

海外社会保障情報

No. 81

December 1987



Shokai-Hoshu
Kenkyujo
Library

社会保障研究所

シンガポールの社会保障

— CPF・公共住宅対策と医療中心として

二 木 立

(日本福祉大学社会福祉学部教授)

1. シンガポールの概況——先進国水準に近い1人当りGNP

シンガポール共和国（以下シンガポールと略称）はマレー半島の南端に位置する島国であり、淡路島とほぼ同じ面積（621.7 K²）に人口258.62万人¹⁾（1986年中央）が居住する都市国家である。

シンガポールは典型的な多民族国家である。しかも先住民族であるマレー系は15.0%に過ぎず、中国系が76.3%、インド系が6.5%を占めている²⁾。これは1824年から140年間に亘ったイギリス統治時代の産物である。

政治形態は大統領を元首とする一院制の議会制民主主義であり、1965年のマレーシアからの分離独立以来、リー・クワン・ユー（李光輝）首相の率いる人民行動党（PAP）が一貫して政権を担当している。同政権は一面では極めて強権的であり、国内外からの政府批判を徹底的に排除している。他面、独立以来、一貫して近代化を至上命令とし、外国民間企業導入を柱とする徹底した工業化政策を進めてきた。そして、同国の経済成長率はNICs（新興工業化諸

国・地域）の中でも、群を抜いて高かった。その結果、1985年の1人当りGNPは7,420米ドルと、日本の11,300米ドルの65.7%の水準にまで達している。これは日本を除くアジア諸国の中で際だって高いたけでなく、西欧諸国中のスペインの4,290米ドルやイタリアの6,520米ドル等をも上回る高水準である²⁾。しかも、日本に比べて物価水準は相当低い。

このような工業化・経済成長の結果、労働力構成も先進国型になっている。1986年の就業者総数114.9万人中、被用者が84.4%を占め、使用者は5.1%、自営業者は8.6%であり、無給の家族労働者は1.9%にすぎない³⁾。

シンガポールは1985年に、建国以来初めて深刻な不況に直面し、実質経済成長率はマイナス1.8%となり、1986年のそれもプラス1.9にとどまった。その結果、1984年まで3%前後と極めて低かった失業率も1985年には4.2%、1986年には6.5%と急上昇した。しかし、1987年に入ってから経済回復は目ざましく、同年の実質経済成長率は6%台に回復することが確実視されている。

このような高い経済的達成を反映して、シンガポールの社会保障もアジア諸国では日本に次ぐ水準に達しており、更に、特定の分野では日本を上回るに到っている。

2. 西欧諸国とは異なる社会保障の理念と構造

ただし、シンガポールの社会保障の理念は欧米諸国や日本とは大きく異なり、国家責任や国民の権利は全く認められていない。

逆に同国では、旧宗主国英国の「福祉病」を避けるため、国民の自助努力と相互扶助が第一義的に重視されており、国家は社会の最弱者の保護のみを、しかも部分的に行うとされている。また租税や社会保険による所得再分配制度も存在しない。後述するCPF（central provident fund. 中央儉約基金）でも、拠出金は加入者間でプールされず、加入者が拠出額に応じた個人口座を持っている⁴⁾。

表1 シンガポールの社会保障制度の構造

-
- 1 政府が直接実施
 - ・ 公的扶助制度（PAS）
 - ・ 労災補償制度
 - ・ 公務員に対する無拠出年金制度
 - ・ 政府立病院・診療所
 - ・ その他の法外措置
 - 2 CPF（中央儉約基金）による強制貯蓄制度
 - ・ 普通口座
 - ・ 医療貯蓄口座
 - ・ 特別口座
 - 3 民間福祉団体
 - ・ シンガポール社会サービス協会（SCSS）
 - ・ 共同募金
 - ・ その他
-

資料：Kalirajan K, et al : The social security system in Singapore. In Social security systems in ASEAN, ASEAN Economic Bulletin 3 (1), 1986.

シンガポールの社会保障制度は、表1に示したように、財政方式により、①政府が直接実施するもの、②CPF、③民間福祉団体の3つに分けられる⁴⁾。

政府が直接実施する制度は、貧困者に対する現金給付（公的扶助制度、PAS）労災補償制度、公務員に対する無拠出年金制度・寡婦遺児年金制度、政府立病院・診療所での事実上の割引診療（支払い能力に応じて料金が変わる）等に限られている。1984年の公的扶助受給家族数は、月平均3,278世帯であり、これらのうち60歳以上の老人世帯が88%を占めている。1月当りの支給額は単身者で90シンガポールドル（1シンガポールドル=110円換算、9,900円。以下、換算率は同じ）、2人家族でも140ドル（15,400円）と極めて低い。これは、シンガポールでは公的扶助制度は親族や民間福祉団体等による援助を補足するものと位置づけられ、単独で貧困者の最低生活を保障することは意図されていないからである。

加入者が個別の口座を持つCPF （中央俵約基金）

それに対して、シンガポールの社会保障で中心的位置を占めるのが、CPFである。CPFは1955年に設立され、全被用者・使用者が加入している強制貯蓄制度である。CPFは当初は勤労者の退職後の所得保障を目的としていたが、1968年以降は、主として勤労者が公共アパートを購入する場合のローン返済手段となっている。後述するようにシンガポールはいまや質量ともに

「世界一の団地国家」になっているが、それを経済的に支えたのがこのCPFなのである。

CPFの拠出金は元来は労使折半である。

表2に示したように、月間賃金・給与に対する労使合計の拠出率は1955年の10%から毎年のように引き上げられ、1984年には50%にも達した。しかし、1985年以降の不況対策＝賃金・労働費用抑制政策の一環として、1986年4月以降、使用者側の拠出率は25%から10%に引き下げられた。その結果、現在の労使合計の拠出率は35%に低下している⁵⁾。

ただしこの拠出金は社会保険方式のように制度内でプールされることはなく、各加入者が個別に保有する「口座」に利子付きで積み立てられる。この口座には、普通口座・特別口座・医療貯蓄（Medisave）口座の3種類あるが、1986年の利用者側の拠出率引き下げにともない、特別口座は一時停止されている。その結果、現在では上述した35%のうち、29%は普通口座に、6%は医療貯蓄口座に積み立てられている。

普通口座の積立金は、退職年齢（55歳）に達したときに全額引出し可能であるが、それ以前は住宅購入等の特定の目的以外には引出せない。そして現在では、引出しの大半は勤労者が購入した公共アパートまたは民間アパートのローンの返済に充てられている。

医療貯蓄口座は、国民保健計画の一環として、1984年4月に発足したばかりの“短期入院費用保険”である。ここでも拠出金は制度内でプールされずに各加入者の口座

論文

表2 CPF (中央俵約基金) 拠出率の推移 (1955-87年)

| 開始年月 | 拠出率 (%) | | 口座別 (%) | | | 合計 |
|---------|---------|------|---------|------|-----|------|
| | 使用者 | 被用者 | 普通口座 | 特別口座 | 医療 | |
| 1955年7月 | 5.0 | 5.0 | | | | 10.0 |
| 1968年9月 | 6.5 | 6.5 | | | | 13.0 |
| 1970年1月 | 8.0 | 8.0 | | | | 16.0 |
| 1971年1月 | 10.0 | 10.0 | | | | 20.0 |
| 1972年7月 | 14.0 | 10.0 | | | | 24.0 |
| 1973年7月 | 15.0 | 11.0 | | | | 26.0 |
| 1974年7月 | 15.0 | 15.0 | | | | 30.0 |
| 1977年7月 | 15.5 | 15.5 | 30.0 | 1.0 | | 31.0 |
| 1978年7月 | 16.5 | 16.5 | 30.0 | 3.0 | | 33.0 |
| 1979年7月 | 20.5 | 16.5 | 30.0 | 7.0 | | 37.0 |
| 1980年7月 | 20.5 | 18.0 | 32.0 | 6.5 | | 38.5 |
| 1981年7月 | 20.5 | 22.0 | 38.5 | 4.0 | | 42.5 |
| 1982年7月 | 22.0 | 23.0 | 40.0 | 5.0 | | 45.0 |
| 1983年7月 | 23.0 | 23.0 | 40.0 | 6.0 | | 46.0 |
| 1984年7月 | 25.0 | 25.0 | 40.0 | 4.0 | 6.0 | 50.0 |
| 1986年4月 | 10.0 | 25.0 | 29.0 | 0.0 | 6.0 | 35.0 |

資料: Kalirajan K, et al: The social security system in Singapore. In Social security systems in ASEAN Economic Bulletin 3(1), 1986.

に積み立てられ、加入者本人・家族（配偶者・子供・父母・祖父母）が政府立短期入院型一般病院または認可を受けた私立病院で入院医療を受けた場合に、政府立病院の大部屋利用時の「標準料金」の引出しが行われる。政府立病院には相当額の政府資金が投入されているため、この「標準料金」は医療原価よりはるかに低い水準に設定されている。もし入院しなければ、その拠出金はそのまま利子付きで積み立てられるが、逆に、入院費用が積み立て額を上回った場合には、その口座は“赤字”となり、加入者は病氣回復後に、その借入金を分割払いにより利子付きで返済しなければならない。また、医療貯蓄口座から引出し可能

な医療費は、正常の出産を含めた短期入院の医療費に限定されており、外来医療費や精神疾患等長期入院の慢性疾患医療費は対象外となっている^{6,7)}。1985年には、政府立短期入院型一般病院入院患者の49%が医療貯蓄口座を利用しており、1人当りの平均引出し額は324シンガポールドル（35,640円）であった⁸⁾。

この医療貯蓄制度は、①政府の財政負担を回避すること、及び②強力な入院医療費抑制を行うことを目的として設立されたとされている⁵⁾。尚、普通口座の場合と異なり、この医療貯蓄口座には自営業者も加入することが奨励されているが、現在のところ自営業者の加入はごく限られている。

尚、上述した公的扶助受給者は、政府立の病院・診療所で無料の医療を受けられる。

活発な民間福祉団体・ボランティアと 政府の強い規制力

移民社会であるシンガポールでは、伝統的に出身国・地域別に組織された団体による相互扶助活動が盛んであった。それに加えて、政府が民間福祉団体育成政策を系統的に実施した結果、民間福祉団体はシンガポールの社会保障のなかに「制度化」されるに至っている。特に、社会福祉分野では、民間福祉団体が財政・サービス提供の両面で主導的役割を發揮している。

シンガポール社会サービス協議会（SCSS）は、約150の主要な民間福祉団体で構成される「法で定められた」団体であり、政府（地域開発省）と協力して各民間福祉団体の活動の調整を行うとともに、新しい社会サービスのパイロット・スタディ（モデル事業）を行っている。

驚くべきことにこれら民間福祉団体の活動費（経常費）の大半は一般からの寄付によって賄われており、政府からの財政援助はごくわずかである。筆者が直接調査した民間障害者団体の場合、それは1-5%にすぎなかった。1983年からはシンガポール社会サービス協議会のもとに、「シンガポール共同募金」が設置され、一部の民間福祉団体への寄付金募集を代行している。税制面では、慈善法により、認可された個人・団体の民間福祉団体への寄付金に対しては、全額所得控除の扱いがなされている¹⁰⁾。

ただし、シンガポールでは団体法により、10人以上の構成員を有するすべての団体は国家登録を義務づけられている¹¹⁾。更に、主要な民間福祉団体の理事会等には、政府代表が参加しており、民間福祉団体に対する規制力は日本よりもはるかに強い。

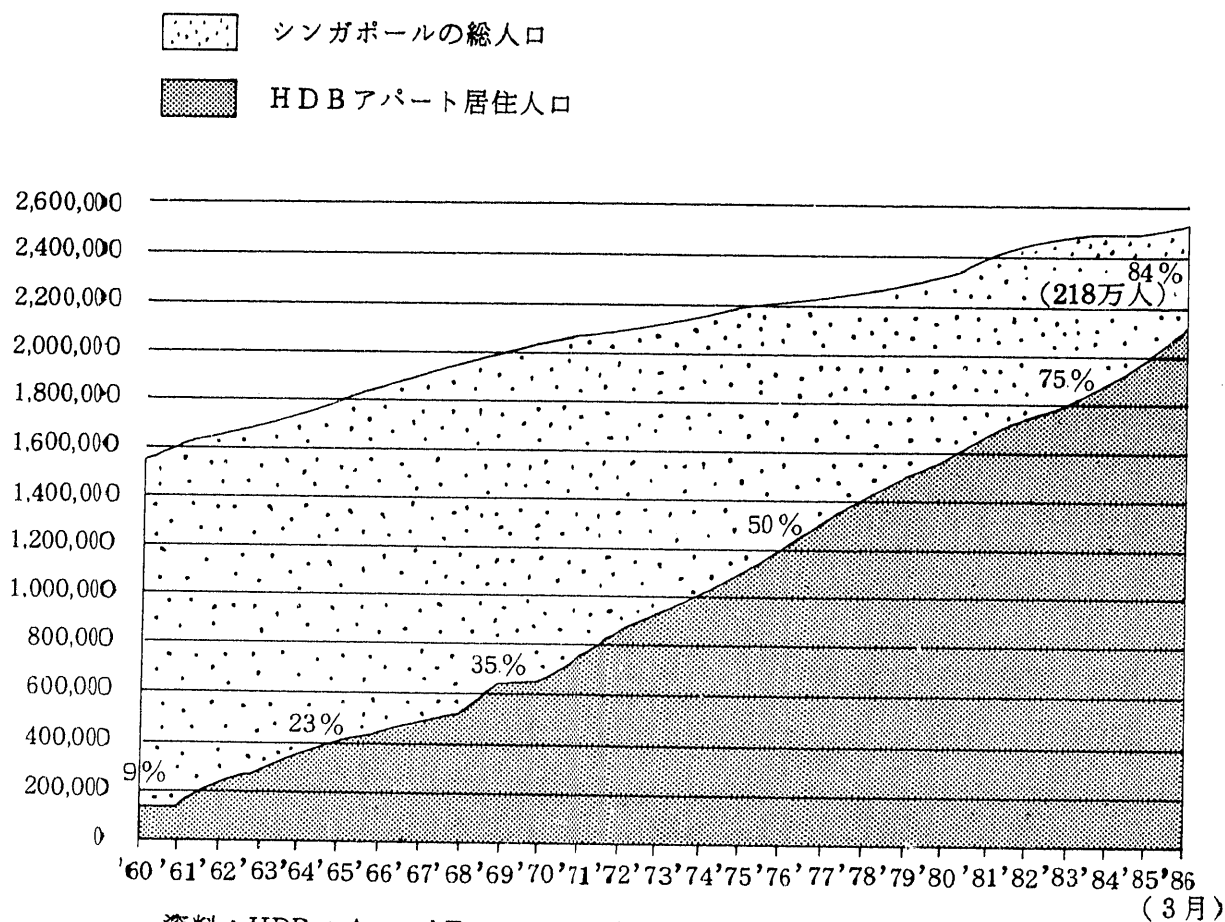
更に、シンガポールでは、国民一人一人のボランティア活動が極めて盛んであり、国民の6-7割は何等かの活動に参加していると言われている。特記すべきことは、最近シンガポールでも盛んになってきた老人・障害者に対する地域ケア（訪問看護やリハビリテーションを含む）の分野に多数の医療専門職がボランティアとして参加していることである。例えば、後述する国立大学病院リハビリテーション部のスタッフの多くは、平日の昼休みや土曜の午後を利用して、地域でのリハビリテーション活動に参加している。

3. 世界一の団地国家——全人口の 84%が“公共マンション”に居住

シンガポールの社会保障政策の中でもっとも優れたものは、政府の一貫した公共住宅（アパート）供給政策であろう。

シンガポールでは、住宅供給公社（HDB）が1960年以来6次に渡る住宅建設5カ年計画により、主として低・中所得層むけの公共アパートを大量に建設している。図1に示したように、計画開始時の1960年には総人口の9%のみが公共アパートに居住していたにすぎなかったが、1986年にはその比率は実に84%に達している。しかも、シン

図1 HDB（住宅供給公社）アパート居住人口の推移



ガポールでは1964年以降「国民持ち家政策」が進められており、これら公共アパートの76%は分譲式となっている¹²⁾。

公共アパートの各戸の広さは1DKから5DKにまで多様であり、低所得層は1・2DKを賃貸し、中所得層は3-5DKをローンで購入し、上述したCPFを用いて平均20年で返済するのが普通である。1986年までに供給された公共アパート全戸数55万7,612のうち43.9%を占める3DKの床面積は65㎡であり、質量共にわが国の平均的マンションと同水準である。更に近年は中所得層向けにはこの3DKより4DKの

ほうが多く供給されるようになっており、1986年には4DKは総戸数の25.4%を占めるに至っている。この4DKの床面積は85-105㎡であり、わが国の“億ション”に相当する広さである。しかも、これらの公共アパートの分譲価格は極めて安価である。公共アパートの分譲価格は広さ・構造(タイプ)・所在地等により異なるが、都心から車で30分程度の郊外の4DK単純タイプで46,900シンガポール・ドル(約516.9万円)にすぎない。このように、シンガポールの公共住宅政策は質量共にわが国とは比較にならない高水準であり、世界一と言っ

ても過言ではない。尚、公共アパートの1階部分はすべて共有部分（多くは空間）として確保されており、居住者の交流・憩いの場になるとともに、民間福祉団体による各種社会サービスの実施の場としても使われている。

このようにシンガポールで公共住宅政策が徹底的に押し進められているのは、それにより、①国民意識の統合をはかる、②狭い国土の有効利用をはかる、ためとされている。更に、大量の公共住宅建設が、同国の高い経済成長を支えてきたことも見落とせない。

親子の近居・同居促進のための 住宅政策の展開¹³⁾

このような公共住宅建設は、旧来の地域社会の破壊・再開発をともなあって進められた結果、シンガポールでは伝統的な大家族が激減し、核家族化が急激に進行した。この点に関しての正確な統計はないが、現在では家族総数の8割が核家族であると言われている。しかし、最近になって、政府は、家族の介護力を高め、老人の地域ケアを促進するために、親子の近居・同居を重視するようになってきている。

このために思想的には儒教の再評価が行われており、住宅政策の面からもそれを促進するために、さまざまな誘導政策（incentive policy）がとられるようになってきている。それらは、「共同抽選制度」（開始年1978年）、「（近居促進のための）アパート相互交換制度」（1981年）「（賃貸アパー

ト利用者のための）両親と結婚した子供との近居制度」（1979年）、「三世代家族向け住宅制度」（1979年）の4つである。これらのうち、もっとも成功したのは「共同抽選制度」であり、これは、公共アパート分譲の抽選時に、近居（隣居、または同じアパート内・同じ団地内での居住）を望む親夫婦と結婚した子供家族の2通の分譲申し込み書をペアで扱い、どちらか一方が当たれば、両方が当たったことにする制度である。それに対して、「三世代家族向き住宅制度」では、新たに同居を希望する親子に対して、書類上の分譲申し込み日を実際よりも3年早めて待機期間を短くするだけでなく、アパート購入時に支払う頭金を割り引いたり、ローンの返済期間を一般の20年から25年に延長する等の財政的優遇処置が採られている。しかも、この制度は現在居住している3DKから、親との同居を目的にして4-5DKに買い換える場合にも、利用できる。しかし、この制度は分譲後8年間の同居を義務づけているためもあり、「共同抽選制度」ほどには利用されていない。これらの誘導政策が開始された1978年以降に分譲された公共アパートのうち、約11%はこれらの制度を利用しての購入となっている。このような老人の地域ケア・家族の介護力強化のための系統的な誘導政策は、わが国には見られないものである。

4. 先進国と肩を並べる保健衛生 水準と公私混合の医療制度

このように高い経済・生活水準に対応し

論文

て、シンガポールの保健衛生水準も先進国水準に達している。

1986年の粗出生率（人口千対，以下同じ）は15.2，粗死亡率は5.0，自然増加率は10.3と，いずれも日本を除くアジア諸国の中ではきわだって低い。同年の死因順位をみても，①心・高血圧疾患（23.0%），②悪性新生物（22.5%），③脳血管疾患（10.5%），④交通事故（9.4%），⑤肺炎（8.2%）と，完全に先進国型である¹⁾。

保健衛生水準の指標として，乳児死亡率と平均寿命を見ると，1986年の乳児死亡率（出生千対）は9.1¹⁾，1985年の平均寿命は男70歳，女75歳である²⁾。特に乳児死亡率の低さは注目され，世界の最高水準グループにはいる。

出産抑制から奨励への人口政策の転換

シンガポールは他のアジア諸国に比べると人口構成の高齢化が進んでおり，1986年の65歳以上人口比率は5.3%である。しかも，この比率は今後急上昇し，2030年には18.9%に達すると予測されている。これは独立以降，政府が推進してきた強力な産児制限政策のためである。この政策は「（子供は）2人で十分」をスローガンとし，第3児以降の出産費用に対しては「医療貯蓄口座」からの引出しがなされない等の，徹底したものであった。

ただし，最近は人口減少・高齢社会化が経済成長に与える悪影響が指摘され，1987年3月からは，逆に，一転して「子供は3人以上生もう」という出産奨励政策がとら

れるようになっている。

公私混合の医療制度だが，病院は政府立主導

シンガポールの医療供給制度は全体としては公私混合である。しかし日本のような無政府的混合ではなく，医療のレベルに応じてある程度の役割分担がなされている。まず一次医療の7割は開業医が担っているが，それ以外にも，表3に示したように，1986年現在，政府立の母子保健クリニックが28，総合診療所（outpatient dispensary・日本の診療所と保健所を合わせたもの）が26，歯科クリニックが183カ所（学校内のクリニックを含む）存在する。

それに対して，二次・三次医療は政府立病院が主導している。表3に示したように，病院数は政府立10私立12で私立の方が多いが，病床数をみると，政府立病院は7,898床で病床総数9,974床の79.2%を占めている。平均病床数も政府立病院は790床と極めて巨大であるのに対して，私立病院は173床にとどまっている。尚，米国の営利病院チェーンはシンガポールにも進出しており，1983年以降，NMIとAMIが既存の私立病院をそれぞれ1病院ずつ買収している。

政府立の10病院のうち，5病院は短期入院型一般病院であり，5病院は専門病院（産婦人科，精神科，皮膚泌尿科，伝染病および小児リハビリテーション）である。そして，短期入院型一般病院の人的・物的水準は全体として極めて高く，特に人的水準は日本の病院を上回ってきえている。例え

表3 シンガポールの医療施設・医療従事者数の概要

(1986年)

| | | 実数 | 人口 10万対 | | | 実数 | 人口 10万対 |
|----|------------|-------|------------|------|-------|-------|------------|
| 病院 | 総数 | 22 | 385.7 | 医師 | 総数 | 2,781 | 107.5 |
| | 政府立 | 10 | | 公務員 | 1,337 | | |
| | 私立 | 12 | | 私的 | 1,444 | | |
| | 病床総数 | 9,974 | | 歯科医師 | 総数 | 526 | 20.3 |
| | 政府立 | 7,898 | | 公務員 | 154 | | |
| | 私立 | 2,076 | | 私的 | 372 | | |
| | 政府立歯科クリニック | 183 | | 薬剤師 | 454 | 17.6 | |
| | 政府立総合診療所 | 26 | | 看護婦 | 6,402 | 247.5 | |
| | 母子保健クリニック | 28 | | 准看護婦 | 2,166 | 83.8 | |
| | | | | | 助産婦 | 601 | 23.2 |

資料：Dept. of Statistics Yearbook of Singapore 1986.

ば、それらのうち平均的病院である Toa Payoh 病院（410 床）の職員数は 822 人（うち医師 93 人）で、100 床当り 200.5 人に達している。このためもあり、政府立短期入院型一般病院 5 病院の平均在院日数は 5.5 日と極めて短くなっている。これは一般に短いと言われている米国の水準をも凌ぐ、世界一の短さである。

国立大学病院は完全民営化

しかし、最近では、公費節減のために、政府立医療施設の再編・民営化政策が進められている。それをもっとも徹底したのが、国立大学病院の完全民営化である。同病院は国立シンガポール大学医学部の教育・研修・研究病院として、1985-86年に段階的に建設・オープンされた最新鋭の病院である。この病院は当初の計画では政府立病院とされていたが、政府立病院民営化政策の

第一号として、政府の持株会社が所有・管理する私立病院に変更された。更に、将来利益が計上できた場合には株主に配当することも可能とされている。

その結果、同病院では、各診療科・部門別の収益・原価管理が徹底的に行われている。各診療科・部門の責任者には、毎月、前月の収益・原価の詳細な内訳が提示され、部門ごとに少なくとも収支均衡を達成することが義務づけられている。もし、収益が不足している場合には、各診療科・部門の責任者自身が“患者開拓”のために病院内外で「マーケティング活動」を行う。例えば、リハビリテーション部門（専任の医師はおらず、理学療法士が主任）では、病院内の各科を訪問してリハビリテーションの効果を宣伝したり、医師への教育セミナーを開催するだけでなく、病院外の開業医に対しても患者紹介の依頼を行っている。

また、各診療科は一般の大部屋（6 人室）

のみの病棟と、冷暖房・トイレ・シャワー・テレビ・電話・応接室等付きの特別室（個室と4人室）のみの病棟の2病棟を有しており、両病棟では、医療サービスや補助的サービスが全く別個に提供されている。1日当りの室料（治療費は含まない）は、大部屋の場合、政府からの多額の補助がある結果、35シンガポールドル（3,850円）に抑えられており、しかも全額医療貯蓄口座からの引出しが可能である。それに対して、特別室の場合には、政府からの補助はないため、個室で175-200ドル、4人部屋でも95-105ドルに達している^{18,19)}。このような大部屋と特別室との病棟単位での分離方式は、程度の差こそあれ他の病院でも同じである。このことは、シンガポールでは、少なくとも入院医療に関する限り、支払い能力に応じた「階層消費」が行われていることを示している。

注目すべき訪問看護事業²⁰⁾

シンガポールの医療供給制度で注目すべきものに「訪問看護基金」がある。これは、1976年に保健省によって設立された半官半民の事業であり、看護婦・事務職員の給与は政府が支払い、それ以外の経常費は一般からの寄付で賄われている。

当初、訪問看護は、政府立の母子保健クリニックと総合診療所の看護婦が3カ月ごとのローテーションで実施していたが、1985年からは、18カ所の総合診療所に配置された23人の専属看護婦が行うことになった。ただし、現在でも母子保健クリニックの看

護婦は部分的に訪問看護を実施している。また、それ以外に、シンガポール看護協会に所属する79人の看護婦等がボランティアとして積極的に参加している。

この訪問看護は当初は、低所得層の“寝たきり老人”・障害者のみを対象にして無料で実施していた。しかし1986年からは所得制限が撤廃され、すべての“寝たきり老人”・障害者が受けられるようになった。それにともない、低所得者以外は家族の所得水準に応じて5・10・15シンガポールドルを支払うことになった。

表4は、1985/86年度1年間の訪問看護の概要である。患者総数は3,109人であり、女が59.1%、60歳以上が71.5%を占めている。主疾患でもっとも多いのは、脳卒中の36.2%であり、ついで糖尿病合併症が20.5%を占めている。これ以外に、末期癌が8.6%を占めているのが注目される。新患の紹介先では、病院が70.8%を占めている。看護の種類でもっとも多いのは、支持的ケアで37.5%であるが外科的処置も36.7%と同水準である。更に、リハビリテーションが10.5%あるのも注目される。表4には示さなかったが、患者1人当りの平均訪問回数は15回、平均継続期間は5カ月間である。

先述したように、シンガポールの病院の平均在院日数は極めて短い。その結果、訪問看護の対象には医学的に安定していない患者やリハビリテーション途上の患者が少なくなく、単なる支持的ケア以上の看護が必要になるのである。またこの訪問看護では、家族参加が強調されており、家族が患者のケアを出来るようになった段階で、訪

表4 訪問看護の概要 (1985/86年)

| | | 実数 | 比率 |
|--------|--------------|--------|-------|
| 患者総数 | | 3,109 | 100.0 |
| 性別 | 男 | 1,272 | 40.9 |
| | 女 | 1,837 | 59.1 |
| 年齢区分 | -50才 | 409 | 13.2 |
| | 50-59 | 475 | 15.3 |
| | 60-69 | 1,087 | 34.9 |
| | 70才以上 | 1,138 | 36.6 |
| 主疾患 | 脳卒中 | 1,124 | 36.2 |
| | 糖尿病合併症 | 638 | 20.5 |
| | その他の障害 | 219 | 7.0 |
| | 末期癌 | 268 | 8.6 |
| | その他 | 860 | 27.7 |
| 患者の新旧 | 継続 | 1,058 | 34.0 |
| | 新 | 2,051 | 66.0 |
| 新患者紹介先 | 病院 | 1,453 | 70.8 |
| | 総合診療所 | 441 | 21.5 |
| | 市民から直接 | 135 | 6.6 |
| | その他 | 22 | 1.1 |
| 総訪問回数 | | 46,733 | |
| 看護の種類 | 総看護回数 | 63,874 | 100.0 |
| | 外科的処置 | 23,409 | 36.7 |
| | 支持的ケア | 23,934 | 37.5 |
| | 注射 | 3,763 | 5.9 |
| | リハビリテーション | 6,692 | 10.5 |
| | 膀胱カテーテル交換等 | 4,364 | 6.8 |
| | 経鼻栄養チューブの交換等 | 1,428 | 2.2 |
| | 入浴 | 284 | 0.4 |

資料: Home Nursing Foundation: Annual Report 1985/86.

問看護は終了することになっている。

訪問看護基金は、当初は訪問看護のみを実施していたが、現在ではそれに加えて、2カ所の「老人医療ケアセンター」を開設し、通院可能な障害老人（主として脳卒中患者）に対して、デイケアセンター・リハ

ビリテーション・健康教育・カウンセリング・家族教育等を行っている。費用的には訪問看護よりもこのケアセンターの方が安価であり、1986-1990年の5年間に、毎年2カ所ずつこの種のケアセンターを増設して行くことが計画されている。

まだ不足する医療マンパワー

シンガポールでは、表3に示した、医師・歯科医師・薬剤師・看護婦（正・准）・助産婦の5職種の国家登録が義務づけられている³⁾。

1986年の医師数は2,781人（人口10万対107.5人）であり、そのうち1,337人（48.1%）が公務員である。ただし、シンガポールでは、イギリスと同じく、政府立病院の勤務医でも一定の資格を持った医師は、病院内で私費患者の診療に当たることが許されている。ただし、それによる所得は給与の50%が上限とされている。

シンガポールでは医師は国立シンガポール大学医学部で養成されており、卒業後は8年間（以前は5年間）の政府立施設での勤務が義務づけられている。現在では、内科・外科等の主要診療科に関しては、シンガポール国内での専門医養成制度が確立している。特に、最近では、医療水準向上のために、①循環器科・心臓外科、②神経内科、③脳外科、④小児外科、⑤形成外科の5診療科での専門医養成が奨励されている。それに対して、リハビリテーション科等の小規模診療科ではそれは未確立であり、これらの専門を志望する医師は、英国・オーストラリア・米国等に留学している。

シンガポールにはリハビリテーション関連職種（理学療法士・作業療法士・言語療法士）の養成施設はなく、これら職種の志望者は政府等から上記諸外国に派遣されている。その結果、一般の医療職に比べてリハビリテーション関連職種は不足しており、就業している理学療法士は約50人、作業療

法士は約25人、言語療法士は6人とどまっている。

5. おわりに——日本より進んでいる三つの分野

以上、CPF・公共住宅政策と医療を中心として、シンガポールの社会保障制度の特徴と最近の動向を紹介してきた。

シンガポールの社会保障の理念と構造はわが国のそれとは異なっているため、単純な比較は出来ない。しかし、他のアジア諸国が農村主体であり、しかも低い経済水準にとどまっているのとは対照的に、都市国家であり高い経済水準を達成したシンガポールの社会保障が、全体としてわが国の水準に近付いていることは疑いない。

それどころか、①公共住宅政策、②訪問看護事業、③老人の地域ケア・家族の介護力強化のための住宅面での誘導政策、の少なくとも三つの分野では日本を上回っているとも考えられる。また、各種専門職を含めて実に多数の国民がボランティア活動に積極的に参加している点も、日本にはみられないことである。

更に、筆者自身は賛成できないが、国立大学病院の民営化は米国にもみられないほど徹底したものである。

それだけに、今後、日本とシンガポールとの研究面での交流を進めることが期待される。

尚、紙数の制約上、触れられなかったシンガポールの社会福祉の“各論”（障害者福祉や老人福祉）については、文献²¹⁾を参

照されたい。

※ 本文中に引用文献を明記していない情報・データは、1985年8月と1987年8月に、シンガポール保健省、地域開発省、国立大学病院、訪問看護基金、住宅供給公社等の関係者から直接聴取した。

文献

- 1) Dept. of Statistics : Yearbook of Singapore 1986.
- 2) The World Bank: World development report 1987.
- 3) Ministry of Communications and Information (MCI) : Singapore 1987.
- 4) Kalirajan K, et al: The social security system in Singapore. In " Social security systems in ASEAN " , ASEAN Economic Bulletin 3 (1) : 129 - 139 , 1986.
- 5) Ministry of Social Affairs : Annual report 1984.
- 6) Ministry of Health (MH): National health plan, 1983.
- 7) MH : A guide to Medisave, 1987.
- 8) MH : Annual report 1985.
- 9) Singapore Council of Social Services (SCSS) : Annual report 1986.
- 10) The charity act, 1982. Government Gazette No.28.
- 11) Societies act, 1966. amendment, 1982. Governmet Gazette No.19.
- 12) Housing and Development Board : Annual report 1985 / 86.
- 13) Aline K. Wong, Stephen H. K. Yea (ed.) : Housing a nation - 25 years of public housing in Singapore, Maruzen Asia, 1985.
- 14) MH : Report of the committee on the problems of the aged, 1984.
- 15) 東南アジア調査会編『東南アジア要覧』1987年版. 第6章シンガポール.
- 16) National University Hospital (NUH) : Annual report 1986.
- 17) NUH : Using your Medisave account at NUH, 1987.
- 18) NUH : Hospital charges, 1987.
- 19) NUH : Your first visit to NUH, 1987.
- 20) Home Nursing Foundation : Annual report 1985 / 86.
- 21) 二木立 : シンガポール (のリハビリテーション) . リハビリテーション研究 No.52 : 24 - 31, 1986.

韓国における保健システムの現状

Health Care System in Korea Today

Wan Seok Jo (韓国円光大学校社会福祉学科助教授)

訳：星 且二 (国立公衆衛生院衛生行政学部)
前田 信雄 (同 上)

はじめに

韓国は過去20年間に驚異的な経済的发展をとげ、現在もまた最も高い経済成長率国の一つである。経済成長は、1960年代早期の経済発展計画によって開始され、石油危機や輸出制限そして政治的抗争にもかかわらず、継続的な経済成長をとげている。

最近、韓国政府は、経済成長の恩恵を公平に分配することに焦点をあてた第6期の经济社会発展計画(1987年～1991年)を提示した。この計画によると、国民一人当りの所得は、1991年には3,800ドルに上昇し、平均的な経済成長率は7.2%を維持し、失業率は、この計画期間中3.7%以下に抑えるであろうと推定している。

その計画にあるいくつかの事業や企画の中で、特に私は全国民のための医療保険システムの普及計画を含めた保険システムに関心をもっている。この計画は、国民年金制度や最低賃金法そして種々な救済政策、更に医療保険システムを普及することを含んでいて、以前の5カ年計画ではその主な目的が急速な経済発展だったことと比べて

大きな飛躍である。

第4次5カ年計画(1977～1981年)においては、もし経済発展がもたらす成果や収益が全ての人々に広範に分配されないとしたら、その発展は満足すべきものとみなされない危険性を政府は考慮したために、社会分野での発展にも高い優先性を与えている。このようにして仕事の機会や所得がより平等に分配されることは、韓国の社会経済政策の主要課題となっている。

この論文では、今日韓国の保健システムの中で最も重要な課題である医療保険システムの普及計画について論じたい。そのためには、韓国医療資源、この計画の成功の前提条件について調査することであり、また同時に医療保険の現状についても検討したい。

医療資源

医療施設やマンパワーを含んだ医療資源は、人々の受療ニーズに対応するだけではなく、医療社会保障制度を形成していく上でもとても重要である。

十分な医療資源なくして、適切な医療保

障は達成できないし、医療保険の特典は無意味となってしまう。

韓国の医師数は、1974年の15,722人から1985年には29,596人に増加した。図1は、医療専門職数の経年変化を示している。ごらんの通り、1975年以降、徐々にその数が増加している。しかし医師一人当りの人口

数は、専門分化や疾病構造の変化、それに保険の制度化に応じた医療需要の増加などのために、依然として数が多いままである。

また、他の先進国と比較しても、韓国の医療専門マンパワー数は十分ではない。

(表1参照)

表1 医療専門職の国際比較(人口10万人対)

| | 年 | 医師 | 歯科医師 | 看護婦 |
|--------|------|------|------|------|
| 韓国 | 1985 | 8.1 | 1.3 | 14.4 |
| 日本 | 1981 | 13.1 | 4.5 | 24.3 |
| 米国 | 1980 | 18.2 | 5.6 | 51.1 |
| カナダ | 1978 | 18.0 | 4.2 | 59.5 |
| デンマーク | 1978 | 20.7 | 9.1 | 47.1 |
| 西ドイツ | 1980 | 22.6 | 5.4 | 35.4 |
| スウェーデン | 1980 | 22.0 | 10.0 | 67.1 |
| 英国 | 1979 | 14.0 | — | 23.4 |

出所: World Health Statistics Annual, 1983

MOHSA, Yearbook of Health and Social Statistics, 1986

表2 病院、医院の地域分布, 1985年

| 分類 | | 合計 (%) | 都市 (%) | 地方 (%) |
|---------|------------|-------------|--------------|--------------|
| 人口 (千人) | | 40,466(100) | 26,458(65.4) | 14,008(34.6) |
| 合計 | 病院/医院 | 15,154(100) | 12,991(85.7) | 2,163(14.3) |
| | ベッド数 | 99,950(100) | 83,671(83.7) | 16,279(16.3) |
| | 千人あたりのベッド数 | 2.46 | 3.16 | 1.16 |
| 病院 | 病院数 | 534(100) | 448(83.8) | 86(16.2) |
| | ベッド数 | 74,365(100) | 64,236(86.3) | 10,129(13.7) |
| | 千人あたりのベッド数 | 1.83 | 2.42 | 0.72 |
| 医院 | 医院数 | 14,620(100) | 12,543(85.8) | 2,077(14.2) |
| | ベッド数 | 25,585(100) | 19,435(76.0) | 6,150(24.0) |
| | 千人あたりのベッド数 | 0.63 | 0.73 | 0.43 |

出所: Yearbook of Health and Social Statistics, 1986.

更にまた、医療専門職の分布は均等ではなく都市に集中している。韓国医師会の1983年の調査によると、84.4%の医師が都市部に居住し、7.8%が軍医で、地方にはたった7.8%しか居住していない。一方、1985年の韓国人口のうち65.4%は都市に集中し、地方人口は34.6%であった。

医師の遍在を是正していくために、また医療サービスを平等に提供していくために、韓国厚生省(MOHS A)は1983年に地方の全ての無医地区に公的医師を配置した。しかしながら、公務員医師による医療サービスの質は、一般の医療サービスよりも悪く、彼らの治療内容も十分ではない。この公務員医師の役割は、疑問視されている。

社会経済状況における最近の変化と医療サービスに対する需要は、人々の健康に対する関心を高めている。それに加えて、高齢者を含む人口の急増や保険加入率が増えること及び新しい疾病の増加などによって、医療サービスの需要が増加した。これに対処するために、MOHS Aは医師一人当りの人口数を2000年までに840人までに下げるという目標を設定した。

都市と地方に対して医療施設を平等に分布させることは、また重要な問題である。病院のベッドの場合でも、全ベッド数のたった1.3%が地方で活用されているに過ぎない。韓国の医療施設もまた不適切であり、不均衡でもある。これは医療のマンパワーと同じ様な状況である。特に医療施設及び医療マンパワーは非常に不足している。図2にみられるように、医療施設の増加は緩やかである。しかしながら、人口1,

000人当りの病院のベッド数は、先進国で見られる数よりもかなり少なく、およそ1.8であると推定された。

地域での私的な経営による医療施設が増加するにともなって、農村地域において医療施設を設立する人々に対する財政的な奨励金、つまり長期で低率のローンが提供されている。そして農村部の病院の中でも特に町や村の病院では、財政難や医療マンパワーの不足が問題となっている。これらの問題に対処するために1978年から1985年までの間に67の病院、つまり6,580のベッドがこれらのローンによって援助され、57の病院が開院した。

しかしながら、医療施設の分布は不平等である。これらの理由は、私的医療施設部門に対する無干渉政策の結果である。それゆえに、これらの問題は、基本的には解決することができなく、このような政策の変更なしには改善できないものと私は考える。

医療保険の概説

韓国の福祉社会を目指す社会保障システムの主な特徴としては、医療保険制度が1977年7月1日に強制的制度として実施されたことである。1963年に法制化された労働災害保険が、当時の韓国においては主要な社会保険システムであった。

現在では、韓国においては3つの種類の医療保険制度が存在する。はじめのものは、被用者とその家族に対する職域医療保険制度である。2番目の医療保険制度は、公務員を対象とするもの、私立学校教員を対象

とするもの、そして軍人とその家族を対象とする特殊なものである。3番目の医療保険制度は、6つの地域住民を対象にしたものや、その多くが自営業である特定職種の任意加入者を対象として運営するモデル的なものである。

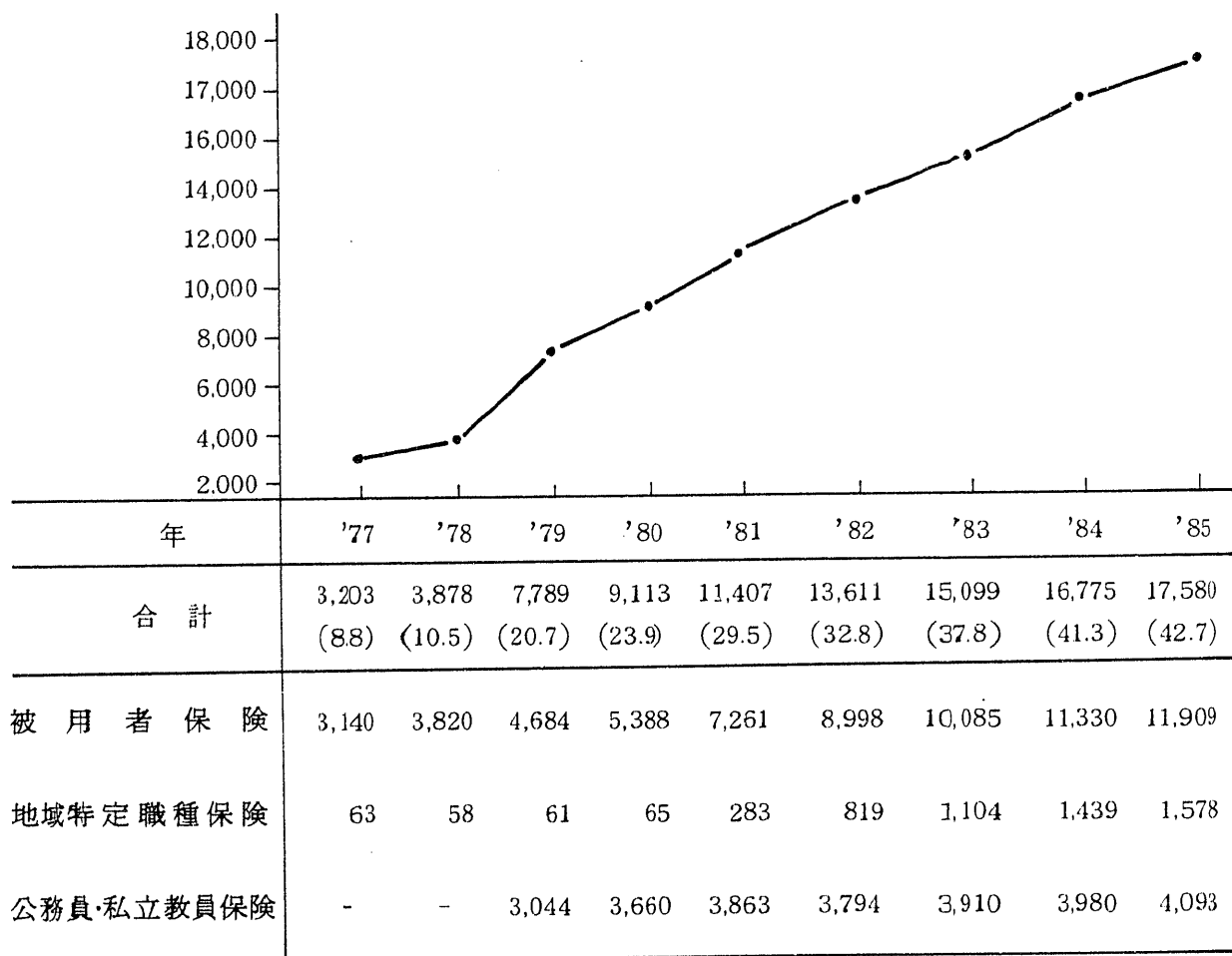
第1の医療保険制度が開始された当初は、従業員が500人以上の企業が対象とされていた。しかし、1986年の4月1日以降は、従業員が16人以上の企業も義務的にこの医療保険制度に加入している。

1985年では、全人口の42.7%にあたる1,

758万人の人がこの医療保険制度に加入している。

公務員や私立学校教員に対する医療保険制度は、唯一の組織つまり韓国医療保険協会(KMIC)という名前の単一の医療保険協会によって運営されている。一方、被用者医療保険制度は、個々の公法人としての医療保険組合によって運営されている。1980年においては422の組合が存在していた。しかしながら、その組合は統合されたり、改革されたりして、その数は急速に少なくなっている。1985年には、その組合数

表3 医療保険制度の被保険者数の年次変化



出所：White Paper of MOHSA, 1986

論文

表4 医療保険制度の財政

| | 1982 | | | 1984 | | | 1985 | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | I | II | III | I | II | III | I | II | III |
| 歳入 | 242.8 | 117.8 | 2.4 | 375.1 | 142.3 | 5.62 | 443.1 | 151.9 | — |
| 負担 | 215.1 | 112.4 | 1.8 | 350.7 | 133.5 | 4.37 | 414.0 | 143.4 | 6.28 |
| 出費 | 204.1 | 107.6 | 3.2 | 370.6 | 151.1 | 7.99 | 439.7 | 163.5 | — |
| 便益 | 186.0 | 100.1 | 2.6 | 341.0 | 142.7 | 6.75 | 405.7 | 153.8 | 6.78 |
| 差 | 38.7 | 10.2 | △0.8 | 4.5 | △8.9 | △2.3 | 3.4 | 11.6 | — |
| 便益率*% | 86.5 | 89.0 | 143.0 | 97.2 | 106.8 | 148.0 | 98.0 | 107.3 | 108.0 |
| 法定積立金 | 151.8 | 28.4 | — | 165.4 | 40.1 | — | 169.3 | 28.4 | — |

注：I - 雇用保険

II - 公務員私立教員保険

III - 地方医療保険

* - 便益 ÷ 負担

出所：Statistical Yearbook of KMIC and FKMIS, every year Seoul.

表5 医療保険制度における医療行為

| 年 活動 | '77 | '78 | '79 | '80 | '81 | '82 | '83 | '84 | '85 |
|---------|-----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 治療ケース数 | 883 | 2,889 | 11,169 | 17,500 | 22,365 | 28,106 | 36,140 | 45,864 | 49,999 |
| 入院 | 47 | 114 | 329 | 526 | 606 | 747 | 839 | 966 | 1,056 |
| 外来 | 836 | 2,745 | 10,840 | 16,974 | 21,759 | 27,359 | 35,301 | 44,898 | 48,943 |

表6 医療行為指数の年次変化 (1980=100)

| | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 | 1983 | 1984 |
|-----------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 雇用保険・職種保険 | | | | | | | | |
| 入院 | 54.0 | 56.9 | 80.5 | 100.0 | 118.4 | 153.2 | 182.1 | 207.6 |
| | | (5.3) | (41.4) | (24.3) | (18.4) | (29.4) | (18.8) | (14.0) |
| 外来 | 68.9 | 70.9 | 92.5 | 100.0 | 104.3 | 121.1 | 132.4 | 139.1 |
| | | (2.9) | (30.4) | (8.1) | (4.2) | (16.1) | (9.3) | (5.1) |
| 公務員私立教員保険 | | | | | | | | |
| 入院 | | — | 71.0 | 100.0 | 110.2 | 135.4 | 161.7 | 183.2 |
| | | | | (40.9) | (10.2) | (22.8) | (19.4) | (13.3) |
| 外来 | | — | 95.6 | 100.0 | 109.6 | 126.7 | 138.4 | 148.5 |
| | | | | (4.5) | (9.6) | (15.6) | (9.2) | (7.3) |
| 消費者物価指数 | 57.4 | 65.7 | 77.7 | 100.0 | 121.3 | 130.1 | 134.5 | 137.6 |
| | | (14.1) | (18.3) | (28.7) | (21.3) | (7.2) | (3.4) | (2.3) |

は144になった。これらの組合の連合体は、韓国医療保険組合連合（KFKMIS）とよばれ、その機能は、総合評価をしたり、医療保険を支払ったり、協会の財政安定をめざし、さらに職員の研修を行い、そして組合の情報や国際的な協力を推し進める上でアドバイスをすることである。地方の医療保険制度の運営は、それぞれの地方の政府に組織された第3セクターのもとで管理されている。

被用者医療保険制度と、公務員及び私立学校教員に対する医療制度においては、その財源が、被保険者及び彼らの雇用主によって負担されている。財源の半分は、被保険者によってまかなわなければならない。

被用者の医療保険制度における支払いの割合は、実際にはそれぞれの保険組合の規約に基づいて雇用主によって決定され徴収されている。しかしながら、1986年大多数の場合、その割合は月収の3%であり、平均率は3.57%であった。公務員と私立学校教員の医療保険制度においては、被保険者と彼らの雇用主である中央政府、または地方自治体がそれぞれ被保険者の月収の2.3%に当たる金額を折半負担している。

地域医療保険制度の場合は、被保険者が全額保険料負担をしなければならない。なぜならば、彼らは雇用主をもたないからである。彼らの分担割合は、収入や資産（主に土地）によって決定されている。

医療サービスの内容は、制度によって若干異なる。しかしながら、被保険者とその家族が規則によって受けることのできる基準となるサービスは、医学的な検査、処方

薬剤、治療、手術、臨床的継続的なサービスを含む入院、看護、及び出産、そして救急医療サービスである。

保険制度においては、患者自身は通常医療サービスの提供者に対して直接的な金銭は取り扱わない。しかしながら、医療保険制度においても医療費一部自己負担制度が存在しているのであるから、患者は医療サービスのうち一定金額を医療提供者に直接支払わなければならない。

患者は、入院治療サービスの総額に対して20%まで一部負担を支払う。外来治療に対しては、保険サービスの提供者によって異なるが、それは平均的に決定される。1986年以前においては、患者は外来治療経費の30%まで負担してきた。

そして、病院や個人的な医師に対する報酬は、それぞれの提供されたサービスに基づいて決定される。いわゆる出来高払い制度である。最近、韓国の医療保険組合は、財政難で苦しんでいる。ほとんど全ての保険の財政状況は悪化しつつある。

表4にみるように、地域医療保険制度は毎年財政赤字を記録している。そして、公務員や私立学校教員の医療制度でも1984年には同様であった。組合医療保険の財政もまた悪化しつつある。1984年には144の組合医療保険協会のうち70の組合が財政赤字を示している。この財政赤字の問題は、韓国医療保険組合が直面するもっとも重要な問題である。

実際に韓国と同じように他の国々においても、医療保険の財政赤字や医療費の増大が大きな問題となっている。ほとんどのヨー

ロッパの国々やその他の先進国においても、オイルショック以降、財政難の問題に直面している。

韓国の医療保険において財政難が起こったことについては、いくつかの理由がある。まずはじめに、病気が急速に増えてきたことである。1977年には有病率がわずか0.28であった。しかしながら1985年には、その率が2.89にまで増加した（表5参照）。もちろん、先進国における有病率は、この値以上である。しかしながら、この増加率が注目し値することを認めないわけにはいかない。

第2の理由としては、1症例当りの治療経費がかなり増加したことである。特に入院治療の額が外来治療の経費よりもさらに多く増加していることであった。被用者医療保険制度においては、入院患者の受診率が、1977年の54.0から1984年には207.6にまで増加している。同様の期間において、外来受診率では、68.9から139.1まで増加している。公務員や私立学校教諭の医療制度においても同様な増加傾向がみられる。（図1，2参照）。

3番目の理由は、相対的に給与の伸びが給付率より下回ったことであった。月給の伸びが1980年度を100とすると、1982年には123.5に増加し、1984年には140.8まで増加した。これに比べ月当りの給付割合は、1980年を100とすると1982年には141.9、そして1984年には198.8と増加したからである。このことは収入の増加率が、医療費の増加率に及ばなかったことを意味している。このことは、政府の第5次経済社会発

展計画（1984～1986年）における、強力な賃金・物価統制令の結果であると私は考える。

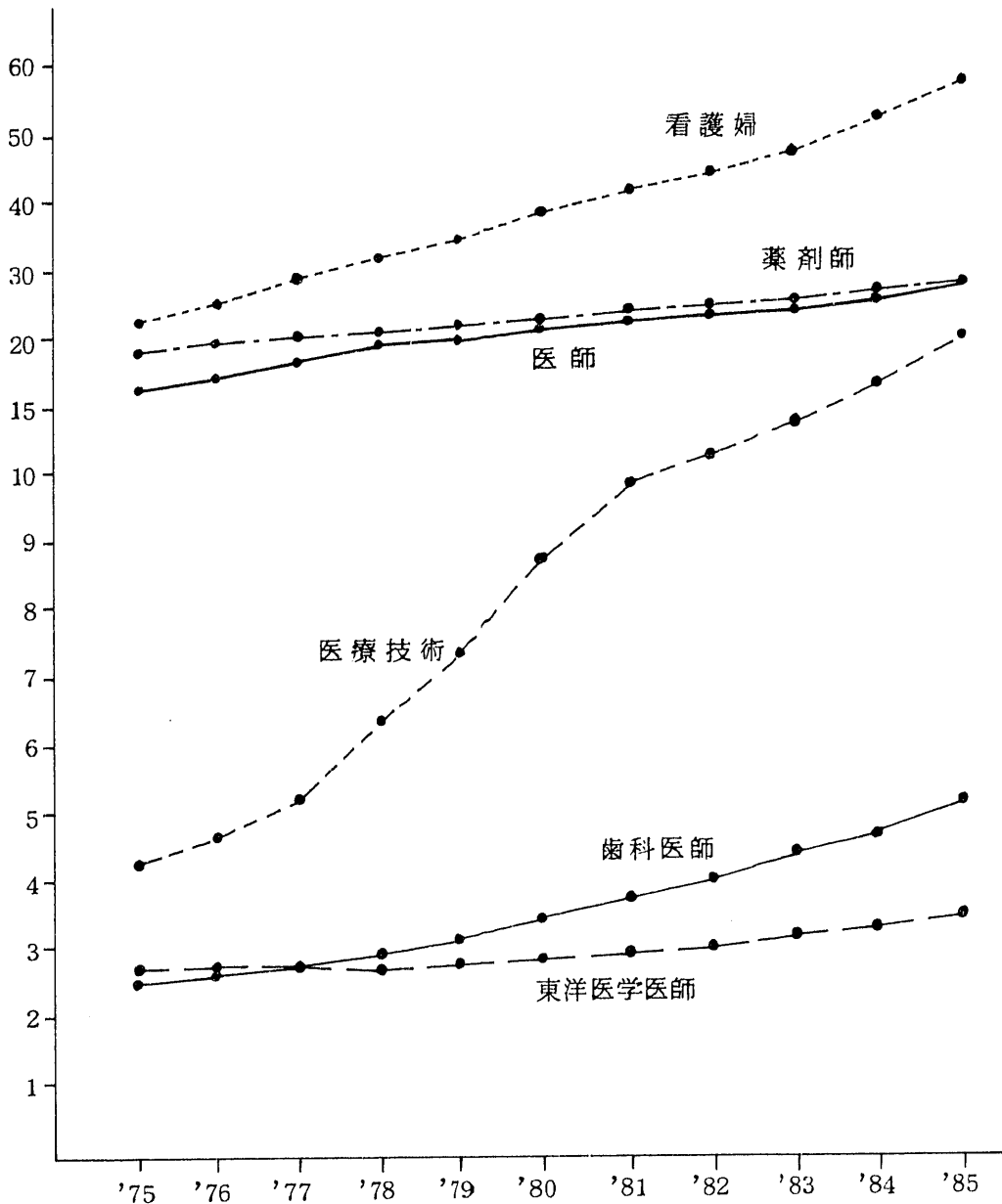
医療保険制度の普及計画

すでに述べたように、韓国政府は、1988年までに地方の自営業者全てに対して、そして、都市においては、1989年までに医療保険制度を普及させる計画をもっている。その結果、低所得者に対する医療保険と合わせ、完全な医療の社会保障システムが完成することになる。

しかしながら、医療保険制度を普及させる最もよい方法を選択することは、非常に難しいことである。医療保険システムにかかわる人々、つまり被保険者、彼らの雇業者、医師、そして保険者などの間に、多くの異なった利害がある。そのために、政府は普及計画の実行可能性について考慮しなければならない。この問題に関しては、2つの提案がなされた。一つは、分離方式というもので、現行の被用者医療保険組合方式を都市と農村地域にいる自営業者にたいして随時今までどおり拡大していく方式であった。その制度においては、多くの保険組合が個別的に財政基盤をもつことになる。もう一つの提案は、すべての医療保険組合とKMICが一緒に大胆に統合される方式である。このことはすべての保険組合が一つの保険組合として改変され、その財政基盤もまた単一のものとなる。

この問題は、韓国の医療保険制度の最も重大な問題の一つである。1963年に初めて

図1 医療専門職数の年次変化



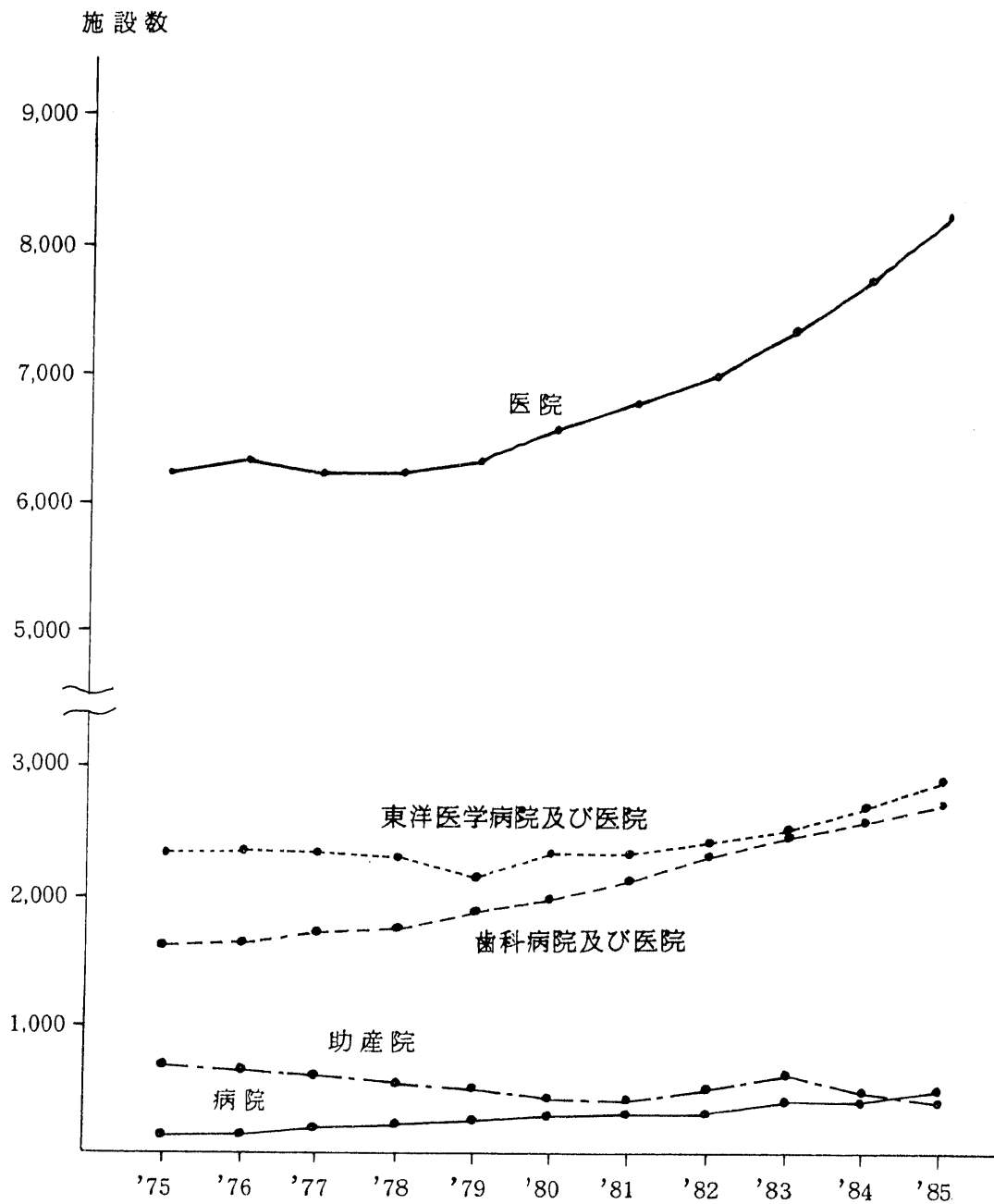
出所：MOHSA, *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986, P.78

韓国に医療保険法が制定されたときに、この問題はすぐに批判された点であった。そして医療保険制度が、1976年に実際の制度化が準備されたときにもこの問題は再び議論された。

しかしながら、政府官僚及びある専門家

は、分離方式を推薦し、これを選択するように決定している。彼らがそのように考えた理由は、一つの合併したシステム、ないしは政府による直接的な管理システムのもとでは、財政赤字のような機能上の問題が生じ、また信頼性の少ない管理が行われ、

図2 医療施設の年次変化



出所：MOHSA, *Yearbook of Health and Social Statistics*, 1986, P.79

その結果政府はそれらの問題に対して責任をもたなければならなくなるからである。

それゆえに分離方式を示す医療保険改正法案が、1976年の12月22日に国会を通過した。

1980年代には、先進的な教授や専門家がこれらの問題に関して再び議論した。彼らはこれらの分離方式を批判し、医療保険制度の抜本的な改革を提言した。なぜならば分離された医療保険制度においては、社会

保障の機能，例えば疾病罹患の危険を分散し，財源を再配分する効果という考え方が欠落しているからである。

これらの議論は，政府が分離方式の問題点を再点検するという影響を与え，韓国厚生大臣は，1980年10月に大統領に対し医療保険制度に関する報告を行なった。そして大統領は，医療保険組合のすべてにわたって改善を行うと約束した。このことは，医療保険が分離方式から統合方式に変更する可能性を意味している。

しかしながら驚くべきことに韓国厚生省(MOHS A)は，この約束を無視しこの分離方式による医療保険制度を国民に普及させる計画を，1982年の12月に議会に報告した。

結局のところ，統合医療保険制度を支持する意見は少数意見となり，分離方式に基づく医療保険普及計画案が1978年4月，政府によって決定された。

専門家によって議論された分離方式のメリットは次のようなものである。

まずはじめに，この制度は，医療保険の運営を最大限効果的なものにできるということである。

2番目には，このシステムにおいては，財政的な出費を減らし得るということである。医療保険組合の被保険者や関係者自身が，不正な医療請求や不当な治療行為を監視でき，そうした問題を最小限に食い止め得る。

3番目のメリットとして，この医療保険制度は，現実的で実行可能性があるということである。社会保障の理論や考え方に基

づけば，統合された医療保険制度は，より理想的なものである。しかしながら，この考え方を医療保険制度に適用するには，多くの限界がある。

4番目のメリットとしては，財政的負担のように福祉制度のもとで起こる問題を避け得るということである。医療保険組合は財政的に独立し，また管理運営的にも自立しているために，政府の財政的支援を必要としない。

一方，統合方式による医療保険制度を支持する人たちも，このいくつかのメリットについて議論している。以下それらのメリットについて述べる。

まずはじめに，統合方式においては，医療保険の財政安定が得られるということである。

2番目のメリットとしては，医療保険において所得の再配分効果を最大限に発揮できるということである。様々な収入階層，様々な職業集団が一つの基金に拠出し，そのメリットをお互いに享受できるということである。よって様々な階級間の所得再配分が活発に行われる。

3番目のメリットとしては，この統合方式においては，組合間で拠出率に差があるということとは有り得ず，組合は一つであり，拠出割合も同率である。

4番目のメリットとしては，医療保険制度の管理運営を，最も効率的なものにすることができる。

以上述べてきた理論をまとめてみると，二つの異なる医療制度のメリットが，お互いに相反していることが，わかるであろう。

論文

しかしながら、私は、この分離方式による医療保険制度のメリットが、説得力のあるものではないこと、そして誤った考え方やデータに基づいていると考えている。例えば、二つの医療保険制度は管理運営上、効率的なものであると議論されてはいる。しかしながら、分離方式による管理運営費のほうが、統合された方式のそれに比べて、より多いのが事実である。分離方式医療保険制度に加入する一人の被保険者とその家族の1985年の管理運営費は、283 U S ドルであったが、統合されたシステムにおいては、244 U S ドルであった。このことは、統合方式の方が、分離された方式に比べてより効率的であることを示している。医療保険組合の被保険者や関係者自身が、不正な医療請求や医療行為を監視できるという考え方もまた誤りであることがわかる。受診率に関する限り、社会保険の管理方法によって差が生じるということは正しいかもしれない。しかしながら受診率の違いは、患者の社会経済的状況や、社会的、精神的要因によって説明することができる。医療保険組合の財政を守るために、病院を受診しない人は誰もいない、ということは誰でもが容易に理解できることである。

現在、私は、韓国政府が分離方式による医療保険制度を選択し、このシステムを決定したという理由が、管理運営の便利さ、および医療保険による財政負担を逃れたいという理由からだと考えている。もちろん私は、韓国政府が医療保険を全韓国民に普及させるという約束をしたということは納得できるし、また、それは運営上正しい方

法に違いないと考える。そして、最も容易で、最も可能性の高い方法を選択せざるを得なかったというように理解している。しかしながら、医療保険というものは、主要な生活の一部であり、多くの被保険者の関心事でもある。それゆえに私は、分離方式による医療制度が制度化の便利さや、可能性という理由だけで選択されたということには絶対に同意できない。

結論

私は、日本の自由民主党と日本医師会とが、現在の様々な医療保険制度を一本化するべきであるということにお互いに合意し、この意見書をお互いに交換したということを知っている。

この一本化に対しては、いくつかの理由がある。結局のところ、日本政府もまた現在の医療制度が、平等な分配や便益の平等の点で多くの限界をもつことに気づくようになってきたのである。そして、私たちは次の事実を思い起こさなければならない。つまり、ベヴァリジが述べたように、統合された社会保障システムのメリットは偉大であり、疑う余地はないということである。

分離された医療保険制度に制度化の可能性や便利さといういくつかのメリットがあることは確かである。しかしながら、医療保険制度は社会保障制度の一つであり、それゆえに医療保険制度の根本的な価値は効率ではなくて、福祉であるべきである。このことは、医療保険制度の普及にはかなりの時間と努力を必要とはするが、私たちは

海外社会保障情報No.81

すべての人々に最も便益を与えるシステム
を選択せねばならないということを意味し
ている。現在私は、すべての被保険者やそ

の家族の福祉にとって、分離されたシステ
ムよりは統合されたシステムがよりよいと
いうことを確信している。

台湾における社会保障建設の現状

呉 凱 勳

(中華民国逢甲大学保険学研究所教授)

I はじめに

台湾は昔から FORMOSA (美しい島) といわれている。その島における自由中国¹⁾は、日本と最も近い南の国である。

1949年の国民政府の移遷以降、台湾は自然資源の不足と技術・管理面における人材の欠如にも拘わらず、その後約40年間毎年平均9.2%という高い経済成長を実現し、着実に工業国家としての基礎をつくりあげた。すなわち全世界に注目される「経済の奇跡」を実現し、4つのアジア新興工業国²⁾の一つに躍進したのである。これはアジア諸国の羨望の的になったばかりでなく、第3世界の発展途上国が競って学ぶ一つのモデルとなった。

戦後の台湾経済の発展は、次の3段階に分けることができる。

1950年代は戦争からの回復期で、重農政策が施され、生産財が重視されていた。この時期はアメリカの援助で、必要物資の供給をうけていただけでなく、資本全体の約3分の1の提供もうけていた。また、土地改革の3つの政策³⁾を次々に完遂し、農民の生産意欲を増進したばかりでなく、農村

の富裕化にも貢献した。

1960年代は労働集約的工業に重点が転じられ、生産財を国際市場に輸出するようになったが、この時期の貿易収支は、ほぼ赤字であった。

1970年代になってから、台湾は国家10大建設にのり出し、1980年代にはさらに12大建設を進め⁴⁾、また重工業の発展、資本集約、精密工業の開発に着手した。さらに、他方では軽工業の生産力向上にも努力した。その間、国際貿易は台湾経済の急速な成長の原動力となり、1970年以後の黒字基調の中で、1986年には156億(US)ドルもの黒字を計上し⁵⁾、外貨準備高も急激に増加し、1987年9月末現在約650億ドルもの外貨を蓄積している⁶⁾。

この高い「成長」と「均富」⁷⁾の成果は、一つには台湾に住む1,900万の人びとの努力や教育水準の高さによっていよう。もう一つにはいわば三民主義の自由経済政策により達成された、政治の安定と経済の発展によってもたらされたものといえよう。

ここでは、アジアNICsの中でも「経済の奇跡」として知られる台湾を取り上げ、この国が戦後40年間にわたる政治の安定と

経済成長のもとで進めた社会保障制度を紹介するとともに、その歩んで来た道を探求し、またその将来の展望も明らかにしたい。

II 社会経済構造と社会保障制度の特徴

社会保障制度は、社会・経済の発展を背景として、すべての国民がより住みよく、安定した明るい社会を求めるようになり、これに対応して健康で文化的な最低限度の生活を保障するように仕組みられた制度である。ここではまずその背景となる社会経済構造の主な分析をし、次に現行制度の内容と特徴について述べたい。

台湾の社会保障制度は、主として第二次大戦後の産物である。過去40年にわたって歩んできた道を振り返り、簡明にその社会的変遷の跡をたどることは、容易でないが、社会保障における文化的、社会的、経済的背景とその影響について、いくつかの特徴を挙げることは出来ると思う。

1. 家の存在

まず、指摘したいことは、中華文明の要素である儒家の倫理思想と理念が、たえずこの国の人間関係を支配してきたことである。その目標は、家族を重んじ人間の福祉と社会の繁栄を促進し、進んで人類の永久平和を求め、更に全世界の和合を実現するにある。ゆえに、この国の社会保障政策は儒家の文化を源流とし、その上に、農業型制度をもとに発展してきたものである。農

耕型人間は欧米の工業型人間と思考も行動様式も大きく異なり、農村家庭ではいろいろな余剰労働力を吸収する力が残っている。そのため、都市で失業した人は、故郷の家に戻り、景気の回復を待ってまた都市へ出ればよいと考える。台湾社会の失業率が低いこと、失業保険がまだ導入されていないこと、また一般の人びとが失業問題で騒がない理由はここにあり、伝統的「家」の存在がそうさせているのである。

2. 人口問題

1949年に、国民政府は大陸より台湾へ移り、それと共に非常に多くの人びとが台湾へやってきた⁸⁾。またこの時期はいわゆる戦後の「ベビーブーム」と重なったため、台湾地区の人口は飛躍的に増加し、この40年間に人口は3倍に増えた⁹⁾。一方、人口密度は540人/km²と、バングラデシュ(Bangladesh)に次いで世界第2位という高い数字であり、人口増加率と人口密度が高すぎるために、いろいろな問題が起こってくる。例えば、公衆衛生と教育の問題、医療と家族計画の問題、交通と住宅の問題などである。もちろん、これら多くの人びとのレベルアップされた教育の普及と保健衛生の改善とが相俟って、人材や質の高い労働力を生み、文化・政治・経済・社会を発展させる原動力となったことも指摘すべきであろうが、ここから派生した退役軍人(民間では「榮民」とよぶ)への恩給とサービス、大陸難民の救助保護などが、初期の社会保障と福祉の重要な柱となっているこ

論文

とも、一つの特徴と言えよう。

3. 人口の高齢化

年齢別の人口構造から見れば、1986年の全人口1,945万人の中、15歳未満は615万人、15～64歳は1,227万人、65歳以上は103万人である。国民の健康状態の改善により、現在、平均寿命は男性70.97歳、女性75.88歳に達し、全人口に対する老人の割合は25年前の2.5%から5.3%に上昇し、同時期の老年人口指数は4.5から7.9、人口老年化指数は5.8から17.5となり、2000年には老年人口の割合は8.7%になり、国連の高齢化社会のレベル（7～10%）に達すると推計されている。しかし、現在では老齡化はまだそれほど進んでいない。また、一般老人の生活はほとんど家族の扶養によっているのが現状である。しかし、13年後の21世紀に入れば、老人問題はかなり重要に

なると思われる。それゆえ老人福祉と医療保健に関する施策の、重要であることはこれまでも多くの人によって指摘されてきた¹⁰⁾。

4. 社会保険制度

中国の社会福祉思想は、長い歴史を持つ文化的背景から生み出されたものである。もちろん、欧米先進諸国の福祉制度から極力その長所を学んでいるが、それでもなおかなり自国の特色を残している。社会保険制度を例にとると、国民保険として一元化されているわけではなく、1950年から始められた労働者保険、軍人保険、1958年からの公務員保険、1980年からの私立学校教職員保険および1985年からの農民健康保険などのように分立した体制がとられている。しかし、農民健康保険を除くと、いずれも総合保険のかたちをとっている。また、前

表1 社会保険各制度の被保険者数と人口に対する比率

(単位:千人)

| 年末 | (A) ¹⁾ 全人口数 | (B) 被 保 険 者 数 | | | | | | | | | (B) ³⁾ /×100 (A) |
|--------------|---------------------------|---------------|---------------------|-----------|-----|-----|-----------|-----|-----|------------|-----------------------------------|
| | | 合 計 | 労働者 保 険 | 公 務 員 保 険 | | | 私立学校教職員保険 | | | 農民健 康保険 | |
| | | | | 本 人 | 退職者 | 配偶者 | 本 人 | 退職者 | 配偶者 | | |
| 1960 | 10,851 | 682 | 478 | 204 | — | — | — | — | — | — | 10.43 |
| 1965 | 12,699 | 829 | 587 | 240 | 2 | — | — | — | — | — | 10.07 |
| 1970 | 14,754 | 1,204 | 906 | 294 | 5 | — | — | — | — | — | 11.21 |
| 1975 | 16,223 | 1,912 | 1,545 | 359 | 8 | — | — | — | — | — | 14.56 |
| 1980 | 17,866 | 2,974 | 2,538 | 415 | 9 | — | 11 | — | — | — | 19.16 |
| 1985 | 19,314 | 4,905 | 4,049 | 476 | 46 | 206 | 26 | — | — | 101 | 27.73 |
| 1986 | 19,509 | 5,603 | 4,712 | 483 | 54 | 213 | 27 | 0.3 | 0.1 | 113 | 31.03 |
| 1987 (9月) | 19,617 ²⁾ | 6,047 | 5,123 ²⁾ | 484 | 71 | 225 | 26 | 0.4 | 0.2 | 117 | 33.12 |

(注) (1) 金門と馬祖地区の人口が含まれる。

(2) 推計値。

(3) 各年の(B)の内、軍人保険被保険者数45万人(推計値)を加算する。

資料:労働者保険統計・公務員保険統計, 1987年版。

項で述べたように、老年人口指数がまだ高くないため、退職者への医療給付は今のところ実施されていない。このため、労働者保険の老年給付率（ $\frac{\text{老年給付受給者数}}{\text{被保険者総数}}$ ）は6.4%と以外に低い¹¹⁾。また、保険支出構成比も40対60と、現金給付よりも医療給付の方が高い。なお、現金給付の構成比が低い原因の一つに、一時払い（lump sum）のあることも無視できないであろう。

労働者は経済成長の功労者である¹²⁾。そして、37年前から実施してきた労働者保険は、労働者に生活保障を行なう社会保障制度の中核であり、また将来の皆保険体制へのしっかりした基礎であると思う。しかし、表1の示す通り、1987年9月現在における社会保険加入者数は、全人口の約3分の1にすぎない。政府は13年後の2000年から全民健康保険を始める計画を立てているが、現在のところ、残念ながら大部分の家族はまだ社会保険のネットワークへ入っておらず¹³⁾、社会保険のあらゆる資源は、集中的に少数の既得権者に利用されている。

5. 経済的安定

台湾は人口密度が高く、自然資源に乏しい中で、40年に亘って、世界第3位の経済成長を実現してきた¹⁴⁾。1986年の経済成長率は11.6%、貿易収支総額は640億ドル、国民貯蓄率は38%であり、一人当たり、平均国民所得は終戦直後の70ドルから3,751ドルに増加し、平均世帯収入の格差も15倍から4.3倍に減少し、失業率も継続して3%以下に抑えられている。このような経済

繁栄の成果は、全国民が日常生活で、分かち合っている一方、「経済の小巨人」と呼ばれている同国が、残念ながら「福祉の侏儒」とみなされているのも事実である。その原因は、次節で見ることとしよう。

III 社会保障制度の体系と現状

台湾の社会保障制度は、主に社会保険、社会扶助、社会福祉サービスと職業安全の4つの部門に分かれている、その各部門の制度と給付・サービスの内容は次の通りである。

1. 社会保険

現在行われている社会保険には、労働者保険（正式の名称は労工保険という）、公務員保険、私立学校教職員保険、軍人保険、農民健康保険という職域別の5つの制度がある。以下それぞれについて概説する。

(1) 勤労者保険

<保険者と被保険者>

労働者保険の行政管理は、1987年8月1日に設立の中央政府労工委員会（その前は内政部）が監督する。しかし運営は同局が地方当局に労工保険局を置き保険者として担当させる形になっている。

強制加入の被保険者は、14歳以上60歳未満の法律に規定される業種（ほとんどすべての産業、商店、会社、文化、新聞、公益事業とサービス業が含まれる）の事業所で、常時5人以上の雇用労働者を雇用する者に

雇用される労働者と、職業組合の組合員（一定の利用者がいない被用者と日雇労働者）、漁民、政府機関と学校の技術員、運転手、給仕、臨時職員、及び職業訓練所で訓練を受けている者などである。しかし、法律に規定されていない業種の事業所、または5人未満の雇用労働者を使用する事業所の被用者も任意被保険者として加入できる。1986年末現在（以下同じ）の適用事業所数は127,406で、被保険者数は4,711,969人である。

<標準報酬>

標準報酬は第1級5,100元（1元＝4.5円）から第23級15,600元¹⁵⁾までの標準的な報酬月額に基き、各被保険者の報酬を格付けし、これを保険料及び現金給付算定の基準としている。法律の規定によると、被保険者の標準報酬は賃金、給与、俸給、手当、賞与などの名称のいかんにかかわらず、被保険者が労働の対価として、事業主から受けるすべてのものを含むことになっているが、事実上はそのようにいかないところが多い¹⁶⁾。

<保険給付>

労働者保険は総合保険制度であって、被保険者の業務外の、傷病・障害、死亡、分娩、老齢に関して保険給付を行うとともに、業務上の傷病、障害、死亡に関する事故にも保険給付を行う制度である¹⁷⁾。そのうち、分娩、障害、老齢及び死亡は現金給付であり、傷病だけは現金給付と医療の現物給付の両者を支給している。

① 出産給付

分娩前10か月の被保険者期間をもつ被保

険者やその配偶者が分娩又は3か月以降の流産であるとき、1子につき標準報酬¹⁸⁾15日分の分娩費が支給される。また、被保険者の場合には、流産以外は1子につき標準報酬45日分の出産手当金が支給される。

② 傷病給付

病気やケガの療養のため、労務に就けず、4日以上その状態が続き、報酬が支給されないときに支給される。支給金額は、標準報酬の5割（業務外）或いは7割（業務上）であり、半月ごとに支給開始日から6か月（業務外。しかし被保険者期間が1年以上である者は1年）或いは1年（業務上。ただしその後も治癒しない場合にはさらに1年の延長ができる。しかし支給額は5割に削減されて）支給される。

③ 障害給付

この給付は、被保険者期間中に初診をうけた傷病により生じた障害で、治療が終了、又は傷病給付の支給期間が満了、或いは業務外の傷病で1年以上治療しても治癒しない場合、障害給付標準表の適用対象となる永久障害者に支給される。支給金額は障害程度（160項目）と標準表の該当する等級（15等級）によって異なり、標準報酬の30日分から1,200日分（業務上は50%の加算）が一時給付として支給される。

④ 老齢給付（老年給付）

被保険者期間が1年以上で、男性60歳以上、女性55歳以上の被保険者が退職した場合、又は被保険者期間が5年以上で55歳以上の坑内労働者が退職した場合に、給付が支給される。被保険者期間が10年以上で、男性55歳以上、女性50歳以上の者が退職し

海外社会保障情報No.81

た場合には、給付は減額される。給付は被保険者期間1年ごとに標準報酬の1か月分、15年以上の場合、その超過期間1年ごとに2か月分が一時金として支給される。しかし、45か月分が最高限度額となっている。減額給付の場合は完全給付を算定基礎とし、男性60歳、女性55歳を基準とし、1歳ごとに4%ずつ支給金額を減額する。60歳以上になっても継続して就労している者への退職給付は、60歳以前については前述のように計算し、60歳以上の期間については、1年ごとに1か月分が一時金として支給される。しかし最高5か月分に限られる（以上は、1年未満の被保険者期間については支給しない）。

⑤ 死亡給付

この給付は被保険者本人や家族（父母、配偶者と子に限る）の死亡に基づき支給される。本人死亡の場合には、死亡前1年未満の被保険者期間の者に対し、標準報酬の10か月分、1年以上2年未満の者に対し20

か月分、2年以上の場合には30か月分（業務上の死亡は、いずれも40か月分）の遺族手当（一時金）と5か月分の埋葬手当が支給される。家族死亡の場合には、父母や配偶者ならば被保険者の標準報酬の3か月分、12歳以上の子ならば2か月半分、12歳未満の子ならば1か月半分の埋葬手当が支給される。遺族手当の受給順位は、1.配偶者と子、2.父母、3.祖父母、4.孫、5.兄弟姉妹である。だが、業務外死亡の場合には、第4～第5順位者は、被保険者生前の専属扶養者でなければならない。

⑥ 療養給付（医療給付）

被保険者期間中の業務外疾病およびケガに関しての診療、薬剤、及び治療材料の支給、手術などの治療、看護、二等病床、治療食事（入院30日内の全額とそれ以後の半額。しかし業務上は全額）などが含まれる。上述の外来・入院の療養は、保険医療機関において現物給付により無料で行われる。しかし、法定伝染病、精神病、癩病、麻薬

表2 社会保険各制度の財政状況
1980年～1986年

| 年別 | 労働者保険 | | | 公務員保険* | | |
|------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-------------|
| | 収入 | 支出 | 差額 | 収入 | 支出 | 差額 |
| 1980 | 11,372,474 | 10,393,992 | 978,482 | 2,418,933 | 2,801,925 | △ 382,992 |
| 1981 | 17,154,895 | 12,956,921 | 4,197,973 | 3,396,851 | 4,028,089 | △ 631,238 |
| 1982 | 18,625,339 | 16,910,791 | 1,714,547 | 3,718,804 | 4,625,764 | △ 906,960 |
| 1983 | 21,225,209 | 24,635,883 | △3,410,674 | 3,856,418 | 4,743,226 | △ 886,808 |
| 1984 | 26,787,271 | 17,150,152 | 9,637,119 | 4,176,563 | 5,268,715 | △ 1,092,152 |
| 1985 | 31,216,810 | 30,282,053 | 934,757 | 4,936,648 | 6,313,264 | △ 1,376,616 |
| 1986 | 35,288,710 | 33,822,681 | 1,466,029 | 5,430,401 | 7,066,195 | △ 1,635,794 |

(注) *公務員本人と私立学校教職員本人の制度である。

資料：労働者保険統計と公務員保険統計，1987年版。

論文

依存症，分娩，美容手術，義歯，義眼，眼鏡およびその他付属品等補装具，移送，特別看護，必要でない輸血などは法定給付内に入っていない。又，業務外の病気で入院する者には，入院前日までに45日の被保険者期間を有することが資格要件とされている。

⑦ その他

被保険者が資格を喪失したときに，療養の給付を受けている場合，被保険者はその資格を喪失した日から継続して1年間は療養の給付と傷病手当を受けられる。また継続給付期間内に同一傷病やその合併症のために障害または死亡した場合には，規定通りの障害給付や死亡給付を受けられる。

<保険料率>

業務外の保険料率は6%から8%の範囲内で，行政院が労工委員会の申し出を受けて定める。現在の料率は7%である。その負担割合は，一般被用者の場合，事業主80%，被保険者20%であるが，定まった使用

者が不在被用者の場合には，被保険者60%，政府補助40%である。業務上の保険料率は0.29%から3%までの幅で，各事業の業種（38種類）ごとに過去3年の災害発生等を考慮して定められる。一般被用者は事業主のみが負担するが，きまった使用者がない被用者については，業務外と同様な負担割合である。

<財源>

労働保険に要する費用は，労使と政府の3者が負担する保険料によってまかなわれる。表2の通り1986年の年間総収入は352億8,871万元，総支出は338億2,268万元，差引（黒字）は14億6,602万元となっている¹⁹⁾。なお，将来の保険給付にあてるために積み立てられた保険基金の累積額は263億元に達している。その運用収入は保険給付にあてられる重要な財源である。保険の行政事務費と赤字（法令によるが，1986年以前はまだ発生したことはない）は，現段階では中央政府からの委託経費である地方

(単位 NT\$ 1,000)

| 私立学校教職員保険* | | | 農民健康保険 6 | | |
|------------|---------|---------|----------|---------|-----------|
| 収入 | 支出 | 差額 | 収入 | 支出 | 差額 |
| 11,378 | 2,715 | 8,663 | — | — | — |
| 161,695 | 85,004 | 76,691 | — | — | — |
| 220,546 | 135,816 | 84,730 | — | — | — |
| 248,205 | 164,681 | 83,524 | — | — | — |
| 263,368 | 180,945 | 82,423 | — | — | — |
| 319,213 | 216,025 | 103,188 | 24,117 | 53,358 | △ 29,241 |
| 351,340 | 240,456 | 110,884 | 563,056 | 963,220 | △ 400,164 |

政府の予算で支払う

(2) 公務員保険

＜保険者と被保険者＞

公務員保険の主管機関は考試院銓叙部であり、保険者は行政院財政部所属の中央信託局である。保険業務を監督するため、銓叙部は別に各政府機関の代表から組織した公務員保険監理委員会を設立している。

中央及び地方政府の各法定機関、即ち行政機関、民意機関（議会）、文教機関（学校など）、衛生機関、公共企業体等が保険単位（insured unit）となり、それらに所属する有給職員と公職者は強制的に被保険者となる。しかし、その被扶養者は「家族疾病保険」と云う別の制度でカバーされる。退職者やその被扶養者はほぼ同じような別制度で医療給付を提供されている（以上、いわゆる被扶養者とは、父母、配偶者と子の範囲であるが、現在の制度は配偶者だけが加入している）。1986年末現在、保険単位は5,558で被保険者数は483,473人である。

＜保険俸給＞

公務員保険では労働者保険のような標準報酬制度は取り入れておらず、「全国公教人員待遇標準」の規定により毎月支給される俸給金額を保険俸給とする。保険俸給は100元を算定単位とし、その最低額は1,000元であり、最高額の制限はない。1986年末現在の平均保険俸給は約10,359元（約52,000円）である。

＜保険給付＞

給付項目は、出産給付、負傷給付、疾病

給付、障害給付、養老給付、死亡給付及び家族埋葬手当の7種類で、前の3給付は無料のサービスを提供している医療給付であり、後の4給付は現金給付である。そのうち、負傷、疾病、障害と死亡等は、業務上の事故を含む。現金給付は一時金の形で、いずれも被保険者の事故発生当月分の保険俸給を算定基準として、その給付金額を支払う。だが、出産や傷病に対しては、俸給や給料を受られるので、休業手当のような現金給付はない。また、資格喪失後の継続給付も行われていないのである。

① 出産給付

被保険者期間内の分娩については、出産前の検査、入院助産と新生児の食事・宿泊・看護などのサービスが無料で提供される。入院期間は7日と限定されているが、被保険者が異常分娩や合併症を引き起こした場合には、給付期間を延ばすことができる。ただし、配偶者の異常分娩については5日間しか延長されない。

② 傷病給付（療養給付）

被保険者期間内の疾病又は負傷については、保険者自営の「聴合問診中心」（外来センター）や特約の保険医療機関で、外来・入院サービスに対して²⁰⁾、労働者保険の場合とほぼ同様な療養給付²¹⁾を受けられる。また給付期間に制限はない。

③ 障害給付

障害給付の標準は労働者保険と異なり、全表69項目、障害程度は全障害、半障害、部分障害の3等級に区分されている。給付金額は保険俸給を算定基礎として、業務上の全障害には36か月分、半障害には18か月

分、部分障害には8か月分、業務外の全障害には30か月分、半障害には15か月分、部分障害には6か月分が支給される。

④ 養老給付

受給要件については、年齢制限はなく、被保険者期間5年以上で法令の規定により退職した被保険者に、養老給付の一時金が次の標準で支給される。つまり、被保険者期間10年以下の場合には、1年ごとに1か月分、11年目から15年目までは、1年ごとに2か月分、16年目から19年目までは、1年ごとに3か月分、被保険者期間20年以上に達した者には、一律36か月分が支給される。

⑤ 死亡給付

被保険者本人が被保険者期間内に業務上或いは服務で死亡した場合には、保険俸給の36か月分、業務外の傷病で死亡した場合には、保険俸給の30か月分が支給される。

⑥ 家族埋葬手当

被扶養者が被保険者期間内に死亡した時、父母や配偶者の場合には、被保険者の保険俸給の3か月分、12歳以上25歳未満の子の場合には2か月分、12歳未満の子の場合には1か月分の埋葬手当が支給される。

<保険料率と財政>

保険料率は被保険者の保険俸給の7～9%の範囲内で、行政院と考試院が共同で定める。現在の総合料率は9%であり、法定料率の上限に達している。しかし、実際の料率はすでに11%を上回っており、法律の修正が必要となっている。この主な原因としては、公務員人事の新陳代謝が旺盛なため、養老給付の支出金額が年々激増してい

ることをあげうる。最近3年間の同給付総額は86億元であり、同期間における総給付額181億元の47%という高い比率を占めている。またこの期間中毎年10億元以上の赤字を計上している。

保険料の負担割合は、被保険者が35%で、各政府機関から65%が補助される。1986年の総収入は54億3,040万元、総支出は70億6,619万元、差引(赤字)は16億3,579万元となり、保険料収入の約30.5%を占めている。

(3) 私立学校教職員保険

この保険の主管機関は銓叙部、保険者は中央信託局であるが、委託経営の形を取っており、私立学校法の規定による財団法人の登録をした私立学校の専任教職員が、強制的にこの保険の被保険者となる。1986年末現在の被保険者数は26,974人である。保険料率と保険給付については、ほぼ公務員保険と同様であるが、保険料の負担割合がちがう。被保険者本人の負担は同じく35%であるが、学校と政府が各々32.5%を負担している。同期の総収入は3億5,134万元、総支出は2億4,045万元、差引(黒字)は1億1,088万元となる。この制度は、成立してからまだ7年で未成熟期間にあるため、黒字が生じていると言えよう。

(4) 軍人保険

軍人保険は国防部の監督のもとで、中央信託局へ委託されており、保険給付の項目は比較的少ない。これは被保険者の服務期間の傷病については、すべて軍の医療機

関から医療サービスが無料で提供されているからである。保険給付はただ障害給付、死亡給付及び退役給付の3種類の現金給付である。障害給付は、その障害程度に応じて4等級に分かれ、業務上（或いは作戦上）の原因で一級障害になった場合には、36（40）単位、2級障害の場合には24（30）単位、3級障害の場合には16（20）単位、その他重度障害者には8（10）単位の保険金額を支給される。又業務外の一般傷病で、一級障害になった場合は30単位、2級障害の場合には20単位、3級障害の場合には12単位、その他の重度障害者には6単位の保険の金額が支給される。死亡給付については、業務上（或いは作戦上）の原因で死亡した場合には、42（48）単位、業務外の一般傷病で死亡した場合には、36単位の保険金額が支給される。退役給付については、ほぼ公務員保険の養老給付に等しいが、そのうち被保険者期間が20年以上の場合には、その20年を超えた年数につき、1年ごとに1単位の保険点数を増し、最高45単位という支給制限がある。

保険料率は軍職の階級により異なる料率となっている、即ち下士官と兵士は保険基数の3%で、すべて国庫負担である。また、尉級4%、佐級5%、将軍級6%の料率で、保険料の負担割合は公務員と等しい。つまり本人負担35%、国庫負担65%である。

(5) 農民健康保険

以上4種類の社会保険制度は、法律によって強制総合保険の形をとって経営されているが、農民健康保険は地方政府への委託経

営の形をとり、「台湾省試辦農民健康保険暫行要点」という政令のもとで、1985年10月25日から試行されてきた。試行期間の予定は2年であったが、検討の結果さらに2年の再試行と定められた。

主管機関は台湾省政府で、保険者は勞工保険局が代行し、指定された農会の正式会員である農民を被保険者とする。1986年末現在で、適用農会は41か所、被保険者数は113,365人であるが、1987年10月から始まる次の期間には、約2倍の農会と農民が参加する予定である。

保険給付は、傷害給付、疾病給付、出産給付及び埋葬補助である、前者2給付は労働者保険と同じ内容の医療給付で、後者2給付は現金給付である。出産給付は被保険者の場合、保険金額の2倍が支給され、配偶者の場合、保険金額の1倍が支給される。しかし埋葬補助金は一律に保険金額の5倍である。

保険料はフラット制を採用しており、保険金額を月6,300元とし、保険料率はその5.8%と設定されている。従って被保険者1人当たり保険料は毎月365.4元である。そのうち、被保険者本人は40%、農会は10%、各級政府は50%（中央25%、省15%、縣市10%）を負担する。しかし残念ながら、1986年試行時には、年間収入5億6,305万元、同支出9億6,322万元で、約4億元（収入に対して71%）という大きな赤字を生じた。そのため、財政改善の要求として、次期からは保険料を上げることになり（保険金額8,400元、保険料率はその6.8%に設定）、1人当たり毎月571.2元を収める

ことになったのである。

2. 社会扶助

社会扶助は、生活の困難である低所得者、および緊急の事故が突発したり、又は非常災害を引き起こした人々に対して、社会的援助と保護をなす施策である。しかし、単なる消極的救助ではなく、最低限度の生活を保障するとともに、生活改善に対する積極的協力と、自立助長とあわせ、貧困のラインから遠ざけることを目的としている。

戦後、社会の実際のニーズに応じて、社会扶助には政府のほかにも民間が力を尽くしてきたが、社会扶助法の成立そのものはかなり遅れ、1980年6月にはじめて施行された。また翌年その施行令と「低収入者調査要点」および「私立社会扶助施設設立と管理辦法」などの関係法令が次々に成立し、扶助基準と実施上の取扱いに関する規定が明らかにされた。

社会扶助の主管機関は、中央では内政部、地方省（市）では社会処（局）、縣（市）

では縣市政府である。また実施機関は主に縣市政府の社会局（科）である。

社会扶助の種類は、生活扶助、医療扶助、急難扶助、災害扶助、及び積極性扶助等で、必要に応じ、法令で規定されている基準と範囲内で各扶助が支給される。

生活扶助の場合、1人当たり平均収入が政令で定めた当地の最低生活費基準よりも低い世帯が、当地の自治体（市、郷、鎮、区役所）の所管機関へ出頭し、又は出頭することのできないときには当地の鄰長（保長）が代わりに、扶助要請の申込みをすることができる。扶助機関は要請があれば、その地域の幹事と鄰長と合同で要扶助者に関する事情の実地調査を行い、自治体機関はそれを査定する。要扶助の事実が明らかで、その必要性の認定された世帯には、扶助級を定め、縣市政府の許可を得た後、規定通りに扶助が支給される。

扶助基準は、各扶助別に定められているが、それらの中心となるのは最低生活費用基準である。その算定方法は、いわゆる平均生活水準比例方式で、政府が公表した前

表3 1986年生活扶助基準

(単位 NT\$)

| 低収入世帯類別 | | 台湾省 | 台北市 | 高雄市 |
|---------|---------------------------|-------|-------|-------|
| 第1類 | 世帯主毎月 | 1,200 | 1,800 | 1,200 |
| | 世帯員每人毎月 | 1,200 | 1,000 | 600 |
| 第2類 | 世帯毎月 | — | — | 1,000 |
| | 15歳未満の児童每人毎月 (但し2人に限る) | 1,200 | — | — |
| 第3類 | 世帯3節毎回 (春節, 端年節, 中秋節) | — | — | 1,500 |

資料：内政部社会司調べ。

年度の世帯収支調査により、その平均経常支出の40%の範囲内（台北市）、又は世帯員1人につき平均収入の3分の1の範囲内（台湾省と高雄市）で定められる。しかし、台北市以外の地区では、第2類の被扶助世帯の場合、1人当たり平均収入（月額）が1人当たり最低生活費（月額）の3分の2を超えてはならないことになっている。したがって、貧困線（poverty line）が最低生活費用基準より低いことになり、両者の意味が変ってくる。事実、生活扶助基準は

常に最低生活費基準より低く、また各地方毎に基準も一致しておらず、表3のとおり、台湾省、台北市および高雄市の公定最低生活基準はそれぞれ2,100元、2,250元、2,100元、扶助基準は600元から1,800元と、かなりの格差がある。1986年において生活扶助受給世帯数は37,475世帯（平均年増加率は4.7%）、世帯人員数は114,076人（平均年増加率は0.3%）であり、年間の扶助総額は4億5,735万元である（表4参照）。

表4 社会扶助法被扶助世帯及び実人員数・生活扶助費

| 年別 | 被扶助世帯数 | 被扶助実人員数 | 生活扶助費 (NT\$) |
|------|--------|---------|--------------|
| 1980 | 30,685 | 115,666 | 85,785,000 |
| 1981 | 30,247 | 109,629 | 111,599,296 |
| 1982 | 33,625 | 120,014 | 286,468,550 |
| 1983 | 36,065 | 122,951 | 353,201,400 |
| 1984 | 35,939 | 117,945 | 355,594,244 |
| 1985 | 37,463 | 118,101 | 416,062,830 |
| 1986 | 37,475 | 114,076 | 457,353,036 |

資料：内政部社会司調べ。

医療扶助は、低収入世帯のみならず、一般国民が、重大な傷病にかかき、かつ医療費を本人又は扶養義務者が負担できない場合、社会扶助法の規定により、戸籍所在地の扶助実施機関に請求することの出来るものである。被扶助者は実施機関の発行した「施医証」を公立病院又は指定私立病院へ持参し、全額無料もしくは3割ないし7割の給付率で、外来・入院サービスの提供を受ける。

急難扶助は、家計責任者が長期の病気や

重症の傷病等の原因で、その世帯が最低限の生活を営めない場合に適用される。現在の扶助基準はそれぞれの状況により、2,000元から5,000元の扶助を支給するというものである。

災害扶助は、水、火、風、雷、旱、地震及びその他の災害により、重大な損害を蒙り日常生活に影響が生じた者に対し、その実際の必要に応じ、扶助が提供されるという制度である。

積極性扶助というのは、低収入だが労働

能力を有する人々に対して、職業訓練や就業補導を行ったり、就業開発助成金や開業資金を貸し付けたり、又は政府機関で雇用したり、教育補助を支給してよりよい教育を受けさせることにより、自立を助長することである。

3. 社会福祉サービス

(1) 児童福祉

児童福祉は、一般児童に対する健康、教育、衛生、医療、レクリエーション等の福祉サービスと、特別児童についての失親、遺棄、貧困、飢餓、虐待、精薄、身障、放任、非行、家庭崩壊等への扶助サービスの両種のサービスを指す。

児童福祉法第2条の規定によると、児童とは、12歳未満の者を指す。1986年末現在、12歳未満の人口は427万人で約全人口の22%、6歳未満の人口は189万人で約10%を占めている。児童福祉法とその施行令は1973年に制定され、実施範囲は児童衛生保健、児童教育、福祉サービスと司法保護の各種に及び、指導的サービス（就学前教育、国民教育等）、補助的サービス（衛生保健、疾病予防等）と交代的サービス（保育所、里子）等である。現在の行政体制で区分すると、指導的、補助的サービスは教育・衛生部門の管掌であり、交代的サービスは社会行政の責任である。以下に交代的サービスを主として、簡単に説明しておく。

現在、託児所の数は、公立18か所、私立1,356か所、地域自営2,852か所、合計収託児童数は249,775人である。「託児所設

置辦法」（1955年施行、1981年修正）によると、各託児所は低収入世帯の児童を10%無料で収託すべきことになっており、それに対し、政府が毎月地域託児所に保育経費の40%を補助する仕組みになっている。

保育院の数は、公立4か所、私立36か所、合計収容児童数は3,301人である。しかし収容人数は年々減っている。その原因は、1983年1月に「児童寄養辦法」の政令が公布され、施設収容方式が再検討され、徐々に重視されなくなってきたためであろう。

(2) 少年福祉

少年とは、12歳以上18歳未満の者を指し、1986年末現在、約222万人で、全人口の11%を占める。少年福祉法が国会審議中の現段階では、児童福祉法のほかに、少年事件処理法（1962年制定）、国民教育法（1979年制定）、職業訓練法（1983年制定）、労働基準法（1984年制定）などの法律も適用される。

現在、少年犯罪の問題は次第に重大になってきており1986年の統計によると、少年犯人数が17,309人となり、犯人総数80,814人の21.4%を占めている。少年人口対比では0.77%であるが、この比率は年々増加を示している。

立法中の少年福祉法は、主として就養、就医、就学、就業、心理補導と育楽余暇などの施策を含めている。そのうち、比較的重要な施策は、青少年福祉サービスセンター（15か所）、地域心理衛生センター、親職教育、職業訓練と就業補導、相談所などである。

(3) 老人福祉

1980年老人福祉法とその施行令が公布され、同時に老人とは70歳以上の者と規定された。しかし、公務員の定年は65歳であり、また、労働基準法も被用者の強制退職年齢をさらに低い60歳と規定しているため、異なる法律間で、定年にギャップを生じている。老人の法定年齢を低くすると、老人福祉サービスの受給者が多くなり財政負担も重くなる。逆に、適用者が少なくなれば、老人に対する保障の役割は大きく後退する。従って、老人福祉行政で、執行上排斥性のないサービスについては、受給年齢を比較的寛容にし、排斥性のあるサービスについては、比較的厳格に規制をするという中間的施策がとられている。

1986年末現在、65歳以上人口は103万人で、全人口の5.3%を占め、また70歳以上人口は約59万人で、全人口の3.03%を占めている。以上の老人は、主に現行の社会保険制度から老年給付を受給し、その生活がある程度保障されている。また医療給付も利用して、心身の健康を守っている。また社会保険に加入できない老人も、有料老人ホーム(15か所)に入所して養老生活を送ることができる。また無料で健康診査をうけることができ、傷病にかかると8割又は7割給付で医療をうけられる。この外にも、地域によっては老人図書館、老人大学、長青学苑、文化康楽センター(10か所)、地域レクリエーションセンター(3,000か所)、老人会、早覚会、長春長寿や松柏クラブ、營養中食、デイケア、年勤慰問、社会奉仕等の組織活動のあるところもある。

低収入老人の場合には、一般老人ホーム(仁愛の家という)36か所、養護老人ホーム7か所、栄民ホーム13か所、その他各地域の小型老人ホーム30か所などの老人福祉施設がある。外来扶助については、社会扶助の被扶助者となり、生活扶助金が支給され、病気やケガをすると完全に無料で医療サービスとホームケアが提供される。

(4) 障害者福祉

障害福祉法(1980年制定)によると、障害等級表の規定要件(種類と程度)に適合し、かつ障害手帳を受け取っている者が保障される。1987年6月末現在、障害認定を受け、障害手帳を持っている者は141,128人で、全人口の0.7%となっており、外国(日本は約2.4%)よりも低い。そのうち、肢体不自由者は障害者全体の50.7%、精神薄弱者は16.2%、重複障害者は16.1%、視覚障害者は11.7%、言語機能障害者は2.9%、聴覚障害者は2.4%を占めている。現在顔面障害者、精神病者、植物人間などの障害者が範囲外にあるのが問題である。

障害者の社会復帰を図るため、又その有する残存能力を最大限に発揮させるため、職業訓練と就業補導の提供が、障害者福祉の主な施策となっている。例えば、リハビリテーション医学センター、障害福祉基金、職業訓練センター、更正援護ホーム、民間障害福祉工場(29か所)などで、靴、時計、洋服、はんこ、カメラ、家庭電器、印刷、陶芸、電算機等の製作や修理、又は木工、按摩、裁縫などの技術訓練を受けることができる。以上の訓練を受けた者は、5,603

人おり、そのうち就業者は4,131人である。そのほかにも障害青年創業貸金を借りて、博愛商店を開業している者もいる。

障害者の医療とリハビリテーションの費用は、ケース毎に補助される（低収入世帯では、医療費と補装具の費用は全額補助である）。現在、障害者の収容施設は47か所、入所者数は3,499人である。また一部の地域施設はデイケアの方式も採用しサービスを提供している。さらに障害更正相談所（5か所）があり、交通機関半額利用、旧蹟名勝、観光地、娯楽、文化等の施設の無料入場が認められている。

(5) 地域社会開発 (community development)

地域社会開発とは、社会福祉上の積極施策であると同時に国家発展のための基本的建設事業の一つとして、地域社会に住む人々のニーズに応じた、社会資源の十分な運用、拡充発展、および調整の課程である。従って全住民の自主的、自発的な協力と相互作用により、充実した生活を求めて公共施設、生産福祉、精神倫理などの建設を進め、生活環境を改善し、住民福祉を向上させることを目的とするものである。その内容は地域によるが主として、地域社会に住む老人の巡回サービス、団地内の福祉サービス体制の確立、コミュニティ組織の運営と全住民の意見交流、特に児童、老人、障害者に対する地域内の相互援助活動などが中心である。

1987年6月までに、地域社会開発運動を通じて、4,324か所の地域社会が開発され、

4,509か所のコミュニティセンターが設立された。上述の地域社会に住む世帯数は239万世帯、全世帯数の52.5%に当り、住民数は1,106万人、約全人口の56.6%を占めている。また1969年、「台湾省地域社会開発10年計画」が実施されてからの17年間、地域社会開発のために投入した経費は、合計192億元である。そのうち、政府の補助金は134億元で、その他の58億元は民間や住民自らの負担である。

(6) 栄民福祉

現在、台湾地区における退役軍人（栄民）の数は57万人であるが世帯員を合わせると全人口の約十分の一を占める。1954年、政府はこれらの栄民世帯の生活保障と福祉サービスのため、行政院のもとに国軍退除役官兵補導委員会（以下補導会と称す）を設立し、栄民についての就業、就学、医療、就養に関する施策を順次進めてきた。また「若年者の雇用」、「有学歴者の登用」、「有病者の療養」、「老後保障」、「幼児保育」、そして「黙寡孤独廢疾病者への援助」という方針を立て、その方針に沿って30年間これらを実施してきたようである。

就業については、補導会自ら農業、林業、漁業、工業、工程、労務等の生産事業を開発して栄民を配置し、栄民の能力伸長に応じて、政府機関、学校、公共企業体へ就業紹介する。この結果仕事に就いた者が168,923人にのぼった。また技能訓練後に職業指導をうけたり、あるいは間接的にせよ安定した職業についた人は65,290人にのぼる。

医療の領域では、台北、台中、高雄に栄

民総病院を各1か所、その他各地に栄民病院を11か所おき、さらに省市立病院、郷鎮の保健所および10か所の軍病院と特約を結んでいる。各地に住む栄民とその家族は、上述の医療機構を利用し、医療費については、栄民本人を無料とし、家族の場合は、配偶者5割、父母と子7割の負担をすることになっている。この30年間における、外来利用件数は1,818万件、入院は38万人、退院件数は31万件、治癒率は約80%である。

就学については、援助を受けた大学卒業生数4,360人、出国した留学生は508人、公務員へ転任した者62,213人である。

就養については、原則として社会扶助でふれた通りである。補導会は13か所の自営栄民ホールをもち、61歳以上の栄民108,945人がこれを利用しており、毎月政府の定めたところにより、生活扶助金を受け生活を送っている。

以上のほか、世帯の副業生産補助と貸付、急難扶助、低収入世帯員（子）の奨学金、司法保護などのサービスがある。

4. 職業安全

職業訓練と就業補導は完全雇用政策の両翼であり、また建設的な福祉サービスと認められている。

1983年職業訓練法が制定され、雇用対策の目標は強い就労需要に応じた雇用機会確保のため、産業活動の基盤となる労働力の活用、多数の技能労働者育成のための職業訓練の充実等に重点をおいてきた。今日の台湾経済発展と建設の成果は雇用確保を求

める努力を続けてきたことに、大きな関係があると思う。

1972年職業訓練金条例が施行された後、各企業は訓練金を十分に活用し、自らの被用者をそれぞれの方法で訓練した。また職業訓練局が設立された後は、自ら在职訓練や再教育を行うことが困難な中小企業に対して共同組合との協力、訓練に要する経費の補助、又は教育機関との提携による必要な技能労働者の育成を目指す職業訓練の充実等を重点施策としてきた。

公共職業訓練機構は、労工委員会職業訓練局直営の職業訓練センターが4か所、台湾省政府によるもの2か所、行政院青年補導委員会、栄民補導会、農業委員会、台北市政府と高雄市政府によるものが各1か所、民間では、社団法人（大陸災胞救済総会）と財団法人（東区職業訓練センター）の形による職業訓練所が2か所、合計13か所ある。1981年から1986年の6年間に、各種の訓練を受けた人員数は86,940人（平均毎年約14,490人）、そのうち、養成訓練44,309人、研修訓練42,631人。その他、技術検定をパスした人員数は158,023人である。

就業補導（職業指導と紹介）とは、就労能力と意志を有する労働者に適した職業をあっせんするため、及び企業に必要な労働力を充足するため、各地方自治体が主な都市に「国民就業補導センター」を設立、運営している事業である。労工委員会の職業訓練局は全国的な総合企画と施策を定める。青年補導会は大学卒業生と留学生の就労指導と紹介の責任を負う。栄民補導会は栄民とその家族に対する指導を行っている。19

81年～1986年の6年間に、求人数（A）2,074,512人、求職数（B）1,460,740人、求人倍率（A/B）1.42、補導の成果である就業人数（C）700,782人、就業率（C/B）47.97%、求人利用率（C/A）33.78%となり、1986年の失業率は僅か2.66%である。

IV 転機にたつ社会保障制度の展望

1. 制度の一層の拡充

(1) 経済建設の着実な発展

台湾の経済成長率は1986年に11.6%、本年10.6%（予測）1人当たりGNPは4,952ドルであり、国民貯蓄率もやや上がり40%と、強い経済力を示している。経済の継続的で着実な発展と国民所得の累増は、高福祉を求める基盤となる。すなわち、経済成長はゆたかな社会を造り、ゆたかな社会は社会保障を必要とすると考えられるからである。高福祉は当然高負担を伴うが、国民所得の低い社会では、高福祉を求めることはできない。現在、台湾の国民所得は5年前の2倍前後の上昇を示し、外貨準備高も700億ドルに近いという情勢から判断すると、同国が社会保障制度を一層拡大する実力を持ち、国民も近い将来福祉水準の高まることを期待していると思われる。

(2) 労働者意識の覚醒と高揚

一国の社会保障制度の発展は、つねに労働運動との密接な関連の中にあるといえよう。台湾の労働者は、先に述べたように高

度経済成長の下で、生活環境・水準の大きな改善を享受してきたが、伝統的理念に基づき、勤勉に働き、効率の高い生産成果を生み出し、労使協調と生産報国との産業倫理の道を十分に体現してきたのである。しかし、前節で述べた制度の組立てと施行の現状については、労働者福祉のレベルがまだ十分でないことが確かめられている。なお本年政府の開放政策と改革運動の流れに沿い、自由化、民主化および国際化の要求とあわせ、労働運動も強化され、労働組合も以前より結束が固まり、労働基準の保障と福祉権利の意識はだんだん高まってきている。

(3) 国民生活の主なるニーズ

台湾は政治の安定と経済の躍進の下で、成長と分配の平等な社会として、国民がより住みよく、安定したゆたかな生活を送れるよう努力しているが、世論調査によると国民の医療保健や老後の生活保障は、一般大衆の大きなニーズであると認められ、各政党の選挙運動のスローガンとして、社会保険（特に医療保険）の拡充と社会福祉（特に老人福祉）の強化が、社会安寧、環境保護と並んで、最も重要な政見になっているのである²²⁾。

(4) 政府の重点施策としての全民健保

社会保障制度の中核は社会保険であり、社会保険の中で先頭に立つのは健康保険である。ちなみに、健康保険の拡充をほかの保険制度より早期に実施するのは、台湾でも例外ではない。政府としては国民のニー

ズに応じ、1987年の春行政院長が立法院会で、“西暦2000年に全民健康保険を実施する”と宣告した。この宣告に対する承諾は、いま社会保障制度に関するすべての拡充の最も重要な転機であると認められている。

2. 今後の課題

以上述べた客観的な転機のもとで、社会保障制度の今後の改革を進めるに当たって、検討と並んで考慮や努力すべき基本的課題とされなければならないのは、次のような点である。

(1) 経済成長はあくまでも手段であり、目的ではない。一国の経済発展の成果を、どんな方法で、いかなる程度、どこへ配分するかは、各国の状況によって異なるが、国民全体の共同利益として享受するのが最上である。そして社会保障と福祉サービスが、経済成長の成果のどのくらいの割合を占めるかは、一層関心の深い問題である。この課題に対する解答は容易でないが、近会福祉の合計額)のGNPに対する比率が約5%程度で、低迷している状況では、到底国民の要望に沿わない。しかし、今後制度の整備と拡充を図るならば、この比率は給付財源の増大と共に上昇せざるを得ない。

(2) 第二に、社会保障の適用人口比率の低いことである。特に社会保険の対象になる労働者、公務員、軍人、私立学校教職員と一部の農民のほかには、まだ3分の2の人口が強制保険対象外である事実は、社会保険が37年の歴史を有する国家として理解できない。また本人だけを保障し、家族を

保障しないという方式が長い間続いてきたのも、一層不合理なことではないかと思う。現に、社会保険関係者は、専門家達と共に以上の問題を検討している。今後の計画は、21世紀にいたる前の13年間に、残された人口をおおよそ次の4段階に分けて、徐々に健康保険でカバーすることである。①4人以下の雇用労働者を使用する者に雇用される労働者。②被保険者の家族(配偶者、父母と子に限る)。③退職被保険者。④以上でない国民。

(3) 家族の保障は原則的に被保険者本人と同一制度でカバーするが²³⁾、退職者保険では問題がある。現在の日本、米国、西ドイツなどの主たる制度には、各々欠点があるからである。したがって米国の改良方式として、在職者と同一制度で医療給付を受け、老年時の保険料は前払い方式にすることも考えられている。また、保険対象外の老人は、なおさら法定年齢を70歳から65歳へ引下げ、老人福祉施設の整備と拡充を図り、その心身健康については、主に地域医療と保健計画から守るシステムを採用することを検討しなければならないのである。

(4) 経済発展が持続する前提としては、職業安全体制を健全にすることが重要である。現在、職業安全体制の一環である失業保険は、影さえ見えないのであるが、政策決定者の最も基本的な考え方は、社会保障制度を拡大することによって、資本家の投資意欲と国民の労働意欲や貯蓄意欲などが低下しないようにすることである。故に、失業保険を開発するには、必ずその受給要件を厳しく規制すると同時に、職業訓練と

就業補導の両方ともその施設を強化しなければならぬ。

(5) 現在のところ、社会保障制度に関する独立の行政管理機関(部)がない(III. 体制と現状を参照)。このため、業務管理が分散し、行政規定が統一できず、経費と労力のむだが出る。特に制度に関する総合企画や各分野の課題に関する統合対策などについては、まさに効率が上がらず残念である。もし、皆保険を実現するとしたら、現在の四分五裂的管理体制を改め、社会保障の全般を監督する保険福祉部(日本の厚生省に相当する)を置くべきである。

V おわりに

ゆたかである社会は、必ずしもすこやかな社会ではない。物質建設の効果はあげているが、精神建設の方が貧しいところもある。これは「富裕中の貧困」といえよう。自由中国は最近10年以來、高度成長のおかげで、経済発展の典型と誉められてきたが、もし社会発展が平行的に進まなければ、単に高水準の物質文明だけでは、現代国家とは名乗れないであろう。これを共通認識として、今後は国家の資源が「非経済部門」へ今より多く分配される施策を行うことが大切である。

現段階では、社会保険を社会保障制度の中核として、全国民の安全保障と福祉の増進を図っているのであるが、社会保険の本質を忘れずに、個人責任と社会責任との共同運営であることを原則として、受給者の一部負担制度を医療給付に導入し、さらに、

保険財源に対する政府の負担は、ある範囲に限定することが、合理化と健全化を実現することとなる。

以上の信念を持って、今まで歩んできた道を一層の努力の下に進めば、やがて、その均富と福祉の社会の希望は実現されるであろう。

注

- 1) 自由中国(Free China)とは、中華民国(ROC)の別称であり、中国大陆における中華人民共和国(PRC)と区別するときを使う。
- 2) アジアの新興工業国(NICS)というのは、自由中国の台湾の外に、大韓民国、シンガポールと香港である。今ではアジアの「4つの小龍」とよばれている。
- 3) 大陸時代の農業政策失敗の経験に鑑みて、国民政府は土地改革を台湾再建の基礎とし、1949年から1954年までの6年間を3段階に分けて、「三七五減租」、「公地放領」と「耕者有其田」の施策を完成し、受益者としての農業世代は約60%の数を占めている。
- 4) 十大建設とは、フリーウェイ、北廻り鉄道、鉄道の電氣化、蔣介石国際空港、台中港、蘇澳港(以上は交通運輸の改良施設)、高雄造船所、石油化学コンビナート、総合鋼鉄所と原子力発電所(以上は重工業と産業電力源の開発施設)である。又、十二大建設とは、十大建設を更に拡大するものの他に、あらたに各縣市に文化センターと僻地に住む低所得者を援助する草根開発である。
- 5) 台湾の貿易額は1986年640億ドルを上回っているが、全世界では第16位であり、輸出は第11位となっている。
- 6) 米国ドルに対する台湾ドルの交換率は、1986年初期の38.77から1987年9月末現在の30.09になり、約29%の値上りを示した。これは外貨準備高の激増に対して大きな影響をあたえていることも、同時に指摘する。
- 7) 世界銀行の調査(ATLAS, 1987)に依拠すると、台湾の国民所得のうち、最高所得者20%と最低所得者20%の差は、1950年代には15倍だったが、1985年には4.3倍にその幅が縮められた。国民の

- 貧富の差もほぼなくなり、「均富共享」（富を分配して共に享受する）という理想は、現実に近いといえる。
- 8) 1945年終戦直後、台湾の全人口は約600万人、そのうち大陸籍人口は僅か3万人であった。しかし、3年後の1949年には全人口は140万人増え、大陸籍人口は42万人となり約14倍に伸びた。しかし全人口に対する比率は5.6%と低率であった。1986年末現在では13.8%を占めている。
 - 9) 1986年の出生率は15.9%、死亡率は4.9%、自然増加率は11%。しかし、毎年平均33万人の増加をみており同年末現在の全人口は1,945万人約40年前（1946年）の609万人の3倍に当たる。
 - 10) 行政院主計処、台湾地区青少年及老人現況調査報告、（1986年6月）を参照。
 - 11) 労働者保険の老年給付は、統計によると1975年には4.60%、1980年は5.81%、1985年は6.38%であるが、公務員保険の同率は逆に10.31%、14.48%、16.10%と高い。もちろん、後者は、37年の歴史を持っているが、それでも成熟の段階にあり、保険財政に対する影響は今のところ出ていない。
 - 12) 1953年から1982年の期間は、MIT教授ソロー（R.M. Sollow）の生産関数幾何指数法を利用して台湾経済成長の要因を求めた結果、労働、資本と技術の寄与率は、各々18%、31%と51%となった。干宗先主編、経済学百科全書、聯経出版事業公司出版（1986年3月）を参照。
 - 13) 現在は公務員とその退職者、私立学校退職教職員などの配偶者しか健康保険の保障対象になっていない。
 - 14) 自由中国は、Euro-Money（雑誌）の世界118カ国の経済成長率ランキングで、1985年の第6位から、1986年の第3位へと上昇している。
 - 15) 第1級5,100元から第6級6,600元は、16歳未満の労働者（童工）のみの適用で、成年労働者は第7級6,900元（基本賃金の規定金額）から適用する。つまり、成年労働者適用の最高と最低標準報酬の倍率は2.3倍であり、日本の健康保険の同率10.4倍よりも低い。
 - 16) 統計によると、現時の製造業の平均賃金は14,500元であり、労働者保険の被保険者全体の平均標準報酬はわずか8,400元であり、約42%低い。
 - 17) 労働者保険条例（法律）によると、失業給付の施行は政令で定めると規定されているが、今迄は

実施しておらず、失業者に対する保障はまだ不完全である。

- 18) 老齢給付の金額算定については、被保険者の事故発生前の3年間の平均標準報酬を基礎とするだけで、その他の現金給付は事故発生前の6か月の平均標準報酬を金額算定基礎とする。
- 19) 同年の労工保険基金の運用利益は15億9,876万元であり、それを収入項目からはずせば、実際の財政決算の結果は赤字3億1,953万元である。なお、今後の財政状況は、医療費の逐年増加のために、だんだん逼迫してくると思われる。
- 20) しかし医療機関にかかる時に、手続料を自己負担の方式で、外来や入院1回ごとに、5元（診療所と保健所）、10元（機関付属診療所）、又は20元（病院と総合診療中心）を払う。
- 21) 労働者保険と異なる所は、注20の手続料は保険者側の収入となり、法定伝染病、精神病と癲病等は法定給付の範囲であり、入院食事代30日内の半額と、30日を超える部分の全額は患者負担となっている。
- 22) 1986年11月9日、10日中国時報二版の「選挙研究小組專題報導」、及び同月25日綜合報三版の「新聞供給センター電話調査報導」を参照。
- 23) 本人と家族を別々の制度で保障する国はないが、目下中華民国の公務員保険では、このような特別体制を取っている。

参考文献

- ・ 中華民国年鑑、1986年。
- ・ 台湾地区労工保険局、労工保険法規彙集と労工保険統計、1987版。
- ・ 中央信託局公務人員保険処、公務人員保険法規彙編と公務人員保険統計、1987年版。
- ・ 中国社会保険学会、社会保険年刊（各號）
- ・ 中国社会福利事業協進会、社会福利服務動態簡報（各号）。
- ・ 行政院經濟建設委員会人力規則處、社会福利指標、1986年。
- ・ 行政院經濟建設委員会、我国社会福利制度整体規則之研究、1986年。
- ・ 行政院主計處、中華民國台湾地區國民經濟動向統計季報、1987年8月。
- ・ 行政院主計處、台湾地區青少年及老人現況調查報告、1986年。
- ・ 内政部職業訓練局、中華民國台湾地區職業訓、

論文

- 練技能検定與就業服務統計, 1986年。
- J. Wisemann n D. Marsland, 行政院經濟建設委員會綜合計輕画処訳, 中華民國社会福利方案之檢討及建議, 1986年。
 - Department of Social Affairs, Ministry of Interior, The Characteristics of Social Welfare in the Republic of China, 1985.
 - Government Information Office, Social Welfare of the Republic of China, Thought,

System and Implementation, 1985.

- Government Information Office, Republic of China in Figures, 1987.

〔付記〕

本稿の編集作業には、日本大学教授 石本忠義氏のご協力をいただきました。記して感謝申し上げます。

香 港 の 社 会 保 障 制 度

Leung Po Lam (香港労働組合教育センター)
梁 宝 霖

(訳：下平好博 社会保障研究所研究員)

I. はじめに

1987年7月1日、いよいよこの日から香港は中国への返還にむけて10年間の移行期に入った。そしてそれ以降は、1984年12月に締結された中英共同声明に従って、「一国家二制度」という形で香港は中国に返還されることになる。つまり、香港は中華人民共和国の特別行政区として独自の憲法（基本法）を制定することが許されることになる。この憲法の起草者ならびに地方の諮問委員会のメンバーは現在その草案づくりに忙しく、この中には社会保障に関する条文も盛り込まれる予定である。ところで、香港政庁は折に触れて、この10年間の移行期といえども「再選を果たしえなかった議員」(lame duck)のような行動をとるつもりはないとの態度を明らかにしてきた。だが、こうした香港政庁の声明がどれほど妥当であるかどうかは、われわれとしてもたえず注視していかなければならない。本論文は香港の社会保障制度の歴史的発展過程を跡づけ、併せて現行制度を紹介し、さらにその将来を展望しようとするものである。

II. 香港の社会保障制度の歴史的発展

植民地時代の当初から1960年代に至るまで、香港の社会福祉ならびに救済事業は大方ひとにぎりの教会関係者や地元の中国人篤志家の手で行われてきた。香港政庁が労働者保護立法に積極的に注意を向けはじめたのは1925～26年のゼネラル・ストライキの後になってからのことである。1938年に香港の労働条件一般を調査するために1人の労働監督官が任命された。そして、彼はその報告の中で諸事諸々の提案とともに労働者災害補償制度の導入を提案した。だが、残念ながら第二次大戦が近づいていたために、彼の提案は棚上げにされてしまった。したがって、労働者は困難な状況にあっても依然自助に頼るか親戚に頼るか、あるいは同族組織に頼るか労働組合に頼るしかなかった。

第二次大戦後もしばらくの間は社会福祉の分野でも労働立法の分野でもみるべき発展はなかった。香港政庁は1951年の年次報告書の中で「幸いなことに香港は、これらの分野で率先して実践的かつ建設的な活動を行う多数の組織にたえず恵まれてきた」

と自認している (HK Annual Report 1951)。そしてこの時期、香港政庁の手でいくつかの福祉センターが建設され、ソーシャルケースワーカー達の綿密な調査を受けた要援護者に対して無料で食糧を配給する直接的救済が行われている。また1960年に政庁が出した国内計画の中では、貧困層や障害者に臨時の住宅を提供するために新しい救援キャンプを設けることが提案され、それは無料の食糧配給所としても利用される計画であった。だが、「香港における社会福祉の目標と政策」と題した1965年の白書では、家族制度を通じてリスクを処理する中国人の伝統を堅持していくべきだ、とする考えが示されている。さらに、社会保障プログラムに新しい制度を導入する場合、それが香港経済に及ぼす隠れた影響を慎重に考慮しなければならないとされている。しかしながら、1965年に社会福祉問題全般を調査するためにイギリス本土より1人の専門家が香港に招請され、彼女はまず疾病、死亡といった短期のリスクを処理するために社会保険制度を導入することを提案し、さらにその制度を今後高齢というリスクにも拡大することを提案した。そこでこれを受けて政庁は、拋出制の制度を導入することが果たして可能かどうかの検討を開始している。1966年に各省庁の高官からなる共同作業部会が組織され、社会保障を様々な角度から検討する作業がはじまっている。

本作業部会が出した報告はきわめて進歩的なものであった。例えば、その中には次のような一節がある。「これまで著しい進歩があったにもかかわらず、ここで我々が

社会保障として定義する分野においてはなんらみるべき発展がみとめられない。」そしてこれに続けて、「現在法律で認められている唯一の社会保障関連制度は工業労働者を対象にした労働災害補償ならびに疾病手当だけである」と述べている。そこで、本作業部会は原則として社会保険制度のような拋出制制度の導入を強く勧告し、また医療、出産保障、労災補償、雇用保障、公的扶助の改善を求めた。だが、その後幾多の議論が重ねられたにもかかわらず、最終的に香港政庁は社会保険という考えを採らないことを決定した。そして、本報告で示された勧告の一部を実施するに止まった。1969年になると、社会福祉省と香港社会福祉協議会との共同で「香港における社会福祉サービスとニーズの評価に関する報告」という国内計画書が公表されている。ここでは、これまでの現物による公的扶助を現金によるそれに変更するとともに、今後は政庁が現金援助に財政上の全責任をとる一方、民間ボランティア団体が家族ケースワークとその他の社会福祉活動に責任をもつべきだとする考えが示されている。そしてこの勧告を受けるとして、1970年に英国人の顧問としてイギリスの保健・社会保障省から T. S. Heppel が招かれ、公的扶助制度の改善に助言を行うこととなった。彼は「香港の公的扶助の改善と行政に関する報告」を公表し、その中で現金公的扶助制度の設立を勧告した。その結果、1971年4月から現金公的扶助制度が導入され、その運営はすべて社会福祉省に委ねられることとなった。もちろん、同制度はミーンズ・テ

ストつきの制度であり、それを申請するためには厳格なルールを満たさなければならず、また給付を受ける前に厳重な審査が行われている。

1973年に政庁は「香港における社会福祉—前進への道」と題する白書を公表した。ここでも社会保険制度の提案は依然として棚上げされたままであった。だが、それに代わる3つの社会保障政策として、本報告は(a)公的扶助、(b)社会的弱者を対象としたミーンズ・テストのない無拋出制の一律手当、(c)緊急災害補償に焦点を当てている。なお、社会保険制度を導入しない理由として政庁が挙げたのは、(a)そうした制度が香港の人々に広く受け入れられていないこと、(b)使用者だけに責任を課すことは社会の一方の人々だけに負担を課すことにつながり、また(c)それは複雑な行政機構を必要とする、というものであった。この報告に従って、1973年に(a)障害・虚弱老人手当制度ならびに(b)犯罪犠牲者援護制度というミーンズ・テストを課さない2つの制度がそれぞれ導入されている。

一方、1974～75年の経済不況によって香港でも失業者が10%以上に達した。多くの労働団体や福祉グループは失業給付を要求し、公的扶助制度の適用範囲の拡大と給付の増額を求めた。しかし、政庁の態度は依然として堅いものであった。だが、世論の圧力が急速に高まったため、1977年になると政庁は15～55歳の者で労働省の職業紹介所に登録している失業者を対象に公的扶助を支給することを決定している。

また、1974年に立法評議会のChung

(鍾士元)議員は香港においてもシンガポールと同様の中央積立金(CPF)制度を導入すべきだとする提案を行った。だが、これに対しても使用者からの強い反対にあって政庁はその要求を受け入れることはできなかった。

もうひとつの転換点は先のHeppel氏が香港の現行の社会保障制度を再調査するために再び香港を訪れた1977年にはじまっている。彼の調査を契機に、1977年11月に「社会保障制度発展のためのプログラム」と題するグリーン・ペーパーが公表された。本グリーン・ペーパーは社会保障政策を「自活能力に欠ける最も恵まれない人々を救済する」手段として位置づけている点で政庁のこれまでの立場を擁護するものであったが、その現状分析の中で現行制度のいくつかの限界を指摘し、特に疾病、失業、退職といった無防備な社会的リスクが存在することを指摘している。にもかかわらず、本報告の目的は現在の政策の基礎を根本的に改めるものではなく、むしろ公的扶助を合理化し、またそれを再定義し、さらにミーンズ・テストなしの給付を老人一般や就労不能者にまで拡大することで、それをより効率化することに目的があった。ただ唯一新しい提案として、任意制の疾病・傷病・死亡給付を拋出制制度で行うことがそこには盛り込まれていた。つまり、労使から2%の保険料を徴収し、退職、長期の療養、業務外の災害に際して労働者に一定限度の給付を提供するというものであった。また同報告は新制度を導入するためのタイムテーブルを用意していた点でこれまでの報告と

比べ一歩進んだものであった。

このグリーン・ペーパーはそれが諮問に移される過程で労働団体や福祉グループからこれまでにない強い反響を呼ぶこととなった。かれらはいずれも強制保険制度の設立に賛成であったが、保険料率をさらに5%にまで引き上げることを要求した。また、かれらはその給付額が限られていることにも批判的であった。そして、こうした論争は立法評議会にまで持ち込まれることとなった。

しかし不幸なことに、この提案は1967年の社会保障報告におけるそれと同じ運命をたどらざるをえなかった。1979年に政庁は社会福祉に関する別の白書を公表し、そこではもっぱら扶助制度だけが取り上げられ、拋出制制度の導入の可能性は全く無視されている。そして結果的には、交通事故犠牲者援助制度というミーンズ・テストのない新しい制度が導入されたただけであった。

1981年に香港総督は「グリーン・ペーパーにおける提案は実行不可能である。」という態度を最終的に明らかにした。そしてこれに代えて、労働諮問委員会ならびに労使双方との同意の上で、現行の雇用条令を次のように改正することを勧告した。すなわち、(a)有給疾病休暇を最高120日まで延長する。そして(b)労災で死亡した場合、その被扶養者に対して3,000香港ドルの死亡一時金を支給するというものである。前者の提案は熱い論争の末に1984年に実現したが、後者の提案は今なお実現されていない。

一方、労働立法についてみると、1966年の九竜暴動と67年の対立以降、政庁は貧富

の格差がもたらす帰結に気づいたといえる。労働委員会は1967年以降数年のうちに、33項目の労働立法を制定した。そして1968年には時代遅れとなっていた使用者・使用人条令を廃止し、それを雇用条令に置き換えている。またこの雇用条令は暫時拡大され、次のような項目を含むようになっている。

(a)出産休暇(1970年)、有給出産休暇(1981年)

(b)疾病手当(1973年)

(c)余剰人員整理手当(1974年)

(d)期末手当(1985年)

(e)長期勤続手当(1986年)

また労働立法の中でもうひとつ見逃せないものは1953年に労働者災害補償条令の名で制定された従業員災害補償条令である。当初はその適用範囲はきわめて限られ、ある特定のグループだけをカバーするにすぎなかった。しかし、1968年以降見直しがはじまり、1969年に改正されている。さらに1978年には同条令を抜本的に見直すための作業部会が設立されている。だが、それは現行制度を社会保険で置き換えようとするものではけっしてなかった。この従業員災害補償条令は、その後数次にわたる改正を行い、補償額も引き上げられている。そして現在は使用者負担による強制保険制度となっている。また1978年には建設産業と採石産業からの保険料を原資にして珪肺補償基金が設立されている。

さらに、労働者の賃金を保障するために、賃金不払補償基金も設立され、1985年からスタートしている。この基金は事業登録許可を受ける際にその都度徴収される100香

港ドルの税金によって賄われている。

前香港総督は従業員福祉に対する政庁の政策をかつて次のように述べている。「われわれは雇用条件ならびに職場における労働安全衛生に関する立法の基準を少なくとも経済発展水準や社会文化水準がわれわれと同程度にある近隣諸国の中で最も進んでいると考えられる国の基準に合わせるべきである。すなわち、これらの国々とは原則として日本を除くアジアの競争国を意味している。」(1976年)。これは実際1939年に出されたButters報告の中から引用した次の一節と比べても、ほとんど目新しいものではない。すなわち、「西欧社会をモデルにした社会改革はわれわれの近隣諸国ですでに導入されているものと比べて当然と考えられるものについてだけ香港でも導入されるべきである」という一節である。政庁は1987年度の年次報告の中でここ10年間に136項目もの労働立法が制定されたことを誇らしげに語っている。だが、1980年に入ると、政庁は香港問題に関する中英交渉に目を奪われることとなった。その結果、労働立法や社会扶助制度の改善は急速にペース・ダウンし、特に政庁がゼロ経済成長政策を推進するに至ってこの傾向は強まっている。労働団体や福祉グループは政庁が拠出制制度を設立しない考えを正式に明らかにしたことに對して失望し、その結果かれら自ら「中央積立金制度(CPF)や傷害保険制度」の設立を要求するに至っている。

この点に関し、各地で集会や誓願デモが組織されるとともに、立法評議会などの政治機構の中でも内部的対立が深まりつつあ

る。政庁の当初の態度はこれまで使い古した申し開きをして、これらの要求を拒否するだけであった。だが、運動が急速に強まるにつれて、文部大臣は労使双方の間で健全なCPF制度を運営して行くに必要な保険料水準について十分な合意がないとしながらも、この提案をさらに進めることにやぶさかではないとの態度を明らかにしている。そして政庁も遂に、CPFを設立した場合の影響を再検討するために内部で作業グループを組織する決定を下した。同作業グループは6項目にわたるCPF設立賛成理由と11項目にわたるその反対理由を併記した報告を発表している。だが、政庁はその経済的影響の大きさを考えてCPFを実施することには依然態度を渋っている。そこで現在、社会保障制度の線でそれを検討するグループと民間プロビデント・ファンドの線でそれを検討するグループの別々の作業部会が設けられている。前者の部会では特に公的扶助制度と老齢手当制度を念頭に置きながら現行の社会保障制度の在り方を見直すとともに、高齢者の経済的ニーズを今後いかに充足するかが検討されている。また後者の部会では、現行の労働立法を改善するとともに、任意制の民間プロビデント・ファンドを奨励する道が検討されている。本年5月13日、ひとつの討論集会が催された。予想したとおり、労働団体、福祉団体、リベラルな評議員はこぞってCPFに賛成し、一方経営側と彼らの支持者はこれに強く反対する態度を示した。そしてその席上、政庁側は拠出制制度に代わる制度として現在すでにある民間プロビデント・

ファンドをさらに奨励する選択の道を示し、現行の扶助制度を推し進めるとともに、関連する労働立法を改善していくべきだと述べている（訳注）。

訳注：1987年10月14日の日付で編集幹事宛に届いた著者からの手紙によれば、香港総督は10月8日公式にCPF制度の導入を見送る決定を下した。

III. 現行の社会保障制度

現行の社会保障制度は次の2つに分類できる。(a)ひとつは、政庁が一般財源を投じて運営している各種の扶助制度であり、(b)もうひとつは労働者保護立法のもとで支給される使用者負担による各種の給付である。以下その詳細について述べたい。

(A) 扶助制度

(1) 特別ニーズ手当

障害者手当と老齢手当からなるこの福祉手当はミーンズ・テストを課すことなく、重度障害者と70歳以上の老人を対象に無拠出制の手当を支給するものである。保健・医療サービス長官から認定を受けた重度障害者は年齢に関係なく障害者手当を受ける資格がある。ただその場合、(a)香港に最低1年以上継続して生活しているか、あるいは出生時から継続して生活していること、(b)また今後も香港で生活していくことが支給の条件となる。さらに(c)老齢手当を受けながら、障害者手当を受けることはできな

い。一方、(a)香港にこれまで5年以上生活し、(b)今後も香港で生活していく予定の70歳以上の老人は誰であれ老齢手当を受けることができる。ただし、(c)障害者手当を受けながら、これを受けることはできない。これらの手当はいずれも受給者の財政的ニーズに関わりなく毎月一律給付として支払われる。そしてその支給期間に上限はない。現在の給付額は、障害者手当が月額510香港ドル、老齢手当が月額255香港ドルである。なお、これらの手当はそれぞれ次に述べる公的扶助と併せて受けることができる。

(2) 公的扶助

公的扶助は食事や衣服などの基本的ニーズを満たす水準にまで単身者や家族の所得を引き上げることが目的としている。またこれとは別に住宅費をカバーする住宅手当がある。加えて例えば、医学上必要と認められた食事費などのような特別の経費についても行政の自由裁量でそれが支給される。

公的扶助を受けるためには通常次の条件を満たす必要がある。

(a)申請者の所得および貯蓄額が制度の定める収入水準に満たないこと。

(b)直ぐに現金化できる資産の総額が単身者の場合6,450香港ドル未満であること、また家族については一人当たりにつき4,300香港ドル未満であること。

(c)医学上の理由で仕事に就けない者を除いて、香港居住年数が1年以上であること。

(d)また、就労能力をもつ15～59歳の失業

者がこれを受ける場合には、(i)積極的に求職活動を行っていること、(ii)申請時点の1カ月後に労働省に失業登録を行うこと、(iii)そして香港に少なくとも2年以上生活していることが必要である。

(e)さらに15~17歳の若者は、みなし子かあるいは親戚が全くいない場合を除いて、家族の一員としてしか公的扶助を申請することはできない。

公的扶助の給付額は所得額、貯蓄額、その他の資産、家賃額、世帯規模、必要な特別の経費を勘案して決定される。最高月額以下に示すとおりである。

- ・ 単身者 月額520 香港ドル
- ・ 家族

最初の受給資格者 月額370 香港ドル

二番目の受給資格者 月額370 香港ドル

三番目の受給資格者 月額370 香港ドル

四番目の受給資格者 月額315 香港ドル

五番目の受給資格者 月額315 香港ドル

六番目の受給資格者 月額315 香港ドル

七番目の受給資格者 月額245 香港ドル

以後1人増えるにつき月額245 香港ドル

これに加え、さらに3種類の加算給付もある。すなわち、(a)60歳以上の老人1人につき月額255 香港ドルを支給する老齢加算、(b)月額255 香港ドルの障害加算、(c)さらに単身者に年間645 香港ドル、家族に年間1,290 香港ドルを支給する長期加算である。

また、社会福祉長官は公的扶助の給付額を自由に裁量する権限をもっている。公的扶助の基本給付で賄いきれない特別の「必要経費」がある場合、その自由裁量で一時金が支払われたり、定期的に支払われる公

的扶助の増額が行われることがある。

(3)犯罪犠牲者援護制度

この制度は犯罪や犯罪者の検挙に際して負傷したり、障害を負ったり、死亡した場合にその被害者ならびにその遺族(死亡の場合)に対して、ミーンズ・テストを課すことなく、現金援助を行うものである。補償をもとめる申請者は犯罪傷害補償委員会ならびに公務執行傷害補償委員会のもとで審査を受けることとなっている。

(4)交通事故犠牲者援護制度

この制度は過失・無過失にかかわらず交通事故被害者ならびに死亡の場合はその遺族を対象に、ミーンズ・テストを課すことなく、迅速な現金援助を行うことを目的としている。ただし、それは交通事故犠牲者(援助基金)条例で規定された交通事故被害者にだけ適用される。補償は個人の傷害ならびに死亡についてだけ行われ、対物責任はこれに含まれていない。これを受けるためには、事故のあったことを警察に報告し、事故の日時の6ヵ月以内に申請することが必要である。死亡に至らない事故の場合には、少なくとも3日間入院するか、あるいは病気休暇を取っていることが条件となる。またこの制度の適用を受けたからといって、通常他から補償される損害賠償請求の権利を失うわけでない。しかしながら、同一の事故でこの制度から給付を受け、かつ他からも損害賠償を受ける者は、この

論文

給付か損害賠償のうちいずれか低い方について払い戻しを請求される。

(5)緊急災害援助制度

この制度は自然災害やその他の災害による被害者を対象に、暖かい食事や乾パン、毛布、マット、食器、便器などを支給するものである。またこれらの災害によって負傷したり、障害者となったり、死亡した場合には本人およびその遺族に対して緊急災害援助基金より補助金が支給される。九龍にある社会福祉省の調理場にはこれらの暖かい食事を作る施設が用意され、そこでは救援物資の配給も行われている。1日8万食を用意することができ、また1万人分の救援用具ならびに2万人分の毛布が用意されている。

(B) 従業員災害補償条例

この条例は賃金額の大きさに関係なくあらゆる被用者に適用されるものである。

(a)死亡給付

裁判所の裁定が下された場合、次の一時金が支給される。

40歳未満 84カ月の賃金かあるいは299,000
0 香港ドルのいずれか低い方

40～55歳 60カ月の賃金かあるいは299,000
0 香港ドルのいずれか低い方

56歳以上 36カ月の賃金かあるいは299,000
0 香港ドルのいずれか低い方

死亡給付の最低保障額は100,000 香港ドルである。

(b)永久完全障害給付

次の一時金が支給される。

40歳未満 96カ月の賃金かあるいは341,000
0 香港ドルのいずれか低い方

40～55歳 72カ月の賃金かあるいは341,000
0 香港ドルのいずれか低い方

56歳以上 48カ月の賃金かあるいは341,000
0 香港ドルのいずれか低い方

永久完全障害給付の最低保障額は114,000 香港ドルである。

(c)一時的障害給付

被災時の稼得収入と被災後の稼得収入との差額の3分の2が保障される。3日の待機期間の後、最高2年間にわたって支給される。

(d)永久部分障害給付

被災による障害によって生じた稼得収入の減少に応じて一時金が支給される。

(e)常時介護給付

被災した被用者が常時介護を必要とする場合に、最高137,000 香港ドルの介護給付が支払われる。

(f)埋葬給付

被災によって死亡し、かつ死亡した被用者に被扶養者がいない場合には、総額3,000 香港ドルを超えない範囲で埋葬費用と医療看護費が支給される。

(g)義歯・義足の更新・修理費用ならびにその後の手術費用

義歯・義足の更新・修理費用ならびにその後の手術費用については、被災後10年間にわたって補償される。ただし、その最高額は37,000 香港ドルとする。

(a)医療給付

被災した被用者が少なくとも3日以上働けなくなった場合、治療に要した実際の医療費が被災者本人に支給される。この場合、通院で1日15香港ドル、入院で1日30香港ドルがその上限とされる。また政府系の診療所に通院する場合1日15香港ドルで、政府系の病院に入院する場合1日30香港ドルで治療を受けることができる。

(C) 雇用条令

一方、雇用条令はあらゆる肉体労働者ならびに月収11,500香港ドル未満の非肉体労働者を対象としている。

(a) 解雇

従業員は次の場合解雇手当を受けることはできない。

(i) 故意に法規や正当な秩序に背いたり、本来果たすべき義務を誠実に履行することを怠ったり、詐欺や不正で有罪とされたり、職務を頻繁に怠ったり、その他コモンローで定められた事前通告なしに使用者が一方的に雇用契約を破棄することが正当と考えられる理由によって従業員が解雇された場合。

(ii) 使用者が従業員に下した通告期間の終了以前にその従業員が職務を離れ、かつその間の賃金を使用者に払い戻さない場合。

従業員は解雇に当たって最低7日間の事前通告あるいは雇用契約にしたがってそれに代わる賃金補償を受ける資格がある。不当解雇の場合にはさらに、長期勤続手当、その他法律で定めた手当を申請することができる。

(b) 余剰人員整理手当

同一の使用者のもとで少なくとも24カ月以上継続して働いた従業員が余剰人員の発生やレイオフを理由に解雇された場合には、雇用条令にしたがって使用者はその従業員に余剰人員整理手当を支払わなければならない。ここでいう余剰人員解雇とは、(i) 使用者が事業を閉鎖するかあるいはその計画をもっている場合、(ii) 従業員が従事している仕事に対する需要が減少した場合、(iii) また使用者が事業所を香港島から九龍や新界地区に移したり、あるいはその反対のを行って、事業所の立地場所を対岸に移動させる場合などである。このように、使用者が反証できないかぎり、通常解雇は余剰人員解雇としてみなされる、また、使用者が従業員に対して4週間のうち少なくとも12日以上正規の労働日を提供できない場合には、その従業員はレイオフされたとみなすのが普通である。そして、従業員が余剰人員の発生を理由に解雇されたり、レイオフされた場合には、次のような額の余剰人員整理手当を受ける権利が発生する。すなわち、(i) 月給制で賃金を支払われている場合には、勤続年数1年につき2/3カ月分の賃金が、(ii) また、時間制や出来高制で賃金が支払われている場合には、勤続年数1年につき18日分の賃金がそれぞれ支給される。そして、この余剰人員整理手当は解雇直前の1年分の賃金額をその上限としている。なお、1974年8月23日まで、この余剰人員整理手当額を計算する上で勤続年数の上限はわずか8年とされていた。なお使用者は、従業員本人が支払った保険

論文

料は別にして、余剰人員整理手当の支払い額から解雇する従業員に支給するはずであった退職金やプロビデント・ファンドの額を差し引くことができる。

(c)長期勤続手当

長期勤続手当は、次の場合に支給される。

(i) 従業員が解雇されるか、あるいは期限つき雇用契約のもとで契約の更新を受けることができなかつた場合、

(ii) そして、使用者がその従業員に対して余剰人員整理手当を支払う責任がなく、

(iii) かつ、次のような最低勤続年数を満たしている場合である。

| 年齢 | 最低勤続年数 |
|-------|--------|
| 40歳以下 | 10年 |
| 41歳 | 9年 |
| 42歳 | 8年 |
| 43歳 | 7年 |
| 44歳 | 6年 |
| 45歳以上 | 5年 |

また長期勤続手当額は一般に次のような算定式にしたがって計算される。すなわち、
長期勤続手当 = $2/3 \times$ 最終月の賃金額 \times 勤続年数 \times 所定の比率。ただし、

(i) 月給制でない従業員の場合、直近の30日間にわたる正規の労働日の中から従業員自らが18日間を選び、その18日間分の賃金額を最終月の賃金額の $2/3$ に代えて計算を行う。

(ii) 1年に満たない期間についてはそれを比例配分して計算する。

(iii) 最終月の賃金額に代えて、過去1年間の平均賃金額を選択することができる。

(iv) 所定の比率は退職時40歳を超えてい

た従業員に対しては100%、36~39歳の従業員の場合75%、35歳未満の従業員の場合50%とする。

(V) そして勤続年数を計算する場合、1986年1月1日以前の勤続年数については次の手続きにしたがってそれを計算する。

(a) 1986年に離職した場合、1986年1月1日に先立つ6年間の勤続年数までが計算に入れられる。

(b) 1987年に離職した場合、1986年1月1日に先立つ7年間の勤続年数までが計算に入れられる。

(c) 1989年およびそれ以降に離職した場合には、1986年1月1日に先立つ9年間の勤続年数までが計算に入れられる。

(vi) そしてあらゆるケースにおいて、長期勤続手当は離職時の直近の1年間の賃金総額をこえることはできない。

(d)出産給付

少なくとも26週間以上同じ使用者のもとで継続雇用契約によって働いた女子従業員は産前4週間、産後6週間の無給の出産休暇を取得する権利がある。また同じ使用者のもとで継続して40週間以上働き、かつ現在子供が2人以上いない女子従業員に対しては有給の出産休暇が与えられる。この場合、月給であれば超過勤務手当を除いた賃金の $3/3$ の割合で、また出来高給や時間給であれば休暇に先立つ28日間の超過勤務手当を除いた平均日額賃金の $3/3$ の割合でそれぞれ賃金補償が行われる。

(e)疾病手当

病気に先立つ1カ月の間に同じ使用者のもとで継続して働いた従業員に対しては、

最初の1年目に働いた1カ月間に2日の割合で、また2年目以降は働いた1カ月間に4日の割合でそれぞれ有給疾病休暇を取得する権利が与えられる。そして、それは最高120日まで取得することができる。

疾病手当の日額は正規の賃金の3分の2である。ただし、疾病休暇が4日未満の場合には、疾病手当を取得する権利は生じない。

ところで、有給疾病休暇は次の2つのカテゴリーに分けることができる。すなわち、

(i) ひとつは36日間を上限にこれまで従業員が毎月溜めた有給疾病休暇であり、

(ii) もうひとつは36日間を越えていかなる場合でも84日間を越えることができない第一のカテゴリーとは別の有給疾病休暇である。従業員はこの第一のカテゴリーに属する有給疾病休暇を取得する場合一般診療医の診断書を必要とし、また第二のカテゴリーに属する有給疾病休暇を取得するには病院医の診断書を必要とする。

IV. 現行制度の評価と将来展望

表1は会計年度1980/81年末から1985/86年末までにわたって、以上述べた諸制度の受給者数を掲げたものである。

現行の扶助制度は今後香港の高齢人口が急速に伸びることで、その効果は帳消しにされてしまうだろう。1975年に公的扶助の受給者のわずか59.6%を占めるに過ぎなかった老人が1985/86年度では63.12%にも達している。将来社会保障への支出額は総福祉支出額の約半数を占めると推計されてい

る。そして、2001年までに老人を対象にした社会保障支出額は8,000億香港ドルにまで達する予定である。これらの資金は一般歳入から賄われているので、それはおそらく将来深刻な財政危機を生むだろう。

公的扶助についていえば、1984年2月の改訂を最後に給付額は据え置きにされたままである。受給者の中でも特に被扶養者を抱えた未亡人が生活費の上昇によって大きな打撃を被っている。また公的扶助の受給資格をもちながら、それを受けていない人々も沢山いる。その理由はかれらが対面を保とうとし、申請を差し控えるからである。

一方、この間多くの労働者保護法が制定されてきた。だが、われわれはその数よりも質の改善を望んでいる。労働者保護立法の中で特に重要な領域は、ストライキ権、団体交渉権、さらに現行法の中にある団結権といった問題である。

何らかの形で退職金制度を設けている企業は全体の20%未満にすぎない。したがって、高齢労働者の多くは退職後厳しい生活を強いられることになろう。また、雇用保障がほとんどない香港では、かれらが退職を強要されるケースも多い。さらに、解雇を制限する法律はあるが、多くの留保条件がついているために、労働者は不当解雇にあっても十分な補償を受けることができない。

政庁はその責任を企業福祉という形で経営側に転嫁しているのが実態である。その結果、それが労働争議の増加につながっている。

以上をまとめると、次のようになろう。

論文

現行制度は(a)失業, (b)退職, (c)片親世帯, (d)医療・疾病, (e)児童の各給付において欠陥をもっている。そして、政庁の政策は負担を個々人に転嫁しようとするものである。産業界は改革を行うことには断固として反対の態度を示し、政庁も前進することにはきわめて慎重な態度を採ってきた。したがって、香港住民は困難に直面して自助に頼らざるをえない。「フリーランチ」への警告、また「経済発展第一、福祉は第二」とする態度は労働者にとって今にはじまったものではない。そして、ある幾人かの経済学者が警告しているように、香港では富の大きな不平等があり、それはさらに悪化する傾向にある

以上の観察から、またいくつか証拠を示

して述べたように、香港政庁は社会福祉ならびに労働者福祉に関して長期的計画を立てる意欲に欠けている。そして、現行の社会保障制度は香港住民の期待から大きく外れており、ILO条約のような国際基準から見ても大きな遅れをとっている。イギリスがすでに批准した社会保障に関するILO条約のうちわずか11項目が労働省の言葉によれば「修正つきで適用された」にすぎず、またいくつかのものは「判断保留のまま」になっているという。したがって、これらすべてのことから明らかなように、香港政庁は香港住民の福祉の世話役としてはまさしく「再選を逃した議員」のように無責任きわまりないものといえよう。

表 香港の社会保障制度の受給者数 (人)

| 制度 | 1980/81 | 1981/82 | 1982/83 | 1983/84 | 1984/85 | 1985/86 |
|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 公的扶助 | 45,813 | 45,751 | 51,267 | 56,090 | 59,900 | 63,713 |
| 障害者手当 | 28,641 | 31,641 | 35,824 | 40,138 | 44,896 | 45,336 |
| 老齢手当 | 159,042 | 171,903 | 186,129 | 200,173 | 215,199 | 230,434 |
| 犯罪犠牲者援護制度 | 410 | 450 | 537 | 585 | 654 | 724 |
| 交通事故犠牲者援護制度 | 4,413 | 5,187 | 6,648 | 5,789 | 5,188 | 5,583 |
| 緊急災害援助制度 | 1.1 | 3.5 | 1.1 | 0.4 | 0.3 | 2.5 |

(100万香港ドル)

参考文献リスト

1. 政府刊行物

- (1) Hong Kong Government (1951, 1987) *Hong Kong Annual Report*
- (2) Butters, H.R. (1939) *Report on Labour and Labour Conditions in HK*
- (3) Commissioner for Labour and Commissioner of Mines (1986), *Annual Department Report*
- (4) Director of Social Welfare (1987), *Annual Department Reports* (Chapter 3 Social Security)
- (5) Social Welfare Department (1975, 1983), *The Five Year Plan for Social Welfare Development in HK: (Chapter 1, Social Security)*
- (6) Emergency Relief Fund (1986), *Annual Report*
- (7) Social Security Appeal Board (1987), *Annual Report 1986*
- (8) Traffic Accident Victims Assistance Fund (1987), *Annual Report 1986*
- (9) Pneumoconiosis Compensation Fund Board (1987), *1986 Report*
- (10) Labour Advisory Board (1987), *Labour Advisory Board Minutes*
- (11) Education & Manpower Branch, Government Secretariat (1986), *The Implication of Establishing a Central Provident Fund in HK*
- (12) Hong Kong Government (1977), *Help for Those Least Able to Help Themselves: A Programme of Social Security Development*
- (13) Hong Kong Government (1967), *A Report by the Inter-Departmental Working Party to Consider Certain Aspects of Social Security*
- (14) Hong Kong Government (1975, 1986), *HK Hansard 1974/75, 1985/86*
- (15) Hong Kong Government (1987), *Official Report of Proceedings of the HK Legislative Council* (Adjournment Debate on Central Provident Fund)

2. その他

- (1) England, John and John Rear (1981), *Industrial Relations and Law in Hong Kong*, (Oxford University Press, Hong Kong)
- (2) Cunanan, Jose Pepz and Batty Weerakoon (eds.) (1986), *Evolution of Labour Legislation in Asia* (CCA-URM)
- (3) Chen, Albert H.Y. and Ng Sek Hong (1987), *The Workers' Compensation System in HK* (Centre of Asian Studies, Hong Kong University)
- (4) Chow, Nelson (1979), "The Feasibility of Contributory Social Security Schemes in HK: A Study of Employers' and Employees' Opinions", (Social Research Centre, Chinese University of Hong Kong)
- (5) 香港基督教工業委員會他 (1986) 『社会保障與香灣工人』 (中国語)

転換期を迎えた中国の社会保障制度

——制度改革についての社会学的分析——

松 戸 庸 子

(名古屋短期大学非常勤講師)

1. 序

1984年現在、中華人民共和国の一人当たりG N Pは310ドルで日本の3%にすぎない(共同通信『世界年鑑1987年』)。しかしながら、社会主義分配システムを通じて10億もの人口の食・職・住の問題を基本的に解決した上で、社会政策の重点がすでに経済水準の一層の向上と、より豊かな生活水準の獲得のための福祉に移行している点で、他の低所得国とは一線を画している。この国の社会保障制度についての認識の基点はこの点に置かれる必要がある。

この国では「第七次五箇年計画(1986~1990)」の中に社会保障制度改革の項目が盛り込まれた。「この期間中に中国特有の社会主義的社会保障制度の雛形を作りあげる」というその中の言辞からも想像できるように、達成目標はきわめて初歩的な段階にある(1)。しかし、国民経済と社会発展についての長期的・基本的な計画たる「五箇年計画」の中に社会保障問題が明記されたのは、1949年の建国以来初めてのことで画期的なできごとなのである。この一点からだけでもこの国の社会保障が一大転機を

迎えたことは推察できよう。

この国には従来、日本語の社会保障に相当する総括概念は無く、中国語で「社会保険」「社会保証」とか呼ばれてきた。日本の社会保障の個別制度に相当するものとしては、被傭者に適用される「労働保険(年金保険と医療保険と労働災害補償を柱とする)」、非被傭者に適用される「合作医療」と呼ばれる互助的医療制度、公的扶助や社会福祉が制度化されていた。しかし、社会主義と共に発展途上という一面も持つこの国では、現行の社会保障は範囲が狭く水準もアンバランスで、適用対象者の範囲が狭く——たとえば8億農民は無年金——、個々の制度を管轄する行政官庁が入り乱れるなど、さまざまな問題を抱えている。

「社会保障」という概念は、しかし、ポスト文革の時代(2)を象徴する国是「四つの現代化(農業、工業、国防、科学技術の近代化)」実現に向けて経済改革が高度化し、社会保障全般へのニーズが高まって現行制度の矛盾が表面化してその抜本的な見直しがなされる過程で、初めて中国語としても使われるようになった。そして、社会保障項目が「第七次五箇年計画」に盛り込まれ

ることで、ついに中国語としても正式に市民権を獲得したわけである(3)。この新概念の創出は、同時に、研究者や政策立案者の研究視座や社会保障問題のカヴァレッジを拡大する契機でもあろう。とにかく、こうした経緯を経て、社会保障はそれ自体で今日的な重要テーマとして認識され近年急に脚光を浴び始めた。彼らの今日的テーマを端的に表現すれば“生産と福祉のバランスある向上”と言えるかも知れない。

本稿は、現行の社会保障の個別制度の実状や問題点について網羅的な解説を加えるものではない。抜本的な改革が始まったばかりの流動的な現時点にあっては、旧来の社会保障制度の問題点、改革の論点や方向性を社会変動の視点から分析することが先決であると考えられる。以下、筆者が1987年の春と夏2度の訪中で入手した最新の情報なども盛り込みながら、専門の社会学の方面を中心に渉猟した資料をもとに、今なぜ社会保障制度改革が叫ばれるのか？次に、都市経済体制改革に伴う労働保険制度改革、人口問題・家族政策と社会保障改革の方向、最後に社会保障セクターとしての家族について論じていきたい。

2. 今、なぜ社会保障制度改革が叫ばれるのか？

中国で公刊されている統計類でいう社会保障給付には、労働保険、社会福祉、「社会救済」とよばれる公的扶助と「優撫（優遇、撫恤）」と呼ばれる軍人関係保障費用が含まれる。各費用の対「国民収入」比は

1983年でそれぞれ、3.2%、1.3%、0.4%、0.1%である(4)。

労働保険は、1951年に公布されて後、個別の修正と補充を経たのみで現在まで基本的には不変の「労働保険条例」が規定するもので、医療給付、労働力喪失に対する給付（年金、労災、出産手当など）、保養所などの集団労働保険事業を内容とする。社会福祉には、役所・企業などの福利厚生および農村の集団組織の福祉、また都市の「社会福利院（養老院）」、孤児院、精神病患者更生施設や身障者授産所などの事業を含む。農村部の「合作医療」と呼ばれる互助的医療制度や「敬老院（老人を中心に独立した生活能力のない者が収容される）」の経費は「公益費」に計上されてここから支給される。また「社会救済」とは、身寄りのない低所得の老人、孤児、障害者、生活保護世帯や被災者への援助である。「優遇・撫恤」とは傷痍軍人への生活保障、戦死者遺族補償、軍人家族優遇措置を内容とする(5)。

現行の社会保障制度のもとでは、適用者のタイプ別に大きな格差がある。その質と量を決定するものとして、職場単位と居住地という2つの軸を想定できる。

職場単位軸は保障の程度に基づいて3タイプに分けられる。第1類は労働保険の適用を受ける正規の国営企業職員・労働者と各種公務員である。第2類は第1類に準じた労働保険が適用される集団所有企業、第3類は個人経営者と人口の8割を占める農民層である。第1類は、「労働保険条例」という統一基準に基づいて生老病死のライ

論文

フサイクルの各段階で手厚く保護され、また充実した福利厚生之恩恵に浴することができる。それに比べて、第3類は集団の緩い保障と家族による私的保障を基本とし、第2類は企業財政が許す範囲内で労働保険水準を第1類のそれに近付けようとし、前二者の間にある。特に2類と3類は統一基準がなく、個々の所属集団の財政事情により、社会保障内容のバラツキの程度が大きい。

いま一つの軸は都市と農村という軸である。大都市—中小都市—城鎮（地方都市・町）—農村という序列がつけられる経済水準や社会的便益の格差が、そのまま社会保障水準をも反映しているとみてよい。しかも、「交換価値を有し、一種の身分を付与している」と中国人自身が指摘する独自の戸籍制度(6)により、下から上への地域移動・社会的上昇の道は極めて狭く、出生地という属性原理（ascription）により固定されているところにこの国の特質がある。

この2本の軸からできる4つの象限のどこに位置するかで社会保障の質と量はほぼ決定され、個々の集団の財政力が誤差を生み出す。

都市の被傭者に適用される保障の水準が高いのに比べて農民のそれは極めて低く、緩い集団保障と家族による私的保障を旨としている。特に人民公社時代、集団保障は基本採算単位であった生産隊——20～30世帯から構成される——に依存していたため、地域的な生産力の大きな格差が農民の低水準の保障にも反映していた(7)。旧来の制度は適用範囲が狭く給付水準にも大きな問題

をかかえており、今日その個別改革というより、ちょうど日本の社会保障制度史上の50年代同様に、むしろ大局的視点にたつ社会保障制度確立論が正に始まったとみた方が適切かもしれない。

かくして、中国の社会保障は序で触れたように転機を迎えその抜本的な改革が叫ばれているのであるが、筆者の見解ではそれが重要な緊急課題として浮上してきた要因は次の4点である。

第1点は、特に「退休金」と呼ばれる被傭者年金保険(8)の財政問題の先鋭化である。

「文化大革命」に公式に終止符をうち、中国現代史が転換期を迎える契機となった三中全会（中国共産党第11期中央委員会第3回全体会議）が開催された1978年という年は、ちょうど建国30年目にあたる。これは社会保障制度の面でも歴史的な必然性を持つ数値である。すなわち30年というのは、建国後の経済再建の中で漸次雇用された当時の青年労働者が陸続と定年退職年齢に達するのに要するスパンなのである。ちなみに、年金受給資格のある定年退職者数及びそれが現役職員・労働者に占める比率は、1978年の314万人・3.3%から、1983年には1292万人・11.2%へと絶対数と比率共に年々上昇しているのである(9)。高齢化が迫り、老人の死亡率が低下する今日、全社会保障費の40%近くを占める被傭者年金財政の悪化は放置できない段階にすでに達している。特に、“企業年金”方式を改めるための管理の統一化が試験的になされ、給付水準の適性化や被保険者の自己負担についての論議も始まろうとしている。

第2点は、1984年以降、「経済体制改革」が強力に推進されるなか社会保障へのニーズがたかまっている。改革の望ましい経済・社会環境形成のためにも社会保障の充実は必至であるとの認識が定着した点である(10)。

経済体制改革の過程で、都市の無年金者である「个体戸」と呼ばれる個人経営の商工業者や外資企業・合弁企業従業員が急増し、また解雇や期限付きの雇用を認めた雇用制度改革や企業破産制度の導入により、資本主義システム下と同質の“失業者”を生み出す構造が生まれた。この新しい労働者カテゴリーの創出によって、失業保険の制度化や無年金者の早期救済が、経済体制改革促進と社会の安定のためにも必要となっているのである。

また、計画経済に市場経済原理の導入を決めた画期的な経済体制改革の柱の一つは企業自主権の拡大である。その具体的方策である独立採算や損益自己負担システムが定着するにつれて、“企業年金”方式に立つ年金制度は特に操業年数の長いところを中心に企業の死活問題として必然的に浮上してきた。抜本的な改革を必至としていた年金制度にとり、経済体制改革はそれを実行に移す決定的な契機となったと言えよう。

第3は、「計画生育」と呼ばれる国家的な人口政策の下で、「一人っ子政策」が特に1981年以降強力に推し進められ、年金制度の確立がその成功の必要条件として焦眉の的となっている点である。

産児制限徹底のために老後の経済保障の制度的な解決が不可欠であるという点についての認識は、特に農村部での「一人っ子

政策」の推進開始と共に極めて早い時期から得られていた。しかし、「計画生育」が憲法、婚姻法（事実上の家族法）にも成文化された最優先課題である以上、子供数激減は必至であり、それがひるがえって「養児防老（子供を育てて老後の保障とする）」構造——革命後30年を経ても尚も基本的には変わらない——を解体して、さらに老人扶養を社会問題化させるのである。

今日、特に農村部で養老年金制度の設立が声高に提唱されている。その樹立根拠の一つとして、憲法に規定された生活の保障条項（憲法第45条）がしばしば言及されている。しかしながら、「一人っ子政策」達成の手段としての「養老年金制度」導入論の方がむしろ実現化促進への強い原動力になっている、というのがより真実に近いであろう。

第4は、高齢化の進行と、付随する老人問題や老人対策一般への必要性への認識、ことに社会保障費全般の不可逆的な膨脹に対する危機感の広まりである。

人口の高齢化が工業発展につれてこの国でも現に進行しており、「一人っ子政策」を中核とした産児制限運動が拍車をかける。人為的に加速された人口高齢化の必然的な帰結としての全社会的な問題状況が21世紀初頭から深刻化することは、当の中国自身が明確に認識している。老齢問題の組織的・系統的な研究と諮問の中核的な存在で、全国的な組織を持つ『老齢問題委員会』が1983年4月に正式に発足したが、このことはこうした情勢を象徴している。

高齢化問題については、人口学・経済学・

社会学・福祉学・心理学・医学などの専門家によって幅の広い研究がなされ始めている。殊に社会保障費の中心を占める年金や医療費の膨脹問題、及び老人福祉の向上などが政治的・経済的・社会的な緊急案件として政策レベルにも登場してきている。低い生産力と経済力を根拠として、「国家・社会・家族の三結合」を核とした中国独自の老年保障システムの確立が模索され始めた。

これらの4点は、たとえば、産児制限が人口高齢化を促進し、高齢化は年金・医療を中心とする社会保障財政の悪化をきたし、経済体制改革が経済の一層の効率化を目指す以上、財政悪化の一因としての社会保障問題にメスを入れざるを得ない、といった具合に確かに相互に関連を持つものである。しかしながら、たとえそれ一つのみで他の3要因が不在であっても、個々の要因そのものに内在する問題状況は深刻で、旧来の社会保障制度の抜本的改正を促す強力な誘因になりうるという意味で、相対的に独立した要因でもある。主に、こうした4つの要因が重疊し、相乗された80年代が、新中国にとって社会保障制度史上の画期であり、抜本的な改革の時代の幕開けとなったといふのは当然の帰結ではあるまいか。

3. 経済体制改革と労働保険制度

文化大革命後の中国では、新しい時代のテーマ「4つの現代化」のもとでラディカルな経済改革が推進されている。「対内経済活性化・対外開放」促進にむけて、「経

済体制改革」が1984年秋に導入されたが、新しい経済モデルの採用によって社会保障はいかなる変容を迫られるのだろうか？特に、労働保険制度に焦点を当てて考察してみたい。

周知のように、70年代末に始まった経済改革は、経営管理、労働、金融、財政改革などのミクロ・マクロ手段を駆使して全面的に進められている。その過程で農村部では生産請負制が導入され、都市部では企業的大幅な自主権拡大が進められてきた。経済改革の初期には、政策担当者の誰もが予想だにしなかった猛スピードで家族経営が復活した農村部——結果的には、中国社会主義農業のシンボルであった「政社合一」の人民公社の解体までも招来した——での改革の方が、主に工業面での経済調整に重点を置かざるを得なかった都市部をリードすることになった。

しかし1984年になって、従来の関係規定をさらに前進させるべく、「拡権10条」「企業長責任制」「政企分離」「完全納税制」などが相次いで打ち出され、都市部の本格的な経済改革に拍車がかけられた。こうした個別の改革を打ち出して後、1984年10月に「中共中央の経済体制改革に関する決定」が出されたのである。それは、先行する個別の制度改革とその後に継続される改革の理論根拠としての新政治経済学の提起でもあった。すなわち、「指導性計画」と名付けられた、市場調節メカニズムを注入した新しい計画経済モデルの導入だったのである(11)。

中国の目指す新しい経済社会システムの

イメージが、こうした一連の経済改革を通して徐々に鮮明となってきている。ひとこと言えば、政治イデオロギー優先型社会から効率追及の生産優先型社会への転換であり、「経済対内活性化・対外開放」スローガンのもとで、西側の一部に「中国は社会主義を離脱するのか？」という疑問すら抱かせるような、根本的な経済改革が進められているのである。

こうした情勢を背景として、労働制度改革——旧来の政治経済学理論からはイデオロギー上とうてい許容できないような改革——も進められている。つまり、生産優先型社会への脱皮を促進するために、1986年には労働制度の面で画期的な5つの関係規定が公布ないしは採択されたのである。7月12日に「国营企業労働者雇用暫定規定」、
「国营企業労働契約制実施暫定規定」、
「国营企業規律違反労働者解雇暫定規定」と「国营企業労働者待業保険暫定規定」が国務院から公布され、新規雇用の国营企業労働者に対して同年10月1日から実施されている。また、当面の労働制度改革を締めくくる「中華人民共和国企業破産法」も、同年12月2日になり（試行）という条件付きで、第6期全国人民代表大会常務委員会第18回会議で採択されたのである。当初は前4規定とワン・セットで出されるはずであった「破産法」が遅れたのは、指導者間のコンセンサスがなかなか得られず積極論と慎重論の調整に手間取ったからであるらしい(12)。

この一連の労働制度改革が、企業の自主権を拡大し、企業活性化の原動力としての

労働者の積極性の動員を発揚しようという「中共中央の経済体制改革に関する決定」の主旨に沿うものであることは間違いない。雇用についての3つの規定が労働者の積極性を動員するための正負両面のインセンティブであるとすれば、「企業破産」は企業にとっての負のインセンティブである。

従来、社会主義中国の企業の体質と化した低水準の労働意欲や労働効率の原因を、中国人自身が自嘲的に「大鍋飯（大釜の飯）」「鉄飯碗（鉄製の壊れない茶碗）」と呼んできた。前者は、報酬に関して労働の質を問わない悪平等という分配制度上の欠陥を意味するものである。他方、後者は食いはぐれのない雇用制度上の終身雇用を意味したもので、中国国旗の模様の特徴から、日本の研究者の間でしばしば“親方五星紅旗”ともじられる言葉である。確かに、これらの致命的な欠陥が生産・経済部門で生み出す弊害の大きさには、中国人自身が早くから気付いてはいた。しかし、それらが頑強な政治経済学に裏打ちされた国民経済システムに由来する構造的な欠陥であるために、企業の現場レベルにそれ自体を改善する力は無く、それに対抗して労働の質を向上させるためには“社会主義思想の鼓舞”という形而上学的方法のほかには効果的な解決のすべは無かったのである。

70年代末以降の、先行した経済改革の過程ですでに導入されてきた浮動賃金制や奨励金の支給が、分配制度の改善を目指したものであり、負のインセンティブをねらって今回打ち出された「労働契約制実施暫定規定」と「規律違反者解雇暫定規定」とは

雇用制度レベルの改革という意味を持つ。また従来の、従業員採用面での国家による<統一分配>を廃して、企業と労働者の両者に雇用面での大幅な自主権を認める「雇用暫定規定」は、生産面での両者の積極性の向上をねらったものである。即ち、企業には公募の制度による優秀な労働者の獲得と試用期間制度により不適確な労働者の排除を雇用面で認め、また、労働者には自己の希望に沿った職場の選択の道が開かれたわけである。

しかし、「破産法」に体现される競争原理が先鋭化し、効率中心の生産優先型社会の経済システムに大きく貢献する新労働制度は、同時に、契約満期・契約解除・解雇を原因とした、いわば競争の敗者としての失業者を排出するという矛盾を抱えている。こうした失業者は、「指令性計画」と呼ばれる従来の純粋な計画経済システム下での、国家からの雇用機会の割り当てを待つ者としての「待業者」——機能的には同じでも構造的には異なるという理由からこの中国語が捻出された——とは本質的に異なり、市場経済システム下の雇用調節のメカニズムを通して析出されるのである。この点にこそ、新しい労働者カテゴリー救済の理論的な根拠が存在し、「待業保険暫定規定」という新たな規定ができたわけである。この規定ではなおも「待業」という中国語が使用されるが、おそらく「指導性計画経済」という経済モデルを意識してのことであろうが、社会保障関係の論文の一部では、中国語の「失業」概念が躊躇無く使用され始めている。

従来「労働保険」でカバーされる領域は、年金、医療、労働災害への補償、葬儀費用の補助及び遺族への救済のみであった。理論上失業者の存在しない社会システムの中では、実質的な失業者に対する労働保険という形での救済の道は完全に閉ざされていた。三中全会以降、特に若年の失業者救済のために個人経営を認め小規模の集団企業振興が奨励されてきたが、新しいタイプの失業の創出に伴い初めて失業保険制度が成立したのである。

こうした経緯を経て失業保険が新しく制度化された一方で、30数年を経た「労働保険」のうち財政上の理由から改革が迫られている領域がある。費用負担の重い年金保険と、医療保険である。

特に深刻なのは年金である。費用の増加率が異様に大幅で、費用の指数をみれば、財政への脅威は一目瞭然である。1978年を100とした場合1983年の指数は、葬儀・遺族救済費169.2、医療衛生費184.5、年金504.6である(13)。今後も傾向が持続するであろうこうした年金費増加には、経済改革の一貫としての価格制度と給与制度改革に伴う5年間の物価上昇も関与しているが、何とんでも定年退職労働者の累積人数の増加が第一の要因である。年金総額の異常な膨脹は、国庫負担——拠出金制をとらず、営業外支出として計上される——を確かに増大させはするが、年金の管理・支給が各企業単位になされ、事実上の“企業年金”であったために、一部の老企業の上納利潤の減少あるいは赤字として問題化するのみであった。それでもイデオロギーが経済的

合理性の上位に置かれていた時代には、営業成績の悪い企業には国家からの財政援助があり年金財政悪化が表面化せず、年金制度そのものの本質的な問題性——保険金負担主体、給付額の適性化——を認識する理論枠も欠如していたのである。

年金制度の問題が指摘されその改正が議論されるようになった契機は、納税制度が全面的に導入され、企業自主権拡大の高度化につれて、損益自己負担の原理が実働を始めるに至って、特に操業以来の年数の長い企業の収支に直接圧迫を与え始めたことである。特に上海などの老企業では現役労働者に対する退職労働者の比率の上昇が顕著である。例えば上海の紡績系では現役45万人、退職者23万人で年金支給総額は現役給与総額の34.5%に達するという(14)。退職労働者の増加、高齢化はこうした事態を蔓延させていくのである。そして、経済体制改革の中で競争に参入する各企業の条件の均一化に向けて、老若企業の年金負担の格差を縮めるために年金の統一化を試行中であり、中国人は「企業保険」から「社会保険」への転換と呼んでいる（最新情報は『北京週報』87年9月22日号参照のこと）。

また年金問題については制度の適用範囲の狭さが指摘され、経済改革の中で増加する集団企業、外国との合弁企業、外資企業の従業員や個人経営者「個体」に適用される年金制度の試みがなされている。また、そうした経験をふまえて、公務員の年金の個人負担や受給率の適性化も議論の対象になり始めている(15)。

また、労働保険費の中に占める比率が年

金に次ぐ医療費の問題性も指摘され始めている。特に被保険者は現役中も退職後も無料が適用されるため、特に高齢化の速い都市部で老人医療費の膨脹の問題が指摘され、退職者の医療半額負担などが提起されている。また、医療費の公費負担の浪費構造が指摘され、医療技術進化、高齢化による医療保険負担の増加のなかで早晚抜本的な改正の対象となることは間違いない(16)。

とにかく、経済改革が高度化し、効率重視の生産優先型の経済運営を第一目標に置いたことが、こうした労働保険改正に着手させた直接的な要因といえよう。しかし、中国人研究者の視点や現段階の主要な改正の論点は、建国後の年数経過による退職者増加による直接的・可視的な問題状況への対応が先行し、高齢化に伴う必然的な保険財政難の深刻化原因の鍵を握る保険制度の費用の公私負担割合、給付水準の適性化問題等への理論的な関心はようやく深まりつつある。上海大学から出版される雑誌『社会』（1986年第1期号）は珍しく特集を組み、「企業の社会的負担」という共通テーマを論じたが、労働保険の制度の根幹にメスを入れられようとしていることを物語る。

旧来の労働保険費用は国と企業が全額負担していたが、それは政治が経済に優越する時代にのみ容認される制度であった。建国後30年を経て、第一に政治経済学の転換により効率優先型社会に参入したことで、第二に高齢化の進展に伴う社会保障費の膨脹により、この国でも“生産 and/or福祉”というアポリアがついに浮上するに至った。中国社会主義はそれに対していかなる回答

を出すのであろうか？社会保障論のみならず社会体制論の立場からも興味深い選択が、今この国でなされつつある。

4. 人口問題、家族政策と 社会保障制度

経済と社会とが、社会主義計画原理に基づいて運営されるこの国では、人口も国家計画の対象となる。この国では建国後まもない時期に人口政策上で大失策を犯したが(17)、その報いとして、人口が10億人を超えた一方で、人口問題全般に対する敏感さをも獲得した。こうした経緯を経て、今日の人口問題の中心を占める人口の増加と高齢化に対して国を挙げての対策が練られている。この二種類の人口対策が戦略的な拠点としての家族を通して実施されるとき、社会保障制度にいかなる方向性を付与するかを分析してみよう。

中国語で「計画生育」と呼ばれる人口政策は、それが婚姻・出産分野に登場すると家族政策に転化する。この「計画生育」は、往々にして矮小化され、現時点での具体的施策にすぎない「一人っ子政策」と同一のものという誤解を招いている。そこで、こうした人口と家族に関わる重要政策に対する表面的な解釈を回避するために、また、中国の社会保障制度改革が直面する人口問題を良く理解するために、まず次の二点を確認しておこう。

その第一点は、近代化の阻害要因となる巨大な人口の存在とその増加傾向である。これについては、日本の経済学者の一人が

次のように端的に指摘している：「発展途上にある中国にとっての人口問題とは、資本蓄積と農業生産力の発展に比べ相対的に過剰な人口をいかに抑制するか、ということにはかならない。従って、その場合の議論は著しくマルサスのたらざるをえない。マルクス主義にとってはいわば不倶戴天の敵であるが、発展途上の社会主義経済においてマルサス的な人口抑制政策がとられるのは、歴史の皮肉である」(18)。

実際、10億6008万の人口(1986年末現在)を抱えた農業立国にして、人口密度は世界平均の3倍、一人当たり耕地面積は世界平均のわずか三分の一にすぎず、しかもその多くは3千年近くにわたる耕作により疲弊している。低い農業生産力しかなく、近代化の初期には西欧列強の半植民地となり、建国前の10数年間には日本の侵略を受けて、遅れて工業化に参入したこの国にとって、それを実現しようとする限り、平均教育水準も低いこの10億という人口規模が過剰であるというのに反論する社会学者は少ないであろう。

しかも伝統的な高婚姻率、多産に親和的な産業構造の存続や社会主義政権による人口抑制機構(病気、災害、戦争)の除去といった人口自然増加要因群が、近代化に伴う出生率低下の効果を帳消しにしてしまう。確かに70年代には高出生・高死亡から低出生・低死亡への人口転換を達成したが(19)、それは人口抑制政策なくしては不可能であった。しかも社会主義国にマルサス的な人口問題は不在であるという非化学的な認識から、一時期多産奨励のイテオロジーが闊歩

し、その時のベビー・ブームに起因する人口学的な後遺症さえかかえている(20)。10億の人口を擁し、低水準の資本蓄積と生産力にして、社会主義的な平等分配を实践しようとするこの国では、人口問題に対するマルクス理論にそった長年の政策——失業対策、農村経済振興、人口の都市集中抑制——にも拘わらず大きな成果は得られず、問題状況が皮肉にもマルサスの図式に近いことが実証されたのである。

第二点は「計画生育」概念の定義を試みる中で明らかとなろう。「計画生育」は日本の専門家の間で普通「計画出産」と訳されている(21)。この訳語が、日本語の「産児制限」概念とも「家族計画」概念とも区別されるべきであるとして捻出された論拠をここで整理しておこう。即ち中国の「計画生育」概念は次のような特徴を持っているのである。

第1に、人口規模及び出生率は、長期的な国家計画を策定する際の重要な要素である。「計画生育」の実行は国民の義務であるとして憲法(第49条)にも規定されて、家族政策の中核を占める。第2に、将来人口のシミュレーションから、今世紀末の人口規模を12億にとどめるという目標を設定した。当面の人口政策は総てこの目標に従属し、「一人っ子政策」が暫定的な措置として採用された(22)。第3に、「計画生育」の現代的課題は人口抑制と人口素質の向上とである。「一人っ子政策」は1978年に開始し特に81年以来強化された。「晩婚・晩産・少産・稀産」をスローガンに、優生を原則に、母体と乳幼児の健康増進とタイアッ

プしたキャンペーンが強力に展開されている。

従って、一人っ子政策にまで先鋭化した産児制限は「計画生育」の一部であり、今日的で暫定的な施策であるにすぎない。換言すれば「計画生育」は、“多産奨励”をも排除しないという論理を持つ点で「産児制限(birth control)」とは本質的に異なる。また「家族計画(family planning)」と比較した場合、産児数や出産間隔を自己決定するという面では同質であるが、その第一義的な決定主体が国家であって個々の家族ではないという点において「家族計画」とも異なる。さらには一見、今日多くの発展途上国で推進される人口抑制政策に近似しているが、社会主義システムを通して国民の経済社会水準の向上と生活保障問題の解決を図りながら推進されている点に、この国の独自性がある。

こうした性質を持つ「計画生育」が強力に進められることで、社会保障制度改革の最重点課題の一つが必然的に浮かび上がってくる。すなわち老後の経済生活面で制度的保障外に放置された8億農民と近年増加する都鄙の個人経営者のための年金制度の早期確立論と、「五保戸」という生活保護世帯の中核を占める生活困窮老人対策の充実論とである。老後の生活保障を子供による私的扶養に全面的に依拠せざるを得ないという構造——「養児防老」と中国人は呼び習わしてきた——が多産の重要な動機の一つであり、そうした社会経済条件の改善によって出生率を低下させることが画策されるのである(23)。

今日、こうした無年金者救済対策は緒についたばかりで模索中であり、「退休金」や被保険者が保険料一部を自己負担する年金制度が試験的に試みられ、同時に民間の保険会社の介在する各種養老保険の併存、そして直系親族の扶養義務の強化をも並行させた多岐的な多層方式に立脚する経済保障の道が探られている。

たとえば、1983年に公布された「農村人民公社工作条例（試行草案）」は「条件を備えた基本核算単位は養老金制度を実施してもよい：男65歳、女60歳の人民公社員で月10～15元、多くて20元」と規定している。が、注目されるのは「実施しても良い」にすぎず、実際のところ実施しているのは、都市近郊などの一部の裕福な村に限定されており、受給者は1985年現在で約80万人にすぎない。65歳以上の農村人口4000万の数にはほど遠いといわざるをえまい。財源を欠く経済後進地区の一部では、財政問題解決のために被保険者負担に因る拠出金制度や、一人っ子に支給される保健費を養老保険基金に転用することも検討されている(24)。また、都市の個人経営者層の間でも養老年金保険が試験的に始められたが、いずれも長期的な展望を持つ経済保障制度の雛型を模索している段階である。年金基金の貧困、所得水準の低さと掛け金制度に対する心理的な抵抗、経営にあたる金融機関や監督官庁の未経験と混乱など、初歩的な問題状況が山積しているのが現状である。

なお、この「計画生育」政策の一貫として、その実行者に対して各種の一人っ子手当（健康保険費支給、医療費、教育費免除

など）が支給されているが、日本などの児童手当に相当するものとみれよう。しかし、人口及び労働力増加の頭打ちに悩み、出産奨励手当という動機をもった先進工業国の児童手当の支給に比べて、適用対象が対極的である——計画出産超過の児童に対しては反対に罰金など経済的なサンクションも賦課される——の点にも現代中国の人口問題が反映されている。

もう一つの人口問題の高齢化は、発展途上にある中国でも工業化に伴い容赦なく進んでいる。それを「一人っ子政策」が加速することになるのは誰もが認識している。厳密な産児制限の推進と高齢化対策という矛盾する二つの政策の並行というジレンマに対して、当の中国人はどのように考えるのか？1987年3月29日に上海社会科学院の社会学与人口学研究所で、6人の老人問題専門家と2時間余り会談する機会があったが、その折に、筆者は「高齢化促進の最大要因としての一人っ子政策をどう考えるか？」との質問を発した。「人口問題解決の根本は人口抑制であり、これが先決である」との一致した回答を得たが、それは中国の政策担当者のコンセンサスを代弁したものでもある。

それにしても、中国の人口高齢化の切迫性もかなりの水準に達している。その証拠となる数値を若干挙げておこう。1982年7月1日に実施された第三回センサスの結果、65歳以上の老齢人口の比率は4.91%であることが判明し、推計によれば西暦2000年には7.96%に達する。ちなみに高齢化の最先進地区でもある上海市の場合、その数値は

7.43%（1982年）と12.84%（2000年）である(25)。日本の場合、その同水準の比率は1950年が4.9%で、7.9%に達したのは25年後の1975年である。即ち、世界に例を見ない猛スピードの高齢化を経験する先進工業国日本を上回る高速の高齢化が、発展途上のこの国で今まさに展開しているのである。「一人っ子政策」という人類史上未知の因子に起因する人口構成上の奇形的な発展と影響を予測して、上海を先頭に全国化する高齢化に付随する問題状況について、経済・社会・環境・医療・福祉などの多方面から対応策が検討され始めたのである。

人口に膾炙した中国語のスローガンに、「老有所養，老有所用，老有所学，老有所楽，老有所医」というのがある。老いては扶養され、用いられ、学び、楽しみ、医療の恩恵にも浴することができるという意味で、老人の社会保障の理想・目標を一括したものである。しかし、旧来の社会保障制度の未発達のために、出生地と職場単位という二つの基準によって、社会保障水準に大きな格差があることは上で触れたが、こうした格差の構造は、未発達で未分化な老人対策全般にも妥当する。

また、全面的な援助を必要とする身寄りの無い老人もいるが、彼らは「五保戸（扶養者がなく生活に困窮し、食・衣・住・医療・葬儀を集団から供給される老人世帯）」と呼ばれてその救済は早くから制度化されていた。彼らに対しては専用施設「敬老院」に収容したり、独居老人に対しては金銭的援助や生活面での援助の方法があるが、施設の絶対数が少ないとか、経済改革の柱と

なった生産責任制の導入後、集団福祉水準全般が低下して、一部農村では「五保戸」老人の社会保障の弱体化が生じていることが指摘されている(26)。

これが例証となるように、生産責任制の導入が家族経営の復活と、ひいては政治・経済・社会合一のシステムたる人民公社の解体をもたらし、農村経済の成長・富裕化の過程で社会保障面での集団体制の希薄化が生じた。半面、農村社会構造に於ける家族集団の復権と福祉機能を含めた家族機能の回復でもあり、社会保障政策担当者からは“含み資産”として期待されているのも事実である。こうした社会関係をうまく利用しながら、社会保障の領域と適用者の拡張、保障水準の高度化を目指して、新しい社会保障制度をいかに確立するかが現代的課題なのである。

高齢化は工業化と同様に都市部が先行している。中国では、「都市高齢化とその対策」は「社会保障問題」と並んで、社会学研究分野における「第七次五箇年計画期間中の13の国家重点課題」の一つに挙げられているほどである。老年保障は社会保障の重要な位置を占め、その体質を一面から反映している。中国は生産力も低く、社会保障の面で“含み資産”としての家族やその他の集団・社会関係に寄せられる期待の大きさは、日本の比ではない。最後に、これらの社会保障セクターに着目して、中国の社会保障制度の指向する方向を分析しておこう。

5. 結びにかえて

中国の現行の社会保障制度の概要、その改革の論点及びその社会的な背景は以上のとおりである。日本で1961年に国民皆年金・皆保険が導入され、その後の社会保障制度の急速な拡充が、70年代前半まで続いた高度経済成長によって財政上支えられたことに鑑みると、10億の人口を抱え発展途上にあるこの国の社会保障制度の充実が、いかに前途多難であるかは容易に察しがつく。

資本蓄積が低く社会保障財源に窮するこの国では、かくして、中国的な社会保障システム確立の重要なセクターとしての家族に、現実的・第一義的な関心が集まるのである。そうした筆頭は上海大学社会学部の研究者達である。その一人袁緝輝教授は特に老人問題研究者・立案者としての立場から、経済・日常生活・精神にまたがる総合的な扶養の観点からはっきりと「三世代家族」を奨励している(27)。彼の主張の中では確かに、人口密度が極度に高く(1985年現在で、約700万人が暮らす上海市街地で、人口密度は19,889人/1平方キロメートル)高齢化の最先端を行く上海市の現状認識によって、危機感が増幅されているかも知れない。がそれでも、彼の立論が根拠とする高齢人口の絶対数の増加、高齢化の進展、国民皆年金制度確立や老人福祉施設の充実などのための社会保障財源の貧困、住宅不足といった問題状況は全て中国社会の共有するところであり一般性があり、現実的で極めて説得力に富んだ発想なのである。

社会保障体制の弱点を補うシステムとし

てのこうした家族の復権に対して、「中国の良き伝統の継承であり、資本主義国に対する社会主義中国の優越性」という定型化したレトリックがしばしば使われる。しかし優越性の根拠が、封建体制——現体制の重要な克服目標の一つである——の堡壘でもあった伝統的家族生活に依存せざるを得ないというのは、何とも皮肉に響くではないか。がしかし本当に伝統的なのであろうか?こうした無反省に使用される“伝統性”の中身は、実は近代的な装備をまとい、近代化の過程にある社会と構造的な親和性を持つという点で極めて合理的であり、その意味では極めて近代的な制度なのである。

たとえば、その根拠の一つは老人関係法に求められる。憲法や婚姻法は一般的な準則の域を出ないが子供の親に対する扶養義務を明記する。また、刑法は「老人扶養義務の保持者にして扶養を拒絶した者に5年以内の懲役、禁固や保護監察処分」(第183条)を定め、また相続法は、血縁の有無に拘わらず被相続人に対する扶養の程度が相続権の発生・消滅理由となることを明確に認めているのである(第12, 13, 14条)(28)。換言すれば、財産相続を通して扶養者に対する経済的な反対給付の道を設けるなど、法律的な正負のサンクションが家族を主とした老人の私的扶養をガードしている。

また、一人っ子政策との兼ね合いから、老後の扶養の心配を除去することを目的として、一部の農村——農民は基本的には無年金である——では老人扶養契約書を被扶養者と扶養義務者との間で取り交わす試みが始まった(29)。しかし、これは契約性社会

の産物であり伝統的な精神構造から大きく逸脱したものである。こうした契約書が交わされること自体、実は、伝統的な家族関係の崩壊を傍証したものと理解できる。

家族集団は日本でも社会保障の“含み資産”として行政的な関心が寄せられているが、社会保障や福祉機能において、日本以上に戦略上重要な位置にある中国の家族も、その実態は中国人自身の主張とは裏腹に“伝統的”段階をすでに脱却しているのである。しばしば先進国の社会政策家を羨望させる中国の三世代同居家族は、決して伝統だけに依存したものではなく、社会保障の重要なセクターとしての機能をはたせるよう現代の社会主義政権の手で様々な制度によって支えられているのである。

ただ、中国の都市家族も近代化の度合いは進んでいる。たとえ住宅難などの外的な理由から三世代同居を強いられても、その価値観や行動様式はもはや伝統的家族制度下のそれではない。経済体制改革が促進する社会移動率の上昇や家族成員間の異質性の増大など、近代化に必然的に付随する社会学的な諸現象が出現するはずだが、家族への依存体制は、それでも現実的な対策なのであろうか？あるいは、行政的・社会的・道徳的に奨励される三世代同居が、はたして“不幸な同居”を強制することにはならないのだろうか？中国人の研究はこうした疑問に答えてはくれない。今後の事態の展開に興味を引かれると同時に、社会変動論や家族をとりまく近隣集団の福祉機能の分担なども含めた集団論的視点を導入して研究の理論枠の拡大が必要であらう(30)。

今日、老人対策の中でも、経済効率性の重視という「第七次五箇年計画」の原則がしばしば引用されて、国家支出の増加を戒める論調が強い。中国は自国の経済的・社会的な条件を前提として、自国の“含み資産”を発掘・活用していかなる“中国的な特徴を備えた社会保障システム”をうちたてていくのだろうか？高齢化の先進国たる日本にとっても理論的・実践的に興味深い実験が進められているのである。

注

- (1) 「第7次5箇年計画」関連の文献は以下に掲載されている：『北京週報』、1985年10月8日号、及び『中華人民共和国第6期全国人民代表大会第4回会議主要文献』外文出版社、1986年。また国家計画委員会の一部の委員が編集した『“七五”計画講話』には、立案者の立場から社会保障についても解説がなされている（房維中等編、人民出版社、1986年、pp324～336）。
- (2) 社会保障制度改革の背景にある中国現代史の転換は、文化大革命の収拾を契機としており、それについてはジャーナリストの目が鋭敏に捕らえている：辻康吾『転換期の中国』岩波新書239、1983年参照。
- (3) 1985年になり初めて使われるようになったという指摘がある（袁紹輝「中国老年社会保障体系的改革」『老年学国際交流論文』pp1、1986年5月21日の発言）。以前に福武直の論文が中国で翻訳された際「社会保障」概念がそのまま中国語として使用された（「日本の社会和社会保障」『社会』1982年第1期掲載）ことを考え合わせると、他の多くの学術用語と同様に日本語の転用ではないかと推察する。
- (4) 国家統計局社会統計司編『中国社会統計資料』中国統計出版社、1985年、pp134。今日では、社会保障論のなかでは「労働保険」の代わりに「社会保険」という概念が使われ始めている。しかし、そこでの論者のおもな関心は被備者であり必ずしも農民が含まれないこと、また、農民の年金制度が豊かな地区で局所的に試験的に始まったばかり

で初歩的なものであり、農民の“医療保険”にしても低水準でその経費が社会福祉費に計上されている現在『社会保険』の実体はまだなく、この統計上の分類の方が中国の現在の社会保障制度の実態をよく反映しているといえよう。なお、「国民収入」は国民所得に近いが同じではない。このタムについては国家統計局編『中国統計年鑑』巻末の統計指標の解説及び、香西泰「中国国民経済計算の検討」（宇沢弘文他編『中国経済あすへの課題』東洋経済新報社1984年所収）に詳しい。

- (5) 社会保障のこの四部門の中身については、国家統計局社会統計司編、上掲書、第6章「労働保険与社会福祉」、房維中編、上掲書、pp324、及び光岡玄「中国の社会保障」『中国研究月報』社団法人中国研究所、1961年参照のこと。特に労働保険については、日中経済専門家共同編集『現代中国経済事典（日本語版）』東洋経済新報社、1982年、pp716～720、及び日本労働協会編『中国労働事情』日本労働協会、1987年第4章が詳しい。後者には、項目・給付基準・適用範囲・費用の出所が一覧表にして整理されている。
- (6) 丁水木「現行戸籍管理制度初議」『社会』上海大学文学院《社会》編集部、1987年第1期掲載pp19。また中国の独自の戸籍制度については、田嶋俊雄「戸口制度および都市人口・農村人口の区分について」（『中国人口統計研究論集』財団法人日本統計協会、1984年掲載）参照のこと。
- (7) 注4でふれた社会保障の4部門の1983年度合計支出額の57.5%は労働保険給付に充当されるが、これは全就業者の23%にすぎない被備者に適用されるだけである。また、労働保険の中核は「退休金」と呼ばれる年金と医療保険であるが、医療は全額免除、年金は定年退職時給与の60～100%と高水準である。普遍的な年金制度、医療保険制度はなく、人口の8割を占める農民は無年金者であり、「合作医療」には各集団の財政に応じた格差や給付額に限界があり、また医療水準もきわめて低い。都市と農村とは人口比率は2対8にもかかわらず、たとえば「社会救济費用」のそれは3対4であり、老人ホームへの収容人数は都市4万人、農村17万人であり、1000人当たりのベッド数は4.84対1.48また医師数は3.71人对0.82人のである。社会保障全般の水準が低い上に、都鄙間に歴然とした格差があるのである（国家統計局社会統計司編『上掲書』1985年、及び『中国統計年鑑』1984

年 pp519など関係項目参照）。

- (8) 「退休」すなわち定年退職の年齢は、1951年の「保険条例」で男子職員・労働者満60歳、女子職員満55歳、女子労働者満50歳とされ、平均寿命の延びた今日も大きな変化は無い。ただ、最近、女子の幹部などに対しては60歳までの定年延長が党の中央書記局で決定されたという。「退休金」額は就業年数と貢献度に基づいて計算され、その給付水準は1978年の4回目の改定で本人の元の給与の60～90%に引き上げられた。なお、「労働模範」など仕事への貢献の大きいものには100%が支給される。また、革命戦争に参加した幹部には「離休」が適用され、100%～120%が支給される。また物価上昇に対する補助金が1985年5月以来全退職者に支給され始めた。企業の「退休金」は営業外支出に計上され個人負担分はなく、給付は初めは中国总工会（労働組合の全国中央組織）の統一管理下にあったが文革中に工会の機能停止に伴い、現在では個々の企業が給付を含め全面的に管理しており、多くの問題が噴出し始めている（楊繼明「我国老年社会保険制度的歴史沿革和改革方向」『社会学研究』1987年第1期、及び、日本労働協会編、上掲書、1987年第4章参照のこと）。
- (9) 国家統計局社会統計司編『前掲書』1985年、pp126。
- (10) その代表は陳良瑾「社会発展規制与社会保障功能」（中国社会科学院『社会学研究』1987年第1期掲載）、及び房維中編、上掲書、第26章「發展社会保障体系」であろう。
- (11) 浜勝彦『鄧小平時代の中国経済』亜紀書房1987年、第三章参照。「拡権10条」の正式名称は「国营企業の自主権を一段と拡大することに関する暫定規定」というものである。自主権拡大に関する従来の5つの規定に基づいて行われた各地での実験を踏まえて、適用範囲を全国の国营企業へと全面拡大した点に特徴がある。また「企業長責任制」は党委員会の指導を排除し、企業委員会の集団決定に立つ企業長の全権指揮体制を固めた。また「政企分離」は、市場調節の部分的導入の下で、企業の独立採算、損益自己負担を認め、商品生産者としての企業の政府機関からの自立を促すものである。また、企業の独立を財政面から肩入れするために、「利潤上納制」を完全に廃止して「納税制」へ転換させた。
- (12) 労働制度改革の詳細については以下の論文・資

- 料にゆずる。鎌田文彦「労働制度改革について」『労働協会雑誌』1986年12月号pp64～67、及び小嶋正己「近代化路線と労働政策のゆくえ——契約制労働者の制度化をめぐる——」『労働協会雑誌』1987年2・3月号pp65～69参照のこと。また関係規定も訳出されている：鎌田文彦「労働制度改革に関する4つの暫定規定」『同誌』1987年6月号、pp62～67。
- (13) 『中国社会統計資料』1985年、pp123。
- (14) 袁緝輝「中国老年社会保障体系的改革」1986年5月21日 pp3。
- (15) 陳如鳳「知青合作社実行養老、医療社会保険的情况調査」『社会』1984年第2期、『“七五”計画講話』、『社会主義保険学』編写組『社会主義保険学』中国金融出版社、1986年。
- (16) 1983年の場合で年金58.2%；医療費38.9%で78年はそれぞれ33.6%と61.4%で年金の比率が上昇している『中国社会統計資料』 pp123。また桂世助「人口老齡化と改革医療収費办法」（『社会』上海大学文学院、1987年第4期掲載）はこの問題に理論的な批判を加えている。また、仲実「医療不正之風的情况調査」（『社会』1982年第3期掲載）によれば、医療保障が交換価値を持ち、医療費用の膨脹の一因は医療関係者の構造的汚職にもあるらしい。
- (17) それは「錯批一個、誤増三億」という中国語に象徴される大失策である。すなわち、当時北京大学学長で人口抑制論の指導的な立場にあった経済学者の馬寅初を失脚させて、その結果、20年間で3億もの人口増加を招いたことを意味している。
- (18) 田島俊雄「人口問題からみた中国経済」『経済セミナー』No. 330、1982年掲載、pp62。
- (19) 王勝今著、黒田俊夫監修『中国人口増加の分析』1985年、時潮社、第2部参照。
- (20) 中国の人口問題について多方面からの議論をまとめ整理したものに、若林敬子編集・解説『現代のエスプリ・中国の人口』No. 190（1983年、至文堂）があり、現代中国の人口史上の大失敗も分析してある。
- (21) 「計画生育」の訳語としての「計画出産」概念の使用の嚆矢は『中国10億の人口問題』（江川日与志・小林幹夫訳、日中出版、1979年）である。しかし、その後も筆者が試みたような概念整理はまだ本格的にはなされていない。
- (22) 一人っ子政策が暫定的な措置であること、また少数民族、危険性の大きい特殊な職業従事者、病気による障害児の出産者など、条件付きで第2子の出産を認めている。また一人っ子のカップルに第2子出産を認めるなど若干の緩和が見られる。
- (23) この問題を同じような角度から論じたものに、次の論文が有る。鄭桂珍「膽老尊老是控正農村人口的战略措置」『社会』1983年第2期掲載。及びDeborah D. Friedmann “Old Age Security and the One-child Campaign” in *Chinas One-child, Family Policy*, edited by E. Croll etc., The Macmillan Press LTD, 1985. また福武直によればこうした構造は戦前の欧米の研究者により広く「養老保険」として理解されていたらしい。（福武直『中国農村社会の構造』著作集第9巻東京大学出版会、1976年、pp109及びpp296）
- (24) 胡方「建立城鎮体労働者和農民養老金制度初議」『老齡問題研究資料』第35、pp2。及び劉慶相「發展農村計画養老事業的幾個問題」『人口与經濟』1985年、第2期、pp24。
- (25) 陶立群（整理）「关于人口老齡化的研究資料」中国老齡問題全国委員会秘書処『老齡問題研究資料』第15期、1984年5月、pp22。また上海市についてのデータは張開敏・陳先准「經濟發展与人口老年化」『老年学国際交流論文』1986年5月、pp11及びpp14。なお1985年末の老齡人口比率は8.31%である（張開敏「“六五”期間的上海人口」上海人口情報センター『人口信息』1986年6月、第2期）。高齡化の速度は異常に速いことがわかる。また、雇用者の大半が、女55歳また男60歳で退職し再就職の道は閉ざされているという条件から、中国社会で実質性を持つ老齡人口として使われる60歳以上の人口比率は、1982年が7.42%で西暦2000年には10.41%に達すると見られている。
- (26) 邵思新・張維船「建立和完善農村社会保障体系的探討」『福建論壇（經濟社会版）』1986年第11期、pp50。
- (27) 袁緝輝「從战略高度研究老年問題」『社会』1984年第1期掲載。
- (28) 徐勤「中外老年法的建立与發展」『老齡問題研究資料』中国老齡問題全国委員会办公室、1986年9月 pp16～17。
- (29) 若林敬子「中国人口政策の新動向」『アジア人口と開発』アジア人口開発協会、1987年6月にその紹介がある。また本稿が触れなかった「包護組」

論文

と呼ばれる近隣互助システムも紹介されている。

(30) 家族の近代的類型としての夫婦家族化が中国の都市部でも進んでいることについては、拙稿「現代中国家族変動研究序説」『アジア研究』アジア政経学会、第33巻第3・4号、1987年3月掲載参照のこと。なお劉炳福「家庭結構和老年贍養問題（上海市老年学学会秘書組編『老年学文集』1986年所収）は、実態調査の結果に基づいて直系家族率が高いことから、核家族化に疑問を呈し、三世

代同居による老人扶養の奨励に客観的根拠があることとしているが、“核家族化”概念を使用したことで認識の射程が狭くなっている。この問題に関しては、また家族社会学の観点から論争を挑む用意がある。

（付記 本稿は「昭和61年度文部省科学研究費補助金による研究成果」の一部である。）

インドネシアの医療保障

——その現状と将来展望——

坂 井 ス オ ミ

(ジョーンズ・ホプキンス大学公衆衛生学部
大学院フィールド研究員)

はじめに

インドネシアは東南アジアに位置する島国である。その主な島はジャワ、スマトラ、カリマンタン、スラウェシおよびイリアン・ジャヤの五島であるがその他無数の中小の島々がアジア大陸とオーストラリア北岸の間の太平洋に散らばっている。この国は共和国で27のプロビンスから構成されている。人口は1億6,800万人で世界第5位である。

インドネシアの気候は熱帯性でその経済は主に農業が基盤である。資源、特に石油、天然ガス、鉱物に恵まれている。1970年代

の原油価格の暴騰によりその経済は急速な発展をみせた。しかしそれにもかかわらずインドネシアの人口一人当りのGNPおよび種々の国民健康の指標はまだ他の東南アジア諸国に比して低い(表1参照)。例えば乳幼児死亡率は未だ高く主な死因は予防可能な伝染性疾患である。しかし開発途上国パターンの疾病像と平行して都会においてはより高度かつ高額な医療サービスの必要性また需要が高まってきている。またこれに加え原油価格の下落によってインドネシアの経済も大きな打撃を受けている。こうした様々な制限のもとでインドネシア政

表1 アジア諸国の健康の指標

| | 人口 (百万) | 出生率 | 死亡率 | 乳児死亡率 | 平均寿命 (年) | 都市人口 (%) | 人口一人当り GNP (米ドル) |
|--------|------------|-----|-----|-------|-------------|-------------|------------------------|
| インドネシア | 168.4 | 34 | 13 | 84 | 55 | 22 | 560 |
| マレーシア | 15.8 | 31 | 7 | 30 | 67 | 32 | 1870 |
| フィリピン | 58.1 | 33 | 8 | 51 | 62 | 37 | 750 |
| シンガポール | 2.6 | 16 | 5 | 9.4 | 71 | 100 | 6660 |
| タイ | 52.8 | 28 | 8 | 48 | 63 | 17 | 820 |
| 日本 | 121.5 | 13 | 6 | 6.2 | 77 | 76 | 10100 |

資料：1986 World Population Data Sheet, The Population Reference Bureau, Inc.

論 文

府はその国民全てにアベイラブルかつアフォーダブルな保健医療サービスを提供する道を探っている。

本稿の狙いはインドネシアの保健医療サービスの現状、また同国におけるヘルス・ファイナンスの試みと将来の展望を紹介することにある。

1 保健および医療サービス網

他の開発途上国同様インドネシアもまた乏しい医療資源に悩まされている。そうした状況の中でもインドネシア国民は近代医

療セクターおよび伝統医療セクターの両方のサービスを幅広く利用している。本稿は近代保健医療セクターに焦点を当てている。

近代保健医療セクターは保健省（Departmen Kesehatan）もしくは他の政府省庁（主に防衛省）が直接運営管理する公共セクターと保健省の監督下にある民間セクターに分けることができる。そして両セクター共にさらに病院サブセクターおよび病院外サブセクターに分類できる。図1はインドネシアの対個人保健医療サービス網を示している。

図1 個人対象の保健医療サービス

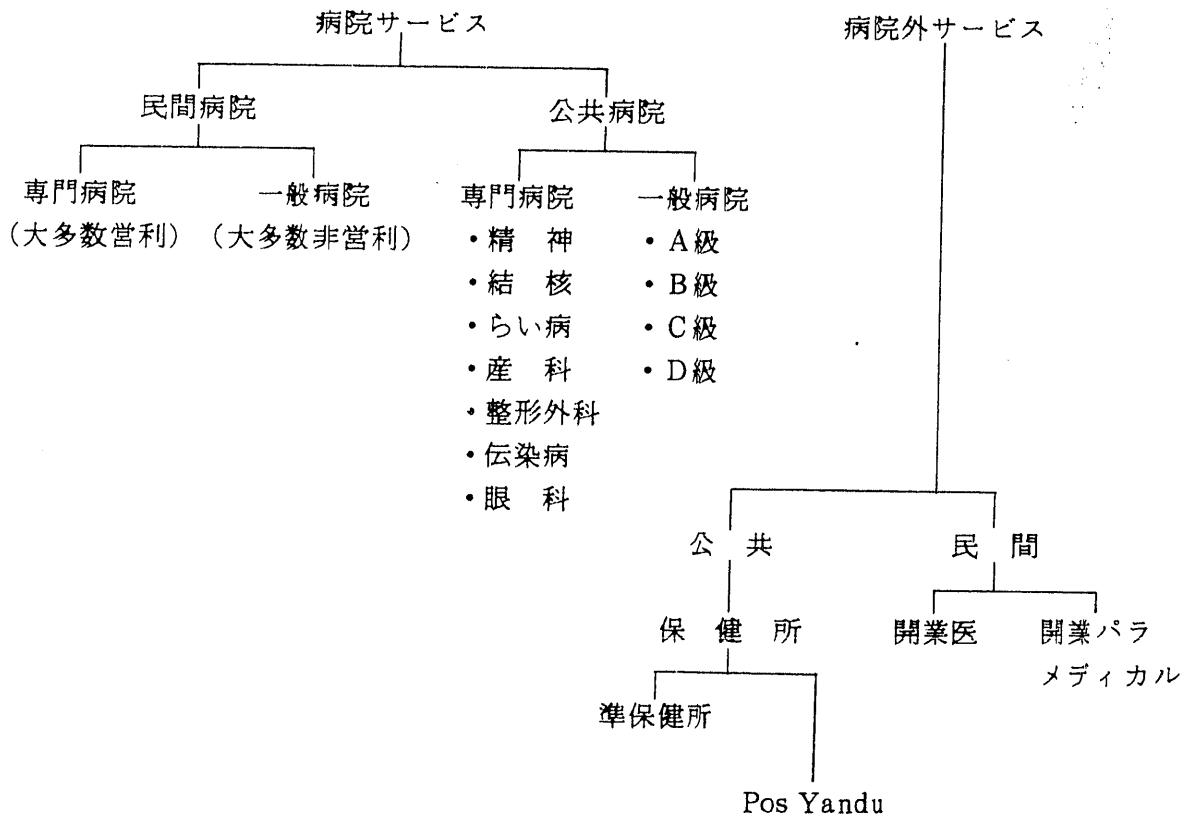


表2 病院タイプ別にみた病院数, 病床数および利用度

| 病院タイプ | 病院数 | 病床数 | 病床日数 |
|----------|-----|--------|-----------|
| 保健省所有 | | | |
| A 級 | 2 | 2,918 | 801,400 |
| B 級 | 15 | 9,396 | 2,347,044 |
| C 級 | 79 | 15,247 | 3,323,696 |
| D 級 | 217 | 15,579 | 2,745,076 |
| 専門病院 | 74 | 11,662 | — |
| 他の政府省庁所有 | 115 | 11,539 | 1,904,212 |
| 準政府機関所有 | 80 | 8,762 | 1,410,904 |
| 民間病院 | 175 | 20,947 | 4,215,148 |
| 合 計 | 757 | 96,050 | — |

資料：Howard Barnum, Hospital Expenditure in Indonesia,
World Bank, 1987

1. 病院サブセクター

病院におけるサービスは個人を対象とするものが主で特に疾病治療および産科サービスが中心である。最近行なわれた研究によると現在インドネシアには757の病院がある(Barnum 1987)。このうち384は保健省所有のもので313が一般病院, 74が専門病院である。115は保健省以外の政府機関所有の病院で80は公共石油会社Purtaminaといった公共企業等の準政府機関に所有されている。民間の非営利もしくは営利の病院は175¹⁾である。民間病院の場合, 一般病院は主に非営利であり専門病院は大多数営利病院である。表2は所有別にみた病院数, 病床数および病院利用度の指標の集計である。平均すれば公共病院, 民間病院共に病床数からみた大きさはほぼ同じである。表3は地域別にみた病院数の病床数および病床日数である。

保健省所有の一般病院はA級からD級まで4段階の格付けがなされている。民間病院の分類基準はまだ確立されていないが非公式には公共病院の分類に沿った格付けがなされている。表4は各級の定義・説明である。この表から明らかなように保健省所有の一般病院は医師等の医療専門職員および医療機器の面で厳しい状況の中で医療サービスに従事している。政府はその所有する施設間のピラミッド型の紹介制度を奨励している。しかしB級病院を対象に行なわれた研究によると入院患者の大多数は自己紹介例であり病院の近くに在住している者である(Barnum, 1987)。

患者は入院・治療および薬代を徴収されるがこの料金は公共病院ですら全国的に統一されていない。民間病院の料金はさらにまちまちで, 普通は公共病院よりも高額である。また同じ病院でもサービスの格付けが存在する。公共病院のサービスは料金が

論 文

表 3 地域別の病院統計 (1985)

| プロビンス | 病院数 | 病床数 | 病床日数 |
|--------------------|------|--------|------------|
| D.I. Aceh | 18 | 1,382 | 179,068 |
| Sumatra Utara | 73 | 10,206 | 1,641,576 |
| Sumatra Barat | 19 | 2,228 | 467,228 |
| Riau | 20 | 1,260 | 193,392 |
| Jambi | 9 | 682 | 59,724 |
| Sumatra Selatan | 32 | 3,351 | 602,112 |
| Bengkulu | 5 | 290 | 42,384 |
| Lampung | 9 | 1,087 | 194,660 |
| D.K.I. Jakarta | 36 | 9,681 | 2,178,904 |
| Jawa Barat | 60 | 8,092 | 1,830,044 |
| Jawa Tengah | 71 | 11,515 | 2,584,020 |
| D.I. Yogyakarta | 11 | 2,397 | 473,816 |
| Jawa Timur | 89 | 13,704 | 3,020,372 |
| Bali | 16 | 1,836 | 438,132 |
| N T B | 9 | 674 | 150,720 |
| N T T | 22 | 1,432 | 251,332 |
| Timor Timor | 5 | 439 | 94,080 |
| Kalimantan Barat | 14 | 1,278 | 230,020 |
| Kalimantan Tengah | 11 | 465 | 55,404 |
| Kalimantan Selatan | 20 | 1,208 | 166,308 |
| Kalimantan Timur | 17 | 1,481 | 261,956 |
| Sulawesi Utara | 19 | 2,307 | 440,356 |
| Sulawesi Tengah | 12 | 828 | 127,556 |
| Sulawesi Selatan | 38 | 3,275 | 553,660 |
| Sulawesi Tenggara | 12 | 648 | 86,788 |
| Maluku | 16 | 1,340 | 221,608 |
| Irian Jaya | 20 | 1,302 | 202,260 |
| 合 計 | 683* | 84,388 | 16,747,480 |

*政府所有の専門病院を除く。

資料：Howard Barnum, Hospital Expenditure in Indonesia, World Bank, 1987

最も高い1級から最も安い3級までの3段階に格付けされている。サービスの違いは病室および使用される薬の種類、ブランド等である。

2. 病院外サブセクター

病院以外のサブセクターは対個人の保健医療サービスと社会共同体を対象とした予防・健康助長を主な目的とした活動の両者を含んでいる。後者は環境保健、保健教育、

表4 公共病院の分類

- A級：専門スタッフと高度の医療機器を有した病院でその各科は機能別に細かく分類されており、循環器内科、放射線科等の専門の科がそろっている。インドネシアには現在2軒のA級病院があり、それぞれおおよそ1,450病床を有している。両病院とも大学病院である。
- B級：おおよそ10の専門科を有しているがA級病院にある最も高度の医療サービスを提供することはできない。現在15軒あり、その病床数は平均して625床であるが300床から800に至るまで大きさは様々である。
- C級：内科、産婦人科および小児科の専門医のいる病院はこの級に属する。限られた臨床検査および病理検査が可能である。この級の病院は全国に79軒あり、その平均病床数は190床である。実際の大きさは50床から390床である。
- D級：専門医のいない病院で多くの場合、レントゲンや臨床検査といった基本的医療機器・サービスが存在しない。この級の病院は217軒あり、その平均病床数は70床である。このクラスの病院は徐々にC級にグレード・アップされる予定である。

食料品・薬物の取締りといったもので主として保健省の責任である。こうした活動は中央政府のレベルで、もしくは全国を網羅している保健所 (Pusat Kesehatan Masyarakatあるいは Puskesmas) によって行なわれている。

個人を対象としたサービスは疾病治療が主であるが母子保健、予防接種、家族計画もこのカテゴリーに含まれている。インドネシアの人口のほぼ80%は都市外に住んでおり、こうした人々の主な医療サービス源は未だに伝統医療である。しかし、短いトレーニングを受けたボランティア・ヘルス・ワーカー (Kader) から医師に至るまで近代医療サービス従事者も各地で開業している。公共セクターのサービスは保健所を中心に組織されている。近代セクター医療従事者は一般に政府施設に勤務しており、夕方あるいは休日に開業している。

(A) 保健所

保健所 (Puskesmas) は疾病治療、母子保健、予防接種、家族計画、環境保健、学校保健の全てを実施する総合保健医療サービスセンターである。大きな保健所は入院施設を有する場合もあるが外来が中心である。保健所はまた社会共同体のコミュニティー・ヘルス・プロジェクトを助成する責任もある。こうしたプロジェクトの中で現在最も力を入れられているのは Pos Yandu と呼ばれる予防活動を中心とした村のレベルの総合的保健プロジェクトである。こうした施設には一般に医師1名、それ以外の保健医療専門職員6~10名、事務員6~10名が勤務している。医療機器は非常に限られており臨床検査能力も低い。

疾病治療および妊婦・産後の診察の料金は原則として受診のたびに150ルピア (約14円) である。この料金は診察、処置および薬の全てをカバーする。薬は一般に3日

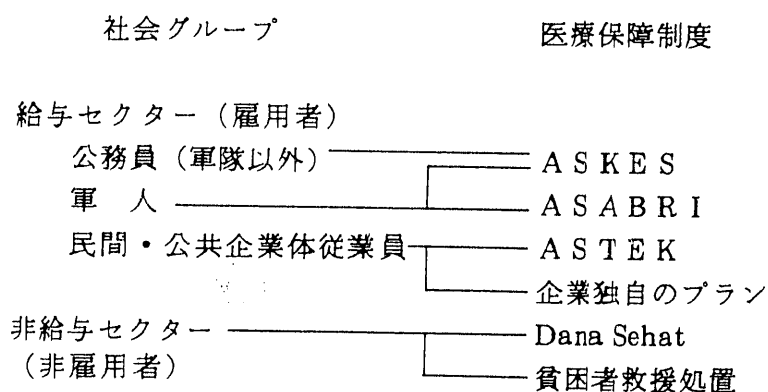
論文

表5 ヘルス・セクター・ファイナンス 1982/83

| 財 源 | ルピア (10億) | % |
|------------------|-----------|-------|
| 家 庭 | | |
| 1. 民間セクターのサービス | 521.9 | 35.2 |
| 2. 薬局での薬の購入 | 343.0 | 23.1 |
| 3. 公共セクターのサービス | 53.0 | 3.6 |
| 4. A S K E S 保険料 | 30.0 | 2.0 |
| 政 府 | 482.7 | 32.6 |
| 外国からの援助 | 51.6 | 3.5 |
| 合 計 | 1482.2 | 100.0 |

資料：世界銀行，1983

図2 現在の公的医療保障制度



分処方される。政府は現在全国統一の料金制を廃止する方針ですでに料金を値上げしている地方もある。また診察券代、注射代等の特別料金を徴収している保健所もある。さらにブランド名の薬を好む患者がより高額・額の薬代を支払う例も多い。

(B) 開業

インドネシアでは医師、助産婦以外の開業は違法であるが現実においては医師、パラメディカルのほとんどがいわゆるプライ

ベート・プラクティスを行っている。こうしたパラメディカルは看護学校、助産婦学校、準看護学校の卒業生も含むがより短いトレーニングコース、実務訓練のみをおえた者も多い。都会においては医師のグループ・プラクティスも盛んになってきている。前にも述べたように、大都会にみられる例外を除いては開業している保健医療専門職員のほとんど全ては政府施設にも勤めている。

1980年に行なわれた家庭調査によると最

近の一カ月間に病気にかかった者の14.7%は開業のパラメディカルにみてもらっている(Hunter, Binol, 1986)。これは最も利用された受診先であった。一方, ジャワ, バラット(西ジャワ)プロビンスで行なわれた研究によると病人の12.8%はプライベート, プラクティスを利用しており, 16.7%は公共施設に行っている。プライベート・プラクティスにかかる料金は公共施設に比して高額であるが病気が重くなるにつれて, また患者の社会経済ステータスが上がるにつれてその利用率も高くなっていく(Berman, Ormond, Gani, 1987)。

2 保健医療費のパターン

世界銀行の推計によればインドネシアは1982/83年度にそのGNPの2.7%を保健医療に費やしている。これは年間人口一人当たりほぼ10米ドルに相当する(Prescott, 1986)。国際的にみてもこの保健医療費のレベルは低い。インドネシアとほぼ同レベルの人口一人当たりのGNPを有している国々の全てはGNPの3%以上を保健医療にあてている。この世銀のレポートはまた家庭の支払いが全保健医療費の63.9%を占めていると報告している。公共のファンド(政府の一般収入)は32.6%をカバーしている(表5参照)。サービス提供側を取ってみれば保健医療費の58.6%は伝統医療, 薬局を通しての薬の消費を含んだ民間セクターに費やされている。公共施設およびマラリアコントロール, Expanded Program of Immunization (EPI) といった政府の

2 特別プログラムには41.1%があてられている。しかし, 個人対象の公共セクターのサービスはまだ政府からの補助金を多く受けている。これらのサービスの運営に必要ないわゆるリカーレント・コストのうち患者からの料金でカバーされているのは15.5% (De Ferranti, 1985) から21.2% (Berman, Sakai) にすぎないと推定されている。このため政府は民間の財源をより多く適切な保健医療サービスのために動員する計画である。

3 保健医療の保障システム

インドネシアは他の開発途上国同様給与を受けている社会層から医療保障の試みをはじめている。この給与ベースの人口は公務員(軍隊を含む)および民間企業に勤務する者(公共企業を含む)に分けられている。他の医療保障ファンドも給与を受けていない社会層を対象に農村地区で村共同体や協同組合を通して実験・助長されている。貧困のため支払い能力がないと地区政府代表者に認められたものは公共の施設で治療等のサービスを無料で受けることができる。図2は現在の保健医療制度を紹介するものである。現在インドネシア国民の10%余りが後述のASKES, ASABRIもしくはASTEKといった公式の保健医療保障を受けていると推定されている²⁾。

1. 現 状

(A) ASKES

論文

A S K E S (Asuransi Kesehatan, 健康保険) は中央, 地方の軍隊以外の公務員および軍隊も含んだ全ての公務員退職者を対象とした強制健康保険である。この制度は保健医療の保障システムとしてはインドネシア最古のものである。インドネシアの公務員を対象とした医療保障のシステムは植民地時代から存在しており, 独立後も中断なしに続けられてきた。しかし, 独立後すでに数度の制度改正を経ている。

1950年インドネシア政府はSistem Restitutiという制度のもとに軍隊以外の全ての公務員およびその扶養家族に, 公共の医療施設において無料の治療を受ける権利を与えた。また民間施設を利用した場合は患者が先払いをして後に保健省に払い戻しを要求するようになっていた。保険料等のプラン参加者負担はいっさい存在しなかった。ジャカルタにおけるパイロット・スタディの後政府は1968年に大統領令 230号によってBadan Penyelenggaraan Dana Pemeliharaan Kesehatan (B P D P K)³⁾ を設立し, この新組織のもとに強制健康保険制度を導入した。軍隊以外の公務員および退職者の給与・年金から健康保険料が自動的に差し引かれるようになった。この時期におけるA S K E Sはプロビンスレベルよりもさらに下のカブパテン (Kabupaten) 政府レベルによって調整, 管理された。医療サービス提供者の自由選択権は維持されたが払い戻し要求は保健省のかわりにB P D P Kに対してなされるようになった。サービスの過剰使用, 民間サービス供給者の料金水増しがあいついだ。そこで1975年再度A S

K E Sの改革が試みられた。A S K E S調整はプロビンスレベルに移され医療サービスの自由選択制は廃止された。保険給付者は政府の施設である保健所や公共の病院を利用することが義務付けられた。患者が払い戻しを要求するかわりに, サービス提供側が毎月B P D P Kに支払いを求める制度が取り入れられた。この制度改正は成功したかのように思われたが, 近年になってB P D P Kのファイナンシャル・アカウントビリティが頻繁に問題視されることになった。これに加え医療サービス需要の増加を恐れた政府はB P D P Kのステータスを自己の収入, 出費に責任を有する公共企業Perusahaan Umum (Perum)に変えることを決めた。このようにしてPerum Husada Bhaktiが1984年に大統領令22号によって成立することとなった。この公共企業は独自のガバニング・ボードのもとにあり, 保健省および財務省の監督下にある。

現在の保険料は給与あるいは年金の2%である。加入者は公共の保健所, 準保健所 (Puskesmas, Puskesmas Pembantu) の外来における診察, 治療を無料で受けることができる。また保健所の紹介があれば専門医の外来における診察・治療, もしくは公共病院の3級医療サービスを無料で受けられる。公共病院における1級あるいは2級のサービスを受けた場合は患者がその級によって60%もしくは40%を自己負担する。歯科治療および眼鏡もこの保険によってカバーされる。A S K E S給付者にサービスを提供した施設は毎月Perum Husada Bhaktiに支払いを要求する。Husada Bhakti

はこの他に保健所や公共病院に受診者用の薬をわたし、また職員のボーナスとして特別資金を保健所に与えている。多くの保健所はA S K E S加入者のために夕方の特別クリニックを開いている。

Perum Husada Bhaktiはまだ多くの問題をかかえている。これらの問題のいくつかはインドネシア医療サービス全般にも共通する問題である。第一の問題は過剰かつ不適切な薬の使用である。また、より高額な第3次医療の需要が高まってきている。公共病院ですらそれぞれの料金を独自に決定しているため地域別また長期にわたる出費の予測が困難である。さらにマネジメント能力がまだ未熟なため給付者以外のサービス利用もありまたサービス供給者への支払いが遅れることがしばしばである。病院サービス等の実際のコストに関する情報がほとんど存在しないため病院への支払いや料金交渉が困難である。またコスト以下の支払いをしている結果 Perum Husada Bhaktiは実際においては政府の一般財源の補助を受けているのではないかという疑問を持っている者もいる。最後に退職者の割合が増すにつれて今後のサービス利用および費用の増加が予想される。

(B) A S A B R I

この医療保障制度は現役の軍人およびその扶養家族をカバーしている。この制度は中央政府の財源によって運営されており、給付者は公共の施設もしくは防衛省独自の施設でサービスを受けることができる。退職者は前述のA S K E Sに組み込まれ年金

の2%の保険料を支払う。

(C) A S T E K

インドネシアの社会保障制度は1969年に制定された法律14号によって確立された。この制度のもとに政府は疾病、出産、身体障害、老後、死亡および失業のための社会保険を実施することになっている。またこの保険は雇傭者および被雇傭者の両者によって負担されることが法律で決められている。1977年に公共企業のPerum A S T E K (Asuransi Sosial Tenaga Kerja) が設立された。このA S T E Kの任務は民間企業を対象とした社会保険を実施することにある。現在A S T E Kは労働障害保険、死亡保険、プロビデント・ファンドの3種のプログラムを実施している。

前述の法律は雇傭者による従業員の保健医療保障をも義務付けている。しかし、これを実現するメカニズムはまだ完備されていない。A S T E Kは現在いくつかのパイロット・プロジェクトを試みている段階にあり徐々に保健医療保障をそのプログラムの一つに加え企業に参加を義務付ける道を探っている。

当初A S T E Kは任意の健康保険制度をはじめて導入したが、いわゆるアドバンス・セレクションで出費がかさみこの試みは失敗に終わった。1978年以来A S T E Kは新しいパイロットプロジェクトを7つの都市で実施している。このプロジェクトではA S T E Kと雇傭者との協定によって保険料が決められ、支払いを受けたA S T E Kが参加企業の従業員およびその扶養家族に保健

論文

医療サービスを給付している。この保険料は給料支払い額の4～7%に相当する額である。このプロジェクトのためASTEKはASTEKクリニックをこれら7つの都市に建設したが、給付者はこのクリニック、雇傭者所有のクリニックあるいは公共の保健所を利用することができる。また必要に応じて専門医によるサービスを受けることも公共の病院に入院することもでき、治療、薬全てがカバーされる。1986年には350企業がこのプランに参加しており7万人がカバーされている(Hunter, Binol, 1986)。給付者の大部分は重工業に従事している低所得労働者であるといわれている。このプロジェクトは今のところ成功をおさめており、1985年には収入が出費を上まわった。

もう一つのASTEKパイロット・プロジェクトはPKTKと呼ばれ、1985年にジャカルタではじめられた。このPKTKは保健省と労働省の両省の力で実施されている。ファイナンスは労働省監督下のASTEKの責任範囲で保健医療サービスは保健省の責任範囲とされている。このプランのマーケティング・ターゲットはジャカルタの雇傭者でプレミアムは給料支払い額の7%である。PKTKは必要に応じて患者を専門医か病院に送る家庭医の役割を重視したプランである。当初の計画では給付者はPKTKと契約を結んだ保健所あるいは開業のプライマリー・ケア医のうち一人を家庭医として選択し、この家庭医は人頭払い形式の報酬を受けることになっていた。さらに医療費の浪費を減らすための種々の試みが計画に組込まれた。薬はプロジェクトの薬

剤リストに載っているもののみを使用する、専門医はサービスに費やす時間数に基づいて報酬を受ける、病院は公共病院もしくはPKTKと契約を結んでいる民間病院を利用する、病院サービスは公共病院の3級サービス相当額のみが給付される等である。現実においては38の保健所のみがプライマリー・ケアサービス先として登録されており、従って患者の最初のコンタクト・ポイントは保健所に限られている。ASKES患者とともにPKTK患者も利用できる夕方の特別クリニックは開かれている。当初の予定とは異なり人頭払い方式は実施されていない。サービス提供者はASTEKからの資金で支払われているがこのプランに参加している民間病院は支払いの遅れに不満を示している。医師の中にも支払いの受給が大幅に遅れているものがある。一方患者側もその受けているサービスに不満を示しており、プロジェクトの伸びは遅い。現在35の企業が参加しているのみでそのカバーしている人口も8,300人に過ぎない。このプロジェクトはASTEKに登録している企業の強制医療保障制度のモデルとして計画されたもので新しいパイロット・プロジェクトも各地に予定されている。しかし、強制参加のヘルス・ファイナンス・プランとしてこの形態のみが使用されるかどうかは現在明らかではない。

(D) 企業独自のアレンジメント

ASTEKの社会医療保障プランはその努力にもかかわらず未だサービス、カバーしている地域等あらゆる面で限られている。

こうした現状の中で労働者のヘルス・ケア・ベネフィットの大部分は個々の企業の独自のプランによって供給されている。市販のグループ・ヘルス・インシュアランスに加入する企業、病院等の医療施設と契約を結ぶ企業、自分のクリニックを設置する企業、こうした種々の方法を混合する企業といろいろなプランが存在している。多くの企業は従業員の階級に応じて異なったプランを供給しており、また扶養家族をカバーしているところも多い。総括的ヘルス・ケア・パッケージを企業向けにマーケティングしている民間病院も現われてきている。避地のプランテーションや鉱山は一般にクリニックを建て医師または看護婦を雇っている。多くの場合こうした企業は地域政府の保健部とも契約し、従業員およびその家族の医療ニーズを満たしている。

1984年に実施されたジャカルタ地区に限られたASTEK登録企業を対象とした調査によると173企業のうち171企業はその従業員に何らかの医療保障を用意している(BPDPK, 1984年)。こうしたプランを有する企業のうち80%は扶養家族をも完全あるいは部分的にカバーしており、45%は企業所有のクリニックと外部の施設の両者を利用し、51%は外部の施設のみを使用している。ベネフィットはプランによって様々で患者の一部負担を要求するプランもある。全てのプランは外来サービス、薬をカバーしているが入院、出産、臨床検査歯科治療、予防サービスは必ずしも含まれていない。

(E) Dana Sehat (健康ファンド)

インドネシア国民のおおよそ80%は都市外に居住しており、その大多数は農業、漁業等の非給与セクターに従事している。これらの人々はrisk assessmentに基づく保険料を必要とする健康保険の発展を許すほど豊かではない。1970年代後半にインドネシア政府はPembangunan Kesehatan Masyarakat Desa (PKMD) という村の健康向上を目的としたプロジェクトを全国的に奨励した。このプログラムはヘルス・ボランティア・ワーカー(カデル)の育成と健康基金(Dana Sehat)の設立発展の二つの柱からなっていた。多くの基金が設立されたが長期間続いたものは非常に少ない。近年になって後述のDUKM概念の導入によってこれらのDana Sehatに対する関心が再び高まってきている。以前の経験に基づいて保健省は保健所医師むけにDana Sehatの設立運営のマニュアルを出版した。これらの健康基金を経済活動や共同組合活動とタイアップさせてその経済的安定を計ることも奨励されている。

現在存在しているDana Sehatはそれぞれ独立して成立されており、参加者に給付されるベネフィットもまちまちである。しかし、ベネフィットは一般に保健所の利用権を含んでいる。保健所あるいは村のヘルス・ボランティアのところにメンバー用の薬を特別に買って用意している基金もある。政府は予防サービスをベネフィットに含む必要性を強調している。保険料の額は基金によって様々でその支払われる形態も現金から米等の現物に至るまで様々である。従っ

ていくつかの成功例は見られてもこうした Dana Sehatの発展は緩慢で多くの村民がカバーされるに至るまではまだまだ時間がかかると思われる。

2 将来展望

社会的な保健医療の保障システムを国民全員に行きわたらせるために Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (D U K M) という新しい概念が考え出され、これに基づく制度が現在計画段階にある。D U K Mの組織、運営は基本的には保健省の責任であるが他の省庁もこれに携わる予定である。計画によればD U K Mは5つの要素から成立する。これらの要素は(a)D U K Mを設置しそれに権威を与える立法、(b)政府各省庁の代表、健康保健業界の代表等からなる健康保健計画委員会、(c)公共・民間を問わず実際の健康保険あるいはその他のヘルスファイナンス・プラン、(d)保健医療サービスのプロビンスレベルのコーディネーター、および(e)公共、民間を問わず実際の保健医療サービスを供給するプランの5つである。D U K Mの最終目的はインドネシア国民の全員がD U K Mに認知されたいくつかのヘルス・ファイナンス・プランの一つによってカバーされることにある。つまり、D U K Mは公共・民間を問わず、様々なヘルス・ファイナンス・プランを認知監督する制度である。現在存在しているA S K E S, A S T E K, A S A B R IあるいはDana SehatといったプランもD U K Mの傘下にはいることになる。D U K Mはヘルス・ファイナンス・プランのみならず、公共民間両

方の保健医療サービス供給者側の各種プランをも監督する予定である。また、ファイナンス、供給とも全てのプランが Sistem Kesehatan Nasional⁴⁾ (国家の保健制度)の原則に沿っているように、さらに資源が最も有効に使用されるようにこれらのプランをモニタリングする計画である。このシステムを取ることによってインドネシアは現在存在しているヘルス・ファイナンスおよびヘルス・サービス・デリバリーの両面における多様性を維持することができる。しかし、この制度確立までの道はまだ長い。現在とくに心配されているのはいかにして経済基盤および組織の弱い村のヘルス・ファイナンス・ファンド (Dana Sehat) をD U K Mに含めることができるかである。D U K Mはまだ計画段階にあり今後の発展が目される。

おわりに

インドネシアの医療制度の特徴は、その多様性にある。この多様性は医療サービス供給者の種類においてもまた支払い制度においてもみられる。公務員および民間企業の従業員に対する社会的医療保障のシステムは存在する。たとえば公務員対象のA S K E Sはすでに長い歴史を有しているが制度改正を繰り返しながらまだ発展している。しかし民間企業の従業員を対象とした公的な保障システムによる医療保障はまだ限られた地域にのみ存在し、参加も現在のところ任意である。さらに種々のプランがまだ実験段階にある。こうしたプランは社会保険公共企業 (Perum A S T E K) 所有・

運営の医療施設、人頭支払い制度等種々である。そして公的な保障システムによる医療保障制度に加入していない企業も、法律によってその従業員に医療保障を施すことが義務付けられている。この結果さらに多様な医療保障のプランが民間企業の間には存在する。最後にこうした給与セクター労働者の他にインドネシアは非常に大きな非給与セクターをかかえている。この非給与セクターを対象に村共同体、協同組合等を基盤とした保健医療の保障制度が政府によって奨励されており、現在インドネシア各地で設立され試みられている。将来インドネシア政府は医療保障制度の多様性を維持しつつ、国民全員に医療保障を与える計画であるが、その目的達成への道はまだ長く厳しい。

注

- 1) この数値は産科病院を含んでいない。産科専門病院は一般に病床数は少ない。
- 2) この数値はプランテーションや鉱山等多くの民間企業や公共企業が独自に準備している医療保障を含んでいない。こうした企業独自の医療保障で最も有名なのは政府所有の石油会社であるPuraminaのそれである。Puraminaの従業員、退職者およびその扶養家族（およそ280,000人）は総合的保健医療保障を受けている。
- 3) この政府機関はA S K E Sとしても知られている。
- 4) 1982年に保健省によって発布されたSistem Kesehatan Nasionalはインドネシアにおける全ての保健医療活動の憲法上の基盤である。これによって健康は基本権として確立され、政府がこの権利の保証者と定められた。

付 記

本稿執筆に当たりインドネシア大学公衆衛生学部公衆衛生アドミニストレーション科のアスコバット・

ガニ先生より多くのご助言、ご教示を頂きました。記して感謝いたします。但し、あり得べき誤りについては全て筆者の責任であります。

参考文献

- Barnum, H., Hospital Expenditures in Indonesia, PHM Technical Note 87-17, Population, Health and Nutrition Department, World Bank, 1987.
- Berman, P., Ormond, B., Gani, A., Patterns of Treatment Use and Expenditures for Curative Care in Rural Indonesia, draft, 1987.
- Berman, P., Sakai, S. (forthcoming), The Productivity of Manpower and Supplies in Public Health Services in Java, in K. Lee and A. Mill (eds.), Health Economics Research in Developing Countries. Oxford University Press, New York.
- BDPDK, Laporan Penelitian Jaminan Pelayanan Kesehatan Bagi Karyawan Perusahaan di Jakarta Raya, 1984.
- BDPDK, Perkembangan Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan, 1985.
- De Ferranti, D., Paying for Health Services in Developing Countries, An Overview. World Bank Staff Working Paper no. 721, 1985.
- Gani, A., Financing and Delivery of Primary Health Care in Rural Indonesia, 1986.
- Hunter, H., Binol, K., Health Care Financing in Indonesia, USAID/Jakarta, 1986.
- Perum Husada Bhakti, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 22 Tahun 1984 Tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil Dan Penerima Pensiun Beserta Anggota Keluarganya, 1984.

論 文

Prescott, N., Public Expenditure on Health in Indonesia, World Bank background paper for health sector review, 1987.

Suyono Yahya, Jaminan Sosial di Pedesaan Melalui Program Pelayanan Kesehatan, Seminar Mengenai Jaminan Sosial di Pedesaan, Perum ASTEK, 1985.

Torrens, P., Current Status of Health Financing Programs, USAID/Jakarta, 1986.

_____, A Pilot Scheme of DUKM for Jakarta, 1984.

海外社会保障関係文献目録

1987年4月～6月 社会保障研究所図書室受入分

社会保障・社会政策一般

- Abel-Smith, Brian
Was für eine Krise? Wessen Krise? Welche Krise?: Ein Abriss der Geschichte der Länder der Europäischen Gemeinschaft, veröffentlicht im Jahr 2035. *Soz. Fortschritt* 36(3) März 1987. p.48.
- Bandler, Jean Taft Douglas, 1933-
Family issues in social policy: an analysis of social security. Columbia Univ. D.S.W., 1975, 462p. 22cm. UMI Dissertation Information Service.
- Berthoud, Richard
What next for taxes and benefits? *Policy Studies* 6(4) Apr. 1986, p.1-17.
- Bieback, Karl-Jürgen et al.
Existenzminimum und Grundgesetz: Verfassungsrechtliche Anforderungen an die Festlegung der Regelsätze in der Sozialhilfe. *Soz. Fortschritt* 36(1-2) Jan./Feb. 1987, p.1-15.
- Boaz, Rachel Floersheim
The 1983 Amendments to the Social Security Act: will they delay retirement? a summary of the evidence. *Gerontologist* 27(2) Apr. 1987, p.151-55.
- Boskin, Michael J. et al.
Social security: a financial appraisal across and within generations. *Nat. Tax. J.* 40(1) Mar. 1987, p 19-34.
- Brenton, Maria/Ungerson, Clare ed.
The year book of social policy in Britain 1985-6. London, RKP, 1986. 293p. 24cm.
- Carter, Charles et al.
The integration of taxation and social security. *Policy Studies* 5(3) Jan. 1985, p.24-32.
- Carter, Charles et al.
The Reform of Social Security. *Policy Studies* 5(3) Jan. 1985, p.9-23.
- Centre de politique sociale (U.F.S.I.A.)
Indicateurs de la sécurité sociale 1976-1985 (résultats globaux). Études réalisée sous la direction du Prof. Deleeck. *Rev. belge de Séc. soc.* Annexe au 28(4-5) avril-mai 1986, 86p.
- Charles, Susan T./Webb, Adrian L.
The Economic approach to social policy. Brighton, Wheatsheaf, 1986, xii, 247p. 22cm.
- De Leede, L.
L'Évolution de la sécurité sociale, aux Pays-Bas, depuis la crise. *Rev. belge de Séc. soc.* 28(9-10) sep.-oct. 1986, p.775-82.
- Deleeck, Herman.
L'Avenir de la politique de sécurité sociale dans la Communauté européenne. *Rev. belge de Séc. soc.* 28(7-8) juil.-aout 1986, p.593-609.
- Dumont, J.-P.
The Evolution of social security during the recession. *Internat. Lab. Rev.* 126(1) Jan.-Feb. 1987, p.1-19.
- Feldstein, Martin S.
Should social security benefits be means tested? *J. of Poli. Econ.* 95(3) June 1987, p.468-84.

- Flora, Peter ed.
Growth to limits: the Western European welfare states since World War II. V.1: Sweden, Norway, Finland, Denmark. Berlin, de Gruyter, 1986, xxxvi, 383p. 24cm.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986.
Administrative decentralisation of national social security schemes./Supporting materials and social security forms. Geneva, ISSA, 1987. 32, 27p. 30cm. Report 19 & 20.
- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986.
Developments in social security and ISSA activities 1984-1986. Geneva, ISSA, 1987. v, 57, 41p. 30cm. Report 1.
- ISSA, General Secretariat.
Developments and trends in social security, 1984-1986. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 39(4) 1986, p.375-460.
- ISSA. General Secretariat.
The XXIIed General Assembly of the International Social Security Association. *Internat. Soc. Sec. Rev.* 40(1) 1987, p.3-101.
- Lopez, Eduard A.
Constitutional background to the Social Security Act of 1935. *Soc. Sec. Bull.* 50(1) Jan. 1987, p.5-11.
- O'Higgins, Michael
Egalitarians, equalities and welfare evaluation. *J. of Soc. Poli.* 16(1) Jan. 1987, p.1-18.
- Ortlieb, Heinz-Dietrich
Die Zukunft unserer Vergangenheit: Zur Wirtschafts- u. Gesellschaftspolitik der Jahre 1956-1984. Hamburg, Weltarchiv, 1984. 337p. 25cm. Veröffentlichungen des HWWA.
- Report of the Commission on the Evaluation of Pain.
Soc. Sec. Bull. 50(1) Jan. 1987, p.13-44.
- Saint-Jours, Y.
L'Évolution de la sécurité sociale, en France, depuis le début des années 1980. *Rev. belge de Séc. soc.* 28(9-10) sep.-oct. 1986, p.765-74.
- Spieker, Manfred
Legitimitätsprobleme des Sozialstaats: Konkurrerende Sozialstaatskonzeptionen in der BRD. Bern, Haupt, 1986, 397p. 23cm. Beiträge zur Wirts.-politik 41.
- Williamson, John B.
Social security and physical quality of life in developing nations: a cross-national analysis. *Soc. Indicators Res.* 19(2) May 1987, p.205-27.
- Wilson, Thomas
The Future of the welfare state. *Policy Studies* 7(2) Oct. 1986, p.14-29.
- 社会保険
- Borba, Philip S./Appel, David
The propensity of permanently disabled workers to hire lawyers. *Indust. & Lab. Rel. Rev.* 40(3) Apr. 1987, p.418-29.
- Delaney, Michael McFadyen, 1945—
Intergration of private pension plans with social security. Univ. of Pennsylvania, 1976. 191p. 22cm. UMI Dissertation Information Service.
- Holzwarth, Axel
Das Risiko der Berufsunfähigkeit. *Arbeit & Sozialpolitik* 41(3) März 1987, p.72-76.
- ISSA.
Conjugating public and private: the case of pensions. Geneva, ISSA, 1987. 261p. 24cm. ISSA. Studies and research #24.

ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986.

Cash benefit schemes in insurance.../Present state and evolution of.../Interaction between prevention of...Geneva, ISSA, 1987. 77, 54, 31p. 30cm. Report 14, 15, 16.

Kranken- und Rentenversicherungsschutz der Bevölkerung: Ergebnis des Mikrozensus. *Wirtschaft & Statistik* 3/1987, p.252-59.

Lampert, Heinz

Wettbewerbsintensivierung in der gesetzlichen Krankenversicherung und Solidarausgleich. *Soz. Fortschritt* 36(3) März 1987, p.54-59.

McMillan, Henry Mark

Essays in the economics of pensions. Madison, Univ. of Wisconsin, 1982. 170p. 22cm. UMI Dissertation Information Service.

Niwata, Noriaki

The Theory of insurance and social security in Japan. Tokyo, Insurance Institute of the Keio Univ. 126p. tables. 27cm.

Oeter, Ferdinand

›Drei-Generationen-Modell‹ ist nicht tragfähig (Rentenversicherung.) *Arbeit & Sozialpolitik* 41(2) Feb. 1987, p.38-40.

Packard, Michael D.

Income of new disabled-worker beneficiaries and their families: findings from the New Beneficiary Survey. *Soc. Sec. Bull.* 50(3) Mar. 1987, p.5-24.

Podgursky, Michael/Swaim, Paul

Health insurance loss: the case of the displaced worker. *Mthly. Lab. Rev.* 110(4) Apr. 1987, p.30-33.

Strukturreform der Alterssicherung.

Rentenversicherung 27(3) Feb. 1987, p.28-39.

Watts, Rob

Family allowances in Canada and Australia 1940-1945: a comparative critical case study. *J. of Soc. Poli.* 16(1) Jan. 1987, p.19-48.

社会福祉

Barth, Richard P./Berry, Marianne

Outcomes of child welfare services under permanency planning. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p.71-90.

Braun, Hans/Marx, Marie-Luise

Nichtprofessionelle Altenhilfe: Einsatzfelder, Arbeitsweisen, Verhältnis zu sozialen Diensten. *Nachrichten Dienst* 67(3) März 1987, p.99-103.

Donovan, Rebecca

Stress in the workplace: a framework for research and practice. *Soc. Casework* 68(5) May 1987, p.259-66.

Iversen, Roberta Rehner

Licensure: help of hindrance to women social workers. *Soc. Casework* 68(4) Apr. 1987, p.229-33.

Kramer, Ralph M./Grossman, Bart

Contracting for social services: process management and resource dependencies. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p.32-55.

Leat, Diana

Local authorities and the voluntary sector: prospects for change. *Policy Studies* 6(4) Apr. 1986, p.70-81.

Link, Bruce G. et al.

The Social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *Amer. J. of Sociol.* 92(6) May 1987, p.1461-1500.

- Meyer, Margaret A./Mookherjee, Dilip
Incentives, compensation, and social welfare. *Rev. of Econ. Studies* 54(2) #178 Apr. 1987, p.209-26.
- Pennell, Joan T.
Union participation of Canadian and American social workers: contrasts and forecasts. *Soc. Ser. Rev.* 61(1) Mar. 1987, p.117-31.
- Plaschke, Jürgen
Internationaler Rechtsvergleich über die Absicherung des Pflegerisikos: Bericht über die internationale Tagung: *Nachrichten Dienst* 67(3) März 1987, p.103-06.
- Reis, Claus/Dorenburg, Hermann
Selbsthilfe: Ausdruck soz. Wandels, Soz.-politisches Programm, Herausforderung für die soz. Arbeit? Frankfurt, DV, 1985. xv, 298p. 21cm. Arbeitshilfen 26.
- Richardson, Ann
Thinking about children leaving home: the perspectives of parents whose son or daughter has a mental handicap. *Policy Studies* 7(2) Oct. 1986, p.30-44.
- Rocklin, Sarah G./Mattson, David R.
The Employment Opportunities for Disabled Americans Act: legislative history and summary of provisions. *Soc. Sec. Bull.* 50(3) Mar. 1987, p.25-35.
- Schilling, Robert F. II/Schilling, Robert F.
Social work and medicine: shared interests. *Soc. Work* 32(3) May-Jun. 1987, p.231-34.
- Schoen, Paul
Armenfürsorge im Nationalsozialismus: d. Wohlfahrtspflege in Preussen zwischen 1933 u. 1939 am Beispiel d. Wirtschaftsfürsorge. Weinheim, Beltz, 1985. xxxiii, 353p. 21cm.
- Small, Neil
Putting violence towards social workers into context. *Critical Soc. Poli.* (19) Sum. 1987, p.40-51.
- Smolensky, Eugene et al.
Symposium: Social welfare policies. *J. of Post Keynesian Econ.* 9(3) Spring 1987, p.327-80.
- Sozialhilfeempfänger 1985.
Wirtschaft & Statistik 2/1987, p.151-57.
- Vormundschaften und Pflegschaften über Volljährige: Antwort der Bundesregierung auf eine Grosse Anfrage (BT-Drucks, 10/5970) *Nachrichten Dienst* 67(3) März 1987, p. 89-90.
- Walsh, Joseph A.
Burnout and values in the social service profession. *Soc. Casework* 68(5) May 1987, p.279-83.
- Wolock, Isabel et al.
Forced exit from welfare: the impact of federal cutbacks on public assistance families. *J. of Soc. Ser. Res.* 9(2-3) Winter 1985/ Spring 1986, p.71-96.
- 高齡者問題
- Bell, Donald/Marclay, William
Trends in retirement eligibility and pension benefits, 1974-83. *Mthly, Lab. Rev.* 110(4) Apr. 1987, p.18-25.
- Braithwaite, V.A./Gibson, D.M.
Adjustment to retirement: what we know and what we need to know. *Ageing & Soc.* 7(1) Mar. 1987, p.1-18.
- Copeland, J.R.M. et al.
The Well, the mentally ill, the old and the old old: a community survey of elderly persons in London. *Ageing & Soc.* 6(4) Dec. 1986, p.417-33.

- Cunningham-Burley, Sarah
Becoming a grandparent. *Ageing & Soc.* 6(4) Dec. 1986, p.453-70.
- Dale, Angela et al.
The household structure of the elderly population in Britain. *Ageing & Soc.* 7(1) Mar. 1987, p.37-56.
- Fattah, Ezzat A.
The Role of senior citizens in crime prevention. *Ageing & Soc.* 6(4) Dec. 1986, p.471-80.
- Grundy, Emily
Retirement migration and its consequences in England and Wales. *Ageing & Soc.* 7(1) Mar. 1987, p.57-82.
- Gurkan, A. Arslan/Gilleard, Chris J.
Inter-provincial patterns of ageing in Turkey: a socio-economic analysis. *Ageing & Soc.* 6(4) Dec. 1986, p.435-52.
- Ivanovic, M. et al.
Préparer ou changer la retraite?: une expérience de recherche-action avec militants retraités. *Service soc. dans le Monde* 45(4) déc. 1986, p.19-28.
- Quinn, Joseph F.
The economic status of the elderly: beware of the mean. *Rev. of Income & Wealth* 33(1) Mar. 1987, p.63-82.
- Riley, Matilda White
On the significance of age in sociology. *Amer. Sociolo. Rev.* 52(1) Feb. 1987, p.1-14.
- Sammartino, Frank J.
The Effect of health on retirement. *Soc. Sec. Bull.* 50(2) Feb. 1987, p.31-47.
- Synak, Brunon
The elderly in Poland: and overview of selected problems and changes. *Ageing & Soc.* 7(1) Mar. 1987, p.19-35.
- Tobin, Joseph Jay
The American idealization of old age in Japan. *Gerontologist* 27(1) Feb. 1987, p.53-58.
- Yeas, Martynas A.
Recent trends in health near the age of retirement: new findings from the health interview survey. *Soc. Sec. Bull.* 50(2) Feb. 1987, p.5-30.
- 保健・医療
- Berliner, Howard S./Burlage, Robb K.
Proprietary hospital chains and academic medical centers. *Internat. J. of Health Services* 17(1) 1987, p.27-46.
- Brown, Julie V.
The Deprofessionalization of Soviet physicians: a reconsideration. *Internat. J. of Health Services* 17(1) 1987, p.65-76.
- Buczko, William
Physician utilization and expenditures in a Medicaid population. *Health Care Financing Rev.* 8(2) Winter 1986, p.17-26.
- Doessel, Darrel
Medical technology and health expenditure: an economic review and a proposal. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(4) July-Sep. 1986, p.253-73.
- Farley, Pamela J.
Theories of the price and quantity of physician services: a synthesis and critique. *J. of Health Econ.* 5(4) Dec. 1986, p.315-33.
- Hurley, Robert E.
Status of the Medicaid competition demonstrations. *Health Care Financing Rev.* 8(2) Winter 1986, p.65-75.

- ISSA. General Assembly, 22nd, Montreal, Sept. 1986.
The Improvement of health and risk prevention in private life by .../The Integration of prevention of ... Geneva, ISSA, 1987. 113, 14p. 30cm. Report 21 & 22.
- Labisch, Alfons
The Role of the hospital in the health policy of the German Social Democratic movement before World War I. *Internat. J. of Health Services* 17(2) 1987, p.279-94.
- Levine, Sumner N. (ed. -in-chief)
Field applications of operations research in primary health care within developing countries. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 21(2) 1987, Special issue, 149p.
- Mersha, Tigineh et al.
A Grant rationing model for a health care system. *Socio-Econ. Plan. Sci.* 21(3) 1987, p.159-65.
- Osterbusch, Suzanne E. et al.
Community care policies and gender justice. *Internat. J. of Health Services* 17(2) 1987, p.217-32.
- Paton, Calum
British and American health policy: recent lessons from one system to the other. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(5) Oct.-Dec., p.357-71.
- Pfaff, Martin/Nagel, Frieder
Consequences for hospitals resulting from demographic, social and morbidity changes: a European perspective. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(5) Oct.-Dec., p.311-33.
- Raffel, Marshall W./Raffel, Norma K. ed.
Perspectives on health policy: Australia, New Zealand, United States. *Internat. J. of Health Planning & Management* 2(special issue) Apr. 1987, 292p.
- Roth, Julius A./Ruzek, Sheryl Burt ed.
Research in the sociology of health care V.4 1986: the adoption & soc. conseq. of medical technologies. Conn., Greenwich, 1986. xiv, 317p. 24cm.
- Schulz, Rockwell/Harrison, Stephen
Physician autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *Internat. J. of Health Planning & Management* 1(5) Oct.-Dec., p.335-55.
- Schwefel, Detlef et al.
Evaluationsverfahren zur Bewertung von Gesundheitspolitiken: Das Beispiel des Bayern-Vertrages. *Soz. Fortschritt* 36(3) März 1987, p.60-65.
- Whiteis, David/Salmon, Warren
The Proprietarization of health care and the underdevelopment of the public sector. *Internat. J. of Health Services* 17(1) 1987, p.47-64.
- Willis, Judith B. exec. ed.
Competition in a changing health care environment. *Health Care Financing Rev.* 1986. annual suppl., 123p.
- 雇用と失業
- Blundell, Richard et al.
Unemployment and female labour supply. *Econ. J.* 97(suppl.) 1987, p.44-64.
- Branch, E. Raphael
Comparing medical care expenditures. *Mthly. Lab. Rev.* 110(3) Mar. 1987, p.15-18.
- Casey, Bernard
Back to the Poor Law? The emergence of 'workfare' in Britain, Germany and the USA. *Policy Studies* 7(1) July 1986, p.52-64.

Hahn, F. H.

On involuntary unemployment. *Econ. J.* 97(suppl.) 1987, p.1-16.

Mavromaras, Kostas Gr.

Unemployment benefits and unemployment rates revisited: a general equilibrium job search model. *J. of Pub. Econ.* 32(1) Feb. 1987, p.101-18.

Root, Lawrence S.

Redundancy payments in Britain: a view from abroad. *Policy Studies* 7(1) July 1986, p.30-51.

Stark, Jürgen

Teilzeitarbeit in der Bundesrepublik Deutschland und in anderen OECD-Ländern. *Soz. Fortschritt* 36(3) März 1987, p.66-70.

Stevens, Gillian/Hoisington, Elizabeth

Occupational prestige and the 1980 U.S. labor force. *Soc. Sci. Res.* 16(1) Mar. 1987, p.74-105.

貧困問題

Alcock, Pete/Shepherd, Jane

Take-up campaigns: fighting poverty through the post. *Critical Soc. Poli.* (19) Sum. 1987, p.52-67.

Kanbur, S.M. Ravi

Measurement and alleviation of poverty: with an application to the effects of macro-economic adjustment. *Staff papers* 34(1) Mar. 1987, p.60-85.

Vaughan, R. N.

Welfare approaches to the measurement of poverty. *Econ. J.* 97(suppl.) 1987, p.160-70.

家族問題

Aldous, Joan

New views on the family life of the elderly and the near-elderly. *J. of Marriage & the Family* 49(2) May 1987, p.227-34.

Heinz, Margarete

Noch einmal: Familie und ältere Menschen. Einiges aus dem Vierten Familienbericht. *Nachrichten Dienst* 67(2) Feb. 1987, p.75-78.

Hill, Martha S./Duncan, Greg J.

Parental family income and the socio-economic attainment of children. *Soc. Sci. Res.* 16(1) Mar. 1987, p.39-73.

Jones, Gill

Leaving the parental home: an analysis of early housing careers. *J. of Soc. Poli.* 16(1) Jan. 1987, p.49-74.

Vosler, Nancy R. et al.

The structure and competence of family units: implications for social work practice with families and children. *J. of Soc. Ser. Res.* 9(2-3) Winter 1985/Spring 1986, p.1-16.

統計類

Central Statistical Office.

Annual abstract of statistics No. 123 1987 ed. London, HMSO, 1987. xi, 340p. 30cm.

Central Statistical Office.

Social trends #17 1987 ed. London, HMSO, 1987. 224p. 30cm.

Dept. of Employment.

Family expenditure survey 1985. London, HMSO, 1986. viii, 113p. 30cm.

Rép. franç. Ministère de l'Économie des Finances et de la Privatisation.

Annuaire statistique de la France 1986 91e v. Paris, INSEE, 1986. xvi, 846, 48p. 30cm.

Sveriges officiella statistik.

Statistisk årsbok för Sverige 1987 (Statistical abstract of Sweden 1987). Stockholm, Statistiska centralbyran, 1987. 563p. 25cm.

Sveriges officiella statistik, Riksförsäkringsverket, 1986.

Allmän försäkring mm 1983 (National insurance 1983). Stockholm, Liber, 1986. 256p. 25cm.

Sveriges officiella statistik, Riksförsäkringsverket, 1986.

Allmän försäkring mm 1984 (National insurance 1984). Stockholm, Liber, 1986. 231p. 25cm.

World Health Organization.

World health statistics annual 1986. Geneva, WHO, 1986. xviii, 692p. ill. 30cm.

その他

Browning, Edgar K.

On the marginal welfare cost of taxation. *Amer. Econ. Rev.* 77(1) Mar. 1987, p.11-23.

Central Office of Information.

Britain 1987: an official handbook. London, HMSO, 1987, 468p. 25cm.

Milbrath, Lester W./Doyno, Victor

A study of the quality of university life: Suny at Buffalo. *Soc. Indicators Res.* 19(2) May 1987, p.173-90.

Rosenberg, Peter

Das Sozialbudget im demographischen Wandel-Ängste, Hoffnungen, Fakten. *Soz. Fortschritt* 36(1-2) Jan.-Feb. 1987, p.15-21.

Suzumura, Kotaro

Rational choice, collective decisions, and social welfare. Cambridge, Cambridge Univ. Pr., 1983. x, 278p. 24cm.

Veränderungen des Sozialrechts und ihre Auswirkungen auf die soziale Praxis. *Nachrichten Dienst* 67(4) Apr. 1987, p.125-50.

Wilson, Thomas

Paying for local government. *Policy Studies* 7(2) Oct. 1986, p.45-65.