

海外社会保障研究

SPRING 2005

No. 150

特集：成長するアジアの社会保障

| | | |
|--------------------------------------|-------|----|
| 特集の趣旨 | 漆原 克文 | 2 |
| シンガポールの少子高齢化対策とCPF改革 | 駒村 康平 | 4 |
| マレーシアの所得保障と医療保障 | 菅谷 広宣 | 18 |
| 発展途上国における国民皆医療保障制度の構築 ——タイ国のケース—— | 川口 典男 | 33 |
| 中国農民社会の現状と課題 | 沙 銀華 | 47 |
| モンゴルの市場経済への移行と社会保障 | 駿河 輝和 | 65 |
| ベトナムの社会保障 | 和泉 徹彦 | 77 |
| ラオス、カンボジアの社会保障制度 | 漆原 克文 | 87 |

動 向

| | | |
|---|-------------|-----|
| アジアから見た日本の社会保障制度 ——アジア諸国社会保険行政官研修アンケート—— | 漆原 克文・山本 克也 | 102 |
| 中国都市部における最低生活保障制度の現状および問題点 | 鍾 仁耀 | 116 |

海外社会保障研究

SPRING 2005 No. 150

国立社会保障・人口問題研究所

特集：成長するアジアの社会保障

趣 旨

社会保障制度は、ドイツの1883年疾病保険法に見られるように都市の労働者に対する生活保障制度として考えられてきた。日本はアジアの中でも例外的に、1922年に制定された健康保険法をはじめとして社会保険制度を軸に社会保障制度の整備を進めてきた。それは近代化＝工業化＝都市化という直線的な諸条件のもとで、明治以降の日本の都市生活者の増加と社会保障制度の整備が並行的に進められてきたからにほかならない。

アジアの社会保障制度の整備が本格化するのには、第二次大戦後のことで、それも主として北のアジア地域で整備され、2、3の国を除いて東南アジアの社会保障制度はごく最近に一挙に整備されたように思われている。しかし、一例としてタイを取り上げると、同国では1974年以降労災制度の整備をはじめとして、民間労働者に対する種々の社会保障施策を進め、失業給付制度も2004年から施行している。現在は従来の社会保険制度の対象とならなかった農民、小商業者などのいわゆるインフォーマルセクターといわれる人々にまで、社会保障のネットを及ぼしていこうとする過程にある。またタイでは、近年の出生率低下の結果として、今後の人口の高齢化が既存の社会保障制度に大きな影響を及ぼすことが懸念されており、専門家は真剣にその対策に頭を悩ませている。これは多産多死型の農業社会という従来の東南アジアに対する日本人のイメージを覆すものといえる。タイの社会保障制度も新たな課題に直面するわけで、文字通りアジアの社会保障は成長する途上にある。

アジアの社会保障といっても一様の形があるわけではない。他の地域から見るとアジア型社会保障という類型があってもよいように思われるが、それぞれの国が微妙に異なった制度を施行しているのがアジアの社会保障制度の特徴の一つといえる。例えば文字の形態は違っていても、語彙の共通性が見られるタイとラオスの民間被用者の社会保障制度は、タイでは医療保険制度の対象を被保険者本人に限定しているが、ラオスでは被保険者の配偶者と10歳未満の子どもまでを対象にしており、医療保険のカバーの点で大きな違いが生じている。両国の制度の差異の背景となる社会保障の考え方の違いはどのようなものであろうか。

筆者が2004年6月まで働いていたカンボジアでは、社会保障制度の整備を年金制度から始めようとしている。これは、概して医療保障から高齢者への所得保障制度に発展するこれまでの社会保障制度の整備の歴史から見ると、例外的な始まり方のように見える。なぜ医療保障制度から始めようとしなかったのかと問えば、医療保障を行う前提としての医療の標準化や類型化ができておらず、医療費そのものが同じ都市の公立病院間でも違うからだという。さらに現実的には、先行する公務員に対する社会保障制度においても障害年金を含む年金制度しか行われておらず、同国では公的医療保険制度が皆無であるという事情もあるようである。

カンボジアの老齢年金制度は、法律で55歳受給と定められている。今後保健衛生水準および栄養状況の改善によって、平均余命の向上が確実と予想されるところで、なぜ受給開始年齢を60歳にしなかったのかと問うと、現実の男性の平均寿命は56歳といわれており、受給開始年齢まで生存する可能性が低い(5歳未満死亡率が100%を超えるカンボジアで平均寿命の考え方に誤解があるようだが、実際にそのぐらい

の年齢で亡くなる人も多いのであろう)と思われれば、保険加入者が減少する可能性が高いので55歳受給開始とせざるを得なかったとの説明を聴き、その間の事情が理解できたことがある。各国の社会保障制度を知るためには、それぞれの国のおかれた自然、経済・社会的状況に対する理解が不可欠である。

各国の社会保障制度を研究することは、単に制度として各国の社会保障制度を知るにとどまらず、これまで外国人の目には見えにくかったそれぞれの国民の日常生活の分野に光を当てることでもある。われわれの今日知りうるアジアの社会保障は、まだ制度としての社会保障の域を出ないが、今後これらの地域の社会保障制度の運用実態をとらえ、それぞれの社会に生きる人々の現実の生活への対応としての社会保障を考察することも、さらに海外社会保障研究を発展させていく一つの方法であるといえるだろう。

(漆原克文 国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

シンガポールの少子高齢化対策と CPF 改革

駒村 康平

■ 要約

シンガポールは経済成長と親和的な人口政策、生活保障政策を採用している。急速な経済成長の結果、女性の就業率は上昇し、一方、出生率は急速に低下した。しかも出生率の低下は、教育水準や所得階層でばらつきが発生することになった。急激な出生率の低下により、将来、深刻な高齢化社会に突入する不安が高まり、2000年からシンガポール政府は本格的な出産促進政策を行ったが、効果は大きくない。一方、生活保障において自助努力を中心にし、普遍的な社会保障・社会保険を採用しなかったシンガポールでは、生活保障制度の中心となるのは CPF である。2001年の景気後退をうけ、国際競争力を高める構造改革が行われ、CPF もまた改革の対象となり、企業の拠出率の引き下げが行われた。この一方、高齢化社会における国民の老後不安を解消するために、政府は CPF 給付・機能の強化や家族内扶養の促進を進めている。

■ キーワード

合計特殊出生率、出産促進政策、CPF、老親扶養法

1. はじめに

シンガポールの生活保障政策は自己責任を中心におき、賦課方式の年金、社会保険方式の医療保険を採用せず、社会保障制度の役割を限定している。国民の生活保障は、強制貯蓄の性格を持つ CPF が中心となり、これを補完するために家族内の扶養が促進されている。

シンガポールの生活保障制度の包括的な紹介は駒村(2003)で行っているが、本論文では、最近の人口政策、2003年以降の CPF 改革を中心にシンガポールの高齢化対策について分析することを目的とする。

2. シンガポールの経済と人口、労働

(1) 概要と経済状況

シンガポールは人口400万人ほどであり、華人系、マレー系、インド系住民から構成される多民

族国家である。60年代からの経済成長により国民所得は高く、政治的には人民行動党(PAP)の長期政権が続き、安定している(表1)。

経済状況であるが、2001年にアメリカの景気後退やIT製品の需要減退により、経済成長は過去15年で最悪のマイナス2.4%となった。こうした状況を克服するために、2001年に税制、CPF、賃金、人材育成、国際貿易、産業政策、土地制度などを改革テーマにした7つの小委員会によって構成される経済再生委員会(ERC; the Economic Review Committee)が発足し、2003年2月に報告書を取りまとめた。その内容は、FATの促進、労働市場の弾力化、高付加価値産業の育成、人材開発、外国投資誘致、経済活力回復のための法人税、所得税の減税、GST(財サービス税)の増税(5%)など広範なものであるが、本論で取り上げる CPF 拠出金の抑制・改革なども重要な提言の一つとなっている¹⁾。

表1 シンガポールの概要(2003)

| | |
|------------------------------------|--|
| 人口 | 418万人 |
| 中位年齢 | 35.5歳 |
| GNP | 1591億ドル |
| 一人当たりGNP | 38,023ドル |
| 実質経済成長率 | 1.1% |
| 失業率 | 4.6% |
| 労働力率 | 64.2% (男性75.8%, 女性53.9%) CPF参加率は59.7% |
| 扶養率 = (15歳未満 + 65歳以上) / (15 - 64歳) | 39.8% |
| 寿命 | 78.9歳 (男性76.9歳, 女性80.9歳) |

資料：労働政策研究・研修機構ホームページより作成。

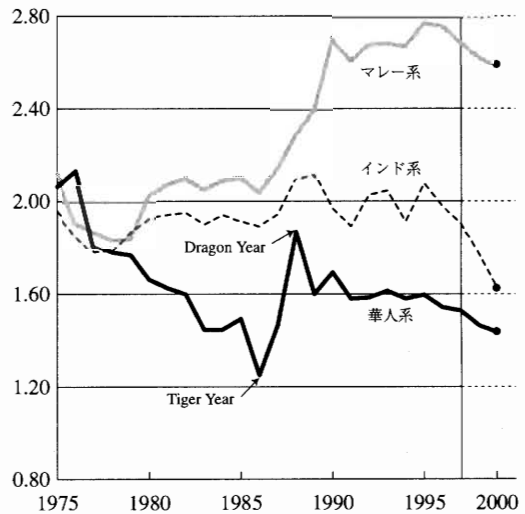
注：金額の単位はすべてシンガポールドルである。以下、本論の金額も同様。

(2) 人口の動向

65歳以上人口比率は2000年時点で7.2%であるが、今後も出生率の低下が続き、寿命の伸長も予想されるために、2050年には28.6%まで上昇すると見込まれる²⁾。また、人口総数も2030年には505万人をピークに、以降、減少すると予想されて、21世紀半ば以降は、シンガポールは急速な人口減少・高齢化に直面する。

① 出生率の動向

華人系中心の国としてイギリス、マレーシアから独立したシンガポールは、経済成長を加速させるために人口の抑制を行った。シンガポールの出生率は、独立前の1957年にTFR(合計特殊出生率)6を記録したのち、1960年半ばまでベビーブームが続き、シンガポール独立2年後の1965年には5となった。1969年に開始されたシンガポールの国家家族計画は、5カ年間ごとの目標が設定され、一組の夫婦で子ども2人までの産児制限規範を普及させた。また、①避妊具の普及、②中絶と不妊手術が合法化、③少人数家庭への優遇した雇用法の改正や子どもの所得税控除を逆累進的にする、④遅い結婚の推奨、⑤教育水準の高い母親の世帯に対する優遇政策、⑥出産費を出産回数の上昇に応じて増加させるなどの出産抑制政策の

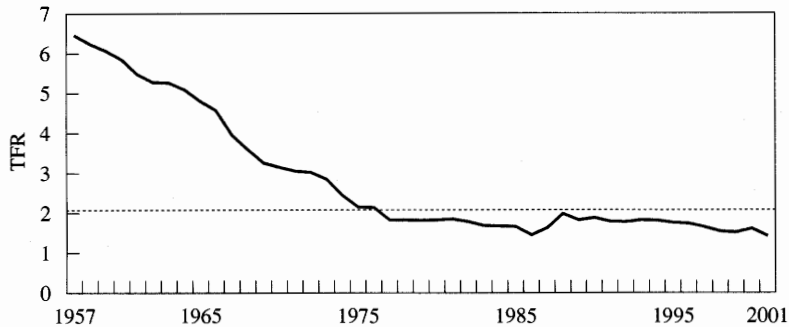


資料：Saw Swee-Hock 1999に加筆して作成。

図1 人種別合計特殊出生率

結果、TFRは1965年の4.7人から、1975年には華人、マレー系、インド系のいずれも置換水準まで下がった。ただし、1980年代に入ると人種別に出生率に差が生まれるが、最も人口の多い華人系住民の出生率が低下を続けたため、全体の出生率に大きな影響を与えた。

華人系の出生率はやや変動し、因習により1986年のTiger Yearには1.4人にまで下がった。1988年には「88」という縁起のよさとDragon Year



出典：Saw Swee-Hock (1999).

図2 シンガポールの合計特殊出生率

という因習で、出生率は一時的に1.96まで回復したが、その後は、出産促進政策にもかかわらずその後は低下を続けている(図2)。

出生率の低下の原因は初婚年齢の上昇、未婚者の増加である。女性の初婚年齢は、26歳まで上昇し、女性の30-34歳の未婚率は20%まで上昇し、生涯独身率は15%になる³⁾。

しかし、結婚や子どもを持つことについて、シンガポール人が否定的になっているわけではなく、15歳以上を対象にした調査でも子どもを持つことに89%が、結婚することに84%が望ましいとしている。また既婚者女性の希望子ども数も1973年の3.7から2.6に減少しているが、最近では30歳代の希望子ども数は2.7人前後に安定している。

② 出産促進政策

• 1984年からの出産促進政策

出生率の低下が続く中で、教育水準の高い女性ほど低い出生率にあることが問題となり、1984年からは、従来の出産抑制政策を修正し、低所得者に対する出産抑制政策は続けながら、高所得者への出産優遇政策を採用した。しかし、過度な人口抑制による将来の高齢化や人口減少による活力の低下が問題となり始めた。1987年に産児制限政策を変更し、就業と家族の両立、財政的支援を中心とした、1) 多子世帯

への税制上の優遇、2) 政府公認の保育所への補助⁴⁾、3) 第4子出産への補助金、4) 無給育児休業保障、5) 公共部門へのパートタイム導入⁵⁾、6) 病児休業、7) Medisave助成、8) 公営住宅優遇⁶⁾、9) 中絶カウンセリング⁷⁾、などからなる出産奨励政策に転換した。

• 2000年以降の出産促進政策

こうした政策にもかかわらず出生率の低下に歯止めがかからなかったため、シンガポール政府は危機感を強めた。2000年8月に、ゴーチョクトン首相は、合計特殊出生率が1.48のままであり、外国移民がなかった場合に、2050年までに人口は320万~270万人となり、労働力は大幅に不足し、少子化がシンガポールの将来に深刻な影響をもたらすことを明らかにした。これを回避するためには、移民政策では不十分であるとし、子育てコストの負担の軽減と子どもを育成する環境を整理するために、以下のような抜本的な少子化対策政策を行うことを明らかにした。

1) 児童ボーナス。第2子に対し年500ドル、第3子が生まれれば年1,000ドルを6年間支給する。さらに、親が第2子については年1,000ドル、第3子については年に2,000ドルを子ども育成口座(CDA: child development account)に積立、さらに親が同額の共同貯蓄する仕組みが

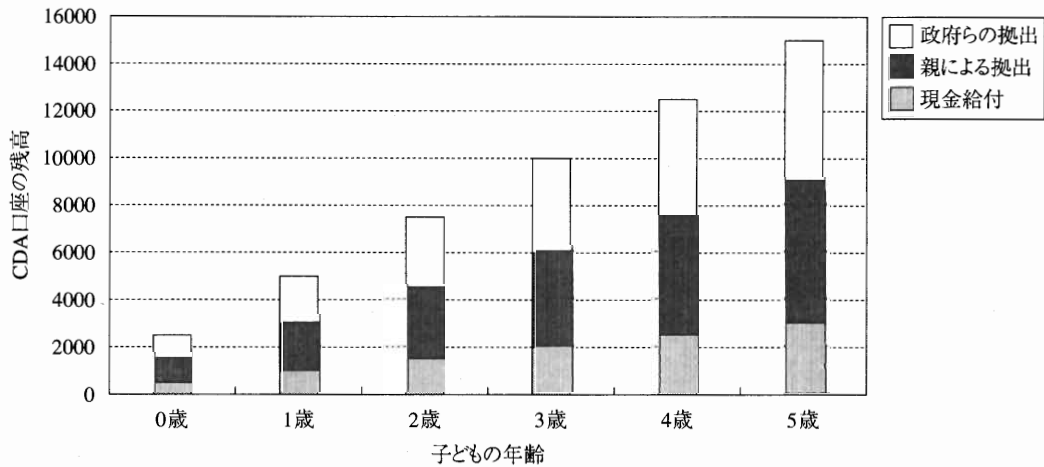
作られた。図3は第2子を持った場合の6年間のCDA口座の積立状況で、図4は第3子を持った場合のCDA口座の積立状況である。

CDA口座は、MCYS(The Ministry of Community Development, Youth and Sports)の管理下の育児センターやThe Ministry of Educationの管理下の幼稚園や特別学校の料金のために使うことができる。この口座の積立金は第2子と第3子だけでなくすべての子供

のために使用することができる。

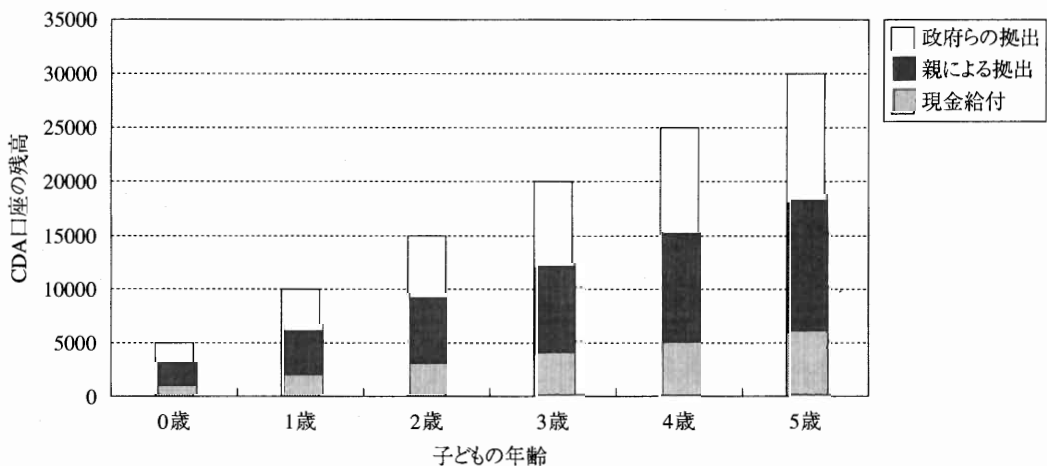
- 2) 8週間の有給出産・育児休業を保障することを企業に義務づけた。
- 3) 家族に優しい働き方を普及するためにMCYSの下のWork-Life Unit(生活と仕事ユニット)を導入し、MCYSと人材開発省と緊密に協力し、母親の就業支援を行う。

さらに、2004年に政権を引き継いだリー・シェロン首相は、(1)児童ボーナスを、従来の第2子と



資料：CDAスキームに関するホームページ<http://www.babybonus.gov.sg/bbss/html/menu/index.html>より作成

図3 第二子を持った時のCDA口座の動向



資料：CDAスキームに関するホームページ<http://www.babybonus.gov.sg/bbss/html/menu/index.html>より作成

図4 第三子を持った時のCDA口座の動向

第3子に加えて、第1子と第4子も対象とすること、(2)有給出産休暇を8週間から12週間に延長し、増えた4週間分の有給は政府が負担すること、(3)7歳未満の子を持つ就労者に年2日間の育児休暇を加えることなど、少子化対策を強化した。

こうした出産促進政策にかかわらず、出生率は上昇していない。シンガポールの2003年の合計特殊出生率は1.25であり、出生率は依然として低下傾向にある。出生率の引き上げ政策の効果は、当初は幾分かあったが、すぐに消滅したと評価されている。ただし、30歳以上の出産率の上昇や、マレー系住民については、第3子、第4子の出産が増えている。

(3) 外国人労働と高齢者雇用政策

出生率引き上げ政策以外に、高齢化社会において経済活力を維持するために外国人労働の活用や高齢者就業の促進が行われている。

① 外国人労働

シンガポールは国内の労働市場の調整弁として、外国人労働を活用している。しかし、①国内での華人系の優位性がくずれないよう、②技術立国維持のために、③国内労働者の保護のためにその受け入れは業種別雇用率・外国人雇用税を使って、慎重にコントロールしてきた。このため、国内に不足する専門技術者については、積極的に受け入れる一方で、シンガポール人が就きたがらない職業や単純労働などの未熟練労働者については必要最低限となるよう数量調整を行っている。こうした結果、現在は、労働力人口の20～30%が外国人労働者で占めるようになってきている。今後も、国内出生率の低下による労働不足を補うため外国人労働者の活用が継続される。

② 高齢者雇用促進

少子高齢化に伴う扶養率の上昇は、経済成長

の足かせになるおそれがあるため、政府は、高齢者の就業継続を奨励している。定年は、1993年7月の定年法の施行以来55歳から60歳に引き上げられ、1999年には62歳、2003年には67歳となる。実際に、シンガポールの高齢者の就業意欲は高まっており、1999年時点で、60歳以上の16%が就業継続し、さらに5%の高齢者が職探し中である。高齢者の就業動機は、アクティブな生活をしたい(28%)、退屈しのぎ(26%)、生活費のため(25%)となっている。

しかし、高齢者の低技能、高齢者に対する企業側の差別などのために高齢者雇用は進んでいない。このため、高齢労働者の再訓練が必要となっており、政府は再訓練プログラムを強化している。また、CPFの雇用主拠出金を引き下げたり、フレックスタイム、短時間労働などの就業形態の多様化などで高齢者の引退タイミングを遅くさせるよう誘導している。

3. シンガポールの生活保障

シンガポールは、福祉国家が経済成長の負担になると考え、社会保障の役割はセーフティネットにとどめ、自助努力を国民の生活保障の中心におき、家族、コミュニティー地域がこれを支える仕組みになっている。一種の強制加入の貯蓄制度であるCPFが柱であるが、もう一つの柱は、家族扶養である。家族扶養を支えるためDependants Protection(扶養家族保護制度、1995年老親扶養法(The Maintenance of Parents Act)がある。

(1) CPF(Central Provident Fund)の概要

CPFはすべてのシンガポール人と永住権保有者のための個人単位の強制貯蓄制度である。

CPFは1953年にイギリス植民地政府により退職後の生活保障制度として発足したが、今日では、住宅・投資・医療・保険・大学ローンのプログラムも含まれて総合的な生活保障制度に発展した。口座

残高は、就業経験、賃金水準、拠出率および利子によって異なる。積立てた貯蓄は、人生のさまざまなタイミングで使われ、さらには定年退職後の生活費として引き出すことができる。このほか、住宅の購入、高額な医療費の支払いや医療保険の保険料の支払い、教育費など、厳しい条件を満足した場合に、一定枠を使うことができる。さらに、両親の老後の生活をサポートするために、両親のCPF口座へ振り替えて払い込むことも可能である(Topping up)。

CPFの利点は、個人単位の積立方式であるため、人口構造の変動の影響を受けない点である。しかし、十分な水準にまで口座残高が達するまで個人は長期間働き続ける必要があり、CPFの残高の少ない多くの高齢者は、子供に頼る必要がある。

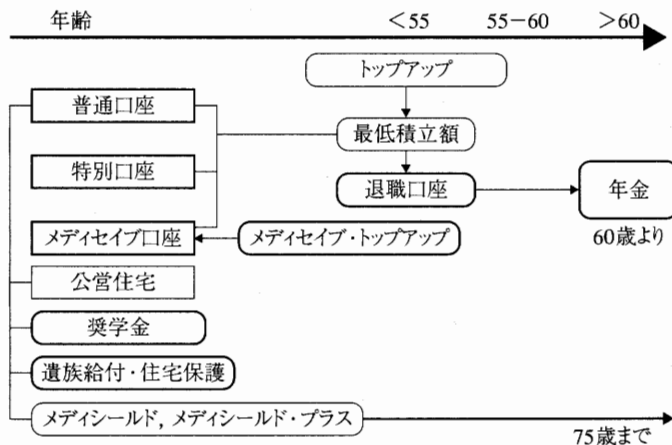
(2) CPFの成立

CPFはライフコース全体にわたる積立方式の生活保障として導入された。しかし、シンガポールは当初からこのような仕組みを積極的に選択したわけではない。シンガポールでは、第二次世界大戦後の社会保障システムとして、当初は事前積立方式よりも労働者、事業主、政府の三者拠出によ

る社会保険方式の方が優れているという意見が強かった⁸⁾。しかし、当時の英国植民地政府は、財政負担や経済成長優先を理由に社会保険方式を選択しなかった。1955年にCPF法令が施行され、積立て方式の生活保障制度が導入された。その後も、たびたび社会保障制度の導入が議論された。1959年にシンガポール自治政府がスタートすると、政府は新しい社会保険導入に難色を示した。1961-64年シンガポール発展計画において、政府は野心的な社会保険プランは、経済資源配分の硬直化につながり、むしろ人口成長にあわせた雇用確保や所得引き上げに資源投入を集中すべきであるという判断をした。最終的に社会保険導入を見送り、個人口座の「強制積立貯蓄制度」であるCPFを生活保障の中心におくことになった。

今日、CPFは老後所得保障、医療費保障、住宅購入、投資、家族保障という5つのサービスを提供している(図5参照)。

CPFの拠出率は経済状況に応じて変動している。1997年のアジア経済危機以来、1999年使用者拠出率は20%からいったん10%に引き下げられ、その後一度16%まで引き上げられた。2003年に経済再生委員会(ERC)は、国際競争力を維



出典: 駒村 (2003)

図5 CPFの役割

持するため、外国企業の誘致のため、当面36%（使用者16%、労働者20%）とすることを提言した。2003年10月から33%（使用主13%、労働者20%）にし、使用主の拠出率を3%引き下げた。さらに50歳以上の被用者については、2段階でさらに削減する。

掛金の拠出は年齢と所得に応じて使用者と本人が負担し、個人名義のCPF口座に積み立てられる。口座は普通口座、医療口座、特別口座というように用途にあわせて分かれており、掛金は年齢層ごとに設定された割合で各口座に配分される（表2参照）。

このうち拠出金の大部分が普通口座に充当され、現役時には、住宅購入や投資保険、教育などに回され、退職後は老後の資金として退職口座へ振り替えられる。医療口座は、医療関係の費用に充てられ、

特別口座は主として老後資金管理を行う⁹⁾。

今後、寿命の伸びと家族規模の縮小によってCPFはより重要になるが、実際には多くの加入者が住居取得のためにCPF口座を使っており、1995年の調査によると55歳時点で最低積立金を満たしているのは42%にすぎない。

(3) CPFの仕組み

① CPFの枠組み

CPF（中央積立基金委員会（Central Provident Fund Board））がCPFの運営方針を決定する。事務・人件費など事務コストは全収入の4%程度である。

2003年末で加入者は約300万人で前年度0.5%増加し、約7.7万社の使用主がCPFを支払っており、支払い不履行率は0.6%である（表3）。

表2 CPFの拠出率

| 本人の年齢 | 雇用主 (賃金の%) | 本人 (賃金の%) | 合計 (賃金の%) | 口座の内訳 | | |
|--------|---------------|--------------|--------------|-----------|-----------|------------------------|
| | | | | 普通預金 % | 特別会計 % | Medisave アカウント % |
| 35歳以下に | 13 | 20 | 33 | 22 | 5 | 6 |
| 35-45 | 13 | 20 | 33 | 20 | 6 | 7 |
| 45-50 | 13 | 20 | 33 | 18 | 7 | 8 |
| 50-55 | 11 | 19 | 30 | 15 | 7 | 8 |
| 55-60 | 6 | 12.5 | 18.5 | 10.5 | 0 | 8 |
| 60-65 | 3.5 | 7.5 | 11 | 2.5 | 0 | 8.5 |
| 65以上 | 3.5 | 5 | 8.5 | 0 | 0 | 8.5 |

出典：CPFホームページより引用 (http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

表3 加入者の状況

| | |
|-------------------|---------|
| CPF加入者 | 300万人 |
| 3カ月以内に1回でも拠出した加入者 | 131万人 |
| 雇用主 | 77,357人 |

出典：CPFホームページより引用
(http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

表4 CPFの残高

(百万シンガポールドル)

| | |
|----------|-----------|
| 積立金残高 | 109,706.3 |
| 普通預金 | 56,239.1 |
| 特別会計 | 17,161.2 |
| Medisave | 31,630.6 |
| 退職口座とその他 | 4,675.4 |

出典：CPFホームページより引用
(http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

加入者の口座の総資産額は2002年の96,422.6百万ドルから2003年の103,539.6百万ドルへ7.4%増加した。積立金残高103,539.6百万ドルのうち、100,750.4百万ドルがシンガポール国債に投資され、残りは普通株、投資信託および預金に主として投資された(表4)。

CPF口座はインターネット上で口座の管理や資産運用できるようになっている(myCPF)。CPF口座を適切に利用するための教育、インターネット上での口座管理などの利便性の向上、政府との情報共有、コミュニケーションの充実などがはかられている(利便性と安全性を高めるためSingPass、e-カウンタなどが導入されている)¹⁰⁾。

② 加入者

シンガポール国内の被用者や外国船籍の船に乗務するシンガポール人、永住外国人、年収6000ドル以上の自営業者がCPFのMedisaveに加入義務がある。拠出額は賃金、年齢によって異なる。表2のCPFの拠出率が完全に適用される最低賃金は750ドルで、拠出対象上限の賃金は5000ドルである。

さらに、2006年1月より51-55歳に対する拠出率を引き下げることになっている¹¹⁾。

拠出対象になる報酬は、従業員に支払われるすべての報酬であり、時間外勤務手当、手当金、手数料収入、賞与を含める。CPF拠出の責任は雇用主側にあり、支払遅延には、利率1.5%の利息が発生する。

自営業者もCPFのMedisave口座に加入することになっているが、拠出率は表5のように年齢によって異なる。

表5 自営業の拠出率

| 拠出率 | | |
|-------|--------|-----|
| 35歳未満 | 35-45歳 | 45歳 |
| 6% | 7% | 8% |

出典：CPFホームページより引用

(http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

③ 口座

CPFの個人口座に拠出された貯蓄は、①住宅・投資・保険・教育・両親の退職口座への加算のために使われる「普通口座」、②入院およびその他の承認された医療への支出、直系親族の入院費や医療保険費に回される「Medisave口座」、③高齢者用および臨時支出に回される特別口座の三つの口座に分配される。各口座への分配比率は年齢によって異なる。若年者はMedisaveの比率が小さく、普通口座の割合が高い。各口座には利子がつき、税制上の優遇をうける。また使い残した場合、親族が相続できる。

(4) 普通口座と特別口座

普通口座、特別口座はCPF投資スキームによって運用できる。投資は普通投資口座(CPFIS-OA)と特別投資口座(CPFIS-SA)に分けて行われる。指定された金融機関にCPF投資口座を開設して、定期預金、シンガポール国債、年金、養老保険、株式、社債、金運用などで運用する。口座ごとに運用上限がある。投資収益は非課税であるが、取り崩す時に課税される。ただし、積み立てられた資金は、引き出し時に、厳しい制限があって、自由に引き出しができない。

また主たる稼ぎ手が死亡したり、障害者となった場合に備えて、扶養家族のための5,000～44,000ドル保険制度を内容とする家族保障制度(Dependant's Protection)がある。

(5) 医療口座

医療保障は個人の責任であり、政府はそれを支援するという政策が採用されている。個々人が自助努力によって医療費を確保できるようにMedisave、MediShield、MediShieldプラスの各制度がある。これら個人口座型のシステムは、健康状態に対する自己責任を強化し、医療の過剰利用、世代間移転の問題を回避するメリットがある。医

療費のための毎年の Medisave の取り崩しは、2003年3億2840万ドル、引き下ろし口座数は480,265口座である。

① Medisave (メディセイブ)

Medisave 口座は、1984年4月に導入された医療のための強制的貯蓄制度であり、被用者、自営業者ともに強制加入である。医療サービスのための預金は各加入者の Medisave 口座に積み立てられる。加入者本人・家族(配偶者、子ども、父母、祖父母)が入院医療を受けた場合に標準費用(公立病院の6人部屋利用時の医療費)を引き出すことができる。2003年7月以降、55歳未満は、Medisave 口座に30,000ドルを保有する必要があり、55歳以上は、25,000ドルを保有する必要がある。口座上限は、30500ドルであり、上限を上回った額は CPF の普通口座に移される。Medisave 口座の残高には利子が付き、利子は課税対象ではない。2001年の Medisave 口座の55歳の平均残高は1万7842ドルにすぎず、慢性病または長期の治療による支出に対処するには不十分である。1995年の高齢者の全国調査によると、55歳以上の高齢者の55%が、医療費の支払いに子供の Medisave を利用している。この割合は女性の高齢者(65%)の方が、男性の高齢者(43.8%)よりも高い。

② MediShield (メディシールド)

MediShield (メディシールドベーシック)は1990年4月に導入された補足的選択医療保険計画で、高額な医療費が必要になったときに備えるための保険制度である。MediShield は、任意加入であり、CPF 加入者の72%が参加している。保険料は保障金額により年間12ドル~390ドルまでに分かれており、これは Medisave から支払うことが可能である。保険料は年齢によって異なる。MediShield には年齢制限と請求金額制限がある。初めて10日間病院に入院した場合の試算では、MediShield は

請求総額のA級病棟で7.5%、B級病棟で16.5%、C級病棟で21.7%しか保障しない。

③ MediShield プラス

1994年からは MediShield プラスが導入され、MediShield は3層構造となった。これはより高額の保険料でより高額の入院医療費を保障するものである。年間保険料60ドル~1200ドルの範囲のプランAと36ドル~720ドルまでのプランBの2つのプランがある。どちらのプランも、より高額な病室に入院したい人への保障を目的としている。

④ メディファンド (Medifund)

1993年に設置された低所得者の医療費を補助するための政府の支出による基本財産に基づく基金である。この基金の利子は公立病院や医療費の支払いができない患者に支給される。公立病院のCおよびB2病棟の全額または部分的な費用が、基本資金から支払われる。対象となるのは、医療費支払い免除の登録をした困窮・貧困者、十分な Medisave 貯蓄ができるほど長期間働いていないにもかかわらず高額な医療費請求をされている若い人々、Medisave 貯蓄のない、あるいは十分でない高齢者などである。

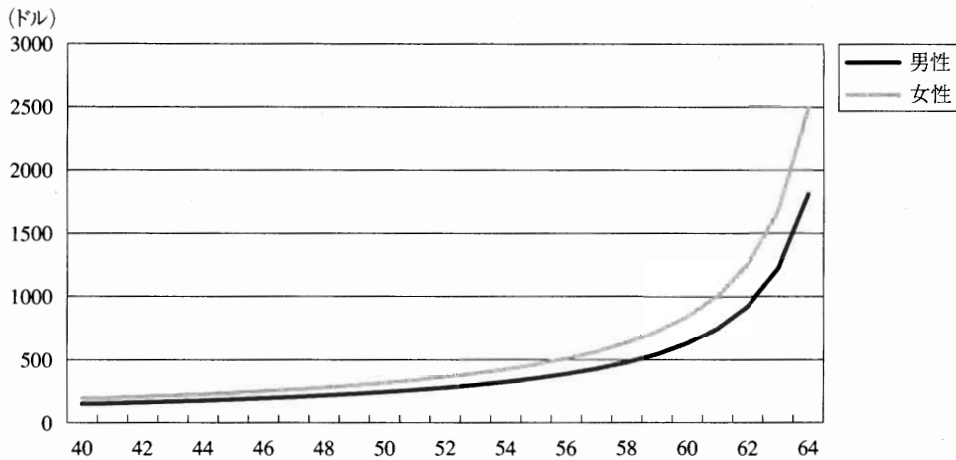
(6) 介護費用保障としての ElderShield

高齢化とともに、長期的な介護のコストの確保が重要になってきた。シンガポールでは、老人ホームケアの費用は月に最低900ドル程度かかるため、3年という平均的な在所期間中に必要となる資金は32,400ドルに達する。しかし、現在の多くの高齢者は、住宅のために資金を使うなどして、十分な CPF 残高を確保していないのが現状である。1995年には、55歳時点での退職口座残高の中央値は、86,000ドルにすぎなかった。また MediShield は短期的な入院費用を保障するが、老人ホームなどの長期的な介護コストのためには制限がある。

このため介護費用をまかなう保険としてElderShieldは2002年からスタートした。

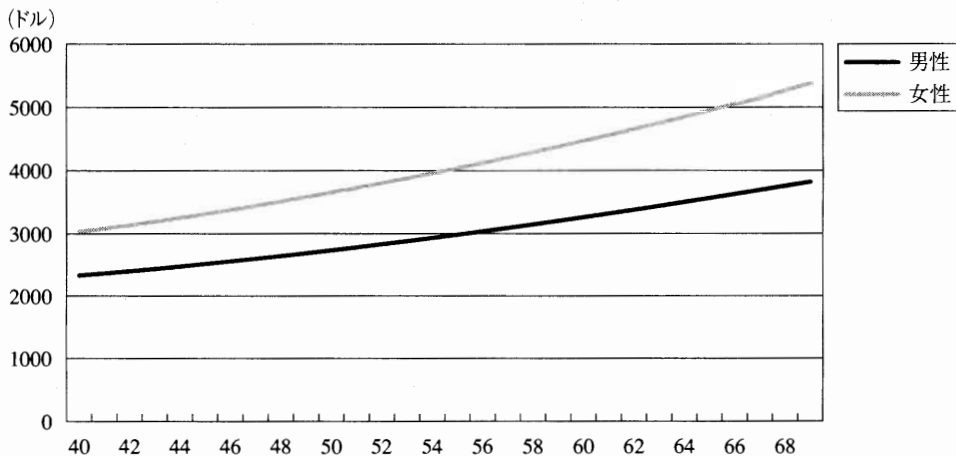
ElderShieldの加入者は40歳以上のCPF加入者であるが、実際の保険の管理運営は、2つの私的保険会社が担っており、選択・変更できる。ElderShieldの保険料は40～64歳まで分割して支払うか、68歳までに一括して支払うか選択できる。各年齢別の分割払いの場合の年間保険料については図6、年齢別一括保険料については図7で示

してある。男女間で寿命や要介護確率に違いがあるため保険料は男女で異なっている。保険料は5年に一度見直される。分割保険料は平準保険料となっており、40歳から加入した場合、定額になる。一括払い保険料は契約者が途中で死亡しても返却されない。加入条件であるが、食事、排泄、着脱衣、入浴、移動、寝起きの6つのADLのうち、2つまでを失っている状態であれば、加入可能である。保険料は本人、配偶者、子ども、孫のMedisave口



出典：CPFホームページより引用 (http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

図6 ElderShield保険料



出典：CPFホームページより引用 (http://www.cpf.gov.sg/cpf_info/home.asp)

図7 ElderShield一括保険料

座から支払うことができる。

保険会社から要介護と認定されると、月に300ドル、最高で60カ月の間受給できる。要介護状態でなくなれば、支給は停止する。再び要介護状態になれば、残りの期間、給付可能になる。給付は現金で行われ、家庭看護サービス、リハビリテーション、医療費、生活費あるいは老人ホーム居住費のために使うことができる。

要介護認定は、40～69歳の間で、6つのADLのうち3つ以上を失っていることが条件となる。保険者が要介護認定に基づく保険請求に同意しない場合、保健省に異議申し立てをし、再審査を求めることができる。

なお、ElderShieldは2002年6月よりスタートしたが、すでにその時点で40～60歳までの年齢に達していたものは、ElderShieldにカバーされる機会がなかった。したがって、特別措置として56～69歳については、政府が補助金を給付し、保険料に10年以上を払うことで給付を受けることができる。

(7) 公的介護保障制度 (IDAPE)

40～69歳はElderShieldによってカバーされるが、ElderShield導入まえに要介護になったものや、70歳以降の要介護については、IDAPE (Interim Disability Assistance Programme for the Elderly) が介護費用を保障する。IDAPEは、要介護状態になった場合に、それに必要な費用を保障する低所得者向けの保障制度である。財源は政府が負担するが、IDAPEはミーンズテストがあり、一人あたりの月収が700ドル以下の場合、月150ドル、700～1000ドルの場合、月60ドルが保障され、月収が1000ドル以上の場合給付はない。ミーンズテストはthe Citizens' Consultative Committees (CCCs)によって行われる。要介護認定はElderShieldと同じである。

(8) 退職口座と老後の所得保障

① 退職口座

労働者は55歳からCPF貯金を引き出すことができるが、退職口座に最低限の金額を残しておかなければならない。具体的には、55歳になると次のような選択肢がある。1) 最低積立金以外を取り崩す、2) 就業を継続し、取り崩しを延期する。この場合、特別口座で4%、普通口座で2.5%の金利がつく、3) 退職口座とMedisaveの最低積立金を保持する。

退職口座の最低積立金 (Minimum Sum) は、終身年金、定期預金、CPF退職口座に運用委託 (4%の利率) するという形で保有できる。

退職口座の最低積立金額は、2004年は84500ドルであり、この金額で62歳以降20年間月668ドルの所得が確保できる。55歳時点での最低積立金は、物価上昇率0.5%などを考慮して、毎年4000ドルずつ引き上げられ、2013年までに120000ドルに引き上げられる。

また、任意の制度であるが、加入者は55歳以降、最低保有額を満たし、CPF貯蓄口座や現金などに余裕があれば、自分自身のCPF退職口座や配偶者、親、祖父母の退職口座に上乘せ拠出をする制度がある (Topping-up)。これは最高7,000ドルまでの税額控除が受けられる。

② The Supplementary Retirement Scheme (SRS)

CPFを補足するための貯蓄・投資支援制度であるThe Supplementary Retirement Scheme (SRS) が2001年4月に導入された。この制度は、老後の所得保障のための資産形成支援である。参加は任意で貯蓄分は控除され、利子分も非課税であり、62歳の引退後の引き出し時に50%分だけ課税対象になる。老後の所得保障のための制度であるため、退職前に引き出した場合は、全額課税対象になり、さらに5%のペナルティーがある。制度への

参加資格者は、21歳以上の被用者と自営業、永住資格のある外国人である。貯蓄率は所得の15%。被用者の貯蓄上限は9900ドルであり、自営業者も9900ドルである。貯蓄した資金は金融商品で運用できる。

4. 1996年老親扶養法 (a Maintenance of Parent Act)

現在、貯蓄を引き出している高齢者のCPFの口座状況は、現役である40～54歳のグループと比較するとかなり悪い。その理由は、現在の高齢者は、①働き盛りの時に低所得と低拠出率であったため十分な積立ができなかったこと、②CPF貯蓄の所有の割合は、男性の58.6%に比べて、女性はわずか21.7%であり、専業主婦の女性が多くCPF貯蓄を全く所有していない、③政府が自営業の人間を強制的にMedisave計画に加入させたのは1993年からだったため、自営業、家業従事者、日雇労働者など、CPFに拠出をしなかった人々がいる、といったことがある。1999年時点で、住宅、投資および他のスキーム(例えば子供の教育)のための引き出し後に55歳時点で最小積立金を保有しているCPF加入者は24%にすぎない。現在の高齢者は、十分に経済発展の恩恵を享受できたわけではない。今後は次第に経済発展の成果や十分なCPF積立金を保有する豊かな高齢者が増加してくる。しかし、現時点では、多くの高齢者がCPF残高が全くなかったり、極めて少ないのが現状である。高齢の加入者はCPF残高が不十分であり、多くの高齢者が子どもからの財政的援助を必要としている。

1996年からは、子どもから扶養を拒否された親が法的に子供に扶養を求めることができるよう老親扶養法(The Maintenance of Parent Act)が設けられた。この制度に基づき、少数であるが、子どもに扶養を求めた訴えが行われている。表6はシンガポールにおける家庭裁判所における扶養義務審

表6 シンガポール扶養審判

| 適用状況 | 件数 | % |
|--------|-----|-------|
| 扶養命令 | 452 | 77.1 |
| 扶養命令なし | 123 | 21.0 |
| 保留 | 11 | 1.9 |
| Total | 586 | 100.0 |

出典：Office of the Secretary; Tribunal For the Maintenance of Parents-11 July 2000

判(the Tribunal for the Maintenance of Parents)の結果であるが、7割が扶養命令を受けている。

将来は、高齢者の老後資産の積み増しが可能になるため、訴訟は少なくなると考えられる。当面は、訴訟に至らなくても子どもは親の扶養を考慮した資産形成を行う必要があり、大きな負担になる。また、シンガポール政府は、親子扶養を促進するために、税制、住宅政策などを使って親子同居促進を行っている。

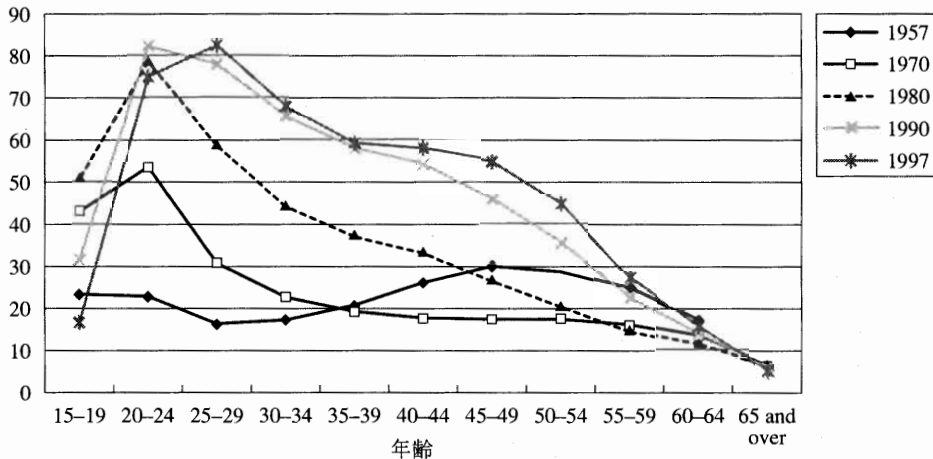
5. 要約

(1) 少子化対策の変遷

シンガポールの人口政策、生活保障政策は、経済成長との整合性が最優先にされた。出生率の引き下げは、女性の就業を促進し、経済成長を加速させた。労働力の不足は、女性の労働力率を引き上げ、結婚タイミングを遅くし、さらには既婚女性の就業継続をもたらした(図8参照)。

労働不足が目立つようになると、外国人労働の受け入れを拡大したが、華人優位の社会を維持するために、全面的な移民依存の回避を探った。

一方、人種間、教育水準間、所得階層で出生率に差が生まれた。とりわけ高学歴、高所得者の華人系の出生率の低下が著しいのにたいし、相対的にマレー系の出生率が高いことが明らかになると、技術立国維持のために、さらに人種間の人口バランスを維持するために、1984年から低所得階層の出生率を抑制しながら、高所得階層の出生率を引き上げる政策に変更した。こうした政策にもかか



出典：Saw Swee-Hock (1999) より作成

図8 年齢別労働力率(女性)

わらず、出生率の低下を抑制できず、将来の高齢化社会の不安も高まった。このため、全面的な出生率の引き上げに政策変更したが、それは、経済成長の妨げにならない範囲での対応にとどまった。2000年に入ると、女性の就業を維持しつつ出生率の回復をはかるため、財政的な支援にとどまらず、女性の就業の弾力化、多様化を促進している。

(2) CPFと家族内扶養

社会保障制度も、経済成長の負荷がかからないように設計され、政府の責任は低所得者向けの給付に限定され、生活保障は自助努力、家族、コミュニティが担っている。この家族中心主義は華人系には受け入れやすい部分もあるものの、必ずしもシンガポールの伝統的価値観に根ざすというものではない¹²⁾。むしろ社会保障の役割を限定するため政策的に必要なになったと判断すべきである。

こうした対応は今後も変わらないであろう。高齢化による老人依存人口の上昇が経済成長の阻害要因になりつつあるなかで、特に、高齢者雇用の促進とCPF充実、投資の積極化、同居促進政策が重要になっている¹³⁾。

シンガポールにおいては、CPFという年金のみならず、医療・介護についても積立方式個人口座の生活保障制度を当初より導入したため、①少子高齢化が進んでも財政は不安定化せず、また②日本や欧米の福祉国家のように賦課方式の年金制度からの移行の必要がないため、二重の負担が存在しないなど、少子高齢化社会においては理想のシステムと評価する見方もある。しかし、実際の制度を検討すると、①現在の高齢者は十分な積立金を形成することができなかったため、老後の所得を子どもに依存する必要がある、②家族間でCPF口座がリンクしており、さらに老親扶養法があり、親の口座残高が不十分であれば、子どもは親に資金を移転する必要がある。このようにシンガポールでは社会保障を通じた世代間移転はないものの、私的な世代間移転の負担は大きく、現役世代は、親の扶養をしながら、自分の老後資産形成を行うという二重の負担から逃れることができない。

また晩婚化により出産タイミングが遅れるなかでシンガポールの現役世代は子育てとともに老親扶養の負担がのしかかっている。さらに、子どもが独立しないため、親子同居率が高くなっており、親子同

居促進がさらなる晩婚化に拍車をかけるという指摘もある。晩婚化により遅く出産した子ども世代が、自分の子どもの育成と親の扶養といった二つの負担を抱え込む状況も生まれつつある。

注

- 1) ERCの内容については、シンガポール通商産業省 (the Ministry of Trade and Industry) ホームページ (http://www.mti.gov.sg/public/ERC/frn_ERC_Default.asp?sid=150&cid=1487) を参照せよ。
- 2) World Population Prospects: The 2002 Revision.
- 3) 初婚年齢は、すべての人種、教育水準層でも上昇した。
- 4) 保育所に第3子を預けて就業する母親に150ドルの育児補助金を給付する。
- 5) 6歳未満の子供をもつ女性公務員について、3年間はパート・タイムで働くことができる。
- 6) 3人以上の子供を持つ夫婦への住宅の優先割り当て。
- 7) 3人未満の子供を持つ女性が中絶を希望する場合はカウンセリングを義務づける。
- 8) CPF導入の経緯については駒村(2003)が詳しい。
- 9) CPFのモデルケースとしては、中位の所得階層の新規就業者が、共働きで、5部屋の住宅を購入でき、55歳でCPFの最小限(CPF minimum sum)12万ドルを確保でき、Medisave Minimum sum2万5千ドルを確保できるとしている。
- 10) CPFのホームページは顧客満足度99.8%と報告している。
- 11) 雇用主分は2%、本人分は1%引き下げられる。この結果、労使の拠出率合計は、現在の30%から27%に下がり、普通口座への充当分が3%減少することになる。
- 12) 親子間の扶養という道徳を法制化することについては、マレー系住民から反発があった。
- 13) 1998年高齢化問題閣僚会議(Inter-Ministerial Committee on Aging(IMC))は老後資産強化、高齢者雇用の促進、住宅政策、健康増進、社会的統合、家族、地域コミュニティの助け合いを今後の高齢化対策の中心においた。

参考文献

- ブーン・ンガ・テイ 2004「10章高齢化への経済対策—シンガポールを事例に—」新川敏光・ジュリアーノ・ボノーリ編『年金改革の比較政治学』ミネルヴァ書房
- CPF. 2004. Report of the Central Provident Fund Study.
- 駒村康平 2003「第3章 シンガポール・マレーシアの社会保障」広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会
- Mukul Asher. 1994. "Social Security in Malaysia and Singapore, ISIS".
- Linda, Low. and T. C. Aw, 1997. Housing a Health, Educated and Wealthy Nation through the CPF, The Institute of policy studies.
- Saw Swee-Hock. 1999. "The Population of Singapore, Institute of southeast Asian Studies", The Ministry of Community Development, Youth and Sports ホームページ http://app.mcys.gov.sg/web/home_main.asp
- Peter Scherer. 2003. "Formalising the informal: family obligations in modern Asia." in Children and Social Security, edited by Jonathan Brandshaw. FISS.
- Yap Mui Teng. 2002. "Fertility and Population Policy: the Singapore Experience, presented at the Mini-Workshop on Low Fertility and Policy Responses in Asia: Cases of Korea and Singapore". National Institute of Population and Social Security Research, Tokyo, Japan, 19 Nov 2002.

(こまむら・こうへい 東洋大学助教授)

マレーシアの所得保障と医療保障¹⁾

菅谷 広宣

■ 要約

マレーシアの所得保障では、プロビデントファンドと社会保険とによって、老齢・死亡・障害、および労災がカバーされているものの、失業保険や家族手当は存在していない。他方、公的医療保険はなく、これには旧宗主国イギリスの医療保障制度が影響しているとの見解がある。しかし、マレーシアにおける医療保障のありかたは、イギリスのそれとは異なっており、これは所得保障についても同様である。欧米諸国の植民地下にあった国々の社会保障の成り立ちについて、旧宗主国の影響を考慮することは無論必要であるが、マレーシアの場合には、むしろ独自の道を歩んできているといえる。本稿では、マレーシアにおける諸制度のありかたを論述するとともに、それによって上記の点を明らかにする。

■ キーワード

EPF、SOCSSO、医療、旧宗主国の影響、多民族国家

I 社会保障の背景

はじめに

マレーシアは、半島マレーシア(マレー半島南部)の11州と東マレーシア(ボルネオ島北西部)のサバ・サラワクをあわせた13州、および3連邦地域(クアラルンプール・プトラジャヤ・ラブアン)からなる連邦国家である。政体は、国王(Yang di-Pertuan Agong)²⁾のもとに三権分立機関を有する立憲君主制となっている。

16世紀以降、この地域にはヨーロッパ列強が進出し、19世紀からはイギリスが植民地統治を行なった。第二次世界大戦中は日本軍に占領されたが、戦後再びイギリスの支配下となり、マレー半島の9イスラム首長国とマラッカ、ペナンの2直轄植民地が、1948年2月に保護領マラヤ連邦とされた。そして、マラヤ連邦は57年8月にイギリス連邦の一員として独立、その後63年9月にはシンガポール、

およびサバ、サラワクをくわえて連邦国家マレーシアとなったが、民族構成の違いから対立が深まり、65年8月にシンガポールが分離・独立した。

ところで、19世紀からのイギリス植民地統治の下で、マラヤでは天然ゴムと錫を中心とする一次産品に依存する経済構造が形成された。その過程で華人系やインド系の人々が労働者として大量に移住し、こんにちのような多民族社会ができあがっていった。ブミプトラ(bumiputera: マレー語で「土地の民」を意味)であるマレー系その他の先住民族は、農業部門の伝統的な生業に従事したまま、商工業の発展から取り残されていった。その結果、民族別に職業が分化し、民族間の社会経済格差が生じることとなった。1957年の独立からこんにちに至るまで、この格差をいかに是正するかが、マレーシアにとって最大の課題となっている。

1. 民族と宗教

マレーシアにおける2003年の年央人口は約2504万8300人と推計されている。その民族別内訳は、「マレー系」50.32%、「マレー系以外のブミプトラ」10.96%で、ブミプトラ全体では61.28%、「華人系」23.94%、「インド系」7.04%、「その他」1.25%、「外国人」6.48%となっている。(JPM, 2003b, p.37)このように、ブミプトラの大半はマレー系が占めているが、その他のブミプトラとして、いくつもの少数先住民族がいる。他方、ブミプトラ・華人系・インド系のいずれでもない「その他」には、ヨーロッパ系・ユーラシア系・タイ系等が含まれる。なお、民族と宗教との概ねの対応は、マレー系がイスラム教(スンニ派)、華人系が仏教、インド系がヒンドゥー教である。国教はイスラム教と定められている(憲法第3条)が、個人の信仰の自由は保障されている(同第11条)。

ところで、マレーシアには、後述するEPFやSOCSOといった公的な制度のほかに、民間の準備基金や保険、宗教的福祉基金等が存在する。マレー系住民の間では、村にあるモスクの委員会によって運営されている“zakat fitrah”(断食月の最後の日に金銭のほか米で支払われる10分の1税)や多くの小さな福祉基金が存在し、コミュニティーのなかの貧者に継続的な援助を提供している。そして、こうしたことは華人やインド系住民の間でも行なわれている。(Doling and Omar, 2000, p.50)他方、子どもは働き始めると、通常は所得の一部を両親のために貯蓄し始める。子どもにとって、これは両親への恩返し(balas jasa)であり、このイデオロギーは宗教的、また文化的なものである。ムスリムであるマレー系の人々は、孝行の考え方や価値観、そして両親が年老いて体が弱ったとき、その世話をすることは子どもの義務であるということ、を、代々伝えてきた。これは、華人やインド系、その他のエスニックグループでも同様である。(Ibid., pp.72-73)

2. マクロ経済と産業構造³⁾

マレーシア経済は、第一次長期総合計画(OPP 1: Outline Perspective Plan: 1971-90)および第二次長期総合計画(OPP 2: 1991-2000)を通じ、1970年代より2000年までの間に、年平均で7%近い成長を遂げてきた。アジア通貨危機の影響が強く現れた1998年には-7.5%と大幅な落ち込みをみせたものの、翌99年には5.4%、2000年には8.3%と実質成長率はV字型に推移した。アメリカを中心とする世界経済の減速傾向のなかで、マレーシア経済も2001年からはやや足踏みの状態をみせたが、2004年の第一四半期、第二四半期は各7.6%、8.0%と、マレーシア経済は基本的には回復基調に乗ったものと考えられる。ちなみに、2001年からの第三次長期総合計画(OPP 3: 2001-2010)では、年平均7.5%の成長が目標とされている。

このようにマレーシアは順調な成長を歩んできたため、一人当たり実質GDPも、1975年から2002年までの間に、年平均4.0%で増加してきた。ちなみに、2002年の一人当たりGDPは、3905ドル(購買力平価では9120ドル)となっている。ただし、民族間の格差は依然として存在しており、OPP 1以来とられてきたマレー系を優遇する経済政策(ブミプトラ政策)は、OPP 3およびその前半5カ年(2001-2005年)に対して策定された第8次マレーシア計画にも引き継がれている。

つぎに産業構造についてみておこう。独立時のモノカルチャー経済から脱却をはかり、工業化を進めてきたマレーシアでは、容易に想像できるように、GDPに占める農業部門の比重低下と、製造業およびサービス業の比重上昇が明確である。1970年に29.0%を占めていた農林水産業は、1990年に18.7%、2000年に8.7%と比重を低下させている。これに対し、製造業は1970年に13.9%のシェアであったが、1990年に27.0%、2000年に33.4%、サービス業は1970年の36.2%から1990年の42.3%、2000年の52.4%へと、それぞれ比重を高

めている。これにより、産業別の就業者割合も大きく変わってきている。1970年に53.5%を占めていた農林水産業では、90年に27.8%、2000年に15.2%と低下している。他方、製造業では70年に8.7%であったが、90年に19.5%、2000年に27.6%、サービス業では70年の32.5%から90年の45.7%、2000年の48.7%へと上昇してきている。

3. 労働市場

マレーシアの労働力人口は、15歳から64歳までとされている⁴⁾。公務部門と民間企業の双方において、一般的に定年が55歳⁵⁾に定められているが、高年齢の就業者は、定年のない農業カインフォーマルセクターに概ね従事している(Doling and Omar, 2000, p.72)。2002年の労働力人口は988万6200人と推計されている⁶⁾が、その核をなしているのは20-49歳の年齢層であり、労働力人口に対する割合は、15-19歳で5.9%、55歳以上で6.1%となっている。労働力人口のうち、実際に就業している者の数は954万2600人であり、このうち学歴別では未就学5.4%、初等教育23.9%、中等教育54.1%、高等教育16.6%となっている⁷⁾。なお、失業率は3.48%であるが、失業者の内訳をみると、学歴では中等教育および高等教育を受けた者、年齢では15-29歳層、また職業経験では経験のない者の間で失業率が高い。(JPM, 2003a, pp.46, 82, 87, 92-93)

つぎに、15歳から64歳までの労働力率は、全体で64.4%と推計されている。これを男女別、民族別にみると、男81.5%・女46.7%、プミプトラ63.0%・華人系63.5%・インド系63.3%・その他65.8%・外国人81.7%となっている。(Ibid., p.46) 産業別就業者割合は、全体では上位から製造業21.7%⁸⁾、卸売・小売業、自動車・オートバイおよび個人・世帯向け物品修理業15.7%、農業・狩猟・林業13.8%となっており、他のアセアン4諸国で首位を占めている農業部門が後退している。こ

の傾向は男女別にみても同様であるが、民族別には、とりわけマレー系以外のプミプトラで農業部門が33.6%、製造業が10.9%となっている点、華人系で卸売・小売業、自動車・オートバイおよび個人・世帯向け物品修理業が29.2%、インド系で製造業が33.3%、外国人で農業部門が29.0%となっている点が目立つ(Ibid., pp.65-66)。他方、就業者を従業上の地位別にみた場合には、全体では被用者76.7%、自営業者15.5%、無給家族就労者4.8%、使用者3.0%となっている。男女別では、女性に使用者と自営業者が少なく(1.1%、12.0%)、無給家族就労者が多い(9.6%)。民族別には、マレー系以外のプミプトラで自営業者と無給家族就労者が多い(各24.8%、15.2%)。また、華人系で使用者が多いのに対し(6.6%)、インド系と外国人では被用者が多く(各87.8%、91.1%)になっている。(Ibid., p.90)

ところで、マレーシアには全労働者を対象にした最低賃金制度がない。1947年賃金評議会法は、組合を組織するのが困難な業種について賃金評議会を設置し、これに最低賃金を設定する権限を与えると定めているが、その対象は配膳・ホテル業、店員、映画館員、船荷おろし労働者の4業種に限られており、最賃額の見直しもあまり行なわれていない。ナショナルセンターのマレーシア労働組合会議(MTUC)は、政府に対し度々最賃法制定を要求してきたが、いまのところ政府に法制定の動きはない。なお、現在の賃金水準の参考として、製造業における平均月額基本賃金をあげておくと、管理職では最高幹部・上級管理職・中間管理職の順に、各々MR1万6441・MR8669・MR2186、非管理職では熟練労働者・半熟練労働者・非熟練労働者の順に、MR1246・MR832・MR606となっている⁹⁾。(MRは現地の通貨単位リンギットを示す。2004年12月3日現在、1リンギットは26.86円。)

4. 貧困と所得格差

マレーシアの貧困線は、衣食のほか家賃、ガソリン、電気、家具調度品、保健医療費、運輸・通信費、娯楽・教育・文化的サービス費といった日常の最低必要費に基づいて月額で算出される。食費部分については5人家族で1日当たり9910キロカロリー、衣料品の必要最低費は社会福祉局が福祉ホームに対して設定した基準に基づく。また、そのほかの非食物については、家計支出調査で報告される低所得世帯の支出水準を基準としている。そして、半島マレーシア、サバ、サラワクの三つの地域ごとに、それぞれ4.6人、4.9人、4.8人の世帯を基準に作成され、消費者物価指数の変化を考慮して毎年見直されている。2002年の貧困線は、半島マレーシア、サバ、サラワクの順にMR529、MR690、MR600とされている。(GOM, 2001, p.58; EPU, 2004, p.61) また、月額所得が貧困線の半分以下の世帯は極貧層とされている。

全国の貧困率は1970年には49.3% (GOM, 1981, p.86)であったが、着実に低下し2002年には5.1% (EPU, 2004, p.61)となった。また、極貧率も1985年の6.9% (GOM, 1986, p.32)から2002年の1.0% (EPU, 2004, p.61)へと低下している。しかしながら、2002年でもなお、都市部と農村部の格差(2.0%、11.4%)、地理的格差(クアラルンプールの0.5%か

らサバ州の16.0%まで)、および民族的格差(ブミプトラの高い貧困率¹⁰⁾)が解消されていない。

つぎに、所得分配についてであるが、ジニ係数は1997年に0.492となっている。アセアン4の他の国々では、インドネシア0.343(2002年)、フィリピン0.461(2000年)、タイ0.432(2000年)となっている。マレーシアは、貧困率ではこれらの国々より低くなっているものの、ジニ係数をみる限りでは、所得分配の不平等度では相対的に高くなっていることがうかがえる。上位10%の所得層が38.4%の所得を得ているのに対し、下位10%の所得層が得ている所得は1.7%であり、このことからジニ係数でみた場合と同様のことがいえる(World Bank, 2004, pp.61-62)。その要因としては、上記のように貧困率と同様の格差が考えられる。ちなみに、2002年における世帯年間総所得の中間値をみると、都市部でMR3652であるのに対し、農村部ではMR1729である。また、同様の値を民族グループ別にみると、ブミプトラでMR2376、華人系でMR4279、インド系でMR3044となっており、格差が明らかである。(EPU, 2004, p.64)

5. 人口の指標

表1には、各種の人口統計が示されている。高齢化の進む2045-2050年には普通死亡率が若干

表1 各種人口統計

| 普通出生率(%) | | | 普通死亡率(%) | | | 合計特殊出生率 | | |
|---------------|------------|----------|-------------|------------|----------|-----------|------------|----------|
| 1950-55年 | 1995-2000年 | 2045-50年 | 1950-55年 | 1995-2000年 | 2045-50年 | 1950-55年 | 1995-2000年 | 2045-50年 |
| 45.2 | 25.5 | 12.4 | 19.9 | 4.8 | 8.4 | 6.83 | 3.26 | 1.85 |
| 出生時平均余命(年) | | | 年平均人口増加率(%) | | | 都市人口比率(%) | | |
| 1950-55年 | 1995-2000年 | 2045-50年 | 1950-55年 | 1995-2000年 | 2045-50年 | 1950年 | 2000年 | 2030年 |
| 48.5 | 71.9 | 79.6 | 2.72 | 2.44 | 0.41 | 20.4 | 61.8 | 77.6 |
| 年齢三区分別人口割合(%) | | | | | | | | |
| 1950年 | | | 2000年 | | | 2050年 | | |
| 0-14歳 | 15-64歳 | 65歳以上 | 0-14歳 | 15-64歳 | 65歳以上 | 0-14歳 | 15-64歳 | 65歳以上 |
| 43.6 | 52.8 | 3.6 | 37.5 | 59.0 | 3.5 | 18.4 | 65.9 | 15.7 |

出所: UN (2004) の中位推計 (Web site at <http://esa.un.org/unpp>) より作成。

上昇すると推計されているものの、普通出生率・普通死亡率はともに低下をしてきている。合計特殊出生率も低下しているが、アセアン4のなかではマレーシアはフィリピンとともに比較的この数値が高い。他方、出世時平均余命はアセアン4のなかでは最も高く伸びてきている。これらの結果、15-64歳の人口割合は2050年まで上昇を続ける一方、65歳以上の人口割合は2000年に若干の低下をみせ、2050年には大きく上昇するとされている(0-14歳の人口割合は低下を続ける)。都市人口比率は2000年まで大きく上昇しているが、都市化の傾向はさらに続いていく。

II 所得保障

マレーシアにおける所得保障では、公務部門の人々に対して独自の年金制度がある一方で、民間部門の人々に対しては¹¹⁾、被用者退職準備基金(Kumpulan Wang Simpanan Pekerja、略称KWSP：英語名：Employees Provident Fund、以下EPF)および社会保障機構(Pertubuhan Keselamatan Sosial、略称PERKESO：英語名 Social Security Organization)が行なう事業(以下、SOCOSO)がある。

1. 公務部門の年金

公務部門への年金が最初に導入された時期を示す記録はない。現行制度の起源は1951年の政府年金法で創設されたものであり、現在は1980年の年金法(Act 227)と、法定機関および地方自治体年金法(Act 239)とを基本法として、制度が運営されている。そうした公務部門の年金は、退職金とともに1957年憲法¹²⁾第147条で保障されている。

この年金制度の対象となるのは常勤の公務員および法定団体の職員であり、具体的には司法当局の職員、連邦政府の一般公務員、警察官、国鉄職員、学校職員、連邦政府および一つ以上の州の公益事業、各州の行政職員、議会職員、その他国

王が適当と認めた者が含まれる(第2条¹³⁾)。また、所定の要件を満たす臨時職員の場合には、常勤職員の4分の3の年金が支給される(第24条)。なお、1991年および92年の法改正(Act A793, Act A823)により、以後採用される公務員等はEPFと公務部門の年金のどちらかを選択することができるとされた(第6A条)。しかし、後述するEPFと公務部門の年金の内容を比較した場合、有利なのは明らかに後者であり、現実には前者を選択する者がいるかどうかは疑わしい。ちなみに公務部門の年金財源は、受給権者の勤務する公共機関が、給与の17.5%を拠出する(第12B条)とされている。公務員等は自身で拠出をせずに、在職期間に応じて最終給与の20~50%を支給されている。なお、1980年には8万人であった年金受給者総数は年々増加し、97年には35万人となり、年金と退職金の支払い総額も同期間にMR4億からMR28億に増大している。1981年から採用された年金額の賃金スライド制も、こうした増大に拍車をかけている。(アジズ、2000、pp.22-23)

2. EPF

(1) 導入の背景

EPFは、イギリス植民地時代の1951年に法制化され、翌52年に導入された。これ以前、主要なゴム園の所有者は、労働者のために簡素な貯蓄の仕組みを、老齢期の保護と保障の一形態として、つくりはじめていた。拠出率は一律でなかったが、こうした退職準備の仕組みは、ゴム園だけではなく、錫鉱山でも流行するようになった。こうした状況下で、強制貯蓄制度の導入ということが、当時の労働局によって1949年に初めて議論された。それから間もなく、労使の利害を代表する合同賃金審議会は、労働者の利益を守るために国家的貯蓄制度を導入する時期が来たと考えようになった。(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.9)

EPFの創設を促した要因として、労働組合の過

激な活動や共産党の武力蜂起も重要であった。労組は賃上げと、よりよい福祉制度を使用者と政府に要求していた。そして、第二次世界大戦直後から、ストライキや労働者の集会在日常的に起こるようになった。そのピークは1947年初頭であり、ゴム園労働者による全国規模のストとデモが発生した。イギリス人経営者や経営者よりの被用者が襲われ、殺人にいたるケースもみられた。(Doling and Omar, 2000, p.41) 他方、この頃のマラヤでは、1948年2月に発効した連邦協定の内容がマレー系住民に有利であるとして、非マレー系の最大グループである中国系住民が反発し、それはマラヤ共産党の武力蜂起として現れた。1948年6月に、植民地政府はマラヤ全土に非常事態宣言を布告した。(池端・生田、1977、pp.319-326)

こうしたことから、植民地政府は労働者基金の創設を、国民に安心感を与えるために重要な手段とみていた。そして、1951年10月にEPF法がマラヤ連邦立法会議で成立した。国家によるプロビデントファンドとしては、こんにちの世界でも最も古いものとして、EPFは1952年8月に拠出金の徴収を開始した(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.10)。また、この頃には、労働者災害補償令(1952年)や雇用令(1955年)といった労働者保護のための法令も整備されたが、これらもEPFの創設と同様の文脈でとらえることができる。このようにして誕生したEPFは、労働者にとって公的な所得保障の中心をなす一方で、後述のように政府にとっては開発資金の重要な調達源にもなった。

(2) EPFの仕組みと現状

① 対象者

EPFは、制度創設時のゴム園および錫鉱山の労働者から順次対象を拡大し、現在は民間被用者全般のほか、年金受給資格がない公務部門の被用者(臨時職員やパートタイマー等)を強制加入としている。また、家事使用人や自営業者、外国人労働者、年金受給資格がある公務部門の被用者は任意加入となっている(EPF1991年改正法第2条および附則第1条)。

2002年12月末現在、加入者数の総計は1022万5505人である(KWSP, n.d.2, p.74)。ただし、同年におけるマレーシアの労働力人口は988万6200人と推計されており(JPM, 2003a, p.46)、EPFの加入者数はこれを上回っている。したがって、この加入者数には、以前はEPFに拠出をしていたが、現在はそれを中断している者や、すでに引退して積立金の引出しのみを行なっている者が相当数含まれていると考えられる。現実には、EPF加入者のうち実際に拠出を行なっている者は、全体の47.12%に相当する約482万人であり(KWSP, n.d.2, p.73)、その労働力人口比は48.75%である。

② 拠出率と積立金

制度の発足以来、EPFの拠出率は数次の改定を経て、現在は労使各9%、12%となっている(EPF法第43条)。ただし、この率に上乗せした拠出も認められている。2002年にはMR204億4000万が集められた(KWSP, n.d.2, p.78)。なお、労働者側はEPFへの拠出金と生命保険の保険料を合わせ、年間MR5000までは課税所得からの控除を受けられる。また、使用者側も19%までのEPF拠出金に対し、非課税措置を受けることができる。(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.31)

② 拠出率と積立金

他方、2002年末の積立金累積額はMR2002億7478万5376.63となった(KWSP, n.d.2, pp.75, 78)。これは同年のGDP(暫定値)の55.5%に相当する。この積立金に関し、チョウ(2001)はつぎのように述べている。

「マレーシアの1970年代以降の公企業主体の開発政策において、開発国債の発行により開発財源を調達した。その際、被雇用者年金基金(EPF: Employees Provident Fund)は開発国債を引き受けることにより、重要な開発財源となった。(中略)

1990年代以降マレーシア政府は、開発を推進するために創設してきた多数の公企業を民営化するようになった。民営化時代に対応してEPFや商業銀行の投資規制が緩和され、両者は民間企業に対する資本供給機関として再編され、EPFは機関投資家として、商業銀行は長期産業金融機関として再編された。こうして現在では、EPFの政府開発財源としての性格が大きく変わり、むしろ膨大な年金資産を国民福祉の本来の目的に照らしていかに運用するかが重要な課題になっている。」

ただし、2002年現在でも、EPF積立金投資のなかで政府発行有価証券が最も大きな割合を占めており、政府発行有価証券の最大の引き受け手もEPF積立金というのが現状である(KWSP, n.d.2, p.81; JPM, 2003b, p.268)。なお、積立金の運用益は非課税であり、2.5%が最低保障利率とされている(Ibrahim and Jaafar, n.d., p.31)。

③ 各種の積立金勘定

拠出金はつぎの三つないし四つの個別勘定に振り分けられる。それぞれの条件下で引き出される積立金は非課税である(Ibid., p.31)。

- 1) 勘定I この勘定は主に55歳以降の老齢保障の役割を担っており、拠出金の60%がここに積み立てられる。そして55歳になると、拠出金と運用益の合計が、一時払い、毎月均等払い、または両者の組み合わせで引き出される。ただし、55歳になる以前でも、一定の条件で投資目的に積立金を引き出すことができる。それは、MR5万以上の残高がある場合、MR5万を超えた部分の20%までを認可された資金運用機関に投資できるというものである(加入者投資制度)。
- 2) 勘定II この勘定には拠出金の30%が割り当てられる。積立金は、50歳になったとき退職をしていなくても引き出すことができる。また、年齢にかかわらず、住宅の購入や加入者自身または子どもの教育費、パソコンの購入のために引き出すことができる。こうした勘定IIは、1980年の法改正で創設された。

表2 EPF加入者の年齢別積立金額(2002年)

| 年齢 | 人数 | 積立金(MR) | 一人当たり積立金(MR) |
|-------|------------|--------------------|--------------|
| < 16 | 4,415 | 918,482.14 | 208.04 |
| 16-25 | 2,421,296 | 9,671,101,060.83 | 3,994.18 |
| 26-30 | 1,652,380 | 22,864,537,181.38 | 13,837.34 |
| 31-35 | 1,474,814 | 31,062,725,209.41 | 21,062.13 |
| 36-40 | 1,339,946 | 36,329,318,232.24 | 27,112.52 |
| 41-45 | 1,180,813 | 38,555,069,520.11 | 32,651.29 |
| 46-50 | 949,946 | 35,548,699,957.04 | 37,421.81 |
| 51-55 | 624,986 | 21,246,677,631.41 | 33,995.45 |
| > 55 | 576,909 | 4,995,738,102.07 | 8,659.49 |
| 合計 | 10,225,505 | 200,274,785,376.63 | 19,585.81 |

出所：KWSP(n.d.2, p.74)より作成。

- 3) 勘定III この勘定には拠出金の10%が積み立てられ、EPF理事会によって指定された重篤な疾病の治療費(家族にも適用)に積立金を使用できる。1994年の法改正で創設された。ただし、この勘定の積立金は、実際の医療費に比べて少なすぎるのが現状である(Doling and Omar, 2000, p.45)。
 - 4) 勘定IV 加入者は55歳になるまで、勘定Iにある積立金のうち最大50%までを、任意でここにおくことができる。そして55歳になったとき、この勘定にMR2万4000以上の積立金がある場合には、55歳から75歳まで、月額MR100の最低保障年金を受け取ることができる。
- 以上が各種勘定の内容である。2002年には、積立金総額の5.47%に相当するMR109億5679万が引き出された。その内訳は、55歳時の一括引き出しが33.43%、住宅購入が21.79%、勘定Iで認められている加入者投資制度が10.71%、50歳時の引き出しが10.32%等となっている(KWSP, n.d.2, p.77)。なお、年齢別に加入者一人当たりの積立金累積額をみると、表2の通りである。

3. SOCSO

SOCSOは1969年の被用者社会保障法(Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969)に基づいて導入された。EPFがプロビデントファンドの仕組みであるのに対し、SOCSOは社会保険方式を採用し、労災と障害・遺族をカバーしている。このうち前者の導入は、1952年の労災補償令が十分な効果を発揮できなかったことに由来している。

① 対象者(第2条5項、3条、5条、附則第1条¹⁴⁾)

従業員一人以上の企業で、賃金月額がMR2000を超えない被用者は強制加入。雇用の形態は問わず、臨時労働者や家事労働者にも適用される¹⁵⁾。また、加入後に賃金月額がMR2000を超えても、引き続き適用は継続され、その場合の賃金月額はMR2000とみなされる。はじめから賃金月額がMR2000を超えている被用者は、労使の合意によって任意加入ができる。なお、50歳以上で新規に雇用された者や55歳以上の被用者は、労災部分にのみ加入する。また、2001年1月分より、公務部門の被用者にも労災部分の適用がなされている。その背景には、公務員の労災を補償していた見舞金制度(1994年導入)では、補償額がSOCSOに比べ大幅に小さかったことがある。

2002年末現在、47万7150社、791万2385人がSOCSOに加入している。使用者数では、全体の62.4%にあたる29万7785社が保険料を納入した。他方、被用者のうち保険料を納めた者は、全体の51.4%にあたる406万8757人であった。これは労働力人口の41.2%、被用者の55.6%に相当する。(PERKESO, n.d., pp.26-28)

② 保険料(第6条、附則第3条)

上限のMR2000まで24等級に分けられた標準報酬月額に対し、保険料率は障害・遺族部分で労使各0.5%、労災部分が全額使用者負担で1.25%である。2002年に納入された保険料の総額は

MR10億9513万5877で、同年における総収入の68.9%であった。なお、保険料納入者は上記の通り被保険者全体の半数ほどでしかないため、未納企業への立ち入り検査が延べ7万8837件行なわれ、71社が訴えられた。また、保険料滞納に課される利子の追徴はMR430万であった。(PERKESO, n.d., pp.28-29)

③ 受給要件(第17条、17A条)

労災の場合、最低加入期間等の受給要件はなく、就業中(通勤途上も含む)の事故によるもののほか、職業病¹⁶⁾に対しても給付がなされる(第2条6項)。障害・遺族に関しては、直前の40ヶ月間に24ヶ月分以上の保険料を納入していること、または初めて被保険者となってから直前までに3分の2以上の期間、かつ最低24ヶ月間の保険料を納入していることが必要である。

④ 給付

1) 労災補償に特有の給付

A) 一時的障害給付(第22条、附則第4条)

労災発生の日を含め、4日以上労働不能の状態が続いた場合、労働不能の状態から回復するまでの間、労災発生日まで遡って平均賃金日額の80%が支払われる。2002年には、6万2881件に対しMR6320万が支給された¹⁷⁾。

B) 恒常的障害給付(第22条、43条、附則第4条)

完全障害の場合、平均賃金日額の90%が支給される。支給期間は、暫定的に障害状態と診断された場合は、その状態が改善するまで、最終的に障害状態と診断された場合は、終身である。部分障害の場合は、法律に定められた労働能力喪失割合に応じ、平均賃金日額の20%~90%が支給される。支給期間は完全障害と同様である。なお、労働能力の喪失割合が20%未満の場合には、その割合に応じて一時金が支払われる。2002年には、恒常的障

害給付全体で、2万1112件に対してMR1億6670万が支給された。

C) 遺族給付(第26条)

被保険者が労災によって死亡した場合、平均賃金日額の90%が支給される。支給対象は、未亡人と子どものほか、これらがいない場合には、母親、未成年の兄弟、未婚の姉妹、祖父母等である¹⁸⁾。2002年には、2万9097件に対しMR1億270万が支払われた。

D) 医療費給付(第37条、38条)

必要に応じて、外来診療、病院・薬局・診療所・または他の医療機関における付き添い、被保険者の居宅への往診、あるいは病院での入院医療が行なわれる。ただし、これらの医療行為はSOCSOが定めた範囲内に限られる。2002年には、4279件に対しMR510万に相当する給付がなされた。

2) 障害・遺族保障に特有の給付

A) 障害年金(第20条、21条)

保険料納付済み期間に応じて、直前24ヶ月間の平均賃金月額額の50-60%が支給される。2002年には、2万3449件に対しMR1億4700万が支払われた。

B) 遺族年金(第20A条、附則第7条)

障害年金を受給中の被保険者、または55歳未満で障害年金の受給要件を満たしている被保険者が死亡した場合、未亡人および子ども等に遺族年金が支給される。支給額は、障害年金を受給中の被保険者が死亡した場合には、これと同額である。また、55歳未満で障害年金の受給要件を満たしている(ただし障害年金を受給したことがない)被保険者が死亡した場合は、その者の保険料納付済み期間に応じ、平均賃金月額額の50-65%が支給される。遺族年金全体では、2002年に9万4890件、MR1億9770万の給付がなされた。

3) 労災補償および障害・遺族保障に共通の給付

A) 常時介護手当(第30条)

障害状態が重く、他人による介護を常時必要とする者には、その状態が続く限り年金額の40%または人的資源大臣規則¹⁹⁾によって規定される最高額(現在月額MR500)が支給される。2002年には、労災補償として483件にMR210万が、障害保障として2063件にMR540万が支払われた。

B) 葬祭費給付(第29条)

遺族または葬儀を執り行なった者に対して、人的資源大臣規則²⁰⁾に定める額(現在はMR1500)の葬祭費が支給される。2002年には、労災補償として893件にMR150万が、遺族保障として4449件にMR700万が支払われた。

C) リハビリ給付(第57条)

障害を負った者は、SOCSOが提供するリハビリ施設を無料で利用することができる。2002年には、労災補償と障害保障をあわせて、MR1400に相当する給付が行なわれた。

D) 教育給付(第57A条)

労災により死亡した者、障害年金(非労災)の受給中に死亡した者、55歳になる前に障害年金(非労災)の受給要件(減額年金のそれも含む)を満たして死亡した者、障害年金(労災および非労災)を受給中の者、以上の者に扶養を受けていたまたは受けている子どもに対して、教育ローンまたは奨学金が支給される。2002年には、労災補償と障害保障をあわせて、2071件にMR3580万が支給された。

以上がSOCSOによる給付の内容と現状である。

4. 所得保障に旧宗主国の影響はあるのか

マレーシアにおける所得保障の形成に、旧宗主国イギリスの影響があったのではないかというのは、誰もが考えることであろう。この点に関連して、Doling and Omar(2000, p.9)では、「マラヤの植民

地政府が依って立つべき伝統的なシステムが存在しなかったため、福祉サービスは相当程度イギリスのシステムの考え方に基いていた」と述べている。しかし、これがマレーシアで具体的にどのような制度につながっているのかということには、Doling and Omar はまったく言及していない。EPF は、植民地政府によって創設されたとはいえ、プロビデントファンド方式はイギリスでとられた社会保険方式と異なる。また、イギリスでは制度が国民保険というかたちで一元化されているのに対して、マレーシアでは公務部門と民間部門とで制度が並立しているし、所得保障の重要な制度である失業保険と家族手当がマレーシアには存在しない。さらに、マレーシアの医療保障にはイギリスの影響が反映されていると、複数の文献によって指摘されているが、この点にも筆者は次節で異論を唱えたい。なお、Doling and Omar (2000, pp.19-20) は、上記の言及とはまったく対照的に、つぎのように述べている。

「イギリスとマレーシアの福祉制度は、多くの点で非常に異なっている。イギリスでは、相対的に高い歳出が割り当てられ、セーフティーネットと普遍的プログラムのミックスによる西洋的レジームである。これに対しマレーシアでは、家族の主要な役割と、経済成長の必要性の支持に基づき、少ない歳出というアジアの伝統を反映した非常に最小主義的なプログラムである。」

欧米列強の植民地下にあった国々の社会保障を理解するためには、旧宗主国の影響を考慮しなければならないが、マレーシアとイギリスとをみた場合、このような理解のほうが筆者の見解に近いといえよう。

III 医療保障

1. マレーシアの医療とイギリス NHS

マレーシアには、公的な医療保険制度が存在し

ない。これに関して、同国の医療保障には旧宗主国イギリスの強い影響があるためという旨の見解を示す文献が散見できる。例えば、Ramesh, with Asher (2000, p.90) は、医療費に占める私費の割合が急速に増大しているとしながらも、マレーシアにはイギリスの医療制度のあり方が反映され続けているとしている。また、Gough (2000, p.5) はマレーシアの制度を「イギリスの影響を受けたナショナル・ヘルス・システム」と称している。しかし、そのようなことを具体的に示す文献は見当たらないし、マレーシアにおける医療保障のありかたは、むしろイギリスの NHS のような制度とは異なっているというのが、筆者の見解である。

まず、公的医療機関において患者から徴収される料金が、Fees (Medical) Order 1982 で詳細に規定されている。例えば、外来の場合は、患者負担は MR1 である。しかし、他の医療機関に紹介を受けた場合には、そこでの受診には初回を除き、毎回 MR5 の患者負担が生ずる。また、入院の際には、病室のクラスに応じて、一日当たり MR3～80 のベッド料金が課されるうえ、検査・診療項目ごとに料金が決められており、患者はこれを負担しなければならない。しかも、こうした規定の起源は Fees Act 1951 にあり、イギリス統治時代末期には、すでにこのような患者負担が存在していたのである。なお、公務部門の人々にはそうした料金は課されず、ここにも多くの途上国と同様に公務部門の優遇がみとれる。

他方、経営主体別に病院の内訳をみた場合、2001 年現在で公立が 3 万 4536、私立が 9949 とベッド数では公立が上回るものの、病院数では公立が 121、私立が 224 と私立のほうが上回っている (MOH, n.d., pp.162-163, 185)。いうまでもないことではあるが、私的医療機関はより快適な施設やサービス、迅速な診療、高品質の薬剤等²¹⁾を希望する患者に需要がある。また、立地はそのような患者が多い都市部が中心となる。もちろん、私立

病院で受診した場合には、原則として医療費は全額自己負担である。ここで「原則的に」というのは、企業が医療費を負担する場合があるほか、私的医療保険からの支払いも、私的医療費の7.2%に相当するからである(WHO, 2004, p.139)。なお、このように私立病院が増加したのは、1980年代から90年代にかけてであった(Arzmi, 2000, p.24)。1983年には、マレーシアの医療に民営化を導入する提案がなされている(Doling and Omar, 2000, p.137)。

このような民営化の状況からは、時期が符合することもあり、イギリスのサッチャー政権下でのNHS改革²²⁾が連想されるかもしれない。しかし、イギリスでは国営病院と民間病院とを問わず、NHSが医療サービスを購入するようになっているが、マレーシアではそのようなことがなく、民間病院は完全に自由診療を提供する場となっている。ちなみに、2001年現在、マレーシア政府の歳出に占める医療費の割合はわずかに6.5%であり、医療費全体に占める公私の比率は53.7:46.3と、私費が半分近くを占めている。また、その大部分は患者の自己負担である。一方、イギリスで同様の比率をみると、15.4%、82.2:17.8となっており、マレーシアとは明らかに異なっている。(WHO, 2004, pp.138-143)さらに、マレーシアの一人当たりの公的医療支出、および公的医療支出全体のGDP比はそれぞれ143ドル、2.0%となっている。これらの値は東南アジア諸国のなかでも取り立てて高いわけではないし、世界的にはマレーシアが属する上位中所得国(世界銀行の分類による)の平均(各357ドル、3.7%)を下回っている(World Bank, 2004)。

ところで、予測される医療費の増大に対して、政府が明らかに関心を示し始めたのは、医療の民営化が進み始めた1980年代の中頃からであった。このとき、政府は医療費調達に関する研究委員会を結成し、同委員会はSOCSSOとEPFを統合し、拠出ベースの国民医療保険制度を創設することを勧告した。これに対して政府は、アジア開発銀行

の協力を受け、そのような制度の実現可能性を検討する委員会をつくり、同委員会は労使が拠出(貧困者の場合には政府が拠出)する強制加入の制度を勧告した²³⁾。しかし、この勧告は実施に移されなかった。1994年には、シンガポールのメディセイブ制度²⁴⁾に影響を受け、EPFのなかに個別勘定として第三口座を設け、EPF拠出金の10%を医療費の支払いのために積み立てておくことが代替的に実施された。とはいえ、EPFへの拠出率は労使の合計で23%であるから、その10%では2.3%にしか相当しない。しかも、EPFはリスク分散のない個人口座によっている。したがって、これによって重病の平均的医療費を賄えるのは、EPFメンバーの4%に満たないとされている(Marzolf, 1996, p.8)。ちなみに、2002年の医療費引出し額はMR3613万であり、これは同年のEPF総引出し額のわずか0.33%である。また、2001年の医療費引出し額はMR3173万であり、これは同年における保健省の保健医療総歳出額の1.2%にすぎない。(KWSP, n.d.2, pp.76-77; MOH, n.d., p.23)

2. マレーシアの医療インフラ

(1) 植民地下の状況

医療保障の基盤をなすインフラの問題についてであるが、ここでもさきにふれたようにイギリスの影響を複数の学者が指摘している。しかし、筆者のみる限りでは、これを立証するような文献はやはり見当たらない。以下では、植民地下の医療制度の展開を論述したLing(1991)を主に参照して、この問題について考察してみたい。

Lingは、半島マレーシアとシンガポールについて、植民地初期(1511-1874年)、植民地後期(1874-1957年)、独立後と三つの時代区分をし、イギリスの植民地医療と伝統医療の展開について論述している。その一番のポイントは、マレーシアとシンガポールのアジア人コミュニティには、民族の伝統医療に頼り続ける以外には、ほとんど選

択肢がなかったということである(Ling, 1991, p.159)。

さて、植民地初期のマレーシアは、ポルトガル(1511-1641年)、オランダ(1641-1824年)、イギリス初期(1824-1874年)と三ヶ国による支配を受けた。このうちオランダの時代までは、基本的な施設を用いた西洋医療は、貿易や海運業に従事していたヨーロッパ人の専用で、土着のマレー社会には何の貢献もしなかった。1824年に始まる初期のイギリス支配の段階になると、猛威を振るっていた伝染病と闘うため、西洋医療を導入する実質的な努力がみられるようになった²⁵⁾。しかし、それでも植民地政府による医療では、財源、人材、そして施設が常に不足していた。医療サービスの編成は、しばしばインド植民地政府の政治イベントによって中断された。これは、同政府が1867年までマラヤの領土を管理していたからである。(Ling, 1991, pp.161-163) Law (1972)によれば、植民地政府による施設とサービスの低いパフォーマンスは、マレー系および入植したインド系、華人系住民が持続的に西洋医療を利用することに対して、十分な抑止力であった。

より良い医療サービスに向けた植民地政策の転換は、1874年以降マレー半島とシンガポールに対する経済的・政治的コミットメントをイギリスが強めることで、ようやくみられるようになった(Ling, 1991, p.164)。とはいえ、公営医療施設における人材不足は解消されず、医療サービスの提供では、民族の伝統医療が相変わらず大きな役割を果たしていた。また、植民地政府が提供する医療サービスでは貧困と慈善が強調されたために、これを利用することにはスティグマが伴った。しかも、医療施設がヨーロッパ人用とアジア人用に分離されていたために、そのスティグマはさらに増幅された。もし、このような扱いがアジア人による植民地政府の医療機関の利用に対する抑止力として不十分であったとしても、患者の間で常に死亡率が高かっ

たことが、公営病院の利用をより一層躊躇させる要因であったかもしれない。(Ibid., p.166)

イギリス植民地時代後期には、確かに以前までと比べて医療予算、医療機関数、そして患者数のいずれもが増加している(Ibid., pp.165, 167)。しかし、上記のようなことからしても、無料の公営医療が植民地下のマラヤで確固たる存在であったとはいえそうにはないのである。

(2) 現状

病院についてはさきにふれたが、これ以外には保健省のヘルス・クリニックと農村クリニックが各々858、1934、公立の歯科クリニックと診療椅子が各々1784、2930あるほか、母子保健クリニックが94ある。また、自動車による移動診療が168台で行なわれている。病院を含め、これらの施設の間では、リファーマル・システムがとられている。ちなみに、人口あたりのベッド数をみると、統計のある東南アジア7カ国²⁶⁾のうち、マレーシアはインドネシア・フィリピンにつぎ、三番目にベッド数が少ない(IMFJ, 2002, p.141)。

他方、公私をあわせた医療従事者一人当り人口を他の東南アジア諸国と比べてみると、表3の通りである。また、医療従事者を公私の機関別にみると、医師数は公的機関と私的機関で拮抗しているが、歯科医師・薬剤師は私的機関のほうが多く、看護婦と助産婦は公的機関で圧倒的に多い。なお、私的機関での給与水準が高いため、公的機関では優秀な医師を確保するのが困難になっていることが指摘されている。公的機関の医師が勤務時間外に私的診療を行なうことは途上国では一般的だが、マレーシアではこれが禁じられており、医師たちが公的機関で働くインセンティブを弱めている(Ramesh, with Asher, 2000, p.90)。このことはまた、ベッド数では私立をはるかに上回る公立病院で働く医師が、一人当たりより多くの患者を診なければならず、過重労働に陥る危険性をはらんでいる。

表3 医療従事者一人当り人口

(人)

| | マレーシア | | | ブルネイ | インドネシア | フィリピン | シンガポール | タイ | ベトナム |
|-----------|--------|---------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| | 公立 | 私立 | 計 | 公私計 | 公私計 | 公私計 | 公私計 | 公私計 | 公私計 |
| 医師 | 2,603 | 3,059 | 1,406 | 1,189 | 8,118 | 803 | 698 | 3,427 | 1,859 |
| 医師(2003年) | 2,800 | 2,709 | 1,377 | — | — | — | — | — | — |
| 歯科医師 | 27,903 | 17,297 | 10,678 | 10,737 | 33,843 | 1,840 | 3,516 | 14,916 | — |
| 薬剤師 | 47,440 | 10,613 | 8,673 | 15,850 | 29,364 | 1,722 | 3,621 | 9,675 | 13,134 |
| 看護師 | 942 | 2,651 | 695 | 231 | 2,541 | 226 | 243 | 615 | 1,766 |
| 助産婦 | 2,712 | 146,865 | 2,663 | — | — | — | — | — | — |

出所：Web site at <http://www.moh.go.my> (2004年10月18日検索) および IMFJ (2002, p.161) より作成。

注：1) 断りのない限り、年次はマレーシア2002年、ブルネイ2001年、インドネシア1999年、フィリピン2000年、シンガポール2001年、タイ2000年、ベトナム2001年。

2) —は出所にデータがないことを示す。

IV 結語

本稿では、マレーシアの所得保障と医療保障のありかたを、旧宗主国イギリスの影響が本当にあるのかということ念頭に置きながら述べてきた。複数の文献は、そうした影響があるとしているが、これまでに述べたように、それがどのようなところに現れているのかは具体的に立証されていないし、筆者の見解では、むしろイギリスの影響があるというよりも、同国とは異なる道をマレーシアはたどってきているのである。旧宗主国の影響というのは誰もが考えることであろうが、シンガポールのように、より明確にそれを反面教師として、別の道を行んでいる国があることは事実である。すなわち、かつてのイギリスの福祉病を避けるために、シンガポールでは自助努力と相互扶助が第一義的に考えられ、国家による保障は最小限度に抑えられているのである。したがって、かつて欧米諸国の植民地下にあった国々の社会保障について考察する場合には、単に抽象的に旧宗主国の影響と一括りにするのではなく、それぞれの国の理念や制度について、具体的に検証していく必要がある。

最後に、多民族国家であり、民族間の格差、し

かも原住民であるブミプトラが不利な立場にあるという問題に直面してきたマレーシアの大きな特徴と、社会保障との関係について述べて本稿を終えたい。Doling and Omar (2000, pp.41-42)は、新経済政策 (NEP) が始まった1970年代を、マレーシアにおける社会保障の拡大にとって、画期的な時期であったとしている。NEPは、第一に貧困の根絶、第二にマレーシア社会を再構築して民族間の経済格差をなくすこと、第三に民族を超えた国民の統合という、相互に関連し合う三つの主要な目標をもっていた。このうちの特に第三点目に関連して、広井 (2003, pp.17-21)は、アジア諸国の社会保障は、「経済発展に伴う発展段階的モデル(=縦軸)と、各国の政治的・文化的背景等に由来する多様性(=横軸)とがクロスする一種のマトリクスの中かで理解することができる」としたうえで、重要な横軸の第一番目に「国民的統合の強さ」をあげている²⁷⁾。確かに、社会保障の確立には社会的連帯が必要であり、そのためには強い国民的統合が求められる。Doling and Omar (2000)が70年代を画期的としているのは、EPFが上記NEPの目標に照らして、この時期にすべての賃金労働者を強制加入、自営業者と家事手伝い、外国人労働者を任意加入として、対象者の拡大を行なったこ

とを捉えたものである。しかし、EPFは所得再分配やリスク分散の機能をもたないプロビデントファンドの仕組みであり、所得保障のあり方としては企業保障(自営業者の場合には個人保障)の要素が非常に強い。したがって、EPFの拡大適用が上記NEPの目標に合致するものであると筆者は考えない。マレーシアには民族間に明らかな所得格差がまだ存在するが、EPFはその格差を温存する仕組みになっている。このようなことを考えると、多民族国家であり、国民的統合が十分でないがために、EPFのような制度が定着したともいえるのではなかろうか。

注

- 1) 紙幅の制約により、本稿では所得保障と医療保障について論述する。社会福祉については、ラジェンドラン(2002)等を参照されたい。
- 2) 国王は9州のスルタンのなかから互選される(憲法第4部第1章)。任期は5年。ペナン・マラッカ・サバ・サラワクの4州はスルタンを有せず、国王によって任命される州長が一定の範囲で類似の地位につく。
- 3) ここでの記述は、マレーシア統計局ホームページ(<http://www.statistics.gov.my>)、UNDP(2004)、マレーシア日本人商工会議所(2002)によった。
- 4) World Bank(2004, p.65)によると、2002年時点で10-14歳の児童の2%が就労しており、児童労働は完全になくなっていない。
- 5) マレーシア使用者連盟(MEF)の調査によると、5割を超える民間部門の使用者が定年の引き上げに賛同している。そのうち、大半の使用者は60歳が望ましいと考えており、一部は65歳を提案している。『海外労働時報』2000年4月号
- 6) 以下の統計は、すべて2002年時点のものである。
- 7) マレーシアには義務教育に関する法令上の規定がないが、前期中等教育までは無償であることから、就学率は小学校で94.9%、中学校で84.5%(1999年時点)と高くなっている。
- 8) この比率は上記と大きく異なるが、出所が違っている。
- 9) MEF(2002)による。
- 10) 1990年時点では、中国系・インド系の貧困率が各5.5%、8.0%であったのに対し、ブミプトラの貧困率は23.8%であった(GOM, 1991, p.46)。
- 11) 後述するように、年金受給権のない公務部門の人々もEPFに強制加入である。また、年金受給権があっても任意でEPFに加入ができる。
- 12) 現在までに度重なる改正を受けている。最新のものは2003年改定(Act A1198)。なお、人権規定は自由権に関するもので、社会権の規定はみられない。安田(1996, p.101)は、これを憲法定定当事の保守的なイギリス憲法理論の影響によるものと考えられている。
- 13) 特に断りのない限り、このような記述は当該事項の根拠となるAct 227の条項を示す。
- 14) このような条数は、1969年被用者社会保障法の該当箇所を示している。
- 15) ただし、外国人は労災補償法の対象となり、SOCSCOからは除外されている。
- 16) 通勤災害については第24条、職業病については第28条および附則第5条に詳細な規定がある。
- 17) 以下、各給付の件数と額はPerkeso(n.d.)による。
- 18) 詳細は第2条3項を参照。
- 19) 現行のものは、1992年被用者社会保障(常時介護費用の最高月額)規則である。
- 20) 現行のものは、1998年被用者社会保障(葬儀費)規則である。
- 21) 後述のように公立病院では医師一人当たりの患者数が多いために待ち時間が長い。また、同じ疾病に用いられる薬剤でも、途上国では品質に大きな格差がある。
- 22) 詳しくは、松溪(1998)第6章を参照。
- 23) その詳細は、Ron et al.(1990, pp.156-162)で紹介されている。
- 24) メディセイブを含むシンガポールの医療保障については、例えば駒村(2003, pp.187-191)を参照。
- 25) その背景として、Mills(1966)やBegbie(1967)が記したように、イギリス人官吏の多くも熱帯病にかかった。1833年にペナンでコレラが大発生したときのように、植民地行政がほとんど停止状態に追い込まれることもあった。
- 26) シンガポール、フィリピン、ブルネイ、マレーシア、ベトナム、タイ、インドネシア。
- 27) これ以外には、旧宗主国の影響とその他(個別的特殊性、宗教的・文化的要因など)があげられている。

参考文献

- Arzmi, Mansor, 2000, "Malaysia." in: JICWELS (ed.), *Country Report.: The 10th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators, 18 Sep.-29 Sep., 2000*. Japan International Corporation of Welfare Services.
- Begbie, P. J., 1967, *The Malayan Peninsula*. Oxford University Press.
- Doling, John and Roziah Omar (eds.), 2000, *Social Welfare*

- East and West: Britain and Malaysia*. Ashgate.
- EPU, 2004, *Mid-Term Review of the Eighth Malaysia Plan 2001-2005*. Economic Planning Unit.
- GOM, 1981, *Fifth Malaysian Plan 1981-85*. Government of Malaysia.
- GOM, 1986, *Sixth Malaysian Plan 1986-90*. Government of Malaysia.
- GOM, 2001, *Eighth Malaysian Plan 2001-2005*. Government of Malaysia.
- Gough, Ian, 2000, "Welfare Regimes in East Asia and Europe." Paper to be presented at *Towards the new social policy agenda in East Asia, Parallel session to the Annual World Bank Conference on Development Economics Europe 2000*, Paris, 27 June, 2000.
- Ibrahim, Rusma and Nik Affendi Jaafar, n.d., *The EPF Yesterday, Today, Tomorrow*. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja [Employee Provident Fund].
- IMFJ, 2002, *SEAMIC Health Statistics 2002* International Medical Foundation of Japan.
- JPM, 2003a, *Laporan Penyiasatan Tenga Buruh Malaysia 2002* [Labour Force Survey Report Malaysia 2002], Jabatan Perangkaan Malaysia [Department of Statistics, Malaysia].
- JPM, 2003b, *Buku Tahunan Perangkaan 2003* [Yearbook of Statistics Malaysia 2003]. Jabatan Perangkaan Malaysia.
- KWSP, n.d.1, *Laporan Tahunan 2000* [Annual Report 2000]. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja [Employee Provident Fund].
- KWSP, n.d.2, *Laporan Tahunan 2002*. Kumpulan Wang Simpanan Pekerja.
- Law, J., 1972, *The British Settlement in Penang*. Oxford University Press.
- Ling, Ooi Giok, 1991, "British Colonial Health Care Development and the Persistence of Ethnic Medicine in Peninsular Malaysia and Singapore." *Southeast Asian Studies*, Vol. 29, No.2, The Center for Southeast Asian Studies, Kyoto University, 1991.
- Marzolf, James R., 1996, *Analysis of the EPF Medical Benefit Scheme: Experience and Option for Expansion*. Unpublished report prepared for the EPF.
- MEF, 2002, *Salary & Fringe Benefits Survey for Non-Executives 2002, Salary & Fringe Benefits Survey for Executives 2002*. Malaysian Employers Federation.
- Mills, L.A., 1966, *British Malaya 1824-67*. Oxford University Press.
- MOH, n.d., *Annual Report 2001*. Ministry of Health, Malaysia.
- PERKESO, n.d., *Laporan Tahunan 2002* [Annual Report 2002], Pertubuhan Keselamatan Sosial [Social Security Organization].
- Ramesh, M. and Mukul G. Asher, 2000, *Welfare Capitalism in Southeast Asia: Social Security, Health and Education Policies*, Macmillan.
- Ron, Aviva, Brian Abel-smith, Giovanni Tamburi, 1990, *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. International Labour Office.
- UN, 2004, *World Population Prospects 2002ed*.
- UNDP, 2004, *Human Development Report 2004*.
- WHO, 2004, *The World Health Report 2004—Changing history*.
- World Bank, 2004, *World Development Indicators 2004*, World Bank.
- アジズ, ラヒマ・アブドゥル, 2000, 「マレーシア」片多順編著, 2000『高齢者福祉の比較文化』九州大学出版会, 第2章.
- 池端雪浦・生田滋, 1977, 『東南アジア現代史「フィリピン・マレーシア・シンガポール」』(世界現代史6), 山川出版社.
- 国際協力銀行, 2001, 『貧困プロファイル マレーシア』.
- 駒村康平, 2003, 「シンガポール・マレーシアの社会保障」, 広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会, 第6章.
- チュウ・ジン・エン, 2001, 「マレーシアの工業化と開発財政—被雇用者年金基金の役割を中心に—」『証券経済研究』第33号.
- 広井良典, 2003, 「アジアの社会保障の概観——「アジア型福祉国家はあるか」——」広井・駒村編, 同上書, 第1章.
- 堀井健三編, 1989, 『マレーシアの社会再編と種族問題: プミプトラ政策20年の帰結』アジア経済研究所.
- 松溪憲雄, 1998, 『イギリスの医療保障: その展開過程』光生館.
- マレーシア日本人商工会議所, 2002, 『マレーシアハンドブック 2001』.
- 安田信之, 1996, 『ASEAN法』日本評論社.
- ラジェンドラン・ムース, 2002, 『マレーシアの社会と社会福祉』明石書店(萩原康生監訳, 田中尚訳).

(すがや・ひろのぶ 岐阜経済大学教授)

発展途上国における国民皆医療保障制度の構築 — タイ国のケース —

川口 典男

■ 要約

タイは2002年の国民健康保険法の成立により、国民すべてが公的医療サービスを廉価に受けられる体制ができた。しかし、政治的トップダウン方式で急速制度のスタートが決められた面が強く、細かい制度設計の検討が十分でなかった。

しかしながら、経済状況等の客観情勢は悪くなく、今後どこまで改善して安定的な制度にできるか注目されるところである。

■ キーワード

国民健康保険法、30パーツ医療制度、農民等自営業者、プライマリケア、医療資源の偏在

I はじめに

国民健康保険法の制定(2002年)によりタイは国民皆医療保障体制の形式をひとまず整えた。

同法による新医療保障制度はそれまでの経緯もあり30パーツ医療制度とも呼ばれている。タイがこのような体制を成し遂げた直接の背景は、2001年の総選挙で躍進したタクシン首相のトップダウン方式の政策遂行によるところが大きい。これがなければ1997年憲法の52条、55条の要請を実現すべく保健省で検討されていた皆医療保障制度はこのように急速に実現される可能性は少なかったと思われる。

国民の過半を占める経済的に困窮状況にある農民・自営業者等非組織労働者を主対象とした30パーツ医療制度は6つの緊急経済社会対策(草の根経済政策)の一環として位置付けられていた。他の政策は①全国7万カ所の村落と都市住民社会組織に一律100万パーツを支給する村落基金政策、②農民の負債の向こう3年間の返済猶

予、③一村一品運動の奨励等地場産業の育成、④無担保・自己保証システムの人民銀行の設立、⑤新事業主支援政策であった。

このような背景、経緯の新医療制度は同時に大きな課題を抱えたままスタートした面がある。本稿では皆医療保障制度を取り巻く社会・経済要因と医療概況について検討し、この制度の今後の課題についてみてみたい。

II 医療を取り巻く社会・経済状況

1. 関連経済指標

(1) 経済成長率

1970年代から90年代にかけ高度経済成長をしたタイも97年の通貨危機で、99年の一人当たり実質GDPは94年水準まで下がったが、ここから回復に転じその後は99年4.2%、2000年4.4%、2001年1.5%、2002年3.5%と成長傾向にある。

過去の成長過程を少し詳しく見てみると、一人当たりGDP実質成長率の1986から2000年の平均

値は世界の五指に入る(図1)。97年に始まった金融不況の影響は国によって異なり、97年のGDP実質成長率で見ると、最も低かったのはインドネシア(-13.1%)、タイ(-10.5%)、マレーシア(-7.4%)、韓国(-6.7%)、香港(-5.3%)で中国はほとんど影響を受けなかった(7.8%)、このためタイと中国の間には大きな差ができた。

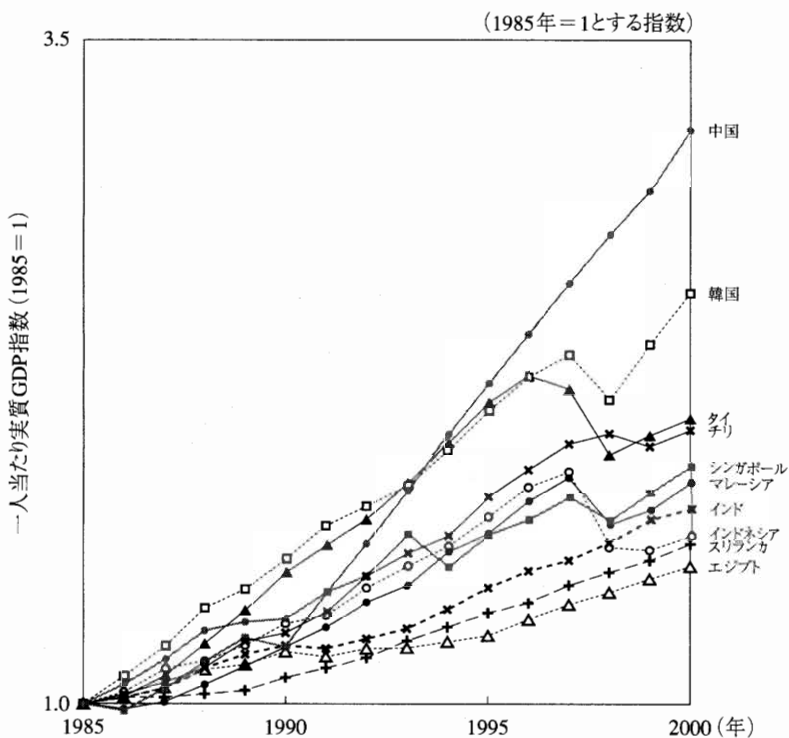
(2) 国民負担率

社会保障負担率は2000年で1.5%と非常に低い。¹⁾しかし、民間企業の社会保険がスタートした3年後の1993年に0.6%であったが、その後、対象事業所の拡大、事業者負担の引き上げ、新医療制度のスタート等があり今後急速にこの比率は高まるものと思われる。

2. 医療保障制度拡充の環境条件

タイの医療提供体制・インフラ整備状況は医療保障制度拡充のためには不十分であるが、他の諸国と比較するとどのように評価されるであろうか。

所得が韓国(8,910ドル/人、2000年値)以上の国では、米国など一部の例外を除いて、全国民を対象とする医療保障制度がすでに設けられている(図2)。アルゼンチン未満の諸国は、全国民を対象とする医療保障制度を設けていないから、今後制度の導入・拡充を図ることになる。右上方に位置する国ほど医療保障制度拡充の条件を満たしているといえる。医療保障制度導入・拡充には国としては経常的財政支出増と年々の資本支出増を必要とし、家計としては医療費一部負担や保険料等の支出増を生じる。そのため、経済成長率が高いほど制度拡充に有利な条件となることはいうまで



資料:「世界の統計(総務省統計局)」各年度版,「National Income of Thailand」NESDB(タイ国)各年次報告を基に作成

図1 経済成長の大きい国の一人当たり実質GDPの推移

もない。また、同じ経済成長率であればx軸の左方に位置する国ほど一般に医療提供体制・インフラ整備が不十分であるから、改善のための支出が大きくなる。このような視点からあらためてタイを評価すると、医療保障拡充上相対的に有利な条件にある国の一つであることが分かる。

経済成長率のほか経済・社会の安定性の観点からは物価上昇率、失業率、政府債務、対外債務、あるいは治安などについても検討を加えることが必要だが、これらの諸要因についてもタイは一定の水準を満たしている。

日本や韓国が国民皆保険を段階的に導入・完成させた時期は、毎年10%以上の経済成長が続くような好況期であった(図3)。今後、このような高度成長がタイやそのほかの国に再来することは期待しない方が安全である。このような点からも、段階導入というにはあまりに早急な30パーツ医療制度は今後安定的な制度として存続するためには各

種見直しが必要となろう。

3. 経済発展と所得不平等度の拡大

近年のタイの産業・経済は目覚ましい発展を遂げたが、ジニ係数でみる所得不平等度は62年以降ほぼ0.5~0.4で悪化気味に推移していた。²⁾ 1975年頃から1990年頃に至る期間の所得不平等度については次のように考えられる。この間増加した就業人口は、成長期にあった工業、サービス業部門に吸収される形となり、これらの人々は折からの好景気のもとに比較的高い所得を稼得した。一方、就業者の大部分を占める農業就業者の所得は低水準にとどまっていたため、全体としての所得不平等度は改善しなかった。

1990年以降のジニ係数については、いくつかの機関・研究者による測定値の時系列変化は不規則であり、また、算出機関・研究者による値の差も比較的大きい。これらの測定結果を総合すると、

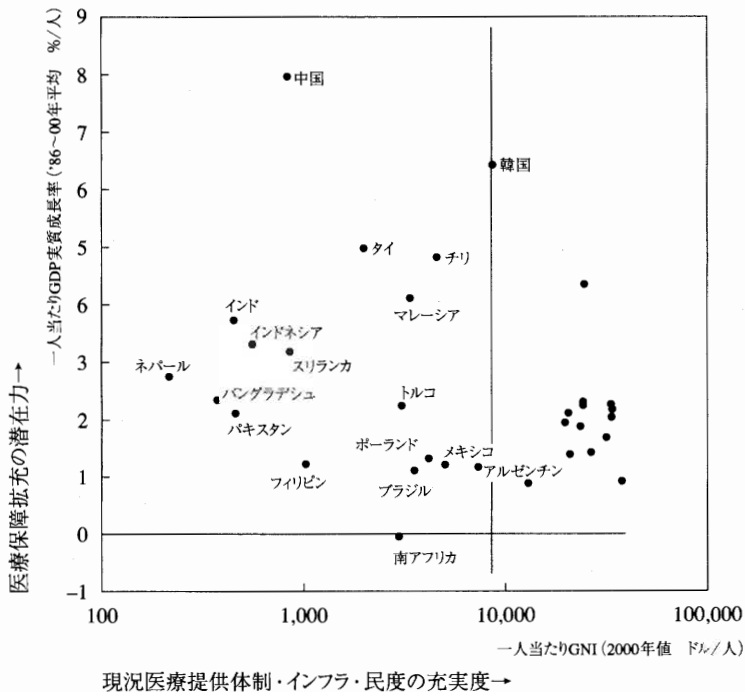


図2 医療保障制度拡充の条件

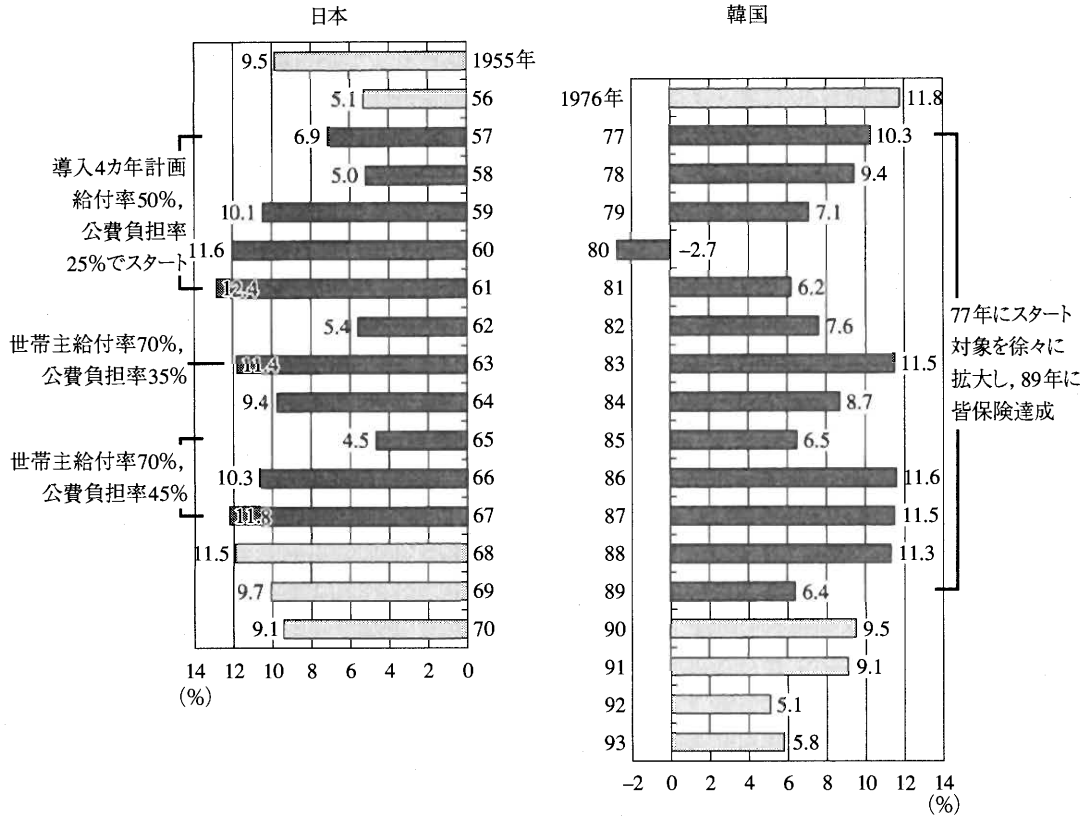


図3 日本・韓国の皆医療体制までのスケジュールと経済成長率

1990年以降の所得不平等度には、少なくとも明瞭な改善傾向は認められず、大きな変化はなかったものと推測される。

アジアの主な国の所得不平等度をジニ係数によって見ると、不平等度の最も大きい国はマレーシア(49.2)で次いでフィリピン(46.2)、トルコ(41.5)、タイ(41.4)、カンボジア(40.4)、中国(40.3)、インド(37.8)の順となっている。シンガポールと香港のジニ係数最近値は公表されていないが、従来値から判断してマレーシアに次いで大きいものと推定される。日本(24.9)、韓国(31.6)の所得不平等度は小さい。³⁾

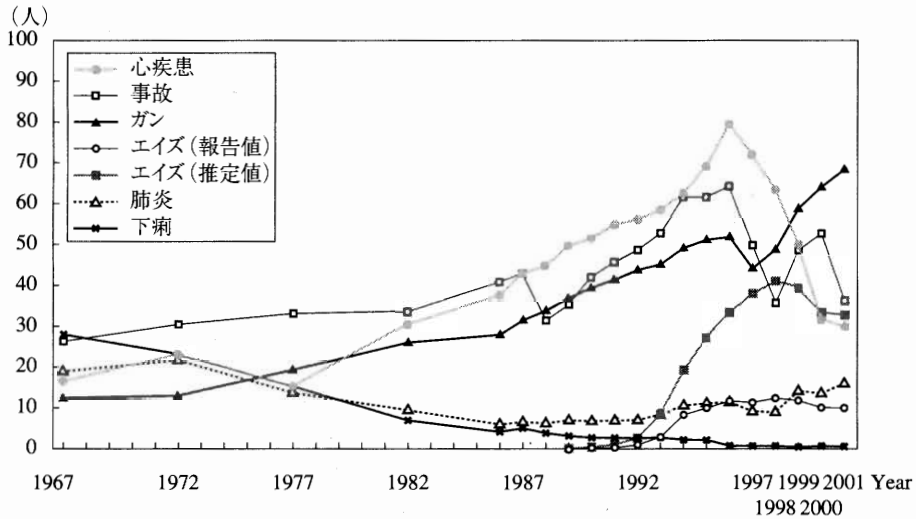
4. 医療保障制度の所得再分配機能

社会保障制度は国民の厚生水準向上を目的と

するとされており、一般的には所得再分配機能を併せ持つ。新医療保障制度前の医療保障制度(福祉的医療制度等を除く)を見ると、その対象者は公務員・大中企業従業員など国民の約20%強に限られる。このような制度のもとでは、恩恵はこれを最も必要とする最低所得層には及ばない。

タイでは所得不平等度がかなり大きく、適切な所得再分配を必要とする状況であるにもかかわらず、従来の医療保障制度による所得再分配は中・高所得層に対して厚くなされ、この点だけに着目すると医療保障の所得再分配は格差拡大の方向になされていた。

しかし、今回の新医療制度はその主対象が中低所得層であることから所得不平等に関しては改善方向に作用すると期待される。



資料: Ministry of Public Health (2002a)

図4 10万人当たり疾病別死亡者数

5. 医療保障の経済効果

タイの保健衛生現状を見ると、先進国に比べ成人病・慢性病と呼ばれる症例の割合は増えつつあるが、急性疾病やあるいは伝染性の疾病割合も大きい(図4)。そのため、一定期間の受療によって全治する疾病の割合が大きい。また、先進国に比べて若年層の罹病割合が高い。このような状況のもとでは、医療保障制度の経済的効果は大きく、特に、若年層の保健向上を通じて生産に直接寄与する効果は大きいと考えられる。

6. 就業構造

(1) インフォーマルセクター就労者

組織労働者は既に公的医療保健の対象となっているので、今回新たに対象となるのは、非組織労働者である。NESDB⁴⁾によると、これらは次の二つに分けられる。①非公式な分野での財とサービスの生産や違法ではないが、受け皿となる法令が存在せず、明確な納税システム、または給与報酬制度や雇用制度も存在しない分野の小規模な事業で変化が早く、安定も欠いている就業。具体

的には、零細農民、家事請負労働者、請負生産労働者、家庭における零細生産事業、行商、移動式簡易店舗での商売、家庭内用品の修理、バイクタクシー等。②違法な財とサービスの生産。すなわち違法賭博、麻薬密売、売春、地下銀行、各種商業詐欺行為等である。これらインフォーマルセクターで働くものは就業人口の71.9%ともされ、そのうち農業部門が42.2%、それ以外が29.7%である。

(2) 農業就業者

1980年以降の農業就業者数はやや不規則な推移を示すが、2000年値を1980年値に比べると大きな差はない。一方、この間に全就業者数が増大したため、全就業者に占める農業就業者割合(%)は最近20年間に70%程度から48.8%(2000年値)にまで大幅低下した。すなわち、実数ベースで見ると、全就業者数増加分が工業・サービス部門に吸収された形となり、就業者割合(%)でとらえると、見かけの上で農業就業者が工業・サービス部門に吸収された形となる。このようにしてタイの農

業就業者割合は大幅低下したが、それでもなお、アジアの中ではミャンマー、バングラデシュに次いで高い水準にある。医療保障制度の観点からは、高い農業人口割合は次の(3)のような問題をもつ。

(3) 所得格差と医療アクセスの不便

おおかたの低・中所得国において農業就業者の平均所得は低いが、タイ国もその例外ではない。産業別平均賃金で見ると農業就業者の賃金は全産業平均賃金の50%に達しない。自営業所得等を含めた産業別所得統計なるものは存在しないが、賃金水準やタイ国農村部の生活水準実態から判断して、農業部門の平均所得は他部門に比べて著しく低い⁵⁾。農業就業者割合が大きい国ほど所得不平等度が大きいとは一概にいえないが、この点ではタイの所得不平等度はかなり大きい方である。

また、農村部では交通・通信・銀行が不便なことなどから医療保障制度ができて医療機関への受診の利便性に問題が残りがちである。

7. 人口構造

タイでは、平均余命の延長、出生率の低下(1970年3.2、2000年1.05、2020年0.53)、医療生活環境の改善による死亡率の低下等により人口構

成(1970年14歳以下45.1%、15～59歳50%、60歳以上4.8%、2000年、25.3%、65.3%、9.3%、2020年、19.1%、64.9%、15.9%)が変化し、人口ピラミッドが樽型から逆三角形に近づき始めると予想される。高齢化のスピードがOECD諸国の倍のスピードであることから、これから急速な高齢化社会到来となる。

当然疾病構造も大きく変化すると予想される。今回の新医療制度ではプライマリケアを重視しているが、これに加えてより具体的な生活習慣病への対策も早晩具体的に要請されることになる。

III 医療概況

既述の社会経済状況の下、新医療保障制度の置かれている医療環境を検討する。

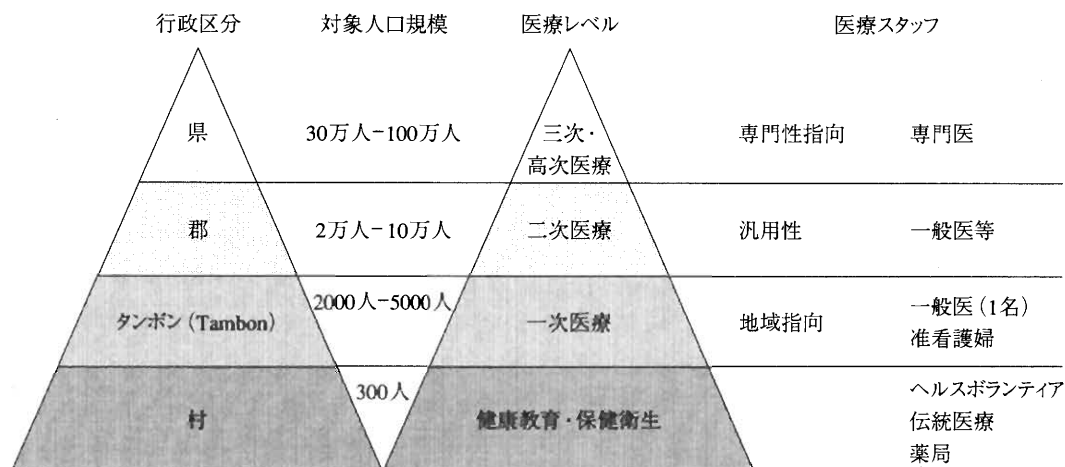
1. 医療関係主要指標

タイの医療環境、医療資源は総じていえば一人当たり国民所得に相応した水準である(表1)。しかしそれがゆえにこの状況を急速に改善するには、チャレンジングともいえる新医療制度が必要とされていたとも考えられる。

表1 日・タイ医療関係資源の比較

| 項目 \ 国 | 日本 | タイ | 日本：タイ |
|--------|---------------|-------------|--------|
| 医師 | 255,792 | 18,025 | 34 : 1 |
| 歯科医 | 90,857 | 4,141 | 22 : 1 |
| 薬剤師 | 217,477 | 6,384 | 34 : 1 |
| 看護師等 | 1,103,760 | 100,443 | 10 : 1 |
| 病院数 | 9,239 | 1,293 | 7 : 1 |
| ベッド数 | 185.6万 | 13.6万 | 14 : 1 |
| 人口 | 127.3百万 | 63.5百万 | 2 : 1 |
| GDP | 4,841,584百万ドル | 122,166百万ドル | 40 : 1 |

資料：厚生統計要覧，Thailand Health Profile 1999-2000等より作成。
 注：日本の数値はGDP(2000値)を除き他は2001年値，タイの数値は2000年値(人口のみ2001年値)。



資料：JICWELS (2004) をもとに筆者作成。

図5 医療供給体制

(1) 保健衛生

保健衛生状況を表すために一つの指標として乳児死亡率を見ると、タイのそれはやや高いほうで(千人率28)、同国の一人当たり GNI (2010ドル/人)にほぼ見合う値となっている。

平均寿命についてもタイの値はやはり同国の一人当たり GNIにほぼ見合う大きさである(69歳)。乳児死亡率や平均寿命に見られるように、タイ国の保健衛生状況は国の所得水準相当であるといえる。すなわち、中所得国の平均的な水準にある。⁶⁾

(2) 疾病構造の経年変化

IIの5で一部言及したが、1970年代以降の高度経済成長過程で、生活水準が向上するにつれて、心臓病、ガン等の死亡原因が増え、栄養失調、下痢、肺炎等の伝染病での死亡は減少し、途上国の疾病構造は薄れつつあるが、詳細に見ると、死亡率は下がっているとはいえデング熱は周期的に発生しており、5歳児以下の下痢での死亡率も増えている。

また、結核やマラリアも課題として残っている。

これらの状況はバンコック等都市部と地方、富裕層と低所得層でも差がある。

タイの場合健康転換でいうところの急性疾患、慢性疾患、生活習慣病のそれぞれのフェーズが混在し、バンコックでは退行性老人疾患のフェーズも始まっているという状況である。

医療費に関しても近年再び増加傾向を示している。⁷⁾

2. 医療提供体制等

(1) 医療供給体制

医療機関はヒエラルキー型をしており、レファラル制のもと患者の最寄りの医療機関がゲートキーパー役を果たし、一次医療から三次医療まで振り分けられる仕組みになっている(図5)。この点風邪でも大病院に行く日本とは状況を異にしている。しかしそれぞれの医療機関の担当する住民数と医療資源の間にギャップ⁸⁾が大きいことが問題である。

IV 公的医療制度

新医療保障制度の2年半(2001年の試行からすれば3年半)の実績と課題を検討する。

1. 概要

(1) タクシン政権誕生前の政府内検討状況

保健省医療システム研究所のレポートでは、⁹⁾ 既存の医療保健制度でも既に多くの不備があったとしている。① 公務員医療保健制度：支給金額を超える個人負担部分が多い場合に対応できない、② 社会保険制度：事業所が登録を怠る、コスト節約目的で十分な医療が受けられない、③ 低所得者医療：病院に支給される医療費補助が少ないため医療サービス水準が低い、④ 民間医療保険：保険契約解釈上のトラブル、治療費水増し等。また、国民全体の健康医療関連支出のうち32%が家計部門の負担であった。まして公的医療保障制度の対象外の国民はより大きな困難に直面していたとも指摘している。

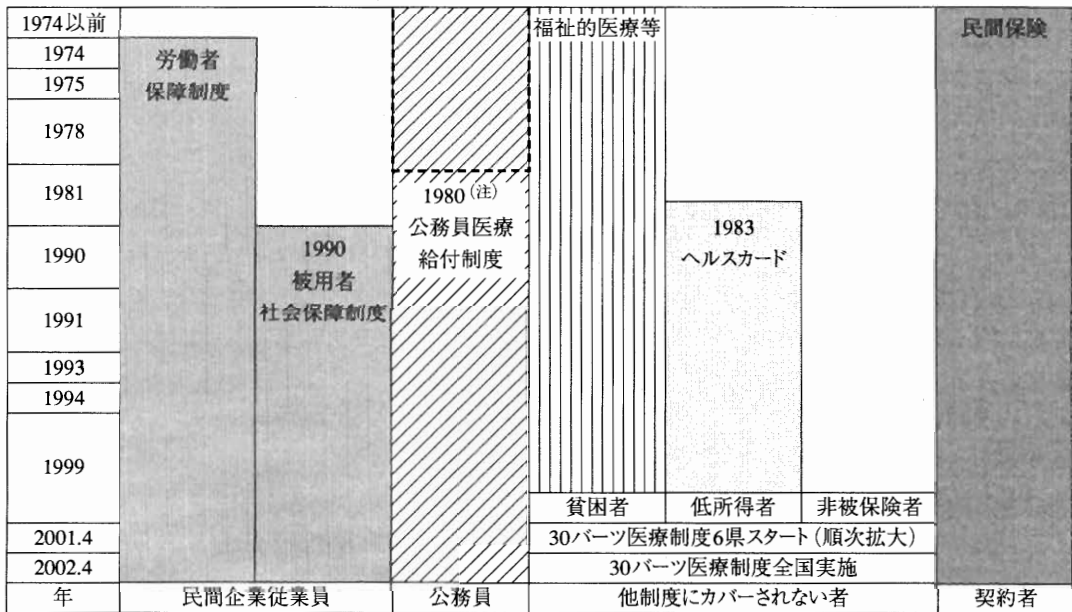
これらの問題を解消するための全国民を対象とした医療制度構築の選択肢としては、既存制度の適用対象拡大、単独基金設立による全国民に統一

された健康保険制度を適用し単独医療財源を運用、公共部門と非公共部門の二制度の3案が検討されていた。そして当時の医療費をベースに検討すると少なくとも一人当たり1450パーツが必要とされていた。これはその後スタートして30パーツ医療制度の1202パーツとの間にはギャップがある数値であり、実際制度スタート後、病院の現場から大きな不満が表明されたことが記憶に新しい。

(2) 経緯

30パーツ医療制度スタート前の状況は、2000万人以上が公的医療保障の外にあったと推定されている。

1990年の社会保険のスタート以降福祉的医療の拡充もあり、一定の成果を見たものの、非組織労働者である農民等は福祉的医療制度以外頼るものがなかった。こうした状況は1997年憲法により改善の方向が示され、前述のタクシン政権のものと改革により皆医療保障体制が実現された(図6)。



資料：各種資料より筆者作成
注：この時期に法律で根拠が明示された。

図6 職業区分と医療保障スキーム

2. 国民健康保険法 (2002年11月19日施行)

制度の具体的内容、費用、運営等に関する事項の詳細は、ほとんどがこの法律に規定する各種委員会が決まる仕組みとなっている。したがって現在行われている新医療保障制度の具体的内容とその変更は各種委員会による関係規定で決まる。

被用者社会保険と医師会から医療サービスレバ

ルの低下や医療事故責任の点で指摘を受けこれらの調整を経てできた法律の構成は、全70条で、前段4条、第1章保健サービスを受ける権利(5条～12条)、第2章健康保険委員会(13条～23条)、第3章健康保険事務局(24条～37条)、第4章健康保険基金(38条～43条)、第5章サービス提供単位と保健サービスの規格(44条～47条)、第6

表2 タイ国医療保障制度概要(2004)

| 制度区分 | I. 公務員医療給付制度 (CSMBS) | II. 被用者社会保険制度 (SSS) | III. 労働者補償制度 (WCS) | IV. 30パーツ医療制度 (Universal Coverage) *1 | | V. 民間保険 |
|------------------------|--|---|--------------------------------|--|----------------------|--|
| | | | | 30パーツ負担あり | 30パーツ負担なし | |
| I. 制度の性格 | フリッジ・ベネフィット | 強制 | 強制 | 社会福祉 | | 任意 |
| モデル | 公的償還払いモデル 出来高払い, DRG | 公的社会保険モデル 総額予算 | 公的償還払いモデル 出来高払い | 普遍主義モデル 総額予算 | | 任意加入償還払い モデル |
| II. 対象者 (2003年) | 公務員, 年金生活者 およびその被扶養者 (両親, 配偶者, 子 20歳未満3人まで) | 民間企業従業員本人 のみ(1人以上の 企業) | 民間企業従業員 (1人以上の企業) | 他制度カバーされな い貧困者, 高齢者, 12歳以下の子, 中 学生, 障害者, 退役軍人 | 他制度カバーされな い右記以外の者 | 富裕層しかしI. II. III. IV.のいずれかの制度 に所属資格がある |
| 対象者数(百万人) | 7 | 10 | 10*2 | 45.9 | | 1.1 *3 |
| III. 給付内容 | | | | | | |
| ・外来サービス | 公立のみ | 公立・民間 | 公立・民間 | 公立・民間 | | 選択された民間病院 |
| ・入院サービス | 公立・民間 (緊急の場合のみ) | 公立・民間 | 公立・民間 | あり | | 選択された民間病院 |
| ・病院の選択 | 自由 | 契約病院もしくはその ネットワーク内 | 自由 | 居住地に一番近い病院 | | 自由 |
| ・現金支給 | なし | あり | あり | なし | | なし |
| ・適用要件 | すべて | 仕事非関連の疾病, ケガ | 仕事関連の疾病, ケガ | すべて*4 | | 保険料に応じて |
| ・適用除外要件 | なし | 15の除外要件 | なし | 11の除外要件*5 | | 重大疾病は条件あり |
| ・出産給付 | あり | あり | なし | あり | | 可能 |
| ・年次健康診断 | あり | なし | なし | あり | | 可能 |
| ・予防・健康増進 | なし | 健康教育・予防注射 | なし | あり | | なし |
| ・非カバーのサービス | 特別看護 | 個室ベッド, 特別看護 | なし | 個室ベッド, 特別看護, メガネ | | 加入条件による |
| IV. 財政 | | | | | | |
| ・財源 | 一般税 | 労・使・政府の3者が それぞれ1.5%ずつ拠 出(1999年以来一時 1%に減じられていた) | 使用者は災害発生率 に応じて給与の 0.2~2% | 一般税 | | 個人家計 |
| ・支払責任者 | MOF | SSO | SSO | NHSO | | 民間 |
| ・支払の仕組み | 出来高払い | 人頭払い*6 | 出来高払い | 人頭払い*6 | | 出来高払い (上限あり) |
| ・一部負担 | 民間病院の外来 | 出産・救急医療 | 30,000パーツの上限 を超えた場合 | なし | 1回当たり30パーツ | 加入条件による |
| ・一人当たり支出額 (パーツ)2003 | 2,948 | 1,588*7 | 12億76百万 | 1,311*8 | | 2,735(個人) 1,045(グループ) |
| ・一人当たり補助金 (パーツ)2002 | 2,948 プラス管理費 | 529 プラス管理費 | 管理費 | 1,311 プラス管理費 | | 保険料控除あり |

資料: 各種資料から筆者作成

*1 30パーツ医療制度は保険料を徴収するシステムではない。しかし30パーツ医療制度があくまで将来的な国民健康保険制度への通過点という保健者の立場から一般的には医療保険制度の範疇で呼ばれることが多い

*2 非営利組織職員は非加入

*3 この数値は個人・グループの保険対象ケース数であり、対象人数ではない。統計局発表の数値 (Health and Welfare Survey 2003では、受益者が個人・団体に1.1百万人と推定している)

*4 予防, 健康増進, 医科・歯科

*5 薬物中毒治療, 美容整形等

*6 特定の医科と歯科治療は出来高払い制のもと償還払い

*7 人頭払いと歯科, 心臓外科等の出来高払いの合算額より計算

*8 2003年一人当たり1,202パーツに追加予算50億パーツを加えたものより計算

章保健サービスの規格と品質管理委員会(48条～53条)、第7章職員(54条～56条)、第8章サービス提供単位の監督(57条～62条)、第9章罰則規定(63条～64条)、臨時規定(65条～70条)、付表：医療給付内容となっている。

3. 医療制度の概要

全国民は公的医療保健制度の対象となっているが、30パーツ医療制度(表2、参考)では、受診できる医療機関に制限があり、高額な医療の際は実質自己負担を強いられるか、低レベルの医療サービスになることがあり、問題とされている。また、高額所得者ほど高品質の医療サービスを求め民間保険を利用、併用をする傾向もあり、本来の公的皆医療保障制度の趣旨に沿わない実態が生じている面があり得る。

4. NHSO 年次報告に見る制度運営に係る評価等

NHSOは2004年2月に首相に新医療制度の二年間の経過報告をしているが、正式な年次報告(NHSO 2004)がその後作成されている。

(1) 年次報告に見る新医療制度利用者の不満等

年次報告には、NHSOのコールセンターが受けた苦情と13県、6083人に対するアンケート調査

結果が示されている(表3)。

具体的には、半数以上が家計の医療支出削減に役立っていると、特に貧困層には役立っているとしている。また、41%が医療内容の改善が必要と指摘し、他の医療制度におけるよりも質が低いとしている。

医療機関に対しても同様にサンプル数3006の調査が行われ、配分予算の増額(39.8%)、医療給付内容を患者の需要によりあったものとする(25.6%)、さらに、迅速な予算配分、継続的に医師等の辞職が続いていることを回避するために業務負担を減らすための医療スタッフ増員などが要望されている。

(2) その他の状況

2004年2月19、20日に開催された国民皆医療体制推進会議での保健省公衆衛生システム研究所報告によれば、30パーツ医療制度スタートにより当面、公共医療関係での業務上の負担は5%増え、1000人の新規医師需要が発生したとされている。

他方、2002年に、保健省の地方勤務医が316人退職(新規地方配属の32%にあたる)しているが、この背景には業務負担増、正規勤務時間外のアルバイトができないことに加え経済基調の回復に伴い民間への医師流失の傾向が強まっていることもある。¹⁰⁾

表3 医療機関別不満割合

(件(%))

| | サービス | 医療内容 | 支払い | カード発行と登録 | 給付内容 | その他 | 全体 |
|------|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------|-------------------|
| バンコク | 25 (2.41) | 354 (34.07) | 252 (24.25) | 192 (18.48) | 212 (20.40) | 4 (0.38) | 1,039 (100.00) |
| 地方 | 21 (3.73) | 197 (34.99) | 113 (20.07) | 85 (15.10) | 143 (25.40) | 4 (0.71) | 563 (100.00) |
| 全体 | 46 (2.87) | 551 (34.39) | 365 (22.78) | 277 (17.29) | 355 (22.16) | 8 (0.50) | 1,602 (100.00) |

資料：NHSO (2004)

5. 新医療保障制度のスタート後の状況

(1) 新医療制度の具体的状況

2003年時点での医療制度別対象者人口は被用者社会保険で一人以上雇用する事業所に対してまで適用が進んだことにより大きく伸びており、30パーツ医療制度対象者も増加し、非登録者が減少、公務員数の抑制策もあり公務員のそれはわずかに減少となっている。

新医療制度に対しては、NHSOの年次報告にあるように新医療制度に対し評価しつつも各種不満が表明されている。これは、公的医療保障制度の対象とされていないことから医療サービスを受けることに支障のあった農民等非組織労働者にその享受を容易にしたことが、医療サービスにかかる家計支出と受診に変化をもたらしたことがその背景にある。

最低家計所得層では医療支出の家計に占める割合が1992年の8.17%から2002年には2.77%へと軽減されている。それに対して、最富裕層では1.27%から1.17%とわずかな減少しかしていない。¹¹⁾

そもそも各医療制度別に見れば分かるが30パーツ医療制度対象者は低所得者が多く所得区分

の下位2区分で制度加入者の60%を占める。

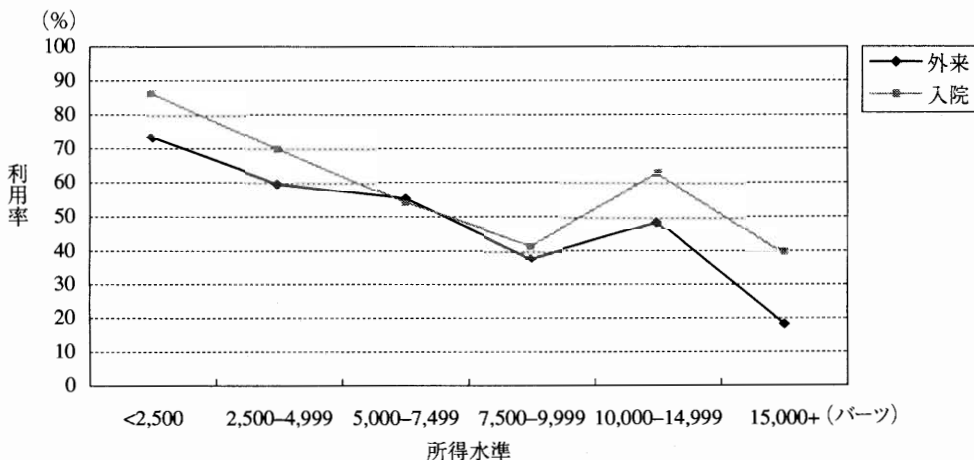
これに比し民間保険加入者に富裕層が多いのは当然としても、30パーツ医療制度を利用しない者の所得構成が30パーツ医療制度加入者よりはるかに高所得者が占めていることは問題であり、今後財源構成の見直し如何では所得再分配の点から公的医療制度としての意味合いから見て問題が強まる可能性がある。

また、受診行動で見ると外来入院とも伸びており医療機関へのアクセスが容易になっていることが分かる。

また、利用医療機関別では外来では身近な民間診療所、ヘルスセンター、群病院での受診が伸び、県レベルでの中心医療機関である県病院での受診が減っている。これは身近にある登録医療機関での受診からスタートするレファラルシステムが効果を発揮しているものと考えられる。

入院に関してもほぼ同様の傾向であるが、民間病院へのそれは伸びておらず、群病院の伸びが高いのが特徴的である。¹²⁾

しかし、気がかりなのは医療を受ける際に必ずしもゴールドカード(30パーツ医療制度利用者証)を利用していない点である(図7)。



資料:Pannarunothai et al. (2002)

図7 ゴールドカード(30パーツ医療制度)利用率

データが試行段階実施の2001年のデータなので、その後より改善されていることを示すデータが出ているようであるが、少なくとも初期の時点では、低所得層でも80%前後しか利用しておらず、高所得層では30%前後にすぎない。

理由として考えられるのは、①政府公報が十分でなく、人々の新医療制度利用についての認識も進んでいなかった、②医療機関側の準備不足、③他の制度や私費払いに比べて医療サービスの内容が貧弱なものとされるケースが散見されたなどであったと推測されるが、この状況は現時点でも十分には解消されていないと思われる。

しかし、医療費がよりかかる入院を中心に改善傾向にあることは見て取れる。

(2) 医療機関の現況と課題

新医療制度のもと業務量が増え正規勤務時間外での私的診療行為がしにくくなっていること、給与が抑制されていること、景気回復に伴い民間医療機関への転出傾向があることなどから医師の公共医療機関からの転出が増えだしており、このことが悪循環を来す嫌いがある。

公的医療機関収入では患者からの窓口支払いが減り、新医療制度からのもともと低額の積算根拠の予算配分も滞りがちなこともあり財政は苦しい状況になっている。

医療機関の機能向上を目指した機能認定制度も認定済みは3.9%にすぎない。¹³⁾

6. 制度全般に関する今後の課題

1. 制度上国民皆医療保障制度を整備したことは、組織労働者のみへの医療制度で所得不平等を助長する方向にあったのを是正し、全国民に受診の機会を広げたことには大いに意義がある。
2. しかし、一年弱の段階試行を経たとはいえ、日本や韓国のスケジュールに比べ準備期間が短すぎたといわざるを得ない。
3. 特に、制度の分立を残した上に、制度間に給付内容格差が生じている点は今後ますます問題となる。
4. 医療機関の選択の自由が著しく制限されていることは、受診の機会の制約にもなり、特に農村部ではその可能性が高い。
5. 新医療制度は実質的には医療の需要側を拡大した割には供給側への実効ある対策が少なく、医療内容の全体的低下を引き起こしている可能性がある。
6. 具体的には、アンケート調査等に示される不満、受診に際して医療保険証を必ずしも提示せず自費診療で受けるケースがある点などに伺える。
7. 医師等の養成が具体的に着手されておらず、業務負荷の増大、処遇の低下等から保健省管轄下の医師の辞職が増加していることは問題である。
8. 医療機関の機能評価認証も遅々として進んでいない。
9. 大都市部では株式会社組織の病院で外国人、高所得者を対象とした質の高い医療が広まりつつあり、平等な医療の受診という点では矛盾が出ている。
10. そもそも財政的に一般財源に仰ぐ制度であり、制度の財政的安定性の点からも問題が多く、一部負担が30パーツから引き上げざるを得なくなる可能性は高く、¹⁴⁾その引き上げが大きいと、庶民の受診機会の制約ともなる。
11. 誰がどの保険制度に加入しているのかが明らかでないという問題をシステム上は解決した。しかしながら、越境受診といった問題については、現状のシステムでは解決しているとはいえない。今後、登録医療機関制度を超え、フリーアクセスに基づく医療サービス提供を展望するならば、支払制度システムと整合性をもつ強固なシステム構築が重要になる。

12. 皆医療体制のもと医療サービスの質の確保も重要なテーマである。当面、医療提供環境の質の向上であり、医療従事者の充実や医療機器などの整備、衛生環境の確保などが中心となる。病院に関しては病院認定制度の着実な推進が必要である。
13. 30パーツ制度をはじめとする保健省のUC政策の柱の一つは、「プライマリケア」を中心に据えた医療提供体制の構築であり、地域保健の拡充方針が示された。地域レベルでは健康ボランティア、家庭健康リーダーなどの住民参加型のヘルスプロモーションが行われている。

参考 30パーツ医療制度の給付内容(抜粋)

| | |
|---|---|
| <p>1) 以下の医療サービスが給付される。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 健康の維持、疾病の予防と管理 <ol style="list-style-type: none"> a. 妊婦の検診 b. 子供の健康、成長、栄養管理対策及び疾病予防措置 c. 健康診断 d. 家族計画 e. エイズの母子感染予防 f. 訪問看護 g. 個人・家庭に対する健康教育 h. 健康維持のための相談 i. 歯科検診等 2. 検診、診察、治療、リハビリテーション、委員会で認める代替医療 3. 2回までの分娩 4. 食事と部屋 5. 抜歯、咬合、プラスチック義歯等 6. 国家基本薬品リストに則った医薬品、医療品 7. 医療施設間の移送 8. 上記1.~7.まで以外で委員会が規定する医療サービスあるいは費用 | <p>2) 以下の医療サービスは除外される</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 15日以上入院している精神病の者 2. 麻薬法に基づく薬物中毒治療とリハビリ 3. 第三者責任のもと保険対応される交通事故 4. 不妊治療 5. 体外受精 6. 医学的必要性のない美容整形 7. 医学的必要性の認められない検診、診察、治療 8. 同一疾病についての180日以上入院治療(医学的必要性が明確な場合等を除く) 9. 治験 10. 腎臓透析 11. 委員会が規定する上記1.~10.以外の医療サービス <p>3) 事故、急病の際の医療サービス受給 以下略</p> <p>4) 急病の判定基準 以下略</p> |
|---|---|

注

- 1) 社会保障負担率は93年の0.6%から97年の0.9%まで伸び、98年に一時0.7%に落ち込みその後再び増加傾向にある。
- 2) Porametee Vimolsiri (2001)
- 3) 国により1993~1999年値で百分数表示。世界銀行(2000, 2001)
- 4) 週刊タイ経済編集委員会編(2004)
- 5) 2000年時点で、産業別所得割合は農業10.3%、工業32.0%、その他57.7%である。Report of Thailand Social and Economic Development: the Well beings of Thai People, NESDB, 2002
- 6) 川口(2004b)
- 7) Ministry of Public Health (2002a) 52ページ
- 8) バンコックと中・北・南地域で2倍、東北部とでは10倍以上の差がある。Ministry of Public Health (2002a) 252ページ
- 9) 週刊タイ経済編集委員会編(2001)
- 10) NESDB (2004)
- 11) Tangcharoensatheien Viroj (2004)
- 12) 30パーツ医療制度の前後の医療機関別利用割合は基本的に最寄りの医療機関での受診割合が高くなっている。外来で県病院が減り群病院、ヘルスセンター、民間医療機関の順に、入院で群病院が大幅に増え県病院は減っている。Health and Welfare Survey 2001, 2003 NHSO

- 13) 認定準備中672 (68.4%), 認定審査中146 (14.9%), 認定済み38 (3.9%), 不明125 (12.8%) NHSO (2004)
- 14) Working Group on Universal Coverage, Health System Research Institute (2001)の当初の試算では1,404パーツのケースもあった。

参考文献

- Bennett Sara (1997) Private Health Providers in Developing Countries: Serving the Public Interest. Zed Books.
- Ministry of Public Health (2002a) Thailand Health Profile 1999-2000.
- (2002b) Public Health Statistics. A.D. 2001.
- NESDB (National Economic and Social Development Board) (2004) 仏歴2545年の草の根経済と社会保障政策に関する評価報告書(タイ語)
- NHSO (National Health Security Office) (2004) National Health Security Office Annual Report for Fiscal Year 2003 in Thai.
- Jicwels (Japan International Corporation of Welfare Service) (2004) Country Report: The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators (Course NO: J0400912).
- Pannarumothai S. et al. (2000) Feasibility and option for the universal coverage policy in Thailand. Research report for the Health Car Reform Office.
- (2002) Budget for Universal Health Coverage: Weaknesses of the Derivation of 1.202 Bath Capitation. Journal of Health Science. 11(1): 121-126.
- Pongpisut Jongudomsuk (2004) Universal Coverage Scheme (30Bath) Achievements and Challenges. NHSO Discussion Paper.
- Porameteetee Vimolsiri (2001) 'Integration of Poverty Allocation and Social Sector Into The Planning Process of Thailand' Planning in a Market Economy (LDC series no.6 2001) Chapter 5.
- Tangcharoensatheien Viroj et al. (1999) The social security scheme in Thailand: what lessons can be drawn? Social Science and Medicine. 48, 913-923.
- (2001) Budget for Universal Health Coverage: How was the 1.202 Bath Capitation Rate Derived? Journal of Health Science. 10(3): 381-390.
- Tangcharoensatheien Viroj (2004) Achievement of Universal Health Care Coverage in Thailand. NHSO Discussion Paper.
- Working Group on Universal Coverage, (HSRI) Health System Research Institute (2001) Proposal for Universal Health Coverage, Nonthaburi: HSRI.
- 川口典男 (2004a) 「新医療保障制度に関する諸条件と課題—30パーツ医療制度を中心に—」盤谷日本人商工会議所「所報」2004.6
- (2004b) 「タイ国の医療保障制度導入計画の背景の社会・経済要因」社会保険旬報No2207 (2004.5.11) No2208 (2004.5.21)
- 国際協力銀行編 (2002) 「タイ王国における社会保障制度に関する調査」国際協力銀行
- 週刊タイ経済編集委員会編 (2001) 「国民健康保険制度」『週刊タイ経済』6/4～8/6
- (2004) 「インフォーマルセクター経済管理戦略」7/19～9/20
- 世界銀行 (2000, 2001) 「世界開発報告」シュプリング・フェアラーク東京(株)
- (かわぐち・のりお 信州大学教授)

中国農民社会保障の現状と課題

沙 銀華

■ 要約

五保制度は、政府による労働力を喪失した農民、または保護者がいない未成年者などに対する救済の方法の一つであり、ある意味でそれらの対象者に最低生活を保障するという社会政策が最低範囲内で実施されたものである。その制度の存在意義は社会安定とつながっており、役割を否定することはできない。

合作医療制度は、70年代後半からほぼ解体され、農民の健康保険問題は社会的な問題となっており、1979年合作医療制度の見直しが行われた。合作医療制度に参加する村は、ほとんど沿海部にある村という結果になった。

中国政府は、改革開放後、都市の貧困人口に対して、社会保障制度の一環として、市民の最低生活保護制度を実施し、社会的な安定に役立てた。それと同時に政府は、都市部で実施された「最低生活保護制度」が農村部にも適用するように動いたが、その先行地域は、北京、上海、天津、江蘇、浙江、広東など経済発展が速い沿海部の農村地区となっている。

90年代以降、農村養老保険の発展は、沿海部の農村地域に集中し、そのほかでは中部地方の豊かなところでも見られるが、西部地方の発展は大幅に遅れている。

都市部、農村部、そして都市部に移住した農民戸籍グループによる三元社会が形成され、その中で都市部だけはやく社会保障の体制が整備されたものの、その他の2つのセクターでは、社会保障制度をどのように作るのか、三元社会に対応したセクター別の社会保障制度を作るのか、それとも今後一元化するかは、非常に重要な課題となる。

■ キーワード

農民社会保障、合作医療制度、五保、最低生活保護、農民養老保険

I はじめに

1970年代後半から中国の改革開放政策が実施されて以来、中国は計画経済から市場経済に移行、経済が急成長し、それにより国民の生活水準が大幅に引き上げられ、より安定した国家になりつつある。その中で、国民にとって最も関心が高いのは、生活を保障する安全網（セーフティーネット）である。

歴史的な原因により、中国社会は、50年代から都市部と農村部の「二元社会」になっており、都市部戸籍の住民と農村部戸籍の住民は完全に異なる社会制度の下で暮らしていた¹⁾。ところが、改

革開放された中国では、就労が自由化され、戸籍の禁固を突破し、都市部に職を求めて農村を離れ、出稼ぎ方式で流入してきている。いわゆる「農民工」と呼ばれるこれらの農村戸籍の若者を中心とする農民は、すでに、1.4億を超え、農村を離れた農民の人口を統計すると、すでに2.4億を超えたという非公式の発表もあった²⁾。この現象により、「二元社会」の均衡は崩され、都市部には受け入れられていない農村戸籍の都市部定住者が存在することにより、社会は「三元社会」に変わりつつある。その3つのセクターに対するソーシャル・セキュリティーの整備を観察すると、完全に相違する結果を得ることができた。

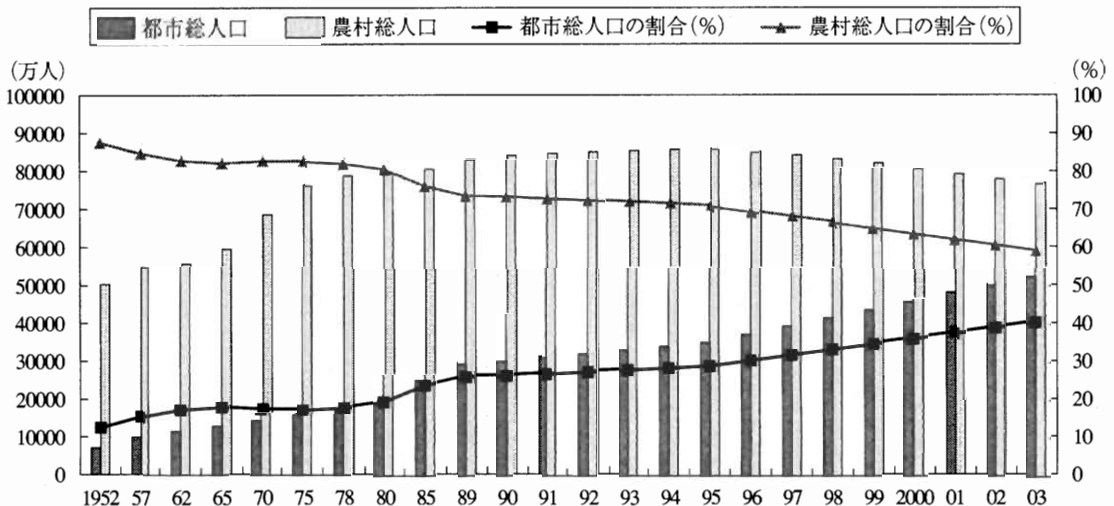
第一に、都市部住民のソーシャル・セキュリティについて、80年代から、中国政府は、都市部の社会保障制度改革をスタートさせ、90年代に年金、医療保険(日本の「健康保険」と類似)、失業保険(日本の「雇用保険」と類似)がほぼ整備され³⁾、2000年から、労災保険、出産・育児保険なども整備を開始する動きが出ている。

第二に、農村部住民のソーシャル・セキュリティについて、都市部の社会保障制度が整備される一方で、総人口の約6、7割前後を占める農村戸籍を有する農民の社会保障問題は、いまだに解決されていない。わずか一部の沿海部と内陸部の豊かな地方は、地元政府の下で、年金、医療保険制度を実施したが、残る数億の農民に対する、

老後、健康に関するソーシャル・セキュリティは、完全に整備されていないようである(図1参照)。

第三に、農村部から都市部へ流動している農村戸籍の農民工は、ほとんど都市部の社会保障制度の対象から除外され、年金、医療、失業、労災などに関する保障がほとんどない状況である。また、農民工は戸籍にある農村地区ではほとんど社会保障制度が整備されていないため、戸籍所在地よりセーフティーネットでカバーされることは困難な状況である(表1参照)。

本稿では、中国における改革開放前の農民の社会保障に関連する制度を簡単に回顧し、80年代後半からの農村の養老保険制度(年金)制度、農村医療保険制度改革などを考察し、数億に及



出所:「中国統計年鑑2004」中国統計出版社, 2004年10月

図1 中国都市・農村人口の年次推移と割合

表1 移動人口の状況(1995年11月-2000年10月)

| | 移動総人口 (万人) | 省内移動 (万人) | 省外移動 (万人) | 省内移動の 割合(%) | 省外移動の 割合(%) |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|----------------|----------------|
| 移動人口数 | 13714 | 10014 | 3700 | 73.02 | 26.98 |
| 15歳及び以上の移動人口数 | 12208 | 8794 | 3414 | 72.03 | 27.97 |
| 15歳及び以上の移動就職人口数 | 8341 | 5524 | 2817 | 66.23 | 33.77 |

出所:鄭功成他著2002「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)

ぶ農民に関わるソーシャル・セキュリティ制度の構築における問題点および解決見通し、あり方について、問題点を展開して実証分析したい。

II 沿革

1. 農村社会保障制度の概説

50年代から、中国政府は、都市部(城鎮)の職員・労働者を中心とする社会保障制度を構築し、これには、職員・労働者の養老(年金)、医療、労災、救済、福祉などが含まれている。

ところが、二元社会の下で、当時総人口の約7、8割を占める農村戸籍の農民に対する社会保障制度の構築は、ほぼ不可能であり、農村部に最も必要な最低生活保護に似た制度以外には提供できない状況であった。それは、50年代末からの合作医療制度の構築、60年代からの「五保」制度の導入および50年代からの農村災害救援・救済制度の実施などである。

2. 合作医療制度

1) 早期の保健所制度

50年代初期、農業合作社制度が各地方に構築され、山西、河南、河北省などの各地において、農業生産合作社は農民の健康を管理する保健管理所を作り始めた。

・財源

当該制度を実施する際の財源は、3つの部分に分かれる。第1に、農民が納入する保健費⁴⁾、第2に、農業生産合作社が公益金の10-15%を保健費として保健所に補助する。また、第3に、保健所は一部の医薬品を有料化しているが、それらの医薬品の使用によって得た利益は、保健費として使われる。

・医療保健の内容

農民は、保健所で重大な疾病を除いては、無料で外来診断を受けられ、出張診断も無料で受診

できるようになっている。また、一部の医薬品は無料で提供されており、疾病の予防サービスも無料で受けることができる。

2) 合作医療制度

1958年、農村が人民公社化され、翌年、中国衛生部は、合作医療制度を正式な農村社会保障制度として認め、全国の農村に普及するに至った。合作医療制度の内容は、上記の保健所制度とほとんど違いはないが、農民が納入する合作医療費は、現金ではなく、農民が働いて記録された「工分」⁵⁾より天引きされることが一般的である。

1965年9月、山西、湖北、江西、江蘇、福建、広東、新疆などの十数省、自治区、直轄市の郊外農村部では合作医療制度が普及していた。

1966年の文化大革命中は、ほとんどの農村(人民公社)が、合作医療制度を実施した。1976年の統計によると、同年、90%以上の農民が合作医療に参加し⁶⁾、1978年憲法の中では合作医療は一つの農村社会保障制度として定められている。

1979年、衛生部、農業部、財政部などが「農村合作医療章程(定款)」を公布した。これは、合作医療制度に対する統一管理の規制規定である。

ところが、70年代後半、改革開放政策の実施によって、人民公社は解体されるまでに至った。農村における請負制度が実施され、集団での農作業には終止符が打たれ、農地の経営は農民個人に任せられることになったため、合作医療制度は存続に関わる重要な財源の提供者がいなくなり、制度の崩壊が始まった。

3. 生活保護制度である「五保」制度

1) 五保制度の内容

農村には、次に掲げる条件を満たす孤独な老人、障害者、孤児に対して、特別な救済措置を採択することができる。すなわち、第1に、法定扶養義務者がいないこと、第2に、正常な生活を維持

するための労働能力が喪失したこと、第3に、生活に頼る収入が得られないこと、である。そのような生活保護制度は「五保」制度と呼ばれている。

1960年の全国人民代表大会の「56-76年の全国農業発展要綱」で、その「五保」制度は定められている。「五保」とは、5つの内容が保障されるという意味で、つまり、衣、食、薪(食品を加熱するたきぎ)、教育、葬儀の5つである。この制度の下保護される世帯は、「五保戸」と呼ばれている。

この生活保護制度は、中国農村社会保障制度の中でも重要制度の一つとして実施され、新政権に安定した社会秩序の維持、農村部で生活援助を求める最貧困層の最低生活保護において大きな役割を果たしたものと評価されている⁷⁾。その後、「五保」の内容は、住、医の部分が追加された。

2) 集中救済と分散救済

五保制度の実施方法には、2通りあり、一つは、集中救済方法である。これは、人民公社が「敬老院」という老人ホームに似た施設を作り、「五保」の対象者を集めて共同で暮らすというもので、人民公社は定期的に「敬老院」に補助費用を提供し、対象者に対して生活補助を行う。その生活保護を受ける対象者に属す財産、例えば、住宅、家具などは、生活保護を受けた時点から、処分権または所有権を人民公社に移転し、老後の生活は、完全に人民公社に任せることになる。

もう一つは、分散救済方法である。これは、まず、「五保」の対象者の面倒を見る専門的な村民を指定し、彼らが対象者の基本生活の保護を担当するため、人民公社生産隊は当該村民に金銭、または現物支給方式で補助し、間接的に「五保」の対象者に支給する方法である。対象者の所有する財産、住宅、家具、農具などの所有権は集中救済同様人民公社に移転するが、生存期間内は、使用することが認められており、死亡後、人民公社に移転することになる。また、一部の地区では、財産の所有

権が扶養者となる村民に移転するケースもある⁸⁾。

3) 五保制度の限界

1958年当時、全国の農村部には15万軒の「敬老院」があり、「五保」の対象者(ほとんどが老人)約300万人を救済していた⁹⁾。

ところが、「五保」制度は、あくまで農村部における極めて少数の老人、障害者、孤児を対象とする救済措置であり、数億の農民の老後に関わる養老保険である年金問題は、社会保障制度の中に組み入れられていない。

また、70年代初期より実施された一人っ子制政策は、その当時、一人っ子制政策を実施した初期段階で、共産党と人民政府の政策に応じて、一人っ子しか産まなかった農村戸籍の世帯は、その家族構成が大きく変化し、現在では、大半の世帯が、一人っ子である子供と夫婦二人という核家族方式になっている。改革開放後、それらの核家族世帯の親たちは高齢者と呼ばれる年代に突入したが、「養児防老」(子を養って老に備える)という伝統的な老後に備える方法は当該対象者に適用されない恐れがある。その原因は、「4+2+1」の家族構成では、子供が一人のみなため、祖父母4人および父母2人の老後の面倒を見る(扶養、介護を含む)ことが困難であることは明らかである。そのため、将来、数億の農民の老後生活はどのような形で保障されるのか、政府はどこまで責任を持って老後生活の面倒を見ることのできるのか、農民の養老問題(年金)をどのように解決するのか、農村年金制度はどのように構築するのかなど、大きな社会問題となっている。

III 農村社会保障制度改革の動き

1. 概説

70年代後半からスタートした改革開放は、市場経済化の方向に進んでいる。人民公社の解体に

よって、以前、人民公社の体制の下に存在した多くの制度は、大きく変更されたか、崩壊したケースがほとんどである。前述したように、人民公社の解体後、合作医療制度はほぼ崩壊し、五保戸制度にも大きな変化があった。

中国の農民は、数千年来、何も保障されない自然環境の下で暮らし、自然災害に遭遇した場合や、重病を罹った場合、自分の家族に以外に頼ることができない状況が続いたのである。その中で、唯一頼ることができたのが健康保険に近い合作医療制度であるが、現在、その合作医療制度もほとんど崩壊してしまった。それから、「因病致貧」(病気によって貧困になった)、「因病返貧」(病気によって貧困状態に戻った)の現象が多発しており、経済格差も急速に広がってきている。

改革開放から約20年が過ぎた現在、農村における最も基本的なことであり、また大変重要なことでもある養老と医療において、今後どのようにソーシャル・セキュリティを構築するかは中国にとって非常に大きな課題となっている。政府は、この十数年間、養老、医療に対して各方策を提出しているが、東西南北の地理的条件、経済発展が不均衡な状況下では、現在の経済環境で統一された制度作りは困難となっている。その結果、各地方政府が管轄内の農村地区で養老、医療を保障する制度を構築するケースが増えている。

また、政府は、数千年に渡って遺留されている「三農」(農業、農村、農民)問題を解決するため、この十数年間、養老・医療保障を一番重要な課題として取り上げている。そのうえ、農村社会を安定させるため、養老、医療以外に、農村の自然災害に対応する救済措置を講じることも大変重要な位置付けとなっている。

そのため、農村部の社会保障制度の整備は、おおよそ次に掲げる5つの方面より旧制度に対する改革または新しい制度の整備を進めている。

第1に、「五保」制度は引き続き実施し、その制

度の安定化を図る。

第2に、「因病致貧」および「因病返貧」の貧困層農民に対する医療救済制度を構築する。

第3に、50年間実施されてきた数億の農民を対象とした合作医療制度に対して、その制度改革を行い、新しい合作医療制度を再構築することである。

第4に、貧困層の農民に最低生活保護制度または農村特別貧困世帯救助制度を構築する。

第5に、各地方の経済環境、社会環境に沿った方式で農民の年金制度に相当する養老保険制度を構築する。

2. 五保制度

1) 五保制度の改革

前述したように、人民公社の解体後、特に、中国の全農村で負受責任制度が実施された後、以前の集団経済の基盤はほぼ崩れたため、「五保」制度を支えてきた人民公社が負担する財源はなくなり、「五保」制度は存続の危機に立たされている。一部の地方では、「五保戸」の老人が制度上保障されている生活保護を受けられなくなってしまったケースが発生している¹⁰⁾。

当面、全国統一的な国民養老保険制度はまだ完成しておらず、それに加え、高齢者の介護問題を解決する手段もいまだ見つかっていない。さらに、農村部における障害者、孤児に対する社会福祉制度も完備されていない状況のため、労働能力を喪失している孤独な老人、障害者、孤児ら、最も生活保護を必要としている人々には「五保」制度はまだ必要であり、その制度自身は農村部で労働能力を喪失してしまったものの、家計収入源がない対象者にとってはいまだに有効的な救済制度であると言わざるを得ない。

中国政府は上記の実情を勘案し、その上各地方政府のさまざまな実施方法を参照し、「五保」制度の救済方法の改革案を完成させた。まず、「五保」

制度の財源については3つの方法を認めることとした(第1に、村の上級行政機関の管理費用から提供する。第2に、郷または鎮政府が郷鎮企業から徴収した行政管理費用から提供する。第3に、親族から現物、または金銭を提供してもらい、介護が必要な場合親族から介護行為を提供してもらう)。

1985年、全国の農村に「郷鎮経費調達方法」が広がった。それは、郷・鎮政府が管轄内の郷鎮企業より徴収した行政管理費用の一部を「五保」に回し、「五保」の財源を提供することである。この方法が実施された後、1994年には、3万1000の郷・鎮で「郷鎮経費調達方法」が実施され、全国の郷鎮総数の65%を占めた。

2) 五保制度の法制化と安定化

1994年1月、国務院は、「農村五保供給扶養工作条例」(農村における五保戸に対する養護を提供する条例、以下、「条例」と略す)を公布し、この中には、五保制度に対する改革の内容も含まれている。改革前後の制度を比べると、法規で新たに明確に定められた箇所や変更された箇所は、主に次に掲げられる。

① 五保の対象者

老人(高齢者)、身体障害者および未成年者は、次に掲げる条件に合致すれば、五保という生活保護を受けられる。

第1に、法定扶養義務者¹¹⁾がいない、または法定扶養義務者がいても対象者に扶養能力がないこと、第2に、労働能力がないこと、第3に、所得がないこと、である。

② 五保の認定法制化

条例では、五保の対象者を認定することが法制化されている。五保の対象者の認定は、農民部の村¹²⁾に居住する村民が申込を行った後、村民委員会が認定手続きをし、郷または鎮の行政機関の認可を得て、「五保供養証」(五保

供給扶養証明書)を五保の対象者に発行する。

③ 五保の保護内容

五保の対象者である「五保戸」に対する生活保護の内容は、条例で明確にされている。

第1に、対象者に食料、燃料を提供すること、第2に、服装、布団など日用品および小遣いを提供すること、第3に、基本的な生活条件を満たす住宅を提供すること、第4に、病気を罹った対象者には治療を行うこと、要介護の場合生活の面倒を見ること、第5に、対象者が亡くなった場合、葬儀を行うこと、また、対象者が未成年の場合、義務教育を受けることを保障すること、である。

上記の保護内容について、具体的な保護水準は、条例では現地の農民(同村の村民)の平均生活水準と同様であるとし、これは郷(鎮)政府によって定められる。

最低生活保護の形式は、改革前の形式と同じく、集中救済方式と分散救済方式がある。集中方式において、条例では、敬老院に入るまたは離れることを対象者が自由意思で決めることができ、強制的に対象者全員を入れることは提唱していない。分散救済方式の場合、改革前の条件に加え手続きの標準化が定められた。五保対象者の生活の面倒を見る扶養者(指定される村民)と政府との関係は、改革前の単なる政府が指定する関係から、条例では政府は委託者、村民は受託者、対象者は保護を受ける者と指定されている。この三者間で「扶養協議」という契約を締結し、その協議で委託者と受託者、または扶養を受ける対象者の義務と権利を明確に決定し、委託者である政府機関は、その協議に基づいて監督的な立場から監督権利を実施することができる。

④ 五保対象者の財産処理

全面的に生活保護を受ける対象者に属す財産、例えば、住宅、家具などをどのように処理

するかが新たに条例で明白に定められた。条例は改革前の財産処理方法を承継し、法規化した。すなわち、五保を受ける対象者は、対象者となった時点から、その財産の所有権を契約方式で村民委員会に移転し、生存する期間内は自分の財産を引き続き使用することはできるものの、財産の処分権を持たない。対象者が死亡した時点で、その財産は村民委員会に帰属する。対象者の財産は、分散救済の協議で死亡後その財産が受託扶養者に帰属となった場合、その協議に従って受託者に移転する。ところが、対象者が未成年であった場合、16歳になった時点で五保協議が終止する場合、村民委員会または受託扶養者に保管されている財産は本人に返還すべきである。

3) 五保制度の安定化

1995年以降、五保制度は改革され、制度自体が法規化された。これは制度の安定化を図るものであり、その実績も1995年から安定し、1995年には、五保戸は約241万人(世帯)に達し、村民委員会または郷鎮企業(集団企業)より補助された金額は18億人民元に上った。そして、数年後の2000年には、これらの数字は大きく変わっていないものの(表2参照)、制度自体が安定してきたといえる。

五保制度は、政府による労働力を喪失した農民、または保護者がいない未成年者などに対する救済

の方法の一つであり、ある意味でそれらの対象者に最低生活を保障するという社会政策が最低範囲内で実施されたものである。その制度の存在意義は社会安定とつながっており、役割を否定することはできない。

前述したように、「五保」制度の限界性は明らかであり、当該制度は救済制度で、一般住民に適用する社会保障制度ではないため、今後、農村部の養老保険制度との関係をどのように認識するか、農村部の養老保険制度が構築され、農村部の最低生活保護制度が構築された場合、五保制度が単独で継続して存在する必要性があるかどうか、または、上記の2つの制度と統合を図っていくのが、今後の課題になるだろう。

3. 新型医療合作制度の再構築

1) 合作医療制度の再構築現状

前述したように、合作医療制度は、70年代後半からはほぼ解体され、農民の健康保険問題は社会的な問題となっており、1979年12月、衛生部など行政機関から「農村合作医療定款(試行草案)」が公布され、その定款に基づいて、合作医療制度の見直しが行われた。その結果、合作医療制度の再構築に至ることはできなかった。1985年、全国10省45県の調査の結果、農民で合作医療制度に参加するものは、45県の総人口の9.6%であり、完全に自費で医療費用を負担する割合は81%となっていた。翌年、合作医療制度に参加する農民の割合は、さらに9.6%から5%まで下がり、合作医療制度に参加する村は、ほとんど沿海部にある村という結果になった¹³⁾。

90年代初めから、合作医療制度がほとんど崩壊した後の農民の健康問題、特に「因病致貧」および「因病返貧」の貧困層農民が急増している問題について、再び中央政府は解決に着手し、1994年、國務院、衛生部、農業部は国連の衛生機構と提携し、中国の7省14県(市)で、「中国農村合作医療制度

表2 集中救済の対象者と補助費用の推移

| | 五保戸(万人) | 補助費用(億人民元) |
|------|---------|------------|
| 1995 | 241.5 | 18.6 |
| 1996 | 244.0 | 17.7 |
| 1997 | 200.3 | 17.0 |
| 1998 | 200.9 | 21.7 |
| 1999 | 195.4 | 17.9 |
| 2000 | 208.1 | 20.5 |

出所：中国民政部の1995－2001年「中国民政事業發展統計報告」

の改革」というテーマで、モデル制度をつくり始めた。1997年1月、共産党と政府は「衛生改革と発展に関する決定」を公表し、合作医療制度を改善し、発展させなければならないことを強調した。

1998年、衛生部は、「第2回国家衛生サービス調査」を行い、農村部の合作医療制度が存在している割合は6.5%のみで、自費率は87%を超えていた。また、経済発展の速い農村1類地区(ほとんど沿海部)と農村3、4類地区内陸部の地区との格差も明らかにしており、沿海部の自費率は約72%であり、内陸部は90%を越えていることがわかった。この格差は、合作医療の発展と関係があると思われる。沿海部では合作医療制度の再構築が速く、調査時点で、合作医療を利用する割合は22%を超えていた一方で、3、4類地区は2%未満であった(表3参照)。

2003年1月、衛生部による「新型合作医療制度の構築に関する意見」(以下、「意見」と略称)が公布され、新型合作医療制度は以前の合作医療制度と違って、農民のすべての病気を治療する費用の一部を給付する方法ではなく、重病のみその治療費用の一部を本人または家族に給付する制度であるとした。意見の定めによれば、当該制度の財源では、旧合作医療の場合、農民が人民公社の生産隊とともに共同で負担するが、新型合作医療の場合、農民10人民元、地方政府10人民元、中央政府も10人民元を負担することになる。その意見に従い、中国では新型合作医療制度の構築をめ

ぐって地方ごとにさまざまな形式が生まれており、新型合作医療に対する各種な研究と実践が既に行われている。

2) 合作医療制度の多様化

1980年以前、中国の合作医療制度は、ほぼ统一的に定められており、運営主体は各地方の人民公社であったが、実際の精算単位は人民公社に所属する生産隊という集団経済の末端組織である。合作医療の内容について、地方の格差はあまり見られない。

ところが、人民公社解体後、それに代わって、郷という行政機関の末端組織が誕生すると同時に、村という末端にある自治体も生まれたが、各地方の経済発展が不均衡状態にある影響で、結果的にはその各地方の村、郷の間での経済発展も異なってしまった。そのため、全国統一的な合作医療制度を回復する、または再構築することは非常に困難であるといえる。

それにより、各地方の村、郷またはその上級行政機関である県が新型合作医療の主体となって新型合作医療制度を構築したことで、それぞれ異なった形式の制度が誕生している。帰納すれば、大体次に掲げる数種類がある。

① 合作医療制度の方式

合作医療制度の方式は、運営主体と監督管理主体が違えばその形式も異なってくる。これには下記の5つのタイプがある。

表3 1998年合作医療の加入状況と医療費用の自費状況

| | 1類地区* | 2類地区 | 3類地区 | 4類地区 | 合計 |
|------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 合作医療 | 22.21 | 3.24 | 1.62 | 1.83 | 6.50 |
| 自費 | 71.79 | 93.17 | 94.77 | 81.49 | 87.44 |
| その他 | 6.00 | 3.59 | 3.62 | 16.68 | 6.06 |

出所:「第2回国家衛生サービス調査(中間報告)」(衛生部, 1998年)

* 農村地区に分類される基準は、1類地区は、経済発展の速い地区であり、例えば、沿海部の上海市郊外の農村部、江蘇省、浙江省、広東省、山東省など。4類地区は、貧困地区である。2、3類地区は中間的な地区であると類推する。

- 第1に、村が運営し、村が管理するタイプ¹⁴⁾。
- 第2に、村が運営し、郷が管理するタイプ。
- 第3に、村と郷が共同で運営、管理するタイプ。
- 第4に、郷が運営し、郷が管理するタイプ。
- 第5に、複数の方面参与するタイプ。村、郷および県と共同で合作医療制度を作るタイプである¹⁵⁾。

② 大病の治療費用を給付する方式

一部の地区では、すべての病気の治療費用を給付する仕組みではなく、外来の場合、その治療費用は農民の本人負担を基本とし、「因病致貧」および「因病返貧」の大きな原因となる重病に対する保障体制を作り、重病(大病)の場合、治療費用を給付する方式である。江蘇省高郵市は、当該制度を実施し、32郷約70万人の農民が参加している。農民は、毎年1.5人民元を上納すれば、50－100人民元の20%に相当する医薬費用は給付される。101－500人民元の場合、30%から40%であり、最高70%までの医薬費用が給付される¹⁶⁾。

③ 混合保障型方式

これはごく一部の地区で、総合的な社会保障制度を作り、健康保険と養老保険を一緒に保障する方式であり、その運営主体は、郷または村である。

④ 民間保険会社と提携する方式

農村合作医療保険について、農民の医療問題が解決するなら、中央政府は統一する制度を作る必要はなく、各地方はその保障体制を現地の事情に沿うように制度を作ることができる。地方政府の中には、農民の新型合作医療制度を構築するため商業保険会社(民間の営利保険会社)と連携し、保険会社のノウハウを生かして共同で新型合作医療制度を構築するケースもある。江蘇省六合地区は、中華連合保険会社と連携し、3年間の提携契約を結んだ。保険会社は新型合作医療の内容を保険商品化し、農民に提供する医療保険サービスはすべて統

一して保険商品として提供する。合作医療の参加者は、通常の医療保険と同じように、治療費用は合作医療の管理部門から受給するのではなく、直接保険会社に請求することになる。2003年12月まで、六合地区において、新型合作医療保険に参加する人数は、31.4万人であり、当該地区の農民総人口の60%を占めた。2004年9月まで、保険会社の保険料収入は、累計で916万人民元であり、保険金の給付総額は、480万人民元で、給付人数は96万人に上る¹⁷⁾。

3) 合作医療制度の展望

農村部では、新型合作医療制度が普及しており、中央政府、地方政府および農民は各自10人民元を拠出し、毎年一人当たりの合計保険料は、30人民元(日本円に換算すると、約435円)となっている。このような少量の保険料では、すべての病気を保障する日本の健康保険とほぼ同じレベルの合作医療保険制度を作るのは、現実問題難しいだろう。そのため、大数法則を利用し、一般の外来や軽い病気のための通院・入院を対象者から排除し、重病のみを保障する制度を構築できれば、財源不足を多少免れるだろうが、以前の合作医療制度と同じ保障内容である場合、財源不足になるのは明らかのため、制度が成り立たなくなってしまうのは明らかである。

その結果、農村医療保険として、財源が深刻に不足している段階では、容易に以前の合作医療制度を復活させるのは困難な一方で、重病のみを保障する場合、農村の医療保険(健康保険)問題は解決したとは言えない。

中国の農村部で、統一的な健康保険のような社会保険制度を作るのは、まだ困難だが、今後の見通しとしては、各級の政府からの財政支援は必要不可欠であり、地方政府も現地の経済発展状況に従って、現地の状況に最適な制度を構築することが重要な課題となる。

4. 最低生活保護制度の構築

1) 扶貧開発計画

改革開放後、中国政府は貧困地区の農民に対して、貧困状況からの脱却を図るプランである「扶貧開発計画」(貧困を解決するプラン)を発動した¹⁸⁾。当時、中国政府が定めた判定基準によって貧困人口であるという判断が下されたのは、2.5億人で、農村総人口の33%に当たる¹⁹⁾。それから約20年以上にわたる「扶貧開発計画」の実施の結果、2000年の時点では、貧困人口が3000万人まで減少し、2002年の統計データによれば、貧困人口を2100万人まで抑えることが出来た(図2参照)。2001年、中国政府は「中国農村扶貧開発綱要(2001-2010年)」を発表し、2010年までに中国農民の貧困問題を完全に解決できるよう計画を練っている。

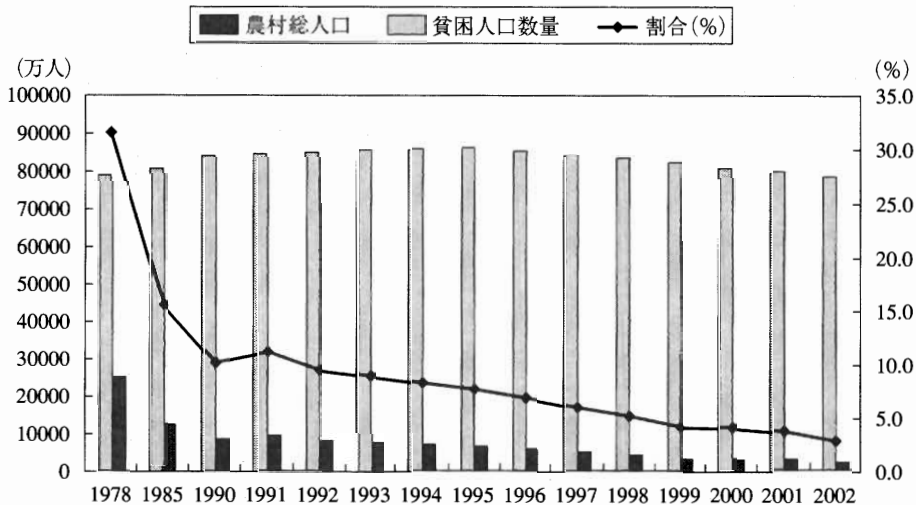
中国農民の貧困問題を解決または緩和させる計画を実施すると同時に、現在、実際に生活に苦しんでいる農民に対して、どのような救済措置をとれば、貧困状況が緩和されるのかは大変重要な課題である。

2) 最低生活保護制度

中国政府は、改革開放後、都市の貧困人口に対して、社会保障制度の一環として、市民の最低生活保護制度²⁰⁾を実施し、社会的な安定に役立てた。

それと同時に政府は、都市部で実施された「最低生活保護制度」が農村部にも適用するように動いたが、その先行地域は、北京、上海、天津、江蘇、浙江、広東など経済発展が速い沿海部の農村地区となっている。

それらの地域では、最低生活保護を受ける世帯(個人)が次に掲げる基準に符合すれば、対象者となることができる。第1に、家族全員に労働能力がない、または労働能力を喪失した世帯である、第2に、労働能力は持っているが家族の構成員に重大な障害があり、生活が確実に困難である、第3に、労働能力を持つ家族の構成員が常に疾病を患うため、生活が確実に困難である、第4に、家族の主要な構成員が病気、または災害で死亡し、子供もすべて未成年であり、生活が特に困難な場合である。



出所:中国農業大学人文与發展学院「2002年中国農村貧困專題研究報告」(2003年)

図2 中国農村部の貧困人口の推移

最低生活保護の水準は、各地方政府によって設定されるため地方によって異なる。また、当該制度を実施するために必要な財源は、各地方政府の財政より負担する。2003年末、全国範囲内で、約367万人の農民(176万世帯)がその制度を利用し、最低生活保護を受けた²¹⁾。

3) 農村特別貧困世帯救助制度

一部の農村地域、特に中国の中部、西部地区の24の省・自治区の農村地域は、当該制度を実施できる条件が揃っておらず、それらの地域では、農村部による「特別貧困世帯救助制度」²²⁾が実施される方針である。2003年末、民政部の確認作業で認定された農村特別困難人口は、約1000万人で、同年現在、江西、寧夏、山東、湖北、湖南、河北、広西、遼寧などではすでに「農村特別困難世帯救助証」²³⁾が配布され、各地方の救助水準に従って、一人当たり月5人民元ないし50人民元が支給され、それらの地域の農民の中で、約400万人がその救助を受けている²⁴⁾。同年末、全国範囲で救助を受けた農村特別困難世帯は456万世帯あり、総計約793万人に達する²⁵⁾。

4) 最低生活保護制度の今後の見通し

農村部で最低生活保護制度を実施するためには、その財源を各地方政府が解決しなければならないが、中国沿海部の農村地区と内陸部、西部農村地区との経済格差は大きいため、全国最低生活保護制度を全国統一的な制度として作成するのは難しいと考えられる。したがって、中国政府はそれらの事情を勘案して、2つの救済制度を作ったわけである。最低生活保護制度の保護水準はやや高いが、貧困世帯を救助する制度より救済水準が多少低いことも事実である。しかし、このアンバランスな救済措置は、暫定的なものであり、中国中部、西部の農村部の経済発展とともに、全国統一的な農村部最低生活保護制度を構築することは時

間の問題と考えられ、さらに今後、都市部と農村部の最低生活保護制度を統合する可能性もあるだろう。

5. 農村養老保険(年金)制度の構築

1) 家族養老の限界性

数千年以来、中国の農民は年寄りになれば、自分の子孫に扶養してもらうのが民族的な慣習であり、儒教文化の真髄でもある。

中国には、「養兒防老」ということわざがあり、意味は、「子を養って老に備える」である。この「老に備える」には二つの意味が含まれており、一つは、親が齢を重ねると子供は親に経済的援助をすることを意味し、もう一つは、親が病気になった際は、子供に親の看病や看護などをしてもらうという意味がある。これは中国数千年来の伝統的な家族のあり方である。このような伝統のもとには、「多子多福」(子供が多いほど幸せになる)という基本的な考え方が存在した。これは、子供が多いほど、親または祖父母に対する子供たち一人当たりの経済的、精神的負担が軽くなるため、逆に子供が少ない家庭では、親などに対する負担が重くなるため、上記の「多子多福」という考え方が中国社会の伝統として広がったわけである。

ところが、戦後数十年間、上記の伝統習慣を支えてきた社会では、人口が爆発的に増加してきた。そうした大きな変化のもとで、衣食住問題、就職問題、教育問題などが一斉に表面化し、大きな社会問題として無視できない状態となった。そして、国(政府)は一人っ子政策を核心とする人口政策を発動した。その結果、都市部と沿海農村部では少子化が進むとともに、高齢化も急速に進んでいる。これは、中国特有の家族構造が「逆ピラミッド」になるという問題であり、一人っ子式の核家族特有の悩みである。

その原因は次の通りである。すなわち、一人っ子政策の下で生まれた同士が結婚する場合、その

カップルの家族がすべて健在と想定すると、両方の両親の人数を合わせれば4人となる。仮に、その一人っ子同士のカップルは、一人っ子政策のため、一人っ子しか生むことができないとする。そうすれば、その生んだ子供は、少なくとも自分の親2人と祖父母4人の老後の面倒を見なければならない。また、祖父母4人の父母もまだ健在の場合、同居をすれば、その家族構造は、逆「ピラミッド」の形になり、一番下の一人っ子の上には、少なくとも6人ないし14人の家族構成員がいることになる。その中で、高齢者は若い層よりはるかに多くなる。

上述したように、中国では、家族養老や家族介護を中心とする伝統があるため、老人をすべて公的または私的養老施設に任せることは、数千年の伝統と相違し、世論でも許されない状態である。したがって、この老後や介護問題は家族にとって最大の悩みとなっている。

ところが、視点を変えると、数千年以来中国の農民は老後の生活保障がほとんどない状態にいたとも言えるだろう。一部の孤独老人は、五保制度の対象者となり老後の生活保護を政府から受けている。前述したように、農民の養老問題は、「五保」制度のような救済制度によって解決することはもともと困難であるが、家族養老にもその限界があるため²⁶⁾、新しい農民養老保険制度を構築する重要性が浮かんできている。

2) 農村基本養老保険制度の構築

1992年1月、民政部は「県級農村社会養老保険基本方案(試行的通知)(県を単位とする農村基本養老保険制度の試行案、以下、「農村養老通知」と称す)を公表した。この農村養老通知は、経済条件の格差と関係なく、すべての農村地域に適用できるような行政指導意見であり、その目的は、各地方政府が現地の経済条件などを勘案して、この指導意見に基づいて現地の事情と合致する制度を作ることである。

上記の農村養老通知に書かれている農村養老保険制度の内容は次に掲げる通りである。

① 農村養老保険料の拠出原則

拠出原則は、個人、集団負担であり、政府は直接養老保険基金に拠出しないが、税制面で優遇措置を講じることによって農民を補助する。

農民個人の掛け金は、毎月次に掲げる10個のタイプから選択することが可能である。毎月の掛け金は、2、4、6、8、10、12、14、16、18、20人民元から各地方が現地の事情に合わせて選択することができ、また、農民本人も自分の家計状況によって選択する余地が残されている。また、掛け金を月払いまたは年払いにするかについても、各地方の事情によって定めることができ、政府の柔軟な姿勢がうかがえる。

② 年金の受給方法

農村養老通知では、受給年齢について、次のように定められている。

・受給年齢

農民年金の受給開始年齢は60歳である。受給年数は10年間保障されている。受給年数が10年未満の場合、遺族が残りの年金を相続することができる。また、受給年数が10年を超える場合、死亡まで引き続き年金を受給することができる。

・受給水準

受給水準は各地方で定めることができる。

③ 農村養老保険制度の運営

・養老保険基金の管理

養老保険基金は県政府が統一的に管理する。県政府は、農村社会養老保険基金委員会を設置し、監督管理機関として養老保険基金の運営、管理を行う。

・養老保険制度の運営組織

養老保険制度の運営は、県の民政部門が農村社会養老保険事業管理処を設置し、農村

社会養老保険基金委員会の監督管理の下で農民の養老保険の実務と具体的な業務を運営する非営利目的の公益法人とする。

3) 農村養老保険の実施状況

90年代以降、農村養老保険の発展は、沿海部の農村地域に集中し、そのほかでは中部地方の豊かなところでも見られるが、西部地方の発展は大幅に遅れている。1999年は、農村養老保険の加入者が最も多かった年であり、その年の加入者数は8000万人、また、五保制度の保護を受けた総人数は約200万人前後に上る。同年の郷村人口は8.7億²⁷⁾であり、農村養老保険の参加者および五保を受けている者を含めて、農業に従事する総人口の9.4%を占めている(表4参照)。

ところが2000年から、農村養老保険の加入者は大幅に減少し、2003年末には5428万人まで減少している。また、農村養老保険基金の加入者は、若干増えたものの、増え幅は大きくない。

前述したように、農村養老保険の発展はほぼ沿海部に集中しており、特に長江流域の豊かな農村

地域では、農村養老保険制度の実施は比較的安定している。

4) 上海市農村養老保険制度の事例

上海市郊外は、2003年の時点で農村戸籍の農民世帯数が114万世帯であり、人口は355万人である²⁸⁾。1996年、上海市政府は、「上海市の農村社会養老保険方法」という行政指導意見を公布し、この制度の仕組みを見ると都市部の養老保険の仕組みとの類似点が多い²⁹⁾。

その仕組みは、下記の通りである。

① 財源

個人と集団企業、または、郷・村の集団積立金より拠出する。個人の負担率は、前年度平均月収の5%であり、集団企業の負担率は、前年度平均月収の15%である。郷・村の具体的な負担率は、明らかにされていない。

② 個人口座

農村養老保険では、個人口座という都市部で実施されている方式を採択した。個人が拠出した掛け金と企業または郷・村が負担する掛け金の一部は個人口座に積み立てられる。

③ 給付

市民政局は給付年齢を定め、受給する年金基準は、一人一人に計算し、計算された年金額は、まず個人口座より受給し、口座で積み立てた年金が底をつけば農村養老保険基金より支給される。

この農民養老保険制度は、2004年5月から、「上海市小城镇社会保険暫定方法」(以下、「小城镇保険」と略す)として公布され、小城镇保険は、養老保険、医療保険(健康保険)、失業保険、労災保険などを総括した社会保険として作成された。今現在実施されている農民の社会養老保険の対象者は、今後、3年ないし5年以内に、すべてこの保険に移行される計画である³⁰⁾。

表4 農村養老保険制度加入者人数と養老基金の推移

| | 加入者数(万人) | 養老基金総額(億人民币) |
|------|----------|--------------|
| 1992 | 3500 | NA |
| 1993 | NA | 14.79 |
| 1994 | NA | NA |
| 1995 | 5142.8 | 59.5 |
| 1996 | 6594 | 99.5 |
| 1997 | 7452 | 139.2 |
| 1998 | NA | NA |
| 1999 | 8000 | NA |
| 2000 | 6172 | 195.5 |
| 2001 | 5995.1 | 216.1 |
| 2002 | 5462 | 233.3 |
| 2003 | 5428 | 259.3 |

出所：中国民政部の1992 - 2003年「中国民政事業発展統計報告」

5) 農村基本養老保険制度の構築における難題

90年代後半から、中国政府は農村養老保険制度の構築について、行政の立場から各種指導を行ってきたが、予想以上にうまく推進できずにいる。2003年末の水準を参考にすると、5428万人の農民が養老保険に参加しているのに対し、郷村人口は9億3750万人であり、農村養老保険の参加者人数は郷村人口の約6%未満であることになり、1998年および1999年と比べると大幅に減っている³¹⁾。

その主な原因として、次に掲げる要素が農村養老保険に影響を与えていると考えられる。

① 法整備が遅れている。

現在、農村養老保険に関する法規制は、1992年民政部の「農村養老通知」を除いて、詳細な法規制はほとんど見当たらない状況である。各地方政府はさまざまな方法で農村養老保険を推進しているが、経験不足で運営が泥沼化する事例も出ているようで、数年以内に、参加者人数は数千万人単位で減少していることはそれを裏づけている。

② 国と地方政府の参与が不明確である。

現行の農村養老保険制度の中で、国がどのように参与しているかは大変不明確である。沿海部の豊かな農村地区を除いては経済発展が遅れる地域が多く、大半の農村地域は、地方財政と中央財政の支援がなければ、農村養老保険の財源問題を解決することはできず、一旦制度を作っても、長く続けられない状況なのである。

③ 制度設計上の問題。

「農村養老通知」での保険掛け金の拠出基準は貧困地域の農民の実際の経済能力を優先的に考えて、最低ランクで2人民元、最高ランクで20人民元と設定していたが、実際に実施すると、ほとんどの地区で最低ランクに加入している。農村養老保険制度を実施する目的は、農民の低水準の基本年金を法定定年後に受給

できるようにするためであるにも関わらず、数十年後受給する際、当時の保険掛け金の拠出水準が低過ぎるため、農村養老保険基金が深刻に不足し、農民の基本的な生活を保障できるかどうかの問題が生じるという指摘もある³²⁾。

④ 監督管理体制が不十分である。

1998年、農村養老保険は民政部から労働社会保障部に移管されたが、各地方政府の移管は、数年過ぎても完了せず、一部のところではまだ民政部門が管理している状態にある。また、農村養老保険の運営、管理組織が完全に整備されていないため、農村養老保険基金の資産運用、資産管理などにおいて各地方でさまざまな問題が発生している。例えば、農村養老保険基金を政府のほかの部門に強制的に貸し付けたり、流用されたりといった事件が多発している³³⁾。

これらの問題をどのように克服するかは今後の大きな課題であり、注目すべきところである。

IV 中国農民社会保障の課題

1. 都市化が進む中での農民と流動人口の社会保障制度の構築

改革開放後の中国では、さまざまなところで都市化が進んでいる。それを受けて、農村部の農村戸籍の労働力が、次々に沿海の都市部、および現地の中小都市へ移住している。それと同時に、中心都市の周辺では衛星都市が誕生し、農村部、特に中部、西部の農村人口は、急速に都市部とその衛星都市に集中し始めた。今後20年ないし30年の間に、農村部の一部が都市部へ移住することによって、農村部での人口減少傾向が強まると予測される。

そのため、農村に在住する郷村人口のソーシャル・セキュリティは大変重要になってくると考えられる。一方では、今後、各都市へ移住した農村戸

籍の農民は戸籍地には戻らず、戸籍地の農村にある各種の社会保障制度にカバーされることが難しくなる。ところが、移住先の都市への定住化を実現し、生活基盤が完全に都市部の住民と変わらない場合、現行の都市部の社会保障制度の定めでは、都市の戸籍がなければ、都市部の社会保障制度の対象には入らない。前述したように、そのような人口は約2億以上に上る。これら対象外の農村戸籍で都市部在住の農民は、すでに都市に生活基盤を作っているが、戸籍制度の制限を受けるため、これからのソーシャル・セキュリティ上の問題をどのように解決するかは今後の政府にとって大きな課題となる。

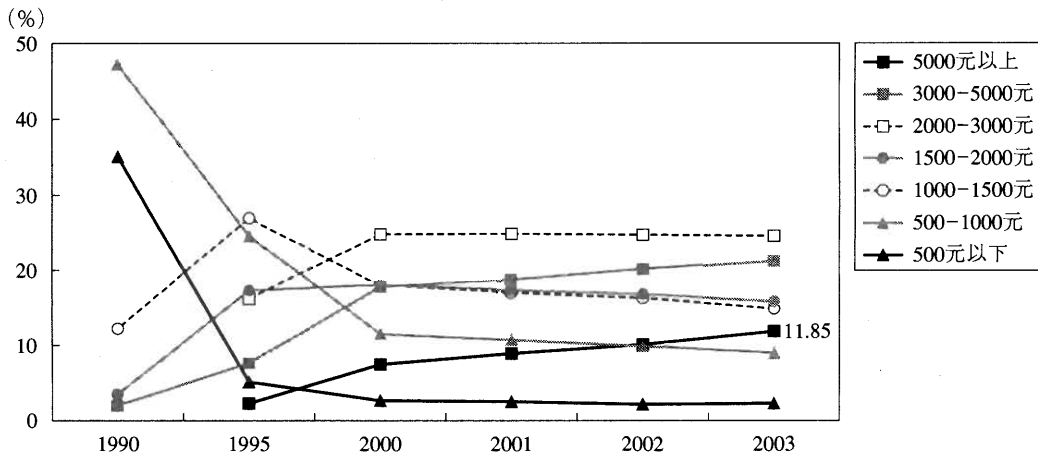
その解決の大前提として、都市へすでに流入し定住している人口に対して、戸籍の規制を緩和し、最終的に戸籍自由化にスイッチできれば、これらの人々は都市部の社会保障制度の対象者になることができる。そのため、農民の社会問題の解決をめぐる、国の人口政策、戸籍政策、厚生政策などを統括に考えなければならず、すでに農業から離れた流動人口グループの戸籍問題や社会福祉問題なども同時に解決しなければならないと考えられる。

2. 財源拠出に難題

中国農民社会保障を構築する際、最も困難とされているのはこれらの制度を支える財源をどこから拠出するかである。中部、西部の農民には貧困層が多く、農民社会保障に加入するための自己負担分の掛け金を払えないケースが多い、また、負担できても金額が少ないため、積み立ててもその分を老後の年金に回す場合本当に基本生活を保障できるかどうかは疑問が残る。

また、中国には日本のような農協が存在せず、民間の経済団体も存在しないため、行政の末端組織である郷政府および自治体である村が補助する割合が、どれくらいになるのかははっきりしていない。そもそも村の自治体としての運営資金は村民または村の集団企業から徴収されているが、集団企業がない村は、村民からのみ自治体の維持費を集めていることになり、養老保険の掛け金を補助するのは難しいと考えられる。

その結果、焦点となるのが地方政府、県レベル以上の政府機関と国の出方である。中国農民社会保障制度では、国は財政から直接補助せず、間接的に補助するとされているが、例えば、保険料部分を課税対象から除外するといったことは、実



出所：1991-2004年の「中国統計年鑑」中国統計出版社より。

図3 1990-2003年農民世帯収入の推移

際中部、西部に暮らしている農民の大半が所得税の納付対象者にはなっていないため効果は見られない。所得税は月収800人民元以上の部分で徴収するという規定があるため、年収が9600人民元を超える農民は全体の数パーセントしかいないと推測できる(図3参照)。

また、農民が上納する別の税金で優遇策を図ったとしても、実際に、農民の養老、医療と関わりがなければ、直接的な効果は期待できず、農民社会保障制度の構築・維持に大きな役割を果たすことはできないといえる。換言すれば、国が直接財政から農民の社会保障に財源を供与しなければ、農民の社会保障問題の解決は困難であるといえる。

3. 全国統一的社会保障制度への展望

今後、農民社会保障のあり方をどのように位置付けるかは大変難しい問題である。日本の場合、戦後、「困窮に対する最低限度の生活保障」(以下、「貧困救済型」と称する)を中心に展開していたが、70年代には、「健やかで安心できる生活の保障」(以下、「福祉型」と称する)に転換した。中国の場合、貧富の格差が深刻化していることや、地域の経済格差が広がっていることなど日本に比べてより難しい事情が存在している。中西部の一部の農村地域は深刻な貧困状態にある一方で、沿海地区の農村部は大きく発展するというユニークな状態が経済社会のバランスを不均衡にしているため、社会保障の軸をどのように設けるかは大変難しい問題である。すなわち、「生存権を確保するため」とすると、疾病、死亡などが原因で生活困窮に陥った者に対し国家扶助によって最低生活を保障するという軸で展開することになるが、現在の中国では、「貧困救済型」のように基本生活を保障する社会保障政策が実施されている。

ところが、都市部、農村部、そして都市部に移住した農民戸籍グループによる三元社会が形成され、その中で都市部だけはようやく社会保障の体

制が整備されたものの、その他の2つのセクターでは、社会保障制度をどのように作るのか、三元社会に対応したセクター別の社会保障制度を作るのか、それとも今後一元化するかは、非常に重要な課題となる。

前述したように、現在、最低生活保護制度を今後の農村部に普及させる計画がある。養老保険制度は10%のシェアからスタートし、今後農村部で実施されると期待できる。医療保険制度についてもまず重病が保障されるという方策が実施されているなど、これらをベースにして、今後の中国における社会保障のあり方については、上記の農村部の各種社会保障制度および現行している都市部の各種社会保障制度を統合し、日本のような統一された国民年金制度、国民健康保険制度を作ることが可能であるかどうか、今後も検討する余地があるのではないだろうか。

注

- 1) 「二元社会」に関する論述については、鄭功成等著「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社、2002年11月)を参照。
- 2) 2004年11月29日、中国労働社会保障部農村保険司にヒアリング時の同担当者の報告によるものである。
- 3) 拙稿の「中国社会保障制度の改革について」(「調査月報」ニッセイ基礎研究所、1995年11月)、「中国の失業問題とその展望—都市部貧困層の拡大と高失業率の長期化—」(海外社会保障研究(第126号)、1999.4.1)、『中国は大丈夫か? 社会保障制度のゆくえ』(一部執筆)の「第4章失業と失業保険」(編集:中国研究所、創土社、2001年4月5日)参照。
- 4) 1955年当時、山西省高平県米山郷の農民が年間に払う保健費は、0.2人民元である(当時、都市部の賃金水準は月給約10-30人民元)。
- 5) 人民公社化された後の農民は、生産隊に配属される。生産隊より指定された農作業を行い、出勤によって、毎日働いた時間、報酬を合わせて、「工分」として計算・記録され、年度末、生産隊の利益より「工分」の価値を計算し、現金または実物を支給する報酬制度である。例えば、20代男性の場合、一日の「工分」を8工分として生産隊より認定され、年間1600工分を獲得する。1工分を、0.05人民元として計算すると、

- 年収は80人民元となる。
- 6) この点については、蔡仁華主編「中国医療保障改革実用全書」(中国人事出版社, 1998)を参照のこと。
 - 7) 「五保」制度の評価に関する論述は、「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)を参照のこと。
 - 8) 江蘇省張家港市(70年代は沙洲県である)で実施されたケースがある。
 - 9) このデータは、民政部政策研究室編著「中国農村社会保障」(中国社会出版社, 1997年)を参照。
 - 10) この点に関する論述は、「中国社会保障制度の変遷と評価」(中国人民大学出版社, 2002年11月)を参照のこと。
 - 11) 法定扶養義務者は、中国「婚姻法」に定められている扶養義務を有する者である。
 - 12) 中国農村部には、県政府以下の行政組織、郷(または鎮)政府の派出機関があって、その次が、村である。現在、農村部の村は、ほとんど自治的な位置付けであり、村長は村民より自由意思で直接選挙で選出される。村の管理組織は、村民委員会であり、この組織も政府機関ではなく自治体である。
 - 13) これらのデータは、顧濤等「農村医療保険制度と関連する問題の分析と政策提案」(「中国衛生経済」1998年第4期)によるものである。
 - 14) 1985年当時の上海市郊外にある3037村の中で、約83.5%がこの方式で合作医療制度を作った。
 - 15) 上海市金山県、湖北省監利県はこのタイプである。上海市金山県亭新郷では、郷は「合作医療健康保険管理委員会」を設置し、県の衛生局、郷政府、村民委員会などが参加し、村民が保健カードを持参すれば、一定の割合の医療費を自己負担する以外に、「合作医療健康保険管理委員会」より医療費の補助が出るという仕組みである。
 - 16) 江蘇省高郵市に関する大病の治療費用を給付する制度の詳細状況は、山東省慶雲県労働と社会保障信息网(<http://www.qyld.com>)を参照のこと。
 - 17) 詳細は、「中華連合財險試水農村合作医療保険」(中国網, <http://china.com.cn>)を参照。
 - 18) 扶貧開発計画は、3段階に分けて実施された。第1に、1978 - 1985年の体制改革による貧困を解決する推進段階。第2に、1986 - 1993年の大規模な実施段階。第3に、1994 - 2000年のさらに拡大された段階である。
 - 19) このデータについては、中国農業大学人文と発展学院「2002年中国農村貧困專題研究報告」(2003年)を参照されたい。
 - 20) 都市部の最低生活保護制度は、國務院の「全国の都市部に最低生活保護制度の構築に関する通知」に従って作った制度である。
 - 21) このデータは、中国民政部の2003年「中国民政事業發展統計報告」参照。
 - 22) 「最低生活保護制度」と「農村特別貧困世帯救助制度」の最大の違いは、前者の保護水準がやや高く、後者の救済水準はやや低いことである。生活保護または救助制度の財源は、地方政府が負担するため、地方財政の状況によって、その負担に耐えられるかどうかは大変重要となる。したがって、前者の実施地域はほとんどが經濟發展の早い沿海部の農村地区であり、後者の実施地域はやや經濟發展が遅れている中・西部の農村地区となっている。
 - 23) 「農村特別困難世帯救助証」を配布する主な対象者は、重病、障碍、労働能力が弱い、一年を通して生活が困難である人であって、かつ、「五保」条件に合致しない農村戸籍の貧困者である。
 - 24) これらのデータは、2003年12月8日の「中国農民網」(ネットワーク)の報道によるものである。
 - 25) このデータは、中国民政部の2003年「中国民政事業發展統計報告」参照。
 - 26) 中国の学者は、家族養老方式は今後しばらく農村部では、相変わらず農民の主な養老方式となると予測している。詳細は、張健等主編「家庭と社会保障」(社会科学文献出版社, 2000年)27-36頁を参照されたい。
 - 27) 「中国統計年鑑」(2000)の統計データは、農業人口と実際に農村に居住する人口(郷村人口)の統計方法に分かれている。1999年の農業人口は約9億1200万人であり、郷村人口は8億7000万人である。ここでは実際農業に従事する人数と近い郷村人口のデータを使用する。
 - 28) 「中国人口統計年鑑2004」参照。
 - 29) 詳細は、拙稿の「中国社会保障の生成と展開に影響を与える5つの要因に関する考察」(「所報」ニッセイ基礎研究所, 2002.7.1)を参照されたい。
 - 30) この点については、王忠達「上海市農村社会保障体系建設及啓示」(舟山人大, <http://www.zjzsr.gov.cn>)を参照のこと。
 - 31) このデータは、「中国農村統計年鑑2004」を参照。
 - 32) この点については、於端雲等「我省農村社会養老保險問題と思考」(河北労働保障網, <http://www.he.lss.gov.cn>)を参照のこと。
 - 33) この点については、前の注釈を参照されたい。

参考文献

・中国語著書

- 鄭功成他著2002『中国社会保障制度變遷と評估』中国人民大学出版社
陳佳貴2001『中国社会保障發展報告』社会科学文献出版社

張健著 2000『家庭与社会保障』社会科学文献出版社
李耀 2000『養老保險基金』中国金融出版社
蒋月 1999『社会保障法概論』法律出版社
史柏年 1999『中国養老保險制度研究』經濟管理出版社
宋曉梧 1998『中国社会保障制度建設 20 年』中州古籍出版社
徐滇慶 1998『中国社会保障体制改革』經濟科学出版社
王東進 1998『中国社会保障制度』企業管理出版社
侯文若・葉子成編著 1998『城鎮職工基本醫療保險制度全書』中国言实出版社
蔡仁華 1997『中国醫療保障制度改革实用全書』中国人事出版社
民政部政策研究室 1997『中国農村社会保障』中国社会出版社
鄭功成 1997『論中国特色的社会保障道路』武汉大学出版社
侯海濤・李波編 1997『最新社会保險工作實務全書』企業管理出版社
労働部・国連開発計画署・中国国際經濟技術交流センター・国際労働機関北京局編著 1996『中国社会保障制度改革与立法』
国家体改委分配和社会保障司など編著 1996『職工醫療保障制度改革』改革出版社
朱家甄・張塞編 1995『中国社会保障工作全書』中国統計出版社
中国社会保障制度総覧編輯委員会編 1995『中国社会保障制度総覧』中国民主法制出版社
為興華等編 1994『中国社会保障制度研究』中国人民大学出版社
李樹廷編著 1994『中国社会保障問題与对策研究』北京航空航天大学出版社
陳向東編著 1991『中国社会保障制度改革』經濟管理出版社
• 中国語論文
王延中 2001『建立農村基本醫療保障制度』『經濟与管理研究』2001.3
鄭功成 2000『中国社会保障改革 20 年来的若干反思』『經濟学消息報』2000.12.1
朱玲 2000『農民看病吃藥究竟如何提供保障』『中国社会

保障』2000.8
馬振江 2000『試論有中国特色的農村初級衛生保健体系』『中国衛生經濟』2000.5
顧濤著 1998『農村醫療保險制度相關問題分析及建議』『中国衛生經濟』1998.4
楊翠迎 1997『建立農民社会養老年金保險計劃的經濟社会条件的实证分析』『中国經濟觀察』1997.5
• 中国語年鑑類
労働社会保障部社会保險事業管理中心編『中国社会保障年鑑』(各年度)中国人事出版社
中国保險年鑑委員会編『中国保險年鑑』(各年度)中国保險年鑑編輯部
中国労働社会保障部編 2001『中国労働和社会保障年鑑』中国労働和社会保障出版社
• 拙稿
沙銀華 2002『中国社会保障の生成と展開に影響を与える 5 つの要因に関する考察』『所報』ニッセイ基礎研究所, 2002.7.1
沙銀華 2001『中国の社会保險制度』の内容(講演録)『海外社会保障研究』Summer 2001, No135, 2001.7.1
沙銀華 2001『第 4 章失業と失業保險, 第 5 章労災保險, 第 6 章生育保險』中国研究所編集『中国は大丈夫か? 社会保障制度のゆくえ』創土社
沙銀華 2000『中国社会保障制度の現状と問題』『海外社会保障研究』Autumn 2000, No132, 2000.10.1
沙銀華 2000『中国社会保障制度改革—国有企業改革の「お守り」—』『REPORT』ニッセイ基礎研究所, 2000.2
沙銀華 1999『中国の失業問題とその展望—都市部貧困層の拡大と高失業率の長期化—』『海外社会保障研究』No126, 1999.4.1
沙銀華 1996『中国高齢化, 年金に難題』『日本經濟新聞』“經濟教室” 1996.3.16
沙銀華 1996『急がれる社会保障制度の法整備—3 億人を超える高齢者の対応が課題—』『ウェルフェア』(全労済協会機関誌) Vol.23
沙銀華 1995『中国社会保障制度改革について』『調査月報』ニッセイ基礎研究所, 1995.11
(Sha YinHua ニッセイ基礎研究所主任研究員)

モンゴルの市場経済への移行と社会保障

駿河 輝和

■ 要約

モンゴルはソ連の崩壊とともに、市場経済へと移行をはじめ、急速な市場経済化政策を採った。移行とともに民間経済のウエイトが高くなり、中央集権的に実施されてきた社会保障制度も変化することを迫られた。しかし、社会保障制度の変化はゆっくりとしたものであった。現在は、健康保険基金、年金基金などの5つの基金の下で、社会保障は実施されている。健康保険に関して弱者グループ(子供、年金受給者、障害者など)は国から保険料が支払われ、弱者には比較的手厚いシステムである。医療サービス体制もプライマリー医療に重点を移しながら、人口密度の低さの中で公平にサービスがいきわたるような制度を構築しようとしている。しかし、社会保障の基金は、自営業者や牧民などの加入比率が低く、財政基盤は弱い。また徐々に高齢化しており基金の持続性の面でも問題がある。医療サービスも民間に比重が移動するにつれて、ウランバートルに偏ってきている。

■ キーワード

移行経済、医療サービス、健康保険、年金

I はじめに

モンゴルはソ連に次いで2番目に社会主義政権になった国で、一党独裁の下で中央集権的経済体制を採っていた。1990年に、モンゴルは一党独裁から複数政党制へと変化し、経済体制も市場経済へと移行を開始した。国名もモンゴル人民共和国からモンゴル国へと変わった。モンゴルは急進的な移行政策を採用し、財政、金融、貿易、民営化、私有化など多方面で移行政策を実施した。国民すべてにバウチャーを配布し、企業、商店、家畜の民営化をおこなっている。農牧畜業は集団化されて家畜も公有であったが、バウチャーや現金での私有化が認められると、急速にほとんどすべての家畜が私有へと変わった。また青色バウチャーにより大企業の株式購入に使用することができ、大企業の民営化も行われた。急進的移行

政策は、マイナス成長、激しい物価高、急激な製造業の縮小など大きなショックを社会に与えた。

こういった激しい経済社会構造の変化に対して、人々は出生率の低下、牧畜業への流入、都市インフォーマル部門への流入、海外への出稼ぎなどの行動によって対応していった。これに対し、社会保障システムの変化は緩やかであった。しかし、徐々に社会主義の下で中央集権的に作られていた社会保障システムも、民間部門を中心とした経済体制へと変化するとともに、限られた予算の中で人々の要求を満たすために変化する必要に迫られた。医療システムは、プライマリー医療に重点を置くようになり、一部自己負担も導入された。医療保険、年金保険、一時支給、労働災害、失業保険の5つの基金が作られ、保険金や掛け金を集めるシステムを形成しつつある。

II 経済構造と就業構造の変化

中央集権的な経済体制下では、牧畜や農業の生産物は大規模な工場に送られて順次加工され製品となり、商店で販売されたり、ソ連・東欧諸国に輸出されていた。急速な市場移行政策の一貫として、流通システムを形成していた国家調達システムは廃止され、企業は新たに原材料の調達と製品の販売ルート形成する必要に迫られた。また、コメコン体制の崩壊により輸出先を失い、安価で良質な輸入品の流入により国内でのシェアも減少した。こういった混乱の中で、製造業はその生産を大幅に縮小し、従業員も職を失って行った。マクロ経済的には、表1の主要な指標から分かるように4年間続いたマイナス成長、1997年ごろまで続く激しいインフレ率、1991年の急激な貿易量の減少、為替レートの急激な減価となって表れた。

国家調達システムの崩壊後、新たな流通経路が徐々に形成されるとともに、経済社会も徐々に安定し始めた。1994年には成長率はプラスへと転換し、それ以降、2000年より3年続けて雪害により牧畜部門が激しいダメージを受けながらもプラス成長率を続けている。その結果、実質国内総生産(GDP)は、移行を始める水準をうわまわった。表1のように、インフレも1997年以降収まり、2002年1.6%、2003年4.7%と低い水準を保っている。為替レートも安定した推移を見せている。

従来集団化されていた農牧畜業も、牧畜業組合組織は解体して家畜は私有化となり、縮小する製造業部門で仕事を失った人たちが牧畜部門に流入した。土地は公有であり、参入コストが低かったために牧畜業部門は、雇用の受け皿となったのである。ヤギの梳いた毛からとれるカシミヤが高く売れたことからヤギを中心に、家畜の総数(モンゴルの主な家畜は羊、ヤギ、牛、馬、ラクダ)は順調に増え続け1999年末には1989年末の36%増にまで増加していた。しかし、1999年から2000年

にかけての冬の雪害から始まり、3年連続の雪害に干害も加わって、2002年末には1989年末の家畜数を下回るまで減少した(表1)。就業者の割合で見ると、社会主義の下での工業化により農牧畜部門の従事者は1960年の60.8%から1990年には33%にまで減っていたが、その後増加を続け、1998年には49.7%にまで上昇する。その後雪害などの影響により減少し、2003年には41.8%にまで減っている。全家計に占める牧民家計の割合で見ると、1990年には16.6%であったものが、増加を続けて1999年には35.1%にまでなるが、その後減少し2004年には29.4%となっている。医療体制や社会保障システムは、この牧民家計をどう取り込んでいくのかという問題が常について回ってくる。

上述したように、多くの人が牧畜業へと流入し、都市化と逆の流れが生じたが、他方で首都であるウランバートルには人口の流入が一貫して続いている。2003年においてモンゴルの総人口は250万人、統計局の発表ではそのうち89万人がウランバートルに住んでいる。約36%が首都に住んでいることになる。1989年時点で総人口は210万人、社会主義時代は人口の移動は制限されておりウランバートルの人口は56万7千人であった。これは総人口の27%に当たる。したがって、この14年間で首都への集中が高まったことが分る。しかし、ウランバートルには登録をせずに住んでいる人がおり、実際の人口はもっと多いということが常に言われている。重要な機能はほとんどがウランバートルに集中し、教育、医療といった面でも、首都とその他の地方では格差が広がっている。都市で製造業などの職を失った人々、地方からの流入者、年金生活者などは、インフォーマル部門で収入を得ざるを得なかった。また、市場経済化とともに多様な需要が生じ、そこに多くのビジネスの機会が生まれた。したがって、高収入の機会を求めてインフォーマル部門で仕事を始めた意欲的な人も存在している。インフォーマル部門は、活動の性格上

売り上げや仕入れなどの記録を保持していないものがほとんどで、一定額の税金を払うだけで所得を基にした税金を払っていない。また、年金や健康保険といった社会保険の加入率も低い。モンゴルのインフォーマル部門の実態については駿河(2003)参照。このインフォーマル部門は年々拡大を続けている。インフォーマル部門を社会保障体制の中にどのように取り込むかという問題が生じるとともに、社会保障面での充実がウランバートルに偏り、地方が置き去りにされる危険性が生じてきている。

III 人口構造の変化

先述したようにモンゴルの人口は、2003年において250万人、国土面積は156万平方キロメートルで日本の約4倍、人口密度は1平方キロメートル当たり1.58人で、極めて人口密度が低い。国土が広いために舗装道を張り巡らすことは困難で、実際舗装された道は極めて限られている。その上、冬の寒さは厳しく舗装道を維持管理するのに高いコストがかかる。ウランバートルの1月の平均気温はマイナス20度ぐらいである。人口密度が低く、道路の設備が整っていないために医療サービスを隅々までいきわたらせるには困難さが付きまとうことが理解できるだろう。

人口センサスが行われた年である1979年と1989年間の平均年人口増加率は2.51%であったが、1989年と2000年間の人口増加率は1.40%にまで低下している。2003年の人口増加率は1.3%である。民主化以降、急激に人口増加率が低下したことが分る。社会主義時代は人口増加政策が採られて、4人以上子供を産んだ女性は50歳で年金が出る(通常の女性は55歳)、手当てが出るといった優遇策があった。その上に、避妊器具、墮胎手術といったものは厳しく禁止されていた。避妊器具使用、墮胎手術の解禁、たくさん子供を

産んだ女性への優遇措置がなくなるとともに、市場経済化に伴う収入、雇用への不確実性の増加が出生率の低下をもたらした。表2に人口関連の出生率や死亡率関連の統計をまとめている。粗出生率と粗死亡率は人口1000人当たりの数字であり、乳幼児死亡率は1000人の出生当たりの数字で、結婚は18歳以上人口1000人当たりの数字である。合計特殊出生率は1984年から1989年にかけて平均5.4であったものが、1990年には4.5、1993年には早くも2.5になり、2003年には2.0にまで減少している。結婚率は低下し、初婚年齢も高くなっている。

表2のように人口1000人当たりの死亡率は、1984年から1989年の平均が9.8、1989年は8.1であり、市場移行への混乱の中で、1991年には8.7に上がるが、2003年には6.4にまで下がっている。しかし、表3の人口1000人当たり年齢別死亡率を見ると、改善されたのは乳幼児や20歳未満の年齢層で中高年齢層は1989年時点より上昇していることが分る。0～4歳までの死亡率は2003年において1989年の31.7%になっているが、45～49歳層で31.4%増加、50～54歳層で22.6%増加している。移行経済への適応の困難さが中高年齢層に打撃を与えたことと医療制度の後退がその要因として考えられる。ただし、中高年齢層の死亡率も傾向としては減少してきており、社会が徐々に落ち着きを取り戻していることを示している。出生1000人当たり乳児死亡率は大幅な改善を示し、1989年の64.1から2003年には23.0にまで減少した。出生時の平均寿命は、1984年から1989年までの平均は、男性58.5歳、女性62.4歳であったが、2003年にはそれぞれ60.8歳、66.5歳となり男性で2.3歳、女性で4.1歳伸びている。しかし、乳児死亡率の大幅な改善にもかかわらず、中高年の死亡率が高くなっているため、平均寿命はそれほど改善していない。

出生率の低下のためにやや高齢化傾向が見ら

表1 モンゴルの主要経済指標の推移

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 人口 (千人, 年末) | 2099.1 | 2153.4 | 2177.2 | 2158.4 | 2171.9 | 2206.9 | 2243.0 | 2276.0 | 2307.5 | 2340.1 | 2373.5 | 2407.5 | 2442.5 | 2475.4 | 2504.0 |
| 実質GDP成長率 (%) | 4.2 | -2.5 | -9.2 | -9.5 | -3.0 | 2.3 | 6.3 | 2.4 | 4.0 | 3.5 | 3.2 | 1.1 | 1.0 | 4.0 | 5.5 |
| 消費者物価上昇率 (%) | — | — | 52.7 | 325.5 | 183.0 | 66.3 | 53.1 | 44.6 | 20.5 | 6.0 | 10.0 | 8.1 | 8.0 | 1.6 | 4.7 |
| 名目GDP (10億トグリグ) | 10.7 | 10.5 | 18.9 | 47.3 | 194.8 | 324.4 | 550.3 | 646.6 | 832.6 | 817.4 | 925.3 | 1018.9 | 1115.6 | 1240.8 | 1362.5 |
| 国家歳入 (10億トグリグ) | 5.2 | 5.3 | 6.5 | 11.9 | 54.8 | 85.5 | 140.9 | 160.0 | 212.0 | 225.5 | 254.8 | 351.1 | 439.3 | 477.0 | 535.8 |
| 国家歳出 (10億トグリグ) | 7.1 | 6.5 | 8.7 | 12.0 | 61.6 | 98.9 | 149.3 | 176.6 | 287.6 | 342.2 | 361.7 | 429.7 | 489.7 | 548.6 | 616.5 |
| 財政収支 (10億トグリグ) | -1.9 | -1.2 | -2.2 | -0.1 | -6.8 | -13.4 | -8.4 | -16.6 | -75.6 | -116.7 | -106.9 | -78.6 | -50.4 | -71.6 | -80.7 |
| 輸出 (100万US\$) | 721.5 | 660.7 | 348.0 | 388.4 | 382.6 | 356.1 | 473.3 | 424.3 | 568.5 | 462.3 | 454.2 | 535.8 | 521.5 | 524.0 | 615.9 |
| 輸入 (100万US\$) | 963.0 | 924.0 | 360.9 | 418.3 | 379.0 | 258.4 | 415.3 | 450.9 | 468.3 | 503.3 | 512.8 | 614.5 | 637.7 | 690.8 | 801.0 |
| 貿易収支 (100万US\$) | -241.5 | -263.3 | -12.9 | -29.9 | 3.6 | 97.7 | 58.0 | -26.6 | 100.2 | -41.0 | -58.6 | -78.7 | -116.2 | -166.8 | -185.1 |
| 農牧業就業比率 (%) | — | 33.0 | — | 36.5 | 39.5 | 44.7 | 46.1 | 46.5 | 48.9 | 49.7 | 49.5 | 48.6 | 48.3 | 44.9 | 41.8 |
| 都市化比率 (%) | 57.2 | 54.6 | 56.3 | 54.0 | 53.8 | 52.4 | 51.6 | 52.9 | 52.7 | 53.1 | 56.6 | 57.2 | 57.2 | 57.4 | 58.4 |
| 総家畜数 (千頭) | 24675.0 | 25857.0 | 25528.0 | 25694.0 | 25175.0 | 26808.0 | 28572.0 | 29300.0 | 31292.0 | 32898.0 | 33569.0 | 30228.0 | 26075.0 | 23898.0 | 25428.0 |
| 為替レート (1US\$=トグリグ, 年末) (2000以降は年平均) | — | 5.5 | 40.0 | 150.0 | 396.5 | 413.5 | 473.8 | 693.4 | 813.2 | 902.0 | 1070.8 | 1077.7 | 1097.6 | 1110.4 | 1146.5 |

出所: National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

表2 人口関係統計の推移

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|--------------------------|------|------|------|-------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 人口増加率 (%) | — | 2.59 | 1.11 | -0.86 | 0.63 | 1.61 | 1.64 | 1.47 | 1.38 | 1.41 | 1.43 | 1.43 | 1.45 | 1.35 | 1.16 |
| 粗出生率 (人口千人当たり) | 35.5 | 34.4 | 32.4 | 29.2 | 22.1 | 24.2 | 24.4 | 22.9 | 21.6 | 21.2 | 21.0 | 20.4 | 20.5 | 19.1 | 18.4 |
| 合計特殊出生率 | 4.6 | 4.5 | 4.0 | 3.5 | 2.5 | 2.7 | 2.8 | 2.5 | 2.4 | 2.3 | 2.3 | 2.2 | 2.2 | 2.1 | 2.0 |
| 粗死亡率 (人口千人当たり) | 8.2 | 8.3 | 8.7 | 8.4 | 8.1 | 7.6 | 7.5 | 7.8 | 7.4 | 6.8 | 6.8 | 6.5 | 6.6 | 6.4 | 6.4 |
| 乳児死亡率 (出生1000人当たり) | 64.1 | 64.4 | 62.6 | 59.5 | 61.2 | 48.0 | 44.4 | 40.0 | 39.6 | 35.3 | 37.3 | 32.8 | 29.5 | 29.6 | 23.0 |
| 結婚率 (18歳以上人口1000人当たり) | 14.9 | 16.6 | 19.6 | 15.9 | 11.8 | 13.2 | 12.2 | 11.1 | 11.0 | 10.3 | 10.1 | 9.0 | 8.6 | 9.2 | 9.6 |

出所: National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

表3 年齢別死亡率の推移
(人口1000人当たり)

| | 1989 | 1992 | 1995 | 1998 | 2000 | 2003 |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 0-4 | 20.2 | 17.4 | 13.2 | 10.3 | 9.4 | 6.4 |
| 5-9 | 0.9 | 0.9 | 0.9 | 0.5 | 0.5 | 0.4 |
| 10-14 | 0.6 | 0.8 | 0.6 | 0.5 | 0.4 | 0.4 |
| 15-19 | 0.8 | 1.2 | 1.1 | 0.9 | 0.7 | 0.7 |
| 20-24 | 0.0 | 0.0 | 2.0 | 0.0 | 1.3 | 1.3 |
| 25-29 | 1.8 | 2.1 | 2.4 | 2.1 | 2.1 | 2.1 |
| 30-34 | 2.1 | 3.1 | 2.9 | 2.9 | 3.1 | 2.8 |
| 35-39 | 3.5 | 3.5 | 3.5 | 4.2 | 4.0 | 4.0 |
| 40-44 | 4.9 | 6.3 | 6.4 | 5.5 | 6.0 | 6.3 |
| 45-49 | 7.0 | 8.7 | 10.0 | 9.6 | 8.7 | 9.2 |
| 50-54 | 10.6 | 12.9 | 15.4 | 14.7 | 13.9 | 13.0 |
| 55-59 | 16.6 | 19.9 | 21.2 | 20.1 | 18.6 | 18.7 |
| 60-64 | 27.1 | 29.3 | 31.9 | 31.2 | 28.2 | 29.2 |
| 65-69 | 40.5 | 53.0 | 51.0 | 45.2 | 42.9 | 40.7 |
| 70+ | 70.7 | 85.7 | 83.1 | 80.6 | 93.5 | 83.5 |

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

れるが、人口の年齢構成はまだ若い。2003年における人口の年齢構成は、14歳以下が32.45%を占め、15～64歳までが63.59%、65歳以上が3.96%となっている。29歳以下が63.54%である。老齢年金の対象となる年齢は、男性60歳以上、女性55歳以上であるが、60歳以上の層は6.6%、これに55～59歳の女性を加えると7.8%程度になる。中位年齢は23歳であるが、1994年には19.4歳であったことを考えると高齢化している。人口分布は1989年にはピラミッド型の年齢分布をしていたが、ピラミッド型の年齢分布はもはやくずれ、最も多い年齢層は10～14歳層でそれより高齢層はピラミッド型であるが、5～9歳層はその85.5%、0-4歳層は73.5%となり、徐々に減少している。このように、人口構成の面でも民主化、市場経済化以降、大きな構造変化が生じていることが分る。

2010-2015年までの人口政策の目標は、年平均人口増加率を1.8%以上に保てるための基盤を整えることである。この目標を、5歳以下の乳幼児死亡率の減少、妊産婦死亡率の削減、平均寿命を長くする

といった目標の追求によって達成しようとしている。¹⁾

IV 社会保障システムの枠組み

社会主義時代において社会保障システムはソ連の支援の下に発達し、多くの種類の年金や一時金が一定の資格を満たすと支給されていた。民主化、市場経済化以降、社会経済システムは急激に変化し、そこから生じた必要性を満たすために新しい社会セーフティネットの構築が求められるようになった。政府の財政的な基盤も変化し、社会保障以外にも社会基盤形成のために多くの要求にこたえる必要があるとともに、国際的な監視の中で限度を越えた大きな財政赤字を長期に出すことは許されない状況となっている。モンゴルは、多くの制約の下で、新しい社会経済環境に適応した社会保障システムの構築を迫られている。

社会保障ネットワークと社会保障基金は国家の一般予算から切り離されて、国家社会保障事務所(the State Social Insurance General Office)の下に5つの基金が組織された。すなわち、年金基金、一時給付保険基金、健康保険基金、労働災害基金、失業保険基金の5基金である。モンゴルの地方行政単位は21県と首都ウランバートルからなり、ウランバートルは9地区に分かれている。したがって、国家社会保障事務所は県と首都に合計30箇所支所がある。Oyungerel(2004)によると、システムに課された主な変更点は、全員に公平な便益を保障するシステムから高齢者、障害者、貧困者をターゲットとするシステムへと転換することであった。また、失業者の増加する環境下で、失業者をどのように救済するかが緊急の課題となった。

V 医療体制

1990年までモンゴルの医療システムはソ連により支援され、感染症の急速な広がりを減らすこと

に重点を置いて発展した。医療部門の財政は主に国家予算によりまかなわれていた。医療関連設備やサービスは国家予算により設置されて維持管理され、またソ連やコメコンメンバーにより支援されていた。医療サービスの計画と管理は中央集権化し、ソ連の医療サービス供給のモデルを基礎にしていた。すなわち、すべての国民は無料で医療サービスを受けることができたのである。ソ連がペレストロイカにより変化するにつれて、この支援は減少し始めた。したがって、医療セクターの改革を試みる必要ができた。この変革にあたり2つのコンセンサスがあった。一つは、国家予算や個人は現行の医療支出に耐えることはできない。もう一つは、医療に支出される予算により、できるだけ多くの人の健康を最小の費用で守ろうというものであった。したがって、病気の治療より予防に重点が置かれることとなった。²⁾

現在、モンゴルの医療システムは3段階に分かれている。第一段階は、一般的な専門医療で、バグの医師補³⁾、家庭医、ホローヤソムあるいはソムにまたがった病院によって行われている。なお、県の下の行政単位がソムであり、ソム下の行政単位がバグである。ウランバートルは、地区があり、その下の行政単位がホローとなっている。第二段階は、専門化した医療で、地区病院、ソム間病院、県病院により提供される。第三段階は、高度専門化医療で、特別病院により提供されている。1990年より第一次医療段階に重点をおく政策を採っている。⁴⁾

表4に医療関係の機関および従業員の推移がまとめられている。これはモンゴル統計局の統計年報より発表されているデータである。これをみると、国立病院の数にそれほど大きな変動はなく、第三段階に当たる特別専門病院の数が減っているが、第二段階の県や地区の一般病院やソム間病院の数は増加している。市場経済化の影響を受けて、民間病院、民間ファミリー病院、民間薬局の数が

急速に増加している。第一段階の医療は民間の比重が高くなっていることがわかる。政策が第一段階の医療に重点を置いていることを反映して病院のベッドの数は減少している。2003年では1990年に比べてベッド数は31%減少している。人口1000人当たりのベッド数は、1990年には12.3であったものが、2003年には7.3にまで減少し、41%減少したことになる。民間のベッド数は増加傾向であるのに対し、公立病院のベッド数は減少する傾向にある。しかし、2002年において民間病院のベッド数は全ベッド数の10%に満たない。病院のベッド使用率は2002年で90.36%、平均入院日数は10.6日である。データからも、高度な医療からプライマリー医療へと重点が移っていることが分る。これは人口密度の低い中、すべての人がプライマリー医療にアクセスできる必要性のためである。しかし、反面、高度医療が手薄になり、治療費用の出せる人は海外で高度医療を受けることになり、高度医療の海外依存へとおちいる危険性をもっている。

2003年において医療関係機関の従業員数は3万2478人で1990年の4万7205人から31%減少している。従業員のうち女性が2万7345人を数え、84%を占めている。従業員のうち医者は6637人、これは1990年の6180人より7%ほど増加している。医者のうち5299人(80%)は女性であり、モンゴルでは医者は女性の職業となっているようだ。医者の数は1995年まで減る傾向にあったが、その後は増加している。一般には、医者の給料は非常に低いといわれている。⁵⁾ 医者の数そのものは市場経済化前より増加したが、2002年時点で15県の44ソムは医者がいない、また19県の80ソムが医者不足である。なお、全国にソムと地区を合わせると340の行政単位がある。したがって、13%の地域に医者がおらず、23.5%の地域が医者不足であることになる。地方における医師不足が表面化しつつある。

表4 病院数、医療関係人員数の推移

| | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| (国立医療関係機関) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特別専門病院 | — | — | — | 30 | 30 | 28 | 24 | 14 | 21 | 23 | 19 | 19 | 17 | 17 | 19 |
| 県・地区一般病院 | — | — | — | 18 | 18 | 21 | 22 | 21 | 21 | 21 | 30 | 30 | 33 | 33 | 45 |
| ソム間病院 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 13 | 13 | 13 | 19 | 31 |
| ソム病院 | — | 294 | 298 | 311 | 314 | 320 | 384 | 359 | 340 | 345 | 334 | 334 | 310 | 304 | 290 |
| 薬局 | 485 | 483 | 457 | 477 | 454 | 451 | 380 | 515 | 366 | 401 | 355 | 298 | 347 | 364 | — |
| (民間医療関係機関) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 民間病院 | — | — | — | — | — | — | 238 | 231 | 318 | 276 | 448 | 466 | 480 | 536 | 611 |
| ファミリー病院 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 99 | 178 | 233 | 231 |
| 薬局 | — | — | — | — | — | — | 66 | 100 | 185 | 203 | 273 | 321 | 374 | 406 | — |
| 薬局(国立と民間合計) | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 724 |
| 人口1万人当たり医者数 | 28 | 29 | 28 | 28 | 26 | 26 | 25 | 26 | 25 | 24 | 26 | 27 | 27 | 28 | 27 |
| 人口1万人当たり中級医療員数 | 88 | 92 | 87 | 77 | 70 | 64 | 59 | 60 | 58 | 55 | 56 | 56 | 56 | 57 | 57 |
| 病院のベッド数 | 24160 | 26427 | 26017 | 24225 | 23445 | 22939 | 22246 | 23082 | 18436 | 17896 | 17877 | 17974 | 18090 | 18616 | 18180 |
| 人口千人当たりベッド数 | 11.8 | 12.3 | 12.1 | 11 | 10.4 | 10.1 | 10 | 9.9 | 7.8 | 7.5 | 7.6 | 7.5 | 7.5 | 7.6 | 7.3 |
| 健康関連機関従業員数 | 43817 | 47205 | 45861 | 41738 | 37287 | 35951 | 32445 | 32634 | 30240 | 30303 | 29997 | 31507 | 32077 | 33273 | 32478 |
| (うち女性) | | 37482 | 36355 | 33032 | 30488 | 26944 | 26079 | 26336 | 25109 | 24201 | 25031 | 25284 | 26059 | 27384 | 27345 |
| 医師数 | 5715 | 6180 | 6132 | 6053 | 5911 | 5848 | 5682 | 5987 | 5918 | 5831 | 6162 | 6498 | 6639 | 6823 | 6637 |
| (うち女性) | 4129 | 4406 | 4522 | 4509 | 4418 | 4334 | 4198 | 4715 | 4198 | 4412 | 4733 | 4999 | 5141 | 5296 | 5299 |
| 薬剤師 | 441 | 452 | 375 | 382 | 348 | 323 | 318 | 423 | 435 | 413 | 491 | 648 | 654 | 788 | 821 |
| 看護婦数 | 10415 | 11296 | 11155 | 10278 | 9183 | 8628 | 8015 | 7923 | 7546 | 7363 | 7336 | 7389 | 7595 | 7802 | 7734 |
| 医師当たり人数 | 379 | 335 | 368 | 403 | 376 | 386 | 393 | 389 | 399 | 411 | 383 | 368 | 365 | 360 | 375 |
| 看護婦当たり人数 | 194 | 183 | 201 | 217 | 242 | 262 | 279 | 294 | 313 | 325 | 322 | 324 | 319 | 315 | 322 |

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

薬剤師の数は1995年以降急速に増加して、2003年には821人になっており、これは1990年より81.6%増加している。看護師は減少傾向にあり、2003年で7734人、1990年の1万1296人と比べると31.5%の減少である。看護師が海外へ流出している可能性も考えられる。医者一人当たりの人数は375人で市場経済化以前に比べて悪化しているわけではないが、地域的な偏在は起こっている。看護師一人当たりの人数は322人で、1990年の183人と比べると大幅な悪化が生じている。

Oyungerel (2004)によると、保健関係の支出は4つの財源からなっている。すなわち、国家および地方政府の予算、社会保障基金、海外パートナーの資金、自己負担などである。海外で受けた治療費用を除くと保健関係の総支出は98.7百万米ドル(1160億トグリグ)と述べている。これは、GDPの7.7%、一人当たり費用は39米ドル(4万6000トグリグ)になっている。保健関係の支出は、公的医療機関への自己負担金を含めた政府部門が67%、民間部門への個人の支払いが24%、海外のドナーが9%を占めている。民間部門のウエイトは近年急速に伸びてきている。

2004年の政府部門の保健関係支出予算の資金調達率は政府支出70.8%、健康保険基金25.5%、自己負担3.7%という構成となっている。この構成比率は近年安定的に推移している。政府部門の保健関係支出は政府総支出の10%程度で、GDPの5%程度を占めている。2004年度の予算案では、保健関係支出はそのウエイトが上昇する傾向にある。⁶⁾

国際協力銀行(2001)は、貧困層の医療訪問回数の減少を指摘している。一般的な要因としては、一部自己負担の導入などによる医療費の高騰である。また、牧民家計に関して、貧困層は労働力が不足気味であることと移動手段に乏しいことを要因として挙げている。MLSW他(2004)はウランバートルに関する調査であるが、仕事量の多さの

ために家庭医は各自の患者を頻繁には訪問していないことを指摘している。加えて、高齢者や貧困者は民間病院にバスで行く必要があるがバス代を払うことができないため病院に行くことが困難となっている。

VI 健康保険・年金・失業保険などのシステム

1994年1月に健康保険法は施行されている。この健康保険システムの目指すものは、次のような4点であった。1)健康状態への個人責任の上昇。2)より安定した財政基盤の形成。3)質の高い医療への公平なアクセスを保ちながら、地方当局の医療システムの管理責任の増加。4)医療従事者の収入向上。⁷⁾

健康保険は強制加入グループと任意加入グループとからなっている。子供、年金生活者、高齢者、障害者などは弱者グループとみなされ政府が保険料を支払っている。以前はこの弱者グループの中に専門訓練機関の学生や自営の牧民も入っていた。しかし、1999年からこの2つのグループは弱者から除外され任意加入で保険料も自己負担となった。政府機関勤務者や登録された企業に勤務している正社員は、強制加入グループで

表5 健康保険基金収入内訳

(百万トグリグ)

| | 弱者 グループ | 経済 単位 | 任意 加入者 | 学生・ 牧民 | 合計 |
|------|------------|----------|-----------|-----------|---------|
| 1994 | 2508.2 | 2194.8 | 176.5 | — | 4879.5 |
| 1995 | 2878.5 | 4176.0 | 433.3 | — | 7487.8 |
| 1996 | 3360.1 | 6020.7 | 480.0 | — | 9860.8 |
| 1997 | 3894.2 | 7214.9 | 418.6 | — | 11527.7 |
| 1998 | 6063.8 | 7563.5 | 500.0 | — | 14127.3 |
| 1999 | 4857.2 | 8929.4 | 599.8 | — | 14386.4 |
| 2000 | 4856.6 | 12046.6 | 566.5 | 647.8 | 18117.5 |
| 2001 | 4856.6 | 13906.6 | 486.7 | 551.7 | 19802.6 |
| 2002 | 4856.6 | 16261.3 | 496.3 | 574.3 | 22191.2 |

出所：Oyungerel (2004)

使用者と被雇用者が給料の6%を折半して保険料を支払っている。こういった負担の折半制度は、1995年の社会保障法の施行により実施され、それ以前はすべて使用者側が支払っていた。その他の、自営業者、牧民、インフォーマル部門で働く人などは、一定金額の保険料を支払って加入することができる。高所得家計と低所得家計の識別が困難という理由で、高所得者の家庭の子供の保険料も政府が支払っている点に問題が指摘されている。各グループの健康保険基金収入への貢献の度合いは表5にまとめられている。⁸⁾

1991年に、診断のための検査を含む特定のサービスに対して自己負担を導入した。1997年に健康保険に加入している患者の治療費の10%の自己負担を課せられることになった。しかし、子供、障害者、年金生活者は自己負担を免除された。新しい健康保険法により、一律10%の自己負担は、第一次段階の治療が5%、第二次段階が10%、第三次段階が15%と変更されている。

年金基金は、健康保険と同じように強制加入グループと任意加入グループとからなっている。男性は60歳から女性は55歳から支給されるが、20年以上掛け金を払っている必要がある。支給額は、

勤めた年数と、勤務中の給料により決まる。別の収入があっても、年金支給金額を減額したり、支給が停止になることはない。表6に国家統計局による年金の受給人数と支給金額合計がまとめられている。2003年には軍人年金の項目が上がっているが、この項目が以前はどのように処理されているのか不明である。高齢年金を受領している人の数は、年齢別人口から採った60歳以上の男性と55歳以上の女性の合計をかなり上回っている。例えば、1996年では老齢年金受給対象者は155.6万人であるのに対し、実際の受給者は222.6万人で大きな隔りがある。2003年では、受給対象者167.3万人に対し実際の受給者は174.3万人とかなり近くなっている。考えられることは、以前は子供を4人以上産んだ女性には50歳から年金を支給していたことであるが、この措置がいつまで有効であったのか不明である。少なくとも1990年までに4人産み終えていた人は対象になっていると予想される。いずれにせよ、老齢年金の対象としている範囲はかなり広いことが分る。

一人当たり支給金額を単純に支給総額を支給人数で割って計算してみると、2003年で高齢年金の場合、一人当たり31万7500トグリグとなる。軍

表6 社会保障基金から支払われた年金とその人数

| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 年金受給者数合計(千人, 年末) | 287.2 | 237.9 | 242.1 | 245.0 | 254.4 | 259.6 | 262.9 | 262.2 |
| 高齢年金 | 222.6 | 174.3 | 173.8 | 173.9 | 179.7 | 181.4 | 182.1 | 174.3 |
| 障害者年金 | 27.8 | 24.4 | 28.3 | 31.2 | 33.2 | 35.6 | 38.0 | 41.5 |
| 扶養者を失った人年金 | 36.7 | 34.5 | 34.9 | 34.6 | 35.8 | 36.6 | 36.6 | 35.1 |
| 労働災害年金 | — | 4.7 | 5.1 | 5.3 | 5.7 | 6.0 | 6.2 | — |
| 軍人年金 | — | — | — | — | — | — | — | 11.3 |
| 年金受給額合計(百万トグリグ) | 22764.6 | 29274.7 | 37021.7 | 39909.4 | 55593.1 | 60661.2 | 68962.5 | 79176.0 |
| 高齢年金 | 18166.0 | 22417.4 | 28201.6 | 30087.5 | 41605.2 | 45263.0 | 50812.0 | 55345.2 |
| 障害者年金 | 2003.6 | 2489.2 | 3325 | 3885.9 | 5630.2 | 6324.5 | 7612.9 | 9472.2 |
| 扶養者を失った人年金 | 2595.0 | 3652.2 | 4571.2 | 4826.3 | 6496.3 | 7006.1 | 8110.4 | 9023.4 |
| 労働災害年金 | — | 715.9 | 923.9 | 1109.7 | 1861.4 | 2067.6 | 2427.2 | — |
| 軍人年金 | — | — | — | — | — | — | — | 5335.2 |

出所：National Statistical Office Mongolia (2004a) (2004b)

人年金が最も高く47万トグリグ、労働災害年金も高齢者年金よりも高いが、他の年金は老齢年金より低額である。年度途中で年金受給者になったり、受給者でなくなる人がいるので実際の平均はこの金額より多少高くなると考えられる。貧困線は成人1日当たり2100カロリーを保障する食料費と非食品支出からなるが、国家統計局の発表では2003年におけるウランバートルの貧困線は1人当たり1ヶ月2万5300トグリグ(22米ドル)となっている。したがって、1年では30万3600トグリグとなる。他地域の貧困線は、2万トグリグ前後であり、年間にすると24万トグリグである。老齢年金の平均は、地方の貧困線は上回っているが、ウランバートルの貧困線をかろうじて上回る水準で、貧困線以下のケースも相当割合ある可能性がある。なお、統計年報によると、2003年における平均給与は月8万1500トグリグ、年収にすると97万8000トグリグで老齢年金の単純平均はその3分の1にあたる。勤労者の場合、年金のための掛け金は給料の19%、使用者が13.5%、被雇用者が5.5%負担する。自営業者の掛け金は収入の9.5%となっている。

失業保険は、2000年春に保健・社会保障省での聞き取りの情報によれば、24ヶ月以上働き、そのうち9ヶ月間以上は連続して働いた人で、職業紹介所に登録している人が受給対象となっている。給付額は、働いた年数と給与額に依存している。例えば、勤続5年未満で過去3ヶ月の平均給料の45%が支給され、勤続15年以上で平均給与額の70%が支給される。支給期間は一律、75日間(2ヶ月半)となっていて、かなり短期間である。掛け金は、給料の1%で使用者と被雇用者間で折半して、すなわち0.5%ずつ支払っている。失業保険は、職業訓練や職業資格コースのためにも使用されている。

一時給付金は、死亡、疾病、出産などの給付金からなっている。掛け金は、給料の2%で使用者側、被雇用者側が半分ずつを負担している。労働

災害保険は、使用者側だけが掛け金を負担しているが、危険性の度合いに応じて給料の1%から3%までの幅がある。自営業者は収入の1%である。したがって、フォーマル部門で働く人の場合、社会保障負担は合計使用者側の負担が19%から21%で、被雇用者の負担は10%である。

国際協力銀行(2001)が論述しているように、貧困層の現金収入に特徴的なのは、インフォーマルな贈与の存在である。貧困層の支出のうち19%は親戚などからのインフォーマルな収入に支えられており、教育費、事業資金、医療費、緊急支出などにあてられている。このインフォーマルな収入がないと貧困率は相当上昇するとされており、実質的に重要なソーシャル・セーフティ・ネットとして機能していると指摘している。

VII 個人調査から見た保険加入状況

Anderson(1998)は、1997年前半にウランバートルの770のインフォーマル事業者に対してサーベイ調査を行った。内容については、駿河(2003)でも紹介している。この調査によると、年金の加入率は、白タク運転手40%、キオスク従業員34%、靴の修理13%、中古の部品・器具の野外市場での販売18%、タバコ・ソフトドリンク・チューインガムの路上販売5%となっている。健康保険の加入率は、白タク運転手51%、キオスク従業員53%、靴の修理36%、中古の部品・器具販売61%、タバコ等販売40%となっている。ただし、2つの職を持つ人は数字から除かれている。

次にモンゴル労働厚生省(MLSW)他(2004)による「都市の貧困と流入」サーベイは、2003年11月にウランバートルにおいて1500家計に関して調査が行われている。調査の対象となった15歳以上の人数は5053人、そのうち42.9%が就業しており、就業している人のうち67.9%がフォーマル部門で働いていた。14歳以下の子供も含めた6842

人のうち健康保険に加入しているのは82.6%であり、ゲル地区居住者が78%、アパート居住者が86%の加入率となっている。加入者のうち74%は、国や企業などの機関によって支払われており、26%は個人加入となっている。ゲル地域は子供の数が多く、子供は国によって支払われているため、ゲル地帯の方が国や機関によって支払われている比率が高い。男性の加入率が80%に対し女性は84.9%で女性の方が加入率が高い。大きな差があるのは、フォーマル部門とインフォーマル部門間の差で、フォーマル部門に働いている人の88%が加入しているのに対し、インフォーマル部門で仕事をしている人は56.4%と大幅に低くなる。この数字は先のAnderson(1998)の数字と非常に近い。所得階層別に見ると次のようになっている。高所得層87.1%、中所得層85.8%、低所得層(貧困線以上)80.1%、貧困線を下まわると貧困線の60%以上の層80.1%、貧困線の60%未満68.6%となっていて超低所得層において保険加入率が極端に低くなっていることが分る。健康保険に入っていない主な理由は次のようなものである。「お金がない」32.7%、「仕事がない」24.0%、「市役所に登録していない」18.7%、「保険の必要がない」13.4%、「興味がない」8.5%。

この調査は、自宅とファミリー病院との距離に関しても聞いている。病院までの距離が3キロメートル以上離れている人は、全体で12.3%である。ゲル地帯居住者では15%、住環境が不利と考えられる最近5年間にウランバートルへ移住してきた人は28%にも及んでいる。

VIII おわりに

モンゴルはソ連の崩壊とともに、市場経済へと移行をはじめ、急速な市場経済化政策を採った。そのため、初期のころの混乱は激しくマイナス成長や激しいインフレに直面したが、徐々に落ち着

きを取り戻しプラス成長になりインフレも収まっている。家畜の私有化、国有企業の民営化を通じて、民間経済のウエイトが高くなり、中央集権的に実施されてきた社会保障制度も社会や経済システムの変化にあわせて変化することを迫られた。しかし、社会保障制度の変化はゆっくりとしたものであった。現在は、健康保険基金、年金基金、一時給付基金、労働災害基金、失業保険基金の5つの基金の下で、社会保障は実施されている。健康保険に関して弱者グループ(子供、年金受給者、障害者など)は国から保険料が支払われ、弱者には比較的手厚いシステムである。医療サービス体制もプライマリー医療に重点を移しながら、人口密度の低さの中で公平にサービスがいきわたるような制度を構築しようとしている。しかし、社会保障の基金は、自営業者や牧民などの任意加入グループを保険料や掛け金の支払い者として取り込めていないため、財政基盤は弱い。また徐々に高齢化しており基金の持続性の面でも問題がある。医療サービスも民間に比重が移動するにつれて、ウランバートルに偏ってきており、地方における医療が将来ますます手薄になってくる可能性が高い。

注

- 1) 人口政策目標は、Oyungerel(2004)によっている。
- 2) この部分の論述は、Oyungerel(2004)によっている。
- 3) 正規の医師は6年間の医学教育を受けているのに対し、医師補は4年間の医学教育を受けた補助医師である。竹内(1999)によると、医学教育制度の改革により医師補資格は廃止されている。
- 4) Oyungerel(2004)と国際協力銀行(2001)によっている。
- 5) 竹内(1999)も医療関係者の低賃金を指摘している。
- 6) Oyungerel(2004)による。
- 7) Oyungerel(2004)および竹内(1999)による。
- 8) 各保険制度の負担率や制度の説明は、Morris(2001)、MLSW他(2004)、Oyungerel(2004)、国際協力銀行(2001)および筆者による2000年の保健・社会保障省での聞き取りによっている。

参考文献

Anderson, J. 1998. "Reaction to Crisis, Response to Policy: An Analysis of the Size, Origins, and Character of

- Mongolia's Informal Sector," Mimeo.
Ministry of Labour and Social Welfare, UNDP and Population Teaching and Research Center. 2004. *Urban Poverty and In-migration: Survey Report*, Ulaanbaatar: UNDP.
- Morris, E. 2001. "The Informal Sector in Mongolia: Profiles, Needs, and Strategies," International Labour Office, Bangkok.
- National Statistical Office of Mongolia. 2004a. "Mongolia in a Market System" *Statistical Yearbook*, Ulaanbaatar.
- National Statistical Office of Mongolia. 2004b. *Mongolian Statistical Yearbook 2003*, Ulaanbaatar.
- Oyungerel, N. 2004. "Country Report on Health Insurance System: Mongolia," *The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators: Country Report*, MHLW, JICA and JICWELS, 47-64.
- UNDP. 2003. *Human Development Report 2003*, Ulaanbaatar: UNDP.
- 国際協力銀行 2001「貧困プロフィール モンゴル国」国際協力銀行
- 駿河輝和 2003「移行経済下の混乱と人々の対応：モンゴル国のケース」『世界経済評論』47巻9号, 25-34
- 竹内百恵 1999「モンゴルの保健医療—近代医療と伝統医療の狭間で—」島崎美代子・長沢孝司編『モンゴルの家族とコミュニティ開発』
(するが・てるかず 神戸大学教授)

ベトナムの社会保障

和泉 徹彦

■ 要約

ベトナムの社会保障制度の大部分は憲法と労働法典に依拠している。社会保険方式によって社会保障給付を実現しており、疾病休業給付、労働災害給付、出産育児休業給付、遺族給付、老齢年金給付、医療保険給付から成る。労使の拠出に加えて国家予算からの補助金によって財政を運営している。体系としては立派であるが、被保険者は労働力人口の15%にしか達しておらず、給付水準も不十分なものとなっている。既に施行された改正労働法典の目玉であった失業保険給付について、関連法令が未整備のために適用開始できないなど、官僚主義と人治の弊害が表面化している。経済成長をインフラ整備で促進して貧困削減と社会開発の課題を解決していくという日本の援助哲学はベトナムの同意を得ている。経済成長促進の両輪としてベトナムが社会保障制度をいかに拡充していくか見守ってきたい。

■ キーワード

ベトナム、医療保険、年金、ODA、貧困削減

I はじめに

かつて戦禍によって荒れ果てたベトナムのめざましい経済発展ぶりは知られるところである。2004年の日本からベトナムへの直接投資額は約51億ドルであり、貿易関係においても魚介類・縫製品の輸入、機械・電気機器の輸出と関係が深い。1998年に東南アジア諸国を経済危機に陥れた為替相場急変については、ベトナムが金融資本市場を対外的に開放していなかったことから直接の混乱は免れることができた。しかしながら、東南アジア地域への外国直接投資が減少したことによる影響はあり、経済成長率がそれまでの8~9%から1999年には4.8%まで落ち込んだ。それからは回復基調にあり、2003年には7.2%の経済成長率を記録している。

1976年の南北ベトナム統一以後、1986年からドイモイ(刷新)路線をとって市場経済システムの導

入と対外開放政策からなる社会主義的市場経済を推進している。経済発展の裏側では、貧富の格差拡大、官僚主義、法治ではなく人治であるといったことも指摘されている。近年、台風通過後に洪水など自然災害に見舞われる地域も少なくないが、無計画な森林伐採がその原因ではないかと疑われている。被災者への応急対策に追われて、地方での対人社会サービスの事業予算が尽きてしまっている面がある。国際社会と協調して貧困削減の計画が実行されている最中であり、最大援助国である日本の役割は決して小さくはない。

ベトナムの社会保障制度は1947年に創設され、1962年当時は全国民の4%に満たない公務員のみを対象としていた。1995年以前は労働社会省と商工団体が共同で社会保障制度の運営管理を行っていた。現行の社会保障制度の大部分は、1992年に成立したベトナム社会主義共和国憲法および1994年に成立し2002年に改正された労働法

典に依拠している。1995年にベトナム社会保険庁が創設され、保険料の徴収、社会保険基金の運用、そして社会保障給付の管理を行うことになった。1995年には290万人だった被保険者は、2003年末には労働力人口の15%に相当する550万人に増加している。医療保険の対象者は1180万人に達しており、これは全国民の15%に相当している。ただし、社会保険の被保険者には自営業や農業従事者は含まれていない。

社会保障給付の対象は以下の6つである。

- ・ 疾病休業給付
- ・ 出産育児休業給付
- ・ 労働災害給付
- ・ 遺族給付
- ・ 老齢年金給付
- ・ 医療保険給付

本来なら労働法典2002年改正の目玉であった失業保険給付の導入も社会保障給付に含めるべきところであるが、既に2003年から労働法典が施行されているにもかかわらず所管官庁である労働社会省は関連法令が未整備であるために適用が開始されていない。仮に失業保険の適用が開始されたとしても対象者は労働力人口の10%程度と見込まれており、労働者、使用者、国の3者が1%ずつ拠出する制度では、国家予算を投じることの不公平が議論となっている。

ベトナムの社会保障を概観すれば、体系としては立派な制度を持ちながら、被保険者の範囲や給付水準が不十分な印象を受けるだろう。将来的に経済発展に応じて身の丈にあった社会保障の拡充を図っていくモデルとして見るならば、とても興味深い対象である。

II 医療保障

1. 医療サービスの供給

ベトナム政府は医療に関して、戦後復興の厳し

い財政状況においても優先的な取扱いをしてきた歴史がある。2003年の保健・公衆衛生指標を見れば、乳児死亡率は2.1%、平均寿命は男性70歳・女性73歳と比較的良好な数値が示されている。乳児死亡率の改善については1990年当時4.4%だったものが、日本ODAの母子保健プロジェクトの寄与が大きかったと見ることもできる。しかし、国家主体の医療機関整備と医療保険の導入といった医療システムの運営と、地域レベルでの予防接種率向上といった地道な活動が良好な結果を生みだしている。

疾病構造の観点からは、感染症対策が医療の大きな割合を占めている。いまだに世界保健機関の定めるマラリア汚染地域にベトナム全土が指定されており、デング熱等の流行も確認されている。近年では、SARSや鳥インフルエンザといった感染症が話題に上っている。ただ、生活習慣病など感染性ではない慢性疾患や交通事故による患者が増えてきている。所得水準が向上したことによってモータリゼーションが進んでいるのだが、交通法規の無視や無知によって交通事故の死傷者を増やしている面が指摘される。

医療サービスの供給を担う医療機関には、研究所、病院、診療所、産院、そして地域保健センターが含まれる。ベトナムにおいてはほとんどの医療機関が公立であり、外資系を含めた私立の医療機関は少数派である。民間人が医療機関を設立しようとするときは保健省出先の省地方事務所に申請しなければならない。設備や職員の質が基準以上であれば認可され、病院は5年間、診療所等は3年間の営業許可が与えられる。

医療圏は、国レベル、省レベル、郡レベル、村レベルの4つに階層化されている。対応できない患者を上位レベルに移送したり、診断法・治療法・予防法等の医療情報を専門医に照会したりといった方法がとられている。病床数は10万人に228ベッド、国家レベルでの病床占有率は常に

100%近くに張り付いており、医療資源の不足が顕在化している。

初期医療の保障は国家的な課題として認識されている。ほとんどの村に地域保健センターが開設されており、そのうち65.4%は医師の診療を受けることができるようになってきている。医師や看護師と

表1 医療機関別・施設数と病床数

| 医療機関の種類 | 施設数 | 病床数 |
|----------|--------|---------|
| 病院 | 864 | 116,931 |
| 一般診療所 | 895 | 11,015 |
| 専門診療所 | 35 | 552 |
| 産院 | 76 | 936 |
| 療養所・リハビリ | 51 | 7,494 |
| ハンセン病療養所 | 20 | 1,517 |
| 地域保健センター | 11,161 | 45,995 |
| 総数 | 13,102 | 184,440 |

出所：ベトナム保健統計年鑑 2003

表2 行政レベル別・施設数と病床数

| 開設レベル | 施設数 | 病床数 |
|-------|--------|----------|
| 国レベル | 30 | 12,680 |
| 省レベル | 324 | 64,760 |
| 郡レベル | 1,516 | 50,705 |
| 村レベル | 10,372 | 45,995 |
| その他支所 | 860 | 9,674 |
| 総数 | 13,102 | *183,814 |

*病床数に集計漏れがある模様

出所：ベトナム保健統計年鑑 2003

いった医療従事者の養成課程の充実も急速に進められている。

2. 医療保険給付

ベトナム医療保険には強制加入と任意加入とがある。表3はそれぞれの対象者を示したものであり保険料拠出の義務とは一致しない。強制加入医療保険においては公務員と賃労働者以外は保険料拠出の義務は無い。一方、任意加入医療保険は単一の制度ではなく、児童・生徒が加入できる学校医療保険制度とそれ以外の人々のための地域医療保険とに区別することができる。

強制加入の医療保険については、保健省の定めた範囲で原則として2割の自己負担によって保険診療を受けることができる。自己負担の上限は最低賃金の6カ月分を超えないこととされており、それ以上の支払いは社会保険基金が行う。叙勲者、老齢年金受給者、貧困者は自己負担無しの保険診療を受けることができる。公立の医療機関のみならず社会保険と契約していない医療機関を受診することも自由であり、その場合には公立医療機関への診療報酬と同額が支払われ追加的な費用は自己負担となる。つまり、保険診療と自由診療を組み合わせる混合診療が認められている。

任意加入の医療保険の給付内容は制限されているが、初期医療や救急医療については十分な保

表3 強制加入・任意加入の医療保険対象者

| 強制加入医療保険 | 任意加入医療保険 |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 公務員 • 賃労働者 • 老齢年金受給者 • 障害者 • 叙勲者 • 貧困者 • 職業軍人の家族親類 • ダイオキシン戦争被害者 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 強制加入医療保険被保険者以外 • 児童・生徒 • 農民 • 都市住民 • 労働者の家族親類 |

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」

障が用意されている。2割の自己負担には上限が設定されており、保険料拠出期間に応じて給付内容が増えていく仕組みとなっている。270日以上保険料拠出期間があれば、出産育児休業給付を受けることができる。さらに連続して2年以上の保険料拠出期間があれば、心臓外科手術、腎臓検査、破傷風や狂犬病の予防接種といった特別給付を受けられる。任意加入の医療保険の保険料率は強制加入の医療保険よりも低く抑えられており、しかも家族で同時に加入すれば割引になる特典もついている。

医療保険財政は被保険者数が拡大していることもあり、一貫して収入が支出を上回り続けている。

ベトナム国民8000万人の皆保険を実現するのは困難な道のりであり、現状では強制加入・任意加入の対象者を合計しても2000万人に達していない。2010年までの国家目標として全国民の半数を保険給付の対象者にするという目標が掲げられている。そのためには、6歳以下の子ども、従業員10人未満の小規模企業、協同組合職員、賃労働者の扶養家族といった人々を強制加入の医療保険対象者に加えていくことと、任意保険の加入率を

上げることが求められる。また、一律の保険料率になっている拠出を応能負担に変えて所得再分配機能を持たせることも課題である。

III 所得保障

社会保障給付のうち、疾病休業給付、出産育児休業給付、遺族給付、老齢年金給付を取り上げて、所得保障の内容を紹介する。公的扶助は対人社会サービスと混ざっているため社会福祉の領域に位置付けて後述する。

1. 疾病休業給付

病気やけがによって働けなくなった労働者や、病気になった7歳未満の子どもを世話する親、妊娠中絶・不妊治療などを実行する者に対して、休業期間中月給の75%を給付する。

病気やけがによる年間最大給付日数は社会保険料拠出の長さ依存している。拠出年数が15年未満のとき最大30日、15年以上30年未満のとき最大40日、30年以上のとき50日と定められている。重労働や職場環境が悪いときの条件緩和として、

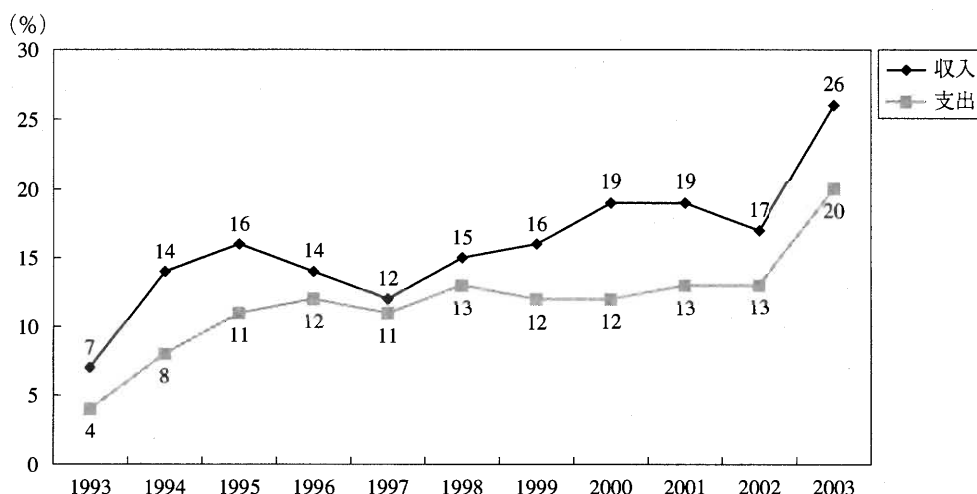


図1 医療保険財政収入と財政支出（対保健予算比）

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」

15年未満のとき最大40日、15年以上30年未満のとき最大50日、30年以上のとき60日と定められている。また、保健省の定める長期療養を要する病気に罹った場合には拠出年数にかかわらず年間180日の給付が認められる。180日間の上限を超えてしまったとき、拠出年数が30年未満であれば月給の65%に、30年以上であれば月給の70%に給付が減額される。

3歳未満の子どもが病気になったときは年間20日以内、3歳以上7歳未満の子どもが病気になったときは年間15日以内の給付が認められる。ただし、これは第1子および第2子にのみ適用される。ベトナムは貧困からの脱出のため人口抑制政策をとっており、子どもを持つのは2人までという動機付けを各種制度によって実施している。妊娠中絶などが疾病休業給付に含まれてくるのは人口抑制政策と整合的であり、不妊手術も該当する。

2. 出産育児休業給付

女性労働者は、第1子および第2子の出産育児にかかる休業について月給の100%にあたる給付を受けることができる。妊娠中3回の検診日の休業給付、そして流産してしまったときには妊娠3カ月未満では20日間、妊娠3カ月以上では30日間の休業給付を受けられる。

産前産後休業は、通常の職場環境であれば4カ月、3交代制勤務など職場環境が悪いときは5カ月、職場環境が特に過酷であるか省令に定める専門職であるときは6カ月が認められる。双子以上の多胎妊娠のときは1子につき30日間の延長が認められる。雇用主との合意によって育児休業期間を延長することも可能であるが、延長した期間は出産育児休業給付の対象とはならない。女性労働者本人が望むときは職場復帰を早めることもできるが、少なくとも産後60日間の休業と医師による診断と同意が必要となる。

生後60日未満の乳児死亡の場合は出産から75

日間、生後60日以後の乳児死亡では死亡から15日間の休業給付が認められる。

3. 遺族給付

労働者、年金受給者、労働災害給付受給者などが死亡したとき、葬祭を取り仕切った者に対して最低賃金の8カ月分にあたる葬祭費用が給付される。

遺族給付の条件としては、15年以上の保険料拠出をした労働者、年金受給者、労働災害給付受給者などがあり、子どもが15歳(就学中は18歳)になるまで毎月支給される。また法的に扶養関係にある父母(男性60歳以上、女性55歳以上)にも毎月支給される。給付額は最低賃金の40%を基本とするが、ほかに収入の道がない場合には最低賃金の70%まで給付する。毎月の遺族給付の条件を満たす親族がない場合には一時金が支給される。一時金は、労働者の保険料拠出年数によって決定される。ただし、最低賃金の1年分を超えることは無い。

4. 老齢年金給付

1995年改正以前の公的年金は、公務員、国営企業被用者、軍人のみを対象にした制度であった。そのため年金支給総額に占める加入者の拠出割合が約10%、国費が約90%となっている。

現行の老齢年金給付制度において満額受給するための条件は、20年以上保険料を拠出し、男性60歳・女性55歳に達していることである。30年以上保険料を拠出し60歳に達した男性あるいは25年以上保険料を拠出し55歳に達した女性は、最高額の年金給付を受けることができる。過酷な労働環境で15年以上働いた経歴を持つ場合には、20年以上保険料を拠出したことを条件に、男性55歳・女性50歳から支給される。この条件緩和は、1975年4月末日以前に南ベトナムまたはラオスで10年間働いた経歴を持つ者、または1989年8月末日

以前にカンボジアで10年間働いた経歴を持つ者にも適用される。

減額年金を受給するための条件は、15年以上20年未満保険料を拠出し、男性60歳・女性55歳に達していることである。20年以上保険料を拠出し、男性50歳・女性45歳に達した労働能力喪失率61%の者も減額年金を受給できる。年齢に関係なく、過酷な労働環境で15年以上働いた経歴を持ち、20年以上保険料を拠出しており、労働能力喪失率61%以上の者は減額年金を受給できる。

15年間保険料拠出したとき平均月収の45%を年金給付として受け取ることができ、拠出年数が1年増えるごとに2%ずつ年金給付額は増加する。20年間保険料拠出したときには、平均月収の55%を受給できることになる。ただし、平均月収の75%に上限が定められている。減額年金の計算方法は上の例と同様で、15年間保険料拠出で平均月収の45%を基準に1年ごとに2%減額していく。30年以上保険料拠出したとき30年を超える部分を一時金として受給することができ、その上限は最低賃金の5カ月分を超えないものとする。

満額年金にも減額年金にも条件を満たさなかった場合には、一時金のみが支給される。ただし、国営企業の労働者については労働法典施行前の勤続期間がそのまま保険料拠出機関として読み替えられる規定がある。

平均月収の算定には、退職前5年間の賃金を用いる。ただし、平均月収を算定するに適切な給与表が無い場合、一部の期間について給与表が失われているときには、保険料拠出した全期間の賃金を用いて算定する。

年金受給者は社会保険基金の運用する医療保険の対象者となる。年金受給者の死亡によって親族は葬祭費用給付および条件を満たせば遺族給付を受ける権利を持つ。

IV 雇用保障

1. 労働災害給付

社会保障における雇用保障とは、一般的に労働災害給付と失業保険給付を意味している。労働法典の上ではどちらも備えているベトナムであるが、失業保険給付については現状は絵に描いた餅であって食べられない。社会保障給付の一つとして確立している労働災害給付の内容を紹介する。

労働災害給付は、職場はもちろん通勤途上の事故、職業病も対象に含まれる。使用者は労働者の医療費および治療中の給与を負担する義務がある。医療審査委員会によって認定された障害の程度に応じて一時金または毎月の給付が決められる。

労働能力喪失率が5~30%であったとき4~12カ月分の最低賃金にあたる一時金が支給される。労働能力喪失率が31~100%であったとき最低賃金の0.4~1.6カ月分が毎月の給付として支払われる。労働能力喪失率81%以上で、脊椎損傷、全盲、両腕または両脚の喪失、重度の精神病患者がヘルパーをつける費用として最低賃金の80%を毎月補助する。

四肢、耳、目、歯、脊椎などを損傷した者には、義肢装具、補助機器を供与する。労働災害給付の受給者が職場復帰する際には、再度の労働災害防止が図られるように社会保険機構による審査を実施する。

労働者が労働災害によって死亡した場合には、その家族は最低賃金の2年分にあたる一時金を支給される。さらに遺族給付および葬祭費用給付の対象となる。

2. 失業保険給付

労働社会省は失業保険給付について1999年あたりから実現の可能性を探っていた。2000年には法制化に向けた草案づくりにも着手していたので

あるが、アジア通貨危機の余波で経済成長率の伸びが鈍化して民間企業の経営環境が厳しくなり、新たな保険料負担を求めることが難しくなったことと国家財政の赤字に伴って国の拠出分が手当てできそうになかったことが遅れの原因であった。特に国営企業部門がリストラされて企業数が半分以下の2000社程度にまで削減される計画があり、そこに発生する失業者に対する支援が課題になっている。失業保険が実現されると国営企業失業者がその対象となり、国家財政がその負担に耐えられないとの予想が制度実現をためらわせたと推測される。

冒頭にも記したように、労働法典2002年改正の目玉は失業保険給付の導入であったが、労働社会省の関連法令整備が遅れているために適用が開始されていない。一般的に法律案と同時に政省令を用意して公布施行に備えるという習慣が無いため、意思決定から法律が発効するまでの期間が長くなってしまふ問題が生じている。国家予算との関係では収支均衡原則を持っており、国家予算法は公債発行に関する規定を持っていない。市場経済化に伴って民間企業からの税収増加があつて歳入は増加基調で推移している。そのため、超財政均衡主義とも呼べるような財政運営がなされており、飛び抜けて歳出を必要とするような事業は実施が見送られることになる。

国営企業失業者の多くはブルーカラーだと言われており、民間企業に転職するのは容易ではない。家族や親類などに農業の縁があれば農村部に余剰労働力として滞留することになる。表面的には失業者としてはカウントされなくなるが、農作物の出来具合や自然災害に対して弱い層が増えることになる。なお、失業率は1999年に6.85%を記録したのをピークに経済回復に連れて2003年には5.78%まで低下してきている。

自営業者と農業従事者を社会保険の対象に加えることは国民皆保険実現に一步近づぐが、所得

補足の問題が大きな壁となっている。賃労働者向けの強制加入の社会保険とは別個に任意加入の社会保険をつくって、その被保険者となることが検討されている。2004年のベトナム英字紙 Vietnam Newsには国会で自営業・農業従事者向け任意加入社会保険が審議されるかもしれないとの観測記事が掲載されたこともあるのだが、年2回の定例国会が終了しても事後報道は続かなかった。そもそも国会審議は非公開で行われ議事録も公開されない。十分な歳費を得られない国会議員が兼業しており、多くの法案を審議するには国会会期が短すぎるとも言われている。

3. 児童労働

アマルティア・センのケイパビリティの議論をするまでもなく、就学年齢の児童が適切な教育および訓練を受けることは本人の能力開発・人間開発にとって将来的に重要な意味を持つ。さらにコミュニティあるいは国家といったレベルでも教育を受けた人材が発展のための資源として必要となる。児童を労働に従事させて教育を受ける機会を奪うということは本人のためにも社会のためにもならない。ユニセフをはじめ国際機関は児童労働を禁止する活動を積極的に行っており、ベトナムもその例外ではない。

労働法典は18歳以下の年少労働者の保護と15歳以下の児童の就業制限を定めている。児童労働にあたる15歳以下の就業制限とは、原則として就業禁止であるが両親または保護者が許可・監督する限りにおいて例外を認めるというものである。この規定は一般的に児童労働を容認していると理解するべきではなく、日本の労働基準法においても同様の規定があるように、興行や芸術分野における専門技能職などに限られたものである。

実際には農業や漁業に大家族で従事している場合には、子どもであっても仕事を分担することになる。そこでは家事と家業との境界線は曖昧であ

る。もちろん就学の機会は保障されなければならない。

ストリートチルドレン、物乞いをする児童も広義の児童労働と呼べるかもしれない。施しを受けるために身寄りが無くて哀れを誘うのが常であるが、本当に孤児であるケースはまれである。普段は修学しながら休日になると物乞いをするタイプ、収穫期の狭間で収入が途絶えた家庭の児童が物乞いをするタイプ、山岳少数民族の子どもが観光客目当てにやってきて物乞いをするタイプなどさまざまである。孤児に対する施策ではなく、貧困家庭への施策を講じなければ、根本的なストリートチルドレン対策にはならない。

V 社会保険基金の運営

社会保障給付制度の保険料納入および給付支払いを行う社会保障基金の運営はベトナム社会保険庁(VSI)が担当する。社会保険庁の運営委員会メンバーは、労働社会省、財務省およびベトナム労働総同盟の代表者、そして社会保険庁長官から構成される。

社会保険基金は労使拠出および国費によって賄われている。労働者は月給の5%を医療保険、老齢年金および遺族給付のために拠出する。使用者

は医療保険、老齢年金および遺族給付のための10%と疾病休業給付・出産育児休業給付・労働災害給付のための5%、併せて15%を拠出する。

旧制度における公的年金が保障されている人々は保険料は無拠出でありながら年金を受給することになる。これは移行期間問題として仕方のないことである。幸運なことに人口抑制政策をとりながらも合計特殊出生率は2.1、高齢者率は6.53%、人口増加率は約1.5%と急速な高齢化が進むような状況ではない。

制度運営上の問題として認識されているのは、強制加入義務のある民間企業に行政が働きかけても加入してくれないといったものである。民間企業の約1割しか加入していないのではないかとの見方もある。幅広い社会階層に被保険者を拡大することも必要である。また、運用の安全性を重視するために投資収益率が市場平均よりも低いことも課題となっている。政府保証は必要であるが、ベトナム社会保険庁が政府からある程度独立した機関になって、投資運用先についての制限も緩和する可能性も探るべきである。

VI 社会福祉

当初社会福祉の対象は独居老人・障害者・孤児

表4 社会保険基金の収支

(10億ベトナムドン)

| | 収入 | 支出 | 投資収益 | 年末収支 |
|------|-------|-------|-------|--------|
| 1996 | 2,570 | 383 | | 2,996 |
| 1997 | 3,514 | 593 | 209 | 5,742 |
| 1998 | 3,898 | 751 | 472 | 8,887 |
| 1999 | 4,186 | 940 | 665 | 12,241 |
| 2000 | 5,198 | 1,333 | 824 | 16,285 |
| 2001 | 6,348 | 1,856 | 1,006 | 21,690 |
| 2002 | 6,793 | 2,439 | 1,463 | 26,694 |
| 2003 | 9,627 | 4,971 | 1,811 | 34,118 |

出所：国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」

への食料援助であったが、1996年以降は、医療、教育、仕事、生活水準の向上などにもサービスの種類を広げて、対象者のニーズに応じている。社会福祉は対人社会サービスと生活保護とが渾然一体となった社会的弱者への生活保障として提供されている。生活保護の所管官庁は労働社会省(MoLISA)であり、省レベルには出先機関である労働社会省地方事務所(LoLISA)が存在している。

貧困家庭には生活保護費(ときには米の現物)が毎月支給される。支給を受けようという場合にはミーンズテストを受けて、省レベルで裁定を行う。独居老人や孤児についても同様のプロセスがあり、生活保護費を受給しながらコミュニティの中で生活するというケースも少なくない。生活保護センターに入所したければ労働社会省地方事務所(LoLISA)に申請を行うが、定員には限りがあるため許可されないこともある。生活保護センターは、保護形態の一つであり、省ごとに設置されている。ただし、生活保護センターは国の直轄ではなく省人民委員会が管轄しているため、そこでのプログラムや規模、予算などは独自性に委ねられている。一般的には孤児と身寄りのない高齢者が収容されていることが多い。孤児には、娯楽、教育、自立するための職業訓練が提供されており、コミュニティに戻るための自立支援が行われている。事業予算に乏しいために、入所者数はコミュニティの中で生活しながら支援を受ける者よりも少ない。

ベトナムにおける生活保護制度の基本原則を確認すると、コミュニティによる支援が第一優先であり、コミュニティによっても支えきれないケースに関して生活保護費の支給、生活保護センターへの収容という措置がとられる。予算措置や支援プログラムに関しては地方レベルに責任があり、国レベルでは全体を把握していない。障害者や自然災害被災者も生活保護制度の適用対象であるが、緊急保護などの対応が存在している。

入所児童は、生活保護センターから地域の学校

に通うことができ、所内では裁縫・電気工・バイク修理・伝統工芸の木工技術といった職業訓練を受けることができる。国際NGOが活動している省では、コンピュータスキルを職業訓練プログラムに取り入れているところもある。

ベトナムにおいては、国際NGOが支援のためにコミュニティに介入することを快く思わない風潮がある。コミュニティの資源を活用するのではなく支援物資を持ち込みがちな国際NGOの活動内容への批判がある。一方で、農業者組合など国内NGOの活動が存在しており、コミュニティの資源を最適化することで共助の支援を行っていることが挙げられる。コミュニティの外から与えられる継続性の不明な経済的支援よりも、コミュニティ内部で融通される経済的支援の方が重要であるとの考えが支持されている。この考え方はある意味アジア的であり、措置制度による施設入所から改めて地域福祉への転換を図っている日本からすれば、自立助長、共助、互助を生かす仕組みを維持することは重要であり、決して事業予算の不足を覆い隠す方便ではない。

南北ベトナムが統一されたのは1976年である。障害者になった原因として戦傷は珍しくない。傷痍軍人とおぼしき人が道ばたで物乞いする姿を見かけることがあるが、ベトナム在住のNGO関係者からは南ベトナムの兵士だった人ばかりだと指摘を受けた。サイゴン陥落によって北ベトナムの勝利で終わった。北ベトナムの兵士で傷痍軍人となった人々には必要な保護が与えられ、敗者には保護が与えられないという図式である。サイゴンはホーチミンシティに名前を変え商都としてかつて以上の繁栄を誇っているが、南ベトナムの兵士のほとんどが徴用された農民であって彼らには責任は無い。地域間格差の是正と社会的連帯の形成は社会保障の要であり、国レベルで意識を持って取り組まなければならない課題である。

VII 国際援助と社会保障

世界銀行を含め欧州諸国からの援助が地域コミュニティ活動や人間開発といったソフト的分野にシフトしているのに対して、対ベトナム円借款の大部分が道路・橋梁・港湾・発電所などの産業基盤整備に向けられており、日本以外の援助国が産業基盤整備に関心を失ってきているのが現状である(大野健一、2000)。

日本以外の国も含めたODAの受け入れ状況は、2001年において17億ドルを超えている(UNDP ODA Survey)。毎年増加する傾向にあり、その伸びの大半がインフラ整備となっている。インフラ整備の中でも水道事業や公衆衛生事業の比率が下がり、エネルギー事業の比率が大きくなっている。そのインフラ整備に援助を提供しているのが日本である。アジア開発銀行や世界銀行を大きく引き離して日本は最大の援助国となっている(JICA ヴィエトナム事務所、2002)。

ベトナムは発展途上国に対して実施されている貧困削減戦略プログラム(PRSP)に合意することで、世界銀行とIMFから貧困削減融資を引き出している。ベトナムにおけるPRSPを実現するための計画、包括的貧困削減成長戦略(CPRGS)の策定(2003年)には日本がアジア型開発モデルを主張して当初計画から拡張された経緯がある。PRSPはソフト的分野を重視するあまりに社会セクターにおける基礎サービスの投入ばかりを取り扱い、日本が経済成長促進を通じて貧困削減を実現するとしてきた援助哲学に反していたためである(北野充・他、2004)。

日本は大規模インフラ整備をCPRGSに組み入れることで急速な経済成長促進が期待できるとし、ベトナムもこれに同意した。日本以外の援助国・機関はインフラ整備について民間資金が期待できると考えていたようだが、時機を見て必要とされるインフラを整備するために資金調達することは発展途上国にとって容易なことではない。対ベトナム

ODAは日本にとっても目標を重点化した国別援助計画の実験的事例という意味がある。

経済成長と貧困削減をセットで考える日本の開発哲学に沿って言えば、国営企業のリストラに伴う失業者の受け皿としたり、農村部に滞留している余剰労働力を賃労働者へと向かわせたりするためには、海外直接投資を大きく受け入れるための環境整備が欠かせない。人治ではなく事前に示されたルールに基づく法治であることは当然のことだが、進出企業に雇用される労働者を保護するために労働法典が機能するよう労働社会省は関連法令を適切に整備しなければならない。労働力人口に占める賃労働者の割合が高まれば、社会保険の対象者も同時に増えることになり、経済変動が労働者の生活に与える影響を緩和することが可能になる。そして、給付水準や給付内容について拡充を行っていくことによって経済成長促進の相乗効果が期待できる。ベトナムの社会保障が発展するかどうかは、政治体制および行政組織にどれくらいの柔軟性があるかにかかっている。

参考文献

- 北野充・石井菜穂子・唐沢雅幸 2004「日本の「声」をPRSCへ：ベトナムにおける結実」『国際開発ジャーナル』(2004年8月号)No.573 pp.86-88
- 和泉徹彦 2003「ベトナム・カンボジアの社会保障」広井良典・駒村康平編著『アジアの社会保障』東京大学出版会
- 日本労働研究機構編 2003『最新・ベトナム労働法』日本労働研究機構
- 国際厚生事業団 2004「アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」
- Ministry of Finance in Vietnam. 2002. Vietnam State Budget—Final accounts for 2000 & plan for 2002
- JICA Office in Vietnam. 2002. Briefing on Activities
- 国際厚生事業団 2001「第19回社会福祉行政官研修カンントリーレポート」
- 国際厚生事業団 2001「第11回アジア社会保険行政官研修カンントリーレポート」
- 大野健一 2000「途上国のグローバリゼーション」東洋経済新報社
- 白石昌也編著 2000『ベトナムの国家機構』明石書店 (いずみ・てつひこ 田園調布学園大学短期大学部専任講師)

ラオス、カンボジアの社会保障制度

漆原 克文

■ 要約

ラオス、カンボジアは、ASEAN域内の後発国として位置付けられており、社会保障制度も整備途上にある。ラオスは、2000年代に入り被用者社会保障制度を実施し、農民、自営業者を対象にした地域医療保険パイロット事業も行っている。これらの事業はそれぞれ解決すべき問題を抱えているが、社会保障に利用できる経済的資源の限られた後発開発途上国の社会保障制度整備の参考となる実例といえるものである。

カンボジアは、社会保障制度の必要性を理解し社会保障法制度の整備を行ったものの、現在の社会経済環境と技術的な経験不足のなかで社会保障制度の実施に至っておらず、技術・経済的な支援を待ちながら実施準備を行っている状況にある。

■ キーワード

民間被用者社会保障制度、地域医療保険パイロット事業、社会保障制度整備国際協力

I 社会保障発達途上国であるラオス、カンボジア

ラオス、カンボジアはともにインドシナ半島中央部で長い歴史と文化遺産を持つ国であるが、19世紀後半にフランスの植民地に組み入れられ、それ以後20世紀前半までは民族国家として独立を果たしていなかった。第二次世界大戦後、ラオス、カンボジアとも1953年にフランスからの独立を果たしたが、ラオスは政治的に不安定なまま戦後の30年間が経過する。カンボジアは、1970年までシアヌーク王制のもとで政治的な安定を保っていたが、1970年のロン・ノル将軍によるクーデターの後、事実上の内戦状態となる。両国とも1960年代からのベトナム戦争の影響を受けた(ラオス、カンボジアともベトナム戦争当時北ベトナムから南ベトナム解放戦線への補給路であるいわゆるホーチミンルートの通過国であり、双方ともベトナム戦争中ア

メリカ軍による激しい空爆を受けた)こともあり、ことにカンボジアはベトナム戦争後、いわゆるポル・ポト政権の国民大虐殺の歴史を持ち、ともにベトナム戦争後のベトナムを含めた東南アジアの経済的発展から取り残されていた。

ラオスでは、国民に現在の国の体制は1975年のベトナム戦争終結以後に整ったという意識があり、カンボジアでは、いわゆる内戦は1991年のパリ和平協定締結により公式には終了したものとされているが、現地では武力紛争がそれ以後も散発的に続き、一応国内が平和になったのは1997年のクーデター未遂事件以降のことであるといわれている。

東南アジアは、近年世界で最も経済発展の著しい地域のひとつと考えられているが、東南アジア地域の政治経済協力組織であるASEANへの加盟は、ラオスは1997年、カンボジアは1999年で、ともにいわゆる CLMV 4か国(他の2か国は、ベトナム

ム、ミャンマー)といわれる ASEAN 加盟後発国のうちに数えられている。

このような不安定な過去の政治・経済・社会の状況から、世界各国からの開発協力や非政府組織による援助を今も受けている両国であるが、遅れた経済開発を優先するため、国民生活の安定的な発達の基礎となる社会保障制度の整備は、後回しとなった観がある。シンガポール、タイ、マレーシア等の他の ASEAN 諸国ではすでに整備され、1997年の ASEAN 通貨危機を乗り越えた社会保障制度についても、両国とも政府が雇用者として雇用関係に基づいて被用者である公務員に対して行う福利厚生施策である、「公務員対象の社会保障制度」¹⁾を除いては、近年まで一般国民に対する社会保障制度はほとんど存在していなかった。

しかし、両国とも社会保障制度の必要性は意識しており、ラオスでは1999年12月に10名以上の被用者を雇用する事業所を対象にした社会保障制度を内閣総理大臣令207号として公布し、2001年6月1日から施行している。

カンボジアでは、2002年9月に被用者を有する事業所を対象に労働災害補償制度および年金制度を規定した法律が成立した。この法律はまだ施行されていないが、ILO等の支援を受け、施行準備が行われている。経済的に発展する東アジアにあって、後発開発途上国とされる両国の社会保障制度整備の現状から、後発開発途上国の社会保障整備について検討を行った。

II ラオスの社会保障制度

1. ラオスの自然・社会環境

ラオス(正式名称は、ラオス人民民主共和国、英語ではLao PDRと略称する)はインドシナ半島中央北部、中国に北の国境を接する北緯22度から北緯14度の地域に存在しており、気候は熱帯モンスーン気候である。東の国境は、ベトナムに接して

おり、南西部はタイ、南部はカンボジア、北西部はミャンマーと接している。国土のうちメコン川沿いの地域は低地であり、全人口の70%が住んでいる。ベトナムと国境を接する東部は、山地となっており、少数民族が住み、農業中心の生活を行っている。国土面積は、23.7万平方キロメートルで、日本の本州より9千平方キロメートル大きい面積となっている。人口は、566万人で、人口密度が低い(24人/平方キロメートル)。全国は、16県と1特別地域および首都特別市(ビエンチャン)から形成され、その下の行政単位として142地区、末端行政単位として11,836の村がある。

ラオス(ラオ)語は、文字の形がタイ語と異なっているが、13世紀以前はタイ語と同一言語であったと推定されており、今でも語彙の80%はタイ語と共通であるといわれている。人口の多いメコン川沿いの地域ではメコン川が国境となっていることもあり、タイの放送用電波が流入し文化的には経済発展の著しいタイの影響を受けやすい要素があるといわれている。一方、国内政治体制は人民民主共和国と名乗るようにベトナムに似た社会主義的な要素があるといわれる。

産業は内陸国であり、米作などの農業や林業を主とする。製造業は未発達であるが、衣料品製造、木材加工、バイク製造、ビール製造業などがある。輸出品のうち大きなものは、水力発電による電力で、タイに輸出しており、衣料品、木製品、バイク、コーヒーなどが主な輸出品である。輸入品は、消費財を中心に製造業の原料となる繊維、バイク部品などがある。一人当たり国内総生産は、345米ドル(2003年)である。

2. 公務員社会保障制度

ラオスの公務員に対する社会保障制度は、公式には1993年11月の内閣総理大臣令第178号で定められた。実際には、1990年から制度運用が始まったという。ラオス政府公務員、軍人、警察

官に適用される。公務員等から徴収される保険料は、月額基本給与の6%である。公務員等から徴収される保険料以外の費用は、政府が負担している。

(1) 給付

給付は、医療費、傷病手当、妊娠手当、業務上災害手当、葬祭料、退職年金、遺族年金の支給が行われており、その主な内容は次のとおりである。

医療費の支給は、償還払い制で、各医療行為について上限が定められており、それぞれの医療行為について、被保険者の請求により、支払いが行われる。その例を挙げると²⁾、手術については、大手術400,000キップ、頭部手術550,000キップ、中手術200,000キップ、小手術90,000キップといった具合である。歯科については、150,000キップ、眼鏡は120,000キップの支払いが上限となる。被保険者の配偶者、18歳未満の子どもの疾病等についても、被保険者規定額の50%が支給される。

傷病手当は、傷病期間の当初3か月間は、給与全額が支払われ、その後12か月までは給与の80%が支払われる。

葬祭料は、直近給与または年金額の10か月分が支払われる。

退職年金は、受給年齢が男子60歳、女子55歳で、公務員勤務歴25年(有害環境での勤務の場合は、20年)以上の者に対し、最終給与の75%が支給される。25年以上の勤務実績を持つ者に対しては、25年超の勤務年数1年に対し支給額が最終給与の1%を増額される(上限額は、最終給与の90%)。25年の加入期間を満たさない者には、退職年金に代えて一時金が支給される。

遺族年金は一時金支給で行われ、本人加入期間3年未満の場合、月額給与6か月分。3年超10年未満の場合、8か月分。10年超20年未満の場合、12か月分。20年超の場合、15か月分支給となっている。

(2) 公務員社会保障制度の問題点

公務員に対する保障は、年金制度の給付が手厚いのが特徴である。ラオスの公務員数は、90,000人(一般の公務員数のみ、軍人、警察官の数は公表されていない)とされており、これに対して年金受給者数は、10,500人程度である。公務員に対する社会保障制度の公務員拠出は、基本給与の6%であるが、政府の支出額は、公務員基本給与の17%に上るといわれている。

また、公務員社会保障制度の所管官庁は、支給全般については労働社会省が行っているが、財源管理は財務省が行っており、非効率であるとILOから指摘され、独立した管理組織を設けるようにと勧告されている。

さらに、事務処理については、一部に情報機器を利用しているもののいまだに手作業部分が多いといわれ、十分に機械化されたものとなっていないなどの指摘がなされ、改革が必要といわれている。

3. 民間被用者社会保障制度

ラオスの民間被用者に対する社会保障制度は、1999年12月23日に公布された内閣総理大臣令第207号によって行われている。制度は2001年6月1日から実施され、公務員に対する社会保障制度が運営されて10年ほど後に民間被用者に対する社会保障制度が創始されたことになる。

制度運営主体は、政府の特別法人社会保障機構(Social Security Organization: SSO)で、制度運営の責任は、同法人が負っている。社会保障機構は、理事会によって運営され、理事構成は、経営者代表4名、労働者代表4名、政府代表3名(保健省、財務省、労働社会省各1名)から構成されている。社会保障機構の運営は、労働社会省の監督を受け、債務は政府が保証している。

制度の対象となるのは、ラオス国内で10人以上の従業員を雇用する民間企業の従業員であるが、10人に満たない従業員を持つ企業も任意で加入

できることになっている。

社会保障制度の運営は社会保険方式をとり、保険料は、従業員が月給の4.5%、雇用者が5%を支払うこととなっており、従業員分保険料は、雇用者が月給から控除し雇用者負担分とともに社会保障機構に納付されている。雇用者の負担が0.5%分従業員を上回っている点については、労災・職業疾病給付の保険料相当分として雇用者が単独で負

担していると説明されている。

社会保障給付は、医療給付、疾病等休業給付、妊娠手当、葬祭料、労災・職業疾病給付、障害手当、退職年金、遺族年金である。制度の概要は、表1のとおりである。

(1) 制度運用上の特色

社会保障機構の行う民間被用者社会保障制度

表1 ラオスの民間被用者社会保障制度概要

| | |
|----------------|--|
| ア 組織 | |
| 制度運営主体 | : 社会保障機構 (Social Security Organization: SSO) |
| 設立根拠 | : 内閣総理大臣令 207号 (1999年12月23日公布) |
| 実施年月日 | : 2001年6月1日 |
| 対象 | : ラオス国内で10人以上の従業員を雇用する民間企業の従業員 |
| 制度運営 | : SSOは、労働社会大臣の監督を受ける特別な民間法人であり、理事会によって運営される。 |
| 理事会構成 | : 経営者代表4名、労働者代表4名、政府代表3名 (保健省、財務省、労働社会省) |
| 事務局 | : 事務局長、副事務局長1名、6課55名で運営。 事務処理システムPC-SERVER、システムソフトは、ILOがWindowsで開発したものをベースにラオス語を付加して使用している。 |
| 保険料納付等 | : 保険料は、雇用者が従業員拠出分もまとめて銀行振込で納付する。 保険給付は、小切手で受給者に支払われ、現金出納は行わない。 |
| イ 給付内容等 | |
| 保険料率 | : 経営者側 労働者月収の5% 労働者側 月収の4.5% |
| ファンド別配分 | : 医療給付4% 短期給付2.14% 長期給付2% 労災0.5% |
| 運営費 | : 0.86% (保険料全体の約9%) |
| 保険料運用 | : 内閣総理大臣令では投資運用が認められているが、現状では銀行預金のみ。 |
| 給付種目 | : 医療給付 (指定病院登録制による現物給付。対象者: 被保険者本人、配偶者、10歳未満の被扶養児童。労災による医療費を含む。交通事故は給付対象外) : 疾病等休業給付 (休業30日以降最長18か月までの平均給与60%を補填: 30日までは、労働法第29条の規定により雇用者が給付。18か月以降は障害年金に移行) : 妊娠手当 (妊娠時の休暇に対し3か月の月収全額を給付。このほか出産手当があり新生児生後1年までは月収の60%を給付) : 葬祭料 (被保険者本人死亡の場合保険基礎月収の6か月分、配偶者死亡の場合3か月分、18歳未満被扶養児童死亡の場合2か月分) : 労災・職業疾病手当 (30日以降当初6か月間は、月収の100%を給付。以降18か月までは月収の60%を給付。それ以降は、障害年金に移行。なお通勤途中災害は、労災とはみなさない。介護手当、障害年金、葬祭料、遺族年金も含まれる) : 障害手当 (職業能力を失ったときの給付。給付額計算方法は、退職年金と同様。最低賃金相当額の介護手当、遺族手当も含まれる。25%以下の職業能力喪失は、一時金支給。リハビリテーション給付も含む) : 退職年金 (給付開始は、60歳以降。健康状態によっては、55歳受給も認め、65歳受給開始も認める。給付額は、生涯平均賃金を基礎に保険料納入による獲得年金ポイント*1.5%により計 |

算。受給時前の離婚は、年金受給権を分割する。年金受給の要件は、5年間以上の保険料納付のため、現実にはまだ年金受給者は発生していない。保険料納付5年間未満の場合は一時金払い)

- ：遺族年金(5年以上保険料納入を行った加入者または年金受給者が死亡した場合に支給。適当手当(加入者の月収の80%を1年間支給)または寡婦年金(受給者が44歳以上で職業能力がないなどの条件適合が必要。年金受給者の死亡の場合は、その年金額の60%支給。年金受給時以前に加入者が死亡した場合障害年金の60%を支給)および孤児年金(18歳未満か25歳未満の就学中の子ども1人につき退職年金または障害年金の20%を支給する。ただし加入者の年金額の60%を上限とする)
- ：現在検討中の給付(児童手当および失業手当)

保険料納入期間：各給付受給のための資格賦与保険料納入期間

| | |
|-----------|--------------|
| 医療給付 | ：過去12か月中3か月 |
| 疾病等休業給付 | ：過去12か月中3か月 |
| 妊娠手当 | ：過去12か月中9か月 |
| 出産手当 | ：過去18か月中12か月 |
| 葬祭料 | ：過去18か月中12か月 |
| 労災・職業疾病手当 | ：なし |
| 障害手当 | ：5年間 |
| 退職年金 | ：5年間 |
| 遺族年金 | ：5年間 |

資料：Lao PDR. 1999. "Decree on Social Security System for Enterprise Employees"および筆者調査

の特色は、公務員社会保障制度に比べ、制度運営がコンパクトにまとめられ、合理化が図られていることである。

その例を医療保障制度に見ると、社会保障機構は、ピエンチャンの4病院と契約しており、被保険者である従業員と配偶者、10歳未満の子どもは、その病院のどれかを選んでかかりつけ病院を定め、登録を行う。社会保障機構は、病院ごとの登録人数に応じて、契約病院に定額医療費を支払うという人頭請負制によって医療保障を行っている。各病院には、社会保障機構被保険者専用の受付があり、社会保障機構の看護婦1名が常駐している。このような人頭請負方式は、保険医療給付に伴う事務処理の手数を省くとともに発足間もない社会保障機構の医療費支払いリスクを軽減し、制度運営を安定的なものとしている。

社会保障機構は、制度運営事務を原則としてすべてシステム化してパソコンとサーバーによって事務処理を行っており、社会保障機構事務所内では

LANによって情報共有・情報処理が行われている。

また、社会保障機構では現金出納を行っておらず、保険料支払いは、銀行口座振り込みによっており、保険金の支払いは、小切手によって行っている。これらのことから、社会保障機構の管理運営人員は、省力化が図られており、2003年9月現在の事務局職員は、57名であった。

(2) 制度運営上の課題

被用者社会保障制度は、制度上10人以上を雇用する民間企業は、強制適用されることになっており、罰金等を背景にした強制加入措置もとれることとされているが、実際には、強制加入を行ったことはないという。このため、制度発足当初ラオス国内の制度対象者は、約60,000人と考えられていたが、2004年においても加入者総数は、23,800人ととどまっている。これは制度発足後3年時点(2004年6月)における40,000人加入という当初目標を下回るものである。当初の制度設計は、

40,000人加入によって、社会保障機構は政府の創設時補助金から離れ、自主運営できると考えられていたので、加入者数の増加は、現時点の大きな課題といえる。

現在被用者社会保障制度には、ビエンチャン市内および周辺の企業従業員が加入しており、人頭請負制病院医療制度も地域的なまとまりの中で機能しているが、ビエンチャン以外の地方に制度を普及させる場合、社会保障の大きな分野である医療保障をどのように実施するかが課題となる。

退職年金の支払いは、保険料支払加入期間最低5年間を要するので、制度発足以来退職年金支払いは発生していないが、2006年6月以降順次退職年金の支払いが必要となり、そのための年金支払い原資の準備、支払い方式の確定が必要となっている(2004年8月現在の退職年金等支払準備金は250億キップとなっている)。

(3) 制度運営の問題点

被保険者にとって、現時点で、この社会保障制度の大きなメリットは、医療保障である。しかし、医療保障については、社会保障機構が人頭請負制をとっているため、緊急時に認められる償還払い制度利用を除いては、家の近くの医療機関に受診できない、無料受診なので有料の一般患者と比べて医療措置がなおざりにされているのではないかなどの苦情が絶えないという。このため社会保障機構は、組織に医師等からなる専任の医療監査スタッフを置いて契約病院の被保険者への医療内容のチェックおよび苦情処理を行っている。

また、人頭請負制については、契約している病院からも年間契約金額が低すぎるなどの批判が出ており、毎年の契約交渉はもめるといえる。しかし、発足間もない社会保障機構事務局では、出来高払い制の医療費支払いには耐えられないとして、人頭請負制は堅持するつもりでいる。

4. 地域医療保険制度の試行

(1) ラオスの保健医療サービス供給の状況

ラオスの保健医療サービスは、ビエンチャンの中央病院3、専門病院3、大学病院1、その他の地方病院3、県病院13、地区病院130、保健所664、村診療所3,734、私立診療所484、私立薬局1,977によって供給されている。

病院に於ける病床数は、合計6,252となっており、病床利用率は、中央病院59.4%、地方病院43.5%となっている。保健医療従事者数は、合計11,326名で、そのうち大学院修了者は2.48%、大学修了者は15%、中等学校修了者は34.08%、初等学校修了者は47%、学歴を持たない者1.24%となっている。

ラオス人一人当たりの年間保健医療費は、11.50米ドルで、その内訳は、11.5%が政府支出、30.5%が海外からの援助、58%が家計負担となっている。

病院運営の経常支出のうち、個人の医療費負担に頼る割合は、中央病院で74-83%、県病院で48-75%、地区病院で52-68%である。

ラオスでは1975年に現在の政治体制が確立された後、数年は政府負担による医療無料化政策が実施されたが、そのような社会主義的な政策は行き詰まり、1980年代半ばからいわゆる新経済政策が採用され、診療費制度が導入された。

このような診療費徴収に合わせて、公務員社会保障制度や民間被用者社会保障制度などのラオスの医療保険制度が整備されてきたといえる。

(2) 地域医療保険制度(パイロット事業)

これまで述べたような社会保障制度の対象となる公務員、民間被用者は、ラオスの住民の中では少数である。ラオスは、農業を主要産業とする開発途上国であり、農業に従事する国民は201万人といわれており、一般公務員の9万人、10人以上雇用企業従業員6万人と比べても、圧倒的多数の

者が農業に従事している。この農業従事者や自営業者を対象にした地域医療保険制度 (Community Based Health Insurance: CBHI) がWHOの援助を受け、保健省によってパイロット的に行われている。

地域医療保険制度創設には、自営業者や農民が生活に困窮する大きな要因の一つに家族の疾病等による多額の医療費支出が正常な家計を崩壊させるという認識があり、そのような破局的事態を防ぐために家族が保健医療サービスが必要となったとき、日頃から一定額の保険料負担を行うことにより、必要な保健医療サービスを無料で提供しようというものである。

このパイロット事業は、実験的なものであり、2002 - 2004年に実施された地区は、ラオス全国142地区のうちの3地区にとどまっており、しかも住民の任意加入スキームとなっている。しかし、ラオスのような開発途上国にとっては、疾病や事故に

よる過重な経済的負担を契機とする貧困が大きな問題となっており、そのような貧困を医療保険によって防止しようという観点からの事業であり、農民の生活にとって大きな意義を持つものといえる。

① 地域医療保険事業の概要

事業は、毎月一定額を住民から地区CBHI経営委員会が徴収し、それを住民が登録する地域の病院に人頭的に払い込むことによって、当該地域病院の住民への医療サービスを無料にするものである。したがって、地区CBHI経営委員会は、委員会運営費にあてる一定額を徴収保険料から控除するのみで、残余の徴収保険料全額を契約病院に払い込むこととしている。地域医療保険パイロット事業規則(2002年9月16日保健省令)による地域医療保険制度の概要は、表2のとおりである。

表2 ラオス地域医療保険 (CBHI) パイロット事業の概要

| | |
|----------------|--|
| ア 組織 | |
| 制度運営主体 | : 地域医療保険経営委員会 (Community Based Health Insurance Management Committee) |
| 設立根拠 | : 地域医療保険パイロット事業規則 (保健省令2002年9月16日公布) |
| 実施年月 | : 2002年11月 |
| 対象 | : ラオス国内のパイロット事業実施地区 |
| 制度運営 | : 地域医療保険は保健省地域医療保険経営委員会の指導を受ける地区地域医療保険経営委員会によって運営される。 |
| 地区委員会 | : 地区長事務所代表2名, 地区保健関係者代表3名, 村長および地区住民組織代表1名によって構成され, 最低月1回の会議を開き, 加入者の登録を行い, 保険料を徴収し, 地区病院との契約を結び, 保険料の支払い, 医療の監査を行うなどにより地域保険医療パイロット事業を運営し, 事業運営に関し保健省委員会等に定期報告を行う。 |
| 事務局 | : 事務局長は, 地区委員会の議題, 会議録をまとめ, 会計責任者となる。また, 事務局には, 保険料徴収等の業務を行う事務補助者を置く。 |
| 保険料納付等 | : 保険料は, 地区委員会事務局の事務補助者である保険料徴収人が毎月各世帯から徴収する。 |
| イ 給付内容等 | |
| 保険料率 | : 保険料は, 年間一人当たり42,000キップを基準とする。 |
| 保険料徴収 | : 毎月世帯を単位として, 単身世帯10,000キップ, 2-4人世帯17,000キップ, 5-7人世帯21,000キップ, 8人以上世帯23,000キップを徴収する。 |
| 地区委員会運営 | : 徴収保険料の10%以内の費用で運営する。 |
| 保険料基金 | : 徴収した保険料は地区委員会運営費を除き, 契約病院に全額納付する。 |
| 給付種目 | : 健康診断および医療給付 (検査およびラオス保健省が定めた必須医薬品の給付を含む) |
| (無料医療) | : 予防および疾病治療 (政府による政策医療対象疾病の治療の実施を含む) |

- ： 身体リハビリテーションおよび作業療法（地域で給付を受けることが可能な場合）
- ： 産前産後の医療（政府の行う母子保健事業として実施）
- ： 労災および職業疾病医療（自営業者の場合）
- ： 入院医療（患者が地区病院から入院を認められた場合、通常病室の入院費を含む。患者が地区病院からより高度な医療を行える病院を紹介された場合は、当該指定病院での入院医療を含む。最長年間90日間）
- ： 緊急時の救急車による移送費（必要と認められる場合）
- 適用対象外医療給付：
 - ： 入院医療の場合の上級室室料等
 - ： 保健省指定の必須医薬品以外の医薬品
 - ： 交通事故（現在自動車事故賠償保険を検討中）
 - ： 美容整形手術
 - ： 性転換手術
 - ： HIV/AIDS 治療用医薬品
 - ： 糖尿病治療薬
 - ： 溶血性貧血
 - ： 人工授精
 - ： 精管切除および不妊化医療
 - ： 眼鏡
 - ： 人工透析
 - ： 臓器移植
 - ： 心臓手術、脳外科手術、手術によらない癌治療等の通常ラオスの公共保健施設では適用困難な治療
 - ： 自傷事故
 - ： 政府の行う政策医療（結核、ハンセン氏病、予防接種、家族計画等）
 - ： 抜歯、単純充填および鎮痛以外の歯科治療
 - ： 外国での診断および治療

ウ 保険医療受給資格

- 保険料納入期間：各給付受給のための資格賦与保険料納入期間
- 外来医療給付：受診当月を含む連続2か月
 - 入院医療（適時手術を含む）給付：入院当月を含む連続4か月
 - 産科および不急手術給付：保険加入1年後

保険料未納の場合：保険料未納となつてから3か月は猶予期間として保険医療受給を認め、未納期間3か月を経過した場合、新規加入として扱う。

資料：Ministry of Health, Lao PDR. 2002. "Regulations for the Pilot Project Community Based Health Insurance"

パイロット事業としての地域医療保険制度は、2002年11月からシサタナ地区、2003年6月からナンバック地区、2004年2月からチャンパサク地区で開始された。2004年7月現在の事業運営状況は、表3のとおりである。

表3に示された結果をどのように評価するかは難しいが、パイロット事業によって、保健医療サービスに対するアクセスは向上したことが

確認できる一方、任意加入制の地域医療保険制度は、なかなか普及が難しいことを示している。また被用者社会保障制度と異なり、保険制度に加入した家庭も加入継続が難しいようである。保険料の支払いも必ずしも順調ではない状況にあるといえる。今後の事業改善の検討が必要といえる。

表3 ラオス地域医療保険パイロット事業の結果

| | シサタナ地区 | ナンバック地区 | チャンバサック地区 |
|---------------------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 事業開始時期 | 2002年11月 | 2003年6月 | 2004年2月 |
| 事業期間 | 22か月 | 15か月 | 7か月 |
| 事業参加家族数(2004年7月) | 554 | 645 | 275 |
| 事業参加人数(2004年7月) | 2,928 | 3,880 | 1,569 |
| 平均家族数 | 5.2 | 6.0 | 5.7 |
| 地区全人口に対する参加割合(%) | 13 | 33 | 21 |
| 事業開始時からの脱落率(%) | 31 | 15 | 15 |
| 保険料遅取率 | 47 | 17 | 39 |
| 事業開始時からの保険料総額 (百万キップ) | 154.23 | 99.05 | 29.2 |
| 事務費割合(%) | 8.60 | 9.50 | 9.70 |
| 事業結果(百万キップ) | -1 (04年7月のみ不足金発生) | -11 | 0.73 |
| 外来診療(04年7月) | 一般診療：504 母子保健：0 歯科：23 | 一般診療：663 母子保健：58 歯科：15 | 一般診療：216 母子保健：0 歯科：0 |
| 外来診療率の変化 診療件数/人/年(開始時→04年7月) | 0.42→1.39 | 1.66→1.88 | 0.7→1.7 |
| 入院診療率の変化 日/人/年(開始時→04年7月) | 0.01→0.28 | 0.28→0.41 | N.A. |

資料：CBHI報告会資料(2004年8月27日) Ministry of Health, Lao PDR.

② 地域医療保険事業の課題

地域医療保険事業の特色は、保険管理者であるCBHI経営委員会が、ほとんど保険基金を持たずに、徴収した保険料を事務経費を控除して契約病院に払い込む点にある。この方式は、社会保障機構の行う民間被用者への社会保障制度の医療保険事業方式をそのまま踏襲したものである。保険基金を持たない保険という点に特色があり、このことによって、ラオスの農村地域でも現金管理や現金出納の事務を行わずに保険事業を実施できるものとしたメリットがある。

その一方で住民は、地域の一つの契約病院に登録し、その病院での医療を無料で受けることになるが、受診する病院は一つに決められることになる。契約病院は、その病院の能力を

超えた疾病等については、より高い医療レベルの病院への受診を被保険者に指示し、その場合被保険者は、指示された病院で無料の医療を受けることができるが、自分で病院を選び指示を受けないで上位病院を受診した場合には、緊急時を除き被保険者に医療費負担が生じてくる。いわば、契約病院がゲートキーピングの役割を果たしているわけであるが、被保険者にとっては受診の制約要因となる。

また地域保険制度で提供される医薬品は、ラオス保健省の定めた必須医薬品リストに搭載されたものに限られるといった制約がある。

2004年以降ラオス保健省は、地域医療保険制度の実施地区を5地区に増やすことを決定しているが、まだこの制度の全国への全面的な普及は、日程に上っていないようである。また

傷病時に真に困難な状況に陥る可能性の高い保険料の負担できない貧困者に、どのように保健医療サービスの供給を行っていくかについては、最も貧しい者には完全に公費で保険料を負担する、あるいは、貧困線の半分の収入に達しない全家庭に一部保険料の補助を行うなどの検討がなされているが、まだ決定していないようである。

III カンボジアの社会保障制度

1. カンボジアの自然・社会環境

カンボジア(正式名称は、カンボジア王国、英語では Kingdom of Cambodia という)は、インドシナ半島中央南部、ラオスに北の国境を接する北緯14度から北緯10度の地域に存在しており、気候は熱帯モンスーン気候である。東の国境はベトナムに接しており、西と北の国境はタイに接し、南部はシャム湾に面している。南西部に山地があるほか、国土は平坦で、東部にメコン川が貫流し、西部にはメコン川につながるトンレサップ湖がある。国土面積は、18.1万平方キロメートルで、日本のほぼ半分の国土面積となっている。人口は、2003年現在およそ1330万-1410万人程度と推定されている³⁾。人口密度は、73-77人/平方キロメートル程度である。全国は、20州と3特別地区および首都特別市(プノンベン)から形成されている。

カンボジア(クメール)語は、文字の形も発音も周囲のタイ、ラオス、ベトナムと異なっており、一部のパーリ語を起源とする仏教用語はタイ語と似た語彙となっているが、多くの語彙は共通性を持っていないといわれる。

カンボジアの主要民族であるクメール族はアンコールワットを建設した12世紀の時代から周辺民族と抗争を続けてきたことが知られている⁴⁾。19世紀のフランス植民地時代にベトナム人が植民地現地の統治管理者をすることが多かったといわれ

ており、また1979年のボル・ポト政権の崩壊以降1989年までカンボジアにベトナム軍が駐留していたこともあり、ベトナムに対する根強い反感が残っている。一方タイについても、2002年1月29日の大使館放火炎上事件に見られるように最近のタイの経済発展については、反感と警戒心がある。しかし、西部のバタンバン、シエムリアップ等の経済は、タイの経済活動の影響下にあるといわれている。

カンボジアの産業は、米作などの農業と林業が主であるが、プノンベン周辺には、衣料品製造業の工場が200以上あり、Tシャツ、ズボンなどの日常衣料品を製造し、ほぼ全量を輸出(年間輸出額13億米ドル:2002年)している。衣料品製造業に従事する女子労働者は、20万人以上といわれている。また靴製造工場も多くあり、カンボジア製の靴は日本にも輸出されている。アンコールワット観光などの旅行・観光業も国内産業として無視できない規模となっている。一人当たり国内総生産は、296米ドル(2002年)程度である。

2. 公務員社会保障制度

カンボジアでは、かつてロン・ノル政権(1970-75)のもとで独自の年金ファンドを有する年金制度が公務員に適用されており、その当時民間被用者への年金制度の創設が検討されたこともあったといわれている。1975年のロン・ノル政権崩壊の後、ボル・ポト政権が出現し、カンボジア国内での自給自足的な農業中心国家樹立による共産型社会が志向された。さらに1979年にボル・ポト政権が崩壊し、カンボジア全土は内戦状態となり、これらの政治的混乱の間に社会保障制度の実施と構想もまったく消滅した。

現在のカンボジアに存在する唯一の公的社会保障制度は、公務員に対する年金制度である。公務員年金制度が、政令によって公式に制定されたのは1997年10月である。公務員年金制度の支給内

容は、退職年金、遺族年金および障害年金である。公務員年金制度は、国の予算に計上される一般会計事業とされており、加入者等から保険料拠出を求めるといった社会保険制度とはなっておらず、年金ファンドも存在していない。支給事務は社会福祉・退役軍人・青少年更生省が行っている⁵⁾。

公務員年金制度のうち、退職年金制度は、過去においてどの政権のもとで働いたかを問わず⁶⁾、30年以上の公務員勤務を果たした者であって55歳またはそれ以下の年齢で退職する者に退職時本給⁷⁾の80%を、20年以上の公務員勤務歴の者には退職時本給の60%を終身支給するという制度である。

一般にカンボジアの公務員の俸給は、プノンペンの民間被用者の賃金に較べて著しく低額であるといわれており、退職年金の額も退職後の生活を支えるのに十分ではないといわれる。しかし、一般に公務員への就職希望は高い。その一つの理由に、民間被用者には存在しない退職年金制度が、公務員勤務のインセンティブとなっていると考えられている。

2003年3月末日までの退職年金受給者数は17,610人、障害年金受給者数は5,455人である。

3. 民間被用者社会保障制度整備の状況

(1) 社会保障法の成立

社会保障法(Law on Social Security Schemes for Persons Defined by the Provisions of the Labour Law)は、カンボジア王国憲法の労働者に対する社会保障制度確立の規定を受けて、現行の労働法の適用を受ける民間で雇用される労働者に対する年金および労働災害補償制度を規定した法律である。法案は政府提案の後2002年8月に国会審議が行われ、与野党全会一致で可決成立し、2002年9月25日に公布された。

(2) 社会保障法の特徴

① 労災と年金制度の一本化

社会保障法の立案に当たって、当時の政府担当者(社会福祉・労働・職業訓練・青少年更生省労働総局社会保障課)は、小国が労働者を対象として社会保険制度を運営する上で、適当と考えられるモデルとなる社会保障制度実施例はないかとILOに照会した。ILOが紹介したのは、西アフリカのトーゴの社会保障制度で、年金制度と労働災害補償制度を一つの法律で規定したコンパクトな制度であった。カンボジアの社会保障立法作業は、この制度を参考にして行われた。

② 国立社会保障基金の設立

社会保障法を施行する事務を行うのは、政府機関そのものではなく、社会保障法によって新たに設立される国立社会保障基金(National Social Security Fund : NSSF)である。NSSFは、社会保障法に基づく年金・労災制度の運営を行う行政法人とされ、理事会は、政府、経営者、労働組合代表によって構成することが予定されている。これは、関係者の参加・監視によって、労働者を対象とする社会保障制度の事業運営の透明性を確保するとともに、民間法人として経営の効率性を追求するための措置であると説明されている。いわゆる政労使3者の合議による制度運営管理の社会保険制度運営方式は、タイ、ラオスとも共通の方式といえる。

(3) 社会保障法の内容

① 年金制度

社会保障法は、民間被用者に対する年金制度と労災補償制度を規定している。制度の詳細は、政令や省令で定める部分が多く、実際の制度運用はまだ決められていない部分が少なくない。法律で定められた事項によれば、年金制度には、老齢年金、障害年金、遺族年金

等が含まれており、各年金の受給要件は次のとおりである。

老齢年金は、年齢55歳の者が過去20年間の加入登録及び年金受給資格取得日までの直近10年間に60か月以上の年金保険料納付実績が要件とされる。

障害年金は、過去5年間の加入登録及び障害年金資格取得の原因となる就労不能事由発生日までの直近12か月間に6か月以上の年金保険料納付実績が要件とされる。

遺族年金は、老齢年金若しくは障害年金の受給者が死亡した場合、または死亡した加入者が加入登録および年金保険料を180か月以上納付した実績が要件とされる。

以上の条件を満たさない場合、老齢年金および遺族年金に関しては、年金にかえて一時金が支給される。

② 労災補償制度

労災補償制度は、労働災害および職業に起因する疾病に対する補償を定めており、医療給付(介護費用、リハビリテーション費用、職業リハビリテーション費用を含む)、休業補償、労災障害年金および障害手当ならびに制度加入本人死亡の場合の葬祭手当、遺族年金支給を行うものとなっている。

(4) 社会保障法の段階的施行

社会保障法は、年金部分と労災部分から構成されており、実際の施行に当たっては、保険者であるNSSFの設立を含め、労災、年金制度の実施を並行して行わなければならないなど、本来コンパクトな制度運営を指向して立案されたが、施行作業はかえって複雑なものとなった。

そこで、段階的に施行を行うことが検討され、第1段階で、NSSFの設立と労災制度の施行を行い、その後年金制度の実施に着手することが予定されている。

労災制度を先行させる理由は、保険料全額が事業主拠出制であることから、保険料の徴収が容易であること、労災制度が現在働いている労働者に対して即時的に給付が行われるものであることおよび年金制度を立ち上げるには、保険料・給付の設計、平均寿命の将来予測など基礎的なデータの整備になお時間を要することなどによる。

(5) 労災制度の必要性

現行のカンボジア労働法によると、事業活動に伴って生ずる労働災害に対する補償責任は雇用者にあるとされ、労働災害を受けた労働者には、現在でもそれなりの災害補償が行われている。しかし、労働法で雇用者による負担が義務づけられている労働災害補償も、労働災害の定義が労働法第248条に明示され、雇用主の補償義務が、第249条に定められているだけで、補償基準等はなんら定められていない。したがって、労災補償の交渉は事例ごとに個別に被用者・雇用者間で行われることになる。このため、補償金額も事業場自体の経営状況に大きく左右されるのが実態となっており、実際の補償内容も事業場ごとに異なっている。

また、通勤途中での交通事故は、労働法第248条において労働災害とみなされるが、現実には、通勤途中の交通事故で死亡事故が発生した場合、一般にカンボジアでは、通勤途中の交通事故は、社会通念上労働災害とは考えられていない。したがって通勤途中の交通災害に対する雇用者からの「見舞金」は死亡事故の場合でも実際には50米ドルから600米ドルといった程度となっている。

交通事故以外の場合でも、建築工事現場での転落死亡事故で、雇用者が遺族に支払った補償金が、1,500米ドルという事例があるなど、一般にカンボジアの労災補償額は著しく低額である。このような低額の労働災害補償では家計維持者が死亡した場合、遺族が直ちに生活に困窮することは明らかである。しかも、労災事故の発生した事業場

の経営状態によっては、補償がなされないこともありうる。

このため、カンボジアでは全国的に統一された労災補償制度の早急な整備が必要とされている。

(6) 社会保障法の施行準備

本稿をまとめている2005年3月の段階で、社会保障法は施行されていない。2002年9月に成立し、労働者の待望する社会保障法であるが、その第1段階と考えられる労災制度さえ施行されていない。

その理由は、第一に初めて社会保障制度を運営する技術的困難さがあげられる。社会保障制度の運営を行うNSSFがどのように日々の業務を行うのか、国内に類似例がないなかで決定していかねばならない。社会保障制度を運営するシステム構築もカンボジア国内でつくるのは困難であるが、ラオス社会保障機構のシステムをカンボジアで改良し移植できないかが検討されている。

カンボジアの多くの企業は、衣料品製造業をはじめとして外国資本であり雇用者側にカンボジア人の社会保障制度整備に対する理解が乏しいことも、制度整備の進まない原因の一つと考えられる。

また、社会保障制度がカンボジアになじみがないことも理由の一つと思われる。カンボジア語の社会保障という語は、その意味が多くの人に理解されておらず、西欧語のSocial Securityを直訳したカンボジア語は、ともすると安全保障に類似した軍事的な用語と思われるなど社会保障制度への一般の理解が欠けている。

しかし、最大の問題は、カンボジア政府が、自ら社会保障制度整備予算を用意しないことにある。一般に開発途上国では、社会福祉分野などの産業開発や産業投資と考えられない分野への予算配分は、厳しい制約を受けるといわれている。カンボジア政府は、乏しい自らの予算の重点配分分野を地方開発、農林業振興、保健衛生、教育の4分野に絞っているといわれる。このため、この4分野に

分類されないカンボジア政府の施策は、しばしば先進国の援助を待って実施されているように見えることがある。社会福祉分野などでは、身体障害者への義肢・補装具支給事業などの事業は、その事業の大半の財源を外国の非政府組織(NGO)に頼っている。しかし、一国の社会保障制度の整備に協力を行おうという非政府組織はほとんど存在しない。結局、社会保障分野への国際協力は、先進国や国連機関に頼らざるを得ないが、たんなる施設整備ではなく、日常的に社会保険制度を運営し、保険基金を適正に出納管理しなければならない社会保障制度については、カンボジア政府自身の制度運営能力や制度運営基金の適正管理に疑問がもたれ、ラオスが得たような先進国の援助を得るに至っていない。加えて、2003年7月27日の下院総選挙以降、選挙結果が判明しても翌年7月まで新内閣が組織できなかったという国内の政治的混乱が、社会保障制度整備のような新規施策の推進に大きな影響を与えた。現在社会保障法の施行において、NSSF設立など社会保障制度の第一歩である労災制度の整備に要する事業予算は、50万米ドルと見積もられているが、その予算を労働・職業訓練省の社会保障担当部局は確保できない状況にある。ただ、社会保障制度への一般の理解を深め、制度構築への意見交換を行うなどの活動には、ILOが資金の提供を行い、セミナーを開催⁸⁾しており、社会保障担当部局は少しずつ制度整備のための民間企業への調査やシステム構築の検討を進めているところである。

IV ラオス、カンボジアの社会保障制度整備 (結語)

ラオス、カンボジアはともに東南アジアの最も貧しい後発開発途上国といえることができる。したがって、その社会保障制度の整備状況は、タイ、マレーシアあるいはベトナムに比べても遅れた状況

にある。両国の経済規模を比較すれば、カンボジアの方が経済規模は大きく、実際の経済活動もカンボジアの方が活発な印象があるが、社会保障制度の整備の状況では、1975年に現在の政治体制を確立したラオスが、1991年まで公式に内戦状態であったカンボジアに比べ進んでいるといえる。ラオスは、民間被用者社会保障制度の整備についても当初ベルギーからの援助を得て社会保障制度の開発を行い、2002年からはルクセンブルグの資金協力を得てILOの技術協力により、社会保障制度の整備を進めているところである。地域医療保険制度についてもWHOの協力を得て、パイロット事業を進めている。

これに対して、カンボジアは被用者の労災補償制度および年金制度の法律を国会で議決したように社会保障制度整備の理念に対する理解は有しており、労働組合等もその必要性は認識しているもののラオスのように自ら社会保障制度を整備しようという政策的優先度の意識にかける面がある。カンボジア政府の政策立案者には社会保障制度整備に対する熱意はあるのだが、政治レベルでは社会保障制度整備が重要な課題であるとの認識は乏しいといわざるを得ない。

しかし、この状況は、カンボジアのみでなく、多くの後発開発途上国において同様である。社会保障制度整備や障害者、遺棄された児童など社会的弱者に対する社会福祉施策の充実などは開発途上国の限られた経済資源のもとでは「後回し」にされる傾向があるといわれている。むしろラオスは、たまたま外国からの援助を受けて例外的に社会保障の整備に意欲的に取り組んでいるといえることができるかもしれない。

先進国の目から見れば、ラオスの病院人頭請負方式による医療保険制度は、保険財政のリスクをすべて保健医療機関に転化するものであって、医療保険の方式としては安易であり、ことに保健医療サービスの重要な要素である提供される保険医療

サービスの質の確保は、保健医療供給者側の「善意」や職業倫理に頼る制度のように見える。この医療保険制度はラオスの現在の都市や農村を対象にした便宜的な現状改良の方法であって、現在より経済状況が豊かになり、人々の保健医療サービスに対する要求が高度かつ多様化した場合、種々の問題を生ずる可能性が予想される。しかし、ラオスの現実の社会ことに現金収入の乏しい農村を考えた場合、ある程度の保健医療サービスの供給水準が整備されていても経済的に保健医療にアクセスできない現状がある。この制度は不十分ではあっても、そのような住民の保健医療サービス受給への経済的リスクを軽減する意味があるといえる。

社会保障制度は単に理念だけで運営できるものではなく、ある程度の保健医療インフラが整備されていたとしても、実際にそれぞれの地域でかなり大きな資金徴収・配分システムを毎日稼働させていかねばならない。またそのシステムは、地域の資源で稼働できるもので、技術的にも現地で維持管理できるものである必要がある。日本の社会保障制度は、精緻かつ大規模な人口1億人規模の高度に発達した先進国のそれであって、システム構築の費用確保もままならず、電気の供給も十分でなく停電が頻発し、識字能力もそれほど高くない住民の多い途上国の参考になるものではない。

その面から見ればラオスの比較的少人数の集団に対する被用者社会保障制度や農村の現実を前提にした地域医療保険制度は、もしうまく運営できるならば当面の社会保障制度として、ラオスと類似した状況において住民の生活安定のために社会保障制度の開発普及を行わなければならない後発開発途上国にとって実践的な事例として参考になるものと思われる。

ラオスの小規模の被用者社会保障制度や地域医療保険制度は日本にとっても、開発途上国の社会保障制度整備の国際協力を進める際の参考的方法として示唆を与えるものである。また社会保

障制度の必要性は理解しつつも、自らの制度整備の進まないカンボジアの事例は、日本では事例そのものの予測や経験の難しいものであるが、このような法制度は作ったものの制度の実施が困難であるなどの事例は他の開発途上国にもありそうなものであり、いかに社会保障の国際協力を進めていくか、戦略を考え効果的な協力を進める上でラオスとは違う意味で日本にとって参考になるものと思われる。

注

- 1) 公務員に対する医療保障、年金制度などをその国の社会保障制度の一つと考えることには疑義がある。公務員に対する福利厚生施策をたまたま雇用者である国が実施しているので、社会保障と名付けているだけで、本質的には、企業の行う企業内福利厚生施策と同一ではないかということもできよう。しかし、日本でも国民に対する社会保障制度の先駆となったものは、軍人を含む公務員に対する福利厚生施策であり、特に途上国の場合、公務員に対する施策を意識して社会保障制度が仕組まれることが多いので、公務員に対する社会保障制度は国民を対象とする社会保障制度を組む場合の参考と考えられる。
- 2) 2003年9月の償還上限額である。なお、2003年9月に於ける換算レートは、1US\$ = 7,562キップであった。
- 3) 人口センサスは1998年3月3日に実施され、それ以降全国的な人口調査はなされていない。1998年3月3日時点の全人口は、1143万7,656人と集計されており、同時点での毎年の人口増加率は、2.49%と推計されている。2003年現在のカンボジアの全人口については、資料により1328.7万人から1414.4万人程度とする種々の推計数字が見られる。
- 4) アンコールワットやバイヨン寺院に残る有名な回廊の浮き彫り彫刻は、その大部分が、異民族との戦争を描写したものである。
- 5) カンボジア第2次内閣の社会福祉・労働・職業訓練・青少年更生省は、2004年発足のカンボジア第3次内閣において2分割され、社会福祉・退役軍人・青少年更生省と労働・職業訓練省に再編成された。
- 6) 虐殺政権といわれる波尔・ポト政権下で公務員とし

て働いた者の勤務歴も退職年金受給基礎年数としてカウントされる。

- 7) 一般にカンボジア公務員の給与は、プノンベン労働者と比較すると低額であるが、その俸給は本給と種々の手当から構成されており、本給の金額は、さらに低額だという。
- 8) 2005年3月2日に行われた労災保険制度セミナーには、労働・職業訓練省、労働組合および経営者代表が参加し、労災保険制度に関し、熱心な討議が行われた。

参考文献

- Lao PDR. 1999. "Decree on Social Security System for Enterprise Employees"
- Ministry of Health, Lao PDR. 2002. "Regulations for the Pilot Project Community Based Health Insurance"
- Kingdom of Cambodia. 1993. "The Constitution of the Kingdom of Cambodia"
- Kingdom of Cambodia. 1997. "Labour Law"
- Kingdom of Cambodia. 2002. "Law on Social Security Schemes for Persons Defined by the Provisions of the Labour Law"
- National Institute of Statistics. 1999. *General Population Census of Cambodia 1998 Final Census Results*. Ministry of Planning, Kingdom of Cambodia.
- JICWELS. 2002. *Country Report The 12th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICWELS.
- JICWELS. 2003. *Country Report The 13th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICWELS.
- JICWELS. 2004. *Country Reports The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICA, JICWELS.
- Chandler, David. 2000. *A History of Cambodia 3rd ed.* Silkworm Books.
- Kiernan, Ben. 1997. *The Pol Pot Regime*. Silkworm Books.
- 熊岡路矢 1993『カンボジア最前線』岩波新書
- 広井良典、駒村康平編 2003『アジアの社会保障』東京大学出版会
- (うるしばら・かつふみ
国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)

アジアから見た日本の社会保障制度

—アジア諸国社会保険行政官研修アンケート—

漆原 克文
山本 克也

■ 要約

日本は、政府開発援助の一環として、毎年アジアの開発途上国社会保険制度実務家に対する研修を毎年実施している。アジアの開発途上国の社会保障制度の実情はおおむね制度整備途上といえるが、中でもまだ制度整備が緒に就いたばかりの後発開発途上国と一応の制度の整備を行った国の差は大きい。両者に共通する課題は、安定した収入が保証されない農民・インフォーマルセクター住民に対する社会保障制度整備と将来の高齢化に対する医療保険・年金制度の対応である。これらの課題—なかでも高齢化問題—への取り組みの実例として、日本の社会保障制度への関心は高く、日本の対応を参考にしたいという意識は高い。日本は積極的にこれらの問題関心に対応した社会保障制度協力を展開すべきであろう。

■ キーワード

開発途上国の社会保障制度整備、農民・インフォーマルセクター住民への社会保障、アジアの高齢化

1. 社会保険行政官研修

(1) 研修の概要

アジア開発途上諸国では、現在社会保障制度の整備が漸次進められている。日本は、各国の今後の社会保険制度の発展に資することを目的として、社会保障制度の中心をなす医療保険・年金について、社会保険制度の企画および運営に携わる人材の育成のためアジア開発途上諸国の社会保険担当者を招聘し、アジア諸国社会保険行政官研修という名称で1991年から毎年社会保険制度に関する研修を実施している。

2004年度の社会保険行政官研修は、従来の厚生労働省のODA事業ではなく、JICA(独立行政法人国際協力機構)の事業として実施されたが、研修の内容はこれまで行われた社会保険行政官研修と大きな変更はない。

2004年度のアジア諸国社会保険行政官研修は、2004年10月17日から30日までJICA東京国際セン

ターで行われた。研修は、医療保険コースと年金コースの2コースに内容を大別しており、医療保険コースには、中国、ラオス、モンゴル、ベトナムから1名ずつが参加した。医療保険コースは、タイ王国公的医療保険情報制度構築支援プロジェクトカウンターパート研修と合同して行われており、同カウンターパート研修によるタイからの研修者は5名であった。年金コースには、カンボジア、中国、ラオス、タイ、ベトナムから1名ずつが参加した。研修の日程は、〈参考1〉のとおりである。

(2) 研修参加者からの情報

社会保険行政官研修は、毎回研修参加者にそれぞれの研修コースにかかる各国の社会保障制度の状況を英文でカントリーレポートとして、提出してもらい、研修日程の中でそのカントリーレポートを各国の抱える問題点とともに発表してもらうこととしている。カントリーレポートは、研修参加者個人

のレポートであり各国の公式見解ではないが、社会保障制度の実務に携わる研修参加者のレポートであるだけに各国の社会保障制度のアップトゥデートな内容、問題点を知ることができる格好の情報源となっている。

社会保険行政官研修は、研修参加者に毎年それぞれの出身国についてのカントリーレポートの提出を求めてきたが、研修参加者に本研修の主たる内容である日本の社会保障制度に関する意見を求めることはなかった。これは、研修参加者が、それぞれの問題関心を持って来日しており各参加者から統一的な回答を求めることが難しい、短期間で複雑な日本の社会保険制度全般についての正確な理解を前提としたレポートを求めることは困難である、研修自体への評価のアンケートは別途行っている、さらに研修参加者に負担を課すことは無理がある等の理由によるものであると思われる。

しかし、研修参加者は社会保障制度とは何かを事新しく説明する必要のない社会保険制度の実務家である。アジアの社会保障制度整備途上国の眼から日本の社会保障制度を制度の技術的な分野にまでわたって、意見を述べることができる人は彼らをおいてないように思われた。また彼らが日本の社会保障制度をどのように理解し、評価するかは、これまで試みたことがないだけに問題関心を引くものであった。

そこで、なるべく研修生の負担とならないことを意識した後掲のような形式のアンケート調査を試みた。

2. アンケートの概要

アンケートは、医療保険コース(タイ王国公的医療保険情報制度構築支援プロジェクトカウンターパート研修を含む)参加者および年金コース参加者に対して、研修初日の10月18日に調査票を配布し、研修最終日の10月29日に記入済みの調査票を回収した。アンケートは記述回答を求めたが、幸

いに参加者の理解を得て、参加者全員からアンケート回答にご協力いただくことができた。

アンケートの質問事項は、〈参考2〉のようなものである。質問の1から7までは、医療保険コースと年金コースとも同じ内容を尋ね、質問8以降に日本の医療保険、年金を意識した質問を行った。また最後の3つの質問は、医療保険コース、年金コース共通のものとした。

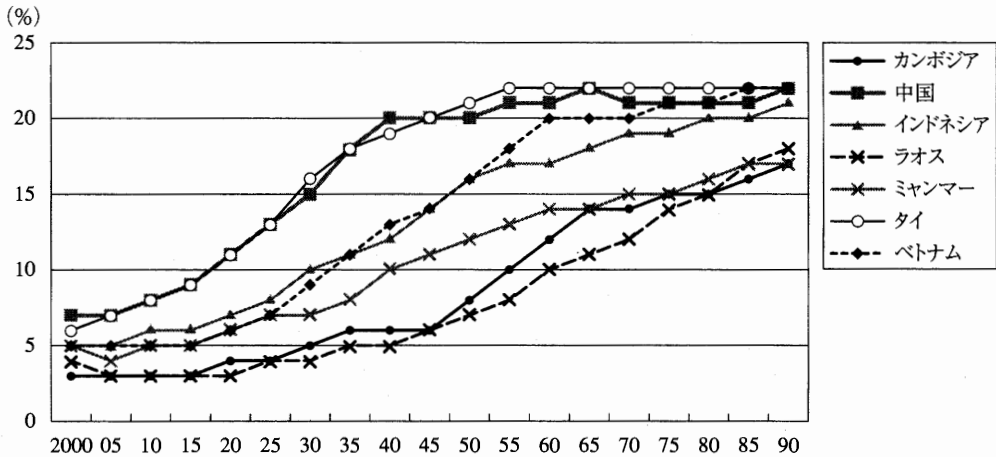
アジア各国の社会保険関係者に日本の社会保険制度の内容についての質問を含むアンケートを行うのは初めての試みであるので、研修参加者が担当する自国の社会保険制度を念頭に置きながら日本の同種の社会保険制度に対して回答を求めることとした。そのため、質問内容は同様でありながら、参加者の回答は、それぞれ参加者が担当する社会保険に関する回答となっており、同一の質問事項でも医療保険コース参加者と年金コース参加者の回答の対象となる制度が異なる場合があった。

(1) 医療保険コース

医療保険コースのアンケート回答者は、中国、ラオス、モンゴル、タイ(5名)、ベトナムからの研修生である。アンケート回答で注目されるのは、次のような諸点である。

① 人口問題について(質問2)

広く知られはじめているように、アジア諸国においても多くの国が人口の高齢化の局面を迎えている。このことを反映してか、中国、タイおよびベトナムは高齢化への懸念を表している。たしかに、ベトナムはまもなく高齢化社会に突入する¹⁾。“若いアジア”は過去のものとなりつつあるかもしれない。ただし、タイに関してはHIVによる若年層の死亡率の増加が人口高齢化に拍車を駆けているとの見解を5名全員が表明している。反対にラオス、モンゴルはいまのところ、いわゆる途上国型の人口問題(高い乳幼児死亡率、短い平均寿命)に直面しているよ



資料: <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>

図1 65歳以上人口比率 (国際連合推計)

うである。参考として図1を示そう。あと20年もすると、ここにあげたアジアの国々は高齢化社会を迎えるという予測が示されている。そのころ、中国とタイは高齢社会になる。中国とタイの研修生が高齢化問題に強い関心を持っていたのはうなずける。

② 保険財政管理機構について (質問3)

この質問は、社会保険管理はどのような組織によって公正を確保しているかについて回答を求めるつもりであったが、質問自体を理解してもらえなかった。質問文の再検討が必要である。

③ インフォーマルセクター問題について (質問4)

この問題が文字通り社会問題化するの、ある程度、社会保険制度自体が発達した国々に限られる。そう考えればラオスやモンゴルなどは質問の対象から除くべきであったが、社会保険自体が試験的な段階であるとか強制適用による社会保険制度への共感を示す回答があった。一方、中国やベトナムでは農村部への社会保険の適用拡大の必要性に迫られているとの回答があった。都市と農村の格差問題は多くの国にとっても問題であるが、中国にとっては頭の痛い問題であろう。最後にタイだが、30

パーセント²⁾の導入で国民の98パーセントが社会保険制度(医療“保険”に限られるが)の適用を受けることになったため、この問題(公的医療制度の適用を受けない者の存在)はないとの回答を寄せていた。

④ 未加入者対策について (質問5)

広報活動や保険料水準の設定等に対応し、それでも加入がなされない場合には罰則の強化(収監、公的扶助のミーンズテストの強化を含む)で対応する(あるいは対応すべき)という回答が散見された。ちなみにタイの医療保障は社会保険方式ではないので、この問題は存在しないとのことである。

⑤ 社会保険方式について (質問6)

保険料納付-保険給付の原則に対してはおおむね理解を示し、これを支持する傾向が強い。興味深いのは中国やタイにこの傾向が強いように思われることである。

⑥ 介護保険について (質問7)

介護保険に対する医療保険コース参加者の評価はおおむね好意的であった。ただ、後述するように、自国でこれを実施することは困難であると考えられるものも多々いた。

⑦ 医療費支払い方式について(質問8)

医療に対する資源投下を推進しなくてはならない国は出来高払い方式、医療費の抑制段階に入っている国は包括払い方式を支持するであろうという事前の予想はおおむね合致していた。意外といつては失礼だが、事務管理を簡素化できることを理由としてベトナムも包括払い方式を支持していた。

⑧ 医療給付の方法について(質問9)

質問自体は、医療保険給付を現物で行う(世界の趨勢ではあるが)ことの是非と、医療給付に対する患者一部負担の導入をどのように考えるかという趣旨であった。研修生の回答はほとんど後者に向けられており、中国・タイなどは過剰受診の抑制効果に対して一定の評価を与えていた。

⑨ 医療費増加の抑制策について(質問10)

研修生のバックグラウンド(国籍、医師であるか否かが大きい)によって回答が大きく分かれた。中国、タイなどは自己負担増による高齢者の医療費抑制策に一定の理解を示していた。しかし患者一部負担割合の増加については見かけ上、老人の自己負担割合の増加が目立ち、これに対して“老人をねらい打ちしている”という不公平感を提示する者もいた。この見解は“医師”に多かった。

⑩ 老人保健制度の評価について(質問11)

老人の医療費を各医療保険制度からの拠出金で賄うという方法に関しては、ほとんどの国が賛同していた。唯一、ラオスだけが老人の医療費は国庫で賄うべきとの意見を示していた。

⑪ 自国に適用可能な制度と適用不可能な制度(質問12)

universal coverageな保険制度の導入の必要性は多くの国が示しているが、中国では都市と農村の格差が大きすぎるとして短期的には国保のような制度の導入は難しいとしている。加え

て、中国やタイは介護保険の導入は可能性があるとの見解を示している。両国とも、高齢化に対する危惧は相当に大きなものがあるように思われる。

⑫ 日本の事務管理システムについて

大規模システムによる被保険者管理は、システムに対する驚嘆の声こそあがるが、自国への導入の可能性は否定的であった。国土の規模や国家財政規模等を勘案して、コンパクトな保険管理システムを希望しているようである。

(2) 年金コース

年金コースのアンケート回答者は、カンボジア、中国、ラオス、タイ、ベトナムからの研修生である。アンケート回答で注目されるのは、次のような諸点である。

① 人口問題について(質問2)

人口問題については、カンボジア、ラオスが出生率の低下はないとしているもののタイ、ベトナムは、現在の出生率の低下が将来の社会保障制度の維持に問題を生ずるのではないかと具体的な数字を記して懸念を示している。

② 保険財政管理機構について(質問3)

この質問は、社会保険管理はどのような組織によって公正を確保しているかについて回答を求めつもりであったが、社会保険管理機構が、労働者、使用者、政府関係者による三者構成の機関によって管理されているという回答があると同時にファンド管理の適正化を図っているなど、やや質問意図とはずれた回答も見られた。

③ インフォーマルセクター問題について(質問4)

アジアの社会保障を考える場合、月給による収入保障のある雇用された労働者は、社会保険制度の対象とすることができるが、収入の不安定な農民、自営業者などのいわゆるインフォーマルセクターといわれる分野の職業に従事する人々をいかに社会保険制度に組み込む

かが問題であるが、この質問については現在一般国民に対する社会保険制度のないカンボジアは別として、ラオスは、まだ被用者保険制度の普及に力を入れている段階であり、インフォーマルセクターへの年金制度適用は想定していない。中国は、都市の雇用労働者と農村は違った制度を適用すべきだとしている。ベトナムは、貧困者のための保険料、保険金を弾力化した制度を用意すべきだとしている。タイは、現行の社会保障制度をインフォーマルセクターの人々をカバーするように改正すべき時期であるとしている。

④ 未加入者対策について(質問5)

社会保険制度への未加入者に対する対策は、広報活動を行い、加入を勧奨する一方、罰則の適用も視野に入れた対応しているとの回答が多い。

⑤ 介護保険について(質問7)

日本を除くアジア各国で、介護保険を実施している例はないが、高齢者介護のための専用社会保険制度におしなべて好意的である。

⑥ 日本の基礎年金、職域年金などの階層型年金システムについて(質問8)

今回の研修生を派遣した各国は、全国民をカバーする年金制度を持っておらず、雇用された労働者を対象とする年金制度もまだ普及段階にある国であるためか、先進国の制度であるとか、寛容すぎる制度であるといった意見がある一方タイのように階層型年金システムに関心を示す例もある。

⑦ 日本の年金改革について(質問9)

日本が2004年に行った公的年金改革については、年金コース研修生全員が、日本が少子高齢化に向かう状況のなかで制度の維持を行うため、その目的や手段について適切であると回答している。

⑧ 年金積立金の市場運用について(質問10)

年金資金運用については、タイのように実際に年金資金の市場運用を行っている国の回答者は、理解を示したが、一般に市場リスクについて十分考慮する必要があるとの意見が多かった。

⑨ 企業年金制度について(質問11)

企業年金制度については、カンボジアなどその信頼性について疑問を呈する意見と、公的年金を補足するものとして積極的に評価するものの二通りの回答があり、意見は分かれている。

⑩ 基礎年金番号について(質問12)

基礎年金番号については、一様に年金の事務処理に有用であるとの回答があった。

⑪ 日本の制度の派遣国での適用について(質問13)

基礎年金制度の任意適用や被用者年金制度を拡大することが可能であるとの意見が多かった。介護保険の導入には、関心を示している。

⑫ 社会保険制度を処理する情報処理システムについて(質問14)

参加者は、社会保険制度の運営に情報処理システムが必要との認識は示したが、その一方で日本の事務処理システムは、社会保険庁業務センターを見学した印象からであろうが、巨大すぎるとの意見が多く、自国向けの処理システムを持ちたいとの意向が多い。

⑬ フリーアンサー(質問15)

これまでの質問のほかに自由に社会保障制度について書いてもらったところ、日本のような整備された社会保障システムを持っている国でも改革が必要ということに驚いているという素朴な感想や、日本の社会保障制度は費用がかりすぎるとの懸念や、自国の制度が日本に比して単純なものであると再認識したといった回答があった。

3. アンケート結果からの考察

今回のアンケート調査は、必ずしも十分な時間の余裕を持って検討を行い、実施したものではなく、よく整備された調査とは言えない。事実、いくつかの質問項目では、質問者の意図がうまく伝わっていないものが見受けられ、結果報告を割愛せざるを得ない質問項目があった。また、英語による記述回答を要求するアンケートであったため、研修生の意見が十分に書けていないものも散見された。しかし、アンケート回答全般からは、研修生が短時間のうちに日本の複雑な社会保障制度について、英語を使用した研修であったが、相当程度の理解がなされていることが見受けられる。これは研修生が、日頃から社会保険実務に就いているかその分野の研究者であることによるものであろう。東南アジア一般市民の社会保障制度に対する理解が、これほどのレベルにはないであろう。

アンケート回答を検討すると、日本の社会保険制度はアジアの専門家には、次のように見られていることが分かる。以下では、医療保険と年金に分けて研修生の見た日本の社会保険制度について検討を行った。

(1) 医療保険

医療保険制度についての回答で、特徴的なことは、次のようであった。

① インフォーマルセクターについて

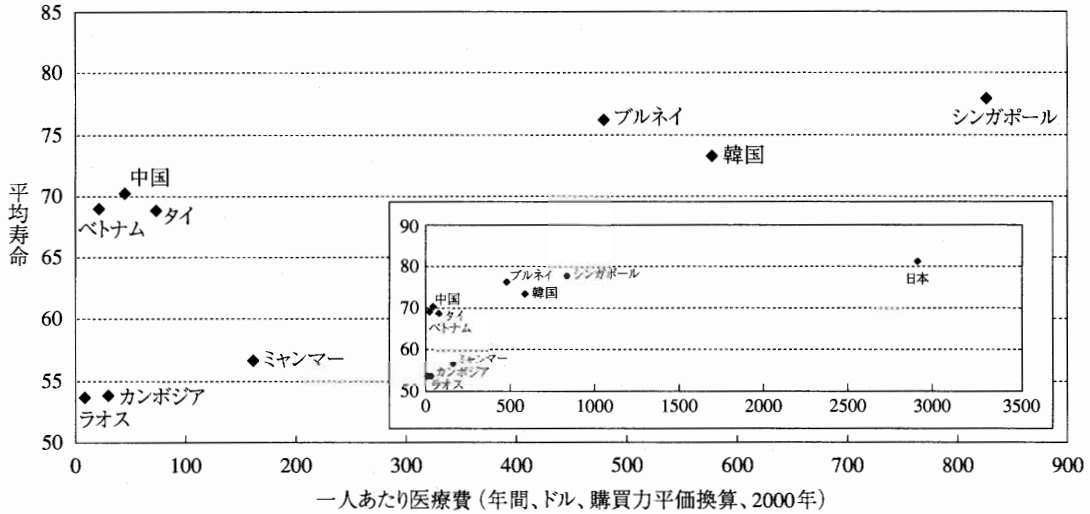
今回の研修国は二つに大別出来る。制度の整備が整ってきている中国、タイと都市被用者の適用拡大さえも途上であるラオス、モンゴルそしてベトナムである。前者については、農村部の公的医療供給体制の整備が近年の課題であるが、タイは一足先にこれを卒業してしまったようである。30パーツ医療の実施開始はタイ国研修生には誇らしい出来事であったようである。この点、中国の研修生は都市部と農村部の格差を相当深刻に受け止めており、国保のよう

な制度を農村部に拡大することは容易ではなく、長期的な事業になるだろうとの見解を示していた。

② 医療保険制度改革

中国やタイといった国々は日本の医療費を抑制する政策に対しては一定の評価を与えている。もちろん、タイ研修生(医師)が指摘するように、医療費の問題はそこに medical promotion の評価軸も加えて論じられるべきではあるが、すでに医療費抑制あるいは適正化政策に対して強い関心を持っていることは興味深い。その他の国々は、医療供給体制の整備が喫緊の問題であり、将来の医療費増加については遠いことのように思えるのかもしれない。もちろん、その他の国々の研修生にも医師が多かったこともこのような結果の一因である。

OECD諸国から見れば、日本の医療制度は乳幼児死亡率、平均寿命の程度に比して費用は安価であると言われている。図2に日本と今回の研修国も含むアジア諸国に関するデータを図示した。横軸に一人当たり医療費、縦軸に平均寿命をとった。75歳の平均寿命を一つの基準にすれば、これを超えているのはブルネイ、シンガポール、日本である。その次を韓国、中国、ベトナム、タイが続く。ラオス、カンボジアは平均寿命が非常に短い、いわゆる途上国型の構造をしている。注目すべきは横軸であり、日本の医療費がいかに高いものであるかを示している。図2の小窓を開けて表示しているグラフは、横軸の目盛りを3500ドルまで広げたものである。この段階になると日本が表示される。仮に平均寿命が70歳程度になることを医療制度整備の一応の目標としよう。図2中でこれが達成されているのは、ラオス、カンボジア以外の国である。そうすると、他国と比べて日本がいかに多額の医療支出をしているかがわかる。シンガポールと日本の平均寿命の差は、3歳程度である。日本



資料：http://www1.worldbank.org/hnp/, 世界銀行hnp database

図2 一人あたり医療費と平均寿命の関係

型の支出構造を取るとすれば、シンガポールは平均寿命を3歳引き上げるのに、一人あたり支出を現在の3倍にしなくてはならないことになる。しかし、シンガポールの平均寿命はこのような多額な支出増をしなくとも、伸長することになるであろう。言い換えれば、医療の評価を平均寿命でみれば、アジア諸国は日本より安価かつ良好な医療提供を行うことができる可能性を持っている。日本はOECD内では医療制度の優等生であるが、アセアン諸国との対比では劣等生となる可能性もあるのである。

③ 介護保険制度

老人専用の福祉政策の実施に対しては積極的な評価がなされた。研修生各国の福祉従事者の養成がどのような状態にあるのかはうかがい知れないが、具体的な準備をしているようには思われない。その意味で、まだ、老人介護が社会的な問題とはなっていないのであろう。

④ 医療費支払い制度

前述のとおり、医療に対する資源投下を推進しなくてはならない国は出来高払い方式、医療

費の抑制段階に入っている国は包括払い方式を支持するであろうという事前の予想はおおむね合致していた。中国などは農村部への保険制度の拡大という大きな課題をもっていながら、都市部においては医療費抑制策を模索しているような印象をもった。その意味で、状況によって支払制度に多様性を持たせるべきという中国の回答は的を射ていた。日本においても一部ではあるがDPC(包括医療費支払制度)の導入が図られているが、この点の評価などは別の機会に聞いてみたい。

⑤ 普遍適用の可能性と医療費自己負担のあり方

公的医療供給制度の普遍適用という点では、今回の中ではタイが最も進んでいる。しかし、それは社会保険制度が社会に受け入れられたというよりも、広義の福祉が貧困者に届けられたものと解釈する方が良いかもしれない。タイが税方式的要素を大きくして30パーツ医療を導入したのも、福祉は貧者のためという背景があるとのことであった。もちろん、30パーツを診療時に支払うのは過剰受診の抑制というモラル・ハザードの防止目的であろう。質問12のタ

この回答に“貧しい人々を助けるという国の強い政策があるため、一部負担は我が国では導入できないかもしれない。”というものがあつた。しかし、一方で都市部の被用者の保険を考える上では、日本の制度が給付に上限を設定していないことを訝る意見も出している。その意味で、公的医療供給制度を均質に国民全体に行き渡らせるという方法を取るつもりはない(出来ない)ようである。その意味では中国も同様であつた。その他の国々は、まだ、都市部の制度拡充の段階であるように思われた。

(2) 年金

年金制度についての回答で、特徴的なことは、次のようであつた。

① インフォーマルセクターについて

研修生各国の年金制度は、保険料を支払うことのできる雇用労働者を対象にした制度が主で、農民やインフォーマルセクターと呼ばれる産業の従事者である小規模自営業者は、年金制度の対象になっていない。各国は、安定的な現金収入や効率的な保険料徴収に問題があると考えられるインフォーマルセクターに対する社会保障制度の開発に苦慮している。国によっては、これらの人々を社会福祉で対応するとしてたり、既存社会保険制度とは違う保険制度の開発検討などによる取り組みを行っている。その点で、日本の全国民を対象にした基礎年金制度は、全国民を対象にした共通制度の上に職域年金や企業年金を載せるもので、各国の参考となるものであるようであるが、一方で基礎年金制度の財政負担の高さを危惧する声もあつた。

② 年金制度改革

研修生各国にうちのいくつかは、出生率の低下および平均寿命の延び等により、将来の人口高齢化を予想している。2004年に行われた日本の公的年金改革は、日本国内では国民的な

論議を呼んだものであるが、今回の研修生は、全員が日本の年金制度改革を年金制度の維持のために適切・妥当なものであると評価している。現在公的年金制度を実際に持っている多くのアジア諸国は、出生率の低下が顕著であり、将来日本で行われたような年金制度改革もまた必要となるものと予想される。

③ 介護保険制度

研修生各国で、介護保険制度を実施している国はないが、将来の高齢化への関心の高さを反映し、介護保険制度については各研修生とも高い関心を示している。

④ 年金運用

研修生各国で、年金資産の市場運用を行っている国はまだ少数である。その状況を反映したためか、年金資産の市場運用については市場リスクの存在を全員が指摘している。しかし、年金の長期継続性から考えて、年金資産の市場運用は、分散投資により極力リスクの低減を図りながら、効率的な投資を許容するものとしている。

⑤ 年金制度運営

各研修生とも基礎年金番号制度は、年金事務処理用具として積極的に評価している。しかし、日本の年金事務処理については、業務センターを見た印象からか、日本のような膨大な情報処理システムが自国にも必要か、また技術的に維持運営していけるかと考えているようで、年金事務処理に必要な情報選択を行い、極力「軽い」システム構築を考えたいというのが、多くの研修生の意見であつた。

これらの研修生の日本の社会保険制度への考え方を総合すると、研修生は今回の日本の社会保険研修を十分批判的な眼を持って見ているようである。すでに何らかの社会保険システムを運営している各国の実務担当者にしてみれば、日本の社会保険制度は自国の制度に比べて整ったものでは

あっても、日本の制度もまた年金制度改革問題に見られるように年々の改革を必要とするものであり、また社会保障制度を運営する情報処理システムを考えてもその膨大なシステム群の開発、維持管理は、膨大な資金を必要とし、自国の社会保障制度の現状を考え合わせたとき、将来においてはともかく現在の自国の社会保障制度の模範や手本ではないことを十分に理解している。

社会保障制度運営に最も影響を与えるのは、短期的には予測できない経済変動であり、その洗礼は1997年のアジア通貨危機の際にタイなど当時すでに社会保障制度を運営していたアジア各国の社会保障制度に大きなインパクトを与えたが、長期的には、少子高齢化などによる人口構造の変動であろう。この影響は一過性の経済変動などより、より大きな影響を社会保障制度に与える。今日その先駆的な立場に日本の社会保障制度がおかれているならば、人口構造の変動にどのように制度をシンクロさせ、制度の維持、発展を図るかの経験と知恵を伝えることが、日本の行う社会保障研修の

アジアの社会保障実務家に対する貢献であると思われる。

なお、本稿を終わるにあたり、今回の調査に応じていただいたアジア各国からの社会保障研修参加者、独立行政法人国際協力機構、社団法人国際厚生事業団をはじめ平成16年度社会保障研修に関係された方々のご協力に対し、感謝申し上げます。

注

- 1) 国際連合の定義では、65歳以上人口比率が7%を超えると高齢化社会、15%を超えると高齢社会と定義している。
- 2) タイの30パーツ医療が文字通り保険なのかは検討を要する。タイの30パーツ医療とは、30パーツ(約100円)を支払えば、その金額以上の医療サービスにもアクセスできるというものに過ぎない。事前の登録はあるが(医療カード)、保険料の徴収はなく、財源は税である。詳細は本特集の川口論文参照のこと。

(うるしばら・かつふみ)

国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官

(やまもと・かつや 国立社会保障・人口問題研究所

社会保障基礎理論研究部第4室長)

〈参考1〉

研修日程

午前：9:30～12:00、午後：13:30～16:00

| 日付 | | 医療保険コース | 年金コース |
|-----------|----|--|-------------------|
| 10月17日(日) | | 研修員来日 | |
| 10月18日(月) | 午前 | JICA プリーフィング/ (11:00-11:30) 開講式/ (11:30-12:30) プログラム・オリエンテーション【JICWELS】 | |
| | 午後 | 我が国の社会保障(1)(その理念と枠組み) 【明治学院大学社会学部社会福祉学科教授 山田 晋】 | |
| 10月19日(火) | 午前 | 我が国の社会保障(2)(21世紀型の社会保障に実現に向けて) 【社会保障担当参事官室】 | |
| | 午後 | 医療提供体制の概要 【医政局】 | 公的年金制度概論 【年金局】 |
| 10月20日(水) | 午前 | (9:30-12:30) 医療保険コース研修員によるカントリーレポート発表会 | |
| | 午後 | 世界の社会保障の動向(医療保険分野)【ISSA】 | |
| 10月21日(木) | 午前 | (9:00-12:30) 年金コース研修員によるカントリーレポート発表 | |
| | 午後 | 世界の社会保障の動向(年金分野)【ISSA】 | |

| | | | |
|-----------|----|---|----------------------|
| 10月22日(金) | 午前 | 医療保険制度概論 【保険局】 | 年金制度の仕組み 【年金局】 |
| | 午後 | 国立国際医療センター視察 (レセプト事務の実際) | 年金数理 【年金局】 |
| 10月23日(土) | | 休 | 日 |
| 10月24日(日) | | 休 | 日 |
| 10月25日(月) | 午前 | 介護保険制度概論【老健局】 | |
| | 午後 | (14:00-)東京愛育苑視察(アジア諸国研修員) 至誠ホーム視察(タイ医療保険研修員) | 年金積立金の運用 【年金局】 |
| 10月26日(火) | 午前 | 医療費支払い方式 【保険局】 | 年金の事務処理体制 【社会保険庁】 |
| | 午後 | (13:30-)東京都社会保険診療報酬支払基金視察 | (14:00-)社会保険業務センター視察 |
| 10月27日(水) | 午前 | 医療費の動向 【保険局】 | 企業年金概論 【年金局】 |
| | 午後 | (14:30-)横浜中社会保険事務所視察 | (14:30-)港北社会保険事務所視察 |
| 10月28日(木) | 午前 | 労災保険制度概論【労働基準局】 | |
| | 午後 | (12:45-15:15)雇用保険制度概論【職業安定局】 (15:30-17:00)飯田橋公共職業安定所視察 | |
| 10月29日(金) | 午前 | 研修まとめ/発表会準備 | |
| | 午後 | (13:00-16:00)研修まとめ/発表会【JICWELS】/ (16:15-17:15)研修評価【JICA】 (18:00-20:00)閉講式/歓送会【JICWELS】 | |
| 10月30日(土) | | 研修員帰国 | |

〈参考2〉

今回の調査に使用した質問票

次に掲げるものは、医療保険コース参加者に対するものであるが、年金コース参加者については、医療保険コース参加者への質問項目8-11を、年金コース参加者のための質問8-12(後掲)に替えて質問を行った。

Questionnaire—Medical Insurance Course—

Preface

All governments are responsible for offering various types of social security systems that protect people's lives from accidents and incidents that may be caused when people are getting older. However, there is no social security common level to all people around the world. Each of the governments institutionalizes a different social security system according to their economic conditions and adjustment of their social system. Some of the social security systems target every individual of the nation while others target only poor people.

Japan's social insurance training, which targets the Asian social insurance administrators, focuses on Japan's social security system centering on income security based on the social insurance system and on the medical security policy. This training course aims to offer your nation some reference information in the preparation of your social security system.

Japan's social security system has various aspects which are unique to Japan only and subjects which are common to many countries in the world.

This questionnaire also aims to get opinions from you after you study the Japanese social security system. Your frank and straightforward opinions from an objective perspective will be instrumental in helping us avoid self-complacent inward-looking attitudes. Your opinions and comments will be examined carefully to promote reforms of the Japanese social security system.

This questionnaire is strictly confidential. Even when it is disclosed to Japanese experts on social security, no individual names of respondents will be disclosed.

We hope to receive your reply in English by October 29, 2004. Thank you for your time.

Questionnaire Form

Participating course name: Medical Insurance Course

Name of participant

Nationality

Common items:

Questions about institutional systems:

1. The social insurance system that provides social security can be summed up as a system comprised of the following elements: registration, insurance premium collection, insurance premium management and investment, and insurance payment. Describe each of the segments in your nation.

Registration:

Insurance premium collection:

Insurance premium management and investment:

Insurance payment:

Responses to Policy Issues:

2. The number of children who are born in Japan is lower than the total fertility rate of 2.08. This is a declining birthrate that cannot maintain the present population. Is your country facing such a declining birth rate? Do you have any other population problems?
3. Sound insurance finance is essential to maintain the social security system.
What mechanisms has your government implemented to maintain the soundness of insurance finance?
4. The social insurance systems of developed countries have typically been implemented starting with government employees, followed in order by corporate employees, small-scale company employees, individually-owned companies, merchants, and farmers. However, the people who actually need medical assistance and old-age assistance the most are farmers and self-employed who tend to not have many opportunities to earn hard cash. What is your opinion on how to improve social security services for these people in the informal sectors?
5. Even after a social security system is legislated, some people can't pay their contribution and some are evading. In your country, what do you think of such out-side system people and how to treat them for instance applying social- assistant, welfare scheme and so on?

Japanese System and Your Country's System:

General:

6. Japan's social security, introduced on page 1 of your textbook, covers 91% of the payments based on the social insurance system. Thus, collecting insurance premiums is a prerequisite for making pension payments in the social security system based on the social insurance system. What is your opinion of this social security system?
7. Japan is the second nation in the world, following Germany, to introduce long-term care insurance system. What is your opinion of the long-term care insurance system? (See page 255 of your textbook.)

Details of Medical Insurance:

8. Page 221 of your textbook describes Japanese methods for paying medical insurance expenses. Which method do you think is best, and for what reason?
9. Japan's medical insurance is characterized as providing benefits in kind and free-access. In other words, a person consults any health insurance doctors and pays 30% of the medical

expense. The remaining 70% is covered by medical insurance. What is your evaluation of this system? (See page 219 of your textbook.)

10. The major problem of Japan's medical insurance is increasing medical expenses.

What is your evaluation of the measures described on pages 202 to 205, and 229 to 230 of your textbook?

11. The Elderly Health Care System targets only elderly people. What is your evaluation of the system? (See pages 309 to 322 of your textbook.)

Possible Application of the Japanese System to Your Country:

12. Which parts of the Japanese system do you think can be or cannot be introduced into the social security system of your country? List the parts and reasons by comparing the Japanese system with your country's system.

13. Japan's social insurance system is administrated with a huge information processing system. Do you think such an administration system is efficient or inefficient? Also, what is your evaluation of the administration system? What administration system do you think is appropriate in your country?

Free Answer:

14. Besides your answers described above, please comment about the social security system of your country, the Japanese social security system, and this training program, if you have anything you would like to say.

Please don't hesitate to ask me any questions about this questioner.

Katsuya Yamamoto

e-mail: kyamamo@ipss.go.jp

FAX 03-3595-2989

(年金コース参加者に対する質問)

Details of Pension Insurance:

8. Japan's pension system consists of universal basic pension, employee's pensions, corporate pensions and private pensions. Actually, the insured contribute premiums to the pension systems they enroll in to receive pensions when they become old. What is your evaluation of this multi tier Japanese pension system? (See page 63 of your textbook.)

9. Japan is facing a rapidly falling birthrate and aging population. The Japanese government has decided to raise the age of qualified pensioners and pension premiums gradually according to a programme to balance the pension finances. What is your opinion of the state of the Japanese pension system? (See pages 114 to 118 of your textbook.)

10. Japan's pension reserves are managed and invested in domestic securities, foreign-denominated securities, and other financial markets in the world. What is your opinion of managing the pension reserves in financial markets? (See pages 104 to 106 of your textbook.)

11. Some Japanese corporations have corporate pension plans that are contributed to by the corporation and its employees, in addition to the employee's pension systems administrated by the Japanese government. What is your opinion about these corporate pension plans? (See pages 144 to 148 of your textbook.)

12. All adults in Japan are obliged to insure themselves by enrolling in the basic pension system and being assigned a unique basic pension number (similar with social security number). And all administrative work with pension is based on this basic pension number. What is your opinion about this basic pension number? (See pages 159 to 162 of your textbook.)

中国都市部における最低生活保障制度の現状および問題点

鍾 仁耀

はじめに

改革開放以降、国有企業改革にともない、都市部の貧困問題が急に深刻になり、伝統的な社会救済制度ではこのような事態に対応しきれなくなった。これを背景に、都市部の貧困問題を根本的に解決するため、1990年代半ば、中国は都市部の最低生活保障制度を設立するようになった。この制度は歴史が浅く、多くの問題がまだ残されているため、中国の社会保障制度のなかの重要な制度の一つとして、注目されている。そして、それが社会保障制度改革の一つの重点になっている。

そこで、本稿は、まず中国都市部の最低生活保障制度設立の背景を解明し、次にその制度の現状を分析し、最後にその問題点およびその原因を検討する。

I 制度設立の背景

1. 都市部住民貧困の原因

ここで言う貧困者とは月額所得が政府によって設定された最低生活保障ライン以下にある者を指している。現在、この最低生活保障ラインは各省、直轄市、自治区が決定しており、一般住民の生活水準の向上や物価の上昇により、適時調整されている。また、各地域は当該地域都市部住民の貧困状態や一般住民の生活水準および地方の財政力を踏まえて決めているのである。そのため、都市部の最低生

活保障ラインは地域によってかなり異なっており、また多くの地域では財政力が弱いためその最低生活保障ラインを低く設定しているようである。

計画経済時代において都市部住民のほとんどは職に就き、その貧困問題が農村住民ほど深刻ではなく、したがって都市部の貧困者とは主に障害者、労働能力をなくした者であり、その人数は非常に少なかった。さらに、終身雇用制度を実施していたため、労働者をやめさせることがほとんどなかった。そのため、当時の社会救済は農村に重点が置かれていた。

改革開放以降、国有企業の雇用制度改革にともない、従来の終身雇用制度が廃止されることになり、国有企業の経営状態を改善するために、その余剰人員を削減しなければならなくなった。そのような状況の下で、「下崗職工」、失業者が増えた。1990年代以降、国有企業改革が一層強化され、「下崗職工」、失業者の人数が急速に増加し、これを背景に、都市部の貧困問題が急に深刻になり、社会不安の主な要因の一つになった。

2002年、貧困者は2064万人に達し、これまでのピークになった。東部地域の都市部貧困者数は総貧困者数の21.9%を占め、中部地域と西部地域がそれぞれ52.9%と25.5%を占めていた¹⁾。貧困比率²⁾が低い地域は北京を除き、すべて沿海地域であり、逆にその比率の高い地域は河南を除き、すべて西部の内陸地域である。また貧困発生の原因については失業などが主な原因になっている。

2. 制度設立の原因

中国では、戸籍制度や経済二元化などの下で、社会保障制度は農村と都市部に分けて実施され、都市部の社会保障制度が相対的に整備されているのに対して、農村のそれはほとんど整備されていない。社会保障制度の改革や調整が経済体制改革と直接緊密にかかわり、かつ長い間経済体制改革が都市部の経済体制改革とくに国有企業改革に重点が置かれてきたため、都市部における社会保障制度の改善が重視されてきた。社会救済制度も農村と都市部に分けて実施されてきた。しかし、改革開放以降、長い間社会救済制度の大きな改革や調整は都市部でも農村でも行われず、貧困問題に対して伝統的な社会救済制度により対応してきた。

中国都市部における伝統的な社会救済制度は実施範囲が狭く、受給資格の審査が厳しかったため、その実施対象は主に「三無人員」³⁾や障害者で人数が少なく、労働能力を有する者や健康な人はその実施対象にならなかった。その主な原因は、政府による社会救済の資金が不足で、しかも計画経済時代において都市部住民のほとんどが職に就き、その貧困問題が農村住民ほど深刻ではなかったためである。

国有企業の改革にともない、「下崗職工」、失業者の人数が急増し、都市部の貧困問題が急に深刻になった。しかし、伝統的な社会救済制度の実施対象が主に労働能力をなくした者や扶養者がいない者に限られており、「下崗職工」、失業者は労働能力を有する者や扶養者を有する者であるため、彼らは伝統的な社会救済制度の実施対象にならなかったのである。

失業者の生活を保障するために、1986年に中国が失業保険制度を設立したが、1990年代に入ってもその制度はまだ完備されておらず、都市部の貧困問題に対応し切れてなかった。その原因について、一つは「下崗職工」が失業者ではないため、失業保険制度でカバーされておらず、彼らの生活がどのような制度で保障されるのかという問題があった⁴⁾。も

う一つは雇用情勢が厳しくなったため、失業者の再就職率が低く、失業保険制度の最長受給期間が二年になっているため、失業者の生活はその受給期間が切れてからはどのような制度で保障されるのかということであった。

国有企業改革により、都市部の貧困問題が深刻になり、一方で「下崗職工」、失業者などの貧困者の生活を保障する制度がなく、失業保険のような制度で対応し切れなくなった。これを背景に、1990年代に都市部における最低生活保障制度が設立されるようになった。

II 制度の発展および実施状況

1. 発展過程

都市部住民における最低生活保障制度は1993年から現在まで実験、推進、普及、向上および完備の五つの段階を経て、その発展は速やかであった。

1993年6月、上海など六つの都市が都市部住民における最低生活保障制度の実験的な設立を自発的に始め、1995年4月にその制度を基本的に確立した。1995年5月に中央政府が上海などの実験を認可し、全国的に広げることを決定した。それ以降、都市部住民の最低生活保障制度の樹立が加速され、1997年7月まで206の都市がこの制度を設立した。

しかし、一部の都市とくに経済の発展途上地域は認識不足⁵⁾などさまざまな問題が発生し、これらの問題がこの制度の発展を阻害した。これらの問題を解決し、この制度を一層発展させるために、国務院は1997年9月2日に「全国都市における最低生活保障制度の樹立に関する通達」を公布し、この制度の推進の重点を経済の発展途上地域に置いた。その後、この制度は全国により速やかに広がるようになり、1999年8月に668の都市で設立された。

都市部住民における最低生活保障制度の発展は速やかであったが、その保障基準の低さなどの問題が存在し、これらの問題を解決するために、

1999年9月28日に国務院は「都市住民の最低生活保障条例」を公布した。この段階において、従来の制度に基づきその向上に重点を置き、主に保障基準を上げ、保障資金不足問題を解決するというものであった。

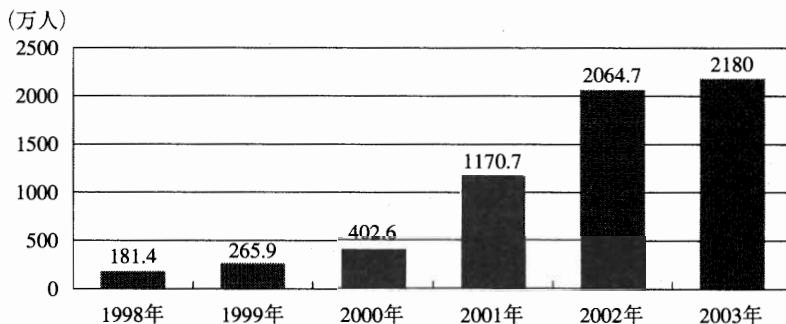
保障すべき対象が最低生活保障待遇を受けられないという問題などが生じたため、2001年6月から現在まで、都市貧困者の生活保障を徹底し、この制度の実施対象になるべき人々をすべてその実施範囲にいれようとしている⁶⁾。同時に、その管理機関を整備し、その保障資金を保証しようとしている。

2. 制度の実施状況

まず受給者数の全体状況を見れば、1998～2003年の間に中国都市部の最低生活保障対象

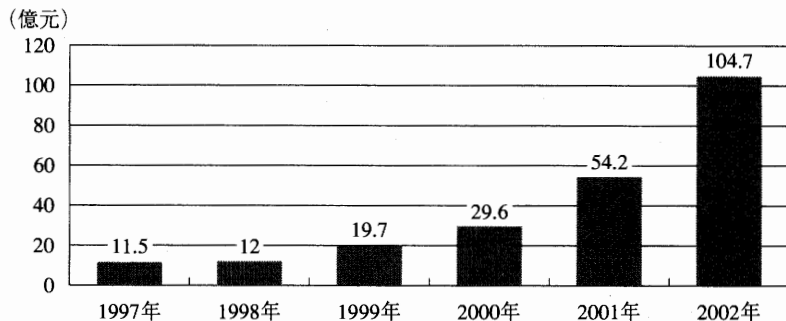
数は急増の状況を呈している。図1に示されるように、1998年の約181万人から2003年9月の2180万人へ増加した。受給者の身分別に見れば、主に在職従業員、失業者、定年退職者および「三無人員」であり、それらの比率は2002年6月それぞれ9.9%、51.6%、4.8%および5%になっていた。2001年6月の比率を比較すれば、在職従業員が2.6%減り、定年退職者が0.9%減り、「三無人員」が6.6%減ったが、失業者が10.9%増えた⁷⁾。これは失業者数の増加にともない、彼らの生活が主に最低生活保障制度に頼っていることを示している。

次に最低生活保障の支払い金額を見れば、図2に示されるように、中国全体の最低生活保障の支払い金額は1997年11.5億元から2002年104.7億元まで増え、その増加率は高く、1998年からその



出典：民政部「民政事業発展統計報告」2002年、2003年1月-9月により作成。

図1 1998-2003年における中国最低生活保障対象数の増加状況



出典：民政部「民政事業発展統計報告」各年版により作成。

図2 全国最低生活保障の支払い金額

金額は速いスピードで増加した。その主な原因は経済体制改革とくに国有企業改革が一層推進されたことにともない、都市部労働者の貧困問題が深刻になり、この貧困問題を解決しないと社会安定に影響が及ぶ懸念があったためである。

現在の最低生活保障資金の負担方式は、原則的に中央政府と地方政府の1:1の分担方式を取っているが、中央政府は財政情勢の厳しい地域にしか補助金を拠出しない。財政情勢がそれほど厳しくない地域(上海市、北京市、江蘇省、浙江省および広東省)は最低生活保障資金のすべてを自ら出さなければならないことになっている。

III 問題点

中国は1990年代初め一部の地域で都市部住民の最低生活保障制度の実験を始め、今日まで十年間がすでに経った。この期間に主に以下の三つの面でこの制度の整備に取り組んできた。第一に、その保障範囲を拡大し、「応保尽保」という目標を達成するよう努力してきた。第二に、その財源不足問題を解決するよう力を入れてきた。第三に、その管理体制を整えることに取り組んできた。上記の一連の措置を取ったことにより、中国都市部の最低生活保障制度はある程度改善されるようになった。しかし、まだ二つの著しい問題が存在し、この制度の機能の発揮を阻害している。

1. 財源不足問題

中国都市部住民の最低生活保障制度の資金源泉は財政によるものである。最初は各地域の財政がそれぞれ負担し、中央政府は負担をしなかった。ところが、地域間の財政力の格差が大きくなり、財政力の弱い地域はその資金を負担できず、結局、多くの地域で財源不足問題が深刻になり、受給資格を満たしている貧困者がその制度を利用できなかった。また、その財源不足により、多くの地域が受給

資格を厳格にし、受給基準を低くした。このような低い保障基準では貧困者の生活が十分に保障されなかった。

このような背景の下に、1990年代末中央財政と地方財政との分担方式を採用した。しかし、上海市、北京市、江蘇省、浙江省および広東省は経済状況が良く、財政力が強いので、この五つの地域は中央財政の補助金を得ることができず、その資金はすべて自ら負担しなければならなかった。このような財源負担方式により、上記の問題はまだ根本的に解決されていない。最も深刻な問題はその財源不足であり、中央政府と地方政府の財政調整のための財源が不足しているため、最低生活保障制度への予算措置が少なすぎる。

すなわち財源不足により、二つの面でこの制度の機能の発揮が妨害されているのである。一つは各地域が受給資格を厳格にし、政府扶助の必要がある貧困者がその制度を利用できず、貧困状態に陥ったままである。もう一つはその受給基準を低く設定し、その基準では貧困者の基本生活が保障できないということである。制度発足以来その受給基準を相次ぎ引き上げてきたが、現在でもなお低い水準にある。最も高い受給基準を設定したのは上海市、北京市などのわずかな地域であるが、それらの受給基準は一人当たり月額290円で、この受給基準でも基本生活を保障できないとみられている。他の地域ではより低い受給基準が設定されており、一部地域の受給基準は一人当たり月額100円で、貧困者がこの制度に頼り、基本生活をするのを保障されていない。

そして、この制度を利用できる基準は主に世帯の一人当たりの収入であり、もしある世帯の一人当たりの収入が当該地域の最低生活保障ラインを下回れば、この制度から扶助手当を受給できる。多くの地域が最低生活保障ラインを低く設定したことが、貧困者の生活に直接影響を与えている。また、その支給方式について、差額方式を採用している。例えば、上海のある世帯の一人当たり月収が200元であ

る場合、上海の最低生活保障ラインは290元であるため、この世帯は290元マイナス200元つまり一人あたり月額90元が最低生活保障制度から支給されることになる。このため、貧困者はこの制度から低い保障水準を受けていると言わざるを得ない。

2. 管理体制の未整備

中華人民共和国成立以来、社会救済管理機関は民政部門であり、都市部における最低生活保障制度の管理機関も制度の発足から民政部門である。その最高管理機関は中央政府の民政部であり、各省、自治区、直轄市におけるその管理機関は民政局(庁)であり、地方、県級の地域におけるその管理機関は民政局である。その具体的管理機関について、中央政府、省級政府および地方政府では社会救済処が設置され、県級政府内には社会救済科が設置され、街道弁事処(町内の事務所)や鎮政府では民政科が設置されている。このため、都市部で最低生活保障制度が設立されて以降、その管理機関は従来の社会救済管理機関が当てられ、その管理機能を果たしている。

従来の社会救済管理体制は計画経済時代に樹立され、改革開放以降もその管理体制は以前とそれほど変わっていない。この伝統的な管理体制は経済体制改革にともない生まれた都市部最低生活保障制度には最初から適合していなかった。

具体的に言えば、伝統的な社会救済管理体制はその管理に関する意思決定が中央政府、省級政府、地方政府および県級政府のような上級政府部門に集中するという特徴があった。しかし、最低生活保障管理のなかで最も重要なことは申請者に対する収入調査であり、申請者の収入を正確に把握するには、末端関係部門がその調査に積極的に参加しなければならない。このため、その管理体制に対して「重心下移」⁸⁾という改革を行ってきたが、いまだその改革は徹底的されておらず、末端管理部門もまだ整備されていない。その問題は主に末端関係部門の資

金と勤務人員の不足にある。

このような状況の下で、さまざまな問題が生じてきた。最も注目される問題は収入調査が不正確であったり、収入調査が行われず、申請者の扶助手当支給の可否が決定されるということである。その結果、受給すべき貧困者が受給できず、受給基準を満たさない人が受給するという状況が生じている。これが不公平を引き起こし、社会安定に悪影響を及ぼしてきた。

おわりに

中国都市部では、その経済体制の改革にともない貧困者が急速に増えたことを背景に、それらの貧困者を対象とする都市部住民の最低生活保障制度が1990年代初めごろ上海などの一部の地域で設立され、1990年代半ば中央政府は全国的に実施することを決定した。現在、すべての地域でこの制度が樹立されるようになり、都市部貧困者の多くはこの制度を利用し、基本生活が保障されている。この制度の設立および整備により、社会を安定させる役割を果たしているといえる。

一方、財源不足や管理体制の未整備などの問題がいまだに残っているため、この制度はその機能を十分に発揮しているとは考えられない。これらの問題を解決することが今後の大きな課題になっている。

投稿受理(平成16年4月)

採用決定(平成16年10月)

注

- 1) 洪大用「改革以来の中国都市部の貧困状況」<http://www.china.org.cn>, 2003年1月20日。
- 2) 貧困比率は貧困者数の対総人口数比率を指す。
- 3) 「三無人員」は労働能力なし、収入なしおよび扶養者なしの人を指す。
- 4) 政府の規定により、当時は「下崗職工」が失業者でなかった。21世紀に入ってから「下崗職工」が失業者になっている。失業者との区別は「下崗職工」が勤務先と労働契約を保って職を失った者である。家庭の一人当たり収入が政府の規定した貧困ラインを下

回った場合、「下崗職工」や失業者などの人々には最低保障金を受け取る資格がある。

- 5) 一部地域の指導者たちはこの制度を設立する必要性を認識していない。
- 6) これはいわゆる「応保尽保」を指す。
- 7) 洪大用「都市住民ミニマム生活保障制度の最新進展」
<http://www.china.org.cn>, 2003年1月20日。
- 8) 「重心下移」は管理権限や仕事内容を上級関係部門から末端関係部門に移すものである。

参考文献

洪大用「改革以来の中国都市部の貧困状況」

<http://www.china.org.cn>, 2003年1月20日

民政部『民政事業発展統計報告』各年版

洪大用「都市住民最低生活保障制度の最新進展」

<http://www.china.org.cn>, 2003年1月20日

中国国家统计局『中国統計年鑑』各年版, 中国統計出版社

(Zhong Renyao 上海財経大学助教授)

「海外社会保障研究」執筆要領

1. 執筆枚数

原稿の字数は以下の限度内とします。

- (1) 論文：16,000字(図表を含む)
本文のほかに要約文(400字以内)およびキーワード(3～5語)を添付。
- (2) 研究ノート：12,000字(図表を含む)
- (3) 動向：8,000字(図表を含む)
- (4) 書評：6,000字

2. 原稿の構成

必要に応じて、I II III…→1 2 3…→(1) (2) (3)…→①②③…→の順に区分し、見出しを付けてください。なお、本文中に語や箇条書の文などを列挙する場合は、見出しと重複しないよう、(a) (b) (c)または・で始めてください。完成原稿は横書きとし、各ページに通し番号をふってください。

3. 引用

本文中の引用の際は、出典(発行所、発行年)を明記してください。

4. 年号

西暦を用いてください。元号が必要なときには、西暦の後に()入りで元号を記してください。ただし、年代の表記については、西暦なしで元号を用いてもかまいません。

5. 図表

図表はそれぞれ通し番号をふり、表題を付けてください。1図、1表ごとに別紙にまとめ、挿入箇所を論文中に指定してください。なお、出所は必ず明記してください。

6. 注

注を付す語の右肩に1) 2) …の注番号を入れ、論文末まで通し番号とし、論文末に注の文を一括して掲げてください。

7. 参考文献

文献リストは、以下の例を参考に論文の最後に付けてください。

(例)

馬場義久 1997「企業内福祉と課税の中立性—退職金課税について」藤田至孝・塩野谷祐一編『企業内福祉と社会保障』東京大学出版会

Ashford, Douglas E. 1986. *The Emergence of the Welfare State*. Basil Blackwell.

Heidenheimer, A. 1981. "Education and Social Entitlements in Europe and America." In *The Development of Welfare State*, edited by P. Flora and H. Heidenheimer. Transaction Books.

Beattie, Roger. 1998. "Pension Systems and Prospects in Asia and the Pacific." *International Social Security Review* 58(3): 63-87.

樫原朗 1998「イギリスにおける就労促進政策と社会保障」『海外社会保障研究』第125号 pp. 56-72

新藤宗幸 1998「地域保健システムの改革と残されている課題」『季刊社会保障研究』第34巻第3号 pp. 260-267

海外社会保障研究

第151号 2005年6月発行予定

特集：企業年金の国際的動向

バックナンバー（在庫あり）

- 第149号 2004年12月発行……………特集：OECD諸国における医療改革の流れと今後の方向性
- 第148号 2004年9月発行……………特集：海外社会保障研究の展望
- 第147号 2004年6月発行……………特集：ワークフェアの概念と実践
- 第146号 2004年3月発行……………特集：IMF体制後の韓国の社会政策
- 第145号 2003年12月発行……………特集：社会保険医療制度の国際比較：日、独、仏、蘭、加5カ国の医療保険制度改革の動向
- 第144号 2003年9月発行……………特集：ロシア・東欧における社会保障の動向
- 第143号 2003年6月発行……………特集：第7回厚生政策セミナー「こども、家族、社会—少子社会の政策選択—」
- 第142号 2003年3月発行……………特集：転換期における福祉国家の国際比較研究
- 第141号 2002年12月発行……………特集：社会的排除—概念と各国の動き—
- 第140号 2002年9月発行……………特集：先進諸国の所得保障政策における障害給付の変化とその背景
- 第139号 2002年6月発行……………特集：日本とカナダの社会保障
—加日社会保障政策研究円卓会議の成果—
- 第138号 2002年3月発行……………特集：現代の規範理論と社会保障
- 第137号 2001年12月発行……………特集：国際機関における年金政策論
- 第136号 2001年9月発行……………特集：保険者機能から見た欧米諸国の医療制度改革と国際比較
- 第135号 2001年6月発行……………特集：第5回厚生政策セミナー「アジアと社会保障」
- 第134号 2001年3月発行……………特集：グローバル化と社会保障
- 第133号 2000年12月発行……………特集：社会保障と情報化
- 第132号 2000年9月発行……………特集：中国の社会保障改革と企業行動
- 第131号 2000年6月発行……………特集：介護保険の国際的動向
- 第130号 2000年3月発行……………特集：社会保障給付費の国際比較研究
- 第129号 1999年12月発行……………特集：医療サービスの質の確保をめぐる諸問題
- 第128号 1999年9月発行……………特集：EUの社会保障政策の展開
- 第127号 1999年6月発行……………特集1：福祉施策の国際比較
特集2：OECD社会保障大臣会議
- 第126号 1999年3月発行……………特集：各国の年金改革
- 第125号 1998年12月発行……………特集：就労インセンティブと社会保障

※ バックナンバーの詳しい内容をインターネットでご紹介しております。

<http://www.infoasia.co.jp> をご覧ください。

『海外社会保障研究』投稿規程

1. 投稿は、「論文」、「研究ノート」及び「動向」の3種類です。投稿者の学問分野は問いません。どなたでも投稿できます。ただし、本誌に発表する論文等は、いずれも他に未発表のものに限ります。
2. 投稿者は、審査用原稿2部を送付してください。採用の決まったものは、フロッピーディスクも提出していただきます。
3. 投稿原稿のうち、「論文」及び「研究ノート」の掲載の採否については、指名されたレフェリーの意見に基づき編集委員会において決定します。採用するものについては、レフェリーのコメントに基づき、投稿者に一部修正を求めることがあります。
4. 投稿のうち、「動向」の掲載の採否については、編集委員会において決定します。
5. 執筆に当たっては、『海外社会保障研究』執筆要領に従ってください。なお、原稿は採否に関わらず返却いたしません。

6. 原稿の送り先、問い合わせ先 〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
国立社会保障・人口問題研究所 総務課業務係
Tel: 03-3595-2984 Fax: 03-3591-4816
e-mail: kaigai@ipss.go.jp

編集委員長

阿藤 誠 (国立社会保障・人口問題研究所長)

編集委員

埋橋 孝文 (日本女子大学教授)
岡 伸一 (明治学院大学教授)
尾形 裕也 (九州大学教授)
沙 銀華 (ニッセイ基礎研究所主任研究員)
武川 正吾 (東京大学教授)
島崎 謙治 (国立社会保障・人口問題研究所副所長)
漆原 克文 (同研究所・政策研究調整官)
本田 達郎 (同研究所・企画部長)

小島 宏 (国立社会保障・人口問題研究所国際関係部長)

府川 哲夫 (同研究所・社会保障基礎理論研究部長)

金子 能宏 (同研究所・社会保障応用分析研究部長)

編集幹事

米山 正敏 (同研究所・企画部第1室長)
阿部 彩 (同研究所・国際関係部第2室長)
加藤 久和 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第1室長)
山本 克也 (同研究所・社会保障基礎理論研究部第4室長)
佐藤 雅代 (同研究所・企画部研究員)
菊地 英明 (同研究所・社会保障基礎理論研究部研究員)
宮里 尚三 (同研究所・社会保障応用分析研究部研究員)

海外社会保障研究 No. 150

平成 17年 3月 25日 発行
ISBN 4-900849-78-2

編集 国立社会保障・人口問題研究所
〒100-0011 東京都千代田区内幸町2丁目2番3号
日比谷国際ビル6階
Tel: 03-3595-2984
homepage: <http://www.ipss.go.jp>

製作 株式会社アーバン・コネクションズ
〒150-0011 東京都渋谷区東2丁目16番10号
東京日産渋谷ビル8階
Tel: 03-5467-4721 Fax: 03-5467-4722
e-mail: books@infoasia.co.jp
homepage: <http://www.infoasia.co.jp>

ISSN 1344-3062



THE REVIEW OF COMPARATIVE SOCIAL SECURITY RESEARCH (KAIGAI SHAKAI HOSHO KENKYU)

Spring 2005 No. 150

Special Issue: Growing Social Security Schemes in Asia

- Foreword Katsufumi Urushibara
- The Population of Singapore and Mechanics of the CPF Kohei Komamura
- Income Security and Healthcare in Malaysia Hironobu Sugaya
- Construction of the National Health Security System in Developing Countries
—The Case of Thailand— Norio Kawaguchi
- Current Situation and Problems of Social Security for Farmers in China Sha YinHua
- Transition to a Market Economy and Social Security System in Mongolia Terukazu Suruga
- Social Security in Vietnam Tetsuhiko Izumi
- The Social Security Schemes in Lao PDR and Kingdom of Cambodia Katsufumi Urushibara

Report and Statistics

- Social Security Schemes in Japan as Observed by Asian Administrators: A Brief Survey on the Role of
Japanese Official Development Assistance to Asian Social Security Schemes
..... Katsufumi Urushibara and Katsuya Yamamoto
- Current Situation and Problems of System Ensuring Minimum Standard of Living in China's
Urban Areas Zhong Renyao
-