

**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  
各国編**

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
12-058

## 目次

I	フィリピン	I-1
1.	社会保障の全体像	I-1
2.	社会保障関係機関の概略	I-5
3.	社会保障関連支出	I-9
4.	医療保障	I-11
5.	年金及びその他の所得保障	I-24
6.	社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム	I-35
7.	高齢者ケア・高齢者福祉	I-44
8.	フィリピンにおける社会保障制度の課題	I-46
9.	フィリピンにおいて取り組むべき優先事項	I-51
II	インドネシア	II-1
1.	社会保障の全体像	II-1
2.	社会保障関係機関の概略	II-8
3.	社会保障関連支出	II-13
4.	医療保障	II-15
5.	年金及びその他の所得保障	II-25
6.	社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム	II-33
7.	高齢者ケア・高齢者福祉	II-41
8.	インドネシアの社会保障における課題	II-45
9.	インドネシアにおいて取り組むべき優先事項	II-49
III	ラオス	III-1
1.	社会保障の全体像	III-1
2.	社会保障関係機関の概略	III-4
3.	社会保障関連支出	III-6
4.	医療保障	III-8
5.	労働者社会保障	III-19
6.	社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム	III-24
7.	高齢者ケア・高齢者福祉	III-29
8.	ラオスにおける社会保障制度の課題	III-30
9.	ラオスにおける優先支援事項	III-32
V	マレーシア	V-1
1.	社会保障の全体像	V-1
2.	社会保障関係機関の概略	V-4
3.	社会保障関連支出	V-7

4. 医療保障 .....	V-10
5. 年金及びその他の所得保障 .....	V-16
6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム .....	V-30
7. 高齢者のケア・高齢者福祉 .....	V-34
8. マレーシアの社会保障における課題 .....	V-38
9. マレーシアにおいて取り組むべき優先事項 .....	V-41
V ベトナム .....	V-1
1. 社会保障の全体像 .....	V-1
2. 社会保障関係機関の概略 .....	V-5
3. 社会保障関連予算 .....	V-7
4. 医療保障 .....	V-9
5. 年金及びその他の所得保障 .....	V-17
6. 失業保険 .....	V-22
7. 低所得者を把握するためのデータベース整備 .....	V-24
8. 公的扶助制度 .....	V-25
9. 高齢者ケア・高齢者福祉 .....	V-27
10. ベトナムにおける社会保障の課題 .....	V-31
11. ベトナムにおいて取り組むべき優先事項 .....	V-34
VI タイ .....	VI-1
1. 社会保障の全体像 .....	VI-1
2. 社会保障関係機関の概略 .....	VI-5
3. 社会保障関連予算 .....	VI-10
4. 医療保障 .....	VI-12
5. 年金及びその他の所得保障 .....	VI-25
6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム .....	VI-39
7. 地域を基盤とした貧困削減・社会福祉システム .....	VI-42
8. 高齢者ケア・高齢者福祉 .....	VI-44
9. タイの社会保障における課題と日本の協力 .....	VI-49
VII カンボジア .....	VII-1
1. 社会保障の全体像 .....	VII-1
2. 社会保障関係機関の概略 .....	VII-6
3. 社会保障関連予算 .....	VII-7
4. 医療保障 .....	VII-10
5. 年金及びその他の所得保障 .....	VII-19
6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム .....	VII-23
7. 高齢者ケア・高齢者福祉 .....	VII-27

8. カンボジアの社会保障における課題 .....	VII-28
9. カンボジアにおいて取り組むべき優先課題.....	VII-30

## 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 PhilHealth 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	Insititute 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

# I フィリピン

## 1. 社会保障の全体像

### (1) 憲法における社会保障

フィリピンの現行憲法は1987年2月2日に制定された。社会保障については、第2条第9節に「国は、正義に適合し、かつ活力ある社会秩序の構築につとめ、国家の繁栄と独立、国民の貧困からの解放をはからなくてはならない。このために国家は、適切な社会的役務を整え、完全雇用を目指し、生活水準の向上およびすべての国民の生活の質を向上させる政策を採用しなければならない」と規定されている<sup>1</sup>。また、国民の健康権について、第2条第15節は、「国は、国民の健康に対する権利を保護・増進し、国民のあいだに、健康に関する知識を普及しなくてはならない」と規定する。社会的正義と人権を定めた第13条第13項は、「国は、健康増進のために広汎かつ総合的な施策を講じなければならない。特に必需品のほか健康等に役立つ便益を、一般に利用可能な価格で、すべての人に提供しなければならない。低所得者、傷病者、老人、身体障害者、婦人、子供は特に保護される。国は、生活扶助受給者に対しては、無料医療につとめなければならない」として、低所得者等への施策について規定している。

### (2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

フィリピンの社会保障制度は、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)、公務員の年金・各種給付制度は公務員保険機構(GSIS: Government Service Insurance System)、民間被用者の年金・各種給付制度は社会保障機構(SSS: Social Security System)、貯蓄・住宅融資制度は住宅開発互助基金(Pag-IBIG/HDMF: Home Development Mutual Fund)が担っている。GSISの設立が1936年、SSSの設立が1954年であることが示すとおり、フィリピンの社会保障制度の歴史は長く、他のアジア諸国に先んじていたと言ってよい。

しかし、長い制度構築の歴史に反して、フィリピンの社会保障制度は充実しているとはいえない。特に国民皆保障は課題として認識されて久しいが、未だに達成されていない。また、貧困層やインフォーマルセクター<sup>2</sup>に対する社会保障も課題である。

---

<sup>1</sup> フィリピン憲法の訳語は、萩野芳夫・畑博行・畑中和夫(2004)『アジア憲法集』明石書店に基づく。

<sup>2</sup> フィリピンにおけるインフォーマルセクターの定義は、非法人の世帯事業(household unincorporated enterprises)で、具体的には、無給の家族労働者または臨時・季節労働者を雇用する自営業者による非法人世帯事業、および一人以上の継続的労働者を雇用する非法人の世帯事業を指す。ただし、2003年フィリピン国家統計調整委員会(NSCB)規則第16号により下記のものはインフォーマルセクターから除外される。

①個人事業主、②準法人(quasi-corporation)、③10人以上の従業員を抱える子会社(unit)、④世帯主によって雇用される家事手伝い、⑤専門的サービス業の従事者、⑥共同組合(cooperative)によって運営される

このような状況を克服するため、フィリピン政府は、保健セクター改革アジェンダ（HSRA、1999-2004年）、フォーミュラ・ワン政策(FOURmula One (F1)、2005-2010年)、アキノ保健アジェンダ（2010年-）など数度の社会保障戦略を策定している。いずれの戦略においても、国民皆保障や貧困層・インフォーマルセクターへの社会保障普及が優先課題として掲げられており、現在のアキノ政権もこれらの課題に積極的に取り組むことを明らかにしている。

また、フィリピンでは失業保険が導入されておらず、労働雇用省(DOLE: Department of Labor and Employment)を中心に失業保険導入への取り組みも見られるが、労使間、省庁間で導入の是非および望ましい失業保険への考え方が異なるため、失業保険の導入にはさらなる時間を要すると考えられる。

### (3) 社会保障制度の概略

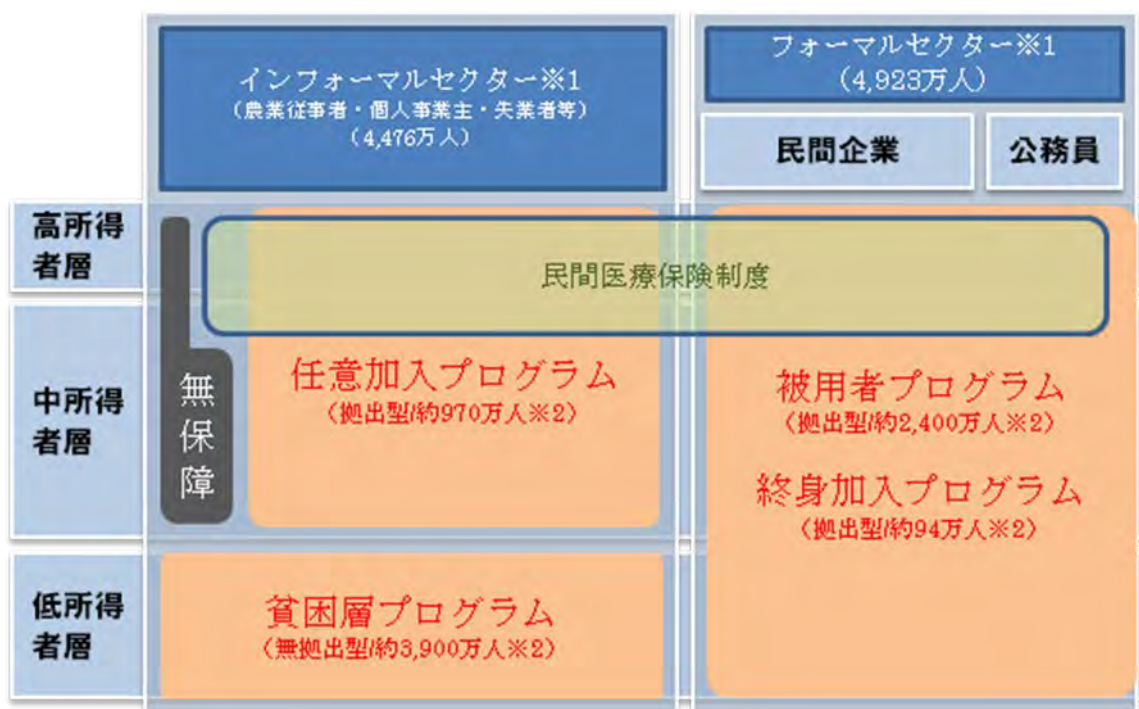
フィリピンでは、医療保障制度はフィルヘルスが管轄している。フィルヘルスが1995年に設立される以前のフィリピンでは、医療保険は、民間企業はSSS、公務員はGSISというように官民それぞれの社会保障機関が担っていたが、現在ではフィルヘルスの下に一元化されている。

老齢年金や労災保険をはじめとする労働者の社会保障(所得保障)については、民間企業はSSS、公務員はGSISが管轄機関である。提供するサービスはほぼ同じで、それぞれ退職年金、遺族年金、障害給付、傷病給付等のサービスを提供している。インフォーマルセクターを対象とした所得保障は手薄である。SSSが任意加入を認めているため、インフォーマルセクターはSSSに加入することは可能であるが、保険料を支払うだけの十分な資力を持たないためSSSに加入できるインフォーマルセクターは少ない。ただし、年金制度ではないが、Pag-IBIGが低所得者でも加入できる貯蓄基金および融資制度を提供しており、インフォーマルセクターへの社会保障制度として一定の機能を果たしている。

---

企業、⑦規模の大小に関わらず、会計が世帯から切り離されている会社。  
NSCB website, <http://www.nscb.gov.ph/glossary/terms/indicatorDetails.asp?strIndi=138>

図表 I-1 フィリピン医療保障制度概要



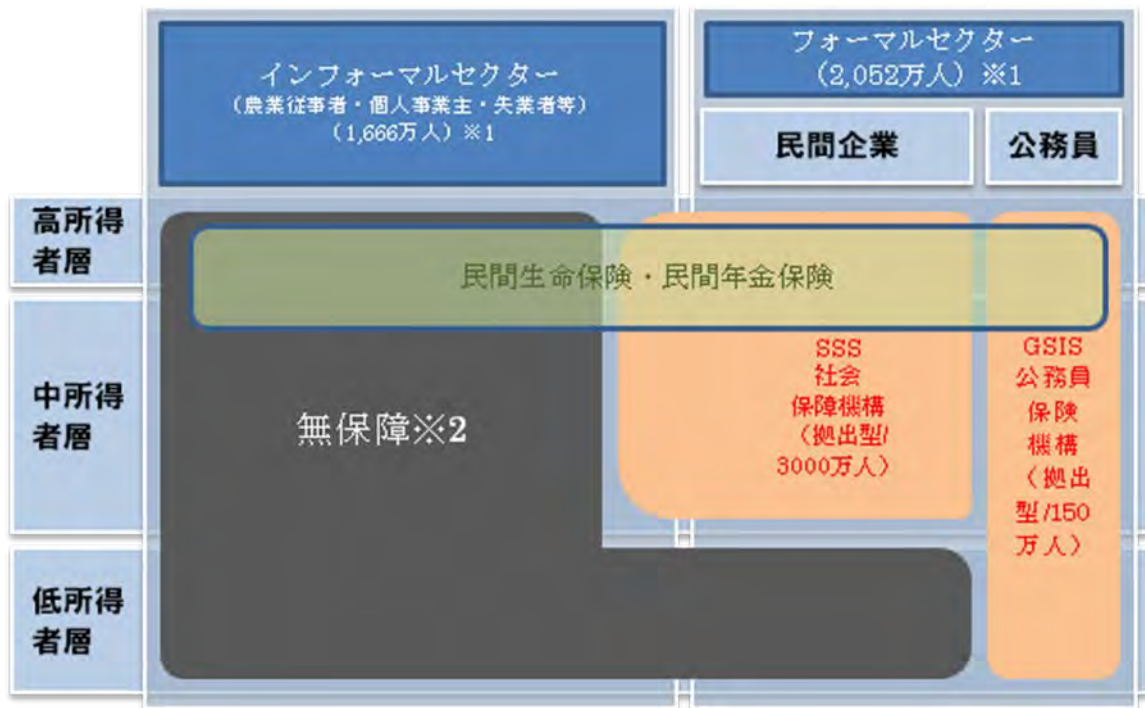
※1 各セクターの人口比は、下記出所の2008年の(A) Wage and salaried workers, total を(B) Self-employed, total で除した値である1.1を2011年の人口である9,400万人に当てはめて算出した。

※2 フィルヘルスのカバレッジ率であるが、フィルヘルスは2011年現在、カバレッジ率を82%と公表している。他方、実際のカバレッジは3割程度と推計する研究者もあり、数字の扱い方は注意を要する。

出所：World Bank, World Development Indicators & Global Development Finance

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表 1-2 フィリピン所得保障制度概要



※1 各セクターの人口は労働力人口に限定している。統計局の推計によると、2011年の被用者は、3,719万1,000人である。うち、賃金労働者(wage and salary workers)は被用者全体の55.2%、自営業(own account)は33.2%、家族従事者(unpaid family worker)は11.6%を占める。自営業および家族従事者がインフォーマルセクターに該当するため、フィリピンのインフォーマルセクター人口は約1,766万人に達する(全被用者の44.8%)。インフォーマルセクターの定義は、本章脚注2を参照のこと。

※2 なお、図表には含めていないが、フォーマルセクターおよびインフォーマルセクター双方を対象にした貯蓄・融資制度としてPag-IBIGがある。無保障の中にはPag-IBIGの制度を利用している者が含まれるが、補償額が少ないことから本図表には含めていない。

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成



## 2. 社会保障関係機関の概略

### (1) 保健省(DOH : Department of Health)

DOHは、公的保健分野を所管し、基礎的公的保健サービスの提供と保健関連機材やサービスの提供者に対する規制を行っている。主要な役割としては、①保健分野における主導的役割、②能力構築支援、③特定分野のサービスの管理・監督である<sup>3</sup>。組織としては、保健機器・技術局(Bureau of Health Devices and Technology : 保健機器に関する政策策定、保健機器の許認可に関する規制の策定・付与等)、保健施設・サービス局(Bureau of Health Facilities and Services : 標準や技術要件等の作成・普及、保健施設に関する許認可、保健施設の監視等)、地方保健開発局(Bureau of Local Health Development : 地方の保健システムに関する基準や手続きの提供、地方の能力強化等)、国際保健協力局(Bureau International Health Cooperation : 国際協力に関する仕組み・手続き等の策定、外国からの支援による保健プロジェクトの実施等)、検疫・国際保健監視局(Bureau of Quarantine and International Health Surveillance : 検疫に関する規制の策定・実施・監視等)等の部署によって構成される。また、保健省管轄病院の管理・運営を行っている。

2030年までの目標として、良質な保健の、競争的かつニーズに応える保健医療制度、平等な保健財政の達成を掲げている<sup>4</sup>。また、貧困層を中心にフィリピン全国民に平等かつ持続的で良質な保健を保障すること、および優れた保健の達成に向けて主導的役割を果たすことを任務として掲げている。

### (2) 社会福祉開発省(DSWD : Department of Social Welfare and Development)

DSWDは、貧困層や社会的不利益を受ける人々、世帯、地域への社会福祉を担当する。DSWDの役割は次のとおりである<sup>5</sup>。

- ・ 政策策定 : 社会福祉や開発を担う仲介者や政策実施者のための政策の策定
- ・ プログラム開発 : 児童や若年層、女性、家族、地域、単親者、高齢者、障害者向けのプログラムの開発および充実化
- ・ 登録・ライセンス付与・認証 : 社会福祉や開発に携わる個人や機関への許認可。および基準設定や基準の遵守状況の監視。
- ・ 技術・能力構築支援 : 仲介者への技術・能力構築支援。
- ・ 地方自治体 (以下、LGU) 支援 : LGU による貧困層および脆弱で不利益を被っているセクターへの社会保障・社会福祉サービス提供を支援。

また、貧困削減政策における受益者特定のためのシステムとして、貧困削減全国世帯捕捉システム(NHTS-PR : National Household Targeting System for Poverty

<sup>3</sup> DOH website, <http://www.doh.gov.ph/node/97>

<sup>4</sup> DOH website, [http://www.doh.gov.ph/Mission\\_Vision](http://www.doh.gov.ph/Mission_Vision)

<sup>5</sup> DSWD website, <http://www.dswd.gov.ph/index.php/about-us>

Reducion) の開発なども行っている。

組織としては、事務局グループ、活動・プログラムグループ（社会技術局、貧困削減プログラム局、保護サービス局、）、政策・計画グループ（政策開発・立案局、情報コミュニケーション技術管理システム、全国世帯捕捉室）、制度開発グループ（能力構築局、人的資源開発局、標準局、資源創出管理局）等で構成されている。

### (3) 労働雇用省(DOLE : Department of Labor and Employment)<sup>6</sup>

DOLE は、労働および雇用分野の政策・計画立案および実施を所管している。全てのフィリピン国民の完全雇用、ディーセントワーク、生産的な雇用の達成を目標に掲げ、有給雇用機会の提供、人材開発、労働者の保護および福祉の向上、労使関係の安定 (industrial peace)の維持を任務としている。

### (4) 社会保障機構(SSS : Social Security System)<sup>7</sup>

SSSは、主に民間被用者を対象とした政府管轄の社会保険機関である。SSSの管理監督は上位機関である社会保障委員会 (Social Security Commission: SSC) が行っている。SSCの構成メンバーは9人で、使用者代表3名、労働組合代表3名で、その他から雇用労働省長官を含む3名が選ばれる<sup>8</sup>。委員長は大統領が任命する。

SSS は、退職年金や遺族年金、障害年金等の年金給付サービス、出産給付や傷病給付等給付サービス、給与ローンや非常時ローン、住宅ローン等の貸付サービスを提供している。また、資産の運用も行っている。財源は社会保険料と投資、貸付等の資産運用による収益から賄っている。

### (5) 公務員保険機構(GSIS : Government Service Insurance System)<sup>9</sup>

GSIS は、公務員を対象とした政府管轄の社会保険機関である。GSIS の管理監督は上位機関である管理委員会 (Board of Trustees of the GSIS) が行っており、委員は大統領によって任命される。

業務は、年金給付サービス、各種保険サービス、労災補償プログラムによるサービス、貸付サービス等である。また、SSSと同様、資産の運用も行っている。

GSISの財源は、労使双方の保険料によって賄われている。2009年の総収入は約934億PHP<sup>10</sup>で、他方総支出は448億PHPである。保険料収入は537億PHP（総収入の57.5%）で、年金給付額は397億PHP（総支出の88.6%）である。

現在、SSS、GSIS、フィルヘルス、Pag-IBIG は被保険者の番号共通化を図り、UMID(Unified Multi purpose ID)の導入を進めている。UMID制度はSSS主導のもと整備される予定であったが、SSSはシステム整備に遅れをとっており、GSISが同制度

<sup>6</sup> DOLE website, <http://www.dole.gov.ph/secondpage.php?id=57>

<sup>7</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=759&cat=3&pg=null> 等を参照。

<sup>8</sup> SSS へのインタビュー。

<sup>9</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?type=main&id=28>

<sup>10</sup> 1ペソ (PHP)=1.903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)

導入で主導的な役割を果たしている。

#### (6) フィリピン医療保険公社 (PhilHealth/PHIC : Philippines Health Insurance Corporation)<sup>11</sup>

フィルヘルスは公的医療保険の運営実施機関で、SSS および GSIS の医療保険給付部門を統合して設立された。マルコス政権時のメディケア法(共和国法 No.6111、1969年制定) やラモス政権時の国家健康保険プログラム (National Health Insurance Program、共和国法 No.7875、1995年制定) 等が根拠法である。

1969年メディケア法により、メディケアプログラム実施を監督するため、フィリピンメディケア委員会(PMCC : Philippines Medical Care Commission)が設立された。1990年代に入り、より良質で国民のニーズに応えた保険プログラムが必要になったことから、1995年に国家健康保険プログラムがラモス政権によって策定され、医療保険の実施運営機関としてフィルヘルスが設立された。各機関から医療保険権限の移譲が段階的に行われ、1997年に GSIS、1998年に SSS、2005年には海外労働者事務局 (Overseas Workers Welfare Administration)から、それぞれが管轄する医療保険権限がフィルヘルスに移譲された。フィルヘルスは非課税の政府公社でDOHの付属機関であることが共和国法 No.7875 第14条に定められている。

#### (7) 住宅開発互助基金(HDMF/Pag-IBIG : Home Development Mutual Fund)<sup>12</sup>

Pag-IBIG は 1978年に設立された機関で、少額貯蓄制度や住宅ローンの提供を行っている。設立当初は、貯蓄制度について、公務員は GSIS が担当し、民間労働者は SSS が担当していたが、1979年に全国住宅抵当金融公社(NHMFC : National Home Mortgage Finance Corporation)にそれらの権限が移譲された。1980年に HDMF 法 (PD1752)が制定されると、Pag-IBIG が NHMFC から分離するかたちで独立した機関として誕生した。

#### (8) 公共職業安定機関(PESO : Public Employment Service Office)<sup>13</sup>

PESO は 1999年 PESO 法 (共和国法 No.8759) によって設立された機関で、フィリピン国民の完全雇用および平等な雇用機会の提供を目的に掲げている。雇用促進のため、求職者と経営者のマッチングサービス、生活プログラムに関する情報提供、海外就職支援、職業理解プログラム、就職前カウンセリング等のサービスを無料で提供している。PESO は、国立大学、地方自治体、NGO、コミュニティ・ベースの各種団体によって運営されている。労働雇用省や労働雇用省地方事務所は PESO と連携しており、PESO

---

<sup>11</sup> PhilHealth website, [http://www.philhealth.gov.ph/about\\_us/history.htm](http://www.philhealth.gov.ph/about_us/history.htm)

<sup>12</sup> Pag-IBIG website, <http://www.pagibigfund.gov.ph/abouthdmf.aspx>

の技術指導を行っている。

### (9) 地方自治体(LGUs)<sup>14</sup>

1991 年地方自治法により、フィリピンでは地方自治体(LGU)に社会保障に関する権限が移譲されている<sup>15</sup>。

医療および社会保障分野に関する各自治体の役割について、1991 年地方自治法は下記のとおり定めている。

- ・ バランガイ：バランガイ保健所およびデイケア・センターの維持を含む保健、社会福祉事務の提供
- ・ 町：プライマリー・ヘルスケア、母子ケア、伝染病および生活習慣病対策、第二次および第三次保健サービスへのアクセス、医薬品、医療機器の購入に関するプログラムおよびプロジェクトの実施。児童および若年層、家族、コミュニティの福祉、女性の福祉、高齢者および障害者福祉、貧困者・ストリートチルドレン、非行青年、麻薬中毒者に対するリハビリ・プログラム、その他貧困対策、栄養プログラム、家族計画等の実施。
- ・ 州：病院およびその他第三次保健サービスを含む保健サービスの提供。武装勢力構成員および避難民に対する社会福祉、人道支援活動、住民の発展に関するプログラムおよびプロジェクトの実施。低コストの住宅供給に関するプログラムおよびプロジェクトの実施。
- ・ 市：町および州の全ての事務および施設に関する事務の実施。

---

<sup>14</sup> フィリピンの地方自治制度に関する記述は、山下茂(2010)『体系比較地方自治』(ぎょうせい) 234-239 頁を参照。

<sup>15</sup> フィリピンの地方自治体は、州(または県、province)、市(city)、町(municipality)、バランガイ(barangay)に分類される<sup>15</sup>。州は 79、市は 137、町は 1,485、バランガイは 41,984 設置されている(数字は 2009 年現在)。さらに、市は人口規模等によって、高度都市化都市(Highly Urbanized City : HUC、27 市)、独立市(Independent Component City : ICC、4 市)、普通市(Component City : CC、106 市)に分類される。高度都市化都市および独立市は県から独立し、県と同等の扱いを受けている。

各自治体の事務は、下記のとおりである。

- ・ バランガイ：農業支援(農産物の収集・販売)、ケア・センターの管理運営等の保健福祉、公衆衛生、道路橋梁・水道施設等の維持管理等を所管
- ・ 町：農林漁業支援、灌漑施設整備、一次医療や伝染病対策、公衆衛生、各種社会福祉、雇用・経済等に関する情報サービス、小中学校・図書館・スポーツ施設・道路橋梁・上下水道等の各種公共施設、警察・消防等を所管
- ・ 州：農林漁業振興、商工業振興、病院、社会福祉、道路橋梁等の公共施設、住宅対策、観光開発等を所管
- 市：町の事務を所管する以外に、州の所管事務の中で累計区分に従って一定の事務が移譲される。

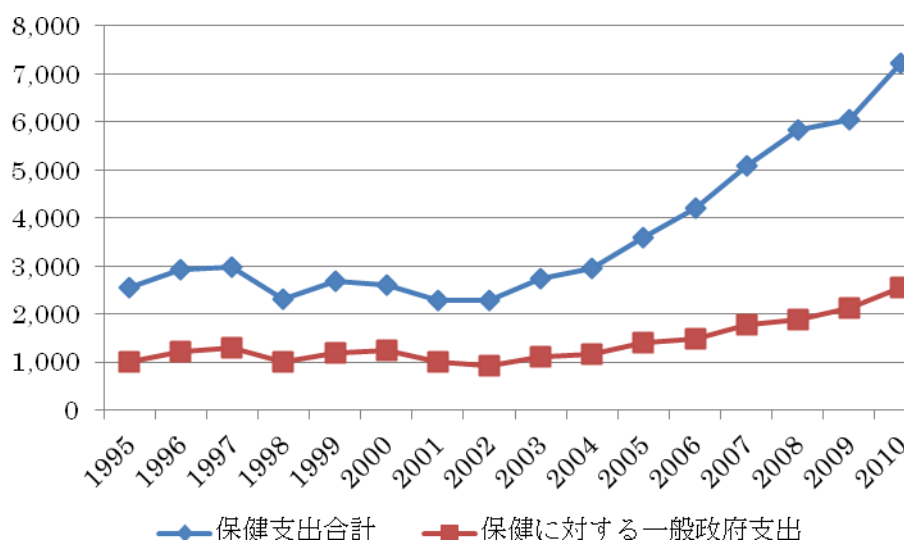
### 3. 社会保障関連支出

#### (1) 保健予算

1997年の金融危機の影響で、1998年に保健に対する一般政府支出は大幅に減少しているものの、2000年代は概ね保健分野への一般政府支出は増加している。2000年の一般政府保健支出は12億3,700万ドル<sup>16</sup>であったが、2010年には25億4,900万ドルと約2倍に増加している。しかし、同期間における保健支出全体の伸び率が約3倍であることを考慮すると、一般政府支出の伸び率は緩やかといえる。

図表 I-3 保健支出の推移（1995-2010年）

単位：百万 US ドル



※1 1 ドル (USD)=81.07 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)

※2 保健に対する一般政府支出は全てのレベルの政府が含まれる。定義については、

<http://www.who.int/healthinfo/statistics/indhealthexpenditure/en/index.html> を参照。

出所：WHO, Global Health Expenditure Database より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

#### (2) 社会福祉予算

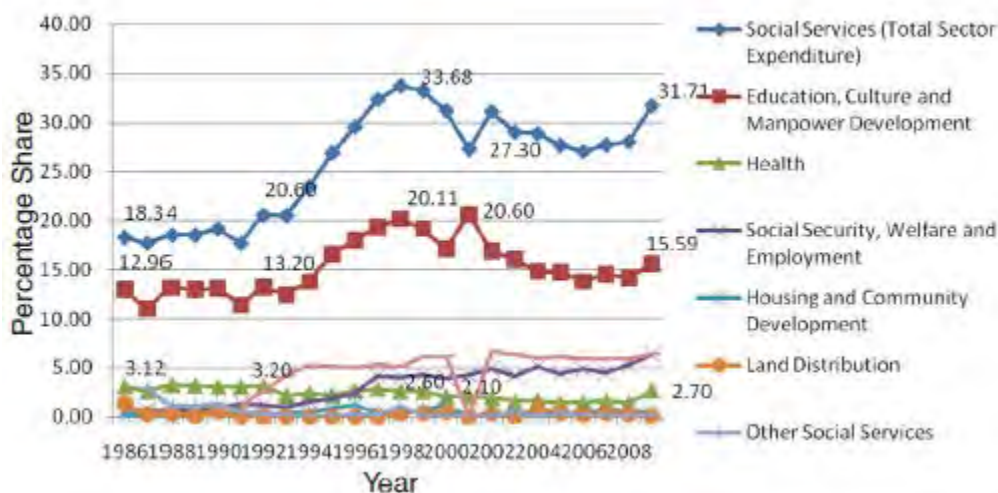
図表 I-4は、予算に占める保健・社会保障支出の割合の推移を示したグラフである。教育を含む社会分野全体の支出割合は概ね増加傾向といえ、2008年には予算の約32%を占めている。ただし、1997年のアジア通貨危機によってその割合は一度大きく低下している。

内訳を見ると、2008年では、教育・文化・人間開発分野が社会分野支出の約半分を

<sup>16</sup> 1 ドル (USD)=81.07 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)

占めている。保健分野および社会保障・社会福祉分野は、それぞれ全支出の約3%、約6%となっており、教育分野に比較して社会分野支出に占める割合は小さい。

図表 I-4 予算に占める保健・社会保障支出の割合の推移（1986-2008年）



出所：Philippines Development Plan 2011-2016, p.234.より抜粋。

### (3) LGUの予算内訳

図表 5は、LGUの予算内訳を示す図表である。2010年から2012年にかけて予算全体は15%程度増加している。他方、同期間、社会保障事務の予算は29%増加しており、予算全体の伸び率を上回っている。

図表 5 LGUの支出の内訳（2010-2012年）

単位：10億 PHP

	2010年				2011年				2012年			
	町	市	州	合計	町	市	州	合計	町	市	州	合計
合計	96.39	107.42	64.36	268.16	103.39	123.30	69.69	296.38	107.57	126.58	73.82	307.97
一般事務	55.75	47.95	26.60	130.30	58.99	53.56	27.58	140.14	61.57	55.35	29.33	146.26
経済事務	19.20	25.42	17.00	61.62	19.31	27.12	16.53	62.96	19.87	27.38	17.59	64.85
社会事務	14.66	20.78	15.11	50.55	16.86	26.25	18.16	61.27	18.43	27.38	19.51	65.32
債務返済	6.77	13.28	5.65	25.70	8.23	16.37	7.41	32.01	7.70	16.46	7.38	31.54

※1 ペソ (PHP)=1.903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：Department of Budget and Management, SUMMARY OF RECEIPTS AND EXPENDITURES OF LOCAL GOVERNMENT UNITS, FY 2010-2012

## 4. 医療保障

### (1) 医療保障セクターにおける国家計画

医療保障セクターにおける国家計画として、6年ごとに策定される国家保健目標(National Objectives for Health)がある。これは、前政権の6年間の保健政策についてその成果と課題をまとめ、次の6年間の目標および戦略を定めたものである。実施のための枠組みとして保健セクター改革アジェンダやフォーミュラ・ワン政策等が策定されてきた。また、1991年の地方自治体法の制定により、医療保障セクターに関する権限が地方自治体に移譲されているため、医療保障政策の遂行には地方自治体との調整が必要である。F1のもとでは、地方自治体はそれぞれ「州別保健投資計画(Province-wide Investment Plan for Health:PIPH)」を策定している<sup>17</sup>。

#### ① 保健セクター改革アジェンダ(HSRA : Health Sector Reform Agenda) (1999年-2004年)<sup>18</sup>

HSRAは、1999年に保健医療セクターのパフォーマンス向上を目的として策定されたアジェンダである。全国および地方レベルでの保健医療プログラムのカバレッジの拡大、特に貧困層を対象に公的および民間保健サービスへのアクセスの拡大、国民皆保障の達成、家庭医療費負担軽減が重点分野であり、これらの諸目標達成のため、下記の5項目の保健セクター改革を掲げている。

- ・ 地方医療制度の改革：市町村・州の医療体制の改善
- ・ 病院制度改革：政府病院の財政的・運営的自立性の改善
- ・ 保健医療プログラム改革：傷病予防等におけるDOHのリーダーシップの強化、
- ・ 保健法規制改革：医療製品や機器等に関わる規制実施に関するDOHの能力強化
- ・ 社会健康保険改革：フィルヘルスのカバレッジや給付パッケージの改善
- ・ 医療分野の財政改革：国民皆保障の実現

#### ② フォーミュラ・ワン政策(F1 : FOURmula One for Health) (2005-2010年)<sup>19</sup>

HSRAの後継として、2005年6月にF1が策定された。F1の目標として、より良質な保健サービス、ニーズに応える保健制度、平等な保健財政の達成が掲げられている。F1の重点改革分野は次の4つである。

- ・ 保健サービスの提供：保健施設整備、マラリアやフィラリア症等の伝染病・傷病の根絶、自然災害や大規模感染対策
- ・ 保健医療分野の法規制：許認可規制の合理化・調整、保健医療製品の統一認証、貧困層の必須医薬品へのアクセス拡大
- ・ 保健財政：保健財政改革、全国健康保険プログラム(National Health

<sup>17</sup> WHO (2011), Philippines, p.344.

<sup>18</sup> <http://erc.msh.org/hsr/index.htm>

## Insurance Program)の拡大

- ・ 保健医療分野のグッド・ガバナンス

### ③ アキノ保健アジェンダ(AHA : Aquino Health Agenda) (2010-2016年)<sup>20</sup>

AHAは、HSRAおよびF1において達成された成果を改善、合理化、増進することを目的に、行政命令(administrative order)0036によって導入されたアジェンダである。AHAでは、国民皆保障の達成が重点課題に掲げられている。また、貧困層への保健医療サービス拡大も重要課題の一つである。AHAのもと、貧困層の金銭的リスクからの保護、保健医療施設の近代化・持続可能性の確保、ミレニアム開発目標達成に向けた公的保健サービス改良といった目標を達成するため、国家健康保険プログラム(National Health Insurance Program)が策定される。図表 I-3のとおり、政府の保健支出は拡大しているが、アキノ政権発足後もこの傾向に変わりはなく、AHA策定によりフィリピンの保健支出は引き続き伸びている<sup>21</sup>。

### (2) 医療提供体制の特徴<sup>22</sup>

フィリピンでは約 1,800 の病院が設立されている。そのうち約 700 が公的病院で約 1,100 が民間病院である。病院数で見ると民間病院が占める割合が大きいが、病床数で見ると公的病院と民間病院の割合はほぼ等しい。

図表 I-6 医療施設一覧 (2007-2010年)

	2007年	2008年	2009年	2010年
病院	1,781	1,784	1,795	
公的	701	711	721	
民間	1,080	1,073	1,074	
病床数	92,561	94,199	95,991	
公的	47,141	47,889	48,349	
民間	45,420	46,310	47,642	
人口1万人あたり病床数	10.4	10.4	10.4	
バランガイ保健所※1			16,191	16,219

※1 バランガイ保健所(Barangay health facilities)は、応急処置や母子ケア、性病(social disease)等の治療を行っている。また、2009年現在、41,984のバランガイが存在することを踏まえると、単純計算で2-3のバランガイに1か所のバランガイ保健所という計算になる。

出所：National Statistics Office (2012), *Philippines in Figures 2012*, pp.49-50.をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成。

<sup>19</sup> WHO・WPRO website, <http://www.wpro.who.int/countries/phl/PHL.pdf>

<sup>20</sup> WHO(2011), *Philippines*, pp.342-343.

[http://www.wpro.who.int/countries/phl/26PHLpro2011\\_finaldraft.pdf](http://www.wpro.who.int/countries/phl/26PHLpro2011_finaldraft.pdf)

<sup>21</sup> フィルヘルスへのインタビュー。

<sup>22</sup> 河原和夫(2008)「フィリピン共和国の保健医療事情と医療保険システム」『医療と社会』vol.18 no.1、192-194頁。



### (3) 制度の基本構造

フィリピンでは、1995年、SSSとGSISの医療保険給付部門が統合され、公的医療保険の運営機関はフィルヘルスに一元化されている。しかしながら、下記図表のとおり、運営機関はフィルヘルスに一元化されているものの、制度としては、海外労働者、任意加入者、貧困プログラム対象者、公務員・民間被用者、終身加入者のプログラムに分けることができ、それぞれ異なるモデルに基づいて実施されている。

フィルヘルスは、拋出型の制度を原則としつつ、低所得者向けの制度においては、保険料分を税財源によって負担する方式が採用されている。フィルヘルスの保険料はプログラムごとに異なる。海外労働者の年間保険料は1,200PHP、任意加入者は標準報酬月額が25,000PHP以下は1,200PHP、25,000PHP以上は2,400PHPとなっている。公務員および民間被用者については、被用者および雇用主双方が負担する。貧困層については、貧困層プログラムが設けられており、フィルヘルス後援被保険者(Sponsor Member)の保険料は国または地方自治体が被保険者に代わり負担する。プログラムの対象は人口の約35%を占める貧困層の人々である。貧困層の捕捉はDSWDが開発した貧困削減全国世帯捕捉システム(NHTS-PR)を用いて行われる(NHTS-PRについては後述)<sup>23</sup>。

---

<sup>23</sup> フィルヘルスへのインタビュー。

図表I-7 フィルヘルスの概要

フィルヘルス (国民医療保険)					
制度創設年	1995年				
根拠法	1969年メディケア法 (共和国法 No.6111) 1995年国家健康保険プログラム (共和国法 No.7875)				
実施運営機関	フィルヘルス				
プログラム	海外労働者	任意加入者	貧困プログラム	被用者	終身加入者
モデル	拠出型	拠出型	無拠出型	拠出型	拠出型
保険料 (年間)	1,200PHP	標準報酬月額 25,000PHP以下: 1,200PHP 専門職または標準報酬月額 25,000PHP以上: 2,400PHP	公費による負担	標準報酬月額の 2.5% 労使それぞれ 1.25%ずつ負担	保険料は左記プログラムの区分に従う
加入義務	任意加入	任意加入	任意加入	強制加入	任意加入
加入対象者	海外雇用庁 (POEA) で登録した海外労働者	自営業、医師・弁護士等の個人経営専門職、スポーツ選手、農業・漁業従事者、インフォーマルセクター、離職者等	人口の下位25%に属する貧困層	公務員または民間セクターで雇用関係にある被用者	退職年齢に達しており、かつ120カ月以上保険料を納付した公務員または民間被用者等
被扶養者	下記の条件を満たす被扶養者については、追加的な保険料を要することなくフィルヘルスの給付を受けることができる。 <ul style="list-style-type: none"> <li>法的な配偶者 (非加入者もしくは保険料の支払いをしていないこと (inactive))</li> <li>21歳以下で、未婚かつ就労していない子供 (嫡出子、認知された子、非嫡出子、継子を含む)</li> <li>21歳以上であるが、先天的障害を有する子供 (身体障害および精神障害ともに対象)</li> <li>60歳以上の両親 (非加入または保険料の支払いをしていないこと)</li> </ul>				
加入者数 (合計) (2011年9月現在)	7,831万人				
加入者数 (プログラム別)	500万人	971万人	3,894万人	2,373万人	94万人
報酬方式 (外来)	出来高払い				
報酬方式 (入院)	出来高払い				
自己負担	保険給付上限額超過分は自己負担				
年間医療費支出 (2010年)	305億 PHP				
年間医療費支出 (2010年)	9億4900万 PHP	44億1900万 PHP	66億3400万 PHP	165億4200万 PHP	19億6900万 PHP
除外される医療行為等	5人目以降の通常出産/処方箋のない薬/アルコール中毒・依存症治療/整形眼科/フィルヘルスが定める費用に見合わない処置				

※1 ペソ (PHP)=1.903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: PhilHealth website, <http://www.philhealth.gov.ph/members/>等をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

#### (4) カバレッジ

##### ① プログラム毎の加入者

公的医療保険制度への加入は法律上の義務であるものの、フィリピンでは未だ国民皆保障が達成されていない。フィルヘルス自体の発表によると、2011年9月現在の加入者は7,831万人で、カバレッジは82%に達しているとしている。ただし、フィルヘルスの発表している加入者数は、推計値であり、実際の登録者数（ほとんどの場合は世帯主）にフィリピンの平均世帯構成員数である5人を乗じて算出されているため、実際のカバレッジはこの数値を下回るものと考えられる。フィリピン国家統計局(National Statistics Office)による2008年版National Demographic and Health Surveyは、フィルヘルスのカバレッジを38%としている。また、識者によっては、カバレッジは50%程度に過ぎないと指摘する者もいる<sup>24</sup>。

加入者は5つの区分に分類される。

図表 I-8 フィルヘルス加入者数（2011年9月現在、単位：百万人）

プログラム	登録人数	被扶養者	合計
海外労働者	2.52	2.48	5.00
任意加入者	4.22	5.49	9.71
貧困プログラム対象者	9.73	29.21	38.94
標準(Regular)	4.77	12.71	17.48
DOH	0.68	1.83	2.51
NHTS-PR	4.28	14.67	18.95
被用者			
公務員	2.00	3.94	5.94
民間	8.61	9.17	17.79
終身加入者 (Lifetime Members)	0.57	0.37	0.94
合計	27.66	50.66	78.31

出所：PhilHealth, Stats&Charts 3<sup>rd</sup> Quarter 2011

[http://www.philhealth.gov.ph/about\\_us/statsncharts/snc2011.pdf](http://www.philhealth.gov.ph/about_us/statsncharts/snc2011.pdf)

##### ② カバレッジ拡大のための政策

アキノ保健アジェンダ(AHA)のもと保健省は、国民皆保障達成のため下記の戦略的重点分野に取り組んでいる<sup>25</sup>。

- ・ 財政的リスクからの保護：国家健康保険プログラム (NHIP) への登録および給付の拡大を通じて、NHIP の給付割合(benefit delivery ratio)の改善を図り、保健医療利用による財政的負担から貧困層を保護する。
- ・ 良質な病院と保健施設へのアクセス改善：国有または国営病院の能力およびサービスの質を高め、MDGs の達成、怪我等の緊急事態、生活習慣病、合併症の

<sup>24</sup> カバレッジが過大評価されている可能性があることは、フィルヘルス自体も認めている。フィルヘルスおよび識者へのインタビュー。

<sup>25</sup> WHO (2011), *Philippines*, p.342.

治療・処置を可能にする。

- ・ 保健関連の MDGs の達成：妊産婦・児童死亡率、結核およびマラリアの傷病率・死亡率の削減、新興感染症対策、生活習慣病の予防・管理。

国民皆保障に関する国家戦略では、下記の 6 つの戦略的手段が重視されている<sup>26</sup>。

- ・ 保健財政：貧困層や脆弱な人々の財政的保護を強化するため、保健に投入される資源の配分と活用をより効果的にする。
- ・ サービス提供：保健医療サービスの利用の仕方や効果の変化に対応するため、保健サービス提供制度を改革する。
- ・ 政策、基準、規制の整備：保健サービス、必須医薬品、質・利用可能性・安全性が確かな技術への平等なアクセスを確保する。
- ・ 保健ガバナンス：効率性、透明性、アカウンタビリティのためのメカニズムを構築するとともに不正を防止する。
- ・ 保健のための人材確保：全フィリピン国民の保健医療専門家へのアクセスを確保する。
- ・ 保健に関する情報：迅速かつ効率的な保健医療の提供と地方レベルの保健システム管理を改善するとともに、政策立案およびプログラム形成の根拠を提供できるよう近代的な情報システムを構築する。

### ③ カバレッジに関する課題・障害

フィリピンにおけるカバレッジ拡大における課題として、地方分権の弊害を指摘することが出来る<sup>27</sup>。問題は大きく 2 つに分けることができる。すなわち、第一は、LGU がフィルヘルスの貧困プログラムの対象者を恣意的に選定していることであり、第二は、保健サービスの質の向上が妨げられる場合があることである。

LGUによる恣意的な貧困プログラムの対象者の選定については<sup>28</sup>、Manasanによれば、2007 年から 2009 年にかけて、23 から 44 の州で本来受益対象となる貧困世帯数を上回る世帯が受益者に選定されていた。また、2010 年でも、56 の州であるべき数字を上回る世帯が受益者に選定されていた。恣意的な選定の背景には、LGUの受益世帯特定のための捕捉システムが欠如・不足していたこともあるものの、LGUや政治家が住民の支持を獲得するための政治的手段として貧困プログラムを利用しているとの指摘もなされている。こうした問題は後述するとおり、貧困削減全国世帯捕捉システム (NHTS-PR : National Household Targeting System for Poverty Reducion) が全国的

<sup>26</sup> WHO (2011), *Philippines*, pp.342-343.

<sup>27</sup> WHO (2011), *Philippines*, p.343.

<sup>28</sup> LGU の恣意的な選定に関する既述は、Rosario G. Manasan (2011), "Expanding Social Health Insurance Coverage : New Issues and Challenges," *Philippines Institute for Development Studies Discussion Paper Series*, no. 2011-21, pp.14-15.

に整備され、省庁横断的に活用されるようになった 2011 年以降、徐々に改善されつつある。NHTSは、従来の「政治的貧困者 (Political Poor)」を排し、全国で統一の基準に基づき低所得者を捕捉し、医療保障を支援するもので、NHTSによって捕捉された対象者の公費負担分は、2011 年から中央政府が拠出している。ただし、NHTS導入後も、LGUが独自の基準に基づいて貧困層を特定し対象者を選定することは認めており、その場合は、LGUが公費負担を行う。

第二に、保健サービスの実施権限が LGU に移譲された結果、財政基盤が不十分な LGU で十分な保健サービスが提供できないという問題である。フィリピンは、IMF および世界銀行からの支援を受けるため、両機関の構造調整プログラムに基づき、地方分権化を進め、1991 年に「地方自治法 (Local Government Code: LGC)」を制定した。

地方自治法が成立すると、保健省の権限は LGU に移譲され、結果として保健省の権限は大きく縮小された。保健省は特別病院、地域病院、メディカル・センターを保持するとはいえ、州政府が州病院や地区病院を管理し、市町村が保健所 (RHU) やバランガイの保健事業所(health station)を管理している。このように LGU に地域の保健サービスが委ねられた結果、全国で保健サービスの向上を図ろうとしても LGU の協力が得られなければ、その目的を達成することはできないことになる。加えて、運営主体が異なるため保健サービスの提供方法や質に地域差が生じている。

また、国の公的保健サービスへの支出は増加しているが、LGUのそれは増加していないか減少している<sup>29</sup>。財政的余力のあるLGUは少なく、本来保健サービスに充てられるべき予算が他の分野に流用されることさえある<sup>30</sup>。

## (5) 保険料率

前述のとおり、フィルヘルスの保険料はプログラムごとに異なる。海外労働者の年間保険料は 1,200PHP で、任意加入者は標準報酬月額が 25,000PHP 以下であれば 1,200PHP、25,000PHP 以上であれば 2,400PHP である。公務員および民間被用者の保険料は、標準報酬月額の 2.5%で、労使それぞれ 1.25%ずつ負担する。貧困層に対しては、貧困プログラムが設けられており、政府ないし LGU が保険料を肩代わりする。

<sup>29</sup> WHO (2011), *Philippines*, p.345.

<sup>30</sup> 中央政府と LGU という関係とは若干異なるが、SSS が加入者拡大に比較的的成功している原因として、SSS の構造は中央の指示に地方事務所が従うという「中央集権的」なものであることが考えられる。SSS へのインタビュー。

図表 I-9 被用者プログラム保険料率

単位：PHP

報酬グループ	報酬月額	標準報酬月額	月額保険料合計	被用者負担	雇用主負担
1	4,999.99 and below	4,000.00	100.00	50.00	50.00
2	5,000.00 - 5,999.99	5,000.00	125.00	62.50	62.50
3	6,000.00 - 6,999.99	6,000.00	150.00	75.00	75.00
4	7,000.00 - 7,999.99	7,000.00	175.00	87.50	87.50
5	8,000.00 - 8,999.99	8,000.00	200.00	100.00	100.00
6	9,000.00 - 9,999.99	9,000.00	225.00	112.50	112.50
7	10,000.00 - 10,999.99	10,000.00	250.00	125.00	125.00
8	11,000.00 - 11,999.99	11,000.00	275.00	137.50	137.50
9	12,000.00 - 12,999.99	12,000.00	300.00	150.00	150.00
10	13,000.00 - 13,999.99	13,000.00	325.00	162.50	162.50
11	14,000.00 - 14,999.99	14,000.00	350.00	175.00	175.00
12	15,000.00 - 15,999.99	15,000.00	375.00	187.50	187.50
13	16,000.00 - 16,999.99	16,000.00	400.00	200.00	200.00
14	17,000.00 - 17,999.99	17,000.00	425.00	212.50	212.50
15	18,000.00 - 18,999.99	18,000.00	450.00	225.00	225.00
16	19,000.00 - 19,999.99	19,000.00	475.00	237.50	237.50
17	20,000.00 - 20,999.99	20,000.00	500.00	250.00	250.00
18	21,000.00 - 21,999.99	21,000.00	525.00	262.50	262.50
19	22,000.00 - 22,999.99	22,000.00	550.00	275.00	275.00
20	23,000.00 - 23,999.99	23,000.00	575.00	287.50	287.50
21	24,000.00 - 24,999.99	24,000.00	600.00	300.00	300.00
22	25,000.00 - 25,999.99	25,000.00	625.00	312.50	312.50
23	26,000.00 - 26,999.99	26,000.00	650.00	325.00	325.00
24	27,000.00 - 27,999.99	27,000.00	675.00	337.50	337.50
25	28,000.00 - 28,999.99	28,000.00	700.00	350.00	350.00
26	29,000.00 - 29,999.99	29,000.00	725.00	362.50	362.50
27	30,000.00 and up	30,000.00	750.00	375.00	375.00

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：PhilHealth website,

<http://www.philhealth.gov.ph/partners/employers/report.html>

## (6) 給付内容<sup>31</sup>

給付内容は、基本的に、室料や食費、薬剤費、診療費等の入院に要する費用、および薬剤費や診療費、予防サービス等の費用といった外来診療によって発生する費用に対して適用される。

図表 I-10 フィルヘルス収入（2004-2010年）

単位：百万 PHP

	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
保険料	16,516	18,274	22,580	23,727	25,641	25,981	29,088
利息・その他						6,458	6,280
利息	4,429	5,072	5,615	5,387	5,507		
その他					30		
合計	20,968	23,366	28,223	29,138	31,179	32,439	35,368

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：PhilHealth Annual Report より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

図表 I-11 フィルヘルス支出（2004-2010年）

単位：百万 PHP

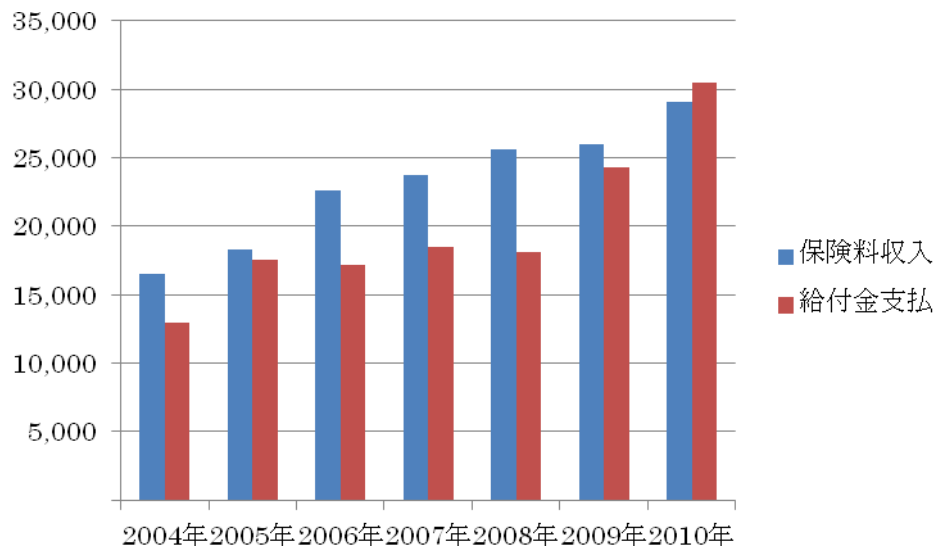
	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
給付金支払い合計	12,953	17,519	17,201	18,451	18,155	24,310	30,513
人件費・維持費等	2,160	1,761	1,916	2,387	3,176	3,598	3,809
支出合計	15,113	19,280	19,117	20,838	21,331	27,908	34,322

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：同上

<sup>31</sup> PhilHealth website, <http://www.philhealth.gov.ph/members/employed/coverage.html>

図表 I-12 フィルヘルスの保険料徴収額および給付額推移（2004年—2010年）  
（単位：100万 PHP）



※1 ペソ (PHP)=1.903 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：同上

図表 I-13 給付額内訳（2009年、2010年）

単位：百万 PHP

	2009年	2010年
民間セクター	9,360	11,083
公務員	4,688	5,459
貧困プログラム(IP)	3,331	5,626
貧困プログラム(人頭払い)	684	1,008
海外労働者	756	949
任意加入	3,745	4,419
非拠出プログラム(Non paying Program)	1,745	1,969
給付金支払	24,310	30,513

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：同上

給付は現物給付方式で、給付額を超える費用は被保険者の自己負担である<sup>32</sup>。制度

<sup>32</sup> 一次、二次、三次の区別は、病院の規模や立地等に基づいて分類される。一次病院は初期の一般的な医療提供を担い、三次病院は総合的かつ高度な医療を提供する。二次病院は一次と三次の中間で、三次病院



としては現物給付方式であるが、フィルヘルスの給付は一定額の支給にとどまるため、実態としては現金給付に近い。また、後述のとおり、フィルヘルスの給付額の上限は低く設定されているため、患者の医療費自己負担率は約8割にのぼる。

フィルヘルスから給付を受けるためには下記の要件を満たさなければならない。

図表 I-14 フィルヘルス給付要件

加入分類	要件
海外労働者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ フィルヘルス海外労働者加入者登録フォーム（PMRF）の有効期間内であること</li> <li>・ 入院期間が年間45日間以内であること</li> </ul>
任意加入者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院前の6カ月間において最低3カ月以上保険料を納めていること。ただし、出産・新生児ケア、透析、化学療法、放射線療法等については、直近の12カ月のうち9カ月以上保険料を納めていること（KASAPIプログラム対象者は除く）</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた病院で、傷病ないし怪我により最低24時間入院すること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた医師の立会を伴うこと</li> <li>・ 入院期間が年間45日間以内であること</li> </ul>
貧困プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ フィルヘルス保険証の有効期間内であること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた病院で、傷病ないし怪我により最低24時間入院すること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた医師の立会を伴うこと</li> <li>・ 入院期間が年間45日間以内であること</li> </ul>
被用者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院前の6カ月間において最低3カ月以上保険料を納めていること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた病院で、傷病ないし怪我により最低24時間入院すること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた医師の立会を伴うこと</li> <li>・ 入院期間が年間45日間以内であること</li> </ul>
終身保険	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた病院で、傷病ないし怪我により最低24時間入院すること</li> <li>・ フィルヘルスの認証を受けた医師の立会を伴うこと</li> <li>・ 入院期間が年間45日間以内であること</li> </ul>

出所：PhilHealth website 等をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成。

[http://www.philhealth.gov.ph/members/overseas\\_workers/condition.html](http://www.philhealth.gov.ph/members/overseas_workers/condition.html)

ほどではないが、高度な専門医療を提供する役割を担っている。河原（2008）、193頁。

図表 I-15 医療保険給付一覧

給付事項	一次病院 <sup>33</sup>		二次病院			三次病院			
	症例		症例			症例			
	A	B	A	B	C	A	B	C	D
室料・食費等 (年間最大 45 日間)	300	300	400	400	600	500	500	800	1,100
薬剤費・診療費 (1 回入院あたり)	2,700	9,000	3,360	11,200	22,400	4,200	14,000	28,000	40,000
X線・臨床検査等 (1 回入院あたり)	1,600	5,000	2,240	7,350	14,700	3,200	10,500	21,000	30,000
手術室	500	500	RVU 30 以下 = 750※1			RVU 30 以下 = 1,200			
			RVU 31 - 80 = 1,200			RVU 31 - 80 = 1,500			
			RVU 81 - 600: RVU x PCF 15※3			RVU 81 - 600: RVU x PCF 20			
			(最低額 = 2,200 最高額 = 7,500)			最低額 = 3,500			
専門家報酬									
a. 通院									
一般医 (Groups 1, 5, & 6)									
日当	300	400	300	400	500	300	400	500	600
(1 回入院あたり 限度額)	1,200	2,400	1,200	2,400	4,000	1,200	2,400	4,000	6,000
専門医 (Groups 2, 3, & 4)									
日当	500	600	500	600	700	500	600	700	800
(1 回入院あたり 限度額)	2,000	3,600	2,000	3,600	5,600	2,000	3,600	5,600	8,000
b. 外科医 (for Case Type A and B)									
						RVU 500 以下		RVU 501 以上	
	外科医	麻酔医	外科医	麻酔医		外科医	麻酔医	外科医	麻酔医
一般医	RVU x PCF 40=PF1	外科医報酬の 40% (PF1)※2	RVU x PCF 40=PF1	外科医報酬の 40% (PF1)		RVU x PCF 40=PF1	外科医報酬の 40% (PF1)	RVU x PCF 40=PF1	外科医報酬の 40% (PF1)
第 1 位 (Group 1)			限度額 : 3,200	限度額 : 1,280		限度額 : 3,200	限度額 : 1,280	限度額 : 3,200	限度額 : 1,280
第 2 位 (Group 5 and 6)	RVU x PCF 48=PF2	外科医報酬の 48% (PF1)	RVU x PCF 48=PF2	外科医報酬の 48% (PF1)		RVU x PCF 48=PF2	外科医報酬の 48% (PF1)	RVU x PCF 48=PF2	外科医報酬の 48% (PF1)
Diplomate/Fellow	RVU x PCF 56=PF3	外科医報酬の 56% (PF1)	RVU x PCF 56=PF3	外科医報酬の 56% (PF1)		RVU x PCF 56=PF3	外科医報酬の 56% (PF1)	RVU x PCF 80=PF4	外科医報酬の 40% (PF4)
第 3 位 (Group 2, 3 and 4)									
	1 回入院あたり限度額 : 2,000	限度額は、2,000PHP の割合として算出							

※1 1 ペン (PHP)=1.903 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)

※2RVU : 相対評価単位(Relative Value Unit)

※3PF：専門家報酬(Professional Fee)

※4PCF：ペソ換算係数(Peso Conversion Factor)

出所：PhilHealth website,

[http://www.philhealth.gov.ph/members/overseas\\_workers/coverage.html](http://www.philhealth.gov.ph/members/overseas_workers/coverage.html) 等を参照に作成

## (7) 民間医療保険制度の位置づけと動向<sup>34</sup>

フィリピンにおける公的医療保険はフィルヘルスが提供している。しかし、フィルヘルスのカバレッジは医療費の 20%程度で、残りの 80%は利用者の自己負担となる。そのため、自己負担分の軽減のためには民間医療保険に加入する必要がある。ただし、民間医療保険の保険料は多くの人にとって高額であり、民間保険加入者は、全人口の 2%に過ぎない<sup>35</sup>。フィリピンにおいて、民間保険加入者は概して富裕層とすることができるが、企業によっては福利厚生の一環として法人口座を有しているため、法人口座を持つ企業の社員は民間保険に加入することができる。

このように民間保険加入者は富裕層を中心に人口に 2%<sup>36</sup>をカバーするに過ぎないため、フィリピン医療保険制度における民間保険の存在は大きなものでないと言えるが、民間保険会社は、市場規模は拡大すると予想している<sup>37</sup>。

---

<sup>34</sup> 民間医療保険制度の記述は主に民間保険会社へのインタビューに基づいている。

<sup>35</sup> フィルヘルスの年間保険料は 1,200PHP である。一方、インタビューした民間保険会社の年間保険料は、40 歳の標準的なプランで 26,000PHP である。

<sup>36</sup> 数字は民間保険会社のインタビューによる。今次調査においては、文献等で数字の裏付けが取れなかった。

<sup>37</sup> 民間保険会社へのインタビュー。

## 5. 年金及びその他の所得保障

### (1) 被用者社会保障制度(SSS:Social Security System)

#### ① 法的根拠

SSSは、1954年社会保障法（Social Security Act of 1954; RA 1161）に基づき設立された。同法は1957年と1997年に改正されており、1997年の改正によって、カバレッジの拡大、給付の拡大、ローンの拡大、任意プロビデント基金の導入等のサービスの拡充がなされた。

#### ② 給付内容

SSSは、退職年金や遺族年金、障害年金等の年金給付サービス、および傷病や傷病時における補償金給付サービス（現金給付）を実施している。なお、現物給付による医療給付は1993年以降にフィルヘルスに統合されているため、SSSでは取り扱いがない<sup>38</sup>。退職年金、遺族年金、障害年金、それぞれ確定給付年金である。

##### ・退職年金<sup>39</sup>

退職年金受給対象者は、60歳以上の退職者かつ年金が支払われる6カ月以前に120カ月以上保険料を支払ったSSS加入者、または65歳以上で120カ月以上保険料を支払ったSSS加入者である。なお、少なくとも5年以上働いた鉱山労働者については、55歳から年金を受給することができる。退職者が120カ月以上の保険料支払い条件を満たしていない場合は、雇用主と被保険者自身が支払った保険料およびその利息分を合計した一括給付金を受け取ることが出来る。一方、65歳以前に再就職した場合は、65歳まで年金の支払いが停止される。

年金は年に13回支払われる。給付月額、加入者が支払った保険料、未成年被扶養者数、保険料支払い期間によって算出される。退職前の60カ月の平均報酬月額により、下記の計算方法に基づき算出された額の最も大きい額が適用される。

- ・  $300\text{PHP} + \text{平均報酬月額} \times 20\% + \text{平均報酬月額} \times 2\% \times 10$ 年を超えた認証雇用年数（credited years of service: CYS）
- ・ 平均報酬月額の40%
- ・ 最低給付額として1,200PHPまたは2,000PHP（CYSが10年以上20年未満：1,200PHP。CYSが20年以上：2,000PHP）

なお、毎年12月には第13月の年金として1カ月分多く支給される。また、年金受

<sup>38</sup> SSSへのインタビュー。

<sup>39</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=73&cat=4&pg=null>

給者が 21 歳未満の子供を扶養している場合には、若い順から上限子供 5 人まで、一人あたり年金月額額の 10%が給付される。子供が障害を有する場合は年齢の上限が撤廃される一方、子供が結婚ないし就労している場合はその子供には給付はなされない。年金は月ごとの支払いが原則であるが、最初の 18 カ月分については、一定の減額のもと、一括して受け取ることも可能である。

年金受給者が死亡した場合は、法律上の配偶者等に全額が支払われる。

#### ・遺族年金<sup>40</sup>

死亡する 6 カ月以前に 36 カ月以上保険料を支払った加入者が年金受給開始前に死亡した場合、死亡した加入者の親族が年金を受け取ることができる。給付の対象は配偶者または 21 歳未満の子供である。退職年金同様、子供が障害を有する場合は年齢の上限が撤廃される一方、子供が結婚ないし就労している場合はその子供には給付はなされない。また、配偶者が再婚した場合は給付の対象とはならない。該当者がいない場合は、加入者の両親等が対象者となるが、給付は 60 カ月以内に限定される。故人の保険料支払い期間が 36 カ月未満の場合、遺族給付が支給される。

年金は年に 13 回支払われる。また、給付月額額は、下記の計算方法で最も大きい額に決定される。

- ・  $300\text{PHP} + \text{平均報酬月額} \times 20\% + \text{平均報酬月額} \times 2\% \times 10 \text{年を超えた認証雇用年数 (credited years of service: CYS)}$
- ・  $\text{平均報酬月額} \times 40\%$
- ・ CYS が 10 年未満 : 1,000PHP、CYS が 10 年以上 20 年未満 : 1,200PHP、CYS が 20 年以上 : 2,400PHP

遺族年金に加えて、被扶養者は、被扶養者補助として、遺族年金の 10%ないし 250PHP の高い金額の給付金を受け取ることができる。

また、死亡前に少なくとも 1 カ月以上保険料を支払った者が死亡した場合、葬祭費用として 20,000PHP が喪主に対して支給される。

#### ・障害年金<sup>41</sup>

給付対象者は、主に回復見込みのない身体障害を有する SSS 加入者である<sup>42</sup>。障害年金を受給するには、障害が発生する 6 カ月以前に最低 36 カ月保険料を支払っており、障害の回復見込みがないことの認定を受けなければならない。36 カ月の支払い要件を満たしていない加入者には、一括で給付がなされる。重度の障害には両目の失明や両

<sup>40</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=792&cat=4&pg=null>

<sup>41</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=791&cat=4&pg=null>

<sup>42</sup> 1997 年社会保障法第 13 条 A 項 (Sec.13-A) に給付対象の障害が列挙されているが、その中に精神障害や知的障害は含まれていない。ただし、精神障害と知的障害をもたらす脳への損傷については規定がなされている。

足の喪失・麻痺等が該当する<sup>43</sup>。本人の就労や障害から回復によって、給付は停止される。年金は年に13回支払われ、給付月額が保険料支払い期間によって下記のとおり受け取ることが出来る。

- ・ CYS が 10 年未満：1,000PHP
- ・ CYS が 10 年以上 20 年未満：1,200PHP
- ・ CYS が 20 年以上：2,400PHP

障害が回復不能かつ重度の場合、被扶養者は年金月額の10%ないし250PHPの高いほうの金額が給付される。

給付は月ごとの支払いか一定額の一括給付が選択できる。

#### ・ 出産給付<sup>44</sup>

出産給付は、出産により就労が困難な女性加入者に対する給付金である。受給対象者は出産直前の12カ月のうち3カ月以上の保険料を支払っている者であり、流産も出産給付の対象である。出産ないし流産の給付金支払い上限は4回までとなっている。給付額は平均日当の100%相当で、通常の出産・流産で60日分、帝王切開の場合78日分が支給される。

#### ・ 傷病給付<sup>45</sup>

病気やけがにより一定期間働くことが出来ない被保険者に対する給付金である。対象者は、当該傷病に罹患する直前の12カ月間に3カ月以上保険料を支払っている者である。また、4日以上入院するか自宅で通常の生活が困難な状況にあることが条件である。一年間に最大で120日間の給付を受けることができるが、同一の傷病で240日以上傷病給付を受給することはできない。未利用分の日数は繰り越されない。給付額は日額平均給与額の90%で、月額最少1,000PHPから最大15,000PHPが給付される。

### ③ 加入対象者と保険料率<sup>46</sup>

SSSの対象者は、60歳以下の全ての民間労働者およびその雇用主である。その他、1,000PHP以上の収入を得ている家庭使用人（メイド、運転手等）および月1,000PHP以上の収入を得ている60歳以下の自営業者についてはSSSへの加入が義務付けられている。また、任意加入も認められていて、①離職した加入者、②外国で働くフィリビ

---

<sup>43</sup> 1997年社会保障法第13条Aでは、永続的かつ重度な(permanent and total)障害として、①両目の視力の完全な喪失、②両肢の喪失もしくは両足首または両手首より先の喪失、③両肢の永続的かつ完全な麻痺、④知能障害または精神異常をもたらす脳への損傷、⑤SSSによって永続的かつ重度な障害と認定された症例。永続的かつ部分的(permanent partial)な障害としては、母指、示指、中指、薬指、小指、母趾、人差し指、片手、片上肢、片足首、片下肢、片耳、両耳、片耳の聴覚、両耳の聴覚、片目の視力の機能喪失が列挙されている。

<sup>44</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=53&cat=4&pg=null>

<sup>45</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=147&cat=4&pg=null>

<sup>46</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=108&cat=2&pg=null> 等を参照

ン人、③加入者の配偶者は任意に加入することができる。

保険料は、被用者の標準報酬月額額の 10.4%であり、雇用主が 7.07%、被用者が 3.33%を負担する。自営業者および任意加入者については収入の 10.4%である。標準報酬月額額は、被用者が 1 カ月に受け取る給与および全ての手当て(時間外労働手当、通勤手当、扶養手当、食費補助等)を合計した金額をもとに、1,000PHPから 15,000PHPまで、500PHP毎に 29 段階に区分されている<sup>47</sup>。

#### ④ 基金及び実施運営機関

SSS は拠出型方式を採用している。SSS は、フィリピン国内外に 180 以上の支部を有しており、うち 13 は海外支部である。国内支部の多くは都市部に所在する。

#### ⑤ 加入者数の状況

SSS加入者は、2011年9月現在で、雇用主 889,892 人、被用者 19,990,465 人、自営業者 5,834,015 人、任意加入者 3,344,299 人となっている<sup>48</sup>。上記のとおり、①離職した加入者、②外国で働くフィリピン人、③加入者の配偶者が任意加入できる。

2012年1月現在のフィリピンの労働力人口は 5,739 万人であり、SSS は労働力人口の約 52%をカバーしている。

#### ⑥ 給付実績

図表 I-16は、SSS の 2009 年および 2010 年における収支を示す表である。保険料収入および年金や給付金の支給額はともに増加している。退職年金と遺族年金の支払いが支出の多くを占めており、両方で年金・給付金支払い額の約 85%に及んでいる。

図表 I-16 SSS 収支 (2009、2010 年)

単位：百万 PHP

	2009 年	2010 年
収入合計	95,336.51	107,120.75
保険料収入	72,350.89	79,272.86
投資・その他	22,985.62	27,847.89
支出合計	79,124.55	84,288.57
退職年金	35,126.49	38,226.76
遺族年金	25,962.63	27,648.69
出産給付	3,589.16	3,634.83
障害年金	3,253.75	3,362.39
葬祭給付	2,377.40	2,488.20
傷病給付	1,703.78	1,777.59
医療給付	36.65	35.56
リハビリ給付	0.82	0.12
事業費	7,074.59	7,114.41

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：SSS Annual Report 2010, p.29 より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

<sup>47</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=111&cat=2&pg=null>

<sup>48</sup> SSS website, <http://www.sss.gov.ph/sss/index2.jsp?secid=845&cat=6&pg=null>

## (2) 公務員保険制度：GSIS(Government Service Insurance System)

### ① 法的根拠

退職年金の根拠法は RA8291 である。その他共和国法 No.660 や共和国法 No.1616 等に基づく退職年金が設けられている。

### ② 給付内容

GSIS は、公務員を対象に退職年金、遺族年金、障害年金、失業給付といった各種年金および給付サービスを提供している。また、これら年金や給付サービスの他に生命保険等の保険サービスの提供も行っている。退職年金、遺族年金、障害年金、それぞれ確定給付年金である。

#### ・退職年金<sup>49</sup>

退職年金の受給資格は基本的に年齢と雇用期間によって決定される。すなわち、希望退職年齢（60 歳）ないし退職年齢（65 歳）に達すること、および最低で 15 年以上勤務することが受給要件である。

給付月額は、勤務年数と平均月収（過去 3 年間の報酬により算出）に基づき下記の計算式に基づき決定される。

- ・ 勤務年数が 15 年以上：標準年金月額（Basic Monthly Pension: BMP）  
 $= 0.025 \times (\text{RAMC} * + 700\text{PHP} \times \text{勤務年数})$
- ・ 勤務年数が 15 年以下： $\text{BMP} = 0.375 \times \text{RAMC}$

\* 再評価平均報酬月額（Revalued Average Monthly Compensation: RAMC）：  
 $700\text{PHP} + \text{平均報酬月額} (\text{AMC} **)$

\*\* 平均報酬月額（Average Monthly Compensation: AMC）：直近の 36 カ月で受け取った報酬月額の合計を 36 で除したものの。

ただし、上記計算式により算出された給付額が平均報酬月額（AMC）の 90%を超える場合には、AMC の 90%が給付月額となる。

年金受給者が死亡した場合は、法律上の配偶者等に遺族年金が支払われる。

#### ・遺族年金<sup>50</sup>

遺族年金は死亡した加入者の親族等に給付される。対象者は 15 年以上勤務した加入者の配偶者（事実婚を含む）または未成年で未婚の被扶養者である。配偶者が再婚すると支払いは終了する。給付月額は、配偶者に対し加入者の死亡時の標準年金月額（BMP）の 50%が支払われ、子供には 5 人までを限度に、一人あたり BMP の 10%が

<sup>49</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=2>

<sup>50</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=45>



支払われる。

また、GSIS加入者が死亡した場合、葬祭給付として 20,000PHPが支払われる<sup>51</sup>。

・失業給付<sup>52</sup>

公務員は失業時、GSISから給付金を受け取ることが出来る。給付内容は、平均報酬月額（AMC）の 50%で、受給期間は最長 6 カ月である。もともと、この制度は公務員に周知されておらず、利用されることが少ない<sup>53</sup>。後述のとおり、フィリピンには失業保険がないものの、この制度があるために、公務員には失業保険が導入されているという見方がなされることがある。しかし、これは失業保険というより補償金というべきもので、失業保険と同一視することはできないという意見もある<sup>54</sup>。

図表 I-17 失業給付の給付期間

保険料納入期間	給付期間
1 年以上 3 年以下	2 カ月
3 年以上 6 年以下	3 カ月
6 年以上 9 年以下	4 カ月
9 年以上 11 年以下	5 カ月
11 年以上 15 年以下	6 カ月

出所：GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=43>

・障害年金<sup>55</sup>

障害年金は、身体および精神障害のため就労所得の喪失ないし減少を余儀なくされた加入者に対して支給される年金である<sup>56</sup>。障害の程度は、①回復見込みのない全体的な障害（permanent total disability: PTD）、②回復見込みのない部分的な障害（permanent partial disability: PPD）、③一時的だが全体的な障害（temporary total）に分類される。15年以上勤務した加入者と15年未満の加入者それぞれに対して、給付制度が存在する。年金給付額は下記のとおりである。

・回復見込みのない全体的障害

- ・15年以上勤務：標準報酬月額（BMP）または BMP の 18 倍の現金を一時金

<sup>51</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=44>

<sup>52</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=43>

<sup>53</sup> Axel Weber (2010), *Social Protection in Case of Uemployment in the Philippines (Draft for Discussion)*, p.13.

<sup>54</sup> ILO とのインタビュー

<sup>55</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=41>

<sup>56</sup> 1997 年社会保障法第 13 条 A 項 (Sec.13-A) に給付対象の障害が列挙されているが、その中に精神障害や知的障害は含まれていない。ただし、精神障害と知的障害をもたらす脳への損傷については規定がなされている。

として給付

- ・ 15 年未満勤務：BMP
- ・ 回復見込みのない部分的障害
  - ・ 受給者が勤務している場合：現金給付＝BMP×GSIS 医療評価基準(GSIS medical evaluator)に基づく PTD(Permanent Total Disability)月数
  - ・ 受給者が勤務していない場合かつ障害前の直近5年間のうち36カ月の保険料支払いがある、もしくは障害前に180カ月以上保険料を納付している場合：現金給付＝BMP×GSIS 医療評価基準に基づく PTD 月数

- ・ 各種保険サービス<sup>57</sup>

2003年1月31日以降、GSIS 加入者は、自動的に拡大生命保険契約(Enhanced Life Policy)に加入する。それ以前の GSIS 加入者は、養老保険証券(Life Endowment Policy)に加入できる。養老保険証券は、自然災害または事故による死亡、永続的かつ重度の障害等も対象にしている。また、GSIS の生命保険では約款貸付(policy loan)も行っている。

### ③ 加入対象者

全ての国家、地方公務員の加入が義務付けられている<sup>58</sup>。ただし、裁判官、憲法委員会委員、軍隊、刑務管理局および消防局職員を含む警察官は、別途、独自の年金基金を有しており、GSISの対象外である。また、契約社員は正規職員に該当しないため GSIS保障対象外である<sup>59</sup>。

### ④ 保険料率

保険料は、標準報酬月額額の 21%で、労使の負担比率は、それぞれ使用者 12%、労働者 9%となっている。

### ⑤ 基金及び実施運営機関

公務員保険機構 (GSIS) は政府管轄下の機関である。GSIS の管理監督は上位機関である管理委員会 (Board of Trustees of the GSIS) が行っており、委員は大統領によって任命される。

現在、GSISは15の地域事務所(Regional Office)と、25の支部(Branch Office)、18の地方事業所(Satellite Office)を有している<sup>60</sup>。

---

<sup>57</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?id=1>

<sup>58</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?type=main&id=28>

<sup>59</sup> これら独自の制度を構築するカテゴリーもかつては GSIS に加入していたが、職業の特性にあわせた独自の給付制度を構築する目的で GSIS から分離している。こうした動きに対して、GSIS は、持続可能性の面からリスクがあると認識している (GSIS インタビューによる)。

<sup>60</sup> GSIS website, <http://www.gsis.gov.ph/default.php?type=main&id=28>

## ⑥ カバレッジの状況

加入者は2009年現在、約150万人である<sup>61</sup>。カバレッジは約%82である<sup>62</sup>。

### (3) 住宅開発互助基金 (Home Development Mutual Fund: HDMF/Pag-IBIG)<sup>63</sup>

全ての労働者<sup>64</sup>に貯蓄制度と融資制度を提供する目的で1978年にPag-IBIGが設立された。Pag-IBIGはSSSやGSISとは異なり年金制度ではなく、低所得層でも利用可能な少額貯蓄制度および融資制度として機能している。

#### ① 法的根拠・加入対象者

Pag-IBIGの加入対象者は強制加入および任意加入に分けられる。強制加入の対象となるのは、民間企業被用者、月収1,000PHP以上のメイド、船乗り、自営業、国外居住者、GSIS強制加入対象者、軍隊、刑務管理局および消防局職員、警察官、海外労働者(OFWs)、外資系企業で雇用されるフィリピン人である。他方、任意加入対象者は、Pag-IBIG加入者の就労していない配偶者、外国政府または国際機関に勤務するフィリピン人被用者、一時停止もしくは免除されている雇用主のもとで働く被用者、宗教団体の長および構成員、失職者、GSIS対象外の公務員および被用者、外国籍に帰化したフィリピン人である。

これまで、Pag-IBIGの加入対象者は、法律変更によりたびたび変わっている。設立当初は、加入は強制ではなかったが、PD1752により、GSISおよびSSSの加入者、使用者はPag-IBIGへの加入が法律によって義務付けられ、月収4,000PHP以下の者に限り任意加入となった。1986年のEO96により、再び加入は任意になったが、1995年のRA7742により、加入は義務と任意の両方になった。2009年のHDMF法により、再度、GSISとSSS対象者は加入が義務になるとともに、外資被用者も加入が義務付けられた<sup>65</sup>。

Pag-IBIGは、政府金融銀行(Government financing bank)であるが、政府から資金提供は受けていない<sup>66</sup>。また、Pag-IBIGは、資金の70%以上を住宅への投資に充てなければならないことが定められている。

#### ② 給付内容

加入者は、加入して15年後、未払い住宅ローンがない場合、保険料の合計貯蓄額

---

<sup>61</sup> National Statistics Office (2012), *Philippines in Figures 2012*, p.51.

<sup>62</sup> 2010年の被用者は3603万5000人で、そのうち行政機関、防衛関連、強制的社会保障従事者は全被用者の5.1%で、単純計算で約183万7800人。本文中の約82%という数字は、2009年度の加入者数150万人を2010年の被用者183万7800人で除した値であり、概算であることに留意いただきたい。

<sup>63</sup> Pag-IBIG website, <http://www.pagibigfund.gov.ph/#>

<sup>64</sup> 具体的には、1,000PHP以上の月収がある労働者であり、事実上全ての労働者が包含される。

Pag-IBIGへのインタビュー。

<sup>65</sup> Pag-IBIG website, <http://www.pagibigfund.gov.ph/benpromembership.aspx>

<sup>66</sup> Pag-IBIGへのインタビュー。

(total accumulated value: TAV)の払い戻しを請求することが出来る<sup>67</sup>。TAVは加入者の保険料と使用者の保険料、加入者の預金への配当金によって構成される。配当金はPag-IBIGの年間純利益の70%から出され、支払いは一時金払い(lump-sum)で行われる<sup>68</sup>。

貯蓄制度に加えて、Pag-IBIGの重要な機能は住宅ローンの提供である。また、TAVの60%は多目的ローン(multi-purpose loan)として利用することができる。その他、災害時に利用できる災害ローン(calamity loan)がある。

### ③ 保険料率<sup>69</sup>

Pag-IBIGの加入期間は20年間であるが、希望すれば加入期間を延長することができる。

保険料(contribution)は、月収1,500PHP以下の労働者は月収の1%、月収1,500PHP以上の場合は月収の2%となっている。使用者は従業員の月々の報酬の2%を支払わなければならない。ただし、保険料算定の基準となる最高月収は5,000PHPであるため、加入者および使用者が負担する最大保険料はそれぞれ100PHPになる。任意加入した配偶者の保険料は、(強制加入対象である)被用者である配偶者の保険料の半分の額となっている。

### ④ 基金及び実施運営機関

Pag-IBIGが実施運営しており、理事会(Board of Trustees)が設置されている

### ⑤ 加入者数の状況(インフォーマルセクターへの拡大の状況)

2009年現在、Pag-IBIGの加入者は、747万人である<sup>70</sup>。Pag-IBIGは、今後の加入者の増加を見込み、地方へのプレゼンスの拡大を進めている<sup>71</sup>。2012年2月現在、Pag-IBIGは、37の国内支部とアジア・中東を中心に18のデスクを大使館に設置している。国内支部には約100人のスタッフがいるが、1つの支部で10の市や5つの自治体、100のバラングアイを担当している。今後は1つの支部のスタッフは5-10人の少人数体制にして、その代り全ての自治体に支部を設置することを目指している。

また、Pag-IBIGは、中所得層へのサービス提供を拡大していく方針である<sup>72</sup>。Pag-IBIGの最優先目的は商業銀行で借り入れができない人々への貯蓄・融資制度の提供であるが、中所得層は支払い能力があり、今後は中所得層への融資サービスの拡大

<sup>67</sup> Pag-IBIG website, <http://www.pagibigfund.gov.ph/benproprovident.aspx>

<sup>68</sup> 貯蓄制度については、SSSも任意貯蓄制度の導入を検討しているため、Pag-IBIGの活動と重複する可能性がある。Pag-IBIGインタビューおよび、"Philippines: New SSS saving window to increase members' retirement benefits," ASSA NEWS vol.24, 2011, <http://www.asean-ssa.org/cs/groups/public/documents/document/mdaw/mda1/~edisp/wcm012034.pdf>

<sup>69</sup> Pag-IBIG website, <http://www.pagibigfund.gov.ph/benpro.aspx#>

<sup>70</sup> National Statistics Office (2012), *Philippines in Figures 2012*, p.51.

<sup>71</sup> Pag-IBIGへのインタビュー。

<sup>72</sup> Pag-IBIGへのインタビュー。

を図っている。

#### (4) 失業保険

フィリピンでは失業保険が導入されていないものの、フィリピン労働計画（Philippines Labor Plan）にも失業保険の導入が盛り込まれているとおり、フィリピン政府は失業保険導入に取り組む意向を明らかにしている。また、ILO も失業保険の導入を後押ししている。2010 年には失業保険に関する包括的な調査が行われ、失業保険導入への障害の分析や失業保険案の提言を盛り込んだ報告書が作成された。

失業保険導入の障害または課題として、失業保険導入について省庁間、労使間で意見の集約ができていないことと、インフォーマル・セクターが大きいことを挙げられる<sup>73</sup>。

失業保険導入について各利害関係者の意見には大きな隔たりがある。フィリピン経営者連合（Employers Confederation of the Philippines: ECOP）は、保険料がなくかつ限定的な内容の失業支援スキームを提案している。また、ECOPは、従業員の解雇を容易にする法改正がなされる等の条件が満たされれば、保険料がある失業保険の導入を支持するとしている<sup>74</sup>。

労働組合は失業保険の導入という総論には賛成するが、新たな保険料が課せられることには反対で、国が保険料を負担することを求めている。また、当然ながら従業員解雇を容易にする法改正には反対の立場である。

省庁の立場もまとまっていない。DOLEは失業保険導入を支持しているが、他の省庁は、公務員を失業保険の枠組みに入れることに消極的である。また、GSISは公務員が失業保険に包含されることに賛成としつつも、GSISとSSSでは保険料と給付内容が異なるため（GSISの保険料は給与の21%であるのに対して、SSSは9%）、相互の調整が必要であるという立場である<sup>75</sup>。

フィリピンの2011年の失業率は7%と、他のアジア諸国よりも比較的高く（例えばベトナムは4.5%、マレーシアは3.2%）、したがって失業保険の導入はフィリピンにおいても必要性が高いが、就業環境そのものにも問題を抱えているため、目下のところ失業保険よりも就労環境問題がより優先課題と認識されている<sup>76</sup>。ILOによると、フィリピンの労働法や労働環境は国際的な基準に達していない。ILOは労働法の改正や家事労働者の境遇改善、結社の自由などについて、国際的な労働基準を導入するようフィリピン政府に再三要請しているとのことである<sup>77</sup>。

また、フィリピン労働計画とおりの失業保険導入が最善であるかについて疑問の声

<sup>73</sup> A. Weber (2010), *Social Protection in Case of Unemployment in the Philippines*, pp.16-19.

<sup>74</sup> SSS へのインタビュー。

<sup>75</sup> GSIS へのインタビュー。

<sup>76</sup> ILO および GSIS へのインタビュー（2012年2月）

<sup>77</sup> ILO へのインタビュー。結社の自由については、フィリピンはILO条約に加盟しているにもかかわらず、条約違反が多いとこのことである。

も聞かれる。例えば、フィリピン労働計画では失業保険の運営機関としてPESOが想定されているが、PESOは調整機関に過ぎず、失業保険の運営の困難とも認識されている<sup>78</sup>。

#### コラム：ILOによる失業保険案

ILOはDOLEと協力してフィリピンにおいて失業保険の導入に取り組んでいる。失業保険導入のための調査研究の一環として、ILOはADBの社会保障専門家であるAxel Weber氏に調査報告書の作成を依頼した。調査報告書は2010年2月に公表され、フィリピンにおいて失業保険が導入されない原因やフィリピンにおける失業保険試案が示されている。試案の概要は下記のとおりである。

- 対象者：SSSおよびGSISの全てのフォーマルセクター被用者。GSISについては常勤職だけではなく、契約社員を含む。第1のステップとして、10人以上の従業員のいる事業所については強制加入とする。失業保険導入から5年経過した後に10人以下の事業所についても強制加入の対象とする。10人以上の事業所が対象となった場合は全被用者の68%が失業保険の対象となり、10人以下の事業所も対象となった場合は、全被用者の85%がカバーされる計算となる。
- 方式：保険料方式。当初は2%を雇用主と被用者の共同負担。
- 給付内容：過去12カ月のAverage Monthly Salary Credit (AMSC)の50%ないし60%を給付。ただし、最高額は15,000PHP。給付を受けるには失業者として登録することが条件。
- 給付期間：最長で10カ月
- 給付資格：PESOに登録。保険料を支払っていること。
- 管轄機関：PESO、TESDA、SSS/GSISによる運営。

出所：A. Weber (2010), Social Protection in Case of Unemployment in the Philippines, pp.21-25.

<sup>78</sup> SSSへのインタビュー。

## 6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム

### (1) 低所得者を把握するためのデータベース整備：貧困削減全国世帯捕捉システム (NHTS-PR : National Household Targeting System for Poverty Reducion)

#### ① データベースの概要

貧困削減全国世帯捕捉システム（以下、NHTS-PR）は、貧困層の特定を目的にしたデータ管理システムである。貧困層が特定されることで社会保障プログラムの受益者となるべき人々の把握が可能となる。

社会保障に配分される予算には限りがあるため、給付の対象者を適切に特定することは重要である。NHTS-PR 導入により、貧困層を容易にかつ確実に把握することが可能になり、貧困対策で生じる漏れ（漏給）や重複給付（各種の社会福祉給付を重複して受給し、結果的に必要以上の給付が行われること）の防止が期待されている。

NHTS-PRの世帯調査は、2009年3月から2010年3月にかけて実施され、次回は2013年に実施予定である<sup>79</sup>。第1回NHTS-PRは1,090万世帯を対象に実施された。世帯ではなく、人数を調べる際は、世帯数にフィリピンの平均世帯構成員数である5人を乗じて算出される。

世帯調査は、まず第一に、フィリピン統計局の家計所得支出調査(Family Income and Expenditure Survey: FIES)とフィリピン国家統計調整委員会の小規模地域予測(Small Area Estimates: SAE)に基づき貧困地域が抽出される。その上で、より詳細な重点地域の把握のため、州、市町村の貧困率の調査が行われる。

第二段階として、貧困率が50%以上の市町村の一覧表を作成する。また、貧困率が49%以下の市町村でも貧困率が高い一部地域(poverty pocket)が存在するため、その地域の把握のため10の指標に基づく貧困状況把握調査が実施される。

世帯調査は、34の質問項目が盛り込まれた世帯評価フォーム(HAF : household assessment form)を利用して行われる。世帯評価フォームは代理変数資力調査(proxy means test)を採用しており、34の質問項目への回答から世帯の所得が推定される。一般に途上国の貧困層は、安定的な現金収入がないことが多く、また生活も貨幣経済と伝統的自給経済が混合しているため、外形的な所得を把握することが困難、もしくは、必ずしも貧困の特定につながらないという問題を抱えていることから、このような仕組みが採用されている。こうして算出された世帯所得を州別の貧困ラインに基づき貧困世帯と非貧困世帯に分類する。

#### ② データベースの活用範囲

DSWDはNHTS-PRを第二次KALAHÍ-CIDSS(Kapít-bisíg Labán sa Kahirapan –

---

<sup>79</sup> DSWD へのインタビュー。

Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services)<sup>80</sup>の対象エリア選定で活用した。これまで受益世帯の特定にはLGUの仕組みへの依存度が大きかった。しかし、中央政府による受益世帯の選別とLGUによる受益世帯選別の結果が一致しないことも多く、一致率がわずか20%程度との指摘もある<sup>81</sup>。NHTS-PRによって、国が受益者特定をLGUに依存せずに済むようになったこと、および調査精度の向上により漏給が少なくなったことは、フィリピンの社会保障政策上画期的なことといえる<sup>82</sup>。

NHTS-PRは省庁横断的に活用されており、DSWDだけでなく、エネルギー省、保健省、農業省、国家経済開発庁(NEDA)、国家貧困対策委員会(National Anti-Poverty Commission: NAPC)、フィルヘルスも利用している<sup>83</sup>。

### ③ 国際協力

NHTS-PRの開発には世銀から技術支援を受けている。世銀の資金提供による社会福祉開発改革プログラムからNHTS-PRの初期のインフラ・情報管理システム構築のため6億4500万USドルが割り当てられた。その他、2010年にはNHTS-PRの拡大・効率性向上のためAusAidの信託基金からも資金提供がなされている<sup>84</sup>。

## (2) 社会扶助制度

フィリピンには、政府が生活困窮者に対して恒常的に経済的支援等を行う公的扶助制度はない。しかし、条件付き現金給付(CCT: Conditional Cash Transfer)が行われてきた。ここでは、フィリピンのCCTとして、フィリピン家族生計支援プログラム(Pantawid Pamilyang Pilipino Program(4P))を取り上げる。4Pは、主として極貧世帯の0歳から14歳の児童および妊婦の健康、栄養、教育の改善を目的とした政策である。

2011年度の4Pの予算は、211億9411万7000PHPである<sup>85</sup>。2011年の国家予算は1兆6450億PHPで、うち社会保障・社会福祉・雇用関連支出は941億504万PHPである。単純計算で4Pは社会保障・社会福祉・雇用関連支出の約22%に相当する。

---

<sup>80</sup> KALAHI-CIDSSは、貧困削減と脆弱性解決を目的とした地域主導型開発のための計画である。DSWDが所管。第一次KALAHI-CIDSSは2003年開始。詳しくは後述。

<sup>81</sup> DOHおよびADBへのインタビュー。

<sup>82</sup> DSWDへのインタビュー。

<sup>83</sup> DSWDへのインタビュー。フィルヘルスは2009年から貧困プログラム受給者特定のため、NHTS-PRを利用している。NHTS-PRを導入したことで、貧困層のカバレッジが拡大したこと、LGUによる政治的な受益者選定が行われる弊害を回避できるようになったことがメリットである。フィルヘルスへのインタビュー。

<sup>84</sup> World Bank website, <http://go.worldbank.org/R0DE1R4E31>

<sup>85</sup> 実際に要する予算は231億5100万PHPと見込まれており、GAAによる予算承認額と約20億PHPの開きがある。差額のうち、約18億PHPは4Pの受益者を拡大するため、一部の計画を前倒して実施したことに伴うものである。

DSWD, Pantawid Pamilyang Pilipino Program: Status Report on the Implementation for the Second Quarter of 2011, p.4.



図表 I-18 4P 予算額および実際に必要な予算の比較 (2011 年)

単位：PHP

	一般歳出法(GAA: General Appropriation Act RA 10147)で承認された予算	実際に必要な予算 (推計)
給付金	17,137,864,333	18,948,566,880
実施コスト	4,056,252,667	4,202,530,637
合計	21,194,117,000	23,151,097,517

出所：DSWD, Pantawid Familyang Pilipino Program : Status Report on the Implementation for the Second Quarter of 2011, p.4.

<http://www.dswd.gov.ph/index.php/pantawid-pamilya-accomplishment-report>

### ① 制度の対象者

4P の受益対象者は下記の条件を満たす者である。受益世帯の選別は代理変数資力調査によって行われる。

- ・ 2003 年の小規模地域評価 (SAE) において最貧市町村に居住。
- ・ 世帯の経済状況が州の貧困ライン以下。
- ・ 0 歳から 14 歳の児童または妊婦がいる世帯。
- ・ 4P の条件を満たすことに同意。

### ② 給付基準と給付額

保健及び栄養目的の出費のため年間 6,000PHP または月額 500PHP が支給される。また、教育費用のため、年間 3,000PHP、または月額 300PHP が 10 カ月間支給される。1 世帯あたり最大 3 人の児童までが対象となる。同時に 3 人の児童が受給対象となっている場合、月額 1,400PHP または 1 学年 (school year) 15,000PHP が支給される。4P の給付は最大で 5 年間である。

この給付額が持つ意味であるが、受益世帯の構成によって異なるものの、平均すると 4P の給付金は受益世帯の収入の約 2 割を占めている<sup>86</sup>。

4P の給付条件は下記のとおりである。

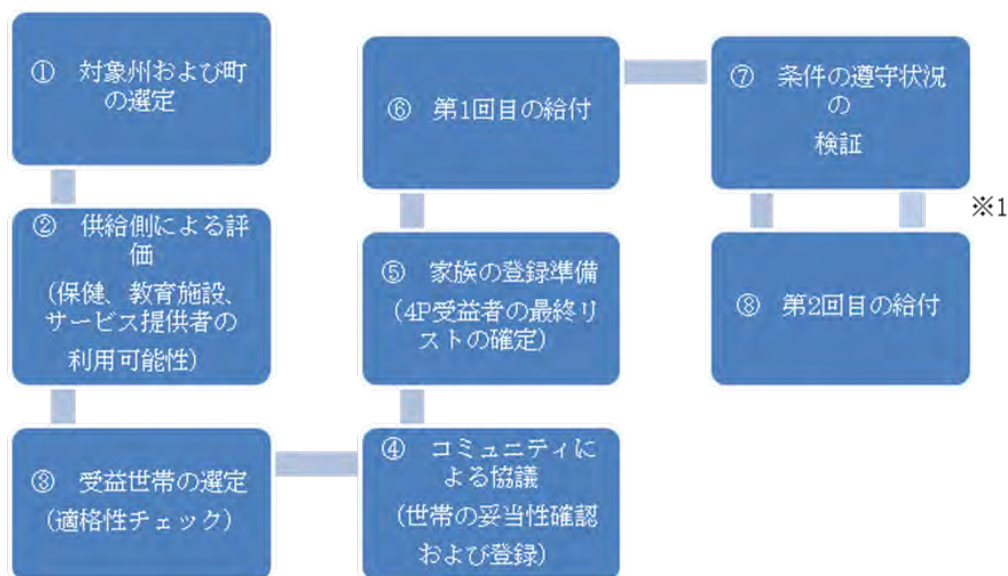
- ・ 妊婦：出産前および出産後のケアを利用し、分娩時、訓練を受けた専門家の立会を伴うこと。
- ・ 親：家族開発セッションへの参加
- ・ 0-5 歳児童：定期的な予防接種および健康診断の受診
- ・ 3-5 歳児童：デイケアまたは就学前授業への出席率が 85%以上。
- ・ 6-14 歳児童：初等または中等教育への就学および 85%以上の出席率。
- ・ 6-14 歳児童：1 年に 1 回ないし 2 回、駆虫薬の服用。

<sup>86</sup> World Bank(2011), Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program : The

条件の遵守を把握するため、4P では遵守検証システム(CVS： Compliance Verification System)が導入されている。これは、国の 4P 運営事務所が用意したチェックフォームに基づき学校や保健施設が条件の不遵守を記録し、それに基づき国の 4P 事務所が情報を更新し、給付の停止・修正の判断材料にするというものである。

世銀の報告書によると、2010 年における CCT 受益世帯の条件遵守率は、就学および出席率の条件は約 8 割から 9 割の遵守率であるのに対して、保健の条件の遵守率は約 5 割から 7 割弱にとどまっている。遵守率に差が生じる要因として、世銀は 0-5 歳児に関する保健条件の達成には頻繁に予防接種および健康診断を受診する必要があり、親にとって負担となっていること、およびそもそも予防接種や健康診断を実施できる保健施設が限られていることを挙げている<sup>87</sup>。

図表 I-19 4P 実施プロセス



※1 第2回目以降の給付と遵守状況の検証は繰り返し実施される。

出所：DSWD 入手資料

Pantawid Pamilyang Pilipino Program (Pantawid Pamilya), p.6.

<sup>87</sup> World Bank(2011), Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program, p.5.

なお、DSWD から入手した資料では、2011 年 11 月から 12 月の遵守状況は、いずれの条件についても 95% 以上の遵守率となっている。これが調査対象期間の違いによるものか、それとも他の要因によるものかは今次調査では明らかにできなかった。

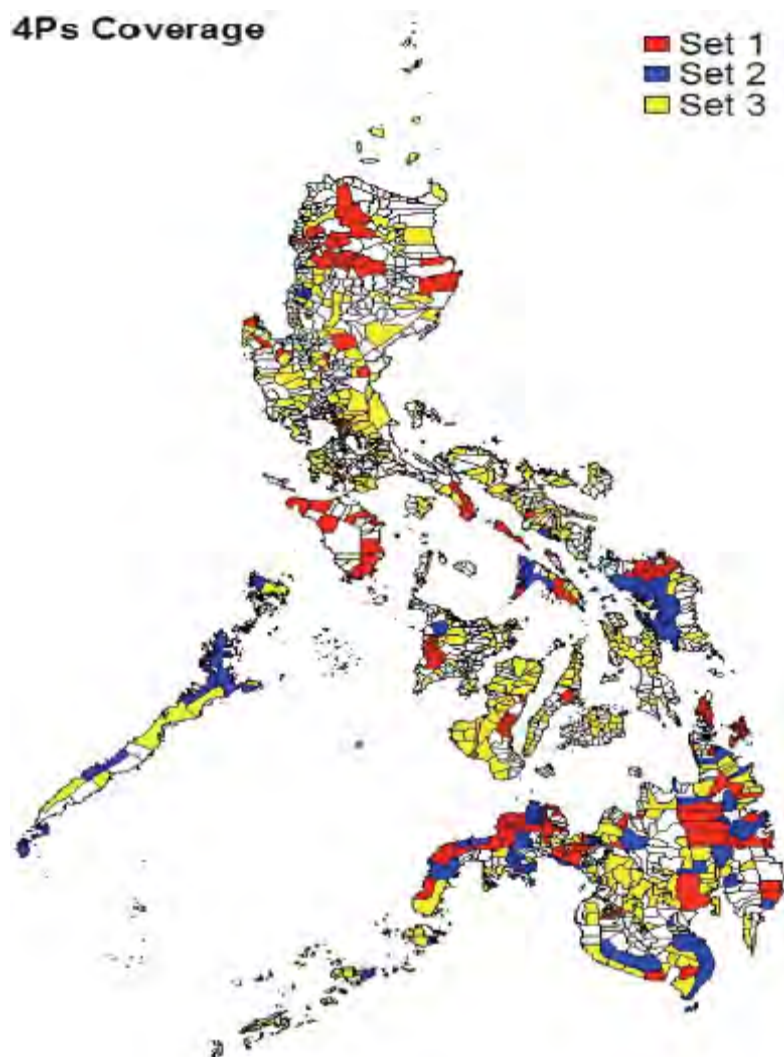
③ 給付実績

図表 I-20 4P 給付実績

	受益世帯	対象世帯拡大 期間	地理的カバー 範囲	選別基準
試験期間 カバレッジ	4,459	2007年 9月-12月	3 地 方 (regoin)、 3 州、 2 県 (district)	・2 最貧州 ・パイロットプロジ ェクトのモニタリ ング可能地域
第1段階 カバレッジ	333,281	2008年 3月-12月	17 地方、33 州、 4 県、170 市町村	・最貧 20 州のうち 最貧市町村 ・最貧 20 州以外の 州のうち最貧市町 村
第2段階 カバレッジ	288,192	2009年 3月-7月	11 地方、28 州、 140 市町村	・貧困率 60%以上 の最貧市町村
第3段階 カバレッジ	412,901	2009年 10 月 -2010年 12 月	17 地方、77 州、 472 市町村	・市町村ごとの選 別
合計	1,038,833		782 市町村	

出所：World Bank (2011), Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program: The Pantawid Pamilyang Pilipino Program (Pantawid Pamilya), p.3.

図表 I-21 各段階でのカバレッジ



出所 : World Bank (2011), Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program: The Pantawid Pamilyang Pilipino Program (Pantawid Pamilya), p.4.

図表 I-22 給付額 (2011 年 12 月 31 日現在)

条件	給付額 (US ドル)
保健	152,722,916.19
教育	149,590,272.45
合計	302,313,188.64

※1 ドル (USD)=81.07 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 : DSWD 入手資料

#### ④ 実施機関<sup>88</sup>

4PはDSWD、DOH、教育省(DepEd)、自治省(DILG)、Land Bankが協力して実施している。全国プロジェクト管理事務所(NPMO：Pantawid Pamilya National Project Management Office)がDSWDによって設立され、日々の業務を行っている。例えば、駆虫薬はDOHが提供し、DepEdの地方事務所が駆虫薬の配布を行う。地方事務所には駆虫薬を投与するための看護師がいる。一人の看護師は通常4-5の地方自治体を担当している(学校にして20校から40校程度)<sup>89</sup>。

#### ⑤ 4Pの成果

世銀はシミュレーション分析に基づき、4Pにより町レベルにおける貧困層の62%がカバーされると推計している。貧困削減に与える影響については、貧困率の2.6%改善、所得ギャップの5.3%改善、貧困度の4.3%改善、一人あたり所得の12%向上といったプラスの結果がもたらされると推計している<sup>90</sup>。

#### ⑥ 課題<sup>91</sup>

人材や物的資源の不足が4Pの課題である。特に4Pは導入までの準備期間が短かったことから人材の確保が十分になされなかった。4Pの実施にあたり、DSWDは受益世帯の2倍以上の世帯の調査を実施しなければならなかったが、調査に充てるための人員や、IT等の資機材、財源が確保されていなかった。4Pの対象範囲は拡大されているが、人的・物的・財政的資源の確保は対象範囲拡大に追いついていない。4P導入にあたり設立されたNPMOにせよ、DSWDの既存の職員を割り当てているだけであり、職員の増員がなされたわけではない。

また、現場の給付提供体制も整っていない。支援対象に選ばれた地域の中には、保健施設や学校が十分に整備されていないため、4Pの給付が実施できない地域もある。看護師の数も十分に確保されているとはいえ、一人の看護師が多数の学校を担当しなければならない状況もある<sup>92</sup>。

### (3) 地域を基盤とした相互扶助システム

KALAHY-CIDSS (Kapit-bisig Laban sa Kahirapan – Comprehensive and Integrated Delivery of Social Services)

#### ① 制度の概要

KALAHY-CIDSSは、貧困削減と脆弱性の解決を目的とした地域主導型開発

<sup>88</sup> World Bank (2011), *Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program: The Pantawid Pamilyang Pilipino Program (Pantawid Pamilya)*, p.2.

<sup>89</sup> DSWD へのインタビュー。

<sup>90</sup> World Bank (2011), *Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program: The Pantawid Pamilyang Pilipino Program (Pantawid Pamilya)*, p.11.

<sup>91</sup> World Bank (2011), *Overview of the Philippines' Conditional Cash Transfer Program*, p.11.

<sup>92</sup> DepEd へのインタビュー。

(community-driven development) である<sup>93</sup>。KALAHI-CIDSSは、世銀の協力のもと、DSWDが所管・実施している。KALAHI-CIDSSは、①地方レベルでの能力および資源の不足、②地方政府が地方のニーズを満たしていないこと、に対処することを通じて貧困および脆弱性の削減を目指している。

KALAHI-CIDSS の対象範囲は、2002 年時点で国全体の貧困率 33.7%を超えた州で実施され、その数は 42 州になる。通常、プロジェクトの実施期間は 3 年間である。

図表 I-23 KALAHI-CIDSS 対象地域

フェーズ	期間	州	バランガイ
1	2003年1月 -2003年6月	11	201
2	2003年6月 -2006年12月	56	1,291
3A	2004年10月 -2007年12月	34	883
3B	2006年1月 -2008年12月	29	727
4	2006年8月 -2009年7月	54	1,127
KC Expansion	2010年2月 -2011年5月	16	354
合計		200	4,583

出所：DSWD (n.d.), Department of Social Welfare and Development: KALAHI-CIDSS, p.2

図表 I-24 2010 年末までに使用された額（累計） 単位：百万 US ドル

プロジェクトのカテゴリ	配分額	実際に使用された金額 (2010年9月現在)	未使用
バランガイへの給付	90.6	78.24	12.36
物品	1.00	0.95	0.05
コンサルティング	4.84	4.50	0.34
事業費	2.56	2.35	0.21
前払い手数料	1.00	1.00	0.00
合計	100.00	87.04	12.96

※1 ドル (USD)=81.07 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：DSWD, THIRD Quarter 2010 project Accomplishment Report

[http://kalahi.dswd.gov.ph/old/index.php?option=com\\_content&view=article&id=61&Itemid=22](http://kalahi.dswd.gov.ph/old/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=22)

<sup>93</sup> 4P との違いは、4P が世帯単位であるのに対して、KALAHI-CIDSS は村やバランガイ単位で実施される。KALAHI-CIDSS は、地域全体を対象として、多くの世帯に裨益する公共財を提供することが目的であり、具体的には学校や道路、給水設備、橋梁などの整備が行われる。KALAHI-CIDSS と 4P が重なるエリアは 70-80%程度である。DSWD へのインタビュー。

## ② 国際協力の状況

KALAHI-CIDSSは、世銀の支援のもと行われた貧困削減策である。その他、米国のMillennium Challenge Corporationや、日本社会開発基金<sup>94</sup>、オーストラリア国際開発機構（AusAid）などの協力を得ている。

図表 I-25 国際機関との協力（一部）

機関	プロジェクト名	内容	状況
世界銀行	KALAHI-CIDSS 金融プロジェクト	184 の市町村および KALAHI 都市プログラムに 49 億 PHP を提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 91 の市町村内の 2,069 バランガイ</li> <li>・ 合計は、1,324 の地域プロジェクトに 15 億 700 万 PHP を提供。1,370 のバランガイにおいて 153,600 世帯が対象に。</li> </ul>
Millennium Challenge Corporation (MCC) <sup>95</sup>	KALAHI-CIDSS Millennium Challenge Corporation Project	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 貧困率が 33%以上の 164 市町村が対象</li> <li>・ プロジェクト費は 79 億 PHP。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 77 市町村の 1,730 バランガイで実施。</li> <li>・ 630 の地域プロジェクトに 5 億 5000 万 PHP を提供。26,620 世帯が対象になる予定</li> </ul>
日本社会開発基金		マニラ等 75 の都市部の貧困地域の 3,750 世帯の雇用・生計機会を提供	・ 6 つの都市貧困地域で試験プロジェクト実施
オーストラリア国際開発機構		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 児童の学習・発展活動支援。</li> <li>・ デイケアセンターや学校の建設、補修</li> </ul>	・ 準備段階

※1 ペソ (PHP)=1.903 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：DSWD 入手資料

<sup>94</sup> 2000 年 6 月に、日本政府が 100 億円を拠出することで創設された基金で、運営は世銀が実施。

<sup>95</sup> MCC は、2004 年 1 月に米国議会によって創設された公社である。グッドガバナンス、経済的自由、市民への投資に取り組む貧困国に対して、持続的開発による貧困削減のため、大規模無償援助を提供している。

MCC website, <http://www.mcc.gov/pages/about>

## 7. 高齢者ケア・高齢者福祉

### (1) 高齢者政策に関する計画・体制

2010年のフィリピンの高齢化人口/生産年齢人口比率は6%であり、2030年の人口予測でも全人口1億2811万人のうち60歳以上の高齢層は1,432万7900人と全人口の11%を占めるに過ぎない。そのため、高齢化対策は喫緊の課題ではないといえる。しかし、フィリピンでも緩やかにとはいえ、長期的には高齢化の進展が予想されること、および貧困に苦しむ高齢者が存在することから、国の政策として、「高齢者のための行動計画(Philippines Plan of Action for Senior Citizens)」を策定している(第1次は1999年から2004年。第2次は2006年から2010年)<sup>96</sup>。同政策は、①高齢者と開発、②高齢者の健康と幸福、③高齢者に優しい環境を重点分野に位置付けている<sup>97</sup>。具体的な目標として、全てのLGUに高齢者問題事務所(OSCA: Office of Senior Citizens' Affairs)の設置、高齢者に関するデータベースの整備、高齢者に関する法整備、貧困対策プログラムの整備、高齢者が利用可能なマイクロクレジットの導入、ワークショップの開催等が挙げられている<sup>98</sup>。

高齢者政策を定めた法律としては、2003年に制定された高齢者法(Senior Citizen Act, 共和国法第9257号)、および2010年2月の拡大高齢者法(Expanded Senior Citizens Act of 2010, 共和国法第9994号)がある<sup>99</sup>。これらの法律によって、60歳以上の高齢者は、医薬品、公共交通機関、宿泊施設、の20%引きおよびVATの免除、共和国法第9504号で最低賃金受給者に相当する高齢者の所得税免除、社会経済プログラムの訓練費免除、無料医療サービスなど様々な特権を享受できることになった。

DSWDは、貧困高齢者のために、2011年は、12万6,558人を対象に6億9400万PHPを支出した。2012年は18万5,914人を対象に12億PHP以上の予算が割り当てられる予定である<sup>100</sup>。特に77歳以上の貧困高齢者を対象には社会年金が支給される。受給者の捕捉は前述のNHTS-PRを用いて行われる。

図表 I-26 人口予測

単位: 1,000人

	2020年	2025年	2030年
0-4歳	11,546.1	11,512.7	11,374.3
0-14歳	33,834.5	34,383.2	34,386.7

<sup>96</sup> 第2次行動計画はDSWDのウェブサイトより入手することができる。DSWD website, <http://www.dswd.gov.ph/index.php/downloads>

<sup>97</sup> *Philippines Plan of Action for Senior Citizens 2006-2010: Building a Society for All Ages*, p.1.

<sup>98</sup> *Philippines Plan of Action for Senior Citizens 2006-2010: Building a Society for All Ages*, pp.21-31..

<sup>99</sup> DSWD website, <http://www.dswd.gov.ph/index.php/downloads/category/3-2010>

<sup>100</sup> DSWD website, "DSWD Has P.1.2 Billion For Pension of Poor Seniors For 2012," 28 February, 2012.

<http://www.dswd.gov.ph/index.php/component/content/article/1-latest-news/2545-dswd-has-p12-billion-for-pension-of-poor-seniors-for-2012>



15-59 歳	68,208.2	73,919.3	79,395.4
60 歳以上	9,741.9	11,922.0	14,327.9
合計	111,784.6	120,224.5	128,110.0

出所：National Statistics Office (2012), *Philippines in Figures 2012*, p.25.

## (2) 年金制度

退職者の年金制度については、「5.年金及びその他の所得保障」を参照のこと。

## (3) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

高齢者対象の福祉施設としては、1995年に制定された共和国法 7876 号により、各市町に高齢者センター(Senior Citizen Center)の設置が進められている。また、身寄りのない高齢者のための無料の入所施設がマニラ首都圏、ダバオ、ザンボアンガに設置されている。

## (4) 高齢者政策に関する今度の課題

前述のとおり、フィリピンでは若年層の比率が高く高齢化問題は顕在化していない。しかし、長期的に予想される高齢化に関連して、第 2 次行動計画は、高齢者政策に関わる課題として、①2003年高齢者法(Senior Citizen Act, 共和国法第 9257 号)の完全な実施、②高齢者に関する統計やデータベースの整備、③高齢者が社会にもたらす課題と意味の理解、④高齢化に対する国民的備え、⑤高齢者のニーズを満たす施設や環境、サービスの整備・向上、⑥増加する高齢者が必要とする社会的・人的サービスの提供、を挙げている<sup>101</sup>。

<sup>101</sup> その他、高齢者に対する虐待なども問題として指摘されている。*Philippines Plan of Action for Senior Citizens 2006-2010: Building a Society for All Ages*, pp.18-19.

## 8. フィリピンにおける社会保障制度の課題

### (1) 医療保障制度における課題

#### ① フィルヘルスの「年金思考」と医療費自己負担比率の改善

フィルヘルスの保険給付は、給付額上限が低く設定されているため、患者は多額の医療費を自己負担しなければならない。また、どのような医療サービスを提供するかは医師の裁量であるため、医師が高額なサービスを行った場合、患者の負担が過大となるという問題もある。2008年には、医療費の自己負担率(out-of-pocket)は82.5%に達している<sup>102</sup>。

本来であれば、フィルヘルスが給付額を拡大することで自己負担率を低下させるべきであるが、フィルヘルスは多額の積立金を有するにもかかわらず、従来、給付額の拡大には慎重であった<sup>103</sup>。フィルヘルスが給付額拡大に消極的な理由として、フィルヘルスが年金思考(pension mind)に陥っているとの指摘があり、フィルヘルスの幹部も認めているところである。

一般的に、医療保険は短期保険であり、適切な管理運営が行われていれば、年金給付に代表される長期保険のように複数年にわたる給付のための準備金を保有する必要性は低いとされている。法律上、フィルヘルスは給付額にして2年分の資金の保有は認められているが、実際には2年以上の資金保有を目指してきた。フィルヘルス総裁に新たに就任したBanzon氏は、これらの準備金の保有水準を引き下げ、今後給付内容の充実化に向けて取り組むとして、2016年までに給付額を1,000億PHPにすることを目指している(2011年は約340億PHP)<sup>104</sup>。こうした方向性は、アキノ政権に移管してからの、保健医療分野における政府の積極財政方針とも整合しており、今後の改善が期待される<sup>105</sup>。

#### ② 医療資源の不足

フィリピンは看護師や医師の「輸出」国であるが、フィリピン国内に目を向けると、国内では地方を中心に医療スタッフが不足している。しかし、一方で、地方で医療スタッフが不足しているにも関わらず、地方での就職を希望する医療専門職が少ないため、医療スタッフの失業率は高いという皮肉な現象が発生している<sup>106</sup>。

フィリピンが抱える人口構造上の課題は、他のASEAN諸国が抱える少子高齢化ではなく、人口増加である。2030年には人口が1億2811万人になることが予想されている。結果、現在の医療サービス提供体制では増加する人口に対応することはできない。

<sup>102</sup> WHO (2011), *World Health Statistics 2011*, p.133.

<sup>103</sup> WHO (2011), *Philippines*, pp.345-346, 347.

<sup>104</sup> フィルヘルスへのインタビュー。

<sup>105</sup> フィリピンの医療保障制度の持続可能性は、こうした自己負担率の引き上げが行われた上で検討されるべき課題である。

<sup>106</sup> WHO (2011), *Philippines*, p.346.

人口あたり病床数は 1,000 人あたり 1 床であり、中国の 2.6 床、タイの 2.2 床と比較しても低いことが分かる。また、多くの病床を有する大規模病院は大都市に集中しているため、地方の病床が不足するという課題もある<sup>107</sup>。

## (2) 年金及びその他の所得保障をめぐる課題

### ① 保険料の徴収

フィリピンは島嶼国である。そのため、離島や遠隔地での効率的な保険料徴収方法の確立が重要な課題である。また、保険料徴収については、捕捉が困難なインフォーマルセクターからの保険料徴収という問題も含まれる。

SSSは、都市部を中心に約 170 の支部を有しているが、多くは都市部に事務所が置かれているため、遠隔地や離島の加入者から保険料を徴収することが困難である<sup>108</sup>。そのため、SSSは自前の事務所だけでなく、銀行や民間の支払いセンター（payment center）にも保険料の徴収を依頼している。

Pag-IBIGも同様の課題を抱えている。公務員やフォーマルセクターで働く正規雇用者からの保険料徴収は雇用主の協力を得れば十分であるのに対して、インフォーマルセクターからの保険料徴収は容易ではない。インフォーマル・セクターから保険料を徴収するため、Pag-IBIGは、Land BankやMetro Bankで支払いができるように協力を依頼したり、保険加入者センター（buyer center）や支払いセンターで支払いができるようにしたり、クレジットカードでも支払いが可能にする等の取組を行っている<sup>109</sup>。

こうした保険料徴収問題への対策の 1 つとして、近年、SSSやPag-IBIGは各地域に設立されている様々な協同組合を利用した保険料徴収方法を導入している。SSSが共同組合を利用した保険料徴収方式を導入したのは 2011 年である<sup>110</sup>。SSSに登録する共同組合は 65,000 程度で、市場や輸送、労働組合など多くの共同組合が含まれている。

Pag-IBIGも 2010 年後半に共同組合を通じた保険料徴収方式を導入しており、家政婦やジプニー運転手等輸送分野などについては、それぞれの組合で保険料を徴収し、Pag-IBIGに送金できるようにしている<sup>111</sup>。

両機関とも共同組合を通じた保険料徴収方式を導入してから 1 年程度しか経過していないため、新方式導入によって保険料徴収率が改善されたかはまだ明らかではない

<sup>107</sup> WHO (2011), *Philippines*, p.346.

<sup>108</sup> SSS へのインタビュー。遠隔地および離島の加入者から保険料を徴収することは、SSS のみならず GSIS やフィルヘルスにも共通する課題である。しかし、保険料徴収について、機関間の連携は行われていないとのことである。

<sup>109</sup> Pag-IBIG へのインタビュー。

<sup>110</sup> SSS へのインタビュー。

<sup>111</sup> Pag-IBIG へのインタビュー。

としている（2012年2月現在）<sup>112</sup>。しかし一方で、協同組合等に所属している人々の中に低所得者層やインフォーマルセクターの被用者などが混在している場合も多く、こうした人々を区別しながら、異なる保険料を効率的に徴収できるかどうかについても課題は残っていると指摘もある。

## ② 財政的持続可能性

GSISとSSSを比較したとき、両者の間で財政的持続性について大きな差がある。

GSISは保険料収入が給付金支払い額を大きく上回っており、2007年時点で2055年まで持続できるだけの資産を保有している。他方、SSSはGSISに比較すると純収入の額が小さい。同じく2007年時点での予測では、2031年までサービスを提供できる資産を保有しているとのことである。もっとも、1999年には2015年までしか持続できないと予測されていたことを踏まえると、状況は改善されているといえる<sup>113</sup>。

## ③ データベース管理・共通番号の導入

フィリピン社会保障制度の課題の一つとして、加入者に関するデータ管理が不十分であることが挙げられる。各機関は加入者把握およびサービス効率化のためにデータベースの作成に取り組んでいる。一例として、SSSは加入者のデータベース化を進めている最中で、システム導入のための人員を増員している<sup>114</sup>。

SSS、GSIS、フィルヘルス、Pag-IBIGとの間の番号共通化の動きとして、UMID（Unified Multi-purpose ID）が導入されている。共通番号が導入され、これら4機関でデータベースが共有されれば、サービス提供の効率性が向上すると考えられるが、UMID導入は順調に進んでいるとはいえない。UMIDの導入はSSS主導のもと行われることになっているが、SSS自体、UMIDシステムの整備が遅れている<sup>115</sup>。むしろ、UMID導入で先行しているのはGSISである。フィルヘルスもUMID導入が遅れており、GSISとは異なるID番号を導入している。

また、UMIDのデータ項目を巡っても各機関の要望は異なっている。例えば、GSISのデータ管理は、公務員の数を把握するのみで、配偶者は把握していない。しかし、フィルヘルスは、個人単位のデータが必要であるため、加入者のみならず配偶者や扶養家族も把握できるデータベースが必要である<sup>116</sup>。

---

<sup>112</sup> また、SSSとPag-IBIGの共同組合手法はフィルヘルスのKASAPIと類似しているが、KASAPIのやり方が他機関に伝播しているか否かは確認できなかった。しかし、機関間で保険料徴収方法について協議することがあるため（Pag-IBIGへのインタビュー）、共同組合方式の有効性が明らかになれば、この方式が普及・深化する可能性はあり得る。

<sup>113</sup> Anticeto C. Orbeta, Jr. (2010), *Social Protection in the Philippines: Current State and Challenges*, pp.254-256.

<sup>114</sup> SSSへのインタビュー。

<sup>115</sup> GSISへのインタビュー。

<sup>116</sup> フィルヘルスへのインタビュー。フィルヘルスのデータベースは現在世帯単位となっているが、加入者からは個人単位の登録してほしいとの要望が多いとのことである。世帯単位だと世帯構成員個人々人を把握できないため、扶養家族がフィルヘルスの保険証を使用しても医療費の償還ができないという問題が生じる。

全ての機関で個別がデータベースを保有することは効率的でなく、そのためにUMID導入の促進が必要であるが、現在のところIDおよびデータベース共通化の進捗状況は思わしくない。

#### ④ 年金基金間の調整・連携

フィリピンには、主要な年金基金としてSSSやGSISがあるが、小規模の年金基金も含めると16の制度が存在する。特に公務員を対象とした年金基金はGSIS以外に、裁判官や警察、軍人向けに、それぞれ異なる年金基金が存在する。当初はこれらの公務員の年金基金はGSISに統合されていたが、裁判官や軍隊などはより充実した年金制度を求めたため、GSISから分離した。これらの年金基金を再度統合すべきという議論はあるが、定年年齢や給付内容・給付額算定方法等が異なるため、統合は容易ではない<sup>117</sup>。

#### ⑤ 失業保険制度の導入と労働問題の改善

失業保険制度導入の検討は、フィリピンの社会保障における一つの目標であり課題と認識されているが、一般的な労働問題として、労働法の内容が国際的な基準に適合していないなど、ILOの指摘する課題についての対応も優先的な課題である。ILOは労働法の改正や家事労働者の境遇改善、結社の自由などについて、国際的な労働基準を導入するようフィリピン政府に再三要請しており、こうした基礎的な諸制度の改善が優先されると考えられる。

### (3) 社会福祉分野をめぐる課題

地方分権化が推進されているフィリピンでは、社会保障の実施においてLGUの決定に大きく左右される。ケソン市やマカティ市等のように予算が十分にあるLGUは充実したプログラムを実施できるが、予算が限られる自治体では充実したプログラムは期待できない。また、これまでは国が貧困対策を実施する際、受益世帯の特定はLGUに大きく依存していた。LGUが恣意的な受益世帯の特定を行うため、国の基準に基づく受益世帯とLGUが選んだ受益世帯の結果が大きく乖離するという問題が長年の課題であった。

しかし、こうした問題を克服するための取組も進んでいる。前述のとおり、DSWDは、貧困層を特定するためのデータ管理システムとしてNHTS-PRを開発した。同システムを活用することで、DSWDは、LGUを介さずに受益世帯となる貧困層の捕捉が可能になった。NHTS-PRは、DSWDのみならず、エネルギー省、保健省、農業省、NEDA、NAPC、フィルヘルスも利用している。フィルヘルスは同システムを導入したことによって、貧困層のカバレッジ拡大、LGUによる政治的な受益者選定が行われる弊害の回

---

<sup>117</sup> GSIS へのインタビュー。

避が可能となった<sup>118</sup>。NHTS-PRは導入されて日が浅いが、同制度により地方分権の弊害の克服が期待される。今後は、データ更新におけるタイムラグをどの程度まで短縮できるかといった点が、実際の給付対象者の特定において重要な意味を持つであろう。

また、現状においては、社会扶助給付としては、CCTのみが制度として運用されているが、最終的には条件つきではない現金給付制度（公的扶助制度）の創設も視野に入れていく必要があるだろう。

#### **(4) 高齢者介護をめぐる課題**

高齢化のスピードはASEAN諸国においては、最も遅いグループに属することから、フィリピンにおける高齢者分野における優先度は低いといえる。

---

<sup>118</sup> フィルヘルスへのインタビュー。

## 9. フィリピンにおいて取り組むべき優先事項

### (1) 実質的な医療費負担の軽減の推進

フィリピンの医療保障は、社会保険原理を重視した拠出型の仕組みを採用しており、現状においてフィルヘルスの財政的な基盤も安定しているが、患者の自己負担率が極めて高く、実効性の面で多くの問題を抱えている。国民の医療費負担を軽減するためには、加入者カバレッジの拡大も重要であるが、公的医療制度の保険給付額の引き上げと、給付対象となる医療行為、疾患の範囲の拡大が重要になるであろう。

また、不足する医療従事者の増員や医療機関の増設も必要である。現状においては、カバレッジや財政面での投入拡大と医療資源（施設・人材）の拡大の両方を同時に改善していくことが優先的な課題であるといえる。財政面での拡大は、新たにフィルヘルスの総裁に就任した **Banzon** 氏の手腕に期待が集まるが、医療資源（施設・人材）については、必ずしも先行きが明確になっているわけではない。

フィリピンの医療保険は、日本のような現物給付型の制度というよりは、医療費のごく一部分を補填する機能にとどまっており、類似点は少ないことから、直接的な技術移転には適さないが、民間医療機関が公的医療機関を上回っているという点では共通点があり、医療費の管理や民間医療機関への規制などについては、日本の経験を共有することが可能であろう。

### (2) 労働環境の改善と失業保険の創設

年金及びその他の所得保障制度は、長い歴史を有しており、GSIS と SSS のカバレッジも、対労働力人口で 60%程度に達するなど、一定の成果を見せている。しかし一方で、ILO の労働環境の改善に対する指摘にも見られるように、労働安全・労働衛生などの分野では、改善すべき点が指摘されていることから、日本側からの協力は可能である。また、失業保険についても、制度の検討が進められていることから、制度の基礎設計に関する学術的な支援を行うことも有効であると考えられる。

### (3) 社会扶助制度の構築に向けた支援

社会扶助制度については、CCT が全国的に推進されており、また、NHTS と連動させた取り組みを行うことで、一定の成果を見せているが、すでに世界銀行を含む国際機関が積極的な支援を行っており、CCT への直接的な協力ニーズは低いと考えられる。また、CCT は異なる恒常的な制度としての最低所得保障制度（社会扶助）を創設する動きも明確ではないことから、協力ニーズは必ずしも高いとはいえないであろう。

なお、高齢化に関する支援は、フィリピンの人口構成から見て、時期尚早であると考えられる。

## II インドネシア

### 1. 社会保障の全体像

#### (1) 憲法における社会保障

インドネシアの憲法は、国民の社会保障に関し「インドネシア共和国 1945 年憲法」第 10A 章「基本的人権」第 28H 条で規定している。

第 10A 章「基本的人権」

第 28A～G 条（略）

第 28H 条 何人も、肉体的かつ精神的な繁栄のもとに生存し、居住し、適切で健康な環境を得る権利を有するとともに、医療サービスを受ける権利を有する。

2 何人も、平等及び正義を達成するための同一の機会及び利益を得るよう特別の便宜又は取扱いを得る権利を有する。

3 何人も、尊厳を有する人間として完全な自己の発展を可能とする社会保障を求める権利を有する。

4 何人も、私的所有権を有し、この所有権は何人によっても侵害されてはならない。

#### (2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

##### ① 国家中期開発計画（2010-2014）

開発計画において、貧困削減が国家的な優先事項とされるようになったのは、1990年代のアジア経済危機以降である。現在のインドネシアにおいては、2005年から2025年までの長期開発計画のもと、5か年ごとに4つに分割された中期開発計画が計画されているが、アジア経済危機以前は、政府の中期開発計画において、貧困削減は重点戦略として位置づけられてはいなかった。現在の2期目の中期開発計画（2010-2014）においてその位置づけは高まっている。2005年以降の石油価格高騰による燃料補助金削減は、貧困層にも大きな負担となっていることから、政府は、貧困層への支援を強化する方針を示している。

中期開発計画（2010-2014）では、11の優先事項（官僚・行政機構の改革、教育、医療、貧困削減、食糧の安全保障、インフラ整備、事業部門への投資促進、エネルギー、環境と自然災害に対する管理、発展途上・未開発・周縁及び紛争終結地域に対する取組み、文化・創造性及び技術革新）が挙げられており、このうち医療及び貧困削減に対する取組みは次のとおりである。



## 1) 医療

医療分野においては、予防医療が重視され、保健衛生に係るインフラの拡充等により、平均寿命を 70.7 歳（2009 年）から 72.0 歳への引き上げ（2014 年）を目標として掲げている。また、医療の国民皆保障に向けた考えも示されている。

## 2) 貧困削減

貧困削減に係る国家中期開発計画における取組みは、貧困ライン（1 人一日 2,100 カロリー相当の食糧に加え必需品（住居、衣料、教育、交通費等）を得るのに必要な支出水準）以下で暮らす人口割合を示した絶対貧困率を 2009 年の 14.1%から、2014 年には 8~10%程度まで改善させることを目指すとともに、社会的保護を通じた所得の分配を行うことを目指している。主要な貧困削減の分野の取組みとして、社会的保護プログラムとしての直接現金給付の実施、食料支援、医療分野の社会保障、貧困世帯向け奨学金、希望ある家族プログラム(PKH : Program Keluarga Harapan)及びコミュニティ参加型の貧困削減プロジェクト(PNPM Mandiri : Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri)の取組拡大の考え方が示されている。また、この中で貧困削減チームの組成及び貧困削減プログラムの対象者特定のためのデータベース構築の方針が示されている。

なお、貧困削減チームについては、国家貧困削減促進チーム(TNP2K : The National Team for the Acceleration of Poverty Reduction)が 2010 年に発足している。なお、詳細については、「2. (2) 国家貧困削減促進チーム」を参照されたい。

## ② 社会保障の国民皆保障に向けた取組み

### 1) 国家社会保障制度に関する法律

インドネシアにおいては、社会保障制度の一元化が進められており、無保険者が多い同国において、すべての国民に最低限の生活を送ることができるようにすることを目的として、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) が制定された。

SJSN 法は、社会保障プログラムとして 5 つのプログラム（医療給付、労災給付、老齢給付、年金、死亡保障）の実施について規定するものである。SJSN 法は、インドネシア社会保障に関する「枠組み法」であり、実施に必要な、加入者登録手続き、給付内容、保険料の率や額、医療給付の内容、各プログラムの給付額、積立拠出金の管理・運用等の細部を規定した法令については、大統領令や政府規則などに委ねられることとなる。

### 2) 社会保障実施機関(BPJS)に関する法律

2011 年 10 月に、インドネシア国会は社会保障実施機関(BPJS : Social Security and Administrating Bodies)についての法案を可決し、法案は 11 月 25 日に成立した。

具体的な内容としては、SJSN法に基づく 5 つのプログラム（医療給付、労災給付、老齢

給付、年金、死亡保障)を実施する機関を設立するものである。移行の対象となるのは、公務員医療制度を実施するPT.ASKES社、労働者社会保障(JAMSOSTEK : Jaminan Sosial Tenaga Kerja)を実施するPT.JAMSOSTEK、公務員年金・老齢貯蓄を実施するPT.TASPEN、軍人社会保険制度を実施するPT.ASABRIの機関と、政府予算が給付に充てられている保険省(MOH)の低所得者向け公的医療保障制度(JAMKESMAS : Jaminan Kesehatan Masyarakat)や地方自治体による公的医療保障制度(JAMKESDA)も皆保障の仕組みに組み込まれる予定である<sup>1</sup>。

BPJSの業務は、加入者の登録、加入者・雇用主から保険料の徴収、政府から保険料に対する公的補助の受け入れ、社会保障基金の管理、社会保障加入者のデータの収集・管理・給付手続き、社会保障プログラムに関する情報提供などがあげられる。

### 3) 一元化のプロセス

BPJSの移行のプロセスは、医療保障分野のBPJS I及び年金及びその他の所得保障分野のBPJS IIの2段階からなり、いずれも2014年から、既存の機関からBPJS I及びIIへ移行することとなる。

年金及びその他の所得保障分野のBPJS IIに関しては、一般には2015年に一元化されるという認識がなされているが、制度的には、医療保障分野と同じ2014年から組織再編され一元化される。しかし、給付内容の変化を伴う実質的な変更は、2015年からである。

公務員及び軍人の年金スキームは改革の検討中である。公務員年金制度の改革の方向に関しては、2029年まで延期である。

### 4) 既存の各社会保障実施機関の再編

BPJS法に基づく既存の社会保障実施機関の再編の方針は次のとおりである。

---

<sup>1</sup> 2012年MOHヒアリングによる。なお、BPJS法上には、Jamkesdaにかかる規定はなし。

図表 II-1 BPJS 移行に伴う再編の方針と各部門の概要

	BPJS I	BPJS II
分野	医療保障分野	年金及びその他の所得保障
移行の主体となる実施機関	PT.ASKES	PT.JAMSOSTEK
再編対象となるプログラム※	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PT.ASKES</li> <li>・ MOH (公的医療保障プログラム)</li> <li>・ MOD (軍人向け医療保障プログラム)</li> <li>・ PT.JAMSOSTEK (医療保障部門)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PT.JAMSOSTEK (所得保障部門に相当する労働災害保険、死亡保障、老齢貯蓄)</li> <li>・ PT.TASPEN</li> <li>・ PT.ASABRI</li> </ul>
移行対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PT.ASKES の資産・負債、各種権利義務関係</li> <li>・ PT.JAMSOSTEK の医療部門に係る資産・負債、各種権利義務関係</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ PT.JAMSOSTEK の社会保障部門に係る資産・負債、各種権利義務関係</li> </ul>
移行期の役員に係る規定	運営開始後最初の 2 年を限度に、PT.ASKES の役員が BPJS(医療部門)の監督委員会及び理事会を継承	運営開始後最初の 2 年を限度に、PT.JAMSOSTEK の役員が BPJS I の監督委員会及び理事会を継承
移行後の従業員に係る規定	・ PT.ASKES の従業員は全て BPJS I へ継承	・ PT.JAMSOSTEK の従業員は全て BPJS II へ継承
移行スケジュール		
2014 年 1 月 1 日	BPJS I として医療保障プログラムを開始	PT.JAMSOSTEK から BPJS II に移行 (組織再編)
2015 年 7 月 1 日		<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会保障プログラムのうち、旧 PT.JAMSOSTEK 実施のプログラムを実施</li> <li>・ PT.TASPEN 及び PT.ASABRI 実施の社会保障プログラム (労働災害保険、死亡保障、老齢貯蓄、公的年金) を BPJS として運用着手</li> </ul>
2029 年		PT.TASPEN (老齢貯蓄及び公務員年金) 及び PT.ASABRI (軍人向け社会保障プログラム) の BPJS II への移行を完了

※現行の各機関で実施されているプログラムについては、「4.医療保障」及び「5.年金及びその他の所得保障」の各プログラムを参照されたい。

出所：BPJS 法に基づき、三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

## 5) 社会保障プログラムの構成

一元化後の社会保障制度で規定されている個々のプログラムは以下のとおりである。

### ア) 医療保障

医療保険については、医療保障分野を実施する BPJS I により、予防からリハビリまでの医療（医薬品・医療材料を含む。）が給付されるプログラムであり、加入者及びその家族（5名まで）は社会保障実施機関と協定を結んだ公的・民間医療施設でサービスを受けることができる（5名を超える家族については追加の保険料を支払うことで受給可能）。支払いは機関から医療施設に対して行われ、支払額は機関とその地域の医療施設の協会との合意に基づいた額とされる。保険料は賃金労働者については賃金の一定率を被用者と事業主で負担し、それ以外の加入者については自身が定額を負担することとされている。

政府による JAMKESMAS 及び地方自治体による JAMKESDA に見られる公的医療扶助については、地方自治体毎に運営される公的医療扶助である JAMKESDA よりも、一般に JAMKESMAS の方が、給付内容が充実しているケースが多いとされている。こうした状況において、貧困層を管理するデータベースの問題から、貧困層に該当しながら JAMKESMAS による保障の対象者になれず、JAMKESDA の給付を受けるケースが存在しているが<sup>2</sup>、BPJS 一元化後は、貧困層のデータベースの充実を図るとともに、これらの公的医療保障の対象者を一元的に管理することとなる。

一元化後の給付水準について、公的医療扶助において現状保障されている水準以下にならないよう、現行制度で最も給付が充実している制度に合わせる予定とされている<sup>3</sup>。

なお、優れた代替の医療給付が可能な場合に、JAMSOSTEK 加入の免除(opt-out)が認められてきたが、皆保障化のもとでは認められなくなる。

### イ) 労働災害保険

労働災害被災者に対し医療及び現金が給付されるプログラムであり、被災者は BPJS と協定を結んだ公的・民間医療施設でサービスを受けることができ、現金給付については障害レベルに応じて、又は死亡時に一時金が支給される。なお、医療施設未整備地域においては、機関は補償を与える義務があるとされている。保険料は賃金労働者については賃金の一定率（作業環境リスクに応じて決定）を事業主が全額負担することとされており、それ以外の加入者については自身が定額を負担することとされている。

### ウ) 老齢貯蓄

年金と名づけられているものの、実際には退職年齢到達時、死亡時又は障害を負った場合に一時金が給付されるプログラムである。確定拠出型であり、該当者は支払い済みの保険料積立額に運用結果が反映された額の給付を受ける。なお、加入後 10 年経過後は一定限度額まで部分引き出しができることとされている。保険料は、賃金労働者については賃金の一定率を被用者と事業主とで負担し、それ以外の加入者については自身が

---

<sup>2</sup> 2012 年デポック市の Jamkesda ヒアリングによる。

定額を負担する。

#### エ) 公的年金

被用者を対象とし、退職年齢到達時、死亡時又は障害を負った場合に年金が給付される確定給付型のプログラムである。老齢給付については退職年齢以降加入者本人死亡時まで、障害年金については障害者になって以降死亡時まで、死別配偶者年金については死別配偶者が死亡又は再婚するまで、遺児年金については23歳以下の遺児が就職又は結婚するまで、親年金については加入者が死亡時未婚であった場合に一定期間、その親に対して給付される。最低加入期間は15年間であるが、それを満たす前に死亡した場合であっても相続人は受給権を有するものとされる。保険料は賃金の一定率又は定額を被用者及び事業主が負担する。

#### オ) 死亡保障

加入者死亡時にその相続人に対し定額の一時金が支給されるプログラムであり、保険料は、賃金労働者については賃金の一定率を全額事業主が負担し、それ以外の加入者については自身が定額を負担する。

### 6) 罰則

一元化後において、BPJS 法移行に伴う登録に関して、企業及び被用者は、社会保障プログラム実施の上での諸条件を遵守し本人及び家族を含め適切に登録・加入することが求められている。違反時の罰則規定としては、①文書による警告、②罰金の徴収及び（又は）③特定の公共サービス（具体例としては、事業ライセンスの取得、不動産取得証明等）の停止手続き、などを想定している。①及び②は、BPJS が直接実施するが、③については、BPJS より委託された政府又は地方自治体が実施することとなる。

### 7) 現時点におけるカバレッジ

カバレッジにおける状況としては、ASKESが約1,650万人、ASABRIが約116万人、JAMSOSTEKが約900万人（医療保障は約500万人）、JAMKESMASが約7,600万人、JAMKESDAが約5,000万人、民間医療保険会社が約660万人とされている<sup>4</sup>。

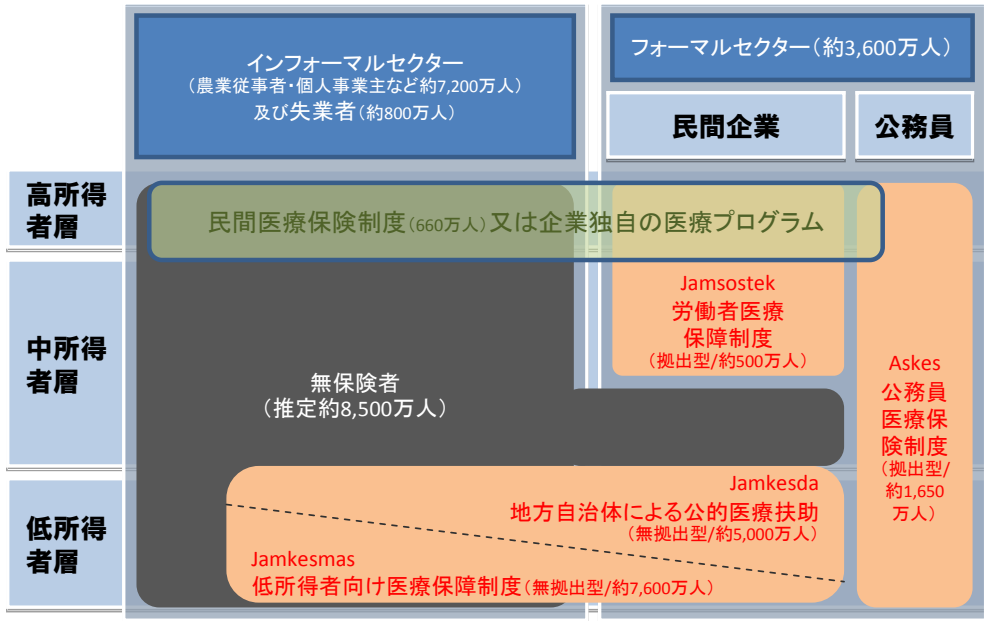
なお、カバレッジの正確な把握は困難である。JAMSOSTEK の例では、加入者のデータベースが正確性に欠いており、複数のIDを所有するケースなども指摘されている。こうした背景から、調査や機関ごとに加入者数の推計値にも開きがあるのが現状である。

---

<sup>3</sup> 2012年MOHヒアリングによる。

<sup>4</sup> 2012年2月のヒアリング及びJICAの既存調査に基づく。ただし、Askes及びAsabriについては、それぞれの機関の2010年年次報告による。

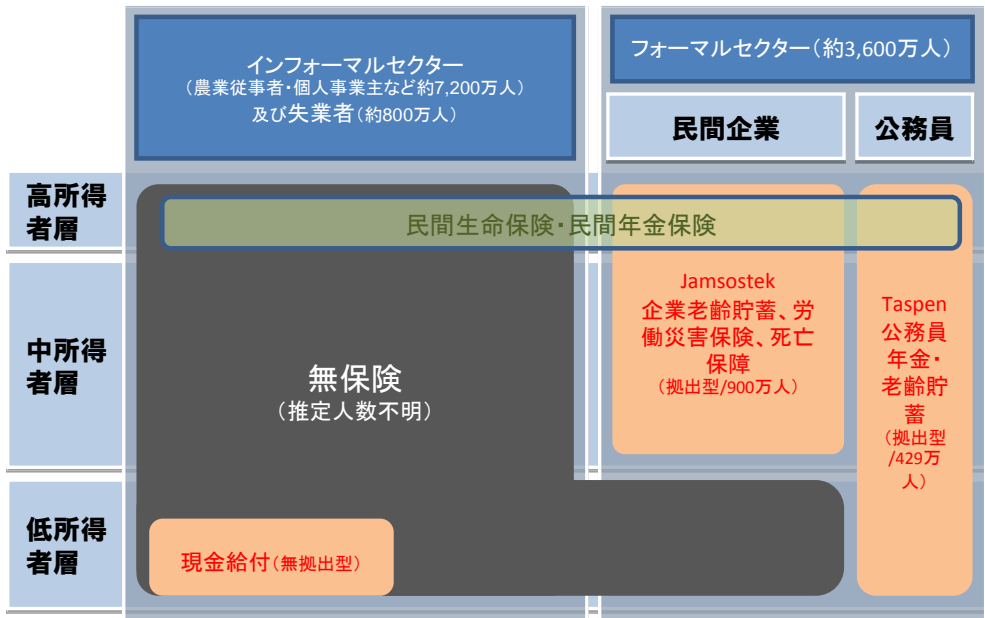
図表 II-2 医療保障制度の概略



※各加入者数は、被用者の被扶養者を含む。

出所：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成（セクター別人口は、Jamsostek Annual Report (2010) による。）

図表 II-3 社会保障制度の概略



※各加入者数は、被用者の被扶養者を含まない。

出所：三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成（セクター別人口は、Jamsostek Annual Report (2010) による。）

## 2. 社会保障関係機関の概略

### (1) 保健省(MOH : Ministry of Health)

MOH は、インドネシア政府の行政機関であり、医療分野を職掌し、公的医療保障の方針策定と実施の役割などを担っている。

現在 MOH は、JAMKESMAS の方針策定と運用（2008 年までは PT.ASKES が運用を担っていた。）を行うとともに、国営企業である PT.ASKES の実施プログラムの運営に係る監督官庁でもある。

### (2) 国家貧困削減促進チーム(TNP2K : The National Team for the Acceleration of Poverty Reduction)

TNP2K は、2010 年 3 月に設立された、約 70 名からなる副大統領直轄の機関である。関連する省庁間の貧困削減に関する課題解決を円滑にすることが目的であり、TNP2K は、大学有識者や専門家からの助言を受けて複数のワーキンググループにて検討を行う。TNP2K は、貧困削減に係るプロジェクトの現場で生じている現状・課題の把握・調査を行い、各省に伝達し、各プログラムの円滑化に努めている。

TNP2K の運営に対して、AusAid や GTZ が支援している。

### (3) 国民福祉調整省(Coordinating Ministry for People's Welfare)

国民福祉調整省は、インドネシア政府における福祉及び貧困削減分野の政策立案と実施に係る各省間の調整を行う。複数の貧困対策プロジェクトが異なる省で実施されている現状に対し、縦割り行政による弊害を取り除き、調整・改善する役割を担う。

プロジェクトサイトの現状を把握・分析し、中立的な立場から助言を行う TNP2K と異なり、国民福祉調整省は、日常業務にかかる調整を中心に、具体のプログラムをガイドラインに照らし合わせながら、モニタリングを行い、不正防止のための監督を行っている。

また、PNPM Mandiri の主管官庁として、プロジェクトの運営に直接関わっている。

### (4) 労働移住省(MoMT : Ministry of Manpower and Transmigration)

MoMT は、インドネシア政府の行政機関であり、労働行政を職掌とする。

現在同省では、民間企業向けの医療保険や老齢給付等の運営機関である PT.JAMSOSTEK の監督官庁として、労働者の社会保障制度にかかる分野の方針策定を実施している。

同省は、PT.JAMSOSTEK を通して、インフォーマルセクターの労働者向けに JAMSOSTEK 加入促進の支援（保険料の助成）なども実施している。

### (5) 財務省(MOF : Ministry of Finance)

MOF は、インドネシア政府の税務、国家財政の運営及び国有財産の管理・監督を行う機関である。同省には、資本市場・金融機関監督庁 (BAPEPAM-LK) が、国営企業

も含めたノンバンクの金融セクターの監督を行っており、保険会社や年金プログラムなどの監督もこれに含まれる。

MOF は、国営企業（PT.ASKES、PT.TASPEN、PT.JAMSOSTEK 等）の財政面から監督しており、国営企業の経営陣の交代にあたり、国営企業省（MOSEs）は、財務省に候補者の承認の申請をし、MOF の承認を得る必要がある。

#### (6) 社会省(MoSA : Ministry of Social Affairs)

女性、高齢者、ストリートチルドレン、障害者等の社会扶助・社会福祉に係る分野は、MoSA の所掌である。同省は、実際に、ストリートチルドレン、生活困窮者、児童、障害者、高齢者等のための施設などを所管している（州政府が実施する場合もある）。現在の MoSA の社会福祉政策の柱は、CCT プログラムである PKH 及びインフォーマルセクター向けの社会福祉保険(ASKESOS)である。

#### (7) 国営企業省(MOSEs : Ministry of State-Owned Enterprises)

PT.ASKES、PT.TASPEN 及び PT.JAMSOSTEK など社会保障分野の国営企業に限らず、業種を問わず国営企業に係る事項は、MOSEs の所掌である。同省は、法令に基づく国営企業改革や、国営企業の管理運営、国営企業経営陣の監督に係る業務を実施している。なお、同省の管轄企業のひとつに、国有石油採掘会社の PT.Pertamina があり、同社は、子会社として医療機関を有し、民間医療サービスを提供している。

MOSEs は、国営企業の役員候補者を就任させるにあたり、MOF に候補者の承認の申請をし、MOF からの承認が必要となる。

#### (8) 国家開発企画庁(BAPPENAS : Indonesian National Development Planning Agency)

BAPPENAS は、インドネシアの国家開発計画（社会・経済開発計画）である長期（20年）、中期（5 年）、年次レベルでの開発計画の策定、開発予算や貧困削減等の経済援助案件の審査・運営、マクロ経済の総合調整等を所掌している。

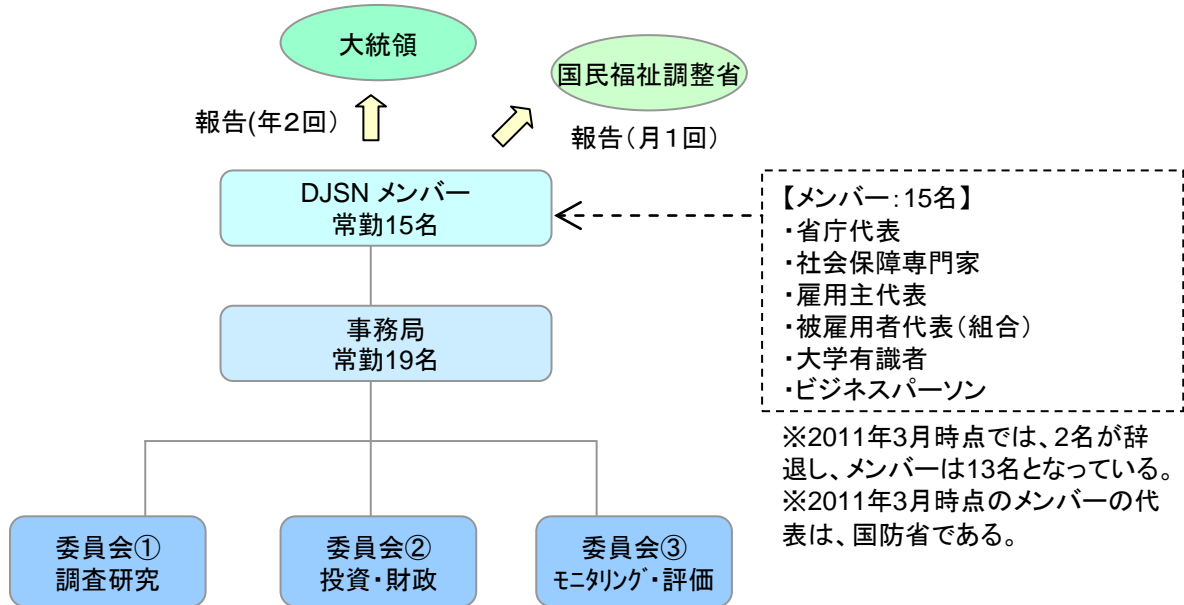
#### (9) 国家社会保障審議会(DJSN : National Social Security Council)

国家社会保障審議会は、SJSN 法第 4 章に基づき設置された機関であり、社会保障に係る調査研究を実施すること、社会保障実施に係る政策提言を行うこと、社会保障予算に係る提言がその役割である。

DJSN は、大統領の直轄の機関であり、社会保障に係る調査研究、投資・財政、モニタリング・評価の委員会が設置されている。



図表 II-4 DJSN の組織図



出所：JICA 資料

#### (10) PT.JAMSOSTEK

PT.JAMSOSTEK は、「労働者の社会保障に関する法 1992 年第 3 号」(JAMSOSTEK 法)に基づき、民間企業の労働者に対して、企業老齢貯蓄 (JHT)、労働者医療保障 (JPK)、労働災害保険 (JKK) と死亡保障 (JK) を提供する機関として、1992 年に設立された国営企業である。

同社の主たる監督官庁は、財務に関しては MOF、国営企業の管理・運営という観点からは MOSEs、社会保障プログラムの実施に関しては MoMT である。

BPJS 移行においては、所得保障分野の BPJS II の主体となる。

#### (11) PT.ASKES

PT.ASKES は、「国家公務員の保険及びその家族の年金受給に関する大統領決定 1968 年第 230 号」に基づき、公務員への医療保障を提供する機関として 1968 年に設立された国営企業である。

同社は、公務員向け医療保障のほか、2008 年まで、低所得者向け医療保障制度 (ASKESKIN) の運用主体であった。現在は、MOHに業務は移管され、JAMKESMAS と改称している。なお、移管後も JAMKESMAS や JAMKESDA (地方自治体による公的医療保障) の業務の一部 (JAMKESMAS や JAMKESDA のカード発行など) を受託している<sup>5</sup>。同社は、生命保険及び医療保険等の民間保険商品を販売する子会社も有し

<sup>5</sup> PT.Askes2010 年次報告

ている。同社は、政令 1992 年第 6 号によって、公社から（国営企業である）有限会社へ移行した。以後は、それまで以上に政府からの独立性を有する組織として民間医療保険の販売が認められ、民間医療保険商品を取り扱うようになった。2004 年の SJSN 法により、社会保障の一元化が決まってから、民間部門は子会社（Inhealth 社）として分社化したが、BPJS へ移行後は、PT.ASKES の子会社から、国営企業として、政府の管轄下となる予定である。

同社の主たる監督官庁は、財務に関しては MOF、国営企業の管理・運営という観点からは MOSEs、社会保障プログラムの実施に関しては MOH である。

BPJS 移行においては、医療保障分野の BPJS I の主体となる。

## (12) PT.TASPEN

PT.TASPEN は、「政令 1963 年第 10 号」に基づく公務員老齢貯蓄を給付する機関として 1963 年に設立された。その後、「国有企業の設立に係る法律 1969 年第 11 号」によって、公務員年金も実施され、1981 年に公務員年金と老齢貯蓄の二つのプログラムが統合された。

同社の主たる監督官庁は財務及び社会保障プログラムの実施に関しては MOF、国営企業の管理・運営という観点からは MOSEs である。

## (13) 地方行政

### ① 行政区分

なお、インドネシアの地方の行政区分については、中央政府の下に、全国に 33 の州を有し、州の下には、都市部に市（*Kota*）及び農村部に県（*Kabupaten*）という地方行政単位が存在し、いずれも行政上同等の行政単位である。なお、市や県の内部機構として郡（*Kecamatan*）がある。その下には、村（*Desa* や *Kelurahan*）が存在する。

### ② 地方分権と医療制度

インドネシアでは、アジア通貨危機による経済の混乱の中で、1998 年にスハルト政権が退陣した。その後成立したハビビ政権は、地方自治への改革として地方分権化に着手し、1999 年の地方行政法（1999 年法律第 22 号）を制定した。同法の制定により地方自治体の権限は拡大したが、組織の整備や人材育成などが遅れ、急速な地方分権により混乱が生じた結果、2004 年地方行政法（2004 年法律第 32 号）の改正では、行き過ぎた地方分権の見直しが行われた<sup>6</sup>。

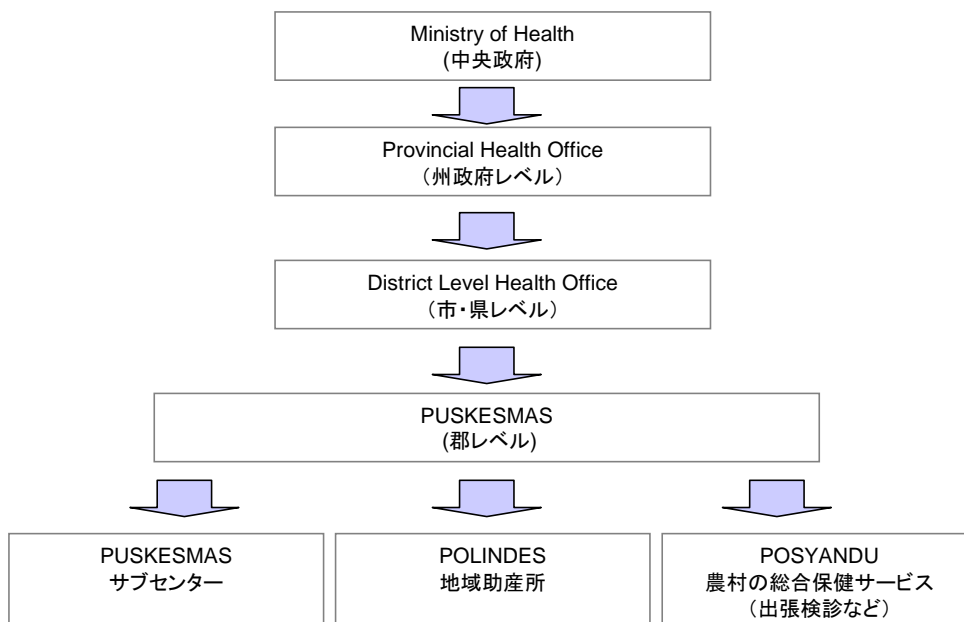
地方分権以後のインドネシアにおいては、州レベルの医療行政の裁量は、主に研修、州立病院の管理監督などにとどまっており、予算配分に関する権限には制約がある。

一方で、市及び県レベルでは、医療サービスの提供、医療資源の配置などの権限を有している。市及び県レベルにおいては、病院が医療行為を行う主体となっているが、郡

<sup>6</sup>自治体国際化協会（2008）インドネシアの地方自治

レベルでは、保健所 (Puskesmas) が、一次医療の拠点となっている<sup>7</sup>。なお、Puskesmas は、国の予算によってまかなわれるが、地方自治体によって運営されている。

図表 II-5 MOH の機構 (中央及び地方)



出所 : WHO, Country Health System Profile に基づき三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成

<sup>7</sup> WB, Health Financing in Indonesia, A Reform Road Map (conference edition)

### 3. 社会保障関連支出

インドネシアの社会保障関連支出は以下のとおりである。なお、社会保障に係る国家予算とは別途、国際機関等により拠出されるプロジェクト予算も存在する。

#### (1) 保健医療支出

インドネシア政府の政府支出は、2006年時点では440兆IDRであったが、2012年支出は、965兆IDRと急速に増加している。その中での保健医療支出は、2006年時点では12兆IDRであったが、2012年には16兆IDRまで増加している。なお、支出総額に占める保健医療関連支出の割合は低下傾向にある。

図表 II-6 保健医療支出の推移及び割合

(単位：10億IDR)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
財政支出総額	440,031	504,623	693,356	628,812	697,406	908,243	964,997
保健医療関連支出	12,190	16,005	14,039	15,743	18,793	14,815	15,565
医薬品・医療機器・医療設備	924	885	1,389	1,275	1,329	1,787	2,538
個人対象の公的医療サービス	4,839	8,070	8,781	9,765	12,086	8,705	8,714
社会的公的医療サービス	4,152	3,348	1,716	2,712	3,166	922	1,098
人口・家族計画	329	434	480	624	795	2,506	2,594
R&D	145	198	199	134	258	414	342
その他の保健医療関連支出	1,800	3,070	1,476	1,233	1,160	482	279
支出総額に対する保健医療関連支出の割合	2.8%	3.2%	2.0%	2.5%	2.7%	1.6%	1.6%

※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)

※2012 年支出は予算である。

#### (2) 社会的保護関連支出

インドネシア政府の支出のうち、社会的保護関連支出は、2006年時点では約2.3兆IDRであったが、2012年には5.6兆IDRとなっている。

図表 II-7 社会的保護関連支出の推移及び割合

(単位：10億 IDR)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
財政支出総額	440,031	504,623	693,356	628,812	697,406	908,243	964,997
社会的保護関連支出	2,303	2,650	2,986	3,102	3,342	4,585	5,578
疾病・障害関連	-	-	-	-	-	260	308
高齢者関連	-	-	-	-	-	109	146
家庭向け保護・社会福祉関連	27	-	-	-	-	-	-
子どもと家庭	72	720	680	716	755	484	511
女性のエンパワーメント	93	116	96	84	111	122	143
カウンセリング・指導	29	480	481	539	542	-	-
住宅供給	-	-	-	-	-	-	-
社会保障	691	1,149	1,547	1,563	1,736	77	33
R&D	65	87	65	74	70	244	250
その他	1,326	98	118	127	127	3,289	4,187
支出総額に対する社会的保護関連支出の割合	0.5%	0.5%	0.4%	0.5%	0.5%	0.5%	0.6%

※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)

※2012 年支出は予算である。

## 4. 医療保障

### (1) 医療保障セクターにおける国家計画

近年、インドネシアでは、医療保障制度の改革が試みられている。

その柱は、SJSN 法に基づく国民皆保障の実現であり、同法案は 2004 年 1 月に国民議会に提出され、2005 年 9 月に同法案は可決された。この法律は、すべての国民を対象に、医療、労働災害、老齢、年金、死亡に対する社会保障を提供することを目的としている。

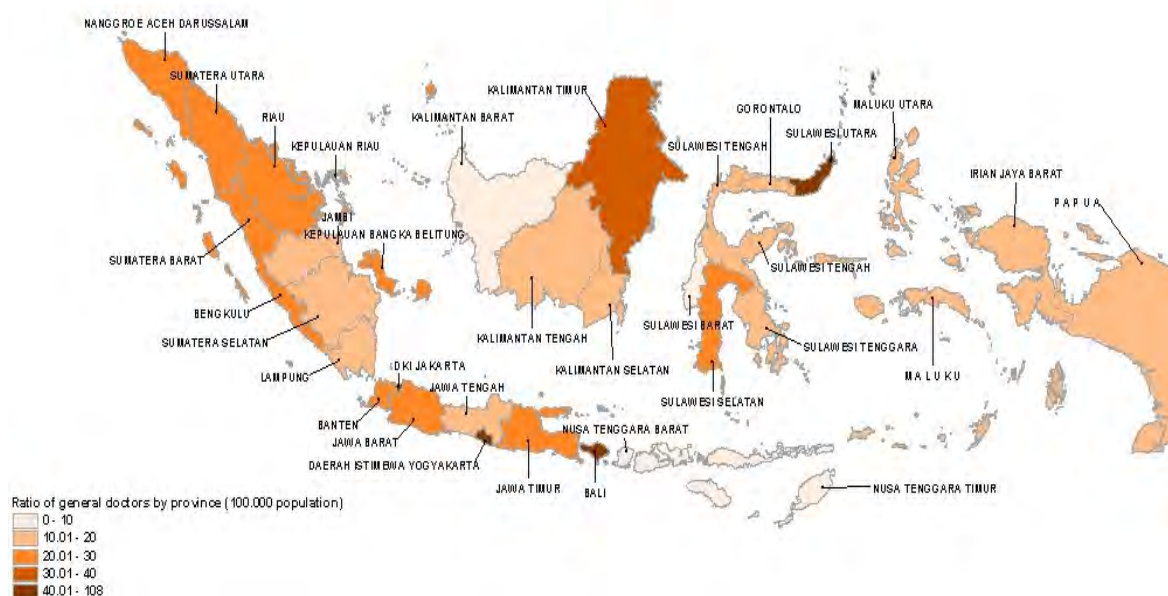
また、MOH の 5 か年の国家計画（Strategic Plan of the Ministry of Health for the Year 2010-2014）においては、2014 年までの達成目標として、貧困層を含めた国民皆保障 100%の達成の方針が示されている。

### (2) 医療提供体制の特徴

インドネシアにおいては、地方分権が進展するなかでも、地方における医師をはじめとする主要な医療従事者の採用・配置は、MOH の管轄となっており、前年度の予算の執行状況に基づき、MOF が予算の配分を行う。

インドネシアでは、24 キロ四方圏内に地域の一次医療機関として Puskesmas が MOH によって配置され、国民に医療サービスを提供している。インドネシア国内には、8,000 以上の Puskesmas が設置され、そのうちの約 31%が、入院設備を備えている。Puskesmas の下には、さらに 22,200 のサブセンター、5,800 の移動保健所が存在している。Puskesmas は、1 施設あたり 3 万人に医療サービスを提供する前提で整備されており、量的には基準を満たしているが、しかし、医療資源は偏在しており、地域間格差があるのが現状である。

図表 II-8 各州の人口 10 万人あたり医師数



出所：WB(2010)Indonesia's Health Sector Review より引用

なお、以下は専門病院を除く医療機関の数・病床数の推移である。

図表 II-9 管轄ごとの医療機関の数の推移

	1995	1997	2000	2003	2005	2006
MOH	15	15	14	14	13	13
地方自治体	323	327	328	339	365	377
軍・警察病院	110	111	110	110	110	110
上記以外の省又は国営企業立病院	73	69	68	71	71	71
民間	329	351	390	432	436	441
合計	850	873	910	966	995	1012

出所：WB, Health Financing in Indonesia

また、人口 10 万人あたり病床数が 53.37 と周辺諸国に比べても整備が遅れており、しかも多くの島からなるという地理的特性上、アクセスの点で必ずしも全国民にサービスが提供できる状況にはない。

図表 II-10 医療機関の所有形態ごとの病床数の推移

	1995	1997	2000	2003	2005	2006
MOH	9,023	9,610	9,173	8,858	8,483	8,784
地方自治体	40,069	40,824	42,109	43,761	46,798	48,209
軍・警察病院	10,752	10,874	10,811	10,718	10,814	10,842
上記以外の省又は国営企業立 病院	7,246	6,881	6,928	6,758	6,827	6,880
民間	33,298	35,697	38,516	42,284	43,364	43,789
合計	100,388	103,886	107,537	112,379	116,286	118,504
人口 10 万人あたりベッド数	51.55	-	52.42	52.62	53.05	53.37
病床利用率	-	-	-	56	56	59

出所：WB, Health Financing in Indonesia



### (3) 制度の基本構造

インドネシアの医療保障制度は、主に以下の制度によって構成されている。

図表II-11 制度の基本構造

	ASKES (公務員医療保険)	JAMSOSTEK : JPK (労働者医療保障)	JAMKESMAS (低所得者向け公的医療保障 制度)	JAMKESDA (地方自治体による公的医療 保障)	SJSN 法に基づく医療保障 (国家社会保障制度)
制度創設年	1968 年	1992 年	2008 年	2008 年	2004 年：根拠法 2014 年：実施機関設立（予定）
根拠法	国家公務員の保険及びその家族 の年金受給に関する大統領決定 1968 年第 230 号	労働者の社会保障に関する法 1992 年第 3 号（JAMSOSTEK 法）	社会保障プログラム加入の管 理に関する厚生大臣決定 2008 年 2 月第 112 号	—	国家社会保障制度に関する法律 2004 年 40 号（SJSN 法）
所管官庁	MOH MOF MOSEs	MoMT MOF MOSEs	MOH	地方自治体（440 のうち 250 の市又は県で実施）	不明 （MOF、MOH、MoMT、TNP2K 等調整中）
実施運営機 関	PT.ASKES	PT.JAMSOSTEK	MOH（MOH 直営のケース、 PT.ASKES に運営委託するケ ースが有る。）	地方自治体（自治体直営のケ ース、PT.ASKES に運営委託 するケースが有る。）	社会保障実施機関（BPJS） 左記全ての制度を統合予定。
モデル	拠出型 （本人 2%+政府 2%）	拠出型 （雇用主負担。独身 3%、既婚 6%）	無拠出型 1 人 1 カ月あたり 5,000IDR を 政府が拠出	無拠出型 （地方自治体による拠出）	拠出型（一部貧困層向けの公的医 療保障は無拠出）
加入義務	強制加入	従業員 10 人以上又は月額賃金総 額 100 万 IDR 以上の事業所は強 制（ただし、優れた代替の医療 給付が可能な場合任意。）	公費負担医療であり、原則と して基準に該当する貧困層及 び貧困に近い層に給付	JAMKESMAS の給付を受け ていない貧困層及び貧困に近 い層に給付	強制加入
加入対象者	公務員、退職公務員、退役軍人	民間企業被用者、国営企業被用 者	貧困層及び貧困に近い低所得 者	当該自治体住民で、他の公的 医療保障制度を利用しておら ず、資産や生活状況に係る基 準に該当する者	全国民
加入者数	約 1,650 万人 （家族の加入含む）	約 500 万人 （家族の加入含む）	約 7,600 万人 （家族の加入含む）	約 5,000 万人 （家族の加入含む）	全国民に相当する 2 億 3 千万人 （予定）
報酬方式	一次医療：人頭払い 二次・三次医療：出来高払い	一次医療：人頭払い 二次・三次医療：出来高払い	一次医療：人頭払い 二次：三次医療：DRG 方式	自治体による	検討中
レファール	あり	あり	あり	あり	検討中

	ASKES (公務員医療保険)	JAMSOSTEK : JPK (労働者医療保障)	JAMKESMAS (低所得者向け公的医療保障 制度)	JAMKESDA (地方自治体による公的医療 保障)	SJSN 法に基づく医療保障 (国家社会保障制度)
自己負担	一次医療は自己負担なし。 二次及び三次医療は償還額と病 院の課した価格との差を患者が 負担。 薬代は自己負担。	一次医療は自己負担なし。 二次及び三次医療は入院期間や 病室の種類に応じ、同社が定め た基準を上回る額は自己負担。	一次医療は自己負担なし（保 健所で受診）。 二次及び三次医療も自己負担 なし。	自治体による	検討中
人頭払いの 場合の一人 あたり予算	不明	月 5,500IDR	月額 5,000IDR	自治体による	検討中
除外される 医療行為等	エイズ、性病、アルコール依存 症、美容目的など	がん、透析、自殺、エイズ、美 容目的、定期健診、不妊治療な ど	自殺、エイズ、美容目的、定 期健診、不妊治療など	自治体による	検討中
特記事項			二次及び三次医療は、建前上 自己負担はないが、運用上は、 医薬品代として自己負担が求 められることがある。		社会保障実施機関（BPJS）は、 BPJS I 及び II からなり、医療保 障分野を管轄するのは BPJS I で ある。

※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：各種資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

#### (4) 公務員医療保険(ASKES)

ASKESは、公務員向けの強制加入による医療保険制度であり、中央及び地方の公務員、退職公務員及び退役軍人及びそれらの家族に対し医療が給付される（給付される家族の人数には制限がある）。制度の運営は国営企業であるPT.ASKESが行っており、公務員は基本報酬の2%、雇用者としての政府も同額を保険料として拠出する。医療給付は、一次医療については登録した医療機関から、二次及び三次医療は公的病院から給付されるが、入院に関しては職務上の地位により病室のレベル（1等～3等室）に差が設けられている。支払方式は一次医療に関しては人頭払い方式である。二次及び三次医療については定型的な診察・検査・注射等は包括払い方式、その他は疾病ごとに一日あたりで定められた額が支払われるが、額に上限が設けられているため病院からの請求額との差額は自己負担となり、その割合は医療費の40%と推定されている<sup>8</sup>。

なお、ASKESの2010年の保険料収入は、7.9兆IDRに対し、医療費は5.3兆IDRであった<sup>9</sup>。

#### (5) 労働者医療保障(JPK)

制度の運営は、国営企業であるPT. JAMSOSTEKが行っている。同社は、労働者医療保障(JPK)、労働災害保険(JKK)、老齢給付(JHT)及び死亡保障(JK)の4つの部門を有している。

労働者医療保障(JPK)は、民間被用者（国営企業被用者を含む）向けの保険制度であり、従業員10人以上の事業所及び1月あたり賃金総額100万IDR以上の事業所については強制加入となっており、医療給付は加入者本人のほか家族にも給付される。ただし、雇用主がより良い給付を提供できる場合にはこの制度への加入の免除(opt-out)が認められる。医療保険の保険料は未婚者については報酬額の3%、既婚者については6%で、いずれも事業主のみが負担する。一次医療はPT.JAMSOSTEKが契約した全国約2,900か所の民間診療所から、二次及び三次医療は公的及び民間病院から給付されるが、受けられる医療の範囲は他の制度よりも狭く、がん治療、心臓手術、人工透析、出生時からの疾病の治療などは給付対象外である。支払方式は、一次医療に関しては人頭払い（加入者1名あたり1月5,500IDR）、二次及び三次医療は基本的に出来高払いであるが、PT.JAMSOSTEK支部が地元の医療機関と交渉して定めた償還額を上回る部分は自己負担となる。また、入院可能な病床数が少ないために、予算が超過することは少ない。

制度の問題点としては、加入対象者数が約3千万人と言われているにもかかわらず実際に事業主が保険料を払っている被用者数は約220万人（裨益者は500万人）に過ぎないことが挙げられる。ただし、これはインドネシアにおいて労働法制が被用者に有利に定められているため、企業が正規雇用ではなく派遣雇用や臨時雇用を多用する

<sup>8</sup> WB, Health Financing in Indonesia, A Reform Road Map (conference edition), p.31

<sup>9</sup> 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）

傾向にあることや、代替の医療給付により、医療保険の加入義務の免除（opt-out）が認められていることから、多くの雇用主がこれによって医療保険加入を免れている。保険料の額についても、算定の基礎となる報酬額上限が月額 100 万IDRのまましばらく据え置かれており、物価上昇への調整として、2012 年に 300 万IDRへの引き上げが予定されている<sup>10</sup>。

なお、労働者医療保障（JPK）の 2010 年の保険料収入は、約 1.1 兆IDRに対し、医療費は、8,130 億IDRであった<sup>11</sup>。

## (6) 低所得者向け公的医療保障制度(JAMKESMAS)

JAMKESMASは、貧困者及び貧困に近い低所得者に対する全額公費負担による医療保障制度であり、2008 年までは、ASKESKINとして、PT.ASKESが運営していた。現在は、MOHに業務が移管され、同省が運営している。対象者は貧困層であったが、2007 年から貧困に近い層へも拡大されており<sup>12</sup>、収入・資産調査の結果を踏まえ対象者には受給者証が発行されている。現在の給付対象者は、約 7,600 万人である。一次医療についてはPuskesmasで、二次及び三次医療については公的医療機関で給付を受ける。給付される医療の範囲は ASKESと同様であるが、入院医療については最低クラスの病室の利用となる。支払方式は一次医療については人頭払い、二次及び三次医療についてはDRG方式であるが、地域により額には大きな差がある。MOHから県に対し、一次医療については加入者 1 人につき 1 か月 1,000IDR、二次及び三次医療については加入者 1 人につき 1 か月 5,000IDRが割り当てられ、病院や診療所への支払いに充てられる。

問題点としては、医療機関側の医療の質の確保に対するインセンティブが低く、加入者の信頼を得ていないこと、医療機関側から医薬品代等の名目で患者負担が請求されることがあること、入院に当たって家族の付き添いが必要であること、特に島嶼部においては病院へのアクセスが悪いことが挙げられ、こうしたことが受診率の低さに結びついている（JAMKESMASの受診率はASKESの 20%）<sup>13</sup>。また、運用上の課題として、JAMKESMASのデータは、インドネシア統計局(BPS：Central Agency on Statistics)のデータに基づくが、このデータに登録されていない者は、実質的に貧困層であっても給付の対象とはならない。

なお、JAMKESMAS の 2010 年の医療費は、4.8 兆 IDR であった。

## (7) 地方自治体による公的医療保障(JAMKESDA)

JAMKESDAは、地方自治体による公的医療保障であり、JAMKESMASの公的医療保障の対象者層から漏れた貧困層・貧困に近い層などを対象とする。JAMKESDAの運用方法、給付内容などは自治体毎に多様である。なお、本調査において、JAMKESDA

<sup>10</sup> 2012 年 2 月 P.T.Jamsostek ヒアリングによる。

<sup>11</sup> 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）

<sup>12</sup> WB(2012) “JAMKESMAS Health Service Fee Waiver”

<sup>13</sup> 2011 年 2 月 JICA 既存調査による。

として示す制度は、デポック市の例に基づくものである。同市の例では、給付額上限は、一人あたり年間1億IDRであるが、自治体により給付の上限は異なり、200万IDRという地域や、給付額に上限のない地域もある<sup>14</sup>。同市においては、加入者が転居・死亡により空きが生じることによって、新規に加入候補者が加入する流れとなる。

デポック市の例では、JAMKESDAの利用にあたっては、①デポック市住民であること、②JAMKESDAに未登録で、JAMKESMASやJAMSOSTEKなど他の医療保障の給付を受けていないこと、③貧困世帯として下記14項目の基準のうち最低9項目以上を満たすこと、の3つの要件を満たす必要がある。

なお、下記の14項目は、BPSによる社会経済人口調査(PSE2005：Socio-economic Population Survey)の基準項目である。

図表 II-12 デポック市における JAMKESDA の給付対象の判断となる基準項目

	項目	基準
1	住居の床面積	1人あたり8 m <sup>2</sup> 未満であること
2	住居の構造	土材、竹材、粗悪な木材、粗悪なセメントであること
3	壁の材質	竹材、サゴヤシの枝、粗悪な木材、漆喰のない壁であること
4	トイレ	トイレが設置されていないこと、公衆トイレを使用している状況にあること、近隣と共有していること
5	電源	電気が供給されていないこと
6	飲料水の供給	井戸、泉、川、雨水を飲料水としていること
7	調理用熱源	木・木炭・ケロシンを使用していること
8	肉・牛乳の消費状況	入手不可能、又は週1回程度
9	一年を通した新品の衣料品の購入	購入不可能、又は一人あたり年に一着
10	一日の家族の食事回数	一日に1、2食程度
11	Puskesmas 又はクリニックにおける医療費の支払能力	支払能力がないこと
12	世帯主の就労	0.5ヘクタール未満の小規模農家、農場労働者、漁師、建設労働者、臨時雇い、失業者
13	世帯構成員の教育水準	学校教育を受けていない、又は初等教育を終えていないこと
14	資産保有状況	貯蓄やバイク、金、家畜、船舶など容易に売却可能な資産(最低50万IDR以上)を有していないこと

出所：デポック市の JAMKESDA 資料

JAMKESDA の給付にあたっては、JAMKESMAS の重複給付とならないよう、給付対象者に係るデータはスクリーニングされる。JAMKESMAS による公的医療保障を受けるためには、BPS のデータに登録がなされていることが前提となるが、JAMKESMAS に登録がない場合には、JAMKESDA に登録することで、給付を受けることは可能である。

## (8) 民間医療保険制度の位置づけと動向

公的医療保険制度を除く医療サービスとして、現在、民間医療保険による医療保険サービスと、企業自らが企業立病院を運営またはこうした病院と提携し、独自に従業員向けの医療サービスを提供するケースがある。主要な民間医療機関の例として、国

<sup>14</sup> 2012年デポック市の Jamkesda ヒアリングによる。

営石油会社 Pertamina 社の子会社である Pertamedika 社が挙げられる。一部の民間企業は、公的医療保険の代替(Opt-Out)として、民間医療保険や民間医療機関による医療サービスを雇用者に対し提供している。

非営利の民間医療機関も存在しており、イスラム教ネットワークである Muhammadiyah及びその姉妹団体の Aisyiyahは、ジャワを中心に、複数の医療機関を有している。こうした医療機関で ASKESや JAMKESMASの医療サービスを受けることも可能である<sup>15</sup>。その他には、イスラム教ネットワークである Nahdlatul Ulama 及びその姉妹団体である Muslimat、カトリック関係の Perdhaki (Association of Voluntary Health Services)、及び助産師の有資格者からなる団体である Bidan Delimaである。中流層の患者をターゲットとしながらも、多くの貧困層及び貧困に近い層への医療も提供する Muhammadiyahや Nahdlatul Ulamaの医療機関と異なり、カトリック系の病院はイスラム系病院より医療費が高めであり、貧困層及び貧困に近い層には、利用しにくい傾向がある<sup>16</sup>。

## ① 民間保険商品について

### 1) 保険市場の動向

生命保険や健康保険などを扱うインドネシアの生命保険市場は、2011年の約 94 兆 IDRから、2012年には、約 144 兆IDRと 30%の増加が見込まれている<sup>17</sup>。

急速な保険市場の拡大に伴い、生保・損保会社の経営体力の強化を目指して、財務省の資本市場・金融機関監督庁は、2014年まで保険各社の資本要件の段階的な引き上げを予定している。こうした動きは、保険会社の再編などに影響している<sup>18</sup>。

### 2) 医療保険分野の業界団体

インドネシアの医療保険に係る業界団体として、インドネシア生命保険業者協会(AAJI: Indonesia's Life Insurance Association)があり、加盟企業数は 46 社(うち 4 社は再保険会社)である。インドネシアには、同協会以外の保険業者による業界団体としては、損保業者協会(AAUI)及びイスラム保険業者協会(AASI)が存在する。

### 3) 主力の民間保険商品について

民間医療保険は、企業向け団体保険として、中流層から富裕層向けに販売されているものが主流であり、現在は、包括的な医療給付内容を提供する保険商品と、JAMSOSTEK等の基本部分に上乗せする追加型となっているタイプがある。インドネ

---

<sup>15</sup> USAID(2009) "Private Sector Health Care in Indonesia" St.Martin College の宗教哲学部の資料によると、Muhammadiyah (ムハンマドの信奉者を意味する)は、1912年にジャワのジョグジャカルタで設立された。女性団体は、1914年に組成され、Aisyiyah (預言者の妻を意味する)と名づけられた。  
(<http://www.philtar.ac.uk/encyclopedia/indon/muham.html>)

<sup>16</sup> USAID(2009) "Private Sector Health Care in Indonesia" USAID は、幅広いネットワークを有する点で、これらの医療機関を、潜在的パートナーとして挙げている。

<sup>17</sup> Jakarta Post "Life Insurance Industry expects 30 percent increase in revenues" 2012年3月12日

<sup>18</sup> 2012年 AAJI ヒアリングによる。

シアの民間医療保険の主要な商品は、実損填補型保険である<sup>19</sup>。

これまでは、優れた代替の医療給付が可能な場合に、民間保険商品をもって公的医療保障の代替とすることが認められてきたが、今後皆保障化により認められなくなることから、民間保険会社は追加型の保険商品を販売することとなる。

ただし、現時点において、AAJIは、経済成長期にあるインドネシアの医療保険市場は成長過程にあり、民間保険商品が追加型の商品に移行することによる影響は限定的と見ている<sup>20</sup>。

#### 4) マイクロインシュアランスについて

現在、民間医療保険商品の主力ではないが、マイクロインシュアランス（小額保険）を取扱う保険会社も徐々に増えてきている。2012年2月時点で5社程度がマイクロインシュアランスを販売しており、生命保険業協会でも世銀やGIZ等と連携して保険料や給付内容のモデルを検討中である。保険商品のターゲットは、東部の島嶼エリアなど、生命保険・医療保険の代理店ネットワークが発達・普及していないエリアの農業従事者や漁業従事者などの貧困に近い層である。

財務省の資本市場・金融機関監督庁は、「資本市場とノンバンク金融産業におけるマスタープラン 2010-2014 (The Capital Market and Non Bank Financial Industry Master Plan 2010-2014)」を策定しており、家庭における種々のリスクの低減策として、家庭向けの保険商品の普及啓発の取り組み、中所得から低所得の国民に対するマイクロインシュアランスの開発と普及の促進の考えを示している。ただし、今後、医療保障の一元化によって、政府がマイクロインシュアランスをどのように位置づけるかについては、不明である。生命保険業者協会は、MOFに対して、2011年にマイクロインシュアランス向けに代理店が生命保険協会に支払う代理店コストの値下げ等の要件などの、普及に向けた取り組みを求めている<sup>21</sup>。

なお、インドネシアのマイクロインシュアランスは、Allianz社が先駆けて販売を実施しており、その商品の概要は以下のとおりである。

図表 II-13 (参考) マイクロインシュアランスの例 (Allianz社の例：(商品名) Tamadera)

	週額	
	1万 IDR (最低)	10万 IDR (最大)
保険料	1万 IDR (最低)	10万 IDR (最大)
支払期間・保障期間	約5年 (250週)	
生命保険給付	250万 IDR	2,500万 IDR
医療給付 (重症疾患) ※	250万 IDR	2,500万 IDR
5年満期後給付金	250万 IDR	2,500万 IDR

※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)

<sup>19</sup> 福岡藤乃 (2010) 「インドネシアにおける医療保障制度とその課題」, 『海外社会保障研究』第170号 p.76

<sup>20</sup> 2012年2月AAJI (インドネシア生命保険業者協会) 及びInhealth社ヒアリングによる。

<sup>21</sup> Global Business Guide Indonesia (2011) “The Prospects for Indonesia’s Insurance Industry”

※同社の商品の場合、生命保険と医療保険の保険プランである。支払期間及び保障期間は5年間であり、給付対象となる重症疾患は、がん、脳卒中、心臓発作、腎不全、大やけどであり、17歳～50歳までが加入対象年齢である。団体保険であり、協同組合や多数のブルーカラー労働者を雇用する雇用主、協会、基金やNGOなどを通じて加入する<sup>22</sup>。

## 5. 年金及びその他の所得保障

年金及びその他の所得保障は、公務員向けの社会保険の実施機関であるPT.TASPENが、公務員年金(TASPEN)、公務員老齢貯蓄(THT)を実施している。(また、このほかに、軍人向け所得保障のASABRIも存在しており、制度の内容は、公務員向けのものと同様の内容となっている。)

民間企業向けの所得保障には、PT.JAMSOSTEKが実施する企業老齢貯蓄(JHT)、労働災害保険(JKK)、死亡保障(JK)が存在する。なお、企業老齢貯蓄(JHT)は、老齢一時金であり、月払いの年金制度は存在しない。

その他には、MoSAが実施する社会福祉保険であるASKESOSや、MoMTが一部国庫負担し、JAMSOSTEKが実施するインフォーマルセクター向けの年金及びその他の所得保障制度が存在する。

図表 II-14 公的な年金及びその他の所得保障制度の種類と概要

制度	対象者	給付内容の構成	保険料率	実施機関
TASPEN	公務員	公務員年金(TASPEN)	4.75%	PT.TASPEN
		公務員老齢貯蓄(THT)	3.75%	
JAMSOSTEK	民間企業	企業老齢貯蓄(JHT)	5.7%	PT.JAMSOSTEK
		労働災害保険(JKK)	0.24～1.74%	
		労働者死亡保障(JK)	0.3%	
	労働者医療保障(JPK) *	3% (独身) 6% (既婚者)		
	インフォーマルセクター	インフォーマルセクター向け社会保険(TKLHK)	JAMSOSTEKの各プログラムに準じる	MoMT PT.JAMSOSTEK
ASKESOS		インフォーマルセクター向け社会福祉保険(ASKESOS)	月額 5,000IDR	MoSA

※労働者医療保障(JPK)については、「4. 医療保障」の項を参照されたい。

### (1) TASPENによる所得保障

#### ① 公務員年金(TASPEN)

##### 1) 法的根拠

PT.TASPENは、公務員年金(TASPEN)及び公務員老齢貯蓄(THT)の運用主体であり、国営企業である。同社は、「政令1963年第10号」に基づく公務員老齢貯蓄及び公務員

<sup>22</sup> Allianz社HP

(<http://www.allianz.co.id/AZLIFE/English/Products/Group+Insurance+Indonesia/Allianz+Microinsurance.html>)



年金の機関として設立された。

公務員年金(TASPEN)の根拠法は、「大統領令 1974 第 56 号」である。

## 2) 給付内容

公務員年金の支給月額、最終給与月額の 2.5% に勤続年数を乗じた額である。ただし上限は最終給与月額の 80% であり、支給開始年齢は、56 歳から 60 歳である。公務員年金は遺族年金と一体であり、給付対象者は、加入者又はその遺族である配偶者、子若しくは両親（加入者に配偶者又は子がない場合）である。

なお、配偶者の受給資格は死亡するまで、又は再婚するまで有効であり、子は 25 歳まで有効である。

かつては、拠出積立金からも支出されていた<sup>23</sup>が、2008 年以後、現在の給付は全額賦課方式である。

## 3) 加入対象者と保険料率

公務員年金・公務員老齢貯蓄の加入対象者は、軍人を除く公務員及び国営企業職員であり、全額被用者負担の強制加入となっている。

加入者は、公務員年金の保険料率は給与月額の 4.75% を支払い、退職後年金を受給する権利を獲得する。支給開始年齢は 56 歳から 60 歳（地位によって異なる。）であるが、50 歳以上で退職した場合、支給開始年齢に達していなくても 20 年間以上拠出していれば年金を受給する資格が生じる。また、年金受給資格を獲得する以前に退職した場合にはそれまで払い込んだ額及び運用結果の合計を引き出すことができる。

## 4) 基金及び実施運営機関

公務員年金(TASPEN)は、いずれも PT.TASPEN が運用し、公務員老齢貯蓄(THT)とは別会計となっている。

## 5) カバレッジの状況

PT.TASPEN の加入者及び受給者の状況の推移は以下のとおりである。

図表 II-15 TASPEN の加入者数及び受給者数の推移

	2009 年	2010 年	2011 年
加入者 (人)	4,328,831	4,612,684	4,685,048
受給者 (人)	2,172,945	2,238,351	2,291,201

出所：PT.TASPEN 2011 年 年次報告

## ② 公務員老齢貯蓄(THT)

### 1) 法的根拠

PT.TASPEN は、公務員年金(TASPEN)及び公務員老齢貯蓄(THT)の運用主体であり、

<sup>23</sup> Isa, Rachmatarwata(Ministry of Finance) (2004) “Indonesia Pension System: Where to Go?” によると、2001 年調査時点で、公務員の給与水準の変動により、TASPEN の基金は財源不足に陥り、2008 年以降は全額国庫負担となることが予測されていた。

国営企業である。同社は、「政令 1963 年第 10 号」に基づく公務員老齢貯蓄及び公務員年金の機関として設立された。

公務員老齢貯蓄(THT)の根拠法は、「政令 1981 年第 25 号」である。

## 2) 給付内容

公務員老齢貯蓄は、公務員に対する強制加入の退職一時金制度であり、運営は国営企業である PT.TASPEN が実施している。一時金の額は最終給与月額に勤務年数を乗じたものである。

なお、公務員老齢貯蓄プログラムは、加入者（又は加入者の遺族）に支払われる一時金、死亡保障が挙げられる。

加入者が受給年齢に達した時又は受給年齢に達する前に死亡した場合の遺族への一時金として支払われる。

## 3) 加入対象者と保険料率

公務員年金・公務員老齢貯蓄の加入対象者は、軍人を除く公務員及び国営企業職員であり、全額被用者負担の強制加入となっている。

公務員老齢貯蓄は、給与月額に配偶者手当及び児童手当を加えた額の 3.75%を支払い、退職時に一時金を受給する権利を獲得する。

## 4) 基金及び実施運営機関

公務員老齢貯蓄(THT)は、いずれも PT.TASPEN が運用し、公務員年金(TASPEN)とは別会計となっている。

## 5) カバレッジの状況

PT.TASPEN の加入者の状況の推移は公務員年金(TASPEN)の項目を参照。

## (2) JAMSOSTEKによる所得保障

### ① 企業老齢貯蓄(JHT)

#### 1) 法的根拠

PT.JAMSOSTEK は、「労働者の社会保障に関する法 1992 年第 3 号(JAMSOSTEK 法)」に基づき、企業老齢貯蓄(JHT)、労働者医療保障 (JPK)、労働災害保険(JKK)と死亡保障(JK)の給付を実施している。

#### 2) 給付内容

企業老齢貯蓄(JHT)は、被用者が基本給与の 2%、事業主が 3.7%を拠出し、被用者は退職時にそれまでの拠出額の合計に利息を足した額を受け取る。55 歳以上で退職した場合に支払われるのが原則であるが、55 歳以下で退職した場合であっても 5 年以上拠出していれば同様に積立拠出金に加えて運用結果の合計を引き出すことができるため、事実上失業給付として機能しており、2008 年の給付件数のうち、86.78%がこの

ケースに該当している<sup>24</sup>。

### 3) 加入対象者

企業老齢貯蓄の加入対象者は、民間被用者（国営企業被用者を含む。）向けの制度であり、先述の医療保険制度と同様従業員 10 人以上の事業所及び 1 か月あたり賃金総額 100 万 IDR 以上の事業所は強制加入となっている。

### 4) 保険料率

被用者が基本給与の 2%、事業主が 3.7%を拠出し、最低の加入期間は 5 年間であり、被用者は退職時にそれまでの拠出額の合計に利息を足した額を受け取る。

### 5) 基金及び実施運営機関

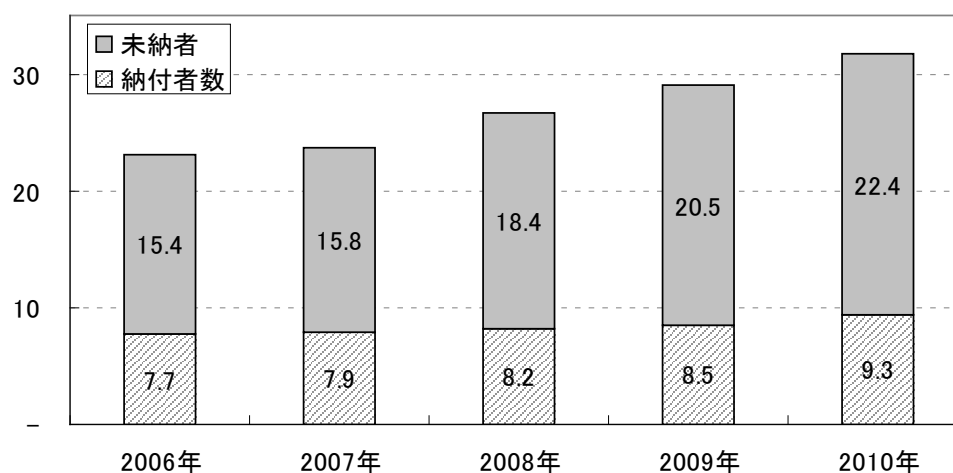
JAMSOSTEK の企業老齢貯蓄部門は、積立金と運用益が原資であり、国庫負担はない。

### 6) カバレッジの状況

PT.JAMSOSTEK の所得保障は、加入対象者のうち、納付者と未納者の数、は以下のとおりである。

図表 II-16 JAMSOSTEK の納付者及び未納者数

(百万人)



	2,006	2,007	2,008	2,009	2,010
納付者数(人)	7,719,695	7,941,017	8,219,154	8,495,732	9,337,423
未納者数(人)	15,361,672	15,788,933	18,407,661	20,534,941	22,408,877
合計	23,081,367	23,729,950	26,626,815	29,030,673	31,746,300
納付者の割合	33%	33%	31%	29%	29%

出所：PT.JAMSOSTEK2010 年 年次報告

<sup>24</sup> P.T.Jamsostek2008 年 年次報告

## ② 労働災害保険(JKK)

### 1) 法的根拠

労働災害保険は、「労働者の社会保障に関する法 1992 年第 3 号(JAMSOSTEK 法)」に基づき、PT.JAMSOSTEK が、老齢給付、医療保障、労災と死亡保障の給付を実施している。

### 2) 給付内容

PT.JAMSOSTEK は、労働災害保険(JKK)の給付を行っている。被用者の出勤から帰宅までの間に生じた事故、又は労働に起因した疾病・事故・障害・死亡に対する補償として、障害の重症度等に応じて給付金額が決定される。

図表 II-17 労働災害保険の給付・補償の考え方

種別	補償・給付内容
療養給付	治療に要した医療費に対する給付の上限額：120 万 IDR
休業補償	一時的な就労不能に対する給付の条件は以下のとおりである。 <ul style="list-style-type: none"><li>・最初の 4 か月：月額賃金の 100%</li><li>・次の 4 か月：月額賃金の 75%</li><li>・それ以降（リハビリ期間中又は障害の程度が決定するまでの間）：月額賃金の 50%</li></ul>
障害補償	障害に対する給付の条件は以下のとおりである。 <u>部分的障害</u> <ul style="list-style-type: none"><li>・障害の程度に応じて規定に基づき 80 か月分の賃金を乗じた金額</li></ul> <u>全体的障害</u> <ul style="list-style-type: none"><li>・80 か月分の賃金の 70%の一括給付</li><li>・24 か月間毎月 20 万 IDR の給付</li></ul>
死亡給付	労働者の死亡に対する給付の条件は以下のとおりである。 <ul style="list-style-type: none"><li>・80 か月分の賃金の 60%の一括給付</li><li>・24 か月間毎月 20 万 IDR の給付</li><li>・葬儀費用 2 百万 IDR の給付</li></ul>
その他	搬送費の負担（陸上：40 万 IDR、海上：75 万 IDR、航空：150 万 IDR） 義足や車椅子の使用に対するリハビリ費の負担もあり。

出所：PT.JAMSOSTEK2010 年年次報告及びホームページ

### 3) 加入対象者

労働災害保険の加入対象者は、民間被用者（国営企業被用者を含む。）向けの制度であり、先述の医療保険制度と同様従業員 10 人以上の事業所及び 1 か月あたり賃金総額 100 万 IDR 以上の事業所は強制加入となっている。

### 4) 保険料率

労働災害保険の保険料は、事業主が全額を負担する。保険料率は、職種毎の危険度合いに応じて 0.24%、0.54%、0.89%、1.27%、1.74%の 5 段階が設定されている。

### 5) 基金及び実施運営機関

PT.JAMSOSTEK の労働災害保険は全額企業負担であり、国庫負担はない。

### 6) カバレッジの状況

PT.JAMSOSTEK における加入者数は JHT の項目を参照。

### ③ 労働者死亡保障(JK)

#### 1) 法的根拠

労働者死亡保障は、「労働者の社会保障に関する法 1992 年第 3 号(JAMSOSTEK 法)」に基づき、PT.JAMSOSTEK が、老齢給付、医療保障、労災と死亡保障の給付を実施している。

#### 2) 給付内容

PT.JAMSOSTEK は、労働者に対して、労災によらない死亡保障(JK)の給付を行っている。死亡時には、遺族に死亡給付金 1,420 万 IDR、葬儀費用 200 万 IDR、月額 20 万 IDR の手当が 24 か月間支給される。

#### 3) 加入対象者

労働者死亡保障の加入対象者は、民間被用者（国営企業被用者を含む。）向けの制度であり、先述の医療保険制度と同様従業員 10 人以上の事業所及び 1 か月あたり賃金総額 100 万 IDR 以上の事業所は強制加入となっている。

#### 4) 保険料率

事業主が全額を負担する。なお、保険料率は、被用者の基本給与の 0.3%である。

#### 5) 基金及び実施運営機関

PT.JAMSOSTEK の死亡保障は全額企業負担であり、国庫負担はない。

#### 6) カバレッジの状況

PT.JAMSOSTEK における加入者数は JHT の項目を参照。

### ④ インフォーマルセクター向け社会保険(TKLHK)

#### 1) 法的根拠

MoMT は、PT.JAMSOSTEK を通じて、「労働大臣決定 2006 年第 24 号」に基づき TKLHK の提供を、試験的に実施している。

#### 2) 給付内容

給付内容は概ね JAMSOSTEK の給付内容に準じる。

#### 3) 加入対象者

助成の要件は、50 歳未満であること、失業状態にないこと、その他 Jamkesmas や JAMKESDA による公的医療保障への加入や、インフォーマルセクター向けの助成などを受けていないことである。加入対象者は、一定の月額賃金の所得を有するインフォーマル労働者及び個人事業主である。

MoMT は、フォーマルセクター以外の労働者(LHK)を、「雇用関係がなく、他者の支援なしに、自らが事業を実施している労働者」と定義している。MoMT によると、こうした加入対象者の中心的な存在であるインフォーマルセクター労働者は、一般に

小規模・小資本であり、高度な技術を要しない単純労働に従事し、簡素・低品質の商品又はサービスを提供し、特定の勤務地がなく流動的で、不規則な勤務時間であり、収入は比較的貧しく安定していないのが特徴である。

#### 4) 保険料率

TKLHK の保険料率は、生命保険(JK)が月額賃金の 0.3%、労働災害保険(JKK)が 1%、老齢貯蓄(JHT)が 2%以上、労働者医療保障 (JPK)が独身者 3%、既婚者 6%と、概ね JAMSOSTEK のフォーマルセクター向けの保険料率に準じた内容となっている。

MoMTでは、個人事業主やインフォーマルセクターの労働者に対し、8 か月間政府が保険料を補助する制度を試験的に実施している。8 か月経過後は、労働者自らが保険料を支払う必要がある<sup>25</sup>。

#### 5) 加入者数の状況

2004 年から 2010 年までに、553,662 人が加入し、2010 年の加入者は、142,065 人であった。

図表 II-18 TKLHK の加入者数推移

(単位：人)

年	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 年 10 月時点
加入者数	5,164	43,555	28,403	71,415	105,285	157,775	142,065	108,888

出所：MoMT 資料

このうち、インフォーマルセクター労働者の多い中部ジャワの加入者が全体の 2 割以上を占めている。

### (3) 社会福祉保険(ASKESOS)

#### ① 法的根拠

MoSA は、疾病・事故・死亡等により、所得の低い労働者が、病気や事故によって収入が途絶することを防止するために、インフォーマルセクター向けのマイクロインシュアランスを、「貧困層及び貧困脆弱層に対する社会保障プログラムに関する社会省大臣決定 2003 年第 51 号」に基づき試験的に実施している。

#### ② 給付内容

毎月 5,000IDR を 3 年間積み立てることで、3 年後に支払った金額が一括で還付(継続積立も可能)されるほか、期間中の加入者の疾病や事故に対して、給付が受けられる仕組みである。疾病・事故に対する給付として、30 万 IDR が支払われるほか、死亡保障として加入してから 1 年目の場合には 40 万 IDR、2 年目の場合には 60 万 IDR、3 年目の場合には 80 万 IDR が支払われる。

<sup>25</sup> MoMT (2012) Employees Social Security Program (Jamsostek)in Indonesia

### ③ 加入対象者

加入対象者は、月 30 万 IDR 以上の所得を有する 21 歳から 60 歳未満の世帯主であることが求められる。MoSA は、加入対象者が最低 200 人以上からなるコミュニティを選定し、コミュニティ単位で実施している。

### ④ 保険料率

加入者は、毎月 5,000IDR を 3 年間納付する。

### ⑤ 基金及び実施運営機関

2010年のASKESOSの政府予算は、400億IDRであった<sup>26</sup>。

### ⑥ 加入者数の状況

2010年の加入者数は、280,800人である<sup>27</sup>。

## (4) 失業保険

### ① 企業老齢貯蓄の取り崩し

インドネシアにおいて、解雇手当のみが存在し、失業保険は未整備である。

PT.JAMSOSTEK 社による企業老齢貯蓄(JHT)は、55歳以上で退職した場合に支払われるのが原則であるが、55歳以下で退職した場合であっても5年以上拠出していれば同様に積立拠出金に加え運用結果の合計を引き出すことができるため、事実上失業給付として機能している。

---

<sup>26</sup> ILO Jakarta (2011) “SPF Assessment Matrix”

<sup>27</sup> ILO Jakarta (2011) “SPF Assessment Matrix”

## 6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム

### (1) 低所得者を把握するためのデータベース整備

#### ① データベースの概要

##### 1) 現行のデータベースの概要

インドネシアの政府は、既存の貧困層のデータベースとして、BPS の社会経済人口調査(PSE2005 : Socio-economic Population Survey)や社会保障プログラムのためのデータ集(PPLS2008 : Data Collection for Targeting Social Protection Programs)を用いているが、データから漏れている貧困層が多数存在しているほか、経済発展の恩恵により既に貧困層でなくなった世帯も一定程度含まれており、必ずしも貧困層の状況を適切に把握できるものではないのが現状である。

##### 2) 開発中のデータベースの概要<sup>28</sup>

###### i) 社会的保護のための統合的データベース(PBI : Penerima Bantuan Iuran)

統合的なデータベースの開発については、国家中期開発計画（2010-2014）における目標として掲げられており、現行データの精度を高めるべく、現在、TNP2K は、BPS をはじめとする各省と連携しながら、WB の支援を受けて、PBI の開発を進めている。

PBI は、BPS により 2011 年に実施された調査に基づくデータベース(PPLS2011)を基礎とするデータベースである。PBI は、PPLS2011 に加えて、村の特性や、国民の経済・社会的状況、各省のデータ、医療や教育に係る設備などを加味したデータである。

なお、PBI のデータ収集に係るコストは 5,600 億 IDR と見積もられている。これは 2010 年に実施された米による食料支援 (Raskin)、Jamkesmas 及び 2005 年から 2006 年の 1 年間に実施された直接現金給付 (BLT) のプログラム予算額の合計の 1%に相当する。

###### ii) PBIを構成するPPLS2011

PPLS2011 は、PPLS2008 より手法及びサンプル数共に大幅に改善されている。インドネシアにおいては、貧困層は総人口の 40%と推定されているが、PPLS データは、3 年おきに改定され、PPLS2008 は、1900 万世帯を対象に調査されたのに対し、PPLS2011 は 2,500 万世帯、全世帯の 40%が含まれている。

サンプル抽出と精査に当たっては、PPLS2008 のデータの部分的修正ではなく、既存部分も含めて精査を行い、新たに貧困層としてデータに加えられた世帯や、経済発展により既にデータの対象者でなくなった世帯の除外なども反映されている。

PPLS2008 は、SUSENAS の 39 の指標（生活環境や世帯の生活水準状況に係る

---

<sup>28</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”



指標)、PODES(村落の利便性を示す指標)の12の指標及びPPLSの24の指標(個人の教育水準や職業などに係る6指標、世帯の生活水準に係る18指標)を組み合わせたデータであったが、PPLS2011では、PPLS2008で用いられているデータに加えて、2010年のセンサスの世帯データも用いたものである。また、実際のPPLS2011データベースの構築に当たっては、TNP2Kは、地域のリーダー等と意見交換の場を設けて、実施・検討を行った。

## ② データベースの活用範囲

現在のデータベース(PPLS2008及びPSE2005)は、社会扶助やCCTなど幅広く活用されている。具体的には、MOHのJamkesmas、地方自治体によるJAMKESDA、MoSAによるCCTであるPKHや、国民福祉調整省によるPNPM、Raskin、その他奨学金制度などである。しかしながら、改定年次の古いデータベース(PSE2005)が今も使用され続けており、統一的に運用されているわけではない。このため、改定後のデータベースは、各省にまたがり、統一的に各種プロジェクトに活用される場合には、より効果的な支援が見込まれる。

## ③ 国際協力

データベース開発にあたっては、WBが支援しているほか、AusAidが賃料負担などTNP2Kに対して包括的に支援を行っている。

## (2) 障害者・高齢者・子ども向け現金給付プログラム<sup>29</sup>

### ① 障害者・高齢者・子ども向け現金給付プログラムの概要

社会福祉政策として、現在MoSAは試験的に、2006年から障害者向け現金給付プログラム(JSPACA: Social Cash Transfer for Severely Disabled)及び高齢者向け現金給付プログラム(JSLU: Social Cash Transfer for Elderly)並びに2009年から恵まれない子ども向け現金給付プログラム(PKSA: Social Cash Transfer for Disadvantaged Children)を実施している。

JSPACA、JSLU及びPKSAのプログラム概要は以下のとおりである。

---

<sup>29</sup> JSPACA、JSLU及びPKSAに関して特に記載のない限りWB(2012)「JSLU、JSPACA、PKSA: Cash and in Kind Transfer for at Risk Youth, the Disabled, and Vulnerable Elderly」に基づく。

図表 II-19 JSPACA、JSLU 及び PKSA の概要

	JSPACA	JSLU	PKSA
実施機関	MoSA	MoSA	MoSA
実施状況	31 州	29 州	24 州
受給者数 (2010 年)	17,000	10,000	4,187 (推計)
給付内容	月額 30 万 IDR	月額 30 万 IDR	年額 130 万~180 万 IDR
プロジェクト経費 (2009 年)	約 4.6 兆 IDR		
年間の一人あたり管理経費	522,169IDR	576,390IDR	199,882IDR
カバレッジ (2009 年)	貧困かつ障害者の 4%	貧困かつ脆弱な高齢者の 1.4%	貧困かつ育児放棄された子どもの 1.6%
地方自治体の役割	啓発・カードの配布、モニタリング・評価	啓発・カードの配布、モニタリング・評価	啓発・カードの配布、モニタリング・評価

※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: WB (2012) JSLU、JSPACA、PKSA: Cash and in Kind Transfer for at Risk Youth, the Disabled, and Vulnerable Elderly

JSPACA、JSLU 及び PKSA の受給資格は、以下のとおりである。

図表 II-20 JSPACA、JSLU 及び PKSA の要件

	JSPACA	JSLU	PKSA
条件	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 日常の活動にあたり他者による介護が必要な障害者</li> <li>・ 定収がないこと</li> <li>・ 貧困かつ / 又は福祉施設入所者でない者を優先</li> <li>・ 他の公的扶助を得ていないこと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 70 歳以上であること</li> <li>・ 60 歳以上である場合には、慢性疾患を有し、日常生活で他者の介助を必要とすること</li> <li>・ 寝たきりであること</li> <li>・ 定収がないこと</li> <li>・ 政府から継続的に公的扶助を受けている障害者ではないこと</li> <li>・ データベース上の PMT (Proxy Means Test) の基準を満たすこと<sup>30</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 虐待の被害者、家族から育児放棄、脆弱なストリートチルドレンであること</li> <li>・ 法律を侵し、法的手続き又は服役中であること</li> <li>・ 身体的・精神的障害を有していること</li> <li>・ 人身売買の被害者、マイノリティ出身者、又は HIV/AIDS 陽性、薬物中毒患者</li> </ul>

出所: WB (2012) JSLU、JSPACA、PKSA: Cash and in Kind Transfer for at Risk Youth, the Disabled, and Vulnerable Elderly

## ② 課題

支給対象者は、いずれも極めて低いカバレッジに留まるのが現状である。

また、既存の BPS のデータは、障害者福祉の対象者を特定できるだけの十分な情報を含んでいないことが指摘されている<sup>31</sup>。

## (3) 社会扶助制度：希望ある家族プログラム(PKH)

インドネシア政府は、石油価格高騰を受けた 2005 年の燃料補助金削減に伴い、貧困層への影響を緩和すべく補償プログラムを導入している。以後、貧困層を対象に、保

<sup>30</sup> PMT 基準は、障害者、身寄りのない高齢者など、高齢者の生活基盤の脆弱さの判定を行う際の基準である。

<sup>31</sup> ILO Jakarta (2011) “SPF Assessment Matrix”

健及び初等教育サービスの充実、小規模インフラ整備、貧困層への現金支給等を実施している。PKHも、こうした背景から実施された社会扶助プログラムである。

### ① 制度の対象者

MoSA は、試験的プログラムとして、母子を対象とした CCT を行っている。制度の対象者は、BPS のデータに基づき貧困層と認められる世帯で、6 歳から 15 歳の子ども、又は初等教育を終えていない 18 歳未満の子ども、0 歳から 6 歳の子ども、又は妊娠中・授乳中の母親がいる世帯である。

### ② 給付基準と給付額

現金給付にあたって、受給者は、保健医療及び教育分野に関する条件を満たすことが求められ、地域の郵便局を通して現金給付を受ける。具体的な受給の条件と給付のモデルは以下のとおりである。

図表 II-21 PKH の給付の条件

セクター	条件
保健医療	(1) 妊婦は、医療機関等にて、4 回の妊婦検診を受けること
	(2) 妊娠期間中に、鉄錠剤を摂取すること
	(3) 医療専門家の支援による分娩
	(4) 2 度の出産後検診を受けること
	(5) 結核、三種混合ワクチン(ジフテリア、百日咳、破傷風)、ポリオ、はしか、B 型肝炎、及びその他子どもに必要な予防接種を受けさせること
	(6) 毎月子どもの体重を測定し記録すること
	(7) 定期的な身体測定(3 歳未満児は毎月、5 歳未満児は半年毎)
	(8) 5 歳未満児へ年 2 回のビタミン A の投与
教育	(9) 全ての 6 歳から 12 歳の子どもの初等教育の機会を提供すること
	(10) 初等教育の子どもの出席率について、最低 85%以上を維持すること
	(11) 全ての 13 歳から 15 歳の子どもの中等教育の機会を提供すること
	(12) 中等教育の子どもの出席率について、最低 85%以上を維持すること

出所：MoSA 作成の PKH 資料

図表 II-22 PKH の給付のモデル

給付のモデル	貧困世帯への年間給付額(IDR)
固定給付額	200,000
条件に応じた追加の給付額	
a. 6 歳未満の子ども	800,000
b. 妊娠中又は授乳中の母親	800,000
c. 初等教育の就学年齢の子ども	400,000
d. 中等教育の就学年齢の子ども	800,000
貧困世帯への平均給付額	1,390,000
貧困世帯への最低給付額	600,000
貧困世帯への最大給付額	2,200,000

※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：PKH 資料

なお、受給者には、受給者カード及び JAMKESMAS カードが支給される。CCT 適用にあたっては、BPS の現行データベース (PPLS2008) に基づく。現時点では、PPLS は 2011 年調査の改定を控えている。

ファシリテーターは、MoSA から各自治体に派遣され、給付開始前に統計上のデータと、実際の生活状況の確認を行うほか、給付期間中は医療機関への受診状況や、就学状況をモニタリングする。

### ③ 給付実績

PKH は、33 の州すべてで実施されており、2011 年の給付実績は、1,116,000 世帯であった<sup>32</sup>。MoSA は、今後も対象者を増やす方向であり、2014 年までに、3 百万人をカバーする予定である<sup>33</sup>。

### ④ 実施機関

PKH の実施機関は MoSA である。PKH の導入は強制ではなく、地方自治体が、政府に対して申し込みを行い、承認を得て適用される。導入にあたっては条件があり、政府側が全ての運用コストを負担するのではなく、地方自治体も実施時のコーディネーターに係る費用など、一定の負担を負う必要がある。

なお、MoSA による PKH の実施にあたり、GIZ が技術支援（モバイルバンキングなど）を実施している。

### ⑤ 課題

#### 1) 評価

WB は、PKH 実施による受給者の医療や教育に対する行動への影響について、給付前の PKH 実施地区の平均値と、給付後の受給者の平均値を比較し評価した<sup>34</sup>。その結果、医療については、出生前・出生後の健診、医療機関受診率に、5% から 15% 近い改善が見られた。一方で、教育に関しては、児童労働は約 20% 減少したが、入学率や出席率にほとんど変化は見られなかった。

#### 2) 課題

PKH の課題として、僻地における保健医療と教育へのアクセスの問題が挙げられる。

保健医療に関して、インドネシアでは、医師や病床数の不足が課題であるが、島嶼地域などの僻地では、医療機関が通院可能な範囲にないケースが多く、より深刻である。また、貧しい地域では、助産婦が出産のための支援を行うのが一般的であるが、僻地であるが故に、助産婦による分娩時の支援も困難となっている。また、助産婦による支援が可能な場合でも、必要な電気や水を賄える環境が整備されていない場合もある。

教育に関して、貧困地域では、十分な数の教育機関が通学可能な範囲にないことが

---

<sup>32</sup> ILO Jakarta (2011) “SPF Assessment Matrix”

<sup>33</sup> 2012 年 2 月 MoSA ヒアリングによる。

多い。特に、僻地に住む貧困層にとっては、交通手段がないこと、長距離の移動に伴い交通費が負担となっていることが課題である。移動距離が長いケースや、川を泳いで渡るケースがあり、長時間の通学による子ども自身の学習意欲の減退（特に、朝食を食べられない子どもには通学は大きな負担となる。）により、教育を継続的に受けさせることが困難となる場合も多い。また、学校に通うことができても、十分な有資格の教師を必要な人数確保できていないこと、教育上必要な設備（適切な校舎や十分な図書など学習環境上必要なもの）が不足していることも課題である。

PKHは、貧困の連鎖を食い止め、次世代を担う人材を活用することがプロジェクトの目的であるが、都市部の貧困層に比べ、僻地の貧困層への支援については、こうした課題が残る。PKHの成功の可否は、保健医療と教育へ人材や設備へのアクセシビリティ次第であるのが現状である<sup>35</sup>。

#### (4) 地域を基盤とした相互扶助システム

インドネシア政府は、石油価格高騰を受けた2005年の燃料補助金削減に伴い、貧困層への影響を緩和すべく補償プログラムを導入している。PNPM Mandiriは、PKH同様に、こうした背景からコミュニティ・エンパワーメントのための国家的プログラムとして、2007年に開始されたコミュニティ参加型の貧困削減と雇用創出を目的として実施された制度である。

##### ① 制度の概要

PNPM Mandiriは、貧しいコミュニティの住民に対して、コミュニティ（村よりも小さな単位。ひとつの村に複数のコミュニティが存在するのが一般的である）への直接支援として補助金を支給し、コミュニティが自ら用途を定め、必要なインフラ等を決定し、実施する住民参加型の事業である。

PNPM Mandiriの実施機関は、国民福祉調整省である。PNPMの実施の主要な目的として、所得の向上、女性及び周縁化されたグループのコミュニティ参加、貧困層による経済活動への参加（金融資本、市場、情報及び革新へのアクセシビリティの向上）、PNPM Mandiriを通じた地方自治体の組織力の向上などがあげられている。

同省は、貧困対策を実施するだけでなく、各省間の縦割り行政の改善及び地方自治体を含め不正の防止という側面から、効果的なプログラムの運用に取り組んでいる。

補助金は、政府からコミュニティに直接支払われる仕組みであり、地方自治体の関与はファシリテーターの選定に限定され、予算執行のための口座もコミュニティ名義となっている。これは、過去に地方自治体に任せたことで、不正がまん延したことの反省によるものである。全国でPNPM Mandiriの実施のために、42,000人のファシリテーターが同省によりコミュニティに配置されている。ワークショップを通じてコミュニティがプロジェクトの決定をし、ファシリテーターは、コミュニティへの情報提

---

<sup>34</sup> WB(2012) “PKH Conditional Cash Transfer”

<sup>35</sup> Social Protection in Asia, Problems and Challenges for the Indonesian Conditional Cash Transfer Programme-Program Keluarga Harapan(PKH)(2009),pp.10-14

供、参画促進、研修の提供、技術支援などプログラムを展開している。インドネシアは、男性が海外に出稼ぎ労働に行き、女性が多いコミュニティも多く、ファシリテーターの指導の下で、有償でこれらの女性が橋や道路の整備などに従事している。

なお、2010年で9億USDの支援が実施され、以下のプロジェクトが実施された<sup>36</sup>。

- ・農道：18,279km
- ・橋：2,147本
- ・灌漑システム：3,447件
- ・浄水設備：2,053件
- ・(小規模な)道路：26,000km
- ・排水路：7,100km
- ・ごみ処理設備：170,000ユニット
- ・医療設備：13,000件
- ・その他 946件のインフラ整備

同省は、住民が直接道路や橋を建設した場合と、外部の土木・建設業者に整備を委託する場合と比較して、政府の財政負担は40%程度縮減に寄与していると評価している<sup>37</sup>。

なお、PNPM Mandiriの実施状況は以下のとおりである。

図表 II-23 PNPM Mandiriの実施状況<sup>38</sup>

年	実施地域数(郡レベル)	補助金給付総額(兆IDR)
2007	2,803	2.8
2008	3,999	5.9
2009	6,408	11.0
2010	6,321	11.8
2011	6,622	10.3
2012(予定)	6,680	9.9
合計	32,833	51.8

※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：国民福祉調整省(2012)PNPM Mandiri and PNPM Generasi

<sup>36</sup> PNPM Support Facility (<http://pnpm-support.org/sske-outcomes>)

<sup>37</sup> 2012年2月国民福祉調整省へのヒアリングによる。

<sup>38</sup> 国民福祉調整省(2012)“PNPM Mandiri and PNPM Generasi”

## ② 国際協力の状況<sup>39</sup>

PNPM に対する無償資金援助の実績は、以下のとおりである。

図表 II-24 PNPM への支援実績

(単位：百万 USD)

	2008年	2009年	2010年	合計額
オーストラリア	6.2	3.1	14.9	24.2
デンマーク	2.7	4.5	4.3	11.5
オランダ	14.7	4.5	0.8	20.0
イギリス	-	5.6	2.3	7.9
アメリカ	-	-	64.7	64.7
EU	-	-	3.4	3.4
合計額	23.6	17.8	90.4	131.7

※1 ドル (USD)=81.07 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：PNPM Support Facility (2010) PSF Progress Support

## ③ 課題

同省は、貧困対策を実施するだけでなく、各省間、中央政府・地方政府の利害関係の調整及び縦割り行政の改善を目的として実施されているが、依然として適切に機能していないのが現状である。また、コミュニティの資金の不適切な使用及び手続きや、貧困削減プログラムに対する政治の介入などは、引き続き課題であるとして指摘されている<sup>40</sup>。

技術面については、国民福祉調整省は、150,000 人のファシリテーター配置の意向があるが<sup>41</sup>、専門技術を有する人材は、都市部での勤務を希望するため、恒常的に人材不足となっており、地方では社会人経験のない者がファシリテーターとなるケースもある。ファシリテーターの業務は、住民の召集、説得、動機付けなど、長い経験を要するため、専門性と実務経験をファシリテーターの確保が課題となっている<sup>42</sup>。

<sup>39</sup> 2012 年 2 月国民福祉調整省へのヒアリングによる。

<sup>40</sup> 国民福祉調整省 (2012) “PNPM Mandiri and PNPM Generasi”

<sup>41</sup> 2012 年 2 月国民福祉調整省へのヒアリングによる。

<sup>42</sup> SMERU Research Institute, (2011) “A Qualitative Study on the Impact of the 2010 PNPM-Rural in East Java, West Sumatra, and Southeast Sulawesi”

## 7. 高齢者ケア・高齢者福祉

WBによると、インドネシアの2010年の出生率は2.12%、高齢者人口を生産年齢人口で除した比率は8.2%、平均寿命は68.9歳であり、過去20年で少子化と高齢化が進んでおり、今後も進むこと予測される。

近年の家族に見られる変化として、世帯人数の減少と、大都市や海外への移民労働の増加により、親族が高齢者を直接的に介護することは今後ますます困難になると予測されている。こうした状況において、家族による直接的な介護から、家族以外の機関を通じたケアが求められるものと予測されている<sup>43</sup>。

### (1) 高齢者政策に関する計画・体制

高齢者福祉に係る法制度としては、「高齢者福祉法 1998 年第 13 号」及び「高齢者福祉の促進の取組み実施に係る政府規則 2004 年第 43 号」が施行されている。

インドネシアにおいては、MoSA が、高齢者福祉に係る政策を担っている。

### (2) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、現在も高齢者ケアのほとんどは家族を中心に友人や隣人に任されている。一方で、高齢者は、総じて現役世代よりも教育水準が低く、経済発展からも取り残されている点、政府の支援の優先順位が決して高くはない点から、身寄りのない高齢者や障害のある高齢者の置かれている状況は厳しいものといえる。

インドネシアにおいては、高齢者施設への入所に対して抵抗がある高齢者がほとんどであり、入所型の高齢者福祉施設は、その数は少なく、公的セクター及び民間セクターのいずれにおいてもサービスは発達途上である<sup>44</sup>。多くの高齢者福祉施設は、都市部に立地しており、地方の高齢者には、選択肢がないの現状である<sup>45</sup>。

また、政府も、家族が高齢者を支援するべきものと捉えている<sup>46</sup>。

#### ① 入所型高齢者施設・高齢者サービスの状況

高齢者福祉施設は、MoSA、州政府、民間が担っているが、高齢者用施設の利用料は、収入に応じた負担を求めている。無収入者は無料であるが、経済的に余裕はあるが身寄りのない高齢者の場合、応分の負担が求められる<sup>47</sup>。

インドネシアの入所型の高齢者福祉施設は、シェルター、健康維持及びレクリエーションや宗教行事など社会活動を実施している。一般には、高齢者対策は、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者などを主たる対象としている。

<sup>43</sup> SMERU(2006)Public Policy Towards the Elderly in Indonesia : Current Policy and Future Directions

<sup>44</sup> SMERU(2006)Public Policy Towards the Elderly in Indonesia : Current Policy and Future Directions

<sup>45</sup> Global Health Action のホームページ

(<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/2125/6070#CIT0014> )

<sup>46</sup> UNESCAP(2007)Country Statement Indonesia

<sup>47</sup> 厚生労働省「世界の厚生労働 2007」p.275



図表 II-25 2004 年の高齢者福祉施設の数及び入所者数<sup>48</sup>

	施設数	入所者数（人）		
		男性	女性	合計
政府	2	68	114	182
地方自治体	69	1,853	3,102	4,955
民間	164	1,598	4,662	6,260
合計	235	3,519	7,878	11,397

## ② その他の高齢者サービスの状況<sup>49</sup>

通所型の支援策としては、身寄りのない世帯や貧しい世帯において、在宅でのケア、高齢者向け養護施設、コミュニティレベルでのディケアサービス(Pusaka)、老人センター、高齢者向け地域の出張検診(Posyandu)、家族による高齢者支援の啓発などが挙げられる。

インドネシアのPosyanduの活動は、コミュニティベースで、Puskesmasと連携して実施される定期的な母子保健活動であるが、これを老人福祉に適用したものが高齢者向けのPosyanduであり<sup>50</sup>、定期健診や健康維持に対する啓発が行われている。なお、Posyanduは、MOHの所掌である。

## ③ NGO等による支援の状況

インドネシアには、様々な NGO が組成されている。退役軍人や退役公務員による非営利団体が存在しており、こうした団体は、インドネシアの国内に多くの支部を有している。

こうした退役軍人・公務員等の団体のほかに、高齢者のための協会として、インドネシア高齢者協会(Pergeri : Indonesian Gerontology Association)が1985年に組織された。Pergeri は、高齢者向けにコミュニティレベルの支援や、保健医療に係る支援の提供、各種調査などを実施している。

コミュニティレベルでのディケアサービス(Pusaka)は、活動に必要な資金があれば、個人又は団体のいずれも設立可能がある。主な活動の資金源は、個人、非営利団体、企業、コミュニティなど様々である。任意の団体と公的な団体とあり、非営利の機関である社会福祉団体(BK3S)によって公的にPusakaとして認められるためには、介護者が、運営開始後から2年以上活動していることが必要である。BK3Sから認可を受けるメリットは、政府からのBK3Sを通じた補助金の助成、介護のマネジメントの研修や指導が受けられること、ネットワークの形成などが挙げられる。認可されたPusakaは、BK3S、地方自治体や関係するドナーに対して四半期報告と年間報告の提出が求められるが、運営の裁量はPusakaに委ねられている。Pusakaは、無料で通所

<sup>48</sup> NCOP 資料

([http://asiaforum.tsaofoundation.org/pdfDownloads/Day1/free\\_papers/Housing%20Option%20for%20Older%20Persons%20in%20Indonesia.pdf](http://asiaforum.tsaofoundation.org/pdfDownloads/Day1/free_papers/Housing%20Option%20for%20Older%20Persons%20in%20Indonesia.pdf))

<sup>49</sup> UNESCAP(2007)Country Statement Indonesia

<sup>50</sup> Global Health Action のホームページ

(<http://www.globalhealthaction.net/index.php/gha/article/view/2125/6070#CIT0014>)

型の福祉サービスを貧しい高齢者向けに提供しており、食事や基本的な医療サービス、手工芸や体操などのレクリエーションの機会、宗教活動などを提供している。これらの運営は、コミュニティレベルで、主に地域の女性によって行われている。対象となる高齢者の基準は、60歳以上であること、寡婦でありかつ貧困状態にあること、当該村及び関係する機関の首長から推薦されること、介護者の自宅から徒歩圏内に居住していることなどが挙げられる<sup>51</sup>。

### (3) 高齢者政策に関する今後の課題

インドネシア高齢者問題国家委員会(NCOP：National Commission for Older Persons Indonesia)によると、徐々に高齢者の人口が増加していくインドネシアにおいて、直面する3つの高齢者福祉における課題を指摘している。一点目は、コミュニティレベルでの支援では、資金が不足しているため、十分な高齢者の支援を行うことは困難であるとし、政府として高齢者のための予算配分を行う必要があることである。二点目は、社会福祉関連の施設のマネージャーに必要なトレーニングが不足していること、三点目は、介護者に対する教育の必要性が高まっていることを指摘している<sup>52</sup>。

### (4) 国際協力の状況

2003年から2006年までの3年間、UNESCAPによって、西ジャカルタの貧しいTegal Alur地区において、身寄りのない貧しい高齢者向けに、試験的にコミュニティレベルの在宅医療のプロジェクト(Home Care Pilot Project)が提供された。同プロジェクトは、ボランティアの介護者を採用し、基本的な介護のスキルを提供するものである。介護者は一般に、女性であり、ボランティアベースで働いている。プロジェクト終了時に、高齢者、高齢者の介護を行う家族、ボランティアの介護者、コミュニティや関連機関のスタッフにインタビューを実施した結果、いずれの関係者のボランティアによる介護の満足度は高く、成功したケースと評価している。また、UNESCAPは、今後の必要な取り組みとして、以下の提言を行っている。

- ・コミュニティベースのサービスは、今後も必要であり、他の地域で拡大すべきであること。
- ・継続的なサービスを提供するために、地方自治体が調整し、既存の地域ネットワークを活用する必要があること。
- ・家庭以外の外部からの支援に対する受容を促すために、コミュニティレベルでの高齢者問題に対する啓発が必要であること。
- ・ボランティア介護者が、高齢者に対してより協力的にサポートするために、高齢者の心理社会面に関する一層のトレーニングが必要であること。

<sup>51</sup> Kim Dung Do-Le and Yulfita Raharjo (2002) “Community-Based Support for the Elderly in Indonesia: The Case of PUSAKA” 当該調査では、経済危機により Pusaka の収入が大幅に減少したと報告されている。

<sup>52</sup> NCOP 資料

([http://asiaforum.tsaofoundation.org/pdfDownloads/Day1/free\\_papers/Housing%20Option%20for%20Older%20Persons%20in%20Indonesia.pdf](http://asiaforum.tsaofoundation.org/pdfDownloads/Day1/free_papers/Housing%20Option%20for%20Older%20Persons%20in%20Indonesia.pdf))

- ・ ボランティアを活用したサービスを提供する上で、ボランティア介護者の介護経験について深度化した検討が必要であること。それによって、ボランティア介護者への研修内容の設計、ボランティア介護者への支援、コミュニティへの高齢者介護への動機付けに影響するためである。

## 8. インドネシアの社会保障における課題

### (1) 医療保障制度における課題

#### ① 制度設計上の課題

##### 1) 国家戦略上の課題

インドネシアにおいては、多数の政府機関が存在し、多数の医療保障に係るプログラムを実施している。こうした問題から、結果的に、国民皆保障の取り組みを主導的に実施する機関が不在となっており、省庁横断的な戦略の策定が困難であることが課題である。

##### 2) 医療供給体制の拡充に伴う課題

医療設備や医療従事者などの数や水準などの医療供給体制は、都市部と地方で大きく異なっているのが現状である。医療機関が不足している地域の住民は、医療機関に行かない又は行けないケースも多く、医療機関へのアクセスの状況次第で、一人あたり医療費は大きく異なる。こうした要因により、ジャカルタでは、インドネシア全土と比べ、一人あたり医療保障に要する経費は2倍近く増大する傾向にあることが指摘されている<sup>53</sup>。医療供給体制の充実が求められているが、医療の質の担保と、医療保障に係る経費の抑制が課題である。

##### 3) 民間病院の国民皆保障への移行の課題

民間医療機関は、これまで公的医療制度とは異なる民間医療サービスを提供してきたが、国民皆保障により、保険診療と自由診療を併用した混合診療を提供することとなる。そうしたなかで、民間医療機関を保険医療機関として、どのように一元化したシステムに取り込んでいくのか、制度的・政治的な課題が残る。

##### 4) 公立病院と民間病院の会計制度等の違い

公立病院と民間病院では、前者が現金主義、後者が発生主義に基づく会計処理を行っており、支払いの仕組みも異なっている。国民皆保障後は混合診療となることが想定されるが、今後 DRG の設計・更新の上では、資本コスト及び医療経費を適切に把握することが必要となる。

#### ② 制度実施上の課題

##### 1) 労働組合・事業者団体の反対

業界団体の対応として、国営企業労働組合(FSBUMN : The State Enterprise Workers Union)、国民労働組合(SPN : The National Workers Union)及びインドネシア経営者連盟(Apindo : The Indonesian Employers Association)がBPJSによる社

---

<sup>53</sup> Yves Guerard, Mitch Wiener, Claudia Rokx, George Schieber, Pandu Harimurti, Eko Pambudi and Ajan Tandon, (2011) "Actual Costing of Universal Health Insurance Coverage in Indonesia"

会保障制度の一元化に対する反対勢力である。労働組合関係者は、新制度導入による被用者負担に対して反対する一方、経営者団体関係者は、インフォーマルセクター労働者へのカバレッジの拡大等により、現行以上に事業主の負担が増加することに、反対している<sup>54</sup>。

新制度では、医療保障において現状保障されている水準以下にならないよう、現行制度で最も給付が充実している制度に水準を合わせる予定とされており、その場合一定の負担額の増加が予測される。負担増を労使に対して求めていくなかで、インフォーマル労働者の人件費の増大、看過されてきた未納の問題が、労使ともに認められなくなることに反対と考えられる。こうした反対により、保険料水準の設定が困難となり、一元化に遅延が生じる恐れがある。

## 2) インフォーマルセクターのカバレッジの課題

これまで無保険となっていた層であるインフォーマルセクターに対し、対象者を特定し、対象者の職業・住居の移動を継続的に把握する方法など、どのようにして確実に保険料を徴収するのか、という課題は、依然として残っている。特に、僻地のインフォーマル労働者は、所得が低く雇用が安定していないことに加えて、病院や保健所から離れて居住しており、保険に加入し給付を受けるインセンティブが弱いことが挙げられる。

## 3) 未納者のカバレッジの課題

保険料の未納者が多い現状において、未納の事業主からの徴収方法・罰則などの仕組みづくりが求められる。MOF関係者により罰則や徴収手続きなど、課税制度に準じた徴収方式の採用は、各党派の同意が得られにくく、実現性が低いとの指摘がなされている<sup>55</sup>。

## (2) 年金及びその他の所得保障制度をめぐる課題

### ① カバレッジ拡大の問題

年金及びその他の所得保障のカバレッジは、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低いのが現状である。

今後政府は、これまで無保険となっていた層であるフォーマル及びインフォーマルセクターの対象者の特定と継続的な徴収のほか、未払いに対する罰則の規定や、所得保障の拡充を見据えた労働法制の整備が求められている。

### ② 企業老齢貯蓄の取り崩し

失業保険が存在しないなかで、JAMSOSTEK による企業老齢貯蓄(JHT)は、55 歳を待たずに引き出されるケースが多く、本来の意味としての「老齢貯蓄」として機能していない。

---

<sup>54</sup> Jakarta Post “Workers, Employers to Challenge BPJS Law at Constitutional Court” 2011 年 10 月 31 日

### (3) 社会福祉制度に係る課題

#### ① 貧困層特定のためのデータベースの正確性と運用上の課題

現行の JAMKESMAS、JAMKESDA、米による食糧支援(Raskin : Beras Miskin)、直接現金給付(BLT)、CCT 等をはじめとして活用されている貧困層を特定するためのデータベースは、正確性が乏しいという課題が挙げられる。

現在の医療保障や社会扶助等のプログラム実施は、個々別々に実施されており、支援対象となる貧困層の特定についても、統合された仕組みのもとで効果的に運用がなされているとは言い難いのが現状である。対象者が同一でありながら、受給者は異なるといった事象もしばしば見られる。例えば、Raskin、BLT及びJAMKESMASは、下位 30%の貧困世帯を対象としたプログラムであるにも関わらず、3つのプログラムの給付や支援を受けた世帯は、3分の1未満であった<sup>56</sup>。

#### 1) 統一的データの不在に起因する課題・プログラム毎の改定の対応の遅れ<sup>57</sup>

現行の JAMKESMAS、JAMKESDA、Raskin、BLT、CCT 等をはじめとして活用されている貧困層を特定するためのデータベースとして、主に BPS のデータベースが使用されているが、必ずしも同一のデータベースが統一的に使用されているわけではない。

例えば、JAMKESMASでは、現行の最新版であるBPSの 2008 年の調査に基づく社会保障プログラムのためのデータ収集(PPLS2008 : Data Collection for Targeting Social Protection Programs)が、2011 年から用いられているが<sup>58</sup>、2012 年 2 月時点では、デポック市のJAMKESDAにおいては、PSE2005 が用いられていた。

PSE2005 は、世帯の状況を特定する 14 の指標のみであるのに対し<sup>59</sup>、PPLS2008 は、国民社会経済調査(SUSENAS : National Socio-Economic Survey)の 39 の指標、村落潜在力統計(PODES : Village Potential Statistics)の 12 の指標及びPPLS2008 の 24 の指標（個人 6 指標、世帯 18 指標）が盛り込まれており、PSE2005 と比べると、一定程度高度なものとなっている。

このように、最新データへの対応の遅れ、統一的なデータの運用がなされていないことが、プログラム毎に適切な対象者への給付に関する精度の違いが生じること、政府や地方自治体による効果的・効率的な支援プログラムの実施が困難となることなど、改善の余地があるものと考えられる。

#### 2) 既存データベースの正確性に起因する課題<sup>60</sup>

BLT は、2005 年の燃料補助金の削減による、貧困層又は貧困に転落する恐れのある

---

<sup>55</sup> 2012 年 2 月 MOF ヒアリングによる。

<sup>56</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

<sup>57</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

<sup>58</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

<sup>59</sup> Jamkesda の項目参照。また、WB(2012)“Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”によると、Raskin プログラムでは、PSE2005 が用いられている。

<sup>60</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

る脆弱な層への影響の緩和を目的として導入された現金給付プログラムであるが、その際に、貧困層特定のために、急ごしらえでデータを収集する必要があった。様々な手法が検討されたが、実務上は、各村の首長が、特に明確な基準がないまま、潜在的に受給可能性のある者を挙げるという方法が用いられた。仮にある貧困世帯が、貧困層として首長から指名されなかった場合、その世帯は支援対象者として検討対象となることはない。

データベースは3年おきに改定されており、2005年、2008年の調査に基づく PPLS データが構築されている。現在の2008年のデータベースは、2005年の調査から改定されたものであるが、2005年に貧困層のデータベースから漏れている世帯は、2008年のデータベースからも漏れているケースが大半である。

### 3) 支援対象者（貧困層・貧困脆弱層）の選定過程における課題<sup>61</sup>

JAMKESMASは、最も貧しい30%の貧困層を対象としているにもかかわらず、給付を受けている者には、比較的生活にゆとりのある層も含まれる場合もある。ある地域では、データベースに基づき選定されている一方で、別の地域では Puskesmas のスタッフの判断で選定している場合もある。その他、本来的には受給資格がありながら、データベース上の記録が存在しないために、JAMKESMASによる医療保障の対象外となるケースも存在している。JAMKESMASによる医療保障の本来的な対象者と、実際に給付のを受けている者との適合状況について無作為抽出し得点化<sup>62</sup>を行った結果、16点であった。

なお、こうした状況は他のプログラムにも見られている。Raskinにおける米の配分においては、データベース上のリストに対し、コミュニティレベルで会議が開かれ、チェックを受けたのちに決定される。この過程のなかで、会議が開かれたケース、開かれなかったケースなど、対象者決定の過程は様々であった。コミュニティでは、地域における世帯間の軋轢を回避することを目的として、支給対象者である貧困層に適合するか否かという基準よりも、平等に配分することが優先された。このため、得点化の結果は、BLTやJAMKESMASよりもさらに低い13点であった。なお、BLTは24点であった。

### 4) 既存データベースの運用上の課題<sup>63</sup>

現行データベースでは、多くの貧困層が除外されているのが課題である。貧困層及び貧困層に転落する恐れのある貧困脆弱層のデータベースを的確に抽出する必要がある。

適切な対象者（貧困層及び貧困脆弱層）の選定にあたっては、対象者がデータベースに適切に含まれていること、すなわち精度の高いデータベースが必要となる。次い

<sup>61</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

<sup>62</sup> 対象となる貧困層に全く給付がなされていない状態を0点、全ての給付金が全て対象者となる貧困層に給付された場合を100点として算定。対象者の特定と給付は容易ではないため、100点となることはなく、50点あれば精度が高いと評価できる。

<sup>63</sup> WB(2012) “Targeting Poor and Vulnerable Households in Indonesia”

で対象者が適切に選定されるというプロセスが必要になるが、現実には対象者特定のガイドラインが現場では適切に運用されておらず、運用するスタッフの知識や認識が十分に醸成されておらず、共有されていない点も、対象者選定が適切になされない原因となる。

さらに、プログラム実施にあたって、実施機関間の調整が現状十分に機能していない点も課題といえる。例えば PKH や JAMKESMAS などのプログラムは、啓発キャンペーンや手続きを一体的に実施することで相乗効果が見込まれるが、実際には個別になされている。

## 9. インドネシアにおいて取り組むべき優先事項

### (1) 医療保障制度

インドネシアにおいては、国民皆保障に向けた制度の整備、貧困削減プログラムなど、既に国際援助機関によって、様々な取り組みがなされている分野である。こうした状況において、医療分野に関しては、医療会計制度や診療報酬の策定など、個別の医療制度に関する研修プログラムや、大学機関等の長期研修やセミナーにおける情報の共有などが優先事項として挙げられる。

### (2) 高齢者福祉

インドネシアにおいても、今後は高齢化が進展することが予測されるが、高齢者施設やサービスを提供するために必要な人材の育成が、十分になされているわけではない。今後は、高齢者福祉分野のニーズの把握と、高齢者福祉分野の人材育成への支援へ取り組みが重要になると想定される。



### III ラオス

#### 1. 社会保障の全体像

##### (1) 憲法における社会保障

1991年憲法に新たに追加された条項として、第25条において「保健・医療政策」が規定されている。第25条、1項では「国家は人民の健康を維持するために、公衆衛生事業の改善及び拡充に配慮する」とある。また、第28条では旧憲法の第20条を改正する形で「社会福祉政策」について規定し、「国家及び社会は、とりわけ国民的英雄、競争戦士、年金受給者、身体障害者、革命事業のために亡くなった者の家族及び祖国に功績がある者への適切な社会福祉政策の実施に配慮する」としている<sup>1</sup>。

##### (2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

第6次国家社会経済開発5か年計画（第6次NSEDP：National Socio-Economic Development Plan）（2006-2010）においては、4つの重点取組みの1つに保健分野が挙げられ、2000年には「2020年に向けての保健戦略（Health Strategy to the Year 2020）」が策定された。この戦略の中で、1）ヘルスケアサービスのフルカバレッジ（皆保障化）と平等性、2）統合されたヘルスケアサービスの発展、3）ディマンドベースのヘルスケアサービス、4）自助努力と財政的に自立性のあるヘルスサービス、の4つの基礎的な達成すべき目標が示された他、ラオスにおける保健マネージメントと保健財政構造の改善、そして貧困者への保健分野の支援も明示された<sup>2</sup>。

現在は、2011年に国民議会で承認された第7次国家社会経済開発5か年計画（第7次NSEDP）（2011-2015）のもとで、1）安定的な経済成長の確保（GDP成長率8%、一人あたりGDP1,700米ドル<sup>3</sup>）、2）2015年までのMDGs達成、2020年までの後発開発途上国（LDC：Least Development Country）脱却、3）文化・社会の発展、天然資源の保全、環境保全を伴う持続的な経済成長の確保、4）政治的安定、平和、及び社会秩序の維持、国際社会における役割向上、の4点が目標に掲げられている<sup>4</sup>。特に、2）のMDGsに関しては、母子保健（妊産婦の健康）に関する指標（MDG4 乳幼児死亡率の削減、及びMDG5 妊産婦の健康の改善）の達成が十分でないため、これらの取組みに重点が置かれている<sup>5</sup>。

##### (3) 社会保障制度の概略

ラオスでは、医療保障制度と年金及びその他の所得保障制度では、カバレッジの範囲が異

<sup>1</sup> 瀬戸裕之訳「ラオス人民民主共和国」『アジア憲法集』（2004）より。

<sup>2</sup> Thome JM, Pholsena S (2009) Lao People's Democratic Republic: health financing reform and challenges in expanding the current social protection schemes. In *Promoting Sustainable Strategies to Improve Access to Health Care in the Asian and Pacific Region*. United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, p.74 [http://www.unescap.org/esid/hds/pubs/2529/2529\\_Chapter%203%20P71-102.pdf](http://www.unescap.org/esid/hds/pubs/2529/2529_Chapter%203%20P71-102.pdf)

<sup>3</sup> 1ドル（USD）=81.07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）

<sup>4</sup> 外務省国別データブック（2011）より。  
[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11\\_databook/pdfs/01-11.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/shiryo/kuni/11_databook/pdfs/01-11.pdf)

<sup>5</sup> 現在のMDG4及び5の数値・推移と、達成までの計画に関しては、UNDP ウェブサイトを参照。  
[http://www.undplao.org/newsroom/publication/MAF%20Report\\_Lao%20PDR\\_September%202010.pdf](http://www.undplao.org/newsroom/publication/MAF%20Report_Lao%20PDR_September%202010.pdf)

なっている。

現行の医療保障制度としては、4つの制度が存在する。1つ目は公務員の社会保障制度として1993年に創設された公務員社会保障制度（CSS：Civil Servants' Scheme）であり、従来の公務員の福利厚生制度を引き継ぐ形で、社会保険制度として再編されている。2つ目は、フォーマルセクター（従業員10人以上の企業）の強制加入保険である被用者社会保障制度（SSS：Social Security Scheme）、3つ目はインフォーマルセクター<sup>6</sup>を対象とした任意医療保険制度である地域医療保険制度（CBHI：Community Based Health Insurance）がある。4つ目は、低所得者層に対する無料医療サービスシステムである貧困者対象医療保険（HEF：Health Equity Fund）で、医療費だけでなく交通費も支弁されることから、遠隔地域における医療提供において、大きな役割を担っている。

CBHI及びHEFは、上記2つの医療保障制度とは異なり、制度開始時より給付・運営予算もドナーの支援に依存していたが、徐々にその運営や予算拠出も保健省に移管しつつある。また、CBHI実施地域では、HEFが保険料拠出を行うことで、CBHIとHEFが単一制度として運用されている。

近年では、この4つのスキームに加え、母子保健医療給付制度（ナムトゥンダムプロジェクトに関連した現金給付支援。ルアンパバーン、シェンクアン、ボリカムサイ、カムワン、ヴィエンチャン県で実施）が開始されている<sup>7</sup>。

他方、年金及びその他の所得保障制度に関しては、上記のCSS及びSSSのみが機能し、インフォーマルセクターの労働者に対する社会保障制度が存在しない状況である。2005年の国勢調査によると、就業別人口では経営者が約7千人、自営業者が約115万人、家庭内労働者が約126万人といわれ、このうち一部の12万人がSSSに加入しているものの、国民の大半がいまだ社会保障の恩恵を受けられない点が課題となっている。

現在、ラオス社会保障法（Social Security Law）の施行および国家社会保障制度（Lao National Social Security System）を2015年から2020年にかけて段階的に全国的に導入する予定となっている<sup>8</sup>。上記の社会保障法の施行後、2013年までにCSSの運営機関である国家社会保障庁（SASS：State Authority of Social Security）とSSOは統合される予定となっている。

ラオスにおける地方行政区分は、県（Province、15県）、特別市（ヴィエンチャン特別市）、特別区（サイソンプーン特別区）の下に、郡（District、143郡）、村（Village、1万944村）に分けられ<sup>9</sup>、中央省庁の地方機関である局が各県に配置されている（例えば、保健省（MOH）の出先機関である保健局が県の人民行政委員会の下に配置されている）<sup>10</sup>。

<sup>6</sup> 本稿での「インフォーマルセクター」とは、公務員及び従業員10名以上の事業体に雇用された労働者以外（CSSとSSSの対象外の人々）を意味することとする。

<sup>7</sup> 母子保健医療給付に関しては、突如開始された制度であり、MDGの目標を達成するための突発的な対処に見えるとの批判もある。

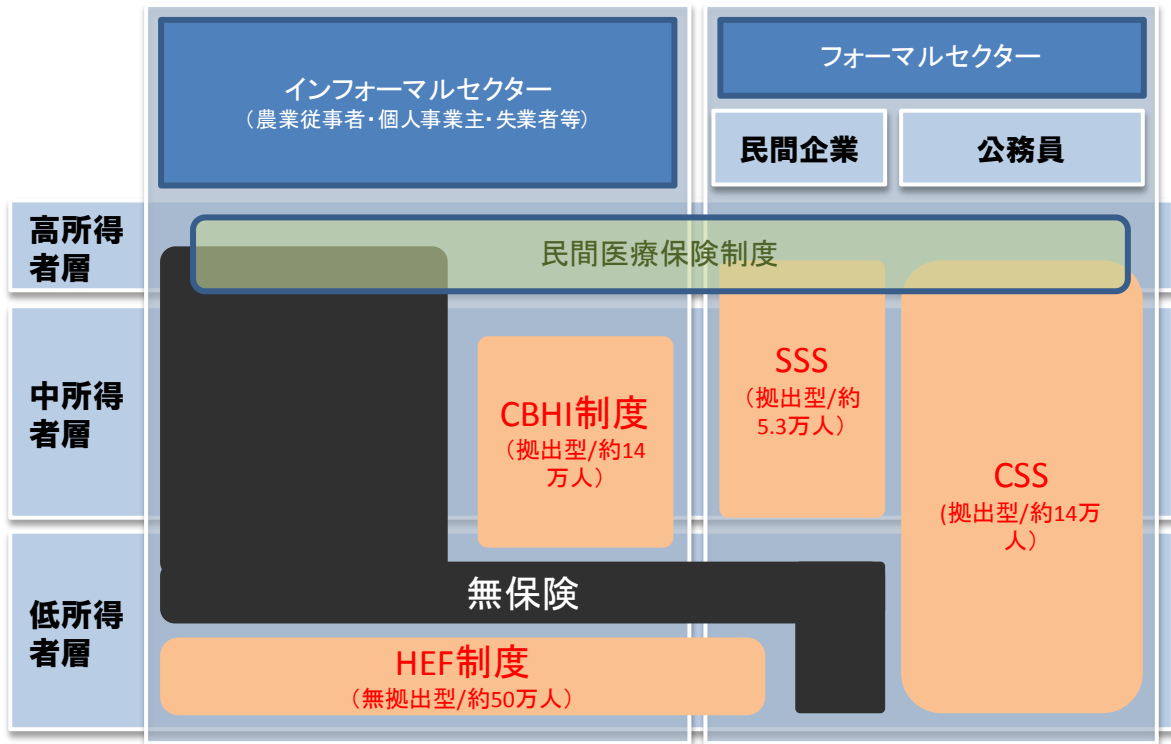
<sup>8</sup> 労働社会福祉省（MLSW）ヒアリングより。

<sup>9</sup> スックニラン（2012）「ラオスの経済地理統計データ」熊谷聡編『東アジア経済地理統計データセットの作成と分析』調査研究報告書アジア経済研究所、pp.1-2。

[http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2011/pdf/206\\_ch9.pdf](http://www.ide.go.jp/Japanese/Publish/Download/Report/2011/pdf/206_ch9.pdf)

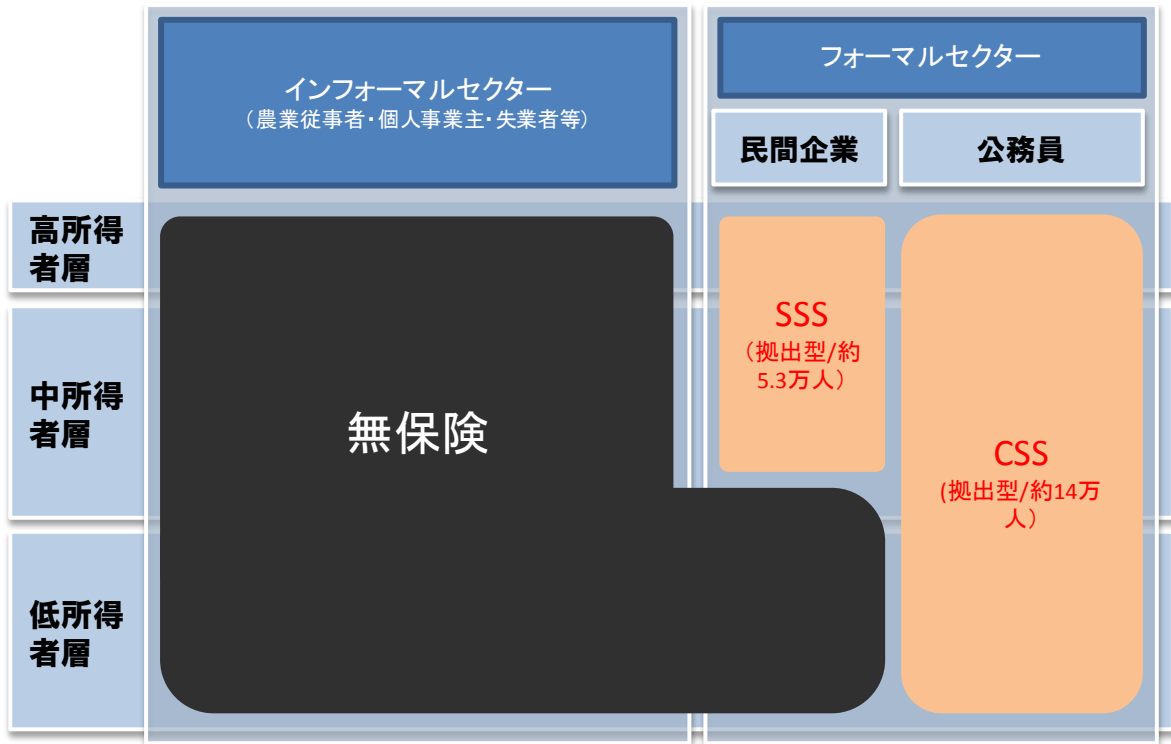
<sup>10</sup> 山田紀彦（2011）「ラオス人民革命党支配の確立」『ラオスにおける国民国家建設—理想と現実—』アジア経済研究所、p.52

図表 III-1 ラオス社会保障制度カバレッジ概念図 (医療保障)



出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

図表 III-2 ラオス社会保障制度カバレッジ概念図 (年金及びその他の所得保障)



出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

## 2. 社会保障関係機関の概略

### (1) 保健省 (MOH : Ministry of Health)

MOHは、衛生・予防局 (DHP : Department of Hygiene and Prevention)、計画・予算局 (DBP : Department of Planning and Budgeting)、食品・薬品局 (FDD : Food and Drugs Department)、組織人材局 (DOP : Department of Organization and Personnel)、保健ケア局 (DCS : Department of Health Care)、検査局 (DOI : Department of Inspection) の6つの局及び7つの官房Cabinetを有する<sup>11</sup>。MOHはラオス国内の医療制度を監督し、また保健ケア局によって、国内の公立病院 (4つの中央病院と、3つの専門病院) 及び県病院、郡病院、保健センターのすべてを監督する機能を担っている。県レベルの病院 (4つの地域病院と、12の県病院) の監督は、県の保健局、郡レベルの病院と保健センター (127の郡立病院と750の保健センター) は郡の保健局が、中央のMOHとともに管轄している<sup>12</sup>。

### (2) 労働社会福祉省 (MLSW : Ministry of Labor and Social Welfare)

MLSW は、1993年創設された比較的新しい省であり、監査局 (Department of Inspection)、組織人材局 (Department of Organization and Personnel)、労働管理局 (Department of Labor Management)、社会福祉局 (Department of Social Welfare)、技術開発・雇用局 (Department of Skill Development and Employment)、社会保障局 (Department of Social Security)、年金・退役軍人・障害者局 (Department of Pension, War Invalid and Disabled People) を有している。主に高齢者、児童、障害者等への社会福祉・扶助政策、労働関連、公務員及び被用者への社会保険制度に関する取組みを行っている。

### (3) 国家社会保障庁 (SASS : State Authority of Social Security)

公務員向けの社会保障を発展させるため、MLSW 管轄のもと、SASS は2006年首相令第70号に基づいた独立機関 (Autonomous Body) として2008年に設立された。

現在の職員数は34名 (設立当初からの11名の職員は中央政府から、23名は社会保障基金の Administration Fund から給与が捻出されている) で、政府職員の多くは社会保障機構 (SSO : Social Security Organization) からの異動である。全国17県にSASSの県事務所があり、各事務所には10名前後の職員 (2-3名が中央政府、5-6名が運営基金による雇用) が配置されている。主に、公務員向けの医療給付、社会保障給付関連の業務を担当している。

### (4) 社会保障機構 (SSO : Social Security Organization)

MLSW の社会保障庁 (Social Security Agency) の監督下において、2002年にSSOが設立され、翌2001年6月から民間被雇用者向け社会保障制度の運営が開始された。SSOは、民間企業向けの社会保障基金の運営組織として1999年首相令第207号に基づく独立機関として2001年に設立された。

現在の職員は73名 (うちMLSWによる雇用は本部の7名と各地方事務所長の7名、残り

<sup>11</sup> 2012年4月から9つの局と官房Cabinetに組織改編を行っている。

<sup>12</sup> Thome JM, Pholsena S (2009) , p.75

は SSO の運営基金による雇用)。地方事務所は 7 県（ボリカムサイ、チャンパーサック、サイニャブリー、シェンクアン、ボケオ、サワンナケート、カムアン）に設置されている。運営費用は基金の 10% を越えない範囲の予算でまかなわれている。

主に民間企業の加入者を対象にした医療給付、社会保障給付関連の業務を担当している。

### 3. 社会保障関連支出

#### (1) 保健支出

ラオスにおける保健分野の支出額は、1990年代後半以降、下記のとおり年々増加傾向にある。政府の保健分野の支出は、1999年に大幅に減少したのち、2007年前後まで低水準で推移していたが、2008年以降は再び1997年頃の水準に回復している。

一人あたりの保健分野の支出で見ると、自己負担額の増加が大きいことが分かる。

図表 III-3 ラオスにおける1人あたりの保健分野の支出額（単位：米ドル）

	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
保健分野の支出額	15	19	33	31	32	34	35
保健分野の政府支出額	7	6	6	6	6	6	7
保健分野の民間支出額	8	13	28	25	26	28	28
自己負担額 (out-of-pocket)	7	12	21	19	20	21	22

※1 ドル (USD)=81.07 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： WHO (2011) *Health Financing Country Profile 1995-2008*, p.50 より抜粋

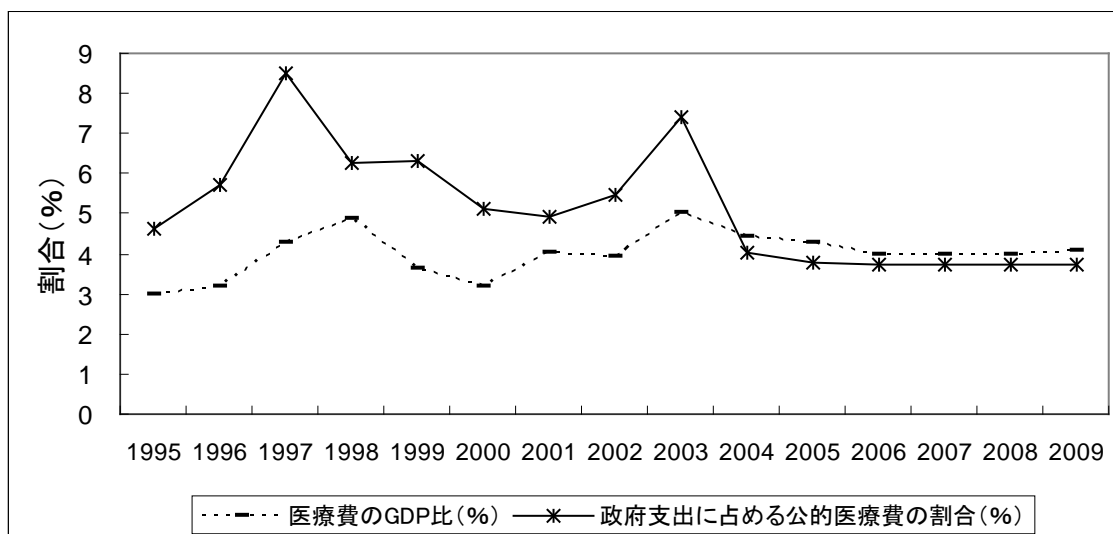
図表 III-4 ラオスにおける保健分野の支出額（単位：百万米ドル）

	政府の保健分野の支出額			民間保険への支出額	自己負担額	NGO 等による保健分野への支援額
		うち MOH への支出額	うち社会保険基金への支出額			
1995	44	22	0	0	26	3
1996	50	22	0	0	33	3
1997	64	27	0	0	42	4
1998	36	15	0	0	42	4
1999	17	7	0	0	34	3
2000	20	7	0	0	34	3
2001	20	6	1	0	35	15
2002	19	6	1	0	36	15
2003	26	7	2	0	55	18
2004	19	6	2	0	69	22
2005	15	6	1	0	76	24
2006	18	8	2	1	88	28
2007	20	6	2	1	109	35
2008	58	41	3	1	133	42
2009	68	48	3	1	121	49
2010	95	67	5	1	146	43

※1 ドル (USD)=81.07 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： WHO, Global Health Expenditure Database より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成

図表 III-5 ラオスにおける医療費の対 GDP 比及び政府支出に占める公的医療費の割合  
(単位：%)



出所： World Bank (2011) World Development Indicators & Global Development Finance

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）の割合は 15.1%となっており、外部依存度は東南アジアの中ではカンボジアに次いで高い数値となっている<sup>13</sup>。

## (2) 社会福祉支出

2003/2004 年度の MLSW の支出は、1,322 億キップ (LAK<sup>14</sup>) で、そのうち 47%にあたる 625 億 LAK は調整・技術支援費用（年金、社会保障給付、技術支援を含む）に、45%は人的資源投資（MLSW 職員給与）となっている。

2000/2001 年から 2003/2004 年の社会保障関連の支出額のうち、国際機関・海外援助機関からの支援が 52%を占めていた。また、2001 年から 2005 年までの社会保障関連の支出額は累計で 4 兆 5,814 億 LAK にのぼり、そのうち 78%が、不発弾被害者支援 (UXO)、孤児支援、障害者児童や自然災害被害者への給付に配分された。

社会福祉（扶助）分野への支出は 2007 年に約 4 億 LAK、2008 年に 5 億 LAK、2009 年に 12 億 LAK と増加しているが、その支出分の多くが、災害時における緊急支援等に充てられた<sup>15</sup>。

このように、社会福祉支出の多くが国際的な対外援助からの支援に依存しているため、資金源が不安定であることや、その額が必要額よりも少ないこと、また作業計画が実際の配分された援助額に従って立案できないことが課題として挙げられている<sup>16</sup>。

<sup>13</sup> World Bank, Health Nutrition and Population Statistics

<sup>14</sup> 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)

<sup>15</sup> Lorphengsy (2011) Country Report Lao PDR 2011, p.10

<sup>16</sup> *Ibid.*

## 4. 医療保障

### (1) 医療保障セクターにおける国家計画

国家医療財政戦略 2011-2015 (The National Health Financing Strategy 2011-2015) において、ラオスは 2015 年までに人口の 50%、2020 年までには国民全員が医療サービスを受けられるようにすることを目標にしている。ラオスは毎年 7-8% の高い経済成長率を達成する中、医療保障に充てられる予算は毎年増加している。特にインフラ関連への支援を徐々に進め、同戦略に基づいたマスタープランに沿って、社会保障制度の改善を実施している。具体的には、SASS と SSO の統合後の新社会保障法に関するプロジェクト（近隣のベトナム、中国、タイの社会保障制度を調査し、参考にする調査案件）、及び社会保障サービス（CSS と SSS）の改善（地方・郡での社会保障給付の評価、監査、病院の質の検査等）に関するプロジェクトが実施・検討されている。

### (2) 医療提供体制の特徴

ラオスで運営している病院のほとんどが公立病院であり、現在 5 つの中央病院（Central Hospital）、4 つの地域病院（Regional Hospital）、12 の県病院（Provincial Hospital）、130 の郡病院（District Hospital）、828 の保健センター（Health Center）がある<sup>17</sup>。

図表 III-6 ラオスにおける各病院の病床数の推移（1976-2009 年）

	中央病院 (Central Hospitals)	ケアセンタ (Curative Centers)	地方病院 (Regional hospitals)	県病院 (Provincial hospitals)	郡病院 (District hospitals)	診療所 (dispensari es)	合計
1976	465	...	...	1,295	2,675	1,743	6,178
1980	540	...	...	2,180	3,080	4,050	9,850
1985	660	...	...	2,125	3,168	3,870	9,823
1990	750	...	...	2,025	2,989	4,600	10,364
1995	852	...	...	1,937	2,291	1,596	6,676
2000	620	238	932	940	2,350	1,241	6,321
2005	660	160	907	985	2,366	1,658	6,736
2007	940	140	675	1,559	1,304	2,337	6,955
2008	810	120	675	1,559	1,845	2,106	7,115
2009	825	120	675	884	1,845	2,076	6,425
2010	856	120	675	930	1,845	2,281	6,707

※2008 年から 2009 年にかけて、県病院の病床数が大幅に減少しているが、原文資料のまま記載した。

出所：Lao Statistics Bureau (2011) Statistical Year Book 2011

[http://nsc.gov.la/index2.php?option=com\\_content&view=article&id=41&Itemid=43&lang=en](http://nsc.gov.la/index2.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=43&lang=en)

ラオスでは、保健医療サービス従事者の数が十分ではないことが長い間指摘されている。ラオス全国の保健医療サービス従事者は、1998 年の 1 万 2,481 人から 2009 年の 1 万 2,422 人とほとんど変化が見られない。特に農村部での中・高度技術をもつ保健サービス従事者の

<sup>17</sup> Ministry of Health (2011) Health Personnel Development Strategy By 2020, p.6



数が不足していることが、都市と農村部での医療サービス格差を生じさせている。その他、保健セクターの予算不足や、保健機関の開発と運営が持続可能でないこと、郡レベルでの予算配分が少なくかつ偏っていること、県・郡の保健局の保健マネジメント能力が限られていること、母子保健・栄養教育への支援が不足していること、感染症管理プログラムが十分でないこと、などが課題として挙げられている<sup>18</sup>。

### (3) 制度の基本構造

ラオスの医療保障制度は、公務員、企業従事者（被用者）、インフォーマルセクター、低所得者層、母子児童を対象にした制度の 5 制度によって構成されている。なお、加入者登録を行い組織として運営されている制度は CSS、SSS、CBHI、HEF の 4 制度であり、母子保健医療給付制度は、加入している制度に関わらず、対象地域の母子全員に対して行われる財政措置であるため、加入者登録型の制度ではない。

図表 III-7 ラオスにおける医療保障制度

	CSS	SSS	CBHI	HEF	母子保健医療給付
制度創設年	1993 年	2001 年	2002 年	2004 年	2010 年
根拠法	首相令第 178 号 労働社会福祉省 省令 2282 号 (実 施ガイドライン) 2006 年首相令第 70 号	1999 年首相令第 207 号	2005 年 4 月 13 日付保健省令第 723 号 (開始当初はパイ ロットプロジ ェクトのため根 拠法なし)		
所管官庁	MLSW	MLSW	MOH	MOH	MOH
実施運営機関	SASS	SSO	計画財務局 地域医療保険課 (Community-B ased Health Insurance Division, Dept. of Planning and Finance)	ラオス/スイス赤 十字 及び保健省	
モデル	拠出型	拠出型	拠出型	無拠出型	無拠出型
加入義務	強制加入	強制加入	任意加入	コミュニティか らの認証	対象地域では対 象者全員支給
加入対象者	公務員	10 人以上の従業 員を雇用するす べての事業所及 び被用者	自営業者、イン フォーマルセク ター	貧困線以下と認 定された世帯	対象地域におけ る 5 歳以下の児 童を持つ母親
加入者数	14 万人 給付対象者数 45 万人	796 組織 5 万 3,000 人 給付対象者 12 万 人	約 14 万人	約 50 万人	
扶養家族	本人及び家族(子 どもについては、 18 歳未満)	本人及び家族(子 どもについては、 18 歳未満)	本人及び家族	本人のみの給付	本人及び子ども のみ
報酬方式 (外来)	人頭払い	人頭払い	人頭払い	人頭払い	人頭払い
報酬方式	人頭払い	人頭払い	人頭払い	人頭払い	なし

<sup>18</sup> Ibid.

	CSS	SSS	CBHI	HEF	母子保健医療給付
(入院)					
報酬方式 (高額)		慢性疾患は別勘定の支払い可能 高額医療費の償還は出来高払いで可能			なし
自己負担	2%	2.2%	世帯人員に応じて異なる	なし	なし
人頭払いの場合の一人あたり予算 (年間)	ヴィエンチャン 85,000LAK 他県 75,000LAK	全国共通 85,000LAK	都市部 65,000LAK 農村部 60,000LAK	3米ドル	
年間医療費支出		36億8,550万LAK (約36万8,500米ドル/2006年)	7億5千万LAK (約7万8,800米ドル/2006年)		

※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)

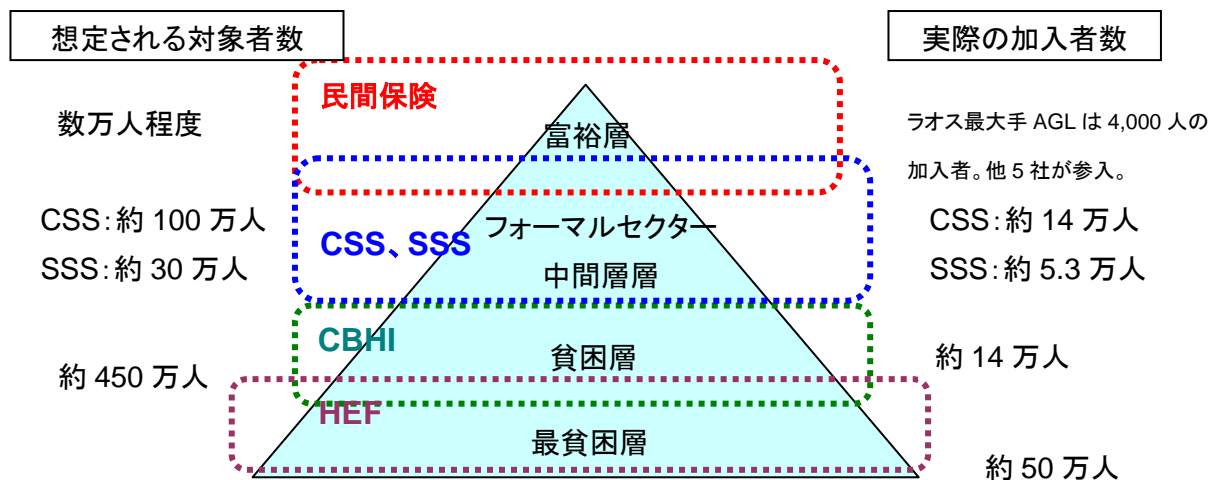
※1 ドル (USD) = 81.07 円 (JICA 平成 24 年度 5 月月次取引レートを参考値として記載)

出所：現地ヒアリング、Howell and Aviva (2008) 等を参考に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

現在 MLSW では、5 つ存在している医療保障のシステムを、基金はそのままに制度を 1 つに統合するための首相令の草案を作成している。具体的には、上記の①CSS、②SSS、③CBHI、④HEF、⑤母子保健医療給付、の 5 つである。現在、草案ドラフトが法務省の最終の確認段階にある。この首相令は、National Health Insurance Degree として発令される予定である。この法令では、CBHI への加入を現在の任意加入から強制加入に変更し、政府からの拠出金の投入も想定している。

他方で、年金等、労働者の保障制度全般を統合するための社会保障法 (Social Security Law) の策定も進んでいるが、最終段階には至っていない。この法案は、社会保険の運営部分のみを統合し、基金そのものは分立したままとする方向で調整が進められている。

図表 III-8 ラオスにおける医療制度と対象者



※CSS:公務員社会保障制度、SSS:被雇用者社会保障制度、CBHI:地域医療保険制度、HEF:貧困者対象

## 医療保険

出所：Howell and Aviva（2008）及び現地調査ヒアリング等を参考に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

### (4) 公務員社会保障制度（CSS：Civil Servants' Scheme）

公務員向けの社会保障基金は、首相令第 178 号に基づいて 1993 年に設立され、当時は MLSW の社会保障局（Department of Social Security）が所轄していた。その後、公務員向けの社会福祉制度を発展させるため、MLSW 管轄のもと、2006 年首相令第 70 号に基づき SASS が独立機関として 2008 年に設立された。社会保障基金は、1) 長期給付基金（年金、傷病手当）、2) 短期給付基金（退役軍人手当、妊娠手当、遺族手当、出産手当、児童手当）、3) 労災保険基金、4) 医療保険基金、5) 運営基金、の 5 つから構成されている。

首相令第 178 号から首相令第 70 号への変更に伴い、社会保障基金への拠出は政府が 8.5% へ、公務員は給与天引き率が 6% から 8% に引き上げられた。

ただし、全体的に給付が拡大したことによる拠出総額の上昇と、財政難から、政府の 8.5% の拠出は事実上不可能な状況で、実際には 3-4% 程度しか政府予算が配分されていない。

社会保障基金は赤字で、基金の予算計画を 6 ヶ月ごとに見直し、政府への予算配分の依頼をしている状況にある。第 1 次社会保障基金委員会が 4 年間の任期で終了し、2012 年から第 2 次の委員会（議長は財務省）が設立され、2012 年 2 月末までに年次委員会と各県で開催されたワークショップも終了した。同ワークショップにはトーンシン首相も参加し、首相令第 70 号を遵守し、基金の方針見直しが必要である旨の発言を行っている。現在は、政府側からの拠出も必要額の半分程度しか措置されていない状況である。また、社会保障カードの発行なども行っているが、大半の業務は、現在もマニュアル（紙）で行われている状況であり、情報化の推進などが課題となっている。

政府の拠出金は割合で表すことは難しく、6 ヶ月ごとの見直しの際に、SASS から具体的な数字を提示し、まず MLSW に申請、MLSW が確認・承認した後、予算額申請として財務省会計局に提出される。

かつての首相令第 178 号時代には、加入者は、高い医療費を窓口で自己負担し、その後、請求書類を MLSW に提出、長い審査を経て、ようやく立替額の平均約 30%（ILO の試算による）が償還されるという状況であったが、首相令第 70 号以降、公務員の保険料拠出は増えたものの、病院での自己負担が不要な 100% の現物給付が実現した。

CSS における改革は、2005 年にパイロットプロジェクトとしてスタートし、最終的に 2008 年より被扶養者を対象に取り込んで現在の状態となった。2008 年から被扶養者も含めすべての加入者に社会保障カードを配布している。

社会保障基金は 17 県 131 郡の病院と契約を結んでいる。郡の病院は各地域に存在する保健センターのネットワークをその傘下に持つ。

1 人あたりの人頭払い単価はヴィエンチャンで年間一人あたり 85,000LAK、その他の県では年間一人あたり 75,000LAK となっている。それぞれの人頭払い単価に人口をかけた予算が県に配分されると、その額を県病院と郡病院とどの程度の割合で配分するかを議論し、決定

する（例：50:50、80:20 など）。

郡病院は、各保健センターから何名の患者に対してどの程度のコストがかかったかの報告を受け、それに基づいて診療所に支払いを行う。

また、ヴィエンチャン市内の中央病院等（Central Hospital）をレファールに基づき受診した場合は、医療機関が県病院に対して請求を行うことになる。その際、支払額の仲介は、SASS が行い、不服がある場合は、SASS の庁長と医療専門家から構成される医療理事会（Medical Board of Directorate）において、協議を行い決定するが、実際に発動されたことはない。

中央病院が県病院に請求した金額は、双方が合意した段階で SASS の次月の県病院へ予算配分時に相当額を減額して配分し、SASS が中央病院に対して支払いを行う仕組みをとっている。

#### (5) 被用者社会保障制度（SSS : Social Security Scheme）

国有企業および 10 人以上の従業員を有する民間企業の強制加入が原則とされ、従業員およびその配偶者、18 歳未満の子供が保険対象となっている。同制度では、1) 弔事見舞金、2) 医療手当、3) 病気見舞金、4) 出産手当、5) 労働災害手当（怪我・疾病）、6) 障害手当、7) 退職年金、8) 遺族手当、9) 児童手当、10) 失業手当が支給される。保険料（もしくは掛金）は従業員の給与または賃金に応じて決定される。社会保険料は、給与の 9.5%であり、そのうち 5%を雇用者が負担し、4.5%を従業員が負担する。

1 人あたりの人頭払い単価は、全国共通で年間 85,000LAK であり、CSS と同様に MLSW の費用調査に基づいて算出された人頭払い制度が導入される前は、出来高払い（FFS : Fee for Service）制を採用し、30%の償還払いが行われていた。SSO は各病院からの請求額に基づき毎月支払いを行っている。

SSOへの社会保険料は、基本的に銀行口座からの入金となっている。例外として、自発的な医療保険加入者からは現金を受付けている。保険料を納めていない組織に対しての罰則は特に存在しない<sup>19</sup>。

#### (6) 地域医療保険制度（CBHI : Community Based Health Insurance）

CSS や SSS のスキームの対象外である農民、自営業者、その配偶者・家族、また、その他インフォーマルセクター従事者などを対象にした任意で加入・利用できる公的な医療保険制度として、CBHI がある。所轄は MOH となっている。

CBHIは、2001 年から準備が開始され、2002-2004 年にかけてヴィエンチャンと他県の合計 3 県でパイロットプロジェクトが実施された。2004 年にはパイロットプロジェクトの評価が行われ、2005 年、2006 年とフェーズ 2 が実施され、他地域に展開している<sup>20</sup>。

CBHI が実施されている地域は限定的であり、25 郡（全国で 143 郡）となっている（

---

<sup>19</sup> SSO ヒアリングより。

<sup>20</sup> CBHI には、制度開始当初より UN Trust Fund を通じて日本からの援助が行われ、2007 年から 2009 年には保健分野のキャパシティビルディングの支援が実施された。ただし、日本政府からの UN Trust Fund への拠出は、財政的な理由から 2009 年以降停止している。

2012年2月末現在)。加入者数は、14万人であり、ターゲットグループのわずか5%程度を補足するのみであり、財政規模もほかの制度に比べ限定的である。

CBHIの加入は任意であるため、本来CBHIの加入対象者であるにもかかわらず、保険料の支払いが必要ないHEFに加入するといった逆選択が発生しており、実効性が低い制度となっている。カバレッジの拡大を進めるには、強制加入に切り替えることが必須であるが、雇用者負担がないため、保険料率が高くなることなどから、税投入を行わない限り、カバレッジを拡大することは極めて困難であると考えられる。

また、財政方式が異なることから、後述する税方式によるHEFとの加入対象者上の違いを明確化する必要があるが、現状では全国規模で展開するほどの明確な低所得者のターゲットングやリストが準備できていないなど、実際には困難な状況となっている。

CBHIはドナーからの支援に大きく依存しているプロジェクトとなっている。UN Trust Fundの資金提供停止以降は、WHOによるプロジェクトメンテナンス支援（4郡）、及びフランス開発庁（AfD：Agence française de développement）による新規立ち上げに係る研修や経費の支援（サワンナケートを含む6郡）から資金支援を受けている。また、保険給付にかかる財源のすべては、自治体レベルにおける保険料拠出によって賄われており、中央政府からの補助金はない。運営費用は、基本的にファンドの10%未満とされているが、そもそもファンドが小さいため、運営費用もごく少額となっている。

保険料は定額制となっており、世帯人員数と地域によって異なる。保険料は、毎月払い3か月毎の支払い、年単位などの選択が可能で、月額は以下のとおり。

図表 III-9 CBHIの保険料（年間）

世帯規模	都市部	農村部
単身世帯	14,000LAK	12,000LAK
世帯人員 2-4 人	28,000LAK	24,000LAK
世帯人員 5-7 人	30,000LAK	28,000LAK
世帯人員 8 人以上	33,000LAK	30,000LAK

出所：MOHへの現地ヒアリングより三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

### (7) 貧困者対象医療保険（HEF：Health Equity Fund）

貧困者層に対する無料医療サービスシステムとして、ラオス赤十字、スイス赤十字、ADB（北部のHEF支援）、世界銀行（南部のHEF支援）、ルクセンブルグ（中部のHEF支援）などの協力により実施されている医療保険制度で、隣国のカンボジアで実施されたものを手本としてラオスでも実施された。

人頭払い単価が5米ドル程度と限定されているため、十分な医療提供ではないものの、医療費だけでなく交通費も支弁されることから、遠隔地域における医療提供において、大きな役割を担うことが期待されている。

HEFは財源の拠出責任が徐々に保健省に移行しているものの、他の医療保障制度とは異なり、依然として大半の地域ではドナー支援によって給付が支えられている。しかし、2013年末をもってADBが北部地域から撤退することもあり、政府による予算確保に対する強いコミットメントが必要とされている。

HEFでの貧困者の定義は、首相府令第285号に沿って推計している。県や郡レベルでは、貧困世帯数、世帯主の氏名、住所(村名)、子供の数等のデータがあるが、それらのデータを中央に提出する仕組みになっている。

首相府令第285号における貧困者の定義では、都市部で一人あたり月額所得240,000LAK以下、農村部で月額所得192,000LAKと定義している。その他にも、村のリーダーによる確認やジオグラフィカルアプローチ(人口の地理的な分散と主要な施設へのアクセス・距離などを考慮した手法)も活用し貧困者の特定を行っている<sup>21</sup>。

CBHIがすでに実施されている地域では、HEFが個人に代わって保険料拠出を行うことで、単一制度として運用しているところもある。MOHは、CBHIとHEFが同じ組織で運営をし、1つのスキームのもとで、2種類の資金管理、プロモーション、教育等の事業を運営することは可能であると考えている<sup>22</sup>。

HEFでは、患者の緊急性が高い場合、ヴィエンチャンに患者を搬送することも可能であるが、CBHIは常に予算が不足しているため、そのような対応ができない。また、CBHIは病院側が資金や会計を管理しているが、HEFはそれを県や郡で管理しているという違いがあり、2つの制度の統合には注意が必要である<sup>23</sup>。

なお、赤十字側はHEFを単なる医療財政システムに対する支援であると考えておらず、住民に対する保険・保健教育、普及啓発活動、マネジメントの改善など多面的な取組みとして考えていることから、こうした保健省の方針に対しては、批判的である。

## (8) カバレッジ

### ① CSS

現在、対象となる公務員数は14万人で、給付対象者数は45万人となっている。

### ② SSS

加入企業者数は796企業、加入者は約53,000人、医療保障の受給対象者は約12万人となっている(2011年末時点)。

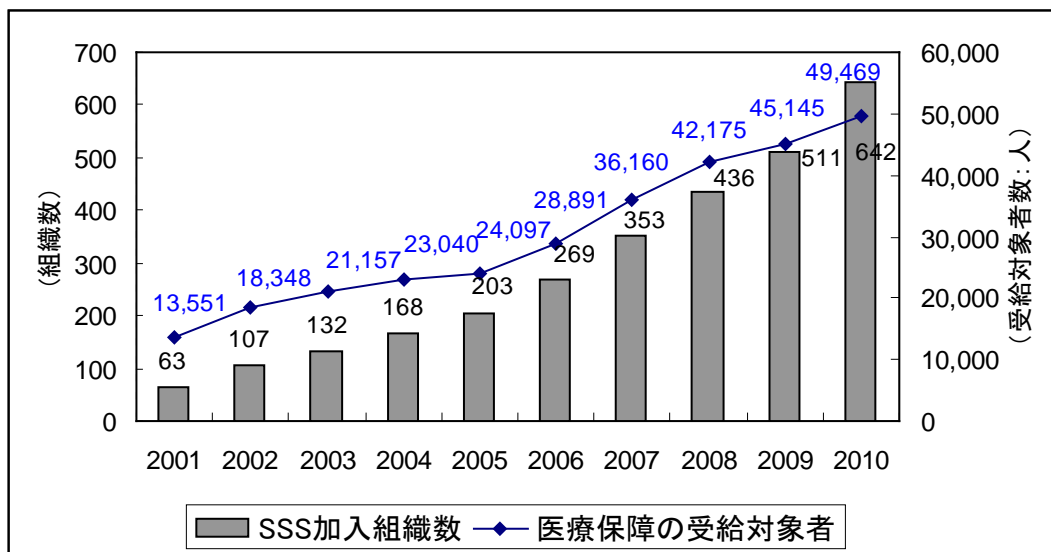
---

<sup>21</sup> ラオス/スイス赤十字ヒアリングより。

<sup>22</sup> MOHヒアリングより。ただし、基金や口座は別々であるべき、との意見があった。CBHIは、世帯の大きさに合わせて支払額が異なるが、保険料を徴収できていない点が課題である。

<sup>23</sup> MOHヒアリングより。仮に医療制度が統一化されても、スキームごとに人頭払い単価が異なることで、現場の混乱が想定されるため現場の病院では、政府の首相令が遵守されないのではないか、との意見があった。参考までに、HEFの事業運営には、HEF加入者一人あたり年間3米ドル前後の経費がかかっているとのことであった。

図表 III-10 SSS 加入組織数及び医療保障の受給対象者数の推移（2001-2010 年）



出所：SSO 資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

### ③ CBHI

現在、143 ある全国の郡のうち、25 の郡でパイロットプロジェクトが実施され、加入者数は、約 14 万人となっている。インフォーマルセクターを中心に、対象者は 300 万人程度と推定されることから、現状では、5%程度のカバレッジにとどまっている。

最終的には、2015 年までに全人口の 50%（約 300 万人）、2020 年までにすべての国民がいずれかの医療保障制度に加入することが国の目標とされている。現在カバレッジをさらに 1 郡広げ、2012 年 2 月に完了した。2012 年は新規に 2 郡の CBHI 実施地が追加された<sup>24</sup>。

カバレッジの目標数と現在の加入者数までには大きな隔たりがあり、加入者数目標達成までのロードマップを、保健省は下図のように計画している。

<sup>24</sup> 2011 年度は、保健省が新規に 4 郡申請したが、承認されたのは 2 郡のみであった(保健省ヒアリングより)。

図表 III-11 2020 年までの CBHI のロードマップ

## Road Map

	2011	2012	2013	2015	2020
<b>ORGANIZATIONAL</b>	Establish NHI Organization Transfer Staff & Budget	Capacity Building Begin Merging at Provincial Level		Full Merge	Fully Capacitated
<b>FUNDING</b>	Four Baskets, One Fund	Establish LT Funding For Indigent Cover Evaluate Benefits, Contributions, Payment	Nationwide Risk Pooling		Fully Sustainable Funding
<b>OPERATIONAL</b>	Establish Technical Functions Long-term IT Plan	Capacity Building on SHI Technical And Operational Functions Benefit Delivery Database		Integrated NHI IT System	
<b>MEMBERSHIP</b>	14% Coverage Create a Plan For Membership Management	Merging of Membership Databases	30% Coverage	50% Coverage	Universal Coverage
<b>PROVIDERS</b>	Develop a Plan For Provider Mgt	Development of Quality Standards, Capacity Building for Function		National QA and Accreditation	

出所：MOH 資料より

加入者からの保険料の徴収が遅れているため、実際には医療機関への予算の配分が遅延している。また、地方での保険料の徴収が十分にできていないことも問題となっている。CBHIでは3ヶ月保険料を滞納すると、メンバーから離脱することになるため、離脱するぎりぎりのタイミングまで保険料を納めないことが問題となっている。

また、各村に1名配置している集金担当者も、ボランティアで集金を行っているため、集金のインセンティブが低く、保険料徴収の障害となっている。郡レベルでは会計係が1-2名配置され、有給での雇用となっている。

現在の制度・仕組みでは、レファールシステムによって郡病院でしか受診サービスを受けられない場合が多いが、CBHIの加入者からは、郡病院のサービスの質が低いために中央の病院で直接受診したいという要望が多く出ている。また、全体的な人頭払い単価が低いため、医療の質の向上が難しいという問題がある。今後の医療保険制度の改革においては、医療機関への人頭払い単価をSSSレベルに引き上げることや、医療保険制度の統合化を進めるプロセスにおいて、保険料を統合するのではなく、制度毎の保険料（保険料が異なる体制を維持）の支払いとすること、また中央の医療機関を直接受診したいとするCBHI利用者のニーズに対応するため、より保険料の高いパッケージを提供することも検討している<sup>25</sup>。

<sup>25</sup> 保健省ヒアリングより。



#### ④ HEF

HEF のプロジェクト運営は基本的に MOH が中心となり、世界銀行、ルクセンブルク、ADB、赤十字等が資金協力または実際の事業運営を行っている。2012 年現在、HEF 全体では 63 郡、50 万人の貧困者（40 万人が北部、10 万人が南部）をカバーしている。ラオス全体では約 120 万人の貧困者がいると推計されている。

#### (9) 民間医療保険制度の位置づけと動向

ラオスでの民間保険会社の大手は 5 社存在する。ラオスの最大手、最古参は Allianz General Laos (AGL) である。ラオスでは、これまで基本的には民間の保険会社の独資の参入は認められていなかったため、AGL は 1992 年のラオスでの事業開始の際にラオスの事業所は財務省との合弁会社として運営を開始した。その他、マレーシア系の保険会社は法務省と提携している。

2006 年以前、ラオスでは「民間保険」という概念がほとんど浸透していなかった。民間保険に加入するラオス人の多くは、国際的機関、二国間援助機関（JICA 等）、国際 NGO 等の ODA 関連の開発プロジェクトに従事するラオス人スタッフであった。2006 年以降は、大規模なインフラプロジェクト（例えばナムトゥンダム等）の増加により民間保険の加入者数が急激に増加した。その他、経済発展に伴い、通常のラオス人の加入者も増加している。

例えば、ラオス最大手の AGL を例にとると、現在の AGL の契約者数は約 4,000 人で、民間企業の福利厚生の一環として加入している加入者が大半である。中には SSS にも加入しながらもよりよい医療サービスを受けたい人が、AGL の保険にも加入している。

医療費の払い戻しは、SSO からでも AGL からでも受けられる。SSO での支払いが十分でなければ、診療を受けた病院が AGL に連絡し、超過分を支払うシステム、つまり基礎的な医療費は SSS がカバーし、高額なサービスの部分は、AGL が支払う仕組みになっている。

現在 AGL がラオスで提供している保険は、生命保険（医療保険、労災、旅行、自動車等）と非生命保険があり、年金保険は存在しない。加入者数が多いのは医療保険、事故保険の 2 種類で、この 2 つをセットにした加入者が多い（全体の契約の約 35% 程度を占める）。また、個人での加入よりも、企業が従業員に保険をかけているケースが多い。他方、死亡保険（加入後 3 年以上の支払いで、保険料が支払われる）加入者数はあまり増加していない。

ラオスでは、タイでの医療サービスを受けるために民間保険を利用する人が増加している。AGL 保険のアピールポイントは、ラオスだけではなく、タイの大規模な病院でキャッシュレス（償還払いの必要がない）でのサービスを受けられること、また国内の独自契約したクリニックを利用することができることである。タイへの渡航費は、緊急の場合の救急車の運搬費は含まれるが、ヘリコプターでの輸送は対象外である（数年前は、交通手段が乏しかったため、ヘリコプターの輸送もよく見られたが、最近は道路網が発達したため車の輸送が可能となった）。

AGL での医療保険で最も契約者が多い商品の年間保険料は男性で 1,363,000LAK（約 1 万 3,630 円）、女性で 1,772,000LAK（約 1 万 7,720 円）程度となっている。HIV、出産、鳥インフルエンザへの治療は、保険の適用外であり、がん、ヘルニア、結核は契約後 6 ヶ月以降

の発症であれば対象となる。

近年では、民間企業だけではなく、大学の学生などに対しても医療保険や事故保険などの広告を展開しており、経済発展が目覚ましいラオスでは、今後も民間保険市場は拡大していくと考えている。

2011年から民間病院の設立が許可されたため、企業と病院が提携し、ラオスに投資を始めている。現在のラオスの病院は全て政府の運営であるが、今後民間病院が増加し、場合によっては民間保険のみと契約し、SSOと契約をしないといった病院が現れてくる可能性もある<sup>26</sup>。

---

<sup>26</sup> 民間保険会社ヒアリングより。

## 5. 労働者社会保障

### (1) 被用者社会保障制度（SSS: Social Security Scheme）

#### ① 法的根拠

1999 年首相令第 207 号

#### ② 給付内容

葬祭手当、医療手当、疾病手当、出産手当、労災、傷病手当、退職金、遺族手当、児童手当、失業手当

#### ③ 加入対象者と保険料率

SSS の保険対象は、国有企業及び 10 人以上の従業員を有する民間企業、及びその従業員と配偶者、18 歳未満の子供であり、上記の基準を満たす企業の加入は強制となっている。

社会保険料は、給与の 9.5%（うち 5%は雇用者の負担、4.5%は従業員の負担）となっている。

その他、任意加入者数としては、元強制加入者で現在は転職等で任意加入者として社会保険料を支払い続けている人が 363 人、いわゆるインフォーマル層など、従業員が 10 名以下で強制加入の対象者以外の任意加入者が 912 人となっている（いずれも 2011 年のデータ）。なお、任意加入者の保険料は 9.0%である（労災保険が対象外になることから、通常よりも保険料率が低く設定されている）。

#### ④ 基金及び実施運営機関

MLSW 管轄下の SSO が基金の管理、運営を行っている。

#### ⑤ 加入者数の状況

2011 年末時点で、796 組織 5 万 3,000 人が社会保障基金に加入、医療保険の給付対象者数は約 12 万人となっている。2005 年に実施された国勢調査によると、ラオス国内には経営者が約 7 千人、自営業者が約 115 万人、家庭内労働者が約 126 万人存在するとされ<sup>27</sup>、SSS の加入割合は非常に低いと考えられる。

SSS 制度には、大企業の多くはすでに加入済みであるが、今後の課題として、地方都市の企業や、中小企業の加入を促進していくことが挙げられる。ただし、地方や中小企業の事業所は小規模で、従業員の給与水準も低いため、仮にカバレッジが拡大しても全体的な拠出額は大きく増加しないと考えられる。今後、地方や中小企業の加入拡大のための費用・運営コストが増加することに鑑みると、地方の拠点としてだけでなく、コスト削減するという意味において、地方に組織をもつ SASS と SSO との合併には意味がある。統合後の所轄機関がどの機関となるかは現在検討中であるが、組織名は SSO となる可能性が高い。また、統合後のデータベースをどのように運用するかも検討中である<sup>28</sup>。

<sup>27</sup> 国際協力機構（2010）『ラオス貧困プロファイル』p.46

<sup>28</sup> SSO ヒアリングより。

徴税に関するデータは財務省（MOF：Ministry of Finance）税務局（Tax Department）がまとめたデータベース、情報を使用し、企業の状況を把握、社会保障への加入を勧める場合もある。保険料を納めていない組織に対する罰則は特に存在しない。

今後社会保障制度のカバレッジを拡大するべく、現在のSSOの7つの地方事務所を全県に広げたいと考えている。地方事務所を設置する際は、人口、企業の雇用者数、病院数、設備面でのキャパシティなどを考慮し、次に設置する事務所は南部と北部を検討している。

地方の一部で実施されているCBHIとSSSのデマケーションに関しては、首相令ではそれぞれをはっきり区別しているものの、実際にSSOの地方事務所がない県においては難しい。本来であれば従業員が10名以上の組織はSSSに加入しなければいけないが、保険料の支払いを回避するためCBHIを利用しているという場合もある。最近では観光が進み、地方のホテルやゲストハウスなどでもSSSの加入対象となる組織が増えているが、実際には雇用主が従業員の保険料を支払っていないケース（従業員がパートタイムで農業をしている、支払うだけの財政的な余裕がない等の理由）が散見される<sup>29</sup>。

## ⑥ 給付実績

SSOによる各種社会保障給付は、下記のとおり年々増加しており、特に出産手当の額が大きな割合を占めていることがわかる。

図表 III-12 SSOの社会保障給付実績（2001～2004年）（単位：件、百万LAK）

給付の種類	2001		2002		2003		2004	
	件数	給付額	件数	給付額	件数	給付額	件数	給付額
疾病	10	41.3	127	65.4	249	102.6	415	145.6
出産	0	0.0	174	169.9	528	587.8	1,345	768.0
葬祭	0	0.0	19	4.9	50	141.6	44	151.4
労災	1	0.4	19	16.0	29	21.8	145	36.2
年金一括払い	0	0.0	0	0.0	0	0.0	31	37.9
合計	11	41.7	339	256.1	856	853.8	1,980	1,139.2

※1 キップ（LAK）=0.010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：SSO, Annual Report 各年次より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

## ⑦ その他

SSOは、長きにわたり、ILO及びベルギー・ルクセンブルクからの技術協力を受けてきた。2013年に予定されているSSOとSASSの統合などの際には、2012年からラオスでの支援を再開するILOとWHOが支援を行うことが決定している。

SSSの加入者はSSSカードを所有しているが、地方では家族手帳（通称ファミリーブック。世帯構成員の氏名、年齢、性別等が記載された手帳で、世帯に1冊ずつ配布されている）の方が一般的となっている。CSSカードは、加入者とその配偶者、家族等、対象となる個人に各1枚ずつ支給されるが、SSSカードは世帯に1枚（加入者、配偶者、18歳以下の子供）支給される。

<sup>29</sup> SSOヒアリングより。

図表 III-13 SSS カード (サンプル)



実際に、CSS と SSS のカバレッジが重複しているケースも散見される（2006 年に実施された 4 県での家計調査による）。夫が公務員（CSS 加入）、妻が民間企業従業員（SSS 加入）の場合、妻が CSS の対象になっているケースが多い。しかし、2013 年の社会保障制度統合によって解決すると SSO は考えている。

## (2) 公務員向け社会保障 (CSS : Civil Servants' Scheme)

### ① 法的根拠

1975 年の独立以降、1986 年の規定 53 号（公務員年金と公務員遺族に対する手当）及び規定第 54 号（公務員に対する疾病、出産、死亡、遺族、失業、高齢者・児童手当）が制定され、1993 年の労働社会福祉省の設立まで、公務員は医療サービスを無料で受けることができる。1993 年の首相令第 178 号によって公務員社会保障基金が設立され、後の 2006 年の首相令第 70 号によって社会保障基金への拠出率等が定められた。同令によって基金を維持管理する SASS が 2008 年に設立された。

### ② 給付内容

社会保障基金は傷病手当、出産手当、死亡手当、遺族手当、年金、障害手当、障害者ケア手当、就業不能手当、児童手当等があり、それぞれの給付の詳細は下図表一覧に整理したとおりとなっている。

図表 III-14 ラオスの CSS の給付一覧

種類	給付額
傷病手当	3 か月分の給与相当額または 80% の月給を 12 か月分
出産手当	児童 1 人につき基本給の 60% を一括支払い、または 3 か月分の給与相当額の毎月の給付
死亡手当	最終給与または年金の 10 か月分。傷病センター外で生活する傷病年金者の場合、年金の 12 ヶ月相当分の給付。
遺族手当	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 一括での給付</li> <li>3 年以下の年金基金への拠出：6 ヶ月分の年金</li> <li>3-10 年の基金拠出：8 か月分の年金</li> <li>10-20 年の基金拠出：12 か月分の年金額給付</li> <li>20 年以上の基金拠出：15 ヶ月分の年金額給付</li> <li>■ 遺族児童給付</li> <li>月給または年金の 10% 相当額を毎月給付</li> </ul>

種類	給付額
年金	男性 60 歳以上、女性 55 歳以上で、25 年以上の勤務年数を持つ公務員が対象。毎月の年金給付額は、最終給与の 75%(勤務年数に応じて 1%ずつ上乘せされ、最大 90%)相当額が支給される。毎月の年金以外に、勤務年数に最終給与の 15%を乗じた退職金も支給される。
障害手当	<p>■現在公務員であり障害センターに居住していない障害者：(ア) 特別グループ：月給 100%相当分の給付、(イ) カテゴリー1：最低給与額の 40%の給付、(ウ) カテゴリー2：30%、(エ) カテゴリー3：20%、(オ) カテゴリー4：10%</p> <p>■就労しておらず障害センターに居住していない障害者：(ア) 特別グループ：月給 150%相当分の給付、(イ) カテゴリー1：100%、(ウ) カテゴリー2：80%、(エ) カテゴリー3：60%、(オ) カテゴリー4：40%</p>
障害者ケア従事者手当	最低賃金の 100%が支給される。
就労不能手当 (Incapacity benefit)	健康上の理由で就労が不可能であり、障害者には該当しない人に対し、月給 70%相当分の月額給付が行われる。
児童手当	18 歳以下の児童を持つ公務員に対して、生活水準に応じて手当が支給される。
労災給付	医療ケア、傷病手当、障害手当、死亡手当て、遺族手当、障害者ケア従事者手当も含む

出所： ILO Sub regional Office for East Asia (2006) Asian Decent Work Decade: Social Security Extension Initiatives in East Asia, pp.5-6 をもとに三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成

### ③ 加入対象者

軍人、警察官を含む公務員

### ④ 保険料率

首相令第 178 号から首相令第 70 号への変更に伴い、社会保障基金への拠出が政府は 8.5%へ、公務員は給与天引き率が 6%から 8%に引き上げられた。なお、公務員社会保障制度は、被用者社会保障制度に比べ、保険料率が非常に高い（前者：政府 8.5%、公務員 8%、後者：雇用主 5%、従業員 4.5%）。これは、現役の年金受給者（過去の保険料拠出がない対象者）に対する給付が恩給制度の延長として行われており、その負担が保険料に含まれているためである。

### ⑤ 基金及び実施運営機関

SASS が運営機関となっている。SASS は公務員向けの社会福祉制度を発展させるため、労働社会福祉省管轄のもと、2006 年首相令第 70 号に基づいた独立機関として 2008 年に設立された。

CSS と SSS の給付に関する規定は 90-95%同じ内容であるが、一部において CSS の方が条件がよい（例えば蛇咬症のためのワクチンは、公務員が無料であるのに対して、SSS では半額の負担がある）。2005-2006 年頃から Social Security Card（以下カード）が配布され、人頭払いが導入された。

### ⑥ カバレッジの状況

現在、対象となる公務員数は 14 万人で、給付対象者数は 45 万人となっている。

CSSカードは加入者全員（家族等も含む）に配布されているが、カードを受け取っていない人々も存在するため、給付対象者数の 45 万人に対して、カードの発行枚数は 36 万枚とな

っている<sup>30</sup>。また、地方都市では、一般的にIDカードではなく、家族手帳がID代わりに使用されている。

加入者が住所変更した際には、各県の SASS 事務所に申請する必要がある。他県で医療・入院となった場合でも、病院と加入者との間に SASS が仲介し、他県での医療サービスが受けられるような体制となっている。

社会保障基金の原資は、農業開発銀行（Bank of Agricultural Development）に年間 200 億 LAK を預けている。複数の銀行口座に預金するのみで、資金運用は行っていない。外国債を購入することも検討中である。

### (3) 失業保険

ラオスでは失業保険は導入されておらず、まだ導入に関する議論も開始されていない。

---

<sup>30</sup> そのうち、ヴィエンチャン、ルアンプラバーン、フアパン、シェンクアン県で発行されているカードのみ本人写真が貼付されている。

## 6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム

### (1) 低所得者を把握するためのデータベース整備

#### ① データベースの概要

2004年に発表された貧困削減戦略である「国家成長および貧困撲滅戦略（NGPES：National Growth and Poverty Eradication Strategy）」において、ラオス国内の貧困の推移をモニタリングし、世帯、村落および郡レベルでの貧困状況をよりよく把握するために、地方政府を支援する目的で、下記のとおり貧困基準を設定している。

図表 III-15 ラオスにおける貧困基準

単位	基準
世帯	・ 一人あたり所得月額 85,000LAK 未満の世帯 (都市部 100,000LAK 未満、農村部 82,000LAK 未満)
村落	・ 全世帯数の 51%以上の世帯が、上記の貧困基準を下回っている村 ・ 村内または近隣の村に学校がない村 ・ 村内に診療所・薬局がない、または病院まで 6 時間以上かかる村 ・ 道路へのアクセスがない村
郡	・ 上記の貧困基準を下回る村が 51%以上である郡 ・ 村内・近隣村に学校がない村が 40%越えている郡 ・ 診療所・薬局がない村が 40%を越えている郡 ・ 道路へのアクセスがない村が 60%を越えている郡 ・ 安全な水へのアクセスがない村が 40%を越えている郡

出所：Lao PDR (2004) “National Growth and Poverty Eradication Strategy” , p.30

上記の定義によれば、2003年での「貧困世帯」は全国で約 16 万世帯（総世帯の 50.4%）に上り、貧困村は約 4 千（全村落の 76.7%）、貧困郡は 72 郡（142 郡中）となっている。貧困郡の中でも、「第一優先郡」及び「第二優先郡」等の優先順位がつけられ、優先貧困郡は、主にベトナム国境沿いおよび北部地域に位置している<sup>31</sup>。

最新の 2011 年 10 月の政府による貧困調査によると（2011 年 10 月 13 日付首相令規定）、2011 年の貧困郡は 10 県 18 郡が該当し、18 貧困郡の 1,108 村のうち貧困村は 798 村（72.3%）、9 万 3,575 世帯中 4 万 3,070 世帯（46.03%）が貧困世帯となっている<sup>32</sup>。

また、計画・投資委員会（Committee for Planning）、国家統計センター（National Statistics Center）、世界銀行がまとめた統計によれば、2003 年のラオスの貧困人口は 65.5 万人に上っていることが明らかとなっている<sup>33</sup>。

ラオスの貧困基準の基となっている家計調査は、計画投資省（MPI：Ministry of Planning and Investment）の統計局（DOS：Department of Statistics、旧国家統計センター（NSC：National Statistical Center））で、1992 年以降 4 年に 1 度実施されるラオス支出消費調査

<sup>31</sup> 国際協力機構（2010）『ラオス貧困プロファイル』p.20

<sup>32</sup> 現地紙「ビエンチャマイ」紙 2012 年 2 月 29 日号より。最も貧困村が多いのはクワ郡、サムヌア郡、マイ郡、貧困世帯が多い郡はサイ郡、サムヌア郡、サナムサイ郡、クワ郡、アーサポーン郡、マイ郡、ブンタイ郡、ソンプリー郡、エート郡となっている。（日本語訳は、ラオス日本人商工会議所山田所長ウェブサイトより引用）。  
<http://laotimes.exblog.jp/17443277/>

<sup>33</sup> Committee for Planning and Investment, National Statistics Center, and World Bank, “Lao PDR Poverty Trends 1992/93-2002/03”, (2004), p.35, Table 5



(LECS : Lao Expenditure and Consumption Survey) 及び 10 年ごとに実施される国勢調査 (Population and Housing Census ) がある。

LECSの最新版はLECSIVが、国勢調査の最新版は 2005 年に実施されている<sup>34</sup>。

## ② データベースの活用範囲

後述するとおり、ラオスにおいては外部資金に依存しない政府の資金による公的な社会福祉 (社会扶助) 支援は非常に限定的な取組みにとどまっている。そのため、公的な社会扶助支援の給付、という目的のための特別な貧困者の特定作業は必要がなく、実施もされていない。上記の調査による貧困者の特定作業は、貧困の現状を把握し、地方振興等の支援を行うことが主目的であり、HEF 等のターゲティングには活用されていないのが現状である。

## ③ 国際協力

上記の貧困調査に関しては、世界銀行やスウェーデン (SIDA) 等が、MPI に資金・技術協力支援を行っている。

## (2) 社会扶助制度

MLSW社会福祉局では、主に外部資金による社会扶助支援を実施している。限られた事業予算は、それらの外部資金によって実施されている社会扶助支援のモニタリングの費用に当てている<sup>35</sup>。

代表的な支援としては以下のようなものがある。

### ① 児童保護支援

5 県 (ウドムサイ、ヴィエンチャン、サワンナケート、チャンパーサク等) で児童保護プロジェクト実施している。ユニセフとワールドビジョンが、ラオス語人材をコミュニティに派遣し、コミュニティのリーダーに働きかけ、国連こどもの権利条約 (CRC : Convention on the Rights of the Child) や児童保護の情報提供や啓蒙活動を行い、人身売買、暴力 (児童、女性) の防止・理解、能力向上のための研修 (ヴィエンチャンでの研修、ラオス国立大での講義参加) 等も行っている。

その他、オーストリア・インスブルックに拠点を持つ NGO である Save our Soul (SOS) Children's Villages からの支援を受けた SOS ビレッジという孤児への支援プロジェクトがある。現在国内に 6 村の SOS ビレッジを設置し、現在 150 人の孤児が保護されている。当局では、この NGO に年間 5,000 米ドルの年会費を支払うことで、孤児への支援を外注している形態をとっている。

---

<sup>34</sup> Swiss National Center of Competence in Research North-South and International Food Policy Research Institute, "The Geography of Poverty and Inequality in the Lao PDR", p.7

<sup>35</sup> 当局への予算は、プロジェクト運営費 (児童支援、研究) に 3,000 万 LAK (約 30 万円)、福祉・脆弱者支援に 12 億 LAK (約 1,200 万円、ただし現金支給ではなく、米等の現物支給のために財務省から入る予算) が割り当てられ、その他に「カウンターパートファンド」という日本大使館経由での 2KR (2KR の見返り資金とは、被援助国政府が ODA を供与されることにより生じる内貨の余剰のうち、一定額を内貨立ての銀行口座に積み立て (見返り資金)、被援助国政府は、その資金の用途を在外公館を通じて日本政府と協議した上で、経済・社会開発に資する事業や物資の調達等に使用することができる、というもの) のコメ支援の売却益による見返り資金 (5,000 万 LAK (約 50 万円)) がある。2KR 支援の第 1 回目は、米をそのまま無料配布したが、第 2 回目は事業会社に販売し、その売却益を銀行口座に保管し、カウンターパートファンドとして活用している。

## ② 人身売買被害者支援

国内に一時的なシェルターを設置、約 20 名を保護する体制を整えている。現在、ヴィエンチャン、サバナケットの 2 ヶ所にシェルターがあり、運営は労働社会福祉省と MOU を結んだ仏系 NGO が行っている。

シェルターに保護された被害者は、シェルターに 1 週間程度滞在し、MOH や教育省、NGO 等の専門家による被害者インタビューが行われ、被害者の状況に応じた支援がなされている（例：今後被害者に教育が必要という専門家からの意見・本人の希望があれば教育省の管轄で支援を行い、自宅での療養希望がある場合は県や郡の担当者が同行し帰宅。仮に被害者が深刻な事件に巻き込まれていたり、金銭的な問題が関係する場合は、公安省が管轄する）

人身売買の被害者支援には、国際移住機関（IOM）やワールドビジョンが関わっている。ワールドビジョンは 3 県（サバナケット、サラワン、チャンパサック）の支援を担当し、その他の県は当局が担当している。以前は IOM が全県の支援を担当していたが、現在は予算がなく、全県には支援が及んでいない。

## ③ 障害者支援

1999 年に国際 NGO であるハンディキャップ・インターナショナルと国家リハビリセンターが実施した共同調査によると、ラオスの障害者の数は全国で約 4 万人と推計され、そのうち、まひが 14%、ポリオが 13%、視聴覚障害者が 11%、身体障害者（手足の切断）と学習障害者がそれぞれ 9%となっている。2003 年の同調査では、52%の障害者は先天性によるもの、30%は疾病によるもの、12%が事故によるものとの結果が示されている。

ほとんどの障害者は、公立病院にて無料の医療サービスを受けられ、国営のリハビリテーションセンターでの人口装具が提供される。ヴィエンチャンでの職業訓練校では、2 年コースと 3 年コース、6 ヶ月から 12 ヶ月の短期研修などが提供されている。その他、SASSやSSSの労災による障害者給付も行われている<sup>36</sup>。

## ④ 制度の対象者

孤児、家庭内暴力や人身売買などの被害者等

## ⑤ 給付基準と給付額

給付基準と給付額は項目毎にMLSWが設定を行っている<sup>37</sup>。

## ⑥ 実施機関・ソーシャルワーカー

社会扶助的支援に関しては、所轄・監督は労働社会福祉省であるものの、実施の運営、管理、資金調達は国際機関や NGO などの外部機関が担っているという状況である。

## ⑦ 課題

毎年为社会開発（保健、教育、情報）関連の予算は、ラオス全体の予算の 20-30%程度であり、そのうちのほとんどが教育（初等教育中心）となっている。社会福祉への予算は非常

<sup>36</sup> Lorphengsy (2011) Country Report Lao PDR 2011, p.9

<sup>37</sup> 各制度の給付実績等についてのデータは入手できなかった。

に少ないことが課題となっている<sup>38</sup>。

### (3) 地域を基盤とした相互扶助システム

ラオスでは、UNDP が実施する郡開発基金 (DDF : District Development Fund) がある。5 県 (シェンクアン、ウドムサイ、サラワン、セコーン、アタプー)、1,065 万米ドル (国連資本開発基金 (UNCDF)、UNDP、ルクセンブルク、スイス、世界銀行が出資) 規模の大規模プログラムである。村人が企画書を作成し、郡に申請し、インフラや学校建設など、コミュニティが必要と考えたプロジェクトを実施する基金である。DDF は内務省 (MOHA : Ministry of Home Affairs) をカウンターパートとし、郡やローカルレベルでのプロジェクト運営資金の管理能力を強化することを目的としている。

類似したプロジェクトとして世界銀行の貧困削減基金 (PRF : Poverty Reduction Fund) があり、各郡に事務所を構え案件を実施している。カウンターパートは首相府の農村開発局で、貧困削減を目的とした案件を実施している。

### (4) そのほかの社会福祉活動

#### ① 自然災害支援

ラオスでは、ほぼ毎年雨季の時期にメコン川沿いの県で洪水の被害が起こる。その他にも、干ばつ、嵐、地すべり等の自然災害で、全国で 400 以上、全世帯の 2.5%以上の世帯が何らかの自然災害の被害に直面している<sup>39</sup>。

日本の食糧増産援助 (2KR) の見返り資金を活用し、2011 年は、自然災害 (洪水、嵐、台風) の支援のため、50 億 LAK (約 5,000 万円) を米等の購入にあて、全国 42 万 9,000 人に支給した。特に被害が大きかったルアンナムター県への支援を重点的に実施した。その他、ラオス政府からは 190 億 LAK 規模の洪水対策支援が実施され、各県から被害者に対して物品 (食品、衣類、農機具等) を支給する形が取られた。緊急時の災害被害支援においても、現金支給は実施していない。その他にも、WFP や FAO、国際的な NGO からの支援が行われている<sup>40</sup>。

#### ② 都市貧困者の支援

都市の成人貧困者、例えばホームレスの人々の支援は、ヴィエンチャン市の社会福祉課の所轄となる。ただし、2012 年末にヴィエンチャンで開催予定の ASEM 会議に備え、MLSW では、ヴィエンチャン市と共同でホームレス対策に関して協議していく予定である。しかし、ヴィエンチャン市全体の予算が 10 億 LAK (約 1,000 万円) と限られたものであるところ、現実的な支援の実施は非常に難しい状態にある。

#### ③ 退役軍人・戦争被害者支援

その他、現在約 4,282 人の戦争被害者に対して、国有住宅や居住地の所有権の付与や、住宅を所有していない人向けに、住宅も含めて新たな村落を建設しており、全国各地に (戦争

<sup>38</sup> MOLSW ヒアリングより。

<sup>39</sup> Lorphengsy (2011) Country Report Lao PDR 2011, p.8

<sup>40</sup> *Ibid.*

による) 障害者向けセンターも設立している。これらの保障は、2007年の首相令 343号によって規定されている<sup>41</sup>。

---

<sup>41</sup> *Ibid*, p.9

## 7. 高齢者ケア・高齢者福祉

### (1) 高齢者政策に関する計画・体制

ラオスにおいては政府による高齢者ケア・高齢者福祉への取組みはまだ少なく、従来からの世帯内での高齢者ケアが主流となっている。現在ラオスには約 40 万人の高齢者（60 歳以上の人口は全人口の 7%）が存在するが、2020 年までには約 60 万人に増加することが見込まれている<sup>42</sup>。高齢者や障害者に関する 1995 年 6 月に公布された首相令第 18 号により、国家高齢者委員会が設立され、同令に基づき高齢者支援が行われている。また、2004 年の首相令 156 号においても高齢者に対する国家政策が定められている。

### (2) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

都市部の世帯調査によると、高齢者の 49%が子どもや親戚による支援、5.2%が村人からの支援、2.2%が国際的な組織やNGOからの支援を受けていると答えた一方で、42%は支援なしで生活を行っていると回答している。また都市部よりも農村部の方が家族や親戚による支援で生活を行っている傾向が見られる<sup>43</sup>。

### (3) 高齢者政策に関する今後の課題

都市部の高齢者の貧困状況が課題となっている。高齢者の家族からの介護支援・経済的支援がなく、高齢者支援の経験や情報も十分でない。

### (4) 国際協力の状況

高齢者支援分野では、APEC、UNFPA、韓国等の支援が実施されている。在宅看護のためのパイロットプロジェクトが実施されている<sup>44</sup>。

---

<sup>42</sup> *Ibid.*

<sup>43</sup> *Ibid.*

<sup>44</sup> *Ibid.*, p.10

## 8. ラオスにおける社会保障制度の課題

### (1) 医療保障制度における課題

#### ① 財政的な裏づけの確保

保健セクターの財源が国際的なドナーからの拠出に大きく依存している点が挙げられる。WHOとILOの試算によると、現在ラオス国民一人あたり約 11 米ドル（貧困者は 5 米ドル）の支出がなされており、その拠出内訳は、60%が自己負担、30%がドナー拠出、10%が政府の税収入という結果が示されている<sup>45</sup>。社会保障制度は、元来、それぞれの国の富を再配分することにより実施されるものであり、持続可能性の観点からも、外部からの資金援助に依存した社会保障制度は、短期的にも成立が困難になる。政府は、HEFについてもCBHIについても積極的な姿勢を見せているものの、継続的な財源が明確に示されない限りは、安定的な普及拡大は期待できないと思われる。

#### ② 管理運営の近代化

また、CBHIでは、支払いの遅延が課題となっている。支払いの延滞による督促が行われる2ヶ月後まで支払いを行わない世帯もある<sup>46</sup>。一部のパイロット地区でのCHBIの保険料支払いの遅延割合は以下のとおりとなっている（2007年のデータ）<sup>47</sup>。

村名	支払い遅延者の割合 (%)
Sisathanak	69
Nambak	28
Champasak	82
Hatxayphong	65
Viengkham	46

その他、CBHIの薬の過剰な給付（over-prescribing）も問題となっている。1つの処方箋に対して、平均 4.5 種の薬剤が支給されており、CHBIの病院支出の 30%以上が薬剤支出で占められている。特に多いのが抗生物質、ボルタレン、バリウム、ビタミンの過剰処方である<sup>48</sup>。

#### ③ 保健及び保険教育の促進

また、農村部では、保健システムの利用方法についての教育や普及啓発活動も重要な課題である。そもそも保健医療資源が乏しい農村部では、CBHIやHEFなど医療サービス利用の権利が与えられても、どのような場合に、どのようなサービスが、どこで利用できるかといった基本的な知識が不足している場合があり、サービスを利用しないことによる疾病の重篤

<sup>45</sup> Howell and Ron (2008) Developing Social Protection in Lao PDR, ILO&WHO  
[http://www.google.co.jp/url?sa=t&rect=j&q=fiona%20howell%20aviva%20ron&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ilo.org%2Fgimi%2Fgess%2FressFileDownload.do%3FressourceId%3D3557&ei=rvBzT-SsI4bKmqWa4sT5Bw&usg=AFQjCNGeECO6b14\\_OTAN8jdnU13XOIUtPA](http://www.google.co.jp/url?sa=t&rect=j&q=fiona%20howell%20aviva%20ron&source=web&cd=1&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ilo.org%2Fgimi%2Fgess%2FressFileDownload.do%3FressourceId%3D3557&ei=rvBzT-SsI4bKmqWa4sT5Bw&usg=AFQjCNGeECO6b14_OTAN8jdnU13XOIUtPA)

<sup>46</sup> Howell and Aviva (2008) p.22 及び保健省のヒアリングより。

<sup>47</sup> Howell and Aviva (2008) p.22

<sup>48</sup> Howell and Aviva (2008) p.24

化を引き起こしているケースが少なくない<sup>49</sup>。また、将来発生する費用に対して事前に拠出するという発想自体が、貨幣経済が完全には浸透していない農村部では理解が得られにくいということも、普及の妨げとなっている側面がある。

したがって、国民に対する保健医療サービスの利用方法や、社会保険の意義などについて、丁寧に普及活動を実施していくことが、重要である。

## (2) 年金及びその他の所得保障制度をめぐる課題

### ① 低いカバレッジとインフォーマルセクターへの社会保障制度の構築

強制加入を前提とする CSS 及び SSS の対象となる民間企業従業員を除いては、民間フォーマルセクター及びインフォーマルセクターにおける年金及びその他の所得保障のカバレッジが非常に低いことが課題となっている。ラオスでは、就労人口の大部分が農民や自営業者であるが、それらのインフォーマルセクターの社会保障制度はほとんど存在せず、国民の大半が公的な所得保障制度の恩恵を受けていないのが現状である。今後はインフォーマルセクターのための所得保障制度の構築、及び加入の促進、保険料の徴収方法等が課題となる。

### ② 対象者のターゲティングとデータベース制度の不足

6. (1)にて前述するとおり、ラオスにおいては公的な調査による貧困者の特定作業のデータベース化もそれほど進んでおらず、サンプル調査のデータも、CBHI や HEF 等のターゲティングとも有機的に連携、活用されていないのが現状である。

SSO では加入者のデータベースは構築されているものの、そのカバレッジと加入率の低さから、公務員以外の労働者全体を対象にしたデータベースとしては、ほんの一部を構成しているに過ぎない。そのため、今後は中小の民間企業及びインフォーマルセクターにおける社会保障制度の拡大を念頭に置いた、対象者の調査・データベースの構築が必要となると考えられる。

---

<sup>49</sup> ADB (ラオス事務所) へのヒアリングより。

## 9. ラオスにおける優先支援事項

### (1) 医療サービスの量と質の向上への支援

ラオスでは、2020年の皆保障化（UC：Universal coverage）にむけ、2013年までのCSSとSSSの統合、CBHIとHEFの統合（一部の地域では既にCBHIとHEFの運営が一緒に行われている）が予定されている。ただし既述のとおり、各スキームともに本来の対象加入者の数%しかカバーできていない現状で、具体的な目標としてUC化を推進するのは時期尚早であろう。

近年は、都市部における富裕層の増大もあり、都市部の富裕層がラオスの医療サービスを利用せず、タイへ越境し医療サービスを受ける傾向（またそれに伴う民間保険の加入者が増加が予想される）が見られる。

そのため、各制度のカバレッジを向上させUC化を進めるのと同時に、現在のラオスの医療サービスの質及び量（医師数、看護師数、病床数含む）を改善し、ラオスの医療保険制度・体制の充実・拡充を引き続き支援していくことが、健全な医療保障制度の確立を推進する上で、結果的に重要になると考えられる。JICAは既にラオスの保健分野で数々の技術協力を実施しており、現在も保健セクター全体及び専門分野の技術プロジェクトが進行中である<sup>50</sup>。このような支援を着実に進めていくことにより、急激な経済成長にともなって増加している中高所得者層によるタイの医療機関への越境受診を抑制することも期待される<sup>51</sup>。

他方で、社会保障や所得保障といった観点からは、SASSとSSSの組織統合と労働・雇用を含む支援に関しては、既にILOの支援が決定しているところであり、JICAが支援を行う必要性は必ずしも高くないと考えられる。

また、他国で進む高齢化への支援に関しても、ラオスの場合はまだ問題が顕在化する段階とはなっていない。

---

<sup>50</sup> 例えば、技術協力プロジェクトである上級看護助産師育成プロジェクト（2008年11月～2012年11月）、保健セクター事業調整能力強化フェーズ2（2010年12月～2015年12月）、母子保健統合サービス強化プロジェクト（2010年5月～2015年5月）、母子保健人材開発プロジェクト（2012年2月～2016年2月）などが現在実施中である。

<sup>51</sup> 他方で、タイの専門家からは、タイとラオスの対岸での病院交流・研修受入（ラオスの医師や看護婦を、タイの病院で受け入れ、タイの医療技術を習得することを目的としたもの。タイ滞在型の研修や、ラオスでの就業両立型（通学型）など、多用な形態が想定される）に対し、日本が支援を行うといった南南協力の可能性も示唆されている。



## IV マレーシア

### 1. 社会保障の全体像

#### (1) 憲法における社会保障

マレーシア憲法においては、主に宗教、市民権、身体的自由などの基本的な国民の権利と義務が明示されているものの、社会保障に関する個別の記述はない。

#### (2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

マレーシア政府は、社会的保護の一つである「ソーシャル・セーフティネット」という表現に対して、否定的な態度を取ってきたことで知られる<sup>1</sup>。マレーシアの経済政策・社会政策は、ソーシャル・セーフティネットという受動的な形態ではなく、経済の拡大による雇用の増大こそが最大の社会保障であるとの考え方で一貫している。したがって、社会保障支出については、いかにして経済発展によって社会保障費用を管理していくかということが重要な政策課題となっており、単純な社会支出の増大を目指していない点に特徴がある。

#### (3) 社会保障制度の概略

##### ① 医療保障

マレーシアは、税方式による医療サービスを提供しており、いわゆる社会保険方式の公的医療保障制度は存在しない。したがって、社会保障制度としての明確な名称は存在しない。

非常に限られた自己負担のみで利用できる公的医療サービスが提供されながら、民間医療保険の役割は大きく、富裕層（一部の公務員も含む）も含め、民間医療保険に加入できる購買能力のある層は、積極的に民間医療保険を活用している。現在は、政府が社会保険方式の医療保険制度を創設すべく検討を行なっているが、民間医療保険市場や民間医療機関の経営に大きな影響を与える可能性があり、慎重に検討が進められている。

また、基本的に無料で提供されている公的医療サービスについても、一部の医療行為は患者自己負担が求められ、それが多額に上る場合もあり、実質的に無料とはいえない状況になっている。他方で公務員については、こうした公的医療保障サービスがカバーしていない医療行為についても給付されるといった格差も存在する。そのため、マレーシアでは形式的には医療保障の国民皆保障が成立しているものの、実質的には改善すべき課題が多いといえる。

---

<sup>1</sup> 財務省（MOF : Ministry of Finance）へのインタビューによる。

図表 IV-1 マレーシア医療保障制度概要



出所：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

## ② 所得保障

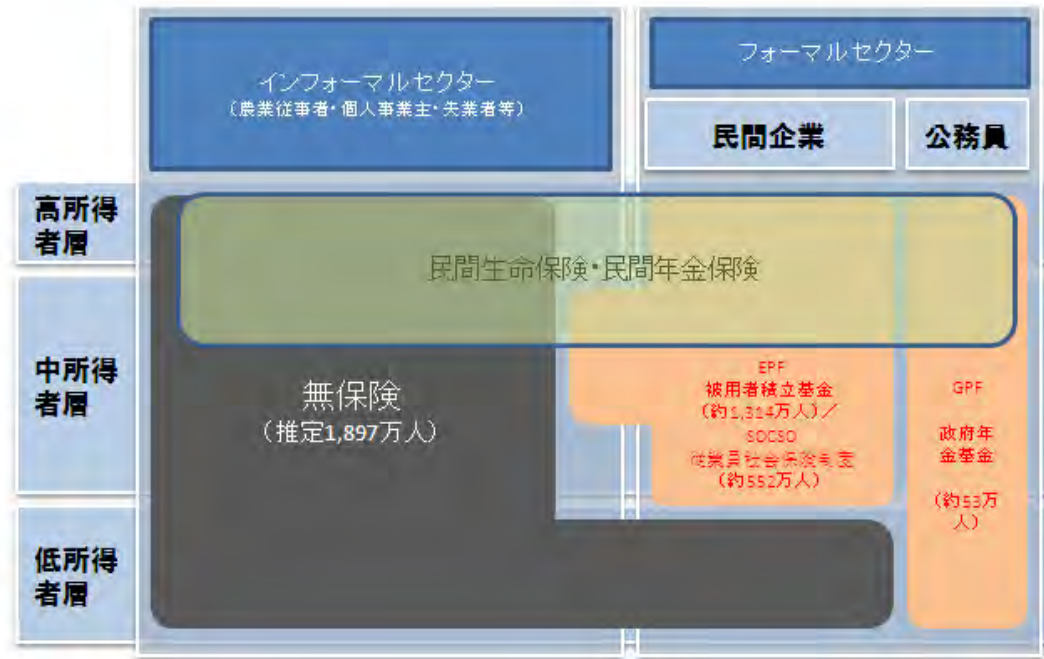
所得保障に関しては、公務員の社会保障制度である政府年金制度（GP：Government Pension）<sup>2</sup>と民間企業の被用者に対する被用者積立基金（EPF：Employee Provident Fund）、従業員社会保障機構（SOCSO：Social Security Organisation）に分かれている。

EPF は労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制加入制度であり、退職時に受け取る積立基金制度である。その他、住宅購入や医療、進学時にも一部を引き出すことができる。

SOCSO は主に労働災害遺族年金、疾病年金、教育ローンなどを給付している。なお、マレーシアには失業保険制度は存在しない。

<sup>2</sup> 基金の運営は、政府人事院（JPA：Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia）が行っている。

図表IV-2 マレーシアの所得保障制度概要



※1：重複加入がある。

※2：SOCSSOのアンニュアルレポートによると、創設以来の登録者数は、約1,383万人とされている。

出所：三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

## 2. 社会保障関係機関の概略

マレーシアにおける社会保障政策は、医療保障や公衆衛生施策は保健省（医療保障、公衆衛生施策）、社会福祉施策は女性・家族・地域社会開発省（KPWKM :Ministry of Women, Family & Community Development）、公務員への年金給付は人事院（JPA :Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia）、政府関係機関（Statutory Authorities）等が分掌している。

### (1) 保健省（MOH: Ministry of Health）

マレー語では Kementeriaan Kesihatan Malaysia (KKM) と呼ばれる。医療保障戦略の企画策定、施策実行、サービス提供システムや運営を管轄する。税財源による医療提供サービスは、公的医療機関が提供を行っており、保健省が所掌している。効果的・効率的・かつ適切なサービスの推進、予防や治療、リハビリテーションを提供することにより、国民の健康状態を維持し、生産性の高い経済や社会生活の実現と持続を目的としている。

### (2) 女性・家族・地域社会開発省

(KPWKM :Ministry of Women, Family & Community Development)

1995 年に北京で開催された第四回世界女性会議により、女性の権利保護と地位向上のためのプラットフォームとして、2001 年 1 月に、女性省（Ministry of Women Affairs）として発足した。低所得者や高齢者、児童、女性等の社会福祉施策の企画、策定を担当している。

女性省の設置後、その役割と機能の拡大に伴い、2001 年 2 月には女性・家族開発省（略称:KPWK）に改称され、同省の傘下に女性開発局（HAWA: the Department of Women Affairs）及び国家人口・家族開発委員会（LPPKN: the National Population and Family Development Board）が配置されることとなった<sup>3</sup>。

2004 年の総選挙以降、同省の役割が拡大され、現在の名称（KPWKM）に変更され、数回の組織再編を経て、現在は、女性開発局（Department for Women Development (JPW)）、マレーシア社会福祉局（Social Welfare Department of Malaysia (JKMM)）、国家人口・家族開発委員会（National Population and Family Development Board (LPPKN)）、マレーシア社会研究所（Social Institute of Malaysia (ISM)）の 4 局が設置されている。

KPWKM では、国を挙げての目標である「ワフサン 2020<sup>4</sup>」実現に向けて、社会福祉の増進を図り、思いやりと発展が共存する社会を目指している。

<sup>3</sup> HAWA は数回の組織編成を経て、現在の女性開発局（JPW）となった。

<sup>4</sup> 英語名は vision2020 で、1991 年にマハティール元首相が 2020 年までの先進国入りを目標にしたものの。

### (3) 政府人事院 (JPA :Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia) <sup>5</sup>

公務員を対象とする医療保障や年金給付を管轄している。公共サービスにおける組織の改善、人材開発やマネジメントを実現するため、1) 公共サービスにおける人材マネジメント、政府機関へのアドバイザー業務、2) 組織の再構築や強化、品質や能力が高く革新的な人員の開発、3) 調和の取れた職場環境実現のための労使関係管理、4) ICT 活用によるシステムや業務プロセスの等を目指し、運営されている。

主な機能として、「企画」、「開発」、「管理」の3つの柱がある。企画面では、公共部門の役割決定、公共機関の組織の規模や構造についての検討、公務員の年金等に関する検討、民間部門の公共部門の役割明確化、戦略的ネットワークの構築等を行う。開発面においては、組織開発方針の策定、キャリアパスの設定、トレーニング方針の決定等を行う。管理面においては、人員の任命、配置、報酬や昇進、退職給付、就業条件、労使関係、教育や人的資源データベースの管理の他、目標に対する達成状況の評価やモニタリング業務を行う。

### (4) 人的資源省 (MOHR : Ministry of Human Resource) <sup>6</sup>

労働行政を所掌している。生産性が高く、有益で規律や思いやりと順応性の高い人材を開発することを目的としており、雇用主と従業員間の労働争議の解決や、労働協約を通じた調和のとれた労使関係の確保により、産業の調和と維持を目指す。労働者の安全衛生の確保や、能力向上等も所掌している。

なお、失業保険制度の導入検討についても、MOHR が担当している。

### (5) 被用者積立基金 (EPF : Employee Provident Fund)

マレー語では、Kumpulan Wang Simpanan Pekerja (KWSP) と呼ばれる。EPF は財務省の傘下のもと 1951 年に設立され、1991 年被用者積立基金法 (EPF Act 1991 : Employees Provident Fund Act 1991 (Act 452)) に基づき、退職給付制度を運営している。

同制度は、労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制拠出基金であり、退職時に受け取る積み立て基金制度である。

### (6) 従業員社会保障機構 (SOCSO : Social Security Organisation)

マレー語では Pertubuhan Keselamatan Sosial (PERKESO) と呼ばれる。SOCSO は MOHR の傘下機関として、1969 年従業員社会保障法 (Employees' Social Security Act, 1969) 及び 1971 年従業員社会保障 (一般) 規則 (the Employees' Social Security (General) Regulations 1971) に基づいて設立された。民間部門における労災・障害・遺族をカバーする社会保険制度を管轄している。SOCSO の運営する制度は、労災や

---

<sup>5</sup>

[http://www.ipa.gov.my/index.php?option=com\\_content&view=article&id=246&Itemid=26&lang=en](http://www.ipa.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=246&Itemid=26&lang=en)

<sup>6</sup>

[http://www.mohr.gov.my/index.php?option=com\\_content&view=article&id=699&Itemid=420&lang=en](http://www.mohr.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=699&Itemid=420&lang=en)

障害等の万一の際に医療サービスや補装具、現金給付などを提供し、従業員やその家族の負担や不安を軽減することにより、社会保障サービスを提供している。

#### (7) マレーシア国家保険協会 (NIAM : National Insurance Association of Malaysia)<sup>7</sup>

マレー語では、*Persatuan Insurance Kebangsaan Malaysia* と呼ばれる。1966年社会法 (*Societies Act 1966*) の下で、1973年に設立された業界団体である。

現在、一般保険会社 14 社、複合保険会社 4 社、生命保険会社 5 社、タカフル事業者 7 社<sup>8</sup>と再保険会社 4 社を含む、34 社が加盟している。メンバーの利益促進及び保護、共同活動推進、法規の制定等を目的としている。地場系企業（外資合弁企業を含む）により構成されている点で後述する LIAM と異なる。

#### (8) マレーシア生命保険協会 (LIAM : Life Insurance Association of Malaysia)<sup>9</sup>

マレー語では *Persatuan Insurans Hayat Malaysia* と呼ばれる。国民の生命保険に対する認識の向上、各種啓蒙・教育活動、健全な産業促進のための政策部門への提言、内部管理規制の制定等を行うことを目的に設立された業界団体である。現在外資企業を含む生命保険会社 17 社が加盟している。

#### (9) マレーシアの行政制度<sup>10</sup>

マレーシア連邦の行政区画は、国家の最高法規である連邦憲法のもと、第一レベルではマレー半島に所在する 11 州、ボルネオ島北部の 2 州（サバ、サラワク）と 3 カ所の連邦特別区（クアラルンプール、ラブアン、プトラジャヤ）に分割される。これら 13 州・3 直轄地域は、第二レベルで 137 群 (*Administrative District*) に分割される。

マレーシアの各州は、かつて独立した王国であったり、英国の直轄植民地であったりと、歴史的に異なった経緯を有している。そのため、現在も州の元首や立法権限や行政制度が異なる部分が見られる。

マレー半島の 11 州のうち 9 州ではイスラム教国における世襲の統治者であるスルタンが、他の 4 州では国王に任命された州長が、それぞれ州の元首となっている。州は憲法を制定している等、国家に準じた形をとっている。なお、国家の元首である国王は、スルタンを有する 9 州から五年を任期とし、互選により決定される。

半島の 11 州については、連邦政府が州政府に対し強い権限を有しているが、サバとサラワクについては、マレーシア結成時の合意に基づき、現在でも他の州と異なる権限が認められている。なお、連邦直轄地については、連邦政府の連邦地域省 (*Ministry of Federal Territory*) を設置し、独立した主体である地方自治体や公社が行政サービスを提供する。

<sup>7</sup> <http://www.niam.org.my/niam.html>

<sup>8</sup> 「タカフル」とはイスラム教の教義に基づいた保険制度で、中央銀行が定める規約に基づいて運営されている。

<sup>9</sup> [http://www.liam.org.my/index.php?option=com\\_content&view=article&id=54&Itemid=84](http://www.liam.org.my/index.php?option=com_content&view=article&id=54&Itemid=84)

<sup>10</sup> 「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）

### 3. 社会保障関連支出

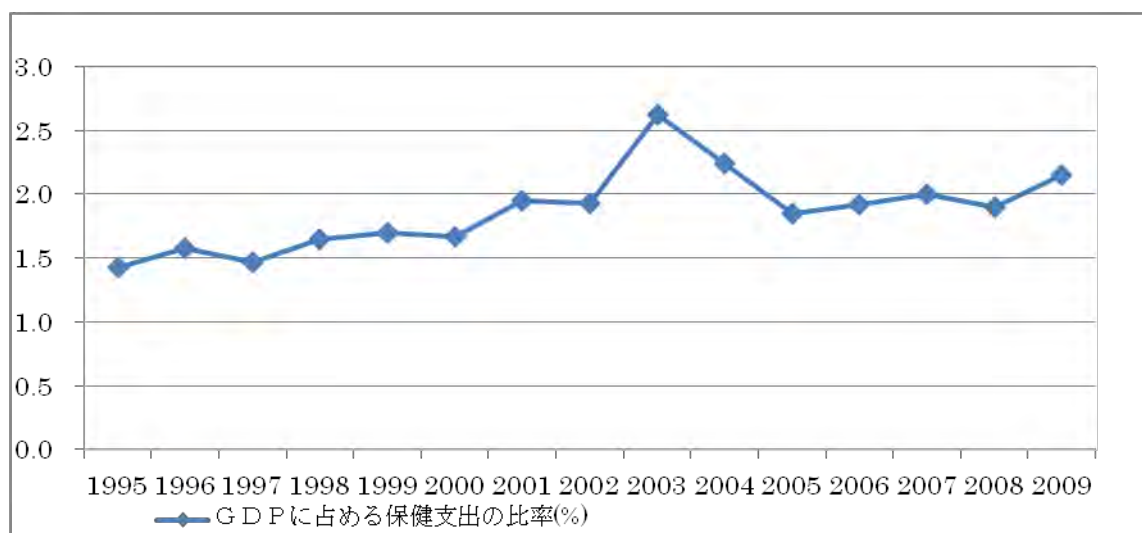
#### (1) 保健関連支出

マレーシアにおける保健関連支出は、毎年 6%前後の上昇率を示しており、この傾向は今後も継続すると予想される。対 GDP 比率で見ると、同支出の割合は 2%前後で推移している。

また、公的／民間部門の対 GDP 支出比率について見ると、1997 年までは両者がほぼ同水準であったが、その後公的部門の支出がやや上回る状態が 2003 年まで続いた。2004 年には逆転し、以降は民間部門支出が公共部門支出を上回る状態が続いている。

MOH によると、公的部門の医療支出を対 GDP 比約 2%の 160 億 MYR<sup>11</sup>から、4%程度の約 300 億 MYR まで引き上げることを目標としている。

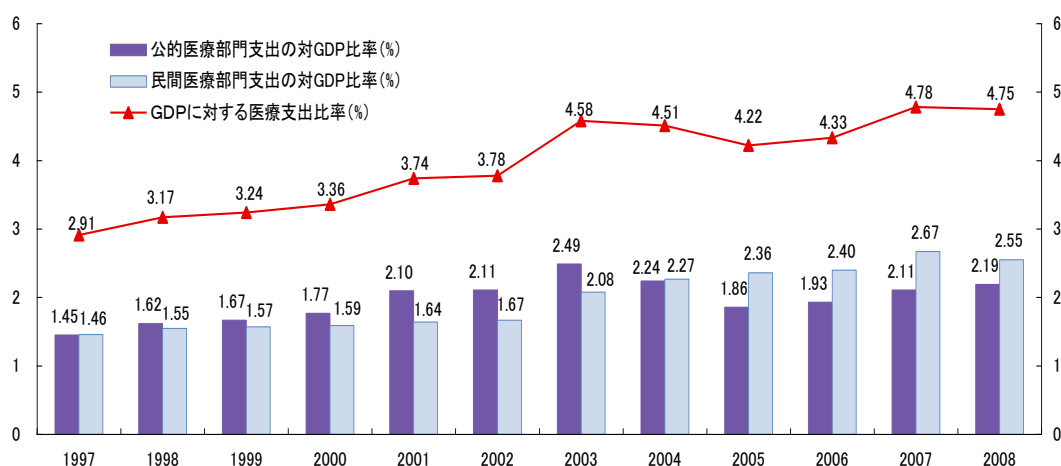
図表IV-3 GDP に占める保健支出（Public Health Expenditure）比率の推移



出所：MOH 資料より作成。

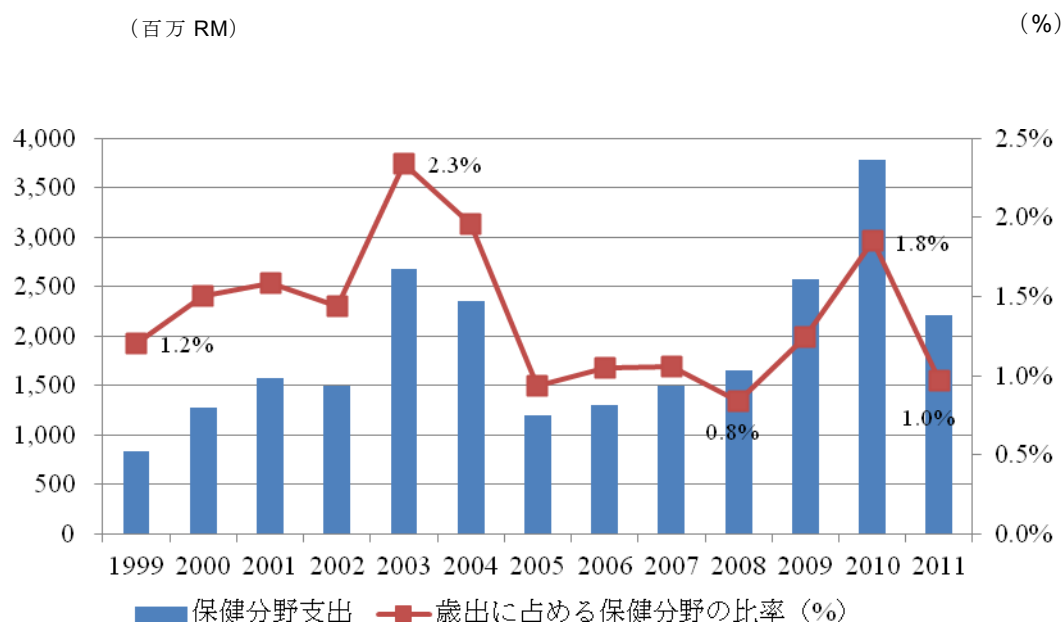
<sup>11</sup> 1 リンギ (MYR)=26.592 円 (JICA 平成 24 年度 5 月月次取引レートを参考値として記載)

図表IV-4 公的部門／民間部門別の医療支出額比率（対 GDP 比）



出所：Institutionalization of national health accounts in Malaysia(Oct 2010)

図表 IV-5 連邦政府の保健分野における支出額及び歳出に占める比率



出所：MOF 資料より作成。

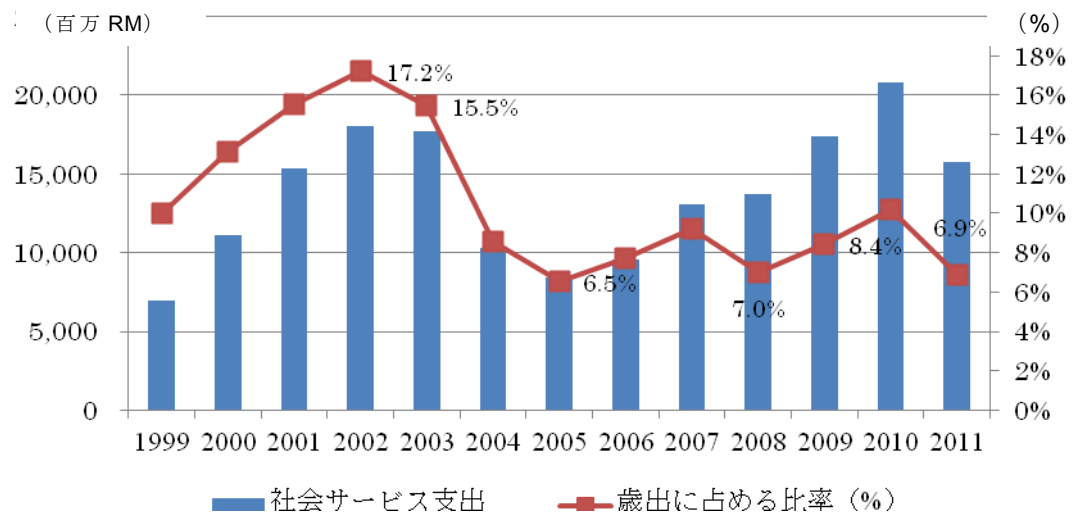
## (2) 社会サービス支出

図表 IV-6は、連邦政府予算に占める社会サービス支出（Social Services Expenditure）の割合を示したグラフである。社会サービスには、保健、教育・訓練、住宅、その他が含まれる。政府予算の割合を見ると、2000 年前半は政府予算の 15-16%を占めていたが、2004 年以降は 10%前後に落ち着いている。これは、2003 年 10 月に就任したアブドラ首相が財政赤字を懸念し、社会分野を含む開発予算額削減に踏み切ったことが経緯にある。しかし、その後第 9 次五カ年計画（MP9：2006



年~2010年)により、再び開発予算が増額された。社会サービス支出は金額ベースでは、2006年以降は5年続けて増加し、2010年には過去最多の200億MYRを超過した。2011年以降は景気回復もあり、再び減少傾向にある。

図表 IV-6 社会サービス支出の推移



出所：MOF 資料より作成。2012 年は予算割当額。

## 4. 医療保障

マレーシアでは公的医療機関による医療サービスがほぼ無料化されていることから、形式的には国民皆保障が成立しているが、実態としては、中流層以上は民間保険に加入し、より質の高い民間医療サービスを利用しているといわれ、医療格差が生じている状態でもある。また、政府側も税をベースとしたイギリスの NHS (National Health Service) 方式でサービス提供することについては限界があると政府関係者は認識しており、現在、社会保険方式への移行を模索している<sup>12</sup>。

### (1) 医療保障セクターにおける国家計画

医療保障セクターにおける国家計画として、5年ごとに策定される国家保健計画 (Country health Plan) がある。現在は第10期 (The 10th Malaysia Health Plan、略称:10MP) により策定されている。マレーシアは2020年に先進国入りを目指す「ワフサン 2020」を政策の柱としており、先進国に見合う水準に達するよう、「1 care For 1 Malaysia」をスローガンに掲げ、医療保障制度改善に取り組んでいる。

図表IV-7 MOHの第10期国家保健計画(2011年-2015年)における主要方針

<p>【保健省 (MOH) による強化分野】</p> <p>①保健分野：ユニバーサルアクセスの保証により、より効果的かつ効率的なヘルスケア制度への改革</p> <p>②健康意識の向上と健康的なライフスタイル</p> <p>③個人やコミュニティの健康管理意識の強化</p>
<p>【戦略方針】</p> <p>戦略①包括的なヘルスケア制度の構築及びインフラの再編</p> <p>戦略②健康意識の向上や健康的なライフスタイルの促進</p> <p>戦略③コミュニティに対し、個人の健康プログラムの計画や実行の意識を持たせ、健康管理意識を醸成する</p> <p>戦略④ユニバーサルアクセス実現に向けた効率性向上のための保健分野の改革</p>

### (2) 医療提供体制の特徴

マレーシアの医療システムは、旧宗主国のイギリスの NHS を基本とした医療制度であり、公的医療機関においては、ほぼ無料で医療が提供されている。原則レファールシステムが採用されている。

一般的に国民の大半は費用の面から公的医療機関しか受診できない。公的医療機関は待機者も多く、また医療の質が低いと認識されている。これに対し、民間医療機関では、医療の質は相対的に高く、待機時間も短いが、費用については全額自己負担か、民間医療保険に加入することになる。したがって、民間医療機関は自己負担または民間医療保険を購入できる中所得以上の層が利用している。

マレーシアにおいては、公立の医療機関と私立または NGO が運営する民間医療機関がある。MOH が運営する公立の医療機関が全国的なネットワークを有しているが、

<sup>12</sup> MOH ヒアリングより。

都市部を中心に民間医療機関も医療提供に重要な役割を担っている。

図表IV-8 マレーシアの医療機関の特徴<sup>13</sup>

	公的医療機関	民間医療機関
病院	131	217
ベッド数	33,211床	13,186床
診療所 <sup>14</sup>	2,833	6,442
医師の配置	全医師の約半数	全医師の約半数
患者の比率	75%	15%

※：患者の比率は全国民を全体とした場合について、MOH 担当者へのヒアリングによる。なお、残り約10%の患者は、医療機関ではなく伝統医療等の治療を受けると推定される。

図表IV-9 マレーシアの公的医療機関

施設分類	施設数	ベッド数 (公表値)
MOH 管轄の医療施設		
病院	131	33,211
専門医療施設	6	4,582
専門施設※1	15	-
国家保健施設	6	-
歯科診療所※2	34	341
移動歯科診療所※2	25	42
保健診療所※3	2,833	-
保健診療所 (1 Malaysia)	53	-
移動保健診療所及びチーム	165	-
移動保健診療所及びチーム (1 Malaysia)	3	-
遠隔地への救急医拠点	13	-
MOH 管轄以外の医療施設		
病院	8	3,690

※1：国家血液センター1施設、公的保健研究所4施設、食品品質研究所10施設

※2：ベッド数は歯科治療用椅子の数

※3：地域診療所、メンタルクリニック、母子保健診療所を含む。

出所：MOH「Health Facts 2010」より作成。

公立の病院数及び病床数については、MOH 管轄の病院が全国131カ所・33,211床、MOH 管轄以外の政府系病院が同8カ所、3,690床、私立病院が同217カ所・13,186床となっている(2010年現在)。

基礎的な外来診療や保健衛生に関するサービスについては、地域における母子保健サービスの提供や軽微な傷病の治療・応急手当を担う地域診療所 (Community Clinics/Klinik Desa)、母子保健サービスに特化した母子保健診療所 (Maternal & Child Health Clinics)、移動診療所 (Mobile Clinics)、より広域の地域住民に対して広範なサービスを提供する診療所 (Health Clinics) が MOH により運営されている。

<sup>13</sup> MOH (2010) Health Facts Malaysia 2010 より作成。

<sup>14</sup> 地域診療所 (Community Clinics /Klinik Desa) や母子保健診療所 (Maternal & Child Health Clinics) を含めた数値。MOH 担当者によると Medical Clinic は約800カ所となっている。

図表IV-10 マレーシアの民間医療機関

施設種別		施設数	ベッド数 (公表値)
許認可取得施設数			
	病院	217	13,186
	マタニティーホーム	22	97
	老人ホーム	12	263
	ホスピス施設	3	30
	外来診療所	36	125
	血液バンク※1	5	-
	血液透析センター※2	191	2,195
地域精神保健センター	1	9	
登録施設数			
	医療診療所 (Medical clinics)	6,442	-
	歯科診療所 (Dental clinics)	1,512	-

※1:臍帯血幹細胞バンク:4 施設、幹細胞バンク:1 施設、再生医療研究センター:1 施設

※2:ベッド数は透析用椅子の数値

出所: MOH(2010)Health Facts 2010 より作成。

図表IV-11 入院者及び外来患者数

医療機関種別		入院者数	外来患者数
公的医療機関	MOH		
	病院	2,121,923	17,550,603
	専門医療機関	8,640	102,944
	公的医療施設	-	27041,812
	MOH 以外	132,010	2,070,036
民間医療機関		869,833	3,174,124

※1:民間保健機関や施設に対する調査(回答率98.44%)の結果に基づく。

出所: MOH(2010)Health Facts 2010 より作成。

### (3) 制度の基本構造

マレーシアの医療保障制度は、無拠出型の公的医療機関における医療サービス提供と、民間医療保険による民間医療機関でのサービス提供の二つに大別される。

図表IV-12 マレーシアの医療制度基本構造

	公的医療サービス	GP (政府年金制度) の医療給付	民間保険
制度創設年	--	1980年	--
根拠法	--	Pension Act 1980	--
所管官庁	保健省	人事院	中央銀行、保健省
実施運営機関	保健省	政府人事局	民間保険会社
拠出/無拠出	無拠出	拠出	拠出
加入対象者	国民全体	公務員及びその家族	任意(中所得以上)
被扶養者の適用	適用可	適用可	サービス内容による
加入者数	約2,800万人	約53万人	推定:約840万人 (人口の約30%)
レファールシステム	有	N.A.	無

自己負担	外来は、一回あたり1MYR程度の負担。入院もほぼ無料に近い状態。	公立病院で対応できない特定の疾病の民間病院での治療も給付。	基本的に全額自己負担。民間企業が福利厚生として従業員に加入させることも多い。
年間医療費支出	13,546 百万 MYR (2007 年・公的医療部門の公的支出額)	--	16,682 百万 MYR (2007 年・民間医療部門の公的支出額)
除外される医療行為等	公的医療機関での受診が条件。一部の医療サービスには費用負担が必要。	本制度は、左記の公的医療サービスで除外される一部の治療や差額ベッド代などがカバーされるため通常の医療は除外される。	保険サービス内容による。ただし、生涯給付上限が設けられている場合があるため、高額の治療給付を受けた場合、上限を超えた額はカバーされない。
その他	--	--	民間医療保険プランについては、マレーシア中央銀行及び保健省により規制が行われており、個人が購入する場合は税控除措置がとられる。

※1:年間医療費支出:MOH “Country Health Plan 10th Malaysia Plan 2011-2015”

出所: 関係者へのヒアリング等から三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

#### (4) 公的医療サービス保障（無拠出型の医療保障）

マレーシアでは、公的医療機関における一次医療（プライマリーケア）の医療サービスが無料あるいは少額の自己負担で提供されていることから、形式的には国民皆保障が成立している。同制度は税を財源とする無拠出型となっており、公的医療機関における医療費総額の98%が公費負担されている。なお、一般に一次医療については、受診あたりの自己負担が1MYR程度である。二次医療以上についても基本的に無料の部分が大半を占めており、自己負担は、一部の特殊な医療サービスに限定されている。

しかしながら、待ち時間の長さやサービス水準の低さにより、中流層以上は民間保険に加入して主に民間医療機関からサービスを受けており、医療格差が生じている状態である。現状の改善のために、政府は公立医療機関の質の向上を進める方針であるが、他方で、無拠出型の医療保障は、持続可能性の観点から限界があると考えており、現在、MOHは、税方式による医療提供システムから社会保険方式への移行を模索している。

#### (5) 公務員年金の医療給付

公務員は、政府年金制度の医療給付制度に基づき、特定の治療行為についても無料でサービス利用が可能である。また、公的医療機関では対応できず、民間医療機関でなければ対応できない治療についても、政府の医療技官の推薦状または処方箋に基づき、民間で受診することができる。この制度の詳細は、後の「5. 年金及びその他の所得保障（1）政府年金制度」に記載する。

## (6) 民間医療保険

### ① 民間医療保険に対する考え方

マレーシアでは主に中所得以上の層に民間保険商品が販売されており、保険契約者のこのべ人数は全人口の約 30%に相当すると推定される<sup>15</sup>。医療保険単独での加入もあるものの、一般的には生命保険の付加給付（ライダー）として医療保険を追加するケースが多い。また、一般的に一定規模以上の企業では、福利厚生として従業員を加入させているケースが多い。ただしこの場合、退職時に法人契約時と同様の内容で個人契約に切り替えて加入することが非常に難しい。そのため、退職後に備え退職前に個人契約で保険商品を購入している場合もある。なお、公務員についても個別事情に基づくカバーを受けられることから、民間医療保険の加入者は少なくない。

他方、民間医療保険の必要性を感じない層もいる。民間の医療機関での一回あたりの自己負担は保険に加入しなくても 40-50MYR 程度、都市部でも 70-100MYR で済むため、中所得層は民間保険料を支払うことに疑問を持つ人も存在する。

### ② 民間医療保険の手続き

民間医療保険の被保険者証にあたる「メディカルカード」を医療機関に提示すると、契約している保険商品の契約内容に従って保険給付が行われる。民間保険に加入していない患者が、民間医療機関に入院する場合は、通常、入院前に 3,000MYR 程度の先払い（Deposit）が必要になるが、メディカルカードを医療機関に提示することで不要となる。診療にかかる費用は、保険パッケージの範囲で保険会社から最終的に支払われる。

民間医療保険の活用頻度が多いマレーシアでは、被保険者の加入確認を迅速に行うことが保険商品の販売上も重要であるため、カードの有効性等を認証する機関であるマネジドケア組織（MCO：Managed Care Organization）<sup>16</sup>を設置している。MCOには複数の保険会社が共同で出資し、各保険会社は加入者の氏名、被保険者番号、メディカルカードの有効性、加入している保険パッケージの種類についてのデータを MCO に提供し、各医療機関は、被保険者の受診時に、MCO のポータルサイトを通じてカードの有効性の認証を行うという仕組みになっている。

現在、マレーシアには、約十数か所の MCO が存在し（うち大手が 3 企業）、ING などの大手保険会社は、保険会社自らが MCO を運営するケースもある。

<sup>15</sup> この数字は、被保険者の実数ではなく、医療保険、生命保険を問わず、民間保険会社の契約者数であり、複数の保険に加入する場合も多いことから、正確な被保険者数は不明である。

<sup>16</sup> マレーシアの MCO は AAN (Asia Assistance Network) と呼ばれている。

図表IV-13 マレーシアの主な保険関連協会

協会名	目的	加盟企業数
マレーシア全国 保険協会	メンバーの利益促進及び保護、共同 活動推進、法規の制定等	地場系保険会社 34 社 一般保険会社 14 社、複合保険会社 4 社、生命保険会社 5 社、タカフル事業 者 7 社と再保険会社 4 社
LIAM マレーシア生命 保険協会	国民の生命保険に対する認識の向 上、各種啓蒙・教育活動、健全な産 業促進のための政策部門への提言、 内部管理規制の制定等	外資企業を含む生命保険会社 17 社

出所：NIAM、LIAM のホームページより三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

### ③ 市場の今後の展望

マレーシアの民間保険市場はまだ成長過程の最中にあり、国民の間では医療保険そのものは高く認知されているものの、本当の必要性が十分に理解されていない状況にある。その理由は、マレーシアの公的医療保障サービスが重要な保健医療サービスの基盤であり、国民から一定の信任を得ているものの、公的医療サービスだけでは高度医療を受けることは難しいという点が一般に広く認識されていないためと考えられる<sup>17</sup>。

また、法人契約の民間医療保険の加入者において、退職後は法人契約の商品からは脱退せざるを得ず、個人で再加入することは難しいという現状が十分に理解されていない<sup>18</sup>。特に若い世代の間では、退職後の備えに関しての危機意識が薄い傾向がある。

<sup>17</sup> NIAM（マレーシア国家保険協会）へのインタビューによる。

<sup>18</sup> こうしたことから、法人契約をしている被用者で個人契約の保険に加入する者は少なくない。

## 5. 年金及びその他の所得保障

図表IV-14 公的な年金及び所得保障の種類と概要

制度	GP	SOCSO	EPF
対象者	公務員	民間企業及びその従業員	民間企業及びその従業員
給付内容の構成	公務員年金、公務員医療保障、死亡保障	労働災害保健、疾病年金	老齢貯金、医療、住宅購入、教育等の目的による引き出し
実施機関	JPA	SOCSO	EPF

出所：JPA、EPF、SOCSO 提供資料より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティング作成。

### (1) 政府年金制度（GP：Government Pension）

#### ① 法的根拠

優良な人材を確保する観点から、1980 年年金法（Pension Act 1980）等に基づき JPA により政府年金制度が運営されている。その後、Act 662（Retirement Fund ACT 2007）、Act238（Pension Adjustment Act 1980）により改正が行われた。

#### ② 給付内容

本制度では、退職時や公務中の死亡した場合において、一括払い或いは月額払いによる給付が行われている。また、在職期間中に行使しなかった休暇日数に応じた現金給付がある他、年金受給者が死亡した場合にはその未亡人や 21 歳未満の未婚児童に対し年金が支給される。

医療給付は、公務員自身のみならず配偶者や児童（21 歳未満の未婚者）も同様に受けることができ、ほとんど無料で医療サービスを受けることができる。また、医療給付は公務員が定年退職後にも適用される。さらに、公務員本人については、特定の疾病については、高額治療についてもカバーされる。なお、2011 年 5 月より、公務員で EPF 加入を選択した者も同様の医療給付を受けられるようになった<sup>19</sup>。

#### ③ 加入対象者

公務員が対象であり、教師、裁判官、連邦の職員、各州の職員、鉄道職員、警察官等が含まれる。

軍人向けには別の年金制度が整備されているが、職位が大尉（Captain）以上のポストに就くと公務員扱いとなるため、GP に加入することになる。公務員になる場合



はポータビリティが認められ、これまでの積立が引き継がれる。

なお、GPの対象者は、1991年および92年の法改正（Act A793, Act A823）により、それ以降に採用される公務員等はEPFと公務部門の年金のどちらかを選択することができる（第6A条）。しかし、EPFと公務部門の年金の内容を比較すると、明らかに後者の方が有利であり、現実には前者を選択する者はごく少数と思われる<sup>20</sup>。

④ 保険料率

受給権者が勤務する公共機関が給与の17.5%を拠出する（第12条B）。

⑤ 基金及び実施運営機関

運営はJPAが行う。財源は、連邦政府のファンドより拠出する（税金を含む国家予算から引き当てる）こと、退職給付は最終的に退職金ファンドに引き継がれることとされている。

図表IV-15 年金加入者及び年金受給者の内訳（2012年2月現在）

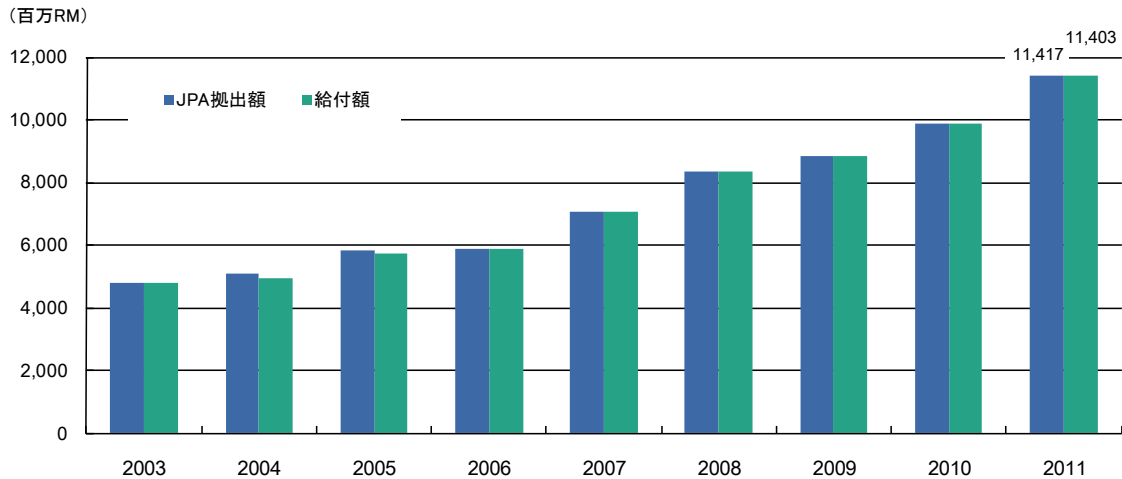
年金受給者		年金加入者+年金受給者（人）
連邦政府職員	Federal public service	343,561
各州政府の職員	State public service	68,386
法定授権者	Statutory authority	87,886
地方自治体	Local authority	27,726
議会の職員及び連邦政府の管理部門担当者	Members of parliament & Members of federal administration	1,038
政治家秘書	Political secretaries	130
裁判官	Judges	90
合計		528,817

出所：JPA 提供資料より三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成。

<sup>19</sup> JPA 担当者によると、将来的には民間保険とのハイブリッドスキームも検討している。

<sup>20</sup> 菅谷広宣(2012)「マレーシアの老齢所得保障制度」より。

図表IV-16 JPA 拠出額と給付額の推移



出所：Public Service Department Malaysia, Overview of Pensions Policy in Malaysia

公務部門では、退職年金として最終給与額の 20%～60%が在職期間に応じて支給される。1981 年からは賃金スライド制が導入されている。基本となる計算式は  $1/600 \times \text{在職月数} \times \text{最終給与額}$  であるが、在職月数は 360 ヶ月が上限となる。退職金としては、在職月数に最終給与をかけ、その 7.5%が支給される（Pension Regulation 1980 Sec.4）。なお、年金が支給される退職事由は下記のとおりである（第 10～12A 条）。

図表IV-17 年金が支給される主な退職事由

- \* 定年の 55 歳に達すること。  
(ただしこの定年年齢は上下院の職員には適用されない)
- \* 医学上の理由（障害状態）
- \* 部署の廃止
- \* 省庁の再編
- \* マレーシア以外の国籍の取得
  
- \* 40 歳以降の選択定年
- \* 政府の同意による他の組織（政府系であるかどうかは問わない）への異動

これらのうち選択定年の場合、年金は 45 歳または 50 歳からの支給となる。前者は、女性、一定階級以下の消防士・警察官・刑務所員、及び精神病院の男性看護師に適用される。後者は男性で前者に挙げた職種を除く人々に適用される。他組織への異動<sup>21</sup>については、男性 50 歳、女性 45 歳以前の異動ではこれらの年齢に達した時、これらの年齢以降の異動では 55 歳に達したときに年金は支給される。また、これらの年齢に達する前に死亡した際には、遺族年金が支給される<sup>22</sup>。

<sup>21</sup> 政府の同意による他の組織への異動（政府系であるかどうかは問わない）を示す。

<sup>22</sup> 菅谷広宣(2012)「マレーシアの老齢所得保障制度」より。

JPA としては、現行の税に依存した賦課方式年金制度（PAY-AS-YOU-GO）では財政への負担が大きいため、持続可能性の観点から確定拠出年金制度にスキームを変更したい意向である。

図表IV-18 GP の給付内容

	給付額	備考
①退職金 (一時金払い)	$7.5\% \times \text{就業期間 (月)} \times \text{最終の給与額}$	* 2009年1月より、最高30年(360ヵ月)分
②年金 (月間払い)	$1/600 \times \text{就業期間 (月)} \times \text{最終の給与額}$ (但し、最終の給与額の3/5の額を超えないこと)	* 2009年1月より、最大30年(360ヶ月)分
③休暇買い取り 制度	$1/30 \times \text{緊急公務等により取得出来なかった休暇日数 (最大 150 日)} \times \text{月間の全報酬}$	* 月間の全報酬とは、月々の給与+固定手当額
④医療給付	下記医療サービスにおいては無料或いは補助金を受けて受診することが出来る <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人及び配偶者、子供を対象に、公的医療機関における医療サービスの無料提供</li> <li>・公的医療機関の職員による推薦或いは処方箋に基づく民間医療機関における受診や投薬</li> <li>・公的医療機関の職員による推薦或いは役員の決議による海外医療サービスの提供</li> </ul>	
⑤遺族年金	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人が在職中に死亡した場合に、遺族は退職金、遺族年金、医療給付を受けることができる。</li> <li>退職金については両親も対象となる</li> <li>・退職後の死亡についても、未亡人や子供に対し、遺族年金が支給される。また、医療給付を受けることができる</li> </ul>	* 「遺族」は未亡人や子供が給付対象となるが、退職金については両親も対象となる
⑥障害／扶養給付	<ul style="list-style-type: none"> <li>・年金或いは遺族年金に上乗せ給付される</li> <li>・下記いずれかの理由により退職或いは死亡した場合に適用される</li> <li>①公務中に発生した不慮の事故による怪我</li> <li>②職務契約により発生した疾病</li> <li>③渡航中の事故（個人の不注意によるものは除外）</li> <li>④怪我や疾病が個人の故意によるものでないこと</li> </ul>	

出所：Public Service Department Malaysia, *Overview of Pensions Policy in Malaysia*

図表IV-19 JPA 拠出額及び給付額の内訳（2011年）

	JPA 拠出額		給付額	
	金額 (MYR)	比率 (%)	金額 (MYR)	比率 (%)
休暇買い取り	263,760,800	2.3	262,165,698	2.3
補償	—	0.0	—	0.0
年金	8497,155,900	74.4	8494,017,149	74.5
退職金	2653,262,900	23.2	2643,613,695	23.2
手当	2,861,700	0.03	2,834,368	0.00
合計	11,417,041,300	100.0	11,402,630,911	100.0

出所：Public Service Department Malaysia, *Overview of Pensions Policy in Malaysia*

## (2) 被用者積立基金（EPF：Employee Provident Fund）

### ① 法的根拠

1969年のEPF（Preliminary）Rules、その後制定された1991年被用者積立基金法（EPF Act 1991：Employees Provident Fund Act 1991（Act 452））に基づき、退職給付制度を運営している。

同制度は、労働者と雇用者で給料の規定分を拠出して積み立てる強制拠出基金であり、退職時に積立金を引き出す貯蓄型の基金制度（Provident Fund）である。

加入者は民間被用者が中心であるが、前述の公務員年金の受給資格のない者も含まれる。なお、公務員もGPを脱退してEPFに加入することができる。

### ② 給付内容

給付は、退職時や就労不能になった場合等に行われる。加入者の個人貯蓄口座は、拠出・配当額の70%に相当する第一口座と、30%に相当する第二口座に分類されている。第一口座は退職時に備えるための口座であり、55歳到達時に貯蓄残高の全額を引き出すことができる。また、残高の一部は加入者自身による資金運用が可能となっている。一方、第二口座は、住宅購入の際の頭金やローン返済、扶養児童への教育、医療等を目的として引き出すことができる。

図表IV-20 EPFの給付内容

種別	条件、引き出しパターン
退職時の引き出し (55歳以上の人が対象)	55歳以上の人が対象 給付（引出）方法は下記から選択できる。 ①一括引き出し ②月々の引き出し ③一部引き出し ④上記の月々／一部引き出しの組み合わせ
退職前の引き出し	・年齢が50歳以上になった時 ・住居購入の目的 ・医療サービス受診目的 ・教育の目的 ・メンバーによる投資運用を行う時
その他引き出し	・死亡時 ・障害を負った時 ・他国への移住 ・年金受給年齢に達した従業員 (Pensionable Employees Withdrawal) ・100万MYR以上の積立分（Millionaire Withdrawal）
追加給付	・障害給付（5,000MYR） ・死亡給付（2,500MYR）

出所：EPF Malaysia 提供資料より作成。

### ③ 医療目的による引き出し

医療目的による引き出しは、1994年に導入された制度である。加入者自身の他に、配偶者、加入者の両親（義理の親、継母・継父を含む）加入者の子供（継子、養子を

含む)、兄弟姉妹が対象になる。申請の際には疾患を申告することになっている。対象疾患は、36種類から55種類に拡大し、癌や心臓血管系、胃腸・消化器系、泌尿生殖器系、血液系、精神疾患まで広範囲にカバーされている。

対象疾患の選定については、理事会のメンバーの中に医師が含まれるため、助言や専門家の意見を取り入れる他、マレーシア医療協会（MMA：Malaysia Medical Association）の協力も得ている。

#### ④ 加入対象者と保険料率

加入対象者は被用者であれば強制加入となっている。任意加入は自営業者や農業・漁業従事者を含むインフォーマルセクター<sup>23</sup>の人々、外国人労働者等が該当する。これらの対象者は所得額が一定でないこと、また、所得を得るタイミングも異なるため、「1回あたり50MYR以上」を条件に任意で納付する仕組みになっている。

なお、かつては55歳以上の世代の拠出は任意とされていたが、55歳を超えても継続就労する者が増加したことを受け、2008年より義務化された。従業員の拠出比率は55歳未満の半分としている。

図表IV-21 現行の保険料納付率

対象者		納付率 (%)		
年齢	所得	従業員	雇用主	合計
55歳以上	月収5,000MYR以上	5.5	6	11.5
	月収5,000MYR未満	5.5	13	18.5
55歳未満	月収5,000MYR以上	11	12	23
	月収5,000MYR未満	11	13	24

出所：EPF Malaysia 提供資料。2012年1月より施行。

#### ⑤ 基金及び実施運営機関

EPFの理事会には、議長、副議長、政府からの派遣者（副議長を含む5名）、従業員代表者（5名）、医師等を含む専門家（3名）、CEOから構成されている。現在の議長はタン・スリ・オスマン氏である。

投資委員会のメンバーは、議長（1名）、財務省代表者（1名）、中央銀行代表者（1名）、財務や投資の専門家（3名）、CEOの7名で構成され、基金の投資運用については、投資委員会が管轄する。

また、投資基金の取扱については、EPF ACT1991の18(2)により規定されている。マレーシア国営銀行（Bank Negara Malaysia）をはじめ、特定の金融機関に預けること、投資先はマレーシアの証券取引所に上場した企業であること、公開会社（public company）の債権であること等の規程がある。

なお、加入者管理については、1980年代から電子化が進んだが、加入者の多くがまだコンピュータを使いこなせないという課題がある。若い世代はインターネットに

<sup>23</sup> EPFのインフォーマルセクターには、自営業者、農業・漁業従事者、芸術家や専門職の個人事業者、家事手伝いや無職者等が含まれる。

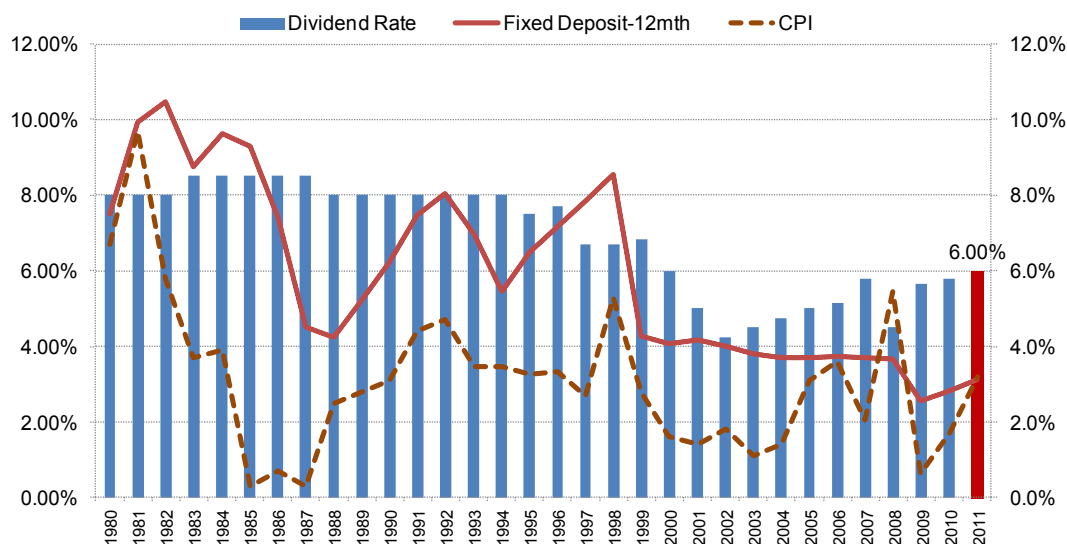
よるアクセスも受容するが、年金残高にあまり関心がなく、データベースシステムについては十分な活用が出来ていない<sup>24</sup>。

図表IV-22 EPFの年間納付額及び引出額の推移

	2009年		2010年		2011年	
	10億MYR	10億米ドル	10億MYR	10億米ドル	10億MYR	10億米ドル
年間納付額	33.47	11.10	35.76	11.86	41.43	13.74
年間引出額	24.71	8.1	26.41	8.76	30.03	9.96
積立資産額	375.46	124.54	445.85	147.88	476.53	158.10
投資による収入	17.26	7.72	24.41	8.10	27.24	9.04
配当率	5.7%		5.8%		6.0%	

出所：EPF Malaysia 提供資料

図表IV-23 EPFの配当率推移



出所：EPF Malaysia 提供資料

## ⑥ 加入者数の状況

2011年現在の加入者数合計は1,314万人であるが、そのうち、保険料の納付者(Active Members)は約半数の626万人強にとどまっている。その他のメンバーは、退職者や口座を持つものの、現在は失業しており積立を行っていない者である。

2010年より、インフォーマルセクターの対象者への取り組みが始まっており、2011年末現在、48,452名が加入している。”1 Malaysia<sup>25</sup> Retirement Saving

<sup>24</sup> EPF担当者へのインタビューによる。

<sup>25</sup> “1 Malaysia”はナジブ首相が発表したスローガン。2020年の先進国入りを目指している中で、多民族国家である同国が「一体化して発展しよう」という願いがこめられている。

Scheme (SP1M) ”をスローガンとし、インフォーマルセクターの人々に対し、任意による積立制度を提供している。最低納付額は 1 回あたり 50MYR とし、時期や回数は定まっていない。加入によるメリットは、配当金として年間 2.5%の配当を得ることができること、死亡給付として 2,500MYR の給付を受けられること、年間 6,000MYR (生命保険) までの税控除等の恩恵を受けることができること等が挙げられる。インセンティブとしては、年間 60MYR を上限とし、政府支出の 5%がマッチング拠出として第一口座に振り込まれる (2010 年-2014 年) 等のインセンティブも受けることができる。

EPF は同セクターの対象者数の把握に取り組んでいる。また、複数ある加入者情報のデータベースがリンクされていないため、データベースの一本化を行い、インフォーマルセクター該当者の把握や、老後に必要な資金の試算や、拠出方法について検討を進める予定である<sup>26</sup>。

図表IV-24 インフォーマルセクターの加入者内訳 (2011 年)

	比率 (%)	人数 (人)
主婦	16.76	8,120
農業、漁業	6.25	3,028
専門職 (芸術家、直営業者)	6.51	3,154
年金受給年齢に達した従業員	2.48	1,202
サービス業、運送業	6.92	3,353
ビジネス	34.84	16,881
その他	26.24	12,714
合計	100%	48,452

出所：EPF Malaysia 提供資料

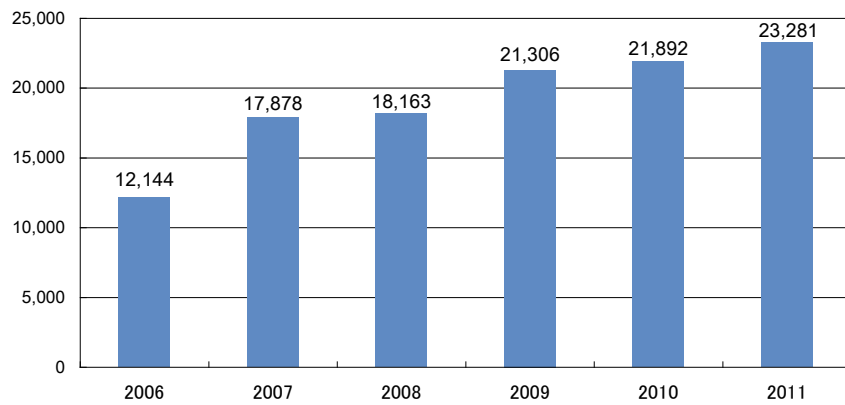
今後の取り組みとして、①拠出金額に対する上限賃金の設定、②全ての労働者に対する強制拠出の実現や、それに向けた SOCSO 及び MOH の健康保険納付との同時徴収等といった目標を掲げている。

#### ⑦ 給付実績

年間引出額全体としては増加傾向にあるが、医療目的とした引出額は 2009 年以降減少している。また、55 歳時点における引出方法は、一時金としての一括引出の比率が減少し、月間引出や一部引出或いは双方の組み合わせは増加傾向にある。

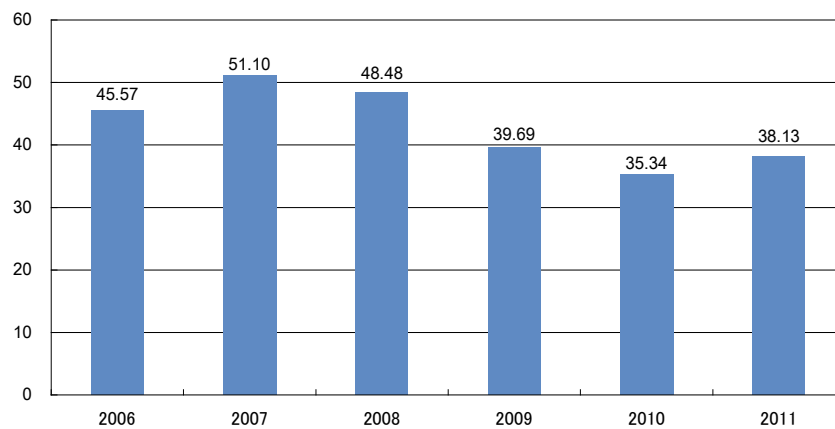
<sup>26</sup> EPF へのインタビューより作成。

図表IV-25 EPF の年間引出額（メンバーによる投資目的の引出を除く（単位：百万 MYR））



出所：EPF Malaysia 提供資料

図表IV-26 EPF 医療目的による引出額(単位: 百万 MYR)

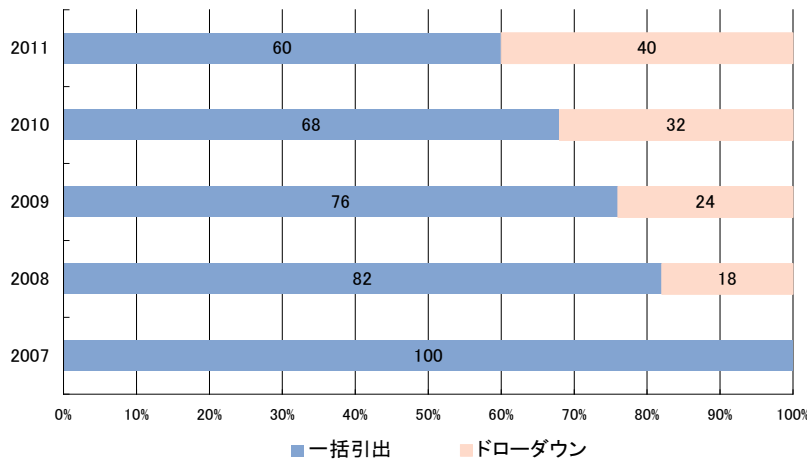


※年間医療給付申請に対する許可額

出所：EPF Malaysia 提供資料



図表IV-27 55歳時点の引き出し方法の推移（％）



※ドローダウンとは、月間引出、一部引出、或いは両者の組み合わせによる引き出し方法  
出所：EPF Malaysia 提供資料

図表IV-28 EPF の機能別運用拠点数

各拠点の機能種別	拠点数（箇所）
Type1 : 給付、サービス、施行の提供拠点	15
Type2 : サービス、施行の提供拠点	30
Type3 : 給付、サービスの提供拠点	1
Type4 : サービスのみの提供拠点	17
Type5 : 施行のみの提供拠点	3
合計	66

出所：EPF Malaysia 提供資料

### (3) 従業員社会保障制度「SOCSCO（Social Security Organisation）」

#### ① SOCSCO の概要<sup>27</sup>

SOCSCO（Social Security Organisation、マレー語では PERKESO）は、MOHR が管轄する外郭団体である。1969年制定の Employees' Social Security Act に基づき、政府の社会保障局として 1971 年に設立された。労働災害の補償を目的としており、現在は、災害補償と疾病年金基金、教育ローン給付の役割を持つ。現在基金は 180 億～190 億 MYR（約 60 億米ドル）となっている。

疾病年金については、勤務に起因するか否かを問わず、重度の身体障害や治療困難な疾病が原因で収入が減少した低所得者や障害者に対し、SOCSCO による経済的支援が行われている<sup>28</sup>。支給額は月間 300MYR 程度と生活を支える水準ではなく、あくま

<sup>27</sup>

<http://www.malaysia.gov.my/EN/Relevant%20Topics/Employment%20and%20Training/Citizen/EmployeeBenefitsContributions/Pages/EmployeeBenefitContributions.aspx>

<sup>28</sup> SOCSCO「Employer's Guide」、厚生労働省「2009年-2010年海外情勢報告」より作成。医療評議会（Medical Board）の審査を受ける等の要件を満たす必要がある。

でも補助的な措置となっている。

## ② SOCSO のスキーム

労働法により、企業の事業登録の際に、従業員が1名以上の場合はSOCSO加入が義務付けられている。2010年末現在、月間1回以上の拠出を行う有効従業員数は約552万人であり、労働人口1,250万人の約44.2%となっている。有効雇用主数は34.8万社となっている<sup>29</sup>。

月給3,000MYR以下の被用者及びその雇用主は強制加入が義務付けられているが、自営業者や外国人労働者等は対象外である。なお、月給3,000MYR以上の被用者は雇用主との合意の上での任意加入であるが、一旦加入後に月給が3,000MYRを超えた場合には拠出を継続する義務がある。

SOCSOでは、給付内容に基づき制度を2つのカテゴリーを分けている。第一カテゴリーは、労災保険スキーム（Employment Injury Insurance Scheme）及び疾病年金スキーム（Invalidity Pension Scheme）を対象としており、55歳未満の従業員が雇用者と共同で拠出する。第二カテゴリーは、労災保険スキームのみが対象となり、雇用者から拠出され、加入者本人拠出はない。56歳以上の従業員や、50歳以上で初めてSOCSOに加入した従業員、労災により収入が三分の一以下に減少した者が対象となる。

なお、月間収入が3,000MYR以上あり、過去に加入経験がない従業員や、公務員、住宅等への家事使用人（調理師、庭師、家事手伝いや家政婦、警備員、ドライバーを含む）、自営業者、外国人労働者は本制度の対象外となる。

図表IV-29 SOCSOの対象スキームと対象者

種別	対象スキーム	対象	拠出
第一カテゴリー	労災保険及び疾病年金スキーム	年齢55歳未満の従業員	雇用主と従業員の双方から拠出される
第二カテゴリー	労災保険のみ	<ul style="list-style-type: none"> <li>・56歳以上の従業員で就業していること</li> <li>・50歳以上の従業員で、初めてSOCSOに登録、納付した者</li> <li>・傷病年金を受領するには、就業を続けており、月間平均収入が労災を負う前の平均収入の三分の一以下になっていること</li> </ul>	雇用主のみから拠出される

出所：SOCSO ホームページより作成<sup>30</sup>

## ③ 拠出額

拠出額は従業員の月収により定められている。なお、ここでの月収とは、基本給、残業代、手数料、休日出勤手当、住宅手当やインセンティブ等の各種手当額が含まれ

<sup>29</sup> SOCSO 「Annual Report 2010」

<sup>30</sup> <http://www.perkeso.gov.my/en/socso-contribution1.html>

る。拠出金の年間納付額は過去3年間増加傾向にある。

図表IV-30 SOCSOの拠出額

月給 (MYR) (以上-未満)	第一カテゴリー (労災保険及び疾病年金)			第二カテゴリー (労災保険)
	雇用主の拠出額 (MYR)	従業員の拠出額 (MYR)	拠出額合計 (MYR)	雇用主から拠出額 (MYR)
30	0.40	0.10	0.50	0.30
30-50	0.70	0.20	0.90	0.50
50-70	1.10	0.30	1.40	0.80
70-100	1.50	0.40	1.90	1.10
100-140	2.10	0.60	2.70	1.50
140-200	2.95	0.85	3.80	2.10
200-300	4.35	1.25	5.60	3.10
300-400	6.15	1.75	7.90	4.40
400-500	7.85	2.25	10.10	5.60
500-600	9.65	2.75	12.40	6.90
600-700	11.35	3.25	14.60	8.10
700-800	13.15	3.75	16.90	9.40
800-900	14.85	4.25	19.10	10.60
900-1,000	16.65	4.75	21.40	11.90
1,000-1,100	18.35	5.25	23.60	13.10
1,100-1,200	20.15	5.75	25.90	14.40
1,200-1,300	21.85	6.25	28.10	15.60
1,300-1,400	23.65	6.75	30.40	16.90
1,400-1,500	25.35	7.25	32.60	18.10
1,500-1,600	27.15	7.75	34.90	19.40
1,600-1,700	28.85	8.25	37.10	20.60
1,700-1,800	30.65	8.75	39.40	21.90
1,800-1,900	32.35	9.25	41.60	23.10
1,900-2,000	34.15	9.75	43.90	24.40
2,000-2,100	35.85	10.25	46.10	25.60
2,100-2,200	37.65	10.75	48.40	26.90
2,200-2,300	39.35	11.25	50.60	28.10
2,300-2,400	41.15	11.75	52.90	29.40
2,400-2,500	42.85	12.25	55.10	30.60
2,500-2,600	44.65	12.75	57.40	31.90
2,600-2,700	46.35	13.25	59.60	33.10
2,700-2,800	48.15	13.75	61.90	34.40
2,800-2,900	49.85	14.25	64.10	35.60
2,900以上	51.65	14.75	66.40	36.80

出所：SOCSO“Employers Guide”より作成

図表IV-31 SOCSO 加入状況の推移

年	雇用主		従業員		年間納付額 (百万 MYR)
	登録社数 (千件)	有効社数 (千件)	登録者数 (千人)	有効者数 (千人)	
2008	684	389	12,603	5,670	1834.66
2009	724	327	13,278	5,311	1867.16
2010	770	348	13,832	5,519	2007.87

※1：登録社（者）数は、同制度創設以来の加入者数である。

※2：有効社（者）数は、毎月一回以上の拠出を行っている雇用者或いは従業員を指す。

出所：SOCSO“Annual Report 2010”より作成。

#### ④ 今後の取り組み

定年引き上げの議論があるなかで、公務員の退職年齢は既に 55 歳から 60 歳に引上げられている。高齢者の勤務年数を延長することにより、貯蓄を増やし、退職後から寿命までの無給の老後期間を短縮することを意図しており、同様の方針を民間部門においても推奨している。

労働者が労災による怪我等により失業した際には、SOCSO を通じて所得保障が行われることから、SOCSO に失業保険の役割を組み込もうとする議論もあるが、制度が異なるため容易ではない。

#### (4) 失業保険<sup>31</sup>

マレーシアには失業保険制度は存在しない。SOCSO や EPF が補完的な役割を果たしている。

##### ① 失業保険に関する議論

マレーシアの失業保険に関する議論は、1997 年のアジア通貨危機以降に始まった。1998 年頃に組合による失業保険に関する議論が最初である。当初は Retrenchment Fund (解雇給付金基金) を創設し、一時解雇の期間に生活費を支給するよう要請があったが、雇用主の反対が強く実現できなかった。しかし、これが契機となり、マレーシアにおいても失業保険の必要性に関する議論が進んだ。

なお、失業保険のスキームは、公務員、民間企業の社員、インフォーマルセクター (自営業者、農民や漁師、家事手伝い等) に分けて考える必要がある。外国人は本制度の対象外となる。

図表IV-32 失業保険に関する現在の議論

対象者	現 状
民間部門	・ 1997 年のアジア金融危機以降に議論が開始したが、現在も研究段階にあり、まだ導入されていない。
公的部門	・ 公務員の福利厚生は JPA により定められている。官公庁で働くワーカーも本スキームに含まれる。
SOC SO	・ MOHR が管轄。労災保険、疾病保険が対象。 ・ 就業中の怪我による所得減少分のカバー等、補完的な所得保障の役割を果たす。

※1: マレーシア政府は海外労働者の受け入れに積極的であり、外国籍居住者は 232 万人、人口の 8.2% を占めている (2010 年)。

出所: MOHR へのヒアリングより三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング作成。

失業保険制度の構築は、労働者のセーフティネット強化を目的としているが、その実現には、制度の持続可能性への検討と、雇用者・従業員の双方からの合意が必要である。また、MOHR は、アカデミックな観点から日本、韓国、ベトナム、タイ等の失業保険の先行事例の研究を行ってきた (JICA からの研修協力も含まれる)。制度の設計にあたっては、多民族国家、文化や宗教、人種の多様性といったマレーシア特

有の事情にも対応する必要があるため、慎重な対応が求められている。

現状の課題としては、国民の間で失業保険の意義について十分に認識されていない点や、各制度に加入しておらず、拠出額を負担していない労働者に対しても、失業手当が給付されることから、拠出額を負担している労働者から見て不公平との声も出ている。

## ② 国際協力

現在 MOHR では ILO の支援を受けて失業保険に関する調査研究を行っている。同調査研究は 2012 年 9 月に完了予定であり、産業・貿易分野、各種協会、団体、組合等への広範囲への調査を行っている。このなかで有職者の意見も取り入れ、多角的な議論を行うことにより同国にとり適切な方法を検討し、方針を示せるよう進めている<sup>32</sup>。

---

<sup>31</sup> 主に MOHR へのヒアリングにより作成。

<sup>32</sup> なお、本レポートの公開については未定である。

## 6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム

### (1) 低所得者を把握するためのデータベース整備<sup>33</sup>

#### ① データベースの概要

マレーシアでは、低所得世帯を正確に把握、管理し、適切な支援を行うことを目的とした E-KASIH<sup>34</sup>と呼ばれるデータベースが 2007 年以降構築されている。

システムの開発は首相府（Prime Minister's Department）傘下の ICU（Implementation Coordination Unit）が担当した。同データベースには、各省庁から提供された各世帯、個人の両方の情報が記載され、ICU はデータベースの構築や管理を行っている。例えば、教育省（MOE）が低所得の学生に対する奨学金や支援の給付を行った場合、その学生は E-Kasih リストに登録される。また他の省庁から、経済支援の給付が行われると、給付者の個人名や世帯名がリストに登録され、省庁間での低所得者のリストが共有される。また給付時には本人確認のため、身分証（ID）を確認している。

#### ② 経緯

マラヤ連邦が成立した 1957 年当時<sup>35</sup>は、国内の 7 割近くが貧困状態であったため、各省庁に貧困削減のための予算を配分し、個別のプログラムを実施していた。しかし、複数の省庁から重複補助を受ける対象者が増加し、本当に支援を必要とする対象者に支援が行き渡らないことが問題となった。このような経緯から、限りある資源を適正に配分するために、給付対象者を統一的に把握するシステムの必要性が認識され、本システム導入を決定した。

#### ③ データベースの活用範囲

E-Kasih の登録者数は約 150 万人、約 33 万世帯にのぼり、人口の約 4% に相当する(2010 年)。同国で支援対象となる貧困層（Poor）と極貧層（Hard Core Poor）も含まれている。

図表IV-33 貧困層の定義

区分	水準
極貧層（Hard core Poor）	世帯月収 440MYR／人未満
貧困（Poor）	世帯月収 750MYR／人未満

出所：ICU 提供資料により作成。2007 年の定義。

※1: ICU 担当者によると、現在は極貧層は月収 100MYR／人未満、貧困層は世帯月収 180MYR／人未満に定義を変更している。

<sup>33</sup> ICU 担当者へのヒアリング及び提供資料より作成。

<sup>34</sup> Kasih はマレー語で「愛」を意味する。

<sup>35</sup> 1957 年にマラヤ連邦がイギリス連邦の一員として独立した。1963 年にマレーシアはサラワク、英領北ボルネオ（現サバ）、シンガポールを加え、マレーシアが成立した。その後、シンガポールは 1965 年に独立分離している。

2007年に極貧層を約0.7%から0%に、貧困層を3.6%から2.8%に削減するという目標が設定され、目標達成に向け、貧困線（都市部は世帯月収1,500MYR未満、農村部では1,000MYR未満）以下の世帯を訪問対象とし、給付を行うべき対象者を判断するための現地訪問やヒアリングを行っている。

マレーシアでは低所得者層を最貧層から下位40%と定義し、現在約1,000万人が該当する。以前はこの層は月間世帯収入1,500MYR程度と設定していたが、所得水準の向上により現在は定義を2,300MYR/月に変更した。

#### ④ 今後の取り組み

公的な支援の対象者を適切に把握し、その情報・データを適切にアップデートすることと、持続可能性を両立させることが課題となっている。就業意欲のない受給者の啓蒙についても問題となっており、政府としては比較的順応性が高い若い世代を中心に教育や訓練による改善に取り組んでいる。

### (2) 社会扶助制度

#### ① 制度の対象者

社会扶助制度の対象者は、低所得者、高齢者、児童、障害者等幅広い。支援内容も生活支援だけでなく、学費や制服等の就学支援や障害者には補装具の購入支援等も行われている。

#### ② 給付基準と給付額

給付基準や給付額は図表 IV-34のとおり。

図表IV-34 主な社会扶助制度

番号	対象	主要目的	主な給付基準	給付内容
1	児童向け財政支援	・経済的に恵まれない人々の子供が家族と同居し、愛情を受けられる環境の支援	・児童を扶養する家族 ・18歳未満の児童が対象 ・両親或いは保護者が虚弱さや障害、病気、収監等の事情により、収入源を失った場合に適用	・1人あたり100MYR/月 ・児童4人以上世帯に対しては450MYR/月を上限とする。
2	高齢者向け財政支援	・低所得の高齢者が、地域のコミュニティに残る	・60歳以上の高齢者 ・収入源がなく、援助する家族や身内がないこと	1人300MYR/月
3	児童養育財政支援	・児童が福祉施設等に入ることなく、故郷のコミュニティにて成長する機会の支援 ・里親に対し児童を養育する自覚を促すとともに子育ての意欲を推進する。 ・福祉施設ではなく里親に育てられることにより、児童に健全な家庭環境にて成長する機会を与える	・18歳未満の子供 ・孤児であること ・里親と同居していること ・里親制度の中にいる児童で、里親に安定した収入がないこと	・最低児童1名あたり250MYR/月 ・上限:各世帯500MYR/月。 但し、2人以上の児童を扶養すること
4	障害者の就業促進支援	・障害を持つ人々の就業促進	・社会福祉省に登録された人 ・自営業者或いは雇用主 ・月間所得が1200MYR以下であること（家族の収入を除く） ・16歳以上 ・住居、食糧、衣類を提供する施設の入居者ではないこと	1人300MYR/月
5	障害者の就業促進支援	・仕事に従事するに達する能力を持たない障害を持つ人々の就業促進 ・施設入居の回避或いは入居を最小限に抑えること	・マレーシア国籍を持つ同国居住者 ・社会福祉局に登録された障害者であること ・一定以上の所得が無いこと	1人150MYR/月
6	公的扶助	各州が対象とする恵まれない層の人々に対する援助、自立支援	・各州市による資格条件を満たすこと ・経済的に恵まれない世帯が対象	各州市により異なる。 50-450MYR/月
7	寝たきり或いは慢性疾患者の介護者への剂的支援	・慢性疾患者或いは障害者を持つ家族への負担軽減 ・慢性疾患者や障害者の介護水準向上 ・家族の絆を深めること	・家族の中に介護をするべき障害者や慢性疾患者がいること ・マレーシア国籍を持つ同国居住者 ・現在フルタイムで障害者や慢性疾患者の介護を行っていること ・世帯月収が3,000MYR未満であること ・低所得或いは財政支援を受けている世帯	1人300MYR/月
8	起業助成金	・事業を始めるポテンシャルがある人が小規模事業の起業支援 ・財政支援により、受給者が政府に頼ることなく自立して事業を始める時に適用	・受給者或いはその家族が月間の生活保護を受けていること ・保護観察期間中であること ・福祉施設でトレーニングを受けていること	2,700MYR（1回限定）
9	福祉機器、補装具（義足、義肢等）の購入支援	・人工設備や補助器具を購入できない障害者の救済（例:義足、義腕、キャリパー、特殊眼鏡、車椅子等の補助器具を医師や専門家から推薦されたが購入できないこと） ・障害者の能力向上による自立促進	・社会福祉局に登録された障害者であること ・経済的事情により、自力で人工設備や補助器具の購入ができないこと ・医師による推薦を受けていること	福祉機器、補装具の実費
10	就学支援	・低所得の家庭における子供たちが継続して教育を受けること ・全ての子供たちが義務教育（小学校・中学校）を受ける権利を守ること	・経済的に恵まれない児童、孤児または障害者 ・児童の両親が一時的に失業、或いは病気や災害、拘禁等により働けない場合 ・両親或いは保護者の月収が生活保護の基準を下回った場合	実費を支給:学費、受験料、教科書/ワークブック、通学費、その他教科書や参考書、制服に関する支援
11	緊急支援	切迫した事態にあり、通常の手続きを踏むことが出来ない等緊急支援が必要な人々を支援する。住居、衣類、食事等日常生活が満たせない状態にあり、水道や電気、医療等の基礎生活インフラを受給することが出来ない人々を救援すること	・マレーシア国籍を持つ同国居住者 ・通常の支援スキームの手続きを待つことが出来ない緊急事態にあること ・経済的に恵まれない家庭で、日常生活において緊急な必要性に駆られていること	合計300MYRが上限
12	国会議員による緊急救済（国会議員が直接対象者に支給）	・貧困者に対する緊急時の支援	・経済的に恵まれない家族 ・月間収入が1,000MYRに満たない世帯	災害犠牲者、死亡者、慢性疾患者、低所得世帯、被災した住居の修復等状況により異なる
13	災害被害者への経済支援	短期的には緊急事態の際に毛布食事を提供、長期的には被害者に安心を与え、新生活を支援するものとする	・災害被害者	各州市により上限額が設定されている。150-450MYR/世帯

出所：KPWKM 提供資料より作成。

### ③ 給付実績

マレーシアでは 2006 年以降、社会保障給付額及び給付世帯数のいずれも増加傾向にある。特に 2008 年後半の金融危機の影響もあり、2009 年には給付額がほぼ倍増した。



図表IV-35 社会保障の給付を受けている世帯数及び給付金額（2006年～2011年）

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
給付世帯	180,000	210,000	222,000	354,000	425,000	460,000
給付金額 (百万MYR)	242.2	322.4	371.2	760	1,100	1,180

出所：Socioeconomic Development and Financial Assistance Division, Jabatan Kebajikan

Masyarakat Malaysia 提供データ

#### ④ 高齢者への公的扶助

低所得高齢者が家庭やコミュニティに残り生活を継続する事ができるよう、経済支援を提供している。年齢 60 歳以上、定期収入がないこと、支援する身内、家族がないことを要件とし、月間 300MYR の経済支援を行う。また、福祉機器、補装具を購入する経済力がない高齢者に対しては、医療担当者の推薦を条件に、購入金額を補助している。

#### ⑤ 実施機関

マレーシアの社会福祉施策は、KPWKMの社会福祉局が中心となり、高齢者福祉、障害者福祉、児童・家庭福祉、地域のコミュニティ強化及びボランティア開発等に取り組んでいる。公的給付や公的福祉施設によるサービスの対象は低所得者を中心に据え、対象者の稼得能力を高めるための教育・訓練や雇用を通じた自立促進に重きが置かれていること、福祉サービスの提供においてNGOや民間ボランティアが果たす役割の大きいことが特徴として挙げられる。<sup>36</sup>

#### (3) 地域を基盤とした相互扶助システム

本調査では該当するものはなかった。

#### (4) そのほかの社会福祉的、あるいはコミュニティーベースの取り組み

NGO 等の民間組織によって運営されている社会福祉活動として代表的なものに、Amanah Ikhtiar Malaysia (AIM)のマイクロクレジット支援活動がある。AIM はマレーシア最大のマイクロクレジット機関であり、貧困撲滅のための施策を補完する目的で 1987 年に設立された。

また、公共の募金を財源として、政府関連組織が運営する事業もある。例えば、イスラム教社会で集められた募金を元に、連邦政府或いは州政府が貧困者向けの生活基金、教育、保険、起業資金等を援助するプログラムがある。他にも、ザカート(zakat)、フィトラ(fitrah)といったイスラム寄付金を行うことで、個人所得税の払い戻し等の税制メリットも受けることができる<sup>37</sup>。

<sup>36</sup> 海外情勢報告厚生労働省「2009-2010」

<sup>37</sup> 日 ASEAN センター「マレーシアの税制」

(<http://www.asean.or.jp/ja/asean/know/country/malaysia/invest/guide/3.html>)

## 7. 高齢者のケア・高齢者福祉<sup>38</sup>

### (1) 高齢者政策に関する計画・体制

KPWKM は 2010 年 2 月に新しい高齢者政策である国家高齢者行動計画 (National action and plan for Elderly /Dasar Dan Pelan tindakan Warga Emas Negara) を発表した。2011 年には、国家政策としての高齢者のためのアクションプランが正式に承認された<sup>39</sup>。

マレーシア政府は高齢者のための国家政策を成功させるために、個人や家庭、教育や雇用、地域社会等広域にわたり、福祉向上や高齢者に対する理解を求めている。

図表IV-36 DWEN 全国高齢者政策のアクションプランの概要

全ての個人や団体、ボランティア団体、地域社会、政府機関や民間部門は国家の高齢者政策に基づき高齢者関連プログラム活動を行うこと。

高齢者のための国家政策を成功させるために、各関連部門が統合的かつ包括的に実施する必要がある。

#### ①教育機関・施設

教育及びや訓練により、高齢者の潜在能力を引き出すために、彼らに適切な教育・訓練サービスを提供し開発する。若い世代に対しては学校のカリキュラムや家庭を通じ、高齢者に対する問題について理解し、重要視する意識を醸成する。

#### ②雇用

高齢者は自身が持つ経験やスキルに基づき雇用を通じ、国の発展に寄与を続けるよう奨励する。経済的に自立することで、より幸福な生活を得ることができる。

#### ③地域社会への参加

高齢者は家庭や社会活動への参加を通じ、役割を果たすことを促進する。

#### ④レクリエーション

高齢者のレクリエーション活動を実現するために、住宅地域、公園、スポーツセンター施設に高齢者に適切な設備を提供する。

#### ⑤交通

公共交通システムは、高齢者が快適な移動を実現するために適切な交通機関を提供すること。

#### ⑥住宅

住宅は、高齢者が快適に生活できるよう設備を備える必要がある。

#### ⑦家族への支援システム

高齢者が家族との同居継続確保を目的とし、住宅地域では家族が高齢者の介護を支援するシステムを確立する。家族が高齢者の世話を続けられるよう、適切なインセンティブを導入する必要がある。

#### ⑧保健

高齢者が適切に健康診断を受けることができるようにするために、一般或いは専門病院、または保健医療施設の提供が必要である。

#### ⑨社会保障

<sup>38</sup> Ministry of Women, Family and Community Development へのヒアリングより作成。

<sup>39</sup> 過去の国家政策である高齢者年金国家政策 (National Policy for Older Persons 1995)及び高齢者年金アクションプラン (Plan of Action for the Older Persons 1998)がベースとなっている。

高齢者の将来を保障するための包括的な社会保障制度の実現。

⑩メディア

印刷媒体だけでなく、電子メディアにおいても、社会の高齢者への意識を高めるために有効な役割を果たすこと。

⑪調査及び開発

高齢者に対するより良好な計画立案のために、情報収集や調査研究を行うこと。

KPWKM は、アクションプランの実施やコーディネートを管轄する機関として制定されている。

出所：KPWKM ホームページより作成<sup>40</sup>。

## (2) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

KPWKM 社会福祉局では、高齢者に対する経済支援や施設サービスを提供している。対象者や支援内容は下記のとおり。

### ① 経済支援

6.社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム (2) 社会扶助制度④高齢者への公的扶助にて記述のとおり。

### ② 施設サービス (Institute Services)

高齢者の幸福と生活の水準を確保するために、低所得高齢者へのケアと保護を提供することを目的とし、老人ホームを 9 施設設置・運営している。入居資格としては、60 歳以上で伝染病に罹患していないこと、親族や後見人がいないこと、永住できる住居や自分で身の回りの世話が出来ないこと等がある。施設全体で平均 2,000 名の入居者を抱えている。

### ③ デイケアセンター (PAWE : Activity Centre For Elderly)

デイケアセンターは、地域において高齢者が家族等とともに自立した生活を営めるようにすることを主眼とし、2011 年 5 月現在、17,014 名が登録されている。

センターの利用者は 60 歳以上の高齢者を対象とし、精神面の支援、レクリエーションやリハビリテーション活動の場や経済的支援を提供するとともに、高齢者自身が持つ専門知識や経験を披露する場となっている。開設時間は日曜日、祝日や地域の所定休日を除く平日の 7 時半から 17 時半となっており、開設時間内は、いつでも訪問し活動に参加することができる。管理はデイケアセンター委員会または政府機関が行い、管理者 1 名とアシスタント 2 名が常駐している。

### ④ ホームヘルプサービス

通常、介護士 1 人で高齢者 5 人のケアを行う。各家庭への訪問は、最低週に 1 回・1 時間行われている。

40

[http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com\\_content&view=article&id=86&Itemid=874&lang=en](http://www.jkm.gov.my/index.php?option=com_content&view=article&id=86&Itemid=874&lang=en)

## ⑤ NGO の活用

公的な高齢者福祉政策の立案は KPWPM が行っているが、サービスの実施提供機関は政府の公的機関ではなく NGO が担っている。NGO は、政府からの補助金を受けながらデイケアセンター (PAWE)、ホームヘルプサービス、高齢者福祉ユニット (UPWE) の 3 種類の取り組みを実施しており、また KPWPM は NGO の活動に対して監督や指導を行っている。

図表IV-37 NGO に対する助成金 (2010 年)

州、直轄市	助成金を与えた NGO の数	合計金額 (MYR)
MANAGEMENT GRANT	3	2,099,568
PERLIS	-	-
KEDAH	-	-
PULAU PINANG	3	701,384
PERAK	2	188,048
SELANGOR	3	245,280
KUALA LUMPUR	2	62,780
NEGERI SEMBILAN	-	-
MELAKA	1	58,400
JOHOR	1	85,848
PAHANG	1	32,120
TERENGGANU	1	122,640
KELANTAN	1	2,000
SABAH	-	-
SARAWAK	1	53,144
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>3,651,212</b>

出所：KPWPM 提供資料より。

NGO の事例として、マレー半島中央社会福祉協議会 (CWC: Central Welfare Council, Peninsular Malaysia) の活動がある。CWC は、1946 年に設立され、60 年以上の歴史を持つ NGO である。設立当初は NGO という組織制度はなく、政府の下部機関として発足したが、1986 年に NGO に組織変更した。現在も KPWPM と内務省傘下の国民登録庁 (Jabatan Pendaftaran Negara Malaysia) により活動の内容等については政府の監督、指導下にある。CWC はマレーシア 12 州、78 の支部があり、デイケアセンター (17 箇所)、高齢者施設 (102 箇所) を運営し、訪問サービスプログラム (対象人数約 1,000 名) などを実施している。ボランティア 1 名で 1 日あたり 3~5 名の老人のケアを行い、毎日~週 1 回の頻度で各家庭を訪問している。政府から毎年 300 万 MYR の支援を受けるほか、規模は小さいが民間からの寄付も受けている。

マレーシアでは、伝統的なイスラム文化である、高齢者を尊重する習慣があるため、コミュニティやボランティアが機能しやすい環境にある。最近では子供が都会で働き農村部に残した両親の面倒が見られないという問題があるため、政府による支援やコミュニティの形成は重要となっている。

図表IV-38 CWC による活動プログラム (2011年)

州名	介護サービスプログラム		高齢者向けデイケアセンター		介護チームによる移動プログラム		貧困学生向け宿泊施設		包括ワークショップ	
	ボランティア	顧客	センター施設	登録メンバー	車両数	メンバー数	宿泊施設	学生数	ワークショップ	トレーナー
PERLIS	16	75	-	-	1	17	-	1	-	-
KEDAH	10	39	2	453	1	24	-	-	-	-
PERAK	12	59	1	743	1	15	-	-	-	-
PENANG	3	15	-	-	1	14	-	-	-	-
SELANGOR	16	75	2	160	1	9	3	97	-	-
K. LUMPUR	2	5	-	297	-	-	-	-	-	-
PAHANG	12	66	3	1,362	2	51	2	105	-	-
KELANTAN	19	75	1	72	1	7	8	515	-	-
T'GANU	9	45	4	339	1	5	4	123	-	-
N. SEMBILAN	6	34	1	88	-	-	-	-	-	-
MELAKA	2	22	2	35	1	18	-	-	-	-
JOHOR	-	-	1	885	1	-	-	-	1	50
SABAH	3	183	-	-	-	-	-	-	-	-
SARAWAK	6	33	-	-	-	19	-	-	-	-
合計	116	726	18	4,434	11	179	19	840	1	50

出所：Central Welfare Council, Peninsulae Malaysia (CWC)提供資料。

### (3) 今後の課題・展開

現状の KPWKM の施設による高齢者施設では、スポーツ、グループ作り、楽器の演奏、歌、レクレーションは実施しているが、リハビリや訓練等を行っていないため、導入が課題となっている。また、高齢者を対象にしたコンピュータ教室をデイセンターで実施することも検討されている。

### (4) 国際協力の状況

International Federation On Ages (本部はカナダのトロント) による支援を 2011 年に受けた実績がある。KPWKM としては、日本の在宅訪問サービスの歴史や制度に関心があり、他国の制度や高齢者の支援策を研究し、同国への応用に活用したいと考えている。

その他、世界銀行と高齢者向けのソーシャル・セーフティネットの調査研究 (Social Safety Net Provide Input on Elderly for the Research) を実施した。今後は研修やトレーニングにより、国際機関や海外組織の経験を共有する場を求めている。

## 8. マレーシアの社会保障における課題

### (1) 医療保障制度における課題<sup>41</sup>

現在既に税金投入による国民皆保障が成立しているが、公的医療機関と民間医療機関の格差が存在している。さらに、政府は財政的に現在の NHS スキームの維持には限界があると予想しながらも、社会保険制度導入に踏み切れない状態にある。

#### ① 公的医療機関と民間医療機関の格差

公的医療機関ではほぼ無料で受診できることから、混雑によるサービス品質の低下を招いている。公的医療機関と民間医療機関における医師数はほぼ同数といわれているが、患者数は、全体の 75%が公的医療機関に、15%が民間医療機関で受診している。

また、公的医療機関の医師の頭脳流出（Brain Drain）の問題がある。医師は若い頃は公的医療機関で経験を積み、その後はより待遇の良い民間医療機関に転向する傾向がみられる。また、前述のとおり公的医療機関では混雑から医師への負担が大きく、それが医師の民間医療機関への転向を加速し、公的医療機関ではさらに医師不足で混雑を招くという悪循環に陥っている。

また、国民の間では一般的に民間医療機関の方が優れた医療サービスを提供すると認識されており、有償であっても民間医療機関を選択する人が少なくない。よって、民間保険の加入者も他の ASEAN 諸国に比べ多い。民間保険に加入できない低所得者については、民間医療機関での受診のために財産を投じ、貧困に陥るケースも見られる。EPF の第二口座から医療費を引き出す方法もあるが、金額には上限があり、通常は老後の資金、住宅購入費用等に充当され<sup>42</sup>、医療費まで振り分ける余裕はない。

政府は公的医療機関と民間医療機関との格差是正に向け、公立医療機関の品質向上に取り組む方針であるが、現状の無償で受診するシステムでは、患者が公立医療機関に集中し混雑が深刻化するとの懸念がある。

#### ② 社会保険制度導入の課題

財源確保に向け、社会保険制度導入による公的医療保障サービス提供に対する議論も始まっているが、政府は下記の見地から慎重な姿勢を見せている。

政府は、これまでほぼ無料で公的医療サービスを受けて来た国民に対し、受診料や保険料を支払う意義について理解を求めるのは難しいと予想している。低所得者や自営業者、農民や漁民等のインフォーマルセクターからの拠出方法や金額についても問題となっている。

また、民間保険サービスの内容の大幅な変更も必要となっている。現在既に包括型商品が中心に普及しているが、社会保険制度が導入された場合、商品内容や保険料の

<sup>41</sup> MOH へのインタビューによる。

<sup>42</sup> 各団体の関係者はいずれも EPF の医療保険化はありえないとする。EPF が基本的には退職時の老齢給付制度として用意されているという認識が強いためであると思われる。

支払条件等のシステム見直しが必須となる。これに対し、民間保険会社は政策に応じて柔軟に対処する姿勢を見せているが、移行期には相当な負荷が予想されている。

現在民間保険市場は引き続き成長過程にあり、市場拡大するとさらにシステム変更が難しくなるため、政府は、早々に社会保険制度導入を行うことが必要だと認識している<sup>43</sup>。

### ③ 期待される国際協力

MOH は WHO より 2 年に 1 度プログラム予算を獲得し、支援が必要な分野についての調査研究（セミナー、海外専門家派遣等を含む）を行っている。事業運営費は WHO とマレーシアでコストシェアリング方式で賄っている。最近の活動としては、台湾の JLN（Learning Network）システムの視察と英国への社会保障に関する現地視察を行った。

MOH 担当者によると、マレーシアは経済水準が高まり、実質的に被援助国から卒業するレベルに達したが、一方で海外機関との交流の機会を失ってしまった側面がある。現在は世界銀行からの資金協力により、海外専門家を招聘し、海外制度の研究を行っている。被援助国を卒業後も、海外専門家の招聘費用は相当な負担となるため、国際協力に期待したいとしている。

### (2) ソーシャルセーフティネットの遅れ

マレーシアの高齢者の数は人口の 6%前後と、未だ高齢化社会を意識する段階には至っていない。そのため、高齢者のみを対象とした医療機関は存在せず、政府機関においても高齢者ケアについての議論は、現時点ではあまり活発に行われていない。実情としては地域コミュニティや NGO 等のボランティアによる支援に依存している。

また、公的な社会扶助に対しても遅れが見られる。マレーシア政府は、公的な社会的扶助に懐疑的であり、基本的には経済成長による雇用の創出が失業や貧困を解決する<sup>44</sup>という思考が根底にある。また、恵まれない人々を救済するためのソーシャル・セーフティネットを充実させても、問題は本質的に解決しない上、自らが努力をせずに恩恵だけを受けようとするモラルハザードが生じかねないとの見解を示している。

失業や貧困者への支援に必要なのはソーシャル・セーフティネットの整備ではなく、経済発展の実現であり、経済発展の結果雇用が創出され、貧困問題が解消されると考えている。政府は貧困者への支援を行っているが、あくまでも補助的な役割であり、生活を支えるには不十分な範囲にとどまっている。

### (3) 労働者社会保障制度をめぐる課題

EPF においては、拠出メンバーが全加入メンバーの半数に満たず、財源が十分でないこと、また、積立分だけでは退職後の生活資金としては不十分であることから、

<sup>43</sup> MOH へのインタビューによる。

<sup>44</sup> KPWPM、ICU へのインタビューによる。

雇用主の拠出金料率向上など、制度の充実が求められている<sup>45</sup>。また、自営業者や家事手伝い等のインフォーマルセクターの人々や外国人労働者等については、EPFへの加入が任意となっており、これらの人々をいかにEPFに取り込むか、または日本の国民年金制度に相当するような制度が存在しない点についても課題となっている。

GPにおいては、現行の税に依存した賦課方式年金制度（PAY-AS-YOU-GO）では財政への負担が大きいことから、政府は確定拠出年金制度にスキームを変更したい意向である。

---

<sup>45</sup> JETRO (<http://www.jetro.go.jp/world/asia/my/biznews/4f5592bc96e10>)



## 9. マレーシアにおいて取り組むべき優先事項

現在マレーシアにおいて、優先的に取り組むべき課題は主に2点ある。第一の課題として、医療保障の社会保険化がある。公的医療機関と民間医療機関の間には既に格差が顕在化しており、公的医療機関のサービスの質の向上を図る一方、現在の無拠出型システムを維持することは限界がある。また、医療の社会保険化には、低所得層の救済や民間保険とのバランス、保険料の徴収方法等について課題が残っている。

第二の課題は、高齢者のための社会保障制度の整備である。現在、高齢化率は人口の約6%と深刻化していないことから、高齢者は家族による介護や宗教団体や慈善組織団体のボランティア、NPO、コミュニティ等の活動により支えられている。

マレーシアでは、高齢化が比較的ゆっくりと進み2020年時点の高齢化率も8.9%と低い水準である。しかしながら、中長期的には、国民の所得水準の向上により、高齢者ケアに対してより質の高いサービスを求める声が大きくなる可能性はある。近い将来、高齢者の生活支援や介護、所得保障に対する問題が顕在化することは予想されており、政府による福祉基盤の早急な確立が求められる。