

途上国のソーシャル・セーフティ・ネットの 確立に向けて

2003年10月

独立行政法人
国際協力機構
国際協力総合研修所

総研
JR
03-25

本報告書の内容は、研究会（主査：武田長久国際協力機構国際協力総合研修所国際協力専門員）の見解をとりまとめたもので、必ずしも国際協力機構の統一的な公式見解ではありません。

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
調査研究第二課
〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町10-5
FAX：03-3269-2185
E-mail： jicaiic2@jica.go.jp

序 文

1997年7月のタイ・バーツ暴落による通貨危機に端を発し、1998年にかけて東南アジア諸国を襲ったアジア経済危機は、実体経済とともに国民生活にも大きな影響を与えました。その結果、これら諸国においては社会的弱者層の保護、及び弱者層への転落を未然に阻止することを目的とした中・長期的な制度基盤としてのソーシャル・セーフティ・ネット（SSN）がいまだ成熟途上であることが改めて露呈されると共に、その必要性が再認識させられることとなりました。国際協力機構（JICA、2003年9月までは国際協力事業団）もこの時期には各国のニーズに応えるべく、緊急対策として貧困対策や保健医療分野の新規プロジェクトを立ち上げるなどの危機対応型の援助を行いましたが、これらの危機が一段落し、各国が経済危機からの回復に向けて社会全体の変革を模索している昨今において、中・長期的な制度整備への支援の重要性はますます高まっています。

また、このような援助ニーズの変遷に伴い、JICAの実施する援助も資機材や施設の供与と人材育成などの技術協力のパッケージ型の支援に加え、政策支援・制度構築型の支援へも重点的に取り組んでいる状況にあります。しかしながら、この分野の支援はようやく緒についたばかりとも言えることができ、従来から実施している援助に加え、新たな課題にどう対応して行くかについて検討することが必要となっています。

本研究会は、開発途上国の恒常的なSSNの整備、および社会保障分野全般の支援を検討するにあたっての基礎的な知見を提供すると共に、有効な支援に向けたアプローチ、あり方を検討することを目的に発足しました。国際協力総合研修所武田長久国際協力専門員を主査とし、3名の外部有識者をアドバイザーとして迎えて構成し、平成15年1月から5月までに計6回の研究会を開催いたしました。本報告書は研究会の成果を取りまとめたものであり、今後のSSN分野のJICA事業の実施に向けた課題、留意事項などに関する提言を行っております。報告書はJICA内で今後とも十分な活用を図ると共に、本分野での支援を実施するにあたっての基礎資料として、関係機関におけるより広い活用に使いたいと考えております。

研究会の実施、報告書の取りまとめにご尽力いただいたアドバイザーほか関係各位に厚く御礼申し上げますと共に、本研究会にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

平成15年10月

独立行政法人国際協力機構
国際協力総合研修所
所長 金丸 守正

目次

序文

略語表

第1章 調査研究の概要

1 - 1	調査研究の背景・目的	1
1 - 2	報告書の構成	1
1 - 3	調査研究の実施体制・方法	2

第2章 ソーシャル・セーフティ・ネット (SSN) とは (武田長久、岩名礼介)

2 - 1	SSNの捉え方	4
2 - 1 - 1	SSNの概念	4
2 - 1 - 2	アジア経済危機とSSN	5
2 - 2	国際機関によるSSNの捉え方	6
2 - 2 - 1	世界銀行のSSNの捉え方	6
2 - 2 - 2	アジア開発銀行のSSNの捉え方	8
2 - 2 - 3	国際労働機関のSSNの捉え方	9
2 - 3	研究会で検討するSSNの範囲	10

第3章 アジアのSSN整備の現状 (広井良典、浅見靖仁、野澤勝美、武田長久)

3 - 1	アジア諸国の社会保障の類型化 (広井良典)	12
3 - 1 - 1	概括的なグルーピング	12
3 - 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	13
3 - 1 - 3	医療の場合―「健康転換」と言う座標軸	14
3 - 1 - 4	アジアの社会保障における多様性の要素	16
3 - 2	タイにおけるSSN (浅見靖仁)	18
3 - 2 - 1	はじめに	18
3 - 2 - 2	タイの労働市場の三重構造	18
3 - 2 - 3	タイのSSNの二重構造	21
3 - 2 - 4	通貨危機がタイのSSNに与えた影響	28
3 - 2 - 5	ポスト金融危機のタイのSSN改革	31
3 - 2 - 6	タイのSSNに対する日本の援助のあり方について	33
3 - 3	フィリピンにおけるSSN (野澤勝美)	34
3 - 3 - 1	SSN整備の背景と構造	34
3 - 3 - 2	「複合的危機」と「湾岸危機」	35
3 - 3 - 3	インフォーマル・セクター対応としての通常プログラム	38
3 - 3 - 4	フォーマル・セクター対応としての通常プログラム	42
3 - 3 - 5	社会保障制度の普及と課題	49

3 - 3 - 6	フィリピンのSSNに対する日本の援助のあり方について	51
3 - 3 - 7	小括	51
3 - 4	インドネシアにおけるSSN (武田長久)	53
3 - 4 - 1	SSN整備の背景	53
3 - 4 - 2	中長期的なSSNとしての社会保障制度の現状	57
3 - 4 - 3	公的な社会保障制度の普及における阻害要因	60
3 - 4 - 4	インドネシアのSSN整備における課題と日本の援助のあり方について	61
第4章	JICAのSSN分野における協力実績 (田和美代子、辻研介、小森剛、岩名礼介)	63
4 - 1	タイに対する協力実績 (田和美代子)	63
4 - 1 - 1	国家経済社会開発計画におけるSSN	63
4 - 1 - 2	SSNの分野に対するJICAの協力の概観	63
4 - 1 - 3	保健医療分野	65
4 - 1 - 4	雇用・労働分野	66
4 - 1 - 5	年金制度分野	68
4 - 2	フィリピンに対する協力実績 (辻研介)	68
4 - 2 - 1	フィリピン中期開発計画とSSNの位置づけ	68
4 - 2 - 2	フィリピン中期開発計画とJICAの協力	68
4 - 2 - 3	保健医療分野	69
4 - 2 - 4	雇用・労働分野	70
4 - 2 - 5	年金制度分野	71
4 - 3	インドネシアに対する協力実績 (小森剛)	71
4 - 3 - 1	SSN分野における我が国の支援	71
4 - 3 - 2	保健医療分野	72
4 - 3 - 3	雇用・労働分野	73
4 - 3 - 4	年金制度分野	73
4 - 4	JICAのSSN分野における協力実績 (小括)(岩名礼介)	73
第5章	他ドナーにおけるSSN分野の協力動向 (岩名礼介)	75
5 - 1	国際機関と恒常的なSSNの構築	75
5 - 1 - 1	世界銀行のSSN分野での活動	76
5 - 1 - 2	アジア開発銀行のSSN分野での活動	78
5 - 1 - 3	欧州委員会のSSN分野での活動	78
5 - 1 - 4	国際労働機関のSSN分野での活動	79
5 - 2	各援助分野における他ドナーの動向と具体的な援助テーマ	80
5 - 2 - 1	保健医療分野	80
5 - 2 - 2	雇用・労働分野	86
5 - 2 - 3	年金制度分野	89
5 - 3	SSN分野における制度構築支援案件のプロジェクト評価	93
5 - 3 - 1	効果測定の高難性	93

5 - 3 - 2 他ドナーにおける評価の状況	94
第6章 日本の社会保障整備の経験 (広井良典).....	95
6 - 1 「日本の経験」を評価する意味.....	95
6 - 2 社会保障に関する「日本の経験」の特徴と評価	95
6 - 3 「日本の経験」の全体的評価	97
付論 職域からみた日本の社会保障経験の特徴	98
付論1 社会保障における農林水産業者・自営業者の位置づけと日本の経験 (広井良典)	98
付論2 雇用・労働における日本の経験 (小島元)	100
第7章 SSN支援に関するJICA事業への提言 (武田長久).....	104
7 - 1 SSNの整備・強化のための支援のアプローチ	104
7 - 2 支援のアプローチと制度構築の段階に応じた対応	104
7 - 3 恒常的なSSN支援を検討する際に留意すべき点	106
7 - 4 SSN支援において日本の経験が参考になる部分	107
7 - 5 日本の経験をどのように伝えるか	108
7 - 6 援助の実施において配慮すべき点	108
参考資料	
参考資料1 社会保障に関する『日本の経験』の特徴と評価 (広井良典)	110
参考資料2 JICAのSSN分野での案件実績 (タイ、フィリピン、インドネシア).....	126
参考資料3 各ドナーの案件リスト.....	136
参考文献	140

略 語 表

略語	正式名称	日本語対訳
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
ASEAN	Association of South East Asia Nations	東南アジア諸国連合
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional	(インドネシア) 国家開発企画庁
BKKBN	Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional	(インドネシア) 家族計画調整庁
BRI	Bank Rakyat Indonesia	インドネシア庶民銀行
CBHCO	Community Based Health Care Organizations	(フィリピン) コミュニティ基盤ヘルスケア組織
CIDSS	Comprehensive and Integrated Delivery of Social Service	(フィリピン) 包括的社会サービス供給
EC	European Committee	欧州委員会
ECC	Employees' Compensation Committee	労災雇用者補償委員会
ESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
FIES	Family Income and Expenditure Survey	家計調査
FS	Feasibility Study	フィージビリティ・スタディ
GDP	Gross Domestic Products	国内総生産
GHQ	General Headquarters of the Supreme Commander for Allied Powers	連合国軍総司令部
GNFA	Government Nonfinancial Agencies	非金融政府企業
GO	Governmental Organization	政府組織
GOCC	Government-owned and Controlled Corporation	政府企業
GSIS	Government Service Insurance System	(フィリピン) 公務員社会保険機構
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit	ドイツ技術協力公社
HDI	Human Development Index	人間開発指標
HIRAM	Helping Individuals Reach their Aspirations through Microcredit	個人志望達成支援マイクロ・ファイナンス
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス/ヒト免疫不全症候群
IFAD	International Fund for Agricultural Development	国際農業開発基金
IRA	Internal Revenue Allotment	内国歳入割合
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
ISSA	International Social Security Association	国際社会保障協会
JAMSOSTEK	Jaminan Sosial Tenaga Kerja	(インドネシア) 労働者社会保障制度
JICA	Japan International Cooperation Agency	独立行政法人国際協力機構 (2003年9月までは国際協力事業団)
JPKM	Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat	(インドネシア) 地域健康保険制度
KDP	Kecamatan Development Program	(インドネシア) 郡開発プロジェクト
KKN	Korupsi, Kolusi dan Nepotisme	(インドネシア) 汚職・癒着・縁故主義
LGU	Local Government Unit	(フィリピン) 地方政府
MBN	Minimum Basic Needs	最低基本ニーズ
MOA	Memorandum of Agreements	覚書
NAPC	National Anti-Poverty Commission	(フィリピン) 国家貧困対策委員会
NHIP	National Health Insurance Program	(フィリピン) 国民健康保険プログラム
NHS	National Health Service	(英国) 国民保健サービス
NGO	Non-Governmental Organization	非政府組織
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development	経済協力開発機構
PCFC	People's Credit and Finance Corporation	(フィリピン) 民衆信用供与金融会社
PDTF	People's Development and Trust Fund	(フィリピン) 民衆開発トラスト基金
PHC	Primary Health Care	プライマリ・ヘルスケア
PhilHealth	Philippine Health Insurance Corporation	フィリピン健康保険公社
PO	Private Organization	民間組織
PROPENAS	Program Pembagunan Nasional	(インドネシア) 国家開発計画
RHU	Rural Health Unit	(フィリピン) 農村保健所
SEA-K	Self-Employment Assistance Kaunlaran	(フィリピン) 自営援助-カウンララン
SJSN	Sistem Jaminan Sosial Nasional	(インドネシア) 国家社会保障システム
SRA	Social Reform Agenda	(フィリピン) 社会改革アジェンダ
SSN	Social Safety Net	ソーシャル・セーフティ・ネット
SSPL	Social Sector Program Loan	(タイ) 社会セクタープログラムローン
SSS	Social Security System	(フィリピン) 社会保障機構
SSS	Social Security Scheme	(タイ) 社会保障制度
UNDP	United Nations Development Programme	国連開発計画
WHO	World Health Organization	世界保健機関

第1章 調査研究の概要

1 - 1 調査研究の背景・目的

近年の経済のグローバル化に伴い、金融・通貨危機が伝染的に波及すること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生じている。こうした経済危機では企業の倒産、失業者の増加などにより、一定の経済力をもつ労働者が貧困層に転落する危険性が高まり、かつ実体経済の悪化に伴いもともと存在していた貧困層の窮乏がより強まるといった現象が起きることから、社会的な弱者への支援対策としてソーシャル・セーフティ・ネット（SSN）の整備が重要となっている。その最大の例は1997～98年にタイ、インドネシアなどを襲った通貨危機であるが、このような場合、**社会的弱者は第一に所得・生活を脅かされることから、起こりうる危機に備える意味でも、また開発における近年の「人間の安全保障」重視の観点から言ってもSSN整備に関わる支援の必要性は高まっている**といえよう。

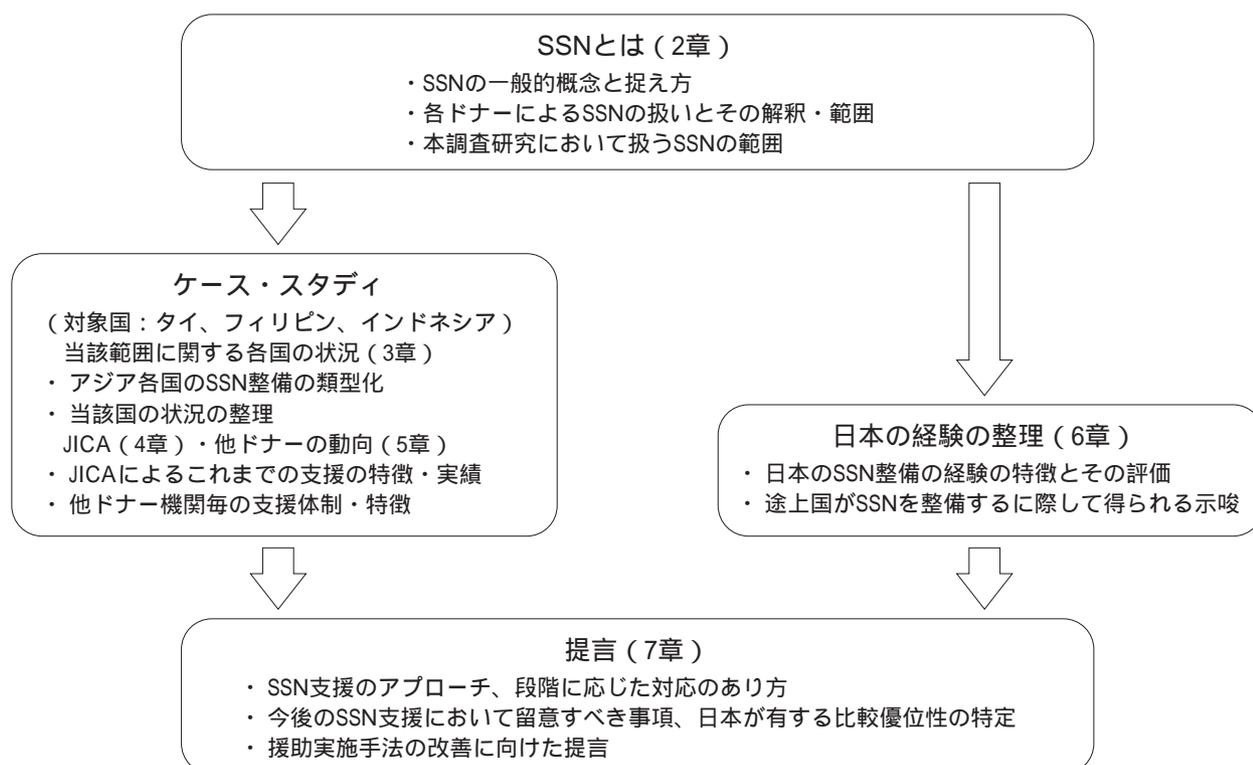
国際協力機構（JICA）も上記のアジア経済危機の発生時には各種の緊急支援策を実施した実績がある。しかしながら、経済危機が一段落した段階において、経済状態を回復させるための構造改革策を各国が採用するにあたって更に社会的弱者が増大する可能性も高く、**今後は中長期的な制度基盤の構築に対する支援ニーズが増大する**と考えられる。JICAにおいてもタイの国民医療皆保険制度への支援プロジェクトを開始するなど、マクロ面でのインパクトをもつ制度構築への支援はアジアを中心にその緒についたところと言える。この課題はこれまで必ずしもSSN整備の観点から包括的に捉えられてきたとは言えず、日本が今後効率的な支援を実施するためにどのようにSSN整備の問題を捉え、協力を展開して行くかが検討すべき課題となっている。

このような問題認識の下、**本調査研究では労働者のみならず社会的弱者にも裨益する社会政策・社会保障分野に焦点を当て、開発途上国の中・長期的な制度基盤整備を支援するためのSSN整備支援のあり方を検討し、SSN分野の支援を展開するにあたっての留意事項、有効な手法などについてSSN整備の視点から横断的に把握し、支援策を検討する際の提言を行った。**中・長期的な対応に焦点を当てたのは、いったん危機が発生するとあらゆる手だてを講じる必要があり、事前に危機の規模、レベルを想定した対応策を練ることが困難であること、またそもそもSSNの制度基盤が整っていないことが危機を引き起こす遠因となっており、危機の発生を未然に防ぐ意味でも中長期的な対策が必要と考えられることがその理由である。

SSNについては広範な支援対象が考えられるが、**本研究会では制度支援の中でも健康保険や失業保険などを含む労働者社会保障を中心に、保健・医療、雇用・労働、年金と言った恒常的な社会保障制度に焦点を当てることとした**（具体的な対象分野についての詳細は2 - 3節参照）。

¹ 独立行政法人国際協力機構は、2003年10月1日に国際協力事業団が独立行政法人化したことにより設立されたものであり、本報告書内での案件実績等の記述は、国際協力事業団が当時実施したものを指している。なお、組織の英文名称および略称（JICA）には変更がない。

図1 - 1 報告書の構成



1 - 2 報告書の構成

本報告書は7章から構成されている。図1 - 1に本報告書の構成の概略を図示した。全体の構成として、2章においてSSNの枠組みと捉え方、本研究会での整理範囲について確認し、これを踏まえて3章ではアジアにおけるSSN整備について社会保障の観点からその類型化を試みると共に、タイ、フィリピン、インドネシアの3カ国をケース・スタディとして取り上げ国別の状況、課題について記述した。第4章では上記ケース・スタディ対象国におけるこれまでのJICA事業についてSSNの観点からどのような支援が実施されてきたかを取り上げ、各国の往事の開発計画、政策とJICA事業との関係についての整理を試みたうえで、その実績を整理した。それに続く第5章では他国援助機関、国際機関にも焦点を当て、個別の機関ごとの動向、援助分野の特徴について解説している。第6章では、今後日本としてなしうる役割・分野についての検討材料とすることを目的に、日本におけるSSN整備の経験についてレビューし、その発展段階と特徴について考察している。

これら全体からの情報を踏まえ、第7章では今後SSN分野の支援を展開するにあたってのアプローチ、日本の経験を参考とできる点などについて検討を加え、今後の事業実施及び援助手法の改善に向けた提言を行った。

1 - 3 調査研究の実施体制・方法

本調査研究では、外部有識者とJICA職員によるタスクフォースからなる研究会を構成し、研究会

を2003年1月から5月まで計6回開催した。JICA国際協力総合研修所調査研究第二課が事務局を担当し、研究会の開催、報告書の取りまとめなどに関する運営全般を担当した。調査研究の実施にあたっては、SSN制度整備支援についてニーズのあるアジア諸国（タイ、フィリピン、インドネシア）を取り上げてケース・スタディ（各分野における各国の制度と運用状況、ドナーの支援動向調査）を実施し、経済規模、開発計画における当該分野の位置づけなどのファクターに従い、それぞれの国に対する必要な支援策のメニューを洗い出すことを試みた。また、日本におけるSSN整備経験のレビューも行い、日本の経験の適用可能性についても検討した。

本報告書はこれらの調査結果、研究会での検討結果を踏まえ、SSN分野に対する今後の支援への提言を取りまとめたものである。研究会の実施体制を以下に示す。

アドバイザー

野澤 勝美 亜細亜大学 国際関係学部教授
 広井 良典 千葉大学 法経学部教授
 浅見 靖仁 一橋大学大学院 社会学研究科助教授

主査

武田 長久 国際協力事業団 国際協力総合研修所 国際協力専門員

タスクフォース

小森 剛 国際協力事業団 アジア第一部 東南アジア課職員
 辻 研介 国際協力事業団 アジア第一部 東南アジア課職員
 田和美代子 国際協力事業団 企画・評価部 環境・女性課課長代理
 小島 元 国際協力事業団 鉱工業開発調査部 資源開発調査課職員
 （前国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課職員、2003年1月まで事務局兼）

コンサルタント

岩名 礼介 UFJ総合研究所 保健・医療・福祉政策室研究員

リソースパーソン

野見山眞之 国際労働財団副理事長（元タイ長期専門家（総合雇用政策））
 河原 和夫 東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科医療政策学講座医療管理学分野教授
 （元フィリピン短期専門家（医療保険システム強化））

事務局

半谷 良三 国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課課長
 佐藤 和明 国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課課長代理
 近藤 整 国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課（2003年2月から）
 銅口 泰子 国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課
 （財）日本国際協力センター研究員

（組織名・役職名については2003年9月現在のもの）

第2章 ソーシャル・セーフティ・ネット(SSN)とは

(武田長久、岩名礼介)

2-1 SSNの捉え方

2-1-1 SSNの概念

ソーシャル・セーフティ・ネット(SSN)は曖昧な概念で、使う人によっては異なる範囲の内容を示す場合があり、混乱を招く場合がある。ここではSSNの概念を説明し、世界銀行やアジア開発銀行(ADB)などがSSNをどのように捉えているかを紹介し、本研究会で検討するSSNの捉え方とその範囲を提示する。

セーフティ・ネット(安全網)とは元々サーカスの空中ブランコの下に張られたものから由来している。セーフティ・ネットは、空中ブランコの演技者が演技に失敗して下に落ちる事故を未然に防ぎ、軽減すると共に、演技者に安心感を与え、思い切った演技を行わせるという役割を果たしている。セーフティ・ネットの目的は3つあり、第一に、不幸が発生したときの損害を最小にする、第二に、被害が生じた時の補償を行う制度をあらかじめ用意しておく、第三に、セーフティ・ネットの存在によって安心感が与えられたことによる効果(人々が失敗をおそれず勇氣ある行動を取ることを期待すること)を期待する、ことである¹。一方、セーフティ・ネットの提供はモラルハザード(倫理の欠如あるいは制度の悪用)の問題を招き、ネガティブな効果が生じる場合もある。例えば、年金や健康保険、失業保険などで手厚い支給が得られるようになると、人は怠慢になり、働かなくなったり、ただ乗りしたりすることが生じる。

SSNは傷病や失業、貧困など個人の生活を脅かすリスクを軽減し、保障を提供する社会的な制度やプログラムを総称するものといえることができる。SSNの主要な内容には、年金や健康保険、失業保険などの社会保障制度、障害者や母子家庭、高齢者、児童などの社会的弱者に対する福祉・社会サービス、失業者対策として雇用創出を図る公共事業や職業紹介・職業訓練、貧困層への食料補助、教育補助、住宅整備など幅広い支援が含まれる。これらの制度やプログラムは病気や失業、貧困などのリスクに見舞われたときにリスクを軽減し、保障を提供するものである。また、SSNの提供の仕方には、公的な制度や政府のプログラムによるものと、親族や地域社会(コミュニティ)による相互扶助や非政府組織(NGO)・宗教団体による支援を含むインフォーマルなものがある。表2-1はSSNの主要な分野を示したものである。政府による公的なセーフティ・ネットの提供においても、中央政府が制度やプログラムの決定権を保持し、地方政府あるいは出先機関が中央政府の代理としてその実施を行う中央集権的な実施の方法と、中央政府が地方政府にプログラムの支出内容も含めて大きな決定権を与えて分権的に実施する方法がある。社会保険などは中央政府が制度設計と制度の運用を行うが、失業対策のための雇用創出プログラムなどでは地方政府が実施において大きな権限をもつ場合がある。したがって、SSNの制度と形態は提供するサービスの内容と政府の行財政システムや経済状況など、個々の国の事情によって異なってくる。

SSNは健康保険や失業保険、年金制度などの社会保障を含む広範囲な所得保障政策ないし福祉政策として広く捉えることができるが、一方では低所得者ないし貧困者に対して政府が所得保障のために生活保護費などを支給する制度をSSNとして限定して捉える見方もある²。このため、社会保障制度や政

¹ 橋木(2000)p.1, pp.19-20.

² 橋木(2000)p.22.

表2 - 1 SSNの主要な分野

保障の分野	公的な制度・政府のプログラムによるSSN		インフォーマルなSSN
	社会保障制度（保険）	その他の各種公的施策	
保健医療	健康保険	貧困層への医療サービスの保障	親族・地域社会による相互扶助 NGO・宗教団体など民間団体による援助
雇用・労働	失業保険、労災保険	職業紹介、職業訓練 公共事業による雇用創出 地域における雇用創出プログラム	農業部門による雇用吸収
所得保障	老齢年金、養老保険	生活保護（公的扶助） 児童手当などの社会手当 食料補助、燃料補助	親族・地域社会による相互扶助
社会福祉		障害者、高齢者、児童福祉などに対する社会サービス	親族・地域社会による相互扶助 NGO・宗教団体など民間団体による援助

出所：武田作成

策、プログラムとしてSSNを広く捉える見方と、貧困層への所得移転・福祉プログラムとして限定的に用いる2つの見方が存在し、SSNと言う用語を使うときに時として混乱を生じる要因となっている。

2 - 1 - 2 アジア経済危機とSSN

1997年に発生したアジア通貨危機を契機として、危機の影響を受けた国で貧困層や社会的弱者を救済する各種のプログラムがSSNとして国際機関や二国間ドナーの支援によって実施され、SSNが開発援助の用語として頻繁に使われるようになった。アジア経済危機において実施されたSSNは、経済危機による景気の後退・物価上昇に対して、増加した貧困層の救済や失業者の雇用対策のための緊急的なプログラムとして実施された。具体的な内容としては、危機に対応するため、貧困層への保健医療へのアクセスの確保や奨学金などの教育における補助、食料補助、雇用創出のための公共事業の実施、失業者の職業訓練・職業紹介、地域コミュニティでの雇用の創出、経済の活性化を図るための資金の提供・社会基金の設置、など広範なプログラムが実施された。危機に対処するために貧困層や失業者に対する所得移転、社会サービスへのアクセスの確保を図る様々なプログラムが実施されたわけである。

危機の影響を強く受けたインドネシアとタイでは緊急的なSSNプログラムの実施に予算を振り向けたが、国際機関や二国間のドナーからも多くの支援を受けた。特に、世界銀行とADBは緊急的なSSN実施のために融資を提供し、インドネシアやタイなど危機の影響を強く受けた国々で実施されたSSNプログラムの支援を行った。世界銀行は、インドネシアに対してSSN調整融資の提供、貧困家庭の児童に対する奨学金プログラムの支援を実施し、タイでは社会投資基金を通して村落部のインフラ整備と雇用創出の支援を行った。また、ADBはタイとインドネシアで社会セクターのプログラム融資を提供し、主に保健分野や教育分野における社会サービスの提供に対して支援を行った。世界銀行やADBはSSNプログラムの実施を支援するとともに、危機がもたらした影響に関する調査やプログラムのモニタリング体制の整備、NGOや市民社会、コミュニティなどのステークホルダーの参加を促進する枠組み作りなど、プログラムを実施するための制度環境の整備も融資条件として組み入れている。これは、緊急的なSSNプログラムの実施においては受益者の選定（ターゲティング）が難しい側面があり、意図した受益者に支援が届かなかつたり、「バラマキ型」の支援になったりするおそれがあったため、プログラムのモニタリングや公正な実施を確保する仕組みを必要としたからである。

Box1 - 1 SSNとターゲティング

失業者や貧困層など経済的な危機の影響を受けた人々を救済するSSNプログラムなど、特定の個人・世帯への所得移転を伴うプログラムの実施においては、受益者の選定（ターゲティング）の仕方が重要になる。アジア経済危機時に実施されたプログラムでも本来意図した受益者に届かないというターゲティングの失敗などの問題が生じている。ターゲティングの手法としては、個人ターゲティング、地域あるいは指標ターゲティング、自己ターゲティングの3つに大きく分けることができる。個人ターゲティングは、資格審査（means test）によるある一定の所得以下の世帯を対象にする手法である。しかし、行政コストが高く正確な情報と統計がないと完全な資格審査はできず、漏れが生じたり、受益者になるために受益者資格（例えば土地所有や耐久消費財などの資産所有など）を偽ったり、受益者となるための所得ラインを超えないために仕事をせず所得を低下させたり、所得向上の努力を行わないなど、負のインセンティブ（モラルハザード）が働くおそれがある。指標ターゲティングは、ある共通の特徴（資産所有や教育レベル、年齢、妊産婦など）をもつ個人・グループを把握しようとするものである。地域ターゲティングでは平均的な福祉レベル、貧困人口などを基にして特定の県、市、郡などに対する資金の配分を決定している。自己ターゲティングは、最低賃金よりやや低い賃金での公共事業への雇用や、低品質商品への補助など貧困者にとって必要なものを提供し、うわべはすべての人が利用できるが非貧困者の参加を防止するように設計する手法である。しかし、非貧困者と共に、公共事業への雇用に高齢者や障害者が雇用されないなど、極貧困者が疎外される場合もある³。いずれの場合も情報の不完全性により、完璧なターゲティングを実施することは難しい。

2 - 2 国際機関によるSSNの捉え方

世界銀行やADBはアジア経済危機がもたらした社会的弱者への負の影響に対処するため、各国が実施するSSNプログラムに対する支援を行った。しかし、これらはあくまで短期的、緊急的な対応であり、その後これらのプログラムの経験を基にこの分野での支援のあり方の見直しを行っている。その理由として、SSNと言う用語が曖昧な概念で統一的な定義がなされていない点や、アジア経済危機における短期的な危機への対処という観点からの支援から得られた教訓として、貧困や脆弱性を軽減するための包括的なアプローチ、恒常的なセーフティ・ネットの整備の必要性が改めて認識された点が指摘できる。以下では主な国際機関がSSNをどのように捉えているかを個別に見て行く。

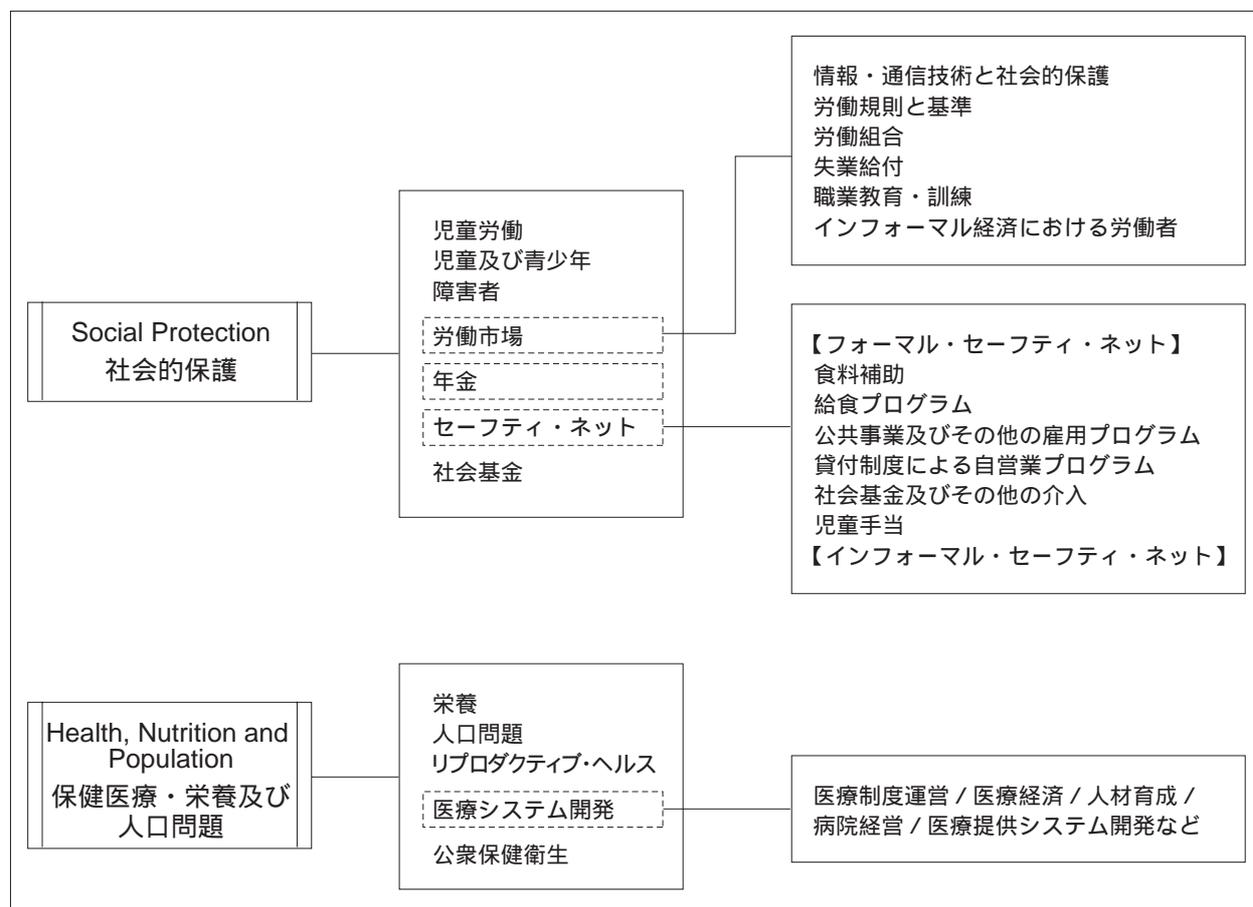
2 - 2 - 1 世界銀行のSSNの捉え方

世界銀行は構造調整や市場経済への移行による社会的弱者への影響を緩和するために多くの国で実施されたセーフティ・ネットプログラムの分析を1997年のアジア通貨危機前に行っている。そこではセーフティ・ネットを慢性的に仕事や収入をえることができない慢性的貧困（chronic poverty）並びに仕事や収入を得る能力が生存に必要なぎりぎりの状態に陥る一時的貧困（transient poverty）の2つの不幸な結果から個人や世帯を保護するプログラムであると定義している⁴。仕事や収入をうる能力の低下をもたらす出来事として、不慮の出来事（一家の稼ぎ手の病気や突然の死）、経済危機や公共支出の削減による経済的なショック、旱魃や洪水などによる不作などがある。これらの外的なショックから個人を保護するメカニズムは、インフォーマルなセーフティ・ネットとしての伝統的なコミュニティベースの相互扶助と、公的なセーフティ・ネットとしての教育や保健などの社会サービス、年金などの社会保障、現金給付や食料補助などの公的な資金の移転、公共事業を通じた貧困層を対

³ Subbarao, K., et. al., (1997) pp.20-21.

⁴ 世界銀行ホームページ（<http://www.worldbank.org/poverty/safety/>）（2003年4月2日付）

図2 - 1 世界銀行における社会的保護部門の構成



出所：世界銀行各種資料より岩名作成

象とした収入向上プログラムなどがあるとしている⁵。

世界銀行はアジア経済危機に対して緊急的なSSNプログラムへの支援を行ったが、その経験も踏まえてこの分野に関する支援の仕方の見直しを行い、2001年1月に社会的保護セクター戦略（Social Protection Sector Strategy）をまとめた。そこでは、SSNを含む社会的保護の戦略として、社会的リスク管理（Social Risk Management）の概念に基づき、個人、世帯、コミュニティにおけるリスク管理（リスクの予防、軽減、対処）を包括的（インフォーマル、市場ベース、公的な提供）に行うことの必要性を示している⁶。世界銀行では、社会的保護は労働市場介入から公的強制失業保険、及び老齢保険、所得補助に至るまでの、人的資本を改善し保護するための手法の集合体であり、社会的保護介入は人々を脆弱にする所得リスクを管理しようとする個人及び世帯、コミュニティを支援するものである、としている。一方、社会的保護の下位概念として「セーフティ・ネット」又は「セーフティ・ネット及び移転（Safety Net and Transfer）」を置いている。

世界銀行における「セーフティ・ネット」の範囲は、年金や労働関連分野が含まれず、また医療分野についても限定的であることから、世界銀行はSSNを貧困層並びに災害や景気後退などの影響を

⁵ Subbarao K., et. al., (1997), pp.2-3.

⁶ World Bank (2001) p.x.

受けた人々に対する所得支援や社会サービスのアクセスを確保するプログラムとして、狭い範囲の限定的な捉え方をしている。また、SSNはリスクの軽減と共に再分配の機能も果たすことから、世界銀行はSSNを社会的保護と共に貧困削減という枠組みの中にも組み込んでいる⁷。

世界銀行における社会的保護部門の構成は、図2 - 1に示されるように7つの分野からなるが、これらは互いに排他的な関係ではなく、重複する部分も存在する。とりわけ、7分野のうち、「セーフティ・ネット」と「社会基金」や、「セーフティ・ネット」と「労働市場」「児童労働」などは重複している領域が多い。社会基金は世界銀行における独特な援助手法であり、コミュニティの自律的な活動を通じ、地方政府、地域住民、NGOなどのパートナーシップにより分野横断的な取り組みを推進するものである。世界銀行は社会基金を通してコミュニティベースの開発を促進し、貧困削減、インフォーマルなリスク軽減機能の強化につなげようとしている。

一方、保健医療分野は世界銀行では「保健医療・栄養及び人口問題」として取り扱われており、世界銀行における社会的保護の外側に位置づけられている点が特徴である。

2 - 2 - 2 アジア開発銀行のSSNの捉え方

ADBは貧困削減を主要な戦略として掲げ、アジア経済危機に対応して実施されたSSNプログラムも含め、1998年からアジア太平洋地域での社会的保護(Social Protection)の現状分析を行っている⁸。これらの分析を基に、2001年8月には社会的保護戦略(Social Protection Strategy)を出している。ADBはSSNが曖昧な概念⁹であるため、**ソーシャル・プロテクション(社会的保護)**という用語を用いている。その理由は、SSNとソーシャル・プロテクションは同義的に使われることもあるが、SSNという用語は、プログラムや政策を指すものとして用いられる場合と、貧困層に対する福祉プログラムとして限定して用いられる場合があり、混同される場合があるためである。社会的保護は、効率的な労働市場の形成とリスクにさらされることの軽減、災害や収入の損失から自らを守る能力を強化することにより、貧困や脆弱性を軽減するためのプログラムや政策、としている。社会的保護の構成要素として、労働市場のプログラム、社会保険、社会的支援及び福祉サービス、ミクロの地域プログラム、児童保護、の5つの分野を挙げている¹⁰。図2 - 2はADBにおける社会的保護の5分野とその主要な内容を示すものである。

ADBは社会的保護戦略において、社会的保護分野における介入は選択的に実施すべきであり、公的な社会的保護システムのおよぶ範囲を拡大し、多くの国民が適切にカバーされること、ターゲットの対象選定において脆弱なグループやジェンダーに配慮すること、持続可能性とグッドガバナンスに配慮すること、制度的なメカニズムとしての国家レベルの社会的保護委員会の設立や、協力の優先順位や改革の順序において統合的なアプローチを用いること、などを戦略的な指針として挙げている¹¹。

⁷ 世界銀行のホームページでセーフティ・ネットは社会的保護と労働(Social Protection and Labor)と貧困(Poverty Net)のページの下で説明されている。

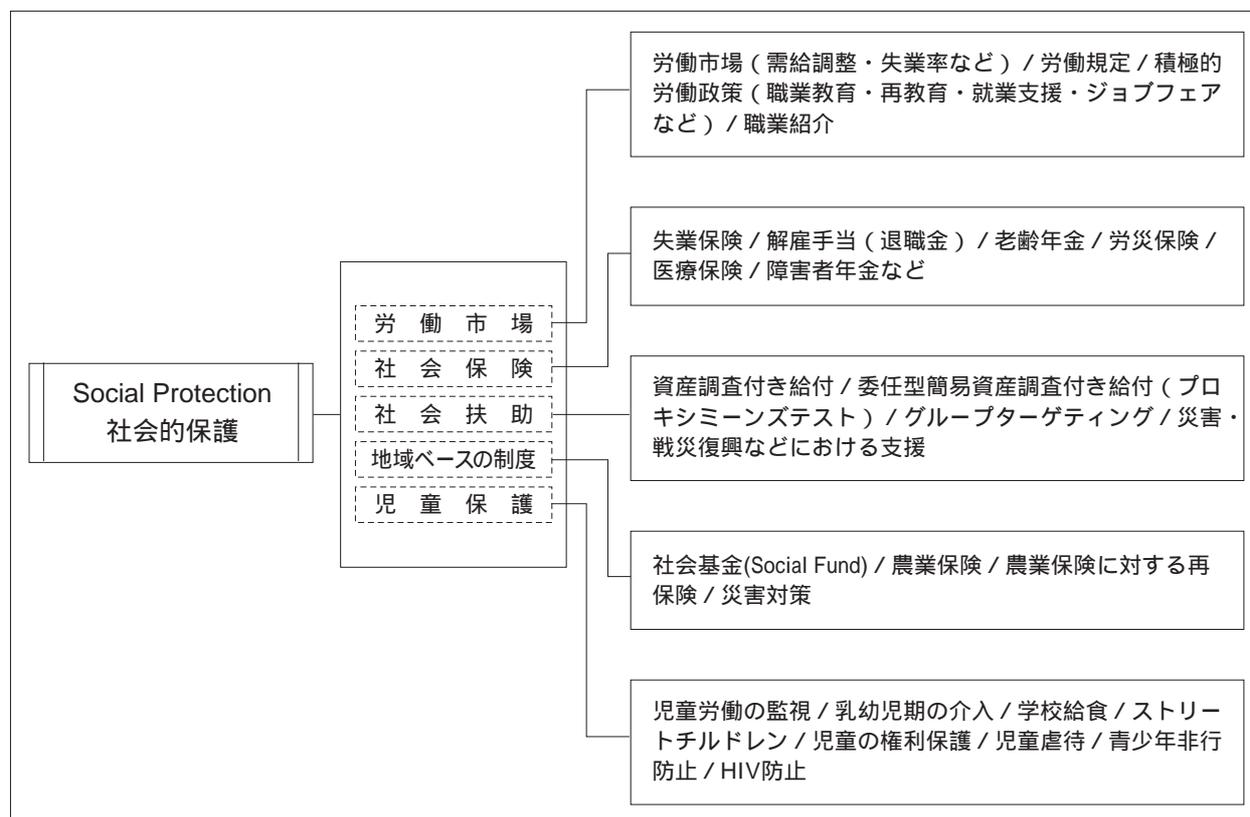
⁸ Ortiz ed. (2001)

⁹ Asian Development Bank (2001) p.1. SSNという用語は広い意味の見方と狭い限定的な見方が混同されて用いられることがあり、2 - 1 - 1で述べたとおり、それが曖昧さにつながっている。

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ Asian Development Bank (2001), p.30.

図2 - 2 ADBの社会的保護の分野と主要な内容



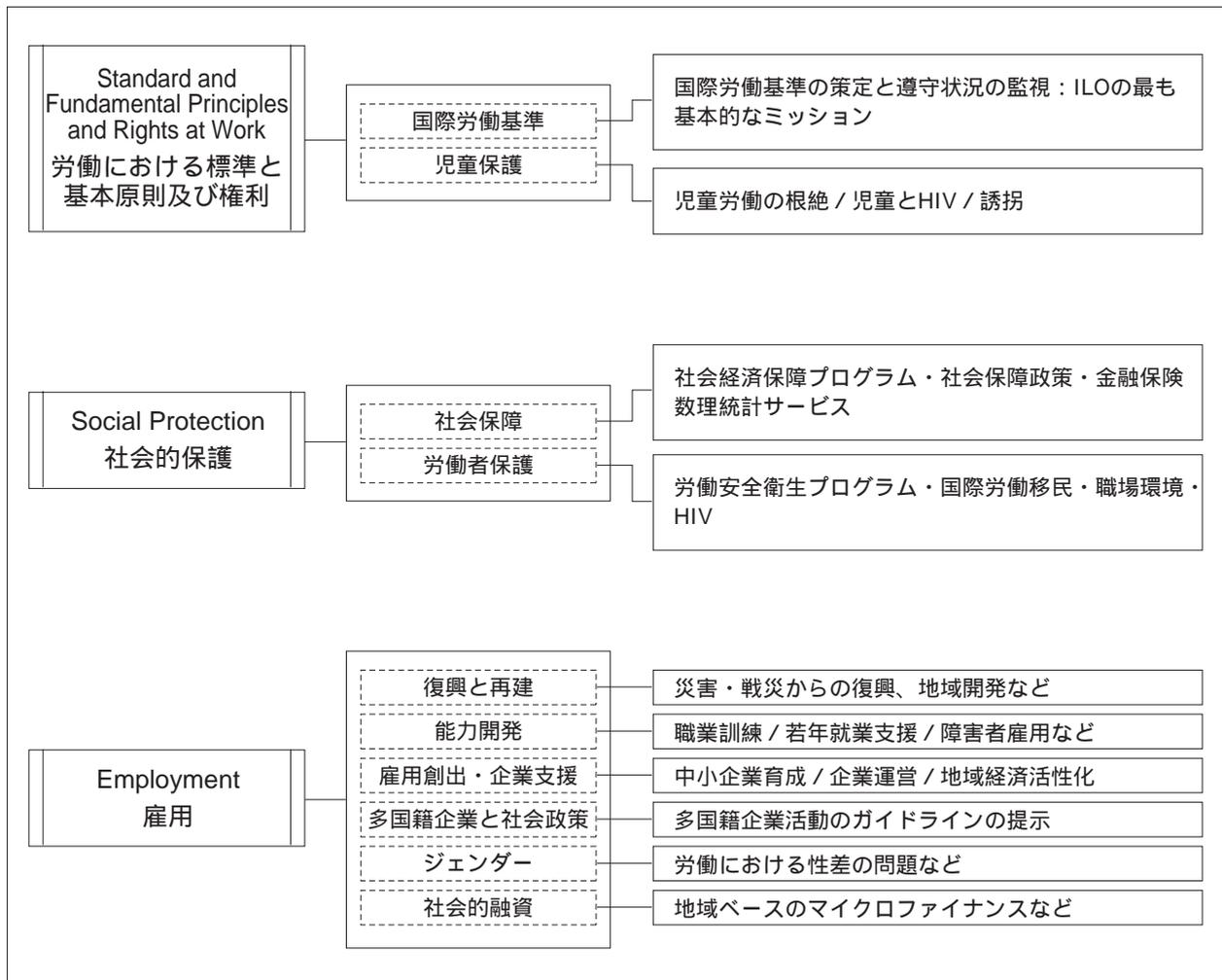
出所：Asian Development Bank (2002) を基に岩名作成

2 - 2 - 3 国際労働機関のSSNの捉え方

国際労働機関（ILO）は原則として労働者・勤労者に対する保護を主たる任務として行っており、その範囲はおおむね労働政策または労働者の生活に関する課題に限定されている。**社会保障制度（社会保険制度とほぼ同義として考えられている）も基本的には企業雇用者が加入する社会保険制度を前提にすることが多い**ため、全国民を包括する医療保険制度の構築などは、ややテーマからはずれることになる。また、医療保険制度を実態として支える地域医療資源の開発など、社会保険のノウハウ以外の医療そのものに関するテーマは扱われていない。前述の世界銀行やADBと同様に社会的保護という言葉を用いているものの、世界銀行やADBが労働問題を社会的保護の中に包含している一方で、ILOにおいては労働問題・労働政策と社会的保護を一部分離して定義している点が特徴的である。ILOの定義では、社会的保護は社会保険を原則とした社会保障制度及び労働者の保護に限定され、職業能力開発などは別のカテゴリーで定義されている。図2 - 3はILOにおける取り組みテーマを示すものである。

世界銀行やADB、ILOなどの国際機関は社会的保護という枠組みの中で、リスクの予防・軽減・対処のためにより広い範囲の支援を組み合わせて行っていくという考え方を示している。開発途上国は、地域的にあるいは個々の国で社会経済状態が異なり、リスクの現れ方や対処の仕方が異なる状況にあり、リスクに応じた保護の網をかぶせる、あるいはセーフティ・ネットをかけることが求められることになる。

図2 - 3 ILOにおける取り組みテーマ



出所：ILOの各種資料から岩名作成

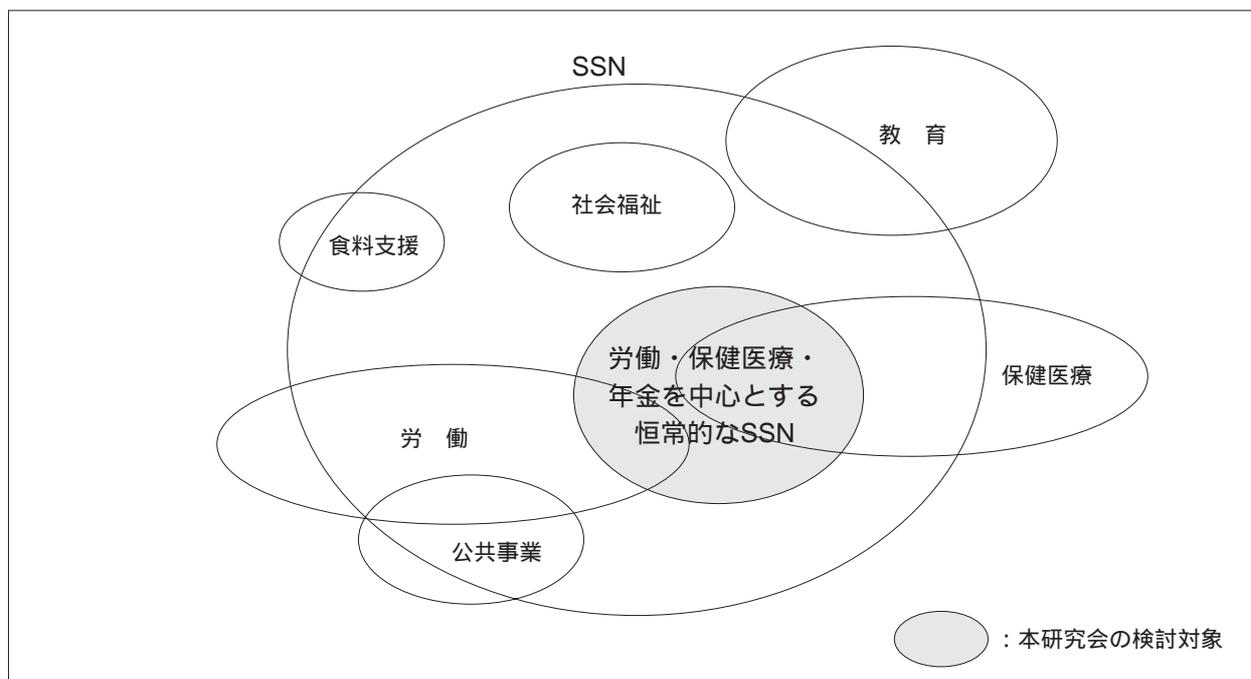
2 - 3 研究会で検討するSSNの範囲

アジア経済危機時に危機の影響を受けた各国で実施されたSSNプログラムに関しては、これまで多くの機関で調査がなされ、報告書が出されている¹²。これらの報告書では、SSNプログラムの実施状況に関する分析を行い、貧困層へのセーフティ・ネットの提供においてはコミュニティの参加が重要になるなど、緊急的なプログラムの実施から得られた教訓と共に、中長期的なセーフティ・ネットの整備の必要性を指摘している。

アジア経済危機は、危機の影響を受けた諸国において社会保障制度が未整備であることを露呈させる契機となった。それらの国々の社会保障制度は、公務員や軍人、あるいは民間企業の労働者を対象とするものが多く、公的な社会保障制度がカバーしている範囲は限られている。その他の階層については、これまで親族やコミュニティなどの伝統的なセーフティ・ネットに依存するほかなかったが、アジア経済危機はこれらの国における公的な社会保障制度の整備の必要性を再認識させることとなっ

¹² 野村総合研究所 (2001)、ESCAP (2001)、Ortiz ed. (2001) などがある。

図2 - 4 本研究会で検討するSSNの範囲



出所：武田作成

た。また、民主化の進展が社会保障制度の充実を促進する側面も見られた。特に、タイでは経済危機前から、インドネシアでは危機後に民主化が進展し、それぞれ憲法の改正が行われ、憲法の中で社会保障制度の充実がうたわれるようになっている。これを受けてこれらの国では社会保障制度の改革や整備の動きが進んでいる。これらの動きは、国民皆保険（Universal Coverage）を目指すものであり、今後、農業セクターも含むインフォーマル・セクターの人々を公的な社会保障制度の中にどのように取り込んでいくか、国民皆保険の制度をどのように整備していくか、制度の設計とその運営の仕方に関する課題を抱えている。特に、タイでは健康保険制度の整備に関してJICAの技術協力が進められるようになるなど、社会保障制度の整備の必要性がアジア経済危機を契機として認識され、制度の整備、強化に関する支援へのニーズが高まっている。

アジア経済危機後のこのような動きに基づき、本研究会では、経済危機への緊急的な対応としてのSSNよりも、中長期的かつ恒常的なSSNとして公的な社会保障制度の整備に対する支援をどのように行っていくかという視点に重点をおいた。したがって、本研究会で検討するSSNの範囲は図2 - 4に示されるようにSSNの中でも、健康保険や失業保険を含む労働者社会保障などを中心に、労働、医療、年金などの公的な社会保障制度とそれを支えるプログラムに焦点を当て、社会保障制度を中心とするSSNの形成、運営、強化に対する支援の仕方を検討している。

第3章 アジアのSSN整備の現状

(広井良典、浅見靖仁、野澤勝美、武田長久)

3-1 アジア諸国の社会保障の類型化(広井良典)

本節では、後節にて個別のケース・スタディにより各国のSSN整備の現状を論じるにあたって、恒常的なSSNの中でも社会保障に注目してアジア諸国の類型化を行い、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その特徴を理解するための視座を提供することを試みる。

3-1-1 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)

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発展途上国)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。

3-1-2 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3-1参照）。

- | | |
|-------------|--------------------|
| 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・自営業層への社会保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うケースがしばしば見られる（ケース・スタディで取り上げる国々が含まれている、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）。

6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（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¹）。いずれにしても、こうした**農業・自営業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。**

3-1-3 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²。

「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、産業構造と言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こう**という考え方である³。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

¹ 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。

² 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。

³ 長谷川（1993）

「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⁴。

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。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3 - 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3 - 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 & 保健所整備など	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 後期
			農業・自営業者への拡大		
「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

⁴ 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。

3-1-4 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（又は民族的同質性 / 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）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⁵。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、全国民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。

⁵ 白石（2000）

(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⁶。

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⁷、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⁸。

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1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の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

⁶ 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。

⁷ 1969年のMedicare Actに基づいている。

⁸ ロブレス・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。

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⁹。

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。**

3 - 2 タイにおけるSSN（浅見靖仁）

3 - 2 - 1 はじめに

本節ではタイのSSNの特徴とそのような特徴が生じた社会経済的な背景について論じ、その上でタイのSSN整備のために日本が支援を行う際に注意すべき点を指摘することを目的とする。

3 - 2 - 2では、まずタイの労働市場の特徴を概観し、3 - 2 - 3では、労働市場の三重構造を反映する形で、タイではいわゆるフォーマル・セクター向けのSSNとインフォーマル・セクター向けのSSNとが非常に異なる形で並存してきていたことを指摘する。3 - 2 - 4ではそうしたタイのSSNに1997年の通貨危機が与えた影響を分析し、3 - 2 - 5では2001年のタクシン政権成立後の一連のSSN改革の進展の状況とその背景について論じる。最後の3 - 2 - 6では、日本がタイのSSN整備にどのような形で関わっていくことが望ましいかについて考察する。

3 - 2 - 2 タイの労働市場の三重構造

タイの労働市場は、大卒以上の学歴をもつ者が主に就く職種、中卒・又は高卒の学歴をもつ者が主に就く職種、小卒以下の学歴しか持たない者が主に就く職種の3つに分断されている。フォーマル・セクターでは、募集の時点で学歴を応募資格とすることが多く、高卒者が主に就く職種に小卒者が就いたり、大卒者が主に就く職種に高卒者が就いたりすることは容易ではない。小卒以下の学歴しか持たない者の多くは、インフォーマル・セクターで働くことになる。

タイでは、事業所はすべて商業省に登録することが法律で義務づけられているが、実際には小規模な事業所の中には無届けで事業を行っているところが少なくない。本節では便宜的に、商業省に届け出ている事業所で働いている正規労働者をフォーマル・セクター、無届け・無認可の事業所で働いている人々や、届け出ている事業所であっても、臨時雇いや派遣労働者として働いている人々をインフォーマル・セクターで働いている人とみなすことにする。農民は商業省に登録することが義務づけられていないので、本節中では農民もインフォーマル・セクターに属すると見なされる。

9 ウティサン・タンチャイ（2001）

インフォーマル・セクターには雑多な職種が含まれるので、中には高収入が得られるものや、高学歴の者が主に従事する職種もあるが、その多くは低学歴の人たちが従事しており、収入も安定性も低いことが多い。インフォーマル・セクターでも経営者の立場にある人の場合は、事業に成功してフォーマル・セクターに参入するようになる場合もあり、ある程度の上昇方向への可動性はあるものの、一般的にはインフォーマル・セクターで働いている者がフォーマル・セクターに参入することは容易ではない。

フォーマル・セクターの最底辺に位置するのが、工場で働く未熟練労働者である。最近のタイでは、フォーマル・セクターの工場が労働者を募集する場合には、中卒又は高卒であることを応募の条件とすることが多いため、小卒以下の学歴しか持たない人たちは、始めからフォーマル・セクターで働く道が実質的に閉ざされている状況にある。またタイの人事担当者の多くは、農業やインフォーマル・セクターでかなりの期間働いていた者は工場での規則正しい労働に馴染むことが難しいと考えており、工場労働者の採用にあたっては、中学又は高校を卒業したばかりの者を最も好み、その次にほかの工場で働いていた20代までの者を好む傾向が強い。学校卒業後、農業に何年も従事していた者や何年かインフォーマル・セクターで物売りなどとして働いていた者は、中卒や高卒の学歴があっても敬遠されることが多い。

大卒者の多くは、比較的大きな規模の会社でエンジニアやホワイトカラーとして就職することが多く、また大企業におけるこれらの職種の募集は、大卒以上の学歴を応募資格の1つとして行われることが多い。中小企業の場合は、専門学校卒や高卒の者がエンジニアやホワイトカラーとして採用されることも多い。

インフォーマル・セクターで働く小卒以下の学歴しか持たない人の多くは農村の出身である。都市のインフォーマル・セクターと農業部門との間の労働力の移動は頻繁に行われている。農閑期に都市に出稼ぎに行くという形態の場合もあれば、若いうちは都市のインフォーマル・セクターで働いて、結婚して子どもができると農村に戻って農業に従事するという形態の場合もある。また子どもができて、子どもは農村部にいる両親に預けて若夫婦は都市のインフォーマル・セクターで働き続け、両親が年老いて田畑の面倒を見ることができなくなると、農村に帰って、両親に代わって農業に従事するというパターンも多い。

中卒や高卒の工場労働者の中にも農村出身者が多い。工場で何年か働いたあと、農村に戻って、農業に従事するという事例もかなりあるが、インフォーマル・セクターで働く小卒以下の学歴しか持たない人たちに比べると、その割合は低い。農村に帰って農業に従事する場合でも、雑貨屋を営んだり、農機具や農薬・肥料などの販売代理店を経営したりして兼業農家になることが多い。

これに対し、大卒者には農村部出身者は非常に少ない。1950年代までのタイでは、都市の中間層や下層の多くが中国系住民によって占められていた。1960年代以降、中間層の数が増えたが、1960年代以降の中間層の増加のかなりの部分は、都市に住んでいた下層の中国系住民が生活水準を向上させて中間層に参入したことによって生じた。このため、現在のタイの中間層の多くは中国系住民によって占められており、中間層の多くは「帰るべき田舎」を持たない人たちによって構成されているのである。

下層の中国系住民が中間層に上昇した間隙を埋めるように、1960年代後半頃から都市に移住する農村部出身の非中国系の住民の数が増えだした。このため、現在では都市の下層の多くは非中国系住民によって占められている。彼らの多くは、今でも親族が農村部に住んでおり、いざとなれば「帰る

表3 - 2 各年齢層に小卒以下の学歴しか持たない者が占める割合（1990年） 単位：%

年齢層（歳）	15～19	20～24	25～29	30～34	35～39	40～44	45歳以上
小学校卒業以下	63.1	66.4	69.8	75.4	82.6	85.2	92.2
中学校卒業以上	36.9	33.6	30.2	24.6	17.4	14.8	7.8

出所：National Statistics Office, Population and Housing Census, 1990.

べき田舎」を持っている。しかし最近では都市に定住するようになった農村部出身の非中国系住民の2代目、3代目が増え、「帰るべき田舎」を持たない下層が増える傾向にある。

表3 - 2は、1990年の時点で各年齢層に小卒以下の学歴しか持たない者と中卒以上の学歴をもつ者の割合を示したものである。40～44歳の者に中卒以上の学歴をもつ者が占める割合は14.8%であるが、この年齢層の人たちは1970年当時20～24歳であった。タイでは夜間の成人学校が盛んで、成人になってから中卒や高卒の資格を取る人もかなりいるため、1970年の時点で、この年齢層の人たちの中で中卒以上の学歴を持っていた人が占める割合は14.8%よりも低かったと思われるが、そうした誤差を無視すると、工場労働者として働き盛りの年齢層である20～24歳に中卒以上の学歴をもつ者が占める割合は、1970年には14.8%、1980年には24.6%、1990年には36.9%と変化してきたことになる。

タイでは1990年代末になるまで義務教育は小学校までであったため、農村部に住む人の多くが中学に進学せず、1990年の時点でも中卒以上の学歴をもつ者の割合はかなり低い数字に留まっていたのである。

タイの統計局は毎年2月、5月、8月、11月の年4回、「労働力サーベイ」(Labor Force Survey)を行っている。このうち農繁期にあたる8月の調査は、農業に従事している人の数がほかの月よりも多くなる。2000年8月に行われた調査結果によると、タイの就業者は、33,001,000人で、このうち、民間企業の被雇用者が10,350,600人、公務員が2,719,300人、経営者が1,101,000人、自営業が9,941,000人、無給の家族労働者が8,888,900人となっている。農民の世帯主は自営業に分類され、その配偶者は多くの場合、無給の家族労働者に分類される。自営業と無給の家族労働者の数が多くなっているのはそのためである。「労働力サーベイ」では、民間企業の被雇用者にはフォーマル・セクターで働く者もインフォーマル・セクターで働く者も含まれている。フォーマル・セクターの民間企業で働く労働者の多くが加入を義務づけられている社会保障制度の加入者数は、2000年8月末の時点で5,922,100人であったので、社会保障制度に加入していない労働者が、インフォーマル・セクターで働いている労働者とほぼ重なる考えると、民間企業の被雇用者10,350,600人のうち、4,428,500人（おおよそ4割強）がインフォーマル・セクターで働いていることになる。また、「労働力サーベイ」では大企業の経営者もインフォーマル・セクターの零細企業の経営者も経営者のカテゴリーに分類されているが、2000年8月の時点で社会保障制度に加入している事業所の数は105,736件であり、社会保障制度に加入していない事業所の経営者はインフォーマル・セクターの経営者だと想定すると、1,101,000人の経営者のうち、995,264人（約9割）がインフォーマル・セクターに属していることになる。こうした方法によって、フォーマル・セクターとインフォーマル・セクターで働いている人の数を推計すると、フォーマル・セクターが8,747,136人、インフォーマル・セクターが24,253,664人となり、その比率は約1：2.7ということになる。

2000年に行われた人口センサスによると、6歳以上の人口55,253,200人のうち、中卒以上の学歴をもつ者の数は15,870,400人で、小卒以下の学歴しかもたない者の数は39,382,800人である。その比率は約1：2.5と、フォーマル・セクターで働いている人とインフォーマル・セクターで働いている人の

比率にほぼ一致する。

3-2-3 タイのSSNの二重構造

前節で見たように、タイの労働市場は、主に大卒以上の学歴をもつ者によって占められるフォーマル・セクターの中・上層部、主に高卒及び中卒の学歴をもつ者によって占められるフォーマル・セクターの下層部、そして小卒以下の学歴をもつ者のほとんどと中卒の学歴をもつ者の一部が属するインフォーマル・セクターの3つに分かれている。

1997年の通貨危機以前にタイ政府が設置したSSNの多くは、このうちのフォーマル・セクターの下層部を主な対象としたものであった。

(1) フォーマル・セクターの下層部を対象としたSSN

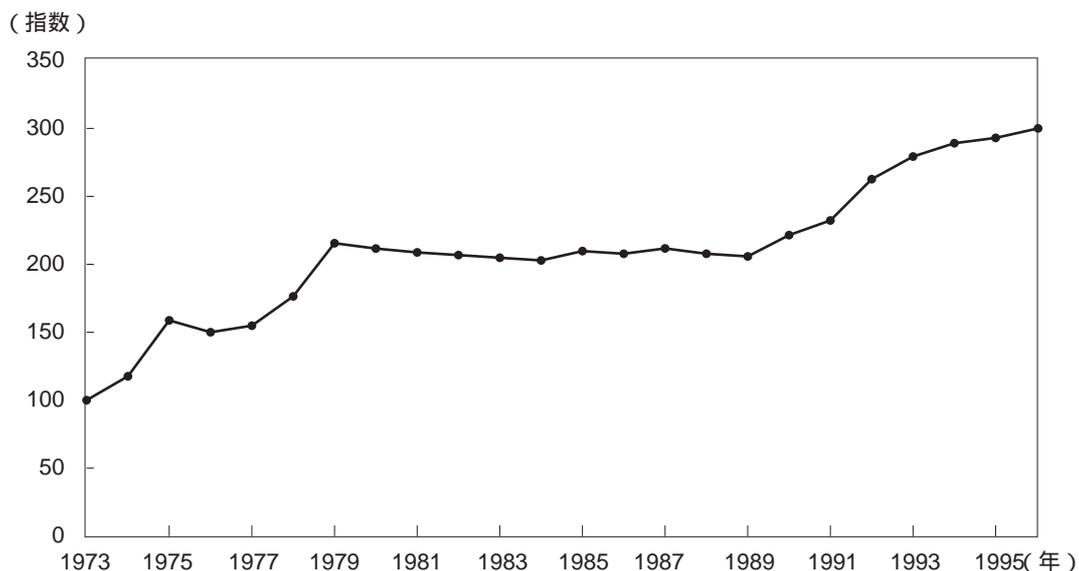
主にフォーマル・セクターの下層部を対象としたSSNとしては、最低賃金制度、法定解雇手当、社会保障制度が挙げられる。

最低賃金制度

最低賃金制度は、1972年に導入された。三者構成の賃金委員会が地域ごとに最低賃金を設定している。図3-1は、消費者物価指数の上昇分を差し引いてバンコクの実質法定最低賃金を計算し、その変化を指数で示したものである。図3-1から最低賃金は1970年代に物価の上昇を上回るペースで上昇したが、1980年代は物価上昇分をちょうど相殺する程度にしか上昇せず、1990年代になって再び物価上昇分を上回るペースで上昇するようになったことがわかる。

1970年代は労働団体の間に共産主義が浸透することを防ぐために、政府は労働運動に対して宥和的な政策をとった時期である。フォーマル・セクターで働く労働者を中心とする労働団体が要求する最低賃金引き上げに、政府が毎年かなり譲歩する形で応じたため、最低賃金は物価水準を大きく上回

図3-1 バンコクの実質法定最低賃金の変化



注：1973年を100とする指数。各年年末のバンコクの最低賃金を消費者物価指数で割ることによって指数を計算。

出所：National Statistics Office, Population and Housing Census, 1990.

表3 - 3 企業規模別法定最低賃金未満の給与で働いている労働者の割合（1996年）

従業員の数	法定最低賃金未満の給与で働いている労働者の割合（％）
10人未満	14.3
10人以上100人未満	6.3
100人以上	1.3

出所：Ministry of Labour and Social Welfare, *Year Book of Labour Statistics*, 1997.

る形で上昇した。この結果、当初は工場労働者の平均的賃金を下回るように設定されていた最低賃金は、工場労働者の平均賃金と同じかそれをやや上回るようになった。

表3 - 3は、1996年に当時労働省がその存在を把握していた318,660か所の事業所のうちの51,005か所の事業所に対して行った立入検査の結果に基づいて、企業規模別に最低賃金未満の賃金で働いている労働者の割合を示したものである。実際には最低賃金未満の賃金で働いている労働者の割合は、労働省の調査結果が示す数字よりもかなり高いと思われるが、労働省が発表した数字からも、100人以上の従業員がいる企業においては、かなりの程度法定最低賃金が守られているのに対し、規模の小さい企業では法定最低賃金があまり守られていないことがはっきりと示されているといえよう。

1980年代以降のタイにおいては、法定最低賃金はタイ社会の最下層の人たちの賃金ではなく、最下層よりもかなり上に位置するフォーマル・セクターの労働者の最低賃金を設定するものとして機能してきた¹⁰。表3 - 4は、給与レベル別の労働組合組織率を示したものである。給与レベルが高いほど組織率が上がる傾向がはっきりと示されている。1999年のバンコクの法定最低賃金は162バーツであったので、1カ月に25日働けば、最低賃金で働いている労働者の月収は4,050バーツになる。表3 - 4では、月収4,000バーツ以下の労働者の間の組織率は極めて低くなっている。これは月収4,000バーツ以下の労働者の多くが、インフォーマル・セクターで働いており、インフォーマル・セクターでは労働組合がほとんど結成されていないことによる。

フォーマル・セクターの工場労働者の多くは最低賃金で働いており、毎年最低賃金が改定されるたびに彼らの給与は改定される。最低賃金が改定されて、それまで最低賃金で働いていた労働者の賃金が改定されると、それまで最低賃金より少し高い賃金で働いていた労働者との間の差が縮まったり、場合によっては差が無くなったり、給与が逆転してしまったりするため、法定最低賃金が引き上げられると、多くの企業において、最低賃金よりも高い賃金で働いている労働者の給与も引き上げられることが多い。

表3 - 4 給与レベル別労働組合組織率（1999年）

月収（残業・ボーナス代も含む）	組合員の割合（％）
3,000バーツ以下	0.3
3,001～4,000	1.1
4,001～5,000	2.1
5,001～8,000	3.9
8,001～15,000	6.6
15,001バーツ以上	9.1

出所：Ministry of Labour and Social Welfareの内部資料, 1999.

¹⁰ 浅見（2000a）

タイの場合、最低賃金制度は、フォーマル・セクターで働く労働者については、その職場に労働組合が存在しているかどうかや、その労働組合の経営者に対する交渉力が弱いかに強いかに関わらず、フォーマル・セクターで働いているかぎり、毎年少なくとも物価上昇分に見合うだけの賃上げは行われることをかなりの程度保証する役割を果たしているのである。

法定解雇手当

1972年に制定された労働基準に関する法令によって、経営者の都合で労働者を解雇する場合には、それまでの勤続年数に応じて解雇手当を支払うことが義務づけられた。しかし労働者の落ち度が理由で解雇が行われる場合には、解雇手当を支払う必要はないとされたため、経営者の多くは経営上の理由から解雇を行う場合でも、労働者の勤務態度が悪いから解雇を行うことになったと言い張って、解雇手当を支払おうとしなかった。

1980年に労働裁判所が設置されるまでは、労働者が自分には落ち度はなく、経営者側の都合で解雇が行われたとして解雇手当の支払いを経営者に要求する場合は、民事裁判所に訴えるしかなく、民事裁判の判決が出るまでには何年も時間がかかり、かつ弁護士費用も負担しなければならなかったため、ほとんどの場合、労働者は泣き寝入りするしかなかった。

こうした状況をかなり改善することになったのが、労働裁判所である。労働裁判所では、弁護士に依頼しなくても訴訟を起こすことができ、また多くの場合、訴訟から数週間で判決が出されるため、民事裁判所に比べると一般の労働者にも訴訟を起こしやすくなっている。表3 - 5に示されているように、労働裁判所に持ち込まれる訴訟のかなりの部分が、解雇手当の支払いをめぐる争いによって占められている。また労働者を原告とするものが圧倒的に多い。

労働裁判所に訴えれば、労働者に落ち度があったことを経営者側がはっきりと証明できない限り、法律で定められた解雇手当が支払われることが多いが、民事裁判所よりも簡単に訴訟を起こすことが

表3 - 5 労働裁判所に持ち込まれる訴訟

	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
訴訟件数	4,131	3,598	3,761	5,247	7,583	7,744	6,293	6,774	7,421	7,768	9,173	9,329	11,384	9,833
前年からの持ち越し審議件数	145	227	309	263	305	537	584	308	266	276	204	480	1,122	2,053
審議件数	4,276	3,825	4,070	5,510	7,888	8,281	6,877	7,082	7,687	8,044	9,377	9,809	12,506	11,886
審議終了件数	4,049	3,516	3,807	5,205	7,351	7,697	6,569	6,816	7,411	7,840	8,897	8,687	10,453	10,632
原告が訴訟を取り下げ	720	895	983	1,603	2,188	1,941	1,587	1,601	1,285	2,216	2,327	2,485	1,944	2,198
和解成立	585	858	1,065	1,387	2,593	2,424	2,308	1,912	2,121	2,130	3,712	4,672	5,384	3,844
判決言い渡し	2,713	1,721	1,686	2,184	2,497	3,307	2,666	3,292	3,990	3,160	2,844	1,510	3,084	4,562
原告勝訴	2,354	1,423	1,388	1,804	2,136	2,876	2,269	2,897	3,380	2,170	1,972	1,382	2,674	3,891
被告勝訴	356	298	298	380	361	431	397	395	610	990	872	128	410	671
その他	31	42	73	31	73	25	8	11	15	334	14	20	41	28
次年度審議継続	227	309	263	305	537	584	308	266	276	204	480	1,122	2,053	1,254
被雇用者または労組が原告	4,006	3,402	3,579	5,100	7,388	7,557	6,007	6,474	6,978	7,121	8,411	8,578	10,548	8,707
雇用者が原告	106	175	162	134	181	173	279	286	434	638	762	751	836	1,126
訴訟の争点														
解雇取消	107	138	96	128	226	94	120	57	67	129	405	116	93	232
解雇手当	3,010	2,222	1,871	2,765	3,971	4,032	2,979	2,843	2,754	2,445	2,332	2,681	3,890	3,242
賃金・諸手当	336	594	939	1,580	2,498	2,504	2,228	2,692	2,521	3,545	3,779	4,787	5,362	2,706
雇用者が労働者委員解雇を要求	73	115	110	93	91	107	113	92	74	88	208	253	216	155
その他	523	447	791	639	565	960	1,129	1,132	1,995	1,633	2,173	850	892	4,297

出所：Central Labour Court 内部資料

できるとはいえ、労働裁判所を利用する労働者の多くは、労働裁判所の制度に関する知識をある程度持っているフォーマル・セクターで働く労働者がほとんどであり、インフォーマル・セクターで働く労働者が利用することは少ない。

このため、最近ではフォーマル・セクターにおいては解雇手当の支払いがかなり定着してきている一方で、インフォーマル・セクターでは解雇手当の支払いが行われないことが現在でも非常に多い¹¹。

社会保障制度（SSS）

社会保障制度は、20人以上の従業員を雇っている事業所で働いている者を対象にして1991年にスタートした。加入者が病気にかかったり怪我をした場合には治療費が支払われ、また出産や死亡の際にも一定の金額が支払われる。加入者の給与の1.5%を、被雇用者、雇用者、政府の3者がそれぞれ拠出することになっている。ただし賃金が月額15,000バーツを超える加入者については、拠出額は一律月額225バーツとされている。1993年9月には、社会保障制度の対象が10人以上の従業員を雇っている事業所で働いている者に拡大された。

社会保障制度への加入が義務づけられるのは、1カ月以上の雇用契約を結んでいる被雇用者だけであるので、1日又は週単位の契約で働いている者や見習い工は対象外となる。また商業省に届け出ずに操業している事業所で働いている者も対象外となる。このようにタイの社会保障制度は主にフォーマル・セクターで働いている者を対象としており、インフォーマル・セクターで働いている者は対象外とされていたのである。

社会保障制度には、中卒や高卒の学歴をもつ者がその多くを占めるフォーマル・セクターの下層部に属する者だけでなく、大卒以上の学歴をもつ者が多くを占める中層や上層に属する者も法律によって加入を義務づけられたが、1997年の通貨危機以前は、社会保障制度を利用して政府が指定した病院で受ける医療サービスは、自費で私立の病院に行く場合に比べて、質が悪いというイメージをフォーマル・セクターの中・上層に属する人たちの多くが抱いており、フォーマル・セクターの中・上層に属する人の多くは、社会保障費は払うものの、社会保障制度は利用せず、民間の保険会社の保険を利用することの方が一般的であった。

つまり、1997年の通貨危機以前のタイにおける社会保障制度は、フォーマル・セクターの下層部を主な対象とした制度として機能していたのである。

(2) フォーマル・セクターを対象にしたSSNの経済的合理性

1997年の通貨危機以前のタイにおいてSSNの多くがフォーマル・セクターの下層部を主な対象とする形で運用されていた理由の1つは、タイの労働団体の多くがフォーマル・セクターで働く者によって構成されており、彼らの要求が、フォーマル・セクターで働く者のための制度を特に重視する形で行われたことによる。もう1つには、経済的な合理性もあったことを指摘しておきたい。

タイのように、国際間の資本の移動が頻繁に行われるようになった時代に、外国からの投資に大きく依存して経済発展を遂げようとする場合、外国企業にとっての投資先としての魅力をほかの途上国よりも少しでも強いものにすることができるかどうか、経済発展の成否を大きく左右することになる。

¹¹ 浅見（1997）浅見（2000a）

1980年代後半以降、タイは労働集約的な製品を一定の品質を保ちながら生産することができる国として、外国企業の投資を数多く集めることによって高度経済成長を実現してきた。労賃の安さでは南アジア諸国やインドネシアには対抗できず、技術力の高さでは韓国や台湾などには対抗できないタイにとっては、特殊な技術は必要としないものの、一定の品質管理と納期の遵守が重視される製品の生産において、高い国際競争力をもつことが必要であった。

そのような生産を行うには、作業マニュアルを読みこなし、定められたタイム・テーブルにしたがって働くことができる労働者が必要であり、そのような労働者を育成するには中学・高校教育が最も有効だと考えられた。そうしたタイプの労働者を数多く育成することに成功すれば、多くの外国資本を引きつけることができるのであるが、タイと同じような分野で国際競争力を持つようとしている国は世界中に数多くあり、そうしたタイプの労働者を十分な数育成することができなければ、外国資本はほかの国に流れていってしまうことになる。ところが、タイでは近隣のほかの東南アジア諸国と比較しても中学や高校への進学率が低かったため、進学率を高めることが、タイの経済発展のためには急務であると考えられた。

しかしタイがこうした分野における国際競争力をもつことができるかどうか不確かな状況で、個々の下層の世帯の観点から見ると、子弟を中学や高校にまで進学させることにはリスクが伴う。中学や高校に進学させれば、その間学費がかかるだけでなく、学校に行かずに働けば得られるであろう収入を失うことになる。中学までを義務教育とし、強制的に子弟を中学までは進学させることにすればこの問題は解決することができるが、タイの場合は、地方行政組織が脆弱であり、中学までを義務教育としても、それを行政組織による強制によって徹底させることは難しい状況にあった。

こうした状況の中で、中卒以上の学歴をもつ者にしか門戸が開かれていないフォーマル・セクターの労働者にのみ政府の政策によって一定の保護を与えることは、個々の世帯に子弟を中学や高校にまで進学させるインセンティブを与える方法としてかなり有効に機能してきた。フォーマル・セクターで働く者は、法定解雇手当によって雇用の安定度が高められており、法定最低賃金制度によって最低でも物価上昇分は賃金が毎年上昇することが期待でき、さらには社会保障制度によって生活の安定度も高められているため、フォーマル・セクターで働くことができるかどうか多少の不確実性はあっても、子弟を中学や高校にまで進学させようと多くの世帯が考えるようになったのである¹²。

(3) インフォーマル・セクターを対象にしたSSN

都市部のインフォーマル・セクターに対しては、低所得者用住宅の建設や職業斡旋など、広義のSSNには含まれるような政策も行われてはいたが、それらのプログラムを利用したのは都市部のインフォーマル・セクターに従事する人たちの一部に過ぎなかった。そのため、この層に対して政府が管理・運営するSSNは非常に未整備な状態にあったといえよう。

前述したように、本節では零細農民もインフォーマル・セクターに属するものとして扱っているが、零細農民については、都市部のインフォーマル・セクターに比べればいくつかのSSN的なプログラムが政府によって行われていた。経済危機以前のタイの農村部において政府が行った政策でSSN的な役割を果たしていた主なものとしては、医療費の減免、政府奨学金制度、農村開発事業が挙げられる。以下、それぞれについて解説する。

¹² 浅見(2003)

医療費の減免

1980年代に共産主義対策の一環として、共産主義の浸透が特に懸念された地域を中心に、「低所得者のための医療費免除証」(バット・ソククロ・サムラップ・プー・ミー・ラーイダイ・ノイ、以下「医療費免除証」)が農民たちに配布された。タイ政府は農民の所得を把握する手段を持っていなかったため、まず農民たちの生活水準が特に低いと考えられる郡を選び出し、その郡内にある各集落の集落長に対して、「医療費免除証」を必要とする世帯を報告させ、その世帯に対して「医療費免除証」を発行するという方法をとった。「特に貧しいと考えられる郡」は、共産主義の浸透が懸念される郡とほぼ一致しており、農民の支持を共産ゲリラではなく、政府側に留めて置く効果が期待されたのである。

「低所得者のための」と名付けられてはいるものの、実際にはどの世帯に対して「医療費免除証」が発行されるかは集落長の判断に任されることになった。このため村人のほぼ全員が「医療費免除証」を取得した集落も少なくなかった。

「医療費免除証」を持っている者は、国営の病院に行けば無料で治療を受けられることになったが、病院の多くは、「医療費免除証」をもつ患者を歓迎せず、これを使う患者の待ち時間を一般の患者よりも長くしたり、高額のコストがかかる治療は行わないなどして、使用者の数を減らそうとした。

このため、「医療費免除証」を持っていてもそれを使わない者が多くなり、これを使うのは極貧の農民たちだけに限られていくようになった。こうした状況の中で、極貧ではない農民たちを対象に発行されるようになったのが、「健康証」(バット・スカパーブ)である。「健康証」は、毎年1世帯当たり500バーツ(当時の最低賃金の約7日分)を支払えば、世帯員の医療費が年間6回までは無料になるというものである。「健康証」を使う患者を一般の患者と同じように扱うよう公衆衛生省が各病院に通達したこともあり、「医療費免除証」を使う場合よりも病院側の対応がよかったことから、普及率は県によってかなりのばらつきはあるものの、ある程度生活に余裕のある世帯を中心に、「健康証」は農村部で徐々に普及していった¹³。

公衆衛生省の資料によると、1991年の時点では農村部在住者の21%が「医療費免除証」を持っていたのに対し、「健康証」を持っていたのは2%にすぎなかった。それが1996年には「医療費免除証」の所持者は16%に減少し、「健康証」の所持者は20%に急増した。しかし経済危機によって「医療費免除証」の発行数は再び増加し、2001年には農村部在住者の39%が「医療費免除証」をもつようになった。なお、「健康証」の所持者は、2001年には農村部在住者の27%になっている。「医療費免除証」も「健康証」も農村部での普及率が都市部を大きく上回っており、都市部においては「医療費免除証」の所持者の割合は、1991年は7%、1996年は5%であり、「健康証」の所持者の割合は、1991年が1%、1996年が10%であった¹⁴。

政府奨学金制度

官僚を養成するために、優秀な学生を海外の大学や大学院に留学させるための政府奨学金制度は20世紀前半からあったが、貧困家庭の子女を国内の中学や高校に進学させるための政府の奨学金制度が導入されたのは1996年のことである。

¹³ Thanawan (1988)

¹⁴ Suwit (2002) Chapter 6., table 6.57.

年収15万バーツ以下の世帯の子どもが対象とされ、中学・高校生の場合は年間55,440バーツまで、大学生の場合は10万バーツまでの奨学金を学校に通っている間、政府から借りることができる。返済は、卒業2年後から15年以内に1%の利子をつけて行うことになっている。ただしタイ政府は、各世帯の所得を正確に把握する手段を持っていないため、年収15万バーツという基準は実際は厳密に適用されていない。1996年1月から9月までのバンコクの最低賃金は日給145バーツで、そのほかの県の多くでは130バーツであった。毎月25日最低賃金で働くとする、バンコクでは43,500バーツ、地方では39,000バーツの年収になる。夫婦2人が共稼ぎしてもバンコクでは87,000バーツ、地方では78,000バーツにしかならない。前節で指摘したようにタイではフォーマル・セクターでも工場労働者の多くが、最低賃金かそれを少しだけ上回る賃金しか得ておらず、農民だけでなく、工場労働者の子弟ほぼ全員がこの奨学金制度の対象となる資格を有していることになる。しかもこの所得基準を満たしているかどうかは厳密に審査されなかったため、実際には中間層の多くもこの奨学金制度を利用できることとなった。

なお、この政府奨学金制度は、1992年から1995年にかけて政権を担当したチュアン政権の目玉政策の1つとして導入が準備されたものである。チュアンが党首を務める民主党は、バンコクと都市化率がほかの地域よりも高い南部を主な支持基盤としており、中間層の人气が高かった。当時タイの中間層の多くは、農村部で汚職議員が当選するのは農民たちの教育レベルが低いからだと考えており、タイの政治をよくするためには農村部の教育レベルを上げる必要があると考えていた。また1980年代後半からの高度成長によって、高卒や大卒の学歴をもつ労働力が不足するようになり、タイ経済が成長を続けるためには進学率を上げる必要があると考えられるようになっていたこともこの制度の導入を後押しすることになった。

農村開発事業

タイでは、農村開発事業にもSSN的な役割を果たすことが期待されていた。農村での雇用機会を増やし、都市で職を失った者も農村に帰ればしばらくは暮らしていける状況を維持することによって、農村でのSSNとしての役割が維持・強化できると考えられたのである。また特に、各農村に立案から実施まで任されるタイプの公共事業は、村落の共同体的つながりを強化することになると考えられていた。

しかし、村が独自の社会福祉的な制度を作り出した事例は非常に少なく、村落共同体の相互扶助機能といっても、実際には親族内のインフォーマルな相互扶助が行われているにすぎない場合がほとんどであった。

都市のインフォーマル・セクターと農村との間には高い労働の流動性があることをタイ政府は強く認識しており、バンコクに貧しい農民が大量に押し寄せて、都市の過密化問題に拍車をかけることを避けるためにも、都市のインフォーマル・セクターに対するSSN的な政策よりも、農村部を対象としたSSN的な政策に力を入れたのである。

しかし、農村部を対象としたSSNは都市部のフォーマル・セクターの下層部を対象としたSSNに比べると、あまり充実していたとはいえない状況にあったといえよう。

3-2-4 通貨危機がタイのSSNに与えた影響

(1) SSNに対する関心の高まりとSSNの「政治化」

1971年から5年ごとにタイの国内総生産（GDP）の年平均成長率を計算すると、1971～75年は7.1%、1976～80年は8.8%、1981～85年は6.1%、1986～90年は12.8%、1991～95年は10.2%、1996～2000年は0.3%になる。1980年代前半に少し減速したものの、少なくともGDPの成長率を見る限りにおいては、タイ経済は1960年代から1990年代半ばにかけて順調に成長してきたと言えよう。特に1980年代後半から1990年代前半にかけては、プラザ合意によって自国通貨の為替レートが上昇した日本・韓国・台湾から大量の直接投資が流れ込み、高度経済成長が続いた。ところが1997年のアジア通貨危機によって景気は一転し、深刻な不況に見舞われることになった。

1997年の通貨危機はタイのSSNに大きな変化をもたらした。まず第1にタイ人のSSNに対する関心をそれまでとは比べものにならないほど高めることになった。タイでSSN（クロンカーイ・クワームプロートパイ・ターン・サンコム）という言葉がよく使われるようになったのも通貨危機以降のことである¹⁵。

通貨危機以前においては、SSNは、経済が発展すると整備することができる「贅沢品」としてみられたり、または社会的弱者への「恩恵」と見られることが多かった。特に自分たちがSSNの恩恵にあずかるようなことはまずないだろうと考えていた中間層以上の人たちの間では、SSNはあった方がいいが、なくても国の経済全体に大きな影響を与えるようなものではないと考える人が多かった。しかし通貨危機以降は、SSNは経済を順調に発展させていくためには必要不可欠なものという考え方が強くなり、それまでは一部の人たちしか関心を持っていなかったSSNに大きな関心が寄せられるようになったのである。また通貨危機によって大きな打撃を受けた中間層の間に、できれば自分たちもSSNを利用したいと考える人たちも増えるようになった。

第2に、通貨危機は、SSNの整備に対する海外からの援助資金を殺到させることになった。世界銀行やADB、それに日本政府は、SSN整備のためとして多額の資金援助を申し出たため、タイの各省庁は競ってSSN整備のためのプロジェクトを提案するようになった。しかし実際には、その多くはすでにそれまで各省庁が手がけてきていたプロジェクトをSSNとしての役割を強調するような形で少しだけ手直ししたものが多かった。それでもとにかくSSNに関連づければ多額の予算を獲得することができるというので、SSN関連のプロジェクトは官僚だけでなく、政治家たちの関心も集めるようになったのである。

そして第3に、SSNに対する人々の関心もその整備に使われる予算も急増したことによって、SSNの整備は、選挙の際の重要な争点ともなるようになり、「政治化」することになった。次節で述べるように、2001年1月に行われた総選挙で、タイ愛国党（パック・タイ・ラック・タイ）の党首タクシンは、SSNに関する政策を重要な公約の1つとして掲げた。そのことがどの程度の集票効果を持ったのかを測定することは難しいが、タクシンが率いるタイ愛国党は、この総選挙に圧勝し、選挙に惨敗した民主党党首チュアンに替わって、タクシンが首相になったのである。

金融危機以前は、SSNに関心を寄せるのはフォーマル・セクターの下層に属する人々や、労働社会福祉省の官僚くらいしかいなかったのが、金融危機以降は、首相もほかの省庁の大臣や官僚も、さらには中間層や中間層を主な顧客とするマスコミも大きな関心を寄せるようになったのである。

¹⁵ Narong (1999)

(2) 通貨危機に対応して実施された緊急プログラム

1997年11月、通貨危機を招いた責任を取らされる形でチャワリット首相は辞任を余儀なくされ、替わって中間層の間で人気の高かった民主党党首のチュアンが再び首相に就任した。チュアンは、1992年から1995年に首相を務めた際に大胆な改革を実行できずに中間層や財界を失望させた苦い経験から教訓を学んだこともあって、首相に再度就任してからは様々な改革を次々と行った。チュアンは国際通貨基金（IMF）の勧告を全面的に受け入れ、徹底した規制緩和と緊縮財政によって経済危機からの脱出を図るという選択肢を選んだ。

チュアン政権下で行われたSSN強化のための緊急プログラムは大きく2つに分類することができよう。1つはいわゆるバラマキ型公共事業による雇用機会創出を目指したもので、そしてもう1つは従来からあった都市のフォーマル・セクターの下層部を主な対象としたSSNの拡張である。前者は、主に農村部で行われた。日本から与えられたいわゆる「宮澤ファンド」は、短期間で予算を消化することが求められたこともあって、タイ全国の集落に人口や経済状況などに関係なく一律に10万バーツずつ配分して、各集落に公共事業を行わせるなど、その多くが典型的な「バラマキ型」公共事業に使われた。世界銀行やADBなどが支援する形で行われた社会投資基金プロジェクトでは、1,200万ドルの資金が参加型農村開発プロジェクトに注ぎ込まれた。社会投資基金は、各集落が独自に作成したプロジェクトを提出させ、その中から経済危機の社会的影響の緩和の効果が大きいと判断されたプロジェクトに対して資金を供与するという方法で行われた。当初は厳しく審査が行われたが、審査を厳しくすると資金を受けられるプロジェクトの数がなかなか増えず、予定期間内に予算を消化することができなくなることが明らかになったため、2年目からは審査基準が大幅に緩和された。「宮澤ファンド」や「社会投資基金」は、道路の整備や貯水池のまわりの植林などの公共事業のほか、様々な職業訓練プロジェクトにもその資金の一部が使われたが、そうした職業訓練プロジェクトの多くは、理髪、洋裁、機械修理と言ったそれまで長年にわたって職業訓練学校や政府機関によって手がけられていた分野のものであり、すでにそれらの技術を持った人の数が需要を大きく上回っていたため、数週間から数カ月間学んでも職に就くことができることは稀で、あまり成果はあがらなかったというのが一般的な評価である。

「宮澤ファンド」や「社会投資基金」によって農村部で行われた雇用創設型の事業がどの程度SSNとしての役割を果たしたかを厳密に測定することは難しいが、大まかな推計をして見ることにしたい。

表3-6に示した1997年2月と1998年2月に建設業で働いていた人の数を比較すると、1998年2月の方が約94万人も少ないことがわかる。建設業は経済危機の打撃を最も大きく受けた業種の1つであり、数多くの職が失われたことがわかる。同じ時期にサービス業で働く人は約33万人、商業で働く人は約14万人と逆に増えたが、建設業やその他の産業で失われた働き口を相殺するにはならず、就業者数は約85万人減少している。この間農業に従事する人の数は、約30万人減っており、都市で職を失った人が大挙して農村に戻るという現象は1998年2月まではまだあまり見られなかったことがわかる。

しかし農業に従事する人の数は、1998年2月と1999年2月を比較すると約91万人、1998年5月と1999年5月を比較すると実に約186万人も増えている。ところが1998年8月と1999年8月とでは農業に従事する人の数は逆に約91万人減っている。同じ傾向が2000年についても見られる。2月と5月の農業従事者は1998年を上回っているものの、8月は1998年を下回っているのである。

タイでは2月と5月は農閑期に当たり、8月は農繁期にあたる。農繁期の8月に農業に従事している人

表3 - 6 産業別就業人口の変化（1989～2000年）

単位：千人

年/月	就業者総数	農業	製造業	建設業	商業	運送業	サービス業	その他
1989 2	26,297.4	15,073.8	3,173.0	1,018.0	3,102.0	715.5	3,022.4	192.3
5	27,272.6	15,584.3	3,370.1	1,105.8	3,167.7	717.7	3,151.7	174.8
8	30,615.6	20,402.0	2,770.1	718.3	2,921.7	663.6	2,957.2	182.4
1991 2	27,302.1	13,990.5	3,850.6	1,646.0	3,505.6	841.4	3,278.1	189.5
5	28,135.4	13,988.1	4,090.4	1,865.9	3,698.2	900.2	3,348.1	244.1
8	31,138.4	18,777.4	3,465.1	1,178.4	3,477.2	834.0	3,225.8	180.2
1992 2	29,203.8	14,905.4	4,265.2	1,913.9	3,592.7	855.6	3,469.2	201.3
5	28,066.1	13,212.3	4,299.0	2,055.4	3,820.6	936.5	3,524.9	216.9
8	32,384.7	19,704.8	3,600.2	1,318.7	3,399.1	779.3	3,366.8	215.4
1993 2	29,207.1	14,294.4	4,396.8	1,755.3	3,909.1	938.7	3,685.1	227.3
8	32,152.6	18,244.6	3,961.1	1,475.0	3,704.2	879.4	3,667.9	220.0
1994 2	28,233.5	12,400.6	4,530.6	2,295.4	3,914.0	931.7	3,904.1	256.6
5	28,960.6	12,549.9	4,663.2	2,568.9	4,080.0	1,018.9	3,871.8	207.6
8	32,095.0	17,960.3	3,851.0	1,698.0	3,617.7	858.0	3,859.8	249.9
1995 2	29,055.1	11,848.9	4,839.5	2,649.1	4,274.5	1,025.8	4,142.8	274.2
8	32,575.0	16,929.3	4,376.9	1,846.0	4,094.5	986.6	4,121.7	219.8
1996 2	30,099.2	12,146.2	4,967.4	3,125.3	4,451.6	1,036.6	4,100.0	271.6
5	30,375.3	12,765.4	4,745.0	2,689.7	4,620.5	1,045.9	4,220.3	288.2
8	32,232.3	16,127.1	4,334.2	2,171.9	4,341.5	953.7	4,094.2	209.3
1997 2	30,266.3	11,938.0	4,996.4	2,983.5	4,602.6	1,098.5	4,399.8	247.1
8	33,162.3	16,691.2	4,291.9	2,020.7	4,601.1	980.3	4,342.1	234.6
1998 2	29,412.9	11,640.0	4,923.2	2,042.3	4,741.6	1,074.1	4,727.5	263.9
5	28,554.9	11,125.4	4,776.4	1,921.8	4,861.9	964.7	4,616.2	288.1
8	32,138.0	16,471.7	4,189.4	1,279.6	4,463.6	922.7	4,584.3	226.3
11	30,974.8	15,048.0	4,419.9	1,286.2	4,463.9	996.4	4,523.6	236.4
1999 2	30,024.5	12,552.9	4,858.2	1,560.2	4,818.8	1,086.6	4,888.7	258.8
5	29,832.2	12,984.2	4,654.3	1,474.9	4,794.9	1,011.2	4,673.5	238.9
8	32,087.1	15,563.5	4,394.6	1,285.6	4,736.1	989.2	4,892.4	225.2
11	31,397.8	14,888.5	4,537.9	1,286.5	4,787.1	946.9	4,719.4	231.0
2000 2	30,420.5	12,095.4	5,239.1	1,822.6	5,039.9	1,019.1	4,959.3	244.8
5	30,444.5	12,859.3	5,087.9	1,605.0	4,881.4	959.3	4,822.9	228.5
8	33,001.0	16,095.6	4,784.9	1,280.2	4,801.6	951.4	4,865.0	221.8

出所：National Statistical Office, Labor Force Survey, various issues

の数が増えておらず、逆に減少さえしていることは、8月の農繁期にも農村に帰らないで都市で働き続けていた人たちの間では、都市で職を失ったからといって、農村に帰った人はあまり多くないことを示すものだと言えよう。2月と5月に農業に従事している人の数が増えたのは、経済危機以降、農閑期に都市に出稼ぎに行く人の数が激減したことによると思われる。

この時期に農村部で行われた雇用創設プログラムは、タイの農村がもつ互助機能による余剰人口吸収能力と合わせ、それまで農閑期には都市に出稼ぎに行っていた人々を農村に留まらせることはかなりの程度できたものの、都市で定職に就いていた農村出身者が経済危機によってその職を失った場合の受け皿としては限られた役割しか果たすことができなかった、ということを示していると言えよう。

一方、都市のフォーマル・セクターで働く者を主な対象としたSSNについては、チュアン政権下で重要な変化があった。1998年12月に、IMFや財界の反対を押し切る形で社会保障制度を拡充し、老

齢年金と児童養育手当制度をスタートさせたのである。1990年に社会保障制度が発足した時点から、将来的には社会保障制度を老齢年金、児童養育手当、失業保険の3つの分野にも更に拡張することが計画されていたが、1998年の改革では、失業保険は「時期尚早」として発足が見送られ、老齢年金と児童養育手当制度だけがスタートすることになったのである。当初の案では、老齢年金と児童養育手当のための拠出金は労働者の給与の3%とし、従来の病気・怪我・出産・死亡の際の支払いのための拠出金である1.5%と合わせると、給与の4.5%に相当する分を、労働者・経営者・政府の三者がそれぞれ負担することになっていたが、経済情勢が厳しいことを考慮して、拠出金を1998年と1999年についてはそれぞれ2.5%とし、2000年については経営者と労働者は3.5%で、政府は2.5%、2001年以降は経営者と労働者は4.5%で、政府は2.5%とすることにした。

また、労働者の権利を強化した新労働保護法が1998年2月に公布され、8月から施行された。新労働保護法では、法定解雇手当が引き上げられた。これに対してはタイの財界や日本人商工会議所も反対したが、それを押し切る形で法改正が行われた。1998年の労働保護法改正では、法定解雇手当の引き上げのほか、労働時間の短縮と有給休暇の増加、女性労働者に対する保護の強化も行われた。

さらに2000年4月からは、それまで従業員10人以上の事業所のみには社会保障制度への加入を義務づけていたものを、従業員1人以上の事業所すべてに社会保障制度への加入を義務づけることになった。

3-2-5 ポスト金融危機のタイのSSN改革

(1) タクシン政権の登場

先に述べたように2001年1月に行われた総選挙ではチュアンの率いる民主党は惨敗し、タクシンが率いるタイ愛国党が第1党となった。

タイのGDP成長率は、1998年にはマイナス10.2%と大きく落ち込んだものの、1999年には4.2%に回復し、2000年も4%前後の成長を記録し、GDPの成長率を見るかぎりではチュアン政権の下で、当面の危機を脱することに成功したようにも見える。しかし当面の危機は脱したものの、一般の労働者だけでなく、中間層の雇用情勢もあまり好転せず、株価も低迷したため、大量倒産と大量レイオフという大きな犠牲を払った割には、成果が少ないという不満が中間層や労働者の間に高まるようになっていたのである。また財界にも、IMFの勧告を忠実に守り、緊縮財政政策を採り、公共事業による景気拡大策を取ることに消極的な姿勢をとり続けたチュアン政権に対して不満を抱く者が増えていた。

そうした状況の中でIMFとチュアン政権の経済政策を鋭く批判し、積極的な財政政策と大胆な行政改革の必要性を訴えたタクシンが率いるタイ愛国党は、農村部でも都市部でも多くの票を獲得することに成功したのである。タクシンは、SSNについても、選挙運動期間中から様々な新しいアイデアを盛んに語った。

2001年1月の総選挙においてタクシンが掲げた三大公約は、タイ中の各集落（ムーバーン）に100万パーツずつ配布して、それを基にして各集落に「集落開発基金」を設置する、農民が政府系金融機関に対して負っている負債については3年間の支払い猶予期間を与える、医療費を一律30パーツ（約90円）にする、というものであった。この3つの公約はどれもSSN的な政策と言えよう。

「集落開発基金」は、各集落に一律に10万パーツ（約30万円）が配布された「宮澤ファンド」が、そのSSNとしての効果はともかく、その資金の運用を実質的にまかされた各集落の集落長（プー・ヤイ・バーン）たちには非常に評判がよかったことに目をつけたものである。その額を一挙に10倍にし

たプロジェクトを実行することを約束することによって、農村部の有力者たちの支持を獲得しようとしたのである。

ワクシンは政権に就いてから、財政赤字の拡大をおそれる財務省の官僚たちに多少の譲歩はしたものの、上に挙げた3つの公約を基本的にどれも実行したため、政権発足から2年以上経った現在でも、ワクシン政権は特に農村部において高い支持率を保ち続けることにはかなりの程度成功している。

(2) ワクシン政権下のSSN改革

従来タイのSSNは、労働市場の三重構造を反映して、フォーマル・セクターで働く者向けのSSNとインフォーマル・セクターで働く者向けのSSNに二分される形で運営されてきたことはすでに指摘したが、ワクシン政権下では、主に農村を対象としたバラマキ型の公共事業による雇用創出プログラムをこれまで以上に強化する一方で、それまでは都市のフォーマル・セクターのみを対象としていた社会保障制度にインフォーマル・セクターで働く者も対象とする方向で改革が進められており、従来のSSNの二重構造を突き崩すような動きも見られる。

その大きな契機となっているのが、医療費一律30パーツ・プロジェクト（以下、医療費30パーツ制度）である。医療費30パーツ制度は、この制度に参加する医療機関に事前に登録している患者は、いくつかの例外はあるものの、ほとんどの病気や怪我についてその種類に関わらず、初診料30パーツを払うだけで治療を受けることができるというプロジェクトである¹⁶。社会保障制度にすでに加入している者や公務員共済制度への加入が義務づけられている公務員は、このプロジェクトの対象外とされているので、このプロジェクトはインフォーマル・セクターで働く人々（農民も含む）を対象にしたものである。農民や都市のインフォーマル・セクターで働く人々の間では急速にこのプロジェクトの利用が進んでいる。

しかし、医療費一律30パーツ制度はもともと制度的に矛盾を含んでいると言えよう。30パーツ（約90円）しか払わないこのプロジェクト参加者に対して、各病院がほかの患者よりも悪い扱いをすれば、1980年代に導入され、その後あまり評判がよくなってしまった「医療費免除証」の二の舞になり、利用者は増えなくなり、またこの制度を導入したワクシンの人気の向上にも役に立たなくなってしまう。しかし逆にワクシンの指示に各病院が本当にしたがって、このプロジェクト参加者をほかの患者と全く対等に扱えば、従来からの社会保障制度を使って治療を受けている人たちの間で不満が高まってしまう。負担額の算出の仕方がケースごとに異なるため単純な比較は難しいが、ほとんどの場合において、社会保障制度を使って医療サービスを受ける方が、医療費30パーツ制度に加入するよりもかなり割高になるのである。

こうした問題を解決する方法として考え出されたのが、医療費30パーツ制度と社会保障制度、そしてさらに公務員共済制度を1つに統合してしまうという案である。ワクシン政権は、「国家健康保険法案」を急いで作成し、2002年10月には国会を通過させた。この「国家健康保険法」によって、医療費30パーツ制度は国家健康保険基金として改組されることになった。この「国家健康保険法」には、近い将来に公務員共済を全国健康保険基金に統合し（第8条）、社会保障制度も国家健康保険基金に統合することを検討する（第10条及び11条）と書かれている。

国家健康保険基金に、医療費30パーツ制度、社会保障制度、公務員共済制度をすべて統合させる

¹⁶ 対象外とされるのは、人工透析、不妊治療、中絶手術、美容整形、性転換手術、実験段階にある治療法、差額ベッド代などである。エイズの治療については、「実験段階にある治療法」にあたるとして制度の対象外とされている。

ことには、賛否両論の声があがっている。公衆衛生省の官僚の中には、これは国民皆保険制度を実現するものだと高く評価する声強い一方で、労働団体は社会保障制度の国家健康保険基金への統合には強く反対する立場を取っている。労働省の官僚の間にも統合反対の声の方が強い。こうした意見の対立は、健康保険のあり方に対する理念の違いによるところもあるが、多額の資金が集まる社会保障制度は現在労働省の管轄であるのに対し、それが国家健康保険基金に統合されれば、管轄が公衆衛生省に移ることになるのを公衆衛生省は歓迎し、労働省は不快に思うという省庁間の縄張り争的な面もある。また、労働団体においては、社会保障制度について労働団体、経営者団体、官僚それぞれの代表からなる三者構成の委員会が設置されるなど、労働団体の意向を表明する制度的なチャンネルが確保されているのに対し、国家健康保険基金については、今のところ労働者団体にそのような制度化された意見表明のチャンネルが用意されていないことに対して強い不満がある。また、医療費30パーツ制度の赤字を社会保障制度の黒字で埋め合わせをしようとしているのではないかという疑念を抱いている労働指導者や公務員共済関係者も少なくない。このため、国家健康保険法は成立したものの、本当に予定通りに社会保障制度と公務員共済制度が国家健康保険基金に統合されるかはっきりとした見通しを立てるのは現状では難しい状況にある。

タクシン政権のSSN改革のもう1つの目玉は、失業保険の導入である。先述のとおり、1990年に社会保障制度が導入された際に将来的に失業保険制度を導入する方針が打ち出され、労働団体は、1990年代を通してずっと失業保険制度の導入を政府に要求し続けてきた。歴代政府は「時期尚早」としてその導入を先延ばしにしてきたのであるが、タクシン政権は2004年1月から失業保険制度をスタートさせることを決定した。

2003年5月現在の政府案では、失業保険制度については、経営者と従業員がそれぞれ従業員の月給の0.5%を、政府は0.25%を、社会保障基金に積み立てることになっており、自発的離職者は離職前の給与の50%を90日間か、30%を180日間、非自発的離職者は、離職前の給与の50%を180日間受け取ることができることとされている。しかし経営者団体、労働者団体共に積立金の分担に関して不満を表明しており、今後の交渉によって細部については変更される可能性もある。なお、失業保険を受け取ることができるのは以下の7つの条件を満たしている場合に限るとされている。それらは、失業する前の15カ月の内6カ月以上失業保険料を支払っている、雇用局に求職者として登録している、雇用局から提供される仕事に対して、働く意志を持っている、技術訓練に参加する意志がある、毎月最低1回は雇用局を訪れること、前職を業務上の過失や就業規則違反、意図的に雇い主に多大の損害を与えた、などの理由によって解雇されたのではないこと、年金支給を受けていない、である。

このように、タクシン政権下では、農村部を主な対象としたパラマキ型公共事業による雇用創出型プロジェクトの強化（村落開発基金）都市のフォーマル・セクターで働く者を主な対象とする社会保障制度の一層の充実（失業保険制度の導入）が行われると共に、医療保険分野においては、それまでのフォーマル・セクターを対象としていた社会保障制度とインフォーマル・セクターを対象とする医療費30パーツ制度を統合して国民皆保険を目指す動きまで見られる。そしてタクシンは、こうした一連のSSN拡充政策を政権の目玉政策として重要な位置づけをしているのである。

3-2-6 タイのSSNに対する日本の援助のあり方について

最後に前節までの考察に基づいて、日本がタイのSSNに対して援助を行う際に注意すべき点をいくつか指摘しておくことにしたい。

SSNに関する制度作りは、現在のタイにおいては非常に「政治的な」イシューであることをしっかりと認識すること。

前節で述べたように、1997年の通貨危機以降、SSNに対する国民各層の関心が高まっており、総選挙などでもSSN政策が大きな争点の1つとなるまでになっている。SSNがその時々政権の目玉政策の1つとなっている場合、その政策を日本が支援することは、その政権を支援することのように国民の目には映る可能性もあることに対して十分注意を払う必要がある。

労働市場の三重構造、SSNの二重構造の存在に留意すること。

戦後日本のSSNは、1億総中流化社会とも呼ばれたような状況で形成、運用されてきたのに対し、タイでは、フォーマル・セクター向けのSSNとインフォーマル・セクター向けのSSNの統合が医療保険の分野では最近試みられるようになってはいるものの、ほかの分野においては依然として両者のSSNはかなり異質なものとして存在している。日本がタイのSSNに対して支援を行う場合、日本の制度や経験を伝授することをまず考えるのはある意味では当然のことであるが、日本の制度や経験を「輸出」することに過度にこだわるべきではなかろう。**社会構造の違いから、おそらく日本のSSNの制度をそのままタイに移植してうまくいくものはあまり多くない**と思われる。日本のSSNの制度のうち、タイにとって参考になる部分は受け入れ、ほかの部分については日本以外の国の制度を参考にし、それらを組み合わせたものをタイの状況に合うような形に調整するという作業が必要であろう。日本がSSNを構築した際も、社会構造の異なる欧米諸国の制度を比較参考しながら、それぞれの制度の中からいろいろな部分を取り入れ、それらを組み合わせて日本の状況にあった制度にしていくという経験をしたはずである。SSNの分野においては、日本の制度をそのまま「輸出」することばかりを考えるよりも、かつて日本が他国から様々な「部品」を「輸入」して組み立てた経験も伝えるようにすべきであろう。

3-3 フィリピンにおけるSSN（野澤勝美）

3-3-1 SSN整備の背景と構造

1985年後半以降のフィリピン経済社会の特徴は、政治の混乱とその修復、及び経済の低迷とその再建であった。この間、周辺の東南アジア諸国は高度経済成長を遂げ、フィリピン経済は大幅な遅れを取るようになった。これはまた、本来ならば経済発展の受益者となるフィリピン国民大衆にとって大きなマイナスの影響をもたらした。また、1990年代に入るとフィリピンは世界的潮流である経済のグローバル化への対応も余儀なくされるようになった。内外からのインパクトへの対処として、状況に対応できない弱者救済が焦眉の急として認識されるに至った。以上の認識の基、本節ではフィリピンにおけるSSNの構造を明らかにすることを目的とする¹⁷。

¹⁷ 本稿は、2001年3月及び2003年3月にフィリピン・マニラにおける調査をもとにして執筆したものである。現地における調査に際しては、以下の関係者を始め多くの方々からご意見、ご教示を頂いた。あらためて謝意を表する次第である。

Ms. Maria Ma. Teresa M. Soriano, Executive Director, Institute for Labor Studies (ILS), Department of Labor and Employment (DOLE); Maria Ofelia O. Alcantara (MD), Head Executive Assistant, Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth); Dr. Mari-bel D. Ortiz, Economic Research Department, Social Security System (SSS); Rosario G. Manasan, Research Fellow, Institute for Development Studies (PIDS); Dr. Cynthia Bautista, Executive Director, Center for Integrative and Development Studies, University of the Philippines (UP-CIDS).

フィリピン経済再建に際しては、国際金融機関の主導のマクロ経済調整政策、すなわち構造調整政策が適用された。この過程で、1980年代後半から1990年代初期にかけてSSNの概念が導入された。世界銀行によれば、「フィリピンにおけるSSNは貧困除去における再分配及びリスク削減の作用を企図した各種の移転プログラムを包含する」としている¹⁸。SSNに関する論議は、1995年フィリピン議会におけるウルグアイ・ラウンド協定の批准に際しても、経済のグローバル化でマイナス影響を受ける階層に対するセーフティ・ネット構築がその条件となっている¹⁹。この場合のSSNは均衡成長、規制緩和という改革路線を支援するための、予測できる不確実な事態に対応する中長期的視点で考察した通常プログラム（regular program）と規定される²⁰。

ところが、これらSSNは1997年アジア通貨危機の余波によって新たな対応を迫られることになった。本節では、この場合のSSNを天災、緊急事態、及び社会経済的破局に直面した貧困者層に対し、事態を克服する能力を付与する暫定プログラム（temporary program）と定義し²¹、これを前述の通常プログラムとは別個のものとして位置付ける。

以上の認識にたち、本節では1990年代のフィリピンを取り上げることとし、まず3-3-2節ではフィリピンにおける経済危機の変遷を説明し、その背景を基にして、次にフィリピンにおけるSSNのうち通常プログラムに焦点を置き、その特徴及び問題点など基本課題を分析する。このため3-3-3節においてはインフォーマル・セクターを対象とした通常プログラムを、3-3-4節においては、フォーマル・セクターを対象とした通常プログラムについて特徴、問題点を明らかにする。3-3-5節では、社会保障制度の普及と課題について述べる。これら全体を通じ、フィリピンにおけるSSNの構造の全体像を把握することとする。

3-3-2 「複合的危機」と「湾岸危機」

(1) 構造調整下の経済概況

本節では1990年代以降のフィリピン経済危機を扱うが、最初にその前段にある1980年代の経済概況を振り返って見る。フィリピンは幾多の困難に直面してきた。これらはその都度、「フィリピンの危機」として内外の耳目を集めた。ここでは経済面に絞ってこの危機の構図を短描してみる。まず、マルコス政権（1965～86年）末期の1981年に発生したディユーイ・ディー事件に端を発する金融危機²²が挙げられる。引き続き1983年のアキノ上院議員暗殺事件を契機に深まった政治と経済の複合的混迷は1984年、1985年の経済混乱をもたらした。1985年10月には中央銀行が対外債務返済のモラトリアム宣言をし、危機は頂点に達した。これら1980年代前半の「複合的危機」に際しては、直接的な影響を被ったのは貧困層のみならず近代部門の工業労働者でもあった。政治的指導力の欠如、外国援助機関の様子待ちの中で困窮者に対する救済政策は手詰まりとなった²³。かかる状況下、政府は

¹⁸ Poverty Net World Bank Webpage, Bautista *et al.* (2000), p.116.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Manasan (2001), p.5.

²¹ 「暫定プログラム」以外にも、「移行プログラム」(transitory Program) [Manasan (2001)]あるいは「特別プログラム」(special Program) [Lim (1999)]などの呼称がある。

²² 華人系ビジネスマンがマネーマーケットから6億ペソ調達し持ち逃げした事件。これにより一部金融機関では取り付け騒ぎが生じた。

²³ アキノ事件による不透明となった政治的先行きに対応した資本逃避が横行し、1983年10月フィリピン中央銀行はモラトリアム宣言をした。翌1984年には景気は極度に低迷し、企業部門では従業員のレイオフが相次いだ。

なすすべもなく政治的緊張が高まり、1986年にマルコス政権はついに崩壊した。

さて、1990年代に入ってからアキノ政権（1986～92年）で危機は生じた。1990年湾岸危機、1991年湾岸戦争時におけるフィリピン経済の停滞である。逆説的であるが、同政権下における構造調整政策が危機を招来したのである。湾岸戦争による石油価格高騰が危惧される状況の中で、IMFによる経済安定化プログラム（1991～92年）が課した政策条件が厳し過ぎた²⁴。景気引締策としての金融引締めはクラウディングアウト²⁵を引き起こし、国内金利を上昇させた。この結果、国内債務の金利負担が増大し新たな債務問題が生じたばかりではなく、経済社会開発、社会保障に向けた予算財源は極めて限定されたものになった。政権末期の1991年を見ると、GDP成長率はマイナス0.6%に落ち込んだ。国内資本形成はマイナス17.3%と、投資の低迷が著しかった。逆にインフレ率は18.5%にも上昇した（表3-7）。フィリピンにおける「湾岸危機」であった。

アキノ政権の後継政権であるラモス政権（1992～98年）は、前政権が策定した経済再建シナリオを引継ぎ、経済改革を進めた²⁶。ラモス政権の最大の功績は開発優先の国民的合意の形成を図った点である。後述の1993年民衆経済サミット開催はこれを象徴するものであった。構造調整下の経済政策では、金融、財政の両部門で大きな進展があった。金融部門では1993年に新中央銀行法、1994年には外国銀行参入自由化法が制定された。財政部門では、1997年には個人所得税、法人税などの改革を盛り込んだ包括的税制改革法が成立し、包括的税制改革プログラムの法的整備が完了した。一連の改革効果が顕在化し、GDP成長率は1994年には4.4%と持続的成長軌道に復帰し、1997年の5.2%までこれが続いた。財政状況を見ると総合公共部門収支は1996年に黒字転換を果たした。インフレも1992年以降は1桁台が続いてきた。外国投資の流入で外貨準備高は1996年には111億ドルと念願の100億ドル台を達成した（表3-7）。成長と均衡の好循環に入ったのである。これは、「改革主導型の発展モデル」の成果といえよう。

以上、ラモス政権期におけるフィリピン経済の持続的成長軌道への復帰は改革主導の政策運営がもたらしたものである。しかしながら、この背景には同時期に好調であった東アジア経済、IT産業の急速な発展もあった。フィリピン経済をめぐる経営環境がフィリピンに追い風となったのである。

（2）貧困者比率と所得分配

上記においてアキノ政権以降の構造調整下フィリピン経済の概況を中心に、その下で発生した経済危機についてマクロ経済指標から述べた。次に、これらが国民大衆にどのように波及したかを貧困者率、所得分配から見る。

アキノ＝ラモス両政権期の12年間について家計調査（FIES）を基にした貧困比率を見ると、全国平均では1985年の49.3%から1997年の36.8%に12.5ポイント低下している。これはこの期間の経済基盤に底上げが進んだことを意味する。とりわけ都市部では37.9%から21.5%にと16.4ポイントも低下した。しかしながら農村部では56.4%から50.7%にと5.7ポイント程度の低下に止まり、貧困対策

²⁴ この間の経緯に関しては以下の論文を参照。野澤勝美（1992）「最後につまづいたアキノ政権：債務返済優先の緊縮財政で国民の不満増大」、『世界週報』7月7日号。

²⁵ 政府の財政支出が増大し、民間投資が押しつけられ減少することを指す。

²⁶ ラモス政権による経済政策の概要に関しては以下の論文2編を参照。野澤勝美（1997）「第8章フィリピン：顕在化した改革効果」北村かよ子、田中常雄編『アジア経済を点検する 共通の構造的課題に挑戦する9カ国』（アジア経済研究所）。

²⁷ National Statistical Coordination Board (2000a), Philippine Poverty Statistics, January.

表3-7 フィリピンの主要経済指標(1991~2002年)

	単 位	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
実質GNP成長率	%	0.5	1.6	2.1	5.3	4.9	7.2	5.3	0.4	3.7	4.8	3.4	4.7 ⁽⁴⁾
実質GDP成長率	%	-0.6	0.3	2.0	4.4	4.8	5.9	5.2	-0.6	3.4	4.4	3.2	4.6 ⁽⁴⁾
産業別	%												
農林漁業		1.4	0.4	2.1	2.6	0.8	3.1	2.9	-6.6	6.5	3.4	3.7	3.5
工業 (うち製造業)		-2.7	-0.5	1.6	5.8	7.0	6.3	6.1	-1.7	0.9	4.9	1.3	2.9
サービス		-0.4	-1.7	0.7	5.0	6.8	5.6	4.2	-1.1	1.6	5.6	2.9	3.7
支出別	%												
民間消費		2.2	3.3	3.0	3.7	3.8	4.6	5.0	3.4	2.6	3.5	3.6	3.6
政府消費		-2.1	-2.1	6.2	6.1	5.3	5.2	1.6	-1.9	6.7	6.1	0.3	-0.1
国内総資本形成		-17.3	7.8	7.9	8.7	3.0	15.5	11.7	-16.3	-2.0	5.5	1.3	-4.6
輸出		6.3	4.3	6.2	19.8	12.0	20.3	17.5	-21.0	3.6	17.7	-5.2	1.4
輸入		-1.1	8.7	11.5	14.5	16.0	21.1	14.4	-14.7	-2.8	4.0	-0.8	-1.8
1人当り実質GDP成長率	%	-2.1	-1.0	-0.4	2.7	2.5	4.5	-1.0	-2.7	1.1			
1人当り名目GNP	ドル/人	717	825	826	958	1,084	1,200	1,167	912	1,045	1,009	944	
貿易収支(含むsvc)	100万ドル	-3,212	-4,695	-6,223	-7,850	-9,090	-11,342	-11,127	-28	2,247	4,806	809	
GNP比	%	-7.0	-8.7	-11.2	-11.9	-11.9	-13.0	-12.8	0.0	2.8	6.1	1.1	
経常収支(含むsvc)	100万ドル	-869	-868	3,016	-2,950	-3,297	-3,953	-4,351	1,546	7,363	8,459	4,603	
GNP比	%	-1.9	-1.6	-5.5	-4.5	-4.3	-4.5	-5.0	2.3	9.2	10.7	6.1	
総合公共部門収支 ⁽¹⁾	10億ペソ	-26.1	-26.0	-25.9	-8.3	-4.1	7.3	-24.1	-83.2	-100.5	-156.4	-172.2	-178.1
GNP比	%	-2.1	-1.9	-1.7	-0.5	-0.2	0.3	-1.0	-3.0	-3.2	-4.7	-4.7	-4.6
外貨準備高(年末)	100万ドル	4,526	5,338	5,922	7,122	7,762	11,745	8,768	10,806	15,107	15,024	15,658	16,117 ⁽⁵⁾
対外債務残高(年末)	100万ドル	29,956	30,934	34,282	37,079	37,778	41,875	45,433	47,817	52,210	52,060	52,355	
GNP比	%	65.0	56.9	62.0	56.4	49.6	48.5	52.7	69.4	65.1	65.5	69.3	
うち短期債務	100万ドル	4,827	5,256	5,035	5,197	5,279	7,207	8,439	7,185	5,745	5,948	6,049	
同構成比	%	17.6	17.0	14.7	14.0	14.0	17.2	18.5	15.0	11.0	11.4	11.6	
対外債務返済比率 ⁽²⁾ (年平均)	%	19.6	17.0	17.1	17.4	15.8	12.7	11.6	11.7	13.2	13.3	15.7	
インフレ率(年平均)	%	18.5	8.6	7.0	8.3	8.0	9.1	5.9	9.7	6.7	4.4	6.1	3.4 ⁽⁶⁾
外貨交換比(年平均)	ペソ/ドル	27.479	25.515	27.120	26.417	25.714	26.216	29.471	40.893	39.089	44.194	50.993	

注：(1) 中央政府、政府金融機関、中央銀行など公的部門の総合収支、(2) 返済債務の財・サービス輸出比、(3) 91日もの、182日もの、364日もの平均値、(4) 2002年1-6月期、(5) 2002年7月末現在、(6) 2002年1-7月期平均。

出所：National Statistical Coordination Board, 2001 *Philippine Statistical Yearbook*,
Bangko Sentral ng Pilipinas, *Selected Philippine Economic Indicators*, August 2002, ほか。

の遅れが目立っている。農村部に関し地方管区別に見ると、ミンダナオ島では北部ミンダナオが57.8%から61.5%、及び中部ミンダナオが58.8%から62.4%にと貧困者比率は逆に増加した。ルソン島北端のイロコスでも42.8%から49.8%に貧困者比率は増加した²⁷。これらはいずれも開発の遅れに起因する。ミンダナオ島北・中部における開発の遅れはイスラム教徒反政府勢力の活動活発化による治安情勢悪化によるものと考えられる。また、イロコスでは旧体制派が残存したため開発プロジェクトが先送りされた。

一方、所得分配の面から見ると不平などの度合は深化している。両政権期のジニ係数の変化を見ると、全国平均でも1985年の0.4466から1997年の0.4872に増大した²⁸。この傾向は地方管区別に見ても同様で、中部ルソン、西部ビサヤを除いては所得分配の不平などが進行した。とりわけ、マニラ首都圏、ビコール、西部ミンダナオではこれが顕著である。ビコールでは貧困者率も高く、貧困層は二重に隔離されている。

²⁸ *Ibid.*

(3) 通貨危機とそのインパクト

1997年7月のタイ・バツ切り下げに端を発するアジア通貨危機は、ラモス政権末期におけるフィリピンにも波及した。同年10月にはペソは1ドル = 35.61ペソと史上初の35ペソ台にまで切り下がり、輸入インフレ、クレジット・クラッチ²⁹が起こった。近隣の東南アジア諸国に比較し相対的に軽微とはされるものの、通貨危機の影響は庶民を襲った。

時期を同じくして、1996 / 1997作物年、1997 / 1998作物年にフィリピンはエルニーニョによる異常気象により農業部門が大きな打撃を受けた。1996年には86万トン、1997年には72万トン、1998年には217万トンのコメ輸入がなされた。かくしてマクロ経済指標では1998年GDP成長率が農林漁業部門でマイナス6.6%にまで低迷し、全体ではマイナス0.6%に終わった(前掲表3-7)。

ラモス政権退陣後に登場したのが「貧者のためのエラップ(エストラダの愛称)」を掲げたエストラダ政権(1998~2001年)であった。アキノ=ラモス政権期の12年間は構造調整策が展開され、農業・農村開発は先送りされてきた。エストラダ政権が農民重視の政策を前面に打ち出したのは理にかなったものであった。しかしながら、エストラダ政権の手法はネオ・ポピュリズムと称されるものである³⁰。すなわち、経済的には構造調整の下での均衡を図りつつ、他方では国民に貧困対策を約束するものであった。結果としては、これは財政赤字の拡大をもたらした³¹。この修復は、「ピープル・パワー2」で成立した次のアロヨ政権(2001年~)に引き継がれることになった。

3-3-3 インフォーマル・セクター対応としての通常プログラム

(1) 社会改革アジェンダ

本節においては均衡成長、規制緩和という改革路線を支援するために1990年代のフィリピンにおいて展開された、予測できる不確実な事態に対応することを目的として中長期的視点で設計された通常プログラム(regular program)としてのSSNについて述べる。ここでは、最初に貧困対策、次いで社会保険制度を取り上げる。

フィリピンにおいて総合的な貧困層対策が登場するのはラモス政権期である。1992年の政権発足後に1993年の民衆経済サミット及び1994年の社会改革サミットの決議を受けて、大統領命令である1994年覚書(第213号)をもって社会改革アジェンダ(SRA)が制定された³²。社会改革アジェンダは大統領直属の政府機関を実施母体とする主要9項目のプログラムを掲げ、各プログラムは底辺国民が最も必要とするニーズに対応することを目的とし、農民、漁民、先住民、都市貧困層を対象とした。また、社会改革アジェンダはこれら各層が受益者となる社会、経済、環境、統治関連改革に関わる構造的改革を掲げている(表3-8)。

社会改革アジェンダは新規政策を掲げるものではなく、既存のプログラムの寄せ集めに過ぎないことが明らかであった。例えば、の農業開発に含まれる包括的農地改革計画、重点生産地域、農地改革コミュニティは、既に農地改革省、農業省の所掌として実行中である。要するに社会改革アジェ

²⁹ 金融が極度に逼迫し金融機関による貸し渋りが発生する現象を指す。

³⁰ ポピュリズムは、戦後の輸入代替工業化期における保護主義による利益を都市産業労働者に対し配分するものであった。これに対しネオ・ポピュリズムは、構造調整下のラテン・アメリカ経済のように配分する資源がないにも関わらず国民に資源配分を公約する新たなポピュリズムである。詳細は次の文献を参照。John Crabtree (2000) "Populism old and new: the Peruvian case," *Bulletin of Latin American Research*, 19, pp.163-176.

³¹ 2000年度の財政赤字は当初計画の626億ペソを大幅に上回り1,342億ペソに倍増している。

³² フィリピンゲーム遊技協会(PAGCOR)の収益をもって充当するとしている。

表3 - 8 社会改革アジェンダ (SRA) に掲げる旗艦プロジェクト9項目

項目	主な内容
(分野別社会改革重要プログラム)	
農業開発	包括的農地改革計画 (CARP) の実行、重点生産地域 (KPA) 及び農地改革コミュニティ (ARC) の利用など。
漁業、水産資源保全、管理、開発	包括的漁業法、漁民憲章の制定など。
先祖伝来地保護	土着文化コミュニティ (ICC) に関する政策の全面的見直しなど。
労働者福祉、保護	労働組合結成支援、労働基準の厳密な監督、社会保険拡充など。
社会的住宅	都市開発住宅法の制定、共同体抵当権の改善、スラム改善プログラム改善など。
包括的総合社会サービス提供 (CIDSS)	最低基本ニーズ (MBN) 方式による19州に社会サービスを集約して提供、自営業援助-繁栄 (SEA Kaunlaran) プロジェクト、食料安全保障などの領域におけるセーフティ・ネットの拡充など。
(分野をまたがる社会改革重要プログラム)	
制度構築及び統治への効率的参加	社会改革プログラム実行に際して地方政府の能力向上、非政府組織 (NGO) と民衆組織 (PO) との連携強化。
信用供与	NGO / GOの能力向上に政府開発援助 (ODA) を開放など。
生計向上プログラム	貧困者貸付の発足、最貧者層にグラミン銀行方式の導入など。

出所：Republic of the Philippines, *The Social Reform Agenda*, June 17, 1994.

ンダ・プログラムは、これらを包括的に統合し取り組むための調整機能に重点がおかれている。ここでは、社会改革アジェンダは通常プログラムとしてのSSNに区分する。

ところが通貨危機、エルニーニョを契機に、社会改革アジェンダの位置付けが格上げされ、その役割が強化された。ラモス政権はこれまでの覚書、省令、行政命令ではなく、1997年11月に社会改革貧困除去法 (RA 第8425号) を制定、法律をもって社会改革アジェンダを規定した。社会改革アジェンダ実施組織としてはこれまでの大統領府所属の3機関を廃止し、国家貧困対策委員会 (NAPC) に一元化した。また、社会改革アジェンダの財政的基盤として、民衆開発トラスト基金 (PDTF) に45億ペソ³²、民衆信用供与金融会社 (PCFC) の授権資本金を1億ペソから20億ペソに拡大し³³、NAPC及びPDTFの当初運営資金として一般会計から1億ペソを拠出するとした。

社会改革アジェンダ・プログラムの目的は要約すると3点で、絶対的貧困の除去、相対的貧困の減少、下位20州の成長と開発を優先、である。これらのプログラムの最終目標として、貧困世帯比率を1996年の35.5%を1998年に30.0%まで引き下げるとした。結論から言えば、社会改革アジェンダは目標の貧困世帯率目標については達成した³⁴ものの、貧困層はいまだに人口の多数を形成している³⁵。貧困問題の解決には、なお道が険しい。社会改革アジェンダが期待したほどの成果を達することができなかった理由は、資金不足と焦点拡散の2点である。

資金不足について見ると、総額だけ見れば1996年には社会改革アジェンダ関連プログラム予算は536億ペソに及んでおり、これは1995年の200億ペソに比較すると168%増となる。1996年にはこの額に議会で貧困除去基金40億ペソなどを追加し、合計780億ペソになった。1997年にはこの額は856億ペソに達した。しかし詳細を見ると、1996年の社会改革アジェンダ関連予算の実質的増加は45億

³² 払込資本金は6億ペソで4年間に分割する。初年度の1.5億ペソは一般会計から充当するが、追加的な払込資本金はPAGCORの収益をもってあてるとしている。

³⁴ 貧困世帯比率 (全国) は1994年の35.5%が1997年の31.8%に低下した。NSCB (2000) p.20 . を参照。

³⁵ この部分の記述は以下による。Bautista (2000) p.134.

ペソに過ぎず、残りは支出費目変更であった。社会改革アジェンダ増加分の80%はフィリピン国家警察予算増加分であった³⁶。

焦点拡散に関しては、下位20州の選定基準が曖昧であった。貧困者比率、貧困ギャップ、次節で説明する最低基本ニーズ（MBN）及び人間開発指標（HDI）では判断されなかった。これは事前調査が不十分だったため、貧困者率で該当するのは20州のうち9州に過ぎず、HDIでは9州が該当していた。6州に至っては、HDI順位では上位半数に含まれていた³⁷。

以下、(2)(3)で社会改革アジェンダの主要プログラムについて述べる。

(2) 包括的総合社会サービス供給

前節で述べたとおり、社会改革アジェンダにおける主要プログラムの には包括的総合社会サービス供給（CIDSS）プログラムが含まれる。CIDSSは当初1994年に社会福祉開発省によって発足した。さらに、エストラダ政権では国家貧困対策行動アジェンダ（National Anti-Poverty Action Agenda）のプログラムの1つとして引き継がれた。CIDSSは社会福祉開発省による貧困対策プログラムの1つであり、通常プログラムとしてのSSNである。経済危機後の1997年9月に行政命令（EO第443号）によりCIDSSの対象地域の基準を明示した。すなわち、優先第1順位として5級及び6級のムニシパリティ（町）と都市貧困層を、第2順位として3級及び4級の町を規定した³⁸。また、危機最中の1998年度一般会計予算で資金支援額を増大している。以上により、CIDSSはこの時点ではSSNとして強化された。

CIDSSの特徴はその方法論であり、以下の8項目が掲げられている。すなわち、供給サービスの統合、対象の明確化、コミュニティ形成、世帯全員を対象、最低基本ニーズ（MBN）方式、コミュニティ基盤情報システム、能力増強、資源動員、である。このうち のMBNは調査により、生存（食料、栄養、保健、水、衛生、被服）安全（住宅、治安、所得、生計）及びニーズ充足（基礎教育・識字、地域社会開発参加、家族助力）の水準を33項目について指標化し、改善状況を監視するものである。

CIDSSの実際の事業実施は、CIDSSワーカーがコミュニティの形成と動員をはかるとされている。しかしながら、実際には各省庁による既存のプログラムの調整にすぎず、目新しいものはない。また、CIDSSの対象範囲は、ムニシパリティ（町）では全国の28.1%、バランガイ（村）では同2.7%に過ぎない（表3-9）。

CIDSSの実績を見ると、CIDSSプログラム対象地域の村では、受益者による評価では回答者の98.5%が地域社会における生活水準が好転したとしたのに対し、同プログラム非対象地域ではこれが84.8%になっており、非対象地域ではやや低い。また、社会サービス提供に関しては、CIDSS対象地域の村では77.8%が増加したと回答したのに対し、CIDSS非対象地域の村ではこれが44.9%にとどまった（表3-10）。CIDSSの実績の効果が明らかなのは、コミュニティの強化である。住民の地域社会開発への参加度合いを見ると、CIDSS対象地域では計画過程に参加が68.4%、実行過程に参加が64.4%であるが、これが非対象地域ではそれぞれ44.9%、40.5%になり、その差がはっきりとしてい

³⁶ Monsod and Monsod (1999), pp.89–90.を参照。

³⁷ *Ibid.* pp.90–92.を参照。

³⁸ 財務省地方政府財務局（DOF/BLGF）による各地方政府の3年間の収入に応じた1級から6級級までのクラス分けで、一般的な財政能力を見る指標や貧困削減プログラムの対象地域の選定などにも使用される。

表3 - 9 包括的総合社会サービス供給 (CIDSS) プログラム対象地域 (1997年)

区分	州	ムニシパリティ			バランガイ		
		総数	CIDSS対象地域	比率 (%)	総数	CIDSS対象地域	比率 (%)
社会改革アジェンダ (SRA) 対象地域	20	960	135	14.1	19,056	407	2.1
社会改革アジェンダ (SRA) 非対象地域	57	575	297	51.6	241,767	747	3.2
計	77	1,535	432	28.1	43,233	1,154	2.7

出所：Manasan (2001), p.13.

原資料：Bautista (1999), Table 1.2, p.12.

表3 - 10 包括的総合社会サービス供給 (CIDSS) 実績 (1997年)
(バランガイ・レベルにおける最低基本ニーズ (MBN) 導入後の向上)

向上評価	CIDSS対象地域		CIDSS対象地域	
	総数	比率 (%)	総数	比率 (%)
生活水準は向上した	318	98.5	251	84.8
生活水準は向上しなかった	5	1.5	45	15.2
計	323	100.0	296	100.0
最低基本ニーズ (MBN) への貢献 (複数回答)				
地域社会とバランガイの交流向上	227	67.0	162	51.3
住民に対しより多くの情報提供	242	73.5	203	64.2
地域社会構成員のより多くの参加				
計画過程に参加	225	68.4	142	44.9
実行過程に参加	212	64.4	128	40.5
監視に参加	196	54.6	108	34.2
バランガイにより多くの社会サービス提供	256	77.8	142	44.9

出所：Manasan (2001), p.15.

原資料：Bautista (1999), Table 9.13, p.204.

る (表3 - 10)。

CIDSSの特徴としては、上記の実績が比較的少ない予算で達成された点も挙げられる。CIDSSの総予算規模を見ると、1995年の2.46億ペソから1998年の52.08億ペソと年々増加してきた。しかし歳出実績を見ると通貨危機の影響が最も大きかった1998年には35.35億ペソと前年の37.91億ペソを下回った。受益者1家計当りでは1998年には名目で1,315ペソと前年比では17.1%減少した。これが実質となると437ペソと24.4%減を意味する³⁹。

(3) マイクロ・クレジット

1) 自営援助 - カウンララン

前節で述べたCIDSSのプログラムに含まれ、貧困層を対象とするマイクロ・クレジットとしての役割を果たすのが、自営援助 - カウンララン (SEA-K) プログラムである。SEA-Kは、本来は社会福祉開発省の所掌の通常プログラムであるが、1997年、1998年の経済危機を受けて1998年には追加予算措置が講じられている。これを通常プログラムとしてのSSNの一環として取り上げる。

SEA-Kはコミュニティを基礎とするグラミン銀行型の小口貸付制度で、目的は民衆組織による借入資金の自己管理にある。プログラムの第1段階では25～30人からなるSEA-K組合 (SKA) を結成する。

³⁹ Mansan (2001), p.15

SKAは元入資金として最高15万ペソを無利子で借入し、組合員の生計ニーズ目的で平均1人6,000ペソを貸出す。SKAの多くは10%の手数料を課する。SKAは社会福祉開発省に毎週割賦返済し、これは回転資金となる。SKAは更に5グループに分割され、各グループは借入金返済に連帯責任を負う。

SEA-Kプログラムの第2段階では、資金管理、貯蓄成績が良好な2～5のSKAからなるSKA Kabayans（同郷者）を結成する。

SEA-Kのプログラムの実績は良好である。まず、受益者は当初計画の4倍に達したが、これはSEA-Kネットワークのソーシャル・ワーカー制度が有効に機能したものと考えられる⁴⁰。年間実績では、1997年までで全国でSKAは3,461組織、受益者数は7万7,470人、第1段階の貸付元入資金は2.92億ペソであった。利用者の多くは女性で、ほかにゴミ拾い、ストリート・チルドレン、障害者、高齢者などが含まれる。1998年だけでも受益者数は1万9,757人、レベル1の貸付元入資金は0.534億ペソであった。プログラム返済比率も90%と高い⁴¹。問題は、SEA-Kの資金コストは1ペソ当り0.10ペソと低いものの、融資は無利息のため財務、維持、事務コストの回収ができず、政府予算からの補充が常態化している点である。

2) 民衆信用供与金融会社

前節で述べたように、民衆信用供与金融会社（PCFC）は1997年に社会改革貧困除去法により増資された政府金融機関である。この点から社会改革アジェンダの下にある通常プログラムとして位置づける。PCFCは1995年に授権資本金1億ペソで設立され、農村銀行、協同組合、NGO、民間組織（PO）などの機関に対しマイクロ・クレジット資金を融資するホールセール・バンクである。PCFCは数種の貸付プログラムを運営しており、グラミン銀行型の「個人志望達成支援マイクロ・ファイナンス」（HIRAM）、農村マイクロ企業融資プログラム（RMFP）、ADB及び国際農業開発基金（IFAD）が支援、国連開発計画（UNDP）マイクロ・ファイナンス支援プログラムなどがそれぞれである。

PCFCの実績を見ると、融資機関に対し利子12%、手数料1%で貸付、最終利用者の最大借入枠は6,000ペソである。また、仲介機関はPCFCから資金取入後90日以内の貸出し義務がある。2000年末現在の貸付対象は178機関、うち37%が農村銀行、31%が協同組合、15%がNGO、15%が協同組合銀行となっている。返済率は98%、期限後未返済は2%である。

グラミン銀行型のPCFCの最終利用者の家計支出は非利用者よりも多く、貧困者比率では非利用者よりも低い。このことから、グラミン銀行型のPCFCは利用者の福祉向上に寄与したと評価できる。しかし、この種のプログラムはSEA-Kと同様、資金コストの回収までには至っていない。1999年行政命令（第138号）をもって、政府はマイクロ・ファイナンスに関して市場志向政策の導入を指示している。この結果、非金融政府企業（GNFA）、政府企業（GOCC）による融資は方針転換され、この分野における民間金融機関の役割が増大しよう。その際、民間金融機関による貸出を奨励するための政府補助に対して求められるのは、透明性の確保である。

3-3-4 フォーマル・セクター対応としての通常プログラム

(1) フィリピンの社会保障制度

本節では、フォーマル・セクターを対象とした通常プログラムである社会保障制度を取り上げる。

⁴⁰ Lamberte et al (1997)を参照。

⁴¹ *Op. cit.* Manasan, p.17.を参照。

フィリピンにおける社会保障制度は、傷病、障害、死亡、老齢の4つの事故に対する補償が基本であり、社会保障法、公務員保険法、労働法、国民健康保険法の4法律に規定されている。このほかに、民間労働者、公務員、及び雇用者が強制適用となり、保険金支払いが条件となっている持ち家推進基金がパグ・イビック・ファンド (Pag-IBIG Fund) 法に規定されている。

傷病の場合の治療費用については、業務外の場合には国民健康保険法の規定により支給される。また、業務上の事由による場合には労働法に基づく国家保険基金から支給される。

傷病給付、障害給付、死亡給付については、民間労働者の場合、社会保障法に規定されており社会保障基金から給付金が支給される。公務員の場合、傷病給付及び障害給付については公務員保険法に基づき一般保険基金から給付金が支給され、死亡の場合には公務員保険法に基づく生命保険基金から給付金が支給される。また、老齢となった場合には、その対象が民間労働者の場合は社会保障基金から退職給付金が支給される。公務員の場合には退職保険基金より退職給付金が支給される (図3-2)。

これらの社会保障制度を担当するのは、公務員に対する公務員社会保険機構 (GSIS) 民間労働者に対するSSS、民間労働者・公務員の業務上補償に対する労災雇用者補償委員会 (ECC) 業務外の傷病の際に治療費を支給するフィリピン健康保険公社 (PhilHealth) 及び住宅金融を担当するパグ・イビック・ファンド公庫 (Pag-IBIG) である⁴²。

1) 社会保障機構

フィリピンにおける代表的な社会保障制度の1つが民間雇用者、自営業者、任意加入者を対象としたSSSである。SSSは戦後の独立を経て1957年社会保障法 (RA第1161号) によって創設され、半世紀にわたる歴史がある。2000年現在の加入者数は2,312万人であり (表3-11) これは全労働者数の約50%に達する。

保険料に関しては、社会保障法に基づく社会保障基金 (標準月額報酬の8.4% うち加入者負担分3.33%) 労働法に基づく国家保健基金 (同1.0% うち加入者負担分0.0%) の計9.4% (うち加入者負担分3.33%) となっている。自営業者と任意加入者は9.4%全額が加入者負担となる⁴³。

なお、健康保険に該当する私傷病に関する健康保険基金は、後述のとおり1997年に社会保障基金

図3-2 保険給付の事由別支給基金及び根拠法

区 分	治療費給付		退職給付	死亡給付	障害給付	傷病給付
	業務外の場合	業務上の場合				
公 務 員	フィリピン健康保険公社 (国民健康保険法)	国家保険基金 (労働法)	退職保険基金 (公務員社会保険法)	生命保険基金 (公務員社会保険法)	一般保険基金 (公務員社会保険法)	
民間労働者			業務上の場合 国家保険基金 (労働法)			
その他の国民			社会保障基金 (社会保障法)			

出所：Department of Labor and Employment

⁴² 月額所得が4,000ペソを超える被雇用者は強制加入であり、4,000ペソ以下は任意加入である。保険料は所得の2%で、民間部門被雇用者、公務員を対象とする。

表3 - 11 社会保障機構 (SSS) の現況 (1996 ~ 2002年)

区 分	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1. 加入者数 (100万人)	18.29	19.62	20.71	20.89	23.12	24.16	24.98
雇用者	0.50	0.54	0.55	0.57	0.60	0.63	0.67
被雇用者	16.67	17.40	18.00	18.44	18.84	19.35	19.78
自営業	1.13	1.68	2.17	2.88	3.69	4.17	4.53
2. 保険料収入額 (100万ペソ)	21,559	25,664	24,984	27,125	30,321	31,372	34,188
社会保障基金	18,052	22,038	24,517	26,749	29,886	30,912	33,702
健康保険基金 ⁽¹⁾	3,079	3,318					
国民保健基金	428	308	467	376	435	460	486
3. 支払額 (100万ペソ)	20,376	23,239	24,879	28,771	33,889	39,015	40,872
社会保障基金	17,537	19,739	23,975	27,744	32,735	37,813	39,566
健康保険基金 ⁽¹⁾	2,098	2,665					
国民保健基金	741	845	904	1,026	1,154	1,202	
4. 支払件数 (1000件)	2,596	2,397	2,468	1,690	1,762	1,866	
社会保障基金	1,664	1,581	1,392	1,607	1,687	1,776	
健康保険基金 ⁽¹⁾	816	722					
国民保健基金	115	94	76	83	76	90	
5. 1件当り支払額 (ペソ)	7,849	9,695	16,948	17,024	19,233	20,908	
社会保障基金	10,539	12,485	17,223	17,264	19,404	21,292	
健康保険基金 ⁽¹⁾	2,571	3,676					
国民保健基金	6,443	8,989	11,895	12,361	15,184	13,298	

注：(1) 1998年から健康保険基金は社会保障基金から分離されている。

出所：Social Security System, 2001 Annual Report ほか。

から分離され、PhilHealthに移管された。

業務外傷病の場合の補償は平均日額給与の90%が支給されるが、これも入院した場合に限られ、しかも年45日間以内と短い期間である。SSSは加入者に対する加入員融資、住宅融資、事業融資の借入資格を有する。

1997年5月に社会保障法改正 (RA 第8282号) をもってSSS加入者に対する積立共済基金発足のほか、以下のような既存サービスの拡充が図られた。

融資条件の緩和：給与1カ月分借入条件は掛金支払月数を36カ月 (旧60カ月) に短縮、利率を6% (旧10%) に引き下げた。また、住宅融資返済遅滞猶予 (1998年5月8日から翌年5月9日の間) 制度を導入し、この利用者は1万7,600人、適用額は3,400万ペソに達している⁴⁴。

緊急融資基金の設置：ECCが失職労働者に5億ペソ、砂糖労働者の1億ペソの基金を設定した。このプログラムによりSSS加入員が失職した場合には2カ月分給与、上限12,500ペソ借入可能で、条件は利率6.0%・手数料0%、1年据置2年返済とした。

緊急措置に関する実績としては、1998年3月から1999年5月までの間に経済危機基金から40,491人に4.34億ペソ、砂糖労働者基金からサトウキビ労働者3,481人に0.366億ペソが貸付けられた。ここで特徴的なのは、上記経済危機基金の利用者の60%がマニラ首都圏と近郊州の加入員であることである。この事実から都市フォーマル部門における経済危機の影響の大きさがうかがえる。

⁴³ 1979~2002年は8.4%、2003年1月から9.4%に引上げ。

⁴⁴ Reyes et al. (1999) を参照。

2) 公務員社会保険機構

GSISは独立準備政権下の1937年公務員社会保険法（CA第186号）をもって発足した。強制加入の対象者は60歳以下の国家公務員及び地方公務員であり、任命職であるか選出職であるかは問われない。2000年現在の加入者数は159万人に達している（表3 - 12）。

保険料に関しては、公務員保険法に基づく退職保険基金、生命保険基金、一般保険基金及び労働法に基づく国家保険基金（標準月額報酬の21% 使用者負担分12.0%、加入者負担分は16,000ペソまで9.0%、16,000ペソを超える部分2.0%）により賄われている。

健康保健に該当する私傷病に関する健康保健基金は、後述の通り1998年に公務員社会保険基金から分離され、PhilHealthに移管された。

GSISにおいては、SSS同様に雇用保険制度はない。しかしながらGSIS加入員が失業した場合には平均給与の50%を6カ月間受給する資格がある。また、解雇の場合はこれが基本年金額の18倍相当額となる。

通貨危機後の1997年5月に公務員社会保険法改正（RA第8291号）でGSIS加入者に対する社会保障の保護を拡大した。また、GSIS加入員の給与貸付額の上限を基本給の3カ月分から5カ月分に引き上げた。

3) 国民健康保険公社

フィリピンにおける国民健康保険の歴史は新しい。1995年国民健康保険法（RA第7875号）において国民皆保険を目的とした国民健康保険プログラム（NHIP）を規定し、その実施組織としてPhilHealthが設立された。同法では、SSS、GSISにより実施されている健康保険加入者のNHIPへの自動的加入を規定した。

加入者は、被雇用者、任意加入者、貧困者、退職者の4区分に分かれる。

入院給付の内容は、病院区分である第一次医療機関、第二次医療機関、第三次医療機関に対応している（表3 - 13）。入院給付は加入者の区分に関わらず統一的に適用される。

PhilHealthの基本的目標は医療給付サービスの拡充で、これは2局面に分けて取り組まれる。第1局面は治療であり、全国1,511カ所（全体の95%）の登録病院において入院プログラムを実施する。第2局面は予防治療、健康増進であり、全国の農村保健所（RHU）、健康センター（HC）、登録病院348カ所において外来、検診などを実施する。

2001年現在の加入者数は885万人で、推定対象者は3,746万人になる。これは全人口の48.1%である（表3 - 14）。フィリピン国民の約半数がすでに国民健康保険に加入していることは、ほかの東南アジア諸国のそれに比較して先んじたものといえよう。

表3 - 12 公務員社会保険制度（GSIS）⁽¹⁾の現況（1996～2000年）

区 分	1996	1997	1998	1999	2000
1. 加入者数（100万人）	1.59	1.54	1.54	1.59	1.59
2. 保険料収入額（100万ペソ）	17,151	21,891	32,775	34,889	39,904
3. 支払額（100万ペソ）	8,762	10,304	14,199	16,386	18,187
4. 支払件数（1000件）	830	650	726	464	433
5. 1件当り支払額（ペソ）	10,554	15,846	19,564	32,285	42,041

注：（1）1998年から健康保険基金は公務員社会保障基金から分離された。

出所：Government Service Insurance System.

表3 - 13 PhilHealthの入院給付内容 (2003年3月現在)

給付事項	病院区分		
	一次医療機関 (ペソ)	二次医療機関 (ペソ)	三次医療機関 (ペソ)
室料と食事	200	300	400
薬剤費と診療費			
通常ケース	1,500	1,700	3,000
集中治療	2,500	4,000	9,000
重篤なケース		8,000	16,000
X線、臨床検査など (1疾患当りの制限)			
通常ケース	350	850	1,700
集中治療	700	2,000	4,000
重篤なケース		4,000	14,000
緊急手術 (1疾患当りの制限)			
RVU 30以下	385	670	1,060
RVU 31以上 80以下	0	1,140	1,350
RVU 81以上	0	2,160	3,490
医師報酬 (1疾患当りの制限) : 一般医は1日150ペソ、専門医は1日250ペソ以下であるが以下の金額をこえることができない。			
通常ケース			
一般医	600	600	600
専門医	1,000	1,000	1,000
集中治療			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	1,500
重篤なケース			
一般医	900	900	900
専門医	1,500	1,500	2,500
外科治療 (1疾患当りの制限)	1 RVU当り40ペソで、上限は16,000ペソ		
麻酔 (1疾患当りの制限)	1 RVU当り40ペソで、上限は5,000ペソ		

注 : RVU: Relative Value Unit (相対評価単位)

出所 : Philippine Health Insurance Corporation.

表3 - 14 国民健康保険加入者数推計 (2001年12月現在)

区分	保険料支払推定加入者		推定対象者	
	人数 (人)	構成比 (%)	人数 (人)	構成比 (%)
民間労働者	5,291,005	59.8	20,767,114	55.4
公務員	2,110,801	23.8	8,948,003	23.9
自営業	929,589	10.4	4,181,648	11.2
貧困者	619,014	7.0	2,847,464	7.6
退職者			716,176	1.9
合計	8,850,409	100.0	37,460,401	100.0
(参考) 2001年推定人口			77,925,894	48.1

出所 : Philippine Health Insurance Corporation.

a) 被雇用者

フォーマル・セクターと位置づけられる強制的対象である被雇用者からなる。SSSの加入者である民間労働者、GSISの加入者である公務員がこれに該当する。国民健康保険法を受けてSSSの健康保険部分は1997年10月に、GSISの健康保険部分が1998年4月に、それぞれPhilHealthに移管された。2001年現在、SSS、GSISからの移管が全加入者の79.3%を占めている (表3 - 14)。

保険料は、標準月額報酬の2.5% (使用者負担分1.25%、加入者負担分1.25%、ただし、使用者負担分、加入者負担分共に125ペソが上限) となっている。

b) 任意加入者

自営業などの任意加入者からなり、全体の11.2%である。保険料は、標準月額報酬の2.5%、上限250ペソで全額加入者負担となっている。

c) 退職者

退職者は、SSS、GSISの加入者であった1995年3月現在の退職者、年金受給者及び10年以上の保険料支払者からなる。2001年現在で全体の1.9%である。保険料は全額無償であり、入院給付の終身適用を受けることができる。

d) 貧困者：「大衆のための医療」

1996年省令（AO第277号）において、NHIPにおける貧困者を対象とした計画として最貧困者に対する医療プログラムの着手が指示された。同省令によると、対象とするのは人口の25%に当たる最貧困層である⁴⁵。

これが1997年にPhilHealthにおける貧困者プログラムとして「大衆のための医療」(Medicare para sa Masa)の制度発足に結実した。

「大衆のための医療」は、NHIPにより国民健康に対する支出予算額を2004年までに600億ペソに拡大する、最貧困者救済のプログラムの対象を2004年までに380万世帯に拡充する、NHIPを実行可能とするため効率的管理、十分な資金援助を保証するとした。これら、から までを実現するためには、NHIPは1世帯当り保険料を1,188ペソとし、中央政府、地方政府の総予算は2004年まで年間約22億ペソを必要とするとしている⁴⁶。

表3 - 15 貧困者プログラム (Medicare Para sa Masa) 実績 (1999 ~ 2001年末累計)

区 分	1999	2000	2001
登録者数			
登録家族数	86,827	347,016	619,014
対象者数	416,770	1,596,274	2,847,464
地方政府の加入			
保険証給付済			
州・市	23	69	113
ムニシパリティ		552	764
平均家族数		5.029	5.478
覚書交換済			
州	28	47	54
市	15	39	67
マニラ首都圏・リサール州		11	12
個別覚書交換済のムニシパリティ	23	155	307

出所：Philippine Health Insurance Corporation.

⁴⁵ 省令第277号の規定によると、所得の最下位人口25%を対象とし、市社会福祉開発事務所（CSWDO）及びムニシパリティ社会福祉開発事務所（MSWDO）によるコミュニティベース情報システム - 最低基礎的条件（CBIS-MBN）を示した家族データ調査様式（FDSF）をもって認定を受けた貧困者で、配偶者、21歳以下の子ども、60歳以上の両親を含むとしている。

⁴⁶ *Op. Cit.* Manasan p.30を参照

表3 - 16 貧困者プログラム (Medicare Para sa Masa) 保険料地方政府負担内訳

地方政府歳入区分	年次	負担割合比率	負担額(年)(加入者1世帯当り)		
			中央政府(ペソ)	地方政府(ペソ)	合計(ペソ)
1級 から 3級	全年次	50% : 50%	594.00	594.00	1,188.00
4級 から 6級	初年次 & 2年次	90% : 10%	1,069.20	118.80	1,188.00
	3年次	80% : 20%	954.40	237.60	1,188.00
	4年次	70% : 30%	831.60	356.40	1,188.00
	5年次	60% : 40%	712.80	475.20	1,188.00
	6年次以降	50% : 50%	594.00	594.00	1,188.00

出所：Philippine Health Insurance Corporation.

2001年現在の「大衆のための医療」の実績を見ると、加入者は113州・市、764ムニシパリティにわたり、61.9万世帯（人口規模で285万人）が「大衆のための医療」に参加している（表3 - 15）。しかしながら、これは最貧困者数の14.6%、全世帯規模ではわずか3.97%にすぎない⁴⁷。これまでの進捗状況では、当初計画達成は2017年になる。2001年政府予算では7億ペソを計上しており、このテンポは今少し速まろう⁴⁸。

2000年の国民健康保険法施行規則をうけ、「大衆のための医療」の内容が規定された。その要旨は、加入者自身の保険料負担をなくし、その分を中央政府と地方政府が分担するというものである。特に、1級から3級までの地方政府⁴⁹は中央政府と保険料を折半し、4級から6級までの地方政府については初年度、次年度は10%であるが、6年目の最終年にはこれを50%にまで引上げるとしている。保険料金額については均一で、加入1世帯あたり1,188ペソである。加入者負担は、4級から6級までの地方政府には調整がなされており、6年目に至って初めて中央政府と地方政府とが均等に594ペソを負担する（表3 - 16）。

以上のようにして集められた保険料1,188ペソのうち、888ペソはPhilHealthに回され前述の第1局面の治療・入院プログラムに充当される。残りの人頭割300ペソは、医療給付改善目的でPhilHealth資本増強基金（PCF）に繰り入れられる。この資本増強基金はPhilHealthの登録保健所において前述の第2局面である予防治療、健康増進の医療給付に充当される。

上記の「大衆のための医療」における地方政府の財政的枠組はNHIPの資金計画にはめ込まれ、任意加入者、自営業などのフォーマル・セクターの保険料などもこれに加わる。

NHIPの枠組みを見ると、5級の地方政府の場合は50万ペソの予算割当を受ける。これにより4,209世帯が「大衆のための医療」の受益者となった。地方政府がこの予算を病院支援にまわすとわずか150人の患者を受益者とするに過ぎない。また、この第5級の地方政府の場合には126.27万ペソが人頭基金となる。これに対し、3級の地方政府の場合には、同じ予算額を投資しても842家族が受益者となるだけであり、人頭基金は25.26万ペソとなっている。このように、NHIPは貧困者層救済を重視していることが明らかである⁵⁰。

⁴⁷ Philippine Health Insurance Corporation (2002)

⁴⁸ その後2000年10月以降のフィリピン政界の混乱で、2001年国家歳出は2001年5月現在においても議会の承認を得ていない。

⁴⁹ 注40に同じ。

⁵⁰ *Op. cit.* Manasan, pp.28-34を参照。

3-3-5 社会保障制度の普及と課題

(1) フォーマルな社会保障制度の充実

1) 社会保障機構の課題

フィリピンにおける社会保障制度は、SSSが50年にわたる歴史を有するなどほかのアジア開発途上国に比較して先んじている。しかしながら、直面する課題として以下の3点がある。

第1に、加入者は近代部門である産業労働者が中心である。このため都市部で現金収入のある加入者は、PhilHealth登録病院以外の設備の十分な病院の医療を受けるといった現状がある。

第2に、SSSの収支が1999年以降赤字に転じている。2000年を見ると、保険料収入額は社会保障基金が299億ペソ、国家保険基金が4億ペソと合計303億ペソである。これに対応する支出を見ると、社会保険基金が327億ペソ、国家保険基金が12億ペソと合計339億ペソとなっている。このため同年は、36億ペソの赤字となった。赤字幅は2001年には76億ペソにまで拡大し、1999年の赤字16億ペソの約5倍になったのである。これは、1件あたり支出額の増大にも関わらず保険料の改定が先送りされてきたことに起因する（前掲表3-11）。

第3に、保険料の滞納により財源に難点がある。とりわけ任意加入である自営業の保険料徴収率向上を図る必要がある。このため、任意加入者の保険料納入の便宜を図ることが不可欠となる。この対策として、フィリピン貯蓄銀行（Philippine Savings Bank）フィリピン開発銀行（Development Bank of the Philippines）の口座利用制度がとられた⁵¹。協同組合あるいは加入者の組織化によるNGOを設立し、保険料徴収業務を委任することも検討されている。これら団体が委託された保険料を未納とした場合には、SSSに対して保険料納入があったものとする規約があり、加入者の不利にならぬようセーフガード措置が講じられている。

2) 公務員社会保険機構の課題

GSISが直面する課題は、表面的には少ないように見える。これはすなわち、公務員社会保険制度の収支が一貫して黒字であり、その幅も拡大していることによる。2000年を見ると、保険料収入額は合計399億ペソ、支出額は182億ペソで、このため黒字は217億ペソの巨額に達し、1996年の黒字84億ペソが更に増大した（前掲表3-7）。これは保険料が21%とSSSの9.4%と比較して高く、かつGSISには上限がないことによる。

一方、UNDPの委託による調査が1995年に行われたが、これはSSS、GSISにおける保険料徴収の問題を扱い、かつ任意加入者は別途調査対象とすべしとこれから除外している。GSISの場合には、一部政府企業では補償支払いが生じた金額のみをGSISに送金する事などが記載されている⁵²。

最大の課題は、退職年金一括支払いの遅滞である。本来の退職年金額は共和国法（RA）第1616号の規定どおり在職年数に最高給を乗じた額である。これを1977年大統領令（PD）第1146号、1997年RA第8291号により退職時に5年分の退職年金一括払いを規定した。予算管理省はGSISに対する債務残額問題を理由に前者を主張し、支払いが遅滞している。

公務員ではあるが裁判官と一般公務員との給付内容には差異がある。なお、とかく批判のあった国軍兵士などの事例はRA第8291号により一括支払いの対象から外している。しかしながら、GSISと民間部門のSSS加入者との給付条件の一致など基本課題は残されたままである。

⁵¹ SSSにおける聞き取りによる。

⁵² Center for Research and Special Studies (1995), p.7

3) 国民健康保険加入者の拡大

国民健康保険の保険料を支払えるフォーマル・セクター及び任意加入者の拡大に向けた制度の構築が促されている。これには次の2点が挙げられる。

第1に、加入者拡大の遅れへの対応である。これは加入者拡大に向けたインセンティブの付与が検討されている。保険料引き下げ、保険料の一部払い戻しの実施などが不可欠となっている。

第2に、いま1つの加入者拡大の方策は、コミュニティ基盤ヘルスケア組織（CBHCO）の構築とその強化である。コミュニティを基盤とした団体保険の設計を目的として、ドイツ技術協力公社（GTZ）がインフォーマル・セクターの把握に向けた技術的指導と検討を行っている⁵³。GTZの調査によると、CBHCOの機能は3点である。すなわち、保険料徴収などPhilHealthの金融仲介としての役割。これによりモラルハザード（倫理の欠如）を回避できる。医療サービス提供機関。これはPhilHealthと連携することで病院と同様に医療提供ができるインフラを設置することで可能となる。情報提供組織、マーケティング支部組織としてのPhilHealthの組織の一端を担う⁵⁴。

4) 雇用保険制度導入の検討

将来的にも重要となる課題として挙げられるのは、現行のSSS、GSISでは一般的な雇用保険制度がない点である。最近の動向としては雇用保険導入の機運が高まりつつある。これは、医療保険関係者がタイにおける「医療費30パーツ制度」⁵⁵の設立に触発されたもので、労働法改正が話題となっている⁵⁶。

しかしながら、雇用保険の導入には多くの難問があることが明らかになった。ILOフィリピン事務所の主導により2001年に失業保険の事業化に関し、政策面、実務面から調査が実施された。しかしながら、同調査の結論、暫定的提言⁵⁷によると、雇用保険の導入は尚早であるとこれに否定的であり、更に2、3年をかけた実行性に関する検討委員会の設置を勧告している。

その理由として、保険料の支払い能力が危惧されている。すなわち、SSS加入の雇用者企業の30%が大企業であり、被雇用者の50%以上が中小企業に所属していることから、雇用保険制度導入に際して保険料支払いができないとしている。また、工業化の遅れ、低い1人当たり所得から、雇用保険に関する国民的関心が低い。雇用保険を導入している国の1人当たり所得は一般的に3,000ドルを超えている。さらに、高い失業率、不十分な国家予算の下では、雇用保険の運用に資金的難点が多い。2000年1月現在で失業者数は600万人にも及んでいる⁵⁸。このような状況にあるとしても、雇用保険導入の後における運用課題として、雇用保険の安定的運用を配慮して臨時雇い、日雇い労働者を雇用保険対象から排除することはできないとしている。臨時雇いを排除すると経営側は日雇い労働者契約の増加を図ることになり、底辺労働者にとって極めて厳しい状況を招来することになるからである⁵⁹。

同調査における予備的結論を集約すると以下のとおりである。フィリピンにおける雇用保険の導入は、経済状況、雇用状況の好転を待つべきである。情報公開、実行過程の改善による社会保障制度の強化、拡充を優先し、雇用保険の導入を視野に入れた国民雇用保険調査委員会を労働雇用省の監

⁵³ GTZ Social Health Insurance Project (2002) を参照。

⁵⁴ GTZ Social Health Insurance Project (2002) pp.44–46.

⁵⁵ 詳細については3 - 2 - 5節参照。

⁵⁶ ILOフィリピン事務所における聞き取りによる。

⁵⁷ Yoo (2001)を参照。

⁵⁸ Yoo (2001) pp.65–69.

⁵⁹ *Ibid.* p.27.

督下に設置する、といった対策が必要である。

結論として、フィリピンにおける雇用保険の導入は、周辺環境が十分に整った段階において実施検討に着手するのが望ましいということになる。

(2) インフォーマル・セクター対象の社会保障制度充実

NHIPはアジアにおいて画期的なプログラムである。課題は15年以内の国民皆保険をいかにして達成するかにある。この計画が注目される点は、国民の25%である貧困者を対象とした「大衆のための医療」の成否である。すなわち、国民健康保険から除外されてきたインフォーマル・セクターをいかにして公的な社会保障制度に取り込むかが課題なのである。それでは、どのような課題が課せられているのか。

第1に、これが最も重要な項目であるが、財源的裏付けが不十分である。地方政府の財政状況は厳しいものがある。地方交付金である内国歳入割当（IRA）は、このうち開発プログラムに20%以上を充当すると規定している。しかし実際にはIRAそのものの割当が少ない。このため、民間の基金などスポンサーによる支援が必要となっている。2002年8月現在でPhilHealthと覚書（MOA）交換をしたスポンサーは30件となっているが、今後はこの拡充が急がれている。

第2に、モラルハザードの回避である。貧困者の認定のガイドラインは存在するがこれが遵守されているかは別問題である。登録「ヘルスカード」の発行は地方政府（LGU）の裁量となっているからである。タイでは、それまでの「カード制度の失敗」⁶⁰を踏まえて一気に「医療費30パーツ制度」が取り入れられた。登録カード制の成否は、NHIPの持続性確保維持のカギである。

3-3-6 フィリピンのSSNに対する日本の援助のあり方について

前節間で述べてきたことから、日本の技術協力によるフィリピンの社会保障制度支援の目標は「大衆のための医療」の領域にあることがわかる。具体的には次の点に焦点を当てることができる。

第1に、受益者に視点を置くと、**農民、自営業を対象とした地域保険の設計**が望ましい。日本では第一次産業が多かった時期には地域保険としての国民健康保険があったが、これをフィリピンにも適用できるのではなからうか。日本の国民保険の実施方法の体系化と、**フィリピンの社会的、文化的環境においてこれが受容される方法の調査**が必要となる。

第2に、**地方政府における国民健康保険業務の処理能力向上に向けた支援**である。「大衆のための医療」には地方政府の保険料負担が課せられている。そのため、地方分権の枠組みの中で、地方政府における財政基盤強化と併せた国民健康保険拡充への総合的な業務処理能力向上に向けた支援が必要である。

第3に、**伝統医療体制を基盤とした近代的医療体制の構築**である。これまでフィリピンでは中央政府、地方政府は乏しい財源を基金として独自にマラリア、結核対策などのシステム設計をし、これが存続している。**地場に根付いた伝統的医療制度に近代的医療体制をいかに連携させるかが、基本的課題**である。

3-3-7 小括

以上、1990年代を中心としてフィリピンにおけるSSNの形成過程、その構造、直面する課題について述べてきた。結論的にいうなら、フィリピンは自身が直面した構造調整の下での貧困者問題、経

⁶⁰ 3-2-3(3)節参照。

済危機のインパクトに対応する形で、安全網としてのSSNの制度構築を図ってきた。しかしながら、実際にはその機能を十分には果たしていない。

民衆の不満台頭を予知したラモス政権が貧困層対策として掲げたのが社会改革アジェンダであった。これは構造調整下で図られたインフォーマル・セクター対応の通常プログラムであった。しかしながら、構造調整下の政府予算の下では社会開発に対する予算は限定されたものであった。このため、社会改革アジェンダ・プログラムは既存の政府省庁事業の寄せ集めにしかならなかった。予算、人員は変化なく、同政権の任務は既存のプログラムの実行に際しての調整機能の強化にすぎなかった。

こうした状況は、フィリピンが直面したアジア通貨危機への対応に際しても基本的に変化がなかった。農民、都市貧困層を対象とし、通常プログラムを強化して、社会改革アジェンダを法制化し、社会改革アジェンダの一環としてCIDSSを発足させた。つまり、CIDSSの枠組みで貧困層対策を更に統合した。しかし、CIDSSの予算措置は極めて限定的なものに過ぎなかった。マイクロ・クレジットも同様に社会改革アジェンダで取り組まれ、自営援助・カウンララン、民衆信用供与金融会社への増資が図られた。後者はグラミン銀行型の貧民の生計向上資金貸付である。しかし現実問題としてマイクロ・クレジットにも予算規模に限界があり、政府はこの分野でも市場志向を指示している。

以上のインフォーマル・セクターに対する通常プログラム、フォーマル・セクターに対する暫定プログラムはさしたる成果はなかった。これに対し、フォーマル・セクターに対する通常プログラムに関しては、多くの進展があった。まず、近代部門を対象としたSSS及びGSISについては、フィリピンでは歴史的にもこの領域ですでにほかのアジアに先んじた制度構築がなされてきた。現時点においても基本課題は残したものの、改革に向けた方向性は見えてきたようである。

この通常プログラムにおける最大の特徴は、1996年の国民皆保険を目標としたNHIPの発足である。SSSとGSISの健康保険部分がNHIPに統合され、同一保険料・同一給付内容の制度構築の準備ができた。課題は、近代部門ではない農村部貧困層、都市下層階級を対象とした「大衆のための医療」プログラムの達成である。全国人口の4分の1にあたる貧困層を対象とした国民健康保険制度の達成である。これはほかの東南アジアに先んじた画期的な健康保険制度の発足を意味する。これには中央政府のみならず地方政府も参入し、「インフォーマル・セクターをいかにフォーマル・セクターに取り込むか」という基本課題に挑戦している。これはまた、日本の公的援助、協力機関が手がけることのなかった領域であるが、日本の経験からして比較優位の高い技術部門である。

2001年1月に発足したアロヨ新政権の経済政策におけるキーワードは、「市場依存 (market reliance)」、「良き統治」(good governance) である⁶¹。市場の失敗、政府の失敗があるとすれば、これらに対応した処方箋こそ優先されよう。そして、処方箋が適用されその効果が現れるまで、SSNの役割が期待される。短期的には暫定プログラムの実行が急がれ、中長期的には通常プログラムの強化が必要となる。逆説的ではあるが、構造調整政策の展開の中で生じた危機により、SSNの必要性が認識されたのである。

本節の最初に述べたように、フィリピン経済は「改革主導型の開発」であった。構造調整政策下のSSN問題は、はからずも途上国が抱える基本開発課題を顕示させた。これら開発課題は同様の危機に直面しているほかの構造調整政策下の開発途上国にも共通する。基本課題克服の成否はフィリピンのみならず同様の課題に取り組むアジア途上国にとっての試金石となるはずである。

⁶¹ 2001年3月25日開催の第42回フィリピン経済学会 (Philippine Economic Society) におけるアロヨ大統領演説。

3-4 インドネシアにおけるSSN（武田長久）

3-4-1 SSN整備の背景

(1) アジア経済危機とSSN

インドネシアは1997年に発生したアジア通貨危機の影響を強く受けた国の1つであった。インドネシア経済は自国通貨ルピアの暴落により大きな打撃を受け、物価の上昇、景気の後退による失業者の増加、貧困層の拡大が見られた。表3-17で示されるように1998年のGDP成長率はマイナス13.13%と大きく下落し、ルピアの対ドル為替レートが約50%減価してインフレが77%に達するなど、景気の後退と物価の大幅な上昇が生じた。1999年にはインフレは沈静化しGDP成長率もプラスに転じたが、わずか0.79%の成長と十分な回復が見られなかった。また、失業率も上昇し、表3-18に示されるように貧困人口は危機前の1996年の17.7%から危機後の1998年には24.2%に増加した。特に都市部における貧困層の増加の割合が大きい。

(2) 経済危機に対応して実施された緊急プログラム

1) 経済危機時に実施されたSSNプログラムの概要

経済危機による景気の後退と物価の上昇は貧困層に大きなマイナスの影響をもたらし、1998年5月に生じたジャカルタ暴動など、各地で発生した社会不安の要因となった。政府は社会不安が更に悪化することを避けるために、貧困層への影響を緩和するためのSSNプログラムを国際機関や二国間のドナーの支援を受けて実施した。物価上昇、失業の増加に対処するために、貧困世帯に対する米の低価販売による食料保障、保健サービスへのアクセスの確保、初等中等教育からのドロップアウトの防止、労働集約的な公共事業と、村落コミュニティレベルでの経済活動の促進を通じた雇用創出を中心

表3-17 インドネシアの主な経済指標（1997～2001年）

	1997	1998	1999	2000	2001
GDP成長率（%）	4.70	- 13.13	0.79	4.90	3.32
インフレーション（%）	-	77.54	2.01	9.35	12.55
ルピア為替レート（対US\$）	4650	8025	7100	9595	10435
失業率（%）	4.68	5.46	6.36	6.08	8.10

出所：Central Bureau of Statistics

表3-18 貧困ライン及び貧困人口（1996年～2001年）/a

年	貧困ライン（1人当りRp./月）		貧困ライン以下の人口（百万人）			貧困ライン以下の人口の割合（%）		
	都市	農村	都市	農村	全体	都市	農村	全体
1996	42,032	31,366	9.6	24.9	34.5	13.6	19.9	17.7
1998 / b	96,959	72,780	17.6	31.9	49.5	21.9	25.7	24.2
1999 / c	92,409	74,272	15.7	32.7	48.4	19.5	26.1	23.5
2000 / c	91,632	73,648	12.1	25.2	37.3	14.6	22.1	19.0
2001 / c	100,011	80,382	8.5	25.0	37.1	9.8	25.0	18.4

出所：World Bank (2003), Annex 1, Table 3

注/a：1998年のSUSENASによる貧困の定義に基づく。

注/b：1998年12月のSUSENASデータに基づく。

注/c：1999年2月（定期）のSUSENASデータに基づく。

とした食料保障、教育、保健、雇用の4分野でのSSNプログラムが実施された。主なSSNプログラムの概要とその予算に関しては表3 - 19及び表3 - 20のとおりである。

表3 - 19 経済危機に対処するために実施されたSSNプログラムの概要 (1998/99/2000)

項目	プログラム	内容	実施機関
食糧保障	特別市場操作 (OPK)	貧困世帯 (1460万世帯対象) に20kg/月の米をkg当り1,000ルピアで販売。	地方政府、BULOG
	食糧作物生産補助 ^{注1}	投入材、融資の補助を通じた食糧作物生産の促進。1998/1999年度のみ、OPKも含んで実施された。	地方政府、農業省、BULOG
	農村養鶏センター開発 ^{注2}	80人以上 (20-30人で4グループ) の貧困農家を対象とする養鶏センターを16州、62県に設置。JBICの融資。	農業省
	エビ養殖インフラリハビリテーション ^{注2}	エビ養殖インフラ (4,750ha) のリハビリを10州で実施。JBICの融資。	農業省
教育	奨学金と学校補助金 (初・中等教育)	学校補助金を貧困地域の60%の小学校 (200万ルピア)、中学校 (400万ルピア) 高校 (1000万ルピア) に配布。貧困家庭生徒への奨学金として小学生 (12万ルピア) 6%、中学生 (24万ルピア) 17%、高校生 (30万ルピア) 20%を配布。世銀・ADBの融資。	教育省
	小学校のリハビリ ^{注1}	県へのインプレス補助金による小学校のリハビリ。	地方政府
	小学校開発資金補助 ^{注1}	県へのインプレス補助金による小学校建設資金補助。	地方政府
	奨学金と大学補助金	奨学金対象162,730人、公立50校、私立1,000校への補助金。	教育省
	小学校の運営維持管理	小学校の維持管理に条件によりミニマム150万ルピアの補助を行う。	地方政府
保健	保健セクターSSN (JPS-BK)	貧困家庭への無料診療カードの配布、母子保健サービス、栄養改善、ボシアンドゥ再活性化などの活動に対する保健所、助産婦、地方病院への資金支援。ADBの融資。	保健省
	保健開発資金補助 ^{注1}	地方政府への保健セクターの補助金。	地方政府
	社会福祉 (JPS - BS)	13都市のストリートチルドレン (約9,000人) への奨学金。ADBの融資。	社会省
	小学校補助給食 (PMT - AS)	貧困村にある6,430の小学校における補助給食。	地方政府ほか
雇用	労働集約プログラム ^{注1} (公共事業PKPU-CK)	公共インフラの維持、管理、建設を低賃金で短期間雇用し雇用を創出。	公共事業省
	労働集約プログラム ^{注1} (PDKMK)	農村部、都市部でのインフラ整備の労働集約プログラムによる雇用創出。	労働力省
	技術労働者の雇用対策プログラム ^{注1} (P3T)	職業訓練、職業紹介、起業支援を通じた技術労働者の雇用対策プログラム。	労働力省
	労働集約プログラム (林業) ^{注1}	植林、林業開発により雇用創出を図る労働集約プログラム。	林業園芸省
	都市インフラ労働集約プログラム (PKP)	都市インフラの建設とリハビリ、維持管理に貧困層・失業者を地域最低賃金で4カ月間40万人を雇用 (最低20%は女性)	地域開発居住省
	女性失業者対策 (PKPP)	6州の都市部女性失業者を対象に社会サービス、インフラ整備、職業訓練を実施し3カ月間7万人の雇用を創出。	地域開発居住省
	PDM - DKE (コミュニティ・エンパワーメント)	村落コミュニティの貧困層、失業者を対象に資金供与によるインフラ整備、経済活動を通じた雇用の創出。	Bappenas、地方政府

出所：Pugug B. Irawan, Erman A. Rahman, Haning Romdiati, and Uzair Suhaimi (2001)を基に筆者作成。

注1：1998/1999年度のみ実施。

注2：1999/2000年度のみ実施。

表3 - 20 経済危機時に実施されたSSNプログラムの予算 (1998/99/2000)

SSNプログラム項目	1998/1999年度	1999/2000年度	2000年度	予算源
	(10億Rp)	(10億Rp)	(10億Rp)	
食糧安全保障	633	117	8	
・ 特別市場操作 (OPK) による米価格補助	0	5	8	政府予算
・ 食糧作物生産補助 (PKPN-MPMP)	633	0	0	政府予算
・ 農村養鶏センター開発 (RRMC) 注2	0	57	0	JBIC
・ エビ養殖インフラリハビリテーション注2	0	55	0	JBIC
教育	2,923	2,064	1,066	
・ 奨学金及び学校補助金	1,138	1,251	667	世銀、ADB、政府予算
・ 奨学金及び大学補助金注2	338	309	0	政府予算
・ 小学校改修・建設特定補助金	852	0	0	政府予算
・ 小学校運営・維持管理資金	595	536	399	政府予算
保健	2,270	1,682	1,280	
・ 保健セクターSSN (JPS-BK)	1,043	1,030	867	ADB、政府予算
・ 社会福祉	92	102	68	ADB、政府予算
・ 保健インフラ建設特定補助金	721	0	0	政府予算
・ 小学生補助給食	414	550	345	政府予算
生産的雇用創出	2,045	1,000	441	
・ 労働集約プログラム (PDKMK)	597	0	0	政府予算
・ 技術労働者の雇用訓練プログラム (P3T)	399	0	0	政府予算
・ 林業セクター労働集約プログラム	491	0	0	政府予算
・ 労働集約公共事業 (PKSPU-CK、 FY 1998/99) 都市インフラ労働集約 プログラム (PKP)	559	850注1	366	政府予算
・ 女性雇用創出イニシアティブ (SIWU)	0	150注1	75	政府予算
コミュニティエンパワーメント基金	1,701	792注1	450	政府予算
・ PDM-DKE	1,701	792	450	政府予算
開発予算合計	9,573	5,645	3,245	
経常予算 (OPKによる米価格補助)	5,450	6,235	2,232	政府予算
SSN予算合計	15,023	11,880	5,477	

出所：Pugug B. Irawan, Erman A. Rahman, Haning Romdiati, and Uzair Suhaimi (2001).

注1：PKP、SIWU、PDM-DKEは資金制約のため1999/2000年度は実施されなかった。

注2：2000年度から既存の開発プログラムとして実施された。

2) 経済危機時に実施された緊急的なSSNプログラムの特徴

インドネシアでは経済危機が社会不安を招き、1998年5月にジャカルタで暴動が発生し、これを機に30年の長期にわたったスハルト政権が倒れ、ハビビ政権が成立するという政治的な変化につながった。スハルト政権崩壊後、ハビビ大統領は自らの政権の正統性を確保し、社会不安を抑えるために、改革、民主化をスローガンとして政権運営と政策の実施を進めた。このような文脈の中で経済危機の影響を緩和するために緊急的に実施されたSSNプログラムは次のような特徴を持っていた⁶²。

第1に、プログラムは国家開発企画庁 (BAPPENAS) を中心に中央省庁により設計され、地方の出先機関及び地方政府により実施されたが、SSNプログラムの実施は限られた時間で早急に実施する必要があったため、プログラムの実施にあたった地方政府、コミュニティ、並びに受益者に対するプロ

⁶² 詳しくは武田 (2002) を参照。

グラムの内容や運営方法などに関する広報普及活動（ソーシャル化）が十分ではなかった。そのため、受益者の選定が恣意的に行われ、村長など村の有力者が親戚縁者を受益者に選ぶなど、汚職・癒着・縁故主義（KKN）などの機会主義的な行動が発生し、透明性や説明責任の確保に問題が生じた。

第2に、プログラムの実施を早めると共に汚職による漏れを防ぐために、資金の流れは地方政府を通さず、郵便局やインドネシア庶民銀行（BRI）などを通して受益者に直接資金を提供する形をとった。奨学金は郵便局を通して直接受益者へ供与され、学校や保健所に直接補助金が供与された。また、コミュニティの雇用創出プログラムでは受益者グループの銀行口座に直接資金が振り込まれた。地方政府は中央政府の出先機関と共にプログラムの管理とモニタリングを行うこととなった。

第3に、受益者の選定をコミュニティに任せる方式をとった。プログラム開始当初は受益者の選定は主に家族計画調整庁（BKKBN）が持っている貧困世帯のデータを基に実施されたが、経済危機前のデータであったため危機の影響を受けて失業や貧困の状態に陥った人々が十分捕捉されず、ターゲットの問題が生じた。そのため、受益者の選定の基準を設定し、それに基づいてコミュニティ自身が受益者の選定を行う方式（コミュニティ・ターゲット）が後に採用された。

3) 経済危機に対応して実施されたSSNプログラムがもたらしたインパクト

経済危機に対処するために実施されたSSNプログラムは、民主化、改革が進められた時期に実施されたことと、ドナーの支援を受けて実施されたことにより、政府の政策に次のような影響を及ぼしている。

第1に、プログラムの実施においてコミュニティの参加、ステークホルダーの参加を促進した。コミュニティ自身による受益者のターゲットングや、事業のモニタリングへのNGOの参加、関係者を集めたフォーラムの形成などが進められるようになった。この背景には民主化の進展によりプログラムの実施においてグッド・ガバナンスの重要性が強調されるようになり、汚職を防ぐために直接受益者に資金が流れる仕組みや、ステークホルダーの参加によるフォーラムの形成やモニタリングを通じた説明責任（アカウントビリティ）を確保する仕組みを作ることが求められたことがある。これらの仕組みは、その後の政府のプログラムにも引き継がれ、初等中等教育における学校単位のマネジメントと県レベルの教育委員会の常設化の促進につながっている。また、石油補助金の段階的な削減に伴う燃料価格の上昇に対する貧困層への補償として実施された食糧配給のプログラムもSSNプログラムで形成されたコミュニティによるターゲットングの仕組みを活用している。

第2に、経済危機に対応したSSNプログラムの実施は、中長期的なSSNの必要性を再認識させることになった。SSNプログラムは対処療法的な緊急プログラムで、ドナーの支援が終了するとプログラムの継続が困難になる短期的なものが多い。したがって、継続的なセーフティ・ネットを構築するために社会保障制度の充実が課題となってきた。緊急的なSSNプログラムで貧困層の保健医療へのアクセスを確保するために、無料診療カード（Karte Sehat）を提供し、後述する地域健康保険制度（JPKM）を活用して貧困層を無料で加入させるプログラムも実施されたが、このような公的な制度にインフォーマル・セクターの人々をどのように加入させていくかが課題となっている。

2000年法律25号で定められた国家開発計画（PROPENAS）2000～04年の中でも、経済危機下の緊急対策として導入されたSSNプログラムに替わるものとして段階的に社会保障基金制度の開発、社会保険プログラムの強化を図っていくことが開発プログラムの1つとして示されている。

3-4-2 中長期的なSSNとしての社会保障制度の現状

(1) 社会保障制度の沿革と現状

インドネシアの社会保障制度は1960年代から国家公務員や軍人に対する健康保険や年金制度の整備から始められた。1963年政令10号で国家公務員に対する養老保険（TASPEN）が設置され、1969年法律11号で定められた国家公務員の老齢年金制度を加えて1981年政令25号でTASPENの改定がなされた。養老保険と老齢年金はPT. TASPAN⁶³により運営されており、公務員の加入が義務づけられている。公務員に対する健康保険制度は1968年大統領令230号でASKESが設置され、公務員本人と退職者及びそれらの家族に対する健康保険の制度が定められた。1991年政令69号で管理医療のシステムに基づき包括的な保健サービスを提供する制度へと再構築され、PT. ASKESによって運営されている。国軍軍人を対象とする社会保障制度は1971年政令44号で設置されたASABRIにより養老保険が提供されている。1991年政令67号による改定で、1966年法律6号で制定された国軍軍人の老齢年金制度を含めて、PT. ASABRIによって運営されている。軍人を対象とする健康保険には国防省が運営する健康保険制度がある。

一方、民間の労働者を対象とした社会保障制度は、1977年政令3号で設置されたASTEKが初めてあった。ASTEKを前身として、1992年に労働者社会保障（JAMSOSTEK）として再構築された。また、国民一般を対象としたJPKMの制定が1992年の国家保健法の中で定められた。

これらの公的な社会保障制度の中で、以下では民間の労働者及び国民一般を対象とする社会保障制度である労働者社会保障制度と地域健康保険制度を中心にその特徴を分析する。

表3-21 インドネシアの公的な社会保障制度

対象	制度の設置年	実施機関	給付内容	労働者負担	雇用者負担
公務員	1963年政令10号	PT. TASPAN	養老保険（定年、死亡）	3.25%	
	1981年政令25号で改定				
	1969年法律11号		老齢年金	4.75%	政府予算
	1968年大統領令230号 1991年政令69号で改定	PT. ASKES	健康保険	2.00%	
軍人	1971年政令44号	PT. ASABRI	養老保険	3.25%	
	1991年政令67号で改定				
	1966年法律6号		老齢年金	4.75%	
		MINDEF（国防省）	健康保険	2.00%	
民間労働者	1977年政令3号「ASTEK」				
	1992年法律3号「労働者社会保障（JAMSOSTEK）法」	PT. JAMSOSTEK	労災		0.24 - 1.74%
			健康保険		3.00% - 6.00%
			死亡給付		0.30%
			老齢給付	2.00%	3.70%
国民一般	1992年法律23号「国家保健法」に基づく地域健康維持制度（JPKM）	保健省、BAPEL（JPKM運営主体）	健康保険	人頭割り	

出所：ILO (1999)、Tambunan and Purwoko (2002)を基に筆者作成

⁶³ TASPENは制度の名称のインドネシア語の略語で、PT. TASPENは制度を運営する実施機関としてのTASPEN社を指す。PTはインドネシア語で会社を示す略語。後述のASKES、ASABRI、JAMSOSTEKも同様。

1) 地域健康保険制度 (JPKM)

JPKMは1992年法律23号の「国家保健法」第66条で管理医療を保健政策の柱にすることが示され、それを実現するための制度として制定された。国家保健法では、費用負担を含むヘルスケアのあらゆる側面で住民の自立性の向上、健康増進・予防・治療・リハビリを包括した形でのヘルスケアの総合的な発展、ヘルスケアに対する住民参加の促進、政府保健省の役割を調整と監視に特化し民間部門の役割の拡大を重視、JPKMに則した前払い制管理医療の拡大と発展の促進、などが示されている。JPKMは国家保健法での設置を踏まえ、保健省令などによってその内容が規定されている。JPKMの制度整備に先立って、保健省ではチリ、ブラジル、アメリカ、カナダ、韓国、インド、オランダ、英国、タイなどの医療事情を視察し、各国の経験を比較検討した。その結果、インドネシアの保健医療システムが目指すべき目標として、国民皆医療の実現、予防と健康増進の重視、保健医療サービスの質の確保と向上、社会的不公平などの解消、公的医療機関のみならず民間の機関も活用したサービスの提供、リスクを分散共有化する仕組みの創設、その具体的方法としての人頭請負制の導入などを定め、管理医療のシステムに基づいた制度の創設を定めている⁶⁴。

インドネシア政府は1999年3月に「Healthy Indonesia 2010」を公表し、2010年までの保健政策の目標を示した。今後10年間の新しい保健パラダイムとして、これまでの疾病の治療やリハビリテーションの重視から疾病予防と健康増進により重点を置いていく方針を打ち出した。そのための戦略として以下の4つの項目を挙げている。第1は健康を指向した国の開発計画、第2はプロフェッショナルリズム、第3がJPKMの推進、第4が地方分権化である。このように、保健省においてはJPKMを保健政策の戦略的な要素として位置づけている。

JPKMは人頭割りの前払い制による保健医療サービスの提供を行う制度で、保険料により運営され政府による財政支援はない。加入者はJPKMの免許を受けた事業団体 (BAPEL) とあらかじめ定められた保険料及びサービス内容 (疾病の予防、検査、治療、健康増進、リハビリなど) で契約する。JPKM事業団体は特定の保健医療機関 (保健所、公的な病院、民間病院など) と契約を結び、加入者への保健医療サービス提供を手配する。JPKMを運営する事業団体は公的セクターだけではなく、民間セクターでも一定の資格を有するものに認可が与えられ、民間の参入による競争原理を生かした効率的な運営がなされることが期待されている。

公務員はASKES (給与の2%を天引き)、民間企業の労働者はJAMSOSTEK (給与の6%、独身者は3%) の健康保険制度を利用しているが、共にJPKMと同様の管理医療の制度を取っておりJPKM-ASKES、JPKM-JAMSOSTEKと呼ばれる場合もある。JPKMが目標とする対象人口は零細中小企業の職員、自営業者、農民など、最貧層を除いた中以下の階層である。

2001年9月までに保健省が認可した事業団体は24で、加入人口は1996年の約36,000人から1997年には約108,000人、2000年末には約500,000人と推計されている。JPKMの事業団体は、ジャカルタあるいは東部ジャワ州、西ジャワ州、中部ジャワ州などジャワ島に集中している⁶⁵。

2) 労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)

民間の労働者に対する社会保障の提供は1977年政令33号で労災、死亡給付、老齢給付の3つの分

⁶⁴ 国際協力事業団 (2000) pp.17-18.

⁶⁵ Marzolf (2002), p.19.

表3 - 22 JAMSOSTEK加入者数 (1994 ~ 99年)

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
賃金労働者数 (百万人)	25.1	25.7	26.3	27.1	26.3	26.1
公的部門の雇用主 (千人)	182	182	183	183	183	183
JAMSOSTEK 加入者						
賃金労働者 (百万人)	7.6	9.1	11.3	13.4	14.9	16.0
雇用主 (千人)	51.9	60.1	68.7	77.7	82.5	86.6
潜在的な加入者数						
賃金労働者 (百万人)	17.5	16.6	15.0	13.7	11.4	10.1
雇用主 (千人)	130.4	121.9	114.3	105.3	100.5	96.4

出所：Tambunan and Purwoko (2002)

野の保障を提供するASTEKという制度から開始された。1992年法律第3号 (JAMSOSTEK法) により、ASTEKで提供された3分野に健康保険を加え、従業員10人以上あるいは1カ月に100万ルピア以上の給与支払いをしている企業が加入することを義務付ける労働者社会保障制度として再整備された。民間の労働者に対する社会保障制度で、労働者と雇用者が払う保険料により運営されており、政府からの資金の補助はなされていない。

保障の内容は、労災保険、死亡給付、老齢給付、健康保険の4分野となっている。労災保険は雇用主が給料の0.24% ~ 1.74%を保険料として支払い、一時的な所得損失には最初4カ月が100%、次の4カ月が75%、それ以降が50%の給付がなされる。死亡の場合は平均所得の60%を60カ月分の一括給付、及び葬儀代の給付がなされる。死亡給付は雇用主が従業員の所得の0.3%を保険料として支払い、家族は一括給付と葬儀代を受ける。老齢給付は雇用主が従業員の所得の3.7%、従業員が2%を基金 (Provident Fund) に支払い、積み立てた保険料と利息が年金又は一時金の形で一括還付される。健康保険は任意加入となっており、所得の6% (独身者は3%) を保険料として雇用主が支払い、JPKMと同じ方式で運営される。

JAMSOSTEKの加入者は1998年に約1,490万人の賃金労働者、約82,500人の雇用主が登録されている。1999年には約1,600万人の賃金労働者、86,500人の雇用主が登録され、若干増加している。しかし、1999年時点で公的セクターの賃金労働者の61%、雇用主の47%しかJAMSOSTEKに加入していない。一方、インフォーマル・セクターを加えた労働人口の中で社会保障制度によりカバーされている割合は約13%に過ぎないとされている。また、JAMSOSTEKでは任意加入となっている健康保険プログラムでは、1999年時点で15,597社が登録し1,251,442人の労働者が加入しているだけで、加入者の割合は賃金労働者の8%に留まっている。

3) インフォーマルなSSN

インドネシアの村落社会 (特にジャワ) では、ゴトンロヨンと呼ばれる相互扶助の伝統が残っている。伝統的な村落社会では農作業における互恵的な労働交換やアリサンと呼ばれる講組織を通じた貯蓄の制度も見られる。保健に関する伝統的な相互扶助のシステムとしてはダナセハット (Dana Sehat) と呼ばれる村落健康基金がある。この制度は、参加者が掛け金を支払い、保健所の医療サービスなどの保障を行う。50世帯 ~ 1,000世帯といろいろな規模があり、協同組合化している団体もある⁶⁶。1995年の調査では全国27州にまたがる9,096カ村 (全体の13%) で存在が確認され、住民1,400万人をカバーするとされている⁶⁷。ダナセハットが発展して正規のJPKM事業体となることが期待されていた

が、その運営内容や管理体制は貧弱であり、JPKM事業体としての免許を獲得できる見込みは少ない。

このようにインドネシアの伝統的なコミュニティでは、親族やコミュニティにおける相互扶助がセーフティ・ネットの機能を果たしてきていた。また、アジア経済危機の時点で見られたように、都市で仕事を失った多くの労働者が故郷に戻り、伝統的な農業セクターやインフォーマル・セクターでの雇用に吸収され、危機のショックを和らげるという役割を果たしている側面も見られた。

インフォーマルなセーフティ・ネットは社会福祉の側面でも重要な機能を果たしている。インドネシアの社会福祉は政府による公的な社会福祉制度よりも親族やコミュニティによる伝統的なSSN、財団（Yayasan）や宗教団体、NGOなどの民間団体による社会福祉の提供に依存している部分が多い。一方、多くの財団やNGO、宗教団体なども障害者福祉、ストリート・チルドレン対策などの社会福祉や貧困救済の活動に関わっている。

3-4-3 公的な社会保障制度の普及における阻害要因

JPKMの加入者は伸び悩んでおり、JPKMのサービスを受けているのは国民の約21%に留まっている。保健省に登録を申請し認可されたJPKM事業団体（BAPEL）数も伸び悩んでいる。経済危機に対応して実施されたSSNプログラムで貧困層への無料診療カードの配布をJPKMのシステムを活用して実施し、各地でプレJPKM事業体の設立を促進したが、正規のJPKM事業体として発展していない。

JPKMへの国民の加入が進んでいない要因として以下の3点が指摘できる。第1にJPKMの制度に関する説明が国民に対して十分なされておらず、広報普及が進んでいない点である。第2は、たとえJPKMに加入しても受けられる医療サービスの質が低い点がある。頭割り料金の額にもよるが、医療サービスの提供を保健所が担う場合、提供できるサービスの質は低い。高所得者は民間保険会社が提供する医療保険に加入するケースが多い。第3に、もともと保険の必要性に対する国民の意識が低い点が指摘されている。家族や親族による支援、伝統的なコミュニティにおける相互扶助の習慣がインフォーマルなセーフティ・ネットとして機能していた経験があり、万一のために保険をかけるという意識があまり醸成されていない側面がある。

アジア経済危機に対して実施されたSSNプログラムでは、貧困層に無料診療カードを提供し、政府の補助によりJPKMの制度を活用してサービスを提供した。政府は各地に擬似的なJPKM事業体の設置を促進しJPKMに発展させることを意図したが、政府による補助無しにJPKM事業体として発展することは困難であった。

一方、JAMSOSTEKも加入者が伸び悩んでおり、フォーマル・セクターの民間企業労働者の約61%、労働者全体の約13%をカバーしているにすぎない。JAMSOSTEKへの加入が伸びない要因としては、給付金額が少なく、しかも一時金としての支払いである点がある。また、健康保険の保障の質が低いこともある。企業によっては健康保険の部分はJAMSOSTEKを通じたJPKMの保健ではなく、保障内容がいい公務員を対象にしているASKESに加入している場合もある。

⁶⁶ 保健省ではダナセハットを3段階に分類している。第1段階は村落レベルで加入者は2,500人まで、保険料が月100ルピアで専従職員が1名いるグループ組織、保健所の外来診療とポシアンドゥでの母子保健サービスを提供するもの。第2段階は2、3名の専従職員をもつ統合的な組織で、郡レベルにおいて500人～5,000人の加入者をもつ。保険料が月500ルピアで保健所での外来診療と入院、出産などのサービスを提供するもの。第3段階は更に発展した段階で、8名の専従職員をもつ法律に基づく組織（協同組合や会社など）で、保険料が月1,000ルピア以上でJPKMに関する大臣令に基づく包括的基礎保健サービスのパッケージを提供するもので、将来的にJPKM事業体として発展するものとされている。

⁶⁷ 国際協力事業団（2000）p.12.

また、10人以上の従業員あるいは月100万ルピア以上の給与支払いをしている企業はJAMSOSTEKに加入する義務があるが、雇用者による保険料の支払い滞納や、保険自体への加入を行わない場合があり、雇用者による労働者社会保障制度の必要性に関する理解不足、加入による費用負担を望まない側面がある。法律では義務違反の雇用主は6カ月以下の懲役又は罰金5,000万ルピア以下の制裁がなされると規定されているが、PT. JAMSOSTEKは義務違反の雇用主に対する法の執行権を持っておらず、警察の協力を依存するのみである。したがって、法の執行が十分になされていないのが現状である⁶⁸。

また、JAMSOSTEKの運営自体もスハルト時代に基金の運営に政治的な影響を受けて不明朗な投資がなされた経緯があり、資金の運用が不透明で運営に関する加入者の信頼が低い点が挙げられる。

また、JAMSOSTEKの制度上の問題点として、国有企業という組織形態に問題があると指摘されている。JAMSOSTEKは国有企業のため課税対象となっていて、利益を追求することが求められている。これは労働者社会保障制度の目的から矛盾するところであり、ILOのJAMSOSTEKに関する調査においても、国有企業から社会保障の信託基金として、政労使の三者構成による理事会によって運営する形態に変更することが提言されている。

3-4-4 インドネシアのSSN整備における課題と日本の援助のあり方について

(1) 社会保障制度の改革の動き

社会保障制度の改革に関しては、経済危機時のSSNプログラム実施の経験から既存の社会保障制度の改善強化の認識が高まり、加入者の拡大を目指してJPKM法の改正、JAMSOSTEK法の改正の議論が保健省と労働省でそれぞれなされていた。

2002年8月に開催された国民協議会で、第4次の憲法改正の議論がなされた。議論の焦点は大統領選挙の国民による直接選挙制の導入であったが、憲法改正では大統領の直接選挙制と共に、すべての国民に対する社会保障システムを構築すること（第32条2項）が盛り込まれた。民主化や改革の進展と共に、社会保障システムの構築や教育予算の拡充など国民に対するサービス提供の向上が認識され、憲法の中でもうたわれるようになった。憲法では国の方針が示され、詳細は法律で定めることになっている。社会保障システムに関しては、2002年4月の大統領令20号で20名の専門家により構成される、国家社会保障システム（SJSN）チームが設置された。このチームは、医療、年金、労災、死亡を含めた社会保障制度を整備するために、社会保障システムのコンセプトの作成と、社会保障システム法の草案作成のためのアカデミックペーパーの作成を行うという役割をもつことが定められている。

JPKMに関する法律の改正案は保健省が作成し、改正案は国家官房に提出されたが、保留されたままである。JPKM改正案では、保険料は所得の6%（独身者も同じ）を徴収し、強制加入制を導入する予定である。貧困世帯に対しては中央政府と地方が9：1の割合で保険料を負担し、2005年には6：4の割合にする。保険料として必要な資金には燃料補助金を削減した財源をあてることを検討している。保険料は中央政府がプールし、医療機関に対して人头割り前払い制度で契約し、管理医療の方式で医療サービスを提供することになる。この改正案は非公式に国会の委員会で協議されたが、費用負担のあり方を巡って反対意見が提起されたようである。

国家社会保障システムの整備を行うという方向性が出されたため、JPKMの改正案は単体ではなく、新たに構築される国家社会保障システムの中の医療保障として位置づけられることになる模様である。

⁶⁸ Tambunan and Purwoko (2002), p.46.

一方、JAMSOSTEK法の改正も労働移住省で議論がなされている。特に経済危機後、社会保障制度の拡充の必要性が認識され、インフォーマル・セクターの労働者をどう取り込んでいくかが課題となってきた。また、JAMSOSTEKの運営方法の問題点もILOから指摘されている。ILOはJAMSOSTEKの組織を国有企業(公社)の形態から信託基金に変更し、3者構成による管理体制(理事会)に変更することを提言している。労働移住省ではILOの提言を参考にしてJAMSOSTEK法の改正案の検討を行ってきているが、JAMSOSTEKの改革も国家社会保障システムの制度整備の枠組みの中で改正が検討される模様である。

国家社会保障システムの法案(ドラフト)は2003年6月を目途に準備する予定とされており、2004年に成立を目指している。しかし、2004年は国会議員の総選挙と大統領選挙が予定されていて政治的な変化が生じる可能性がある。また、法律の作成にあたっては政府内及び国会での議論に時間がかかり、予定通りに進まないことが多い。**貧困層も含めて社会保障制度の中に組み込んでいくためには政府による財政負担が生じるため、国家社会保障システムの制度整備の動きは、大統領選挙を始めとする政治の動きに左右される可能性が高い。**

(2) ドナーによる支援の動向と日本の援助の課題

アジア経済危機に対応する緊急的なSSNプログラムの実施では、世界銀行は教育、保健を中心に融資を行った。世界銀行はSSN調整借款を提供し、SSNプログラムの実施を支援し、ステークホルダーの参加やNGOやメディアを活用したモニタリング制度の導入を促進し、プログラムの透明性と説明責任の確保を促進しようとした⁶⁹。緊急的なSSNプログラムとは別に、世界銀行は郡開発プロジェクト(KDP)などを通して貧困対策への支援を社会基金(Social Fund)形式で実施している。また、州保健プロジェクトを通じた管理医療制度のパイロット的な支援も実施している。

ADBも保健や教育分野における緊急的なSSNプログラムに対する融資を行ったが、それ以外でも、Rural Health and Population ProjectでJPKMの普及支援を実施している。また、2002年には2,500万ドルの融資プログラム(Financial Governance and Social Security Reform Program)を承認し、年金基金、社会保険の運営改善、制度強化を支援する予定である。

ILOはJAMSOSTEKの改革支援のための調査を実施しており、改革のための提言をまとめている。また、ECも社会医療保険開発(Indonesia Social Health Insurance Policy Development)として、2003年1月から国家社会保障システムチームのタスクフォースに対して50万ユーロの支援を行い、制度開発・政策支援を実施している。

日本はアジア経済危機時に医薬品や米の供与など無償資金協力を通して緊急的な支援を行っている。また、社会保障制度の運営強化に関しては、JPKMの運営実務に関する現地国内研修の実施を行っている。社会保障制度に関しては、国家社会保障システムの再構築を目指して現在制度の改革が計画されている。2004年の大統領選挙などの政治的な日程と共に、社会保障制度の設計は費用負担をどのように設計するかという問題もあり、制度の再構築は政治的に微妙な問題となることが予想される。したがって、**制度の再構築に関する社会保障制度の情報提供を通じた支援は可能であるが、制度設計そのものへの深入りは困難かつ危険な側面がある。制度の再構築への情報提供を通じた側面支援と制度設計がなされた後で、必要に応じて制度の環境整備や運用面での技術支援の検討を行っていくことが考えられる。**

⁶⁹ SSN調整借款はインドネシア政府に求められた融資条件が一部達成できなかったことにより、1年間の延長の後、第3回目の支払いが実施されずに終了された。

第4章 JICAのSSN分野における協力実績

(田和美代子、辻研介、小森剛、岩名礼介)

本章では、タイ、フィリピン、インドネシアにおけるSSN分野でのJICAのこれまでの協力実績について整理する。なお、ここで取り扱うSSN分野は、保健医療分野、雇用・労働分野のそれぞれについて、制度化された社会保障制度に対する支援だけでなく、幅広く関連分野の協力実績を含めて記述している。

4 - 1 タイに対する協力実績 (田和美代子)

4 - 1 - 1 国家経済社会開発計画におけるSSN

タイは比較的早くから社会開発の側面に関心を持っていた。タイの置かれていた地理的条件から、周辺国での混乱が直ちに国内の社会的緊張や不安につながりがちであったということにもよる。すでに第2次開発計画の段階から経済と並んで社会開発という表現がみられる。ただし第7次開発計画までの社会開発に触れた部分は、所得分配や貧困対策についての指摘にとどまり、具体的方策などを明らかにしてこなかった(表4 - 1参照)。

しかし、近年の国際的な流れを取り込み、また経済政策を優先した結果、様々な社会問題が噴出し、内外から指摘されるに至って、第8次開発計画策定からは新たな試みが行われ、社会開発への取り組みも本格化することとなった。

タイにおける社会保障制度の新たな進展を決定づけたのは、経済危機直前に公布された「1997年憲法」である。同憲法の大きな特徴は、広範な「国民の権利と自由」を明記した点にある。

さらに1997年に起こった通貨危機を契機にタイ政府は基本的哲学として、国王が提唱した「セータギット・ポーピエン(足るを知る経済)」を採用し、経済危機を招いた急激な経済発展よりも、経済社会の安定をより重視した持続的成長路線を指向している。

4 - 1 - 2 SSNの分野に対するJICAの協力の概観

SSNの分野に対するJICAの協力は、保健衛生関連のプロジェクトが初期から現在まで恒常的に続けられていることが1つの特徴である。近年はこの分野で新たなテーマであるエイズ対策や薬物、寄生虫への地域的取り組みへの支援も行われている。また、1980年代以降、労働問題への対処も継続的に進められてきた。

アジア経済危機を契機にタイ政府は急激な経済発展よりも、経済社会の安定をより重視した持続的成長路線を指向している。JICAは、こうしたタイ政府の開発政策を受け、経済社会の安定的な発展のためには、国民の生活水準を実質的に高めるための社会政策の拡充が必要であると考え、総合雇用政策や医療保険、障害者支援などの社会保障分野の協力を拡充させてきている。

また、時代順にプロジェクトの傾向を概観すると、時代を追うごとにハードインフラの供与と訓練・人材育成とのセット型プロジェクトから、医療保障制度、雇用・労働政策など、政策・制度構築支援型のプロジェクトへと重点が移行してきていることがわかる(図4 - 1参照)。

以下に本研究会の対象であるSSNの分野、すなわち、保健医療、雇用・労働、年金制度に対するJICAの取り組みを概観する。

表4 - 1 タイの国家経済社会開発計画の推移

期	時期	重点分野・政策目標	特徴・成果
第1次	1961～ 1966年	・農業	同時に民間主導型工業の推進並びに電力、運輸、通信部門の整備にも力点。
第2次	1966～ 1971年	・インフラストラクチャーの一層の整備 ・生産拡大	経済と並んで社会開発という表現が見られる。ただし、個々での社会開発は先進諸国のような社会保障、福祉といった要素よりも村落の自立を助ける開発という意味合いの方が強い。
第3次	1971～ 1976年	・所得格差、地域格差の是正 ・人口増加率の低下	経済情勢の悪化とインドシナ事情の変化を踏まえ高度成長から安定成長へ方針を転換。
第4次	1976～ 1981年	・社会的公正の重視 ・社会的・経済的不公平などの是正	当面の目標として 景気回復の促進、 社会的経済的格差の是正、 人口増加率の抑制、 人的資源の一層の開発、雇用の拡大、 基礎資源の管理と環境の保全、 国家の安全強化を提示。工業化の主軸が輸出志向産業（特に農業関連産業）に置かれたことも特徴。
第5次	1981～ 1986年	・成長よりも構造の調整、経済の効率化 ・経済社会開発における平等の重視 ・後進地域における貧困の解消 ・経済開発と国家の安全の調査 ・計画と実施における協調、調整機能の重視 ・民間セクターの役割の重視	農業国から工業国への転換及び輸出における工業化率の向上など構造改革の推進を意図。工業化を経済活動の地域分散化と平行して推進し首都圏の過密解消、所得格差の是正を図ろうとした点が特徴。
第6次	1986～ 1991年	I. 開発効率の向上：マクロ経済運営、人的資源・社会開発、自然資源・環境開発、科学技術開発、開発行政改善、国家企業整備 II. 生産構造・市場制度の再編成、サービスの質的向上：生産・マーケティング・雇用開発、基礎的サービス整備 III. 所得や繁栄の適正な地域配分：都市・特別地域開発、地方開発	地方開発を重視し量的拡大よりも質的充実を重視していることが特徴。実行後タイ経済は大きなブームを迎え、成長率は予想を大きく上回る一方、貿易収支などは悪化。失業や貧困、財政赤字といった問題は解消、緩和に向かった。他方、インフラ不足、熟練労働力払底といった問題も発生したため、1989年に計画の改定が行われ、 安定を確保しつつ高成長を維持する、 引き続き経済拡大を地方へと波及させ貧困問題を解消するという2項目に整理。
第7次	1991～ 1996年	・持続可能で安定した適度な成長 ・所得の再分配と地方への開発の分散 ・人的資源開発、生活の質の向上、環境と自然資源管理の改善	具体的な開発の方針として、経済面では、 金融資本市場の自由化の推進と金融センター化、 農産物加工、繊維・衣料、金属、電子、石油化学、鉄鋼を戦略部門とした工業化の推進、 民間の参加、ビジネスマインドの強化を含めたインフラ投資の推進、 バンコクと東部臨海工業開発とのリンケージの強化などが、社会面では、 税制、歳出、信用供与を通じた所得分配の改善、 地方へのインフラ、産業の分散、 地方都市の開発、 義務教育期間の延長の普及などが挙げられている。
第8次	1996～ 2001年	(1997年の改定点) ・開発の重点は人的開発に置く ・経済的、社会的変化を十分考慮に入れ、特にIMFの融資条件、新憲法、貿易・投資の自由化などを考慮に入れる ・官民間問わずあらゆる能力の向上に重点を置く ・公的部門の迅速な対応、資源配分の最適化を図る	従来の経済開発優先の政策から「人間中心の開発」への転換を打ち出し、人間を中心に据えた開発とバランスのとれた社会の実現を目指した。国家発展のパラダイムを経済発展から「人間の発展」にシフトすること、トップダウンの計画策定プロセスをボトムアップに変えることという面で新しい要素を持っていた。1997年の通貨危機の発生により一部改定され、より経済安定策を重視。目標は左記のとおり。
第9次	2001～ 2006年	・社会の質的発展 ・地方開発 ・天然資源及び環境保護 ・全体経済政策 ・競争力強化 ・科学技術振興 ・良きマネジメント	基本的哲学として、国王が提唱した「セータギット・ポーピエン（足るを知る経済）」を採用。経済危機を招いた急激な経済発展よりも、経済社会の安定をより重視した持続的成長路線を指向。さらに、それら戦略を実施するための具体的行動指針が最終部分に付け加えられている。

出所：田和タスク作成資料を基に事務局にて改訂

図4 - 1 タイに対する主なJICA事業の変遷

	1960年代	1970年代	1980年代	1990年代	2000年代
保健医療	基礎医学 (ウイルスセンター、胸部病院、熱帯医学、薬品、ガンセンター、精神病院、ポリオ、眼科など)	プライマリヘルスケア (家族計画、地域保健活動向上、看護教育、PHCセンターなど)	家族計画・母子保健 公衆衛生	エイズ防止・ケア 国立衛生研究所 (NIH)	国際寄生虫対策(広域) 医療保障制度
社会開発 労働・社会福祉	職業訓練(東北タイ)		職業訓練 (ウボンラチャタニ) 労災リハビリ	労働安全衛生 非行少年職業訓練(矯正分野)	総合雇用政策 障害者センター(広域) 薬物対策(広域)

出所：参考資料を基に田和作成

4 - 1 - 3 保健医療分野

1960年代半ばにおいては、病原体や不衛生な水などを原因とするマラリアや赤痢などが主な死亡原因であった¹。この時期、タイでは、医療技術の向上と共に入院設備の整った医療施設の整備が重要な課題であった。JICAはこうした状況を踏まえて、「マハラート病院」や「マハサラカム看護学校」を無償資金協力により建設すると共に、ウイルス性疾患による死亡率を低下させるため、プロジェクト方式技術協力「ウイルスセンター」や地域の基幹病院の巡回医療団に対するプロジェクト方式技術協力である「国立病院診療団」、生ポリオワクチンの供与と投与指導を行うプロジェクト方式技術協力「ポリオ対策」、結核分野に対するプロジェクト方式技術協力「中央胸部病院」などを実施した。

1978年に国連で議決された「Health for All by the Year 2000 (HFA)」や1978年のアルマ・アタ宣言では、すべての人々に保健医療サービスを普及するためには、プライマリ・ヘルスケア (PHC) が最も重要な戦略であるとうたわれ、これを受けて世界保健機関 (WHO) のメンバー国でもあるタイはHFAの実現のために国家的な政策策定に力を注ぎ、住民参加やコミュニティの役割に着目した保健医療分野の開発を進めた。JICAはこうしたタイ政府の方針を受け、この時期医療分野ではPHCの協力を中心に活動を展開した。例えば、家族計画の普及のための情報、教育、広報活動の推進を目的としたプロジェクト方式技術協力「家族計画」、チャンタブリ県のモデル地区内の保健活動の向上のためのプロジェクト方式技術協力「地域保健活動向上」、タイ及び東南アジア諸国連合 (ASEAN) 各国のPHC推進のためのプロジェクト方式技術協力「プライマリ・ヘルスケア訓練センター」及び無償資金協力による「プライマリ・ヘルスケア訓練センター」建設などが挙げられる。

1980年代後半の経済成長の結果、国民の生活水準は向上し、栄養失調や下痢、肺炎、伝染病による死亡者数は減少したが、他方において交通事故による死者が急激に増加した。さらには、心臓病、悪性腫瘍、肝臓病などのいわゆる生活習慣病も増加した。JICAはこうした医療分野の新しい課題に対処すべく、1991年から以下の6つのコンポーネント、すなわち、農村保健サブプロジェクト：へ

¹ Health Planning Division, Ministry of Public Health, THE SEVENTH FIVE - YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN (2001), p.17

ルスセンター機能の向上、ヘルスセンター・郡保健事務所・郡病院の連携の強化、地域住民の健康教育、保健情報システムの改善、 歯科保健サブプロジェクト：歯科保健サービスの提供体制強化、 外傷予防サブプロジェクト：統合的外傷医療システムの構築、患者紹介業務（レファラルシステム）監査、予防活動の実施、 都市保健サブプロジェクト：スラムにおける保健衛生改善、 医療保険サブプロジェクト：医療保険に関する実態把握と医療保険への加入率を向上させる方法の模索、 人材開発：保健サービスシステム並びに都市保健計画管理の2つの研修コースの実施、からなるプロジェクト方式技術協力「公衆衛生プロジェクト」を実施し、そのうちの外傷予防サブプロジェクトは、後にプロジェクト方式技術協力「外傷センター」に、また、医療保険サブプロジェクトは技術協力プロジェクト²「公的医療保障制度構築支援プロジェクト」に発展した。

近年の新たな課題としてはエイズ対策も挙げられる。タイでは、1991年10月時点での感染者数（推定）は約20～40万人に達し、2000年には累計で200～400万人にも及ぶと推計されるほど、極めて深刻な事態に陥った。このような状況を受け、タイ政府は1991年6月に首相を委員長とする国家エイズ対策委員会を設置し、エイズの予防対策への取り組みを強める一方、我が国に対し、試験分析研究体制の確立、予防教育などに関するプロジェクトを要請し、JICAはエイズ予防・ケアに係るプロジェクト方式技術協力を1993年から実施した。

急速なパブル的高度成長とその反動としての経済危機を経験したタイにとって、国民の生活水準を実質的に高めるための社会政策、とりわけその基本となる保健・医療分野の安定的なシステムの構築は、重要な課題となっている。

2002年4月に医療費30パーツ制度が導入される以前のタイにおいては、無保険者（公的制度・民間保険を問わず、いずれの保険制度にも加入していない人々）の割合は20%とも30%とも言われた。社会福祉の枠組みの中で提供される無料の医療サービス利用者も含めると半数以上の国民が「権利」としての医療サービスを受けられず、極めて不安定な制度的枠組みの中に置かれていた。国民皆保険制度の下、職域と地域保険を併せもつ数少ない国である日本への協力要請は、以上のような背景から始まっている。タイ政府の要請に対して、すでにJICAは政策助言のための専門家を派遣した。ついで保健医療制度や「医療費30パーツ制度」を推進する具体的なノウハウについての技術協力が要請され、2003年7月から3年間の予定で技術協力プロジェクト「公的医療保険情報制度構築支援プロジェクト」が実施中である。

4-1-4 雇用・労働分野

援助草創期におけるわが国の対タイ援助は発電所建設などのエネルギーセクターを中心とするハードインフラがその大半を占めていた。この時期、雇用・労働分野では、「東北タイ職業訓練センター」が日本の無償資金協力事業により建設された。同センター建設は、インフラ整備と生産拡大を国家開発計画の主要課題に据えた、タイ政府の第二次国家経済社会開発計画の方針とも合致し、さらに第三次国家開発計画の掲げた地方開発と所得格差是正を支援するものでもあった。

1979年のカンボジア紛争勃発後、「紛争周辺国」たるタイへの援助は東南アジア援助の中でも特に重視され、「総合的安全保障」政策の一環としての援助の好例となった。首都圏と地方の格差是正へ

² 「プロジェクト方式技術協力」は2002年度より開発ニーズの多様化、高度化に対しても的確かつ迅速に応えることを目的に類似の技術協力事業（専門家チーム派遣、研究協力、アフターケアなど）を統合し、事業の目標と内容に応じた最適な投入選択可能な概念としての「技術協力プロジェクト」に再編されている。

の取り組みは引き続き行われたが、タイ政府の政策意図は、特に共産化インドシナと国境を分かち東北タイの貧村への梃子入れを主たる目的としていた。そうしたタイ側の事情を背景に、JICAは、東北タイ地域における工業・農業の発展に寄与する技能者の養成、関係企業の生産性向上のために必要な実技及び理論の訓練を目的にプロジェクト方式技術協力「東北タイ職業訓練センタープロジェクト」や「ウボンラチャタニ職業訓練センター」を実施し、また無償資金協力による「極東部タイ職業訓練センター建設計画」や「東北タイ職業訓練センタープロジェクト」、「ウボンラチャタニ職業訓練センター」を建設した。

1985年のプラザ合意以降の投資流入をもってタイは高度経済成長を邁進し、1993年には無償援助対象国から卒業した。一方、製造業を中心とした工業化が進展したことに伴い、労働災害も増加の一途をたどった。こうした状況の下、被災労働者の早期職業復帰を促進するためのプロジェクト方式技術協力「労災リハビリテーションセンタープロジェクト」及び、技能労働者の福祉向上のためのプロジェクト方式技術協力「労働安全衛生センタープロジェクト」が相次いで実施された。

1997年の経済危機以降は、失業者の急増を受け、長期的に安定した経済成長と労働社会福祉の整備を目指し失業率の低下を図ることがタイ政府の喫緊の課題となった。これを受け、JICAは政策助言型専門家を2000年7月から派遣し、協力を行ってきた（詳細はBox4 - 1参照）。近い将来、失業保険制度が導入される予定であるが、保険受給者の出現により、雇用事務所の業務が倍増することが予想されるため、現在の行政システムを強化する必要がある。JICAは雇用サービスに関するシステム改善の協力を実施する予定であり、案件実施を計画中である。

Box4 - 1（事例）タイ「労働雇用政策」専門家派遣³

背景

本件はタイにおいて持続的な雇用政策の実施と経済政策とリンクした雇用政策を根付かせるための総合雇用政策の樹立・推進を支援することを目的とし2000年7月より開始されたプログラムである。タイに対する初の雇用政策・雇用行政に関する政策アドバイス型協力であり、本件に関連する実務的技術指導を組み合わせたいわば「アンブレラ」型協力である。活動内容の概略と今後の支援に向けての留意事項などは以下のようなものである。

主な活動内容

総合雇用政策の樹立・推進のための助言（経済発展計画と雇用計画のあり方の指導・助言、雇用関連法制整備への助言など）

雇用行政全般の改善（労働市場情報の改善、雇用事務所の雇用サービスの改善、雇用事務所と地域の産業界との連携強化、雇用行政のIT化）

失業保険制度導入支援（制度枠組み・運用に関する助言、雇用事務所業務の指導・モデル事務所への機材供与、「能力開発」担当専門家の派遣（2002年12月～））

その他労働関係に関する調査研究機関のあり方についての助言

プログラム実施上の特徴・今後の支援への留意事項

総合雇用政策（政策アドバイザー型）及び関連行政（実務型）という専門家を有機的に組み合わせることで派遣することにより、実務的な面からの指導と政策的な観点からの助言という、政策から運営にかかる一貫した協力が可能となった。このような観点から、この手法は有効と思われる。

世界銀行においても“Country Development Partnership”プログラムにおいて、雇用サービス分野などでの支援を実施していた。世界銀行の支援形態はコンサルタントが2～3週間の短期滞在を繰り返すというものであり、この点で長期間滞在する日本の長期専門家制度は日々の変化を観察しながら継続的な支援を行うために適した形態といえる。

危機直後の1998年から2002年にかけて、失業率は4.4%から2.7%へと下がっており、プログラムは一定の成果を挙げているといえるものの、実際には、これらは複合的な要因が複雑に反映した結果である。政策アドバイザー型支援の効果を失業率だけで判断し、評価することは困難であるため、別の指標設定が必要である。

³ 本Boxの内容は、元タイ長期専門家（総合雇用政策）として2000年7月～2003年1月まで赴任した野見山眞之氏にリソースパーソンとしてその経験をご紹介頂いた内容を基にしている。

4-1-5 年金制度分野

2002年3月現在、タイにおける高齢化率は5.3%程度である。2025年には高齢化率が推定12.3%になることが予測されており、今後年金制度を始めとした高齢者の生活水準の維持を図っていく方策を整備していく必要がある。

JICAは1997年～2002年にわたり、集団研修「高齢化社会と福祉行政セミナー」を実施し、将来の高齢化社会対策の政策立案に必要な知識・技術・能力を備えた人材を育成することを目的に、タイを含む延べ14カ国からの研修員受入れを行った。

4-2 フィリピンに対する協力実績（辻研介）

4-2-1 フィリピン中期開発計画とSSNの位置づけ

フィリピンでは、独立以降現在に至るまで21の開発計画が策定されている。これらの計画では、その時々政権及び経済・社会情勢を反映して重点分野が定められているが、1965年のマルコス政権以降、アキノ、ラモス、エストラダ、アロヨと続いた各政権下で作成された中期計画に見られるように、常に「経済成長、成果の公正な分配」といった重点項目が継続的に挙げられてきており、総じていかに経済成長を実現し、その成果を公平に分配するかということに軸足が置かれてきたと言える（表4-2参照）。

開発計画においては、自国経済成長を実現するための施策に加え、常に貧困削減、国民への公正な分配が中心的課題に据えられてきた。そのため、SSNとして位置づけられる政策はその一環として継続的に実施されてきたと言える。他方、ラモス政権下の中期開発計画からは、特に同分野に対する開発が明記され、政策的に強化されてきた。1991年の地方自治法施行に伴う地方分権化と民間の活力を利用した自由化政策により、社会に取り残される危険性のある貧困層に対し、基礎的な社会サービスの提供、ソーシャル・セーフティ・ネットの維持及び開発、貧困層を的にした絞った社会サービスの実施を行った。この流れは、アジア経済危機や異常気象による経済減退を挟んだ後のエストラダ政権やアロヨ政権でも引き継がれ、それまでの社会開発の進展を維持し、基礎的な社会サービスのアクセス改善やSSNの整備などさらなる拡充が課題として挙げられ、政策的に取り組みされている。

4-2-2 フィリピン中期開発計画とJICAの協力

JICAは、フィリピンに対し戦後50年近くにわたり協力を実施してきている。技術協力の金額累計としては、インドネシア、タイに続き第3位となっており、現在でも最も重要な協力相手国の1つに位置づけられている。

JICAはこれまで、フィリピンの政権ごとの政策や開発計画に基づき、最も効果的な協力分野や手法を模索しつつ幅広い分野で協力を実施してきたが、その傾向としては、フィリピンの実情に鑑み、経済インフラ分野や農業分野に対する協力が比較的高い割合を占めている。本節では、本研究会の対象であるSSN分野が含まれる保健医療分野、雇用・労働分野、年金制度に対するこれまでのJICAの取り組みを概観する。

表4 - 2 フィリピンにおける中期開発計画

政権	中期開発計画	重点分野	特徴・成果
マルコス	1983～ 1987年 (これ以前に6計画あり)	・ 持続的な経済成長 ・ 開発成果の公正な分配 ・ 全面的な人的資源の開発	「国民生活運動(KKK)」や11大プロジェクトに見られるような国内需要喚起、輸入代替政策に開発のウエイトが置かれていたが、政権末期は対外債務返済不能に陥り、IMF勧告により緊縮財政に転換。
アキノ	1987～ 1992年	・ 貧困の撲滅 ・ 生産的雇用機会の創出 ・ 平等及び社会的公正の推進 ・ 持続的経済成長	短期的な戦略として、政府が小規模インフラ開発公共事業を行うことで雇用機会を作り出す地域雇用開発計画を実施。しかしながら、政情不安やピナツボ火山噴火、北部ルソン地震、湾岸戦争など国内外の影響により成果は芳しくなく、2度の改定を余儀なくされた。
ラモス	1993～ 1998年	・ 貧困の緩和 ・ 不平などの是正 ・ 生産的雇用の拡大 ・ 持続的な成長(規制緩和・自由化)	議会及び軍部の掌握に加え、モロ民族解放戦線(Moro National Liberation Front: MNLF)との和平協定により、政治的安定を達成。構造調整改革を進め、期間中5%前後のGDP成長率を実現。
エストラダ	1999～ 2001年	・ 地方開発の促進 ・ 基礎的社会的開発サービスの提供 ・ 産業競争力強化 ・ インフラの持続的開発 ・ マクロ経済の安定確保 ・ ガバナンスの改革	2004年までの中期計画として策定され、同政権の基盤でもある貧困層への対策が最重要課題となっていることに特徴があった。 しかしながら、政策の不透明性や縁故主義に対する批判が相次ぎ、任期中に失脚。
アロヨ	2001～ 2004年	・ 自由企業経済に基づく公平な成長を伴ったマクロ経済の安定化 ・ 社会的な公正さを伴う農漁業の近代化 ・ 総合的な人間開発と弱者の保護 ・ 良い統治(グッドガバナンス)と法治	具体的な実施方法や目標値を定め、政策実行を重視。 2001年から2002年のGDP成長率は4%弱を達成した。

出所：国際協力事業団(1994)「フィリピン国別援助研究会(第2次)資料(現状分析) 国際協力事業団(1999)「フィリピン国別援助研究会報告書現状分析編」を基に作成。

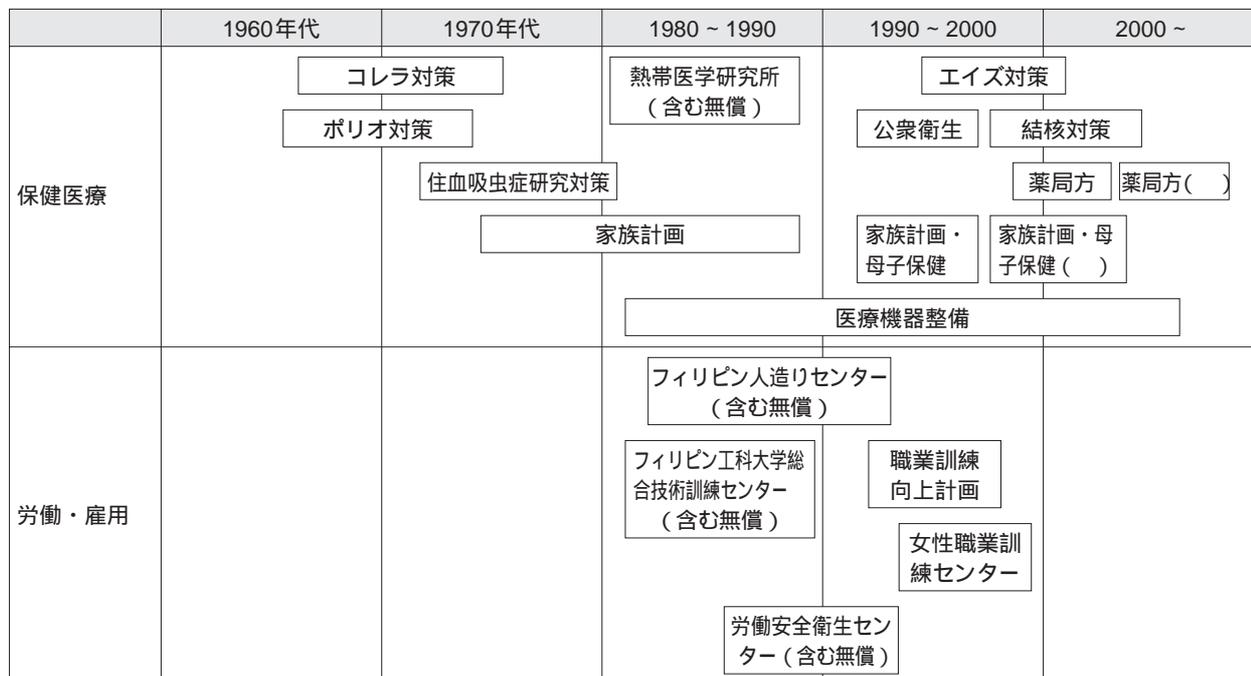
4 - 2 - 3 保健医療分野

フィリピンでは、貧困層を中心とした保健衛生レベルが依然として質・量共に低く、すべての国民の生活向上のための保健医療サービスの拡充が欠かせない。

JICAは、1960年代のコレラ対策、ポリオ対策の技術協力を皮切りに、その後熱帯医学、家族計画・母子保健など、継続的に同分野に対する協力を実施してきた。また、国立小児病院や国立心臓病センター地方中核病院など、第3次医療施設の施設・機材整備のための無償資金協力も実施している。これらの実績からJICAの協力の傾向を分析すると、開発初期段階における特定の感染症対策の技術協力、及び高度医療施設に対する機材供与など、医療サービス提供におけるハード面の整備にまず重点が置かれ、その後、結核対策や家族計画・母子保健など、公衆衛生改善に関する協力が進められてきたことが見て取れる。

その後、1991年の地方自治法施行により、それまで保健省の中央集権の下に供給されていた全国の各医療施設における医療サービスが、地方自治体自体の責任による運営となった。この変革は、もともと以前のマルコス政権の中央集権的な独裁から、民主主義に支えられた地方開発への要求から生まれた地方分権化によるものではあったが、基礎的生活環境に密接に関連し、どこの地域においても

図4 - 2 フィリピンに対する主なJICA事業の変遷



出所：辻作成

同水準のサービスが提供されることが望ましい保健・医療分野については、かえって地方自治体の技術能力や資金力によって格差が生じてしまい、地域住民が医療サービスを受けにくくなるというケースが発生するなど、新たな課題を引き起こすことにもなった。

加えて、1990年代の一連の民営化・自由化促進や、アジア経済危機や異常気象に起因する経済停滞もあり、ネガティブな影響を受けやすい貧困層など社会的弱者に対し、医療サービスの提供など公的サービスをどのように供給するかという課題は、ますます重要性を高めて行くこととなった。こうした中、JICAは1998年にアジア経済危機の緊急対策の一環として複数の開発福祉支援プロジェクトを実施し、地域医療体制整備に貢献した。

1999年からは、医療財政の問題や地域医療システムの問題に対処するため、フィリピン保健省において「保険医療改革(HSRA)」が打ち出され、国民皆保険の実現など様々な改革が進行中である。JICAとしてもこのような新しい課題の解決に向けて、保健医療システムの改善や保健行政改革への支援を目的とした長期専門家「保健行政アドバイザー」を2002年度より派遣し、また医療保険制度整備・改善を支援するための短期専門家「医療保険システム強化」を派遣するなど、新しい協力を始めている。

しかしながら、これら公的サービス向上のための支援については、まだ緒についたばかりであり今後の協力の強化が望まれる。

4 - 2 - 4 雇用・労働分野

フィリピンにおける雇用問題は、経済成長とそれによる国民の生計向上を図ってきた歴代政権下で、常に政策の中心的課題に掲げられてきている。

しかしながら、その政策は、村道、共同体灌漑、学校建設、地方水道整備事業などの小規模インフラ開発公共事業を行うことで政府が雇用機会を創出しようとしたアキノ政権時代の地域雇用開発

計画に代表的に見られるように、需要主導の積極的雇用政策に軸足が置かれてきたことが多かった。

一方、JICAは、1980年代の「フィリピン人造りセンター」や「フィリピン工科大学総合技術訓練センター」の設立計画、1990年代の「職業訓練向上計画プロジェクト」や「女性職業訓練開発センター」の設立など、女性を含む労働者の技術力向上による雇用及び起業機会の提供を目的とした協力を実施してきており、フィリピン政府と同様、積極的雇用政策を支援する傾向があったことが見て取れる。

アジア経済危機以降の厳しい雇用情勢を鑑み、フィリピンの労働政策の強化はますます求められてきているところであり、フィリピン政府の要請を受けて2002年度より労使関係に係る提言を通じた雇用の保持や、雇用創出政策に対する政策的助言を行うための長期専門家「労働政策アドバイザー」を派遣している。

4-2-5 年金制度分野

フィリピンでは、1937年に公務員社会保険制度、1957年に社会保障機構が発足し、国民の一部に対する社会保障制度が整備され実施されているが、これまでJICAでは本研究会で対象としている年金分野についての協力の実績はほとんどない。しかしながら、1997年～2002年にわたり実施された集団研修「高齢化社会と福祉行政セミナー」で、タイと同様フィリピンからも研修員受入を行った実績がある。

4-3 インドネシアに対する協力実績（小森剛）

4-3-1 SSN分野における我が国の支援

インドネシアのSSN分野への日本の支援は、その開始当初から現在まで継続的に実施されている。本研究会で対象としている保健分野においては地域医療、感染症など多岐にわたり、雇用・労働分野においては職業訓練を中心とした支援が大きくなっている。SSNは1997年のアジア通貨危機から拡大した経済危機においてその必要性を再認識されたことから、危機以前、危機対応、危機後の3つのフェーズに分けて支援を概観することとする。

我が国のインドネシア支援は、インドネシアの国家開発5カ年計画を踏まえ、また国際援助の潮流を考慮し実施されてきている。その中でSSN分野支援の特徴を概観すると、資金協力を中心とした病院や資機材の整備に対する支援と、人材育成を中心とする技術協力をパッケージとして協力を行ってきたと言える。1990年代になると、より効果的な支援を行うために制度や政策面での支援も併せて行ってきた。

1998年から2000年にかけては危機以前の支援を継続すると共に、危機対応型支援が行われた。日本政府は経済危機に取り組むための対応として、アジア支援策や新宮澤構想を打ち出した。有償資金協力ではSSN借款、保健・栄養セクター開発借款を実施した。技術協力においては、新規に貧困対策や保健医療分野のプロジェクトを開始し、また、既存の協力の中でも新たに経済危機に対応するために、例えば助産婦研修の拡大や危機管理セミナーの開催などを行った。

経済危機によりインドネシアの社会保障制度の不備などが露呈したことで、経済危機後は中長期的な制度整備に対する支援の重要性が再認識された。我が国は従来から実施している地域医療などのプ

図4 - 3 インドネシアに対する主なJICA事業の変遷

	1960年代	1970年代	1980年代	1990年代	2000年代
地域保健全般		地域保健対策支援		保健・医療政策 地域医療支援	
		家族計画・母子保健への支援			
薬品			薬品品質管理支援	生ワクチン製造基盤技術支援	医薬品政策
感染症	結核マラリア対策			結核対策	マラリア対策
その他	病院への支援 歯学部への支援		看護教育	救急医療支援 耳科への支援	
労働				労働政策・労使関係	
職業訓練		職業訓練			

出所：小森作成

プロジェクトと併せて、これらの課題への対応として派遣されている専門家などを通じて、日本の健康保険制度や地域医療制度の紹介などを実施している。

以下に、本研究会の対象とする分野である雇用・労働、保健医療、年金分野へのJICAの取り組みを概観する。

4 - 3 - 2 保健医療分野

保健医療分野に対する支援は、1966年のパジャジャラン大学歯学部に対するプロジェクト方式技術協力で開始され、それ以降、無償資金協力では24案件が実施され、プロジェクト方式技術協力は16プロジェクトが実施されてきている。内容は病院建設や病院への技術協力、地域医療、感染症対策、家族計画、医薬品などへの支援と多岐にわたっている。これらの特徴として、病院などの施設建設、資機材供与、その後の資金協力と技術協力とのパッケージで行われるケースが多かった点が挙げられる。

経済危機により、保健セクターにおいては社会的弱者への医療サービスが行き届かなくなるという懸念がより高まった。JICAは危機への対応として社会的弱者への医療対策を支援するため、栄養状況、医薬品状況、病院経営状況やその改善対策について調査を行い、無償資金協力による医薬品の供与や、技術協力による医薬品支援のモニタリング専門家派遣、栄養不良対策、地域助産婦の能力向上、保健・医療サービス危機管理などの研修を実施した。また、現地NGOと連携し、離島の簡易医療施設の建設、無料診断の実施などの協力を実施した。

経済危機後のインドネシアは社会全体が大きな変革期にあり、保健医療セクターにおいても地方分権化に対応した医療システムの確立や、保健医療サービスの質的向上という課題を抱えている。このような状況下でインドネシア側からの日本の保健医療行政、健康保険制度といった行政制度への関心が高まっており、日本からの政策アドバイザーの派遣に見られる、政策支援や制度構築といったソフト型支援にも近年力を入れてきている。具体的には、経済危機などの影響を受けにくく、かつ弱者や地方にしわ寄せが行きにくい保健医療システムの構築支援や、日本の経験を紹介するなどしてJPKM普及への助言などを行っている。

4-3-3 雇用・労働分野

雇用・労働分野における協力は、経済開発優先の政策が進められてきた1960年代から1970年代に遡る。開発計画に基づき、着実に経済成長を進めたジャワ島に関しては一定の成果を示したものの、ジャワ島以外の地域との間の経済格差の増大、所得格差の増大、ジャカルタへの人口流入によるスラム化などの問題が顕著となったことから、インドネシア政府は東部インドネシア開発にプライオリティを置いた。ジャワに集中していた工業を地方へ分散させ、地域住民の雇用機会の創出と地域間所得格差の是正を計るために、技能労働者の養成が急務となった背景から、1974年から「スラウェシ工業職業訓練センター」プロジェクトが実施された。1982年からはASEAN域内の国に相互に開放された、人材育成のためのセンター設立という「ASEAN人作り協力構想」に基づき、「職業訓練指導員・小規模工業普及員養成センター」プロジェクト（フェーズ & ）が実施されて、多くの中央及び地方の職業訓練指導員の養成がなされ、インドネシア全体の労働者の技能向上が図られた。また、1992年より政策面での支援として労働省⁴へ職業能力開発政策アドバイザーの派遣を開始し、職業訓練の現場と中央政府の政策立案の双方に協力を行った。

1993年からは、インドネシア政府の労働力計画策定の支援のため、労働省労働力計画開発総局などに長期専門家を派遣し、将来の労働力需要の予測及び労働市場情報システムの構築について政策助言を行ってきた。

経済危機によりインドネシア経済は大きな打撃を受けると共に、失業率の悪化に直面した。それに伴い、雇用をいかに創出し、失業率を改善するかが喫緊の課題となり、それまでの支援に加え、雇用創出やインフォーマル・セクターの労働力調査、雇用保障制度の拡充、労働市場に適合した労働人材の育成、職業紹介制度の充実、といった分野への指導・助言が求められるようになった。

また、近年紛争が多発した労使関係の安定化は、労働者の雇用確保という観点だけでなく、投資拡大及び国際競争力の強化に向けても極めて重要な問題と認識されており、この点についても長期専門家を派遣し、労働移住省に対し政策助言を行っている。

4-3-4 年金制度分野

インドネシアの年金制度として主要なものは、JAMSOSTEKにおける老齢給付が挙げられる。JICAにおいては年金制度を中心とした支援はタイ、フィリピン同様にほとんど実施されていないが、1997年～2002年にわたり実施された集団研修「高齢化社会と福祉行政セミナー」で研修員受入の実績がある。

4-4 JICAのSSN分野における協力実績（小括）（岩名礼介）

これまでの3カ国に対する協力の概観においてみられるとおり、個別の課題はそれぞれの国によって異なるものの、全体的に各国ともハード面の支援からソフト面の支援にその内容がシフトしていることが、大きな流れとして確認できる。

保健医療分野においては、1960年代から1980年代にかけて、伝染病や公衆衛生、また家族計画を

⁴ 労働省は2000年8月に移住省と合併整理され、労働移住省へ改称している。

中心とした基本的な保健ニーズに対する支援に重点がおかれ、具体的には医療機関への機材供与や医療施設整備などに技術協力を組み合わせたハード面中心の援助が行われてきた傾向が強い。

しかし、近年においては、それぞれの国で医療サービスの普遍的提供を目指し、医療保険制度やそれに準ずる恒常的な医療保障制度の構築が進められており、医療保障制度を支えるソフト分野（レファラルシステム、医療財政、医療費支払システムなど）も協力の対象となってきた。2003年からタイで開始された医療保険制度構築支援の技術協力プロジェクトも、医療保障制度の運用に求められる各種ノウハウについての技術協力案件となっている。また、こうした分野のニーズをにらみ、フィリピンにおいても長期専門家が派遣されている。

雇用・労働分野の協力では、そのほとんどが職業訓練によって特徴づけられる。それぞれの政府による労働政策も消極的労働政策よりも公共事業の展開による雇用創出など積極的労働政策が中心であったため、協力の内容も雇用創出を支えるための職業訓練が中心になったといえる。

こうした協力の動向は1997年の通貨危機及びその後の労働政策の転換、すなわち消極的労働政策も含めた総合的な雇用政策の展開によって少しずつ変化しつつある。それぞれの国において労働政策の発展段階は異なるものの、タイやフィリピンで失業保険制度の導入が検討されるなど、経済危機以降の労働政策はより包括的で総合的なものへと転換されつつある。各国の労働政策の変化に合わせ、JICAも労働・雇用政策に関する長期専門家を労働政策アドバイザーとして派遣するなど、政策や制度構築への支援を開始している。

年金分野に関しては、具体的な技術協力や長期専門家の派遣はいずれの国においても実施されていないが、セミナーや研修などを通じて日本の経験を生かした取り組みが行われている。

最後に触れておく必要がある点は、上記3分野以外の社会セクターにおけるJICAのこれまでの実績である。本報告書では、障害者福祉や児童福祉などのいわゆる社会福祉サービス分野については、特に言及していない。しかし、JICAの過去の実績を見ると、とりわけ障害者福祉の分野やリハビリテーション、教育分野において数多くの実績を有している。

年金分野や制度構築支援という部分では実績がほとんど見られないが、保健医療や雇用・労働政策の分野の援助はJICAが得意とする援助分野であるということが言える。そうした意味では、SSN分野におけるJICAの今後の援助は新規分野ではなく、これまでの実績の上に発展的に展開される援助分野である、と考えることができるであろう。

第5章 他ドナーにおけるSSN分野の協力動向

(岩名礼介)

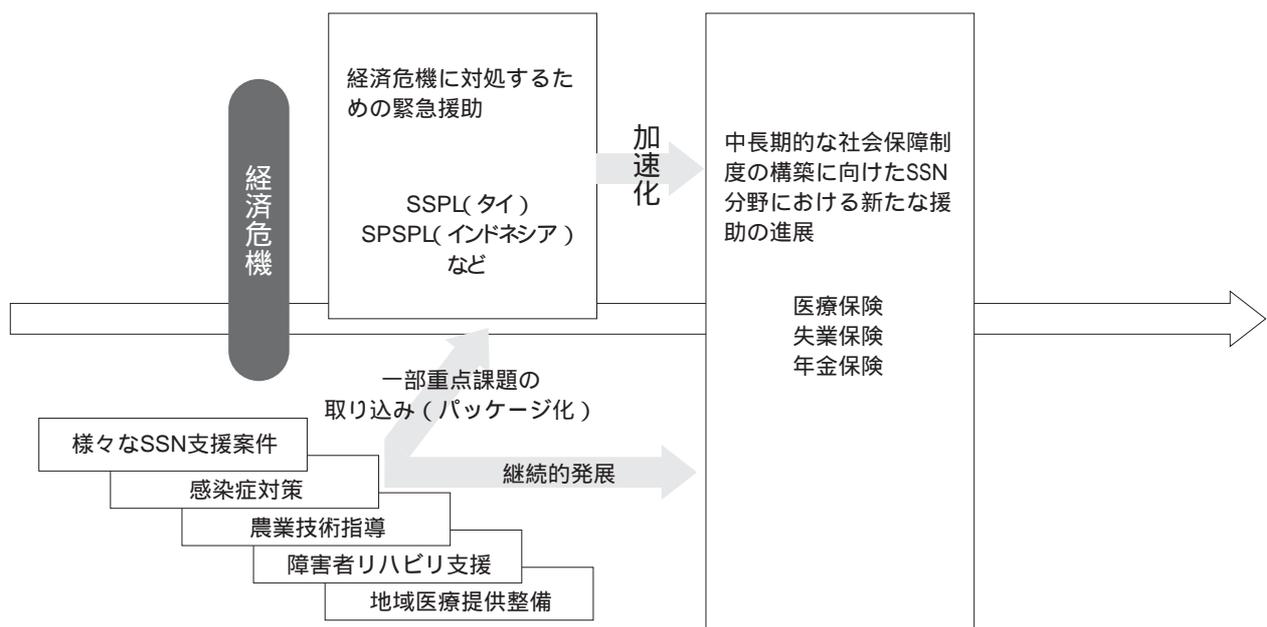
5 - 1 国際機関と恒常的なSSNの構築

経済危機はSSN分野における各ドナーからの支援を発展させていく上でわけて重要な役割を担った。SSN - とりわけ恒常的なSSN - が、危機に対する備えであるという見方に立てば、一時的な対応として行われた通貨危機直後の緊急的なSSN支援は、中長期的・恒常的な制度に発展させなければならない。こうした考え方は、各ドナーにおいて共通した認識としてSSN分野における援助の発展に寄与することとなり、経済危機を経て、制度構築に関する支援の重要性がますます強調されてきた。特に、タイ、フィリピン、インドネシアにおいては、経済危機以降こうした傾向が顕著である。

とはいえ、保健医療、雇用・労働（主に失業保険）、年金の各分野における国際機関の制度構築を中心とした援助は、JICAを含め経済危機以前から実施されており、必ずしも経済危機によって突如として形成されたものではない。むしろ継続的に行われてきた一連の援助案件が経済危機を契機に経済危機対応の援助パッケージとして組み替えられ、またその重要性が強調される形で包括的で恒常的なSSNの構築 - 多くは社会保障制度 - へと結びついたと考えた方がよいだろう。また、それまで単発で実施されてきた各種の取り組みを統合的、戦略的に組み立て、より強固なセーフティ・ネットとすることの重要性が認識されたと考えられる¹。

以下、各ドナーにおけるSSN分野における取り組みを概観すると共に、保健医療、雇用・労働、年金のそれぞれの分野で、どのような支援分野があり得るのかについて、他ドナーの実績などを参考に整理することとする。

図5 - 1 経済危機とSSN分野における社会保障分野への援助の動向（概念図）



出所：岩名作成

¹ 世界銀行は、社会的保護分野における戦略の1つとして統合的社会的保護を挙げ、年金制度や労働政策が統合的に構築されることの重要性を述べている。World Bank (1999)

5 - 1 - 1 世界銀行のSSN分野での活動

東南アジアにおける世界銀行の活動は、経済危機以前においても、貧困削減（Poverty Reduction）を中心に、精力的に取り組まれてきたが、1997年の通貨危機直後においては、まさに、食料支援や失業者に対する一時的な所得保障といったSSNの中でも緊急的なSSN分野への援助が求められた。例えばインドネシアではSocial Safety Net Adjustment Loanが実施され、経済危機によって生活困難に陥る人々の受け皿となる各種プログラムへの援助を行った。

しかし、皮肉にも経済危機は、それぞれの国のSSNが経済危機以前において不十分であったこと、分野横断的な調整機能が働いていないためにプログラムが効果的に機能していないこと、プログラムの拡大、新規立ち上げが難しく、結果的に実施が遅れてしまうこと、プログラムの設計が女性に対して配慮されたものでないことなど、それまでの取り組みの問題点を露呈することとなった²。

様々な問題点が指摘される中で、注目を集めたプログラムもある。社会基金は、上記のような従来のSSN分野での取り組みにおいて問題とされていた点を克服し、経済危機以降の東南アジアでの対応を確立したという意味で注目すべき協力である。ドナー側からの一方的な技術支援ではなく、各地域の自律的な小規模プロジェクトに対してファイナンスを行う、自立助長のための協力を目的とした案件である。社会基金は、タイ、インドネシアで経済危機を契機に導入され、フィリピンでは継続実施された。

また、この社会基金での積極的な取り組みの中から、その後の制度構築の原型となった取り組みが生まれた例があることも注目に値する。タイでは医療費30パーツ制度が2001年から導入されているが³、この制度の前提となっているプライマリ・ケア重視の地域医療のあり方は、タイのSocial Investment Fundの中でも取り組まれた。経済危機における一時的な緊急支援が求められる中で、社会基金

表5 - 1 経済危機以降のSSNプログラム

	雇用労働プログラム	食料保障	現金移転	社会基金	医療及び教育	失業保険 失業扶助	失業者教育
タイ	拡大継続		拡大継続	新規導入	拡大継続	拡大継続	拡大継続
フィリピン	継続 (変化なし)	拡大継続	継続 (変化なし)	継続 (変化なし)	継続 (変化なし)		
インドネシア	拡大継続	新規導入		新規導入	拡大継続		

出所：World Bank（1999），p.23.

Box5 - 1 世界銀行における「社会基金」の取り組み

社会基金は、小地域における地域主導のプロジェクトに対して財政的支援を行い、地域の自律的かつ自立的な開発を促進することを目的に実施されている。最初の取り組みは1987年にボスニアで開始された。世界銀行はこれまでに57の国で108の社会基金を実施している。地域主導という点に加え、セクターを横断した案件の形成（multi - sectoral）も社会基金の特徴である。社会基金により地域は自らの地域課題を見だし、とりわけ保健医療、教育、水道などの分野において、各種の小規模案件を形成し、運営することになる。

社会基金が従来型の援助形態に比べ優れている点は、「迅速」な案件形成が可能な上、状況の変化に合わせて柔軟に対応する点である。

² World Bank（1999），p.15

³ バンコクの一部地域を除いて全国で展開されたのが2001年10月、タイ全土において完全実施されたのは2002年4月。

のような、緊急支援としての機能を果たしつつ、中長期的な地域の自立を意識したプログラムがこの地域にも導入されたことは、注目すべき点である。

こうした経済危機直後の援助が危機を克服する上で重要な役割を果たした一方で、世界銀行は次なる目標をこうした地域での単発のセーフティ・ネット構築の動きをより中長期的な視点から恒常化することとし、以下のように設定した。

- この地域が財政的・経済的健全性を取り戻しつつある今、社会政策における主たる挑戦は、将来の所得減少のリスクに各世帯が対応するための**長期的な政策と制度的な構造**を検討することにより、危機管理を超えた社会的保護システムの強化を目指すことである。 -

World Bank (1999), Towards an East Asian Social Protection Strategy より

世界銀行は1999年に「Towards an East Asian Social Protection Strategy」の中で東アジアにおける社会的保護分野の戦略をまとめた。この中で、東アジア諸国を 新興市場経済国 (Emerging Market Economy) 市場経済移行国 (The Transition Economy) 太平洋諸島経済 (Pacific Islands Economy) の3つのカテゴリーに分類し、本研究会でのケース・スタディ対象国を の新興市場経済国に位置づけ、社会的保護分野における戦略を以下の4点にまとめた。

すなわち、統合的社会的保護、SSN、労働市場政策、老齢保障(年金)である。ここに挙げられている分野は、前述の「長期的な政策と制度的な構造」を志向したものと見える。及びについては、後述する各分野の援助動向において詳説することとして、ここでは、 について触れておく⁴。統合的社会的保護とは、SSNと労働政策、年金政策を統合的に検討すべきとする立場である。例えば、労働政策の失敗によって失業率が低下しない事態が継続するとSSNへの依存が増加するといった問題を抱えることになるため、それぞれ異なる分野における協同的な相互作用を意識すべきという考え方である⁵。

こうした戦略に基づき、例えばタイでは1999年に経済財政調整融資 (Economic and Financial Adjustment Loan Project) が実施され、「包括的社会的保護」(Comprehensive Social Protection) という概念の下、金融財政に関する融資案件の中で、年金や失業保険制度に関する技術協力が実施された。

一方、保健医療分野においては、地域レベルでの医療提供体制、医療管理システムの構築に案件が多くみられ、医療保険制度そのものの構築に関与しているものはほとんどみられないのが特徴である。

⁴ なお、 で挙げられているSSNは、貧困の削減のための直接的な支援(食料支援や医薬品提供など)が中心であり、恒常的なSSNとしての社会保障制度構築支援などは含まれていない。SSNにはフォーマルなSSNと地域社会に根ざすインフォーマルなSSNがあるが、フォーマルなSSNについては、戦略的な方向性として以下を挙げている。それぞれ、1)より正確な貧困モニタリングを行うこと、2)それぞれの状況に合った正しい方法を選択すること、3)現存の制度を改善する努力をすること、4)状況に対する対応を素早く行うこと、5)プログラム間の調整を行うこと、である。

⁵ また、フォーマル・セクターとインフォーマル・セクターの公平性にも言及している。しばしば社会保障制度などは、いったん制度が導入されると公的な資金が投入されることが多いが、実際の加入者が人口に占める割合がきわめて小さいために、税金の投入と受益者のバランスにおいて - すなわち大半の未加入者との間に - 大きな不公平感が生じるなどの問題であることを指摘している。

5 - 1 - 2 アジア開発銀行のSSN分野での活動

ADBにおけるSSN分野の支援の特徴は貧困削減と脆弱性への対応という文脈で取り組まれているという点である。保健医療、労働・雇用分野においては、公衆衛生の改善、職業技術指導など、各ドナーにおいて典型的に進められてきた案件を実施している。こうした中で、社会的保護に関する戦略として2001年に“Social Protection Strategy”を発表するなど、この分野におけるコミットメントを強化している。

2章で触れたように、ADBにおいては、社会的保護分野を労働市場、社会保険、社会扶助、マイクロクレジットを中心とした地域プログラム、児童保護の5つに分類している。は本研究会の関心に最も近いといえるだろう。すでにこの分野では、モンゴル、タジキスタン、ベトナムなどで社会保険分野の協力を推進してきた。

一方、本研究会のケース・スタディ対象国においては、経済危機以降、タイにおける社会セクタープログラムローン（SSPL）やインドネシアにおけるSPSPL（Social Protection Sector Program Loan）などにより危機後の緊急的なSSNの構築に貢献してきた。タイのSSPLにおいては、3つの具体的な技術協力が実施されているが、その中の「医療分野のマネジメントと財政に関する研究」は、その後に制度化された医療費30パーセント制度の財政メカニズムを形成する上で重要な意味を持った。したがって、SSPLそのものは緊急的なSSNの提供を一義的な目的としていたものの、恒常的なSSNの構築という要素を含んでいた案件と見ることもできる。

ADBにおいても世界銀行と同様に、通貨危機直後に行われた一連のセーフティ・ネット支援を長期的で恒常的な包括的社会的保護システムに育てて行く必要性を指摘している。また労働者訓練、労働関係サービスについても、すでに開発されたものについては、継続的な開発が必要との認識にたっている⁶。

タイにおいては、医療保険制度構築、雇用情報システム構築、年金制度設計など、それぞれの分野で経済危機以降に技術協力案件、または融資が実行されており、フィリピンでも職業訓練や教育関連のプロジェクトが実施されているほか、医療分野でも各地域に設定されたPhilHealthの重点地域（Convergence Site）への支援が検討されている。しかし、これにもまして多くの案件が実施されているのがインドネシアである。インドネシアでは医療や雇用・労働、年金のそれぞれの分野で多くの技術協力や融資が行われており、個別の課題に対する協力というよりは、社会的保護全体に対する協力が目立つのが特徴である。

5 - 1 - 3 欧州委員会のSSN分野での活動

欧州委員会による社会的保護分野における協力は、タイ、フィリピンにおいては医療保険制度及び地域の生産性向上、セーフティ・ネットの構築に特徴がある。インドネシアでは森林に関する技術援助がそのほとんどを占めてきたため、社会部門における援助実績は少ない。

欧州委員会のアプローチは基本的にほかのドナーとはやや異なり、人道的な支援を基本としつつも、欧州経済圏との相互利益を最終的な目標とし、経済力の向上を主たる目標としている点が特徴である。したがって、社会的なインフラの整備以外では、人材育成や所得向上・生産性向上といった分野が主な支援分野となる傾向がある。

⁶ ADB (2002)

そのため、欧州委員会のSSN分野における取り組みは限定的である。通貨危機直後の食料援助などの人道的支援は実施されているものの、欧州委員会はそれ自体が純粋に国際協力を目的とした機関ではないことから、欧州連合加盟国と被援助国の経済通商関係の強化を目的とした活動が中心となっている。とりわけ、一定の経済成長を達成した国に対しては、そうした戦略的な方向性を明確にしつつある。インドネシアにおいて長年継続されてきた森林保全や自然資源管理などの技術協力、農村における商品作物の開発、生産性向上のための技術協力はその典型である。また、フィリピンやタイで展開されている生産性向上に関するプロジェクトは、経済通商関係の強化という欧州委員会の姿勢がよく現れている案件でもある。

こうした経済を中心とした協力原則の中で、際だっているのが医療政策分野における継続的な取り組みである。医療政策分野における協力は、直接的・短期的には被援助国と欧州諸国の経済通商活動に大きな貢献をするものではないことは欧州委員会も認めるところであるが、当該国に対する協力・支援の実効性が極めて高く、当該国との関係性においても有意義なものとして考えられるため、協力を継続している⁷。

5-1-4 国際労働機関のSSN分野での活動

(1) 全体の動向

ILOは世界銀行やADBと異なり、社会的保護分野を「社会保障制度（社会保険）」及び「労働基準」といった、やや特化した文脈から理解する点に特徴がある。そのため、社会保障制度の構築に関するILOにおける取り組みは、主に政策提言やアドバイザー協力を中心とした中央政府に対する支援が中心となっており、各種調査研究による分析などが行われている。社会保障関係のコンサルティングや調査研究は、必ずしも雇用・労働分野に限定されているわけではなく、老齢年金や医療保険、労災保険などの保険制度の数理計算などに関する協力など、多岐にわたっている。

従来、ILOは「労働」機関としてフォーマル・セクターや労働者（公務員・企業などに勤務する賃金労働者・中小企業経営者）をその活動の中心に据え、農村世帯などについては協力の範囲外にあったといえるが、近年においては、インフォーマル・セクターの農業従事者もその対象としてクローズアップされつつある点が特徴である。社会的保護という言葉の示す範囲は、世界銀行やADBと異なるものの、インフォーマル・セクターへの制度のカバレッジ拡大という視点は、世界銀行やADBのいうところのSSNの恒常化・制度化と、結局は同様の着地点を目指しているという点で、共通している。

現在のところ、具体的な取り組みとしてインフォーマル・セクターを包含する制度の構築にILOが関与した実績はないが、今後、そうしたプロジェクトが発生する可能性はある。

(2) 社会保障制度分野における各国への援助動向

タイにおいては、1950年代より社会保障関連の技術協力が行われてきた。タイは現在の社会保障体制が構築された根拠となっている、1990年の社会保障法が施行される以前の1954年に旧社会保障法が成立しており、この立法に基づいてILOの技術協力が行われたものと思われる。

その後、1954年社会保障法が有名無実化したことに伴い、1960年代半ばから1980年代にかけては、

⁷ The delegation of European Commission (2002b) p.3.

表5 - 2 社会保障分野におけるILOの活動サマリー

	タイ	フィリピン	インドネシア
1950年代	1954年：旧社会保障法施行 1956年：最初の技術協力	案件なし	1953年：最初の技術協力 1958年：社会保障に関する技協
1960年代	1959年：社会保障に関する報告 1962年：社会保障法制に関する技術協力	1962年：最初の技術協力	1959年：任意医療保険技協 案件なし
1970年代	案件なし	1975年：労災保険の保険数理関連技術協力	1974年：労災保険に関する技協 1979年：社会保障に関する技協
1980年代	案件なし	1980年代に10本の技術協力	1980年代に5本の技術協力
1990年代	1990年：現行社会保障法施行 1991年：1962年以来の技術協力	通貨危機前に4本の技術協力 1996年：社会保障改革報告書	1997年の通貨危機前に4本の技術協力
通貨危機			
通貨危機後	1998年：通貨危機後最初の技協 失業保険のFS 2002年：失業保険実施	通貨危機前に4本の技術協力 2003：レポート作成中（危機以降最初の技協）	2002年：社会保障の再構築（危機以降最初の技協）

出所：岩名作成

ILOからの保険分野に関する技術協力は行われていない。技術協力が再開されたのは現行社会保障法が成立した1991年以降となっている。経済危機以降も技術協力が継続されており、1998年には、2003年より実施が決まった失業保険制度のフィージビリティ調査が実施されている。

フィリピンでは1962年に最初の支援が実施され、以降、1980年代に入ってから継続的に技術協力が行われ、フィリピンの社会保障制度構築に寄与した。通貨危機以降は、社会保障関連の案件は実施されていなかったが、現在、社会支出に関するレビュー調査が実施されているところである。

インドネシアについては、経済危機以前に技術協力案件が数多く行われている。しかし1997年の通貨危機以降は2002年の社会保障制度の再構築案件まで、全く技術協力が行われていない。これは、この間のインドネシアの社会部門における課題が労働者を中心とした社会保障といった狭い範囲の問題ではなく、農業従事者も含む一般国民全体への緊急支援に移行していたことを意味している⁸。経済情勢が落ち着きを取り戻した2002年12月に「インドネシアにおける社会保障制度の再構築」がまとめられ、社会保障分野における技術協力が再開された。これと同時に、社会保障制度をフォーマルな労働者に対するものとして規定する従来の考え方を脱すると共に、ILOは全国民を対象とする制度としての社会保障制度を意識するようになっていく。

5 - 2 各援助分野における他ドナーの動向と具体的な援助テーマ

5 - 2 - 1 保健医療分野

(1) 保健医療分野の特徴

本研究会の保健医療分野における関心の中心は、医療保険制度、または医療保障制度を中心とし

⁸ 実際の運営上の問題としては、現地に社会保障関連の専門家が常駐していなかったという問題もある。現在は、社会保障分野の専門家がフィリピンの事務所に常駐している。

た制度枠組み及び当該制度を支える施策、主体に対する支援である。より具体的には医療保障制度の設計、医療保障財政、医療提供体制、医療機関の運営（経営）などである。

すでに公衆衛生分野や感染症分野、母子保健分野などにおいては、各援助機関が長年にわたってめざましい実績を残している。それらの案件の多くは、水道供給や結核、HIVなど具体的な課題が設定されており、主に住民の健康状態を直接的に改善することを目的としたものであった。そうした案件の重要性は、経済危機の前後を通じ決して失われていないが、恒常的、安定的な医療保障体制を構築すること すなわち当該国が自律的な医療提供体制を構築すること も重要なテーマとなっており、単に具体的な医療行為を実施する機関としてではなく、制度構築面における地域実施主体（地方行政体や中央機関の地域出先機関）の重要性が増しているというのが今日の状況である。

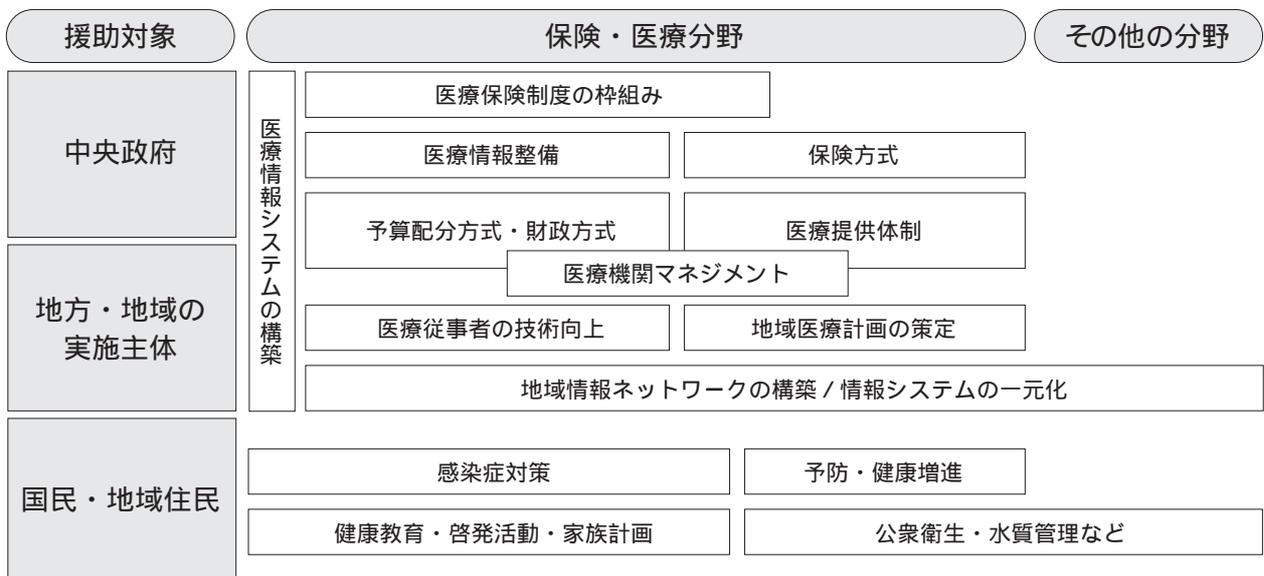
保健分野においては概念的には3つの援助対象が考えられる。中央政府、地方政府あるいは地方におけるサービス実施主体、地域住民である。

援助の目的の観点から分類すると、まず、地域住民の健康状態を直接改善するためのプロジェクトと、直接的に健康状態は改善しないが、援助によって関係各機関の潜在的なキャパシティが向上することで間接的に住民の健康状態改善につながるものに分けられる。前者は伝統的な公衆衛生、感染症対策などであり、後者がいわゆる制度構築支援やキャパシティ・ビルディングである。

また、制度構築支援について、その具体的な内容で分類すると、医療保障制度全般の制度設計の側面と、実際の運営上の技術的ノウハウの提供に大きく分けられる。制度設計には、医療費の財源モデル、医療費支払方式及びそれに関連する全国的な情報システムの構築、予算制度を採用している場合はその配分の方法、レファールシステム（医療サービス提供の方法）、薬価制度などが含まれる。

実際の運営上の技術的ノウハウとしては、地域医療計画の策定、医療機関の運営（経営）、地域出先機関などにおける医療保険登録事務管理運営など多方面にわたる。また前述の制度設計段階で採用された情報管理システムの地域レベルでの運用体制の確立なども、ここに含まれる。また地方分権化が政策的に進められている地域においては、医療財政の地域レベルでの管理、医療提供量の管理（医療計画）などのノウハウも援助の対象となる。

図5 - 2 医療分野において想定される援助対象



出所：岩名作成

さらに上記に共通するものとして、医療情報の管理に関する標準化の推進も重要なテーマとなるだろう。全国的なデータベースを構築することにより、様々な疾病予防のための取り組みを展開することが可能になるが、まず情報収集の方法や疾病コードの統一などの「標準化」作業を進める必要がある。ただし、この分野は比較優位性がある国・機関が世界的にも少なく、協力できるノウハウは限られている。

(2) 保健医療分野におけるドナーの援助動向

1) 制度設計

医療保険制度の基本的な制度設計にかかる援助としては、ECやADBがタイ政府に対して展開した一連のコンサルティングが注目される。タイ政府が導入した医療費30パーツ制度はタクシン政権の誕生と共に政治的な決断によって突如として誕生した印象があるが、医療提供体制のメカニズムや医療財政に関する研究などは、タクシン政権の誕生以前から進められていた。

特に、EC及びADBの援助がこの医療費30パーツ制度をはじめとする医療制度の開発において重要な役割を果たしている。経済危機以前の1996年から開始され医療費30パーツ制度が部分施行される2001年までの間に実施された欧州委員会の技術協力は、カバレッジの拡大方法、プライマリ・ケアの提供方法の改善、病院を含む医療機関の効率的な医療サービスの提供方法（レファールシステムの改善）医療の質の向上、人材研修の開発などを中心に協力が行われた。

これらの要素技術は、医療費30パーツ制度の制度的特質として中央政府がとりわけ強調したものであり、この案件が医療費30パーツ制度に与えた影響をうかがわせる。またADBも1998年に医療財政及びマネジメントに関する技術協力を行っている。この案件も同様の内容を含んでおり（Box5 - 2参照）レファールシステムの改善、病院経営、医療財政への取り組みなどが行われている。上記のECと同時期に同じ内容の案件が同時進行で進められている点が注目に値する。このことは、制度構築支援というものが必ずしも単一のドナーの支援によって独占的に行われるわけではなく、場合によっては、裨益国が与えられる支援や情報の中から取捨選択して、自ら制度構築を行うというプロセスが存在することを示唆している。

インドネシアにおいても、ECが2003年より「インドネシア社会医療保険開発（Indonesia Social Health Insurance Policy Development）」として、国家社会保障システムチームのタスクフォースに対して50万ユーロの支援を行っている。

また、こうした中央政府へのアドバイザー的な支援とは別に、裨益国が推進している基本的な政策を地域レベルで試行する場合の技術支援を行うケースも多く見られる。ドイツの技術協力機関であるGTZもこの手法によりいくつかの案件を推進している。GTZは社会セクターでは医療分野に限定して取り組みを行っているが、インドネシアにおいては、現在運用されているJPKMとは全く異なる、新しい医療保障制度の試行を特定のパイロット地域で実施するための技術協力を行っている。この案件は現在進行中であり、発生主義会計の導入を含む医療機関の経営支援、医療サービスの品質管理、医療情報管理、医療財政システム、医療費用分析などに関する技術支援が行われている。

GTZはフィリピンにおいても、HSRAの重点地域（Convergence Site）において医療提供者の認証制度、薬価における参照価格制度の開発、地域保健活動などに関する実験的なプログラムを推進するなど、PhilHealth拡大のための支援を行っている。

表5 - 3 保健医療分野における【恒常的なSSN分野】への他ドナーの協力状況

プロジェクト名	機関	主な内容	期間	
タイ	Health Care Reform in Thailand	EC	タイにおける医療制度の整備のために、プライマリ・ケアの拡充、病院経営、各提供者、県などをまたぐ財務管理の中央でのコントロール、市民意識の啓発などの分野で技術協力を行う。	1996 ~ 2001
	Health Management and Financing Study	ADB	農村地域と都市部の医療スタッフの配置不均衡を是正するための調査、レファラルシステムの機能を改善するための調査、SSPL案件で病院の独立行政法人化が進められたパイロット医療機関への技術的な支援、異なる医療制度間の支払方式についての研究。	1998 / 99
フィリピン	Social Health Insurance Project	GTZ	中央レベルに対しては、給付パッケージの検討、薬価における参照価格制度の開発、医療提供者の認証制度、医療情報システムの維持と改善、レセプト処理、各地域事務所の能力向上などを含む。	2001 ~ 04
	Health Sector Development	ADB (PPTA)	今後HSRAを推進するための技術協力を実施する上で必要とされる情報の収集。	2002
	Assistance to the poorest sectors of society : action 2 : Health Sector	EC	保健医療財政、地方の医療システム、国民健康保健の促進、国民健康保険制度加入者の拡大、病院改革、人口管理などを対象とした技術協力。	2002 ~ 04
	Social Expenditure Management Project (02)	WB	医療、教育、福祉分野における予算強化及び予算管理プロセスに関する技術協力。予算管理システム、情報システム改善のためのプログラム。	2002 ~ 05
	Health Sector Reform Project	WB	【現在検討中】貧困地域を中心とした特定の重点地域 (Convergence Site) におけるHSRAを通じた医療サービスの品質改善。また、関係各機関の能力開発。	Pipeline
インドネシア	Health Project	WB	県や郡における保健医療事務所の能力を高め、それぞれの地域に適合した医療サービスの提供を行うことができる水準に引き上げる。類する案件は80年代から継続的に行われている。	1980年代 ~
	Capacity Building for Decentralized Health Service Management	ADB	効果的な医療費抑制・報告システムを構築し、医療提供者及び郡レベルでの一貫性のある医療財政管理を行うことを目的としている。	1999 ~ 2002
	Provincial Health Project	WB	2県における効率的な医療セクターの地方分権化を推進することを目的としている。経済危機時に導入された緊急的SSNの枠組みを維持しつつ、医療情報システムの改善、県郡間の権限の分掌確定、医療計画、予算、人材育成計画、品質管理システム導入など多岐にわたる恒常的SSNの形成を目的とする。	2000 ~ 06
	Decentralized Health Services I	ADB (Loan)	医療サービス提供、管理、計画などに関する地方行政体の能力向上を主たる目的とした融資。主に貧困地域を中心としたプロジェクトで情報管理についてコンサルティングサービスも行われる。	2000 ~ 03
	Second Decentralized Health Services	ADB	貧困層など社会的に脆弱な層が基本的な医療サービスにアクセスできるようになるための持続可能なメカニズムの構築。プライマリケアに主眼をおいた投資、地域における医療財政システムの構築など。	2000 / 01
	Health Workforce and Services Project	WB	保健医療システムの政策・計画における管理、規制、保健医療財政システムの維持と拡充、医療従事者の教育・訓練の強化を目的としたプロジェクト。	2003 ~ 08
	Improvement for District Health Systems	GTZ	詳細不明	実施中
Indonesia Social Health Insurance Policy Development	EC	国家社会保障システムチームのタスクフォースに対する支援。以下詳細不明。	Pipeline	

各ドナーのHPのプロジェクトリスト、公開されている関連文書、電話インタビューなどによる情報から岩名作成。なお、ILOの案件については、分野を包括的にカバーしているものが多いため、ここには掲載していない。詳細については、巻末資料を参照されたい。ADB=アジア開発銀行、EC=欧州委員会、GTZ=ドイツ技術協力公社、ILO=国際労働機関、WB=世界銀行

2) 地域実施主体に対する援助

地方分権化が推進される国では、各県の保健医療事務所（Provincial Health Office）の機能強化が極めて重要となる。また医療保障制度の普遍的なカバレッジを達成しようとする場合も、こうした地方の出先機関が重要な役割を果たすことになる。

とりわけ地方の医療機関の独立法人化や会計制度の改変、財政管理の手法などについては、今後も協力が継続的に必要となる分野であると思われる。この分野はADB、世界銀行、欧州委員会、GTZがそれぞれ案件を形成し、影響力を持っている。また、今後地方分権化が進み、医療分野における地方の自律的・主体的運営が本格的に求められる段階になれば、各地方における医療供給計画の策定などが大きな課題になる。

以下の事例で提示した2つのケースはタイ及びフィリピンの案件であるが、タイの案件については、通貨危機以降にADBで実施されたSSPLの一環として実施された技術協力である。なお、タイはSSPL案件を実施している1998年に同様の分野で欧州委員会の5カ年にわたる技術協力を受けている。

このほかにも、地域医療の案件は数が多く、世界銀行においてもインドネシアなどで「県医療プロ

Box5 - 2 事例：Thailand , Health Management and Financing Study (ADB)			
金額：US\$571,860.74		実施機関：公衆衛生省	
認可：1998.3.12	調印：1998.5.4	現地調査：1998.6	完了：1999.12.31
<p>内 容 ・ 目的は、効率的で平等な保健医療サービスの供給を目指す政府の援助</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 保健医療サービスへのアクセスにおける都市と地方の不均衡の是正 (2) レファールシステムの改良によるタイのヘルスケアシステムの効率性向上 (3) 様々な財政スキームの合理化 <p>・ 目的達成のため、保健医療サービスの管理的側面及び財政的側面の調査などを実施</p>			
<p>投 入 ・ 米国とタイのジョイントチームによる実施。3人の国際コンサルタント（16人月）、6人の国内コンサルタント（30人月）によるサービスの供給。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 現地調査、研究結果の普及の援助 ・ 定期的なミーティング 			
<p>成 果 ・ 職員の地方への配属</p> <p>職員調査、地方配属に関する現時点でのインセンティブ調査、ミーティング</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ レファールシステム 特定の医療機関と患者に対する調査、効率的な方法やガイドラインの提示 ・ 地方病院の自律化 運営マニュアル、モデル契約書、説明書の作成 ・ 財政スキーム 支払システム・補償額調査、改善策の提言（被用者社会保障制度と労働者保障制度の統合、公務員医療給付制度の修正、低所得者向けカード制度の範囲と効率性の向上、ボランティアヘルスカードシステムの一般化） ・ レポートの作成 <p>病院の運営マニュアルは、政府による病院法人化プロジェクトに貢献した。 人材についての勧告は、保健医療職員再開発アクションプランの基礎になった。</p>			
<p>特 徴 ・ 経済危機後の不況対策であるタイのSSPLの一環として実施された。SSPLの扱う分野は、保健医療・労働市場・社会福祉・教育に及び、本件のほか、“Education Management and Financing Study” “Capacity Building for Social Sector Program” “Social Impact Analysis of the Economic Crisis” がある。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 経済危機を背景に、保健医療分野（財政部門など）の改革を行う政府に対して、詳細な情報分析などの援助を行った。 ・ 調査分析に関する助言を行うコンサルタントを派遣した。 			

ジェクト (Provincial Health Project)」と呼ばれる案件が長期間にわたって実施され、医療財政の地方分権化を始め、地域医療計画などの分野で協力が行われている。

(3) 保健医療分野における中長期的な展望

現在、保健医療分野の支援は「保健衛生確保の支援」から「保健医療制度の構築支援」に重心が移動しつつある状況といえるが、将来的には高齢化の進展と共に、高齢者に対する保健医療の対応が課題になると考えられる。現段階におけるタイ・フィリピン・インドネシアの高齢化率は先進国と比較すると必ずしも高いとはいえないが、今後、高齢化が進むことは人口推計上も明らかである。

医療保障システムにおいて高齢者は常に医療費高騰を招く原因といわれており、これをどのようにコントロールするのかという問題は、高齢化が進んでいる先進諸国共通の課題であるといえる。日本だけでなく先進諸国はすでに医療分野における高齢者問題を経験しており、中長期的には、こうした経験が、タイ・フィリピン・インドネシアの将来の高齢化問題を解決する上での参考になる可能性もあるだろう。

Box5 - 3 事例：Philippines , Assistance to the Poorest Sector of Society (欧州委員会)	
金額：EUR 22 million	期間：2002～2004
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・本案件では、保健医療分野の改革（及び地域開発の統合に関する援助）が実施された。 ・貧困削減を目的に掲げ、保健医療サービス供給の都市・地域間の不平などを解消するため、HSRAを実施する政府を援助する。
活動内容	<p>PhilHealthを通じた健康保険のカバレッジの拡大</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地方政府や保健省に対して、貧困層への財政援助を奨励 ・3つの健康保険システム（GSIS、SSS、医療保護システム）の統合可能性調査 ・NHIPの延長としての地方政府利用可能性調査 <p>地方保健医療パッケージ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健省と協働する地域を1つ選択の上、地方レベルの診断活動を指導及び必要とされる改革のレベル・費用分担計画を決定 ・地方の保健医療施設を通じた、国民保健予防プログラム（NHPP）の最も現実的な指導方法の提案 ・都市と地方の保健ゾーンの設立のサポート、レファラルシステムの改良 <p>ナショナルヘルスプログラム</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国民保健予防に関する保健省予算の調査 ・疾病予防に関する活用の効率性の検証 ・プログラムの実施における地方政府の協働を援助 <p>病院の自律化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公立病院における財務面の自律の援助 ・レセプトの計算や支払、調達システム、会計監査に関する病院レベルでのキャパシティ・ビルディング ・適切なホスピタルフィーの検証 ・地域における保健医療病院ネットワークシステムの改良 ・貧困層の公立病院へのアクセスの改良 <p>人口管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・メッセージを伝える地方政府、NGO、ボランティアベースのコミュニティ組織化 ・家族計画の方法・技術の供給 ・メディアや情報・教育・コミュニケーション（IEC：Information, Education and Communication）活動を通じたメッセージの開発 ・カウンセリング、サービスの供給などの指導
特徴	<ul style="list-style-type: none"> ・National Indicative Programme（NIP）の一環として実施された。本件のほかに、“Assistance to trade and Investment” “Cross Cutting Issue（Good Governance）”がある。 ・政府、保健省、地方組織などに対して、調査研究及びアドバイスをを行う。

5-2-2 雇用・労働分野

(1) 雇用・労働分野の特徴

雇用・労働分野は大きく積極的労働分野と消極的労働分野に分けられる。積極的労働分野では、主に雇用創出、職業訓練、職業紹介といった施策が代表的であり、消極的労働政策には通常、失業保険（雇用保険）が代表的な施策として整理される。また、解雇時の一時金給付なども、消極的労働政策に含まれる。消極的労働政策は、失業状況が発生した後の事後的な所得保障として機能する。

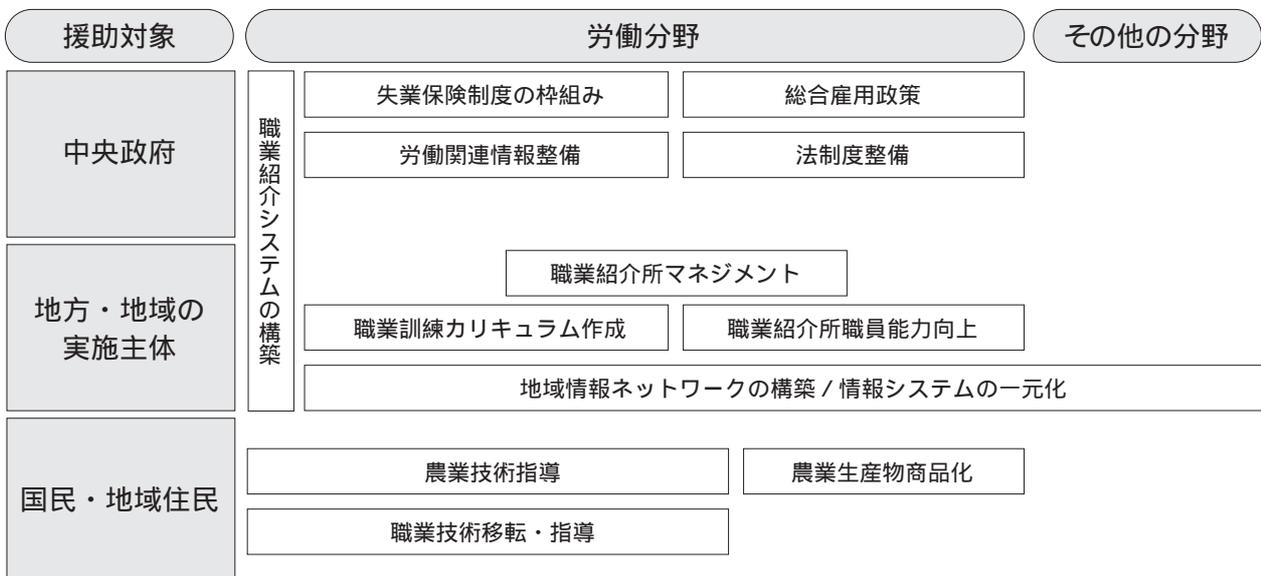
本研究会の対象国の中でも、タイにおいては、失業保険制度が導入段階に来ており、今後、制度の運営において様々なノウハウが求められる分野となることが予想される。また、フィリピンでも失業保険制度の導入検討が進められている。これらの施策は、主に企業における労働者、いわゆるフォーマル・セクターの労働者を対象とした政策として認識されている。

さらに、雇用・労働分野は、失業者に対する所得保障を行うだけでなく、積極的な雇用の創出、求人求職のマッチングなどの諸施策との有機的な連動の上に成立するものであるという考え方からすれば、協力の対象は、職業訓練など単体の施策だけでなく、様々な労働施策を包括する総合雇用政策も、途上国のテーマとして検討する必要があるだろう。ここには、雇用創出プログラムや職業訓練のカリキュラム作成、職業紹介所の機能強化などが含まれ、さらに詳細にみれば、職業紹介所の職員の能力向上や情報管理のノウハウなどが含まれるものと思われる。これらは、中央政府だけでなく、地方においても有効な援助テーマといえる。また、こうした活動を行うための法制度の整備なども援助テーマとして設定可能である。

(2) 雇用・労働分野における他ドナーの援助動向

雇用・労働分野における協力は、ILO、世界銀行、ADBなど主要なドナーを中心に数多くの案件が実施されてきた。とりわけ、経済危機以降は企業の大量倒産により、企業労働者がインフォーマル・セクターに転落する、または失業するケースが急増し、これらの転落層に対する生活保障が急務となった。経済危機の際は、危機後の解雇者に対して緊急一時金として一定の額が税を財源とする給付

図5-3 雇用・労働分野において想定される協力対象



出所：岩名作成

金として支給され、セーフティ・ネットとして機能したが、こうした機能を恒常的な社会システムとして創設しようとするものが、失業保険制度であると言える。

失業保険制度の構築については、ILOがフィリピンなどで当該国の労働市場などの調査も含めたフイージビリティ調査を実施し、報告書をまとめている。またJICAも、失業保険制度の円滑な運営を支援するために、タイに厚生労働省出身で労働行政に詳しい専門家を政策アドバイザーとして派遣している⁹。

しかし一方で世界銀行が指摘しているように、失業保険制度が防貧を目的とした制度として労働市場政策の中で十分に機能するかどうかを疑問視する声もある。タイやインドネシアなど、比較的中小企業を中心とした企業構成をもつ国において失業保険制度がどの程度機能するのかという点も無視できない。世界銀行はむしろ日本の生活保護制度に該当する所得補助制度の重要性を説いている¹⁰。

また、失業保険制度はほかの保険制度と同様に政治的な力に影響を受けやすく、その制度的枠組

表5 - 4 雇用・労働分野における【恒常的なSSN分野】への他ドナーの協力状況

プロジェクト名	ドナー名	主な内容	期間	
タイ	Capacity Building for Social Sector Reform	ADB	社会セクターにおける計画能力の向上、監視、評価の推進にかかるマネジメント能力の向上を目指す。特に、労働・雇用情報の迅速な集積と管理を行うための情報システム構築に向けた基本デザイン。国家経済社会開発庁に対する支援。	1998～2001
	Introduction of Dual Vocational Training	GTZ	従来型の職業訓練学校での職業訓練ではなく、民間企業と職業訓練学校を組み合わせ、実地と講義の両面による職業訓練体制を構築するためのプロジェクト。	1998～2000
	Economic and Financial Adjustment Loan Project	WB	財政に関する協力の中の1つとして包括的社会的保護の構築がうたわれており、失業保険制度構築に関する技術協力が含まれている。	1999
	Vocational Guidance System Project	GTZ	効率的な就労指導システムを確立し、就労指導に必要な情報が確保されると同時に、必要な設備、人材が準備されるようにすることを目的としている。	1999～2002
フィリピン	Technical Education and Skills Development	ADB	職業能力開発局（Technical Education and Skill Development：TESD）の有するプログラムの品質向上、職員の管理能力の向上を目的とし、地方各地の職業訓練センターなどへの設備供与、カリキュラムの更新などを行う。	2000～06
	Skills Development Project	WB	特定の地域における職業能力向上のためのプロジェクト。人材省の調査能力、管理能力、政策立案にかかる能力向上。地域雇用情報システムの開発。若年起業家のためのデモンストレーションプログラムの開発など。	1994～98
インドネシア	Technological & Professional Skills Development	ADB	労働力の国際競争力を向上させるため高等教育の機能強化を行うことを目的とする。高等教育におけるガバナンス、説明責任能力、管理、認証、評価などの機能強化。学生就職センターなどの設置、地域のビジネスサービスセンターの設立など。	2000～06
	Preparing the Sustainable Social Protection Project	ADB	包括的な社会的保護政策を確立するためのプロジェクト。児童、障害者、失業者、貧困者などすべての社会的弱者をカバーする、包括的で効果的な社会保障制度の確立のための技術協力を実施予定。	2003～

各ドナーのHPのプロジェクトリスト、公開されている関連文書、電話インタビューなどによる情報から岩名作成。なお、ILOの案件については、分野を包括的にカバーしているものが多いため、ここには掲載していない。詳細については、巻末資料を参照されたい。

ADB=アジア開発銀行、EC=欧州委員会、GTZ=ドイツ技術協力公社、ILO=国際労働機関、WB=世界銀行

⁹ 詳細は4章Box4 - 1参照。

¹⁰ World Bank (1999), p.20

Box5 - 4 事例：Indonesia, Skill Development Project (WB)

金額：27.7百万US\$

実施機関：人材省

期間：1994～98

目的 本プロジェクトには大きく3つの目的がある。3つの州の民間企業内に革新的な産業技術訓練制度を構築すること、5つの州で新卒の失業者を支援するための特別なプログラムを立ち上げること、人材省の政策立案、調査、管理運営などに関する能力を向上させること。以上の目的を達成するため、技術協力を行う。協力は、その実施責任の分担において(1)州担当部分と(2)人材省担当部分に分けられる。

(1) 州担当のプロジェクト

以下のサブプロジェクトを実施するために州訓練基金(Provincial Training Fund)を設立する。

- ・企業集団訓練ユニットを形成することにより企業内に新しい職業訓練プログラムを立ち上げる
- ・個々の企業に訓練マネジャーを雇用できるようにすることで、個々の企業の中に新しい職業訓練のプログラムを立ち上げる。また産業を基盤とした職業訓練を促進させようとする商業産業局を支援するために、いくらかの経費とスタッフを提供する。
- ・小規模産業に対する職業訓練及びコンサルティングサービスを提供するパイロットプログラムの設置

(2) 人材省のプロジェクト

以下の4つのサブプロジェクトを実施する。

- ・国内5つの州において主に新卒の若年起業家を育てるための訓練プログラムを確立する。
- ・地域レベルの雇用情報システムを改善する。労働市場をシステムティックに分析し、労働市場政策を立案し、評価することができるような情報システムの開発を目的とする。
- ・人材省職員のマネジメント、調査、計画、政策立案能力を向上させる。
- ・南スラウェシ州に州訓練基金を設立する。

[情報システムの開発について]

- ・地方、中央を問わず他省庁、民間セクター、人材省などから可能な限りの情報を収集し、統合する。
- ・中央統計局との連携を図り、労働市場情報のカバーする範囲を拡大すると共に、他の全国調査との関連性を高める。
- ・地域レベルにおいて中央統計局を通じて人材省が毎年実施する全国調査を開発する。
- ・分析を行い、全国レベル、州レベルの情報を半年に1回のレポートとして提示する。
- ・以上の情報を全国に浸透させる。

みが変化する可能性も否定できない。現段階において他ドナーの中で制度的な枠組み部分での技術協力を進めている案件は、特にILOなどにみられる、制度調査やフィージビリティ・スタディを除けば目立ったものはない。

一方で、広く労働政策一般という観点で見ると、様々な技術協力が実際に行われている。職業訓練に関する技術協力は、世界銀行やADB、またJICAでも1970年代から各国で実施されている。ただし、多くのプログラムは職業訓練そのものが目的となっており、職業訓練を実施するための地方行政体や機関に対するキャパシティ・ビルディングなどへの取り組みが重要視されているのは、近年の新しい動きである。

(3) 今後の展望と課題

すでに、タイについては2003年秋から失業保険制度が導入されることが決定しており、今後、より具体的な失業保険制度の運営に関するノウハウがニーズとして大きくなることが予想される。また、いったん失業保険制度が導入されると、保険財政の健全化のためにも、失業給付受給者を早期に就業に導くための施策が重要になる。

したがって、総合雇用政策など失業保険を取り巻く雇用・労働分野全般に関する技術協力や政策アドバイスも、今後のニーズとして重視されるであろう。ここには、労働に関連する地方の各機関(代表的には職業紹介所など)の能力向上や職員教育などが含まれるであろうし、地域間の情報ネットワークの構築や、その管理運営に関するノウハウの提供なども援助のテーマとして想定されるだろう。

また、医療分野と同様に、労働統計の正確な把握など雇用・労働分野を検討する上での基本的な情報を確保する技術に対する援助も必要になるだろう。ケース・スタディ対象国における労働統計の信憑性は、必ずしも国際的な信用を得た水準にあるとはいえないといわれており、総合的な雇用政策を展開する上で、統計データを始めとする各種の労働情報はきわめて重要である。全国各地で実際にデータを収集し、中央に集約するプロセスの標準化やデータ定義の標準化、職員の能力向上などが重要なテーマとなるだろう。

5-2-3 年金制度分野

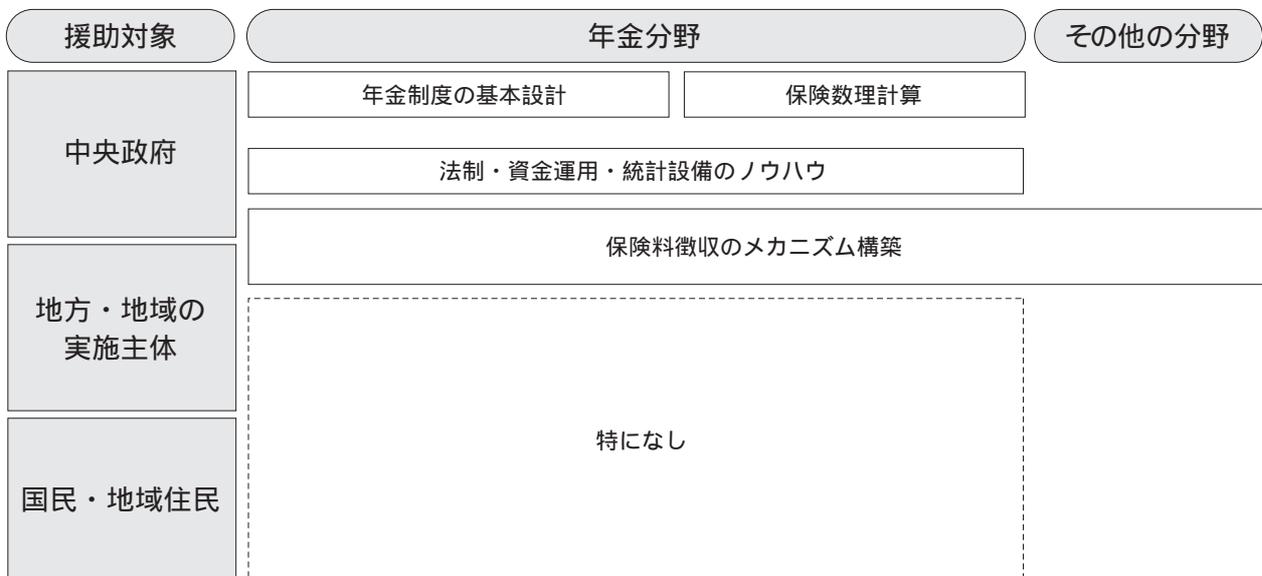
(1) 年金制度分野の特徴

タイ、フィリピン、インドネシアにおいては、それぞれの国で年金制度の整備が漸次進められているが、いずれも全国民を包含する国民皆年金とはなっていない。現在のところ、調査対象国における高齢化の問題は喫緊の課題という水準には達していないが、年金制度は、受給開始までの期間（すなわち受給資格を得るための拠出期間）が10年単位の長期にわたるため、数十年後の高齢化問題に対応するためには、現段階での年金制度の構築、または検討が重要性をもつこととなる。

年金制度は、中長期的な財政見込みを把握した上で、当該国の国家戦略の上に設計されなければならない。制度運営が当該国に与える社会的、経済的影響が極めて大きいことなどから、その支援・協力には相当に慎重な取り組みが必要とされる分野である。また、いったん制度が導入されると、途中で制度の基本設計を変更することが医療制度や失業保険制度などに比べると困難（又は他制度に与えるインパクトが大きい）なことも、特徴の1つである。

こうしたことから、制度の枠組みを決める基本設計部分については、特定の国の年金制度を移転するだけでは十分とはいえない。裨益国の状況に応じて柔軟に政策アドバイスをを行うことが求められるため、複数の国の年金制度に対する相当量のノウハウの蓄積を必要とすると同時に、裨益国に対する、継続的で長期間にわたるフォローアップが不可欠な分野でもある。

図5-4 年金制度分野において想定される協力対象



出所：岩名作成

また年金制度は、前述の医療分野や失業保険分野とは異なり、地域レベルでの援助テーマが事実上存在しない点も特徴である。失業保険制度は通常、単なる現金給付の制度としての機能だけではなく、職業紹介所などの地域資源と有機的に結びつくことで、これら全体が労働市場政策として機能する側面が強い。また医療保険においても、医療保険制度はあくまで診療報酬の支払い部分に関する給付を意味し、医療の実態はすべて地域の医療提供機関とそのネットワークによって担保されている。

一方、年金制度は、給付面でのこうした地域資源との有機的なつながりはなく、年金保険制度単体として社会保障機能を果たしている。唯一の例外は、年金の拠出金を徴収するメカニズムを地域レベルに構築する必要があるという点である。しかし、地方における保険料徴収の問題は年金制度に関する問題というよりは、当該国の地方行政全体の問題であると言える。したがって、こうした問題は医療保険や場合によっては失業保険との関係も含めて議論されるべき課題であり、またインフォーマル・セクターへの公的な制度の取り込みという今日的課題であるとも言える。

したがって一義的には、年金制度に対する援助は、もっぱら中央政府レベルの年金制度の設計に関するものが中心になると考えて問題ないであろう。

(2) 他ドナーの援助動向

世界銀行は、社会的保護分野において「年金」部門を設置し、各国の年金課題について集中的に取り組んできた援助機関である。いわゆる「3つの柱」¹¹を基本的な戦略として年金制度を捉え、途上国のみならず一定の経済力をもつ国に対しても年金改革のための技術協力を行っている。

世界銀行における年金分野の取り組みはアドホックなプロジェクト単位の技術協力ではなく、世界銀行としての年金のあるべき姿を戦略的に策定し、その戦略にしたがって進められていると言ってよい。とりわけ1994年に発表された「Averting the Old-Age Crisis」は、その内容の急進性や傲慢さからILOや国際社会保障協会（ISSA）による批判を集めることとなった¹²。

過去15年間で世界銀行は約60カ国の年金制度構築になんらかの協力の方法で関与してきた。しかしながら、今回の調査対象国に対する年金分野のプロジェクト案件はタイの年金制度構築に関する技術協力のみとなっている。その他の国については限定的な情報交換・情報提供の域を出ていない。

しかし、正式なプロジェクトとして年金案件が存在しないことが、必ずしも世界銀行の調査対象国への影響力がないことを意味するわけではない。世界銀行が実施する各種のシンポジウムや研修プログラムに各国の年金制度担当者が参加するという形態を始め、非公式に年金制度の評価プログラムなどを実施しているケースも多い¹³。PROSTと呼ばれるシュミレーションソフトは、世界銀行が年金のモデリングを行う際に用いるツールとして開発したものであるが、こうしたツールを通じて、世界銀行の年金分野の協力が行われている¹⁴。

一方、ILOも、労働者の退職後の老齢生活保障という視点から、世界銀行と同様に年金制度について戦略的な取り組みを行っている。ここで注目しておくべき点は、世界銀行とILOは年金制度に関する技術協力に関してそれぞれ異なる戦略をもって取り組んでおり、しばしば両者の見解が対立してきたということである。

¹¹ 「3つの柱」についてはBox5 - 5を参照。

¹² 世界銀行の戦略に対するILOの批判については、山本（2001）を参照。

¹³ タイ・フィリピンで用いられている。World Bank (2001) p.57.

¹⁴ *Ibid.*

世界銀行の「3つの柱」に対して、ILOは世界銀行の第1の柱については基本的に同意しているものの、第2の柱（年金制度の大部分を占める中心的制度）については、世界銀行が積み立て方式による確定拠出型年金を主張しているのに対して賦課方式による確定給付型年金を主張している。

こうした世界銀行とILOの年金の財政方式に対する主張の違いは、年金制度そのものの方向性を左右するという点で無視できない点であるが、具体的な技術協力案件を検討する上で、こうした違いが、必ずしも裨益国の制度設計を混乱させるとは言い切れず、また双方のうちのいずれかを選択したために、もう一方の機関が完全に当該国から排除されるということでもない。

途上国における年金制度を運営するための課題は、財政方式だけではなく、制度を運営するための

Box5 - 5 世界銀行とILOの年金論争

世界銀行が1994年に刊行した報告書「Averting the Old-Age Crisis」は、国際的な年金議論を巻き起こすこととなった。世界銀行の年金分野への関与は1980年代から展開されているが、この1994年の報告書を境に、特にILOとの論争を巻き起こすこととなった。

世界銀行は、年金制度について「3つの柱（three-pillar）」を理念型として設定した。

第1の柱は、賦課方式による公的最低保障年金であり、財源は税とする。最低保障年金制度は、最低限度の生活水準の実現を目的とするため、しばしば生活保護制度の文脈で議論されることが多いが、高齢者の生活保障は原則として年金制度で行われると言う考えから、実際の制度運用は年金制度と同じ管轄で実施されることが多い。

第2の柱は、強制加入によるが、社会保険方式による基礎年金制度として設置される。個人勘定とするか、企業を中心とした管理体制を採用するかは選択の余地があるが、世界銀行の戦略では個人勘定、完全積み立て、確定拠出、民間運用を原則としている。

第3の柱は、任意による年金保険であり、各個人がライフタイムにおける所得をどのように配分するかを自己決定することによって決めることができる。

世界銀行のこうした戦略に対するILOの反論と論点は、第2の柱にあたる強制加入による社会保険方式の基礎年金制度である。世界銀行は積み立て方式による確定拠出型年金を想定し、国家財政における負担を軽減することを志向する一方で、ILOは確定給付型を主張し、一定水準の年金給付額が確保されることを優先すべきとの立場を取っている。

表5 - 4 雇用・労働分野における【恒常的なSSN分野】への他ドナーの協力状況

プロジェクト名		ドナー名	主な内容	期間
タイ	Financial Markets Reform Program	ADB	金融市場改革のプロジェクトの一貫として年金及びプロビデントファンドに関する研究を含めた技術協力が行われた。以下、詳細不明	1997～終了時不明
	Economic and Financial Adjustment Loan Project	WB	財政に関する協力の中の1つとして包括的社会的保護プログラムの構築がうたわれ、年金制度や失業保険の改善に関する技術協力が含まれている。	1999
	Pension System Design	ADB	【Box5 - 6参照】	2003
インドネシア	Reform of Pension and Provident Funds	ADB	詳細不明	1998
	Financial Governance and Social Security Reform	ADB (Loan)	財政におけるガバナンスと社会保障制度、とりわけ年金基金及び強制加入社会保険制度に対する融資プロジェクト。技術協力も含んでいる。	2002
	Financial Governance Reforms Sector Development Program (FGRSP)	ADB	1998年の通貨危機以降に金融セクターの安定化を目的として融資されてきたFGRSPの中で、社会保障制度に関するFS調査が実施される予定。	2002承認
	Preparing the Sustainable Social Protection Project	ADB	包括的な社会的保護政策を確立するためのプロジェクト。児童、障害者、失業者、貧困者などすべての社会的弱者をカバーする包括的で効果的な社会保障制度の確立のための技術協力を実施予定。	2003～

各ドナーのHPのプロジェクトリスト、公開されている関連文書、電話インタビューなどによる情報から岩名作成。なお、ILOの案件については、分野を包括的にカバーしているものが多いため、ここには掲載していない。
ADB=アジア開発銀行、EC=欧州委員会、GTZ=ドイツ技術協力公社、ILO=国際労働機関、WB=世界銀行

Box5 - 6 事例：Thailand , Pension Systems Design (ADB)

金額：\$860,000.- (ADB \$600,000.-, 政府 \$200,000.-)	実施機関：財務省	
期間：2003.1.1 ~ 2003.12.31	(事前現地調査完了) 2002.3.7	(コンサルタント募集) 2002.12
背景	<p>タイには、1999年に民間企業のサラリーマンを対象として導入された老齢年金や、1997年に政府の役人を対象として導入されたGPF (Government Pension Fund) がある。しかし、制度設計が不完全もしくは質がよくないことに起因して 法律や規制の枠組みが脆弱 それぞれの制度が分立しているために労働移動が抑制されるなどの問題点を抱えており、統合された、より効率的なシステムが求められていた。</p> <p>これまで、ADBは1997年に経済危機に対応するための政府財政部門改革の一環として、技術協力による年金問題の体系的な分析を実施した。その結果、政府は2000年10月に強制的な年金システムの導入に向けた行動計画を承認した。また、2001 / 02年には、労働者・事業主・政府などの関係者からなる分科会が、ADBの援助により保険統計及び政策分析を行っている。</p>	
インプット	<p>コンサルティングサービス (国際分野：12人月、国内分野：22人月) を実施</p> <p>国際コンサルタント (2名)</p> <p>保険数理及び年金政策の専門家 (リーダー)：モデル最新化、財政・保険数理上の予測改定、保険数理専門職の批評、政府の保険数理に関する能力評価、生命保険分野の検証、モデル作成訓練、生命保険業界のワークショップ、年金市場レポート</p> <p>国際法専門家：社会保障・基金その他の改正法律草案作成、年金に加入していない高齢者向けのシステム検証、配偶者 (離婚後を含む) ・子供の権利保護の勧告、年金基金の投資規制に関するレポート</p> <p>国内コンサルタント (4名)</p> <p>国内法専門家 (3名)：社会保障法その他関連法律の検証、社会保障事務所の徴収・執行に関する規制及び手続の勧告、現行の年金投資規制の検証</p> <p>資本市場専門家 (1名)：資本市場分析</p>	
アウトプット	<p>年金システム改革の構想・実施における、法と財政管理改革に関する政府援助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・強制的な貯蓄システムを作り、そのシステムを適切に規制し、加入者の利益と資産を保護し、現在のシステムを新しいものに変える法律の草案作成 ・年金改革法が成立することにより必要となる民法及びその他の法律改正の援助 ・財政及び保険統計面のモデル作成、保険分析、その分析に基づく報告及び勧告 ・年金システムから様々なグループの労働者に利益を配分できるようなモデル作成 ・行政のシステム及びそれを執行する方法の適切さについての分析、評価 ・トレーニング及び広報キャンペーン 	

基本的な法制、財政運営、統計整備、資金運用などのノウハウに至るまで広範囲に及ぶ。したがって、こうしたドナー間の見解の差異は、年金分野の重要な要素ではあるものの、すべてではないという意味において大きな問題とは言えない。

実際、こうした世界銀行とILOの議論の外側にいるADBが年金制度分野で積極的な協力を行っている点をも、そのことは明らかである。Box5 - 6に見られるように、タイで実施されたADBの年金システムデザインに関するプロジェクトでは、保険数理だけでなく、法律の草案作成や広報活動に至るまで、具体的な運用のノウハウに関する内容が大半を占めていることがわかる。

また、インドネシアにおいても金融財政関連の案件の中で実施する年金案件も含め、ADBは継続的な年金制度に関する協力を実施してきた。

(3) 扶助原理に基づく所得保障制度の可能性

年金制度は今後のケース・スタディ対象国における最優先課題の1つであるが、保険料抛出が経済的に困難な低所得者層や、支払能力の有無にかかわらず技術的に保険料徴収が困難な場合 (すなわち行政インフラが未発達な地域の農業セクターやインフォーマル・セクターの国民) の老後の所得保障をどのように展開するかは、労働者向けの年金制度と同様に重要なテーマとなる。

通常は、日本における生活保護制度や、世界銀行又はILOの提唱する年金の「第1の柱」に見られるような税を主体とした最低保障年金（日本では類似制度として老齢福祉年金）などのいずれか、またはそれらの組み合わせによって生活保障が行われる。現在、各ドナーにおいて低所得の高齢者などを対象とした所得保障施策は、いずれも地域単位や特定の層に対する一時的な給付に限定されており、恒常的な制度としての所得保障制度構築は実質的には行われていない。

今後、調査対象国における経済の成長が安定的に見込めると仮定した場合も、多くの先進諸国がそうであったように、低所得者層に対する所得保障の問題は解消しないと思われる。こうした最低限度の所得保障を確保するための支援は、中長期的に見た場合のSSN分野における今後の課題となるであろう。

5 - 3 SSN分野における制度構築支援案件のプロジェクト評価

5 - 3 - 1 効果測定の高難性

SSN分野における技術協力案件も、基本的にほかの分野のプロジェクトと同様の評価手法を採用しており、特殊な手法を用いているわけではない。しかし、SSNの分野の中でも制度構築支援に関する評価については、必ずしも従来の評価手法が適切であるとは言えないだろう。

制度構築支援における評価と従来のプロジェクトにおける評価が異なる点は、制度構築支援の場合、案件の援助内容が必ずしも、当該分野の直接的な問題解決を指向していない場合があるという点である。

これまでの技術協力は保健医療や雇用・労働分野においても、援助対象や解決すべき課題が明白になっている場合が多かったといえる。例えば、保健医療案件においては、乳児死亡率やHIV新規感染者数、感染症患者数などであり、職業訓練においては、就業率などによってその効果を見ることができる。それぞれ、評価の対象は客観的な指標で計測可能（Measurable）であることが多く、またこれらの数値と案件の取り組みの間に、比較的明確な因果関係が想定されるものが多かったと言える。

一方で、医療保険、失業保険、年金保険制度などの制度構築支援にあっては、協力の実効性を計測する手段が明確であるとは言えない。フィリピンで問題になっているPhilHealthへの加入者拡大なども、案件として取り組んだ場合、加入者数を評価指標として取り上げることは必ずしも適切ではない。加入者数の増加に影響を与える要因は協力の成果だけでなく、経済社会環境の変化や裨益国のその他の分野での取り組み（例えば地方事務所への権限委譲など）が強いインパクトをもつ場合も少なくないからである。

また、裨益国が求めているものがノウハウであったり、制度の詳細に関する情報提供である場合は、その評価は一層困難なものになる。社会制度の構築は援助国や援助機関の提供する特定のノウハウをそのままコピーするのではなく、裨益国が自国の制度にあった形に改変することによってなされる場合が多い。したがって、どの程度まで裨益国が援助国の制度を参考にしたかを評価することは難しい。また、仮に裨益国が与えられた情報の中のわずかな部分しか参考にしなかったとして、それを貢献が小さいと見ることも客観的な評価であるとは言えないだろう。

5 - 3 - 2 他ドナーにおける評価の状況

現在のところ、各ドナーにおいても恒常的なSSN分野における評価は十分に行われている状況ではない。

ADBでもすでにタイにおけるHealth Management and Financing Studyなどが完了しているが、評価についてはプロジェクト完了レポート（Project Completion Report: PCR）が出ているだけで、その後の事後評価は行われていない。PCRは通常、案件担当者の自己評価であり、これらのレポートの多くは「マニュアルの作成」、「ワークショップの実施」など、事業としてのアウトプットを事業報告として記しているにすぎず、実質的な評価が行われているとは言えない。

ADBにおいても、Social Protection Strategyの中で評価のあり方に言及しているものの、「定義された客観的な成功の指標を設定する」ことに言及しつつも、具体的な評価のあり方には言及できていないところである。

本来、プロジェクトの事後評価（Post Evaluation）は、案件が終了した後、3年から5年が経過した段階で行われるが、世界銀行においてもADBにおいても、保健医療、雇用・労働分野の制度構築支援案件が実施され始めたのは、1990年代後半になってからであり、その成果を評価するのに十分な時間が経過していないという事情があることは留意せねばならない。しかし、評価のあり方に関する検討は今後の重要な課題の1つであると言えよう¹⁵。

¹⁵ 今回の調査において、世界銀行、ADB、GTZの各評価担当者、案件担当者に評価のあり方について電話ヒアリングを行ったが、いずれの担当者も制度構築支援分野における評価の難しさについて言及している。

第6章 日本の社会保障整備の経験

(広井良典)

6 - 1 「日本の経験」を評価する意味

3 - 1節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。

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「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1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り、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**独自の特質を持っていると考えられるのである。**

6 - 2 社会保障に関する「日本の経験」の特徴と評価

こうした点を視野に入れた上で日本の社会保障の評価について、ここではその全体を詳細に論じることができないが、概略のみ整理すると以下のような点が指摘しうる¹。

¹ 詳細については巻末参考資料1にて述べる。なお、広井（1999）（2001）も参照。

(1) 制度全体の設計に関する特徴

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

社会保険の「保険者」に「国」自身になったこと（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）

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）

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

(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

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当たり、「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

(3) 社会保障の個別分野関連に関する特徴

1) 医療

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（開業医）優位のシステム・資源配分としたこと

初期段階において保健所などの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持ったこと

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

2) 年金

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、（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・厚生年金共に保険者に国自身になったこと

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などを背景に、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

3) 福祉

戦前における未整備の後、戦後占領下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」との方向づけとも相まって、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）要素を含むと共に、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

なお、公的な制度としての社会保障そのものに関わるものではないが、以上のうち(2)の 及び に関連する論点として、**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「社会保障的」な機能を果たした政策が広く見られる**という点も銘記すべきと思われる。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）「社会保障的」な機能を果たすという、負の側面を多分に持った方向に展開していった²。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。

また、3)の の点、すなわち「社会サービスの発達の遅れ」ということは、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傾向と考えられ、こうした点についての調査や政策対応が求められている。

6-3 「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、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（「国家保険」とも言うべき制度）を整備していった点**

² 筆者はこれを「公共事業型社会保障」と呼んでいる。

にある。こうした点において、「国保（国民健康保険）」という「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。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、逆に言えば、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。我が国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**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、3 - 1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。

付論：職域からみた日本の社会保障経験の特徴

以下の付論では、職域的に見た日本の社会保障の特徴について検討する。付論1では農林水産業者・自営業者に対する社会保障制度設計の経験の特徴について詳述し、付論2では雇用・労働の経験をレビューすることにより、雇用を重視する日本の企業社会の慣行・制度が第2次、第3次産業従事者の大部分をカバーする雇用労働者にとり、最大のソーシャル・セーフティ・ネットとして機能し、失業給付を抑制するなど公的な社会保障を補完してきたことを説明する。

付論1 社会保障における農林水産業者・自営業者の位置づけと日本の経験（広井良典）

3 - 1節にて既述のように、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、ISSA コンサルタントのマイケル・ジェンキンスは「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

³ Jenkins (1993)

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発展途上国において当てはまる」と指摘している³。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、6-2(1)にて先に指摘した、「非サラリーマン・グループが相対的に多い経済構造の中、その取り込みを積極的に行ったこと（特に医療保険）」という点が浮上する。

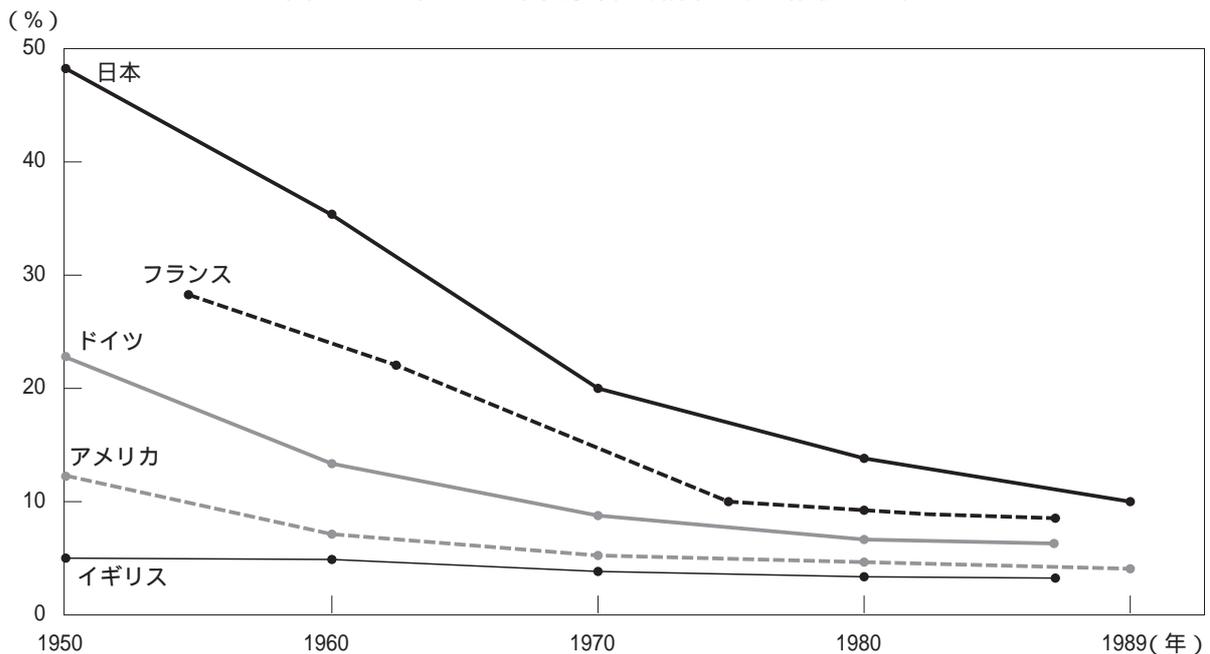
まず事実関係から見てみよう。図6-1は第1次産業従事者の割合の年次推移を各国で比較したものであるが、日本のそれが1970年代頃に至るまで先進国の中で飛び抜けて高いものであったこと、同時にまた、その低下のスピードが際立って速いものであったことが顕著に見て取れる。こうした点自体、日本の歩んできた道の「途上国性」を表していると言え、また、その分現在の発展途上国にとって示唆するものが大きいということもできる。

「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6-1にも示されているように、第1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

図6-1 第1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

ことは誤りである。ベヴァリッジ・モデル、ビスマルク・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⁴。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。

こうした点に関する最も象徴的な制度は、やはり国民健康保険のシステムである。ドイツ型社会保険から出発した日本にとって、初めてドイツにはない日本独自の制度として、しかもそのことを自覚しつつ創設したのが国保という地域保険のシステムであった。

こうした意味では、日本の場合、第1次産業から第2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。

我が国の場合、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。

付論2 雇用・労働における日本の経験（小島元）

付論2 - 1 はじめに

本付論2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する⁵。ここでは第2次、第3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⁶）。

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1次オイルショックの影響を軽微に乗り切ることに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、論ずべき主題は多いが、本調

⁴ Guhan (1994)

⁵ 本付論では労働省の設置、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。

⁶ 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（6章、広井（1999））。

査研究との関係では、

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⁷

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。

付論2 - 2 経済状況による時期分類からみた労働・雇用分野の特徴

I 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。

II 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、あるいは新規学卒者（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⁸の特徴をまとめると表6-1のようになる。

実際には、新規学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

⁷ 社会保障における企業の役割の評価については6章、あるいは広井（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））。

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。

III 1973年～1980年代末：安定成長期

1973年の第1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⁹（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。

表6 - 1 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 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） 企業内組合 ・運命共同体としての労使	・雇用の安定（低い失業率） ・企業内熟練の形成 ・モラルの維持（仕事を通じた自己実現） ・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 ・生活給の保障 労働者のライフサイクルの安定 ・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） ・労使関係の安定	・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 ・賃金の固定費化 ・弱いコーポレート・ガバナンス	・外部労働市場の整備 ・ゆとりある労働者の生活

出所：小島作成

⁸ 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。

⁹ 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。

IV 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¹⁰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¹¹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¹²。

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。

¹⁰ 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の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）。

¹¹ 「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）。

¹² 最近の実証研究として中村・大橋（2002）参照。

第7章 SSN 支援に関するJICA事業への提言

(武田長久)

7 - 1 SSNの整備・強化のための支援のアプローチ

SSNの必要性とその内容は、その国が置かれている経済社会状況によって異なっている。また、社会保障制度の整備は国の根幹に関わることであり、費用負担のあり方など、制度の設計、構築は政治的な側面を持っていて、当該国政府の政治的な意志に左右される面がある。また、SSNの整備・強化に関する支援においては、どのようなリスクに対応するのか、対処する危機の内容によってセーフティ・ネットの張り方が異なり、SSNの制度構築の段階の違いにより異なる内容の支援が求められるなど、状況に応じて異なるアプローチを取ることが求められる。アジア経済危機のように危機の影響が大きい場合は、インフラ整備などの即効的な公共事業、中小企業対策や職業訓練への補助金による雇用対策、貧困層など危機の影響を強く受けた層への対象を絞ったプログラムの実施などの緊急的な補償プログラムの実施も必要になってくる。しかし、通常の場合は恒常的なセーフティ・ネットの整備として、社会保障制度の充実・強化が求められる。したがって、本研究会では恒常的なSSNの整備に焦点を置き、公的な社会保障制度とそれを支えるプログラムの設計、運営、強化に対する支援のあり方を検討した。

タイ、フィリピン、インドネシアの事例分析、この分野における他ドナーによる協力の経験、JICAのこれまでの実績と経験、社会保障制度の整備に関する日本の経験の分析を基にして、公的な社会保障制度を中心とするSSNの整備・強化のための支援のアプローチを検討すると、図7 - 1に示すような分野が考えられる。これらの分野における支援を検討する場合、**当該国がおかれている社会経済状況、社会保障制度の制度構築がどの段階にあるのか、その国の制度設計、制度の運用にあたって、日本の社会保障制度の整備の経験の中でどのような部分が参考になるのか**を検討することが必要であろう。

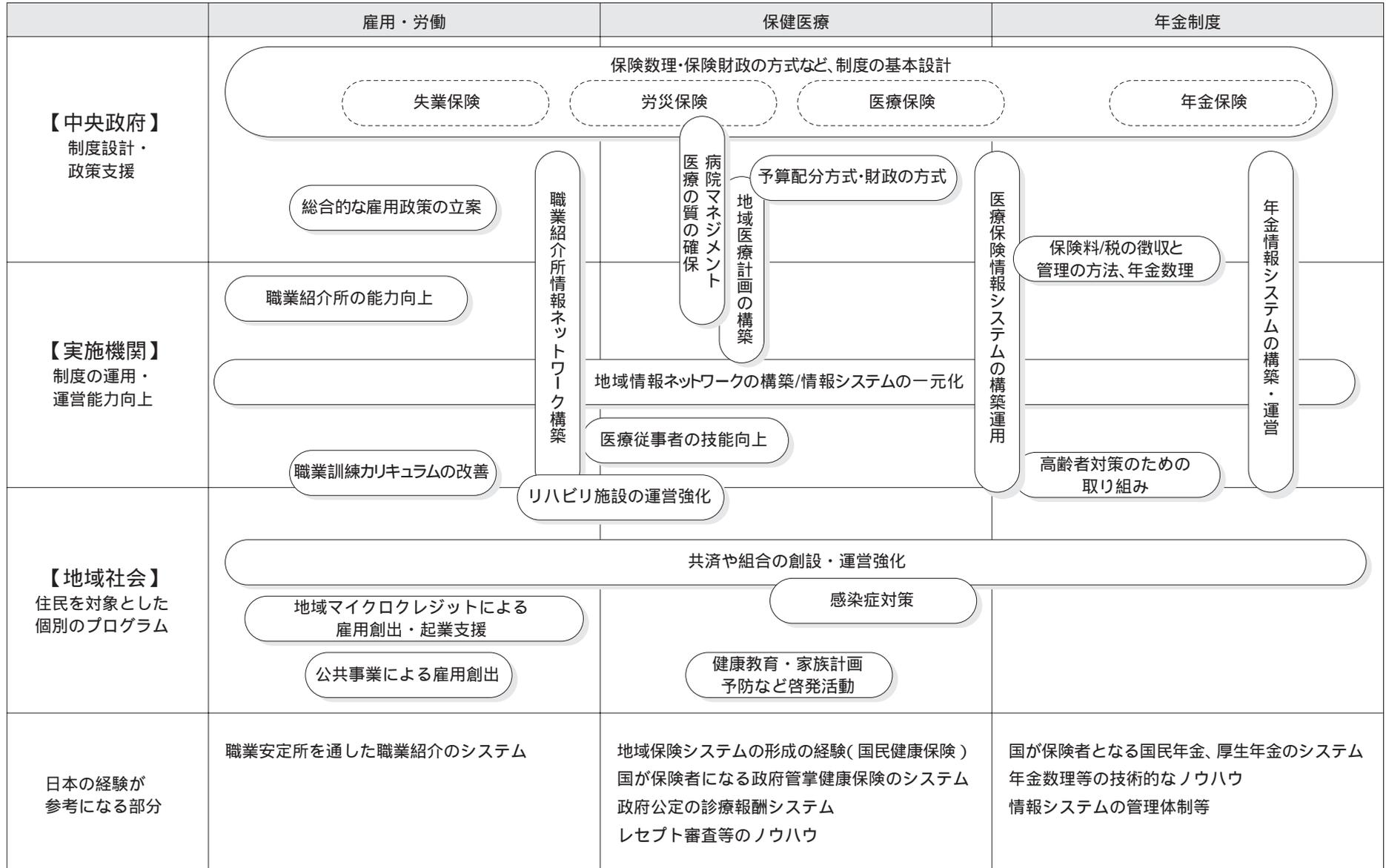
7 - 2 支援のアプローチと制度構築の段階に応じた対応

社会保障制度の整備は個々の国の社会経済状況、政治状況によって異なっている。3 - 1節のアジア諸国の社会保障の類型化の項で示されたように、経済発展の度合いと国の社会経済システムにより異なる様相が見られ、社会保障の普遍的な給付に近い制度が整備されつつある国、被雇用者への社会保障制度が整備されているがインフォーマル・セクターに制度が普及しておらず「皆保険前夜」にある国、社会保障制度が公務員や軍人のみに限られている国など、異なる段階に分類できる。また、**社会保障制度を整備するにあたって、その国が制度構築のどの段階にあるかによっても援助のニーズが異なり、支援のアプローチも異なってくる。社会保障制度の構築の段階としては、政策や制度を設計する段階、制度の運用・運営能力の向上を図る段階、制度を構成する住民を対象とした個別のプログラムを整備する段階に分けることができる。**

¹ 橋木(2000)p.1, pp.19-20.

² 橋木(2000)p.22.

図7-1 公的な社会保障制度を中心とするSSNにおける協力分野



出所：岩名・武田作成

本研究会で事例分析を行ったインドネシア、タイ、フィリピンの3カ国は社会保障制度の整備において異なる段階にあるといえる。インドネシアはインフォーマル・セクターへの普及も含めて新たな制度設計を行おうとしている段階にある。タイでは国民皆医療保障の制度設計がほぼ終わり、制度の運用のためのシステム整備を進めている段階にある。フィリピンは社会保障制度の整備はなされているがインフォーマル・セクターを制度に取り組みに行くことに課題を抱えている段階にある。このように、**政策・制度設計、運用・運営能力の向上、住民を対象とした個別プログラムの整備と、制度構築の段階が異なれば援助ニーズも異なり、それぞれの段階に応じた支援を行っていくことが求められる。**

(1) 政策・制度設計

社会保障制度は国の社会経済状況に応じた制度が求められ、国の政策の根幹にあたるものである。したがって、政策や制度設計が行われている段階では、制度そのものの設計に関わることは難しく、当該国政府の政治的な判断にゆだねざるを得ない。しかし、社会保障制度に関する日本の経験などの情報提供を通じた政策・制度設計の側面支援は可能である。

(2) 運用・運営能力の向上

社会保障制度の政策が策定され、制度設計がなされている場合は、その制度の運用に必要となるシステムを整備する必要がある。したがって、制度の運営に関するマネジメント、情報システム、ネットワークの整備、人材育成など、制度の運用に関する実務的な側面に関する支援が必要になってくる。

(3) 住民を対象とした個別のプログラムの整備

社会保障制度がうまく機能するためには、医療機関における給付サービスの質的向上や職業紹介などの制度を構成する住民を対象とした個別のプログラムの整備と向上が求められる。また、インフォーマル・セクターの取り込みを図るための広報普及や、地方における地方政府や実施機関のプログラムの実施能力の向上、人材育成が必要になるであろう。このような地域住民を対象としたプロジェクトは、表7-1における中央政府、実施機関といった上位のレベルに支援ニーズがシフトした場合においても、その必要性は引き続き残るものである。

7-3 恒常的なSSN支援を検討する際に留意すべき点

(1) 政治リスクによる制度の不安定性

SSNの整備は制度の設計、費用負担のあり方、基金の運用など、政策や財政負担の仕組みの整備などが必要となり、国の政策・制度の根幹に関わる政治的な側面が強い。社会保障政策や制度の設計にあたっては政府の政治的なコミットメントが必要であり、政権交代などの政治リスクによる制度の不安定性を伴う可能性がある。特に政策や制度の設計段階では政治的な判断が伴うため、政治的に利用されたり内政干渉にならないように制度設計への支援は慎重にすべきであろう。**したがって、人材育成や運営能力向上など、政策の変更があっても不変な必要分野を同定して協力を行う必要がある。**

(2) インフォーマルなセーフティ・ネット（家族・コミュニティ・民間）の活用・活性化

SSNは政府による公的な制度として提供される場合と、家族やコミュニティ、NGOや宗教団体などの民間団体によって提供されるインフォーマルな場合がある。開発途上国の多くは政府による公的なSSNの整備があまり進んでおらず、インフォーマルなSSNに頼らざるを得ない場合が多い。政府による公的なSSNの提供において財政的な制約がある場合、インフォーマルなSSNとの組み合わせ、民間団体との協力によるSSN提供のメカニズムを整備するなど、**インフォーマルなセーフティ・ネットの機能を活用・活性化し、公的な制度を補完していくことも必要**である。

(3) 文化的・社会的背景への配慮

社会保障制度はその国の社会の根幹に関わるものであり、その国の文化や宗教、民族的多様性など、文化的・社会的な背景が制度の設計や運用に影響を及ぼすことがある。国民の間の連帯意識や国民的統合の強弱は「国民皆保険」の制度に対する動機付けにも影響を及ぼす。また、共同体のあり方や家族構造、ジェンダー関係も社会保障のあり方を考えていく上で重要な意味をもつ。また、社会保障制度は被雇用者を対象とするものが多く、その多くが男性の労働者である場合が多い。そのためインフォーマル・セクターで働く女性が世帯主である世帯がセーフティ・ネットの網の目からもれてしまうおそれがあり、**女性世帯主を公的なSSNの制度に取り込んでいくのみならず、制度設計にあたって女性の視点を組み入れる必要がある**。

7 - 4 SSN支援において日本の経験が参考になる部分

SSN支援において日本の経験が参考になる部分として以下のものが考えられる。

国民健康保険による地域保険システムを採用し、農林水産業者、自営業者が多い段階でインフォーマル・セクターの取り込みを図った点

医療保険における政府管掌健康保険、年金における国民年金・厚生年金など、国が自ら保険者となるシステム。政管健保が中小企業対策としての機能を果たした点

政府公定の診療報酬システム、職業安定所を通じた職業紹介など、制度を支えるシステムの整備
社会保険の運用に関する技術的ノウハウ（年金数理、医療保険の請求制度など）

高齢者ケア・高齢化社会への対応

社会保障制度はその国特有の社会経済状況を反映するものであり、日本の場合も終身雇用制を基礎とした会社への帰属性、日本の雇用慣行、労働の流動性が低い点、企業内福祉が公的な社会保障を代替していた点など、日本の経済システムの独自性と雇用慣行が制度の成り立ちに関連を持っている。一方、東南アジアなど途上国は文化や社会経済、雇用慣行や行政制度などが日本と異なる状況にあり、日本の経験がそのまま適用できるとは限らない。したがって、**日本の独自性を認識しながら、途上国の現状を十分理解した上で社会保障制度の整備に参考になり、役に立つ点を伝えていくことが求められる**。制度の仕組みや技術的なノウハウだけでなく、日本の社会保障制度がどのように整備されてきたか、個々の制度が整備されてきたプロセスや経緯に関する情報の提供も途上国の参考になると思われる。日本が社会保障制度を構築した際も、社会構造が異なる欧米の諸国の制度を比較し参考にしながら、それぞれの制度の中からいろいろな部分を取り入れ、それらを組み合わせて日本の

状況にあった制度を整備してきた。このような経験は途上国にとっても有用な情報になるであろう。

7 - 5 日本の経験をどのように伝えるか

SSN支援の分野で、特に社会保障制度に関する日本の経験を伝える場合、日本の経験・制度に関する情報提供能力を高めていくことが必要である。日本の経験に関する英文資料、研修プログラム、教材の充実が必要である。現在、タイにおける国民皆保険の制度整備への支援が実施されているが、このような協力の中で、カウンターパート研修などを通じて、日本の経験の中のどの部分が参考になるか、相手側のニーズを確認し、研修教材、資料を作成することができよう。制度やプログラムの仕組みだけでなく、制度が形成されたプロセスや経緯などの背景に関する情報も整理しておく必要がある。これらの教材、資料はこの分野におけるほかの国に対する支援においても参考資料、研修教材として活用することができ、日本の情報発信能力の向上にもつながるであろう。

社会保障制度に関して制度の導入、強化を図ろうとしている国々の間での協力・経験の共有を促進することは重要である。国際セミナーや地域セミナーなどの地域間協力の機会を日本が設け、あわせて日本の経験を伝えていくことも情報の送受信を促進することとなる。

7 - 6 援助の実施において配慮すべき点

(1) 制度支援を行う場合の留意点

制度そのものの設計に対する支援は政治的なリスクなどがあり難しい側面はあるが、政策アドバイザー的な専門家による日本の経験に関する情報提供、助言など、相手方のニーズに応じて柔軟に対応し、良き相談相手として情報提供を行い、制度設計の側面支援を行うことは有効な手法として検討できる。**相手側も日本の制度だけでなく、様々な国の制度の中から参考になる部分を選んで自国の制度を形成することが多い。したがって、専門家も途上国の文化や社会の違いを踏まえ、日本のモデルだけにとらわれることなく、複眼的な視点で支援を行うことが必要である。**

(2) 制度支援に関する評価手法の確立

近年、技術協力においても成果主義の方向性が打ち出されているが、制度設計に関わる支援においては外部条件となる要素が多く、また必ずしも直接的な解決につながるアウトプットを出せるとは限らないため、評価が難しい面があることも留意しておく必要がある。提供した情報が相手機関でどのように活用されたか、日本の経験がどのように参考にされたかなど、**制度支援に関する評価の手法を検討・確立していくことも必要である。**

(3) 政策面と制度の運用面の専門家を組み合わせた政策支援

制度設計に関する支援は政治的な面が強く、ともすれば情報提供などの側面支援に限られる傾向があるため、支援に際しては制度の運用面や制度を動かす環境整備面を重視する方が望ましい。この場合、タイの総合雇用政策の例（Box4 - 1）で見られたように、政策に詳しい専門家と制度の運用実務

に詳しい専門家を組み合わせることで派遣することが効果的である。これら専門家に特定テーマの短期専門家、日本での研修や現地国内研修、セミナー・ワークショップ、委託調査を活用し、制度の分析や評価などに関する調査を組み合わせた技術協力プロジェクトとして協力を行うことも検討に値する。また、専門家派遣に加えて、日本の研究者と相手国の研究者による共同研究という形で制度や運用システムに関する特定の課題に対する調査研究を組み合わせることで支援を行うことも検討できる。

(4) 社会保障分野の派遣専門家の養成・確保

社会保障分野における専門家派遣は人材確保が課題となっている。関係省庁に人材を依存している場合が多く、長期に派遣できる専門家の数は少ない。したがって、専門家の養成を促進、支援すると共に、短期派遣を複数回実施できるような継続的な関与が可能となるように所属先の関係機関への理解促進を図ることも必要であろう。情報の蓄積が重要であり、現地の事情に詳しく相手機関と緊密な関係を持った人材が継続的に関与することが望ましい。社会保障は国内的な問題であることから、語学力、国際的な経験が不足しているものの専門分野に卓越した知識・技術をもつ人材も多い。このような専門家の場合、現地の事情に詳しい専門家、語学力がある専門家と組み合わせる派遣といった配慮も考える。また、分野によっては民間により多くの知見が存在し、これら人材の積極的な活用も検討する必要がある。

(5) 日本での研修の充実、研修教材、研修手法の充実

日本で研修を実施する場合、日本の経験のどのような部分を学びたいかニーズを十分把握し、日本での研修内容を充実させることが必要である。また、社会保障制度の整備に関する日本の経験、プロセスや経緯、制度を紹介するテキストの充実を図ることも必要である。社会保障制度の整備において日本だけでなく、ほかの先進諸国の制度やこの分野で同様の課題を抱えるほかの途上国の経験から学ぶところも多く、情報を共有する水平的な協力を促進することも必要である。いくつかの国で、この分野の政策アドバイスの専門家、あるいは技術協力プロジェクトが実施されている場合、カウンターパートを集めて経験の共有と情報交換を行う課題別の研修あるいはセミナー、ワークショップを日本または第三国で実施することも検討できる。

参考資料1 社会保障に関する『日本の経験』の特徴と評価（広井良典）

ここでは、本文6章で整理した「社会保障に関する『日本の経験』の特徴と評価」について、説明を補足したい¹。

1 - 1 制度全体の設計に関する日本の特徴

まず、本文中で指摘した社会保障制度全体の設計に関する日本の特徴は以下のような点であった。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

社会保険の「保険者」に「国」自身になったこと（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）

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民健康保険（以下、国保）のユニークさ）

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 - 1 - 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ことと表A1 - 1のようになる²。

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1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

¹ なお、ここでの記述は広井・小野（1997）広井（1999）の記述と重なる部分があることをお断りしておきたい。

² 広井（1999）

表A1-1 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．普遍主義的モデル	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・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

（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）に大政翼會主催の「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1次国民皆保険時代」とも呼ばれる）。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るが、この創設は上記の国民健康保険にも増して、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年をへて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³。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、これによって初めて「国民皆年金体制」⁴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」と言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、この方向を推し進めていけば、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」という我が国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状を救済する（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自治体に対する「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。

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、我が国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

表A1 - 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）

³ 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。

⁴ 年金も1つの保険であるので広義の「国民皆保険」と言うことが可能である。

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、我が国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。

1-1-2 保険者としての国

以上、1-1 で指摘した「ドイツ型モデル 普遍主義モデル」という基本的な流れについて述べたが、これと不可分の形として派生するのが、同 及び の点、すなわち、

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）

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）

という点である。

このうち について以下にてふれる。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こととなった。一種の国家パターンリズムであり、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」**についての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、我が国の場合、「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はまだ一般に保

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」⁵と論じているのは大変興味深い。

1-1-3 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、中小企業と大企業の間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⁶。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「クズネッツの逆U字仮説」が存在する⁷。

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ッツの逆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評価はここでは困難であるが、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と思われる。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A1-3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

表A1-3 医療及び年金における保険者（又は財政主体）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

出所：広井作成

⁵ 森（1923）

⁶ 速水（1995）

⁷ 横軸に1人当りGNP、縦軸にジニ係数を取ると、その関係がUを逆さにした弧を描くのでこう呼ばれる。

保険者の数が逆に際立って多いという、ユニークな形を取ることであった。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、我が国の場合、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。

1-1-4 農林水産業者・自営業者の位置付け 国保の意義

この点は本文6章の付論1で述べたので再論しないが、国保と言う日本にユニークな地域保険制度（1938年創設）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ない。いろいろ考えた揚句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いうことは十分考えられることではなからうか、この仕組でゆけばある程度逆選択の弊も防げるし、（中略）というように一応の構想ができたのである。」⁸

すなわち国保は、「第1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1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、「我が国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

⁸ 厚生省保険局（1974）下線引用部は川村秀文

表A1 - 4 (参考) 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%

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。

1 - 1 - 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、「1 - 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1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、3 - 1節でもふれたように、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・解体して行くのを、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自体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A1 - 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ととどまること

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」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。

1 - 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、本文6 - 2節で日本の特徴の(2)として指摘したのが以下の3点であった。

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⁹⁾、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、と言うべき理解がもっとも当てはまるように思われる。

⁹⁾ 広井(1999)

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（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、日本的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は、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ことになるのではないかなど、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。

最後に（「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¹⁰、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造となっていた¹¹。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いため、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、逆に支払いはわ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¹²。

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いまいになりやすい」と指摘されている点である¹³。

1 - 3 社会保障の個別分野に関する特徴

ここでは以上の中でふれなかった、社会保障の各個別分野における日本のシステム・経験の特徴について医療分野を中心に簡潔に整理してみたい。

1 - 3 - 1 医療

本文で挙げた日本の医療システムの特徴は以下のような点である。

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)

¹⁰ 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。

¹¹ 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。

¹² 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)

¹³ World Bank (1994)

プライマリ・ケア（開業医）優位のシステム・資源配分としたこと
 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」ともいえる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A1 - 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A1 - 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
	ほぼすべて	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A1 - 6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つてつくる公共的な「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A1 - 6 医療システムの供給・財政面からの比較

	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¹⁴、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A1 - 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

¹⁴ 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。

(2) プライマリ・ケア = 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（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¹⁵。

なお時期的には前後するが、1 - 3 - 1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3 - 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¹⁶。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もっ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）」¹⁷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 A1 - 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

Box A1 - 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、感染症対策などとして、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）。

¹⁵ 広井（1994）

¹⁶ ただし、当時は「脳卒中、がん、心臓病」の順であった。

¹⁷ World Bank（1993）

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かったが、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。

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、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。

1-3-2 年金

我が国の年金制度の特徴として本文6章で挙げたのは以下の点である。

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などを背景に、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」の過渡期的な性格をもっている。

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¹⁸、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

¹⁸ World Bank (1994)

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を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。一つはいわば「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（1997年で月額約65,500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加え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うネガティブな面が強くなっている。

1-3-3 福祉

本文6章で指摘した日本の福祉（社会福祉）制度の特徴は次のような点である。

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

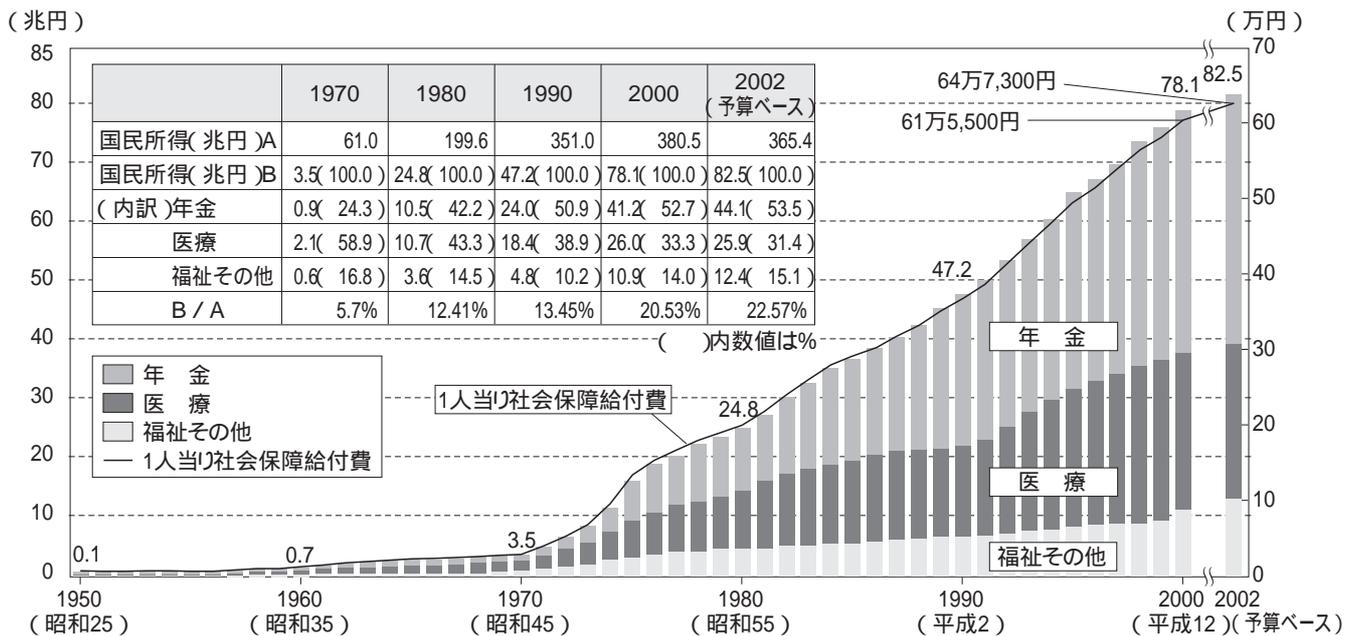
福祉については、戦前、貧困者に対する救護法（1932年）などが制定されはしたものの、特に見るべきものはないまま戦後を迎え、その後生活保護法（旧1946年、新1950年）、児童福祉法（1947年）、身体障害者福祉法（1949年）などにより基礎的な整備がなされた。

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」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²⁰。

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

図A1 - 1 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
 出所：厚生労働省ホームページ（<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7m.html>、2003年6月アクセス）

¹⁹ この中にはいわゆる社会的入院の問題も含まれる。

²⁰ 星野信也（1996）

割合は図A1 - 1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。

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。

参考資料2 JICAのSSN分野での案件実績（タイ・フィリピン・インドネシア）

(1) タイにおけるSSN分野でのJICAの協力実績

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
医療保険・地域医療開発	プロジェクト	公衆衛生プロジェクト	保健省	タイ政府は1996年から特に農村保健の向上や都市部住民の健康管理など、保健水準の地域格差の解消などを含んだ第8次国家保健計画を開始した。本プロジェクトは、アクションリサーチを用いて、農村部並びに都市部の一部スラム地域において、保健医療サービスシステムのモデル作りを行い、その中から政策への提言を導き出すことを目的として実施。プロジェクトは以下6つのコンポーネントから成る。農村保健サブプロジェクト、歯科保健サブプロジェクト、外傷予防サブプロジェクト、都市保健サブプロジェクト：スラムにおける保健衛生改善、医療保険サブプロジェクト、人材開発：保健サービスシステム並びに都市保健計画管理の2つの研修コースの実施。	1991.9～ 1996.8	長期専門家8名 短期専門家27名 研修員16名 機材供与
医療保険	個別専門家	社会保険制度改革	保健省	タイでは1997年の新憲法制定により、国民皆保険導入が規定された。特に無保険者層を対象に国民健康保険制度を導入することをめざし、国民健康保険制度構築に関し、日本に対して技術協力要請がなされ、これを受け専門家を派遣。	2001.3～ 2003.3	
医療保険	技プロ	医療保険制度構築支援	保健省	2002年11月に国民健康保険法が発効した。本法により、医療保険（当面は30パーツ制度）に係る実務面での運営の方向性が明らかになった。本法は最終的には既存の他医療保障制度、すなわち公務員医療給付制度、被用者社会保障制度などを最終的に統合することを視野に入れているが、現段階においては、財政面での統合は前提となっておらず、あくまで医療保険情報の管理、及び運営に限定した業務統合を視野に入れている。本プロジェクトでは、医療保険情報の管理、及び運営面での業務統合の支援を行う。	2003.5月以降開始予定	
雇用 (失業対策)	プロジェクト	東北タイ職業訓練センター	内務省労働局	東北タイ地域における工業・農業の発展に寄与する技能者の養成、関係企業の生産性向上のために必要な技能者などの技能水準の向上に必要な実技及び理論の訓練を目的として協力を行った。訓練分野は自動車、農業機械、板金、溶接、機械、電気電子、建築建設の6分野。	1977.12～ 1981.12	長期専門家42名 短期専門家2名 研修員21名 機材供与
雇用 (失業対策) ・社会福祉	プロジェクト	労災リハビリテーションセンター	内務省社会保障局	タイでは、製造業を中心とした工業化の進展に伴い、労働災害もまた増加の一途をたどった。こうした状況の下で労働災害防止対策と並び、被災労働者の早期職業復帰を促進するための対策が技能労働者の維持確保及び労働者福祉向上の観点から求められていた。本プロジェクトは、労働災害による身体障害者を現職復帰、もしくは職業的に自立させるための職業リハビリテーション及び医療リハビリテーションサービスを提供することを目的とし、職業評価、職業準備、職業指導、職業訓練、及び医学的リハビリテーションの各課程整備のための協力を行った。	1984.2～ 1992.3	長期専門家53名 短期専門家42名 研修員39名 機材供与 無償資金協力

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
雇用 (失業対策)	無償 プロ技	ウボンラチャタニ職業 訓練センター	内務省労働局	東北タイ南部地域における青少年を対象に、職業訓練を実施することにより技能労働者の育成を図るとともに、タイ国における地方職業訓練センターの指導的役割を果たしている中央職業訓練センター（NISD）において、指導員の全体的なレベルアップを図ることを目的に実施。	1988.10 ~ 1993.9	長期専門家51名 短期専門家18名 研修員25名 機材供与 無償資金協力
雇用 (失業対策)	個別専門家	総合雇用政策	労働社会福祉省	1997年の通貨危機から脱し、長期的に安定した経済成長と労働社会福祉の整備を目指し、失業率の低下を図るための政策支援を行った。主な活動内容は、総合雇用政策の樹立・推進のための助言（経済発展計画と雇用計画のあり方の指導・助言、雇用関連法制整備への助言など）、雇用行政全般の改善（労働市場情報の改善、雇用事務所の雇用サービスの改善、雇用事務所と地域の産業界との連携強化、雇用行政のITシステム化など）、その他労働関係に関する調査研究機関のあり方についての助言、など。	2000.7 ~ 2003.1 2003.1 ~ 2005.1	
雇用 (失業対策)	個別専門家	職業能力開発行政（雇 用促進業務）	労働省	1997年の通貨危機以降の失業者の急増を受けて、タイ政府は失業保険の導入を決定したが、その効果的運用と失業保険受給者の雇用促進のため、労働社会福祉省傘下の4部局（雇用局、技能開発局、社会保険事務局、社会福祉局）の業務向上及び関連部局間の効果的な連携が求められている。失業者の再就職の促進を図り、職業能力開発行政の内容改善を図るために専門家を派遣。主な活動内容は以下のとおり。雇用行政機関、産業界との意見交換を通じた、就職促進につながる訓練ニーズの把握、把握した訓練ニーズに基づいた、失業保険受給者などに即した訓練コースの設計、訓練修了者に対する雇用局の求人紹介業務との連携を図る仕組み作り。	2002.1 ~ 2004.12	
雇用 (失業対策)	開発福祉支援	出稼ぎ労働者総合支援 センター	NGO (National Catholic Commission and Migrant Worker)	東北タイ、北部タイから都会に出てきたばかりの出稼ぎ労働者をねらった詐欺まがいの行為が多発している。こうした出稼ぎ労働者を保護し、就職情報を提供し、適切な就職の機会を与えることを目的に実施。本プロジェクトは、現地NGOのNational Catholic Commission and Migrant Workerに業務委託した。	2002.9 ~ 2003.3	
雇用 (失業対策)	個別専門家	労働市場情報サービス のための職員研修	労働省	1997年の通貨危機以来、失業者の増加が問題となっている。これに対し、2000年6月から総合雇用政策分野の協力を行っており、その一環として、「雇用事務所の機能向上のための協力」を行うもの。雇用事務所が管轄地区の労働市場を把握することは、雇用サービス及び付随するサービス（職業訓練プログラムの紹介など）を提供するために必須であるが、雇用事務所の職員は業務統計に関心がなく、労働市場の分析という考え方を持っていない。専門家は効率的な労働市場情報サービスを提供する人材の能力が向上することを目的に協力する。	2003.10月以 降開始予定	

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
雇用(失業対策)	技プロ	雇用サービス業務における総合ネットワークシステムの構築	労働省	人材育成及び完全雇用はタイの国家経済社会開発計画において重要な課題の1つとなっており、総合的、積極的雇用が政府にとって労働年齢にある人材の雇用機会提供のために不可欠な政策となっている。このため雇用事務所が就職希望者と雇用主双方にとって有益なオンラインネットワークシステムを整備しているが、職員の能力やシステムインフラに種々の問題を抱えている。近い将来に失業保険制が導入されると、保険受給者の出現により雇用事務所の業務が倍増することが予想され、現在のネットワークシステムを「総合雇用サービスに対応する包括的オンラインネットワークシステム」として、更に強化して行く必要がある。本プロジェクトは、総合雇用サービスを提供するオンラインシステムが確立され、サービスが改善されることを目的に実施する。		2003.6 ~ 2006.6	
社会福祉	技プロ	アジア太平洋障害者センター	社会開発人間保障省	アジア太平洋地域には、およそ3億人の障害者がいると言われているが、その多くは教育や就労など社会参加の機会も乏しく、必要なサービスを受けられない状況にあると推測されている。このような状況の改善のため、国連による「障害者の10年(1993~2002)」が採択されたほか、「12の行動課題(Agenda for Action)」がESCAP(アジア太平洋経済社会委員会)で決議された。この決議の共同提案国となっている我が国は、障害者支援分野に関わる国際協力においても指導的役割が求められている。このような背景を受け、我が国はアジア太平洋地域に住む障害者のエンパワメントを通して、障害者の「社会参加と平等化の実現」を促進して行くことを目的とした協力を実施している。		2002.8 ~ 2007.7	
地域医療開発	プロ技	地域保健活動向上計画	保健省	農村保健の向上が国民の福祉の発展と社会的発展に寄与する最重要事項の1つであるとの認識の下、1977年1月、東部タイのチャントブリ県で開始。プロジェクトの運営は、既存の保健機関にその基礎をおき、成果が全体として継続的な刺激となって地域保健活動の向上を促進するよう企画。主な活動は以下のとおり。中央から地方に至るまでの衛生検査体系の確立、モデル地区における疫学的サーベイランス及びオペレーショナルリサーチの実施、モデル地区における衛生検査業務の管理方法の改善、モデル地区における衛生検査機関の機能強化、保健省医科学局及びチョンブリ地方衛生検査室の機能強化。		1976.5 ~ 1984.3	長期専門家7名 短期専門家 研修員33名 機材供与
地域医療開発	プロ技	ASEAN人造りプロジェクトプライマリ・ヘルスケア(PHC)訓練センター	大学庁(マニラ) 保健省	本プロジェクトは1981年1月の鈴木首相のASEAN諸国歴訪に際し、ASEAN人造りプロジェクトの一環として発足。21世紀に向けて世界のすべての人々が健康を享受するための基本戦略として提唱されたPHCの向上に関する人材の育成、研究の開発、モデル地域開発の推進などを中心的要素として1982年10月~1987年9月までの5カ年計画として実施された。ASEAN諸国の人造りセンターの1つとしてPHCに従事する人材の養成並びにPHCの考え方を普及することによる、国民の保健衛生、健康水準の向上が目的。		1982.10 ~ 1987.9	長期専門家7名 短期専門家47名 研修員28名 機材供与
地域医療開発	プロ技	家族計画/母子保健プロジェクト	保健省	本プロジェクトは、出生率、乳児死亡率ともにタイ国内の他の地域に比べて高い東部のコンケン県を中心とする4県において、家族計画・母子保健活動を促進、強化することを目的として、平成3年6月から5年間の計画で実施された。本プロジェクトの基本方針は、県レベルにおける母子保健・家族計画活動及びこれに伴うIEC活動の強化、母子保健・家族計画活動に従事する技術者の教育訓練、同分野における情報システムの構築、同分野における調査研究の促進。		1982.10 ~ 1989.9	長期専門家8名 短期専門家16名 研修員16名 機材供与

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
地域医療開発	プロ技	エイズ予防対策	保健省	タイにおけるエイズ感染は、1980年代後半に薬物静脈注射や性行為を通じて、一般国民に急速に拡大した。その結果、1991年10月時点の感染者数（推定）は約20～40万人に達し、2000年には累計で200～400万人にも及ぶと推計される極めて深刻な状況に陥った。このような状況を受け、タイ政府は1991年6月に首相を委員長とする国家エイズ対策委員会を設置し、エイズの予防対策への取り組みを強める一方、我が国に対し、エイズに関する試験分析研究体制の確立、予防教育などに関するプロジェクトを要請してきた。本プロジェクトは エイズ及びエイズ感染関連症候患者、並びにHIV感染者への医療サービス向上のための、エイズに関する試験分析研究の強化、ハイリスクグループ及び一般大衆を対象としたエイズに関する大衆教育強化を目的としている。	1993.6～ 1996.7	長期専門家6名 短期専門家34名 研修員11名 機材供与
地域医療開発	プロ技	エイズ予防地域ケアネットワーク	保健省	タイ政府は1991年に「国家エイズ委員会」を設立し、「エイズ予防対策国家5カ年計画」（1997～2001年）を策定するなど予防策については従来から積極的に取り組んでいる。1993年から3年間実施した「エイズ予防対策」プロジェクト（上述）の成果を受けつつエイズに関わる社会的状況をふまえ、まだ本格的な取り組みに着手されていなかった地域（特に郡）でのケアシステムの構築を目指してプロジェクトを開始。具体的なシステム構築を図る活動項目は、以下のとおり。 継続的・包括的なエイズ予防・ケアネットワーク、 HIV / AIDS感染・発症に特化した地域保健情報ネットワーク、 スーパーバイザーによる相談員サポートシステム、 保健医療施設における感染予防対策、 ラボラトリーネットワーク、 中高生を対象とするエイズ教育。	1998.2～ 2003.1	長期専門家9名 短期専門家36名 研修員17名 機材供与

(2) フィリピンにおけるSSN分野でのJICAの協力実績

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	プロ技	家族計画・母子保健(Ⅰ)	保健省他	フィリピンにおける女性の健康や立場に配慮した人口・家族計画対策実施を支援し、母子保健プログラム、リプロダクティブ・ヘルス推進プログラムなどを実施。	1992.4～ 1997.3	専門家27名 研修員受入13名 機材供与
保健医療	プロ技	公衆衛生	保健省	フィリピンにおける死因の多くを占める結核など感染症を防ぐため、セブ州を対象地域として、結核対策の強化を通じて同国の公衆衛生活動のモデル的なあり方を開発することを目的としたプロジェクト。結核有症状者の受診促進や研修を通じた実施体制の強化、機材供与によるサービス体制の確立を行った。	1992.9～ 1997.8	専門家37名 研修員受入12名 機材供与
保健医療	プロ技	家族計画・母子保健(Ⅱ)	保健省他	フィリピンにおける女性の健康や立場に配慮した人口・家族計画対策実施を支援し、母子保健プログラム、リプロダクティブ・ヘルス推進プログラムなどを実施。	1997.4～ 2002.3	専門家41名 研修員受入18名 機材供与

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	開発福祉	HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援（バハイ・リングアップ）	保健省	フィリピン社会では、HIV感染者に対して職を剥奪したり、地域社会から阻害するといった根強い差別・偏見があるが、1997年以来の経済危機はこうした社会的弱者に対してより大きな負の影響を及ぼした。その緊急的な救済として、HIV感染者養護施設の改善などによるHIV感染者の生活環境改善を実施。		1998.12 ~ 1999.3	
保健医療	開発福祉	エイズ・性感染症・母子保健対策 NGO 支援プロジェクト	保健省	1997年来の経済危機により拡大した、公立・私立の医療機関いづれにもアクセスできない貧困層への臨床サービスを拡充するため、エイズ感染者及び妊産婦といった社会的弱者の健康改善を目的として、生殖器・性感染症に関連するサービスの強化を中心とした支援を実施。		1998.12 ~ 1999.3	
保健医療	開発福祉	貧困層結核患者救済事業	保健省	経済危機によるペソの下落による薬価の高騰、さらに主要な活動財源である国庫補助金及び企業寄付金の減少により活動継続に支障をきたしたフィリピン結核協会（PTS）への結核対策に対する支援を行うことで、貧困層における予防・診断・治療・啓発活動を実施。		1998.12 ~ 2001.3	
保健医療	開発福祉	地域保健強化事業（レジナ・カルメリ大学）	保健省	保健省戦略の一環としてのモデル地域内の NGO と連携した共同薬局、村落保健ボランティア育成、母親教室などの住民参加による地域保健向上活動を支援するため、レジナ・カルメリ大学に対し、地域の保健従事者による母子保健サービスの向上や、住民への保健意識の向上の為の研修及び啓発活動への協力を実施。		1998.12 ~ 2001.3	
保健医療	開発福祉	地域保健強化事業（フィリピン小児病院）	保健省	保健省戦略の一環としてのモデル地域内の NGO と連携した地域保健向上活動を支援するため、医療機器、医薬品などの診療設備が不足しており、当初の目的である地域の1次医療機関としての機能を十分に果たせていないフィリピン小児病院の改善のため、同診療所の設備強化を中心とした支援を実施。		1998.12 ~ 2001.3	
保健医療	開発福祉	包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業	保健省	1997年来の経済危機以降、貧困層への圧力が強まり、貧困層の生活の向上、特にリプロダクティブ・ヘルス教育を中心とした支援の必要性が高まったことを受け、国家人口政策に資するため設立されたフィリピン人口・保健・福祉 NGO 評議会（PNGOC）に対し、地域社会での保健従事者によるリプロダクティブ・ヘルス・サービス提供及び強化支援を行った。		1999.2 ~ 1999.3	
保健医療	研修員受入	ミンダナオ平和特別地域保健行政	保健省	保健状況分析、住民参加型保健行政へのアプローチの事例紹介などを通して、ミンダナオ地域の地方自治体の保健行政の向上を目指し、住民参加型の視点を入れた医療・保健サービス推進のための計画・運営管理能力を、当該地域の行政官に移転する研修。		1999 ~ 2003 (5回)	
保健医療	在外研修	モスリムミンダナオ自治区包括的参加型地域保健活動推進	保健省	貧困・保健で課題を抱えているミンダナオ西部において、サテライト診療所の自主運営・管理及び住民自身の保健状況の把握など、住民が主体となった保健活動を進められるよう、住民の社会的な能力の育成を図る研修。		2001 ~ 2005 (5回)	

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	開発福祉	地域保健開発プロジェクト	保健省	過去5年間、パンパンガ州において母子の健康及び栄養改善のプログラムを地方自治体、住民組織と連携して進めているニュートリリンク（NGO）に対し、NGO連合体（ルスネット）のメンバーNGOの協力のもと、さらに広範囲での母子の健康及び栄養改善の総合プロジェクトを支援し、地域全体の母子の健康及び、栄養改善を行う。	2001.10～ 2004.3	
保健医療	個別専門家	保健行政アドバイザー	保健省	地方分権体制下における保健医療行政改善に向けた支援を以下の点に留意して行う。国民皆保険制度、医療従事者の教育制度、地方分権後の保健省のあり方、ミンダナオ支援。	2002.9～ 2004.9	
保健医療	個別専門家	医療保険システム強化	保健省	フィリピン医療保険制度の課題を整理し、医療保険制度整備に関して加入者拡大及び国家医療保険制度のメリット拡大に係る提言を行うことで、医療保険制度をすべての国民に広げるためのフレームワーク作りを支援。	2003.1	短期専門家
労働	プロ技・無償	フィリピン人造りセンター	労働雇用省	生涯教育を実施している「生涯大学」に、農村地域開発のための各種プログラムを統合及び調整することにより、農村開発の担い手となる人材養成「フィリピン人造りセンター」設置のための支援。本プロジェクトは4つのプログラムから成り、他のプログラムの支援サービス及びプロジェクト統括、水産養殖、建設機械、家内工業分野における人材養成を目的とした。	1982.9～ 1991.3	専門家119名 研修員受入117名 機材供与 無償資金協力
労働	プロ技・無償	フィリピン工科大学総合技術訓練センター	・教育・文化 スポーツ省	Philippine College of Arts and Trade（PCAT職業訓練校）が大学に昇格したことによる、教育程度引き上げのための総合技術訓練センター設立支援。工業界を背負う人材開発を目的とした訓練が実施された。	1982.11～ 1988.3	専門家45名 研修員受入18名 機材供与 無償資金協力
労働	プロ技	職業訓練向上計画	労働雇用省	1990年以降のフィリピン経済の低迷下、貧困の解消、生産雇用機会の創出といった国家開発重点目標推進の一環として、本協力を実施。フィリピンに適した職業訓練の管理手法の確立と実施能力の向上を目的とし、職業訓練開発研究所に対し、職業訓練施設管理者の教育訓練や指導員向上訓練などを実施。	1994.4～ 1999.3	専門家30名 研修員受入17名 機材供与
労働	個別専門家	労働政策アドバイザー	労働雇用省	職業訓練と労働市場を効果的に関連づける包括的な雇用促進、労使紛争処理に関する改善を通じた雇用の保持、職場環境の整備などにおける労働雇用省の労働政策の企画・立案・実施能力の向上を図る。	2002.3～ 2004.3	
労働	プロ技・無償	労働安全衛生センター	労働雇用省	フィリピンにおける中心的な機関として、教育訓練・調査研究・情報提供などの活動を通じ、労働安全衛生に係る技術の普及・定着を図ることにより、労働災害の防止、労働者の福祉の向上、労働生産性の向上に資することを目的とし、健康管理・環境管理・安全管理・研修広報に関わる知識や技術の移転を行った。	1988.4～ 1995.3	専門家97名 研修員受入33名 機材供与 無償資金協力

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
社会福祉	個別専門家	社会福祉政策アドバイザー	社会福祉開発省	1991年の地方自治法改正に伴う、社会福祉サービスの地方自治体への移管の流れの中で、社会福祉開発省の役割は実施主体から調整機関へと変化しつつあるが、この機構改革の結果設置されたリソース生成・提供機能を担う外部支援室に対し、強化支援を行った。	2001.11 ~ 2002.5	短期専門家

(3) インドネシアにおけるSSN分野でのJICAの協力実績

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (専門家は長・短期の合計延人数)
保健医療	個別専門家	保健医療政策	保健省	政策目標である"Healthy Indonesia 2010"で掲げられている疾病予防、プロフェッショナリズム、健康維持保障制度(JPKM)、地方分権の確立を4本の柱に据えた政策実施上のアドバイス及び、地方分権制度導入に伴う地方人材の育成への助言などを実施。	1997 ~	専門家派遣
保健医療	個別専門家	医薬品政策	保健省	中央における医薬品政策全般への助言及び地方医薬品管理者に対する技術指導などを実施。	2001 ~	専門家派遣
保健医療	プロ技	パジャジャラン大学歯学部	教育文化省	パジャジャラン大学歯学部の口腔外科部門に対する協力で、専門家の派遣及び歯科機材の供与を行った。	1966 ~ 1972	専門家3名 機材供与(歯科機材など)
保健医療	プロ技	西部ジャワ中央総合病院	保健省	バンドン中央総合病院に対して、中央臨床検査施設の設置、専門家の派遣及びインドネシア人医師の日本における研修などを実施。1968年度から1970年度までに、生理、化学、微生物、血液、細菌など各検査に必要なガラス、麻酔泌尿器科用機材などの医療機材を供与し、また、神戸大学などへ研修員を受入れ、インドネシア人医師を育成することに努力してきた結果、生理検査室、血液検査室、生化学検査室の3部門の運営並びに体制の確立がなされた。	1968 ~ 1972	専門家16名 機材供与(麻酔泌尿器科機材など)
保健医療	プロ技	プルサハバダン病院心臓外科部門	保健省	心臓外科医及び心臓外科機材据付のための専門家を派遣するとともに、心臓外科手術に必要な人工弁などの機材を供与。	1968 ~ 1969 1972	専門家15名 機材供与(心臓外科手術用人工弁など)
保健医療	プロ技	アンボン結核・マラリア対策	保健省	アンボン島の医療事情改善のため、マラリア対策及び結核対策推進への協力。マルク州120万人を対象にBCG接種などを行い、乾燥ワクチンなどの緊急機材を供与した。	1968 ~ 1974	専門家6名 機材供与(医薬品、外科機材など)

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	プロ技	プルサハバダン病院胸部外科部門	保健省	1969年の打ち合わせを受け1970年度より専門家派遣、機材供与、研修員受入れの本格的協力を実施。1970年度は、第1次チーム1名、第2次チームを国立療養所中野病院より2名、第3次チームを国立療養所東京病院より2名派遣するとともに、回診用X線装置、アイカ双胴型スピロメーター、硫酸カナマイシンなどの機材供与を実施し、官民合同による協力を実施。	1969～1974	専門家14名 機材供与（麻酔機材など）
保健医療	プロ技	家族計画	家族計画委員会	家族計画普及活動のための視聴覚教育用ソフトウェアの製作に絞り、ジャカルタのMedia Production Center に対する協力を実施。1982年以降の協力内容は、開発されたプロジェクトを用いて主としてジャカルタ市を対象とした宣伝教育の実施。具体的内容は、情報・教育・広報、家族計画分野での技術者養成、ジャカルタ市の特定地区を対象とした保健、家族計画のサービスポイント（保健所・病院・多国籍企業ほか）の強化。	1969～1985	専門家46名 研修員受入23名 機材供与（広報機材など）
保健医療	プロ技	ジャカルタ中央病院臨床検査部門	保健省	臨床検査部門の整備のための検査、治療、研究指導の分野での協力実施及び臨床検査室整備のための分光光度計、分析機器などの機材供与。	1972～1976	専門家3名 機材供与（万能自動分析装置）
保健医療	プロ技	中央生物医学研究所	保健省	保健省中央生物医学研究所に対する細菌製剤の標準化、並びにウイルス研究事業強化のための協力。	1975～1982	専門家38名 機材供与（ワクチンアンプル自動容封機など）
保健医療	プロ技	北スマトラ地域保健対策	保健省	北スマトラ州衛生局を中心とし伝染病対策活動の促進、保健衛生サービスの促進、保健衛生検査サービスの充実及び保健衛生教育活動の促進などに係る技術の移転を図る。アサハン県の3郡をプロジェクト・エリアとし、地域住民の保健衛生水準の向上に資することを目的とし1978年4月より5か年間にわたりプロジェクト方式による協力を実施。その後2回の延長により1988年度まで協力は継続された。	1978～1989	専門家123名 研修員受入33名 機材供与
保健医療	プロ技	看護教育	保健省	保健省教育訓練センターを中心に看護教育技術の向上と看護教員養成の教育内容の充実に重点を置いて協力。さらに地域住民の保健衛生に直結したヘルスサービス体制の拡充のために、看護教育の養成を通じた保健看護婦の大量養成を目的とした。また、当初期間を2年間延長し、看護教育カリキュラムの開発、看護教育教材の開発、教育方法の改善、教員養成への実践応用の4点に活動をおいた協力を行った。	1978～1985	専門家19名 研修員受入18名 機材供（心音心電計など機材など） 無償資金協力（看護教育開発センター（ジャカルタ）看護教員養成校（ウジュンパンダン））

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	プロ技	薬品品質管理	保健省	保健医療分野の重点事業として、安価でかつ十分な品質管理が行われる、医療品の供給体制を整備することとしており、このための要員養成と制度化するための技術協力を行った。	1983～1989	専門家74名 研修員受入21名 機材供与
保健医療	プロ技	生ワクチン製造基盤技術	保健省	インドネシアが、乳幼児死亡率の主要原因の1つである麻疹及びポリオ予防のために両ワクチンの接種率を約65%に引き上げ、またそのワクチンを輸入に頼っている現状から自国で一貫製造する方針を立てたことに対し、基礎的な製造基盤技術及び品質管理技術の移転、自社検定技術の移転、ワクチンの試験製造、試験製造ワクチンのフィールド・トライアルの協力を実施。	1989～1996	専門家49名 研修員受入37名 機材供与
保健医療	プロ技	家族計画・母子保健	保健省 生物製剤公社	中部ジャワをモデル地域とし、地域住民を対象とした家族計画と母子保健の促進及びそのレファラルシステムの向上を目的として、家族計画及び母子保健サービスの向上、レファラルシステムの強化、家族計画に係る指導者などの人材育成、家族計画及び母子保健に関する教材などの普及、ポシアンドゥ活動のモニタリング及び評価のための指標開発を実施。	1989～1994	専門家13名 研修員受入8名 機材供与
保健医療	プロ技	ストモ病院救急医療	保健省 ストモ病院	経済発展に伴う交通事故や産業事故が増加傾向にあり、救急医療の必要性が高まり、保健省は国家保健計画の中で、同市のストモ病院を東インドネシアのトップレファラルとして位置付け、国家レベルの医療サービス体制強化の政策の中核を担うものとした。当プロジェクトでは、無償資金協力による救急医療センター新設に際し、そのマネジメント及び救急医療教育を中心とした、ストモ病院における救急医療部門の機能向上を目指した。	1995～2000	専門家45名 研修員受入16名 機材供与 無償資金協力(救急医療センター)
保健医療	プロ技	南スラウェシ地域保健強化プロジェクト	保健省	予防できる死亡を減少するための人材育成、問題解決指向のアクションリサーチ手法の導入、臨床検査の強化のサブプロジェクトを通じて地域保健強化への支援。県衛生部長へのマネジメントトレーニング、地域助産婦に対する問題解決志向型アクションリサーチ、地域臨床検査システムの強化が主な活動。	1997～2002	専門家37名 研修員受入17名 機材供与
保健医療	プロ技	母と子の保健手帳プロジェクト	保健省	妊産婦死亡率及び乳児死亡率が高いことから1989年より家族計画・母子保健プロジェクトを実施し、その中で来日した研修員が母子手帳に興味を示し、プロジェクトにおいてインドネシア版を開発。試行の後、単発専門家に引き継がれ、1998年より現プロジェクトが開始。当初は2州に絞って活動していたものの拡大が図られている。また国別特設研修も実施した。	1998～2003	
保健医療	現地国内研修	地域健康保障制度(JPKM)の運営	保健省	JPKM(地域健康保障制度)の全体の概念、運営基準、実施方法などに関する講義及びモデル地域での実習を行う。目標は良質で費用効果のある保健サービスの向上、JPKM運営者の管理能力の向上、保健行政機関のJPKMに対する監督機能の向上、JPKMに対する関心と加入者の増加を図り全国に広げることが目的。	2001、2003	研修講師派遣
保健医療	研修 現地国内	保健医療システム強化に関する研修	保健省	地方分権化政策の中で、中央・地方政庁における保健計画の策定を推進して行くための方法論を提案することのできる人材を育成するために、「自立型保健医療システム」をテーマとしたセミナーを開催する。	2003	研修講師派遣

分野	協力形態	案件名	相手国機関	概要	協力期間	投入実績 (終了済み案件)
保健医療	開発福祉支援	南スラウェシ州離島地域 Primary Health Care (PHC) 自立支援計画	保健省	遠隔沿海地域調査会 (LP3M) を通じて、離島住民が医薬品を含む保健サービスを受けられると共に、保健知識をうることで地域の保健と衛生に関する理解を深め、独自に住民による最低限の保健体制を維持することへの支援を行った。	1998 ~ 2000	
保健医療	開発福祉支援	ウジュンパンダン市貧困者層援助食料及び保健サービス供給計画	保健省	インドネシア家族計画父母の会を通じて、ウジュンパンダン市内の輪タク運転手とその家族（特に妊婦と乳幼児、児童）の栄養状態を改善するとともに、基礎的医療サービス提供と保健衛生に関する知識の普及で健康状態の改善を図った。	1999 ~ 2000	
雇用政策	個別専門家	労働政策	労働移住省	労働移住省に専門家を派遣し、雇用拡充に向けた政策助言、中長期的な労働力計画策定に向けた助言、雇用吸収力が高いインフォーマルセクターの調査などを実施。	1994 ~	専門家派遣
雇用政策	個別専門家	雇用保障制度拡充に向けての政策提言	労働移住省	インドネシアにおける企業の雇用慣行、現存する社会保障制度（略称 JAMSOSTEK。現在雇用保険制度はカバーせず）の機能などの実態を踏まえ、雇用保証制度充実に向けてのガイドライン、タイムスケジュール、政府が行うべき手続など、現実・具体的提案を行った。	2002	専門家1名
職業訓練	プロ技	スラウェシ工業職業訓練センター	労働省	ジャワ以外への工業の分散化に伴い、ウジュンパンダン市に工業団地の建設が計画され、それに伴う技能労働者の養成供給が必要になったことから協力を実施。	1974 ~ 1980	
職業訓練	プロ技	職業訓練指導員・小規模工業普及員養成センター（ASEAN 人作り）	労働省	ASEAN 人作りプロジェクトの一環として人材育成のためのセンターを設立し、労働省傘下の153の職業訓練施設に配置された職業訓練指導員の新規養成及び現職指導員の再訓練を行う。	1982 ~ 1991	専門家27名 研修員受入49名 機材供与
職業訓練	プロ技	CEVEST 職業訓練向上計画	労働省	石油に依存した経済構造を変革し、製造業など輸出産業の重点開発による経済発展を図るため、これに必要な職業能力の一層の開発と、CEVESTの自立発展に資することを目的に要請がなされた。労働省が所管する153の地方職業訓練センター指導員を対象にディプロマ3 (D3) の資格を付与するための情報処理、工業電子2分野の指導員養成コースの実施、及び民間企業の機械・電気・電子分野の在職者を対象とした向上訓練システムの確立を目的として実施された。	1992 ~ 1997	

参考資料3 各ドナーの案件リスト

(1) 欧州委員会

タイにおける欧州委員会の社会分野での技術協力実績

案件名(英文)	金額	開始年月	終了年	プロジェクトの概要
Social Support Project	15mn(e)	2000	2005	BAAC管轄による地方開発プロジェクト。農業生産からマーケティングに至るまで様々なメニューが含まれる。資金の多くは、職業訓練などに当てられる。
Silk Production in N.E. Thailand	12.06mn(e)	1990.7	2000.9	養蚕農業世帯の所得向上のためのプロジェクト。養蚕に関する様々な技術支援が行われた。プロジェクトの結果、当該農村地域の人口が上昇し、所得も飛躍的に向上した。
Fruit and Vegetable Production in N.E. Thailand	9.45mn(e)	1995.1	1995.9	農村地域における収入源の多様化を目的とし、東北部においては園芸・商品作物(アスパラガスなど)に関して技術移転し、商業的に持続可能なビジネスに発展させるためのプロジェクト。

フィリピンにおける欧州委員会の社会分野での技術協力実績

案件名(英文)	金額	開始年月	終了年	プロジェクトの概要
Economic Self-Reliance Programme - Caraballo and Southern Cordillera Agricultural Development	13.5mn(e)	1997.8	2001.4	高地農業に適した技術の導入により高地に居住する貧困農民の収入を増加させ、生活水準を向上させるためのプロジェクト。高地の住民のためにデザインされた持続可能な財政システムの構築も含まれた。
Women's Health & Safe Motherhood Project - Partnerships' Component	17mn(e)	1997.1	2009.1	女性のためのヘルスケア・システムを構築することを主目的としたプロジェクト。コミュニティ、NGO、地方自治体に対する技術的、財政的資源の支援を通して女性の健康ニーズに対応するための支援を行う。
SZOPAD Rehabilitation Project	2.0mn(e)	2001.12	2003 (2years)	元モロ民族開放斜線(Moro National Liberation Front: MNLF) 隊員及び、コミュニティ内のその他の住民の収入と生活水準の向上を目指している。とりわけ、高地で農業を営む世帯を対象としている。高地に適した農業技術の提供、クレジットサービスの創設、必要となる基本的な医療サービスの提供などが含まれる。
Catanduanes Agricultural Support Programme	10.0mn(e)	1994.4	2002.12	地方のコミュニティにおける農業、漁業から得られる収入の向上のためのプロジェクト。プログラムの実施により貧困が軽減することが期待されるとともに、雇用の創出、公平性が促進することが期待された。
Upland Development Programme for Southern Mindanao	18.3mn(e)	1999.2	2006.2	高地における資源基盤を維持し、生活水準、地域の繁栄を目指す。また市場指向のマーケティングにより市場競争力のある農業製品の開発を行う。さらに地方における金融機関との協力により貯蓄ベースのクレジットシステムを構築する。

(2) ILO (「社会保障政策及び開発」「金融・保険数理・統計サービス」における1950年代から2002年4月までの技術協力案件リスト)

タイ

年	タイトル	担当機関	執筆者	分野	ID
1956	Report to the Government of Thailand on the Application of the Social Insurance Act.	ILO	MERRIAM I.C.	社保	TAP/THAILAND/R.6
1959	Report to the Government of Thailand on Social Security Measures.	ILO	WANDEL W.H., CUC-CODORO C.C.	社保	TAP/THAILAND/R.9
1962	Report to the Government of Thailand on Proposed Social Security Legislation.	ILO	AMATO GAUCI F.E.	社保	TAP/THAILAND/R.19
1991	Thailand: Report to the Government on the Planning of Social Security and Initial Implementation. VOLUME 1: Main policy issues and technical problems; VOLUME 2: Technical reports on computerization and health insurance	ILO/UN DP	ARNOTT J.I., WHITAKER T., THOMPSON K.	医療	THA/89/013
1993	Thailand: Report to the Government on Social Security Implementation and Development. PART I: Main policy issues and technical problems; PART II: Technical reports on operational systems, introduction of individual choice of hospital, proposals for amendment of the social security act, long term information system plan	ILO/UN DP	THOMPSON K.	医療情報	THA/90/014
1993	Thailand: Actuarial Report on the Social Security Scheme.	ILO/UN DP	TEMPLO H.	社保数理	THA/R.34
1995	Thailand: Pensions and Family Benefits; Report to the Government on the Development of Social Protection.	ILO	GILLION C., DROUIN A., HAGEMER K., VILLACORTA L.	年金家族	-
1996	Thailand: Design of a Data Base on Occupational Injuries and Diseases for the Workmen's Compensation Fund.	ILO	CHOI B.	労災情報	TAP/THAILAND/R.35
【通貨危機】					
1998	Thailand: Review of the Social Security Scheme. Part I: Summary and Recommendation.	ILO	RON A., HIROSE K.	社保	TF/Thailand/R.36 (I)
1998	Thailand: Review of the Social Security Scheme. Part II: Report on Health Insurance.	ILO	RON A., HIROSE K.	医療	TF/Thailand/R.36 (II)
1998	Thailand: Review of the Social Security Scheme. Part III: Report on the Actuarial Valuation of Short-term Benefits.	ILO	RON A., HIROSE K.	社保数理	TF/Thailand/R.36 (III)
1998	Thailand: Assessment of the Feasibility of Introducing an Unemployment Insurance Scheme in Thailand: Report to the Government.	ILO	BEATTIE R.A., SCHOLZ W.	失業	TF/Thailand/R.37

凡例) 社保 = 社会保障全般、医療 = 医療保険、情報 = 情報化関係、数理 = 保険数理、年金 = 年金制度、家族 = 家族給付・家族保障、労災 = 労災保険、失業 = 失業保険

フィリピン

年	タイトル	担当機関	執筆者	分野	ID
1962	Report to the Government of the Philippines on an Actuarial Valuation of the Social Security System.	ILO	MUNTHE KAAS G.	社保	TAP/PHILIPPINES/R.8
1975	Report to the Government of the Philippines on Actuarial and Financial Aspects of the Employees' Compensation and State Insurance Fund.	ILO	ROBERTSON A.H.	労災	OTA/PHILIPPINES/R.16
1980	Philippines: Technical Note; Provision of Social Security to Filipino Seamen engaged on Ships Registered Outside the Philippines.	ILO	MCGILLIVRAY W.R.	社保	-
1982	Philippines: Report to the National Seamen Board, Ministry of Labour and Employment, on Programme Proposals for the Seafarers' Welfare Fund.	ILO	MCGILLIVRAY W.R.	社保	-
1988	Report of a Preliminary Advisory Mission to the Philippines.	ILO	ZOELLNER D.	不明	UNDP 84 3 a
1988	Final Report on Supervisory Development: Social Security System.	ILO	PAUL A.	社保	PHI/88/004
1988	Technical Support to the Review of Social Security Policies and Administration at Social Security System: Long Range Computerization.	UNDP	LASLEY J.	社保 情報	PHI/88/A/01/11
1989	Social Security Protection for Filipino Migrant Workers Overseas. Report to the Government of the Philippines.	ILO/UNDP	VOIRIN M.	社保	ILO/UNDP/RAS/85/009
1989	Actuarial Technical Note to the Social Security System, Republic of the Philippines.	ILO/UNDP	McGILLIVRAY W.R.	社保	PHI/88/004
1989	Medical Care Benefits. Phase I: Preliminary Report to the Social Security System, Republic of the Philippines.	ILO/UNDP	RON A.	医療	PHI/88/004
1989	Quality Assurance Manual for the Medicare Programme, Social Security System of the Philippines.	ILO/UNDP	RON A.	医療	PHI/88/004
1989	Enforcement in the Social Security System. Report to the Government of the Republic of the Philippines.	ILO/UNDP	THOMPSON K., ARNOTT	社保	PHI/88/004
1991	Report on a Review of the Actuarial Status of the Social Security System and the Government Service Insurance.	ILO	IYER S.N.	社保	RP 84-3-a-1-1
1995	Report to the Government of the Philippines on Development of Social Security Protection in the Government Service.	ILO/UNDP	SMITH M., LYNCH J.	社保	PHILIPPINES/R.18
1996	Philippines: Report to the Government of an ILO Assessment Mission: Social Protection in the Philippines.	ILO/UNDP	BAILEYC., BURNS M., HAEWORTH R.	社保	-
1996	Report to the Government on Social Protection: Options and Recommendations for Reform and Development	ILO/UNDO	BAILEY C.	社保	PHI/R.21
【通貨危機】					
進行中	Social Protection Expenditure and Performance Review	ILO		社保	

凡例) 社保 = 社会保障全般、労災 = 労災保険、情報 = 情報化関係、医療 = 医療保険

インドネシア

年	タイトル	担当機関	執筆者	分野	ID
1953	Report to the Government of Indonesia on Social Security.	ILO	-	社保	TAP/INDONE-SIA/R.3
1958	Report to the Government of Indonesia on Social Security.	ILO	CRAIG I.	社保	TAP/INDONE-SIA/R.10
1959	Report to the Government of Indonesia on the Administration of a Voluntary Sickness Insurance Scheme.	ILO	BILLINGS HAM	医療	TAP/INDONE-SIA/R.13
1974	Indonesia: Employment Injury Insurance Fund Legal Framework; Project Findings and Recommendations	ILO	MUTATKAR V.A., NATESAN V.R.	労災	ILO INS/72/032(1)
1974	Indonesia: Employment Injury Insurance Fund, Actuarial and Financial Aspects; Findings and Recommendations.	ILO	NATESAN V.R., MUTATKAR V.A.	労災 数理	ILO INS/72/032(2)
1979	Indonesia: Planning and Administration of Social Security; Projects Findings and Recommendations.	ILO	-	社保	INS/75/028
1985	Indonesia: Report to the Government of Indonesia on the Planning and Administration of Social Security; Project Findings and Recommendations	UND/ILO	-	社保	INS/78/022
1988	Actuarial Report to the Government of Indonesia on the Social Security Pension	UNDP/ILO	FERRARA G.	年金 数理	INS/86/022
1989	Extension of Social Security Protection in Indonesia: Report to the Government of Indonesia on Information Systems for the Health Insurance Scheme		NEEDHAM J.	医療 情報	INS/86/022
1989	Indonesia: Extension of Social Security Protection Project (Pensions Planning Component); Project Findings and Recommendations	ILO/UNDP	ARNOTT J.I.	年金	INS/86/022
1989	Report to the Government of the Republic of Indonesia: Social Security Protection for Indonesian Migrant Workers Overseas	ILO/UNDP	ARNOTT J.I.	社保	RAS/85/009
1990	Indonesia: Extension of Social Security Protection: Health Insurance Development; Project Findings and Recommendations(PKTK).	ILO/UNDP	BROOKS R.J., EVERED J.M.	医療	ILO INS/86/022(2)
1990	Technical Actuarial Note on Social Security Health Insurance (PKTK) in Indonesia		BELLWARE L.	医療 数理	INS/86/022
1993	Report to the Government on Social Protection in Indonesia	ILO/UNDP, TSSI	BAILEY C., MCGILLIVRAY W., EVERED J., ARNOTT I.	社保	-
1995	Indonesia: Towards Sustained Economic Growth with Social Justice; Report of the ILO Country Objectives Mission Team; Country Report	ILO	-	社保	-
【通貨危機】					
2002	Restructuring of the social security system in Indonesia			社保	INS/00/MO4/NET

凡例) 社保 = 社会保障全般、医療 = 医療保険、情報 = 情報化関係、年金 = 年金制度、家族 = 家族給付・家族保障、労災 = 労災保険、失業 = 失業保険

参考文献

(第2章)

橋本俊詔 (2000) 『セーフティ・ネットの経済学』 日本経済新聞社

野村総合研究所 (2001) 『アジアの構造改革の進展とSSNの整備状況に関する調査報告書』

Asian Development Bank (2001) *Social Protection Strategy* Asian Development Bank.

ESCAP (2001) *Strengthening Policies and Programs on Social Safety Nets: Issues, Recommendations and Selected Studies*. Social Policy Paper No. 8, United Nations.

K., Subbarao., Bonnerjee, Aniruddha., Braithwaite, Jeanine., Carvalho, Soniya., Ezemenari, Kene., Graham, Carol. and Thompson, Alan. (1997) *Safety Net Programs and Poverty Reduction Lessons from Cross-Country Experiences*. World Bank.

Ortiz, Isabel D. (ed.) (2001) *Social Protection in Asia and the Pacific*. Asian Development Bank.

World Bank (2001) *Social Protection Sector Strategy From Safety Net to Springboard*. World Bank.

(第3章)

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

白石隆 (2000) 『海の帝国 アジアをどう考えるか』 中公新書

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

広井良典 (1999) 『日本の社会保障』 岩波書店

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.

Ginneken, Wouter van (ed)(1999) *Social Security for the Excluded Majority*. International Labour Office.

Jenkins, Michael (1993) “Extending social security protection to the entire population: Problems and Issues”, *International Social Security Review*, vol.46, 2/93.

(3 - 2節：タイ)

浅見靖仁 (1997) 「タイの労働裁判所：その設立の経緯と機能」 『大原社会問題研究所雑誌』 467号

(2000a) 「労働政策：制度化とインナーサークルの形成」 末廣昭・東茂樹編 『タイの経済政策：制度・組織・アクター』 アジア経済研究所

(2000b) 「タイ：経済危機への取り組みと変革の胎動」 日本労働研究機構編 『アジア経済危機と各国の労働・雇用問題：模索する改革の方向』 日本労働研究機構

(2003) 「タイにおけるソーシャル・セーフティネット」 寺西重郎編 『アジアのソーシャル・セーフティネット』 勁草書房

Anantakul, Sasiwan (2003) “Karnprakan Karnwang-ngan: Khwarmphrom nai Karndamnoen-ngan”, (失業保険：実施に向けての準備状況) *Raeng-ngan Parithat*, Vol.17, No.190, May.

Kitphapaiampoon, Thanawan (1988) “Household Decision-Making and the Utilization of Medical Services: A Case Study of the Health Card Program”, an M.A. thesis, Faculty of Economics, Thammasat University.

Pongsapich, Amara (2002) “Social Safety Nets: Programmes and Projects in Thailand”, in OECD (ed.) *Towards Asia's*

- Sustainable Development: The Role of Social Protection*, Paris: OECD.
- Petprasert, Narong (1999) “Khronghkhai Khwarmplophai thang Sangkhom: Khwarmmmai Naewkhit Thritsadi, Botbat, lae Khwarmsamkhan to Sangkhom” (ソーシャル・セーフティ・ネット：その意味、思想、理論、役割、そして社会にとっての重要性) Ekkasarn Prakob Karnprachum thang Wichakarn ruang Karnsamruat Ongkhwarmru choeng Naekhit Thritsadi Botbat lae Khwarmsamkhan to Sangkhom khong Khronghkhai Khwarmplophai thang Sangkhom, Bangkok, Nov. 15.
- Phananiramai, Mathana. and Hewison, Kevin (2002) “Governance and Social Policy in Thailand”, in OECD (ed.) *Towards Asia’s Sustainable Development: The Role of Social Protection*, Paris: OECD.
- Phongpaichit, Pasuk. and Baker, Chris (2001) *Thailand’s Crisis*. Chiang Mai. Silkworm Books.
- Thanachaisethavut, Bundit (1999) “Botbat lae Khwarmsamkhan khong Rabob Karnprakansangkhom”, (社会保障制度の役割とその重要性) Ekkasarn Prakob Karnprachum thang Wichakarn ruang Karnsamruat Ongkhwarmru choeng Naekhit Thritsadi Botbat lae Khwarmsamkhan to Sangkhom khong Khronghkhai Khwarmplophai thang Sangkhom, Bangkok, Nov. 15.
- Wibulpolprasert, Suwit (ed.) (2002) *Karn Satharanasuk Thai Pho. So.* 2542-2543, (タイの公衆衛生の状況1999–2000年) Bangkok: Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health.

(3 - 3節：フィリピン)

- Alba, Maichael M. and Vicente, Sandy (2001) *Welfare, Inequality, and Poverty: How The Country Fared During Erap’s Term as President*. Paper presented at the Philippine Economic Society Annual Meeting and 40th Anniversary Celebration on March 26, Makati City.
- Balisacan, Arsenio M. and Fujisaki, Shigeaki (eds.) (1999) *Causes of Poverty: Myths, Facts and Politics, A Philippine Study*. University of the Philippines Press.
- Bautista, Maria Cynthia Rose Banzon (2000) “Surviving the Asian Crisis in the Philippines: Reflections on Changes and Continuities since July 1997”, Hains-worth, Geoffrey B., (ed.) *Globalization and the Asian Economic Crisis: Indigenous Responses, Coping Strategies, and Governance Reform in Southeast Asia*, University of British Columbia, Institute for Asia Research, Center for Southeast Asia Research, Vancouver.
- Bautista, Maria Cynthia Rose Banzon., Angeles, Leonora. and Dionisio, Josephine. (2000) “Chapter Four: Philippines”, *The Poor at Risk: Surviving the Economic Crisis in Southeast Asia, Final Report of the Project Social Safety Net Programs In Selected Southeast Asian Countries, 1997–2000*. Paper prepared by the Joint Canada-Southeast Asia Project Team: McGee, T.G., Angeles, Leonora., Bautista, Cynthia., Daut, Sity., Hainsworth, Geoff., Scott, Stefanie., Setiawan, Bakti., Sukusiriserekul, Somchai., and Anh, Vu Tuan.
- Bautista, Victoria A. (1999), *Combating Poverty Through the Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services*. Quezon City: NCPAG/UP.
- Center for Research and Special Studies (1995) *Enforcement of Liability for Avoidance of Social Security Contributions of SSS and GSIS: A Special Study under the Development of Social Protection Project*. July.
- Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit (GTZ) Social Health Insurance Project (2002) *Resource Book of Community-Based Health Care Organization Social Health Insurance Schemes 2002*, (mimeograph).
- International Labor Organization (2002) *Action Programme for Decent Work: Philippines*.
- Lim, Joseph Y. (1998) *The Social Impact and Responses to the Current East Asian Economic and Financial Crisis: The Philippine Case*. A Philippine Country Paper prepared for the United Nations Development Programme / Regional Bureau for Asia and the Pacific (UNDP / RBAP).
- Manasan, Rosario G. (2001) *Social Safety Nets Analysis and Recommendations: Prospects in the Philippines*. (mimeograph), March.
- and Gonzalez, Eduardo T. (2002) “Social Protection in the Philippines”, Adam, Erfried., Hauff, Michael von., and John, Marei (Eds.) *Social Protection in Southeast Asia & East Asia*, Friedrich Ebert Stiftung, Office for

- Regional Cooperation in Southeast Asia, Singapore.
- Monsod, Solita and Toby (1999) “International and International Comparisons of Philippine Poverty”, Balisacan, Arsenio M., and Fujisaki, Shigeaki (eds.), *Causes of Poverty: Myths, Facts and Policies, A Philippine Study*. University of the Philippines Press. Quezon City.
- Republic of the Philippines (RP), Department of Health (DOH) (2002a) *National Objective for Health, Philippines 1999-2004*.
- (2002b), *Health Sector Reform Agenda; Philippines 1999–2004*.
- Republic of the Philippines (RP), National Statistical Office (NSO) (1999), *1997 Family Income and Expenditure Survey (Volume I, Provincial / Key City, Final Report)*, June, Manila City.
- (2000), *1998 Annual Poverty Indicators Survey (Final Report)*, January, Manila City.
- Republic of the Philippines (RP), National Statistical Coordination Board (NSCB) (2000a) *Philippine Poverty Statistics*. January, Makati City.
- (2000b) *Report on the 1997 Philippine Human Development Index*. March, Makati City.
- Republic of the Philippines (RP), Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth), Corporate Planning Department (2002) *Rapid Assessment of the Employed Sector, The Individually-Paying Program, and the Indigent Program*, (mimeograph).
- Republic of the Philippines (RP), Social Security System (SSS) (2001) *2001 Annual Report*.
- Reydeluz D, Conferido., (1999) “Human Resource and Social Impacts of the Financial Crisis: The Philippine Experience”, (Paper presented during the Symposium on the Human Resource and Social Impacts of Crisis, sponsored by the Asia Pacific Economic Cooperation (APEC) Human Resource Development (HRD) Working Group, 15 June, Taipei). *Philippine Labor Review*, Volume XXIII No.1 (January-June). Manila City.
- Reyes, Celia., Generoso de Guzman, Manasan, Rosario., and Orbeta, Anicero (1999) “Assessing the Social Impact of the Financial Crisis in Selected Asian Developing Economies”, Paper presented at *Social Impact of the Regional Financial Crisis in the Philippine Conference*, Asian Development Bank.
- Sardana, Ma. Concepcion E. (1998) “Globalization and Employment Relations: The Philippine Experience”, *Philippine Labor Review*, Volume XXII No.1 (January-June), Manila City.
- Soriano, Ma. Teresa (1998) *Social Adjustments in Globalization: The Role of Social Actor: The Philippine Experience*, Paper presented during the Regional Meeting on ILO-JIL Network of National Institutes for Labor Studies, 8–10 December, 1998, Bangkok.
- and Ma. Concepcion E. Sardana (1998) “The Informal Sector in RP: Assessment of Needs and Available Resources for Development”, *Philippine Labor Review*, Volume XXII No.1 (January-June), Manila City.
- Trinidad, Osteria (1996) “Implementation of the Local Government Code in the Philippines: Problems and Challenges”, Trinidad Osteria ed. *Social Sector Decentralization: Lessons from the Asian Experience*. International Development Research Center: Ottawa.
- World Bank (2000a) *Philippine Poverty Assessment*, Volume I, Main Report, May 24.
- (2000b), *Philippine Poverty Assessment*, Volume II, Technical Chapters, Report, May 24.
- Yoo, Kil-Sang., Drouin, Ann., Fraser, Don., and Orbeta, Aniceto (2001) *Facts and Preliminary Consideration for the Feasibility of Introducing and Employment Insurance System in the Philippines*. An ILO Paper presented at the WB-ILO-JMHLW-JIL-ASEM Regional Seminar on Labor Market Policies and Social Protection in Asian Crisis and Recovery, Manila, 1-2.

(3 - 4節 : インドネシア)

国際協力事業団 (2000) インドネシア共和国プロジェクト形成調査報告書 (社会保障分野)

総合研究開発機構 (2001) 「保健医療分野における東南アジア諸国間の地域パートナーシップの構築」 NIRA 研究報告書No.20010007

- 武田長久 (2002) 「アジア通貨危機とインドネシアのソーシャルセーフティ・ネット・プログラム」、黒岩郁雄編『アジア通貨危機と援助政策 インドネシアの課題と展望』アジア経済研究所
- Directorate of Community Participation, Ministry of Health (1997), Dana Sehat and JPKM, Ministry of Health, Jakarta.
- ILO (1999) Indonesia: Strategy for Employment-Led Recovery and Reconstruction, Main Report, October 1999.
- Marzolf, James R. (2002) The Indonesia Private Health Sector: Opportunities for Reform An Analysis of Obstacles and Constraints to Growth, Discussion Paper, World Bank Jakarta Office, August 2002.
- Irawan, Pugug B., Rahman, Erman A., Romdiati, Haning., and Suhaimi, Uzair (2001) “Social Safety Nets Analysis and Recommendations: Prospects in Indonesia”, Report on Country Study presented at Regional Seminar on Social Safety Nets Programs in Asia and the Pacific Countries, Bangkok, 1–3 May 2001, UN ESCAP.
- Republic of Indonesia (2000) National Development Program (PROPENAS) of 2000–2004 (Law of the Republic of Indonesia Number 25 of 2000).
- Tambunan, Tulus T. and Purwoko, Bambang (2002) “Social Protection in Indonesia”, in Adams, Erfried., Hauff, Michaelo von., and John, Marei., Eds., Social Protection in southeast and East Asia, Friedrich Ebert Stifting, Singapore 202.

(第4章)

アジア経済研究所 (2002) 『アジア通貨危機と援助政策インドネシアの課題と展望』

外務省経済協力局 (1999) 『我が国の政府開発援助ODA白書下巻』

----- (2001) 『政府開発援助 (ODA) 国別データブック』

国際協力事業団 (1987) 『フィリピン国別援助研究会報告書』

----- (1989) 『タイ国別援助研究会報告書』

----- (1990) 『インドネシア国別援助研究会報告書』

----- (1994a) 『フィリピン国別援助研究会 (第2次) 資料 (現状分析)』

----- (1994b) 『フィリピン国別援助研究会報告書 (第2次)』

----- (1996a) 『タイ国別援助研究会 (第2次) 資料 (現状分析)』

----- (1996b) 『タイ国別援助研究会報告書 (第2次)』

----- (1998) 『国際協力事業団年報1998資料編』

----- (1999a) 『フィリピン国別援助研究会報告書 (第3次)』

----- (1999b) 『フィリピン国別援助研究会報告書現状分析編』

----- (1999c) 『第3次インドネシア国別援助研究会報告書』

----- (2000a) 『インドネシア共和国プロジェクト形成調査報告書 (社会保障分野)』

----- (2000b) 『第4次インドネシア国別援助研究会報告書』

----- (2001) 『インドネシア共和国セクター・イシュー別基礎資料』

----- (2002) 『国際協力事業団年報2002』

国際協力事業団アジア第1部 (2002a) 『第一事前評価調査プロジェクト報告書』

----- (2002b) 『第二事前評価調査プロジェクト報告書』

国際協力事業団医療協力部 (1997) 『国別医療協力ファイル - フィリピン』

フィリピン日本人商工会議所 (2002) 『フィリピン・ハンドブック』

Health Planning Division, Ministry of Public Health (2001) “THE SEVENTH FIVE -YEAR NATIONAL HEALTH DEVELOPMENT PLAN (1992–1996)”

National Economic Development Authority (2001) “The Medium-term Philippine Development Plan 2001–2004.”

National Economic and Social Development Board (2001) “The National Economic and Social Development Plan IX (2002–2006)”

(第5章)

山端浩 (2001) 「ILO (国際労働機関) の年金政策」『海外社会保障研究』 No.137, Winter 2001

山本克也 (2001) 「世界銀行の年金政策 - 超グローバルリズムへの課題 - 」『海外社会保障研究』 No.137, Winter 2001

Asian Development Bank (1999) Technical Assistance Activities.

----- (2001) Social Protection Strategy, Asian Development Bank.

----- (2002) Social Protection Strategy -Progress Report to the board of directors, Asian Development Bank.

International Labour Office (2001) Facts and Preliminary Consideration for the Feasibility of Introducing an Employment Insurance System in the Philippines, prepared by: Drouin, A., Fraser, D., Orbeta, A., and Yoo, K-S.

The delegation of European Commission (2002a) The EC-Thailand Country Strategy Paper 2002-2006.

----- (2002b) National Indicative Programme (2002-2004) Thailand.

----- (2002c) Philippines Country Strategy Paper 2002-2006.

----- (2002d) Indonesia Country Strategy Paper 2002-2006.

World Bank (2001) Social Protection Sector Strategy from safety net to springboard, World Bank Group, The human development network.

----- (2002) Thailand-World Bank Group, Partnership for Development, Southeast Asia and Mongolia Country Unit

(電子資料)

第5章で取り扱ったプロジェクトに関する情報は世界銀行、ADB、ILO、欧州委員会の各ホームページより入手しているので、以下を参照されたい(すべて2003年6月アクセス)。

世界銀行: <http://www.worldbank.org/>

ADB: <http://www.adb.org/>

ILO: <http://www.ilo.org/>

欧州委員会(EC): <http://www.deltha.cec.eu.int/> (タイ、ラオス、カンボジア、ミャンマー)

<http://www.delphl.cec.eu.int/> (フィリピン)

<http://www.delidn.cec.eu.int/> (インドネシア、ブルネイ、東チモール)

(第6章・参考資料1)

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

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

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』岩波書店

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

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.

(第6章 - 付論2)

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

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

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

広井良典 (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

労働省『労働白書』(各年版)日本労働研究機構