

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・自営業者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・自営業者層にどこまで被雇用者層と同様の社会保障制度を整備するかは各国の理念や状況に依存する要素が大きい。ただ一般的なパターンとしては、まずは被雇用者グループについて制度が整備される段階と、それを農業・自営業者グループを含む国民全体に拡大していくことを模索していく段階の2つに区分することが可能であると思われる。

実際、多くのアジア諸国においては、農業従事者や自営業者などのインフォーマル・セクターの割合が過半数を占めることも多く、被雇用者グループには一定の社会保障が整備されるものの、農業・自営業者への拡大にあたって大きな困難にぶつかるとい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」に関するふれるが、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・自営業従事者などのインフォーマル・セクターの社会保障における位置づけ**という点が、**アジア諸国の社会保障制度整備において1つの中心的な論点になることを確認しておきたい。**

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

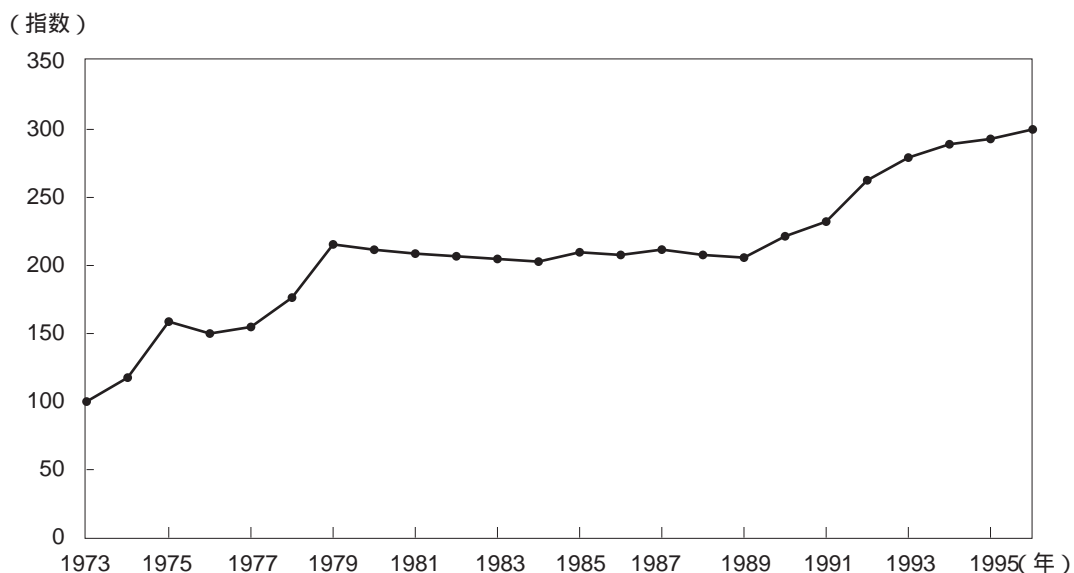
主にフォーマル・セクターの下層部を対象としたSSNとしては、最低賃金制度、法定解雇手当、社会保障制度が挙げられる。

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、ということをこれらの数字は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の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）「最後につまずいたアキノ政権：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		-2.7	-0.5	1.6	5.8	7.0	6.3	6.1	-1.7	0.9	4.9	1.3	2.9
(うち製造業)		-0.4	-1.7	0.7	5.0	6.8	5.6	4.2	-1.1	1.6	5.6	2.9	3.7
サービス		0.2	1.0	2.5	4.2	5.0	6.5	5.5	3.5	4.0	4.4	4.4	5.3
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⁾	%	19.6	17.0	17.1	17.4	15.8	12.7	11.6	11.7	13.2	13.3	15.7	
(年平均)													
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る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 1981年政令25号で改定	PT. TASPAN	養老保険（定年、死亡）	3.25%	
	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 1991年政令67号で改定	PT. ASABRI	養老保険	3.25%	
	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」	PT. JAMSOSTEK			
	1992年法律3号「労働者社会保障（JAMSOSTEK）法」		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人が多い。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、保障内容がよ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。