

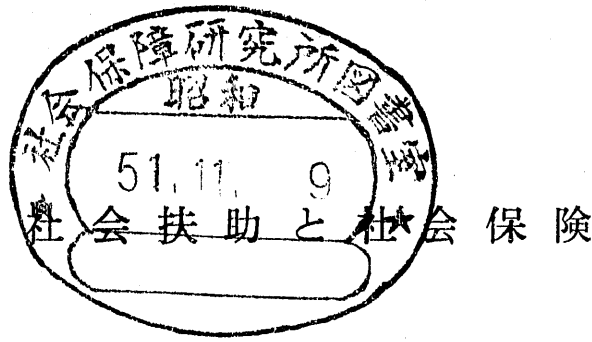
季刊

社会保障研究

Vol.12, No.2

社会保障研究所

1976



高橋 武

最近の社会保障論議では年金と老人医療の2つがことのほか目立つようになった。福祉元年といわれた昭和48年に、この両者について画期的な改善が行なわれたことが直接の契機であろう。もっとも同じ年に起った石油危機を境にして、経済の運営が安定成長に移行したため、今では財源の方が心配とする議論も多い。その反面には、福祉見直し論も出てきたから、真にめぐまれない人々に対する世間の関心が薄くなるのではないか、つまり積み残しの危険が心配になってくる。

わが国の生活保護法は、制度的には、割に早く確たる存在になったし、今では多くの国の社会扶助制度に一步先んじている感さえする。しかし、生活保護法の恩恵を実際に受けた人の割合、つまり保護率は終始1%台であって、他の工業国に比べて格段に低いことを忘れてはならない。この事実は、わが国の失業率(労働力調査による)が不況期にも1%台を上回ることが殆どないこととともに、この国を極めて経済的に有利な社会にしてきたのであった。問題は今後、雇用問題の深刻化が予想されるとなると、こうしたことが何時まで可能か、また果してこれまで通りでよいのか、という点にある。

社会扶助という制度は、その前身の救貧法の時代から、余り世間からは評判がよくなかった。何よりも、財源にはもともと制約があることだし、その結果、ときに人権問題を引き起すほどの扱い方にもなったからである。そのため社会扶助は、どの国でも生活保障の「最後のよりどころ」とされ、決して社会保障の主流にはされてこなかった。ECの「社会情勢の発展に関する年次報告」(最近版は1975年)では、社会扶助は社会保障の章では扱われずに、他の貧困対策や福祉対策と一緒にされて、社会的サービスの章で扱われてきた。西欧の伝統では社会扶助は、まともな社会保障とはされていないことになる。ピエール・ラロックの「フランスにおける社会保険から社会保障へ」と題する有名な論文(1948年)が社会扶助に余り言及していなかったのも、その証拠であろう。

社会扶助への評価がこのように西欧で低いのは、何よりも、その恩恵に実際にあずかる人々がめぐまれない少数者であるために、世間からは貧乏人として扱われ、結果的に社会的差別をきたしやすいからである。1960年代に貧困を再発見したアメリカで、最低保証所得や逆所得税の構想が出てきたのも、そのためであった。しかし肝心の財源の問題になると、自前の収入源が相当にある社会保険(方式)の場合と財源を専ら公費にまつ制度とでは、その違いは長期的にみると決定的である。終戦直後には社会保障の先進国に目されていたイギリスとスウェーデンが1960年代に、また、オーストラリアとニュージーランドが1970年代に、ともに方向転換を敢行した経験は、まことに教訓的である。

そこで、社会扶助の運命は将来どうなるのだろうか。社会扶助と社会保険との相互接近を指摘したILOの『社会保障への途』(1942年)は、次のように予想していた。

「長い発展の頂点としては、両者はおそらく相合し、結合するであろう。……われわれはもはや社会扶助と社会保険のいずれが支配的であるかを語るができないで……ただそれら2つが支配しているといいうるにすぎなくなるであろう」(邦訳 p.106)。

しかしその後の現実の展開は、両者のコンバージェンス(収斂)よりも、ダイバージェンス(分岐)の方が制度的には目立つ場合さえ多い。20世紀最後の4半期は、一元的な社会保障への途を探究することが大きな研究課題として残されていることになる。

イギリスの社会保障の最近の動向

一 圓 光 彌

I はじめに

イギリスの社会保障を取りまく環境には厳しいものがあつた。経済活動は長期にわたって低迷を続け、実質経済成長率は平均すると年2.5%程度にすぎなかつた。他方、社会保障に依存せざるを得ない人口は大幅に増加し、特に老人人口の増加が顕著であつた。

こうした中で、一方では各種社会保障給付の見直しが進められ、支出を抑制することができる給付とそうでない給付との選別がなされ支出面での合理化が進められるとともに、他方では保険料や税負担の増額による財源拡張の措置が講じられてきた。

1964年から1974年にいたる10年間に、GNPにしめる公共支出の割合は38.5%から51.2%にとふくれあがつたのであるが、この増加に大きく寄与したのは各種社会サービス費の増加であつた。社会サービス費には、社会保障費、国民保健サービス費、対人社会サービス費、学校給食・福祉食費など社会保障に関連する諸費用のほか教育費や住宅費が含まれているので、教育費と住宅費を除く社会サービス費についてその対GNP比を見ると、1964年の11.6%から1974年の15.7%にと10年間で4%ポイント増加し、その対公共支出比も30.1%から30.7%にと若干ではあるが増加してきている¹⁾。

もちろん、これら社会サービス費の伸びは単調な傾向線をたどってきたわけではない。ここでは、所得の維持を目的とする現金給付部門である社会保障のみを取りあげ、その動向を過去10年にさか

のぼって分析することにする。

イギリスの社会保障は、ベバリッジ報告が示した青写真をもとに、戦後一挙に拡張整備され、イギリス福祉社会の基礎をなす制度として国民の期待と支持を集めたのであるが、1950年代後半に老人や児童を中心とする貧困が大きな社会問題となるに至って、その有効性が問われるようになり、1961年にはベバリッジのフラット拠出フラット給付の原則が修正され、年金給付に所得比例部分が追加されるようになった。

1964年に政権についた労働党政府は、フラット原則の修正をさらにおし進め、年金以外の国民保険給付にも所得比例給付を導入した。また他方では国民扶助を補足給付に改めて公的扶助の機能を強化し、国民保険給付の不足する部分を補足給付の追加によって補完する政策を明確に打ち立てた。こうした考え方もまた、国民保険の給付によって最低生活を保障しようとしたベバリッジの原則を修正するものであつた。

労働党政府は、以上のような改革とともに、1965年1月、1967年10月の給付改定を通して国民保険の各種給付をも大幅に引き上げている。そこでここでは、1964年から1967年までを第1期として時期区分することにした。

第1期に実施された諸給付の改善も長続きはしなかつた。1968年1月にはウィルソン首相の長期財政緊縮計画が発表され、社会保障費も抑制の対象となり、各種給付水準は賃金などの水準と比較して大きく後退することになった。1968年から1970年にかけての第2期は、いわば第1期の反動期であると位置づけることができるであろう。

1970年に政権に返り咲いた保守党政府は、イギリス社会保障にさらにいくつかの新機軸を導入し、ベバリッジ原則からの乖離を決定づけた。拠出制

1) *Annual Abstract of Statistics* による。この10年間の社会サービス費の動きを見ると、教育費や住宅費、とりわけ後者の伸びが顕著であつた。

の国民保険に拠出を条件としない給付を導入し、これまで同額であった国民保険の給付にも、長期給付と短期給付とで差を設けるようにした。児童の貧困に対処するため、普遍的な家族手当を増額するかわりに、有子低賃金世帯を対象とする世帯所得補足制度を導入した。

これら保守党政府の政策が実施に移された1971年から1973年までの第3期は、1960年代以降一歩一歩進められてきた社会保障改革の最後の段階に位置し、1975年から装いを新たに出発するイギリス社会保障の準備期にあたると考えることができるであろう。

1975年4月から、保守党政府の手による「1973年社会保障法」の一部が労働党政府によって実施に移され、現在国民保険は拠出に於て所得比例制を、給付についてはフラット制を採用している。これとは別に新しい所得比例の年金制度が1978年から拠出を開始することになっている。しかしこの制度による完全年金の支給は、これよりさらに20年後のことであって、当面、フラット給付が社会保障の中心であることにはかわりはない。したがってここでも、もっぱら現在実施されている社会保障の仕組がどのようにして生れてきたかに注目することとし、所得比例年金制度をめぐる議論については省略することにした²⁾。

II 給付水準の動き

まず最初に、既存の主要給付の給付水準の動向を調べ、政策の変更が給付水準にどのように現われているかを見てみよう。

主な社会保障の均一給付週額の改定の推移を示したのが表1である。拠出制の国民保険制度からは退職年金、失業給付(あるいは疾病給付)、それに労災保険に属する傷害給付を選んでいる。補足給付(1966年までは国民扶助と呼ばれていた)については、長期給付と短期給付とに分けて整理してみた。

表2はそれら給付額の対平均賃金比の推移を、各年10月ないし11月時点で調べたものである。夫婦の場合についてのみ示しているが単身者の給付の対賃金比もほとんど同じ推移を示していたので省略している。

1) 物価、賃金の上昇と給付改定の自動化

表2によると、対平均賃金比は、第1期の1965年と1967年に大幅に引き上げられ、第2期には1969年の改定にもかかわらず逆に低下の傾向をたどり、第3期にはほぼ賃金水準の上昇と歩調を合わせていることが認められる。

こうした表2の推移を表1の推移と比較すると、国民保険の給付が改定されなかった年の対賃金比の落ち込みが顕著に現われていることに気付く。国民保険の給付改定は、1971年まではほぼ2年に1回の割合で実施されており、不断の物価と生活水準の上昇による給付額の相対的な低下が、受給者に少なからぬ影響を与えていたことが容易に想像できる。対賃金比を見ると、特に1968年と1970年の落ち込みが顕著であった。

小売物価指数の推移を調べると、1960年代の後半は年平均4.6%のテンポで上昇していたが、1970年代に入ると上昇テンポは早まり1970年で6.4%、1971年には9.4%に達し¹⁾、改定時期を引き延ばすことは事実上不可能になってきた。

このような状況から、国民保険の諸給付も毎年10月に定期的に物価や賃金の水準に応じて改定されるよう改められるようになった。さらに1974年の法改正では、退職年金などの長期給付は、物価ないし賃金の水準のうち、受給者に有利な指標をもって毎年改定すること、疾病、失業給付のような短期給付については物価に応じて改定することが明記されるに至り²⁾、完全な自動スライド制が実現したのである。

2) 短期給付と長期給付との格差導入

短期給付を抑制し、長期給付を優遇するという新しい考え方は、まず1966年、国民扶助にかわって補足給付が導入された時点で採用されている。

2) ここでは年金をめぐる議論だけでなく、社会保障の基本的な在り方をめぐる議論などについては一切ふれていない。これらについては小山路男・藤沢益夫編著『経済発展と福祉社会』社会保険法規研究会、1972、田中寿「福祉政策論の一視点」『レファレンス』301号、等を参照いただきたい。

1) *Annual Abstract of Statistics*, 1975.

2) *Department of Health and Social Security Annual Report* 1974, p. 10.

表 1 主要社会保障給付額の推移

(単位: ポンド)

給 付			年	1956	1963		1965		1966	1967	1968		1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
			月	10	3	5	1	3	11	10	4	10	11	11	9	10	10	7	4
国民 保険	退職年金	単 身		3.375		4.00			4.50			5.00		6.00	6.75	7.75	10.00	11.60	
		夫 婦		5.45		6.50			7.30			8.10		9.70	10.90	12.50	16.00	18.50	
	失業・疾病 給 付	単 身		3.375		4.00			4.50			5.00		6.00	6.75	7.35	8.60	9.80	
		夫 婦		5.45		6.50			7.30			8.10		9.70	10.90	11.90	13.90	15.90	
	傷害給付	単 身		5.75		6.75			7.25			7.75		8.75	9.50	10.10	11.35	12.55	
		夫 婦		7.825		9.25			10.05			10.85		12.45	13.65	14.65	16.65	18.65	
家 族 手 当			第2子	0.40						0.75	0.90							1.50	
			第3子	0.50							0.85	1.00							1.50
補足 給付	短 期	単 身		3.175		3.80	4.05	4.30		4.55	4.80	5.20	5.80	6.55	7.15	8.40	9.60		
		夫 婦		5.225		6.275	6.65	7.05		7.45	7.85	8.50	9.45	10.65	11.65	13.65	15.65		
	長 期	単 身		3.175		3.80	5.50	4.75		5.05	5.30	5.70	6.30	7.15	8.15	10.40	12.00		
		夫 婦		5.225		6.275	7.10	7.50		7.95	8.35	9.00	9.95	11.25	12.85	16.35	18.85		

(資料) Annual Abstract of Statistics.
Social Security Statistics.
Department of Health and Social Security Annual Report.

表 2 主要社会保障夫婦給付額の対平均賃金比¹⁾

(単位: %)

各年10月現在		1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975
失業・疾病給付		30.1	33.2	32.0	34.2	31.7	32.6 ²⁾	28.9	31.4	30.4	29.1	28.6	27.9 ³⁾
退 職 年 金		30.1	33.2	32.0	34.2	31.7	32.6 ²⁾	28.9	31.4	30.4	30.5	32.9	32.5 ³⁾
傷 害 給 付		43.2	47.2	45.6	47.0	43.7	43.7 ²⁾	38.7	40.3	38.1	35.8	34.2	32.8 ³⁾
補足給付	短 期	28.9	32.0	32.8 ³⁾	33.0	32.4	31.6 ²⁾	30.3 ²⁾	30.6	29.7	28.5	28.1	27.5 ³⁾
	長 期			35.1 ³⁾	35.1	34.0	33.6 ²⁾	32.1 ²⁾	32.2	31.4	31.4	33.6	33.1 ³⁾

(資料) Annual Abstract of statistics.

(注) 1) ここでいう平均賃金とは製造業および若干の他の産業の21歳以上男子平均週賃金である。

2) 11月給付改定時の給付額を採用している。

3) CPAG が推計した4月時点での平均賃金の推計値を用いている (R. Lister, Social Security: the case for reform, CPAG, p. 34).

老人等長期にわたって補足給付を受給する者には、通常の基準額に定額の長期加算が追加されるようになり、この時から最低生活の保障に二種類の基準が適用されるようになった。

保護基準に二種類の水準があるということは一見矛盾するようであるが、国民扶助のそれまでの機能や、これが補足給付に改められた目的を考え合わせるならば必ずしも不合理ではない。

それまで国民扶助に依存していた多くの人々は退職年金や疾病給付等の国民保険の受給者でもあったのであるが、こうした人々にとって国民扶助

は、国民保険給付の不足する部分を補完する機能を果たしていた。1966年の補足給付の導入は、この機能を一層強化することをねらいとし、資力調査の条件の大幅な緩和とあわせて実施されたのであるから、貯えの少ない長期受給者により高い基準を適用することは、十分根拠のあることであった。

ところでこの長期加算額は1969年と1972年に若干引き上げられた後、1973年からは追加的な定額加算という方式をすて、補足給付はそれ以降長期給付基準と短期給付基準とに分けられ、それぞれ

れ独立して単身者、夫婦等の額が定められるようになっている。

ミーンズテストを条件とする補足給付は、それ自体が選別的な給付であるが、この制度にさらに選別的な要素が加味され、老人等ニードの高い人々に対する給付条件が緩和されるようになったことは注目される。

国民保険の給付に同様の考えが導入されるようになったのは1973年の改定からで、表2で示されているように、失業・疾病給付と退職年金は1973年にはじめて差が生じ、1974年と1975年の改定ではその差が一層拡大するようになっている。

そもそも労災保険を除く国民保険の諸給付は、最低限度の生活を保障することをたてまえとしており、長期給付であるか短期給付であるかにかかわらず、世帯員の数に応じて一定の額に定められていた。1970年に政権についた保守党政府は、1971年9月から80歳以上の年金受給者に定額の追加的な給付を支給するように改めているが、1973年からはこの考えを一層徹底し、よりニードが高いと考えられる長期受給者の給付額と、よりニードが低いであろう短期受給者の給付額とに差を設け、これまでの国民保険の原則を覆がえしている。

国民保険の給付が、受給者の資産とは関係なく、それ自体で最低生活費を保障するものであるとすれば、長期給付であれ短期給付であれ、給付額に差があってはならない。これがベバリッジ以来の定額給付の基本的な考え方であった。保守党政府は1970年に政権に復帰して以来、社会保障の限られた資源はよりニードの高い部分に集中されるべきだとの考えから、選別的な給付を次々と実施に移していったのであるが、これにより既存の国民保険給付にも選別的な要素が加味されるようになったのである。

また1974年に政権を引き継いだ労働党政府もこの考えを追認し、すでに述べたように同年の法改正で、以降長期給付については賃金又は物価の高い方に、短期給付については物価にスライドさせるように定めている。両給付の格差は一層拡大することが予想される訳であるが、こうした措置

により、短期給付受給者に対する最低生活の保障の原則は放棄されるようになった。

3) 労災保険の独自性の放棄

表2からも、労災保険に属する傷害給付の水準が急速に低下し、1975年では退職年金の水準とあまり差がなくなっていることが認められる。国民保険（労働災害）と国民保険とはこれまで別々の基金を持ち独立して運営されてきた。しかし国民保険の方の財政状態が悪化するに従い、国民保険（労災）部門もこれと無関係ではあり得ず、労災関係給付は次第に低下してゆき、その優位性がうすれていった。1975年4月からはついに両基金は単一の国民保険基金に統合され、制度上も国民保険と完全に合体している。

4) 補足給付の導入とその推移

ベバリッジ報告が提案した国民保険給付の水準は、夫婦の場合、当時の平均賃金の45%程度であったといわれるが³⁾、実際の給付水準は表2の通りこれをはるかに下回るものであった。このため老人をはじめとする多くの国民保険給付受給者は国民扶助にも依存するようになっていた。

ところが国民扶助自体も必ずしも十分機能しているとはいえなかった。エイブル・スミスとタウンゼンドの調査では、1960年で全人口の3.8%にあたる199万人が扶助水準以下で生活していることが明らかにされている⁴⁾。

1964年に政権についた労働党政府は、国民保険給付の不足する部分を公的扶助で積極的に補ない、また扶助の申請をしない多くの貧困者の申請を積極的に促進するため、国民扶助を補足給付に改めるとともに、ミーンズテストの条件を大幅に緩和し、基準額を引き上げた。

国民扶助の基準はこれに家賃補助も加えると常に国民保険給付を上回ってきたが、表2の通り、1966年には家賃補助を加えない基準額がそれだけで国民給付を大きく上回るようになっている。当時社会政策の調整に関する無任所大臣を務めていたホートンは、こうした改革を「普遍原則から選

3) Ruth Lister, *Social Security: the Case for Reform*, CPAG, 1975, p. 33.

4) B. Abel-Smith and P. Townsend, *The Poor and the Poorest*, Bell & Sons, 1965, p. 40.

別原則へ」の注目すべき動きとして高く評価したのであるが⁵⁾、実際にも改革の効果は扶助受給者数の増加となって現われ、1964年198万人であった扶助受給者数は1967年には256万人に増加するようになった⁶⁾。

しかし表2によってその後の推移を見ると、補足給付の基準と国民保険の水準との差は縮小する傾向を示しており、短期給付基準については、1971年以降国民保険の水準以下となっている。こうした動きを反映してか、補足給付受給者数も1970年の274万人から1973年には268万人に低下している⁷⁾。

補足給付はこのように、ホートンの期待に反して、給付水準で見ると発足当初ほど重視されなくなっているのであるが、これは補足給付が実際に果たしてきた効果とも無関係ではないであろう。補足給付水準以下の世帯数（補足給付受給者を除く）は、1972年が122万、家族も含めた人口にして178万人と報告されており⁷⁾、先に述べた1960年の199万人と比べても、その効果は疑がわしく、ホートンの期待はこの点でも裏切られた結果となっている。

III 新しい給付の導入

1) 所得比例給付の導入

退職とともに収入が急激に下落し、老後の生活が圧迫されることから、年金給付を所得比例方式に変えるべきだとの意見は1950年代後半に強まり、その結果1961年4月から退職年金に所得比例部分の追加が制度化されたことは周知の通りである。

これは一定額以上の所得を有する被用者が、その所得に応じた所得比例拠出を通常のフラット拠出に追加して拠出し、退職時には通常のフラット退職年金に加えて、拠出に応じた所得比例年金を受給するという制度である。

制度の性質上、年とともに所得比例年金の追加支給を受ける老人は増え、その平均額も増加する

ものと考えられる。事実1974年11月現在の比例年金受給者の状況を見ると、表3のように若い年齢ほど受給者も多く、給付額も高くなっている。しかしその額はまだまだ低く、十分な効果を上げているとはとてもいえない状況である。

表3 所得比例年金受給状況(1974年11月29日)

年 齢 階 級	全年齢	65— 69歳	70— 74歳	75— 79歳	80歳 以上
男子退職年金受給者のうち 所得比例年金の追加支給を 受けている者 (千人)	1,731	897	592	213	28
退職年金受給者にしめる割合 (%)	62.2	84.4	67.3	43.9	7.9
所得比例年金週額の平均 (ポンド)	0.35	0.47	0.27	0.13	0.06

(資料) Social Security Statistics 1974.

これに対し、1966年に発足した短期給付（失業、疾病、寡婦手当金、傷害の四給付）に対する所得比例補足制度は短期給付であるだけに即効性が高く、給付の改善に効果を上げているように思われる。この所得比例補足は当該被保険者の平均賃金に応じて、職を離れた日の13日目より6ヵ月を限度として支払われるが、その支給状況を見ると、失業給付受給者の場合41%（1973年11月）、疾病給付受給者の場合28%（1973年6月）、傷害給付受給者の場合59%（1973年6月）が所得比例補足の受給者であった¹⁾。また失業給付受給者について所得比例補足週額を調べると、1974年11月では、2ポンド未満が13%、2ポンド以上4ポンド未満が14%、4ポンド以上6ポンド未満が17%、6ポンド以上（8.5ポンドが上限）は55%となっており²⁾、支給期間が6ヵ月に限られているとはいえ、所得比例年金に比べればはるかに高い給付改善効果が示されている。

以上のような所得比例給付の導入は、長い間イギリス社会保障の伝統となっていたフラット給付の原則を修正するもので、その意味でこれら比例給付の動向と意義が注目されていた。しかしすでに見たように、退職年金に対する比例年金部分については、ほとんど効果らしいものを認めること

5) D. Houghton, *Paying for the Social Services*, IEA, 1968.

6) 表6参照。

7) F. Field and P. Townsend, *A Social Contract for Families*, CEAG, 1975, p. 15.

1) *Social Trends* 1974.

2) *Social Security Statistics* 1974.

はできず、1975年4月からは廃止されることになった。1978年から全く新しい制度として所得比例年金制度が発足することになっているが、完全年金の支給はさらにそれより20年も先のことであり、ここ当分の間フラット制の退職年金が老人の収入の中心をしめることにはかわりはない。

短期給付に対する所得比例補足は、確かに比例年金よりは高い効果をあげてきており、1975年以降も継続して支給されている。また1975年4月からは、出産手当金についても所得比例補足が支給されるよう、その適用が広げられている。しかしこの場合でも所得比例部分は一定期間に限ってフラット部分を補足するものであり、フラット給付がその基礎となっていることにはかわりはない。

2) 老人年金の発足

1970年11月から無拠出制の老人年金が国民保険基金より支払われるようになった。これは、1948年に国民保険制度が発足した時、すでに年金受給年齢に達していたため拠出制年金に加入することができなかった老人を対象とするもので、翌1971年9月からは80歳以上の全老人を対象とするようになっている。給付額は表4の通りであるが、1971年9月からは、退職年金受給者を含む80歳以上の全老人に25ペンスの老齢追加金が支払われるようになっているので、実際には表の額より単身者で25ペンス、夫婦で50ペンス高い額が支給されていることになる。

無拠出制の年金それ自体は必ずしも新しいものとはいえないが、これが国民保険（社会保険）の給付として支払われるようになったことは注意を要するであろう。社会保険における保険料を、被保険者に対する給付のための財源と考える立場からすれば、その基金から無拠出制の給付を支給することは到底認められないだろうからである。しかし実際には国民保険の給付と拠出にどの程度正確な保険数理的関連性が保たれていたかは疑わしく、国民保険の保険料は各種社会保障給付のための目的税的な性格を強めていた。

保守党政府は老人年金の他にも、付添手当金や老人に対する一時金の支給を開始しているが、これらはいずれも無拠出給付で、国民保険基金から支払われている。こうした措置は国民保険の給付と拠出との関係を一層乖離させるもので、各種社会保障給付の財源としての保険料の性格は一層明確となった。

社会保障費の財源として、国民保険の保険料は所得比例部分に一層依存するようになるが、給付面ではこれとは全く別の論理で、ニードの高い部分に比重を置いた選別的な給付が強化されていった。1975年から発足した所得比例拠出均一給付の方式は、以上のような傾向のいわば到達点であったと考えられる。

3) 付添手当金の開始

付添手当金は2歳以上の重度心身障害者を対象

表4 新規社会保障給付と給付週額の推移

(単位: ポンド)

年/月		1970/11	1971/8	1971/9	1971/12	1972/4	1972/10	1973/4	1973/10	1974/7	1975/4
給付名	単身	3.00		3.60			4.05		4.65	6.00	6.90
	夫婦	4.85		5.80			6.55		7.50	9.70	11.20
腐疾年金	単身			6.00			6.75		7.75	10.00	11.60
	夫婦			9.70			10.90		12.50	16.00	18.50
世帯所得補足	児童1子帯		18.00			20.00		21.00	21.50	25.00	
	第2子以降加算		2.00			2.00		2.50	2.50	3.00	
付添手当金					4.80		5.40		6.20	8.00	9.20
その他		1) 1966年10月より国民保険の短期給付(失業・疾病・傷害)に所得比例補足制度が発足 2) 1972年12月、1973年11月、1974年11月に老人に一人10ポンドの一時金が支給される。									

(資料) Social Security Statistics.

Annual Report of the Department of Health and Social Security.

として1971年12月から支払われているが、老人年金と同様国民保険基金から支払われる無拠出給付である。1973年6月からはそれほど重症でない障害者に対しても低額の手当金が支給されるよう、適用範囲が拡張されている。

4) 老人に対する年末一時金の支給

1972年12月に、年金受給年齢以上の全老人に1人10ポンドの一時金が支払われたが、この一時金支給は1973年11月、1974年11月にも引き継いで実施され、1974年には老人以外の長期給付受給者の一部にも適用されている。

老人年金、付添手当金および老人に対する一時金は、いずれも国民保険の無拠出制給付であり、限られた財源はまずニードの高い部分に優先して支払われるべきだとする保守党政府の選別的な考え方の現われであるが、選別的な給付とはいえ資力調査や所得調査をともなわず、いわば選ばれた特定グループに対する普遍的給付であるということが出来る。そしてこれらは、かつてティトマスがその必要性を説いた「個人的ミーンズ・テスト」によることなく、特定のカテゴリーや集団や地理的範域のニードの基準のうえに立って、社会権として与えられる選別的サービス³⁾に該当するものであると考えられる。実際、これらの給付を受ける資格を持つ人々にしめる受給者の割合は、資力調査や所得調査をともなう給付よりはるかに高く⁴⁾、その有効性が実証されている。

5) 廃疾給付の導入

1971年9月から、6ヵ月以上疾病給付を受給している人々に疾病給付にかえて廃疾年金が支給されるようになった。それまででも、疾病給付は疾病によって仕事に就けない場合は無期限に受給できたので、廃疾給付導入の意義は廃疾年金(1973年までは短期給付=疾病給付と同額)と共に支給される廃疾手当金にあった。この手当金は受給者の年齢や廃疾の程度に応じて支払われるが、こうしたニードの高い障害者への給付の優遇は、老人年金と同様、特定グループに対する選別的な給付

であると考えられる。

6) 世帯所得補足の導入

児童の貧困が議論されるようになって久しいが、家族手当の増額には両党とも消極的で、1968年と1975年に労働党政府の手で手当額の大幅な引き上げがなされてはいるものの、長期的に見れば上昇率は低い。これは貧しい世帯だけでなく富裕な世帯にも支給されるこの手当が、費用の割には貧困を救済する効果に乏しいと考えられてきたからである。

ところで、家族手当のような普遍的な給付にかかわりうる選別的な給付としては補足給付があり、この機能の強化が進められたことはすでに述べた通りである。しかし補足給付は常勤労働者には適用されず、低賃金労働者世帯の多数の児童の貧困には対処できなかった。1971年8月から始まった世帯所得補足の制度は、このような児童の救済を目的として生れた選別的給付で、常勤労働者世帯の収入が表4の基準額を下回る場合、その差額の半額を支給するものである。

保守党政府は当初、この制度の対象となる世帯数19万、その児童数50万人と見積もり、これら世帯が世帯所得補足を受給するよう多額の費用を使って宣伝、指導に努めてきた。そうすることで選別的な給付の有効性と普遍的な給付に対する優位性を実証しようとした訳である。

しかし実際の受給世帯は、1971年8.2万、1972年9.3万、1973年10.7万と増加はしたものの政府の目標にはほど遠く、さらに1974年には7.9万世帯にと大きく下落した⁵⁾。簡単な所得調査にもとづくこの制度は、負の所得税制度実現への試みという意味もあったのであるが、その有効性が大きく問われる結果となっている。

こうした受給促進の困難とともに、政府自身も世帯所得補足に対する熱意を失なったかのようで、表4の基準額の対平均賃金比を子供1人世帯を例にとって調べると、1971年の58.2%から1974年51.4%、1975年43.9%にと低下していることが注目される。

3) R. M. ティトマス著、三浦文夫監訳、『社会福祉と社会保障』東京大学出版会、1971年、p. 151.

4) Frank Field, *Poverty: the Facts*. CPAG, 1975, p. 41.

5) F. Field and P. Townsend, *ibid.*, p. 3.

6) *Annual Abstract of Statistics*.

IV 社会保障費と受給者数

すでに見たように社会保障給付水準の対賃金比は第1期に大幅に引き上げられ、第2期には低下傾向をたどり、第3期はほぼ横ばいであった。こうした給付水準の動きは社会保障費にどのように反映しているであろうか。表5は社会保障費の動きを各期ごとに示したもので、ここではその増加倍率を国民総生産 (GNP) と比較している。平均賃金の伸び率と GNP の伸び率を比べると、第1期と第3期はごくわずかに GNP の伸びが高く、第2期については逆に平均賃金の伸びの方がかなり高くなっている。ここでは個々の給付水準を見ることが目的ではないので GNP の伸びと比較する

ことにした。

全体としての社会保障給付費 (戦争年金ならびに事務費は除いている) の増加倍率は第1期に GNP の伸びを大きく越え、第2期にも若干上回ったが、第3期にはほぼ同じ伸びを示している。こうして社会保障給付費の対 GNP 比はこの9年間で 6.4% から 8.2% にと上昇した。

ところでこうした各種給付費の動きは、それぞれの給付水準を反映するだけでなく、受給者数の変化によっても影響を受けるであろう。表6は各種給付の受給者数の推移と増加倍率を示したものである。第1期には退職年金、補足給付 (老人) の受給者増に加えて失業給付、補足給付 (失業者) の受給者が増加し全体としての受給者数が大きく

表5 社会保障費の推移と増加倍率

		実 額 (百万ポンド)				増 加 倍 率			
		1964—5	1967—8	1970—1	1973—4	第1期	第2期	第3期	全 期
社 会 保 障 総 給 付 費		1,907	2,750	3,614	5,261	1.44	1.31	1.46	2.76
国 民 保 険	退 職 年 金	1,037	1,415	1,817	2,816	1.36	1.28	1.55	2.72
	寡婦給付・保護者手当金	112	153	174	247	1.37	1.14	1.42	2.21
	疾病給付・廃疾給付	209	336	394	581	1.61	1.17	1.47	2.78
	失 業 給 付	50	130	159	182	2.60	1.22	1.14	3.64
	労 災 給 付	79	101	112	141	1.28	1.11	1.26	1.78
	出 産 給 付	32	38	41	44	1.19	1.08	1.07	1.38
	死 亡 一 時 金	7	10	11	14	1.43	1.10	1.27	2.00
	老 人 年 金	—	—	8	29	—	—	3.63	—
	付 添 手 当 金	—	—	—	38	—	—	—	—
	老人への年末一時金	—	—	—	82	—	—	—	—
家 族 手 当		150	167	354	359	1.11	2.12	1.01	2.39
補 足 給 付	合 計	231	400	544	714	1.73	1.36	1.31	3.09
	老 人	123	200	253	288	1.63	1.27	1.14	2.34
	失 業 者	30	65	95	150	2.17	1.46	1.58	5.00
	疾 病 者	41	65	81	95	1.59	1.25	1.17	2.32
	そ の 他	37	70	115	181	1.89	1.64	1.57	4.89
世 帯 所 得 補 足		—	—	—	14	—	—	—	—
社会保障給付費の対 GNP 比		6.4%	7.8%	8.2%	8.2%	—	—	—	—
GNP ¹⁾		29,648	35,335	43,809	64,321	1.19	1.24	1.47	2.17

(資料) Annual Abstract of Statistics.

(注) 1) 暦年の数値。

表 6 社会保障給付受給者数の推移と増加倍率

			受 給 者 数 千人				増 加 倍 率			
			1964	1967	1970	1973	第1期	第2期	第3期	全 期
国 民 保 険	拠 出 制	退 職 年 金 1)	6,286	6,913	7,521	7,993	1.10	1.09	1.06	1.27
		寡婦給付・保護者手当金 1)	617	589	565	567	0.95	0.96	0.00	0.92
		疾病給付・廃疾給付 2)	989	1,028	1,105	1,064	1.04	1.07	0.96	1.08
		失 業 給 付 3)	220	361	327	261	1.64	0.91	0.80	1.19
		労 災 給 付 4)	265	279	279	265	1.05	0.00	0.95	1.00
	無出拠制	老 人 年 金 1)	—	—	128	119	—	—	0.93	—
		付添年当金 1)	—	—	—	161	—	—	—	—
	家 族 手 当 1)			3,877	4,168	4,387	4,595	1.08	1.05	1.05
補足給付 5)		合 計	1,980	2,559	2,738	2,675	1.29	1.07	0.98	1.35
		老 人	1,402	1,806	1,902	1,844	1.29	1.05	0.97	1.32
		失 業 者	131	224	239	249	1.71	1.07	1.04	1.90
		疾 病 者	281	310	323	280	1.10	1.04	0.87	1.00
		そ の 他	166	219	274	303	1.32	1.25	1.11	1.83
世 帯 所 得 補 足 6)			—	—	—	107	—	—	—	—

(資料) Annual Abstract of Statistics.

(注) 1) 12月31日現在

2) 暦年月平均

3) 暦年四半期平均

4) 傷害給付受給者+労災廃疾給付受給者

5) 11月又は12月特定日

6) 暦年

伸びた時期であった。全体としての受給者数の増加は第2期、第3期に入っても続いているが、その増加倍率は低下してきている。

給付費の増加倍率を受給者数の増加倍率で除した値（これを便宜上給付改善倍率と呼ぶことにする）を示したものが表7である。受給者1人当りの給付がどの程度改善されたかを見るめやすとしたい。ただ短い期間に受給者が変動する短期給付については、この給付改善倍率の値をあまり信用することができない。特に1970年の受給者数は原資料が推計値を用いており、このことが第2期と第3期の給付改善倍率を一層不確なものとしている。

1) 退 職 年 金

退職年金の給付費は国民保険給付費の約2/3をしめており、この費用の動向は国民保険給付費、ひいては社会保障費の動向に大きな影響を与えている。退職年金の給付改善倍率を見ると、第1期

表 7 社会保障の給付改善倍率

		第1期	第2期	第3期	全 期
国民 保 険	退 職 年 金	1.24	1.18	1.46	2.14
	寡婦給付・保護者 手当金	1.43	1.19	1.41	2.40
	疾病給付・廃疾給付	1.55	1.09	1.53	2.58
	失 業 給 付	1.58	1.35	1.43	3.07
	労 災 給 付	1.21	1.11	1.33	1.78
家 族 手 当		1.04	2.01	0.97	2.02
補 足 給 付	合 計	1.34	1.27	1.34	2.29
	老 人	1.26	1.20	1.17	1.78
	失 業 者	1.27	1.37	1.52	2.63
	疾 病 者	1.44	1.20	1.35	2.33
	そ の 他	1.43	1.31	1.42	2.68
GNP		1.19	1.24	1.47	2.17

には GNP の伸びを上回り、第2期には逆に同程度それを下回り、第3期はほぼ同じ率を保ってい

表 8 人口構成の変化と従属人口指数

(単位: 万人, %)

国	イギリス				日本		
年	1964	1967	1970	1973	1975	2005	2015
15 歳 未 満 a	1,253	1,300	1,337	1,338	2,635	2,865	2,928
15 ~ 64 歳 b	3,491	3,497	3,485	3,496	7,486	8,687	8,586
65 歳 以 上 c	645	683	721	759	872	1,945	2,348
年少人口指数 $\frac{a}{b} \times 100$	35.9	37.2	38.4	38.3	35.2	33.0	34.1
老年人口指数 $\frac{c}{b} \times 100$	18.5	19.5	20.7	21.7	11.6	22.4	27.3
従属人口指数 $\frac{a+c}{b} \times 100$	54.4	56.7	59.0	60.0	46.8	55.4	61.4

(資料) Annual Abstract of Statistics.

厚生省編『昭和49年版厚生白書』, 538 ページ.

る。これは給付水準の動きで調べた結果と一致している。

これに対して受給者数はこの間大幅に増加し、給付費は受給者の増加分だけ、GNP の伸びを上回ったことになっている。そこで表 8 にこの間の人口構成の変化と従属人口指数の推移を示しておいた。労働人口に対する老人人口の割合は約 22% に達しており、日本の数字と比べても、現在のイギリスの状況がいかに厳しいものであるかわかるであろう。

この 9 年間、退職年金受給者は 171 万人増加しているがこれは老人人口の増加を上回るもので、老人のうち就職している者の割合が低下したためであると考えられる。実際、65 歳老人のうち退職した者の割合は 1964 年で 57% であったが、1968 年には 70% に上昇している¹⁾。

2) 寡婦給付と保護者手当金

これら給付費の伸びは退職年金よりかなり低くなっている。しかし退職年金の場合とは逆に受給者数は減少したので、給付改善倍率はかえって高くなっている。第 1 期の給付改善倍率が退職年金と比べてかなり高くなっている理由は、1965 年 1 月に、寡婦給付に限って児童加算が第 1 子から支給されるようになったことによると考えられる。

また 1971 年 4 月から、40~49 歳の寡婦にも減額された寡婦年金が支給されるようになったが、これにより減少傾向を続けていた受給者が第 3 期に若干増加することになり、また給付改善倍率も、退職年金よりは低下する結果となっている。全期を通じて、寡婦給付は、総費用の増加が示す以上に実質時改善がなされていたといえることができる。

3) 疾病・廃疾給付

疾病給付 (1971 年 9 月からは廃疾給付も含む) 費の増加は受給者数の動きを反映して大きく変動しているが、第 1 期の高い増加が特に注目される。これは 1966 年に新しく導入された所得比例補足制度の影響と考えられ、退職年金の給付改善倍率を上回る疾病給付の給付改善倍率は比例制導入の効果と見る事ができる。

1971 年に廃疾給付 (長期給付) が導入されたことは、第 3 期の給付改善倍率を引き上げる効果を持つものと考えられる。

4) 失業給付

失業給付の受給者数は一層変動が激しく第 1 期の増加が顕著である。これは主に失業率の上昇によるものであるが、1966 年に給付期間が延長されたことも影響している。所得比例制の導入により給付改善倍率は第 1 期に高い値を示している。

5) 労災給付

労災給付費の伸びは低い水準に押えられている。

1) Peter Kaim-Candle, *Financing of Social Security, Labour and Inequality*, Fabian Society, 1972, p. 144.

表 9 社会保障給付費の対 GNP 比と構成比

(単位: %)

年 度		対 GNP 比					構 成 比				
		1964—5	1967—8	1970—1	1973—4	1974—5	1964—5	1967—8	1970—1	1973—4	1974—5
国民 保 険	拠出制給付	5.1	6.2	6.2	6.3	6.9	80.0	79.4	74.9	76.5	78.1
	無拠出制給付	—	—	0.0	0.2	0.3	—	—	0.2	2.8	2.9
家 族 手 当		0.5	0.5	0.8	0.6	0.5	7.9	6.1	9.8	6.8	5.5
補 足 給 付		0.8	1.1	1.2	1.1	1.2	12.1	14.5	15.1	13.6	13.3
世 帯 所 得 補 足		—	—	—	0.0	0.0	—	—	—	0.3	0.2
社 会 保 障 総 給 付		6.4	7.8	8.2	8.2	8.9	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(資料) Annual Abstract of Statistics.

これは、給付水準が相対的に下落したためであった。

以上国民保険の主要給付費の動向をまとめると、第1期は給付改善がなされた上に受給者が増加し、費用が大幅に増加した時期で、第2期には給付の改善が一般に低く抑えられたものの、退職年金と疾病給付の受給者の伸びが上の効果を相殺している。第3期は、給付水準がほぼ GNP の水準を維持した一方、受給者数は短期給付の大幅な減少と退職年金受給者の増加が相殺し合い、総費用は GNP と歩調をたどっている。これらの動きは表9の国民保険拠出制給付の対 GNP 比に現われている。

6) 家族手当

家族手当の受給世帯は全期を通じて増加している。表8に示されている通り、年少人口の数がこの9年間に大幅に増加したことがその主な原因であろう。年少人口指数は1964年の35.9%から1963年には38.3%に達しているが、この年少人口指数の変化は単に家族手当に影響を与えるだけでなく、すでに述べた各種社会保障給付にも影響を与えているはずである。ただその効果を十分に確かめることは資料の制約でできなかった²⁾。

- 2) 児童数の上昇は、国民保険、特にその短期給付の給付費を高める役割を果たしているはずである。表7の給付改善倍率が、疾病給付や失業給付について比較的高く現われているのは、比例制導入の効果と同時に、年少人口指数の上昇が影響していると考えられる。

イギリスの従属人口指数は現在ほぼピークに達しており、以後老人は増加するが、それ以上に年少者が減少し、全体としてゆるやかな低下傾向を示している。現在のイギリスの状態は人口指数で見ると40年後の状態に相当する。

家族手当給付費は第2期に大幅な増加を見せはしたものの、その後給付改定はなされず、その対 GNP 比も表9の通り、1964年当時の水準にもどっている。

7) 補足給付

補足給付費の伸びは GNP の伸びを大きく上回っているが、特に第1期の伸びが顕著である。これは同期に給付水準が大幅に引き上げられるとともに、受給者数が増加したためであった。国民扶助が補足給付に改正された効果が強く現われている。

この効果は第2期にも引き継がれた。国民保険給付の給付改善倍率は GNP の伸びを下回ったが補足給付のそれは GNP の伸びを若干ではあるが上回り、そうした給付水準の差を反映して受給者数も若干増加した。こうして補足給付の対 GNP 比は第2期にも1.1%から1.2%に増加している。

第3期はこれと逆の傾向をたどり、補足給付の給付改善倍率は国民保険のそれに比べて相対的に低下し、受給者数も減少して1973年には対 GNP 比が再び1.1%にもどっている。

8) 社会保障給付費の構成

以上のような給付費の動きを全体としての社会保障費に占める割合の変化として示したのが表9の構成比の推移である。

給付水準も大幅に伸び、受給者も増加した第1期には、補足給付の割合が大きく増大して、補足給付導入の効果が現われている。

第2期は給付水準が一般に低下した時期であったが、給付の抑制は国民保険拠出制給付について一層厳しく、その結果補足給付の割合はさらに増

加し、国民保険の割合はさらに低下している。受給者数の増加が引き続いて起っているにもかかわらず、全体としての費用がそれほど伸びなかったのは、主として国民保険の給付水準が抑えられたからであった。

第3期には補足給付の給付水準が抑制され、国民保険拠出制給付の水準はほぼGNPの上昇に歩調を合わせた。この結果前者の割合は低下し、後者の割合が増加した。この間全体としての社会保障費がGNPとほぼ等しい上昇率を示したのは、家族手当の給付額が低く抑えられたこと、および補足給付の水準が抑制されたことによるものであった。第3期の傾向は1974年度にも引き継がれている。

新しく導入された無拠出制の国民保険給付は、1974年には総給付費の3%近くをしめるようになっている。これに対して世帯所得補足の割合は0.3~0.2%程度で低下の傾向を示している。

V 社会保障の財源調達

社会保障の費用のうち、国民保険費以外はすべて国庫負担である。国民保険は他の国々の社会保障制度と同様保険料収入を主な財源としてきた。ただイギリス国民保険制度の特徴は定額拠出による定額給付を原則としていた点であった。1961年

から退職年金に、1966年から短期給付にも所得比例制が追加されるようになったことはすでに述べた通りである。このような比例制の導入は財源政策にどのような変化をもたらしたであろうか。

1) 保険料収入の推移

表10は保険料収入の推移を示したものである。被保険者数が若干ではあるが低下し、全体としての保険料収入を低める働きをしているが、9年間で2%程度の減少であるのでここでは無視することにする。

均一拠出部分の伸びは、第1期にはGNPの伸びを相当上回っている。しかし第2期以降GNPの上昇比率以下に下がり、特に第3期の増加率はGNPのそれを大きく下回った。

これに対し比例拠出の部分は、全期を通じてGNPの増加を大きく上回った。その結果この部分の保険料収入は9年で7倍に増加しているが、とりわけ第3期の伸びが顕著であった。この時期に、比例拠出は均一拠出を絶対額でも上回るようになった。

労災部分の保険料収入は、第1期でGNPの伸びと等しく、以降低い伸びを示している。

全体としての保険料収入の増加は、常にGNPの伸びを上回っていた。特にどの保険料部分もGNPの伸び以上であった第1期に、高い増加を

表 10 国民保険の保険料収入の推移

		1964—5	1967—8	1970—1	1973—4	増 加 倍 率			
						第1期	第2期	第3期	全 期
被 保 險 者 数 1)		万人 2,565	2,564	2,527	2,512	1.00	0.99	0.99	0.98
国民保険 保 險 料	均一拠出	百万ポンド 940	1,271	1,494	1,720	1.35	1.18	1.15	1.83
	比例拠出	百万ポンド 282	425	803	1,968	1.51	1.89	2.45	6.98
国民保険（労災）保険料		百万ポンド 69	82	92	128	1.19	1.12	1.39	1.86
総 保 險 料 収 入		百万ポンド 1,291	1,778	2,389	3,816	1.38	1.34	1.60	2.96
国民保険拠出制給付費にしめる保険料収入の割合		% 84.6	81.4	88.2	94.8				
社会保障総給付費にしめる保険料収入の割合		% 67.7	64.7	66.1	72.5				

(資料) Annual Abstract of Statistics.

(注) 1) 暦年の四半期ごとの平均値。

表 11 被用者の所得にしめる保険料と所得税の割合とその推移(夫婦子1人世帯)

(単位: %)

所得水準		平均所得の 3/4		平均所得		平均所得の 1.5 倍	
年 度		1964—5	1970—1	1964—5	1970—1	1964—5	1970—1
保 険 料	均一拠出 1)	4.1	4.2	3.1	3.1	2.1	2.1
	比 例 拠 出	1.6	2.7	2.0	2.8	1.4	1.9
	合 計	5.7	6.9	5.1	5.9	3.4	4.0
所 得 税		3.3	9.3	8.3	15.1	15.5	20.8
合 計		9.0	16.2	13.4	21.0	18.9	24.8

(資料) P. Kaim-Caudle, Financing of Social Services, Labour and Inequality, Fabian Society, 1972, p. 149.

(注) 1) 均一拠出には、国民保健サービス拠出金も含まれている。

示している。第2期と第3期には、均一拠出の低い増加を所得比例拠出の高い増加が補なっていることが注目される。

こうした比例部分の増加は、単に比例給付の財源としての機能を果たすだけでなく、増大する国民保険全体とりわけその大部分をしめる均一給付費の財源としてますます重要な役割を果たすようになってきたことが明らかである¹⁾。

国民保険の給付費や、社会保障の給付費にしめる保険料収入の割合は、給付費が大幅に増加した第1期では、保険料収入の大幅増にもかかわらず逆に低下している。つまりこの時期には、高い給付費をまかなうため保険料も大幅に引き上げられたが、国庫負担あるいは社会保障費のための国民の税負担も増加したことを示している。

しかし第2期と第3期では、給付費にしめる保険料の割合は大きく増大し、1973年度では国民保険拠出制給付費の95%、社会保障総給付費の73%をしめるようになっている。そしてこのような保険料収入の増大に、比例拠出部分が決定的な役割を果たしている。1975年4月から被用者については均一拠出はなくなり、比例拠出一本になったのであるが、そうした財源調達方式の転換は、すでに第2期ごろからはっきりとした形で推進されていたのである。

2) 被保険者の負担

以上のような保険料の増加はそのまま勤労世帯の負担の増加となって現われているはずである。表11は1964年と1970年について保険料や所得税の所得にしめる割合を示したものである。この間、均一拠出の割合はほとんど変わらなかったが、所得比例拠出は大幅に増加し、その増加は低所得層ほど大きくなっている。それ以上に所得税の割合が増大し、特に低所得層に大きな負担となっていることがわかるであろう。

1973年10月時点での比例年金適用者の保険料負担状況を示したのが表12である。当時平均賃金はほぼ40ポンドの水準であったから¹⁾、平均賃金の3/4の所得水準(30ポンド)の世帯は1970年と比べると均一拠出が減り、比例拠出が増え、全体としての保険料拠出は所得の6.9%から6.4%に減っていることがわかる。

同様に平均所得(40ポンド)の世帯を見ると、1970年以降、均一拠出の割合は低下し、比例拠出の割合は増加し、全体としての保険料拠出は所得の5.9%から6.0%へわずかに増加したことになる。また平均所得の1.5倍の水準(60ポンド)の世帯では、全体としての保険料の所得にしめる割合は、1970年の4.0%から5.2%にと増加している。

第1期と第2期は社会保障費がGNPの伸びを上回って増加した時期であったが、その費用をま

1) メイナードはこの点につき、「比例給付は比例拠出の口実にすぎなかった」と述べている(M. H. Cooper ed., Social Policy, Basil Blackwell, 1973, p. 186).

1) 表11で用いられている製造業男子21歳以上の平均賃金は、1973年10月で週41.52ポンドであった(Annual Abstract of statistics.)。

表 12 被用者保険料¹⁾と所得に占める割合(1973 年 10 月)

(単位: ポンド, %)

所得水準		平均所得の 3/4		平均所得		平均所得の 1.5 倍	
		保険料額 ポンド	対所得比 %	保険料額 ポンド	対所得比 %	保険料額 ポンド	対所得比 %
被保険者分	均一拠出	0.84	2.8	0.84	2.1	0.84	1.4
	比例拠出	1.07	3.6	1.57	3.9	2.25	3.8
	合計	1.91	6.4	2.41	6.0	3.09	5.2
雇主分	均一拠出	1.127	3.8	1.127	2.8	1.127	1.9
	比例拠出	1.07	3.6	1.57	3.9	2.25	3.8
	合計	2.197	7.3	2.697	6.7	3.377	5.6

(資料) 1973 年 3 月イギリス保健社会保障省発行の資料による。

(注) 1) 国民保健サービス拠出を含む。比例年金適用者の例。

かなうための被用者の負担もこの時期に大幅に増加した。その際、保険料負担の増加以上に所得税負担の増加が顕著であり、また低所得者層ほど負担増は厳しくなっていた。

第 3 期には社会保障給付費の伸び以上に保険料収入が増大しているが、それは比例拠出部分の大幅増によってもたらされ、その結果若干とはいえ低所得者層の保険料負担率は軽くなり、逆にそれより高い所得層の負担は増加している。

フラット制の拠出原則を基礎とする限り、保険料収入の伸びには大きな制約があったのであるが、1973 年に所得比例部分が大幅に引き上げられたことにより、低所得層の負担を増加しない形で全体としての保険料収入の増加を達成していることがわかるであろう。

また表 12 で注目すべき点は、本人に比べ雇主の負担が高くなっている点である。

国民保健サービス拠出をも含む保険料額は、以前は本人の負担額が雇主負担額を常に上回っていた。この差が大幅に縮まったのは 1964 年に労働党が政権についてからであった。その後 1970 年に同額となり、漸次雇主負担の割合が高まってきている。この点も比例拠出の割合が高まったのと同様の効果を持っており、低所得層の負担増を抑制しながら保険料全体の収入を引き上げることに寄与してきたと考えられる。

こうした経過を経て、1975 年 4 月から本人の保険料率は 5.5%、雇主は 8.5% に定められ、その

収入は大部分フラット制の給付に費されることになった。新保険料率を表 12 の保険料率と比べると、本人の負担率が低下し、雇主の負担率が上昇している。しかし表 12 の保険料率は比例年金適用者の例を取ったものであるから、これは正確な比較ではない。1973 年 10 月の、比例年金適用除外被用者の保険料率と新制度のそれを比較すると、本人の負担は 5% 強から 5.5% に若干増加し、雇主の負担は 6% 程度から 8.5% に大きく増大していることがわかる。

VI むすび

経済的な不振が続くなかで、被保険者数は減少し、老人や児童の数は大幅に増加していった。こうした厳しい環境の下で、社会保障の在り方をめぐって活発な議論が展開され、また実際にもいくつかの工夫が社会保障に施されてきた。

この間に実施された社会保障改革の中心は、なによりも、選別的な給付の重視であったといえることができる。もしも社会保障に対する国民の費用負担が限度に達しているとすれば、限られた財源の利用に関して優先順位の設定が厳しく追求されることは当然であって、労働党政府も保守党政府もニードに応じた社会保障資源の配分に努力を傾けてきたのである。

ところで同じく選別的な給付と呼ばれるもののなかにも、大きく分けて二つの種類があったと考えられる。第一は、補足給付や世帯所得補足など

のように、資力調査や所得調査を伴うもので、他はそのような資力や所得の条件を問わずに支給されるものである。無拠出制の老人年金、付添手当金、老人に対する年末一時金などは後者の例であり、また廃疾給付の導入や長期給付の相対的強化などもこれに含めて考えることができる。

このような選別的な考え方の導入によって、イギリス社会保障の給付構造はある程度修正されてきた。しかしすでに見てきたように、こうした給付の効果は、給付導入当初予想されていたほど大きくはなかった。

補足給付が実施された時点では確かに受給者は大幅に増大した。しかし、受給要件の大幅な緩和にもかかわらず、多くの国民が依然として補足給付を申請しないでいることも事実であった。普遍的な国民保険の給付費を節約して、不足する部分は補足給付によって補なおうとする意図は結局十分達成されず、国民保険の比重は再び強化されようとしているのである。これと同じ傾向は、世帯所得補足にも認めることができる。

ニードの高い人々に現金を支給するという点では、資力調査や所得調査を伴わない選別的給付の方が、はるかに高い効果を納めることができたようである。しかし果たしてこれらの給付が導入されたことによって、全体としての社会保障給付費の節減がもたらされたかどうかは疑問の残るところである。老人年金などの新規の給付は、明らかに社会保障の追加支出を意味している。また長期給付と短期給付とに格差を導入したことについても、給付費のほとんどが長期給付費によってしめられていることを考慮に入れるならば、これによって経費が大きく節約できたとは考えられない。

このように、この10年間、選別的な考え方が重

視され、各種の試みを実施されたのであるが、イギリス社会保障の給付構造は依然として普遍的なフラット給付を基礎としていることに変わりはなく、今後ともこのようなイギリス社会保障の基本的性格は大きく変わらないと考えられる。

このようなイギリス社会保障の基本的性格を前にして、所得比例制の導入も、極めてイギリス的な性格をおびるものであった。所得比例制が導入されたことにより、確かに給付面でも若干の効果が認められるが、その効果はむしろ収入面で非常に顕著であった。これにより保険料収入は大きく増加し、避けることのできなかったフラット給付費の増加をまかなってきたのである。

1975年4月からイギリス国民保険は所得比例拠出による定額給付の原則を採用するようになっている。国民保険給付による最低限度の保障の原則が、ここに至って改めて確認されたと見ることはできないであろうか。国民保険の定額給付の水準は、最低生活を保障するには決して十分なものではなかったが、それはなによりも戦後30年にわたって国民の生活に定着し、国民からこの給付を取りあげて他の給付に置きかえることはできなかったのである。

この時期にはまた、社会保障の基本的な在り方をめぐって、選別主義と普遍主義の論議が展開された。負の所得税制ともいえる「タックス・クレジット制度」案なども提示された。こうした議論については、社会保障の基本的な問題として、これを詳しく検討する必要があるであろう。しかしこれまで見てきた実際の社会保障の動きから判断するならば、普遍的な国民保険の均一給付は、まだまだイギリス社会保障の中心としてその機能を果たし続けてゆくように思われる。

フランス社会保障立法の新たな展開

上 村 政 彦

はじめに

中東戦争に起因する石油供給のストップで、フランス経済の前途に不安が広がり、インフレによる国民生活の先行きが心配され始めた頃、当時のポンピドー政府は、1973年9月23日、閣議決定にもとづく「社会保障の新段階」と称する政策を発表した。この政策のなかで政府は、(1)社会正義の実現、(2)社会保障の諸制度間の連帯、(3)社会保障の手続きおよび事務の簡素化、という3項目の基本方針を明らかにし、これらの方針にもとづく具体的な措置を1974年1月1日から実施することを国民に約束した。

政府のこのような社会保障政策は、1974年予算法を定めた1973年12月27日の法律をはじめその後、最近までの一連の社会保障立法によって順次具体化されつつあるが、それらのなかには、かつて失敗に帰した67~68年の社会保障改革の場合とはかなり違った、社会保障政策の新たな展開がみられる。本稿の目的はそれがどのようなものであるかを明らかにすることであるが、以下具体的な立法とその背後にあるものを通して、この新たな展開の模様を追ってみよう。

I 社会保障政策の新たな課題

「社会保障の新段階」として発表された政府の政策¹⁾は、その背景からも推測できるとおり、老人、寡婦、身体障害者、多子家庭など、フランス社会のなかでもっとも恵まれない境遇にある階層、インフレによる影響をもっとも強く受ける人びとを対象としたもので、「社会的正義の実現」ということに重点が置かれた。このような社会保障政策

の基本的方針はその後1974年5月に交代したジスカール・デスタン政府に引きつがれ、社会保障の適用拡大、一般化、あるいは社会的不平等の解消という政策スローガンにつながることになる。

(1) 社会正義の実現

老人、寡婦、身体障害者あるいは多子家庭など、現代フランス社会でもっとも恵まれない境遇にある人びとに対する施策を具体化し、社会正義の実現をめざした立法措置が1973年末以降いくつかみられる。まずその主要なものを指摘しておこう。

(i) 老齢年金給付の改善

職業生活から引退した老人は経済的変動にもっとも弱く、不安定な立場に置かれるが、1973年12月29日のデフレは年金生活者をインフレから守ることを目的として、老齢年金についての二つの改善措置を導入した。

第1は年金スライド方法を改善したことである。

従来フランスの年金スライドは毎年1回、4月1日に行なわれることとなっていたが、この方式を改め、1974年からは毎年、1月1日と7月1日の2回行なうこととされた。これは物価の急騰による上昇にできるだけ年金の実質価値を即応させて行こうとするもので、次のような方法で年2回のスライドが行なわれる。

第1回目(1月1日)のスライドは前年中に行なわれたスライド係数の1/2に相当する係数により行なわれ、第2回目(7月1日)のスライドは、当該年の4月1日前1年間における被保険者の平均賃金とその前の同期間の平均賃金の比²⁾に相当するものから既に1月1日に行なわれたスライド

1) Liaisons sociales. Documents, No. 87/73 du sept. 1973.

2) この場合の平均賃金は一般の賃金ではなく、社会保障における上限付賃金であり、その上昇率は実際には傷病手当金の平均額から逆算したもので算出される。

係数を差し引いたものを係数として行なわれることになった。

第2は、老齢年金給付の計算方法を改め、低額年金受給者の救済を図ったことである。従来の年金給付は被保険者期間37.5年の者が60歳に達したとき、在職中もっとも高額であった10年分の平均賃金年額の25%として計算され、年金の受給を1年延期するごとに5%が付加された（いわゆる完全年金）。したがって65歳で給付請求をすると50%の割合の老齢年金が支給された。被保険者期間が15年以上で37.5年未満の場合には被保険者期間に比例した年金（期間比例年金）が支給され、5年以上15年未満の場合には *rente* と称する老齢給付（被保険者が払い込んだ保険料の返還）が支給された。1975年1月3日の法律はこのようなやりかたを簡素化し、1974年7月1日に遡って新しい方法を実施することとした。すなわち、*rente* を廃止し、被保険者期間が37.5年に満たない場合には、たとえ被保険者期間が1四半期（1 *trimestre* = 3か月）であっても、すべて期間に比例した年金を支給するものとしたのである（完全年金はそのまま）。これからすると65歳で受給する比例年金はつぎのようにして計算される。

$$P = \frac{S \times 0.5 \times T}{150}$$

P : 年金額

S : 10年分の平均賃金年額（被保険者期間が10年に満たないときにはその全期間の平均賃金年額）

T : 四半期数（37.5年 = 150）

このような年金給付の計算方法によると、平均賃金年額もさることながら、被保険者期間（四半期数）が年金給付額に大きく影響を及ぼし、それが短期間の者の場合には年金額がきわめて低額となる。新立法はこのような事態に対処するため、年金の最低保証措置を採用した。すなわち被保険者期間が15年以上37.5年未満の者の場合には、その者が65歳に達したとき以降、無拠出制の老齢被用者手当（AVTS）の額（1975年1月1日現在年額3,250フラン）に相当する額の最低保証を設けることとし、15年未満の者の場合には同じく

65歳以降、つぎの額に相当する額の最低保証を設けることとした。

$$\text{AVTSの額} \times \frac{T}{60}$$

T : 被保険者期間（四半期数）

60 = 15年の四半期数

(ii) その他の給付改善

老齢年金受給者とともにインフレによる影響をもっとも受けやすい寡婦、多子家庭などについてもいくつかの手が打たれた。

まず、先にあげた1975年1月3日の法律は寡婦の年金についての併給が認められた。すなわち、死亡した夫の権利にもとづいて受給する寡婦年金としての「切替年金」と自分独自で取得した年金権を有する寡婦については、従来双方の年金の併給が認められず、いずれかのより高額の年金を選択受給するものとされた。実際にはほとんどの場合、前者の年金額が高額であったため、通常このような措置のもとでは、婦人は自分の年金権取得にあたっては保険料を掛けずることになるというのが一般であった。このような事態を改善するためつぎのような併給措置が設けられた。

第1は、寡婦が自から二つの年金権を有するとき（例えば老齢年金と障害年金）には、その合計額の半分までを切替年金と併給することが認められた。第2に、より一般的に、切替年金と他の年金との併給は現在フランスにおいて最低年金額とされている額、つまり定額の老齢手当と国民連帯基金からの補足手当との合計額（1975年1月1日、年額6,800フラン）まではすべて併給が認められることとなった³⁾。

多子家庭については1974年7月16日の法律で新たな家族給付として「入学児手当」(*allocation de frais de rentrée*)が新設され、先にあげた1975年1月3日の法律では従来の「出産手当」(*allocation de maternité*)に代える産後手当 (*allocations postnatales*) が創設され、出生児の養育費負担についての社会的軽減がはかられた。そのほか、家族手当の購買力を上げるためのきめ細かな施策

3) 最低年金額については、黒住ほか編「老齢保障論」（有斐閣双書）234ページ以下参照。

がとられている。

なお、1975年1月3日の法律はそのほか広範な規定を設けている。例えば、老齢、廃疾、遺族の各年金受給者のうち第3者の介護を必要とする者には年齢に制限なく介護手当が支給され、また年金受給者の被扶養者のための付加金についても従来の年額50フランの制度を改め、所得制限付きではあるが老齢被用者手当の額(1975年1月1日から3,250フラン)に相当する付加金が支給されることとなった(この付加金額は被保険者期間15年以上の年金受給権者の場合の措置。15年未満の場合はその額の期間比例額が支給される)。

社会的正義の実現と表現されたこれらの政策は、いずれも今日の困難な社会経済条件のもとで、老人、寡婦、多子世帯など、いわば疎外された「社会的弱者」に政策の焦点を当てたものであるという点で、それなりの評価が与えられなければならないであろう。

(2) 社会保障の適用拡大、一般化

1973年9月の政府の新しい社会保障政策を具体化した重要な立法の一つとして1974年予算法を定めた1973年12月27日の法律⁴⁾がある。この立法は後にとりあげるような社会保障各制度間の連帯を実現する「財政調整制度」の創設を定めたが、同時に、1978年1月1日までに既存の社会保障制度を土台としてすべてのフランス人に対して、疾病保険、老齢保険、家族給付の3部門にわたって最低限を保障する制度をつくりあげてことを規定した。つまりこの立法は最低限の保障という形ではあるが、社会保障をすべての国民に拡大適用させ、社会保障の一般化を実現させようとするものである。この措置は、その財源との関連から予算法のなかに設けられたが、1945年以後のフランス社会保障の歴史に画期的な意義をもつものといえよう。

周知のとおり、すべての国民を対象とする戦後のフランス社会保障計画は、1945年10月4日のオールドナンスによって発足し、社会保障の一般化に関する1946年5月22日の法律によって完成す

るかに思われた。すなわち、同法第1条は「フランス本土に居住するすべてのフランス人は社会保障立法の利益を享受し、かつそれら立法に定める義務を負う」と規定したのである。

ところがこのような社会保障の国民化、一般化の構想は、家族給付部門ではほぼ達成されたもののその他の部門では結果的に実現が阻止されてしまった⁵⁾。その原因は戦後のフランス社会保障計画が制度的統一を実現することができず、戦前の多様な社会保険制度等の存続を認め、そのうえに計画を実現しようとしたところにある。すなわち戦前からのフランスの社会保険は職域単位あるいは産業単位に形成、発展してきた。ところが職域あるいは産業の壁は戦後社会保障計画の実現に際して制度的統一を妨げたのみならず、社会保障の国民化、一般化にも阻害要因となったのである。その意味において、1974年の予算法を契機として最低限の保障という形であれ、戦後30年の間に遅々として進まなかった社会保障の国民化、一般化が実現する方向へ進みつつあることは、フランス社会保障の歴史に画期的な意義をもつものとみななければならない。

社会保障の一般化をめざす政策は、1974年5月、ポンピドーの急死によって生れたジスカール・デスタン政権によって引きつがれた。すなわち、すべての国民を対象とする最低限保障制度の創設を明らかにした1974年予算法第28条第1項の規定にもとづき、政府は同制度を具体化する法案を用意し、1974年10月、議会へ提出した。議会では、この法案が後にとりあげるような社会保障の制度間財政調整案をだき合わせたものであっただけに、かなりの論議を呼んだが、同12月通過、成立し、1974年12月24日の法律として公布された。

かくして同法第1条は「すべてのフランス人を対象とする共通の社会的保護制度が、1978年1月1日までに、疾病保険、老齢保険、家族給付の3部門のなかに創設されるものとする」(第1項)と

5) このとき家族給付制度は、なんらかの「職業活動」を行なうすべてのフランス人に適用されることとなり、フランス社会保障のなかでは一般化の点でもっとも徹底したものとなった。詳細は上村「フランス家族手当法の生成と発展」(健保連、「国際社会保障研究」第10号)参照。

4) Journal Officiel du 25~26 décembre 1974.

規定し、社会保障の国民化、一般化の実現への道が歩み始められたわけである。

ところで、このような国民化、一般化は実際には既存社会保障の制度的枠組みをそのまま利用してすすめられることになっている。したがって国民化、一般化のためにはいまだそれら制度の適用を受けていない人びとへの制度の拡大が必要となる。ある統計によると1970年時点で、社会保障の利益をまったく受けていない人びとが人口の2% (約100万人) いるとみられている⁶⁾。そのためそれら人口のうち、1972年12月29日の法律では、身体障害者が、また1973年11月1日からは寡婦年金受給者がそれぞれ一般制度の疾病保険の適用を受けるものとされるなど、従来から適用の拡大が行なわれてきたが、1975年からはさらに疾病保険が新たな階層の人びとに拡大された。

(i) 1975年1月3日の法律——老齢年金の受給者については従来 *pension, rente* の受給者 (被保険者期間5年以上の者) だけが疾病保険の適用を受けていたが、被保険者期間5年未満の者にも拡大された。

(ii) 1975年7月4日の法律——教育を終えたのち初めての職業につくまでの間にある者、兵役に出た者の家族、除隊した者とその家族、死亡した被保険者の遺族、法律上、事実上別居をしている者などでなんらかの公的制度による保護を受けていない者に疾病保険の適用が拡大された。

なお、1975年7月4日の法律はそのほか、独立労働者のうち占師、探検家、司会業者、家庭教師などこれまで自営業者の年金制度から除外されていた者にも制度の適用を拡大し、原則として、年金制度は、1978年までに、なんらかの職業活動を行なう者のすべてに適用されることになるものとみられる。これに対して家族給付は現在の適用基準とされる「なんらかの職業活動」さえも撤廃されることが予定されている。

(3) 社会的不平等の解消

最近、もう一つ社会保障政策の重要な課題とし

て浮び上がってきたものに「社会的不平等の解消」がある。ピエール・ラロックは「社会的不平等」は社会的正義に反するものであるとし、社会的正義を実現するためにはその不平等の解消が前提となるとしているが⁷⁾、この考えによると、最近浮び上ってきた「社会的不平等の解消」は1973年9月に発表された政府の基本政策としての「社会的正義の実現」に相通じることになる。事実、社会保障に関するジスカル・デスタン政府の政策はポンピドー時代の政策を受けつぎ、むしろそれを強化せざるを得ない政治的状況に置かれている。というのは、不況とインフレのための闘いが重要な政策課題として引き続き存在するという経済的、社会的背景に加えて、大統領選挙で社共連合の攻勢をやっとのことで押えて成立した現政府としては、低所得層あるいは勤労大衆の意思を汲んだいくらか左よりの政策を身をもって示さなければならぬという政治的立場に立たされているからである。このような大統領の政策的立場がシラク内閣の総辞職をもたらすことになった事情は周知のとおりである。

ジスカル・デスタン大統領は1975年9月4日の国民むけテレビ演説で総額300億フランにのぼる景気刺激政策を発表したが、同時にインフレによってもっとも打撃を受けやすい人びとの生活条件を改善するための措置をとることを約束し、このような「社会的不平の解消」を目的とする政策が政府の以後数年間の重要な課題となることを説明した⁸⁾。

この公約を実現する形で、肉体労働者の年金年齢の引下げに関する1975年12月30日の法律⁹⁾が実現し、1976年7月1日から施行されることになったが、これは低賃金その他の不利な条件のため一般に低額の年金しか受けられない肉体労働者について、その年金受給要件を緩和し、彼等の老後の生活条件を改善するものであるとされた。すなわち、老齢年金は通常60歳に達して過去の平均

7) P. Laroque, Niveaux de vie des familles, sécurité sociale, compensations des charges familiales. Congrès mondial de la famille, Paris 1958. p. 51 et s.

8) Le Monde, 6 sept. 1975.

9) Journal officiel. du 31 décembre 1975.

6) Liaisons sociales. Documents, No. 87/73 du sept. 1973.

賃金の25%とされ、年金受給を1年延期することにより5%が加算され、65歳で50%とされる。この立法は肉体労働者について、60歳で50%の年金を受給できるものとして有利な扱いをとり入れたものである。この措置については、年金受給に退職が要件とされることから、老齢労働力の早期引退と失業率の高い若年労働力の吸収を図るものであるとする見方があるが、仮りにそうであるとしても、年金の受給に有利な条件が与えられることに変わりはない。

ここでいわゆる「肉体労働者」とは¹⁰⁾、中断なく継続する製造工程の運転または監視などの継続労働、流れ作業、炉作業、労働法典という危険手当をとまなう労働などに従事する労働者で、1976年時点での労働省の推計ではこの種の労働者が約230万人（うち女子30万人）、すでに年金を受給しているものは約6万人いるものとみられる。これら労働者が60歳で50%の年金を受給するためには、法律の規定によると、社会保障の一般制度に42年間加入しており、かつ最後の15年間の就労のうち5年以上、上記の労働に従事したことが要件とされている。

ところで社会的な不平等の解消ということは、実は1976年に始まる第7次経済社会発展計画の主要なテーマの一つとされている。このテーマをとり扱うMéraud委員会はその予備報告書のなかでフランス社会における社会的な不平等の実態を分析し、その解消のために検討されるべき措置あるいは問題点を提示している¹¹⁾。そのうち社会保障に関しては、

(i) 老齢給付の最低保障額の改定、引上げとその定期的改定を可能にするような方法を検討すること、

(ii) 疾病保険に関して、児童および老人の費用一部負担を廃止した場合にどの程度の保険支出がみられるかを検討すること、

(iii) 家族給付に関しては、給付の購買力の保証、住宅手当の増額、出産休暇の延長などの問題

を検討すること、などが問題として出されている。

このような問題をめぐって、社会的な不平等の解消はしたがってここの当分フランス社会保障政策の主要な課題の一つとなることが考えられるわけである。

II 社会保障財源政策の動向

新たな課題を負わされたフランスの社会保障政策には当然のことながらそのための新たな財源措置が要請されるが、この点については1974年予算法以来、一般制度への国庫負担の導入や制度間の本格的な財政調整など、社会保障制度の基本に触れるいくつかの立法措置が採用され、フランス社会保障の財源政策に新たな展開がみられる。

(1) 給付部門間の財源移転

1967～68年の社会保障改革では、社会保障の一般制度について、疾病保険部門（出産、廃疾、死亡および労災保険を含む）、老齢保険部門、および家族給付部門の3部門に分け、それぞれの部門ごとに制度収支の永続的均衡を維持することが図られた。ところが表1にも明らかのように疾病保険部門においては1969年から収支の均衡が崩れ、財政的不安定性は恒常化し、老齢保険部門にも1973年から赤字がみられるなど、改革の意図は簡単に裏切られてしまった¹²⁾。このような事態に対して、政府は、各部門ごとの財政自律を維持するという1967～68年改革の方針を無視して、各部門間の安易な財政移転によって問題を処理し、一般制度全体としてはどうにか収支を均衡させてきた。しかしながら社会保障収支の将来予測からするとこのような場当りの、あるいは無原則的な対策は早晚壁につき当たることが予想された。

社会保障の新段階をめざす政府はこのような事態にいくつかの対策を発表し、1974年以降それらを実行に移した。その第1は一般制度の老齢保険部門についての財源措置である。

10) この点の詳細については Liaisons sociales. Législation sociale, No. 4359 du 22 jan. 1976. 参照。

11) Rapport de la Commission: Inéglités sociales. Préparation de l'orientation préliminaire du 7^e plan.

12) この点については上村「フランスの経済発展と社会保障改革」（小山・藤沢編著「経済発展と福祉社会」所収）、または同「フランス社会保障の最近の動向」『季刊社会保障研究』10巻第3号を参照。

表 1 社会保障一般制度の収支状況

(単位: 100万フラン)

部 門	68年	69年	70年	71年	72年	73年
老 齢 保 険	11,115 11,107 8	13,049 12,659 390	14,892 14,598 294	17,351 16,642 709	19,634 19,572 62	22,340 23,463 -1,123
疾 病 保 険	22,855 22,644 211	27,193 27,426 -233	31,235 31,712 -477	37,513 37,975 -462	43,353 45,097 -1,744	50,023 51,970 -1,947
労 災 保 険	4,966 4,856 110	5,818 5,593 225	6,363 6,328 35	7,086 7,055 31	7,765 8,042 -277	8,949 9,031 -82
家 族 給 付	17,788 17,656 132	20,324 19,200 1,124	22,078 20,180 1,898	24,050 21,606 2,444	26,900 23,339 3,561	30,965 27,279 3,686

(資料) J.J. Dupeyron, Sécurité sociale. Dalloz. 1975. p. 752.

表 1 にも明らかなようにこの部門にはすでに 1973 年から赤字が見られるが、1974 年以降は先にあげた年金給付の改善措置あるいはインフレの進行によって収支の均衡が崩れ、さし当たり 1974 年には 20 億フラン以上の赤字が予想された。そこで 1973 年 12 月 29 日の政令は、比較的財源の豊かな家族給付部門で事業主が負担する保険料の料率 10.50% のうち 1.5% を老齢保険部門へ移しかえることとし、将来予想される老齢保険部門の支出増への対応策をつくりあげたのである。もっともこのような措置は今回がはじめてではない。すでに 1962 年 1 月 1 日から 0.75% が、67 年 10 月 1 日から 2.0% が、そして 1970 年 8 月 1 日からは 1.0% がそれぞれ家族手当部門から疾病保険部門へ移しかえられており、今回の分を含めると、家族手当部門の保険料率は 14.25% から 9.00% へと、5.25% も他の部門へ移しかえられたことになる。このような保険料率の移しかえが行なわれることについては、一方において疾病給付費や老齢給付費の増加傾向が著しいということがあるとともに、他方でつぎのような事態があることに留意する必要がある。すなわち、社会保障の一般制度においては疾病保険、老齢保険、家族給付の 3 部門ともに保険料がまったく同一の基準で決定、徴収されるからである¹³⁾。そのため事業主が家族給付部門で負担する保険料率が年金保険部門へ移し

表 2 社会保障一般制度の収支状況 (単年度)

(単位: 100万フラン)

部 門	73年	74年	75年	76年
疾 病 保 険	-1,947	-2,513	-3,180	-5,337
労 災 保 険	- 82	- 132	+ 27	- 358
家 族 手 当	+3,440	- 364	-1,424	-1,371
老 齢 保 険	- 950	+2,563	+1,663	- 574
小 計	+ 461	- 446	-2,914	-7,640
財 政 移 転	0	-3,783	-5,635	-7,835
国 庫 負 担	0	+ 905	+3,980	+6,437
収 支 残	+ 461	-3,324	-4,569	-9,038

注) 75, 76年は予測値。

資料) Liaisons sociales. Documents No. 88/75 du 3 novembre 1975.

かえられても、事業主にかかる保険料負担の大きさにはなんら変化が生じないわけである。

(2) 国庫負担の導入

1974 年財政法を定めた 73 年 9 月 24 日の法律は、その第 29 条に、「1974 年につき、アルコール税の税収額に相当する額の国家予算項目を、全国疾病保険金庫への前渡金の形で開設する¹⁴⁾」と規定し、9.05 億フランが計上された(表 2 参照)。

13) フランス社会保障における保険料の決定、徴収の方法については、健保連編「社会保障年鑑」1976年版 223 ページ参照。

14) ここにいうアルコール税はアルコール消費税ではなく、アルコール醸造税 (droit de fabrication sur les alcooles) であるから、アルコール飲料の生産者に課されるものとみられる。

このような措置の目的は直接には年々赤字をかかえたままの疾病保険部門の財政補助を行なうことにあるが、前渡金の形をとったこのような一般制度への国庫負担（これをフランスでは社会保障財政の *fiscalisation* という）が実現したことはフランス社会保障史のなかで画期的なことであるとみられるが¹⁵⁾、そこに至るまでにはかなりの宇余曲折がみられる。

ところで、古くはワイマール・ドイツに生れた社会国家の理念、あるいは第2次大戦前後に生れた福祉国家の理念のもとでは人間の社会権、あるいは社会保障権の実現に国実公権力の積極的な役割が期待され、その実現のための財源手段についても国費あるいは公費による対応が論理的な帰結であるとして考えられた。戦後におけるわが国の社会保障観がこのような流れのなかで形成されたことは周知のとおりである。しかし、フランスの場合はこの点に大きな違いがみられる。

フランスの社会保障組織は今なお原則として一種の共済組合組織と考えられており¹⁶⁾、社会保障については、それはむしろ公権力の強権的介入を排除する形で当事者の自主的努力によって実現されるものと考えられてきた。したがって社会保障の財源面においても労使をはじめとする当事者の拠出が唯一の財源として考えられ、原則として社会保障への公費の導入が考えられなかった。

このようなフランス社会保障の保険料主義への固執はつぎのような事例からも著しいその特異性が理解される。

かつて年金受給権を取得し得ない老人に、所得制限を設けながら、最低年金を保障しようとして創設された1941年の「老齢被用者手当制度」においては、拠出を前提としない老齢手当でありながらも、その財源に公費をまったく導入せず、現役

労働者の保険料を財源とした。その結果、老齢保険部門の年金積立金が枯渇し、以後年金の財政方式が積立方式から賦課方式へと移行せざるを得なくなったことは周知のとおりである。

また第2次大戦後にいたり、1956年6月30日の法律で設けられた「国民連帯基金」は、老人問題の発生を背景として、前記老齢手当のような最低年金の受給者、その他低額年金受給者に対して国民的連帯によって補足手当を支給し、老齢に関する最低保障の水準を引き上げようとするものであった。したがって、この制度の財源は国民的連帯をもっともよく表現する租税、つまり公費によってまかなうものと構想されたにもかかわらず、実際には1958年12月30日の大統領令で保険料収入を財源とする一般制度がその費用を負担するものへと変更されてしまった。

1960年代にはいって医療費上昇による疾病保険給付支出の増加や年金支出の増加が著しくなるとともに、このような保険料主義はさらに新たな役割を果たすことになった。すなわち、1963年の予算法第9条は恒常的な赤字をかかえた農業被用者の社会保障制度に対して一般制度が財政援助をすることを義務づけ、さらに翌64年の予算法第73条は一般制度が鉱山の社会保障制度（年金および労災保険部門）に対して財政援助をすることを義務づけた。つまり、一般制度の財源である労使当事者の保険料が他の制度の赤字を補填するために使用されるようになったわけである。

社会保障のいずれかの制度に欠損が生じた場合その穴埋めをするのは利害調整役としての公権力、つまり公費であるとする考え方からすると、このような赤字処理方法は異例な方法といえよう。1965年に始まる第5次経済社会発展計画の準備作業のなかで、同計画の社会給付委員会は、このような異例な処置の結果、社会保障の一般制度は15.23億フランをこのために負担したことを明らかにしている。

立法府あるいは公権力のこのような処理方法に

15) ただし、特殊な状況下に置かれた農業の社会保障制度に関しては、すでに1960年から国家予算のなかにBAPSAという特別予算制度が設けられ、この制度に対する国庫負担が行なわれている（詳細は J.-J. Dupeyroux, *Sécurité sociale*. Dalloz 1975. p. 870 et s. 参照）。

16) フランス社会保障法典第40条には、社会保障の運営機関である「社会保障金庫および家族手当金庫は、本法典およびその適用条文の規定を留保して、共済組合法典の規定に従い構成され、運営される」と規定している。

17) この点を検討したものとして上村「フランスにおける社会保障制度とその費用負担」（健保連「国際社会保障研究」第16号）がある。

対しては、当然のことながら負担を強いられる一般制度の関係者から強い反対の主張が行なわれたが、専門家の間でも論理的に不可解な措置であると疑問が提起された。一般制度にかかるこのような負担についての専門家の指摘はさらに、病院における設備償却費、備品費、医療要員教育費などが結果的に一般制度の疾病保険部門によって負担されている点に挙げられ、これらはいずれも一般制度にかかる「不当な負担」(charges indues)であるとされた¹⁸⁾。

一般制度収支の長期的安定化を実現しようとした1967～68年改革では社会保障費の負担の合理化についてはほとんど手がつけられないまま、原則として従来の方針が持続されることとなったが、ただ1968年の予算法のなかで、国民連帯基金の補足手当のための費用、および農業労働者の社会保障の家族給付部門のための費用などについては国費が負担するものとし、一般制度の費用負担がやや取り除かれた。

しかし1971年予算法第32条、および翌年の72年予算法第73条は、疾病保険部門の医療給付費について、一般制度がいくつかの特別制度(国鉄、鉱山、パリ地下鉄、船員などの社会保障制度)の赤字をカバーするものとされ、財政の不安定な制度に対する一般制度の援助体制はさらに拡大されることになった¹⁹⁾。

このような一般制度の他制度への財政援助は例えば1973年についてみると、表3のようになっている。

一般制度の側に立てば、このような赤字制度への財政援助が労使当事者の保険料からなる財源によって行なわれることは、いわば犠牲を強いられることになる。仮りにこのような負担が取り除かれるならば、1973年にみられる一般制度の疾病保険、老齢保険両部門の赤字は消滅し、むしろ黒字

表3 社会保障一般制度の財政援助(73年)
(単位: 100万フラン)

援助を受ける制度	援助額
1. 疾病保険部門	
農業労働者	817.3
国鉄	567.2
鉱山	1,179.4
船員	60.8
パリ地下鉄	29.4
小計	2,654.1
2. 老齢保険部門	
農業労働者	939
鉱山	828
小計	1,767
総計	4,421.1

(資料) J. J. Dupeyroux. Droit de la sécurité sociale. 6^e éd. 1975. p. 758.

に転化するわけで、この負担は一般制度自体の財政を不安定なものにするとみられるのである。そのため、一般制度に生ずる赤字はむしろ公権力によってつくり出されたものであるとさえいわれた²⁰⁾。

1973年9月に社会保障の「新段階」として発表された政府の政策は、このような状況のなかで、一方において一般制度にかかる「不当な負担」について従来の方針を維持するとともに、他方でその負担を部分的に公費で補償するため一般制度に若干の国庫負担を導入するというやりかたを採用したものである。その方針のもとに実現したのが1974年予算法第29条の規定である²¹⁾。

(3) 制度間の財政調整

1973年9月に発表された政府の新しい社会保障政策には、社会保障の財源対策の一つとして、各種社会保障制度間の財政調整政策が含まれていた。

18) J.-J. Dupeyroux, op. cit., p. 649 et s.

19) 71年予算法第32条はつぎのように規定した。

「1971年1月1日より、被用者の全国疾病保険金庫は、フランス国鉄の社会保障特別制度に所属するすべての勤務員および年金受給者のために、社会保障法典第3編に定める疾病、出産、廃疾保険部門の医療給付のために生ずる同特別制度の財政的危険の一部を負担する」

20) A. Ferry, La sécurité sociale depuis les Ordonnances de 1967 (Revue d'économie politique, sept.-Oct. 1972. p. 983 et s.)

21) 一般制度への国庫負担の導入を立法化するに当たって、政府はこのほか、EC加盟諸国の社会保障財政における国庫負担の状況を考慮した点を明らかにしている (Liaisons sociales, Documents, No. 87/73 du 27 sept. 1973)。これはEC諸国間に行なわれている社会保障の相互適用から生ずる現実的必要を考慮したものである。

すなわち、フランスの社会保障は制度的に多様な構成をなしており、適用対象により数多くの制度に分岐している²²⁾。ところがすでに前節で明らかにしたようにそれら多様な制度のなかには、基盤となる産業構造の変化あるいは給付改善、インフレその他の原因により給付支出が増加し、財政的に自立不能の状態にあるものがみられる²³⁾。とくに農業労働者、鉱山あるいは国鉄などの社会保障制度は、すでに明らかにしたように、年金給付費や疾病保険費に関して一般制度からの財政援助を受けて収支の均衡を維持してきており、表4にも明らかなおりそれら制度は1972年時点でみたとき制度自身で調達できる保険料収入は総収入の30~50%程度にしか達していない。このような財政事情は当然ながら給付水準の停滞あるいは制度間格差の問題をもたらすことになるが、政府はこの点を考慮して、社会保障のすべての制度の財政的連帯を実現し、それを通してすくなくとも各制度がその構成員に対して社会保障の最低限の保障を提供し得るような体制をつくりあげる方針を決定したのである。この方針に基づいて74年予算法の第28条第1項はつぎのような規定を置いた。

表4 社会保障収入総額の負担者別構成割合
(72年) (単位: %)

部 門	保 険 料		移転又は公費	その他
	被保険者	雇 主		
一般制度(疾病保険部門)	19.9	77.4	1.4	1.3
(老齢保険部門)	34.8	64.2	—	1.0
(家族給付部門)	—	99.1	0.8	0.1
農 業 労 働 者	13.1	34.7	52.2	0.0
国 鉄	9.7	43.9	46.0	0.4
鉱 山	7.0	20.9	69.6	2.5
電気・ガス公社	9.6	90.4	—	—
パリ地下鉄	10.1	84.1	4.6	1.2
自 営 業 者 等	85.2	0.2	10.0	4.6
農業経営者	27.8	—	69.6	2.6

(注) その他の項目は、利子収入、その他雑収入からなる。

(資料) Projet de loi de finance pour 1976. Document annexe.

22) フランス社会保障の制度的構成については、健保連「社会保障年鑑」1976年版218ページ以下参照。

23) 制度収支の不安定要因等については上村「フランス社会保障の最近の動向」(季刊社会保障研究第10巻第3号)参照。

「政府は、1974年6月1日までに、協約による補足制度を除くすべての強制的社会保障制度間に財政調整制度を創設する法案を作成するものとする」(第1号)

「この財政調整制度は1978年1月1日までに漸進的に完成するものとする。1978年1月1日には、それぞれの強制的社会保障制度をもととして、疾病保険、老齢保険、家族給付の3部門にわたってすべてのフランス人に対して最低限を保障する社会的保護制度が創設されるものとする」(第2号)

すなわち、1978年1月1日を目途に、すべてのフランス国民に少なくとも社会保障の最低限を保障するという、いわば基本給付構想を立て、それを実現するための財源方法として制度間の財政調整政策を採用したものである。もっともこの基本給付構想にしても、あるいは財政調整措置にしても、最終的に1978年1月までに完成されるとするもので、差し当たりは1974年6月1日までにそのための法案を準備するということであった。そこで同じ74年予算法第28条第2項はさし当たり74年に採られるべき措置として74財政年度に限定したつぎのような暫定的な財政調整措置を定めた。

(i) 協約による補足制度を除いてすべての強制的社会保障制度間に、老齢保険、疾病保険、家族給付の費用負担に関する財政調整を行なう。

(ii) 調整は各制度に属する現役の拠出者数と受給者数との比をもととして、一定の基準給付および各制度の平均保険料に従って行なわれる。

(iii) この法律の規定にもとづく調整は、1964年予算法第73条により一般制度から鉱山の制度へ行なわれる財政援助を除き、すでに行なわれている一般制度から他の制度への財政援助が実施されたうえで、それに重ねて行なわれるものとする。

以上の調整措置の具体的計算方法は省略(後出1974年12月24日の法律による調整方法と同じ)するが、このような財政調整措置については、従来一般制度から他の制度へ行なわれてきた財政援助を単に拡大したものであるともいわれる。たしかに財源が制度間で移転するという点においては

その規模が単に拡大したといえよう。しかしながら従来からの財政援助が個々の制度の赤字に対して無原則的に一般制度から行なわれたものであることに對比すると、社会保障のすべての強制制度間の連帯を実現しようとする74年予算法の財政調整には質的に違ったものが感じられる。すなわちなぜ一つの制度からもう一つの制度に対して財源が移転されなければならないかについては説得力ある根拠を見出すことが困難である。そのような場合には公費の導入という方法があり、むしろこれまでのところそれがより一般的な解決方法であったといえよう。これに対してすべての制度の財政的連帯を実現し、それによってそれぞれの制度をとりまく諸条件のもとに生れる給付面の格差を除去し、あるいはすべての国民を対象とする共通の基礎給付の保障を目ざそうとする財政調整には、それなりの固有の根拠がうかがわれるのである。

その意味において74年予算法による財政調整の導入にはフランスにおける社会保障財源政策の新たな展開を認めることができよう。

ところで1974年におけるはじめての財源調整はどのような結果をもたらしたであろうか。表5は従来からの一般制度の財政援助を合わせて、財政調整によって生じた社会保障制度間の費用移転の模様を明らかにしたものである。これからすると、当然のことながら、財政調整が始まった74年から移転の額が急増している。同時に、移転に際して一般制度がかなりの額の負担を強いられることが特徴的である。その負担は従来よりさらに大きなものとなり、1975年、76年の予測では87.6億フラン、113.61億フランに達するとみられている。このような事態が発生することについては表6にみられるような人口的要因、つまり拠出者数と受給者数との比がかなり大きく影響していると

表5 社会保障主要制度間の経費移転状況

(単位: 100万フラン)

制 度	72年	73年	74年	75年	76年
一 般 制 度	-2,492	-2,986	-6,609	-8,760	-11,361
農 業 労 働 者	+2,314	+2,613	+3,058		
国 鉄	+ 445	+ 560	+ 789	+2,935	+ 3,146
鉱 山	+1,649	+1,956	+1,578		
電気・ガス公社	- 5	- 7	- 17		
パリ地下鉄	+ 28	+ 3	+ 50	+1,095	+ 1,684
自 営 業 者	- 58	- 75	+ 863		
農 業 経 営 者	- 110	- 128	+3,058	+3,618	+ 5,319

(注) +符号は移転による収入、-符号は移転支出を示す。なお、自営業者、農業経営者の制度には国庫からの援助があることに注意。

(資料) Projet de loi de finance pour 1976. Document annexe.

表6 社会保障各制度の人口要因 (74年)

制 度	疾 病 保 険			老 齢 保 険		
	拠出者数 (a)	受給者数 (b)	(b)/(a)	拠出者数 (c)	受給者数 (d)	(d)/(c)
一 般 制 度	15,387,266	38,804,000	2.52	16,110,149	3,877,295	0.24
農 業 労 働 者	814,000	2,250,000	2.76	804,000	758,700	0.94
国 鉄	227,900	1,483,900	6.51	280,400	491,600	1.75
鉱 山	131,987	829,248	6.28	126,302	378,382	3.00
船 員	81,500	362,000	4.44	83,900	95,265	1.14
電気・ガス公社	...	...	...	132,021	102,351	0.78
パリ地下鉄	36,088	135,088	3.74	35,621	38,396	1.08
自 営 業 者	1,483,791	3,639,890	2.45	1,564,020	1,009,054	0.65
農 業 経 営 者	2,218,000	4,820,000	2.17	2,218,000	1,766,000	0.80

(注) 疾病保険の受給者数には年金受給者等が含まれる。

(資料) Liaisons sociales. Documents No. 99/75 du 20 novembre 1975.

いわれるが、なかでも年金給付費の増加で収支の均衡が困難な状況にある一般制度としては、前途多難であるといわなければならない(表2参照)。

さて、74年予算法第1項の規定にもとづいて、政府は本格的な財政調整を実施するための法案を準備し、1974年10月15日、国民議会でその審議が開始された。法案にもられた調整案の内容は74年に暫定的に実施されたものとほとんど同じものであるが²⁴⁾、これに対しては、1974年の経験からみて調整の負担を一手に負う一般制度の関係者からの強い反対が表明された。また、現行の給付や負担(拠出)に関して各種の社会保障制度間にいぜん大きな条件の違いがあること、それら制度間の人口移動が正確に把握できないなどの理由で、このまま制度間の財政調整を行なうことは無理であるとする意見が一部の与党議員、あるいは労働組合、その他一般世論のなかにもあがった。ところが折から1974年の秋から冬にかけてのフランスでは墮胎法案の是非をめぐる論議がより大きなたかまりを示したため、財政調整法案はその蔭にかくれた形で議会を通過、成立し、同年12月24日の法律として公布された。

これによって1974年に実施された暫定的財政調整が75年から恒常的な制度に固定することとなった。ただしこの財政調整は、すでに1974年に経験済みのように、その計算方法からして一般制度の負担増が避けられない。そのため1974年12月24日の法律は1974年の財政調整方式に若干の変更を加え、財政調整によって一般制度が負担する総額に限度が設けられた。法第7条はつぎのように規定している。

「すべてのフランス人のための社会的保護制度が一般化される1978年1月1日までは、一般制度がこの法律の施行に伴い負担すべき負担額は、一般制度に対して各年ごとの予算法によって定められる国庫からの繰入金の金額を越えてはならない」

調整の中心となる一般制度の負担額に上限が設

けられるため、そのかぎりにおいて1975年から新たに発足した財政調整は1974年のそれをゆがめることとなるが、実際の調整にはある程度行政府の裁量にゆだねられるところもあり、建前どおりの調整が行なわれるわけではないといわれる。なお、調整に結びつけて一般制度へ繰入れられる国庫支出金は、74年予算法によって創設された一般制度への国庫負担に対応するものであるが、その財源としてはアルコール醸造税(droit de fabrication sur les alcooles)とアルコール消費税(droit de consommation sur les alcooles)の税収分が充てられることになった。75年予算法によるとこの額は39.8億フランとされているので、一般制度に関する財政調整はこの限度内で行なわれることになる。

ところで財政調整は供託局(Caisse des dépôts et consignations)に開設された特別会計を通じて行なわれるが、1975年の調整を定めた同年8月21日の政令は²⁵⁾、社会保障各制度間の調整をつぎのように定めている。

(i) 調整のため特別会計に払込みを義務づけられる制度とその払込額は、つぎのとおり(単位100万フラン)。

一般制度	3,510
地方公務員退職年金制度	200
自由業老齢保険制度	93
公証人役場職員老齢保険制度	56
電気・ガス公社従業員老齢保険制度	79

(ii) 調整により特別会計から支払いを受ける制度とその額はつぎのとおり。

農業社会保障制度	2,352
商工業自営業者年金制度	708
職人老齢保険制度	288
鉱山社会保障制度	263
国鉄制度	171
軍人社会保障制度	190
地方鉄道老齢年金制度	69
自営業者疾病保険制度	87
パリ地下鉄制度	5.5
船員制度	47.5

24) 75年からの財政調整の具体的なやり方については、平山卓「フランスの社会保障財政調整法」(社会保障研究所「海外社会保障情報 No. 33」)参照。

25) Journal Officiel du 22 août 1975.

む す び

いまやフランスの社会保障界でいわば「権威」の座を占めた感さえみられる J.-J. Dupeyroux は、最近の一連の社会保障立法にみられる動向について、調和 (harmonisation)、調整 (Compensation)、そして一般化 (généralisation) という三つの用語を並べて説明している²⁶⁾。ところでそこでいわれる「調整」は、具体的には社会保障各制度間の財政援助あるいは財政調整を意味しており、したがってあえていうならばそれは順序としては最後に置いて説明されるべきものであろう。いうまでもなく社会保障における調和も一般化も、今日ではそのための財政措置なくしては無意味であるが、それにしても財政措置はあくまでもそれら目的を達成するための手段である。

そこで、目的と手段を明確に区別するという意味から、本稿では、最近のフランス社会保障立法にみられる動向について、社会保障の目的面（したがってそれは社会保障政策にとっての課題となる）と、その目的を達成するための手段（とくに財政面）の二つに分けて検討してみた。

さて第1の面については、ここ数年の困難な社会・経済条件を背景として、社会的弱者あるいはフランス社会に深く根ざした不平等のもとで疎外された人びとに政策の焦点が当てられつつあり、それがさらに今後もフランス社会保障政策にとっての一つの課題となることが指摘できる。と同時に、最低限保障という形ではあるが、1978年を目ざした社会保障の一般化への指向がみられることも最近のフランスにおける一つの動向であり、1945年以降のフランス社会保障史のなかで注目すべき点である。もっとも最低限保障制は社会保障を扶助へ転落させてしまうものであるとしてこの一般化構想に批判的な見解もみられる。それにしても、1945年社会保障計画にこめられた目標を再確認し、社会保障の保護を全国民に拡大しながら、社会的不平等の解消を通じて社会正義の実現を図

る役割りを社会保障に期待しようとする政策の方向には、戦後社会保障についての最大の手直しであるといわれた1967～68年の改革²⁷⁾にみられたものに比べてかなり違ったものが感じられる。

第2の面についてまず指摘できることは、社会保障制度間の財政的連帯がますます強化されつつあるという傾向である。しかもそれが単に赤字補填のための当座の財政援助という無原則的な連帯から、全国民への社会保障の一般化を目ざした目的的な連帯へと展開してきていることは注目に値する。筆者はかつて、財政的に自立不能となっただいくつもの社会保障制度の存在は、財政的連帯を介して、社会保障の制度的統合要因となっていくことを指摘したが²⁸⁾、1974年12月24日の法律の成立はある程度までそのことを例証したものといえよう。

もっとも1974年に始まる財政調整が78年に予定される基礎給付制に直線的に結びつき、それを支えるに十分な財源手段となるかどうかには多少疑問が残る。というのは74年の財政調整は、直接的には、すでに存在する社会保障の赤字対策としてつくりあげられた面があることが否定できないからである。基礎給付構想は、実現が困難とみられた財政調整制度を実現させるための大義名分であったということもできる。したがってそれ以上に、新たに発足する基礎給付制度を支える財源方法としてその時点で十分機能するかどうかは疑問である。そこで期待されるのが、74年予算法から実現した一般制度への公費の導入である。1975年から77年までのところ、この公費導入は財政調整にからめられることとはなかったが、フランスの伝統的な保険料主義の原則を破って実現したこの財源調達方法は、おそらくこれを契機としてその役割を強めて行くものとみられる。

27) 1967～78年改革について上村・前掲論文「経済発展と福祉社会」および「フランス社会保障の最近の動向」などが触れている。

28) 上村、前掲論文「フランス社会保障の最近の動向」。

26) J.-J. Dupeyroux, op. cit., p. 287 et s.

イギリスにおける社会福祉の最近の動向

——精神薄弱者のためのコミュニティ・ケアの現状——

浜 野 一 郎

はじめに

筆者の与えられたテーマ「イギリスにおける社会福祉の最近の動向」を全体の分野にわたって概観する能力はない。本稿では、テーマを精神薄弱者処遇の動向、それも社会サービス局の範囲に限定して、責任の一端をはたしたいと思っている。

イギリスにおいてコミュニティ・ケアということばがつかわれるとき、その意味は、社会福祉行政サービスが、たえずそれを志向して追求されるべき目標概念ないしは政策概念として用いられているように思われる¹⁾。すなわち、「収容施設から対象者を解放し」(その意味で施設は居住施設ではなく、治療施設としてその目的を純化しなくてはならない)「人々を出来る限り家庭で独立した生活を送ることができることを可能にする」コミュニティ・ケア・サービスを展開しなければならないというわけである²⁾。このような意味でのコミュニ

ティ・ケアを主導するのは行政である。イギリスの社会福祉行政の歴史的展開過程に即していえば、コミュニティケア即行政サービスといっても過言ではないのではなかろうか。このような行政サービスがどのようにして生じ、いかなる結果をうみ、いわゆる「コミュニティ・ケア」という状況にどのような問題を提起しているのか。精神薄弱者処遇の分野を例にとりながら、この課題を追求してみたいというのが本稿のテーマである。

精神薄弱者処遇における コミュニティ・ケアの展開

ある論者はコミュニティ・ケアに言及してその現実態としての内容を *care in the community* (地域での処遇) と *care by the community* (地域住民による処遇) とに区別して精神薄弱者サービスの展開を把握する操作概念としている³⁾。事例で説明しているだけで別段定義を与えているわけではないが、前者は対象者が家庭に放置されているだけで地域社会から何の援助も受けていない状態、後者は対象者が家族のなかで生活しながら、親族や友人によってサポートされている状態を意味しているようである。論者は後者をも決して肯定的に述べているわけではなく、コミュニティ・ケアという概念を、このような状態を前提にして公的なサービスが進展しはじめる過程として、歴史叙述をはじめている。

1959 年精神衛生法以前

本稿でイギリスにおける精神薄弱者処遇の歴史をたどることは、それが必要である限りの範囲内

1) 換言すれば社会福祉立法の理念ともいえるものであって、代表例をあげれば *Children and Young Person's Act 1963*, *Mental Health Act, 1959*, *Children and Young Person's Act 1969*, *Chronically Sick and Disabled Person's Act 1970* などがそれぞれの対象を地域で処遇すべき地方当局の義務を定めている。

2) 「施設処遇から地域での処遇へ」という合言葉はイギリスではわれわれの想像以上に、ある種の情熱をもって語られているように思われる。施設処遇の原型が前世紀に端を発する *workhouse*, *assylum*, *prison* にあることはいまでもないが、当時それらが、トーリーの革命への恐怖、ウィッグの貧民処遇へのある種の情熱によってささえられ、その反動が今日客観性を欠くほどの「ホスピタル」憎悪となってあらわれており、そのようななかで「施設」の正しい位置付けが必要であることを指摘するものとして、*Kathleen Jones "The Development of Institutional Care"* (*E. Butterworth, R. Holman ed., "Social welfare in Modern Britain", 1975* 所収) を参照。

3) *Michael Bayley, "Mental Handicap and Community Care", 1973. pp. 1-2.*

に最少限度にとどめなくてはならない。ただコミュニティ・ケア概念のイギリスでの意味あいを明確にするために以下簡単に触れておこう。児童関係立法と同様、精神衛生関係立法においてもコミュニティ・ケア施策は度重なる法改正によって具体化されて来ているからである。

精神薄弱者が精神障害者 (lunacy) から分離されてはじめて処遇の対象とされたのは 1886 年の The Idiots Act である。その後 1890 年 The Lunacy Act には対象として idiot, imbecile もカテゴリーとして含まれていたのが 1886 年法が分離処遇に大きな影響をもったとはいえないが、1913 年 The Mental Deficiency Act にいたって分離がはたされた(この法律は対象を idiots, imbecile, feeble-minded person, moral defectives とした)。処遇の方法に関しては、この法律は収容施設を中心として、その他「安全な場所」での処遇が骨子であり、社会からの隔離が、背景にある思想となっていたといわれる。しかしそれにつづく十数年の間に考え方の転換がなされた。まず特殊教育の側面で 1914 年, Elementary Education (Defective and Epileptic children) Act., 1921 年 Education Act, が制定され、「教育可能な」精神薄弱児に対する教育への道が開かれた。1927 年の Mental Deficiency Act では収容施設への隔離の反省が見られ、施設に限らず対象者に必要なサービスの展開、彼の将

来の福祉の配慮が目標とされるようになった。

1930 年代を通じて、いわゆるコミュニティ・ケア・サービスが実施に移されていく。たとえば、1934 年に 9 つのホステル、191 の職業訓練センターが実施に移されたとされる。しかし、このコミュニティ・ケアの思想が、よりシステムティックに展開されるのは、1946 年の National Health Service Act による行政再編成を経たのち、1954～7 年の「精神病者及び精神欠陥者に関する王立委員会」(The Royal Commission on Mental Illness and Mental Deficiency) の報告においてであった。この報告にもとづいて 1959 年 Mental Health Act が制定され、コミュニティ・ケアが法上の理念として明確に位置付けられるのである。

1959 年精神衛生法とそれ以後

1959 年精神衛生法はその対象を「精神障害」(Mental Disorder) とし、①精神病②精神発達の遅滞、または不完全な状態③精神病質④その他の精神の障害または不完全、としている。精神薄弱は②に該当し、それらはさらに、(1)重度精神薄弱 (severe subnormality) (2)精神薄弱者 (subnormality) にわけられる⁴⁾。

中央所轄官庁は保健大臣 (The Ministry of Health) とされ、これまでの監督委員会 (Board of Control) は廃止された。地方では地方保健当局

4) ここで重度 (severe) というのは通例の範囲とは異なるカテゴリーである。イギリスでもことばの概念が混乱しているので、参考までに下記の整理を参照されたい。

General terms	Categories	IQ equivalent.
	High grade Subnormal	} 50—70
	Feeble-minded	
	Mentally Handicapped	
	Moron	
	Debile	
	Midly retarded	
Mentally Handicapped	Educationally Subnormal	} 25—49
Mentally Retarded		
Mentally defective		
Mentally subnormal	Medium grade Retarded	
	Imbecile	} 0—24
Severely subnormal	Trainable	
	Low grade	
Severely mentally handicapped.	Severely retarded	
	Idiot	} 0—24
	Untrainable	

M. Bone, B. Spain, F.M. Martin "Plans and Provisions for the Mentally Handicapped" 1972 p. 32.

(local health authorities) がひきつづき責任をもつこととされ、1946年国民保健法のもとでのある種のサービスを提供する権限が与えられた。かつ精神障害者のためのサービス（収容ホーム、職業訓練センターなど）をつくることを要請された。さらに地方当局は精神衛生福祉官 (Mental Welfare Officer) を置くものとされた。

精神衛生法が制定された1959年に J. Tizard 教授及び J. Grad 博士による一つの調査がなされた。ロンドンの250名の重度精神薄弱者を対象とした調査で、100名の精神薄弱者が家庭処遇に放置されており、特に経済的に深刻な問題をかかえ、住宅事情も悪く、病院に入院させた家族にくらべて社会的接触が制限されていることが明らかにされた⁵⁾。このような地域での実態はその理念に比して地域での実態の貧困さを露わに示し、精神薄弱者処遇の面でさらにコミュニティ・ケアへの志向をつよめていくのであるが、この意味での実験調査の一つに1960年代の初頭に行われた Wessex の調査がある。この調査は人口100,000人の単位を基礎に地域収容ホームを建設することを、有効な地域サービスとして勧告した⁶⁾。

1968年のシーボーム報告についてはここではふれない。ただ精神薄弱者のコミュニティ・ケアの視点から次のような鋭い批判のあることに注目しておこう。「シーボーム報告は、効果的な家族サービス施策における地域社会の役割を強調したがためではなく、そのことがどういう過程ないし方法で実現されるかについての適切な手順を示していないことが問題である」⁷⁾。周知のようにこの勧告にもとづき、1970年 Local Authority Social Services Act が制定され、精神薄弱者処遇についても、従来保健当局を中心として児童局・福祉局

もその一端の責任を担っていた行政事務が社会サービス局 (Social Service Departments) に移管されることとなった。この改革は精神薄弱者処遇の面でも大きな影響をもったもので、改めて後述する。

1969年という年はイギリス精神薄弱者処遇史にとっても画期的な年であったといえそうである。いわゆる「ホスピタル」の実態が、政府サイドからも、また研究サイドからも、明るみに出され、世論の注目を浴びることとなった⁸⁾。これらの指摘していることは、現任訓練を殆ど受けることのない無資格職員、現状改革に無関心な職員の態度、放置されろくなケアもうけられない長期入院病棟での児童処遇の実態、病院にうけ入れられることのない両親等の状態を次々に明らかにしていった。この動きはとどまることなく最近までつづいている。

近年の精神薄弱者処遇にかかわる行政上の改革を略述しておこう。まず障害児全員に学籍をあたえるための教育改革である。1970年教育(障害児)法, Education (Handicapped children) Act が制定され、障害児の「学校教育に不適當」という分類が廃止された。自治体保健当局のこれら児童処遇に対する権限は停止され、関連職員は、ホスピタル委員会の職員とともに、教育当局に移行された。具体的にはそれまで保健当局によって運営されていた junior training center (児童訓練センター) は特殊学校 (special school) として教育当局の管轄とされた。

第二に国民保険サービス(再編制)法 National Health Service Reorganisation Act が1973年に制

8) 政府文書としては, Report of the Committee of Inquiry into Allegations of Ill-Treatment of Patients and other irregularities at the Ely Hospital, Cardiff Cmnd. 3975. London H. M. S.O. 1969 他多数出されている。

それらを概観したものとして, Maureen Oswin "Handicapped children" and the "Hospital Scandal Reports" を訳出しておいた。(「コミュニティ・ケア研究会・中間報告論文集」横須賀基督教社会館。1976)

研究書としては Michael Bayley ならびに M. Bone, B. Spain & F. M. Martin 前掲書の他に次のようなものがある。

Pauline Morris, "Put Away, a Sociological Study of Institutions for the Mentally Retarded" 1969.

Kathleen Jones "Opening the Door: a study of new policies for the Mentally Handicapped" 1975.

5) Tizard J. "Community services for the Mentally Handicapped", 1964. に収録。

6) Kushlick, A. and Cox, G.R. "Revision of Future Accommodation for the Mentally Subnormal" Wessex Regional Hospital Board なお筆者自身はこの原資料にはあたるできなかった。

7) Michael Bayley, op. cit., p.9. なおシーボーム報告の觀念性については, Peter Townsend "Sociology and Social Policy" 1975. 収録の "The Objectives of the New Social Service" をはじめとするその他の関連論文。M.H. Cooper ed., "Social Policy" 1973 pp. 21-5等を参照。

定され、1974年4月1日から施行された。それは病院及び専門家サービス、地域保健サービス(primary health care services)(以前自治体行政管轄下にあった personal health services ならびに general practitioner 家庭医サービスを含む)、さらに以前教育当局によって運営され、現在は包括的な児童保健サービスの一部をなしている学校保健サービスを含むすべての保健ケア・サービスについて、限定された地域で責任をもつ、中央政府直轄の保健当局の設置を骨子としている。

イングランドでは計画と統制(control)のため三段階(three-tier)組織を採用している。一つは全国的な計画策定にあたる社会サービス大臣、二つは地方(region)計画<以下にのべる地域保健当局に対するサービスの提供と資源の配分、病院の建設等を含む>に責任をもつ地方保健当局(14 Regional Health Authorities)、三つめは地域保健医療に実施責任をもつ地域保健当局(90 Area Health Authorities)である。RHAの管轄範囲はこれまでのNHS病院の範囲と平等であり、AHAsの場合は新しい自治体法による non-metropolitan counties と metropolitan districts の範囲に一般的には一致させられている。これらの councils は社会サービスの責任をもっているので、保健と社会サービスの管轄範囲はおおむね一致することになる。なおロンドンでは4つの AHAs の場合個々の London borough と一致し、他は2~4の boroughs をその管轄内に包含している。なお AHAs は保健地区(health districts)を設け地区毎に保健医療サービスを提供している。

1971年精神薄弱者白書

政府は1971年6月、精神薄弱者白書 Better Services for the Mentally Handicapped を公表した。1969年以後高まったホスピタル批判をうけ、コミュニティケア施策への政府の姿勢と1971/72から1974/75にいたる4年計画を提示したものである。この白書は、現在の病院及び自治体のサービスを点検した上で、今後病院及び自治体サービスが到達すべき目標を設定し、その評価公準を示すこととなった。白書刊行時における精神薄弱者の

ニードとそれに対応するサービスの状況は次に掲げる表に示されている(表1)。この対応されていないニードを達成するため、白書が示した達成目標は次の通りである。現在の建物の不足分は定員で、成人訓練センター45,600、児童ホーム2,800、成人用ホステル24,100、これをむこう20年間で達成する。政府資金としてはとりあえず1974/75までの4年間£40m(自治体と病院当局へ。建設費、運営費を含む)に rate support grant (地方税援助金)を加えた分を投入する(なお次の計画が示されている。政府はむこう4年間グレートブリテン全体の保健福祉サービスに£110m追加資金を出すことにしている。このうち£40mはイングランドとウェールズの病院と自治体の精神薄弱者サービスの改善のために用いられねばならない。この£40mを含めて£100mは精神薄弱者のために費やされることが期待される)。

精神薄弱者処遇の現実

(1) 処遇の傾向

現在 IQ 50 以下の重度精神薄弱者の数は、110,000 人(イングランド)と推定されている。1972 年病院や病院付設ユニットに入院している患者数は52,950 名、地方当局のホームやホステルに居住するもの5,265 人、両者あわせて58,215 人である⁹⁾。この年度での児童及び成人毎の在宅、収容比は明らかではないが、1971 年精神薄弱者白書によれば、病院に入院している者の比率は、児童の場合20%、成人で60%とされる。なお入院しているものの障害の傾向は表2によって、障害が重く全く自立不可能な場合か、行動上の問題があるなどで家庭でのケアが困難である場合が大きな比率を占めていることが知られる。年々の入院患者数は新規・再来を含めて年毎に増加しているにかかわらず、入院患者数が減少しているのは、いわゆる短期入院ケースが増大していることによるものであるが、1972 年で在院3ヵ月未満の患者が58.8%を示すのも¹⁰⁾ここ7~8年間、この傾向が年毎に強まって来たことの結果である。ただ

9) 10) Health and Personal Social Services Statistics for England 1974. HMSO

表 1 現在提供されているサービスに比較した精神薄弱者サービスの目標数

サ ー ビ ス の 種 類	児 童 定 員 (0~15才)			成 人 定 員 (16才以上)		
	必 要 定 員		充 足 数	必 要 定 員		充 足 数
	人 口 100,000 対 比 率	全 数 England and Wales 1969	全 数 England and Wales 1969	人 口 100,000 対 比 率	全 数 England and Wales 1969	全 数 England and Wales 1969
5才以下の児童のためのデーケアと教育 学齢児の教育	8	3,900	500*	—	—	—
地 域						
(i) 地域に居住する重度精薄児	56	27,400	23,400	—	—	—
(ii) 病院から通園する児童	6	2,900		—	—	—
病 院						
(iii) 入院患者	7	3,400	4,600	—	—	—
(iv) 外来患者	6	2,900	200	—	—	—
成人の職業・訓練						
地 域						
(i) 地域に居住する成人	—	—	—	130	63,700	24,500
(ii) 病院から通園する成人	—	—	—	20	9,800	100
病 院						
(iii) 入院患者	—	—	—	35	17,200	30,000*
(iv) 外来患者	—	—	—	10	4,900	200*
地域での収容(短期収容を含む)						
(i) 公立民間の収容ホーム	10	4,900	1,800	60	29,400	4,300
(ii) 里親ロッジング等	2	1,000	100	15	7,400	550
病院治療						
(i) 入院患者	13	6,400	7,400*	55	27,000	52,100*
(ii) 外来患者	6	2,900	200	10	4,900	550*

* 推定

+ 精神薄弱者に割り当てられた NHS ベッド

(Better Services for the Mentally Handicapped. p. 42 Table 5)

表 2 在宅・入院の比率・障害の程度別

障 害 の 程 度	在 宅	入院収容
障害が重く自立困難	29%	61%
スーパービジョンを必要とする行動	28.1%	71.9%
歩行できない	50.6%	49.4%
その他何らかの介助を必要とする	55.6%	44.4%

CCETSW PAPER 5 "Social Work" p. 47 より

し、5年以上の長期入院患者が24.3%を占めることにも注意しなければならない。

(2) 地方当局のコミュニティ・ケア・サービス

「精神薄弱者白書」が公表された1971年という年は、地方当局の管理職ワーカーにとっては落ちつかない年であった。何故なら1974年という年が、すでに射程距離に入っていたからである。そして1974年は地方当局の社会サービスにとって、それにかかわる大きな改革がいっせいに起こる、新たな行政システムが、一斉に始動しはじ

めた年だったわけである。1970年法によるシーボーム改革は、それまでに体制を整え、あらたな出発を始めねばならない。1972年の新しい地方自治体法による地方当局行政改革(ロンドンを除く)、及びNHSの再編成は、その年の4月1日より同時に施行される。彼らの地位は不安定であり、何ごとにも「1974年4月待ち」の状況であった。それまでに新しい仕事に手を出すわけにはいかない! こういう雰囲気の中で、政府白書がとにもかくにも、これまでのサービスの総括をふまえて将来のあるべき姿をえがき出したところで、それが積極的な関心をもって迎えられるはずもなかった。「提案は实际的ではない」とある者は考えた。「達成は不可能だ(It may never happen)」というのが一般の雰囲気だったし、仮に達成されるにしても、10年や20年にかかるだろうといっている¹¹⁾

11) Kathleen Jones. "Opening the Door" p. 155.

(事実白書自体がそういう想定をもっていたのだ)。

何よりも財政的事情が絡んでいる。白書提案は1971/72年度にはじまるむこう4年間に地方当局及び病院当局に対し、建設費・運営費をこみにして、総額 £40 m を特別経費として支出するとしている。ところが白書が自ら掲げる今後の経費増加率をもとに地方当局だけの、しかも、ホステルやホーム等の収容施設及び成人訓練センターだけの総経費(4年間分の)はすくなくとも £100 m 以上はかかり、残りのすべては自治体支出となる(無論 £40 m は計画にかかわる特別経費であって、一般財源に対する政府支出があるが、たとえば人件費等を含む運営経費(Personal Social Services)についていえば1973/74 £8 m にすぎない)。

このような状態では、次のような評価がなされても仕方があるまい。「1971年指標の最大の難点の一つは、施設ケアからコミュニティ・ケアの政策基調の変更を提案すると同時に、財源について、中央政府から地方当局への転移をも提案している点である」¹²⁾。

1971年白書以降の地方当局コミュニティ・ケア・サービスの実情は次の限られた資料によってある程度推察することができる。

1974年3月31日現在15~64歳年齢人口1,000人に対する成人訓練センター定員比率は表3に示されている。「白書」の提案基準は人口1,000対1.5であるからかなり下まわっているうえ¹³⁾自治体間格差がみられることにも注意すべきである(因みに、成人訓練センターの数はイングランドで、1970年 293, 1972年 366, 1973年 367——1970年の数字は児童と成人両者を扱っているセンターが含まれていない——定員数、1970年 21,892, 1972年 27,882, 1973年 29,483——1970

表3 地方当局成人訓練センター定員、15—64年令人口1,000対比率⁽¹⁾

north	1.01
Yorkshire and Humberside	1.01
East Midlands	1.20
East Anglia	1.08
South East	0.98
South West	1.24
West Midlands	1.03
North West	1.34
England	1.09
Wales	1.21
Scotland ⁽²⁾	0.83

(1) 1974年3月31日現在

(2) 1973年

Regional Statistics No. 11 1975 HMSO.

表4 成人訓練センターの計画数と目標達成数

地方 当局	定員 1962	目標 1972	実績 1972	計画 増 (%)	実績 増 (%)
1	25	50	60	100	140
2	—	150	60	—	—
3	—	100	75	—	—
4	56	60	80	7	43
5	35	35	50	—	42
6	260	260	350	—	34
7	30	30	30	—	—
8	200	250	330	25	65
9	126	159	170	26	35
10	125	205	220	64	76
11	717	1,141	902	50	26
T	1,547	2,440	2,327		

年については同上——である)。

より地域的な調査であるが、次の効果測定の結果も参考になろう¹⁴⁾。調査地域は、The Gateshire Regional Hospital Board の管轄地域である。この管轄地域内に11の地方当局を含んでいる。紙数の関係上詳しい紹介は困難であるが、成人訓練センター設置状況について明らかにされていることを要約すれば、次の通りである。(1)表4にみられる通り、1962年と1972年の10年間の増加率を比較してみると、定員実績で26~140%の幅で、それぞれ増加している。ところが内容をみると、(イ)1962年段階で成人訓練センターをもっておらず、0から出発した当局が2、(ロ)10年間定員増をしなかった当局1、(ハ)定員増は実質的には1972年

12) ibid., p. 13.

13) ただし、白書設定のタイムスパンに比較して中間年度であるので「この間にいたる自治体支出はおおむね目標を達成した」という評価もなりたつであろうが、1974/75における新設のための地方償還可額が目標を25%下回る実績しか示さず、その多くが自治体の持ち出しに依存していることは否めない。

(Priorities for Health and Personal Social Services in England: A Consultative Document. HMSO 1976 p. 51)

14) Kathleen Jones "Opening the Door" pp. 154—162.

における達成目標を若干上まわって行われたが、そもそもその目標設定にあたって成長率0（つまり1962年実数260である当局が、1972年における目標を260と増加させていない場合）と達成意欲を欠いている場合²、などが含まれており、一率に増加させたとは断じ難い。（2）表5に見られる通り、この region にあっては、白書提案目標定員5,987に対して、1981年における目標定員として1,200人下まわる設定しか行っていない当局数が7当局に及んでいる。先述した、白書提案がどのように当局に反映しているかの状況を端的に物語っている。（3）これらの当局も、病院入院患者のためのセンターやあるいは収容ホームないしホステルを建てないで、個人の家庭に委託する boarding-out 方式には白書提案を上まわる目標をたてている状況は（前者については、保健当局の費用でまかなわれ、自治体にとっては負担がかからない。後者は経費節減）、コミュニティ施策の実情が、地方当局の財政事情、ひいては政府支出に大きく依存していることを物語るものである。

表5 成人訓練センターの1972年定員1981年目標、白書提案目標の比較

地方当局	定員1972	目標1981	白書提案目標
1	60	140	139
2	60	120	203
3	75	195	440
4	80	200	160
5	50	130	90
6	350	570	257
7	30	105	73
8	330	485	470
9	170	260	402
11	220	320	450
12	902	2,264	2,803
T	2,327	4,789	5,987

（3）社会サービス局とソーシャル・ワーカーの状況

1970年、シーボーム勧告にもとづいて、地方自治体（社会サービス）法が制定された。この法律にもとづいて、それまでの児童・衛生・福祉各部署が統合され、社会サービス局がすべての対象にかかわる業務をひきうけることとなったことは周

知の事実である。精神薄弱者処遇の分野でも、従来の衛生部管轄から社会サービス局管轄となり、これまで精神衛生法にもとづく精神衛生福祉官（Mental Welfare Officer）によって行なわれて来た仕事も、一般の（generic）social worker に移されることとなった。この改革は精神薄弱者対策の歴史の上でも、見逃すことのできない改革であったといえる。対象者を家族の一員として処遇し、家族を地域の中で処遇するという理念そのものにかかわらず、すくなくとも精神衛生分野での対象者の家族や関係者からはすこぶる評判が悪いように見える。最大の欠陥の一つは、長い伝統の中で育ち、精神薄弱者処遇に関する豊富な経験と知識をもっていた精神衛生福祉官（Mental Welfare Officer）が行政改革によって、例えば地区福祉事務所（Area teams）の長などの管理職に移行し、現場の業務から離れていったことのようなのである。あとを任せられたのは、大量のケースロードをかかえた、かつ多くの無資格ワーカーを含む generic social worker であった¹⁵⁾。筆者が滞英中に会うことの出来た、精神薄弱児親の会のソーシャル・ワーカーの1人は、以前、Mental Welfare Officer として働いていた人であるが、彼女は社会サービス局の状況を次のように語っている、かなりの長文となるが、彼女がソーシャル・ワーカーにおこなった講演要旨を以下掲載することをゆるしていただきたい。精神薄弱児処遇におけるソーシャル・ワーカーの状況を、具体的かつ客観的にいいあらわしていると思われるからである¹⁶⁾。

「シーボーム改革は専門ソーシャル・ワーカーの技術の廃止を提唱したという意見には賛同しがたい……。シーボームレポートはそのような意味合いは毫も含んでおらず、そのねらいは家族の一員としての個人の相互に関連した問題に対処するために家族サービスを確立することであつたというだけにすぎない」（ある政府ドキュメント）。にもかかわらずその後専門志向は全く配慮されず、ソーシャル・ワーカーはその能力の限界に何らの注意も払われないうまま、家族全体の途方もない問題領域にとり組むよう期待された。ケースロードはドラマティックに増

大し、徹夜しても追いつかないほどである。私の経験からしてもこのような状態では、膨大な数の精神病患者や精神薄弱者のケースをかかえて、一つ一つの家族と接触する、など、不可能なことであった。

誤解のないように付け加えるが、私がシーボーム以前のソーシャルワークの狭い概念に復帰するよう主張しているとうけとらないでほしい。1971年以前では、Mental Welfare Officers が精神薄弱者の処遇にあたっていた。彼らは訪問を記録するように要求されていたので、訪問回数は月に三度は行われており、すくなくとも家族はソーシャルワーカーと知り合っていた。しかしその反面、彼らは孤立しており、他の専門職

- 15) ソーシャルワーカーの現在の状況の一端を示せば下記の通りである。

表 6 イングランドにおける社会サービス局のソーシャルワーカー

	1972年 9月30日 No. (%)	1974年 9月30日 No. (%)
有資格常勤	3,537(33.9%)	4,548(33.6%)
無資格常勤	6,152(58.9%)	7,263(53.6%)
有資格パート	227(2.2%)	602(4.4%)
無資格パート	526(5.0%)	1,128(8.4%)
TOTAL	10,442 (100%)	13,541*(100%)

* 49 人の前 NHS ソーシャルワーカーは除いてある。

表 7 パートタイム初級資格 (basic grade) ソーシャルワーカー (地方-Region-別, 1974. 9. 30)

	男子 総数	パート ト	パート %	女子 総数	パート ト	パート %
ENGLAND	4,391	48	1.1	9,150	1,682	18.4
NORTHERN	338	6	1.8	481	47	9.8
YORKSHIRE	418	2	0	721	118	15.7
NORTH WESTERN	759	11	1.4	1,268	123	9.7
WEST MIDCANDS	495	5	1.0	871	135	15.5
London NORTH	287	3	1.0	474	93	24.8
London(GLC AREA)	409	5	1.2	1,163	288	18.6
SOUTHERN	889	9	1.0	2,544	474	30.1
SOUTH WESTERN	495	1	0	1,070	332	15.6
EASTMIDLANDS	301	6	2.0	558	87	19.6

DHSS. feedback statistics, June 1975.

ANTHONY AND PHOEBE HALL

"PART TIME SOCIAL Work"

"NEW SOCIETY" 30. Oct. 1975 より引用.

- 16) Paulin Thompson. "The Generic Approach: A Personal Evaluation of Social Work with the Mentally Handicapped" mimeo.

との交流もなく、われわれが他局のメンバーと会合をもったのは突如として起った行政改革の数ヵ月になってからに過ぎない。ふり返ってみて私は、正直にいうが、他局資料を利用することなどほとんどなかった。これが私がいうところの isolation の意味である。今や諸資源や法律等利用することのできる大いなる可能性が目前にあることに思いをいたすべきである。

今われわれが必要としていることは、この種の isolation に帰ることではなく、現存の社会サービス局のフレームワークの中で specialism (専門性)に復帰することである。

今の状態の中では「新しいタイプの専門性」(new kinds of specialism) ともいえる現象があるが、それは今のソーシャル・ワーカーに要求されるサービスの多様性をみてもわかる。里親・養子縁組、非行少年処遇、グループ・セラピー、コミュニティワーク…。またおしよせる法律に気を奪われ放しで、法律にもとづかない部分の多い精神薄弱処遇は優先順位の低いランクにおかれてしまう。ソーシャル・ワーカーの精神薄弱者に対する知識はおそらく貧弱で、彼らにはまた、その generic な仕事の故に、特定分野の専門家たる余裕もない。これがソーシャル・ワーカーの端的な現状である……。

ひるがえって、精神薄弱児の親の必要をみるに、つまるところ明確な情報 (information) を切実に要求しているのである。ソーシャル・ワーカーは法律の定める資源を知らせる義務がある。『法律に定める経済援護を知らせることなど自分の義務でない』などとうそぶいているワーカーが少くない現実は驚くべきである。またソーシャル・ワーカーは親とよく交流すべきである。私は実際に見て知っているが、ソーシャル・ワーカーは書類カバンにしがみついて机のすみにすわったままでいるだけではいけないと思う (1971 年後に訪問を停止されたほとんどの家族は、6 ヶ月ないし 1 年以内に危機にみまわれていることは考えさせられる事実である)。しかしこれは最も大切にされなければならない基礎にすぎない。第 2 に他の専門職と緊密な連絡を

とること、この必要性は大きく、かつこのことは将来に向けて大きく開かれた新社会サービス局の特徴であり、積極的に生かして用いられなくてはならない。第3に専門技術の修得が必要である。単なる同情や共感でなく経験と知識を。社会福祉教育の緊急なるゆえんである。精神薄弱児処遇にたずさわりたいと考えている学生に電話をもらったことがあるが、その学生は『精神薄弱児に関して一年間のうちで一時間半のレクチャを一度うけ、ホスピタルを一回訪問しただけ』であった。

social worker を general practitioner (家庭医) にたとえ、彼はその仕事に対して『広範な領域にひとしくアプローチする技術』を適用すべきだとされるが、GP が困難なケースを病院にまわすとき、ソーシャル・ワーカーはどこにケースを送致するのであろうか。もしも管理職ソーシャル・ワーカー (Senior Social Workers) がチームの中でコンサルタントの地位を占めようとするなら、彼はケースをもたねばなるまい。そうしている場合もあるが、多くの人は行政事務にひき込まれているように見える。

すべてのソーシャル・ワーカーは generic team の一員として、特定分野(老人・非行・精神薄弱者などの) 仕事に専念できるようにならなくてはならない。そのような特定の領域のみにたずさわるワーカーは、トレーニング・センターとか児童ホームのワーカーがそれに当るべきだとする人達があるが、それは私には、孤立した専門性、視野の狭い問題の把握などシーボーム改革以前に逆行する結果をうむと考えられる。『ソーシャル・ワーカーはチームの一員として施設職員と親の間のコミュニケーションの手段となるべきだ』というのが私の意見である。」

「地域住民によるケア」の実態

—精神薄弱児親の会の活動—

序節においてコミュニティ・ケアの概念についてふれ、(care in the community) 及び (care by the community) の状態から、いかに国による包括的なサービスが発生し、かつその限界がどのよ

うなものであるかをある程度明らかにすることができたように思う。端的に言って精神薄弱者とその家族は20年を待つことができない。ここで使った用語によれば、それゆえに care by the community の不断の努力が欠かせないことになる。残された紙数でその幾分をも触れることはできないが、「全英精神薄弱児親の会」(National Society for Mentally Handicapped Children) の活動の一端に触れておこう¹⁷⁾。

1946年11月7日、一人の精神薄弱児の母親 Judy Fryd が“the nursery world”誌に投稿した手紙に端を発し、組織された「親の会」は現在にいたるも「精神薄弱者福祉を唯一の目的とする全国で唯一つの民間組織」として、全国的に「精神薄弱者問題について国民の知識と理解を深め、そのニーズに対応するサービスを確保する」ことを目的として活動を展開している。組織に関する詳細は省くが、本部はロンドンにおかれ、全国に419の「地域親の会」(local societies)を組織して、それぞれの独自の活動を指導している。全国組織としては、もう一つの大きな民間団体 The national Association for Mental Health (全国精神衛生協会)とともに、これまで述べた政府のコミュニティ・ケア政策に大きな影響を与えてきた。とりわけ1958年、J. Tizard 博士によってはじめられたブルックランド実験“The Brooklands Experiment”を後援し、「これまで保護(custody)の問題であった事柄は、今や教育(education)の問題である」として、障害児全員入学制の実現や1971年精神薄弱者白書を一つの頂点とするコミュニティ・ケア政策に直接の影響を与えた実績は、大きく評価されてよい。

地域親の会活動の概要は次のようである。全国419のうち、「情報(information)活動」をボランティア活動として行っているところ132、「福祉訪問」(親えの訪問)200、「会館」を独自にもつところ182、「保育所」70、「ワークショップ」38、「収容ホーム」29、「青少年余暇クラブ」271、「交通サービス(通園、通学)」153、「水泳指導クラブ」85、「休日活動」133、地域親の会独自で専任ソー

17) 稿を改めて紹介する予定である。

シャル・ワーカーを雇用している場合も少なくない¹⁸⁾。

本部活動としては、精神薄弱児と親に対するカウンセリングとアドバイス。特殊学校を卒業した軽度者に対する社会的、職業訓練を提供する施設。精神薄弱者に対する休日活動施設（1966年開設、精神薄弱者処遇訓練実験施設）。3つの収容ホーム。この分野で働く職員の教育訓練コース。農村における農事訓練センター（収容）などの他、両親なきあとの精薄者を訪問することを内容とする一連のプログラム、精神薄弱者の余暇活動を推進するボランティア組織（gateway club）を全国にひろげている。

地域親の会の事例の一つとして、ノッティンガム（人口30万強）の場合をとりあげよう。1950年全国組織に参加。全員525名（全国最大の地域組織）。会の目的；（1）福祉アドバイスサービスを通じて援助を必要としている親を支援する、（2）親が直面している問題について一般の人々の知識と理解を深める、（3）社会的活動、レクリエーション活動のための施設の提供、（4）精神薄弱の予防・処遇・治療を推進するための活動、（5）両親と、子どもの友人やその他すべての、子どもの福祉にかかわる人々の間の相互援助と相互協力。

会の活動：市民病院の一角を「親の会」のために提供をうけてレクリエーション会館をもっている。主として成人精薄者の活動に供せられているが、無論その他のグループ活動にも用いられる。青少年クラブ、1962年に結成されたボランティア組織。火曜日・水曜日の夜開催。120～150人の親が出席する。絵画、木工、裁縫、ゲーム、ダンス、スポーツなどがその内容。出席のため特別バスを出している。1966年全国組織として本部が“GATE WAY”全国連合を発足させたことにと

もない、1969年に登録加盟した。その他社会活動として、海浜キャンプ場の常設、クリスマス・パーティーダンスの集い、年間を通じて毎週金曜日夜に水泳教室、ホリデイ・プログラムなど開催する。福祉活動として次のようなプログラムを行っている。家庭訪問活動。親に依頼してこの「親の会」では12人。訪問活動がそれほど活発に行われないうのが悩みで、全国本部では組織担当官が全国の地域親の会の福祉訪問員（Welfare Visitors）に講習会を行ない、活動に刺激を与える中心的なプログラムとしている。週1回の昼間保育（8歳以下の重度児、毎週土曜日）、専任保母をたのみ、日頃休みをとれない母親のためにも機能する。言語治療教室、スピーチセラピストによって1970年以来続けられている。ダウン症児グループ。月1回。母子参加。学齢前幼児。毎回医師、教育心理学者、OT、PT、スピーチセラピスト教員等による講演と相談がある。それ以外の精薄幼児のための同様のグループもある。

おわりに——「保障」としてのコミュニティ・ケア

以上精神薄弱者処遇という限られた分野、その中でも社会サービス局の行政サービスに限定して、イギリスにおけるコミュニティ・ケアの現状を概観した。処遇にかかわる個々の方法についても学ぶべきことは多くあるように思えるが、本稿における考察の視点はそこにあるのではない。むしろ、地域での精神薄弱者処遇という意味でのコミュニティ・ケアを、行政サービスとしておし進めた結果、現実として何がもたらされたかを知ることが目標であった。冒頭において、イギリスにおけるコミュニティ・ケアは、歴史的にも care by the community を克服するものとしての行政サービスの展開であるように思えるとのべたが、これまでのところでは、きわめて不完全なまま地域での民間活動（care by the community）に底ざさえされているという現実があるように思える。くりかえしていえば、コミュニティ・ケアというのは、イギリスでは、行政が、対象者が家庭と地域で生活することを保障することであるので、そのことは、経済給付、家庭訪問、地域訓練センター、居

18) 地域親の会活動としてその他、家庭学習活動、ホームヘルプサービス、理学療法サービス、スピーチセラピー、シッター・イン（sitter-in）サービス、母親-乳児クラブ、自閉症児のための特別サービス、幼児のプレイグループ昼間保育などがある。場所によっては、会員に対する経済援助を行っているところもある。休暇をとった場合の金銭補助、母親が子どもを病院にたずねたときの交通費援助、保母に対する支払い、病院にいる子どもへの贈り物、成人精薄者の里親サービス、なども行なわれている（NSMHC guide to Regional and Local Society Service）。

住ホーム、レクリエーション活動、昼間保育、障害児グループ等総じて対象者が地域で生活するにあたって必要とするあらゆることを「保障」という前提の上になり立っている。むしろその過程で本稿で簡単な拙写を試みたような民間活動が重要な意味をもってくるが、そのことをもって、この前提となる原則が民間活動への転嫁によって立ち消えとなってしまうものではなく、現に「親の会」活動も、行政サービスの貧困を克服する運動を（組織内部でも「地域親の会」のレベルでとくに）強力に展開しているのである。ある論者は「これまでどのような援助をうけたにせよ、われわれはたたかわなくてはならない」という親のこ

とばにつづけて、「公的援護が貧しければ貧しいほど親は困難に陥入り、それだけ闘争的 (fight minded) になる。その結果、行政当局は疑いぶかく、防衛的になり、これらの親たちは、得るところ少なく、ますます孤立していく¹⁹⁾」と指摘する。このようにならないためにも、コミュニティ・ケアを政策目標とする行政サービスを「保障」にまで高め持続させていくかは、「親の会」等の, care by the community の広がりとかケア理念を「運動」によって支える視点であろう。

19) Charles Hannam "Parents and Mentally Handicapped Children" 1975. p. 98.

米国における社会福祉の最近の動向

秋 山 智 久

社会が劇的に変動している場合に、その対応策の一つとしての社会福祉もまた新しい施策と方法とを激しく追求することは、社会福祉自体が一つの「生きているシステム」(living system)である以上、当然のことである。

「社会変動による社会福祉哲学」¹⁾ という表現がなされている程に、このような視点が現在要求されている。

とは言え、現在の米国社会に焦点を当てて、そこで起っている多くの社会福祉の動きを何らの基準でもって選び出して論じようとするには多くの困難が伴う。変動の多様性があり、米国社会の特殊事情があり、筆者の関心があるからである。

しかし、小論では一応、全米的な社会サービスの動きと地域におけるコミュニティ・アクションの変化と実践における社会福祉方法論統合の現状の三点に的をしぼって論じてみることにした。

I 社会サービスの変化

(1) 第6番目の人間サービス・システム

不況下の米国においても、日本と同様に社会福祉の各領域において“見直し”がなされているが、1975年1月にフォード大統領が署名した財源ひきしめのための改正法は今後の米国の社会サービスのあり方に大きな変化をもたらしていくことは確実である。Title XX²⁾と呼ばれるこの法律に対して、社会福祉関係者は連邦の財政援助を確保することを前提にしつつも、その内容においては一般的に好意的である。

1975年10月1日より施行されたこの法律をめぐって、社会福祉関係者の間で全米的な規模で検討がなされたのは、同年12月にニュー・オルリーonzで開催された「全米公的福祉協議会」の全体会議(National Round Table Conference)の時であった。

この会議においても、この法律は不況下の新現実主義(New Realism)と評価されたが、3人の論者の1人、コロンビア大学のA・カーン(Alfred Kahn)は、「社会サービスの新しい方向」と題して講演を行ない³⁾、彼のチームが行なっている8ヵ国⁴⁾の調査に基づいて、このTitle XXが、英国で言われている「対個人的社会サービス」(personal social services)⁵⁾に至る一つの方法だとして、米国の従来の社会サービスの欠陥を指摘しつつ、これを評価し意義づけている。

彼によれば、従来、伝統的に社会サービスとされていた五つのシステム((1)教育、(2)所得保障、(3)保健制度、(4)雇用とマンパワー、(5)住宅対策)の持つ欠陥を新しく充足するための「6番目の人間サービス・システム」(the sixth human service system)として、この「対個人的社会サービス」が、その概念・組織・管理・費用・役割分担・評価などにおいて盛んに検討されることを提案している。

3) Alfred Kahn, "New Directions in Social Services", *Public Welfare*, Vol. 34, No. 2, Spring 1976, p. 26.

4) 8ヵ国とは、カナダ、イギリス、フランス、西ドイツ、ポーランド、ユーゴスラビア、イスラエルと米国。

5) 前述の調査とは別に、カーンをも含む19人の米国の主として社会福祉政策関係の研究者・実践者・政府役人から成る調査団が、1973年6月に英国の「対個人的社会サービス」の現状などを中心に調査を行なった報告書がある。*Toward a Caring Society*, 1974. また、カーンは従来、「一般的社会サービス」(general social services)という呼称を使用してきたが、その具体的な内容を17点に要約したものとしては次の本を参考にされたい。Alfred Kahn, *Social Policy and Social Services*, 1973, p. 13.

1) Ruth R. Middleman and Gale Goldberg, *Social Service Delivery...A Structural Approach to Social Work Practice*, 1974, p. 6.

2) このTitle XXについては、萩原清子「社会サービスの今後の方向——その担い手としての公的社会福祉——」社会保険研究所『海外社会保障情報』No. 31, Oct. 1975. に詳しい。

カーンはこの「対個人的社会サービス」の特徴を「非市場的な基準によって得られるサービス」であるとして、その可能性に期待をいだきつつも、それが従来の米国のカテゴリー的な社会サービスに対して真の意味での伝統の破壊と新しいアイデア出現の契機になるか、あるいは単なる通過段階に過ぎないのかは、この Title XX による社会サービスの委譲が連邦政府から州政府に、さらに地方政府、近隣にいかに関与するかにかかっていることを指摘する。

米国の従来のカテゴリー的プログラム (AFDC, OASDHI など) は、多くの事例の寄せ集めであり、重複の危惧があって、サービスの統一がなしていくという欠陥や、一時期に特定のカテゴリーにのみ焦点をあてる傾向があったと言われる。そのような場合、劇的ではあるが短命なものに関心と費用がさかれることにより、そのようなニーズは重要であったとしても、結局、他のプログラムのバランスを崩すものであると批判されてきた。

「6番目の社会サービス」として組織されねばならぬものとしては、家族サービス、地域ベースの老人プログラム、コミュニティ・センターやセトルメント、主婦の問題、デイ・ケア、集団給食や車による給食サービス、障害者グループの自助的および相互援助的な活動、非行少年や援助の必要な児童の施設ケアと居住処遇、思春期へのアドバイス、若年労働者への保護的な居住設備、などがあげられる。

(2) 対個人的社会サービスの機能

これらのことを果すために必要な「対個人的社会サービス」の機能を列挙すれば、次のような点になる¹⁾。

- 1 社会化と発展への貢献……通常の平均的な人々への日常的な生活と成長の援助、
- 2 情報の配布とサービスへの接近の促進、
- 3 虚弱な老人や障害者、知恵おくれなどへの保障、コミュニティやそれに代る生活環境で機能するサポートに対する基本的なレベルでの社会ケアと援助、

4 機能的な能力を回復し、困難を克服するための、問題・危機・病理に面している個人や家族に対し、援助・カウンセリング・ガイダンスを与えること、

5 相互扶助や自助の支援、予防への活動、コミュニティ生活での問題の克服、サービスの計画、

6 最大限の効果をあげるための種々のプログラムやサービスの調整・統合。

財政をも含んだ連邦政府のイニシアチブ下に、州政府の役割を従来より拡大・明確化し、地方レベルでの「サービス配達システム」(service delivery system) を確立し、その中で公私の役割の調整をはかろうとする、この米国流の「対個人的社会サービス」が、単なる財政政策か、それとも地方のサービス・システムの改革となるかは、次のようなポイントが実行できるか否かにかかっている²⁾。

1 保健・教育・福祉省 (HEW) (とりわけ社会・リハビリテーション局〈SRS〉及び人間開発局〈OHD〉の再整備を含む) の組織編成と新しい支援体制、

2 州におけるニーズ充足のための州レベルでのプログラムのデザインと組織編成、

3 対個人的社会サービスのための選択的なモデルを形成しようとする地方での実験、

4 サービスへの接近を促がす対策や実践全般、ケース統合のための準備などを結合する配達システムの調整、

5 核心となるような基本的な社会ケア・サービスの発展、

6 第一線のサービスの公的な運営とサービスによる出費に対する公的責任。

このような「対個人的社会サービス」を米国で推進するに当たって、現時点では Title XX は一般的にはまだ低く評価されているものの、やがて Title XX が「対個人的社会サービス」をオーソライズするようになるであろうとカーンは予言している。

1) A. Kahn, "New Direction in Social Services", p. 27.

2) Ibid., p. 32.

II マイノリティ・グループの活動 とコミュニティ・アクション

地域活動 (Community Action) ということが次第に言われ出したのは1960年代後半であるが、特に貧困戦争 (War on Poverty) の中で反貧困法として1964年8月に誕生した経済機会法 (Economic Opportunity Act) を推進する事務局(OEO)が、その仕事として始めたコミュニティ・アクション・プログラム (CAP) からである。その一環にコミュニティ・アクション機関 (CAA) があるが、これは特に目標とされた貧困地域でボランティアな市民団体を結成して、それを個人に対する社会サービスの直接的な対策に結びつけようとするものであった。CAA はその第一線の拠点としてネーバーフッド・サービス・センターを作ることであり、低所得層の目標地域での市民の慎重な組織作りを大きく発展させた。さらに1966年から67年にかけて、CAA が「地方主導型」の基金を用いて新しいセンターを作り、組織作りのための人員を配置したことは、地方でのコミュニティ・アクションに大きな影響を与えていった。

こうした市民自助団体 (Citizen Self Help Organization) に対するソーシャルワーカーの関心は強く、1966~67年より HEW や NASW に支援されて、そのための専門的なリーダー作りに力をそそいでいった。

しかし、すでに1967年に始まっていた予算削減と OEO の厳しい規制はこの活動を経済的に後退させたことと、また、後にのべるような専門的ワーカーに対する市民 (貧困地域の住民) の不信と NASW の保守性が生じてきたことから、やがてコミュニティ・アクションは地域でのリーダーによる、住民自らの闘争的な活動にと大きく変貌していくこととなった。その様子を北米住民と黒人に例をとって考察してみる。

(1) 北米原住民の活動

1974年5月にシンシナティ市で開催された第101回全米社会福祉大会 (NCSW) の総主題は「公正な社会に向けての動員」(Mobilizing for a Just

Society) であったが、このテーマにふさわしく、その総会で年次最優秀サービス賞を得たのは、アメリカ・インディアン・ソーシャルワーカー協会であった。この協会は、北米原住民 (Native American) の生活と地位の向上に尽したとして表彰されたのであるが、これまで、米国のソーシャルワーカー達は、この重要な分野における援助に失敗していたのである。

NCSW が、大会で北米原住民に関する問題を組織だててとりあげたのは、1887年8月の第14回大会 (Omaha) であるが¹⁾、その時の内容は、「アフリカ人とインディアンに対する我々の義務」とか「インディアンへの土地の配分」、「インディアンの教育」など、白人の優越感を示す恩恵的なものであった。

その時以来、北米原住民問題にソーシャルワーカー達が失敗を重ねてきた原因は、主として次の3点によるものであった²⁾。(1) 北米原住民の文化に対する理解の欠如³⁾、(2) 北米原住民に関するステレオ・タイプのイメージの保有、(3) 標準的なテクニックとアプローチの使用。

これらの失敗からワーカー達は、人種のルツボ米国における異なった文化的背景を持つマイノリティ・グループとの活動に関して多くのことを学んだ筈である (NCSW は当初マイノリティ・グループが殆ど皆無であった時から、今やその総数は構成員の40%にもなると言われている)。

つまり、異なった人種間における社会福祉の方法は、ワーカーの側の誠実さ、尊敬の念、その人々への本当の関心がある場合にのみ可能であり、ワーカーは自らの限界を認め、注意深く聴き、早急に結論を引き出さず、自らの先入観がクライアントによって訂正されることを期待することが必

1) 当時は NCSW の前身で全米慈善矯正会議 (NCCC) の時代である。なお、この名称が全米社会事業会議 (NCSW) と改名されたのは、1922年のワシントン D.C. での第50回大会からである。

2) Ronald G. Lewis and Man Keung Ho, "Social Work with Native American", *Social Work*, Vol. 20, No. 5, Sept. 1975. p. 379.

3) 彼らが秀れた文化を持っていて、米国の建国時の政治組織にもそれらが参考にされたことについては、鶴見俊輔『北米体験再考』, 1971, に詳しい。

要なのである。このようなワーカーのみがその人種に“養子縁組”を許されて、共に働けるのである。ましてや、白人の文化をそっくり模倣した自らが北米原住民であるワーカーはもはや自らの価値を認めないことにより、害以外の何物をも行ない得ないことになる¹⁾。

映画「ソルジャー・ブルー」以後、白人の方こそが侵略者であったという自覚を持つに至った米国社会は、その罪障感も手伝って今や静かなブームと言える程に北米原住民に関心を寄せ、書店の一面には北米原住民に関する書籍コーナーが置かれている所が多い。

もはや白人のワーカーが何かを為すというのではなく(つまり for the client でなく)、北米原住民自らが自らの力で自分のコミュニティを改革していく努力をなすという方向に (by the client, または from the client) 向っている。そういう中でのコミュニティ・ワークにおけるリーダーシップも、従来のような訓練されたワーカーによる資質的リーダーシップから、その地域やそれぞれの時点での分担されたリーダーシップ (shared leadership) に移行し、現在ではさらに土着的リーダーシップ (indigenous leadership) と言われるものが重視されている。

こうした中で、さらに多くの北米原住民が社会福祉の領域に参加することが望まれており、先に述べた NCSW の年次最優秀サービス賞はそれを激励したものと言える²⁾。

(2) 黒人のコミュニティ・アクション

筆者の個人的な米国についての印象を、あえて悪い面からのみ要約してみれば、米国とは競争社会、抑圧社会、差別社会、犯罪社会である。

ヴェトナム戦争後の種々の社会問題をかかえた米国社会で、真に米国の社会を変革していく力はあるもはや黒人にしかないということがしばしば言わ

れることがある。

しかも、公民権運動という政治的・法的に全国的なレベルで盛り上がる運動のみならず、建国以来の強い地方分権意識の中で各州・各都市・各コミュニティにおいて展開される草の根民主主義的な運動においても黒人の力は大きく注目されている。

表1は市政に対する人種別階層別の関心度である³⁾。これによれば、市の行なう業務に関して関心を抱いている度合は各階層において黒人の方が白人よりはるかに高く、特に上流・中流の黒人は「非常に」と「かなり」を合せるといずれも 98.8%, 90.8%という高率を示している。

表1 人種・階層別市政への関心度

階層および人種	調査グループの比率	非常に 関心がある	かなり 関心がある	あまり 関心がない
a. 上流階級の白人	16.7%	32.7%	50.0%	17.3%
b. 上流階級の黒人	2.5	45.3	53.5	1.2
c. 中産階級の白人	43.9	23.4	53.8	22.8
d. 中産階級の黒人	14.4	44.3	46.5	9.2
e. 下層階級の白人	15.1	18.7	45.6	35.8
f. 下層階級の黒人	7.4	35.5	43.3	21.2

注: a スペイン人系を除く。 b 少数の黒人以外の非白人を含む。

米国南部のブラックベルトと呼ばれる黒人密集地帯の中心地アトランタ市での別の調査によれば、関心を持つ問題別の市民団体数の比率は次の通りである (1970)⁴⁾。公民権など権利に関するプロテスト30%, 職業上の問題23%, 政府・市などの公的な計画18%, 社会福祉14%, 近隣問題9%, 投票などの政治行動6%。

次に、こうした黒人のコミュニティ・アクションがどのような理論的背景を持って実際に行動されているかを、最近のシカゴにおける研究「黒人コミュニティ・グループの戦略」から探ってみる。

シガン大学助教授の L. パリーはシカゴの貧困地区における33の黒人グループを調査し、そのコミュニティ・アクションを分析した。その際彼女は、「黒人のコミュニティ・オーガニゼーション」を「圧倒的に黒人によってコントロールされ、

1) R.G. Lewis and M.K. Hoo, op. cit., p. 382.

2) なお、1976年6月の第103回 NCSW (ワシントンD.C.) 大会では、「Advancing the Humane Society: The Unfinished Agenda of Democracy」という総テーマの下に、Edward Kennedy 上院議員、HEW 長官 David Mathews など3,000人が参加して、失業問題、国民健康保険、社会サービスなどに関して論議がなされた。

3) Frank X. Steggert, *Community Action Groups and City Governments*, 1975, p. 15.

4) Ibid., p. 29.

第2 変革に関する協調モデルと闘争モデルの特徴

協調モデル	闘争モデル
社会制度の均衡を重視 漸増していく変革 構成単位間の協力 コンセンサスに向っての一 致と説得 グループ間の関係を規定す る規則に同意 本来、社会秩序的	社会制度の不均衡に注目 根本的な変革 構成単位間の対決 変革を作り出すことを強行 グループ間の関係を規定す る規則に反対 本来、闘争的

50%以上のメンバーが黒人である、公的よりも私的に運営される自律的なグループが、黒人の全般的な福祉を改善することを第一義的な目的として黒人のコミュニティの中で行動すること」と定義している¹⁾。

この研究によれば、黒人のコミュニティ・アクションの理論的背景は社会変革に関して大きく「協調モデル」と「闘争モデル」に分けられる(表2参照)²⁾。

社会福祉、特にコミュニティ・オーガニゼーションの領域における変革モデルは、従来の協調モデルから闘争モデルに移行しつつある。ただ、両者間に急激な転回があるのではなく、ソーシャルワーカー達は前者から後者への連続線上に、その「介入の戦略」を考えているのである。

こうした二つのモデルとコミュニティ・グループの歴史の新旧との関連やそこにおけるリーダーの態度などに関して分析されるのは次のような5点である³⁾。

1 「介入の戦略」に関しては、古い組織では協調的、新しいものは闘争的である(表3参照)⁴⁾。新しいグループは「緊張関係」を創り出すことに

より、一般大衆からはラディカルと見られている。

2 古い組織の大多数のリーダー達は協調的戦略を好み、一方、新しい組織のリーダーの半数は闘争的戦略を支持する。

3 闘争的戦略への実際上の参加は新旧グループに大差はないが、それらの闘争的活動のタイプや範囲はかなりの差がある。新しい組織の方が幅が広い(例、ボイコット：新…35%、旧…7.7%、行進とデモ：新…30%、旧…15.2%、座り込み：新…40%、旧…38.5%)。

4 一般的にリーダーというものは従来の状態に留まる傾向が強く、協調的な戦略をとり続ける傾向がある。

5 闘争は過去に変革を引き起す最も効果的な戦略とは見られていなかったにもかかわらず、多くの組織によってとられている方法である。

1960年代後半頃より NASW の保守性が指摘され出して以来、NASW は貧困者、黒人、北米原住民、女性などに対し何をなし得てきたのかという批判も強く、また既存の活動団体でのリーダーの保守性も指摘される中で、ソーシャルワーカーや古いリーダーに依存しないコミュニティ・アクションが“push”というような形で高まりつつあり、従来の広義でのコミュニティ・オーガニゼーションは次第に大きく変化しつつあると言えよう。

「コミュニティ・アクション・グループと市当局」の著者、F.スタジャートは、(1)伝統的な政治制度は固定されたプロセスと伝統的な機構を持っているために、もはやコミュニティの主要なる問題を解決することができず、(2)新しい種類の“高度に信頼し合った”市民グループこそが、政治責任者と担当の役人をして都市の再開発という複雑な課題を遂行させる方法を提供できる、という報告を紹介して、これこそが「新しい市民参加」に関する総括的なメッセージであると賛辞を

表3 コミュニティ・グループの新旧による介入の戦略の差

組織の歴史	好みの戦略						実際にとった戦略					
	協調的		闘争的		計		協調的		闘争的		計	
旧	11	85.0%	2	15.0%	13	100.0%	8	61.5%	5	38.5%	13	100.0%
新	10	50.0	10	50.0	20	100.0	10	50.0	10	50.0	20	100.0

1) Lorraine R. Perry, "Strategies of Black Community Groups", *Social Work*, Vol. 21, No. 3, May 1976, p. 210.

2) Ibid., p. 211. の表を多少補筆。

3) Ibid., pp. 211~214.

4) Ibid., p. 212.

贈っているが¹⁾、この研究が多くの都市調査からなされたものであることから、このことは、今後米国の都市、地域で展開されるコミュニティ・アクションの方向を指し示すものと言えよう。

III 社会福祉方法論統合の現状と理論

米国のソーシャルワークの研究において、現在最も関心を集めているものは、この方法論統合の問題である。「統合」に対する志向は相当古くから生じていたが、1970年代に入って、それも特に73年以降その研究も理論的に急激に上昇したと言えよう。そうした動きと理論を検討してみる。

(1) 方法論統合の歴史

すでに1935年、L. メーヨーは次のように述べている。「ケースワークとグループワークの統合または結合は困難というものの、ある場合には、有能な人によって、処遇レベルでは、もはや区別できないほどに、二つの方法が融合することがあるし、そうあるべきである。」²⁾

この記述でもある程度分るように、方法論統合への志向というのはソーシャルワーカーの実際の活動の中から、自然にそして必然的に生じてくるものであって、理論の先走りでもなく、それは現実からの要請なのである。

しかし、この指摘が理論化されるまでにはその後約40年を要したのである。1950年代になって、社会状況に役立ち得るソーシャルワークという観点から、その方法の再検討がなされた際に、ソーシャルワークの本質をめぐっていくつかの「結合」に関する開拓的な研究が見られる。

特に1958年、G. ハーンは『ソーシャルワークにおける理論構築』³⁾という本を書き、その後の研究に大きな影響を与える『一般システム理論』(general systems theory)の導入をはかったので

あるが、その後63年までは、これに対する一般的な反応は殆どなく、彼自身の述懐によれば、この5年間は「孤独な時期」であったと言う⁴⁾。

しかし、この頃、個々の方法論の分野で、例えばグループワークのW. シュワルツは、1961年に、「集団の中の人々と働くソーシャルワーカー」という考えに基づいてソーシャルワーク実践の共通要因を探するという基本的な作業を始めていた⁵⁾。その後、シュワルツにとっては、「ソーシャルワーク実践の一般理論」(general theory of social work practice)の中にグループワークをどう位置づけるかが最大の課題となった。

1966年、ハーンはカナダと米国の社会事業大学院35校を選んで、この「一般システム理論」または「一般システム・アプローチ」を使用している研究者の調査を行なった。これによると、68人の回答の中で半数がそれを使用し、残りの半数は概念としてシステムを用いていることが明らかになった。

1967年、こうした中で、R. スモーリーが『ソーシャルワーク実践のための理論』⁶⁾を表わしたが、それに刺激されて social work practice という科目を設置する大学が増加し始めたことに注目した全米社会事業教育会議(CSWE)は、1968年のミネアポリスにおける年次総会で、「一般システム・アプローチ」に関する丸一日をかけたセミナーを開催し、250人の研究者を集めた程であった⁷⁾。

これ以降、社会福祉方法論統合への関心は全米的なものに拡大していくこととなる。

(2) 理論形成の3段階

方法論が現在のような「統合」の段階に至るまでには、次のような三つの段階があった。

- 1) F. Stegert, op. cit., p. 81. 彼は元シカゴ大学、ウィスコンシン大学などの教授で、現在、レンセラー都市・環境研究センターの教授。また「ミルウォーキー・コミュニティ・アクションおよびモデル都市計画」会長。
- 2) Leonard Mayo, "What May Institutions and Group Work Contribute to Each Other?", *Proceedings of the National Conference of Social Work*, 1935, p. 336.
- 3) Gordon Hearn, *Theory Building in Social Work*, 1958.

- 4) Gordon Hearn, "General Systems Theory and Social Work", Francis J. Turner ed., *Social Work Treatment ... Interlocking Theoretical Approaches*, 1974, p. 361.
- 5) William Schwartz, "The Social Worker in the Group", *The Social Welfare Forum*, 1961, p. 50.
- 6) Ruth Elizabeth Smalley, *Theory for Social Work Practice*, 1967.
- 7) その時の報告書は次のものである。The General Systems Approach: Contributions Toward an Holistic Conception of Social Work, 1969.

第一段階：方法論併用の時代

60年代後半までは社会事業大学院に入学する学生は、ケースワーク専攻とかグループワーク専攻などとはっきり分けられていたのであるが、実際の現場では伝統的な三つの方法のいずれもが必要とされる場合が多かったため、「集団と働くケースワーカー、個人と働くグループワーカー、個人と集団と働くコミュニティ・ワーカー」¹⁾ という形をとることが現実からの要請となった（現時点における日本での、精神障害者のためのデイ・ケア、障害者のための作業所開拓、問題児を支える児童指導員の仕事など、すべてこれに該当する）。

第2段階：方法論の「結合」

これは、「結合された方法」(combined method)とか、「複合方法」(multi-method)とか表現される次の段階の方法である。これには種々の形式がある。

スモーリーは、ケースワーク、グループワーク、コミュニティ・オーガニゼーションをクライアントに直接到達する方法として、これを「第一次プロセス」(the primary process または method)と呼び、またスーパービジョン、アドミニストレーション、調査、ソーシャルワーク教育を「第二次プロセス」(the secondary process)と呼び、それぞれ同一のコンテキストの中で発展してきた方法であると把握した²⁾。

また、J. ウィタカーは好評なテキスト『ソーシャル・トリートメント』を表わし、個人・家族・小集団を扱う方法をマイクロ・システムまたはミクロ的介入 (Micro Intervention) と呼び、組織・コミュニティ・社会を扱う方法をマクロ・システムまたはマクロ的介入 (Macro Intervention) と呼んだ³⁾。

ウィタカーはさらにすべての直接的処遇方法を「ソーシャル・トリートメント」という「古くて新しい援助方法」⁴⁾ の名称で表現した。

彼によれば、それは次のように定義される。

- 1) Allen Pincus and Anne Minahan, *Social Work Practice: Model and Method*, 1973, p. xii.
- 2) R. Smalley, op. cit., p. 17. and p. 44.
- 3) James K. Whittaker, *Social Treatment... An Approach to Interpersonal Helping*, 1974, pp. 43~45.

「ソーシャル・トリートメントとは、個人・家族そして小集団が彼らの社会的機能を発展させ、社会問題に対処し得るように援助するために、直接的・間接的な介入の戦略を用いる人間相互間の援助への一つのアプローチである。」⁵⁾

この第2段階はいずれにしても、従来の伝統的三方法の区別を維持しつつも、それらの共通の技術・概念・原則などを探り、実践の共通基盤を求めようとする段階であった。

第3段階：方法論の「統合」

この段階は、「統合されたアプローチ」(integrated approach)とか、「ジェネリックなアプローチ」(generic approach), 「統一的概念」(unitary concept)⁶⁾, または従来からの「全体的アプローチ」(holistic approach) などと呼ばれる段階である。

その名称からも分るように、これらのアプローチは第2段階とは全く異なった新しい次元での統合の模索を試みた方法である。それらの中より、代表的な理論のいくつかを紹介しつつ、現段階での統合の様子を次に考察する。

(3) 現在の統合理論

現在、米国では統合理論に関するすぐれた業績が続出しているが、その中で特に三つの統合理論の中から、関心を惹く部分を紹介しつつ、統合理論の全体像を把握することとしたい（この三つ以外にも注目すべきものとしては H. M. パートレット⁷⁾や、H. ゴールドシュタイン⁸⁾のものがある）。

a. システム論の基本的概念と可能性

……B. R. コンプトンおよびB. ギャラウェイ
統合の概念的枠組を与えるものとしてのシステム論への注目は既に述べた。コンプトンとギャラ

4) Ibid., p. 48. なお筆者の調べた範囲では、最初に "social treatment" が公式の場で論議されたのは 1924 年の第 51 回 NCSW トロント大会で家族福祉協会の Mary Brisley の発表の時である。

5) Ibid., p. 49.

6) Cf. Howard Goldstein, *Social Work Practice: A Unitary Concept*, 1973.

7) Harriett M. Bartlett, *The Common Base of Social Work Practice*, 1970.

8) H. Goldstein, op. cit., 1973.

ウェイはシステム論は従来分断して考えられていたものを相互関係にあるものとして捉え直すことにより、社会福祉専門職の機能に有効な知識を組織化するものであると評価する。

つまり、従来の分析的方法は全体的の一部としてのみ観察可能な現象を、各部分に分断してしまうことによって、人間と環境との相互作用という見方ができなくなるようにし、結局そのいずれかに重点を置いて社会福祉の諸現象を理解するというような方向に研究者やワーカーを導いて来たのである。

問題解決のためには、それら分断されたものの境界を越えることが必要であり、そのためにシステム論は組織化された知識を与える。しかし、システム論そのものに知識があるわけではなく、それは一つの道具にすぎない。

システム論理解の困難さは一般のソーシャルワーカーにとって見慣れないその単語の難解さにある¹⁾。その中で特に中心的な概念は、「開かれたシステム」、「境界」、「緊張」、「フィードバックと合目的なシステム」、「変化と安定」などである²⁾。

次に、コンプトンとギャラウェイが主張する¹³点に及ぶシステム論の持つ可能性（潜在的な価値）を筆者なりに要約する³⁾。

- 1 分析的モデルより多くのデータを扱い得る。
- 2 システム論の概念は幅広いクライアントに適用し得る。
- 3 社会問題に関係ある多くの諸要因を捉える枠組が得られる。
- 4 ソーシャルワークで長い間の論点であった人間と環境の問題に相互関係を見出す。
- 5 システム論によって、自己主導的行為を行なう存在として捉えられている人間は、環境を変革する。環境を人間に適応させるのである。
- 6 因果関係と変化の可能性についての見解を変える。変化の過程にクライアントが参加する。

1) システム論を社会福祉に持ち込んだ G. ハーンは、特に社会福祉実践者に対して、それをいかに教えるかという一節を書いている程である。F. Turner, op. cit., pp. 361~363.

2) Beulah Roberts Compton and Burt Galaway, *Social Work Processes*, 1975, pp. 60~66. なお、この書物は米国の大学院でのテキストとしてよく使用されている。

3) Ibid., pp. 66~67.

7 制度の持つ目的をワーカーの考察の中心にする。

8 ワーカーの主要な機能は、すべての人に相互変化の機会を与え、それを維持することであることを明確にする。

9 ワーカーをして、孤立に向っている住民と制度に対する関心を抱くようにしむける。

10 開かれたシステムには変化と緊張が本来的なものであることにより、緊張や闘争は病的であるという観念を変える。

11 ワーカーの関心が、クライアントの権利および社会システムの境界を越えることにあることを自覚させる。

12 変化がシステムの一部であるという認識は、クライアントの相互作用へのワーカーの介入は衝撃であることをワーカーに自覚せしめる。意味ある変化を与えるようなシステムの全体を変えようとしてはならない。介入のポイントを選ばなければならない。

13 ワーカーとクライアントを同一の相互作用の場に置く。ワーカー自身がソーシャル・システムの構成要因である。

b. 統合理論の研究方法及び実践におけるワーカーの機能と基本的技術

……A. ピンカスおよびA. ミナハン

統合理論の研究において、広い全体的な視野に立って、ソーシャルワーク実践の枠組を考察し（第一章）、実践への技術の適用に配慮し（第二章）、統合の事例をも三点に精選して記載（第三章）したことによって、極めて評価が高いのが、この『ソーシャルワーク実践……モデルと方法』である。

イ 研究方法

ピンカスとミナハンは最初、伝統的な三方法(CW, GW, CO)に共通する要素を知識・技術・価値などから引き出して、三つの方法に適合する一般原則を発見し、一つのモデルを作り上げようとしたのであるが、それらの伝統的方法に含まれている強力な既存の思考法から離れて、新しく考えることが非常に困難であることを悟り、それらの共通の核を発見する作業を放棄した。そして、次にとった新しい研究方法は次のようなユニークな

観点に立っていた¹⁾。

1 この新しいモデルは次のような二分された用語によって概念化を進めることを避けなければならない。……人間と環境、臨床的実践とソーシャル・アクション、マイクロ・システムとマクロ・システム（これは明らかに第2段階を越えるものである）。

2 このモデルは、変革への努力を試みている種々の人々と共になすべき課題がワーカーにあり、それらの人々との関係を保っているという事実と責任を持ち得るものでなければならない。

3 ワーカーは異なった規模とタイプの諸システムを通してクライアントを援助するが故に、このモデルによる実践の方法はいかなるシステムの一つだけに結びつくものであってはならない。

4 このモデルは独立した理論、例えば学習理論、自我心理学、コミュニケーション理論など、の一つだけに基礎を置くことがあってはならない。

5 このモデルは種々の変化に富む状況や背景においてなされるソーシャルワークを分析するのに適すると共に、非常に特殊なレベルでのソーシャルワーカーの技術・課題・活動に対しても責任を持つものでなければならない。

これらの研究の原則に加えて、ピンカスとミナハンは特に三点の研究の要点を考えていた²⁾。それは、(1)この理論構築は「目的の定まった、意図された変化のプロセス」としてソーシャルワークを見るという観点から導き出されるものであること、(2)他の人間サービスの専門職の中で、ソーシャルワークに独自の位置を与えるためになされるソーシャルワーク実践の基盤の再形成であること、そしてその基盤はゼネラリスト、スペシャリストの双方に与えられるものであること、(3)この理論は、「中範囲のモデル」であり、概念やテクニックを教える場合と、ワーカーが「変化を起させる人」(change agent)として、その行動を分析する場合に、充分に有効であるために、“スペシフィック”であると同時に、多くの状況に応用できるよう充分に“ゼネリック”であることを目

指すこと、そのために上記の研究方法4の立場をとりつつも、このモデルの諸要素を組織化するためには「一般システム・アプローチ」を用いること、などであった。

□ ソーシャルワーク実践における4つのシステム³⁾

ワーカーは、いかなる変革の努力においても彼と共にある人(対象)を、次の4つのシステムの一つまたは二つ以上に属するメンバーとして分類することによってワーカーの目的と彼らとの関係を明確にすることができる。その要点のみを略記する。

(1)「変化を起こさせるもの」としてのシステム(change agent system)……ワーカーは組織・機関によって「変化を起こさせる人」として雇用される援助者の全体を指す語である。

(2) クライアント・システム……ワーカーの援助を要請するクライアントはまた、ワーカーのサービスを承認した上で、「契約」⁴⁾(contract)に基づいて、ワーカーにサービスを果させる存在でもある援助を受けるシステム全体を指す。

(3) 標的システム(target system)……先の「変化を起こさせる人」が彼の目標を達成する際に、変化を起こさせ影響を与える人々を「標的」と呼称する。

(4) 活動システム……ワーカーが変革努力という目標を達成し、課題を成就する際に、ワーカーが協力する人々の全体を活動システムという。活動システムの目的は潜在的なクライアントまたは実際のクライアントに影響を与えることである。

ハ 介入活動(intervention activities)の7つの機能

この実践においてワーカーが達成しようとする機能は次の7点である。

(1) 人々をして彼ら自身の問題に対処する(coping)能力を強化せしめ、それを効果的に用い

3) Ibid., p. 53~63.

4) 「契約」という概念は今日の米国のソーシャルワーク理論の中で非常に重要な位置を占めている。その意義の一端については、秋山智久、「ソーシャル・グループワークの新しい方向——米国における五つのモデルを中心に——」、『ソーシャルワーク研究』Vol. 1, No. 4, 1975, p. 9. 参照。

1) A. Pincus and A. Minahan, op. cit., pp. xii~xiii.

2) Ibid., p. xiii.

るように援助すること,

(2) 社会資源の存在を知らない人々に資源と
の間の最初のつながりを形成すること,

(3) さらに, 人々と資源との相互作用を促進
すること,

(4) また, 資源を利用している人々との相
互作用も促進すること,

(5) 社会福祉政策を発展させ, 修正すること,

(6) 物質的な資源を配分すること,

(7) 逸脱行動や他の人々からの害をコント
ロールすること。

ニ ソーシャルワーク実践の基本的技術

実践に必要な技術を列挙すれば, 次のような
八点となる¹⁾。

①問題を査定する技術, ②データの収集の技術,
③クライアントと接触する技術, ④契約交渉の技
術, ⑤活動(システム)の形成の技術, ⑥活動(シ
ステム)の維持と調整の技術, ⑦影響を与える技
術, ⑧変革努力を終結する技術。

ホ このモデルに使用されている概念

一般システム理論に基づいて実践のための一つ
の準拠枠を構築しようとしたこのモデルを理解す
るために, このモデルが使用している概念・用語
の一部を大まかではあるが, 三つに分類して列挙
してみることとする。

① 価値と目標に関して……標的, 課題, 目的,
自己決定, 問題解決, 変革努力, 影響, 報償と罰,
価値と知識, 価値と態度の葛藤, 価値のジレンマ,

② プロセスと技術に関して……関係, 戦略,
介入, 弁護, 調整, 契約, 操作手続き, 相互作用,
意思決定, コミュニケーション, 情報, 説得・変
化の動機づけと抵抗, 評価, 終結。

③ ワーカーに関して……ワーカーの属性・機
能・権威・地位・役割。

最後にこうした「全体的なアプローチ」が, 具
体的にワーカーをどう把握しているかを見てみよ
う。

c. 実践におけるワーカーの役割と原則

……R. ミドルマンおよびG. ゴールドバーク

実践への「構造的なアプローチ」(a Structural
Approach)をとるといふ彼らの方法を, 彼らはま
た「新しいミクロ・レベルの実践モデル」とも呼
んでいる²⁾(この表現の限りにおいては, ミナハ
ンらの研究方法²⁾と異なっている)。

ところで彼らが使用している「サービス配達」
(service delivery) という用語は経済における生産,
分配, 交換, 消費などの概念と社会サービスとを
関連させて用いられたものである³⁾。

比較的短かいソーシャルワークの歴史は統一に
よるよりも「多様性」によって特徴づけられてき
た。そこには, 異なった分野における異なった実
践や考え方があった。例えば, MSW 対 PSW 対
児童福祉のソーシャルワーク とか, CW 対 GW
対 CO とか, 機能的 対 診断的 対 問題解決的と
か, リハビリテーション 対 社会化 対 再社会化
対 教育 対 ソーシャル・アクションとかいったも
のである⁴⁾。これらのうちの一つへの固執は現場
においては, あることには熟達をしながら他
のことには全く無知であるというような状態を作
り出してしまふ。ニードに対してクライアント中
心主義でなく, 筆者の言い方によれば, 「ワーカ
ー中心主義の技術的援助」によって, 相手のニード
と関連なく, とにかく自分の使用できる技術で
クライアントをとり扱おうとするわけである。

そこには専門職としてのアイデンティティが全
く欠如しているのであり, そのことの反省から
“ゼネリック”な方法を求め, 「一つの単一な社会
福祉専門職」(a single social work profession) を
追求しようとする関心が生じてきたのである⁵⁾。

イ ワーカーの実践に関する原則

こうした考察の中で, ミドルマンとゴールドバ
ークはワーカーの実践に関する共通な四つの原則
を主張した⁶⁾。

① ワーカーはクライアントに責任を持たなけ
ればならないという原則。クライアントのニード
に対応して生ずるワーカーとクライアントの課題

2) Ruth R. Middleman and Gale Goldberg, op. cit., p. 6.

3) Ibid., p. 3.

4) Ibid., p. 17.

5) Ibid., pp. 17~18.

6) Ibid., p. 32. and after.

1) A. Pincus and A. Minahan, op. cit., p. 98 and Part II.

は、双方の間に契約を結ばせる。

② ワーカーはクライアントの課題から生じてくる要求を追跡していかなければならないという原則。

③ ワーカーはクライアントの環境におけるサポートを最大限に利用しなければならないという原則。そこではワーカーが援助過程の中心的位置を占めてはいけない。また、既存の構造を修正することも必要とされる。

④ ワーカーは可能な限り争いのない状況は何かという仮定から出発しなければならないという原則。ワーカーの介入をも含めてクライアントにとって最も抑圧のないのはどういう状態かという考察が求められる。

□ ワーカーの役割

こうした原則に従って、特に②のクライアントの持つ課題によって、ワーカーは次のような四つの役割を使い分けることが必要となる。

① 仲介者 (broker)……クライアントに地域の社会資源を単に仲介する役割。

② 媒介者 (mediator)¹⁾……ニードと機関のサービスを媒介すると共に、不足な部分を機関に働きかけることにより、双方の自己実現をはかろうとする役割。そこでは、葛藤の状況にある二つのものの共通基盤やそれを不明にしている障害を発見することが課せられてくる。

③ 弁護者 (advocate)……ソーシャルワーク実践において、常にクライアントの権利を擁護するように弁護する役割。

④ 相談参加者 (conferee)……ワーカーが専門

1) この概念を最初に使用したのは、先に述べたW. Schwartzである。これに関する彼の見解については、秋山前掲論文、p. 10. 参照のこと。

教育と経験による特定の知識と技術を持ち寄ると同様に、クライアントも自らの生活状況で得た特定の知識を持ち寄り、共同してクライアントの体験している抑圧状況を軽減するように相談するという、相互依存とパートナーシップの関係における役割。

先に述べた実践の原則④に従って、③よりは②の役割、②よりは①の役割が望ましいということになる。例えそれが進行する場合にも速度が遅い方が良いとされる。

以上、種々ある方法論統合の理論のうち、一応代表的と思われるものを選んで、理論形成の様子を検討してみた。「統合」が現実からの要請であるとしても、日本の現実これら理論がいかに適用できるかが残された課題と言えよう。

※

※

これまでにとり上げてきた3点の問題以外にも、検討すべき多くの重要な項目が存在している。特に40年を経た社会保障法のその修正過程と現在の問題点²⁾や、社会福祉専門職の非専門職化と福祉教育の今後³⁾や、実践における行動変容 (Behavior Modification) の評価、独身者にも可能となった養子縁組、福祉施設におけるノーマライゼーションとインテグレーションなど、とらえるべき課題は多い。それらの今後の研究が待望される。

(1976. 7. 26)

2) Cf. Wilbur J. Cohen, "The Social Security Act 1935 to 1975: Forty Years of Progress", *Public Welfare*, Fall, 1975, Vol. 33, No. 4, p. 6.。最近の社会保障の概観としては、藤田貴恵子「大統領の社会保障・公的福祉構想〈アメリカ〉」、『生活と福祉』1976年6月, No. 242, p. 16. がある。

3) このことに関しては、一応筆者なりに次の小論を書いていた。秋山智久「米国における社会福祉専門職の現状と展望——非専門職化の流れの中で」, 弘済会館『社会福祉研究』第17号, 1975, p. 80.

社会保障における女性の地位に関する 予備的考察 (その1)

都 村 敦 子

はじめに

昭和50年の国勢調査によれば、わが国の15歳以上の女子人口は4,352万人であり、そのうち未婚は933万人(21%)、有配偶は2,776万人(64%)、夫との死別は552万人(13%)、夫との離別は91万人(2%)である。労働力状態をみると、就業しているものは15歳以上女子人口の45.2%であり、失業者は0.8%、非労働力人口は54.0%を占めている。

15歳以上女子人口の約8割が既婚者であるが、女性は結婚することによってもろもろの危険に対する防衛の第一線としての家族関係をもつことになるが、そのため新たな各種の危険にもさらされることになる。他方、この種の防衛線をもたない単身の女性の場合には、もろもろの危険がじかにふりかかってくる。

社会保障に対するニーズは個人や家族の生活周期に対応して変動する。女性は男性とは異なる生活周期をたどり、女性には社会保障に対する女性に固有のニーズがある。一般に多くのニーズが生まれ、またニーズとして把握される状況は社会環境とも深い関連をもっており、変化してきている。福祉政策はそれらニーズに応じて変化しなければならない。人口動態の変化や経済・社会の変動に対応して、女性のもつニーズは社会保障システムの中に十分とり入れられているであろうか。社会保障とは社会がしかるべき組織を通じて、その構成員がさらされている一定の危険に対して与える保障であるとするならば、その保障は性別に関係なく、それぞれのニーズに基づいて与えられなければならない。

女性が社会保障の体系の中にとり入れられるようになったのはいつからであり、またいかなる理

由によったのか。女性が福祉政策の対象としてとりあげられるようになった経緯を知ることには大変興味があると同時に、それはまた、現在福祉政策が直面しているいくつかの問題にアプローチするための予備的知識として不可欠であろう。本稿は、社会保障の発展の歴史の中でその経緯をおおまかに把握し、社会保障における女性の地位を検討するための糸口をさぐることをねらいとする。

本稿では試論的に、女性が社会保障システムの中に組み入れられてきた発展の過程を次の3段階に区分する。

第1は、職業をもつ女性が被保険者本人として、あるいは妻が被保険者である夫の被扶養者として、個別の制度の中に組み入れられてきた段階である。

第2は、すべての人を平等にとり扱うという原則のもとに、全国民に対する適用という形で、それまで不平等に扱われていた女性を社会保障システムの中にとり入れ、社会保障に対する女性のニーズが一応考慮され始めた段階である。

第3は、社会保障における女性の独立かつ平等な権利および給付が要請され、女性を社会保障の中でどのように位置づけていくべきかが再検討されている段階である。

I 第1段階

社会保険の発達の段階を適用対象の面からみると、まず被用者の一部に適用され、つづいて被用者全体に適用され、つぎに就業者の全部に拡張され、その後全国民が対象とされてくる。最初の段階では、被用者中心に組織化が進められるが、同時に社会保険創設当初から、あるいは厳密に言えばそれ以前から、あるリスクに対しては被用者

の妻に対する保護も考慮に入れられていたのである。被用者である夫が死亡した場合に、妻に援助を与える必要があることについては古くから承認されていた。

ヨーロッパに大規模な社会保険制度が創設される以前に、官吏、坑夫、船員などのために古くから相互援助の組織が存在しており、それらの組織では、たとえば労働者の家族には寡婦給付や孤児給付¹⁾の支給も行なわれていた。

社会保険の歴史は、このような労働者の相互扶助の組織に保険技術を取り入れて、1883年(明治16年)にドイツでビスマルクによってつくられた疾病保険法(実施は1884年より)に始まるといわれる²⁾。これは労働者に対するいわゆる「飴と鞭」の政策としてよく知られるところであるが、社会保障における女性の地位をとりあげる際、この疾病保険に関して特筆すべきことがある。今日、出産給付はあらゆる強制的医療保険に結びついており、1883年のドイツ疾病保険法にすでに出産給付ならびに家族給付が含まれており、そこでの導入は、社会保険というのは個人の福祉だけでなく、家族の福祉にも関連するものであるということをはじめて、しかも明白に主張したものであったということである³⁾。すなわち、この疾病保険では、被保険者には法定給付として、療養の給付、疾病手当金、入院料が支給されたが、特別保険料を支払う場合には家族にも療養費が支給された。さらに付加給付として、6ヵ月以上疾病金庫に加入していたものについては、出産前後6週間出産手当金を支給するほか、出産の処置、助産婦の費用を支給し、また被保険者の扶養家族で保険に加入していないものにも療養や薬剤を給付し、また被保険者の妻や子が死亡した場合には死亡手

当金を支給することが規定されている⁴⁾。

1883年のドイツの疾病保険法は、1883年から1930年にかけて主としてヨーロッパにおいて築き上げられた社会保険の発展に大きな影響を与えた。社会保険の諸部門が制度化されていった順序にしたがって、女子の適用の過程を概観してみよう。

第1に、労働者災害補償について。まず産業災害に対する使用者責任の原則が基礎になって労働者災害補償法が制定された。ドイツでは1884年に災害保険法案が成立し、翌年から実施されたが、業務上の災害により夫が死亡した場合は、妻には終身または再婚まで、子どもには15歳になるまで年金が支給された⁵⁾。

イギリスでも1897年に労働者災害補償法が制定され、その後適用範囲が拡張され、1906年の法律では、死亡した労働者の寡婦および被扶養者に対しても補償の受給権が与えられた。

最初は労働者補償の範囲は災害の危険のもっとも大きい工場や鉱山に限られていたが、まもなくすべての被用者を含めるように主張されはじめた。労災法の適用業種に働く女子は、当然適用者となっており、たとえばドイツ災害保険では1909年における被保険者2,400万人のうち約4割が女子であった⁶⁾。

第2に、疾病保険について。家族に対するソーシャル・ポリシーとして最初に関心が向けられたのは、母親と子どものメディカル・ニードに対して給付を行なうことであった。すなわち、社会保険が家族福祉にもっとも大きく貢献したのは医療の分野においてであった。

前述のようにドイツでは1883年に疾病保険法が成立し、出産や家族の給付を規定したが、イギリスでも1911年に国民保険法が生まれた。両制度とも、被用者である女子は被保険者となり受給資格を得たが、家族の療養費については、健康保険を行なう認可組合の付加給付としてのみこれを認めた。

その後、第1次大戦と第2次大戦の間に、ヨー

1) 近藤文二『社会保険』昭和38年、岩波書店、p.98、ドイツにおける1854年の坑夫共済金庫の給付参照。

2) 以下、ヨーロッパにおける社会保険の発達に関しては、主として ILO, *Approaches to Social Security*, 1942. (塩野谷九十九、平石長久訳『ILO. 社会保障への途』昭和47年、社会保障研究所) および W. Beveridge, *Social Insurance and Allied Services*, 1942 (山田雄三監訳『ベヴァリッジ報告 社会保険および関連サービス』昭和44年、至誠堂) に負うところが大きい。

3) ILO 前掲書 p.59.

4) 近藤文二、前掲書 p.119 参照。

5) 近藤文二、前掲書 p.124 参照。

6) 近藤文二、前掲書 p.123 参照。

ロッパの制度の大部分は当然のこととしてその医療給付を被保険者の妻や扶養の必要な子どもたちにまで拡張した。これらの家族給付は単に選択的または付加的性質のものであることをやめて、法定給付となり、かつ普遍的なものになった。しかし、それらは原則として、被保険者自身に与えられるものほど種類も継続期間も十分ではなかったが、これら適用拡大によって国民の大多数が、組織化されたメディカル・ケア・システムの中にとり入れられていったのである。強制的疾病保険の主たる目標は、労働者とその家族の健康のスタンダードを改善し、それによってその将来における責任を軽減することにあるということが次第に理解されてきたのである。

特に第1次大戦によるマンパワーの喪失と出生率の低下の結果、人口問題に関心が寄せられ、出産に関連した立法が多くの国で最初に導入された。疾病保険は女子被保険者の分娩時の医療給付ばかりでなく、出産前のケア、母親および新生児の医療的管理を含むようになってきた。そればかりでなく、疾病保険が家族の医療ニーズにそなえるための第一歩をふみ出したのは、被保険者の妻のためにも出産給付を支給するという形においてであった。

イギリスの国民保険法(1911年)では、被保険者である女子——既婚であると未婚であるとを問わず——の分娩にあたって30シリングの出産手当が現金または現物で給付されることになったが、被保険者の妻に対しても同様の給付が与えられることになった。この給付は Money によれば、イギリスの立法において、いまだ生まれない子どもに対して国家が負う義務を正当に承認した最初のものといわれている⁷⁾。

通常、出産給付は、(i)賃金取得者である女子に対しては、一定期間の現金給付と医療とを含み、また(ii)賃金取得者の妻に対しては、現金給付を除き医療のみが支給されている。その支給期間は、主として女子に出産前後一定期間仕事を休む

ことを要求し、あるいは承認する法定規定によって決定される。第1次大戦後1919年の出産条約で採択された出産現金給付の国際水準は、母親と子どもに対して産前産後各6週間にわたって、十分かつ健康的な生活を維持するに足るものであるべきだとしている。この標準はその後設立された事実上すべての疾病保険制度で採用されている(ソ連では産前産後各8週間となっている)。

第3に、年金保険について。その基礎になったのは、官吏や鉄道のような安定した大企業の被用者の退職基金および坑夫や船員の年金制度であった。世界ではじめての労働者年金保険は、1889年にドイツで成立した老廃保険法(1891年より実施)である。これは最初から16歳以上の労働者は男女を問わず、ほとんどすべての事業について、その加入を強制するというものであった。さらに1911年には、それまで実現されていなかった遺族保険すなわち寡婦や遺児の年金をとり入れたドイツ国民保険法がつくられ、社会保険法規の統合がなされた⁸⁾。

19世紀末から20世紀初めにかけて貧困な高齢者のための無拠出年金がデンマーク(1891年)をはじめいくつかの国で始められた。これは人道主義的措置として導入されたのであった(それまでは救貧扶助をうけたものはそれを返済するまで選挙権が奪われることになっていた)。イギリスでも1908年には老齢年金法(無拠出)が通過し、70歳以上の高齢者に資力調査を条件として年金が支給されることになり、1909年3月までに約50万人が新しい年金を受給することになった。この法案の通過によって、救貧法からの最初のそして真の離脱が起ったといわれる。その後1925年にははじめて拠出制年金制度が実施されたが、夫が死亡した場合、寡婦あるいは子ども(母のいない場合)に年金が支払われることになり、また1928年からは65歳に達する被保険者に年金が支払われることになった。被保険者の妻は、夫の保険の随伴者として、彼女が65歳に達したときか、または夫が65歳に達したときに年金が支給されることになった。

当初の年金保険においては、年金の支給開始年

7) M. L. G. C. Money, *Insurance versus Poverty*, 1912.
小川喜一『イギリス国営医療事業の成立過程に関する研究』
昭和43年、風間書房、p. 108 による。

8) 近藤文二、前掲書、p. 126~127。

齢は、ほとんどの制度で65歳と決められていたが、いくつかのヨーロッパの俸給取得者のための制度やベルギーおよびイギリス（1940年）の一般的な制度において、女子のための年金支給開始年齢が65歳から60歳に引き下げられたことによって、女子が男子よりも早い年齢で職場を去るという事実が知られるようになってきた。

被扶養者に対する取り扱いとしては、1人以上のものの生活が支えられなければならない場合に廃疾年金および老齢年金が少なすぎる状態を救うために、扶養手当を支給する国の数が増加した。イギリス、ニュージーランドおよびデンマークでは、老齢年金受給者の年をとった妻に対しては年金それ自体の額に等しいか、ほぼそれに近い扶養手当が支給され、ベルギーやフランスでは老齢年金にも当然のことながら家族手当が加えられるようになった。

寡婦に関しては、ベルギーのみが無条件の寡婦年金を支給していたが、通常は寡婦が年金をうけるには労働不能であることを証明するか、あるいは年金受給年齢——ほとんどの場合60または65歳、ソ連では55歳——に達していなければならなかった。

第4に、失業保険について。失業は強制保険によって適用される社会的リスクのなかで最も遅いものである。その理由の一部は、失業が保険の対象となりうるリスクであるかどうかについての疑いによるものであった。

1911年のイギリスの国民保険法は第I部健康保険、第II部失業保険から成り、この失業保険は世界ではじめて実現されたものであった。適用の範囲は、建設、土木、造船、機械、製鉄、車輛などに限定され、疑わしきリスクは排除するとして、たとえば既婚の女子の多い業種は排除していたが、1920年に範囲を拡大した。創設当時、給付額は男女ともに同額であったが、1920年に格差が設けられ、1921年には妻や子に対する扶養手当がはじめられた。

多くの制度において、このような扶養手当は失業給付に付加するものとして導入されるようになり、若干の制度では扶養手当の額が大きく、大

家族の場合は主たる給付よりも多いことさえあった。

以上、主として1883年から1930年頃までのヨーロッパにおける社会保険の創設から適用の拡大の時期をとりあげたが、つづいてわが国の場合を概観してみよう。

第1に、健康保険について。わが国の社会保険において女子被保険者の適用および家族給付の導入が行なわれたのは健康保険が最初であった。

わが国の健康保険は大正11年4月22日に制定され、関東大震災のため法制上の準備がおくれ、昭和2年1月1日から実施された⁹⁾。わが国最初の社会保険である。ビスマルクの疾病保険実施に遅れること43年である。適用の範囲は全国の工場鉱山などの現場労働者であり、保険給付は被保険者の疾病、負傷、死亡および分娩に関して行なわれた。すなわち、工場鉱山などで働いている女子は最初から被保険者として適用され、男子と同様に療養の給付または傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金などを支給された。当時は紡績および製糸業などの被保険者の割合が多数を占めていたため、制度創設当時の被保険者数の男女比は52対48であり¹⁰⁾ほぼ相半ばしていたが、昭和6年頃より男子のウエイトが急激に増加し、11年末にはほぼ3対1に近い割合となり、26年末には4対1と著しく女子の割合が減少した。このことはわが国の産業構造の軽工業から重化学工業への変化を反映するものである。

昭和2年から実施された健康保険は適用範囲が限られていたが、保護の範囲を拡張することについては制度創設の当初から議会の決議その他によって要望されていた。昭和初期の慢性的不況はとりわけ農山漁村に強いショックを及ぼし、農村における家計の医療費負担の軽減が端著となって、昭和13年に国民健康保険が創設された。健康保険はドイツの制度を基礎として被用者を対象としたものであったが、国民健康保険は農山漁村の住民および都市の中小商工業者を対象としたわが国独

9) 健康保険の歴史については、厚生省保険局編『健康保険30年史』上下、昭和33年、社会保険協会連合会を参照。

10) 健康保険の被保険者数（男女合計）は昭和元年度末は194万人、11年345万人、26年は705万人であった。

特の制度であった。ついで昭和14年には健康保険を職員階層にも適用するため、職員健康保険がつくられ、同時に健保における家族給付も創設された。昭和15年6月1日より健保において家族給付が任意給付として開始され、また被保険者の配偶者にも分娩費が支給されることになった。健康保険における家族給付がはじめて法定給付になったのは昭和17年の健保法改正(実施は18年)のときである。このとき職員健保は健康保険に吸収され、家族給付を法定給付とし、その内容についてかなりの改善が加えられた。保険料を増徴せずに、家族給付の創設を行なうことができたのは、軽工業から重工業への産業構造の転換に伴う男子被保険者の急増を背景として、保険財政が潤沢であったことによる。家族給付が導入されて以来昭和48年の改正にいたるまで実に30年間、家族の給付率5割は不変のまま続いたわけである〔家族給付の法定化された1942年(昭和17年)は英国でベバリジ報告が出された年である〕。

第2に、年金保険については、昭和14年に船員保険法の制定により、わが国最初の年金保険が実施された。そしてこれが契機となって、昭和16年に労働者年金保険法が制定され、17年から実施された¹¹⁾。これは老齢、廃疾、死亡および脱退を保険事故とするものであるが、この制度は戦時下における生産力拡充の要請に基礎をおき、労働力の保全強化および産業能率の増進を主たるねらいとするものであったといわれる。したがって強制被保険者の適用範囲も従業員10人以上の工場鉱山などの男子の現場労働者に限定された。女子および職員および10人未満の事業所の労働者は任意被保険者とされた。女子は勤続期間の短いこと¹²⁾、職員は労働者との身分上の相異から、また10人未満の事業所は被保険者および事業主の保

険料負担能力の点から強制被保険者の範囲から除外された。しかしこのように強制被保険者の範囲を限定したことについては保険制度調査会において追求されることになり、適用範囲を速やかに拡張すべきという希望決議が設けられた。なお遺族年金はわが国の社会保険としては初めての制度であるが、それは10年の有期年金とされた。被保険者期間20年以上のものが死亡したとき、その遺族に対して10年間遺族年金が支給されるというものである。

労働者年金保険は昭和19年には法律改正され、厚生年金保険と名称も改められ、被保険者の範囲を拡張し、職員階層や女子などすべての労働者に適用された。当時の記録によれば、女子を強制被保険者とすることについては多くの迂余曲折を経たが、女子の産業部門への大量進出と相まって女子の保護の立場からも適用範囲拡大の要望が強くなり適用にふみきらざるをえなかったという。昭和19年6月には220万人の女子従業員が被保険者となった。女子が年金保険に適用されるようになった昭和19年には被保険者数の男女比は73.1対26.9であったが¹³⁾、昭和30年には女子の占める割合が30%をこえ、近年はほぼ3対1である。

なお、適用範囲を拡張し、女子を被保険者とするに際し、同一給付内容でしかも脱退率や勤続年数の異なる女子の保険料率をどのように決定するかが問題となったが、結局一般男子と同じ率に定められ、そのかわり給付面で有利な措置を定め、受益の均衡をとることになった。当時は業務上の災害も含まれていたため料率は高く、110/1,000であった。

給付面では、女子に対して特別の給付が創設された。一つは、女子被保険者について「婚姻」を保険事故とし、これに対して結婚手当金(平均給料の6ヵ月分)を支給する制度である。これは人口政策の立場から、結婚促進、出産奨励という国の要請に応ずるものとしてとりあげられたものである。ただし既婚の女子被保険者については、結婚手当金をうける機会がないので、特に脱退手当

11) 年金保険の歴史については、厚生保険局監修『厚生年金保険10年史』昭和28年、厚生団、および厚生省年金局・社会保険庁年金保険部編『厚生年金保険25年史』昭和43年、厚生団を参照。

12) 後藤清、近藤文二共著『労働者年金保険法論』昭和18年東洋書館、p.351参照。労働統計要覧(昭和12年版)によると、女子労働者1,000人中20年以上勤続するものは工場労働者においては僅かに9人にすぎないため、本制度の眼目たる老齢年金をうける機会が少ないことによる。

13) 厚生年金の被保険者数(男女合計)は、昭和19年には832万人、30年では823万人、49年には2,361万人である。

金の支給額を増加することによってバランスを保つことになった。ちょうどこの制度発足の2年前イギリスにおいてもベバリジ報告が結婚前の拠出額に比例した「結婚一時金」を提言している。第2は、出産奨励の観点から、遺族年金に子女割増金の制度が創設され、遺児があるときは加算が行なわれるようになったことである。これも同様に人口政策の立場から出産奨励としてとりあげられたものであり、多子家庭の万一のリスクにそなえることを意図したものである。また遺族年金は従来10年間の期限付年金であったのが終身年金に改められた。

昭和22年の改正により、女子に対する結婚手当金と既婚女子に対する特別脱退手当金は廃止された。保険料率も業務災害の移管に伴ない引下げられることになったが、給付内容の変更を考慮し、この時女子の料率を男子のそれより低く定めることとし、一般男子94/1000に対して女子は68/1000となった。

昭和29年1月から老齢年金の支給開始が始まることになり、制度の改正は避けられないことになった。この時の改正ではじめて老齢年金に配偶者および18歳未満の子の加給年金の制度ができた。1人月額400円であった。

II 第2段階

すべての人を平等にとり扱う原則のもとに、女性を社会保障システムの中にとり入れることが考えられた第2段階はベバリジ報告¹⁴⁾に始まるといえよう。社会保障における女性の地位を論ずる際、ベバリジ報告は一つのエポック・メイキングなものと規定できるであろう。さらに戦後におけるわが国の社会保障制度確立の過程がベバリジ報告の強い影響をうけていることからこの報告をとりあげよう。ベバリジが報告書を書いた1942年当時の英国の社会保険制度は大部分の諸外国の制度と同様に、全国民のための制度というよりもむしろ被用者のための制度であった¹⁵⁾。したがってそ

れは多くの不平等な点を内包していた。ベバリジは社会保障計画において当時の制度を4方向に発展させた。すなわち、①各制度を統一する、②保険の適用範囲を全国民に拡張する、③諸給付を最低生活水準まで引き上げる、④新しい給付を設ける。このように改善する一方、この計画では英国の制度の特徴である均一額の給付はそのまま生かしている。ベバリジは社会保障計画においてすべての人を平等にとり扱うことを原則としたが、それはすなわち従来不平等に扱われていた女性を社会保障システムの中に組み入れることを意味する。いくつかの特徴をとりあげてみよう。

(1) 適用範囲を拡大して被用者以外の女性も社会保険システムの中にとりいれる。

ベバリジは社会保険は統一的かつ包括的なものでなければならないが、それと同時に社会の異なる階層の生活様式の相違をも考慮に入れなければならないとして被保険者を分類した。労働年齢のものについては、被用者(I)、その他の有業者(II)、主婦(III)、無業者(IV)の4つの区分に分類されるほか、労働年齢に達しないもの(V)と労働年齢をこえたもの(VI)の2区分に分類される。したがって被用者中心であった従来の制度に対して、商業、農業、漁業、自由業、家族雇用などで働く女性は第II種、無給で家庭で仕事をしている主婦は第III種、16歳以上の学生や無職の独身女性などは第IV種、児童は第V種、年をとった女性は第VI種に、独立の「被保険者」として分類されることになる。

ここで注目すべき第1の点は、ベバリジは主婦労働を評価し、保険のうえで特別な階層と認め、その給付は主婦としての特殊なニーズに応じたものとするを規定した点である。1942年当時の英国においては、国勢調査は既婚女性を無業者のなかに入れ、また失業保険制度は既婚女子を夫の被扶養者として扱い、また健康保険制度では出産の場合を除いてこれについてなんらの考慮も払っていなかったが、ベバリジは主婦労働をきわめて

14) Beveridge, 前掲書。

15) 1938年のILOの資料によれば顕著な例外としては、ニュージーランドとソ連とがあり、それほど完全ではないがデ

ンマークも例外に属する。年金だけについては、フィンランドとノルウェーは被用者だけでなく、全国民に対して制度を適用している。Beveridge, 前掲書, p.419 参照。

高く評価し、主婦を社会保障計画のなかに独立した形で組み入れている。ベバリジは「社会政策はいかなる方策も実態の把握の上にきずかれなければならない。大部分の既婚女子は無給とはいえきわめて重要な仕事に従事しているものであり、それなしには夫が有給の仕事につくこともできずひいては国家の存立をも危くするといったものであることを考慮しなければならない」と述べている。

社会保障計画では既婚女子を独立の被保険者として分類し、夫婦を一組のものとしてとり扱っている。夫婦に対する給付の基準額を定め、妻のない場合または妻があっても妻も収入のある職業に従事している場合には減額されることとした。このようにベバリジは主婦を夫の被扶養者としてでなく、夫に稼得のあるときはこれを分けあい、稼得のないときは給付を分けあう協力者としてとり扱うことによって、その地位を認めたのである。そして主婦のための(寡婦を含む)給付費用は、夫の拠出、結婚前の(女子被保険者の)拠出、および被用者である妻とその使用者の拠出(妻が適用免除を選んだ場合は後者のみ)によってまかなうこととしている。

ただし、主婦をこのような特別の被保険者として分類する前提には、結婚生活継続中は大部分の女子は収入のある仕事に従事しないという想定がおかれていた。これは1944年の推計人口に1931年の国勢調査による職業別人口を適用した結果導かれたものである(1931年には労働年齢にある既婚女子8人中1人にみえないものが収入のある仕事に従事していた)。女子、とくに既婚女子の雇用は1931年以降著しく増大していたがこれらの変化は戦時中の一時的変化と判断した。政府アクチュアリーによる婦人労働に関するこのような前提の誤りは、その後英国の制度における女性の不平等な取り扱いを生むに到ったとして批判的になっている点である¹⁶⁾。

第2は、収入のある職業に従事している既婚の女子に特別の取り扱いをしている点である。このグループに対しては保険料を拠出するか、または適用免除をうけるかの選択権を付与した。このグループには、つねに適用免除を請求する権利、すなわち使用者は保険料を支払わねばならないが、本人は保険料を払わなくてもよいという権利が与えられる。その場合諸給付の受給資格はない。他方、保険料拠出を選ぶならば、年金の受給権、失業・労働不能給付の受給資格(減額あり)¹⁷⁾が与えられる。

このような保険料拠出に関する選択権は英国特有の制度であり、他のほとんどの国で見られないが、英国において保険料拠出を選ぶ女性は意外に少ない。1970年において既婚の女子で国民保険の適用者は492万人いるが、被用者で保険料拠出を選ぶものは118万人にすぎず、370万人の既婚女子が適用免除の方を選択している。その他職業をやめて後も拠出している女性はわずか2万人であり、自営業者として拠出しているものは2万人となっている¹⁸⁾。これは費用便益(拠出一給付)比率の考慮によるのか、あるいは英国の国民性によるのか、あるいは他の理由によるのかは明らかでないが興味のある数字ではある。ちなみにわが国における妻の年金権への意識を示す一つの指標として、女子の国民年金の任意適用者数をみると、昭和36年には195万人であったが、被用者の妻の任意加入が毎年増加傾向を示し、昭和50年には557万人に達している。

(2) 給付を均一額にして、最低生活水準まで引き上げ、すべての人を平等にとり扱う。

ベバリジ報告以前の社会保険制度は不平等な点に充ちていた。たとえば单身女子は单身男子よりも失業給付の額が低いこと、健康保険制度のもとで妻や他の被扶養者は出産の場合以外は除外されていたこと、大部分のグループが拠出制年金から除外されていたこと、寡婦に対する給付が適切さ

16) たとえば H. Land "Women, Work and Social Security" *Social and Economic Administration*, July 1971. 参照。

17) この場合、減額される理由の一つは主婦のニードは、単

身者のニードより小さいこと。第2は衡平という立場から出産給付の増額に見合うためということである。

18) *Annual Report of the Department of Health and Social Security*, 1971. HMSO p. 309 参照。

を欠いたものであったこと、離婚したときの給付は公的扶助のみであったことなどである。ベバリジはこれらの不平等なとり扱いを改善し、すべての給付額を男女同一にした（上述の既婚女子の失業・労働不能給付の減額は例外である）。しかもこの報告の提案する給付額は最終的には最低生活費の分析に関する報告に基礎をおいたものである。

（3）女性の社会保障に対するニーズを考慮する。

単身者であれ、既婚者であれ、女性が収入のある職業に従事している場合には、通常本人のもろもろの危険に対する保護は与えられるが、仕事をもっていない既婚の女子のニーズを社会保険システムの中で満たしていくことは従来考えられなかった。ベバリジは、単身の女子については男子と同一条件で計画に組み入れるとともに、既婚の女子のもつニーズについても考慮を払った点を注目すべきである。ベバリジの基本原則は社会保障における女性のとり扱いにも明確に具体化されているわけである。ベバリジは仕事をもっていない既婚の女子のニーズに対しては次のような考え方を示した。

（a）夫の収入がその失業・労働不能、または退職によって中断または停止した場合。

これらの場合には2人の最低生活に十分なだけの共同給付（または共同年金）が支払われる。これらは通常夫婦の一方に支払われるが双方に属するものとみなされ、もし夫婦が別居する場合には等分して給付される。法律上の婚姻関係がつづくかぎり、夫が支払った保険料は妻の給付のために妻に代わって保険料が支払われたものとみなされる。すなわち妻は共同給付の分与をうけるものとみなされるのであり、給付の加給または手当を受給する夫の被扶養者とみなされるのではないと規定した。

（b）夫が死亡した場合

寡婦に対する施策は、寡婦の年齢、扶養を必要とする子供の有無などの事情、および夫の死亡が業務上の災害もしくは疾病によるかその他の原因によるかなどに依存するが、ベバリジはかなりはっきりした考え方を打ち出している。労働年齢に

ある寡婦に対しては最初の13週間は寡婦給付（失業給付や労働不能給付よりも50%高い額）を支給する。それは新しい状況に適應するための時間的余裕をあたえるためである。しかしその後は子供のない寡婦に生涯年金をあたえなければならない理由はなく、労働年齢にあるものは当然就労すべきであるとして、就職を目的とした訓練給付を設けた。子供のない寡婦に対する施策は従来あった制度よりも厳しくしたが、他方、扶養しなければならない児童のいる場合は保護者給付を支給することにし、給付の大幅な引上げを考えた。すなわち児童手当と保護者給付を合算した額は寡婦が働いて収入を得ることがない場合でも最低生活を維持するに足るように配慮されている。寡婦が60歳以上であり、かつ夫が年金の受給要件を満たしている場合には、単身の年金受給者の額に等しい退職年金を支給するものと考えられている。

（b）夫と離婚した場合

離婚、遺棄および合意の別居は夫の死亡によって生じたのと類似のニーズをひき起こす。ベバリジは結婚が夫の死亡以外で終わった場合には、しかも妻の同意もなく、また妻の責任によらずに結婚による扶養が打ち切られた場合には、妻は寡婦の場合と同一の措置（別居給付、保護者給付、訓練給付）をうける資格をもつと考えた。ただしこの給付に対する請求権が生じるか否かの決定には実際上かなりの困難が生じることは明らかであるとして、さらに検討を要すると考えた。

（d）出産の場合

既婚の女子はすべて出産一時金および包括的保健サービスの一部としての医療、助産・看護のサービスをうけられるようにする。

（e）病気による家事能力の喪失の場合

主婦が病気の場合、家事の義務を放棄できないために必要な治療を受けることができないと感ずる事態が生じるかもしれない。包括的保健サービスの1つとして、主婦に家政婦サービスを提供するような手段を与えるべきであると考えた。

（f）未婚のまま妻として生活している場合。

男子が未婚であって、収入のある職業をもたない女子を妻として生活をとともにしている場合には、

失業および労働不能の期間中は扶養手当をうけさせるべきであり、給付の額は2人に対する共同の額に引き上げるようにする。また出産に関する一時金や給付もひとしく受給できるようにするべきであると考えた。ただ寡婦給付および保護者給付、ならびに退職年金は夫の法律上の妻以外には支払うべきではないとした。

なお、興味深いのは、ベバリジ報告の委員会はベバリジと11名のメンバーにより構成されたが、そのうち3名は女性であった。この点は報告書の内容に何らかの影響を及ぼしていると考えられる。ベバリジは「委員会の私の同僚はそれぞれの分野で、第1級のエキスパートであった。私は数時間も彼らと個別にまたはグループで問題ごとに討論した」と記している¹⁹⁾。

以上ベバリジ報告に関してとりあげたが、つづいてわが国の場合に眼を向けると、被保険者の範囲およびかれらのニードに関して社会保険が包括的なものになったのは、昭和36年の国民年金制度、通算老齢年金制度および国民健康保険制度の実施による、皆年金・皆保険体制の確立であろう。

(i) 国民年金制度

それまでの制度では被用者として働く女子の一部は社会保険の体系の中にくみ入れられていたが、中小の事業所で働く女子、自営業者、家族従事者として働く女子、家庭の主婦または無業の女子などは社会保険による十分な保護をうけていなかった。昭和32年3月末現在15~59歳人口に占める年金制度適用人口(男女合計)の割合は22.4%にすぎなかった。国民年金制度²⁰⁾においては、主婦専業の妻をはじめとしてこれら未適用者が独立の被保険者として社会保険システムに入りこむことになった。当時、英国、フランス、西ドイツ、アメリカなどの諸外国においても、妻は拠出制年金の被保険者となってはならず、わが国の国民年金制度策定の過程においても、妻を適用対象とするか否かは最も強く争われた点であった²¹⁾。妻は原

則として適用除外にすべきであるという考え方と妻も独立の被保険者にすべきであるという考え方に分かれ議論が行なわれたが、前者は主として次のような論拠に基づいて主張されている。第1は、一般的に妻は夫の被扶養者の立場にあり、夫の所得によって生活しているのが普通であるから、年金制度においても夫の所得能力の喪失に対し、年金による所得保障を行ない、妻は夫のうける年金によって扶養される建前をとることが社会生活の実態に即する。第2は、一般に妻に所得がない以上、妻を独立の被保険者としても保険料の拠出能力がない。妻の保険料を夫に負担させるとすれば、その額はかなり高額となって著しく過重な負担となる。第3は、妻を適用除外とすることによって、著しく事務の簡素化および財政負担の軽減を図ることができる。

他方、妻も独立の被保険者として認めるべきであるという考え方は、次のような理由に基づいている。第1は、国民年金制度においては夫であると妻であるとを問わず、ひとしく年金をうけられるようにするところにその時代的意義がある。いいかえれば妻も保険料を拠出し、老齢になった場合、夫とは別の独立した自己の老齢年金をうける現実の必要があるし、この制度に対する国民の要望もその方向に傾いている。第2は、妻に所得がないとする見方は形式的にすぎ、夫婦の生活が夫婦の協力と扶助にもとづいて営まれている以上、その必要経費の一部として妻の保険料が夫婦共同の経済により負担され、妻自身のものとして拠出されるのは、むしろ生活の実際からみて自然である。とくに農業、商業など自営業者の場合には、夫の所得が妻の家族労働に依存する度合いが高いのでこの関係はさらに決定的である。また妻の保

21) 適用対象については、社会保障制度審議会答申は現行公的年金制度の適用者およびその被扶養者を除く国民とし、任意適用を認めないとし、大蔵省は財政支出の負担に耐えられないとの見解に立ち、現行公的年金適用者の妻を除外し、妻は任意適用とすべきであるとした。それに対して、国民年金委員(長沼弘毅、三好重夫、井藤半弥、川井三郎、原安三郎の5氏が昭和32年5月8日付で委嘱された)は、適用対象を現行公的年金制度の適用者を含めたできるときは広範囲の国民とし、妻および無業者についても任意適用とすべきであるとした。厚生省もこの考え方によって国民を対象とすべきであるという考え方を示した。

19) W. Beveridge, *Power and Influence*, 1955(伊部英男訳『ベヴァリジ回顧録 強制と説得』, 昭和50年, 至誠堂)

20) 国民年金制度の歴史については厚生省年金局編『国民年金の歩み』参照。

険料を夫に負担させることにより保険料の負担が過重となる問題は、一般的に保険料の拠出能力の問題として考慮すべきものである。第3に、妻のみを適用除外とすることは、結婚前の女子、離婚または死別した女子との関係上技術的に問題があり、この考えを徹底させれば、結局女子全体を適用除外とせざるを得なくなる。また妻を適用除外にすることによって生じる事務の簡素化および財政負担の軽減といういわば便宜的な理由から制度の建前そのものをゆがめるべきではない。

国民年金制度ではこの後者の考え方をとり、妻も有業無業を問わずこの制度の適用対象に含められ、国民皆年金が実現した。

なお被用者の妻（公的年金制度適用者の妻）はその制度によって保護を加えられるか、あるいは国民年金制度によってまもられるべきかは、適用対象を定めるにあたって意見が分かれた問題の一つである。社会保障制度審議会の答申は、被用者の妻は各制度により一応保護されているので適用除外すべきであるとの立場をとった。しかし厚生省原案では被用者の妻も一般の妻と同様適用対象とすべきであるとした。その理由は、被用者の妻が各制度で保障されている程度はきわめて低いことが考慮されたためである。すなわち、老齢年金に扶養加算がついているのは厚生年金と船員保険のみであり、しかもその額は月額400円で低いこと、障害年金は妻には支給されないこと、遺族年金の受給条件はきわめて厳格であること、離婚した場合保障はなくなることなどである。最終的には政府部内の調整の段階において、被用者の妻は今後なお検討を要するものとして適用除外とされ、本人の希望により任意加入できることになった。

（ii）通算老齢年金制度

従来、女子は公的年金制度に適用されていても年金をうけるに必要な最低資格期間を満たさないで結婚や出産により退職した場合は、脱退手金または退職一時金が支給されていた。それは年金ではなく一時金にすぎない上にその額は納付した保険料に若干の利子相当分を加えた程度のものにすぎなかった。年金制度に加入したことはあっても実質的には年金の保障を与えられない女性がほ

とんどであった。昭和36年に実施された通算老齢年金の制度は女性の年金権の上からは意義深いものとなった。通算制度が制定されるまでの過程では女子の実際上の取り扱いをめぐって議論がわかれたが、結局通算制度は女子についても強制適用とされた。被用者の妻が国民年金に任意加入しなかったときでも、その任意加入しなかった期間も加入したものとみなして通算年金の受給資格期間を計算することになった。年金額は実際の加入期間にもとづいて計算されるので、女子の場合通算年金額がきわめて低くなることもありうるが、すべての期間が年金につながるようにという通算制度の理念に合致していることで、この決定が行なわれた。年金制度における被用者の妻の取り扱いの問題は今後の検討課題として残された。

（iii）国民健康保険

昭和31年当時被用者以外のものでどの医療保険にも加入できない人々は2,000万人にのぼると推定されていた。生命尊重の立場より、医療の機会均等は最優先的に重視されなければならない施策であり、国民皆保険体制の確立への要望は強かった。昭和36年に国民皆保険が達成され、すべての国民が何らかの形で医療保険の適用をうけるようになった。しかし国民健康保険の給付率は5割が原則とされ、被用者保険の給付水準との間に格差があった。36年10月より世帯主の結核、精神病については7割給付に改善され、38年10月より世帯主への7割給付の実施となり、40年より世帯員への7割給付も実施されることになった。

わが国でもこのような国民皆年金、国民皆保険の達成により、一応全国民に適用が拡張されることになった。

III 第3段階

社会保障制度における女性の地位の改善あるいは女性の福祉権利に関する議論は、諸外国で、とりわけ1970年代になり活発化してきた²²⁾。それはほとんどの国の社会保障制度のもとで多くの場合社会保障の対象となるいくつかのリスクに関して女性が不利な立場におかれているという事実に端を発するものであった。このことは社会保障制

度が主たる人口動態の変化や経済・社会変動に対してきわめて insensitive であることによるものである。過去においてはある程度正当な理由をもっていたかもしれないもろもろの不平等なとり扱いが、当初の条件が変化した後も長い間残存し続けているのである。

多くの国におけるこの種の議論の中で共通してとりあげられている問題の一つは、従来社会保障の各分野で、妻は夫の被扶養者としてとらえられてきた点である²³⁾。これは既婚の女子は一家のかせぎ手である夫により当然保護され、彼女が幸福になるためのすべての経済的責任は夫の肩にかかっているという一般にうけ入れられてきた考え方から出ている。被扶養者としての妻には、社会保障の独立の権利がないか、あるいはきわめて制約された形でしか付与されない場合が多い。特に扶養されている妻が離婚や別居する場合、あるいは遺棄される場合、社会保障の保護をうけられないことが多い。

各種の統計は産業化社会における女性の地位の急激な変化を示している。先進諸国の出生率の低下はとりわけ児童を扶養する両親に大いなる自由をもたらした。また寿命の延長は男子と女子の平均余命の間のギャップを大きくし、夫が妻よりも何歳か年上であるのが慣例となっているような社会では、寿命の延長は寡婦人口の増大をもたらした。遺族給付や老齢年金の問題をクローズ・アップさせた。また離婚率の増加は現行の社会保障システムの不備をとりわけ明白なものにした。これら人口動態統計に反映される要因は女性の生活に強い影響を及ぼした。同時に、産業の発達、社会の進展にともなって女性の経済活動への参加は増大してきた。とくにインフレの家計への強い圧迫は、産業化社会における家庭での女性の役割に影響を及ぼし、多数の国において過去10年間に労働力市場への既婚女子の参加は先例のないレベルに達

した。この他自己の生計維持を全く自分の責任で行なっている女性が多いし、被扶養者の生活をも支えている女性が多くなっている。このなかには離婚した女性の増加に加えて、遺棄されたもの、別居しているものおよび寡婦となったものなどが含まれる。未婚の単身女性を加えると、現代の産業化社会においては多数の女性がどんな意味でも、もはや経済的に従属していると仮定できないことは明らかである。

妻が子どもや家族のために家庭内にとどまっている場合も、主婦のサービスは無給ではあるが有給のサービスと同様国の福祉のために重要なものである。家事にたずさわる女性は働いている女性ではないという社会的な見解が久しい前から広がっているが、すべての女性は働いているという事実が存続している。夫と妻は相互にサービスを提供し合っており、互いに等しく“dependent”なのである。Eleanor Rathbone²⁴⁾ がいみじくも指摘したように “When Adam delved and Eve span who was then the dependant”——

第2は、婦人の労働との関連で生じる問題である。社会保険のもとでは被用者である女性は独立の被保険者として拠出し、給付を受ける権利を有していることは事実であるが、そこにも不利なとり扱いがビルト・インされている。通常、拠出者に受給権のある社会保険の給付額は拠出または所得の水準および拠出年数に基づいて計算される。しかし女性は多くの場合低い所得水準で、かつ限られた範囲の職業の中でのみ雇用されるという厳しい現実が存在する。賃金構造の不平等が社会保険システムにもち込まれるわけである。また女性の場合しばしば能力開発や昇進・昇格の機会および責任ある地位への門戸が閉される傾向が強い。女性が働く場合、彼女は家計の世帯主ではないので、彼女のニードは男性よりも小さいという前提がつきまとう。この前提は労働そのものへの権利を含めて、あらゆる労働条件に関しての女性の権利に影響を及ぼしてきた。労働力不足あるいは国の緊急時には労働力にかり出され、不況の時期に

22) この問題を法制上論じた、示唆に富む文献として高橋武「婦人と社会保障」『世界の労働』1975年10月参照。

23) S. M. Gelber “Social Security and Women: a Partisan View” *International Labor Review*, Dec. 1975 および H. Land の前掲論文を中心にして問題の整理を行なってみよう。

24) Eleanor Rathbone, *The Case for Family Allowances*. 1941.

は最初に解雇される。

既婚の女子が労働に参加する必要を見出したとしても、家庭の維持は大抵の場合妻一人の責任とみなされ、二重の負担を負わせられる。女子の雇用のパターンが男子のそれと異なるのはこの理由による。産業化社会ではパートタイムの仕事は常に女子の仕事である。しかしパートタイムで働く女子の社会保険の権利は減らされたり、制約されたりしており、あるいは全く存在しない場合もある。女性の役割の二重性——母親としての役割と稼得者としての役割——から派生する婦人雇用の別の特徴は、働く女性の職歴のパターンがしばしば少なくとも二つの雇用の局面に分かれることである。これは保険料拠出の中断を生じ、給付水準の低下をもたらす。

第3は、社会保障制度には社会の態度や道徳的な判断が反映されていることに関する問題である。社会保障において夫のいない女性のとり扱い方は異なる場合が多いが、そこでは実際のニーズの差ではなく、道徳的な価値に基づいた不平等が制度のなかにビルト・インされてきた。扶養を必要とする子どものいる寡婦であれ、離婚した母であれ、未婚の母であれ、これら女性の実際のニーズは変わらないが、社会的に同じ考慮を払われず、社会保障の給付はそれぞれの状態によって変わる。寡婦のほうを離婚した女性よりも手厚くとり扱っている制度が多い。

たとえば、英国では夫から遺棄された、あるいは離婚した妻は、自ら拠出をするのでなければ、夫が再婚すると国民保険を要求する権利をもつことができない。しかし寡婦は夫の拠出に基づく老齢年金を引き継ぐことができるし、また寡婦年金を受給できる（ベバリジは社会保障計画において結婚が夫の死亡以外で終った女性に対して“別居給付”を支給することを提案したが、1948年の政府の制度からは除外され実施されなかった）。寡婦年金および寡婦の母子手当金は収入の制限をうけないし、かつ1961年以来寡婦は同棲していても彼女の年金を支給停止されないことになっている。他方、別居した母、離婚した母、または未婚の母が補足給付を受けているとき、彼女らが雇用

に従事したり、あるいは同棲すれば直ちに給付額全額を停止される。

なお、ベバリジは前述の如く未婚のまま妻として生活するものに対する社会保障施策にも配慮を向けたが、諸外国の現行制度には、未婚の母か、あるいは妻かによって給付に差異を生ずる場合がある。わが国の各種の社会保険法および児童手当関係の法律においては、「配偶者」「夫」および「妻」、あるいは児童の「父」には、婚姻の届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものを含むとされている（すでに昭和17年——ベバリジ報告発表の年——健保の家族給付が法定化された時に規定されている）。この点は婚姻、家族の問題に先見的にアプローチしたものであり、社会保障に対する個人のニーズに重点をおいたとり扱いとして注目し得る。

ところで、長期保険についてみると、老齢年金の分野では、諸外国でも緊急に改革を要することが明白になっている。というのは、一般に女性は夫の被扶養者として夫の年金により保護されているので、老齢時に自らの権利として給付をうける必要はないという伝統的な仮定がなされているからである。しかしすでに述べたように、多数の女性が経済活動に従事している。

女子の退職年齢はしばしば男子より5年あるいはそれ以上低い。この差異は年金支給開始年齢にも関係し、女子労働者にとって有利な点と考えられている。しかし年金の水準は拠出年数に基づくものであり、5年間の短縮は女子の年金額を低くするものである。この点は女子の所得が相対的に低いことと相まって、老齢年金の水準をきわめて低くする要因となっている。たとえば、西ドイツで²⁵⁾は1970年の女子の平均退職年金月額が298.50 DMであったが、これは男子の年金額の1/2よりもかなり低い。男子のほうは退職時の所得の60%あるいはそれ以上を受給できるものが増えているが、女子の大部分は被保険者期間が短かいため、退職時の所得の約30%しか受給できない。フラ

25) 諸外国の具体例については“Women and Social Security” *International Social Security Review* 1973, Nos 1-2 (林弘子訳 [婦人と社会保障] 『国際社会保障研究』 1974, No. 12, 13) を参照。

スでも老齢年金のミニマム給付²⁶⁾の受給者中、女子の割合が圧倒的に高く、1969年には91.4%を女子が占めている。アメリカでは1971年には女子の平均退職給付は男子のその75~80%であった。しかも、この比率は退職給付計算上の調整により男女間の平均所得比率よりもかなり女子に有利になっている。わが国の場合、昭和50年度(したがって改正の前であるが)の厚生年金の男子の平均老齢年金は約70万4,000円であったが、女子の年金額は男子の約71%であった(受給者数は男子約85万人に対して女子は約19万人である)。

寡婦給付のレベルがきわめて低いことは社会保障の基本的原則に全く一致しないものであることが各国で指摘されている。成人一人の生計費は二人のその1/2であるという考え方は誤っているが、多くの国で寡婦年金は亡き夫が受給できる給付の1/2以下となっている。夫の死亡後寡婦は公的扶助をうけるケースが多く、この措置に批判が出されている。そのような方策は、それまで独立して自活していた社会の構成員の配偶者にとって受け入れられるものではないし、また最低限の保護を行なうために一つの保険事故をいくつもの制度でカバーすべきものではないという保険原則に真向うからさからうものであるといわれている。たとえばフランスでは、退職年齢(65歳)に達していない寡婦、または廃疾とみなされない寡婦に対しては全く保護が与えられない。65歳以下の寡婦には二つの可能性——雇用をさがすか、または社会扶助に頼るか——しかないし、また65歳以上の寡婦のうける年金は夫の年金の50%にすぎず、寡婦の苦境に対して絶えず関心が払われ続けている²⁷⁾。イギリスでは1970年末に、寡婦給付受給者の16%のものが同時に補足給付を受けていた。その他寡婦と同様のニードをもつ離婚した妻、

夫に遺棄された妻、未婚の母など扶養児童のいる母親が補足給付への高い依存率を示している。諸外国では遺族の条件により給付水準が異なるが、わが国では一律に夫の老齢年金額の1/2が支給されていた。昭和51年の改正により、厚生年金では寡婦加算制度が設けられ、扶養児童のいる寡婦または60歳以上の寡婦には遺族年金に加算が行なわれることになった。また遺族年金の通算制度も創設された。

長期の廃疾に関しても、既婚の女子で家庭で働いているもの、または家族従事者として働いているものはかなり差別的なとり扱いをされている。これらの女性が労働不能になった場合、労働者と同じ条件で労働不能給付および長期の廃疾制度に含まれるリハビリテーションや訓練の機会を与えられない。たとえばわが国でも被用者の妻で主婦専門のものが国民年金に任意加入していない場合には、妻自身に障害が生じてても何の保障も与えられない。

さらに年金制度においては離婚した妻の地位はきわめて不安定であることが多くの国で指摘されている。たとえば英国では夫と離婚した妻は、自ら拠出するのとなければ国民保険の受給権を失なう。フランスでも主婦専門の妻が離婚した場合、妻であった期間は年金の受給資格期間として認められない。西ドイツでも1970年頃すでに主婦専門の妻が離婚した場合の社会保障制度上の地位のもろさが問題となり、主婦のための独立の年金および離婚の際の年金権の分割が提案された。1972年には家族従事者として働く女性、家庭の主婦、無職の女性など従来強制保険に適用されていなかった女性のための老齢年金制度が実施された。

短期保険においても女性は特に給付のレベルに関して不利なとり扱いをうける場合が多い。女性の雇用は中断されることが多く、またフル・タイム雇用の機会が限定され、また賃金水準が低いため、被保険者である女子の短期給付のレベルは相対的に低くなる。さらに被扶養者の給付水準は被保険者のそれよりも低い場合が多い。失業保険については、たとえば既婚の女子が失業した場合、失業者とみなさず、家庭の主婦すなわち被扶養者

26) このミニマム給付は無拠出制年金の額に等しい。

27) 1970年12月に制定された遺児手当は、扶養児童のある寡婦に付加給付を与えることにより、社会保障制度における重要なギャップを満たそうとしたものである。なお、フランスの家族政策については、B. N. Rodgers, "Family Policy in France" *Journal of Social Policy*, April, 1975 参照。

とみなして失業給付の受給資格に疑義がもたれる。医療保険についても、ヨーロッパ諸国では家族に対しても被保険者本人と同様の給付を行なっているが、わが国では給付率が異なる。

おわりに

社会保障システムの中に女性はどうのように組み入れられてきたかを概観したが、女性の社会的地位の変動はいまやソーシャル・ポリシーの前に新しいかつ根本的な問題を投げかけている。最後に今後の検討のために若干の問題を指摘しておこう。

(1) 女性のためのソーシャル・スタンダード設定の必要性

社会保障の適用範囲および給付の種類は女性のもつニーズに対応しているであろうか。

その給付は最低生活を支える額に達しているであろうか。

給付をうけるための資格要件が女性であるために不利に働くことはないであろうか。

それを利用しようという気にさせるような条件が整備されているであろうか。

ここで、女性の社会保障に対するニーズが生ずる根本原因を女性が収入のある職業に従事している場合とそうでない場合に分けて列挙してみよう。

(a) 収入のある職業に従事している場合

- | | |
|------------|------------------|
| 1. 失業 | } による所得の中断または喪失 |
| 2. 労働不能 | |
| 3. 老齢 (退職) | |
| 4. 疾病 | |
| 5. 出産 | |
| 6. 児童養育 | { 乳・幼児養育
病児養育 |

(b) 収入のある職業に従事していない場合

- | | |
|-----------------|-----------------|
| 1. 夫の失業 | } による所得の中断または喪失 |
| 2. 夫の労働不能 | |
| 3. 夫の退職 | |
| 4. 夫の死亡 | |
| 5. 夫との離婚 | { 児童あり
児童なし |
| 6. 疾病 (家事能力の喪失) | |
| 7. 労働不能 | |
| 8. 老 齢 | |

9. 出 産

- | | |
|-----------|-----------------------------|
| 10. 家族の責任 | i. 乳・幼児養育のため家庭にとどまる場合 |
| | ii. 同居の老人介護のため家庭にとどまる場合 |
| | iii. 障害児や重病人の世話のため家庭にとどまる場合 |

これら各種のニーズ²⁸⁾に対応した女性のためのソーシャル・スタンダードを設定する必要がある。たとえば、寡婦に与えられるべき権利を決める際の原則については、ベバリジやラロック²⁹⁾が一つの案を提示している。

(2) 男女平等という観点から社会保障制度における女性の取り扱いを改める必要性

女性が収入のある職業に従事しようとして、また家族従事者としてあるいは家庭の主婦として無給で働いていようと、制限や条件なしに、男子の被用者や自営業者と同様に保護を与えられねばならない。社会保障の現行のシステムにおける女性の取り扱い、家庭における女性の従属的地位という多少とも暗黙のうちに受け入れられてきた考え方によって構想され、発展してきた。女性の社会保障における地位は従属的立場に基づくのではなく、独立の、平等な権利として、位置づけられねばならない。そのための解決の一つの道として、諸外国でもしばしば指摘されているのは配偶者に適用される“dependency”の概念を除去することである³⁰⁾。そのようなアプローチは夫と妻を社会的にも経済的にも平等なパートナーとして受け入れる考え方を育てることになるし、また社会保障制度のいたるところに生じてきた多くの不平等を根絶することにもなる。

社会保障の現行のフレームワークのなかで女性が最も公正に扱われているのは、全国民を対象とした制度が採用されている場合である。すなわち、所得に関連しない、また経済活動人口のみを対象

28) ニーズの把握に関連する諸問題については、都村敦子「ソーシャル・ニーズを把握するいくつかのアプローチについて」『季刊社会保障研究』1975年7月参照。

29) Pierre Laroque “Women's rights and Widows' Pensions” *International Labour Review*, July 1972, (ILO 時報, 1972年, 第3号) 参照。

30) たとえば Gelber, *Ibid*,

として計画されたものではない制度である。老齢年金や廃疾年金がすべてのものに均一な額で支給される場合、医療が雇用状態に関係なく、すべてのものに等しく支給される場合、家族手当が家族の規模のみに基づいて母親に支給される場合——このようなシステムでは女性の社会保障上の保護は現実性をもつ。というのは、これらの環境においては女性の個人的状態が社会保障上の地位に何ら影響を及ぼさないからである。

しかし、普遍的制度が受け入れられないならば、社会保険制度の不備な局面を修正することが考えられねばならない。たとえば、何らかのリスクが生じた場合、現行の制度のなかで、上に述べた女性のためのソーシャル・スタンダードが等しく、しかも権利として保障されるようなシステムにすることである。現行の社会保険制度の中で被扶養の概念をいかにしてとり除くかということになると、いくつかの問題に直面する。

第1に、社会保険の対象は個人なのか、あるいは家族をふくめた世帯なのか。たとえば、わが国の社会保険では両者が混在している。健康保険では扶養家族の福祉もあわせてとり扱い、厚生年金の場合は夫婦を一単位として考え、国民年金は個人を単位として年金を支給するのがたてまえとなっている。国民年金における妻のとり扱いは、年金制度上いくつかの問題を残してはいるが、給付も保険料も男女同等に規定し、社会保険のなかで従来の被扶養の概念をとり除いたものとしてユニークなものである。

第2に、拠出の問題をどうするか。夫が妻に代って拠出するのか、あるいは国が拠出するか、あるいは所得税や家族手当制度のなかで調整をするか。所得関連の社会保険システムに主婦をくみ入れるためには、主婦の家事サービスの経済的価値

をいかに評価するかという問題も生ずる。前述のようにベバリジは、主婦のための給付費用(寡婦を含む)の負担については、結婚前の女子被保険者の拠出、被用者である妻とその使用者の拠出、および夫の拠出でまかなうという原則を提案した。わが国の国民健康保険では世帯人員に応じた被保険者均等割額という形で人頭割的な保険料負担が含まれているし、また国民年金では妻も自らの保険料を支払うことになっている。他方、健康保険では家族給付が最初は付加給付としてとり入れられたという歴史的経緯ならびにそれが労務管理的要素を含むこともあって、家族の保険料は規定されていない。その他、働いている女性が育児のために雇用を中断されるとき拠出をどうするかという問題もある。たとえば、西ドイツ政府による年金制度改革案(1971年7月)では、乳・幼児養育のため雇用を中断した期間に対する部分的補償として、女子被保険者に拠出の適用免除を与えることが提案されている。

第3に、給付の問題をどうするか。社会保障制度発展の初期段階では、生計維持者は一般に男性であり、扶養家族への責任という側面は、何らかの形で、社会保険システムの中に織りこまれてきた。ここで配偶者に適用される被扶養の概念をとり除くことになると、最低生活を支えるためのニード(subsistence needs)をどのようにとらえればよいか。たとえば、単身の女性が全く1人で生活する場合、あるいは扶養を必要とする家族をかかえて生活する場合、あるいは既婚の女性が夫と生計をともにする場合、それぞれ異なった条件のもとにおかれる。しかも、生存に必要な最低限があらゆる大きさの家族に対して確保されるためには、児童手当をどう位置づけるかという点も問題となる。

母子寮の現状と将来像

副田義也・吉田恭爾

序 章 課題と方法

わが国の母子福祉事業の政策と実践における社会資源の基幹部分は母子寮であった。母子福祉事業の水準は、母子寮の水準によって示されてきたといつてよい。

さて、母子寮を社会福祉事業のほかの諸領域における社会福祉施設と比較してみると、その水準の相対的な低さは否定されようがない。老朽化した建築物の多さ、居室の狭小さ、各種設備の貧弱さ、かならずしも高くない職員の配置基準とそれを大幅に下まわる現実の職員の配置状況、定員の充足率のいちじるしい低さ。いずれものちにその一端を具体的に示すが、これらの諸点で、母子寮は社会福祉施設のなかでもっとも劣った状況にある。また、行政とくに関連する社会福祉機関においてさえ母子寮にたいする無理解・誤解が少なくない。地域住民においてはなおさらのことである。

このような事態が生じるにいたった根源はどこにあるのか。これについては、いまは仮説として判断を提示することしかできないが、さしあたりつぎのようにかんがえる。敗戦直後からの比較的早い時期において、いわゆる戦争未亡人対策として母子寮が多く開設された。戦後のわが国の社会福祉施設のなかでは、母子寮は養護施設などと並んで先行グループを形成した。その水準は、当時の経済的・政治的事情を反映するものであった。それらの事情は、のち高度成長期をつうじて変化するが、それは母子寮の水準にはかならずしも反映しなかった。これには、制度は一度形成されるとそこで固定されがちな傾向が一般的にあるということ、母子寮の利用者が漸減傾向にあったこと、さらに母子福祉事業の領域ではソーシャル・アクションによる要求運動が比較的よわかったこと、などが作用したようである。

この判断についてはさらに多くの検討が必要であるが、いまは措く。ここでは、母子寮の水準がいちじるしく低いという事実が出発点である。これを、どのような工夫により、どの水準まで引き上げてゆくか。その研究が、ここでの課題である。

この課題をはたすための手続きを簡単にかいておく。

第1章では、母子問題の全体の構成をあきらかにし、これに対応する社会的方策としての母子福祉の構成を素描する。これをふまえて、第2章では、母子寮の性格を規定し、その現状を批判的に検討したうえで、二種類の母子寮をつくる必要を提唱したい。つづいて第3章では、主として利用者の定員充足率の観点から母子寮の現状を分析し、潜在しているニーズをもかんがえあわせながら、その需要と供給のバランスの回復をはかる方途をさぐる。第4章では、これからの母子寮のあるべき姿を、職員の配置の側面からかんがえてみる。第5章では、同じく母子寮のあるべき姿を、建築物、居室、設備などの側面からかんがえてみる。

ところで、この課題を十分に果そうとすれば、母子問題、母子福祉、および母子寮について、豊富な調査データ、研究文献が蓄積されていることが前提条件になる。しかし、卒直にいつて、社会福祉事業の各領域のなかで母子福祉事業はその調査・研究がもっともおくれた領域のひとつである。私たちは、情報を現在の段階でできるかぎり収集して以下の作業をすすめたが、その情報は質・量両面ではなはだしく限られたものでしかなかった。したがって、以下の作業は、あくまでもひとつの試行としてみていただきたい。

第1章 母子問題と母子福祉

母子問題とはなにか。それは、母子家庭がかかえるつぎのような生活問題である¹⁾。

(1) 母親の労働力状態、労働力の交換の状態に由来する問題。母子家庭において生活費の主な稼ぎ手は母親である。ところが、わが国において一般に中高年齢層の婦人の労働賃金は低い。彼女が専門的技術をもたず、また、就業を一時的に中断したあとの再就職のばあい、とくにそれが低い。さらに景気変動のしわよせである解雇などがおよびやすい労働者の範疇のひとつは、中高年齢層の婦人である。なお、これらの悪条件があえておかせる

1) 生活問題の概念については、つぎのものを参照されたい。
副田義也「社会福祉論の基本的枠組」(副田編『社会福祉の社会学』一粒社、1976年)

無理、中高年齢化にともなう健康の衰えは疾病に通じ、労働不能をもたらすことがある。こうして、母子家庭は、母親の低賃金、失業、労働不能などを通じて、貧困問題の担い手となりがちである。

この貧困問題は、まず生活費の不足であるが、そのほかの特定の現象形態をとることがある。その主要なものは、母親の疾病問題、住宅問題、子どもの教育問題、家族の解体問題などである。母親の疾病問題の由来にはさきにふれた。生活費の不足は、住宅費の不足となつては劣悪な条件の住宅に居住することを余儀なくさせ、教育費の不足となつては子どもの進学の断念や進路の不本意な選択を生じさせている。貧困問題がもっとも極限化すると、母子家庭は自立した共同生活の単位として維持されなくなり、他の特定の世帯か二つ以上のそれに吸収されることになる²⁾。

(2) 母親が家事労働、とくに子どもの養育、教育を充分におこなえないところに由来する問題。母子家庭においてこれが成立する主要な経路は二つある。そのひとつは、母親が職業労働に従事しており、そのために時間をとられて家事労働に十分な時間をとれないばかりである。これは一般に母親が職業をもつとき生じがちなことであるが、父親がいれば、かれが家事労働の一部を分担することによって事態をいくらか緩和できる。しかし、母子家庭ではそれは望めない³⁾。いまひとつは、母子家庭の全体からみればレア・ケースであるが、母親が家事労働のための能力、習慣の一部を欠いているばかりである。たとえば、重度の心身障害者である母親、病弱であったり長期療養中の患者である母親などはそれである。この経路をつうじて、保育や家事サービスの欠落の問題が生じる⁴⁾。

(3) 母親が家庭生活、社会生活にふさわしくないパーソナリティ、すなわち、生活習慣、生活意欲、価値意識などをもっているところに由来する問題。このばかりい、どのようなパーソナリティが家庭生活、社会生活にふさわしくないかは、具体的規定を試みるとなれば、論議は多岐にわたるであろう。しかし、経験的に判断をするならば、これもレア・ケースであるが、母子家庭においてそのようなパーソナリティをもつ母親がいることはたしかである。たとえば、自立した生活への意欲を欠くもの、子どもへの愛情を欠くもの、隣人との友好関係をも

ちえないもの、いちじるしい粗暴、怠惰などの性癖をもつもの、常習的売春者、常習的犯罪者、アルコールや薬物の中毒患者である母親たちがそれである⁵⁾。彼女たちはそのパーソナリティによって、正業である職業につくことができず、十分な家事労働をおこなうこともできない。そのような母親をもつ母子家庭は、すでにみた貧困以下の諸問題を深刻に経験することになる。

(4) 緊急避難の必要という問題。これもレア・ケースであるが、夫や内縁関係の夫、いわゆるひもなどの暴力によって、母子の心身にいちじるしい危害が加えられたり、予測されたりして、緊急の避難と保護が必要となるとき、この問題が生じる。

以上のような構成をもつ母子問題の各部分に対応して、これを予防・解消する社会的方策としての母子福祉の機能の理想型は、つぎのように構成される。

(1) 貧困問題＝経済保障。その主要な内容はつぎの五とおりである。(i) 所得保障、(ii) 住宅(費)保障、(iii) 教育(費)保障、(iv) 職業保障、(v) 医療保障。

(2) 保育や家事サービスの欠落の問題＝保育や家事サービスの保障。その主要な内容はつぎの二つである。(i) 保育保障、(ii) 家事サービス保障。

(3) 家庭生活、社会生活にふさわしくないパーソナリティの問題＝生活指導。その主要な内容はつぎの三とおりである。(i) 教育、(ii) 相談、(iii) 治療。

(4) 緊急避難を必要とする問題＝緊急保護

わが国の母子福祉の現実の政策と実践は、これまでの歴史的経過に規定されて、これらの理想型の諸機能をそれぞれ特殊・具体的な方法と程度ではたしている。その母子福祉の現実の全体系のうちには、母子家庭の生活問題のみをとくに対象にするものと、母子家庭とその他の家庭の生活問題をあわせて対象にするものとがふくまれる。たとえば、母子年金は前者であり、生活保護は後者であろう。また、母子寮の保育機能は前者であり、保育所は後者であろう。この両者の関係については、とくに経済保障のばかりで学界では多少の論議があるが、ここではそれに深入りしない。

なお、厚生省では、前者を母子福祉対策と呼び、つぎの諸制度をあげた例がある。(1) 国民年金(母子年金、母子福祉年金)、(2) 児童扶養手当、(3) 母子福祉資金の貸付、(4) 寡婦福祉資金の貸付、(5) 母子家庭の身上相談、生活指導、(6) 母子福祉センター、(7) 母子休養ホーム、(8) 母子寮、(9) 家庭奉仕員等の養成講習会、

2) 交通遺児育英会『交通遺児家庭の生活実態調査』1974年、『交通遺児の教育調査』1975年などにくわしい。

3) 『前掲書』とくに74年のものにくわしい。

4) 日本交通科学協議会『後遺症者実態調査に関する実績報告書』同会。

5) この一部の事例はつぎのものにみられる。厚生省ほか『第19回全国母子寮研究協議会』1975年。69—73頁。

(10)特別相談事業, (11)母子世帯向き住宅, (12)寡婦控除等の税制措置⁶⁾。

また、母子福祉事業という一般的に馴染まれた概念がある。これは馴染まれている割合には規定がかならずしも明確ではなく、いわば輪郭がやや曖昧な概念である。もっとも広義にとれば、母子福祉事業は前掲の母子福祉の全体にひとしいとされる。やや限定をすれば、それは同じく前掲の母子福祉対策にひとしいとされる。さらに、学界では社会福祉の全体を所得保障とサービス保障とに二分する方法がしばしばもちいられるが、これを援用して、母子福祉対策のうちのサービス保障の部分、その(5)から(10)あたりまでを母子福祉事業と呼んでもよい。このばあいのサービスとはきわめて広義の概念である。

私たちが関心をよせる母子寮は、ここでいう母子福祉、母子福祉対策、母子福祉事業のそれぞれの一環である。また、母子福祉、母子福祉事業は、それぞれ児童福祉、児童福祉事業の一分野であり、後二者は社会福祉、社会福祉事業の一分野である。さて、以下で、私たちは母子寮の現状を批判的に検討し、その水準の向上を提言しようとしている。その作業において拠るべき基準は、それらの社会福祉、児童福祉、母子福祉の各領域、とくにそのサービス保障の部分において確認されている原則でなければならない。その原則を、さしあたり、つぎの三つにまとめておく。

(1)生存権保障、発達権保障、母子一体の原則。社会福祉とは、生活問題を担う人びとにたいして、かれらの生存権を保障することをめざす社会的方策である。この生存権は、憲法にいう「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」である。それは、児童福祉の領域では、児童の発達権として特定化されてあらわれる。児童福祉はその発達権を保障する社会的方策である。ところで、児童の発達は、かれに母親があるかぎり、母子一体を本質的条件とする。したがって、母子福祉においては母子一体が原則となる。

(2)サービスの専門分化、施設の分類収容の原則。社会福祉事業の利用者の福祉を向上させるために、そのサービスや施設運営はなるべく効率的でなければならない。それには、サービスは専門的技術にもとづきおこなわれるばあいが増加し、それはおのずからサービスの分化をまねくことになる。また、施設は同一のハンディキャップをもつ人びとに利用者を限定すべきである。

6) 厚生省児童家庭局母子福祉課監修『目でみる母子福祉のあゆみ』日本児童福祉協会、1974年、5頁。

ただし、これらの専門分化や分類収容が、単に省力化、合理化のためにのみ追求されて、利用者の福祉にマイナスの影響をおよぼすことがあるが、それは絶対に否定されるべきである。

(3)施設の社会化とコミュニティ・ケアの重視の原則。施設の利用者に市民としての生活の機会をなるべく多く保障するためには、施設と地域とがたがいに開かれている関係になければならない。これが施設の社会化である。それによって利用者の福祉はいつそう向上することになる。この原則は、従来の施設が利用者を社会的に隔離する場となりがちであったことへの反省にもとづき、打ち出された⁷⁾。また、従来の社会福祉事業は、施設でのケアを中心に、あるいはそのケアのみによっておこなわれてきた。しかし、社会福祉の水準の向上、積極化によって、在宅の利用者へのケアが重視されるようになる。すなわち、コミュニティ・ケアの重視である⁸⁾。

第2章 母子寮の性格と類型

前章の考察をふまえ、将来の母子福祉のあるべき姿をかんがえるならば、その四つの機能、すなわち、経済保障、保育や家事サービスの保障、生活指導、緊急保護が、生存権、発達権を、母子一体の原則を守りつつ、十分に保障する水準にまで達することがめざされねばならない。ついで、サービスの専門分化と施設の分類収容、施設の社会化とコミュニティ・ケアの重視の原則にもとづき、母子福祉の体系をさらに具体化しなければならない。そのさいの手がかりのひとつは、母子福祉のサービス保障の各機能が、施設ケアとコミュニティ・ケアのいずれによっておこなわれることが、母子の福祉の向上には望ましいかという検討にある。

貧困問題、および母親が職業労働に時間をとられるか健康上の理由などから、家事労働が充分におこなえないところから生じる保育や家事サービスの欠落の問題は、すでにみたように経済保障、保育や家事サービスの保障の対象である。そのサービスは原則としてコミュニティ・ケアでおこなわれるべきである。すなわち、いっそう具体的にいえば、公的扶助、母子福祉年金、職業保障、医療保険などを基本的前提としつつ、必要があれば教育(費)保障を配し、母子住宅などによる住宅保障、保育所、学童保育などによる保育保障、家事サービス

7) 東京都社会福祉協議会『施設の社会化促進のために』1974年。

8) 東京都社会福祉審議会『東京都におけるコミュニティ・ケアの進展について』1969年。

保障をおこなう。この住宅保障以下については、いわゆるコレクティブ・ハウスに保育機能、家事サービス機能をそなえさせておこなう方法と、一般住宅と保育所、ホーム・ヘルパー制度でおこなう方法とがある。

、母親のパーソナリティが家庭生活、社会生活にふさわしくないものであるばあい、さきにも述べたように、貧困問題と保育や家事サービスの欠落の問題とがしばしば複合してあらわれる。これは、経済保障、保育や家事サービス保障の対象であるが、あわせて生活指導が必要である。その生活指導の一部はコミュニティ・ケアに馴染みにくい性質をもち、そのかぎりでは社会福祉施設、病院などで集中的、日常的におこなわれるべきである。

また、緊急避難の必要にたいする緊急保護は、そのほとんどがコミュニティ・ケアによってはおこないがたい。それは、一時的に母子を外部社会から隔離することができる施設でおこなわなければならない。

以上から、母子家庭が生活する場としての母子寮の理念型をまとめてみれば、つぎの三つがえられる。

(1) コレクティブ・ハウスに保育機能、家事サービス機能をあわせた母子寮。住宅提供に重点がおかれ、そのかぎりでは住宅提供的母子寮と呼んでもよい。

(2) 生活指導をおこなうが、その前提として住宅、保育、家事サービスが保障されている母子寮。生活指導に重点がおかれ、そのかぎりでは生活指導的母子寮、問題治療的母子寮と呼んでもよい。

(3) 緊急保護をおこなうが、その前提として住宅、保育、家事サービスが保障されている母子寮。そのかぎりでは緊急保護的母子寮と呼んでもよい。

さて、これらの理念型を利用しつつ、わが国の母子寮の実態を分析してみよう。そこには三種類の母子寮の性格が自然発生的に混合して存在する。一つの母子寮が三種類の性格をそれぞれ部分的にもっているということもめずらしくない。しいて一般的傾向をもとめるならば、小都市、町村には住宅提供的母子寮の性格をほぼ全面的にそなえたものが多い。これにたいして大都市では、住宅提供的母子寮の性格がつよいものと、生活指導的母子寮および緊急保護的母子寮の性格をもつものとが並列的に存在している。また、公私立別にみると、公立には住宅提供的なものが多く、私立には生活指導的なもの、緊急保護的なものが多い。

この実態については信頼しうる大規模な統計資料がある訳ではない。いくつかの局地的な範囲での証言から、以上のように判断するのである。ちなみに、その一、二をあげておく。大阪市内には四つの母子寮があるが、そ

の利用者たちの80%は生活指導を必要としていると、現場に詳しい行政官のひとは語った。また、奈良市内にあるモデル・ケースとして知られた私立の母子寮では、その利用者たちのほぼ全部が生活指導を必要とする、専門的訓練を受けた寮母は述べた。これらにたいして、大阪府下や奈良県下の小都市、町村の母子寮の多くは、住宅提供的なものであるとかれらはいふ。

このような状況があるにもかかわらず、母子寮を一括して単一の性格をもつものとみなしている現在の制度は、最終的には利用者の福祉を阻害するにいたる多くの不都合をうみだしている。そのもっとも主要なものは、母子家庭がかかえる生活問題の性質におうじて、性質が異なる母子寮の組み合わせをシステムティックに機能させえないということであろう。本来的には住宅提供的母子寮を必要としている母子家庭が、ほかの二つの性格がつよい母子寮の利用者にさせられる。ところが、生活指導や緊急保護のもとにある生活では、一般の市民生活でよりも、集団生活のルールを守ることがより強調される。そのとき、さきの母子家庭は本来的には守る必要がないルールを守らされることになる。それはプライバシーの侵害と感じられることになろう。母子家庭から母子寮が敬遠されがちな傾向の理由のひとつはこれである。これにたいして、本来的には生活指導的母子寮、緊急保護的母子寮を必要としている母子家庭が、住宅提供的母子寮の利用者にさせられることもある。そのとき、必要な生活指導をあたえられない母子家庭は自立にいたることができず、周囲のほかの利用者たちに迷惑をおよぼす。また、必要な緊急保護があたえられない母子家庭は危害にさらされつづける。

このあたりで、母子寮における生活指導の現状にみられる主要な問題点にふれておこう。まず、その生活指導には効用と限界の双方がみいだされる。これまでは効用のみをいってきたが、限界もまたみとめねばならない。それによって、問題のパーソナリティをもつ母親の母子家庭が、自立への見通しを欠き、長期にわたって母子寮に滞留する例もすくなくない。それらのうちには、母子一体の原則を守ることが子どもの福祉の侵害に通じるケースもある。一方では生活指導の水準を向上させる工夫が必要であるが、他方ではそれによっても解決しえないケースへのとりくみを具体的にかんがえるべきであろう。また、生活指導が、母子寮の管理者や福祉労働者の偏向した価値意識にもとづき、すすめられていることもまれではない。かれらの意識変革のためのプログラムが必要である。

いまひとつ主要な不都合としては、母子寮の職員配置の水準の低さがある。住宅提供の母子寮の性格がつよいものは、ほかの二つの性格がつよいものに比較して、生活指導や緊急保護の業務がまれであるか皆無であり、そのために必要とする福祉労働者数がより少なくてすんでいる。全国の母子寮の職員配置の水準が、国のさだめる基準を大幅に下まわっている理由のひとつはこれである。ところが、生活指導的母子寮および緊急保護的母子寮の性格がつよいものにとっては、その国の基準はかならずしも満足することができるものではない。したがって、基準の引き上げが要望されるのであるが、それは、さきに示した全国状況によって説得力をはなはだしく弱めているのである。

こうして、分類収容の原則を母子寮の今後のありかたに適用する必要はあきらかである。つぎに問題となるのは、母子寮を現実にもどのように分類するかということである。

さきの三つの理念型にたちもどっていえば、住宅提供的母子寮をひとつの範疇としてとりだすことには異論はあまりなかろう。ただし、これについては、母子住宅あるいは公営住宅との関連をどのように規定するかがさらに問題となる。一般的な生活感情のありかたから判断すれば、住宅提供的母子寮は基本的には母子家庭の永住の場ではなく、それが母子住宅などで相対的に自立的、安定的な生活をいとなむことができる状態にいたるまでの一定の期間に居住する場であると規定されるべきであろう。

生活指導的母子寮、緊急保護的母子寮については、この両者の性格を一つの母子寮にもたせるか、二種類の母子寮にそれぞれもたせるかをかんがえなければならない。もし二種類の母子寮をつくるということになれば、その需要からして、緊急保護的母子寮はきわめて広い地理的範域にひとつ設置されることになり、それによって緊急避難の必要を充足することができないばあいが生じると予想される。ちなみにいうと、比較的信頼しうる未発表資料があるが⁹⁾、それによれば、東京都全域で一ないし二の緊急保護的母子寮があればよい。そうすると、人口が小さい県のばあい、数県でひとつの緊急保護的母子寮をもつことになる。また、生活指導と緊急保護には一部類似する性格がある。したがって、二とおりの性格をひとつの母子寮にもたせることは必要であり、可能である。ただし、このようにいうことは、緊急保護の機能を専一

にもつ施設が不要だということではない。それはそれであることが望ましい。

そこで、以下では、生活指導と緊急保護を主としておこなうものを母子寮A型、住宅提供を主としておこなうものを母子寮B型と呼ぶことにする。

なお、この分化にともない、新しく検討しなければならない二つの課題が生じる。すなわち、(1)母子寮の利用を希望する母子家庭を受付け、そのニーズを判定し、それを利用させるかさせないか、利用させるとすればA型かB型かなどを決定する機関が必要である。現在は、母子寮への措置は福祉事務所でおこなっているが、少からぬ福祉事務所で母子寮を単に住宅提供的なものとしてしかとらえていないという声がきかれる。これは、一面においては多くの母子寮のこれまでのありかたの反映でもあろう。今後の受け付けと判定の機関のありかたを検討しなければならない。(2)母子寮と地域社会の関係を、A型、B型、それぞれのばあいで、あらためてかんがえてみなければならない。まず、各型が社会化されて地域社会とのあいだでたがいに開かれた関係にあり、利用者である母子家庭が地域から孤立することなく、市民生活を享受することができるようにするべきである。ついで、各型が地域社会の在宅の母子家庭にたいするコミュニティ・ケアの拠点としても機能するべきである。このための方法を検討する必要がある。また、次章でいう母子寮の需要には、この拠点としての需要もふくまれるべきである。

第3章 母子寮の現在と将来の需要

現在の時点で母子寮を利用している母子家庭だけが母子寮を必要としているとかんがえるかぎり、母子寮の需要を供給が上まわる事態がみられる。この事態を多少仔細に検討するところからはじめよう。

厚生省がおこなった75年3月の調査(以下では75年調査と略記する)によれば、全国の母子寮利用者の定員にたいする在籍者の割合=充足率は、70.2%である¹⁰⁾。これにたいして、同省統計情報部『社会福祉施設調査報告』によれば、74年度の全社会福祉施設のその充足率は94.4%、全児童福祉施設のそれは94.9%である¹¹⁾。これらを基準としてみれば、母子寮は25%程度の供給過剰ということになろう。この状況をいっそう具体的にみ

9) 東京都福祉事務所長会が実施し調査で、内部資料とされ、報告書は刊行されていない。

10) 厚生省の内部資料とされ、報告書は刊行されていない。したがって、以下では注としない。

11) 厚生省大臣官房統計情報部『昭和49年社会福祉施設調査』厚生統計協会、1974年、94—103頁。

るために、75年調査によって、公立・私立別、設置されている地域別にみてみよう。

まず、公立・私立別にみると、母子寮の利用者の充足率は、公立 64.6%、私立 83.8% である。これからみて、供給過剰はとくに公立でいちじるしい。過剰の程度は、公立約 30%、私立約 10% ということになる。

つぎに、公立・私立別に、設置されている地域別をわけあわせてみてみよう。公立では、設置されている市町村人口 3 万以下で 53.1%、3 万 1 以上 5 万以下で 54.8%、5 万 1 以上 10 万以下で 62.1%、10 万 1 以上 20 万以下で 62.7%、20 万 1 以上 50 万未満で 70.8%、50 万以上で 79.8% となる。設置されている市町村の人口が小さくなるほどその充足率は低下し、大都市になるほどその充足率は上昇する。また私立でも、多少の凹凸はあるが、ほぼ似通う傾向がみられる。3 万以下で 67.1%、3 万 1 以上 5 万以下で 77.1%、5 万 1 以上 10 万以下で 89.2%、10 万 1 以上 20 万以下で 79.9%、20 万 1 以上 50 万未満で 86.3%、50 万以上で 84.7% となる。以上から、供給過剰は、小都市、町村でとくにいちじるしいといえる。

表 1 公立母子寮利用者の定員充足率×設置されている地域別

市町村人口	3万以下	3万1以上 5万以下	5万1以上 10万以下	10万1以上 20万以下	20万1以上 50万未満	50万以上	計
施設数	69	51	58	40	69	34	321
定員数=A	1,105	790	938	758	1,586	933	6,110
現員数=B	587	433	583	475	1,123	745	3,946
B/A×100	53.1	54.8	62.1	62.7	70.8	79.8	64.6

表 2 私立母子寮利用者の定員充足率×設置されている地域別

市町村人口	3万以下	3万1以上 5万以下	5万1以上 10万以下	10万1以上 20万以下	20万1以上 50万未満	50万以上	計
施設数	10	2	11	15	41	37	116
定員数=A	170	35	203	298	911	939	2,556
現員数=B	114	27	181	238	786	795	2,141
B/A×100	67.1	77.1	89.2	79.9	86.3	84.7	83.8

さて、このような供給過剰は、それ自体として望ましいものではない。措置費の効率的消費などのために、母子寮の利用者の定員充足率は、全社会福祉施設、全児童福祉施設などのそれと並ぶ 95% 前後の線まで引き上げられるべきであろう。そのためには、さきにみた供給過剰をもたらしている原因をあきらかにし、その解消の工

夫をもとめなければならない。

このばあい、供給過剰には、いわば見せかけの供給過剰と真の供給過剰とがふくまれていることに留意しなければならない。見せかけの供給過剰とは、現象的には母子寮が供給過剰の状態にあるが、実際には母子寮の現状が、母子寮のサービスを必要としている母子家庭にその利用をはばんでいるというものである。母子寮の現状がもつ問題点としては、水準の低さと未分化があげられよう。真の供給過剰とは、地域社会に母子寮を必要とする母子家庭が存在せず、それによって母子寮のかなりの部分が遊休化しているというものである。そこで、供給過剰の原因とその解消の工夫をつぎのように整理しておく。

(1) 母子寮の社会福祉施設としての水準の低さ。とくに建物の老朽化と居室の狭小さ、各種の設備、たとえば炊事場、トイレ、浴室などの設備の悪さは大きい原因である。また、職員の不足もものがせない。この水準の低さが、母子寮を必要とする母子家庭を母子寮から遠ざけている。入寮を希望して母子寮を訪れた母子家庭の母親が、その建物、居室などの実態をみて、ひどさに驚き、希望をとり消すという例がしばしばみられる。母子寮の物的・人的条件を、第 4 章、第 5 章で提案するように国民生活の一般的水準にまで引き上げ、母子寮を必要とする母子家庭はすべて母子寮を利用することができるようにしなければならない。

(2) 母子寮の未分化。前章で指摘したように、母子寮には住宅提供、生活指導、緊急保護などの諸機能が自然発生的に混在している。それは、母子寮が母子家庭のニーズに的確に応じることができない原因のひとつになっている。一方ではプライバシーを守ることができないという不満を訴える母子家庭がある。経験的に判断をすれば、母子寮が敬遠されるもっとも主要な理由はこれである。他方では必要な生活指導や緊急保護をあたえられない母子家庭がある。さきに提案した A 型、B 型への分化をおこない、母子家庭のニーズによりの確にこたえるようにすべきである。これも、また、母子寮を必要とする母子家庭はすべて母子寮を利用することができるようにするための手段のひとつである。

(3) 母子寮を必要とする母子家庭の絶対数の不足。高度成長期をつうじて、小都市・町村から大都市および周辺部への人口移動が生じ、都市問題は深刻化した。これらの事情を背景に、母子問題が大都市にとくに集中的に生じるようになった。しかし、母子寮の地理的配置は、高度成長期がはじまるまでに完了していた。したがって、

とくに小都市、町村で真の供給過剰が生じている。これらについては、慎重な配慮をとまなうことを条件としながら、母子寮の統廃合をおこなう時期であろう。なお、その際、数ヵ市町村が共同して一母子寮に措置をおこなう方式を活用すべきである。

以上、(1)と(2)は、母子寮の水準向上と分化をつうじて、潜在的需要を顕在化させ、需要と供給のバランスを回復させることをめざしている。これにたいして、(3)は、母子寮の統廃合をつうじて供給を制限し、需要と供給のバランスを回復することをめざしている。そこで、つぎの重要な研究課題は、(1)、(2)との関連において、(3)をどの程度におこなうべきかということである。しかし、この課題にたいしてゆきとどいた回答をだすには、信頼しうるデータがあまりにとぼしい。さしあたっては、つぎのような柔軟な整備計画を提案したい。

まず、一定期間のうちに現在ある母子寮の一部で水準向上と分化を実現させ、それがどの程度に潜在的需要を顕在化させるかを確認する。つづく一定期間では、その実績を参考に、地理的条件およびその他の条件をもかんがえあわせて、遊休の程度がはなはだしい母子寮の一部の統廃合の計画をたて、実施する。このとき、統合によって残されたものでは、もちろん、水準向上と分化がおこなわれる。この二つの期間における水準向上、分化と統廃合の組み合わせをくりかえしおこない、最終的には利用者の充足率を95%前後の線にもっていく。

いま仮りにこの整備計画のための全期間を6年間とし、各2年単位でその実施をすすめるとしよう。また、全母子寮数を437、遊休の程度がはなはだしい母子寮数を x としよう。すると、つぎのような計画をたてることができる。

第1, 2年度

$\frac{1}{3}(437-x)$ の水準向上と分化。それによる潜在的需要の顕在化の測定をする。

第3, 4年度

$\frac{1}{2}x$ の統廃合。前2年度の実績、地理的条件およびその他の諸条件をかんがえあわせておこなう。

$\frac{1}{3}(437-x)$ の水準向上と分化。それによる潜在的需要の顕在化を測定する。

第5, 6年度

$\frac{1}{2}x$ の統廃合。前4年度の実績、地理的条件およびその他の諸条件をかんがえあわせておこなう。

$\frac{1}{3}(437-x)$ の水準向上と分化。

この計画を推進するにあたり、 x はつねに一定した数字ではない。たとえば、初年度においては利用者の定員充足率70%以下のものを総数を x としたとする。しかし、第3年度においては、前2年度の経験から、その充足率65%以下のものの総数を x とするように変更することができる。これにより、両年度のそれぞれの $\frac{1}{3}(437-x)$ の実数は異なってくる。このように、計画をその途中で修正しうる柔軟なものにしておき、目標実現にちかづけてゆくことが大規模な社会計画には望まれる。

第4章 母子寮の職員配置基準

ここでは、母子寮の職員配置基準についてみてゆきたい。

まず、現実には、母子寮にどれほどの職員が従事しているかをみておこう。厚生大臣官房統計情報部編『昭和49年社会福祉施設調査報告』によれば、定員階級別母子寮の数は、10世帯以下78、11世帯以上20世帯285、21世帯以上30世帯52、31世帯以上40世帯16、41世帯以上50世帯7、51世帯以上60世帯2、61世帯以上70世帯1、合計441母子寮である¹²⁾。21世帯以上30世帯の母子寮が全体のほぼ3分の2を占めている。母子寮の定員階級別と職員の数がクロスされた資料はえられない。単純に職員の専任・兼任別の数を示すと表1のようである¹³⁾。

表1 母子寮の職員数

	専 任	兼 任	計
施 設 長	249	190	439
寮 母	466	5	471
保 母	118	6	124
児童指導員兼書記	" 275	86	361
調 理 人 等	" 240	25	265
嘱 託 医	5	312	317
計	1,353	624	1,977

1) には児童厚生員、事務員をふくめている。

2) には職業、作業指導員その他をふくめている。

このような職員配置の基準は、厚生省児童家庭局企画課編『児童保護措置費手帳—昭和50年版』において、表2のように示されている¹⁴⁾。この基準とさきの定員階級

12) 厚生省大臣官房統計情報部『昭和49年社会福祉施設調査』厚生統計協会54ページ。

13) 厚生省大臣官房統計情報部『前掲書』152~153ページ。

14) 厚生省児童家庭局企画課編『児童保護措置費手帳—昭和50年版』106ページ。

表 2 母子寮における職種別職員定数

職 種 別	職 員 の 定 数
施 設 長	1人。
寮 母	定員 21 世帯未満の場合は 1 人。 定員 21 世帯以上の場合は 2 人。
保 母	保育所に準ずる設備のある場合に限り、その 児童 30 人につき 1 人。(ただし 1 母子寮につ き最低 1 人はおくことができる)
少年指導員 兼 書 記	定員 40 世帯未満の場合は 1 人。 定員 40 世帯以上の場合は 2 人。
調 理 員 等	1 人。
嘱 託 医	1 人。

表 3 厚生省基準どおりの職員配置

	現 在 数	基準どおりの 配置	
施 設 長	439	441	+ 2
寮 母	471	519	- 48
保 母	124	124	
児童指導員兼書記	369	451	- 82
調 理 人 等	257	441	- 184
嘱 託 医	317	441	- 124

表 4 母子寮における職員の基準配置

	20世帯	30世帯	40世帯	50世帯
施 設 費	1	1	1	1
生 活 指 導 員	2	2	3	3
少 年 指 導 員	1	2	3	4
書 記	1	1	1	1
保 母	1	1	1	1
用 務 員	1	1	1	1
計	7	8	10	11

- 注 1) 家族構成の想定は20世帯で母親20人、学童20人、乳幼児20人、計60人とした。
- 2) 生活指導員は、20世帯で2人とし、20世帯増えるごとに、1人生活指導員を増やすことにした。
- 3) 少年指導員は、東京(品川)の学童保育クラブの職員配置を参考とし、同程度の配置とした。学童30人に指導員2人、学童10人増えるごとに指導員1人プラス。
- 4) 保母を必置とした。
- 5) 寮内保育の場合、国の保育所の基準(最低基準53条の2項)による。《53条の2項》保母の数は、乳児又は満3歳に満たない幼児おおむね6人につき1人以上、満3歳以上満4歳に満たない幼児おおむね20人につき1人以上、満4歳以上の幼児おおむね30人につき1人以上とする。ただし保育所1につき2人を下ることはできない。
- 6) 給食をするばあい調理人をおく。

別母子寮数をクロスさせて基準どおりに配置したばあいの数値をもとめると、表3のようにでてくる(ただし、保

母の数は、現状の数値をそのままに再掲している。)。こうしてみると、児童指導員兼書記、調理人等、嘱託医、寮母の配置が十全でないことがわかる。このような現状にたいして施設を運営する当事者たちはどのようにかんがえているであろうか。表4は第19回全国母子寮協議会の大会報告書に示された職員ののぞましい配置である¹⁵⁾。母子寮の今後の職員配置については、以上の数値を当面の資料としてかんがえてゆくことにする。

さて、さきの章で母子寮をA型、B型の二様に分類してみた。職員についてあるべき数をもとめようとするばあい、このタイプ別にかんがえてみるのが現実にあふさわしい手続きであろう。

まず、A型の母子寮の職員についてふれてみる。

(1) 施設長

厚生省が指示した基準も全国母子寮協議会が提示した基準も、ともに施設長の必要性をみとめている。とうぜん、おかれるべきである。このばあい、施設長は、母子寮内の福祉の充実をはかる主体として重要であるばかりでなく、地域社会の児童福祉、母子福祉にかかわる責任者のひとりとして重要である。

(2) 生活指導員

生活指導の機能をはたす職員を厚生省の基準では寮母、全国母子寮協議会の基準では生活指導員としている。寮母という名称は、一般市民の寮舎における賄婦としての寮母などとまぎらわしく、また、生活指導の職員を女性に限定することにもなるので、今後は生活指導の機能を主としてはたす職員の名称を生活指導員としたい。したがってここで生活指導員といわれるときは、寮母もふくめられての表記である。

さて、生活指導員の必要性については、厚生省の基準も全国母子寮協議会の基準もみとめている。しかし、全国母子寮協議会の基準は、厚生省の基準をうわまわっている。表4の注2においてそれがうわまわる論拠が示されているが、かならずしも明確ではない。厚生省の基準こえて生活指導員が必要とされるかいなかは、今後さらに生活指導員の労働量調査なり、利用者のニード調査なりをふかめてみなければ速断できないところである。いまは、そうした資料が不足している。ただ全国母子寮協議会の基準も、経験的事実の反映とかんがえられるので、生活指導員は、15世帯以下のばあい1人、16世帯以上30世帯までを2人の基準としてもよいであろう。生活指導員が2人になった場合には、現実の事務処理実態にか

15) 厚生省、全国社会福祉協議会『第19回全国母子寮協議会』37ページ。

んがみて、そのうち1人は書記を兼務するとかんがえたい。

(3) 保 母

母子寮に保母が必要であることは、厚生省の基準も全国母子寮協議会の基準も確認している。前者は、ただし書きで1母子寮に最低1人はおくことができるとしている。これにはさらに、保育設備があるばあいという限定がつけられている。後者のばあいには、いかなる規模の母子寮であれ保母1人の必置を規定している。児童福祉法の条文どおりに解釈すれば、保育に欠ける児童は保育所で措置をうけるのが妥当である。しかし、現実には、母子寮を利用する母子世帯のばあい、地域に保育所があっても遠すぎて利用できないことや、突発的需要に保育所が対応できず、その児童の保育に欠ける状況が生みだされることがある。さらに、A型の母子寮が、学童保育、母子福祉のコミュニティ・センターの一つとして機能するならば、このような母子寮に保母1人の必置基準は妥当であるとかんがえられる。

(4) 指 導 員

少年指導員の必要性については、厚生省の基準も全国母子寮の基準もみとめている。しかし、少年指導員にかんする後者の基準は、前者のそれをはるかにうわまわっている。そのようになる根拠は、表4の注3に示されている。ところで、それは一つの学童保育クラブの例を基準としている。その普遍妥当性についてはいささか疑問がのこる。これがA型の母子寮に直接適用できるかどうかは、いますこし量的に多く、質的に深い情報・調査資料を必要とするところである。

表3に示したように、厚生省の基準どおりに算定すれば、現状でも少年指導員兼書記は、451人が配置されるはずであり、82人の増員が可能になる。さしあたっては、この基準どおりの配置が優先されるべきであろう。しかし、現行の書記的業務は、少年指導員の兼務としないことにしたほうがよからう。

(5) 宿直要員

母子寮A型のばあい、生活指導、緊急保護の機能が重要であることはいままでもない。しかし、このような事態にたいして、宿日直職員を配置してこれにあたらせるのが妥当かいかはかんがえられておいてよからう。

労働省労働基準局監督課監修の『病院・社会福祉施設の労働条件管理』によれば、労働基準法による宿日直勤務がつぎのように解説されている。すなわち、それは「所定の勤務時間外における火災、盗難のための巡回、緊急の文書や電話の収受、または非常事態にそなえて待

機しているもので、通常の業務はほとんど行なわれないのが建前」になっている。このような勤務は「通常の業務に比し、労働密度が低い」ので、「労働基準監督署長の許可を受ければ、所定労働時間外に、あるいは休日に勤務させても、いわゆる時間外労働、休日労働」とはならず、したがって「割増賃金を払わなくてよい」わけである¹⁶⁾。

母子寮の職員がさきの字義どおりの宿日直をしているなら問題はない。しかし、母子の相談、指導にあたるといった通常の業務をふくめて、所定時間外に火災、盗難のための巡回、緊急の文書や電話の収受または非常事態に備えて待機しているのであれば、宿日直と時間外勤務が混同されているのであるから、早期に改善されなければならない。たとえば、夜間に母子の相談・指導が集中するのなら、それに対応して職員の正規勤務時間を編成するか、ふさわしい時間を設定して時間外勤務あつかいとしなければならぬ。ともあれ、このタイプの母子寮においては、相談機能は重点の一つであるから、宿日直勤務でたりるとかんがえられてはならない。

なお、現在一部の母子寮でとられている賃金をともなう常直制は、労働基準法に違反するものである。住み込み勤務は住み込み勤務、宿日直は宿日直と、規定を厳密にしたうえで賃金給付がなされるべきであろう。

つぎに、B型の母子寮の職員についてかんがえてみる。この型の母子寮のばあい、住宅提供的な機能が優先し、生活相談などは二次的機能としてとらえられた。ところで、住宅提供的な機能が優先するとはいえ、永住の便宜をはかるものではない。自立して児童福祉がはかれるようになるまでの母子世帯のショート・ステイ・ホームととらえられるべきである。

(1) 施 設 長

このタイプの母子寮においても施設長1人の必置は妥当であろう。厚生大臣官房統計情報部編『昭和49年社会福祉施設調査報告』によれば、母子寮施設長の公立・私立別専任兼任の構成比は、つぎのようである。すなわち、公立母子寮のばあい、専任42.9%、兼任57.1%、私立母子寮のばあい、専任87.5%、兼任12.5%である¹⁷⁾。公立母子寮の兼任率は、私立母子寮の兼任率にくらべて高い。兼任率の高い施設は、現状でも住宅提供的な機能を中心になっているといえよう。

(2) 生活指導員

16) 労働省労働基準局監修『病院・社会福祉施設の労働条件管理』労働法令実務センター64ページ。

17) 厚生大臣官房統計情報部『前掲書』152ページ。

住宅提供が中心的機能をはたすB型母子寮においては、これらの職員配置は不要ともかんがえられる。しかし、昭和32年に全国社会福祉協議会が『母子寮運営要領』において生活指導員（寮母）の職務を「(1)寮長を補佐する一方、母子の精神的支柱であり、また家計経済の相談相手として児童育成の助言指導者として」位置づけ「(2)寮長が不在の場合は、寮長の任務を代行する」と規定している¹⁸⁾。それをふまえていえば、利用世帯数にかかわらず、生活指導員を1人おくというのが妥当なところであろう。

(3) 保 母

母子寮の保育に欠ける乳幼児が、即座に保育所に措置されるとはかぎらない現状では、1母子寮につき1人の保母は必要である。

(4) 少年指導員

厚生省の基準においては、少年指導員兼書記が40世帯未満のばあいには1人、40世帯以上のばあいには2人配置されることになっている。このタイプの母子寮のばあい、雑事の処理もほぼ各世帯にまかされ、書記的役割をはたす必要性もさきのタイプの母子寮ほどではなくなるであろう。したがって、1母子寮につき少年指導員1人の配置にかぎってよいであろう。

(5) 宿日直要員

B型の母子寮には、宿日直は、その機能上不要であろう。生活相談、指導が必要なことは、そう多くないとかんがえられる。しかし、それが夜間に必要とされるなら、夜間常時とせず、一定曜日の夜間、正規勤務時間内か、時間外勤務としてとりあつかうのが妥当とかんがえられる。

小都市、町村部でいくつかの地方自治体が連携して広域的に措置をおこなうばあい、また、大都市において連携して集中的に措置をおこなうばあい、1母子寮の措置定数が大規模化することがかんがえられる。そのようなばあいには、その母子寮の中心的機能をよく検討したうえで妥当な職員配置がなされなくてはならない。

第5章 母子寮の物的水準

ここでは、A型、B型の母子寮に共通する物的水準を居室、炊事用流し、浴室、便所、構造に焦点をおいてみてゆく。

(1) 居室について

居室空間の広狭、妥当性を論じるばあいには、そこにどれほどの人数が住まうかが掌握されていなければなら

ない。75年調査によれば、昭和50年4月1日現在、母子寮入寮世帯の一世帯あたりの人数は、2.65人であった。したがって母を除いた児童数は、1.65人である。全児童数（この中には18歳以上のものも0.4%含まれているが）を100.0%としてみるとそのうち31.9%は0歳から5歳までの乳幼児である。

同調査は、母子寮の居室をつぎのように報告している。すなわち、全母子寮のうち一世帯一室制をとっているもの68.8%、一世帯二室制をとっているもの30.2%、その他1.2%である。公立・私立別にみると、公立では、一室制をとっているもの70.3%、二室制をとっているもの28.8%、その他0.9%である。私立では、一室制64.7%、二室制33.6%、その他1.7%である。居室面積についてみると、一室制では、9.9m²(六畳)以上が最も多く、公立で81.9%、私立で76.0%である。二室制では、17.34m²(6畳と4畳半)以上が最も多く、公立69.2%、私立74.4%である。現在の母子寮の居室面積は、一室制の9.9m²以上が大勢を占めているといつてよい。

昭和48年の総理府統計局『住宅統計調査』室によれば、全国平均の一人あたり居室畳数は、6.61畳、一室あたり人員は0.87人である。このばあい畳数が計上される居住室は、居間、茶の間、寝室、客間、書斎、応接間、仏間など居住用で就寝に供し得る室をさしている。玄関、台所、便所、浴室、廊下などはふくまれていない。ただし、流しの部分を除いた面積が5m²(3畳)以上のダイニング・キッチン、室数に含められている¹⁹⁾。この現実をもってすると、たとえば、2人で9.9m²の一室に住んでいる母子寮母子世帯は、一般市民の居室よりきわめて狭い部屋にいることになる。

以上のことから、母子寮の居室面積がいまより広いものに改善される必要がでてくる。どれほどの居室面積が妥当であろうか。妥当な居室面積を議論するばあい、そこに居住する人びとの生理的欲求・物質的欲求、心理的欲求などが条件にはいつてくる²⁰⁾。また、全国民の居住水準へのめくばりがされなければならぬ。前三者の条件を十全に議論することは、ここではひとまずおいておきたい。というのは、母子寮の居室で現在なによりも問題なのは全国民の居室水準にくらべてはるかに低水準であるからである。もちろん、全国民の住宅水準自体が、最善の状況にあるとはいいがたいのであるが、さしあたっての基準とされてよからう。さらにつめていけば、理

19) 総理府統計局『昭和48年住宅統計調査報告・第1巻・全国編』42ページ。

20) ル・コルビュジェ『輝く都市』鹿島出版会222~223ページ。

18) 全国社会福祉協議会『母子寮運営要領』60ページ。

想的な母子寮の居室水準をいうとき全国民の住宅水準を基準とするのは、最善の思考とはいいがたいが、実現の可能性を考慮してのひとつの試みである。

さて、母子寮の各世帯に全国平均の居室畳数を保障するとすれば、単純には、 $6.61(\text{畳}) \times 2.65(\text{人}) \div 17.51$ 約 18 畳の居室面積が必要とされることになる。しかし、乳幼児のばあいは、居住面積が児童および成人ほど大きくなくてよいはずである。『住宅統計調査』では、世帯人員を 6 歳以上の人員にかぎっているばあいもある。そこで、乳幼児をのぞいての一世帯あたりの畳数を、全国平均ひとりあたり畳数を基礎にして求めてみよう。さきに、乳幼児は、全児童の 31.9% をしめるといった。そこで、つぎのような式がたてられる。 $6.61(\text{畳}) \times \{2.65(\text{人}) - (1.65(\text{人}) \times 0.319)\} \div 14.03$ したがって乳幼児の必要畳数を 0 と見積っても、全国平均の居室面積にあわせて保障をはかるとすれば、14 畳程度の居室が平均的には必要とされる。8 畳と 6 畳の 2 室ということになる。

総理府統計局の『昭和 48 年住宅統計調査報告』によれば、全国の住宅総数のうち、持ち家は 59.2%、借家は 40.8% である。約 4 割が借家ということになる。借家に住んでいる世帯の全国ひとりあたり居室畳数は 4.65 畳である²¹⁾。この水準で、乳幼時の居室面積を 0 とみなして、母子寮利用母子世帯の平均居室面積をもとめてみる。 $4.65(\text{畳}) \times \{2.65(\text{人}) - (1.65(\text{人}) \times 0.319)\} \div 9.87$ したがって、全国の借家住まいのひとりあたり平均畳数にあわせて母子寮を設計するとしても、6 歳以上の児童のいる世帯では、10 畳の居室面積が必要とされる。

以上のようなことから、平均 2.65 人の世帯を、7 割以上が一室制である母子寮の居室に住まわせることは、時代のすう勢からはるかにはるかにおくれた措置であり、児童の福祉、母子の福祉をはかる施設として十分に機能しえなくなっているといえよう。

母子寮の居室面積の現状、全国民の居室面積と住宅の所有関係などをめくばりして、いま、新しく母子寮を利用する母子世帯の居室面積の水準をもとめるなら、つぎのような水準が妥当だといえる。すなわち、母と乳幼児のみで構成される世帯のばあい、6 畳の居室、母と乳幼児と児童（乳幼児がいないばあいでもよい）で構成される世帯のばあい、6 畳と 4 畳半の居室である。

いまは、母子寮を利用する一世帯の居室面積の水準をもとめてみたわけである。そのような居室は母子寮全体としてどのように配置されるべきであろうか。母子寮を利用する世帯の人員、年齢構成は多様であるが、さしあ

21) 総理府統計局『前掲書』42 ページ。

たって大まかにわけると、①母+乳幼児、②母+乳幼児+児童、③母+児童ということになる。①のばあいは、1 室でまにあうであろうし、②と③のばあいは、2 室が保障されなければなるまい。一つの母子寮に、①、②、③のタイプの母子世帯がどのような割合で分布しているか、確定できる資料は不足している。そこでさきにあげた数値をもとにかんがえてゆくことにしたい。母子寮の子どものうち 31.9% は、乳幼児であった。かれらがすべて①のタイプの世帯に属しているのだとすれば、②のタイプの世帯はなく、③のタイプの世帯が 68.1% になる。しかし、②のタイプの世帯が、現実存在するのであるから、1 室を必要とする 31.9% の構成比はさらに小さくなるはずであり、2 室を必要とする 68.1% の構成比はさらに大きくなるはずである。

ところで、母子寮を利用する母子家庭の最近の特徴的傾向のひとつは、未婚の母の増加である。このばあい、母と乳幼児で母子寮を利用することになる率がたかい。したがって、母と乳幼児の母子世帯の利用は、今後も増加することがみとおされる。これは、さきの 31.9% の構成比が減少するということを緩慢にする条件のひとつとみななければなるまい。

大きい居室のつかいようはいくらでもあり、乳幼児も時を経て児童になることをかんがえあわせれば、各世帯 2 部屋の居室が保障されるのがのぞましい。しかし、全国的にみても一室制の居室システムの母子寮が 7 割以上を占めている現状では、その即時実現をはかるには、いますこしたちいった検討を必要としよう。

以上のようなことをかんがえあわせると、一母子寮は、つぎのような居室で構成されるのがよいであろう。すなわち、6 畳 1 室(30.0%) 4.5 畳 (70.0%) である。

(2) 炊事用流し

75 年調査によれば、昭和 50 年 4 月 1 日現在、全国母子寮のうち単独世帯用炊事場を設置しているのは、公立で 53.3%、私立で 73.3% ある。

さきにもちいた『昭和 48 年住宅統計調査』によれば、専用の炊事用流しを設置しているのは、全国平均で 98.5%、持ち家のばあい 99.8%、借家のばあい 96.7% である²²⁾。

母子寮の炊事場は、全国平均からして専用率がひくい。食事、炊事は、各世帯の母の児童にたいするおもいやりがこめられるところである。共同の炊事場をつかうより、専用の炊事場をつかうほうが心配りがゆきとどくはずである。改築の可能な母子寮から各室に専用の炊事用流し

22) 総理府統計局『前掲書』82 ページ。

が配置されるべきである。

(3) 浴室

75年調査によれば、全国の母子寮のうち単独世帯用の浴室を設置しているのは、公立で6.5%、私立で6.0%となっている。

『昭和48年住宅統計調査』によれば、全国で浴室のある住宅に住んでいるのは70.3%である。所有関係別にみると、持ち家のばあい86.7%に浴室があり、借家のばあい53.8%にそれがある。専用は、前者のばあい85.6%、後者のばあい52.1%である。公営・公団・公社のばあいには、専用の浴室があるのは73.3%である。

このようなことからすれば、母子寮の各室には専用の浴室があるのがのぞましい。

しかし、従来、母子寮においては、共同の浴室で寮母・生活指導員が、入浴指導をふくめての生活指導をしてきている。また、共同浴室は、他の世帯の母子と交流する場のひとつでもあった。そうしたことが、各母子家庭にこのましい効果をおよぼしてきたこともあった。

全国の住宅事情からすれば、各世帯での浴室の専用化がはかられるべきであろうが、その実現については、現在の各母子寮の実状をよくふまえ、いっそうの検討が必要とされよう。

(4) 便所

ここでも、これまでにもちいてきた資料で母子寮の便所がどのような水準にあるのか、あるのがのぞましいかをみていきたい。

75年調査においてみれば、全国の母子寮のうち単独世帯用の便所を設置しているのは、公立で21.5%、私立で29.3%ある。

『昭和48年住宅統計調査』によれば、便所は、全国平均で93.0%が専用である。所有関係でみても、持ち家のばあい99.5%が、借家のばあい86.4%が、専用便所を使用している²³⁾。

母子寮の便所が共用されるというばあい、つぎのような不都合がある。まず、その使用が一定時間に集中し、生理的要求をおさえなければならないばあいがある。これは、人体にこのましくない。ついで、子どもが夜間、居室とはなれた便所を使用するばあい、危険をさけるためにつきそいの必要がでてくることがある。居室内にそれがあればそのような事態のわずらわしがさけられる。さらに居室とはなれた便所を深夜利用するばあい夜着のままか、着換えをして通路を往来することになる。これも不都合なことであろう。

以上の諸点をかんがえあわせて、便所は各室専用設置としたい。

(5) 構造

75年調査によれば、その構造別構成比は、公立のばあい、木造57.9%、鉄筋31.2%、ブロック10.9%、私立のばあい、木造40.5%、鉄筋50.9%、ブロック78.6%である。総体的には、木造53.4%、鉄筋36.3%、ブロック10.3%である。木造母子寮のうち、建造された時点より、20年以上が経過しているものは72.5%、10年以上20年未満が経過しているものは24.5%、10年未満が経過しているものは30%である。

『昭和48年住宅統計調査報告』によれば、全国の住宅の構造別構成比は、木造86.2%、非木造13.8%（鉄筋10.5%、ブロック2.6%、その他0.7%）である。昭和48年に建築された共同住宅のばあい、木造40.4%、非木造59.6%（鉄筋55.6%、ブロック2.3%、その他1.7%）である。また、共同住宅の構造別年次推移を、終戦時から昭和25年までに建設された木造住宅、非木造住宅のそれぞれの指数を100.0として、昭和48年についてみる。木造は79.56、非木造1,299.2（鉄筋1,455.5、ブロック309.5、その他4,800.0）である²⁴⁾。したがって、共同住宅の構造は、木造から非木造へ、わけでも鉄筋構造になりつつあるというのが時代の趨勢である。さらに、つくくわえれば、「社会福祉施設近代化の諸問題²⁵⁾」においても、社会福祉施設の構造の非木造化は指摘されているところである。

以上のようなことから、現在木造である53.4%（実数233）の母子寮の鉄筋構造住宅への改築がのぞましい。そのばあい、さしあたっての優先順位をつけるとするなら、①30年以上まえに建設された16の母子寮、②20年以上30年未満の時点で建設された153の母子寮となろう。これらの改築にあたっては、さらにつぎのような点が留意されるべきであろう。まず第一に、それらの所在する地域の母子寮需要がどのようなものであるのか、統廃合の可能性をもつかいなかということであり、第二に、統合をするばあい平面的な拡大をめざすのか、立体的な拡大をめざすのかということである。具体的にいえば、敷地面積を拡大し、一階建、二階建てすませるのか、敷地面積はそれほど拡大せず、三階建以上の高層建築化をはかるのか、検討しておくべきであろうということである。

現在、国の建設補助基準面積は36.4m²である。しか

24) 総理府統計局『前掲書』11ページ。

25) 全国社会福祉協議会『社会福祉施設近代化の諸問題』27ページ。

23) 総理府統計局『前掲書』82ページ。

し、これまでのところをふまえていえば、50m² 前後まで拡大されるのがふさわしいであろう。その構造はとうぜん鉄筋であるべきである。

この研究は、昭和50年度厚生科学研究費を得ておこなわれたものである。その報告書は『母子世帯の質的变化に対応した新しい母子福祉施策にかんする研究』として

刊行されている。筆者たちは、それを社会保障研究所の研究会で報告をする機会をあたえられ、のちの討議で多くの教示をえた。本稿は、さきの報告書を土台に、その教示をいれて執筆された。研究費をあたえられた厚生省児童家庭局、教示をあたえられた前記研究会に感謝する。

なお副田が序章から第3章までを、吉田が第4章、第5章を執筆した。

福祉意識と地域福祉

——福祉意識の地域別パターンの計量的分析——

高橋 紘 士

I 問題設定

本稿は、地域住民の社会福祉への意識・態度についての調査データを手がかりに、地域社会を中心とした社会福祉活動にとって基本的な条件となる地域住民の福祉意識の構造を明らかにしようとするものである。

はじめに、福祉意識を問題にする筆者の視点を要約して述べておきたい。

1. 福祉組織と福祉意識、福祉文化

福祉意識を問題にする理由は、いうまでもなく最近の社会福祉の性格変化である。すなわち、社会福祉ニードの高度化、多様化をふまえ、社会福祉供給のあり方が変化してきたという事情による。すなわち、(1)社会福祉の対象を隔離し、閉鎖的に処遇することから、福祉対象者を社会に統合的、開放的に処遇するという変化。(2)サービス対象を限定的に考えるのではなく、あらゆる市民がサービスを必要とするに至るリスクを持つと考えるようになったこと。(3)サービスが対象にするリスクの性格変化とは、救済的な色彩の払拭を意味する。(4)社会福祉サービスの内容は貨幣的なサービスに加え、非貨幣的なサービスへの重視。さらに画一的なサービスから個別的サービスの強調。(5)福祉サービスの根拠も一方的慈恵、施与から、市民に普遍的に与えられた権利への変化。以上のような性格変化のプロセスで、施設中心の社会福祉から、市民の生活の場としての地域社会に根ざした社会福祉という意味での地域福祉が強調され、このような概念の広がりの中で、社会福祉サービスそのものの質の高度化をめざした専門性の強調がおこなわれることになる。

このような、社会福祉ニードの変化とサービスのあり方変貌は、ニードに対し、サービスを供給する福祉組織のあり方を考える場合に、新しい視角の必要性を強調することになる。すなわち、社会福祉の制度的なしくみを支える、市民の福祉への考え方・意識の変化を充分考慮に入れられないかぎり、福祉組織のダイナミズムをとらえる

ことが不十分になってきたということである。換言すれば、社会福祉組織にその担い手として市民が登場してきたということである。

社会福祉の諸制度とそれを支える市民の意識の相互に関連を明らかにしようとするばあい、二つの次元で問題をたてる必要がある。第一に、社会福祉諸制度の需要の面に福祉への意識を位置づけるということである。ニードは依存的な状態におちいった個人あるいは世帯から発生し、それが福祉需要として、福祉サービスを必要せしめるに至るプロセスのなかで、サービスを必要とする当該個人、あるいは世帯の成員の福祉意識は重要な媒介的要因である。当該個人、世帯の客観的条件についての理解と共に、主観的な意識的条件を考慮からはずした場合、依存性からはじまりニードが福祉需要として顕在化するプロセスの理解は不十分なものとなるであろう。

第二に、社会福祉サービスの供給面では、福祉部門に社会の諸資源をどれだけ動員するかを決定するさいの合意形成にはたす福祉意識の役割も重要である。制度形成とその運用における政策決定、執行の手続は、客観的な制度的な側面と同時に、その過程にはたらく主観的側面としての福祉意識への考慮が必要となる。例えば社会福祉財源確保への意思決定への支持・不支持、あるいはボランティアな福祉活動への参加などに主観的な福祉意識、福祉への態度・考え方が重要な役割を果たすはずである。

このような問題視角は、福祉組織の主観的側面としての福祉意識の体系としての「福祉文化」の概念を必要とさせる。福祉文化とは「福祉組織における行動を支配するような規則や前提を支え、福祉組織をめぐる諸過程に秩序と意味づけを与えるような態度、信条、および感情の集合である。それは福祉の理念と福祉諸制度の運営規範の双方をふくむ。福祉文化はかくして、福祉組織の心理的・主観的側面の総合的形態として表現される。一個の福祉文化は福祉組織それ自体の歴史、および組織を構成する成員の生活史の双方の産物である。すなわちそれは公的事象と成員の私的な経験にひとしく根ざしたものである¹⁾。」

2. 地域福祉と福祉意識

前の部分で社会福祉サービスが施設中心から、市民の生活の場としての地域社会に根ざした社会福祉へと転換しつつあると述べたが、まさにこの点に福祉意識を地域のレベルで問題にする必要があるのである。地域社会中心の社会福祉の展開とは、福祉対象者 (Needy) が地域社会のなかで生活を営むなかで福祉サービスによるニード充足をおこなうようになることを意味する。この場合、行政サービスと同時に、市民による福祉活動への支えが必要となってくるのは容易に推察されよう。このような条件を支えるのは何であるか。この点に関する条件は、地域それぞれの状況で大きく異ならざるを得ない。地域の多様な状況のなかで地域住民の社会関係形成はどのようなあり方をとるか、さらにそれが福祉組織とどのように係りあうか。そのなかで行政サービスの果す役割は何かなどの諸問題をとらえる枠組を用意しなければならない。すなわち「地域構造」「地域の福祉意識・福祉文化」「地域の福祉組織」の三者の関連をとらえる概念枠組の必要性である。本稿では以上のような課題を解明する手がかりとして、地域住民の福祉への態度・意識についての調査データによって福祉意識の構成要素を明らかにし、さらにこの福祉意識が地域によってどのようなパターンを示すかを検討したい。

II 解 析

地域住民の福祉への態度・意識についての調査データを手がかりに福祉意識のパターンを明らかにし、さらに福祉意識からみた地域の特性を解明することをねらいとして以下の解析がおこなわれた。以下順をおって解析結果を述べてゆくことにしたい。

1. 解析の課題設定

本稿の解析の課題は四つある。第一に、福祉をめぐる地域住民の意識を出発点とし、その調査データにより、福祉意識の構造的なパターンをさぐることである。これは、福祉をめぐる意識データを地域別に集計し、その地域別の反応パターンをデータとしそれによって変数間の相関係数を計算し、相関行列をつくり、この相関行列に対し、主成分分析法という多変量解析の手法³⁾を適用し、

1) この福祉文化の概念構成は、政治学の領域で最近発展してきた政治文化の概念に負っている。拙稿「福祉文化の問題」週刊社会保障、昭和51年5月31日号参照。

2) 主成分分析の手法については紙幅の関係で解説は省略する。奥野忠一「多変量解析法」昭和46年 日科技連出版社、p. 159 以下参照。

地域を通じてあらわれる福祉意識の構造パターンを明らかにしようとするものである。これは解析結果Aで詳細が述べられる。

第二に、第一の解析と同じ手法によって、地域についての住民の意識の構造パターンをさぐることを目的とした解析である。これは解析結果Cでその結果が述べられる。

第三に、第一の解析で得られた福祉意識を構成する要因群の地域の反応パターンを利用して、地域ごとに類似している地域、あるいは差異がみられる地域を分類し、福祉意識によって、地域を分類しようとするのである。これにはクラスター・アナリシスという手法³⁾が適用される。その結果は解析結果Bで述べられる。

第四に、以上の解析結果を総合して、分類された地域の特性を検討し、地域福祉および福祉意識の地域的な差異を生みだす要因は何かを検討するのがⅢ解析結果の総合である。

2. 解析の準備

以上のように課題設定された解析の素材となったデータの性格および、多変量解析のための変数の選択について若干の註釈を加えておくことにしたい。

(1) 原データの性格

以下の解析の素材となったのは、昭和50年8月に神奈川県下(横浜市、川崎市を含む)で実施された「地域の福祉についての調査」によって得られたデータである。調査対象者は、神奈川県下の市町村を人口密度によって層別し、そこから小学校区を30地区ランダムに抽出し、それぞれの小学校区に居住する世帯をさらにランダムに270世帯(一部の地区は50世帯)を抽出し、その世帯の生計中心者あるいはその妻を交互に調査対象者とした。そして、調査対象者に調査票を配布し、記入してもらい、回収する、いわゆる留置法によって調査を実施した。回収率は、客体数7,210に対し、回収数5,458で75.7%であった。

調査地域は、小学校区であり、その地区はほぼ神奈川県の全域に及ぶ。横浜市は10地区、川崎市は5地区、県市部は12地区、郡部は3地区である。

調査項目は、図1に示したような調査枠組に従ってつくられた。第一に福祉意識の項目として、「社会福祉」のイメージとして、選別主義的に福祉を考えるか、普遍主義的に福祉を考えるか、社会福祉への親近性、福祉充

3) クラスター・アナリシスの手法については、奥野編、前掲書 p. 391 以下参照。

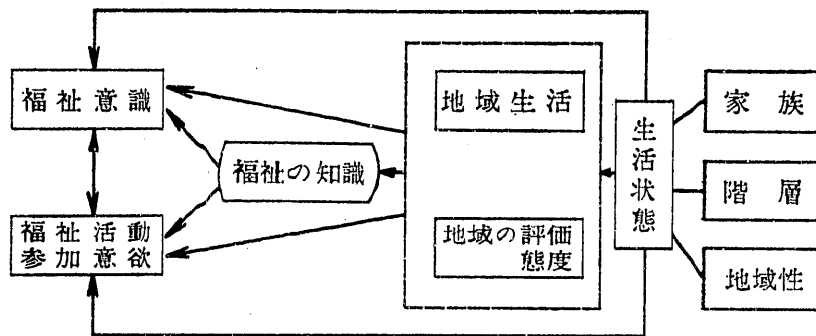


図1 調査の枠組

実への意見、行政の役割についての意見等および、個別の福祉領域について、老人福祉、児童福祉、障害者福祉についての個別的な福祉への意見・態度を尋ねた。第二に、福祉活動への参加意欲の有無について、老人への援助活動、児童への指導活動、障害者への援助活動、地域社会での福祉活動の4項目によって尋ねた。第三に社会福祉についての知識の周知度、第四に地域生活および居住環境について、それらの評価、地域への定着性や地域への態度、社会関係の状況などについて尋ねた。第五に基礎的属性として、家族の状況、職業および経済状態による階層、さらに本人の特性などの項目が調査された。

以上のような調査項目によって得た回答結果を、多変量解析にかけるためのデータとして整理しなければならない。すなわち、データ処理の対象となる変数としてどのようなものかを考えるか、解析の素データをどのような形で準備するかというふたつの作業が必要となる。

今回の解析は福祉意識が、地域をつうじてどのようなパターンをとるかを明らかにすることを目的としているから、すべての回答を地域ごと（小学校区を単位とした地域）に集計して、地域ごとの割合をパーセンテージで表示したり、得点として表示することにした。変数は、前記の調査の回答から必要なものを変数として整理した。たとえば、核家族率とは、その地域における核家族の占める割合を百分率であらわしたものがデータとなり、また生活安定世帯率とは、その世帯の生計中心者に万一のことがあった場合にやっていけるかどうかという質問にやってゆけると答えた世帯の割合を地域ごとに百分率で表示したものが素データとなる。福祉意識の項目についても同様で、たとえば、社会福祉を普遍的に考えるか、選別的に考えるかで、普遍的なものと考える者の地域ごとの百分率が素データである。

3. 解析結果A、一福祉意識の構成要素

はじめの解析結果は福祉意識の主成分分析である。その結果は表1に示した通りである。とりあげた変数は主として福祉への態度・意見に関するもの25変数である。これらの変数について、各地域の値の平均値からの差を標準偏差で割って標準化し、その上で変数間の相関係数を求め、25変数間の相関行列をつくり、これを出発点に主成分分析にかけて、主成分を求めた。その結果が各主成分の因子負荷量の欄に表わした通りである。求めた主成分の説明力は、最下欄の累積寄与率で示した通り、第1の主成分で35%、第2主成分を加えると52%、第3主成分を加えると64%、第4主成分を加えると71%、第5主成分までで77%となり、これら25変数の地域間変動の77%がこの5つの主成分で説明することができる。これらの主成分はどのような特性を持っているかを検討すると次のようなことがいえる。

第1主成分で正に反応している変数は、因子負荷量の高いものから、1. 老後のサービス扶養を行政に依存する志向性、2. 行政への期待、3. 老後の経済を自力で賄う志向性、4. 個我型地域態度（権利要求型）5. 社会福祉へのイメージの普遍主義志向（社会福祉は市民全体の生活を良くするもの）などの変数があげられる。また負に反応している変数は、1. 老後子との同居志向、2. 老後のサービス扶養を子に依存する志向、3. 生活の改善では地域の助けあい志向、4. 地域定着性、5. 児童の指導への参加度、6. 伝統型の地域態度、7. 福祉情報の周知度、8. 生活安定世帯率などの変数があげられる。

この第1主成分における各変数の反応のパターンをみると、福祉サービスを権利として考え、その充実を行政に期待し、しかも福祉を普遍主義的にとらえるような態度が、あるいは、親族の扶養や地域の相互扶助に期待した伝統的な地域への態度を持つかを識別する主成分である。

表 1 福祉意識の主成分分析

地域での比率	データ		各主成分の因子負荷量					コミュニティ
	平均(%)	標準偏差	Z 1	Z 2	Z 3	Z 4	Z 5	
X10 生活安定世帯率 1	29.94	8.23	-.552	-.652	-.201	.153	-.202	83.6
X17 地域定着性 2	55.36	16.84	-.799	-.272	-.274	.092	-.226	84.9
X18 伝統型地域態度 3	20.90	7.06	-.649	-.324	.564	-.042	.088	85.4
X19 個我型地域態度 4	17.50	5.35	.783	.273	.051	.116	-.120	72.0
X20 コミュニティ型地域態度 5	56.01	5.21	-.142	.157	-.819	-.001	-.164	74.3
X34 老後経済生活子依存志向 6	8.00	5.04	-.717	-.062	.588	.062	-.170	89.7
X35 老後経済自力志向 7	68.64	6.57	.784	-.098	-.073	-.072	.348	75.6
X36 老後同居志向 8	44.02	16.65	-.913	.163	.011	-.059	.176	89.5
X37 老後生活サービス扶養子志向 9	75.65	8.94	-.884	.007	-.040	-.026	.163	81.1
X38 老後生活サービス扶養行政志向 10	10.81	4.65	.837	.183	.112	-.114	-.223	80.9
X39 福祉情報認知 11	52.75	7.56	-.644	-.133	-.471	-.031	-.218	70.4
X41 障害者施設賛成率 12	49.90	4.16	-.119	.297	.072	.407	-.333	38.4
X42 生活改善自力志向 13	4.07	2.88	.126	-.110	.697	.150	-.385	68.6
X43 生活改善地域志向 14	27.32	6.25	-.807	.320	-.042	-.235	.154	83.5
X44 行政活用志向 15	45.27	5.56	.249	.753	-.242	-.336	.019	80.3
X45 老人の援助身より志向 16	25.79	5.95	-.466	-.501	-.259	-.345	.128	67.2
X48 社会福祉イメージ普遍型 17	81.33	4.10	.549	-.359	-.610	.187	.147	85.7
X49 社会福祉サービス負担してもきめ細く 18	70.12	3.93	-.183	.611	-.269	-.531	-.186	79.6
X50 老人福祉幅広く 19	43.71	5.17	.019	.275	.548	-.617	-.067	76.3
X51 社会福祉親近度 20	91.29	2.54	.077	-.283	-.250	-.342	-.732	80.2
X52 老人援助参加度 21	22.56	5.17	-.488	.665	-.011	.290	-.069	77.1
X53 児童指導参加度 22	25.57	6.20	-.759	.531	-.008	.090	-.036	86.8
X54 障害者援助参加度 23	14.38	2.53	.018	.514	-.090	.524	-.071	55.2
X55 地域活動参加度 24	19.54	4.63	-.472	.747	-.082	.141	.093	81.7
X57 行政への期待度 25	26.66	4.55	.790	.318	.008	.007	-.114	73.9
固 有 値			8.830	4.129	3.140	1.755	1.377	
累積寄与率(%)			35.32	51.83	64.39	71.42	76.92	

前者は、いわば、都市化、エンプロイ化、核家族化などの社会変化に伴って出現した「近代的」な福祉意識をあらわすものであり、後者は、自営業層、農業世帯層になお残存している、地域や家族に根ざした「伝統的」な福祉意識をあらわすものと考えることができよう。そこでこの主成分を福祉意識の「近代性」をあらわす主成分と考えることにしよう。

第2主成分は、正に反応するものは、1. 行政活用志向、2. 地域活動参加度、3. 老人援助活動参加度、4. 社会福祉サービス負担をしても幅広く、5. 児童指導活動参加度、6. 障害者援助活動参加度、などの変数であり、負に反応しているのは、1. 生活安定世帯率、2. 老人の援助は身よりがやるべきだという考え方などである。

これらの反応パターンは、福祉活動に参加する志向とそうでないものを識別しており、しかも、前者には、行政を活用し、しかも行政はできるだけ幅の広いサービスを用意すべきだという考え方と、福祉活動への参加意欲が結びついているということを示しておりきわめて興味深い。後者の負の反応パターンは、老人援助に対する考え方で身寄りの援助を強調し、それらは生活が安定的な世帯に多いことを示している。この主成分は「福祉活動参加意欲」を説明する主成分と考えることができるだろう。

第3の主成分は、正に反応する変数は、1. 生活改善を自力で行なおうとする考え方、2. 老後の生活を子に依存する、3. 伝統的な地域態度、4. 老人福祉は広い対象でという考え方などがふくまれ、負に反応するのは、1. コミュニティ型の地域態度、2. 普遍主義的な社会福祉イメージなどがあげられる。

これは負に反応している変数に着目すれば、コミュニティ型の福祉意識と、伝統型の福祉意識を識別する因子と考えることができ、これを「福祉コミュニティ形式」の因子と考えることができるだろう。

第4主成分は、正に反応する変数が、1. 障害者援助活動参加度、2. 障害者施設賛成率で、負に反応するのは、1. 老人福祉を幅広く、社会福祉サービス負担をしてもきめ細くすべきという考え方である。これは、障害者福祉への考え方と、老人福祉への考え方の差異を示すもので、いわば前者が、社会福祉対象を限定的に考える志向性をあらわすのに対し、後者は一般的に考える志向性を示したものである。この主成分は『社会福祉対象の広がり』をあらわすものと考えられることにしよう。

第5の主成分は、社会福祉への親切性のみが負に反応しており、これは、社会福祉への親切性をあらわす因子

と考えることができよう。

以上述べたように、この解析でとりあつかわれた25の福祉意識についての変数は、5つの主成分に要約することができた。第1は、福祉意識の近代性の因子 (W_1 と略す)、第2は福祉活動参加意欲の因子 (W_2)、第3は福祉コミュニティ形成の因子 (W_3)、第4は社会福祉対象の広がり因子 (W_4)、第5は社会福祉への親近性の因子 (W_5) である。

すなわち、福祉意識といわれるものは、以上の5つの因子に要約できるのである。これが解析Aの結果である。

4. 解析結果B、福祉意識の地域別パターン

解析Aの結果、福祉意識について5つの主成分が抽出され、それぞれに解釈が与えられ、福祉意識の構成要素が明らかにされた。それぞれの主成分の地域ごとのスコアを利用して、クラスター・アナリシスにかけた地域間で福祉意識の類似性を求め、それによって30の地域を幾つかのグループに分類してみたい。

解析の出発点となるのは、地域ごとの主成分得点である。この分析では、4つの主成分値を利用して、クラスター分析をおこなった。まず地域ごとの主成分得点によって、地域間の距離を計算し（ユークリッド距離を用いる）距離が最も近いものの対を1個のクラスターと考え、クラスター間の距離を重心点を使って計算し、逐次、クラスター内の変動を小さく、かつクラスター間の変動を大きくするような適当な地域を融合してゆく。このような手順を反復し、最終的には、図2に示したような樹形図を得ることができる。たて軸は、クラスターを融合させて行くステージを示し、横軸に各地域が配列してある。ステージが進むにつれ、地域は幾つかのより大きなグループに類別されてゆき、最終的にはすべての地域が一つのクラスターに含まれることになる。第一ステージでは、地域番号2と15がひとつのクラスターとして選ばれ、第2ステージでは5と10がクラスターとされる。第3ステージでは2と15のクラスターに9が追加され、第4ステージでは12と21が新しいクラスターとされ、逐次クラスターが構成され、結果的にはすべての地域をふくむ樹形図が描かれたわけである。これを任意のステージで分割すれば、地域は福祉意識の類似性によってグルーピングされることになる。

これを整理し、あわせ、もとの福祉意識の主成分得点の数値と共に示したのが表2である。神奈川県下30の小学校区は福祉意識の類似性によって大きく7つにグル

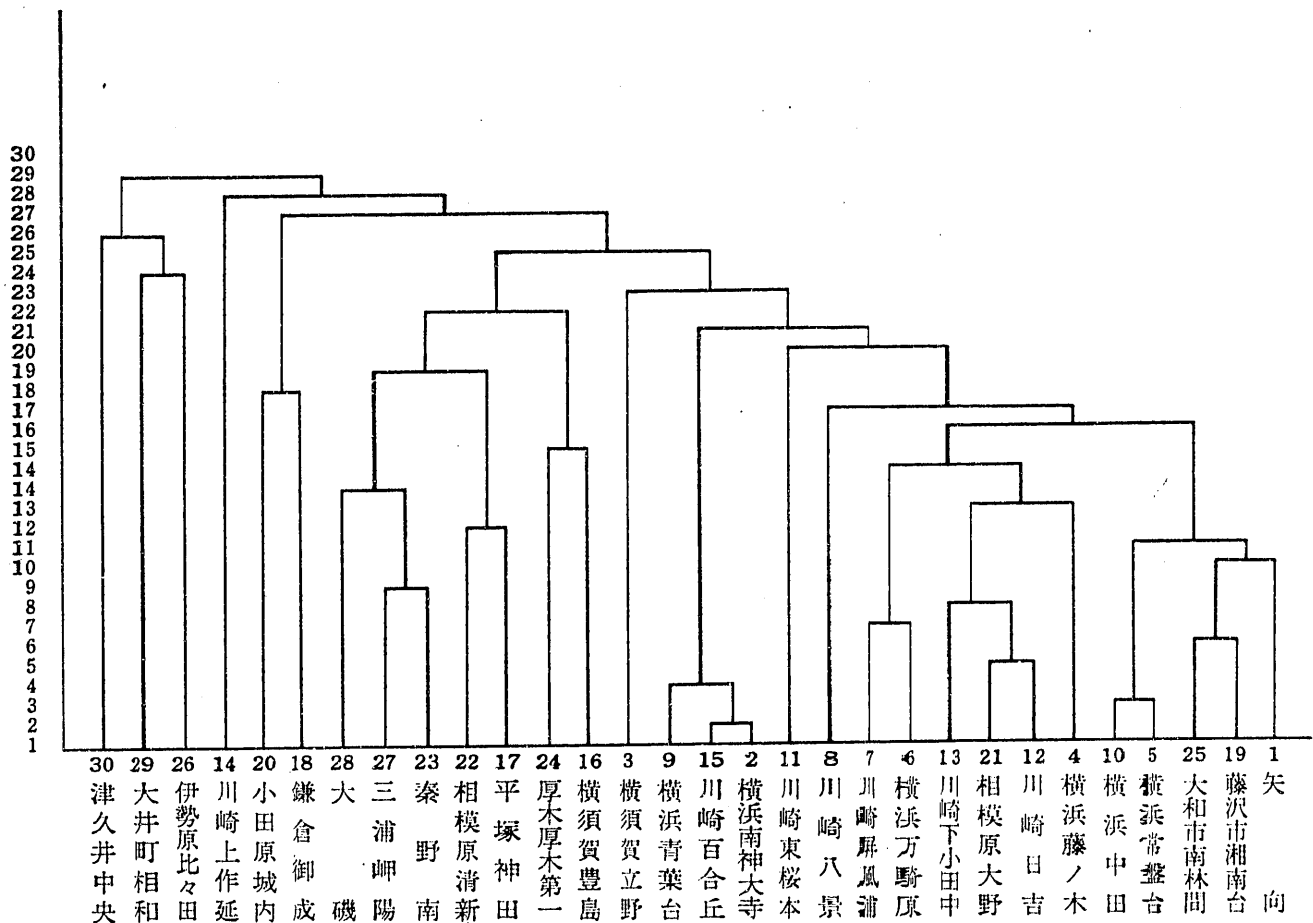


図 2 クラスターグラフ

ーピングされた。さらに、サブグループに分割したものをあわせると 13 グループとなる。A から D まではおおむね、川崎市、横浜市などの大都市部の地域をふくみ、E から F は市部地域、G は郡部からなる。この詳細な検討はⅢで行なうことにし、ここではクラスター・アナリシスによる福祉意識の地域別パターンの解析結果のみ示すことにする。

5. 解析結果 C, 地域意識の構成要素

次に地域への評価、態度などに関連した 23 変数の主成分分析の結果を紹介したい。とりあげた変数は表 3 に示したように住宅、地域への移動状況、地域への態度、地域生活および地域環境の諸側面への評価など 23 の項目である。主成分分析の結果抽出された主成分は 5 つである。第 1 主成分の寄与は 40%、第 2 主成分を加えると 62%、第 3 主成分を加えると 74%、第 4 主成分を加えると 81%、第 5 主成分を加えると 86% と、この 5 つの主成分でこれら変数の地域間の全変動と 86% を説明することができる。これらの主成分の解釈を以下で試みるこ

とにしたい。

第 1 主成分で正に反応している変数は、1. 地域生活総合評価、2. つきあい評価、3. 自然環境評価、4. くつろぎ評価、5. 地域定着性、6. 余暇生活評価、7. 公害問題への評価、8. 子供にとっての環境総合評価、9. 地域全体評価、10. 地域の助けあい評価、11. 持家率などである。また第 1 主成分に負に反応しているのは、1. 木賃アパート率、2. 新規来住率などである。この主成分は、明らかに正に反応している変数は、地域の住み易さを表わす変数であることが知られる。注目すべきなのは、地域の住みやすさが、地域の生活、たとえばつきあいとかくつろぎなどの評価からなっていること、環境では公害がなく自然環境に恵まれていることなどによって構成されていることである。さらに地域への定着性、持家率が、地域の住み易さに関連しており、木賃アパート率、新規来住率は、地域の住み易さにマイナスの要因であることなどである。この第 1 主成分は、「地域の住み易さ」を表わすものと考えられることにしよう。

第 2 主成分で正に反応している変数は、持家率、地域

表 2 福祉意識による地域に分領

		W_1	W_2	W_3	W_4
横浜南神大寺	(2)	12.485	1.743	-0.042	-0.114
川崎百合丘	(15)	12.333	2.882	0.350	-0.023
横浜青葉台	(9)	11.241	1.125	0.199	-0.465
A					
川崎下小田中	(13)	7.621	-0.469	-2.773	-1.643
川崎日吉	(12)	6.730	0.024	0.296	-1.426
相模原大野	(21)	6.513	1.738	-0.591	-0.967
横浜万騎原	(6)	6.586	-0.817	4.135	-1.051
横浜屏風浦	(7)	4.938	-2.122	2.172	-0.729
横浜藤ノ木	(4)	4.245	-2.774	-1.417	-1.322
B ₁					
横浜八景	(8)	5.701	2.329	0.185	3.063
B ₂					
川崎東桜本	(11)	5.721	6.306	-2.558	-1.649
横浜常盤台	(5)	3.699	-0.026	1.267	1.235
横浜中田	(10)	3.355	-0.225	0.886	-0.298
B ₃					
藤沢湘南台	(19)	2.020	3.145	3.642	-0.406
大和市南林間	(25)	2.696	2.580	1.788	-0.829
横浜矢向	(1)	0.206	0.192	1.974	-0.936
B ₄					
横浜立野	(3)	3.669	-6.907	1.131	0.679
C					
川崎上作延	(14)	-3.541	1.431	-12.367	0.301
D					
相模原清新	(22)	1.291	3.797	-0.347	2.279
平塚神田	(17)	-2.237	3.815	-0.992	1.349
E ₁					
大磯	(28)	-3.331	-2.402	0.779	0.102
三浦岬陽	(27)	-3.453	-0.433	-2.410	3.195
秦野南	(23)	-5.786	0.446	-0.872	1.642
E ₂					
横須賀豊島	(16)	-6.583	-4.248	2.439	-2.429
厚木厚木第一	(24)	-7.098	-1.075	4.542	-0.140
E ₃					
鎌倉御成	(18)	-2.379	-9.938	-2.993	0.769
小田原城内	(22)	-5.004	-9.513	0.501	3.404
F					
伊勢原比々田	(26)	-17.533	3.361	-3.269	-3.238
大井町相和	(29)	-22.073	-3.343	0.436	-2.953
津久井中央	(30)	-22.035	9.380	3.908	2.603
G					

表 3 地域意識の主成分分析

地 域 で の 比 率	デ ー タ		各 主 成 分 の 因 子 負 荷 量					コ ミ ュ ナ リ テ ィ
	平均(%)	標準偏差	C1	C2	C3	C4	C5	
X11 持 家 率 1	66.21	17.26	.650	.533	.169	-.011	.353	86.1
X12 木 賃 ア パ ー ト 率 2	6.62	7.17	-.733	-.067	.244	-.117	-.002	61.6
X13 公 共 住 宅 率 3	8.86	14.62	-.245	-.577	-.411	.238	-.481	85.2
X14 新 規 来 住 率 4	33.28	14.05	-.624	-.450	-.468	-.027	-.157	83.8
X15 県 外 就 労 率 5	25.16	14.80	-.269	-.705	-.290	.130	.123	68.7
X16 地 域 行 事 参 加 率 6	41.27	13.59	.083	.575	-.301	.511	-.259	75.8
X17 地 域 定 着 性 7	55.36	16.84	.829	.421	.154	.047	.113	90.4
X18 伝 統 型 地 域 態 度 8	20.90	7.06	.424	.488	.021	-.600	-.453	98.5
X19 個 我 型 地 域 態 度 9	17.50	5.35	-.504	-.411	-.154	-.114	.446	65.9
X20 コ ミ ュ ニ テ ィ 型 地 域 態 度 10	56.01	5.21	.187	-.099	.226	.875	.193	90.0
X21 地 域 生 活 総 合 点 11	12.86	0.93	.978	-.129	-.035	-.030	.032	97.6
X22 く つ ろ ぎ 評 価 12	3.43 *	0.35	.847	-.343	-.319	-.087	.161	97.1
X23 余 暇 生 活 評 価 13	3.00 *	0.33	.818	-.463	.100	-.182	.048	93.1
X24 つ き あ い 評 価 14	3.17 *	0.17	.905	.165	.243	-.017	-.048	90.9
X25 助 け あ い 評 価 15	3.27 *	0.23	.747	.514	-.010	.175	-.155	87.9
X26 地 域 全 体 評 価 16	3.42 *	0.21	.754	-.588	.033	-.106	-.017	92.7
X27 地 域 環 境 評 価 17	20.46 *	1.51	.544	-.734	.353	.006	-.056	96.4
X28 自 然 環 境 評 価 18	3.58 *	0.51	.875	-.164	-.403	.009	.044	95.8
X29 交 通 の 便 評 価 19	3.66 *	0.49	-.078	-.592	.727	-.073	.085	89.9
X30 買 物 便 評 価 20	3.65 *	0.29	.259	-.087	.612	.295	-.352	66.1
X31 公 害 問 題 評 価 21	3.18 *	0.52	.759	-.352	-.390	.051	-.032	85.8
X32 都 市 施 設 評 価 22	2.99 *	0.50	-.076	-.694	.540	.008	-.257	84.7
X33 子 供 の 環 境 総 合 評 価 23	15.13	1.35	.753	-.483	-.333	.044	-.062	91.8
固 有 値			9.228	5.003	2.673	1.674	1.182	
累 積 寄 与 率(%)			40.12	61.88	73.50	80.78	85.92	

* は 得 点

表4 地域福祉主成分

		住みよさ C ₁	施設 C ₂	利便 C ₃	コミュニティ形成 C ₄
横浜南神大寺	(2)	-11.235	3.276	-3.731	1.509
川崎百合丘	15	-2.070	9.920	-2.123	1.906
横浜青葉台	(9)	2.188	8.848	-3.119	0.351
A					
川崎下小田中	13	-7.694	0.369	-2.112	-1.868
川崎日吉	(12)	-14.904	-4.844	1.802	0.678
相模原大野	21	-6.918	-2.911	-3.634	0.511
横浜万騎原	(6)	7.737	5.504	0.100	1.580
横浜屏風浦	(7)	-10.390	2.416	1.542	-0.446
横浜藤ノ木	(4)	-4.677	2.229	0.629	-1.155
B ₁					
横浜八景	(8)	-6.228	4.412	2.300	0.641
B ₂					
川崎東桜本	(11)	-21.345	-3.196	4.367	-0.315
横浜常盤台	(5)	-3.762	-0.180	-1.048	-1.096
横浜中田	(10)	1.863	-2.342	-1.214	-0.110
B ₃					
藤沢湘南台	(19)	3.174	2.342	-2.097	1.968
大和市南林間	25	-0.871	-2.053	-1.358	0.205
横浜矢向	(1)	-12.819	-4.112	4.230	0.436
B ₄					
横浜立野	(3)	2.962	3.537	2.432	-0.689
C					
川崎上作延	(14)	-3.474	0.161	-4.083	-2.530
D					
相模原清新	(22)	-2.633	-4.267	-0.329	0.595
平塚神田	(17)	-3.605	-4.082	-2.455	-1.037
E ₁					
大磯	28	11.591	0.740	-0.219	-1.009
三浦岬陽	(27)	6.024	-1.959	0.456	-2.022
秦野南	(23)	4.512	-3.181	-1.080	-1.150
E ₂					
横須賀豊島	(16)	13.401	3.059	5.035	0.347
厚木厚木第一	(24)	4.447	0.641	2.217	2.396
E ₃					
鎌倉御成	(18)	17.150	5.482	1.309	-3.210
小田原城内	(20)	8.558	1.317	5.556	-0.972
F					
伊勢原比々田	(26)	4.356	-8.014	-0.540	-1.386
大井町相和	(29)	14.147	-11.713	-3.288	0.679
津久井中央	(30)	10.524	-6.424	0.458	5.194
G					

行事参加率、助けあい評価などであるが係数はあまり大きくない。負に反応しているのは、1. 地域環境評価、2. 県外就労率、3. 都市施設評価、4. 交通の便、5. 公共住宅率などであり、この主成分は「施設整備」状況をあらわす主成分と考えられる。

第3主成分は、正に反応している変数は 1. 交通の便、2. 買物の便、3. 都市施設評価で負に反応するものは、その係数がおおむね小さい。この主成分は「利便性」をあらわす主成分と考えられる。

第4主成分は、正の反応をする変数に 1. コミュニティ型地域態度、2. 地域行事参加率、などがあり、負に反応する変数は伝統型地域態度である。この主成分は「コミュニティ形成意識」を表わす主成分である。

第5主成分は概して係数が小さく解釈も不明であるように思われる。

以上地域意識を構成する主成分として「地域の住み易さ」(C₁)、「地域施設整備」(C₂)、「利便性」(C₃)、「コミュニティ形成意識」(C₄)の4つの主成分が抽出された。

この主成分の地域得点は表4に示した通りである。この表では地域と、解析Bで分類されたクラスターの順に配列してある。これが解析Cの結果である。

以上、3種類の解析結果を紹介した。この結果のインプリケーションは次節で行なうことにしたい。

III 解析結果の総合

1. 福祉意識と地域意識の地域別類型

前節の解析では、福祉意識と地域意識の構成要領が明らかにされた。すなわち福祉意識では、

W₁…福祉意識の近代性

W₂…福祉活動参加意欲

W₃…福祉コミュニティ形成

W₄…福祉対象の広がり

W₅…社会福祉への親近性

また地域意識では、

C₁…地域の住み易さ

C₂…地域施設整備

C₃…利便性

C₄…コミュニティ形成意識

である。

さらに福祉意識の地域の主成分スコアによって、神奈川県下30の小学校区を範域とする地域が分類された。

以上の解析結果を利用して、福祉および、地域についての意識の地域別のパターンを検討してみよう。

先の解析で得られた地域の主成分スコアを標準偏差を使って+10点から-10点までの評点としてあらわすことにした。こうすれば、各主成分のバラツキが基準化され、すべての主成分が最高10点から最低-10点にそろい地域のパターンをより明解につかむことができるからである。この評点化した結果は表5の通りである。福祉意識ではW₅は省いてある。一部10点を超える評点がついているのは特異値で例外的なものである。この表を素材にして福祉意識と地域意識についての地域別パターンをさぐることにしよう。

はじめに福祉意識のふたつの主成分、W₁とW₂の軸上に地域をプロットして、その布置をみることにしよう。福祉意識の近代性と、福祉活動参加意欲の二本の軸で構成される平面に地域がどのように位置づけられるかをみたものが図3である。この図ではさらにW₄、福祉対象の広がり、の符号を各地域ナンバーに付した記号で示してあるから、三つの軸の関係が図示されていることになる。さらにこの平面上にプロットした地域を、クラスター・アナリシスの結果得られたクラスターでグルーピングしてある。この図によれば、グルーピングした地域の福祉意識のパターンをかなり明瞭にとらえることができる。Aグループは、近代型かつ参加型の福祉意識のパターンであること、B₁グループは近代型ではあるが、参加意欲はO点近くで分布しており、福祉対象を一般的にとらえている。B₂、B₃は近代型でしかも参加型でB₁グループと距離が大きいB₄グループは近代性が以上のグループより小さい。B₅グループは福祉意識の近代性の軸で原点に近い。Cグループは非参加型で特徴がみられる。Dグループはやや伝統型・参加型・限定型である。Eグループ以降はおおむね伝統型の福祉意識パターンでE₁グループは参加型で限定型であるのが特徴である。E₂はむしろ非参加型でかつ限定型、E₃は非参加型で一般型、Fは極端な非参加型でかつ限定型である。さらにGグループは伝統型パターンをはっきり示しており参加意欲ではバラエティがみられる。主成分分析の性質上各軸は無相関であるから、福祉意識の近代性と参加意欲には関連がみられず、むしろ、近代的な参加のパターン、伝統的な参加のパターンというのがあり得ることをこの図は示しているといえよう。後に詳しくふれるようにAおよびBは、大都市型のパターン、Eは郊外化地域のパターン、Fは中都市のパターン、Gは農村のパターンと概括できるのであろう。

次に地域意識についてC₁住みよさ、C₂施設整備、C₃利便性の3つの主成分を用いて地域の総合評価スコアを

表 5 主成分スコアの評点化 (+10~-10) ($\bar{x} \pm 3s$)/21 で区分

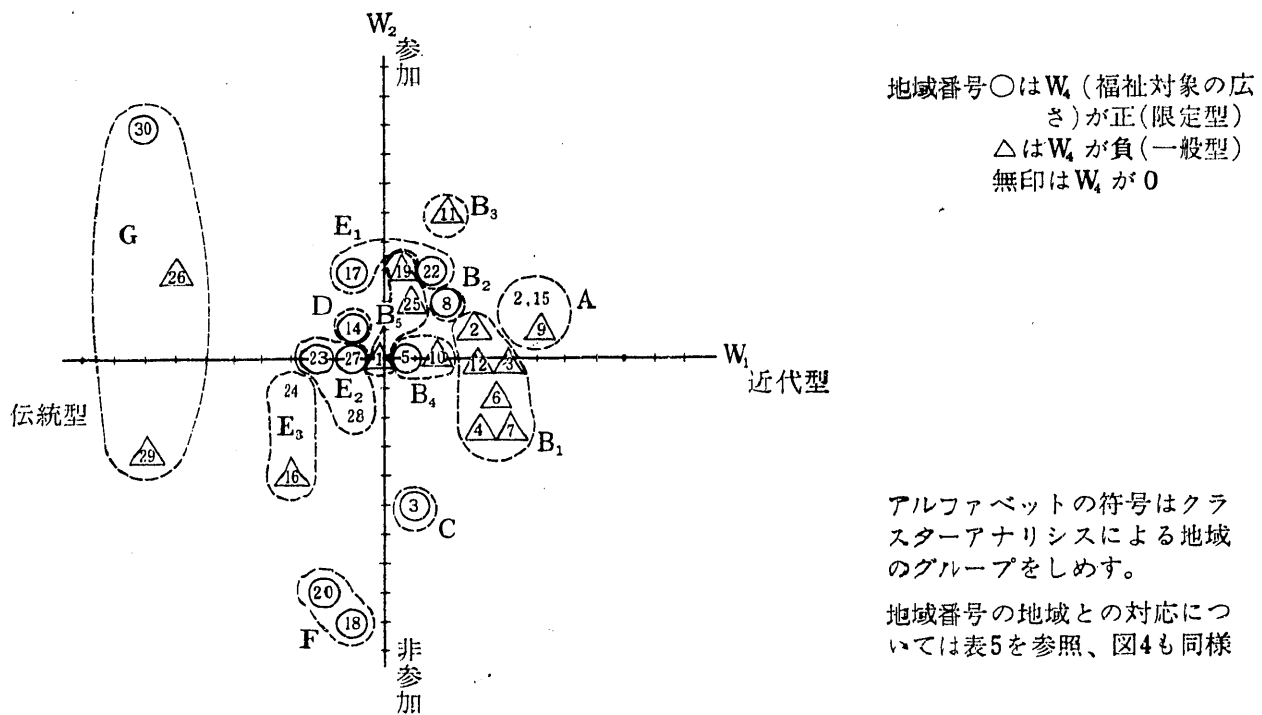
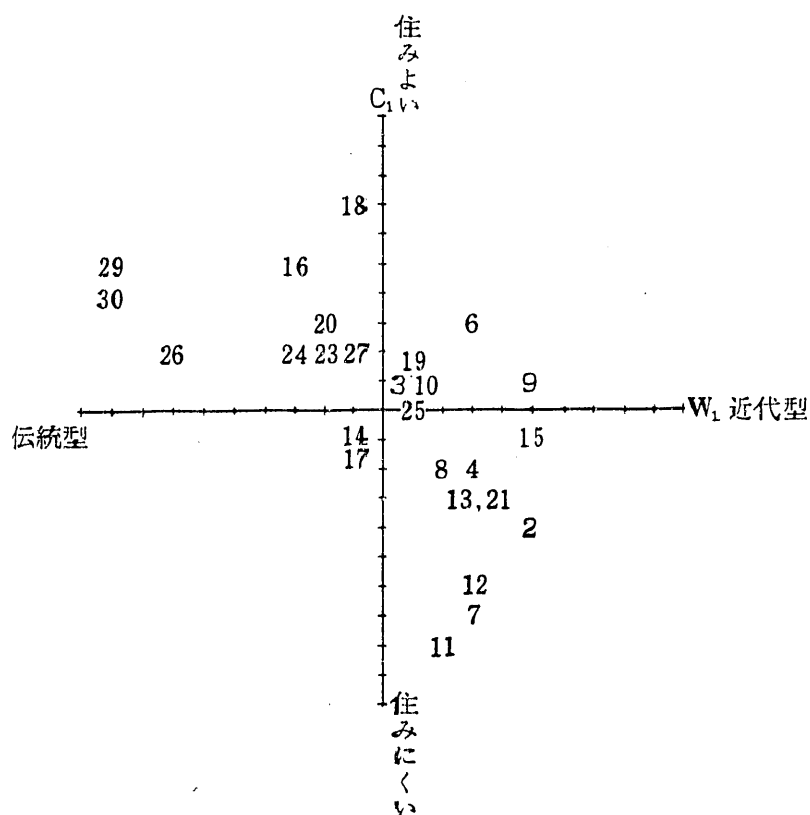
地 域 名 (小学校区)	福祉意識番号	地 点 番 号	福 祉 意 識				地 域 意 識				地域総合評価
			福祉意識近 代性 W ₁	福祉参加 W ₂	福祉コミュニ ティ形成 W ₃	福祉対象の 広がり W ₄	住みよさ C ₁	施設整備 C ₂	利便性 C ₃	コミュニテ ィ型成 C ₄	
			近 代(+) VS 前近代(-)	参 加(+) VS 非参加(-)	型(+) VS 伝統的共同体 型(-)	限定(+) VS 一般(-)	住みよい (+) VS 住みよい (-)	整備されて いる(+) VS いない(-)	便利(+) VS 不便(-)	コミュニテ ィ(+) VS 共同体(-)	
横浜 矢 向	B ₁	1	0	0	2	-2	-5	-3	5	1	-3(---+)
" 南神大寺	A	2	5	2	0	0	-4	5	-4	2	-3(---+)
" 立 野	C	3	1	-5	1	1	1	2	3	-1	6(++++)
" 藤ノ木	B ₁	4	3	-2	-2	-3	-2	1	1	-2	0(---+)
" 常盤台	B ₁	5	1	0	1	3	-1	0	-1	-2	-2(-0-)
" 万騎原	B ₁	6	3	-1	5	-2	3	4	0	3	7(+++)
" 屏風浦	B ₁	7	3	-2	2	-1	-4	2	2	-1	0(---+)
" 八 景	B ₁	8	2	2	0	6	-2	3	3	1	4(---+)
" 青葉台	A	9	5	1	0	-1	1	6	-4	1	3(++-)
" 中 田	B ₁	10	1	0	1	-1	1	-2	-1	0	-2(++-)
川崎 東桜本	B ₁	11	2	5	-3	-3	-8	-2	5	-1	-5(---+)
" 日 吉	B ₁	12	3	0	0	-3	-6	-3	2	1	-7(---+)
" 下小田中	B ₁	13	3	0	-3	-3	-3	0	-2	-4	-5(-0-)
" 上作延	D	14	-1	1	-14	1	-1	0	-5	-5	-6(-0-)
" 百合丘	A	15	5	2	0	0	-1	6	-2	4	3(++-)
横須賀 豊島	E ₁	16	-3	-4	3	-5	5	-2	6	1	13(++++)
平塚 神 田	E ₁	17	-1	3	-1	3	-1	-3	-3	-2	-7(---)
鎌倉 ・ 成	F	18	-1	-9	-3	2	7	4	2	-7	13(++++)
藤沢 湘南台	B ₁	19	1	3	4	-1	1	2	-2	4	1(++-)
小田原 城内	F	20	-2	-8	1	7	3	1	6	-2	10(++++)
相模原 大野	B ₁	21	3	1	-1	-2	-3	-2	-4	1	-9(---)
" 清 新	E ₁	22	1	3	0	5	-1	-3	0	1	-4(---0)
秦 野 南	E ₁	23	-2	0	-1	3	2	-2	-1	-2	-1(++-)
厚木厚木第一	E ₁	24	-3	-1	5	0	2	0	3	5	5(+0+)
大和 南林間	B ₁	25	1	2	2	-2	0	-1	-2	0	-3(0---)
伊勢原比々田	G	26	-7	3	-4	-7	2	-5	-1	-3	-4(++-)
三浦 岬 陽	E ₁	27	-1	0	-3	6	2	-1	1	-4	2(+++)
大 磯	E ₁	28	-1	-2	1	0	4	0	0	-2	4(+00)
大井町 相和	G	29	-9	-3	0	-6	5	-8	-4	1	-7(++-)
津久井 中央	G	30	-9	8	4	5	4	-4	1	11	1(+++)

算出したのが表5の最右欄である。この欄にはあわせ三つの主成分のパターンを示してある。

三つの軸すべてが+でしかも評点が高いもの、いわば、住みよく、施設が整っており、便利という三条件がそろった地域は、評点の高いものから、16. 横須賀豊島 (13点)、鎌倉城内 (13点)、20. 小田原城内 (10点)、3. 横浜立野 (6点) の四地域である。また6. 万騎原 (7点) も評点が高い。これらの地域が最も地域として高い評価を受けているということになる。逆にマイナス得点が高いものは、21. 相模原大野 (-9点) 12. 川崎日吉 (-7点)、29. 大井町相和 (-7点) 14. 川崎上作延 (-6点) 11. 川崎東桜本 (-5点)、13. 川崎下小田中

(-5点)などの地域である。パターンをみると、大都市では住み易さのスコアがマイナスであり、近郊都市あるいは農村部では、利便性、施設整備がマイナスである。以上のように地域意識の主成分得点を利用して、地域を総合評価し、パターンをみるのできるのである。

次に、地域意識と福祉意識の主成分間の関連を簡単に検討しておくことにしよう。図4は、w₁ 福祉意識近代性と C₁ 住み易さの両軸で構成される平面に各地域をプロットしたものである。これによると、大部分の地域は第Ⅱ象限一住みよかつ伝統的福祉意識および第Ⅳ象限一住みにくかつ近代型福祉意識にふくまれている。すなわち、福祉意識の近代性と地域の住み易さとの間に逆

図3 W_1 と W_2 , W_4 による地域の布置図4 W_1 と C_1 の両軸における地域の布置

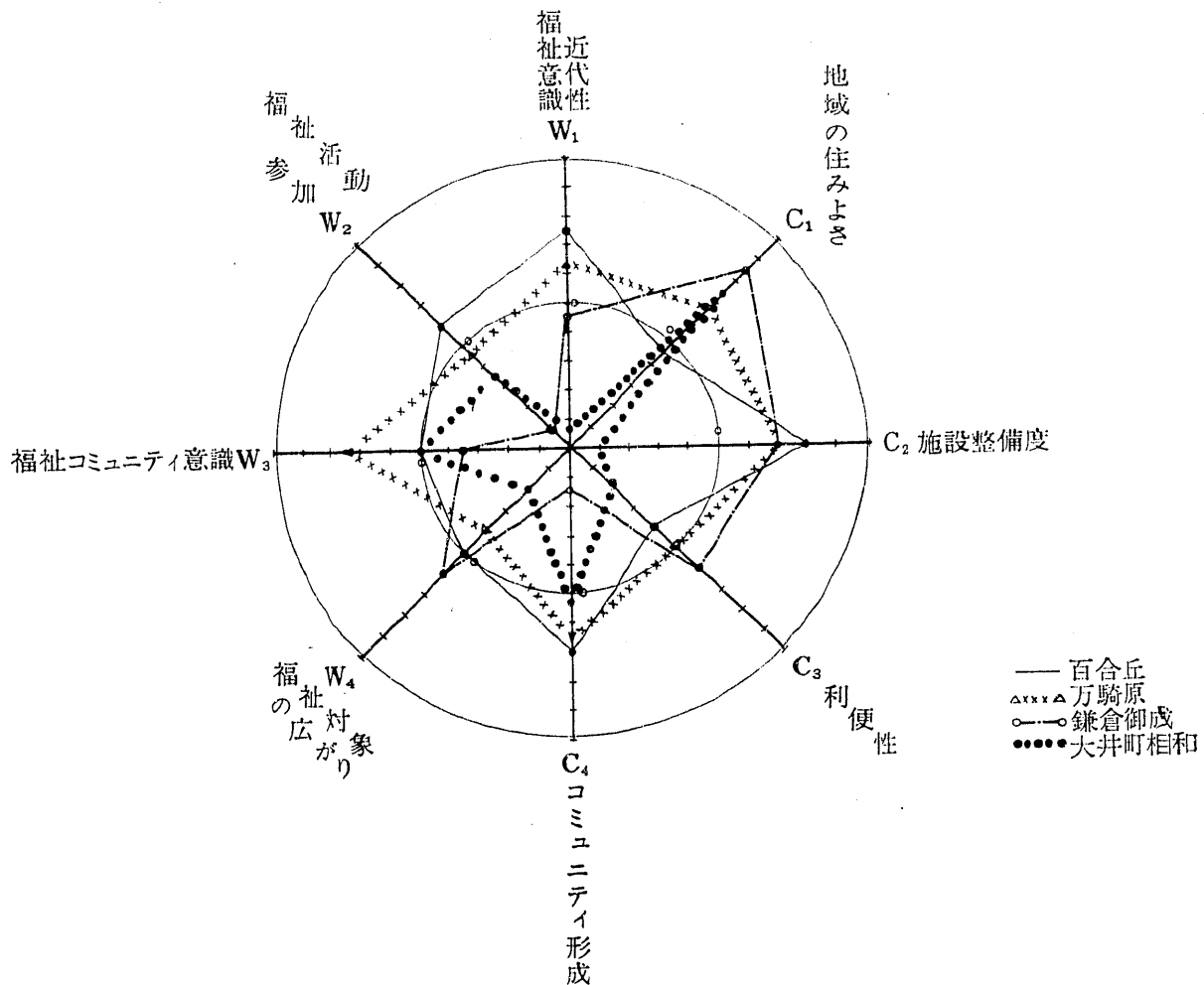


図5 福祉意識と地域意識のプロフィール (例4 地域)

相関の関連があることが推定される。事実主成分スコアによって相関係数を計算してみると -0.60 とかなりの逆相関関係があることがわかる。すなわち福祉意識の近代性—この内容は解析Aでみた通り、行政サービスへの依存志向ということであるから、地域の住みにくさの増大ということが、福祉における行政依存の増大と関連しているということは興味深いことである。

また福祉意識の近代性は、施設整備と正の相関がみられる。(相関係数は 0.68) これは、施設整備が進んだ地域すなわち行政サービスの水準が高い地域で、行政への依存度が増すという関係を示しており、きわめて注目すべき関連がみられる。

なお付言しておくならば、福祉意識における w_3 の福祉コミュニティ形成意識と、地域意識における C_4 コミュニティ意識との関連は、相関係数で 0.69 とかなり関連がみられるが、必ずしも同一のものではなさそうである。この点については別の角度からの検討が必要である

ように思われる。

以上の結果を総合的に検討するために、今度は表6の評点をつかって地域ごとの地域意識と福祉意識のプロフィールをえがいてみよう。図5は代表的な4つの地域を同一ダイアグラムに描いたものである。また図6(1)～(4)は、それぞれの地域をクラスターの順にプロフィールを描いて配列したものである。

プロフィールを描くのに利用した主成分は福祉意識4つ、地域意識4つの計8の因子である。この図では、川崎百合丘(団地が中心の地域で大企業のホワイトカラー世帯が過半数の住民で核家族率もきわめて高い地域である)、横浜万騎原(大企業ホワイトカラー世帯が中心であるが、来住時期が古く、比較的高所得の持家世帯が多い)、鎌倉御成(自営業層の割合が高く、高所得世帯が多く、持家率もきわめて高い)、大井町相和(核家族の割合は低く、自営業率が高く、ホワイトカラーの割合が低く、ほとんどが持家の農村部が多く残っている地域)

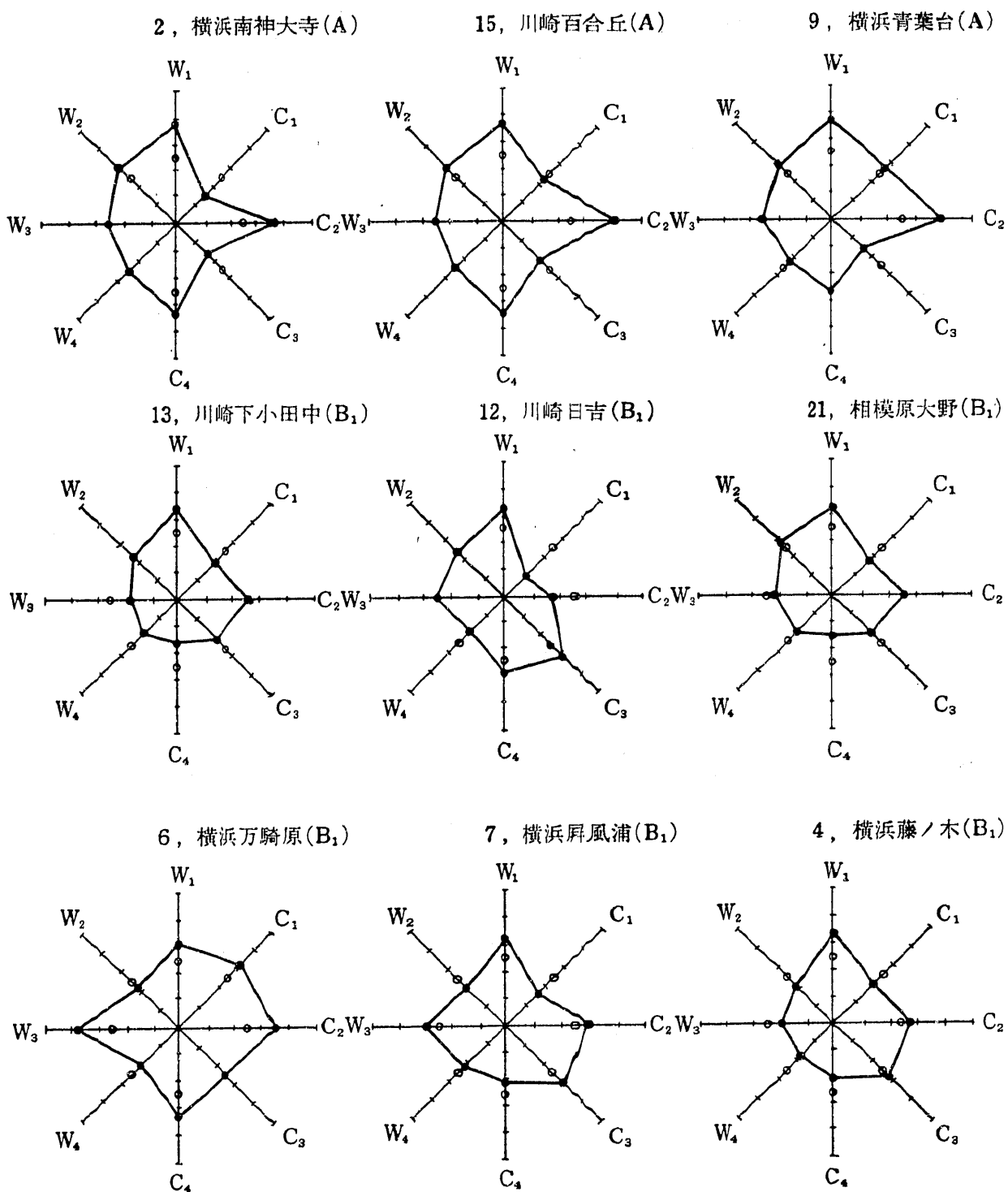


図 6-(1) 福祉意識のパターンによる地域のプロフィール

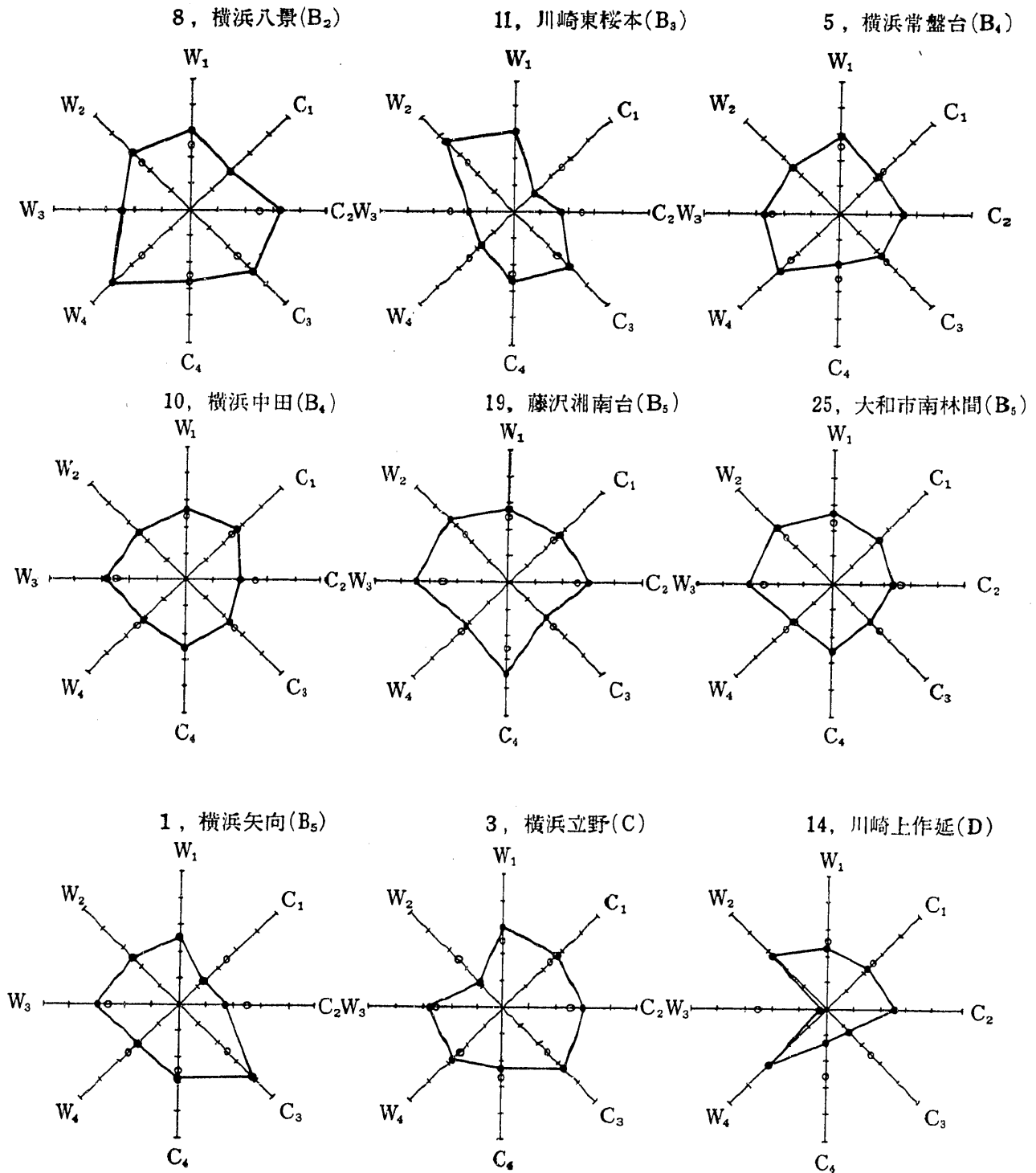


図 6-(2)

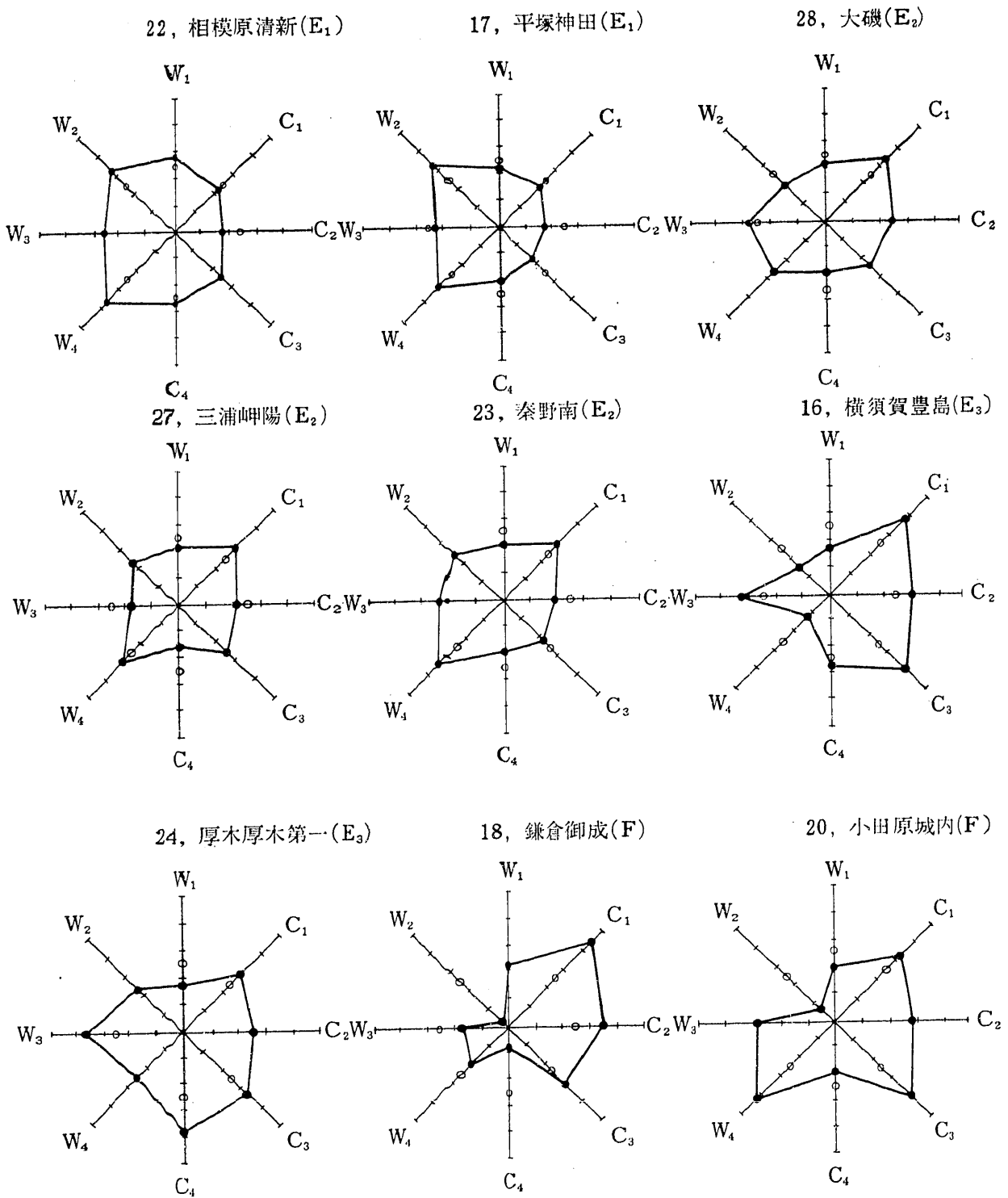


図 6-(3)

26, 伊勢原比々田(G)

29, 大井町相和(G)

30, 津久井中央(G)

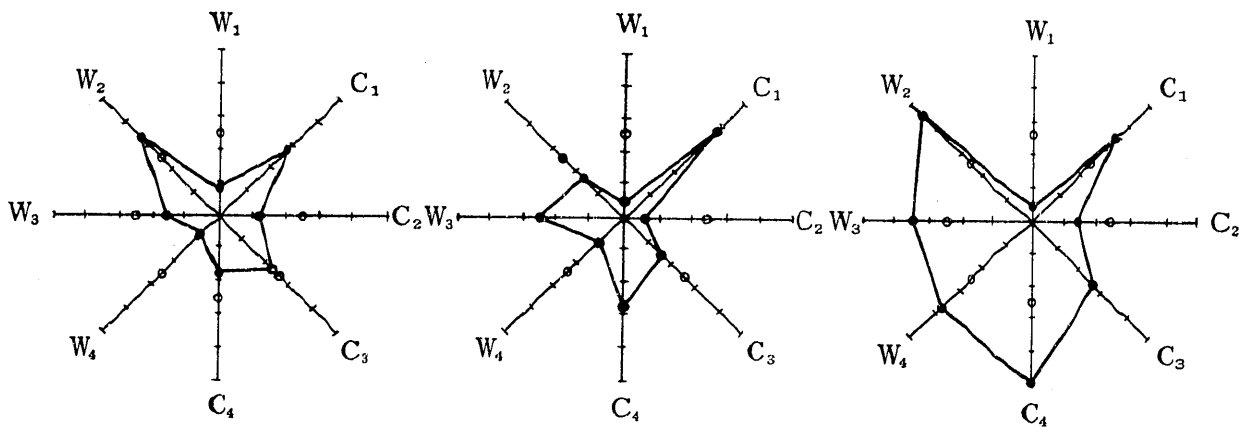


図 6-(4)

の4地域を選び出し、この地域間の福祉—地域意識のパターンの差異を明確にするために紹介するものである。百合丘は福祉意識がこの四者では最も近代型で、福祉活動参加もこの四者では最も参加度が高く、また施設整備も進んでいる反面、住みよさは最もスコアが小さく利便性もさほどではない。その他の項目ではほとんど0点に近い。万騎原は全体がほぼバランスのとれたこの四地区のなかではもっとも円型に近い。鎌倉御成は、福祉意識では、近代性、参加、福祉コミュニティがスコアが非常に小さく、地域意識が住みよさ、施設整備、利便性などでスコアが高く、図のIでは右側が太り、左側がやせているという形である。大井町相和は、住みよさがスコアが大きいのが特徴的で、星形に近い形のプロフィールがえがかれる。以上のように地域によって、意識のパターンの違いが明確になっている。この点について30地域すべてについて検討したのが図(1)～(4)の図である。

この図では、配列はクラスター・アナリシスによるグルーピングにしたがっている。

それぞれの軸のスコアによって形づくられるプロフィールのパターンがグループごとにどのような違いがあるかをみていくことにしよう。AグループはC₁の値が小さく、C₂が大きいのが特徴である。B₁グループでは地域6がややパターンが異なっているが、あとの5つの地域はほぼ似たパターンである。B₂グループでは地域1が特異なパターンである。C、Dはいずれも特徴的なパターンを示している。E₁グループとE₂グループは基本的には類似したプロフィールである。E₃グループがやや異なる。Fグループはwの値が小さく、Cの値が大き

いのが特徴的である。Gグループは星形のパターンを示している。このように細部はともかく、大きくみれば、クラスターアナリシスの結果によるグルーピングが、地域をうまく分類していることがわかるであろう。

2. 地域別パターンの規定要因

以上述べてきたように福祉意識および地域意識のパターンが地域ごとにいくつかのグループに分類できることがわかった。以下にそのグループの地域的な基礎特性を整理してグループの性格を明らかにし、若干の項目について規定要因の検討をおこなうことにしたい。

表6はグルーピングされた地域の11の基礎的特性項目の値を整理してかかげたものである。

Aグループは、核家族率が90%を越え、最も高い核家族率を示し、大企業雇用者率、ノンマニュアル率（ホワイトカラー率とほぼ同じ概念）が高い水準にあり逆に自営業率はきわめて低い。また所得は平準化している傾向がみられ、公共住宅率が極めて高く、新規来住率はかなり高く、県外就労率も高い。いわば典型的な団地地域の特徴をしめすグループである。

B₁グループは、核家族率は高いがAほどではない。大企業雇用者率、ノンマニュアル率はかなり高く、また自営業率も一定の水準を越える。低所得世帯もある程度みられると同時に、高所得世帯もかなりの割合にのぼる。持家率は比較的高いが、木質アパートもかなりみられる。県外就労率も一定の水準にある。このB₁グループが一般的な都市地域の特長を示すものと考えてよいだろう。B₂, B₃, B₄, B₅, C₁, Dはこのような都市地域とほぼ似ているといってもよいだろう。

表 6 グループ化された地域の基礎特性

	サンプル数	核家族率	自営業率	大企業雇用者率 (300人以上) (以企業業)	ノンマニュアル率	低所得世帯率 (世帯収入10万未満)	高所得世帯率 (世帯収入30万以上)	持家率	木質アパート率	公住宅率	新規転入率 (居住年5年未満)	県外就労率
	5,458	81.7	17.4	43.2	52.5	8.1	17.7	63.8	7.4	9.5	35.2	27.1
横浜南神大寺 (2)	230	92.2	△7.4	54.8	67.0	6.6	△6.6	32.6	7.4	○56.5	○73.0	40.4
川崎 百合丘 (15)	203	91.6	8.9	51.2	72.9	2.1	10.8	△23.6	8.6	44.8	42.4	61.4
横浜 青葉台 (9)	204	○92.6	7.8	○71.1	○82.8	3.4	22.1	57.4	6.4	18.1	54.9	○61.8
川崎下小田中 (13)	215	88.8	22.8	44.2	42.3	5.2	15.6	35.8	16.3	—	48.6	29.0
川崎 日吉 (12)	201	84.6	16.4	36.8	34.3	10.2	11.2	64.7	22.4	—	29.5	24.5
相模原 大野 (21)	206	80.6	11.2	51.5	63.1	5.9	20.0	79.1	1.0	—	40.3	51.0
横浜 万騎原 (6)	211	84.8	12.3	53.1	67.8	△1.9	28.1	67.4	9.0	14.7	25.6	28.9
横浜 屏風浦 (7)	212	86.3	17.9	37.7	54.2	9.4	21.2	63.7	9.4	11.8	51.9	28.4
横浜 藤ノ木 (4)	228	85.5	18.9	42.1	52.6	10.5	17.1	66.7	14.0	0.9	42.3	25.1
横浜 八景 (8)	197	88.8	14.7	54.8	59.9	9.2	15.3	34.7	6.6	22.4	46.9	37.9
川崎 東桜本 (11)	201	84.6	21.4	22.9	△25.9	13.5	13.0	48.0	○24.0	6.0	37.3	18.4
横浜 常盤台 (5)	228	81.6	15.8	47.4	56.6	9.3	21.8	59.6	13.2	0.9	29.8	22.4
横浜 中田 (10)	209	85.2	12.9	46.9	51.7	7.8	13.2	69.4	11.5	—	29.2	21.5
藤沢 湘南台 (19)	147	81.6	10.9	60.5	63.9	2.8	16.6	76.2	—	17.0	43.5	24.5
大和市南林間 (25)	189	84.7	14.8	43.9	62.4	4.8	19.0	74.1	—	—	31.2	29.1
横浜 矢向 (1)	182	80.8	22.0	35.2	35.6	11.7	16.7	62.1	18.7	—	29.1	28.7
横浜 立野 (3)	191	81.2	20.4	34.2	56.6	13.6	19.6	68.6	11.5	6.3	24.6	28.3
川崎 上作延 (14)	179	84.4	21.2	40.8	47.5	2.2	23.0	53.1	7.3	39.7	43.0	24.7
相模原 清新 (22)	192	84.9	22.4	45.8	41.7	6.4	12.8	69.8	2.1	—	26.0	16.7
平塚 神田 (17)	192	78.6	15.1	43.8	44.8	7.4	14.8	64.9	0.5	12.0	40.3	5.7
大磯 (28)	192	70.3	16.1	39.4	51.4	9.5	22.1	78.1	0.5	—	24.5	19.5
三浦 岬陽 (27)	156	76.3	31.4	△10.3	28.8	9.9	15.2	80.8	5.8	—	21.8	9.6
秦野 南 (23)	224	72.3	18.3	43.8	42.4	○15.2	12.1	69.2	0.9	2.7	31.3	12.1
横須賀 豊島 (16)	210	63.8	14.8	42.9	56.2	13.4	16.0	81.0	0.5	0.5	18.8	12.4
厚木 厚木第一 (24)	142	81.7	15.5	40.1	59.7	7.1	13.6	78.9	—	3.5	30.5	22.7
鎌倉 御成 (18)	219	78.5	22.4	36.1	59.8	11.4	○33.8	83.6	—	—	14.6	39.3
小田原 城内 (20)	119	68.9	○37.8	35.6	43.2	9.5	31.0	81.5	0.8	—	12.0	8.4
伊勢原比々田 (26)	101	67.8	25.7	28.7	32.7	4.1	17.3	80.2	—	—	30.0	6.9
大井町 相和 (29)	41	△58.5	26.8	29.3	34.1	5.0	20.0	○97.6	—	—	20.0	△4.9
津久井 中央 (30)	37	59.5	29.7	35.1	35.1	10.8	10.8	83.9	—	8.1	△5.6	10.8

○は最大値 △は最小値

E₁は核家族率がかなり低く、大企業雇用者率、ノンマニュアル率がBに比べ低くその分だけ自営業率が高い。木質アパートの比率が比較的 low、この地域は郊外化地域といえるであろう。E₂もほぼこれに類似しており、E₃は、持家率がE₁ E₂より高いところが特徴的である。Fは自営業率が高く、大企業雇用者率が低く、高所得世帯率が高く、また持家率がきわめて高いのが特徴的である。

Gグループは核家族率が最も低く自営業率が高く、大企業雇用者率、ノンマニュアル率が低い。また持家率が高く、県外就労率はきわめて低い。この地域は農村的色彩がかなり残っている地域である。

以上の各グループは基礎的特性のデータによる記述であるが、地域の特性を吟味するためには、実地調査などの方法によって補足することが必要となる。

福祉意識項目のうち、社会福祉近代性と、福祉活動参加度の二項目を選び、基礎的項目との関連を明らかにしておこう。

まず、福祉意識の近代性について相関係数により基礎項目との関連をみると、核家族率 ($r=0.908$)、県外就労率 ($r=0.721$)、持家率 ($r=-0.709$)、新規来住率 ($r=0.659$)、自営業率 ($r=-0.633$) などの特性と 0.6 以上の相関係数の値を示し、きわめて相関が高い。他の基礎的特性の変数と相関がかなりみられ、福祉意識の近代性という項目は、基礎特性、いかえれば、経済的、社会的構造をあらわす変数との相関がきわめて高く、これらの要因に直接規定されていることがわかる。ちなみにこれらの変数を使って、多重回帰方程式をたててみると重相関係数が 0.935 という高い値を示す予測方程式

を得ることができる。核家族率、自営業率、持家率の三変数を使っても重相関係数は 0.916 ときわめて高く、この三変数の値で、福祉意識の近代性の水準を極めて高い精度で予測することができるのである。

一方これ以外の主成分、基礎的変数とは、一部を例外として相関係数はほとんど 0.3 以下の水準であり、社会・経済的要因によって説明することはできない。むしろ他の文化的要因が媒介となっていることを予想させる。

このように福祉意識は、経済・社会的要因で説明できるものと、そうでないものがあるのである。この点に関しては今後たちいった検討が必要となるであろう。

以上地域および福祉についての市民の意識構造と、その地域的類型化についての解析結果を紹介してきた。その結果、福祉意識パターンによる地域の類型化が可能となった。また福祉意識構造についてその構成要素についての理解についていくつかの重要な事実が明らかにされた。以上の結果をふまえた福祉組織と福祉意識の関連の検討および福祉文化論の展開は稿を改めて論ずることにしたい。

後記 本解析の素材となった調査データは昭和50年度に神奈川県民生部、横浜市民生局、川崎市民生局が実施した「地域の福祉についての調査」であり、この調査報告書は別途刊行の予定である。また、多変量解析のためのコンピューター処理については(株)システム科学研究所の芳尾莊吉氏の助力によるところが大きい。また本研究は昭和50年度厚生省委託研究の一部である。

平石・保坂・上村共著『欧米の社会保障制度』
——貴重な現代制度理解のための基礎的解説書——

角 田 豊

I 方法的特色

平石長久・保坂哲哉・上村政彦共著『欧米の社会保障制度』（東洋経済新報社、昭和51年4月）がでた。これは、社会保障制度研究に一時期を画す得難い書物である。何故なら、これは、従来のわが国に欠けていた、主要各国の現代社会保障制度の沿革と内容をはじめて専門的に述べた、貴重な基礎的解説書であるからである。

平石長久・保坂哲哉の両氏は現に社会保障研究所の所員であり、また上村政彦氏は、現在名古屋市立大学助教授であるが、かつて健康保険組合連合会社会保障研究室に勤務したことがある。社会保障研究所には、「政府の研究所」という制約があり、所員の学問的自由のためには、それを脱皮する必要が、時として起る。今回の平石・保坂両氏の上村氏を交えての共著は、それに成功したもののといえよう。

第2に、三人の著者は、いずれも、世界及び国際機関における社会保障制度をよく知り、現地をふんだ人びとである。それが「欧米の社会保障制度」と地味な題名をつけているが、その意味するところは深く、重味がある。しかも、第1章を、国際的に問題となっている「社会保障の概念と範囲」とし、第2章のフランス以下、西ドイツ、イタリア、イギリス、スウェーデン、ニュージーランド、アメリカの主要ないし特色ある7か国の社会保障制度をとり上げ、分担執筆している。

第3に、7か国とも、その当初から60年代の終り又は1972～3年までについて、とりわけ、最近における制度の展開を、紙幅の許す限り、詳細に追求している。

II 専門的な基礎的解説書としての価値

現在、健保連の社会保障年鑑でも、国際機関、イギリス、フランス、西ドイツ、スウェーデン、イタリア、ニュージーランド、アメリカ及びソ連邦の9項目について、毎年その動向が紹介されており、また、社会保障研究所の海外社会保障情報とか、健保連社会保障研究室の『国際社会保障研究』なども、年何回か、社会保障の海外情

勢を伝えてくれている。しかし、これらはいずれも、毎年又は年内最近の情勢の紹介であり、国際機関や海外雑誌の新しい情報を知らせてくれるものではあっても、それらの基礎となる各国制度の沿革と主要内容を紹介するには、あまりにも紙幅が限られていた。また、単行本となると、イギリス、アメリカ、ソ連、ニュージーランド、スウェーデンなど、各国の一国についての制度の歴史と現状はあるが、国際比較をおこなって、最近の状況と制度の内容を中心として、紹介したものは少なかった。さらにいうなら、イタリアの68～9年の労働運動の年金改革要求とか、71年の保守党、74年総選挙における労働党の公約、75年における労働党内閣の2回の年金改革立法など、社会保障闘争や社会保障改革をめぐる対立抗争が紹介されることは、ときどきあるのであるが、これらの毎年及び年間の動向及び闘争・運動などを理解するための、各国社会保障制度の基本的特質、沿革と制度の内容などの基礎的な解説書が欠けていたのである。

社会保障研究所も、健保連社会保障研究室も、その研究スタッフにそうした基礎的解説書を編む力は、十分にあったと思われるのであるが、そこは、「宮仕えの悲しさ」とでもいおうか、その時どきの本務が別にあれば、こうした基礎的解説にとり組む時間的余裕すらとり得ないのが、これまでの実情であったかと思われる。

この三人共著の「欧米の社会保障制度」は、そうした研究所・研究室の組織的制約から脱皮して、その本務の研究調査の間に、あるいは余暇に蓄積されてきていた成果を世に問うまで、ふみ切った、その三氏の意欲と情熱が先ず、評価されてよいであろう。しかし、三氏とものが、そうした立場にあることから、その記述は、とり上げた各国社会保障制度の沿革・展開とその体系・内容に主として限定されており、その背景となる各国政治経済（資本主義）の特質や、その制度の展開を推進し、あるいは制度をめぐる対立抗争の推移をもたらした運動や社会的対立の状況については、極力、その記述を抑えている。これは、一方で、三氏が主要なねらいとした制度の解明をボヤけさせないための配慮でもあったと思われるが、

同時に他方では、政府機関の「アカデミズム」からの脱皮を図りながら、現状においては、やむを得ない限界・制約のようにも思われてならないのである。つまり、「社会保障制度論」は「社会保障法論」ないし「社会保障立法論」と同じでよいのか、または異なった特色をもつべきであるのか、異なった特色をもつとすれば、制度推進・変改の契機となるべき重要な背景・運動・対立抗争は、どの程度に扱われるべきか、という方法論的問題が潜んでいるからである。

III 執筆者三人の適任であること

平石長久氏は、第1章「社会保障の概念と展開」、第6章「スウェーデンの社会保障制度」、第7章「ニュージーランドの社会保障制度」、第8章「アメリカの社会保障制度」を分担執筆している。また保坂哲哉氏は、第3章「西ドイツの社会保障制度」と第5章「イギリスの社会保障制度」を、そして上村政彦氏は、第2章「フランスの社会保障制度」、第4章「イタリアの社会保障制度」を分担執筆している。

平石氏が、世界各国の社会保障制度に関心をもち、諸所に健筆をふるい、また社会保障研究所の海外社会保障情報編集等にも力をつくしてきているのは、よく知られているところであり、また、平田富太郎先生門下として、ニュージーランド、スウェーデン、アメリカなどの国々への社会保障制度について、研究を進めてきたことからいっても、これは、適任であるといえよう。また、第1章「社会保障の概念と範囲」においては、I多様な社会保障、II社会保障の概念、III社会保障の範囲、IV社会保障制度の仕組み、という柱でのべられていて、最近までの社会保障の国際動向をふまえた、着実な叙述の見られることは、さすが、と思わせる。がしかし、ただ1つ気にかかることは、そのIV社会保障制度の仕組み、において、「以上に示した整理に対して、より単純な方法で、社会保障制度の仕組みを分類することである。その方法では、社会保障の給付を提供する仕組みは社会保険、公的サービス、社会扶助、およびその他に分類され、その他には、労働法による使用者責任、法令にもとづく一種の強制貯蓄に当たる公的な積立金、任意制で設けられる非営利的もしくは営利的な各種の任意保険、私的な手段である商業保険の利用が含まれる」(15～16頁)とのべていることである。このうち、「公的サービスは、イギリスの医療保障を担当する国民保健サービス、その他の国々が実施する公的医療サービスのように、主とした租税で財源を調達し、公費で各種のサービスを提供する仕組みで、

多くの公的な社会福祉サービスもこの仕組みで提供される」(16頁)とのべられており、私のいう公費負担の医療と公的社会福祉の両方を、公的サービスとまとめているように思われるので問題はないが、その次の社会扶助については、「社会扶助は各国の公的扶助やイタリアの社会年金のように、所得や資力の調査により困窮度をチェックして、公費で現金やサービスを提供している」(16頁)とだけのべていて、家族手当給付にふれていないのは、どういうわけであろうか。家族手当給付は、その制度を未だ持っていないアメリカの保健・教育・福祉省編で、わが国の、社会保障研究所訳による「1973年版、世界各国の社会保障制度」(東京大学出版会発行)にも第5部として独立の柱になっているばかりでなく、1973年における各国の普及度は65か国に及び、失業給付の37か国より多い。また、そのうち、第1子から支給するのは、1973年当時で「雇用関連方式の制度を実施する44か国と包括的方式の制度をもっている12か国は第1子から手当を支払っている」(同書28頁)をあり、さらに1975年には、西ドイツも第1子から児童手当を支給する改正をおこなったので、少なくとも57か国は現在、第1子から児童手当を支払っている。なお、イギリス、片親家族調査委員会(the Committee on One-Parent Families)の依頼によって国際社会保障協会(ISSA)が北欧3国・西欧2国について調査したところでもノールウェイ・デンマークに特別家族手当があり、ほとんどの国に家族手当優遇措置及びその他の総合施策があることが明らかにされている(International Social Security Review Year XXVIII, No. 1, 1975)。

フランスが、家族手当、単一賃金手当、出産手当、住宅手当、心身障害児教育特別手当などのほかに、1970年12月25日法により「遺児手当」を創設したことは、本書の50頁に上村政彦氏が明記している。そして、最近国際的にとり上げられはじめた介護手当もあわせて、私は、これらを社会手当と呼ぶが、こうした家族手当・特別家族手当・介護手当等を、社会保障制度、とりわけ「欧米の社会保障制度」から除いているのは、何かわけがあるのであろうか。アメリカ1国がもたない故に家族手当制度を今日の社会保障制度から抜いているのは、理解できないところである。

上村政彦氏が、フランス・イタリアの社会保障制度、とりわけフランスの社会保障制度の沿革と現行制度の内容を解説するのに、これまた最も適任者であることはいうをまためところである。また、保坂哲哉氏が、西ドイツ、イギリス、とりわけ西ドイツの社会保障制度の展開

をあとづけられたことは、本書の専門的な基礎解説書としての価値を高からしめるものであろう。

IV 専門的基礎解説書の意義と限界

かつて、社会保障研究所は、有名な、ベヴァリジの報告書「社会保険および関連サービス」を全訳し、また幻の名著といわれた ILO の「社会保障への途」(Approaches to Social Security) をも邦訳した。そして、本書は、7 か国の社会保障制度の生成から、60 年代の終り又は、72—3 年までの現代について、制度の沿革・展開と制度内容とを、紙幅の許す限り、追求している。これによって、はじめて、これら主要にして各おの特色のある 7 か国の社会保障制度が一書の中に、専門的な注意深さをもって採り入れられ、その結果、国際比較の専門的基礎がすえられたというべきであろう。このことを指して私は、貴重な成果だというのであり、こうした三人の適任者によって書かれた本が、邦語専門書の一冊に加えられたことは、まことによろこぶべきことであると思われるのである。

しかし、70 年代になってから今日まで、欧米の社会保障制度への関心は依然として衰えないばかりでなく、その各国の国民所得に占める比率も、毎年上昇しているばかりでなく、とりわけ、成熟ないし老熟した高齢化社会となっている西欧・北欧では、年金に対する関心はますます強く、総選挙の際をはじめ、政治上の大問題となってきている。また先にふれたように各種家族手当、介護手当など多様な福祉サービス及び疾病予防・健康管理ならびにリハビリテーションを含む諸措置もつぎつぎに創設され、また改正されている。したがって 60 年代の終りから 72—3 年までのところまでをのべた本書は、すでにその後の 3—4 年ないし 5—6 年において、これら 7 か国の大半において、さらに多くの書き加えなければならない最新の改正措置を持つに至っているのである。

また、老熟の進んだ西欧・北欧社会において、その人口高齢化のため、年金における受給者の被保険者に対する割合が高まり、医療費支出も増大の一途をたどっている。例えば、西ドイツに例をとっても、1972 年には、社会保障支出の国民所得に対する比率は、26%であった。これだけで 73 年の日本の社会保障支出の対国民所得比の 4 倍に近いのであるが、1975 年及び 1976 年の推計に

よれば、任意の社会保障給付も含めて、75 年で国民所得に対して 3 割、76 年には 3 分の 1 に達するといわれている。西ドイツの場合、先にのべたように、児童手当が第 1 子から支給されることになったのが影響をもっていることは、いうまでもない。

こういう最新の情報を採り入れるのには、資料の制約がある。しかし、三人の共著者はその資料入手の点では、現在の日本でもっとも恵まれている人びとである。けれども、国際資料や各国資料に入手上、時間的な立ちおくれがあるのは、もっとも恵まれている 3 氏の場合でも、やはり、それなりの制約としては存在する。そればかりでなく、こうした制度創設、法令改正は、7 か国という幾つもの国を比較することになれば、どこかの国で毎年、起っているわけである。したがって、どこかの時点で、思い切って、断ちきるしかない。そこで、本書において三氏は、大体 1970 年頃を目安にして、その前後で、筆を止めたものと理解される。

70 年代になってからの西欧・北欧、そしてアメリカの社会保障制度への関心の高まりとそれに対応する諸制度の創設・改正の目まぐるしさと、政権交替も頻繁になったことを考えれば、本書で、三人がえらんだ 1970 年前後という時点は、大体妥当であったと思われる。そして、それ故に、私は本書を、貴重な、専門的基礎的解説書と呼びたいと考えるのである。

例えば、1975 年の 2 回に当る労働党の年金改革措置を通じて、今では、イギリスの年金は、全く報酬比例的なものになってしまった。その今から考えれば、本書 130 頁に記されている、「保守党政府のもとで(戦後すぐの均一拠出・均一受給のベヴァリジ構想的年金に対して)段階拠出、段階年金を導入した年金改革は、59 年の法改正により実現し、61 年から実施された」と記されていることは、戦後すぐの均一年金制から今日の報酬比例年金制へ移る過渡的なものであったともいえよう。また、イギリスですら年金の事業主と被保険者の負担割合が 6:4 よりもやや事業主の負担が重くなったことなども、最近の新しい傾向であろう。そして、こうした最近及び近い将来の新しい動向の意義を知るためにこそ、実は、本書のように、まとまった専門的基礎的解説書の貴重な価値があるのである。

社会保障研究所日誌 (1976年1月～1976年6月)

- 1.19 専門委員会開催 (健保会館)
- 1.22 経済・社会研究会 (第9回) 報告内容「福祉問題の政治学的接近」報告者: 研究員 岸 功
同 定例役員会開催 (第114回)
- 1.27 政策研究会 (第8回) 報告内容「医療保険改正の考え方」報告者: 専門委員 小山路男
同 ISSA 文献委員会開催
- 1.29 経済分析研究会 (第6回) 報告内容「ライフ・ヒストリーについて」報告者: 市川 洋
2. 3 社会分析研究会 (第7回) 報告内容「社会福祉行政の課題」報告者: 東京都職員研修所主幹 竹村 栄一
2. 5 制度研究会 (第7回) 報告内容「韓国の社会保障と新年金制度」報告者: 研究第1部長 保坂哲哉
2. 9 第10回社会保障研究所シンポジウム開催 テーマ(1)「減速経済下の完全雇用政策」レポート: 慶応義塾大学教授 西川俊作, コメント: 中央労働委員会委員 大宮五郎, 司会: 社会保障研究所長 馬場啓之助, テーマ(2)「減速経済下の所得保障」レポート: 横浜市立大学教授 小山路男, コメント: 研究第2部長 地主重美, 司会: 東京大学教授 福武直, テーマ(3)「減速経済下の社会福祉」レポート: 厚生年金基金連合会理事長 伊部英男, コメント: 研究員 高橋紘士, 司会: 福武直 (健保会館)
- 2.17 制度研究会 (第8回) 報告内容「アジア西太平洋地域社会福祉会議に出席して」報告者: 日本社会事業大学学長 仲村優一, ICSW 日本国委員会 根本嘉昭
- 2.24 統計調査研究会 (第8回) 報告内容「高齢者世帯における収入源泉別の世帯の状況と家計構造」報告者: 研究員 大本圭野
- 2.26 経済・社会研究会 (第10回) 報告内容「ダーレンドルフの『新しい自由』について」報告者: 所長 馬場啓之助
同 定例役員会開催 (第115回)
3. 1 社会分析研究会 (第8回) 報告内容「ソーシャル・アドミニストレーションに関するケーススタディ——住宅政策を中心に——」報告者: 東京都企画調整局副参事 星野信也
- 3.18 制度研究会 (第9回) 報告内容「英国の社会的サービスにおける審判制度 (Tribunals) について」報告者: 研究員 大本圭野
- 同 社会分析研究会 (第9回) 報告内容「都市福祉財政の比較」報告者 高橋紘士
- 3.23 統計調査研究会 (第9回) 報告内容「市町村別消費水準の推計について」報告者: 主任研究員 曾原利満, 研究員 岸 功
同 政策研究会 (第9回) 報告内容「『厚生白書』について」報告者: 厚生省官房企画室長 山口新一郎
- 3.25 経済・社会研究会 (第11回) 報告内容「R. M. ティトマス, Gift-relationship」報告者: 研究第2部長 地主重美
同 定例役員会開催 (第116回)
- 4.15 経済分析研究会 (第1回) 報告内容「国民生活実態調査 (昭和49年度) 結果について」
同 経済・社会研究会 (第1回) 報告内容「ミューダールの経験科学的政策論について」報告者: 顧問 山田雄三
同 定例役員会開催 (第117回)
- 4.27 統計調査研究会 (第1回) 報告内容「掛川中高年者の収入と支出」報告者: 主任研究員 曾原利満
同 政策研究会 (第1回) 報告内容「年金制度の改正について」報告者: 専門委員 小山路男
同 ISSA 文献委員会開催
- 5.11 制度研究会 (第1回) 報告内容「フランスにおける社会保障の動向」報告者: 名古屋市立大学助教授 上村政彦
同 海外社会保障情報編集委員会開催
- 5.18 社会分析研究会 (第1回) 報告内容「地域福祉意識」報告者: 研究員 高橋紘士
- 5.24 専門委員会開催 議題(1)韓国経済の近況 報告者: 専門委員 江見康一 (2)『季刊社会保障研究 Vol. 11, No.3 及び No.4』について (3)その他
- 5.25 統計調査研究会 (第2回) 報告内容「低所得層の消費支出水準について」報告者: 研究員 岸 功
- 5.27 経済・社会研究会 (第2回) 報告内容「福祉見直し論の見直し」報告者: 研究員 高橋紘士
同 定例役員会開催 (第118回)
- 5.31 参与 塩野谷九十九任満了により辞任を発令
6. 1 参与に伊部英男 (厚生年金基金連合会理事長) を発令
6. 3 経済分析研究会 (第2回) 報告内容「社会保障と世帯規模」報告者: 成蹊大学助教授 深谷昌弘
6. 7 第15回公開研究座談会 テーマ「社会的支出と

所得分配」レポート：厚生省保険局調査課長補佐
川上友康，社会保障研究員 城戸喜子，コメント：
国立公衆衛生院衛生行政学部社会保障室長 前田信
雄，東北学院大学教授 桜井 弘，司会：一橋大学
教授・専門委員 江見康一

6.17 制度研究会（第2回）報告内容「世界各国の医

療保障について」報告者：研究員 山崎泰彦

6.22 社会分析研究会（第2回）報告内容「母子寮の
問題」報告者：東京女子大学教授 副田義也

6.29 統計調査研究会（第3回）報告内容「高齢者の
家計調査結果について」報告者：埼玉大学助教授
暉峻淑子

執筆者紹介(執筆順)

たか い ち う え は ま あ き あ き よ し た か す み 角	は し え ん む ら の の や ま だ た だ は し た だ 田	た け し 武 や 彌 彦 郎 ひ さ 久 や 也 じ 爾 し 士 ゆ た か 豊	北九州大学教授・専門委員 健康保険組合連合会社会保障研究室 名古屋市立大学助教授 明治学院大学教授 明治学院大学助教授 東京女子大学教授 白梅女子短期大学助教授 社会保障研究所研究員 同志社大学教授
---	--	---	---

次号 (Vol. 12, No. 3) 予告

研究の窓	藤澤益夫
論文	馬場啓之助
"	伊部英男
"	村上清
"	森幹郎
社会保障統計	

研究会抄録

(昭和51年1月～昭和51年6月)

経済分析研究会

所得分布に関する研究を課題とする部会では、個人のライフヒストリーの分析によって、分布決定の要因を解明した市川報告「ライフヒストリー」があった。本報告は、病気→貧困の悪循環にみられる因果の素因・誘因として精神病をとらえ、そのライフヒストリーを素材にして貧困発生メカニズムの一端を明らかにする。因果序列の明確なアルコール中毒症、その不明確な精神分裂症が含まれているので、これを貧困の最大素因とみることに問題もあるが、少くとも誘因としてかなりの説明力をもっていることが明らかにされた。

また社会的支出に関する研究部会では、次の2報告が行われた。第1は「国民生活実態調査(昭和49年度)結果について」(報告者 前田行雄)、第2は「社会保障と世帯規模」(報告者 深谷昌弘)である。前田報告では、昭和49年の調査が、とくに所得の状況、仕送りの状況及び余暇活動に重点がおかれたこと、対象期間が前年暦年の1年間に変更されたことが示される。また所得分布の地域がきわめて大きく、世帯間扶養を示す仕送りについて父母から子への仕送りをしている世帯数は全体の24%、逆に子から親への仕送りをしている世帯が全体の60%にのぼることが明らかにされ、家族内所得移転がかなり高いことも報告された。しかし、調査された所得の精度に問題が残ること、標本数が前回の2万余から7千ほどに減少されて結果に影響を与えたかもしれないこと、仕送りの状況を所得階級別にも把握する必要のあることなどが明らかにされた。

深谷論文は、昨年同じテーマで行った研究報告を一步前進させたものである。社会保障給付費の対国民所得比が、世帯規模と逆比例し、高齢人口比率と正比例することを国際比較的に実証した。この仮説は、世帯規模の縮小化が家族のリスクプーリング機能を低下させること、したがって社会統合のためには、家計が一定の安定性を求めるというミクロ的行動様式に対応する社会全体のマクロ的保障装置の必要性を裏づけている。

しかしこの報告に対して、多子貧困をどう理解すべきであるか、また経済発展(ないしは産業化)の効果と世帯規模の縮小効果を理論上区別すべきでないが、社会保障の供給要因と需要要因のアイデンティフィケーション

がなされていないのではないか等の疑問が提起される。

統計研究会

「高齢者世帯における収入源泉別の世帯の状況と家計構造」(2月、報告者: 大本圭野)は、昭和48年静岡県掛川市における中高年者生活総合調査に関する共同研究の一部である。老人のニードという問題意識のもとに、掛川市を位置づけ、中高年者の家族形態としてC、C-N、M-Nの3タイプをとりあげてその特長を論じ、モデルとしての家族形態の移行型と掛川市における実態としてのそれとを比較し、さらに、収入源泉別に高齢者消費支出と世帯収入の関係、高齢消費支出構造について述べている。

「市町村別消費水準の推計について」(3月、報告者: 曾原利満、岸 功)では、全国の市町村別消費水準の推計結果について報告があった。これは、昭和47、48年総理府統計局「家計調査」の約180市町村を対象にして、消費水準を従属変数、人口構造、就業構造、所得等に関する各種指標を独立変数とする多重回帰式を推定し、これを用いて全市町村の消費水準の推計を行なっている。

「掛川中高年者の収入と支出」(4月、報告者: 曾原利満)は、前述の大本報告と同一調査に関するものである。家族形態別および年齢階級別に中高年者夫婦の実収入水準と実収入構造を比較するほか、中高年者夫婦自身のための消費支出額、中高年者夫婦の負担としている子、両親もしくは片親の生活費を比較している。また、逆に、親の子に対する経済的依存率がどの位であるか等を示している。

「低所得層の消費支出水準について」(5月、報告者: 岸 功)では、昭和47年総理府「家計調査」を用いて調査市町村を生活保護級別に再分類し、級地間、級地内の消費水準について一般と低所得層の比較が試みられている。各市町村の低所得層消費水準は推計による。収入分布のモーダル階級未満を低所得層と定義し、低所得層消費水準と平均消費水準の比を地方・人口階級別に推定する。これを各市町村の平均消費水準に乗じて低所得層消費水準を求めるのである。

「高齢者の家計調査結果について」(6月、報告者: 暉峻淑子)は、インフレの国民生活に及ぼす影響を知るた

めに、昨年5か月間、首都圏在住の定年退職者約100世帯を対象に実施した家計調査結果の中間報告である。定年退職者の生活が現役時に比べて低下し、都民の平均水準以下に集中していることが指摘されている。また、退職後の生活水準に影響する主要要因として、現役時の条件（とくに賃金）に関連する退職金、年金、持ち家等の資産形成が強調されている。

社会分析研究会

2～6月の研究会では、ソーシャル・アドミニストレーションに関連した報告と、社会福祉組織に関する実証研究のいくつかが報告された。

2月の研究会では、「社会福祉行政の課題」（報告者・竹村栄一）というテーマで、財政危機にあって批判にさらされている社会福祉行政の問題点と課題の検討が行われた。今日の財政危機は、福祉のあり方、考え方そのものを問い直す機会をもたらしたという点に最大のメリットがあることなどが指摘された。

3月は2つの報告が行われたが、その1つは「ソーシャル・アドミニストレーションとケース・スタディ」（報告者・星野信也）で、アドミニストレーション研究のケース・スタディとして、住宅問題がとり上げられた。日本の住宅政策と英・米のそれらを詳細なデータを駆使して比較・検討し、政策の評価と問題点の指摘が行われた。すなわち、英・米の持家政策・貸家政策および住宅問題と我国の違いが紹介され、英・米では持家政策が比較的成功しているのに対して、我国の場合は借家のシェアが次第に増大して、持家は後退していること。我国は一人一室を目標にかかげているが、持家以外は水準が低く、住宅供給にのみ力を入れていくかぎり、この目標は達成されにくいこと。Equality から Justice への政策転換が必要であることなどが指摘された。

もう1つの報告は「都市福祉財政の比較」（報告者・高橋敏士）で、都市の福祉のレベルとパターンを測定する上での1つのアプローチとして、財政面から福祉行政を分析した結果が紹介された。事例として4つの市が選ばれ、その歳入状況、性質別・目的別支出の状況、とりわけ民生費の状況について比較が行われ、4市それぞれの福祉財政の特徴が明らかにされた。

5月の研究会では、「地域福祉と福祉組織」（報告者・高橋敏士）について報告があり、神奈川県で行った福祉意識についての調査結果を用いて、多変量解析を行った結果が報告された。地域住民の福祉をめぐる意識や地域に対する評価・意識を主成分分析・クラスター分析を用

いて、分析・総合すると、いくつかの地域パターンが類別され、明らかに福祉意識に地域的特性のあることが見い出される。そこから、福祉土壌あるいは地域の福祉文化という議論をたてることが可能であり、また、地域福祉を考える場合に必要でもあることなどが報告された。

6月は「母子寮の諸問題」（報告者：副田義也・吉田恭爾）で、母子寮のあり方についての検討が行われた。現在の母子寮をみると、建築物の老朽化、居室の狭小さ、設備の貧弱さ、低い職員の配置、定員充足率の低さなど劣悪な状態にある。これら母子寮の水準を引き上げ、今日の母子問題にふさわしいものにして行くには、生活指導や緊急保護を主として行う母子寮（A型）と住宅提供を目的とした母子寮（B型）に機能分化させる必要があることが指摘され、そのための職員配置基準や施設の物的水準についての試案が検討された。

経済・社会研究会

1月は福祉問題の政治学的接近（報告者：岸 功）というタイトルの下に、福祉の領域に於ける議会制民主主義の統治能力が検討された。近代統一国家の基礎は個々人の統合への意志であるが、それを保持するには規制が必要であること、文化的規範により政治要求が規制されるという仮説が持つ、国民の福祉要求の正統性、合理化規範の統合問題との関連、公共空間論による利害対立と利害一致の止揚の試み、英米の民主政治を支えている市民文化と合理主義・能動型モデルの民主的市民との相異等が述べられた。

2月にはダーレンドルフの“新しい自由”について紹介と批判がなされた（報告者：馬場啓之助）。すなわち現代社会が拡大志向から質の改善へと基本的転換を必要としている際に、社会的公正の確立、社会権の拡充のための社会保障充実の試みの中にも、自由を犠牲にしかならない危険の存在するという指摘は傾聴に値するが、改善志向社会の体系的描写がみられず、部分的補修の事例列挙も対策として説得力を欠くとの批判がなされた。

3月は Titmuss の “Gift-Relationship” に対する厚生経済学者の批判—「Economics of Charity, 1973」が紹介された。Gift-Relationship が近代経済学者への大きな挑戦であるにしても、Titmuss の場合、目的の単一性と手段の複数性とが混同されている。又、目的の手段化と手段の目的化が行なわれている点も問題である。需要に対応した供給量を誘導するために、税制上の優遇や有給休暇等の具体等も主張されよう。しかしながら批判者達は、血液が果して経済財であるかとの根本的疑問を素通

りしてしまっている。

4月にはミュルダールの経験科学的政策論について報告が行われた。(報告者：山田雄三) 実証と論理とに支えられる客観的・整合的知識が経験科学であることは言うを待たないが、科学的論議のために価値前提が必要であること、マックスウェーバーとの異同・価値前提の例示による現実との relevancy の必要性が説かれた。又、事実認識の補足により価値態度の変化が期待され得るから、価値前提を仮説的に考え、再構成してゆくことの必要性も指摘された。

5月の研究会では「これからの福祉」一低成長下に於けるその在り方が検討された。(報告者：三浦文夫、高橋紘士) すなわち福祉見直し論批判の立場に立ち、社会福祉需要増大基調の継続及びスタグフレーション下の生活問題が指摘され、社会福祉と関連諸施策に於ける公私の役割分担、中央・地方政府、受給者による費用負担の基準及びその根拠明示の必要性が説かれた。又、社会福祉に於ける効率性の考慮、家族機能の見直し、地域社会中心の社会福祉が主張された。

制度研究会

2月には、まず「韓国の社会保障と新年金制度」(報告者：保坂哲哉)と題する報告が行われた。それは、最近刊行された Park 氏の著書についての内容紹介とコメントであるが、『季刊社会保障研究』第11巻4号に書評があるので内容の紹介は省略する。同じ月に「アジア西太平洋地域社会福祉会議に出席して」(報告者：仲村優一、根本嘉昭)と題する報告をめぐっての研究会も開かれた。この会議での主要報告の内容と討議、それについての報告者のコメントが報告された。一般的に言って、従来の都市計画が physical な側面が中心であったためにいろいろの社会問題に対応しきれなかったという点を反省し、社会計画の要素を取り入れるべきことが強調された。しかもそれが西欧モデルの直輸入というかたちで行われたことが、さらに事態を悪化させたという理解が出された点が注目された。一方経済発展なくして社会進歩にありえない、という意見も有力で、両者の考え方をいかに調和させるかが基本的に重要である。一方社会福祉専門家の役割については否定的な意見もあったが、基本的には開発の負担のなかで社会福祉の理論と実際の組み立てがなければ social planning への貢献はありえない。以上が報告者の要約であった。この報告をめぐって、ICSW と社会主義圏との関係、都市計画の具体的モデルの有無、都市と農村との関係についてのアジア的考え方

とはなにか、などについて討議が交わされた。

3月には「イギリスの社会サービスにおける審査制度」(報告者：大本圭野)と題し、日本との比較において、不服審査制度がどう違うか、それが制度上に占める位置、制度の発展に対していかなる意味をもつか、などについて報告が行われた。

4月の研究会は「フランスにおける社会保障の動向」(報告者：上村政彦)に関する報告が行われたが、そのなかで最近における診療報酬をめぐる新しい動きが詳しく説明された。二つの医師団体の利害のくい違いと政府の強力なやり方が、1971年の全国協定の破棄へとつながり、いまその再協定をめぐって紛糾が続いているのである。その過程で保険者による医療機関設置の問題や、第3者支払方式への切り換え問題が論議され、今後の成り行きが注目される。

5月の研究会では「世界各国の医療保障について」(報告者：山崎泰彦)最近出た ILO 文献 (Fultcher 著)を中心に先進諸国10か国の保険医療組織の比較論が展開される。

政策研究会

50年前半期には、社会保障の各分野に現れるトピックスをめぐって、4回の研究会が開催された。そのうち2回は、51年度予算の焦点となった医療保険および年金の改正問題がとりあげられた。

まず医療保険の改正については、1月の研究会で、医療保険の現状と改正案の概要を中心として、小山路男氏の報告があった。つづく討論のなかでは、改正案の財政効果、退職者医療のあり方、老人医療の方向、などをめぐって議論が行われた。

年金改正については、4月に同じく小山路男氏から報告があり、48年改正の意義とその後の動向、今回改正案の概要、さらに将来展望について、包括的な報告があった。

3月の研究会では、49年度厚生白書について、山口新一郎氏(厚生省企画室長)の報告があり、社会保障の現状と問題点、および今後の展望を述べた白書の総論の考え方を中心に、詳細な解説があった。

5月の研究会では、田村正雄氏(厚生省年金局数理課)から、イギリス、スウェーデン、西ドイツの年金事情、とくに私的年金の状況について、最新の情報が提供された。

社会 保 障 統 計

社会保障関連諸指標 (人口動態・医療・栄養)

	1人当り GDP 1972 (ドル)	出生・死亡率 (人口千対) 1972				平均寿命		65歳以上人口に占める% 1972				医師・歯科医師・ 看護婦数 1971 (人口1万対)			年央推計 人 口 1972 (百万人)
		出 生	死亡	乳 児 死 亡	乳 児 死 亡	男	女	有 配 偶 者		離・死別者		医師	歯科 医師	看護婦	
								男	女	男	女				
アメリカ合衆国	5,563	15.6	9.4	18.5	67.4	75.2	70.9	35.4	20.14	55.41	16.1	5.0	56.8	208.84	
スウェーデン	5,149	13.8	10.4	10.8	71.97	77.41	65.2	36.8	21.6	44.7	13.9	8.2	55.6	8.12	
カナダ	4,814	15.9	7.4	17.1	68.75	75.18	71.8	39.1	17.6	50.2	15.0	3.5	64.6	21.85	
ドイツ連邦	4,245	11.4	11.8	20.4	67.24	73.44	...	...	...	...	17.8	5.1	30.6	61.67	
オーストラリア	3,834	20.5	8.5	16.7	67.92	74.18	68.2	33.6	20.6	54.2	12.7	2.7	9.8	12.96	
フランス	3,749	16.9	10.6	16.0	68.5	76.1	72.7	33.6	20.2	55.6	13.9	4.1	29.8	51.70	
連 合 王 国	2,787	15.0	12.1	17.5	68.9	75.1	72.8	35.1	20.2	50.7	12.7	2.7	33.9	55.80 (49.04)	
日 本	2,786	19.4	6.5	11.7	70.49	75.92	76.0	31.4	23.0	67.5	11.6	3.6	29.1	106.96	
イタリヤ	2,159	16.3	9.6	27.0	67.87	73.36	...	...	...	...	18.4	...	23.6	54.35	
ベネズエラ	1,316	36.8	6.6	49.7	66.41		...	...	...	...	9.5	2.2	21.6	10.97	
ポルトガル	1,005	20.3	10.5	41.4	65.30	71.02	...	...	...	...	9.8	1970 0.1	10.8	8.59	
メキシコ	782	44.7	9.1	60.9	59.39	63.43	75.1	42.1	13.8	42.4	6.9	1.0	6.4	52.44	
チリ	649	27.0	8.5	78.8	60.48	66.01	67.7	29.7	19.7	51.0	5.0	1.2	1.9	10.04	
イラン	561	36.7	5.0	...	50.0		85.5	26.4	13.6	72.6	3.2	0.7	3.5	30.55	
コロンビア	474	36.6	9.5	...	...	...	66.9	28.5	18.5	48.4	4.6	1.3	9.7	22.49	
ガーナ	218	46.6	17.8	63.7	...	...	...	...	...	...	0.8	0.0	9.5	9.09	
タイ	198	32.8	6.9	22.5	53.6	58.7	72.0	35.3	20.3	60.6	1.4	0.2	3.4	38.58	
インドネシア	124	48.3	19.4	...	47.5	47.5	81.1	27.1	17.3	70.6	0.4	0.0	1.2	121.63	

注 1) ガーナ、インドネシアの出生率と死亡率は1950~70年(国連推計)。チリの出生率は1970年、死亡率は1971年。コロンビアの出生率と死亡率は1971年。2) 乳児死亡率は出生千対。チリは1970年。ガーナ、ベネズエラ、タイは1971年。3) 平均寿命の作成基礎期間はオーストラリア1960-62、ベネズエラ1961、タイ、インドネシア1960を除き1970年前後が主。4) 65歳以上人口に占める有配偶者と離・死別者の年次はコロンビア1964、インドネシア1964-65、イラン1966、フランス1968、合衆国、スウェーデン、日本、メキシコ、チリ、タイは1970、カナダ、オーストラリア、連合王国は1971。5) 有配偶者の外に合意結婚の別掲されている国については有配偶者に含めて計上した。6) チリとコロンビアは死別のみを計数。7) メキシコとコロンビアの医師・歯科医師・看護婦数はそれぞれ1970、1969年計数。ポルトガルは歯科医師のみ1970年。8) 連合王国の平均寿命、65歳以上人口に占める%、医師・歯科医師・看護婦数はいずれもイングランド・ウェールズの計数。9) 連合王国の年央推計人口()はイングランド・ウェールズの計数。

資 料 1人当り GDP: U.N. "Yearbook of National Accounts Statistics 1974"。出生・死亡率、平均寿命、65歳以上に占める有配偶者と離・死別者、年央推計人口: 国連「世界人口年鑑 1971、1973」。医師・歯科医師・看護婦数: WHO "World Health Statistics 1971"。

	出生・死亡率 (人口千対)			妊産婦 死亡率 (出生 10万対)	不慮の事故死亡率 (人口10万対)		平均余命				医師・歯科医師・薬剤師数 (人口10万対)			病 院 病 床 数 (人 口 10 万 対)
	出生	死亡	乳児死亡 (0~4歳)		老 人 (75~79歳)	0 歳		60 歳		医 師	歯科医師	薬剤師		
						男	女	男	女					
昭和35年	17.2	7.6	30.7	117.5	72.0	132.1	65.37	70.26	14.87	17.91	102.8	34.0	64.5	735.1
36	16.9	7.4	28.6	108.2	71.5	144.3	66.03	70.79	15.17	17.90	103.2	34.2	65.4	759.8
37	17.0	7.5	26.4	100.9	64.7	133.7	66.23	71.16	14.85	17.90	103.6	34.5	65.8	790.8
38	17.3	7.0	23.2	92.7	62.0	128.1	67.21	72.34	15.40	18.54	103.4	34.5	67.5	826.2
39	17.7	6.9	20.4	90.1	59.3	131.7	67.67	72.87	15.51	18.69	103.9	34.7	68.5	857.7
40	18.6	7.1	18.5	80.4	56.7	138.1	67.73	72.95	15.19	18.45	103.8	34.7	69.9	889.0
41	13.7	6.8	19.3	83.9	57.4	150.8	68.35	78.61	15.74	18.99	104.9	34.9	71.5	927.0
42	19.4	6.8	14.9	65.5	52.8	152.8	68.91	74.15	15.89	19.15	104.7	35.0	71.9	960.8
43	18.6	6.8	15.3	63.3	50.7	148.4	69.05	74.30	15.90	19.18	105.5	35.0	73.3	989.7
44	18.5	6.8	14.2	53.9	49.2	150.5	69.18	74.67	15.96	19.46	106.8	35.0	74.1	1,006.9
45	18.8	6.9	13.1	48.7	49.0	157.9	69.33	74.71	15.93	19.31	109.2	35.2	76.5	1,024.6
46	19.2	6.6	12.4	42.5	44.7	146.6	70.17	75.58	16.57	19.99	111.1	35.13	79.3	1,031.0
47	19.3	6.5	11.7	38.2	46.4	147.0	70.49	75.92	16.79	20.19	110.9	36.1	79.3	1,029.9
48	19.4	6.6	11.3	36.3	43.5	139.7	70.70	76.02	16.80	20.16	110.5	35.9	80.6	1,035.4
49	18.6	6.5	10.8	...	39.4	126.7	71.16	76.31	16.99	20.26	110.9	36.4	83.1	1,042.1

注 1) 乳児死亡率は出生千対。2) 医師・歯科医師数は医療施設従事者のみを計上。

資 料 いずれも厚生省資料。出生・死亡率、妊産婦死亡率、不慮の事故死亡率: 「人口動態統計」「人口動態統計月報昭和49年年計」平均余命: 「簡易生命表」。医師・歯科医師・薬剤師数: 「医師・歯科医師・薬剤師調査報告書」。病 院 病 床 数: 「医療施設調査」。

	有 病 率 (人口千対)				患 者 数 (人口10万対)					国民医療費		1人1日当り栄養摂取量		
	平 均	(再掲) 女 子	(再掲) 老 人 (75歳以上)	(再掲) 幼 児 (1~4歳)	病 院	一 般 診療所	歯 科 診療所	(再掲) 老 人 (75歳以上)	(再掲) 幼 児 (1~4歳)	1人当り (円)	対GNP (%)	熱 量 (カリ ロ一)	蛋白質 (g)	脂肪 (g)
昭和35年	46.9	...	...	...	1,392	2,659	754	4,168	4,974	4,384	2.53	2,096	69.7	24.7
36	50.3	...	...	...	1,456	2,871	727	4,634	5,308	5,441	2.58	2,106	69.7	26.1
37	53.7	54.2	123.2	30.6	1,557	2,879	823	5,287	5,366	6,443	2.83	2,080	70.4	28.3
38	57.5	58.5	149.5	37.4	1,655	3,194	855	6,206	5,454	7,843	2.95	2,083	70.6	29.2
39	61.1	60.3	149.2	31.5	1,688	3,219	766	5,896	5,954	9,661	3.17	2,223	74.4	34.3
40	63.6	64.2	177.5	36.2	1,672	3,296	943	6,572	5,740	11,421	3.42	2,184	71.3	36.0
41	83.4	83.3	...	77.2	1,781	3,703	926	7,098	7,203	13,126	3.38	2,193	74.8	39.7
42	72.2	71.5	171.0	63.5	1,751	3,613	1,005	7,929	6,770	15,080	3.34	2,228	76.6	42.4
43	79.4	81.0	195.8	59.7	1,840	3,713	1,092	8,631	7,605	17,766	3.38	2,224	76.9	44.6
44	91.6	95.7	225.6	86.2	1,906	3,826	1,105	9,359	7,774	20,244	3.34	2,242	77.8	45.8
45	93.6	97.5	249.5	75.2	1,998	3,917	1,063	9,928	8,100	24,032	3.42	2,210	77.6	46.5
46	110.3	119.1	326.4	92.4	1,895	3,154	1,034	9,366	6,917	25,949	3.34	2,237	78.1	48.7
47	130.2	141.9	325.1	156.6	1,822	3,450	943	12,044	6,858	31,672	3.59	2,279	82.9	50.1
48	127.7	135.6	358.4	125.4	2,005	4,186	993	16,126	8,381	36,332	3.24	2,273	84.1	52.2
49	101.2	107.8	367.0	103.7	1,976	3,913	956	18,557	6,758	48,875	3.95	2,187	78.7	51.6

注 1) 患者数は毎年7月第2水曜日の入院患者数と外来患者数の合計より成る。2) 患者数の老人と幼児欄には病院、一般診療所、歯科診療所の合計を示してある。3) 昭和49年老人患者数は「患者調査」の75~79歳および80歳以上の患者数(人口10万対)から推定した計数を示してある。
 資料 いずれも厚生省資料。有病率:「国民健康調査」。患者数:「患者調査」。国民医療費:「昭和49年度国民医療費」。1人1日当り栄養摂取量:「国民栄養の現状」

昭和49年

	死亡率(人口10万対)		医師・歯科医師数(人口10万対)		病院病床数(人口10万対)			死亡率(人口10万対)		医師・歯科医師数(人口10万対)		病院病床数(人口10万対)	
	総 数	(再掲) 不慮の事故	医 師	歯科医師	総 数	(再掲) 精 神		総 数	(再掲) 不慮の事故	医 師	歯科医師	総 数	(再掲) 精 神
全 国	649.4	32.6	110.9	36.4	1,042.1	248.7	三 重	783.0	38.6	106.5	31.2	1,093.7	259.7
北海道	587.1	34.0	99.0	31.1	1,363.8	311.3	滋 賀	784.5	33.1	85.5	23.4	898.7	196.5
青 森	668.9	40.6	108.8	25.3	1,250.2	259.3	京 都	684.9	28.4	165.8	39.3	1,169.7	276.1
岩 手	754.7	40.0	110.8	27.8	1,142.2	253.4	大 阪	521.1	21.2	131.4	42.2	922.8	203.5
宮 城	655.3	37.3	132.6	32.1	1,028.2	187.6	兵 庫	642.4	32.8	119.0	36.2	926.3	181.7
秋 田	783.1	40.3	94.4	26.2	1,128.9	269.9	奈 良	688.0	25.2	108.4	30.5	847.5	205.6
山 形	830.1	38.9	86.3	26.3	820.0	173.2	和歌山	805.8	38.3	121.0	35.0	1,186.0	285.6
福 島	770.2	39.7	102.0	29.6	1,207.1	314.5	鳥 取	853.0	40.1	148.5	36.7	1,304.9	315.3
茨 城	747.6	43.5	74.4	27.1	895.8	277.0	島 根	942.2	43.9	104.4	31.9	1,101.8	286.4
栃 木	731.4	40.5	94.9	28.9	1,025.9	271.4	岡 山	770.1	44.0	146.9	37.4	1,517.4	262.5
群 馬	726.0	37.3	112.1	28.6	874.3	213.0	広 島	695.3	38.3	127.9	39.9	1,049.7	262.6
埼 玉	480.2	27.7	65.2	25.1	550.8	143.6	山 口	819.1	47.0	123.7	38.7	1,170.0	293.2
千 葉	546.5	31.0	78.8	28.6	763.5	222.9	徳 島	875.6	44.2	160.5	29.7	1,752.9	437.9
東 京	479.7	17.8	129.8	61.2	1,002.5	203.7	香 川	803.4	49.4	114.0	35.7	1,454.4	276.8
神奈川	442.2	23.4	88.1	35.5	750.1	174.3	愛 媛	826.3	47.1	101.2	29.9	1,181.4	290.7
新 潟	773.7	42.4	105.5	34.9	935.4	250.2	高 知	989.8	59.5	118.5	29.4	2,078.2	456.0
富 山	789.3	42.3	102.5	29.1	1,204.0	312.1	福 岡	663.0	35.0	147.6	48.7	1,405.3	384.9
石 川	751.1	40.0	149.0	31.6	1,526.9	291.1	佐 賀	819.7	41.7	109.8	36.6	1,265.9	399.2
福 井	808.3	43.7	95.5	27.6	1,187.8	247.6	長 崎	789.9	36.1	139.4	32.8	1,311.2	410.9
山 梨	785.9	41.4	95.5	37.0	1,109.3	323.4	熊 本	827.1	36.6	139.3	29.6	1,449.4	433.4
長 野	817.8	30.4	106.2	35.3	1,002.3	254.3	大 分	838.9	42.9	109.8	40.0	1,286.7	344.5
岐 阜	707.9	29.8	99.4	32.4	898.4	163.8	宮 崎	760.9	40.0	85.1	28.0	1,382.3	458.0
静 岡	618.2	33.8	88.2	31.8	766.9	181.1	鹿 児 島	902.8	39.1	113.3	23.5	1,484.2	455.7
愛 知	545.4	26.6	100.9	37.0	905.1	178.5	沖 縄	536.0	29.5	37.4	13.8	611.0	225.1

注 1) 医師・歯科医師数は医療施設従事者のみ計上。2) 精神病床数は精神病院と一般病院の合計。
 資料 いずれも厚生省資料。死亡率:「人口動態統計月報(概数)昭和49年年計」。医師・歯科医師数:「昭和49年12月31日現在医師・歯科医師・薬剤師調査」。病院病床数:「昭和49年医療施設調査・病院報告」