

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

	1960年代	1970年代	1980～1990	1990～2000	2000～
保健医療		コレラ対策 ポリオ対策	熱帯医学研究所 (含む無償)	エイズ対策 公衆衛生 結核対策 薬局方 薬局方()	
		住血吸虫症研究対策	家族計画	家族計画・母子保健 家族計画・母子保健()	
			医療機器整備		
労働・雇用			フィリピン人造りセンター (含む無償) フィリピン工科大学総合技術訓練センター (含む無償)	職業訓練向上計画 女性職業訓練センター	
			労働安全衛生センター(含む無償)		

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。