

投稿論文——3

# 社会政策における「東アジア的な道」

——日本・韓国・中国の国民皆保険体制の比較——

李 蓮花

過去半世紀の間、日本をはじめ東アジア諸国・地域は目覚ましい経済成長を遂げてきた。その経験は経済発展における「東アジア的な道」(East Asian Path)とも称しうるものであった。一方、社会政策においてはどうか。本稿は、日本、韓国と中国の医療保険を事例に、歴史的発展経路として社会政策においても「東アジア的な道」が存在すること、社会保険優先、(適用範囲の)普遍主義指向、大きな地域保険、国庫補助・負担への依存を主な特徴とする東アジア的な社会政策は東アジア特有の圧縮的キャッチアップ型近代化の帰結であることを主張する。また、東アジア諸国・地域の劇的な社会転換期における社会政策のメイン・テーマは、単なる経済成長の促進ではなく、「発展における均衡」の問題であることも明らかにする。

キーワード 東アジア 医療保険 日本 韓国 中国

## 1 「セカンド・ステージ」の課題と本稿の目的

1997年のアジア金融危機の勃発およびその後の福祉改革(とりわけ韓国の福祉国家化)をきっかけに東アジア社会政策に対する国際的・学際的関心が高まってから早くも10年以上が経った。その間、それまで社会政策研究においても東アジア地域研究においてもほとんど注目されてこなかった東アジア社会政策研究は量的にも質的にも大きな進展を見せた。とりわけ、2002年以降の日韓比較研究の本格化と2005年以降の日中韓台を中心とする国際的な学術交流の活発化により、東アジア社会政策研究はいまや社会政策学界において無視できない領域に成長した。なお、その過程で既存の福祉レジーム論を東アジアへ適用する際の方法論的限界がしだいに認識されるようになり、時間軸や後発性といった動態的概念の導入、福祉国家化

する時点における国際環境の規定性、企業福祉など機能的代替システムの比較など新しい挑戦と模索がなされてきた[武川, 2007; 金, 2008; 末廣, 2010など]。

これまでの10年間を「ファースト・ステージ」と総括し、さらに「セカンド・ステージ」へ向けた課題と方向性を展望した金編『現代の比較福祉国家論』のなかで、編者は前者の主な課題が「欧米理論の適用あるいは応用」であったのに対し、後者の課題は「東アジア発の新しい理論構築」と「東アジアから世界をみる」ことであると指摘した[金編, 2010, 序章]。では、そのような課題を達成するためには何が必要なのか。この点に関しては10年間の模索を通じてある程度の合意が得られているように思われる。つまり、理論面においては、動態的アプローチのさらなる精緻化および従来の類型論との理論的接合が必要であり、実証面においては、東アジアの各国・地域の歴史と現状に対するより緻密な実証分析が必要である。

とりわけ実証分析に関しては、それが次の段階へ進むための不可欠な基礎作業であるがゆえに、多くの研究者によってその必要性が指摘された<sup>(1)</sup>。1980年代以後興隆を見せた欧米の福祉国家理論がウィレンスキーやフローラーなどによる長年の計量的・歴史的な分析を土台としていたように、「東アジア発の理論」を構築するためには、東アジアの社会保障や福祉システムに対し、マクロ的／ミクロ的、定量的／定性的など多方面からの経験的分析が必要である。日本は、個別制度や歴史分析については膨大な研究蓄積を誇っているが、その多くは国内的視点に立つものであり、東アジアという視点から定量／定性双方において再検討する余地がまだ非常に大きいと思われる。すなわち、「中国やアジア諸地域を座標軸にとることで、日本の社会保障や関連する経済社会システムについての、あるいは今後の日本と中国及びアジア諸地域との関係のあり方についての、従来とは異なる角度からの新たな理解が生成しうる」のである〔広井・沈, 2007, ii〕。

このような問題意識に基づき、本稿では定性的歴史的実証分析に基づいた日中韓の国際比較を試みようとする<sup>(2)</sup>。いままでの東アジア比較福祉論はアジア NIEs または日韓を中心に行われ、中国を正面から取り上げることは少なかった<sup>(3)</sup>。その原因としては巨大な人口規模や計画主義経済の遺産、社会保障制度の未熟など中国の「特殊な事情」が考えられる。つまり、この特殊かつ巨大な中国を東アジアの比較枠組みのなかに取り入れることは理論的にきわめて困難であったのである。しかし、1990年代末の韓国の福祉国家化が日韓比較ひいては東アジア研究の起爆剤となったように、ここ数年における中国の社会保障制度の目覚ましい発展は、中国をも含めた東アジア比較の可能性を劇的に高めている〔李, 2010〕。本稿は、こうした中国の近年の変化を踏まえつつ日韓との比較可能性を探求した1つの試みである。結論を先取りして言えば、本稿は、社会政策において一種の「東アジア的な道」(East Asian Path)を確認できること、それが東アジア特有の近代化パターンに起因することを主張する。

## 2 日本・韓国・中国における皆保険化

### (1) 「歴史的勃興期」と皆保険

欧米などと比較した場合、東アジア地域は国ごとの発展段階の違いが大きいため、横断的または静態的比較の有効性は著しく制限される。例えば本稿で考察しようとする皆保険の場合、日中韓で社会政策上のメイン・イシューとなったのは日本が1950年代後半、韓国が1980年代、そして中国は2000年以降であった。したがって、日中韓を比較しようとした場合は歴史縦断的な異時点比較(cross-era comparison)の方法を採ったほうがより生産的である。本稿では、3カ国の現在の制度を水平的に比較するのではなく、皆保険がメイン・イシューとなったこれらの時代の動向を比較することにする。

最近中国の台頭に関する議論が盛んだが、約50年前は日本、30年前は韓国を含む NIEs の台頭も世界に大きな衝撃を与えたのである。かつて中村政則は日本の高度成長の演出者・下村治の「歴史的勃興期」という言葉で高度成長という特殊な時期を説明したが〔中村, 2005, 96〕、この言葉は80年代の韓国や現在の中国にもそのまま当てはまる。この「歴史的勃興期」においては、それまで経済成長を束縛していた様々な政治的・社会的制約が取り払われ、生産力が急激に増大し、それにともなって国際的影響力も著しく高まる。しかし同時に、経済社会構造と価値観の急激な変化にともない新しい社会問題も山積する。ちょうどこのような社会的な大転換期に皆保険が社会政策の最重要課題として浮上してくるのは単なる偶然ではなからう。本稿で問題視しているのはまさにその歴史的必然性である。なぜ、日本、韓国と中国ではそれぞれの高度成長期に医療保障の普遍化が問題となったのか。それぞれの国はその政策課題にどのように対応したのか。それらの対応はどのような性格のものなのか。

以下では、皆保険に向けた日中韓3カ国の政策のプロセスを考察するが<sup>(4)</sup>、紙幅の関係上それぞれの歴史的経緯に詳しく立ち入ることができないの

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

で、制度的特徴を中心に大まかに整理する。

## (2) 日本

周知のように、日本における初めての社会保険立法は1922年に制定され、5年後の1927年より実施された健康保険法であった。一定所得以下のブルーカラーを対象としたこの画期的な健康保険制度の導入は、いうまでもなく、19世紀末以後のヨーロッパにおける社会保険制度の発明・普及に大きく影響されたもので、「いわば先取的な政策」の性格を持っていた〔西崎, 1991〕。ドイツと比べた場合、日本の健康保険制度の特徴は、組合方式の他に政府管掌と国庫補助という国家主義的な要素を取り入れたことである〔井伊, 2009〕。その後、健康保険制度は重化学産業の急速な発展と戦時体制への転換とともに順調に適用範囲を広げ、終戦直前の1944年には1000万人近くの労働者とその家族をカバーするに至った。

一方、日本の社会保険制度史のなかで最も大きな制度的革新は1938年に実施された国民健康保険制度であった。健康保険制度が基本的にドイツの労働者保険を模倣したのに対し、主として農民を対象に導入された国民健康保険制度は北欧で多く見られた地域保険の形を採った。とりわけ、「当時（1930年代—引用者）の任意医療保険制度のなかで最も顕著な成功例」〔伊東, 1980〕とみなされていたデンマークの医療保険は、日本の国民健康保険制度の重要な参考材料となった。実際、当時の国民健康保険とデンマークの制度のあいだには、任意加入を含めて多くの共通点が見られる。戦時体制への突入とともに国民健康保険は当初の農村匡救策から健兵健民策の一環に変質していったが〔鐘, 1998〕、ここで注目したいのは、国民健康保険制度の実施によって「被傭者型+非被傭者型」という「混合制度体系」〔横山, 1991〕がその時からすでに形作られたことである。

敗戦後、両制度は名実ともに存亡の危機に瀕していたが、GHQのコミットメントのもと戦争協力体質を払拭し戦後も存続することができた。特に重要なことは、国保の財政危機を救うために行われた1948年の国民健康保険の公営化（市町村直

営）と1953年の定率政府補助（給付費の2割）の導入であった。一方、1950年代半ばになると、「戦後は終わった」という宣言とともに「二重経済」問題が最も重要な社会問題として浮上し、社会保障領域においてもその対応が求められた。なかでも、「医療保障制度の確立は、いまやわが国の社会保障制度のうちで最も緊急を要する重要問題」と認識されるようになったのである。<sup>(7)</sup>このような時代背景のもとで国民健康保険制度には「医療保障における二重経済の解消」という新たな任務が賦与され、その拡大が各方面から要求された。1957年には「国民健康保険制度普及四カ年計画」が制定され、経済の順調な拡大も相まって、1961年3月には計画どおり皆保険体制が実現された。ここで忘れてはいけないのは、日本の皆保険が予想以上に順調に実現できたのは膨大な国庫負担の投入があったからだ、という事実である。とりわけ国保に対しては、皆保険を進める過程で国庫負担の比重がますます大きくなり、1961年には国保財政の約半分（46%）を公費が占めるようになった。<sup>(8)</sup>多額の国庫負担の導入により、国民健康保険の性格は農村住民の助け合い（共助）という性格から国家による保障（公助）へと大きく変わった。

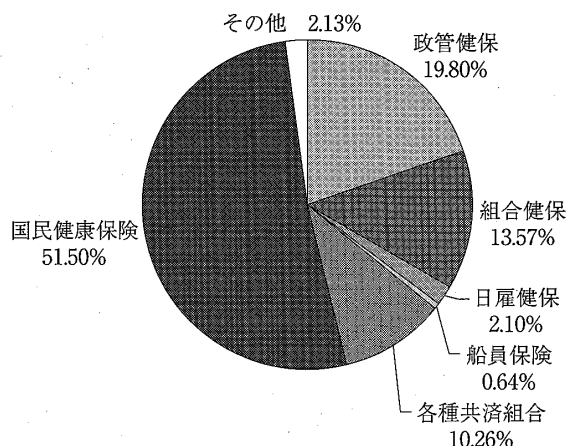
要するに、戦後の日本の皆保険体制は従来からの「被用者保険+非被用者保険（地域保険）」という政策ミックスを継承しながら、後者（国保）に対する傾斜的な財政支援によって実現されたのである。皆保険化は、事実上、国保の普及にほかならなかった。このことは当時の皆保険体制における国保の比重の大きさからも確認することができる（図1）。

(3) 韓国<sup>(9)</sup>

韓国で初めて近代的な医療保険制度が本格的に実施されたのは、日本の健康保険制度から50年もあとの1977年のことである。それ以前の1963年に、クーデターで政権を奪取した軍部が日本の健康保険に倣って「医療保険法」を制定したものの、経済社会基盤が未熟であったため任意設立・任意加入の制度に止まり、有名無実の状態が続いた。1960年代半ばから経済が輸出主導型工業化の軌道

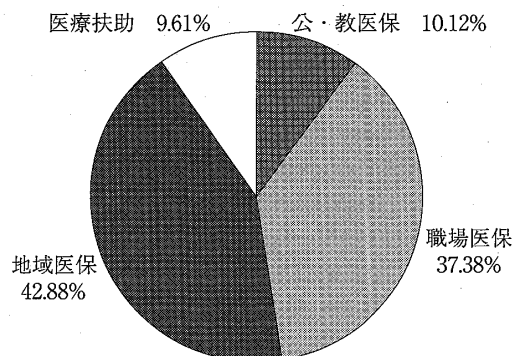
## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

図1 日本の皆保険体制 (1961年)



(出所) 『厚生白書』昭和36年版, 268頁。

図2 韓国の皆保険体制 (1989年)



(出所) 韓国医療保険連合会『医療保険統計年報』1990年版。

に乗ったあとも、朴正熙政権は開発独裁体制のもとで「分配」を無視し、「開発」と「成長」にすべてのエネルギーを注いだ。1977年に医療保険法が500人以上の大企業から強制的に実施されるようになった背景には、強引かつ急激な開発による社会的矛盾の蓄積、重化学工業化にともなう企業規模の拡大と産業労働者の増加、そしてニクソン・ショックと米中接近をきっかけとした南北関係の変化などが挙げられる[李, 2011, 第2章]。

民間企業の被用者を対象とする「職場医療保険」はその後順調に適用範囲を拡大させ、1985年には人口のおよそ3割(29.93%)をカバーするようになった。しかし、1950年代後半の日本と同じく、医療保険制度の恩恵を受けられる労働者はほとんどフォーマル・セクターに雇用され比較的高い賃金が得られている人々で、真に社会的保護を必要とする人々は逆に制度から排除されていた。そこで、1980年代初めから「地域医療保険」(日本の国保に相当する)の実施の必要性が専門家によって主張されるようになったが、全斗煥政府が地域保険に対する財政補助を忌避し財政自立を求めたため、実施は難航した。結局、人口の半分以上の人々を対象とする地域医療保険が全面的に実施されたのは、1987年の民主化大抗争と大統領選挙を経て登場した盧泰愚政権期のことである。すなわち、1988年の農漁村地域保険、1989年の都市部地域保険の全面実施によって韓国でも皆保険が達成されたのである。1977年の職場医療保険の強

制適用から数えればわずか12年で全国民への拡大を完成したことになるが、組合方式の歴史の浅さもあって、皆保険化過程では制度の一元化を求める激しい社会運動が発生し、その要求は10年後の金大中政権下でついに実現された(2000年組織統合、2003年財政統合)。

他の多くの社会制度と同じく、韓国の医療保険制度は当初日本をモデルとして出発したため、両者のあいだには多くの共通点が見られる。なかでも最も基本的な共通点は、「被用者保険+地域保険」という組み合わせによって皆保険という政策目標を達成したことである。日本との違いは、政管健保のような政府直営の被用者保険がなかったことと、民主化が行われた80年代後半までは社会保険への財政補助に対し政府がきわめて消極的であったことである。しかし、地域保険に対する財政補助なしには皆保険が実現不可能であることが判明し、結局多額の国庫補助の導入によってようやく1989年に皆保険を実現した。その時点で地域保険は被保険者数で全体の5割近くを占める最大の制度であった(図2)。韓国でも皆保険化の鍵は地域保険の全面実施であったのである。

## (4) 中国

前述のように、東アジア比較のなかに中国を取り入れることは容易ではない。その難しさは人口規模や政治体制の違いにも由来するが、社会保障制度を考える際はそれ以上に1949年以降の計画経

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

表1 中国の総医療費支出の構成

	総医療費支出 (10億元)				総医療費 / GDP (%)
	総支出	政府予算 (%)	社会支出 (%)	個人支出 (%)	
1978	110.21	35.44 (32.2)	52.25 (47.4)	22.52 (20.4)	3.02
1980	143.23	51.91 (36.2)	60.97 (42.6)	30.35 (21.2)	3.15
1985	279.00	107.65 (38.6)	91.96 (33.0)	79.39 (28.5)	3.09
1990	747.39	187.28 (25.1)	293.10 (39.2)	267.01 (35.7)	4.00
1995	2155.13	387.34 (18.0)	767.81 (35.6)	999.98 (46.4)	3.54
2000	4586.63	709.52 (15.5)	1171.94 (25.6)	2705.17 (59.0)	4.62
2001	5025.93	800.61 (15.9)	1211.43 (24.1)	3013.89 (60.0)	4.58
2002	5790.03	908.51 (15.7)	1539.38 (26.6)	3342.14 (57.7)	4.81
2003	6584.10	1116.94 (17.0)	1788.50 (27.2)	3678.66 (55.9)	4.85
2004	7590.29	1293.58 (17.0)	2225.35 (29.3)	4071.35 (53.6)	4.75
2005	8659.91	1552.53 (17.9)	2586.41 (29.9)	4520.98 (52.2)	4.71
2006	9843.34	1778.86 (18.1)	3210.92 (32.6)	4853.56 (49.3)	4.67
2007	11289.00	2297.10 (20.3)	3893.72 (34.5)	5098.66 (45.2)	4.52

(出所) 『中国衛生統計 2009』より。

済体制の影響が大きい。なぜなら、計画経済体制下の社会保障と市場経済体制下の社会保障は、その原理にしる機能にしる完全に異質なものであるからである [田多, 2004]。1949年から1978年のあいだ、中国は旧ソ連をモデルとして計画経済システムを構築し、そのなかで都市部では国家責任による「社会保障」制度、農村部では住民間の助け合いの制度を作り上げた。医療保障に関しては、1951年にいち早く導入された労働保険制度のなかに都市の労働者に対する医療保障が設けられ、1952年には政府や(学校など)事業機関の職員(「幹部」)に対し公費医療制度が導入された。一方農村部では、合作社や人民公社といった集団経済のもとで農村合作医療制度が全国的に作られ、保障水準は低かったものの最低限の基本的な医療サービスを農村住民に提供し、途上国のモデルとして国際的にも高い評価を受けた [王虎峰, 2009; 飯島・澤田, 2010]。

このような医療保障制度は計画経済システムをその存在基盤としていたため、1978年以降の市場経済化のなかで根本的な改革を余儀なくされた。1970年代末から2000年代初めまでの20年間の変化は一言で「市場化」と要約することができる [葛延風・貢森, 2007, 5; 飯島・澤田, 2010, 第5章]。農村では個人経営化とともに農村合作医療

制度が急速に崩壊し、都市においても1998年に「都市部被用者基本医療保険制度」が新たに導入されたものの、医療費に占める政府支出と社会保険の比重は縮小の一途を辿り、膨張する医療費の大部分を個人が負担することになった。その結果、総医療費に占める個人負担の割合は1980年の21.2%から2001年の60.0%まで激増し(表1)、医療保障における格差の拡大・公平性の欠如が国内外から指摘されるようになった<sup>(11)</sup>。2003年頃から政府はそれまでの効率一辺倒・経済至上主義から公平への配慮へと政策を軌道修正し、「和谐社会」(調和のとれた社会)のスローガンのもと、それまで社会的保護から排除されていた階層への対応を始めた。2003年からは「新型農村合作医療制度」が本格的に実施されはじめ、2005年以降多額の国庫補助の投入とともに急激に全国に普及した。さらに、2007年からは子どもや障害者など都市部の非被用者を対象とする「都市部住民基本医療保険制度」が新たに導入され、皆保険体制の三本柱が出揃うようになった。2009年の医療改革案では、2020年までにすべての人が基本的な保健医療サービスを楽しむことを目標として掲げ、そのための重点課題として、2011年までに医療保険のカバー率を90%にまで引き上げると明記した<sup>(12)</sup>。

いま工業化・都市化の最中にある中国の医療保

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

険体制はまだ形成途中にあり、医療保険制度（特に新型農村合作医療制度と都市部住民基本医療保険制度）の保障水準はまだ非常に低く、制度間・地域間格差も日本や韓国とは比較にならないほど大きい。<sup>(13)</sup>しかしながら、長期的・マクロ的な視点から考えた場合、中国型皆保険体制の制度的枠組みはほぼでき上がったと言っていいだろう（図3）。日韓の医療保険制度、および90年代までの中国の制度との比較からは以下の3点が特に重要である：①初めて農民や都市非被用者なども含んだ普遍的な皆保険が政策目標となった；②既存の都市部被用者保険に加え、農村と都市に地域保険を創設し、被用者以外の人々をカバーしようとした；③2つの地域保険に対し多額の政府補助が（これまた中国史上初めて）投入された。

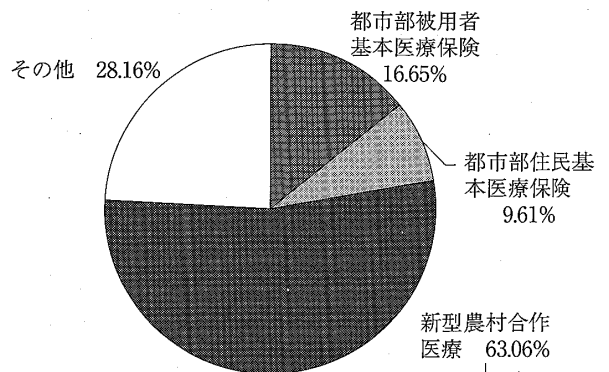
### 3 医療保険政策における「東アジア的な道」

#### (1) 「東アジア的な道」の内容

近代的な社会保険の嚆矢は1880年代のドイツのビスマルク社会保険三部作と言われているが、その前からヨーロッパ各国では各種の疾病金庫や友愛組合が存在した。共同体的連帯に基づくそれらの助け合い組織は、その後大きく2つの道に分かれたと考えられる。1つはドイツで典型的に見られた、主として企業または職域ごとの連帯に基づく、当事者主義の強い労働者保険であり、もう1つはデンマークなど北欧諸国で典型的に見られた、地域住民間の連帯に基づく任意加入の地域保険であった。排他的性格の強い前者に対し、後者は一定の地域内において非排他的な普遍的な性格を持ち、1930年代以降には普遍主義的な国民保険、さらに医療の場合は国民保健サービスへと発展したのである [Kunle, 1980]。国ごとのバリエーションを認めつつ、ここでは便宜上、前者を「大陸型」、後者を「北欧型」と呼ぶことにしよう。当然ながら、両者の背後には工業化のタイミングや産業構造の違い、およびそれと関連する政治構造の違いがあった。

この「大陸型」と「北欧型」を社会保険の2つ

図3 中国の医療保険体制（2009年）



(注) 「その他」には公費医療制度加入者や医療救助制度の受給者も含まれるが、多くは無保険者である。

(出所) 中国統計局, 2009年国民経済与社会発展統計広報 (<http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohwsbwstjxxzx/s8208/201004/46556.htm>) より。

のプロトタイプと考えた場合、上で考察した日中韓の医療保険は、「大陸型」とも「北欧型」とも異なる形で発展してきたことが分かる。その特徴は大きく次の3点にまとめることができよう。

まず、日中韓3カ国はいずれも「大陸型」の労働者保険と「北欧型」の地域保険を組み合わせることによって、医療保険の普遍化を目指した。すなわち、近代的産業（フォーマル・セクター）の被用者を対象に先にビスマルク的な被用者保険を導入し、そこに入れない人々（主として農業や都市の自営業者、零細企業労働者など）に対しては地域というカテゴリーで一括したのである。言い換えれば、日中韓の医療保険制度のなかには2つの異なる原理が并存している。しかし、まさにそのことによって、純粋な社会保険方式を採用している国では実現困難な皆保険・皆年金を実現した<sup>(14)</sup>のである。

第二に、これらの国では、とりわけ高度成長期において、近代部門の比重がまだ相対的に小さく、国民の大半が雇用関係のない農業や非常に不安定な都市雑業、零細企業などで働いていたため、後から導入された地域保険の比重がきわめて大きくなった。すなわち、多くの先進国では工業化がかなり進展し、都市化・雇用者化がある程度定着した後に（具体的には第二次世界大戦後）社会保険の普遍化が行われたため、農民や自営業者への制度拡大はそれほど大きな問題にならなかった。そ

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

表2 地域医療保険の財源に占める政府補助の割合

国	年	制度名	割合
日本	1961	国民健康保険	44.66%
韓国	1990	地域医療保険	37.67%
中国	2006	新型農村合作医療制度	(61.41%)
	2007	都市部住民基本医療保険	(成人36%, こども56%)

(注) 1: 政府補助の割合 = 政府補助 (中央政府 + 地方政府) / 財源総額 × 100%

2: 中国の統計は政府の公式統計ではなく、研究者による試算である。

(出所) 日本は『社会保障統計年報』1963年版；韓国は国民健康保険公団 HP (www.nhi.or.kr)；中国は杜楽動・張文鳴 [2007], 86, Lin, et al. [2009] より。

れに対し、日韓中では急激な工業化・都市化の最中に皆保険が目指されたので、非被用者への制度適用はまさに社会保険制度の「命がけの飛躍」であった。その意味で、日本の国民健康保険に代表されるように、地域保険こそ東アジアの社会保険ないし社会保障システムを特徴づける核心的な制度であると言っても過言ではない。<sup>(15)</sup>

第三に、しかし、事前に保険料を拠出しリスクを分散するという保険の仕組みは雇用関係のない(または不安定な)非近代部門になじみにくい。さらに、社会転換期においては二重経済という形で産業間・地域間の格差が大きく、非被用者の保険料負担能力も限られている。したがって、韓国の経験が端的に示すように、保険的合理性だけでは地域保険の全面実施は不可能であった。実際、1930年代からすでに社会保険制度を導入したラテン・アメリカ諸国を含め、多くの途上国では近代部門と非近代部門の巨大なギャップを乗り越えることができず、社会保険制度は都市部の近代部門のみに限定されることが多い。それに対し、日中韓が少なくとも制度上で皆保険を実現した(しようとしている)重要な要因として、地域保険に対する多額の国庫補助を指摘しなければならない。表2は3カ国の地域医療保険の財源に対する政府の財政補助の割合を示したものであるが、程度の差はあるものの、いずれの国でも地域保険は財政補助に大きく依存していることが分かる。言い換えれば、もし強力な財政補助がなかったらこれらの地域保険の実施は全くと言っていいほど不可能であった。このことは、1980年代前半の韓国の地域保険の難航や1990年代の中国の農村養老保険の

挫折(いずれも財政補助なし)に如実に現れている。多額の税金の投入の結果、日中韓の社会保険では保険と税が「渾然一体」となった[広井, 1999, 47]。

要するに、急速な工業化・都市化にともなう激しい社会変動のなかで皆保険・皆年金が目指された日本、韓国と中国では、人口の大半を占める非被用者や不安定労働者を社会保険制度内に包摂するために大きな地域保険を導入し、さらにそこに重点的に財政補助を行うことによって、医療保険の普遍化を実現した(しようとしている)。このようなやり方は、従来の「大陸型」とも「北欧式」とも、ひいてはラテン・アメリカや東南アジアを含む大多数の途上国とも異なる社会政策アプローチと言える。戦中の日本に始まり、韓国(と台湾)、そして最近の中国に広がったこの種社会政策アプローチをここでは社会政策における「東アジア的な道」(East Asian Path)と呼ぶ。

## (2) 「東アジア的な道」の歴史的・構造的文脈

日本、韓国と中国は地理的に隣接してはいるものの、近代以前において非常に異なる社会構造を有していたし、19世紀半ば以降の近代化過程ではさらに異なる道を歩んできた。なお、皆保険が政策課題となったそれぞれの時代背景も大きく異なる。このように歴史的遺制も政治体制も、ひいては皆保険時の時代背景も異なる3カ国は、ではなぜ、上で見たような似通うアプローチを採ることになったのだろうか。その原因は地理的近隣性やいわゆる儒教文化よりも、東アジア全体を特徴づける後発的キャッチアップ型の近代化から説明すべ

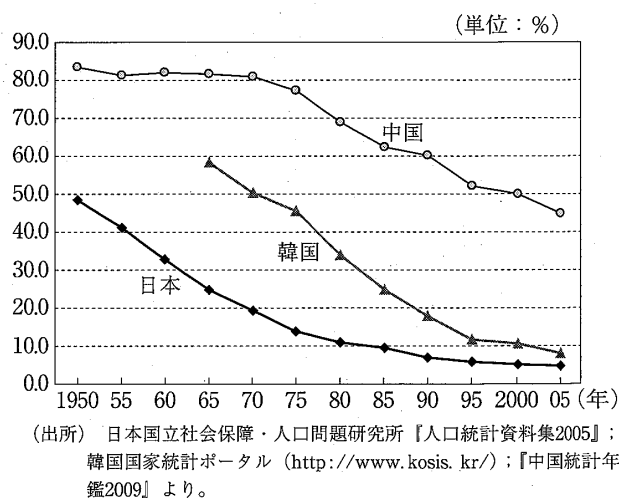
## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

きだ、というのが本稿の主張である。

もちろん、後発的キャッチアップ型近代化と言っても国によってその具体的な展開の仕方は異なるが、いくつかの共通性を持っているのも事実である。しばしば「開発主義」(developmentalism)と要約される東アジア型近代化(とりわけ工業化)の共通性については、主体面における行政府(官僚)の自律性と優位性、戦略面における輸出促進、速度面における圧縮性、そして政治面における権威主義または準権威主義などを挙げることができよう。日本でその雛形が作られたこの種の近代化パターンは、1960年代以後韓国の朴正熙政権下で大きく開花し、その後さらに東南アジア諸国、そして中国にまで拡散した。その意味で、1970年代末以降の中国の変化は、近代化の追求における「ソ連式アプローチ」から「東アジア的アプローチ」へのシフトと捉えることもできる<sup>(6)</sup>。

ところで、このような上からの工業化は世界史的に前例のない経済奇跡を作り出すと同時に、短期間に、圧縮的で激しい社会変動をも引き起こした。例えば、就業構造における第1次産業従事者の比重を見ると、日本の場合1955年の44.1%から1965年の24.7%へと10年間に19.4ポイント、韓国も1980年の34.0%から1990年の17.9%へと16.1ポイントも減少した。まだ戸籍制度を保留している中国でも、第1次産業の従事者の割合は1998年には49.8%であったが、2008年には39.6%まで減少した(図4を参照)。こうした「地滑りの」な労働力移動は、それまでの伝統的な村落共同体からの個人の大規模な離脱と社会の流動性の増大を意味する。しかし、離農したすべての人が近代部門に安定的に雇用されることはできず、その大半は前近代的な都市雑業、サービス業、または零細企業などに従事せざるをえなかった。その結果、「一方に近代的大企業、他方に前近代的な労使関係に立つ小企業および家族経営による零細企業と農業が両極に対立」する二重構造が形成され、急激な社会変動のなかで社会的弱者の不満や相対的剝奪感が鬱積した。こうした経済社会的亀裂は、成立したばかりの日本の自民党政権にとっても、民主化の大波に晒されていた韓国の全斗煥・盧泰

図4 日中韓の雇用構造に占める第1次産業の割合



愚政権にとっても、さらには一党体制を維持している中国共産党にとっても、政治の正統性を脅かす重大な社会問題ないし政治問題として認知された。各々の時代や国によって「二重経済の解消」、「経済と社会の均衡的発展」、「調和社会」等々とそれぞれレトリックは異なるものの、それらのキーワードが反映する問題意識は基本的に同じである。すなわち、それは「発展」と「均衡」の内的関連、あるいは「発展のなかの安定」の問題にはかならない。例えば、1983年に発表された韓国開発研究院(KDI)の報告書『医療保険の政策課題と発展方向』は次のように指摘した。社会政策の主な課題は、「急速な経済開発から生じる歪みの是正、とりわけ階層間の亀裂と一部国民の疎外感の解消」であり、「国民階層間の医療保障の偏りが、所得階層間・地域間の相対的差別と劣等感を増大させ、成長の価値に対する懐疑を助長し、社会成員間の連帯を弱体化させる要因となった」[ヨンほか、1983, 24]。似たような指摘は、1950~60年代の日本や近年の中国の公式文書にも繰り返して登場する。

もちろん、産業間・階層間の巨大な格差やインフォーマル・セクターの社会保障の欠如は何も東アジア特有の問題ではなく、むしろ大多数の途上国で見られる普遍的な現象である。しかし、日中韓がその他の途上国と異なる点は、その格差を是認し階層ごとに異なる方法で対応しようとしたの



## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

ではなく、<sup>(18)</sup>少なくとも制度的には同じ社会保険方式によってすべての国民を皆保険体制のなかに取り込もうとしたことである。そして、上述したように、地域保険の普及によって実現された皆保険化を経済的に可能にしたのは巨額の財政補助であった。つまり、日中韓3カ国は急速な経済成長をもたらした財政収入の増加を背景に、具体的には地域保険を重点的に支援することによって、格差の拡大や一部の階層の相対的剝奪感の増大を緩和させようとしたのである。それは言い換えれば近代部門から前近代部門、工業から農業への全国範囲での所得再分配であった。

## (3) 「東アジア的な道」の性格と意義

医療保険や年金など社会保険は20世紀型福祉国家システムの基幹的な制度として、工業社会の経済と国民生活のなかで、以前は想像もできないほど大きな比重を占めるようになった。第二次世界大戦以後、アメリカを除く先進国ではこれらの社会保険（または国民保健サービス）がほぼすべての国民をカバーするようになったが、階層性を反映する「大陸型」と普遍主義志向の強い「北欧型」の違いは今日も各国の社会保障システムのなかに深く刻み込まれている。この2つの原タイプに比べ、日本、韓国、中国では（当時の）産業構造の後進性がゆえに、この「大陸型」と「北欧型」の組み合わせによって普遍化を目指さざるをえなくなり、また、地域保険の比重がきわめて大きい構造となった。そして、制度が上から導入される過程では2つの原タイプの理念的要素は捨象され、階層間格差の縮小と所得再分配という機能的側面だけが残ることになった。すなわち、社会保険における労働者保護や資本主義の修正という本来の性格は東アジア諸国では非常に弱く、代わりに、発展の歪みの修正が社会政策の主な性格となったのである。敢えて極言すれば、東アジアにおける社会政策の核心は労働者（被用者）政策ではなく、非被用者対策（policy for non-employees）であった。そして、地域保険への財政補助を通じて追求された制度の普遍性というのが、真の普遍主義ではなく階層間の不平等を前提とした

「形式的な普遍主義」であり、実態面における格差がその後も長期にわたって存在したことは、日本の経験からも容易に理解できる。しかし、たとえ形式的とはいえ、国際的にみた場合、国民のほとんどが公的な社会保障制度によってカバーされ、基本的な医療サービスへのアクセスが保障されたことは、東アジアの近代化の社会的成果として高く評価できるものではなかろうか。

## 4 おわりに

最後に2点を補足しておきたい。

まず、本稿では日中韓の皆保険の実現方式に着目し3カ国の共通性を中心に議論したが、これは各国間の相違性が副次的であると主張するものではない。まだ体制が完成していない中国はいうまでもなく、比較的似ていると思われがちな日本と韓国のあいだにも重要な質的違いが存在する。各国の社会保障制度に共通性と相違性が存在することは至極当然のことであり、それらを確認した上でその原因を究明することがさらなる理論の発展につながると考えられる。本稿はそのなかで前者（共通性）に焦点を当てたものであり、どちらかといえば抽象度の高い分析である。この主張が妥当か否かは相違性の分析を含め今後の研究によって判断されるだろう。

第二に、ここでいう「東アジア的な道」は従来の「東アジアモデル」論とは違うことを、改めて強調したい。後者が社会保障制度または福祉レジームの「類型」(type)を問題視するのに対し、本稿は社会保障制度の発展の「経路」(path)または「アプローチの方法」を問題視している。政策のアプローチの仕方が同じでも国ごとの社会的・政治的コンテクスにより結果的に異なる制度または類型となる可能性は十分ある。ここで主張したいのは、日中韓3カ国が近代化の特定の段階で同じような問題に直面し、結局同じような方法で対処せざるをえなかったということであり、3カ国の医療保険や年金制度が同じモデルに属するというわけではない。

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

【付記】 本研究の一部は、日本経済研究センター研究奨励金（2008年度）の研究助成を受けた。

## 注

- (1) 例えば、金編 [2010] のなかでも玉井論文、文論文、株本論文、崔論文、田多論文（28章）がともにその重要性を指摘した。
- (2) 本稿の分析と結論は基本的に台湾にも当てはまるが、台湾は韓国と「同世代」であることから、ここでは両者のなかで韓国を代表に取り上げ、台湾については割愛する。
- (3) 中国を単独に扱ったり日中比較の視点から書かれた書物は近年数多く刊行された。代表的なものだけでも、張 [2001]、王 [2001]、田多編 [2004]、何 [2008]、広井・沈編 [2007]、袖井・陳編 [2008]、飯島・澤田 [2010] などを挙げることができる。
- (4) 社会保険は排除の原理を持っているため、真の皆保険・皆年金の達成には最後のセーフティネットとしての公的扶助（医療の場合、日本では医療保護、韓国では医療扶助、中国では医療救助など）が不可欠であるが、ここでは保険制度だけを取り上げ、公的扶助部分は割愛する。
- (5) デンマークとスウェーデンの医療保険に関する伊東の詳細な考察によると、1935年における疾病金庫会員の人口に対する割合はデンマークが56.6%であったのに対し、スウェーデンは14.8%に過ぎなかった。しかも、デンマークでは一定所得以下の者のみを対象とし、診療時の自己負担がほとんどなく、かつ現物給付が中心であったために、強制加入方式を採用他の国よりも、医療保障の面において実質的に高い水準に達していたという [伊東, 1980]。
- (6) もちろん、健康保険と国民健康保険のほかに日本では公務員または準公務員を対象とする各種共済組合制度が存在するが、ここではそれらを「被用者保険」のなかを含め、別途説明しないことにする。以下、韓国と中国に関しても同じである。
- (7) 『厚生白書』昭和32年版, 53頁。
- (8) 『厚生白書』昭和36年版, 275頁。
- (9) 韓国の皆保険化については李 [2011] で詳しく考察した。
- (10) 現在、韓国の健康保険制度は国民健康保険という一元的な制度で、従来の職場・地域組合に代わって国民健康保険公団が一元的に管理している。
- (11) 2005年、国務院発展研究センターと世界保健機構の共同研究チームは80年代以降の商業化・市場化傾向は間違っており、医療改革は「成功していない」という主旨の報告書を提出し、マスコミでも大々的

に報道された。詳しくは葛延風・貢森 [2007] を参照。

- (12) 国務院務院「医薬衛生体制近期重点实施方案（2009-2011）」。[http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content\\_1279256.htm](http://www.gov.cn/zwgk/2009-04/07/content_1279256.htm)
- (13) 中国の皆保険体制の問題などについては王 [2008] を参照。
- (14) 最も典型的な社会保険国家であるドイツはいまだに皆保険という形を採っていないし、フランスも1990年代までは皆保険ではなかった。
- (15) この部分に関しては広井 [1999] の議論と共通するところが多い。
- (16) 中国は、他の東アジア諸国をはるかに超える人口や歴史、文化の影響力、そして社会主義革命の経験を持つため、「東アジア型」では捉えきれない部分もあるが、1990年代以降とりわけ2000年代の中国の変化を捉える際、「東アジア的アプローチ」へのシフトも有効な視角の1つであると考えられる。
- (17) 『経済白書』昭和32年版, 35頁。
- (18) ラテン・アメリカやアジアの他の国々の社会保障制度については宇佐見編 [2003]、広井・駒村編 [2003]、河森 [2009] などを参照。

## 参考文献

- 杜楽動・張文鳴編, 2007, 『中国医療衛生発展報告 No. 3』社会科学文献出版社。(中国語)
- 葛延風・貢森, 2007, 『中国医改：問題・根源・出路』中国発展出版社。(中国語)
- 顧昕, 2009, 『走向全民医保：中国新医改の戦略与戦術』中国労働社会保障出版社。(中国語)
- 広井良典, 1999, 『日本の社会保障』岩波書店。
- 広井良典・駒村康平編, 2003, 『アジアの社会保障』東京大学出版会。
- 広井良典・沈潔編, 2007, 『中国の社会保障改革と日本』ミネルヴァ書房。
- 井伊雅子, 2009, 「日本——医療保険の歩みとその今日的課題」井伊雅子編『アジアの医療保障制度』東京大学出版会, 237-258。
- 飯島渉・澤田ゆかり, 2010, 『高まる生活リスク——社会保障と医療』岩波書店。
- 伊東敬文, 1980, 「北欧における医療保険政策の発展——デンマーク・スウェーデン史的比較論」健康保険組合連合会『国際社会保障研究』25: 9-35。
- 何立新, 2008, 『中国の公的年金制度改革——体制移行期の制度的・実証的分析』東京大学出版会。
- 河森正人, 2009, 『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。

## 投稿論文 社会政策における「東アジア的な道」

- 金成垣, 2008, 『後発福祉国家論——比較のなかの韓国と東アジア』東京大学出版会。
- 金成垣編, 2010, 『現代の比較福祉国家論——東アジア発の新しい理論構築に向けて』ミネルヴァ書房。
- Kunle, 1980, "The Growth of Social Insurance Programs in Scandinavia: Outside Influence and Internal Force," in Flora, Peter and Arnold Heidenheimer (eds.), *The Development of Welfare States in Europe and America*, New Brunswick: Transaction Books.
- 李蓮花, 2010, 「福祉国家形成の期間説と東アジア比較の可能性」金成垣編『現代の比較福祉国家論』ミネルヴァ書房, 445-458。
- , 2011, 『東アジアにおける後発近代化と社会政策——韓国と台湾の医療保険政策』ミネルヴァ書房。
- Lin, Wan-chuan, Gordon Liu and Gang Chen, 2009, "The Urban Resident Basic Medical Insurance: a Landmark Reform Step towards Universal Insurance Policy in China," *Health Economics*, 18 (S2), 83-96.
- 中村政則, 2005, 『戦後史』岩波書店。
- 西崎翠, 1991, 「社会保険制度の歩み」横山和彦・田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社, 42-63。
- 王文亮, 2001, 『21世紀に向けた中国の社会保障』日本僑報社。
- , 2008, 「『全民医療保障』への険しい道——中国版国民皆保険体制の構築について」(上中下), 『週間社会保障』No. 2465-2467。
- 岡本英男, 2010, 「日本における福祉国家の成立とその展開」金成垣編『現代の比較福祉国家論——東アジア発の新しい理論構築に向けて』ミネルヴァ書房, 193-228。
- 田多英範, 2004, 「生活保障制度から社会保障制度へ」田多英範編『現代中国の社会保障制度』流通経済大学出版社, 1-26。
- 武川正吾, 2007, 『連帯と承認——グローバル化と個人化のなかの福祉国家』東京大学出版会。
- 鐘家新, 1998, 『日本型福祉国家の形成と「十五年戦争」』ミネルヴァ書房。
- 袖井孝子・陳立行編, 2008, 『転換期中国における社会保障と社会福祉』明石書房。
- 末廣昭編, 2010, 『東アジア福祉システムの展望——7ヶ国・地域の企業福祉と社会保障制度』ミネルヴァ書房。
- 宇佐見耕一編, 2003, 『新興福祉国家論——アジアとラテン・アメリカの比較研究』アジア経済研究所。
- 王虎峰, 2009, 「衛生医療改革探索『中国模式』」鄒東濤編『中国道路与中国模式(1949~2009)』社会科学文献出版社, 671-699。(中国語)
- 横山和彦, 1991, 「分立型国民皆保険体制の確立」横山和彦・田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社, 123-139。
- ヨン・ハチョン(延河清)ほか, 1983, 『医療保険の政策課題と発展方向』韓国開発研究院。(韓国語)
- 張紀濤, 2001, 『現代中国社会保障論』創成社。
- 鄭功成, 2009, 『中国社会保障30年』人民出版社。(中国語)

(2010年11月10日受理決定/2011年4月20日掲載決定)

(り れんか: 東京大学)