

# 子どもの保護・養育問題を防ぐ社会的対策

堀 場 純 矢 (児童福祉)

## I. はじめに

筆者は、児童養護施設（以下、施設）において、5年間児童指導員として在職した。その中で多くの問題にぶつかり、現在の研究テーマを掴むに至った。本研究の核心は、子どもの保護・養育問題<sup>1)</sup>のいきづまりを防ぐ対策を提示することである。

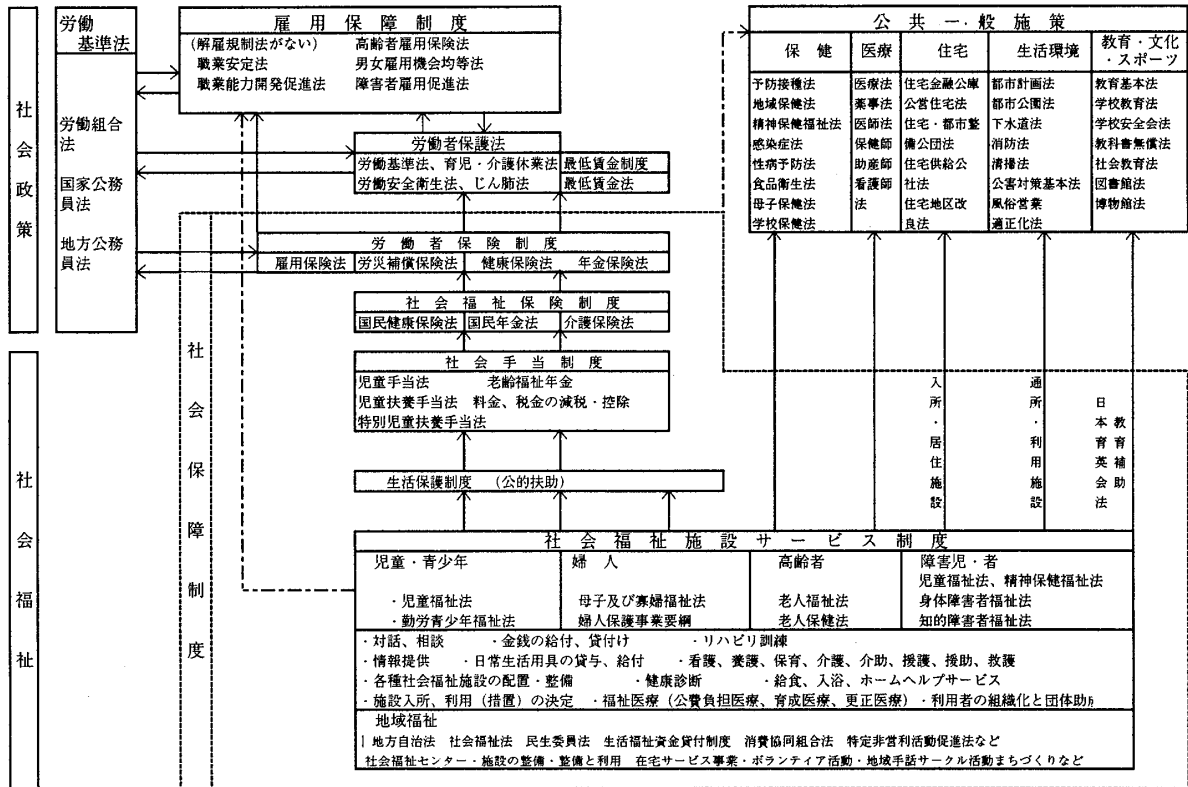
現在、日本では少子化が進行する一方、子ども虐待が急増し、2003年度中に児童相談所に寄せられた虐待相談処理件数は、統計を取り始めた1990年の約2.6倍（2万6573件）に達している。それに伴い、1993年以降、施設の定員充足率は増加の一途を辿り、特に都市部では飽和状態に陥っている。この数値は、不安定階層の増大、失業率の増加と無縁ではないのではないだろうか。

筆者は、そのことを確かめるため、X県にある児童養護施設Y園（定員50名）において、施設で暮らす子どもの親74名の生活実態を捉える調査を行った（堀場 2004）。ここでは、①親の「学歴」は、中学卒が約55%（41名）であり、専門・短大卒・大卒を除くと、95.9%が高卒以下の学歴であること<sup>2)</sup>、②不安定就労が全体の約47%（35名）を占め、無職の者が約31%（23名）であること、③就労している者のうち、従業員規模30人未満の零細な事業所に勤務する者が、約71%（働いている者31名中、22名）を占めていること、④アパート・寮に居住が約38%（28名）、居候・住所不定が約11%（8名）存在していること、⑤「医療保険」では、無保険者が約22%（16名）存在すること、⑥「近所とのつきあいの程度」では「ほとんど皆無・あいさつ程度」が約67%（50名）であること等、施設で暮らす子どもと親の生活を支える社会的条件があまりにも脆弱であるこ

とが明らかになった。そして、⑦このような生活条件の下で親は、心身にストレスをためこみ、ストレスと無関係ではない疾病（アルコール依存・精神疾患が約18%〔13名〕）に罹患していったと考えられる。このように親自身が生きていくことすら困難な状況では、とても子どもを養育できる環境にはない。それにも関わらず、最終的な生活保護さえ適用されないで放置されている実態があった。

これらの問題対策を考える場合には、国が政策的に進めている、子どもと親に対する心理的ケア、関係機関の連携、司法・警察の介入等の対策だけでは不十分である<sup>3)</sup>。それだけではなく、問題対策のあり方を労働・生活問題の構造に対応するものにし、その上で施設での対策が検討されなければならないであろう。

筆者は、子どもの保護・養育問題を、資本主義社会における「子どもと親の生活の維持・再生産のいきづまり・困難の問題」として捉え、社会のどういうメカニズムによって施設入所に至ったかを明らかにし、社会的存在である子どもと親を把握しなければ子どもの保護・養育問題の構造分析ができないし、問題解決の方途が実態に即したものにならないと考える。この認識で、働く人々とその家族の背負う労働問題を生活問題と不可分のものとして捉えている、三塚（1997：104-35）の理論に依拠し、子どもの保護・養育問題のいきづまりを防ぐ対策について、国・自治体行政が整備すべき、社会的条件に限定して述べる。



出所：三塚武男『生活問題と地域福祉』ミネルヴァ書房，1997，128-129。

図-1 社会保障制度の体系と社会福祉の位置

II. 社会保障制度の体系と社会福祉の位置

図-1は、三塚が社会保障・社会福祉制度の位置付けを体系的に示したものである。三塚は、働く人々とその家族の背負う労働問題を生活問題と不可分のものとし、国家独占資本主義社会における生活問題対策の基本として、社会政策の拡充形態である社会保障制度を位置づけている(1997:126)。そして、社会問題としての生活問題対策である社会福祉制度を、「体系的には、社会保障制度の一環であり、したがって、①雇用保障制度、②労働基本権の確立、③労働時間の規制、④最低賃金制と、⑤それを前提にした社会保険制度を中心に、⑥関連的には、保健・医療供給体制、住宅・生活環境施設、教育条件などの公共的・共同的な整備を制度的な前提として、それらを「最終的かつ最低限」に補完・代替する制度」と位置づけている(1997:135)。筆者は、この図-1をもとに、今の社会のしくみの中で働く人々とその家族が、自助によって家庭生活を維持・再生産していくために最低限必要な「国・自治体が整備すべ

き社会的条件」について述べる。

III. 国・自治体行政が条件整備すべき最低限の項目

(1) 雇用・労働条件の整備・拡充

まず、施設入所世帯の生活の自立が成り立つための第1に整備すべき条件として、全ての働く意思と能力を持つ人々に対する、人たるに値する雇用・労働条件の確保が不可欠である。それは、親の雇用・労働条件によって、その子どもの生活が最も左右されるからである。実際にY園の親の労働・生活歴をみていくと、家庭生活の破綻を親個人の資質や怠惰の結果として発生してきた問題ということはいできない。

現在、日本の雇用保険法では、失業した場合、前職の平均賃金月額約6割という低い支給額である。受給期間は、年齢や勤続年数によって異なるが、倒産・解雇による離職者については90日から330日、自己都合等離職者については被保険者期間により90日から150日で一方的にうち切られる仕組み

となっている。日雇労働者については、失業のつど1日単位支給、季節労働者にも一時金として50日分支給に留まっている等、不備が多い。就業支援については、教育訓練給付金制度がある程度対応している。しかし、支給要件は、被保険者期間が3年以上の者に限定し、被保険者期間による限度額がある等、希望した者すべてが受けられるものではない<sup>4)</sup>。

これら基本的な雇用・労働条件だけではなく、家庭で子どもと親が生活を維持していくには、育児や家族の介護等のための休業と休業時の所得保障の整備も欠かせない。日本では、相当に性的役割分業を利用した労働力政策が払拭されておらず、性別賃金格差が大きく存在している。そのような中で、男性が長時間・休日・過密労働をやむなくされている実態がある。その結果として、不況の中で就労し続けるために多くの男性は、所得を失わないために育児休業を取得するに至っていない。このような中、施設入所に至る事例では、更に深刻な問題を抱えている。それは、未婚の出産によって失業したために生活基盤を失ったが、生活保護対象ともならず生活が困窮したケース、育児のため安定的な就労をする機会が得られず、生活困難に至ったケース等である。

期間雇用等を除く労働者には、育児や家族の介護のため、就業を続けていくことが困難な場合、育児介護休業法により、出産後1年6ヵ月間休業できる規定がある。しかし、厚生労働省『女性雇用管理基本調査結果概要』(2002年)によると、育児休業の取得率は2001年度で男性・0.33%、女性・約64%と性別格差が顕著である。休業規定のある事業所は、約61%に達しているが、公務員や一部の大企業を除いては、充分取得できる状況になっているとは言い難い。子どもの看護休暇についても、現行制度では、事業主の努力義務規定であるし、規定を設けている企業は、2001年度で約10%にとどまっている。給付額についても、休業取得前の賃金額の40%である。さらに、休業中に実際に支給されるのは前給の30%で、復職後6ヶ

月を経過した時点で10%が支給される仕組みとなっている<sup>5)</sup>。

2003年に施行された「次世代育成支援対策推進法」では、これらの現状を踏まえ、男女別取得率の目標設定の他、父親の休暇取得促進、ベビーシッター費用の補助、小学校入学までの短時間勤務制度の導入などを打ち出している。しかし、これは2005年度から、従業員300人を超える企業に行動計画が義務づけられるものである。雇用労働者の大半を占めている中小企業で働く人々、特にそのほとんどが不安定階層に属する施設入所世帯とは無縁であろう。施設で暮らす子どもの親の労働・生活条件をみていくと、日々働いて得ている賃金の額が最低生活に近い水準であり、その4割となると生活保護の水準を割り、生活の維持すら困難な状況になる。

以上のことから、雇用保障制度として、①解雇制限法の確立、②失業後、就業先がみつかるまでの十分な生活保障(前給の8割以上)、③企業の技術革新に対応できる資格・技術習得が無料で受けられる就業支援制度、④すべての働く人々に対する育児・介護休業の保障(最低1年6ヶ月)と所得(前給の8割以上)保障、以上の4点が不可欠である。子どもと親が自助によって家庭生活を維持していくためには、雇用・労働条件のトータルな底上げと、制度の抜本的な整備・拡充が前提となる。

## (2) 全国一律の最低賃金法の確立

働く意志と能力のある者には、雇用が保障され、人間らしい労働時間と休息が保障され、人たるに値する賃金が保障されることが必要である。そのためには、(1)で述べた雇用・労働条件の整備・拡充だけでは足りず、全国一律の最低賃金法の確立とその水準の底上げが必要である。

孝橋は、資本主義社会における賃金について、「労働力の価値=価格であり、労働者はそれを資本家に賃金として引き替え売ることによって、かろうじて生活をなしている」と述べている(1977:177)。これは、働く

人々とその家族の生活維持のために消費するものである。また、賃金労働者は、雇用されている場合でも、概ね低い労働・生活条件の状態に置かれているだけではなく、いつでも雇用そのものが保証されているわけではないという不安定な状態に置かれている（孝橋 1977: 13-15）。そのため、全国一律の最低賃金法の確立及びその水準の底上げが重要なのである。

しかし日本では、最低賃金が地域別になっており、大きな格差構造がある。高木は、最低賃金制度について、「そもそも歯止めのない低賃金化を防止することが目的の制度であるが、日本の政策当局は、“最低賃金”に格差構造を作り、低賃金地域を置き続け、それによって賃金水準の高い地域の賃金アップを抑える仕組みを堅持している」と述べている（2000: 68）。地域別最低賃金の格差は、2003年度で最高額の大阪・5598円（日額）と最低の宮崎・4828円（日額）とでは700円以上の格差がある。この最低賃金（大阪）で月25日働いたとしても、月額13万9950円であり、最低生活保障の水準である生活保護世帯の収入（月額18万1970円・2001年度1級地の1、標準3人世帯）にも届かないという制度的な欠陥がある。

この全国一律の最低賃金法の確立は、経済的理由による家庭崩壊や施設入所を減少させるだけでなく、生活保護基準<sup>6)</sup>や社会福祉施設措置費の底上げという意味においても重要なことである。社会福祉施設の生活水準を規定している措置費単価も、最低生活保障としての生活保護基準をもとに算定されている。これは、全世帯の一世帯あたりの年間平均所得額602万円（2002年・国民生活基礎調査）の約3分の1（2002年度・生活保護基準、1級地の1、標準3人世帯）という低水準である。にもかかわらず、財務省は、一般世帯の所得水準が下がってきていること等を理由として、「母子加算」「高齢者加算」の廃止の方針を固めた<sup>7)</sup>。

以上述べてきたように、生活保護基準を底辺にして、働く人々全体の賃金水準が低く押

さえられているため、全国一律の最低賃金法の確立とその水準の向上が不可欠である。

### (3) 公共一般施策の整備・拡充

先にふれたように、賃金とは、働く人々とその家族の家庭生活の維持に消費してしまう程度の水準である。この直接賃金だけでは、生活していくことは困難である。直接賃金とともに必要なのは、すべての国民を対象にした保健・医療や住宅・生活環境施設、教育・文化・スポーツ施設などの公共一般施策<sup>8)</sup>の整備である。これらは、賃金によって生活を維持しなければならない労働者とその家族にとって個人的に賄うことが困難な社会的共同生活手段・社会的共同サービスであり、国・自治体の責任と財源負担による整備が原則であり、賃金だけでは賄い得ないサービスを税金で整備していくものである。これらの施策が総合的に整えられているかどうかによって、暮らし・健康にかかわる問題の現れ方が変わってくる（林 2002: 21-22）。

例えば、子どもの養育環境については、小児医療機関、都市部の公園不足等の問題がある。これらは、施設整備だけではなく人の配置も含めて、体系的に整備・拡充されることが求められる。公共一般施策は、形式的にはすべての国民を対象としていて利用制限がない。しかし現実には、公営スポーツ施設や美術館等を例でみると、不安定階層の場合、長時間労働や肉体的・精神的疲労等や所得の低さのために、あるいはわずかな利用料のために外出し、地域の住民らと利用・交流するゆとりさえない場合が多い。

この公共一般施策の中で、まず第1に必要なことは、くらしの基盤となる住宅政策であり、低家賃の公営住宅を整備・拡充・配置していくことである。なぜなら、住宅を持つには巨額な資金が必要で、働く人々の全てが自前でまかなえるようなものではないからである<sup>9)</sup>。実際に施設入所世帯の住宅条件は、ほとんどが間取りの狭い賃貸アパートである。失業や離婚等の理由によって、住む場所を失い、車内生活や路上生活を余儀なくされたケース

も存在している。

次に医療政策である。公共一般施策としては、誰もが身近に安心してまれなく医療サービスが受けられる体制の整備があげられる。まず、医療施設の配置状況をみると、都市部では概ね整備されているものの、農村部においては無医地区が相当数存在している<sup>10)</sup>。都市部でも、救急対応の総合病院においても小児科医が常駐していない実態がある<sup>11)</sup>。その他、乳幼児医療費については、未だに1歳未満までしか公費負担になっていない地域があるなど、地域格差が大きい。乳幼児健診や予防接種も多くは公費負担になっているが、地域によっては、健診の回数や予防接種も自己負担がある<sup>12)</sup>。医療は、人間の生命と直結するものであり、これらの施設及び人員を国・自治体の責任においてもれなく配置し、病気の予防も含めて医療制度を体系的に整備することが必要であろう。

最後に、教育政策の拡充である。日本は、「GDP（国内総生産）に対する公財政支出学校教育費の比率」において、OECD諸国と比較して最も低く3.5%であり、大学等の高等教育機関は私学が中心である<sup>13)</sup>。欧米先進諸国の多くが、国立で運営費の大半を公費負担しているのと比較すると、日本は教育サービスを自前で購入できるだけの所得がないと、能力があっても就学の機会が得られないシステムとなっている。日本の一般世帯の進学率（2002年度）は、高校・約97%、大学・短大・約50%となり、進学率では先進諸国と比較しても高水準である<sup>14)</sup>。しかし、学費の負担や公私格差も大きく、私立高校は公立の約3倍であり、大学では、私立が国公立の2倍程度の学費がかかる。その他、近年のリストラ、貸金削減等により、学費が払えずに授業料免除・減額を受けた公立高校生は、17万人に上っている<sup>15)</sup>。

そもそも日本では、中学までが義務教育として保障されているが、実態は高校までがほぼ義務教育化している。にもかかわらず、国はそれを義務教育として保障しようとしていないことが問題であろう。せめて高校までは

公共一般施策として国が保障し、そのつなぎとして高校までの学費については無料または低料金とするべきである。この教育保障制度の不備を補完するものとしての奨学金制度は、「日本学生支援機構」（以下、機構。旧・日本育英会）がある。機構には、無利子と有利子の2種類の貸与制度がある。しかし、第1種は学業成績や所得等要件が厳しく、無利子の奨学金適用者は限定されている。機構は、1984年にそれまでの「無利子貸与」から「有利子の貸与制度」を設け、1998年の改正により、第1種奨学金貸与者の返還免除制度が廃止した（大学院生は継続）。さらに、2001年度より有利子貸与制度は拡充されているものの、貸与金の未納・滞納の多さ等を理由に2004年度から独立行政法人化された。従って、公共一般施策を補完するものではなくなりつつある。

以上、みてきたように、義務教育ではない高校・大学等への進学については、たとえ能力があっても経済的理由により、進学を断念せざるを得ない状況が政策的に作り出されている。この日本の教育制度の不備が、働く人々とその家族の貧困問題を拡大再生産する一つの要因となっている。そのため、少なくとも能力のある者すべてに高校以上の進学機会が保障されるよう、国・自治体の公費負担制度の確立が早急に求められる。公共一般施策としての住宅や医療、意思と能力を持つ者への教育保障に加え、図書館・公園・上下水道・道路・公民館等、働く人々が個人的に賄えない公共一般施策を、国・自治体の責任で整備・拡充していくことが必要不可欠である。このことが働く人々とその家族の暮らしを底支えすることになるであろう。

#### （4）社会保障・社会福祉制度の整備・拡充

先の公共一般施策と異なり、社会保障・社会福祉制度においては、働く人々が疾病や出産、失業等の社会的事故に遭遇したときの生活保障の側面を持ち、対象・支給制限がある。この制度の最も根幹は、医療・年金保険が軸である。しかし、ここでは子どもの保護・養

育に関わる制度を主として述べる。

まず医療は、働く人々とその家族の生命に直結するものであり、第1にその整備・拡充をあげたい。日本の医療保険制度は一本化されておらず、事業主負担があるものとならないものにバラバラにされている。そこでは、低所得層ほど負担の重い制度を利用せざるを得ない。しかも保険料負担や窓口負担が重いため、低所得層の人々は、病院に罹りたくてもかかれずに病気を悪化させるケースがある。Y園でも、失業や転職後に健康保険を継続できず、約2割の世帯が無保険であった。その他、約3割が国民健康保険であった。病気になっても治療費の負担が大きすぎるため、早期に治療せず結果として症状が悪化したケースが複数みられた。もし、身近で金銭的な負担が無く、安心して医療が受けられるシステムが保障されていたら、家庭生活の維持が可能なケースもあったであろう。

国民健康保険制度は、他の共済組合等とは付加給付等で格差があり、傷病手当金や出産育児一時金等も任意給付である。そのため、疾病等で仕事ができない場合、生活破綻に直結することになる。この問題の背景としては、①日本の医療が、病気になってからの治療と投薬が中心で、日常的な、生命の安全や病気の予防、生活面でのさまざまな看護(世話)、食養生などが後回しになっており、医療保障も治療費の給付が中心であること、②リハビリテーションも立ち遅れており、総合的・包括的な医療の供給と保障になっていないことがあげられる(三塚 1997: 118)。人間の「健康」とは、単に身体的な健康だけではなく、精神的にも社会的にも良い状態にあることも含まれる。社会的な健康というのは、日常的な暮らしの場での住民同士の「ヨコの結びつき・つながり(対話・交流)」のことである(三塚 1997: 57-58)。

Y園の親の生活歴をみていくと、雇用・労働条件の劣悪さから、身体的・精神的ストレス、家庭でのストレスが長期に渡り蓄積され、近所とのつき合い・対話をするゆとりもなく、生活を維持するために、各種の利用できる公

的制度を知る機会すら奪われて、社会的に疎外された環境におかれている。その中で、食生活もバランスよくできず偏りがちになり、劣悪な住宅環境のもとで、体の具合が悪くても継続的に治療を受けることができない中で、健康状態を悪化させているのである。政府は、健康の自己責任論を唱えているが、「生活習慣病」は個人の健康管理や生活習慣によってというよりむしろ、社会の仕組みの中で引き起こされてきたものといえよう。国・自治体行政の責務として、誰もが日常的に生命と健康が守られ、安心して受けられるように、医療保険制度の一本化と保険料の減額及びその給付水準の底上げが必要である。

第2に、賃金を補完する児童手当制度の整備・拡充が必要である。それは、子育てには多くの費用がかかり、国として社会全体で子育ての責任を担っていく必要があるからである。この手当は、所得の制限なしに受けられ、子育てによる家計の負担を補える水準を保障していくことが必要である。Y園の親たちは、自分たちの生活すら維持できていない状態におかれている。そこでは、親に扶養される子どもが人たるに値する条件で暮らせるはずがない。

現行の児童手当法では、小学3年生に達するまでの支給である。その額は、第1、2子は月5000円支給で、第3子から1万円となっている。この低額な支給額に加えて所得制限もあり、すべての働く人々が受けられるものではない。その他、母子家庭等に対しては児童扶養手当、障害をもつ子どもの世帯に対しては、特別児童扶養手当、障害児福祉手当等がある。子どもの養育のため就労が困難な者、障害によって労働力を売れないでいる者とそれを扶養する世帯構成員の社会的自立の条件は、これら社会手当の水準によって大きく左右される。障害があることによる医療・介護費用等の出費は重く、社会的な支援が不可欠である。しかし、これらの制度は、所得制限があり、すべての働く人々が受けられるものになっていないし、支給額が低額である。子どもと親が家庭生活を維持し続けるために

は、これら社会手当の水準の底上げと拡充が求められる。

第3に、保育制度の整備・拡充があげられる。共働きでしか生活を維持できない社会の仕組みの中で働く人々は、保育政策の拡充が国の責任で整備・拡充されなければならない。これは、幼児を対象とした保育所だけでなく、乳児から学童期まで切れ目のない、経済的な不安なく必要ときに誰もが利用できるものでなければ意味がない。しかし現在、保育制度は幼保一元化による低い水準への統合化や、企業参入による民間委託など、安上がり政策が推進されつつある。中でも学童保育については深刻である。学童保育は、1997年に「放課後児童健全育成事業」として位置づけられた。それ以降急激に増加し、全国学童保育連絡協議会『学童保育の実態調査』（2003年、5月）によると、2002年1月現在、13797ヶ所となった。しかし、補助金事業であり、国庫補助としては年間数百万円程度である。この条件整備の限界性があり、開設日・時間・対象児童の低学年限定、障害児の受入困難、保育料と運営のために親が資金繰りに追われる等の問題点が出てきている。学童保育所は、小学校区に1カ所は整備される必要があるが、2002年1月現在で小学校数に対する学童保育所の設置率は58%である。その運営を担う人的配置・雇用労働条件の問題は深刻である。半数の指導員が年収150万円未満であり、「非正規職員」の比率が7割を超えている（前掲調査）。これでは、親が共働きで安心して仕事に出ることが困難で、子どもの生活の質にも大きく影響するであろう。そのため、放課後児童健全育成事業を措置として制度化させ、施設の整備拡充とそこで働く職員の待遇改善を図った上で、必要な人すべてが利用できるようにしていくことが必要である。

最後に、教育保障についてである。(3)で述べた一般世帯の進学率と比較して、児童養護施設で暮らす子どもたちの進学率(2000年度)は、高校(定時・通信制含む)で約82%、大学・短大等へは約8%であり、格

差が深刻である<sup>16)</sup>。生活保護世帯ではさらに厳しく、同一世帯では高校進学経費が認められていない。そのため、世帯分離などの手続きをとらなければ進学補助が受けられない仕組みである<sup>17)</sup>。

生活保護制度は、厚生労働省(以下、厚労省)の「適正化」政策により、実際には受けたくても受けられないケースが多い。また、たとえ受けられたとしてもその水準が低い。しかし、親の生活歴をみると、やむなく生活保護受給に至っている。彼らの人たるに値する生活水準を確保するためにも、その水準の向上が不可欠である。生活・教育扶助をはじめ、各種扶助の水準の底上げと、「適正化」政策による制度の締めつけを排除し、漏給率を最大限減らすことも早急に求められる。また、生活保護基準は、社会福祉施設の保護単価を規定している。この点からも、生活保護基準の抜本的改善も不可欠の課題であろう。

Y園の親の多くは、経済的貧困を基底として「高卒」以下の低学歴であり、そのことが彼らの就業の機会を狭め、機会があっても不安定就労を続ける要因となっている。その背景には親の親(祖父母)の貧困がある。以上のことから、先に述べた生活保護基準の改善と併せて、①生活保護受給世帯で同一世帯員の教育扶助による高校進学を認めること、②無利子で借りられる奨学金制度を拡充すること、以上の2点が必要であろう。

## おわりに

以上述べてきたように、筆者は現在、虐待や家庭崩壊など子どもの保護・養育問題のいきづまりを防ぐ対策として、国が政策的に進めている、子ども・親への心理的ケアや、関係各機関の連携等の対症療法的なケアのみでは不十分であると考える。この問題を解決・緩和するためには、基本的には国家の責任によって全ての働く意思と能力を持つ人々に対する、人たるに値する雇用・労働条件の確保、全国一律の最低賃金法の確立、公共一般施策、社

会保障・社会福祉制度の体系的整備・拡充を図る必要がある。また、先に述べた条件が整ってこそ進むのであるが、地域で暮らす住民間の「日常的な対話・交流」の取り組みも不可欠である。さらに、Y園実態調査をふまえた、国・自治体行政の機関、各種制度のもとにある社会福祉施設、学校、そこで働く職員の社会的位置、役割を明確にし、また労働者・住民は何に取り組むことが暮らしを守ることに通じるのかについての検討は、筆者の今後の課題としたい。

### 注

- 1) ここで述べる「子どもの保護・養育問題」とは、虐待や親の離婚、入院、行方不明など様々な事情により、親による扶養が困難になった子どもたちが、児童養護施設に入所するに至る諸問題のことをいう。
- 2) この親の学歴の低さは、彼らが社会的に抱え込まされた歯止めなき貧困の再生産によるものであり、彼らの人間としての能力が劣っているからというわけではない。
- 3) 社会保障審議会児童部会「社会的養護のあり方に関する専門委員会・報告書」「児童虐待の防止等に関する専門委員会報告書」2003年、及び児童虐待防止法など。
- 4) 厚労省・教育訓練給付金適用者は、雇用保険被保険者期間が5年以上40%・上限20万円、3年以上5年未満20%・上限10万円である。
- 5) スウェーデンでは、子ども1人につき夫婦で計480日の育児休業を取得することができ、所得保障も前給の8割である。そのため、父親の取得率は約30%となっており、育児休業制度が定着している。竹崎攻(2002)『スウェーデンはなぜ少子国家にならなかったのか』あけび書房、p. 53-59。
- 6) 孝橋は、生活保護について「実質的には被保護者または被保護世帯の生理的生存とその再生産をも保障することができないほどの絶対的低位水準に保護基準が設定せられている。」と指摘している。孝橋正一著(1972)『全訂・社会事業の基本問題』ミネルヴァ書房、p. 333。
- 7) 財務省は、2003年の予算編成時に「母子加算と高齢加算は廃止すべき」との考えを示した。しかし、2004年7月14日の厚労省「生活保護制度の在り方に関する専門委員会」(以下、専門委員会)では、厳しい子どもの養育環境や、女性の就労実態から、「母子加算は廃止すべきではない」との意見でほぼ一致した。週間「福祉新聞」2004年7月26日付記事。
- 8) 孝橋は、公共一般施策について「具体的には教育、衆衛生、住宅政策などを意味するが、それは国家権力が管理する一国の社会において、各行政分野または各生活領域にわたって、その機能を最高度に発揮させるための社会改良政策の一種」と述べている。孝橋正一(1977)『新・社会事業概論』ミネルヴァ書房、p. 29。
- 9) 日本の場合、40歳代前半の平均的勤労者が購入できる住宅価格は年収の5倍程度といわれる。1999年の年収倍率を諸外国についてみると、アメリカ(3.3倍)、イギリス(4.0倍)に比べて高くなっている。日本統計協会(2003)「第8章・生活環境」『統計でみる日本・2003』日本統計協会編、p. 78。
- 10) 1998年1月現在で無医地区は岐阜県内全体で13地区あり、無歯科医地区は25ヶ所となっている。また、厚労省の全国調査によると、1994年9月現在、無医地区は997ヶ所であり、その内725ヶ所は過疎地である。岐阜県健康政策課『岐阜県保健医療計画』1999年3月。
- 11) 厚労省は1999年～4年計画で、全国を406地区に分けた「小児救急医療網」すべての整備を目指しているが、2003年度中に実現できるのは180地区である。未整備は226地区あり、1カ所も整備していない自治体は青森・山形・島根・福岡の4県だった。同省は、この対策の遅れの最大の理由を「小児科医不足」としている。西日本新聞・2003年10月25日記事。
- 12) 横田俊一郎「日本国内小児医療事情」日本小児科医会国際部HPによる。
- 13) 1999年現在「教育費公財政支出」の割合は、フランス5.8%、アメリカ4.9%、イギリス4.4%である。本調査によると、大学在学者に占める私立大学在学者の比率から見ると、2002年度で日本が77.5%である。これに対し、アメリカは35.1%(1999年)であり、フランスやドイツでは私立が極めて少ない。イギリスの大学は形式的に私立であっても運営費の大半を公的負担としている。文部科学省生涯学習政策局調査企画課(2003)『教育指標の国際比較』
- 14) 前掲調査によると、日本における2002年度



の中等・高等教育機関への進学率の内訳は、高校進学率が97.3%、短大・大学への進学率は、49%である。専修学校を含めると高等教育機関への進学率は72.5%である。

- 15) 中日新聞・2003年2月4日付記事。
- 16) 施設入所児童の高校進学率については、厚労省「児童養護施設の現状調査」『全国家庭福祉施策担当係長会議資料』（2001）p. 142より筆者が算出した。大学進学率については『全国児童養護施設協議会調査』（2001）による。
- 17) 2004年4月20日に行われた第10回厚労省「専門委員会」では、貧困の再生産を抑制するため、委員会として、教育扶助での高校進学を認める意見で一致した。週間「福祉新聞」2004年4月26日付記事。

#### 引用文献

- ・孝橋正一（1977）『新・社会事業概論』ミネルヴァ書房、p. 13-15、177。
- ・高木和美（2000）「不安定就労階層の形成要因とその形成を防ぐ条件」『同朋大学論業』第81・82合併号、p. 68。
- ・林博幸（2002）「第1章 現代の生活問題と社会福祉」林博幸・安井喜行編著『社会福祉の基礎理論』ミネルヴァ書房、p. 21-22。
- ・堀場純矢（2004）「児童養護施設入所に至る子どもと親の生活問題に関する研究」岐阜大学大学院修士論文。
- ・三塚武男（1997）「包括的な医療の保障」『孤独死～いのちの保障なき福祉社会の縮図』生活問題研究会編、p. 118。
- ・三塚武男（1997）『生活問題と地域福祉』ミネルヴァ書房、p. 57-58、104-135。