



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策（一）
Author(s)	山田, 真知子
Citation	北大法学論集, 53(2), 1-61
Issue Date	2002-07-11
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/36638
Type	departmental bulletin paper
File Information	53-2_p1-61.pdf



フィンランド福祉国家における社会サービスと高齢者政策(一)

山 田 眞知子

目 次

序章 研究の目的と方法

- 一 「権利」概念をめぐる二国間の相違
- 二 なぜフィンランドなのか
- 三 研究の課題・対象範囲

四 依拠した先行研究・報告

五 用語について

第一章 北欧型福祉国家と社会サービス理論

第一節 北欧型福祉国家とフィンランド

一 北欧型福祉国家

二 フィンランドの社会保障

三 サービスにおける自治体の役割

第二節 社会サービスをめぐる諸理論

一 ヨーロッパの社会サービス

二 北欧の社会サービス

三 インフォーマルケア、営利的なケア、フォーマルケア

四 社会サービスと女性

五 親族介護

六 財源

七 社会サービスの量と質（アルバーの理論）

八 サービスにおける利用者の地位（ハーゼンフェルドらの理論）

九 社会サービスの顧客とはなにか

第二章 戦後の復興と福祉国家の形成過程

第三章 社会保障制度の整備

第四章 公的扶助から社会サービスへの変貌

第五章 一九八四年の社会福祉保健国庫支出金改革（VALTAVA改革）

第六章 一九九三年改革における包括補助金制度導入とその影響

終章 結びにかえて

（以上本号）

文献

序章 研究の目的と方法

一、「権利」概念をめぐる二国間の相違

日本では介護保険法が二〇〇〇年四月一日から施行された。一九九七年十二月に法案が成立したにもかかわらず、施行直前まで保険料の凍結、家族介護にたいする報酬の問題など保険制度の根幹にかかわる見直しが行われ、制度の運営主体である市町村の戸惑いは大きかった。介護保険は、社会保険による介護サービスの供給という、これまでの福祉制度とは異なる制度なので、それが円滑に機能し、制度として定着するまでかなり時間が必要であることが予測される。保険料の個人負担額と自治体間格差の問題、サービスの質と量の確保、認定の問題、民間企業参入による競争原理の導入、家族介護の問題など、多くの解決すべき課題が山積みとなつて残されているからである。施行後においても、保険方式から税方式に移行すべきだという議論も繰り返されている。それでも、介護保険制度は日本の社会福祉の歴史の中で、福祉の制度のあり方に国民の目を向けさせ、広く議論を喚起したはじめての制度であることは疑いがない。

介護保険制度とは、高齢者介護の問題が深刻化した今日、高齢者が介護を必要とする状態になつても自立した生活を送り、人生の最期まで人間としての尊厳を全うできるように、これまで家族が担っていた高齢者介護を社会的に支える

仕組み（介護の社会化）に変えようとするものである。⁽¹⁾ 制度の目指す重要な目標の一つは、老人福祉と老人保健の二つの制度を統合し、これまで行政がサービスの種類や提供機関を決定するため、利用者がサービスを自由に選択できなかったという老人福祉制度の問題を、給付と負担の関係がわかりやすい社会保険の仕組みを導入することによって是正することにある。もう一つの目標は、老人保健制度の問題として顕在化していた、介護のための社会的入院が生じている一般病院の適正利用を計ることにあるとされている。⁽²⁾ このような問題を解決するために導入された介護保険制度は、増加する介護費用を社会全体の連帯、すなわち税と保険料で安定的にまかなうということが前提になっている。

介護保険の導入をめぐる議論の中で、税方式であると行政措置なので利用者にサービスの選択権がなく、保険方式であれば、保険料を納めるのでサービスを受ける権利、サービスを選択する権利が発生するという主張が、特に介護保険制度を擁護する側から強くなされていた。これに対して日本の福祉の発達における措置制度の役割を強く擁護する主張もある。しかし、選択権の有無やその根拠をめぐる議論の構図そのものはあまりみられなかった。

筆者の疑問は、なぜ税方式なら利用者の権利がなく、逆に保険制度なら権利が発生するのかというところにある。おそらく、これは歴史的に日本のこれまでの福祉が税方式により、かつ行政措置を中心に据えた制度であること、そして行政が決定権を掌握して選別主義の装いを脱ぎきれない措置制度では、需要抑制が働き、ニーズに対応した福祉サービス供給が不可能であるという前提があるからなのであろう。⁽³⁾ しかし、なぜ措置制度を一方的な行政権限の行使による行政行為とみなし、受給者の権利の保護に欠けることを自明のものとしているのかということについては、理解に苦しむのである。⁽⁴⁾ たとえ法的に措置制度が一方的な行政権限で、利用者に反射的受益権以上のものを保障しないとしても、それが不都合であるという認識が国民の多数の意見であるならば、どうしてそれを改善することが不可能なのであろうか。⁽⁵⁾ 保険制度を推進するために、政策的にあえて「権利性」がことさら強調されている可能性もあり得よう。それは、税

方式で国民的合意に達する機能を政治が果たしていない、つまりどのようなように税が使われるか不透明であるという政治への信頼の欠如があるからである。⁽⁶⁾しかし、サービス利用者の地位や権利についての十分な議論をせず、曖昧さを内在したままで制度を運用するのであれば、保険制度には、はじめから根幹的な危うさが内包されることになるのではないか。

日本で一般に福祉の先進国と考えられている、北欧諸国の高齢者ケアはどのようなものであろうか。北欧諸国の一つであるフィンランドでは、他の北欧諸国と同様、介護のサービス（社会・保健サービス）は公的な責任で、税を主な財源として行われている。そして税制度でサービスが賄われている北欧諸国のサービスの決定権は供給者である行政にあるので、上述の日本の文脈に沿っていえば、すなわち措置である。フィンランドでも、選別主義に基づく一方的な措置の時代が二〇数年前まで存在した。今日においては措置は行政が一方的には行うことではなく、利用者とその親族と話し合って決定するということが原則となっている。高齢者・障害者のケアについては本人または家族の申請に基づき、本人や親族、本人にかかわる社会福祉保健職員のチーム（たとえば、医師、訪問看護婦、ソーシャルワーカー、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士）を含めた話し合いによってケア計画が決定されるのが一般的になっている。

話し合いという慣行の一般化は、一九七〇年代から普遍的な福祉の理念、ノーマライゼーションの理念、利用者の権利についての考え方が普及してきたことと関係がある。一九八二年に制定された社会福祉の基本法である社会福祉法（*sosiaalihuoltolaki* 710/1982）⁽⁷⁾の三九条には「社会福祉の執行においては、利用者（顧客）自身の希望と、本人にかかわる福祉の計画作成に参加する可能性に、特に注意を払わなければならない。」と定められている。措置に関する行政手続きについては行政手続法（*hallintomenettelylaki* 598/1982）がある。一九九三年には患者の地位と権利についての法律（*laki potilaan asemasta ja oikeuksista* 782/1992）が施行され、市民に保健医療ケアの権利のみならず、患者の自己決定と情報入手の権利を保障している。同様に、二〇〇一年一月一日に社会福祉の顧客の地位と権利についての法律（*laki*

sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000) が施行され、顧客は、社会サービスを受ける権利のみならず、選択を示される権利、自己決定権、情報入手の権利、情報の秘匿などについて保障されている。どちらの法律においても、自治体はオンブズマンを設置することが義務付けられている。ここで特筆しておきたいことは、これらの社会福祉における地位と権利についての法律の制定は、一九八〇年代後半から行われてきた利用者の地位の改善を追認したということである。

日本と異なり、フィンランドには高齢者のための特別法は存在しない。高齢者は一般市民として取り扱われている。社会福祉法には、自治体が社会福祉のサービスを実施しなければならないとあり、国民保健法 (kansanterveyslaki 66/1972) と専門医療法 (erikoissairanhoidolaki 1062/1989) には、自治体は、住民が必要とする保健医療ケアと専門医療ケアを受けられるようにすべきであると記されている。自治体はこれらの社会・保健サービスの供給を単独、または他の自治体と協力して、または自治体組合に参加して、もしくは民間のサービスを購入して行ってもよいことになっている。

住民は受けるサービスに対して利用料を支払う。障害者へのサービスなど一部の特別法で保障されているサービスの中には無料のものもある。サービスへのアクセスはニーズにもとづくものであり、利用料が所得を越える場合は自治体が負担する。たとえば、老人ホームへ入所する場合は、入居者は所得の八〇%を料金として自治体に支払うことになっているが、この料金で実質コストがまかなわれるケースは非常に少ない。

さて、フィンランドのケアについて簡略に述べたが、ここで再び権利の問題に戻ろう。北欧の事情を考察すると、現状の制度ではもはや高齢者ケアのニーズに対処できないという議論を、保険制度なら保険料を支払うから権利が発生するという議論に組み替えることは、たとえ日本に高齢者福祉の新しいシステムを構築しようとする機運が盛り上がり、

介護保険制度創設への期待感が非常に大きかったということを認めても、なおためらいを感じるのである。果たして、保険料を支払うことだけが権利を保障するものだろうか。市民であることは権利の保障として十分なものは成り得ないのだろうか。保険料を支払えない人は社会でどのような地位を占めるのか。さらに、現実の問題として、保険方式でもサービスの量と多様性が保障され、利用者を選択権と異議申し立ての権利が保障されなければ、利用者の権利と地位は措置制度よりどれほど進歩があるといえるのだろうか。⁽⁹⁾

利用者の権利について議論するには、税方式と保険方式という対立ではなく、別の政策的なアプローチを考えてみたい。税方式の社会サービスでは、措置の対象である自治体住民の地位、すなわち市民が措置においてどのような地位を占めるかを検討してみることが有意義でないだろうか。というのは、措置を受けた市民が「被措置者」というように処遇されている限り、その人の地位は選別主義の対象にとどまり、権利が保障されている状態とは考えがたいからである。この場合のサービスの利用者は「困窮者」の扱いである。しかし利用者が、措置において一般のサービス産業におけるのと同じように、社会サービスの「顧客」としての地位を獲得したときには、その「顧客」のサービスにおける権利が、事実上満たされたと考えることができないか。なぜなら顧客はサービスを選択し、不服を述べる権利があるからである。それでは、どのような条件が整ったときに、困窮者である被措置者がサービスの利用者である顧客になれるのであろうか。

この問いに対して、Y・ハーゼンフェルド (Hasenfeld) らが発表した理論を、O・ケトラ (Ketola) らがフィンランドで検討している。それは利用者である住民と社会サービス供給者である行政との関係は、行政の供給するサービスの多様性と住民に選択権があるかによって決定されるというものである。この理論については後に紹介することにして、利用者の地位が「被措置者」から「顧客」に変化するところに、北欧で考えられているような普遍的な社会サービスの

確立（北欧型福祉国家におけるナショナル・ミニマムの達成）に至る一つの道標を見ることができないのではないか。本稿ではこのことを念頭において、フィンランドの社会サービス形成と発達の過程を検討してみたい。

二．なぜフィンランドなのか

これまでに、筆者は、主に一九八四年の国庫支出金改革（VALTAVA改革）と一九九三年の国庫支出金改革（包括補助金制度への移行）に主眼を置いて、フィンランドの国（中央政府）と自治体の関係を探りながら、社会・保健サービスのナショナル・ミニマムがどのように形成されてフィンランドが北欧型福祉国家のレベルに到達したか、そして、それが地方自治にどのような影響をもたらしたかを概観した。同時にナショナル・ミニマムの形成・実現における国（中央政府）の役割についても検討した。⁽¹⁰⁾ この研究は、一九九五年に新ゴールドプランが発足し、介護保険の導入に向けて議論が盛んに行われていたこと、また同じ年に地方分権推進法が制定され分権改革の検討が始まったことなど、日本の新しい情勢を念頭に行なったものである。しかしながら、その作業を行なった結果、筆者は、フィンランドの福祉国家としての歩みを理解するには、フィンランドの社会保障制度が未熟であった第二次世界大戦直後までさかのぼって検討を行わねば不十分なことに気が付いた。西欧諸国の中でも一九四〇年代まで農村型社会が続いたフィンランドは、戦後の復興のなかで急激に都市化・工業化社会に移行してめざましい経済成長を遂げたが、それと同時に、都市化・工業化のもたらした諸問題を解決するために国の主導で福祉国家の建設が開始されたのである。福祉国家建設当初の貧民救済目的の選別主義的な社会福祉が、どのようにして普遍主義的な社会サービスへと発展していったかを検討することは、公的責任により普遍主義的なサービスのナショナル・ミニマムが確立されていった過程を明らかにすることであり、

さらに、それは市民の権利とその上に構築される地方自治の発達の問題を探求することでもある。その上で、一九九三年に実施された地方分権改革と一九九〇年代前半の深刻な不況が、社会サービスにどのような影響を与えたのか、そして公的な社会サービスはその試練を耐え抜けたのかというテーマを改めて検討する。この作業を行うことによって、日本における社会サービスとその公的責任性をめぐる議論に資するものとしたい。

次に、フィンランドを研究の対象にする理由を述べておきたい。フィンランドは自他ともに認める北欧型福祉国家の一員であり、その福祉国家としての社会政策のあり方には原則的に他の北欧国家と大きな差違はないとされている。⁽¹¹⁾しかし、日本の社会保障を考察するにあたって、フィンランドを研究する意義があると考えられるのは次の五点である。

(一) 高齢化は日本とフィンランドがともに直面している深刻な問題である。日本は急激に高齢化しつつあり、そのスピードはOECD諸国の中で最も速く、二〇二〇年には二六・九%に達すると見込まれている。⁽¹²⁾しかも今後は少子化のため若年労働者人口が減少することによって、女性の労働参加が進むことが予測されるので、このような高齢化は日本の社会経済に大きな影響を与えるとともに、家族や地域のあり方は変化を余儀なくされる。一方、フィンランドも、現在EU諸国で高齢化が最も速いスピードで進んでいる国で、二〇二〇年には二一・八七%に達すると予測されている。⁽¹³⁾高齢者介護の問題は両国にとって重要な社会問題となっている。

(二) 日本の福祉事業において民間の福祉団体の役割は重要である。フィンランドも、北欧型福祉国家の中では、社会サービス事業における民間の福祉団体組織の役割が大きいといわれている。これらの民間組織は、全国的に活動をしているものが約二〇〇〜三〇〇団体、地域に活動の基盤をおくものは一万組織をこえるといわれている。これら全部をあわせると会員数は延二〇〇万人（一九九九年の人口は約五一七万人）になり、福祉団体の職員は二万人以上雇用されている。⁽¹⁴⁾自治体や自治体組合、または社会保険院（KELA）がこれらの団体からサービスを購入（委託）している。

たとえば一九九八年の自治体の社会福祉事業のうち、民間委託の割合は、児童青少年の施設ケアが五一%、その他の児童家族サービスが五一%、アルコール薬物中毒ケア四六%、障害者の施設ケア四一%、知的障害者の作業・アクティビティーセンター一八%、高齢者の施設ケア一〇%というように、民間団体の存在は社会サービス部門に重要かつ不可欠なものとなっている⁽¹⁵⁾。しかも多様化するケアが望まれている今日、民間セクターの役割は今後さらに大きくなっていくと予測されている。

(三) フィンランドは、北欧型の公的サービスの発達した社会であるが、親族（一般に家族、親戚を指すが、親しい友人などを含む場合もある）による介護の割合が比較的大きいといわれている。労働年齢層（一五歳から六四歳）における女性の労働参加の割合は約七〇%と高く、専業主婦の割合が少ないので、日本のように主婦が日中家庭において高齢者の介護をするという形態はまれである。しかし、通える距離に住んでいれば、夕方や週末に親の世話をするというのはかなり一般的であり、一九八九年の調査結果では、独居高齢者の五一%が別居している親族から、また二五%が隣人から援助を受けている⁽¹⁶⁾。一九九二年に行われた試算によると親族によるケアは約一万七三〇〇人の全日ケア職員に匹敵するという結果が出ている⁽¹⁷⁾。一九九四年の自治体の正規の社会福祉・保健事業職員の総数が二〇万五七二〇人で、そのうち社会福祉職員は八万四五六八人であることを考慮すれば、高齢者ケアに占める親族介護の役割の大きさが伺える。なおフィンランドでは親族介護を支援する政策をおこなっており、一九八四年に高齢者、障害者、長期疾病者の家庭介護給付政令が制定された。それが一九九三年に親族介護給付政令（asetus omaishoidontuesta 2.4.1993/12）と改正され、介護者の地位が改善された。一九九八年には六五歳以上の一・六八%が親族介護給付を受給する介護者に介護されている⁽¹⁹⁾。

(四) 日本もフィンランドも、同じ時代に急速に経済成長を遂げ、農村型社会から都市化・工業化された社会に変貌

した。フィンランドは、戦後になって本格的に農業を基盤とした伝統的共同体社会から、工業化・都市化によって多元的価値に基づいて組織された社会に移行したのである。その変化は一九五〇年代から一九六〇年代に急激に進展し、一九七〇年代までその余波が続いた。フィンランドでは、一九五二年にソ連への賠償の支払いが完了し、ヘルシンキオリンピックが開催されて、戦後の復興期は終了したのである。フィンランドは、その後ヨーロッパ諸国のなかでも急速な経済成長を遂げ、それは多少の変動を伴いながらも、一九九〇年代のソ連貿易の崩壊に起因する不況が始まるまで続いた。このあいだに女性の労働参加は進み、社会保障を含む社会政策が経済成長の発達とともに開発されていったのである。一方の日本では、一九五六年の経済白書が述べたように、もはや戦後ではなくなり、一九五五年の大型景気からオイルショックの年まで急速な高度成長を続け、一九六〇年代後半には自由主義国家ではアメリカに次いで二番目の経済大国になっていく。そして、その間に男性は給与所得者として外で働き、女性は家庭の中にあつて家事、育児、介護に専念するというように分業体制が確立した。

(五) 最後に地方分権の課題がある。日本は一九九五年に地方分権推進法が制定され、地方分権推進委員会の勧告に基づいて二〇〇〇年四月に地方分権一括法が施行され、集権の象徴といわれてきた機関委任事務が自治事務と法定受託事務に振り分けられ、地方分権の第一歩を踏み出した。フィンランドでは一九九三年に国庫支出金制度の改革が行われ、事業別の国庫負担金に代わり計算方式の包括補助金制度が導入された。それと同時に国の指導監督が大幅に軽減されたのである。自治体の事務である社会・保健サービスは自治体財政(歳出)の四四%(二〇〇〇年)を占めている。自治体の職員の二八・六%が保健ケア、二七・四%が社会サービス職員である。自治体には課税権があり、二〇〇〇年の予算では、国庫支出金の一四%に対して、地方税収入は歳入の五二%となり、税収入の方が重要な地位を占めている。⁽²⁰⁾

以上のように、日本とフィンランドは歴史的な発展の同時性とともに、問題性をも共有している。にもかかわらず、

なぜ二国間の社会・保健サービスの概念や施策のあり方に大きな差が生じていったのか。この根本的な問いに迫るため、フィンランドについての検討を行うことは意義があると考えた。また、フィンランドの社会サービスの発達と権利の関係を考察することは、介護保険制度をはじめ、日本の社会サービス全般における市民の権利を考えるにあたって非常な示唆に富むものといえよう。

さらに新しい視点をつけ加えれば、フィンランドは近年、ノキア (Nokia)、リナックス (Linux) 等に代表されるように傑出した情報産業国として世界的に知られるようになってきている。フィンランドの情報社会を分析したカステルス (Castells) らの研究⁽²¹⁾によると、フィンランドにおいては、福祉国家と経済成長とは決して矛盾するものではないことが指摘されている。彼らによると、フィンランドの高度に発達した福祉国家は、このようなテクノロジー開発、競争力、それらもたらす新しい経済の仕組みと相反するものではなく、それどころか産業の安定した成長に多大な貢献しているのである。福祉国家であることは、労働生産性に人間的な基盤をもたらし、不況のときには労働者にも経済にとっても打撃を緩和させる役割を果たしている。したがって、福祉国家が高い税負担の上に成り立っていても、生産性と競争力が税を上回って成長し、市民が社会サービスや生活の質という形で国から受ける恩恵を認識しているかぎり、高負担は問題にならないというのが彼らの結論である。さらに、カステルスらはフィンランド福祉国家の社会政策の情報産業育成の基盤づくりにおける積極的な役割を分析し、これを高く評価しているのである。日本の経済も過渡期にあり、情報産業に力が注がれている一方で、構造改革の必要性が論じられているが、それは日本の福祉国家のあり方を見直すことにもなる。このように、情報産業育成およびそれに関わる福祉国家の役割の観点からも、フィンランド福祉国家を検討することは意義があると考えられよう。

三、研究の課題・対象範囲

研究対象となる時期は戦後から二〇〇〇年までである。まず、北欧型福祉国家のサービスの理論を検討し、その後フィンランド福祉国家について次のような事象に焦点をあてて、時系列的に変化の諸相を追うことにしたい。

本稿では、フィンランドの戦後における福祉国家の形成された過程を、フィンランドで行われている研究と資料にもとづいて検討する。福祉国家の形成については、はじめに、戦後のフィンランドにどのような社会構造の変化がもたらされたかを、都市化・工業化と経済成長、政党の動向、労働組合の発達、公的セクターの拡大と女性の労働参加、当時の社会政策の理論を通して探る。次に、その構造変化がもたらした社会保険制度の発達を、政党および労使組合の役割に注意を払いつつ検討する。さらに、一九六〇年代末の社会福祉の理念改革運動の結果として設置された社会福祉の原則委員会の報告に焦点を絞り、どのようにして戦後に社会サービスの改革のための諸原則が確立されて、それらを基盤とする政策が形成されていったかを検討する。特に一九八〇年代の国庫支出金改革、その成立過程を検討し、どのような政策で施設主義に偏っていた社会福祉サービスから、開放型のオープンケアの開発に重点が移され、社会福祉のナショナル・ミニマムが成立したことを確認する。同時にどのようにして普遍的な社会サービスの理念が構築されていったかを検討する。次に、ナショナル・ミニマムが成立したあとの地方自治の発達を、一九九三年に行われた包括補助金制度の導入の成立過程を通じて検討し、さらに一九九〇年前半の不況により自治体による社会サービスがどのような影響を受けたかも概観する。社会保障におけるこれらの重要な制度改革については、成立過程における利害の対立と合意の形成に特に注意して検討をおこなう。高齢者政策については、どのようにして高齢者の地位が貧窮者から市民としての顧客の地位に向上し、サービスを受ける権利が確立していったのかを概観する。

ここで、結論を先取りすれば、これらの検討の結果、次のことが明らかになった。フィンランドの社会サービスは、戦後の福祉国家の発達の歴史の中で、社会構造の変化に伴い徐々に形成されていった。一九五〇年代にはまだ農業型社会であったといえるフィンランドは、急激な都市化、工業化を経験し高度成長期を迎えた。この社会の構造変化がもたらした問題を解決することが、すなわち福祉国家の建設であるとする社会政策の理論が構築され、国の主導により強力な社会政策が実施されていった。この背景として、すでに戦時中から労使中央組合間の協力的体制が形成され、これらの組合が社会政策に関与していたこと、社会民主党のみならず、農民連盟（中央党）が福祉国家建設に積極的な役割を果たし、保守党もそれに同調していったことなどがあげられる。経済成長には女性も労働力として貢献した。しかし都市に移住して共同体的ネットワークから切り離された市民は、介護や保育のために、市場のサービスが不足していたので、公的な社会サービスを利用せざるを得なかった。しかしこの時代のサービスは依然として困窮者対策的なものであり、それを不満として改革を求める機運が市民や現場の職員のあいだに盛り上がっていった。

一九七〇年代の改革要求運動の結果は一九八〇年代に結実し、社会保健省の主導で社会福祉・保健事業における国庫支出金制度の改革（VALTAVA改革）が行われ、国および自治体の社会福祉保健事業に計画制度が全面的に導入された。同時に、普遍的なサービスの理念に基づいた社会福祉法が制定された。改革は、自治体による社会サービスの積極的な開発を促し、それまでの施設中心のケアからオープンケアに変換をもたらし、潤沢なサービスの供給が整備された。またサービスにおける市民の自己決定権が法的に保障されることによって、市民は、措置制度でありながら、社会サービスの顧客の地位を獲得するに至ったのである。しかしながら、このようにしてフィンランドが北欧型福祉国家のナショナル・ミニマムを達成すると、新たな問題が指摘されるようになる。それらは支出の継続的な拡大であり、サービス供給に自信をつけた自治体からの国の指導監督に対する批判であった。その帰結が一九九三年の包括補助金制度の

導入であり、国の指導監督の大幅な廃止である。ここにおいて、それまで国の主導で行われていた福祉国家の重要な柱であるサービスの量と質に関する主要な決定権が、サービスの利用者である住民にもっとも近いところにあり、彼らによって構成される自治体に帰属すべきであるという理念が名実と共に実現したのである。地方自治とは自治体の自己決定権に関わるものであり、これは、自治体を構成する住民の、サービスにおける自己決定権の確立に連結しているものであることを示しているといえよう。

四、依拠した先行研究・報告

(一) フィンランドの研究業績

資料としては、フィンランドの社会福祉国家、社会政策、社会サービスに関わるフィンランド人研究者による研究書と内閣委員会報告を使用した。フィンランドでは社会政策の研究は非常に広範囲に行われており、膨大な資料がある。全国に二〇の総合・単科大学のうち社会政策学（社会保障はその一分野である）とソーシャルワークを取り扱っている大学は六ある。そのほかの主な研究機関として存在するフィンランド国立社会福祉研究開発センター、スタケス（STAKES = Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 英語名: National Research and Development Centre for Welfare and Health）は、一九九二年に社会保健庁が一九九三年の地方分権実施に先だって政策の研究開発機関へと再編成されて誕生した機関である。このセンターは、約四〇〇人のスタッフのうち、二〇八人の研究者・プロジェクト職員をかかえており、自治体、大学、他の研究機関と協力し、社会政策のなかでも社会保障政策に重点をおいて、幅広い研

究を行うのみならず、社会保障にかかわる全国的な統計を作成している。本論は、これらの研究機関によって行われた資料に依拠している。

本論は、まず北欧型福祉国家論と社会政策論、社会サービスに関わる議論から開始するが、これについては、主にH・ウーシタロ (Uusitalo)、M・アレスタロ (Alestalo)、J・シピラ (Sipilä)、A・アントネン (Anttonen)、O・ケトラ (Ketola)、P・L・ラウハラ (Rauhala)、B・マンディー (Mundy)、M・カウット (Kautto)、M・ヘイッキラ (Heikkilä)、J・アルヴァー (Alber)、Y・ハーゼンフェルド (Hasenfeld) 等によって行われた研究を参照して組み立てた。次に社会サービスの発達条件となる戦後のフィンランド社会構造の変化、社会政策における社会サービスの理論の形成とその発達を検討した。これらの構成については、主にP・L・ラウハラ (Rauhala)、A・カリスト (Karisto)、K・ウルポネン (Urpunen)、M・サトカ (Sotka)、K・スオノヤ (Suonoja)、O・ボリ (Borg)、M・アレスタロ (Alestalo)、H・ウーシタロ (Uusitalo)、K・ヨウシマー (Jousimaa)、R・ヤッリンオヤ (Jallinoja)、R・ユルクネン (Julkunen) らの研究を基礎とした。一九五〇年代から一九七〇年代の社会政策政策のなかで社会保障、特に社会福祉についての理論については、当時の社会政策の教科書として使われていたA・ニエミネン (Nieminen)、P・クーシ (Kuusi)、H・ヴァリス (Waris)、V・ピールライン (Pirainen)、R・アウヴィネン (Auvinen) らの理論を検討した。社会保険の成立過程については主にP・クーシ (Kuusi)、H・ニエメラ (Niemiä)、K・ウルポネン (Urpunen)、K・スオノヤ (Suonoja) らの研究に依拠している。一九八四年の国庫支出金改革は、K・スオノヤ (Suonoja) の社会保健省の政策史についての研究、P・プルマ (Pulma) の国庫支出金制度史、H・ラッピ (Lappi) の改革の成立過程の研究をもとにして骨格を構築した。一九九三年の包括補助金制度と地方自治についてはL・オウラスヴィルタ (Oulasvirta) とJ・リンデ (Lind)、H・ウーシタロ (Uusitalo)、A・ハウタマキ (Hautamäki) 等の研究をもとに全体の構想を作成した。高齢者政策の検

討についてはM・ヴァーラマ (Vaarama)・S・コスキネン (Koskinen)・M・カウット (Kauto)等が優れた研究を行っているので、それらに依拠した。

(二) 内閣委員会報告

公文書の中では、特に内閣委員会報告 (komiteamietinto; 略語はKM) を重視した。というのは、委員会 (komitea) は法律制定において重要な役割を果たすからである。ここで委員会制度がどのようににフィンランドの政治行政制度に位置づけられているかについて述べておきたい。

大統領および内閣の決定に基づいて、政策や制度改革を準備する機関としては、各省庁以外に継続的に設置される審議会 (neuvostot, neuvottelukunnat) があるほか、特定の目的のために設置される二種類の委員会 (省庁委員会 toimituskunnat, 委員会 komiteat) がある。省庁委員会 (toimituskunnat) は各省が設置する。その設置の準備段階については内閣の財政委員会が審議されるので、他の省庁もそのメンバー等について影響を与えることができる。もう一つの委員会 (komitea) は、内閣が長期また短期の期限を切って設置し、行政および行政を越えた専門家グループによって構成されるが、決定権は持たない。委員会は法律や法令の制定、改正、内閣の決定などを準備する。委員会の大きさは目的によって異なり、そのメンバーは官僚のほかには大学教授などの研究者、国会議員、利益団体の代表などの専門家が加わる。委員会は与えられた問題を研究し、議論を交わし、情報や解決方法を収集し、細部を検討し、意見を添えて報告を作成し政府に提出する⁽²²⁾。

委員会の指導監督については、内閣は委員会の設置とメンバーを決定することによって行う。行政レベルでは財務省

の制度局 (iajastelyosasto) が委員会制度に関する事務を取り扱う。制度局は委員会に関する規則を準備して設置提案に声明を出す。委員会が設置されて、業務を行っている期間の指導監督は、所轄省と制度局に帰属する⁽²³⁾。

フィンランドにおいては委員会制度は政府の政治決定において重要な役割を果たしている。過去四〇年間に設置された委員会 (komitea) は、一九六〇年には三三八、一九七〇年に五二六、一九八〇年に四三一、一九九五年には三二七であった。国にとっては、委員会は外部の有力な専門家を使い、ある課題を解明、計画、準備するための経済的かつ効率的な手段である⁽²⁴⁾。国会議員にとっては、委員会は政策決定または法律作成を準備することを補助する役割を果たしている。利益団体にとっては、国との協力関係をつくるためには委員会⁽²⁵⁾はなくてはならないものである。委員会を通じて法律や政策の準備段階において大きな影響力を行使できるからである。このように委員会は国会、政府、行政、政党、利益団体と連結しており、国民とは国会、政党、利益団体を通じて相互に影響力を行使している。

歴史的には、委員会制度は、一六〇〇年代のスウェーデン統治時代に中央行政組織が設立されたときに既に存在しており、行政の行う事務が増加していくにつれて、行政の執行能力を補う機関として発達していった。そのことから委員会は、政府内の専門家のみならず外部の専門家を委員として用いて国の政策の作成準備等を行う機能を備えるようになり、重要な経済政策など、社会内の対立を招きそうな問題をめぐる権力闘争の武器として使われるようになった。一八〇九年に、フィンランドがスウェーデン国王の統治下からロシア皇帝の統治下に組み入れられた後にも委員会制度は存続し、国の制度のなかで特に重要な位置を占めるようになった。委員会に与えられた業務の内容に工業化、資本主義経済の影響が見られるようになったのもこの頃からである。ロシア帝国の統治下では皇帝が委員会を設置したが、統治の後半になると総督や元老院 (senatti) も皇帝の許可を受けて委員会を設置するようになった。委員会のメンバーは主に幹部官僚と元老院議員であった。一八〇〇年代の半ばを過ぎると委員会は経済問題を多く取り扱うようになり、経済

労働界の代表も委員会に参加するようになった。フィンランドは第一次世界大戦時の一九一七年に独立したので、行政組織が十分成熟していなかった。戦時中の経済統制を行うのには民間との協力が重要であったので、委員会が政策決定のための機関として使われるようになった。⁽²⁶⁾

第二次世界大戦時にフィンランドが経験した二つの戦争、冬戦争 (talvisota 1939-1940) と継続戦争 (jatkosota 1941-1944) では戦時法が制定され、国民経済省 (kansantalousministeriö 1939-1949) が設立された。そして、戦争という非常に備えるために委員会制度が活用された。この時期の委員会の特徴は労働組合の代表が委員会に参加するようになったことである。給与や物価の統制に労働組合の協力が重要であったからである。⁽²⁷⁾

このような理由で、委員会報告を概観することは有意義であると考えた。委員会報告からは、制度政策の計画、作成、準備、法案についての情報や知識を得られるだけでない。当時の社会でなにが問題であり、どのような展望があり、解決が望ましいとされているのか、そしてそれをめぐりどのような意見や利害の対立があったかなどの諸課題についても、委員会報告は明らかにしている。

委員会報告以外の資料としては、省庁、団体の声明書 (lausunto)、国会への内閣法案提案理由書 (hallituksen esitys Eduskunnalle, 略語 HE)、法律 (laki, 略語 L) 等を参照した。

五. 用語法について

用語はいくつかの例外を除いて、できるだけフィンランド語から直接邦訳した。本論で使われる、社会福祉事業のサービス (sosiaalihuollon palvelu) と社会サービス (sosiaalipalvelu) は同義語とみなすことができる。社会サービスは原則

として社会福祉事業におけるサービスを指すからである。

「社会」と「社会福祉」の訳は必ずしも統一がでなかった。たとえば、日本では厚生省にあたる *sosiaali- ja terveys-ministerio* (略語 STM) は、原語のとおり社会保健省と訳した。他方 *sosiaalihuolto* は社会庁と訳さず社会福祉庁と訳した。また次章以下で検討するが、フィンランドでは社会政策という場合には、*yhteiskuntapolitiikka* と *sosiaalipolitiikka* の二つの用語があり内容的に区別されている。なお、本論では、社会福祉 (*sosiaalihuolto*) という用語を用いる場合は、保健医療と区別し、英語でいう *social welfare* を意味し、ただ単に福祉 (*hyvinvointi* 幸福、しあわせを意味する) と表現する場合は、英語でいう *welfare, well-being* の意味で使用している。

官庁など国の機関の名称の邦語訳については、原語から訳すことを原則としたが、その上で、その機関に問い合わせ、なるべく日本の機関とかけ離れていない日本語を当てた。

フィンランドでは、国の機関や団体を略語で表現する慣習がある。それが一般に正式名としても使われている場合が多い。たとえば SDP は社会民主党、STM は社会保健省、VM は財務省というようにである。これらの略語を本稿で初めて使用する場合は邦語訳をカッコで付けるようにした。「文献」には略語ではなく正式名称で表記した。

- (1) 厚生白書 平成一一年、197.
- (2) 厚生白書 平成一〇年、131.
- (3) 高橋紋士 1995, 64-69.
- (4) 佐藤進は、日本での措置の歴史を踏まえて問題点を指摘し、(一) 一方的にならない措置行政の構想、(二) 公的行政機関が受益者の優先判断と公費負担の判定を行うことに関する問題の考慮、(三) サービス供給者にたいする公的な助成と最低責任による対応の実現は、契約的福祉の利点と矛盾しないとして、税方式のなかの措置制度の改革の可能性を指摘して

いる。佐藤進 1995,63.

(5) 河野正輝は、介護保険に先立つ老人福祉法など八法の改正後に、福祉サービスの請求権の明確化、施設最低基準の引き上げ、在宅サービスの最低基準の策定、および権利救済手段の整備など権利に関する法的整備の課題が十分に受けとめられていないことの重大な要因の一つとして、改善の必要性それ自身が十分に受けとめられていないことを指摘している。

河野正輝 1991, 285. 介護保険は少なくとも国民の間に介護に関する議論を高めたが、河野の指摘するような権利に関する法的整備の課題は十分検討されたのだろうか。

(6) 北欧諸国の税負担は高いことが知られているが、民主主義国家であれば、国民の合意無しに政府が一方的に高額の税を課すことができないことは自明のことである。新川敏光は、国民負担率が五割を大きく越えることになったとしても、国民的合意が背景にあれば、それがただちに「国民は耐えられない」ということにはならない、政治への信頼の欠如が問題ではないかと指摘している。新川敏光 2000, 141.

(7) フィンランドの社会福祉法はか社会福祉分野の三法は高橋睦子が日本語に翻訳し発表している。高橋睦子 1998 「フィンランドの社会福祉」資料、503-525 参照。同著は、フィンランドの社会福祉の現状と展開、制度と、社会福祉の基盤全般に渡って詳細に紹介しているので参照。

(8) 本論でいう「市民」には、フィンランド国籍者「国民 *Kansas*」のみならず、滞在資格または許可を持ち、フィンランド国民と同じ様に社会保障の受給資格を有する（社会保険番号を持つ）他国籍者も含まれる。市民にあたるものとして、フィンランドの文献では「人口 *väestö*」という用語が用いられることが多い。「住民 *asukas*」という場合は、市民を自治体の枠のなかで指す場合に用いている。なお地方選挙権および住民投票権は、選挙時に一八歳以上であるフィンランド、および他のEU諸国およびアイスランドとノルウェーの国民で、その自治体に居住している住民に与えられる。その他の外国人で、選挙の年に先立ち二年間その自治体に居住している住民も選挙権を有する。被選挙権も原則として同様である。

(9) 新藤宗幸は「措置制度の重要な欠陥のひとつは、それが行政処分であり、サービス内容が基本的に行政の通告であることだ。異議申し立てとそれへの弾力的対応は、法制度上予定されていない。介護保険制度では、サービスの選択が可能となることや権利の保障ばかりが強調されるが、この異議申し立て制度についてはなにも触れられていない。提示されたプランに実質的に従わざるをえない状況が続くならば、措置制度からのどれほどの前進といえるのか」と論述している。新

藤宗幸 1996, 138.

介護保険法では、判定認定に不満があるときは、介護審査会に資料を求め、審査請求を行うことができる。その採決に不満があれば行政訴訟を起こすこともできる。サービス内容に不満があるときは、第一に市町村、そして国民健康保険団体連合会の苦情処理窓口を持ち込むことができる。契約のトラブルが生じた時は直接業者や施設に、それでも解決しないときは市町村（または市町村が設置するオンブズマン制度）に相談できる。介護保険でも利用者はサービスを提供する事業者と契約を結ぶことが一般的であり、それは厚生省の事業者の指定基準に義務付けられている。介護保険制度が定着しこれらの不服申し立てがどのように機能しているかについて判断するには時間が必要であろう。

(10) 山田眞知子 1997.

(11) 北欧型福祉国家とその社会政策については北欧四カ国および他の西欧諸国の研究者の共著である、Kautto & Heikkilä & Hvinden & Marklund & Ploug (eds.) 1999. Nordic Social Policy: Changing Welfare States. および Kautto & Fritzell & Hvinden & Kvist & Uustalo (eds.) 2001. Nordic Welfare States in the European context を参照。

(12) 厚生白書 平成十一年 338.

(13) Uustalo & Parpo & Hakkarainen (toim.) 2000, 249.

(14) Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTTY 1999, 4.

(15) STAKES 2000, 18.

(16) Siitvo 1988, 67.

(17) Vaarama 1992, 166-167, 226.

(18) Hein 1996, 246.

(19) Uustalo & Parpo & Hakkarainen (toim.) 2000, 251.

(20) これらの数字はフィンランド自治体協会 (Suomen Kuntaliitto) 二〇〇〇年三月二十四日発表の資料。

(21) Castells & Himanen 2001, 181-182.

(22) ここで、フィンランドではどのように一般の法律が制定されるのかについて触れておこう。

法律の制定過程で重要なのは、準備、決定、承認である。法案が国会で審議される前に、様々な方法で法案の準備が行

われる。一般に法案準備は省庁か委員会 (komitea) によって行われることが多い。立案計画、準備段階で法案の概要と細部について政党および利益団体との調整が行われている。法案は国会へは政府または国会議員が提出する。政府が提出する法案は一般に長期間に渡って準備される。政府はいつでも提出でき、国会は優先的に審議を行う。国会議員が提出する法案が法律になるのはまれであり、それは現存の法律のごく一部を改正する場合である。国会議員には法案準備のための十分な時間がないからである。一九九三年に一〇〇人の国会議員が署名した場合の発議は政府の法案と同じように取り扱わなければならないようになった。国会議員はまた予算提案と要望提案を行うことができる。

法案が提出されると、国会議員がそれに対して意見を表明する。その後法案は特別委員会 (erikoisvaliokunta) に送られ、数カ月または数年をかけて準備が行われる。準備が終了すると法案は国会に戻され、国会議員は審議の前にその内容について勉強する。新憲法の二〇〇〇年三月一日施行以前は国会の審議は三回おこなわれたが、新憲法によって二回に短縮された。最初の審議では特別委員会報告が提出され、その内容が審議される。二回目に法案を可決するか否決するかが行われる。可決されれば大統領が承認し、必要とみとめれば法案についての合憲の判断を最高裁から取り付け、法案に署名をする。大統領は拒否権を行使できるが、その場合は次ぎの国会で単純多数決で決定する。可決されれば大統領の承認がなくとも法案は成立する。フィンランドには一般の法案は三分の一（六七名）の国会議員が要求すれば凍結できるという少数派保護の規定があったが、これは一九九五年に廃止された。

- (23) Virkkunen & Tuori 1980, 114.
- (24) Nousiainen 1998, 274-275.
- (25) Hiuska 1970, 15.
- (26) Valtiovarainministeriö (VM) 1976, 15-22.
- (27) Valtiovarainministeriö (VM) 1976, 25

第一章 北欧型福祉国家と社会サービス理論

ここでは、北欧型福祉国家とはどのような特徴を持つ福祉国家であり、西欧、特に北欧諸国において社会サービスとはどのように考えられているのかを明らかにすることを課題とする。第一節では、北欧型福祉国家のタイプについて考察し、フィンランドの社会保障について財政面から概観する。さらに、社会保障における自治体の役割を明らかにする。第二節では、社会サービスをめぐる諸理論を検討し、北欧諸国の社会サービスにおける利用者の地位と権利について考察しよう。

第一節 北欧型福祉国家とフィンランド

本節では、はじめに北欧型福祉国家の特徴を検討し、次にフィンランドの社会保障のしくみと自治体の役割について記述する。

一 北欧型福祉国家

これまで、フィンランドは北欧型福祉国家であることを自明のこととして論述してきた。ここで一度、北欧型福祉国家とはどのような特徴を持つのか明確にすべきであろう。福祉国家のタイプについては様々な研究があるが、もともと有名でかつ引用されているのは、エスピン・アンデルセンの三つの福祉国家の分類であろう。それによると福祉国家は、

(一) リベラル型(米国、カナダ、オーストラリア等)、(二) 保守型(オーストリア、フランス、ドイツ、イタリア等)(三) 社会民主主義型(北欧諸国)にわかれる。⁽¹⁾この三つのタイプのうち、リベラル型福祉国家と保守型福祉国家はどのような特徴を持つとされているのだろうか。簡略に述べると、リベラル型では、市場と家族が強調され、保険によって先ずニーズが満たされており、国は二次的な役割を果たし、それは市場と家族の活動条件を整備する役割である。そのためリベラル型の社会政策は低所得者のためへの給付に限定される。サービスの供給者も民間になる。次に、保守型またはコーポラティスト型では、まず家族の責任と教会、ボランティア団体、労働組合の保険基金などに重点がおかれている。市民権にもとづく普遍的な給付ではなく、社会保障は家族の扶養者である男性の労働生活における地位と職種に相関する。多くの場合は労働組合と雇用主間の契約により被用者とその家族の社会保障が決定される。

エスピノーアンデルセンの分類は定説として広く引用されているが、ジェンダー研究者からは、分類が社会保険の観点に偏りすぎていること、国と男性を中心とした労働市場の関係を重視し、国と家族の関係については言及されていないこと、女性や家族にとって重要な社会給付や社会サービスの分析が不足していることなどの批判がある。⁽²⁾一方、A・アントネンは、北欧諸国では女性の労働参加が進んでいるので、大多数の女性が社会保険の被保険者である事実を指摘していながらも、北欧型の福祉国家は社会保険の福祉国家であると同時に社会サービスの福祉国家といえるのではないかと述べている。⁽³⁾そこで、A・アントネンとJ・シビラが行った、ヨーロッパの福祉国家諸国の社会サービスを、高齢者福祉と保育に絞って調査した結果を見てみよう。それによると、北欧諸国は社会サービスにおいても同一性が明確で、一つのグループとして扱うことができる。しかし保守型福祉国家に分類される諸国の社会サービスは必ずしも均質とはみなされない。社会サービスでヨーロッパの福祉国家を分類するには五つの分類が必要となるというのである。⁽⁴⁾アントネンらの調査によると、北欧型福祉国家は明らかに社会保険と社会サービスの両方が福祉国家の制度上の基盤となつて

いる。

それでは、以上のような観点を考慮に入れて、ここで北欧型福祉国家の特徴を、フィンランド、スウェーデン、ノルウェー、デンマークの社会政策の研究者であるM・カウツト、M・ヘイッキラ、B・フィンデン、S・マルクルンド、N・プルグによる論文から引用してみよう。⁽⁵⁾(一) から(五) までは北欧型福祉国家の主要な特徴であり、(六)、(七) はそれらの結果としての特徴である。

(一) 公的な社会政策の範囲が大きい。社会政策とは基本的なニーズを満たすための社会保障、サービス、教育、住宅、雇用などの政策を含む。

(二) 総ての政策に国の関与が大きい。マクロ経済と社会政策によって完全雇用の実現を目指している。完全雇用は北欧諸国の特徴の一つであり、それは積極的な労働市場政策と労、使、国の三者間で行われる賃金交渉を伴う。その結果が社会政策上の法律制定となることもある。

(三) 北欧型福祉は高度の普遍主義を基盤としている。これは総ての市民・住民が、労働市場における地位に関係なく、基本的な社会保障給付とサービスを受けられるということである。強制的手段もあるが、それは最後のセーフティーネットとして位置づけられている。普遍主義であることが、福祉政策に対する国民の幅広い支持の形成に貢献しているといわれている。

(四) 所得保障は平等な基礎部分と、雇用経験を有する者には所得に基づく部分がある。北欧諸国の中でも社会保険の所得に基づく部分についての雇用主と被用者の中央組織の執行力は国によって異なる。他の工業国と比較して、北欧諸国は重度の所得移転を行うという特徴を持つ。そのため国民総生産に占める社会保障費は大きい。また公共財政によって所得移転の相当部分をまかなうので、税が高い。

(五) 北欧諸国はサービス国家としての特徴を有する。地方民主主義の役割が大きい。社会・保健サービスは主に租税によって賄われ、料金は小さく設定されており、サービスを必要とするすべての住民に提供されることになっている。サービスは地方自治体によって供給されており、地方自治体は多くの場合サービスの生産も行っている。

(六) 所得配分が比較的均一化している。北欧諸国では所得の格差が他の諸国と比較して小さく、異なる所得グループ間には大きな溝がない。このことも一因となり、貧困率と生活水準の格差も比較的小さい。

(七) 男女間の平等が北欧型福祉国家の基本的原則となっている。北欧型福祉国家では女性の賃金労働参加率もとても高く、大部分の家族には二人の家計の担い手がいる。社会政策は個人の権利に基づいているので、女性も夫に経済的に依存していない。

北欧福祉国家の特徴としては以上のように考えられている。これらの特徴のほかに、社会福祉保健サービスが公的にまかなわれているために地方公務員数が大きいこと、男女間のみならず市民の平等ということが重要な理念となっていることをもつけ加えることができるであろう。⁽⁶⁾

北欧型福祉国家では、他の福祉国家と比較して、市場、家庭や民間組織よりも国（公的セクター）が福祉の担い手として重要な地位を占めている。そのひとつの前提条件として、子の親に対する扶養義務は、スウェーデンでは一九五六年、ノルウェーでは一九六四年、フィンランドでは一九七〇年に廃止されている。デンマークでは扶養義務が法律で制定されたことはなかった。⁽⁷⁾このようにケアに関するサービスは公的に供給されているが、今後の課題としては、高齢化する社会のニーズを公的サービスのみでまかなえきれぬかという問題があり、公的サービスの改善という命題とともに、財源問題、サービスの質の問題、任意の介護保険制度導入の可能性、営利団体のサービスの参入など、サービスの供

給体制の多元化に関わる問題が、一九九〇年代以後になって絶えず議論されている。

二 フィンランドの社会保障

さて、北欧型福祉国家の特徴として公的サービスが重要であることが明らかになった。サービスの供給主体は自治体である。ここでは、フィンランドの社会保障の内容、財源と役割分担等について簡潔にまとめてみよう。

フィンランドの社会保障は(一)予防目的の社会福祉保健政策、(二)社会・保健サービス、(三)所得保障の三つの柱によって成り立っている。⁽⁸⁾これについては、所得保障は国、サービスは自治体というように役割分担が明確になされている。

次に、社会保障を財政面から一瞥しよう。表1は一九九四～一九九七年のヨーロッパ八カ国のGDPに占める社会保障費の割合である。社会保障費が大きいということは、すなわち所得保障と社会・保健サービスに費やされる費用が大きいことを意味する。表でみると北欧四カ国の中でスウェーデンが三四%と群を抜いて社会保障費が大

表1 ヨーロッパ八カ国のGDPに占める社会保障費の割合(%)⁽⁹⁾

国	1994	1995	1996	1997
フィンランド	33.9	32.0	31.5	29.4
スウェーデン	37.5	35.8	35.2	34.3
デンマーク	32.9	32.3	31.3	30.3
ノルウェー	28.1	27.3	26.1	25.6
オランダ	32.7	31.7	30.9	—
フランス	30.5	30.6	30.8	—
ドイツ	29.0	29.5	30.5	—
英国	28.0	27.7	27.7	—

表2 社会保障費の内訳(100万マルカ)⁽¹⁰⁾

使用目的	1995	1996	1997	1998
疾病と保健	36,529	38,422	39,695	41,500
障害	26,124	26,440	26,544	25,500
高齢	50,420	53,697	54,081	56,300
遺族	6,800	6,984	7,181	7,400
家族と児童	23,307	22,448	22,808	23,400
失業	25,093	25,099	24,144	21,600
居住	2,623	2,999	2,169	2,600
その他	3,658	4,220	4,443	3,900
行政	5,010	5,663	4,959	5,600
合 計	179,564	185,272	186,034	187,700

表3 医療費の内訳（100万マルカ）とGDPに占める割合（%）⁽¹²⁾

	1994	1995	1996	1997	1997 (%)
入院ケア	17,176	17,878	18,750	19,231	41.5
オープンケア	13,636	14,119	14,842	15,177	32.8
医薬品等	5,398	5,975	6,452	6,884	14.9
公共投資	1,069	1,174	1,228	1,471	3.2
医学用設備機器	1,275	1,293	1,318	1,365	2.9
その他	1,973	2,100	2,253	2,189	4.7
計	40,526	42,539	44,842	46,316	100
対GDP (%)	7.8	7.6	7.6	7.3	

表4 社会保障の財源（%）⁽¹³⁾

	1995	1996	1997	1998
国	29.5	28.8	27.4	26.8
自治体	16.6	16.1	17.2	17.5
雇用主	33.5	35.0	35.2	36.4
被保険者	13.6	13.0	13.3	12.9
その他	6.8	7.1	6.8	6.4

きく、フィンランドとデンマークが約三〇%で殆ど同率であることがわかる。

表2はフィンランドの社会保障費の使用目的別の内訳である。高齢者にかかる費用は年金を含むので非常に大きく、保健医療費がそれに続いている。

表3は医療費の内訳とGDPに占める割合である。入院ケアにかかる費用の割合が約四二%と大きい、オープンケア（在宅の医療費）も約三三%であり、施設ケアから在宅看護へのシフトが進んでいることを示している。医療費のGDPに占める割合は七・三%（一九九七年）である⁽¹¹⁾。

表4が示すとおり、社会保障の財政は国、自治体、雇用主、被用者、その他で負担する。雇用主の割合が大きいのは社会保険の負担があるからである。

三 サービスにおける自治体の役割

前述したように、北欧型福祉国家においては、自治体のサービスの供給主体としての役割は重要である。ここでサービスの供給主体としての、フィンランドの自治体の機能

について述べる。北欧の地方自治制度はどのような特徴を有しているのだろうか。それを検討する。

北欧諸国の地方自治制度は、他の西欧諸国と比較すると、次のような特徴をもつことが指摘されている。⁽¹⁴⁾

(一) 地方自治が強調されている。

(二) 民主的な決定と公開性を理念としている。

(三) 自治体財政において地方税の占める割合が大きい。

(四) 自治体によるサービスが国民への福祉の中心的役割を果たす。

(五) 自治体が地方における規定に大きな役割を果たす。

(六) 地方議員による行政と地方公務員による行政とが合体している。

一般に北欧諸国は代表民主制を強調しており、そのために人口に対する地方議員数が大きく設置され、直接民主主義⁽¹⁵⁾については慎重な態度を示している。

フィンランドの地方自治は憲法に規定されている。フィンランドでは、他の北欧諸国と異なり、一層制の地方自治であり、五つある県は国の出先機関として位置付けられ、議会を持たない。県知事は大統領が任命する公務員である。自治体は、市 (Kaupunki) と町 (Kunta) にわけられるが、これらの間には行政上の差はない。自治体の最高機関は議会であり、議長は議会が任命する。地方議員は国会議員と兼任可能で、ほぼボランティア的な名誉職であるので、他の職業を持っているのが普通である。フィンランドには自治体の数が四四八あり、平均人口数一一、四四一人、最大が首都のヘルシンキで五五一、一二三人、最小は一一二人である。人口密度は一平方キロメートルにつき一七人、平均面積は六七四平方キロメートルである。自治体の平均産業構造は農林業六・一%、工業二六・八%、サービス業六五・一%である。平均的年齢構成は0歳から一四歳が一八・二%、一五歳から六四歳が六六・九%で、六五歳以上が一四・八%である。⁽¹⁶⁾

以下に自治体のサービスについて概略を述べる⁽¹⁷⁾。自治体が供給するサービスのなかでもっとも重要なものが、教育文化、社会福祉・保健事業のサービスである。

(一) 教育文化サービスにおいては、自治体は、住民に義務教育と高校教育、職業学校と生涯学習学校、図書館、音楽学校、芸術教育、文化事業、青少年事業、体育事業などのサービスの供給義務がある。

(二) 自治体は住民に保健事業を行う義務がある。保健事業は、一次医療の保健センターと付属病院にて行われる。保健センター設立はある程度の人口が必要なので、自治体は単独でまたは自治体組合によって維持する。一九九〇年代から主治医制度と人口責任制度がとりいれられ、自治体は社会福祉保健地区に分割され、社会福祉保健チームがそれぞれの担当住民に責任を持つようになった。二次医療は、大学病院などの二次医療専門病院と精神病院を指す。これらは専門の医療職と高価な設備を必要とするので、自治体は全国に二〇ある二次医療地区を形成する自治体組合に参加することが義務付けられている。

(三) 社会サービスについては、ソーシャルワーク、養育および家族に関する相談事業、在宅サービス、施設ケア、住宅サービス、家族ケア、親族介護給付が社会福祉法に定められた自治体の義務である。このほか特別法で、就学前児童にたいする保育と就学前教育、児童保護と青少年保護、アルコールと薬物中毒ケア、知的障害者の特別ケア、障害者ケアなどがある。内容的には所得保障である生活保護給付は自治体の事務になっている。また亡命者・難民受け入れも、受け入れ用意のある自治体で行われるが、その内容と費用負担については国と交渉することになっている。

(四) 技術サービスとコミュニティサービスについては、土地政策と空間利用と監督、建物や道路、その他のインフラの建設事業、水道、下水、エネルギー供給、ゴミ処理などの技術サービスが挙げられる。これらの事務の

執行については、サービス業者への委託のほかに、大都市では自治体行政内の発注者―生産者を区別する形式の事務処理が年々増加してきている。

(五) 環境整備は、自治体の環境保護行政についての法律が一九八六年に施行されて以来、自治体の重要な事務になっている。自治体の環境担当組織は国の出先機関である地域環境センターと協力して環境保護につとめる。建物の建築許可と監督は自治体の建設監督担当組織が行う。

(六) 自治体は自治体内の住宅の開発の条件整備を行う義務がある。具体的には土地計画、土木技術、エネルギー供給やサービス供給を指す。また国の住宅ローンを利用し低価格の住宅を供給する。救急、消防、防災対策も自治体の事務である。

(七) 比較的新しいサービスとして地域開発がある。フィンランドでは産業政策は失業が増加した一九七〇年代中頃から活発になった。一九八〇年代になると多くの自治体が開発や企業サービスを手掛けるようになった。一九九四年には次年のEU加盟に備えて地域政策に関する法律が制定され、地域連合体ごとに協力して開発を行うことになった。フィンランドでは地域間の産業格差が大きい。

次に財政と職員数から自治体サービスを概観する。

表5のとおり、二〇〇〇年の自治体の歳入の中では、地方税収入（一九九九年の平均一七・五％）が五二％となり、税収入の方が一四％

表5 歳入⁽¹⁸⁾

歳入総額	1450億マルカ	
地方税	750億マルカ	52%
国庫支出金	200億マルカ	14%
運営収入	380億マルカ	26%
投資収益	30億マルカ	2%
借入金	50億マルカ	3%
その他	40億マルカ	3%

表6 歳出⁽¹⁹⁾

歳出総額	1470億マルカ	
社会福祉保健事業	640億マルカ	44%
教育文化事業	340億マルカ	23%
その他の事業	210億マルカ	14%
投資支出	150億マルカ	10%
金融支出	50億マルカ	3%
その他	80億マルカ	6%

国庫支出金よりも重要な地位を占めている。

歳出については、表6が示すように、社会福祉保健費が群を抜いて大きく、教育文化事業がそれに続き、あわせて全体の七〇%近くを占める。インフラ整備など土木事業は一四%以下に過ぎない。

社会サービスと保健サービスの歳出に占める割合の大きさは職員数に反映している。序章でも述べたが、表7が示すように、社会福祉・保健事業の自治体職員数は職員総数の五六%に達する。教育文化事業の職員とあわせると職員全体の八〇%以上を占める。それに対して土木事業の職員は約五%に過ぎない。なお、自治体職員数は四一万人で、これは労働年齢人口の約一二%にあたり、総雇用に占める公的セクターの重要性を示している。

これらの表で明らかのように、自治体にとって社会福祉と保健事業のサービスが財政面からも職員数からも、自治体サービスのなかで重要であることが理解される。

第二節 社会サービスをめぐる諸理論

それでは、北欧型福祉国家という社会サービスとはどのように考えられているのだろうか。本節では、まずはじめに、西欧社会全体としては、社会サービスについての定義、供給主体、内容などには国によって若干の差がみられるが、それが顧客の日常生活の維持するためのケアと考えられているということで見ていることを理解し、その上で西欧社会の中でも北欧諸国では社会サービスについての明確な定義があることを明らかにする。次に、インフォーマルケア、

表7 事業別職員数⁽²⁰⁾

自治体の職員数	410000人
保健事業	28.6%
社会サービス	27.4%
教育文化事業	26.6%
開発土木事業	5.2%
公営企業	4.6%
総務	2.1%
安全警備	2.0%

営利的なケア、フォーマルケアの差違を明確にした上で、社会サービスと女性、家族とケアの関係を検討する。さらに財源、質と量の確保における制度の役割に関する考察を行い、サービスの利用者の地位についての理論を検討する。最後に、社会サービスの「顧客」とは何か、どのような条件が整ったときに利用者が顧客の地位を獲得し得るのかについて確認を行う。⁽²¹⁾

一 ヨーロッパの社会サービス

社会サービスは一九四〇～一九五〇年代に自治体によるケアサービスとして発達していった。ケアサービスとは、女性や児童家族にとって日常生活において困難な問題となっていることに対して、職業的で具体的な援助を提供するというものであった。社会の発達が進むに連れて、社会サービスは、社会福祉の理念をより人間的なものに改革し、社会保障の範囲を広げる役割を果たし、同時に、社会保障の人口・家族政策の改革を通じて新しいサービスの原則に基づく事業として具体的に捉えられるようになってきたのである。⁽²²⁾

今日、社会サービス (social services) は、ソーシャルワークと関連して、顧客 (サービスの利用者) の自宅またはデイケアセンターやサービス付き住宅などの施設で供給されるサービスを指す。顧客となるのは、一般に高齢者、児童や家族、障害または疾病のある市民である。ケアがサービスの中核である。このサービスは主に社会福祉部門の有資格の職員 (たとえばソーシャルワーカー、作業療法士、介護福祉士など) によって供給されるが、場合によっては保健部門によって供給される場合もあり、両者が協力して供給する場合もある。サービス内容は顧客の日常生活の維持にかかわるものである。⁽²³⁾

社会サービスの定義は明確には定まっておらず、EU諸国の中でも国によって若干の差がみられる。その理由は、それぞれの国のサービスはその国の歴史、文化、政治、地理などの条件に影響を受け既定されているからである。B・マデューによると、国によっては、社会サービス (social services) の代わりに、対人社会サービス (personal social services)、もしくは社会ケアサービス (social care services) という用語が使われている場合もある。また最近では社会ケア (social care) という用語が一般化する傾向もみられている。この社会サービスといわれるサービスは教育、住宅、保健、社会保障の諸サービスの発達に伴いその必要性が指摘されるようになったので、それらのサービスと区別するために五番目のサービスとも呼ばれる。かつては上記の四つの主なサービスが発達して、なおかつ完全雇用が達成されれば、この個人の問題にかかわる五番目のサービスの必要性はなくなるだろうと理想主義的に考えられていた時代もあった。しかしこれが実現した社会はどこにもなかったのである。それどころか高齢化社会の今日においては、その必要性はますます重要度を増しているのが現実である。社会サービスは、対人社会サービスに対応する内容のみならず、上記の五つのサービスすべてを指す概念として用いられる場合もある。一方、福祉サービス (welfare services) という用語は、社会サービスと社会保障 (この場合所得移転による所得保障を意味する) の両方を包括するものと解釈される場合もある。⁽²⁴⁾

EU諸国の最近の傾向としては、社会保障 (social security) という用語より社会保護 (social protection) という用語が一般化しつつあるが、社会保護は社会保険と所得制限のある公的扶助を含むけれども、社会サービスは除外されるという解釈もある。しかし、実際には、社会保護や社会保障のなかに所得保障と社会サービスを包括する解釈が主流である。フィンランドでも社会保障という用語に代わり社会保護という用語が近年の研究では使用されている。⁽²⁵⁾

英国では、社会サービスを意味する用語として対人社会サービスという言葉が使われている。これは個人の社会的機

能を妨げる困難（不自由）を解消し、従来、個人もしくは家族でまかなわれてきた、ニーズを満たすために提供されるサービスを指す。このサービスは、一九七〇年の地方自治体社会サービス法（Local Authority Social Services Act）に基づいており、主として自治体が対人社会サービスの供給を行う⁽²⁶⁾。

J・バルドックは、英国では、社会サービスと対人社会サービスの用語は広い意味でも狭い意味でも用いられるので、正確な定義付けは困難であると指摘している。社会サービスとは、広義では全ての国の福祉サービスを指し、狭義では自治体の行う社会サービスである。対人社会サービスは、広義では、家族、友人、ボランティア、団体職員または公共のサービス職員によって対人的に行われる補助、介護などのサービスを意味するが、狭義では自治体の社会サービスを指す。フィンランドでは社会サービスを含めて、総ての住民サービスは原則として自治体によって行われている⁽²⁷⁾。

結論としては、社会サービスと対人社会サービスは、広義でも狭義でも供給者は違っても、主に日常生活を維持するためのケアに関するサービスを指すものと解釈してもよいと考えられる。ただしヨーロッパのなかでも、営利的な民間団体によるサービスを社会サービスの範疇に含める国もある一方で、厳密に公的なサービスを中心におき、支払い能力よりもニーズを供給資格とする国もある⁽²⁸⁾。またサービスの供給主体が福祉当局ではなく保健当局である国もある。サービスの範囲についても、たとえばドイツでは青少年サービスは社会サービスの一部であるが、殆どの他の諸国ではそうではない⁽²⁹⁾。保育が社会サービスの分野に含まれている国もあるが、教育サービスに含まれている国もある。このように国によって社会サービスの定義、内容、供給主体についても若干の違いが存在する。

二 北欧の社会サービス

北欧の社会サービスについては、三つの明確な特徴がある。それらは(一) 高齢者ケアと保育のサービスが整備されていること、(二) 中流階級が公的サービスを利用しており、これは女性の利益を反映していること、(三) 自治体にサービスの責任があり、地方分権が進んでいることである。⁽³⁰⁾

北欧型福祉国家では、社会サービスとはどのように考えられているのだろうか。保健・医療ケアの目標は、患者があらゆる程度の健康を取り戻すことであり、健康とは個人の自己決定権 (autonomy) によっても計ることができるという考え方が医療行政側にある。⁽³¹⁾ この考え方は社会サービスについても共有されていると考えられるだろう。というのは社会サービスはケアを提供するサービスで、利用者が出来るだけ自立して (自己決定権を持つて) 日常生活を送れるように補助し、支援することが目標だからである。ただし、社会サービスと保健ケアの双方ともサービスへのアクセスは二ーズではあるが、特に後者の場合はケアが本人に効果 (Benefit) をもたらすことが予測かつ期待されていることが重要条件となる。社会サービスにおいては、サービスの提供によって、利用者がたとえば身体的に回復するような効果は期待されておらず、むしろ回復は見込めないが、それがもたらす困難さを補助することで緩和し、日常生活を送れるように支援するものと考えられている。

J・シピラは社会サービスとはケアに係わるサービスであるとして、それを次のように定義している。すなわち、社会サービスとは、(一) 個人が必要とするサービスで、その利用は個人の自由意志に基づき、公権力を用いて強制的に執行することはできない。(二) 純粹に営利的なケアサービスは社会サービスの範疇に含まれない。社会サービスは、それを必要とする人が所得に関係なく受けることができるものであり、料金を支払うとしても全額を支払う必要がないサービスが民間によって供給されても、公的に補助され、かつその監督下にある。(三) インフォーマルなサービスは社会サービスの分野に含まない。社会サービスにおいてケアを提供する人と受ける人は対等な関係であり、両者の依存

関係を少なくするようにする。インフォーマルなケアはケアの供給の重要な部分を占めるが、社会サービスの役割はインフォーマルなケアの負担と束縛を軽減することにある⁽³²⁾。

このような社会サービスの解釈は、ケアをするものとケアをされるもの双方の自己決定権を強調すると同時に、普遍主義に基盤を置いている。それゆえに、インフォーマルなケアと営利的なケアは社会サービスから省かれるのである。

三 インフォーマルケア、営利的なケア、フォーマルケア

それではインフォーマルなケアとフォーマルなケアと営利的なケアはどのように違うのだろうか。それをここで検討しよう。

社会サービスにおけるインフォーマルなケアとは親族、友人や隣人、ボランティア団体などによって、主に個人的な人間関係をもとにして提供されるケア⁽³³⁾を指す。インフォーマルなケアとフォーマルなケアの違いは、インフォーマルなケアは、事業に係わる規則が一般に記録されていないことと、それらの労働がほとんどの場合、国民経済に計上されておらず、統計化されてもいない⁽³⁴⁾ということが挙げられる。

インフォーマルケアのうち最も重要なのは親族、特に家族によるケアである。身体的ケアや家事などの、本人の生活のもっとも基本的な部分にかかわる一次的なケアは家族によって行われる場合が多い。友人および隣人は、毎日または規則的ではないにしろ、たとえば外出のつきそい、買い物、除雪など日常生活に必要とされるサポートの提供、訪問したり、話し相手になったり、新聞を読んであげるなどの社会的なサポートなど、二次的なケアを提供することが多いであらう。

家族介護の長所は、介護者が被介護者のことをよく理解していて、両者の間に長い信頼関係が存在することであろう。双方に好ましい人間関係があり、自由意志にもとづいたケアが提供されるのならインフォーマルなケアは理想的である。しかし、このことが強調されるあまり、家族にまさる介護はないという神話がつくりだされ、介護者の負担は、家族が介護することは当然の美風であるとの考えのもとに無視される傾向が生じる。その結果、介護のサポートを受けられない家族は、長期間に渡る介護の負担に疲労困憊して、被介護者を虐待するようになったり、介護者、被介護者が共倒れになるなど、介護の質が落ちていくのは避けられず、さらには家族関係が崩壊する場合もある。北欧諸国に限らず、世界的に女性の労働参加は年々増加している傾向にある。少子化の傾向に伴い、この傾向は今後加速していくと考えられる。また、今日の社会では人間関係も昔ほど濃密ではなく、ケアを家族の義務と受けとめる気風も薄れつつある。

A・アントネンとJ・シピラは、インフォーマルケアの弱点として、家族ケアの担い手が女性の任務になってしまいがちなこと、また、家族介護の担い手が、行政からも他の親族からも介護のサポートが受けられず、孤立してしまうケースが多いこと、そして北欧のような女性の社会参加率が高く、核家族が増加し、子が遠隔地に住み、しかも離婚率も高い国では、家族がいらない、すなわち家族介護を受ける可能性のない独り暮らしの高齢者数が多くなっていることを指摘している。そして、殆どの国では、女性が子育てをし、次ぎに両親を介護し、夫を看とる。そのあと誰が彼女をケアするのだろうかという世界共通の問題を提起している。⁽³⁵⁾ H・クレシとA・ウオーカーは、ケアにおけるコミュニティケアや家族ケアとは、実は長いこと女性がケアするという事実を別の聞こえの良い言葉に言い換えたものに過ぎなかったと指摘している。⁽³⁶⁾ 家族ケアが主流の国では、女性の就業率は低く、働いていてもパートタイムが多い。⁽³⁷⁾ さまざまな社会改革が近年行われているにもかかわらず、女性は依然として社会において経済的に不利な階級にあり、職業生活の機会が男性と比較して少なく、社会の提供するケアサービスへのアクセスが限られているので、ケアの提供者としての

役割を社会的に引き受けざるを得ないのが現実である。⁽³⁸⁾ 家族の介護が唯一可能な選択である場合、介護される本人にとっても、介護する家族にとっても、自己決定権の保障は不可能に近い。介護にたいする外部からのコントロールがないので、必ずしも望ましいケアが行われているという保障もない。ケアの対象も家族だけに限られるので、家族のない人にとっては、インフォーマルなケアを受けることは不可能に近くなるであろう。

組織化されたボランティアのケアには二つのタイプが考えられる。組織の会員または関係者に限って支給されるケアと、組織に属してはいなくても援助を必要としている人たちに支給されるケアの二つである。ボランティアは時間、やる気、資金などを持ち合わせた人たちが組織をつくり、他人に役に立ちたいという善意と意志をもって行う。主な例としては教会のボランティア活動や赤十字、患者・障害当事者団体などのサービスがあげられる。

このようなボランティアの長所は、組織化され専門性を持ったケアをインフォーマルな関係をベースにして提供できるということである。ボランティアによるケアの欠点は、サービスはあるけれども、そのサービスが必ずしもサービスを最も必要としている人に提供されるとは限らないことである。その上、もともとケアの必要としている人のニーズはそのニーズの深刻さゆえに対応することができない場合も多い。それはボランティアが十分な教育訓練を受けてないことにも原因する。また、ボランティア団体は行政から独立しているゆえに、外部によるサービスの質の評価や管理が行われないため、サービスの質が保証できない可能性⁽³⁹⁾がある。

営利的なケアサービスにおいては、本人の自己決定権や選択の自由は保障される。しかし市場経済にリンクされるので、保険制度などを通じてアクセスをもっている人以外はサービスを受けられない可能性が生じる。行政が営利的なサービスの監督を行っているのが一般的である⁽⁴⁰⁾。

フォーマルなケアは国や自治体の行うサービスであり、行政から委託を受けてケアにかかわる事業を展開している民

間の非利益団体（NPO）もこれに含まれる。フォーマルケアは法律、規則等に定められており、顧客に公平に供給されることが原則となっている。

フォーマルな社会サービスの長所としては、インフォーマルなケアよりもサービスの供給量をはるかに大きく長期に持続すること、ケアする側がケアのプロであり、職業的訓練、教育を受けていること、家族の争いにまきこまれる可能性が少なく、顧客の個人的な報酬をあてにしないでよいことがあげられる。インフォーマルなサービスと比較して、フォーマルなサービスではより多くの人口（市民）にサービスが提供されるのが一般的であり、同じ様なケアを必要とするケースがある場合は、双方に公平なサービスを提供する義務があるのは自明である。フォーマルなサービスにおいても、たとえば高齢者のためのホームヘルパー、または障害者に個人的について補助するヘルパーが、顧客である高齢者や障害者と何らかのインフォーマルな関係を築き上げていくことも可能である⁽⁴¹⁾。

フォーマルなサービスの最大の欠点としては、サービスの量が慢性的に不足していることがあげられる。これはフォーマルなサービスの方が、営利的なサービスと比較して、利用者にとって経済的であるため需要が大きくなるからである。しかしサービスの量が少なければ利用者の権利は保障され得ない。もう一つの欠点は公的なサービスは一般に官僚的になりがちとなることである。サービスの予算を握り、サービスの配分を決定する供給者側と、サービスを受ける利用者側に、上下の関係が発生することはまれではない⁽⁴²⁾。

ビュロークラシーを排除するという目的のため、自治体の直接的なサービスの供給を止めて、民間NPOや企業にサービスを委託しようとする試みも考えられるが、これらの指導、監督のために新たなビュロークラシーが必要となる⁽⁴³⁾。公的サービスに極度な合理化が導入された場合、サービスは規格的で一律的なものとなり、多様な個人のニーズに対応できなくなる可能性が生じるであろう。また、なんらかの競争が存在しない場合には、サービスの供給者が、そのサービ

スの質の向上にあまり熱意を示さない傾向が生じてくるのは避けられないであろう。

四 社会サービスと女性

インフォーマルケアが、一般に女性によって担われていることは前述したが、フォーマルなケアにおける女性の役割はどうなのだろうか。少なくとも北欧諸国においては、フォーマルなケアも女性によって担われているといっても過言ではないであろう。たとえばR・ユルクネン⁽⁴⁴⁾は、北欧社会では、女性がケアの分野のみならず社会福祉分野全体におけるサービスの従事者であることを指摘している。社会福祉保健事業が公的におこなわれているので、公的セクターで働く女性の割合は男性よりも大きい。M・アレスタロによると、フィンランドでは幹部および上級公務員における女性の割合は一九六〇年には約一六%であったが、一九八五年に四〇%に達している。下級公務員に占める女性の割合がさほど増加していないことは、女性が多数を占めている分野において、女性の上級職の割合が増加していることを意味する。看護職や福祉職はまさにこのような分野を代表するものであり、福祉国家の拡大が公的部門に従事する女性数の増加をもたらしたといえよう。⁽⁴⁵⁾ ソーシャルワーカー職を例にあげると、一九四〇年には半数が男性であったが、一九九〇年代の初頭には男性は五%に過ぎない。一九三八年に社会サービス職の幹部のうち女性はわずか一・五%であったのが、一九九〇年には八〇%に達している。⁽⁴⁶⁾ しかしフィンランドにおいて問題なのは、女性の占める割合の多い職種は、一般的に男性の占める割合が多い職種よりも所得が低いことである。このことは福祉の分野も例外ではない。⁽⁴⁷⁾ 女性の低賃金によって、北欧諸国の福祉は支えられているとの指摘が女性の側からされている。ケア分野が比較的低賃金であり、主として女性の職場であることは、女性の就労率が高い公的セクターにおける男女の役割分担の一面を露呈しているともい

えよう。

五 親族介護

これまでに、北欧を中心に、社会サービスがどのように考えられているかを検証してきたが、ここにそれをまとめてみよう。北欧で理解されている社会サービスとは、市民が自分の自由意志で受け、市民生活を維持するために必要で、かつ直接的役に立つサービスであり、所得移転ではない。サービスの中心となるものはケアであり、そのサービスは公的に提供され、これを受けることは「恥」ではない。そして、インフォーマルなケアや利益追求のサービスは、社会サービスの範疇に入らない。市民は、サービスを受けるに当たって基本的に何らかの料金を支払うものである。それでは、このように社会サービスが公的なものであり、インフォーマルケアをその範疇から除外するものであるならば、日本の介護保険導入にあたって激しく議論が交わされた家族介護慰労金にあたるものは、北欧には存在するのだろうか。それを検討してみよう。

家庭介護給付は一九五〇年代に合衆国カリフォルニア州とスウェーデンにおいてはじめて導入されたといわれている。⁽⁴⁸⁾一九八八年のN・リンスクラの調査によると、家庭介護給付は合衆国では政府と貧困な高齢者をつなぎ、フォーマルなケアとインフォーマルなケアを結ぶものとして、五〇州のうち三五州にとりいれられている。⁽⁴⁹⁾その目標は施設収容を防ぐため、つまり公的な支出を抑えるためと考えられている。⁽⁵⁰⁾

R・ユルクネンは、高齢人口が急速に増加しているために、公的セクターでケアサービス供給のすべてをまかなうことはもはや不可能であるので、今後はインフォーマルなケアに今まで以上に頼らざるを得ないであろうと指摘している。

そして、ケアの提供は自由意志であつても、一般には女性の責任と考えられている。ここで問題なのは、女性が給与労働者として働くのが自明のことであり、少子化が進み、婚姻関係のみならず親子関係もが変質している社会において、どのようにしたらインフォーマルなケアを確保することが可能であるのかということであろう。そこで、ユルクネンは、ノルウエーで行われた研究を引用して、自宅でケアをしている女性たちは、本来公的セクターですべき労働を引き受けている場合は、それに対する金銭的報酬を受け取ることを望んでいると述べて、給与労働が当然のことと受けとめられている社会では、ケアには無報酬という考えはなじまず、支持を得られないことを指摘しているのである。⁽⁵¹⁾

J・シピラとB・サイモンは、家庭介護給付をめぐる議論を取り上げ、給付についての合衆国、英国、フィンランドの見解の相違を検討している。介護給付がもたらす金銭および行政の介入が、家族の自立と健全な家族観関係を歪めるという伝統的な家族主義的主張は、シピラによると男性主義的な考えに基づいており、現代の時代の事情にそぐわず、多くの経験的な研究によつて示された結果を無視している。さらに家庭介護給付の経済性をめぐって、家族にたいする政府の介入を嫌う伝統主義者のなかでも二つの議論が存在することを指摘している。一つは本来公的資金で賄われる性質でないものに税金を投入するのは無駄であるという議論であり、もう一つは家庭介護給付を支給することによつて施設ケアの費用を軽減することができるという主張とそれに対する反論である。後者の議論については、シピラらはケアの制度が異なれば、それがもたらす効果も異なつてくるので、これに対する絶対的な解答はないと述べている。ただし、特に合衆国で多く主張されているような、給付受給者が障害を誇張したり、ケアを十分に行わないなどの不正を行う可能性が生じるという議論については、確かに家庭でのケアの質の管理は、施設における質の管理よりは困難ではあるけれども、医学専門家が評価を行うこと、および給付の水準を設定することによつて不正を防止することが可能であるという議論もあることを指摘している。⁽⁵²⁾

シピラによると、フェミニスト派研究者の高齢者ケアについての考え方は次の三点にまとめられる。(一) 高齢者ケアは社会の責任であり、家庭ケアの負担の大きい場合は、そのケア提供者は公的に支援されるべきである、(二) 労働年齢にある女性は家庭外で労働する権利を持つ、(三) 家庭介護は重労働であり、男女が共に負うべきものである。合衆国のフェミニスト研究者は概ね家庭介護給付にたいして肯定的であることをシピラは指摘している。その理由は、彼女らが、たとえ行政の目標がケアのコストの節減であったとしても、家庭介護に対して何らかの補償を行う方が行わないよりも公平であると考えるからである。これに対して英国のフェミニスト研究者たちは家庭介護給付により否定的な考えを持っている。これは英国のコミュニティケア政策のあり方に対する批判を反映している。家庭介護給付は、より多くの人が困難なケアを引き受けるようにするもので、しかも一旦引き受けたら続けざるを得ない状況に放置することを意図する政策であること、そして日本でも現金給付をめぐる議論の争点がそうであったように、給付をすることによって、行政によるサービスの開発が遅滞する可能性があることが考えられているからである。⁽⁵³⁾

フィンランドは、家庭介護給付を社会サービスの一つとして積極的に採用している。このことはシピラも指摘するように、ケアの提供者資格制限の緩やかさに現れている。フィンランドではケアの提供者に制限がない。提供者は配偶者でも親族でもかまわない。しかも一八歳以上(成人)で社会福祉当局にその仕事を行う能力があると認められる者であれば被介護者との血縁関係がなくともよいのである。

家庭介護給付は、保育分野においても家庭保育給付として取り入れられている。⁽⁵⁴⁾ 六歳以下の児童は公的保育の主観的権利を有するが、もし子供が三才に達するまで親が自分で家庭保育する場合は、親は家庭保育給付を受け取る資格がある。この給付によって、親は自分で保育をしたいと望む場合は所得保障を得ることができ、自治体も保育所の拡張を免れるのでコストを節約できる。⁽⁵⁵⁾ フィンランドでは、すべての児童が一七歳になるまで、保護者に毎月児童手当が支給さ

れていることもあり、フィンランド人にとっては家庭における介護、保育、養育にかかわる給付は自明のことであり、行政の家族自治への介入というように捉える感覚が一般に希薄なのであろう。介護、保育、養育の社会化がかなりの程度実現しているからである。

シピラはフィンランドで家庭介護給付が積極的に受け入れられた要因を次ぎのようにまとめている。⁽⁵⁶⁾

(一) 女性がフルタイムで労働する割合が西欧諸国で一番高い。

(二) 老人ホームや病院などの施設ケアの料金は所得に左右されるが、個人の負担額は比較的小さい。

(三) 子供の親に対する親の法的な扶養義務はない。フィンランドの高齢者ケアの責任は行政にある。

(四) フィンランドでは一般に行政に対する信頼が強く、不正受給も最近問題になってきてはいるが、まだそれほど大きな社会問題になってはいない。

(五) 一九八〇年代に市民の社会サービスにたいする権利が多く保障された。

(六) 女性が意志に反してケアの提供者になるというケースが他の国と比較してかなり希少である。

家庭介護が社会にもたらしたものととして、シピラは家庭保育給付を例にあげて、闇の雇用の拡大を挙げている。給付の使途のコントロールがないため、親は安価な闇のサービスを利用する可能性があるというのである。この場合、闇のサービスの問題点とは、サービスを買う（保育者を雇用する）立場の親は雇用主負担の社会保障費を支払わず、雇用された保育者は税を納めないの、国は税収入を失うということになる。税収入によって成り立っている北欧型福祉国家にとって好ましくない現象であることを指摘している。⁽⁵⁷⁾

公的な社会サービスについては、その財源は基本的に二種類にわかれる。ひとつは保険方式（ビスマルク方式）によるもので、サービスの担い手は、行政の場合もあるが、一般に非利益団体（NPO）または営利団体が主力であることが多い。ビスマルク方式は、主に中央ヨーロッパ諸国で採用されている。もう一方は英国や北欧諸国で採用されているような税をサービスの財源とする方式（ベヴァリッジ方式）である。ビスマルク方式が被保険者のみサービスの対象とするのにたいして、ベヴァリッジ方式の方は全人口を対象とするのが原則である。しかし、いずれの方式においても対象者を最もサービスを必要としている者だけに制限することが技術的に可能なので、対象者の幅に関しては、財源方式による差が生じるとは明確には決めがたい。また一般にこれらの財源方式は特に年金と医療保険において区分が顕著ではあるけれども、医療保険はビスマルク方式であるのにもかかわらず、保育は税を財源として自治体が供給するなど、両方式がミックスしたかたちで社会保障に取り組まれている国も多くみられるようである⁽⁵⁸⁾。

ヨーロッパの多くの国では、医療費を抑制するためケアの責任を医療サービスから社会サービスに移す傾向がある。これは入院日数の短縮となって現れ、患者はできるだけ速やかに社会サービスの方に移されるから、結果として社会サービスの必要度が大きくなる。この傾向は、フィンランドにおいては一九九〇年代の地方分権と不況以後顕著であった。医療ケアも自治体の責任なので、自治体がより効率的なケアと負担の軽減を求めるからである。

社会サービスの負担について、J・レフトは、国民経済において社会サービスは単に支出以外のなものでもないというように捉えてはならないと指摘する。というのは、社会サービスは労働の需要と供給にも重大な役割を果たすからである。社会サービスが整備されれば、それは家族を子供や高齢者のケアの責任からかなりの程度解放し、労働力を市場に供給する役割を果たす。またサービス職の需要となり、雇用を生む。レフトは、社会サービスは公共消費ではなく、人間に対する公共投資と考えることが重要なのであると強調している。高齢者人口が増加していくことが社会サービス

の需要を生むのであるが、児童のための社会サービスが拡張すれば、人口のバランスが変化する可能性が見込まれるからである。⁽⁵⁹⁾

七 社会サービスの量と質（アルバーの理論）

J・アルバーは、福祉国家の分類においてはこれまで所得移転、市場と国家の關係に重点が置かれ過ぎてきたと述べ、これからは社会サービスに焦点を絞るべきであると強調している。

その理由として、アルバーは次のように指摘している。今日深刻な問題になっているのは、（一）ケアを必要とする後期高齢者人口が増加しつつある一方で、（二）出生率の低下と女性の労働参加率が伸びているという二つの要因に起因するケアの不足である。今後ケア提供者が減少するので、これまで主に親族の女性によって担われていたインフォーマルなケアの供給が不可能になりつつある。また、労働市場に参加していないケアの受給者である児童と高齢者にとつては、ニーズを満たすケアサービスの供給の方が、所得移転より切実な問題となるからである。アルバーによると、サービスの供給の質と量を決定する要因は、制度・組織上などの観点から観察すべきであり、それらは次ぎの四点に絞られる。（一）法制度（どのレベルの政府に責任が所在するか、ノルマの有無、職員の資格、利用者の権利などについての質の管理責任は存在するのかなど）、（二）財政構造（サービスの財源、政府間の役割分担、財源の一元化、税と料金の徴収権等はどうな仕組みになっているのか、財源の責任を持つ機関の執行委員会にどのような団体の代表が出席しているのか、など）、（三）サービスの供給体制（だれがサービスの供給者か、多種類のサービスの供給者間、および一つのサービスの供給者間のコーディネーターの存在の有無など）、（四）サービスの利用者の力のレベル（行政が利用者

の利益に関与しているか、利用者の代表がどのようにして、どの程度、財政責任のある行政の執行機関に参加しているのか、だれが利用者に供給するサービスの選択決定をするのか、サービスの提供者がどのようにして、どの程度利用者の利益に関与しているのか⁽⁶⁰⁾である。さらにサービスの比較をする場合は、教会と国家の関係、および中央―地方府の関係を把握することが重要である。

なお、アルバーは、サービスが公的に供給される社会では、選挙がサービスの開発を促す手段になることを指摘している。高齢者人口が増加すれば、政治的に活動的な高齢者も増加し、ケアサービスの拡大が今まで以上に要求されるようになる。政策決定者は、選挙という圧力を受けてサービスの開発に積極的にならざるを得ないからである。教会や非利益団体が社会の主なケアの提供者である場合は、利用者の利益がさほど反映しない上に、それらの団体は公的な補助金を受けているので、サービスの拡大や開発に関するインセンティブが必ずしも作用しないであろうとも述べている⁽⁶¹⁾。

八 サービスにおける利用者の地位（ハーゼンフェルドらの理論）

営利団体のサービスにおいては、需要と供給のバランスがとれていれば、一般に利用者は強い立場にあるといえる。利用者は消費者であり、顧客であって、サービスを施される者とはならないからである。しかし公的なサービスにおいては、行政と住民の関係が、水平関係よりも垂直関係になりやすい傾向がある。歴史的に、社会福祉は選別主義の公的扶助から始まり、社会的弱者といわれる人たちが措置の対象であった。今日においても、社会的に弱者の立場にある人々たちを、面倒をみなければならぬ弱者として扱うような傾向が、行政側に皆無とはいえないであろう。被措置者、入所者、受給者などの言葉には相手人間らしく処遇しているという気配はなく、少なくとも「個人」、または「市民」

として相手を処遇しているようには感じられないだろう。

ここで、行政と、利用者である市民の関係についての Y・ハーゼンフェルドらの理論を紹介しよう。社会権が拡大するほど、その権利を計画とサービスによってコントロールしようとする福祉国家のビューロクラシーが増大する。ビューロクラシーが市民のサービスを受ける権利、給付の水準と内容について規定するからである。ハーゼンフェルドらはサービスにおける利用者（市民）の地位は、行政の裁量の幅と市民に提供されるサービスを選択する自由がどれほどあるかで異なってくることを指摘している。⁽⁶²⁾ O・ケトラはこのハーゼンフェルドらの理論を基盤として、収容者、受給者、消費者、顧客の各地位について、フィンランドの事例を取り上げているので、彼女の指摘に沿って検討してみよう。⁽⁶³⁾ ここで述べる「利用者」とは、市民または自治体住民をサービスとの関係において中立的に指す。表8は市民のサービスを選択する自由（権利）の大小と行政の裁量の幅（サービスの量と多様性）の大小の相関によって社会サービスにおける市民の地位がどのように変化するかを示している。

この表によると、市民の地位は収容者、受給者、消費者、顧客の四つに大別される。

(一) 収容者 (inmate = hoitokki)。行政およびサービスの利用者である市民の選択の幅が狭いときには、利用者は収容者、または非措置者という立場になる。この場合、利用者は、経済状態、家族関係などを厳しく調査される。また収容された後も、収容施設の規則に違反した場合は厳しく処罰されることがある。収容自体が処罰である場合もある。この様な関係であれば、市民はサービスの利用者になることをできるだけ回避しようと努力するであろう。ケトラは、フィンランドやスウェーデンの一八〇〇年代の困窮者ケアがこのようなものであったと述べている。その時代は、精

表8 社会サービスにおける市民の地位⁽⁶⁴⁾

		市民のサービスを選択する自由	
		大	小
行政の裁量の幅	大	顧客 (customer)	受給者 (client)
	小	消費者 (consumer)	収容者 (inmate)

神障害者、知的障害者、素行の悪い者、保護者のいない児童は、強制的に收容されたのであった。ケトラは、今日においても、收容者の取り扱いを受ける利用者グループが存在していると指摘している。たとえば、自分からサービス申請する能力がない痴呆症状のある高齢者、重度の知的障害者等がそれにあたり、行政側から收容者の取り扱いを受けないようにするには、彼らの権利をどのように法的に保障すべきかということが重要になってくる。

(一) 受給者 (client = saaja)。行政側には裁量の余地が十分あるが、サービスの申請者には選択の自由があまりない場合は、利用者は受給者という地位に置かれる。行政の決定に任ざるを得ないので、事実上、利用者の選択の余地はなくなる。ケトラは、このような例として一九五〇年代から一九六〇年代にかけての北欧における大量生産的な社会サービスを挙げ、利用者はサービスを利用するか否かの選択しか残されていなかったと述べている。最近の事例として、ケトラは一九九〇年代のホームヘルプサービスを挙げている。これは不況によって社会サービスが削減されたため需要に応えられず、行政がかなり一方的に決定する傾向が見られたことを指す。また知的障害者、精神障害者が、オープンケアのサービスが十分整備されていないにもかかわらず、施設ケアからオープンケアに移されたという事例もこれにある。

(二) 消費者 (consumer = kuluttaja)。フィンランドでは、戦後、社会サービスが発達するのに伴い社会的権利も実現していった。利用者が消費者の地位におかれるのは、ある人口グループに対する権利が強化されたときに起こりやすい現象である。ケトラはその例として、一九九〇年代の保育サービスをあげている。就学前の児童全員に保育が権利として保障された結果、児童の親は、自治体が保育サービスを提供しないときに、県または行政裁判所に異議申し立てを行うことが可能になった。このため、行政は、望ましくない消費者をも受け入れざるを得なくなり、異議申し立てなどを避けるために、サービスの質をおとしたり、資格のない職員を採用したり、定員数を増やしたりして、問題に対処する

説 傾向が現れたのである。

論

(四) 顧客 (customer = asikakas)。市民にも行政側にも選択の余地が大きいときに、市民は顧客になる。顧客は、自分自身のニーズに基づいてサービスを選択することができ、行政も供給者として、サービスをそのサービスに最も相応しい人口グループへ提供することができる。選択は双方にとって自由市場で行われる選択に似ており、双方が満足する結果になる。しかしこのような結果を生み出すには、双方に資質が要求される。なによりも、市民が自発的に、積極的にサービスの利用者になることが重要である。

九 社会サービスの「顧客」とはなにか

利用者が顧客の立場を確立したときは、社会サービスはもはや供給側の独占権ではなくなる。行政側にとっては、サービスとその内容形態についての決定権が減少し、顧客のニーズや資格に関する一方的な指導権力を失うことになるのである。O・ケトラは利用者が顧客であり続けるためには、利用者が、積極的にサービスの内容について関与していくことが重要であるとしているが、一方で、積極的であることが必要条件であるのなら、積極性を持ち得ない利用者は顧客になり得ない可能性があることを指摘している。顧客は、常に自立し、知識を備えた成人であるとは限らないからである。

その例として、ケトラは次のように述べている。たとえば、保育の権利を要求できる親たちは十分顧客になり得る。元気で日常生活を維持する能力のある高齢者も顧客になれるだろう。しかし加齢が進むにつれて、体力が衰え痴呆症が始まったら、高齢者は顧客の地位から「受給者」に格下げされてしまう可能性は十分ある。より弱い立場にある市民は

一度「収容者」の地位に落ちたら、そこから二度と上がることは不可能かもしれない。「収容者」からの脱出への道は果てしなく長いかもしれない。ケトラは、このことを考える例として、知的障害者の地位の変遷をあげている。知的障害者のケアは一八〇〇年代にすでに始まっていたが、彼らの人道的な処遇が議論されるようになったのは一九六〇年代になるのを待たなければならなかった。そして、彼らが収容者であった施設から出て、社会の中で「受給者」として暮らせるようになったのが一九七〇年代である。ここで、一九七七年に知的障害者法が制定され、それを契機として一九八〇年代になってはじめて彼らが「顧客」になる可能性を獲得したことを強調している。ケトラは、もしも「顧客」であることが、今日の消費者的思考とサービスにたいする積極的な関与を必要条件とするのなら、社会的弱者にあたる人たちが社会サービスの顧客になれるという可能性は、果たして本当にあり得るのだろうかという根本的な問題を提起しているのである。⁽⁶⁵⁾

公的サービスは措置制度であり、それは行政の一方的な決定になりやすいという可能性を包有している。パタナリスティックな管理主義に陥りやすいのは事実であろう。そのため、措置制度においては弱者が本当に顧客になれるだろうかという問いに答えるのは困難である。しかし、困難だからこそ市民の平等を目指す普遍主義が基盤として存在することが重要なのではないだろうか。市民の権利を保障するためには、制度的保障が不可欠であるが、その前提条件として市民の連帯、公正さ、平等という道義的基盤を社会に構築することが、なによりも重要なのではないかと思われるのである。

A・ポフヨラは、北フィンランドにある自治体の社会福祉局の長期的な「顧客」になっている青少年の調査を行い、社会サービスで理解されている、自立して自由である「顧客」のあるべき姿と、現実の社会サービスを必要とする「顧客」につきまとう評価の格差を指摘している。⁽⁶⁶⁾ポフヨラによると、顧客という言葉が、問題を持ち込む人間、困った人たちという意味を依然として内包しているというのである。つまり、顧客という言葉には、他人または制度に頼つ

ている人間という意味が込められており、そこから続いて連想されるのは、自身の不徳で顧客になった不名誉な顧客と、自分のせいではないが援助が必要になった名誉ある顧客との区分が発生する可能性である。本来、社会サービスは、個人がそれぞれ持つ困難に取り組むことに対して援助を提供するものである。しかし、援助を受けるために社会サービスの顧客となったときに、その顧客は単なる「事例」と変質して、ある種の問題をかかえたグループに分類され、個人であることが消滅してしまうというのである。そこには依然としてステイグマが見え隠れする⁽⁶⁷⁾。

このように、「顧客」という用語が用いられること自体は、必ずしも利用者の地位を保障することを意味するものではない。言葉は、そこにこめられたそうあるべき内容を表現するものに過ぎないからである。それでも、ハーゼンフェルドとケトラの理論は、公的な社会サービスの発達の中で、利用者の地位や権利がどのように変化していくのを見えるのに有効な理論であると考えられる。本稿ではナショナル・ミニマムの整備を、行政に裁量の余地が大きいこと、すなわちサービスの種類の幅と量が潤沢なこと、利用者に選択の自由があること、すなわち本人のニーズにふさわしい社会サービスの種類を選ぶ権利が保障されていることの二点に焦点を絞り、それらがどのような社会条件、政策によって開発されていったか、その過程を検討を試みる。そうすることによって北欧型福祉国家の社会政策の特徴である、市民が普遍的な社会サービスを受ける権利が整備されていく過程が把握できると考えられるからである。地域格差のないサービスの量と質の保障、利用者の権利の保障、これらが整備されることが、本稿で追求する社会・保健サービスのナショナル・ミニマム⁽⁶⁸⁾の達成なのである。

憲法 (Suomen perustuslaki 2000:3:1. 施行) 六条には「人は法のもとで平等であり、正当な理由なくして、だれをも、例えば性、年齢、出身、言語、宗教信条、意見、健康状態、障害または、他の個人に属する理由に基づいた差別をしてはならない。」と平等について規定があり、社会保障を受ける権利については、一九条において「自力で人間に値する

生活の条件となる保障を得ることができない者は、必要不可欠な生活保障とケアを受ける権利がある。」と明記されている。二〇〇一年一月一日施行の「社会福祉の顧客の地位と権利についての法律 (812/2000)」の第一条は、法の目的を次のように規定している。「この法律の目的は、社会福祉において、顧客の立場からおこなうこと、顧客関係の信頼性、および顧客がよいサービスと処遇を受ける権利を促進することにある。」これらの法律が保障するような、市民の権利についての社会的基盤はどのように形成されていったのであろうか。これらの法律が保障するものは実際に実現されているといえるのだろうか。これらの課題に取り組むために、次章以下において、どのようにしてフィンランドの福祉国家が形成され、公的責任のもとに社会サービスが開発されていったのか、その要因と過程についての検討を行うことにする。

- (1) Esping-Andersen, 1990. 福祉国家の類型について詳しくは新川敏光 1993, 43-57 を参照。
- (2) たとえば Orloff 1993, O'Connor 1993. なお新川 2000 は、エスピノーアンデルセンの理論を、それに対する反論を含めて紹介しつつ、さらに日本型福祉体制の特質を分析して、日本型福祉論は福祉国家の否定に他ならなかったとし、日本型福祉社会論の破綻を指摘して、今後の展望として三つの可能性をあげている。
- (3) Anttonen 1994, 216-217.
- (4) Anttonen & Sipilä 1994, 226-248.
- (5) Kaarto & Heikkilä & Hyvönen & Marklund & Ploug 1999, 13-14.
- (6) Uusitalo 1994. (邦訳 ウーシタロ 1994, 112-113)
- (7) Sipilä & Andersson & Hammarqvist & Nordlander & Raahala & Thomsen & Nielsen 1997, 33.
- (8) Uusitalo 1994. (邦訳 ウーシタロ 1994, 114)
- (9) STAKES 2000, 29.

- (10) STAKES 2000, 27.
- (11) 平成一二年の厚生白書によると、日本の一九九七年の国民医療費の国民所得に対する割合は七・四％である。
- (12) STAKES 2000, 28.
- (13) STAKES 2000, 29.
- (14) Mänpää 1997, 65.
- (15) Kuntalaki perusteluneen 1996, 73-74. (HE 192/1994)
- (16) Suomen Kuntaliitto 23.4.2000.
- (17) Oulavirta 1996, 43-72. The Association of Finnish Local and Regional Authorities 1998, 16-30.
- (18) Suomen Kuntaliitto 23.4.2000.
- (19) Suomen Kuntaliitto 23.4.2000.
- (20) Suomen Kuntaliitto 23.4.2000.
- (21) ところで、社会サービスは日本ではどのように考えられているのだろうか。それを簡略に概観してみよう。

一九八三年の「新版社会福祉事業事典」(塚本哲ほか監修)によると、社会サービスとは、「二つに大別でき、そのひとつは、対象者におくられた社会事業活動の意味で、救済・保護・福祉増進のための諸活動を指す。もう一つは公的扶助、社会保険と区別される意味での政策技術的概念であり、何らかの援助を必要としているものに対して、資力の調査や保険料の払込の有無にかかわりなく、精神的・物質的援助を与える方法または行為を意味する。」としている。一九九三年に出版された「現代福祉学レキシコン」(京極高次監修)の分類では、学問・研究、政策・理念分野には社会サービスという独立した項目は存在しない。ただし、福祉サービスの多元化という項目の中に、福祉サービスの内容として、「従来の措置というサービスのみならず、公的な補助によって組織された団体が提供するサービス、住民参加型サービス、民間営利企業が営利を目的として提供するサービスの総てを包括する。」としている。しかし、その福祉サービスとはなにかとその内容を定義する記述はみられない。独立した項目として、対人福祉サービス (personal social service) がとりあげられており、その定義は「社会福祉の中で、生活上の困難な問題に直面する個人、家族および集団にたいし、それぞれの対面的な係わりを通して、個別具体的に提供されるサービスとされ、具体的に身の回りの世話や相談助言等を内容とする施設福祉及び

在宅福祉である。」としている。次に在宅福祉サービスの項目を引くと、「住み慣れた自らの居宅において生活を継続したいと願いながら、自立の条件に欠け、何らかの援助を必要とする人に対して、可能なかぎり居宅での生活維持が出来るために提供される各種の福祉サービス」とあり、フォーマルなサービスのほかにインフォーマルなサービスもその中に包括されている。一九九七年の「地域福祉事典」(日本地域福祉学会編)においても、「地域福祉とは行政責任による在宅福祉サービスと近隣住民のとのインフォーマルケアの両軸によって成り立つもの」と考えられている。

国の政策の中に社会サービスはどのようにあらわれているのだろうか。それを厚生白書に見てみよう。

一九六〇年(昭和三十五年、五頁)の「厚生白書」には公共サービスへの言及があり、公衆衛生、教育、文化レクリエーションなどがあげられ、貧困の追放に至大の効果をもたらすものとして、福祉に関する公共サービスが公共施設と並行して取り上げられている。一九七〇年(昭和四十五年、四三〇頁)の「厚生白書」においては福祉サービスは高齢者、障害者、保育に欠ける児童など、経済の繁栄から取り残されがちな人々に対するものとして示されており、具体的には社会福祉施設の整備を指している。一九八〇年(昭和五十五年、一四三頁)の厚生白書においても、社会福祉は、児童、母子、老人、身体障害者等、社会的にハンディキャップを負っている人々が、自立してその能力を発揮できるよう必要な援助を行おうとするものであるとして、在宅サービスの充実が強調されている。しかし、一九八七年(昭和六一年、三六頁)の「厚生白書」になると、超高齢社会に向けての国民全体への社会サービスの定義が示されている。それによると、「社会サービスとは国民生活に密着した国民生活の基盤を成すサービスで、公的部門が供給主体となり、または何らかの制度的な関与を行うことによって、民間部門における供給と併せ、サービスの安定的供給や質の確保を計っていく必要のあるサービスを指す。」としている。そして具体的には保健、医療、福祉サービスを総称し、生活環境サービスも包含する概念としている。それまでの行政による一方向的サービス供給から、ニーズを有する者がサービスを利用する供給方式に代わりつつあることも論述されている。

一九九九年(平成十一年、四七頁)の「厚生白書」は社会保障制度についての総括を行っている。その中にも社会サービスについての言及があり、昭和六一年の白書の定義と全く同じである。同白書は、その代表的なサービスとして保健、医療、福祉分野のサービスのほかに教育サービスも該当するとしている。全体として、社会サービスはかなり幅広く考えられており、たとえば老齢年金も社会サービスの給付として位置づけられているように見える。しかし社会サービスがよ

り普遍的なものとして取り扱われているこれらの厚生白書においても、社会サービスそのものの定義の具体的な内容については明確ではない。

このように政策としての日本の社会福祉と社会サービスの概念については、初期にはより選別的な貧民救済的色彩を帯びていたものが、時代と共にニーズにもとづくより普遍的なサービスに変貌しつつある。しかし社会サービスそのものの概念は、依然として困窮性、低所特性、疾病、障害などにもとづいて考えられ、例えば、広井良典(1997, 138, 1999, 91)も指摘しているように、社会サービスとはなにかという内容的、理念的アプローチよりも、施策的アプローチで捉えられているようである。また、日本においては、公的なサービスとインフォーマルケアや市場にもとづくサービスとの境界が必ずしも明確ではなく、それらを総括して社会サービスがあるとも捉えられているといえよう。

- (22) Rauhala 1996, 91, 一九四〇年―一九五〇年の社会サービスの理論については Alva Myrdal, Penelope Hall 等を参照されたし。
- (23) Munday 1989, 4-5
- (24) Munday 1989, 4-7, Kautio & Heikkilä & Lehto & Munday 1997, 18-20 は、ヨーロッパにおける社会保護と社会サービスの定義について検討している。

- (25) 例えば Varama & Kautio, 1998, Hakkinen, 1999 は、社会保護は社会サービスを含むものとして使用している。

- (26) 英国の対人社会サービスについては詳しくは Munday 1989, Sainsbury 1977, Warner, 1993 等を参照。日本ではパーソナルソーシャルサービスは対人福祉サービス、または対人社会サービスと訳されている。

- (27) Baldoock 1989, 25.

- (28) Kautio & Heikkilä & Lehto & Munday 1997, 19.

- (29) Munday 1989, 5.

- (30) Sipilä & Andersson & Hammarqvist & Nordlander & Rauhala & Thomsen & Nielsen 1997, 39-40.

- (31) Kekkonen 2000, 273. 筆者はヘルシンキ・ウーシマー二次医療区の中央病院であるヘルシンキ大学病院副院長。

- (32) Sipilä 1995, 13.

- (33) インフォーマルケアについて詳しくは Johnson 1987, 55-63, Qureshi & Walker 1989, 203-242 を参照。後者は高齢者と家族のケアをめぐる関係について、英国シェフィールドで調査をおこない分析している。

- (34) Anttonen & Sipilä 1992, 439.
- (35) Anttonen & Sipilä 1992, 441.
- (36) Qureshi & Walker 1989, 16, 113-145.
- (37) Kautto& Heikkilä & Lehto & Munday 1997, 23 カウトトラによると、オランダやスペインでは女性のパートタイム労働率は六〇%、フィンランドはスウェーデンでは約一〇%に過ぎない。
- (38) Osterbusch & Keigher & Miller & Linsk 1987, 219.
- (39) Anttonen & Sipilä 1992, 448. 草の根的な第三セクターが過去一〇年の間に増加してきていることも指摘されている。アントネンらによると、この傾向は中央ヨーロッパ、特にドイツに強くみられるが、公的セクターのサービスが強い北欧ではあまり根付いていない。
- (40) Kautto& Heikkilä & Lehto & Munday 1997, 22.
- (41) Qureshi & Walker 1989, 207, 231.
- (42) Anttonen & Sipilä 1992, 443.
- (43) Anttonen & Sipilä 1992, 444. Johnson 1987, 182.
- (44) Julkunen 1992, 346-347.
- (45) Alestalo 1991, 24-26.
- (46) Julkunen 1992, 347.
- (47) 一九九六年のフィンランド平均所得(年)は八八、五五三mk、男性の平均は一〇三、五八九mk、女性の平均は七四、五四mk。公的セクターの女性の職場である看護婦の平均所得(月)一一、〇三〇mk、保育園教師九、一八二mk、ソーシャルワーカー九、五二六mk、小中学校教師一一、五九〇mk(いずれも公的セクター)、男性中心の職場ではエンジニア一五、三三二mk、警察官一一、九二二mk、バス市電運転手一〇、七五六mk(いずれも公的セクター)。出典: Statistics Finland 1998. なお二〇〇〇年におけるフィンランド人の平均給与(月)は約一一、〇〇〇mk。
- (48) Sipilä & Simon 1993, 119. 家庭介護給付をめぐる議論については、主にこのシピラらの論文に依拠したが、詳しくは Airing & McAuley 1983, Finch & Groves 1983, Osterbusch & Keigher & Miller & Linsk 1987, Ungerson 1990a,b, Qureshi 1990.

Qureshi & Walker 1989 等の参照。

- (49) Linsk & Keigher & Osterbusch 1988, 204, 211.
- (50) Linsk & Keigher & Osterbusch 1988, 211. Osterbusch & Keigher & Miller & Linsk 1987, 228.
- (51) Julkunen 1992, 351.
- (52) Sipilä & Simon 1993, 120-124.
- (53) Sipilä & Simon 1993, 125-127.
- (54) アンガーソンは、北欧諸国ではケアに言及する場合、ケアを必要とする成人と児童の保育の間に区別をつけないが、英国ではケアには保育を含まず、ケアを必要としている人（児童の場合であれば障害などのケアのニーズがあることが条件）が対象となることを指摘している。Ungerson 1990a, 2.

- (55) Sipilä & Simon 1993, 128-129.
- (56) Sipilä & Simon 1993, 129.
- (57) Sipilä 1996, 203.
- (58) Lehto 1997, 41.
- (59) Lehto 1997, 40.
- (60) Alber 1995, 131-149.
- (61) Alber 1995, 146.
- (62) Hasenfeld & Rafferty & Zaid 1987, 402-403.
- (63) Ketola 1996, 173-177.
- (64) Hasenfeld & Rafferty & Zaid 1987, 402. Ketola 1996, 174.
- (65) Ketola 1996, 178-187.
- (66) Pohjola 1994, 51-53.
- (67) 顧客が好ましくない側面を包有しているのなら、それは顧客に対する福祉職のイメージにも反映している可能性はないだろうか。筆者が、ソーシャルワーカー三人とソーシャルワークを専攻している四人の大学生に、この点について彼らの

意見を求めたところ、彼らのほとんどが、本来、ソーシャルワーク職は社会的な職業、または人の役に立つ職業という考え方や倫理観が望まれている仕事でもあるはずなのだが、現実には、いわゆる「問題をかかえた顧客（たとえば中毒者、生活保護者）」を業務の対象としているため、ソーシャルワーカーという職業そのものが社会的に必ずしも正当に評価されていないと感じることが多いとの返答を得た。

(68) フィンランドではナショナル・ミニマムという用語は社会保障論においては使われておらず、それに内容的に相当すると考えられる表現は「全ての市民に対する格差の無い公正なサービス供給の整備（普遍的なサービスの整備）」であろう。

※ 本稿は、北海道大学審査博士（法学）学位論文（二〇〇一年三月二三日授与）に補筆したものである。