第４章

台湾の全民健保の民営化改革

――「新しい政治」の登場？――

林　成蔚
（北海道大学法学部）

はじめに：本稿のねらい

1990年代に入ると，台湾の社会保障は大きく変容を遂げた。そのもっとも代表的な例が，1995年に実施された「全民健康保険」（以下，「全民健保」と略記）である。全民健保の導入は，台湾における健康保険の普遍化を意味する。それまで公的健康保険にカバーされていなかった約40％の国民が，一元化された社会保険に加入し，充実した医療給付を享受できるようになったのである。これは，それまで公務員・軍人・教職員を優遇してきた台湾の社会保障制度において，画期的な出来事である。多くの研究は，こうした状態を台湾における民主化の成果の一環として分析している［Kwon 1998; Ku 1997; 高橋 2001; ペング 2001; Wong 2001］。つまり，民主化のプロセスにおいて社会的圧力（選挙競争や自律的になった世論）にさらされるようになった旧体制が，自らの正統性を維持するために，社会保障制度を拡大させ，国民の歓心を買おうとしたのである。健康保険の普遍化も社会保障拡大の一環であるとすれば，皆保険の実現――全民健保の導入――もこうした力学によってもたらされた結果のひとつとみなすことができる。こうした論理は，同じ開発国家（developmental state）である韓国にも当てはまるものだとされており［Kwon 1999］，社会保障に消極的であった保守的な開発国家にみられる社会保障制度の拡大に対して有力な説明を提示している。

しかしながら，民主化による拡大，ひいては「正統性の政治」（politics of legitimation）という枠組みは，早くも限界を迎えた。というのも，1990年代後半の台湾においては，社会保障制度の縮小（retrenchment）がみられるようになったからである。具体的にいえば，全民健保については発足2年後の1997年に早くも政府によって民

営化案が打ち出され，健康保険制度の合理化が試みられたのである。民主化による圧力が依然として機能しているとすれば，なぜ政府は国民の負担増につながる民営化改革に乗り出したのか。民主化の圧力は，全民健保導入からわずか数年の間に消えてしまったのだろうか。これらの疑問に対してなんらかの答えを得るには，民主化とともに活発になった社会的圧力が社会保障制度の拡大を促したという論理では不十分である。こうした社会保障制度改革をめぐる政治の変容について探るために，本稿においては，全民健保の民営化を取り上げ，民主化というマクロ政治体制の変動がもたらした影響を重視する従来の視点とは異なる，新しい手法で分析することを試みる[1)]。それは，マクロ政治体制よりも「制度」を重視する手法である。具体的な説明は，第Ⅱ節において行なわれるが，筆者の主張は，全民健保をめぐる改革は先行する制度の特徴（政府による保険料の分担）を継承したことによって惹起され，その成敗は，政治制度のあり方に左右されるというものである。

以下，第Ⅰ節においては，全民健保の民営化改革という事例を具体的に論じる。第Ⅱ節においては，「制度」を重視する手法の源泉と主な論点を紹介し，本稿が取り上げる事例に適用する。この作業によって，本論文における所見を確認し，「制度」を重視する手法が一定の説明力をもっていることを主張する。

Ⅰ　全民健保の民営化

1997 年 2 月に，行政院衛生署は，通称「落陽条項」である全民健保法第 89 条の規定にそって，実施 2 年後の経過報告書を提出した[2)]。報告書に提案されているさまざまな改革のなかでもっとも重要なのは，全民健保の形態の根本的な見直しである。それはすなわち，現行の公営単一保険請負機関である中央健保局を民営化し，さらに保険者を複数設ける提案であった。しかし，この改革案は，約 2 年の歳月を経ても立法院の委員会における審議が継続されず，事実上消滅した。本節においては，まず民営化案の発端を論じ，つぎにその具体的な内容を確認し，最後に民営化が不発に終わった過程を検討することにする[3)]。

⑴　民営化のプレッシャー

1998 年に行なわれた世論調査では，70％前後の国民が全民健保に対して満足しており，全民健保の制度は抜本的な改革が必要であると考えているのは，わずか 8.7％であった［中央健保局 1998: 35］。多くの国民が全民健保に比較的満足しているにもかかわらず，なぜ政府は民営化改革に乗り出したのだろうか。そこには 2 つ重要な理

表 1　台湾における公営企業の民営化時間表［一部抜粋］

民営化時間	所管省庁	事業名称
1997.12	退輔会	栄民気体廠，栄民製薬廠
1998.06 ［同上］ ［同上］	財政部 経済部 台湾省政府	農民銀行 台肥公司，台機公司 台湾書店，中興紙業，農工紙業，台影文化公司
1998.12	台湾省政府	彰化銀行，華南銀行，第一銀行，台湾企銀，台産保険，台湾信託
1999.06 ［同上］	財政部 台湾省政府	交通銀行 省府印刷廠
1999.12	財政部	中央再保険公司
2000.12	台湾省政府	煙酒公売局
2001.06 ［同上］	経済部 交通部	台塩公司，中国造船公司，中国石油公司，台湾電力公司 中華電信公司
5 年後大部分業務を民営化 ［同上］ ［同上］	経済部 財政部 退輔会	台湾糖業公司 中央信託局 森林開発処
5 年後一部業務を民営化 ［同上］ ［同上］	交通部 **労委会** **衛生署**	郵政総局 **労工保険局** **中央健康保険局**

出所：江丙坤［1997: 表 5, 6, 7］より作成。

由がある。ひとつは，全民健保の制度をめぐる議論が，国民党政府が民主化以降推進してきた公営企業の民営化の議論に取り込まれたことである。もうひとつは，全民健保が抱えていた財政問題であった。

台湾における公営企業の起源をたどると，戦後国民党によって接収された日本人企業が，そのまま公営企業として再発足したものが多い。なかでも，糖業・肥料・電力・金融などに関しては，国家による独占が長い間続いていた[4]。このような体制は，農業余剰の収奪や基幹産業・金融の統制を堅固にし，国民党統治体制を強化するために非常に重要であった［隅谷など 1992: 103］。しかし，これらの公営企業は，国内市場の独占と国家財政の支援によって経営が成り立っており，権威主義体制下においては監視機能が失われていたため，放漫経営と経営不振で知られていた［同: 133］。くわえて，国民党の支持者に対する利益分配の道具として認識されることも多かった。したがって，1980 年代以降の民主化によって，これらの公営企業の民営化がとりざたされるようになり，90 年代に入ると，それが着実に推進されるようになった。

このように，公営企業の民営化は，国民党政権にとっても重要な方針のひとつであり，1996 年末に開かれた「国家発展会議」においてその方針が確認され，さらには民営化の具体的な時間表が示された。表 1 は，その一部を示したものである。表に示

表２　全民健保の財政状況

（単位：100万元）

年度	収入	支出	残高	累積　残高
1995	194,500	157,356	37,144	37,144
1996	241,533	223,941	17,592	54,736
1997	252,113	245,290	6,823	61,559
1998	263,929	265,488	（－1,559）	60,000
1999	269,449	290,452	（－21,003）	38,997
2000	292,319	291,936	383	39,380

出所：衛生署中央健保局 http://www.nhi.gov.tw/より作成。

されているように，全民健保に関しては，5年後に一部の業務が民営化される予定であった。全民健保は社会保険であり，営利を目的とする一般企業とは異なるが，それは全民健保の民営化を阻止する理由にはならなかった。実際，社会保険のなかで民営化が予定されていたのは全民健保だけではなく，労働者を対象とする労工保険もそこに含まれていた。これは，社会保険を取り扱う組織が，金融・保険組織とみなされたため，その他の金融・保険組織と同様に民営化の対象になったとも言われている［陳敏和 1998: 122］。

⑵　財政問題

公営企業の民営化に巻き込まれながらも，全民健保を民営化の方向に向かわせたもっとも重要な理由は，全民健保自体が抱える慢性的な財政問題であった。全民健保の実施によって健康保険の一元化が達成され，制度の効率性が向上したといわれているが，財政問題が完全に解決されたわけではない。表2に示されているように，全民健保の財政状況は，発足当初きわめて良好であったにもかかわらず，実施4年目の1998年から赤字に転じ，1999年においては赤字が一気に210億台湾ドルに拡大した[5]。2000年には，新たに一部負担金制度を導入したことによって財政問題が一時的に改善されたが，根本的な解決にはなっていない。毎年のように全民健保の財政問題がとりざたされ，財政状況の改善を図り，保険料率の引き上げが必要だと主張する衛生署と，薬価の不正設定および過剰治療を先に対処すべきだと主張する消費者団体・労組・福祉団体などとの対立が，メディアを通して展開される［『中國時報』2000/05/06; 2002/02/23］。しかし実際は，1995年の実施以降，全民健保の保険料率は，一貫して加入者の報酬月額の4.25％であり，一度も引き上げられたことがなかった。全民健保法10条によれば，保険数理上必要であると認められた場合，中央健保局は，行政院（内閣）の許可さえあれば，保険料率引き上げを実施する権限をもっているはずである。にもかかわらず，全民健保の財政が悪化しても保険料率を引き上げないの

表 3　全民健保保険料に対する政府の分担率

年	徴収した保険料(現金)						
	A	保険加入者 and/or 雇用主	B	C C＝B/A ＊ 100	政府補助		
					中央政府	省市政府	県市政府
	100 万元	100 万元	100 万元	%	100 万元	100 万元	100 万元
1995	195,256	135,554	59,702	31	26,584	29,797	3,321
1996	232,029	163,070	68,959	30	34,129	31,630	3,200
1997	240,729	169,837	70,892	29	36,793	30,993	3,106
1998	253,800	181,879	71,921	28	39,039	30,125	2,757
1999	263,092	188,011	75,081	29	54,007	18,972	2,102
2000	276,181	198,062	78,119	28	70,270	6,086	1,763
2001	273,315	197,090	76,225	28	69,622	2,282	4,321

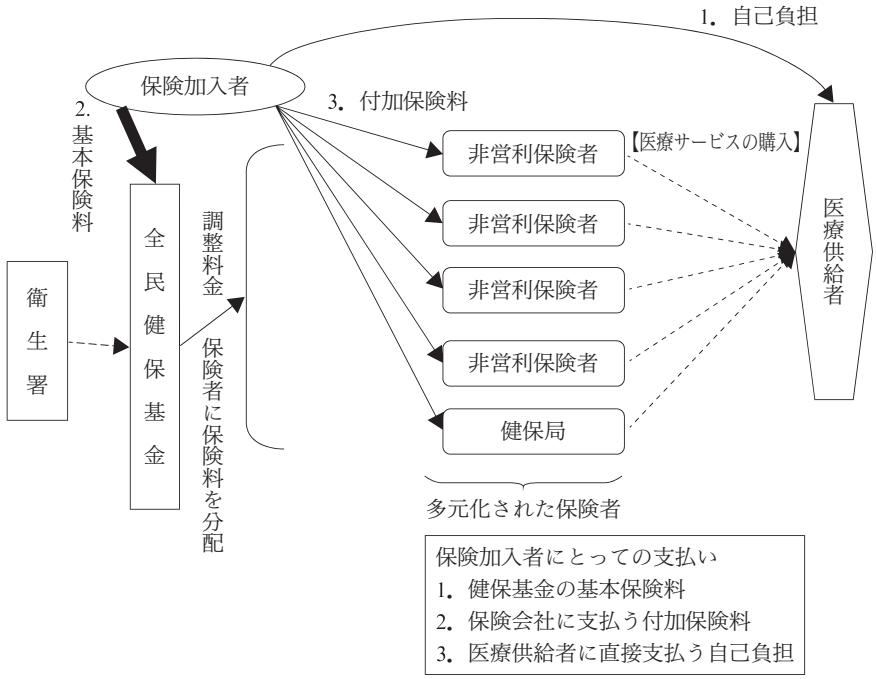
備考：その他にも準備基金の運用による収入がある。
出所：台湾衛生署中央健康保険局 http://www.nhi.gov.tw

は，それがともなう政治的なコストを政府が危惧していたからである。

だが，保険料率の引き上げは，かりにそれが可能であるとしても，全民健保の財政改善につながりこそすれ，政府にとっては財政負担の拡大である。なぜならば，台湾の全民健保は，発足時から過去の社会保険の特徴を継承していたからである。すなわち，政府による保険料の分担である。政府の分担率は，加入者の職種にもよるが，平均して約 30 %にいたる［Chow 2001: 34］。表 3 は，全民健保の保険料に占める政府の分担額と比率を示したものである。表からもわかるように，政府負担分は，全民健保が実施された 1995 年度が 597 億元であり，その後上昇し続けている。2001 年には，政府の負担分が 762 億元にいたっていた。この支出は，政府にとってかなりの財政負担となっている。たとえば，1999 年における政府の社会保障支出（社会福祉を含む）が約 2800 億元であったのに対して，全民健保保険料への補助だけでも 750 億元ほどであり，支出全体の約 26 %であった。

このように，衛生署および中央健保局は，悪化する財政事情に対して，保険料率を引き上げることもできず，かりにそれができたとしても，政府にとっては財政負担の増加につながる。こうした状況に対して，一部の政策エリートは，財政状況の根本的改善，すなわち財政均衡が達成されるのは，まず保険料率などの調整過程が「脱政治化」しなければならないと考えた［林國明 2000: 69］。そのためには，全民健保の民営化が不可欠である。さらに，保険料の自由調整だけではなく，医療コスト一般の上昇を抑制すること――すなわち保険料率の上昇の抑制――も必要である。医療コストの上昇を抑制するメカニズムとして提案されたのが，保険者の多元化であった。衛生署の考えによれば，民営化は単一保険者を維持した制度ではなく，保険者の多元化によって競争を促し，その結果として効率が向上，国民の選択肢も増加し，さらには社

図 1　多元化改革案



出所：衛生署［1997b: 図 5］に筆者が手を加えたものである; Wong［2000: 392］。

会参与が拡大されるはずであった。

多元化改革は，1997 年 9 月の内閣改造によって新たに衛生署長に就任した詹啓賢の強力な後押しによって，一躍注目を集めたものである。詹啓賢によって示された改革案は，中央健保局を民間経営に移行した上で存続させ，全民健保保険者を民間にも開放すべきであると主張していた[6]（図 1 を参照）。改革案によれば，中央健保局を「全民健保基金会」に改正し，保険料を徴収しそれを保険者に分配するのみの機関とする。つまり，医療供給者との契約や医療費用の支払いなどは行なわないということである。これらの業務を代わりに行なうのは，非営利組織として設立される民営保険者である。各保険者は，各年度に対して，事前に当該保険者に加入する被保険者数に応じて，全民健保基金会と協議し，全民健保基金会が徴収した保険料を分配してもらう。また，各保険者の加入者の平均年齢，職業，健康状態などに応じて，リスク調整が行なわれる。そして，何より重要なのは，保険料率設定の「脱政治化」である。すなわち，保険料率の決定権は「全民健保基金会」の理事会が掌握する。理事会は，全民健保の財政状況，保険数理（actuarial process）の推計と保険者の反応を分析し，自由に保険料率の調整を行なうことができる[7]。そこにみられる論理は，基金会が民営組織であるがゆえに政治的圧力に屈する必要がなく，財政状況に応じて保険料率を調整できることである。

一方，給付内容に関しては，各保険者は，政府が指定する基本給付を提供することが求められる。これによって，どの保険者を選択しても最低限の医療給付が保障される一方，保険者は，医療ニーズに応じて付加保険料を徴収し，付加給付を提供することが許される。たとえば，保険者Ａは，歯科関係の付加給付を取り入れた保険商品をデザインし，歯の矯正などをカバーする保険を提供する。それに対して保険者Ｂは，成人病に特化した給付を取り入れた保険商品を提供する。さらに，保険者Ｃは付加給付を一切提供しない，ということもありうる。このように，それぞれの保険者が多様な保険を提供することによって，被保険者は，自らの医療ニーズに見合った保険者を選択することが可能になる。

詹啓賢によれば，「多元化」による民営化は，①効率性の向上，②選択肢の増加，そして③社会参与の拡大，などのメリットがある。効率性の向上は，市場メカニズムと保険者間の競争によってもたらされるものである[8)]。具体的な効果は，医療費用の上昇を抑制し，全民健保に安定した財政を実現することである。これによって効率が向上するので，かりに保険者が保険料率を自由に調整できるようになっても，保険料が一方的に上昇することはないと考えられる。選択肢の増加は，多元化された保険者がさまざまな保険商品を提供することで，多様化した医療ニーズに答えることができると同時に，加入者も自らのニーズにもとづいて保険を選択することが可能になるということである。さらに，社会参与の拡大は，消費者や民間団体の代表が全民健保基金会の理事会に参加することと，保険者に民間組織が参入することによって実現される。したがって，多元化は，国民の健康が政府によって保障され，国民がより質の高い医療サービスを得られ，さらに医療サービス供給者も健保体制のなかでより広い事業空間を得られるという，「一挙三得」の政策である。

このように，政府が多元化を推進する理由は，財政問題の改善のみではなかったようにみえるが，多元化によって実現されるもっとも重要なことは，何より財政均衡である。なぜならば，多元化による民営化によって，保険者が財政状況に応じて保険料率などを自由に調整できるようになり，これまでのような，選挙を意識した政府の介入を回避できるからである。これまでは，保険料率を調整する権限が行政院にあるにもかかわらず，財政状況の悪化に応じた保険料率の引き上げができなかったが，「民営化」によって保険料率の調整を「脱政治化」させることが可能になる。こうした状況において「多元化」が重要であるのは，保険者間の競争によって効率化を促し，コスト制御を確保する必要だったからである。

⑶　民営化不発：国会による「拒否」

行政府内部においては，一部の官僚（中央健保局）および専門家が「多元化」改革

に反対していたが，詹啓賢が唱えた多元化改革は，何より当時の国民党政権の上層部によって支持されていた[9]。当時の行政院長である蕭萬長は，国会答弁において，「多元化のメカニズムが樹立されれば，今後の全民健保の財政問題を抑制することが可能になり，無限の浪費に陥らないですむ」と主張した［立法院公報 1997（44 上）: 111］。行政院長の支持を得た詹の「多元化」改革案は，翌 98 年 2 月に立法院に交付され，国会での審議を仰ぐことになった。立法院では本会議において一読されたあと，衛生環境及社会福利委員会（衛生環境および社会福祉委員会）に交付され，委員会で審議されることになった[10]。その後，マスコミや専門家などは，「多元化」改革案の是非をめぐって論争を展開し，委員会は 1999 年 11 月になってようやく公聴会を開き，改革案をめぐる審議を行なった［立法院衛生環境及社会福利委員会 1999］。しかしその後，同委員会は本会議に原案を戻すことはなかった。「多元化」改革案は，同委員会の審議日程に加えられないまま，2000 年総統選挙による政権交代にともなって事実上不発に終わった［葉金川 2002: 196–197］。

立法院における「多元化」改革案の「自然消滅」は，いうまでもなく，委員会の立法委員が意図的に法案審議をブロックしたからであるが，依然として多数を占めていた与党国民党政府が提出した改革案であったのに，なぜこのようなことが起きたのか。この疑問に答えるには，与野党立法委員の全民健保に対する考えや国会政治のあり方という側面と，社会的勢力の牽制という側面から考察しなければならない。

⑷　立法委員の立場の多様性と国会政治

まず，立法委員の全民健保に対する考えは，党派を問わず合意を欠いていた。それを端的に表わしているのは，政府提出の「多元化」改革案だけではなく，与野党の立法委員が提出した実に 14 個もの異なる改革案が委員会の審議にかけられたことである。つまり，全民健康保険法を修正する草案には計 15 個のバージョンがあり，与党国民党議員が 5 つ，野党民進党が 6 つ，新党が 2 つ，そして独立系議員が 2 つの案を提出していたのである[11]。民主化以降，台湾の立法委員は，自らが勤勉に国政に取り組んでいることを選挙民にアピールするため，議員立法の法案を頻繁に提出したり，政府の法案に対する修正案を積極的に提出したりするなど，立法委員個人による立法活動を活発化させている。自らが草案・修正案を提出していながら，他の議員が提出する草案・修正案に署名したりすることも珍しくない。15 個の改革案があるのは，このような風潮の表われである。しかしながら，各改革案は，たんなる選挙民へのアピールではなく，全民健保のあり方に関する立法委員たちの異なる立場を反映している[12]。

たとえば，与党国民党の立法委員も，ある改革案においては，「多元化」より「二

元化」を提案しており，それは，中央健保局を維持しつつ，効率化を促すために，中央健保局に委託されたもうひとつの保険者を公益法人の形態で設けるという案である。両者とも，医療サービス供給者と契約を結ぶかたちで，保険加入者の医療サービスを確保する。一方，同じ国民党の林明義の案では，「多元化」を実施するが，「全民健保基金会」は設置せず，保険料の設定，審議，監理はすべて衛生署が行なうこととされている。林明義は，衛生署の案より具体的に，地域病院の連合体を中心として設立される保険者と，都市部の大規模病院（medical centers）を中心に設立される保険者などが「多元化」の担い手としてふさわしいと主張している。

一方，民進党内の改革をめぐる路線も多様である。医師出身で，社会保障や医療問題について積極的に発言してきた沈富雄は，基本的に「多元化」改革を支持している。しかし，沈は保険者の多元化にはさほどこだわっておらず，それより医療資源の有効配分がもっとも重要だと主張する。そのため，沈はかねてから医療給付範囲の縮小を訴えてきた。沈の分析によれば，全民健保の支出を押し上げているのは，風邪など日常の病気をめぐる外来診療である。これらの病気はそれほど高額ではないので給付範囲からはずすべきであり，それによって全民健保の支出を抑えることが可能になると主張する[13)]［立法院公報 1997 年 10 月 16 日: 553］。一方，米国で医療経済学の訓練を受け，「多元化」に関してもっとも積極的である李應元は，衛生署よりも一歩進んで，米国流の HMO[14)]を導入すべきであり，政府による基本給付の制定も撤廃すべきだと主張する。その理由は，衛生署が唱える「多様化した医療ニーズに対する選択肢の増加」と基本的に一致している。これに対して，労働運動出身の簡錫堦は，既存制度（すなわち政府機関による単一保険者）の存続を主張し，財政赤字削減のためには，まず過剰医療と薬価問題から着手しなければならないと説く。また，年金問題によって脚光を浴びた蘇煥智は，ドイツや日本などの経験を参照し，保険者の多元化にあたっては，地方自治体や労組も保険者になれるようにすべきだと主張する。

以上のように，それぞれの立法委員が，改革に対してかなり異なる立場をとっていることは明らかである。さらに，その違いは政党を交差しており，たとえば，野党民進党議員である李應元は，政府案よりも徹底的な民営化を提案するのに対して，簡錫堦（民進党）は，現状を維持した改革を主張しており，一部の与党議員と立場がより近い。各政党とも立法委員を招集し，共通の政策を案出すべく努力したが，その結果は，「合意に達しえないことに合意した」だけだといわれている［Wong 2001: 409］。

しかし，立法委員が多様な政策選好をもっていることが，すぐに法案の不成立につながるとは限らない。つまり，政党規律が機能していれば，与党議員を党議で拘束することによって，法案を通過させることは可能である。あるいは，逆に政党規律が弱ければ，超党派の「政策連合」が可能であり，それを構築することによって与党案を

表４　1980〜99 年各選挙の得票率と国会議席数

年	選挙種類［定員数］	国民党［議席数］	党外／民進党［議席数］	新党［議席数］	その他［議席数］	建国党［議席数］
1980	**立法院**	71.1	13		15.3	
1983	**立法院**	69.4	18.9		11.7	
［1985］	地方首長	60.9	13.5			
1986	**立法院**	66.7	24.6	—	8.7	—
		［59］	［12］			
1989	**立法院**	59.2	29.9		10.9	
		［72］	［21］			
［1989］	地方首長	56.1	30.1			
1991	国民大会	69.1	23.2		7.7	
1992	**立法院**	52.5	30.8	—	7.8	
	［161］	［95］	［51］		［15］	
［1993］	地方首長	47.5	41			
1995	**立法院**	46.1	33.2	13	7.8	
	［164］	［85］	［54］	［21］	［4］	
1996	**総統選挙**	54	21.1	14.9	10	
［1997］	地方首長	41	43			
1998	**立法院**	46.4	29.6	7.1	13.9	3.1
	［225］	［123］	［70］	［11］	［20］	［1］
2000	**総統選挙**	23.1	39.3	0.13	36.8	

注：1）［　］内は，立法院における議席数。
2）1986 年から 89 年に増加定員選挙の定員数は，73 から 101 に増えた。そのため，国民党の得票率が減少したにもかかわらず，議席数は増加したのである。
3）1998 年には台湾省の廃止にともない，立法院における定員が 164 から 225 に増加した。
出所：若林［1992: 221］; Diamond［2001: 49, 53, 55］; Lin, C. L.［1998: 419］より作成。

通過させることもできたはずである。なぜ，どちらの状況も生じなかったのか。まず，政党規律に関しては，国民党がそれを厳格に行使できない状態にあった。その原因は，民主化以降，公平に競われる選挙において，国民党はかつての優位性を急速に失い，1992 年以降，つねに過半数割れの危機にさらされていた。表 4 をみると，国民党の得票率は 80 年代から選挙ごとに減少し，1993 年の地方選挙では，早くも 50％を切っていたのである。立法委員選挙においては，95 年を境に得票率が過半数を割ってしまった。一方，地方選挙も国政選挙も伝統的に地方政治家に頼ることの多かった国民党にとって，政党規律を強化する手段は限られていた。したがって，政府が提出した法案への造反者に対して，厳しく処罰を加えることはできなかったのである[15]。林佳龍の研究によると，民主化以降の国民党立法委員は，ナショナル・アイデンティティと国家概念および国家制度の改革をめぐる法案に関しては，政党規律がかなり機能し，造反者が非常に少ないのに対して，社会福祉や反汚職などの法案に関しては，造反者が半数を超える場合さえみられた［Lin, C. L. 1998: 443］。この傾向を全民健保の文脈に置き換えると，世論調査では現行制度に対して 70％前後の満足度が得られ

ている状況で，財政の健全化や選択肢の増加など，多くの国民にとって理解しづらい理由で，全民健保を民営化・多元化する国民党政府の改革案は，与党国民党の議員にとっても支持を躊躇させるものであった。その状況で，過半数維持に腐心する国民党が，厳しく全民健保改革案を押し進めることは困難である。「多元化」改革案が自然消滅した理由のひとつは，このような状況にあった。

では，与党案を支持する「政策連合」はなぜ生じなかったのだろうか。ひとつには，上述のように，全民健保に関しては多くの立法委員が異なる立場をとっており，政府案をそのまま受け入れる者は少なかったということがある[16]。もうひとつの理由は，次節で述べるように，社会勢力の牽制によって，たとえ基本的には民営化・多元化を支持する立法委員でも，安易に法案を受け入れるわけにはいかなかったということである。

(5)　社会勢力の牽制

国民党政府の「多元化」改革案に対しては，かなり早い時点からさまざまな政策行為者が反対していた。たとえば，最大野党であった民進党は，上述のように党内合意に達することができなかったにもかかわらず，党の政策委員会は，1997 年 3 月に民営化の動きが現われた時点から強い反対を表明していた[17]。一方，一部の専門家は，現時点での民営化の必要性が明確でないことを理由に反対していた。その代表的な人物が，初期のころから全民健保の企画と立案に参加していた呉凱勳教授や李玉春教授である[18]。両者とも総額予算制度（global budget control）の推進者であり，既存制度の改革を優先させるべきだと主張していた。このような反対勢力の存在は，世論における「多元化」改革案の正統性に打撃を与えた。さらに，多くの専門家は，「多元化」改革の本当の効果に対して疑問を抱いていた。林國明によると，保険者を多元化することは，むしろ行政コストを増加させ，効率性を低下させる可能性がある。つまり，「多元化」が効率の向上につながらない可能性も十分ある[19]。それは，衛生署自身も認めていることである［衛生署 1997b］。選択肢の増加も，実現されるかどうかはかなり不透明である。なぜならば，それは消費者が医療サービスや複雑な保険制度に関する情報を完全に理解することを前提にしているからである。このような情報を理解した選択（informed choice）が実際には非常に困難であることは，先進国においても指摘されている［Starr 1992: 48］。最後に，社会の参与に関しても問題点が多い。その理由は 2 つある。まず，保険者として参与するには，全国の医療サービス供給者と契約を結ばなければならないなど，かなりの資源が要求される。それを実現できる社会的行為者は，かなり限られている。もっとも可能性のある候補者は，すでに大規模病院（medical centers）に出資している大企業である。その場合，開業医など

小規模の医療サービス供給者は不当な扱いを受ける可能性があり，健康保険に対する利益志向が強まるという弊害をもたらす可能性がある。一方，基金会の理事会に市民団体や消費者団体などの代表を参加させるという意味での社会参与は，そのような社会団体が発達していない台湾においては，その代表性が問われる。こうしてみると，衛生署が唱えた多元化の理由は，いずれも説得力を欠くものと認識されていた。そのため，一部の専門家は，多元化の実施は何より財政問題の解消をねらったものだと考えていた。そして，もしそうだとすれば，「民営化・多元化」が最善の解決策であるかどうかは疑問である，と多くの専門家が反発していた。

専門家による批判の効果を増幅させたのが，政治家や専門家と連携して改革案への反対運動を繰り広げた社会勢力である。なかでも，「多元化」改革案に積極的でない立法委員に対して，法案の審議を無期限に遅らせるように働きかけたのが，「搶救全民健保聯盟」（以下，「全民健保を救う連盟」と表記）である[20]。

「全民健保を救う連盟」は，労働・社会問題を扱う政策団体，労働組合，女性団体，老人団体，障害者団体，さらには開業医協会など 200 以上の団体によって形成されたアドホックな団体である[21]。その目的は，名称が示しているように，全民健保を救う，すなわち「民営化」「多元化」を阻止することである。「全民健保を救う連盟」の形成にあたって中心的な役割を果たしたのは，事務局を務める「台湾労工陣線」（Taiwan Labor Front，以下，「労陣」と略記）である。1997 年後半から活動を開始した「全民健保を救う連盟」は，メディアを通して「社会福祉団体」として発言し，民営化と多元化への反対を表明した［『中國時報』1997/10/04］。そして，1998 年 3 月に政府が「多元化」改革案を立法院に上程すると，「全民健保を救う連盟」はただちに，「財団健保，人民不保（大企業のための健保は，人々の保障にならない）」というパンフレットを制作し，メディアや関連団体，およびすべての立法委員に配布した。パンフレットの主旨は，徹底的に多元化案を攻撃し，既存制度の維持を訴えるものであった。

さらに「全民健保を救う連盟」は，総額予算制度の導入，保険料の設定方法や監理委員会の機能強化など，既存制度の具体的な改革措置も提案していた[22]。「全民健保を救う連盟」は，全民健保の民営化と多元化は，政府の唱えるような効率性の向上や社会参与の拡大，選択肢の増加をもたらすものではなく，むしろ逆効果になると主張した。その理由は，現在の台湾の医療供給制度を考慮すると，民営化された全民健保に実際に保険者として参加できるのは一部の大企業に限られており，政府自身も新たな民営保険者は 3 つか 4 つが適切であると明言していることからもうかがわれるように，むしろ市場の寡占を許してしまうことが予想されるからである。すなわち，限られた数の保険者が，協議によって競争を回避し，棲み分けを図ったり，悪質な競争によって医療サービスを必要以上に制限したりするなどの，憂慮すべき状況が予想され

る。さらに，情報と資源をもつ大企業のみが保険者として参与できる状態を，社会参与の拡大として捉えることには疑問を感じる，と述べている。営利を目的としないという条件も，保険者が幹部や職員の給料を引き上げたり，一部の医療サービス供給者に対する報酬をつり上げたりすることで多大な利益を得れば，容易に有名無実になりかねない[23]。

「全民健保を救う連盟」は，このパンフレットを積極的に配布し，医療・福祉問題に関心を示す立法委員との面会を繰り返し行なった[24]。「全民健保を救う連盟」の活動が非常に効果的であったことには，いくつかの理由があるといわれている。まず，従来は組織的に健保政策に関与してこなかった開業医が，大型病院が大企業との提携によって保険者として積極的に医療サービス市場を寡占することを恐れて，「全民健保を救う連盟」に積極的に参加したことで，世論における連盟の信頼性と立法委員に対する影響力がかなり強化された。なぜならば，開業医の参加によって，連盟は医師の専門性を味方につけることができたからである。また，選挙区内の人間関係を顧慮する立法委員にとっても，開業医を味方につけた連盟は無視できない存在になったのである。

つぎに，「全民健保を救う連盟」は多くの専門家と連携しており，パンフレットの執筆にあたっても専門家の意見を参考にしていた[25]。専門家との緊密な関係を象徴する例のひとつとして，事務局を務める台湾労工陣線のスタッフの大学院における指導教官が，専門家として全民健保に関する委員会に参加していることがあげられる[26]。

「全民健保を救う連盟」は，さまざまな社会勢力と連携し，専門家と協力関係を結んでいただけでなく，政策を推進するためのノウハウももっていた。事務局を務める台湾労工陣線の幹部をはじめ，メンバーである女性団体の政策委員長や多くの団体の幹部は，1980 年代後半から台頭する学生運動を経て，野党民進党立法委員の政策秘書としての勤務経験をもっている[27]。同時に，彼らの多くは大学院で社会政策を研究した経験ももっている。これらの経験と知識を生かして，彼らは，まず「大企業に有利，人々に損」というシンプルな構図を打ち出し，それによって「多元化」改革阻止への共感を呼び起こそうとしたのである。彼らは，大規模な運動を組織するのではなく，委員会メンバーである立法委員を主なターゲットとして反対キャンペーンを行なった。なぜならば，彼らは，総額予算制度の導入や保険料計算の所得ベースの拡大などの改革によって全民健保の財政がしだいに改善されることを認識しており，委員会での審議が先送りされればされるほど，「多元化」改革案の必要性が明確でなくなることを予想していたのである。また，明確に反対するよりも，審議日程に載せないほうが行政院との直接的な衝突を避けられることも認識していたので，とにかく「多元化」改革案はより詳細な審議が必要であり，国会本会議に戻すのは時期尚早であると

説いたのである。「全民健保を救う連盟」は，このような戦略によって「多元化」改革案の阻止に大きく貢献した。「全民健保を救う連盟」の幹事役を務めた孫友聯は，つぎのように語っている。

> イマーガットの言う「拒否点」(veto point) の話は知っていますね。われわれの戦略はまさにその拒否点をねらったものでした。委員会を通さないと，本会議に戻せない。そうすると，いつまでも改革案が前に進まない。委員会のメンバーが全民健保に対してさまざまな意見をもっていることは前から知っていたので，彼らに政策審議の先送りを説得するのはさほど困難ではなかったのです。〔……〕それに，われわれは 200 あまりの団体によって構成されているといっても，実際にはそんなに動員できるわけではありません。このことは向こう（立法委員，筆者注）もよく知っている。ただ，最低 3 万票で当選できる選挙制度だと，大規模な動員でなくても，向こうはこちらの言うことを無視できないのです[28]。

このように，行政府の肝入りで推進された「多元化」改革案は，とりあえず挫折に終わっている[29]。その理由は複合的であるが，実施されてからわずか数年の全民健保を「民営化」「多元化」することが困難であることは明らかである。

II 「新しい政治」(new politics) の登場？

1997 年に始まった全民健保の「多元化」改革は，とりあえず失敗に終わった。国会（立法院）における審議が滞り，担当官庁が仕方なく法案を撤回したことは，国会が，かつての権威主義時代のようにたんなるゴム印的な役割を果たすのではなく，自らの意志を行政府に対して表現できるようになったことを意味する[30]。国会が「普通」に機能しはじめたことが民主化の成果であることはいうまでもなく事実であり，その意味では，こうした「政治過程」がみられるのもマクロ政治体制変動の結果にほかならない。しかし，「多元化」改革案自体は，当然ながら，民主化によってもたらされた社会的圧力に由来するものではない。「多元化」改革は，財政問題に直面した国家がそれへの解決策として打ち出したものであり，福祉国家の縮小を意味するものである。先進国をめぐる研究においては，1990 年代半ば以降，福祉国家縮小の政治は福祉国家拡大の政治とは質的に異なるという主張が盛んになされるようになった。ここでは，この福祉国家縮小の政治について簡潔に要約し，それを手がかりとして，全民健保の「多元化」改革にみられる政治過程を説明したい。

⑴「新しい政治」とは

1990 年代まで，先進国の福祉国家をめぐる研究は，主として社会階級を社会保障政策の変革をもたらすエージェントとして捉え，社会保障政策の生成と維持は，社会階級（労働階級）と政党（左翼政党）の関係，あるいは階級間の同盟関係によって説明されるとしてきた［Stephens 1979; Korpi 1983; Esping-Andersen 1985, 1990］。たとえば，社会保障制度の形成は，強い労働階級の存在によって，左翼政党が行政府を牛耳り，階級の勢力が具体的な政策結果に変換されることによってもたらされる。しかし，こうした拡張期の福祉国家にみられる政治は，縮小期の福祉国家には当てはまらないと主張する研究が，90 年代に入ると盛んになる。ピアソンの研究［Pierson 1994, 1996］によって代表されるこうした福祉国家研究のもっとも重要な論点は，縮小期にみられる福祉国家の政治は，先行する政策によってもたらされた非階級的な行為者（特定の政策を支持する利益集団など），あるいは社会保障制度そのものの粘着性によって説明されるということである。こうした政治を，ピアソンは福祉国家の「新しい政治」（new politics）と呼んでいる。「新しい政治」がもっとも重要視している概念のひとつは，政策の経路依存，あるいはそれによるロック・イン効果である。経路依存とは，ある時点において採用された政策が，その後の政策選択肢を限定することである。政策が実施されることによって，その政策の支持団体が（多くは階級とは関係なく）結成され，政策の継続を支える社会的，政治的，経済的ネットワークが形成されるのである。したがって，縮小期の福祉国家においては，本質的な改革は非常に困難である[31]。いいかえれば，社会保障制度の縮小は，従来の福祉国家研究が重要視してきた階級政治とは異なる現象であるため，「新しい政治」と称されるのである。

「新しい政治」におけるもうひとつの重要な概念は，「非難の回避」（blame avoidance）である。「非難の回避」とは，選挙競合に晒される政治家が，有権者に不人気な政策を回避したいがために，経済的には合理的な政策を拒否したり，より発見しにくいように仕向けたりすることである［Weaver 1986］。健康保険の文脈では，保険料の引き上げ，一部負担の導入あるいは引き上げなどが，経済的には合理性をもっているが不人気な政策である。こうした政策は，負担増を求めるため有権者に嫌われる。選挙に勝利したい政治家は，その導入に消極的になる。こうした「非難の回避」は，社会保障制度の粘着性――経路依存――にも貢献し，社会保障制度を縮小する改革を難航させる要因になる。換言すれば，経路依存は，先行する社会保障制度の特徴や，それによってもたらされた政治的行為者の特徴に注目することによって，改革がなぜ困難であるかを説明するのである。

しかし，改革がまったく起こらないわけではない。合理性や財政負担の軽減を求め

る政府は，絶えず改革を試みるのである。経路依存によって，各国にみられる社会保障制度の多様性とその持続性が説明されるが，改革がなぜ遂行できた（場合によってはできなかった）のかについてはより曖昧である。この点に関して，「新しい政治」を唱える研究は，政治制度――あるいは国家構造――のあり方に注目する。ここでの国家構造とは，憲法ルールによって規定される行政府と立法府の関係である。イマーガットによれば，民主主義体制において政策が成立するためには，さまざまな政治制度における一連の同意をとりつける必要がある。憲法ルールは，この一連のプロセスにおいて，政策を拒否するポイント（veto point）の所在と性質を決定する［Immergut 1992］。拒否点が増えると，政策の成立はより困難になり，拒否点が少なければ，政策の成立はより容易である。

具体的に，議院内閣制と分権によって特徴づけられる大統領制とを比較すると，議院内閣制においては，立法府（議会）に対する行政府（内閣）の制御が比較的に強く，立法府が拒否点になる可能性が低いので，政策が成立する可能性は相対的に大きくなる。一方，大統領制においては，立法府において大統領を支持する政党が必ずしも過半数を占めていない。そのため，立法府が拒否点になる可能性が相対的に大きくなり，改革が難航する可能性も相対的に大きくなる［Bonoli 2000: 43–44］。もちろん，これらの論理は，一定の政党規律によっても左右される。政党規律が機能しなければ，議会において過半数を占める与党でも，不人気な改革を推進するのは難しい。

国家構造のもうひとつの含意は，政治制度――拒否点の所在と性質――が，政策をめぐる衝突の結果を決定する政治的行為者の行動にとっての，戦略的な文脈を提供することである［Immergut 1992: 83］。具体的にいえば，特定の政策に反対する行為者は，拒否点が行政府，議会，あるいは一般有権者のいずれに存在するかを考慮することによって行動戦略を立てるのである。たとえば，議会における安定多数と政党規律が議会政治の規範とはなっていない国では，反対勢力が，議会のメンバーに対して積極的にロビー活動を展開したり，自らのメンバーを国会に送り込んだりすることで，自らにとって有利な政策結果を引き出そうとする。つまり，政治のあり方や政治が展開されるアリーナは，制度によって左右されるのである。

以上，「新しい政治」のレビューとしては不十分であるが，本稿が分析対象として扱っている全民健保の「多元化」改革をめぐる政治過程と関連する限りで整理した。以下では，全民健保の「多元化」改革という事例を，「新しい政治」の概念に沿って捉えなおしてみたい。

(2) 全民健保民営化にみられる「新しい政治」

台湾では全民健保の導入によって皆保険が実現され，それまでの職域ベースの断片

的な政府管掌保険が統合されたが，ほとんどの加入者に対して政府が保険料を分担するという従来の特徴が継承された。皆保険の実現によって保険加入者が増加したことは，政府にとって財政負担の増加につながり，1990 年代後半になると，それが全社会保障支出の 25 %を超えるまでになった。一方，全民健保自体の財政も，発足後まもなくして赤字を計上している。こうした二重の財政問題に対して，政府は，「民営化」と「多元化」によって対応しようとした。しかし，結果的には，議会での支持を得られず失敗に終わった。政府管掌から民間経営への切り替えが不発に終わった過程においては，政府管掌社会保険のもつ経路依存性が観察される。

こうした政府管掌保険の粘着性に貢献したのは，「非難の回避」であった。改革の失敗は，議会における審議の停滞によってもたらされた。自らの政策選好が政府案と異なっていたこともあるが，何より選挙競合を強く意識していた議員たちは，民営化・多元化によって医療サービス市場が寡占状態になることを危惧する多くの社会的行為者たちの反対を無視できなかった。労働組合，消費者団体，女性団体，老人団体，さらには一部の医師団体などによって構成されたアドホックな反対組織は，こうした議員の弱点を強く意識し，委員会メンバーに対して戦略的に説得工作を繰り広げた。社会的行為者による反対活動は，「非難を回避」したい議員が「多元化」案の審議を停滞させることに大きく貢献した。

「非難を回避」したい議員を選挙によって牽制できることは，すなわち，議会が重要な「拒否点」になることを意味している。しかし，議会が改革をめぐる駆け引きの主なアリーナになった原因としては，選挙による牽制のほかに，政党規律が機能していなかったことがあげられる[32]。つまり，政府案とはいえ，与党議員がそれを擁護しなければ，改革は難航する。「多元化」改革案が議会に上程された時点では，与党が過半数を占めていたにもかかわらず，改革案は与党議員の支持を得られなかった。台湾の立法院における政党規律は，ナショナル・アイデンティティと国家概念および国家制度の改革以外の政策に関しては機能していない。そのため，不人気な改革を遂行する政府の能力は限定的であったといえる。

全民健保の「多元化」改革が失敗に終わったもうひとつの理由は，一元化された全民健保の制度的特徴にも由来する。なぜならば，かつては断片的な社会保険制度のもとで利益を異にしていた社会集団が，社会保険制度の統合――全民健保の実施――によって共通の利益をもつにいたったからである。そのため，全民健保の「多元化」は，全ての加入者にとって既得利益に対する脅威になり，それに対する反対がさまざまな社会集団の連携につながった。つまり，社会保険制度の一元化そのものが，新たな経路依存性をもたらしたのである。

おわりに

以上の試みにおいては，全民健保の「多元化」改革をめぐる政治過程を分析し，それを先進国に見られる「新しい政治」の概念に沿って整理することで，台湾の社会保障制度をめぐる政治がかつてとは異なる力学をみせていることを示した。われわれがこの試みによって発見したのは，台湾のような新興福祉国家においても先進国と相似の現象がみられるという事実である。いうまでもなく，縮小の政治に一定の法則が存在すると主張するためには，マクロ経済体制のデータを検証し，社会保障制度の縮小を促す（社会保障制度にとっての）外的要因をより明確に示す必要がある。とはいえ，全民健保の「多元化」改革は，かつての「民主化による圧力」への対応によって特徴づけられる台湾なりの「古い政治」（old politics）ではなく，制度自体の粘着性と国家構造によって改革を遂行する能力が左右される「新しい政治」であることは，本稿の論述によっても明らかだろう。

また，「新しい政治」の概念を台湾のような新興福祉国家に適用することの適切性を判定するには，さらなる事例研究が必要である。その意味においては，1990年代前半から議論され企画されてきたが，いまだ実現していない国民年金制度が格好の素材になる。台湾の国民年金制度の導入においてつねに議論の的になるのは，既存の高齢者への処遇である。そのため，国民年金制度の導入にあたっては，既存の高齢者への老齢給付が要求され，発足時から政府がかなりの財政負担を負うことになる。2000年に民進党政府が国民年金制度の導入を試みたが，国会での支持を得られないことを予測し，結果的には法案の上程を放棄した。そして，普遍性をもつ国民年金制度を導入する代わりに，政府は，所得水準にもとづいて受給資格を認定する老齢手当の実施に踏み切った。つまり，「皆保険」は実現されたが，「皆年金」実現のめどは立っておらず，健康保険には普遍性がみられるのに対して，老齢所得保障は選別主義によって特徴づけられている。こうした非対称的な状況は，民主化によってもたらされた社会的圧力からは説明できないものである。むしろ，「新しい政治」という視点が，より示唆に富む分析をもたらすかもしれない。

【注】

1） 本稿においては台湾における社会保障制度一般の紹介を行なわない。日本語文献において，社会保障制度一般については高橋［2000］，林成蔚［2002］，健康保険に関しては高橋［1999］，年金に関しては上村［1997］，国民年金の制度設計の変遷に関しては本書の黄玫玲氏の論文を参照。

2） 報告書の中国語題名は，「全民健康保険実施二年評詁報告」［衛生署 1997a］。

3)　本稿が分析対象として扱っている全民健保の「多元化」改革をめぐる政治過程は，ウォン［Wong 2001: chap. 9］と重なる部分が多く，ウォンの研究をも参考にしている。ウォンとの違いは，筆者が「多元化」改革の起因を扱っているのに対して，ウォンにとってそれは与件として扱われ，なぜ「多元化」するのかをめぐる分析は行なわれていない。また，筆者が制度（社会保障および政治）を分析の視点に加えているのに対して，ウォンは階級交叉連合（cross-class coalition）という社会的動員の力学を重視している。この視点の違いによって，理論的なインプリケーションが大きく異なることになる。たとえば，ウォンは全民健保の「多元化」改革の阻止は彼のいう階級交叉連合によってもたらされたのである。民主化の産物である進歩的な階級交叉連合の誕生によって，台湾の民主化は公平性を内包する社会保障制度の維持に貢献し，社会福祉改革をめぐる社会的合意を形成し，福祉の主流化をもたらしたことになる。本稿の第Ⅱ節において論じられるように，筆者は，そうした福祉の主流化よりも，「非難の回避」および国家構造の政策改革能力に重点を置き，「多元化」改革の失敗の原因を社会保障制度と政治制度の特徴に求める。

4)　戦後台湾の経済発展においては，一部の産業セクターを公営企業が独占し，その他（食品，紡績，セメント，製紙）に関しては民間企業にまかせるという「官民共棲」の構図であった［隅谷など 1992: 第 2 章］。その他にも，印刷企業や，日本時代の台湾総督府専売局をそのまま維持した台湾省煙酒公売局がある。

5)　地方政府による負担分の滞納を入れて計算すれば，1998 年度の赤字は，54 億元にのぼり，地方政府による保険料の納付の停滞も深刻な問題だといわれている［『中國時報』2000/05/06］。また，1999 年に赤字が急増したもっとも重要な理由は，震災によるものであった。

6)　ここでの多元化改革案をめぐる記述は，衛生署［1997b］にもとづいたものである。

7)　理事会の構成は以下のとおりである。理事長は行政院長によって任命され，理事会は，保険加入者代表（7 名），雇用主代表（7 名）および政府・専門家代表（7 名）によって構成される。

8)　以下，全民健保の民営化のメリットに関しては，衛生署［1997b］および当時の衛生署長・詹啓賢の国会答弁に依拠している。国会答弁に関しては，立法院公報［40 下: 205-254］を参照。

9)　衛生署長に就任するまで，詹啓賢は台南市にある奇美医院の院長であった。奇美医院は，台湾有数の大企業である奇美企業が出資している。その奇美企業の総帥である許文龍は李登輝総統（当時）の支持者であり，李登輝にかなり近い人物とされている。詹啓賢が衛生署長として起用された背景にこうした人脈があるかどうかは不明であるが，李登輝を含め，国民党政権上層部はこうした事実を認識していたに違いない。こうした背景によって，詹啓賢が唱える改革も支持を獲得しやすくなったと考えられる。

10)　台湾の立法手続きは「立法院職権行使法」によって定められており，法案の審議は三読しなければならない。一読した後は該当する委員会に交付し，委員会において法案をめぐる審議を行なったあと，本会議に戻して条項ごとの審議を行なう。これが二読である。三読は，条項ごとに表決を行う。

11)　詳細は，立法院衛生環境及社会福利委員会［1999］を参照。

12)　各草案についての概要は，衛生署［1998b］を参照している。

13)　沈は，このような保険の形態を，中国語で「保大不保小」と呼んでいる。つまり，大病は保険の範囲になるが，小さい病気は保険の範囲にならない。

14)　health maintenance organizations の略である。

15)　ほかにも，中選挙区制度の採用――政党内競争と候補者中心の選挙――が政党規律の低下につながっていると主張する研究がある。しかし，1993 年までの日本も中選挙区制度を採用していたが，政党規律の崩壊は見られなかった。この点に関してはより詳細な議論が必要であり，ここでは割愛する。

16） むしろ，一部の立法委員は自らが推進する案をまとめ，党派間の協力を得て政府案と対抗していた。もっとも重要な例は，民進党の沈富雄，新党の郝龍斌，国民党の張蔡美が中心になって推進していた医療貯蓄口座制（medical savings account system）である［Wong, 2001: 426-427］。

17） 民進党政策委員会研究員・黄玫玲とのインタビュー（2000 年 11 月 6 日）による。

18） 李玉春は，衛生署健保小組支付組招集人（支払小委員会座長）を務めている。

19） 全民健保の多元化について，政治と経済の視点からその意味を検討した優れた論文については，林國明［2000］を参照。ここでの議論は，林の論文から多くの示唆を受けている。

20） 社会保障制度に対する社会勢力の影響力に関しては，Joseph Wong 氏の個人的な指摘および研究に負うところが多い。Wong の博士論文の 8 章と 9 章は，それぞれ韓国と台湾について異なる視点から分析を行なっている。なお，委員会に所属していた与野党立法委員に対して筆者がインタビューを行なった際，彼らは，「全民健保を救う連盟」の活動を知っており，同連盟の活動が「多元化」改革案の推進に対して大きな障害をつくったと話していた。

21）「全民健保を救う連盟」をめぐる記述は，「財団健保，人民不保」のパンフレット（1998 年 3 月）および台湾労工陣線のスタッフに対するインタビューにもとづいて構成されている。インタビューの対象は，内容に応じて脚注に示されている。

22） 同パンフレット，9 頁。

23） 同パンフレット，1〜4 頁。

24） 台湾労工陣線執行委員・孫友聯とのインタビュー（2000 年 11 月 1 日）。

25） 同上。

26）「全民健保を救う連盟」の中心スタッフである孫友聯は，上述の多元化反対派の専門家である李玉春の大学院学生である。また，多くのスタッフは，台湾の医療保険についてもっとも優れた研究者である林國明（台湾大学社会学助教授），野党民進党の社会政策白書の執筆者である林萬億（台湾大学社会学教授）などと親交をもつなど，個人的なつながりが多くみられる。

27） 台湾では「国会助理」と呼んでいる。台湾労工陣線秘書長代理・張峰益（2000 年 11 月 1 日），政治大学国際関係研究中心研究員・黄長玲（2000 年 11 月 3 日）とのインタビューによる。張は民進党立法委員の政策秘書としての経験をもつと同時に，労働問題について研究し，修士号をもっている。黄は，自らが女性団体の理事を務め，台湾の社会運動，学生運動および労働運動を精通しており，シカゴ大学政治学博士号をもっている。

28） 台湾労工陣線執行委員・孫友聯とのインタビュー（2000 年 11 月 1 日）。

29） 民進党政権発足後の 2001 年 1 月 9 日に，衛生署の委託によって全民健保の現状評価を行なった報告書においては，全民健保の組織的改革を三段階に分け，第三段階は，中央健保局以外の保険者に健康保険市場への参入を促すことである。「多元化」という表現を用いていないが，概念的にはまったく同様である。また，同報告書は，衛生署の外郭団体である国家衛生研究院によって作成され，報告書作成委員会の執行委員は，多元化推進派の中核人物とされていた楊志良である。詳細は，全民健保体検小組［2001］を参照。

30） 権威主義時代において，立法院がたんなるゴム印的な存在であったというのは，あくまでも一般論としてのことである。社会保険に関しては，その例外を容易に見いだすことができる。たとえば，1980 年代に衛生署官僚は，保険料率の引き上げおよび一部負担金制度を労工保険に導入しようとしたが，立法院の反対によって実現できなかった。詳細は，林國明［1997］を参照。

31） いうまでもなく，ピアソンが主張する経路依存性は，福祉国家の跳ね返りを誇張気味に捉えており，階級政治あるいは階級同盟関係を重視する研究者からの批判もある。たとえば，Garrett［1998］と Clayton and Pontusson［1998］がそれである。

32） 与党が安定した過半数を確保していること――すなわち選挙結果――も重要であるが，政党規律

が機能していなければ，選挙結果に関わりなく改革は難航する。実際，台湾の国民党は過半数を占める与党であったが，「多元化」改革案はつぶされた。

【参考文献】

上村泰裕［1997］「アジア NIEs の福祉国家形成」東京大学大学院人文社会系研究科修士論文。

隅谷三喜男・劉進慶・涂照彦［1992］『台湾の経済：典型 NIES の光と影』東京大学出版会。

高橋　隆［1999］「台湾における医療保険制度の展開：全民健康保険実施以前を中心に」『アジア経済』第 40 巻第 1 号，1 月。

————［2000］「台湾の開発と福祉」土生長穂編『開発とグローバリゼーション』柏書房。

————［2001］「社会福祉政策の移行：『開発』と『民主化』の視角から」『社会福祉学』第 41 巻第 2 号。

ペング・イト［2001］「東アジア福祉国家とその新たな挑戦：日本，韓国，台湾の福祉国家を中心に」社会政策学会編『「福祉国家」の射程』ミネルヴァ書房。

林成蔚［2002］「台湾」宇佐見耕一編『新興工業国の社会保障制度・資料編：アジアとラテンアメリカの比較研究』アジア経済研究所。

若林正丈［1992］『台湾：分裂国家と民主化』東京大学出版会。

Bonoli, Giuliano［2000］*The Politics of Pension Reform: Institutions and Policy Change in Western Europe,* Cambridge: Cambridge University Press.

Chow, Peter C. Y.［2001］'Social Expenditure in Taiwan (China)', World Bank Institute Working Papers 22716, January.

Diamond, Larry［2001］'Anatomy of an Electoral Earthquake: How the KMT Lost and the DPP Won the 2000 Presidential Election', in Muthiah Alagappa, ed., *Taiwan's Presidential Politics: Democratization and Cross-strait Relations in the Twenty-first Century,* Armonk, New York: M. E. Sharpe.

Esping-Andersen, Gøsta［1985］*Politics against Markets: The Social Democratic Road to Power,* Princeton: Princeton University Press.

————［1990］*The Three Worlds of Welfare Capitalism,* Princeton: Princeton University Press.

Garrett, Geoffrey［1998］*Partisan Politics in the Global Economy,* New York: Cambridge University Press.

Clayton, R. and Jonas Pontusson［1998］'Welfare-State Retrenchment Revisited: Entitlement Cuts, Public Sector Restructuring, and Inegalitarian Trends in Advanced Capitalist Societies', *World Politics,* No. 51, October.

Immergut, Ellen M.［1992］*Health Politics: Interests and Institutions in Western Europe,* Cambridge: Cambridge University Press.

Korpi, Walter［1983］*The Democratic Class Struggle,* London: Routledge & Kegan Paul.

Ku, Yeun-wen［1997］*Welfare Capitalism in Taiwan: State, Economy and Social Policy,* New York: St. Martin's Press.

Kwon, Huck-ju［1998］'Democracy and the Politics of Social Welfare: A Comparative Analysis of Welfare Systems in East Asia', in Roger Goodman, Gordon White and Huck-ju Kwon, eds., *The East Asian Welfare Model-Welfare Orientalism and the State,* New York: Routledge.

————［1999］*The Welfare State in Korea: The Politics of Legitimation,* New York: St. Martin's Press, Inc.

Lin, Chia-lung［1998］'Paths to Democracy: Taiwan in Comparative Perspective', Ph.D. dissertation,

Department of Political Science, Yale University.
Pierson, Paul［1994］*Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment,* New York: Cambridge University Press.
————［1996］'The New Politics of the Welfare State', *World Politics,* No. 48, January.
Starr, Paul［1992］*The Logic of Health Care Reform: Transforming American Medicine for the Better,* Knoxville, Tenn.: Whittle Direct Books.
Stephens, John［1979］*The Transition from Capitalism to Socialism,* London: Macmillan.
Weaver, R. Kent［1986］'The Politics of Blame Avoidance', *Journal of Public Policy,* No. 6, October–December.
Wong, Joseph［2001］'Democracy and Welfare–Health Policy in Taiwan and South Korea', Ph.D. dissertation, Department of Political Science, University of Wisconsin, Madison.

衛生署［1997a］『全民健康保險實施二年評估報告』行政院衛生署。
————［1997b］『全民健康保險再修正答客問』行政院衛生署。
江丙坤［1997］「公營事業民營化與全民優惠釋股」『理論與政策』第 3 卷第 20 号。
中央健保局［2000］『全民健保簡介』中央健康保險局。
陳敏和［1998］「國家在全民健康保險政策形成與轉型過程中所扮演角色之探討：國家中心的觀點」國立暨南國際大學社會政策與社會工作系碩士論文。
葉金川［2002］『全民健保傳奇』董氏基金會。
立法院衛生環境及社會福利委員會［1999］『全民健保組織架構改革方案』公聽會報告（1999 年 11 月 15 日）中華民國立法院第四屆第二會期衛生環境及社會福利委員會。
『立法院公報』（各号）。
林國明［2000］「全民健保民營化的政治邏輯」『臺大社會工作學刊』第二期（中華民國八九年五月）。
『中國時報』（日刊紙）。