

**アジア地域
社会保障セクター—基礎情報収集・確認調査報告書
要約編**

平成 24 年 7 月
(2012 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社

人間
JR
12-057

目次

I. 現地調査の概要	I-1
1. 調査の背景.....	I-1
2. 調査の目的.....	I-1
3. 調査の内容.....	I-1
4. 調査日程	I-2
5. 調査団員	I-2
6. 各国概要	I-2
II アセアン地域における社会保障の現状と課題.....	II-1
1. 社会保障制度の全体像	II-1
2. 医療保障	II-3
3. 年金及びその他の所得保障.....	II-9
4. 社会福祉	II-13
5. 高齢者福祉（介護）	II-16
6. 日本の協力の可能性.....	II-19
Annex 1 税制・地方行財政	1-1
1. フィリピン	1-1
2. インドネシア.....	1-6
3. ラオス	1-11
4. マレーシア	1-13
5. ベトナム.....	1-18
6. タイ.....	1-24
7. カンボジア	1-27
Annex 2 経済・社会基本指標.....	1
1. 人口構造	1
2. 経済指標	8
3. 政府財政	14
4. 社会保障関連支出.....	20
5. 医療資源	26

略語表

【共通】

略語	英語またはその他の言語	日本語
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
CCT	Conditional Cash Transfer	条件付き現金給付
DRG	Diagnosis Related Group	診断群別分類
UC	Universal Coverage	皆保障
FFS	Fee For Service	出来高払い
WHO	World Health Organization	世界保健機関
GIZ		ドイツ国際協力公社
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
MOU	Memorandum of Understanding	覚書
NGO	Non Governmental Organization	非政府組織（団体）
WB	World Bank	世界銀行
AusAID	Australian Government Overseas Aid Program	オーストラリア国際開発局
UNESCAP	United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
JETRO	Japan External Trade Organization	独立行政法人日本貿易振興機構

【フィリピン】

略語	英語またはタガログ語	日本語
4P	Pantawid Pamilyang Pilipino Program	フィリピン家族生計支援プログラム
AHA	Aquino Health Agenda	アキノ保健アジェンダ
AMC	Average Monthly Compensation	標準報酬月額
BMP	Basic Monthly Pension	標準年金月額
CYS	Credited Years of Service	認証雇用年数
DepEd	Department of Education of the Philippines	教育省
DILG	Department of the Interior and Local Government	自治省
DOH	Department of Health	保健省
DOLE	Department of Labor and Employment	労働雇用省
DSWD	Department of Social Welfare and Development	社会福祉開発省
ECOP	Employers Confederation of the Philippines	フィリピン経営者連合
F1	FOURmula One for Health	フォーミュラ・ワン政策
GSIS	Government Service Insurance System	公務員保険制度
HSRA	Health Sector Reform Agenda	保健セクター改革アジェン

略語	英語またはタガログ語	日本語
		ダ
IRA	Internal Revenue Allotment	内国歳入割当
KALAHI-CIDS S	Kapit-bisig Laban sa Kahirapan –Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services	貧困対策のための包括的かつ 統合的社会的サービス提供 計画
KaSAPI	Kalusugang Sigurado at Abot-Kaya sa PhlHealth Insurance	フィルヘルス被保険者拡大 戦略
LGU	Local Government Unit	地方自治体
NAPC	Nationa Anti-Poverty Commission	国家貧困対策委員会
NEDA	National Economic Development Authority	国家経済開発庁
NHIP	National Health Insurance Program	国民皆保険プログラム
NHTS-PR	National Household Targeting System for Poverty Reduction	貧困削減全国世帯捕捉シス テム
OSCA	Office of Senior Citizens' Affairs	高齢者問題事務所
Pag-IBIG/ HDMF	Home Development Mutual Fund	住宅開発互助基金

【インドネシア】

略語	英語またはインドネシア語	日本語
AAJI	Indonesia's Life Insurance Association	インドネシア生命保険業 者協会
AAJI	Indonesia's Life Insurance Association	インドネシア生命保険業 者協会
ASKESOS	Social Welfare Insurance	社会福祉保険
BAPEPAM-LK	The Capital Market and Financial Institution Supervisory Agency	資本市場・金融機関監督庁
BAPPENAS	Indonesian National Development Planning Agency	インドネシア国家開発計 画庁
BLT	Bantuan Langsung Tunai	直接現金給付
BPJS	Social Security and Administrating Bodies	(SJSN 法に基づく) 社会 保障実施機関
BPS	Central Agency on Statistics	インドネシア統計局
DJSN	National Social Security Council	国家社会保障審議会
JAMKESDA	Public Health Security System by Local Governments	地方自治体による公的医 療扶助
JAMKESMAS	Public Health Security System for Low-Income Population	低所得者向け公的医療保 障制度
JAMSOSTEK	Jaminan Sosial Tenaga Kerja	労働者社会保障
JHT	Corporate Old-Age Savings	企業老齢貯蓄
JK	Life Insurance Program for Employees	労働者死亡保障

JKK	Workers Compensation Insurance	労働災害保険
JPK	Employee health security	労働者医療保障
JSLU	Social Cash Transfer for Elderly	高齢者向け現金給付プログラム
JSPACA	Social Cash Transfer for Severely Disabled	障害者向け現金給付プログラム
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOH	Ministry of Health	保健省
MoMT	Ministry of Manpower and Transmigration	労働移住省
MoSA	Ministry of Social Affairs	社会省
MOSE s	Ministry of State-Owned Enterprises	国営企業省
PBI	Penerima Bantuan Iuran	社会的保護のための統合的データベース
PKH	Program Keluarga Harapan	希望ある家族プログラム
PKSA	Social Cash Transfer for Disadvantaged Children	恵まれない子ども向け現金給付プログラム
PNPM Mandiri	Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri	コミュニティ参加型の貧困削減プロジェクト
PODES	Village Potential Statistics	村落潜在力統計
PPLS	Data Collection for Targeting Social Protection Programs	社会保障プログラムのためのデータ収集
PSE	Socio-economic Population Survey	社会経済人口調査
RASKIN	Beras Miskin	米による食糧支援
SJSN	National Social Security System	国家社会保障制度
SUSENAS	National Socio-Economic Survey	国民社会経済調査
THT	Old-Age Savings Program for Government Officers	公務員老齢貯蓄
TKLHK	Social Insurance Program for Workers in Informal Sectors	インフォーマルセクター向け社会保険
TNP2K	The National Team for the Acceleration of Poverty Reduction	国家貧困削減促進チーム

【ラオス】

略語	英語	日本語
AGL	Alliance General Laos	ラオス・アリアンス社
CBHI	Community Based Health Insurance	地域医療保険制度
CRC	Convention on the Rights of the Child	国連こどもの権利条約
DDF	District Development Fund	郡開発基金
DO	District Field Office of Finance	郡財政部
DOS	Department of Statistics	財務省統計局
HEF	Health Equity Fund	貧困者対象医療保険
LECS	Lao Expenditure and Consumption	ラオス支出消費調査

略語	英語	日本語
	Survey	
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOHA	Ministry of Home Affairs	内務省
MOLSW	Ministry of Labor and Social Security	労働社会福祉省
MPI	Ministry of Planning and Investment	計画投資省
NGPES	National Growth and Poverty Eradication Strategy	国家成長および貧困撲滅戦略
NSEDP	National Socio-Economic Development Plan	国家社会経済開発5か年計画
PO	Provincial Field Office of Finance	県財政部
PRF	Poverty Reduction Fund	貧困削減基金
SASS	State Authority of Social Security	国家社会保障庁
SSO	Social Security Office	社会保障庁
VAT	Value Added Tax	付加価値税

【マレーシア】

略語	英語／マレー語	日本語
CWC	Central Welfare Council, Peninsular Malaysia / MAJIS PUSAT KEBAJIKAN SEMENANJUNG MALAYSIA	マレー半島中央福祉協議会
E-Kasih	E-Kasih	低所得者データベース
EPF/ KWSP	Employee Provident Fund / Kumpulan Wang Simpanan Pekerja	被用者積立基金
ICU	Implementation Coordination Unit / Unit Penyelarasan Pelaksanaan	実施調整ユニット
JPA	Public service department of Malaysia / Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia	政府人事院
KPWKM	Ministry of Women, Family & Community Development / Kementerian Pembangunan Wanita, Keluarga dan Masyarakat	女性・家族・地域社会開発省
LIAM	Life Insurance Association of Malaysia / Persatuan Insurans Hayat Malaysia	マレーシア生命保険協会
MOH	Ministry of Public Health / Kementerian Kesihatan Malaysia	保健省
MOHR	Minister of Human Resource	人的資源省
NIAM	National Insurance Association of Malaysia / Persatuan Insurance Kebangsaan Malaysia	マレーシア国家保険協会
1 Malaysia	One Malaysia / Satu Malaysia	1 マレーシア

略語	英語／マレー語	日本語
SOCSO/ PERKESO	Social Security Organization / Pertubuhan Keselamatan Sosial	従業員社会保険制度
Wawasan 2020	Vison 2020 / Wawasan 2020	「ビジョン 2020」。

【ベトナム】

略語	英語	日本語
DOLISA	Department of Labour, Invalids and Social Affairs	省労働傷病兵社会問題事務所
DRG	Diagnosis Related Groups	診断群別分類
DSS	District Social Security	各郡社会保障事務所（VSS 傘下）
GIZ	Gesellschaft fur Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
HSPI	Health Strategy and Policy Institute	保健医療戦略政策研究所 （保健省傘下）
ILSSA	Institute of Labour Science and Social Affairs	労働科学社会問題研究所 （MOLISA 傘下）
ISSS	Insitute for Social Security Science	社会保障科学研究所（VSS 傘下）
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOLISA	Ministry of Labour, Invalids and Social Affairs	労働傷病兵社会問題省
PPC	Provincial People's Committee	省人民委員会
PSS	Provincial Social Security	省社会保障事務所（VSS 傘 下）
VASS	Vietnam Academy of Social Science	ベトナム社会科学学院
VGCL	Vietnam General Confederation of Labour	ベトナム労働総連合
VSS	Vietnam Social Security	ベトナム社会保障

【タイ】

略語	英語	日本語
BAAC	Bank of Agriculture and Agricultural Cooperation	農業・農村組合銀行
BMN	Household Basic Minimum Needs	世帯基礎最低需要データベ ース
CGD	Comptroller General's Department	中央会計局
CSMBS	Civil Servant Medical Benefit Scheme	公務員医療給付制度
CTOP	The Project on the Development of a Community Based Integrated Health Care and Social Welfare Services	タイ国コミュニティにおけ る高齢者向け保健医療・福 祉サービスの統合型モデル

略語	英語	日本語
	Model for Older Persons in the Kingdom of Thailand	の形成プロジェクト (JICA)
CUP	Contract Unit for Primary Care	一次医療契約医療機関
DHO	Dirtrict Health Office	郡保健事務所
GPF	Government Pension Fund	政府年金基金
GSB	Government Saving Bank	政府貯蓄銀行
HSRI	Health System Research Institute	保健医療システム研究機構
IHPP	International Health Policy Program	国際保健政策プログラム
MOF	Ministry of Finance	財務省
MOL	Ministry of Labour	労働省
MOPH	Ministry of Public Health	保健省
MSDHS	Ministry of Social Development and Human Security	社会開発人間の安全保障省
NHSO	National Health Security Office	国民医療保障事務局
NSF	National Savings Fund	国民貯蓄基金
NSFO	National Saving Fund Office	国民貯蓄基金事務局
OPP	Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups	福祉促進・脆弱層強化保護事務局
PCU	Primary Care Unit	プライマリケアユニット
PHO	Provincial Health Office	県保健事務所
RMF	Retirement Mutual Fund	退職者共済基金
SEC	Securities and Exchange Commission Thailand	証券取引委員会
SRM	Strategic Route Map	戦略ルートマップ
SSF	Social Security Fund	被用者社会保障基金
SSO	Social Security Office	社会保障事務局
SSS	Social Security Scheme	被用者社会保障制度
TAO	Tambon Administration Organization	タンボン自治体
THIF	Tambon Health Insurance Fund	タンボン健康保険基金
THPF	Thai Health Promotion Fund	タイ健康増進基金
TPF	Thailand Provident Fund	退職者積立基金
UC	Universal (health) Coverage	UC 制度(固有名詞として)
WCF	Workman's Compensation Fund	労働者災害補償基金

【カンボジア】

略語	英語	日本語
CABDIC	Capacity Building of people with Disabilities in the Community	地域における身体障害者のための能力構築
CARD	Council for Agricultural and Rural Development	農業農村開発協議会
CBHI	Community Based Health Insurance	地域医療保険制度

略語	英語	日本語
CCT	Conditional Cash Transfer	条件付所得移転
CPA	Complementary Package of Activities	活動の補完的パッケージ
C/SDP	Commune/Sangkat Development Plan	コミューン/サンカット開発計画
C/SF	Commune/Sangkat Fund	コミューン/サンカット基金
C/SIP	Commune/Sangkat Investment Program	コミューン/サンカット投資プログラム
DFT	District Facilitation Team	郡の支援組織
DPLA	Department of Local Administration	地方行政局
ESSP	Education Sector Support Project	教育セクター支援プロジェクト
HCP	Health Coverage Plan	保健保障計画
HEF	Health Equity Fund	公平な医療基金
HEFI	Health Equity Fund Implementer	HEF 運用者
HEFO	Health Equity Fund Operator	HEF 管理者
HP	Health Post	ヘルスポスト
HSP	Health Strategic Plan	保健戦略計画
HSR	Health Sector Review	保健セクター調査
HSSP	Health Sector Support Project	保健セクター支援プロジェクト
JFPR	Japan Fund for Poverty Reduction	貧困削減のための日本基金
JPA	Joint Partnership Arrangement	共同協定
JPIG	JPA Development Partner Interface Group	JPA 開発パートナーインタフェースグループ
MOEF	Ministry of Economic and Finance	経済財務省
MOH	Ministry of Health	保健省
MOI	Ministry of Interior	内務省
MOLVT	Ministry of Labour and Vocational Training	労働職業訓練省
MOP	Ministry of Planning	計画省
MOSAVY	Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation	社会問題・退役軍人・青少年更正省
MPA	Minimum Package of Activities	活動の最小パッケージ
MPSP	Ministry of Planning Strategic Plan	計画省戦略計画
NFV	The National Fund for Veterans	退役軍人向け国家基金
NSDP	National Strategic Development Plan	国家戦略開発計画
NSPS	National Social Protection Strategy	国家社会保護戦略
NSSF	National Social Security Fund	国家社会保障基金
NSSF-C	National Social Security Fund for Civil Servants	公務員向け国家社会保障基金
OD	Operational District	運営地区

略語	英語	日本語
ODO	Operational District Office	運営地区事務所
PBCRG	Planning and Budgeting Committee Representative Group	計画・予算委員会代表グループ
PFT	Provincial Facilitation Team	州の支援組織
PRC	Physical Rehabilitation Center	身体リハビリテーションセンター
SFHF	Strategic Framework for Health Financing	保健財政戦略枠組み
SUBO	Subsidy Operator	助成金管理者
SWiM	Sector Wide Management	セクターワイドマネジメント
VRG	Village Representative Group	村の代表グループ

1. 現地調査の概要

1. 調査の背景

1997年のアジア通貨危機および2008年のリーマンショック等に代表される様々な地域的・世界的危機に伴い、アジア諸国においては、各種リスクに備えるための社会保障制度の整備、ないし、既存の制度の見直しに対するニーズが高まっている。アジア諸国においては、国民皆保障の達成、失業保険の有無等、各国の発展段階により制度の整備状況が異なっている。また、制度が導入されていても、その執行や持続性、効率性に関して問題が見られるケースも少なくない。

アジア諸国では、これらの問題に対する制度的助言が必要とされているため、JICAは2006年に「社会保障協力戦略」を策定するとともに協力対象国への援助計画を策定している。しかしながら、「社会保障協力戦略」は包括的な援助方針を示すに留まり、また各国別の援助計画もこれまでは既存の協力案件の周辺情報に特化する傾向があった。そのため、今後の同分野における協力を検討するにあたり、より一層の幅広くかつ具体的な情報が必要とされている。

かかる状況において、社会保障分野のニーズが高まっているアジア諸国（特にASEAN諸国）を対象として同分野の構造的背景も含めた基礎的な状況・情報を収集・把握・分析し、今後の検討に活用することが求められていることから、本調査が計画された。

2. 調査の目的

社会保障セクターにおけるJICAの協力の知見/戦略性や質の向上に資することを前提とし、対象各国における社会保障制度の現状を整理するとともに、当該国の実際の執行上の問題点、制度そのものの改善点等を総合的に分析した上で、これらに基づき今後のJICAによる社会保障分野の協力に対する提言を得ることを目的とする。

3. 調査の内容

フィリピン、インドネシア、ラオス、マレーシア、ベトナム、タイの政府各省・社会保障関連機関、国際機関、研究機関等を訪問し、以下の項目についてヒアリング及び資料収集を行った。また、カンボジアについては机上調査にて下記項目の調査を実施した。

1. 各国における社会保障制度の基本構造
2. 医療保障制度の概要：制度の概要、国民皆保障の状況、医療給付の内容、民間医療保険市場の状況。
3. 労働者社会保障制度の概要：制度の概要、保険料率等の基本的情報、基金運用の状況等
4. 社会福祉サービスの概要：低所得者層に対する給付制度の状況等。
5. 高齢者政策の概要：高齢者に対する給付、高齢者施設等の整備状況等。

6. 社会保障制度における今日の課題及び日本の協力の可能性。

4. 調査日程

フィリピン、インドネシア、ラオス、マレーシア、ベトナム、タイの現地調査の調査日程については、別添・調査日程表を参照されたい。

5. 調査団員

本調査の団員及び担当は以下のとおりとなっている。

担当	氏名	担当国	所属
総括/社会保障セクター総合分析	岩名 礼介	タイ	三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング株式会社
社会保障セクター分析 1	武井 泉	ラオス	同上
社会保障セクター分析 2	秋山 卓哉	フィリピン	同上
社会保障セクター分析 3	橋本 和子	インドネシア	同上
社会保障セクター分析 4	森下 翠恵	マレーシア	同上
社会保障セクター分析 5	多田 和年	ベトナム	同上
業務調整/セクター分析補助	鈴木 俊之	カンボジア	同上

6. 各国概要

(1) フィリピン

フィリピンにおいて、公的医療保険はフィリピン医療保険公社(PhilHealth/PHIC : Philippines Health Insurance Corporation、以下フィルヘルス)に一元化されている。他方、所得保障については、民間被用者を対象とした所得保障制度は社会保障機構(SSS : Social Security System)、公務員を対象とした所得保障制度は公務員社会保障機構(GSIS : Government Service Insurance System)がそれぞれ担っている。社会保障制度の整備について、国民皆保障の実現がフィリピンにおける最重要課題の一つであるが、国民皆保障の実現にはカバレッジの拡大と自己負担率の軽減という 2 つの課題の克服が必要である。フィルヘルスの公式発表によると、フィルヘルスのカバレッジは 80%を超えるとされているが、この数字が実態を反映していないことはフィルヘルス自体認めていることであり、研究者によってはカバレッジを 30%台と推計している。医療費の自己負担率は 2008 年には 82.5%に及んでいるが、医療費自己負担率が高い背景として、フィルヘルスが「年金思考」に陥っており、給付額を抑制していることが指摘されている。

また、近年の特筆すべき展開として、社会福祉開発省(DSWD)による貧困削減全国世帯捕捉システム(NHTS-PR : National Household Targeting System for Poverty Reduction)の開発が挙げられる。1991年地方自治法により社会保障政策に関わる権限の多くが地方自治体に移譲されたため、国の社会福祉政策についても、受益世帯の選定を地方自治体に依存せざるを得なかった。NHTS-PRの開発により、国主導の受益世帯選定が可能となる。NHTS-PRは条件付き現金給付(CCT)の受益世帯選定に活用されており、NHTS-PRによって、より効果的かつ効率的なCCTの実施が期待される。

(2) インドネシア

インドネシアにおいては、2004年10月に「国家社会保障制度に関する法律 2004年40号」(SJSN法: National Social Security System Law)が制定され、2014年(年金については2029年)に向けて、国民皆保障へ向けた取り組みがなされている。

既存の医療保障では、公務員医療保険(ASKES)、民間企業向けの労働者医療保障(JAMSOSTEK : JPK)、③低所得者向け公的医療保障(JAMKESMAS)、④地方自治体による公的医療保障(JAMKESDA)の4つが存在しているが、インフォーマルセクターを中心に無保険者が多いのが現状である。今後は、異なる既存のプログラムの統合の取り組みとともに、こうした無保険者層へのカバレッジの拡大が課題となる。

所得保障では、公務員を対象とした、公務員年金(TASPEN)及び公務員老齢貯蓄(THT)、JAMSOSTEKによる企業老齢貯蓄(JHT)、労働災害保険(JKK)、労働者の死亡保障(JK)及びインフォーマルセクター向け社会保険(TKLHK)並びに社会福祉保険(ASKESOS)が存在する。これらの保険のうち、毎月一定額が支払われる年金は、公務員年金(TASPEN)のみであり、民間被用者向けの年金は、一時金払いであり、実質的には失業保険として機能しているのが現状である。また、インフォーマルセクターのみならず、フォーマルセクターにおいてもカバレッジはきわめて低いのが現状である。

貧困対策では、インドネシアにおいては、2005年の燃料補助金削減による貧困層への激変緩和措置として、海外ドナーの支援を得て様々な貧困対策プログラムが実施されている。高齢化対策では、今後インドネシアでも高齢化が進むことが予測されているにもかかわらず、十分な取り組みがなされていないのが現状である。今後は、高齢者介護の現状の分析、高齢者介護を行う人材の育成が課題となる。

(3) ラオス

ラオスでは、現行の医療保障制度として、①公務員社会保障制度(CSS : Civil Servants' Scheme)、②被用者社会保障制度(SSS : Social Security Scheme)、③地域医療保険制度(CBHI : Community Based Health Insurance)、④貧困者対象医療保険(HEF : Health Equity Fund)の4つがあり、所得保障制度としては、公務員向けのCSSとSSSのみが存在し、インフォーマルセクターへの制度は存在しない。

2020年の皆保障化に向け、CSSとSSSの制度統合、CBHIとHEFの制度統合がそれぞれ検討されているが、それぞれのカバレッジも低く、現実的には困難が予想される。また、社会保障費、特に社会的扶助のほとんどを外部資金（援助）に依存しており、財政面での自立性も課題となっている。優先課題としては、医療サービスの質・量の側面からの改善・拡充であり、同時に各制度のカバレッジの向上への取組みも必要となっている。

(4) マレーシア

医療保障については、公立医療機関では無料或いは少額の自己負担で医療サービスを提供しており、国民皆保障が成立している。しかし、公立医療機関では既に民間医療機関の格差が顕在化し、現在の皆保障では財政的な限度があることから、社会保険方式の導入について議論が始まっている。

所得保障面を見ると、マレーシアには失業保険は存在しないが、被用者積立基金（EPF）や従業員社会保障機構（SOCSO）が補完的な役割を果たしている。民間企業の従業員は、退職後にはEPFによる積立金を引き出して生活に充てている。なお、公務員に対しては、政府年金制度（GP）による独自の医療保障や所得保障が存在する。

社会扶助としては、低所得世帯の適切な把握、管理、支援を目的とし、E-Kasihと呼ばれる統一データベースを構築し、貧困層削減の目標を掲げている。

高齢者福祉については、実情としてNPOやコミュニティのボランティアへの依存が大きく、今後の課題となっている。

(5) ベトナム

ベトナムの社会保障制度の特徴は、医療保障と所得保障が統合されている点である。また、公務員と民間企業被用者との間で社会保障制度上の待遇に区別がない点も特徴的である。医療保障では、国民が職業や年齢の属性によって25のグループに分類されており、そのグループが加入義務と財政方式によって、保険料を支払う仕組みになっている。医療保障における課題は、10年以内に高齢化時代に入ると予想されている状況で、医療財政を維持するために、抜本的な診療報酬支払方式の改革が必要な点である。所得保障では、給付内容によって長期保険と短期保険に分かれている。所得保障の問題点は、医療保障に比べてカバレッジが低いことと、医療保障と同じく財政の維持が困難な点である。公的扶助に関しては、国家的な貧困削減プロジェクトが多数実施されているが、総人口の1.3%を占めると予想される最貧困層の状況をまだまだすべて捕捉しきれないことと、公的扶助の予算が少ないために、1人当たりの給付額が少なく、なかなか受給者が貧困から抜け出せないという問題がある。高齢者ケアについては、政府と共同で高齢者協会が主導的に動いている点もベトナムの特徴である。現在高齢者の介護は家族やコミュニティが対応しているが、今後高齢化が進むと、彼らでは対応しきれなくなることが予想され、プロの介護士の導入が必要になる

可能性がある。そのためにも、高齢化対策に対応できる専門家を各関連省庁に要請することが急務となっている。

(6) タイ

医療保障では、公務員医療給付制度（CSMBS：Civil Servant Medical Benefit Scheme）、民間企業の従事者を対象とした SSS(Social Security Scheme)に加え、既存の制度に加入していないすべての国民を対象とする税方式の UC 制度が創設されたことで、医療における国民皆保障を実現した。現在は各制度の給付水準や財政方式の調和（Harmonization）が中心的な課題となっており、特に CSMBS の費用管理に関心が集まっている。

所得保障では、主に、公務員を対象とした、政府年金基金（GPF：Government Pension Fund）、被用者社会保障制度（SSS：Social Security Scheme）及び退職金積立基金（TPF：Thailand Provident Fund）で構成されている。2012年5月からは、国民貯蓄基金（NSF：National Savings Fund）が創設され、既存の制度に加入していないインフォーマルセクターを対象とした制度も実施された。SSSにおいても、インフォーマルセクター向けの任意加入制度が拡充されており、今後の動向が注目される。制度は数多く整備されつつあるが、それぞれのカバレッジが必ずしも完全ではないため、無保険、無保障状態の労働者は依然として多い状況である。特にインフォーマルセクターは所得の把握ができないこと、継続的な拠出が困難なことから、カバレッジの拡大が遅れている。

また、タイでは、今後、日本以上に急速に高齢化が進展することが予測されており、高齢者介護を地域で支えるための専門的な人材の育成が急務になっている。

(7) カンボジア

カンボジアの医療保障制度は、全国を対象に包括的に導入されたものは現在のところ存在せず、貧困層を対象とした「公平な医療基金（HEF：Health Equity Fund）」や「地域医療保険制度（CBHI：Community Based Health Insurance）」が、NGOなどによって個別に運営されているのみである。また、所得補償制度としては、民間のフォーマルセクターを対象とした NSSF や、公務員を対象とした NSSF-C、退役軍人を対象とした NFV が設立されるなど、制度の整備が進められているところである。

しかしながら、特に医療保障制度については、現状においても外部資金への依存度が高いことが問題となっている。また、医療サービスの質や量（医師数や医療施設の設備水準など）も周辺諸国と比較して遅れている状況であるなど、まずはヒト・モノ・カネなどの基本的な医療資源の充実が大きな課題であるといえる。

別添 調査日程表

1. フィリピン (2012年2月5日～2月14日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	秋山	
2月5日 (日)	11:55	マニラ着 (TG620)		
2月6日 (月)		アポイント 調整		
2月7日 (火)	13:35		マニラ着 (JL741)	
	15:30	JICA フィリピン事務所		Mr. Masanori Kurisu, Senior Representative Ms. Chrisitna Santiago, Senior Program Officer
2月8日 (水)	11:00	ILO		Ms. Hilda Veronica Tidalgo, Senior Programme Assitant Ms. Lourdes Kathleen Santos, Programme Assistant
	14:00	SSS		Mr. Daniel L. Edralin, Commissioner Ms. Nora Mercado, Department Manager Mr. Miguel E. Roca Jr., Senior Vice President Ms. Van Rene M. Orpilla, Department Manager Ms. Agnes E. San Jose, Vice President
	16:30	Pag-IBIG		Ms. Darlene Marie B. Berberabe, President/Chief Executive Officer
	19:00	Philippines Institute for Development Studies		Mr. Oscar Picasso Mr. Val Ulep
2月9日 (木)	10:00	Private Insurance Company		Ms. Sarah Belle Somera, Accredited Independent Agent
	13:00	Department of Health		Ms. Nobuko Yamaguchi Ms.
	15:00	GSIS		Mr. Mario Mayong J. Aguja, Trustee
	17:30	ADB		Ms. Patricia Moser, Lead Health Specialist
2月10日 (金)	13:00	PhilHealth		Mr. Alexander A. Padilla, Chief Operating Officer Ms. Leizel P. Lagrada, Head Executive Staff
	18:00	Department of Social Welfare and Development		Ms. Alicia R. Bala, Undersecretary Ms. Lynnette Y. Bautista, Director IV Ms. Rodora T. Babaran, Deputy Project Manager Mr. Vincent Andrew T. Leyson, Director III Mr. Edgar G. Pato, Director III
2月11日(土)		マニラ発 (SQ917)		
2月12日(日)				
2月13日 (月)	7:30		Department of Education	Ms. Riwena L. Dela Cruz Mr. Juan R. Araojo Jr., Office of the Assistant Director
	10:30		WHO	Ms. Ke Xu, Health Care Financing Team Leader Mr. Chris D. James, Technical Officer
2月14日 (火)			マニラ発 (JL746)	

2. インドネシア (2012年2月12日～20日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	橋本	
2月12日 (日)	19:25	ジャカルタ着 (SQ966)		
2月13日 (月)	13:00	Ministry of Health		Mr.Kamal Zaman Mr.Usman Sumantri, Head of Community healthcare Financing, Center for Health Financing and Health Insurance
	16:00	P.T.Avrisk Assurance		Mr.YasuoSato,VicePresident Mr.Akira Ishihara,Vice President Mr.Tatsuo Sasaki,Manager
2月14日 (火)	13:30	JAMSOSTEK		Dr.Rifai Siregar, JPK Service Ms.Helen Mey Linda P. Siboro, JPK Service Dr. Mas'ud Muhammad,Head of Services Division Health Insurance
2月15日 (水)	9:00	Ministry of Manpower and Transmigration		Ms.Etik Sugiyarti, Deputy Director of Social Security Workers, Employment Relations Mr.Achmad Djunnaidi, Head of deputy director of TKLHK(Informal Sector Workers)
	11:15	JICA インドネシア事務所		
	12:30	TNP2K		Mr. Prastuti Soewondo, Chair of Health Working Group
	14:00	Ministry of Social Affairs		Ms.Utami Dewi, Deputy Director for Social Security Ms.Tarmi,SST, Staff of Deputy Director for Social Security Cooperation
2月16日 (木)	08:30	Ministry of Finance		Mr. Isa Rachmatarwata, Head of Insurance Bureau
	14:00	JAMKESDA		Dr. Enny Ekasari, Department of Helth
2月17日 (金)	10:00	Ministry for People's Welfare		Dr. Ir. Sujana Royat, Deputy to the Minister for Poverty Alleviation and Community Empowerment Ms.Fatimah Sari Nasution, Policy Coordinator Consultant
	17:30	JICA インドネシア事務所		
2月18日 (土)	13:05	ジャカルタ発 (TG434)		
2月19日 (日)				
2月20日 (月)	16:00		AAJI/ InHealth	Mr.Benny Waworuntu, Excecutive Director (AAJI) Dr.Rosa Ch Ginting,Chief ExcecutiveOfficer (Inhealth)
	20:25		ジャカルタ発 (SQ967)	

3. ラオス (2012年2月19日～2月23日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	武井	
2月19日 (日)		ビエンチャン着 (TG574)		
2月20日 (月)	14:00	State Authority of Social Security		Ms. Vanxay
2月21日 (火)	8:30	SSO		Mr. Padeumphone
	10:00	Ministry of Health		Dr. Kitsada Dr. Bouaphat, CBHI Div, Department of Planning and Finance
	16:00	WHO		Ms. Vareria
2月22日 (水)	8:30	Social Security Department, Ministry of Labour and Social Welfare		Dr. Yangkou Yangluesai
	10:00	ADB		Ms. Barbara Lochmann, Senior Social Sector Specialist
	14:00	International Red Cross		Mr. Buram
	15:30	UNDP		Ms. Phanchinda Lengsavad
2月23日 (木)	8:30	Welfare Department, Ministry of Labour and Social Welfare		Mr. Pashit
	10:00	Ministry of Health		Dr. Viengsay, Health Equity Fund Div., Department of Planning and Finance
	14:00	JICA ラオス事務所		
	16:00	Alianz General Insurance		Mr. Khamseang, Health Insurance Division
	21:50	ビエンチャン発 (TG575)		

4. マレーシア (2012年3月4日～3月10日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	森下	
3月4日 (日)	18:30	クアラルンプール着 (JL723)		
3月5日 (月)	10:30	Central Welfare Council		Mr. Datuk Hj. Maskita Junaidah bt Haji Husin, President
	13:00	Ministry of Health		Mr. Datuk Dr. nor Hashim b Abdullah, Deputy Director General of Health
	16:00	CARDAS		Ms. Mandy
3月6日 (火)	8:30	National Insurance Association Malaysia		Mr. C. Kumaran, Chairman
	14:30	Ministry of Finance		Dr. Sundaran Annamalai, Head of Economy Analysis and International Division Mr. Lim Seng Gim, Head, Macro Economic Section
	17:00	Social Security Organization		Mr. Datuk K. Selvarajah, CEO
3月7日 (水)	9:00	Ministry of Women, Family and Community Development		Mr. Hadzir bin Md Zain, Director General of Social Welfare Department
	16:00	Ministry of Human Resources		Mr. Jai Kumar, Pegawai Perhubungan Perusahaan
3月8日 (木)	11:30	Ministry of Health		Dr. Rozita Halina bt Tun Hussein, Deputy Director, National Health Financing Unit, Planning and Development Division
	14:00	Ministry of Women, Family and Community Development, Department of Social Welfare, Senior Citizen and Family Division		Pn. Ruhainni, Senior Principal Assistant Director, Division of Senior Citizen and Family
	15:00	JICA マレーシア事務所		
3月9日 (金)	9:30	Employees provident Fund		Mr. A. Huzaim Abdul Hamid, Head of Department, Strategic Operation Department
	12:00	Prime Minister's Office, Department of Public Service		Mr. Dato Yeow Chin Kiong, Director of Post-Servie Division, Pension Division
	14:30	Implementation and Coordination Unit, Prime Minister's Department		Mr. Dato Rosni Abdul Malek, Pengarah Bahagian Technology dan Maklumat, IT Director ICU
	22:50		クアラルンプール発 (JL724)	
3月10日 (土)	9:45	クアラルンプール発 (MH752)		

5. ベトナム (2012年3月10日～3月17日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	多田	
3月10日 (土)	12:10	ハノイ着 (MH752)		
3月11日 (日)	22:25		ハノイ着 (JL751)	
3月12日 (月)	10:00	Prevoir Vietnam Life Insurance Company Limited		Hoang Hoai Giang
	14:00	Centre of Nurturing Old People and Children		Do Duc Hoan, Director
3月13日 (火)	8:30	Department of Social Insurance, MOLISA		Tran Thi Thuy Nga, Director General
	14:00	Department of Social Protection, MOLISA		Dang Kim Chung, Deputy Director General Nguyen Van Hoi, Deputy Director
	14:40	Department in charge of elderly care, MOLISA		Dang Kim Chung, Deputy Director General Nguyen Van Hoi, Deputy Director
	15:20	Department in charge of social worker development, MOLISA		Dang Kim Chung, Deputy Director General Nguyen Van Hoi, Deputy Director
	16:30	JICA ベトナム事務所		Miura Ai
3月14日 (水)	10:00	Department of Planning and Finance, Ministry of Health		Nguyen Loang Long, Vice Director
	14:00	Vietnam Association of the Elderly		Pham Ngoc Tran Dang Tai Tinit
3月15日 (木)	7:30	Department of Health Insurance, Ministry of Health		Nguyen Hoang Long, Vice Director
	9:30	Ministry of Finance		Thuy
	14:00	Provincial People's Committee		
3月16日 (金)	0:30		ハノイ発 (JL5944)	
3月17日 (土)	10:40	ハノイ発 (TG561)		

6. タイ (2012年3月17日～3月24日)

月日	時間	活動/訪問先		面談者
		岩名	武井	
3月17日 (土)	12:30	バンコク着 (TG620)		
	17:00	MOPH		Dr. Viroj Tangcharoensathien, International Health Policy Program
3月18日 (日)			バンコク着 (JL033)	
3月19日 (月)	9:30	MOPH		Mr. Takebayashi, JICA Advisor
	11:30	MOPH		Mr. Charnvit Tharathep, Senior Adviser
	15:30	NHSO		Dr. Weerawat, Deputy Secretary General
3月20日 (火)	8:30	Health System Research Institute		Dr. Tthaworn Sakunphanit
	10:00	MOPH		Dr. Nantasak Thamanavat, Department of Medical Service
	14:00	Ministry of Finance		
3月21日 (水)	9:00	SSO		
	14:00	MOPH		Mr. Ekachai, Elderly Care
3月22日 (木)	10:00	Ministry of Social Development and Human Security		Ms. Swan, Public Assistance and Elderly Care Infrastructure
3月23日 (金)	8:30	The General Insurance Association		Mr. Rutchai
	10:00	Ministry of Interior		Mr. Hirayama
	13:00	JICA タイ事務所		
	22:20		バンコク発 (JL034)	
3月24日		バンコク発		

II アセアン地域における社会保障の現状と課題

1. 社会保障制度の全体像

(1) 社会保障構築の歴史的文脈

欧州諸国における現在の社会保障制度は、産業革命を契機に、19世紀後半から、労働力の再生産や産業の効率性の向上、社会統治など、様々な文脈の中で一世紀以上を経て構築されてきた。ドイツでは19世紀末のビスマルク時代に社会統治のための手段として労災保険が導入された。20世紀初頭のイギリスでは、植民地政策を保持するための強大な国力（労働力と軍隊）の維持という観点から、社会保障制度の整備が進められた。

日本は欧州に遅れること数十年、急速な産業化と近代化によって、欧州諸国に競合しうる国力を保持し、社会保障制度も欧州諸国を範としてその開発を進めてきた。日本でも、20世紀の初頭以来、社会主義運動への対応や、戦意高揚など複数の文脈の中で社会保障制度が構築されてきた。

アセアン諸国もまた、経済成長によって発生した所得格差や地域間格差を是正するため、とりわけ1990年代以降、所得再配分メカニズム（社会保障制度）の構築を進めた。1997年の通貨危機と2008年のリーマンショックは、社会的なセーフティネットの整備をアセアン諸国の政府に強く動機付けた。またマレーシアやタイ、フィリピンといったアセアンにおける社会保障構築の先行国では、社会保障制度の整備が選挙の大きな争点となることも多くなっており、統治や社会統合の意味合いも徐々に大きくなってきている。また、教育や衛生など、子どもの健全な育成が、将来の国家の発展に寄与するという理解は、途上国の保健関係者の中では、これまで以上に強く意識されており、こうした点は、かつての先進国と同様である。

他方、一部のアセアン諸国における高齢化の速度は速く、欧州諸国が数世代をかけて高齢化の対応をとってきたのとは異なり、次の20年間での対応を迫られることになる。さらに、経済的には1990年代にアセアン諸国が体験したような経済成長を、これから20年の間に再び経験できる可能性は低いとの認識が一般的である。したがって、アセアン諸国は、いかにして低成長の中で、低コストの方法で、社会保障体制を構築し、高齢化に対応するかといったことが共通の課題になっている。こうした課題は、かつての欧州諸国には見られなかった新しい課題である。

また産業構造の違いも指摘される。アセアン諸国においては、一定水準の経済成長を遂げた現在においても、人口の大半が農村社会で生活しており、貨幣経済のみで生計を立てる層は限定的である。所得の再配分メカニズムとしての社会保障制度は、特に社会保険制度においては、保険料徴収の仕組みを組み込めるかどうか、持続可能な社会保障制度を構築する上で重要である。現金収入が限られている層が大半を占める諸国において、どのように持続可能な制度を設計するかは、大きな挑戦でもある。

(2) 中央集権と地方分権からみた政策の方向性

中央集権と地方分権は社会保障制度の構造を検討する上で、重要な視点である。一般的に所得保障制度は、全国統一の基準および運営機関によって運営される傾向があり、地方分権化の影響を受けにくい。年金記録の管理や保険料徴収といった制度上の事務は、ほとんどの調査対象国において、中央政府の出先機関か中央の社会保障運営機関の地方支局が担当しており、自治体が関与することはない。

他方で、医療保障制度は、財政だけでなく、地域ごとに異なる医療提供体制と強く関係していることから、実際に保障される水準について地域間格差を生み出すことがある。

インドネシア及びフィリピンでは、公務員や企業労働者向けには、全国で統一的な制度が構築されているが、低所得者層や、個人事業主などのいわゆるインフォーマルセクター向けの制度は、地方毎に保障の水準が異なる制度が整備されている。こうした多様性は、制度の効率的かつ効果的な、そして適切な拡大を推進していく上で必ずしも有利とはいえないため、近年は、両国とも多様化を抑制し、可能な限り統一的な制度に収斂させる方向にある。

インドネシアでは、低所得者や準低所得者層向けの全国統一制度である JAMKESMAS を補完する形で自治体毎に異なる基準をもつ JAMKESDA が運営されてきたが、両制度ともに低所得者を対象とした制度であり、JAMKESDA の JAMKESMAS への統合を検討している。また、フィリピンはフィルヘルスが統一的に制度を運営し、保障水準は統一されてきたものの、貧困者プログラムは地方自治体の財源拠出によって実施されてきたこと、また各地域の政治的な意図によって必ずしも適切な対象者に給付が行われてこなかったとなどから、2011 年より全国的に統一された指標を用いた貧困層の捕捉システムを貧困者プログラムに導入するとともに、把握された貧困者プログラムの財源は、従来の地方自治体財源から中央に再度移管された¹。

他方、マレーシアやベトナムは、歴史的に中央集権型の社会保障制度が構築されており、中央政府の権限により統一的な制度設計が行われている。特にマレーシアは、社会保険方式を採用せず、税財源による医療保障制度によって早い段階から国民皆保障を実現してきた点に特徴がある。ベトナムは、医療保障、所得保障の双方が、統一された組織下で運営され、また公務員と企業従事者も完全に制度統合されているという点でアセアン諸国の中では、唯一の存在である。

タイは、元来、中央集権的な社会保障制度を構築してきたが、1999 年の地方分権法以降、保健省のもつ予算の大半が地方に移管され、医療提供の地方分権化が進められた。しかし、タイ政府は地方分権化と同時に医療財政については、中央集権的な予算配分制度を構築したため、現在も中央の影響力が大きい状況が続いている。

¹ ただし、引き続き地方自治体独自で対象者を特定し、貧困者プログラムに基づく医療提供を行うことは容認されている。

2. 医療保障

(1) 医療保障の普遍化の意味

過去 20 年における医療保障の普遍化への過程は、アセアン諸国の社会保障構築における最も明確な目標の一つであった。タイの国民医療保障事務局（NHSO : National Health Security Office）の初代事務局長で、UC 制度(Universal Coverage Scheme)の創設に尽力した Sanguan 博士は、「全国民が、ニーズと選好に基づき、所得水準や社会的地位、居所の違いに関わらず、良質なサービス（中核的な保健医療サービス）にアクセスできるような状況」と定義している²。

しかし、「中核的な保健医療サービス」の内容は、国の保健医療サービスの整備状況によっても異なるため、現実の制度整備においては、法律上の規定として普遍化が成し遂げられていても、財政的な能力や運営実施能力の欠如等によって、実質的には、全国民にサービス利用が保障されているとは言えない状況も見られる³。

図表 II-1 医療保障に関する調査対象国の概要

	日本	マレーシア	タイ	インドネシア
人口	1 億 2,000 万	2,800 万	6,550 万	2 億 4,000 万
医療支出に対する自己負担率	14.3%	34.2%	13.9%	38.3%
形式的皆保障 (達成又は目標年)	○ 1961 年	○	○ 2002 年	× (2014 年目標)
公務員向け 医療保障	国家公務員共済組合 地方職員共済組合	税方式による 医療提供	CSMBS (公務員医療給付)	ASKES 公務員医療保険
拠出/無拠出	拠出	無拠出	無拠出	拠出
加入者数	900 万	—	590 万人	1,650 万
企業被用者向け医療保障	組合健康保険 協会管掌健康保険	税方式による 医療提供	SSS (被用者社会保障)	JAMSOSTEK 労働者医療保険
拠出/無拠出	拠出	無拠出	拠出	拠出
加入者数	3,000 万/3,500 万	—	900 万	500 万
その他・インフォーマル医療保障	国民健康保険 後期高齢者医療	税方式による 医療提供	UC 制度 任意加入の SSS	JAMKESDA JAMKESMAS
拠出/無拠出	拠出	無拠出	無拠出 拠出	無拠出 無拠出
加入者数	3,900 万/1,400 万	—	4,700 万 165 万	5,000 万 7,600 万
全体のカバレッジ	ほぼ 100%	100%	ほぼ 100%	65%
医療提供体制 民間：公立※1	民間が主体 75：25	民間が主体 62：38	公立が主体 n.a.	公立が主体 40：60

² Nitayarumphong, Sanguan (1998) Achieving Universal Coverage of Health Care. また WHO は「皆保障(UC)、または医療皆保障(UHC)とは、すべての人々が効果が得られるに十分な品質の健康増進、予防、治療、リハビリテーションサービスに、金銭的な困難にさらされることなくアクセスできる状態」と定義している。

³ また、国際的にも UC を達成したと認識されている先進諸国でも、低所得者を対象とした医療制度の網から漏れ、無保険・無保障の状態に置かれている少数者が存在することも事実である。フィリピンのように、人口の約 80% がカバーされれば普遍化していると考えられる国もあるなど、普遍化の概念は、厳密には幅広い解釈が存在する。

	フィリピン	ベトナム	ラオス	カンボジア
人口	9,400 万人	8,700 万人	620 万人	1,400 万人
医療支出に対する自己負担率	54.0%	57.6%	51.2%	40.4%
形式的皆保障 (達成又は目標年)	×	×	×	×
		(目標年未設定※6)	(2020 年)	
公務員向け 医療保障	PhilHealth (被用者プログラム)	SHI (社会医療保険) 医療提供	SASS 公務員医療給付	NSSF-C (計画中)
抛出／無抛出	抛出	抛出	抛出	—
加入者数	594 万人	230 万人	45 万人	—
企業被用者向け 医療保障	PhilHealth (被用者プログラム)	SHI (社会医療保険) 医療提供	SSS 被用者社会保障	NSSF (計画中)
抛出／無抛出	抛出	抛出	抛出	—
加入者数	1,779 万人	660 万人	12 万人	—
その他・インフォーマル 医療保障	PhilHealth (貧困プログラム等)	SHI (社会医療保険) 医療提供	CHBI HEF	CHBI HEF
抛出／無抛出	無抛出	抛出	抛出 無抛出	抛出 無抛出
加入者数	3,894 万人	4,600 万人	14 万人 50 万人	14 万人 330 万人
全体のカバレッジ	82%又は50%程度※7	63.71%	19.5%	24.6%
医療提供体制 民間：公立※1	民間が主体 60:40	公立が主体 n.a.	公立が主体 n.a.	公立が主体 n.a.

※1：病院数の比率

※2：概数のため総人口と各制度の加入者数の内訳の合計は一致しない。

※3：加入者数は、被扶養家族等、受給権者数を含む実態数ベース（JAMSOSTEK を除く）。

※4：原則として全体のカバレッジは、実態ベースとした。

※6：ただし、2015 年段階では 73%の達成を目標と設定している（ベトナム）。

※7：公式には 82%としているが、被保険者数に平均世帯人員数を乗じた数字といわれ、データを発表している PhilHealth も問題のある数字としている。研究者によると 50%という指摘もある。

出所：各種資料から三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成

本報告書では、法的・制度的に、全国民が医療サービスを利用できる環境が準備された上で、実際の運用上も、制度間で一定のサービスの質の格差があったとしても、生存にかかる基礎的な保健医療サービスの利用が実現している段階を医療保障の普遍化と捉えており、今回の調査対象国では、マレーシアとタイが、これに近い状況に該当すると考えられる。

(2) カバレッジの拡大

すべての調査対象国において、医療保障制度の拡大と普遍化（UC 化）が課題となっている。マレーシアは、調査対象国の中で唯一、税財源を基本とする統一的な医療保障制度体制をとっているが、最低限度の医療という意味では、全国民が公的医療サービスの利用が保障されているものの、実態としては、富裕層が民間医療保険をもとに民間医療機関で受診し、富裕層以外（人口の約四分之三）は公的医療サービスを利用するなど、二層化している。現在は、こうした「2 つの国民」状況を改善するため統一した社会保険方式への転換も視野にいた議論が進められている。今後、現行制

度の社会保険化が進められれば、保険料徴収の難しさなど、他の ASEAN 諸国が経験してきたカバレッジ拡大の困難に直面することになるだろう。

タイ、インドネシア、フィリピン、ベトナム、ラオスはそれぞれ程度の違いはあるものの、いずれも社会保険方式による医療保障制度の拡大を軸に、保険料拠出が困難な層に対して無拠出型の制度を採用し、皆保障を志向しているという点で共通している。いずれの国も民間フォーマルセクターは、社会保険方式を採用していることから、今後、経済の発展にともない、フォーマルセクター自体が拡大すれば、徐々に、社会保険のカバレッジが拡大すると考えられる。

他方、低所得者層へのカバレッジは、保険料徴収の難しさから、無拠出型の制度を採用することが多い。インドネシア、フィリピン、ベトナムなど、既存制度のカバレッジがすでに 50%を超えていると推定される国々では、受益する低所得者層の特定が適切に行われ、財源の持続可能性が担保されれば、今後、さらにカバレッジが拡大するだろう。ラオス、カンボジアは、財政の自立性を担保することがカバレッジの拡大に優先される。

(3) 給付水準の充実

カバレッジの議論において、さらに必要な視点は、医療費支出の全体に対する給付率であり、受給者側からの視点からは、自己負担率の低下が重要な意味をもつ。また、医療保障制度が給付対象とする範囲、すなわち、医療行為、手術、薬剤、疾病の種類などが、どの程度まで患者の日常的な医療ニーズに対応しているかという点も、あわせて重要である。

タイの医療保障の優れている点は、低所得者層の実質的な医療費の自己負担率が ASEAN 諸国の中で最も低いという点にある⁴。また、部分的ではあるが腎代替療法や抗レトロウイルス薬など高額な治療や薬剤も給付対象になるなど、医療保障制度としては、高い水準でカバーされている。

フィリピンでは、カバレッジそのものは、6割近くに達していると考えられているが、自己負担率が高く、医療費の 80%以上は、自己負担によって賄われており、医療保障に対する不満は非常に高いといわれている。

また、医療資源が限られているために、医療の提供が実態としては、一次医療にとどまってしまうという問題もある。ラオスやカンボジアに限らず、人頭払い（Capitation）などの総額予算方式（Global Budget）をとっている医療制度（ほとんどの制度が総額予算方式である）では、予算の不足や、医療機関・医師の不足によって、満足度の低いサービスしか提供されないという状況もある。こうした給付率の視点は、客観的な計測が難しい場合も多いが、各国の医療保障をより精緻に評価していく上で、重要である。

⁴ 医療費支出に占める自己負担率は 13.9%で、日本の 14.3%よりも低い水準にある。

(4) 医療資源の整備

社会保障制度が実効性をもって国民の生活を保障するためには、財政システムとしての医療制度の整備だけではなく、前提として一定の医療資源が準備されていることが重要である。また、単なる量的に十分であるかどうかだけでなく、その資源の配置においても、地域偏在を極力なくし、ニーズにあった配置がなされているかどうか問題になる。

たとえば、タイは、医師数が少ないものの、全国くまなく整備されたヘルスセンターやコミュニティ病院をはじめとする地域偏在の小さい一次医療を重視した医療資源整備が行われている。他方、医師や看護職員数は多いものの、多くが海外で就労しているフィリピンでは、病床は少なく、医療資源は必ずしも高い水準にあるとはいえない。カンボジアやラオス、インドネシアは、医師数、看護師数、病床数ともに低水準にあり、医療保障制度も重要な課題であるが、医療資源の整備も平行して推進していく必要がある。

(5) 制度間のハーモナイゼーション

カンボジアを除くすべての調査対象国では、医療保障について、理論的には、すべての国民を給付対象とする制度が出揃っており、今後は、それぞれの制度の給付の充実と、実加入者数の拡大が課題となっていく。

制度の拡大が一定の水準を超えると次の課題として、制度間のハーモナイゼーション(調和：制度間の差異の縮小)の問題が提起される。一般的に、公務員向け制度は、給付条件が他制度に比べ有利で、低所得者層向けには、制約の多い制度となっていることが多い。こうした差異は、制度創設時は問題とならないが、制度の拡充と成熟に伴い、医療機関側の事務負担が課題になる上、整合性のとれた全体的な保健医療政策を策定する上でも障壁となる。また、被保険者や納税者の理解を得ることも難しくなっていく。

こうした問題は、すでにタイでは 2002 年以來、10 年にわたり制度間格差の解消に努めているが、進捗は必ずしも順調ではない。インドネシアは 2013 年の BPJS の設立を控え医療保障についても制度間の差異を縮小させていくことが今後の課題となるだろう。マレーシアでは税方式の単一システムが完成しているにもかかわらず、公的医療サービスが不十分なため、民間医療保険市場が拡大し、両者の格差が問題となっており、改めて統一的な社会保険方式による医療保険制度導入が検討されているが既存制度との調和は非常に困難な課題である。ラオスは、すでに制度の統合に着手している段階にあるが、医療サービスそのものの拡充や個々の制度のカバレッジが優先されるべき段階における「統合」がどのようなものとなるかについては、注視していく必要があるだろう。

(6) 医療費管理

こうした制度間の調和において、もっとも困難な要素のひとつが、財政システムや医療費管理のあり方であり、制度間のハーモナイゼーションの問題は、特に診療報酬

の支払いなどに顕著に表れてくる。財政方式や支払方式が異なれば、最終的に、そうした差異が個々の診療行為に反映され、医療の質に差を生み出す可能性が高いためである。多くの国で、医療保障や社会保障を社会統合や「ひとつの国民」の象徴的制度として捉える傾向があり、その意味でも、受けられる医療に差があることは、解決すべき課題ととらえられている。

ただし、それぞれの制度加入者の既得権益もあり、問題の解消には時間が必要な場合が多く、外部からの支援も、直接的な改善提案よりは、学術的な研究や分析、意見交換の場などを国際的な視野から提供することが求められている。

一般的にアセアン諸国の医療保障制度は、財政的な制約の中で医療保障を拡大しているため、費用の管理に着眼した支払方式を採用するのが一般的である。外来診療では総予算があらかじめ固定されている人頭払い方式を、レファールシステムとあわせて採用することが多い。各地域内における加入者数（登録者数）に一人あたりの年間予算を乗じて総予算額を配分する方式である。タイやインドネシア、フィリピン、ラオスで使用されており、ベトナムでもタイの支援を受けて現在検討中である。

入院医療については、DRGを採用する方向が一般的である。現段階でDRGを導入しているのは、マレーシア、タイ、インドネシアである。フィリピン、ラオス、ベトナムは導入を検討している。

(7) 医療保障における財政的自立

ラオスとカンボジアは、調査対象国の中では一人あたりGDPが最も低い水準にある。ラオスは、すでに公務員向けのCSSと民間事業所向けのSSSを整備しており、フォーマルセクター向けの制度をもたないカンボジアに先んじているが、インフォーマルセクターのカバレッジにおいては、共通した特徴と課題を抱えている。

両国では、インフォーマルセクター向けの医療保障制度として、CBHI（地域ベースの医療保険）とHEF（公正な医療基金）がそれぞれで運営されている。CBHIは形式的には社会保険方式であり、HEFは税方式を採用し最貧困層に医療サービスを提供しているが、ともに、財源について自立性に課題がある。ラオスのHEPは、ADB、世界銀行、ルクセンブルクの資金援助によって成立しており、カンボジアのHEFは、一部のプログラムが自主財源に以降したが、引き続き援助機関の資金に依存している状況が続いている。

本来、社会保障制度は、国における恒常的な所得再配分システムとして構築されるものであり、したがって、財源は、国内における税収または社会保険料拠出でまかなわれるのが通例である。財源を外部に依存することは、国民生活の維持を外部に依存するということであり、ドナーがこれらの制度に対する支援を終了した段階で制度の維持が可能かどうかについては、不透明な点が多い⁵。

⁵ ただし、これらの取り組みは、単に医療サービスのアクセスを保障するという観点だけでなく、医療資源の乏しい農村部において、医療サービスの使い方や将来のリスクに備えて事前に拠出するという社会保険の考え方を、低所得者層に浸透させる啓発、教育的な役割があることも認識されるべきである。

(8) 民間医療保険セクターとの関係性

公的医療保障制度の整備が十分でない国においては、民間医療保険市場が、富裕層の医療保障を担う傾向がある⁶。ただし、タイやマレーシアでは、形式的な国民皆保障が成立してもなお、民間医療保険の果たす役割は大きく、タイの場合、富裕層の多くは、公的医療保険に加入しながら、民間医療保険の商品を購入している。また、マレーシアでも無料の公的医療サービスを利用する富裕層は少なく民間医療保険の購入が一般的である。首都で急速に経済成長を遂げるラオスでは、富裕層が民間医療保険を購入し、国境を越えてタイで受診するという現象も発生しており、ラオス国内の医療資源の開発が取り残されることが懸念される。

マレーシアでは、富裕者層における民間医療保険の拡大が、「公的医療制度＝低所得者層の制度」というイメージを作りあげており、政府は、統一的な社会保険制度の構築を模索している。また、インドネシアでも社会保障の一元化の議論の中で、既存の医療保険制度や、民間企業直営の医療機関の取り扱いについて苦慮している。

公的医療制度を皆保障化する過程において、すべての国民の医療保障制度を公的制度に限定する場合（例えば日本）、民間医療保険は、販売商品の形態を変更（包括的なパッケージ商品からトップアップ型の商品への変更）する必要がある。今後、インドネシアやベトナムでは、国民皆保障を国家的な戦略目標として推進していく中で、民間医療保険の市場が大きく変動する可能性があり、各企業も、慎重に対応を検討しているところである。

他方、公的医療制度の皆保障化は民間医療保険にとっては、公的制度への適応という負担となる一方で、市場拡大の機会でもある。「保険」の概念そのものが十分に理解されていない途上国においては、公的医療保険制度の拡大は、民間保険会社にとっては、普及啓発活動を政府が代行してくれるのと同じ意味を持つため、潜在的な顧客市場を拡大する絶好の機会と捉える企業もある。また、公的医療保険が構築されても、財政的な制約から、公的医療保険のみで医療費すべてをまかなうことは難しいため、低給付の公的医療保険が皆保障化されれば、追加的な保障の需要が生まれると考える民間保険会社も実際に存在する。

⁶ 他方、公的医療保険制度において皆保障が成立しており、また混合診療が原則として禁止されている日本における民間医療保険市場は、その販売商品にも多くの制約があり、人口や経済規模に比して、その市場規模は小規模である。

3. 年金及びその他の所得保障

(1) 労働者の所得保障のカバレッジ

本報告書における「労働者の所得保障」が示す範囲は、主に労働力人口に対する所得保障を行う制度と整理することができる。

給付の中心を占めるのは老齢所得保障であり、これに労災保険、疾病手当（現金給付）、出産手当、遺族年金、障害年金、失業給付などが、制度によって含まれる。失業保険給付は、タイ及びベトナムで実施されており、労災や老齢所得保障は、すべての調査対象国で実施されている。

図表 II-2 労働者の所得保障に関する調査対象国の概要

	日本	マレーシア	タイ	インドネシア
労働力人口	6,567 万人 (2012.03)	1,274 万人 (2012.02)	3,931 万人 (2011.Q4)	11,737 万人 (2011.8)
カバレッジ※1 (対労働力人口)	約 95% ※2	約 55% ※3	約 35%	約 10%
皆保障の状況	○ 1961 年	×	×	× (2014~29 年を目標)
公務員向けの 所得保障	国家公務員共済組合 地方職員共済組合	GP	<u>GPF</u> GP	TASPEN (TASPEN、THT)
老齢給付の種別	確定給付	確定給付	<u>確定拠出</u> 確定給付	確定給付
税投入	あり	あり	あり	あり
加入者数	440 万人	53 万人	<u>117 万人</u> 172 万人	429 万人
企業被用者向けの 所得保障	厚生年金 私学共済等	<u>SOCSO</u> EPF	SSS	JAMSOSTEK (JHT)
老齢給付の種別	確定給付	積立基金	確定給付	積立基金
税投入	あり	なし	あり	なし
加入者数	3,880 万人	<u>SOCSO 551 万人</u> EPF .626 万人※4	900 万人	900 万人
その他企業年金	厚生年金基金 適格退職年金等	なし	TPF (退職者積立) RMF (退職者共済)	なし
その他・インフォーマルの 所得保障	国民年金	任意加入の EPF	<u>NSF (国民貯蓄基金)</u> 任意加入の SSS	<u>ASKESOS</u> TKLHK
老齢給付の種別	確定給付	積立基金	<u>積立基金</u> 積立基金	積立基金
税投入	あり	なし	あり あり	あり なし※4
加入者数	1,900 万人	4.8 万人	<u>n.a.</u> 165 万人	<u>28 万人</u> 14 万人

	フィリピン	ベトナム	ラオス	カンボジア
労働力人口	5,739 万人(2012.1)	5220 万人 (2012.Q1)	278 万人(2005)	654 万人(2011)
カバレッジ※5 (対労働力人口)	約 60%	約 20%	約 20%	約 10%
皆保障の状況	×	×	×	×
公務員向けの 所得保障	GSIS	Social Insurance	SASS	NSSF-C NFV
老齢給付の種別	確定拠出	確定給付	確定拠出	不詳
税投入	あり	あり	あり	あり
加入者数	150 万人	940 万人※6	45 万人	18 万人
企業被用者向けの 所得保障	SSS	Social Insurance	SSS	NSSF
老齢給付の種別	確定拠出	確定給付	確定拠出	不詳
税投入	なし	あり	なし	なし
加入者数	3,000 万人	940 万人※6	12 万人	48 万
その他企業年金	なし	なし	なし	なし
その他・インフォーマルの 所得保障	任意加入の SSS	Social Insurance	なし※7	なし
老齢給付の種別	確定拠出	確定給付	—	—
税投入	なし	あり	—	—
加入者数	330 万人	5 万人	—	—

※1：分母に用いている労働力人口は、国によって定義が多様なため、カバレッジのもつ意味は各国で異なることに留意されたい。労働力人口は、各国政府の労働力調査または国勢調査（ラオス）から作成した。日本は、労働力調査（2012年）に基づく。マレーシアは、労働力統計（2012年2月）による。フィリピンは、統計局による労働力調査（2012年1月）に基づく。ラオスは、国勢調査による「経済活動人口(economically active population)」(2005年)とした。ただし総人口は約562万人を前提とした数値である。カンボジアは10歳以上の労働力人口(2011)。

※2：日本の年金加入者には第3号被保険者の1,005万人は含まれていない。

※3：カバレッジはEPFの拠出者数に基づき算出した。

※4：加入から8ヶ月間のみ政府が補助を行う制度を実施しているが、恒常的な対応ではないため、ここでは「なし」とした。

※5：加入者数は、口座開設者数ではなく、実際の拠出者数である。

※6：公務員と企業被用者を合わせたフォーマルセクター全体の加入者が940万人である。

※7：任意でSSSに加入することは可能となっているが、極めて少数である。

出所：各種資料から三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

年金制度の構造も、医療保障と同様に、公務員向け、民間事業所被用者向け、それ以外のインフォーマルセクター向けに分類される傾向が強い⁷。特に、公務員向け年金保障は、公務員の福利厚生制度として整備されてきたこともあり、各国とも長い歴史がある。民間事業所被用者向けの所得保障は、過去20年程度で急速に整備されてきた。なお、インフォーマルセクター向けの所得保障は、過去数年来、整備が進められつつあるが、大きく拡大するには、なお時間を要するであろう。

(2) 公務員年金改革—特権的制度からの移行

公務員の年金制度は、確定給付型が採用されていることが多く、また、賦課方式と積立方式においても、賦課方式を採用してきた歴史が長い。

⁷ 公務員向けと民間事業所被用者が同一制度に位置づけられているのは、今回の調査では、ベトナムのみである。

しかし、マレーシアやタイなどでは、公務員の老齢年金についての考え方が徐々に変化しはじめている。従来、公務員の老齢年金は、公務員の人事制度の一環として運営されてきたこともあり、基本的には社会保障制度というよりは福利厚生制度として運営されてきた。しかしながら、社会保障に対する税投入が今後一層増大することが見込まれる中、公務員の老齢給付を無拠出の確定給付で継続するのは限界があること、また民間企業の被用者が社会保険モデルの拠出型の老齢給付制度を拡大していく中で、公平性を担保できなくなってきたといった問題が生じている。

このような環境変化の中で、公務員の年金制度も、確定給付型、あるいは積立方式への変更を検討せざるを得なくなりつつある。こうした動向は、ラオスやベトナムなど民間やインフォーマルセクターへのカバレッジが低い水準にある国々では顕在化していないが、今後、他セクターの年金制度が拡大していく中で、平等性や各種制度全体としての持続可能性の視点から（限りある税投入の平等な配分という観点から）より顕著になってくるであろう。

(3) インフォーマルセクターへの拡大

公務員及び民間事業所被用者への所得保障制度の適用は、給与所得者が中心であることから、保険料徴収に適しているため、制度の構築運営は比較的容易である。他方、インフォーマルセクターの所得保障は、個人事業主や季節労働者など不定期で所得を得る層や給与所得者以外の層も多数含まれており、また所得額の把握も困難なため、フォーマルセクターと同様の社会保障制度を構築することは、医療保障以上に困難といえる。

今回の調査対象国で共通している点は、確定拠出型の積立制度 (Defined Contribution-Funded model) を採用し、個人口座を開設し、必ずしも毎月の拠出を必要としない、あるいは拠出額を本人が決定する形態の退職積立基金 (Retirement provident fund) を選択する国が多い点である。この方式であれば、給与所得に変動があっても拠出できない期間があっても加入を継続することが可能であり、また給与所得者でなくても加入が可能である。

ただし、こうした制度は、加入者の自己責任が大きく、確定給付ではないため、実際に老後の給付が生活を維持するのに十分な老齢給付を受けられるかどうかは保障できない。積立基金は、年金ではなく退職一時金であるため、退職後の一定期間で給付金を費消してしまう可能性も高い。

ただし、生活そのものを、すべて公的な社会保障で成立させるという考え方そのものは、アジアの国々において必ずしも前提ではない。こうした考え方は、20世紀に先進国となった日本や西欧諸国の概念であることも否定できない。地域住民の相互扶助や、家族間の紐帯を前提とした社会の中で高齢化対策を検討していく可能性も十分に考えられるであろう。

(4) 金融資産の活用を通じた財政投資

積立基金の運営は、政府側にも財政面でのメリットがある。特に、中所得国化して

くる国々においては、社会資本の整備が効果的に行われれば将来の税収へのリターンが増加する環境が整備され、また金融市場等も拡大していく。財政投資を行う機会やインフラ整備も含めた公共事業の機会も存在する。積立基金は、多くの場合、財務省やその関連官庁が監督を行うことから、最終的にこうした基金の金融資産を活用して、財政投資を行うということも財務省の視野に入っていると思われる⁸。特に、個人からの所得税収が大きく期待できない中で、積立基金を活用した投融資は、財務省にとっては、有効な選択肢の一つになるだろう。

他の国々においても、経済水準の向上とともに、こうした政府の財政投資の原資という位置づけを視野にいたした基金創設が、今後、途上国の中で見られる可能性は高いだろう。

一方で、先述したとおり、これらの基金は、拠出を行った国民の老後の生活のための原資である。日本においては、こうした基金運用のあり方について、成功と失敗の両面において豊富な経験を有しており、こうした経験は途上国にとっても共有すべき有益な情報であるだろう。

(5) アセアン統合と社会保障

2015年に予定されているアセアン統合が行われた場合、アセアン圏域内では、従来以上の労働力の移動が見込まれることになる。これにともない、労働基準や労使関係など、労働分野の基本的な課題について、統合に向けた作業が必要になるだろう。

また、医療保障や労災保険などの短期保険は、被用者に限っては国籍の差異は大きな問題とはならないため、既存制度の適用で対応可能である。年金保険のような長期保険については、各国間の社会保障協定などにより対応するのが一般的であるため、特段の課題はないと考えられる。なお、社会保障制度そのもののアセアン圏域内の制度統合についての議論は時期尚早と考えられる。

⁸ タイやインドネシアの財務省は、こうした見解についてインタビューで肯定的な見解を述べた。

4. 社会福祉

(1) 年金制度の不備に対する補填としての社会福祉給付

すでに触れたように、インフォーマルセクターの老齢期における所得保障を実現するには多くの課題がある。低所得の住民から、将来の老後の備えのために保険料拠出を求めるのは、現実的には非常に難しい手法である。また、仮に年金制度の国民皆保険が成立しても、十分な給付が受け取れる被保険者が登場するまで10年単位の時間を要する。

したがって、実際の老齢給付の多くは、税財源による社会福祉給付として提供されることが多い。障害年金も同様であり、すべての人々に対して障害年金の保険料拠出を求めることは難しく、現状は、高齢者、障害者などの要援護者（Dependent Needy）に対して税方式による福祉給付が行われている。これらの手法は、社会保険としての所得保障制度を補填する機能をもつものである。

図表 II-3 社会福祉関連施策に関する調査対象国の概要

	日本	マレーシア	タイ	インドネシア
CCTの実施	なし	なし	なし	PKH
地域福祉活動プログラム	なし	CWC	SMLプロジェクト NHIF	PNPM
低所得者把握のデータベース整備	なし	E-Kasih	BMN	PBI
公的扶助	生活保護	要援護者への現金給付制度	要援護者への現金給付制度	JSPACA、JSLU及びPKSA
社会保険以外の高齢者向け現金給付	老齢福祉年金	なし	高齢者手当	JSLU

	フィリピン	ベトナム	ラオス	カンボジア
CCTの実施	4P	なし	なし	JFPR・ESSP (共に奨学金プログラム)
地域福祉活動プログラム	KALAHY-CIDSS	National program of poverty production	なし	なし
低所得者把握のデータベース整備	NHTS-PR	NTPPR (National Targeted program for Poverty Reduction)	なし※1	ID-Poor
公的扶助	なし	要援護者への現金給付制度	なし	なし
社会保険以外の高齢者向け現金給付	なし	高齢者福祉手当 社会福祉手当	なし	なし

※1：貧困者の調査は家計調査、支出調査、国勢調査などで実施されているが、特にデータベース化は行われていない。

一方、先進国に整備されている最低所得保障制度としての公的扶助を整備している国は、調査対象国には存在しなかった。最低所得保障制度は、国の定めた所得に不足する所得を資産調査等をもとに補足的に給付する制度と一般的に理解されるが、こうした制度は、国民の大半が賃金労働者であることや、国民が享受すべき生活水準に関する一定の社会的合意があること、これらの対象者に対して無差別平等に給付を行う

ことなどが権利として保障されているといった前提条件が必要である。

調査対象国は、いずれの国もこれらの要件を満たしていないことから、最低所得保障制度としての公的扶助の創設にはさらに時間を要するものと考えられる。

(2) 社会扶助給付とデータベース構築の必要性

社会福祉給付は、税方式を採用しているため、「誰に給付するか」という問題が常に伴う。特に、途上国の低所得者層の生活は、純粋な貨幣経済に基づく生活ではないため、受給対象となる世帯を客観的に特定することは容易ではない。

また、低所得者に対する公的扶助制度が体系的に構築されていない段階においては、各省庁に配分された予算の範囲でそれぞれの所管官庁が貧困対策としての現金給付プロジェクトを立ち上げ、対象者が複数の給付を重複して受給するといった状況が発生する。

限られた給付原資を適切に給付するためには、受益すべき低所得者層を明らかにした上で、これを定期的に把握する手法の確立が重要である。今回の調査対象国においては、フィリピンやインドネシア、マレーシアが、低所得者を把握するためのデータベースを積極的に開発している。フィリピンでは、所得把握の困難さから、統計的手法を用いた所得推定のロジックを世界銀行の協力を得て開発している。マレーシアでは、重複給付を回避するためのデータベースとして **e-Kasih** を開発し、関係省庁が共有している。

これらのデータベースに共通しているのは、大規模な調査の実施により基礎となる情報を収集した上に、CCT（条件付き現金給付）や各種の社会福祉給付が行われる場合に（あるいは給付が行われた場合に）データベースを更新するという手法をとっている。データベースの管理は、特定の省庁が担当するものの、実際の活用は、政府全体に及んでいる点も共通している。今回の調査では、CCT の成功に必要な技術は、ターゲットの適切な把握であるとの指摘もあった⁹。

こうしたターゲットの明確化は、今後、限られた財源の中で効果的、効率的に貧困層を削減していく上で、引き続き重要な役割を果たしていくものと考えられる。

(3) 地域をベースとした社会福祉活動の展開

地域を基盤としたコミュニティ活動や扶助的活動が、途上国では盛んに実施されている。インドネシアの **PNPM** は、東南アジア地域におけるさきがけであり、その規模も全国的なものである。**PNPM** を元にフィリピンで展開した **KALAHI-CIDSS** やタイの **SML** プロジェクトも類似点の多い取り組みである。

これらの取り組みは、地域単位の住民組織あるいは地域組織が共同で地域の課題発見から解決策までを自律的な活動によって行うものであり、中央政府からは一定の必要経費を、地方自治体などを通さずに、可能な限り直接的にプロジェクトの実施団体に提供する形をとっている。

⁹ ADB（ラオス）の担当者ヒアリングより。

今後、財政的に必ずしも急速な経済成長を期待できない中で、各国とも「ばらまき」政策をとることは出来ない。また、いずれの国も手法や程度の差はあるものの、地方分権化を推進している。そうした中で、地域の自律的な改善への取り組みは、効果的な税財源の活用方法として、今後も推進されていくと考えられる。

また、途上国でしばしば見られる資金の不正使用を回避し、プロジェクト費用の適正な活用を目指すために、出来る限り実施団体に近いコミュニティや住民組織に直接資金を手渡すというメカニズムが共通点として見出せる。資金の利用方法は、多くの場合、一つの組織で決定することができないように工夫され、外部のコンサルタントやモデレーターなどが関与している場合や、複数の組織が共同で意思決定するような構造をもっている。

JICAでも2007年～2011年にかけてタイで「タイ国・コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト」が実施されたが、この取り組みも、地域を主体とした自律的な取り組み、複数機関による意思決定という点で共通の特徴を有している。

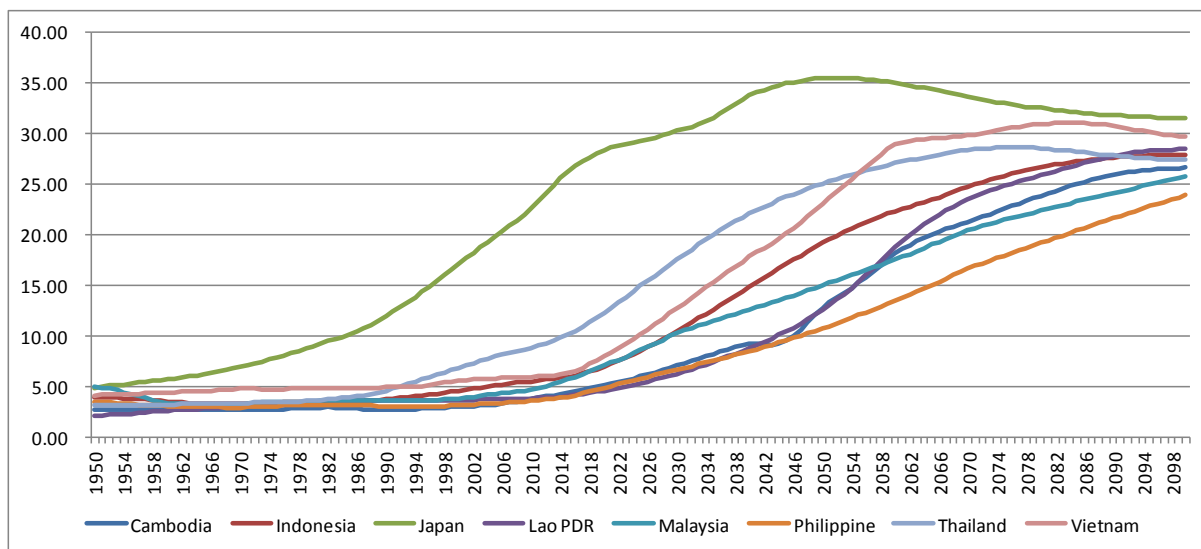
5. 高齢者福祉（介護）

(1) 高齢化の進展

アセアン諸国における高齢化の速度や程度は、国毎に異なる。調査対象国の中で最も早く高齢社会（人口に占める高齢者の比率が14%超）を迎えるのはタイである。現在の高齢化率は10%未満であるが、2024年には高齢社会に突入する。高齢化社会（同7%）から高齢社会に要する期間（倍化年数）も23年と、かつての日本（25年）よりも短期間であることから、対策が急がれる。またベトナムは、高齢社会に達するのは2033年で、タイよりはさらに後となるものの、倍化年数は、15年で調査対象国中最も短く、早めの対策が必要であろう。

なお、タイの現在の高齢化率は10%程度であるが、日本の高齢化率が10%前後であったのは1985年頃である。日本では、その4年後の1989年にゴールドプラン（高齢者保健福祉推進10ヵ年計画）が策定され、特別養護老人ホーム、デイサービス、ショートステイ、ホームヘルプサービスなど、現在の日本の介護システムの中核を構成するサービスの拡大を図っている。1985年当時の日本には、有給のホームヘルパーがすでに2万人を超え、特別養護老人ホームの入所者数も1,600施設を超えていたことから、タイやベトナムなど、今後の高齢化の速度が速い国々においては、高齢化対応は喫緊の課題であるといえる。

図表 II-4 アセアン諸国における高齢化率



出所：United Nations, World Population Prospects, the 2010 Revision のデータをもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

図表 II-5 高齢化率の倍化年数

	高齢化率 7%到達 (高齢化社会)	高齢化率 14%到達 (高齢社会)	倍化年数 7%→14%に要す る年数	高齢化率 21%到達 (超高齢社会)
日本	1970	1995	25	2008
タイ	2001	2024	23	2038
ベトナム	2018	2033	15	2047
インドネシア	2021	2038	27	2056
マレーシア	2020	2046	26	2073
ラオス	2034	2053	19	2065
カンボジア	2030	2053	23	2068
フィリピン	2032	2062	30	2088

※一般的に日本の統計では、1994年に14.0%に到達したとして、倍化年数を24年としているが、本データでは、1995年に14.39%を示していることから、比較のため25年とした。

出所：United Nations, World Population Prospects, the 2010 Revision のデータをもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

(2) 基本的な方向性—地域と家族の強調

各国ともに、省庁横断的な取り組みや高齢者政策に関する国家計画や国家戦略の策定を開始している。しかし、現段階において、具体的な施策やプロジェクトが明確に示されている国は、今回の調査対象国では見られない。

ASEAN 諸国においては、高齢者介護の問題に対して、地域や家族などの伝統的な紐帯を重視し、相互扶助の力を最大限に活用して地域レベルで問題解決を図るという基本的な方針を採用する可能性が高い。この点は、「介護の社会化」という原則を掲げ、家族を介護から解放するというアプローチをとった日本とは異なるものである¹⁰。

(3) 二層化する施設整備

調査対象国の多くでは、低所得者や身寄りのない高齢者を保護するという視点から一定量の介護施設が必要であるが、その整備は進んでいない状況である。施設整備における課題は、その対象が二極化している点である。政府が整備を進める施設は基本的に最低所得階層を対象とした施設であり、量的にも少数である。それに対して民間事業者が進める介護施設は、富裕層を対象としたもので、入居費等が高額な有料老人ホームなどである。施設の絶対量が少ない現状においては、公立と民間の施設は必然的に二極化してくることになる。

特に、中進国化が進み、所得格差が広がっているマレーシアやタイでは、医療機関の建設など社会セクターの整備に民間事業者が大きく関与しており、こうした高齢者向けの施設等に対しては政府も税制上の優遇措置等を講じて、開発を推進している。

¹⁰ ただし、日本は、すでに伝統的な地域社会が弱体化した上で、家族の介護負担が社会全体の負担となっていた現状の上で介護保険制度が創設されたことから、現状に対する認識がまったく異なる点は留意が必要である。

(4) 地域における在宅介護の開発

前述したアジア諸国における介護政策の方向性を前提にするならば、むしろ、中長期的に重要となるのは地域における在宅介護の支援体制の構築である。第一に、途上国では、財政面の制約から、先進諸国のように、すべての体制を専門職のみで構成することは困難であると考えられており、多くの国が、一定数の看護師やソーシャルワーカーなどの専門職のもとに、住民ボランティアや NGO などが技術的な支援を受けながら、地域のケア体制を構築していくことになると考えられる。

マレーシアでは比較的大規模な NGO が、政府からの補助金を受けてサービスの開発に関わり、限られた対象者に対してサービス提供を行っている。また、ベトナムでは、全国高齢者協会が、全国の高齢者を組織化しており、また独自のメディアも保有するなど、高齢者施策を展開する上で必要な人的資源を有している。タイでは、伝統的に保健ボランティアが全国に 90 万人近く養成されており、同時に高齢者ボランティア（高齢者ケアに関わるボランティアの意）の育成も急速に進められている。

こうした途上国における社会資源は、財政的な制約の中で高齢者対策を推進する中で、重要な役割を果たすことが期待されるが、これらの社会資源を実効性のある介護の担い手とするには、介護技術の向上や高齢者施策の企画・運営能力のキャパシティディベロップメントなど中長期的な蓄積が不可欠であり、このような点は、各国の高齢者ケアの担当者においても強く認識されている。

ただし、途上国においては、現段階においては要介護者数も少なく、また専門的知識を身に着ける場も少ない。認知症高齢者など高齢者の増加と平均寿命の延長によって増加する課題についても、経験の場が限られているなどの制約から、専門的な技術支援は欠かせない段階であるといえる。今後、ボランティアなどの人的資源を有効に活用できるかどうかは、こうした豊富な地域・人的資源を、どのように高度化していくかという点になっていくだろう。

6. 日本の協力の可能性

(1) 医療保障における日本の協力の方向性

アセアン諸国においては、形式的にはすべてのセクターに対する医療保障制度がすでに構築されていることから、制度の基礎設計等に関する協力のニーズは低いであろう。アセアン諸国における医療保障は、日本の制度の直接的な移転ではなく、医療費管理や支払方式の改善など、より特化されたテーマでの学術的なレベルでの継続的な交流などが重要になると考えられる。

たとえば、マレーシアは医療保障制度の改革に大きな課題を抱えているものの、経済発展にともない中所得国化が進む中、国際機関からの支援が年々減少している。制度の整備が一定程度進んだこれらの国の医療保障制度の課題は、より複雑化し、その解決に求められる知識も高度なものとなっていることから、海外情報の取得や、海外の専門家の招聘は、これまで以上に重要な機会となっているが、中所得化していく中で、そうした機会が減少しているとの声も聞かれる。

制度や医療資源の環境が異なっていることを前提としても、医療費管理は国際的に各国共通の課題であることから、医療費管理に関する具体的な政策についてアセアン各国および日本が情報共有等を行っていくことは、日本のアセアンにおけるプレゼンスを確保する観点からも有用であると考えられる。また、適切な医療費管理を行い、適正な診療報酬制度を構築するためには、医療機関の収支や費用構造を正確にすることが必要なため、医療機関の会計制度などの改革も重要なテーマとなるであろう。こうした問題は、日本も近年に直面してきた課題であり、そのノウハウや人材も蓄積されていることから、政府の政策担当者、学術関係者間での意見交換などをシンポジウムやセミナー等を通じて積極的に進めることが望ましいだろう。

ただし、医療保障分野における具体的な技術協力においては、タイのプレゼンスを無視できない。ベトナム、ラオスは、人頭払いや DRG の導入を見据え、診療報酬の支払方式について、タイ政府の支援を受けて自国の診療報酬システムを開発している。また、中国やインドに対しても医療の皆保障について協力を開始している。タイの周辺諸国にとっては、医療資源の整備状況や医療財政に対する考え方などにおいて、日本よりも、タイの方が類似性が高いこともあり、具体的な技術移転については、タイとの協力を優先する可能性が高いだろう。

カンボジアやラオスにおいては、低所得者向けの医療保障制度である CBHI や HEF の財源の安定的確保が優先されるであろう。また、こうした医療保障制度の実効性を担保するため一次医療における人材育成、サービスの質と量の両面における基礎的な水準を引き上げるための協力を継続することについては、引き続きすべての国において重要である。

(2) 労働者の所得保障における日本の協力の方向性

労働者の所得保障制度もまた、医療保障と同様に基礎設計段階は終了している。途

上国における課題は、加入対象者の拡大と保険料徴収、主に老齢給付の持続可能性に関する評価や対策などが対象となるであろう。

特に、ベトナムやラオス、カンボジアは制度の創設から年数が短いこと、賦課方式を採用していることなどから、持続可能性にかんする調査研究等は十分に行われていない。また、年金数理人などの専門家の育成が必要な段階であり、研修や技術協力に対するニーズは高いが、各国ともにILOが広く協力を行っており、専門家派遣も行われていることから、必ずしも日本が積極的に協力を行う必要性は高くないだろう。

また、労働者の所得保障に関しては、その給付の一部として失業保険給付が提供されることがあるが、調査対象国で失業保険給付が整備されているのは、タイ、ベトナムの二カ国のみである。マレーシアやフィリピンでは、具体的な導入のための検討が進められており、マレーシアについては、JICAが研修の機会を提供している。今後は、制度設計だけでなく、実際の運用ノウハウの面でも協力の可能性があるだろう。

(3) 社会福祉における日本の協力の方向性

調査対象国における低所得者に対する経済的支援は、CCTにせよ、社会扶助にせよ、限られた資源の効率的・効果的な再配分が求められている。そうしたことを背景に、フィリピン、インドネシア、マレーシアでは、社会扶助のみならず、省庁横断的に活用される低所得者のターゲティングシステムの開発が、世界銀行などの協力を中心に進められてきた。これらの仕組みはすでに、世界銀行等がノウハウを有しており、日本が当該分野に直接かかわっていくことは妥当とはいえない。

また、地域の貧困や社会福祉課題を地域住民が自立的に解決する取り組みが、アセアン諸国では積極的に推進されている。インドネシアのPNPMやフィリピンのKALAHI-CIDSSはその典型例である。これらの取り組みは、地方自治体の補助金等の中抜きを回避しつつ、地域住民が自立的に課題解決を推進するのに貢献している。

しかし、一方でいずれの実施国も現場レベルでのソーシャルワーカーの不足が課題となっている。ソーシャルワーカーは低所得者や社会的少数者の社会福祉を推進する上で、基本となる人的資源であり、今後も必要性は高いことから、協力の可能性があるだろう。

(4) 高齢者介護における日本の協力の方向性

調査対象国のうち、高齢化の問題が差し迫った問題として強く認識されているのは、タイ、ベトナム、インドネシアである。これらの国々は、かつて先進諸国の中でもっとも急速に高齢化が進展するといわれた日本と同水準の短期間で高齢社会を向かえることになる。マレーシアの高齢化は比較的ゆるやかに進展するが、経済的には中所得化が進んでおり、購買力のある層による、公的または民間の介護サービスの需要が高まる可能性もあるだろう。

これらの国に共通しているのは、①家族や地域社会の紐帯が伝統的に強い国々であること、②財政的な制約から、日本型の介護保険制度を直接志向することは考えにくく、ボランティアを中心としたサービス提供体制を志向する可能性が高いこと、③地

域には一定数の医療関連の専門職が配置されているものの、介護の専門知識を習得する機会はなく、「介護」の概念自体が新しい考え方であること、④したがって、介護における政策およびサービスの基盤は、医療保障や所得保障分やとは異なり、未成熟な段階にあり、外部からの協力が受け入れられやすいといったことを指摘することができる。

日本の協力としては、介護分野における知識・情報の提供、日本での研修、地域レベルにおける介護サービスモデルの開発・提供を支援するといったことが考えられる。介護福祉士や居宅介護支援専門員などの専門職の育成カリキュラムや、要介護認定制度、ケアマネジメント、アセスメントの手法、認知症ケアなど、提供可能なコンテンツが日本側に多いことも協力を行う上で、有利である。介護分野は日本側の人的資源も豊富であり、協力にあたっては、幅広い専門職の協力をえることが可能である。

また、直接的な高齢者介護に限定せず、公共施設や公共交通におけるバリアフリーの普及、シルバー人材センター等の高齢者雇用など、社会資本整備や雇用分野においても、高齢者を意識した施策を組み込んだ協力が可能である。

なお、フィリピン、ラオス、カンボジアは、高齢化の進展にも、さらに時間を要することから、協力の緊急性は低いと考えられる。

Annex 1 税制・地方行財政

1. フィリピン

(1) 税制

① 歳入構造

フィリピンの税収構造は下記のとおりである。所得税および一般売上税・VATで税収の約77%を占めている。

図表 Annex1- 1 歳入構造

単位：100万PHP

		2010	2011	2012 (推計)
税収		1,093,643	1,273,241	1,445,498
	所得税	489,222	569,517	647,336
	不動産税	1,980	2,256	2,608
	国内製品およびサービスに対する税金	521,546	621,972	700,891
	一般売上税・VAT	329,713	415,309	474,566
	国内消費税	86,799	87,185	91,468
	サービス税	44,917	51,353	59,056
	使用税	9,957	11,272	12,448
	その他	50,159	56,853	63,353
	国際貿易・取引に対する税	80,896	79,495	94,664
非税収入		114,283	138,063	123,002
	料金収入	58,648	63,096	69,446
	財務局(BTr)収入	54,315	68,967	51,556
	政府事務	1,152	865	916
	預金金利	2,224	2,708	1,956
	政府公社に対する貸出金利	159	681	521
	投資	23,816	23,963	25,658
	債券保有	12	-	-
	保証費	2,389	3,079	3,400
	為替差益	1,112	1,910	1,500
	財務局によって徴収される政府収入	23,451	35,761	17,605
	株式配当	12,013	23,799	5,500
	空港使用税	476	300	455
	フィリピン娯楽賭博公社(PAGCOR)収入	10,343	10,940	11,100
	マニラ国際航空管理局(MIAA)収入	619	722	550
	民営化	914	6,000	2,000
	外国無償援助	406	-	-
歳入合計		1,207,926	1,411,304	1,568,500

※1ペソ(PHP)=1.903円(平成24年度5月JICA月次取引レートを参考値として記載)

出所: Department of Budget and Management,

http://www.dbm.gov.ph/?page_id=775 (2012年5月15日アクセス)

② 税制

関税を除く、全ての国税が、「租税改正法/内国歳入法」に規定されている。1991年の「地方自治体法」によって、地方自治体による課税が認められた。それ以前は LGU による課税は禁止されていた。

フィリピンの租税の種類は下記のとおりである。

図表 Annex1-2 租税の種類

国税
所得税：法人および個人
相続・贈与税
付加価値税
パーセンテージ税
国内消費税
印紙税
キャピタルゲイン税
地方税
州税
不動産取引税
出版事業税
フランチャイズ税
土砂税
専門職業税
遊興税
その他
市・自治区税
事業税
固定資産税
その他

出所：トーマツ（2011）『アジア諸国の税法【第7版】』630-631頁より抜粋

フィリピンの個人所得税は、フィリピン国籍を持ち、フィリピンに居住する全ての世帯が対象となる¹。また、外国籍者については、フィリピンに180日以上滞在する外国籍の非居住者はフィリピン国内源泉所得の正味所得が課税対象となり、180日未満の滞在者については国内源泉所得のグロスの収入額が課税対象となる。税率は下記のとおりである。

¹ トーマツ（2011）『アジア諸国の税法【第7版】』633-635頁。

図表 Annex1- 3 個人所得税税率

課税所得部分		税率及び定額
10,000PHP 以下		5%
10,000PHP 超 30,000PHP 以下	500PHP+ 10,000PHP を超える部分に対し	10%
30,000PHP 超 70,000PHP 以下	2,500PHP+ 30,000PHP を超える部分に対し	15%
70,000PHP 超 140,000PHP 以下	8,500PHP+ 70,000PHP を超える部分に対し	20%
140,000PHP 超 250,000PHP 以下	22,500PHP+ 140,000PHP を超える部分に対し	25%
250,000PHP 超 500,000PHP 以下	50,000PHP+ 250,000PHP を超える部分に対し	30%
500,000PHP 超	125,000PHP+ 500,000PHP を超える部分に対し	32%

※1 ペソ (PHP)=1.903 円 (平成 24 年度 5 月 JICA 月次取引レートを参考値として記載)
出所：トーマツ (2011) 『アジア諸国の税法【第 7 版】』 644 頁より抜粋

個人所得税の税率は制度の設立以来、大きく変化している²。1960 年代の政府は垂直的公平性を強く意識していたため、1968 年の改正では最高税率は 70%に設定されている。1980 年代からは累進性が弱められる方向で改正が行われ、1998 年の改正では最高税率は 32%に設定されている。このように個人所得税は、1980 年代から最高税率の引き下げや税率構造の簡素化により、累進性が弱まってきた。

図表 Annex1- 4 フィリピンの個人所得税税率の推移

改正年	個人所得税	
	給与所得	事業所得
1939 年	1-45%	
1946 年	3-60%	
1950 年	5-60% (22 段階)	
1959 年	3-60% (23 段階)	
1968 年	3-70% (37 段階)	
1982 年	0-35% (10 段階)	5-60% (5 段階)
1986 年	0-35% (10 段階)	
1992 年	0-35% (10 段階)	3-30% (5 段階)
1998 年	5-32% (7 段階)	

出所：鈴木有理佳 (2010) 「フィリピンにおける租税制度の課題」 柏原千栄 『開発途上国と財政—歳入出、債務、ガバナンスにおける諸課題—』 アジア経済研究所、31 頁より抜粋。

² 鈴木有理佳 (2010) 「フィリピンにおける租税制度の課題」 柏原千栄 『開発途上国と財政—歳入出、債務、ガバナンスにおける諸課題—』 アジア経済研究所、31-32 頁。

フィリピンの付加価値税は 1988 年に導入されており、それ以前は物品やサービスごとに課税する個別間接税であった。税率は一律 12%である。社会政策的配慮および公平性の観点から、食用の農水産品（単純加工されたものを含む）、農業生産に関わる肥料や農薬および飼料、医療や教育サービス、小規模事業者などが非課税対象に設定された。しかし、付加価値税は 1988 年の開始後、数度の改正が行われ、結果、課税ベースが拡大し、非課税であったもののうち、農薬、医療サービス等は課税対象に含まれるようになった³。

(2) 補助金・地方交付税交付金など

1991 年地方自治法により保健医療サービスや社会福祉サービスを含む中央政府の権限の多くが地方政府に移譲され、州政府、市町村、バランガイがそれらのサービスの担い手となった。しかし、地方政府はそれらのサービスを賄うに足る十分な財源を保持していない。そのため、中央政府から内国歳入割当（IRA：Internal Revenue Allotment）が補助金として地方政府に付与される。IRA の 20%は地方開発基金（Local Development Fund）として開発目的に使用するよう定められているが、実際の運用では、用途は限定されず、開発以外の目的でも使用することができる⁴。そのため、IRA は一般補助金と同一視でき、必ずしも地方政府のサービス提供能力の向上につながっているとはいえない⁵。

下表は、2010 年における LGU の収支状況を示した表であるが、これを見ると、LGU は IRA に大きく依存していることがわかる。LGU 全体で見ると、収入の 64.8%を IRA に依存し、特に町レベルでは収入の実に 76.4%を IRA に依存している。

³ 鈴木（2010）、38-43 頁。

⁴ 内村弘子（2009）「フィリピンの政府間財政関係」内村弘子（編）『分権化と開発』調査報告書、アジア経済研究所。

⁵ World Bank（2011）、2011 *Philippines Development Report: Generating Inclusive Growth to Uplift the Poor*, pp.85-86.

図表 Annex1- 5 LGU の収支 (2010 年)

(単位 : 10 億ペソ)

	合計	州	市	町
歳入				
地方税	70.9	6.1	53.5	11.2
一般収入				
内国歳入割当(IRA)	205.0	60.6	60.3	84.1
許認可・免許	4.9	0.1	3.2	1.5
サービス使用料	6.1	1.5	3.1	1.5
事業所得	12.3	3.2	5.1	4.0
その他収入	17.2	4.4	5.0	7.8
事業収入合計	316.2	75.9	130.2	110.0
歳出				
人件費	11.9	25.9	39.9	46.1
維持費・その他事業 支出	121.8	25.1	54.5	42.1
財務支出	5.8	1.6	2.6	1.6
補助金	16.7	7.8	4.9	4.0
特別支出	0.9	0.0	0.9	0.0
純収入	60.9	15.5	29.3	16.2

出所 : Commission on Audit (2011), 2010 Annual Financial Report: Local Government (vol.3), p.14
より抜粋。

2. インドネシア

(1) 税制

インドネシアにおいて、税務行政の企画立案・執行を担当しているのは、財務省国税総局であり、国税総局が所掌する税目は、法人所得税、個人所得税、付加価値税、奢侈品販売税、土地建物税、土地建物取得税、印紙税である。

① インドネシア政府の財源

インドネシア政府の歳入の状況は以下のとおりである。

図表 Annex1- 6 歳入の状況

(単位：兆 IDR)

	2010 年		2011 年	
	歳入 (兆 IDR)	構成比 (%)	歳入 (兆 IDR)	構成比 (%)
歳入	993	100	1,105	100
国税収入	743	75	850	77
所得税	362	36	421	38
付加価値税	263	26	312	28
土地建物税	25	3	28	3
その他国税	93	9	90	8
国税以外の収入	249	25	254	23
天然資源収入	165	17	162	15
国営企業収入	30	3	28	2
その他	55	6	64	6

※1ルピア (IDR)=0.00885 円 (平成 24 年度 5 月 JICA 月次取引レートを参考値として記載)

出所：MOF (2011) The Indonesian Budget Review

1) 個人所得税

個人所得税の納税義務者は、居住者及び非居住者（1年間に合計 183 日を超えて滞在する場合、居住者とみなされる）であり、課税対象所得は、居住者については全世界所得、非居住者については国内源泉所得である。なお、基礎控除額は、15,840 千 IDR である。

図表 Annex1- 7 個人所得税の税率

税率	50 百万 IDR 以下: 5% 50 百万 IDR 超 250 百万 IDR 以下: 15% 250 百万 IDR 超 500 百万 IDR 以下: 25% 500 百万 IDR 超: 30%
----	--

2) 法人所得税

法人所得税の納税義務者は、法人・事業体（内国法人・外国法人）、外国法人の営業拠点である恒久的施設である。課税所得は、内国法人については全世界所得、外国法人の恒久的施設については恒久的施設に直接帰属する所得の他、外国法人の本社がインドネシア国内で行う同種類の事業活動により得た所得も恒久的施設の所得とみなさ

れる⁶。2008年9月23日付け第36号法律による所得税法第3次改正に伴い、それまでの28%から25%となっている。なお、2008年9月23日付け第36号政令にて上場企業はさらに5%減。また、年間売り上げ500億IDRまでの小企業は、48億IDRまでの課税所得に対して税率が半減される⁷。

3) 付加価値税

付加価値税の納税義務者は、課税対象物品又は課税対象サービスを輸入若しくは引き渡しする事業者である。ただし、小規模事業者（課税対象物品の年間売上高が6億IDR以下、課税対象サービスの年間売上高が3億IDR以下の事業者）は納税義務が免除される。

付加価値税は税率10%であるが、全ての物品・サービスに課税されるわけではなく、課税されない物質・サービスは、資源から直接採取される原油・ガス・地熱の採取品・掘削品（鉱山、採掘活動で、資源から直接採取されるもの。）、多くの国民が非常に必要としている基本必需品（米、トウモロコシ、大豆、塩、精肉、卵、畜産乳、果物、野菜など）、ホテル、レストラン、料理屋、屋台などでの飲食物、貨幣、金塊、取引される有価証券、医療保健サービス、孤児院・養老院、消防、救急、リハビリサービスなどの社会的サービス、金融・保険サービス、宗教サービス、教育サービス、芸術・遊興サービスなどが挙げられる⁸。

4) その他の国税⁹

その他の国税としては、家電製品、自動車、香水、革・合成皮革、高級住宅、貴金属等に対して課税される奢侈品販売税、土地建物税、土地建物取得税、印紙税があり、奢侈品販売税は、財務大臣が定める奢侈品に対し、品目に応じて10%～75%の税率で当該奢侈品の輸入業者又は製造業者のレベルで奢侈品販売税が課せられる。

土地建物税は、土地及び建物の所有者等に対し、それらの不動産課税評価額に0.1%（一定の場合0.2%）を乗じた土地建物税が課せられる。

不動産取得税は、土地及び建物の権利を取得した者に対し、実際の取得価額又は土地建物税における不動産課税評価額のいずれか高い方の額に5%を乗じた不動産取得税が課せられる。

印紙税は、補助金・作成された書類の種類等に応じて、6,000IDR又は3,000IDRの印紙税が課される。

なお、日本の相続税、贈与税にあたる税目はなく、非課税である。

⁶ 中嶋信城（2009）税大ジャーナル

⁷ JETRO（2012）http://www.jetro.go.jp/world/asia/idn/invest_04/

⁸ JETRO（2012）http://www.jetro.go.jp/world/asia/idn/invest_04/

⁹ 中嶋信城（2009）税大ジャーナル

② 地方自治体の財源

1) 地方自治体の財源

インドネシアの地方自治体の財源は、政府と地方自治体の財政調整を規定する「中央政府・地方政府間の財政均衡に関する2004年法律第33号（以下「均衡法」という）」第5条において、地方政府がその行政運営のために得る財源を「地方歳入」と「財源調整」とし、地方歳入は ①地方自主財源収入（地方税・地方利用者負担金、資産運用収入、利子・為替差益等）、②均衡資金（地方交付税・交付金に相当する。詳細は次項参照。）③その他の正当な収入（特別自治資金、調整資金、外国からの無償資金協力、非常事態政府資金等）で構成するとしている¹⁰。

2) 地方税¹¹

地方税については、州税として自動車・船舶税、県及び市税としてホテル税・レストラン税等がある。なお、日本の事業税、住民税に相当する税目はない。

(2) 地方交付税交付金など¹²

インドネシアにおいては、国からの移転財源が中心で、地方税は自治体歳入の10%にも満たないのが現状である¹³。

均衡資金制度はインドネシアの財源調整制度の主要なメニューであり、自治事務の実施のために必要な資金手当として国家予算から支出される。均衡資金は ①一般配分金、②歳入分与、③特別配分金の3種類に分類され、このうち歳入分与は日本における地方譲与税に、一般配分金は地方交付税交付金に、特別配分金は国庫補助金に相当するものである。

均衡資金制度の他には、「その他の収入」における「その他の政府からの収入」に分類される歳入も存在する。

¹⁰ 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

¹¹ 中嶋信城（2009）税大ジャーナル

¹² 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

¹³ 井川博（2009）「インドネシアにおける地方分権と地方財政—シンポジウム地方分権と地方財政」での報告③—」

図表 Annex1- 8 地方自治体の歳入の内容

地方自主財源	
	地方税
	地方利用者負担金
	公営企業繰入金、資産運用収入
	その他の地方自主財源
均衡資金	
	一般配分金
	歳入分与
	特別配分金
	州政府からの税収分与(市・県の場合)
その他の収入	
	その他の政府からの収入
	寄付金・無償供与金

地方自治体には、国からより多くの財源の移転が必要である、という歳入面での議論が指摘されることが多いが、インドネシアの地方自治体の2007年度の黒字額は、全体で40兆IDR（なお、インドネシアの地方自治体の2006年の歳入規模は280兆IDRであった。）に達しており、こうした議論とは相反している。この理由は、地方自治体の議会の議論が長引くため、予算の成立が新年度開始の1月から3～4か月遅れるという問題や、国から歳入分与の交付の遅れなどにより、地方自治体が適切に支出する時間がないことに起因する。こうした中で、自治体予算は黒字となるが、より良いサービスを住民に提供できないという課題が生じている¹⁴。

① 均衡資金制度

1) 一般配分金（日本の地方交付税交付金に相当）¹⁵

一般配分金は、均衡資金制度の中で、最も重要な地方自治体への移転財源であり、地方自治の実施にあたって必要となる財源を確保し、地方政府間の財政上の格差を解消するために、地方経済の潜在可能性、面積、地理状況、人口及び住民の所得レベル等を考慮して国庫収入の一部を配分するインドネシアの地方交付税制度であり、交付された後は用途を特定しない一般財源となる。その総額は均衡法第 27 条により、国家予算の国内収入額の 26%以上を割り当てることとされている。

2) 歳入分与（日本の地方譲与税に相当）

一般配分金に次いで移転財源である歳入分与は、インドネシア全国で広く徴収する国税や、国内で産出する天然資源からの国庫収入等を財源とし、中央政府が一旦国庫

¹⁴ 井川博（2009）「インドネシアにおける地方分権と地方財政—シンポジウム地方分権と地方財政」での報告③—

¹⁵ 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

へ収納した国庫収入の一定割合を地方政府に分与するものであり、日本における地方譲与税に相当する制度である。歳入分与は、森林の再植林を目的とする緑化基金からの分与金や、石油鉱業セクター収入のうち教育振興を目的とする分与金以外は、用途を定めない一般財源として分与される¹⁶。

図表 Annex1-9 歳入分与の内容

税収分与	<ul style="list-style-type: none"> ・土地・建物税 ・土地・建物権利取得税 ・所得税法第 21 条、第 25 条及び第 29 条による個人所得税
天然資源収入分与	<ul style="list-style-type: none"> ・林業セクター収入 ・一般鉱業セクター収入 ・漁業セクター収入 ・石油鉱業セクター収入 ・天然ガス鉱業セクター収入 ・地熱鉱業セクター収入

3) 特別配分金（日本の国庫補助金に相当）¹⁷

特別配分金は、特定の地域における特定の事業の実施のために国家予算から一定の金額を該当地域に交付するインドネシアの国庫補助金制度をさす。特別配分金は、インフラ施設の長期的な整備、強化及び改善等の投資的経費について必要経費をまかなうために特別に措置されるもので、基本的に事務的経費、研究費、研修費、旅費交通費及びその他の一般行政経費に充当することはできない。特別配分金は法律に対象分野等の詳細が明記されておらず、具体的な配分金の対象事業や対象となる地方政府の基準については、毎年度財務大臣令によって定められている。なお、特別配分金の交付を受けて事業を実施しようとする場合は、特段の財政上の理由がない限り、原則として地方政府は特別配分金の交付対象事業費の最低 10%を自主財源で用意する（いわゆる補助裏）必要がある。

② その他の収入（特別自治実施資金・調整資金）¹⁸

特別自治実施資金及び調整資金は、地方歳入のうち、その他の収入の、その他の中央政府からの収入に分類され、特別自治実施資金は特別地方自治法が適用されるアチェ及びパプアに対する特別地方自治の実施資金として、調整資金は毎年度の国家予算によって扱いは異なっているが、2008 年度においては、後進地域のインフラ整備のための特別措置や、一般配分金の交付額に急激な変動があった場合の激変緩和措置等のために交付されている。

¹⁶ 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

¹⁷ 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

¹⁸ 自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

3. ラオス

(1) 税制

ラオスでは、直接税の税務執行の中央組織は、財務省（Ministry of Finance）の歳入部内にある租税局（Tax Department Director Board）であるのに対し、間接税は関税局が管轄している。地方における税の執行機関としては、県政府の財政サービス部（Financial service）に属する県財政部（PO : Provincial Field Office of Finance）が全国に 18 箇所、その下に郡政府の財政サービス部に属する郡財政部（DO : District Field Office of Finance）が 142 箇所、この他、全国に 1 万人以上存在する集落の長に対し、集落の住人に対して租税を納めるよう周知する権限が与えられ、地方では地方政府が税の賦課徴収を行う体制となっている。国税収入については、PO の徴収税額が当該 PO の支出額を上回る場合のみ超過額を財務省に送金し¹⁹、逆に財政収支が赤字の PO は、財務省に不足分の補填を求める仕組みとなっている²⁰。

図表 Annex1-10 ラオスにおける税収入・支出の推移（単位：10 億 LAK）

	1999/2000	2001/2002	2003/2004	2005/2006	2007/2008	2009/2010
歳入・贈与	2,167	2,568	3,105	4,962	7,134	8,907
經常収入	1,691	2,327	2,822	4,266	6,439	7,825
税収入	1,367	1,879	2,329	3,641	5,627	6,989
税外収入	324	449	494	625	812	836
贈与	475	240	283	696	695	1,081
歳出	2,513	3,161	3,754	5,938	8,368	10,105
經常支出	808	1,376	2,092	3,124	4,576	5,915
資本支出・貸付	1,783	1,643	1,777	2,465	3,227	3,540
その他・予備費	n.a.	n.a.	n.a.	348	566	650
総合収支	n.a.	n.a.	n.a.	-976	-1,234	-1,198
資金調達	346	594	649	976	1,234	1,198
国内(純)	-294	17	-274	-415	-129	243
海外(純)	640	577	923	1,390	1,363	956

※1 キップ (LAK)=0.010 円 (JICA 平成 24 年度 5 月月次取引レートを参考値として記載)

出所： Ministry of Finance, Lao PDR

¹⁹ ただし、県から国に税収を納入できる県は、チャンパサーク県等一部の県にとどまっている（財団法人自治体国際化協会ウェブサイトより

<http://www.clair.or.jp/j/forum/forum/articles/jititai/145/INDEX.HTM>）。

²⁰ 玉川・鈴木・酒井（2006）「ラオスの税制と税務行政—ラオス税務行政実務研修を終えて—」『ファイナンス』2006 年 4 月号、p.21.

ラオスの主要税目としては、付加価値税（VAT）、個別物品税、事業利益税、個人所得税、土地所有税等がある²¹。月額 150 万 LAK 以上の所得を得ているものは、税法第 4 号における第 60 条第 2 表に従って累進課税が適用される。

ラオス全体での税収入の推移は、下図のとおりであり、経済発展に伴い年々増加していることが示されている。

(2) 補助金・地方交付税交付金など

ラオスにおいては、補助金や地方交付税交付金に相当する制度・仕組みは存在しない。

²¹ 玉川・鈴木・酒井（2006）前掲書、pp.19-20.ただし、当時は VAT の変わりに取引高税が導入されていたが、2009 年の VAT 導入によって取引高税は廃止された。

4. マレーシア

(1) 行財政および税制

① 連邦政府の財政

マレーシア連邦政府の財政規模は州や自治体と比較した場合、極めて大きい。政府機関の歳入・歳出の9割弱が連邦に属している。連邦の歳入は租税収入と租税外収入からなる。租税収入は法人税（企業所得税）を中心とする直接税と輸出入税、売上税等の間接税で構成されている。租税外収入は許認可手続きの手数料、行政サービス費、罰金や利子などによる収入が該当する。歳出は人件費などの義務的経費、建設事業費等のインフラ整備や改良のための開発経費がある。

図表 Annex1-11 マレーシアの連邦政府の歳入推移(単位：百万 MYR)

税種別		2009	2010	2011	2012
直接税	企業所得税	30,199	36,266	43,970	47,470
直接税	個人所得税	15,590	17,805	19,696	21,347
直接税	石油税	27,231	18,713	25,993	26,182
直接税	共同組合、その他	1,897	1,667	1,715	1,800
直接税	その他（印紙税を含む）	3,458	4,558	5,083	5,300
間接税	輸出関税	1,152	1,810	2,038	2,114
間接税	輸入関税	2,114	1,966	1,976	1,985
間接税	物品税	10,069	11,770	11,783	11,881
間接税	販売税	8,603	8,171	8,605	8,965
間接税	サービス税	3,344	3,926	4,968	5,385
間接税	その他間接税	2,847	2,863	3,355	3,189
税以外の収入 ²²		52,135	50,138	54,193	51,288
歳入額合計		158,639	159,653	183,375	186,906

出所：MOF, Economic Report 2010/2011 より作成。2012年は予測値。

²² 税以外の収入は、利息や投資運用益、公的サービス利用料、道路税、各種罰金、外国政府や国際機関からの寄付金、石油ロイヤリティ料等が含まれる。

図表 Annex1- 12 連邦政府の主な税収

税種別	内容	税率
企業所得税	マレーシア国内を源泉とする所得や、国内から送金され国内で受領した所得について課税される。商取引や専門職業、事業から得た利益や、雇用から生じた利益、配当や利子、賃貸料、ロイヤリティ等が含まれる。	25% (中小企業は 20%)
個人所得税	居住者である個人に対し課税される。非居住者である個人に対しては一律 26%が適用されるが、マレーシアでの就労が暦年 60 日以下であれば免除される。	累進課税制度が適用される。最高税率は 26%。
販売税 (Sales tax) (※2)	国内で製造された或いは輸入された課税対象品に課せられる税金。課税対象の製品を製造或いは売上税を徴収するライセンスを取得しなければならないが、年間売上 10 万 MYR 未満の製造業者には免除申請可能。	税率は通常 10%であるが、特定の食品やたばこ、酒、建材は 5%課税される。
物品税 (Excise Duty) (※2)	もともとは国内製造された特定範囲の製品が課税対象であったが、適用範囲が拡大され、輸入車両やビールなどの酒類、トランプ等の品目に課せられるようになった。	課税対象の製品により異なる。
サービス税 (Service Tax)	特定の物品やサービスの提供に対し課せられる。レストランやホテル、病院、弁護士やコンサルタントサービス、自動車修理等を含む課税対象者及び課税対象サービスに対し課せられる。	課税対象サービスの価格または保険料の 6%。 (2011 年 1 月改定)

※1: 但し、現在は個人や企業がマレーシア国内で受領した外国源泉所得は免税の対象となっている。
 ※2: マレーシア政府は 2005 年に販売税及び物品税は物品・サービス税 (GST) という名称の包括的な消費税に置き換えられると方針を発表したが、2012 年 3 月現在導入時期は未定である。
 出所: JETRO「マレーシアの投資制度」より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

② 州の財政

州の主要な歳入は、土地や鉱山、森林からの収入 (税収) 等の自主財源と連邦からの補助金となっている。サバ、サラワクについては、マレー半島の各州よりも幅広い財源が認められている。州の歳出は、州における人件費や行政サービス提供経費、公共施設の整備などの開発経費が中心となっている。歳出超過については、連邦からの借

入金で対応している²³。

図表 Annex1-13 は、マレーシア全 13 州の財政状況の推移を示している。過去 7 年間の歳入を見ると、州の自主財源が約 80%前後を占め、連邦政府からの補助金が 20%前後で推移している。2011 年においては、州の自主財源が約 89%に達した。一方、歳出では、経常経費が 50%~60%、開発経費が残りの 40~50%となっており、開発費用は主にインフラ整備に利用されている。赤字分については、連邦政府からの借入金で補填している。

マレーシア州政府の歳入は、主に三つのリソースから成り立っている²⁴。

第一に、大部分を占める自主財源として、憲法別表 10 で定められた財源と州内の製品、鉱物等に対するロイヤリティが認められている（連邦憲法 110 条）。

第二に、連邦から州に交付される補助金がある。人頭補助金と州道補助金があり、いずれも毎年 1 回交付される。前者は人口 1 人あたりに単価を乗じたものであるが、最初の 10 万人までとそれ以降で単価が異なる仕組となっている。後者は半島のマレーシアの州のみに適用される州道管理のための補助金で、1 マイルあたりの平均管理コストに基づく単価を乗じている。これ以外に開発に関わる補助金がある。さらに、サバ州やサラワク州を対象にした補助金も存在する。

図表 Annex1-13 マレーシア州政府決算の推移（単位：百万 MYR）

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
歳入	11,969	12,742	13,948	17,152	15,233	21,362	18,864
自主財源	9,264	9,494	10,378	13,867	11,845	17,683	16,626
連邦補助金	2,642	3,145	3,064	3,250	3,311	3,593	2,055
その他補填	63	103	56	36	78	86	183
歳出	10,491	11,568	13,389	15,177	14,671	15,297	17,259
経常経費	6,144	6,673	7,253	8,204	8,046	8,947	9,513
開発経費	4,347	4,895	6,136	6,973	6,625	6,350	7,746
差引	1,478	1,174	109	1,976	563	6,065	1,605
連邦借入金	1,642	1,094	1,141	2,000	1,243	2,257	474

出所：MOF, *Malaysia Economic Report* 各年版より作成。2011 年は修正版見込値。

③ 国民個人に対する補助金

マレーシア政府は、国民負担を軽減するために一部の食料（米、砂糖、料理油、小麦粉など）、石油製品（調理用プロパンガス、ディーゼル、RON95 など）、電気料金などに補助を行っている。また、2012 年前半には月収 3,000MYR 以下の低所得世帯

²³ 「マレーシアの地方自治」財団法人自治体国際化協会（シンガポール事務所）

²⁴ 河野元子(2010)「マレーシアにおける地方行政と地方政府」アジア経済研究所『東南アジアにおける自治体ガバナンスの比較研究』

(http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2009/pdf/2009_433_08.pdf)

に対し、500MYR の一時給付金「1 マレーシア・ピープルズ・エイド (BR1M)」を支給した²⁵。

(2) 地域開発の考え方

マレーシア政府は 2006 年 3 月に第 9 次五カ年計画 (9MP) を発表し、その中で地域格差是正のために、全国で複数の大規模地域開発 (コリドー) を実施していく方針を示した。現在の大型長期開発計画は下表のとおりである。各コリドーでは、重点産業の事業を指定域内で実施することを前提に、投資税や企業所得税の減免等のインセンティブを提供している。

図表 Annex1-14 マレーシアの大型長期開発地域

名称	対象地域	目的	重点産業
イスカンダル開発地域 (IDR)	ジョホール南部 2,216 k m ² 【2006-2025 年】	・大都市圏に発展させ、シンガポールとの関係強化を図る	・教育・金融・ヘルスケア・情報通信技術及びクリエイティブ産業・ロジスティクス・観光
北部コリドー経済地域 (NCER)	ペナン州、ケダ州、プルリス州、ペラ州の北部 4 州をまたいだ地域 17,816 k m ² 【2007-2025 年】	・農業、製造業、サービス業の技術向上、人材育成等	・農業・製造・観光・ロジスティクス
東部コリドー経済地域 (ECER)	パハン州、クランタン州、トレンガヌ州、ジョホール州北東部にまたがる。66,736 k m ² 【2007-2020 年】	・開発が遅れていた東部地域の所得向上、貧困削減 ・対象地域人口 390 万人 (民族構成 87% ブミプトラ)	・農業・教育・製造・石油、ガス、石油・化学 ・観光
サバ開発コリドー (SDC)	サバ州全体 73,997 k m ² 【2008-2025 年】	・既存産業の強化及び新規産業の発掘 ・インフラ整備の改善	・農業・製造・観光・ロジスティクス
サラワク再生エネルギーコリドー (SCORE)	サラワク州を地域に分けて開発。 70,708 k m ²	・中部を電力供給拠点に、北部を重工業地区、南部を工業・港湾	・アルミニウム・ガラス ・海洋技術産業・金属関連 ・石油関連・木材関連

²⁵ 「BR1M」は 2011 年 10 月に一時給付金として支給することが発表された。支給時期は定かでないが、2012 年 1 月まで申請を受け付け、3 月に政府予算を割り当てている。なお、2012 年 6 月の報道 (<http://www.malaysia-navi.jp/news/120608075900.html>) によると、マレーシア政府は選挙対策の一環として 8 月に第二回を実施する可能性を示している。

	【2008-2030年】	都市に発展させる ・ コリドー完成に 3,340億 MYR の投資 を期待	・ 漁業・水産養殖・畜産 ・ パーム油・観光
--	--------------	--	---------------------------

出所：JETRO「マレーシアの概況」より抜粋。

5. ベトナム

(1) 税制^{26,27}

2003年まで、ベトナムの税制政策立案は租税総局が中心となって実施され、その他の財政省部局は租税総局が作る法案に対してレビューやコメントを述べるだけとなっていた。しかし、2003年7月に財務省の機構改革が行われ、財政政策局内にあった税制政策局がすべての税制の企画・立案を行うように変更された。これまで税制政策立案を担当していた租税総局は、徴税等の税務行政に専念することになった。

1990年10月の税制改革以前は、個人の税負担はなく、ベトナムの税収入は、企業の負担のみに限定されていた。しかし、上記税制改革により、国民個人に対する税負担が求められるようになった。ベトナムの税制改革は、1991年から1995年までを「税制改革フェーズⅠ」、1996年から2000年までを「税制改革フェーズⅡ」、2001年から2005年までを「税制改革フェーズⅢ」として、様々な改革が進められ、2006年には「税務行政法」が成立し、税務行政の法体系が整備されたはずであったが、税務行政の現場では納税意識の低さ・徴税コスト負担増・汚職など多くの問題を未だに抱えたままになっている。

ベトナムの歳入にしめる租税収入は、図表 Annex1-15 に示したように、構成比が高いものから、付加価値税 31.1%、法人所得税 27.9%、国際貿易や取引の税 10.9%、財・サービスへの課税 6.4%、個人所得税 6.3%となっている。

図表 Annex1-15 2012年のベトナム予算計画における歳入の割合

項目	金額 (10億 VND ^{*1})	歳入に占める割合 (%)
歳入	740,500	100.0
I 税収	674,920	91.1
法人所得税	206,362	27.9
個人所得税	46,333	6.3
土地・住宅税	1,323	0.2
事業税	1,458	0.2
贈与税	15,970	2.2
付加価値税	230,358	31.1
財・サービスの特別税	47,365	6.4
天然資源税	32,016	4.3
農地使用税	36	0.0
国際貿易や取引の税	80,500	10.9
環境保護税	13,200	1.8
II 手数料・使用料	22,963	3.1
III 国家所有地からの収入	37,617	5.1
IV 補助金	5,000	0.7

※1 1 ドン (VND) = 0.0038 円 (JICA 平成 24 年度 5 月次取引レートを参考値として記載)

出所: ベトナム財務省ホームページ「Budget Plan for year 2012」

²⁶ 東京税理士会国際部 (2005) 『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

²⁷ 花井 (2012) 「開発途上国における課税とガバナンスーベトナム税制改革の残された課題ー」, 『開発途上国と財政ガバナンス改革』, アジア経済研究所, pp.127-165。

① 所得税^{28,29}

税制改革により、1991年4月から所得税が課されるようになったが、所得税はすべての国民に税負担を求めるのではなく、1ヶ月の給与所得が500万ドン以上の高額所得者のみ源泉徴収で納税することとなった。

2009年に実施された税制改正では、それまで外国人とベトナム人の間で異なる税率区分であったものが統一された。また、高額所得者所得税の課税ベースが月額で外国人800万ドン、ベトナム人500万ドンとしていたが、2009年度の改正によって基礎控除月額が400万ドンに引き下げられる一方で、新たに扶養控除制度が導入され、扶養親族1人あたり月額160万ドンの所得控除が認められるようになった。

所得税は、1) ベトナム国内外在住に関係なく、所得を有するベトナム国民、2) ベトナムに無期限で居住し所得を有するベトナム国籍をもたない個人、3) ベトナムで所得を有する外国人に適用される。所得税率は、非居住者については一律で25%、居住者については定期所得として10～50%の累進税率、不定期所得として技術移転の5%と宝くじ当選金の10%の固定税率である。

② 相続税³⁰

外国資産家及び国内企業がその持分を譲渡した場合に生じる利益には、資本譲渡税が課されている。

③ 住民税、都市計画税などの個人にかかる税金³¹

税制改革フェーズⅠによって、1992年8月には住宅・宅地税、1994年6月には土地使用権譲渡税が導入された。また、税制改革フェーズⅡ時には、1999年に不動産市場の変化に対応する目的で、土地使用権譲渡税が改正された。土地に関する税には、住宅・宅地税と土地使用権譲渡税があるが、資産の移動、売買、循環が活発化している現状に対応して、税収を高めることを目的として、新たに土地使用税として一本化する検討がされている。

④ 付加価値税³²

税制改革フェーズⅠによって、1990年10月には、酒や嗜好品に対して課せられる特別消費税が導入された。税制改革フェーズⅡによって、1997年には付加価値税法が成立し、付加価値税が導入された。2003年5月には特別消費税、付加価値税共に改正された。さらに、財源安定性のために、付加価値税の適応範囲を輸入品にまで広げたり、特別消費税の対象物品を追加したりすることによって、税収を高めることが議論されている。

²⁸ 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

²⁹ 花井（2012）「開発途上国における課税とガバナンスーベトナム税制改革の残された課題ー」、『開発途上国と財政ガバナンス改革』、アジア経済研究所、pp.127-165。

³⁰ 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

³¹ 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

³² 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

付加価値税は、物品・サービスの供給過程において付加される価値部分に課せられる租税である。付加価値税の税率は、標準税率 10%、必需品・必需サービス 5%、輸出品・輸出サービス 0%となっている。

特別消費税は、たばこ・アルコールなどの物品やマッサージ・カラオケ・ゴルフ場利用などのサービスに課税されている。

⑤ 地方税^{33・34}

ベトナムでは、集権的に財政が管理され、国税として徴収された税収を中央政府と地方政府の間で分ける形で歳入が確保されてきた。政府間での財源運営については、1996年に国家予算法が制定され、中央集権的計画経済体制から地方分権的市場経済制へ移行する第一歩として、中央と地方の財源配分がルール化された。その後国家予算法は1998年と2002年に改正が加えられ、中央政府と地方政府の間でより一層の地方分権化が図られた。

図表 Annex1- 16 2002年国家予算法下での中央予算と地方予算間での税収割当

	中央予算	地方予算
共有化 されない歳 入	<ol style="list-style-type: none"> 1. 輸入品への付加価値税 2. 輸出入税 3. 輸入品への個別消費税 4. 法人所得税（全国ベース企業） 5. 原油への課税 6. 政府による貸付や資本提供からの収入 7. 補助金 8. 手数料・使用料 9. 繰入金 10. その他 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 住宅および土地への課税 2. 天然資源への課税（原油除く） 3. ライセンス税 4. 土地移転税 5. 農地使用税 6. 土地使用料 7. 地代 8. 国家所有住宅や建物の販売もしくは賃貸からの収入 9. 登録料 10. 宝くじからの収入 11. 政府による貸付や資本提供からの収入 12. 補助金 13. 手数料・使用料 14. 公有地使用による収入 15. 規制により生じる収入 16. 繰入金 17. 中央予算からの支援 18. 政府規制下のインフラ建設のための住民への拠出金 19. 寄付
共有 歳入	<ol style="list-style-type: none"> 1. 付加価値税（輸入財を除く） 2. 法人所得税（地方ベース企業） 3. 高額所得者への所得税 4. 利益送金税（2004年1月廃止） 5. 国内取引の財サービスへの個別消費税 6. ガソリン税 	

出所：ベトナム財務省資料

中央と地方の財源配分としては、図表 Annex1- 16 のように、輸出入税・法人所得

³³ 花井(2012)「ベトナムにおける市場経済化と政府間歳入割当」、『開発途上国と財政ガバナンス改革』、アジア経済研究所、pp.53-77。

³⁴ 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

税（全国ベースの企業）・原油課税などは 100%中央政府、付加価値税・法人所得税（地方ベースの企業）・所得税などは中央と地方の共有税、住宅および土地税・農地使用税などは 100%地方に割り当てられている。

(2) 補助金・地方交付税交付金など

① 地方予算の配分方式と開発・社会保障予算の配分による地域間格差の是正^{35・36}

省の予算は毎年複雑な方法で政府によって決められており、そうして決められた省ごとの予算に対して、省が政府の代わりに収集した国税が、少ない場合は政府から不足分が補填され、多い場合は政府に余剰分が吸い上げられる。ハノイ市の場合、市で集められた国税の 60%が余剰分として政府に渡り、40%が市の予算となる。2011 年では、省で集めた国税の余剰分を政府に渡しているのは 12 省であり、逆に残りの 51 省は政府から不足分の補填を受けているとのことであった³⁷。

また、社会福祉施設の建設については、ハノイ市など予算が潤沢にある省では省ごとの予算で建設するが、予算が少ない省については MOF からの補助金ができる仕組みとなっている³⁸。

地方予算の歳入構成を具体的に示すため、ベトナム財務省ホームページからのデータに基づき作成されたのが図表 Annex1-17 である。地方予算は大きく地方予算歳入と均衡外歳入の 2 種類があり、地方予算歳入は中央と地方との交渉によって振り分けられる均衡歳入であり、均衡外歳入はインフラ建設への拠出金、授業料、病院手数料などの税以外で地方自治体を得る歳入である。

地方予算歳入には、大きく分権的歳入と中央予算からの移転がある。分権的歳入は、前述した 12. (1) ⑤地方税の項目にあるように、国税収入における地方配分と国と地方の共有配分から得られるものである。中央予算からの移転に関しては、平衡化移転とプログラム移転の 2 種類があり、平衡化移転は社会的および開発的な事業をするために必要な財源を中央から支援する資金のことであり、プログラム移転は条件付き補助金で貧困削減や特定地域・産業の目的で社会的・経済的發展を支援する資金のことである。

図表 Annex1-17 には、1 人あたりの GDP が最も高いグループに属するハノイ市とホーチミン市、最も低いグループに属するライチャウ省の地方予算歳入構成を示したが、GDP の高い 2 市は歳入の多くを税収によって得ており、GDP の低いライチャウ省は税収によるものは予算の 6.3%のみで、予算のほとんどを中央予算からの移転（地方交付税）によって賄っていることがわかる。ハノイ市、ホーチミン市の人口はそれ

³⁵ 花井（2008）「移行経済国における政府歳入割当の課題－ベトナムの事例を通して－」、『開発途上国と財政問題』調査研究報告書』、アジア経済研究所、pp.55-85。

³⁶ 花井（2012）「ベトナムにおける市場経済化と政府間歳入割当」、『開発途上国と財政ガバナンス改革』、アジア経済研究所、pp.53-77。

³⁷ MOF ヒアリングより。

³⁸ 老人保護施設ヒアリングより。

ぞれ約 650 万人（2009 年）、約 740 万人（2010 年）であり、ライチャウ省は約 31 万人（2004 年）であることを勘案すると、人口 1 人あたりの地方予算歳入は中央予算からの移転によって、地方間の格差が是正される形となっている。特に、貧困削減など目的が明確化された補助金であるプログラム移転がライチャウ省の予算歳入の 55.3% を占めるなど、プログラム移転は、地方間の貧富の格差是正に有効な社会保障機能を持っているといえる。

図表 Annex1- 17 2006 年決算データ（地方予算歳入構成）

		ハノイ市		ホーチミン市		ライチャウ省	
		100 万 VND *1	%	100 万 VND	%	100 万 VND	%
I	地方予算歳入総額	13,844,807	100.0	25,066,286	100.0	1,561,601	100.0
1	分権的歳入	9,223,750	66.6	14,168,473	56.5	99,112	6.3
	100%留保可能な歳入	5,055,287	36.5	6,389,724	25.5	93,876	6.0
	中央と地方の共有歳入	4,168,463	30.1	7,778,749	31.0	5,236	0.3
2	中央予算からの移転	1,143,015	8.3	271,286	1.1	1,153,279	73.9
	平衡化移転	0	0.0	0	0.0	290,209	18.6
	プログラム移転	1,143,015	8.3	271,286	1.1	863,070	55.3
3	予算余剰収入	906,220	6.5	2,105,617	8.4	154,219	9.9
4	国家予算法に基づく投資資金	500,000	3.6	2,650,000	10.6	20,000	1.3
5	繰越金	2,071,822	15.0	2,216,869	8.8	115,517	7.4
6	市債発行による借入	0	0.0	0	0.0	0	0.0
7	補助金	0	0.0	232,331	0.9	0	0.0
II	均衡外歳入	0	0.0	3,421,710	13.7	19,474	1.2

*1 1 ドン（VND）=0.0038 円（JICA 平成 24 年度 5 月月末取引レートを参考値として記載）

出所：ベトナム財務省ホームページ

② Tax インセンティブ制度

貧困層に関しては、土地使用税（日本でいう、固定資産税）の免除を実施している。土地法（1991 年）と非農業土地法（2011 年）において、それぞれ税免除を実施している。

(3) 行政的側面³⁹

ベトナムの税制を支える税務体制は、税制政策局が政策立案、租税総局が申告・徴収などの税務行政、国際関係局が関税・租税条約・移転価格税制などの管理を担当している。

ベトナムの課税制度は申告納税ではなく、申告賦課課税制度である。法人税、付加価値税、所得税、特別消費税、外国契約者税については、毎年申告納付するが、それで確定ではなく、3年に一度必ず実施される税務調査によって確定する。

税務調査は、地方税務局が法人、税務署が個人及び中小企業を担当する。

2004年に税務行政は徴税システムをIT化し、税務行政ウェブサイトを構築して税務文書に関する情報を提供したり、納税者が電子申告したりできるような納税の簡素化を図る取り組みが行われた。しかし、まだまだ納税義務者の情報を網羅的に把握でき

³⁹ 東京税理士会国際部（2005）『2005年ベトナム税制等視察研修報告書』。

ておらず、効果的な納税者管理と税務調査体制が不十分となっている。

税務体制の問題点としては、税務立案や税務行政を担当する職員の能力不足、法令遵守の意識の低さ、行政手続きの不透明さなどが挙げられるため、職員の能力向上のための研修が必要である。また、納税者の違反行為を見逃すために賄賂を受け取ったり、税を着服する職員が増加したりしていることから、倫理面での研修も必要である。

6. タイ

(1) 地方分権化と行財政システム

タイは歴史的に中央集権的な行財政システムを特徴としてきたが、1990年以來、基礎自治体の整備が進められ、地方分権化が推進されてきた。1997年に制定された憲法では、地方分権が国家の方針として明記され、1999年の地方分権計画及び手続規定法が施行されて以來、財政における地方分権化も積極的に推進されたことにより、地方の独自財源は年々増加傾向にある。現在、政府は、国家歳入に占める地方政府の歳入の比率を35%程度まで引き上げることを目標としている。2007年度予算以降、原則としてこの比率を25%以下に設定することは法的に認められていない。2012年度における政府の歳入全体に占める地方歳入費は26.77%である。

(2) 中央政府の税金

中央政府の歳入の約7割は、歳入局により徴税されている付加価値税（VAT）、法人税、個人所得税で構成されている。また物品消費税は、全歳入の約17%を占めており、自動車、石油、たばこなどの物品に課税が行われている。

中央政府の機関別歳入

徴税機関及び税目	2011年歳入	総歳入比(%)	徴税機関及び税目	2011年歳入	総歳入比(%)
歳入局	1,532,526.67	68.90	家電税	858.71	0.04
個人所得税	242,435.42	10.90	バイク税	2,071.43	0.09
法人税	572,144.42	25.72	バッテリー税	2,110.42	0.09
石油所得税	81,186.11	3.65	その他	1,065.75	0.05
付加価値税(VAT)	590,192.19	26.53	諸税	407.16	0.02
特定事業税	36,032.89	1.62	関税局	104,712.03	4.71
印紙税	10,260.64	0.46	輸入税	102,021.70	4.59
その他	275.00	0.01	輸出税	298.93	0.01
物品消費税局	371,133.24	16.68	諸税	2,391.40	0.11
石油税	93,971.95	4.22	その他	216,025.49	9.71
たばこ税	57,788.05	2.60	その他政府機関	104,347.00	4.69
酒税	49,754.71	2.24	財務局	3,587.49	0.16
ビール税	61,177.81	2.75	国営企業	108,091.00	4.86
自動車税	86,827.20	3.90	総歳入	2,224,397.43	100.00
飲料税	15,100.05	0.68			

出所) 財務省 HP より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが作成

個人所得税の税率は、0%~37%の累進課税である。年間15万 THB 以下は課税が免除される。タイでは、露天商などを含む小規模事業者や無許可事業者なども多く、いわゆる制度外経済の規模は、正規経済で計算される GDP の40%程度と推定されており、これらの事業者に対する適正な課税が大きな課題となっている⁴⁰。

法人税は、税率30%に設定されているが、中小企業や上場企業について軽減税率の

⁴⁰ 本川弘 (2005) 「タイの税務行政」、税大ジャーナル

適用が個別に設定されている。

VAT は、政府歳入において最も高い比率を占めるものである。税率は、10%を原則とするが、現在は時限措置により 7%となっており、そのうち 6.3%が国税、0.7%が地方税として地方自治体に配分される。年間課税売上高 180 万 THB 未満の小規模事業所は非課税である。また、農産物の販売、新聞雑誌の販売、教育、医療、芸術、文化サービス、専門的自由職業、雇用契約に基づく役務提供、不動産賃貸などは非課税取引とされる。

(3) 地方政府の歳入⁴¹

地方自治体の歳入は、4 種類に分類することができる。第一に、県以外の地方自治体の権限により徴収できる税金及び手数料等である。地方自治体が独自に徴収できる税金は、「建物土地税 (Land and Building Tax)」「土地開発税 (Land Development Tax)」「看板税 (Signboard Tax)」「と畜税 (Slaughter Tax)」である。この他、税外収入として、各種の手数料や許可料、科料、財産収入、自治体の公営事業等からの収入などがある。なお、徴税権の大半が地方自治体のうち、基礎自治体 (タンボン・テッサバン) に移譲されているため、県は独自に地方維持税 (ガソリンスタンド税、ホテル税、タバコ販売税) の徴税権を持つ。

地方自治体の歳入

	2011 年		2012 年	
	金額	比率	金額	比率
自治体が独自に徴収する収入	38,745.96	8.98%	46,529.72	8.78%
付加税 (Surcharge Tax)	148,109.04	34.34%	175,457.28	33.11%
歳入分与 (Revenue Sharing)	70,500.00	16.35%	86,900.00	16.40%
補助金 (Grant)	173,900.00	40.32%	221,091.79	41.72%
地方自治体の歳入総額	431,255.00	100.00%	529,978.79	100.00%
政府歳入 (総額)	1,650,000.00		1,980,000.00	
政府の全歳入に占める地方歳入比	26.14		26.77	

出所) 財務省提供資料

第二に、中央政府が地方自治体に代わって徴収する税金である。付加税 (Surcharge Tax)、歳入移転 (Revenue Transfer)、歳入分与 (Revenue Sharing)、がある。

付加税には、付加価値税 (VAT)、特別事業税、酒税・物品消費税、賭博税、賭博許可証手数料、酒販売許可証手数料で構成される。付加税は、中央政府の徴税額に地方分を上乗せして中央政府が徴収する。中央政府は、全徴収額から事務手数料を差し引いた額を地方自治体に配分する。賭博関連の税を除き、原則として、人口割に基づいて地方自治体に配分される。VAT の納税額の大半は商業集積の多いバンコク都及びその他の大都市における税収であることから、付加税としての VAT の地方自治体への配

⁴¹ タイの地方行財政に関しては、永井史男、船津鶴代 (2009) 「タイの政府間財政関係」『分権化と開発』アジア経済研究所に詳しい。本節の記述は、財務省へのヒアリングに基づく。

分は、中央と地方の財政的な格差を是正する機能を有していると考えられている⁴²。

また、自動車税や車両税は、地方自治体に代わり中央政府が徴収し、事務手数料を差し引くことなく、全額を地方に移転されるものであり、歳入移転（Revenue Transfer）と呼ばれる⁴³。

歳入分与（Revenue Sharing）は、付加価値税（VAT）、特別事業税、不動産登記手数料などを対象とする。徴税額の一部が地方自治体に配分されるという意味では、付加税に類するものである。ただし、VAT の配分においては、基本的にその VAT が徴収された地域内において納税された額の一定割合を各地方自治体が受け取る。

第三に、中央政府からの補助金の交付である。補助金は一般補助金と特定補助金に分類される。一般補助金は、用途が詳細に定められているため、その執行にあたって自治体の裁量は極めて小さい。他方、特定補助金は、特定の自治体における地域開発計画などに用いられるため、一旦、計画が承認されれば交付額が大きく、自治体にとっては、大きな歳入となることから、政治的な影響力も大きいとされる。これらの補助金は、内務省を通じて配分されている。現状は、地方自治体の歳入の約 4 割を補助金が占めており、自治体の業務遂行上は必要な財源である。地方自治体に配分される補助金のうち、74.40%は歳出報告を求めない一般補助金として配分され、14.26%が歳出報告を求める特定補助金として配分される⁴⁴。

⁴² 財務省のインタビューによる。

⁴³ ただし、この歳入移転が、図表「地方自治体の歳入」において、いずれのカテゴリに分類されるのかについては不明である。

⁴⁴ なお、残りの 11.34%はバンコク都及びパッタヤー市に配分されている。これらの数値は、永井、船津（2009）による。

7. カンボジア

(1) 税制

① 税制

カンボジアの行政制度は中央集権的な色合いが濃く、州・市・郡及び区は地方自治体ではなく中央政府の出先機関としての位置付けであり、課税権は持っておらず、予算は全て国の予算となっている。ただし、2008年の憲法改正後は、それまでコミューン、サンカットにしか認められなかった評議会（Council）が、州・市・郡及び区にも設置され、評議会議員の選挙も行われるようになるなど、地方分権の取り組みも進められている⁴⁵。コミューン、サンカットには課税権があり、土地税、不動産税、賃貸税、公共サービス料、公共財産の運用益などが主な自主財源となるが、土地制度が十分に整備されていないことなどから、これらの徴税は十分には機能していないとされる⁴⁶。

税金の種類は、法人所得税、ミニマム税、源泉徴収税、給与税、付加価値税などであり、個人の確定申告といった仕組みはないことから、税収はフォーマルセクターからのものが主となる。したがって、税制を通じた再配分は、主に国税としてフォーマルセクターから徴収された税金が、地方のインフォーマルセクターに支出されるといった仕組みでなされていると理解される。

⁴⁵ 生沼裕，公営企業(2009.11),カンボジア王国の新たな地方行政制度について

⁴⁶ (財)自治体国際化協会(2005),「カンボジアの地方自治」

図表 Annex1-18 カンボジアの税制の現状

税	税率
法人所得税 (Profit Tax) : 第 1 章第 1 条 - 第 23 条	
● 法人を対象とする	20% (投資優遇措置として 9%ないし 0%税率が適用される場合を除く)
● 原油・ガスの生産分与契約及び木材、鉱石、金、宝石を含む天然資源の開発	30%
ミニマム税 (Minimum Tax) : 第 1 章第 24 条	
● 実態管理様式にのみ適用 (但し、免税期間中の QIP は除く) ● 法人所得税が年間売上げの 1%を超えた場合には、法人所得税のみを支払う	年間売上げの 1%
源泉徴収税 (Withholding tax) : 第 1 章第 25 条 - 第 28 条	
● 個人が受取る経営者・コンサルタント等としてのサービス料収入 ● 無形資産に対するロイヤルティー、鉱物資源に対する利益の支払い ● 支払い利息 (国内の銀行・金融機関以外の、ビジネスを営む納税者による支払利息)	15%
● 動産・不動産の賃貸収入	10%
● 定期預金を保有する居住者に対する国内銀行の支払利息	6%
● 非定期性預金を保有する居住者に対する国内銀行の支払利息	4%
● 非居住者に対する支払い：利息、ロイヤルティー、資産の使用に伴う賃料とその他の収入、配当、経営・技術サービス対価	14%
給与税 (Tax on Salary) : 第 2 章第 40 条 - 第 54 条	
● 雇用者により源泉徴収を行う ・ 0 リエル - 500,000 リエル (約 125 米ドル以下) ・ 500,001 KHR - 1,250,000 KHR (約 125 米ドル超約 312.5 米ドル迄) ・ 1,250,001 KHR - 8,500,000 KHR (約 125 米ドル超約 312.5 米ドル迄) ・ 8,500,001 KHR - 12,500,000 KHR (約 125 米ドル超約 312.5 米ドル迄) ・ Over 12,500,000 KHR (約 3,125 ドル超) ・ 付加給付 ・ 非居住者	0% 5% 10% 15% 20% 市場価格の 20% 20% (単一レート)
付加価値税 (Value Added tax:VAT) : 第 2 章第 40 条 - 第 54 条	
● 被課税者：実態管理様式の対象者 ● 登録：全ての会社は業務開始以前に VAT 登録を行わなければならない。その他のものは、連続する前 3 ヶ月の課税所得が下記金額を超えた場合には、30 日以内に VAT 登録を行う必要がある。 ・ 物品販売：1 億 2,500 万 KHR ・ サービス提供：6,000 万 KHR ● 課税対象となる供給： ・ カンボジアにおいて為される課税対象者による物品の供給 ・ 課税対象者による物品の私用への流用 ・ 物品・サービス原価を下回る贈答品の製作と供給 ・ カンボジアへの物品の輸入 ● 標準税率 ● カンボジアからの輸出品及び国外で提供されるサービス ● 投入に係る税金は売上げに係る税金から控除可能 ● 月次申告：VAT の申告は翌月 20 日までにしなければならない	10% 0%

※1 リエル (KHR)=0.020 円

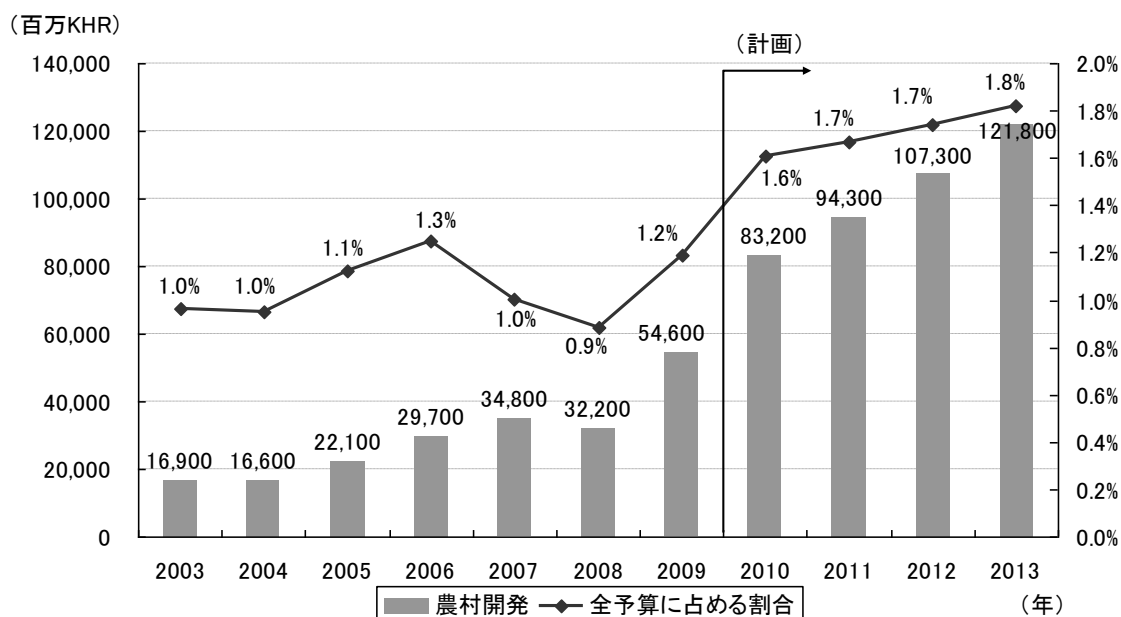
出所：カンボジア投資ガイド (2010.3) ， 国際機関 日本アセアンセンター (東南アジア諸国連合貿易投資観光促進センター)

② 農村開発予算

図表 Annex1-19 に、国の農村開発予算の推移を示す。これによれば、農村開発の予算は年々増加傾向にある。また、政府予算全体に占める割合は、2003 年時点で約

0.8%であったものが、2009年には約1.2%、2013年の計画ベースでは1.8%まで増加する見込みとなっており、その割合も年々増加傾向にある。税収の大半が国税としてフォーマルセクターから徴収されていることに鑑みれば、政府における農村開発予算の割合の増加は、都市部から農村部へ、高所得者層から低所得者層への再配分機能が高まっていることを意味しているといえる。

図表 Annex1-19 農村開発予算の推移



※1 リエル (KHR)=0.020 円

出所：2003年から2008年まではMOP,National Institute of Statistics, "Statistical Yearbook 2008",Table19.8、2009年以降はRGC(2010),National Strategic Development Plan UPDATE 2009-2013

(2) 補助金・地方交付税交付金など⁴⁷

コミュニン・サンカットでは自主財源に乏しいことから、国からの補助金が頼りとなるが、中央政府の財政も厳しい状況にあることから、実際には国からの補助金と国際支援機関などからの支援金をもとにコミュニン/サンカット基金 (C/SF : Commune/Sangkat Fund) が設立され、それを原資として各種事業が行われているのが実態である。

コミュニン・サンカットの評議会は、地域開発やハード・ソフトの基盤整備を進めるため、住民のニーズを反映させた「コミュニン/サンカット開発計画 (C/SDP : Commune/Sangkat Development Plan)」と呼ばれる5ヵ年計画を策定し、その内容に基づいて国に対して予算を要求する仕組みとなっている。また、1年ごとには、別途C/SDPの内容と整合がとられた「コミュニン/サンカット投資プログラム (C/SIP : Commune/Sangkat Investment Program)」が作成される。

コミュニン・サンカットでは、これらの計画に基づき、C/SFを原資としながら交

⁴⁷ <http://www.nlcs.org.kh/en/>

通・教育・水供給などの事業を行っている（なお、事業を行う際には、その都度利益を受ける住民から負担金を徴収することも多い⁴⁸）。

⁴⁸ (財)自治体国際化協会(2005),「カンボジアの地方自治」

Annex 2 経済・社会基本指標

ここでは、本調査の対象 7 カ国について、その基本指標を整理する。なお、最新データについては、各国の比較を目的に、対象国以外の ASEAN、ASEM のアジア地域および BRICS を含めた 12 カ国を加えて整理している（図表 Annex2-1）。

図表 Annex2-1 分析の対象国

(A)	本調査対象国	フィリピン、インドネシア、ラオス、マレーシア、ベトナム、タイ、カンボジア
(B)	ASEAN (A を除く)	ブルネイ、シンガポール、ミャンマー
(C)	ASEM (A,B を除くアジア地域)	日本、韓国、中国、インド、モンゴル、パキスタン
(D)	BRICS (C を除く)	ロシア、ブラジル、南アフリカ

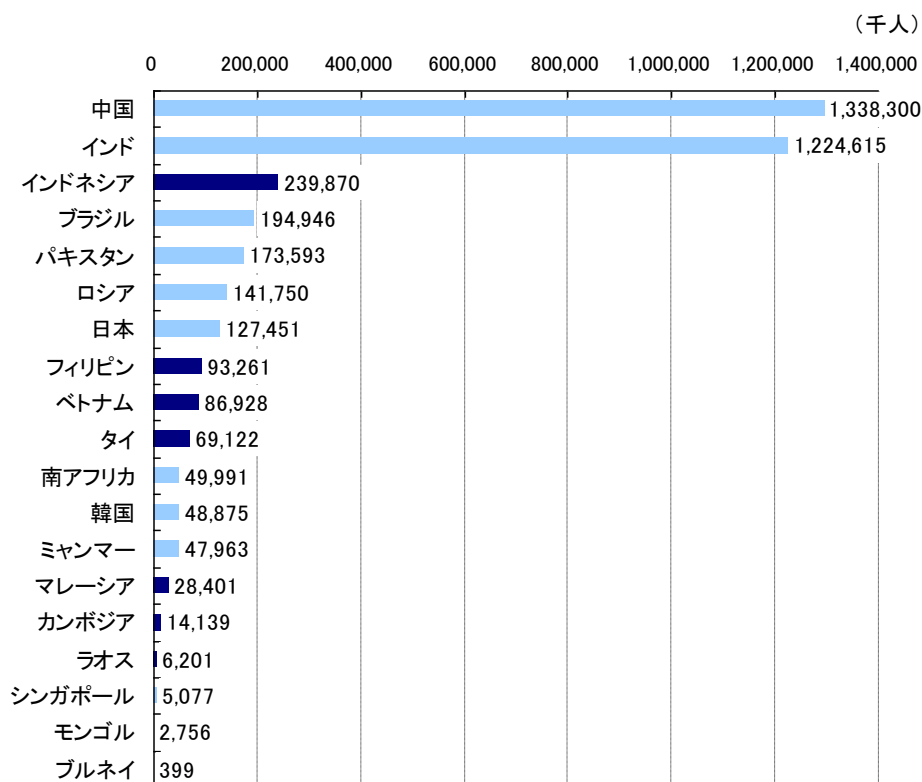
1. 人口構造

(1) 総人口及び人口増加率

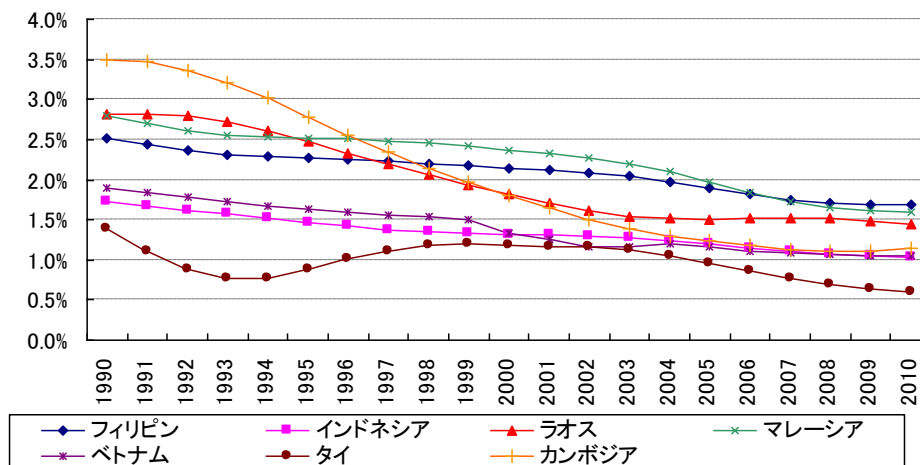
総人口（図表 Annex2-2）は中国が約 13.4 億人、インドが約 12.2 億人と突出して多くなっている。対象 7 カ国の中ではインドネシアが約 2.4 億人と最も多く（中国、インド、アメリカに続く世界第 4 位）、以下、フィリピン、ベトナム、タイと続くが、2 番目のフィリピンもインドネシアと比較すると 4 割以下と大きな開きがある。ラオスは約 6.2 百万人で、これは千葉県と同程度の規模となる。最も少ないのは、ブルネイの 399 千人である。

1990 年以降の人口の増加率（図表 Annex2-3）をみると、2000 年以降は概ね全ての国で徐々に低下傾向にあるが、いずれの国においてもゼロ以上で推移している。2010 年時点で最も増加率が高いのはフィリピンとなっており、次いでマレーシア、ラオスと続いている。なお、最も低いのはタイで、0.6%となっている。

図表 Annex2-2 総人口（2010年）



図表 Annex2-3 人口増加率の推移



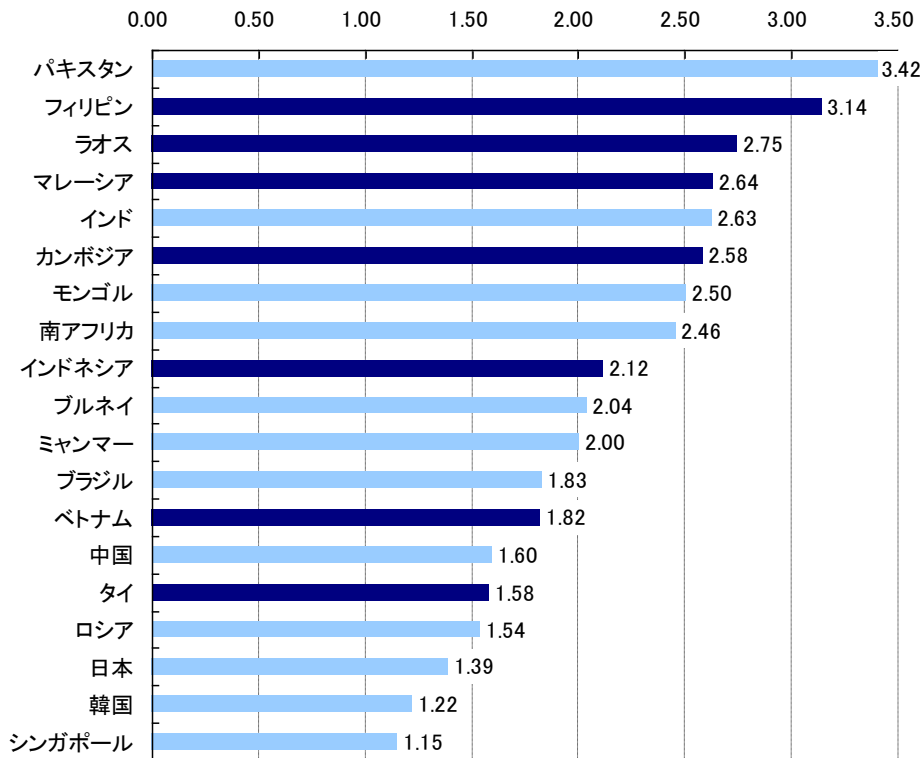
出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

(2) 合計特殊出生率

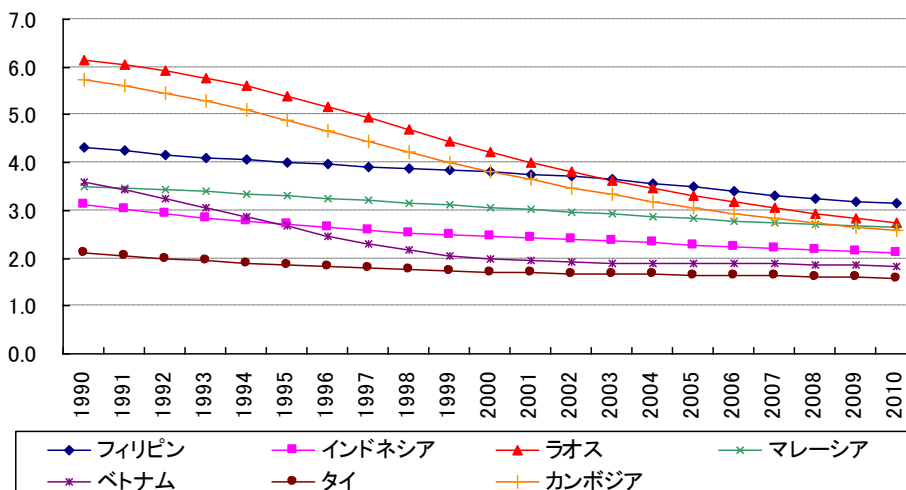
合計特殊出生率（図表 Annex2-4）は、最も高いのはパキスタンの 3.42 で、以下、フィリピン、ラオス、マレーシアと続く。なお、対象 7 カ国の中では、人口の増加率と同様に最も高いのがフィリピン、最も低いのがタイとなっている。1990 年以降は全

ての国において概ね低下の傾向にあるが、特にラオス、カンボジアでは大幅な低下がみられる（図表 Annex2-5）。

図表 Annex2-4 合計特殊出生率(2010年)



図表 Annex2-5 合計特殊出生率の推移

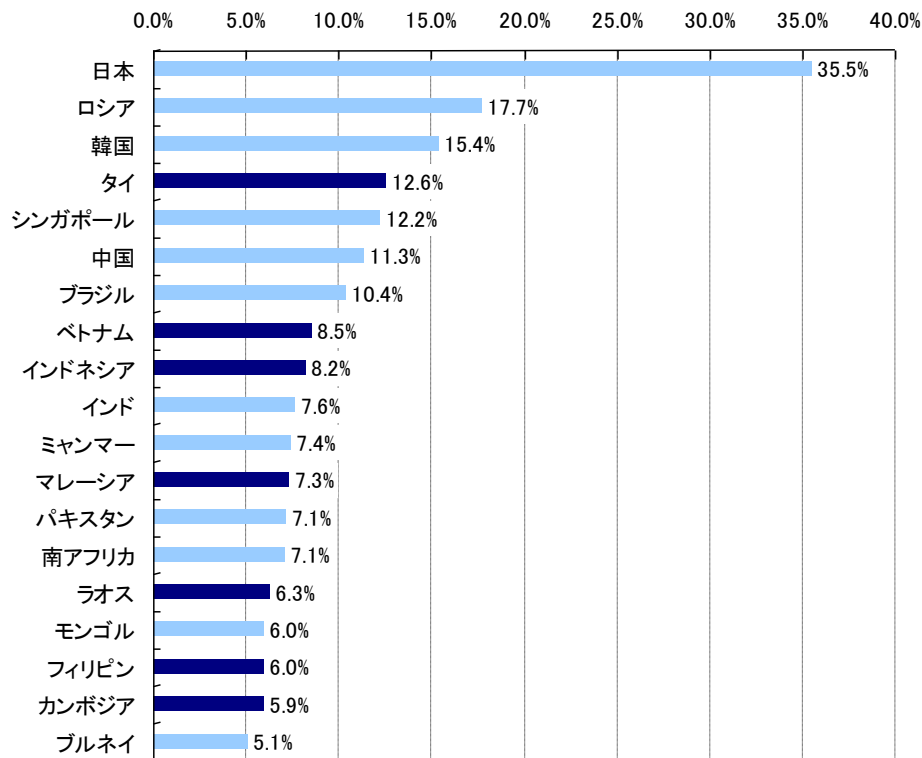


出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

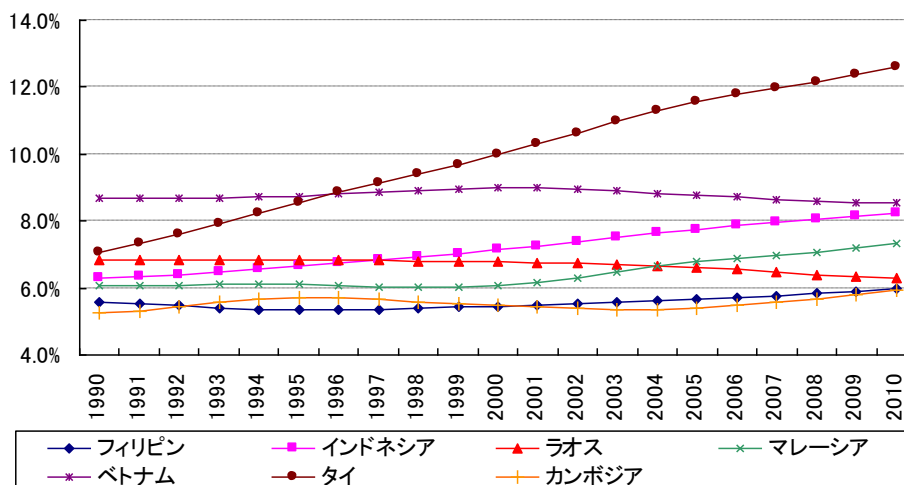
(3) 高齢者人口／生産年齢人口比率

高齢者人口を生産年齢人口で除した比率（図表 Annex2-6）をみると、日本が 35.5%と突出して高くなっている。対象 7 カ国の中ではタイが 12.6%と高く、その他の国は 6.0～9.0%程度となっている。最も低いのはカンボジアの 5.9%で、次いでフィリピン、ラオス、マレーシアなど合計特殊出生率が比較的高い地域が続く。なお、ベトナムとラオスは、2000 年以降は僅かではあるが低下傾向にある（図表 Annex2-7）。

図表 Annex2-6 高齢化人口／生産年齢人口比率(2010 年)



図表 Annex2-7 高齢化人口／生産年齢人口比率の推移

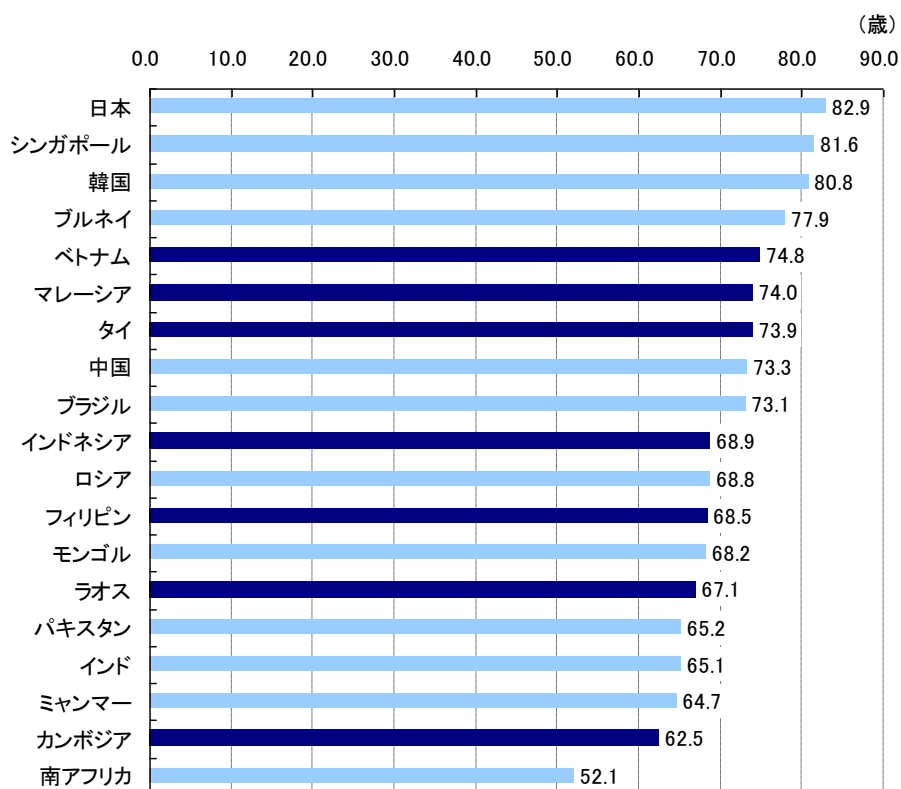


出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

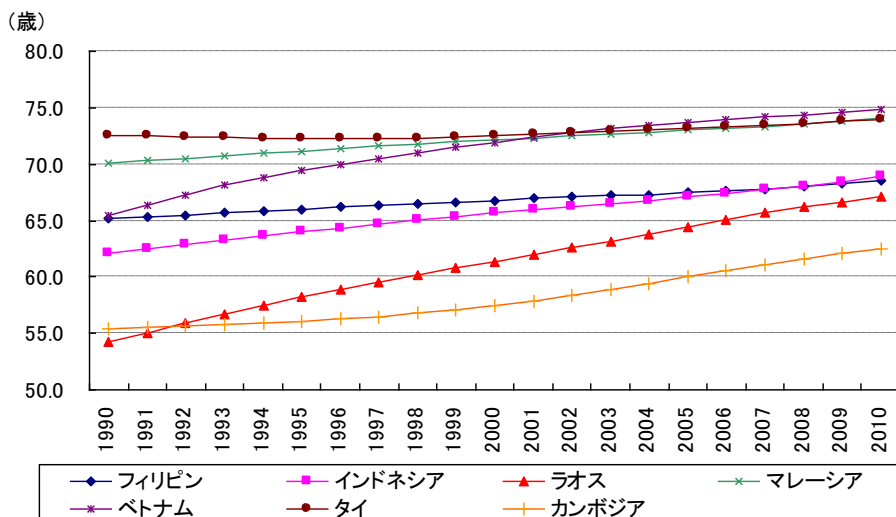
(4) 平均寿命

平均寿命（図表 Annex2-8）は、日本、シンガポール、韓国で 80 歳以上となっているのに対し、対象 7 カ国の中ではベトナムの 74.8 歳が最長と先進国と比較するとやや低い水準となっている。なお、最も短いのはカンボジアの 62.5 歳となっている。ただし、カンボジアとラオスは、共に 1990 年から 2009 年にかけて平均寿命が大幅に上昇しており、カンボジアでは 55.4 歳→62.5 歳、ラオスでは 54.3 歳→67.1 歳となっている（図表 Annex2-9）。

図表 Annex2-8 平均寿命(2010 年)



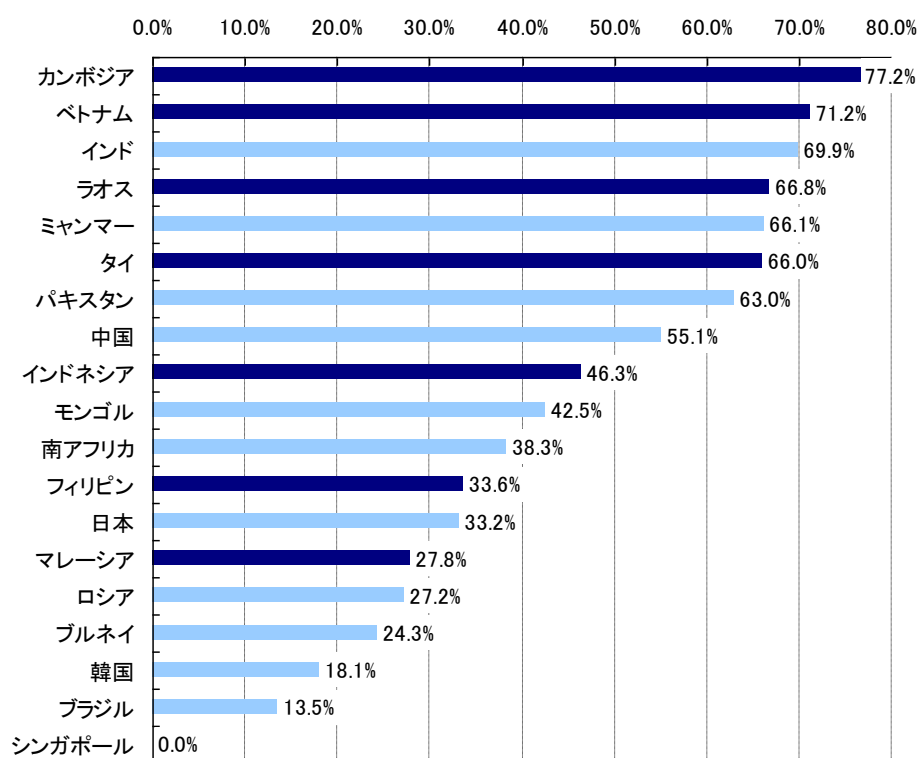
図表 Annex2-9 平均寿命の推移



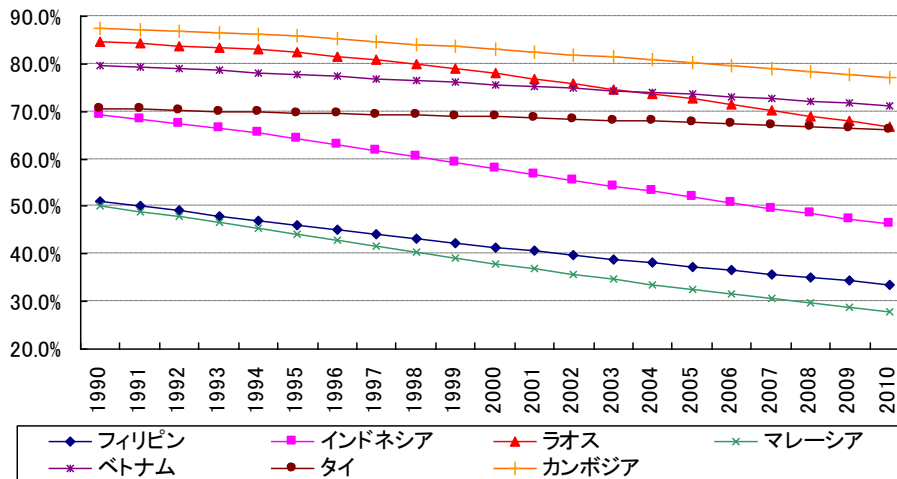
(5) 農村部人口の割合

農村部人口の割合（図表 Annex2-10）をみると、カンボジアとベトナムは7割を超える高い水準となっており、マレーシアの27.8%と比較するとその差は大きくなっている。図表 Annex2-11をみると、1990年以降は全ての国で低下しているが、特にインドネシア、マレーシア、フィリピンの3カ国では低下幅が大きい。なお、1990年から2010年にかけて最も低下の幅が小さいのはタイ（70.6%→66.0%）で、20年間で約3.6%の低下にとどまっている。

図表 Annex2-10 農村部人口の割合



図表 Annex2-11 農村部人口の割合



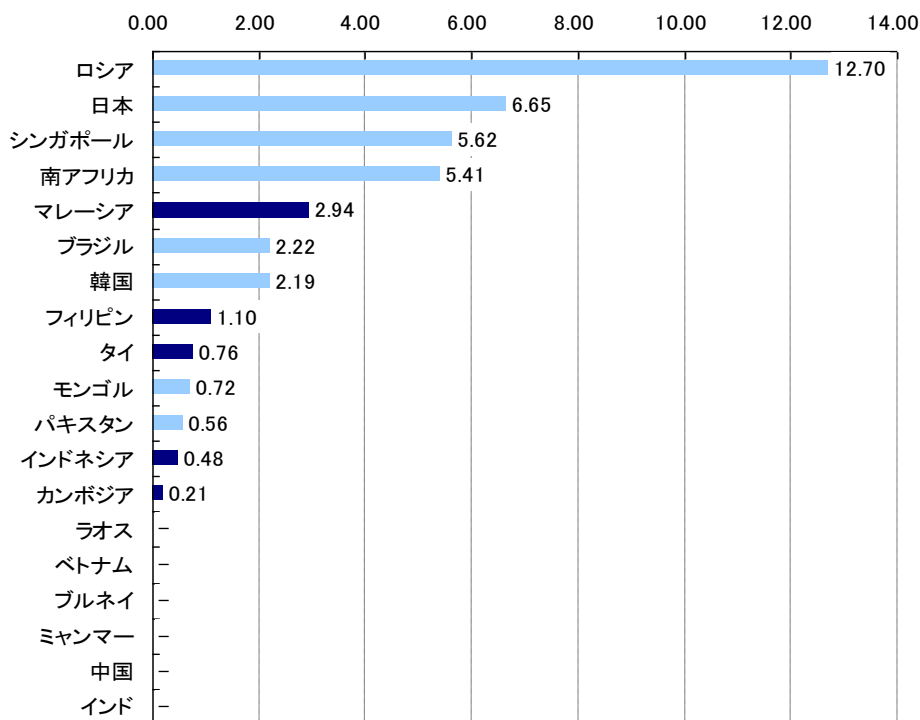
出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

(6) フォーマル・インフォーマルセクター人口比¹

フォーマル・インフォーマルセクター人口比（図表 Annex2-12）をみると、対象7カ国の中で最も高いのはマレーシアの 2.94 となっている。

なお、2008年データが取得できなかった国について、取得可能であった最新年のデータを示すと、ラオスは 0.11（1995年）、ベトナムは 0.34（2004年）となっている。

図表 Annex2-12 フォーマル・インフォーマルセクター人口比（2008年）



出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

¹ ただし、(A) Wage and salaried workers, total を(B) Self-employed, total で除した値

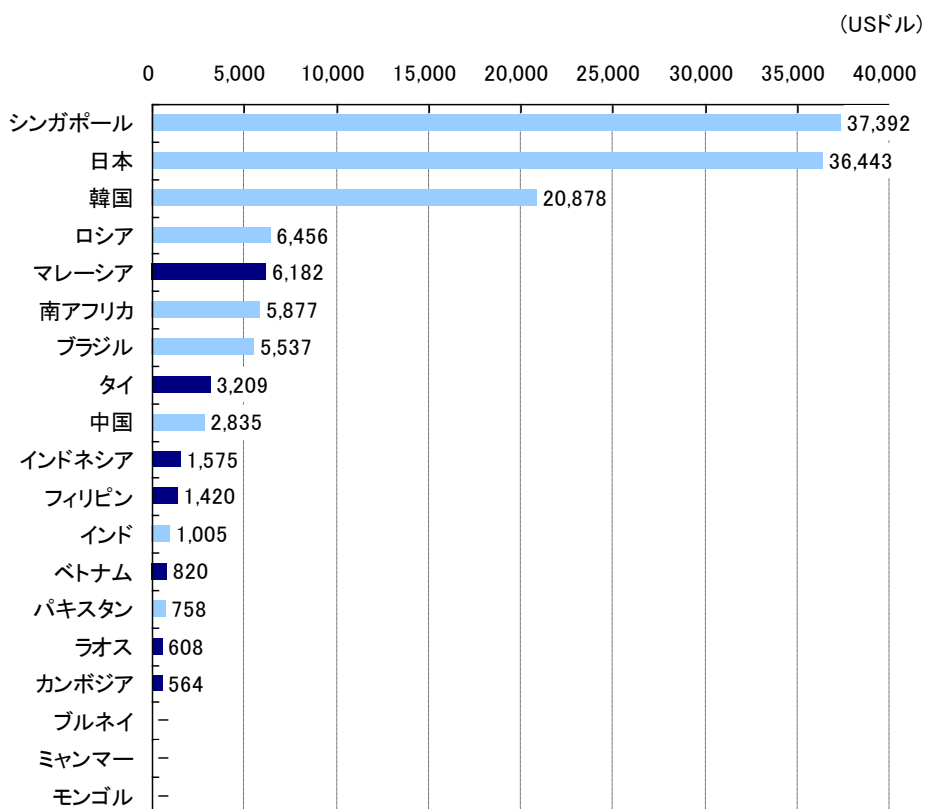
2. 経済指標

(1) 一人あたり実質 GDP

一人あたり実質 GDP（図表 Annex2-13）をみると、対象 7 カ国の中ではマレーシアが 6,182 米ドルと最も高いが、これはシンガポールとの比較で約 17%程度の水準となる。さらに、2 番目のタイは 3,209 米ドルであり、マレーシアの半分程度となっている。また、ベトナム（820 米ドル）、ラオス（608 米ドル）、カンボジア（564 米ドル）の 3 カ国は 1,000 米ドルを切っている。

なお、実質 GDP の総額（2010 年）は、高い順にインドネシア（377,283 百万米ドル）、タイ（210,151 百万米ドル）、マレーシア（171,556 百万米ドル）、フィリピン（131,045 百万米ドル）、ベトナム（74,287 百万米ドル）、カンボジア（8,700 百万米ドル）、ラオス（4,007 百万米ドル）となる。²

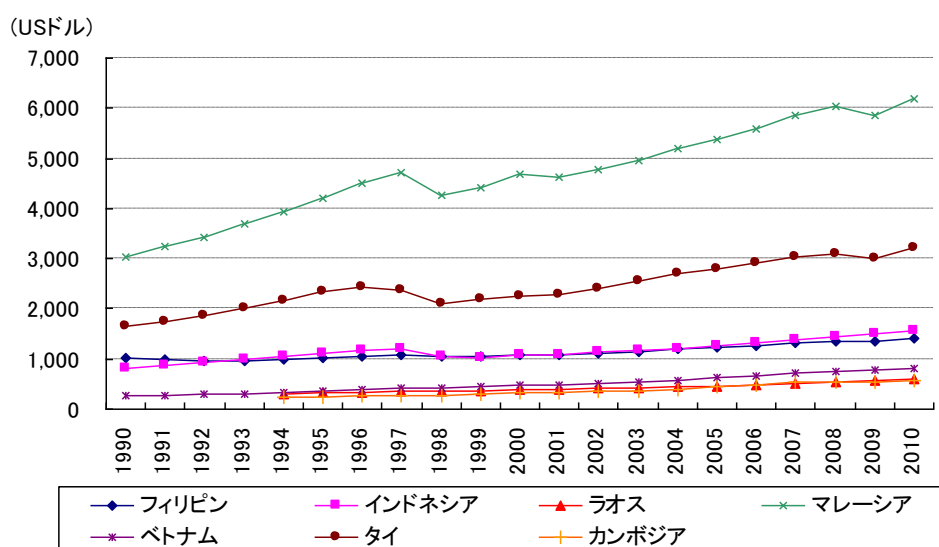
図表 Annex2-13 一人あたり実質 GDP（2010 年）



出所：WB , Global Economic Prospects

² WB , Global Economic Prospects

図表 Annex2-14 一人あたり実質 GDP の推移



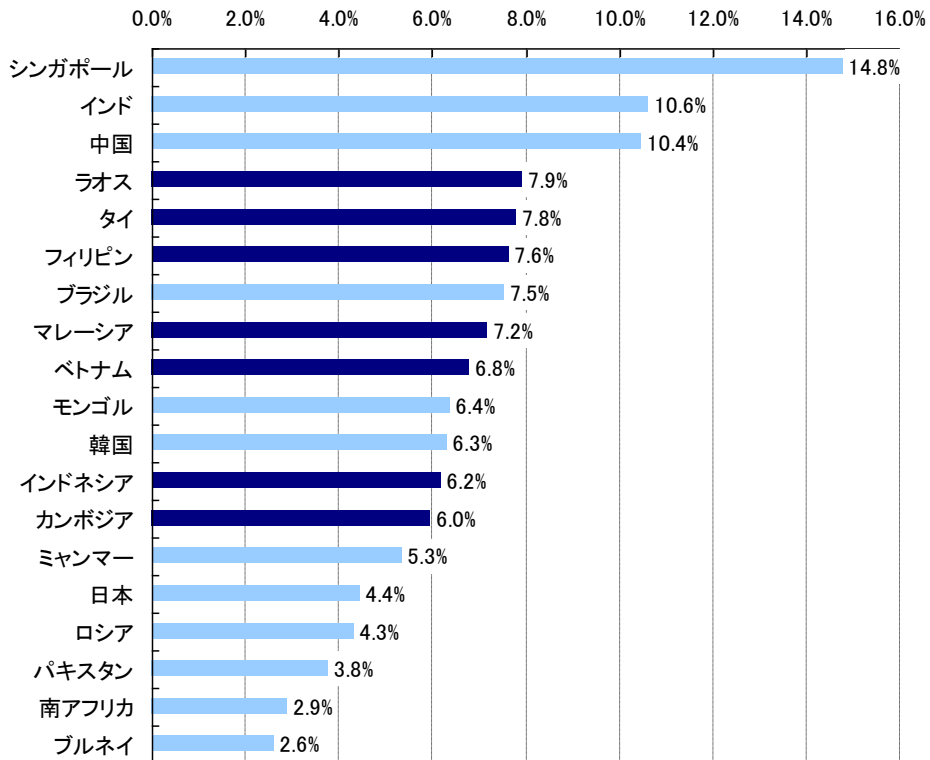
出所：WB , Global Economic Prospect

(2) 経済成長率

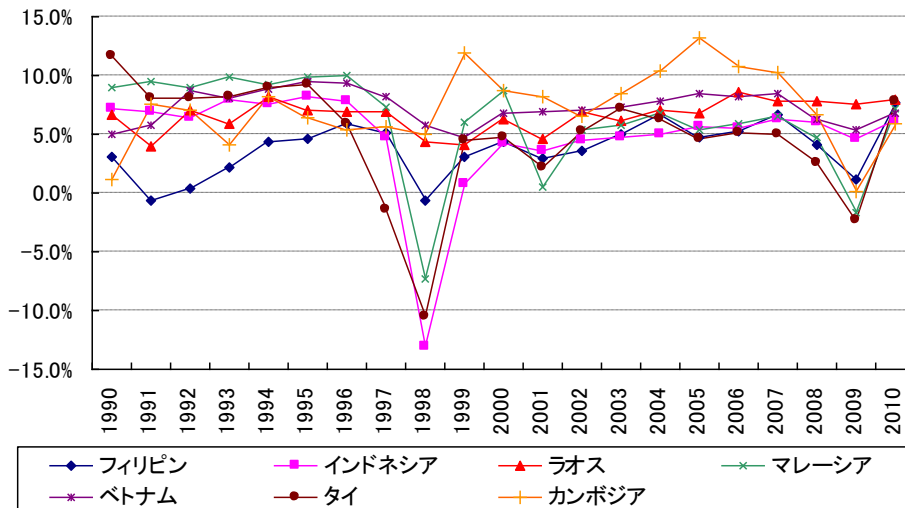
2010年の経済成長率（図表 Annex2-15）をみると、最も高いのはシンガポールで14.8%となっている。対象7カ国の中で最も高いのはラオスの7.9%で、その他の国は6~8%程度の水準となっている。

経済成長率の推移（図表 Annex2-16）をみると、1998年にはアジア通貨危機、2009年にはリーマンショックの影響で大きな落ち込みを見せているものの、各国とも2000年以降は（2009年を除いて）概ね毎年5~10%程度の成長率は確保されている。

図表 Annex2-15 実質経済成長率(2010年)



図表 Annex2-16 実質経済成長率の推移



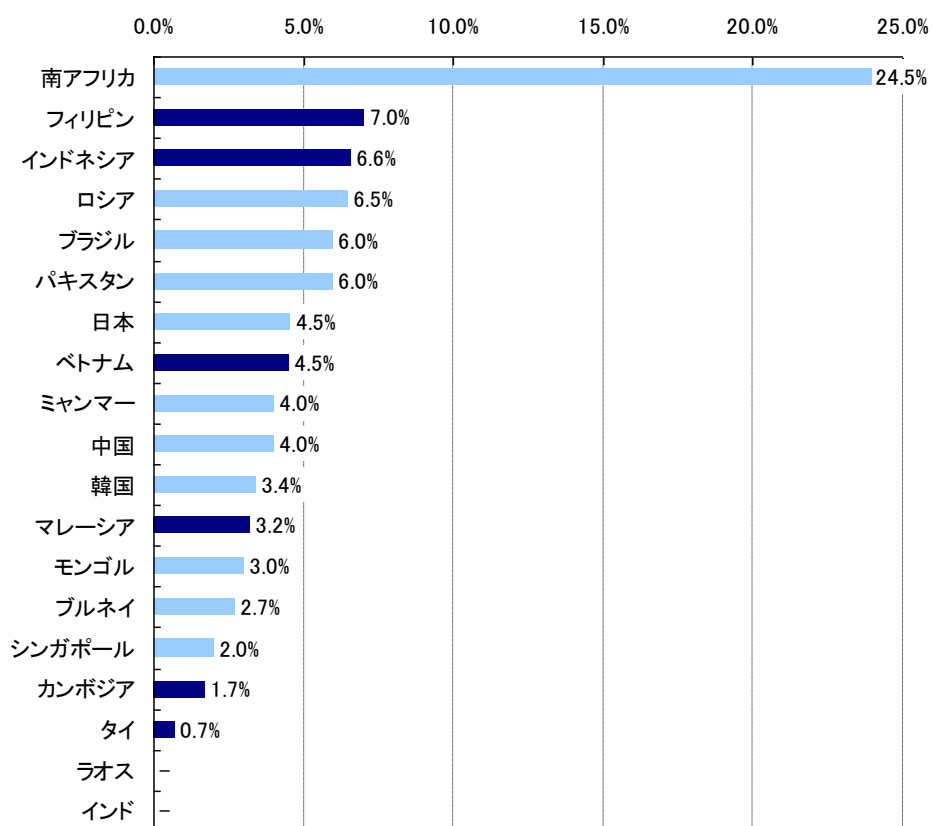
出所：IMF , World Economic Outlook Database, April 2012

(3) 失業率

失業率(図表 Annex2-17) をみると、最も高いのは南アフリカの 24.5%となっている。対象 7 カ国の中では、最も高いのはフィリピンの 7.0%、最も低いのはタイの 0.7%

となっている。

図表 Annex2-17 失業率（2011年）



※ただし、カンボジアは 2008 年

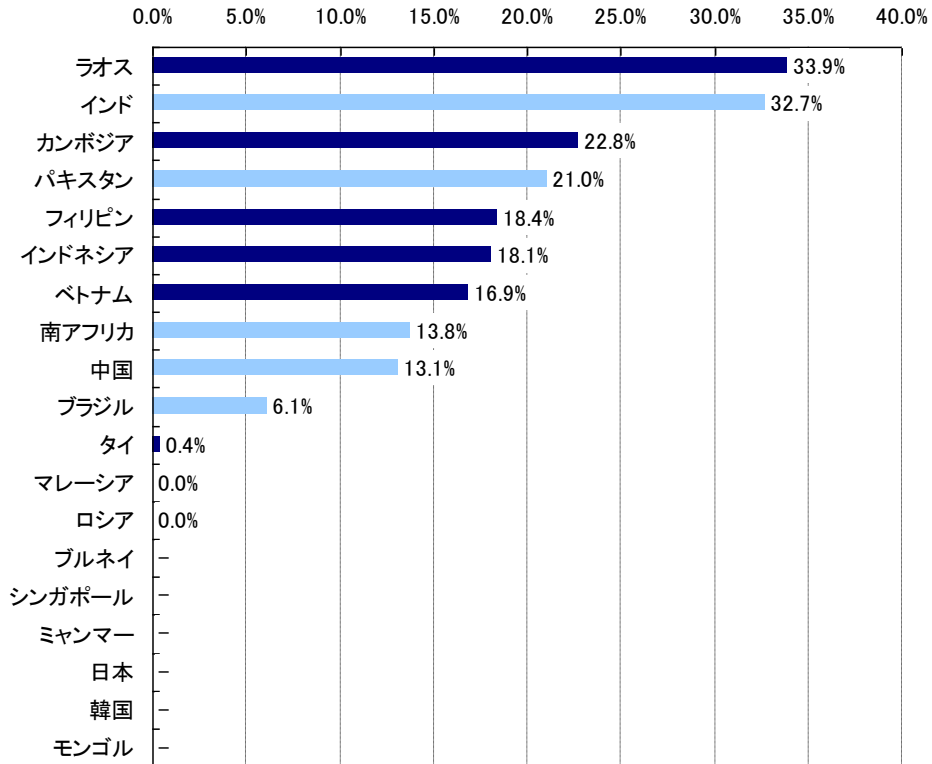
出所：IMF , World Economic Outlook Database, April 2012

(4) 貧困率³

貧困率（図表 Annex2-18）は、ラオスが最も高く 33.9%となっており、次いでインドの 22.8%、カンボジアの 22.8%と続いている。なお、対象 7 カ国の中では、マレーシアが 0.0%、タイが 0.4%と低い水準となっている。

³ ただし、Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)

図表 Annex2-18 貧困率



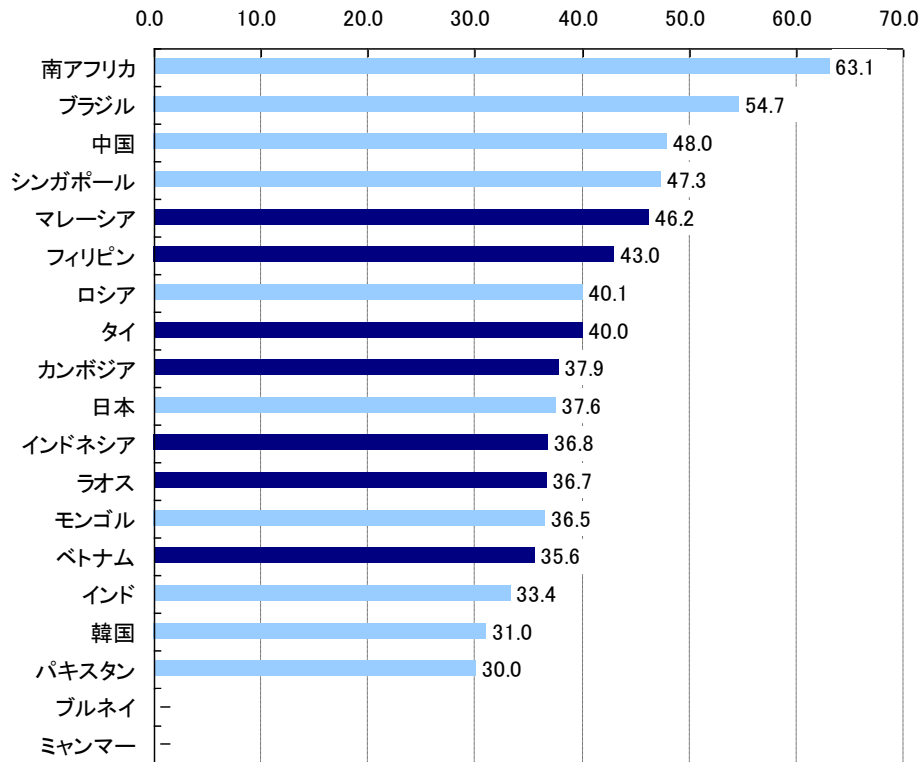
※ただし、ラオス・カンボジア・パキスタン・ベトナム・中国は 2008 年、フィリピン・南アフリカ・ブラジル・タイ・マレーシア・ロシアは 2009 年、インド・インドネシアは 2010 年

出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

(5) ジニ係数

ジニ係数（図表 Annex2-19）は、南アフリカが最も高く 63.1 となっており、次いでブラジルの 54.7、中国の 48.0 と続く。対象 7 カ国の中では、マレーシアが最も高く 46.2 となっている。マレーシアは、対象 7 カ国の中で 1 人あたり実質 GDP が最も高いが（図表 Annex2-13）、それに伴い貧富の格差が拡大していることが懸念される。その他の国もフィリピンとタイが 40.0 以上と高い水準となっている。

図表 Annex2-19 ジニ係数



※ただし、インドは 2005 年、カンボジア・日本・ラオス・モンゴル・ベトナム・パキスタンは 2008 年、韓国は 2010 年、シンガポールは 2011 年、その他は 2009 年

出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

CIA , The World Factbook

3. 政府財政

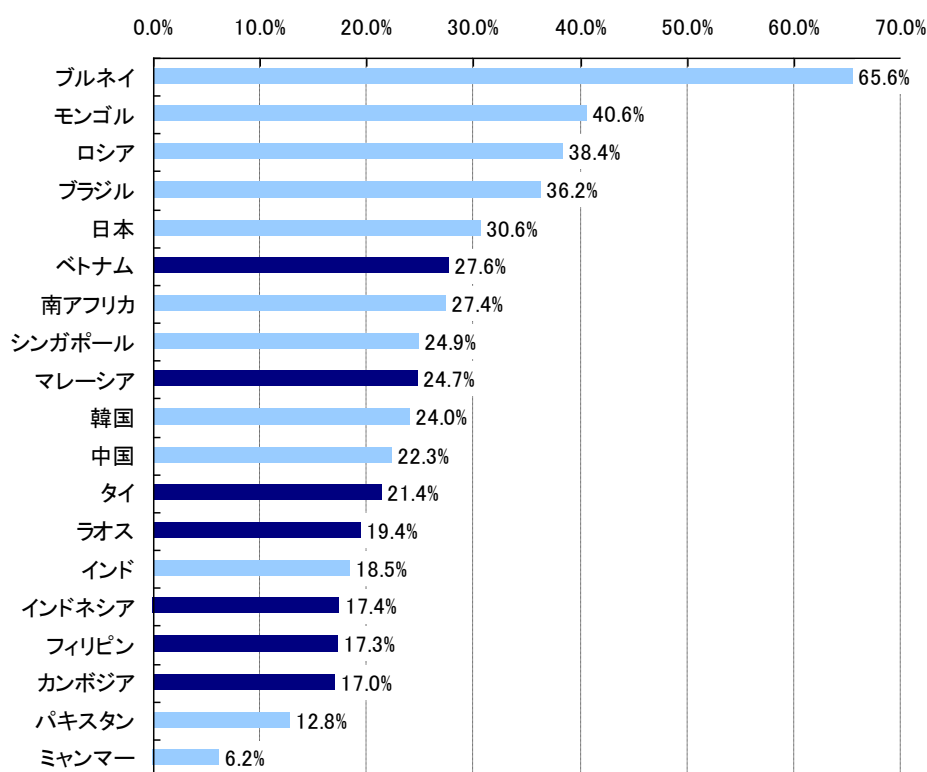
(1) 歳入・歳出

歳入の対 GDP 比（図表 Annex2-20）をみると、最も高いのはブルネイの 65.6%となっている。対象 7 カ国では、最も高いのはベトナムの 27.6%で、次いでマレーシアの 24.7%、タイの 21.4%となっている。インドネシア、フィリピン、カンボジアはいずれも 17%台と、比較的低い水準となっている。

また、補助金を除いた歳入の対 GDP 比を図表 Annex2-21に示す。これをみると、図表 Annex2-20と比較してラオス、フィリピン、カンボジアなどではその割合が比較的低くなっており、これらの国では支援機関等からの支援の割合が高いものと推察される⁴。

なお、歳出の対 GDP 比（図表 Annex2-22）をみると、対象 7 カ国の中ではベトナムが 30.3%、マレーシアが 29.7%と高く、フィリピンが 18.1%と最も低くなっている。

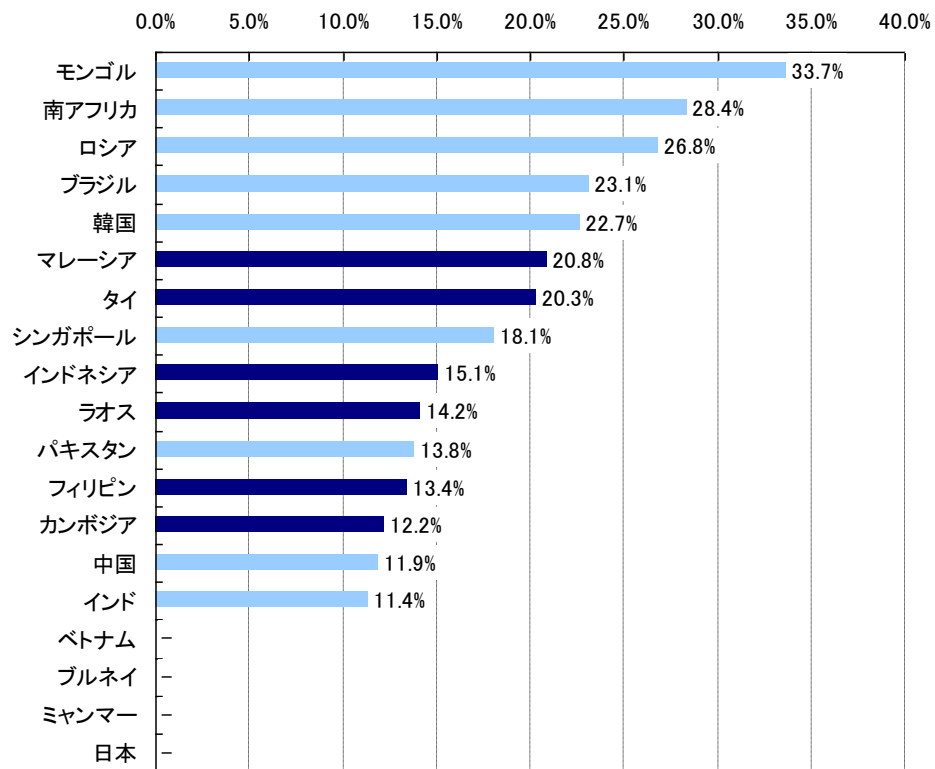
図表 Annex2-20 歳入の対 GDP 比(2011 年)



出所：IMF，World Economic Outlook Database, April 2012

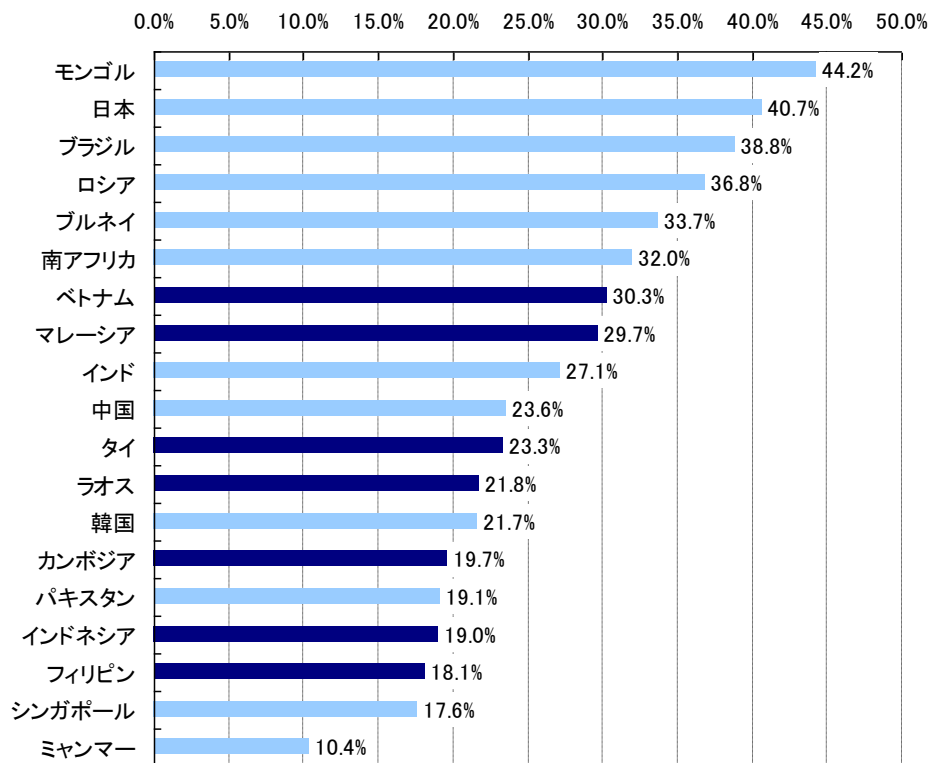
⁴ ただし、図表 20 と図表 21 は、対象年次やデータの出典が異なることから、一概には比較できない

図表 Annex2-21 歳入（補助金を除く）の対 GDP 比(2010 年)



出所 : WB , World Development Indicators & Global Development Finance

図表 Annex2-22 歳出の対 GDP 比(2011 年)

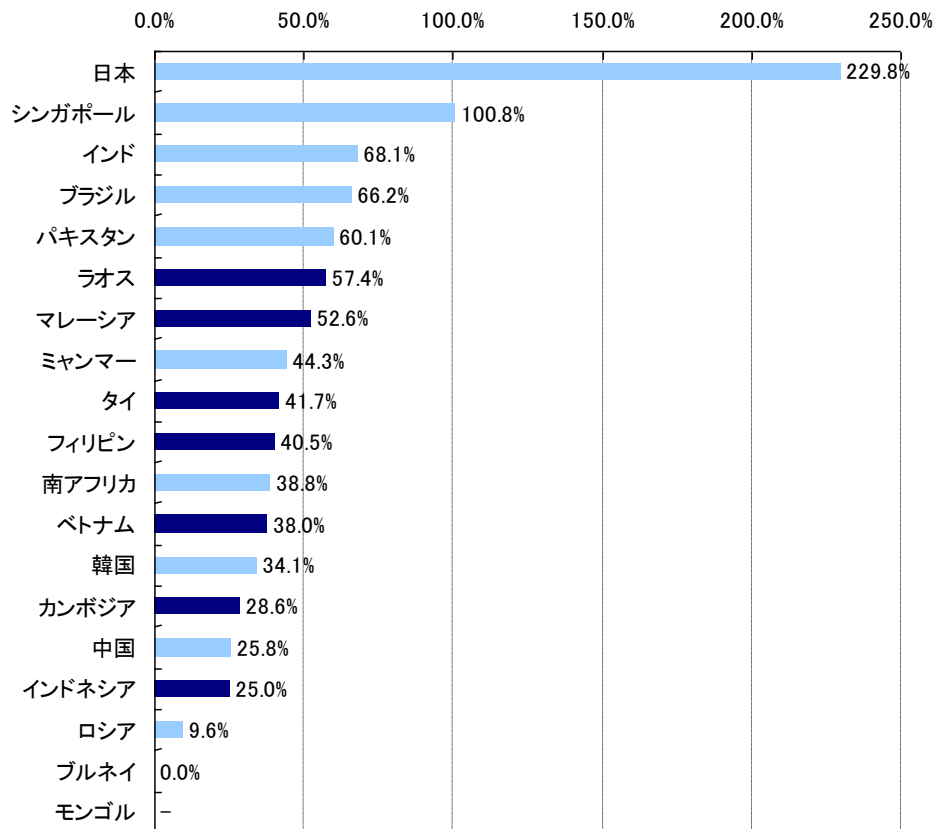


出所：IMF , World Economic Outlook Database, April 2012

(2) 債務

総債務残高の対 GDP 比（図表 Annex2-23）をみると、日本が 229.8%と突出して高い数値となっている。対象 7 カ国の中では、ラオスの 57.4%が最も高く、次いでマレーシアの 52.6%、タイの 41.7%と続き、最も低いのはインドネシアの 25.0%となっている。

図表 Annex2-23 総債務残高の対 GDP 比(2011 年)



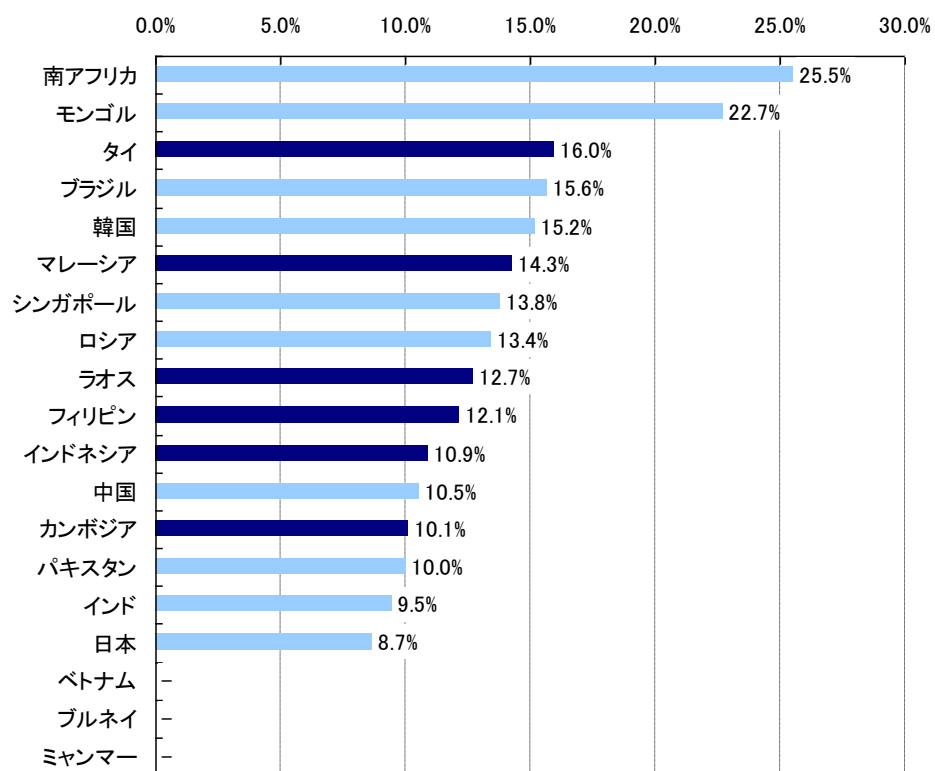
出所：IMF , World Economic Outlook Database, April 2012

(3) 税収

税収の対 GDP 比（図表 Annex2-24）をみると、最も高いのは南アフリカの 25.5% で、次いでモンゴルの 22.7% となっている。対象 7 カ国の中では、最も高いのはタイの 16.0% で、次いでマレーシアの 14.3%、ラオスの 12.7% となっており、最も低いのはカンボジアの 10.1% となっている。

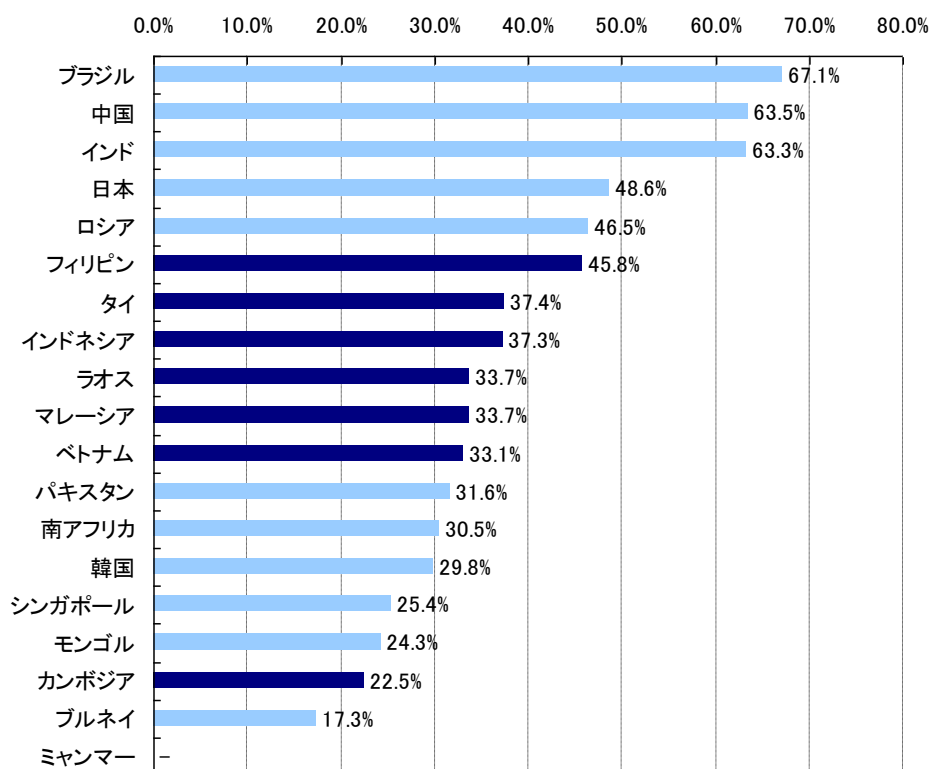
次に、商業利益に対する総税率を図表 Annex2-25 に示す。ブラジル、中国、インドの 3 カ国では、6 割を超える高い水準となっている。対象 7 カ国の中で最も高いのはフィリピンの 45.8% となっており、次いでタイ、ラオス、インドネシアなど 30% 台の国が多くなっているが、カンボジアは 22.5% と比較的低い水準となっている。

図表 Annex2-24 税収の対 GDP 比(2010 年)



出所 : WB , World Development Indicators & Global Development Finance

図表 Annex2-25 商業利益に対する総税率(2010年)



出所 : WB , World Development Indicators & Global Development Finance

4. 社会保障関連支出

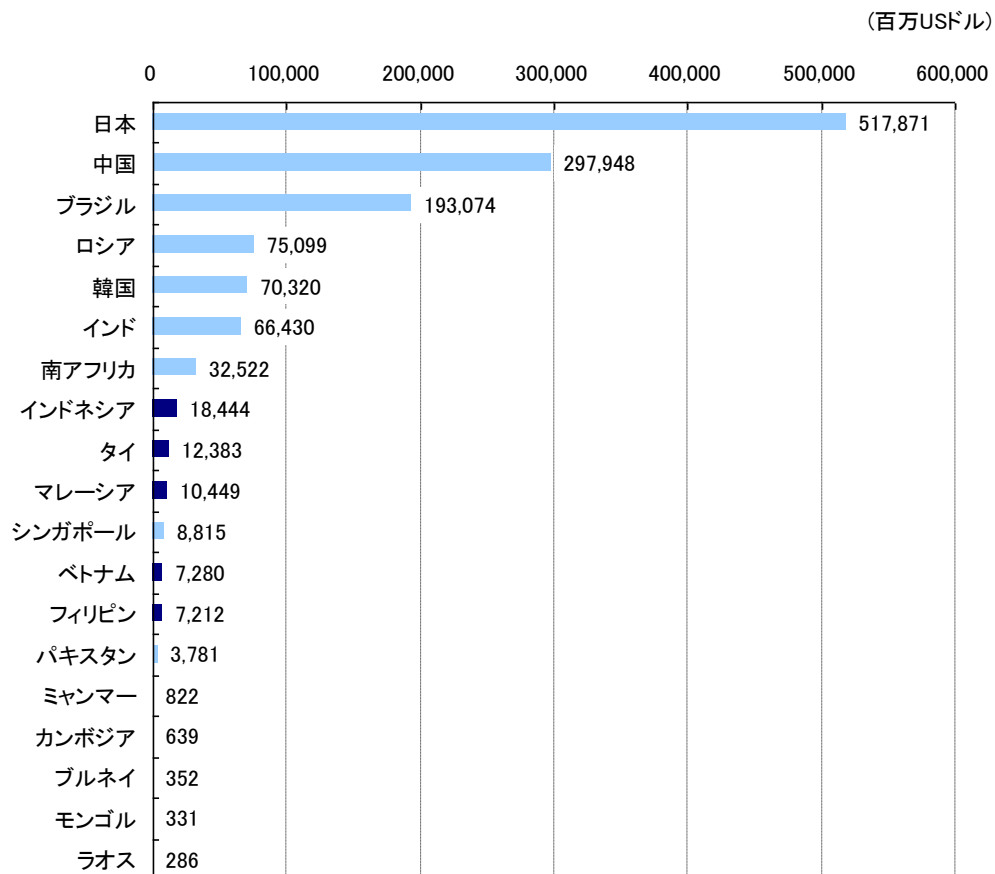
(1) 保健医療支出

保健医療支出（図表 Annex2-26）をみると、最も高いのは日本の約 517.9 十億米ドルとなっており、次いで中国の約 297.9 十億米ドル、ブラジルの約 193.1 十億米ドルと続いている。対象 7 カ国の中では、インドネシアの約 18.4 十億米ドルが最も高く、ラオスの 0.3 十億米ドルが最も低くなっている。

次に、一人あたりの保健医療支出を図表 Annex2-27に示す。最も高いのは日本で、約 4,065 米ドルとなっている。対象 7 カ国の中では、マレーシアの 368 米ドルが最も高く、2 番目のタイ（179 米ドル）の 2 倍以上と比較的高い水準となっている。なお、ラオスとカンボジアでは、それぞれ 46 米ドル、45 米ドルと低い水準となっている。

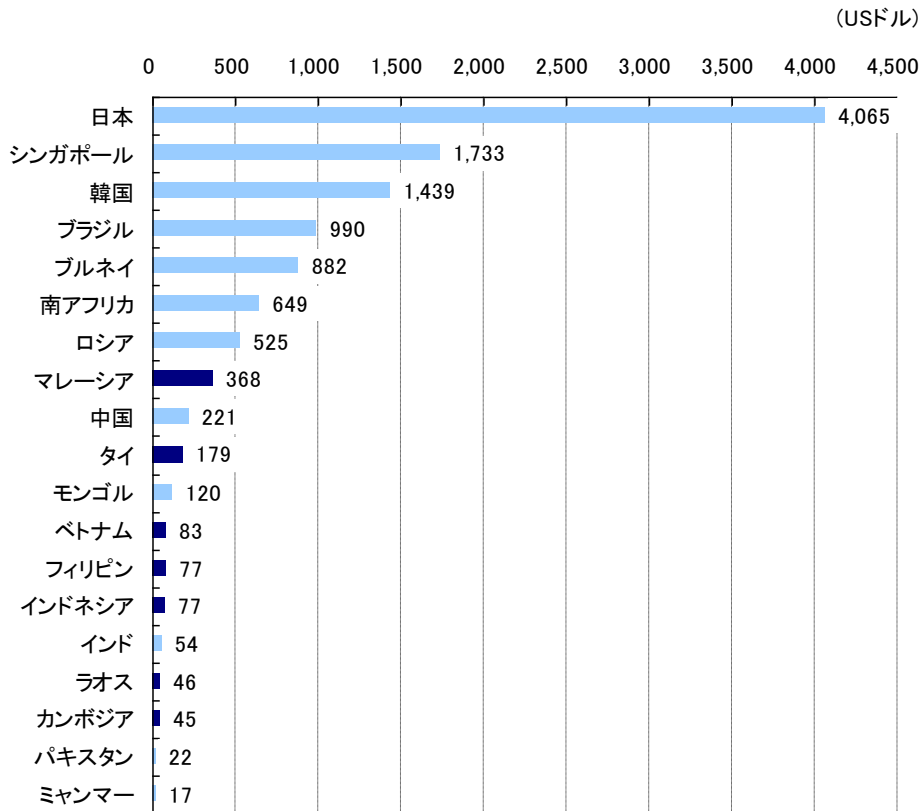
一人あたりの保健医療支出を経年でみると（図表 Annex2-28）、いずれの国においても増加傾向にあるが、特にマレーシアとタイの増加幅が大きくなっている。

図表 Annex2-26 保健医療支出（2010 年）

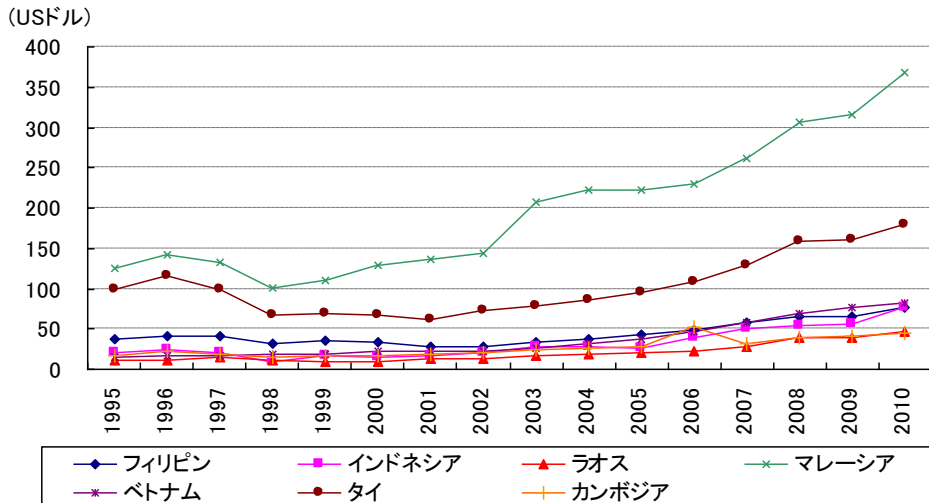


出所：WB , Health Nutrition and Population Statistics

図表 Annex2-27 一人あたり保健医療支出（2010年）



図表 Annex2-28 一人あたり保健医療支出の推移



出所：WB, Health Nutrition and Population Statistics

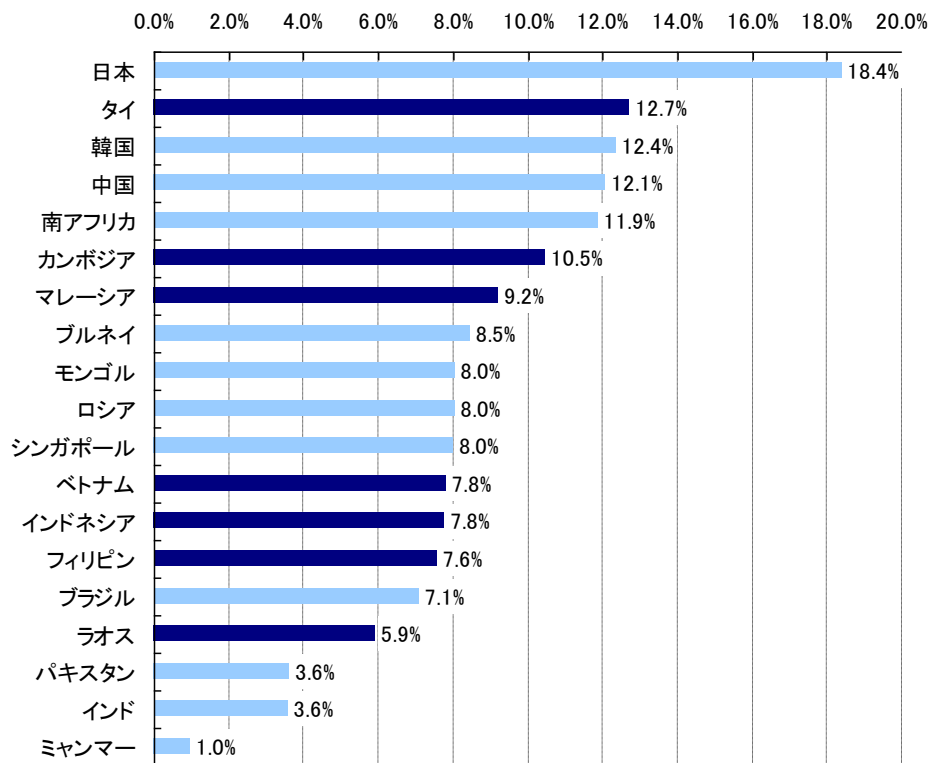
(2) 政府支出に占める公的保健医療支出の割合

政府支出に占める公的保健支出の割合（図表 Annex2-29）をみると、最も高いのは日本で18.4%と高い水準となっている。対象7カ国の中では、タイが12.7%と最も高く、これは分析対象国の中では日本に次いで高い水準となっている。その他は、カン

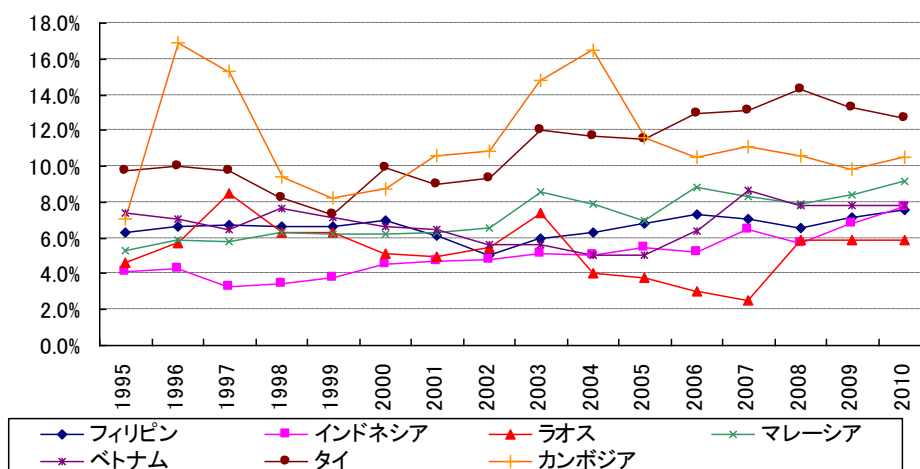
ボジアの約 10.5%、マレーシアの 9.2%と続き、最も低いのはラオスで 5.9%となっている。

次にその推移をみると（図表 Annex2-30）、タイやベトナム、マレーシアなどでは概ね増加傾向にあるといえるが、各国ともに年次ごとの変動も大きくなっており、特にカンボジアやラオスなどの一人あたり保健医療支出の小さな国では、各年毎の変化がやや大きくなっている。

図表 Annex2-29 政府支出に占める公的保健医療支出の割合の推移(2010年)



図表 Annex2-30 政府支出に占める公的保健医療支出の割合の推移

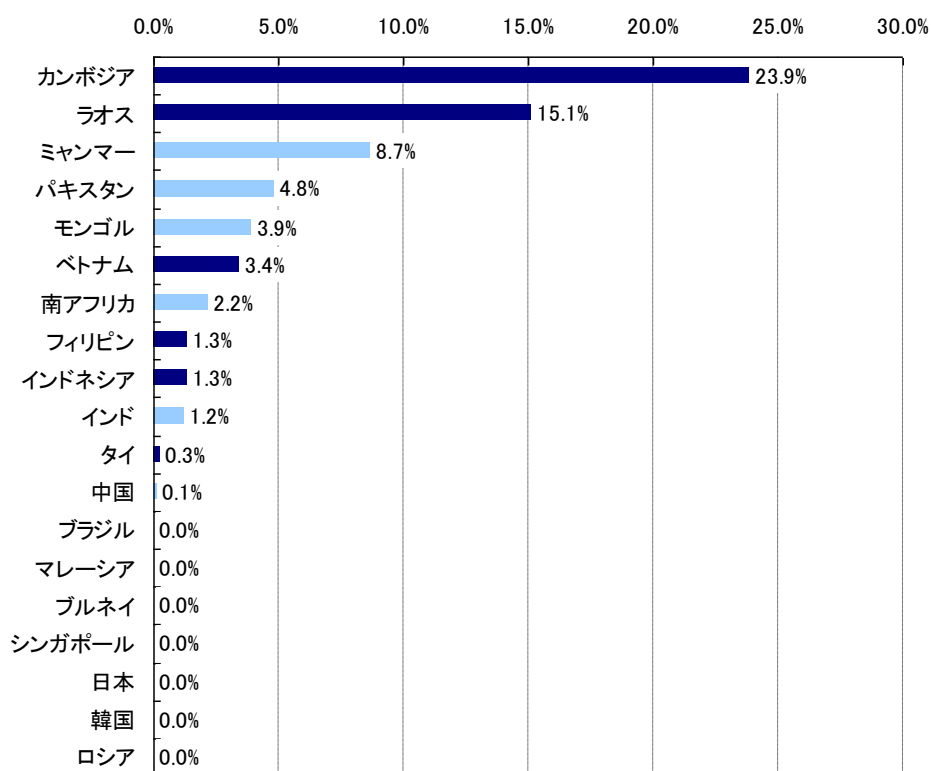


(3) 保健医療支出に占める外部資源の割合

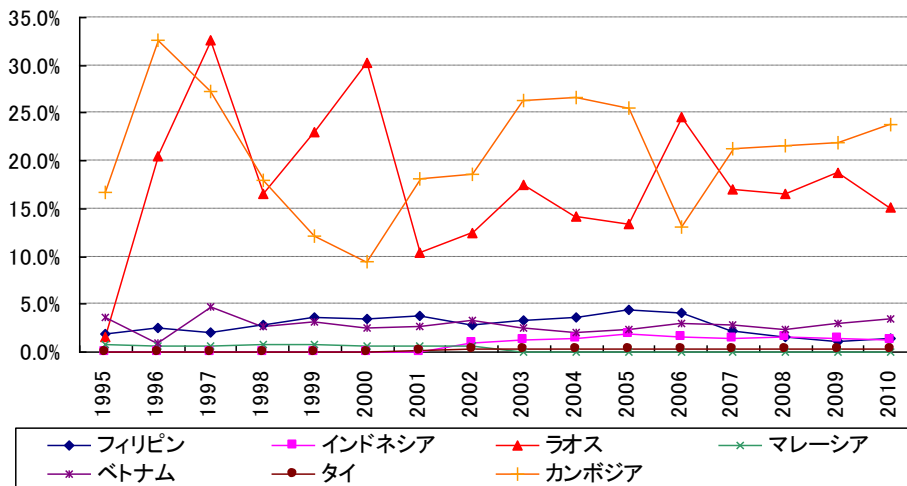
保健医療支出に占める外部資源（他国や国際機関等による支援）の割合（図表 Annex2-31）をみると、カンボジアが 23.9%と最も高く、次いでラオスが 15.1%となっている。対象 7 カ国の中では、タイとマレーシアがそれぞれ 0.3%、0.0%と低い水準となっている。

次にその推移をみると（図表 Annex2-32）、一貫してカンボジアとラオスの 2 カ国が高い数値となっている。

図表 Annex2-31 保健医療支出に占める外部資源の割合(2010 年)



図表 Annex2-32 保健医療支出に占める外部資源の割合の推移



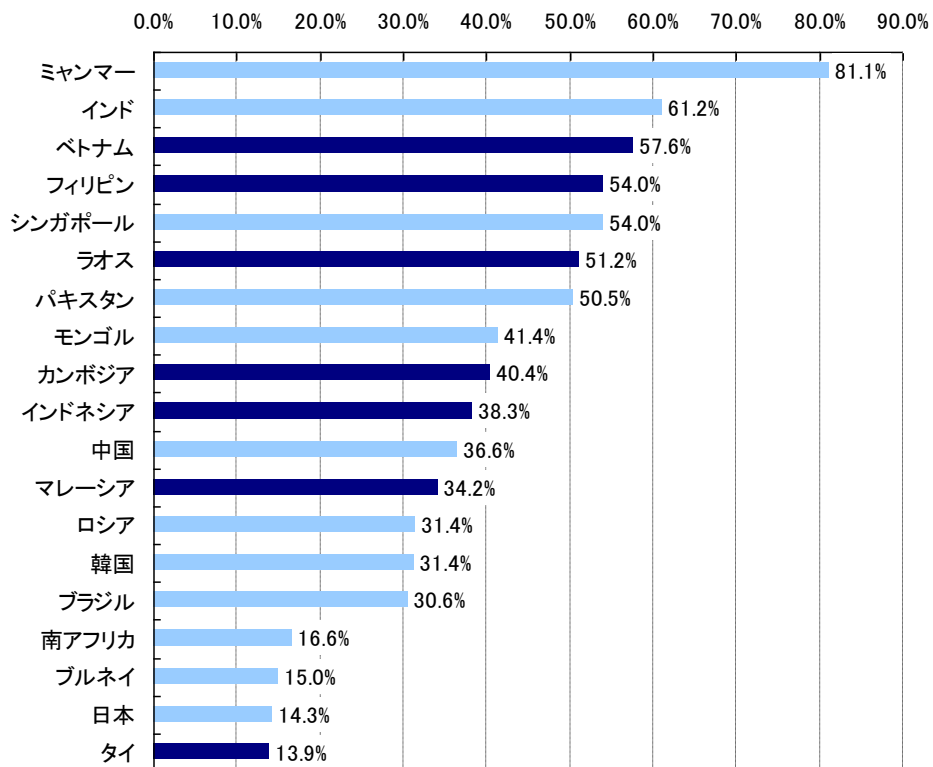
出所：WB , Health Nutrition and Population Statistics

(4) 保健医療支出に占める患者自己負担の割合

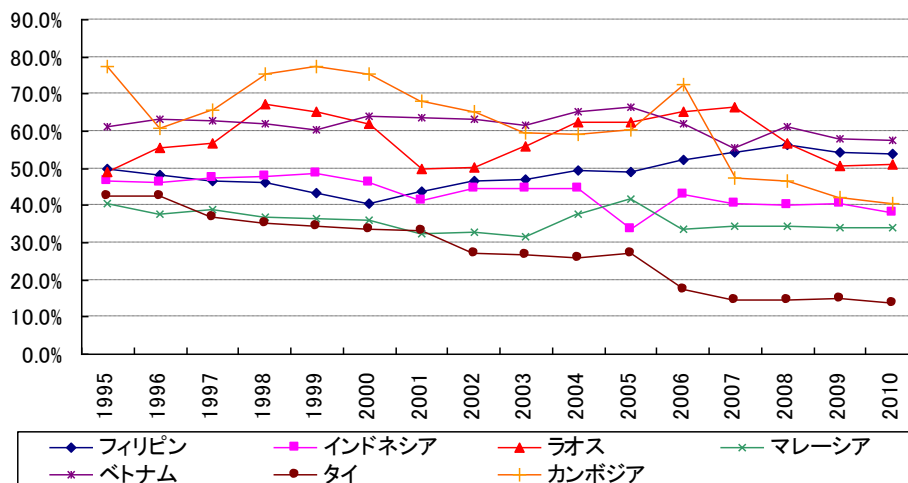
保健医療支出に占める患者自己負担の割合（図表 Annex2-33）をみると、ミャンマーが 81.1%と最も高く、対象 7 カ国の中ではベトナムの 57.6%、フィリピンの 54.0%などが高くなっている。なお、最も低いのはタイで 13.9%となっている。

次にその推移をみると（図表 Annex2-34）、タイでは大幅に低下しているのに対し、フィリピンでは緩やかな上昇傾向にあるなど、各国ごとに異なる傾向がみられる。タイは 2002 年に 30 パーツ医療保障制度、2006 年に UC 制度が開始されたことで、インフォーマルセクターの医療費の患者自己負担が減少したものと推察される。

図表 Annex2-33 保健医療支出に占める患者自己負担の割合(2010年)



図表 Annex2-34 保健医療支出に占める自己負担の割合の推移



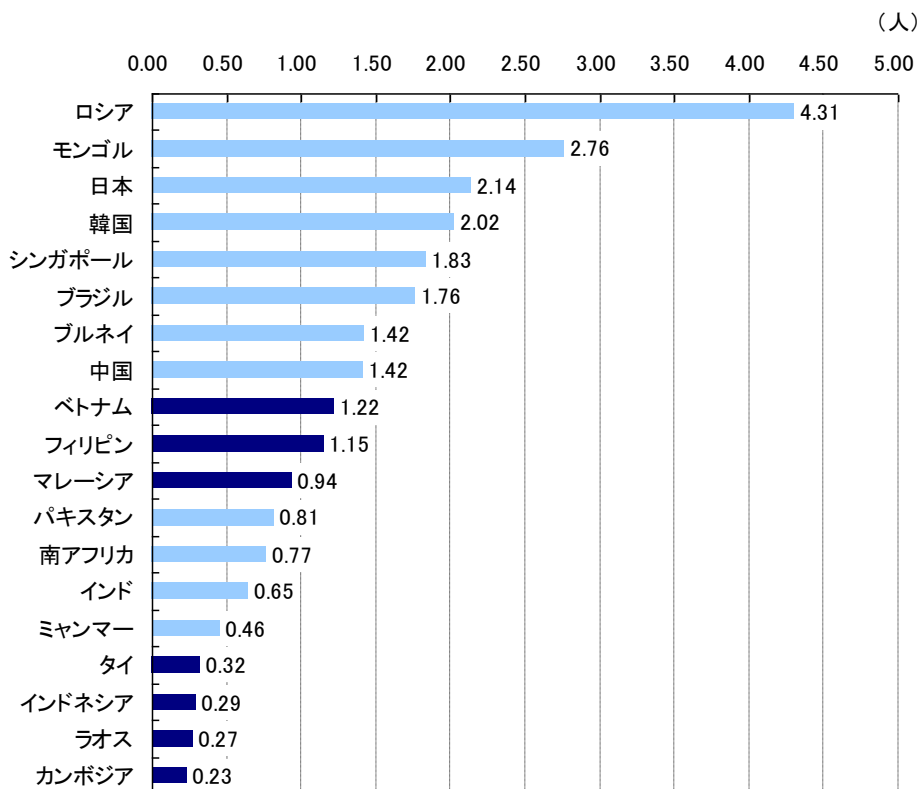
出所：WB , Health Nutrition and Population Statistics

5. 医療資源

(1) 人口千人あたり医師数

人口千人あたりの医師数（図表 Annex2-35）をみると、最も多いのはロシアの約 4.31 人となっており、次いでモンゴルの約 2.76 人、日本の約 2.14 人となっている。対象 7 カ国の中では、ベトナムが最も多く約 1.22 人となっているが、インドネシア・ラオス・カンボジアはそれぞれ 0.30 人未満となっているなど、他国と比較して非常に少ない状況となっている。

図表 Annex2-35 人口千人あたり医師数



※韓国・タイ・カンボジアは 2010 年、シンガポール・中国・パキスタン・インドは 2009 年、インドネシアは 2007 年、ロシアは 2006 年、ラオスは 2005 年、フィリピン・南アフリカは 2004 年、その他は 2008 年

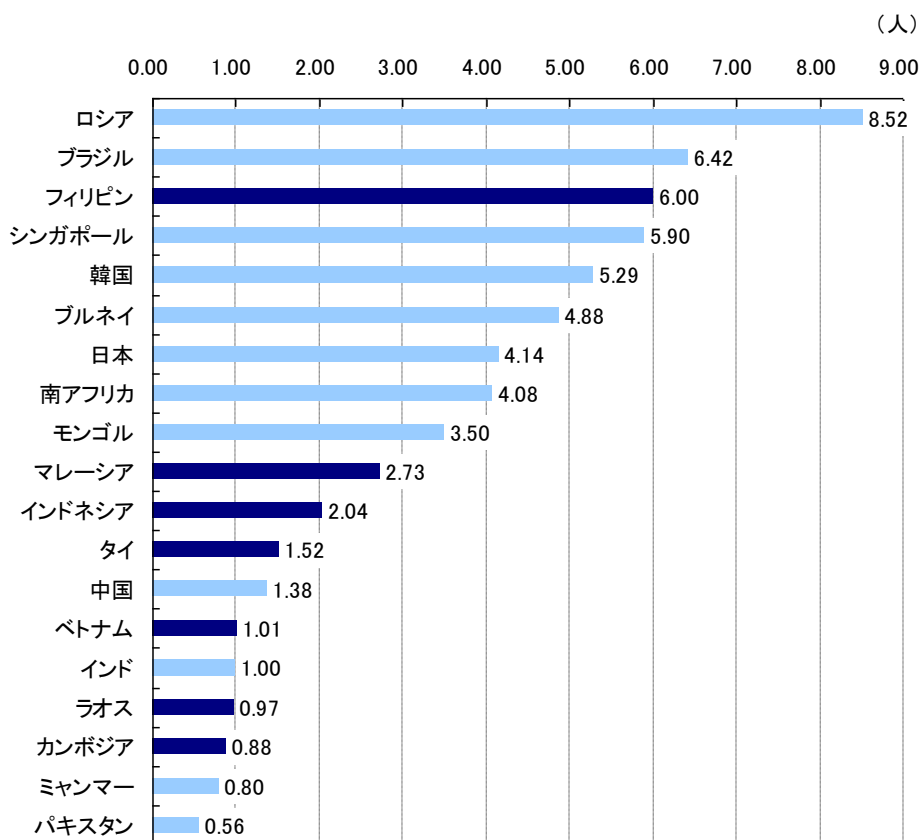
出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

(2) 人口千人あたり看護師・助産師数

人口千人あたりの看護師・助産師数（図表 Annex2-36）をみると、最も多いのはロシアの約 8.52 人、次いでブラジルの約 6.42 人となっている。対象 7 カ国の中では、フィリピンが最も多く約 6.00 人となっている。医師数が少なかったインドネシア・ラオス・カンボジアの 3 カ国のうち、インドネシアの看護師・助産師数は約 2.04 人となっているが、ラオスとカンボジアは 1.00 人未満と、医師数と同様に低い水準となっている。

いる。

図表 Annex2-36 人口千人あたり看護師・助産師数



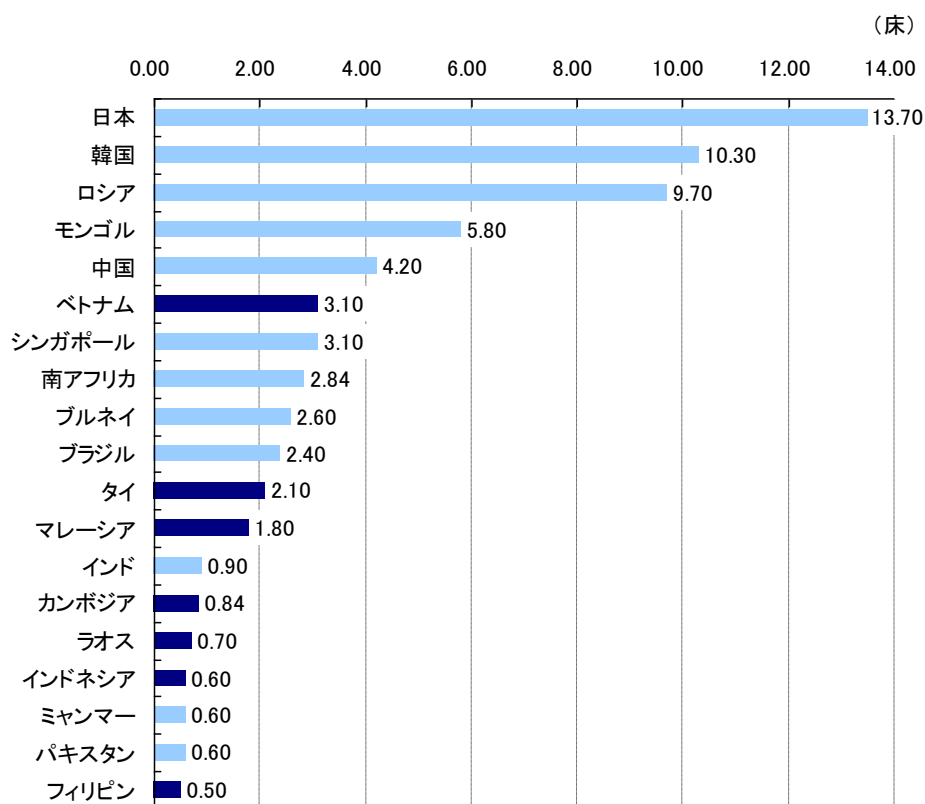
※カンボジアは 2010 年、シンガポール・中国・パキスタンは 2009 年、日本・インドネシアは 2007 年、ロシアは 2006 年、ラオスは 2005 年、フィリピン・南アフリカ・タイは 2004 年、その他は 2008 年

出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance

(3) 人口千人あたり病床数

人口千人あたりの病床数(図表 Annex2-37)をみると、最も多いのは日本の約 13.70 床で、次いで韓国の約 10.30 床となっている。対象 7 カ国の中では、ベトナムが最も多く約 3.10 床となっているが、その他の国では比較的低い水準となっており、医師数の少なかったインドネシア、ラオス、カンボジアでは病床数も 1.00 床未満と低い水準となっている。なお、フィリピンについては対象 7 カ国の中では、医師数、看護師・助産師数ともに比較的高い水準にあったが、病床数については 0.50 床と対象国の中で最も低い水準となっている。

図表 Annex2-37 人口千人あたり病床数



※日本・韓国・中国・ベトナム・ブルネイ・フィリピンは 2009 年、シンガポールは 2008 年、ロシア・ミャンマーは 2006 年、南アフリカ・インドは 2005 年

出所：WB , World Development Indicators & Global Development Finance