

## 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<sup>2)</sup>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 <sup>1)</sup>	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<sup>3)</sup>。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たくても、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 <sup>1)</sup>
なんらかの給付	47 <sup>2)</sup>
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 <sup>1)</sup>
オーストラリア		定額	レバノン		所得比例 <sup>1)</sup>
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 <sup>1)</sup>	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 <sup>1)</sup>
インド	定額	所得比例 <sup>1)</sup>	フィリピン		所得比例 <sup>1)</sup>
イラン		所得比例	台湾	所得比例	一時金
イラク		所得比例 <sup>1)</sup>	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に少ない。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少なかった。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述する。

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の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<sup>5)</sup>、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<sup>1)</sup>の社会保障制度—給付部門<sup>2)</sup>と使用する主要な手段<sup>3)</sup> (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)