

日本の社会保障の経験

— 社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から —

2004年7月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所

序 文

本ハンドブックは、JICA（国際協力機構）が2003年に実施した調査研究「ソーシャル・セーフティ・ネット（Social Safety Net：SSN）基礎研究」報告書である「途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの確立に向けて」¹のうち、研究会委員である広井良典教授（千葉大学）により執筆された「日本の経験」に焦点を当てた部分を編集・増補したものです²。開発途上国への技術移転のツールとして活用することを目的に、英訳版と合冊にしています。

上記調査研究は、社会的な弱者への支援対策としてSSNの整備が近年より重要となっているという問題意識から始まりました。この背景には、経済のグローバル化に伴う金融・通貨危機の伝播により開発途上国の社会経済が甚大な影響を被る可能性が高まっており、こうした危機においては経済危機における企業の倒産、失業者の増加による労働者の貧困層への転落、実体経済の悪化に伴うもともと存在していた貧困層の窮乏がより強まることがあります。

上記の最大の例であるアジア経済危機においては、はからずも各国においてセーフティ・ネットとなる制度が依然として未成熟であることが浮き彫りになり、各ドナーは緊急的な援助を行いました。しかしながらアジア経済危機が一段落し、経済状態を回復させるための構造改革を各国が模索する段階において、中長期的な制度基盤構築への支援ニーズは増しているといえます。

本ハンドブックは、今後開発途上国への社会保障分野への支援を行う際のひとつの技術移転ツールとして活用されることを念頭に、健康保険や年金制度といった恒常的な社会保障制度を中心に日本が辿った社会保障制度整備の経験を示し、かつての日本の状況の途上国との類似性といった観点から学ぶべき教訓を拾い上げる視座を提供することを目的としています。

日本は第二次世界大戦後まで第一次産業従事者が全人口の半数以上を占めており、産業構造が開発途上国に近い状態から西欧の制度を自国の社会体制に沿う形で取り入れ、社会保障制度の整備を進めてきました。これは、ある程度の経済発展を経たうえで社会保障制度を整備していった西欧諸国と異なる日本独特の経験といえます。社会保障制度は当該国の社会経済状況に応じた仕組みが求められるため、日本の制度を他国にそのまま転用することが不適当なことは言を待ちません。しかしながら、上述の戦前戦後の社会体制の変化、経済発展

¹ 報告書はJICAのウェブサイト（<http://www.jica.go.jp/>）からPDFファイルのダウンロードが可能。

² ただし、3-2-3(4)については研究会タスクである小島元（国際協力機構職員）執筆。

本報告書及び他の国際協力機構の調査研究報告書は、当機構ホームページにて公開しております。

URL: <http://www.jica.go.jp/>

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力機構の許可無く転載できません。

発行：独立行政法人国際協力機構 国際協力総合研修所 調査研究グループ

〒162 - 8433 東京都新宿区市谷本村町10 - 5

FAX：03 - 3269 - 2185

E - mail：iictae@jica.go.jp

の状況を踏まえつつ他国の制度の長所を取り入れつつ日本独自の社会保障システムを構築してきた経験は、長所、短所ともに今後の経済発展を見据える開発途上国にも有益な教訓になり得るものと信じます。

本ハンドブックが、一人でも多くの開発途上国の社会保障分野の専門家の手に渡り、願わくは社会保障制度の構築の一助となれば幸いです。

2004年7月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 田口 徹

目 次

序 文	i
第1章 途上国における社会保障整備を理解するための要素 (アジア諸国を例にして)	1
1-1 概括的なグル-ピング	1
1-2 経済発展と社会保障 家族・共同体の外部化と再・社会化	2
1-3 医療の場合 「健康転換」という座標軸	4
1-4 アジアの社会保障における多様性の要素	7
第2章 日本の社会保障整備の経験	11
2-1 「日本の経験」を評価する意味	11
2-2 社会保障に関する「日本の経験」の特徴と評価	12
2-2-1 制度全体に関する日本の特徴	12
2-2-2 社会保障制度と経済社会システムの関係に関する特徴	24
2-2-3 社会保障の個別分野に関する特徴	27
第3章 「日本の経験」の全体的評価	41
おわりに：残された課題と展望 「アジア福祉ネットワーク」の構築と 地球レベルでの「持続可能な福祉社会」に向けて	43
参考文献	46

第1章 途上国における社会保障整備を理解するための要素 (アジア諸国を例にして)

図表・BOX リスト

図2 - 1 第一次産業従事者の割合の年次推移の比較	17
図2 - 2 社会保障給付費の部門別割合	35
表1 - 1 経済発展及び健康転換の段階と社会保障システム	6
表2 - 1 社会保障 / 福祉国家のモデル	13
表2 - 2 日本の経済成長のプロセスと「国民皆保険」システム	16
表2 - 3 市町村国民健康保険の変容	19
表2 - 4 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	22
表2 - 5 医療システムの基本的比較	28
表2 - 6 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	29
表2 - 7 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	29
表2 - 8 日本型雇用慣行の特徴	38
Box 2 - 1 (参考) 世界銀行の提言の概要 (Investing in Health より)	31

本章では、後の第2章にて日本の社会保障整備の経験とその特徴を述べたうえで途上国へのインプリケーションを論じるための前提として、アジア諸国を例として、特に経済発展段階と社会・文化的多様性という座標軸から社会保障の特徴を理解するための視座を提供することを試みる。

1 - 1 概括的なグルーピング

アジアの社会保障についての概括的なイメージをもつために、日本を除くアジア諸国をその社会保障をめぐる状況という視点に則して4つのグループに大別してみたい。ただし、後の記述にも示されるように、ここでのグルーピングはいわば1つの切り口からのごく暫定的な分類であり、固定的な性格のものではない。

第1グループ

経済発展の度合いが日本を含む先進諸国に匹敵するかそれに準ずるレベルに達し、社会保障の面においても普遍的な給付 (universal coverage) ないしそれに近い制度が整備されつつあると同時に、特に近年では人口高齢化への対応や制度の効率化といった新たな課題に直面している国家群

例：シンガポール、台湾、韓国

第2グループ

産業化の途上にあり、被雇用者（サラリーマン、公務員）グループについては一定の社会保障制度が整備される半面、なお人口の相当部分を占める農業従事者や自営業者などのインフォーマル・セクターについてはその大半について制度が未普及にとどまり、いわば「皆保険前夜」とも呼ぶべき状況（かそれに近い状況）にある国家群

例：マレーシア、タイ、フィリピン、インドネシア

第3グループ

産業化の初期段階にあり、社会保障制度は主として一部の公務員・軍人な

日本の社会保障の経験

どを対象とするものに限られ、医療保障の面では(感染症に対する)公衆衛生施策がなお中心を占めるような国家群

例: ベトナム、ラオス、カンボジア、ミャンマーなど

第4グループ

いわば「超大国」として以上の分類に収まらない国家群

例: 中国、インド

以上はごく暫定的なグルーピングであり、これらのほか、社会保障制度と国の社会経済システムとの関連からみれば、「社会主義ないし共産主義か、それに準ずるシステムを採用する国家群(及びそこから市場経済への移行を図りつつある国家群)」という類型を立てることも考えられよう(中国、ベトナム、ラオスなど)。

また、中国は1990年代に入って「社会主義市場経済システム」という新たな理念に基づく改革を進めているが、社会保障と表裏の関係にある「福祉国家」というコンセプトは“修正された資本主義”の社会モデルとして生成・展開したのであり³、だとすれば、「福祉国家」と「社会主義市場経済システム」という二つの社会モデルは、“市場経済と一定の公的介入の組み合わせ”(あるいは資本主義と社会主義の混合形態)という点では共通の側面を有することになる。このような視点から中国や市場移行経済の諸国の社会保障システムをみていくことも重要と考えられる。

こうした概括的なグルーピングを視野に収めながら、アジア諸国(あるいはより一般的に開発途上国)における社会保障を理解するための基本的な枠組みについて若干の整理を行っておきたい。

1 - 2 経済発展と社会保障 家族・共同体の外部化と再・社会化

一般に社会保障は、**経済発展ないし経済システムの進化に伴って、産業構造や就業構造、都市化の進展や家族形態、あるいは疾病構造や人口構造などが変容していくことに呼応する形で、個人や家族の生活保障や一定の所得再分配を行う制度として整備されていくものである。**

より実質的には、経済発展に伴って、もともと家族や(農村)共同体の中で

インフォーマルな形で行われていた「相互扶助」の機能が弱体化していくことに対応して、それを補完する(あるいはそれを再び「社会化」する)公的なシステムとして**社会保障制度は展開していく。**

例えば年金という制度は、伝統的な共同体においては3世代同居などの大家族の中で行われていた高齢者に対する経済的扶養が、産業化や都市化の進展に伴って(家族構造が核家族中心のものへと変容して行く中で)「外部化」されていくことに対応する形で、公的な制度として整備される。つまり、家族内で行われていた「高齢者の経済的扶養」が外部化され公的なシステムとなったのが年金という社会保障制度である。そして年金制度に限らず、**産業化の進展に伴って整備される社会保障の大部分は、都市化の中で家族や地域という伝統的共同体(コミュニティ)から離脱しつつ形成される「核家族」という「脆弱な共同体」を支援するシステムとして整備される。**医療保険や失業保険、様々な福祉サービスなどもこれに該当するものである。

仮に以上を便宜上「前産業化社会(ないし伝統的社会)」から「産業化社会」への移行の段階とすれば、さらに経済発展が一層進み経済が成熟化していく中で、一方で平均寿命が伸び「高齢者の“身体的”扶養」をめぐる課題が「介護問題」として新たに浮上すると共に、他方で女性の社会進出などの中で核家族自体がさらに「個人単位」化の方向に進み、こうした中で子育てなどの社会化の必要性も高まっていく。「成熟化・高齢化社会」と呼びうる段階である。

このような「伝統的な家族・共同体が果たしていた機能の外部化とその再・社会化」という点に着目すれば、経済発展と社会保障制度の対応に関して次のような3つの基本的段階を区分することがさし当り可能であろう(表1-1参照)。

- | | |
|--------------|--------------------|
| A. 前産業化社会 | 伝統的な家族・共同体における相互扶助 |
| B. 産業化社会 | 核家族化 |
| C. 成熟化・高齢化社会 | 核家族のさらなる「個人単位」化 |

なお、B(産業化社会)の段階はさらに次のような2つに区分することが可能である。すなわち、社会保障制度は上記のように伝統的な農村共同体が果たしていた相互扶助機能を補完するものとして整備されていくものであるから、まずは産業化・都市化の進展の中で増加する都市労働者(被雇用者)とその家族の生活を保障するシステムとして整備される(産業化社会・前期)。しかし農業従事者や自営業者についても、やがて共同体的な相互扶助機能はしばしば低下していくため、被雇用者について整備された一定の社会保障制度をそうした層にも拡大していく必要が高まっていく(産業化社会・後期)。もちろん、それでもなお農業・自営業の場合は被雇用者層に比べて一定の相互扶助機能が残っているのが一般的であるから、先進諸国においても農業・自営業者層への社会保

³ たとえば、1930年代の社会民主主義政権以降のスウェーデンの社会モデルは当初“中間の道(the middle way)”と呼ばれた。

日本の社会保障の経験

障は被雇用者層のものに比して給付が限定的であったり制度への加入が任意であったりすることがしばしば起こり(特に社会保険システムの場合)、最終的に農業・自営業者層にどこまで被雇用者層と同様の社会保障制度を整備するかは各国の理念や状況に依存する要素が大きい。ただ一般的なパターンとしては、まずは被雇用者グループについて制度が整備される段階と、それを農業・自営業者グループを含む国民全体に拡大していくことを模索していく段階の2つに区分することが可能であると思われる。

実際、多くのアジア諸国においては、農業従事者や自営業者などのインフォーマル・セクターの割合が過半数を占めることも多く、被雇用者グループには一定の社会保障が整備されるものの、農業・自営業者への拡大にあたって大きな困難にぶつかるといったケースがしばしば見られる(先に整理した「第2グループ」の国々は特にそうした現状にある)。2章にて「日本の経験の評価」に関してもふれるが、この「被雇用者グループから(農業者・自営業者を含む)国民全体への給付対象の拡大」を経済発展の比較的早い段階で行ったのが日本の社会保障発展プロセスの特徴の1つであり、例えば医療における「地域保険」という形をとった国民健康保険(国保)制度はユニークなものであった⁴。

いずれにしても、こうした農業・自営業従事者などのインフォーマル・セクターの社会保障における位置づけという点が、アジア諸国の社会保障制度整備において1つの中心的な論点になることを確認しておきたい。

1 - 3 医療の場合 「健康転換」という座標軸

一方、社会保障のうち医療分野に関しては、上記のような産業化に伴う家族形態や就業構造の変化に加えて、「疾病構造」の変化という点が重要な要素となる。ここで1つの準拠軸として参照されるべきは、次のような「健康転換(health transition)」と呼ばれる考え方である⁵。

「健康転換」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捉えていくという考え方である⁶。そこでは基本的に次のような3つの段階が区別される。

まず、健康転換第1相は(飢餓・疫病から)感染症への段階、同第2相は(感染症から)慢性疾患への段階であり、日本に当てはめると、この第2相が起こったのは、死因の1位が結核から脳卒中に代わった1951年(昭和26年)頃、ないし死因のトップ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年頃(ただし当時は「脳卒中、がん、心臓病」の順)と考えられる。続く健康転換第3相は、慢性疾患から「老人退行性疾患」への段階であり、医療費の大部分を65歳以上の高齢者に対する老人医療費が占めるようになり、またこの健康転換第3相はそのまま高齢者介護問題とつながり、医療と福祉の統合が求められるようになる。

そして、以上のような**疾病構造の変化のそれぞれの段階に対応して、次のような形でそれにふさわしい医療システム(財政及び供給システム)の整備が求められることになる。**

すなわち健康転換第1相の感染症の段階では、疾病の原因は個々人の生活というより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ため、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。これらは経済学でいう「公共財」整備に該当するものである。

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、ここにきて病気は(集団レベルから)「個人」レベルの問題となるからである。したがって個人が保険料を支払い病気に備えるという「保険」というシステムが有力な選択肢となるのであり、多くの国で(強制加入の社会保険としての)医療保険制度が整備されていったのがこの段階である。また医療の供給面に則して見れば、この段階において(診療所ないし開業医中心の医療から)「病院」中心の医療が浸透していく。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る⁷。

さらに健康転換の第3相においては、高齢者ケアの比重が高まるが、高齢者の場合、狭義の医療的介入のみならず、介護や社会的関係など生活全体にわたる関わりを通じた生活の質(Quality of Life: QOL)の向上が重要であり、「医療モデル」だけにとどまらない「生活モデル」の視点やケアのあり方が求められる。

⁶ 長谷川(1993)

⁷ 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った。

⁴ 筆者自身、これまでタイ、中国、ラオスなどアジアの国々の社会保障に関する調査を行う過程で、政策担当者や研究者などが、日本の社会保障制度の中で最も関心を示したのが国保の制度であることが多かった。広井(1999)参照。また社会保障のインフォーマル・セクターへの拡大につきJenkins(1993)、Ginneken(1999)、Beattie(2000)参照。

⁵ ちなみに、アジアを含めた途上国における医療システムの整備に関しては社会保障や福祉国家論の文脈とは独立に、いわゆる国際保健の分野においてWHOや国際医療協力などの活動も含めて研究と実践の長い蓄積がある。たとえばCleland and Hill(1991)、Chen et al(eds)(1994)、Berman(ed)(1995)など。

日本の社会保障の経験

そこで制度面でも 医療から福祉へのシフト、施設から在宅(地域)へのシフト、つまり「医療と福祉」、「施設と在宅(地域)」という各種のケアをいかに統合しシステムの整備を図っていくかが重要な課題となっていく。

以上のように、社会保障のうち医療や福祉サービスの一部については、先に年金などの所得保障に則して述べた産業構造や家族構造の変化といったことには尽きない座標軸が必要となることから、医療・福祉システムの整備のあり方を「健康転換」という枠組みに則して概観した。

ここで述べた3つの段階と、「家族・共同体の外部化と社会保障の整備」という点に則して先述した各段階(前産業化社会 産業化社会 成熟化・高齢化社会)とは、さし当り互いに独立しているものである。しかしながら、例えば一般に人口の高齢化は経済発展とそれに伴う平均寿命の伸びに伴って生じ、また疾病構造の変化も経済発展に伴って衛生水準が改善され感染症から慢性疾患への変化が生じるなど、経済システムの進化と相関するという具合に、両者は相互に関連し合う側面も持っている。そこで、きわめて単純化して両者の各段階を対応させる形で概括したのが表1-1であり、左欄が疾病構造の変化とそれに対応した医療(・福祉)システム、右欄が産業構造や家族構造の変化と主に年金ないし所得保障システムの関係を示したものである。「経済発展と社会保障」の関係に関する1つの座標軸として、このような枠組みを一種の理念型に想定して見る事が可能ではないかと思われる。

表1-1 経済発展及び健康転換の段階と社会保障システム

健康転換 / 疾病構造	医療・福祉システム		年金(所得保障)システム		産業構造 / 家族構造 / 人口構造
	財政	供給	制度	背景	
第1相 感染症	公衆衛生施策 (公共財)	プライマリ・ケア & 保健所整備等	家族・共同体内部の相互扶助が中心		A. 前産業化社会
第2相 慢性疾患	医療保険制度 (被雇用者 農業・自営業 者への拡大)	病院中心：医療 & 施設	被雇用者を主 対象とする制 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	B. 産業化社会 前期
			農業・自営業 者への拡大		後期
「企業 & 核家族」を単位とする社会保障					
第3相 老人退行性疾患	高齢者の医療・福祉を統合したシステム	福祉 & 在宅へのシフト	制度の再編、 医療・福祉との統合	高齢化の進展 女性の社会進出 & 雇用の流動化	C. 成熟化・高齢化社会
			「個人」を単位とする社会保障へ		

出所：広井作成

1-4 アジアの社会保障における多様性の要素

以上は経済発展と社会保障システムの関係を理解するためのいわば「縦軸」であり、この限りではきわめて「単線的な」モデルとなっている。しかし、アジア各国の社会保障はこのような単線的な発展モデルだけでは到底把握できないような多様性を持っており、これをいわば「縦軸」に対する「横軸」と呼ぶことができるかもしれない。逆にいえば、**アジア諸国の社会保障は**、ここまで述べてきたような**経済発展に伴う発展段階論的なモデル(=縦軸)と、各国の政治的・文化的背景などに由来する多様性(=横軸)とがクロスする一種のマトリクスの中で理解することができるともいえる。**

ではそうした横軸ないし多様性の実質をなす要素にはどのようなものがあるだろうか。ここではそのうち特に重要なものとして、

国民的統合の強さ(又は民族的同質性/多様性)

旧宗主国の影響

その他(個別的特殊性、宗教的・文化的要因など)

を挙げてみたい。

(1) 国民的統合の強さ(または民族的同質性/多様性)

歴史的に見ると社会保障制度(特に第二次大戦後の文脈では「福祉国家」の理念を含む)は、いわゆる「国民国家」の理念と緊密な関係の中で整備され展開してきた。ある意味で当然のことながら、社会保障制度は基本的にその国の国民を対象とする「ドメスティック」な制度であり、また国民の間の「連帯」ということが社会保障制度を支える基本理念としてしばしば援用されてきた。また例えば日本の場合、戦時期の強力な「国家的統合」への要請が、厚生年金制度の創設や、医療保険、特に国民健康保険の創設と普及においても主導的な役割を果たし、それが「国民皆保険」実現への基礎ないし動機づけとなったという歴史的経緯がある。

いずれにしても、ある国において何らかの**社会保障制度を整備しようとする場合、その国民、あるいは少なくとも当該制度の対象となる人々の間で一定の連帯意識ないし参加意識がなければ制度の創設や運営はきわめて困難なものとなる。**

こうした点から見ると、アジアの国々の一部において社会保障制度を整備する場合の独特の困難さが浮かび上がる。例えばマレーシアの場合、マレー系、華人系、インド系などという人種構成の多様性があり、特定人種の経済的不利益などの構造改革を目指した「新経済政策」いわゆる土着民族(ブミプトラ)

日本の社会保障の経験

優先政策 が取られ、人種間の不平などの是正や融和が図られてきているが、なお国民的統合に向けての困難な課題を抱えている。あるいはインドネシアなども様々な多様性を持った多民族国家であるが、そもそも東南アジアの多くの国々は、もともと西欧的ないし近代的な「国民国家」の観念や実態がなく、小規模な王国や民族が存在していたところに、西欧諸国による植民地化の中で人為的な分割あるいは国境の「線引き」がなされたに過ぎないという面を強く持っている⁸。したがって、例えばインドネシアが(西欧近代的な意味での)1つの統一的な国家でなければならないという必然性は希薄であり、こうした**国民的統合の弱さ**は、「国民皆保険」と言った制度への**動機づけを脆弱なものにする**。このような点は、**日本の経験とは対照的な背景の違いとして意識されるべきである**し、また、「社会保障と国民国家」という主題や、全国的な社会保障制度の整備における政治的統合の重要性をクローズアップさせるものである。

(2) 旧宗主国の影響

これは上記の点とも部分的に重なる点であるが、多くのアジア諸国は欧米諸国の植民地支配から「国家」として独立した歴史を持っており、そのため宗主国の影響が各国の社会保障制度にも様々な形で現れている。

例えばシンガポールやマレーシアの社会保障では、個人が口座をもち、資金を積み立てていく一種の強制貯蓄制度としての「プロビデント・ファンド」と呼ばれる制度が大きな柱をなしているが、これはイギリスの植民地時代に基礎が作られたものである。また、医療については社会保険のシステムを実施又は志向する国が比較的多い中で、マレーシアにおいて公的な医療保障が一般財源(税)によってまかなわれている(また、供給面でも公的医療機関が多い)背景には、イギリスの国民保健サービス(NHS)の影響が見てとれる⁹。

あるいは、フィリピンにおいて最近に至り「国民健康保険法」(1995年)が制定されるまで同国の医療保険制度は「メディケア」と呼ばれていたが¹⁰、これは名称自体が旧宗主国のアメリカの制度の影響を受けたものである。これは名称自体が旧宗主国のアメリカの制度の影響を受けたものである。また、あるフィリピンの研究者は、「フィリピンがなぜ福祉国家としての発展を妨げられてきたのかを理解する」要因の1つとして「フィリピンにおけるアメリカの影響」を指摘し、「歴史的に西欧諸国との持続的接触がなかったために、フィリピンの諸制

度は、大部分がアメリカモデルに倣って形作られてきた」と述べている¹¹。

このように、各国の社会保障制度に旧宗主国の影響が見られ、このことがアジア諸国の社会保障の多様性や複雑性を形作るひとつの要素となっているといえる。

(3) その他(個別的特殊性、宗教的・文化的要因など)

最後に「その他」として挙げられるのは、各国の置かれた個別的特殊事情や性格に由来するものである。例えばシンガポールの社会保障を考える場合、同国がほぼ完全な「都市国家」であり、農業人口をもたない、その限りではきわめて「均質性」の高い国家であることはきわめて大きな意味を持っている。一方、各国の社会保障のあり方を考えていくにあたって無視できない大きな重要性をもつのが、文化的・宗教的背景に関する要因である。社会保障の類型化において「南ヨーロッパ型福祉国家」という概念が唱えられることがあるが、例えばイタリア、スペインなど南ヨーロッパの国々(=カトリック文化圏)においてフォーマルな社会保障制度整備が遅れた背景として、「福祉の担い手は一義的に家族そして“教会”であるべきであって、それらでは対応できない場合に初めて“国家”が対応する」という考え方(補足性の原則: subsidiarity principle)があったとされる。逆にいえば、**広義の「福祉」の担い手は必ずしも国家である必然性はなく、伝統的な家族や共同体、そして教会ないし何らかの宗教的組織が福祉の主要な担い手となるという姿は十分にありうるし、またフォーマルな(国家による)社会保障制度が未整備であるからといって、ただちにその国の社会保障が不十分であると結論づけることはできないだろう。**

例えばタイの社会保障について、タマサート大学助教授のウティサン・タンチャイは、「西洋型の社会保障」に対してタイには3つの「伝統的な福祉の形態」があるとし、それは 仏教をベースとした福祉、 コミュニティによる福祉、 1997年の新憲法など新たな社会政策の展開であるとし、このうち については8万人以上の若年者が寺院などで教育を受け、またホームレスや貧窮者などに対して寺院が福祉を提供することが一般的であることを指摘している¹²。

以上は一例であるが、福祉における「国家と教会」の役割分担のあり方は、例えばイスラム教圏などにおいてはまた異なる形や理念をとりうるものであり、アジア諸国における社会保障を見ていく場合には、こうした宗教的・文化的背景や多様性に十分な関心を払っていく必要がある。こうした点を視野に収めた

⁸ 白石(2000)

⁹ ちなみに、マレーシアは現在公的医療保険の導入を検討している。

¹⁰ 1969年のMedicare Actに基づいている。

¹¹ ロプレス・ジュニア「胎児期の福祉国家は死産へと向かうのか?」、白鳥(2000)所収。

¹² ウティサン・タンチャイ(2001)

調査や政策的対応などが今後進められていく必要がある。

また、そもそも多くの社会保障制度は、家族内で主に女性が行っていたケア労働を社会化したという性格を多分にもつものであるから、文化的多様性という場合には「ジェンダー」関係（ないし家族構造）に関する各国・地域の多様性や特徴について注意を向けることが、社会保障のあり方を考えていく上で特に重要な意味を持っている。

第2章 日本の社会保障整備の経験

2 - 1 「日本の経験」を評価する意味

第1章でアジアの社会保障について概観したが、こうしたテーマについて考えていく場合、あるいは「社会保障分野における国際協力」という新しい課題に取り組んでいくにあたり、そこで避けては通れない重要な作業として浮上するのが、社会保障に関する「日本の経験」の評価というテーマである。

実は日本における社会保障研究や実践において最も欠落しているのがこの点であると言っても過言ではない。1つには、これまでの日本における社会保障研究や政策展開は、ほぼもっぱら先進諸国（＝欧・米諸国）の社会保障を「学び、吸収する」という視点をベースに行われてきたため、そもそも社会保障に関する日本の経験を評価してアジアなどの諸国に「発信」し相互的なコミュニケーションを行うといったことや、アジアや途上国を視野に入れた上で日本の社会保障制度の特徴や問題点を位置づけるといった作業自体が十分に行われてこなかったことがある。

さて、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」を範にとりて「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、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一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、出生率低下などのスピードがきわめて速いものであったことなど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となっている。日本の経験は、その肯定面・否定面いずれをも含めて、「後発国家における社会保障整備」あるいは「非西欧圏における社会保障」といったテーマにとって、きわめて示唆に富むユニークなケースとして位置づけられるのである。

一方、将来に目を向けると、日本の場合後発産業国ゆえの急激な経済社会システムの変化、とりわけ戦後の時期（昭和20年代）における出生率の急激な下

日本の社会保障の経験

落の帰結として、高齢化の速度が際立って急速なものとなっている。こうした特徴は中国をはじめ現在のアジアの多くの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特徴を持っていると考えられるのである。

2 - 2 社会保障に関する「日本の経験」の特徴と評価¹³

本節では、制度全体の設計、社会保障制度の特徴と経済社会システムの関係、社会保障の個別分野（医療、年金、福祉）の3つの側面から社会保障に関する日本の経験の特徴を詳説し、その評価を行ってみる。

2 - 2 - 1 制度全体に関する日本の特徴

まず、日本社会保障制度の全体を概観して整理すると以下のような点が指摘しうる。

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

インフォーマル・セクター（農林水産業者、自営業者）が相対的に多い経済構造の中、その取り込みを積極的に行ったこと（特に医療保険における国保のユニークさ）

社会保険の「保険者」に「国」自身がなったこと（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）

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

(1) 国民皆保険と普遍主義への志向

このうち第1に取り上げたいのは、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。ここで言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な

¹³ 広井（1999）（2001）も参照。

ど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などには加入権がない。

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、財源は税」と言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、以上のいずれとも異なるアメリカ型の市場志向モデルも含めて整理しておく表2 - 1のようになる¹⁴。

表2 - 1 社会保障 / 福祉国家のモデル

分類	特徴	例	基本となる原理
A. 普遍主義モデル	・大きな社会保障給付 ・全住民対象 ・財源は税中心	北欧 イギリス（Cに接近）	「公助」（公共性）
B. 社会保険モデル	・拠出に応じた給付 ・被雇用者中心 ・財源は社会保険中心	ドイツ、フランスなど	「共助」（相互扶助、共同体）
C. 市場型モデル	・最低限の公的介入 ・民間保険中心 ・自立自助やボランティア	アメリカ	「自助」

出所：広井作成

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、戦後の混乱期を経て、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。上にも触れたように、単に「社会保険」システムと言うだけではそれは「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（医療保険において高所得者は任意加入、年金保険において自営業者などは任意加入である点など）。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。

ではなぜ日本は皆保険体制を目指したのか。もともと「国民皆保険」という

¹⁴ 広井（1999）

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普及との関係で、1942年（昭和17年）に大政翼賛会主催の「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「第一次国民皆保険時代」とも呼ばれることがある。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・・・工場など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たが、この創設は上記の国民健康保険にもまして、戦時体制の一環としての性格を色濃く持っていた。

最終的には戦争終結後16年を経て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。いずれにしても、こうした戦時体制及び戦後における「経済成長」という国家的目標に向けた強い凝集性ないし「国民的統合」が、国民皆保険実現に向けたインセンティブや基盤として重要な役割を果たしたと考えられる。

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2者である。

このうち、よりその趣旨が明確である後者（基礎年金制度の導入）から述べると、医療保険が、先に見たように終戦前の時点でほぼ「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言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¹⁵。それが、1959年（昭和34年）にまず無拠出制の「福祉年金」がつくられ、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

¹⁵ 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述する。

って初めて「国民皆年金体制」¹⁶が整備された。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）年金権を持たないため、離婚した場合など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、ほか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・北欧など）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、この方向を押し進めていけば、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行く、という1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」という日本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。老人保健制度は、1980年代以降の「臨調・行革」路線の中で、「国庫負担（租税財源）を増やすことなく、国民健康保険の財政窮乏を救済する（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ことが可能であろう。

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、社会保障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。具体的には、国保における国庫負担の割合、言い換えれば、国保の保険者である市町村に対する「国」からの支援は、20%（1953年） 25%（1958年） 35%（1962年） 45%（1966年） 50%（1984年）と順次拡大された。これは、各市町村が国保制度という医療保険を整備していくのを、国が財政面から支援したものと評価することができ、アジア諸国においても一定の参考になるのではないかと考えられる。

¹⁶ 年金もひとつの保険であるので広義の「国民皆保険」ということが可能である。

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、日本の社会保障の展開の1つの基本的なベクトルであると言える。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、日本のこれまでの社会保障の展開と経済成長についての1つの見方としては、次のような理解も可能である。すなわち、戦後から1980年代終わりまでを、1つの大きな経済成長の「上り坂」の過程としてとらえれば、その離陸点 - ただ中 - 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。

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。**

表2-2 日本の経済成長のプロセスと「国民皆保険」システム

経済成長段階	皆保険システムの方向性	制度の整備状況
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（戦時体制下）
経済成長のただ中	国民皆保険の実現	国保完成及び国民年金（1961年）
経済成長の終期	普遍主義的方向の一応の達成	老人保健制度（1982年）及び基礎年金導入（1985年）

（2）農林水産業者・自営業者の位置づけ - 国保の意義

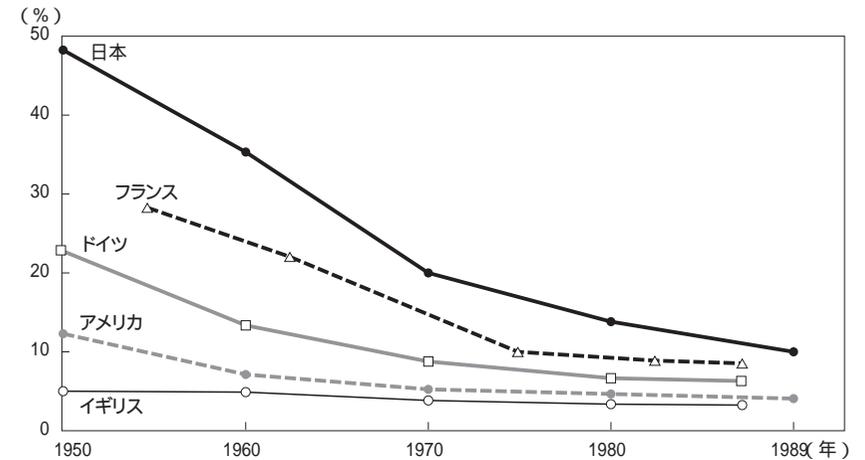
1章にて既述のように、途上国の社会保障制度設計にあたって、最も問題となるのが非サラリーマン・グループ（農林水産業者、自営業者）の層である。例えば、国際社会保障協会（International Social Security Association：ISSA）コンサルタントのマイケル・ジェンキンは「農村の農業従事者やインフォーマル・セクターの労働者は社会保障の保護を得られないことがこれまでも多かったが、このことはとりわけ開発途上国において当てはまる」と指摘している¹⁷。そこで、日本における社会保障の展開の特徴的な点として、先に指摘した、「非サラリーマン・グループが相対的に多い経済構造のなか、その取り込みを積極的に行った（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2-1は**第一次産業従事者の割合の年次推移**

¹⁷ Jenkins (1993)

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中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」を表していると言え、また、その分現在の開発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。

図2-1 第一次産業従事者の割合の年次推移の比較



注：ドイツの数字は旧西ドイツのもの
出所：ILO労働年鑑より広井作成

「途上国の社会保障制度設計にあたって、最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2-1にも示されているように、第一次産業従事者は既に少数となっていたので、仮にこの層を除外し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。

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取るべき政策の陳列棚と見ることは誤りである。ベヴァリッジ・モデル、ピスマルク・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¹⁸。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、「日本の経験」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。

こうした意味では、日本の場合、第一次産業から第二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、この段階ではさほど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。そこで農林水産業者の医療保障問題が浮上する。

日本の場合、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）に国民健康保険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」が取られるに至り、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作られ、「国民皆保険」が完成することになる。

国保について、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1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な方法を創作しなければならぬ。いろいろ考えた場合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言うことは十分考えられることではなからう

¹⁸ Guhan (1994)

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）ということで一応の構想ができたのである。」¹⁹

すなわち国保は、「第一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、そのような制度をおの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1つとしての意味をもつ制度と考えられる。さらにここで1つの問題提起として考えてみるべきは、国保のようなシステムは「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、

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）

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（第一次産業人口など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。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、「日本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、むしろとしての性格が強い制度ではないか、したがって、いわば（農業人口が多数を占めると言う）経済発展のある段階において有効性をもちうる制度として捉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中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）、と筆者自身は考える。

表2 - 3 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%

¹⁹ 厚生省保険局 (1974)、下線引用部は川村秀文

(3) 保険者としての国

続いて、制度全体に関する日本の特徴の として指摘した、「社会保険の「保険者」に「国」自身がなったこと（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）」という点について述べる。

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」は様々な公的規制など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、診療報酬など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取るようになった。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」に与える示唆を読み取ることができる。

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、これについては一見「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付けは、日本の場合、「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」の位置付けが問題となり、しかし結局は、国鉄など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、「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いる。然るに我国に於てはいま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ことになって居る」²⁰と論じているのは大変興味深い。

(4) 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2元システム（別途国保が存在）が取られたが、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「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」という視点で捉え返してみると、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1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、中小企業と大企業間に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²¹。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「クズネツの逆U字仮説」が存在する²²。

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ツの逆U字の度合いを緩和する）1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、所得格差の是正に留まらず経済成長そのものにどれだけ寄与したかの正確な評価は困難であるが、中小企業部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。**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。

なお、社会保険制度の財政主体でありその骨格をなす「保険者」のあり方を国際比較したのが表2 - 4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作られた半面、企業ごと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

²¹ 速水（1995）

²² 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を逆さにした弧を描くのでこう呼ばれる。

²⁰ 森（1923）

に際立って多いという、ユニークな形を取る事となった。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、官業共済組合など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ごと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。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、日本の場合、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、ということに背景を有するものと言えるだろう。

表2-4 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5,000 (政管、組合約1,800、 国保3,200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

(5) 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、「2-2-1 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」ということの実態関係は次の2点である。

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

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「第一次国民皆保険」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

実質上この両者は、 がサラリーマン・グループに関するもの、 が農民・自営業者に関するものと言える。

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)や家族内扶養などの存在から)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などが指摘できる。より重要なのは の点であり、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と言える。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く、これが 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、2章でもふれたように、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。とすれば、(例えば人口構造の変化などによる)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)

という順を取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」というステップを取ること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2-1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 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にとどまること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。

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」とするとはいえ、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（単身の高齢者女性など）、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。

2 - 2 - 2 社会保障制度と経済社会システムに関する特徴

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は、以下の3点が指摘できる。

経済成長の離陸期に国民皆保険のシステムを実現させ、このことが一種の産業政策として経済成長にプラスに寄与した面があると考えられること
制度としての社会保障とは別に、企業（カイシャ）及び家族が強固なコミュニティとして機能し、「インフォーマルな社会保障」としての役割を強く果たし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・生活保護の比重の小ささなど）

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半面、一種の財政錯覚が生じ、いわば「高齢化のツケ」を後に回してきた面があること

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「戦後合意（ケインジアン・コンセンサス）」があったわけであるが²³、**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。**

この点について、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「日本株式会社福祉厚生部」として機能した、**とすべき理解がもっとも当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1は、文字通り国家挙げての経済成長への志向の中で、健康かつ有能な企業戦士（の健康、生活など）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2は、あくまで「日本株式

²³ 広井（1999）

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。ここで言う「外部」とは、「失業及び福祉＝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。

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（不名誉）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付けとしてうまく機能したと捉えることも不可能ではない。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付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。

の点である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、企業ごと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

という点が指摘できるし、さらに失業保険などとの関係では、

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そして失業率の低さが、失業保険の適用されるケースを少ないものにした

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

といった点が指摘できよう。

以上のような、**日本の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傾向にあるなど、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。

また、留意すべき点として、**戦後の日本の経済政策においては、一見社会保障とは見えないが、事実上「社会的」な機能を果たした政策が広く見られる**ことが挙げられる。例えば農水省による農業関係の補助金はほかでもなく農家に対する「生活保障」として機能したし、地方交付税交付金のシステムは、実質的に「都市圏 地方（田舎）」の所得格差を是正する役割を担った。通産省による中小企業への様々な補助政策もそうである。これらに共通しているのは、いわば「**生産部門を通じた社会保障**」ともいうべき特徴である。つまり、戦後の日本においては、社会保障が社会保障として整備される以上に、生活保障の相当部分は、広義の産業政策的な政策を通じてなされた面が大きかった。

こうした傾向は、後の時代（特に1970年代以降）には、いわゆる公共事業が（「職」の提供を通じての生活保障という）「社会的」な機能を果たすという、負の側面（ダム建設等に伴う環境破壊や、本来なされるべき労働力移動の抑制、既得権の固定化など）を多分に持った方向に展開していった²⁴。後発国家の経済政策においては、経済成長ということに圧倒的なプライオリティが置かれ、かつ「生産中心的」な志向が前面に出るためこのようなことは生じやすいものと考えられ、その正・負の側面を含めた評価が必要と考えられる。

最後に の「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得る国である。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²⁵、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（1973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

²⁴ 筆者はこれを「公共事業型社会保障」と呼んでいる。

²⁵ 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にまで下落している。

造となっていた²⁶。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緩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と、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²⁷。

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まりにまよいになりやすい」と指摘されている点である²⁸。

2-2-3 社会保障の個別分野に関する特徴

(1) 医療

日本の保健医療システムが現在のような形となった経緯については、以下のような特徴を挙げることができよう。

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）

プライマリ・ケア供給者（開業医）優位のシステム・資源配分としたこと

²⁶ 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。

²⁷ 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（先述）。

²⁸ World Bank（1994）

初期段階において保健所など公衆衛生システムの整備に力を注いだこと
農村共同体をベースとした国保という「地域保険」システムを導入したこと

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

全体として「量とアクセス」に重点を置いた「途上国型医療構造」ともいうべき姿となっており、医療の質、医療技術の評価、患者の権利、情報開示と競争原理の導入などに着目した「成熟経済型医療構造」への転換が求められていること

1) 「私」中心の供給システム

まず、この点は日本の医療システムの基本的な特徴であり、表2-5の比較からもわかるとおり、ヨーロッパともアメリカとも異なるユニークなシステムとなっている。

表2-5 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。

出所：広井作成

つまり、医療システムの「供給（delivery）」「財政（finance）」と分けてみた場合、表2-5のような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、地域の有志や教会など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。

表2-6 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（%）

	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

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²⁹、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。

表2-7 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（%）

年	1951	1955	1965	1975	1985	1994
割合（%）	29.8	20.1	11.4	7.9	5.9	5.0

2) プライマリ・ケア供給者＝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ために、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、つまり上記で指摘した「プライマリ・ケア供給者としての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³⁰。

なお時期的には前後するが、2-2-3でとして挙げた「初期段階において保健所など公衆衛生システムの整備に力を注いだこと」という点も、忘れてはならない日本における大きな特徴である。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変容していった以降のことであり（本文1-1-3節で述べた「健康転換第2相」）、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など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）への転換が日本にお

²⁹ 例えば、これは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。

³⁰ 広井（1994）

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）、ないし死因のトップ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年前後と考えられる³¹。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、占領軍の指導の下、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年の結核予防法など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果たし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。

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）」³²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、戦後日本が取った医療政策とが、ほとんど一致しているという事実である。**

同報告書での世界銀行の途上国の医療政策への主要な提言はBox 2 - 1のようなものであり、これからさしあたって導かれるのは次の2点である。

第1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く、民間組織・団体の不断の努力と行政への働きかけの賜物という位置づけでもあるが、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などと併せ、医療システムについての日本型モデルとも言うべき1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の状況と照らし合いながら、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。**

³¹ ただし、当時は「脳卒中、がん、心臓病」の順であった。

³² World Bank（1993）

Box 2 - 1（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がある）。
- ・ 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ため）。

第2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（のみ）』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、患者の権利、情報開示と患者の選択などといった、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がある。**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、新しい時代状況の中で、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ことにもなる。

(2) 年金

日本の年金制度の特徴としては以下の点が挙げられる。

ドイツ型の職域・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下と、（イギリス・北欧型の）基礎年金の導入に至ったこと
国民年金・厚生年金ともに保険者に国自身がなったこと
経済成長と人口転換のタイミングや、高齢化のスピードの速さを背景に、上記の財政錯覚、高齢化のツケといった負の側面が特に強く現れていること

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得るとしても、「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など）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」の過渡期的な性格もっている。

また、日本の場合既に論じてきたように、この点が顕著であり、政治的背景なども加わって人口構造が若い段階で給付水準を大幅に上昇させてきたことの問題が、ほか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ほか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取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。

世界銀行が指摘するように³³、年金制度のもつ「貯蓄/保険」的機能と「所得再分配」機能が1つの制度にビルトインされている、というのは多くの国でも見られることであり、日本だけに限ったことではない。しかし、日本の年金制度においては、以下に見るようにこの点が特に顕著であると思われる。

日本の年金制度において、こうした年金の「貯蓄/保険」的機能と「所得再分配」機能とはどのように機能しているのだろうか。一見すると、基礎年金は定額の保険料（自営業者）で定額の給付だから「所得再分配」機能、厚生年金（の2階建て部分）は所得比例だから「貯蓄/保険」機能ということに尽きるようにも見えるが、制度の中身はもう少し錯綜している。

まず、基礎年金制度が導入される以前から、サラリーマンを対象とする厚生年金は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。こうした制度の下では、年金の保険料、つまり「拠出」は給料に応じた定率負担、したがって所得比例であるが、「給付」は一定の定額部分をもつため、部分的にはあるが高所得者から低所得者への所得再分配機能もっていることになる。加えて、厚生年金の保険者は国であっていわば「財布がひとつ」となるから、この再分配は全産業を通じて行われることになり、事実上「大企業から中小企業（又は成長産業から衰退産業）」への所得再分配という機能も担う結果となっていた。

基礎年金導入後は、整理すると二重の意味での「所得再分配」機能がビルトインされていると言える。1つはいわば「タテの所得再分配」である。基礎年金

ができた後も、厚生年金、つまりサラリーマンの保険料拠出はすべて所得比例であり、一方で給付については基礎年金はすべて共通の額（2003年で月額約66,400円）であって、かつ「財布はひとつ」であるから、上記のような「高所得者から低所得者への所得再分配」機能がなお維持されていることになる。いまひとつはいわば「ヨコの所得再分配」、つまり、サラリーマン・グループ（厚生年金）から自営業・農業グループ（国民年金）への移転である。基礎年金制度ができる以前は、各々のグループで自己完結的に制度を支えていたのであるが、高齢化の度合いは国民年金において進んでいたため、基礎年金という共通の「財布」を作ったことで、事実上、サラリーマン・グループ（厚生年金）から自営業・農業グループ（国民年金）への所得移転がなされることとなったわけである。

以上に加え、先述のように基礎年金財源の3分の1は税によって賄われる。このように、現行の日本の年金制度では、所得に応じて保険料を払いそれに応じて給付を受けるという「貯蓄/保険」的機能と、「所得再分配」機能（世代間・世代内）とがきわめて複雑な形で一体化している。現在では、むしろこうした特徴がかえって制度の性格や基本的趣旨を不明瞭なものにし、制度の信頼感を弱めるといったネガティブな面が強くなっている。

(3) 福祉

まず、日本の福祉（社会福祉）制度の特徴としては以下のような点が指摘できる。

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」との方向付けとも相まって、公的扶助（生活保護）を含めきわめて限定的な範囲のものとして位置づけられたこと

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、高齢化の進展の中、「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

福祉あるいは「社会サービス」の分野が立ち遅れ、近年高齢者介護を中心に急拡大しているものの、なお大幅な拡充が求められること

福祉については、戦前、貧困者に対する救護法（1932年）などが制定されたもの、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）、児童福祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）などにより基礎的な整備がなされた。

³³ World Bank（1994）

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」中心に構築して行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留まっていた。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。

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」³⁴という傾向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%（1993年）、ドイツ3.7%（1993年）、アメリカ7.9%（1993年）、スウェーデン8.1%（1994年）に対し日本は0.7%（1994年）と、日本において際立って低いものとなっている³⁵。

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2-2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。

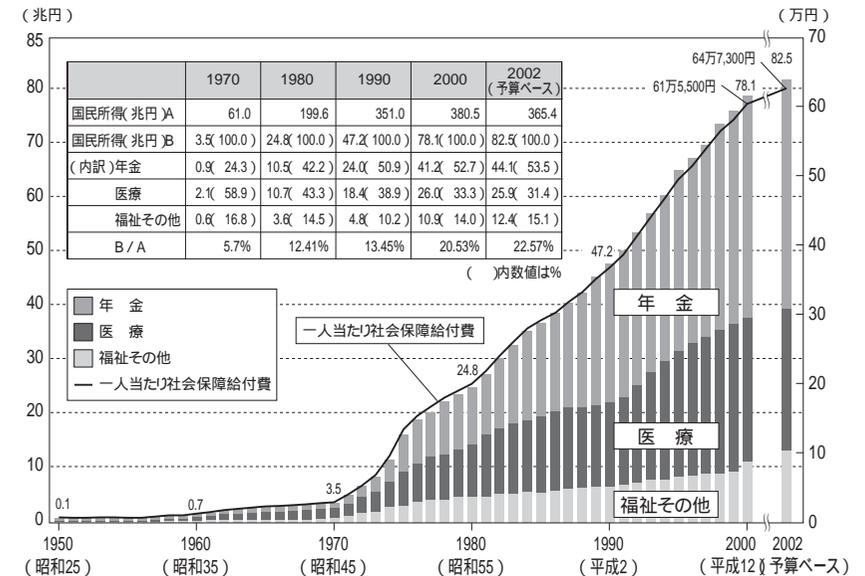
このように日本において「福祉」あるいは「社会サービス」の整備が遅れた大きな背景として、日本においては「家族」による扶助への依存度が高く、家族が公的な福祉を代替する機能を担った、という点が挙げられる。こうした傾向は、家族関係やインフォーマルな相互扶助関係が大きな意味をもつアジアの多くの国で生じやすいものとも考えられるが、たとえば介護についての家族の負担が過重なものとならないよう、それぞれの国にあった望ましい役割分担の姿を考えていく必要がある。

以上が1980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、社会福祉士及び介護福祉士法制定（1987年）、高齢者保健福祉推進10カ年戦略（ゴールドプラン）策定（1989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など）（1990年）、新ゴールドプラン、エンゼルプラン策定（1994年）、障害者プラン策定（1995年）、介護保険法制定（1997年）などの一連の政策を通じ、福祉サービスの充実の方向が模索されつつあるのが現在の状況である。

以上は「社会保障制度構築に関する日本の経験」についてのごく暫定的な評価であり、これらを出発点として、途上国における状況や開発経済学その他関連分野の様々な知見を踏まえながらさらに分析を深め、社会保障分野での国際協力や、この分野における日本とアジア諸国の様々なコミュニケーションを促進していくことが今後の課題であろう。

図2-2 社会保障給付費の部門別割合



注：資料：国立社会保障・人口問題研究所「社会保障給付費」、2002年（予算ベース）は厚生労働省推計、図中の数値は1950、1960、1970、1980、1990、2000年及び2002年（予算ベース）の社会保障給付費（兆円）。

出所：厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7m.html>、2004年3月アクセス）

³⁴ この中にはいわゆる社会的入院の問題も含まれる。

³⁵ 星野信也（1996）

(4) 雇用・労働

ここでは、日本の戦後における雇用・労働の経験について簡潔に概観していく³⁶。ここで対象とするのは第二次、第三次産業で就労する（雇用）労働者を対象としており、6,300万人の就業者のうち84%に当たる5,300万人が雇用労働者である（就業者のうち1割弱が建設業に従事している³⁷）。

約60年に及ぶその経験において特筆すべきは、高度経済成長期までに大企業において確立したと言われるいわゆる「終身雇用制」=長期雇用制を柱とする日本型雇用慣行についてである。同慣行は、日本がほかの欧米先進国とは異なり、第一次オイルショックの影響を軽微に乗り切ること成功した際に注目を集め、その後の安定成長期を経て1人当たりGDPで米国を抜いた頃（1987年）より日本の経済成長の秘密を解く鍵として称賛された。しかし1990年代末からの経済停滞期には一転して諸悪の根元視されるに至り、評価が180度異なるものになるという激しい変転を経験している。

終身雇用制と経済パフォーマンスとの関係とその評価については論ずるべき主題は多いが、セーフティ・ネットとしての機能という側面からこれまでの経験を概観するにあたっては、

そうした日本型雇用慣行は当初は労使の自主的な取り決めによって始まり、後に政策的な支援を受ける形で発達したものの、それ自体は優れて経済的合理性を備えたものだった

同慣行が（規範として）有効に機能していた期間は、企業（グループ）=内部労働市場がまさにセーフティ・ネットとして機能し、失業給付を抑えるなど総じて公的なセーフティ・ネットを補完する役割を果たした。別言すれば公的政策の役割は限定的だった³⁸

低成長期に入り、経済構造改革の一環として同慣行の見直しが叫ばれる一方、失業率の悪化などの雇用問題に対して雇用政策に対する期待が高まっている

という点を最初に確認しておきたい。以下、戦後の経済状況に則して4つの時期に分け、特徴となる事項及び当時の政策課題について見ていくこととする。

1) 敗戦～1950年代末：戦後復興期、民主化期

戦争により工場など生産設備が破壊され、鉱工業生産は戦前の約3割程度にまで落ち込み、傾斜生産方式に代表される生産力増強が経済政策、産業政策の主眼であった。就職難、低賃金を背景にGHQ（連合国軍総司令部）の民主化政策に後押しされて活発化した労働組合による労働争議が頻発し、1960年の三井三池争議で頂点に達した。この時期の労働政策上の焦点は労使関係の安定であり、設備稼働率を上げるためにもこれは必須の課題であった。雇用政策としては、失業保険法（1947年）緊急失業対策法（1949年）が施行された。

また、現在に至るまで所得分配のメカニズムとして機能している「春闘」が1955年から始まっている。国際競争にさらされている製造業が主導的な立場で、妥結した賃上げ率が中小企業労働者、公営企業職員の賃金、人事院勧告を通じて公務員賃金、さらには最低賃金にも波及するという分配メカニズムが高度経済成長期を経て制度化されていった。

2) 1960年代～1973年：高度経済成長期、経済自由化期（OECD（経済協力開発機構）加盟、IMF8条国移行）

年率平均10%を超える経済拡大が長期に渡り、衰退産業から新興産業への産業間、あるいは新規卒卒者（当時その貴重さゆえに「金の卵」と形容された）に対する旺盛な労働需要を受けて地域間での活発な労働移動が起きた。

この時期の政策課題として、衰退産業における失業対策及び職業紹介の広域化が挙げられ、炭鉱離職者臨時措置法（1959年施行）雇用対策法（1966年同）などが代表的な立法である。このうち前者は、炭鉱経営者から採炭量に応じて納付金を徴収し、それを財源として炭鉱離職者に手当を支給するという、その後の雇用政策における手当方式の嚆矢となる政策であった。

遅くともこの時期までに大企業及び中堅企業において確立したと言われる、いわゆる「終身雇用制」を柱とする日本型雇用慣行³⁹の特徴をまとめると表2-8のようになる。

実際には、新規卒卒後に就職した企業と同一の企業で定年を迎えることができるのは雇用労働者全体の2割程度と言われるが、長期雇用制に代表される同慣行は日本の企業社会においてある種の規範として機能し、それが有効に機能し

³⁶ ここでは労働省の設置、労働基準法、労働組合法、労働関係調整法の労働三法の制定・施行という雇用関係や労使関係の基本的枠組みを規整する立法や政策にはあえて言及しない。

³⁷ 何らかの形で「公共事業型社会保障」の恩恵に浴する層と言えよう（2-2-2節、広井（1999））。

³⁸ 社会保障における企業の役割の評価については広井（1999）。一方、日本の法制を参考にしたと言われる韓国、台湾の労働法には社会保障的機能を有する規定が置かれている（林（1999））。

³⁹ 日本型雇用慣行（日本的経営システム）に対する関心は『OECD対日労働報告書』（1972年）を機に高まり、同報告の日本語訳ではこの3つの特徴を「三種の神器」になぞらえた。その後、これに関する論文、書籍は汗牛充棟であるが、長期雇用を始めとする日本企業の長期安定的な取引関係は革新的な研究開発においてもメリットを有することを組織論の観点から実証する比較的最近の論として沼上（1999）、とくに第6部。

ていた期間は、内部労働市場 = 企業（グループ）がまさにセーフティ・ネットとして機能し、失業給付を抑えるなど総じて公的な政策を補完する役割を果たしてきたと言えよう。

表2 - 8 日本型雇用慣行の特徴

特徴	メリット	デメリット	残された課題
「終身雇用制」 = 長期雇用制 ・新卒者の一括採用、社内OJT重視（偏重） 「生え抜き」社員の重視	・雇用の安定（低い失業率） ・企業内熟練の形成 ・モラルの維持（仕事を通した自己実現） ・生産性運動への協力（QCサークル、カイゼンなど） 国際競争力の向上	・行き過ぎた企業への忠誠心 過労死、サービス残業、 ・長時間労働、頻繁な配転、 ・転勤、出向 ・転職の困難 ・同一産業内過当競争	・外部労働市場の整備 ・ゆとりある労働者の生活外部労働市場の整備
年功賃金・処遇 ・生産性に準拠した賃金決定：生産性基準原理（企業業績を基に春闘で産業横断的に決定された賃上げ率から計算される総額人件費を職務遂行能力に応じて分配される賃金）	・生活給の保障 労働者のライフサイクル ・付加給付などの企業内福祉の充実（退職金、企業年金、社宅、社内貸付けなど）	・賃金の固定費化	
企業内組合 ・運命共同体としての労使	・労使関係の安定	・弱いコーポレート・ガバナンス	

出所：小島作成

3) 1973年～1980年代末：安定成長期

1973年の第一次オイルショックにより高度経済成長期は終わりを迎え、安定成長期に移行する。欧米とは異なり、この時期に日本では人口構造の転換が起こり、戦後のベビーブーマーである「団塊の世代」の最後の世代が成人期を迎え、労働供給圧力が低下することで深刻な失業を経験せずに済むという幸運に恵まれる。

この時期に雇用政策の一大転換が行われた。すなわち、失業保険法を改正して雇用保険法を施行し（1975年）、失業者の事後的救済ではなく、失業の予防、雇用の維持を重視する積極的労働市場政策へと転換した。雇用保険法において

新設された雇用調整助成金が主要な政策ツールとなり、企業 = 内部労働市場の雇用維持機能に対する各種助成金事業がその内容となった。また、解雇権濫用法理⁴⁰（及び同法理に基づく整理解雇の4要件）が裁判所の判例法理として確立し、雇用維持の政策を司法面から補強することとなった。

4) 1990年代～：低成長期、経済停滞期

バブル経済の崩壊を受け、1990年代の日本経済は「失われた10年」と形容される、これまで経験したことのない深刻な停滞期⁴¹となり、現在に至っている。失業率は2001年に5%台へと高進し、以後高止まり傾向を見せている（1986年の円高不況時でも3%台）。

discouraged worker（求職意欲喪失者）と言われる層が増え、求職者の減少すなわち失業者の非労働力化が進行し、統計に現れない「失業者」が増加していると言われる。また、従来から多かった若年失業者が一層増加し、失業期間が長期化するなど、若者の雇用問題が社会問題化⁴²している。

また、これまで終身雇用を維持してきた内部労働市場にも大きな変化が生じており、新規採用の抑制、早期退職の勧奨による正規雇用の削減とパート、派遣社員など非正規雇用の増加という内部構成の変化と、正規層の年功的処遇の見直しとをセットに捉え、日本型雇用慣行の「変質」が指摘されている⁴³。

こうした失業状況により失業保険給付が拡大し、雇用保険会計の財政悪化を招き、給付が見直される一方で、保険料率の引き上げが予定されている。

一方、現在の雇用情勢の悪化とは裏腹に少子高齢化による将来の労働力不足が予測されることから、労働力率を高めるために女性や高齢者の就業支援策が打ち出されたのもこの期の特徴である（男女雇用機会均等法1986年施行、育児休業法1992年同、60歳定年制を義務化した改正高齢者雇用安定法1998年同）。

この時期に雇用政策は再び転機を迎えている。すなわち、政策目標を一企業（ないしは企業グループ）内での雇用維持から新たな雇用増が見込まれる産業・企業への失業なき労働移動の実現、あるいは新規の雇用創出へと大きく舵を切

⁴⁰ 今次の労働基準法改正において、同法理の法制化が図られる一方、法案審議の過程で使用者の解雇権を明文化規定する法文案は削除されることとなった。

⁴¹ 将来の少子高齢化の進展を背景に低成長期に対する世上的悲観的な評価に反し、こうした社会を「定常型社会」と捉え、新たな豊かさの実現の可能性を構想するものとして広井（2001）。

⁴² 「フリーター」を続けながら定職に就くことなく親元から独立せずに「パラサイト化」する若者に対する風当たりが強まる一方、「団塊の世代」による世代コーホートの偏りに着目し、良質な雇用機会の減少を計量経済的に実証し、若年層に及ぶ負担を明らかにしたものとして玄田（2001）。

⁴³ 最近の実証研究として中村・大橋（2002）参照。

ることが求められている。しかし、1986年を機に企業の開業率と廃業率が逆転し、特に近年の不況期における企業倒産の増加により廃業率が増勢を強め、むしろ雇用喪失の要因となっており、対応すべき課題は多い。

長引く景気後退の中で「構造改革」の名の下に一連の供給側の改革が断行され、その一環として日本型雇用慣行の見直しが叫ばれており、その結果同慣行が果たしてきたセーフティ・ネットとしての機能低下が進む一方、失業率の悪化に代表される雇用の諸問題に関して雇用政策に対する期待が従来になく高まっているのが現在の状況である。

第3章 「日本の経験」の全体的評価

社会保障に関する「日本の経験」を全体としてながめると、先述したように日本の経験は、

後発国家における社会保障制度設計のあり方、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、成功と失敗ないし長所・短所の両面を含めて、「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ちうるものである。

このうち特に現下の途上国にとって意味をもつのは であるが、この点に関して日本の経験がもつ特に大きな特徴は、

- (i) 「農業、自営業などのインフォーマル・セクターが非常に大きな比重を占める中での社会保障制度づくり」という問題に最初に直面し、積極的な対応を行った国であったという点、
- (ii) 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を整備していった点

にある。こうした点において、「国保（国民健康保険）」という農業従事者等を対象とする「地域保険」のシステムや、中小企業向けの「政管健保（政府管掌健康保険）」と言ったシステムは、途上国にとって、欧米諸国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。

また、これらを通じて経済発展の比較的早い段階に「国民皆保険」を実現したことが、その後の経済発展にプラスに貢献した側面が大きいという点も、途上国にとっての重要なメッセージとなりうる点であろう。なぜなら、しばしば社会保障制度の整備は、様々な財政支出を伴う「負担」として認識され、いわば「経済発展にとってのお荷物」として、後回しにされることが多いからである。

一方、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、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、具体的な制度のフィージビリティなど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更に深く検討されていく必要がある。

一方、の「ある段階からの急速な高齢化」については、日本を含めた後発国の場合、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」に基づく年金給付の大幅拡大 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。日本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、現在に続くその後の「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、しかもそうした修正作業が繰り返し小刻みに行われているために、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ドが速いため、短期間に急激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を過大なものとしなないことは、「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るものと考えられる。**

また医療・福祉政策の領域では、1 - 3節にて提示した「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」への早めの転換ないし福祉サービスの充実という形で初期の段階から進めて置くことが、「社会的入院」の抑制などを含めた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。

おわりに：残された課題と展望 「アジア福祉ネットワーク」の構築と 地球レベルでの「持続可能な福祉社会」に向けて

以上、本ハンドブックにおいては、アジアの社会保障の暫定的なグルーピングから始め、アジアを含む途上国の社会保障を見ていく場合の基本的枠組み、そして社会保障をめぐる「日本の経験」の評価といった話題にそくして議論を進めてきた。

「アジアの社会保障」あるいは途上国における経済発展と社会保障というテーマを考えていく場合の論点や話題はなお多岐にわたり、本稿で扱えたのはその一部に過ぎず、この点はひとえに筆者の能力と蓄積の不足によるものであるが⁴⁴、ここでは本文でふれられなかった若干の話題について言及したい。

ひとつは、「環境」問題ないし環境政策との関連である。かりに社会保障をめぐるテーマが基本的に「富の分配」に関わる話題であるとすれば、環境をめぐる諸課題は「富の大きさ（成長）」そのものに関わる問題として位置づけることができ、そしてこの両者は、経済発展や社会変動のダイナミックな過程において相互に不可分の関係にある。この点は、本文でもふれた、経済成長と所得分布の関係に関するいわゆる「クズネッツの逆U字カーブ仮説」と平行に、「環境汚染に関する逆U字カーブ仮説」（経済発展のプロセスに伴い、環境汚染の度合いがいったん深刻化し、やがて徐々に改善されるという過程をたどるといふ経験的仮説）が指摘されている文脈ともつながっている⁴⁵。

このように、「経済発展のプロセスと社会保障整備及び環境問題への対応」という話題は、本来一体のものとして吟味されるべきものである。多くのアジア諸国において、社会保障整備をめぐる様々な課題とともに急速な経済発展に伴う環境問題が深刻化している現状とも併せ、また社会保障と環境問題への対応の双方を含めた「日本の経験」の評価という問題意識を踏まえながら、今後掘り下げられていくべきテーマである。

いまひとつは、グローバル化の進展と「国内的」な社会保障整備との関係や、広く「開発と文化」をめぐる様々な話題との関連である。前者に関して言えば、本ハンドブックでは主として社会保障制度をドメスティックな制度として見ていくという視点が中心となったが、実は（ある意味で先進諸国の

⁴⁴ アジアの社会保障というテーマを主題化したものとして、広井・駒村編（2003）参照。

⁴⁵ 広井（1999）参照。

日本の社会保障の経験

経験と異なり) 国内的な社会保障制度の構築の過程が否応なくグローバル化の波にさらされているという点が、現在のアジア諸国が直面している状況の最大の特徴ともいえる⁴⁶。

一方、EU (欧州連合) でのような展開とはなお様相を異にするとしても、今後アジアの社会保障というテーマを考えていくにあたっては、社会保障を「国民国家」単位のものとしてのみとらえるのではなく、国家間の経済協力や所得再分配といった視点を含めて、国家を超えた (supra-national な) レベルでとらえ、構想していくという視点がきわめて重要なものとなる。

これは究極的には「地球レベルの福祉国家」という話題にもつながっていくものであり、また他でもなく「人間の安全保障」の考え方とも重なるものである。先ほどふれた環境問題との関連も視野に入れると、今後は、21世紀の全体を視野に入れて、いわば地球レベルでの「持続可能な福祉社会 (sustainable welfare society)」と呼ぶべきあり方の構想と実現が課題となっていくと考えられる。

そうしたビジョンに向けた第一歩として、「アジア福祉ネットワーク」ともいえるべきアジア諸国間の社会保障分野における相互協力や連携の拡大、ひいては国家レベルを超えた福祉圏の構想が大きな課題となっていくだろう。

他方で、そうした緊密化や統合に向かうベクトルとは別に、「開発と文化」という問題意識が示唆するように、アジアの各地域は決して一律に産業化ないし工業化という方向を志向しているわけではなく、土着の文化や伝統的な社会構造を保持しつつ、多様な発展 (あるいは伝統的なものの維持) のパターンを示している。こうした視野からすれば、そもそも (ある意味で西欧的な歴史パターンに由来する) 「社会保障」というコンセプト自体が、そのままの形でアジア諸国の各地域にどこまで適用できるかということが問題として設定しうるのであり、「アジアの社会保障」という主題は常にこうした文化的・地理的多様性への関心や理解とともに考察されていく必要があるだろう。

最後に、あらためて本ハンドブックの基本的趣旨でもある「社会保障の国際協力」という課題について確認したい。このテーマは、

社会保障という文脈では、これまで“欧米諸国からの学習”に関心の大部分を向けてきた日本の社会保障研究において往々にして後回しにされてきた課題であり、また、

国際協力という文脈では、様々に指摘されてきたように“ハード面”や土木建築等のインフラ整備を中心に展開されてきた日本の途上国支援においてこれまで必ずしも十分な問題意識の対象となつてこなかった領域であ

る。

この結果、この分野はいわばある種の未開拓の分野として存在してきた。それがいま、日本とアジア諸国の関係の一層の緊密化や、各国の経済発展における社会保障整備のもつ意義についての理解の高まり、そして日本における自らの経験の評価を踏まえた知的支援の重要性の認識の深化の中で、もっとも重要な課題のひとつとして浮上している。

アジア諸国をはじめとする地球上の各地域の社会保障に関する調査研究と、社会保障に関する「日本の経験」の評価という作業が、相互にフィードバックする形で進められ、これらを通じて日本とアジア等各地域とのコミュニケーションを拡大していくことがこれからの大きな課題である。

⁴⁶ 広井・駒村編 (2003) 参照。

参考文献

- ウティサン・タンチャイ (2001) 「タイの社会保障」『海外社会保障研究』No. 135, Summer 2001
- 神代和欣・連合総合生活開発研究所編 (1995) 『戦後50年産業・雇用・労働史』日本労働研究機構
- 経済協力開発機構 (1972) 『OECD対日労働報告書』(労働省訳) 日本労働協会
- 玄田有史 (2001) 『仕事のなかの曖昧な不安 揺れる若年の現在』中央公論新社
- 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部監修 (1974) 『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会
- 佐口卓 (1977) 『日本社会保険制度史』勁草書房
- 島崎謙治 (1994) 「保険集団論からみた国民健康保険制度の沿革と課題」国保新聞 1366号 - 1380号
- 白石隆 (2000) 『海の帝国 アジアをどう考えるか』中公新書
- 菅野和夫 (1995) 『雇用社会の法』有斐閣
- (2003) 『労働法 (第6版)』弘文堂
- 中村二郎・大橋勇雄 (2002) 「日本の賃金制度と労働市場」『経済研究』53巻2号、岩波書店
- 沼上幹 (1999) 『液晶ディスプレイの技術革新史』白桃書房
- 長谷川敏彦 (1993) 「日本の健康転換のこれからの展望」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
- 林和彦 (1999) 「開発体制と労働法」『日本労働研究雑誌』No. 469 日本労働研究機構
- 速水佑次郎 (1995) 『開発経済学』創文社
- 広井良典 (1994) 『医療の経済学』日本経済新聞社
- ・小野太一 (1997) 『社会保障の国際協力に関する調査研究報告書』(財) 医療経済研究機構
- (1999) 『日本の社会保障』岩波書店
- (2001) 『定常型社会 - 新しい豊かさの構想』岩波書店
- ・駒村康平編 (2003) 『アジアの社会保障』、東京大学出版会
- 星野信也 (1996) 「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日号
- 森荘三郎 (1923) 『健康保険法概説』有斐閣

- 労働省 『労働白書』(各年版) 日本労働研究機構
- 劉曉梅 (2002) 『中国の改革開放と社会保障』、汐文社。
- Beattie, Roger (2000) “Social Protection for all: But how?”, *International Labour Review*. Volume 139, Number 2.
- Berman, Peter (ed) (1995) *Health Sector Reform in Developing Countries*. Harvard University Press.
- Chen, Lincoln C., Kleinman, Arthur. and Ware, Norma C. (1994) *Health and Social Change in International Perspective*. Harvard University Press.
- Cleland, John and Hill, Allan G. (1991) *The Health Transition: Methods and Measures*. The Australian National University.
- Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Polity Press.
- Ginneken, Wouter van (ed) (1999) *Social Security for the Excluded Majority*. International Labour Office.
- Guhan, S. (1994) “Social security options for developing countries,” *International Labour Review*, Vol. 133, 1994, No. 1, p. 37.
- Jenkins, Michael (1993) “Extending social security protection to the entire population: Problems and Issues”, *International Social Security Review*, vol. 46, 2/93.
- World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford University Press, 1993.
- (1994) *Averting the Old Age Crisis*, Oxford University Press.