという危険性がある。さらに、伝統的に女性が行ってきた労働に対する支払いを提供することで、そのような労働に価値が与えられる一方で、女性/母親を当然のケア提供者として認めてしまう傾向がある。この最後の問題は、男女の

区別のない形式、つまり、ケアにかかわるあらゆる費用をカバーし、また、女性および男性のどちらにも開かれている形式で、すべての種類の世帯に対して行われれば、避けることができる問題である。

発展途上世界からの例として、南アフリカで提供された児童養育費(Child Support Grant)は、ここで取り上げる価値がある。民主主義への移行後にこの支援金を再編したランド委員会は、南アフリカにおいて家族および世帯の形態が非常に多様化していること、および「男性は労働者/女性はケア提供者」というモデルからの脱却の必要性を認識し、給付金を子どものための主なケア提供者に支払われる「子どもに従う」アプローチをとることを選択した。このことは、家族の男性労働者世帯モデルからの象徴的な脱却として評価されている(Hassim 2006)。この養育費の受給には、子どもが学校に通っている、または母親/ケア提供者が「栄養と衛生」講習会に参加しなければならない、もしくは無償の地域労働を行わなければならないなど、(ほかの途上国の家族および子ども手当の物議を醸している特徴である)条件は課せられない。

フェミニスト社会政策の文献は、全体的に、ケア関連のニーズに対する公的サービス提供を、現金支払いよりも高く評価している⁸⁾。ケアを公的サービスとして提供することは、国家予算に多大な負担を課すること、その他の形式のサービス提供(市場または非営利部門による)を「締め出す(crowd out)」リスクさえあることを認識したうえで、男女平等の視点からは、重要な長所がたくさんある。その傾向としては、ケアワークを正当化すること、比較的保護された仕事を女性に与えること(少なくとも市場部門に比べて)、無償のケア提供者に雇用を探すというすばらしい選択肢を与えること、ならびにケア提供者およびケアを受ける者のどちらに対しても選択肢および品質を改

善すること（特に低所得者に対して）などが挙げられる。ケアワークを公的部門におくこと自体は、特徴となっている劣悪な労働条件に対する解決策にはならないことは知られているが、それでも公的部門におかれた方が、個人によって個人的に行われるよりも、高い賃金が得られる傾向がある（Daly 2001）。

また、幼児のケアに対する公的サービスの提供が、教育目標のためのものであり、子どもの幸福（親または母親ではなく）を目的としていることも興味深い。育児サービスが、母親の雇用にとっての奨励策または支援として見られるようになったのは、1970年代からである。

母権主義との決別⁹⁾

伝統主義者による学術的および一般向け文献は、女性の家庭第一主義ならびに母親としての義務および能力を強調し、不平等な公的/私的負担を構築してきた。また、例えば、アメリカ合衆国においては、現代のコミュニタリアン思想や、「家族価値観」を強調する文献において「親の危機（crisis in parenting）」といったような議論を巻き起こし、伝統的な道徳的家族モデルへの提唱を行っている（Etzioni 1993）。

しかし、ケアを、人と人とのコミュニケーション、思いやり、および利他主義によって特徴づけられる女性の倫理的な世界の一部として見なしてきたのは、男性だけではない。フェミニスト自身も、往々にして、家族、子ども、およびケアの個人的/道徳的/倫理的領域（市場および政治における男性の公的/合理的領域と比べて）に対する女性の深い愛情に注意を払ってきた。「もうひとつの」女性の声について述べたのはGilligan（1982）だけではないが、それまで真面目に取り扱われることがなかった女性の生活の一部に価値が与えられるという理由で、この論文の影響は大きい。

途上国における女性運動には、より良く適切な社会保護の形を目指して団結してきた、起伏の激しい実績がある。それでも、女性が国家に対して、時にはその母としての役割を利用して、政治的主張を行ったり、正義ならびに家族および地域に対するより良い条件および社会支援を擁護したりしながら、うまく主張を行ってきたと言ってもよい（Hassim and Razavi 2006）。たとえば、ラテン・アメリカの最近の歴史では、正義および再配分を求めるための母権の主張をめぐって女性が団結し、成功を収めている。

数多くのラテン・アメリカ諸国においては、女性町内会による地域福祉サービスの提供が始められている。これらの動きは、自発的労働によって家族と地域を団結させ、ジェンダー格差を意識した市民運動を生み出すために、および国家にその道徳的欠陥を知らしめるために、母としてのアイデンティティをどのように集結させればよいかについて、さまざまな図式が提示されている。1970年代後半に始まり、1980年代および1990年代に深刻となった経済危機の背景において、たとえば、貧しい地域のブルー人女性が、家族および地域に基本的な生活維持のために必要なものを提供するために、コミュニティキッチン、母親の会（Mothers' Club）、「一杯の牛乳委員会（Glass of Milk Committee）」などの、いわゆる「サブシステム組織」を結成し指揮を執った（Blondet 2002）¹⁰⁾。政治という言葉の従来の意味からは離れるが、これらのさまざまな形態の女性の参加からなる活動は、「政治そのものの意味の改革を必要とする個人領域における政治問題化」に基づくものである（Jelin 1990: 9）。このような共同の取り組みは、参加する女性にとって、技能と自信をはぐくみ、家庭内での孤立から抜け出し、新たな社会的ネットワークを作り出し、さらに地域内における社会的機能についての目的意識および認識を育む場となる（Blondet 2002）。

しかし、母権主義的政治がさまざまな国において正反対の成果を出してきたにもかかわらず、このような主張は、女性が要求している権利が、伝統的な男女役割分業理念に縛られた、あらかじめ与えられた責任の見返りとして与えられるべきであるという暗黙の承諾を共有している。このように伝統的な男女の役割を受け入れたことで、母権主義者の動きおよび要求は、賛否両論を呼ぶことになった。多くの人が、母権主義は家父長制度的なジェンダーの序列を強固にし、女性の労働市場への参入を抑制し、さらには女性の男性への経済的依存を固定する可能性があるという懸念を抱いている (Moghadam 2006 ; Koven and Mitchel 1993)。

このような動きに反して、フェミニストは、「女性の道徳」の概念を超える普遍主義的パラダイムである「ケアの倫理」を提唱する (Tronto 1993: 3)。Trontoによって提案された主要な議論は、ケアを人間の生活における重要な側面とする必要があること、および現在の道徳的境界をそのままにしては、これを実現することができないことである。

ケアは、女性による偏狭な関心事や、二次的な道徳的問題、または社会においてもっとも恵まれない人々が従事する労働ではない。ケアは人間生活における中心的な関心なのである。今こそ、この真実を反映させるように、政治的および社会的制度を変え始める時である (Tronto 1993: 180)。

究極的には、すべての人間が最初から相互依存の関係にあるものとして、つまりケアを必要とし、与え、および受ける人物として考えられるとき¹¹⁾にのみ、男女平等が達成される。そのためには、実務レベルとして、男性によるケアワーク(有償無償にかかわらず)の共有に対する支援策、たとえば育児休業制度やスウェーデンで先駆的に行われた「パパの月」のような政策が必要である。このような政策には、有償労働の文化を変えるこ

と(勤務日数の削減やその他の方法で)が必要である。

男性稼ぎ主モデル家族の終焉：

継続性および変化

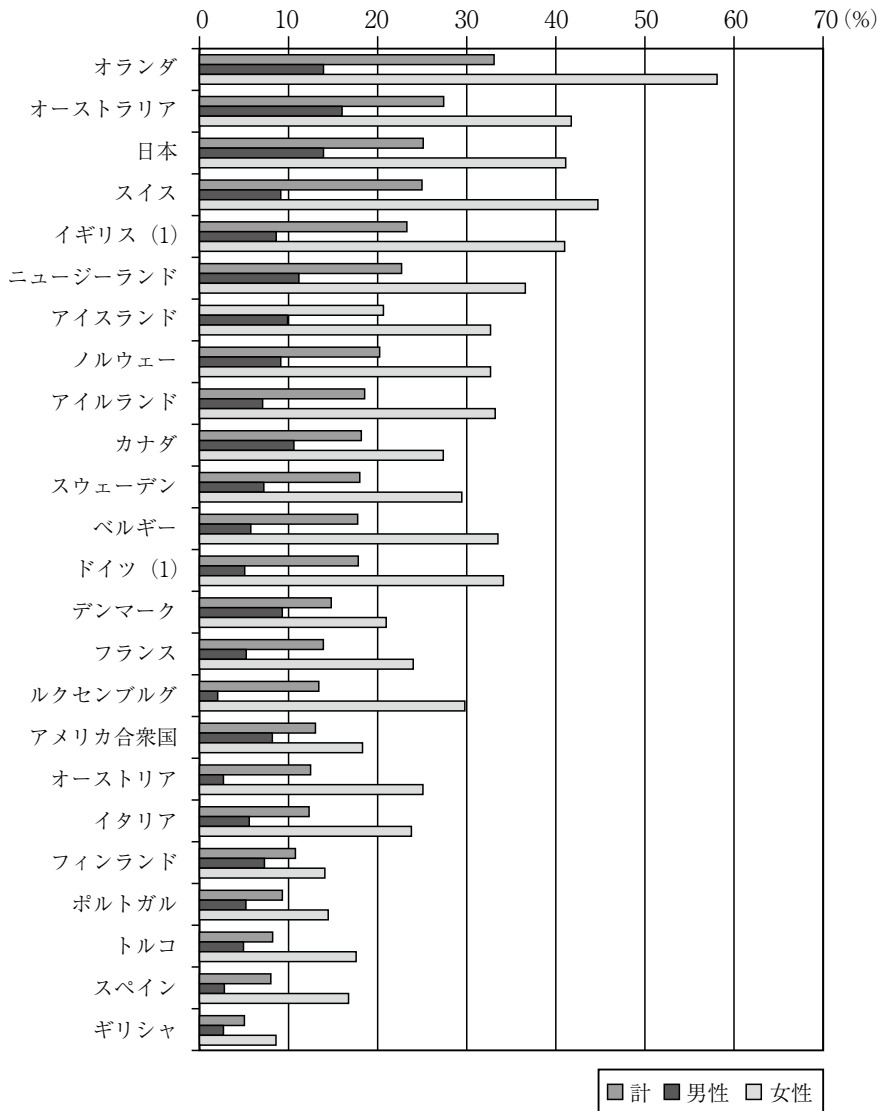
この20年間、世界中のいたるところ、特に西ヨーロッパおよび南アメリカで、女性による経済活動率が目覚ましく上昇を続けている¹²⁾。この上昇は、女性が行うさまざまな労働(季節労働、臨時労働、サブシステム労働など)が労働力に含まれるようになったことも一因かもしれないが、同時に、実際の変化が数多くあったことも示唆している。しかし、女性および男性の経済活動率に差がなくなることが、労働市場指標における男女平等を示すことはほとんどない。

20世紀最後の四半世紀における女性の有償労働への参入は、欧州連合加盟国の中で、共通して見られる。このことは、「男性稼ぎ主」モデルから「成人労働者モデル家族」への大きな転換が進行中であることを示している (Lewis 2001: 1)。しかし、このモデルでは、女性が既存の(家庭内の)ケアの責任に有償労働を加えている一方で、男性はその労働パターンをほんの少ししか変えていないように見える。だが、労働力率は、働く女性の状況を表すためには大雑把な指標である。なぜなら、この労働力率だけからは、雇用形態(パートタイム対フルタイム)、賃金および労働条件、ならびに有償および無償労働への相対的参加率に関する偏り、または生涯の参加パターンの男女差はまったくわからないからである (Orloff 2002)。これらの要素が、事態を複雑にしている。

OECD諸国においては、多くの女性が、男性よりはるかに高い割合で、パートタイム労働に従事しており、また、労働市場から脱落している。現在では、労働市場における男女格差は、ますます「時間」に基づくもの(男性はフルタイム、女性はパートタイム)であるとする主張が行われている

(図2参照)。これは、過去に顕著であった、男性は有償労働に参加し、女性はフルタイムで家事を行い、労働市場には不在であるというパターンの代わりとなった。先進諸国の中で、さらには有償および無償労働のミックスの中で、女性が参加す

る労働の質はさまざまであるが、男性は有償労働を「専門」とし、家庭ではほとんど労働を行わない、女性は無償労働の大半を行うが、雇用との組み合わせで行うことが増えているという基本的なパターンは同じである (Orloff 2002)。さらに、



注記：(1) 2000年のデータ
 出典：UNRISD 2005：図5.2

図2 OECD諸国におけるパートタイム雇用率（全体雇用に対する割合）、2001年

表2 男性および女性の有償労働およびケアの手あてのパターン

1. 男性稼ぎ主モデル (Male breadwinner model)	
男性FT稼ぎ手	女性FTケア提供者
2. 改良型稼ぎ主モデル (Modified breadwinner model)	
男性FT稼ぎ手, 女性短時間PT稼ぎ手	ケア提供は主に女性稼ぎ手および親族
3. 男女差のある共働きモデル (Gendered dual earner model)	
男性FT稼ぎ手, 女性長時間PT稼ぎ手	ケア提供は主に親族, および国家/ボランティア/市場
4. 夫婦ともに稼ぎ手兼ケア提供者のモデル (Dual earner-carer model)	
男性PT稼ぎ手, 女性PT稼ぎ手	ケア提供は男性および女性稼ぎ手
5. 夫婦ともに専門職のモデル (Dual career model)	
男性FT稼ぎ手, 女性FT稼ぎ手	ケア提供は主に市場および親族/国家/ボランティア部門
6. 単一稼ぎ手 (シングルマザー家族) モデル (Single earner [lone mother family] model)	
女性FTもしくはPT稼ぎ手, または国の給付に依存	ケア提供は母親のみか母親/親族/国家

FT：フルタイム，PT：パートタイム

出典：Lewis (2001) より引用。専門用語の一部を変更。

OECD諸国においては、女性を、男性と同様に、フルタイム労働を行い、経済的に独立しているものとする政策的な見方にもかかわらず、未だに男女間の所得格差が大きいという事実を強調しなければならない。所得格差の一部は、多くの女性がパートタイムで働いていることによるが、フルタイム労働者の間でも男女の所得格差が生じている (Orloff 2002：表1)。

表2は、女性および男性が有償労働およびケアの手あてに関して選択可能な一連の立場を示している。Lewis (2001) の主張によれば、女性の有償労働への参加の増加に伴って男性稼ぎ主モデル (1) が徐々に弱まる一方で、男性稼ぎ主モデル (1) から夫婦ともに専門職のモデル (dual career model) (5) またはFraser (1997) が呼ぶところの「普遍的稼ぎ主モデル (universal breadwinner model)」への単純な動きは見られない。ほとんどの西側諸国における新たなモデルは、女性の低所得を考慮すると、より男女平等主義的な共働きモデル (dual breadwinner model) (4) や夫婦ともに専門職のモデル (5) ではなく、「1.5人の稼ぎ手モデル (one-and-a-half earner model)」(2および3) と

なる。

このことは、ケア提供の組織、ならびに特に労働力ではあるが労働市場の周辺に存在する者 (つまり、多くの女性) が、所得および社会保障 (特に高齢期の) を得る方法に関して、新たな疑問を生じさせている。

学術的文献においては、女性の役割の変化およびいわゆる「成人労働者モデル家族」の出現へのさまざまな反応が示されてきた。多くのフェミニストにとって重要な問題は、新たなモデルへの転換が行われる際の諸条件である (Giullari and Lewis 2005)。結局のところ、多くのフェミニストは、女性の経済的独立を求める議論を長い間続けているのである。しかし、女性および男性が直面している選択肢ならびに男女同権の追求は、社会政策がケアワークの問題にどの程度対処しているか、および女性が労働市場を通じてどの程度の経済的な保障を得ることができるのかに、大きく依存している。欧州連合の背景においては、ケアに関する政策は、主要な社会サービス (医療および教育など) に関する政策に比べて、あまり考えられておらず (ケア労働の商品化のみで十分な政策反応で

あると考えられていることが多い)、かつ成熟していないという懸念がある (Giullari and Lewis 2005)。

結論

ケアの政治および社会経済に関する研究は、多様な専門分野の視点からの概念的かつ実証的な分析によって、充実してきている。福祉国家分析をジェンダー化することを目指した社会学および社会政策の研究は、ケアの制度の多様性を理解するために、比較の対象を、家族および世帯というミクロな制度のみに限定せず、その他のケア提供者を含めることで、より効果をあげてきた。

これらの研究が共通して訴えるのは、第一に、ケア (有償無償両方) の軽視に対する批判、第二に、市場への懐疑主義 (ケアを受ける者への良質のケアの提供およびケア提供者への品位ある労働の提供という両方の点に関する)、第三に、有償または無償でケアを提供する者が、社会権にアクセスし、その経済的保障を強化するために主張する必要性である。

途上国におけるケアの問題に関する研究は、これらの文献において述べられた、たくさんの要素を有用に結合することができる。そのうちの一つは、さまざまな制度にまたがるケア労働の範囲をとらえることができるような、堅固な実証的基盤の必要性である。生活時間調査が、ますます多くの途上国において実施されるようになり、良い研究の出発点となっている。このような調査によって入手できるデータは、精査され、また比較を可能にするために、より標準化されている必要がある。もうひとつ、さまざまな国におけるケア・ダイヤモンドのより系統的かつ制度的な分析もまた必要である。本プロジェクトはその2つの手法を用いる先駆的な試みであると言えよう。

※本論文は UNRISD Gender and Department Programme Paper No.3の抄訳である。

注

- 1) 社会的現実には、この理想的なパターンが完全に反映されなかったのは言うまでもない。それにもかかわらず、このモデルは、資本主義の工業化時代において、家族生活の規範的な図式として力を持っていた。
- 2) See Hochschild (2000) ; Parrenas (2001) ; Ehrenreich and Hochschild (2002), Parrenas (2005) などの一部の文献では、他国への移住者が自国および自地域から不在になることによる社会的障害および「ケアの流出」に注目しているが、途上国における社会的政策およびケアの準備については、開始点および分析の焦点とはなっていない。その反面、このことは、UNRISDによるケアの政治的・社会的経済に関するプロジェクトの開始点および分析の焦点となっている。移住者 (国内、国外にかかわらず) が、研究対象の途上国におけるケアの経済に対して、目に見える存在感および影響力を持つのか、またそれはどのようなときなのか、このプロジェクトにとって重要になっている。
- 3) 脱商品化の定義は、「個人、または家族が、市場参加から独立して生活するために社会的に許容可能な基準を維持することが可能な程度」(Esping-Andersen 1990: 37)。
- 4) Esping-Andersen (1999) は、その後の研究において、無償労働 (無償の形態のケアワークを含む) の提供による家族および女性の福祉への貢献が、自身の過去の研究およびほかの政治経済学者の研究において無視されていたことを明確に示した。
- 5) とはいくものの、スウェーデンの経験が明確に示すように、ケアが「公的なもの」になりつつあったときに、公的部門において比較的低地位かつ低賃金の仕事である社会ケア施設の典型的な従業員になったのは女性であった。Esping-Andersenの類型論におけるもう一つの問題は、さまざまな国における女性の雇用率のような、重要なジェンダーの成果についての説明を行わなかったことである。たとえば、「自由主義的」福祉レジームのアメリカ合衆国および「社会民主主義」のスウェーデンでは、世帯の貧困についての理由および成果はさまざまであったが、シングル・マザーの労働力への参加率が高かった (Lewis 1997)。「社会民主主義」集団内の大きな違いを、ノルウェーを例外として掲げ、指摘する者が多くいた (Leira 1993 ; Sainsbury 2001)。
- 6) ケアに関する以前の文献のほとんどにおいては、子どもが主な注目の対象であった。高齢者のケアがより真剣に取り扱われるようになったのは、ここ最近 (おそらく人口高齢化に対応して) のことである。
- 7) この組合せは、ケア部門と呼ばれることもあり、大

- まかに言って人によるサービスであり、特に強い人格的かつ感情的な側面を持つ、家庭、地域、市場、および国家における経済活動を含めて、これには、育児、医療、高齢者介護、社会事業、および教育などの活動が含まれることが多い (Folbre 2006b)。
- 8) 公的サービスがフェミニストの目的のためにもっとも有益であるとする考え方には、フェミニストによる批判もある。男性にケア提供をさせるための努力、および労働者によるケア提供のための休暇の取得を雇用者が許可することを強く訴える者もいる。
 - 9) この言葉はOrloff (2006) からの借用であるが、ここでは違う意味で使用している。Orloffは、政策転換および女性が母親として福祉の請求を行う可能性という意味を込めているが、ここでは、女性が母親として福祉または市民権の請求を行うための団結の可能性という意味を込めている。
 - 10) 1995年に行われた調査によれば、24018組の母親の会、42447組の一杯の牛乳委員会、および9869件の食堂があり、合計で152万6676人の女性が団結している。これらの女性は、一年あたりおよそ2億8500万時間のボランティア労働を行っており、これは15万4683人のフルタイム労働に相当するものであった (Molyneux 2006にて引用)。
 - 11) Fraser (1997), Lister (1997), Tronto (1993) 参照。
 - 12) しかし、このような世界全体の傾向には重要な例外もある。特に、東および中央ヨーロッパ、ならびに中央アジアにおいては、1990年初頭から、女性の経済活動率の低下が続いている。

参考文献

- Andía-Pérez, B. and A. Beltrán-Barco. 2002. *Analysis of the Public Budget with a Gender Approach: Villa El Salvador*. UNIFEM-Andean Region, Lima.
- Anttonen, Anneli. 2005. "Empowering social policy: The role of the social care services in modern welfare states." In O. Kangas and J. Palme (eds.), *Social Policy and Economic Development in the Nordic Countries*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Anttonen, Anneli, Jet Bussemaker, Ute Gerhard, Jacqueline Heinen, Stina Johansson, Brita Siim, Arnlaug Leira, Ruth Lister, Constanza Tobio, Fiona Williams, with Anna Gavanas. 2007. *Gendering Citizenship in Western Europe: New Challenges for Citizenship Research in a Cross-National Context*. Polity Press, Cambridge.
- Anttonen, Anneli and Jorma Siplä. 1996. "European social care services: Is it possible to identify models?" *Journal of European Social Policy*, Vol. 6, No. 2, pp. 87–100.
- Blondet, Cecilia. 2002. "The 'devil's deal': Women's political participation and authoritarianism in Peru." In Maxine Molyneux and Shahra Razavi (eds.), *Gender Justice, Development and Rights*. Oxford University Press, Oxford.
- Budlender, Debbie. 2004. *The Cost of Home-Based Care*. UNIFEM Southern African Regional Office, Harare, Zimbabwe.
- Cagatay, Nilufer, Diane Elson and Caren Grown. 1995. "Introduction." *World Development*, Vol. 23, No. 11, pp. 1827–1836.
- Daly, Mary. 2001. "Care policies in Western Europe." In M. Daly (ed.), *Care Work: The Quest for Security*. International Labour Organization, Geneva.
- Donath, Susan. 2000. "The other economy: A suggestion for a distinctively feminist economics." *Feminist Economics*, Vol. 6, No. 1, pp. 115–123.
- Ehrenreich, Barbara and Arlie Russell Hochschild (eds.). 2002. *Global Women: Nannies, Maids and Sex Workers in the New Economy*. Holt, New York.
- Elson, Diane. 2005. *Unpaid Work, the Millennium Development Goals, and Capital Accumulation*. Paper presented at the conference on Unpaid Work and the Economy: Gender, Poverty and the Millennium Development Goals, United Nations Development Programme and Levy Economics Institute of Bard College, Annandale-on-Hudson, New York, 1–3 October.
- Esping-Andersen, Gosta. 1999. *Social Foundations of Post Industrial Economies*. Oxford University Press, Oxford.
- . 1990. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, Princeton.
- Etzioni, Amitai. 1993. *The Spirit of Community*. Harper Collins, London.
- Fine, Ben. 2004. "Social policy and development: Social capital as point of departure." In Thandika Mkandawire (ed.), *Social Policy in a Development Context*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Fisher, Berenice and Joan Tronto. 1990. "Toward a feminist theory of caring." In Emily Abel and Margaret Nelson (eds.), *Circles of Care: Work and Identity in Women's Lives*. State University of New York Press, Albany.
- Folbre, Nancy. 2006a. "Demanding quality: Worker/consumer coalitions and 'high road' strategies in the care sector." *Politics and Society*, Vol. 34, No. 1, pp. 11–31.
- . 2001. *The Invisible Heart: Economics and Family Values*. New Press, New York.
- . 1994. *Who Pays for the Kids? Gender and the Structures of Constraint*. Routledge, London.
- Fraser, Nancy. 1997. "After the family wage: A postindustrial thought experiment." In Nancy Fraser (ed.), *Justice*

- Interruptus: Critical Reflections of the "PostSocialist" Condition*. Routledge, London.
- Fraser, Nancy and Linda Gordon. 1994. "A genealogy of dependency: Tracing a keyword of the U.S. welfare state." *Signs*, Vol. 19, No. 2, pp. 309–336.
- Gilligan, Carol. 1982. *In a Different Voice*. Harvard University Press, Cambridge.
- Giullari, Susi and Jane Lewis. 2005. *The Adult Worker Model Family, Gender Equality and Care: The Search for New Policy Principles, and the Possibilities and Problems of a Capabilities Approach*. Programme on Social Policy and Development, Paper No. 19. UNRISD, Geneva.
- Haney, Lynne. 2002. *Inventing the Needy: Gender and The Politics of Welfare in Hungary*. University of California Press, Berkeley.
- Haney, Lynne and Lisa Pollard. 2003. "In a family way: Theorizing state and familial relations." In L. Haney and L. Pollard (eds.), *Families of a New World: Gender, Politics, and State Development in a Global Context*. Routledge, New York.
- Hassim, Shireen. 2006. "Gender equality and developmental social welfare in South Africa." In S. Razavi and S. Hassim (eds.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "the Social"*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Hassim, Shireen and Shahra Razavi. 2006. "Gender and social policy in a global context: Uncovering the gendered structure of 'the social'." In S. Razavi and S. Hassim (eds.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "the Social"*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Hobson, B. 1990. "No exit no voice: Women's economic dependency and the welfare state." *Acta Sociologica*, Vol. 33, pp. 235–250.
- Huber, Evelyn and John D. Stephens. 2000. "Partisan governance, women's employment, and the social democratic service state." *American Sociological Review*, Vol. 65, No. 3, pp. 323–342.
- Jelin, Elizabeth. 1990. "Introduction." In E. Jelin (ed.), *Women and Social Change in Latin America*. UNRISD, Geneva and Zed Books, London.
- Jenson, Jane. 1997. "Who cares? Gender and welfare regimes." *Social Politics*, Vol. 4, No. 2, pp. 182–187.
- Jenson, Jane and Denis Saint-Martin. 2003. "New routes to social cohesion? Citizenship and the social investment state." *Canadian Journal of Sociology*, Vol. 28, No. 1, pp. 77–99.
- Kabeer, Naila. 1994. *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*. Verso, London.
- Knijn, Trudie and Monique Kremer. 1997. "Gender and the caring dimension of welfare states: Toward inclusive citizenship." *Social Politics*, Vol. 4, No. 1, pp. 328–361.
- Koven, Seth and Sonya Michel. 1993. "Introduction: Motherworlds." In Seth Koven and Sonya Michel (eds.), *Mothers of a New World: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*. Routledge, New York.
- Kwon, Huck-Ju. 2005. "An overview of the study: The developmental welfare state and policy reforms in East Asia." In Huck-Ju Kwon (ed.), *Transforming the Developmental Welfare State in East Asia*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Leira, Arnlaug. 1993. "The 'woman-friendly' welfare state?: The case of Norway and Sweden." In Jane Lewis (ed.), *Women and Social Policies in Europe*. Edward Elgar, Aldershot.
- Lewis, Jane. 2001. "The decline of the male breadwinner model: The implications for work and care." *Social Politics*, Vol. 8, No. 2, pp. 152–170.
- . 1997. "Gender and welfare regimes: Further thoughts." *Social Politics*, Vol. 4, No. 1, pp. 160–177.
- . 1992. "Gender and the development of welfare regimes." *Journal of European Social Policy*, Vol. 2, No. 3, pp. 159–173.
- Lister, Ruth. 1997. *Citizenship: Feminist Perspectives*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Mackintosh, M. and M. Koivusalo. 2005. "Health systems and commercialization: In search of good sense." In M. Mackintosh and M. Koivusalo (eds.), *Commercialization of Health Care: Global and Local Dynamics and Policy Responses*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Moghadam, Valentine. 2006. "Maternalist policies versus women's economic citizenship? Gendered social policy in Iran." In S. Razavi and S. Hassim (eds.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "the Social"*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Nakano Glenn, Evelyn. 1992. "From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor." *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, Vol. 18, No. 1, pp. 1–43.
- Orloff, Ann Shola. 2006. "From maternalism to 'employment for all': State policies to improve women's employment across the affluent democracies." In Jonah Levy (ed.), *The State after Statism*. Harvard University Press, Cambridge.

- . 2002. Women's Employment and Welfare Regimes: Globalization, Export-Oriented and Social Policy in Europe and North America. Programme on Social Policy and Development, Paper No. 12. UNRISD, Geneva.
- . 1993. "Gender and the social rights of citizenship: The comparative analysis of gender relations and welfare states." *American Sociological Review*, Vol. 58, pp. 303–328.
- Parrenas, Rhacel Salazar. 2005. *Children of Global Migration: Transnational Families and Gender Woes*. Stanford University Press, Palo Alto, CA.
- . 2001. *Servants of Globalization: Women, Migration and Domestic Work*. Stanford University Press, Palo Alto, CA.
- Pearl R. 2002. "The Andean Region: A multi-country programme." In D. Budlender and G. Hewitt (eds.), *Gender Budgets Make More Cents: Country Studies and Good Practice*. Commonwealth Secretariat, London.
- Peng, Ito. 2006. "Social policy reforms and gender in Japan and South Korea." In S. Razavi and S. Hassim (eds.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "the Social"*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Razavi, Shahra. 2007. "The return to social policy and the persistent neglect of unpaid care." *Development and Change*, Vol. 38, No. 3, pp. 377–400.
- . 2006. "Islamic politics, human rights and women's claims for equality in Iran." *Third World Quarterly*, Vol. 27, No. 7, pp. 1223–1237.
- Razavi, Shahra and Carol Miller. 1995. From WID to GAD: Conceptual Shifts in the Women and Development Discourse. Occasional Paper Series for Beijing, No. 1. UNRISD, Geneva.
- Rubery, Jill, Mark Smith, Dominique Anxo and Lennart Flood. 2001. "The future European labor supply: The critical role of the family." *Feminist Economics*, Vol. 7, No. 3, pp. 33–69.
- Sainsbury, Diane. 2001. "Gender and the making of welfare states: Norway and Sweden." *Social Politics*, Vol. 8, pp. 113–143.
- . 1994. "Women's and men's social rights: Gendering dimensions of welfare states." In Diane Sainsbury (ed.), *Gendering Welfare States*. Sage Publications, London.
- Sorj, Bila. 2001. "Child care as public policy in Brazil." In M. Daly (ed.), *Care Work: The Quest for Security*. International Labour Organization, Geneva.
- Standing, Guy. 1999. *Global Labour Flexibility: Seeking Distributive Justice*. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Steinhilber, Silke. 2006. "Gender and post-socialist welfare states in Central and Eastern Europe: Family policy reforms in Poland and the Czech Republic Compared." In S. Razavi and S. Hassim (eds.), *Gender and Social Policy in a Global Context: Uncovering the Gendered Structure of "the Social"*. UNRISD, Geneva and Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Tronto, Joan C. 1993. *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. Routledge, New York.
- United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). 2005. *Gender Equality: Striving for Justice in an Unequal World*. UNRISD, Geneva.
- Urdang, Stephanie. 2006. "The care economy: Gender and the silent AIDS crisis in Southern Africa." *Journal of Southern African Studies*, Vol. 32, No. 1, pp. 165–177.
- Williams, Fiona. 2001. "In and beyond New Labour: Towards a new political ethics of care." *Critical Social Policy*, Vol. 21, No. 4, pp. 467–493.

(Shahra Razavi 国際連合社会開発研究所)

日本における介護ケアワーク

—特徴と問題点—

埋橋 孝文

■ 要約

本稿では、既存統計資料を用いて高齢者ケアワーカーの属性と労働条件を明らかにする。それを踏まえて、労働者自身が労働条件をどのようにみているかを検討し、介護報酬の単価あるいはその設定の仕組みが労働条件に大きな影響を与えていることなどを明らかにしている。

■ キーワード

介護保険、介護ケアサービス、擬似市場（準市場）

1. はじめに

平均寿命の伸長に伴い介護問題が先進諸国共通の問題となっている。各国でさまざまな対応が取り組まれてきたが、日本は、オランダ（1962年）、ドイツ（1995年）に次いで世界で3番目に保険方式で介護サービスを提供する制度（公的介護保険制度）を創設した（2000年実施）。

1980年代後半以降、高齢化政策が本格化していくが、1990年代には年金などの所得保障の点では「削減」（retrenchment）の色彩が濃厚であったのに対して、介護福祉サービスに関しては新たな政策の展開と財政資金の投入、政策の充実がみられた。

介護保険法制定の背景には、高齢者世帯の増加、要介護状態の長期化などにより、「老老介護」（家族内での高齢者による高齢者の介護）や「老人虐待」の問題が深刻化し、介護の「社会化」を望む声が大きくなりつつあったことがある。当時の新聞や雑誌、テレビ番組で介護問題は大きく取り上げられ、介護サービスの充実を望む世論形成に貢献した。

それ以外にも、日本の場合、いわゆる「社会的入院」（入院医療の必要ではなく介護などの必要からの入院）の解消といった特殊な要因が介護保険法の制定の背景にあった。つまり、スティグマ（stigma）が強い福祉施設よりも病院の方が好まれる傾向が国民の間で存在していたが、そのことが、医療費の上昇に拍車をかけており、そのことが、当時の厚生省を悩ましていたのである。

今日から振り返って、エポックメイキング（epoch making）であった出来事は、第1に、1989年からのゴールドプランの作成（新ゴールドプラン：1994年～、ゴールドプラン21：1999年～2004年）と、第2に1994年に発表された「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢化に向けて—」であった。

ゴールドプランの作成によって、在宅福祉や施設福祉の量的なサービス供給量が増大した。これは介護保険法の施行をスムーズにさせるのに大きく貢献したのであり、今日から振り返って高く評価される点である。「21世紀福祉ビジョン」は、5:4:1となっている年金、医療、福祉の給付割合

を5:3:2に引き上げることを提案したものであり、国民に対して政府が介護福祉サービスの充実に本気で取り組んでいくことを示した点で高く評価される。

日本の介護保険法は2000年4月から施行されたが、それはおおむね成功裏のスタートであったといえる。一部の地域（農村地域）で「保険あってサービスなし」という事態も見られたが、1989年から始まったゴールドプランによるサービス供給基盤の整備が介護保険法施行前に実現していたのでそれほど深刻ではなかった。

しかし、問題がなかったわけではない。第1に、低所得の人にはサービス利用に当たっての1割自己負担の重さから利用を抑制する傾向がみられた。第2に、軽度の要介護度の人の申請が見込みを上回り財政を圧迫したこと。第3に、介護保険制度は在宅サービスの充実を謳っていたが、実際には国民の間で施設入所サービスの需要が高かった。そのため、2005年には、予防介護サービスが新たに導入されて介護サービスの抑制が図られ、また、施設入所の場合の食事代と住居費（いわゆるホテル・コスト）の徴収が始まった。

その他にも、①介護労働者全般に共通する低い労働条件と介護報酬単価の切り下げに伴う介護労働者確保上の問題（＝不足問題）、②障害者福祉サービスとの関係、③財政問題などが未解決の問題として残されている。以下では、これらの残されている問題のうち、介護労働者の構成や属性、賃金・労働時間などの労働条件、および、そうした「労働条件を介護労働者自身がどう評価しているか」という意識についてみていく。

本論文の構成は次のようになっている。

第1に、既存統計調査資料を用いて、サービスの種類や従事者数を明らかにし、高齢者ケアワーカー（訪問介護員、介護職員、看護職員、介護支援専門員など）の属性を明らかにする。つまり、性・年齢構成、学歴、婚姻上の地位などを明らか

にする。次いで、高齢者ケアワーカーの労働条件（就業形態、賃金、労働時間、社会保険への加入状況）を明らかにする。

第2に、すでに公表されている介護労働者の労働意識調査を用いて、仕事のやりがいや満足度、賃金や労働時間を介護労働者自身がどのように見ているかなどを探る。

2. 介護ケアサービスの概況

日本では近年、平均寿命の伸びを背景に高齢者人口が増加し、介護を要する高齢者の数も増加している。日本における65歳以上の高齢者数は、2,567万人（男性1,087万人、女性1,480万人）であり、全人口に占める割合（高齢化率）は、20.1%となっている（2005年国勢調査）。高齢者の中で介護保険制度において要介護者又は要支援者と認定された者は425万人であり、高齢者全体に占める割合は約16%となっている（2006年度末現在、厚生労働省2008）。

2000年に介護保険制度が実施され、介護の担い手を家族に限定しない「介護の社会化」が進められてきた。高齢者世帯における単独世帯および夫婦のみの世帯の増加とあいまって、ますます高齢者の福祉サービスが必要とされる状況にある。しかしながら、サービスの供給が追いつかず、介護を担う事業所では「人手不足」が常態化している。

ここではまず、介護保険制度におけるサービスの利用状況をみておきたい（表1）。全体では、利用者の73%が在宅サービスを利用している。要介護度別にみると、軽度の人には在宅サービスの利用が多く（要介護1の93.4%、要介護度2の人の86.2%が在宅サービスを利用）、重度になるにつれ施設サービスの割合が高くなっている（要介護度4の人の49.3%、要介護度5の人の60.4%が施設サービスを利用）。なお、介護保険利用者数は2000年184万人、2002年254万人、2004年317万人、2006年354万人へと増加しており、介護給付費は2001年

表1 要介護度別のサービス利用状況（受給者数）

(千人)

	総数	要支援等	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
総数	2,870.2	681.7	740.8	654.7	577.4	492.1	405.2
(%)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
在宅サービス	2,101.8	670.9	691.6	564.2	415.1	263.2	167.7
(%)	(73.2)	(98.4)	(93.4)	(86.2)	(71.9)	(53.5)	(41.4)
施設サービス	820.5	-	51.7	101.8	179.7	242.6	244.7
(%)	(28.6)	-	(7.0)	(15.5)	(31.1)	(49.3)	(60.4)

注：1) 在宅サービスは、「居宅サービス」と「地域密着型サービス」の合計値。

2) 重複利用のため在宅サービスと施設サービスの合計値は、総数と一致していない。

3) 0～64歳（12.7万人）を含む。

資料：厚生労働省（2007b）「介護給付費実態調査月報（2007年3月審査分）」

表2 介護保険制度に基づくサービスの状況

	2000	2003	2006		
	事業所・施設数	事業所・施設数	事業所・施設数	利用者・在所者数	従事者数
1. 居宅サービス					
(訪問系)					
訪問介護	9,833	15,701	20,948	1,042,347	176,527
訪問入浴介護	2,269	2,474	2,245	62,412	9,580
訪問看護ステーション	4,730	5,091	5,470	291,907	27,015
(通所系)					
通所介護	8,037	12,498	19,409	1,105,211	177,094
通所リハビリテーション	4,911	5,732	6,278	466,745	57,513
1) 介護老人保健施設	2,638	2,960	3,288	273,523	31,689
2) 医療施設	2,273	2,772	2,990	193,222	25,824
(その他)					
短期入所生活介護	4,515	5,439	6,664	227,990	97,550
短期入所療養介護	4,651	5,758	5,437	59,028	-
1) 介護老人保健施設	2,616	2,980	3,340	53,592	-
2) 医療施設	2,035	2,778	2,097	5,436	-
特定施設入所者生活介護	1,941	73,313	41,422
福祉用具貸与	2,685	5,016	6,051	726,948	-
2. 地域密着型サービス					
認知症対応型共同生活介護	675	3,665	8,350	116,749	101,917
3. 居宅介護支援	17,176	23,184	27,571	1,889,213	71,488
4. 介護保険施設サービス					
介護老人福祉施設	4,463	5,084	5,716	392,547	240,683
介護老人保健施設	2,667	3,013	3,391	280,589	176,170
介護療養型医療施設	3,862	3,817	2,929	111,099	90,941

注：1) 施設・事業所数・従事者数は各年10月1日現在、利用者数は9月中の利用者の数である。

2) 事業所・施設数には利用者・在所者なし、利用者・在所者数不詳の事業所・施設を含む。

3) 複数のサービスを行っている事業所は、各々に計上している。

4) 居宅サービス事業所（居宅介護支援を除く）の利用者数は、「要支援」（介護予防サービス）と「要介護」（介護サービス）の利用者数を合計したものである。

5) 従事者数は常勤換算である。

資料：厚生労働省（2007c）「介護サービス施設・事業所調査」より作成。

の3.8兆円から2008年7.4兆円に増加している。

介護保険制度に基づくサービスの全体状況は表2の通りである。

6年間（2000～06年）で訪問介護、通所介護の事業所数は2倍以上に増加しており（それぞれ9,833から20,948へ、8,037から19,409事業所へ）、在宅サービスの充実ぶりがうかがえる。また、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）の事業所数は12.4倍（675から8,350へ）と大幅に増加している。それらに比べて施設サービスの事業者数は2000年10,992、2006年12,036へと微増にとど

まっている。それは、法規制によって営利法人事業所がこの分野に進出できないためであると考えられる。

介護保険サービスの開設主体の傾向は、サービスの種類によって大きく異なっている（表3）。訪問介護や認知症対応型共同生活介護では営利法人の割合が年々増加し5割を超えている。他方で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では制度上の制約もあり社会福祉法人が9割を超えている。

従事者の職種もサービスの種類によって大きく

表3 介護サービス事業所・施設の開設主体

	事業所数	構成割合（％）						
		総数	地方公共団体	社会福祉法人	医療法人	営利法人（会社）	特定非営利活動法人（NPO）	その他
居宅サービス								
（訪問系）								
訪問介護	20,948	100.0	0.6	26.2	7.5	54.3	5.7	5.7
訪問入浴介護	2,245	100.0	1.0	57.7	2.6	35.8	0.8	2.1
訪問看護ステーション	5,470	100.0	3.9	9.2	44.4	18.7	0.9	22.7
（通所系）								
通所介護	19,409	100.0	1.5	45.3	8.2	36.2	5.5	3.3
通所リハビリテーション	6,278	100.0	3.3	8.8	75.5	0.1	—	12.3
（その他）								
短期入所生活介護	6,664	100.0	4.2	86.6	2.5	5.7	0.3	0.6
短期入所療養介護	5,437	100.0	5.1	10.0	76.0	0.0	—	8.9
特定施設入居者生活介護	1,941	100.0	0.2	17.1	0.6	79.0	0.5	2.6
福祉用具貸与	6,051	100.0	0.1	3.7	2.1	88.9	0.9	4.3
地域密着型サービス								
認知症対応型共同生活介護	8,350	100.0	0.2	21.9	18.6	52.9	5.4	1.0
介護予防支援事業所 （地域包括支援センター）	3,292	100.0	34.6	45.3	12.2	1.9	0.5	5.5
居宅介護支援事業所	27,571	100.0	2.3	30.6	21.1	34.8	3.0	8.2
介護保険施設								
介護老人福祉施設	5,716	100.0	6.4	91.0	—	—	—	2.6
介護老人保健施設	3,391	100.0	3.9	15.7	74.0	—	—	6.4
介護療養型医療施設	2,929	100.0	5.2	1.1	77.7	—	—	16.0

注：訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、福祉用具貸与、特定福祉用具販売、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、介護予防支援事業所、居宅介護支援事業所については経営主体である。数値は2006年10月1日現在。

数値はそれぞれ四捨五入しているため、項目の和が総数と一致しない場合がある。

資料：厚生労働省（2007c）「介護サービス施設・事業所調査」より抜粋。

表4 職種別にみた従事者数（常勤換算）

	訪問介護	訪問看護 ステーション	通所介護	特定施設 入居者 生活介護	認知症 対応型共同 生活介護	介護老人 福祉施設	介護老人 保健施設	介護療養型 医療施設
事業所数	20,948	5,470	19,409	1,941	8,350	5,716	3,391	2,929
総数	176,527	27,015	177,094	41,422	101,917	240,683	176,170	90,941
医師	…	…	172	…	…	1,250	3,633	6,585
看護師	…	20,226	10,607	2,740	* 1,776	8,815	13,984	14,124
准看護師	…	2,631	12,498	2,208	* 2,574	11,097	19,870	19,264
機能訓練指導員	…	…	10,277	960	…	4,167	…	…
理学療法士	…	1,960	※ 500	※ 77	…	※ 287	3,659	2,865
作業療法士	…	992	※ 307	※ 35	…	※ 196	3,566	1,461
言語聴覚士	…	58	※ 52	※ 10	…	※ 29	615	627
介護支援専門員	…	…	…	1,596	6,414	6,435	4,843	3,060
生活相談員・支援 相談員	…	…	25,636	2,063	…	7,444	5,783	…
社会福祉士（再掲）	…	…	3,280	362	…	1,976	2,254	…
介護職員 （訪問介護員）	167,141	…	94,565	31,855	90,375	156,253	94,297	37,542
介護福祉士（再掲）	35,411	…	20,330	6,616	17,843	66,977	44,013	8,522
管理栄養士	…	…	1,059	…	…	4,252	3,425	1,830
栄養士	…	…	1,215	…	…	1,909	1,105	930
調理員	…	…	10,315	…	…	14,859	6,203	…
その他の職員	9,386	1,147	10,490	…	5,129	19,699	14,306	…

注：1) 従事者数は調査した職種であり、調査した職種以外は「…」とした。
 2) 看護師には保健師及び助産師を含む。
 3) ※は機能訓練指導員の再掲である。
 4) *は介護職員の再掲である。
 5) 数値は2006年10月1日現在。

資料：厚生労働省（2007c）「介護サービス施設・事業所調査」より抜粋。

異なっており、訪問介護と認知症対応型共同生活介護では、9割前後が介護職員である（表4）。また、高齢者介護職員の内、57%が在宅介護・地域密着型サービスで、43%が施設で働いている。社会福祉士の60%は介護老人福祉施設と介護老人保健施設で働いている。

3. 介護ケアワーカーの属性

介護労働をめぐる調査は全国の自治体（福祉課や労政事務所）や社会福祉協議会で90年代以降数多くおこなわれている。一方、全国的には財団法人介護労働安定センターが1992年の「介護労働者

の雇用管理の改善等に関する法律」の制定に基づく厚生労働大臣の指定法人として設立された。同センターは2002年度から「事業所における介護労働実態調査」を毎年おこない、また、2003年には「介護労働者就業意識実態調査」を実施している。これらの2つの調査はサンプル数や質問項目の充実度からして、介護労働をめぐる基本的データとして利用価値の高いものである。

従事者（ケアワーカー）の性別、年齢、就業形態、賃金、労働時間等については、介護労働安定センターが行った「2007年度 事業所における介護労働実態調査」の結果を用いた。

従事者の性別、年齢は表5、表6の通りである。いずれの職種でも女性が7割を超えている。訪問介護員の場合、80%を超えている。年齢をみると、男性は20～30代が多く、女性は40～50代が多いという傾向がみられた。職種別には、介護職員の年齢が比較的若い。訪問介護員の特徴は40歳以上年齢層が80%を占めていることである。

従事者の学歴、婚姻上の地位は表7、表8の通りである。なお、この2項目については、近年、調査

項目から外されているため、2003年度調査（「介護労働者就業意識実態調査」）の結果を引用している。この調査の対象は、通所介護、介護老人福祉施設、認知症対応型共同生活介護などの介護従事者であり、訪問介護事業所の従事者は含まれていない。女性の場合、約半数が既婚である。

4. ケアワーカーの労働条件

従事者の就業形態をみると、約半数は正社員で

表5 性別

(%)

	調査人数	男性	女性	無回答
全体	41,593	15.1	74.4	10.4
訪問介護員	11,459	5.8	83.1	11.1
介護職員	16,512	19.5	70.7	9.8
看護職員	4,576	3.2	86.6	10.2
介護支援専門員	2,218	17.5	72.5	10.0
その他	5,886			
NA	942			

注：「介護職員」とは、「訪問介護以外の介護保険の指定事業所で働き、直接介護を行う者」をさし、大半が施設職員である。その内訳は、介護老人福祉施設（30%）、通所介護（23%）、認知症対応型共同生活介護（16%）、特定施設入居者生活介護（9%）、老健（8%）となっている。

資料：介護労働安定センター（2008）「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表6 年齢

(%)

	調査人数	平均年齢	20歳未満	20-29	30-39	40-49	50-59	60+	無回答
全体	41,593	43.8	0.3	15.7	20.9	24.9	25.1	10.6	2.3
男性	6,301	37.0	0.5	31.8	33.0	14.2	12.0	6.4	2.2
女性	30,947	45.2	0.3	12.8	18.6	26.8	28.0	11.6	2.0
NA	4,345								
正社員	20,931	40.0	0.4	23.7	24.9	23.9	21.0	4.2	2.0
非正社員	19,072	47.7	0.3	7.8	17.0	26.2	29.5	17.2	2.2
NA	1,590								
訪問介護員	11,459	49.8	0.1	4.7	13.0	26.3	34.2	19.6	2.1
介護職員	16,512	39.8	0.8	26.7	23.4	21.0	19.5	6.9	1.8
看護職員	4,576	44.9	0.0	6.9	23.8	34.0	25.5	7.5	2.3
介護支援専門員	2,218	46.0	-	3.4	26.0	30.0	29.6	8.6	2.5
その他	5,886								
NA	942								

資料：介護労働安定センター（2008）「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表7 学歴

(%)

	調査人数	中学卒	高校卒	専門学校卒	短大卒	大学卒	大学院卒	無回答
全体	3,001	3.8	34.1	35.1	13.9	12.1	0.2	0.8
男	611	1.8	26.4	38.3	5.2	27.3	0.3	0.7
女	2,356	4.3	36.1	34.2	16.3	8.2	0.1	0.8
NA	34							

資料：介護労働安定センター（2004）「介護労働者就業意識実態調査（2003年）」

表8 婚姻上の地位

(%)

	調査人数	未婚	既婚	離死別	無回答
全体	3,001	40.0	50.0	9.5	0.4
男	611	49.9	47.3	2.6	0.2
女	2,356	37.6	50.7	11.2	0.5
NA	34				

資料：介護労働安定センター（2004）「介護労働者就業意識実態調査（2003年）」

あるが、男女で格差がついている。全産業計の正社員：非正社員割合65.9%：34.1%（2008年「労働力調査」）と比較すると介護職場の非正社員割合は高い。ただし、女性の場合の非正社員割合は全産業計で46.4%であり、介護職とそれほどの違いはない。このことは、介護職場での高い非正社員割合は女性職員の割合が高いことによることがわかる。ちなみに職種によっても差があるが（表9）、83.1%が女性である訪問介護員の非正社員割合が高くなっている（77.6%）。ケアマネージャーの正社員割合が高い（81.1%）。

従事者の賃金水準・労働時間は職種および賃金の支払い方法（月給・日給・時間給）によって異なっている（表10、表11）。訪問介護員・介護職員（月給の者）の平均賃金は175,195円、204,623円であり、全産業の常用労働者の平均賃金273,008円（2007年9月の現金給与総額；厚生労働省2007d）を大きく下回っている。訪問介護員（83.1%が女性、80.1%が40歳以上、77.6%が非正社員、82.1%が時間給）の平均月賃金がとりわけ低くなっているが、それは労働時間の長さにもよる（月74.5時間、表11参照）。この労働時間の短さは非正規職

の女性パートタイム労働者の雇用を選好する需要側の要因と税制の扶養家族・社会保険の第3号被保険者を希望する供給側の要因の双方が関係していると考えられる。

時間給の者について、平均賃金と平均労働時間から時給を単純計算すると、訪問介護員1,249円、介護職員920円、看護職員1,365円、介護支援専門員（ケアマネージャー）1,315円となり、介護職員が最も低い。平均賃金では介護職員のほうが訪問介護員より高いが、その違いは雇用形態と労働時間の差に起因する。

従事者の雇用保険および健康保険・厚生年金の加入状況を表12、表13に示した。正社員および非正社員の常勤労働者については、全員加入の事業所が7割以上となっているが、短時間労働者については加入率が低く、訪問介護員の場合、未加入の事業所が雇用保険で36.0%、健康保険・厚生年金で52.2%となっている。

表は省略するが、従事者の勤続年数は平均3.1年であり、正社員3.4年、非正社員2.7年となっている。職種別にみると訪問介護員3.2年、介護職員2.8年、看護職員3.2年、介護支援専門員3.3年であ

る（介護労働安定センター 2008）。全産業の労働者の勤続年数（2006年）は、一般労働者12.0年、短時間労働者4.6年であり（厚生労働省2007e）、福祉従事者の勤続年数は、特に正社員において短いことがわかる。

従事者の離職率¹⁾は、職種別に見て、訪問介護員の場合、正社員18.2%、非正社員の常勤労働者18.5%、非正社員の短時間労働者16.4%となって

いる。介護職員では、正社員20.4%、非正社員の常勤労働者34.0%、非正社員の短時間労働者31.5%である（介護労働安定センター 2008）。全産業の離職率（2006年）は、一般労働者13.1%、パートタイム労働者26.3%であり（厚生労働省2007f）、介護職員の離職率の高さが目立っている。

介護現場では、近年「人手不足」が深刻化しており、従業員の過不足状況について「（従業員が

表9 就業形態

(%)

	調査人数	正社員	非正社員			無回答
			総数	常勤労働者	短時間労働者	
全体	41,593	50.3	45.9	14.1	31.8	3.8
男性	6,301	78.7	19.3	11.5	7.8	1.9
女性	30,947	45.2	51.6	14.6	37.0	3.2
NA	4,345					
訪問介護員	11,459	15.6	77.6	9.9	67.7	6.8
介護職員	16,512	57.4	40.8	19.5	21.4	1.7
看護職員	4,576	59.5	38.4	12.4	26.0	2.1
介護支援専門員	2,218	81.1	16.3	7.7	8.7	2.6
その他	5,886					
NA	942					

資料：介護労働安定センター（2008）「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表10 1カ月の実賃金（2007年9月）

	全体		月給の者		日給の者		時間給の者	
	回答者数 (人)	平均賃金 (円)	回答者数 (人)	平均賃金 (円)	回答者数 (人)	平均賃金 (円)	回答者数 (人)	平均賃金 (円)
全体	36,267	160,753	19,203	221,248	1,475	138,680	15,589	88,321
男性	5,317	214,259	4,376	234,666	187	143,870	754	113,279
女性	27,284	151,288	13,093	217,050	1,102	138,297	13,089	86,599
NA	3,666							
訪問介護員	10,296	88,994	1,546	175,195	295	112,029	8,455	72,428
介護職員	14,800	168,255	9,125	204,623	870	145,756	4,805	103,264
看護職員	3,880	215,692	2,450	270,150	134	145,327	1,296	120,018
介護支援専門員	1,757	242,098	1,614	252,063	24	158,778	119	123,751
その他	4,710							
NA	824							

注：実賃金とは、実際に支給した税込み賃金額（残業、休日出勤手当等を含む）のことである。

資料：介護労働安定センター（2008）「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表11 1カ月の実労働時間数 (2007年9月)

	全体		月給の者		日給の者		時間給の者	
	回答者数 (人)	平均労働 時間(時間)	回答者数 (人)	平均労働 時間(時間)	回答者数 (人)	平均労働 時間(時間)	回答者数 (人)	平均労働 時間(時間)
全体	36,460	124.4	19,503	159.5	1,403	134.4	15,554	79.5
男性	5,342	154.9	4,416	163.3	179	146.2	747	106.8
女性	27,404	118.9	13,293	158.2	1,050	135.1	13,061	77.7
NA	3,714							
訪問介護員	10,401	74.5	1,724	148.0	270	117.9	8,407	58.0
介護職員	14,691	145.0	9,057	162.3	834	146.2	4,800	112.2
看護職員	3,940	132.2	2,494	156.6	129	111.7	1,317	87.9
介護支援専門員	1,787	149.4	1,643	153.8	22	126.2	122	94.1
その他	4,901							
NA	740							

資料：介護労働安定センター (2008)「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表12 雇用保険への加入状況

(%)

	事業所数	全員加入	50%以上 加入	49%以下 加入	加入して いない	無回答
訪問介護員						
正社員	1,760	87.2	1.7	1.3	4.4	5.5
非正社員－常勤労働者	719	77.5	3.3	3.3	6.7	9.3
非正社員－短時間労働者	1,507	17.9	8.9	17.9	36.0	19.3
介護職員						
正社員	2,297	87.9	1.4	0.2	1.1	9.4
非正社員－常勤労働者	1,269	82.8	3.6	1.4	3.7	8.4
非正社員－短時間労働者	1,655	36.6	16.4	11.8	17.3	17.9

資料：介護労働安定センター (2008)「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

表13 健康保険・厚生年金への加入状況

(%)

	事業所数	全員加入	50%以上 加入	49%以下 加入	加入して いない	無回答
訪問介護員						
正社員	1,760	83.0	2.4	1.3	6.6	6.7
非正社員－常勤労働者	719	70.0	4.6	3.3	11.7	10.4
非正社員－短時間労働者	1,507	6.0	4.9	13.2	52.2	23.7
介護職員						
正社員	2,297	85.9	2.1	0.3	1.8	9.9
非正社員－常勤労働者	1,269	74.9	5.8	3.2	6.3	9.9
非正社員－短時間労働者	1,655	13.5	12.6	12.4	39.2	22.4

資料：介護労働安定センター (2008)「2007年度 事業所における介護労働実態調査」

不足している」と答えた事業所が全体では59.7%、訪問介護事業所の訪問介護員については80.2%に上っている（介護労働安定センター 2008）。

従事者を確保すべく、賃金の引き上げ等が課題となっている。

5. 労働条件に関するケアワーカー自身の意識

社会福祉施設で働く人々の労働条件についての調査は、1980年以前にはそれほど数が多くはない。ところが1990年のゴールドプランの実施前後からその数が増加している。当時は、特別養護老人ホームを中心とする老人福祉施設が量的に整備されていき、2000年の公的介護保険法の施行に至るまで、「介護の社会化」をめぐる議論が盛んにおこなわれた時期であった。

以下では、介護労働安定センターの2つの調査報告（①『平成16年版 介護労働者の働く意識と実態』、②『介護労働者の労働環境改善に関する調査研究報告書』2001年）を用いて、介護労働者自身が介護労働の何を問題として捉えているかを探り、今後のための指針を得ることとしたい。

まず、介護労働の現状の特徴として、「介護や福祉の仕事に関心があったから」という理由がもっとも多いことが注目される（①の調査から、以下も同じ）。これは正社員だけでなく非正社員でもそうになっていることが（それぞれ70.7%、66.6%）、他産業ではみられない特徴であると考えられる。また、「現在の仕事の満足度」は、「お世話している人と人との人間関係」では相対的に高いが（「満足」31.6%、「普通」62.6%、「不満足」3.0%）、賃金・収入では「満足」が7.8%と、もっとも低い。「働く上での悩み・不安・不満」でも「賃金が安い」ことがトップを占める（以下、「健康面での不安がある（感染症・腰痛）」「休暇が取りにくい」「精神的にきつい」「体力に不安がある」と続く）。

要約すれば、対人サービスを旨とする仕事の中

身ややりがいについては比較的高いものの、労働条件とりわけ賃金と労働時間での不満が大きいのが介護労働の特徴である。

そうであるとしたら、そうした現状をもたらす要因は何であり、どうすれば是正できるのだろうか。この問題を、②の調査の介護事業所と介護労働者の双方からの自由回答をもとに検討する。

1) 労働時間について

「サービス提供時間が細切れで介護労働者に十分な仕事が与えられない」（介護事業所）

「・・・毎日の就業の時間についても移動時間のことを考えてもらえない」「モザイクのように仕事の時間が組み込まれているので、自分の自由時間がとても少なくなった」（介護労働者）

これらは、介護施設でも「業務の集中」があるため多かれ少なかれ存在するが、とりわけ訪問介護サービス事業において顕著である。いわゆる「細切れ労働」は待機時間、移動時間、書類作成時間などの非サービス時間が含まれる。これらが労働時間として取り扱われていない（つまり賃金が支払われていない）ことが多く、そのことが、非正社員、パートタイマーの賃金の低さの一原因となっている。その背景には、介護保険法のもとでの身体的介護を中心とした介護報酬のあり方が存在する。これについては、次の賃金のところでふれる。

2) 賃金について

「労働内容に比べて給料が安い。高くしたい気持ちはあるが経営が成り立たず、人材をなかなか十分に補充できないし、職員の処遇向上も図れない」

「介護報酬の引き上げばかりを要求するわけにはいかないが、せめてよいサービスを提供するために必要なスタッフ分は、正職員雇用が可能な程度の報酬単価の設定にしてほしい」

「介護報酬の面から考え、管理職事務員などを雇うと経営が成り立たない」(以上、介護事業所)

「介護保険になってから短時間の訪問が多くなり、交通費も十分に出ないので働く時間の割に収入が少ない」

「早朝でも夜間でも休日でも賃金が同じというには納得がいかない」

「ホームヘルパーの仕事内容の厳しさ、身体疲労度の評価が低すぎる」

「有資格者であっても賃金の差がない」(以上、介護労働者)

以上の多くは、介護保険法の施行(2000年4月)後、顕著となった問題であるが、こうした低い賃金実態の背後には同保険制度下の「介護報酬単価」のあり方がある。もちろん、介護労働の供給サイドとして「アンペイド・ワークとしてのボランティア」、「時間預託」制度における介護サービスの提供、「社会貢献活動」などが労働市場におよぼす影響もあるが、大部分は「介護報酬単価」に規定されて介護労働者の賃金が規定されていることについて、介護事業者、介護労働者の間でコンセンサスがあることも注目される。労働時間に関して、拘束時間(待機時間、移動時間、書類作成時間)は労働基準法上、労働時間にカウントすべきものであると解されているにもかかわらず、これを労働時間として扱っている事業者が少ないというのは、報酬単価の金額だけではなくその設定の仕組みが大きく作用していると考えられる。

6. おわりに

介護保険制度化のサービス市場は「擬似市場」(準市場 quasi-market) + アルファ(介護報酬という公定価格の存在)としての性格をもっている。この「擬似市場」とは①供給サイドが組織特性や行動原理の異なる多様な組織で構成、②需要サイドに対しては保険財源を含む公的資金の相当程度

の投入、③消費者に代わる第三者がサービス購入の決定で重要な役割を担う、と特徴付けられている(平岡公一〔2006〕)。+アルファの部分は、介護報酬単価が厚生労働省によって決定されている点、つまりプライス・コントロールがある点である。今日の介護労働をめぐる問題は、法施行後二度にわたって改定され切り下げがおこなわれた介護報酬単価の問題に起因する部分が多いことがうかがえる。今後の研究課題としては介護報酬単価とケア労働者の賃金との関係を実証的に明らかにしていくことが挙げられよう。

注記

本稿執筆にあたって中原耕氏(同志社大学大学院博士後期課程)に各種統計資料の収集・作表をお願いした。記してお礼申し上げる。

注

- 1) 離職率は、「2006年10月1日から2007年9月30日までの離職者数」を「2006年9月30日の在籍者数」で割り、100をかけた値である。

参考文献

- 平岡公一(2006)「社会福祉の市場化と公益性—介護サービスを中心に—」『社会福祉研究』96号,(財)鉄道弘済会
- 堀田聡子(2008)「介護労働市場と介護保険事業に従事する介護職の実態」上野千鶴子ほか編『ケアすること(ケアその思想と実践2)』岩波書店
- 副田義也(2008)「ケアすることとは—介護労働論の基本的枠組」上野千鶴子ほか編『ケアすること(ケアその思想と実践2)』岩波書店
- 介護労働安定センター(2001)『介護労働者の労働環境改善に関する調査研究報告書』
- 介護労働安定センター(2004)『2004年版 介護労働者の働く意識と実態』
- 介護労働安定センター(2008)『2008年版 介護労働の現状I—介護事業所における労働の現状』
- 厚生労働省(2007a)「2006年 国民生活基礎調査の概況」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa06/index.html>
- 厚生労働省(2007b)「介護給付費実態調査月報(2007年3月審査分)」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/>

[kaigo/kyufu/2007/03.html](http://www.mhlw.go.jp/toukei/kyufu/2007/03.html)

厚生労働省（2007c）「介護サービス施設・事業所調査結果の概況」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/24-18-2.html>

厚生労働省（2007d）「毎月勤労統計調査——2007年9月分結果確報」<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/monthly/19/1909r/mk1909r.html>

厚生労働省（2007e）「賃金構造基本統計調査」<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexk-roudou.html#rou4>

厚生労働省（2007f）「雇用動向調査 時系列表」

http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/kouhyo/indexkr_14_1.html

厚生労働省（2008）「2006年度 介護保険事業状況報告（年報）」<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyoo06/index.html>

総務省統計局（2006）「2005年 国勢調査」<http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/index.htm>

（うずはし・たかふみ 同志社大学教授）

時間調査を用いたケアの国際比較

—UNRISDの報告書から—

阿部 彩

■ 要約

本稿は、国連社会開発研究所が行った7カ国（日本、アルゼンチン、インド、韓国、ニカラグア、南アフリカ、タンザニア）の時間調査の国際比較研究から得られる日本への示唆をまとめたものである。本分析から、女性のSNA活動の進出が、必ずしも、男性の拡張SNA活動（家事、ケア活動、コミュニティ活動）の進出を伴わないこと、日本の女性の拡張SNA活動に費やす時間は、経済発展のわりには長く、またその内訳をみると家事労働が長いことがわかった。ケア労働については、日本は他の6カ国に比べて、ケア従事率、従事している人のケア労働時間もさほど長くなく、発展途上国も含めた国際比較においては、病院や介護施設、保育所、教育機関などが、ある程度日本のケア労働を請け負っている様が垣間見られた。最後に、日本の男女の時間行動の最も特異な点は、SNA活動に従事している人の労働時間が突出して長いことが改めて確認された。

■ キーワード

ケア労働、国際比較、時間調査

1. はじめに

本稿は、国連社会開発研究所（United Nations Research Institute for Social Development、以下UNRISD）のケアの社会経済（Political Economy of Care）プロジェクトにおいて行った時間調査の国際比較（Budlender 2008）のデータに基づいて、特に日本と他国との比較に焦点をあてた分析を行ったものである。Budlender（2008）では、プロジェクトに参加している7カ国のリサーチ・チームにUNRISDの担当研究者が共有の分析フレームワークを提示し、それに基づいて、各国のチームがそれぞれの国における時間調査（タイム・ユース・スタディ）の個票を用いて分析を行っている¹⁾。しかし、Budlender（2008）においては、日本の読者を想定していないため、日本と他国の差に特に着目する分析は少ない。そこで、本稿では、特

に、ケア労働における日本と他の6カ国の差に着目する。分析の着眼点は、日本の家庭内で行われるケア労働（育児＋介護）は他国におけるケア労働に比べて、それに費やす時間という観点からは、どのような特徴があるのか、また、ケア労働におけるジェンダー格差はどの国にも存在するものか、日本独自のジェンダー格差は存在するものか、という点である。なお、本稿におけるデータの使用および論文の執筆に関してはUNRISDおよびBudlender氏の許可を得ていることをここに付け加えておく。

2. 活動カテゴリー別にみた消費時間の分析

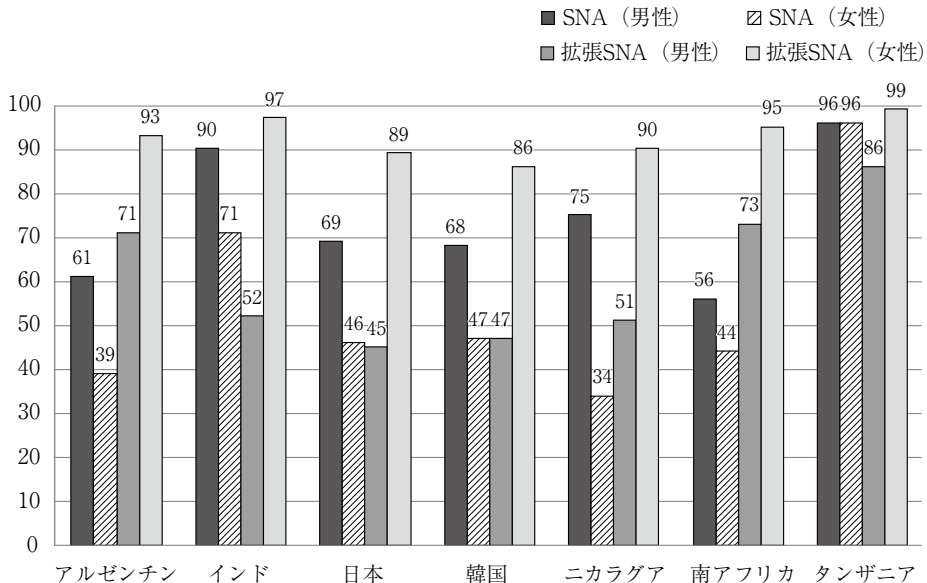
まず、最初にBudlender（2008）が行った分析は、個人が行う一日の活動を生産活動（SNA）、拡張的生産活動（拡張SNA）、および非生産的活動

の3つのカテゴリーに分けることである。ここでいう生産活動（以下、SNA）とは、労働市場における賃労働時間を始め、農作業なども含めたあらゆる経済活動を指す。タンザニア、インド、南アフリカでは、薪集め・水汲みなどの活動時間もSNAの一部と計上されている。拡張的生産活動（以下、拡張SNA）とは、直接的な経済活動ではないものの、それらを補完する家事労働や（家庭内）ケア労働が含まれる。本稿が最も着目するのはこの拡張SNAである。非生産活動とは、睡眠時間を始め余暇時間などの活動すべてが含まれる。1個人の一泊24時間（1,440分）は、SNA、拡張SNA、非生産活動のどれかにすべて費やされることとなる。分析対象は、15歳から64歳の男女である。

まず、これら3種類の活動への各国の男女の従事率を見たものが図1である。非生産活動は、すべての人が必ず従事しているため省略する。まず、男性のSNA活動の従事率（SNA活動に一日の一部の時間を費やしている人の割合）をみると、日本の男性

はインド、タンザニア²⁾などの発展途上国に比べると低いものの、南アフリカ、アルゼンチンよりも高く、中間的な位置に存在する。日本の男性のSNA従事率が約7割にとどまっている一つの理由は、15歳から64歳という分析対象においては若年層の多くが高等教育に携わっており、労働市場から離脱していることが挙げられよう。一方で、日本の男性の拡張SNA活動への従事率は7カ国中最も低い45%となっている。他の先進諸国に比べて、日本の男性の家事労働が少ないことは既知の事実であるが、アルゼンチンや南アフリカ、ニカラグアといった中進国、インドやタンザニアといった経済指標においては日本より低い国々との比較においても日本の男性の家事労働の参加が少ないことがわかる。

日本の女性については、タンザニア、インドに比べるとSNA活動への参加率は低いものの、ニカラグア、アルゼンチンに比べると高い。韓国、南アフリカとはほぼ同率である。タンザニア、インドにおいては主に女性が担っている水汲みや薪集



出所：Budlender 2008, Fig. 1

図1 国別、性別、活動カテゴリー別 従事率

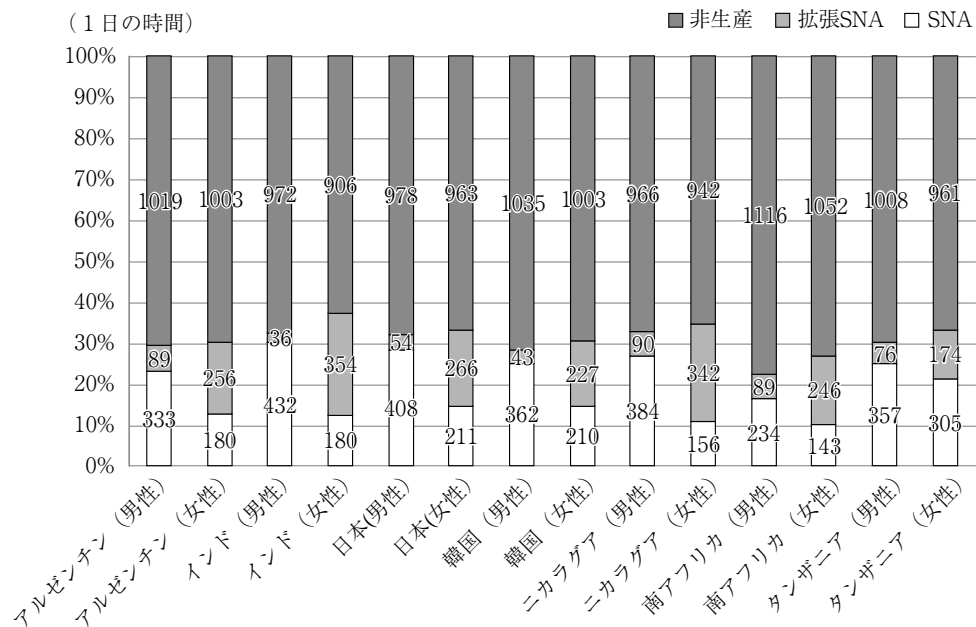
め、また、自給自足の農作業がSNA活動に含められているため、女性もSNA活動にかかわる率が高い。その他の国においては、主に労働市場における経済活動と考えられ、ニカラグア、アルゼンチンのラテン・アメリカの中進国は、日本、韓国、南アフリカに比べて女性の労働市場への参加が進んでいないことがわかる。一方、拡張SNA活動については、どの国の女性も高い率で参加しているが、日本の女性も89%とほぼ9割の該当年齢の女性が家事・育児・介護などの活動に従事している。

図1から示唆される興味深い点は、女性のSNA活動への進出度が高い国は、必ずしも、男性の拡張SNA活動の進出度が高いことを意味しないことである。例えば、ニカラグアとアルゼンチンは、女性のSNA従事率が日本、韓国よりも低い国であるが、どちらも、男性の拡張SNA活動の従事率が日本、韓国よりも高い。これは、ラテン・アメリカと、アジアという文化的な違いによるものかも

しれないが、その解釈は本稿にては保留する。

図1では、単に3つのカテゴリーの活動に一日のうちに従事する人の割合を見ているため、一日の内、その活動に費やす時間が10分であっても、3時間であっても、同様の扱いとなる。そこで、次に、これら3つのカテゴリーの活動に費やす平均活動時間(全サンプル)を見ることとする(図2)。図2は、すべてのサンプルの平均値であるので、その活動に従事していない人も、従事している人も含めた社会全体の平均値ということとなる。また、3つのカテゴリーともにすべての人をカウントしているため、3つのカテゴリーの平均値を合計すると24時間(1,440分)となる。

これによると、日本の男性はインドに続き7カ国中2番目にSNA活動に費やす時間が長い(平均408分³⁾)。これに拡張SNA活動の消費時間(54分)を加えると、日本の男性は、ほかの国の男性に比べて、最も非生産活動に費やす時間が少ないことが



出所：Budlender 2008, Fig. 2

図2 平均活動時間(総サンプル)：SNA, 拡張SNA, 非生産的活動

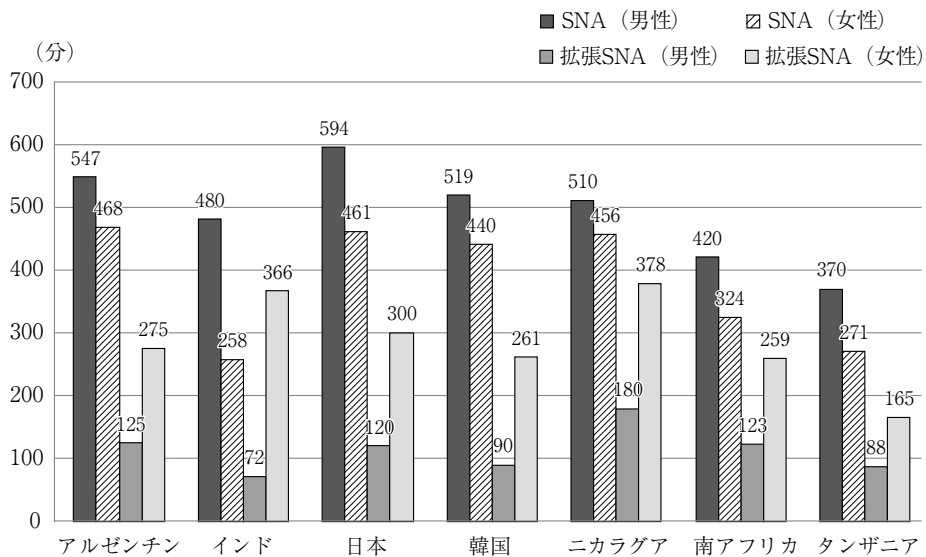
わかる（日本978分、インド972分）。7カ国のうち、男性の非生産活動時間が一番長い南アフリカに比べると（1,116分）、日本の男性は平均約2.3時間も非生産活動に費やす時間が少ないのである。一方、女性は、どの国においても、非生産活動に費やす時間が、男性に比べて少ない。しかし、日本の女性については、男女格差は比較的小さく（男女格差は15分）、男性に近い値となっている。ほかの国では、非生産活動の平均時間の男女格差が大きい国が多く、インド66分、南アフリカ64分、タンザニア47分、韓国32分）であった。結果として、日本の女性の非生産活動時間は、ほかの国の女性に比べて中間的な値となっている。

本稿の着目する拡張SNA活動については、発展途上国においても、先進諸国と同様にジェンダーク格差が存在することが確認される。拡張SNA活動に費やす時間の平均値の男女格差は、最も大きいインドでは318分、次に大きいニカラグアでは252分であり、最も少ないタンザニアでも98分であ

る。日本の男女差は212分であり、7カ国の中では大きい部類に入る。拡張SNA活動に費やす時間の長さについては、インドの女性が354分、ニカラグアの女性が342分と最も長い、日本の女性も266分と比較的に長い。

しかし、図2は全サンプルにおける平均時間であるため、人口の年齢分布などが国ごとに大きく異なる場合には間違った印象を与える可能性がある。例えば、女性の人口の一部（例えば、子育て期の女性）の拡張SNA活動に費やす時間が他の国に比べて極端に長くても、そのほかの年齢層の女性（例えば、未婚女性など）が費やす時間が短い場合、その平均値をとると、中間的な値になる可能性もある。そこで、図3は、それぞれの活動に従事しているサンプル内の平均時間をみたものである。

まず、日本の特徴として挙げられるのは、男性も女性もSNA活動に従事している人々の活動時間が比較的に長いことである。男性では、594分と7



出所：Budlender 2008, Fig. 3

図3 平均活動時間（活動者のみ）：SNA, 拡張SNA, 非生産活動

カ国中一番長くなっており、図2に引き続き、ここでも男性の労働市場における勤務時間が長いことが確認される。興味深いのは、女性においても、SNA活動に従事している人の平均活動時間が461分とほぼ8時間（7.7時間）であり、従来の「男性はフルタイム、女性はパートタイム」という図式は、労働時間という観点からは当てはまらない。ただ、これは、あくまでも、SNA活動に従事する女性の平均労働時間なので、SNA活動に従事する女性の一部（フルタイムの）が男性と同じように10時間近い長い労働時間、その他の女性はパートタイムで比較的短い労働時間であることも考えられる。日本の女性に比べ、インド、タンザニア、南アフリカの女性はSNA活動に従事する割合が多いが、平均活動時間は短い。これらの国々においては、薪集め・水汲みなどの労働もSNA活動として数えられていることもあり、女性が、より「緩やかな」形でSNA活動に参加しているのに対し、日本、アルゼンチン、韓国、ニカラグアの女性はSNA活動の従事率は低いものの、より「インテンシブ」にSNA活動に従事しているといえよう。

拡張SNA活動については、それに従事している日本男性の平均活動時間は120分、日本女性は300分となっている。男性、女性ともに、ほかの国の同性に比べると、この値は特に多かったり、少なかったりということはない。ただし、男女格差については、インド（294分）、ニカラグア（198分）に続いて3番目に大きい（180分）。

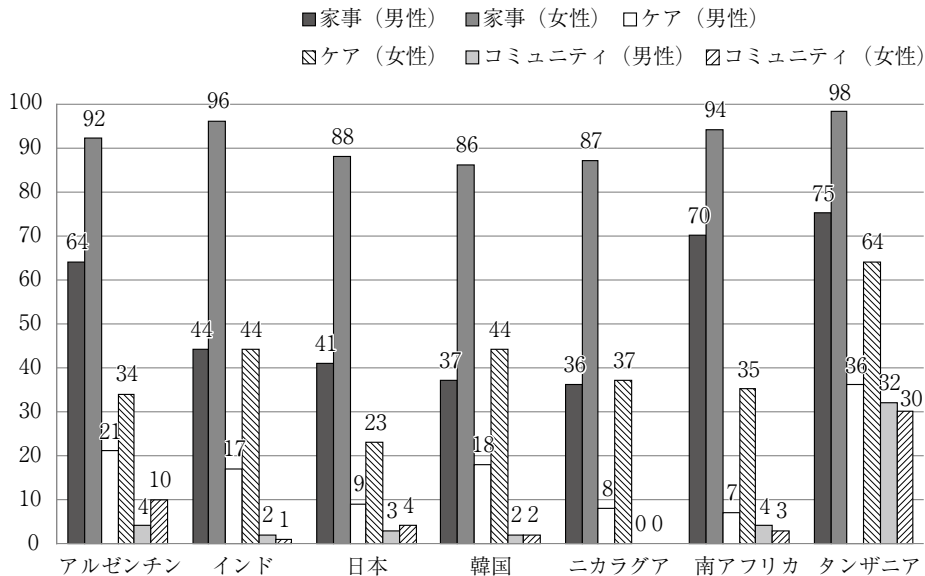
3. ケア労働に費やす時間の比較

上の分析では、一日の活動をSNA活動、拡張SNA活動、非生産的活動の3つに分けて分析を行った。本節では、拡張SNA活動を、さらに、家事（household maintenance）、世帯内の無償ケア労働、無償コミュニティー・サービスの3つの分類に分けた分析を行う。なお、本節においては、データ上可能である国（アルゼンチン、インド、南ア

リカ、タンザニア）においては、2つ以上の活動を同時に行うことも視野にいれた計算を用いる。この理由は、ケア労働は、子どもを背負いながらや、病人を見守りながら家事労働をするなど⁴⁾、ほかの労働と同時に行われる場合も多いと想定されるからである。日本を含む他の3カ国においては、同時活動を認めたデータがとられていないため、特にケア労働については、上記4カ国に比べて少なく記述されている可能性がある。

図4は、家事、無償ケア労働、無償コミュニティー・サービスの3つの活動の従事率である。図4から、まずわかることは、無償ケア労働については、日本の男女ともに7カ国中、従事率が少ないことである。高齢化などで、国民生活におけるケア労働の比重が高まっているとはいえ、実際にケア労働に従事しているのは女性では23%、男性では9%にしか過ぎない。同時活動の記録により単純比較が難しい4カ国を除いても、日本の女性は、韓国の女性（44%）、ニカラグアの女性（37%）に比べて、ケア労働に携わっている率が少ない。これは、一方で、日本においては高齢化が進展しているとはいえ、他方では、少子化・核家族化（i.e. 世帯人数の縮小）などの人口学的要因によって、世帯内のケアを必要とする人口が減少しており、また、同時に、病気や障害、老齢などに対する諸制度（例えば、完全看護の病院や、介護施設、障害者施設など）が発展してきたことによって、世帯内の一部のケアが外部化されていることなどにも左右されているであろう。

家事労働については、どの国においても女性の8割から9割が従事しており、どの国においても女性が家事労働から全く解放されることは稀である。男性については、家事労働に従事する割合は国によって大きく異なり、タンザニアの75%からニカラグアの36%まで約2倍の差がある。日本は、ニカラグア、韓国に続いて、男性の家事従事率が低い国である。



出所：Budlender 2008, Fig. 5

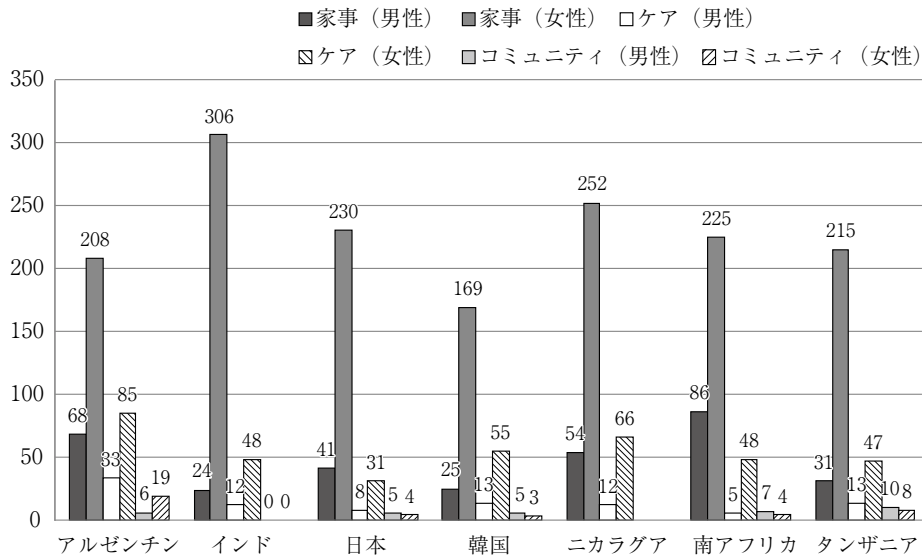
図4 従事率：家事，無償ケア労働，無償コミュニティ活動

無償コミュニティ活動については、タンザニアが突出して高いものの、そのほかの国ではごく一部の人がしか従事していない。日本では、男性3%、女性4%と、ほぼ同率の人がこれに従事している。

図5は、これら3つの活動に費やす平均活動時間(全サンプル)を示している。全サンプルの平均活動時間は、従事率で見ると、男女格差をより明確に表す。そのため、どの国においても、家事労働、無償ケア労働における男女格差が顕著に表れている。日本について言えば、家事の平均時間の男女格差は189分、無償ケア労働では23分である。日本の家事労働時間の男女格差は、7カ国中3番目とほぼ中間、無償ケア労働時間の男女格差は一番小さい。しかし、男女間の格差の大きさは、その国における家事・無償ケア労働の性別分業の度合いのみならず、それぞれの国における家事・無償ケア労働の大きさに左右されるところも大きい。例えば、インドにおける無償ケア労働の男女

格差は36分と大きく、日本の男女格差23分を上回るものの、インドの男性は平均12分の無償ケア労働をしているのに対し、日本の男性は平均8分しかしていない。図4と同様に、図5においても、日本は、男女ともに、他の6カ国に比べ、無償ケア労働時間が少ないことが確認されるのである。また、家事の労働時間は、国によっても大きな差があり、インド女性の306分から、韓国女性の169分と2倍近い差がある。日本の女性の家事労働時間は230分と平均的である。無償ケア労働については、アルゼンチンの女性が最も長く従事しており85分となっている。日本の女性は、同性の中では、一番ケア時間が少なく31分であった。これは、日本の女性がケア労働に従事している割合が少ないことも(図5)影響していよう。

最後に、それぞれの活動に従事しているサンプルの中における平均活動時間を見てみよう(図6)。まず、図4や図5に比べ、どの国においても家事労働、無償ケア労働の男女格差が縮小する。こ



出所：Budlender 2008, Fig. 6

図5 平均活動時間（総サンプル）：家事，無償ケア労働，無償コミュニティ活動

れは、従事率における男女格差の影響が除かれるからである。しかし、実際に家事に従事する男女の間では、格差は縮小するものの、全くなくなるわけではない。

無償ケア労働については、アルゼンチンの女性が一番長く従事している。アルゼンチンは、女性のケア労働の従事率が比較的に低いものの（図4、34%）、従事している人の平均労働時間が長い（248分）。その逆のパターンがタンザニアの女性であり、従事率は64%と高いものの、平均労働時間は74分と一番少ない。日本の女性は、ケア労働の従事率が一番低く（図4、23%）、労働時間は中間的（134分）である。また、男女格差については、無償ケア労働に従事している男女においても、格差が生じているものの、日本の格差はそれほど大きいわけではない。

家事労働については、家事をしている女性の中では、日本の女性は比較的に多くの時間を家事労働に費やしていることがわかる（7カ国中3番目）。

家事労働は、国の経済発展に伴って、洗濯（乾燥）機、掃除機などの家事の機械化や、調理済み食材が普及することによって、大きく縮小されると想定されたが、この7カ国に限ってみると、国の経済発展度と家事労働に費やす時間の関係は見ることができない。換言すると、家事の機械化や調理の簡素化などが進展しているにもかかわらず、日本の（家事を担っている）女性は、平均4時間以上も家事に費やしており、これは、他の先進・中進国（アルゼンチン、韓国、南アフリカ）の女性に比べても多い。

4. 考察

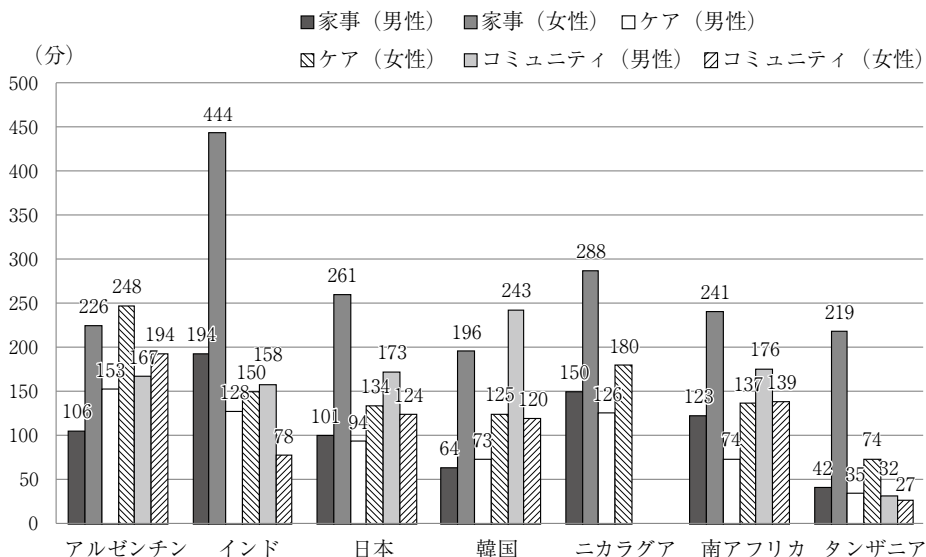
本稿は、国連社会開発研究所（UNRISD）の7カ国における時間調査の報告レポートのデータをもとに、家事労働や無償ケア労働に費やす時間という観点から日本の状況を観察したものである。本稿は、地域や文化やケアをつかさどる諸制度がまったく違う中、7カ国という限定的な国際比較で

あり、ここから、普遍的な知見を見出すことは困難であろう。しかし、本稿の分析から垣間見ることのできる示唆はいくつか存在する。

まず、女性と男性のSNA活動、家事・無償ケア労働を含む拡張SNA活動の分担に関する示唆である。男女別に、SNA活動と拡張SNA活動の従事率をみた分析(図1)からは、女性のSNA活動への進出度が高い国は、必ずしも、男性の拡張SNA活動の進出度が高いことを意味しないことがわかった。女性のSNA活動の進出が、男性の拡張SNA活動の参加によって補われているのではないのであれば、家庭内の拡張SNA活動はどのように賄われているのであろうか。ひとつの答えが、家事労働の機械化、ケア労働の外部化などによって、拡張SNA活動の短縮化が進展していることであろう。しかしながら、日本のケースを見ると、女性の拡張SNA活動の労働時間は、経済発展のわりには長く(図2、図3)、また、その内訳をみると、家事労働が多く、経済発展が家事労働の軽減をもたらしたかという点は甚だ疑問である

第二に、ケア労働については、日本は、他の6カ国に比べて、実際にケアに従事している割合が少なく、また、従事している人のケア労働時間もそれほど多くはない(図4、図6)。つまり、ケア労働が国民生活の中で比重を大きくしてきているとはいえ、他国に比べて、社会保障制度(例えば、完全看護の病院や、介護施設、障害者施設など)や保育・教育制度(保育所、幼稚園、公教育など)がある程度、日本のケア労働を請け負っていることを示唆しているのではないだろうか。しかし、これはもちろん平均の話であるので、一部のケアを担っている人(特に高齢者介護)が極端に長い長時間介護に従事している可能性は否めない。

第三に、日本の男女の時間行動の最も特異な点は、SNA活動に従事している人の労働時間がほかの国に比べて突出して高いことであろう。これは、特に男性に顕著であるが、女性にも見ることができる。この労働時間の長さが、女性も含め、家事や無償ケア労働に従事する人と、しない人の間の格差を生じさせている。一方で、日本の男性



出所: Budlender 2008, Fig. 6

図6 平均活動時間(活動者のみ): 家事, 無償ケア労働, 無償コミュニティ活動

の非生産活動時間（余暇時間）は7カ国中一番少なく、労働時間の短縮なしに、家事やケア労働への参加を求めることは難しいであろう。

注

- 1) なお、日本については田宮遊子氏（神戸学院大学准教授）、四方理人氏（慶應義塾大学先導研究センター研究員）が総務省統計局「社会生活基本調査」を用いて分析を行っている。
- 2) タンザニアの男女のSNA活動および拡張SNA活動の従事率が高い理由の一つは、タンザニアの時間調査が7日間の活動を記録した平均値であることと関係している。ほかの国は一日または二日の平均値を用いている。記録された日数が多くなると、各カテゴリーに参加した率が高くなる（Budlender 2008）。

- 3) この数値は総男性人口の平均なので、SNA活動に全く従事していない31%の男性も含めた平均であるが、これよりも大幅に長い10時間、12時間以上の労働時間も稀でないことはよく知られている。
- 4) これらはpassive care（消極的ケア労働）と名付けられている。

参考文献

- Budlender, Debbie (2008) "What do time use studies tell us about unpaid care work? Evidence from seven countries," UNRISD Research Paper.
- Tamiya, Y. and M. Shikata (2009) Research Report 2 Japan: Analysis of Time Use Surveys on Work and Care, Programme on Gender and Development UNRISD, Geneva.
- （あべ・あや 国立社会保障・人口問題研究所国際関係部第2室長）

インドネシアにおける医療保障制度とその課題

福岡 藤乃

I はじめに

インドネシアは、多産多死というイメージがあるが、1990年に3.1だった合計特殊出生率は2006年には2.2となった（WHO, 2008）。出生時平均余命も年々長くなり、2007年には男女合計で69.09歳になっている¹⁾。今後はさらに高齢化し、2020年から2025年には出生時平均余命は73.6歳になり、65歳以上の人口割合が2010年には6.1%、2050年には18.6%になると予測されている²⁾。

将来、少子高齢化社会が予想されているにもかかわらず、インドネシアでの医療保障制度は国民全員を対象としておらず、大きな課題を抱えている。本稿では、まず、インドネシアの医療保障制度と近年行われてきた改革を考察する（II）。次に、各々の医療保障制度の内容を考察し（III）、最後に課題について検討したい（IV）。

II インドネシアの医療保障制度改革

1. 医療体制と医療費支出の概況

インドネシアでは、結核などの感染症による患者数が減少する一方で、食生活の変化と活動量の少ない生活への変化のため、糖尿病、心臓病、がんなどの非感染性疾患が増加している（World Bank, 2008）³⁾。インドネシア政府は、医療サービスの質の改善や保健衛生状態の向上のため、

「Indonesia Sehat 2010（Healthy Indonesia 2010）」という政策の中で①健康な環境での生活、②清潔で健康な生活行動の実行、③標準的な医療機関の普及と有効利用で、④高い水準の健康を保持することをビジョンに掲げて、2010年までに達成すべき50指標の目標値を掲げている⁴⁾。

インドネシアの医療費は近年増加しており、特に貧しい人々に対する医療保障制度の実施に伴い2005年から政府の支出割合が増加している（図1参照）。しかし、医療費の対GDP割合は3%未満のまま推移しており、近隣の東南アジア諸国と比較すると、医療費に当てられる割合は少ないといえる⁵⁾。医療に関する指標も、過去10年間で改善しているものの、乳児死亡率や予防接種⁶⁾、医師数やベッド数⁷⁾などの指標ではかの東南アジア諸国に劣る数値となっている。

2. インドネシアの医療保障制度改革と概要

(1) 医療保障制度改革

近年、インドネシアでは、医療保障制度改革が試みられている。東南アジア諸国のうち、タイでは、全国民に医療保障制度がある⁸⁾が、インドネシアでは整備が遅れており、政府の許可を得たさまざまな制度が存在している。

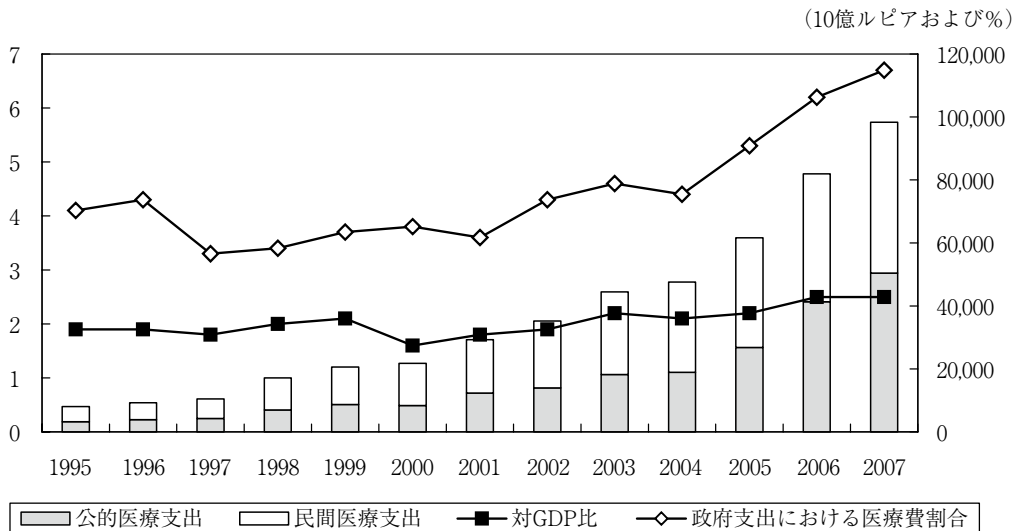
改革の一つは、社会保障制度に関する新しい法律を制定したことである。複雑な社会保障制度を統一するために「国家社会保障制度に関する法律

2004年40号 (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional)」が2004年1月に国民議会に提出され、2005年9月に同法案は可決された。この法律は、すべての国民を対象に、医療、労働災害、老齢、年金、死亡に対する社会保障を提供することを目的としている。医療保障では、医薬品や医療器具も含めた治療や予防を行うこと、医療機関に対して請求から15日以内に費用を支払うことなどが定められている。保険料については、被用者については給料に対する一定割合で、雇用主と本人から財源を徴収することなどが定められている。しかし、雇用主から保険料を徴収することが強制になれば、雇用主が被用者の給料や雇用数を減らすことで、保険料の拠出に当てることも考えられ、失業をもたらす可能性がある。一方で、すでに福利厚生として民間医療保険に加入している大企業では、強制となる社会保障制度に加入するために、民間医療保険の加入を廃止する恐れがあり、被用者にとっては給付内容が縮小する可能性がある。保険料水準と投入す

る税金について、慎重な判断が求められる。しかし、この法律は、現在までのところ施行されておらず進展はしていない。

改革の二つめは、貧しい人々の社会保障としての「社会健康保障制度」(JAMKESMAS: Jaminan Kesehatan Masyarakat、旧称「貧困者医療給付制度」(ASKESKIN))が2005年から施行されたことである。「社会健康保障制度」の施行により、医療給付制度や医療保険で対象となる人口の割合が2005年には前年までの20%台から40%台に急増し、2007年には半数が何らかの医療保障を持つようになった⁹⁾。

また、自営業者や零細企業などのインフォーマルセクターで働く人々¹⁰⁾に対しては、社会省 (DEPSOS: Departemen Sosial Republik Indonesia) がパイロットプログラムとして「社会福祉保険」(ASKESOS: Asuransi Kesejahteraan Sosial) を実施している¹¹⁾。このプログラムは貧困ぎりぎりの人々¹²⁾が、傷病や死亡によって貧困に陥ることを防ぐことを目的としている。



出典：WHO, 2009b, National Health Accounts Data

図1 インドネシアの総医療費およびGDPに対する割合と政府支出における医療費割合

(2) 医療保障制度の概要

インドネシアの公的医療制度は、日本のように全国民を対象とする国民皆保険制度になっていない。主な医療制度に、公務員などを被保険者とする「公務員医療給付制度」(ASKES: Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri)、民間企業の労働者を被保険者とする「労働者社会保障制度」

(JAMSOSTEK: Jaminan Sosial Tenaga Kerja)、貧困者を対象とする「社会健康保障制度」(JAMKESMAS)があり(表1参照)、その他には、民間の医療保険や、軍人を対象とする制度(ASABRI: Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia)、パイロットプログラムの「社会福祉保険」(ASKESOS)などがある。

表1 インドネシアの主な医療保障制度の概要

	社会健康保障制度 (JAMKESMAS)	公務員医療給付制度 (ASKES)	労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)	民間医療保険
被保険者	貧困者	公務員、退職者、軍と警察の年金生活者 配偶者と、21歳未満の子2人まで	民間企業の労働者 配偶者と、21歳未満の子3人まで	民間企業の労働者 任意の配偶者・子供
加入者数 (2007年)	7,370万人	1,640万人	390万人	230万人(2006年)
強制/任意	社会保障	強制 民間企業も任意で加入可	強制(10人以上の企業 または1カ月の賃金総額が100万ルピア以上の企業) 例外: 民間の医療保険に加入している場合には加入が免除される。	任意 主に民間企業が福利厚生として加入する。民間医療保険に加入すれば、JAMSOSTEKに加入義務なし
財源	税方式 1人1カ月あたり5,000ルピア(約50円)を政府が拠出	保険料方式 本人月収の2%, 政府2%	保険料方式 未婚者月給3%, 既婚者6%(月給100万インドネシアルピア(約10,000円)まで) 政府の負担なし	保険料方式 各社によって異なる。
給付金	入院&外来 自己負担なし 給付内容は、ASKESに同じ。 3等室に入院可能	入院&外来 薬 めがね(本人のみ) 出産 救急治療などの総合保険 高ランク公務員は1等室、 その他と家族は2等室に入院可能	入院&外来 薬 めがね(本人のみ) 出産 救急治療などの総合保険 ただし、がんや透析などの重大疾病が免責。	入院を基本、外来は特約 入院で発生した治療費、 手術費などを支払う。 出産やめがねは特約
治療の アクセス	原則ネットワーク内 (主に公的病院)	原則ネットワーク内(主に公的病院)	初診医指定 原則ネットワーク内(公的病院または民間病院)	初診医指定必要なし アクセスも自由である 場合が多い。
主な免責	自殺、エイズ、美容目的、 定期健診、不妊治療など	自殺、エイズ、美容目的、 定期健診、不妊治療など	がん、透析、遺伝病、 専門家による検査、エイズ、 性病、アルコール依存症など	既往症、自殺、精神病、 美容目的、エイズ、不妊治療、 定期健診など

2005年から施行された貧困者のための「社会健康保障制度」によって、社会の底辺の人々が一本化された制度でカバーされるようになったが、制度の枠組みに該当しない人々が、無保険者となっているのが特徴である(図2参照)。中間層の無保険者が、重大な疾病にかかった場合に、貧困層に落ち込む懸念もあり、社会保障対象者の拡大が望

まれるところである。

これらの制度のうち、現在最も加入者が多いのが、貧困層のための「社会健康保障制度」であり、約7,370万人(人口の33.6%)を占めている。公務員のための「公務員医療給付制度」が次に多く、加入者は1,640万人(人口の7.6%)である(図3参照)。それ以外の制度は、いずれも割合が低く、社

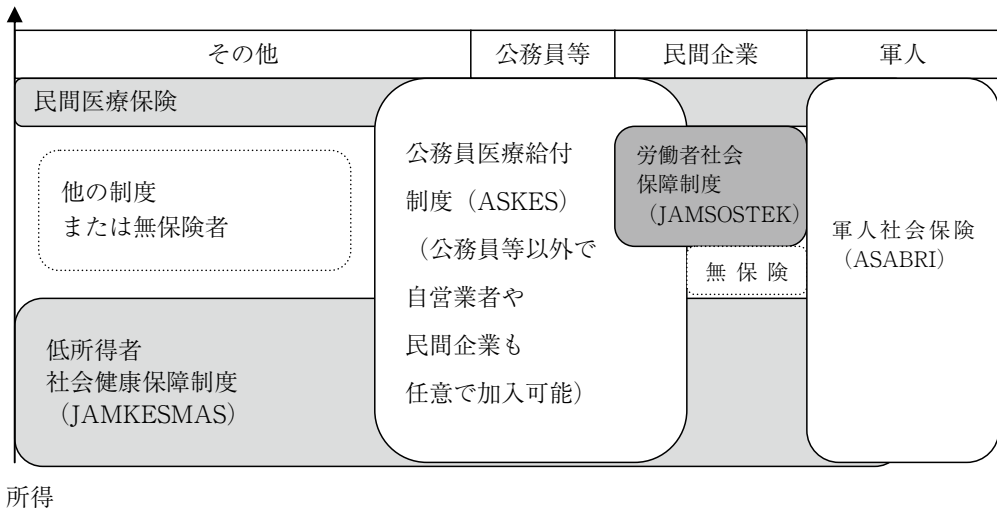
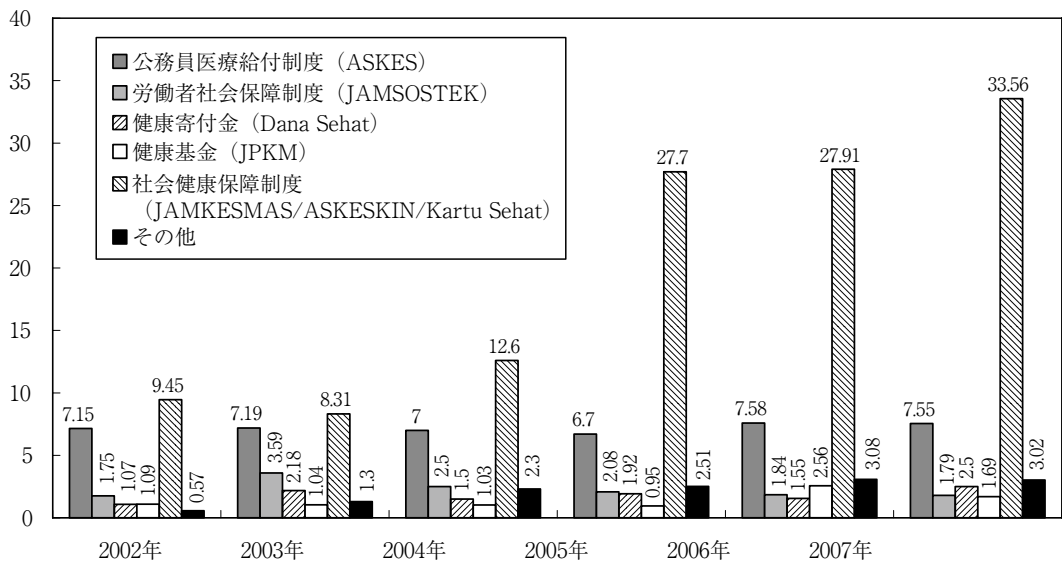


図2 公的医療保障制度と民間医療保険の関係



出典：Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, p. 116, GAMBAR5.28

図3 医療保障制度の種類別加入者の人口に対する割合(%)

会保障としてあまり社会に寄与していないのが実情である。

III 医療保障制度の基本的枠組みと内容

(1) 「社会健康保障制度」(JAMKESMAS)

貧困者に対する医療保障制度は、過去さまざまな取組が行われていた¹³⁾が、2005年1月1日から、「貧困者健康保障制度」(JPK-MM: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin)に統一され、「公務員医療給付制度」と同じ国営企業の ASKES社が管理することになった¹⁴⁾。「貧困者医療給付制度」(ASKESKIN: Asuransi Kesehatan Orang Miskin)と呼ばれたが、政府は2008年に、支払いをASKES社が行う方法から政府が直接病院へ送金を行う方法に変更し、名称を「社会健康保障制度」(JAMKESMAS: Jaminan Kesehatan Masyarakat)に変更した¹⁵⁾。被保険者の管理は従来どおりASKES社が行っている。この「社会健康保障制度」の対象となる人々は、2007年度には約7,640万人で、対象者には保険証にあたる黄緑色の「社会健康保障制度カード」が発行される¹⁶⁾。この制度によって、貧しい人々は、地域診療所、公的医療機関、軍や警察の医療機関、ASKES社と契約している民間医療機関において無料で治療を受けることができるようになった。

「社会健康保障制度」は、保健センターや小さな村での助産婦サービス¹⁷⁾などのプライマリケアから、地域病院における第2次診療も対象となる。第2次診療には、プライマリケアからの紹介状が必要であるが、救急事態の場合には、紹介状は必要とされない。薬剤はASKES社によって認められた13,000種類の薬¹⁸⁾が、医師の処方によって対象となる。入院については、3等室が認められる。「社会健康保障制度」の給付内容は、この入院の部屋以外は、公務員と同様の内容である。

診療報酬は、プライマリケアは1人当たり月額

1,000ルピア(約10円)が人頭払いで支払われ、第2次診療からは出来高払いで支払される¹⁹⁾。「社会健康保障制度」の財源は、政府が1人1カ月あたり5,000インドネシアルピア(約50円)を拠出している。

(2) 「公務員医療給付制度」(ASKES: Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri)

公務員と退職者、それらの家族を対象とする1968年から開始された制度である²⁰⁾。その後、軍と警察の年金生活者などに広げられ²¹⁾、1993年からは、州の会社や、民間企業も任意で加入できるようになった。2007年には加入者は1,670万人に達し、そのうち強制加入が1,460万人である²²⁾。対象となるのは、本人と配偶者と21歳までの未就労で未婚の子供2人までである。加入者は家族構成にかかわらず、月給の2%を拠出する。2002年から、政府も拠出するようになり、2007年からは同額を拠出している。

給与の金額にかかわらず、加入者は総合的な医療給付を受けることができる。入院の部屋についてだけ、区別があり、高いランクの公務員は公的医療機関の1等室を使えるが、その他と家族は2等室しか使用できない。「公務員医療給付制度」の医療機関ネットワークは主に公的医療機関で構成されており²³⁾、ネットワーク以外の医療機関での治療は給付対象とならない。公的医療機関では、医師の欠勤率が高く²⁴⁾、改善が必要といわれており(World Bank, 2009b)、医療サービスにも影響を与えている。被保険者の自己負担金額は大きく、30%から60%の費用を負担する。診療報酬は、プライマリケアは人頭払いで支払われ、第2次診療からは出来高払いで支払われる。

自殺やエイズ、美容のための手術、定期健診、不妊治療、コンタクトレンズなどが免責となっているが、「労働者社会保障制度」のように、がんなどの重大な病気が免責になっておらず、総合的な

保障内容である。

(3) 「労働者社会保障制度」(JAMSOSTEK: Jaminan Sosial Tenaga Kerja)

「労働者社会保障制度」は、1992年に作られた民間企業と国営企業の労働者のための社会保障²⁵⁾で、労働災害、年金、死亡、医療を保障している。運営は国有企業であるJAMSOSTEK社が行っている。

労働者社会保障制度は10人以上の企業または1カ月の賃金総額が100万ルピア以上の企業が強制加入である²⁶⁾。また小さな企業で働く従業員や、自営業者も任意で加入することができるようになった²⁷⁾。被保険者は、加入者本人と、その配偶者、21歳までの未就労で未婚の子供3人までである。

「労働者社会保障制度」では、雇用主が被用者を、その給付内容よりも良い医療保険に加入させた場合には、医療制度には加入が免除されるという例外規定がある。そのため、多くの大企業がJAMSOSTEKの医療制度に加入しないで、自家保険を行うか、民間の医療保険に加入している。たとえ制度に加入していても、保険料を納めていない場合が多く、2007年には加入している労働者2,370万人のうち6.8%にあたる160万人の労働者しか、医療保障の対象となっておらず、家族を含めても360万人しか被保険者がいない(Jamsostek, 2008)。

保険料は月給に対する割合で未婚者3%、既婚者6%を雇用主が支払う。対象となる月給は最高100万インドネシアルピア(約1万円)までである。この拠出金に対する政府からのマッチングはなく、また医療費が上昇しているのにもかかわらず、月給最高限度額が1993年から10年以上も100万インドネシアルピアから変わっていないため、拠出金プールが十分でない²⁸⁾。2007年の保険料合計は、前年に対して11.49%増加したが、保険給付

額はそれより少し多く、11.92%増加している²⁹⁾。

初診医は指定された医師の中から選択し、家庭医として登録を行う。第2診療や専門医は紹介状が必要となっている。すべての費用は「労働者社会保障制度」の医療費基準内で支払われ、医療費が基準を超えている場合には、自己負担しなくてはならない。

外来と入院のいずれも対象となるが、いくつかの地域では公的な保健センターを初診医に指定しており、それが質の悪いサービスの原因の一つとなっている。ほかの保障制度では給付の対象となる、がんや透析の治療が対象外であることも、加入しない要因の一つになっている。

(4) 民間医療保険

民間医療保険は、企業の福利厚生の一つとして販売されており、主に、生命保険会社が生命保険とセットにして団体医療保険を販売している。2006年の生命保険会社が引き受けている医療保険の被保険者数は230万人で、そのうち団体医療保険が93.7%である³⁰⁾。

生命保険は長期契約であるが、団体医療保険には長期はなく1年契約である。団体医療保険は、生命保険の特約ではなく単独契約として販売されている。一方、個人保険は、逆選択を防ぐため、医療保険だけで加入されないように、主に生命保険の特約として販売されている³¹⁾。

生命保険会社(タカフルオペレーター³²⁾を含む)で引き受けている医療保険料は、2006年には1兆8,887億インドネシアルピア(約207億9,459万円)に上り、増加率は過去5年で年平均30%と目覚ましい³³⁾。生命保険料全体の5%が医療保険となっている。2006年には33の生命保険会社が医療保険を販売しており、競争が激しくなっている。背景としては、①政府は国民皆保険制度の導入を目指しているが、具体的な見通しがなく、②公的医療の対象となる人が限られていること、③

公的制度は、給付内容とサービスが悪いこと、④インドネシア経済が発展し、民間医療保険を購入する余裕が生まれていること、などがあり、今後も民間医療保険の市場が拡大していくと考えられる。

しかし、一方で、民間医療保険会社からすると、医療保険は必ずしも魅力的な市場ではないようである。生命保険会社の医療保険単体の損害率³⁴⁾データは公表されていないが、生命保険会社の民間医療保険のシェアで2位のセントラルアジアラヤ社からの聴取³⁵⁾では、医療保険にかかるコストは高額であり、損害率は70%から80%のぎりぎりまで経営している。そのため、生命保険会社にとって医療保険は、生命保険の補足という位置づけで販売されている。

IV 医療保障制度の課題

(1) 約半数の無保険者と非効率な運営

インドネシアの最大の課題は、国民の約半数が無保険者であることである。今まで、対象者を限定した制度を散発的に設立してきた結果、対象とならない人々を取り残してきた。現在の公的医療保障制度には、貧困層以外の自営業や農家などを対象とした制度がない。貧困に至らない中間層であっても、稼ぎ手が病気になった場合には、一家が貧困に陥る可能性があるため、中間層を対象とする公的医療保障制度の構築が必要である。

現在は、各制度が個別に運用されているため、事務コストの増大、非効率な病院との価格提携、脆弱な財務基盤が問題となっている。中間層向けの制度を新たに構築すれば、さらに制度が複雑となるため、現行の制度のいずれかを拡大し、残された人々を取り込む方が良いと思われる。最も対象者が多い「社会健康保障制度」の対象者を貧困層以外にも拡大することが考えられるが、その場合には、貧困層以外からは収入に応じた保険料の

徴収や1回の治療ごとに自己負担を設けるなどして、財源を確保する必要があるだろう。

(2) 不十分な給付内容

がんなどの重大な疾患が、「労働者社会保障制度」では、給付の対象外となっている。そのため、がん罹患した被保険者は、高額な治療費の全額を患者が自己負担しなければならない。このような高額な自己負担は、家族を貧困に陥れる恐れがあり、公的医療保障制度として十分な機能を果たしていない。

対象となる子供の人数も、「公務員医療給付制度」では2人、「労働者社会保障制度」では3人など、制度によって給付される内容が異なっている。制度によって、給付の対象が異なることは、医療費の請求を行う病院側の事務コストも上げることになり、医療費低減を妨げる要因となる。がんなどの重大な疾患を対象とし、異なる給付内容を極力統一することで、給付の充実とコスト低減が図れるものとする。

(3) 財政問題

貧困者に対する「社会健康保障制度」では、政府が、財源として1人1カ月あたり5,000ルピアを拠出しているが、同様な給付内容である「公務員医療給付制度」では、医療費の患者の自己負担がある上で、1人1カ月あたり12,000ルピアの医療費が給付されている。「社会健康保障制度」では、貧困者の保険料拠出も、治療時の医療費の自己負担もないため、今後利用が増加すれば財政的に困難になると予想される。今後、政府は財源を増額する必要があるだろう。

政府が2004年に社会保障統一に向けて法律を制定し、国民皆保険制度の導入を目指していることを明らかにしたにもかかわらず、民間医療保険市場が拡大しているのは公的医療保障制度に魅力が

ないことを示している。今後、国民皆保険制度をどのように進めるのか、注目していきたい。

投稿受理 (平成20年12月)

採用決定 (平成21年7月)

注

- 1) インドネシア厚生省の「インドネシアの健康統計データ2007 (DEPKES, 2008)」による。
- 2) UN Population Division “World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database” の中位推計による。
- 3) 人口10万人当たりの結核患者は1990年438人だったものが2006年には253人となった (WHO, 2008)。一方、糖尿病患者は1995年には人口の1.2%だったが、2003年には都市部では14.7%、農村部では7.2%と増加している (DEPKES, 2008)。2004年の死因となった疾病は1位:虚血性心疾患 (11.6%)、2位:下気道感染症 (7.3%)、3位:脳血管疾患 (6.5%)であった (WHO, 2009a)。
- 4) 指標は罹患率、死亡率、栄養状態、環境、生活行動、基本医療のアクセスと品質、医療サービス、医療資源、医療管理、関連分野の貢献の10項目に渡り定められている (DEPKES, 2003)。中には出生時平均余命のように、既に目標の数値67.9歳を達成した指標もある。
- 5) 2006年の医療費の対GDP割合は、タイ3.5%、マレーシア4.3%、シンガポール3.4%、フィリピン3.3%、ベトナム6.6%と、ほかの東南アジア諸国はいずれも3%は超えているのに対し、インドネシアは2.2%と低い (WHO, 2008)。
- 6) インドネシアの1,000人当たりの乳児死亡率は1990年の60から2006年には26と減少したが、タイ7、マレーシア10、フィリピン24、シンガポール3、ベトナム15の中で一番高い。インドネシアの1歳児の三種混合ワクチン接種率は、1990年の60%から2007年の75%に向上したが、同年のタイ98%、マレーシア96%、フィリピン87%、シンガポール96%、ベトナム92%と比べ一番低い (WHO, 2008)。
- 7) 2000年から2006年の人口1,000人当たりの医師数は、タイ0.4、マレーシア0.7、フィリピン0.9、ベトナム0.5に対して、インドネシア0.1と少なく、人口1,000人当たりの病院のベッド数についても、タイ2.2、マレーシア1.8、フィリピン1.1、ベトナム1.9に対して、インドネシア0.6と少ない (World Bank, 2009a)。
- 8) タイは公務員を対象とした制度 (CSMBS)、被用者を対象とした制度 (SSS)、それらが適用されない

- 人々のための30パーツ制度がある。30パーツ制度は2002年4月から施行されている。30パーツ (約100円) の自己負担があったため、その名で呼ばれているが、現在では自己負担はなくなっている。
- 9) インドネシア厚生省の「インドネシアの健康統計データ2008 (DEPKES, 2008)」の図5.27による。Indonesia Sehat 2010の指標では、医療保障がある人の割合の目標を80%としているが、2007年の人口に対する医療保障がある人の割合は51.28%で、人口の約半数が医療保障を持っていない。
 - 10) 農林水産業や、野菜売りや屋台などの小売、ベチャやオジェックなどの乗り物運転手、肉体労働者や家政婦などのインフォーマルセクターで働く人々は4,100万人 (人口の19%) いる (DESPOS, 2008)。
 - 11) 社会福祉保険 (ASKESOS) と永久社会福祉補助 (BKSP) による、病気がちで貧しい人々のための社会保障プログラムに関する社会大臣決定2003年第51号 (Keputusan Menteri Sosial RI No.51 tahun 2003 tentang Program Jaminan Sosial bagi Masyarakat Rentan dan tidak mampu melalui pora Asuransi Kesejahteraan Sosial dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen)。月額5,000ルピア (約50円) の保険料を3年間支払う。期間中に①疾病 (最低10日以上続く疾病または3日以上入院を必要とする疾病) の場合、10万ルピア (約1,000円) (1年1回に限る)、②事故にあった (事故を証明する書類要) 場合、10万ルピア (1年に1回に限る)、③55歳までに死亡した場合、加入年数×20万ルピアが支払われる。3年間事故にあわなかった場合には、支払った5,000ルピア×36カ月の18万ルピアが返金される (DEPSOS, 2008)。
 - 12) 1997年から7州 (北スマトラ、ジャカルタ特別区、西ジャワ、東ジャワ、南カリマンタン、南スラウェシ、マルク) で開始され、2008年にはすべての州で行われることになった。2008年9月には144,600人の世帯主が加入している (Kompas, 2008)。加入条件は、①インフォーマルセクターで自活している、②21歳から60歳までの既婚者、③収入が最低で月額30万ルピア (約3,000円) 以上、④身分証明書または地方政府の身分を証する書類を保持する者である。加入は任意で強制ではない。
 - 13) 1994年から1998年間の「ヘルスカード制度」 (Kartu Sehat)、1998年から2002年までの社会福祉プログラムである「JPS-BK制度」 (Jaring Pengaman Sosial)、2001年の「PDPSE制度」 (Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi)、2002年から2004年の「PKPS-BBM制度」 (Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak) などがある。
 - 14) 貧困者のための保健プログラム運営におけるASKES社業務に関する厚生大臣決定2004年11月第

- 1241号 (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004, tentang Penugasan PT ASKES (PERSERO) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin).
- 15) 社会健康保障プログラムの管理方針に関する厚生大臣決定2008年2月第125号 (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008).
 - 16) ASKES社のホームページによれば、2008年末までに対象者76.4百万人のうち94.10%にあたる71.9百万人にカードが配布された。
 - 17) インドネシアでは島々からなる地域的困難性から、医師がいない場合には、助産師が簡単な疾病に対して、下痢止めや痛み止めなどの基本的な薬を渡すことができる。助産師は保健センター (Puskesmas) の医師の管轄下で働いている。
 - 18) DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) に掲載された薬。
 - 19) INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group) が、2006年からの試行を経て2009年1月1日より、Jamkesmasの医療機関で行われることになった (DEPKES, 2009)。INA-DRGの使用は義務ではなく全部の医療機関で行われるわけではない。
 - 20) 国家公務員の保健およびその家族の年金受給に関する大統領決定1968年第230号 (Keputusan Presiden Nomor 230 tahun 1968 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun Beserta Keluarganya)
 - 21) 年金受給の国家公務員、退役軍人、独立開拓者とその家族の保健に関する政府規則1991年第69号 (Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan Beserta Keluarganya)。
 - 22) ASKESの任意保険に加入している組織は2007年に2,417カ所、加入者は213万人であった (ASKES, 2008)。
 - 23) ASKESの強制加入者用の提携医療機関は、2007年は11,704カ所 (保健センター: 7,874を含む) で2006年より565カ所増加した。任意加入者用の提携医療機関は6,949カ所で2006年より1,257カ所増加している (ASKES, 2008)。任意加入者の提携機関は、保健センターが327カ所と少ない一方で、民間病院が325カ所と多い (強制加入者用では186カ所) など、提携医療機関を保険種類により区分している。
 - 24) インドネシアの医療従事者は副業することが認められているため、公的医療機関の医療従事者の60%~70%が、副業として開業または民間の医療機関で働いている。地域の保健センターで働く者のうち、63.78%が副業を持ち、週の労働時間の70.54%を保健センターで働くにもかかわらず、得られる収入のうち公的機関からの収入は46.87%しかない (World Bank, 2009b)。保健センターでの欠勤率は40%と高率である (Chaudhury, 2006)。
 - 25) 労働者の社会保障に関する法1992年第3号 (Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang sosial tenaga kerja)。
 - 26) 労働者社会保障の実施に関する政府規則1993年第14号 (Peraturan Pemerintah Nomor 14 tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja)。
 - 27) 小さな企業で働く労働者は、労働移住大臣通達2005年5月第B-355号 (Surat Menakertrans RI Nomor B-355/MEN/PHI-PJK/V/2005 tentang Pelaksanaan Program JAMSOSTEK bagi Tenaga Kerja) による。自営業者は労働移住大臣規則2006年6月第PER-24号 (Peraturan Menakertrans RI Nomor PER-24/MEN/VI/2006) による。
 - 28) 消費者物価指数は1996年を100とすると2008年9月は453.3 (暫定数値) と、4倍以上になっている (BPS, 2009)。監督者未満の労働者の2008年9月の名目賃金は、製造業115万ルピア、ホテル業108万ルピア、鉱業 (石油除く) 406万ルピアであった。
 - 29) 保険料: 2006年5,551億ルピア、2007年6,189億ルピア、保険金: 2006年429.39ルピア、2007年480.57ルピアでいずれも増加した (Jamsostek, 2008)。
 - 30) Insurance Bureau, 2007のTable: 3.18.7医療保険個人および団体の証券および被保険者数から算出。
 - 31) 日本の民間医療保険は日額などを支払う定額給付型保険だが、インドネシアの民間医療保険の主要な商品は、生じた医療費を支払う実損填補型保険である。
 - 32) タカフルとはイスラム教に基づいた、保険類似の制度で、別名イスラム保険とも呼ばれている。
 - 33) 新契約保険料8,444億ルピアと保有契約保険料1兆442億ルピアを合算 (Insurance Bureau, 2007, Table3.16.1Aおよび3.16.1B)。
 - 34) 損害率 (Loss Ratio) とは、収入保険料に対する支払った保険金の割合を指す。通常は、正味保険金と損害調査費の合計額を正味保険料で除した割合をいう。日本の医療保険とインドネシアの医療保険は給付方法が異なるため、比較はできない。参考までに、金融庁が公表した「第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について」平成17年6月28日に基づき、日本の生命保険会社が発表している、医療、がん、介護等の区分ごとの保険料に対する保険金等 (支払い準備繰入金・給付金支払いにかかわる事業費等を含む) の支出の状況、「第三分野発生率」は平成18年度生命保険大手6社の医療 (疾病) の平均で34.1%であった。
 - 35) 2008年3月にCentral Asia Raya社の役員と保険アクチュアリーに面談聴取。

参考文献

- 菅谷広宣「インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」, 広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会, 2003年.
- 菅谷広宣「Review of the Law and Regulations regarding the Employee's Social Security in Indonesia」, 『海外社会保障研究 Spring 2000 No.130』国立社会保障・人口問題研究所, 2000年.
- DEPKES, 2003, Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VIII/2003, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [Indicator of Healthy Indonesia 2010 and practical guide for indicator of health in province and health in district or city, Decision of Minister of Health No. 1202/MENKES/SK/VIII/2003, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008a, Profil Kesehatan Indonesia 2007, Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Health profile of Indonesia 2007, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008b, Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Technical guide for claim and verification administration of social security for health 2008, Center for health cost and security, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008c, Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya 2008, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia [Technical guide of social security for health at health center and its network, 2008, Social Health Renewal Director, Ministry of Health, Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2009, Depkes News “Rumah Sakit Laksanakan Standar Yankes Jamkesmas, 24 Februari 2009” [Ministry of Health News “Health service standard for Jamkesmas is applied at hospital, February 24, 2009”]
- DEPSOS, 2008, Panduan Managemen Askesos, Departemen Sosial Republik Indonesia [Management guide for Askesos, Ministry of Social, Republic of Indonesia].
- Kompas, 2008, Program Asuransi Kesejahteraan Sosial bagi Pekerja Informal [Social security insurance program for informal workers], 24 Oktober 2008.
- John Angelini & Kenichi Hirose, 2004, Extension of Social Security Coverage for the Informal Economy in Indonesia, International Labor Organization.
- World Bank, 2007a, Design, Fiscal Analysis, and Implementation of the National Social Security System.
- World Bank, 2007b, Assessment of Fiscal Cost of Social-Security-Related Programs in Indonesia.
- World Bank, 2008, Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending.
- World Bank, 2009a, Giving More Weight to Health: Assessing Fiscal Space for Health in Indonesia.
- World Bank, 2009b, Indonesia's Doctors, Midwives and Nurses: Current Stock, Increasing Needs.
- WHO, 2008, Statistical Information System (WHOSIS) Core Health Indicators.
<<http://www.who.int/whosis/en/index.html>>
- WHO, 2009a, Estimated total deaths by cause and WHO Member State.
- WHO, 2009b, WHO estimates for Country NHA Data, World Health Organization.
- Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan and F. Halsey Rogers, 2006, Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries, *Journal of Economic Perspectives-Volume 20, Number 1* pp. 91-116.
- ASKES, 2008, Laporan Tahunan 2007 [Annual Report 2007].
- JAMSOSTEK, 2008, Laporan Tahunan 2007 [Annual Report 2007].
- BPS, 2009, CPI Nominal Wage and Real Wage Index of Production Workers Below Supervisory Level, 1997-2008, Statistics Indonesia.
- Insurance Bureau Capital Market and Financial Institutions Supervisory Agency, 2007, Indonesian Insurance 2006.
- Indonesia Life Insurance Association, 2006, Life Insurance Business Performance 2006.

(ふくおか・ふじの

(株) あいおい基礎研究所研究員)

何立新著 『中国の公的年金制度改革—体制移行期の制度的・実証的分析』

(東京大学出版会、2008年10月)

沙 銀華

I はじめに

本書は、改革開放後の中国の年金制度の改革を中心とする研究書であり、その研究の重点は、計画経済から社会主義の市場経済への体制移行期における公的年金制度に対する制度的、実証分析的な研究である。

1970年代後半の中国の改革開放政策実施以降、中国は計画経済から市場経済に移行し、経済が急成長した。それによって国民の生活水準が大幅に引き上げられ、より安定した国家体制になりつつある。その中で、国民にとって最も関心が高いのは、生活を保障する安全網（セーフティネット）である。

1978年、中国社会で歴史的な変動が起き、10年間にわたって続いた「文化大革命」に終止符が打たれた。「文化大革命」の過程で一旦解体状態となった社会保障制度は復旧されることになったものの、改革開放の幕が本格的に開かれ、経済改革の発展が急速に進むと、労働保険制度が抱える問題が顕在化するに至った。たとえば、数十年の歴史を持つ古い国有企業では、定年退職者が多いために、年金の支給が巨額の負担となる一方、新しく設立された国有企業では、職員・労働者の年齢構成が若く定年退職者が少ないために、年金負担が軽い。しかも、一般的にこのような企業は財政状況も良いところが多いため、職員・労働者の福

祉・賃金の水準が高いという、いわゆる「貧富不均」の矛盾が表面化してきた。このため、経済改革を進めるには、労働保険制度の改革も行わなければならないと、中国政府は、労働保険制度から社会保障制度に移行する改革、特に養老保険（年金保険）制度の改革に本腰を入れることになった。

1980年代には中国政府は都市部職員・労働者（全員）の社会保障制度の改革をスタートさせ、1990年代には年金制度が整備され、2008年から、農村部の年金制度の整備もスタートした。

中国の公的年金制度はどのような仕組みで運営され、どのような変遷を辿ってきたのか、どのような特徴をもっているか、現行の年金制度の運営は何か問題があるか、更なる改革が必要とされるか、および年金改革がマクロ経済にどのようなインパクトを与えるかについて、本書は、計画経済体制から市場経済体制に移行する時期にいたる公的年金制度の変革について、ほかの経済制度との関連を重視しながら考察した上で、中国国家計のミクロデータ（micro data）を用いた実証分析を行うことによって、年金制度改革の所得再分配効果や構造的な問題点を析出し、今後の年金制度の改革方向に関する視点を提供している。

II 本書の構成と概要

1. 本書の構成

本書は全8章、すなわち、序章、本文の6章と終章より構成され、その構成は次の通りである。

序章

第1章 移行経済における年金制度の分析視座

第2章 計画経済体制下の年金制度の形成と変容（1951-1978年）－税方式の年金制度と他の経済制度の補完関係－

第3章 経済体制の移行による年金制度の構造（1979年－）－部分積立方式の社会保険年金制度への移行－

第4章 ミクロデータからみた年金制度改革の初期条件

第5章 公的年金制度の所得再分配効果－「2002年中国城市住戸調査」データにもとづいた実証分析－

第6章 2005年最新の改革案と中国年金財政
終章 結論と今後の改革方向

2. 各章の概要

序章では、まず本書の執筆の目的を述べている。本書は、中国の公的年金制度の改革について、ほかの経済制度との関連性を重視しながら考察し、また、中国家計のミクロデータに基づいて実証分析を行い、年金制度改革の所得再分配効果と構造上の問題を指摘し、今後の公的年金制度の改革方向を示すものである。

また、序章では、本書の特徴および研究対象と構成についても述べている。

第1章では、本書の基本命題が示されている。この章は、本書の総論にあたり、公的年金制度に関する先行研究を踏まえて、移行経済における年金制度の分析視点と枠組みが提示されている。

この章は、まず、中国の計画経済から市場経済への移行経済に着目し、3つの視点、すなわち、一

つ目は、公的年金制度を構築する視点、2つ目はミクロ視点、および3つ目は世代政策の視点より分析を行っている。

また、分析の枠組みに研究の視点を加え、全体の枠組み、すなわち異なる経済体制における公的年金制度の位置付けと機能について、日中比較しながら、その枠組みを提示し、また、年金制度の構造的性質とその変化の分析に用いられる枠組みの中で議論を展開するとしている。

第2章では、計画経済体制下の年金制度の形成と変容（1951-1978年）の紹介と解説を中心として、特に、税方式の年金制度とほかの経済制度の補完関係に着目し、詳細に分析している。

まず、この章は、中国において、計画経済体制の下に、年金制度の形成とその変容、改革開放後の制度に関する再整備について、その沿革を回顧し、その過程を他の経済制度と関連付けることによって、改革前の年金制度と財政制度、労働制度（賃金・雇用制度を含む）の間にどのような制度的補完の関係が存在しているかを解明している。

また、この章は、中国年金制度分野の先行研究について、逐次紹介し分析している。これまでの先行研究では、改革前の年金制度は、企業ベースの賦課方式の年金制度であることが通説になっているが、本書では、その通説は、計画経済体制下の年金制度の構造的な性質を反映できないと反論し、改革前の年金制度は、むしろ「税方式の賦課方式」であると説き、本書の研究において先行研究の相違点を明確にし、先行研究の不足点を指摘した上で、本書の研究視点を強調している。

第3章では、経済体制の移行による年金制度の構造（1979年－）が考察されており、改革前の年金制度である部分積立方式の社会保険年金制度への移行について解説すると同時に、移行期の問題点も検討している。

この章は、年金制度の構造に関するメカニズムを通して、経済体制の移行にどのように影響され

るか、その変化をとらえ、分析を掛けている。分析に際しては、所有制度、財政制度、労働制度など、年金制度を取り巻く外部条件が経済体制移行政策の実施によりいかに変化したのかを描き、そうした外部条件の変化が年金制度との補完的関係を打ち消し、年金制度の改革を余儀なくさせたことを論じた。

また、この章は、年金制度における負担・給付構造とインセンティブ構造の変化を明らかにし、それらの構造変化の解明によって、今後の年金制度財政問題を解決するための手掛かりを提示している。

第4章では、ミクロデータに基づく実証分析から、年金制度改革の初期条件を検証している。

この章では、先行研究のような年金制度の解説や改革の流れの追跡という手法を採用せず、1995年の中国都市部家計調査の個人調査表のデータを用いて、年金改革の初期条件を考察し、実証分析している。

また、年金制度の初期段階のカバー率や所得代替率をミクロ的な視点から数量的に詳しく検証し、特に、給付水準における格差の性別・勤務先の所有形態別・地域別・職種別の推計などを行い、先行研究を補完することができるようにしている。

この章の分析は第2章と第3章で得た一部の定性的な結論を統計的な側面から証明しようとしている。

第5章では、年金制度に対する改革後の公的年金制度の所得再分配効果について検討され、「2002年中国城市住戸調査」データを用いて実証分析を行い、その分析の結果によって公的年金制度の問題点を深く掘り出し、検討している。

この章は、2002年の中国城市住戸調査の個人調査表の集計データに基づいて、現行年金制度の負担構造を解明した上で、どのような所得移転が引き起こされているかを実証分析し、賃金を年齢、学齢、勤続年数などの個人属性に回帰させて賃金

関数を推計し、その推計で得られた結果から個々人の生涯にわたる賃金流列を推計している。上記の推計に基づいて、年金制度によって引き起こされる所得移転の実態を分析し、中国の年金純債務の解決と年金制度の持続可能性を考える際の新しい視点および方向性を提示している。

また、同章は、年金制度による所得移転の実態を調べ、その結果から年金制度の負担・給付構造において、世代間と世代内にどのような格差が生じているかを明確にし、第3章に提出した示唆を検証することを目的としている。

第6章は、中国政府の2005年の最新改革案と中国年金財政との関係を深く検討している。

まず、この章では2005年の最新改革案と中国年金財政との関係に関する先行研究について紹介している。これまでの先行研究は、年金制度自体の収支均衡のみを用いて年金財政を論じているが、公的年金制度では費用と便益は個人の生涯の異なる時期に発生し、そして世代にわたり機能することから、著者は、世代政策の視点から年金の財政問題を考えることも必要であると提示している。

また、この章では、世代政策の視点から「年金維持税」という概念を新たに導入したうえで、更なる議論を展開し、年金改革の方向性を提示している。

終章では、著者の研究結論を取りまとめ、研究成果を述べたうえで、中国公的年金制度の今後の改革方向性を展望し、残された課題も指摘している。

III 本書の特徴

これまでも先進国の公的年金制度についての研究書は数多く刊行されているが、途上国、特に経済体制移行期の国々の公的年金制度を対象とする研究書は少ない。それらの国についての研究書では、制度の解説または課題の提示に止まり、研究分析に必要なデータが公開されておらず、また

入手が非常に難しいため、実証分析に欠けている。本書は、制度的・実証的な分析を行い、マイクロデータから中国公的年金制度改革の分析を通して、経済学の視点から考察しており、次に掲げる特徴がある。

第一に、中国公的年金制度の特徴と変遷について、著者が提示した分析および枠組みを通じ、経済体制移行と関連付けさせた上で明確に示したことである。

中国は1978年の改革開放政策後の、93年から社会主義の市場経済体制への移行がスタートした。経済体制の移行に伴い、財政制度、雇用制度、企業福祉制度などに多大な影響を及ぼし、大きな社会変化をもたらした。こうした中で、国有企業が民営化され、企業が職員・労働者の年金、医療などの保障ができなくなり、年金制度改革が大きな経済システムの変動の中で起こった。

したがって、中国の年金制度改革を深く理解するには、経済体制の移行という背景の中で年金制度改革の問題を捉える必要があり、そのため、本書は先進国の年金問題にも用いられる分析視点に立って分析を行うと同時に、経済体制の移行期との関連性を重視する視点から分析を行っている。

また、本書は、分析の枠組みを構成する際、資源分配システムと年金制度の構成要素を軸にすることにより、ほかの途上国にも適用可能な、経済体制の移行期の年金制度分析のための方法論的な示唆を提示している。

第二に、年金制度をめぐる所得格差の解明と分析を重視している。

中国は、高い成長率と激しい都市化が進む中で、貧富格差の拡大などの社会問題が浮き彫りにされ、それらの問題に直面する中で、中国の公的年金制度では給付水準に格差が存在するかどうか、また、公的年金制度を通してどのような所得移転が行われ、どのように所得格差に影響を与えるかなどの問題を解明することが、社会政策の重要課

題である。このような問題意識を持って、本書は公的年金制度において、被保険者の所得およびそれらの保険料の負担構造の格差に焦点を当て、制度面のみならず、実証面からの問題の解明にも努力した。それには、1995年と2002年の中国都市部家計調査の個人アンケート調査票のデータを用いて、年金改革前と改革後の格差を給付水準と負担構造の面から定量的に明確化した。

第三に、ミクロ的視点からの解明と分析を重視している。

中国公的年金の財政状況は、大変困難な局面に直面している。2005年世界銀行(world bank)が提供した推計結果によれば、現行の公的年金制度のもとで、年金給付の財源が補てんされていない部分の金額は、2001年から2075年の間に9.15兆元(約128兆円)に達し、2001年の中国GDPとほぼ同額である。

ところが、中国年金財政に関する今までの先行研究の多くは、年金財政および財源調達について、問題点を指摘し、定性的な議論やマイクロデータ(macro data)をもとにしたシミュレーション分析が展開されてきたが、マイクロデータ(micro data)に基づいた分析が欠けている。社会政策の選択にはミクロ的な視点からの研究の蓄積が重要であり、また、マイクロデータに基づいた研究、考察、知見が年金財政問題を解決するのに重要な役割を果たしている。そのため、本書は、中国の統計データの制限があるにも関わらず、中国家計調査のデータを用いてこれまでの中国年金分析にない詳細な実証分析を行い、特に、2005年に行われた最新の改革への影響について、分析を行った。

第四に、年金制度改革に関する著者の研究成果を提示し、今後の課題、改革の方向性を提起した。

まず、本書の研究成果として、2つのインプリケーションが提示された。

①学術的インプリケーションについて

本書の研究成果は、ほかの発展途上国にも適用

可能な移行経済制度の分析のための方法論的な示唆である。特に、年金維持税の活用について、詳細に紹介し、研究分析の根拠を示した。

②政策的インプリケーションについて

本書の研究成果として、負担構造の改革の必要性と「ドミノ倒し」戦略の有効性を示唆している。

その一、負担構造の歪みの是正改革について、著者は、世代政策の視点を用いた負担構造の改革は、年金制度自体を超えて中国経済全体の成長経路に合わせて、各世代の間に合理的な租税負担差を見出すように、これからの年金改革の方向を決める可能性を与える、と指摘した。

その二、「ドミノ倒し」戦略の有効性について、著者は、中国において、年金制度の補完構造の中で中心的な役割を果たしてきた財政制度のさらなる改革によって、プラスの「ドミノ倒し」効果を作ることができ、現在の年金制度が抱えている分散管理(制度の分離)、年金財政の地域格差問題を解決するには、年金制度のための専用財政調整ルートを再構築することが必要であると提案した。よって、年金基金の省レベルないし全国レベルの一元化に対する地方政府の抵抗が弱まり、全国統一の年金制度が確立され、移行経済体制に不可欠な全国統一市場の形成にも寄与すると予測していた。

また、著者は本書において中国の年金制度に存在する構造的な問題点を指摘し、その構造的な問題点を改善する視点と方向性を示した。それらの問題点を改善する具体案については提起されなかったが、本書では、今後の中国の公的年金制度の改革について、3つの課題を提起した。

その一、中国の公的年金制度とほかの経済に関する制度との補完性を考える場合、金融関連制度との補完性を考察することが今後の課題である。

著者は、中国公的年金制度は従来の税方式から保険料方式、そして部分積み立て方式に変更し、そうした背景の中で、公的年金の積み立て資産運用と投資の仕組みや資本市場などとの関係が、密接になることを予想しており、したがって、いかに年金制度と金融関連制度との補完関係を構築するかが、今後の重要な課題になると指摘した。

その二、年金制度における地域格差と地方財政との関係や、年金の格差是正システムと政府間財政システムの補完的関係の構築などにより具体的に分析すること、世代政策の視点に立った負担構造の改革をすることは、今後の課題になると指摘した。

その三、家計の消費・貯蓄行動、労働供給、資本市場の形成などは、年金制度の改革への影響が今後の課題である。

IV むすび

本稿では詳しく紹介することが必ずしもできなかったが、本書は中国の公的年金制度の改革の全貌について、その歴史から現状まで分かりやすく整理しており、専門外の評者にも理解しやすかった。中国の社会保障制度の改革への関心を高めるためにも、幅広い分野の方々に一読を薦めたい書である。

(さ・ぎんか、ニッセイ基礎研究所主任研究員)

Inequality and Poverty Re-examined
Edited by Stephen P. Jenkins and John Micklewright

(Oxford University Press, 2007年)

浦川 邦夫

本書は、そのタイトルが示す通り、「不平等」や「貧困」の問題に関する幅広い“再検証”をテーマとした学術書である。編者であるジェンキンス教授 (University of Essex) は、「格差」や「貧困」を扱った論文をこれまでに多数発表しており、「所得分配」の研究分野における代表的な研究者の1人である。本書では主にEU諸国の格差や貧困が分析の対象となっており、これらの課題に対する税制・社会保障制度などの政策効果について興味深い検証がなされている。

我が国においても、現在、生活保護受給世帯の増加や貯蓄を全く保有していない無貯蓄世帯の増加などが生じており、格差の拡大や貧困の増大が重要な問題として認識されてきている。したがって、本書で示されるような諸外国の事例について学ぶことは、日本の格差・貧困の問題に対する処方箋を論じる上でも大きな指針となると言える。特にEU諸国におけるいくつかの国は、経済が比較的安定しているなかで貧困率が低いという優れた特徴を持つので、日本における経済政策や社会政策の検討に際し、参考になる部分が大いにあると考えられる。

本書は、冒頭のIntroduction (1章) を含めると全部で13篇の論文からなり、大きくは3つの研究分野に分けられて全体の構成がなされている。具体的には、①各国の所得分配や貧困の実情を扱った実証研究 (2章～5章)、②質的、多次的、動

態的な視点を踏まえた貧困指標 (剥奪指標) の計測に関する研究 (6章～9章)、③最低賃金、児童手当、公債発行といった諸政策と所得分配との関連性についての研究 (10章～13章)、といった内容で全体が構成されている。

どの章の研究内容も、それぞれ興味深い分析結果を報告しているが、ここでは、評者がとくに重要と考える論文の研究内容を紹介しつつ、本書の学術的な価値について自身の視点を踏まえながら論じることとした。

まず、本書の大きな特徴として、「貧困」の計測、あるいは「貧困」の解決に向けた政府の一連の「再分配政策」の効果の計測を、従来の研究と比べてより多面的に捉えようとする研究が多く見られる点を指摘することができる。

例えば、本書の8章の論文“Summarizing multiple deprivation indicators” (by Cappellari, L. and Jenkins, S. P.) では、「貧困」を「所得」といった単一の指標だけでなく、「生活必需品の有無」、「社会との交流の頻度」など、より多様な指標に基づいて把握しようとする試みがなされており、具体的には、イギリスのパネルデータに基づいて質的な貧困、いわゆる「相対的剥奪指標」の計測が行われている。

70年代にタウンゼンドが「相対的剥奪」の概念を提唱して問題提起を行ったように、健康、住環境、人間関係などは、所得と同様に人々の生活の質に大きな影響を与えている。

本章の分析では、多次元の貧困指標（剥奪指標）の導出に際して、これまで主流であった相対的剥奪スコアに加え、項目反応モデル（IRM）に基づく剥奪スコアが計測されており、双方のスコアの比較がなされている。日本でも相対的剥奪や社会的排除など、多次元的、動態的な貧困の計測を扱ったいくつかの先行研究を挙げることができるが、項目反応モデルによる分析は非常に少なく、評者にとっても参考になる点が多い。また、日本の貧困の詳細な実態や政府の再分配政策の効果のより正確な抽出を可能にする上でも、「所得」、「租税・社会保険料の負担」、「社会保障の給付状況」の情報に加えて「資産」や「生活の質」の情報を同時に含むような大規模調査の整備を我が国でも進めていく必要があることを本書の研究から強く感じた次第である。

また、公共部門の再分配効果についてイギリスとオーストラリアの2国間で国際比較を行っている4章の論文“Beyond Conventional Measures of Income” (by Harding, A., Warren, N. and Lloyd, R.)も、従来の先行研究よりも再分配の対象範囲を広げ、より厳密な分析をしている点に大きな特徴がある。具体的には、公共部門による現金給付や直接税に加え、現物給付や間接税による所得分配の変化も分析の対象としている。ここでは、現物給付として、医療サービス、公教育サービスの2つの給付が考慮されている。

これまでのOECD統計などによる「再分配効果の国際比較」では、政府から家計への再分配として、公的年金や失業給付などの現金給付の移転が分析の主な対象となっていた。その一方で、教育サービスなどの現物給付の移転については、データなどの制約から考慮されない、あるいは考慮してもその分析は対国民所得比の数値比較のように限定的なものにとどまるケースが多かった。また、家計から政府に対しての租税・社会保険料などの支払についても、消費税などの間接税に関し

ては十分な捕捉がなされていない、という問題があった。

しかしながら、本章で示されるイギリス・オーストラリア両国の統計データからも明らかのように、両国の現物給付による移転は、公的年金などの直接の現金給付による移転を上回る規模で行われている。間接税についても、「税・社会保険料控除前所得」に占める割合は、それぞれの国の平均的な家計で約10%の水準に達しており、これは直接税の水準（約20%）には及ばないものの、決して無視できる水準ではないことが示される。したがって、政府の再分配効果の測定に関しては、できる限り現物給付や間接税の効果も取り入れていくことが、それらの規模の大きさからも非常に重要であることがわかる。

4章の分析結果からは、医療、教育という2つの現物給付は、イギリス、オーストラリアの両国で格差の縮小に寄与しており、逆に間接税は、「所得分位が低い層（低所得層）ほど所得に占める負担割合が高い」といういわゆる逆進性を持っている点が示されている。ここで、現物給付と間接税の効果を含めて公共部門の再分配効果を総合的に判断すると、現金給付と直接税（社会保険料等を含む）による再分配のみで評価した場合と比べて、その格差縮小効果は高いものになる、という推定結果には非常に注目される。いわば、医療などの現物給付の格差縮小の効果（厳密にはローレンツ基準で判断した格差縮小の効果）が、間接税による格差拡大の効果を上回っている。

日本は、公教育支出や医療支出のGDPに占める割合が、ほかのOECD諸国と比べると低い、という点が近年の統計から明らかになっているが、この分野の公共支出の拡大は、格差の是正、あるいは貧困の削減にも大きな貢献が期待される。その際の財源調達のあるり方も含め、現物サービスの再分配の効果を信頼性の高いデータに基づいて検証していくことは、我が国において今後も重要な研

究課題である。

次に、本書の2点目の大きな特徴として、アメリカやイギリスにおける最低賃金の経済効果について詳細な検討がなされている点を指摘しておきたい。11章“The impact of minimum wages on the distribution of earnings and employment in the USA” (by Bazen, S.) と12章“Training, minimum wages and the distribution of earnings” (by Booth, A. L. and Bryan, M. L.) においては、最低賃金の引き上げが賃金分配や雇用、あるいは企業が労働者に提供する職業訓練機会の程度に与える影響についての検証がなされており、前者はアメリカの事例、後者はイギリスの事例をそれぞれ中心に扱っている。

本書の分析でも述べられているように、最低賃金には「低賃金労働者の賃金を上昇させて賃金格差を縮小する」という効果が期待される一方で、「企業の労働需要を減らして雇用にマイナスの影響をもたらす可能性がある」という問題が指摘されてきた。

実際、本書における過去の実証研究のサーベイ (Brown et al. (1982), Bazen and Le Gallo (2005) など) によると、米国のケースにおいて、連邦最低賃金の引き上げが〈その効果はそれほど大きくはないもの〉若年層の雇用縮小につながったとする分析が報告されている。これは、労働市場の完全競争モデルにおいて、均衡賃金を上回る最低賃金を適用した場合に得られる帰結と整合的なものである。

しかしながら、周知の通り90年代においては、Card (1992)、Card and Krueger (1995) などの研究が、「最低賃金は雇用に影響を与えない、もしくはわずかながら雇を上昇させる」とする実証結果を提示したことで、最低賃金が雇用に与える影響について大きな論争が引き起こされたのであった。上記のような推定結果は、イギリスの実証研究でも幅広く確認されており、労働市場に買い手独占の考え方を適用した説明や、企業と労働者の

賃金交渉力の差を背景とした説明が、理論研究においてこれまで展開されている。

このように、最低賃金が雇用に与える影響についての分析はさまざまであるが、本書のサーベイを踏まえると、最低賃金の引き上げは、低賃金労働者の賃金水準や企業の職業訓練機会の提供にプラスの影響をもたらし、雇用に与える影響も軽微であるとするケースが多いことが確認される。この事は、我が国の最低賃金制度の方向性を考える上でも、多くの知見を与えるものであろう。

日本の最低賃金は、近年も数度の引き上げが実現されているが、その水準は依然として他の先進諸国と比較して低い水準である。上記のような諸外国の研究事例を国民の幅広い層が共有することは、最低賃金の政策効果を高める上でも非常に重要と考えられる。

また、本書の3点目の特徴として、イギリス、フランス、ドイツといった単一の国家の枠組みを超えた超国家的な視点で「格差」や「貧困」、あるいは公共政策の「再分配効果」を論じようとする姿勢が随所に見られる点を挙げるができる。具体的には、3章や10章の分析に、そのような特徴が顕著に現れている。

3章の論文“Income Distribution in Supranational Entities” (by Brandolini, A.) では、論文タイトルにもあるように、各国の所得格差のそれぞれを単純に計測するのではなく、これらの国家を複数の国家から成る複合体、たとえばEU25カ国やユーロ通貨圏としてまとめた上で、それらの地域の所得分配がどのような特徴を持つかについて精緻な検証が行われている。分析結果としては、ルクセンブルク所得研究 (LIS: Luxembourg Income Study) などの調査データに基づいてEU25カ国全体における所得分配 (2000年) を計測した場合、その格差・貧困の程度が、アメリカと比べて低い水準にあることなどが示されている。

また、10章の論文“A guaranteed income for

Europe's children” (by Levy, H, Liez, C. and Sutherland, H.) では、ベーシック・インカムの概念に基づく児童向け基本所得 (CBI: Child Basic Income) とその給付を補うための財政システム (BI/FT システム) の導入が、子どもの貧困の削減に与える影響を計測しているが、これも国単位の分析だけでなく、EU諸国全体を一つの国として再分配が行われた場合の検証が同時に行われている。そして、EU諸国全体による再分配を行うケースの方が、低所得国については子どもの貧困削減をより低コストで実現可能という重要な実証結果が報告されている。

すなわち、本書のいくつかの研究は、格差や貧困の問題を単一の国家の責任として論じるのではなく、より広範の近隣諸国全体の問題として捉え、「ほかの諸外国からの財政移転も視野にいれたときに諸々の政策がどの程度の効果を発揮しうるか」ということまで考慮に入れながら、その政策効果が検証されているのである。このような単一の国家を超えた枠組みで「分配」や「再分配」の問題を論じるという姿勢が、EU諸国の研究者の間で既に醸成しつつあることに対し、ある種の驚きと尊敬の感情を評者は抱く。そしてこの点は、地理的にはアジアに位置する我が国においても、非常に重要な視点を提供している。

近年、ワーキングプアの拡大といった日本の格差・貧困問題の背景の一因として、市場経済のグローバル化による影響を指摘する声が高まっている。このようにヒト・モノ・カネが益々自由に移動を行うようになった経済状況下では、ほかの近隣諸国で存在している諸々の経済体制、社会制度

が、日本国内の所得分配にも大きな影響を与えることが懸念される。すなわち、日本の格差・貧困の問題を単純に国内だけの視点からとらえて、公共部門の一次分配や再分配に対する役割を論じているのは、真に効果的な政策を発動することができない。一国の境界を超越した視点で諸々の方策を考える姿勢が、これらの問題の根本的な解決に向けて求められている。まさにそのことを本書の研究は訴えかけているかのようなのである。

以上、本書の内容について、評者の視点を踏まえながら簡潔に論じてきた。本書は、「格差」や「貧困」の問題に対して計量的な側面から詳細な検討をしている専門性の高い学術書であるが、論文で取り扱われている分析手法は、格差・貧困の問題が広がっている日本においても参考になる点が多々ある。

また、国内の貧困問題の解決に向けて、他の近隣の諸外国で発生している「格差」、「貧困」の問題にも同時に目を向けていくという発想は、多くの研究者がこれまであまり持ちえてこなかった分析視角であり、大いに啓発される。環境や経済開発援助の分野では、ずっと以前から課題の解決に向けて世界的な協力体制の構築が進められてきた。税制・社会保障などの再分配の分野に関しても、世界各国の協力によるより包括的な制度体系の整備が望まれる。本書の研究は、格差・貧困問題に対する政策のあり方やその効果を検証する上で重要な指針を与えるものである。

(うらかわ・くにお 九州大学大学院
経済学研究院准教授)

『海外社会保障研究』執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字（図表を含む）
本文のほかに要約文（400字以内）およびキーワード（3～5語）を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字（図表を含む）
- (3) 動向：8,000字（図表を含む）
- (4) 書評：6,000字

なお、図表は1枚200字に換算します。

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3) …→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c) または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典（発行所、発行年）を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に（）入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63–87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56–72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260–267

海外社会保障研究

第171号 2010年6月発行予定 特集：アメリカの社会保障

バックナンバー

- 第170号 2010年3月発行…… 特集：ケア労働の国際比較—新しい福祉国家論からのアプローチ—
- 第169号 2009年12月発行…… 特集：イギリスの社会保障—ニューレイバーの10年
- 第168号 2009年9月発行…… 特集：諸外国における高齢者への終末期ケアの現状と課題
- 第167号 2009年6月発行…… 特集：韓国の社会保障—日韓比較の視点から—
- 第166号 2009年3月発行…… 特集：障害者福祉の国際的展開
- 第165号 2008年12月発行…… 特集：拡大EUの社会保障政策と各国への影響
- 第164号 2008年9月発行…… 特集：世界の高齢者住宅とケア政策
- 第163号 2008年6月発行…… 特集：カナダ・韓国・日本3カ国社会保障比較研究
- 第162号 2008年3月発行…… 特集：地域包括ケアシステムをめぐる国際的動向
- 第161号 2007年12月発行…… 特集：フランス社会保障制度の現状と課題
- 第160号 2007年9月発行…… 特集：子育て支援策をめぐる諸外国の現状
- 第159号 2007年6月発行…… 特集：所得格差と社会保障
- 第158号 2007年3月発行…… 特集：先進各国の年金改革の視点
- 第157号 2006年12月発行…… 特集：ベーシック・インカム構想の展開と可能性
- 第156号 2006年9月発行…… 特集：諸外国における医療と介護の機能分担と連携
- 第155号 2006年6月発行…… 特集：ドイツ社会保障の進路—政権交代は何をもたらすか—
- 第154号 2006年3月発行…… 特集：介護と障害者施策の関係をめぐる国際的動向
- 第153号 2005年12月発行…… 特集：中南米の社会保障
- 第152号 2005年9月発行…… 特集：住宅政策と社会保障
- 第151号 2005年6月発行…… 特集：企業年金の国際的潮流
- 第150号 2005年3月発行…… 特集：成長するアジアの社会保障
- 第149号 2004年12月発行…… 特集：OECD諸国における医療改革の流れと今後の方向性
- 第148号 2004年9月発行…… 特集：海外社会保障研究の展望
- 第147号 2004年6月発行…… 特集：ワークフェアの概念と実践

海外社会保障研究 投稿規程

『海外社会保障研究』は、諸外国の社会保障及びその関連領域に関する理論的・実証的研究、諸外国の社会保障に関する研究動向、諸外国の社会保障制度改革の動向等を迅速かつ的確に収録することを目的とします。

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」、及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に投稿する論文等はいずれも他に未投稿・未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付して下さい。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却致しません。
6. 掲載された論文等は、他の雑誌もしくは書籍または電子媒体等に収録する場合には、国立社会保障・人口問題研究所の許諾を受けることを必要とします。なお、掲載号の刊行後に、国立社会保障・人口問題研究所ホームページで論文等の全文を公開します。
7. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2-2-3
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
電話 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集後記

本特集は、海外のジャーナルとの交渉あり、翻訳あり、共著あり、と特集としては波乱万丈の号となりました。これも、すべて国際連合社会開発研究所の研究成果と、5人の日本人チームの国際比較に向けての並みならぬ苦勞を、なんとか日本の研究者の方々に見ていただきたいという強い思いに導かれたものでした。特集の立案から編集、校正まで多大なご協力をいただいた落合恵美子編集委員にここに記して感謝したいと思います。

(A.A.)

編集委員長

京極 高宣 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

江口 隆裕 (筑波大学教授)

尾形 裕也 (九州大学教授)

落合恵美子 (京都大学教授)

駒村 康平 (慶應義塾大学教授)

高橋 紘士 (立教大学教授)

武川 正吾 (東京大学教授)

高橋 重郷 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)

松本 勝明 (同研究所・政策研究調整官)

東 修司 (同研究所・企画部長)

佐藤龍三郎 (同研究所・国際関係部長)

勝又 幸子 (同研究所・情報調査分析部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)

阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)

山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)

小島 克久 (同研究所・社会保障応用分析研究部第3室長)

川越 雅弘 (同研究所・社会保障応用分析研究部第4室長)

白瀬由美香 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

竹沢 純子 (同研究所・企画部研究員)

海外社会保障研究 No. 170

平成22年3月25日発行

ISBN 978-4-904486-13-9

編集

国立社会保障・人口問題研究所

〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階

Tel: 03-3595-2984

homepage: <http://www.ipss.go.jp>

印刷

株式会社アーバン・コネクションズ

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷3丁目27番11号
祐真ビル新館12階

Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722

e-mail: books@urbanconnections.jp

homepage: <http://www.urbanconnections.jp>

ISSN 1344-3062

THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2010 No. 170

Special Issue: International Comparison of Care

Foreword..... Emiko Ochiai

Reconfiguration of Care Diamond in Japan:

The Impact of the LTCI on “Familialism”

..... Emiko Ochiai, Aya Abe, Takafumi Uzuhashi,
Yuko Tamiya and Masato Shikata

“Care Diamond” in Developing Countries..... Akiko Saito

The Political and Social Economy of Care in a Development Context..... Shahra Razavi

Characteristics and Issues of Care Work in Japan..... Takafumi Uzuhashi

Internal Comparison of Carework Using Time-Use Survey: Implication

for Japan from UNRISD Report..... Aya Abe

Report and Statistics

Medical Security System in Indonesia..... Fujino Fukuoka

Book Review

Li Xin HE

The Public Pension System Reform in China: An Institutional

and Empirical Analysis of the Economic System Transition Period..... Sha YinHua

Stephen P. Jenkins and John Micklewright ed.

Inequality and Poverty Re-examined..... Kunio Urakawa
