

平成 8 年 度
(財)医療経済研究機構
自主研究事業

「社会保障の国際協力に関する調査研究」
報告書

平成 9 年 3 月



財団法人 医療経済研究機構

「社会保障の国際協力に関する調査研究」
報告書

社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

平成9年3月



財団法人 医療経済研究機構

巻頭言

近年、アジアをはじめとする多くの発展途上国が急速な経済発展を遂げつつある。各種産業基盤の整備と並び、その国の人口構造・就業構造・経済発展段階等に応じた適切なかたちで医療・年金・福祉等の社会保障制度を構築していくことは、経済成長にとって不可欠かつきわめて重要なインフラストラクチャーとなる。戦後、アジアにおける先発成長国家として急激な経済発展を遂げ、その過程で比較的費用対効果に優れた社会保障制度を整備充実させてきた日本の経験は、様々なかたちで途上国にとって参考となるものと考えられる。

単なる経済援助にとどまらず、こうした社会保障面での国際貢献を積極的に推進することは、先進国としての日本の重要な責務の一つであろう。このような考え方に立ち、昨年のリヨン・サミットで橋本首相が提唱した「世界福祉イニシアティブ」が、先進諸国の賛同を受けたのは周知の通りである。

しかし、社会保障における国際協力を実質的なかたちで進めていくためには、基礎となるべき理論構築とともに、日本の経験の客観的な評価、貢献の対象となるべき各国の実情把握といった広範な研究が必要となることは言うまでもない。

この度、財団法人 医療経済研究機構の自主研究事業として、かねてからこの分野に深い関心をお持ちの千葉大学法経学部広井良典助教授と環境庁自然保護局計画課小野太一課長補佐に委託し、日本の経験を踏まえた社会保障の国際協力の基盤となる理論枠や具体的方法論をまとめ、今後の本分野での取り組みのための基礎的なデータベースを作成していただいた。両先生のご尽力に対し、改めて謝意と敬意を表する次第である。

この報告書が、社会保障の国際貢献におけるわが国の取り組みを進めていく上で一助となれば幸いである。

平成9年3月

財団法人 医療経済研究機構
専務理事 上條 俊昭

(研究員) 千葉大学法経学部助教授 広井 良典
環境庁自然保護局計画課課長補佐 小野 太一

はじめに

高齢化の一層の進展や、それに伴う社会保障制度の改革をめぐる課題は、既に先進国共通の最大の政策課題となっており、1997年6月のデンバー・サミットにおいては、サミットの主要議題のひとつとして取り上げられるに至った。

しかしながら、こうしたことから高齢化をめぐる問題を“先進国に固有”の問題として理解するとすれば、それは正しくない。21世紀が幕を切って落とすと、高齢化の波はいわゆる発展途上国にも急速に及んでいくことになる。いわば「高齢化の地球的進行」が進んでいくのである。

欧米諸国や各種国際機関は、既にこの点に注目した政策的対応に着手している。例えば世界銀行は、途上国の年金政策に関する『高齢化の危機を回避する (Averting the Old Age Crisis)』と題する報告書を1994年に公表しており、これは南米や東欧諸国における年金制度づくりに大きな影響を与えている。興味深いことに、同報告書によれば、2030年までに世界で増加する60歳以上の高齢者のうち、29%が中国人、同じく29%が中国以外のアジア（日本は除く）となっており、いずれにしても、途上国における高齢者の増加が著しいことが示されている。まさに「高齢化の地球的進行」である。

一方、そうした状況のなか、2000年には日本はスウェーデンを抜いて高齢化がもっとも進んだ国となり、文字通り「高齢化のフロントランナー」として、“地球規模の高齢化”の先頭を駆け抜けていくことになる。もはや「欧米諸国」をモデルとして、そのよい所を導入する、といった戦後50年あるいは明治維新以来の発想ではなく、日本が何らかのメッセージを世界に向けて「発信」していくという方向への、基本的な発想の転換が求められている。そして、その場合に最も重要となるのは、高齢化という点ともっとも密接な関係にある社会保障というシステムについて、「日本の経験」を客観的に評価し、かりに積極的に評価できるとすれば、それらに関して途上国に向けて可能なアドバイスや制度づくりの支援を行っていくという作業である。それがまさに「社会保障の国際協力」に他ならない。

筆者らは、以上のような問題意識を踏まえ、日本の経験を踏まえた社会保障の国際協力の基盤となる理論枠や具体的な方法論をまとめ、今後の本分野での取り組みのための基礎的なデータベースの作成を行うことを目的とする調査研究を昨年秋に開始した。その第1次的な成果が本報告書であり、大きく(1)社会保障の国際協力に関する一般的な理論フレームに関する部分と、(2)「日本の経験」の評価に関する部分の二部からなるものである。最終的な執筆段階では、(1)を主に小野が、(2)を主に広井が担当したが、内容は全体として二名の共同作業によるものである。本調査を一時的な調査とし、引き続き社会保障国際協力の方法論の精緻化を図るとともに、①各々の国にそくしてのケース・スタディの実施、②先進諸国や国際機関（世界銀行、WHO等）における取り組みの現状把握と連携のあり方の検討、③具体的な支援活動の実施等を進めていくこととしており、この場を借りて関係各位の御協力、御支援をお願いする次第である。

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書

社会保障国際協力の理論に向けて ～高齢化の地球的進行と日本の経験

《目次》

ページ

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

序～問題意識の紹介	3
I. 途上国における社会保障制度の状況（概観）	5
1. ESCAP 諸国における社会保障制度の現状	
(1) 医療	
(2) 高齢期の所得保障（年金（障害、遺族給付を含む））	
II. 途上国における社会保障制度導入の意義	9
1. 社会保障の合理性の整理	
2. 産業化・高齢化と社会保障制度のダイナミクス	
(1) 産業化による社会保障の必要性	
(2) 産業化・経済成長の進展に社会保障が寄与する可能性	
①資本蓄積と社会保障	
(a) 社会資本整備と公的年金	
(b) 公的年金と国民貯蓄	
②消費支出の安定性と社会保障	
③労働市場と社会保障	
(a) 医療制度による労働力の質の向上	
(b) 医療制度による労働力の量の増大	
(c) 医療制度による留保水準賃金の引き下げ	
④人口抑制と社会保障制度	
(3) 産業化/経済成長と高齢化の関係	
(4) 高齢化による社会保障の必要性	
3. 社会保障の限界？	
III. 途上国における社会保障制度導入の問題点	24
1. 社会保障政策における問題点	
(1) 社会保障政策総論	
①制度の対象の問題	
②財源調達方法	
(2) 医療	
①一般的な問題点	
②経済状況ごとの問題点	
(3) 高齢者の所得保障（年金）	
2. 途上国の現実に照らした社会保障の制約	
(1) 伝統部門とのコンフリクト	
(2) 政策手段としての社会保障の問題	

- (3) 公式セクターの規模の小ささ
 - ① 総論
 - ② 具体的対象ごとの困難性
- (4) 社会保障と社会連帯

IV. 途上国における社会保障制度の構築/改革に向けて..... 38

- 1. 具体的な姿についての提言
 - (1) 総論
 - (2) 医療
 - ① 制度上の前提
 - ② あるべき制度の姿に関する提言
 - (3) 高齢期の所得保障（年金）
 - ① 制度上の前提
 - ② あるべき制度の姿に関する提言
- 2. 制度の発展のための戦略
 - (1) 社会保障制度総論
 - (2) 医療
 - (3) 高齢期の所得保障（年金）
- 3. 小括

第二部 日本の経験の評価

V. 日本型モデルの独自性..... 55

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価..... 57

- 1. 社会保障システム全体に関する事項
 - (1) 国民皆保険と普遍主義への志向
 - (2) 保険者としての国
 - (3) 経済の二重構造と政管健保の意味
 - (4) 年金の場合
 - (5) 農林水産業者・自営業者の位置づけ——特に国保をめぐって——
 - (6) 医療保険と年金の関係
 - (7) 経済社会システムとの関係
- 2. 社会保障の個別分野に関する事項
 - (1) 医療
 - (2) 年金
 - (3) 福祉

VII. 若干の総括..... 85

第三部 残された課題と論点

VIII. 先進国における社会保障導入プロセスとの比較	90
IX. 残された論点	93
1. 社会保障の政治過程	
2. 把握すべき要素の一般化	
3. 「福祉国家」の変容と途上国への知的貢献	
X. 今後必要となる具体的な取組み	97
1. 我が国における知見の総合化	
2. 我が国の経験の国際的発信	
《付表 A-K》	99
《参考文献》	117

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

第一部 途上国における社会保障制度 構築に関する一般理論

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

序～問題意識の紹介

社会保障は18世紀後半のイギリスにおける産業革命に伴う大量の都市における労働者の発生により、その生活上の困窮を、産業化に伴い解体が進んできた旧来の共同体に代わり支えるものとして始まり、その国家ごとに時代、経済社会の状況、また国家目標といったものに応じ形や内容を変えながら広まっていった。その実践は現在に至るまで続き、市場経済のもとで起こりうる貧困や不平等、生活上の不確実性や不安定といったものに対応し、国民経済を安定的なものとする政策手段として、その在り方に対する意見に差こそあれ、不可欠のものとして定着してきている。

こういった経緯で欧米諸国やわが国において定着していった社会保障は、国民に生活上の困窮への安全網を提供することを通じ、人権思想の進展とあいまって、社会保障の存在が民主主義社会の基礎ともなっていた。

こうした認識のもと、いわゆる途上国とされる国々に視線を転じると、経済発展の程度、また成長の速度等において違いはあれ、適切な社会保障システムの導入と構築・展開が大きな政治課題の1つとなってきた。長谷川（1997）によれば、ASEAN諸国では先を争って社会保険の導入を目指しており、またアフリカ諸国においても健康変革（health care sector reform）に対する関心が高いとされている。急速な経済発展を遂げる東アジア諸国においては、産業化や都市化、また近い将来に進展する高齢化に対応した社会保障制度の構築を課題としており、一方急速な経済の構造改革を迫られてきている旧東欧、ラテンアメリカ諸国においては、社会保障の長い伝統を持ちながら、経済社会の状況変化に対応した構造改革が行われてきている。

こうした流れの中で、これらの国々のわが国の社会保障に関する関心は高いものがある。例えば平成8年12月に沖縄で行われた「東アジア社会保障担当閣僚会議」には、韓国、中国、東南アジア諸国連合など12ヶ国の社会保障担当閣僚らが参加、また欧州や南米13ヶ国がオブザーバー参加した。また、社団法人国際厚生事業団（JICWELS）や社会福祉法人全国社会福祉協議会（全社協）が主宰する社会保障担当行政官や社会福祉の一線で働く現場職員の研修には、毎年多くの国からの参加がある。一方において、平成8年6月のリヨンサミットにおいて我が国が提唱した「世界福祉イニシアティブ」に代表されるように、我が国の側でもその知見の提供と相互交換に対する意欲は徐々に高まってきている。

詳細な分析は本編に譲るが、我が国の社会保障は、第二次大戦前にその基礎が築かれはじめ、大戦後の急速な経済発展と社会・経済構造の変化の中、国民皆保険・皆年金の達成及び給付の拡充・充実を遂げてきた。この取り組みは、後発国として欧米諸国の様々なシステムを日本的文脈に置き換えて制度を構築、発展させてきたものであるが、そのような経験は19

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論 序～問題意識の紹介

世紀～20世紀初頭から一個の国民国家内で社会保障を発展させてきた欧米諸国の経験に比べユニークなものであり、分析の中から途上国にとって示唆に富む点が多く見いだせるのではないかと考えられる。また我が国における今後の急速な高齢化の進展は、社会保障への取り組みにおいて我が国を後発国から世界のフロントランナーへ一気に押し出すものであり、欧米諸国に対してはもとより、我が国と同様の急速な高齢化を近い将来迎えることとなる途上国諸国にとって、これからの我々の取り組みは大いに参考になるものではないかと思われる。さらに社会保障政策分野での国際貢献を進めていくことにより、世界規模で進展する人口増や、エイズ等特定の感染症の問題、また開発と女性の問題や都市問題、さらには今後の高齢化といった地球規模で多くの途上国が直面する問題の解決に貢献することが可能となると思われる。

さらに欧米先進国や我が国においては、20世紀において一応完成を見た「福祉国家」が、経済社会環境の変化に伴い21世紀においては新たな姿を模索していく（「進化」する）こととなると思われるが、途上国は21世紀において社会保障の構築・完成を目指していくこととなるため、そこにおける完成型としての社会保障は、20世紀において「福祉国家」において実現したものと、民族・文化といった差を踏まえてもなお、異なってくるものと思われる。

このような問題意識の下、本稿ではまず途上国の社会保障について現状とその問題点を検討し、社会保障の限界なども踏まえながらあるべき社会保障制度についての指摘を整理し、次いで我が国の社会保障の経験について、途上国に提供することを志向しながら整理をした。ここでの整理が、日本の客観的な評価を踏まえ、社会的、制度的初期的条件を異にする途上国にとり有益な経験の提供、政策提言を幾ばくなりとも進めることを期待する。

最後に、筆者は両者とも途上国現地の経験は少ない。従って、本稿では我が国の経験の分析を下地とし、途上国の問題についてはもっぱら文献収集により整理を試みた。我々としては、実践を経ている読者のコメント、ご批判を受けたいと考えている。それらが積み重なっていくことにより、今まであまり採り上げられなかった「社会保障の国際協力」分野に、（願わくば）社会保障内外各分野からも知見が蓄積していくこととなり、今後のこの分野に関する我が国における知見の更なる深化が始まっていくものとする。

I. 途上国における社会保障制度の状況（概観）

1. ESCAP 諸国における社会保障制度の現状

Dixon（1996）によれば「地球規模で見ると、社会保障の実践は遠く広く分布し、約 100 年前に社会保障を独占していた工業化された国々に限って存在していたものであった状態を広く超える」ものであり、「現在では 172 の国と地域で 1 以上の社会保障プログラムを有しているものとみなされる」ところ（「すべての国と非独立地域の 78%」）であり、後から述べる様々な問題点があるとはいえ、それぞれの国々でその国情に応じた社会保障が実践されてきている。

ここでは、United Nations（1995）の記述を中心に、ESCAP 諸国における社会保障制度の現状について、特に高齢者の所得保障と医療について、把握を試みる。もとより、これらの国々に限定することは、世界的な規模で途上国の社会保障制度についての把握を志向する立場からは正しくないこととは承知の上で、知的支援をしようとする相手方となる可能性が最も高い国々について、状況を整理するものである。

（1）医療^{註1}

ESCAP 地域においては、国ごとに医療施設の拡充、公衆衛生プログラムの開発、医療教育の普及、安全な水と栄養や衛生の改善等の努力がなされてきたが、医療サービスの統一、不公正な変則性の排除、私的な医療サービスを個人の支出により受ける権利を害することなく公的な医療サービスを人口のあらゆるセクターに普及することといったことは、完全には解決されていないとされている（図表 I-1 に、各国における社会保険制度でカバーされる人口の割合を掲げる）。医療について（税方式ではない）社会保障を導入することは、税財源のみによっては調達できないような新たなかつ持続的な資源が割り当てられることとなること、病院や診療所、助産所等の施設の創設を促すこと、さらに現役世代の健康状態を改善することにより経済開発に必要な生産性の向上に役立つことといった点により正当化される。ESCAP 地域における採用している医療に関する財政制度別の分布を付表 A に掲げる。2 以上の方式によっている場合にはそれぞれに掲げられている。

付表 A に掲げられている制度のうち、雇用主責任により医療制度が提供されている国々における制度の概要を付表 B に掲げる。現金給付、現物給付、又は公的施設における医療の提供等様々である。香港においては全ての被雇用者に対する医療の提供は雇用主の直接の責任となっているが、他のほとんどの国においては、雇用主責任を現役世代の限られた部分のみ適用している。

^{註1} ここにおいては、直接又は間接的に医療サービスの提供に関するもののみを採り上げるが、社会保障としての疾病又は出産による休業給付についても、ESCAP 地域において、雇用主責任、社会保険、公的扶助のいずれ

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

I. 途上国における社会保障制度の状況（概観）

【図表I-1】各国の社会保険、1990年

グループ及び国	(単位: %)			
	社会保険で カバーされる 人口の割合	公共セクター保険 支出に占める 社会保険の割合	保健支出総額 に占める 社会保険の割合	GNPに占める 保健支出 の割合
低所得国				
インド	5	9	2	6.0
ケニア	10	7	4	4.3
インドネシア	13	17	6	2.0
中所得国				
ドミニカ共和国	6	9	6	3.7
エクアドル	9	11	7	4.1
コロンビア	15	18	8	4.0
パラグアイ	18	24	13	2.8
フィリピン	38	12	6	2.8
パナマ	50	55	43	7.1
トルコ	58	26	14	4.0
コスタリカ	82	85	62	6.5
大韓民国	90	50	25	6.6
高所得国				
ドイツ	75	76	63	8.0
日本	100	64	56	6.5
フランス	100	95	71	8.9
オランダ	100	94	73	7.9

出典: 世界銀行データ; Mesa-Lago 1991; de Geyndt 1991; Vogel 1990; Botowasisto 他 1988; Ikegami 1992; Hurst 1992; and Solon 他 1992.

(出所) 世界銀行 (1993)

次に社会保険制度が導入されている国々における制度の概要を付表Cに掲げる。社会保険制度は雇用主が全ての責任をとる方式又は雇用主と被雇用者の両者による財政方式の両方が考えられ、被雇用者が参加することにより加入者の被扶養者についても対象となることが可能になるものの、現在までのところ ESCAP 地域における医療保険は部分的かつ限定的であるとされている。この地域の医療保険制度においては、家族に対する給付があるのがよくある形式である（日本、インド（付加的保険料あり）、インドネシア等）。インドネシアにおいては、1992年に公民の被雇用者とその被扶養者を対象とした制度が導入され、そこでは基礎的な給付についての保険料を県レベルで設定し、県ごとの経済、また健康状態による違いを考慮している。基本的に雇用主が保険料を負担するが、被扶養者に対する基礎的なサービス以上のサービスについては被雇用者が保険料を負担することとされている。

また旧社会主義国等においては、公衆衛生サービスと国営企業等の医療施設の組み合わせにより医療が提供されている（付表D）が、モンゴルにおいては労使の負担による社会保険制度が検討され、中国においては地域における社会保険制度の導入の試みが推奨される等の様々な取り組みがなされているところとされている。

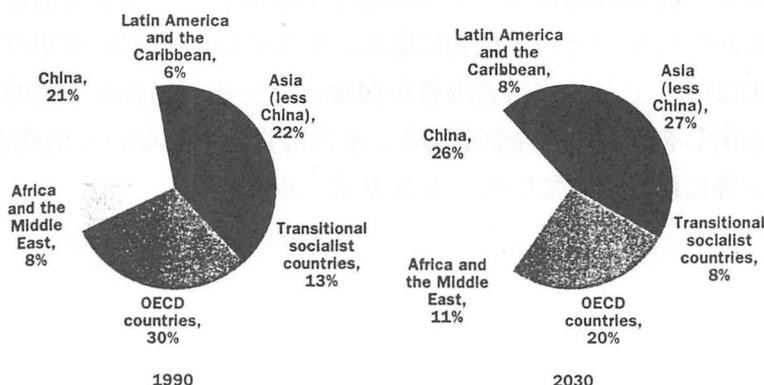
(2) 高齢期の所得保障（年金（障害、遺族給付を含む））

2025年には、世界の60才以上の者の57%がESCAP地域にいることとなると予測されている。この地域の途上国における高齢者の数は1995年から2025年までの間に約2.5倍増加し、

かの形態によって実践されているところである。

とりわけアジア地区において高齢者の増加が著しい（1990年と2030年の世界における60歳以上人口の地域別割合を図表I-2に示す）。また75歳以上人口は同じ間に約2.7倍増加するとともに、高齢者のうち寡婦となる女性の数もまた増加することとなり、高齢期の所得保障や、障害や遺族給付の提供がこの地域の大きな課題となりつつある。

【図表I-2】地域別60歳以上人口比率、1990年および2030年



Note: Japan is included with the OECD countries, not with Asia.
Source: Adapted from the World Bank population data base.

（出所）世界銀行（1994）

高齢・障害・遺族給付のスタイルとしては、社会保険、公的扶助、共済基金の3つの手段があり、付表Eに採用されている財政方式を掲げる。それぞれ1つのみに頼っている国もあるし、一方において異なる対象ごとにそれぞれの財政方式を用いている国も存在する。

社会保険方式を採用している国ごとの特徴を付表Fに掲げる。後から一般的に総括しているとおり、社会保険制度への加入はしばしば被雇用者に限られており、さらにその中でも雇用の形態や働いている職域の大きさにより限定されている。さらに所得制限や年齢制限が用いられており、このような理由により地域のほとんどの国において社会保険の対象範囲は限られている。進んだ社会保険方式を有し、他の財政方式をほとんど用いていない国々においては、加入者及び加入率の両面においてより広い対象範囲となっている（中国、イラン、フィリピン、韓国及びほとんどの市場経済への移行中の国々）。給付内容については、保険内容、受給資格、額などの点において相当多岐にわたっている。財政方式についても、その国の事情ごとに、雇用主中心、被雇用者中心といろいろ存在している。最近導入された高齢期の所得保障方式の新しいものの例としては、ベトナムのハイフォン県の農民が1987年に収穫の後年二回、米の取れ高によって賦課された保険料（加齢に伴い減額）を任意に支払い、15年間の拠出の後に毎月の給付を得るもの、またスリランカの農民年金制度で1987年に任意制で開始された、同様に水耕の収穫機会に年二回保険料（加齢に伴い増額）を支払い、政府がそれに対し同額を支払うというもの（漁民に対し1990年、また非公式セクターについて1995年に一部試験的に開始）が挙げられている。

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

I. 途上国における社会保障制度の状況（概観）

共済基金^{註2}を導入している国々の特徴を付表 G に掲げる。管理機構及び対象となる者については、国々によって様々であることが見て取れるが、ほとんどの国では、共済基金は特に公的セクターの被雇用者に限定された強制貯蓄制度となっている。民間セクターの者もカバーされてはいるが、自営業や組織化されていない労働者、家内労働者等は対象となっていない。一方においてマレーシアのように、自営業者や家内労働者に自発的な加入を認めている場合もある。給付は一般的に拠出金プラス利息を引き出した一時金であるが、一時金では退職時のニーズをまかなえないという批判に応え、年金払いの選択肢を用意している基金も存在している。拠出は雇用主と被雇用者両者が保険料を支払う場合が一般的である。また共済基金は早期の引き出しを一部又は全部許容し、または貸し出ししないし債務保証の形をとって、個人の投資プラン等に用いられている（シンガポール^{註3}等）。

^{註2} 共済基金（Provident Fund）は 19 世紀のイギリスにおける雇用主のパターナリズムにより開始されたもので、基本的に旧イギリス植民地において分布しているとされている（Dixon（1996））。

^{註3} シンガポールの中央積立基金は 1955 年に単純な強制貯蓄制度として開始してから、加入者の変化するニーズに対応してきた。拠出額は、ほぼ報酬の 20% ずつを労使双方から支払い、3 つの勘定（高齢期のための特別勘定、医療のためのメディセーブ勘定及び非現金の財産に代えられる普通勘定）に振り分けられる。加入者は常に、普通勘定の貯蓄の 40% までを不動産、株式又は金に投資することができる。投資は非居住用不動産にも可能であるが、不動産を売却した際には引き出した貯蓄を返さなければならない。この貯蓄は住宅保護保険（加入者の所得能力喪失による未払いの住宅ローンのカバー）及び扶養者保護保険（加入者の死亡等に際し扶養家族等に一定額を支給）の購入にも充てることができる。メディセーブ勘定は任意加入の高額医療費をカバーするメディシールド制度への保険料の支払いにも充てられる。加入者は退職時に積立金を一定の銀行への預金や、民間保険会社の年金商品の購入に充てることができる（United Nations（1995）及び海外社会保障情報（1995）による）。

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

1. 社会保障の合理性の整理

なぜ政府が社会保障を提供する必要があるのか。社会保障制度により提供されているサービスは、農村社会では家族内、また地域内において適宜まかなわれてきたものであり、なぜ政府が提供することが正当化されるのか。現在社会保障制度をまさに構築中である途上国に対する知的支援を志向する上で、支援により提供する制度の正当性に確信を持っておくことが必要であると考え、以下に、社会保障制度を政府が提供することの合理性について、世界銀行（1993, 1994）に依拠し、簡単に整理する。

①不確実性

社会保障の果たすべき役割の1つに、人々の生活の安定を確保するということがある。その者の寿命や障害状態に陥る可能性、また家族等による支えの利用可能性、また医療であれば病気の罹患の可能性や医療サービスの有効性、さらに高齢期の所得保障であれば金融資産の将来価値と投資結果、将来の経済情勢といった不確実な要素が人の生涯にはついてまわるものであるが、社会保障制度により、これらの不確実な事態に対し備えることとなる。

②市場の失敗

医療、年金といった保険制度による社会保障のプログラムを政府が強制的に提供することに関する正当化の根拠として、逆選択、モラルハザード、情報の非対称等様々な「市場の失敗」が存在することについては、各方面で指摘されているところである。

③貧困緩和と所得の再分配

社会保障の目的の一つに貧困の緩和があるが、医療サービスへの投資は貧困緩和に大いに貢献する。不健康の悪影響は貧困層にとって最も大きい。彼らはより病気にかかりやすいと同時に、収入をもっぱら肉体労働に依存し、また治療中の生活を支える蓄えがないこともその理由である。また貧困層は栄養失調やこれまでの病気による後遺症等により、より大きなリスクにさらされることになる。さらに働き手が病気になったとき、他の家族が働き、消費を切りつめ、食料費まで切りつめるような対応を強いられ、家族全体の健康を損なうこととなると同時に、無料の医療が受けられなければ、医療コストによりその家計は大量の借金を抱える可能性がある。不健康は経済的困窮を起こす要因の一つにすぎないが、そのことが破滅をもたらす可能性がある以上、健康に対する不安をなくすための投資や、破滅的な医療コストに対する保険の提供は、貧困克服戦略における重要な要素である。健康への支出は生産的な投資であり、貧困層の収入を上昇させ、不健康による人間の苦しみを減らす。開発努力の一部として健康を目標とすることは、低所得国における福祉改善に効果的な方法であるといえる。

また高齢期の所得保障については、生涯を通じて貧困の状態にある者は個人での貯蓄等資産形成に困難があるため老後の備えも不十分であり、所得の再分配が必要となる。

2. 産業化・高齢化と社会保障のダイナミクス

1. において政府が社会保障プログラムを提供することの合理性・正当性に関する説明を一般的に試みたが、社会保障制度の必要性を、途上国の現状に引き直し、特にアジア地域の途上国においては過去数十年において起こり、また今後数十年にかけて顕著に続くことが予想される①産業化及び経済成長並びに②高齢化との関係において、(1) 産業化による社会保障の必要性、(2) 社会保障が産業化/経済成長に寄与する可能性、(3) 産業化と高齢化の関係、(4) 高齢化による社会保障の必要性、という4点につき、順次整理する。

(1) 産業化による社会保障の必要性

社会保障は、産業革命以降の近代社会において、国家がその国民に対して提供されるものとして成立した。福武(1983)によれば、「近代社会における産業化の展開にともなって雇用労働者が増え、社会的移動が広がることが、社会保障への道を開く第1の条件となる」とされている。

雇用労働者の増及び社会的移動が広がることは、次のような社会経済構造の変化をもたらすものと考えられる。

①家族構造の変化

農村型社会においては複数世代の同居が当然であったが、職場と家庭の役割分担が明確化する第二次、第三次産業中心の経済構造になるにつれ、都市化とともに核家族化が進展し、単独世帯も増加するなど、一世帯当たりの平均世帯人員が減少してきている。また近年では高齢者世帯も著しい増加傾向にある。

こういった家族構造の変化により、農村型の家族においては家族内で提供されていた疾病、高齢等に対する扶助機能が、国民の社会連帯を基盤とし、国ごと、制度ごとに差こそあれ、国、地方公共団体、企業、個人等のそれぞれが拠出して費用をまかないお互いを支えあう社会保障制度にシフトすることとなってきた。

②就業構造の変化

第二次、第三次産業中心の経済構造となり、農業社会においては家族内又は地域内の相互扶助によりまかなわれていた所得の喪失又は減少に対する支えが、「自ら生産手段をもたず、自由な契約関係のもとで働くことが主要な労働形態となった資本主義経済」(保坂(地主編)(1983))においては、個人はそのような支えを徐々に失うことになった(表現を変えれば、資本主義経済において多くの個人が直面する生活上の困難は、家族や地域等で支えることが難しくなってきた)。これにより雇用主責任、又は社会保険制度が導入され、公的な保険組織における共助にシフトして来ることになり、社会保障がこれに制度的に対応してきている(近年では、核家族において典型的であった夫が外で働き、妻が家庭を守るという家庭が女性の社会進出により典型ではなくなりつつあり、新たな制度的対応が迫られている)。

すなわち社会保障は、産業化の進展に伴い生活していくための手段及び家族等周囲の支えの両面においてより脆弱となった個人を、より広いレベルにおける連帯—同一の企業や自治体、同一職種といったものから、広くは一国家—制度の下での連帯—により生活上の事故や障害から救う制度の枠組みを国家が提供し、またその運営の全部又は一部に責任を負うものであると言える。またその対象は第二次、第三次産業に従事する者のみならず、我が国を始め各国における実践において、農業等いわゆる非公式セクターに属する者の生活上の事故や障害についてまで拡充してきた。

しかしながら社会保障はそのような社会経済状態がある社会において生じれば即成立するものではなく、一定の前提を必要とする。福武（1983）は、「（社会保障という）救済手段が国家の制度として生まれるためには、その国の経済が制度化を可能とするほどに発展していなければならないが、同時に、国民がその制度化を強く要請するかどうかによって制度化の時期は左右される」としている。社会保障の導入に当たっては、制度を導入することが社会全体のメリットとなるある程度の対象者数が必要であると同時に、運営を可能とする財源の供給や機構、医療であればサービス提供を可能とする人的・物的資源が必要となる。また社会保障が成立するためには、各国の政治・行政機構における意思決定を通じて法制度が整備される必要があるが、そのためには、社会権や人権思想といった思想的なモチベーションを必要とする。同時に、例えば保険料の拠出等の規範の遵守、また広くいえば例えば医療保険制度における医療関係者の協力といった、国民の側の制度化の要請及び制度成立後も引き続くコミットメントが必要である（更に付言すれば、こういった諸々の点をクリアするために最も基本的な点として、ある「国家」が、その社会が必要とする社会保障（のためのフレーム）を提供する能力——運営管理の機構としての能力だけではなく、より一般的な統治機構としての正統性といった点をも含む——を有するかどうかの問題があると考えられる）。

（2）産業化・経済成長の進展に社会保障が寄与する可能性

①資本蓄積と社会保障

（a）社会資本整備と公的年金

社会保障制度審議会の勧告（1995）においては、我が国の公的年金の積立金が社会資本の整備等に用いられることによって、経済成長の基盤を強化することに役立ってきたという評価をしている。広く国民に少額の貯金を提供してきた郵便貯金と相まって、戦争直後の資金不足の時代から国民の貯蓄を広く集め、高度経済成長を支える社会資本の基盤整備に活用されてきている。現在の局面に照らし、今そのあり方が再度問われているが、第二次大戦後の我が国の発展に果たした役割に対する評価は揺るぎないところであると思われる。また同時に、社会資本の整備に役立つ一方において、これらの積立金は国民の老後の保障を担う原資として一定の運用益をあげてきている。

果たして途上国においてもこのような役割が果たしうるのであろうか。これは公的年金の積立金がどのように投資され、また運用益がどのようなものとなるかによるとされている。

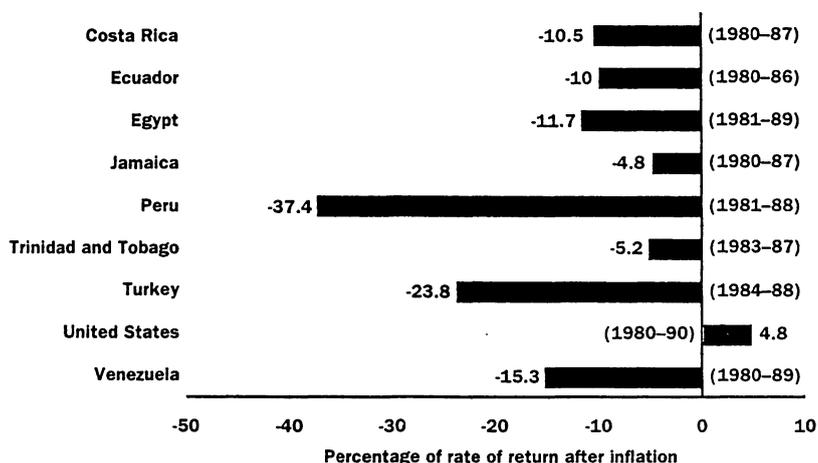
第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

Anonymous (ISSA) (1991) において、インドネシア、フィリピン、シンガポールの社会保障制度についての分析がなされており、それぞれに公的年金の積立金の役割が記述されている。インドネシアにおいては、被用者社会保障公社 (ASTEK) の管理する年金の加入者の急速な増加と、同時に達成されている物価の安定により、制度が開発のための資金源になりうる可能性があると考えられているが、今のところ、資源が投資のためには少なすぎ、経済全体に果たしうる探知可能な効果は現れていない。フィリピンにおいては、1963年から1983年の間においては、社会保障による経済全体の資本形成の割合は7%から11%程度であり、社会保障制度のために国民貯蓄が増加したかどうかは定かではないが、政府の資金源として重要な役割を果たしてきたが、マルコス政権時代において、公務員の社会保険システム (GSIS) の資金の大部分はマルコス大統領とその関係者の所有する企業に投資されるなどしており、その効果は低く、収益率はインフレに大きく及ばず、同時に民間被雇用者の社会保障システム (SSS) の資金は国債購入に充てられ、GSISよりは高いものの、ほとんどの年でインフレに及ばない収益率であった。このような事態はアキノ政権になって、経済の復活とともに改善されてきている。シンガポールにおける中央積立基金 (CPF) の政府の資金源としての役割は、特にその創設 (1955年) すぐの時代においては重要であった。1968年以降 CPF 資金は長期資金は15-20年ものシンガポール国債にしか投資されていない。一方において、CPF 資金は同年以降政府の建設したアパートを住宅開発委員会 (HDB) から購入するために利用することができるようになり、居所の私的所有を導いてきた。また CPF 資金は以降も投資先が拡大され、シンガポールバスシステムの株式や、私的に建設された家屋の購入にも及んでいる。CPF がどの程度私的貯蓄を代替してきたかを見極める必要はあるが、CPF は国民貯蓄の重要な部分を占めている。

フィリピンのマルコス政権の例でも判るとおり、特に途上国における年金基金は、どこにどのように投資されるかが問題となる。世界銀行 (1994) は、投資の生産性が低い場合において、経済成長に果たしうる役割は減少するとしている。成熟度の低い年金基金を持つ若い国々——アフリカや中央アメリカ、南アジアなど——においては、ほとんど常に国債や政府企業の証券への投資を要求されるが、多くの場合、物価上昇に比較して収益率は低く、貨幣価値の減少がさらにそれを助長する。データがないこと等により究極的にそれらの基金がどのように用いられているかは明らかではないが、1980年代において多くの年金基金が大きなマイナスの収益しか挙げられていない (図表II-1) ということは、資金不足の国々において、投資先が『正しくない』ということがいえ、途上国においては、その政治的な環境の不安定さ、民間金融市場の欠落、及び多くの赤字を生み出す政府企業の存在が、高齢者の所得保障システムのための公的資金を、そういった『正しくない』投資に使用することを魅力的にすると指摘している。

【図表 II-1】1980年代における公的年金の平均実質年利回り



Note: Countries were selected on the basis of data availability for at least five years. Simple averages of inflation-adjusted annual returns are shown.

Source: Mesa-Lago (1991a); ISSA (1990c); Marquez (1992); Palacios (1994b).

(出所) 世界銀行 (1994)

(b) 公的年金と国民貯蓄

公的年金制度の導入が国民貯蓄に与える影響については、賦課方式と積立方式のどちらがより望ましいかについて、世界銀行 (1994) において検討がなされている。いわゆるライフサイクル仮説——人は生涯にわたりおおそ一定のレベルの消費を維持したいとし、そのために労働年齢期の所得の一部を貯蓄する——が成立する場合には、理論的には賦課方式での年金制度を導入することは、導入期に若年世代の貯蓄に回るはずであった保険料により老年世代の消費がまかなわれることとなるので、資本蓄積と国民所得を減少させると同時に、もし導入期の若年層が自らが拠出した以上の年金を期待した場合、現在の消費を増やし、貯蓄を減らすこととなり、更に国民貯蓄を減少させるとしている。しかしながら、賦課方式の年金制度が導入されることによって国民貯蓄が低下したという実証分析はなく、理論と実践がマッチしない理由としては、①近視眼性又は適切な貯蓄機構にアクセスできないことにより、賦課方式の年金制度が導入する以前には若年世代は貯蓄をしなかったのではないか、②消費者信用に関する規制など資本市場の不完全性などにより、特に途上国においては、貯蓄を減らすような消費ができないのではないか、③年金を受ける世代が、消費スタイルの変更ができず、次世代のために貯蓄をするのではないか、④若年層が私的に行ってきた移転が行われなくなり、賦課方式の拠出の効果を打ち消すのではないか、⑤年金制度や年金のインフレ対応に対する不信から、人々が貯蓄を続けるのではないか、⑥年金のデザインによっては早期退職が促され、長くなった老後に備えより貯蓄をするようになるのではないか、といったことを挙げている。

一方において、積立方式の年金制度の場合には、単純に自発的貯蓄が強制貯蓄に移行するだけであり、国民貯蓄に変化はないが、①から⑥のような賦課方式のマイナスを帳消しにするようなことがそのまま積立方式にも妥当する限り、積立方式により貯蓄が促されるため、

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

賦課方式による貯蓄への影響が曖昧であったとしても、積立方式は賦課方式より優れているとしている（さらに賦課方式は、特に経済の非公式セクターの割合が大きく徴税能力が低い途上国においては、労働者の負担回避と労働供給のゆがみをもたらす可能性があるとも指摘している）。

このような賦課方式に代わって積立方式を導入することにより貯蓄率が上がり、それらが生産的な投資に用いられ、経済成長により年金受給者を含む全ての者が利益を得るといった見方については、Beattie and McGillivray（1995）において疑問が呈されている。こういったシナリオが現実的かどうかは定かではなく、貯蓄が実際に上昇するかどうかは全く不確実であるとし、例としてチリのケース^{註4}では、貯蓄が強制的に行われ、その最低限の料率が10%と高いにもかかわらず、貯蓄は上昇していない。貯蓄率は、1980年にはGDPの21%であり、80年代前半に急激に減り、1989年には20%で持ちこたえている。さらに企業家が国内で生産的な投資を行う用意があるが、今までそうして来なかったのは投資できるファンド不足によることは当然にはいえず、その理由として、国内の消費者の需要が投資家を引きつけるのには足らず、新たな強制貯蓄方式が市場を更に不景気にしている可能性は十分あるとしている。

②消費支出の安定性と社会保障

社会保障制度審議会の勧告（1995）においては、公的年金のように持続的に行われる所得保障の制度は、消費支出を安定化し、ひいては国民経済を安定化させてきたという指摘がある。先に指摘したAnonymous（ISSA）（1991）における分析において、インドネシアにおける高齢者及び障害者に対する年金給付は、適用範囲が狭いために限界はあるものの、需要を安定させる方策となりつつあるとされ、フィリピンについても同様の記述及び評価がなされているところである。

③労働市場と社会保障

（a）医療制度による労働力の質の向上

世界銀行（1993）において、経済成長との関係で保健のための出費が正当化される理由として、（イ）労働者の病気による生産の損失を減少させる、（ロ）病気にかかるおそれのため

^{註4} チリにおける公的年金制度改革は、世界銀行（1994）のレポートにおけるモデル的ケースとしてとりあげられている。1981年に実施された改革によって、それまで賦課方式であった公的年金制度が、民間（Administradoras de Fondos de Pensiones（AFP））により管理された個人ごとの勘定により管理される強制加入の完全積立方式（政府による最低限の年金額の保障あり）により運営されることとされた。財源はかつては雇用主の拠出も存在していたが、それらは全て廃止され、労働者による拠出のみとなった。21あるAFPに、労働力の95%に該当する500万人が加入している。チリの改革は引退後の資金を生み出し、金融セクターの開発を促進することに成功したが、AFP間の競争による販売及びマーケティングのための高いコスト、保険料を現に支払っていない加入者（勘定を有する者）の増加、引退時に勘定からの段階的な引き出しを選択する者の多さ（引退時に、加入者は勘定を生命保険会社による年金商品の購入か、勘定の段階的な引き出しかのどちらかを選択できる。）といった、高齢期に保障を提供するための運営及び効果といった観点からの問題が解決されるべきであるとされている（Queisser（1995））。

利用困難であった天然資源を使うことができる、(ハ) 子供たちの修学とより多くの学習を可能とする、(ニ) 病気に対する治療費を他の目的に利用することができるの4つが掲げられている。このうち、労働力の質の向上に資する指摘としては、(イ) と (ロ) の2つが挙げられる。

保健への投資により、病気による不就業日数の減少、生産性の向上、より高賃金の職を得る機会の増加、より長い就業年数などがもたらされる。健康な労働者は、生産的で収入の多い仕事を得られるため、より高い収入が得られる。個人が病気になった場合に、失業（障害）保険は希であり、収入の損失を埋め合わせるため、家計の中のより健康な者が長時間働くこととなる。また長期的には、健康な労働力を持つ場合には雇用主が生産スケジュールに余裕を持たせるコストを削減し、より多く従業員教育に投資し、従業員の専門化が可能となるように、仕事の組織及び実行の方法に好影響を及ぼすこととなる。このように、健康な労働力が確保されることにより、国家レベルでの経済機会の利用能力の向上が図られることとなる。

教育が所得を高めるという効果があることは明白である（同じ世界銀行の「東アジアの奇跡」(1993、邦訳は1994)においても、高い経済パフォーマンスを示す東アジア諸国において、初等中等教育の就学率の向上等がその高い人的資本形成の説明の主要な要因とされている）。健康と栄養が不十分な場合、通学、学習能力を下げるとともに、女子の就学を難しくしている。幼児期の初めによりよい健康と栄養を受ける子供は、学校へ行く準備が整い、就学もしやすい。また多数の実証分析は、栄養状態が不十分な子供は、学習能力において劣ることを示している。また女子教育が男子に比べ優先度が低い社会においては、女子は病気の家族を世話するため通学の機会を失うようなこともある²⁵。

このように、基礎的な健康水準の向上、また教育水準の向上により、人々の経済機会の利用能力の向上が図られることとなる。一人当たりの国民所得を横軸に、ジニ係数等の不平等度を縦軸にとり、その歴史的な関係を描けば、低所得段階から所得水準が上昇するにつれ不平等度は高まり、やがてある所得水準で反転し、それ以後は不平等度が低下してゆくというU字を逆にしたような形が描けるという「クズネッツの逆U字仮説」が存在する。原(1996)においては、経済開発が進むにつれて、ある段階までは家計所得の不平等化が進むことはどうしても避けられない事態であるといえるが、その際には経済開発にとって貧困層の経済活動への参入能力をひきあげるような政策が必要となり、特に、現在の東・東南アジア諸国のようにグローバル化した企業の誘致によって高度経済成長を実現させているような状態が続くときには、国内の所得分配が先進国の歴史的経験にみられたような形で、平等化の傾向を示すとは期待できないのではないかとされており、その理由として、現代のように企業が国を選ぶ時代においては、労働者の賃金はその場所ではなく技能・知識によって決まってくる

²⁵ 一方において、所得の上昇が教育や医療・保険などへの支出増加を促すという逆の因果関係も働くと指摘されている（速水(1995)）。教育や医療への支出は投資という性格を持つが、消費という側面もあることを否定できず、消費サービスとしての教育や医療に対する需要は高い所得弾力性を持つと考えられる。他方投資としての側面も有しており、所得の上昇と教育や医療・保健水準の向上は、両者が因となり果となって経済成長を支えあう関係をしめすものと解釈されるとされている。

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

ようになるためとされている。このような状況においては、貧困層は「重要な能力が欠如しているために、産業化に伴い構造変化を示す労働市場に参入し得ないでいる人間ないし階層」と定義づけられ、経済発展ないし開発については、単なる富や所得の増加で図る作業を超えて、「その社会の各種の人間がそれぞれの日常的な生活・行動において、利用しうる選択の範囲をひろげてくれる過程」、つまり「生活の質の向上」として再定義することが必要となるとしている。適切な保健医療政策の導入により、基礎的な健康水準の向上、また教育を受ける機会の増加による教育水準の向上により、人々が労働市場での多様な就業機会への参入能力を高め、また資本市場でも多様な機会を提供する投資が行われるようになる。

(b) 医療制度による労働力の量の増大

Gillis 他 (1996) において、医療制度が労働力の質のみならず、就業期間を長くすることが可能になることにより、人的資源の量的増大をもたらし、このことが教育への投資に対する収益をより増大させることとしているように、適切な医療が提供されることにより、個々の労働力の質のみならず、適切な労働力の量も増大することとなる。

(c) 医療制度による留保水準賃金^{註6}の引き下げ

貧困層に対し医療プログラムが提供され、その労働生産性が向上するために就業機会が増加することは、単位賃金当たりの費用対効果の観点からも説明される。原 (1996年) は、人口過剰で土地不足の貧困国では、雇用主が労働者を雇用するか否かを決めようとするときに、賃金以外の所得源を持つ者は非賃金所得からも食料購入が可能となるため、同じ賃金水準では非賃金所得を持つ労働者の労働効率ないし生産性の水準が高くなる可能性が高いため、地代所得等を有しない土地なし層等の非賃金所得を持たない者が非自発的失業に追い込まれるが、このとき、貧困層向けの医療プログラムが提供されることは、食糧供給や初等教育、住宅環境改善等と同様に、貧困層の留保賃金水準を低下させる効果があるとしている。

④人口抑制と社会保障制度

高齢期における所得保障等の充実により、自らの老後を支える財としての子供の価値が減少することとなり、貧困の一因ともなっている爆発的な人口増が抑制される可能性があるのではなかろうか。速水 (1995) は、人口成長と経済発展、そこにおける社会保障の果たしうる可能性について次のように指摘している。低所得国が経済開発を始めようとするとき、まず当面する問題は、人口の成長とそれに伴う天然資源の相対的枯渇であり、爆発的な人口成長が、天然資源の枯渇を通じて経済発展を制約する^{註7}。一般的な「人口転換」の理論によれ

^{註6} 労働市場が必要としている最低限の労働効率を発揮するために必要な食料購入が可能となる水準の賃金。

^{註7} 同じ速水 (1995) において、現在の途上国における人口成長の加速は、先進国におけるような産業革命に始まる生産力の上昇に支えられた雇用と所得の上昇に基づく主として経済成長により誘発された内生的なものではなく、先進国で開発された衛生や医療の技術を輸入することによって生じた面が強いとしている。また Gillis 他 (1994) も指摘しているように、倫理的側面の問題として、仮に人口成長が高かったとしても、共通に支持されている価値観が、命を救うための技術がありながら生きている者を見殺しにして人口成長をゆるめるようなことは受け入れるわけには行かず、仮に人口成長を抑えるべきであるとするのであれば、そのための他の政

ば、出生率も死亡率も高い前近代社会が近代経済成長とともに人口転換に入り、まず高い出生率のまま死亡率が低下するために成長が加速する第1局面、死亡率は下げ止まるが出生率が高いまま維持される第2局面、その後出生率が低下し、死亡率を上回って成長率が低下する第3局面、出生率と死亡率及び人口成長率のいずれもが低い水準に落ち着き人口転換は完了する。19世紀イギリスの例（図表Ⅱ-2）において、第3局面において出生率が低下し始めた理由は、①児童就労に対する制限や初等教育により子供の就労開始が遅れ、期待される収入が減少したこと、②私的貯蓄や社会保障制度の充実によって子供に期待する老後の生活保障の重要性が減退してくること、③子供がそれほど死なないものであるという認識の確立が、子供を多く持つことの効用を大きく低下させたことを挙げ、「家族的効用最大化モデル」を用いて一般的に説明しながら、現代の途上国の困難は、主として外生的な要因で生じた死亡率の低下に、社会体制や認識・価値観の変化が遅れ、爆発的な人口成長率が維持されてしまうことにあるとしている。このような途上国において、高齢期の所得保障制度の導入、拡充など社会保障の充実といった社会体制を整備していくことにより、老後保障としての子供の経済的な効用は減少することとなり、人々の価値観の転換とあいまって、出生率の低下に寄与する可能性があるのではないか。

【図表Ⅱ-2】英国の人口転換、出生率と死亡率の9か年移動平均値

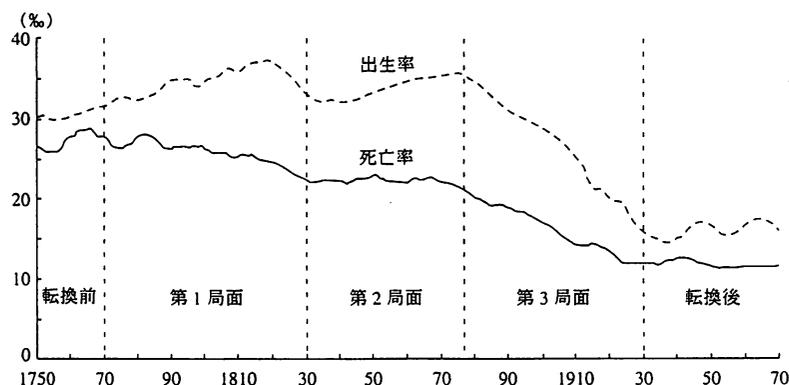


図3-1 英国の人口転換、出生率と死亡率の9か年移動平均値

出所) 1842-1971年は Mitchell (1975) の連合王国 (UK) の値。1750-1841年は、Wrigley and Shofield (1981) のイングランドについての推定値に、1838-46年の平均比率 (0.901) を乗じて、UK 系列に接続した。

(出所) 速水 (1995)

(3) 産業化/経済成長と高齢化の関係

前記のように、一般的に経済成長とともに「人口転換」がおき、出生率と死亡率の両方が低下し、また所得の上昇と医療水準の向上が相まって、平均寿命がのびると同時に、高齢者を支える若年者の比率は減少する。

一国の人口構造は「人口転換」によって変化していくが、国別の一人当たり GDP と高齢者比率の関係においても、一人当たり GDP が高い国が高齢化の割合も高い傾向にある。図表Ⅱ

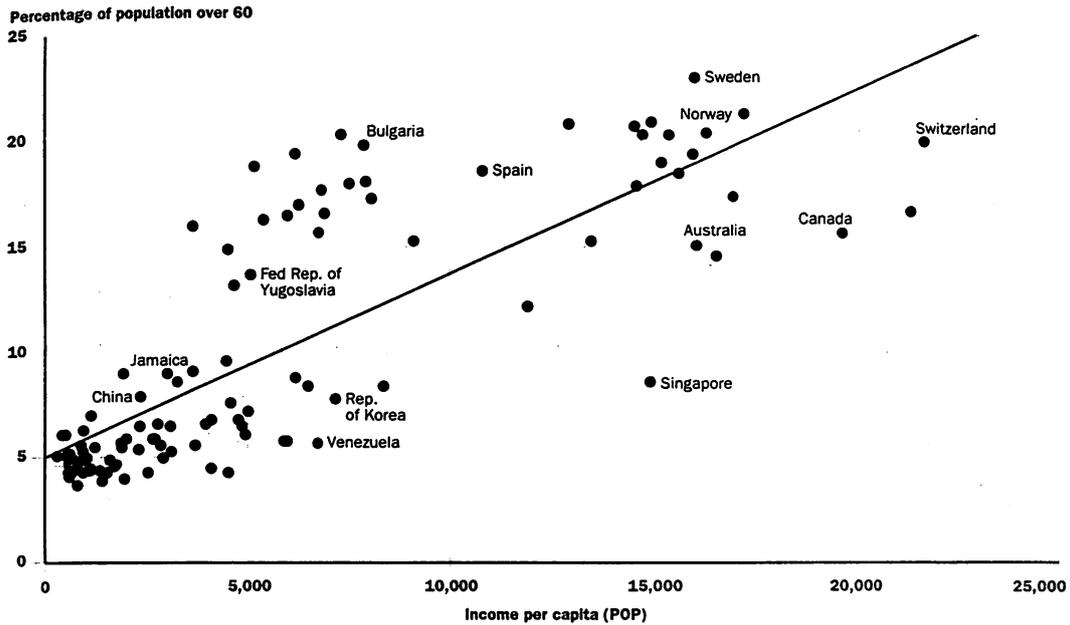
策手段が必要となる。

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

－3は、1990年における一人当たりGDPと60歳以上人口を示したものであるが、そのような関係が存在することが見て取れる。

【図表Ⅱ-3】各国の高齢化と一人当たり所得の関係、1990年



Note: Because of space limitations, not all data points are identified. $R^2 = 0.64$. $POP60 = 4.92 + 0.00087 \times YCAP90$, where POP60 is the percentage of population over 60 and YCAP90 is the income per capita adjusted for purchasing power parity in U.S. dollars for 1990.
Source: World Bank population data base; World Bank (1992d), table 30.

(出所) 世界銀行 (1994)

途上国における問題を考える際に注意すべきであるのは、高齢化のスピードが速いということである。高齢者比率が9%から18%になるのにフランスで140年、スウェーデンで86年、イギリスで45年かかっているが、中国では34年、シンガポールやベネズエラでは約20年程度しかかからないと見積もられている。同時に、途上国は高齢化した人口を、より低い一人当たりGDP水準において支えなければならず、また高齢者の数も莫大なものとなる。しかしながら途上国の経済、政治、また制度的能力が、高齢者が必要とする支えを提供できるかどうかはわからない^{注8}。また、例えば平均寿命が20歳異なる国の社会において高齢者とみなさ

^{注8} 岡崎 (1996) は、人口高齢化の状況の国際比較分析として、老年人口指数 (生産年齢人口数 (15-64) で高齢者人口 (65-) を割ったもの) と年少人口指数 (生産年齢人口数で年少人口 (-14) を割ったもの)、及び両者を合計した従属年齢人口指数の東アジア諸国 (日本、中国、韓国、タイ、インドネシア、フィリピン、マレーシア) における変動の状況 (予測を含む) を比較しているが、結論的には、老年人口指数の上昇については各国の間であまり大きな差が見られなかったが、年少人口指数の低下については各国において大きな差が見られており、それが最高であった年次 (あるいは1950年) からそれが40%を割る年次までが一番短かったのが日本の14年で、以下20年代が韓国、中国、30年代がタイ、40年代がインドネシア、マレーシアで、一番長いのがフィリピンの50年となっている。また従属人口指数で見た場合、一般的に年少人口指数の低下により従属人口指数が低下し、やがて高齢者人口指数の増加によりそのスピードが減少、両者の拮抗による安定期を経て、年少人口指数の上昇により、上昇に転ずることとなるが、その低下期間 (最高であった時点から50%を割る時点まで) は日本 (13年)、韓国 (21年)、中国 (24年)、タイ (25年) が短く、フィリピン (49年)、

れる年齢に差があることが想像できるが、急速に高齢化しつつある国においては、社会的に高齢者とみなされる年齢が、生物学的な寿命の延びについていかない可能性がある。

一方において、先に指摘したように経済成長とともに、高齢者を支える家族の環境は異なってくることとなり、社会保障がその役割を拡充していかなければならない可能性が高まってくる。社会保障は、そのような個人を取り巻く環境の変化に伴い、個人の生活に尊厳を与えるものである。個人の人権の尊重が世界において共通した価値観となっているのであれば、産業化した社会において高齢者を支える役割を担ってきた社会保障は、これからそのような時代を迎える可能性のある国々において、その国ごとの経済社会構造ごとに望ましい姿は異なれど、その可能性には共通点が存在しているのではないか。

(4) 高齢化による社会保障の必要性

図表II-4に所得水準別の高齢者の収入源を掲げた。社会保障の存在が原因か結果かはここからは読みとれないが、おおむね、経済成長の進んだ国において、特に「家族」を所得源とするものは少なくなっている。

また図表II-5においては、所得水準別の高齢者の生活形態を掲げている。日本の例外を除き、所得の高い国において、特に一人で生活する高齢者の割合が高い傾向にあることが見て取れる。先に指摘したように、経済構造の変化に伴い産業化し、高齢者の生産に寄与する余地が減少すると同時に、家族の小規模化が進み、一方において寿命が伸長することによるものと考えられる。

マレーシア(47年)、インドネシア(38年)が長く、また安定期間は最も長いのは日本(41年)であり、長い方には中国と韓国(ともに39年)が属し、タイ(34年)がその中間、フィリピン(25年)、マレーシア(27年)、インドネシア(30年)が長い方に属する。従属人口指数の低下期間が短く、そして安定期間が長い国ほど生産年齢人口の負担が軽く、経済的社会的発展のための人口条件は有利であり、地域内で差はあるものの、東アジア諸国は全体として他の地域に比べ従属人口指数の低下期間は長く、また安定期間は短くなっているとされている。

このような状況を踏まえ、同じ岡崎(1996)においては、高齢化社会の問題について先進諸国は経済力を背景にした社会保障制度の確立と充実を図ることにより対処してきたが、発展途上国の高齢化のスピードは速く、経済力の発展が追いつくことができるかどうかをアジア諸国の高齢者割合が現在の先進国の高齢者割合のレベルに達する年までに現在の先進国の一人当たりの経済水準に達するために必要な毎年の経済成長率と、現実の経済成長率のトレンドを比較しており、それによれば韓国及びタイについては現実成長率が必要成長率を上回り、マレーシアと中国がそれに近く、フィリピンとインドネシアが現実成長率がかなり下回っている。指標の問題、また欧米とアジア諸国の事情の違いを考慮していない単純な比較ではあるが、経済力の拡充が高齢化対策の必要条件であり、この試算はこの問題について考える材料を提供するものとして大きい意義があるとしている。

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

【図表 II-4】 高齢者の収入源、1980年代

Percentage of persons over 65 receiving income from				
	Work	Family	Pension/ welfare	Savings
<i>High-income countries</i>				
Australia	9	—	93	—
Canada	19	—	97	—
France	4	—	96	—
Germany	2	—	98	—
Netherlands	5	—	100	—
Sweden	0	—	100	—
United Kingdom	13	—	100	—
United States	20	—	94	—
Average	9	—	97	—
<i>Percentage of persons over 60 receiving income from</i>				
	Work	Family	Pension/ welfare	Savings
<i>Middle-income countries</i>				
Argentina	26	8	74	6
Bulgaria	28	5	99	—
Chile	20	9	73	—
Costa Rica	21	23	46	—
Hungary	47	40	99	—
Budapest	34	21	100	—
Villages	58	54	99	—
Korea, Rep. of	24	64	6	8
Singapore	18	85	16	37
Trinidad and Tobago	15	26	77	—
Average	25	32	61	17
<i>Low-income countries</i>				
China	45	34	13	—
Urban	15	17	64	—
Rural	51	38	5	—
Indonesia	46	63	10	4
Kenya	—	88	—	—
Malaysia	34	83	14	11
Nigeria	—	95	—	—
Philippines	63	45	13	2
Average	47	58	13	6

— Not available.

Note: Averages are unweighted.

Source: United Nations (1992a); Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (1989); Ju and Jones (1989); Pan-American Health Organization (1989b, c, d and 1990a, b); D. Mitchell (1993); Hoddinot (1992); Vukovich (1991); Petrov and Minev (1989).

(出所) 世界銀行 (1994)

このような経済社会の変化の中で、家族による高齢期の支えは弱まっていく。その要因は多岐に渡るものと考えられるが、世界銀行 (1994) が掲げるのは次の5点である。(a) 経済環境: 経済開発が進むにつれ農村における活動——農林水産業——の重要性が低下し、逆に都市を基盤とする産業やサービスの重要性が上昇する。農業の重要性が減少するにつれ、高齢者が労働に参加する機会も減少する。また農業における資本集約性が高められることにより、高齢者はその子供に労働機会を提供することができなくなり、子供たちは離れていってしまう。(b) 政治的環境: 多くの新興の開発途上国は行動主義的で介入的な政府を有しており、産業化を保護主義的な輸入代替政策を通じ押し進め、インフォーマルな支えのシステムを組織的に不利にしている。そのような政府は教育にも集中的に投資している。教育を受ける可能性の向上と労働市場による新たな能力に対するニーズの伸びが学校への出席を促すが、それは扶養する両親のケアをする家族の時間を犠牲にしている。子供の方が親や祖父母

【図表 II-5】 高齢者の生活形態、1980年代

Percentage of persons over 65 living			
	With children or family	Alone	Other ^a
<i>High-income countries</i>			
Australia	7	30	62
Canada (Quebec)	16	21	63
Japan	69	8	23
Netherlands	12	33	56
New Zealand	—	39	—
Sweden	—	40	—
United States	13	30	57
Average	23	29	52
<i>Percentage of persons over 60 living</i>			
	With children or family	Alone	Other ^a
<i>Middle-income countries</i>			
Argentina	25	11	64
Chile	59	10	31
Costa Rica	56	7	37
Panama	76	10	14
Trinidad and Tobago	41	13	46
Uruguay	53	16	31
Average	52	11	37
<i>Low-income countries</i>			
China	83	3	14
Urban	74	5	22
Rural	89	1	10
Côte d'Ivoire	96	2	2
Guyana	61	2	38
Honduras	90	5	5
Indonesia	76	8	17
Malaysia	82	6	12
Philippines	92	3	5
Thailand	92	5	4
Average	84	4	12

— Not available.

Note: Averages are unweighted.

a. Includes persons living with spouse.

Source: Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning (1989); Pan-American Health Organization (1989b, c, d; 1990a, b); Ju and Jones (1989); Keller (1994); Kendig, Hashimoto, and Coppard (1992).

(出所) 世界銀行 (1994)

より教育を受けていることが、高齢者に対する尊敬を低めている。(c) 社会的・文化的環境: 移動性の増と田舎の両親と都会の子供のコミュニケーションの減が親子の情と、親のコントロールと、親の世話に対する社会的圧力を減少させる。都市化は高齢化した親と同居しケアをするべきであるという常識を低める。都会では、家庭のスペースは狭く、老親の同居は家を混雑させるものと非難される。親の子供に対する所有権が徐々にくずれつつあるのがもう一つの文化的な変更点。ほとんど全ての国において、子供は自ら結婚相手、結婚年齢、住む場所を選ぶようになる。(d) 法的環境: 遺産が課税され、また家族のメンバーの間で均等に分けられることを求められ、又は財産を貸与し処分する権利が弱められると、親はよく世話をした子供に報いる手段を失うことになる。公平の観点からそのような法的制限がしばしば正当とされるが、子供や親戚から支えを引き出す高齢者の能力に対し潜在的に重大な影響をもたらすこととなる。(e) 人口: 出生率は低下し始め、一方で寿命は伸び続ける。青年層は、より長寿になる両親の面倒を見る自らの世代は少ないという状況に押しつぶされている。長寿化は女性の方が男性より進んでいるため、女性は寡婦として男性（寡夫）に比べより長く生き、子供により頼るようになるとされている。

人口の高齢化という事態は、経済成長を背景に、医療や栄養水準の向上等が実現した結果であり、経済成長の目標である豊かな社会が実現しつつあることによりもたらされているものである。社会保障は人類のそういったいわば理想化しつつある状況を支えるための社会的な知恵であり、既に高齢化しつつある先進国において、経済構造改革を背景に様々な変革は迫られており、典型的福祉国家のフレームが21世紀の世界において妥当するかどうかはにわかには判らない面があるものの、社会政策の道具としての社会保障制度は、なお有効なものであるのではないか。

3. 社会保障の限界？

以上のように、産業化の進展に伴い個人の生活上のリスクに対する家族等の支えが果たしうる機能が減少し、また栄養や医療水準の向上による高齢化のため、経済の成長とともに社会保障政策が適切に行われることは妥当性を有するものと考えられる。

しかしながら、いつ、どのような目的で、どのように行うかにより、その効果は異なることとなる。まず社会保障は、絶対的な貧困の状態にある国々では、そのニーズを満たすためには十分な政策足りえないのではないかと考えられる。Guhan (1994) は、貧しい国々の貧困はある種の介入を強力に必要とするが、伝統的な社会保障（ここではその文脈から、失業保障、年金といった所得保障プログラムを念頭に置いているものと思われる）は、労働市場は自営業と不安定で不規則な賃金労働により性格づけられており、社会的保護システムを機能させる税収も限られている点、また適切な給付を行うための所得捕捉は、対象者の所得の不規則性や所得源の多岐性により、途上国においては気が遠くなるような作業を必要とする点から果たし得る役割に限界があり、さらに、途上国における労働市場の不安定さは、先進

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

II. 途上国における社会保障制度導入の意義

国で想定されているような周期的な失業というよりは、短期かつ多岐にわたる職に就かざるを得ないという意味でのものであり、またそのような職に就く者の貧困は職がないということではなく（現に彼らは働き過ぎとも言える）、不定期の雇用と、わずかな資産に基づく自営から得られる収入の少額さによるものであるといったことを踏まえると、フランス、イギリス、アメリカのどのような社会プログラムを選択するかといったようなことは意味をなさず、途上国の社会保障は、貧困解消政策の一部に完全に統合されたものとして、総合的な貧困解消プログラムの中で位置づけられなければならないとしている。そして Guhan は、途上国においては伝統的な社会保障にのみ頼ることはできないため、社会保障については既存の制度を改革し、時期と場所を選んでその適用を広げて行き、同時に社会保障以外にも土地の再分配、貧困者向けの融資制度、田舎における雇用とその賃金水準の向上、食糧支援、子供の栄養向上、高齢者、妊婦、寡婦、障害者に対する必要に応じた給付が必要としている。またその際には対象者を適切に選択し、また給付も効果的に行われるようにする必要があるとしている。

同様の指摘は United Nations (1995) においてもされているところであり、長期的に見れば貧困と脆弱性は、経済成長自体と、特に技術修得、教育、雇用の促進による経済成長過程における人々の広い参加を促すための公的な施策と行動により是正され、その意味において、あらゆる経済社会政策、また家族、NGO や宗教、慈善的組織などを含むコミュニティにおける下支えのシステムが、正当な社会的保護を構成するとしている（付表H）。（とはいえ ESCAP 諸国においては、急速な産業化と都市化による人々の脆弱性の高まりと多くの貧困者の存在、人口構造の変化、家族の役割の低下、経済成長による人々の期待の高まり等により、公的に社会保障を提供するニーズも強いものとされている。）

また社会保障は、その適用対象者を一定の者に限定することにより、途上国社会における貧富の差を固定してしまう面も有していると考えられる。速水（1995）は、低賃金労働の供給が豊富な社会において、資本装備率の高い大企業が育成された場合に、中小企業と大企業の間生産性と賃金格差が生じ、所得分配の不平等化を拡大する可能性があるが、現在の途上国においては、第二次大戦後に先進国において飛躍的に強化された労働者の権利を尊重する思想とともに、労働立法や社会保障制度などが輸入されているものの、（最低賃金制や労働時間制度などの）諸規則が実際に履行されるのは労働組合が結成されているような大企業等公式部門で働く労働者のみであり、かつての我が国より、不平等化の要因としてより強く働く可能性が高いとしている。よって、非公式部門を形成する中小企業に対する適正技術の開発・普及等の発展支援策を講ずると同時に、労働者保護を目的とする諸規制については、開発の初期段階では、なるべく広く、しかし緩やかに適用し、労働市場において公式部門と非公式部門とが完全に切断されることのないような運用の工夫が必要であるとしている。また同じ速水（1995）においては、第二次大戦後日本や欧米諸国において平等化が進んだ背景として、累進的な所得税や相続税と社会保障制度の強化による所得や資産の再分配効果を見過ごすことはできないものの、公式部門の雇用者が全有業人口のごく一部であり、大多数が農業や都市の非公式部門における零細な自営業者や非常用雇用者であるような途上国では、

所得や資産の捕捉に要する莫大なコスト、掛金徴収の困難性などにより、平等化の有効な手段としてこのような先進国型の再分配政策を用いる可能性はほとんどないともされている。

Dixon (1996) の言葉を借りれば、「この 100 年あまりの社会保障制度の世界的普及は、基本的に 19 世紀におけるヨーロッパの価値観と 20 世紀における管理及び財政の手法を移入することにより行われて」いる。その結果は、世界中における社会保険という手法の広まりであり、ほとんどの国々が、急に進展した中所得層を貧困から救うことを約束する所得を保障する安全網を築いている。よって、先に Guhan の指摘にもあったように、Dixon (1996) においては、社会保障は 20 世紀のほとんどの間、多くの国々において、多くの人々、残念なことに特に助けが必要な人々の人間としての（基礎的な）ニーズに対し無力であったとされている。これは、Ron, Abel-Smith, and Tamburi (1990) の途上国における医療保険制度の導入期についての指摘にもあるように、途上国における初期の強制的な医療保険の法制化と制度化は、ヨーロッパにおいて受け入れられ、また受け入れられつつあった社会政策に影響されたものであり、これは「第三世界」のリーダー達にアピールした（樋口（地主編）(1983) においては、独立、建国という民族精神の高揚により高く掲げられた理想として、貧困の追放、社会保障の確立が途上国の建国方針の一つとして謳われ、第二次大戦後多くの国の憲法、基本法に規定されたとされている。）ものか、又は植民地時代からの文化的遺産ないし外国で教育を受けたエリート達によるものかのいずれかであり、伝統的な国の文化を反映したのではなく移入されたものであったこととも関係するのではないかと考えられる。

途上国における社会保障政策のあり方を検討する上で、これらの指摘は見過ごすことはできない。我が国において社会保障政策が現代の基盤を構築した昭和 20 年代から 30 年代にかけては、高度経済成長を経験した時代であり、経済面で一気に先進国への仲間入りを遂げるまでに至った時代であった。また明治維新以降整備された、統一のとれた国家行政組織も存在していた。当時の我が国の社会保障を運営する能力は、現在の途上国の状況に照らし、既に高いものであった可能性がある。現在の社会保障制度が過去に行われた意思決定の積み重ねの上に体现されているものであることに鑑みれば、我が国の社会保障制度の発展が始まったスタートポイントはいったいどのようなものであり、社会保障制度が何を成し遂げ、何にはそう貢献しなかったということを、実証分析をも交え理解することは、我が国の経験を世界に提示していく際には必要なことであると考えられる。

一方において、これらの指摘は、我が国の社会保障の成功、また失敗がどのような条件によってもたらされたのかを示唆しているとも言える。ここでの指摘は、現在の途上国においていきなり先進国流の社会保障制度を導入することが必ずしも成功には結びつかないことを物語っているが、一方において我が国において、その歴史的過程の中で社会保障制度は既に導入されてきており、それがいつ、どのような条件下で提供されたのかを、これらの指摘に照らして検討することで、我が国の社会保障制度が果たしてきた役割に新たな側面を提示することができる可能性もある。特に戦後の国民皆保険、皆年金の達成が、いわゆる非公式部門に属する者に対しても行われたことが可能であったのはなぜかといった点について分析の切り口を与えてくれるものと考えられる。

III. 途上国における社会保障制度導入の問題点

前章では、なぜ途上国において社会保障政策が必要かを述べた。本章では、前章で指摘した点を踏まえ、現在の途上国の状況の何がそもそも問題であるのかについて、途上国の社会保障政策について分析を重ねている国際機関の出版物における指摘を整理した後、社会保障制度というものに内在する伝統的な考え方に照らした問題点について検討を試みる。もとより単純に「途上国」というカテゴリゼーションは危険であり、国情に応じた分析こそが社会保障政策を検討する上では重要ではあるが、ここにおいてはあえて、総論的に検討がされている他の文献にあたり、我が国の政策の経験を提供する上での切り口の整理としたい。

1. 社会保障政策における問題点

(1) 社会保障政策総論

United Nations (1995) においては、ESCAP 地域の経済社会問題について、様々な側面からの幅広い分析がなされている。また Jenkins (1993) において、社会保障制度の普及に関する論文の中で、途上国の社会保障政策の問題点を整理している。前者については特に、当然アジア太平洋地域における分析が他の地域の国々にそのまま妥当するとは限らないが、他の様々なところで指摘されている途上国の制度の問題点が適切に要約されているものと理解されるので、これらの指摘を整理した上で紹介する。

同地域における社会保障政策の現状の問題点について、特に制度の対象の拡大と、財源調達方法の2点について検討がなされている。

④ 制度の対象の問題

制度の対象の問題では、以下の3点が問題点として挙げられる。

(a) 不適切なカバレッジ

現在の社会保障制度はもっぱら都会における組織された（非公式な雇用と反対の意味）経済活動に雇用される者を対象としており、その対象は公共セクター又は大企業に雇用されている者、若しくは管理が簡単で費用もかからないグループに限られている。農民は、中央アジアや他の開発途上国において部分的にカバーされているものの、ほとんどの場合除外されている。使用人の保護にも着目はしていたが、臨時労働者や出稼ぎ労働者、家庭内労働者と同様、ほとんどの制度から除外されている。都市及び農村の自営業者も一般的に除外されている。よって、人口のごく一部についてのみ、最低限のレベルと見なされる事態についてカバーがなされている。このような企業規模や地域による限定は、意図としては、そのうちサービスは拡充され、企業規模や地域による限定はある制度の導入期にあるためであり、二-

ズの側の理由によりそのような扱いとなっているというよりは、対象を拡充するに当たっての行政上の問題であるとみなされている。

またカバーされている中でも、例えば公務員、教員等につき既に制度が存在している場合、全体の社会保障制度からは除外されることとなり、社会的な連帯感を喪失させる要因となっている。さらに、制度上はカバーされる対象には入っているが、多くの制度がその中で一定以上の所得の者のみを対象としていることから、それに満たない者については、適切にカバーがなされない事態となっている。

(b) 給付の不適切

カバーがなされている者についても適切に保護されているとはいいがたい。多くの制度における現金給付はニーズを満たすには足りず、インフレによる価値の喪失から守られていない。例えば、ESCAP 諸国における多くの労働者保障システムは何十年も額の改訂がない。

(c) 施行の不適切

法律上は、一定の事態についての給付があることとされているが、実際には法が予定する通りにはなっておらず、法制上の要求への服従が大きな関心事となっている。被雇用者が保険料を支払うことにより所得が減少するのをいやがると同時に、雇用主も保険料の徴収や支払いが適切にできない。政府のような単一の大きな雇用主から保険料を徴収するのは易しいが、民間の小規模な雇用主から保険料を徴収するのは難しい。また雇用主（特に中小の企業において）が、被雇用者とともに負担することとされている社会保険料の支払い義務に対する不服従も多く見られる。また、自営業者に対象を広げた場合、彼らの制度への服従を要求することは難しく、これはまさに社会保障制度が救うべきと思っている者自身が制度を無視しようとするという意味において、重たい問題である。

さらに、対象が部分的な範囲に限られていることと、人口の多くの部分に対する保護拡充の度重なる失敗は、(d) ゆがみを生み、不公平を悪化させる。産業分野の被雇用者に対するカバーと農業部門の者の除外は、都会と農村の不公平の一因となっている。都会の中では、特に非公式部門の小企業が除外される。従って、対象とされていない者は一般によりリスクと不確実性にさらされている者であると言える。これらの人々は、多くの場合において最も貧しく、またほとんど定義上、その脆弱性に対する保護をより必要としている。あらゆる社会保障がない状態においては、彼らは財産を使い果たし、負債状態に追い込み、未来すら抵当に入れることとなるような事態に対応するために、家族に頼らざるを得ない。例えば、家族における破局的な疾病や早死には家族の資源と財産を使い果たし、負債を増加し、家族の経済的安定を弱め、貧困の罠に陥らせかねない。生産的な財産、雇用、労働能力と所得の喪失による家族の経済的基盤の弱体化は、家族の士気と連帯感を喪失させる。家族の崩壊と貧困、特に女性と子供の場合にはそういうことになりやすい。

III. 途上国における社会保障制度導入の問題点

②財源調達方法

財源調達方法については、(a) (国家が管理する) 共済基金、(b) 社会保険、(c) 使用者責任、(d) 社会扶助の4方式について検討がなされている。

(a) (国家が管理する) 共済基金については、個人と家族に貯蓄を強制し、高齢期への供えの財政責任を個人に帰することにより、賦課方式の場合における社会保険による持続的な保険料引き上げの必要性和、完全積立方式の場合における長期にわたる加入期間（しかもその期間に給付はない）を避けることができる。また加入者の他のニーズ、例えば住宅や事業機会など、について引き出し可能である利点を有する。更にシンガポールの中央共済基金におけるメディシールドのように^{註9}、他の目的に活用することも可能となる。また政府に（貯蓄という）開発のための大きな資源を提供することとなる。一方、共済基金の問題は、リスクプールがなく、又共済基金からの一時金の支払いは、助けが必要な事態が続く間における周期的な支払いを必ずしも保障しない。退職時に、一時金を年金方式にすることが許容されつつあるが、給付は簡単に少なくなり、資金は枯渇し、インフレにより価値は目減りし、加入者を苦境に陥れることとなる^{註10}。

また(c) 使用者責任方式については、比較的単純であり、早く導入できるが、雇用主にとっては高くつき、競争的な企業社会では不利益を被ることになると見なす可能性もある。例えば出産に伴う負担を潜在的に負っている女性を雇うことに対する不熱心さが見受けられる。被用者から見れば、使用者責任下の現金給付はしばしば費用を賄うのに不適切であり、リハビリのニーズもほとんど賄われない。使用者責任による支払いがなされず、その結果給付が現実には受けられないことがよくある。

政府財政収入の限界により、政府財政を財源とした(d) 社会扶助については、ミーンズテスト方式かどうかを問わず、大々的な拡充には限界があるものの、現在のほとんどの国における社会保障に対するごく限られた支出を踏まえれば、拡充の可能性はあり得る^{註11}。(b) 社

^{註9} 国家中央基金の勘定の1つであるメディセイブ勘定（入院や外来の外科治療等に使うことができる国営の医療貯蓄制度）からの保険料を財源としている長期又は重篤な病気についての医療費を支払う保険制度。

^{註10} Dixon (1996) 又世界銀行 (1994) において、社会保障制度としての共済基金方式について、ここでの批判に加え、以下のような批判がなされている。社会共済基金は、公的に管理されるものであり、その投資の対象は政府又は政府系の債券が中心となるため、政府によりそのリターンが決定されることになるが、その政府は同基金を比較的安く調達できる公的資金と見なしており、個人の勘定に対するリターンがマイナスとなった場合において、単純には解決できない問題が生じている。社会保障としての目的を社会的・経済的目的に置き換えてしまっているところに、この方式の問題点がある (Dixon (1996))。同時に社会的・経済的な側面から見ても、政府が一国の金融資産の大部分を担った場合、それらの資金に対する民間のアクセスを阻害し、それにより成長が阻害されると言う面もある (世界銀行 (1994))。Dixon (1996) においては、社会保障としての目的的政治的認識により、社会保険制度へ移行することによりのみ解決が図られるとされ、世界銀行 (1994) においても、後述する推奨の高齢期の所得保障制度への移行において、人口の若く一人当たり所得の低い途上国に対し、政府が管理する共済基金を徐々に後退させるべきことを指摘している。

^{註11} United Nations (1996) において、アジア太平洋地域における社会セクター（社会保障分野だけでなく、教育、住宅等を含む）に対する財政支出の分析がなされている。それによれば、公的支出及び GDP に対する社会セクターの比率は 1970 年代から一般的に上昇しているが、社会セクターに対する割り当てはマクロ経済的

会保険は、給付の範囲をほとんどの原因に広げることが可能であり、危険と財政負担の両方を労使に広げることが可能とし、世界中で使われている方式ではあるが、未だ選択肢の一つにとどまっている。

社会保険方式は、(保険に加入している)国民の社会連帯により、老齢や疾病などの生活上に起こりうるリスクを支え合う仕組みであり、我が国においては社会保障の中心的な財源調達方式として機能してきた。また多くの欧米諸国において中心的な制度とされており、その利点に対する評価は定着していると思われるが、それを運用する制度能力の問題などにより、いつの時代において常にどの国においても一番ふさわしいものとは限らない。その導入には、様々な前提条件が要求されるが、その点については後で記述する。

(2) 医療

①一般的な問題点

特に開発途上にある低・中所得国における医療制度の問題点については、世界銀行(1993)、また Cichon and Gillion (1993)において、大きく次のような6つの問題点が挙げられている。

(a) 過小な財源とコスト増

先進国における医療費の伸びと所得の伸びの間の弾力性は1より大きいという分析がなされているが、このことは、経済成長が医療サービスの発展の前提であるということを示唆している。しかしながら、途上国は先進国における制度の拡充の基底となったような持続的かつ強力な経済成長の状態にはない。このため経済のリストラに政策の主眼がおかれ、公的な歳出は削減されてきている。さらに徴税機構は公的歳出に必要な財源を調達できず、社会保険料を徴収するための枠組みは存在しない。これらにより、結論的に、公的に提供される医療サービスは質量ともに大幅に低下し、これは社会保障によりまかなわれる医療サービスの劣化を伴うこととなる。

また、医療への支出は、それが有する人的資源への投資、ひいては経済及び社会開発にもたらす投資としての価値に比べても低い。途上国は単に所得が低いため不利な立場にあるだけでなく、自らその低所得に見合ったものとして期待されるよりも低い額、また開発のための労働力への投資として必要な額より相当低くしか医療に資源を配分していない。さらに実際には1980年代において、その額はむしろ低下して来ている^{註12}。

他方コスト増の問題も存在し、中所得の開発途上国においては保健支出の伸びは所得の伸びを大きく上回っているとされている。一般医や専門医の数の増加、新たな医療技術の導入

な苦境において脆弱なものとなっており、多くの国の経験が社会サービスに対する財源供出が財政的制約が存在する際には大きく減少させられることを物語っている。教育、保健、衛生等の人的資源開発のための取り組みが国家財政支出の中で優先されるべきであるという強い政治的コミットメントが必要であるとされている。

^{註12} 世界規模で見た場合の、医療資源の配分の不適切や浪費、不公平も指摘されている。世界の保健支出は、1990年において官民合計して1兆7000億ドルであり、世界総生産の8%にも昇っているが、そのうちの90%は高所得国において費やされており、またアメリカ一国で世界の41%を消費している(ちなみに同じデータによれば、日本は世界の11%を消費している)(世界銀行(1993))。

第一部 途上国における社会保障制度構築に関する一般理論

III. 途上国における社会保障制度導入の問題点

と、出来高払い制の医療保険の拡充があいまって高コストの検査や方法、処置に対する急速な需要増を招いている。

(b) 不適切な配分

財源が過小であるというだけでなく、またその配分も問題がある。公的なシステムにおいては、固定的な総額予算は、アクセスの減少、質の低下と供給者の利用可能性の低下、順番待ち、多くの合理化、患者の一部負担としばしば賄賂などにより補完されている。サービスのレベルは低く、中心的な地域以外の地域におけるサービスのレベルは多くの場合最低限である。このように資源配分を行っていることは、既存の給付の内容が与えられた予算に照らし、また最低限のコストで最高の利益を得ようとする考え方に照らし最も適切なものかどうかについての疑問を投げかけるものとなっている。

同様にシステム自体が、支払方式が費用抑制のためのインセンティブをほとんど与えないこと等先進国と同様の問題を有しており、同時に経済の低成長と公式部門における雇用の減少の中で保険料の徴収が困難となり、多くの社会保障によるサービスを提供する施設は、その対象となっている公式部門の労働者にすらサービスを全て提供することができない事態となっている。これらにより、より高価な民間セクターによる医療の提供が増加し、これに伴い職員と施設が民間セクター及び高価な支払が可能なより豊かな患者にシフトしてきているとされている。さらに制度内部でも、大部分のガンの外科手術のように費用対効果の低い医療活動に公的資金が導入され、一方において結核や性感染症などの重要で費用対効果の高いものには十分な資金が提供されていない。またいくつかの国では、費用対効果の高いサービスはより低いレベルの施設で提供されるべきであるにも係わらず、一つの大学病院が保健省 (Ministry of Health) の20%以上を吸収しているといったように不適正な配分が見られる。

(c) 計画、運営及び管理における失敗

途上国によって財源の調達が可能なが給付であっても、必要な時及び場所においてそれが給付されるとは限らないが、それは複雑な医療システムを管理し及び運営する能力に欠けること、又は、全体の生産性及び分配上の効率性よりもある種の医療上の目的を達成するための技術的な効果に重きがおかれていることによる。医療サービスはしばしばその患者の健康にもたらす価値の適切なアセスメントなしで提供される。運営単位は誤った問題設定による義務を与えられ、個々のサービス提供の運営上及び財政上の効率性はモニターもされず、コントロールもされない。他のシステムでは、これらの欠陥は、しばしば拠出者の財源を誤って用いているとしか説明がしようのない、保健省や社会保障運営機関における時に過剰な管理コストに反映されている。

(d) 資源分布の不公平

医療システムの構造の問題や、過去から受けてきた圧力のため、国民の医療給付の分布は極めて偏っている。異なる医療区域間で、被保険者間のある種の連帯や公平性が存在するとはいえ、区域ごとの差は広く、所得格差を反映している。数多くの貧困者は、公式の、近代的なセクターに雇用される労働者に適用される社会保障制度の対象にはなっていない。一般財源からの補助金は絶対額も少ないため、税を払えない、保険の対象となっていない者に薄

く広く分布する必要がある。同時に、非公式セクターに存在し、地域で最も貧しい層を含む者達は、自分たちを相互に支えるべき制度的な構造を持ち得ていない。さらに、貧困者は政治的な重みも低く、自分たちがよって立つ公的なシステムへの補助を充実させる組織も有していない。このような状況下において、医療の財源調達制度のそれぞれにおいて、扱いの格差を和らげることなく、より強化するような制度的仕組みが存在してしまっている。

より具体的には、貧困者は基礎的な保健サービスへのアクセスを欠いており、低い質のケアしか受けられない。政府の保健支出は、洗練された3次医療を提供する病院における無料又はコスト以下の負担ですむケアや、官民の保険への補助により、富裕層により多く費やされている。

(e) 非効率

財源のそもそもの少なさに併せ、もしシステムがより包括的かつコーディネートされたものであれば、より多くの額が医療に実際に用いられることとなる。既存の制度内の各主体は補完的というよりは競争的な態度であり、それぞれにおける連帯感といったものはない。施設や管理費用の重複なども存在している。そのことは同種のプロフェッショナルをめぐる競争が生ずることを意味し、その競争は資源や提供されるサービスの上昇よりは、供給者の利益を増やす側面を有する。

また、一般薬ではなくブランド品の薬が用いられ、保健サービスに従事する職員の配備及び監督は適切でなく、病院のベッドは有休率が高いといったような点も非効率の具体例である。

(f) 供給サイドにおける問題

専門家の利用可能性の問題など、実際の人的及び物的資源も限られ、インフラや薬が足りない中での医師や看護婦の過剰な供給といったまた資源のミスマッチも生じている。同時に、足りないとされている資源は高価であり、トレーニングが必要な場合には、時間と投資を必要とするため、にわかに増やすことは難しい。予算の削減はスタッフではない資源の大幅な削減に至ることがある。

このようなシステム全体における資源の欠乏と過剰な需要により、結論的にはインフレに比べ相当高いコスト増を招きやすい。この傾向は輸入に依存していることのみならず、特に社会保障制度が他の支払による方式（によりサービスを供給すること）を制限するような場合において、医療供給者が治療等の回数を増やすことが可能であることによっても、悪化する。民間セクターにおいては、コスト増は消費者に転嫁できるが、一定額の予算により制限された公的セクターにおいては、コスト増の圧力に反応することができず、結論として、資源が公的サービスから流出してしまい、質の低下、順番待ち、インフラの更新や拡張がなされずといった状況になってしまう。

これらから導かれるのは、技術や給付内容を、医療システムの中の異なったセクターごとに適合したものとすべきかどうかという問題。技術的には低いがとりあえずのアクセスを提供する方が、より技術的には高いがより限界的にしか改善されず、順番待ちや適正化を伴う等するものにくらべ望ましいかどうかは問われるべき課題である。もしそうであれば、財源

調達方式のみならず、サービス提供者のあり方の再構築や、より注意深く給付内容を定義することが必要となる。

②経済状況ごとの問題点

世界銀行（1993）において、低所得国、中所得国、旧社会主義国のそれぞれの特有の事情に基づく問題点が掲げられている（付表Iにおいて、所得状況ごとの医療制度の主な性格を紹介する）。

低所得国においては、官営の病院診療所が近代的な医療の最大の供給者であるが、しばしばその集権的な意思決定機構、予算配分の変動の大きさ、施設管理者とサービス従事者のモチベーションの低さにより非効率である。アフリカでは宗教系のNGO、南アジアでは民間の医師と無免許の治療師が主体となる民間の供給者は、多くの場合公共サービスよりも技術的に効率的であり、より質の高いサービスを提供していると見なされているが、政府の政策による支援は得られていない。また保健セクターの公共支出が都市の富裕層の利益となる高コストの病院サービスに偏重する面があるため、貧困層は不利な立場に置かれている。

中所得国においては、比較的富裕な層を保護する保険が政府の保護を受けているとされている。南アフリカとジンバブエにおける民間保険の場合には、その加入者は豊かな者に限られている^{註13}。ラテンアメリカにおいては、大企業の労働者は強制加入の公的保険によりカバーされている一方、大半の国民、特に貧困層は、主に自己負担による医療や、アクセスが不便な政府のサービスに頼っている。ケアの質も低い。薬剤や機材の供給も不足している。患者の待ち時間は長く、一人当たりの診療時間は短い。誤診や不適切な処置がよく見られる。

旧社会主義国においては、政府が歴史的にヘルスケアの財政と供給の両方の責任を負っており、原則無料の保健サービスの供給により、国民の多くがカバーされている。見かけ上はより平等であるが、現実には、富裕な消費者がインフォーマルな自費を支払ってよりよいケアを受けている。また非効率も蔓延しており、政府の運営する保健システムは高度に集権的である。

（3）高齢者の所得保障（年金）

開発途上国の高齢者の所得保障制度、特に公的年金制度については、N. Iyer（1993）において、次のような点が指摘されており、従前の記述との重複もあるが、ここで略述することとしたい。

①給付の範囲

^{註13} DHHS（1995）によると、南アフリカにおいては、政府支出により賄われる高齢/障害年金の受給者向け、及び雇用主負担による労災給付財源による労働者に対する医療給付サービスと、失業保険財源による現金給付サービスが存在している。またジンバブエにおいては、低賃金の労働者に対するヘルスケアプログラム（人口の約75%をカバー）が存在し、月400ジンバブエドル（48米ドル）以下の所得の者には無料のプライマリケアが提供される。政府と宗教系の病院が地方において医療を提供し、都会では官民の病院と医師が利用可能である。

当初の意図にもかかわらず、公的年金制度は、その経済のうち公式セクターを越えて給付対象者を広げることについての進歩はほとんどない。これは人口の相当多くのセクションが長期でみた事故に対するいかなる形式の保護も受けていないことを意味する。自営業者と農村の労働者は一般的に当初は除かれており、当初の意図は後で彼らもカバーしようとするものだが、実際にはそうはなっておらず、同時に都市の非公式部門も増大してきている。このことにより、社会における比較的恵まれた者のみが保護され、多くの恵まれない者達は高齢等のリスクにさらされているという批判を受けている。

②制度への不服従

保険料収入は本来あるべき額に比較して相当低い。雇用者（政府を含み、またしばしば従業員と共謀して）は支払うべき保険料を払わず、又は保険料算定の基礎となる稼ぎの額を過小申告する。

③不適切な投資

実質での投資益はあるべき額よりも低いことが往々にしてある。これは、適切に機能する金融市場に欠けていること、また暗黙のうちの、又は明白な政府による社会保障基金の流用によることもしばしばある。公的な制度の基金は主に固定金利の証券に投資され、その中でも政府債が大部分を占めており、民間投資についても銀行預金や債券といった、保守的な投資方針であり、同時に政府により財政赤字をファイナンスするために用いられており、実際に、多くの国々でマイナスの収益率となっている。またラテンアメリカにおける特殊な状況としては、公的年金基金が保健用インフラ、また労働者の居まいに投資され、社会的な収益は挙げているものの、適切な財政上の収益は実現していない。

④高い管理コスト

管理コストは収入の高い割合を占める傾向にある。その理由としては、一般的な運営の非効率と、社会保障機構における過剰なスタッフや給与が挙げられる。

⑤予算上の制約

一般予算からの直接的移転が、特にそれが基礎的な均一の貧困を防ぐための年金の財源となっているような場合、この10年近く、全体的な予算上の制約と全体の公的支出の中で適切なプライオリティを年金に充てることができないために、浸食されてきている。

⑥管理能力の問題

管理能力、特に効率的な記録——個人の保険料支払いの経歴に関するもの——管理と請求処理の欠如は、給付の支払いが遅れ、又は本来の額より低く、さらには全く支払われないことをも意味する。

⑦インフレーション

収入上の問題を伴った高いインフレは、当初の給付のレベルに比べたその後の実質価値が相当程度低められ、いくつかの国では採るに足らないレベルにまでなっている場合もある。

⑧再計算の欠如

定期的な数理計算に基づく年金財政の再評価がシステムティックに行われておらず、一般に積立レベルの悪化を招いている。

III. 途上国における社会保障制度導入の問題点

さらに世界銀行（1994）においては、上記の点の一部の他、⑨途上国においては先進国に比べ人口構造が若く、高齢期の所得保障問題は遠い将来の話であるため、政治家に、影響力の大きな高齢の労働者に対し今日のより大きな年金額を約束する誘惑を与えやすいとされる。

Iyer は、上記のような状況のため、例えば確定給付型であるか、国家共済基金型であるかを問わず、同様にその加入者に期待される給付を提供できておらず、その理由として、20年以上もの間、多くの国々において公的年金制度が健全に発展する素地、例えば完全雇用、経済の安定的な成長、機能する金融市場や金融機関、安定的で民主的な政治機構及び適切な統治及び行政、といったものに欠けていたことを指摘している。加えて、人口のより恵まれないセクターに対する社会保障のカバレッジの拡大は、社会連帯に関する必要な政治的コミットメントがなければできないとしている。

（1）から（3）までに指摘した途上国の社会保障制度の問題点については、次の表のように総括できる。

【図表 III-1】 途上国の社会保障制度の問題点（総括表）

<p>(1) システム設計の問題</p> <p>① 都市の公共セクター、大企業に雇用されている者を対象としており、農民、臨時労働者、使用人、都市／農村の自営業者を対象としていない（できていない）。</p> <p>①' 都市と農村の不公平。都市の中での非公式部門とのギャップ。（貧困とのリンク）</p> <p>② 全体を対象とする社会保障制度から公務員等の制度でカバーされている者の分離。</p> <p>③ 給付内容の不適切。（インフレへの不対応。再計算の欠如（年金）。（財源不足による）公的医療サービスの質の劣化。財源配分の問題。費用対効果。非効率（協調より競争）（医療）</p> <p>(2) システム運用の問題</p> <p>① 小規模雇用主からの保険料徴収の困難性と負担への不服従。（被雇用者の不服従への共謀）</p> <p>② 自営業者の負担合意の困難。</p> <p>③ 徴税機構、社会保険料徴収機構の不備。</p> <p>④ 管理コストの問題。</p> <p>⑤ 管理事務の問題（記録の管理、費用請求事務等）。</p> <p>(3) 財源・財政問題</p> <p>① 共済基金か、使用者責任か、社会扶助か、社会保険か。</p> <p>② 経済成長の非継続と公的歳出削減及び貧困による保険料負担の困難。（医療）</p> <p>③ 一方におけるコスト増の問題。（保健支出の伸びと所得の伸びのギャップ。資源の欠乏。支払方式。（医療）</p> <p>④ 投資の不適切。（年金）</p>
--

（出所） United Nations（1995）、Jenkins（1993）、世界銀行（1993、1994）、Cichon and Gillion（1993）、Iyer（1993）を基に筆者作成

2. 途上国の現実に照らした社会保障の制約

前節は、途上国における既存の社会保障制度の問題点について整理した。ここでは、これらの問題点とされている点について、何が克服可能で、何ができないことなのか。また、先に先進諸国におけるような社会保障制度を創設することが、途上国の現実に照らしその抱える問題を解決するためには必ずしも適当ではないのではないか、そういった、途上国の社会保障制度における「あるべき」姿を達成できない、また、現在の段階で達成しようとするのが必ずしも適当ではないということに関する制約についての指摘を整理する。

(1) 伝統部門とのコンフリクト

途上国においては、非公式な社会的保護のメカニズムが村、部族、又は家族レベルで、公式な社会保障システムと共通の領域で存在している。(Dixon (1996))。こういった国々で例えば国民の全員がカバーされるような公式な社会保障システムが行われていない理由としては、そういった制度を運営するための財政上又は管理上の資源がないということもあるが、一方においてその国が守りたいとしている歴史的な、又は文化的な遺産が存在するということもあり得る。例えば、自助又はコミュニティにおける助けを推奨し、家族によるその子供や高齢者、病気の親戚等の面倒を見るといった社会的な特徴を保護することが望ましいとされ、ある種の社会保障制度をその基底に存在する哲学と共に導入した場合、そういったことを助長するかもしれないが、妨げる可能性もある。さらに特に保険原理によるプログラムについては、法的に社会保障制度を導入して現金給付を提供することは、信仰に裏付けられ、長年培われ、社会保障の持つ国家レベルの連帯によっては簡単に置き換えられない部族、村又は家族レベルの連帯といった既存の文化的伝統をひどく制限し、又は衝撃を与えることになるため好ましくない可能性があるとされている (Jenkins (1993))。

また途上国の徴税及び管理能力の限界を考慮に入れた場合には、農村においては、高齢期の所得保障について、非公式なシステムの方が公式なシステムよりうまく機能するかもしれないが、その導入によりきちんと機能していた家族による支えが雲散霧消してしまい、その後に制度が失敗するなどということにもなりかねないため、アジアアフリカ諸国の政府は野心的な公式の制度導入には慎重であるべきという指摘がある。一方において先に述べたような社会経済構造の変化により、公式のシステムがやがて非公式のシステムにとって変わっていくことは避けられないが、特に未だ公式のシステムが完全にその機能を果たし得ていない低中所得の国々では、そういった非公式のシステムを生きながらえさせる必要があり、そのためには、家族による労働、リスク及び資源のプールが一番よく働く伝統的な農業に対する負のバイアスがかかるような政策を避けること、都市と農村のコミュニケーションを改善するような政策を導入すること、伝統的な支えが機能しにくい寡婦に対する公式なプログラムを導入すること、さらに一部の低中所得国において行われている住宅補助（高齢者との同居等に対する優遇措置）、在宅生活支援サービス、高齢者との同居に対する金銭による補助等の家族

による支えにとって代わるのではなく、それを支えるような政策が基本となる（世界銀行（1994））。

（2）政策手段としての社会保障の問題

カバレッジや給付、施行の不適切といった ESCAP 諸国における社会保障の問題は、そもそも社会保障が、産業化の過程によりもたらされた人間の問題を是正するために生まれたものであり、その対象となる問題は拡充したとはいえ、適用となる社会保障の対象、目的、手段は都市の労働者の社会的ニーズに適合していることによる（United Nations（1995））。多くの途上国では社会保障制度の導入プロセスは、長い歴史を経て試行錯誤の末現在の制度を構築してきた先進国に比べまだ始まったばかりである。そのうちいくつかの国々では、（前述の通り）かつての植民地権力が社会保障制度をその国の公式部門の労働者等を対象にして導入した経緯があり、独立に当たりその制度は特に根本的な変更もなく受け継がれてはいるが、既存の対象者にとっては適当であったかもしれないが、地域全体としては必ずしもそうではなかった。また伝統的な支えのシステムが、都市への人口流入と賃金による雇用の増とともに弱体化し、都会の賃金労働者のニーズに適合しないことから社会的又は政治的な不安定性が生じ、社会保障による保護が伝統的な保護のシステムに取って代わる必要が生じた。さらに労働者が自ら連帯し組織化し、特に所得保障をはじめとした社会的な保護を含むよりよい職場環境を求めるよう主張するようになってきた。当初は、家族やコミュニティ等による伝統的な支えのシステムは強く残されており、社会保障は都会の産業化された状況にある労働者のみに適当なものであり、農村においては不要、またはプライオリティが相当低いものであると考えられた。従って初期の社会保障は、都市の賃金雇用者のニーズに基づき設立され、給付、負担、管理構造がそういったニーズに適合していたため、農村のニーズに誤って当てはめられるケースが多く見られた。

（3）公式セクターの規模の小ささ

①総論

（2）とも関連するが、Gillion（1994）においては、途上国において、ILO102号条約¹⁴が求める社会保障のあるべき姿と現実、先に述べたような法制上の要請と現実の運営、ニーズと現実の対応、また先進国と途上国の間に存在するギャップこそが、社会保障制度の改革や開発に対する現在の動力源となっているが、その実行には困難が伴い、その明らかな理由として、経済における公式セクターで生活し、また労働している者の数の少なさが挙げられて

¹⁴ 1952年の社会保障（最低基準）条約。同条約は、医療、疾病、失業、老齢、業務災害、家族、出産、障害、遺族の九つの給付部門別の規定と一般的又は共通規定によって構成され、これを批准する国の国内法は、九部門のうち失業、老齢、業務災害、障害、遺族給付の一つを含む最低三つの部門が規定の基準を満たすものでなければならない。発展途上国のためには一時的に低い基準をもって批准する可能性が開かれ、基準に現実主義的な弾力性が与えられている。この102号条約はILOにおける途上国に対する社会保障の立案、運営に関する技術協力の指針となっているとされている（樋口（地主編（1983）））。

いる。社会保障制度は、個人を強制的な拠出をさせる代わりに受給権を与えるというフレームワークに結びつけておく必要がある。公式雇用は、労働契約はモニターされ、保険料の拠出を保証するかどうかを評価することが可能であり、よって公式セクターのサイズが、大まかにいって労使双方からの拠出を可能とする範囲を経済の内部に設定することとなる。この限界の外においては、伝統的な社会保障制度は国民全てを対象とすることは困難であり、保険料拠出の代替としては税を財源とすることが考えられるが、公式セクターの限られた国においては課税ベースもまた限られていることが多いとしている。

またCichon and Gillion (1993)においては、途上国の医療制度の分析において、同様の指摘があった後、社会的分野に対する歳出は、特に医療については、政府の他の歳出の他、経済の安定化や構造調整のために必要な財源により制約を受けており、後者については財政赤字の解消、経済開放及び準政府機関に対する政府の関与の減少を伴っているとされている。これらは官民両方において公式セクターにおける雇用の減をしばしばもたらし、更に徴税能力を狭めると同時に、医療以外の他の優先度の高い支出、特に社会的安全網の構築や貧困防止策に対する支出圧力を増すこととなる。また似たような問題は社会保険料と社会保障制度による潜在的なカバーの基盤についてもあり、理論的には非公式セクターの組織、例えば必要なフレームワークを提供するに足るだけの強い結びつきを持つ協同組合、地域のコミュニティ、商業、文化又は宗教組織に対しても社会保障を提供するということはあり得るが、実際には公式セクターの大きさが社会保障制度の対象範囲を制限し、同時に制度が効率よく機能するために必要な記録管理、制度への服従、所得または受給資格といった要素の基礎を制限する。

②具体的対象ごとの困難性

経済の非公式セクターにある者に対する制度の適用の困難性は今まで繰り返し述べてきているところであるが、Jenkins (1993)において、賃金労働者、自営の者、雇用されていない者について、それへの適用の困難性の理由と、社会保障政策の適合性を含み、政策オプションについての指摘がなされている。

まず賃金労働者であるが、世界の多くの制度においてカバーされていない賃金労働者は農村に多く分布する小企業に働く者であり、そういった者のニーズは制度の対象となっている大企業に働く者とほぼ同じである。これらの者への制度の拡大は周到な計画に基づく必要があるが、小企業の数はいずれに対象となっている大企業の数をはるかに上回っており、これらを発見し、登録させ、教育をし、その労働者についての登録と保険料支払いの方法とタイミングについて制度に従うように説得しなければならない。大変な作業ではあるが、満足にできない場合には保険の対象となっている者が給付を拒否される可能性があるばかりでなく、制度と当局への信頼を損ねることとなり、小規模の事業主を対象とするためのコストは、それによる保険料収入を上回ったとしても甘受すべきものとされている。またそのためには広報活動と、社会保障機構の職員の能力強化が重要としている。さらに賃金労働者のうち、日雇い労働者についてもその者とその者を雇用した企業が必要な保険料を支払う仕組みとするこ

III. 途上国における社会保障制度導入の問題点

とは可能であり、また家庭内で雇用される者についても、ニーズは同じものがあるため、雇用者だけからになるかもしれないが、保険料を徴収する制度を構築することは可能であるとされている。

つぎに自営の者のうち農村地域の者及び農民については、世界のそれぞれの地域において相当程度異なるので、単一の答えを全ての地域に当てはめていくことはできない。一方彼らはグループとしては、より声が小さく、組織化もされていないため、政府当局によって無視され又は後回しにされやすく、政府のみならず家族、地域社会、企業、宗教等の異なる主体が政府と調和して、これらの者のニーズに向き合い、問題を減少していかなければならない。しかしながら、彼らは現金収入が全くないか、又は保険料を支払わせるにはわずかである場合がほとんどである。また伝統的な社会保障（失業、年金等）が労働の中断等に対応して所得を保障するものであるなら、家族や親戚等によりその土地が利用され、又は家畜が世話を受けているのであれば、家長が労働できない間に社会保障の給付等があるのは不適切であることとなり、結局、社会保障による現金給付は農村の労働者にとり相容れない発想のものとされている。さらに、農村の貧困者の要求は、社会保障よりも更に根本的な例えば安心で適切な水道、耕作、排水等の改善、余剰生産物の分配の改善、穀物保険（crop insurance）、医療、衛生、教育施設といったものであり、これらは政府による計画及び財政その他の資源の配分を必要とし、社会保障プログラムでは達成されないものであるとされている。

さらに、農業以外の非公式セクターで働く者については、その職業、所得、ニーズ等に広いバラエティが存在しているため、農村について困難というのであれば、これらの者のニーズに応える適切な社会保障制度を構築することはほとんど不可能であるとしている。適当な賃金労働の欠落が不定期で非公式な労働者を都市において生み出し、社会保障はそれらの者を保護の下に置くための手段を持ち合わせていない。非公式な労働者の労働環境が政府の規制やコントロールの外側であり、社会保障が適用しにくいという面も社会保障の拡充を難しくしている。非公式部門で雇用される者は、その性質上、職は不安定で所得も不定期であるが故に社会的保護の必要性がある。彼らのそのような問題は、労働者に対し食料を調達するに十分な基礎的現金収入を可能にし、一定の居住地やサービスを提供することにより解決できるが、これらを既存の保険料によって賄う社会保障制度の対象に取り込むことにより達成することは難しいとされている。

（4）社会保障と社会連帯

社会保障制度審議会の勧告（1995）にもあるとおり、社会保障は、個々人を基底とすると同時に、個々人の社会的連帯によって成立するものである。その社会的連帯は、健康な人が病気の人を、働いている人が働けない人を支えるという同一世代の中の助け合いのほか、公的年金制度のように世代間の扶養関係もあり、長期にわたる社会連帯も必要とされる。

しかしながら、そのような社会連帯は簡単には達成し得ない面がある。Cichon and Gillion（1993）によれば、ほとんどの途上国においては公式セクターの労働者や雇用主、また納税者一般に対し、社会保険料や税を支払っているか否かを問わずほぼ均一の医療サービスを全

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

での国民に提供するために必要な課税をするための社会的コンセンサスは存在しない。公式部門は小さすぎ、よって必要な料税率は高くなってしまふ。ある程度の連帯意識に依って立つことは可能であるが、あまりにそれに依りすぎてしまった場合には、暗黙のうちに存在する連帯意識に緊張を加え、高所得者からの一般的な制度からの離脱を可能とするシステムを求める圧力を喚起してしまうことになる。豊かな者から貧しい者への所得の再分配を喜んでするかどうかは、経済的要素のみならず文化的、社会的また特に政治的な要素に依存し、ごく少数の富める者と大勢の貧しい者の存在は、給付の統一的な普及を達成するための政策に限度が存在することを意味する。

IV. 途上国における社会保障制度の構築／改革に向けて

途上国の社会保障制度について、先進国における経験及び理論的分析を踏まえたうえで、あるべき具体的な姿、またそれを目指しての戦略に関する提言がなされて来ている。ここでは、まず社会保障制度に共通した分析を紹介した後、高齢期の所得保障（年金）及び医療制度両方について、踏まえるべき制度上の前提及び具体的な姿に関する提言を紹介し、さらに社会保障制度の発展のために採るべきとされている戦略に関する提言を紹介することとした。

1. 具体的な姿についての提言

(1) 総論

Gillion (1994) は、高齢期の所得保障と医療制度両方を視野に入れた論文の中で、次のように指摘している。社会保障分野における改革の際には、システムのデザインと運営の2点が注意すべき2つの鍵を握るポイントであり、同時にこれら2点は明らかに関連性がある。ある国にとって、その個別の社会的な目的にできる限り近く、また経済と労働市場に影響が少ないような形で社会保障をデザインしたいと考えることが想定され、さらに様々な限界を踏まえつつ幅広い国民の理解が必要であることを考慮しなければならないが、最適なデザインは分析的な複雑さのみならず制度の運営可能性の面からも、しばしば複雑なものとなりがちである。運営上の問題があるのであれば、制度は単純なものとするべきである。

システムのデザインについては、(後述する世界銀行(1994)をはじめ)複数階層の構造にすることが提案されてきており、これは様々な国情に見合い、また、経済社会上の限界に対応していると同時に、単一の階層により行われるより、社会保障や社会的保護の目的に見合っているといえる。年金、医療それぞれに3階建てのシステムが考えられるが、これが成功するかどうかは、複数階層が実際にどの様に運用されるかによる。どの給付のレベルでお互いの階層同士が重なるか、どの程度の連帯、協調、制度間の調整が制度内に持ち込まれるのか、どの程度公共政策に基礎的階層が依存し、二階部分を支え、公共政策が付加的な階層を構築するような環境を構築するかによる。

またシステムの運営については、適切な運営は、記録の保存及び管理、制度に対する雇用主及び労働者の理解、社会保障給付が適切なタイミングで確実に給付されるか、社会保障のための財源が他に流用されないかといった点によっているが、多くの途上国では、制度が機能せず、システムの実際の範囲と効果が、法が意図したカバーと給付を満たすに至っていない。これらの改善のため、後ほどのIyer (1993)の指摘とも重複することとなるが、Gillion (1994)が提言するのは、図表IV-1のような幅広い政策である。

【図表 IV-1】途上国の社会保障運営改善のための施策

- ① 社会保障基金の財政管理の改善
- ② 数理的な観点からの定期的なモニタリング
- ③ 電子的データ処理技術の開発と実施
- ④ 労働者、雇用主等の規則に対する服従を促す努力と、規制を及ぼす法的強制の促進
- ⑤ 職員のトレーニング及び能力開発プログラムの実施
- ⑥ 中央、地域、現場の事務所の関係の重視
- ⑦ 保険料を支払う者及び給付対象者との関係改善、特に全体の運営及び費用の関係
- ⑧ 政策分析、予測調査を行う部所の創設
- ⑨ 特にサービスのコストと質の観点からの医療供給者のコントロール及び監視
- ⑩ (社会保障や医療プログラムが多元的な構造にあり、複数の機関がそれを提供しているのであれば) 制度を統括する主体の設置

(出所) Gillion (1994) を基に筆者作成

(2) 医療

① 制度上の前提

Hsiao (1995) は、先進国における医療(費)保障制度として租税方式、社会保険方式、多元的な(民間保険を多く取り入れた)方式の3つを検討し、以下の6つのクライテリアに照らした上でそれぞれの制度の評価を行っている。

(a) Universal Coverage (全国民を対象とするか)。アメリカの経験は、自由市場のみでは達成されず、その理由としては保険市場における逆選択を伴う価格競争により、ほとんどの高齢者、障害者また病人がカバーされないことを物語っている。また若人や健康な者が保険に入りたがらず、また入ったとしても別のリスクプールを望むこと、貧困者が保険料を支払えないことなどもあり、より豊かな国々はある種の強制的なプログラム——税又は保険料による制度により全ての者を対象にした制度とするか、官民の保険制度への加入を強制し、貧困者や高齢者、障害者等について補助を提供する——によってのみ達成されることを学んでいる。

(b) 公平なアクセス。公平なアクセスは医療施設と医療従事者のほぼ均等な分布によってのみ達成される。医療施設の利用可能性は資本投資と医師への支払い方式により左右され、これらは財政に関する意思決定の主体が誰にあるかに影響される。資本投資については、自由市場によっては豊かな地域と貧しい地域との差が生じ、逆に一般税収又は社会保険による場合には政府に決定権があるため、より公平な分布となる。医師は自然と都市に集中する傾向があり、支払い方式によってはそれが助長される。

(c) 医療コストのコントロール。医療費の増嵩を抑える1つのオプションは供給側に制限を加えること。サービス提供と財政方式に税法式が採用されている国での一般予算の過程におけるコントロール(イギリス、スウェーデン)、また予想総額予算制又は定額方式等の診療

報酬の支払方式の工夫による費用償還におけるインフレ緩和策などが講じられてきている。一方需要サイドのコントロール方式としては、高い一部負担（韓国）、マネージドコンペティション（アメリカ）、積立貯蓄方式（シンガポール。積立貯蓄から医療費はまかない、積立貯蓄の残高は遺族に遺される。）などがあるが、実績からすれば医療費の増加に対して有効には見えない。

(d) 資源の効果的な使用。資源配分、技術の普及、管理の効率性の3点。資源は予防、初期的医療、治療的医療に配分される。費用対効果で見た予防と初期的医療の効果は広くいわれているが、消費者は目の苦しみや生命の危機を救うことに対して支払う方に強いインセンティブを感じ、それらに対する支払に対する関心を示さない。新たな技術による問題は、その効果が明確に示される前に受け入れられる点にある。資本支出が注意深く計画されない、機材と施設は多くの重複と無駄を伴い普及してしまう。管理の効率性については、多元的又は自由選択方式は、管理コストを上昇させる。またそれらは病院等が効率的に運営される圧力をかけ得ないが、その点については公的病院でも同じであり、サービスを財政主体とは別の主体が間接的に提供しつつ、医療費を総額予算でコントロールするシステムが、病院をお役所仕事化せず、全体のシステムに財政的な規律を与える。

(e) 負担の平等性。累進性は負担における平等性の基本的な考え方である。一般税収によるものは所得税が一般的に累進的に設定されているため累進的ではあるが、社会保険は一般に天井が決まっており弱冠逆進的になっている。またリスクプールの点も検討すべき。一般税収や公的社会保険は地域又は国家レベルでのリスクプール。強制社会保険プランは職種毎などより狭い部分。雇用ベースの民間プランは、カバーされるのが健康な人々である点において、最も公平ではないといえる。

(f) 消費者の選択。多くの場合において、サービスを直接に提供している国々においては、一次ケアについては選択を認めるが、病院と専門医については認めていない。また間接的支払方式の国々ではより広い幅の選択が認められ、多元的なシステムの下で一番の選択の自由が認められる。

また同じHsiao (1995) においては、途上国が先進国の経験から学ぶことができる点として、途上国は、医療費をコントロールしながら、全ての国民をカバーしてヘルスケアへの平等なアクセスを達成することは、より豊かな国々において、マーケットメカニズムでは達成し得ていないということを経験から学ぶことができるとし、意思決定の主体は、効果的な総額予算をセットするために供給者と一対一で議論のできる国家又は地域の公の主体に集められるべきであるとしている。また給付対象は、全ての国民をカバーするため強制的でなくてはならず、政府は公平な分布を達成するため、投資と人員の配分、及び支払政策に強いリーダーシップを採るべきであるとし、さらにサービスは間接的に提供された方が、効率性を達成し、また消費者の供給者を選択する幅が広がるとしている。

②あるべき制度の姿に関する提言

世界銀行（1993）においては、途上国において行われるべき保健医療政策の改革について、「多様性と競争の促進」をキーワードに、以下のような提言をしている。

(a) 基礎的な公衆衛生サービスと不可欠な診療ケア²¹⁵を保障し、他のヘルスシステムは独立採算とする為には、相当規模の改革と公共支出の再配分が必要である。任意診療サービスへの支出を減らす為、富裕な患者から料金を徴収するといったことも一つの方法である。

(b) 独立採算の保険制度を導入（比較的豊かな保険加入者層への不公平な補助金支給の撤廃）し、公衆衛生と不可欠な診療ケアに振り向ける。保険料の課税免除や社会保険制度への補助が広範に行われている国々もあるが、それが富裕層のみの利益になっている場合には、段階的に縮小すべきである。

(c) 資金をコミュニティレベルの施設や保健センターなどに振り向ける必要がある。費用対効果の高い活動の大半は高度な技術を擁する病院や専門医を必要としない。

(d) 研修制度についても、1次医療の供給者と公衆保健、保健政策、経営の分野の人材確保が必要との観点が必要。専門家への研修補助は制限等すべき。情報システムへの支援を増大する必要がある。

(e) 特に官営のプログラムに見られる非効率を是正する必要。医薬品不足の是正、輸送手段、在庫管理等が必要。短期的には医薬品の調達への競争導入、必需医薬品リストの作成等が最大の効率改善に資する。新たな診療手順の導入や施設の利用方式の変革（外来手術等）も役立つ。長期的には下層レベルの余力と責任能力により分権化も有効である。

(f) 診療サービスの供給面では民間セクターの活用により効率化が図られる。過大処方や過剰診療、検査等の対策には例えば定額方式などが実行可能な方法である。民間の保健医療供給者への補助金もある（アフリカでは教会、農村診療所等、バングラデシュ・タイ等においては伝統的助産婦、治療師など）。

(g) 一方で民間保健・医療セクターの質の確保の為に政府の規制も必要である。政府の監督能力が弱体の場合、その構築に努める一方、保健・医療供給者の自主規制も効果的。保険に対する政府規制も必要。リスクセレクションの排除のために多数の人々の間でリスクプールすべき。第三者保険と出来高払いによる医療費の高騰には、一定額の前納方式（HMO 的）や保険者と医師・病院との点数交渉、保険者による支払額の設定、managed competition 等が有効だが、それぞれに限界と欠点があり、単純明快な正解はないとされている。

²¹⁵ 同じレポートにおいて、拡充すべきとされている公衆衛生プログラムとしては、予防接種（拡大予防接種プログラム（EPI: 結核、はしか、ジフテリア、百日ぜき、破傷風、ポリオの予防接種、BCG、妊婦に対する破傷風接種）及びこれらにB型肝炎や黄熱病、ビタミンA、ヨード補給等を加えた「EPI プラス」といったもの）、コンドーム給付等 HIV 感染予防対策、喫煙リスクの広報、たばこアルコールへの課税等消費欲性プログラム、学校ベースの保健サービス、家族計画及び栄養に関する広報、給水・衛生施設・ゴミ収集等貧困層の生活環境の改善等が指摘されており、また不可欠な診療ケア・パッケージとしては、妊娠関連（産前・出産・産後）の看護、家族計画、薬物療法を中心とした結核対策、STD 対策、下痢性疾患や急性呼吸器感染症といった幼児に頻発する重傷疾病の治療の5つが指摘されている。

(3) 高齢期の所得保障（年金）

①制度上の前提

世界銀行（1994）においては、高齢期の所得保障制度については、個人の生涯における所得を均等化するための「貯蓄（savings）」、低所得労働者に高齢期のために十分な貯蓄をさせた場合若年期に貧困ライン以下に落ち込む可能性があることからそれを防ぐための生涯所得の「再分配（redistribution）」、不景気や投資の失敗が貯蓄をむしばみ、インフレが貯蓄の実質価値を減少させ、貯蓄する以上に長生きし、公的なプログラムが失敗する可能性に対する保護という「保険（insurance）」の3つの機能を併せ持つ必要があるが、政府の役割はそれぞれで全く異なるとし、後述するような複数階層のシステムを構築するべきであると提言している。

またほとんどの国が3つの役割を1つの公的階層（公的に管理された所得比例的確定給付で、payroll tax（保険料）による賦課方式）に統合しているが、単一の公的階層のみでは再分配、貯蓄、保険のためには十分ではないとしている。規模及び範囲の経済により管理費用を低くし、政治的支持を受けられる（貯蓄機能による高所得者の参加と、再分配機能による彼らのより貧しい者への連帯感の表明）ことがその正当性の理由であるが、効率性、再分配の両方の観点から以下のような問題があるとしている。

(a) スタート時には魅力的だが、人口が高齢化しシステムが成熟すると高い保険料率を必要とする。確定給付方式は数理的に拠出額にマッチせず、労働者に税とみなされるようになり、負担回避と戦略的操作を招く。同時に労働力をインフォーマルセクターに再配置することにつながる。保険料を支払えない雇用主は労働力を削減し、生産を削減する。早期退職により経験のある労働者の供給を抑制する。こういった状況は特に、限られた徴税能力、不完全な労働市場、大きなインフォーマルセクターを有する途上国においてみられる。

(b) 最初の世代には低いコストで大きなプラスの移転をもたらすが、後の世代にはマイナスの移転をもたらす。労働市場をゆがめ、回避へのインセンティブを引き起こす。最初の世代の裕福な者にプラスの移転をもたらす。後世代の低～中所得層にマイナスの移転をもたらす。

(c) 唯一の賦課方式の公的階層のみでは、資本市場の開発の機会を失わせる。最初の世代は自分の貯蓄を超えた年金を受け、消費を増やし貯蓄を減らす。次の世代は貯蓄の代わりに社会保障税（保険料）を支払う。一方強制的な積立プランは資本蓄積を増大させるため、資本が足りない国にとり重要な利点である。自発的以上の貯蓄を促し、長期のfinancial instrumentへの需要を促し、開発への恵みとなる。

(d) 賦課方式の公的階層は期待以上の歳出を誘発しやすい。高齢化、成熟化、早期退職や高い給付水準等の設計の失敗、政治的操作の機会などによる。他の重要な公共財への支出を難しくすることが、更に成長阻害要因となる。

(e) 究極的に多くの国でコストが高すぎて持ちこたえられなくなり、そのみに頼る高齢者のリスクを増大させる。インフレーション時にその失敗は特に起こる。

同時に、他の単一階層システムにおいても問題がある。特にアフリカで、公的に管理された共済基金は失敗している。公債にのみ投資し、低い又はマイナスのリターンとなっている。低利故に政府が非効率な投資を安易に行う。政府に一国の金融資産の大部分を担わせた場合、民間セクターのアクセスを阻害し成長を阻害する。低所得の労働者に対する再分配もないとされている。また、未だかつてそのような国はないが民間により管理される職域又は個人貯蓄プランも、単一階層としては失敗する。資本市場には好影響があるが、労働市場のスムーズな機能を阻害する。社会的目的より雇用主の都合により再分配される。市場経験の乏しい者や移動の激しい者を守らない。雇用主や保険会社による支払い不能に陥る可能性がある。資本市場開発の促進、労働市場のゆがみを抑える、政府や労働者による戦略的操作を避けることができるが、情報のギャップや生涯に渡る貧困者の高齢期の貧困の問題を解決しない。また低い投資リターンや、私的年金の市場がない場合高齢化に対しては保険しない。

②あるべき制度の姿に関する提言

同じ世界銀行（1994）においては、次のような3つの階層からなる制度が望ましいとしている^{註16}。

(a) 1つめの公的な階層は高齢期の貧困を和らげ、リスクが大きい場合への共同保障としての限定的な役割を担う。制度創設直後に高齢者に対する支払いを可能とし、貧困者に再分配し、低い投資リターンや不景気やインフレ、民間の市場の失敗に対し共同保障する。ミーンズテストによる貧困者へのプログラムの一環として、また強制貯蓄階層（2階部分）に対する最低限の年金保障として、またより広いグループに対して保険を提供する国家的又は雇用ベースの給付を提供することもできる。額としては控えめで、他の階層の成立する余地を残し、賦課方式で、国家共済基金によるの運営の問題を避けるべきである。明確で限定的な目

^{註16} ここで紹介した世界銀行による高齢期の所得保障制度の提案については、Beattie and McGillivray（1995）により強く批判されている。世界銀行の提案、特に確定拠出を基礎とした2階部分によることについては、必ずしもより確実に年金給付を提供するということではなく、逆に適切に設計され又管理されている確定給付に比べより潜在的なリスクが高い。世銀のレポートにもあるとおり、多くの国々において、確定拠出方式による解決策は、開発された金融市場と効果的な規制機関を設立する能力に欠けるため実際的ではない。年金改革の問題と、より広い民営化や政府の役割についての議論とが混同されており、多くの世界で成功している国々（これらの国々については、同時に人口の高齢化や制度の成熟化に伴い制度改正が1980年代初めから行われてきている）の経験を無視している。社会保障による強制的な積立が貯蓄率や競争力に与える影響についての結論がはっきりしないことと同様、社会保障が社会の平和と調和に与える影響を図ることもむずかしい面があるが、第二次大戦以降高い経済成長と技術革新、また近年では1930年代以降初めての高い失業率の定着といった状況にほとんどの先進国が面しているが、この間社会的な紐帯は強固なものであり、年金を含む社会保障制度の存在が国家政策にプラスの影響を与えたといえるのではないかと。さらに既存の制度の大胆な改革は不確実性をもたらす。既存の制度を改正しようとする国々においては、世銀のレポートに指摘されているような問題点に陥ることがないようにしなければならず、その際にはその幅広い影響について深く分析され理解される必要があるが、その際には年金だけを考えるのではなく、社会的保護全体を考慮する必要がある。また既存の年金制度の問題は、それが官営か民営化ということとの関係ではなく、意思決定の一貫性から適切な管理、健全な投資政策、さらには保険料徴収及び給付支給のタイミングの適切さといった運営の質の問題であるとしている。

IV. 途上国における社会保障制度の構築／改革に向けて

的の公的階層は必要な税率を下げ、回避や労働の誤配置を避け、同時に過剰消費と逆進的な世代内及び世代間の移転を避けるとしている。

(b) 2つめの、強制的な完全積立方式の階層で、民間の管理によるものは、給付を数理的に負担と結びつけ、所得の平準化や貯蓄の役割を果たす。このことにより、経済的、政治的なゆがみをなくすと同時に、資本蓄積と金融市場の開発を促す。私的な貯蓄勘定によるものと、職域年金によるものが採り得る。いずれにせよ慎重な規制が必要であるとしている。

(c) 3つめの職域又は私的貯蓄プランは追加的な保護を担う。

これらの3つの階層ごとに、貯蓄と再分配の機能は分かれているが、保険としての機能は3つの階層により一体として提供される。

さらに一段目、二段目の強制貯蓄の階層の具体的な選択肢としては、以下のような指摘を示している。

(a) 公的な階層においては所得比例の給付とするか、均一又はミーンズテストによるものとするかの選択があり得る。前者は政治的にはアピールするが、高所得者には高い支払いをする必要があり同時に低所得者の貧困も緩和しなければならないため、高い税率や最初の世代に対する過剰な移転などにより、ふさわしくない。均一又はミーンズテストによるものどちらとすべきかについては、制度的、徴税能力の問題、所得分布の状態などにより明確ではないが、ミーンズテストによるものの変形、最低限の年金保障が、既に強制貯蓄制度がある国々においては公的制度としては望ましいのではないかとしている。

(b) 強制貯蓄の階層においては、政府の管理と民間の管理とを選択する必要がある。政府の管理による共済基金は、失敗に終わっている。投資対象が限られ、市場金利以下しか稼ぐことができず、高い保険料率や低い給付を招く。逆に民間の競争的に管理された方法——労働者や雇用主が管理者を選択する——では、滅多に市場金利以下にならず、『偽装された政府収入』として用いられることはない。リスクとリターンの関係で最適な組み合わせの株式や債権への投資を促し、国際的な投資対象の分散と管理能力を利用することが可能となる。同時に経済全般に渡る利益をもたらす。政府の新たな金融機関を開発する政策の一部となり、長期貯蓄を用いて民間を含む生産的な投資に分配することにより、資本市場を深化させるとされている。また民間により管理されるシステムにおいては、私的な貯蓄プランと、雇用主により提供される職域での年金プランの選択がある。職域プランは政府が強制プランを導入するに至らない段階で自発的に行いいうるという点、低い記録及びマーケティングコスト、雇用主等の金融に関する知識を利用できる等の点で優位と思われるが、そうではない。強制的な参加と適切性がなければ、職域プランはカバーが行き届かず、中高所得層に主に提供され、累減的な税支出となり、十分に積み立てられず支払い不能に弱く、権利付与とポータビリティに欠け、雇用の流動性と経済のリストラを阻害する。一方において私的貯蓄プランはカバーを広くでき、給付は完全にポータブルである。よって、既に相当程度しっかり機能する職域による制度がある国を除いて、私的貯蓄プランの方が積立階層においては望ましいとされている。

また同時に、このような制度の導入を政府は焦るべきではないとしている。市場や規制能力を注意深く評価する必要がある。銀行制度、未成熟の株式や債券市場の存在、また年金基金からの需要によりこれらを更に開発していく能力が、制度導入の不可欠の前提条件である。さらに労働者に効果的な投資に関する教育と経験が不足している可能性もあるため、投資会社の健全性と労働者の投資リスクへの経験を促すため注意深い政府の規制が必要であるとしている。

2. 制度の発展のための戦略

(1) 社会保障制度総論

Jenkins (1993) においては、全ての国にとって、それぞれにとりふさわしい社会保障制度の拡充のためのステップを示すことはほとんど不可能であるとされ、それは新たに対象とすべきグループの多様性によるもののみならず、歴史、地理、政治、宗教、経済といった要素が国ごとに相当程度異なり、それらは制度拡充における優先順位と実行可能性に影響を与えるためであるとしている。このような前提の上で示されている制度拡充のための必要な戦略についての指摘を以下に整理する。

①対象となっていないグループについて、比較的明らかにされていないのはそれらの数、特有の性格、地域的分布、彼らの生活手段と収入源などについてであり、こういった点について調査等を充実させ、かれらの全体像を把握することが、制度の拡充を始める前に必要である。

②すべての社会保障制度について対象としようとするのは、特に制度が保険料の拠出により運用されているような場合には難しいものがあり、彼らのニーズを分析し、社会保障がそれらを是正するのに適当かどうかを検討した上で、優先順位についての決定に至ることが必要である。

③既存の他の社会的保護の制度についての包括的な見直しを行い、他の制度からの給付があるかどうかについての検討。経済企画、保健福祉施策の提供主体、農村また労働部局との連携が必要である。

④ニーズを明確にすると同時に、それに見合った資源を調達するため、政府を挙げた検討が必要となる。

⑤社会的な保護の改善のために調達可能な資源の限界が明らかになった段階で、どのニーズを満たすことができ、どれを満たすべきかを検討する必要。所得の保障よりも基礎的な保健サービス等の方が当座資源を注ぐべきであるとされるかもしれない、そういった意味において、優先順位の高いニーズに見合うのは純粋な社会保障ではなくより広い社会的な保護という場合もある。

⑥社会保険方式（又は共済基金方式）か、拠出を必要としない税法式のいずれを選択するかは、どの程度対象とするグループに属する者がその保護のために支払えるかという点と、

IV. 途上国における社会保障制度の構築／改革に向けて

どの程度他のグループが対象とする者のために費用を負担することが可能かという点がポイントとなる。

⑦法に基づきそのニーズに適合していることのみならず、それが機能しなければならない。拠出を必要とする制度は必要としないものに比べ、保険料の徴収や個人の記録の維持といったプロセスが加わることとなるため、管理がより難しい。強制的に拠出を必要とする場合には、適切に施行されなければ、制度に対する信頼感が急速に失われることになってしまう。また新たな制度は既存の制度と統合すべきが、新たにカバーされるグループの特別のニーズに見合うため別々に管理すべきか、新たにカバーされるグループが複数ある場合、それらは統合して管理すべきか、制度運営のための人材は確保できるか、国家連帯や地域連帯といったコンセプトとの齟齬はないかといった問題点についても整理がなされなければならない。

（仮に新たに制度の対象とするグループがある種の組織や団体、例えば商業組合、共同組合、貯蓄信用組合等と密接に関係する場合、制度実施のための業務は相当程度緩和される。）

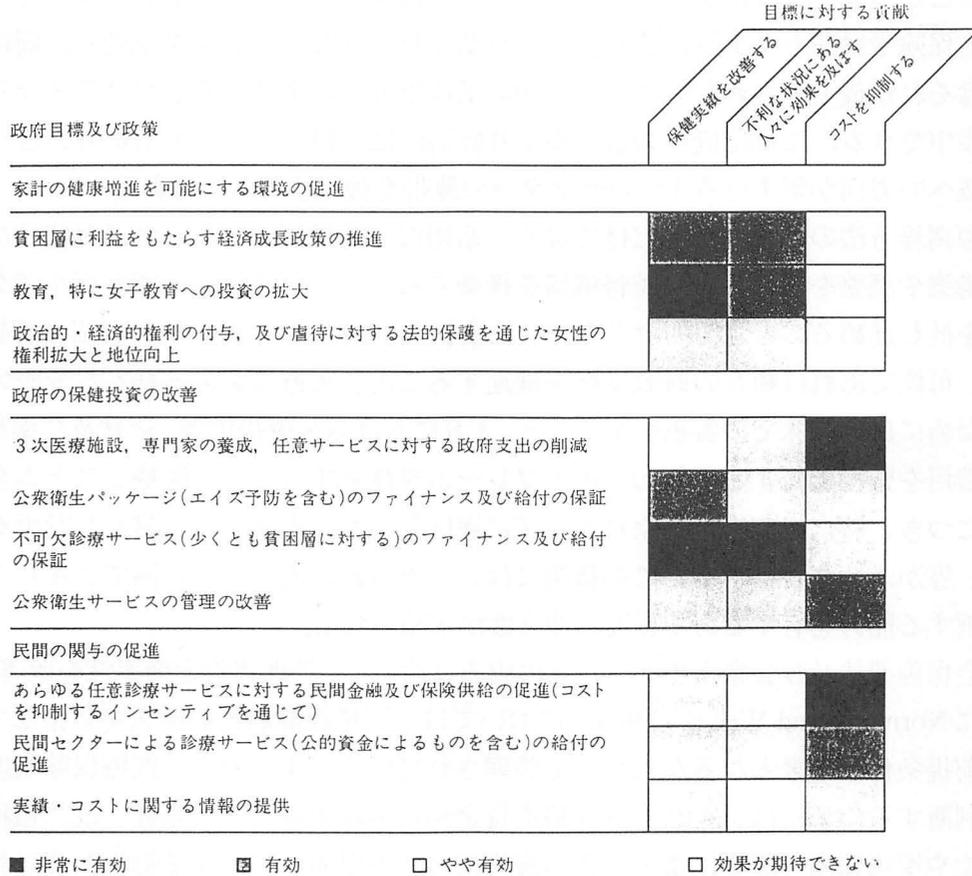
⑧制度運営に当たっては、その対象に鑑み制度が分立すべきであるということになった場合、それらをコーディネートする権威が必要となる。

(2) 医療

世界銀行（1993）における前出の具体的な改革案について、これらが採用されることにより、図表 IV-2 のような点において、国民、特に貧困家計の健康状態が大幅に改善され、同時に医療支出の抑制にも寄与することとなる。公衆保健と不可欠な診療ケア・パッケージ（注 15）の実施、貧困緩和のための経済成長政策の遂行、女子のための学校教育への投資の増加により、死亡を防ぎ、障害を減らす。また 3 次医療施設、専門家研修、費用対効果の低いケア等への公共支出の削減により保健支出の有効性が向上され、サービスにおける競争の奨励と、保険及び診療報酬支払い制度の監督も同様の効果があるとされている。またこれらの適切性は個々の国の状況によって異なり、低所得国では女子の基礎教育、公衆保健プログラム強化、不可欠な診療サービスへの公的資金の融資の拡大が政策アジェンダの最優先事項とされるべきであり、大部分の中所得国ではこれらの政策に、保険や任意性の高い医療への公的補助の削減も含まれるべきとされている。一方において、サービス供給者、富裕層、製薬会社等の既得権を失う可能性のため、現実には変革に困難が伴うとともに、公的資源の配分の大規模な見直しと新たな機関の能力開発には数年を要する。とはいえ十分な政治的意欲と有能な計画者と運営者による制度改革により幅広い改革は可能とされ、例として、ジンバブエでは中央病院の新規投資を 10 年凍結し保健センター等に振り向け、チュニジアでは国立大病院を自治化、チリでは 1 次ケアの分権化と保健サービスの供給、保健の両分野における官民の競争を促し、コスタリカと韓国では社会保険により国民全員の保険加入を達成したことが挙げられている^{註17}。

^{註17} さらに同じ世界銀行（1993）において、これらの取り組みに対して、国際コミュニティの成し得ることは未だ残されているとされており、具体的には、①開発援助総額中に占める保健分野向け援助のシェアを以前の水準

【図表 IV-2】保健セクターの目標に対する政策変更の寄与



(出所) 世界銀行 (1993)

また Cichon and Gillion (1993) においては、適用すべき政策は国ごとの個々の状況により異なるものの、総じて以下のような4点がその基礎となるべきであると整理している。

①医療セクター全体に対する財源を増加すること。公的な(税による)財源の増加の可能性は否定できないが、同時に限界もあり、社会保険による財源調達を、保険料徴収能力の向上、給付対象者の拡充、既存の対象者に対するより効果的な給付の提供といった点において強化すべきである。公式セクターについて包括的な社会保障制度が未だ存在していなければ、既存のバラバラの制度を一つの統一的な制度にまとめていくことが必要である。一方において患者負担についても見直す必要はあるが、低所得の途上国においては一般に財源及び分配のメカニズムとしての機能は弱い。

へ回復すべき(6%→7%)こと、②新たなマラリア薬や新型、改良型ワクチンの探求などに重点を置いた対外援助が増額すること、また③援助資金の病院や専門家訓練から公衆保健と不可欠な診療ケアへの振り向け、能力構築への支援への振り向け等、援助側、被援助側双方に保健援助の有効性を高める努力をする余地も残されているとされ、さらに④意欲のある国へは経常経費もまかなうことも考慮すべきとしている。

IV. 途上国における社会保障制度の構築／改革に向けて

②多元的な構造において存在する公的（一般財源）セクター、社会保険、民間セクターの3者における連帯及び協調。社会保険と民間セクターが、施設の融通等により公的セクターを助けることが重要。これにより公的セクターのみによりカバーされる者が少なくとも部分的には社会保険や民間セクターにより提供されるより高価なサービスを受取り、同時に公的セクターはそれが最もふさわしい非公式部門の低所得者に対する基礎的なプライマリ・ケアに資源を集中できる。これは既存の資源をより経済的に活用することでもあり、さらに将来的には収斂への方向が望まれる3つのセクターの連帯を強化するものである。

③財源調達方法の調整や規制だけでなく、適切な（効果的ではあるが過剰ではない）支払方式の構築や調整を行う強力な監督機構を構築すること。それは、国家レベルで医療への資源投入を推し進めること、公的セクター、社会保険、民間セクターの3者間の調整と協調を推進し、可能であれば相互の財政支援を推進すること、医療における様々な分野の効率的な運営のために広い意味での監視をすること、3者における医療提供者、資材及び薬剤の供給及びその費用を監視監督する規制のためのフレームを構築すること、医療システム全体の将来の発展につき、特に医療給付をよりニーズに適応したものとすべく一貫した計画を打ち立てること、等が求められる。またこの機関には、日々の政治的圧力から隔て、またシステム全体を計画する能力を有するある程度の独立性が求められる。

④社会保障機構及び公衆衛生サービスの両方において、管理運営の効率性を改善すること。

さらに Normand and Weber (1994) においては、医療保険制度の導入を目指してまずどのような前提条件が必要となるかについて整理されている。すなわち、医療保険制度の導入可能性を判断するためには、①社会保険料を賃金から徴収することの是非（既に租税や年金、失業保険や疾病保険（医療による所得の喪失に対する保険）に対する拠出が高ければ、追加的な負担は失業の増加につながる可能性もあり、求めるべきではない。）、②労働市場における比較的大きな公式セクターの存在（自営業者の保険料査定には困難が伴い、また特に農民については、その収入の不安定さ故の問題が存在するため、非公式セクターが大きければ、社会保険を導入する余地は少ない。）、③医療保険の構築が可能な教育水準、社会保険法と整合する法的なフレームワークの存在、適切な管理機構の存在がポイントとなる。さらに④医療供給の面においては、保険に新たに対象となる者にサービスを提供する医療供給のインフラが整備されているか、またメンバー以外の者に対して救急医療の提供を拒否することなく、同時にメンバーに対しては相当の優位性を与えることができるかといったことがポイントとなる。更にこれらの条件が満たされていない場合には、医療保険を導入するに至る段階の準備として、①国家経済の低迷が問題となるのであれば、一人当たり所得を引き上げ、より多くの国家資源を医療に回すことができるようになるまで待つこと、②医療保険を給与からの保険料を財源とするのであれば、源泉徴収の全体のレベルに与える影響を検討し、必要に応じ一部の被保険者についてその者の選択により医療保険に加わらないことを可能とする等の措置を検討すること、③給与から徴収されている全ての負担についての情報を集め、例えば給与をベースに医療保険料を徴収しようとするのであれば徴収の財源を例えば売上税や資産課税等にシフトする等雇用の消極化につながらないようにし、また仮に農民等自営業者が多

い経済において医療保険制度を構築しようとする場合にはどのような財源が最もふさわしいかを考える等すること、④制度運営に必要なスタッフを訓練するとともに、保険料の徴収、給付内容の確定、サービスへのアクセスのための調整、サービスの質と適切性の監視等をする枠組みと手順を構築すること、⑤被保険者がアクセス可能な医療サービスを整えるため、直接施設を建築し、スタッフを訓練等する、また民間非政府の主体によるサービスの発展を助長する等すること、等が提案されている。

これらの前提条件が整ったところで、同じNormand and Weber (1994) において、医療保険制度導入のための様々な面における論点について、質問形式で整理がなされており、付表Jに掲げる。

(3) 高齢期の所得保障（年金）

公的年金制度について、世界銀行（1994）においては、前述の指摘に係る年金制度について、先進国も含め経済の様々な状態にある国々についてそれへ至るための処方箋が指摘されているが、ここでは先進国以外の国々についての、講ずべき方法についての指摘を整理する。

まず人口も若く、一人当たりの所得も低く、既存の制度はわずかな公的階層又は公的共済基金のみが存在している国々（とくにアフリカ、南アジアを念頭）においては、非公式な支えのシステムの弱体化と信頼できる資本・保険市場の欠如が公的階層の拡充への政治的圧力となるが、未だ分権的な積立階層を構築する金融市場も行政の能力もない。とはいえ、インフレの抑圧、利子率と為替の操作の回避、都会と同様田舎においてアクセスが可能な信頼に足る貯蓄機構、銀行、保険会社等を信頼するに足るための規制制度、効果的な税制と徴税機構、金融及び規制システムを管理するための人的資本の構築等により、初めは自発的に、後に強制的な貯蓄及び年金プランを創設することが可能となる状況を作り出すことは可能であり、これらの条件は経済成長を続けるためのものと同様である。同時に賦課方式による問題を避け、徐々に複数の階層からなるシステムにフィットするような方法で、制度を提供して行くべきである。また具体的には、①現在の拠出方式の公的階層を小さく、均一なものとし、取引費用が低く不正が発覚しやすくインフォーマルな制度が崩壊している都市部と大企業に限り、②生活保護を高年齢者を含む最貧困層に提供し、③税と世代内及び世代間の移転の分布に関する公的プランについてのシミュレーションを、賃金、金利、労働力率、失業、回避などのパラメーターを用いて行い、④政府が管理する共済基金を徐々に後退させ、⑤私的貯蓄と職域年金プランのための法的及び制度的フレームワークを構築し、⑥非公式な支えのシステムをクラウドアウトすることを避け、家族に高齢者のケアをさせることに対するインセンティブを与え、⑦落とし穴（寛大すぎる給付、早期退職、回避を促し貯蓄を減退させる拠出給付構造、高所得層への逆進的再分配、規制がなく、積立もなく、ポータブルでもない職域年金等）を避けることが必要であるとされている。

一方において若いのが急速に高齢化しつつある人口の国においては、経済成長は出生率の低下と寿命の伸びを伴うため、同時に急速に経済成長しつつあり、多くの東アジアの経済がこの状況にあるが、途上国における事項の他、以下の事項に配慮すべきであるとされている。

①強制的な分権的な積立を設計、導入開始する。政府の規制能力、銀行制度、二次的な政府債権市場と起こりつつある株式市場、又はこれらのシステムを年金基金の需要に応じ速やかに構築する能力が前提となる。②制度的なフレームの設立、必要な拠出率の決定、貯蓄又は職域プランのどちらを強制積立階層に用いるかといった問の解決から開始する。制度的能力を超えて焦ってはならない。とはいえ素早くやらないと、単一の所得比例の公的階層方式を支持する中高所得層からの政治的プレッシャーを招くことになる。③控えめで所得再分配的に保ちながら、公的階層のカバーを広げ、私的に管理された積立階層で勤労者の貯蓄や収入の均一化のニーズをまかなう。そうしないと、後でリストラに苦しむことになる。④付加価値税の非効率さとカバーされていないものからいるものへの移転を避けるため、当初は公的階層に payroll tax を用いるべきだが、カバーが広がり、政府の所得又は消費税の徴税能力が上がり、再分配的要素が強調されるに従い、より広い課税ベースへと移るべきであるとされている。付表 K において、高齢期の所得保障制度について、分析の際に検討すべきである視点について整理されているので、ここに掲げる。

一方において Iyer (1993) は、先に同じ Iyer (1993) で指摘されていると紹介した途上国における高齢期の所得保障制度の問題点を踏まえれば、問題はシステムの構成方法——社会保険か国家共済基金か、また民間の制度か——とは多くの部分において関係がないとし、制度改正は必要だが、一義的な優先順位は既存の制度の運営上の効率化を目指すべきであると、そのために行動が必要な点として、上記の世界銀行 (1994) より抽象的に、①財政運営、特に年金基金の投資についての改善、②定期的な保険数理面からの制度の監視、③管理費及び人件費のコントロールと監視の改善、④電子的な情報処理技術の開発及びその記録管理への応用、⑤支払不能に陥っている雇用主及び被雇用者の発見と、保険料徴収のための法的部門の開発、⑥訓練及び人的開発プログラム——特に中間管理職レベル——の実施、⑦地域レベルオフィスと中央管理部門の関係についての注意喚起、⑧制度運営機構全体について、また個人の権利についての正確かつ最新の情報を提供することにより対象者及び一般とよい関係を保ち、透明性を確保すること、⑨管理者の上層部に近く、制度管理に関する助言と、社会保障制度を運営する機構と財政、経済計画、労働、社会福祉を管掌する省庁との調和を確保することができる政策分析、計画及び予測をする機関を創造すること、を挙げている。また多くの制度がその管理すべきシステムの大きさと複雑さ故に困難を感じているため、制度は対象者のニーズと、それに対応する給付を提供する管理能力とのバランスを採るようにデザインされなければならないとされている^{注18}。

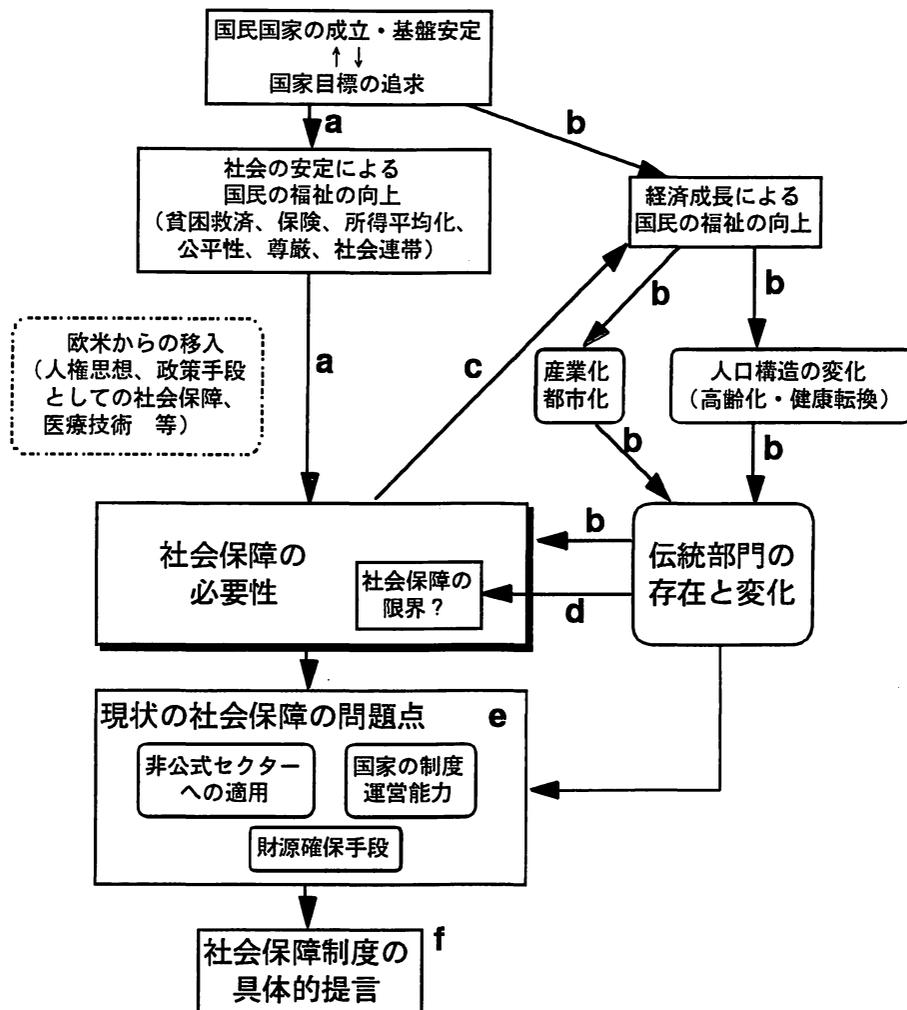
^{注18} Iyer (1993) においては、制度の選択とその構成は、その国の管理及び運営能力によるとされている。年金制度の構造改革は、制度の効率改善に付随して行われるものであるとみなされているが、それらは混同すべきものではなく、年金制度の構造改革は、確かに制度の仕組みによってその有利な点、また不利な点は存在するものの、制度の運営改善を代替するものではないとしている。また、同時に Iyer (1993) においては、複数階層のシステム (世界銀行 (1994) と同様の 3 階建てだが、2 階部分については部分的な積立方式による確定給付によるべきであるとしている) を開発していくためには、政府が年金制度の一定の部分の提供と、その他の部分の運営、監視及び規制についての責任をとらなければならないとしており、そのためには、三者構成からな

3. 小括

II から以上までにおいては、II において社会保障制度を途上国において導入／改革していくことの正当性の理論的な整理、III において途上国における社会保障制度の問題点と現実を踏まえた制約についての提言の整理、またこの章においては一定のあるべきとされる制度の具体とそれへの戦略に関する提言の整理を行ってきた。第二部においては、途上国に対して提供していくべき我が国の経験について、特に社会保障制度をいかに提供していくかというフレームの議論をすることとしているが、その前に、今までの議論を中間的に総括する。

図表 IV-3 において、II から IV における議論の流れを大まかに整理している。

【図表 IV-3】第一部における議論の流れ



まず II の最初において、一般的に社会保障制度を導入する合理性について、不確実性、市場の失敗及び貧困緩和と所得の再分配の必要性の存在を掲げたが、社会保障制度の導入により生活の不確実性が緩和され、市場の失敗が是正され、貧困が緩和され適切な所得の再分配が達成されることにより、人々の生活に安心と安定がもたらされ、よってその福祉が向上す

り相当程度の自立性と独立性が確保された集権的な機構を設ける必要があるとしている。

ることとなる。国家の目標についての一義的な答えを述べることは不可能に近いことであるが、その社会を安定させ国民の生活に安心をもたらすことがその 1 つであることは、先の樋口（地主編（1983））の指摘にもあるとおり、多くの国で第二次大戦後国家の憲法、基本法において社会保障の確立が規定されたことから理解できる（図 a）。

一方において、経済成長こそ国民生活に豊かさをもたらすものであり、国民生活の安心と安定をもたらすことと同様、国家目標として多くの国々において掲げられてきている。生産と富の蓄積を促す産業化が進展するにつれ、都市化と相まって家族構造や就業構造が変化し、生活手段及び支えの両面において個人が脆弱化することにより、当該個人の生活に安心と安定をもたらす社会保障制度が必要となってくる。また経済成長とともに生ずる「人口転換」ないし所得と医療水準の向上によって高齢化が進展するが、同時並行的に進行する産業化とあいまって高齢者の生活において公的な支えが必要となる（図 b）。

また社会保障制度の導入による経済成長への影響については、その様々な側面において多くの分析がなされてきているところであり、一律の整理は難しいところである（Gillion（1994）においては、先進国におけるそういった議論は大きな非公式セクター及び失業を抱え、限られた金融市場しかない途上国においては妥当性が低いとしている。）が、社会保障が経済成長にもたらす影響を、資本蓄積、消費支出、労働、人口抑制といった切り口で整理を試みた（図 c）。一方において社会保障制度は、19 世紀におけるヨーロッパの価値観と 20 世紀における管理及び財政の手法を移入することにより行われており、途上国における継続的かつ深い貧困をはじめとした経済状況下における妥当性には限界が存在するのではないかといった指摘についても整理を行った（図 d）。

次に III においては、まず途上国における社会保障政策の問題点を総論、及び医療並びに高齢期の所得保障制度のそれぞれについての指摘をまとめた。制度ごとに様々な問題が存在し、特に医療面においては供給サイドにおける問題も大きなものがあるが、制度間に共通している問題は、農業等非公式セクターへの適用の問題と、制度の運営能力の問題、またこれらと密接に関係する財源の確保方法の 3 点にあると考えられる。このうち非公式セクターへの適用については、伝統部門とのコンフリクト、社会保障の内在的な性格の問題、公式セクターの規模といった問題が存在すること、また制度運営や財源とも関係する問題として社会保障と社会連帯の問題があると整理した（図 e）。

更に IV においては、社会保障制度のあるべきを検討する際の基本的な視点、及びその具体的なあり方について、高齢期の所得保障（年金）制度については世界銀行（1994）における提言及びそれへの批判を整理し、また医療制度については、先進国の経験から導かれた制度評価のクライテリアを紹介した後、世界銀行（1993）における提言を整理した。最後にそういったあるべき姿へ至るためのより具体的な行動に関する（よりマニュアル的な）提言を、制度総論、高齢期の所得保障（年金）及び医療制度のそれぞれにつき整理した（図 f）。

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

第二部 日本の経験の評価

第二部 日本の経験の評価

V. 日本型モデルの独自性

これまで、社会保障政策の国際協力をめぐる基本的な問題や論点を、途上国の状況にそくして見てきたが、ここで視点を一転して、今度はわが国の社会保障が歩んできた歴史と現状に注目し、果して日本の経験が、どのような点で途上国の社会保障の制度設計や展開に対して意味をもちうるのかを考えてみることにしたい。

こうした問題を考察していくにあたって、特に留意すべきは次のような点であると思われる。

第一に、日本はアジアの後発資本主義国家として、19世紀終わりからきわめて急速な産業化の途を歩んだが、「欧米諸国」を範にとって“国家主導・キャッチアップ型”の経済成長を遂げていったその過程自体に示されているように、それら先発の工業国群に対して一種の「途上国」として存在してきた。そのことは、これから検討していくように、社会保障の制度設計自体に様々な形で表れているし、また、例えば比較的後の時代まで第1次産業の従事者割合が高い水準にあったこと、就業構造の変化や都市化の進展、出生率低下等のスピードがきわめて速いものであったこと、等といった点に特徴的な形で現れている。こうした点を考慮すると、日本の経験は、ある意味で、「後発国家における社会保障制度設計のあり方」という点で、欧米先進諸国の経験にはない独特の意味を有するものであり、その肯定面・否定面いずれをも含めて、「社会保障の国際協力」あるいはその基礎にある「経済発展と社会保障」という主題にとって、示唆に富むケースとして位置づけられるものと考えられる。

併せて、将来にも目を向けると、後発国ゆえの急激な経済社会システムの変化、とりわけ戦後の10年間（昭和20年代）における出生率の急激な下落の帰結として、近年及び今後における高齢化の速度が際立って急速なものとなっているが、こうした特徴は現在の中進国ないし途上国にも既に見られるか今後予測される事態であり、このような点、つまり「高齢化のスピードの速さ及びそれへの対応」という面においても独自の意味をもっていると考えられるのである。

第二に、こうした問題を考えていくにあたり、ここではわが国の社会保障システムの生成や展開を、制度そのものを切り離して分析・評価するのではなく、その背後にある経済社会システムとの相互依存的かつダイナミックな関係に着目し、一体のものとして考察する、ということに特に留意したい。その意味では、ここでの分析は、近年経済学分野で活発になりつつある「比較制度分析」あるいは「経済システムの進化」といった視点と問題意識を共有するものであると言える。そして、そうした社会保障制度と経済社会システム全体との相互（補完）的な関係に着目してこそ、果して日本の社会保障の歩みのどの部分が他の途上国

第二部 日本の経験の評価

V. 日本型モデルの独自性

にとっても「普遍化」しうる部分であり、どの部分が日本の特殊事情に由来する普遍化しがたい部分であるか、といった評価が可能になると考えられる。

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

日本の社会保障制度の沿革に関する一般的ないし教科書的な説明については既に様々な文献があるので^{註1}省略し、ここでは上記のような問題意識を踏まえた上で、わが国の社会保障システムの特徴と評価について整理・考察を行うこととしたい。

1. 社会保障システム全体に関する事項

まず、医療・年金・福祉といった個別分野を超えた社会保障システム全体の特徴として重要と思われる点をまずまとめると図表 VI-1 のようになる。

【図表 VI-1】日本の社会保障システムの特徴—国際比較の視点から

- | |
|--|
| <p>A. 制度の設計に関すること</p> <ul style="list-style-type: none">① 当初ドイツ型の社会保険システムとして出発し、次第に（イギリス的な）普遍主義的方向に移行していったこと② 社会保険の「保険者」に「国」自身になったこと（医療保険における政管健保、年金における国民年金・厚生年金）③ 非サラリーマン・グループ（農林水産業者、自営業者）が相対的に多い経済構造のなか、その取り込みを積極的に行ったこと（特に医療保険）④ 医療保険がまず整備され、年金が遅れて、しかし急速に膨らむという経過をたどったこと <p>B. 制度の背景にある経済社会システムとの関係</p> <ul style="list-style-type: none">1) 国民皆保険のシステムが一種の産業政策として経済成長にプラスに作用したと考えられること2) 高度経済成長期がちょうど人口転換期にあたり、「若い」国のまま経済成長を遂げることができたこと（その分、いわば「高齢化のツケ」を後に回してきた面があること）3) いわゆる日本的経営システムないし雇用慣行と表裏一体のものとして社会保障システムが機能してきたと考えられること（例えば、終身雇用・低い失業率と失業保険の比重の小ささ等） |
|--|

まず、制度の設計自体に関する A の 4 つの点について。これら 4 つの点は、後で整理するように相互に密接に関係しひとつの全体をなしているものであるが、まずは順に確認してみたい。

^{註1} 例えば、地主（1996）。

(1) 国民皆保険と普遍主義への志向

第一に、A①の「当初ドイツ型の社会保険システムとして出発し、次第に（イギリス的な）普遍主義的方向に移行していったこと」という点である。ここでいうドイツ型の社会保険システムとは、「職域を中心として、所得比例的な給付構造（特に年金について顕著）をとり、保険料を主財源とする社会保障システム」ということである。このシステムは基本的にサラリーマングループ（＝被雇用者）を中心に組み立てられており、非サラリーマングループ（農林水産業、自営業）については給付が相対的に薄いかそもそも加入が強制されない。現にドイツの制度では現在も自営業者や高所得者等は任意加入であるし（医療保険）、また年金においてサラリーマンの主婦等には加入権がない。

これに対し、社会保障の普遍主義的なモデルとは、若干のバリエーションはあるものの、「全住民対象、均一給付、租税財源」という点に基本的な特徴を有するものであり、その限りでサラリーマン（被雇用者）グループとそうでないグループに本質的な違いはない。なおここで、後論全体とも関係するので、社会保障の基本的なモデルについて、以上のいずれにも属さないアメリカ型の市場志向モデルも含め、整理しておく以下のようなになる^{註2}。

例

- | | | |
|------------|--|-------------|
| a. 普遍主義モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・全住民対象 ・均一給付（平等志向） ・租税中心 | イギリス、スウェーデン |
| b. 社会保険モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・職域がベース ・所得比例給付 ・保険料中心 | ドイツ、フランス |
| c. 市場志向モデル | <ul style="list-style-type: none"> ・民間保険中心 ・最低限の国家介入 ・自立自助やボランティア | アメリカ |

さて、日本の社会保障が「当初ドイツ型の社会保険システムとして出発し、次第にイギリス的な普遍主義的方向に移行していった」という際の具体的な内容として、少なくとも次の2点ないし2段階が指摘できる。その第一は、第二次大戦中に実質的に基礎が敷かれ、戦後の混乱期をへて、1961年（昭和36年）に一応の完成をみた「国民皆保険」システムの実現、という点である。上にもふれたように、単に「社会保険」システムというだけではそれは「国民皆保険」を意味するものではなく、現に“社会保険の総本山”ドイツでは「皆保険」システムはとられていない。その意味では、皆保険体制を目指すという方向自体、既に当初模範としたドイツ型モデルからの離陸を意味していた。

ではなぜ皆保険体制を目指したのか？ もともと「国民皆保険」という言葉は、“国民皆兵”をもじった方針”として唱えられるようになったものであり、具体的には国民健康保険

^{註2} 福祉国家のモデル化については、Titmuss (1974) 及び Esping-Andersen (1990) 等を参照されたい。

普及との関係で、1942年（昭和17年）に大政翼會会主催の「国民健康保険普及協力各種団体懇談会」が開催され、「国民皆保険運動」が展開されるに至った、という経緯に起源を有するものであった（ちなみに、1943年度（昭和18年度）末には全国の市町村の95%の地域にまで国民健康保険は普及し、都市部を除きほぼ国民皆保険が達成されるに至っており、この時期は「第1次国民皆保険時代」とも呼ばれる）²³。

また、この時期に前後して、年金についても、

1942年（昭和17年）労働者年金保険……………工場等で働く男子労働者対象

1944年（昭和19年）厚生年金保険……………対象を女子や事務職員に拡大

（労働者年金保険の発展的改組）

が創設され、現在に至る厚生年金の基礎ができているが、この創設は上記の国民健康保険にも増して、戦時体制の一環としての性格を色濃く持っていた。すなわち、当時の文書においてこうした年金制度創設の趣旨として挙げられているのは、

- （ア）労働者の短期移動防止と長期勤労奨励→労働力の保全増強と生産力の拡充
- （イ）国民貯蓄＝資本蓄積への寄与
- （ウ）軍需インフレの解消

という点であり、まさに戦時政策の一環として機能していた。

最終的には戦争終結後16年をへて1961年に完成する「国民皆保険」システムであるが、このように、その実質的な基盤、あるいはその「理念とモチベーション」は、戦時体制下の1940-45年の時期に形成されていたものである。やや突き放した見方をすれば、国全体のゴールが戦争遂行から「経済成長」へと変わっただけで、いずれにしてもその強力な手段の一つとして「国民皆保険」というシステムが位置づけられていたことには変わりがない、とも言える。野口悠紀雄氏は、戦後日本の国家主導型の経済システムが、戦時の総動員体制の延長にあるものとして「1940年体制」というとらえ方を提唱しているが²⁴、「国民皆保険」は名実ともにそうした1940年体制に起源を有するものであったと言える。

以上が「ドイツ型システムからの離陸」の第1ステップである。続いてさらに、同じ方向（ドイツ型モデル→普遍主義的モデル）への変容の第2ステップとして挙げられるべきは、

- ・1982年（昭和57年）における老人保健制度の創設
- ・1985年（昭和60年）における基礎年金制度の導入

の二者であると思われる。このうち、よりその趣旨が明確である後者から述べる。

医療保険が、先に見たように終戦前の時点ではほぼ「皆保険」と呼べる状態にまで到達していた——つまり、非サラリーマングループについても国民健康保険という形で制度が整えられた——のに比べ、年金については、非サラリーマングループについては、戦後しばらくの間制度そのものが存在していなかった（なぜこのように医療と年金とで差があったのかについては後に考察する）。それが、1959年（昭和34年）にまず無拠出制の「福祉年金」がつく

²³ 例えば佐口（1997）、第7章及び厚生省保険局（1974）、116ページ参照。

²⁴ 野口（1995）。

られ、続く1961年（昭和36年）に拠出制の「国民年金」制度が発足し、これによって初めて「国民皆年金体制」（年金もひとつの保険であるので広義の「国民皆保険」ということも可能）が整備されたのであった。ところが、この制度の下では例えばサラリーマンの妻は独自の（自分名義の）年金権をもたないため、離婚した場合等に不利な状況に置かれる。そこで、1985年の法改正において文字通り「すべての国民に年金権を」という発想で導入されたのが基礎年金制度であったわけだが、この「基礎年金」という発想は、ドイツには全く見られないものであり、他でもなくドイツとは対照的である普遍主義的な社会保障モデルの国々（イギリス・北欧等）に特徴的な制度である。つまり、ここで日本は、まさに「1階に基礎年金、2階に厚生年金」という形で、普遍主義モデル（均一給付の基礎年金）とドイツ型社会保障モデル（職域中心の報酬比例年金）とをドッキングさせたことになる。これは流れとしては、「ドイツ型モデルから普遍主義的モデルへの接近」という方向になるわけであり、したがって、この方向を推し進めていけば、むしろ厚生年金は廃止して（民営化）、公的な年金制度は基礎年金に純化していく、というひとつの最終形が浮かび上がる。その意味では、「ドイツ型モデルから普遍主義的モデルへ」というわが国のこれまでの流れは、なおその途上にある、と見ることも可能である。

この「移行の途上」という性格がより強く表れているのが、医療保険における老人保健制度であると言える。老人保健制度は、80年代以降の「臨調・行革」路線の中で、一言で言えば「国庫負担（租税財源）を一円たりとも増やすことなく、国民健康保険の財政窮状を救済する（したがって、保険者間の共同負担によって老人の医療費を支える）」というモチーフの下に作られた制度である。このような、老人のみを独立に取り出して国民共同で負担するという制度はドイツにはないものであり、その意味では、年金の場合とは別の意味で、ドイツ型モデルからの変容と見る事が可能であろう。

ただし、医療保険の場合には、実は国保という制度を創設した時点で既にドイツ型モデルからの大きな離陸があったと言えるのであり、社会保険の中に順次租税を投入していくという（ドイツにはない）方向も既に国保において行われていたのであった（国保における国庫負担の割合は、20%〔1953年〕→25%〔1958年〕→35%〔1962年〕→45%〔1966年〕→50%〔1984年〕と順次拡大）。したがって、年金における基礎年金の導入のような時代の区切りとしての意味は相対的に薄いと考えられるし、また、老人保健制度自体がなお過渡的な性格を残す制度となっている。ただいずれにしても、「ドイツ型モデルから普遍主義的モデルへ」という方向そのものは、医療保険と年金の場合に共通して指摘できる、わが国の社会保障の展開のひとつの基本的なベクトルであると言えよう。それはまず「国民すべてをカバーする」という方向への志向（国民皆保険）、そしてさらにそこでの拠出と給付の構造をできる限り均質なものにしていくという方向であったのであり（基礎年金の導入等）、こうした過程で段階的に社会保険への租税の投入を拡大してきたのである。

以上を総括すると、わが国のこれまでの社会保障の展開と経済成長についてのひとつの見方としては、次のような理解も可能かもしれない。すなわち、戦後から80年代終わりまでを、ひとつの大きな経済成長の“上り坂”の過程としてとらえれば、その（a）離陸点－（b）た

大中－(c) 終期という3つの大きな節目を見出すことができ、それぞれが社会保障の展開と次のような形で対応している、と見ることができるのではないか。そしてそこに、開発主義的志向の下で、経済成長と国民皆保険システムが、文字通り両輪となって展開してきた過程を見出すことができるのである。

【図表 VI-2】 経済成長のプロセスと「国民皆保険」システム

1) 経済成長の離陸点	国民皆保険の基礎づくり	国保普及及び厚生年金創設 (いわゆる 1940 年体制)
2) 同 ただ中	国民皆保険の実現	国保完成及び国民年金 (1961 年)
3) 同 終期	普遍主義的方向の一応の達成	老人保健制度 (82 年) 及び 基礎年金導入 (85 年)

(2) 保険者としての国

以上、図表 VI-1 で A ①として指摘した「ドイツ型モデル→普遍主義モデル」という基本的な流れについて述べたが、これと不可分の形として派生するのが、同②及び③の点、すなわち、

- ② 社会保険の「保険者」に「国」自身になったこと（医療保険における政管健保、年金における国民年金・厚生年金）
- ③ 非サラリーマン・グループ（農林水産業者、自営業者）が相対的に多い経済構造のなか、その取り込みを積極的に行ったこと（特に医療保険）

という点である。

まず②について。通常、社会保険のシステムにおいては、租税中心のシステムに比べて、「保険者」は様々な公的規制等を受けるにしても本来「民間」の団体であり、またその自律性が重視される。例えば基本的に保険料のみをもって運営され、診療報酬等について医師会との交渉にあたるドイツの疾病金庫がその典型である。ところが、日本の場合は、医療保険における政管健保、年金における国民年金・厚生年金がそうであるように、「国家（政府）自身が保険者となる」という、社会保険グループとしては異例のシステムを採ることとなった。一種の国家パターナリズムであり、こうした「国家主導の社会保険」という点に、後発国ゆえの際立った特徴があり、同時に、裏返していえば「途上国における社会保障の制度設計」にとっての示唆を読みとることができる。

もう少し個別に見ると、まず医療保険の場合、大企業については健康保険組合という形態がとられ、これについては一件「民間団体」としての性格が強いように見える。ところが、健保組合の制度的な位置づけは、わが国の場合、「本来健康保険事業はすべて国が行うべきであるが、それを健保組合が“代行”する」という整理となっており、国と民間の関係が逆転している（つまり、「本来すべて健保組合が行うべきであるが、その設立が困難な中小事業者については政府が保険者となる」、というのではなく、その逆、つまり本来政府がすべて行う

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

べきものを大企業については健保組合が代行する、という整理になっている)。そうであるがゆえに、健保法の制定時において、当時わずかではあれ一部の民間企業において存在していた「共済組合」の位置づけが問題となり、しかし結局は、国鉄等の官業共済組合を除いては、そうした民間共済組合は健康保険の実施主体としては認められず、健保法のフレームの中で新たに設立された健保組合のみが適格となる、という帰結となったのであった（言い換えると、官業共済組合のみが健保法の適用除外となった）。当時存在した民間共済組合の代表的存在であった鐘紡共済組合に関して、当時の専門家が、「若し民間の共済組合を認めて之をして健康保険を担当せしめることとしたならば、我国の民間共済組合も官業共済組合の如く立派な発達を遂げたものと思はれる」²⁵と論じたり、また、「欧州諸国では殆ど例外なく自治組織の組合をその保険者として居る。然るに我国に於ては未だ一般に保険思想も乏しく、共済組合の発達も十分で無いから、止を得ず政府自ら保険者となる事になって居る」²⁶と論じているのは大変興味深いものとなっている。

(3) 経済の二重構造と政管健保の意味

こうして、医療保険においては政管健保と組合健保という二元システム（別途国保が存在）が採られたが、このうち政府が直接に保険者となったのは政管健保つまり中小企業についてのものであった。これを本稿での「途上国における社会保障の制度設計」あるいはより広く「開発過程における所得再分配」という視点でとらえ返してみると、おそらく政管健保というシステムは、途上国に特有の「経済の二重構造化」への対応という性格をもつものであったと考えることができる。

「経済の二重構造」問題は開発経済学における主要トピックの一つであり、例えば、「低賃金労働の供給が豊富な段階で資本装備率が高い大企業が育成されると、中小企業と大企業の間生産性と賃金の格差が生じ、それが所得分配の不平等化を拡大する要因として働く。この二重構造と呼ばれる現象は、両大戦間の日本でも重化学工業化への過程で生じた。今日の途上国では不平等化の要因としてより強く働く可能性が強い」といった説明がなされる²⁷。また、より一般的な開発過程と所得分配の関係については、1人当たりGNPが増加する過程で、いったん不平等化が進み（不平等度の指標であるジニ係数が増加し）、ある段階に至ると平等化に向かうという、いわゆる「クズネッツの逆U字仮説」が存在する（横軸に1人当たりGNP、縦軸にジニ係数をとると、その関係がUを逆さまにした弧を描くのでこう呼ばれる）。

こうした視点から見ると、政管健保というシステムは、こうした開発過程における二重構造化や所得分配の格差拡大を緩和する（言い換えればクズネッツの逆U字の度合いを緩和する）ひとつの大きな手段として機能したものと考えられる。それが、所得格差の是正にとどまらず経済成長そのものにどれだけ寄与したかの評価はここでは困難であるが、中小企業部

²⁵ 北岡（1942）、284ページ。

²⁶ 森（1923）、124-5ページ。以上、健保法制定時における共済組合の位置づけをめぐる問題については、佐口（1977）、第4章参照。

²⁷ 速水（1995）、188ページ。

門のより安定した成長に貢献した可能性は否定できないであろう。その意味では、政府管掌健康保険というシステムは、実質上きわめて重要な「中小企業対策」として機能した、と評価することができると思われる。途上国への社会保障協力においては、こうした視点がきわめて重要な意味をもつものと考えられる。

【図表 VI-3】医療及び年金における保険者（または財政主体）の国際比較

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	日本
医療	国（メディケア） +民間保険	国（NHS） <税>	約900の 疾病金庫 (8グループ)	少数の疾病金庫	約5300（政管、 組合約1800、 国保約3400等）
年金	国+民間保険	国（国民保険）	職域ベース	職域ベース	国民年金=国 厚生年金=国
社会保険グループ					

（4）年金の場合

ところで、保険者のあり方を国際比較したのが表 であるが、医療保険の場合は、一方で政管健保のシステムがつくられた半面、企業毎の健保組合の制度があり、かつ、国保の保険者が市町村という形をとったため、全体としては諸外国に比べて保険者の数が逆に際立って多いという、ユニークな形をとることとなった。つまり、政府という巨大な保険者と、小規模多数の保険者が分立する、という独特のシステムとなったのである。

これに対し、年金の場合は、当初の労働者年金制度（1942年）の段階から、（官吏の恩給、官業共済組合等を除き）全体として国家＝政府が保険者となる形がとられた。つまり、医療保険の場合のような企業毎の健保組合に相当するシステムがなく、国家が一元的に保険者となる、という仕組みがとられたのである。

そうした点から、労働者年金及びその発展形態である厚生年金制度（1944年）については、当初から「企業の枠を超えた唯一の社会保険とも称すべき」といった評価がされていたし、「第2次大戦前のわが国の社会保険制度は多かれ少なかれ階層的あるいは企業別的であるが、この年金制度だけは少なくとも民間労働者を一括しているようにみえる」という位置づけが可能である^{註8}。もちろん当時は企業を転職した場合の通算制度がなく、実質的に企業別の性格が残っていたのであり（通算制度ができるのは1959年に国民年金法とともに通算年金通則法が制定されるに至ってである）、このことは、まさに先にも触れた「短期移動防止と長期勤続奨励」という年金制度の創設趣旨から由来していたのであるが、全体として日本の医療保険制度と年金を比較した場合、国家の一元的管理という性格が年金制度においてより強く出ている、という特徴が指摘できると思われる。もちろん一般に年金制度のほうが、医療保険に比べ地域的性格が薄いこと、長期保険であるため通算の問題が生じその分一元的管理とい

^{註8} 佐口（1977）、279ページ。

う要請が出やすいこと、といった点が指摘できるが、そうした点を考慮してなお、わが国の場合、年金において政府による一元的管理という性格が強いと考えられる。おそらくそれは、強制貯蓄＝資本蓄積という戦時下の要請から生まれた制度である、というところに背景を有するものと言えるのではなかろうか^{註9}。

(5) 農林水産業者・自営業者の位置づけ——特に国保をめぐる——

以上、社会保険の「保険者」に「国」自身になった、という点にそくして日本の制度の特徴を見てきた。しかしながら以上は基本的にサラリーマングループ（被雇用者）についての話であり、非サラリーマン・グループ（農林水産業者、自営業者）が残っている。むしろ、インフォーマルセクターという面を含めて、途上国の社会保障制度設計にあたって、もっとも問題となるのがこの層なのである。例えば、国際社会保障協会（ISSA）コンサルタントの Michael Jenkins は「農村の農業従事者やインフォーマルセクターの労働者は社会保障の保護を得られないことがこれまでも多かったが、このことはとりわけ発展途上国においてあてはまる」と指摘している^{註10}。そこで、日本における社会保障の展開の特徴的な点として、A③として先に指摘した、「非サラリーマン・グループが相対的に多い経済構造のなか、その取り込みを積極的に行ったこと（特に医療保険）」という点が浮上する。

まず事実関係から見てみよう。図表VI-4 は第1次産業従事者の割合の年次推移を各国で比較したものであるが、日本のそれが1970年代頃に至るまで先進国のなかで飛び抜けて高いものであったこと、同時にまた、その低下のスピードが際立って速いものであったことが顕著に見て取れる。こうした点自体、日本の歩んできた道の“途上国性”を表しているといえ、また、その分現在の発展途上国にとって示唆するものが大きいということもできる。

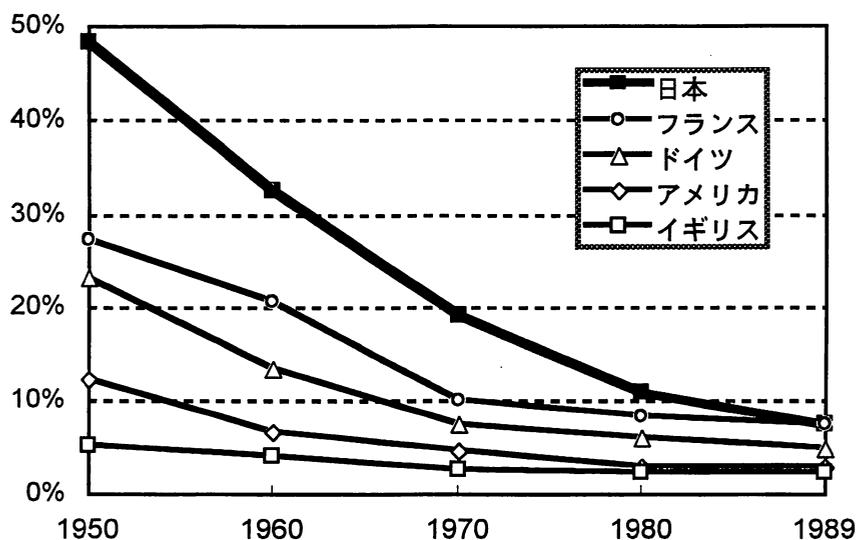
いま、「途上国の社会保障制度設計にあたって、もっとも問題となるのがこの層である」と述べたが、逆に言えば、欧米先進諸国の場合、社会保障の制度設計にあたってこの問題に比較的頭を悩ませずにすんだ、ということが可能である。というのも、19世紀終わりから20世紀半ばにかけて社会保障の制度を構築し拡大していく過程が、先行する産業化のプロセスをいわば追認していく過程であり、また、第二次大戦以降の段階では、先の図にも示されているように、第1次産業従事者は既に少数となっていたので、かりにこの層を除外ないし任意加入としたとしても、大方の層に社会保障のネットを及ぼすことは実現できたのである。

こうした流れを考えると、この「農林水産業者ないしインフォーマルセクターの社会保障システムへの取り込み」という問題に、いわば最初に大規模な形で直面したのが後発産業国家たる日本であった、ということが可能ではないかと思われる。その意味では、“途上国における社会保障の制度構築”という問題の先駆をなしたのが日本のケースだったと言ってもよいだろう。

^{註9} 佐口（1977）も279ページで「目的が当面の軍費調達にあるとするならば年金制度は国家的・一元的であることが望ましい」という点を指摘している。

^{註10} Jenkins（1993）。

【図表 VI-4】第1次産業従事者割合（％）の年次推移の国際比較



注) 1. イギリス、ドイツについては89年の稿の数字は87年のもの。
 また、フランスは54年、62年、75年、82年、87年の数字。
 2. ドイツの数字は旧西ドイツのもの。

(出所) ILO労働統計年鑑より作成

ちなみに、インドの経済学者 Guhan は「フォーマル・モデルの限界」と称して、「フランスやイギリス、アメリカなどの社会的プログラムを見て、それが途上国にとってとるべき政策の陳列棚とみることは誤りである。ベヴェリッジ・モデル、ビスマルク・モデル、ルーズベルト・モデルいずれも途上国の社会保障モデルとしては使えない。」と論じている^{註11}。まさにこの問題に最初に直面したのが日本であり、逆に言えば、「日本型モデル」は現在の途上国にとって独自の示唆をもつ可能性を秘めていると言えるのである。

こうした点に関するもっとも象徴的な制度は、やはり国民健康保険のシステムである。ドイツ型社会保険から出発した日本にとって、初めてドイツにはない日本独自の制度として、しかもそのことを自覚しつつ創設したのが国保という地域保険のシステムであり、その経緯については、当時の関係者の証言等も含めて既に様々な文献がある^{註12}。国保の創設の趣旨や背景については、昭和恐慌以後の農村の打撃・疲弊の救済、都市における労働者予備軍ないし“供給源”としての農村労働力の強化等が指摘される。が、それらの基本的な前提として何よりも重要なのは、先の図表 VI-4 から伺われるように、当時の日本の場合欧米先発諸国に比べて圧倒的に第1次産業従事者が多く、この層を無視してはおおよそ社会保険の制度が実質的に整備されたことにならない状況にあった、という点が重要と思われる。

こうした意味では、日本の場合、第1次産業から第2次産業への産業構造のシフト、つまりは産業化の過程の比較的「早い」段階で社会保険の仕組みの導入・普及を図った、という

^{註11} Guhan (1994)、37 ページ。

^{註12} 島崎 (1994)。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

ことも可能であろうし、また、こうした社会保障整備段階で巨大な 1 次産業従事者を抱えその位置づけに苦慮するという問題は、途上国に共通の問題と言える。

そして、この場合圧倒的に問題となるのは年金ではなく医療保険である。年金つまり高齢者の生活保障については、農村の場合家族による扶養が維持されているため、この段階では大きな問題として浮上しない。ところが医療についてはそうした家族による代替が困難であるから、その必要性は都市労働者層つまりサラリーマングループとさほど変わらない（都市労働者特有の労働災害による傷害や疾病のおそれは小さいが）。そこで農林水産業者の医療保障問題が浮上する。

わが国の場合これを国保という地域保険のシステムで対応した。1938 年（昭和 13 年）に国保法が制定された時点では、実施主体は市町村・職業を単位とする任意設立の保険組合であったが、戦後 1948 年（昭和 23 年）には制度の普及促進の観点から「市町村公営原則」が採られるに至り、併せて任意設立・強制加入の制度となった。そして 1961 年（昭和 36 年）全市町村において国保がつくられ、国民皆保険が完成することになる。

こうした国保の成り立ちについて、制度創設当時の政策担当者の回顧に次のような興味深い一節がある。

「まず農村経済事情の調査を頼まれたからその調査をまとめ上げると共に、諸外国の農村における医療保険の制度を調べてみた。しかし当時欧米諸国の制度は何れも労働保険であって、日本のような自小作農の形態による小規模農業の国にとってはお手本にならないのでどうしても独自の方法を創作しなければならない。いろいろ考えた揚句日本の農村には家族制度及び封建制度の産物である郷土的団結が未だに強く従ってそこには隣保相扶の美風が伝わっている。この郷土的団結を基盤とする一定地域を画して国及び地方公共団体の指導監督の下に地域疾病金庫を作らせるということは十分考えられることではなかろうか、この仕組でゆけばある程度逆選択の弊も防げるし、・・・（中略）・・・というようなことで一応の構想ができたのである。」（強調引用者）^{註13}

すなわち国保は、“第 1 次産業従事者が全人口の半数を占める後発国家”たる日本において、実質的に、農村共同体（ムラ）を単位とする「農業保険」として出発した。日本の社会保障制度においてもっとも特徴的かつユニークな制度であるが、後発産業国家としての当時の日本の産業構造・就業構造の特性が、そのような制度を自ずと要請したとも言え、その意味では、共通の状況を抱える途上国における、医療保険の制度設計の際の有力な選択肢のひとつとして、「普遍化」しうる意味をもつ制度と考えられる。

さらに、ここでひとつの問題提起として考えてみるべきは、国保というシステムは「アジア型か、それとも途上国型か？」という問いである。つまり、

^{註13} 川村秀文、「国保法制定の思い出」、厚生省保険局（1974）、238 ページ。

- (a) 一定の農山村構造や家族的特性をもつ例えばアジアという地域において、時代を超えて普遍的な意味をもつ制度なのか（＝アジア型）、
- (b) それとも、後発国家の産業化の途上において、ある特定の時期（第1次産業人口等が一定以上のシェアを占め、「ムラ」的共同体がなお実質を残す時期）においてのみ意義を有する制度なのか（＝途上国型）

という基本的な問い、評価である。この問題にここで解答を与えるのは困難であるが、問いとして確認しておくべき点であることは確かだと考えられるし、実はこれは途上国への国保型システムの適用可能性の評価の問題であると同時に、「わが国自身における国保の今後」の問題でもある。現在の国保が少なくとも制度創設時から根本的に変容し、「空洞化」が進んでいる実態を考慮すると、むしろ (b) としての性格が強い制度ではないか、したがって、いわば時代限定的な制度としてとらえるべきではないか（少なくとも、創設時の保険集団としての実体が産業構造の変化のなかで空洞化している状況を踏まえ、保険集団の設定の基本的な再編成が必要）、と筆者自身は考えている。

【参考】市町村国民健康保険の変容

	1961（昭和36）年度	1992（平成4）年度
加入者数の対国民比	47.0%	30.5%
世帯主職業		
農林水産業	44.7%	9.0%
自営業	24.2	24.7
被用者	13.9	23.6
無職	9.4	38.1
その他	7.8	2.3

（出所）

（6）医療保険と年金の関係

日本の社会保障全体の制度設計に関する特徴の最後の点として、「④医療保険がまず整備され、年金が遅れて、しかし急速に膨らむという経過をたどったこと」という点について述べる。

まずここで「年金が遅れた」ということの実事関係は次の2点である。

- （ア）医療保険については1922年（大正11年）法制定、1927年（昭和2年）施行となったが、年金については既述のように1941年（昭和16年）まで待たなければならず、かつそれも戦時体制という特殊な契機によるものであったこと
- （イ）医療保険については、1938年（昭和13年）に国保制度もでき、戦前の時点で既に「第1次国民皆保険」という状況にまで達していたが、年金については、自営業・農民に係るそれ（国民年金制度）は1961年（昭和36年）、すなわち国民皆保険完成時まで待たなければならなかったこと

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

実質上この両者は、(ア)がサラリーマングループに関するもの、(イ)が農民・自営業者に関するものといえる。

(ア)については、たしかにドイツのように疾病保険(1883年)の数年後に年金に相当する老齢・障害保険(1889年)が創設された例に比べるとタイムラグが認められるが、背景としては、(平均寿命の短さ〔当時男性で47歳前後〕や家族内扶養等の存在から)医療保険ほど切迫したニーズがなかったのではないかという点、また長期保険としての保険技術上の困難さ等が指摘できると考えられる^{註14}。より重要なのは(イ)の点であり、これについては、先に若干ふれたように、農林水産業者・自営業者(非サラリーマングループ)の場合、高齢者の同居・家族内扶養が一般的であり、かつ、定年制も存在せず高齢者の就業率自体が高いことから、サラリーマングループに比べ、フォーマルな年金制度の要請はもともと相対的に薄い。一方、医療については、サラリーマングループ・非サラリーマングループを問わずニーズ自体は概ね共通しているため、できる限り同様の扱いが求められる。つまり、年金の要請のほうが、医療保険の必要性に比べて、サラリーマングループ・非サラリーマングループの違いが大きいわけで、これが(イ)の点に反映されていると考えられるのである。

これを一般化して整理すると次のようになる。およそ社会保障システムというものは、インフォーマルな扶助関係(特に家族)が産業化の進展により希薄化・解体していくのを、フォーマルな制度によって代替ないし補完していくことに基本的な機能をもつものと言える。であるとすれば、(例えば人口構造の変化等による)ニーズそのものの大きさの変化を一方の変数としつつ、いわば家族による対応が困難なものから順にシステム整備の要請が強まるのであり、それは基本的に

医療 → 高齢者の経済的扶養(=年金) (→高齢者の介護)

という順をとるものと考えられる。

したがって、日本がそうであったように、社会保障制度の整備の順序が「まず医療、そして年金」というステップをとること自体はそれなりの合理的背景があるものと考えられる。しかし、その点を考慮してなお日本の場合、図表VI-5にも示されているように、「年金が遅れて、しかし急速に膨らむという経過をたどった」という点が顕著である。このことは、背景として、

- a) 非サラリーマングループの比重が比較的後の時代まで大きく、したがって家族内扶養が残り続けるため、ある段階までは年金のシェアが相対的に低いものととどまること
- b) しかし経済成長ないし産業化の過程がある程度進んだ段階で、(その初期段階の「出生率の急激な下落」を背景に、)高齢化が急速に進むこととなり、年金の給付水準の改善(日本の場合1973年(昭和48年)のスライド制導入)も相まって給付規模が急拡大することから帰結するものと考えられ、こうした点も途上国において生じがちなパターンであると考えられる。

^{註14} 佐口(1977)、165ページ参照。

【図表 VI-5】 社会保障給付費等の推移

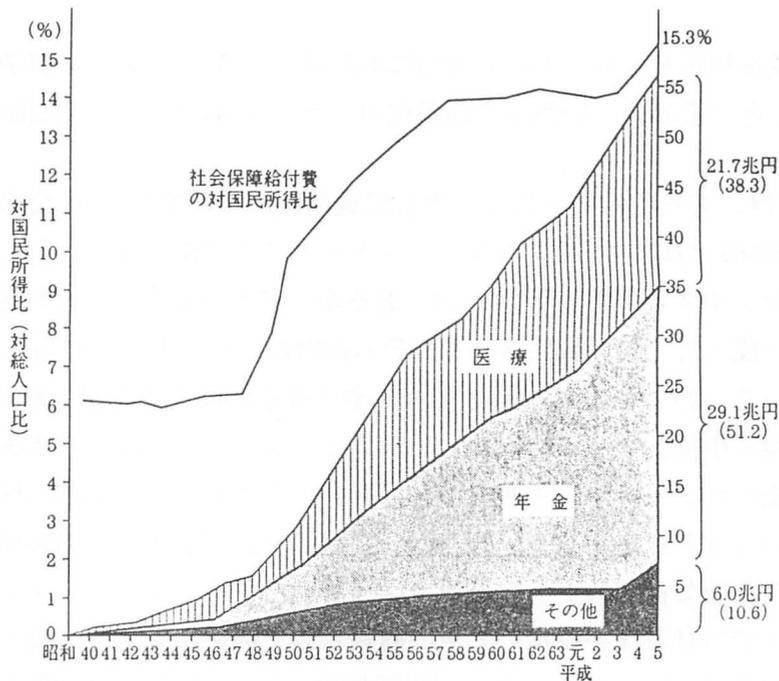
(単位: 億円、%)

	社会保障給付費 A				国民所得 B	A/B (%)
	総計	医療	年金	その他		
昭和45年度	35,239 (100)	20,758 (58.9)	8,562 (24.3)	5,920 (16.8)	610,297	5.77
50	116,726 (100)	56,881 (48.7)	38,865 (33.3)	20,981 (18.0)	1,239,907	9.41
55	246,044 (100)	106,582 (43.3)	104,709 (42.6)	34,753 (14.1)	1,995,902	12.33
60	356,440 (100)	141,550 (39.7)	170,170 (47.7)	44,720 (12.5)	2,595,898	13.73
平成5年度	567,961 (100)	217,266 (38.3)	290,594 (51.2)	60,101 (10.6)	3,727,500	15.24

社会保障研究所調べ

- (注) 1. 「その他」とは、生活扶助、傷病手当金、失業給付等である。
 2. () 内は構成比である。

社会保障給付費等の年次推移



(出所)

また、「非サラリーマングループの場合の高齢者の経済的扶養は家族が担当」とはいえ、一部にはそうした家族扶養の期待できない層も存在するのであり(単身の高齢者女性等)、公平性ないし平等性の観点からみてそうした層への生活保障が十分なものであったかという問題が指摘できると思われる。

以上、4点にわたって日本の社会保障制度の設計の特徴について述べた。簡潔に確認すると、

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

- ① 基調にあるのは「ドイツ型社会保険モデルから国民皆保険～普遍主義的方向への移行」という方向づけであり、そのため、
- ② 中小企業については国自身が自ら保険者となり（医療保険の場合。年金の場合は、戦時体制ということもあり、当初からサラリーマングループは全て国が保険者）、
- ③ 一方、非サラリーマングループについては、特に医療保険において国保＝地域保険というユニークなシステムを創設し、社会保障への積極的な取り込みを図った、
- ④ 結果的に、医療保険が先行し、年金が遅れて、しかし急速に膨らむという経過をたどった、ということになる。

(7) 経済社会システムとの関係

こうした制度設計の背後にある経済社会システムとの関係として、冒頭で指摘したのが以下の3点であった。

- 1) 国民皆保険のシステムが一種の産業政策として経済成長にプラスに作用したと考えられること
- 2) いわゆる日本的経営システムないし雇用慣行と表裏一体のものとして社会保障システムが機能してきたと考えられること（例えば、終身雇用・低い失業率と失業保険の比重の小ささ等）
- 3) 高度経済成長期がちょうど人口転換期にあたり、「若い」国のまま経済成長を遂げることができたこと（その分、いわば「高齢化のツケ」を後に回してきた面があること）

1) については、もちろんこの時代、欧米先進諸国においても、「社会保障と経済成長、平等と効率性との間に目に見えるようなトレード・オフの関係が存在しない」という「ケインジアン・コンセンサス」があった^{註15}わけであるが、日本の場合は、それを超えて、国家主導の産業政策の一環として国民皆保険のシステムが機能したと考えられる^{註16}。

この点について、2) の点とも関係するが、やや比喩的な表現を用いれば、戦後の日本において国民皆保険を中核とする社会保障システムは、端的に言えば“日本株式会社の福祉厚生部”として機能した、というべき理解がもっともあてはまるように思われる。

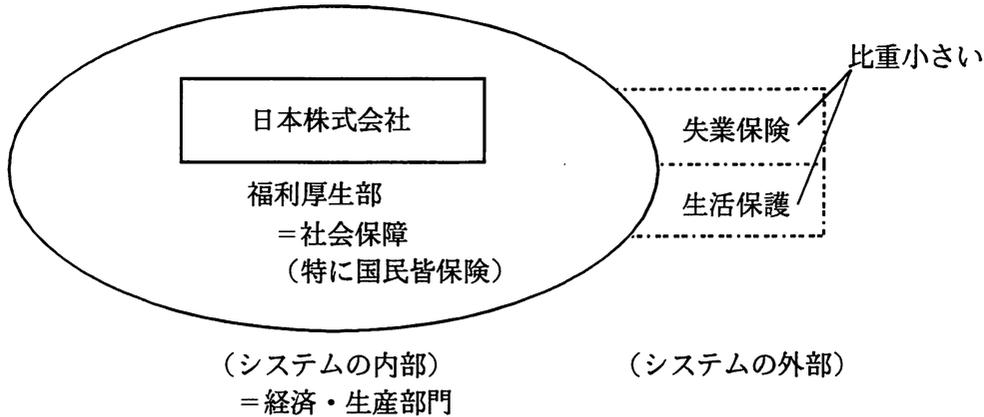
それには次の二重の意味がある。第一は、文字通り、国家挙げての経済成長への志向のなかで、健康かつ有能な企業戦士（の健康、生活等）を背後で支えるシステムとして、つまり経済成長に向けての有力な手段ないし車の両輪として機能したという点であり、これは先にもふれた「1940年体制の一環としての国民皆保険」という位置づけの延長にあるものである。第二は、あくまで「日本株式会社“内”の福祉厚生部」であるから、ギリギリのところまでその外部にはみ出ないように、つまり対象となる人々を日本株式会社というシステムの内に包含しようとする仕組みであった、という点である。ここでいう「外部」とは、「失業及び福

^{註15} Esping-Andersen (1996)、3 ページ。

^{註16} 産業政策、ケインズ政策と社会保障の関係については、広井 (1997)、第 7 章を参照。

祉＝生活保護（公的扶助）の対象」ということであり、逆に「内部」とは「（失業保険を除く）社会保険」のシステムということである。日本の社会保障において、特にヨーロッパと対照的に、失業保険及び生活保護の比重が際立って低いものであったことはこのことをよく示している。以上の趣旨を図で示せば図表 VI-6 のようなものとなる。

【図表 VI-6】戦後日本の経済システム（日本株式会社）と社会保障



さらに言えば、ここでの「システムの外部」たる失業及び生活保護（福祉）については、社会的に強いマイナスのスティグマが付与された。失業保険や「福祉の対象」になることにはネガティブな含意が強かったのであり、突き放して見れば、このこともまた人々を「システムの内部」としての経済・生産部門へと志向させる動機づけとしてうまく機能した、ととらえることもできる。重要なことは、国民皆保険というシステムはあくまでそうした「システムの内部」、つまり経済・生産部門の不可欠な一環として位置づけられていたことである。

途上国の場合、インフォーマル・セクターへの社会保障は、公的扶助つまり生活保護的なフレームで行われることが多い^{註17}が、そのような対応だと、インフォーマル・セクターは受動的な受給者にとどまり、そこに滞留していく可能性も大きくなる。日本の場合、これをあくまで国保や国民年金という社会保険のフレームで対応し、すなわち給付と拠出（保険料）を連動させることで、積極的にインフォーマル・セクターを経済・生産部門に取り込んでいったことが、効率的に機能したと考えられる。

2) の点（日本的経営システムないし雇用慣行との関連）はさらに、

- ・日本の健保組合の場合、企業毎に設立される単一組合が中心であり、終身雇用制を基礎とする「会社」への帰属性の強さと不可分に結びついていること
- ・とはいえそうした日本的雇用慣行が妥当するのは基本的に大企業に限られており、そうした雇用慣行が一般的ではない中小企業については、政府が保険者となる政管健保のシステムが設けられ、いわば政府自らが雇用主に類似した補完的機能を果たしたと考えられること

^{註17} Anonymous (1996)、70 ページ。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

という点が指摘できるし、さらに失業保険等との関係では、

- ・ 終身雇用・年功序列賃金から帰結する雇用の流動性の低さが、失業保険の適用されるケースを少ないものにし、また
- ・ 欧米特にアメリカなどと比べた場合に解雇行動自体が抑制的であり、全体としていわば企業内福祉が公的な社会保障制度の一部を代替してきた面があるのではないか、

といった点が指摘できよう。

以上のような、日本的経営システムと呼ばれるようなものと連動している面が大きい社会保障制度の設計については、途上国への適用を考える場合、そのような慣行自体が存在可能なものかどうかという点を併せて吟味する必要がある。同時に、これからの日本における社会保障制度の再編成を考えるにあたって、例えば従来型の雇用慣行が崩れ雇用の流動性が増して失業保険（雇用保険）や生活保護の比重が増加することになるのではないかなど、これまでの制度が前提としていた経済システムや慣行が相当変容していくことを十分視野に収める必要があると考えられる。

最後に3)（「若い」国のまま経済成長を遂げることができた半面、「高齢化のツケ」を後にまわしてきた面があること）については、先にもふれたように、まさに後発国・途上国において共通して生じやすいパターンであり、日本はここでもその最初のケースと言いうる国である。すなわち、日本の場合、戦後の経済成長の離陸期にあたる昭和20年代に出生率の急落を見たのであるが（出生率は終戦前後の4ないし5の水準から1957年（昭和32年）に2にまで下落）、こうした出生率低下以降の出生世代が労働力人口として参入し始めるのは1970年代以降であり、したがって、戦後から1960年代ないしオイルショック（73年）までの高度経済成長期においては、きわめて豊富な若年労働力に満ちた人口構造となっていた（興味深いことに、高度経済成長が事実上終息する1973年という時期＝いわゆる福祉元年は、偶然にも、出生率低下以降の出生世代が労働市場に参入してくる時期と一致している）。これは、ヨーロッパのように、経済が比較的早い段階に成熟期に入るとともに、高齢化も早い時期からゆったりしたペースで進み、いわばその都度その都度高齢化の負担を吸収しながらゆるやかな経済成長を遂げてきたパターンとは大きく異なるものである。

このような（後発国型・途上国型の）人口転換パターンの場合、経済成長の進行段階においては高齢化率も低いいため、全体としての社会保障給付規模はかなり低いもので済む。とりわけ年金についてこのことが該当するのであり、積立型の制度であれば、若い人口が多いため保険料収入は大きく、逆に支払いはわずかであるという状況が当面続くことになり、このこともあって年金制度が資本蓄積にとっての有効な手段となる（先述のように戦時中につくられた日本の年金制度がまさにそうした趣旨のものであった）。

むしろ強く留意すべきは、後発国型・途上国型のパターンの場合、ある段階に至った時点で急激な高齢化と、同じような時期に経済成長の急速な低下を一度に迎える蓋然性が高いということであり、ここでも日本がそうした最初の典型的なケースと言える。そのような状況に至った後に制度を急激に改変することには（既得権の問題もあり）大きな困難を伴うこと

を考えれば、特に年金制度について、上記のような初期段階における一種の「財政錯覚」から公的年金の給付水準を大幅に上昇させる政策——このことは実質上当初の積立方式が賦課方式に大きく変容することを意味する——をとらないこと、言い換えれば、早い段階から公的年金と私的年金の役割分担についての明確な整理を行っておくことが、特に重要であると考えられる。このことは世界銀行の報告書においても、途上国の場合、「(賦課方式の年金制度では、)短期的な黒字が誤った自信につながり、長期的にみた場合の年金債務が十分認識されないため、年金財政の本当の姿があいまいになりやすい」と指摘されている点である^{註18}。

2. 社会保障の個別分野に関する事項

以上、日本の社会保障システム全体に関する事項について、「制度の設計に関すること」と「背景にある経済社会システムとの関係」の大きくふたつに分けて概観してきた。その中で、医療保険や年金等それぞれの個別制度についても言及したが、ここでは以上の中でふれなかった、社会保障の各個別分野における日本のシステム・経験の特徴について簡潔に整理してみたい。

(1) 医療

既に国保という地域保険のシステムがきわめてユニークなものであったこと等を見てきたが、これらも踏まえた上で、医療の供給面や公衆衛生施策等も含めて日本の医療政策の特徴を考えた場合、次のような点が指摘できると思われる。

【図表 VI-7】日本の医療システムの特徴

- ① 医療財政については国家の管理が強いシステムとしつつ、医療供給体制については民間中心のシステムとしたこと（「混合型」システム）
- ② プライマリケア（開業医）優位のシステム・資源配分としたこと
- ③ 初期段階において保健所等公衆衛生システムの整備に力を注いだこと
- ④ 国保という地域保険のシステムを採りインフォーマルセクターの取り込みを積極的に行ったこと（既述）
- ⑤ 特に政府公定の診療報酬システムが医療費のコントロール及び配分に特に大きな影響をもったこと

① 「私」中心の供給システム

まず、①の点は日本の医療システムの基本的な特徴であり、図表 VI-8 の比較からもわかるとおり、ヨーロッパ型とも、アメリカ型とも異なるユニークなシステムとなっている。

^{註18} World Bank (1994)、37 ページ。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

【図表 VI-8】医療システムの基本的比較

	イギリス	ドイツ	フランス	日本	アメリカ
供給	公	公	公	私	私
	ほぼ全て	約90%	約70%	約20%	約25%
財政	公	公	公	公	私
	税	保険料	保険料	保険料+税	—

(注) 供給の下欄は全病床に占める公的病院(国立・公立)病院の病床の割合。ドイツの場合は公益病院(宗教法人立・財団法人立)を含む。

つまり、医療システムの「供給 (delivery)」「財政 (finance)」と分けてみた場合、

	供給	財政	
ヨーロッパ	公	公 「公」型
アメリカ	私	私 「私」型
日本	私	公 「混合」型

という形で、独自の形態となっている。その背景は、特に病院というものが、地域の有志や教会等が主体となってつくる公共的な「ホスピタル」に起源を有するヨーロッパと異なり、日本の場合、そのような病院のルーツをもたず、「開業医が経営する診療所が大きくなって病院となる」というパターンが中心であった、という歴史的経緯に由来するものである。

この点、つまり既存の開業医の診療所等を保険制度のなかでどう位置づけていくかという点は、健保法や国保法の制定時においても議論の対象になっていた。しかし、例えば国保法案をめぐる国会の審議における次のような政府答弁にも示されているように、政府は既存の開業医制度—つまり医療の供給面—に極力手をつけずに保険制度を実施するという方針をとり、こうして「医療供給=私(開業医中心)、医療財政=国家管理(公的医療保険)」という、ユニークな日本の制度が形成されたのである。

「現在ありまする医療の組織と申しますか、医療の制度というものになるべく変革を与えないようにして、その上に国民健康保険法を施行していきたいといふことを考へましたので、出来るだけ開業医を利用する、開業医制度といふことを崩さぬようにといふことを考へましたから、したがって組合自身は医療機関を持たないのを原則とする、こういふことに大体なる次第であります」(国保法審議における清水政府委員答弁)^{註19}

加えて、公的病院の整備については、私的病院や診療所の経営を圧迫するという理由で医師会の強硬な反対があり(例えば1962年の医療法改正による「公的病院の病床規制」に端的に表れている)、全病床に占める国立病院の病床の割合は以下のように戦後減少の一途をたどり、「供給=私中心」という日本の医療の特徴はますます強化されたのである。

^{註19} 佐口(1977)、255ページ。

【参考】全病院病床に占める国立病院・療養所の病床の割合の推移（％）

1951年	1955年	1965年	1975年	1985年	1994年
29.8	20.1	11.4	7.9	5.9	5.0

②プライマリケア＝開業医と公衆衛生への重点配分

さらに、こうした「供給＝私中心」というシステムの中で、その中心をなしたのは日本医師会に代表される開業医グループであったから、診療報酬も診療所が基本的なモデルとなり、医療費の配分においても、「大病院より中小病院、病院より開業医」という構造、つまり上記②で指摘した「プライマリケア（開業医）優位のシステム・資源配分」という形が一貫してとられたのである^{註20}。

なお、話が前後するが、③として挙げた「初期段階において保健所等公衆衛生システムの整備に力を注いだこと」という点も忘れてはならない大きな特徴である。医療保険というシステムがとりわけ有効性を発揮するのは、疾病構造が慢性疾患ないし生活習慣病中心に転容していった以降のことであり（「健康転換第2相」と呼ばれる^{註21}）、疾病構造がなお感染症中心である時代においては、むしろはるかに重要なのは、ワクチン接種や衛生状態の改善等といった公衆衛生施策（経済学的に言えば公共財の提供としての）であり、とりわけ開発の初期段階にある途上国においては何よりも重要な意味をもつ。

そうした健康転換第2相（感染症から慢性疾患への段階）が日本において起こったのは、死因の1位が結核から脳卒中に代わった1951年（昭和26年）、ないし死因のベスト3として現在に続く「がん、心臓病、脳卒中」の3者が出そろった1960年前後（ただし当時は「脳卒中、がん、心臓病」の順）と考えられる。興味深いことに、この時期はまさに「国民皆保険」体制の完成時に該当しているのであるが、それ以前の時期においては、占領軍の指導のもと、保健所を中心とした公衆衛生システムが重点的に整備された。具体的には1947年の保健所法・食品衛生法、1949年の予防接種法、1950年の結核予防法等がそうした一連の流れをなすものである。これらの感染症時代にこうした公衆衛生施策のもった意義は現在では忘れられがちであるが、ある意味では「国民皆保険」完成期の前史として、きわめて重要な意味をもつものと言える。

ちなみに、疾病構造の変化を中心とするこの「健康転換」概念は、経済システムの進化と医療システムとの関係を考えるうえで重要なものであるので、後に続く健康転換第3相（老人退行性疾患の時代）も含めて整理すると図表VI-9のようになる（健康転換第3相をめぐる問題については、後に高齢者介護についてみるときに論ずる）。

^{註20} 診療報酬ないし医療費の配分をめぐる諸問題については、広井（1994）、第4章及び第5章を参照。

^{註21} 「健康転換（health transition）」とは、公衆衛生や国際保健の分野で近年唱えられるようになったコンセプトであり、疾病構造の転換を、人口構造や就業構造、産業構造といった社会経済システムの転換と一体のものとして、総合的かつダイナミックにとらえていこうという考え方である。健康転換についてくわしくは、長谷川敏彦、「日本の健康転換のこれからの展望」、武藤（1993）参照。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

【図表 VI-9】健康転換と対応システム

健康転換		対応システム	(参考) 供給体制
第1相	感染症 ↓	公衆衛生施策 (←税)	開業医中心+保健所等
第2相	慢性疾患 ↓	医療保険制度	病院中心/医療&施設
第3相	老人退行性疾患	高齢者を独立させた、 医療・福祉を統合した システム	福祉&在宅

以上、いくつかの点にわたって、戦後を中心とする日本の医療システムないし政策の特徴をまとめてきたが、こうした整理を行って何よりも驚かされるのは、世界銀行が1993年の世界開発報告「健康への投資 (Investing in Health)」^{注22}でまとめた、途上国における医療システム整備に関する提言の内容と、戦後日本が採った医療政策とが、ほとんどぴったり一致している、という事実である。

世界銀行の同報告書での、途上国の医療政策への主要な提言は次のようなものである。

【参考】世界銀行の提言の概要 (Investing in Health より)

- ・ 3次医療 (高度医療機関の整備など) に対する政府の投資は (対費用効果が低いので) 極力減らすべきである。
- ・ 代わりに、感染症対策等として、公衆衛生施策を強化すべきである。
- ・ 併せて、基本的な臨床医療サービス (essential clinical services) に重点を置くべきである。
- ・ 医療の財政面については、貧困層のみを対象とするのではなく、全国民を対象とする制度とするほうが、より効率的である (前者の場合対象者の絞り込みのコストや政治的な支持の問題あり)。
- ・ 医療サービスの供給については、できるかぎり民間セクターを活用するほうが効率的である。
- ・ 特に女性の初等基礎教育に力を注ぐべきである (食事や出産、医療その他種々のライフスタイルの形成において特に母親の影響が大きい)。

こうした提言内容をながめると、先に述べたような戦後日本が採った医療政策ないし医療システムとほぼ完全に一致していることに驚かされる。

このことから、さしあたって導かれるのは次の2点である。第一に、日本はまさに「途上国の医療システム」として理想的とも言えるような制度を、必ずしも自覚的とは言えない形で、結果的に採用してきたのであり、そのことがこれまでしばしば指摘されてきた「日本の

^{注22} World Bank (1993)。

医療のパフォーマンスのよさ（低い医療費と高い健康指標）」にも反映していると考えられる、という点である。繰り返すようにこれは必ずしもよく自覚され調整された政策の帰結というものではなかったが、今後、途上国への国際協力を考えていくにあたり、既に確認した国保という地域保険システム等と併せ、医療システムについての「日本型モデル」ともいべきひとつのモデルを示しているものと考えられる。したがって、以上のような国際比較の上に立った上で、日本の医療システムの長所と短所を客観的に定式化し、モデル化を図ったうえで、途上国の置かれた個別的状況と照らしながら、望ましい適用のあり方を考えていく、という作業が今後求められている。

第二に、そうであるがゆえに、むしろ日本の今後を考えるにあたって、現在の日本の医療システムはまさに「途上国型モデルとしては」最適のものとなっているのであり、その全くの裏返しとして、医療の質、研究開発を含めた高次医療の充実、情報開示と患者の選択等々といった、途上国的段階を過ぎて以降の新しい課題——成熟社会における医療のあり方——に対する対応がきわめて遅れている、という点である。以上のような、日本の医療制度についての客観的な評価の作業を行うことで、新しい時代状況のなかで、逆に日本の現在の医療システムに何が欠落し、いかなる転換が求められるかが浮かび上がってくるのである^{註23}。

（2）年金

年金については、既に社会保障全体の制度設計等に関して述べてきた点でほぼ尽きているように思われる。すなわち、年金にそくして再確認すると、特徴として挙げられるのは次のような点である。

【図表 VI-10】日本の年金システムの特徴

- ① ドイツ型の職域中心・所得比例型のシステムとして出発し、普遍主義的方向への志向のもと、(イギリス・北欧型の)基礎年金の導入に至ったこと
- ② 国民年金・厚生年金ともに保険者に国自身がなったこと
- ③ 高度成長期と人口転換期が重なり、「若い」国のまま経済成長を遂げることができた半面、「高齢化のツケ」を後に回してきた面があること

①の点はたしかにユニークではあり、基礎年金制度導入そのものは評価されうるとしても、「保険料3分の2、税3分の1」という財源構造を含め、むしろ制度の性格が折衷的であるため様々な弊害（特に基礎年金の空洞化等）も生じており、現在の制度は、総論でも述べたように、なお「移行の途上」の過渡期的な性格をもっている。

そして、その他の点も含め全体として、先の医療と比べてみた場合、年金制度については「日本型モデル」としてポジティブに評価できる点は少ないのではないだろうか。むしろ、日本の場合既に論じてきたように③の点が顕著であり、政治的背景等も加わって人口構造が

^{註23} こうした課題については広井（1997）を参照。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

若い段階で給付水準を大幅に上昇させてきた（そのため当初の積立方式を「修正積立方式」、実質において賦課方式にシフトさせてきた）ことの問題が、他の先進諸国に増して際立った形で現れてきている面が大きい。その分、今後相当な再編——基本的には公的給付の縮減——が避けられないのだが、既得権の問題もあり改革の困難の度合いは他の先進国以上に大きい。こうした点は、むしろこれから日本と同じような人口転換パターンをとることが予想される途上国に対して、強い反省点としてメッセージを送るべき事項と考えられる。

ちなみに、先の医療システムの場合と同様、世界銀行の報告書と対照させてみると、世界銀行の94年の報告書『高齢化の危機を回避する（Averting the Old Age Crisis）』における、途上国の年金政策に関する主な提言は以下のようなものである^{注24}。この提言自体の当否はあくとして、かつ、世銀の同提案は途上国のみならず先進国に対する提言の意味も含んでいることを踏まえた上でなお、興味深いのは、先の医療の場合と対照的に、日本の経験にとって反省材料となるような点がむしろ多く挙がっていることである。

さらに、②で挙げた「国民年金・厚生年金ともに保険者に国自身がなった」という点、特にこのうち厚生年金に関する点は、先に確認したように、戦時下にできた制度であるという背景と不可分のものであり、医療保険との対比で見ても、必ずしも合理性のあるものとは言えない。すなわち、医療保険の場合には、中小企業に限って政府が自ら保険者となり（政府管掌健康保険）、かつ一定の国庫補助を投入し、これが先にみたように実質上中小企業保護対策ないし所得再分配政策として機能したのであるが、厚生年金制度の場合、果してすべての企業について（大企業も含めて）国が保険者となる制度が必要であったであろうか（長期保険たる年金の場合、医療保険と異なり通算の問題があるが、これも国が自ら保険者にならないければならない根拠とはならない）。

一方、基礎年金導入以前から、厚生年金は1954年より定額部分と所得比例部分の2階建て構造となっていたので、（拠出は所得比例であるため）高所得者から低所得者への所得再分配機能を有しており、したがって、この点に大企業と中小企業とを同じ制度に入れることの意義があるとの考え方もありうる。しかし、世界銀行報告書も指摘するように、（a）高所得者層の方が平均寿命が長い傾向にあるので生涯ベースで見ると高所得者層の方が年金受給額が多くなりがちであるという点、（b）給付水準が初期段階で大幅に改善される場合、先の世代の高所得者層がもっとも大きな所得移転を受ける傾向にあるという点等を考慮すると、所得再分配の観点から国が一体的に保険者となるという説明も必ずしも正当化されない。

そもそも2階建て部分についてまで国自らが保険者という制度は社会保険グループの中では異例であり、かりに強制貯蓄＝資本蓄積促進の観点から制度をつくるとしても、「強制設立・加入」という点のみ規定して管理は民間、という方式も可能であった。この点は、戦時下の特殊な状況にできた制度という点がそのまま引き継がれた結果となつたのであり、医療保険の場合の政管健保と対比して、必ずしも積極的に評価しがたい面があると考えられる。

^{注24} World Bank (1994)。

【参考】世界銀行の提言の概要（Averting the Old Age Crisis より）

- ・ 年金には (a) 貯蓄、(b) 所得再分配、(c) 保険という3つの機能があるが、大抵の国ではこの3つの機能を一緒にした上で、それら機能を支配的な公的制度に担わせている。
- ・ しかし、こうした（渾然一体的な）制度は初期には比較的うまく機能するものの、人口構造が高齢化していくにつれ重い負担を後の世代に課すものとなってゆき（←所得再分配機能が入っているので賦課方式の要素が入り込まざるを得ない）、高い拠出はむしろ「税」として受け止められるようになる。このことは制度の加入忌避にもつながる。
- ・ 加えて、所得再分配機能そのものに着目しても、結果的に、先行世代の富裕層が再分配の受け手となり、逆に後の世代の中ないし低所得者層が再分配を与える側に回るといった意図せざる帰結が生じる。このことは公的年金制度が所得比例的な給付構造であるほど顕著となる。
- ・ さらに政府による公的年金の運用はしばしば非効率をもたらす。
- ・ したがって年金制度は、各々の機能を明確に分化させ、

1) 強制加入の公的階層	租税財源	再分配・保険
2) 強制加入で民間が管理する階層	完全積立（規制あり）	貯蓄・保険
3) 任意加入の階層	完全積立	貯蓄・保険

 といった階層型に再編すべきである。
- ・ なお年金制度が未整備の国の場合、既存の公的制度は小さく、均一給付（フラット）で、フォーマルセクターに限ったものとしたままにすることが望ましい。既に制度をもつ先進国の場合、公的制度は均一給付で所得再分配機能に純化させることが望ましい。

(3) 福祉

【図表 VI-11】日本の福祉システムの特徴

- ① 戦前における未整備の後、戦後占領政策の中で英米系の制度が導入されたが、「社会保険中心に社会保障を組み立てる」との方針のもと、公的扶助（生活保護）を中心に極めて限定的な範囲のものとして位置づけられたこと
- ② その結果、社会保険の制度が多分に「福祉」的な（＝低所得者対策としての）要素を含むとともに、高齢化の進展のなか、「医療」が「福祉」を引き受ける傾向（社会的入院など）が顕著となっていったこと
- ③ 急速な高齢化と「後期高齢者」の増加を背景に、高齢者介護システムを含め、迅速な整備と社会保障制度全体の再編が求められていること

①概観

福祉については、戦前、貧困者に対する救護法（1932年）等が制定されはしたものの、特に見るべきものはないまま戦後を迎え、その後生活保護法（旧1946年、新1950年）、児童福

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）等により基礎的な整備がなされた。しかしながら、社会保障制度審議会の1950年勧告（「社会保障制度に関する勧告」）において、日本の社会保障を「社会保険」中心に構築していくとの方向が出されたことにも示されているように、戦後日本の社会保障政策は国民皆保険を中核とする社会保険を基軸に進められたため、近年まで福祉の領域は相対的に比重の小さいものにとどまっていた。つまり、Esping-Andersenのいう「大陸型ヨーロッパ福祉国家のモデル」、すなわち「高度に発展した社会保険（とりわけ年金の比重が大）と、発達不良の社会サービスという組み合わせ」^{註25}がまさに妥当したのである。これは、既に何度かふれた、わが国の社会保障が基本的に「ドイツ型モデル」として出発し発展していったことと符合する。

正確にいうと、上記のような戦後の福祉関連法制の整備は、先にみた公衆衛生制度を含む医療供給関連法制の整備とならんで、占領軍すなわちアメリカの影響を受けたものであり、この限りではドイツ型モデルからの変容、という性格をもつものであったが、結局上記のような「社会保険中心主義」の方向が出されることで、ドイツ型のパターンが維持されることになった（ただし、上記 Esping-Andersen が、「公共的な保育サービスのカバー範囲はドイツ、オランダ、イタリアともに5パーセント未満と非常に低い」との指摘を行っていることとの対比で言えば、保育所に関しては日本の場合独自の発展を遂げた面が指摘できるかと思われる）。

いずれにしても、国民皆保険中心のシステムとなり、この結果ドイツにも増して社会保険の守備範囲が大きくなったために、福祉の中核をなす公的扶助（生活保護）の比重はドイツ以上に低いものとなり、全体として、社会保険が福祉の代替機能を果たすという傾向（この中にはやがて深刻化する社会的入院の問題も含まれる）が強いパターンが形成されたと言える。実際、生活保護の被保護人員の全人口に占める割合は、イギリス8.8%（93年）、ドイツ3.7%（93年）、アメリカ7.9%（93年）、スウェーデン8.1%（94年）に対し日本は0.7%（94年）と、日本において際立って低いものとなっている^{註26}。

そして、この表裏の関係にある点として、社会保険の制度が多分に「福祉」的（＝低所得者対策としての）要素を含む性格のものとなった。国民健康保険への5割の公費投入など、社会保険の制度に多くの公費が投入されていることはこのことをよく示している。ちなみに、社会保障給付費の部門別割合は図表VI-12のようになっており、日本において「その他」（＝実質において「福祉」にほぼ相当）の比重が際立って低いことが示されている。

^{註25} Esping-Andersen (1996)、18ページ。

^{註26} 星野 (1996)。

【図表 VI-12】 社会保障給付費の部門別割合の国際比較（%、92年度）

	年金	医療	その他
イギリス	41	27	32 ②
スウェーデン	41	19	40 ①
ドイツ	43	28	29
フランス	49 ②	25	26
アメリカ	45	37 ②	19
日本	51 ①	38 ①	11

(注) 1. ①②は各々の分野のシェアにおける上位2国。
 2. 日本のみ94年度。

(出所) 社会保障研究所、「平成6年度社会保障給付費」

以上が80年代までを通じた特徴である。それが、急速な高齢化を背景としつつ、やがて福祉サービスの遅れが指摘されるに至り、1980年代半ば以降、

- 1987年 社会福祉士及び介護福祉士法制定
- 1989年 高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）策定
- 1990年 福祉八法改正（市町村への権限委譲、市町村老人福祉計画の策定等）
- 1994年 21世紀福祉ビジョン策定
- 1994年 新ゴールドプラン、エンゼルプラン策定
- 1995年 障害者プラン策定
- (1997年 介護保険法制定)

等の一連の政策を通じ、福祉サービスの急速な充実の方向が模索されつつあるのが現在の状況である。

② 高齢者介護問題とシステムの再編

特に近年に至って大きな課題となっているのが高齢者介護をめぐる問題である。介護問題は、定年／退職に伴う稼得能力の喪失に起因する所得保障（年金、医療費）の問題——いわば「65歳問題」——とは一段違うレベルにある問題として理解される必要があり、象徴的にいえば、従来からあるそうした「65歳問題」としての高齢化問題ではなく、「80歳（ないし75歳）問題」、つまり「後期高齢者」（75歳ないし80歳以上の高齢者）の増加に伴う、新しい質の問題としてとらえられる必要がある。なぜなら、介護リスクが急上昇するのは、60-65歳といった「定年／退職」というライフステージにおいてではなく、75-80歳前後の段階以上においてだからである。実際、OECDが「新たな社会政策上の問題」として、初めて正面から介護問題を取り上げた報告書『虚弱な高齢者のケア』^{註27}においても、この問題をあく

^{註27} OECD (1996)。

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

まで「オールディスト・オールド (oldest old)」、つまり「80歳以上」の高齢者割合の増加とリンクしてとらえる、という視点で論が展開されている^{註28}。

ここで先にふれた「健康転換」概念が再びひとつの視点を提供してくれる。健康転換の「第3相」は、慢性疾患から「老人退行性疾患」への段階であり、日本にあてはめた場合、特定の年を取り出すのは困難であるが、例えば、入院患者全体に占める65歳以上の老人患者の割合が4割を超えた1985年（昭和60年）前後がこうした時期に該当すると考えられる（平成5年には入院患者全体に占める老人患者割合はほぼ5割〔48%〕にまで達している）。

ここで、この「健康転換」概念で重要なことは、慢性疾患から「老人退行性疾患」への変化を、感染症から慢性疾患への変化と同等に大きなものとして位置づけている、という点である。言い換えると、通常の慢性疾患と老人退行性疾患の間には、感染症と慢性疾患の違いと同等の違いが存在する、という理解であり、であるがゆえに、老人のケアについては、従来の疾病の治療、延命といった医療のあり方や医学のパラダイムでは対応できない「新しい質」の問題が含まれている、という認識である。

すなわち、老人の場合、身体の生理的な機能は、生物本来のメカニズムとして「不可逆的に」低下していくものであり、したがって若い人（ないし通常の慢性疾患）に想定されるような「治療」は本来的に困難であり、やみくもに治療を図ろうとすることはかえってその生活の質を低めることになる。つまり、「医療モデル」に対する「生活モデル」、あるいは「疾病」ではなく「障害」ととらえた上での対応が求められるのである^{註29}。こうしてこの健康転換第3相はそのまま高齢者介護問題とつながることになる。

このように、通常の慢性疾患から老人退行性疾患への変化（健康転換第3相）には質的に大きな違いがあるため、ケアのあり方のみならず、それに対応する医療・福祉システムないし制度としても新しい枠組みが必要となってくる。ところが、各国ともに、この変化に対して、従来の、つまり健康転換第2相の「慢性疾患」のフレームの「延長線上」で対応しようとし、様々な混乱が生まれた。ここに高齢者介護問題（ないし long-term care 問題）の実質的な背景がある、と考えるとよいと思われる。

再び先の表を参照いただきたい。健康転換第1相の感染症の段階では、原因は個々人の生活というよりは病原菌そのものや、都市環境の衛生といった、個人を超えた要素にあるのだから、予防接種や衛生水準の向上といった公衆衛生施策がキーとなる。経済学的に言えば、これはいわゆる「公共財」の提供であり、市場で提供されるのは困難であって、政府が「税」を財源に提供しなければならない。今では想像が困難であるが、昭和の初めまでの医療対策といえばこれらが中心であった。

ところが第2相の慢性疾患の段階になると、こうした公衆衛生施策は表舞台から退く。なぜなら、慢性疾患が「生活習慣病」と呼ばれるように、ここに来て“病気は「個人」の問題

^{註28} 全人口に占める80歳以上の者の割合が2%を超えたのは、フランス1961年、イギリス62年、スウェーデン63年、ドイツ73年、アメリカ73年に対し、日本は大幅に後の87年に過ぎない（OECD Health Data File）。

^{註29} 健康転換については、例えば武藤（1993）参照。

となる”からである。したがって、個々人が一定の保険料を支払い病気に備えるという、個人をベースにすえた、「保険」というシステムが有効になるのであり、こうして各国で公的医療保険制度が整備されていったのである^{註30}。また、感染症の場合と比べ、慢性疾患の治療にははるかに高度な医療技術が必要であり、また「慢性」疾患の言葉が示すように治療にも一定以上の期間が必要となることから、一定以上の機器及びスタッフをある場所に集中的に投入して対応するほうが有効かつ効率的である。こうして供給面では「病院」というシステム中心の医療が浸透していった。つまり、機能的に言えば、この第2相においては「医療&施設」中心の対応が一般的となったのである（日本でいえば昭和30年代～40年代の高度成長期がこの基本的な整備期であり、それほど昔のことではない）。端的に言えば、「病院と医療保険」、これがこの健康転換第2相の象徴である。

慢性疾患から老人退行性疾患への「健康転換第3相」は、上記のように質的な変化を含むものであり、対応システムについても供給面についても新しいフレームが求められている。ところが、先にも指摘したように、先進諸国においてもこれを従来の「慢性疾患」段階のフレームで対応しようとしたために、様々な混乱や問題が生じたのである。

すなわち、国によって、この高齢者ケア（実質において長期ケア long-term care）の問題は異なるパターンをとった。代表的には、ひとつは「病院」に流れたパターンであり、もうひとつは「生活保護（公的扶助）」に流れたパターンである。前者はまさに、老人患者を既存の慢性疾患の舞台である「病院」で対応しようとした結果生じたものであり、この結果多くの老人が病院に滞留すること（いわゆる社会的入院）になった。日本が際立った例であるが、カナダ、フランス、ニュージーランド、アイルランドもそうした傾向があり^{註31}、また、90年代に入りエーデル改革等の下で大幅な病院病床の削減を図りつつあるスウェーデンも若干類似する面がある。

一方、病院への入院に一定の制限があった国では、長期ケアそのものに着目した体制がとられていなかったため、そうした老人は低所得者対策としての生活保護に流れていった（“身寄りのない老人”対策としての対応）。大半の国はこちらのパターンであり、例えばドイツの介護保険はこのこと一老人ホームに入所する高齢者に対する生活保護〔公的扶助〕財政の危機―を大きな背景として出されたものである^{註32}。また、80年代に入り老人ホーム（ナーシ

^{註30} 医療保険を私的保険ではなく公的保険として行うのは、医療の場合、個人の病気のリスクの差が大きく、かつその把握が困難であるため、特に「選択」及び「逆選択」という問題が起りやすいからである。この点から、イギリスのように、医療についても「保険」ではなく最初からすべて「税」で行うという国もある（以上につき、広井（1997）第7章参照）。

なお、病気や障害が個人のものとなり保険の必要性が最初に登場したのは労働災害の分野においてもであった。

^{註31} OECD（1996）、35、39ページ。

^{註32} ドイツの場合、病院病床数約67.3万に対し、老人ホーム病床数58.7万と、老人ホームの数が病院病床に匹敵するほど多い（87年、OECDデータ。ちなみに、病院病床数に対する老人ホーム〔ナーシングホーム〕の数が相対的に国はドイツに次ぎスウェーデン、アメリカが挙げられる）。日本の場合、病院病床数168万床に対し特別養護老人ホームは23万人分（95年）であることと対比のこと。しかも、ドイツの場合は福祉サービスについて日本の措置制度に相当する制度がなく、入所者とホームとの直接契約であるため、その場合の入所費

第二部 日本の経験の評価

VI. 日本の社会保障システムの特徴と評価

グホーム) 入居者に対する公的扶助を拡大したため老人ホームが急増し、それがコミュニティケア改革の直接的な背景となったイギリスも基本的にはこのタイプに属するといえるだろう。

以上まとめると、比較的最近まで、各国ともに高齢者対策に関しては、注目されたのは「第一に退職後の所得保障をどうするかという問題、第二にメイン・ストリームの医療へのアクセスをいかに確保するかという問題」であった(前掲OECD報告書)。これらはすなわち先に触れた「65歳問題」型の対応(年金及び医療費)である。その結果、「介護(ロングターム・ケア)の問題は残余的な課題であり」、「その財政は様々な財源からのパッチワークのようなものであった」(同報告書)。日本とまさに共通した状況であり、これらは結局、先に述べた健康転換第3相(老人退行性疾患への転換)への対応が遅れ、それを従来型の慢性疾患の時のフレームで対応しようとしたことにより生じた結果といえる。

日本の経験にそくして言えば、次のような評価が可能と思われる。

第一に、日本の場合、先に確認したように「生活保護」は他の先進諸国に比べて際立って限定的な位置づけのものであり、スティグマも強かった一方、逆に医療、年金について「社会保険」のネットを諸外国以上に幅広く拡大していった。したがって、高齢化に伴い徐々に要介護老人が増加していった際、それが(スティグマの強い“福祉のお世話になる”ことを避けて)「病院(医療)に流れる」傾向は極めて強いものがあつた。つまり、「社会的入院」の多さは、先に見てきたような戦後日本の「社会保険(医療・年金)中心主義」の帰結としての負の一面であつた。これは、途上国が日本型のモデルを採る際十分に留意すべき点のひとつであり、高齢化の進展のできる限り早い段階から、「健康転換第3相」への対応として、「医療→福祉」という方向を進めていく必要があると考えられる。

第二に、これも後発国に特有の点であるが、高齢化のスピードが速いことから、高齢者ないし後期高齢者の増加が、ある段階からきわめて急激に進むため、高齢者介護問題への対応も、財源をいかに確保するかという点を含め、非常に迅速な対応が求められるという点である。そして、これはある程度以上高齢化が進んだ後のステージでの課題であるが、こうした高齢者介護問題への対応---健康転換第3相への対応--を契機として、高齢者介護と医療保険システム、そして年金を含めた社会保障制度全体との再編が最終的な課題となっていくのである^{注33}。

用を賄えない者に対する生活保護(社会扶助)の額が増大し、これが介護保険創設の大きな背景となつたのである。

^{注33} 高齢者医療・福祉と社会保障全体の再編の方向については、広井(1997)、第3章及び第7章を参照。

VII. 若干の総括

以上、日本の経験について、VI.1.においては社会保障システム全体の特徴について、VI.2.においては医療、年金、福祉の各分野にそくして評価を行った。評価の内容と途上国にとっての示唆は既に述べたところに尽きるものであるが、最後に若干のまとめを確認的に記しておきたい。

冒頭にも述べたように、日本の経験は、

①後発国家における社会保障制度設計のあり方、

②ある段階からの急速な高齢化及びそれへの対応、

という二重の意味で、成功と失敗の両面を含めて、「欧米モデル」にはない独自の、かつ途上国にとってより共通性の高いモデルとしての意味をもつものである。

特に現下の途上国にとって意味をもつのは①であるが、この点に関して日本の経験がもつ独自性は、既に指摘したように、

(a) 「農業、自営業等のインフォーマルセクターが非常に大きな比重を占めるなかでの社会保障制度づくり」という問題に最初に直面し、対応を行った国であったという点、

(b) サラリーマングループについても「国自らが保険者」となり、国家主導型の社会保険システム（“国家保険”ともいうべき制度）を整備していった点、

にある。こうした点において、国保という「地域保険」のシステムや、中小企業向けの「政管健保」といったシステムは、途上国にとって、欧米のものにはないユニークなモデルとしての価値をもつものと考えられる。同時に、これらのシステムは、戦後日本における、経済成長というゴールに向けての国民全体の強いコンセンサスや凝集性の高さ、社会保障以外の行財政・政治システムとも不可分のものであり、また、既に指摘したように、企業レベルでの日本型雇用慣行や、国家レベルでの「日本株式会社」とも呼ばれるような官民一体の体制とも深く連動したものであった。したがって、今後具体的な制度のフィージビリティ等について吟味していくにあたっては、そうした社会保障をとりまく全体的なシステムとの関連において、各々の国の状況に照らしてさらに深く検討されていく必要がある。

一方、②の「ある段階からの急速な高齢化」については、逆に言えば、後発国の場合、そうした段階に至るまでは高齢化の問題のもつインパクトが十分自覚されないおそれが大きいことを意味するのであり、世界銀行も指摘するようにある種の“財政錯覚”に基づく給付の大幅改善——基本的に積立金の取り崩しによる——に流れてしまう傾向が大となる。わが国の年金制度については、そうした面が多分にあったと言え、その後の「改革」は、実質においてその“修復作業”としての給付削減という形となり^{#34}、しかもそうした修正作業が繰り返し小刻みに行われるために、かえって制度の安定性に対する国民の不安を増幅させるものとなる。しかもこうした点は、日本を含めて後発国の場合、高齢化ないし人口転換のスピー

^{#34} 村上（1997）、14ページも同様の評価を行っている。

第二部 日本の経験の評価

VII. 若干の総括

ドが早いため、短期間にドラスティックな形で起こらざるを得ない。したがって、高齢化の初期段階において特に公的年金の給付水準の抑制を図るべきことは、いわば負の意味での日本の経験からの示唆として位置づけられるべきであろう。また②の点については、併せて「健康転換第3相」への対応を、高齢者ケアにおける「医療→福祉」への転換という形で初期段階から進めておくことが、サービスの質の面でもコストの効率性の面からも重要であることは既に指摘したとおりである。

なお、本章で述べてきた内容に関する全体的なフレームを簡潔にまとめると図表VII-1のようになる。

【図表 VII-1】産業化・高齢化の進展段階と社会保障システム（概念図）

疾病構造 ／健康転換	医療・福祉システム		年金システム		産業構造・ 人口構造
	財 政	供 給	制 度	背 景	
第1相 感染症	公衆衛生施設 (←税)	プライマリケア &保健所等	(コミュニティ・家族内部の 経済的扶養)		前産業化段階
第2相 慢性疾患	医療保険制度 (サラリーマン →農業・自営業)	病院中心: 医療&施設	サラリーマンを 中心とする年金 制度	都市労働者の発 生・増加 コミュニティに よる扶養の解体	産業化段階 前期
	* 国保型の地域 保険の可能性 * 中小企業→政 府が保険者と なる可能性	* 供給主体につ き、公中心/私 中心の選択	農業・自営業者へ の拡大 (強制/任意)	都市化の一層の 進展	同 後期
第3相 老人退行性 疾患 (←後期高齢 者の増加)	高齢者を独立 させた、 医療・福祉を統合 したシステム	福祉&在宅	制度の再編、 医療・福祉との 統合	高齢化の進展 (高齢化率12～ 14%以上)	成熟化段階 前期
				高齢化の進展 (高齢化率16～ 18%以上)	同 後期

(注) 左欄の「疾病構造の変化(健康転換)」と右欄の「産業構造の変化」及び「人口構造の変化」は必ずしも一致するものではなく、本図はそれらをあえて単純化して併置したものである。したがって、実際のシステムの整備の前提となる状況はよりヴァリエーションをもったものとなる。

以上は「社会保障制度構築に関する日本の経験」についての第1次的な評価であり、これを出発点として、途上国における状況や開発経済学等の様々な知見を踏まえながら、さらに分析を深めていくことが今後の課題である。

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

第三部 残された課題と論点

第三部 残された論点

以上、第一部において、途上国における社会保障の現状と問題点等について様々なところでの指摘の整理をし、第二部においては我が国の社会保障の経験が、どのような点で途上国の社会保障の制度設計や展開に対して意味を持つことができるのかを検討した。

ここではまず、先進国における社会保障導入プロセスと、現在の途上国の置かれている状況の違いについて考察する。次いで、以上までで踏み込んだ分析が行えなかった点ではあるが、特に途上国に対して実際に我が国が経験を伝えていく際に必要となると思われる種々の点について指摘し、最後に今後「社会保障の国際貢献」を深化させていく上で必要となると思われる具体的な取組みの方向について問題提起をしたい。

VIII. 先進国における社会保障導入プロセスとの比較

図表 VIII-1 (広井 (1997)) は、先進諸国における社会保障の、15~16 世紀頃以降の展開を動的にとらえた図であるが、この図をみると、これらがよく妥当するヨーロッパ諸国における社会保障制度の構築は、その背景となる社会のニーズの変化に伴い、いわば内生的に生じてきたものであることが理解できる。すなわち、農業中心の共同体における紐帯が商業革命等を通じ徐々に解体し、都市への農民の流入が開始するのに応じ、例えばエリザベス救貧法 (1601 年) 等による国家による慈善的な制度が創設され、また産業化の展開と同時に起きた大量の都市労働者の発生に伴って、例えばビスマルク的社会保険制度が構築された。更に産業化の一層の進展の中で、有効需要を常に創出させることにより経済の繁栄を確保しようとするケインズ主義的経済政策において社会保障にその役割を担わせることとなり、このことが「大量生産産業が支配的であった経済に適合するように構築された」(Esping-Andersen (1996)) 先進諸国における福祉国家を成立させることとなった。

【図表 VIII-1】 社会保障 (社会保険及び福祉) の成立と展開

	社会保険	福祉 (公的扶助)	(背景)
前産業化社会	(共同体における相互扶助)		農業中心の共同体
商業革命等	保険原理 (リスクの分散) の成立 → 民間保険	慈善的なもの (エリザベス救貧法等)	共同体的紐帯の解体 → 個人の独立 都市への農民流入
産業化社会	前期 (自由主義的段階) 社会保険の成立 (…私法原理の延長として) (賃金労働者対象: 職域的性格)		大量の都市労働者の発生
	後期 (社会権的段階) 国民全体 (職域以外) への拡大	社会権 (生存権) (権利としての位置づけ)	国民国家の要請 福祉国家の理念
社会保障の成立 (二つの原理の併存)			
成熟化社会 (前期)	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 社会保険の変容 ① 年金: 賦課方式 (所得移転) としての性格強まる ② 医療保険: 長期保険的性格強まる ↓ 福祉への接近 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 福祉の普遍化 対象 (高齢者) の急増 ↓ 普遍化 ↓ 社会保険への接近 </div>	高齢化の進展 (高齢化率 12~14% 程度以上)
— 連続化 —			
成熟化社会 (後期)	?		高齢化の一層の進展 (高齢化率 16~18% 程度以上)

(出所) 広井良典、『医療保険改革の構想』、p. 198

しかしながら、これまでの様々な指摘から明らかなように、大多数の途上国にとっては、社会保障制度は、社会の内生的な変化に伴い自発的に生じてきたもの (ニーズ → 制度) ではなく、むしろ、自らの社会における問題点 (おそらくはそれも市場経済化や産業化の進展に

伴うものである)の解決を図るために先進国において既に開発されていた政策ツールを移入したもの(制度→ニーズ)であるといえる。(旧植民地であった国々においては植民地時代から存在していた制度を生かしつつ、)WHOやILO、世界銀行といった国際機関における援助と技術協力を通じる等して制度が構築/改革されてきているが、それが得てして「上」のモチベーションによる制度導入であるが故に、例えば制度を運営するために必要な官僚機構や、医療であればサービス提供主体の存在、また社会保険制度であれば保険料を拠出することを肯定するいわば『社会連帯』や、さらに広くいえば『国家意識』のような地域共同体的なつながり、又は国によっては民族的なつながりを超えた連帯の成立する基盤といったような、社会保障を運営していく上での社会保障外での前提が必ずしも整備されているとは限らず、先に述べた制度運営能力や、非公式セクターへの適用が「問題点」として意識されてきてしまっているのではないかとはいえるのではないかと。むしろこれは途上国の「問題点」というよりは、社会保障のような外生的な制度を、その受け入れの素地が必ずしも整っているとは限らないところに導入しようとすることに無理がある可能性もある。その意味で、先に指摘した世界銀行(1994)が制度の導入を焦るべきではないとし、市場や規制能力を注意深く評価する必要があるとしている点、またNormand and Weber(1994)において医療保険制度の導入可能性についてのポイントとして比較的大きな公式部門の存在や、教育水準、法的フレームワークや適切な管理機構の存在がポイントとなり、それらが存在しない場合には制度導入のための準備として前提条件を整えるべきであるとしている点は重要な意味を持つものと思われる。

さらに途上国においては、先進国において比較的長期間をかけておきてきた農業→産業化とそれに伴う都市化等がこの数十年において急激に訪れ、又人口の高齢化についても今後多くの国々において加速すると予想され(図表VIII-2)、先に引用した速水(1995)等の指摘にもあるように、人々の物事に対する価値観、生活習慣といった従来から備わっていたものがそのスピードに追いついていないといったことが考えられる。社会保障制度は人々の生活上の安心と安定を支えるものであり、家族観や労働観、また生活習慣といったものにそのあり方は大いに依存することとなる。産業化に伴う社会の急激な変化に対応していく必要があるからこそ、社会保障制度の構築/改革に努めていかなければならないわけであるが、一方において、先進諸国においても時間をかけて徐々に形成されてきた経済社会構造とそれに適応した社会保障制度の、途上国への「上」からの急速な適用には様々な困難が生じるであろうことは想像に難くないところである。

こういった、既存の社会に新たなシステムを持ち込むことに伴う問題点については、大野(1996)が指摘する市場経済を途上国、あるいは旧社会主義国等に導入する際の議論と共通する面があるものと思われる。大野(1996)は、途上国等においては市場経済を生み出すような生産力や社会構造を内部にはらんでいるわけではなく、むしろその社会自身は、放置されれば市場経済を速やかに生まれないような構造になっていると考えた方がよいとし、すでに存在する基層社会と新たに導入されるシステムを峻別する必要性が生まれ、両者の「整合性」と「相互作用」が決定的な分析課題となるとしている。さらにすべての社会に共通な体制移行の普遍理論なるものは存在せず、「市場化問題」にアプローチする際には、当該社会の注意

第三部 残された論点

VIII. 先進国における社会保障導入プロセスとの比較

【図表 VIII-2】 経済成長と構造変化の国際比較

	1人当りGNP		国内所得 (GDP) の				人口に占める		人口に占める	
	年平均		シェア (%)				都市人口の		60歳以上の者の	
	ドル	成長率(%)	農 業	工 業		割合 (%)		割合(推計(%))		
	1990	1965-90	1965	1990	1965	1990	1970	1991	1990	2020
アフリカ (サハラ以南)	340	0.2	40	32	20	30	16	29		
タンザニア	110	-0.2	46	59	14	12	7	34	4.7	3.9
ナイジェリア	290	0.1	55	36	12	38	20	36	3.8	5.1
ケニア	370	1.9	35	28	18	21	10	24	4.3	4.4
南アジア	330	1.9	44	33	21	26	19	26		
バングラデシュ	210	0.7	53	38	11	15	8	17	4.9	7.6
インド	350	1.9	44	31	22	29	20	27	6.9	10.3
東アジア	600	5.3	37	21	32	45	19	52		
中国	370	5.8	38	27	35	42	18	60	8.9	16.0
インドネシア	570	4.5	51	22	13	40	17	31	6.4	10.9
タイ	1,420	4.4	32	12	23	39	13	23	6.0	12.8
韓国	5,400	7.1	38	9	25	45	41	73	7.7	19.5
中南米	2,180	1.8	16	10	33	36	57	72		
アルゼンチン	2,370	-0.3	17	13	42	41	78	87	13.1	17.2
メキシコ	2,490	2.8	14	9	27	30	59	73	5.7	11.2
ブラジル	2,680	3.3	19	10	33	39	56	76	6.7	13.1
先進国 (OECD)	20,170	2.4	^{a)} 5 (6)	^{a)} (3)	^{a)} 43 (42)	^{a)} (34)	74	77		
英国	16,100	2.0	3	^{b)} 2	46	^{b)} 37	89	89	20.8	25.5
フランス	19,490	2.4	8	4	38	29	71	74	18.9	26.8
米国	21,790	1.7	3	^{b)} 2	38	^{b)} 29	74	75	16.6	24.5
日本	25,430	4.1	10	3	44	42	71	77	17.3	31.4
世界	4,200	1.5	10	—	41	—	35	51		

注) a) カッコ内は表示 OECD4 か国の単純平均 b) 1989 年値 c) 1988 年値
 (出所) 速水 (1995) 表 2-1 に加筆 (世界銀行 (1993)、(1994))

深い観察に基づく帰納法と、経済論理にもとづく演繹法の二つの知的方向性を組み合わせる必要があるとしている。

繰り返しになるが、社会保障は、先進諸国における社会経済の発展の中で生まれ、先進諸国における文化、社会的な価値観の中で確立されてきた制度であり、さらに現在の姿に至るまでには何世紀にもわたる歴史を積み重ねてきている。そういったものを、歴史、文化、社会的な前提が異なる社会に持ち込む際には、既存の基層社会との整合性が重要となると考えられる。さらにそういった整合性を検討する上では、先進国の経験を踏まえた社会保障制度に内在する理論的な整理を単純に当てはめるだけではなく、現場の途上国の経済社会における文脈の中で、それをどのようにして受け入れ、消化していくことがもっとも望ましいかといった視点が必要不可欠なのではないか。

IX. 残された論点

1. 社会保障の政治過程

冒頭の福武（1983）の指摘のように、社会保障はそれを必要とする社会経済状態が生まれるだけでは成立せず、社会の構成員のその制度化への要請が必要となる。そのような要請が実際の政策となっていくためには、その国の政治過程がそれを可能とする必要がある。そこには政策決定における立法府と行政府の関係、立法府における政党の構成とその支持層、圧力団体等、官僚制のあり方を含む行政府の政策決定に関する関与の方法等様々な要因が働きうる。

今回の作業を通じて、途上国の社会保障政策を政治過程に力点を置いて分析したものには出会うことができなかった。我が国の戦後の社会保障政策の歴史における先に指摘したようなドイツ型社会保険システムから普遍主義的な方向へ展開していく過程において、上に指摘したような様々な要因となりうる変数が現在の社会保障の姿に達するまでにどのように働いたかについての分析はここでは省略するが、同様の分析が、特に実際の政策への反映を志向する際には当然必要となるものと思われる。現在の状況を断片的に把握し、モデルを構築してそれを実現していくという思考方法も有益であり、必要ではあるが、国家が存在し、そこに人間社会が存在し、日々の営みや利害、過去における様々な取組が存在している以上、特に白紙のキャンバスに理想モデルを構築していくようなことは現実的ではなく、政治過程においてある種の慣性を有しているそれぞれの主体に対してどのように働きかけ、それらがどのような行動をすることにより、理想に近づいていくことができるのかというアプローチの方法が不可欠であると思われる。そのためには、総論であっても各論であっても、途上国における政治過程についての研究との学際的な研究が必要となると思われる。

2. 把握すべき要素の一般化

社会保障政策に関する知的貢献にはある国の経済社会における様々な要素について多角的な角度からの把握がなされることが必要となると思われるが、一体何のどのような点に着目する必要があるのかを、特にマクロ的な視点から整理することは、実際に知的貢献作業に携わる際に、一国の大まかな事情を把握することを容易にすると思われると同時に、そこでは指摘されていないある国固有の問題を明らかにすることと思われる、有益なものになると思われる。図表 IX-1 に以上までの文献整理の作業から導かれる把握すべき要素のリストを掲げる。

第三部 残された論点

IX. 残された論点

【図表 IX-1】 社会保障の知的貢献に際し把握すべき社会経済における要素

(1) 社会的状況（人口、家庭、労働、経済等の社会保障の外側における社会における各要素と、これらを基礎変数とする（ものと考えられる）都市化等の状況、また疾患状況等）

①人口構造

データ：平均寿命、乳児死亡率、高齢化の状況 等

②家庭等の状況

データ：世帯構造（平均世帯人員、核家族化、高齢者世帯 等）

「家族」「家」「ムラ」「民族」意識等といった価値観の状況 等

③労働（産業構造）

データ：産業構造、就業構造 等

特に非公式セクターにおける雇用状況に関する把握、農村における経済構造

④経済成長

データ：一人当たり GDP 等

⑤（②～④の結果としての）所得分配、都市化の状況

データ：ジニ係数、ローレンツ曲線 等

都市人口、産業分布 等

⑥疾患・衛生の状況

データ：死因構造の変化、DALY

*その他、総合指標としての「人間開発指数」（寿命、教育（識字率、就学年数）、購買力平価を組み合わせた社会的要素に関する発展度合いの指標）、また女性の状況を横割的に把握することも必要。

(2) 制度的状況（社会保障制度を取り巻く社会に存在する制度の状況）

①行政・政治機構（官僚機構、法制度等）

・行政の制度運営能力、政治体制 等

②企業組織・労働機構

・雇用主の状況（自ら提供する社会保障的サービスと、国家提供の社会保障サービスとの関係を考える上での重要性）、企業経営における stakeholder としての労働者の位置づけ、雇用の流動性、賃金体系 等

③金融機関の状況

・特に（郵便貯金のような）少額貯蓄制度の存在 等

（その整備状況により異なる高齢期の所得保障制度のあり方）

④医療サービス供給の状況

・医師数、看護婦数、病床数

・伝統的な医療制度の果たす役割 等

⑤国際機関、NGO の果たす役割

・政府保健支出にしめるドネーションの位置づけ

・NGO の果たしている役割、歴史 等

⑥『国家意識』『国家観』『国民意識』 等

(3) 社会保障制度自体の状況

また、社会保障政策に関する多元的な把握を深めていくために、これらの要素を様々な文献、データベース等にあたり確認した後、社会保障政策の構築の歴史と比較しながら、『いつ頃』『どういう政策』が採られているかの動態的要因分析（sequencing）を試みることは大変有意義なものであると思われ、今後の研究課題であると思われる。これはまた同時に、「社会保障とは」というより一般的な問に対するより深化した答を探していく道程にもなっていくのであろう。

3. 「福祉国家」の変容と途上国への知的貢献

VIにおいて整理したとおり、先進諸国は、一国経済の枠組みの中で、市場経済に伴い生ずる様々な社会的不公平を是正するために、所得再分配的政策や失業対策を提供してきた。一方における社会保障政策の進展を促した文脈として、繰り返し指摘してきているように経済成長に伴う社会構造の変化、女性や障害者等の人権に対する意識の向上、福祉の向上を可能とする医療技術の格段の進歩、等が存在している。

一方において、その様な社会保障政策を提供してきたいわゆる「福祉国家」も、産業構造の水平的分業への移行や規制緩和による主権国家による競争上の弱者救済政策からの撤退、情報通信革命等による経済のボーダーレス化が全世界的に進む傾向にある現在において、その前提が変わってきている面がある。宮崎（1996）は、ミュルダールの「西ヨーロッパ世界の富国における民主的福祉国家が保護主義的であり、また、ナショナリズムであるという事実」に正面から対決しないかぎり、けっして今日および明日の国際問題と取り組むことはできないであろう。」という指摘を引用し、「“福祉国家”は、国民経済の枠組みの中で主権国家の強力な経済政策によって始めて実現しうるのであって、経済的規制を大幅に緩和して、『国民経済』の枠組みを離脱するならば、国内における経済的福祉-とりわけ所得分配の不平等の是正と完全雇用の実現-はきわめて困難になることを意味している」としている。また一方において「福祉国家」において展開されてきた各種の施策も、その時代と社会構造を前提にしたプログラムであったことを想起すると、我々の経験の提供をする相手方となる国々におけるあるべき「社会保障」は、「福祉国家」的枠組みの中で展開されてきたものとは、国情の違いを踏まえてもなお異なってくる面があるものと思われる。塩野谷（1997）における産業革命以降の第4の長期波動（1940年代から1990年代）の中で我が国の社会保障は構築され現在に至り、第5の波動（1990年代～）の興隆局面においてその構造改革が求められているところである。第5の波動は、「情報・通信技術の革命を中心とした産業構造の再編成をパラダイムとして」（塩野谷（1997））おり、それは途上国においても同時並行的に存在しているところである。知的貢献の素材として本稿で試みてきたとおり我が国をはじめとした先進国における社会保障の過去の歴史を紐解き、要素ごとの様々な分析を行った上で、途上国に提供していくことは必須の作業ではあるが、そこに例えば「第5の波動」といった時代性を加えた上で提供していくことができれば、より望ましいものと思われる。そのためには、今後

第三部 残された論点

IX. 残された論点

我が国をはじめとした先進国における「福祉国家」の、社会経済構造の変革への対応の経験を、歴史的な分析に付加して整理していくという指向性が必要となるのではないか。

X. 今後必要となる具体的な取組み

1. 我が国における知見の総合化

我が国においてまず取り組むべきと思われる知見の総合化について指摘する。

社会保障に関する国際貢献という観点で今回この論文を執筆したが、その際には文中に引用したものも含め、途上国の社会保障に関連して相当数の我が国の関係者が記述したもの、その他日本語による文献を参考とした。また経験を通じ、例えばJICWELSが行っている研修等の機会に、各国の社会保障関係者がそれぞれの国のカントリーレポートを発表する機会などがあり、特にアジア地域についてそれらのストックが関係方面に集積していることも理解している。

これら、我が国において既に蓄積していると思われる途上国の社会保障に関する知見は、大きく分けて以下のように整理することができる。

- ① 途上国の社会保障従事者の来日、訪日研修等におけるカントリーレポート、政府資料等の情報の集積。
- ② 途上国の現場で援助の実践を行う関係者の論文等。
これらはそれぞれの専門に応じ、以下のように更に分けることができる。
 - ・ 公衆衛生（国際保健）的アプローチ（感染症、プライマリケア、母子保健、水道廃棄物等）での実践
 - ・ 国際福祉的アプローチ（貧困、児童、女性、障害者福祉等）での実践
 - ・ 農村地域開発、都市問題的アプローチでの実践
- ③ 開発経済学の研究者による経済開発論的文脈での著作、論文における途上国の社会保障に関する記述。

- ④ 社会保障の研究者、また行政関係者による途上国の社会保障について記述した論文。

その他論文等はわずかしか見つけることができなかつたが、開発系や社会保障系の国際機関に勤務し、途上国での社会保障の実践に携わっている日本関係者もいるものと思われる。

以上のうち特に②については、様々な機関、制度を通じて我が国の多くのエキスパートが途上国の現場において実際に制度の構築、発展のために努力を重ねてきている。我が国の国際貢献はしばしば「顔の見えない援助」と批判されることがあるが、実際に第一線で活躍している方々にすれば失礼な言葉であり、その現場における取組は大いに尊敬され、学ぶべきものがあると思われる。また③についても、多くの文献を引用させていただいたことから判るとおり、多くの研究者の方々が長年にわたり取り組んできている。

社会保障の国際協力を志向する立場からすると残念なのは、④のような論文が少ないことから明らかなように、上記のような様々な蓄積があるが、それらと①のような各国の側からの情報提供を、それぞれの国々における社会保障制度の構築、発展の状況の分析という立場から総合化する取組みが余り行われていないように見受けられる点にある。このうちの多

第三部 残された論点

X. 今後必要となる具体的な取組み

くが個々の国、地域、また制度についての記述であり、社会保障を総論で論じたものは少ない。

特にアジア地域においては、今まで社会保障制度の導入に至る前段階での絶対的な貧困、低い栄養や衛生状況等に直面しており、社会保障制度の構築、発展という点にあまり重きが置かれていなかった面もあると思われるが、各国の最近の取組、また最初に指摘した「世界福祉イニシアティブ」に対する各国の反応等に鑑みれば、今後の我が国においては、今までの援助の実践、開発経済の研究等の成果を、社会保障を研究する立場からの「社会保障の構築、発展」という立場から整理し直し、今後の経済社会構造の変化をも視野に入れつつ、フレームを提示していくことが重要になってくるものと思われる。

2. 我が国の経験の国際的発信

本稿において、我々はまず途上国の社会保障制度についての理解を深めるために様々な文献に当たりその現状と問題点等を整理し、次に我が国の経験を途上国に対して知的側面からの貢献をするというスタンスに立ち分析した。

今後様々な局面で我が国が社会保障制度に関する知的貢献をしていくことが可能であると思われる。それは指摘したとおり我が国の社会保障の発展過程が欧米諸国の経験を踏まえた「後発国家における社会保障制度設計」であったと評価することが可能であるという点によることは当然であるが、そのみならず、今後の我が国における急速な高齢化の進展が欧米諸国を抜いて世界の先頭に立っていくものとなり、ある意味では社会保障の新たな姿を世界に示していくということともなるからである。

そのためにも、我が国の社会保障の政策分析を行う場合には、その歴史的経緯を踏まえた特徴を客観的かつ多角的に分析し、更にその結果を世界共通の財産としていく姿勢が今後一層臨まれる。

我々がこの論文を書く際に様々な文献に当たり、その中には欧米の研究者が我が国の社会保障制度を記述したものも少なからず存在したが、我が国の社会保障に関わりを持つ者の視点からみて若干不正確と思われるものも見受けられた。それは大変残念なことである。勿論様々な方面で英語での論文などの発表が行われてきているが、我が国の社会保障の今後2-30年における経験は、人類史上の先駆的な挑戦となるものであり、今後一層の発信を行うことを通じ、世界に貢献していくこととなるのではないか。

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

《付表 A-K》

付表 A. 医療に関する財政方式

<i>Employer liability</i>	<i>Social insurance</i>		<i>Social assistance</i>
	<i>As employer liability</i>	<i>With joint financing</i>	
Afghanistan	Armenia	India	Australia
Bangladesh	Azerbaijan	Indonesia	Hong Kong
China	China	Iran (Islamic Republic of)	India
Hong Kong	Indonesia	Japan	Japan
Indonesia	Kazakhstan	Myanmar	New Zealand
Maldives	Kyrgyzstan	Philippines	Republic of Korea
Nepal	Pakistan	Thailand	
Pakistan	Tajikistan	Republic of Korea	
Sri Lanka	Turkmenistan		
	Uzbekistan		

Sources: See the source notes in table V.4.
 (出所) United Nations (1995)

附表 B. 雇用主責任による医療制度

	<i>Coverage</i>	<i>Benefits</i>
	<i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	<i>see codes in notes</i>
Afghanistan	Employees in large establishments which maintain their own medical facilities	mck
Bangladesh	Medical facilities provided by some employers in both public and private sectors	mcd, mck or mcc=100 taka
China	Employees of government and party organizations, employees of educational, scientific, and cultural institutions, and university students	mck,mcf
Hong Kong	All employees	mck
Indonesia	Manage Health Care Insurance is a direct liability of smaller employers	..
Maldives	Government employees	mcc,mcf
Nepal	Employees in factories on industrial estates with 10+ employees; and certain hotels, tourist and trekking firms	mcc,mck
Pakistan	Public and railway employees, armed forces, local authorities and police	..
Sri Lanka	Plantation owners provide medical care in their own dispensaries and maternity wards	mck mcf

Sources: J.R. Marzolf, "National health insurance schemes: comparison of the Indonesian JPKM strategy with selected countries", paper presented at the Workshop on Social Security (January 1994); International Labour Office, "Report to the Government on social security planning and administration: Nepal" (NEP/85/026/1) (Geneva, 1992), p. 7; see the source notes in table V.4.

Notes: mcc = cash benefit for medical care; mck = medical care in-kind (treatment in clinic or hospital, medicine, artificial limb etc.); mcf = free medical care in public clinics and hospitals; mcd = medical care is provided to dependents; dc = cash payment to survivors (e.g. funeral grant).

(出所) United Nations (1995)

付表 C. 社会保険方式による医療制度の概要

	<i>Coverage</i> <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	<i>Benefits</i> <i>see codes in notes</i>	<i>Contributions^a</i>		
			<i>Employee (% of earnings)</i>	<i>Employer (% of payroll)</i>	<i>Government (% of payroll)</i>
India	Employees State Insurance covers non-seasonal factories using power with 10+ employees, and not using power with 20+ employees in 609 industrial centres, and extended gradually <i>Exclusions: employees in seasonal, agricultural and specific other sectors; employees earning Rs 3,000 or more a month</i>	mck,mcc mcd dc	1.5 <i>also finances sickness and maternity spouses = Rs 10 a month disabled = Rs 10 a month retirees = Rs 10 a month</i>	4	12.5 of medical benefits and medical facilities
Indonesia	Health maintenance scheme of Employees Social Security covers all employees	mck,mcc mcd	cost of basic care	6 or 3 <i>married/single</i>	administration <i>as employer</i>
Iran (Islamic Republic of)	Employees in urban areas and pensioners are covered by Social Security Organization scheme Rural Social Insurance covers rural residents Civil Servants Medical Insurance scheme covers government employees Vulnerable Group Medical Insurance scheme (criteria for coverage is not available)	mck,mcc mcd	7 <i>finances all benefits</i> Rls 365 a year	8 <i>government</i> none	20 ^b costs
Japan	Employees Health Insurance covers establishments in industry and commerce; voluntary for others Members of insurance societies Employees of government, private schools, seamen National Health Insurance covers <u>all residents</u> not financed by other schemes	mck,mcd .. mck,mcd mck	4.1 3.83 .. annual fee ^c	4.1 <i>government</i> none	14.6 of benefit costs none .. 50 of benefit costs administration
Myanmar	Establishments with 5+ employees in industry and commerce with employees in specified industries and services of 61 districts are provided medical care in facilities of the Social Security Board. Large establishments have their own facilities	mck,mcd mck	1 <i>also finances sickness, maternity benefits and public hospitals</i>	3	1
Philippines	Employed persons, including Filipino seafarers, qualified self-employed with P 1,800 or more a year; farmers and fishermen with P 1,500 or more a month; pensioners and dependents of employees <i>Exclusion: family labour, domestics, earning P 3,000 or more a month</i> Special scheme for former government employees	mck mck mck mck mck	1.25 2.5 2.5 none 2.5	1.25 <i>financed from contributions</i> none	any deficit none

(Continued on next page)

《附表A-K》

	<i>Coverage</i> <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	<i>Benefits</i> <i>see codes in notes</i>	<i>Contributions^a</i>		
			<i>Employee</i> <i>(% of earnings)</i>	<i>Employer</i> <i>(% of payroll)</i>	<i>Government</i> <i>(% of payroll)</i>
Thailand	Establishments with 20+ employees, maximum earnings: B 500 a day; voluntary for self-employed <i>Exclusions: employees in agriculture, fishing, public and domestic service, railroad, shipping, telecommunications, power generation and distribution, fuel oil production and refining, private education</i>	mck,mcc mcd	1.5	1.5 <i>also finances invalidity, survivors, sickness, maternity</i>	1.5
Republic of Korea	Employees in establishments with 5+ employees employees of small businesses, self-employed farmers and fishermen, through insurance societies Employees of government and private schools covered by Medical Insurance Corporation National Federation of Medical Insurance Societies covers expensive services and technologies	mck,mcc mcd,dc mck,mcc, mcd,dc	3 to 8 ^d none	3 to 8 ^d government <i>financed by insurance societies according to ability to pay</i>	<i>as employer administration</i> <i>as employer administration</i>

Sources: J.R. Marzolf, "National health insurance schemes: comparison of the Indonesian JPKM strategy with selected countries", paper presented at the Workshop on Social Security, Kuala Lumpur, January 1994; International Labour Office, "Technical note on social protection in the Republic of the Maldives" (Bangkok, ILO Regional Office, 1994); Un-Hang Shin and Jae Sung Min, "Introduction and extension of the National Pension Scheme: The Korean Experience" (ISSA/ASIA/RM/92/2 - Korea) (Manila, International Social Security Association, June 1992); H.B. Inductivo and F.E. Villaruz, "National strategies for the extension of social security to the entire population" (ISSA/ASIA/RM/2/92 - Philippines) (Manila, 1992); see the source notes in table V.4.

Notes: mcc = cash benefit for medical care; mck = medical care in-kind (treatment in clinic or hospital, medicine, artificial limb etc.); mcf = free medical care in public clinics and hospitals; mcd = medical care is provided to dependents; dc = cash payment to survivors (e.g. funeral grant).

^a Contributions may also finance other benefits as indicated. The rate of contribution is a statutory requirement.

^b Government also pays contributions for first five employees in small industrial and technical workshops.

^c National Health Insurance in Japan: 1991 average contribution per household was 154,513 yen as national health tax or premium.

^d Republic of Korea: self-employed based on assets, income and number of dependents; 1990 industrial average = 3.19 per cent.

(出所) United Nations (1995)

付表 D. 雇用主責任の社会保険方式による医療制度の概要

	Coverage <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	Benefits <i>see codes in notes</i>	Contributions ^a		
			Employee <i>(% of earnings)</i>	Employer <i>(% of payroll)</i>	Government <i>(% of payroll)</i>
Armenia ^b	All residents	mcf			subsidies
Azerbaijan ^b	Employees of state enterprises and farms, and cooperatives	mck,mcc	1	12.1 to 26	and public health care
Kazakhstan ^b	Self-employed	mck,mcc	27		
Kyrgyzstan	Enterprises, state farms, universities and collectives	mck,mcd	none	entire cost	care
Tajikistan ^b	may provide medical facilities and personnel				
Turkmenistan ^b					
Uzbekistan ^b					
China	Employees of state enterprises (permanent, contract and retired employees) Employers also may provide clinics and hospitals	mck,mcf mcd	none	entire cost	public clinics, hospitals
Indonesia	Managed Health Care Insurance (JPKM) regulates: Compulsory health insurance for civil servants; Workmen's Compensation insurance with ASTEK direct liability of smaller employers; voluntary scheme (PKTK) with ASTEK for private sector employees; and voluntary schemes for village organizations (Dana Sehat)	benefits vary by scheme		contributions vary by scheme	as employer administration
Pakistan	Provincial Social Security scheme covers firms with 10+ employees in selected industries, domestics <i>Exclusions: family labour, self-employed, earning above PRs 3,000 a month</i>	mck,mcc mcd,dc mcf	none	7 <i>also finances work injury, medical facilities</i>	none

Sources: J.R. Marzöf, "National health insurance schemes: comparison of the Indonesian JPKM strategy with selected countries", paper presented at the Workshop on Social Security, Kuala Lumpur, January 1994; see the source notes in table V.4.

Notes: mcc = cash benefit for medical care; mck = medical care in-kind (treatment in clinic or hospital, medicine, artificial limb etc.); mcf = free medical care in public clinics and hospitals; mcd = medical care is provided to dependents; dc = cash payment to survivors (e.g. funeral grant).

^a Contributions may also finance other benefits as indicated. The rate of contribution is a statutory requirement.

^b 1990 amendments only. Information about later changes for these contingencies is not yet available.

(出所) United Nations (1995)

附表 E. 老齡・障害・遺族給付に関する財政方式

<i>Provident fund</i>	<i>Social insurance</i>	<i>Social assistance</i>
Bangladesh	Afghanistan	Australia
Fiji	Armenia	Hong Kong
India	Azerbaijan	Indonesia
Indonesia	China	India
Kiribati	India	Kazakhstan
Malaysia	Indonesia	Kyrgyzstan
Maldives	Iran (Islamic Republic of)	Malaysia
Nepal	Japan	New Zealand
Papua New Guinea	Kazakhstan	Republic of Korea
Samoa	Kyrgyzstan	Sri Lanka
Singapore	Malaysia	
Solomon Islands	Mongolia	
Sri Lanka	Myanmar	
Thailand	Pakistan	
Vanuatu	Philippines	
	Republic of Korea	
	Sri Lanka	
	Tajikistan	
	Thailand	
	Turkmenistan	
	Uzbekistan	
	Viet Nam	

Sources: N.P. Banna, "Old-age protection systems" (ISSA/ASIA/RTC/KL/IV: Appendix) (Geneva, International Social Security Association, 2 May 1991); P. Singh, *Social Security in Asia and Pacific: A Comparative Study* (New Delhi, Friedrich Ebert Stiftung, 1992); U.S. Department of Health and Human Services, *Social Security Programmes Throughout the World - 1991 and 1993* (Washington, DC, Government Printing Office, 1992 and 1994); other national, international and United Nations agency sources.

(出所) United Nations (1995)

付表 F. 老齢・障害・遺族給付に関する社会保険方式の特徴

	Coverage <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	Benefits <i>see codes in notes</i>	Contributions ^a		
			Employee (% of earnings) <i>additional by rank or grade</i>	Employer (% of payroll) <i>by industry</i>	Government (% of payroll) <i>as subsidy</i>
Afghanistan	Employees in private establishments, cooperatives, social organizations, joint enterprises and government	rp,ip	3	none	3
Armenia ^b Azerbaijan ^b Tajikistan ^b	Employees and members of state co-operatives and farms	rp,ip,sp	1	12.1 to 26	50 per cent of costs
				<i>also finances sickness, maternity, work injury benefits and family allowances</i>	
China	a) Urban employees in state-run, collectively-owned, joint-venture establishments: i) Permanent employees ii) Contract employees b) Employees in party organizations, and of government in culture, education, science	rp + supplement, ip,sc,dc	none 3 none	subsidy plus 18 15 government	subsidies as needed entire cost
India	a) Gratuity: establishments with 10+ employees including factories, mines and plantations <i>Exclusions: employees earning Rs 2,500 or more a month</i> b) Provident Fund members in establishments at least 3 years old with 20+ employees in 177 industries: i) Family Pension Fund ii) Deposit-linked Insurance <i>Exclusions: employees earning Rs.3,500 or more a month and those employees previously identified as excluded from membership</i> <i>Exemptions: members of approved private plans</i> c) Group insurance: landless agricultural workers	a) rc,lc,s b.i) rc,sp,dc b.ii) sc c) sc	none 1.17 none	4 average 1.17 0.5 + 0.1 administration	none 1.17 plus administration 0.25 entire cost
Indonesia	Members of provident funds in the private sector: a) Death Insurance b) Retirement Insurance (endowment insurance) Government employees	sc,dc rc rp,sp	none 1 4.75	0.5 1.5 government	none none state budget
Iran (Islamic Republic of)	Employees in specific occupations and geographical areas Seasonal employees Self-employed, voluntary within earnings limits Public employees	rp,ip,sp,d rp,ip,sp,dc rp,ip,sp,dc rp,ip,sp,dc	7 9 none	20 20 government	3 3 8.5
Japan	a) Employees of firms in industry and commerce (maximum/minimum: 530,000/92,000 yen) b) Contract employees in industry and commerce c) Miners and seamen d) Schemes for farmers, private school teachers, and employees in agricultural, forestry, fishery co-operatives, and public employees e) All residents aged 20-59 years, voluntary for 60-64 years, and for citizens residing abroad aged 20-64 years (universal)	rp,ip,sp rp,ip,sp rp,ip,sp rp,ip,sp rp,ip,sp	7.25/7.225 male/female 5.65/5.625 8.15 .. 10,500 yen per month	matching matching 8.15 .. c	administration administration administration .. 33.33 of costs plus administration
Kazakhstan	Employees residing in the country, including foreign citizens and those without citizenship	rp,ip,sp	1	37	subsidies as needed <i>also finances sickness, maternity, work injury, family allowances</i>

(Continued on next page)

《附表A-K》

	Coverage	Benefits	Contributions ^a		
	as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions	see codes in notes	Employee (% of earnings)	Employer (% of payroll)	Government (% of payroll)
Kyrgyzstan	Employees and members of cooperatives	rp,ip,sp	1	31.8	subsidies
	State and collective farms	rp,ip,sp	1	22.4	as needed also finances sickness, maternity, work injury, family allowances
Malaysia	Invalidity scheme: employees, aborigines, fishermen, agricultural workers in paddy fields	ip,sp,dc	0.5	0.5	none
	Voluntary for those earning M\$ 2,000 or more a month <i>Exclusions: casual employees and domestics</i> Public employees (Government Pension Scheme)	rp	none	government	entire cost
Mongolia	Employees, voluntary for self-employed	rp,ip,sp	none	13.5	50 per cent of costs also finances all other benefits
Myanmar	Permanent employees in cooperatives of public and private sectors	rp
	Permanent employees of the Government	rp	none	government	entire cost
Pakistan	Employees in firms with 10+ employees, managers, administrators earning up to PRs 3,000 a month	rp,ip,sp	none	5	5
	<i>Exclusions: family labour and the self-employed</i> Schemes for public employees, armed forces, police, statutory bodies, local authorities, bank, and railway employees	rp,ip,sp	5	government	5
Philippines	Government employees	rp,ip,sp,dc	8.5	government	9.5
	Employees in the private sector, seafarers, self-employed earning P 1,800 or more a month	rp,ip,sp,dc	3.3	4.7	covers any deficits
	Self-employed farmers, fishermen earning P 1,500 or more a month (maximum: P 6,000 a month)	rp,ip,sp,dc	8	none	self-employed
Republic of Korea	Citizens and residents aged 18-59 employed in firms with 5+ employees <i>Exemptions: special schemes for private school teachers, military and public employees</i>	rp,ip,sp,ad	2	2	administration
Sri Lanka	Farmers and fishermen engaged in small-scale and subsistence activities, aged 18-59	rp	increases with age		matching
Thailand	Establishments with 10+ employees	ic,dc	1.5	1.5	1.5
	Voluntary for the self-employed <i>Exemptions: Public employees and members of private plans offered by employers with comparable benefits</i>	ic,dc	3		also finances sickness and maternity benefits
Turkmenistan	Employees in enterprises	rp,ip,sp	1	37	subsidies
	Members of co-operatives, and state farms.	rp,ip,sp	1	26	as needed also finances sickness, maternity, work injury, family allowances
Uzbekistan	Employees, and members of state cooperatives and farms	rp,ip,sp	1	37	as employer also finances sickness, maternity, work injury, family allowances
Viet Nam	Employees in state sector	rp,rc,ip,ic,sc	none	3	as employer

(Continued on next page)

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

Sources: P. Singh, *Social Security in Asia and Pacific: A Comparative Study* (New Delhi, Friedrich Ebert Stiftung, 1992); U.S. Department of Health and Human Services, *Social Security Programmes Throughout the World – 1991 and 1993* (Washington, DC, Government Printing Office, 1992 and 1994); other national, international and United Nations agency sources; and “Uzbekistan” and “Turkmenistan”, *IMF Economic Reviews*, No.4, 1994, pp. 81-85 and No.3, 1994, pp. 94-96; International Labour Office, “Report to the Government of the People’s Republic of China on social security reform” (Geneva, 1993); P. Singh, “National strategies for the extension of social security to the entire population: the Malaysian experience” (ISSA/ASIA/RM/92/2 – Malaysia) (Manila, International Social Security Association, 1992); and International Labour Office, “Report to the Government on social protection development: Mongolia” (MON/91/M02/NET/01) (Geneva, 1993).

Notes: rp = retirement pension; ip = invalidity pension; sp = survivors pension; rc = cash in lump sum on retirement; ic = cash in lump sum for invalidity; sc = cash in lump sum for survivors in case of death; dc = cash in lump sum upon death, e.g. funeral grant; annuity = insurance providing regular annual income until death; ad = annuity for dependents (child, parent, spouse).

- a Contributions may also finance other benefits as indicated. The rate of contribution is a statutory requirement.
 - b This system was adopted in 1990, but later information is not available.
 - c Employer contributions to the National Pension Scheme in Japan are included in rates for employment-related schemes.
-

(出所) United Nations (1995)

付表 G. 老齡・障害・遺族給付に関する共済基金方式の特徴

	Coverage <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	Benefits <i>see codes in notes</i>	Contributions ^a		
			Employee (% of earnings)	Employer (% of payroll)	Government (% of payroll)
Bangladesh	Public employees	rc	..	government	..
	Employees on tea plantations	rc,lc,sc	7	7	..
Fiji	Employees, voluntary for non-employed aged 15-60 and by self-employed for death benefit <i>Exclusions: public employees, domestics, and military and police personnel</i> <i>Exempted: members of equivalent private plans</i>	rc (annuity,lc,dc sp, means-tested allowances for needy elderly and widows)	7 F\$ 7 for sp	7	none
India	Establishments with: a) at least 3 years old with 20+ employees in 177 industries; or b) 50+ employees in 98 industries <i>Exclusions: employees earning Rs 3,500 or more a month, members of schemes for coal mines and tea plantations and for seamen; and special system for public and railway employees</i> <i>Exemptions: members of approved private plans</i>	rc(annuity) ic,sc,dc rc(annuity)	8.33 10	8.33 10 plus 0.65 for administration	none none
Indonesia	Establishments with 10+ employees or a payroll of Rs 1 million or more a month, voluntary coverage available, and with gradual extension to smaller firms and casual employees Government employees	rc,ic,sc,dc rc,ic	2 3.25	3.7 government	none none
Kiribati	Employees aged 14 and older earning at least \$A 10 a month <i>Exclusions: domestic servants, and employees earning less than \$A 10 a month</i>	rc,ic,sc	5 \$A 5 annual deduction for sc	5	none
Malaysia	Employees Voluntary for self-employed and domestics <i>Exclusions: casual employees, agricultural workers, employees earning M\$ 1,000 or more a month, and employees covered by schemes for farmers, armed forces, and private school teachers</i>	rc,ic,sc	10	12	none
Maldives	Government employees and bonded graduates Government-owned and privately-operated bank and shipping companies	rp,ip rc,sc rc,sc	5 10 5	government 10 10	5 owner owner
Nepal	Permanent government employees, employees in corporate autonomous bodies, educational institutions; factories with 10+ employees, with extension to certain hotels and trekking firms	rc,sc,dc	10	10	none
Papua New Guinea	Establishments with 25+ employees <i>Exemptions: establishments growing or processing cocoa, copra, palm oil, rubber or tea; and members of scheme for public employees</i>	rc,ic,sc	5 voluntary increases to 10	7	none
Samoa	Employees	rp/rc,ip/ic,sp,dc	5	5	none
Singapore	Employees earning S\$ 50 or more a month; public employees being phased-in as members <i>Exclusions: members of approved and equivalent private plans, and the self-employed</i>	rc (annuity) ic,sc	b also finances retirement, medisave, properties, equities etc.	b	none as employer

(Continued on next page)

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
 社会保障国際協力の理論に向けて
 ～高齢化の地球的進行と日本の経験

	Coverage <i>as defined in legislation, including specified exclusions and exemptions</i>	Benefits <i>see codes in notes</i>	Contributions ^a		
			Employee (% of earnings)	Employer (% of payroll)	Government (% of payroll)
Solomon Islands	Employees including domestic servants, aged 14+, earning S\$ 20, working 6+ days a month; voluntary for self-employed, unemployed aged 16-35. Separate scheme for public employees	rc,lc,sc,dc	5 S\$ 5 annually deducted for dc	7.5	none
Sri Lanka	Employees Public employees, including local government <i>Exemptions: family labour; approved private plans</i>	rc,lc,sc rc,lc,sc	8 6	12 <i>government</i>	none 9
Thailand	Employees in private sector, government enterprises and partnerships	rc	3 to 15	matching, 3 average	none <i>as employer</i>
Vanuatu	Regular employees aged 14+ years; voluntary for members of religious organizations <i>Exclusions: employees earning below VT 3,000 a month or under subcontract; casual employees in agriculture or forestry; and approved private plans</i>	rc,lc,sc	3	6	none

Sources: International Labour Organization, "Technical note on social protection in the Republic of the Maldives" (Bangkok, Regional Office for Asia and Pacific, 1993); L.L. Tien, "Social security in Singapore", pp. 216-288 in T.S. Sankaran and others, *Social Security in Developing Countries* (New Delhi, Har-Anand Publications, 1994), p. 219; P. Singh, *Social Security in Asia and Pacific: A Comparative Study* (New Delhi, Friedrich Ebert Stiftung, 1992); U.S. Department of Health and Human Services, *Social Security Programmes Throughout the World - 1991 and 1993* (Washington, DC, Government Printing Office, 1992 and 1994); other national, international and United Nations agency sources.

Notes: rp = retirement pension; ip = invalidity pension; sp = survivors pension; rc = cash in lump sum on retirement; ic = cash in lump sum for invalidity; sc = cash in lump sum for survivors in case of death; dc = cash in lump sum upon death, e.g. funeral grant; annuity = insurance providing regular annual income until death.

^a Contributions may also finance other benefits as indicated. The rate of contributions is a statutory requirement.

^b Contribution rates vary with age (lower rate for aged 55+), with average of 20 per cent for employee and employer.

Employee: 7 per cent of earnings, plus one third of earnings S\$ 200-363; above S\$ 363-1080, 22 per cent of earnings; S\$ 1,080 or more, 18 per cent. Employer: 20 per cent on earnings S\$ 50-1080. Public sector employees at same rate, non-pensionable officers at 60 per cent of private rate.

(出所) United Nations (1995)

付表 H. 主な社会的保護の姿

社会的保護のニーズ	社会的保護のニーズを満たすためのメカニズム	
	制度的	非制度的
経済活動からの適切かつ安定的な所得	経済成長と雇用及び自営を促進するマクロ経済政策	
a. 経済活動（個人及び家族経営、農家によるものを含む）による所得の保護と代替	<ul style="list-style-type: none"> i) 雇用、地域開発、所得創出プログラム等の国家による貧困緩和プログラム ii) 農地改革、生活維持のための計画(livelihood schemes)、生産のための融資制度、所得創出、自営率先(self-employment initiatives) iii) 教育と訓練プログラム iv) 失業保険 v) 国家による生活保護 	<ul style="list-style-type: none"> i) 家族、親族、地域住民における資源の分け合い ii) 土地、森林、水、漁場など資源のコミュニティにおける分け合い iii) 家族、親族、地域住民での労働の相互交換 iv) 家族経営の農家・商家における次世代の教育と訓練 v) 報酬を伴う徒弟訓練 vi) 現物給付による雇用 vii) ボランティアや宗教組合による経済活動のためのプログラム viii) 季節的出稼ぎ ix) 融資
b. 稼得者の傷害、病気、死亡、妊娠出産、高齢、経済活動の一時的又は恒久的不能、失業等の障害に伴う家計所得の代替	<ul style="list-style-type: none"> i) 事故及び障害保険 ii) 疾病及び妊娠出産保険 iii) 高齢及び廃失保険 iv) 被扶養の遺族給付と死亡給付を伴う死亡保険 v) 国家による生活保護 vi) 貯蓄、資産及び投資 	<ul style="list-style-type: none"> i) 家族や親族、地域住民、ボランティアや宗教組織の間の助け合い（しばしば社会保険の原理が用いられる） ii) 食糧及び他の資源の分け合い iii) 労働、資源及び収穫の相互交換 iv) 貯蓄及び金融組合(revolving savings and credit associatios) v) 死亡及び相互共済又は福祉組合
c. 経済活動による所得稼得に必要な資源や施設の喪失(家事、盗難、事故、暴動、災害等による)	<ul style="list-style-type: none"> i) 国家による緊急援助 ii) 施設の損失、労働の道具の喪失及び損失 iii) 家畜保険（喪失、医療） iv) 作物保険（損失又は喪失） v) 被扶養の家族給付を伴う不能及び障害保険 	<ul style="list-style-type: none"> i) 地域住民、ボランティアや宗教組織による救済努力 ii) 家族及び親族による助け合いの義務（しばしば社会保険の原理が用いられる） iii) 労働、資源及び資源の分け合い iv) 貯蓄及び金融組合(revolving savings and credit associatios) v) 融資
障害、疾病、妊娠出産、不能、高齢による医療及び他のケア	<ul style="list-style-type: none"> i) 公衆保健施設及びサービス ii) リハビリテーションの国家プログラム iii) ケア及び入院の保険 iv) 引退者ホーム、療養所、児童保護施設等公民の住宅及びケアの提供 	<ul style="list-style-type: none"> i) 伝統的な薬剤及び治療 ii) 自発的な自助のための仕組み iii) 家族及び地域住民でのケアの共同（児童、障害者、高齢者及び重病又は長期の患者）
食糧及び栄養	<ul style="list-style-type: none"> i) 公的な食糧配布制度 ii) 職のための食糧制度(Food for work scheme) iii) 教育のための食糧制度(Education for work scheme) iv) フードスタンプ、所得移転又は現物給付による国家による生活保護 v) 幼児、児童及び母親のための食糧及び栄養制度 vi) 国家の食糧ストックの維持 vii) 緊急時及び災害時の援助 	<ul style="list-style-type: none"> i) 家庭における食糧生産と貯蔵 ii) 家族及び親族、地域住民や宗教組織における分け合い iii) 収穫の分け合いと宗教儀式 iv) 消費者協同組合 v) 融資及び貯蓄組合 vi) 徒弟制度及び自助のための仕組み

(出典) United Nations (1995) Table V.1.

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
 社会保障国際協力の理論に向けて
 ～高齢化の地球的進行と日本の経験

付表 I. 所得グループ別にみた医療制度

国グループ、1990年の 1人当り所得(ドル)	保健支出、1990年		主な特徴	例
	GNPに占め る割合(%)	1人当り ドル		
低所得国(100-600) ^a	2-7	2-40	旧来の医療及び薬物に対する高額の自己負担 公的サービスを経常歳入によりファイナンス	バングラデシュ、インド、パキスタン、サハラ以南の殆どのアフリカ諸国
中所得国(600-7,900) 民間保険	2-7	20-350	中所得・低所得層に対する政府サービスを経常歳入によりファイナンス 富裕層(人口の10%未満)に対する民間保険・民間医療	南アフリカ、ジンバブエ
社会保険	3-7	20-400	低所得層に対する公衆衛生・診療サービスを経常歳入によりファイナンス 賃金労働者については、多様な医療サービスに対し社会保険を適用	コスタリカ、大韓民国、トルコ
ヨーロッパの 旧社会主義経済 (650-6,000)	3-6	30-200	公的サービス(質が低いか、または崩壊しつつある)を経常歳入によりファイナンス 民間医療における巨大なヤミ市場	チェコ共和国、ポーランド、スロバキア共和国、旧ソ連
確立した 市場経済 (米国を除く) (5,000-34,000)	6-10	400-2,500	経常歳入によるファイナンスまたは強制社会保険を通じ、あらゆる、またはそれに近いサービスを保障範囲とする 保障範囲に対する第三者による支払いの利用、及び予算全体の運用	フランス、ドイツ、日本(社会保険)；ノルウェー、スウェーデン、英国(一般税収)
米国(22,000)	12	2,800	民間任意保険と、税金からの経常歳入の利用を併用 未規制かつオープンエンドの有料補償医療・保険に関連した高水準の管理コスト	米国

a. 中国は低所得国であるが、その医療制度は社会保険を備えた中所得国に近い。
 出典：支出については、付表、表A.9。

(出所) 世界銀行(1993)

付表 J. 医療保険制度を導入する際の“質問事項”

＜制度のデザインに関する質問＞

- ① 国の医療政策の目的はなにか。またそれは明らかにされているか。
- ② プライマリケアサービスの開発は、2次、3次ケアに比べどのように優先されているか。
- ③ 既存の医療サービスは、医療保険導入による需要増に対応できるか。
- ④ 医療政策に関する政府の組織間で、協調のためのどのような調整のための制度が存在するか。
- ⑤ 人的資源の提供をどのように財源調達し、組織するか。
- ⑥ 何が医療保険によりカバーされ、どのようにして公平性に関する目的を達成するか。
- ⑦ 医療保険基金は単一であるべきか複数であるべきか。まただれが所有すべきか。

＜対象とする範囲に関する質問＞

- ① 医療保険導入の狙いとするグループは、対象とすべき人口について、その人数等についてのリストを作成する必要。
- ② 全てのグループを医療保険にカバーすることについて問題はないか。登録及び保険料徴収の可能性をチェックすべき。
- ③ どういった政治上の問題が生じる可能性があるか。
- ④ 医療保険の対象としようとしているグループのリスクパターンと支払い能力は。これは財源調達についての最も重要な問題。対象グループや給付内容、保険料の変更の必要も。
- ⑤ どのグループを最初に加入させるか。他のグループにカバーを広げる段階的な案も検討すべき。

＜給付内容に関する質問＞

- ① 既存の罹患状況とそれに対応した医療ニーズは何か。
- ② どういったサービスを優先して給付するか。
- ③ どういったサービスが給付可能か。可能な財政資源、望ましい給付制度とそれに伴う費用との関係はどのようになっているか。
- ④ 既存のインフラは計画した給付制度を支えられるか。追加的な投資と訓練の必要はあるか。
- ⑤ 年金や障害者の制度など、医療セクターと重なったサービスを提供する制度はあるか。給付の調整とリストラの必要はあるか。

＜医療供給者に関する質問＞

- ① 望ましい姿にするために、既存の1次、2次、3次ケアそれぞれの発展に必要な者は何か（政府の積極的な介入がどの面において必要か）。
- ② 医療セクターの人的資源の訓練のために必要なことは何か。それはどのようにして財源調達され組織されるのか。
- ③ 医療保険制度のもとでの権利の範囲をどのようにして決めるのか。
- ④ 医療供給者の法的地位をどのように決定するのか。彼らの行動を調節するためにどのような規則の枠組みが必要となるか。
- ⑤ 医療内容や財政状況の情報システムの開発と使用のための戦略をどのようにするか。
- ⑥ だれに医療保険へアクセスさせるか。

< 診療報酬の具体的な方法に関する質問 >

- ① 医療供給者を（保険者の）被雇用者とするか契約ベースとするか。
- ② 現在供給者はどのような収入とどのような形態の報酬に慣れているか。
- ③ その国にどのようなインフラが存在しているか。
- ④ どのようなインセンティブ（診療報酬支払い方式）が利用価値が高いか。
- ⑤ 供給者の政治的な影響力はどの程度強いのか。
- ⑥ 供給者は異なる報酬システムの下で運営することは可能か。

< 費用に関する質問 >

- ① 誰が医療保険によりカバーされどのサービスが支払われ又は償還されるか（コスト試算）。
- ② 適切な技法と技術を用いるためにどのようなコントロールを用いるか、また医療サービスの効率的な提供のためのインセンティブをどのようにするか。
- ③ 幾つの保険基金をライセンスするか。管理コストはどれぐらいになるか。
- ④ 医療プロフェッショナル、施設、薬剤、機材などの現在及び将来のコストはどれぐらいになるか。

< 保険料の賦課方式、患者の一部負担支払いに関する質問 >

- ① 医療保険財政に影響する政治的な限界と責任は何か。（一般財源からの補助）
- ② 人々の保険料支払い能力はどの程度のものか。
- ③ どのような一部負担支払い方式に患者は慣れているか。
- ④ 提案された給付制度、費用と財源（鍵となる「三角形」）の関係に関し注意深い分析はしているか。

< 運営上の問題に関する質問 >

- ① 保険基金の独立性はどのように守られるか。
- ② どのように保険基金の管理者は任命されるか。
- ③ 誰が何を決定するのか（保険基金の組織）。
- ④ どのようにして社会健康保険は加入者に近づくようにできるか（保険基金の分権化）。
- ⑤ 能力のあるスタッフはその国に既に存在しているか。又は訓練される必要があるか。
- ⑥ どのようにしてスタッフは選ばれるべきか。
- ⑦ どのようにしてスタッフは動機づけられるべきか。
- ⑧ どのような情報がどこで必要となるか。
- ⑨ コンピューター化された情報システムにおける目的は何か。
- ⑩ 偽りと無駄をどのようにして避けるのか。

< コンセンサスの形成及び制度に対する支持に関する質問 >

- ① 誰が社会保険プランに賛成し誰が反対するか。
- ② プランは国の主な利益団体を巻き込んでいるか。
- ③ どのようにすれば現在反対している者に受け入れられるようになるか。
- ④ プランに対する疑念をどのように晴らすか。
- ⑤ 全ての既存の利益団体は社会健康保険の有利さを理解しているか。
- ⑥ 現代のメディアを情報提供と制度の理解のためにどのようにして活用できるか。

（出所） SocialHealth Insurance - A Guidebook for Planning, Charles Normand and Axel Weber（WHO、1994）
を基に筆者作成

付表 K. 高齢期の所得保障システムの構築/改革のためのチェックリスト

一国において高齢期の所得保障システムを構築又は改革する際には、「拡大された」¹家族、金融機関、職域年金制度、また高齢者福祉に関する施策がどのように作用するかよく検討する必要がある。そういった検討に当たってのチェックリストには、以下の問を含めるべきである。

- ・ 高齢者に貧困はどの程度存在するか。高齢期の貧困はどこに発生しているか（寡婦か、超高齢者か、都会か田舎か）。高齢者の貧困を緩和する既存の政府プログラムはどのようなものか、またこれらのグループを対象としたどのような政策が付け加えられるべきか。
- ・ 高齢期を支えるインフォーマルな仕組みはどの程度効果的か。どこでそれが崩壊しているか。政府のどの政策がそれを妨害しているか。
- ・ 年金に GDP の何パーセントが使われているか。公的支出のうちどの程度が年金に使われているか。経済・人口の状況が同程度の国々に比べそれがどの程度であるか。
- ・ 労働者と高齢者のどの程度が制度的な年金プランによってカバーされているか。職業、収入、性別によってどの程度違うか。来る何年かにおいて、どのような拡充をする計画か。
- ・ 公的階層²における年金受給者と若年者の比率はどの程度か。人口全体でのその比率と比較してどうか。この関係は将来における制度設計、システムの成熟化、人口の変化によってどのように影響するか。
- ・ 保険料は将来における支出をカバーできるか。これが雇用主と雇用主とどのように影響するか。
- ・ インフォーマルな労働市場の大きさはどのくらいか、また高齢期の所得保障システムがその大きさにどのようなインパクトを与えるか。
- ・ 回避率³はどの程度と予測されるか。公的階層のどのような側面が回避を招くか。
- ・ 活発で信頼に足る銀行や保険会社、株式市場などの金融機構は存在するか。それらを強化するためにどのような手段をとるべきか。
- ・ 個人による自発的な貯蓄と年金を可能とする手段はあるか。どのようにして拡充できるか。拡充のための障害は何か。
- ・ 貯蓄と消費に対する税制による影響はどのように異なるか。長期の貯蓄を促すために税制上のインセンティブはより多く与えられるべきか。退職貯蓄はこれらの構図にどのようにフィットするか。
- ・ 職域年金制度はどの程度普及しているか。どの程度きちんと機能しているか。どのような規制と税制上の優遇措置が加えられ、それらは変更されるべきか。
- ・ 国際的な資本流通に与えられる制限はどのようなものがあるか。どのようなペースでそれが緩和されるか。
- ・ 政府の規制能力はどのようなものか。人々は金融というものにどの程度慣れているか。
- ・ 超高齢者はどのように暮らしているのか。女性はどのように暮らしているのか。公民両セクターは、複雑で長期にわたるプログラムを運営していく能力はあるのか。

(出所) 世界銀行(1994) P256

(注は筆者による)

¹ ここでは、身内のみならず、近所や地域コミュニティ等も含めた高齢者に対する支えを指すものと解される。

² 世界銀行(1994)においては、3つの階層からなる高齢期の所得保障システムを提案しており、ここで言う「公的階層」とは、再分配と共同保険を目的とした賦課方式による一階部分の公的年金プランのことをいう。

³ 社会保障負担を避けるため、負担を伴わない職に就くこと。

「社会保障の国際協力に関する調査研究」報告書
社会保障国際協力の理論に向けて
～高齢化の地球的進行と日本の経験

《参考文献》

《参考文献》

- Anonymous, Social Security Systems in South-East Asia, *International Social Security Review*, Vol.44, 1-2/91, 1991.
- Anonymous, The Impact of Structural Adjustment Programmes on Social Benefits in the Developing Countries, *International Social Security Review*, Vol. 49, 2/96, 1996.
- Beattie, Roger and McGillivray, Warren, A Risky Strategy: Reflections on the World Bank Report *Averting the old age crisis*, *International Social Security Review*, Vol.48, 3-4/95, 1995.
- Cichon, Miheal and Gillion, Colin, The financing of health care in developing countries, *International Labour Review*, Vol. 132, No.2, 1993.
- Department of Health and Human Services, *Social Security Programs Throughout the World*, 1995.
- Dixon, John, Social Security in Transition: An Exploration of Emerging Global Trends, in Conference Proceedings Volume1, 27th ICSW International Conference, 1996.
- Esping-Andersen, Gosta, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, 1990.
- Esping-Andersen, Gosta, After the Golden Age? Welfare States Dilemmas in a Global Economy, in *Welfare States in Transition*, Esping-Andersen, Gosta, eds., Sage Publications, 1996.
- Gillion, Colin, Social security and protection in the developing world, *Monthly Labor Review*, September 1994.
- Gillis, Malcom, et. al, *Economics of Development*, 4th ed., W.W.Norton & Company, 1996.
- Guhan, S., Social security options for developing countries, *International Labour Review*, Vol. 133, No.1, 1994.
- Hsiao, William. C., A Framework for Assessing Health Financing Strategies and the Role of Health Insurance, in *An International Assessment of Health Care Financing, Lessons for Developing Countries*, EDI Seminar Series, World Bank, 1995.
- Iyer, Subramaniam N., Pension reform in developing countries, *International Labour Review*, Vol. 132, No.2, 1993.
- Jenkins, Michal, Extending social security protection to the entire population: Problems and issues, *International Social Security Review*, Vol.46, 2/93, 1993.
- Normand, Charles, and Weber, Axel, *Social Health Insurance: A Guide for Planning*, World Health Organization, 1994.
- OECD, *Caring for Frail Elderly People: Policies in Evolution*, 1996.
- Queisser, Monika, Chile and beyond: The second-generation pension reforms in Latin America, *International Social Security Review*, Vol.48, 3-4/95, 1995.
- Ron, Aviva, Abel-Smith, Brian and Tamburi, Giovanni, *Health Insurance in Developing Countries*, International Labour Office, Geneva, 1990.
- Titmuss, Richard M., *Social Policy*, Allen and Unwin, 1974.
- United Nations (Economic and Social Commission for Asia and the Pacific), Social Security, in *Economic and Social Survey of Asia and the Pacific 1995*, 1995, and The Role of Public Expenditure in the Provision of Social Services, in *Economic and Social Survey of Asia and the Pacific 1996*, 1996.

《参考文献》

World Bank, *World Development Report 1993*, Oxford University Press, 1993、(邦訳とも)
World Bank, *Averting the Old Age Crisis*, Oxford University Press, 1994.

大野健一、『市場移行戦略』、有斐閣、1996

岡崎陽一、『アジアの人口高齢化』、『季刊年金と雇用』Vol. 14 No.4、1996

海外社会保障編集幹事、『シンガポールの社会保障制度』、『海外社会保障』1995年春号、1995

北岡寿逸、『社会政策概論』、1942

厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修、『医療保険半世紀の記録』、社会保険法規研究会、
1974

佐口卓、『日本社会保険制度史』、勁草書房、1977

塩野谷祐一、『成熟社会における社会保障の理念 市場経済システムと自由、そして公正』、
『健康保険』1997年4月号、1997

島崎謙治、「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題①～⑬」、国保新聞 1366号
(1994年1月20日)～1380号、1994

世界銀行編、『東アジアの奇跡』、東洋経済新報社、1994

地主重美編、『社会保障読本』(第13版)、東洋経済新報社、1996

特に第2章(保坂哲哉)、第9章(樋口富男)

野口悠紀夫、『1940年体制』、東洋経済新報社、1995

長谷川敏彦、『健康変革の世界的潮流と日本『医療供給体制』の今後』、『病院』第56巻第1
号、1997

速水佑次郎、『開発経済学』、創文社、1995

原洋之介、『開発経済論』、岩波書店、1996

広井良典、『医療の経済学』、日本経済新聞社、1994

広井良典、『医療保険改革の構想』、日本経済新聞社、1997

福武直、『社会保障と社会保障論』(初出1983)、リーディングス日本の社会保障1 総論、有
斐閣、1992

星野信也、「普遍性と選別性の適正ミックス」、『週間社会保障』、1996年11月4日、1996

宮崎義一、『トランスナショナルな枠組みに移行する日本経済』、『エコノミスト』96年1月9
日号、1996

武藤正樹編、『健康転換の国際比較分析とQOLに関する研究』、ファイザーヘルスリサーチ財
団、1993

村上清『年金制度の危機』、東洋経済新報社、1997

森荘三郎、『健康保険法概説』、1923

「社会保障の国際協力に関する調査研究」
報告書

平成9年3月

発行: 財団法人 医療経済研究機構
〒100 東京都千代田区永田町 1-5-7
永田町荒木ビル
TEL: 03 (3506) 8529
FAX: 03 (3506) 8528

PJ No. 96609