

# アジア諸国の社会保障

健康保険組合連合会 一 圓 光 弥

1974年10月に、国際社会保障協会(ISSA)のアジア・オセアニア地域円卓会議がフィリピンで開かれた。会議のテーマは同地域の医療保障の組織についてであった。この会議に出席する機会を得、またその際アジアの社会保障に関する若干の資料も入手できたので紹介したい。

## I

アジア・オセアニア地域の中にはオーストラリアや日本のような先進国もあるが、ほとんどは発展途上国であって、発展途上国の社会保障は先進諸国のそれと比べれば歴史も浅く、適用対象人口も少なく未成熟である。ところでこの未成熟という意味には二つの側面があるように思われる。

一つは、より完備した先進諸国の社会保障と比較して発展途上国の社会保障の水準が低いということである。これは発展途上国の経済的・社会的基盤を考慮にいれるならば容易に理解できることである。そもそも社会保障は近代的な産業労働人口の存在を前提として生れたものである。したがって、工業化の度合いが低く、前近代的な社会機構を根強く残している農村人口の多い発展途上国において近代的な社会保障の仕組をそだてる基盤が弱いのは当然である。

未成熟であるということの他の側面は、以上のような社会保障の発展を制約する条件にもかかわらず、発展途上国の社会保障は急速な発展の途上にあるということである。アジアの発展途上国で社会保障が導入されたのは1950年代以降であ

ると考えてよいが、それ以降各国で各分野にわたって社会保障が導入されまた拡張されてきた。その発展の速度は、先進諸国における社会保障の長い歴史と比べれば、比較にならないほど速いといえる。そして現在も、これらの国々の社会保障は大きく変化し続けている。

このような変化と発展がどのような形でおさまるかを予想することはできないが、少なくとも労働者の自主的な相互扶助組織の上にいわば自生的に発展してきた先進諸国の社会保障とは異なるものになることは確かであろう。

## II

アジア地域の社会保障が発展の途上にあると言っても、その発展の程度を明らかにすることは容易ではない。ワダワン氏は、アジア・オセアニア諸国の社会保障の発展状況を次のようにまとめている(S.K.Wadhawan, *Development of Social Security in Asia and Oceania, International Social Security Review, Year XXV, No. 4, 1972*)。

第1には社会保障の先進国がある。オーストラリア、日本、ニュージーランドとソ連がこの中に含まれる。イスラエルもほぼこのグループの状態に到達していると考えられる。これらの国々では、老齢・疾病・労災・失業の諸給付および家族手当の全分野で、ほとんど全国民を対象とする社会保障が完備している。

第2のグループには、社会保険の経験が比較的長く、これらの社会保険を中心として、ほとんどの被用労働人口を対象とする社会保障を完備しつつある国々が入る。ビルマ、インド、イラン、レバノン、フィリピン、トルコなどがこのグループに入る。

第3のグループには、アフガニスタン、インドネシア、韓国、マレーシア、パキスタン、スリランカ、シリア、タイ、ベトナムなどが含まれる。社会保険の導入が検討されている国々である。

ワダワン氏のこの分類は、一時点をとって社会保険の存否を調べ、それをもと

に各国の発展状況を区別したものであった。

これに対し、社会保障の経験年数をもとにその発展度を指数化したものが、平、キルビー両氏によって紹介されている (K. Taira, P. Kilby, Differences in Social Security Development in Selected Countries, International Social Security Review, Year XXII, No. 2, 1969)。この方法に基づいて資料の得やすいいくつかの国々の社会保障発展指数を示したのが表1-1の①欄である。経験年数

表1-1

	第1グループ			第2グループ					第3グループ					(資料)	
	オ ス ト リ ア	日 本	イ ス ラ エ ル	イ ラ ン	イ ン ド	フィ リ ン ピン	ト ル コ	ビ ル マ	マ レ イ シ ア	パ キ ス タ ン	ス リ ラ ン カ	イ ン ド ネ シア	韓 国		タ イ
① 社会 保 障 の 経 験 年 数 一 九 七 〇 年															
老令・病 死・給 付	62	29	17	17	18	16	21	0	19	0	12	0	0	0	0
疾病・出 産 給 付	58	48	17	21	22	18	25	16	0	8	0	13	7	0	0
労働災 害 給 付	68	59	44	34	47	43	25	47	41	47	36	31	17	14	0
失業給 付	26	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
家族手 当	29	0	11	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合 計	243	159	89	89	87	77	71	63	60	55	48	44	24	14	0

の算定には、おのおのの分野で最初に関係法が制定されてから1970年までの年数を用い、その資料には、『世界各国の社会保障, 1973年』(U. S. Dept. of H., E., and W., Social Security throughout the World, 1973, 資料A)を用いた。経験年数の多い国からならべてみると、ワダワソンの三段階分類と矛盾するところがなかった。またこの指数をみて気付く点は、第1グループのオーストラリアや日本とその他の国々との間にはかなりの差が認められるのに対し、その他の発展途上国の社会保障の経験年数の差には極端な段差がなく、な

だらかな線を示していることである。これは、第2グループから第1グループに移るには質的な変化を必要とするが、第3グループから第2グループへの移行は継続的で、両者間には必ずしも質的な差がないことを示しているように思われる。このことはまた、若干古い資料になるが、表1-2の③欄の、GNPに占る社会保障総支出の割合にも認められる(国際労働事務局, 社会保障研究所『社会保障の費用, 1964~1966』, 昭和48年, 資料D)。すなわち第1グループとその他

表1-2

	第1グループ			第2グループ				第3グループ					(資料)		
	オ ス ト リ ア	日 本	イ ス ラ エ ル	イ ラ ン	イ ン ド	フィ リ ン ピン	ト ル コ	ビ ル マ	マ レ イ シ ア	パ キ ス タ ン	ス リ ラ ン カ	イ ン ド ネ シア		韓 国	タ イ
② 1人当り国民所得 1970年(米ドル)	2629	1638	1636	334	86	211	348	75	309	132	160	89	230	176	B
③ GNPに対する社会 保障支出, 1965-66年(%)	8.2	5.8	6.6	---	1.7	---	1.7	0.9	3.0	0.5	3.6	---	---	---	D
④ 社会保障に占める公的 保健サービス, 1965-66年(%)	16.0	9.7	22.9	82.3	70.4	84.6	18.5	90.3	76.7	86.4	95.4	---	---	---	D
⑤ 社会保障収入に占める 公費, 1965-66年(%)	74.1	32.3	32.9	---	29.7	---	5.3	87.4	30.3	44.9	55.6	---	---	---	D
⑥ 社会保障収入に占める 事業主拠出, 1965-66年(%)	12.0	30.3	28.0	---	33.1	---	44.9	9.5	33.4	55.1	28.3	---	---	---	D
⑦ 都市人口の割合(%) 1970年	83	54	77	39	20	35	37	19	47	16	20	18	39	19	B
⑧ 労働人口に占める雇 用者の割合(%)	*5	*8	*9	*5	*2	*8	*4	---	*6	*6	*3	*4	*9	*1	C
⑨ 1病床当り人口	*7	*8	*9	*9	*6	*7	*9	*9	*8	*6	*7	*9	*9	*8	B
⑩ 1医師当り人口	*7	*8	*9	*9	*6	*7	*9	*9	*8	*6	*7	*9	*9	*8	B

\* 1 1960年, \* 2 1961年, \* 3 1963年, \* 4 1965年, \* 5 1966年, \* 6 1968年, \* 7 1969年, \* 8 1970年, \* 9 1971年。

の国々との間には大きな差が認められるが、発展途上国の間では、社会保障の経験年数と相関関係はない。換言すれば、社会保障の経験年数によるこの指標は、先進諸国と発展途上国との社会保障の格差は示しえても、発展途上国相互間の社会保障の発展度を適格に反映しているとはいえない。

このように社会保障の歴史の長短は、社会保障の育成と発展を促進する条件の一つではあっても、決して発展途上国における社会保障の適用範囲の広さや、規模の大きさを説明するものではない。このことはまた、これらの国々の社会保障

が自生的な発展の道をたどるものではないこと、多少の差はあれ本格的な社会保障の出発点にあることを示しているように思われる。

III

ここで発展途上国の社会保障の制度的な特徴を見てみることにする。表1-1の①欄でも明らかのように、最も歴史も古く適用度の高い分野は労災部門である。これに続いて短期給付である疾病給付や出産給付部門が古く、老齢・廃疾・遺族等の長期給付部門の歴史が浅い。また短期給付ではあるが失業保険を採用している国が全くなく、家族手当もイスラエルとイランの例外を除いて採用されている国はない。

これとは逆に発展途上国では、社会保障に占める公的保健サービスの割合が圧倒的に高くなっている。表1-2の④欄(前掲『世界各国における社会保障の費用』)に見るように、比較的医療保険が発達しているトルコを除いて、この割合は70~95%の間に位置している。第1グループとの差は顕著である。

IV

次に社会保障の仕組としてどのような方式がこれらの国々で採用されているかを見てみたい。ILOの社会保障に関するアジア地域のアドバイザーであるトムソン氏は、この地域の社会保障の仕組として次の4方式をあげている(K. Tompson, Social Security in Asia; Effectiveness and Shortcomings of Various Types of Social Security Measures Adopted by Developing Countries in Asia, prepared for Asian Regional Seminar on Social Security, National Economy and Planning, Manila, 1974, 資料E)

一つは雇主責任制度であり、労働法規等によって雇主にその労働者の保護を義務づけるものである。第二にはプロビダント・ファンド制度があげられる。この

制度も職域を中心に組織され、老後や廃疾、死亡に備えて労働期間中に賃金の一部を貯蓄する制度である。第三は個々の危険をプールすることで所得の喪失に備える社会保険制度である。最後の一つは拠出にもとづかず、従って財源を公費に依存する社会扶助、保健サービス等の制度である。

V

雇主責任制度は、労働災害や疾病、出産給付など短期給付部門にしばしば採用され、政府当局としてもその採用が容易であることから、他の方式に比べその歴史は古いようである。この制度で労災給付を支給している国々には、表2の①欄の通り、ビルマ、インド、インドネシア、マレーシア、パキスタン、フィリピン、韓国、スリランカ、タイなどがある。

表 2 (1973年)

	第1グループ	第2グループ	第3グループ	(資料)								
	オイスラ 日 本	イスラ エ ル	イ ラ ン		イ ン ド	イ ン ド ネ シ ア	マ レ イ シ ア	パ キ ス タ ン	ス リ ラ ン カ	イ ン ド ネ シ ア	韓 国	タ イ
① 労災給付	雇	社	社	社	社	社	社	社	社	社	社	E
労災医療給付	雇	社	社	社	社	社	社	社	社	社	社	
老齢年金(一時金)	扶	社	社	社	社	社	...	...	...	...	...	
② 廃疾年金(一時金)	扶	社	...	社	社	社	...	...	...	...	...	
遺族年金(死亡一時金)	扶	社	社	社	社	社	...	...	...	...	...	
疾病給付(傷手)	扶	社	...	社	社	社	...	...	...	...	...	
③ 出産給付	扶	社	社	社	社	社	...	...	...	...	...	
死亡一時金	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
④ 医療給付	扶	社	...	社	社	社	...	...	...	...	...	
⑤ 失業給付	扶	社	...	...	...	...	...	...	...	...	...	
⑥ 家族手当	扶	社	社	...	...	...	...	...	...	...	...	

(注) 雇一雇主責任制度、プープロビダント・ファンド制度、社一社会保険、扶一社会扶助、サー保健サービス制度

オーストラリアや韓国のように、雇主に保険への加入を義務づけ、労働者の保護機能を高めている国もあるが、他は雇主が直接労災時に給付している。

この制度で疾病給付（傷病手当金）を支給している国にはビルマがあり、出産手当金はインド、マレーシア、フィリピン等で支給している。この他インドやイランのように、雇主に離職者への一時金の支払を義務づけている国もある。

実施が容易であるという利点を除けば、この制度には問題が多い。それはこの制度の運営が、雇主の負担能力に直接依存しているからで、小規模事業所等では特に雇主の弱い負担能力が給付に大きな影響を与えている。多くの場合雇主は定められた給付を支給せず、また支給する場合でもそれが事故の発生から数カ月も1年も後になっているとのことである。これに対し労働者も、複雑な制度に対する無知や雇主に対する立場の弱さから、給付の請求をしないことが多い。公的機関による監督も個々の事例にまでは及ばず、制度の有効な実施が妨げられているようである。一般に社会保険に比べて給付期間が短いのも特徴である。

このようなこの制度の欠陥から、この制度にかえて、社会保険を導入、発展させようとする努力もなされている。表2の①欄の通りそうした転換を実施に移している国々には、ビルマ、インド、マレーシア、パキスタン、タイの4カ国がある。

## VI

プロビダント・ファンド制度とは、老齢、廃疾、死亡等の事由に備えて、就労期間中に賃金の一部を積立てる制度で、財政破綻の危険がない上、政府にとって実施が容易であるため、歴史も比較的長く、インド、マレーシア、スリランカなどの発展途上国で採用されている。

給付はインドの場合を除いて、一時金で、本人（又は雇主）の積立金総額に利子を加えた額が支払われている。社会保険による年金制度が老齢年金、廃疾年金、遺族年金など、受給者のノードに応じて長期間にわたって年金を支給するのに対し、この制度では本人の積立実績に応じた一時金が支払われ、所得能力を失なっ

た人々の保護という点で大きな限界がある。またこの制度では積立金の一部または全部を、上に述べた事由以外の目的で中途に引き出すことが一般に認められており、これがこの制度の欠陥を一層大きなものにしていく。

こうした欠陥を是正し、プロビダント・ファンド制度の保障機能を強化している例として、1971年から発足したインドの家族年金制度があげられる。これは本人が死亡した場合にその家族に年金を支払う制度で、それまでの一時金一本のプロビダント・ファンド制度に追加する形で生れた制度である。この制度に長期的な年金給付を導入したことで注目されている。

## VII

労災や老後などによる所得の喪失から人々を保護するためには、個々のリスクと費用を社会的にプールする社会保険の仕組が、雇主責任制度やプロビダント・ファンド制度より勝れていることは以上の説明からも明らかであろう。発展途上国の多くが社会保険の導入と発展に努力しているのも当然であろう。

社会保険の採用状況を表2で見ると、②欄の長期給付部門では社会保険をとる国は少なく、イラン、フィリピン、トルコの3カ国に限られていることに気付くであろう。これに対して①欄の短期給付部門ではここに掲げた半数以上の国々が社会保険を採用している。

ただ注意しなければならないのは、社会保険が採用されていることが、その国の多くの国民が社会保険の適用を受けていることを意味しない点である。表1-2の⑦欄と⑧欄に、都市人口の割合（国際連合統計局編、善濃部翻訳監修『世界統計年鑑（1972）』、Vol. 24、原書房、昭和48年、資料B）と、労働人口に占める雇用者数の割合（国際労働事務局『1972年版国際労働経済統計年鑑』、日本ILO協会、昭和48年、資料C）とを示しておいたが、一般に都市の雇用労働者が全体としての人口にしめる割合が低く、逆に農村人口が多いのが発展途上国の特徴である。さらに雇用者の多くが小規模事業所で就労しており、社会保険が適用されている人口は、一般に雇用者のうちのごく一部にすぎないのである。表1-1の①欄の社会

保障の経験年数を示す指標が、必ずしもその国の社会保障費の規模を反映しなかった主な原因の一つはこの点にあるといえよう。

このような適用対象範囲の狭さを反映して、発展途上国の社会保険には一般に公費負担がないのが特徴である。インドやビルマの社会保険に公費負担があるのはむしろ例外に属するといってもよい。ただし新しく制度を導入する際に国が財政的な援助をすることは少なくないようである。

社会保険がごく限られた人々を対象としていることが、全体としての国民の福祉に弊害をもたらしかねないという点で、特に注意しなければならないのは医療保険であろう。表1-2の⑨欄と⑩欄に1病床当り人口と、医師1人当り人口とを掲げておいたが(前掲『世界統計年鑑(1972)』), それらの数字に端的にあらわれているように、発展途上国の医療施設と医療従事者は絶対的に不足している。しかもこれらの数字は全国平均であって、農村部における医療資源の不足は一層深刻である。国民医療を確保する上で医療資源の適正配置と有効利用を図ることは先進国以上に重要であろう。医療保険の実施と拡大が、それでなくても比較的恵まれている都市の雇用者層への医療資源の集中をもたらすとすれば、これは国民医療を阻害することになりかねない。全体としての国の保健政策との連携が強く要請される部門である。

発展途上国の医療保険の特徴は、フィリピンや韓国の例を除いて、一般に医療給付が公的医療施設を通じて現物支給されていることにある。この公的医療施設には社会保険機関そのものの管理・運営する施設も多く含まれている。医療供給基盤の脆弱な発展途上国においては、需要側の社会化のみを進めることは実質的な医療保障にならず、需要の社会化と供給の社会化とが不可分の関係になっていることの現われであると考えられる。

## VII

第4番目の制度は無拠出給付制度である。この範囲に入るものの中で、発展途上国にとって最も重要なのは保健サービス制度であろう。表1-2の④欄でも明

らかなように、発展途上国の社会保障費に占める公的保健サービス費の割合は圧倒的であるといえる。ビルマ、インド、マレーシア、パキスタン、スリランカ、タイ等で保健サービスが制度化されており、無料または若干の一部負担により、国民に医療が提供されている。

社会扶助制度としては、天災罹災者に若干の見舞金を支払っている国、あるいはより積極的に困窮している病人や老人あるいは障害者を対象とする公的扶助制度を持つスリランカのような国もある。いずれにせよ扶助水準は低く、受給率も低いといわれている。

このように現在ある社会保障の各仕組を検討すると、一般に社会保険の優位性が結論づけられそうである。しかしながら、社会保険の仕組によりカバーされる人口は結局雇用者に限られ、人口の多数をしめる農村人口は取り残されることになる。発展途上国では、今後とも、社会保障費にしめる社会保険給付支出が中心になることは当然なのではないであろうか。とすれば、公的保健サービスのよ、国による直接給付制度(福祉制度)のしめる割合は決して縮小しないのではないだろうか。発展途上国の社会保障の将来はむしろこうした部門の発展に大きく依存するようになる。