

2004.9.25. アジアの社会保障と企業内福祉研究会  
木崎 翠 (横浜国立大学)

Ian Holliday and Paul Wilding (eds.),  
*Welfare Capitalism in East Asia: Social Policy  
in the Tiger Economies*, Palgrave, 2003

#### 第4章 医療保健 (以下、H:香港、S:シンガポール、K:韓国、T:台湾)

##### 4-1、歴史と基本的方向

###### H (Hong Kong)

保健分野での公的支出とサービスは戦後一貫して90年代はじめまで増加。  
一次ケアの大部分と漢方医療は民間医療機関が担う。  
租税による二次ケアセクターへの補助が中心のスリムな体制。

###### S (Singapore)

国家は二次ケアを供給、一次は民間に任せる。  
ファイナンスはCPFに包摂される。  
Hと異なり、包括的保健ビジョンを持つ。世界一コスト効率的な保健システムを、という標語。

###### K (Korea)

保健分野は現在まで市場に任されており、二次ケアも民間による。  
76年、健康保険法成立、90年代、国民の94%が健康保険に加入、残り6%は貧困者用の医療プログラムの対象に。  
現在は国家保険会社は何百もの保健組織を一つに統合。

###### T (Taiwan)

Kと類似、医療は民間が主体。政府はファイナンスに集中。  
戦後にいくつかの健保制度形成され、95年統合開始。2000年末時点で普及率96%。

##### 4-2 統制

###### 現代医療

いずれの地域も政策決定は政府官僚と専門家組織が掌握。経済や計画部門がしばしば鍵を握る。いずれも官僚とのつながりの強い医療組織を持つ。  
ただし近年、NGOの出現、民主化の動き(K、T)により変化が起きつつある。

H Sでは医療関係者に対する政府の統制が弱い。

## 伝統医療

政策上の伝統医療への関心はごく最近のこと。  
国の役割が大きいのはKT。

### 4 - 3 供給

#### 現代医療

一次ケア：いずれの地域でも主に民間に任されている。

K：81年にコミュニティベースの一次ケアポストを作った。

T：町ごとに、ヘルス・ステーションがある。

S：一次ケアのうち公的部門のシェアは20%。16の公立総合クリニックがあり、一次ケアセンターとして機能している。

H：公立の一次クリニックは市場の2割未満。

二次ケア

H：政府の役割が大きい。

S：全体の81%が公立（2000年）。99年に東と西の二カ所に三次ケアまでの統合的供給機関が作られた。

KT：すべてのレベルで供給は民間が支配的。政府は都市農村格差是正に資金を投入している。

#### 伝統医療

KTがこの分野では進んでいる。

HSでは伝統医療は一次セクターのみ。

### 4 - 4 資金

#### 現代医療

資金への国家介入は二次セクターに集中（ただし一次ケアにも若干の財政投入はある：HS）。

H：公立と助成対象の病院が財政から資金を得ている。

S：CPFの中に各自のメディセイブアカウントを持ち、これは本人ないし家族の入院費に使える。おおかたの国民は何らかの健康保険に入っており、保険料はメディセイブのアカウントから払ってよい。

政府の補助金は公立病院へ。

政府による支出は医療支出全体の26%ほど（2000）。

KT：強制加入の保険がある。K：皆保険は89年。T：包括的社会保険は95年から。

#### 伝統医療

HS：伝統医療は国家資金の対象外。

KT：一部が社会保険によりカバーされる。

### 4 - 5 評価

#### 強みと弱み

S：好パフォーマンス。ビジョンがはっきりしていたことが強みだった。妥協

のない個人責任制導入は最低の社会セイフティネットにより補完され、長く維持可能か思われる。

H：Sほどのビジョンはない。

KT：ビジョンがあるが長くは持たないだろう。

資金供給体制は保健システムにとり常に弱点。アジア危機により予算制約が発生。問題が多いのはKT。社会保険によるシステムが長く維持可能かどうかは疑問。

アクセス、普及度、質、対価、効率性、効果などについてはいずれの地域も良好。

H：二次セクターへのアクセスが市民の権利となっている。

S：メディファンドが基本的社会セイフティネットを提供。

KT：社会保険とそれから漏れた人の救済措置とで機能。

弱みとしては伝統医療への政策決定者の関心が低いこと。伝統医療を好む国民は多い。

### 挑戦

システムの維持可能性に疑問。なお、HSでも政治がもっと競争的になったらヘルスケアへの要求は高まるだろう。

### 類似性と相違

HS、KTの間に基本的相違。統制メカニズムはKTのほうが国家主義的、供給はHSのほうが国家主義的。資金調達メカニズムにはいずれの地域にも国家主義的要素がある。

KTでは市民が非効率や不公平に対し批判的になってきている。ファイナンス面での収斂はなさそう。HSとも社会保険とそれに伴うモラルハザードを導入するつもりはなさそうだから。

東アジア福祉モデルという概念については修正的サポートしかできない。基本的プロダクティビストのレベルでいくらかの共通性はある。4地域とも政府が最低限の資金を出す。これは企業者活動に過度の重荷を負わせないようにとのプロダクティビストの関心を反映したもの。しかしそれ以上の共通の特徴はない。KTの社会保険システムと、よりスリムなHのUK式ナショナルヘルスサービス・SのCPFとの違いは明白。

## 第6章 社会保障

### 6-1 歴史と基本的な方向

40年代と50年代には税率は低く公的支出も少なかった。これが社会保障を制約。経済成長の最中で雇用機会が多く人口の年齢も若く家族のサポートもあったので社会保障への需要も小さかった。しかし政府への支持にとり鍵となる社会的グループには早期に社会保障を開始。

H：71年に「包括的社会保障扶助」（最低生活所得補助）導入、高齢者、障害者手当もある。2000年に強制年金基金導入。基金は民間会社により管理される。

S：CPFが核。雇用者と被雇用者が支払い、政府が運営。53年導入。徐々に社会保障だけでなく住宅、医療、教育などもカバーするように。ただし失業対策はない。

K：60年の公務員年金保険が最初。88年に国民年金が制定された。貧困家庭向けに生活保護（65年に導入）。

T：80年までに軍、公務員、労働者の3保険システムができあがった。国民年金保険が現在計画。最貧層には現金補助。99年に失業保険創設。

社会保障創設の要因：SKTでは体制の安定に中心的な役割を果たすグループに利益を与えることで政権の正当性をはかった。公務員や軍人。Hでは最後のよりどころとしての位置づけ。

### 6-2 統制

統制の対象： 供与のフレームワークと供与対象となる事象、 供与のレベル、 ベネフィット享受の基準、 納付金の定義と統制、 供給や管理の組織、 最低生活扶助システムの裁量へのモニタリング。

H 47年制定の救貧制度を基礎にした手当と、高齢者と65歳以上の障害者を対象とした手当があり、それ以外はMPFによる。これは18-65歳までの被雇用者に強制。基金は民間により運用されるが、30%は香港ドルの証券に投資することが条件。保険料と収益分は60歳に達して退職したときか65歳になったときか死亡したときまで引き出せない。強制なので雇用者の86%、被雇用者の93%、自営業の90%が加入（2001年末）。

S CPFと社会扶助とがある。CPFは、雇用者と被雇用者がそれぞれ賃金の一定比率の積み立て金を払い、各人がアカウントを持つ。通常アカウント（住宅購入、教育など向け）、メディセイブアカウント（医療用）、スペシャルアカウント（老後と不慮のための資金）からなる。公務員、自営業者、低賃金者、パート、非正規雇用などは対象外。貧困者向けの扶助としては公的扶助その他がある。

K 社会保障は厚生省が所轄。しかしT同様、軍人、教員、労働者、退役軍人についての支給のマネジメントはそれぞれの省で行う。生活扶助については60年代の生活保護法が核、2000年に国民基本生活保護法に代わる。

労働省は二つの社会保障分野を担当。雇用保険と労災保険。

T 保険、扶助、手当の3分野を政府が管理。代表的な社会保険は労働保険、公務員保険、軍人保険。各官庁が別個に所轄。99年に失業保険を導入。低所得の高齢者・障害者に対する手当は党の間の激しい競争によって増加。

#### まとめ

4 地域の社会保障は多様だが、はっきりした類似点がある。トップダウンで国家主導型、政治目的を持つことと、社会福祉、労働、国防、教育などの部署が個別に所轄していること。

いずれも最低生活保障制度を持つが、内容は多様。香港では貧困緩和に重要な役割を果たしている。韓国ではアジア危機後生活保護の受給資格緩和。STでは扶助規模は小さい。さらなる違いは、HSの制度がシンプル、TKが複雑ということ。

### 6 - 3 供給

政府が、供給者・資金提供者としてより統制者・組織者として機能するのが特徴。SはCPF、KはMPF、Kは国民年金、Tは分野ごとの年金。4地域とも国の資金で国が供給する社会保障を持っているが、受給資格は厳しく制限されている。失業保険を持つのはKTのみ。

4地域の政府は自らの被雇用者に寛大なスキームを作った。すなわち公務員、軍人、教員。彼らの忠誠が体制維持に重要だったから。

4地域とも雇用者が重要な役割を果たしている。政府の社会保障に資金を出し、CPFとMPFにお金を出すことでこれらのプログラムを支えている。

H：従来から大企業の多くが何らかの民間保険を従業員に対して持っていた。

K：企業はGDPの1.4%に当たる額を義務的民間社会ベネフィットに費やしており、これは社会保障支出の26.5%に当たる。つまり企業は社会保障の重要な供給者。ただし対象は正規従業員のみ。S：休暇付与、労災コスト負担など、雇用者の社会保障責任は大きい。

4地域とも社会保障での家族の役割が大きい。Sでは95年に両親が自らの子に扶養を要求することができるようにした。KTでは両親と兄弟のサポートすることを要求した法を持っている。しかしいずれの社会も子供の貢献分は急速に減少しつつある。

4カ国の社会保障供給理念は政府統制下での雇用者と従業員間のパートナーシップ。これがKTの制度のエッセンスであり、SHの強制貯蓄の核心でもある。

## 6 - 4 資金調達

H 社会保障への政府の支出は96～2001の間に倍増。MPFの納付率は賃金の10%で、雇用者と従業員で5%ずつ。

S CPFが雇用者と従業員により支出されている。当初は賃金の10%にセットされたが、84年の50%にまで徐々に引き上げられた。危機後雇用者の率は10%に引き下げられた。一方従業員側のレートは20%に据え置かれた。2001には合計36%に引き上げられ、政府は40%に戻す意向。

K 社会保険が核心。保険料は雇用者と被雇用者で折半。政府の社会保障への支払いは近年急増。

T 台湾の社会保険は付加方式が基本。しかし安定と請求の急増に備え法定準備金がある。

社会保険の拡大は社会福祉への政府支出を大きく増やした。

## 6 - 5 評価

### 共通点と差異

最も明らかな共通点は政府の役割が限定的であること。4地域とも政府主導、政府による組織だが、勤労者とその雇用者がファンドの大部分を負担し、政府の支出は少ない。家族による供給は重要な役割を果たしているが徐々に公的なものに置き換わられつつある。伝統家族主義から近代福祉主義への転換。

共通点と差異をどう説明するか。いずれも強い儒教社会で家族の扶助の伝統がある。しかし20世紀の歴史はそれぞれ異なり、植民地経験が社会政策の違いに影響している。いずれも世界市場での貿易と競争力に依存して経済成長を遂げた。実際のスキームとテクニックは異なるが、哲学と信念は共通。

### 強みと弱み

#### アクセス

SKTは各人が社会保険かCPFにどれくらい払っているかにかかっている。つまりフルタイムで正規の労働市場で働く人口に焦点が当てられている。それ以外の人々のための諸手当もあるが、支給可能性とレベルは限られている。HとKの受給率は比較的高く、STは非常に低い。

#### カバリッジ

H以外は労働力全体の2/3位が社会セキュリティに包摂されている。

S：60才人口のうち男性の20%、女性の33%が漏れている。

T：国民年金はすべての人口を包摂させようとしているが、長年達成されていない。

K：90年には65才以上の人口のうち公的年金を受け取っているのは2%だけであったと推計されている。国民年金の支給は2007年から。

失業保険はHSにはないし、今後も作られそうにない。

#### 質

代替率と、どれくらいの生活水準を受給者に与えているかで保障の質は定義できる。

HS：所得保障水準はない。

T：政府は年金統合に際しての目標を代替率50%としているが、財務問題で難しそう。

K：60%の代替率を約束しているが財務問題で脅威にさらされている。しかし、その支払いの開始はずっと先。

S：CPFは加入者に退職後に受容可能な収入を与えられていない。95年の高齢者調査では60%がいったい個人貯蓄を持たず、CPFアカウントを持つものの56%は老齢期を支えるに足る貯蓄をそこに持っていない。CPFの利率が悪いのももう一つの脅威。ただしこれには変化の兆しがある。

H：MPFは始まったばかりだが、市民はすでにそれにより十分なベネフィットが得られるという信頼を失っているようだ。

#### 金額

KT：社会保障に国民が支払う額はGDPの4%。見返りに包括的な社会保障システムを享受している。

HS：MPFとCPFは税収には数えられないので、正式な税負担を軽くする。それを勘案してもHは低税率低福祉のサンプルといえる。Sについては、CPFの納付を考えれば租税負担はKTより低いとはいえない。Sの社会保障は国家にとって価値があるが加入者にとっては価値があるとは決していえない。

#### 効率

社会保障が低い行政コストで運営されているかどうか。Tの行政コストは最高で公的支出の15%を占め、Hの10%、Sの4.5%より高い。Hの社会福祉部門は予算の6.7%を使う。SではCPFの行政コストは1%未満。Kの国民保険の行政コストも同様。一般的にHTはKよりも、さらにSよりも、非効率のようだ。

#### 効果

貯蓄ファンドに比べ、社会保険の方が再分配機能や共同性は高い。リスクについてもKTの社会保障は広い範囲をカバーしているが、HSではこれらは比較的無視されている。

効果の度合いをテストする良い方法は社会の貧困レベルの比較。4地域には今も貧困が存在する。KTの所得分配はSHより平等。所得分配が社会保障体制の違いによるものか否かは一概にいえないが、社会保障もある程度役割を果たしている。

## 6 - 6 将来へのチャレンジ

老齢化、経済成長鈍化による雇用の不安定性と失業の増大、最低限のアシスタ

ントスキームの明らかな不足が主な不安材料。

老齢化：すべての社会がある段階で直面するもの。残りの二つはアジア危機で先鋭化し注目され、政府と社会保障システムにプレッシャーを強めた。それにより採られた政策は地域により異なる。

H：受給者増大による支給レベル引き下げ。

K：生活保護のカバレッジを広げ、支給期間も延長。

S：労働者側のCPF納付率引き下げ。

老齢化のインプリケーション

KT：付加方式であるため強い関心を引いている。Kは納付料率引き上げと支給額引き下げ、収入を増やすための加入対象拡大、収益向上の模索などが対策。

S：CPFについて退職後の経済的安全を与えられていないとの批判が多い。退職年齢の引き上げが対策として試みられている。

伝統的に4カ国の社会福祉へのアプローチは二本柱。経済成長と完全雇用。豊かになった社会は経済成長率が低下、完全雇用も難しくなる。よりアクティブな労働市場政策を作ったり、失業期間中に所得を与えることができる社会保障システムを供給することが必要になる。KTはこれに取りかかろうとしているが、HSはリラクタント。

社会福祉インフラがいかにうまくデザインされていても、漏れてしまう人が出る。これらの社会では家族がこの責務の大きい部分を担っているが、将来は重要性が下がりそうだ。社会的扶助はH KでSTより発達しているが、4カ国とも改革が必要。

プロダクティビズムは社会保障をどの程度重視してきたか

公的支出は経済に重荷になると考えられたことから支出は抑制されてきた。

国際競争力を保つため雇用者へのコストは制限しようとした。

個人や家族の責任を弱め西側のような依存の文化を創ってしまうことのないよう願った。

社会保障の政治性：KTでは民主化が進んできたため社会保障も西側のものに近づきつつあり、プロダクティビスト的基礎から遠ざかり始めている。SHはそうではない。