

国外留学で感じた日本の税・社会保険制度等の 矛盾と途上国の社会保障事情

菅 谷 広 宣

はじめに

1999年度の1年間、岐阜経済大学より国外留学の機会を与えられた。これにあたり、私自身にはつぎの二つの目的があった。一つは、インドネシアの社会保険について基礎的な研究を行なうこと¹⁾、いま一つは、タイの社会保険の最新動向について考察を進めることであった²⁾。タイに関しては、これまでも研究を行なったことがあるので、どこでどのような情報が得られるのかということが、ほぼわかっているつもりでいた。他方、インドネシアでも、過去に情報収集を試みたことがあったが、短期間の滞在では必要な情報が得られないことを経験していた。長らくスハルトの独裁下にあったため、オープンなタイと比べて、インドネシアは情報閉鎖的であり、政府刊行物などをみても、インドネシアにはあまり研究に役立つものがない。このような理由から、ベースはインドネシアとし、タイには必要に応じて情報をとりにいくことにした³⁾。

ところで、国を離れることによって、日本のさまざまな問題点がみえてくるということは多々あると思うのだが、今回1年間外国で暮らしてみて、日本の諸制度に矛盾を感じるがあった。それは税・社会保険制度等についてであるが、以下ではまずこの点についてふれたあとで、今回の研究対象であったタイとインドネシアを中心に、途上国の社会保障事情を概括的に述べていきたい。

I. 日本の税・社会保険制度等の矛盾

1. 税制等の矛盾

まず、日本の税制に関して感じた矛盾につい

てであるが、それは主に住民税に関してである。住民税は、市民税・県民税とも1年以上国内に非居住であれば非課税であり、1年以上とは1年も含む。私のケースは非課税と考えていたが、課税の通知があり、源泉徴収されている。すなわち、国内に住所がなかった1年間の給与に対し、課税されている。市役所市民税課の説明では、1年以上非居住という場合の1年は、365日と解釈され、これに1日でも足りない場合は1年とはみなさないということであった。これは税法解釈の問題になるが、そう解釈するならば、法律を1年ではなく、365日と改めるべきではないか。市民税課は、私のケースを1年と認めたら、類似の事例が出てきた場合に、どこまでを1年と認めるか線が引けなくなるというが、今回の場合は1年の国外留学であり、大学の規定も1年になっている。だから、現行法で1年となっている以上、私のケースは1年と解釈できるはずである。ちなみに、県に確認したところ、私の主張は理解できるが、住民税の適用と徴税は市民税課に一任していると回答するのみであった。

そもそも住民税とは、そこに居住し、公共の住民サービスを受けるために支払う税であり、所得税とは性質が違う。また、私を課税扱いする根拠は、365日に満たなかったということであるが、例えば企業の海外駐在員で、複数年国外に居住している人の場合はどうか。そのような人は、毎年盆や正月に一時帰国して、1年のうち一定期間を国内で過ごしても、非課税である。課税は年間の所得に対して年単位で行なわれるのだから、国外での勤務期間が1年であろうと、2年以上であろうと、法の運用上で両者に差を設けることは不合理である。繰り返しになるが、私の場合は1年の国外研究であり、大

学の規定も1年になっているのだから、現行法で1年以上は非課税となっている以上、非課税が妥当であると考えるのは、まったく当然のことではないだろうか⁴⁾。

このように住民税の適用では不合理な扱いを受けたが、さらに悪いことに、2000年6月25日の衆院選挙では、私には選挙権が認められなかった。市の選挙管理委員会に確認したところ、同選挙で選挙権があるかどうかの基準日は3月12日であり、その日以前に国内に住民票がない場合には、選挙権がないとの説明であった。住民登録はその場で終わるものなのに、選挙当日から3ヶ月以上も滞ったその基準日とは、一体何のためにあるのか不可解である。また何よりも、日本国民でありながら選挙権を認められず、納税の義務のみを負わされるのというのは、憲法に照らしても信じ難い不条理である⁵⁾。

こうした観点から、市民税課に異議申し立てを行なったが、それは棄却された。それでも不服がある場合は、裁判にしなければならないという。私とすれば、到底納得し得ないが、裁判に時間を費やしたくはないし、いまはそのエネルギーもないので、諦めざるをえなかった。それにしても、3月12日という基準日にかかわらず、選挙権がないということになると、所得税の納税義務に関しても疑問が生じてくる。所得税は、居住・非居住にかかわらず、国内で所得が発生していれば課税となるが、日本国籍をもっている以上、たとえ非居住であったとしても、納税の義務だけではなく、選挙権も認められてしかるべきである⁶⁾。

2. 社会保険制度の矛盾

つぎに、社会保険制度の矛盾であるが、これは健康保険、私学共済でいえば短期部門の扱いについてである。年金の場合には長期保険、私学共済では長期部門であり、掛金が将来の給付額に反映されるので、一定期間国内に居住していなくとも、保険料を賦課することには何ら問題はない。しかし、健康保険の場合、問題は複雑である。国外で診療を受けるとき、原則としては医療費を立て替え、帰国後に払い戻しの請

求をすることになっているが、その手続きは容易でない。現地の医師に診療内容を書いてもらい、それを自分で日本語に翻訳して、健康保険所定の用紙に記入しなければならない。しかも、被用者保険の場合、日本では医療費の自己負担割合は被保険者本人は2割であるが、外国で診療を受けた場合、8割が償還されるわけではない。外国での診療内容を日本の診療報酬点数表に当てはめて計算するため、という説明であるが、実際に戻ってくるのは4割程度、2～3割の場合もあるらしい。また、そもそも、事故に遭ったり大きな病気をしたとき、医療費を立て替えられない場合もあるだろう。したがって、健康保険は外国での診療にも適用されるのが原則であるといっても、実際にはあてにならない。結局、海外旅行傷害保険のような民間の保険に加入せざるをえない。だからといって、健康保険への加入が免除されるかという点、そうではない。国外に居住していても、国内で雇用関係がある以上、健康保険は強制加入であるから、民間保険との二重加入になる。そして、国外で実際に利用するのは民間保険である⁷⁾から、利用者の立場からすれば、健康保険にはほとんど無駄な保険料を支払わなければならないことになる。国民皆保険・皆年金というのは日本独特の制度であり、良い面ももっているが、このように利用価値がない場合、弾力的に適用除外が認められてもよいのではなからうか。ちなみに、国民年金では、国内に住所がない場合、任意加入となっているが、そうした場合の任意加入適用の妥当性は、むしろ健康保険のほうにある。

II. 途上国の社会保障事情

1. 途上国研究の意義

これまでの日本では、社会保障の分野における外国研究の趨勢は、欧米一辺倒であったといってもいい。制度の導入に際して先例から学ぶ必要があったという点、また高齢社会における制度改革に際しても参考にすべきことが多いという点から、確かに欧米先進国の研究は意義を持ち続けている。しかし、発展途上国、日本

にとっては特にアジア諸国に目を向ける必要性も無視できないと私は考えている。その理由は三つある。第一に、アジア諸国の社会保障の動向は、現地に進出している多くの日系企業の労務管理にも関わる問題だということである。事実、進出国での社会保険の導入に際し、福利厚生を見直す企業もあった。第二に、労働力の国際移動に対応して、社会保障の国際調整が重要な課題となる。例えば年金の通算等の問題である。これは現段階では主に先進諸国間の問題であるが、将来的には例えばアセアンでの域内調整の必要性ということも生じてくると思われる。アジア諸国の社会保障の実態を把握し、整理しておくことは、この観点からも将来的に意義を持つようになると思われる。第三に、国際協力上の必要性がある。いうまでもなく国際協力は、押し付けではなく相手国の実情に合わせた形で行なうべきである。社会保障の分野では、日本でも、途上国の行政官を招いて研修を行なっているが、相手国の事情をよく理解した上で研修が行なわれているかという点、いまはそれは期待薄である。途上国の社会保障に詳しい人材がないからである。他方、国際機関ではILOが各国に専門家を派遣して、社会保障に関する助言や勧告を行なっているが、派遣される専門家は任期が終われば異動してしまう。したがって、特定の国や地域の動向を継続して追っている専門家はほとんどいない。こうした理由から、途上国、日本にとってはとりわけアジア諸国の動向に注意を払い続けていくことには、意義があると考えている⁸⁾。

2. 途上国における社会保障の必要性

つぎに、途上国で社会保障の構築が課題となる理由について述べておきたい。まず第一に、工業化に伴う労働者の増大によって、労働政策としての社会保障の必要性が高まっていることがあげられる。労働政策としての社会保障には、労働力の保全・労使関係の円滑化という二つの機能がある。前者は、例えば労働者が病気になったときに遅滞なく適切な医療を受け、労働力の喪失を最小限に抑えるということである。労使

関係の円滑化については、例えばタイでは社会保険の導入⁹⁾数年前から、労働争議の際の労働者側の要求項目で、福利厚生に関するものが最も多くなっていた。この事実からしても、労使関係の安定のためには、労働者の福祉向上を図っていかなければならなかったわけで、この点でも社会保険の導入は必要であった。こうした労働力の保全や労使関係の円滑化は、経済全体の生産性向上や社会秩序の維持につながることになる。第二は、都市化や人口高齢化に伴って伝統的な相互扶助機能が縮小するため、公的な施策が必要となってくるということだ。都市への流入者は、多くが故郷の農村に親その他の家族を残してきているため、故郷で享受し得た血縁や地縁による相互扶助の枠から外れてしまっている。また、国によって差があるとしても、平均寿命の伸びや出生率の低下により、今後は老後生活で全面的に子供をあてにはできない状況も出てくるであろう。社会保障は、これにとってかわるものとして、必要性を増していくと考えられる。第三に、社会保障のなかでも、比較的はやくから顕在化するニーズは医療であるが、家計の消費構造における保健医療費の割合がかつてに比べて高くなっている。したがって、その負担を社会的に分担し合うため、医療保険のような仕組みの必要性が増しているということがいえる。

3. 社会保障の類型と途上国の社会保障事情

つぎに、タイとインドネシアを中心に途上国の社会保障事情を概括的に述べたいが、その前に少し整理しておきたいことがある。社会保障の財源方式には、大きく分けて社会保険方式と税方式とがある。保険料も税も負担という点では同じであり、目的税にいたっては保険料と何ら変わりがないといういわれ方がなされることもあるが、保険と税は社会保障の形成のされ方の違いに大きくかかわっている。社会保険方式の場合は、職域を単位に組織されるのが一般的で、日本では大企業のサラリーマンは組合管掌健康保険、中小企業のサラリーマンは政府管掌健康保険、公務員や私学の教職員はそれぞれの

共済組合、自営業者は国民健康保険という具合である。これに対し、税方式の場合には、すべての国民を普遍的にカバーする仕組みになる。先進諸国は、両者を組み合わせて社会保障制度全体を構成しているが、重点の置き方によって社会保険型のドイツやフランス、普遍主義型の北欧やイギリスといった分類ができる。日本は国民皆保険からして、一見社会保険型のように見えるが、国民年金や国民健康保険、また主に中小企業を対象とした政府管掌健康保険に相当な公費補助が入っていることなどから、社会保険と普遍主義の折衷型とみることができる。介護保険も、財源の半分は租税であり、折衷型の性質を引き継いでいる。

もっとも、完全な社会保険型というものは存在しない。社会保険は貧困化を未然に防ぐための装置であり、保険料の支払いが受給要件となるが、産業化がどんなに進んでも、貧困者をまったくなくすることはできないから、社会保障＝社会保険というのはいない。社会保険型の国々、あるいは日本においても、貧困者に対し租税財源で必要最低限の生活レベルを保障する、公的扶助ないし生活保護が行なわれている。また、介護保険を導入している国があるとはいえ、各種福祉サービスは租税を財源としている。他方、北欧やイギリスも完全な租税・普遍主義型ではなく、社会保険をとりいれている。普遍主義が最も徹底しているのは、実はオーストラリア・ニュージーランドで、医療のほか、年金や失業手当も租税を財源に、すべての国民に普遍的な給付を行なっている。これらオセアニアの国々は、かつては社会保障の理想型として捉えられていたが、普遍主義を徹底し、社会的給付を手厚くしすぎたことが、受給者側のモラル低下を招いたことは否定できない¹⁰⁾。

さて、途上国が社会保障制度を構築していく初期の段階で、どのような型をとりやすいかという、それは社会保険型であろう。というのは、膨大な貧困層を抱える途上国では、租税を財源に国民全体を普遍的にカバーする制度をつくることは、財政的に不可能なためである。租税を財源とした給付やサービスが行なわれると

しても、それらは極めて部分的、断片的なものとならざるをえない。したがって、まずは近代部門ないしフォーマルセクターの労働者を対象とした社会保険制度をつくり、産業化の進展によってインフォーマルセクターの労働者をフォーマルセクターへ吸収し、社会保険でカバーされる人々の割合を高めていく、といった手順が適切であると考えられる。タイにおいても、インドネシアにおいても、本格的に社会保険制度が導入され始めたのは、1990年代のことであるし、フォーマルセクターは総人口に対してまだ低い割合にとどまっているから、社会保険の被保険者割合もまだ低い水準にある。租税財源の給付・サービスも部分的、断片的に行なわれているとはいえ、タイやインドネシアは社会保障を構築していく道を、歩み始めた段階であるといってもいい¹¹⁾。

社会保障ないし社会保険のカバーの対象者が限られているということは、他の途上国にも共通することであるが、リスク分野別にみた場合には、児童手当や失業保険を実施している国が少ないことも、途上国の一般的傾向として指摘できる。児童手当については、出生率抑制政策との関連があるだろうが、失業保険にはつぎのような理由が考えられる。つまり、人口増加がもたらす労働力の供給圧力¹²⁾により、失業がきわめて構造的な問題であること、また職業紹介所の整備が不十分なため、失業の把握が困難であることがあげられる¹³⁾。くわえて、外資を積極的に導入して経済成長を進めてきたアジアの途上国では、国内の雇用が外的要因によって多大な影響を受けるため、失業保険の実施については慎重とならざるをえないという側面もある。しかし、通貨危機を契機に失業者が増加し、社会保険からの脱退者も増えたタイでは、失業保険の導入が検討され始めるようになった。労働者も、政府に対して失業保険の導入を要求するようになってきている¹⁴⁾。なお、タイでは、老齢年金と児童手当の導入が以前見送られた経緯があったが、これらが経済危機下で保険料率の限定的な引き下げを伴って、98年12月より実施された¹⁵⁾。途上国の一般的傾向として、出生率抑

制政策との関連から児童手当を実施している国が少ないことを指摘したが、タイの合計特殊出生率は、人口構造が定常状態で安定する人口置き換え水準値の2.08をすでに下回っており、将来は日本以上の速度で急速に人口が高齢化することが予測される。タイでは、すでに出生率抑制政策からの転換や、近い将来に訪れる高齢化への対策が求められているのである。ただし、老齢年金の給付設計や財政方式のありかたについては、より一層の議論が必要であると思われる¹⁶⁾。

通貨・経済危機はタイで失業保険の導入が検討されはじめる契機となったが、この危機と社会保障との関連について、もう少しふれておきたい。インドネシアにもタイにも、プロビデントファンドという仕組みがある。これは退職準備積立金であって、労働者個々の個別勘定に積み立てられた基金を財源に、主として退職一時金の支給を行なうものである。条件付で有期年金を受給することもできるが、給付は労働者個々の個別勘定の残高に応じて行なわれる。したがって、公的年金制度のように、所得再分配やリスクの分散といった機能をもたず、タイの場合には任意であるが、インドネシアでは強制貯蓄の制度ということがいえる。他方、さきにもふれたように、途上国では失業保険を実施している国は非常に少なく、インドネシアやタイもその例外ではない。その結果、プロビデントファンドからの積立金の引き出しが、増加する失業者に対し、失業給付的な役割を果たすことになった¹⁷⁾。しかし、これは老後の所得保障というプロビデントファンド本来の機能を損なうことになる。通貨の下落、物価の上昇により、積立金の実質価値が大きく減少していること、インドネシアの場合には年金制度をもたないこととあわせ、課題は大きいといえる。他方、自由診療すなわち自費診療によって成り立っていた私立病院が、患者の減少による経営の悪化に直面し、社会保険医療の患者を積極的に取り込もうとするようになったことも、経済危機の影響として指摘できる。なお、医療保険に関しては、そのニーズが比較的早くから顕在化するが、

医師不足や医療機関の偏在¹⁸⁾に制約された保健医療システム上の問題や、当面は保険料率をあまり高く設定できないことなどから、十分な医療サービスが提供されているとはいえない場合が多い。私の聞き取り調査では、保険の患者と私費患者とのあいだで医療のダブルスタンダードが存在しており、保険料を支払っているが、あえて保険医療を受けないという声も聞かれた。

むすびにかえて

途上国が社会保障を構築していくには、困難な課題が山積しているが、先進諸国における社会保障改革にとって、示唆を与える側面も途上国の制度には見出すことができる。日本では、専業主婦の国民年金の給付財源に、厚生年金など被用者年金からの拠出金があてられている。しかし、被用者年金の保険料率は、家族構成にかかわらず一律である。つまり、専業主婦の国民年金の財源は被用者年金全体で支えているわけで、医療保険でもこれと同じことがいえる。このような仕組みは、所得税の非課税限度の問題とあわせ、女性の就業を抑制する面がある¹⁹⁾。つまり、所得税や社会保険料がかからないように、就業調整が行なわれる場合が少なくない。社会保障の設計に際しては、負担と受益の公平性、所得再分配のほか、就業を含めた人々のさまざまな行動に対する中立性などに配慮することが必要であるが、この点でインドネシアの医療保険料の設定は興味深い。つまり、インドネシアの医療保険制度では、被扶養配偶者のいる被保険者の保険料率は2倍に設定されており、この点は日本の制度にとっても示唆を与えるものだといえるのではないだろうか。

他方、タイの社会保険は、さまざまなリスクを包括する総合保険として企図されており²⁰⁾、その一部として、老齢年金部門とともに児童手当部門が、1998年12月より導入されたが、このように社会保険のなかに組み込まれた児童手当制度は、先進国を含めても、これまでの世界に類をみない。日本では、児童手当がはなはだ不

十分であるといわざるをえないが、最近では児童年金構想というのも浮上している。社会保険は、市場では対応できない分野におけるリスク分散の仕組みであるともいえるが、子育ての経済的支援にこのような仕組みを取り入れることは、検討に値するのではないかと考えられる。

最後に、本稿は国外留学から帰国した時点での、私の所見を簡潔にまとめたものである。不十分な点は別の機会に補うとともに、今後さらに研究を進めていきたいと考えている。

注

¹⁾ その内容の一部は、つぎの通り公開されている(英文)。Hironobu Sugaya, "Review of the Laws and Regulations regarding the Employees' Social Security in Indonesia."『海外社会保障研究』No. 130, 国立社会保障・人口問題研究所, 2000年3月。

²⁾ 1998年12月より保険料徴収が始まった老齢年金を中心に、論文"The Establishment of Old Age Pension in Thailand."(英文)をまとめ、タイ国立タマサート大学東アジア研究所の雑誌に投稿してきたが、現地出版事情の悪さから、まだ公開されるに至っていない。脱稿後相当の期間が経過していることもあり、加筆修正のうえ、別に発表することを検討中である。

³⁾ インドネシアでは、客員研究員として国立ウダヤナ大学経済学部に着任していた。

⁴⁾ ただし、国内でも国外でも非課税というのも、逆に不合理である。したがって、困難ではあるだろうが、国際間の協定によって滞在国のほうで課税されるならば、より筋が通る。その点で、企業の海外駐在員の場合、給与の源泉は国内にあって、国外では駐在に伴う諸手当を受け取っているのみであるから、給与の基本的部分については、国内でも国外でも非課税になっているのではないだろうか。

⁵⁾ ちなみに私が帰国したのは2000年3月26日、出国は1999年4月1日である。

⁶⁾ 2000年のアメリカ大統領選挙で、海外からの不在者投票の動向が注目されたが、それが非居住者のものであったならば、あの混乱の裏に、アメリカ民主主義の奥深さを感じずにはいられない。

⁷⁾ 民間の海外旅行傷害保険の使い勝手は、非常によかった。保険の契約病院の医師とのアポイントメントをとってくれたほか、さまざまなアドバイスもしてもらえ、医療費も自己負担や立替なしにキャッシュレスですんだ。ただ、その医療費が一体いくらになっているのかを尋ねたところ、とても高額なことに驚いた。例えば、けがで治療を受けたとき、消毒とガーゼの交換

だけで、35万ルピア(インドネシアの通貨で、当時の交換レートで約5千円に相当)ということであった。その病院は私営であったが、試しに公営の診療所と同じ治療を自費で受けてみると、治療費は2千ルピアであった。公営の診療所では、大衆向けに安価な医療を提供しているとはいえ、両者には実に175倍もの格差があったことになる。ただし、地元の人に聞くと、(保険ではなく)自費でかかる場合には、私営病院でもそれほど医療費は高くないようであり、保険会社が適切な額の診療報酬支払契約を結ぶことができていない可能性を、これは示唆している。だとすれば、このことは保険料にも反映されているのであろうし、被保険者に対する医療費の給付に上限額が定められている民間保険では、改善が望まれる点である(私の場合、単身駐在員用の1年間の保険に入ったが、保険料は14万円あまり、医療費部分の給付限度額は2000万円であった)。なお、175倍という格差は論外としても、途上国において公私の医療機関で医療費に差があることは紛れもない事実であるが、私営の医療機関は、待ち時間が短い、あるいは施設のアメニティ部分で勝るなどの点で、主に富裕層の医療需要から成り立っている。

⁸⁾ アジアの社会保障全般を意識して論述したものとして、つぎの文献がある。拙稿、「アジアの発展途上国における社会保障構築への視点」、「アジアの労働と生活」(社会政策学会年報第42集)、御茶の水書房、1998年。

⁹⁾ タイでは1990年の社会保障法で、労働者に対する本格的な社会保険の導入が開始された。その経緯や制度の分析については、つぎの文献を参照(いずれも拙稿)。「タイにおける社会保険の形成過程—1932年—1990年—」、『現代の女性労働と社会政策』(社会政策学会年報第37集)、御茶の水書房、1993年。「導入期のタイ社会保険—1990年の社会保障法(90年法)を中心として—」、『早稲田商学』第357号、早稲田商学同校友会、1993年7月。また、その後の動向を含め、タイの社会保障全般を扱ったものとして、拙稿、「タイ」、田中浩編、『現代世界と福祉国家 国際比較研究』、御茶の水書房、1997年がある。

¹⁰⁾ オセアニアの社会保障は、これまで限られた人々によって研究されてきたのみである。その意味で、つぎの文献は注目に値する。小松隆二・塩野谷祐一編、『先進諸国の社会保障②ニュージーランド・オーストラリア』、東京大学出版会、1999年。

¹¹⁾ 住民参加型の保健活動であるPHCが比較的うまくいっているといわれるタイでは、村を単位とする地域保険のような医療保障制度の普及がはかられて久しい。これは、日本の国民健康保険に相当するものであるともいえるが、普及は一向に進んでいないようである。農村部へ行けば無医村が多いから、たまたま医療機関が近くにあるような村でしか、このような制度は意味をもたない。医療機関の適正配置も、社会保障制度の整備にとって欠かせない要素であることはいうまでもない。なお、農業部門ないしインフォーマル部門の社会

保障システムへの取り込みという課題に、いわば最初に大規模なかたちで直面したのが後発産業国家たる日本であり、農業就業人口割合が比較的高かった1961年の段階で、日本では国民皆保険が達成されている。この「日本型モデル」は現在の途上国にとって独自の示唆を持つ可能性を秘めているという指摘がある（広井良典、『日本の社会保障』、岩波書店、p. 57）。では、一体なぜ日本ではそのような課題に対処することができたのか。これは、今後解明されるべき重要な問題であろう。

¹²⁾ 1990-99年において、労働力人口の年平均増加率は、インドネシア2.6%、タイ1.7%（ちなみに日本は0.7%）であった（World Bank, World Development Report, 2000/2001, pp. 278-279）。

¹³⁾ S. A. Wandner, *Problems Relating to the Introduction of Unemployment Insurance Schemes in Developing Countries*. Paper Presented to the Nineteenth Meeting of Permanent Committee on Unemployment Insurance and Employment Maintenance, ISSA, Geneva, 25 June, 1982, p. 6.

¹⁴⁾ このことは、『海外労働時報』、No. 299（2000年増刊号）、p. 26でも紹介されている。なお、通貨・経済危機による失業の状況に関しては、インドネシアについての下記の分析が、タイにもあてはまるであろう。「経済危機の結果職を失った人がすべて失業者になったわけではなく、農業部門への移動を主とした、産業界の労働力の移動が起こり、インフォーマルセクターへの移動も多かった。また、失業という形態より不完全就業者の増加が多く、これまでも悪かった不完全就業状態が深刻化した。」（水野広祐、『アジア通貨危機下のインドネシアにおける雇用・労働問題』、『アジア通貨危機と各国の労働・雇用問題——模索する改革の方向——』、日本労働研究機構、2000年、p. 135）

¹⁵⁾ 後述のように、タイの児童手当制度は、総合保険としての社会保険のなかに組み込まれている。

¹⁶⁾ この点については、別の機会に詳しく述べたい。

¹⁷⁾ もっとも、プロビデントファンドの適用を受けるのは、フォーマル部門の労働者のみであるし、もとより失業や貧困への対策は必要である。貧困ラインを下回る人口の比率については、いくつかの推計があるが、インドネシアの場合、98年時点で17%~39%と幅がある（水野広祐、同上論文、p. 110）。世銀やIMFはソーシャルセーフティーネット確立の必要性を強調し、インドネシアに多額の援助を行なっている。財政赤字を容認のうえ、インドネシア政府も多額のソーシャルセーフティーネット予算を組み、失業対策労働集約事業や経済危機克服地方経済エンパワーメントプログラムなどにより、一定量の雇用が創出された。しかし、全般にプログラムの実施が早急にすぎ、失業者や貧困者のエンパワーメントには役立たない場合も多かった。また、これらの政策はコミュニティーの組織やNGOの積極面を生かそうとしたが、汚職を生んだケースが多かった。（水野広祐、同上論文、p. 135）なお、タイでは官沢基

金雇用創出に大きく貢献したとの評価を受けている（Bangkok Post, Sep. 19, 2000）が、反面、企業の解雇は取まっていない。98年施行の労働法で解雇手当の改善が行なわれたが、債務超過・倒産などで手当を支払えないケースも続出している（読売新聞2000年12月5日）。

¹⁸⁾ タイでもインドネシアでも、医師の不足や偏在が、助産婦などのパラメディカルによって補われている面がある（費用や養成期間の点で、途上国では医師よりもパラメディカルのほうが養成しやすいという事情がある）。例えば、インドネシアでは、保健所などに勤務している助産婦が、勤務時間外に自宅で産院を開業し、妊産婦のケアだけでなく、一般患者に簡単な治療を施している様子もみた。なお両国の医療提供体制の現状については、つぎの資料を参照されたい。Ministry of Public Health (Thailand), Thailand Health Profile. Ministry of Health (Indonesia), Indonesia Health Profile.

¹⁹⁾ 国民年金に関して、共働き世帯や単身世帯から専業主婦世帯に所得が移転しており、これは所得税の非課税限度の問題とあわせ、所得再分配上の問題をはらんでいるという指摘もある（例えば、木村陽子「年金の誤算、「世代内の不公平」解決急げ」、日本経済新聞、1996年4月27日）。ただ、この指摘は必ずしもすべてのケースに当てはまるわけではない。

²⁰⁾ 総合保険という点では、インドネシアの制度（通称JAMSOSTEK）も同様である。

