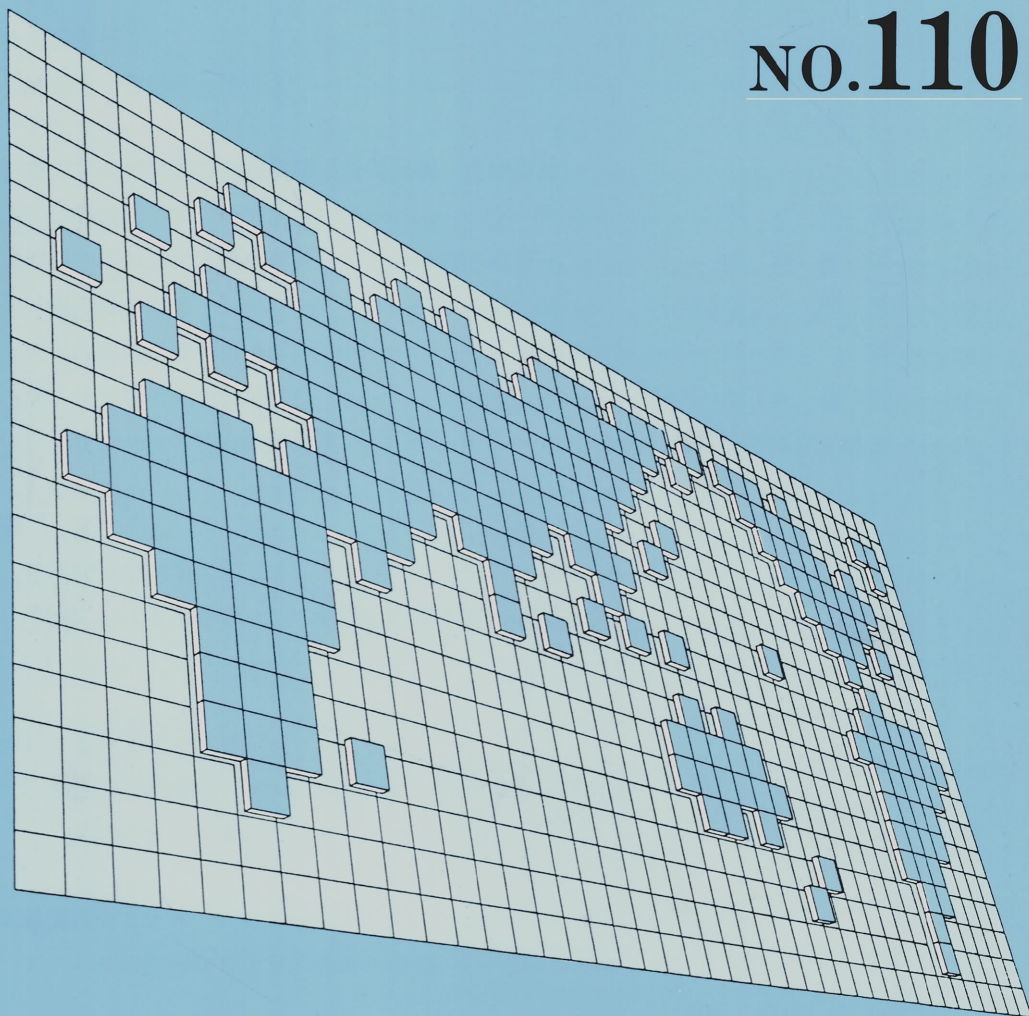


海外社会保障情報

Overseas Social Security News

Spring 1995

No.110



The Social Development Research Institute

社会保障研究所

時代の眼

晩婚化・非婚化を考える

河野 稠 果

近年わが国で出生率低下が国民的課題となるに至った。このまま低出生率が続けば、やがて日本の人口は減少し始める。同時に出生率低下は将来の労働力人口を縮小させるので、高齢人口の負担は一層きびしくなるものと予想される。

近年の出生率低下は、結婚している生み盛りの夫婦が子どもを産まなくなったわけではなく、むしろ適齢期の男女が結婚しなくなったことによっている。合計特殊出生率は過去20年間に2.14から1.46に低下しているが、この減少分のうち、どれだけが年齢別夫婦出生率の低下によったのか、そしてどれだけが有配偶率（各年齢で現在結婚している女性の比率）の低下によったのかを要因分解してみると、その100%が有配偶率低下によっている。つまり近年の合計特殊出生率の低下はすべて、適齢期男女の晩婚化あるいは非婚化によることになる。ちなみに、女性で最も出生率の高い年齢25～29歳の有配偶率をみると、1970年は80.3%であったが、85年には67.7%、90年にはわずか57.5%に減少している。

さて、適齢期の男女がなぜ最近結婚しなくなったのであろうか。推測も加えて考えてみると、それは大体次の3つの理由によるものと思われる。第1は見合い制度の衰退、第2は男性と女性がそれぞれ相手に期待する条件の違いによる、結婚市場におけるミスマッチ現象、そして第3として独身女性が結婚や家庭に対して抱き始めた幻滅感であろう。しかし残念ながら現在の調査技術の段階では、そのうち何パーセントが第1、第2、第3の理由によるのかをはっきりとした数字で表せる状態に達していない。

第1の見合い結婚の衰退は戦後の不可逆的傾向である。しかし一方で見合い結婚を忌避しながらも、それでは適齢期の男女が恋愛関係を満喫しているかといえば、そうではない。1992年に厚生省人口問題研究所が行った「結婚と出産に関する全国調査」によれば、18～34歳の未婚男性のうち交際している女性が全くいない人は47.3%、未婚女性のうち交際している男性が全くいない人は38.9%と淋しい結果になっている。見合い結婚の衰退は、結婚を前提とした男女の交際機会を狭くして

いるように思える。

第2の適齢期の独身男女のミスマッチは、根本的には男性が女性に求める条件と女性が男性に求める条件が非常に異なることに由来している。ミシガン大学のバス (D. Buss) 教授の国際比較研究によれば、女性にとって重要なのは男性の経済力・甲斐性であるが、男性にとっては女性の若さと美貌が一番の条件であり、これは洋の東西を問わず普遍だという。厚生省人口問題研究所の前掲調査では、男女ともまず相手の人柄を重視するというが、それに続く重要な条件として、女性にとっては男性の経済力、男性にとっては女性の容姿を挙げている。

結婚適齢期の独身女性は独身男性に対して数が少ない上に、上方婚志向（たとえば“三高志向”）があれば、結婚市場で男女間のミスマッチが起こる。経済力のない男性、学歴のない男性、3 K 産業に従事する男性は望みが少ないことになる。一方、大学卒で収入の高い女性は国内では相手が見つからないことにもなる。テレビ等の普及で、都会風の瀟洒しょうしゃで物質的に充実したライフスタイルを維持できる“カッコ良い”男女が理想像となれば、特に女性にとって周辺に“よい男はいない”ことになる。見合い制度が次第にすたれてくると、いささか誇張していえば“もてる男女”、“結婚有資格者”とそれ以外との二極分化が熾烈となろう。

第3の理由は、独身の女性が現在のようないぜん男尊女卑の結婚・家庭のあり方を望ましいものとは思わなくなったことであろう。女性の高学歴化、そして家庭外の就業は彼女等の経済的自立を可能にした。一方、家庭よりも仕事重視の男性の生活態度、結婚したら夫婦で海外旅行にも行けないという拘束性、そして亭主関白、こういったものが女性にとって結婚の魅力を失わせているのだろうか。

正直いって人口学の中で一番遅れているのが結婚の研究である。とかく結婚の問題は興味本位に扱われるが、実証データに乏しい。理論としてたとえばベッカー (G. Becker) の所説は魅力的であるが、首をかしげる点もある。今後もっと適齢期男女の深層心理に迫る調査が行われ、研究の発展が期待される。

(この・しげみ 麗澤大学教授)

アジア諸国の社会保障制度

平石 長久

はじめに

通常，社会保障の領域でアジア諸国を取り上げるときには，アジアと太平洋の広い範囲が対象とされる。これらの地域には，東，東南および南アジアの各国，一部を除く中東の諸国，オセアニアの国々，および一部を除く旧ソ連の国々が含まれている。これらの国々は60カ国以上で，本稿はそれらのうち47カ国（表4参照）を取り上げており，約30%の国々が対象から除かれている。

除かれた国々は資料や情報を入手できないので，取り上げることができないのである。これらの国々は朝鮮民主主義人民共和国（北朝鮮）などの東や東南アジアの国，カタールなどの中東の国，トンガなどのオセアニアの国，アゼルバイジャンなどの旧ソ連の国である。また，かつて老齢・障害・遺族，疾病・出産，労働災害，家族手当の諸給付部門の採用を伝えられていたヴェト・ナムとナウル，および労働災害と家族手当の実施を伝えられたカンボジアと労働災害の実施を伝えられたラオスなどは，その後，資料や情報が絶えているので，本稿では取り上げられていない。

ところで，本稿に取り上げた各国の状況は，主として，1993年（一部は1994年）の概況を示しているが，紙幅の余裕もないので，各国の制

度の詳細は省略し，一般的な状況が概述されている。

I 制度の実施国

長年にわたりアメリカから届いている資料²⁾を用いて，アジア諸国の1973年（それ以前は省略）以後における社会保障制度の実施状況を見れば，表1に示されるように，実施国は次第に増加して，1993年には45カ国になっていた。実施国の増加では，たとえば，1973年から1983年には，バーレンやクウェート，香港などが，また，1987年から1989年には，ペラウなどの太平洋の国々，イエーメンなどの中東の国が増えて

表1 アジア諸国の社会保障制度—各給付部門の採用状況

	1973	1983	1987	1989	1991	1993年
国合計	33	36	35	39	40	45
うち全給付採用 給付部門 ¹⁾	4	4	5	6	6	10
老	22	32	31	36	38	43
疾	23	22	19	19	22	27
労	31	34	33	33	33	39
失	4	5	6	7	7	13
家	10	8	8	8	9	12

注：1) 老=老齢・障害・遺族，疾=疾病・出産，労=労働災害，失=失業，家=家族手当。

資料：U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, Washington, D.C. 1974-1994.

いた。1991年から1993年には、従来、1カ国で示されていた旧ソ連解体後のロシア連邦、カザフスタン、キルギスタン、トルクメニスタン、ウズベキスタンなどの各国がそれぞれ別々に示されるようになり、実施国の数が増えている。ちなみに、この20年間に、カンボジア、ラオス、ヴェトナムなどのように、上記の資料から姿を消した国々もあった。

社会保障制度を実施する国々の最近20年間における各給付部門別の状況をみれば（表1参照）、多くの国々が採用するのは老齢・障害・遺族と労働災害の両給付部門である。これらの給付部門では、1987年まで後者の実施国が前者の実施国を上まわっていた。従来、この形は世界各国の社会保障制度で一般的にみうけられており、その形になる原因の一例として、労働災害給付部門は各国の社会保障制度の歴史では比較的に早い段階に採用されるし、また、使用者の無過失責任にもとづく使用者の賠償責任により、いわゆる後発グループ諸国でも、早い時期から採用されていたことが指摘される。なお、かつて植民地の時期に、旧宗主国が旧植民地に本国の制度を実施し、後者の独立後に、その制度が旧宗主国の遺産として実施されていた。国際社会保障の1部門では、旧宗主国と旧植民地の間におけるこのような状況を、後者における前者の遺産と呼ぶことができる。かつてヨーロッパ諸国の植民地になっており、その後独立したアフリカの国々はその典型的な例で、同一宗主国から独立した国々では、同一の制度が独立後の異なる国で実施されていた。それはともかく、世界各国では、最近、老齢・障害・遺族給付部門と労働災害給付部門それぞれの実施国数が次第に接近して、1993年には、両者は同一（155カ国）になっていた³⁾。アジア諸国でも同様に両

給付部門の実施国は接近するようになり、1989年以後、老齢・障害・遺族給付部門の実施国が労働災害給付部門の実施国を上まわるようになった（表1参照）。このような変化で若干付言すれば、1993年には、労働災害給付部門を採用していないクウェート、ペラウなどの国々は、従来の一般的傾向では採用の後れる老齢・障害・遺族給付部門を先に採用し、それらに積立金や社会保険の仕組みを用いている。

疾病・出産給付部門の実施国は、過去20年間でも比較的少ない。この給付部門の採用を制約する一因は、この部門の活動に必要な医療で、その提供の有無、医療の質や水準、提供可能な範囲などが挙げられる。この給付部門では、現金給付と医療給付のいずれかを、また、疾病と出産のいずれかを欠く例がみうけられる。

失業給付部門の実施国は少ない。各給付部門のうち、この給付部門の実施国は、アジア諸国だけでなく、世界各国においても過去40年以上の間を通じてきわめて少なかったのである。この給付部門を採用する国が少ないのは、この部門の必要な国が少ないからではなくて、採用できる国はすでに採用し、その他の国々は採用しなくても、採用できないのである。本来、この給付部門の採用には、各種の条件の整備が必要で、たとえば、それらはある程度の工業化の達成、労働市場の組織化、管理・運営に必要な公的（行政）機関の整備、雇用サービスのネットワーク、労使双方（とくに使用者）の理解などの基本的な条件である。これらの条件の必要なことはアジア諸国も例外ではない。いろいろな条件がかなり整備され、失業給付部門を採用できるオーストラリア、イスラエル、日本、ニュー・ジーランドなどはなんらかの手段ですでにこの給付部門を採用しており、他の一部の国も

なんらかの方法と形でこの給付部門を採用している。ちなみに、かつての社会主義諸国は、本来失業が存在しないものとして、ブルガリア、ハンガリー、ユーゴスラヴィアなど一部の国々を除いて、失業給付部門を採用していなかった。旧ソ連もこの部門を採用していなかったが、1993年には、旧ソ連の諸国はこの給付部門を採用していた(表4参照)。いずれにしても、アジアの多くの国々はこの給付部門の採用を必要としているが、採用したくても採用できないのが実情である。

家族手当給付部門の実施国も少ない。1993年までの20年間に、実施国数はあまり増えていなかった。1991年から1993年では3カ国が増えており、スリ・ランカが消えて、旧ソ連の国々が増えていた。かつて家族手当の給付部門は世界各国の状況でも実施国が少なく、限られた国々だけで採用されていた。ちなみに、労働災害の給付部門と同様に、家族手当の給付部門も旧宗主国が旧植民地で実施し、後者の独立後の各国に前者の遺産として実施されていた。たとえば、アフリカの例では、フランスやベルギーなどの旧植民地で、その後独立したそれぞれの国に旧宗主国の制度が、遺産として同様な形の制度で残っていた。アジア諸国では、たとえば、フランスの旧植民地であったヴェトナムで実施されていた家族手当制度はこの例に該当する。

ところで、表1に示された5給付部門をすべて採用していた国は、同表に示されるようにきわめて少なかった。たとえば、1973年には、その例はわずかに4カ国で、その後も増加は少なく、1993年にやっと10カ国になっており、同年の増加には、旧ソ連解体後の国々が含まれている。それはともかく、アジア諸国の一般的な形では、一部の給付部門を欠く例があり、中には、

採用を制約されている例もみうけられる。したがって、5給付部門のすべてを採用できる限られた国はオーストラリア、ニュー・ジーランド、イスラエル、日本、香港、イラン、および旧ソ連の国々であった(表4参照)。

II 給付部門と仕組み

本稿で取り上げた47カ国のうち、1993年に、各給付部門の採用国は表2に示されるとおりである(表4参照)。ちなみに、資料が異なるので、同表と表1の数字は異なっている。

表2に示されるように、老齢・障害・遺族給付部門を採用するのは45カ国で、この給付部門が最も多い。47カ国のうち、この給付部門を採用していなかったのはバングラデシュとミャンマーであった。この給付部門を採用する国は約10年間にかなり増えている。疾病・出産給付部門を採用するのは29カ国で、比較的少ない。採用していない国々は、主として、医療の供給を制約されている例が多い。労働災害の給付部門は41カ国が採用しており、47カ国のうち、大部分の国々がこの給付部門を実施している。この給付部門では、使用者責任の素朴な形の仕組みや私的な商業保険の代用を用いる例が他の給

表2 給付部門別の実施国 (1993年)

給付部門	実施国 ¹⁾
なんらかの給付	47 ²⁾
老齢・障害・遺族	45
疾病・出産	29
労働災害	41
失業	14
家族手当	12

注：1) 資料が異なるので、表1と数字が異なる。

2) 対象にした国の合計。

資料：表4参照。

付部門より多い。失業給付部門を採用するのは14カ国で、かなり少ない。この給付部門でとくに注目されるのは、かつてこの給付部門を原則として採用していなかった旧ソ連の解体後の国々が、この給付部門を採用していることである。家族手当の給付部門を採用するのは12カ国で、きわめて少ない。この給付部門は失業給付部門と同様に、制度を実施できる国で一応すでに採用されているといえる。

各給付部門が採用する手段（仕組み）は、国際社会保障では、通常、社会保険、公的サービス、社会扶助、およびその他の手段に大別される。これらのうち、社会扶助は全国民を対象にする方法と、低所得や生計困難などの特定の人びとを対象にする方法に分けられ、その他の手段は一時金を用意する積立金、労働法などで実施を要求される使用者責任、私的な商業保険による代用などの方法を含んでいる。本稿では、各国の用いる手段（仕組み）について上述した各種の手段を利用しており、さらに、全国民を対象として、給付を用意する仕組みに、包括的適用の仕組みという名称を用いている。

各給付部門のうち、家族手当を除いて、最も多く用いられる仕組みは社会保険で、使用される仕組みの詳細は各給付部門によって異なる。老齢・障害・遺族の給付部門では、30カ国が社会保険を、14カ国が積立金の仕組みを用いている。積立金について付言すれば、この仕組みは一種の強制貯蓄であり、労使双方がそれぞれ拠出の定期的な支払いに慣れ、また、個別的な勘定の方式でその拠出収入を蓄積して、これの合計に利子を加えた給付がそれぞれの加入者に一時金の形で支払われる。このように経験と資金を貯えて、その後、社会保険の仕組みに移る例が多い。アジア諸国の採用する社会保険にも、

このような推移を経た例がある。ちなみに、上述した両仕組みでは、先行して登場する素朴な仕組みが積立金であり、これを発展的に変化させて、機能を向上させたのが社会保険であるといえる。これら以外の仕組みでは、全国民を包括的にカバーして、給付を用意する包括的適用が5カ国、社会扶助が7カ国で、これらの両者を組み合わせる方法の典型的な例は、オセアニア型の社会保障制度を実施するオーストラリアとニュー・ジーランドである。また、社会扶助を社会保険に組み合わせる方法はよく用いられ、わが国もこの例に属する。旧ソ連の各国も両者を組み合わせているが、この場合の社会扶助は通常の仕組みとは若干異なり、たとえば、社会扶助は所定の年齢であり、就労していないか障害で、しかも雇用に関連した年金の受給資格のない者に、特殊な年金を提供している。

疾病・出産の給付部門では、23カ国が社会保険を、また、8カ国が全国民をカバーする包括的適用を、さらに、3カ国が社会扶助、2カ国が使用者責任、1カ国が積立金をそれぞれ用いていた。社会扶助はオーストラリアとニュー・ジーランドで包括的適用と、また、旧ソ連の諸国で社会保険と組み合わせていた。オセアニアの上記2カ国は包括的適用の仕組みで現金給付を、社会扶助の仕組みで医療給付を用意しており、後者の給付は、いわゆる公的医療サービス（公的サービスに属する）により医療を提供している。旧ソ連の諸国は社会保険で現金給付を、包括的適用の仕組みで医療給付を用意しており、後者も上述した公的医療サービスによる医療の提供である。中国と香港は使用者責任の仕組みを用いる特殊な存在ともいえるが、後者は使用者責任に社会扶助を組み合わせている。中国は使用者責任により現金給付と医療給付を提供

し、香港は使用者責任により被用者に現金給付を、社会扶助で全居住者に現金給付をそれぞれ用意し、医療給付を提供していない。インドネシアと韓国は社会保険を、また、シンガポールは積立金をそれぞれ用いて医療給付を提供しているが、いずれの国も現金給付を用意していない。シンガポールは積立金で疾病時の現金給付を用意する特殊な例である。

労働災害の給付部門では、24カ国が社会保険を、13カ国が使用者責任の仕組みを用いており、後者は早い時期から用いられた素朴な仕組みである、4カ国は包括的適用を採用し、社会扶助と積立金をそれぞれ1カ国ずつが用いており、11カ国が私的な商業保険を利用し、これらのうち、数カ国は私的な保険だけを用いていた。7カ国は使用者責任と私的な保険を、また4カ国は社会保険と包括的適用をそれぞれ組み合わせていた。

失業給付部門では、10カ国が社会保険を、5カ国が包括的適用を、3カ国が社会扶助を、1カ国が使用者責任をそれぞれ用いており、包括的適用は社会保険と組み合わせられていた。家族手当の給付部門では、8カ国が包括的適用を、4カ国が社会扶助を用いており、社会保険と使用者責任の仕組みがそれぞれ1カ国で、雇用関連の仕組みが2カ国であった。雇用関連の仕組みは従業員を対象にして、使用者の負担で給付を用意する方法で、イランとレバノンがこの仕組みを利用している。

各給付部門のうち、老齢・障害・遺族の給付部門の用意する各種の給付のうち、本稿は主として老齢給付を取り上げている。1993年に、各国のうち42カ国の老齢給付をみれば（表5参照）、22カ国は所得比例、4カ国は定額の支給方式を用いており2カ国は定額に所得比例を組み

合せて、また、15カ国は一時金を用いていた。このように、半数以上の国が定期的支払いの方法を用いており、それらの中で多くの国は所得比例方式を採用し、定額方式が4カ国で、その中にわが国の国民年金が含まれる。定額方式だけを用いる典型的な例はオーストラリアとニュー・ジーランドであった。定額と所得比例の方法を組み合わせる2カ国のうち、1カ国はわが国である。ちなみに、一時金方式の採用は社会保険による定期的支払いの方法をまだ採用できない国々が用いている。しかし、レバノンと台湾は社会保険の仕組みを用いているのに、給付の支給方式は一時金である。反対に、イェーメンは積立金の仕組みを用いているのに、所得比例方式による定期的支払い（年金）の給付を用意している。インドは積立金と社会保険の2種類の仕組みを用いているが、両方の仕組みの給付はいずれも一時金である。また、若干異なるが、同様に2種類の仕組みを用いるマレーシアでは、社会保険は障害年金（所得比例方式の定期的支払い）だけを用意しており、老齢給付は一時金方式である。

老齢者にこれらの給付を支給する年齢（いわゆる年金年齢を含む）は（表5参照）、50歳から65歳にわたっている。男子と女子に異なる年齢を用いるのは約20カ国、また、男子に65歳を用いるのはオーストラリアとイスラエルで、両国では、女子の年齢は60歳である。わが国の国民年金は男女いずれも65歳を、また、レバノンの一時金は男女の双方に64歳をそれぞれ用いている。男子に60歳を用いるのは20カ国を若干上まわり、そのうち、7カ国は男女いずれも60歳で、女子に60歳を用いる合計は約10カ国である。50歳を用いる例は比較的に少なく、55歳を用いる例が多い。ニュー・ジーランドは1992年4月に

表3 各国の疾病・出産部門の現金給付の支給方式

国	現金給付		国	現金給付	
	疾病	出産		疾病	出産
アフガニスタン		有給休暇	キルギスタン	所得比例 ¹⁾	
オーストラリア		定額	レバノン	所得比例 ¹⁾	
バングラデシュ		所得比例	ミャンマー	所得比例	
中国		所得比例 ¹⁾	ニュー・ジーランド	定額	
香港		所得比例	パキスタン	所得比例 ¹⁾	
インド	定額	所得比例 ¹⁾	フィリピン	所得比例 ¹⁾	
イラン		所得比例	台湾	所得比例 一時金	
イラク		所得比例 ¹⁾	タイ	所得比例	
イスラエル	なし	所得比例	トルコ	所得比例	
日本		所得比例			

注：1) 出産給付の支給率は100%である。

資料：U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World-1993*, Washington, D.C., 1994 を中心にして、ISSA (Geneve と New Delhi) などの資料と情報で補足してある。

60歳から61歳に年金年齢を引き上げ、その後6カ月ごとに年齢3カ月分ずつを引き上げて、2001年に65歳を実現しようとしている。わが国の厚生年金保険では、男子の年齢は2001年から引き上げを開始され、2013年に65歳を実現することを決定されている（坑内員と船員は5歳低く、女子は5年後れる）。

疾病・出産給付部門を採用する国は29カ国で、そのうち19カ国の現金給付は表3に示されたとおりである。また、現金給付で疾病と出産に同一の支給方式を用いるのは15カ国で、インド、イスラエル、台湾の3カ国は両者の給付が異なり、アフガニスタンは使用者の負担する有給休暇を疾病で20日、出産で90日用意している。現金給付の支給方式は定額と所得比例の方式に分けられ、オーストラリアとニュー・ジーランドは疾病と出産に、資力や所得の調査を条件とする定額方式の給付を用意し、インドは疾病に定額方式、出産に所得比例方式を採用しており、インドの定額は賃金等級ごとに定められた定額

になっており、通常の設定とは異なっている。イスラエルは公的な制度では出産保険だけ採用し、疾病保険を実施していないので、出産だけに所得比例方式の給付を提供している。ちなみに、この国では、疾病時の現金と医療の給付は労働組合連盟 (Histadrut) の経営する私的な健康保険 (Kupat Holim) が提供している。ところで、前述したように、香港は現金給付だけで、医療給付を用意していない（医療は他の方法により公立病院で提供される）。反対に、インドネシア、韓国およびシンガポールは医療給付だけを提供し、現金給付を用意していない。

所得比例による疾病と出産の給付には、各国がそれぞれの支給率を採用しており、疾病給付の支給率は50～100%である。バングラデシュ、ミャンマー、台湾、タイおよびトルコの支給率は50%で、イラン、イラク、パキスタンは75%、また、フィリピンは90%の支給率を採用していた。一部の国々は50～100%の弾力的な支給率を用いており、わが国など一部の国は60%を用い

ている。疾病給付には、待期がよく設けられており、表3に示された国々も、待期を求めないミャンマーなどの一部を除き、待期を要求している。待期では、5カ国が3日、3カ国が2日で、少数の国々が5日、7日、8日、14日などの待期期間を採用していた。上述した3日と2日の待期は世界各国でよく用いられる一般的な日数で、上述したように、アジア諸国でも、これらの日数がよく用いられていた。支給期間は各国がいろいろな日数を用いているが、本稿では、それらは省略する。出産時の現金給付では、支給率は50%から100%にわたり、バングラデシュとタイでは50%、表3に示した7カ国では100%であった。その他の支給率は3分の2と $66\frac{2}{3}\%$ がそれぞれ2カ国、75%が1カ国(イスラエル)などであった。上述したように、出産給付では、100%の支給率を用いる国が多く、出産時には、このように、疾病時より有利な支給率が用意されている。出産給付の支給期間は、出産前後の合計で40日から126日にわたっており、多いのは84日(前後各6週)の6カ国であった。それ以外では、100日未満が8カ国、100日以上が3カ国になっていた。これらに示されるように、支給期間は比較的短い。

他の給付部門は省略する。

III 最近の動向

最近の動向では、各種の資料に登場する国の増えているのが指摘される(表1参照)。そのような各国の移り変わりでは、一方で資料に新しく加わるようになった国が現れ、他方でかつて資料に示されていた国が姿を消している。前者の例には、従来なんらの給付部門も採用していなかった国となんらかの給付制度を実施してい

たが、調査対象から漏れていたか、あるいは、なんらかの理由により資料に示されていなかった国々が含まれている。また、世界各国の状況では、かつて1960年代などに旧植民地の独立国が増えたときに、社会保障の資料にもそれらの国々が示されるようになり、社会保障制度実施国の増えたことがあった。アジア諸国でも新しく示されるようになった国々には、いろいろな独立国が含まれるようになったし、とくに、最近では、旧ソ連解体後の各国が資料に含まれるようになり、資料の社会保障制度実施国が増えている。

ところで、最近3~4年間の動向は新制度の採用と各種の改正に大別することができる。これら2種類の変化がとくに多くみうけられるのは、老齢・障害・遺族(15カ国以上)と疾病・出産(約6カ国)の給付部門で、労働災害、失業および家族手当の給付部門は比較的少ない。

新しく制度を採用した典型的な例はモンゴルで、従来、社会保障の全財源を政府の財政に依存していたこの国は、1991年に社会保険を採用し、政府、公的機関、および私的な各種の団体から強制的に徴収する拠出収入によって、財源が調達されることになった。この社会保険は老齢、障害、遺族、疾病、出産、労働災害、失業および医療の諸給付を統合的に含んでおり、この制度は1994年から実施されることになっていた。

タイはかつて社会保険による老齢、障害、遺族、疾病への諸給付や家族手当の法律を制定したが、それは実施されなかった。労働災害の給付部門だけを採用していたこの国は、1990年に新しい社会保険法を制定し、この法律は1991年から実施された。この法律の制度は労使折半方

式の拠出（収入上限あり）による社会保障基金を作り、医療、疾病、出産、障害、および死亡（一時金）の諸給付を用意して発足した。制度は段階的な発達を計画されており、当初従業員20人以上の事業所に、また3年後に従業員10人以上の事業所に適用され、4年目には、自営業者の任意加入が認められることになっており、これは企業規模による段階的な適用拡大の例である。また、将来、退職（老齢）、失業、家族福祉の諸給付部門を採用することが計画されており、これは段階的な給付部門拡大の例である。ブルネイは老齢・障害・遺族の給付部門に新しく積立金制度を採用し、制度は1993年には公的部門、1994年には私的部門に適用され、全労働者をカバーするこの制度は住宅購入に部分的な支払いを認めることになっていた。

ニュー・ジーランドは発生の原因にかかわらずいずれの災害にも給付を用意している数少ない国で、従来、この制度は使用者の拠出、自動車税および一般会計で財源を調達されていた。しかし、1992年に制定された新しい災害・リハビリテーション・補償法により、被用者は給料からの控除方式でこの制度の財源調達に参加することになった。また、この国では、これ以外に、労働災害に経験率を用いた保険料率が使用者に採用された。さらに、オーストラリアは高年齢の失業者を保護するために、1994年3月から60～65歳の失業者に対して、特殊な高年齢者手当を採用したが、この手当は一時的な制度として1996年7月まで実施される予定になっている。インドネシアは従来の積立金制度（従業員25人以上で、賃金総額が所定水準以上の企業に適用）に代わる積立金制度を1992年に採用したが、新制度は公的および民間のすべての労働者に老齢・障害・遺族、労働災害、医療の諸給付

を用意することになっており、1993年から健康保険が実施されることになっていた。オマーンは1992年に社会保障制度を新しく採用したが、この制度は老齢・障害・遺族保険（労使双方で財源を負担）と雇用安全・健康保険（財源は使用者負担）に分かれている。この制度は15～59歳のオマーンの被用者をカバーすることになっている。西サモアは1990年に積立金制度を改正して、高年齢者給付基金を創設した。この基金は65歳以上の全市民に定額の給付を毎月支払い、また、公立病院でかれらに、無料の医療と薬剤を提供し、さらに、各島々を結ぶフェリーを無料で利用させることになっている。それはともかく、積立金の制度（基金）の貯えた資金と経験を利用して、加入者（扶養家族を含む例もある）に医療を提供する方法は、他の国でも用いられている。

クウェートは1995年に新しく補足的保険制度の採用を予定しており、この制度は基本的保険の加入者で、収入が所定の上限以上の者をカバーすることになっている。この制度は上述した者に基本的保険による最高の支給額以上の部分に給付を提供しようとしている。また、香港は民間の被用者に補足的な強制的退職給付制度の創設を計画し、1993年からこの制度の実施を予定していた。全使用者を参加させて、基金の設立を求めるこの制度は積立金の仕組みを用いて、高年齢者の収入が不十分な場合に補足的な給付を提供しようとしている。従来、70歳以上のこのような高齢者には、資力調査を条件にして、無拠出の老齢手当が支払われていた。1991年にスリ・ランカは積立金に代わる社会保障を新しく採用しようとして計画し、その制度は老齢・障害・遺族に年金と一時金を用意することになっていたが、1992年にこの計画は廃棄されてし

まった。このように、積立金から社会保険に移行しようとする例はよくみうけられ、この移行の一因として他の国々の制度とその活動の影響が指摘されるが、国際社会保障の一分野では、そのように他の国からうける動きを、社会保障の分野における国際的干渉によるものとする事ができる。

疾病・出産の給付部門では、マーシャル諸島は医療給付費の膨張に対処するために、1991年に、国民健康保険制度を新しく採用した。この制度はこの国の労働者と自営業者をカバーし、拠出収入で設けた社会保障保健基金（以下、保健基金と略称）が給付活動を支える。医療は各地域の保健医療施設が提供することになっている。ちなみに、保健基金の財政を援助するために、必要であれば、5年間の予定で、政府は1994年10月から保健基金の財政を支援することになっている。また、保健基金による医療給付は、ある標準的な給付が定められているので、補足的な別の保健給付制度が設けられ、補足的な医療を提供することになっている。

各種の改正は適用の拡大、給付の改正、およびその他に分けられる。改正の例が多いのは老齢・障害・遺族の給付部門で、他の給付部門は比較的少ない。ちなみに、給付の改正では、主として、給付の改善がみうけられ、給付に制約を設ける例は比較的になかった。多くの国々が上述した各種の改正を行っているので、本稿では、個別的な各国のそれぞれの改正を取り上げるのではなくて、いろいろな改正のうち、主要な改正をまとめて概説する。

適用の拡大は産業、職業、企業規模、収入の上下限、およびその他に分けられる。産業による適用拡大では、1992年に、マレーシアは老齢・障害・遺族の障害給付と労働災害の障害給付の

適用を、従業員の人数に関係なく（従来は5人以上）、すべての産業に拡大し、その改正により従業員1人以上の事業所の労働者および漁民、稲作水田の農業労働者にも上記の給付が適用されることになった。イランは1993年6月に老齢・障害・遺族、疾病・出産、労働災害の諸給付部門の適用を陸上の運輸産業に拡大し、トラックとバスの交通労働者はこれらの諸給付を提供されることになった。また、1994年に、この国はジュータン協同組合と茶園にも上記の諸給付部門の適用を拡大し、これらの産業の労働者は諸給付を用意されることになった。

産業と職業の双方に関連をもっている例では、フィリピンは老齢、疾病、出産、労働災害の適用を1992年に農民と漁民に、1993年にすべての家事手伝い労働者に拡大し、1992年には、家事専従の主婦の任意加入を提案していた。パキスタンは1993年に疾病・出産の適用を家事手伝い労働者に拡大し、フィジーは1994年に老齢・障害・遺族の適用を家事手伝い労働者に拡大することになっていた。香港は従来すべての筋肉労働者と所定水準以下の給与の非筋肉労働者をカバーしていた疾病・出産の給付部門の適用を、1990年に賃金水準や筋肉と非筋肉にかかわらず、すべての被用者に拡大し、これらの人びとがこの制度でカバーされることになった。インドは老齢・障害・遺族給付部門の制度を、1992年から新しく任意方式で紡績産業の被用者（18～60歳）にも適用することにした。韓国では、老齢・障害・遺族の諸給付を用意する国民年金制度の強制適用を、現在任意適用の農民と漁民に1995年から拡大する計画が提案されていた。

企業規模による適用拡大では、韓国は上記の国民年金制度の強制適用を、1991年に常用5人

以上の全事業所に拡大した。サウジ・アラビアは老齢・障害・遺族と労働災害の給付部門を、1969年に従業員100人以上の事業所に適用し、その後、適用を従業員20人以上の事業所に拡大し、1991年には従業員10人以上の事業所も適用対象に含まれることになった。これは従業員の人数による適用の段階的な拡大の一例である。

対象とする収入上限の引き上げは、従来制度を適用される人びとの収入のうち、上限以上の対象から除かれた部分が、対象に含まれるようになる場合と、上限以上のために適用対象から除かれていた者が、対象に含まれるようになる場合に分けられる。それはともかく、収入上限の引き上げによる適用拡大では、1992年に、マレーシアは上限の月収を1,000ドルから2,000ドル(マレーシア・ドル)に、インドは上限の月収を1,600ルピーから3,000ルピーに引き上げた。また、1993年に、パキスタンは月収の上限を1,500ルピーから3,000ルピーに、ミクロネシア諸島は年収8,000ドルから12,000ドル(ミクロネシア・ドル)に引き上げている。これらの収入上限引き上げにより、従来上限以上の収入を理由にして、適用対象から除かれた人びとが、適用対象に含まれることになった。

給付の改正は新給付の採用、給付の拡大、資格条件の変更、給付内容、およびその他に分けられ、給付内容には、全般的な通常引き上げ、最高と最低の支給額引き上げ、支給期間の修正などが挙げられる。また、最高支給額の引き上げは収入上限の引き上げによる単純な増額、その他の方法による引き上げに分けられ、後者には消費者物価、賃金、生計費などの変化を利用する方法が含まれる。

新給付の採用では、1992年に、マレーシアは労働災害の給付部門に通勤災害への給付を、ま

た、1993年に、ネパールは積立金の給付に死亡一時金を、それぞれ新しく加えた。1994年に、フィジーは医学的な理由により就労を制約される者に、積立金制度による医療給付を新しく採用することになっていた。

給付の拡大では、1993年に、パキスタンは積立金制度を利用して、加入者に提供していた医療給付を扶養家族に拡大し、韓国は医療保険(国民健康保険)による給付を都市の自営業者に拡大し、全国民の包括的適用が意図された。1992年に、シンガポールは積立金制度による医療の強制適用を、自営業者に拡大した。また、1991年に、オーストラリアは失業給付部門を改正し、若年労働者の保護として新規卒業者の給付を採用している。

資格条件の改正では、老齢給付への年齢引き下げ(1991年、トルコ)、出産給付の支給期間延長(1992年、フィリピン)、疾病給付の支給期間を制限していた最高期間廃止(1992年、トルコ)などが挙げられる。給付額の改正は多数の国がいろいろな給付部門で採用しており、たとえば、全般的な支給額や最高・最低支給額の引き上げ、賃金や消費者物価指数による支給額の修正などが実施されていた。

その他の改正では、1993年にインドネシアとシンガポールは労使双方の負担する拠出率をそれぞれ引き上げている。ニュー・ジーランドは1992年に従来無料で提供されていた公的医療サービスの医療給付に、患者の一部負担を採用した。その代わりに、所得水準の低い人びとに地域サービス・カード(Community Service Card)を発行し、このカードの利用で一部負担を免除する方法が用いられている。また、1994年にオーストラリアは低所得や年金の受給資格の不十分な高年齢者に、上記に似ている連邦高

齢者保健カード (Commonwealth Seniors Health Card) を発行し、医療給付を利用させることになっている。高年齢者対策の例では、韓国は1992年に55歳以上の高齢者の雇用対策を、また、1993年には、老齢年金の受給資格条件を満たしていない高年齢者に特殊な老齢年金を採用した。若干事情は異なるが、1991年に、イェーメンは退職給付への加入期間を40年から35年に短縮し、高年齢者は有利になったが、この期間短縮は若年労働者の雇用を確保する役割も託されていた。

IV むすび

国際社会保障で各国の社会保障制度を取り上げる場合には、それぞれの国の制度の背後に存在するいろいろな諸条件や制度の育ってきた推移を除いて語ることはできない。さもなければ、各国の制度の単なる断片を示すだけにすぎない。

たとえば、オセアニア型の特殊な社会保障制度を実施するオーストラリアやニュー・ジーランドなどの制度を取り上げるには、それらの国々の誕生やその後の生い立ち、人びとの生活などが取り上げられ、それ以外にもいろいろな諸条件が加えられなければならない。さもなければ、現在のそれらの国の社会保障制度が、何故今日の姿をしており、それぞれの機能を果たしているのかも理解できないのである。これらのことはいずれの国の社会保障制度でも同様である。しかし、本稿では、それらは省略され、最近における各国の状況だけが示されている。この形と方法は、たとえば、あるものの一部を取り出して、その全体を知らせようとしており、これは正しい形と方法ではないのである。本来

であれば、本稿の方法は正しくないのであるが、本稿は止むを得ず1993年頃だけを取り上げて、アジア諸国の社会保障制度を概述している。また、アジア諸国の中には、出稼ぎの移住労働者について、受入れと送り出し双方の国々で、社会保障に特殊な取り扱いを設けている国々があるが、本稿はそれらを省略している。なお、アジア諸国の中には、ILOなどの国際的機関がそれらの組織や各国のいろいろな分野の専門家を各国に派遣し、各給付部門の導入や改善に国際的技術協力を展開してきたが、本稿はこの協力活動も省略している。さらに、社会保障の領域では、一方的にもしくは2カ国以上の間で平等待遇を実施する例があるが、本稿はこの国際間協力も除いている。

ところで、本稿はこのように国際社会保障のある若干の部分を除いているが、国際社会保障の一部に含まれる社会保障の一般および特殊な動向を概述している。また、国際比較の一部、旧植民地の独立後に残った旧宗主国の制度（制度の遺産）、各国間における制度の国際的な干渉効果などについて簡単に触れている。

それはともかく、アジア諸国で社会保障制度の実施されてきた状況では、次第に実施国の多くなったことが挙げられ(表1参照)、これらの中には、新しい制度を設けた例や、従来から実施していた制度が資料に新しく示されるようになった例も含まれている。本稿には、アジア諸国のうち大部分の国が取り上げられており、それらの国の実施する社会保障制度の状況は、表2と表4に示されるとおりである。表に示した5給付部門のすべてを採用する国は少なく、それらの国の中には一部の国のように、社会保障制度の水準が比較的に高く、制度が効果的に機能している例も含まれている。ちなみに、本稿

では、オーストラリア、日本、ニュー・ジーランド、旧ソ連の国々などの社会保障制度は、特殊な動きを除き、あまり取り上げないで、他の国の状況が主に取り上げられている。

最近の状況では、各国の採用する給付部門が増えており、たとえば、1993年には、取り上げた47カ国のうち、約96%が老齢・障害・遺族の給付部門を、また、約87%が労働災害の給付部門を採用していた。前者の給付部門では、かなりの国々がまだ積立金の仕組みを利用しており、他の多くの国々が社会保険の仕組みを用いている。この給付部門の積立金では、資金と経験を貯えて、社会保険に移行したり、移行を計画する例がみうけられる。積立金制度の採用後に、期間満了による完全な形の退職一時金を支払うまでにはかなり時間に余裕があるので、上記のような推移で社会保険に移行することができる例も現われている。また、積立金制度の採用は労使双方に定期的に拠出を支払う強制的な貯蓄の訓練であったといえる。この仕組みは加入者の個人勘定になっており、所得の再分配に適していないので、社会保険のような再分配効果は期待できない。しかし、拠出収入を蓄積した積立金の基金（支払い準備金）は、医療などの提供、社会資本の整備、国民経済の発展などへの利用に期待されている。それはともかく、この給付部門では、制度の拡充や適用の拡大、給付改善などの一般的な改善とともに、一時金から定期的支払いへの移行や積立金から社会保険への移行など各種のしかも困難な課題が各国に残されている。

疾病・出産の給付部門は医療の提供とその整備を伴うので、金銭による給付だけでは、機能が十分に発揮できないのである。医療供給の不備やその他の理由により、この給付部門を採用

していない国が存在する。ところで、この給付部門を採用する国々の中には、一部の国は現金給付だけを採用し、医療給付を採用していない例や、また、その反対の例もみうけられ出産給付だけを採用し、疾病時の給付を設けていない例もある。ちなみに、この給付部門を採用しないので、本稿に取り上げられない国で、医療を公的な医療機関で用意する例が存在している。この給付部門の採用、給付の内容などは表4と表3に示されるとおりであるが、前述したように、出産時の現金給付には、100%の支給率を用いる国が少なくない。この給付部門では、医療給付分野の各種の拡充、適用対象の拡大、医療給付費の膨張とその対応などが課題で、これらは大部分の国々にとっていずれも困難な課題である。

労働災害の給付部門には、社会保険の仕組みがよく用いられているが、使用者責任の方法や商業保険による代用もまだ各国で利用されている。使用者責任の方法は使用者に災害の賠償を求める素朴な方法で、本来、多くの国では、労働災害への給付の根拠は基本的には使用者の無過失責任にもとづく賠償責任になっており、その責任を商業保険で代用するのは、社会保険を採用する以前の手段といえる。この給付部門は未採用国への制度の導入、利用する素朴かつ旧式な手段の改善などが課題になる。また、一部の国は現金給付に一時金（とくに軽度の永久的障害の場合）を提供しているが、給付に託された機能からみれば、一時金よりもむしろ定期的な支払い方式の給付が望ましい。なお、この給付部門の活動も医療給付を提供することになっているので、医療給付分野も各種の課題を抱えていることになる。

実施国の少ない失業と家族手当の両給付部門

では、これらの給付の必要な国は多いが、採用することができないのである。なお、多くの国々では、失業給付の採用よりもむしろ雇用の造出や確保がまず重要な課題になっているのである。ちなみに、一部の国々では、工業化が始まっており、工業化の進展や経済発展の推移とともに、将来、それらの国々で失業給付の採用が必要になるかも知れない。そのような場合に、それらの国々は各種の課題を解決しなければならないことになるだろう。

ところで、わが国は将来の高齢化社会に備えて、社会保障制度を改正しているが、高齢化社会への対応では、前述したように、ニュー・ジーランドは65歳を目標に年金年齢の引き上げを実施している。また、オーストラリアは2040～50年に人口の高齢化が頂点になると想定し、とくにその時期を目標にして対策を検討している。ちなみに、この時期は世界の先発グループ各国で、人口の高齢化が頂点に達すると予想されている。アジア諸国では、オーストラリア、日本およびニュー・ジーランドはほぼ同様な高齢化を予想されるが⁵⁾、他の国々ではこのような高齢化の予想はみうけられない。それはともかく、オーストラリアは60～65歳の高齢な失業者を対象にして、一時的な対策として、特殊な高年齢

手当を採用している。若干異なるが、韓国も高年齢者の雇用対策を採用している。

ところで、ニュー・ジーランドは社会保障制度について、ある時期の特殊な負担以外に、国民に特定の拠出を要求したことがなかったが、前述したように、医療給付に一部負担を請求するようになった。この特殊な動きは医療給付費の膨張に対応するとともに、長年にわたるこの国の伝統的な社会保障の基本原則に部分的な修正が加えられたことになる。

それはともかく、新しい制度や給付部門および仕組みを採用したり、適用対象を拡大したり、資格条件を緩和したり、給付を改善するなどいろいろな分野と各種の手段により、社会保障制度の改善を進める国が現れている。これらの国々はもとより、その他の国々も含めて、アジアの多くの国々では、いろいろな状況の変化に応じて、今後も社会保障制度の拡充が望まれるし、努力が続けられるだろう。しかし、中には単独で制度の導入や拡充を実現するのが困難と思われる国があるので、そのような国には、アジア各国の共生という観点から、先発グループの各国が、他の分野も含めて、積極的な技術協力を提供すべきである。

表4 アジア諸国¹⁾の社会保障制度—給付部門²⁾と使用する主要な手段³⁾ (1993年)

国	給付部門					国	給付部門				
	老	疾	労	失	家		老	疾	労	失	家
アフガニスタン	社	社	積	—	—	モンゴル	社	社	社	社	—
オーストラリア	包・扶	包・扶	私	扶	包・扶	ミャンマー	—	社	社	—	—
バーレーン	社	—	社	—	—	ネパール	積	—	使・私	—	—
バングラデシュ	—	社	使	使	—	ニュー・ジーランド	包・扶	包・扶	使・私	扶	包・扶
ブルネイ	積	包	—	—	—	オマーン	社	—	社	—	—
中国	使・社	使	使	社	—	パキスタン	社	社	社	—	—
フィジー	積	—	使	—	—	ペラウ	社	—	—	—	—
香港	包・扶	使・扶	使・扶	扶	扶	パプア・ニューギニア	積	—	使・私	—	—
インド	積・社	社	社	—	—	フィリピン	社	社	社	—	—
インドネシア	積	社	使・社	—	—	ロシア	社・扶	社・包	社	社・包	包
イラン	社	社	社	社	雇	サウジ・アラビア	社	—	社	—	—
イラク	社	社	社	—	—	シンガポール	積	積	使・私	—	—
イスラエル	社	社	社	社	包	ソロモン諸島	積	—	使・私	—	—
日本	包・社	社	社	社	使・扶	スリ・ランカ	積	—	使・私	—	—
ヨルダン	社	—	社	—	—	シリア	社	—	社	—	—
カザフスタン	社・扶	社・包	社・包	社・包	包	台湾	社	社	社	—	—
キリバス	積	—	使・私	—	—	タイ	社	社	私	—	—
韓国	社	社	社	—	—	トルコ	社	社	私	—	—
クウェート	社	—	—	—	—	トルクメニスタン	社・扶	社・包	社・包	社・包	包
キルギスタン	社・扶	社・包	社・包	社・包	社・包	ウズベキスタン	社・扶	社・包	社・包	社・包	包
レバノン	社	社	使	—	雇	ヴァヌアツ	積	—	—	—	—
マレーシア	積・社	—	社	—	—	西サモア	積	—	私	—	—
マーシャル諸島	社	—	—	—	—	イエーメン	積	社	社	—	—
ミクロネシア	社	—	—	—	—						

注：1) 約10カ国を除く，2) 老=老齢・障害・遺族，疾=疾病・出産，労=労働災害，失=失業，家=家族手当，3) 社=社会保険，包=包括的仕組み(全国民をカバー)，扶=社会扶助，積=積立金，使=使用者責任，雇=雇用関連方式，私=私的保険の強制。

資料：U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World-1993*, Washington, D.C., 1994 を中心にして，ISSA (Geneve と New Delhi) などの資料と情報で補足してある。

表 5 標準的な年金年齢と給付の支給方式 (1993年)

国	年金年齢		給付の支給方式	国	年金年齢		給付の支給方式
	男子	女子			男子	女子	
アフガニスタン	60	55	所得比例	マーシャル諸島	60	所得比例	
オーストラリア	65	60	定 額	ミクロネシア	60	所得比例	
バーレーン	60	55	所得比例	ネパール	雇用停止	一 時 金	
ブルネイ		55	一 時 金	ニュー・ジーランド	62	定 額	
中 国	60	55	所得比例	オマーン	60	55	所得比例
フィジー		55	一 時 金	パキスタン	60	55	所得比例
香 港	65~69		定 額	ベラウ	60	所得比例	
イ ン ド		55	一 時 金	バプア・ニューギニア	55	一 時 金	
インドネシア		55	一 時 金	フィリピン	60	定額+所得比例	
イ ラ ン	60	55	所得比例	ロ シ ア	60	55	所得比例
イ ラ ク	60	55	所得比例	サウジ・アラビア	60	所得比例	
イスラエル	65	60	所得比例	シンガポール	55	一 時 金	
日 本		65	定 額	ソロモン諸島	50	一 時 金	
	60	58	定額+所得比例	スリ・ランカ	55	50	一 時 金
ヨルダン	60	55	所得比例	シ リ ア	60	所得比例	
カザフスタン	60	55	所得比例	台 湾	60	55	一 時 金
キリバス	50		一 時 金	ト ル コ	60	55	所得比例
韓 国	60		所得比例	トルクメニスタン	60	55	所得比例
クウェート	50		所得比例	ヴァヌアツ	55	一 時 金	
キルギスタン	60	55	所得比例	西サモア	55	一 時 金	
レバノン	64		一 時 金	イエーメン	60	55	所得比例
マレーシア	55		一 時 金				

資料：U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World-1993*, Washington, D.C., 1994 を中心にして、ISSA (Geneve と New Delhi) などの資料と情報で補足してある。

注

- 1) ILO, *The Cost of Social Security 1984 ~ 1986*, Geneve, 1992には、キプロスがアジアに、また、トルコがヨーロッパに含まれているが、通常、ISSAの会議や資料（たとえば、*Responding to Changing Needs: Developments and trends in social security throughout the world 1990-1992*, Geneve, 1993）では、キプロスはヨーロッパに、また、トルコはアジアに含まれている。本稿では、後者の例が用いられている。
- 2) U.S. Department of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, Washington, D.C. (最新版は1993年の状況を示した1994年版)。
- 3) 1993年に、世界各国でなんらかの給付を採用するのは163カ国で、そのうち、各給付部門別の実施国は老齢・障害・遺族が155カ国、疾病・出産が102カ国、労働災害が155カ国、失業が63カ国、家族手当が82カ国であった。
- 4) 一部の若干古い他の資料は表5の国々のうち一部に、複数の新しい資料と情報にもとづく表5と異なる手段(仕組み)や内容を示している。
- 5) OECDの資料(*Aging Populations*, Paris, 1988)の将来人口推計によれば、オーストラリア、日本およびニュー・ジーランドにおいて、65歳以上人口が全人口に占める比率は、2040年にそれぞれ19.7%、22.7%および21.9%で、2050年におけるこれらの数字はそれぞれ19.4%、22.3%および21.3%である。ちなみに、トルコでは、これら2つの年における同一の比率は10.2%と11.5%である。

参考文献

- U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout the World*, Washington, D.C., 1974-1994.
- OECD, *New Orientations for Social Policy*, Paris, 1994.
- ISSA, *Significant Legislative and Policy Developments in Asia and the Pacific-Part II*, Geneve, 1994.
- ISSA, *Responding to Changing Needs: Developments and trends in social security throughout the world 1990-1992*, Geneve, 1993.
- Aviva Ron, Brian Abel-Smith and Giovanni Tamburi, *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*, ILO, 1990.
- ILO, *Labour Law Document*, Geneve, ~1993.
- ILO, *Social and Labour Bulletin*, Geneve, ~1993.
- ISSA, *International Social Security Review*, Geneve, ~1994.
- ISSA, *Asia and Pacific News Sheet*, New Delhi, ~1994.

謝 辞

本稿の執筆には、U.S. Dept. of Health and Human Services, Social Security Administration (Washington, D.C.), ISSAの本部 (Geneve) とアジア・太平洋事務所 (New Delhi) から資料や情報などについて多大の協力と援助を得た。ここにそれを記して、感謝の意を表する。

(ひらいし・ながひさ 岐阜経済大学教授)

中国の所得保障と医療保障

——二元的制度と改革——

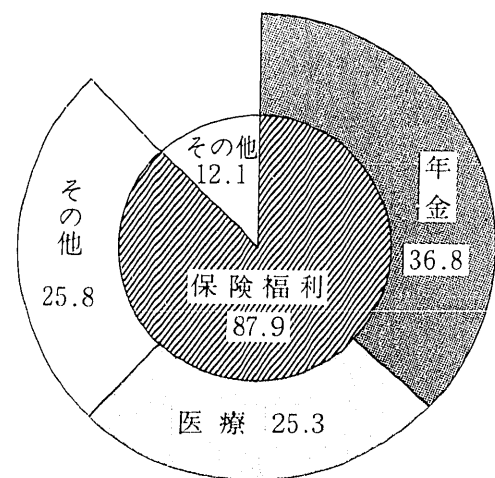
松戸庸子

はじめに

中国は現在12億の人口を擁する、開発途上の社会主義大国である（1993年末で人口は11億8,517万人）。1949年の建国から間もない50年代に、旧ソ連邦の方式に倣って形成されたこの国の社会保障制度は今、経済制度改革、社会保障財政悪化や人為的に加速された人口高齢化が主因となって、抜本的な制度改革を迫られ大きな転機を迎えている¹⁾。

この国には都市と農村という二元的な社会経済構造が現存する。それは「戸口制度」²⁾によって保持され、都市住民と農民との間に身分的隔絶—都鄙間通婚の抑制に象徴される—と、社会的資源や便益の大きな格差を固定化させてきた。この二元的な社会構造特性はそのまま社会保障制度にも反映されている。この国では長期にわたり、完全雇用・低賃金を政策の柱に据えてきたために、就業保障が最優先されて、社会保障制度は就業保障に付随して形成されてきた。その結果、都市住民には「単位」と呼ばれる雇用先を媒介として、生・老・病・死を包括する無拠出の「保険福利」制度—かつては「労働保険」制度と呼ばれていた—や住宅保障が適用され、農民には土地という生産手段を媒介とした家族保障と粗放な集団保障体制しかない。

「保険福利」には年金、医療保険、各種手当や福利厚生などの項目が包括される。1991年の場合、GNPの6.3%に当たる社会保障給付費総額1,246億元の88%が、この「保険福利」に支出された（図1）。この適用を受けるのは、「全民単位」と「集体単位」を職場とする現役とその定年退職者の92.5%程度³⁾といわれ、その規模は約1億5,500万人（うち現役は1億3,200万人）である⁴⁾。「全民単位」とは国营企業と国の行政機関やそれに準ずる非営利事業体や各種団体、また「集体単位」とは国より下のレベルの公営の企業や事業体を意味する。畢竟、これら被用者およそ1億5,500万人だけの間で、給付総額の



出所：『中国社会統計資料1993』p. 113および朱慶芳編（1993）p. 47より作成

図1 社会保障支出内訳（1991年）
（総額1,246億元 = 100とする）

9割が分配されるような、不平等な社会保障制度が構築されているのである。

本稿では、このように都市と農村とで二元的に形成された中国の社会保障制度のうち、所得および医療の保障制度に焦点を合わせて、我が国で情報の欠落するその概要についても詳述した上で、制度の課題と近年の制度改革の動向を整理・分析してみたい。

I 被用者年金制度：「退休金」とその改革

この国ではまだ実際上は公的年金制度しか機能していない。都市のそれは「保険福利」事業に組み込まれた「退休金」と呼ばれる無拠出の被用者年金制度で、都市部の被用者のほとんどすべてがその適用を受ける。給付内容としては、定年退職者の大半に適用される「退休金」、革命功労者への「離休金」、そして病気等の理由による中途退職者に適用される「退職金」に分かれる。1992年の場合、「退休」待遇の者が最多で全体の89%を占め、「離休」と「退職」はそれぞれ7.7%と3.3%である⁵⁾。

1950年代初期に基礎の築かれた「退休金」制度は、主に2つの要因によって、80年代初頭前後から抜本的な制度改革が避けられないものとなった。1つは建国30年を経る頃から表面化し始めた、制度の成熟や財政方式そのものに起因する財政悪化問題である。もう1つは、新しい経済モデル—1992年10月の共産党第14回大会で「社会主義市場経済体制」と命名されるに至った—の下での経済制度改革への適応や促進という社会的要請である。ここ10年余りの改革によって、「第七次五箇年計画」期（1986～90年）と「第八次五箇年計画」期（1991～95年）とで、

それぞれ段階的に特徴ある進展を認めることができる。

1. 「退休金」制度の概要

(1) 対象と水準

1951年に政務院が交付した「労働保険条例」によって被用者年金の基礎が築かれた。当初は従業員数100名以上のすべての資本形態の製造業系の企業の従業員を対象とした。その適用範囲が拡大するとともに、1958年には国家機関を含みすべての企業や非営利事業体における退職待遇がすべて統一された。定年退職年齢は男子60歳、女子職員は55歳、女子労働者は50歳と定められ、特殊な技能や知識の保有者を除いて現在も同様である。年金の給付水準も58年の改定で、勤務年数等に応じて定年退職時の基本給の50～70%と統一され、78年の改定で60～90%に引き上げられた。また「離休」適用者には、は100～117%の比率が適用される。高度経済成長の中、1985年の賃金制度改正により年収ベースでの年金水準が低下したが、これに対しては、給付基準そのものは変えないで、生活手当や物価手当支給⁹⁾という方法で対応している。

(2) 財源と財政方式

「退休金」を含む「労働保険」の保険料はすべて事業主の負担で、企業の場合は、毎月の賃金総額の3%を「中華全国総工会」が管掌する労働保険総基金に納付して財源としていた。文化大革命期（1966～76年）には労働保険制度そのものが“修正主義の毒”と批判され、年金支給も一時中断され、総工会機能の停止に伴い、1969年以降保険業務は各企業に移管された。この後、年金は各企業の営業外費用から支給必要額に応じて支出されるようになり、呼称も「労働保険」から「保険福利」へと変わっていく。

中国では年金運営のこうした分散化を「企業保険化」と呼んでいる。また、事業主が全額負担する年金給付費は、「現収現付」と呼ばれる財政方式で運用された。そこでは保険料の積立はなく、年度ごとの保険料収入、後には営業外費用から必要額が支出された。その結果、年金運営個別化と、後述のような受給権者数の増加によって、操業年数の長い企業を筆頭に、経営圧迫の深刻性が拡大し始め、80年代には「退休金」制度改革の最大課題となっていくのである。

2. 「第七次五箇年計画」時代の改革

財政や運営方式の欠陥に年金費用増嵩という要因が相乗されて、80年代に入るところから、一部企業で給付額の減額や未払いが問題化し始め、その救済が年金制度改革の緊急課題となった。表1は年金制度の成熟と財政悪化を傍証するものである。

その対応策として、年金原資の調達・運営の再統合から着手された。1984年に広東、四川、江蘇、遼寧などの省で、個別国营企業で行われている年金事業を市や県（日本の3郡程度の規模）レベルで統一管掌する試みが試験的に始まり、市・県を単位とした老年保険基金が創設され始めた。以来、統一基金への参加企業数は増加し、統一のレベルも市・県から省レベルへと漸次上昇していった。国有企業に関しては1992年末現在で、省レベル（直轄市、省、自治区が

表1 年金制度成熟の指標

年次	1978	82	85	92	92	2005	2015	2025	2035
指数*	3.3	9.9	13.2	17.6	17.44	28.02	29.68	37.80	45.09

*：指数とは現役100に対する定年退職者数

出所：1978～92年『中国社会統計資料1993』p. 115, 1992～2035年『社会保障実務大全』p. 56

これに該当し、総数は30)で年金統一管掌を達成しているのは11省・市にのぼり、企業に限れば、従業員総数の約62%にあたる7,109万人が、市や県レベル以上の年金統一基金への加入を達成している⁶⁾。また94年1月11日付の解放日報によれば、国营企業と公営企業の従業員の合計総数の7割が年金の各種レベルの統一管掌に参加し、また省レベル統一管掌を達成した省も13省・市まで増加しているらしい。

年金の運営の再統合に並行して、財政方式の改革も始まった。管掌主体はかつての「総工会」から「労働人事院」にかわり、1986年以降は、年金保険料をその支給費用よりも多く徴収し、繰り越し金を積み立てる方式が導入された。また、各企業がすべて負担して、養老保険管理機構へ納付される保険料は大幅に増大し、保険料率(従業員賃金総額に対する比率が充てられる)も一律ではなくなっている。『北京週報』1991年9月3日号によれば保険料率は、福建省の場合17.5%、江西省18%、そして上海市は25%である⁷⁾。かつては年金を含む「労働保険」全体の保険料率が賃金総額の3%に設定されたのに比べると大幅に増大している。しかし今のところ財源の積立金は少なく、高齢化要因も視野に入れて、保険料の個人負担問題も含めた制度改革が次のステップとして浮上してきている。

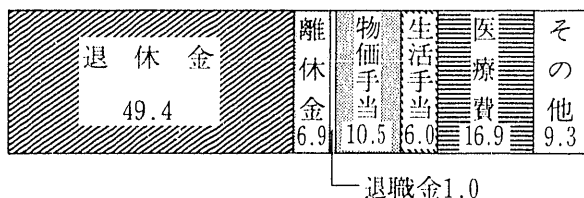
3. 「第八次五箇年計画」期の改革テーマ

80年代後半の制度改革でやり残された課題はそのまま、「第八次五箇年計画」に引き継がれることになった。新しい改革の方向性は、1991年6月26日に出された「企業従業員保険制度改革に関する國務院の決定」の中に窺える。その中で打ち出された新しい方向性は、①老後の所得保障方式を三本建（基本年金、企業年金、貯蓄型

個人年金)とする, ②保険料の個人負担制度の新規導入, という2点である。

従来の年金制度は, 「全民単位」や「集体単位」の被用者のみを対象とする公的年金制度の一本建てであった。しかし企業自主権の拡大と市場メカニズムの導入の過程で, 個々の企業の経営状況と成長速度に大きなバラツキが生じるようになり, 特に1985年の賃金制度の改定以降, 賃金に占める基本給の比率は徐々に低下している。このため, 基本給ベースで算定される給付水準の低下が生じ⁸⁾, これへの対応策として選ばれたのが, 1つは生活手当や物価手当の支給⁹⁾であり(図2), もう1つが, 年金のこの複合方式の導入だったのである。

このうち, 基本年金の基金は政府が統一管掌し, 財政面では積立方式を導入する(第3点)。従来の給付額の計算方法は継続するが, 今後の賃金制度改革に連動させて, 賃金に占める基本給比率の上昇を通じて, 年金水準の上昇を図ったり, 物価指数や賃金の上昇を考慮して年金額の調整をする(第6点)。また「企業補充養老保険」と命名された企業年金とは, 各企業が自社の資金力に応じて従業員のために設置するもので, 費用は企業の自己資金のうちの奨励, 福祉基金から徴収され(第8点), この両者は労働部(労働省に相当)系統に所属する社会保険管理



出所: 『中国労働統計年鑑1993』 p. 501~p. 502
より作成

図2 定年退職者社会保障支出内訳(1992年)
(総額686億元 = 100とする)

機構が管掌する(第9点)。

他方, 貯蓄型個人年金への参加は自由で(第8点), 同時にこうした自助努力の涵養と共に財政負担の軽減を目指して, この国の年金制度史上初めて保険料の個人負担制の導入が施策方針に明記され, その比率は当初は基本給の3%以下とされる(第4点)。これらの転換の背景には, 確かに80年代の目覚ましい経済成長を背景にした個人所得の上昇がある。しかし「賃金調整を基礎として徐々に実施する」という第4点の付帯条項を見ると賃上げとはいえ一種の補填であり, たとえば住宅の私有制化促進政策と同様に“補助金思想”の発露がうかがえ, インフレへの影響が懸念される。

以上のように年金制度改革の本格的な始動は1984年頃である。「社会保障制度の雛型を構築する」ことを目指した「第七次五箇年計画」段階における改革の成果は, 財政運営の統一制度の復活と財政方式における積立方式の導入であった。90年代に入ってから次のステップとして, 年金制度の複合化や保険料の個人負担制が導入されつつある。当面の課題には, ①年金費用の統一管掌レベルを市・県レベルから省レベルへと格上げして財政基盤を強化する, ②年金制度の対象を外資系企業, 民間私企業従業員や自営業者へと拡大していく, ③自己責任, 自助意識を養って, 保険料の自己負担方式を導入・定着させる, ④精密な財政再計算, などがある。

II 農村の所得保障

この国では, 老後生活を子どもによる私的扶養に依存する構造を「養兒防老」(息子を育てて老後に備える)と呼び習わしてきた。建国後, 行政的には救貧制度が設立されたのみで, 伝統

的な「養児防老」構造は、今も大多数の農民の現実となっている。

1. 救貧的な所得保障制度

今日まで効力を持つ、農民を対象とする社会保障制度の原則は、1956年に全国人民代表大会で可決された「高級合作社示範章程」と、62年に中国共産党中央委員会で可決した「農村人民公社工作条例修正草案」に遡及できる。老人、孤児、障害者には現物給付、革命の犠牲者・軍人家族・傷痍軍人には優待、革命功労者や老幹部には労働点数の加算、そして、財政的条件のある独立採算組織は養老金制度を設立しても良い、という内容であった。

しかし会計処理上に年金に関する費目が欠落していたことや、70年代後半によく収束することになる文化大革命に象徴されるような、長年にわたるイデオロギー闘争や経済モデルの模索と混乱に起因する貧困から脱却できなかったために、全国レベルでは、経済力や親族のない高齢者の救済のために「五保」（衣、食、住、医療と葬儀を政府が保障する制度）が制度化されたのみで、相対的に豊かな大中都市の近郊農村でさえ年金制度の確立はみなかった。換言すれば、最下層農民への公的な救貧制度があるのみで、それ以外の農民は事実上、家族による私的保障に頼らざるを得なかったのである。

2. 養老金制度の設立に向けて

70年代末期頃から都市に先んじて農村で実施された経済改革により、経済成長が始まってからでさえ、まがりなりにも「養老金」と呼ばれる年金を受給できた農民は全国レベルで、1980年20万人、83年は50万人、84年80万人である。またその養老金の額も月当たり40～50元もあれ

ば、4～5元程度のものまで水準格差はきわめて大きい。ちなみに農民1人当たりの年間消費支出は1980年で162元、85年で317元である¹⁰⁾。

この時期に実施された養老金制度には、以下のような問題点があった。

①財源が郷（旧人民公社に相当）や村（旧生産大隊に相当）の公益金や公金積金あるいは、一部では郷鎮企業利潤からの拠出で、個人の保険料負担はなく、給付額も低額であった。財政方式は「退休金」と同様に積立方式を採らない「現収現付」であるために、自然災害等の不測の事態が発生すると財源がなく支給されない。しかも農民の出稼ぎ者の増加—“盲流”とか“民工潮”と呼ばれる—により、集団の資金や公益金の欠損が出るようになり、支給を暫時停止するケースも出ている。

②農業に従事するか、それとも「郷鎮企業」と呼ばれる農村企業活動に従事するかで格差があり、年金額や支給開始年齢がことなる。

③保険料の自己負担がなく、自助意識の成長を阻害する。

それでも「第七次五箇年計画」（1986年～1990年）の中で設定された「この期間に社会保障制度の雛型を構築する」という目標が牽引車となって、農民を対象とする防貧的な所得保障制度創設への模索が続けられた。この時期には、拠出制に立脚する社会保険を柱とし、公的扶助や福祉等で補うという制度が理想的モデルとされるようになった。そして農村社会保障システムを構築するために、民生部門の主導下で続けられた模索から、以下のような10項目の農村社会保障実践基本原則ができあがったのである。

①社会保障は基礎的生活レベル保障に立脚、②コミュニティと個人の共同出資、③地方政府の統一管理の下で基層コミュニティが母体、④

権利と義務の統一、⑤公平と効率の統一、⑥社会保障基金は自主運営し財政は独立、⑦社会保障基金の運用により利殖や実質的価値の保持、⑧社会保障と家族保障の結合、⑨現金給付と現物給付の結合、⑩社会保障は社会や経済の発展と歩調をわせる、の10原則である¹¹⁾。

1987年以来この原則のもとで試行されている農村年金制度には以下のタイプがある。

① “一括運営プログラム（原語は「一攬子計劃」）”と呼ばれ、年金、医療、優待、事故障害、自然災害、福利施設、教育等を内容とする社会保障を一本化したものである。農民は、一度保険料を納付すると、その年度はそれらすべての保障項目からの受給資格を獲得する。「現収現支」が主で、短期間に多くの年金原資の積立を生むことはできない。社会保障支出の中で年金が突出して多い。②年金が圧倒的に大きな部分を占める。生産年齢にある被保険者のために、被保険者個人とコミュニティが共に保険料を負担し積立していく。そのほかに医療保障などのプログラムも持つが、年金のための保険料負担が圧倒的に多い。③は①と②の混合形態で、年金は積立方式、その他の保険項目は「現収現支」方式をとる。④ “物化貯蓄方式”と命名された一種の物納方式である。羊や山林などの再生可能な自然資源でもって年金保険料の代替とする方法である。

3. 所得保障の社会保険化をめざして

1992年1月に「民政部県級農村社会養老保険基本方案（試行）」が公表された。それは、80年代の模索をもとに、長期的な財政基盤を持つ年金制度への転換を目指したものである。この試行方案の中に制度改革の方向性を窺うことができる。

その冒頭には、次のような指導理念と基本原則が明記されている。①財源としては個人保険料の納付を主とし、集団助成で補い、国は政策的支援をする、②自助を主とし互助で補完する、③家族による私的老人扶養体制と養老保険制度を結びつける、④農業従事者と商工業従事者の保険制度の一元化、という4点である。

集団による助成とは、郷鎮企業による保険料拠出、営業利潤、郷や村の公益金や、工商業世帯や出稼ぎ者が郷や村へ納付する管理費等が財源となる。国による支援とは、企業の拠出金に税控除を適用し、条件が許す限りでの政府の財政援助を意味するのである。同「基本法案（試行）」には、具体的には以下のような運営指針が提起されている。

保険料の納付期間は職業の違いにかかわらず20～60歳までで、保険料は月額2～20元の範囲の10の水準から選択できる。その水準の中途変更や、3年以内の前納と最大40年までの保険料の後払いも許容されている。支給開始年齢は満60歳で、年金額は保険料の納付水準や納付年限に基づいて標準支給額が決定される。

この基本法案が目指す年金制度が財政面で、被用者を対象とする「退休金」制度とは異なり、個人が負担する保険料収入を主とした積立方式として出発している点は評価できる。しかし、基本法案の中では、「標準支給額については別途通達を出す」とあるように、高齢化要因などを考慮した精密な財政計算はまだ未整備のようである。

1993年11月1日付の『中華老年報』によれば、こうした指針に基づいて運営され始めた農村年金制度は、1,000余りの県で試験的に実施されており、3,500万人の農民が加入して保険料を納付し、その保険料積立は11億元に達していると報

道されている。しかし、その加入率は農村の就業人口総数の1割にも満たない。しかも、一人っ子政策が加速する高齢化、さらには、80年代以来続く高度経済成長や実現の近いガット(GATT)復帰が招来するインフレなど、年金財政の見直しにとり暗い材料が少なくない。

中国の研究者や政策立案者の間では今なお、農村社会の地域間の不均等な経済発展を根拠として、一元的な所得保障制度ではなく、富裕な地域では保険型、貧困地域では救貧型の制度の樹立が望ましい、という考えが主流を占めている。防貧型の所得保障としての年金制度を農村部全域で確立するには、なおも相当の年月を要するようだ。

III 3 種類の医療保障制度

中国の集権的計画経済体制の時代に作られた医療保障制度は、「労働保険医療」、「公費医療」と「合作医療」の3種類に大別される。それぞれの適用対象は、国営企業の従業員、国の行政機関やそれに準ずる非常利事業体や各種団体の職員、そして「合作医療」の対象は農民である。前二者以外の被用者の場合、医療に関しては「集体単位」と呼ばれる公営の企業や事業体も「労働保険医療」の規定に準ずるとされる。しかし、80年代の経済制度改革の過程で急速に増大する外資系企業や自営業者に普遍的に適用される制度はいまだに確立していない。また年金制度と同様に、都市被用者とそれ以外の国民との間には保障水準に大きな格差が今も現存する。しかし、いずれの制度も、建国間もない50年代に基礎が作られた現行制度の孕む諸問題が先鋭化し、改革が急務であることの認識が広がり、80年代から改革への模索が始まっている。

1. 「労働保険医療」と「公費医療」

両者のあいだで給付の内容や水準はほぼ同様である。被保険者が受療時に負担するのは、診療申し込み費、栄養滋養薬品、診察に要する交通費、入院中の食費で、これ以外の医療費はすべて、使用者である国ないしは企業が負担する。労働災害や職業病の治療の場合、自己負担は入院中の食費の1/3のみで、それ以外のすべての費用は使用者側が負担する。また出産に関しては、妊娠検査と分娩費用については、検査費用と分娩費用は企業が負担し、医薬品などの費用は疾病のケースと同様に処理する。なお計画生育政策に伴う検査や手術(産児制限のための人工中絶や不妊手術など)費用は、使用者側がすべて負担する。

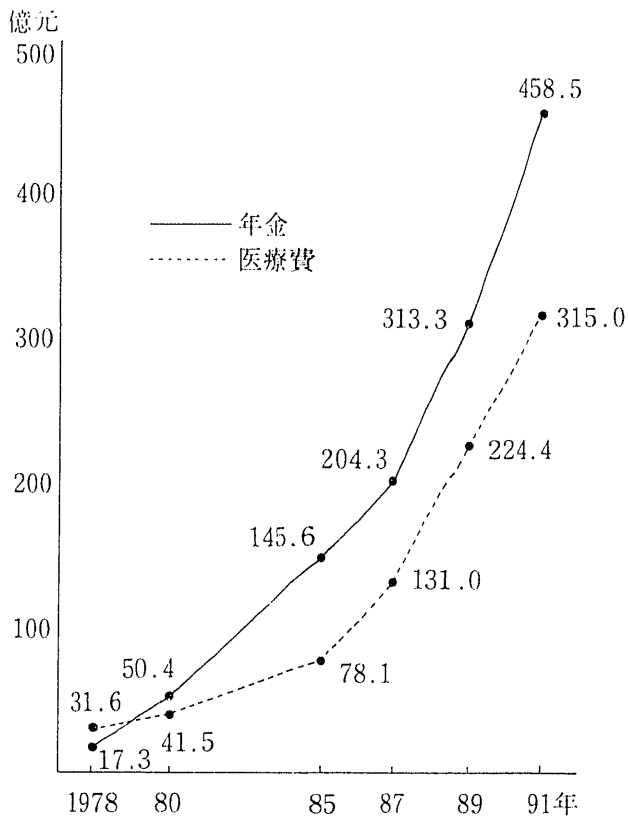
給付の面で突出する相違点は、国営企業従業員(「合同工」と呼ばれる契約労働者は含まず)に関してのみ、その扶養直系親族には「半費医療」と呼ばれる医療給付が適用される。企業指定医療機関で治療を受ける時は、保険が適用される種類の薬や手術費用の半額は企業が負担する制度である。しかし「公費医療」の対象となる公務員等には適用されず、それが原因で生活難に陥るケースでは、生活困窮助成の項目から給付が受けられる。

年金と同様、保険料の自己負担はない。「公費医療」の財源は、1人当たりの平均定額が国家財政から支出され、原則、各地で統一して管理使用することになっている。一方、「労働保険医療」の場合は、1969年以降は、賃金総額の11%に当たる従業員福利基金(報奨金3%、福利費2.5%、医療費5.5%)がその財源に充てられた。医療費増嵩に対処する必要から、何度か比率改定がなされ、1985年9月には財政部工交司によって、この基金から報奨金を削除し、この11%を

福利費と医療費のみに充当するとし、それでも不足の場合には、納税後の留保利潤で補充しても良いと改定された。

図3に見られるように、医療費はその費用規模が年金に比べて小さく、その増嵩速度も80年代前半には年金より遅かったために、制度改革の動きは年金に遅れをとっている。しかし、特に80年代後半以降の伸びは年金に劣らず、医療費の支出超過に喘ぐ企業数の増加が社会問題となり始めている。特に、経済制度改革に起因する企業の経営悪化や企業破産の実施に伴って、所属企業から医療費の給付を受けられない被用者が生まれ始めた。企業別に運営される医療保険体制からの脱落者を救済するという、被用者年金制度と同様の問題状況に直面し始めているのである。

こうした医療費増嵩の原因としては、経済成



出所：『中国社会統計資料1993』p. 113より作成

図3 年金および医療費の推移

長に伴伴する物価上昇で薬品や医療費の高騰、新薬や新技術・設備の導入、高齢化、また、市場原理を導入した経済改革の過程で医療機関に利潤意識が活性化し、医療資源の過剰消費の促進等が挙げられるが、その抑制のための改革が70年代末期以来進められている。その方法としては①企業は医療給付費用を勤務年数と年齢に応じて定額を従業員に分配する。未超過分は返還する必要はなく、超過分は個人が負担し、その全部あるいは一部が企業から償還される。②医療給付の比率を90～95%とし、それ以外は自己負担。③企業は定額の医療給付費を支払うことで、提携先の医療機関に従業員の医療をすべて請け負わせる。④「公費医療」に関して、管理部門は個別の行政機関や非常利事業体などに給付費を一括支給しそれで賄わせる、などの方法が採られ、ある程度の医療費抑制効果をもったとされている¹²⁾。

しかし企業単位で個別に運営される医療保険の統合、自営業者や外資系企業従業員などの医療保険未加入問題の解決、医療費や保険料の個人負担制の導入、医療保険管理機構の設置などが課題として残されている。1988年3月には、担当官庁である衛生部が中心となり、労働部、財政部、体制改革委員会や総工会などの関連部門が参画して国家医療改革研究チームが設立され、効率的で効果的な医療保障体制の樹立に向けた改革が摸索されている。

中でも急務とされる企業別分散運営の統合と受益者負担制の導入に向けて、中国人民保険公司（半官半民の保険会社）が請け負う医療保険制度ができ、1991年末現在で278万人が加入している。また、医療資源の過剰消費を抑制するために医療費の一部自己負担制も導入され、1992年現在で「公費医療」適用者の8～9割の間で

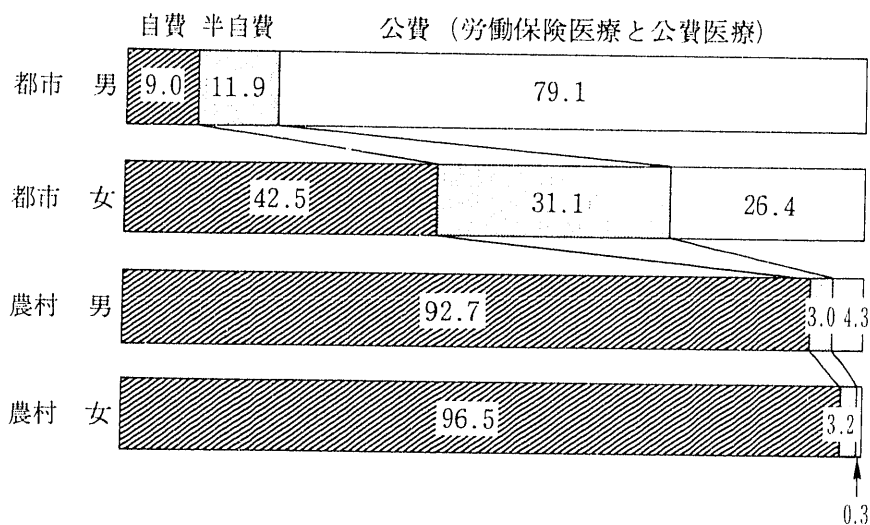
実施され、企業にもその方式が踏襲され始めているという¹³⁾。しかし「従業員福利基金」が財源になっている事実も示唆するように、医療は福祉の一部という認識が強く改革の大きな阻害要因となっている。

2. 「合作医療」¹⁴⁾

農村部における医療費互助制度としての「合作医療」は50年代後期に始まった。人民公社を基盤とする集団経済を主として、国の支援のもとで、県、郷、村という3レベルの医療保健網が作られた。その医療給付の原資は、集団公益金（粗利益の2～3割に当たる）からの補助と、人民公社社員が負担する少額の保険料からなり、いわば一種の共同出資医療保健制度なのである。運営母体は村（旧生産大隊）であったり郷（旧人民公社）であったりする。資金不足のために、基金からの給付水準は極めて低く、給付額の上限が決められているために、軽度の疾病や傷害に適用されるのみで、実際には病気が原因で貧困世帯へ転落するという状況を克服する制度にはなり得ていなかった。

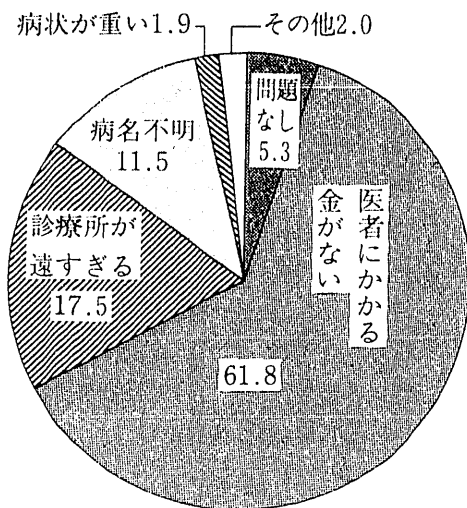
それでも70年代半ばには、生産隊が運営する合作医療に農民の約9割が参加していたが、農村の経済制度改革の進行に伴い、集団体制が弛緩し公共積立が減少する中、衛生事業そのものは全体として発展したものの、集団経済に基礎を置く合作医療制度は解体に瀕することになった。1985年に実施された10省45県での調査によれば、合作医療へ加入している農民の比率は9.6%にすぎなかった。また合作医療により、医療や薬の料金の減免制度を持つ村の数は1989年で全体の4.8%、91年でも10%程度らしい。そして、農村部の貧困世帯のうちその原因が病気によるものがほぼ3割という調査結果が出ている。

図4と図5は、1987年に実施された大規模な高齢者実態調査（対象は60歳以上3.7万人）の結果である。医療保障における都市高齢者との格差は一目瞭然である。そして図5によれば、農村高齢者の少なくとも92%は医療面で何らかの問題を抱えており、そのうち7割近くの高齢者が「医者にかかる金がない」というのを主な問題状況と認識している。年金制度も医療保険制度も確立していない農村社会の現実の1局面な



出所：田雪原 1991『中国老年人口社会』中国经济出版社 p. 293 より作成

図4 60歳以上老人の医療費負担方式 (%)



出所：『中国老年人口社会』p. 290より作成

図5 60歳以上老人の医療状況 (%)

のである。

こうした現実をふまえて医療保障制度の基礎を構築するために、80年代以降は、伝統的な合作医療保健制度を復活させると同時に、資金出資方法、管理体制、合作の内容や医療給付の比率などについてさまざまな模索が続けられている。新しい試みを一部紹介しよう。

1つは、「合作医療」の亜種である。上海市近傍のある郷では、「合作医療健康保険管理委員会」を設立した。農民は世帯、村企業従業員は事業所を単位とし加入する。強制加入ではなく、加入者が保険料を納付すると保健カードが交付される。業務には医療保険のほかに、家族計画、児童の子防接種、飲料水管理や防疫対策等も含まれる。1987～89年の実績では、医療給付の比率は71%で、収支のバランスが取れていた。

いま1つは「大病合作医療」と呼ばれる一種の高額医療保険制度であり、貧困地域に適合する制度とされる。たとえば江蘇省高郵市のケースでは、農民1人当たり1年に1.5元程度の保険料を納付し、医療費が高くなるほど給付比率も上昇する。例えば医療費50～100元では給付比率

は20%、100～500元では30～40%、最高の給付比率は70%である。

こうした試みが続けられた結果、「中国農村医療保健制度研究プロジェクトチーム」が1988年に16省20県の農民を対象としたサンプリング調査（サンプル数は6万人）の結果、そのうちの3割は何らかの共同出資医療（合作医療、医療保険を含む）に参加していることが確認されている。

この国の集権的計画経済体制時代に形成された、いわば医療費互助制度としての「合作医療」は、経済改革に伴う集団経済の弛緩により、70年代末期以降は解体に瀕していた。まず80年代初期には、当面は合作医療を復活させるという緊急課題があり、その後は「合作医療」の運営母体を、郷・村から県のレベルへと上昇させて財政基盤を強化することと同時に、斬新な農村医療保障モデルの模索が主要なテーマとなったのである。

総体には、全農村社会に統一的な医療保険制度の樹立には消極的で、国庫負担なしという大前提で、地域的な経済格差や異質性を考慮して、個別の社会経済条件に適合するタイプの医療保障制度を築くというのが当面の基本方針のようである。

結 び

この国の社会保障制度は都市住民と農民との間で二元的に形成・運営されてきた。80年代に始動するドラスティックな制度改革は別個に推進され、改革構想の中で、二元性を容認する声はあっても、両者の一元化問題について言及されることはほとんどない。

都市では、就業保障と一体化した無拠出で水

準の高い社会保障制度が確立された。文革中に個々の企業や機関に分散化した制度運営の再統合を皮切りとして、財政の計算や方式の近代化、拠出制への転換や私的保険制度導入などの方向で改革が進められている。

他方、総人口の7割強を占める農村人口については、今なお家族を中心とした私的保障が大前提となっており、年金や医療保険を中核とする公的保障制度への転換は、政府側の財政負担への躊躇から、確立までには相当の時間を要するであろう。

ただしここで看過してならないのは、社会主義体制を採り、今なお開発途上にあるこの国の総体的な福祉水準を、所得・医療保障を柱とする社会保障指標で測るには大きな限界がある、という点である。たとえば、この国の平均寿命は1990年には70歳のレベルに達しているが、同年の1人当たりGNP値370ドルから予期される平均寿命の理論値は54歳にすぎない、という経済学者の試算¹⁵⁾はきわめて含蓄に富んでいる。この国が建国後40年の歳月をかけて、歴史的な負の遺産の清算を図りつつ到達した国民福祉水準を知るには、経済指標に現れにくい実物経済的な資源分配構造なども視野に入れた、異質な分析視角が求められている。

注

- 1) 松戸(1987)の論稿は、マクロな視点から社会保障制度の転換を分析したものである。
- 2) 日本の戸籍と住民票を合わせたような機能を持ち、都市への人口流入の規制に成功した。
- 3) 葉南客 1994「中国社会保障の二元化格局与現代化取向」『江海学刊』94年4期 p. 34。
- 4) 『中国労働統計年鑑1993』p. 13, p. 18, p. 483の関連データから算出。
- 5) *ibid.* p. 484より算出。
- 6) *ibid.* p. 469。

- 7) ちなみに『中国社会統計資料1993』p. 116によれば、現役を100とした場合の定年退職者数は、1991年の統計で、全国平均16.7、福建省14.9、江西省15.4、上海市31.3である。
- 8) 年金水準の低下については次の論稿がある：吳国卿 1994「改革養老保険制度、要確定安排好兩種經濟体制的養老金給水平」石涛(主編)『老年学文集』中国文聯出版公司。
- 9) 図2(1992年)によれば、この2種類の手当の合計は定年退職者用の保険福祉費用の16.5%に当たり、年金が57.3%であることを考慮すると、相当な金額といえよう。
- 10) 徐文虎等編著(1993) p. 180。また年間消費支出は『中国社会統計資料1993』p. 65を参照。
- 11) 侯文若(主編)1994『社会保障実務大全』新華出版社 p. 175。
- 12) 医療費抑制のための模索については、趙鐘恒1993『社会保険与職工福利工作手冊』中国労働出版社 p. 287参照。
- 13) 朱慶芳(主編)1993『社会保障指標体系』中国社会科学出版社 p. 97。
- 14) 「合作医療」については盛兆榮「社会医療保障制度」朱慶芳(主編)1993年に詳しい。
- 15) 渡辺利夫・白砂堤津耶 1993『図説中国経済』日本評論社 p. 36。

参考文献(図表や注で引用したものは省く)

- 国务院研究室課題組 1992『中国社会保障制度改革』中国社会科学出版社
- 袁守啓 1993『中国与外国労働工資社会保障制度比較』中国廣播電視出版社
- 徐文虎等(編著)1993『中国社会保障制度改革』復旦大学出版社
- 張海鷹(主編)1993『社会保障辞典』经济管理出版社
- 蔣家俊等(主編)1994『社会主義初級階段的労働工資和社会保障』復旦大学出版社
- 朱力 1994「困難与突破—市場經濟下社会保障体制改革の思考」『社会学研究』No. 53
- 国家統計局社会統計司等(編)1993『中国労働統計年鑑1993』中国労働出版社
- 国家統計局社会統計(編)1994『中国社会統計資料1993』中国統計出版社
- 光岡玄 1961「中国の社会保障」『中国研究月報』

No. 161
日本労働協会（編）1987『中国の労働事情』日本
労働協会
松戸庸子 1987「転換期を迎えた中国の社会保障

制度』『海外社会保障情報』No. 81
松戸庸子 1991「中国社会保障制度改革のディレ
ンマ』『海外社会保障情報』No. 90
（まつど・ようこ 朝日大学助教授）

韓国 の 社会 保障

金 早 雪

はじめに —視角と課題—

「法の審判台にのぼった‘6万5千ウォンぽっきり’の福祉——老夫婦“生活保護給付少なすぎ”と憲法訴願出す」。これは韓国の雑誌『時事ジャーナル (SISA JOURNAL)』1994年4月28日号掲載記事のタイトルである。詳しくは本文に譲るが、要するに、生活保護法に基づく生活保護給付の水準は低すぎて、憲法で保障している、幸福を追求する権利（第10条）および人間らしい生活を営む権利（第34条）を侵害していると、提訴したものである。

韓国の社会保障政策は、1960年代の対症療法的な救済・救護（ちなみに朝鮮戦争休戦後が韓国の「戦後」である）、そして政治・社会的上層とってよい軍人・公務員・私学教員への公的年金と医療保険制度に始まり、70年代には大企業から徐々に医療保険が適用されて、80年代後半には国民皆保険・皆年金をほぼ達成した（拙稿 [1992]）。

こうした社会福祉制度の進展の背景に、経済成長の成功があることは否めない。他方、老夫婦の訴えは社会保障の内容を問うものであるが、この切実な訴えが法的手続きに沿って取り上げられたこと自体、とりあえず人権意識と民主主義の定着化に期待を抱かせるものでもあ

る。

経済成長と政治・社会の関連について、「2千ドルの壁」という仮説が提起されている¹⁾。すなわち、量的には1人当たりGNPが2千ドル程度を超え、質的には民主化（思想・政治・経済闘争）の歯車がかみ合ったとき、はじめて経済発展と民主主義は安定的に「と」で結びつき、市民社会的状況が形成される、というものである（注1）中村著，184頁）。量と質のいずれかが欠けてもならないというのだが、その書の「はじめに」で紹介されている、権威主義体制のもとで「経済発展に全力をあげるしかないのかな」という韓国人留学生のつぶやきは、実に経済発展論の根本的課題に関わるものと思われる。

ミドゥグレイ [1986] は、第3世界において社会保障政策は必ずしも階層間格差の是正に向かうものではなく、むしろ恩恵が特定階層に限られたり、財政的には逆進的にさえなるなど、批判を呈している。政策という同一レベルで論じるとはいえ、個々の社会に根ざす事象を、第3世界という大枠でくくったり羅列的に比較することは、困難である以前に無謀でもある点については著者自身も懸念を述べている。しかし政策の背景には植民地主義の影響があり、これを「文化的帝国主義」ととらえる視角は、例えば日本の将来像を北欧型福祉国家に求めることが果たして現実的かどうかと問うことと同質の妥当性を持つものと思われる²⁾。

「2千ドルの壁」が重層的構造だとすると、韓国にとって最後の壁ともいべき諸課題のなかには、実際、日本の法・行政体系を継承または模倣したがためのものも少なくない。韓国の社会保障制度にみられるそうした課題にも触れたい。

I 社会保障政策の展開と現状

1 政治体制と社会保障政策

1980年代に入って韓国政府は、政策の基本方針として経済成長優先から均衡のとれた社会的発展にも傾注すると強調するようになった。

社会保障関連諸法の法源である憲法の生存権条項をみても、それは明らかである。すなわち、大韓民国憲法は1948年に制定され（制憲憲法）、以来9度の改正を経て現行の第6共和国憲法（1987年）にいたっているが³⁾、生存権に関する規定は次のような3次の変遷をたどった。

- (1)第1共和国・制憲憲法（第19条）および第2共和国憲法：1948年8月～62年12月
老齢、廃疾その他労働能力のない者は法律の定めるところにより国家の保護を受ける。
- (2)第3、第4（維新）および第5共和国憲法：1962年12月～87年10月
①すべての国民は人間らしい生活を営む権利を有する。②国家は社会保障の増進に努力しなければならない。③生活能力のない国民は法律の定めるところにより国家の保護を受ける。
- (3)第6共和国憲法第34条（社会保障等）：1987年10月～
①すべての国民は人間らしい生活を営む権

利を有する。②国家は社会保障・社会福祉の増進に努力すべき義務を負う。③国家は女子の福祉と権益の向上のために努力しなければならない。④国家は老人と青少年の福祉向上のための政策を施すべき義務を負う。⑤身体障害者および疾病・老齢その他の事由で生活能力のない国民は法律の定めるところにより国家の保護を受ける。⑥国家は災害を予防しその危険から国民を保護するために努力しなければならない。

具体的立法措置を見ると、第1、第2共和国時代は朝鮮救護令（1944年）に依拠したまま皆無に終わり⁴⁾、61年5月の軍事クーデター直後、国家再建最高会議において初めてなされた。すなわち第3共和国憲法の公布（62年12月）に先だって、61年12月に生活保護法が制定され、同法施行（62年7月）と同日付けで国家再建最高会議議長から内閣首班あてに「社会保障制度確立」の指示覚え書きが下達された。同覚え書きの主要点は、①福祉国家の早急な創設、②経済開発計画と平行して社会保障制度を確立すべきこと、③社会保険で可能なものからモデル事業に着手すべし、というものである。

この4カ月後に第3共和国憲法が公布され、翌年10月に発効（民政移管）した。「社会保障に関する法律」の制定はその翌月である。この間の63年3月に憲法施行延期（軍政延長）の改憲案が出されたが、内外の批判を浴びて撤回され、10月の大統領選挙を迎えるという一幕がみられた。いずれにせよ社会保障制度は国民の関心を集めていたとはいえない状況下で、軍事政権による、公約にも掲げられた民生苦解消の取り組みが、韓国最初の立法措置となった（慎ほか [1991] 174-178頁, 337-339頁）。

さて、社会保障に関する法律は、第3条第3項「社会保障事業は国家の経済的実情を参酌して順次法律が定めるところにしたがい行う」というように、憲法の生存権保障規定が、直ちに個々の国民に具体的な権利を保障するものではなく、よって政府の法的義務というより目標・指針を示すにすぎないとするプログラム説⁵⁾に立脚していることがうかがえる。しかも政府の担当部署が具体的に言及されているわけでもなく、社会保障審議委員会に関する事項(第4～6条)を除いて、実効的規定は何もない(慎ほか[1991]165～185頁)。

基本法すらこうした状況のまま、長く厳しい開発優先の独裁政治が20年近く続いたが、1987年の第6共和国憲法は生存権規定でも大改正がみられたほか、憲法裁判所制度の改正が基本権保障の前進に可能性を開くこととなった。

すなわち憲法改正に連動する憲法裁判所法改正(1988年)によって、「公権力の行使または不行使によって憲法上保障されている基本権を侵害された者は法院の裁判を除いて憲法裁判所に憲法訴願を請求することができる」(第68条第1項)とされ⁶⁾、大統領の行為、国会の立法作用または行政機関の行為などすべてがその対象とされる。

冒頭の異例の憲法訴願は、政治的民主化があって初めてなしたものであり、生存権を含む基本権の保障は、民主主義のもとでしかありえない。

ファシズムや独裁政権が社会政策を利用してきた歴史的事例は少なくないが、独裁者による国民のための慈善的政策に対して、個々人が正当、公正な手続きにしたがって基本権を確保する対抗手段が講じられないなら、国民による国民のための社会保障制度はとうてい望めない。

政治的民主化は経済発展なしに定着は望めないとしても、政治にもそれ固有の発展論理が内在しており、維新独裁体制下の韓国国民の苦しみも、今日の民主化を加速させていると思われる⁷⁾。

2 行政と立法における展開

社会保障行政機構の変遷を見ると⁸⁾、米軍政は原則として朝鮮総督府機構を踏襲したが、従来の執行機関8局に加えて軍務局、広報局とともに保健厚生局を新設し、1946年3月の部制への組織改編のさいに、労働行政を商務局から移管し、社会部とした。第1共和国では社会部保健局は保健部に分離昇格され(49年3月)、55年に再び統合されて保健社会部となった。その管掌事項は労働、保健、厚生そして婦女問題で、部内に5局(保健、厚生、労働、住宅、婦女)がおかれた。

第3共和国では労働局を労働庁に昇格させた(63年12月)、いずれにせよ81年に労働部として分離昇格するまで、労働行政も保健社会部の管掌事項であった。なお、79年12月には保健社会部長官所属下に環境庁が新設されている⁹⁾。

その結果、現行の政府組織法第39条(保健社会部)は、以下のような規定となっている。

- ①保健社会部長官は保健衛生・免疫・医政・薬政・救護・自活指導・婦女・児童と家族計画に関する事務を管掌する。
- ②環境保全に関する事務を管掌するために保健社会部長官所属下に環境庁をおく。
- ③環境庁に庁長1人と次長1人をおき、庁長は政務職とし次長は政務職国家公務員をもってあてる。

かくして保健社会部には現在、保健、衛生、医政、薬政、医療保険、国民年金、家庭福祉および社会の8局がおかれ、家庭福祉局に、老人福祉、児童福祉、婦女福祉そして家庭福祉の4課があり、社会局に生活保護、福祉支援など5課がおかれている。

政府財政を見ておくと、軍事政権が民政移管した当初こそ、保健社会部予算は1962年度2.71%¹⁰⁾、63年度2.57%、64年度3.92%と増加したが、69年度には1.26%にまで低下した。折しも工業製品輸出に主導された高度成長が始まる、第2次経済開発5カ年計画期である。以降2%未満で推移し、79年度に2.52%となってから年々上昇し90年度に5%に達した。

ともあれ、改廃が論議されて久しい社会保障に関する法律において、社会保障には「社会保険による諸給付と無償で行う公的扶助」(第2条)の2種類が掲げられた。今日ではこれに福祉サービスを付加することができるが、とりあえず社会保険方式と無償公的扶助に分けて、独立以降の重要な政策展開を順次追ってみよう。

まず社会保険方式では、公務員年金法(60年、以下すべて施行年)、軍人年金法(63年)、産業災害補償保険法(64年:当初の適用対象は、鉱業と製造業の500人以上の事業場のみ)、私立学校教員年金法(75年)、医療保険法(77年:63年法は施行されず。なお施行当初の強制加入対象は500人以上の事業場で、他は地域単位組合への任意加入制)、公務員および私立学校教職員医療保険法(78年)、国民年金法(88年:73年国民福祉年金法は施行されず新法制定による)である。

無償公的扶助に関わるものとしては、朝鮮救護令(1944年)を廃して制定された生活保護法(62年、82年全面改正)、児童福利法(62年:81年に児童福祉法と改正)、国家有功者および越南

帰順者特別保護法(62年)、災害救護法(62年)、医療保護に関する規制(77年)、医療保護法(79年)、心身障害者福祉法(81年)、老人福祉法(81年)がある。

なお社会保障に密接に関連するものとして、淪落行為等防止法(1961年:売春防止法に相当)、孤児入養特例法(1961年)¹¹⁾、自活指導に関する特別保護法(65年)、職業安定法(67年)、社会福祉事業法(70年)、母子保健法(73年)、社会福祉事業基金法(80年)、最低賃金法(86年)、嬰幼兒保育法(1991年)をあげることができる。

このように1960年代は立法措置こそいくつかなされているが、戦災孤児などへの扶助も外国の福祉団体からの援助に頼るという状況にあり¹²⁾、当時の文教部予算15%と比較しても保健社会部にとって不遇の時代であった。

社会福祉政策の本格的始動は70年代後半、医療保険法の施行に始まるといってよいであろう。ただし医療保険の対象者は1980年においてもまだ24%にとどまっていたし、政府支出に占める保健・福祉関連費は依然として10%足らず、低・中所得国平均(20~25%)のせいぜい2分の1にとどまっていた。後述する年末年始募金運動による福祉基金の造成は、福祉財政の貧困が生んだものである。

ともあれ1980年代には、身障者・老人福祉それぞれに、生活保護法から独立した法的根拠が整えられ、医療保険についても88年に農漁民、89年には都市住民(自営業者、日雇い労働者など)を強制加入者とした結果、国民皆保険を達成した¹³⁾。国民年金法の施行とあいまって、80年代末、韓国の社会保障政策は飛躍期を迎えている。

3 課題と問題点

1992年現在、医療保険と年金制度がほぼ全国民をカバーし、各種社会保障関連法が制定されるに至ったとはいえ、従前来の、あるいは新たな問題をはらんでいる。

まず最大の問題点として、基本法としては、当初から死文に等しい社会保障に関する法律があるのみである。しかも立法措置のなかには、政治体制の激動のまさにさなかに、社会不安への対処を目的として十分な調査や考察なしに制定された例も少なくない。その結果、法的な不備や制度間の不統一など、拙速から生じた問題が残されている。

第2に、年金・医療保険では対象者選別主義から普遍主義への移行は見られたが、給付の内容・水準は必ずしも十分なものではない。また障害者、老人福祉などはようやく法や制度が整えられたばかりという状況でもあり、施設や行政各部における専門職員の拡充¹⁴⁾が望まれている。こうした福祉の質は今後の課題であろう。

第3に、政府の財政や施策が貧困なため民間(外国 and/or 宗教, 等)の団体に依存してきた経緯もあって、社会福祉施設4,929のうち、国公立は711のみで、そのうち701が児童福祉施設で(保育700, 嬰兒1), あとは浮浪者収容5施設, 老人福祉3施設, そして婦女職業善導と慢性疾患, 各1施設である。障害者, 精神疾患者の施設(各142, 74)はすべて民間である。

民間施設の運営経費は自らの収益事業のほか、社会福祉法人であれば政府補助金と社会事業基金からの援助を受けることができるが、施設の増改築に政府一般会計から支出されるようになったのは最近で、それまでは社会福祉事業基金によっていた。

同基金は保健社会部長官の管理下にあり、基

金造成は政府出捐金、政府以外からの寄付、そして運用収益金とされているが(同基金法第5条)、今日まで政府からの出捐はないままである。基金造成の大半は年末年始の共同募金によるもので、その過半は経済4団体傘下企業から得ている¹⁵⁾。

政府支出の不足がいわば「善意の目的税」で補われているわけである。隣保扶助意識や制度を否定するわけでも、また民間依存が一概に悪というわけでもない(医療については趙[1990]参照)。しかし、社会福祉が生存権保障を具現する公的手段であるという意識の定着を阻む危険性をはらんでいる。

関連して、福祉の貧困と儒教的家族制度は相互に規定しあってきたが、現在とりわけ高齢者問題など、社会的規範が動揺している。老人福祉法の理念等の条文は日本の老人福祉法に酷似しているが、第3条(家族制度の維持・発展)は日本の法にはないものである。いわく、「国家は敬老孝親の美風良俗にしたがった健全な家族制度が維持・発展されるよう努力しなければならない」とある。条文化せざるをえないほど伝来の家族制度が急速に解体しつつあるという逆説も指摘できそうだが、実際、社会変動が急速で激しかっただけに、家族制度にまつわる世代間、男女間などの意識ギャップもまたいっそう大きい¹⁶⁾。社会保障が権利として根付くにいたっていない状況下で、古い家族制度の物心両面の基盤の崩壊は、制度あるいは時代の狭間に放置される人々を生ぜしめる危惧を抱かせるものである。

最後に、憲法の「すべての国民は人間らしい……権利を有する」という条文は第3共和国憲法以来のものであるが、「国民の要件は法律で定める」(憲法第2条)とされ、国籍法において日

本同様、血統主義をとっている¹⁷⁾。そのため、解放以前から永住している高齢の日本人妻など、少数とはいえ定住外国人は公的扶助から排除されたままである。社会保障において自国民を優先することは一般的には合理性をもつが、国際人権規約等の理念に照らせば、「自国民」とは当該社会の構成員と解することが自然である¹⁸⁾。韓国において、国籍要件の是非をめぐる問題は水面下に放置されたままである。

II 生活保護の概要、実態および問題点

1 概要

韓国の生活保護法の概要を見ておこう。

まず対象者は、扶養義務者がいないかまたは扶養義務者に扶養能力がない者で、①65歳以上の老衰者、②18歳未満の児童、③妊産婦、④廃疾または心身障害により勤労能力のない者、⑤その他保護機関（居住地の市長または郡守）が要保護者と認めた者、のいずれかに該当する者である。

ただし第5条第3項で原則として世帯を単位とすると明記しており、具体的には同法施行令で、上記①～⑤のいずれかに該当する者で構成される世帯、またはその者と50歳以上の婦女子だけで構成される世帯としている。ちなみにこれにしたがうと、夫が65歳で妻が50歳というケースは要件を満たすが、夫64歳、妻65歳の世帯は対象外ということになる。

ともあれこの法的基準に加えて、行政的基準として所得および資産等に関する基準 (means test) があり、1992年度は1人当たりの月所得5万5千ウォン、資産は世帯当たり600万ウォンである¹⁹⁾。

保護の方法は居宅を原則とするが、保護施設または他人（私人）の家庭への委託保護も認められている。保護内容には生計、医療、自活（生業）、教育、出産、葬祭扶助があげられており、住宅扶助のない点が日本と異なる。ただし他人宅に委託する場合は、居室の維持費用（賃貸料等）が加算される（第10条第3項）²⁰⁾。

保護水準は、医療・教育扶助も含めて、居宅保護者1人当たり月4万3千ウォン、施設保護者で5万2千ウォンが目安とされているが、保護実績（表参照）から1人当たり金額を算出すると、年間約40万ウォン、月額せいぜい4万ウォン足らずである。

しかし生計費のうち、暖房費は世帯当たりで計上され（月額で約1万ウォン）、副食費は世帯主と世帯員とで約1万5千ウォンの差があるため、世帯員への追加扶助額は2万ウォン程度にとどまる。つまり2人家族で6～7万ウォン、3人家族なら8～9万ウォンと、1人当たりの金額は逡減する。これに教育扶助などが加算されるが、保護実績の平均額は4万3千ウォンには達していない。

さて日本の場合は申請主義を原則とするのに対して、韓国では「当事者またはその親族とその他関係者は……申請することができる」（第18条）とする一方、市長・郡守に毎年1回の調査を義務づけており（第17条、なお施行令に基づき毎年9月実施）、職権主義の色合いが濃い。実際、被保護者の決定は申請よりも職権（調査）によるところが主流となっている。

この調査は市・郡当局の管轄であるが、具体的には邑・面または洞事務所（町・村役場に相当）²¹⁾の職員が行う。そのさい、町内会長に相当する統長・班長の推薦にもっぱら依存している。そのため、洞事務所等の職員の専門性の欠如と

あいまって、統長・班長の主観的判断や恣意性を払拭しきれないという問題をはらんでいる（慎ほか [1991] 353頁）。

2 生存権保障をめぐる憲法訴願

社会保障とくに生活保護の水準が問題にされることは韓国に限ったことではないが、本稿冒頭に紹介した憲法裁判所への訴願は、初めて社会保障政策を法の審判に付したという点でも注目すべき一件である。

訴えたのはソウル市に住む沈チャンソプ氏（89歳）と李クムスン氏（83歳）の老夫婦である。一人息子は4歳で死亡し、十数年来、生活保護を受けている。

生活保護給付は1994年1月以降、毎月6万5千ウォン²²⁾、政府配給米1人当たり10 kg、そして老齢手当3万ウォン（1人当たり1万5千ウォン）、これが夫婦の収入のすべてである。3月の支出を見ると、練炭に3万ウォン、ガス代1万ウォン、薬代約1万ウォン、電気代7,800ウォン、水道料1,200ウォン、しめて5万9千ウォンになる。電話代は免除されているが、残る3万6千ウォンで衣食を満たさねばならないわけである。ネギ1束が3,000ウォンという時勢である。副食材料を買えば調味料（ヤンニョム）の素材が買えないありさまで、実際、久しく肉や魚は1切れも食膳にのぼっていないし、衣類などどうてい買えず数年前から同じものを着続けている。

それでも、1部屋きりの住居を、30年ほど前に当時700万ウォンの伝費²³⁾で得ているので、毎月、月賃（家賃）を負担している他の生活保護受給者よりも、まだ恵まれているほうだという。

労使団体（韓国経済人連合会、大韓労働組合総連合）や政府のシンクタンク・韓国開発研究院などが算出した最低生計費には相当に差があって、4人家族で48～80万ウォン、単純に割って1人当たり12～20万ウォンである。また韓国社会政策学会の調査研究では、最小限の基本的生存に要する費用が1993年末において10万5千ウォンとしている。

9万5千ウォンはこの基本的生存費にさえもまだ1万ウォン届かないが、老齢手当がなければさらに3万ウォン少ない6万5千ウォンである。これで住居費が必要となれば、もはやお手上げである。

老夫婦は、生活保護を与えてくれる国家に感謝の念を忘れたことはないが、「死にもできずに生きている……死ぬ前に、人間らしく生きたいという切実な願いをせめて示しておきたい」と、文言こそ弁護士の助力を得たが、訴願申請書を自ら作成したという。憲法裁判所は「94年生活保護基準違憲確認事件」²⁴⁾として、3月7日付けで裁判部の審判に回付すると決定した。

世界各国の趨勢に照らして、憲法の規定を具

表1 生活保護対象者保護実績（1992年）

	対象者・世帯 (人・世帯)	金額 (100万ウォン)	1人(世帯)当たり (千ウォン)
住宅保護 ¹⁾	338,168	139,095	411.3
施設保護 ²⁾	72,243	29,373	406.6
自活保護	教育費支援	250(千)	81,875
	職業訓練	19,530	10,240
	就労救護	832(千)	10,000
	自活資金融資 ³⁾	8,006世帯	30,636
計	1,755,000	132,751	75.6

注1) 保護内容は、生計、医療、自活(生業)、教育、出産、葬祭扶助。住宅保護者で私人家庭に委託する場合は居室維持費用が加算される。

2) 国公立施設は除外されている。

3) 1世帯当たり400万ウォンを限度とする。

資料：保健社会部『保健社会統計年報』1993年版。

体的権利と認めるべきであるという法学教授（延世大学）の見解も紹介されているが、保健社会部は抽象的権利説にたって財政・予算上の与件が確保されていないことを理由に、この件の却下を憲法裁判所に要請した。

いうまでもなく、この訴願は一老夫婦だけでなく、生活保護受給者四十余万人の生活、生存がかかっている。生存権の法的性格に関する初めての判例となるだけに、当然、韓国の社会保障政策、ひいては韓国社会の将来をも大きく左右することは間違いない。

むすび

一課題と展望一

先進国とくに日本に学びつつ導入されてきた法や制度が、所期の目的にかなった効果を発揮するには、運用上の技術的な問題も克服されねばならない。しかし最大の課題は、自国化ともいうべき点にあると思われる。個々の制度運用においてのみならずビジョンのレベルにおいてもしかりである。

急速な産業化、都市化、高齢化といった社会変動が続くなかで、社会保障政策には体系化と同時に多様化が望まれよう。民意がそこに反映されるためには、民主化は大前提であり、さらに政治的分権化（地方自治）も要請されるであろう。

注

- 1) 中村政則『経済発展と民主主義』岩波書店、1993年。
- 2) 訓覇法子『スウェーデン人はいま幸せか』（日本放送出版協会、1991年）および小出まみ他『サラダボウルの国 カナダ』（ひとなる書房、1994年）などは、社会福祉のあり方が社会的規

範に深く根ざすことをよく示している。

なお唐突に壮大な国家論の次元になるかもしれないが、韓国において実務家として優れた親日派官僚が朴政権の施策を支えてきたことが、今日の経済的成果の一因であったとしても（例えば、金正濂『韓国経済政策30年史』中央日報社、ソウル、1990年、日本語版は『韓国経済の発展』サイマル出版会、1991年）、親日派問題は、分断時代を超えて民族史としての将来を展望するとき、いずれ問い直される課題と思われる（金石範『転向と親日派』岩波書店、1993年）。

- 3) 1952年、54年（大統領三選可能改憲案を定足数不足で一度否決したが四捨五入論で逆転可決）、60年6月（第2共和国憲法）、同年11月、62年（第3共和国憲法）、69年、72年（第4共和国・維新憲法）、80年（第5共和国憲法）、87年（第6共和国憲法）。
- 4) 朝鮮戦争中の1951年、当時の保健部に援護局がおかれ、55年韓米間民間救護活動に関する協定が結ばれている。

その後、次のような胎動もあった。すなわち、社団法人釜山労働病院が中心となって1959年に政府に提出された「医療保障を中心とする韓国社会保障制度導入建議書」が契機となって、保険社会部で毎週木曜日に健康保険制度導入の研究会が開催され公的扶助なども検討されていた。61年3月には社会保障制度審議委員会規程案が国务會議に回付されるまでこぎつけていたところ、5月クーデターで中断された。

- 5) 具体的権利は別途、個別の法によってはじめて与えられ、また保護基準は政府の裁量に委ねられるとする学説である。生存権の法的性格についての学説はほかに2つある。抽象的権利（立法権利）説では、生存権を法的権利とみなして、国民は立法要求することができ、政府はそれに応えねばならない、しかし立法が不存在のときは直接、具体的な請求は不可能と解される。また具体的権利説では、立法が存在しても不十分である場合、および不存在のときには立法府の不作為として、ともに違憲を主張しようと解釈している（上田勝美「生存権の性格」『別冊ジュリスト』131号、1994年）。

ただし『法律用語辞典』（法典出版社，ソウル，1985年，59頁）では，具体的権利説には言及されていない。

- 6) 続けて「ただし他の法律に救済手続きがある場合はその手続きをすべて経たのちでなければ請求することはできない」とされている。なお同条第2項では，法律の違憲存否が裁判の前提となった事件（違憲法律審判）で，当事者から当該法院になされた憲法裁判所への提請申請が棄却されたとき，当事者が直接憲法訴願を提起しうるとしている。

韓国の憲法裁判機関は，第1共和国憲法においては非常設の憲法委員会，第2共和国では憲法裁判所，第3共和国では一般法院（最高裁にあたる大法院の終審），第4，第5共和国では憲法委員会であった。現行の憲法裁判所法（1988年）で，従前にもあった違憲法律審判，弾劾裁判および政党解散審判に加えて，政府機関（地方自治団体を含む）同士の権限争議裁判および憲法訴願審判が加えられた。

- 7) 末廣昭「アジア開発独裁論」（中兼和津次編『講座現代アジア2・近代化と構造変動』東京大学出版会，1994年）は，開発独裁論について，政治と経済を統一的に捉える試みという意義は認めつつ，日本の一部でだけ「流通」して「定着していないという事実」（211頁）を指摘し，とりわけ両者の「相互関係を必ずしも明確にしていない……因果関係が曖昧な分析概念」（212頁）であるため慎重に使用すべきとしている。さらに「アジア諸国指導者たちは，民主主義を必ずしも『人民の，人民による，人民のための政治』とは捉えなかった」（217頁），「政治的自由の抑制と『民主主義』の否定はさしあたり区別すべき」（218頁）ともいう。因果関係の立証不足は重要な課題として残されているよう。

しかし政治的自由が抑制されながら民主主義が存在する体制とは，いったいどういうものなのだろうか。民主主義は確かに多様な概念ではある。しかし主権論としては，国民主権を指すというのが通例と思われる。それと異なる，アジア諸国指導者の定義に与するような印象を受けたが，民主主義的正統性（国民主権論）と合法的正統性が混同されているよ

うに思われる（阿部齊『概説現代政治の理論』東京大学出版会，1991年，5-16頁および174-177頁，参照）。

贅言だが，維新独裁下にあつて，無学の民でもそれが誇れる政治制度などではないことをよく認識していたと思う。なお激動の韓国1980年代の一資料として，梁官洙『韓国民族民主運動の軌跡1980～1992』柘植書房，1994年，参照。

- 8) 慎ほか[1990]52頁および徐泰潤『韓国政府組織論』博英社，ソウル，1985年。
9) それに先だって1977年に環境保全法が制定され，90年に環境3法（環境政策基本法，水質環境保全法，環境汚染被害紛争調整法）の制定ともない廃止された。

また1980年憲法は第33条（環境権）として「すべて国民は清浄な環境のもとに生活する権利を有し，国家と国民は環境保全のために努力しなければならない」という条が新設された。87年憲法では，上記を第35条第1項とし，それに続けて「②環境権の内容と行使については法律で定める。③国家は住宅開発政策などを通じてすべての国民が快適な住居生活をなすように努力しなければならない」という2項が付加された。

工業化の進展とともに環境問題が深刻化していることは明らかである。仁科健一・野田京子『韓国公害レポート——原発から労災まで——』新幹社，1989年，および植田和弘「地球環境保全をアジアから考える——台湾の産業公害と日本の経験——」『書齋の窓』1994年12月号，参照。

- 10) このほか前年度より特別会計に移された援護庁の予算が約2～3%である。
11) 韓国伝来の養子制度では，伯父が甥をというように，同姓同本（始祖を同じくする一族）にして世代の見合う者を，先祖祭祀を含む家督の相続者とし，必ずしも同居するとは限らない。民法第877条（養子の禁止）に，尊属または年長者は養子になりえない（第1項），養父と同姓同本でなければならない（第2項）とされていたため，孤児入養特例法は同姓同本原則について例外を認めていた（第2条）。1990年1月の民法改正で，同姓同本原則の条項は

削除されたが、血縁・同族意識は依然として根強いという。なお1962～69年の入養先は、国内7,795人、海外5,101人であったが(具[1991]212頁)、その後海外入養が激増し87年にはそれぞれ2,382人、7,947人、92年現在も1,190人、2,045人と、国内と海外が約1:2の比率である(保健社会部『保健社会白書』、同『保健社会統計年報』)。

- 12) 具体的には、例えば政府から孤児に支給される主・副食費は、実際の出費の3分の1にとどまり(それも施設収容者全員に支給されるのは1965年からである)、あとの不足分は外国の民間団体の援助(月5～10ドル)に依存し、人件費は施設の収益事業から捻出されていた。日本では民間施設であっても経営費の97%が税金でまかなわれているのと対照的で、こうした事情から共同募金事業が関係者の中で検討され始めたという(尹吉炳ほか[1971]参照)。

なお朝鮮戦争を契機とする外国民間団体からの援助は、1953～60年39団体から累計1.2億ドル、61～70年123団体から累計2.4億ドル、81～89年累計3.6億ドルで(89年現在登録数は74団体)、現在、90%以上が現金、用途は児童・養老等の厚生施設への援助が3分の1以上を占めている。また団体の過半がアメリカに本部を持つものである(『保健社会白書』1990年版、283-286頁)。

- 13) 1992年現在、国民の95%が医療保険適用者で(あとは医療扶助対象者)、職場、公・教、地域保険への加入者構成比はほぼ4:1:5である。最大の加入者2千万人(6千世帯)を抱える地域医療保険は、常に保険給付金が保険料収入を上回り、1990年に赤字転落したのち、国庫補助が一挙に増額されて収入の35%を占めている。
- 14) 社会福祉事業法(1970年施行)で、「社会福祉従事者」という専門職員の規定があり、政府の社会事業訓練機関で8カ月以上訓練を受けた者、または7年以上の実務経験者に付与されていた(1980年の登録者数4,003名)。1983年の同法改正で、社会福祉士の資格が新設され、同法施行令で、社会福祉法人は、社会福祉士を従事者総数の3分の1以上、かつそのうち5分

の1以上が1級または2級の保持者であることが義務づけられている。

なお社会福祉士には1～3級の区別があり、3級は専門学校の社会福祉関連学科卒業生、または7年以上実務経験者で24週以上教育訓練を受けた者など、2級は大学の社会福祉学科卒業生、または3級資格者で5年以上実務経験のある者など、そして1級は社会福祉関連の学士以上、または2級資格者で5年以上実務経験のある者など、である。

資格者状況は、1985年2,493人から年々増加し92年は11,842人で、うち約半数が1級で、他は2級と3級がほぼ半々で、男女比は1:2程度である。なお1992年現在、81の社会福祉学科の卒業生は3,064人(うち就職者1,301人)、在籍者は16,248人で、71の大学院に1,068人が在籍している。

- 15) 社会福祉事業基金の前身は、社会福祉事業法にある社会福祉共同募金会で、75年から募金事業が始められた。当初は「社会福祉寄託管理規定」により保健社会部長官が管理していた。81年に同基金法が制定されて、事業法の募金会規定が削除された。

1976年から80年までの募金会の収入は、募金総額92.3億ウォン、利子13億ウォン、前年度繰り入れ総額2億ウォン、他方、執行総額は100億ウォンで、差引き繰り越し額5.3億ウォンで、これに81年度の特別募金総額109.7億円を得て、基金が造成された。現在、募金額にほぼ見合う金額が執行され、年々数十億ウォンが募金に積み上げられて、基金総額は400億ウォンに達している(保健社会部上掲資料)。

- 16) 1982年の日韓学生の意識調査で、主婦の重要な仕事として「親の世話」は日本では出てこないが、韓国では依然1位(重複回答で約40%)ではある。また男子は良妻賢母型を、女子は家庭・社会参加両立型を望むというずれは両国に共通するが、その開きは韓国のほうが大きい(朴恵信「韓国と日本における女子生徒・学生の価値意識に関する比較研究」『日本比較教育学会紀要』第10号、1984年、関連して瀬地山角「韓国・台湾の女子労働」『アジア経済』1990年12月号、参照)。また高学歴女性ほど今や「孝」意識などきわめて希薄で、そのため息子

の嫁には低学歴の女性を望む親が多いともいう（高橋ほか [1990]）。

高齢者が切実に「居場所」を求めているという韓国のテレビ番組(NHK 衛星第1, 1994年4月16日放映)に、こうした諸問題が凝縮されていた。

- 17) 依然として父系主義を採用している。なお1980年憲法で第2条に第2項として「在外国民は国家の保護を受ける」と付加され、87年改正で「国家は法律が定めるところにより在外国民を保護すべき義務を負う」とされた。
- 18) ちなみに日本の国民年金法は1982年に国籍条項を撤廃しているが、それ以前の廃疾認定日に日本国民でなかったため障害年金が受給できず、提訴したが第1審、控訴審そして上告でも棄却されている。提訴した塩見さんは戦前に朝鮮人の子、つまり「帝国臣民」として大阪で出生し、戦後、非自発的に日本国籍を喪失し現在は日本国籍を有している(萩原重夫「外国人の社会保障」『別冊ジュリスト』第130号, 1993年および慎英弘『定住外国人が見た日本社会』明石書店, 1993年)。
- 19) ただし自活保護および医療扶助の所得基準は6万5千ウォン、医療扶助の資産基準は800万ウォン。
- 20) 条文にはないが、施設保護者には被服費と収容費が加算、支給されている。
- 21) 地方自治に関する臨時措置法(1962年)により、郡・市が下級地方自治団体となり、邑・面は自治団体から行政区域(下級行政庁)に変更され、その下に、各地方自治団体の規則にしたがって洞・里という最下級行政庁がおかれている。なお地方選挙は1952年から9年間に3度行われたのち、先の臨時措置法によって地方議会は解散させられ、首長も任命制となった。数年来、地方自治制度の復活が約束されながら、まだ実現されていない(東京都議会事務局『韓国における地方自治制度』1990年、執筆者は三満照敏、および徐前掲書、参照)。
- 22) 1ウォンは7~8円、1992年夏、筆者のソウル市内での下宿代は、6畳程度の一人部屋(「独房」といい、相部屋を指す「合房」なら割安になる)に2食つきで、40万ウォンから交渉して35万ウォンとなった(それでも「外国人割高料

金」ではあったようだ)。今、ジュースやコーラが1本700ウォン程度、煙草1箱1,000ウォン程度、ソウル市内の食堂で安い昼食が最低でも3,000ウォン、超一流ホテルならコーヒー1杯が5,000ウォン、公共交通費は極度に低くおさえられていて市内バスや地下鉄が300ウォン程度である。

- 23) 韓国伝来のいわば永久居住権の購入(費)で、転出するときは金額が払い戻される。
- 24) 憲法訴願審判の請求期間は、訴願事由があると知った日から60日以内、またはその事由があった日から180日以内、ただし他の法律による手続きを経たものはその最終決定通知を受けた日から30日以内である(第69条)。老夫婦の訴願は、1994年1月以降の生活保護基準に対してなされたものである。なお三満照敏「第二期憲法裁判所のスタート」『ジュリスト』1056号, 1994年11月15日, 121頁, 参照。

参考文献

- 趙炳熙[1990]「韓国医療体系における葛藤の構造分析」『総合研究所報(桃山学院大学)』第16巻第2号
- 具滋憲[1991]『韓国社会福祉史』弘益齋(ソウル)、ただし初版は1970年。
- 井上久子[1986]「韓国における年金制度について」『追手門経済論集』第21巻第2号
- [1990]「韓国社会保障制度素描」『追手門学院大学・経済論集』第25号第1号。
- [1990]「韓国における医療保険の展開」『追手門学院大学・経済論集』第25号第2号。
- 袖井孝子・朴春徳[1986]「韓国の老人福祉法」『社会老年学』第24号。
- 金早雪[1991]「朝鮮総督府の社会事業」『大原社会問題研究所報』392号。
- [1992]「韓国における社会保障政策の展開と現状」『大原社会問題研究所報』399号
- 金龍澤[1988]「韓国の社会変化と老人の役割—経済開発政策樹立前の状況」『(東洋大学アジア・アフリカ文化研究所)研究年報』第22号。
- 権五球[1994]『社会福祉発達史』弘益齋(ソウル)。
- ミドゥグレイ (James Midgley), 福祉研究会訳 [1984]『第3世界ノ社会事業・専門的帝国主義』韓国福祉政策研究所出版部(ソウル)。原

- 著は、*Professional Imperialism : Social Work in the Third World*, Heinemann, London, 1981.
- , 同上訳[1986]『第3世界不平等と社会保障』韓国福祉政策研究所出版部(ソウル)。原著は、*Social Security, Inequality, and the Third World*, Jhon Wiley & Sons, Chichester, 1984.
- 中村律子[1992]「韓国の老人扶養と福祉立法の現状と課題」, 佐藤進編『国際化時代の福祉課題と展望』一粒社, 第3章。
- 小野 顕[1981]「大韓民国の社会福祉」『社会福祉研究』第28号。
- [1969]「韓国の社会事業(1)~(4)」『週刊福祉ジャーナル』第1巻第2~6号。
- 李光奎[1982]「韓国の老人問題」『民族学研究』第47巻第4号。
- 佐藤 進[1992]「韓国の社会福祉事情と高齢者福祉」, 同編『世界の高齢者福祉政策(新訂版)』一粒社, 第9章。
- 愼燮重ほか[1990]『韓国社会福祉法制概説』大学出版会(ソウル)。
- 高橋統一ほか[1990]「韓国の地域社会と老人の地位」『(東洋大学アジア・アフリカ文化研究所)研究年報』24号。
- 竹前栄治・金蘭九・南雲和夫[1992]「韓国における障害者福祉立法の展開」『貨金と社会保障』1075(1992年2月上旬)号
- 尹吉炳ほか(座談会)[1971]「韓国の福祉事情をきく(上・下)」『厚生ジャーナル』第2巻第5・6号。
- (きむ・ちょそる 信州大学経済学部助教授)

タイの所得保障・医療保障

久保 清

社会の一員として生活していくうえで病気、負傷、失業などによって収入の途を失ったときに、人間としての尊厳を失うことなく生活が出来るよう社会的に所得・医療を保障するのが社会保障制度であることはいうまでもない。

これまでタイでは、公務員や軍人に対して国庫補助金によって医療費を補償し、年金を支給する無拠出制の所得・医療保障があった。また、国営企業に従事する労働者の場合もこれに類する制度があった。しかし、民間企業に従事する労働者に対しては労働災害の際に補償する労災補償基金が存在するのみで、業務外の傷病、障害などで休業した場合の医療・所得保障ならびに失業、老齢等による所得保障は存在していなかった。このようにタイでは社会保障制度を国民各層にまで広げるだけ財政基盤が確立していなかったからであるが、1980年代に入って急速な経済発展を遂げ国家の財政基盤が安定し、国民の生活水準も向上し社会的に社会保障制度の整備が注目されるようになった。このような状況の流れのなかで1990年9月に社会保障法（以下、1990年法と略称する）が施行されることとなった。タイにとって長年の懸案であった社会保障制度の導入は、1990年法が施行されることによって画期的な出来事となった。本稿は、筆者が1991年から2年間タイに滞在し、タイにおける労働者の所得・医療保障について調査した成果の一部を概要としてとりまとめたものであ

る。

I. 社会保障制度導入の背景

社会保障制度は、社会保険によって保障する仕組みと公的扶助によって保障する仕組みからなっているので、その導入の背景となる経済基盤の充実そして政治・社会情勢の安定が重要な要素となる。

タイ経済は、農業部門を中心とした産業構造によって支えられてきたが、1980年代に入ってから非農業部門の台頭によってその構造は大きく変化した。特に、製造業は、産業別にみても著しく伸びてきた。産業別のGDPの推移を農林水産業と製造業と比較してみると1960年は3対1であったが、1970年には2対1に、1980年には1.5対1に、そして1990年には1対2となっている。過去20年間に農林水産業と製造業とのシェアが逆転した。貿易構造についてもその変化が著しく、1960年は、農産品輸出80.8%に対して製造品0.4%に過ぎなかったが、その後の推移は1970年が各々70.3%、3.5%、1980年が54.3%、27.3%そして1990年が17.0%、74.7%となっている。このように農業部門中心の経済から非農業部門中心の経済へと移行してきたことによって1980年代後半の実質GDP成長率は、1988年が13.2%、1989年が12.0%そして1990年が10.0%と2桁の急成長を遂げた(表1参照)。これは、

表1 タイの経済・貿易構造の推移

	1960	1970	1980	1988	1989	1990年
総人口 (万人)	2,639	3,537	4,650	5,447	5,589	5,630
GDP (億ドル)	25.5	65.4	334.5	595.8	691.0	801.7
うち農林水産業 (%)	39.8	28.5	25.4	16.6	15.0	12.4
製造業 (%)	12.0	15.9	19.6	24.8	25.5	26.1
実質経済成長率 (%)	7.9* ¹	6.8* ²	5.8	13.2	12.0	10.0
輸 出 (億ドル)	4.1	7.1	65.1	159.6	200.9	230.5
うち農林水産業 (%)	80.1	70.3	54.3	26.4	23.0	17.0
製造業 (%)	0.4	3.5	27.3	65.4	68.6	74.7

出所：タイ中央銀行

注：経済成長率のうち*1は1960年～1970年、*2は1970年～1980年の年平均成長率。

先進国からの海外投資を奨励して工業化政策を展開したことによる結果といわれている。この産業構造の変化と急速な経済成長は、農業部門の労働力が非農業部門へ流れていく契機ともなった。これまで無給で農業に従事していた若者は、村を離れて工場や事業所が集中する都会に移動し製造業などへ職業を求めようになった。若者の都会流入は、新たな問題をもたらすことになった。都会で働く若者には村に残された親を扶養する負担が大きくなることとなった。タイでは、平均寿命が伸び高齢化が進んでいるといわれている。このような状況の変化に対応できる生活の保障が必要となり、社会保障制度の導入が求められた。

II. 1990年法の施行までの経緯

政府によって進められていた社会保障法案は、労働者にとって利益の享受と保障の拡大に大きく貢献するものとして関心が集まった。

タイでは以前から社会保障法の立法化の動きがあったが、法案の審議の過程で下院議会と上院議会との間でさまざまな論争を引き起こし施行するまでには至らなかった経緯がある。タイ

で最初の社会保障法といわれているのは、ピブン政権当時の1954年に法案が下院議会で承認された法律である。しかし、この法案は、下院議会で承認され法律施行を統轄する社会保障局設置も準備されていたが、上院議会で否決されたため施行されるに至らなかった。その後も幾度となく議論が重ねられてきたが、実施されることなく1990年法の制定までに36年間という長い年月を要したのである。36年間の沿革を概略するとつぎのとおりである。

1954年 社会保障法として法案が下院議会で承認されるが、上院議会の否決で廃案となる。これが具体的なタイにおける社会保障法の最初である。

1958年 革命評議会布告第9条（労働者保護に関する諸法令）の布告。

1964年 National Research Council(NRC)が社会保障法の賛否に関する調査を実施する。タイは農業国であり社会保障法を立法化するには工業労働者が少なすぎるという結果であった。

1972年 革命評議会布告第103号(労働者保護の諸法令)の布告。(1958年布告の改正) 社会保障計画法検討委員会の設

立

1979年 新しい社会保障法の概要を策定する特別委員会を設立

1981年 内務事務次官を委員長とする社会保障委員会がまとめた負傷、出産、障害、死亡を保障する法案を内務省が承認する。

1982年 内閣は社会保障委員会提出の法案を認可する。

1984年 行政改革委員会が提出した生活保障基金の適用範囲を全国レベルに拡大する案を内閣が承認する。労働時間外での疾病、障害の労働者保障基金の拡大案を内閣が承認し、内務省の検討に付した。拡大案は、毎月の賃金の1.5%を雇用主と被雇用者が拠出する計画であった。

1987年 健康保険基金の法案作成を内務省に割り当てる議決が議会で採択された。

1990年 社会保障法の制定

1990年法案もさまざまな議論がなされた。法案は、1989年7月下院議会を通過した後、1990年5月上院議会に送られたが否決され、再度下院議会で可決され制定されることとなった。論争は、政府・使用者・労働者のすべてに負担がかかる法律の制定に問題があるとされた。基本的に労働者を助成する法律でありながら直接の受益者である労働側も積極的ではなかった。それは法律に基づき労働者に対して正当な利益が還元されるかがあまり明確でなかったからである。

III. タイの社会保障制度の仕組み

1. 1990年法

現在、タイの社会保障制度体系は、1990年法に基づく社会保険、労働者保護法に基づく労災補償基金、農民を対象としたヘルス・カード・プロジェクト、高齢者のための無料医療ケア、学校健康保険、公務員と国営企業の職員のための社会保障がある。本節では、1990年法および労災補償基金に絞って記述することとする。

1990年法は、施行から4年を経過したばかりであるため、1990法に基づく制度の運用や医療サービスの面で問題となるところが多い。行政レベルの人員不足や医療施設の不足によるサービスの不徹底、利用者側の制度に関する認識の不足などである。この制度を担当する労働社会福祉省社会保障事務局では、人員不足の解消のための増員要求や制度の普及・情報提供を強化することによって制度の改善に努めているのが現状である。

(1) 適用対象者

1990年法が施行された当初は、20人以上の従業員を雇用する事業所に適用されていたが、さらに、法施行から3年経過した1993年9月からは、10人以上の従業員を雇用する事業所にも適用されることとなった。適用対象者は、すべてこの制度に強制加入が義務づけられており、一度加入した後に従業員数の変更により従業員が減少しても適用は継続されることになっている。

企業の使用人は、従業員を雇用したときから30日以内に従業員の氏名、賃金額などを所定の用紙に記入のうえ、社会保障事務局に提出することになっている。社会保障事務局からは社会

保障登録証が使用者に、社会保障カードが従業員に交付される。

ただし、この制度の適用から公務員、中央行政機関および地方自治体の職員、私立学校法に基づく私立学校の職員および校長、学校・大学・看護学校の生徒、看護婦、学生および研修中の医師、外国人および国際機関の職員、勅令によって指定されたタイ赤十字の職員、国営企業の職員、臨時の労働者（季節労働者を含む）などは、除外されている。

(2) 管理・運営

この制度の管理・運営は、社会保障事務局が一元的に行っている。社会保障事務局長を委員長とし大蔵省、保健省、予算事務局、使用者、労働者、社会保障事務局の代表で構成される社会保障委員会が、社会保障政策ならびに措置に関する大臣への意見提案、勅令・省令などの公布に関する審議および大臣への意見提案、社会保障基金の管理に関する規則制定などの任務を行う。また、使用者および従業員の登録、社会保障に関する情報の収集・保管および分析、保険料の徴収、医療サービスの実施に関する任務は、中央と各県に所在する社会保障事務局が行っている。その他具体的な医療に関する助言や、医療サービス規定などを審議する医師委員会も運営にあたっている。基金は、徴収された保険料、政府からの補助金、基金の運用利益などからなっており、その管理は社会保障事務局に設置された社会保障基金で行っている。基金の用途は、主に給付に充てられることになっているが、事務局の運営資金、各種委員会の経費にも拠出金の15%の範囲内で支出が認められている。

(3) 給付内容と受給要件

法律で定めた給付の種類は、①傷病補償、②

出産補償、③障害補償、④死亡補償、⑤子女扶養補償、⑥老齢補償（年金）、⑦失業補償（失業保険）である。現在、保険料徴収が実施されているのは傷病補償、出産補償、傷害補償、死亡補償である。これらは業務外の事由による傷病、障害を対象としている。子女扶養補償および老齢補償については、1996年までに実施され、失業補償は開始時期がまだ決まっていない。

① 傷病補償

治療を受ける日の15カ月以前の期間内に、90日分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付は、診察診断費、治療費、入院看護費、医薬品費、救急車または病人の移送料と所得補償としての傷病手当金からなっている。治療は、社会保障事務局が指定した病院・クリニックのなかから事業所が選択し、社会保障事務局に登録した医療施設で受けることになっている。被保険者が医療施設で治療を受けた場合、それに要した治療費が一定の比率によって給付される。傷病手当金は、被保険者の賃金の50%が支払われるが、1回につき90日を超えない範囲で支給される。ただし、慢性的な傷病については、365日を限度として補償されることになっている。

② 出産補償

出産の治療を受けた日の15カ月以前の期間内に、210日以上保険料を納付しておかなければならない。給付は、検査および定期検診費、治療費、医療品費、分娩費、入院看護費、新生児の保育および看護費、救急車および出産者の移送費などからなっている。所得補償としての出産手当金は、被保険者の賃金の50%が60日分まで支払われる。

③ 障害補償

傷病補償と同様、治療を受ける日の15カ月以

前の期間内に90日分以上の保険料を納付しておかなければならない。医療給付と所得補償の障害手当金は、傷病補償と同様であるが、リハビリのための費用が含まれている。障害手当金の支給期間は、15年以内となっている。

④ 死亡補償

被保険者が業務外の傷病によって死亡に至った場合の給付は、死亡の直前から6カ月以内の30日分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付される死亡給付金の額は、葬祭料として労働者保護法に定める最低賃金（最低賃金は、毎年改定される。1992年4月に改定されたバンコク周辺の最低賃金は115バーツである。1バーツは約5円相当）の100倍の額である。

⑤ 子女扶養補償

被保険者の子女扶養のための給付を受けるためには、1年分以上の保険料を納付しておかなければならない。給付は、子女の生活保護費、教育費、子女の医療費があり、給付の対象は、子女2人までとなっている。

⑥ 老齢補償（年金）

被保険者が55歳以上になり退職後の年金を受けるための受給資格は、15年以上保険料を納付しておかなければならない。年金は、在職中に納付した保険料の額および納付期間に応じて支払われるが、納付の内容については省令で定められた原則に従うことになっている。

⑦ 失業補償（失業保険）

被保険者が失業する以前の15カ月以内に6カ月分以上の保険料を基金に納付しておかなければならない。また、職業に就く能力を有し、斡旋された職業に就く意思を持っている者が給付の対象とされる。失業保険は、失業8日目から給付を受けることが出来る。給付内容は、現在まだ細則が決まっていない（保険給付等の概要

は、表2を参照）。

(4) 保険料率

保険料は、政府、使用者、労働者の3者が同率の割合で納付することになっている。現在、徴収義務のある保険料は、傷病補償、出産補償、障害補償および死亡補償を対象としたもので、従業員の賃金の1.5%である。ただし、保険料算出基準額が月額500バーツ以上の場合、500バーツを限度とされている。法施行後の1996年までに子女扶養補償および老齢補償を対象とする保険料の納付義務が生ずることになっていて、従業員の賃金の3%が加わる。また、保険料の徴収開始時期がまだ決まっていなかったが、勅令で決定される予定の失業補償のための保険料がさらに5%増えることになる。

2. 労災補償基金

労働者を保護する法令として1972年に公布された革命評議会布告第103号がある。本布告は、勤務時間、年次休暇、婦女・児童の雇用年齢、福利厚生など労働環境に関する規則であるが、この規則に使用者の労災補償金支払いの責任規定も含まれている。本布告に基づく細則は、労働者保護に関する内務省令などによって具体的に決められている。

(1) 適用対象者

従業員20人以上を雇用する事業所に適用される。ただし、中央行政機関、地方行政機関、地方自治体の職員および農耕・漁業のみ行っている者は適用から除外されている。労災補償基金拠出義務事業所の業種、規模および地域については、内務省令で定めている。省令が施行された1973年当時は、対象地域がバンコク首都圏だけに限られていた。しかし、その後他の地域にも対象が広がり全国的に拡大された。従業員20

表2 1990年法に基づく保険給付の概要

保険給付の種類	受給資格	給付内容	保険料	保険料徴収対象期日
傷病	直前15カ月以内に90日分以上の保険料の納付	治療費 所得保障として賃金の50% (1回につき90日以内)	賃金の1.5%	施行日から180日後
出産手当	直前15カ月以内に210日分以上の保険料の納付	治療費等(1回につき3,000バーツ, 1人2回まで) 所得保障として賃金の50% (本人のみを対象60日以内)		
障害年金	直前15カ月以内に90日分以上の保険料の納付	治療費(1カ月に1,000バーツまで) 所得保障として賃金の50% (15年以内)		
死亡手当	直前6カ月以内に30日分以上の保険料の納付	葬祭料として法定最低賃金の最高額の100日分 所得保障として10,000バーツ		
子女扶養手当	1年分以上の保険料の納付	養育手当 教育手当 医療手当等	賃金の3%	施行日から6年以内
老齢年金	15年分以上の保険料の納付 給付は, 55歳以上	省令に基づく(保険料および納付期間に応じて給付)		
失業保険	直前15カ月以内に6カ月分以上の保険料の納付	省令に基づく(失業8日目から給付)	賃金の5%	政令により決定

出所：バンコク日本人商工会議所「タイ国社会保障法」より作成

人未満で労災補償基金拠出義務のない事業所であっても、労働者の労災について事業所が自ら労災補償金を支払う義務がある。

(2) 運 営

労働局長を委員長とし、使用者代表、労働者代表によって構成される労災補償基金委員会が労災補償基金事務局の一般的運営政策の提案、事業所が拠出金の分担をすべき業種および拠出率についての内務大臣への助言、事業所からの拠出金・納付に関する不服申し立ての審査などの任務を行う。労災基金は、事業所からの拠出

金、政府補助金、贈与を受けた資金・財産およびその他の収入からなっている。

(3) 拠出金率と拠出方法

使用者が労災補償基金事務局に納付する拠出金の額は、内務省令で業種ごとに定めた拠出金率によって決められている。地下で作業する鉱山業のような危険度が高く、労災が起りやすい業種は、拠出金率が高いが、危険度の低い商業、金融関係などは低率になっている。拠出金の算出は、従業員の1年間の所得総額を基礎として計算する。総従業員の賃金額に拠出金率を

乗じた額が拠出金額となる。年間賃金総額が12万バーツを超える従業員がいる場合は、年間の賃金は12万バーツとみなされる。

また、収支率による拠出金率の増減措置もある。収支率は、労災補償金の多寡によって決まる。収支率によって増減割合が決められているので、労災発生が多く労災補償金の支出実績が多い事業所は、当然、拠出金率が増加する。拠出金率の増減は、各使用者ごとに過去3年間の平均収支率に応じて決定され、改正された拠出金率は5年目から適用される。

IV. 現状と問題点

タイの経済、社会の将来を決める国家経済社会開発計画は、1961年に第1次5カ年計画が始まり、現在、第7次計画(1992~96年)に入っている。過去30年の間に、計画に基づく経済社会開発事業は、国家経済レベルおよび国民の生活水準の向上に寄与してきたといわれている。社会開発の面では、地方での医療システム、医

療施設の増設、基本的保健サービスの実施などが実現している。しかし、一方で工業重点施策は都市と地方との経済格差を拡大することとなり、地方の貧困化が進んできている。第7次計画では、生活の質の向上のための公衆衛生政策として、社会保障の問題について、すべての人々、すべての地域とりわけ貧困者、老人、子どもおよび障害者に対する必要な健康サービスを適正に確保することを目標にしている。

1991年現在タイの労働力人口は、総人口5,692万人のうち3,223万人と推計されている。これは総人口の56.6%に相当するが、学生および家庭の主婦などを除くと就業人口は2,987万人と見込まれている。業種別に就業人口割合をみると依然として農業部門就労者が圧倒的に多いが、非農業部門就労者が年々増加の傾向を示している。特に、製造業部門は着実に伸びてきている(表3参照)。1990年法に基づく制度が非農業部門を対象としていることからすると、今後この制度の整備が喫緊の課題となるであろう。1990年法に基づく制度と災害補償基金の現状と問題

表3 産業別就業者数とその割合(1988~1991年) (単位:千人,%)

業種別	1988		1989		1990		1991年	
	就業人口	比率	就業人口	比率	就業人口	比率	就業人口	比率
職業者計	27,725.5	100.00	28,060.6	100.00	30,843.7	100.00	29,866.0	100.00
農林水産業	17,379.2	62.68	17,020.0	60.65	19,725.7	63.95	17,997.0	60.26
鉱業	62.3	0.22	46.7	0.16	54.0	0.17	42.0	0.14
製造業	2,611.1	9.42	3,104.3	11.06	3,132.7	10.16	3,248.0	10.88
建設業	808.5	2.92	947.4	3.38	1,026.4	3.33	1,020.0	3.42
電気・ガス・水道業	118.6	0.43	116.6	0.42	108.7	0.35	120.0	0.40
商業	3,030.5	10.93	3,063.2	10.92	2,976.2	9.65	3,355.0	11.23
運輸・通信業	663.6	2.39	698.9	2.49	732.9	2.38	753.0	2.52
サービス業	3,043.7	10.98	3,043.4	10.85	3,065.0	9.94	3,331.0	11.15
その他	8.0	0.03	19.7	0.07	21.6	0.07	—	—

出所: Year Book of Labour Statistics 1991, Department of Labour Protection and Welfare, Ministry of Interior Thailand

注: 1991年は内務省による推計値

点を挙げることにする。

1990年法が施行されてからわずか4年足らずの制度であるため、加入状況は完全とはいえませんが、社会保障事務局が1992年8月に発表した加入状況は、全国の3万2千事業所が加入し、加入者は320万人に達している。加入者に対する医療サービスは、社会保障事務局が146カ所(民間27カ所)の主要病院を指定し、全国851カ所、82のネットワークを確立している。1990年法発足2年後の1992年の補償件数は、負傷・疾病が約150万件にのぼり、補償総額も8億バーツを超えた。また、障害および死亡は3,600件、補償総額は7,733万バーツになった。社会保障事務局は、随時、指定病院の変更、医療補償額の改定、事務局人員の補充等を実施し、社会保障制度の受益者のための利用を向上させるよう努力しているが、さまざまな問題が発生しているのが現状である。実例として次のような問題点が挙げられる。

- 指定病院が限定されているため、利用者が効率的な治療を受けるような体制になっていない。事業所が登録した指定病院は、事業所の周辺が多く、従業員が帰宅後緊急な治療を受けなければならない場合、不便を被ることが多い。
- 指定病院の診療時間は、午前8時から4時ないし5時くらいまでとなっているため、被保険者が業務終了後に治療を受けようとしても治療を受けることができない。
- 使用者が社会保障事務局に登録している指定病院を従業員が知らないことがある。これは使用者が従業員に正確に伝達していないことから起こる問題である。
- 従業員が治療するため指定病院を訪問しても治療を拒否され、他の医療施設に回され

ることがある。重傷で指定病院に運ばれた従業員が治療を拒否され、転送されているうちに死亡した例もある。

- 使用者が指定病院を登録していないため、従業員が治療を受けることが出来ない場合がある。
- 使用者が従業員に保険証を交付していないため、治療を受けられないケースがある。
- 指定病院は、一部の私立病院を除くと公立の病院となっているため、病院内の混雑が激しく、サービスの低下につながっている。
- 指定病院サービスが劣悪であるため日系企業の従業員は、企業内の医療補助を利用して比較的サービスのいい私立病院で治療を受けることが多い。
- 事務局の人員不足で登録事務、保険料徴収事務、補償金支払い事務等に支障が生じている。制度発足当初、1,076人の緊急予算が認められたが、実質928人の採用で、不足している分については他の省または部署からの支援に頼っている。

労災補償基金についても多くの問題点がある。例えば、多くの工場で従業員が安全衣の着用を怠ったり、安全性に無関心のため労働災害が頻発するケースが多いことがあげられる。また、使用者が労災補償基金の制度をよく理解していないため、指定された拠出金を納付していないことや、経費節減のため労災補償基金に対する拠出金を納付しない使用者もいる。このような使用者は、労災が発生しても従業員に対して労災の補償が出来ずに労働争議に発展させるケースもある。最近、労働組合の要求には、従業員の福利厚生に関連するものが多くみられるようになった。その背景には、表4で示した労働省の労働災害発生件数を見るとおり、年々そ

表4 労働災害発生件数の推移

(単位：人)

年	合計	死亡	永久労働不能	永久一部労働不能	一時労働不能	
					休業4日以上	休業4日未満
1976	9,440	323	18	1,085	7,014	
1980	25,568	395	27	1,454	23,692	
1985	40,421	402	42	1,359	38,618	
1986	38,410	363	36	1,206	36,805	
1987	43,644	393	43	1,375	18,580	23,253
1988	49,874	352	37	1,468	21,428	26,589
1989	53,857	442	30	1,847	25,084	36,454
1990	79,787	634	32	1,504	30,338	47,279

出所：バンコク日本人商工会議所「タイ国経済概況 1992～93年度」

の件数が増加していることが従業員の切実な要求としてあるからであろう。特に、製造業および建設業が多く、製造業においては機械化による製品製造工程での操作ミスによる事故が多くなっている。大企業では、労災補償基金に加入している企業が多いが、中小、零細企業では、生産コストに影響することもあり、労災補償基金に加入することを無視しているケースが多い。

V. 今後のタイにおける社会保障制度の展望

1980年代からのタイ経済の急成長ならびに社会的安定は、今後のタイの社会保障制度の確立に弾みをつけたといえよう。しかし、1990年法は、現在のところ労働者を保護する性格が強いものとなっているため、都市部に集中している企業の労働者に対する制度であるといってもよい。一部の農村では地域型医療保険を実施しているところもあるが、全域に普及していない。このようにこの制度の実施が都市優先となって

おり、農村地域までその恩恵を受けるには至っていない。社会保障制度は、国民全体に対する施策でなければ、その制度の持つ意義を失うことになる。第7次経済社会開発計画は、都市と地方の格差を是正するため、所得および開発成果の地方分散を実現していかなければならないとしているが、一朝一夕にして問題が解決することは望めないのではない。

医療面からその実態を見てみると、医療施設や医師の数は都市部に集中しており、表5で示すとおり地方の医療体制が十分でないことが施設と医師の数をみても明らかである。

タイでは、医師養成を目的とする医学部を有する大学が一部の国立大学に限られていて、毎年、医学部を卒業し医師になろうとする者が1,000人にも満たないといわれている。特に、地方の大学で医学部が設置された大学は、チェンマイ大学、コンケン大学、ソクラーン大学のみでその他はバンコクに集中している。1989年現在、全国で医師の数は約13,000人程度である。これを総人口と比較して見ると医師1人に対して患者数は、4,386人になる。すなわち、1人の医師が4,386人を治療しなければならない割合となる。ちなみに1988年の日本の場合は、609人となっているので、日本との比較でタイの医療体制は、非常に遅れているといってもよい(表6を参照)。大学庁は、医師の不足を解消するため、医師課程の学生募集数を2001年までに340人増やす計画である。そして2011年までに総人口との割合を2,000人にするようにしているが、具体的な対策に乏しい。

また、公立と民間との医師の報酬の格差は、約10倍の開きがあるともいわれている。公立の医療機関に従事する医師は、所得の高い民間の医療機関に転出するという現象が生じている。

表5 地域別の医師数、病院数、ベッド数(1989年)

地 域	人 口 (人)	医 師 数 (人)	1 医師当 り患者数 (人)	歯科医数 (人)	1 歯科医 当り患者 数 (人)	病 院 数 (所)	ベ ッ ド 数 (台)	1 ベ ッ ド 当り患者 数 (人)
合 計	55,888,393	12,743	4,386	2,107	26,525	928	76,374	732
		100.00		100.00		100.00	100.00	
バンコク	5,832,843	5,888	991	1,885	5,376	74	17,457	334
		46.21		51.50		7.97	22.86	
バンコク近郊	2,895,492	486	5,958	109	26,564	37	2,651	1,092
		3.81		5.17		3.99	3.47	
中央タイ	2,812,370	421	6,680	65	43,267	58	4,693	599
		3.30		3.08		6.25	6.14	
東部タイ	3,633,544	630	5,768	113	32,155	73	5,998	606
		4.94		5.36		7.87	7.85	
西部タイ	3,269,183	501	6,525	82	39,868	73	5,113	639
		3.93		3.89		7.87	6.69	
東北タイ	19,575,949	1,631	12,002	254	77,071	268	14,666	1,335
		12.80		12.06		28.88	19.20	
北部タイ	10,842,752	2,021	5,380	220	49,422	193	16,174	672
		15.86		10.44		20.80	21.18	
南部タイ	6,996,250	1,165	6,005	179	39,085	152	9,622	727
		9.14		8.50		16.38	12.60	

出所：Health Statistics Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

注：下段の数字は、当該地域の割合を示す。

表6 タイ(1989年)と日本(1988年)の医師数、病院数等比較

地 域	人 口 (人)	医 師 数 (人)	1 医師当 り患者数 (人)	歯科医数	1 歯科医 当り患者 数 (人)	病 院 数 (所)	ベ ッ ド 数 (台)	1 ベ ッ ド 当り患者 数 (人)
日 本	122,783,000	201,658	609	70,572	1,740	89,786	1,910,912	64
タ イ	55,888,393	12,743	4,386	2,107	26,525	928	76,374	732

出所：Health Statistics Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

日本の統計1992/93年 総務庁統計局

注：病院数は、歯科診療所を除く。

そのため公立病院の医師の絶対数が不足するという問題が起こっている。保健省では、公立の医療関係者の待遇を改善し、民間の医療機関との格差を縮小する計画を打ち出した。このことによってこれ以上の私立病院への医師の流出を防ぎ、医療サービスの低下を抑えていこうとしている状況である。このように医療体制を充実

させる動きは出てきているが、その成果が出てくるまでには相当な時間を要することが考えられる。

1990年法の施行後6年目から老齢、子女扶養、失業のための補償が実施される予定であるが、これらの補償が実施に移されると保険料の納付率が老齢、子女扶養の場合3%、さらに失業の

場合5%が加えられることになるので、政府、使用者、従業員にとっては保険料の負担が重くのしかかってくる。また、プロビデント・ファンドや医療補助の制度を実施している事業所では制度の見直しが必要になってくるであろう。また、労災補償基金と1990年法に基づく制度を一元的に実施していくことも今後の課題となるであろう。

参考文献

1. 池本幸生, ワリン・ウォンハンチャオ編『タイの経済政策』アジア経済研究所
2. 吉田幹正, サーマート・チアサクーン, チュター・マナットバイブーン編『タイの1980年代経済開発政策』アジア経済研究所
3. 村鳴英治訳『労働者保護法解説及び労働者保護法』バンコク日本人商工会議所
4. *The Seventh National Economic and Social Development Plan (1992-1996)*
National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister
5. 『タイ国経済概況(1992-93年版)』バンコク日本人商工会議所
6. *Key Statistics of Thailand 1992*
National Statistical Office
7. *Year Book of Labour Statistics 1990*
Department of Labour, Ministry of Interior Thailand
8. *Bangkok Bank Monthly Review*, Vol. 31
November 1990 Bangkok Bank
9. *Medical Service Provision under the 1990 Social Security Act : A Situational Analysis*
Ministry of Interior Thailand
10. *Advanced Report 1990* Population and Housing Census National Statistical Office
11. 『日本の統計1992/93年』総務庁統計局
(くぼ・きよし アジア経済研究所総務部次長)

フィリピンの社会保障制度

福島 康志

I. はじめに

1990年4月から1993年4月までの3年間、在フィリピン日本大使館で労働担当官（レイバーアタッシェ）として働いた。この3年間にフィリピンはバギオの大地震，ピナツボの大噴火，レイテ等を中心として大被害を出した台風ルピン等数多くの天災に見舞われた。日本からの出張者には、「フィリピンで暮らすのは大変でしょう。」と同情されたが、「住めば都」とはよくいったもので、私は南国のノンビリとした生活を満喫した。

それに、フィリピンという国は、外部のものを受け入れるのに非常に寛容であるので、外国人にとっては非常に暮らしやすい国であった。

しかし、フィリピンの労働事情を見ると非常に厳しい。フィリピンの労働事情を特徴づけているのは、人口の増加率が非常に大きいということである。現在の人口増加率は2.38%であり、この増加率のまま変化がなければ約30年で人口は2倍以上となってしまふ（ちなみに日本の人口増加率は0.53%である）。過去について調べても1990年には6,000万となっているが、1960年には2,700万に過ぎなかったもので、この30年間に2倍以上人口が増加している。

この高い人口増加率を背景として、労働力人口も毎年3.5%の増加と高い伸びを示している

が、このことは、（労働力率に変化がなければ）毎年の経済成長率が3.5%以上なければ、失業率が上昇するか、または賃金水準が低下することを意味しており、この労働力人口の増加がフィリピン経済にとって大きな重荷となっている。私が滞在した3年間は、経済成長率が3.5%に達しなかったから、労働雇用省にとっては毎年新たに労働市場に出てくる80～100万人の労働者に対してどのようにして職を与えるかということが第1の関心事となっていた（また将来も一番の問題であり続けることであろう）。

失業率についてみると8.6%であり（1992年10月）であり、年齢別にみると、15～19歳層で14.9%、20～24歳層18.9%であり、高年齢層では45～54歳層が3.8%、55～64歳層が4.9%となっている。この若い層の失業率が高くなっていることが、フィリピンの失業問題をより深刻な社会問題にしている。また、学歴別の失業率は、小学校卒業者の失業率5.2%、高等学校卒業者の失業率は10.6%、大学卒業者の失業率は13.1%であり、学歴の高い者ほど高い失業率となっている。

このような高い失業率を背景として「外国で働きたい」と思っているものの割合は男子31%、女子26%と非常に高くなっている。しかも大学にいてもなかなか職が見つからないために、学歴が高くても外国で働きたいと考えている者が沢山おり、この国の大きな問題となっている。

フィリピンの家計についてみると、1世帯(平均世帯人員5.2人)当たりの、年間所得は65,000ペソとなっており、1ペソ=4円程度であるから、日本円にすると年間所得30万円程度となる。このように低所得であるため消費生活は非常に貧弱なものとなっており、食料費支出の消費支出全体に占める割合(いわゆるエンゲル係数)は50.4%と非常に大きく、教養娯楽費の占める割合は0.5%であり、ほとんど娯楽のための支出はないといっても言い過ぎではないような状況となっている。

以上が、フィリピンの大まかな労働事情であるが、以下では社会保障制度についてみることにする。

II. 社会保障制度の概要

フィリピンの社会保障制度は、傷病、障害、死亡、老齢の4つの事故に対する補償が基本であり、社会保険法、公務員保険法、労働法典、医療法の4つの法律に規定されているが、失業した場合の所得保障制度である失業保険制度は存在しない(現在、立法作業中である)。

傷病やそれに起因する障害・死亡の場合、治療費用については、その傷病が業務上の事由による場合には、労働法典に基づく国家保険基金から支給され、業務外の場合には、医療法に規定されている健康保険基金より支給される。傷病給付、障害給付、死亡給付については、民間労働者の場合、社会保険法に規定されている社会保険基金より給付金が支給され、公務員の場合には、傷病給付および障害給付については、公務員保険法に基づく一般保険基金より給付金が支給され、死亡の場合には、公務員保険法に基づく生命保険基金より給付金が支給される。

このうち業務上の事由による場合には、これらの給付に加えて、死亡給付、障害給付、傷病給付が労働法典に基づく国家保険基金より支給される。死亡給付および障害給付の場合、その支給労働者の範囲は、社会保障基金からの支給も国家保険基金からの支給の場合も同じであるから、業務上の傷病の場合には、障害給付および死亡給付は必ず併給されることとなる。傷病給付の場合には、2つの基金から支給される給付金の対象労働者は必ずしも一致しないので、併給が可能な場合と国家保険基金からの支給だけの場合がある。いずれにしろ、日本と大きく異なる点は、労働災害に対する補償の場合には、給付の併給が可能な点である。

また、老齢となった場合には、その対象が民間労働者の場合、社会保障基金より退職給付が、公務員の場合には退職保険基金より退職給付が支給される。

このようなフィリピンの社会保障制度を一覧表にすると次ページの図のようになる。以下では、主として民間労働者を対象とする社会保障制度についてみることにする。

III. 対象者

フィリピンの社会保障制度は、公務員に対する公務員社会保険制度(GSIS)と民間労働者に対する社会保障制度(SSS)の2つが基本である。何故なら、労働法典に規定されている業務上の傷病やこれに起因する障害、死亡に対する給付も、医療法に規定されている医療給付も、GSISおよびSSSの加入者をその対象者とするとされているからである。GSISおよびSSSの対象者がフィリピンの社会保障制度でカバーされる全範囲となるのである。

	治療費給付		退職給付	死亡給付	障害給付	傷病給付
	業務外の場 合	業務上の場 合				
公務員	健康保険基金 (医療法)	国家保険基金 (労働法典)	退職保険基金 (公務員 保険法)	生命保険基金 (公務員 保険法)	一般保険基金 (公務員保険法)	
民間労働者					業務上の場合 国家保険基金 (労働法典)	

図1 保険給付の事由別支給基金および根拠法

GSISの強制加入対象者は、60歳未満の国家および地方公務員であり、公務員として採用されたか、または、選挙によって選ばれたかは問わない。

SSSの強制加入対象者は、①自然人または法人、フィリピン人または外国人を問わず、フィリピンにおいて経営行為を営む使用者、②弁護士、公認会計士の専門家、俳優、女優、監督、プロスポーツ選手、コーチ、トレーナーなどの年に1,800ペソ以上稼得する自営業者、③月1,000ペソ以上受け取るメイド、ドライバーなどの60歳以下の個人の家庭使用人、④60歳以下の公務員以外の労働者が対象者である。ただし、借地小作人、賃金を支払われない労働者、1年に最低6カ月連続して働くことのない労働者、家族従業者、外国船舶のためにフィリピン外で雇用された労働者は対象外である。

これに対して、任意加入対象者は、①SSS加入者の配偶者である主婦（加入者の同意が必

要）、②フィリピン人を雇用し、こうした労働者をSSSに加入させる協定をフィリピン政府との間で結んだ政府、国際機関の労働者、および、③外国人使用者により、フィリピン国内で雇用され、海外で勤務するフィリピン人労働者である。

SSSに一度加入すると、対象労働者および自営業者は、SSS加入者として登録され、たとえ離職または事業からの収入が中断してもその加入者としての身分は死亡するまで継続する。離職または事業からの収入が中断した場合であっても、給付金金額を受け取る権利を維持するため、保険料金額を納付し続けることも可能である。

なお、SSSとGSISは加入年数を通算することが1994年8月の改正により可能となった。

こうした社会保障制度でカバーされている対象者を見ると、1990年には、SSSの加入者が1,362万人、GSISの加入者が159万人となって

いる。

IV. 保 険 料

使用者が労働者を雇用すると、その労働者は SSS の強制適用対象者となるため、その雇用から30日以内に、労働者の氏名、年齢、既婚・未婚の別、職種、月給、被扶養者を SSS に通知しなければならない。

そして、その労働者の月給から労働者負担分の社会保険料を控除し、源泉徴収しなければならない。これに使用者負担分の保険料を加え、各4半期の末日に、使用者の身分証明書番号、労働者の氏名、SS 番号および、保険料総額を示すリストを添付し、SSS に送付しなければならない。

保険料は強制的に適用される雇用労働者の保険料については、使用者負担分は、社会保障基金に対するものが標準報酬月額5.1%、健康保険基金に対するものが1.2%（ただし、標準報酬月額3,000ペソ以上の者については一律37.5ペソ）、国家保険基金に対するものが1.0%（ただし、標準報酬月額1,000ペソ以上の者については一律10ペソ）の合計7.3%となっている。また、労働者は、社会保障基金に対するものが標準報酬月額の3.3%、健康保険基金に対するものが1.2%（ただし、標準報酬月額3,000ペソ以上の者については一律37.5ペソ）の拠出であり、労災補償分である国家保険基金に対する拠出は必要ないこととなっている。

V. 労働災害保険制度の問題点

フィリピンの職場の安全衛生に関する使用者の責任については、①職場の安全衛生管理に関

するものと、②労働者が職場で災害にあったり、発病した場合の応急処置に関するものの2つが定められている。

応急処置に関する規定をみると、職場で労働者が被った傷害もしくは疾病に対して、それが業務に関連した災害や疾病であっても、業務に関連していなくても、適切かつ迅速な医療および歯科治療等を与えることは、常利、非常利を問わず、全ての使用者の義務であるとされている。すなわち、ここで規定されているのは、あくまでも応急処置に関することであり、労働災害または労働疾病に関して規定されているのではないことに注意する必要がある。

日本においては、労働基準法第75条において、「労働者が業務上負傷し、又は疾病にかかった場合においては、使用者は、その費用で必要な療養を行い、又は必要な療養の費用を負担しなければならない。」と規定されているが、フィリピンの労働法典にはこれに対応する規定、すなわち、業務上負傷または疾病の責任を使用者に負わせるような規定は存在しない。ただ、フィリピンの場合、その職場において労働者が負傷したり、発病した場合、その業務上外に係わりなく、職場内の診療所等で応急処置を施すか、または、最寄りの病院にその労働者を運ぶことが使用者の責任であるとされているに過ぎない。

もちろん、フィリピンにも労働災害保険制度はあり、その保険料は使用者が負担しているが、労働災害保険の補償額は上限額が定められており、通常全ての治療費が労働災害保険から支給されるわけではない。その場合、労働災害保険からの給付額を除く治療費について誰が負担するかといえば、労働者が負担せざるを得ないので現状である。この点については、労働法典第

173条において「特に規定されていない限り、労働災害保険基金は、使用者の労働者、その扶養家族、または、労働者や扶養家族に代わり損害賠償金を受け取る資格のある者に対する全ての責任を、使用者に代わって負担しなければならず、その負担は独占的である。」と、使用者の責任が免責されることを明確に規定している。

また、労働災害保険分である国家保険基金に対する保険料が、産業別に労働災害の起こる可能性は全然違うはずにもかかわらず、標準報酬月額率の1%と全ての産業の使用者にとって一律の負担となっている点でも、使用者の職場の安全衛生を改善しようとするインセンティブを与えるとこの観点からは問題があると考えられる。例えば、1990年の製造業と卸売・小売業の労働災害の度数率を比較すると、製造業が41.0、卸売・小売業のそれが9.2と4.5倍程度の割合で製造業で働く労働者に死傷者が多いことが分かる。もちろん製造業の中でもその業種によって労働災害の起こる度数は違っているはずである。一律1%の労働保険料率ではなく、労働災害を抑制すれば、その分だけ保険料率を引き下げようすれば、使用者にとっても労働災害を抑制しようとするインセンティブが働くであろう。産業別の労働災害発生の実態や労働災害統計の整備を図り、これに基づき、産業別に労働災害補償分の保険料率を定め、業界ごとに労働災害の抑制に努力させるよう誘導する政策が望まれる。

労働保険料と災害防止の関係についての注目されるべき条項としては、労働法典第200条に「労働者の負傷または死亡が使用者の法令不履行、安全装置の不設置または不維持、または、負傷防止の注意を怠ったことが原因である場合、当該使用者は国家保険基金に対し、SSSが

労働者に支払う所得補償給付に相当する総額の25%を罰金として支払わなければならない。」というのがある。しかし、この条項が適用され、罰金を徴収した件数は、今までに一件もない。これは、SSSが労働災害発生のお知らせを受けてからすぐ労働監督官に通報することも行っていないし、SSS自身が自ら職員を派遣し、労働災害発生状況を調べることもしていないためである。労働災害防止のためには、災害調査は基本的な手法であるので、労働災害が発生しSSSに給付の請求がなされると、すぐにSSSから労働監督官にも通報され、このうち重大災害の場合には、労働監督官が実際に災害調査に工場を訪問し、安全装置の設置などの改善措置を取らせるようなシステムを構築しなければならないと考えられる（この点について労働雇用省の局長に指摘すると、自分としてもSSSとの協力体制と災害調査の必要性は十分理解しているが、SSSと労働雇用省は別々の組織であり、労働雇用長官とSSS長官が必ずしも仲が良いというわけでもなく、そのような通報システムの構築は簡単ではないという反応が返ってきた）。

このように業務上災害および疾病に対する使用者の責任が法律上不明確であり、実際上もその治療費について免除されており、保険料率が使用者が労働災害の発生を抑制しようとするか否かに関わらず一律となっているという状況のもとでは、使用者に職場の安全衛生を何とか改善しようとするインセンティブが働くとは考えにくい。フィリピンの労働災害や疾病をできるかぎり防止するという観点からは、日本の進んだ災害防止技術や労働衛生面の技術移転とともに、こうした法制上の整備についても日本の経験を含め助言して行く必要があるように思われる。

VI. 給付内容

SSS のサービスは、傷病、障害、死亡、退職、出産の場合に支払われる給付とサラリローン、教育ローンの貸付とからなっている。

1. 治療費給付

(1) 私傷病の場合

治療費用は、① SSS のメンバーまたはその被扶養者がケガまたは病気によって入院した場合で、②その入院の月の直前1年間に3ヵ月以上保険料を支払っている場合に、手術代、薬代、入院代等が支給される。ただし、それぞれについて SSS から支給される額の上限が定められており、また、SSS の治療費の支給対象となるのは、メンバーについては、1年につき45日間の入院期間中の費用だけであり、被扶養者についてもそれぞれの被扶養者の入院日数を合計して、1年間に45日間を超えない期間中の費用である。病院は、全ての治療費用から SSS から支給可能な額（治療費給付額）を差し引いて患者に請求し、後で SSS（健康保険基金）に請求する。私傷病の場合の特徴点は、その補償は入院した場合に限られ、しかも年に45日間という短期間の補償しか行われていない点である。

(2) 労働災害による傷病の場合

労働災害による傷病の治療費用は、その傷病から回復するまでの間、労災補償委員会に認定された病院で、認定された医師が治療する治療費にかぎり支給される。ただし、支給限度額が労災補償委員会によって定められている。また、労働災害の場合は、入院することが医療費給付の支給条件とはなっていないので、通院の場合であっても支給を受けることは可能である。

2. 傷病給付

この給付は次の要件を満たしている場合に支給される。①傷病のために就労できず、②最低4日間病床にあり、③傷病の発生する半期直前の12ヵ月間に少なくとも3ヵ月分の保険料を納付済みで、④会社が定めた有給病気休暇を使い切っている場合である。以上の要件を満たしている場合には、平均標準報酬日額の90%に等しい傷病給付が支給される（ただし、最低10ペソ、最高125ペソである）。この傷病給付は、暦上の1年間に120日以上支給されることはなく、同一の病気のために240日以上傷病給付を受給することもできない。その後は、障害給付に移行することが考えられる。傷病にかかり、上の要件を満たしたものは5日以内に使用者にその旨を通知し、使用者は通知を受けた日から5日以内に SSS に通知しなければならない。失業者、自営業者、および、任意加入者の場合には、SSS に直接、5日以内に通知しなければならない。これらの者には SSS が直接給付するが、雇用されている場合には会社が給料日に先払いし、後で SSS（社会保障基金）から払戻を受けることができる。

就労することができなくなった傷病が労働災害の場合には、平均標準報酬日額の90%に等しい傷病給付が支給される（ただし、最低10ペソ、最高90ペソ）。この給付は基本的には120日間であるが、それ以上の治療を必要とする場合には、240日まで延長することが可能である。この期間を超えても就労が不可能な場合には、障害給付に移行する。給付金は給料日に会社が先払いし、後で SSS（国家保険基金）から払戻を受ける。なお、労働災害による傷病の場合にも、前述の社会保障基金からの給付の条件を満たしていれば、国家保険基金からの給付と併給が可能であ

ることは、前に述べたとおりである。

3. 障害給付

完全に、または、部分的に永久的に労働能力を失い障害者となった SSS 加入者に対しては、次のような障害給付が支給される。①36カ月以上保険料を納付している加入者には年金（最低月800ペソ、ただし、120カ月以上保険料を納付した加入者の最低額は月1,000ペソ）が、②それ以下の期間しか保険料を納付していない加入者には一時金（最低1,000ペソ）が SSS（社会保障基金）から支給される。

年金額および一時金の額は、加入者の加入期間と納付済みの保険料の額によって決定される（20年 SSS 加入者で毎月の年金額は、平均標準報酬月額半額の半額程度）。ただし、永久完全障害者については、その年金額に加え、障害から生じる必要額を満たすため、月300ペソの特別加算金を支給される。さらに、完全永久障害者の若いほうから5人目までの子ども（20歳以下で、未婚、月500ペソ以上の収入がないことが条件である）に対し、年金額の10%に当る被扶養者年金が支給される。永久部分障害者の子どもには、被扶養者年金は支給されない。また、永久完全障害者とその扶養者については、さらに保険料を支払うことなく、SSS（健康保険基金）からの治療費の支給対象となる。

受給期間については、永久完全障害者は、終身年金を受け取ることができるが、永久部分障害者については、その障害の程度に応じて、年金を受け取ることのできる期間が定められている。

さらに労働災害による傷病の結果、障害者となった労働者は、以上の給付に加え、永久完全障害者で5年間、永久部分障害者はその障害の

度合いに応じて、年金月額と同額の月所得保障給付を SSS（国家保険基金）より支給される。永久完全障害者の5人までの子どもに対しては、SSS（国家保険基金）からも私傷病による障害の場合と同じ条件で、同額の被扶養者年金が5年間支給される。

4. 死亡給付

SSS 加入者が死亡した場合に、その遺族に対し、死亡給付が支給される。第1受給権者は、再婚していない扶養されていた配偶者および扶養されていた子どもである。第1受給権者がいない場合には、第2受給権者が死亡給付を受け取る権利を得る。第2受給権者とは、扶養されていた両親、非嫡出子、直系子孫である。第2受給権者もない場合には、加入者本人によって受給権者と指名されていた者が死亡給付を受け取る権利を得る。

死亡給付には年金と一時金があり、①36カ月以上保険料を納付していた加入者の第1受給権者は年金（最低月800ペソ）が、②36カ月以上保険料を納付していない加入者の第1受給権者、および、加入期間には係わりなく第2受給権者には一時金（最低1,000ペソ）が SSS（社会保障基金）から支給される。

年金額は、永久完全障害者が受け取る年金額と同様の計算式で計算され、加入者の加入期間と平均標準報酬月額によって決定される。第1受給権者の受け取る一時金の額は、年金の月額額の35倍であり、第2受給権者の受け取る一時金の額は、年金の月額額の20倍である。さらに、障害給付と同じ支給条件の被扶養者年金（最低月80ペソ）が、死亡した加入者の扶養されていた子どもに対し支給され、10,000ペソの葬祭給付も支給される。

以上の給付に加え、労働災害による傷病の結果死亡した場合には、年金月額と同額の月所得保障給付が、労働者の第1受給権者には5年間、第1受給権者がいない場合には第2受給権者に60カ月間、SSS(国家保険基金)より支給される(最低15,000ペソ)。死亡した加入者に扶養していた子どもがある場合には、被扶養者給付が5年間、SSS(国家保険基金)より支給される。

5. 退職給付

加入者が高齢となって働けなくなった場合に支給される給付である。①加入者が60歳以上となり、失業しているか、または、働いていても月収が300ペソ以下の場合、または、②加入者が65歳以上となった場合に支給される。

退職給付には年金と一時金があり、①120カ月以上保険料を納付していた加入者は年金(最低月1,000ペソ。ただし、120カ月以上保険料を納付した加入者の最低額は月1,200ペソ)を、②それ以下の期間しか保険料を納付していない加入者は一時金を支給される。

年金額は、永久完全障害者が受け取る年金額と同様の計算式で計算され、加入者の加入期間と平均標準報酬月額によって決定される。また、障害給付と同じ条件の被扶養者年金が、加入者の子どもに対しても支給される(最低月150ペソ)。一時金の額は、その者自身で納付した保険料とその者のために使用者が負担した額の合計とその利子相当額である。

退職給付受給者が死亡した場合、①その者の第1受給権者には年金額の100%が支給され、その子どもは引き続き被扶養者年金を受け取ることができ、②その者が第1受給権者を持たず、年金の支給が開始されてから60カ月以内に死亡した場合、その者の第2受給権者に一時金が支

給される。また、10,000ペソの葬祭給付も支給される。

6. 出産給付

出産、中絶、流産した時点でSSSの強制適用労働者となっている女性労働者が4人目までの子どもを出産する場合で、その半期の直前12カ月間に少なくとも3カ月間保険料を納付している場合に支給される。自営業者および任意加入の加入者は対象とならない。

出産給付の額は、平均標準報酬日額の100%に等しい額を60日間支給され、支給方法は、給料日に使用者が労働者に立て替え払いをしておき、後で使用者がSSSに請求する。なお、帝王切開による場合には、78日分の出産給付が支給される。

7. サラリーローン

34カ月以上の保険料を納付している者は、給料1カ月分の貸付を得ることができ、36カ月以上の保険料を納付している者は、給料2カ月分の貸付を得る。償還は2年以内であり、年利8%である。なお、借受人が労働者の場合には、償還金は使用者が賃金から控除し、返還する。

8. 教育ローン

現使用者のもとで24カ月分の保険料を納付しているか、または、通算して34カ月分の保険料を納付している者が利用できる。加入者本人、配偶者、子ども、兄弟姉妹が通学するのに資金が必要な場合にはこの貸付を利用することができ、貸付額は給料の1カ月分である。償還は1年以内であり、無利子であるが手数料として貸付金の6%が必要である。なお、借受人が労働者の場合には、サラリーローンと同様、償還金

は使用者が賃金から控除し、返還する。また、貸付制度の利用は1回1種に限られており、サラリーローンと教育ローンを同時に利用することはできない。

VII. 社会保障関係基金の収支状況

最後に社会保障関係基金の収支状況を見ることとしよう。社会保障基金、健康保険基金、国家保険基金の加入者は、1993年には、自営業者を含む労働者が1,454万人、経営者が42万人で合計が1,496万人となっている。収入額は、社会保障基金が110億ペソ、健康保険基金が19億ペソ、国家保険基金が4億ペソで合計134億ペソとな

っている。逆に支出を見ると、社会保障基金が119億ペソ、健康保険基金が17億ペソ、国家保険基金が4億ペソとなっている。

これらの基金には、ほとんど毎年資金が積み上がっており、社会保障基金は842億ペソ、健康保険基金は85億ペソ、国家保険基金が111億ペソの莫大な資産を抱えている。

ところで、労働災害補償保険について、適用労働者に対する支払件数の割合を見ると、1993年でフィリピンでは0.5%にすぎないが、日本では12%程度となっている。日本のほうが強度率、度数率とも低いことからしてこの数値は奇異な感じがする。この数値が意味するところは、フィリピンにおいては労働災害であっても、労働

表1 各種基金別収支状況 (民間部門)

	1991年	1992年	1993年
被保険者数(百万人)	13.63	14.19	14.96
労働者	13.24	13.78	14.54
経営者	0.39	0.41	0.42
全収入額(百万ペソ)	9,460	11,151	13,364
社会保障基金	7,822	9,181	10,986
健康保険基金	1,308	1,595	1,929
国家保険基金	329	376	449
全支払額(百万ペソ)	7,902	10,370	13,958
社会保障基金	6,663	8,804	11,861
健康保険基金	1,023	1,279	1,721
国家保険基金	216	287	376
全支払件数(千件)	1,897	2,145	2,198
社会保障基金	1,087	1,344	1,253
健康保険基金	752	739	877
国家保険基金	58	62	68
1件当り支払い額(ペソ)	4,165	4,834	6,187
社会保障基金	6,131	6,551	9,466
健康保険基金	1,359	1,730	1,962
国家保険基金	3,729	4,620	5,529

資料出所：SSS 本部

注) 1. 自営業者(雇無業者)は、労働者に含まれている。

2. 1991年の収入額には、民間保険業者からの11.07百万ペソの受け入れを含む。

者が労働災害補償給付を請求しないケースが多いことを物語っているといえよう。今後は、給付金額や給付内容の改善と共に、労働者に対し労働災害補償給付の請求手続きを周知するための広報体制の確立などが望まれる。

また、平均的な1件当たりの治療費給付（入院した場合のみ）は1,962ペソ、労災補償額が5,529ペソとなっている。

注

本文は、拙著「フィリピンの労働事情」（日本労働研究機構）の第10章社会保障制度に加筆したものである。

参考文献

1. Social Security Law (Republic Act No. 1161)
2. Revised Government Service Insurance Act of 1977 (Presidential Decree No. 1146)
3. Revised Philippine Medical Care Act (Presidential Decree No. 1519)
4. The Labor Code of the Philippines (Presidential Decree No. 442)
5. その他必要に応じ、社会保障制度 (SSS) の発行する各種パンフレットを参照する他、労働雇用省労働条件局、労災補償委員会、SSS 等の担当者にインタビューを行った。

(ふくしま・やすし

中央職業能力開発協会国際協力課長)

シンガポールの社会保障制度^{1),2)}

海外社会保障情報編集幹事

教徒，ゾロアスター教徒，ジャイナ教徒がいる。

I シンガポール共和国の概況

1. 地理的特徴

シンガポール共和国は，シンガポール島と約58の小島からなり，総面積は641平方キロメートルである。本島は東西42キロ，南北23キロに広がり，北はジョホール海峡でマレーシア半島と，南はシンガポール海峡でインドネシア諸島と隔てられている。年間を通して赤道性気候であるが，海風で和らげられ，温暖である。しかし，湿度は高い。平均温度は24℃から31℃で，12月と1月の気温が最も低い。

2. 人 口

1993年現在で人口は287万人であり，そのうち，中国系が全体の77.5%を占め，マレー系（14.2%），インド系（7.1%），その他（1.2%）となっている。15歳以下の人口は23.1%，65歳以上は6.5%である（表1，表2）。

3. 宗 教

人種が多様であるため，国民の宗教も多様である。人口の半数以上にあたる53.9%が仏教徒や道教信徒（中国の聖人や祖先崇拜，その他中国系宗派を信じる者）で，イスラム教徒は15.4%である。クリスチャンは12.6%，ヒンズー教徒は3.6%である。他にも，シーク教徒，ユダヤ

4. 言 語

公用語はマレー語，北京語，タミール語，英語である。マレー語が国語で，英語が行政語として使用されている。北京語は，福建，テオチユウ，広東，ハッカ，フーチョウ等の主な中国語方言に代わって多く使われるようになっている。その他インド系の者は，タミール語の他に，マラヤーラム語，プンジャビ語，テレグ語，ヒンディ語，ベンガル語も使用する。国民の識字率は約91%である。

5. 政治・経済

政治機構については，シンガポールは一院制の議会制度を採用しており，与党はピープルズ・アクション党である。大統領が元首となり，国民によって選ばれ，任期は6年である。行政は首相を長とする内閣に属し，内閣は議会に対して連帯して責任を負う。現在の議会は81人の議員から構成されている。

経済状況については，主要な経済指標が表3，産業構造の推移が表4に示されている。

II シンガポールの社会保障制度の概略

シンガポールの社会保障には次のようなもの

表1 性・年齢階級別人口 (1975～1993年)

(単位：千人)

年齢階級 性別別人口	年	1975	1980 ^{a)}	1985	1989	1990 ^{a)}	1991	1992	1993
0～4	男	117.9	100.9	105.5	112.2	115.7	121.5	126.3	127.7
	女	110.1	92.8	97.8	104.5	107.7	113.1	118.4	119.4
5～9	男	120.3	115.8	99.7	105.0	106.4	106.6	106.0	108.7
	女	114.0	108.1	92.4	97.1	98.6	98.4	98.1	101.1
10～19	男	296.8	269.0	230.4	216.9	216.8	215.7	214.1	212.1
	女	279.6	253.9	216.9	202.2	202.5	202.0	200.5	198.4
20～29	男	232.7	282.2	284.2	267.5	262.1	258.6	256.3	255.2
	女	224.0	267.5	272.7	258.0	253.9	252.4	252.6	253.7
30～39	男	135.3	176.3	224.7	267.9	278.0	286.9	293.4	298.3
	女	132.8	170.6	219.9	258.9	267.7	276.2	283.2	289.3
40～49	男	107.8	121.2	124.7	157.4	167.6	176.9	189.2	203.3
	女	99.4	117.5	123.5	155.2	164.0	172.3	184.1	197.4
50～59	男	75.0	85.3	95.5	104.3	108.8	113.0	115.4	117.2
	女	67.9	79.2	93.7	103.7	108.5	113.4	115.9	117.6
60～64	男	29.1	29.8	33.0	39.1	40.9	42.1	42.7	43.6
	女	28.4	29.9	32.3	39.6	41.9	43.2	44.0	44.7
65歳以上	男	41.2	51.2	60.8	71.0	73.8	76.8	80.3	83.8
	女	50.3	62.7	74.9	87.1	90.2	93.7	97.7	102.3
計	男	1,156.1	1,231.7	1,258.5	1,341.3	1,370.1	1,398.0	1,423.7	1,449.9
	女	1,106.5	1,182.2	1,224.1	1,306.3	1,335.0	1,364.7	1,394.5	1,423.9

出典：Yearbook of Statistics, Singapore (各年版)

注：1980年からの数値はシンガポール居住人口のみであり、以前の数値と連続しない。

a) 人口センサスによる

がある：

- ① 老齢保障
- ② 障害保障
- ③ 住宅所有
- ④ 医療 (例：メディセイブ)
- ⑤ 保険 (例：労働災害)
- ⑥ 高齢者、寡婦、孤児、失業者に対する公的扶助
- ⑦ 自営補助制度
- ⑧ 低所得者層のための住宅補助
- ⑨ 低所得者層のための入院補助

⑩ ボランティア慈善団体の社会保障プログラム

⑪ 低所得者層のための自助団体活動

これら社会保障プログラムの実施主体は、政府の各省庁、労働省管轄下の中央積立基金委員会 (Central Provident Fund Board, CPF Board)、各種ボランティア慈善団体、自助団体である。

CPF Board は、上記のうち、①高齢者、②障害者、③住宅および、④医療に関する制度を実施する国営の社会保障貯蓄機関である。他の制度は大半が政府各省庁の管轄下にある。例えば、地域

表2 主要人口統計 (1975~1993年)

年	1975	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993	
人口増加率 (対前年比)	1.4	1.2	1.5	1.9	2.2	2.1	2.0	2.0	
出生率 (人口千対)	17.7	17.1	16.6	17.5	18.4	17.3	17.0	17.0	
死亡率 (人口千対)	5.1	5.2	4.9	4.9	4.8	4.7	4.7	4.6	
乳児死亡率 (人口千対)	13.9	11.7	9.3	6.6	6.7	5.5	5.0	4.7	
高齢化率 (65歳以上)	4.0	4.7	5.5	6.0	6.1	6.2	6.3	6.5	
平均寿命	男	NA	69.8	71.5	72.9	73.1	73.4	73.8	74.1 p
	女	NA	74.7	76.4	77.2	77.6	77.9	78.2	78.4 p
60歳時における平均余命	男	NA	15.7	16.8	17.6	17.8	17.9	18.1	18.3 p
	女	NA	19.1	20.0	20.6	20.9	21.1	21.2	21.4 p
65歳時における平均余命	男	NA	12.6	13.6	14.3	14.4	14.6	14.7	14.9 p
	女	NA	15.4	16.2	16.7	16.9	17.1	17.2	17.4 p

出典：Ministry of Health, Singapore. *Yearbook of Statistics* (各年版)

注：1980年からの数値はシンガポール居住人口のみを対象としている。1975年の数値は、シンガポールの現在人口を対象としている。

p：暫定値

開発省は公的扶助制度を実施するとともに、障害者や高齢者等の住宅を運営している。また、労働省は労働者災害補償制度を、保健省は入院補助制度を、大蔵省は公務員のための政府年金を、それぞれ担当している。

老齢保障については、1955年の中央積立基金 (Central Provident Fund, CPF) の設立により、はじめて一般の労働者を対象とする制度が創設された。それ以前は、何らかの老齢保障を受けられたのは、公務員 (公務員年金制度) と大企業の労働者のみであり、残りの者は、老後を親類や友人、慈善事業、政府の公的扶助に頼らなければならなかった。

以下、次章および第IV章で中央積立基金 (CPF) を、第V章でその他の社会保障を取り上げる。

III 中央積立基金 (CPF)

1. CPFの概要

中央積立基金 (CPF) は、退職後の労働者の経済的保障を行うことを目的として、CPF法に基づき、1955年に設立された。その後、基金は総合的な社会保障貯蓄制度に拡充され、加入者の退職ニーズだけでなく、住宅所有や医療ニーズにも応えるようになった。

CPFの加入者は、基金に、普通会計 (Ordinary Account)、メディセイブ会計 (Medisave Account)、特別会計 (Special Account) の3つの会計を持っている。55歳でCPF最低額制度に加入すると、退職会計 (Retirement Account) も持つことになる。

55歳以下の被用者の現在の拠出料率は40%で、これを事業主と被用者がそれぞれ20%ずつ負担する。毎月の拠出額は月額6千シンガポ-

表3 国民所得統計 (1975~1993年)

年	1975	1980	1985	1989	1990	1991	1992	1993
国民所得(市場価格表示, 名目値)								
百万シンガポールドル	12,301	21,162	34,541	49,668	57,743	63,952	69,437	78,044
百万USドル	5,187	9,883	15,700	25,467	31,858	37,018	42,626	48,300
平均月収								
シンガポールドル	NA	692	1,131	1,398	1,528	1,669	1,794	1,918
USドル	NA	323	514	717	843	966	1,101	1,187
GNP (市場価格表示, 名目値)								
百万シンガポールドル	13,567	24,189	40,330	57,907	66,698	73,943	80,456	90,232
百万USドル	5,721	11,297	18,331	29,691	36,799	42,801	49,390	55,844
GNP成長率 (%)	10.7	11.0	-1.2	16.1	15.2	10.9	8.8	12.2
1人当たりGNP								
シンガポールドル	5,903	9,941	14,741	19,757	22,112	23,931	25,316	27,684
USドル	2,489	4,643	6,700	10,130	12,200	13,852	15,541	17,133
i) 総税収(百万シンガポールドル)	2,189	4,087	6,774	9,606	10,534	12,017	13,759	15,454
ii) 国民所得に占める割合	17.8	19.3	19.6	19.3	18.2	18.8	19.8	19.8
シンガポールドルの平均交換レート (1 USドル=)	2.3713	2.1412	2.2001	1.9503	1.8125	1.7276	1.6290	1.6158

出典: Department of Statistics, Singapore. *Annual Economic Survey*, 1993
Yearbook of Statistics (各年版)

表4 産業別就業者数の推移 (1980~1993年)

年	1980 ^{a)}	1985	1989	1990 ^{a)}	1991	1992	1993
---	--------------------	------	------	--------------------	------	------	------

(単位: 千人)

計	1,073.4	1,234.6	1,394.0	1,537.0	1,524.3	1,576.2	1,592.0
第一次産業	17.9	11.3	7.2	5.9	4.7	5.5	4.2
第二次産業	322.6	314.2	403.7	447.4	429.6	434.1	429.5
第三次産業	732.9	909.1	983.1	1,083.7	1,090.0	1,136.6	1,158.3

(%)

計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
第一次産業	1.7	0.9	0.5	0.4	0.3	0.4	0.2
第二次産業	30.0	25.5	29.0	29.1	28.2	27.5	27.0
第三次産業	68.3	73.6	70.5	70.5	71.5	72.1	72.8

出典: *Yearbook of Statistics*, Singapore (各年版)

注: SSIC 1978とSSIC 1990の相違により, データは厳密には比較できない。

a) 人口センサスによる

ドル（1シンガポールドル＝約70円）の給与上限に基づき、事業主と被用者がそれぞれ最高1,200シンガポールドルまで負担する。なお、55歳以上の被用者の拠出料率は年齢に応じて徐々に低減される。

一般に、加入者拠出のうち、料率にして30%分が普通会計、6%分がメディセイブ会計、残りの4%分が特別会計に入れられる。メディセイブ会計の拠出料率については、1992年7月1日から35歳以上の加入者の場合7%に、また、1993年7月1日から45歳以上の加入者については8%に引き上げられた。

CPF加入者は、CPF積立について、最低レートを2.5%として、市場連動型の利率（大手地方銀行の固定預金レートと貯蓄レートの組み合わせによる）が適用される。利率は6カ月ごとに調整され、加入者のCPF積立とその利息は、所得税が免除される。

加入者数は、1993年末で246万人であり、そのうち約110万人が積立拠出中の現役である。

1993年における拠出総額は104億2,700万シンガポールドルであり、一方、各種制度による引き出し総額は109億4,390万シンガポールドルだった。55歳に達した加入者によって9億2,790万シンガポールドルが引き出され、残りは主に政府建築アパートの購入や民間居住用財産、投資に使用された。

1993年末の時点で、基金の積立総額は523億シンガポールドルで、前年比で1.6%の増加である。基金積立金は、国債に投資されたり、国債購入まで前渡し金としてシンガポール金融当局に預けられたりする。

2. 普通会計

普通会計の積立は、住宅取得、投資等のため

に使うことができる。用途についての制限は、近年、徐々に緩和されてきている。

(1) 住 宅

①公共住宅制度

公共住宅制度は、政府の建設したアパートを、住宅開発委員会（Housing and Development Board, HDB）から購入するために、CPF積立を利用するものである。CPFは加入者の住宅に対するニーズを認め、1968年からこの制度を実施している。これは非常に人気が高く、現在では約100万人の加入者がCPF積立を使って住宅を購入している。

②居住用財産制度

1981年に導入された居住用財産制度は、CPF加入者がCPF積立をシンガポール国内の民間住宅の購入や投資に際して使うものである。

(2) 家族保護

①扶養家族保護制度

扶養家族保護制度は、死亡や永久的障害に際して3万シンガポールドルを支給する、期日生命保険である。この制度は1989年5月に導入されたもので、CPF加入者が永久的障害を負ったり死亡した場合、加入者とその扶養家族に対して最初の数年を乗り切るための一定の金額を支給することを目的としている。

②住宅保護制度

住宅保護制度は、政府建築アパート購入のための住宅ローンをカバーする抵当減少保険である。これは1982年に導入されたもので、加入者が永久的障害を負ったり死亡した場合、アパートの未払いローンを支払うことで、加入者や扶養家族が住宅を失わないようにするためのものである。

③上乗せ制度

個人（CPF加入者、非加入者とも）は、この

普通会計のCPF積立を移転するか、もしくは新たに現金を積み立てることによって、両親や自分の退職会計に上乘せすることができる。これは、退職会計の最低額を蓄えるだけの積立を持たない者が、基本的な退職ニーズを満たせるようにすることを目的としている。

(3) 投資

①非居住用財産制度

この制度は、CPF加入者が自分のCPF積立を使って、投資や自分自身で使用するための非居住用財産を購入できるものである。

②CPF投資制度

CPF投資制度は、加入者が自分の退職用CPF積立を自由に管理・増強できるようにしたものである。老後に備えて最低額の準備金を蓄えた後、加入者は残りの積立の一部を、認定された株式や投資信託、金、転換社債などに投資できる。

③CPF教育制度

CPF教育制度は、加入者が、6つの地方高等教育機関での自分の子どもや自分自身の高等教育のための資金を出せるようにしたものである。

3. メディセイブ会計

メディセイブ会計の積立は医療のためのものである。

(1) メディセイブ制度

メディセイブ制度は国営の医療積立制度で、被用者は全員、月収の6%~8%(年齢による)をメディセイブ会計に納めて、それを被用者本人(特に退職後)や直系家族の入院費の支払いに当てること法によって定められている。1992年7月1日から、自営業者も純所得の一定割合をメディセイブに納めなければならない

った。また、職業免許保持者は、免許更新前にメディセイブを更新しなければならない。メディセイブは、一定限度を条件として、公営・民間の病院での入院費用、外来の外科治療、ガンの放射線療法や化学療法、腎臓透析の支払に使うことができるが、比較的安価で負担可能な外来の一次医療の支払に対しては使えない。メディセイブでは、一定の自己負担を行うことによって、制度の多用や濫用を減らすことを目的としている。

現在、全患者の約80%が入院費の支払にメディセイブを利用している。残りの20%は、事業主による医療手当制度を利用したり、または全額を自己負担している者である。1993年のメディセイブの引き出し総額は2億5,020万シンガポールドルであった。

(2) メディシールド制度 (MediShield)

1990年7月に、メディシールド(重症疾病保険)が開始された。これは、加入者と扶養家族の長期または重症な疾病の医療費支払いを軽減するものである。加入は任意であって、1992年7月1日からメディシールドは70歳までの加入者に拡大適用されることになった。モラルハザード対策として、控除と呼ばれる初回時の負担と、一部自己負担が制度化されている。

メディシールドは、メディセイブ会計から支払われる保険料で資金をまかなっている。1993年12月31日の時点で、157万人の加入者とその扶養家族がメディシールドに入っており、1993年中、25,075件の請求に対して、1,260万シンガポールドルが支払われている。

4. 特別会計

特別会計の積立は、老後と不慮の事故に対応するためのものである。

CPF 加入者は、55歳に達したり、また、シンガポールか西マレーシアを永久に出国したり、永久的に身体または精神的障害を負った時に積立を引き出すことができる。加入者が死亡した場合には、CPF 積立は死亡者が指定した受取人に支払われる。

5. 退職会計

55歳に達した CPF 加入者は、退職会計に 1 人当たり最低 35,400 シンガポールドルを積み立てておかなければならない。退職時に積立が足りない者は、子どもに退職会計の上乗せをしてもらうことができる。

積立方法は次のいずれかを選択することができ、加入者は、そこから、60歳以降、毎月分割して引き出しを行うことになる。

- ① 保険会社の認定年金の購入に使う
- ② 銀行に預金する
- ③ CPF に残す

IV CPF をめぐる 1993 年/1994 年の動向

1. CPF 株式所有上乗せ制度 (Share Ownership Top-Up Scheme, SOTUS)

1993年3月1日、政府は、シンガポール国民による株式所有を支援するための CPF 株式所有上乗せ制度を発表した。この制度は 21 歳以上のすべてのシンガポール国民が利用できる。

この制度においては、1993年3月1日から 1993年8月31日までが適格期間とされ、その間に CPF 会計に最低 500 シンガポールドルを払い込んだ者に対して、同年 9 月、政府が 200 シンガポールドルの現金補助を行った。補助金の全額、あるいは一部を受け取った加入者は、合計

126 万人である。その後大半の加入者が、その 200 ドルを 1993 年 10 月に公開されたシンガポール・テレコミュニケーション社株式の購入に使用した。

第 2 回 SOTUS 補助金では、1994 年 3 月 1 日から 1995 年 8 月 31 日までの 18 カ月が適格期間とされ、その間に最低 750 ドルを払い込んだ加入者に対し、政府は、300 ドルを支払うことになっている。この現金補助も払込が 750 ドル以下の者に対しては案分支給となる。今回の補助は、次に大規模な国営機関が民営化された場合の株式購入を見越したものである。

2. シンガポール・テレコミュニケーション社グループ A 株式

政府の資産強化計画に基づき、CPF 加入者のシンガポール国民には、特別の割引株式であるシンガポール・テレコミュニケーション社のグループ A 株式の購入が認められた。これは住宅所有だけでなく、株式所有を促進することでシンガポール国民と国家との一体感を高めることを目的としている。この特別割引株式の購入には 15 億シンガポールドルが使われた。

3. 基本投資制度 (Basic Investment Scheme, BIS) および強化投資制度 (Enhanced Investment Scheme, EIS)

これらの制度は、1993 年 10 月 1 日に導入されたが、これは、CPF 加入者が最低積立額を蓄えた後に、投資によって CPF 積立を自由に管理できるようにするものである。BIS では加入者は、信託、非信託株式、転換社債、投資信託、金などに投資できる。EIS では、シンガポール証券取引所自動取引 (SESDAQ) に上場された株式や転換社債、国債、銀行預金、ファンドマネ

ージメント、養老保険などに投資できる。

この2つの制度では、加入者の取引銀行が、毎年9月30日以降に加入者の連結ベースの損益を計算することになっている。その結果、加入者は、全体として利益を得た場合は、1年以内に利益を引き出すよう銀行に申請できる。引き出さなかった場合には、利益は累積して翌年に繰り越されるか、将来の損失の相殺に使われる。1993年12月現在で308,261人の加入者が70億3千万シンガポールドルの積立を投資のために使用した。

4. メディシールド・プラス (MediShield Plus)

1994年7月1日から、CPF 理事会は CPF 加入者のために、広範な入院ニーズの選択が可能となるメディシールド・プラスを導入した。メディシールド・プラスはほとんどメディシールドと同じであるが、任意選択による2層式のプランがあり、保障は、Aクラス棟やB1クラス棟といった高級病棟を利用する者も受けることができる。この制度では、保険料を高くして、2つのプランでより高度な保障を行っており、これまで約12万6千人の加入者とその扶養家族がメディシールド・プラスに入っている。

V その他の社会保障—政府の役割

以上のように CPF を見てくると、シンガポールでは、社会保障的保護を、できる限り国民や事業主自らに行わせようとしていることがわかる。政府の役割は、第1に CPF の運営について法的・行政的枠組みを提供することであり、次に、優遇税制によって基金を援助したり、支払能力や収入の保証人としても機能するに留ま

っている

また、政府は識字率や技能向上のための教育補助（高等教育レベルまで）や技能開発の財政支援を行って、職を得られるようにもしている。政府の方針としては、仕事を安定させる一方で、社会保障は CPF を通じて確保する考えである。

現在、CPF 制度を通じて、国民の大半が自分の社会保障を賄えるようになり、政府による公的扶助に対するニーズはほとんどない。その対象となるのは、CPF 制度のもとでも例外的に生ずる貧窮ケースだけである。これに対しては一般税収から賄われ、特別税や課徴金の必要はない。

公的扶助を受けている者は、政府が職探しを手伝うことで自助に繋げている。また、自営補助制度によって、自営業としての独立も助けている。この制度では、受給者は2,000シンガポールドルまで無利息のローンを申請することができ、行商など小規模事業を始めるのに役立てられる。

さらに、政府は、シンガポールの各民族コミュニティが設立した自助組織も援助している。マジュリス・ウガマ・イスラム・シンガプラ (MUIS)、シンガポール・インディアン開発協会 (SINDA)、中国開発援助評議会 (CDAC) が、それぞれのコミュニティの社会文化的、教育的、経済的開発促進のためのプログラムを組織している。これらに対する拠出を容易にするため、CPF 加入者は毎月の給与からの控除を通じて、それぞれの基金の拠出を納入することができる。これらの拠出の徴収は、CPF が代行して行っており、事業主が毎月控除し、CPF に払い込む。

その他、政府は、雇用法や労働者災害補償法

などの法制を通じて、事業主が事故や病気、出産について、被用者に対する最低限の保護を行うことを求めている³⁾。

VI 問題点と今後の課題

どのような社会保障制度であっても問題や課題を内包している。現在、CPFの有益性についての議論も行われているし、積立基金や政府が今後直面することになる問題点を指摘している者もある。

以下、主要な論点を3つ紹介する。

1. コストと競争力

CPF制度が生産コストの上昇を招くため、シンガポールの国際的な競争力を低下させることになるという者もいる。これを防ぐためには、CPFの目的に基づく長期的な拠出料率を設定するという方法がある。そうすれば、CPFは経済状態や労働者の負担能力を考慮しながら、制度の長期的な運営を行うことができる。さらに、CPF拠出の変更は、生産性の範囲内に収めるよう、全体的な賃金-コスト調整の一部として行われなくてはならない。このようにすればCPFは事業主にとってのコスト増にはならないであろう。さらに、柔軟な賃金システムを適用することで、事業主が経済状態の変化にうまく適合し、世界の市場で競争力を保つようにすることができる。

2. 収益の妥当性

CPFのような制度が、加入者に対して長期的に公平な収益を与えられるかどうか疑念を抱く者もある。歴史的な動向を見ると、CPFは平均して年間2%~3%の実質収益を基金につい

て支払っており、この実績を地方の大手銀行と比較すると、1970年から1991年まで、ほとんどの年で高い利率(税引き後)を支払うことができたといえる。1995年7月1日から、特別会計と退職会計の現金積立についても、通常利率プラス1.25%という高い利率が支払われることになる。これらの積立については、長期的資金であり、短期の引き出しができないことから当然といえよう。

CPF基金の用途を自由化することによって、CPF加入者は資産を強化し、老後の貯蓄を幅広い投資手段や財産形成に使うことができるようになり、価値が何倍にも増えている事例も多い。ただし、この場合でも加入者が誤った投資判断によって老後の貯蓄をすべて失ってしまわないようにするための安全策は必要である。

3. 将来の引き出し

将来の大規模な引き出しがインフレやキャッシュフローの問題を引き起こすことに対する懸念もある。この問題に対する解答は、住宅や信託株式等一定の投資のための早期引き出しを認めて、将来の大規模引き出しを最小に抑制することである。この点については、CPFは完全積立方式であり、政府の支援もあるので、CPFは引き出しに備えてキャッシュフローを適切に予測することによって対応ができる。

注

- 1) 本文は、(財)国際厚生事業団(JICWELS)の第4回アジア諸国社会保険行政官研修(1994年11月7日-23日)に提出されたMs. Ling-Hui Choy Leng(シンガポール中央積立基金委員会)のカントリーレポートをもとに、編集幹事において補足整理を行って作成したものである。

2) 『海外社会保障情報』誌では、シンガポールの社会保障について、過去、下記の論文を掲載しているのので、参考にして下さい。

- ① 下平好博「開発途上国の社会保障制度—シンガポールにおける一つの実験」(第74号, 1986年)
- ② 二木 立「シンガポールの社会保障—CPF/公共住宅政策と医療を中心として—」(第81号, 1987年)
- ③ Tay Boon Nga (田辺忠史訳)「シンガポール中央積立基金—その展開と政策目的—」(第88号, 1989年)

3) ISSA 第10回アジア環太平洋地域会議資料によると、雇用法および労働者災害補償法による保護の概要は以下のとおりである(1993年)。

1. 雇用法 (1985年)

(1) 疾病：事業主は年間14日、または入院の場合は60日までの病休を与えなければならない。(被用者が少なくとも1年間勤続の場合のみ適用。)

(2) 出産：事業主は、前年に少なくとも180日間雇用された女性に対して、産前・産後各4週間まで全賃金を支払わなければならない。(最初の2人の子どもまでに限る。)

2. 労働災害

(1) 基本法の成立とプログラムの種類

初回法：1929年

現行法：1985年

プログラムの種類：事業主責任/民間保険者による強制保険

(2) 保障範囲

家内奉公人、臨時雇用、家内労働を除くすべての肉体労働。月収1,500シンガポールドル未満の給与労働者。警官には特別プログラムあり。

(3) 基金源

被保険者：なし。

事業主：全ての費用を負担する(給付金の直接支給または保険料の負担)。

政府：なし。

(4) 受給資格

労働災害給付金：最低資格期間なし。

(5) 被保険労働者のための現金給付(永久障害を除く)

一時障害給付金：最初の14日間(入院の場合は60日間)は収入の100%。それ以降は月収の2/3。就労不能の第1日目から最高1年間支給。

(6) 被保険労働者のための永久障害給付金および医療の給付

永久障害給付金：完全に障害者となった場合、一時金として、6年から12年分(年齢に応じて)の収入額が支払われる。最高105,000シンガポールドル。最低35,000シンガポールドル。金額の25%の精勤追加がある。部分的障害の場合、不能の程度に応じた一時金、または指定障害の場合には法の細則の定めるところによる。

医療の給付：必要な治療、入院、機器および医薬品。国立施設の利用も可。

(7) 扶養家族のための遺族給付金

遺族給付金：死亡者の年齢により、4年から9年分の収入額に当たる一時金が支払われる。最高78,000シンガポールドル、最低26,000シンガポールドル。有資格扶養家族に支給。

(8) 行政組織

労働省：全体の監督。

労働コミッショナー：法の施行、事業主と請求者との間の協定の承認、遺族給付の割当。

事業主は、民間保険会社を通じて責任保険をかけることができ、労働省は事業主や事業主団体等に保険加入を求めることができる。

(General Secretariat of the ISSA, 1994, *Significant Legislative and Policy Developments in Asia and the Pacific Part II*, pp. 144-145.)

家族政策の基本原則（下）

小 島 宏

I. はじめに

本稿は前号掲載の拙稿に引き続き、家族政策に関する根本的な議論に対して参考資料を提供するため、先進諸国を中心とする家族政策の基本原則について論じることとする。すでに、前稿で家族政策の概念とその基本原則の研究動向について論じたが、本稿では1980年代以降に国際機関、各国政府関係機関によって述べられた家族政策の基本原則を紹介する。なお、日本語、英語、フランス語のいずれかで書かれたもので入手できたものを検討の対象とすることにより、各国政府とはいうもののフランス、カナダのケベック州、アメリカ合衆国、イギリスに限られている。また、国際機関としては国連、国際社会保障協会、EC委員会のみを扱う。

II. 国際機関による家族政策の基本原則

1. 国 連

ウィーンにある国連の社会開発人道問題センターは1980年代後半に、『家族』と題した報告書を4冊刊行したが、その第3巻は『国家家族政策—その発展過程における家族の役割に対する関係—』、第4巻は『家族を強化する—関連プログラム策定のためのガイドライン—』と題され

ている。第3巻で挙げられた原則は、前号掲載の前半部分で紹介した Beltrão の区分によれば、科学的法則と呼ばれるものが中心であるが、第4巻で挙げられた原則は技術的法則と呼ばれるものが中心である。道徳的原則と呼ばれるものは各種の国際的宣言等に任されている¹⁾。これらは先進諸国というよりもむしろ途上諸国の社会経済発展との関連で編集されたものであるが、家族政策について掲げられた基本原則は先進諸国についても当てはまるものが多い。また、1994年の国際家族年に関して採択された原則の中にも、家族政策の原則ともいえるものがある。さらに、1994年に開かれた国際人口開発会議の行動計画でも家族政策を含む人口・開発関連政策の諸原則が掲げられている。

(1) 『家族』第3巻

第3巻ではまず巻頭で家族政策が従うべき道徳的裏付けとなる大原則として、世界人権宣言、子どもの権利宣言、世界人口行動計画といった多数の国際的な宣言や行動計画を挙げている。そして、異なる価値、規範、ニーズ、資源、優先順位、慣行、状況が非常に多様な視点と行動をもたらし、それぞれのいかなるものも特定の場合には合理的、機能的、適切であるが、他の場合には逆になることがあるため、各国政府のためのガイドラインを設定することが難しいとしている²⁾。しかし、結論部分の一般的提案では家族政策を策定する際に真剣に考慮すべき基本

的目的として次の11項目を挙げている。国連文書だけあって、これらの文章は細かな目配りが行き届いており、要約するのが難しいため、全文の拙訳を掲げることにする。

1) 開発の目標と社会制度の十分な機能は「人間の能力発揮と自尊の実現とともに個人の人々、場所、事物との関係の質の継続的向上」をもたらすことであるべきである。

2) 家族が教育、訓練、雇用機会、土地・融資といった生産的資源をより公平に利用できるようにするため、適切な構造的変化がもたらされるべきである。これによって、家族は政府から不必要な援助を受ける必要がなくなり、家族の機能の正常な遂行を通じて自らのニーズをより効果的に満たすことができるようになる。

3) 家族の状態は、それが家族の機能不全や個人の能力不足・適応不全をもたらすような場合には直接的に考慮されるべきである。食料、現金、カウンセリング、保育といった追加的資源の供給によって、家族がより効果的に機能することができる場合が多い。

4) 家族の資源、ライフサイクル等の段階が異なるため、政府はそこまでは政策やサービス支援が家族を強化・有能化するが、それを越えると家族機能を単に代替することによって依存を助長するという臨界点を特定するためにかなりの考慮を払うべきである。

5) 政策が異なる種類の家族を差別しないようにするとすれば、支援すべき家族の類型について多元主義的アプローチが採られるべきである。多様な民族、部族、宗教、社会集団を抱える国々では家族形態がかなり異なるし、個人はライフサイクルの異なる段階で異

なる家族構造の一部となることが多いので、このことは重要である。

6) 女性と男性の間のより平等な役割分担と関係が推進されるべきである。女性が家庭外でより広範な役割を担い、家庭内の意思決定により深く関与するべきだとすれば、また男性が家事、育児、家族計画の決定といった一部の家庭責任を分担するとすれば、さらにより伝統的な権威主義的な分業に基づくのではなく、応化と柔軟性に基づく役割と責任の家庭内分担に対するより開放的なアプローチが存在すべきだとすれば、そのような目標は必須のものである。

7) 給付やサービスのより平等な利用が保証されるべきである。というのは、それがないと女性や他の集団がより平等な役割、責任、関係をもてる可能性がほとんどないからである。

8) 家族政策によって助長されるべき価値には自立、協力、最大ではなく適正な消費水準、男性と女性の間及び異なる家族類型の間の機会の平等、コミュニティとしての感覚といったものが含まれる。

9) 政策は生産的労働が雇用よりはるかに広範なものを含むことを認識し、フォーマル部門での仕事だけに焦点を合わせることを控えて、インフォーマル部門での仕事をより強調すべきである。

10) 雇用は短時間労働、ワーク・シェアリング、パートタイム労働の機会の改善を通じてより広く分かち合われるべきである。それによって、家庭内の活動のために利用できる時間に関する家族生活の質が向上する。

11) 異なる状況における異なる政策の異なる種類の家族に対する相対的影響が評価され

るべきである。これは、広範な政策間の相互関連性に関する認識とともに、可能な限り政策間の整合性が達成されるべきであるという決意に基づくものである³⁾。

これらの全般的提案が掲げられた後、先進諸国と途上諸国のそれぞれまたは両者についての特定の問題に関する提案が掲げられており、わが国にとって示唆に富む部分もあるが、紙幅の都合により紹介できない。

(2) 『家族』第4巻

他方、第4巻は政策担当者、家族分野の機関、家族に関心をもつ団体が家族関連プログラムにおいて家族が占める位置への認識を深めることを促進するのを目的として、大まかなガイドラインを掲げているが、これら各国の実状や各国内の地域の実状に応じて調整される必要があるとされている。それらは、以下の5項目である。以上の場合と同様な理由により全文の拙訳を掲げることにする。

1) 一単位としての家族に焦点を合わせる家族政策とそれに対応するプログラムは既存の社会経済的情勢・構造によって直接的な影響を受ける。それらは人口、社会福祉、労働、住宅、社会保障、健康・栄養、農業、農地改革、都市化、工業化、農村開発といった政策分野を含む社会政策・プログラムの広範な脈絡の中で確立されるべきである。これらの分野における政策とプログラムは家族を一単位として考慮に入れ、それらの潜在的影響を考慮すべきである。

2) 家族と開発に関する政策とプログラムは家族とより広範な社会の構造、機能、伝統、文化、構成、政治経済状態を考慮に入れるべ

きである。

3) 家族のためのプログラムの主要な関心事として、①特に貧困、失業、文盲、教育機会の欠如、疾病、乳児と母親の疾病・死亡、十代の妊娠、離婚、女性と子どもの搾取、家族支援システムの崩壊といった家族が直面する問題の評価、②家族の構造・機能の動向に関する伝統的な慣行・習慣、価値観、信条の影響の分析、③既存の家族に関する法律、家族のニーズを対象とするか否かに関わらず、社会福祉等の政策・プログラムの意図、効果、適切さ、そして場合によっては改善方法についての再検討、④例えば、家族を十分に機能させ、家族の福祉と統合された家族構造を強化・推進し、社会における家族の地位を向上させ、家族の社会と開発努力への参加を助長し、家族の自立と崩壊防止を可能にするといった、家族に関する目標の再構成、⑤直接的なものだけでなく、健康、教育、住宅、雇用といった他の開発部門を通じた間接的なものを含めた、家族を強化するための社会福祉政策介入の推進、が含まれるべきである。それらの部門におけるコミュニティーの関与に基づく新たな手法が強調されるべきである。

4) 女性、子ども、青年、障害者、高齢者といった家族成員のために策定された政策・プログラムは、家族がそれ自体のダイナミックスをもった単位であり、そのような集団のニーズを満たすための第一次的資源であるという事実を注意を集中すべきである。そのような政策・プログラムがこの事実を考慮に入れない分だけ、それらが失敗する可能性が高まる。

5) すべての国々は家族政策・プログラムに関する公的機関の最高レベルにおける設置

を考慮することが望ましい。特定のモデルは提示されないが、この機関は①政策策定・調整、②必要な調査研究の促進とともに家族に重要な影響を及ぼす現行の活動・プログラムの監視と評価の促進、③政策・プログラム間の葛藤と重複による資源の浪費への注意喚起、④家族のための長期的政策・プログラムの推進、といった機能をもつべきである。そのような機関は家族福祉・家族生活に影響を与える問題を担当する、各レベルの省庁、非政府機関、家族擁護団体からの代表者を含むことが望ましい⁴⁾。

同書では家族プログラムが「社会変動をもたらすことを目的として、集団と個人の前進のための具体的な支援とサービスを提供するために行政レベルで策定された一組の施策」と定義されていることから⁵⁾、以上で掲げられたのは主として Beltrão のいう技術的法則である。

(3) 国際家族年事務局

1994年の国際家族年に向けて1989年12月の国連総会で、「国際家族年の原則と目的」が採択されたが、目的の一部として家族政策のための国家組織の強化、家族問題への対処の奨励、家族プログラムの効率化が挙げられていることもあり、7つの原則の中には家族政策の基本原則としても妥当なものが含まれている。それらの中で最初の6つはそのまま、あるいは国際家族年ないしそのための活動を家族政策と読み替えることによって家族政策の基本原則となりうる。丸山が示した仮訳に依拠すれば⁶⁾、①「家族は、社会の基礎単位であり、その故に特別の注意に値する。よって、家族がコミュニティーで十分に自らの責任を履行できるように可能な限り広範な保護と支援を次の規定（世界人権宣言

等）に従い実施すべきである。」、②「家族は国により、また各国内の社会により様々な形態と機能を有するものである。また、家族は個々の嗜好と社会的状況の多様性を示している。については、(家族政策)はすべての家族のニーズを包含し対処するものでなければならない。」、③「(家族政策)は、家族内の各個人の地位及びその家族の形態及び状況にかかわらず、国連組織下で作成された国際的合意文書によりすべての個人に与えられた基本的人権及び基本的自由を促進することを求めるべきである。」、④「政策は、家族における男女の平等の強化をめざし、家庭内の責任のより完全な分担及び雇用機会をもたらすものでなければならない。」、⑤「(家族政策)は、地方、国家、世界地域及び全世界のすべてのレベルで行われなければならない。しかし、主要な焦点は地方及び国家レベルにあてられるであろう。」、⑥「プログラムは、家族の機能の代替物を提供するよりも、むしろその機能の履行において家族を支援するものでなければならない。右プログラムは、家族の自己依存の大きな能力を含む生来の強さを助長し、自らの自活活動を奨励するものでなければならない。また、右プログラムは家族、その構成員、コミュニティー及び社会の全般的な展望に表現を与えるものでなければならない。」、となる⁷⁾。

また、1993年5月に北京で開かれたアジア・太平洋国際家族年地域準備会合において採択された勧告の中にも総合的政策に関する5つの勧告が含まれているが、これらも家族政策を実施する上での基本原則といえる。それらは、①家族政策を担当する政府機関がない場合は設置すべきこと、②家族政策は、家族がその経済的、社会的機能を果たす能力を向上するように策定されるべきこと、③家族政策が家族の構造・機

能に与える影響を評価すべきこと、④家族政策が基本的人権と個人の自由を尊重するように策定されるべきこと、⑤政府は家族に関する統計指標の整備と統計データの収集を行うべきこと、である⁹⁾。これらの文書に示された原則は、『家族』の第3巻と第4巻に掲げられた諸原則の要点であるともいえる。

(4) 国際人口開発会議行動計画

1994年9月にカイロで開かれた国際人口開発会議で合意された行動計画では、第5章が家族に関するもので家族政策の具体的施策（家族に対する社会経済的支援）について論じられているほか、第2章で述べられている諸原則のうちで特に家族、子ども、女性に関するものは家族政策の原則としても尊重すべきものでもある⁹⁾。両性間の平等と公正、女性の権利獲得、女性に対する暴力排除、女性自身による出生力コントロール能力を強調した原則4、特に女性がリプロダクティブ・ヘルス（性と生殖に関する健康）を含む健康を享受する権利を強調した原則8、特に女性が教育を受ける権利と教育に関する親の責任を強調した原則10、移民受け入れ国が移民とその家族に適切な待遇を与えることを強調した原則11は少なくとも間接的に家族政策の原則となりうるが、原則9と原則11はより直接的な家族政策の原則であると思われるので、以下に拙訳を掲げることにする。

原則9

家族は社会の基本的単位であり、それだからこそ強化されるべきである。家族は包括的な保護と支援を受ける権利がある。異なる文化的、政治的、社会的な制度の下ではさまざまな形態の家族が存在する。結婚は配偶者になろうとしている者の自由な同意によって行

われねばならないし、夫と妻は対等なパートナーであるべきである。

原則11

すべての国家と家族は子どもを可能な限り最優先すべきである。子どもは、その福祉にとって適切な生活水準を享受する権利、達成可能な限りで最高の健康水準を享受する権利、教育を受ける権利をもつ。子どもは両親、家族、社会によって世話され、指導され、援助される権利とともに、売買、不正取引、性的虐待、臓器の不正取引をはじめとするあらゆる形態の肉体的、精神的な暴力、傷害ないし虐待、放置ないし怠慢な扱い、酷使ないし搾取から、適切な法的、行政的、社会的、教育的な施策によって保護される権利をもつ¹⁰⁾。

これらの原則は『家族』の第3巻と第4巻に掲げられた諸原則と少なくとも部分的に重なっているが、より最近の家族関連の社会経済変動を反映している面もあるといえよう。

2. 国際社会保障協会

国連が提示した以上の基本原則が主として途上諸国を想定しているのに対して、国際社会保障協会のものは主として先進諸国を念頭に置いている。1990年に国際社会保障協会によりベルギーで開かれた「社会保障と変化する家族構造」に関する国際会議では、先進諸国における過去20年余りの間の家族に関わる社会的、人口学的変化に伴う社会保障の問題が検討された。家族政策という言葉は必ずしも用いられない場合もあるが、広い意味での家族政策について討議されたようである。これに基づく報告書の結論部分ではこの問題が、①非差別、②予防、③自立

の強化、④社会的保護が個人と家族の社会的、人口学的行動に対して逆効果をもたないようにすること、の4つの根本的原則を考慮に入れる必要によって複雑化していると述べられている。というのは、家族が安定していた時期からこれらの原則が変えられなかったにも関わらず、各種施策が現実の家族の変化に対応して打ち出され、それらの間で不整合が生じているからである¹¹⁾。

「EEC諸国における家族モデルと社会法—比較研究—」と題された同報告書の第5章で、Buisseも同様な点を指摘し、①いかなる家族モデルも優遇されたり、差別されたりすべきでないこと、②子どもの利益のために家族集団の安定性を促進し、優遇するとともに十分に高い生活水準を保証すべきであること、という2つの原則を社会法に翻訳するのが困難であると述べている。そして、同氏が代表するCOFACE(EC家族擁護団体連合会)の見解に基づき、その問題の解決策の基礎となるべき5つの原則として、①子どもの利益が最優先され続けねばならないこと、②制度としての結婚は家族生活を築き上げようとする積極性ほど重要でないこと、③子どもにとっての機会均等は異なる家族モデルの範囲を越えて追求されねばならないこと、④社会法は結婚との関係で中立的であり続けねばならないこと、⑤プライバシーの尊重は、給付を申請する人々のライフスタイルに関する質問ができるだけ避けられるべきであることを意味すること、を挙げ、③についてはCOFACEと家族擁護団体の主張を詳しく述べている¹²⁾。国際社会保障協会によって掲げられた諸原則は主として西欧諸国における家族変動に対応するためのものであるが、若干異なる家族変動を経験しつつあるわが国にとっても示唆に富むもので

ある。

3. EC委員会

EC諸国の家族政策を比較検討したRibesによれば、すべてのEC諸国は家族が社会の必須の位置と機能を占めるので、家族を保護せねばならないという原則について合意している。そして、家族政策においては個人の「私的な」生活への不干渉という原則に従って家族の多様性を尊重している。また、EC諸国における家族政策は、その方向付けの3原則としての人口学的均衡、家族擁護主義、連帯、に対する関係によって位置づけられる。このうちの連帯に基づく政策の基礎には公正の原則と不平等反対の原則がある。さらに、これらの方向付けの3原則のほか、職業活動と家庭責任の両立に関連して、①個人、特に女性とカップルに対して自らに適したライフスタイルを選択し、彼らが負っている責任を果たすための可能性と手段を与えること、②特に労働の領域で、男女間の平等を推進すること、が二大原則になってきた。そして、個人の尊重に関連して、子どもの利益が私法における優先的な一般原則となってきた。彼は結論として、ECの経済統合と域内の移動の自由化を控えて、家族政策の基礎が主要な問題となってきていると述べている¹³⁾。

Fagnaniによれば、EC諸国における家族政策の分野での相違は概念の相違によってもたらされており、①経済的、社会的な生活における政府の役割、②社会における家族の位置とその権利・義務と家族における男女の役割、③解決すべき問題についての優先順位と追求すべき目的の順序づけ、とともに、④子どもの権利の原則と子どものコストの原則のどちらを採用かという原則の相違がある¹⁴⁾。このようにフランスの

研究者は EC 諸国における家族政策の原則を整理しているが、EC 委員会それ自体はあまりはっきりと述べていない。

EC の官報に載った 1989 年 9 月 29 日の EC 家族問題担当閣僚理事会の家族政策に関する結論は、子ども数に関する選択の自由に相当の敬意を払いながら、家族が調和的に発展し、その成員が活躍するのに適切な環境を家族に提供するため、EC が家族レベルの施策に関心をもつことの正統性はイデオロギーに基礎づけられるというよりはむしろ、①家族の経済的役割、②子育てにおける家族の責任、③世代間の連帯の試金石としての家族の重要性、④男女平等の不可逆的願望、⑤労働生活に完全に参入したいという女性の願望、といった客観的事実の認識に基礎づけられるとしている。そして、既存の各国の多様な政策の特殊性を尊重するため、EC の施策は実際的なものとならねばならないと述べている¹⁵⁾。これらは家族政策の基本原則そのものとして述べられていないが、尊重ないし重視することが原則といえよう。また、同会議のための EC 委員会事務局の報告書は、家族政策の原則そのものに対する各加盟国の態度が「公式の家族政策なし」から「社会のかなめ石としての明示的な家族政策」にわたる 3 つのアプローチに区分できるとし、これらの態度の理由として連帯・再分配と人口学的目的を挙げているが、明確な形では基本原則を掲げていない¹⁶⁾。

このように EC 委員会は加盟国間の家族支援施策の多様性に配慮しているため、EC 全体の家族政策の今後の方向付けについてもあまり原則を述べていない。しかし、1991年に EC 委員会主催で開かれた「子ども、家族、社会」という国際会議の報告書で、Donati は 1990 年代の EC 諸国における家族と子どものための政策の見通

しについて、一般的目標に関するものとしては、①家族ライフサイクルに応じた社会保障制度改革、②新しい世代へのより大きな投資、③希望子ども数と実現子ども数のギャップの縮小を挙げ、戦略に関するものとしては、④家族の線に沿った福祉介入の構造化、⑤コミュニティー・ケア政策によるフォーマル・サービスとインフォーマル・サービスの連携、⑥家族と政治権力の間を仲介するような非政府機関の発展、⑦社会政策の部門間の連携、⑧関係ガイダンス（家族を個別の存在としてだけでなく、連合体として関与させるやり方）に触発された政策スタイルを挙げている¹⁷⁾。前者は Beltrão のいう科学的法則、後者は技術的法則に主として対応している。

III. 各国政府関係機関による家族政策の基本原則

1. フランス

フランスは人口（出生促進）政策的な意図もあって、戦前から一貫して明示的な家族政策を採っている。家族政策に関する報告書を出している政府関係の委員会としては経済社会評議会と人口家族高等審議会が主なものである。また、人口減少が著しいヴァンデのような農村県の県庁もやはり人口政策的な関心から興味をもっているようで、報告書を出しているの、以下ではそれらの報告書の内容を紹介する。

(1) 経済社会評議会

経済社会評議会は 1980 年の首相の諮問に対する答申として 1981 年に「総合的家族政策」と題された報告を行った。この中でまず家族政策は、家族の状況の多様性を尊重しながら、すべての親が子どもを養育する責任を果たせるようにす

るものでなければならないことを確認し、次に総合的家族政策の精神として、①全国民の（道徳的、市民的、財政的）連帯、②国家の指導者の政治的意思、③家族の基本的権利の尊重、の3点を挙げている。さらに、③に関連して、総合的家族政策を実施することは、基本的生活に関する特定の選択（例えば子ども数、就業と家庭生活の両立）の自由に対する権利、子どもの（発達のために適切な状態で家族の中で生活する）権利、空間（住居、環境）に対する権利、時間に対する権利、良質の消費（必要な財・サービス）に対する権利、といった家族に固有の諸権利をすべての家族に認めることであると述べている¹⁸⁾。

同評議会は1991年に報告書『フランスの家族政策』を出したが、これは政府の諮問内容が限定的であったことにより、主として実践的な議論を行っており、基本原則について言及していない。ただし、同評議会に代表を送っている団体の1つであるUNAF（全国家族手当連合）による批判的な意見書が収録されており、その中で若干述べられているので、紹介する。UNAFによれば、どのような家族政策も自由、他者と自己の尊重、公正、連帯という人道主義の原則の不可侵の基礎に基づくものでなければならない。そして、①家族の根本的特質の尊重、②家族による社会発展への貢献の正当な評価、③あらゆる分野の政治的論議への家族の利害の統合、④自らに関係する施策の交渉過程への家族の参加、⑤子どものニーズと権利（子どもをもつ権利、家族をもつ権利）の認知、⑥高齢化に関する政策の家族政策への統合、⑦家族政策の目的、手段、スケジュールを定めた法律・プログラムに関するUNAFの要求、⑧社会政策と家族政策を混同せずに貧困の状態を正当に考慮

すること、⑨家族政策のための特定の施策の実施、⑩家族部門による不当な負担の慣行と所得制限付きの給付の再検討、といった条件を国家が満たした場合、真の家族政策を行っていると思われ¹⁹⁾。これらは条件とはいふものの、少なくとも一部は基本原則であるといえる。

(2) 人口家族高等審議会

フランスの人口家族高等審議会の前身である人口高等委員会は1980年の総括報告書で人口（出生促進）政策の基本原則について議論を行っており²⁰⁾、拙稿でその一部を紹介したこともある²¹⁾。その後身は家族という言葉が委員会の名称に再び入ったこともあり、国際人口移動政策については別の審議会や委員会ができたこともあり、家族政策に力を入れるようになった。ECの家族問題担当閣僚理事会との関係で出されたと思われる、1989年の報告書『ヨーロッパにおける人口変動と家族政策』の第2部「今日の家族の状態についてどのような家族政策の戦略を採るべきか」では、フランスとECの家族政策の方向付けに関する提案がなされている。フランスの家族政策については、①家族生活と職業生活の調和を容易にすること、②親の責任を十分に果たせる状況を作り出すこと、③社会的連帯を再確認すること、の3点を挙げ、ECの家族政策については、④現在のECの政策の家族的次元を明らかにすること、⑤調査研究と施策の方向付けを定めること、⑥家族問題に関する討議を制度化すること、の3点を挙げている²²⁾。当時フランスがECの議長国であったこともあり、この後半の提案に従ってヨーロッパ家族政策観測団が結成されたり、家族政策に関する年報が出版され始めたりしたものと思われる。

(3) ヴァンデ県

フランス中西部のヴァンデ県の県庁の委託に

より、パリ大学人口研究所のG.-F. Dumontは1990年に『ヴァンデの家族』と題された報告書を作成したが、その第3部で「ヴァンデのための家族政策の基本」について論じている。その中で、県レベルの家族政策実施のための究極目的として、①自由、②世代間の公平、③家族の連帯の評価、④県庁を中心とする政策の推進、⑤空間における家族の均衡、⑥困難な状況にある家族との連帯、の6項目を挙げ、これらを具体的施策に翻訳することによって県レベルの家族政策を解説可能なものにすることができると述べている²³⁾。なお、前半部分で紹介した同氏の前著ではフランスの将来のための家族政策の支柱として7項目が挙げられていたが²⁴⁾、県政レベルのものとは必ずしも一致していないのはレベルが異なることだけによるのではなく、ヴァンデ県の保守性等の特性を反映していることにもよるのかもしれない。

2. カナダのケベック州

フランスと同じ言語圏に属するカナダのケベック州は、かつて他州より出生率が高かった時期から言語的少数派であることにより出生促進的な家族政策に熱心であったが、1960年頃から合計特殊出生率が他州を下回るようになり、熱心さに拍車がかかった。1984年には社会問題省から家族政策に関する報告書（「緑書」）「ケベックの家族のために」が出され、1986年には家族政策諮問委員会の全2巻の報告書「ケベックの家族の社会的支援」が出され、1987年には閣僚理事会から政策表明書「家族政策一方向性と行政のダイナミズムの表明一」が出され、その後1989～91年と1992～94年について家族政策に関する行動計画が出された²⁵⁾。

(1) 社会問題省

社会問題省の1984年の「緑書」では家族政策に関する5つの原則について詳しく論じられ、それらによって規定される主要な3つの目標が掲げられている。前者は、①家族は単なる個人の並列でなく、共同生活の単位と考えられること、②国家がそのあらゆる政策で家族を考慮に入れることの保証、③コントロールというよりも支援、④個人に対する治療的措置の必要を制限するための社会的環境の質の維持・改善、⑤政策は親と共同で設定され、多くのパートナーとともに分かち合われるべきこと、から成り、後者は、⑥親の役割、家族成員間・家族間の相互支援に当然与えられるべき尊厳と価値を付与すること、⑦社会的資源の最適の分配によって家族がその責任から生じるニーズを満たすことによって社会に貢献するのを支援すること、⑧家族に影響する政策・施策間の調整、から成る。これらのうちで③が強調され、政府が家族の発展において支援者かつパートナーであるような国家の存在を信じると述べるとともに、家族政策が意味するのは、家族のための政府のサービスが（政府が家族の責任を引き受けるのを許すのではなく）家族が自らのために責任を負うように支援するための教育的役割を演じねばならないことであると述べている²⁶⁾。

(2) 家族政策諮問委員会

1986年の家族政策諮問委員会報告書の第1巻では、諮問の結果として男女の社会的役割と家庭内役割の変化、家庭内・夫婦間の暴力、家族の経済的支援、就業形態と親の責任、家族の住居、学校と家族、家族のための余暇と文化的活動、保育サービス、家族福祉のための社会的サービス等、といった個別の問題に関する原則が述べられた後、家族政策の適用に関する行政的

選択に関する原則が述べられている。大多数によって支持された見解としては、①総合的政策そして省庁間横断的政策としての家族政策の性格そのものが特定部門の家族的次元を統合するために、また家族の実態の全体像の結果として、関係する全省庁の関与を要請すること、②部門別の政策が相互に矛盾するのを避けるため、それらの間の整合性と一貫性を保証すること、③閣僚理事会と特定の閣僚が明確に専心し、家族問題担当閣僚が他の閣僚に影響力を行使できるようにし、同様のことを次官や高級官僚に対してもできるような形をとる、政府の最高レベルでの家族政策に関する指導力の行使、④政府の役割の特徴としての、規制と統制の対局にある支援の機能、⑤家族の社会的支援について責任をもつすべての（政府、公的、民間）機関による家族政策を担当することの社会的性格、⑥設立準備中の創造的な機関において、家族の利益と要求を代表する必要性、の6点があり、少数意見としては、⑦家族政策の実施は、そのような政策を導き、奨励し、その価値を守るような、家族の権利と責務に関する憲章に基づくものでなければならないこと、という点がある²⁷⁾。

1986年の家族政策諮問委員会報告書の第2巻で、まず国家介入の正当化に関する原則として、①国家は家族類型と親としての地位を規定する個人的、文化的ライフスタイルについて中立的であり続けねばならないこと、②国家は親が責任を果たすことと家族の成員権をもつことについて支援せねばならないこと、③国家が介入すべき特定の家族の現実には家族政策の特定の分野を定義するために規定されねばならないこと、の3点を挙げ、次に家族政策の適用における国家介入に関する原則として、④子どもと家族の成員権に対する強い関心とともに、家族につい

て第一次的な責任をもつ者としての親の正統なニーズを満たすことが、国家がケベックの家族を支援する義務をもつ主たる理由であること、⑤家族政策に関する政府介入が家族、学校、職場によって形作られ、中央にはケベック社会の基礎である親があるような三角形に焦点を合わせねばならないこと、⑥家族政策が家族にとっての生活の質政策であり、人口と関係したり、出生率上昇を促進することを目指したりするあらゆる形態の政策とは根本的に異なること、の3点を挙げているが²⁸⁾、これらは第1巻で挙げられたものと若干異なる。

(3) 閣僚理事会

さらに、1987年の閣僚理事会の政策表明書は政府と家族への介入に関する基本的原則として、①家族とその成員の福祉が社会の福祉の基礎にあると考えられているため、政府はその権限と責任の範囲内で家族を根本的な社会的価値と認識することを望むこと、②政府は家族の凝集性と安定性に寄与すること、ならびに家族の現実の特質をより多く考慮に入れることを望むこと、③政府は子どもの利益を守ることによって完全に親に取って替わることを避けながら、子どもを扶養する法的、社会的な第一の責任者としての親を支援することを望むこと、の3点を挙げている²⁹⁾。以上のとおり、ケベック州の政府関係機関が掲げた家族政策に関する基本原則は必ずしも一致していないが、矛盾もしていない。また、紙幅の都合により紹介できないが、家族政策諮問委員会の第1報告書の分野別の諸原則もわが国にとって示唆に富むものである。

3. アメリカ合衆国

フランス語圏とは異なり、英語圏の国々では個人生活への政府介入が嫌われるため、アメリ

カ合衆国には総合的家族政策がないとしばしばいわれる。Genoveseによれば、憲法の暗黙の契約が家族とは無関係に、政府と個々の市民の間において交わされるとされていることがその要因であり、その理論的根拠は地位の世襲による社会的成層を避けることである³⁰⁾。それでも、1960年代以降、家族のための各種プログラムが開始された。その結果として、プログラム間の重複や摩擦が明らかになったため、一部の研究者や政治家によって総合的家族政策が提唱された。しかし、彼によれば、アメリカの公共政策は個人主義とともに多元主義を尊重することになっているため、これらのプログラムが民間依存のない市場志向的なものとなっており、その傾向がレーガン政権時代に助長された。また、家族構成とライフスタイルの多様化によって、将来の家族に関する多様な見方をする集団が総合的家族政策に関して合意することが難しくなったうえに、1980年代半ばにかけての連邦政府の予算削減により1980年代において総合的家族政策が実現する可能性がなくなった³¹⁾。しかしながら、家族に関する問題が顕在化してきたためか、1980年代半ば以降、政府関係の各種委員会でも再び、活発に家族政策に関する提案がなされるようになってきた。1986年には教育省の家族作業委員会、1991年には議会を中心とする全国児童委員会、1993年にはアメリカ都市家族全国委員会の報告書が出された³²⁾。

(1) ホワイトハウス（教育省）家族作業委員会

G. L. Bauer 教育省次官を委員長とするホワイトハウス家族作業委員会は1986年に大統領への報告書『家族—アメリカの未来を保つ—』を作成し、その最初に家族擁護政策に関する10項目のガイドラインを提案している。それらは、①家族擁護政策は、家族の権利が国家の権利よ

り先にあり、上位にあることを認識せねばならないこと、②権利と義務に関して親が基本的であること、③いかなるレベルの政府機関が家族に対処する場合においても、とにかく、害悪を及ぼさないという中心的教理を出発点とすること、④家族擁護というレッテルを乱用したり、誤用したりしないよう警戒すること、⑤家族政策それ自体は治療でなく、提案された治療法を評価するための基準であること、⑥多くの家族問題は政策的解決に適していないが、それでも公共部門は文化様式に影響を与えられること、⑦家族問題への介入が必要な場合、市民自身によるコントロールがもっともしやすい機関によって行われるべきであること、⑧援助ないし矯正によって政府が家族の問題に介入する際には、施策が関係者にもっとも近いレベルの政府機関によって行われること、⑨家族政策は経済成長の基礎の上に築かれねばならないこと、⑩希望をもつべき大きな理由があること、の10点である³³⁾。この委員会はレーガン政権の意を受けていたため、これらの諸原則は新保守主義的なものとなっている。

(2) 全国児童委員会

J. D. Rockefeller IV 上院議員を委員長とする全国児童委員会は1991年に最終報告書『レトリックを超えて—子どもと家族のためのアメリカの新たな課題—』を作成したが、その中で公共・民間部門の政策・プログラム策定のための提案の基礎となるような、子どもの基本的ニーズ、親の役割と責任、社会の責務に関する原則を提示している。それらは、①すべてのアメリカ人の子どもがその潜在能力の限界まで発達する機会をもつべきであること、②親が子どもの肉体的、感情的、知性的ニーズを満たすことと、道徳的な指導と方向付けを行うことについて第

一次的な責任をもつこと、とともに、親が子育ての役割を果たすのを支援し、親が責務を果たすのを可能にし、親に子どもの世話と支援の責任をもたせることが社会にとっての最大の利益であること、③父母の人格的な関与と物質的な支援がある時、そして両親が愛情豊かな扶養者としての責任を果たす時に、子どもは優秀になること、④家族は子どもを世に送り出すため、そして児童期を通じた成長と発達を支援するための、社会の第一次的制度体であること、⑤文化的多様性がアメリカの最高の資産であるため、尊重され、保存されねばならないのと同時に、すべての子どもが社会的、経済的主流に乗るための平等な機会をもつことが保証されねばならないこと、⑥学校、宗教団体、サービス・慈善団体、雇用主といったコミュニティの制度体が親子を支援するような環境を作り出すうえで重要な役割をもつこと、⑦子どもをもつ家族にとって安全で安心な環境を提供する責任がコミュニティにあること、⑧社会が子育てに正統な関心をもつとともに、責任を果たせない親が子どもを危険にさらすときにはいつでも介入する道徳的責任をもつこと、⑨困難を抱えた家族と傷つきやすい子どもが危機に陥る前に問題を予防することが、彼らのニーズに対処する上でもっとも有効で安上がりな方法であること、⑩基本的な道徳的価値はわれわれの国家的遺産の一部であり、社会が子どもと家族に対して行動をとる際の指針となるべきであること、⑪アメリカの子どもと家族のニーズに効果的に対処するために、個人、民間部門、あらゆるレベルの政府機関からの時間、指導力、資金の供与が必要であること、の11点である³⁴⁾。この報告書では家族政策の人的資本投資としての側面を強調しており、それがこれらの原則にも反映さ

れている。また、クリントン大統領（当時アーカンソー州知事）も委員の一人であったが、近い将来、政治的なレトリックを超えて総合的な家族政策が実施されるかどうかは不明である。

(3) アメリカ都市家族全国委員会

他方、J. Ashcroft ミズーリ州知事を委員長とするアメリカ都市家族全国委員会は1993年に最終報告書『家族が第一』を作成したが、その中では現在の家族崩壊の趨勢を逆転させるとともに、支援してくれるようなコミュニティの中で結婚している両親とともに成長する子どもの割合を増加させるための新たな戦略の目標として、①家族に力を与えること、②結婚を強化すること、③親子関係を強化すること、④家族に対するコミュニティの支援を築き上げること、⑤家族を優先するように国の文化を変えること、の5項目を挙げ、それぞれについて政策、プログラム、個人、組織を導くべき3原則を掲げている。①については家族の責務を代替するより強化すること、家族の意思決定と尊厳を尊重すること、家族成員の相互の義務を確認すること、②については結婚を通じた家族形成を促進し、婚外妊娠を抑制すること、持続的で安定した婚姻を促進すること、離婚の発生を減少させること、③については親の責任と権威を尊重すること、両親の愛情と扶養に関する子どものニーズの代替物を見つけるよりもそれを満たすこと、親が子どもとともに時間を過ごせるような機会を増加させること、④についてはコミュニティが家族のニーズを優先させること、家族、教会、学校、その他の地域組織の間で相互に支援し合うような関係を促進すること、単位としての家族を強化すること、⑤については健全で繁栄する社会の第一のもっとも必要な要素として家族に敬意を払うこと、個人的責任、関

与、他人の尊重を促進すること、家族のニーズの水準を高めることを挙げている³⁵⁾。ここに掲げられた諸原則の一部、特に法律婚の重視は国際機関や内外の政府関係機関によってしばしば挙げられる家族の多様性尊重の原則と矛盾する可能性があるもので、人種差別主義的ないし性差別主義的であるという批判を受ける可能性がある。この委員会はブッシュ政権下でできたことから、新保守主義的な傾向をもっていたようである。

4. イギリス

アメリカ合衆国同様、個人生活への政府の介入を嫌うイギリスにも総合的家族政策がないといわれている。しかし、1980年代前半には政治的課題となっていたようで、その基本原則についても *Poverty* という雑誌で論議された。第一次的資料でも最新のものでもないが、各政党の見解も示すという点で興味深いので紹介する。まず1981年に家族研究センターと市民の自由に関する全国評議会が共同で出した『最前線の家族』というパンフレットでは積極的な家族政策の発展のための原則として、①家族政策が純粋な選択の自由と家族パターンの多様性の認識に基づくべきであること、②家族政策がライフサイクルの異なる段階における家族のニーズを反映すべきであること、③家族政策が扶養すべき子どもをもつ家族が受ける追加的な経済的圧迫を認識するとともに、親であるかどうかに関わらず誰もが、われわれにとってもっとも貴重な資源である子どもに対して責任をもつことを認識すべきであること、④家族政策が社会的賃金の維持・拡大に基づくべきであること、⑤家族政策が家族内の個人の権利とニーズとともに、一単位としての家族の権利とニーズも認識すべ

きであること、⑥家族政策が女性と男性の間の人工的な分業を強化すべきでないこと、の6点を挙げている³⁶⁾。これに対して、Seccombeは保守党の見解として、政府の家族政策に関する原則として首相が述べた「個人とその家族が責務を果たせるようにより大きな選択権と自由を与え、福祉サービスの効率を向上させることを決意している」という言葉を引用している³⁷⁾。また、Kinnockは労働党の見解として、①子育てにおいて親の役割が不可欠で代替不能であるが、それがコミュニティー全体の責務であると理解されるべきこと、②われわれの政策が家族とその成員にとっての真の選択の自由を拡大するという原則に基づくべきであること、という2つの中心的原则を挙げている³⁸⁾。しかし、その後イギリスが明示的な家族政策をもつようになったという事実はなさそうなので、これらの政党が掲げた諸原則は政治的なレトリックの一部に過ぎないのかもしれない。

5. 日 本

わが国の政府関係機関では前述のとおり、家族政策という言葉自体が最近まであまり使われなかったし、必ずしも基本原則が論じられて来なかったようである。しかし、家庭基盤充実構想推進連絡会議の報告書、経済企画庁の『国民生活白書』ではそれに関連する内容が若干論じられている。また、家族政策そのものではないが、最近厚生省関係の研究会や社会保障制度審議会ですれと密接な関係にある児童家庭施策や社会保障制度について、若干の根本的な議論がなされるようになってきた³⁹⁾。

(1) 家庭基盤充実構想推進連絡会議

家庭基盤充実構想推進連絡会議による1980年2月の「家庭基盤充実のための基本施策のとり

まとめ]では、「家庭基盤充実対策は、新しい経済社会の条件の下で、家庭の運営について構成員すべてが責任を有するとの考えのもとに各家庭の主体的な努力により積極的な対応がなされることを基本とし、家庭の機能が十分に発揮できるように情報や機会を提供するとともに環境条件を整えることを目標に、民間のサービス機能等を活用しつつ、施策を進めもって新しい福祉社会の実現のための基礎を整えることである」と述べられている⁴⁰⁾。このような家庭基盤充実施策とそれに密接に関係する「日本型福祉社会」の考え方に対する批判はその公表直後からしばしば行われてきたが⁴¹⁾、必ずしも批判や代案の基礎を成すような基本原則に関する議論が十分になされてこなかったようである。

(2) 経済企画庁

『昭和58年版国民生活白書』では、日本の家族について対応が必要とみられる諸問題についての対応の基本原則として、①男女両性の平等な立場での協力のもとに築き上げられる家族の自主性、自立性を尊重し、それぞれの家族の個性と多様性を尊重すること、②公的部門は安易に家族の領域に介入することなく、家族機能が十分発揮できるよう側面支援に努力すること、③家族は、社会の基礎的構成要素であり、社会の全分野に関係しているものであることから、その対応にあたっては、部分的、短絡的になることなく、総合性を十分考慮すること、の三者を挙げている⁴²⁾。また、『平成4年度国民生活白書』では「国民全体の……コンセンサスの下に、我が国における女性の職場進出や結婚・家族が持つ意味といった社会的状況、制度整備のコスト負担といった様々な要因を十分に考え合わせて、長期的な視野にたって諸制度の整備を進める必要がある」と述べ⁴³⁾、原則と呼べるようなもの

を示すと同時に家族政策の必要性を訴えている。いずれが掲げる諸原則も欧米諸国の政府関係機関によって挙げられたものが多く、妥当であるように思われる。

(3) 厚生省

『平成5年版厚生白書』は子育て支援策の基本的考え方として「少子化の急激な進行を回避するためにも子育てを次代を形成するための社会共通の主要コストと位置づけ、負担面のコンセンサスを得ながら個人の生き方や価値観に干渉することのない範囲で、社会的な支援を一層強化していく必要がある」と述べると同時に、児童家庭政策の分野では「要保護児童等特別な援助を必要とする子どもや家庭……に対する配慮を充分に行いつつも、特定の子どもからすべての子どもへと施策の一般化を進めていく必要がある」とも述べている⁴⁴⁾。

そのほか厚生省関係として、平成5年7月の「たくましい子供・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会（子供の未来21プラン研究会）報告書」では今後の児童家庭施策の理念と基本理念として、①児童家庭施策の普遍化、②子育てに関する家庭と社会のパートナーシップ、③権利主体としての子どもの位置づけ、④家庭・地域社会を基盤とする多様かつ総合的な施策の推進、の四者が挙げられている⁴⁵⁾。また、高齢社会福祉ビジョン懇談会による平成6年3月の「21世紀福祉ビジョン」では少子・高齢社会における社会保障の姿の第一の目標として公正・公平・効率の確保を挙げているが⁴⁶⁾、これも家族政策にも当てはまる基本原則といえよう。

(4) 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会

平成5年2月の「社会保障将来像委員会第一次報告—社会保障の理念等の見通しについて

一」では社会保障の基本理念の一部としてその理念、概念と範囲とともにそれを推進する場合の基本原則について論じられており、①普遍性、②公平性、③有効性、④総合性、⑤権利性、の五者が挙げられている⁴⁷⁾。社会保障制度の一部は家族政策の手段の一部でもあるので、これらの大部分は家族政策の基本原則となりうる。また、これに続く平成6年9月の「社会保障将来像委員会第二次報告」では「家族政策・男女平等と社会保障」について、①多様な家族形態を基本におき、家族の新しい関係を踏まえてその生活を充実させる条件の整備、②「子どもが健やかに生まれ育つ権利がある」という原則へ配慮した育児支援策、③税制と社会保障の相互調整という視点からの家族に対する公的所得保障の検討、④男女ともに就業と家庭責任の両立が確保されるための新しい制度的・社会的枠組みの発展、⑤社会のあらゆる分野における男女平等の確保、の五者の必要性を唱えているが⁴⁸⁾、これらは家族政策の基本原則と密接な関係をもつ。

IV. おわりに

国際機関、各国政府関係機関、各研究者が家族政策の原則として挙げているものは多様なので、それらを要約するのは容易でない。しかし、ある程度共通するものとして、①家族の重要性と多様性の尊重、②家族間、家族成員間(特に、家族形態間、階層間、男女間、世代間)の平等、③人権と自由の尊重、④子どものニーズ、権利、利益の優先、⑤家族の福祉と安定・強化を目指すべきこと、⑥家族機能の代替でなく、補完を目指すべきこと、⑦治療より予防を目指すべきこと、⑧総合性、整合性を目指すべきこと、⑨

あらゆるレベルの行政機関によって行われること、⑩家族・家族政策に関する基礎的な調査研究が行われること、といったものがある。これらの間でも、また同じ機関ないし個人が挙げた原則の間でも矛盾する可能性があるものがいくつか見受けられる。これは家族政策が家族成員である個人と一単位としての家族の両方を対象とすることにより、家族成員の間、家族成員と一単位としての家族の間で利害が一致しないことがあるためである。また、これらの原則ないしその背後にある価値は必ずしも対等でないし、それらの優先順位も不変でない。

Zimmermanは、家族の福祉をすべての政策領域に関わる価値(公平、効率、自由、機会の平等、適切さ、権利、社会的凝集性、思いやり等)とともに最大化すべき価値として家族政策に組み込むべきものとしている。しかし、アメリカ合衆国における社会政策の展開を導いた伝統的価値としては個人主義、最小限の政府介入、私有財産があることにより、葛藤と矛盾が生じているとも述べ、社会の制度的取り決めを正統化するための基礎として、特定の価値前提を選択することがそのような状況を作り出すとしている。そして、その理由として、①異なる価値前提を同時に完全に実現することができないこと、②特にアメリカ合衆国のような多元的社会では、公式に是認された価値がさまざまなレベルの関与を個人や集団から引き出すこと、③文化的に提供される価値前提の多様性が存在することによって、異なる集団が自らの状況により良く適合した前提を巡って動員・逆動員することが促進されること、の3点を挙げ、時間の経過とともに支配的な価値が交替していくと述べている⁴⁹⁾。

Zimmermanの最近の著作によれば、特定の

問題に関係するすべての価値を同時にまたは同程度に追求したり、実現したりすることが不可能なので、政策決定者はそれらにランク付けを行い、社会成員が多くの場合にそれらのランク付けを受け入れるよう説得する必要がある。家族問題についてのランク付けは政策が単一の選択ではなく、一連の相互関連する選択を必要とするため、より複雑になっている。諸般の情勢の変化に伴う家族問題に関する認識と定義の変化に応じて、政策決定者は価値選好の順序を入れ替えねばならなくなることがしばしばある。従って、家族政策は望ましい家族政策上の目的ないし価値の実現について「一時的に」決着した行動方針であることになる。一時点における特定の価値ないし目的の相対的重要性は、個人と社会ないし集団がそれらを実現するために使う用意がある時間、資金、エネルギーといった資源によって測定できる。強調される価値が変わるにつれて資源も移動する⁵⁰⁾。

このように強調される原則の変化に伴って家族政策の内容が変化する可能性があるだけでなく、強調される原則自体が変わらなくても原則のもつ意味自体が時間の経過とともに変わる可能性もある。de Bie によれば、西欧諸国において家族ないし特定の区分の家族に対する経済的援助の原則は扶助の問題でなく公正の問題と考えられるようになってきている。経済的援助の主な議論は西欧社会の根本的価値—平等、民主主義、差別不在—についての訴えをもった社会的公正の理想に基礎づけられている⁵¹⁾。

これらの変化を考慮しない場合でも、家族成員の間や家族成員と一単位としての家族の間で利害が一致しないことがしばしばあるため、原則間の矛盾が生じる場合がある。特に両性の平等の原則は、女性に不平等を強いる傾向がある

家族擁護主義的原則と潜在的に矛盾する場合が少なくない。そのため、フェミニストの中には、Cass のように家族政策の有用性を認めながらも、それによって特定の形態の家族が優遇され、家族間、家族内の根本的な不平等が隠ぺいされ、維持されていると批判している者がいる⁵²⁾。また、フェミニストの中には自らの主張に沿った家族政策策定に関する原則を示す者もいる。例えば、Kirp *et al.* は節操ある控えめな方法での家族政策を必ずしも否定せず、「人道的な」家族政策を策定するための原則（枠組み）として、①家族生活への参加の機会を拡大すること、②個人が安定的な関係を維持できる能力を強化すること、③多様な家族形態に対して出現しつつある寛容さを助長すること、の3点を挙げている。ただし、対象となる家族に関する規定は性別に関してできるだけ中立的であることが選択の機会を広げるので、望ましいとしている⁵³⁾。

Spakes は、不平等を維持するような家族政策の基礎には出生促進主義的価値があると指摘し、フェミニスト的家族政策の基礎となる原則（仮定）として、①家族と国家は全体の一部として関係づけられており、相互依存的であるため、公私の領域と責任を区分できないこと、②女性の保護は現在も近い将来も必要であるが、保護される者は平等になり得ないため、潜在的に危険であること、③最終的に社会と同様、家族も変化せざるを得ないこと（特に、父親の参加を目指すこと）、の3点のほか、究極的な原則として、④両性間の平等の積極的促進が社会的に望ましい、家族政策の目的であることを挙げている。そして、フェミニスト的家族政策の施策に関する提案の最初の例として女性の生殖権と性的表現の自由を掲げており⁵⁴⁾、出生促進主義的価値への反発を示している。

家族成員間の平等という観点から両性間の平等とともに考慮する必要があるのは、親子間の平等ないし公平の問題であろう。Scanzoni が述べるとおり、親子の利害を均衡させるような家族政策（進歩的な相互均衡政策）も必要であろう。彼は、この政策の基礎となる前提として、①子どもをもつことが強制でなく、選択であると考えられねばならないこと、②親子が血統・社会的紐帯のいずれによって結び付けられているかに関わらず、時間の経過に伴う子どもと環境（特に環境の中で子育てをしている大人）の間の、発達途上における相互影響のイメージから、このような政策が導き出されたものであること、を挙げている。しかし、相互均衡政策を具体化したプログラムの目的・指針としては、①女性の経済的自立、②男性の家事・育児への関与、③幼児期の能力開発、の3項目を挙げており⁵⁹⁾、両性間の平等に傾いた原則を述べている。また、親子間の平等ないし公平をもう少し広げ、世代間の公平を考慮する必要もあろう。その際には、Bichot が述べるとおり、家族政策が政府から家族への一方的援助でなく、若年層に対する人的資本投資（社会化された世代間の交換）であるとの認識をもち、それを交換的公正（justice commutative）と選択の自由の原則に基づくものとする必要もあろう⁶⁰⁾。

フェミニスト経済学者のFolbreは性別、年齢（世代）等に基づく不平等を超越した平等主義的家族をモデルとする社会契約の観点から社会的責任を再編成する必要を訴え、家族政策の課題として、①すべての人々に対する基本的な健康・社会保険および雇用機会と、子どもにとっての高水準の社会福祉、②男女間における家庭内労働のコストの平等な分担、③家庭内労働の価値に対する公的補償、④保育と教育に關す

る平等な機会と貢献（負担）、⑤生殖権、⑥家族法改革（結婚・離婚の自由化と、家庭外労働担当者の所得に対する家庭内労働担当者の権利の保証）、⑦男女が家庭内と家庭外の労働を両立させることを促進するような就業規則（労働時間・家族休暇）、⑧公的、民間の（保険・年金）給付における非婚のカップルに対する差別の撤廃、⑨贈与や遺産をはじめとする家族成員と友人に対する（資産）移転の厳重な制限、⑩（雇用・昇進）機会均等を促進するための非差別的行動、の10点を挙げている⁶¹⁾。これらの多くは原則というよりも具体的な施策であるが、平等主義的の原則が具体化されたものであることも明らかである。このように要約されたものは比較的常識的にみえるかもしれないが、詳細な内容は平等主義と（経済的）合理主義を徹底させたことにより革新的な部分を含むだけでなく、家族擁護主義者や出生促進主義者の主張に近い部分も含んでいる。

フェミニストと、家族政策の思想的背景の主流を成してきた家族擁護主義者（そして出生促進主義者）の間には最終的な目的に関する相違があるにしても、それぞれの目的を達成するための家族政策の手段については共通するものが少なくない。そこで、両者は以上で述べたような原則のうちで矛盾するものについては妥協点を探りながら、各種施策の整備・拡充を図るために協力する必要があるであろう。また、親の権利については家族擁護主義者（そして出生促進主義者）、女性である親と子どもの権利についてはフェミニストがある程度主張するであろうが、子どもの権利全般についてはいずれも強く主張しないかもしれないので、両者が「児童の権利に関する条約」に具体化されたような原則を中心に据えながら、子どもの利益を反映した家族政

策の整備・拡充について協力していく必要があるだろう。家族政策においても、このような平等ないし公平について妥協を図る必要があるだけでなく、公平の原則と効率の原則の間でも妥協を図る必要がある⁵⁸⁾。この点についても今後の研究課題としたい。

注

- 1) United Nations (1987a, 1987b), Beltrão (1957) pp. 10-12
- 2) United Nations (1987a) pp. 2-3
- 3) United Nations (1987a) pp. 44-45
- 4) United Nations (1987b) pp. 40-41
- 5) United Nations (1987b) p. 2
- 6) 丸山 (1994) p. 14
- 7) 国際家族年の原則とわが国の現状の対比が松村 (1993), 高橋 (1994) により行われているので, 参照されたい。
- 8) 日本総合愛育研究所 (1994) p. 96
- 9) United Nations (1994) pp. 24-26, pp. 6-9
- 10) United Nations (1994) pp. 7-8
- 11) Cantillon (1992) pp. 221-222
- 12) Buysse (1992) pp. 95-97
- 13) Ribes (1991) pp. 81-90
- 14) Fagnani (1993) pp. 21-22
- 15) *Official Journal of the European Communities* (1989) pp. 2-3
- 16) Commission of the European Communities (1989) p. 13
- 17) Donati (1991) pp. 123-125
- 18) France (1981) p. 614, p. 625, pp. 637-638
- 19) France (1991) p. 32
- 20) France (1980) pp. 51-58
- 21) 小島 (1989, 1994)
- 22) France (1989) pp. 61-69
- 23) Dumont (1990) pp. 139-150
- 24) Dumont (1986) p. 179
- 25) Québec (1984, 1986a, 1986b, 1987, 1989, 1992)
- 26) Québec (1984) pp. 47-49
- 27) Québec (1986a) p. 93
- 28) Québec (1986b) pp. 12-14, pp. 38-42
- 29) Québec (1987) p. 8
- 30) Genovese (1984) pp. 7-8
- 31) Genovese (1984) pp. 280-281
- 32) United States (1986, 1991, 1993)
- 33) United States (1986) pp. 4-5
- 34) United States (1991) pp. 62-76
- 35) United States (1993) pp. 38-63
- 36) Lister (1983) pp. 16-18
- 37) Seccombe (1983) p. 25
- 38) Kinnock (1983) pp. 27-28
- 39) 家庭基盤充実構想推進連絡会議 (1980), 経済企画庁 (1983, 1992), 厚生省 (1994), たくましい子供・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会 (1993), 高齢社会福祉ビジョン懇談会 (1994), 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会 (1993, 1994)
- 40) 家庭基盤充実構想推進連絡会議 (1980) p. 152
- 41) 最近のものとしては飯田 (1990), 原田 (1992a, 1992b), 大沢 (1993) を参照されたい。
- 42) 経済企画庁 (1983) p. 256
- 43) 経済企画庁 (1992) p. 239
- 44) 厚生省 (1994) pp. 59-60, p. 64
- 45) たくましい子供・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会 (1993) pp. 5-7
- 46) 高齢社会福祉ビジョン懇談会 (1994) p. 6
- 47) 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会 (1993) pp. 15-16
- 48) 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会 (1994) pp. 11-12
- 49) Zimmerman (1988) p. 176, pp. 24-25
- 50) Zimmerman (1992) pp. 6-8
- 51) de Bie (1980) p. 18
- 52) Maas (1984) pp. 22-27
- 53) Kirp *et al.* (1986) p. 201, p. 175
- 54) Spakes (1991) pp. 25-26, pp. 35-37
- 55) Scanzoni (1991) pp. 12-22
- 56) Bichot (1992) p. 173-178
 なお, Bichot (1982) は社会保障制度におけるこの新規の交換的公正の原則について, 従来の分配的公正 (justice distributive) の原則との関係で詳しく論じている。
- 57) Folbre (1994) pp. 257-259
- 58) Glaude (1992) は家族優遇税制に関してこの

問題に触れている。

参考文献

- Beltrão, Pedro Calderan 1957 *Vers une politique de bien-être familial. Éléments d'une normative économique et sociale de la politique familiale*, Librairie Editrice de L' Université Grégorienne.
- Bichot, Jacques 1982 "Fonder un autre système de Sécurité sociale sur un nouveau principe de justice commutative", *Droit Social*, no. 9-10.
- Bichot, Jacques 1992 *La politique familiale : jeunesse, investissement et avenir*, Cujas.
- Buysse, Anne-Marie 1992 "Family Models and Social Legislation in EEC Countries: A Comparative Study", ISSA (ed.), *Social Security and Changing Family Structures*, ISSA.
- Cantillon, Bea 1992 "Concluding Remarks", ISSA (ed.), *Social Security and Changing Family Structures*, ISSA.
- Commission of the European Communities 1989 "Communication from the Commission on Family Policies" COM(89) 363 final.
- de Bie, Pierre J. L. 1980 "The Rationale and Social Context of Family Policy in Western Europe", J. Aldous and W. Dumon (eds.), *The Politics and Programs of Family Policy : United States and European Perspectives*, University of Notre Dame Press and Leuven University Press.
- Donati, Pierpaolo 1992 "The Development of European Policies for the Protection of Families and Children", Commission of the European Communities (ed.), *Report of the Conference, Child, Family and Society, Luxembourg, 27-29 May 1991* Commission of the European Communities.
- Dumont, Gérard-François 1986 *Pour la liberté familiale*, PUF.
- Dumont, Gérard-François 1990 *La famille en Vendée*, Conseil Général de la Vendée.
- Fagnani, Jeanne 1993 "Comparaison des politiques familiales en Europe", *Recherches et Prévisions*, no. 32.
- Folbre, Nancy 1994 *Who Pays for the Kids ? : Gender and the Structures of Constraint*, Routledge.
- France, Conseil Economique et Social 1981 *La politique familiale globale (Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, Séances des 26 et 27 mai 1981)*.
- France, Conseil Economique et Social 1991 *La politique familiale française (Avis et Rapports du Conseil Economique et Social, Séances des 24 et 25 septembre 1991)*, Direction des Journaux officiels.
- France, Haut Comité de la Population 1980 *Rapport de synthèses des travaux du Haut Comité de la Population*, La Documentation Française.
- France, Haut Conseil de la Population et de la Famille 1989 *Démographie et politique familiale en Europe*, La Documentation Française.
- Genovese, Rosalie G. (ed.) 1984 *Families and Change : Social Needs and Public Policies*, Bergin & Garvey Publishers.
- Glaude, Michel 1992 "Neutralité ou efficacité de la politique familiale", *Economie et Statistique*, No. 256.
- 原田純孝 1992a 「高齢化社会と家族—家族の変容と社会保障政策の展開方法との関連で—」東京大学社会科学研究所(編)『現代日本社会 第6巻 問題の諸相』東京大学出版会。
- 原田純孝 1992b 「日本型福祉と家族政策」上野千鶴子ほか(編)『変貌する家族 6 家族に侵入する社会』岩波書店。
- 飯田哲也 1990 「家族政策と地域政策」飯田哲也・遠藤 晃(編)『家族政策と地域政策』多賀出版。
- 家庭基盤充実構想推進連絡会議 1980 「家庭基盤充実のための基本的施策のとりまとめ」, 経済企画庁国民生活局(編)『わが国の家庭の現状と今後の課題』。
- 経済企画庁(編) 1983 『昭和58年版国民生活

- 白書]。
経済企画庁(編) 1992 『平成4年度国民生活白書』。
- Kinnock, Neil 1983 "Family Policy: alternative viewpoints: A Labour viewpoint", *Poverty*, No. 55.
- Kirp, D. L., M. G. Yudof, and M. S. Franks 1986 *Gender Justice*, The University of Chicago Press.
- 小島 宏 1989 「出生促進政策の有効性」『人口問題研究』第45巻2号。
- 小島 宏 1994 「フランスにおける家族政策の効果」『人口問題研究』第49巻4号。
- 高齢社会福祉ビジョン懇談会 1994 「21世紀福祉ビジョン—少子・高齢社会に向けて—」。
- 厚生省(編) 1994 『平成5年版厚生白書』。
- Lister, Ruth 1983 "Family Policy: alternative viewpoints: Foreword", *Poverty*, No. 55.
- Maas, Frank 1984 "Should Families be a Focus for Policies?", *Institute of Family Studies Policy Background Paper*, No. 5.
- 丸山元彦 1994 「国際家族年—1994年—について」『厚生』第49巻1号。
- 松村祥子 1993 「家族問題と家族政策—1994年国連・国際家族年の課題—」『社会福祉研究』第58号。
- 日本総合愛育研究所(訳) 1994 「アジア太平洋の家族に関する北京宣言」『子ども家庭福祉情報』第8号。
- Official Journal of the European Communities* 1989 "Conclusion of the Council and of the Ministers Responsible for Family Affairs Meeting within the Council of 29 September 1989 regarding family policies", *Official Journal of the European Communities*, No. C 277.
- 大沢真理 1993 『企業中心社会を超えて—現代日本を<ジェンダー>で読む—』時事通信社。
- Québec, Conseil des ministres 1984 *For Quebec Families: A Working Paper on Family Policy*.
- Québec, Comité de la consultation sur la politique familiale 1986a *Rapport du Comité de la consultation sur la politique familiale, Première partie, Le soutien collectif réclamé pour les familles québécoises*.
- Québec, Comité de la consultation sur la politique familiale 1986b *Report of the Comité de la consultation sur la politique familiale, Part Two, Collective support recommended for Quebec families*.
- Québec, Conseil des ministres 1987 *La politique familiale: Enoncé des orientations et de la dynamique administrative (Adopté par le Conseil des ministres le 3 décembre 1987)*.
- Québec, Secretariat à la famille 1989 *Familles en tête. Plan d'action en matière de politique familiale 1989-1991*.
- Québec, Secretariat à la famille 1992 *Familles en tête. 2è Plan d'action en matière de politique familiale 1992-1994*.
- Ribes, Bruno 1991 "Les politiques familiales", *Informations Sociales*, No. 16-17.
- Scanzoni, John 1991 "Balancing the Policy Interests of Children and Adults", E. A. Anderson and R. C. Hula (eds.), *The Reconstruction of Family Policy*, Greenwood Press.
- Secombe, Joan 1983 "Family Policy: alternative viewpoints: A Conservative viewpoint", *Poverty*, No. 55.
- 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会 1993 「社会保障将来像委員会第一次報告—社会保障の理念等の見通しについて—」。
- 社会保障制度審議会・社会保障将来像委員会 1994 「社会保障将来像委員会第二次報告」。
- Spakes, Patricia 1991 "A Feminist Approach to National Family Policy", E. A. Anderson and R. C. Hula (eds.), *The Reconstruction of Family Policy*, Greenwood Press.
- 高橋重宏 1994 「今なぜ『国際家族年』か—その理念と日本の課題—」『子ども家庭福祉情報』第8号。
- たくましい子供・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた地域社会をめざす21プラン研究会(子供の未来21プラン研究会) 1992 「たくましい子供・明るい家庭・活力とやさしさに満ちた

- 地域社会をめざす21プラン研究会（子供の未来21プラン研究会）報告書」。
- United Nations 1987a *National Family Policies : Their Relationship to the Role of the Family in the Development Process*, United Nations.
- United Nations 1987b *National Family Policies : Strengthening the Family : Guidelines for the Design of Relevant Programmes*, United Nations.
- United Nations 1994 *Programme of the United Nations International Conference on Population and Development*, United Nations.
- United States, White House Working Group on the Family 1986 *The Family : Preserving America's Future*, U.S. Government Printing Office.
- United States, National Commission on Children 1991 *Beyond Rhetoric : A New Agenda for Children and Families*, U.S. Government Printing Office.
- United States, National Commission on America's Urban Families 1993 *Families First*, U.S. Government Printing Office.
- Zimmerman, Shirley L. 1988 *Understanding Family Policy : Theoretical Approaches*, SAGE.
- Zimmerman, Shirley L. 1992. *Family Policies and Family Well-Being : The Role of Political Cultures*, SAGE.

（こじま・ひろし

人口問題研究所人口政策研究室長）

中国における高齢者に対する 社会保障制度改革と発展について

林 義

はじめに

中国では、市場経済をはじめとする経済体制に適應するために、1984年以降の経済改革は、社会保障分野に対しても重要な変更を求めた。そこで、本稿では、社会保障制度の中でも高齢者に対する制度の改革とその業績、問題点、従来の発展をとりあげて検討する。

I. 中国における高齢者に対する社会保障制度改革の課題

中国の伝統的な社会保障制度は1951年に「労働保障条例」を基礎として創立された。その主な目的は、都市部では国有の企業、事業団体、一部分の集団制の企業において、労働者に老齢年金を支給することである。老齢年金の支給開始年齢は男60歳、女55歳で、勤続年数が20年以上の者に対して、従前の給料の75～85%の年金を支給する。この保障制度は、中国の経済発展と社会安全に大きく貢献したといえる。しかし1980年の経済体制改革以来、中国の社会保障制度は多くの点で都市の経済改革の妨げとなっている。

1. 企業定年退職金の支給額は企業間格差が大きく、企業改革の妨げとなっている

中国の主な都市経済改革の1つに、競争的な市場システムの導入がある。市場競争に加わる企業は平等な競争条件を持つが、社会保障制度の導入によって、1969年から企業は全額企業負担で、全ての年金受給者に支給しなければならなくなった。新興企業と古い企業の年金の給付水準には大きな格差があり、非常に不平等な状況となっている。このことは、経済改革、特に企業改革の進行の妨げの原因となるもので、社会保障制度改革を必要とする重要な原因の1つとなっている。

2. 保険の対象者の範囲が狭く、多くの経営形態を持つ企業に適應しきれなくなっている

従来の老齢者保障制度は、国家または公共団体もしくは一部分の集団が所有する企業の労働者、職員等を対象としている。従って全国では保険の普及率は非常に低く、労働者の約30%を占めるにすぎない。改革開放以降、中国では多くの非国家所有の経済集団が設立され、それらは中国経済の発展を促進し大きな効果を發揮してきた。従来の、単一の老齢者保険制度では、多様な経営形態の企業に対し、著しい不都合を生じさせている。

3. 老齢保障待遇（年金水準）に関して調整が必要である

伝統的な老齢保障制度における年金の計算方法では、被用者の老齢保障年額は定年前年の年収の70～80%となるが、労働者の所得は経済状況によって大きく変化するため（例えば1993年の標準的な賃金は収入の50%だけを占めている）、この支給方法では労働者に基本的な生活保障を十分には行えない。さらに、近年のインフレーションで実質年金額が低くなっている。高齢者に対する最低の年金水準と基本的な暮らしを保障するために、国家はさまざまな臨時支給を行っているが、まだ有効的調節メカニズムはできていない。

4. 老齢保障費用の増大

中国においても、老齢人口の割合が急速に増し、定年による退職人口も増大している。定年による退職者には国家から各種補完が与えられるシステムになっている。

そして、インフレと早期退職者が増加したことによって、老齢年金の給付は急速に増大した（表1参照）。これは企業ならびに国家により大きな負担を与えることになった。

表1 中国における老齢年金給付の推移

年	老齢年金給付金額 (億元)	増加率 (%)
1989	320	15
1990	472	45
1991	562	19
1992	685	22
1993	901.7	31

注：1 「中国労働工資統計年報1989～1992年」
2 「1993年中国労働事業発展公報」による。

表2 1992～2050年の中国城市在職人口と定年による退職者数の予測（単位：百万人）

年	在職人数	定年退職人数	定年退職と在職人数比
1992	147.3	25.7	17.4%
1995	160.1	29.6	18.5
2000	179.0	36.5	19.9
2010	196.0	51.5	26.3
2020	210.0	70.7	33.7
2030	218.8	91.3	41.7
2040	222.1	102.5	46.4
2050	222.1	105.0	46.4

注：国際労働組織「中国の失業と老齢保障の改革」1992年による。

5. 中国人口の高齢化は社会保障制度に大きな影響を与える

中国人口の高齢化は、確実に中国経済に重大な影響を与えている。高齢化の進展によって、老齢人口が1982年の7,664万人から、2040年に33,804万人へと絶対的に増大するだけでなく、老齢人口比率が全国人口総数に比して1990年の8.6%から、2040年には21.8%に上昇し、労働生産人口は定年退職者に比して1990年の6.0倍から2030年に2.47倍に低下すると予測されている。中国政府の労働部は集団定年による退職人口と公有制定年による退職人口に関して、初めて厳しい高齢化の予測を示している。

従って、経済改革にとって重要であり、人口の高齢化が厳しい局面であることから、中国の老齢社会保障制度は全面的な改革の必要に迫られている。

II. 中国老齡社会保障制度の基本的な評価

1. 老齡社会保障制度改革の主な業績

(1) 全社会に老齡年金支給の参画

老齡年金保障の分野において重大な改革を実行している中国では、1984年から徐々に企業の職員、労働者に対して老齡年金の全面的な支給を行っている。この改革は企業の負担が重すぎたり、老齡年金支給額の格差が大きいことを解決して、都市の経済体制の改革を順調に進めていた。老齡年金支給の全社会参画とは社会から特に要請された機構で、その費用を統一して集め、管理し、統一して支給する老齡年金給付の制度を示す。その基本的な内容はまず、社会保障機構の規定による計算基数と取出しの比率で、企業に老齡年金拠出を統一して徴収する。それらは県、市ごとに基金として構成されている。そして、実際の年金給付の必要に応じて、企業に、規定の範囲で老齡年金を支給する。企業はこの費用を平均的に負担するというものである。1993年末までに、中国ではすでに59万の各種企業の7,336万人の在職者と1,628万人の定年による退職者がこの社会参画に加入した。なお、1992年の初めから、この費用の管理が県市から省へ移管された。現在、13部省に老齡年金支給の参画機構が設けられた。国有企業は全国の県、市において参画を実行するほか、他の1,927の県、市では、集団企業から老齡年金支給が統一的な参画で行われた¹⁾。老齡年金の社会参画は中国社会保障の分野において、1つの重大な改革である。この改革は大きな成果を挙げ、今後の改革の基礎が作られた。

(2) 老齡年金給付額の算出方法についての改革

中国の社会保障制度はこれまで、全面的な老齡年金支給を保障することができなかった。さらに、労働力社会保障給付の標準では個人と企業の負担について、効率的な精算方法ができない。ある程度、効率的なメカニズムを導入するために、中国では、1992年の初めから老齡社会保障給付額の算出方法の改革が実施された。単一の算出方法による老齡社会保障制度から2つの算出方法へ移行した。すなわち、社会保障給付の算出方法は2つの部分から構成されている。その一部分は各省社会の平均賃金(月額)の一定比率として算出し(25%ごと)、労働者の最低生活を保障する。もう一部分は各労働者の指数によって、月平均所得を納め、一定比率で算出し支給する。もし、基本的な老齡年金料を納めれば、1年で1.5%になって、30年では45%になる。改革後の老齡年金制度の給付水準は定年時退職前収入の60~70%になる。支給金額は毎年7月1日に物価指数で調整する。1993年末までに、中国では、618の県、市で新しい老齡年金給付額の算出方法を実行するようになり、国营企業の労働者の2,500万人に適用されている²⁾。

(3) 個人定年退職の貯金通帳の実施

中国では、深圳特区、海南省に別々に1992年8月と1994年1月に改めて定年退職者に貯金通帳制度と社会共済基金を結び付けた老齡社会保障制度を実施する。規定により企業から年金総額の11%、労働者個人が5%納入する労働力個人貯金通帳を設定した。これとともに企業はまた5%の老齡社会保障共済基金を納入しなければならなくなった。老齡社会保障の給付は定年退職前の本人の貯金と資金投入の収益で決められる。

(4) 企業老齢社会保障補充と個人貯金保険の設定

多種類の社会保障制度にするために中国では1991年から、まず企業は老齢社会保障を補充し、個人貯金保険の企画を設定した。国家は基本的な老齢保障制度をととのえた。1993年末では、すでに3,000あまりの企業が“補充養老保険計制”を設けた。約6,000の企業も個人の老齢貯金保険を設けた³⁾。

2. 老齢社会保障制度についての問題

近年、中国の老齢社会保障制度は、大きな発展をとげたが、やはり多くの問題が残されている。

(1) 老齢社会保障制度改革の遅れは完全な労働力市場に対して主要な障壁になる

老齢保障制度のカバー範囲が狭いため、なお、一部分の市・町の各企業では実施されていない。また、各地方の保障金支給についても格差がある。このことは、労働力が地域、企業の間を自由に移動することをおある程度制限することになり、労働力市場を完全に形成させるのを妨げ、市場経済体制の確立に不利になっている。

(2) 問題が多い老齢保障基金の管理

中国老齢保障基金の管理には、主に以下の問題がある。a. その管理体制が非常に不完全で、運営の役割も欠いている。b. 老齢保障金を随意に濫用することは専用をきびしく脅かす。c. 給付水準の維持と資金増殖に問題がある。支給能力はインフレに、大きな影響を受ける。1993年、中国では納入された老齢保障基金は440億元であったが、支出は408億元であった。その年に32億元が残り、累計余剰金は245億元であった⁴⁾。老齢保障基金は規定により銀行に預金されることになっているが、銀行の利子率がインフレ率

より低い時には、基金の支給能力は大きな損害を受ける。

(3) 老齢社会保障年金支給機構の不合理性

中国では、現在行っている老齢年金支給機構と収入配分制度改革に適合しないようにした。ある程度は定年退職者の実際収入は低くなる。また、なお老齢保障金支給の動的な調節メカニズムは、完成されていない。インフレは、老齢保障金目標を実現することにある程度の影響を及ぼすようになった。

(4) 定年退職政策との不適応

中国において50年代に制定された定年退職の政策は、全面的に改革を実施することも期待されている。中国労働力の定年退職年齢は国際的な平均レベルに比べて大変低くなっている。高齢化の進展も老齢保障の水準に大きな圧力を与えている。また、定年退職の収入とその年齢は関連性がない。その原因は、政策指導等により一部分で定年退職に達しない年齢で退職を選択することができるからである。これは近年、老齢社会保障金の支出が急速に増加した要因として注目しなければならない。

(5) 社会保障立法の遅れにより、各種の改革を順調に実施できなかったこと

中国の「社会保険法」はいまなお完成していない。従来からの規定も実際の改革には妥当しない。老齢社会保障金の納入、基金の管理、支給の標準等は厳しい問題を抱えている。立法がたち遅れているため、その管理制度も順調に行われていなかった。この問題は老齢社会保障制度改革の“ネック”になって、制約の要因にもなっていることである。

III. 中国老齡社会保障制度改革の展望

中国社会保障制度改革は、経済体制の転換期における主な制約要因になった。経済改革と人口老齡化に着眼すると、これは政策の決定部門として特に注目されるようになってきている。最近、中国社会保障制度改革をめぐる問題は、次のようないくつかの面をもっている。

1. 多種類の老齡社会保障体制を設ける

中国老齡社会保障制度改革の基本的な目的は社会から統一資金を調達することと、個人の預金通帳を結びつける方法をつくることである。都市では国家の老齡保障制度を手始めとして、企業から老齡保障金を補充し、個人貯金保障を補助して、多種の方法で老齡社会保障制度を設けたのである。しだいに老齡社会保障範囲は拡大している。それに条件がある地域で統一的な老齡保障制度を制定する。費用の比率および、管理を統一する。中国の農村老齡保障制度は農民自身の保障を基礎として、国家、集団から政策的に援助しているが、レベルの低い老齡保障制度といわれている。このように、小区域、社団、また家庭老齡保障企画によって、多種類の方法与多くの形式を取り入れている。9億の中国農民のために、より基礎的な老齡経済保障制度を創設している。

2. 老齡社会保障に関する財務メカニズムの転換を実施する

中国老齡人口も高齡化を背景として、21世紀の初めには、社会保障に納める費用の比率は企業賃金総額の5%を超えることになる。したがって、社会保障制度を支えることがかなりむず

かしくなることが予測できる。また、部分基金制度は中国老齡社会保障に基本的な選択をすることになった。すぐに解決しなければならない問題は、第1に、おだやかに進んでいる部分基金制を実行することである。現在実行している体制のもとに、定年退職金の収支バランスを維持することである。経済転換時期に国家、企業と個人の経済は力を考え、より低いレベルで3%の累積率を実現することになる。条件がよくなった時を期待して次第に段階式で基金累積レベルを高くする。将来、老齡保障金の納入レベルは平均的な受給範囲を抑制することになるだろう。第2に、次第に現在の老齡保障金はその統一参画基数に留め、多種多様な局面から基本統一的な納入のメカニズムへ移行することにする。部分の基金制が運用できる条件を整備する。第3は政府が負う責任を強調し目前の経済体制転換も結びつけて、部分国有の企業資産を社会保障基金に転化することである。企業が部分基金を実行する上での負担が重すぎるために新旧の方式を転換する。これは、二重の負担問題を解決することになる。必要な時に国家から部分の公債を発行して、新旧方式転換期での圧力を変化、吸収させる。老齡社会保障財務メカニズムを転換する上での条件を整備するのである。

3. 老齡社会保障基金管理と投資運転を強調する

部分の基金制は中国老齡保障制度における基本的な選択の1つになった。また、老齡保障の発展も考えた。ますます増大する保障基金に対していかに有効的な管理を実施して、水準を維持、上げるかということは、最近の改革の中でも重要であった。老齡保障基金管理上改革と改善の政策はつぎのような問題を持っている。①

基本管理メカニズムを有効的に運営する。例えば、社会保障制度を設けて、老齢保障の基金管理を実施する。それらの問題に関する法律、政策の指導のもとに、老齢保障金の投資範囲を確立する。投資方式と投資の限定。②老齢保障基金の財務管理と投資規則を強化する。③優れた投資機構をつくる、基金の利子レベルを高める。④金融市場を発展させ、改善し、優れた基金投資環境をつくる。

4. 老齢年金支給方法改革の現在継続推進

中国老齢保障制度改革における重要な内容の1つは、急速に老齢年金支給方法を改革することによって経済体制転換期を背景に収入と配分の格差が大きくなることである。インフレの影響がやはり大きい状況では、保障年金支給方法の改革を強化するのは定年退職者に対する経済

保障をより手厚くすることになる。1つの面では所得と配分制度改革を結びつけることである。社会平均所得と個人賃金納入を結びつけて、二重の老齢保障金支給方法をつくる。老齢保障金と物価レベルと所得増長に適應する調節メカニズムを作っている。都市、町の高齢労働力に基本保障を実現する。もう1つの面では、老齢保障補充計画を通じて次第に数多くの経済補償メカニズムを実現するのである。

注

- 1) 「1993年中国労働事業発展公報」(『中国労働報』1994年4月26日号)による
- 2) 同 上
- 3) 同 上
- 4) 同 上

(Lin Yi 中国西南財経大学教授)

国際社会保障協会 (ISSA) 第10回 アジア環太平洋地域会議に参加して

勝 又 幸 子



はじめに

1994年9月26日から30日の5日間、国際社会保障協会(以下ISSAとする)第10回 アジア環太平洋地域会議が、オーストラリアのシドニーで開催された。ISSAの概要については本誌上の前号で松田 将が紹介しているが、それによるとISSA (International Social Security Association)は、1927年に創設された国際機関で、世界各国の社会保障事業に携わる政府機関や非政府団体等を会員とし、会員の活動に関する情報交換や会員相互の技術的援助、社会保障に関する調査・研究活動等の推進を通じて、社会保障の保護、増進および発展を計ることを目的としている(松田1994年)¹⁾。なお、ISSA自体の組織・財政・活動についてはすでに松田が詳しく紹介しているのでここでは割愛するが、以下で報告する会議はISSA総会の下部会議として位置づけられる地域会議であり、ISSA全体の理解のために基礎知識として前号を一読されることをお勧めする。

社会保障研究所は、1970年よりISSAに準会

員として参加している。ISSA会員のほとんどが社会保障の実務に携わる団体であるため、研究機関という他の会員とは異なる立場から、いままでも会議に参加する機会があまりなかった。しかしアンケート調査への協力やISSAの刊行物²⁾の継続的な収集等を行うと同時に、1990年からは社会保障研究所が国際交流事業の一環として刊行を開始した英文刊行物をISSAに寄贈し、資料収集の相互協力に努めている。1993年4月、ISSAのホスキンス事務総長の来日を機にISSAに参加している日本の会員と準会員で組織するJISSAが会合を持ったおりにも、事務総長よりISSA活動への日本の会員の積極的な参加が要請された。

今回のアジア環太平洋地域会議には28カ国41の社会保障機関が参加した。参加国の中には、中国やモンゴルなど加盟国としてではなくオブザーバーとして参加している国も見られた。アジアNICsと呼ばれるある程度経済発展を達成した国々と現在急速に経済発展を成し遂げつつある国が一同に会した今回の会議は、社会保障の分野でもさまざまな発展段階にある各国の状況を知る機会となった。

地域会議の概要

午前は9時から12時すぎまで、午後は2時か

ら5時すぎまで、中日の一日だけ午後がフリーとなっていた以外には終日会議のスケジュールが組まれており、会場となったホテルのホールにカンヅメ状態になった。会議言語は共通語の英語一國語が使われて、国際会議には珍しく通訳なしのスムーズな議事進行となっていた。また参加者の態度は総じて熱心で、長時間の会議日程にもほとんど欠席せず参加していた。

会議の初日は、ホスト国のオーストラリア社会保障大臣 (Mr. Peter Baldwin) の挨拶から始まった。大臣は挨拶のなかで、オーストラリア社会にとって効果的で効率的な社会保障の重要性を強調し、国家予算の三分の一以上を占めるに至っているオーストラリアの非医療保障支出についてふれた。社会保障制度は社会の期待に応じて行かねばならないが、同時に自立を促進するものでなければならぬと大臣は述べ、制度が家族の形態の変化や労働形態の多様化に柔軟に対応する必要性を指摘した。次に来賓としてILOの副事務総長 (アジア環太平洋地区担当中村氏) が、一國の経済成長や発展が必ずしもその國の労働者の適切な保護をともなっていない実態を強調し、社会保障の重要性がますます高まっていくという認識を示したうえで、ILOとしてISSAの活動に対する期待を表明した。次にISSAの議長 (Mr. Karl Gustaf Scherman from Sweden) の挨拶があり、ホスト国のオーストラリアの社会保険庁の協力に感謝の意が示された。そして、今回の会議の議題が社会保障の将来についてその革新と変革を想定したものであることを強調した。

(議題1) アジア環太平洋地区における重要な制度改革と政策発展

ホスキンス事務総長とアジア環太平洋地区の

事務長シン氏がそれぞれ最近の社会保障行政の動向を世界とアジア環太平洋地区の両方から総括する報告を行った。ホスキンス事務総長は、ISSAの3つの地域会議を総括し社会保障が直面する共通の脅威を示し、社会保障制度の改革に加えて、社会保障の正当性を正面から主張することの重要性を強調した。また、順調な経済成長を維持しているアジア環太平洋地区においてもますます増大する社会保障制度の重要性についても言及しISSAの加盟団体の貢献に期待を表明した。シン氏はアジア環太平洋地区において、順調な経済成長により社会保障制度が成熟の一段階に達したことを認めながらも、次の段階に進もうとする国々において財政的にも基盤的にも制約が大きくなりつつあり、一部の国では社会保障制度の統合を余儀なくされているとの認識を示した。さまざまな社会保障制度を通じて、地域社会の活用を考慮し、効果的で集中的な救済施策のありようを考え、受給者を尊重した行政の見直しを行う重要性を指摘した。

(議題2) 21世紀に向けた政策見通しと教訓

オーストラリア社会保障庁のMr. Tony Blunnがオーストラリアの経験から報告した。(一以下要旨) 近年の人口動態的・経済的・社会的・技術的な変化は社会保障行政にとっても侮りがたい重大な影響をあたえつつあり、受益者の社会保障制度への期待は益々増大している。近年オーストラリア社会保障庁が導入してきた改革は、受益者が個人のニーズにあった制度にアクセスを可能にするさまざまな方法の開発だった。また、庁は利用者の苦情や要望に応えるべく徹底した施策を実施にうつしてきた。機関で働く職員の労働条件についても変化がもたらされ、業務の効率化を進めるために、組織の抜本

的改革が行われた。利用者（クライアント）に対するサービスが公正性・効率性・平等という側面から取り上げられている。職員の訓練も変革を援助する重要な施策である。行政当局が近年の社会的変化を適切に享受しながら業務の改革につとめ、適性な運営を行ってゆかなければ、人々の評価をうけることができなくなるという危機感を持つべきである。

アジア環太平洋地区には、社会保障制度の発展段階においてさまざまな状況に置かれた国々が存在している。それぞれの機関が経験と蓄積を共有してゆくことが社会保障の発展には重要なことである。

Mr. Tony の提言に基づいて、テーマ別にグループを構成して、参加者の意見交換会が行われた。私は、「資金運用における制約」(The limitations on social security organizations regarding use and investment of their funds) のテーマを話し合うグループに配属になった。マレーシアとインドネシアの代表が民間会社の投資事業を利用した高利まわりの資金運用方法とそのリスクについて発言した。クウェートの社会保険基金の代表が、基金運用のほとんどが国外市場において行われていたため、先の戦争時における被害を最小限に止められたことを報告した。フィジーとパプアニューギニアの代表は国内経済の状況（インフレが基金の運用益を無意味にする危険性）に左右される基金の現実と、国内通貨の国際為替市場における評価が基金の運用に与える悪影響について述べた。韓国は基金の9割が政府の財政投融资によって運用され、自由運用される基金が少ない現状を報告した。オーストラリアの代表は年金の財源を一般財源（税収）によっているので、これまでは資金運用の問題にはあまり関心がなかったが、付

加年金（Superannuation funds）の積立金の増加によって基金の国際市場での運用に関心が出てきたと発言した。このグループでの発言はしばしば貯蓄性年金基金（Provident Fund）の代表者と社会保険基金の代表者の間で違いを見せた。財源調達方式の違いと「連帯」の理念を強調する社会保険との基金に対する考え方の違いが微妙に影響していたように思う。

（議題3）運営問題と訓練機会

トピック(a)利用者（クライアント）に対するサービス提供について

フィリピンの社会保障制度の行政官、Mr. Valencia が発展途上国において社会保障の果たす役割が救貧目的から発展して、国民全体の生活の質の向上をめざす時が来ているとの認識を示した。

トピック(b)職員訓練開発について

フィジーの国立貯蓄性年金基金の総務部長、Mr. Yee が職員訓練について ISSA 加盟の社会保障事業体の認識をアンケート調査した結果を報告した。

トピック(c)情報技術革新について

ベルギーの国立勤労者家族給付事務所の行政官、Mr. Verstraeten が1989年以来当事務所が進めてきた情報技術の導入の経験を報告した。また、日本からは社会保険庁運営部の小野暁史室長補佐が、オンラインシステムの導入経過を当時の業務量の急激な増加の状況とともに報告した。また、導入後の効果や今後のさらなる技術発展を達成するために懸案となっている課題を説明した。

コンピューターシステムの導入については、参加国の関心は高かった。しかし、導入時の財源的裏付けや、導入後のシステムの維持管理費

用の問題から、発展途上国では導入が進んでいないとの指摘もあった。

「運営問題と訓練機会」という統一テーマで3つのトピックが選ばれて、報告があったわけだが、どの報告にも共通して改善が強調されていたのは利用者（クライアント）の便宜を最優先した運営であった。これは裏返せば公的サービス提供機関としての社会保障制度の硬直性が、どの国においても問題になっているということである。

会期の中日に、オーストラリアの社会保障庁の計らいで、会議参加者はいくつかの施設を見学する機会を得た。私は、シドニーの最も所得水準が低く犯罪の多い地域に新しく開設された社会福祉事務所兼社会保険事務所を訪問した。利用者の便宜を最優先して、複数の違う政府レベルの行政機関が同一の建物に入ったこの施設では、受付をひとつにして利用者の待ち時間の短縮に努力しているとの説明を受けた。

おわりに

地域会議はアジア環太平洋地域の加盟団体の今後のISSA活動への積極的な参加をよびかけた。また、ISSA60年の歴史のなかで、アジア環太平洋地域において調査研究のための会議が一度も開催されていないことを指摘し今後の課題とした。

1995年9月には東南アジアで初めてのISSA総会がインドネシアで開催される。また、次回のアジア環太平洋地域会議は3年後にフィリピンで開催されることが内定した。

注

- 1) 松田 将 1994年
- 2) ISSAの刊行物としては、INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY REVIEWとSTUDY AND RESERCH Trends in Social Security, World Bibliography of Social Securityがある。

参考文献

- 松田 将 1994「国際社会保障協会の概要と活動」『海外社会保障情報 No. 109』
(かつまた・ゆきこ 社会保障研究所研究員)

アメリカの医療改革と公的保険の役割

マリアンヌ・C・ファーズ博士
通訳：小林しのぶ

社会保障研究所では、1994年6月30日に、ニューヨーク市立大学マウントサイナイ医科大学準教授のマリアンヌ・C・ファーズ博士を迎えて、第6回社会保障研究国際交流セミナーを開催した。本誌では、講演要旨の掲載にとどめ、セミナー参加者との一般討論は割愛した。

〔講演〕

本日は、アメリカにおける医療改革の予測より、経済学的な観点から、何が一番重要かということを中心にお話したいと思う。まず、アメリカの医療改革の歴史的経緯をお話して、次に現在議会で出されている法案を比較したい。そして社会政策的な視点から、いくつかのオプションが考えられるが、これらを経済学的な観点から分析したい。

I. アメリカ合衆国における医療改革の歴史的経緯

アメリカの医療改革は、一言でいえば、日和見主義的というか、あるときは競争主義を、あるときは規制強化というように、さまざまな政策が混合している。競争主義者は、現在のシステムの問題点として、コストを抑制するインセンティブがないことをあげている。保険会社、保険に加入している被保険者ともに、医療コス

トに無関心である。保険会社は、保険料があがっても、被保険者が保険料を支払っている限り、コストを抑える意識はない。患者も保険でカバーされてさえいればよいと、保険の費用をコントロールしようとしめない。また、事業主も税のかかる給料より、少しは利点のある保険に金を支払う方がよいと考えている。このような悪循環があるから、コスト節減のインセンティブを導入しなければならないというのである。

民主党は、できれば政府のコントロール、レギュレーションを導入したいと考えており、共和党はフリーマーケットがよいと考えている。

アメリカの医療の歴史は、60年代のケネディ、ジョンソン時代にさかのぼる。このとき初めて社会保険制度が導入されたが、メディケアは老人向け、メディケイドは低所得者向けで、被保険者は限定されていた。メディケア、メディケイドが導入されるとすぐに、コストが上昇し始めた。そこで70年代にニクソンによって、その価格をコントロールしようという試みがなされたが、それもすぐに破棄されてしまった。そして、ニクソン時代にHMOという新しい考え方が導入された。カーター時代に入ると、これまでと様相が変わってきた。カーターは民主党員だが、市場原理に基づいてコストをコントロールする考え方が出てきた。レーガンの時代になると、価格の抑制、レギュレーションがGRGに

対して行われ、これまでの医療改革のなかで最も大きな改革となった。

過去20年間にわたって、改革という名のもとに、競争が導入されてきたが、その結果は不成功に終わったといわざるを得ない。というのは、高いコスト、規制の増加、最も保険を必要とする人が保険に入れない、行政の非効率など、多くの悪い結果が出てきたからである。特に、アメリカの医療支出は、指数的に増えているといってもいい過ぎではないと思う。2030年にはアメリカ経済全体の32%が、医療費に使われるだろうとの予測がある(図1参照)。国民医療費の伸びよりもっと大きな問題は、無保険者がますます増加することである。さまざまな予測値があるが、約3,000万から3,700万人と予測されている。

クリントン政権は2つの政策課題を抱えている。1つは、国民皆保険である。2つ目は、マネジド・コンペティション、管理競争システムと呼ばれるものである。これは非常に複雑で難しいコンセプトだが、国民医療費の伸びを何とか抑えようとしている。

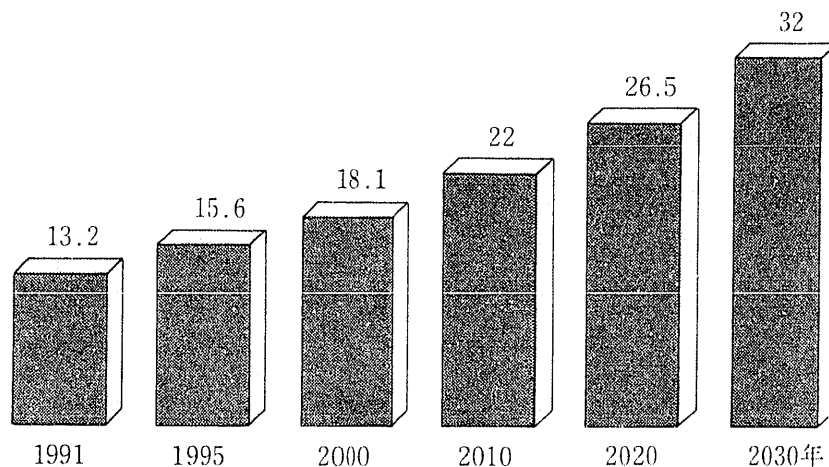
II. 米国議会で検討中の主要案の比較

次に、アメリカの議会では、どのような法案が討論されているかお話ししたい(表1参照)。

法案の共通点は、2つある。1つは、すべての人にヘルスケアに対するよりよいアクセスが提供されることである。もう1つは、医療費の伸びをできるだけ抑えるということである。

法案はすべて、5つの重要な委員会で審議されなければならない。上院では、2つの委員会、労働委員会と大変重要な財政委員会がある。下院には教育労働委員会、エネルギー商業委員会、そして非常に重要な歳入委員会と、3つある。

現在、医療改革法案は、議会の委員会のうちの2つを通っている。1つは労働委員会で、ケネディ法案を採択した。もう1つは、教育労働委員会で、ケネディ法案の1つのバージョンとマクダーモットとシングルペイヤー法案を採択した。下院のエネルギー商業委員会の方は、行き詰まりの状態にあって望みが無い。残りは、上院の財政委員会と下院の歳入委員会である。現



出典：Health Care Financing Admin.

図1 国民医療費の将来予測(対GDP比)
(1991年~2030年)

表1 ヘルスケア改革法案の主要な提案の比較

法案の 起案者	皆保険	雇用主の拠出	給 付	財 源	シンタックス ("罪" 税)	連邦負担
Clinton	YES	雇用主は保険料の80%を拠出	給付範囲(定義)の明示—自己負担を許可；長期ケアプログラムの拡充	地域保健購入連合への強制加入	タバコ税の値上げ1パック25セントから99セントへ	5年間に3,900億ドル米財政赤字を577億ドル減を見込む
Kennedy	YES	拠出, または給与税	クリントン案+精神的ケア	保健連合への加入は任意	同上, 1パック25セントから1.74ドルへ	(未提出)
Moynihan	妥協的方法	拠出, または給与税	クリントンマイナス	保健連合への加入は任意	同上, 1パック25セントから2ドルへ	(未提出)
McDermott	YES	無	包括的—自己負担なし, 長期ケアを含む	カナダ方式による単一の制度	無	年間3,700億ドルが税制度を通じて個人消費にシフトされる
Cooper	任意契約 範囲の拡張	任 意	範囲の明示なし, しかし長期ケアは含まず	個人保険料, 任意の地域保健連合への財源プール(州政府による運営)	無	財政的に中立(変化なし)
Chaffee	2005年までに皆保険	任 意	範囲の明示なし, しかし長期ケアは含まず	個人保険料, 任意の雇用主拠出, 任意の地域保健連合への財源プール(同上)	無	財政的に中立(変化なし)

在のところチェーフィー法案の形が上院の財政委員会を通過する可能性が一番高いが、モイニハン上院議員が議長として話合いが進められている。下院の歳入委員会は、ロステンコウスキー議員の力が落ちたため、ますます混迷の度を深めている。それで、彼のあとを受けて委員長となったギボンズ議員が、がんばっている。

現在のクリントン法案が掲げている目標は、ヘルスケア・セキュリティ、ヘルスケアの保障を目指した内容である。現在の医療制度はすべ

での側面において向上が必要である、より安心できる制度でなければならない、そして簡潔、節約、良質、責任のある制度にしなければならないとっている。クリントン法案が掲げているさまざまな主張の中の新しい部分の1つに、地域保険連合がある。これは基本的に非営利団体で、これを通じて個人が保険を買うことになる。そして、連合は個人、もしくは雇用主のほうから保険料を集めて、保険の内容やコストの情報を提供している(図2参照)。

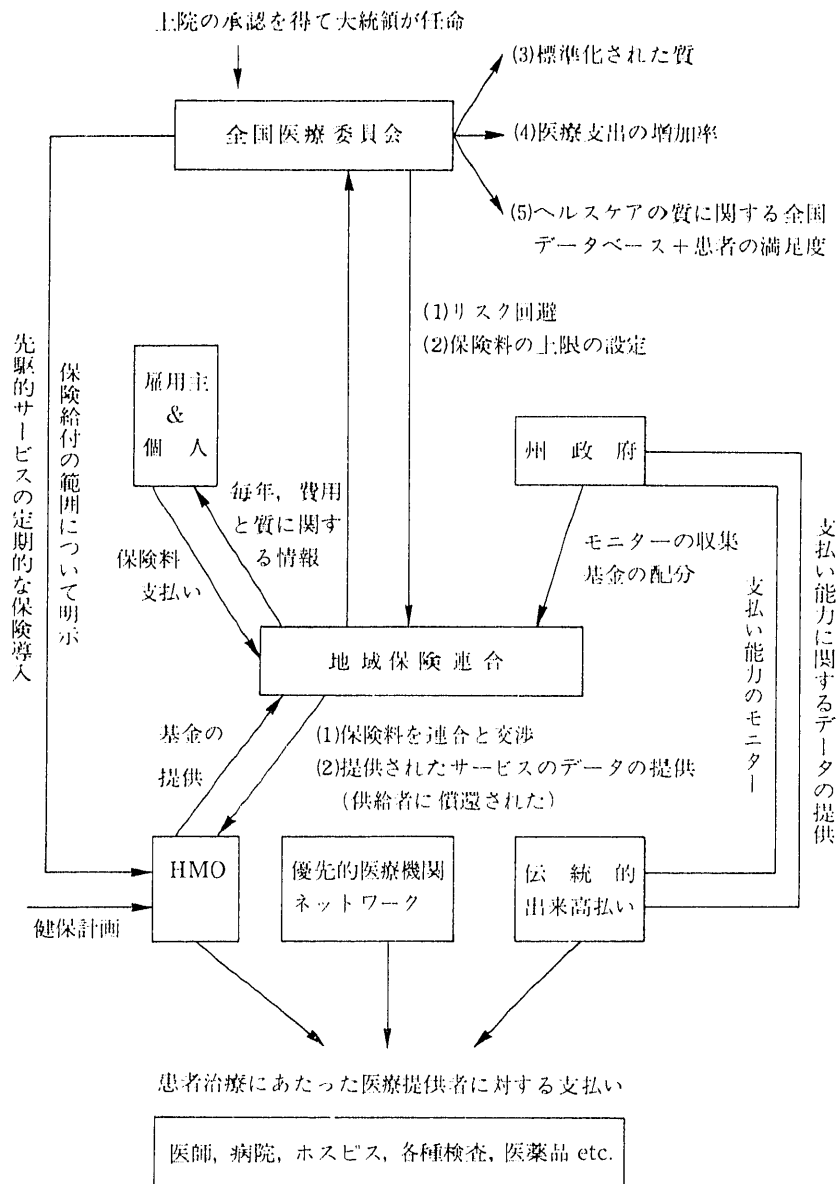


図2 クリントン大統領の管理競争型医療保険案

ヘルスケア法案が目指している目標の1つに、消費者により多くの情報を与えるということがある。連合は、この目的のもとで新しい州管理の非営利団体として作られる。あるいは州がベースとしてそういった連合をつくってもかまわない。そして、州は、連合がどのような形で情報を消費者に提供するかモニターするのである。

それから、もう1つ新しい組織が設立される。全国医療委員会と呼ばれるもので、委員は上院

の承認を得て、大統領が任命する。これは基本的には3つの役割を担う。1つは品質を標準化するためのスタンダードの設定、次は医療費の増加率をある範囲におさめるためのモニター、3番目はヘルスケアの質に関して全国的なデータベースをつくり、患者の満足が得られるようにモニターしていくという役割である。

クリントン法案の中でも連合という組織は、非常に重要かつ中心的な役割を果たす。というのは、個人が保険を買う場合には、必ずこの連

合を通じて買わなければならないとしているからである。クリントン法案以外の場合は、連合を通じての購入は任意である。

現在の保険のシステムでは、病気になると保険を失う、あるいはこれまでの病気の状態によっては、保険を喪失してしまうということが有り得るので、そういったことを改善しようというのが、ほとんどの法案のねらいである。

クリントン法案に比べると、ケネディ法案は、もっと気前がいいというか、長期ケアなども含んだ幅広い給付範囲になっている。共和党案のほうは、これより給付内容は狭くなっている。

III. 社会政策の視点から見る経済的課題

ここで、このようなヘルスケアの法案から、経済的には何が期待できるのか考えてみたい。以下、3つの問いに答えることで、これを考えることにする。第1は、現在のアメリカの医療ケアシステムの中に、いったいどのくらい無駄があるのかということである。第2は、医療にそれだけ高い支出をすること自体は、悪いことかどうかということである。第3は、健康に留意し、なおかつコストを最小限に抑え、しかも人々の健康と生産性を最大限にあげるという目標を達成するには、どうしたらいいかということである。

それでは、1つずつ答えていきたい。第1の問いは、大変重要である。というのは、クリントン法案の根底にあるのは、無駄を省くという考え方であるからである。現在のクリントン法案の骨子をつくったのは、ポール・エルウッド博士である。博士によると、現在、医療の場で行われていることの約半分は、効率が認められ

ないという。しかし、ここで注意しなければならないのは、効率が認められないケアと、いろいろなケア、不適切なケアは、必ずしも同義語ではないということである。

また、ランド研究所の報告によると、いまアメリカで行われている心臓、血管造影法の4分の1、胃腸内視鏡の4分の1、頸動脈内膜切除の3分の2は、医学的にみて適切かどうか疑われるという。しかし、同じランド研究所が用いた適切さのクライテリアを、別の機関で調査したところ、無駄は10%にしかすぎない、つまり償還の対象になるような不適切なケアは、全体の10%にすぎないという報告もある。

だから、無駄をはぶけ、はぶけというのが、実際無駄は少ないのだから、無駄を省くという政策は、あまり意味がないのではないかという意見もでてきている。そこで、無駄そのものに対する疑問がでてくる。いずれにしても、医療の場における効率ということが、もう少しはつきりしない限り、この質問に対する答えは出てこないと思う。

次に、2番目の問い、「医療費が高いこと自体は本当に悪いことか」を考えよう。アメリカでヘルスケアが政治的に議論されるときに、必ず持ち出されるのが、4つの神話または4つの考え方である。第1の神話は、医療費を削減すれば、ヘルスケアのサービスが減るだけということである。経済学の基本理念として、収入と支出はイコールとよくいわれる。けれども、医療は、非常に労働集約的な産業なので、各支出ごとに生まれてくる仕事は、非常に率が高い。特に、軍事産業のような資本集約的な産業と比較すると、医療産業は雇用を創出する割合が非常に高い。現在、アメリカ人の1,000人中37人が医療の分野にたずさわっている。ということは、

医療関係の予算の削除は、とりもなおさず、人々から仕事を奪うことになってしまうのである。

第2の神話は、企業による医療支出は、アメリカの競争力を低下させるということである。しかし、実際には、もっと競争力が落ちている分野があるので、これは1つの口実にすぎないと思う。最近はこのような神話の言い訳として、「デトロイトでつくられる車1台につき、500ドルから700ドル医療コストがかかっている」との比喩が、雇用主が保険の掛金として払っている保険料が、多額であることを示すために使われている。

しかし、医療コストそのものがビジネスの競争力を奪っているのではなく、実際は労働者に対して支払われるトータルの報酬のパッケージがアメリカのビジネスの競争力に関係してくるのである。報酬のパッケージというのは、付加給付プラス賃金である。労働者の側としては、付加給付が上がるのなら、少しぐらい収入が下がってもかまわない。そのため、全体的な報酬のパッケージは変わらず、競争力はこれまでと変わっていないのである。

第3の神話は、アメリカ全体のヘルスケアに対する支出が、アメリカそのものの競争力を弱めているという考え方である。しかし、実際、経済の富をヘルスケアに使っても、かまわないのではないかと思う。たとえ20%使ったとしても、アメリカの生産的なセクターに影響を与えることはないと思う。

第4の神話は、政府がヘルスケアに多額の出費をするから、アメリカの経済力が衰えるのだという考え方である。これは、妥当な点もある。アメリカの国民が、GNPの何パーセントしか公共費に支出してはならないと、パーセンテージを決めてしまえば、ヘルスケアに出費すれば

それだけ、それ以外に対する出費、例えば教育費が減ってしまうということも有り得るのである。アメリカの税負担は、対GNP比33%であるが、日本も含めた他のOECD諸国は、もっと高くて約40%台の中から後半になっている。

「アメリカではヘルスケア予算が大きい、ヘルスケアに対する出費が大きい」といわれるが、次のような数字を皆さんはどう思われるか。1987年で、アメリカではタバコに350億ドル、アルコールに610億ドル、宝石類に242億ドル、化粧品類に262億ドルの出費をしている。ヘルスケアに対する出費は、無駄なところに金を使っている、もっと生産的なところに金を使った方がいいという意見があるが、そうした人に、さきあげた出費をどう考えるのか、私は伺いたい。

最後の問は、人々の健康を保ち、なおかつ社会のコストを低くして、それでも生産性をあげていくためには、どうすればよいのかということである。アメリカの医療費は、年間8,000億ドルにも達し、これをマスコミは行き過ぎだと批判している。しかし、この出費は、病気に関わる社会全体の経済コストのほんの一部分しか表していない。このような計算をする人たちは、病気が治ることによる社会の収益、生産性が上がる部門を全く考慮していない。というのは、こうした数字は、病気の時に使われるメディカルサービス、そして機器の直接的なコストしか表していないからである。もしもヘルスケアが非常に効率的に行われた場合には、そのヘルスケアを受けた本人の生産性が上がるだけでなく、家族もケアの責任から逃れることができるわけだから、その分家族の生産性も上昇する。このような収益、便益は経済用語でいう間接的な収益である。

このように、経済的効果ということを考える

場合には、直接的な医療コストだけでなく、病気による患者本人の失う生産性、家族やその周りの人間の失われた生産性も考えていかなければならない。特に、加齢による病気などについても考えると、直接的な医療コストは、本当に氷山の一角にしかすぎない。特にアルツハイマー病の場合には、アメリカでは年間約1,000億ドルの金が、トータルな経済コストとして支出されているといわれている。その支出のほとんどの部分、65%が直接費ではなくて、間接費であるという。つまり、この病気にかかることによって、患者本人の生産性の低下だけでなく、家族や周囲の人々の生産性が失われることによって、毎年多額の金が支出されているのである。

リサーチの結果、アメリカでは病気による社会的なコストは、過小評価されているといわれている。けれども、病気によるコストの算出方法というのは、最近でてきたばかりの分野であり、メソッドそのものを開発しなければならないし、応用、アプリケーションについては、これからの研究を待たなければならない。

ただ、このようなメソッドの基本的な考えは、病気が減れば生産性が上昇するという1つの効果だけではなく、経済上、さまざまな効果が現れるということを前提とした理念である。だから、現在のヘルスケアの支出として算出された数字は過大評価されているか、数字が1人歩きしていると思う。特に、真実の経済的なコストから考えると、現在の計算方法には、病気が減少したことによる生産性の向上から得られる便益が、まったく含まれていないことが問題である。

IV. 結 論

私自身、ニューヨークのマウントサイナイ・

ホスピタルのメディカルセンターで働いているヘルスエコノミストで、自分のことを理論家というよりも、実践家と呼んでいます。私の立場から申しあげると、クリントン型の、規制を増やしていくようなやり方の改革は、必ずしも正しい方法ではないと思う。ここで、1つ論理的な解決策を提案したい。将来的にヘルスケアのコストを削減するために、今ヘルスケア予算を増やすことが必要である。特に、加齢による病気への対策が、将来のヘルスケア予算の増大を防ぐ最もいい手だて、方法だと私は思う。特に、基礎的なバイオメディカルな分野における資金繰りをいま増やしておけば、非常に経済的な方法で、将来のヘルスケア予算の増大を防ぐことができる。しかし、予防的な措置をとることによるコストや、どの程度の成功が見込めるかも考えなければならない。

国際比較を行ったところ、アメリカと日本では大きな違いがでてきた。アメリカの医療費は対GDP比が9.9%で、日本は13.3%となっている。つまり、GDP比から考えると、アメリカのほうが日本よりも、メディカルケア購入のボリュームが小さいということになる。医療サービスの使用ということと、生活の質ということを正しく理解するためには、このような国際ヘルスサービス比較が必要になってくる。

現在のアメリカの医療改革の話合いというのは、非常に政治的な意味合いが強いのだが、なんとなくウエスタン・ロデオを見ているような気がした。法案は全部手に負えない暴れ牛、上に乗っているのが、カウボーイ、法案の草案者であるが、なかなか牛の手綱をうまくひけないので、すぐにふりおとされてしまうのである。最近、活字として現れる言葉もウエスタン・スタイルのロデオの口調になってきた。最近、

トリガーという言葉がよく使われるが、トリガーというのは、普通、引金を引くということで、ピストルの引金を引けば、弾が発射される。医療改革の場合、このトリガーは、ある一定の日付で、ある特定のゴールに届かなければならない、市場はそのゴールを達成しなければならないとなっていて、市場が、ある特定の目的をある一定の日付までに達成できない場合には、それがトリガー、引金となって、政府の介入がはじまるわけである。

最近のウォールストリート・ジャーナルによると、今度はこのトリガーが2つに、ハードトリガーとソフトトリガーに分かれたということなので、皆さんにそれを紹介したい。ハードトリガー、硬質のトリガーと呼ばれているのは、モイニハン議員が提案しているもので、2002年までに95%の国民が保険でカバーされなければならないとしている。対照的なものが、ソフトトリガー、軟らかいトリガーである。これは、主に職場をベースにしたトリガーである。つまり、従業員100人以上の企業は、3年以内にその85%を保険でカバーし、従業員が25人から99人の場合には、4年以内にその80%をカバーし、従業員が25人以下の場合には、5年以内に75%を保険でカバーしなければならないという内容である。

最終的には、どのカウボーイが残るか。私の予測では、雇用主の拠出はたぶん駄目になるだろうと思う。そして、国民皆保険制度は導入されるにしても、非常に遅れて、最終的にはチェーフィー法案に近いものが出てくると思う。そのチェーフィー法案は、いま上院の財政委員会

で審議されている。

先ほどの説明の中で、ヘルスアライアンス、連合と申し上げたが、その説明が不十分であったので、ここで補足する。図2では、リージョナル・アライアンス、地域連合しか載っていなかったが、実際にはコーポレート・アライアンスといって企業連合も存在する。この企業連合というのは、従業員が5,000人以上の大企業の場合には、地域連合に加入しなくても、企業内保険をつくることも有り得るということである。実は、現在すでにそういう形態があるので、あの図では省いてあるが、形としては企業連合と地域連合と両方ありうるので、誤解のないように申し上げておきたい。

また、「アメリカの医療保険制度はだんだん日本型になっていく、日本のシステムに似てくるのでは」というご指摘があったが、全くそのとおりだと思う。企業内保険のシステムにプラスして、日本の場合には、政府が主宰している保険があるが、アメリカの場合には、地域連合がその肩代りをして保険を進めて行っている。

アメリカはいまこのような形で、医療改革を進めているが、忘れてはならない言葉があるので紹介したい。人類学者マーガレット・ミードの「ある社会がどれくらい進歩しているか、発達しているかを測る尺度は、その最も若い市民と、もっとも年を取った市民をどのように取り扱うかが、真の尺度である」という言葉である。

(Marianne C. Fahs PhD. ニューヨーク市立
大学マウントサイナイ医科大学準教授)
(こばやし・しのぶ フリー通訳者)

【Book Review】

ノーマン・ジョンソン著『福祉国家のゆくえ』

(法律文化社, 1993年)

木戸利秋

原題を直訳すれば『転機における福祉国家』ということになる。発行されたのが1987年だから、イギリスでいえばサッチャー政権が第三期目に入った頃であり、社会政策領域においても広範な制度改革、例えば85年のグリーンペーパーにもとづく社会保障改革が実施される時とも重なり、福祉国家の現在や過去、そして未来についての議論がいたるところで繰り広げられていた時期である。

今回翻訳されたノーマン・ジョンソンの著書は、こうした福祉国家の将来をめぐる議論に福祉多元主義という視点から参加したものである。「福祉国家の将来、とりわけ福祉多元主義に関する近年の議論の、ひとつのすぐれた総括」とジョンソンが本書のなかで度々参照しているR. ミシュラ(マンチェスター大学教授)からの評価にもあらわれているように、福祉国家と福祉多元主義をめぐるイギリス研究にとって本書は有益なものとなろう。国際的な視野からテーマが議論されていることも、本書の特徴のひとつであり、多面的な考察を可能にしている。

本書は8つの章から成っており、簡単に各章の論旨を紹介したのち、全体としてコメントを記したい。

1章 福祉国家

福祉国家という現象がイギリス固有のもので

あるという認識が否定され、すべての資本主義国に共通した特徴とみなされるようになった学界レベルでの変化をみたのち、福祉国家の形成が歴史的に捉えられている。その際、どのような要因が福祉の多様な形態や範囲を決定したのかという点をめぐって、社会経済的要因を重視する立場と政治的要因の立場の議論を要約し、近年では2つの説明方法を相互補完的に考えるようになったと、指摘している。

次いで社会政策上のいくつかのモデルを借りながら、福祉国家の特徴がふれられている。それらは、ウィレンスキーとルポー、ティトマスからはじまり、C. ジョーンズの福祉—資本主義という枠組み、さらにミシュラの2つの理念型、すなわち差異化された福祉国家と統合化された福祉国家が紹介されている。ジョーンズによれば、福祉資本主義という概念が、自由市場経済が修正されつつ経済形態としては資本主義が支配的となっている今日のシステムを、適切にあらわしているという。

さて第二次大戦後、福祉国家には多くの共通点とともに相違点もみられるようになった。こうした違いをどのような視点から説明しうるのか、ジョンソンは3点にわたって切口を提供している。1つはジョーンズの福祉資本主義と福祉資本主義の区別である。とくに後者の例で旧西ドイツをあげ、2大政党による社会的市場経

済論と社会主義的市場経済論という2つのアプローチを説明している。次にあげているのは、J. コールの公共的消費支出と移転的支出の区別である。これは直接的なサービス供給を重視するスκανジナビア型と移転所得を重視する大陸型の国々に対応している。最後に出されているのは、福祉国家先進国と同後進国の区別である。それぞれスウェーデンと合衆国および日本を取り上げている。もっとも本書では日本を福祉国家後進国としていたが、「日本語版への序文」のなかで、それは「いまや、かつてほどには聞かれない」とジョンソンはややトーンを落とし気味に述べている。が、本書で考察されているのは、アメリカがなぜ「いやいやながらの福祉国家」あるいは「福祉国家後進国」と特徴づけられてきたのかという点であった。

福祉国家に関する説明として、本章の最後に登場しているのは収斂理論である。福祉国家の発展を工業化の不可避的な結果ととらえるその理論を、ジョンソンは技術的決定主義の一形態であるとみなしている。

このように福祉国家に関する議論をふりかえり、ジョンソンが総括的に述べていることは、福祉国家に関するイデオロギー上の諸論点は明らかになっており、今後は効果的で効率的なサービス供給の方法を開発するか、ということである。

2章 合意の終焉?

この章では1973年の石油危機以降の政治経済情勢のなかで目立って増えてきた、福祉国家の危機やその縮小についての議論に焦点をあて、それを4つの側面から考察している。

まずは経済問題の側面である。ここで紹介されているのは、ベーコンとエルティスによる公

共支出の増大が市場部門における工業投資をおしだすというクラウディング・アウト論とそれに対する反証、社会政策支出が経済成長を阻害しているという主張を再検討したジョージとワイルディングなどの見解である。

2番目に取り上げているのは政府の問題であり、とくに大きな政府論に関するニュー・ライトとマルクス主義者の議論である。前者では過重負担問題についてのブリタンやキングの説を通してニュー・ライトの主張、すなわち政府活動を、圧政からの個人の保護、司法と紛争の仲裁、個人責任が果たせない者の保護に限定する「残余原理に基礎をおく福祉国家」と捉えている。

これに対してマルクス主義者の立場は、政府の過重負担や民主制政府に多くの問題があるという点ではニュー・ライトの見方と共通しているともいえるが、その原因を国家の資本蓄積促進機能と正統化機能の矛盾に求め、その根底に階級対立をおいている点において、まったく異なっていると著者は指摘している。

3番目は財政問題であるが、これは政府問題の財政的側面という位置づけから、上記の2つの立場からの説明を紹介している。

最後に正統化の危機である。正統化の危機とは、政府の問題や財政問題と関連しながら、福祉国家が国民の期待に応えられず、かつそのことが当該社会の政治経済システムの安定性の喪失に至るときに発生すると論じられており、こうした視点から主にハバーマスの議論が参照されている。同時にマルクス主義者による福祉国家批判にみられる「知的な困難性」やニュー・ライトからの福祉国家攻撃に対する中道左派—フェビアン主義者や社会民主主義者—の「緩慢な」対応について振り返っている。

正統化の危機に対する真の指標は、福祉国家に対する大衆の支持が低下しているのかどうかであるという著者の立場から、2章のしめくりとして、この点に関する実証的な研究諸資料が吟味されている。結論としては、福祉国家に対する大衆の支持は低下していない。サッチャー政権の福祉国家批判のねらいが、福祉国家に対する大衆の確信を掘り崩すことにあったとすれば、それは成功していないと述べている。

3章 福祉多元主義とは何か

1970年代後半以降、イギリスの社会政策において争点のひとつとなっている福祉多元主義についてのスケッチが3章の課題である。しばしばこの用語が中立的に使用されることがあるが、実際はそうではなく論者の立場が明瞭に現われていることを最初に指摘している。

福祉多元主義の議論を最初に展開したものとして、「ウルフェンデン報告」をあげ、その主張を紹介しているが、それは反国家主義の姿勢ではなく、また民間部門の拡充を望んでいるが公的部門にとってかわるべきという意味ではないと述べている。そのうえで福祉多元主義者が供給バランスの変更を意図する場合には、公的サービスの不十分性や質の悪さ、その集権的、官僚的、権威主義的な側面が論拠とされることを指摘しつつ、分権化と参加という福祉多元主義者の2つのテーマがどう追求されているのか、パッチシステムやケント・コミュニティケア計画を例にあげて描写している。

参加と分権化に対する著者の評価は限定的なものである。その理由として、近隣レベルの参加によって全国的、地方的レベルで政治的な力を及ぼすわけではなく、また住民のエネルギーが政治的行動からサービス供給へとそらされる

ために、サービス供給への参加は権力分散を必ずしも助長しないことなど、をあげている。

その他3章で取り上げられている論点のなかで注目されるのは、福祉多元主義の諸理論を作り出したフェビアン主義者や社会民主主義者の立場の変化についてであろう。福祉多元主義の動向のなかで伝統的フェビアン主義の立場が揺さぶられており、全体として右よりに方向をきりつつあることが、指摘されている。

4章 インフォーマル部門と社会福祉

インフォーマル部門とされているのは、親族、友人、隣人によるケアである。4章で展開されているのは、測定が困難なそうしたケアの成立や現状、ケア・システムとしての今後の展望である。

まずイギリスのコミュニティ・ケアにおけるインフォーマル・ケアの位置づけの変化、施設ケア批判や公共支出削減とコミュニティ・ケアといった論点が議論されている。そしてインフォーマル・ケアのなかでも主要な親族関係による家族内ケアの特徴、とりわけ、家族内ケア＝女性によるケアという側面や長時間介護によるストレス、介護者の社会的孤立、雇用機会の制約の影響を論じている。

ついで、社会的脈絡における家族内ケアを、高齢者人口の推移、家族規模の縮小や女性の労働市場への参加、離婚率の動向との関連で捉えており、また家族政策と社会政策については労働市場政策、とくに子育て支援を各国比較でみている。

最後にインフォーマル部門と福祉多元主義が概括的に扱われている。そこではインフォーマル・システムの強化を望んでいる福祉多元主義者の立場と、それに対する R. ピンカーや H. グ

レナー・スターの批判、および保守党政府がインフォーマル・ケアを公的サービス縮小の埋め合わせと想定していることの間違いを、著者は指摘している。過重な責任を住民にかけるべきではなく、現実的な選択を提供すべきというのが、ジョンソンのいうインフォーマル部門に対する社会政策の目的である。

5章 ボランティア部門と社会福祉

本書でいうボランティア部門とは、非営利の民間団体を指している。まず地域を基盤として特徴づけられる近隣グループが取り上げられている。ここでいう近隣グループとは、1960年代から70年代におけるイギリスやアメリカの貧困との闘い、あるいは公営住宅の借家人組合の増加、という状況と関わりながら形成されたものである。

近隣ケアの伝統的形態が崩壊していることとは対照的に、「現代的近隣主義」といわれる近隣グループの政治的特性が着目されている。グループによる多様なアクションが試みられてきたが、問題はボランティアな団体がどの程度、問題解決能力をもちえているのか、あるいはそもそも地域レベルで解決できるような問題なのかということである。

次にセルフヘルプ・グループである。このセルフヘルプは集団的レベルで捉えた実践であり、その急速な発展は近年の民間部門の大きな特徴である。行政サービスがニーズを充足しきれないからセルフヘルプが発展したという理由を、福祉多元主義者は好んで用いる。しかし、セルフヘルプの運動には反官僚主義的、反専門職主義的な視点にたつ福祉国家批判があり、それへの大方の支持がある。しかしながら、セルフヘルプとしての就学前グループと労働者階級

の女性の関わり、虐待女性のセルフヘルプに対する国家による包摂や統制を例示しながら、著者はセルフヘルプへの一面的理解を戒めている。

さらに圧力ないし運動団体としての民間団体の側面とならんで、サービス供給体としての問題が考察されている。とくにほとんどの社会福祉サービスが非政府組織によって運営されているオランダの状況を通して、民間団体による供給の積極性と問題点が指摘されている。

最後に福祉多元主義との関わり、なかでも行政部門と民間団体の関係について、政府資金の強化の必要性と民間組織の独立性などの論点が深められている。総じて、不均等な活動範囲、サービス調整の不足、民主的運営や応答性という民間団体の供給の弱点に対しては、行政部門の犠牲のうえに民間を拡張するのであれば、重大な関心をもたざるをえないと述べている。

6章 民間営利部門と社会福祉

本章ではまず公私関係を効率性、選択と自由、平等性の3つの視点から考察されたのち、民間営利部門の具体的展開が描写されている。効率性に関する議論では、公私間のコスト比較、競争をもたらす利益、そして公的供給が本来もつとされる非効率性について、それぞれの論に含まれている仮定を明らかにしながら、問題状況を捉えている。

選択と自由の項目では、ニュー・ライトが市場における自由を一般的な意味での自由と同一視していることを指摘しつつ、市場に参加する力のない人々への政府の介入の必要性を訴えている。平等性に関しては、定義づけが困難だがニードを中心的な分配原理として採用する方が、需要や功績といった原理よりも平等の拡大

をもたらすといったことを論じている。

次に民間営利部門の近年における拡大を職域福祉領域(主に職域年金や健康保険), と民間市場(主に老人ホーム, 医療サービス, 住宅供給)を例にあげて説明している。6章の最後に, 民間市場への福祉多元主義者の対応が掲載されており, K. ジャッジと M. ナップ, あるいは N. ギルバートらのきわめて実用的なアプローチが紹介されている。

7章 国家と社会福祉

まず国家の諸理論が, 多元主義国家論, コーポラティストの国家論, マルクス主義国家論の順に要約され, ついでニュー・ライトや社会民主主義, フェビアン主義の立場に近い国家論として, それぞれ最小国家論, 介入主義国家論に関する議論が行われている。

本章の中心になっているのは, 行政による社会サービスの利点と国家の役割が削減されたことの結果に関する考察である。前者において著者が一番重視しているのは, 行政による社会計画の策定の権限であり, 中央集権的な計画化への批判に対して参加と分権化を含むことによって修正可能とみている。また行政部門における会計責任あるいは応答性も, 他の部門のサービスに対して国家サービスがもつ利点とみている。実際は応答性のシステムは不十分だが, 決定に対する不服申し立て制度や争訟権を例示している。さらに, 営利部門が需要に対応するのにに対して, 民間, 行政, インフォーマル部門はニーズに対応する点に共通性があるが, 他にはない行政サービスの特徴として, アクセス権, 利用権, 争訟権, 生存権をあげている。これらと並んで, 行政サービスの意義と役割が, 平等, 包括性, 予防, 参加, 社会的統合との関連で論

じられている。

次いで国家の役割の削減では, まず OECD 諸国の社会支出の推移とともに, 経費削減の主な方法についても比較している。すなわち, 給付水準の切り下げ, インフレーション率以下への給付増大率の抑制, 受給資格基準の引き上げ, 利用者へのコスト転嫁, 人員削減がそれである。

こうした削減策にもかかわらず, イギリスの公共支出の抑制はサッチャー前首相でさえも失敗した。それは, 高失業状況が続いたことや高齢者人口の増加という歳出増加の要因が存在したこと, また一方で社会支出を抑えても, 他方で防衛, 法と秩序の予算を増大させたことによっている。

8章 代替的将来像

福祉国家の将来をどのように展望しうるのか, 本章では4つの見方から捉えた将来像をふまえて, 著者の立場が述べられている。

第1はニュー・ライトおよび新保守主義の見方であり, 原理的には国家の役割の大幅削減, 官僚機構と専門職の権限の縮減の方向をとりながら, 社会サービスの分配原理はニーズから救済に値するかどうかに変わっていくだろう。第2に福祉多元主義者であるが, 分権化と参加という多元主義の戦略の展開のなかでセルフ・ヘルプ組織や民間非営利部門は, 大きな意味をもたらしてくる。行政部門の重要性は供給面から基準設定や規制機能へ移るだろうが, それを官僚統制的でないものにできるかどうか。第3にコーポラティストの場合があげられる。しかし, ここでは社会の将来像というよりもコーポラティズム理論や実践がどれほど有効かどうか, という問題が考察されている。最後に社会主義者の将来像である。マルクス主義とフェビアン主義

の相違点や最近の議論が紹介されている。社会主義的価値としての平等概念が広範な人々から支持されているといい、不平等をなくす戦略が述べられている。

結論としては、福祉国家は短期的、中期的には福祉多元主義の方向にむかうだろうと見ている。なぜなら、現存している4つの部門にすでに基礎をおき、多元主義はその機能の組合せを語っているにすぎないからであるし、また分権化や参加の理論とみなされ、反官僚主義や反専門主義等への回答も用意していると目されているからである。

しかし福祉多元主義のイデオロギーの基礎には反国家主義があり、民間部門やインフォーマル部門が期待通りに国家を代替することができなければ、福祉多元主義は、単に公共支出削減や営利部門の展開の正当化でしかない、とも論じている。

現在福祉国家はさまざまな攻撃を受けているが、労働者の生活を資本主義のもたらす最悪の状態から守ってきたことは事実である。そのうえに立って、ニーズを充足する新しい方法、いい替えれば、福祉を組織し、供給し、資金調達する新しい方法を見いだす必要がある。著者は、社会主義的戦略がそうした未来を築く唯一のものを見なしている。

最後に蛇足になるが本書に対するコメントを付記したい。タイトルに示されるように、本書は転機における福祉国家、とくにイギリス福祉国家の状況をうまく描き出すことに成功している。その要因を振り返って考えれば、次の3点が指摘できるのではないだろうか。

① 福祉国家をめぐる現在の闘い、つまり福祉国家をどのような方向にもっていこうとするのか。そこで活躍している勢力が、ニュー・ライトであったり、伝統的フェビアン主義者あるいは福祉多元主義者であったりするのだが、それらがはっきり捉えられ、かつ、各々の福祉再編の論理を明快に論じていることがあげられる。

② 福祉多元主義という今日的なテーマのなかに上記の各主体を位置づけ、それらが果たしている役割を明らかにしていること。

また混合した状態にある4つの部門だが、各部門に関わる社会政策上の論点がよく整理、評価されていることである。したがって、今後の社会福祉の展望を考える判断材料を提供している。

③ 国際比較の視点が、転機にある福祉国家状況や福祉多元主義の考察を深め、相対化することを可能にしていること。一例をあげれば、民間団体がすでに供給の中心になっているオランダの福祉制度に対する批判的考察から、民間部門への依存の問題点やイギリスへの意味あいを論じているところなどである。

こうした視点を支えているのは、おそらく著者であるノーマン・ジョンソン自身の立場であろう。福祉国家とそれの中での開拓的な実践に対する信頼感が随所に感じられた。

翻訳については丁寧に行われており、今日のイギリス社会福祉に関するわかりやすい解説が記されている。

(きど・としあき 新潟大学助教授)

海外社会保障関係文献目録

1994年7月～9月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

単行本

Bolderson, Helen/Gains, Francesca

Crossing national frontiers

London, HMSO, 1993

vi, 113p 30 cm.

Department of social security

Containing the cost of social security : the international context

London, HMSO, 1993

70p 30 cm.

Hills, John et al. eds.

Beveridge and social security : an international retrospective

Oxford, Clarendon Press, 1994

xi, 251p 23 cm.

Janoski, Thomas/Hicks, Alexander M.

Comparative political economy of the welfare state

Cambridge, Cambridge University Press, 1994

xvi, 395p 23 cm.

Maydell, Bernd Baron v./Hohnerlein, Eva Maria

Umgestaltung der systeme sozialer Sicherheit in den Staaten...

Berlin, Duncker & Humblot, 1993

498p 23 cm.

Ringen, Stein/Wallace, Claire ed.

Societies in transition : east-central europe today

Aldershot, Avebury, 1994

224p 23 cm.

専門誌

Alderman, Harold/Garcia, Marito

Food security and health security : explaining the levels of nutritional status in Pakistan. *Econ. Develop. & Cult. Change* 42 (3) 1994, p. 485-508.

Evans, Patricia

Eroding Canadian social welfare: the mulroneyn legacy, 1984-1993. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (2) Jun. 1994, p. 107-19.

Kangas, Olli

The merging of welfare state models?. *J. of Eur. Soc. Pol.* 4 (2) 1994, p. 79-94.

Lavery, Ruth/Lundy, Laura

The social security appointee system. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (3) 1994, p. 313-28.

Leung, Joe C.B.

Dismantling the "Iron Rice Bowl" : welfare reforms in the People's Republic of China. *J. of Soc. Poli.* 23 (3) Jul. 1994, p. 341-62.

Mouelhi, Abdessatar

The difficulties of extending social security in Tunisia's agricultural sector. *Internat.*

Soc. Sec. Rev. 46 (4) 1993, p. 25-40.

Schram, Sanford F.

Postmodern policy analysis : discourse and identity in welfare policy. *Policy Sciences* 26 (3) 1993, p. 249-70.

Sohrab, Julia Adiba

Women and social security : the limits of EEC equality law. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (1) 1994, p. 5-18.

Taylor-Gooby, Peter

Postmodernism and social policy : a great leap backwards?. *J. of Soc. Poli.* 23 (3) Jul. 1994, p. 385-404.

社会保険

単行本

Clasen, Jochen

Paying the jobless : a comparison of unemployment benefit policies...

Aldershot, Avebury, 1994

xi, 243p 23 cm.

Williams, Teresa/Field, Julia

Pension choices : a survey on personal pensions in comparison...

London, HMSO, 1993

iv, 125p 30 cm.

専門誌

Bovenberg, A. Lans et al.

Public pensions and declining fertility in a small open economy : an intertemporal equilibrium approach. *Pub. Finance* 48 Sup. 1993, p. 43-62.

Dalen, Hendrik P. van/Praag, Bernard M.S.

van

Public pensions, market power, and intergenerational confidence. *Pub. Finance* 48 Sup. 1993, p. 16-28.

Gustman, Alan L. et al.

The role of pensions in the labor market : a survey of the literature. *Indust. & Lab. Rel. Rev.* 47 (3) Apr. 1994, p. 417-38.

Hougaard, Svend Erik/Nielsen, Soren Bo

Aging, intergenerational distribution and public pension systems. *Pub. Finance* 48 Sup. 1993, p. 29-42.

Roberts, Lucy

Complementary retirement pensions : towards a definition of terms. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 46 (4) 1993, p. 51-66.

社会福祉

単行本

Bradshaw, Jonathan et al.

Support for children : a comparison of arrangement in fifteen countries

London, HMSO, 1993

x, 137p 30 cm.

Deakin, Nicholas/Page, Robert ed.

Costs of welfare

Aldershot, Avebury, 1993

xiv, 266p 23 cm.

Drover, Glenn/Kerans, Patrick ed.

New approaches to welfare theory

Aldershot, Edward Elgar, 1993

xviii, 314p 23 cm.

Hahn, Alan J.

Politics of caring : human services at the

- local level*
Boulder, Westview Press, 1994
xi, 256p 23 cm.
- Hawtin, Murray et al.
Community profiling : auditing social needs
Buckingham, Open University Press, 1994
xi, 194p 23 cm.
- Japan International Corporation
Legislation on Social Welfare Services
Tokyo, JICWELS, 1993
223p 30 cm.
- Rank, Mark Robert
Living on the edge : the realities of welfare in America
New York, Columbia University Press, 1994
xiii, 266p 23 cm.
- Saunders, Peter
Welfare and Inequality
Cambridge, Cambridge University Press, 1994
xv, 319p 23 cm.
- Thorpe, David
Evaluating child protection
Buckingham, Open University Press, 1994
xii, 218p 23 cm.
- Waltz, Millard
Social isolation and social mediators of the stress of illness
Munster, Lit Verlag, 1994
iii, 188p 21 cm.
- Wenger, G. Clare
Understanding support networks and community care
Aldershot, Avebury, 1994
x, 121p 23 cm.
- 專門誌
- Braye, Suzy/Preston-Shoot, Michael
Partners in community care? : rethinking the relationship between the law and social work practice. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (2) 1994, p. 163-84.
- Choi, Namkee G.
Patterns and determinants of social service utilization : comparison of the childless elderly parents living with or apart from their children. *Gerontologist* 34 (3) Jun. 1994, p. 353-62.
- Gilgun, Jane F.
A case for case studies in social work research. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 371-80.
- Jennings, Edward T., Jr./Krane, Dale
Coordination and welfare reform : the quest for the philosopher's stone. *Pub. Admin. Rev.* 54 (4) Jul./Aug. 1994, p. 341-48.
- Klein, Waldo C./Bloom, Martin
Social work as applied social science : a historical analysis. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 421-31.
- McMillen, J. Curtis/Groze, Victor
Using placement genograms in child welfare practice. *Child Welfare* 73 (4) Jul./Aug. 1994, p. 307-18.
- Perlmutter, Felice Davidson
Challenging human service organizations to redefine volunteer roles. *Admin. in Soc. Work* 17 (4) 1993, p. 77-96.

Pozatek, Ellie
The problem of certainty : clinical social work in the postmodern era. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 396-404.

Reamer, Frederic G.
Liability issues in social work administration. *Admin, in Soc. Work.* 17 (4) 1993, p. 11-26.

Severson, Margaret M.
Adapting social work values to the corrections environment. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 451-56.

Swigonski, Mary E.
The logic of feminist standpoint theory for social work research. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 387-95.

Thompson, Joanne J.
Social workers and politics: beyond the hatch act. *Soc. Work* 39 (4) Jul. 1994, p. 457-65.

高齢者問題

単行本

Gill, Derek/Ingman, Stanley
Eldercare, distributive justice and the welfare state
New York, State University of New York Press, 1994
x, 335p 23 cm.

専門誌

Hugman, Richard
Social work and case management in the UK : models of professionalism and elderly

people. *Ageing & Soc.* 14 (2) Jun. 1994, p. 237-53.

Myrtle, Robert C./Wilber, Kathleen H.
Designing service delivery systems : lessons from the development of community-based systems of care for the elderly. *Pub. Admin. Rev.* 54 (3) May./Jun. 1994, p. 245-52.

Solinge, Hanna van
Living arrangements of non-married elderly people in the Netherlands in 1990. *Ageing & Soc.* 14 (2) Jun. 1994, p. 219-36.

保健・医療

単行本

OECD
Health policy studies No. 3 Vol. 1
Paris, OECD, 1993
277p 30 cm.

OECD
Health policy studies No. 3 Vol. 2
Paris, OECD, 1993
193p 30 cm.

Philipson, Tomas/Posner, Richard, A.
Private choices and public health : the Aids epidemic in an economic...
London, Harvard University Press, 1993
x, 264p 23 cm.

Ranade, Wendy
Future for the NHS ? : health care in the 1990s

London, Longman, 1994
vi, 180p 22 cm.

Riege, Fritz

Gesundheitspolitik in Deutschland

Berlin, Duncker & Humblot, 1993

246p 23 cm.

専門誌

Anbäcken, Owe

Japanese hospitals-culture and competition: a study of ten hospitals. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (1) Jan.-Mar. 1994, p. 87-101.

Bach, Stephen

Health care reforms in the French hospital system. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (3) Jul.-Sep. 1993, p. 189-200.

Berger, Daniel/Güntert, Bernhard

Planning and decision-making to develop performance contracts in Swiss public and Private hospitals. *Internat. J. of Health Planning & Management* 9 (1) Jan.-Mar. 1994, p. 57-86.

Boyce, Rosalie A.

Internal market reforms of health care systems and the allied health professions: an international perspective. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (3) Jul.-Sep. 1993, p. 201-17.

Buczko, William

Inpatient transfer episodes among aged medicare beneficiaries. *Health Care Financing Rev.* 15 (2) Win. 1993, p. 71-88.

Crichton, Anne

A critical analysis of recent Canadian health policy: models for community-based services. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (4) Oct.-Dec. 1993,

p. 295-314.

Ensor, Tim

Health system reform in former socialist countries of Europe. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (3) Jul.-Sep. 1993, p. 169-87.

Guttmacher, Sally

The evolution of a public health policy: health care providers and the transmission of HIV. *Internat. J. of Health Services* 24 (3) 1994, p. 535-48.

Hakansson, Stefan

New ways of financing and organizing health care in Sweden. *Internat. J. of Health Planning & Management.* 9 (1) Jan.-Mar. 1994, p. 103-24.

Kominski, Gerald F./Witsberger, Christina

Trends in length of stay for medicare patients: 1979-87. *Health Care Financing Rev.* 15 (2) Win. 1993, p. 121-36.

Manton, Kenneth G. et al.

Social/Health maintenance organization and fee-for-service health outcomes over time. *Health Care Financing Rev.* 15 (2) Win. 1993, p. 173-202.

Miller, Mark E./Welch, W. Pete

Medicare inpatient physician charges: an econometric analysis. *Health Care Financing Rev.* 15 (2) Win. 1993, p. 155-72.

Moscovice, Ira et al.

A clinically based service limitation option for alternative model rural hospitals. *Health Care Financing Rev.* 15 (2) Win. 1993, p. 103-20.

Nordberg, Erik

- Rapid assessment of an African district health system: test of a planning tool. *Internat. J. of Health Planning & Management* 8 (3) Jul.-Sep. 1993, p. 219-33.
- Piliavin, Irving et al.
Health status and health-care utilization among the homeless. *Soc. Ser. Rev.* 68 (2) Jun. 1994, p. 236-53.
- Scuka, Robert F.
Health care reform in the 1990s: an analysis of the problems and three proposals. *Soc. Work* 39 (5) Sep. 1994, p. 580-87.
- Sheaff, Rod
What kind of healthcare "International market"?: a cross-europe view of the options. *Internat. J. of Health Planning & Management*. 9 (1) Jan.-Mar. 1994, p. 5-24.
- Shi, Leiyu
Primary care, specialty care, and life chances. *Internat. J. of Health Services* 24 (3) 1994, p. 431-58.
- Wiener, Joshua M./Illston, Laurel Hixon
Health care reform in the 1990s: where does long-term care fit in?. *Gerontologist* 34 (3) Jun. 1994, p. 402-08.
- 雇用と失業**
専門誌
- Aghion, Philippe/Howitt, Peter
Growth and unemployment. *Rev. of Econ. Studies* 61 (3) # 208 Jul. 1994, p. 477-94.
- Bean, Charles R.
European unemployment: a survey. *J. of Econ. Lit.* 32 (2) Jun. 1994, p. 573-619.
- Bertola, Giuseppe/Caballero, Ricardo J.
Cross-sectional efficiency and labour hoarding in a matching model of unemployment. *Rev. of Econ. Studies* 61 (3) # 208 Jul. 1994, p. 435-56.
- Blanchard, Olivier Jean/Diamond, Peter
Ranking, unemployment duration, and wages. *Rev. of Econ. Studies* 61 (3) # 208 Jul. 1994, p. 417-34.
- Hardes, Heinz-Dieter/Mall, Judith
The work prospects of older employees: an international comparison. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 46 (4) 1993, p. 3-24.
- Kühn, Kai-Uwe
Labour contracts, product market oligopoly, and involuntary unemployment. *Oxford Econ. Papers* 46 (3) Jul. 1994, p. 366-84.
- Mortensen, Dale T./Pissarides, Christopher A.
Job creation and job destruction in the theory of unemployment. *Rev. of Econ. Studies* 61 (3) # 208 Jul. 1994, p. 397-416.
- Nelson, Joel I.
Work and benefits: the multiple problems of service sector employment. *Soc. Problems* 41 (2) May. 1994, p. 240-57.
- Shapiro, David/Mott, Frank L.
Long-term employment and earnings of women in relation to employment behavior surrounding the first birth. *J. of Human Resources* 29 (2) Spr. 1994, p. 248-76.
- Teachman, Jay D. et al.
Marital status and the duration of joblessness among white men. *J. of Marriage & the Family* 56 (2) May. 1994, p. 415-28.

貧困問題

單行本

Townsend, Peter

International analysis of poverty

New York, Harvester Wheatsheaf, 1993

xi, 291p 23 cm.

專門誌

Brand, Horst

The world bank, the monetary fund, and poverty. *Internat. J. of Health Services* 24 (3) 1994, p. 567-78.

Costa, Alfredo Bruto

The measurement of poverty in Portugal. *J. of Eur. Soc. Poli.* 4 (2) 1994, p. 95-116.

Johnson, Alice K.

Homelessness policy in the United States. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (2) Jun. 1994, p. 151-63.

La Bots, Daniel

Manufacturing poverty: the maquiladorization of Mexico. *Internat. J. of Health Services* 24 (3) 1994, p. 403-08.

Laurell, Asa Cristina/Wences, Maria Isabel

Do poverty programs alleviate poverty?: the case of the Mexican National Solidarity Program. *Internat. J. of Health Services* 24 (3) 1994, p. 381-402.

Massey, Douglas S. et al.

Migration, segregation, and the geographic concentration of poverty. *Amer. Sociolo. Rev.* 59 (3) Jun. 1994, p. 425-45.

Ramprakash, Deo

Poverty in the countries of the European Union: a synthesis of Eurostat's statistical

research on poverty. *J. of Eur. Soc. Poli.* 4 (2) 1994, p. 117-28.

家族問題

專門誌

Aquilino, William S.

Impact of childhood family disruption on young adults' relationships with parents. *J. of Marriage & the Family* 56 (2) May. 1994, p. 295-313.

Barth, Richard P.

Shared family care: child protection and family preservation. *Soc. Work* 39 (5) Sep. 1994, p. 515-25.

Drake, Brett

Relationship competencies in child welfare services. *Soc. Work.* 39 (5) Sep. 1994, p. 595-602.

Dubois, David L. et al.

Effects of family environment and parent-child relationships on school adjustment during the transition to early adolescence. *J. of Marriage & the Family* 56 (2) May. 1994, p. 405-14.

Halter, Anthony P.

The family support act: reinventing the wheel?. *Soc. Work.* 39 (5) Sep. 1994, p. 526-33.

Harrison, W. David/Johnson, Miriam S.

Child welfare policy in the United States. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (2) Jun. 1994, p. 139-50.

Joesch, Jutta M.

Children and the timing of women's paid

work after childbirth: a further specification of the relationship. *J. of Marriage & the Family* 56 (2) May. 1994, p. 429-40.

Klebanov, Pamela Kato et al.

Does neighborhood and family poverty affect mothers' parenting, mental health, and social support?. *J. of Marriage & the Family*. 56 (2) May. 1994, p. 441-56.

LeClere, Felicia B. et al.

Disability in the family: the effects on children's well-being. *J. of Marriage & the Family*. 56 (2) May. 1994, p. 457-68.

Siefert, Kristine et al.

Infant mortality in Michigan's child welfare system. *Soc. Work*. 39 (5) Sep. 1994, p. 574-79.

Staff, Ilene/Fein, Edith

Inside the black box: an exploration of service delivery in a family reunification program. *Child Welfare*. 73 (3) May./Jun. 1994, p. 195-214.

Tein, Jenn-Yun et al.

Agreement between parent and child reports on parental behaviors. *J. of Marriage & the Family*. 56 (2) May. 1994, p. 341-55.

Tracy, Elizabeth M.

Maternal substance abuse: protecting the child, preserving the family. *Soc. Work* 39 (5) Sep. 1994, p. 534-41.

Wisensale, Steven K.

Family leave policy in the United States. *Soc. Poli. & Admin.* 28 (2) Jun. 1994, p. 128-38.

Zalkind, Cecelia

Foster care on trial: liability, litigation, and system reform. *Admin. in Soc. Work* 17 (4) 1993, p. 27-40.

住宅問題

専門誌

Thornton, Rosy

Who houses?: homelessness, local connection and inter-authority referrals under section 67 of the housing act 1985. *J. of Soc. Welfare & Family Law* (1) 1994, p. 19-46.

統計類

単行本

United Nations

National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 1991 Pt. 1

New York, U.N., 1993

xxix, 1120p 29 cm.

United Nations

National accounts statistics: main aggregates and detailed tables, 1991 Pt. 2

New York, U.N., 1993

xxix, 1121-2122p 29 cm.

その他

単行本

ISSA. General Assembly, 24th.

Legal provisions respecting procedures for preventing the loss...

Geneva, ISSA, 1992

海外社会保障情報 No. 110

40p 30 cm.

ISSA. General Assembly, 24th.

Training and further training of managers

and officials of social security

Geneva, ISSA, 1992

58p 30 cm.

編 集 後 記

『海外社会保障情報』春・110号をお届けします。

本号では、「アジア諸国の社会保障」の特集を掲載しております。

近年、めざましい発展をとげているアジア諸国は、海外社会保障研究の対象としては、欧米諸国に比べ、比較的歴史が浅い国々といえます。本号では、アジア諸国の社会保障制度のうち、従来からの情報の蓄積が比較的少ない、年金等の所得保障や医療保障に力点を置きました。

また、本誌初の外国の方からの投稿論文も掲載いたしました。これは、中国の年金改革について、御本人が日本語で投稿されたものです。今後も皆様からの投稿をお待ちしております。

次号は、社会保障研究所創立30周年記念特集号となります。2大特集として、特集論文「海外社会保障研究の今日」、寄稿集「海外社会保障研究と私—この人、この1冊」を予定しております。皆様にご満足頂ける内容にすべく、編集幹事一同、現在準備を進めております。ご期待ください。(M)

編集委員長 宮澤健一(社会保障研究所長)
編集委員 井堀利宏(東京大学助教授)
貝塚啓明(中央大学教授)
郡司篤晃(東京大学教授)
佐野陽子(慶応義塾大学教授)
塩野谷祐一(一橋大学教授)
地主重美(駿河台大学教授)
庄司洋子(立教大学教授)
清家篤(慶応義塾大学教授)
武川正吾(東京大学助教授)

都村敦子(日本社会事業大学教授)
直井道子(東京学芸大学助教授)
庭田範秋(慶応義塾大学名誉教授)
橋本宏子(神奈川大学教授)
三浦文夫(日本社会事業大学学長)
伏見恵文(社会保障研究所研究部長)
高木安雄(社会保障研究所調査部長)
小島晴洋(社会保障研究所主任研究員)
西村万里子(社会保障研究所研究員)
丸山桂(社会保障研究所研究員)

編 集 幹 事

海外社会保障情報 No.110

平成7年3月25日発行

定価1,340円(本体1,301円)

(送料240円)

編集・発行 **社会 保 障 研 究 所**

〒107 東京都港区赤坂2丁目19番8号

(赤坂2丁目アネックスビル内)

電話 03(3589)1381

製作・発売 **第一法規出版株式会社**

〒107 東京都港区南青山2丁目11番17号

電話 03(3404)2251(大代表)

振替口座 東京 3-133197
