

V ベトナム

1. 社会保障の全体像

(1) 憲法における社会保障

ベトナム社会主義共和国の憲法における社会保障関連の記述は以下のように、「第三章 文化・教育・科学・技術」の第 39、40 条、「第五章 人民の基本的権利義務」の第 61、65、67 条に記載されている。

第 39 条 国は人民の健康保護のため投資し、開発を保証し、統一的管理を実施する。遠大な方針によりベトナムの医薬品開発のため社会の全ての勢力を動員し、予防事業は治療、伝統医薬及び薬学と近代的医薬品と薬学などを結集し、国家保健サービスは人民の保健サービスと共に、そして国は健康保険を組織化して人民の全てが保健事業を享受できるようにすべきである。高原地方及び少数民族に対する保健事業を優先すべきである。私的組織や個人が違法に医療行為、医薬品生産・販売を行い、人民の健康を害することを厳に禁じる。

第 40 条 母子への保健・保護を確保し、人口家族計画を有効ならしめるのは国、社会、家族及び人民の責任である。

第 61 条 人民は保健制度を利用する資格をもつ。国は病院費、及びその免除・減額のシステムを設定するものとする。人民は病疫予防及び公衆衛生に関する全ての規則を遵守する義務をもつ。不法にあへん及びその他の麻酔薬を生産、輸送、取引、貯蔵及び使用することを厳に禁じる。国は麻薬常用者を強制的に処置し、危険な社会的疫病を処置するための規則を制定するものとする。

第 65 条 子供は家庭、国及び社会による保護、養育及び教育を享受するものとする。

第 67 条 戦傷者、傷病兵、軍人遺族、及び革命殉死者は国の政策上の特惠措置を享受するものとする。戦傷者は身体回復のための良好な条件を享受するものとし、健康状態に適合する雇用を得、安定した生活条件を得るための支援を享受するものとする。国にとって勲功業績者に列せられた個人及び家族は推賞及び報賞を受け、そして世話を受けるものとする。老令者、虚弱者及び孤児で支援のない者は国の援助を受けるものとする。

(2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

ベトナムは、ベトナム共産党による一党独裁政治が行われている。ベトナムの国会は、憲法によれば、国権の最高機関であり、憲法制定権、立法権および国家主席・首相などを選出する権限を有する。ただし、実際は国会で決められた法案についても、最終決定のためにはベトナム共産党の中央委員会の承認が必要となる。

ベトナムの地方行政区画は、3 級制を取っており、省レベル、郡（県）レベル、コ

コミュニティー（社）レベルに分けられている。省レベルは、58の省と5つの中央直轄市から成っている。2011年4月の改正により、中央直轄市はハノイ、ホーチミン、ダナン、ハイフォン、カントーの5つである。

ベトナムの国民はおよそ90%がベトナム人であり、残りの10%は53の少数民族からなっている。

ベトナム政府は、ドイモイ政策による市場経済化導入以降、経済発展と均衡の取れた社会開発の双方を達成するために社会サービスの改善を進めている。ただし、国民の大多数が農業に従事しているため、社会サービスへの物理的アクセスが障害となり、改善効果は限定的であり、都市部と地方部との格差が顕在化している。加えて、平均寿命の伸びや出生率の低下に伴い、今後は少子高齢化が急速に進行すると予想されているが、インフォーマルセクターに対する社会保障カバレッジの遅れや、産業化・都市化の進展に伴う伝統的コミュニティーの変容が観察されている等、高齢者を支える社会的基盤は極めて脆弱であるのが現状である。そのため、社会医療保険や公的扶助といった社会サービス及び関連法の整備に加えて、これら制度を維持するための財源確保が喫緊の課題となっている。

社会保障制度全体についての方向性を示す国家的な計画として「**Social Protection Strategy of Vietnam 2011-2020**（社会的保護に関する2011-2020戦略計画）」の策定が進められており、2012年3月時点で国会の承認は得られたものの、共産党中央員委員会での検討が終わっていないことから、最終版はまだ公開されていない。本計画の主管官庁は労働傷病兵社会問題省（MOLISA: Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs）であるが、社会保護の対象とする分野は広範であり、保健省（MOH: Ministry of Health）や教育訓練省（MOET: Ministry of Education and Training）、地方自治体がかかわるほか、財政的には財務省（MOF: Ministry of Finance）や計画投資省（MPI: Ministry of Planning and Investment）が関与して、協議・調整が進められてきた。各援助機関も、この社会保護戦略が今後のベトナムにおける社会保障分野全体の方向性を示すものと考えていることから、本戦略が承認された後、ベトナムにおける社会保障分野の支援がさらに具体化していくことが考えられる。

(3) 社会保障制度の概略¹

ベトナムにおいては、社会医療保険と社会保険制度、失業保険制度のそれぞれの実施について一元化が図られ、統合的にベトナム社会保険（VSS: Vietnam Social Security）が管理運営を担っており、この点は、他の東南アジア諸国や先進諸国には見られない大きな特徴である。また、社会保障制度において、ベトナムが他のアジア各国と違う大きな特徴として、公務員と民間事業者の制度がすでに統合されているという点である。さらに、ベトナムの社会保障制度は、公務員や民間事業者の他に、低所得者や児童など、職業や年齢等の属性によって分類されるグループが多い（25のグループ）ことも特徴である。

¹ 和泉(2003)「ベトナム・カンボジアの社会保障」『アジアの社会保障』, 東京大学出版会, pp305-317。

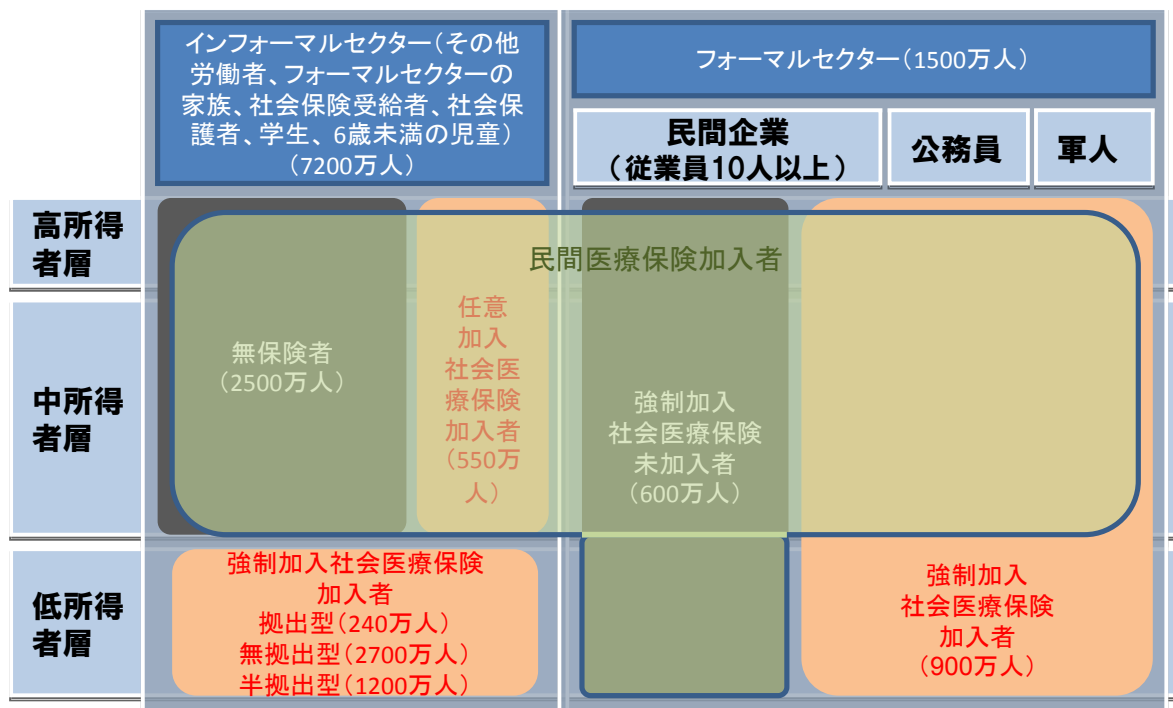
社会医療保険制度は 1992 年にその原型が形成され、2008 年 11 月の医療保険法の成立を経て、徐々に加入対象者を拡大している。強制加入保険及び任意加入保険に加え、低所得者等には税により保険料の減免等を組み合わせることで、2014 年の国民皆保障(UC: Universal Coverage)に向けて政策を展開している。

また社会保険制度は、1961 年より実施されていた公務員及び政府系企業従業員、軍人向けの制度が、1995 年から労使拋出型制度として一般民間企業に適用されるようになったことから、1995 年を事実上の現行制度の創設と考えることができる。社会医療保険と同様に、UC 化に向けた努力が図られているが、医療保障に比べ、加入者拡大の進捗は遅れているのが現状である。また、ベトナムの高齢化に伴う制度の持続可能性が大きな課題となっている。

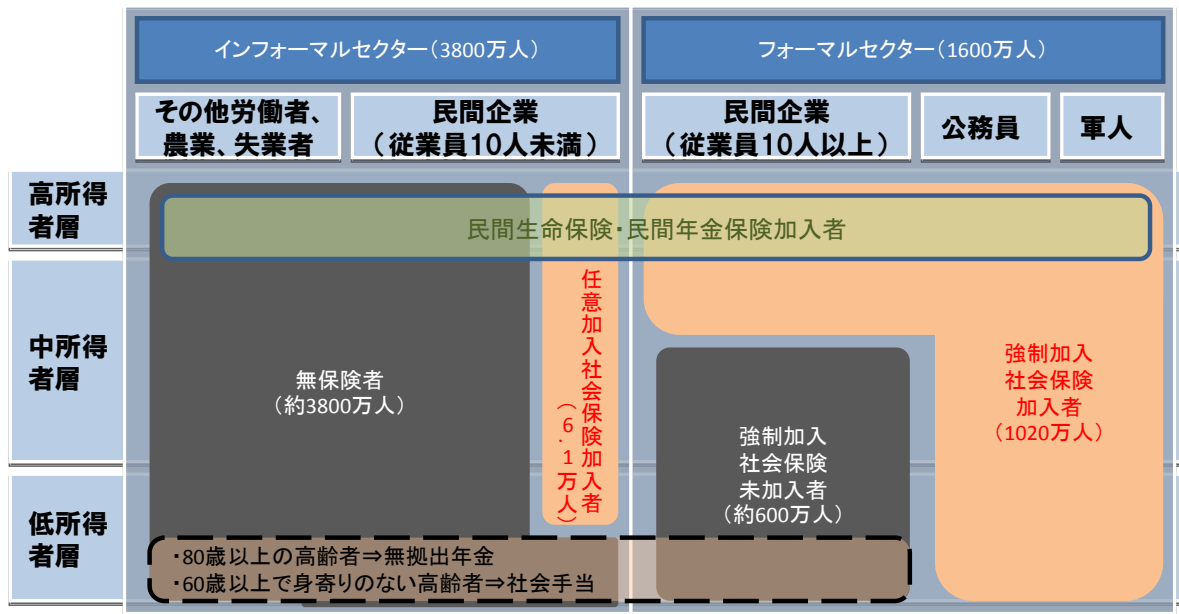
さらに、2009 年には、ASEAN 諸国では先進的といえる失業保険制度が導入されている。

低所得者を対象とする公的扶助は、必ずしも整備が進んでいるとはいえない状況であるが、身寄りのない低所得の高齢者に対する老齢福祉給付等の対象年齢が年々引き下げられるなど、徐々に整備が進められている。

図表 V-1 ベトナム社会医療保険カバレッジ概念図



図表 V-2 ベトナム社会保険制度カバレッジ概念図（年金及びその他の所得保障）



2. 社会保障関係機関の概略

ベトナムの社会保障制度は、実施面においては、単一機関による一元的な管理運営をすでに実現している一方で、政策決定の主体は、MOLISA 及び MOH の 2 省に分立している。各省内での連携も希薄で、縦割りの意思決定の構造をもつため、戦略的なアプローチを提示するという点で課題を抱えている。

(1) MOH（保健省:Ministry of Health）

医療保障全般に関する政策立案、調査研究等を所掌している。また医療機関の管理運営も担っている。社会医療保険制度に関する政策は、医療保険局（DOH: Department of Health Insurance）が担当しているが、医療費管理等については、MOH 計画財務局（DPF: Department of Planning and Finance）が主管部局となっている。なお、社会医療保険の実務に関しては、VSS が一括して管理運営を担っている。MOH 傘下の調査研究機関である保健医療戦略政策研究所（HSPI: Health Strategy and Policy Institute）は、保健医療政策に関する実践的なデータを収集し、政策立案のための具体的な分析を提供している。

(2) MOLISA（労働傷病兵社会問題省:Ministry of Labor, Invalids and Social Affairs）

社会保険および社会福祉に関する政策立案、調査研究等を所掌している。社会保険の保険料徴収や登録業務、給付管理等については、VSS が一括して管理運営しているが、老齢福祉給付などの公的扶助については、MOLISA の地方組織である労働傷病兵社会問題局（DOLISA: Department of Labor, Invalids and Social Affairs）が所掌している。

また、失業保険も社会保険に準じる所掌で運営されている。調査研究については、省内に労働科学社会問題研究所（ILSSA: Institute of Labor, Science and Social Affair）を設置しており、政策立案に必要とされる調査の実施、各種政府文書等の準備などに従事している。

(3) VSS（ベトナム社会保障:Vietnam Social Security）

ベトナムでは、従来、社会保険における長期保険（老齢年金、遺族年金等）は MOLISA が、短期保険（労災保険、出産手当等）はベトナム労働総連合²（VGCL: Vietnam General Confederation of Labor）が実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）を担当してきたが、1995 年に両機関の業務が一元化され、VSS に集約された。また、2002 年には MOH が担当していた社会医療保険の実務（保険料の徴収業務と保険給付業務、事務手続等の制度運營業務）も VSS に統合したことによって、社会保障業務全体の実務管理を VSS に一元化することとなった。

2009 年以降、VSS は新たに導入された失業保険の管理も行っている。VSS は、MOH、

² VGCL はもともとベトナムの労働組合を束ねる連合組織であり、現在は社会保障への直接的関与はなくなったと考えられる。

MOLISA のいずれの省にも属さず³、政府直轄の機関として実務を担当している点が特徴である。また、VSS は社会保険等の給付管理等のほかに、社会保険基金の運用も担当している。

全体を統括するハノイの VSS 本部以外に、各省に 63 の支部 (PSS: Provincial Social Security Offices)、各郡に 656 の支部 (DSS: District Social Security Offices) を有しており、職員数は郡レベルの職員までで 2 万人を数える。さらに下部のコミュニケーションレベルには 1 万 2 千の支部が設置されている⁴。

VSS 内部にも、政策分析等を行うための調査機関として社会保障科学研究所 (ISSS: Institute for Social Security Science) を設置しているが、年金数理の専門家が不在のため、年金財政の将来推計など、政府に提示できるような予測分析を行うことができないなど、キャパシティの面でも課題がある。

(4) MOF (財務省:Ministry of Finance)

ベトナムの社会保障は、社会保険原理に基づく制度設計を行いながらも、保険料の一部又は全額を税投入によって減免していることから、制度設計において MOF が与える影響は必ずしも小さくない。また、現在の社会保険の被保険者の約半数を占める公務員については、雇用者として保険料を拠出しているという意味において最大のステークホルダーの一つであるといえる。さらに、社会保険においては、その基金の運用委員会 (Management Board) の議長を財務大臣 (副議長は VSS 長官) が担当している。

現状の制度において、年金給付のない高齢者への給付を税方式で補填する老齢福祉給付を実施していることから、年金制度の成熟期までの財政の持続可能性など、財務省が留意すべき社会保障関連の施策は少なくない。

³ VSS はどの省にも属さない独立組織として成り立っている。トップ人事に財務省の承認は不要で、ベトナム共産党中央員委員会の承認で決められていると考えられる。

⁴ VSS 社会医療保険担当者ヒアリングより。

3. 社会保障関連予算

(1) 保健予算

保健予算は、2012年に51兆1,000億VND⁵となっており、ベトナムの予算支出総額の6.0%を占めている。2002年には、4兆4,600億VNDであった予算がこの10年おおよそ13倍まで急激に増加している。また、保健予算の予算支出総額に占める割合は、2002年の3.3%から2012年の6.0%までおおよそ2倍に増加している。他の先進国と同様、将来訪れる高齢化時代には、保健予算額が増加するだけでなく、予算支出総額に占める保健予算の割合も増加し続けることが予想されるため、社会医療保険基金の財源を持続し続けるという点において、いかに保健予算の増加率を抑えるかがこれからの課題となる。

図表 V-3 ベトナムにおける国家予算(2002年)及び2012年に向けての予算計画

支出分野	金額 (10億 VND ^{*1})		予算総額に対する比率(%)	
	2002年	2012年	2002年	2012年
予算支出総額	133,900	852,760	100.0	100.0
社会的支出	70,880	651,060	52.9	76.3
教育訓練	17,615	135,920	13.2	15.9
保健	4,460	51,100	3.3	6.0
社会保障	12,260	85,560	9.2	10.0
給与改革		59,300		7.0
人口および家族計画		970		0.1

※1 1 ドン (VND) = 0.0038 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)

出典: MOF ホームページ.

(2) 社会福祉予算

社会福祉予算は、図表 V-3のように、社会保障 (Social security)、給与改革 (Salary reform)、人口および家族計画 (Population and Family planning) に分類分けされている。2012年の社会福祉予算は、合計で145兆8,300億VNDとなっており、2002年の社会福祉予算12兆2,600億VNDと比較すると、おおよそ12倍にまで拡充している。社会福祉予算の予算支出総額に占める割合は、2012年に17.1%であり、2002年の9.2%と比較するとおおよそ2倍にまで拡充している。

また、図表 V-4のように、2008年の概算予算で公的扶助予算⁶は21兆7,110億VND、内訳は生活保護2兆360億VND、自然災害に対する支援4兆7,620億VND、社会サービス1兆3,010億VND、軍人への恩給13兆6,130億VNDとなっている⁷。さらに、貧困撲滅の国家プログラム (NTPPR: National Targeted Program on Poverty Reduction)、少数民族や山岳地域の住民など生活が極めて困難なコミュニティに対する社会経済発展プログラム (P135: Program for Socio-Economic Development in Communes Facing Extreme Hardship in Ethnic Minority and Mountainous

⁵ 1 ドン (VND) = 0.0038 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)

⁶ 図表 VI-4 の「公的扶助予算」は、図表 VI-3 の国家予算のうち「社会保障」予算に含まれる。

⁷ Paulette (2010) *Fiscal space for social protection policies in Viet Nam*

Areas) に向けられた予算は、2008 年で 4 兆 5,640 億 VND となっている。

図表 V-4 2008 年社会保障関連予算 (推測値)

	金額 (10 億 VND ^{※1})	予算総額に対する比率 ^{※2} (%)
公的扶助	21,711	5.44
生活保護	2,036	0.51
自然災害に対する支援	4,762	1.19
社会的サービス	1,301	0.33
軍人への恩給	13,613	3.41
NTPPR と P135-II の予算 (2006-2010 年)	4,564	1.14

※1 1 ドン (VND) = 0.0038 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 比率は 2008 年度国家予算を (MOF ホームページ「2008 年予算計画」データより) 398,980 (10 億 VND) として算出。

出所: Paulette (2010) Table.1⁸

⁸ Paulette (2010) *Fiscal space for social protection policies in Viet Nam*

4. 医療保障

(1) 医療保障分野における国家計画

医療保険分野におけるベトナム政府の最大の関心事は、社会医療保険の UC 化である。現在は政府の定めたロードマップに従い、2014 年までに UC 化を達成することを目標としている⁹。

(2) 医療提供体制の特徴

社会医療保険の対象は比較的広範に及んでおり、全てのレベルの医療機関における外来、入院を対象としている。個別の手技についても、X 線等の画像診断、生体検査、血液透析、開胸手術などが対象となっている。薬剤については、MOH の示すドラッグリストに登録されたものが対象となる。

また、社会福祉給付の受給者、低所得者層、準低所得者層、6 歳未満児童については、レファールシステムが適用され、より高次の医療機関に転院する場合は移送費用も保険適用となる。

ベトナムでは、図表 V-5 に示したように、約 1,000 の病院と 750 のポリクリニック、11,500 の保健ステーションが設立されている。病院のうち、83 施設、5,429 の病床が民間病院となっており、病院全体に占める民間病院の割合はかなり少ない。

保険適用となる医療サービスは、全国 961 の病院（民間病院を含む）、及び 10,866 か所のコミュンヘルスステーションで提供される。

また、ベトナムでは都市の医療施設の医療に比べて、郊外および地方の医療品質が低いことも特徴である¹⁰。

図表 V-5 医療施設および病床数

分類	施設数（施設）	病床数（床）
・病院	961	159,558
総合病院	774	115,923
専門病院	136	28,560
伝統医学病院	51	6,501
・ポリクリニック	752	8,761
・その他	180	9,907
・保健ステーション	11,576	45,994
コミュンヘルスステーション	10,866	45,994
その他	710	0
合計	13,506	211,695

出所：Health Statistics Yearbook 2008

⁹ 当初は 2010 年に設定されていたものの、達成が困難との見通しのため達成目標年次を延長した経緯がある。

¹⁰ Nguyen (2011) Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges–

(3) 制度の基本構造

① 制度の構成と対象者¹¹

ベトナムの社会医療保険は、その加入義務と財政方式によって分類することができる。加入義務については、強制加入と任意加入に分かれており、財政方式では、拠出型、無拠出型、半拠出型の3種類に分類することができる。国民は職業や年齢等の属性によって25のグループに分類されており、現在のところ20のグループが強制加入の対象となっている。

強制加入の拠出型保険においては、公務員、公営企業の従業員、民間企業、外国企業が対象となっている¹²。社会福祉給付受給者と失業保険受給者は強制加入であるが、保険料は社会保険から全額拠出されている。また、低所得者層や少数民族、障害者、6歳未満の児童等は、強制加入とされているが、保険料は政府によって全額拠出されており、自己負担はない。2010年に学生が任意加入から強制加入に移行されるに伴い、保険料はそれまで全額拠出とされていたが、政府が1/3を拠出する型に変更された。

任意加入保険は、強制加入者の被扶養者や自営業者、農業従事者などが対象となっている。

② 保険料¹³

強制加入の拠出型保険の保険料は、被用者、雇用者による拠出制とされ、4.5%とされている。社会福祉給付受給者と失業保険受給者の保険料は、社会保険から全額拠出され、それぞれ社会保険給付額（月額）および失業保険給付額（月額）の4.5%とされている。低所得者層や少数民族、障害者、6歳未満の児童等の保険料は、最低賃金（月額）の4.5%が政府によって全額拠出されている。準低所得者と学生の保険料は、最低賃金（月額）の3%とされているが、準低所得者世帯については、加入者数に応じて保険料の逡減方式が採用されている。

任意加入保険の保険料は、最低賃金（月額）の4.5%とされている。

¹¹ VSS 提供資料「VIETNAM SOCIAL SECURITY (2010年1月発行)」より。

¹² 制度発足当初は、従業員10名以上の企業に限定されていたが、2005年にこの規定は廃止され、全ての民間企業が加入対象となった。

¹³ VSS 提供資料「VIETNAM SOCIAL SECURITY (2010年1月発行)」より。

図表 V-6 ベトナムの社会医療保険制度とその概要

社会医療保険					
制度創設年	1995年				
根拠法	1993年 Decree 43/ND-CP 1995年 Decree 19/CP				
実施運営機関	VSS				
プログラム	労使拠出型	社会保険拠出型	政府全額拠出型	政府半額拠出型	任意拠出型
モデル	社会保険方式		税方式	半税・半社会保険方式	社会保険方式
保険料(年間)	給与の4.5%。	社会福祉給付額および失業保険給付額の4.5%。	最低賃金の4.5%。	最低賃金の3%。	最低賃金の4.5%。
加入義務	強制加入				任意加入
加入対象者	公務員、民間企業被用者(それぞれの被扶養者はこれには含まれず、任意加入に含まれる)	社会福祉給付受給者、失業保険給付受給者	叙勲者、軍事恩給受給者、軍人、議会・人民委員会員、社会的扶助受給者、低所得者、少数民族、軍人・公安・政府要人の扶養家族、6歳未満児童、留学生	準低所得者、学生	農業従事者、自営業者、フォーマルセクターの被扶養者
加入者数(2011年) ¹⁴	5,593万人				
加入者数 ¹⁵	895万人	242万人	2,715万人	1,188万人	553万人
報酬方式(外来) ¹⁶	出来高払い60%+人頭払い40%(地方自治体によって運用は様々であり、明確に区別されたルールはないが、基本的には1次医療施設が人頭払い、2次、3次と高度医療になるにつれ出来高払いの仕組みとなっている。特に外来は人頭払いの割合が多い。政府の方針としては、医療費の削減のために診療報酬の支払方式をすべて人頭払いへと移行することを考えている。)				
報酬方式(入院) ¹⁵	出来高払い60%+人頭払い40%(地方自治体によって運用は様々であり、明確に区別されたルールはないが、基本的には1次医療施設が人頭払い、2次、3次と高度医療になるにつれ出来高払いの仕組みとなっている。政府の方針としては、医療費の削減のために診療報酬の支払方式をすべて人頭払いへと移行することを考えている。)				
拠出/無拠出	拠出	拠出	無拠出	拠出	拠出
自己負担	—	受診時の自己負担減免あり。		—	—
レファールシステム	保健システムの構造はトップレファール病院、省病院、郡病院、コミュニティヘルスセンターとそれぞれの段階に分かれており、国民は郡病院→省病院→トップレファール病院とレファールシステムに沿うことにより保険診療として扱われ、比較的低額の医療費で受診できる。一方、保険診療を無視して、上級病院を受診する場合は割高のコスト負担が必要である。 現状は下位の病院への住民の信頼は薄く、住民が直接上位の病院を受診することが多い。国の定めたレファール用紙があるもののあまり使用されておらず、カウンターレファール情報も下位医療施設に届いていない場合が多い。 ¹⁷				
年間医療費支出(合計)(2010年)	7,280百万US\$ ¹⁸				

※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: VSS提供資料「VIETNAM SOCIAL SECURITY(2010年1月発行)」をもとに三菱UFJリサーチ&コンサルティング作成

¹⁴ DOH提供資料より。

¹⁵ DOH提供資料より。

¹⁶ CBEH Vietnamese group(2010)「Review of piloting capitation payment method for Health Insurance-based healthcare in some provinces of Vietnam」より。

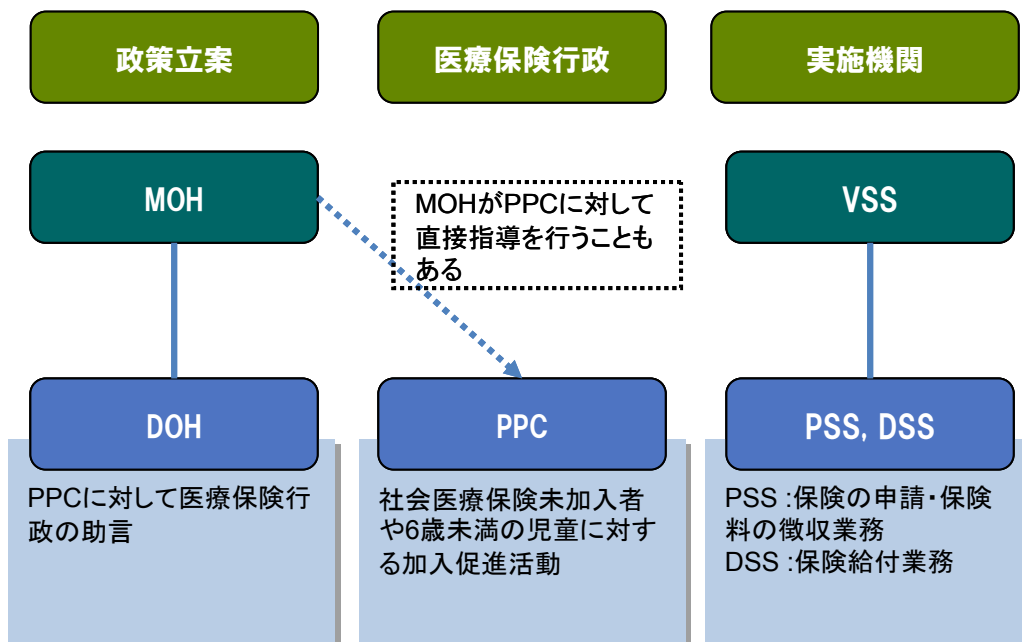
¹⁷ 伊藤(2010)「ベトナム国における保健医療の現状」

¹⁸ Health Nutrition and Population Statisticsより。

③ 実施運営

社会医療保険の実務は、PSS が 保険の申請・保険料の徴収業務を担当しており、保険給付業務については、DSS が担当している。また、社会医療保険への加入促進策や 6 歳未満の児童に対する社会医療保険への加入促進などは、各省の人民委員会（PPC: Provincial People's Committee）が担当している。また、DOH は人民委員会への医療保険行政に関する助言実施機関となっている。

図表 V-7 社会医療保険行政における所掌



(4) カバレッジ¹⁹

図表 V-8に示したように、強制加入と任意加入を合わせた社会医療保険全体の加入者数は 2011 年時点で 5,600 万人、総人口に対するカバレッジは 63.71%となっている。

強制加入の拠出型のカバレッジは、公務員が 100%、民間企業被用者が 51.37%となっている。民間企業被用者のカバレッジは低くなっているが、それを拡大する対策として、政府は強制加入対象者の未納・未加入に関する罰則規定に関する政令案を準備中であることが示された。

社会福祉給付受給者・失業保険受給者のカバレッジについては、社会福祉給付受給者が 100%、失業保険受給者については失業保険の給付が 2010 年に開始されたこともあり統計データが揃わず、図表 V-9の 2011 年時点では加入者数が 0 になっていると考えられる。

政府の全額拠出型保険のカバレッジについては、全体として 91.8%となっており、どのカテゴリーも概ね高いカバレッジとなっているが、政府の全額拠出にも関わらず

¹⁹ DOH 担当者ヒアリングより。

カバレッジが 100%にならない要因の一つとして、6 歳未満の児童のカバレッジの低さが挙げられる。それは、6 歳未満の児童の親が登録手続きを怠っているためであり、彼らに対する保険強制加入の周知徹底が必要と考えている。また、社会的扶助者のカバレッジが低いのは、MOH がすべての社会的扶助対象者を捕捉しきれていないことが原因と考えられている。この理由は、MOLISA が作成している社会的扶助者のリストの情報を MOH と共有できていないことが挙げられている。さらに、MOH が独自に管理している医療保険法に基づいた社会医療保険加入対象 25 グループの登録者名簿には、1 名で 2～3 枚の社会医療保険カードを所有、つまり社会医療保険の複数カテゴリーに重複加入していることを把握していながら、未だに何ら対応策を講じていないという問題点もある。今後は、MOLISA との連携も含めた社会医療保険登録者名簿の作成が必要不可欠となっている。MOH 関係者からは、カバレッジの拡大のためにも、財務省や MOLISA と歩調を合わせた分野横断的な取組みと首相レベルでの強いイニシアチブが必要であるとの認識が示された。

任意加入の加入者数は 550 万人であり、カバレッジは 26.01%となっている。

図表 V-8 2011 年における社会医療保険のカバレッジ

	対象者(人)	加入者数 (人)	加入者の割合 (%)
I. 強制加入	66,529,387	50,399,870	75.76
1. 経営者および従業員の抛出自	15,211,486	8,948,041	58.82
民間企業と民間組織の被用者 ²⁰	12,822,328	6,618,041	51.37
公務員 ²¹	2,329,158	2,329,158	100.00
2. 社会保険が全額抛出自	2,420,000	2,419,914	100.00
社会福祉給付受給者	2,420,000	2,419,914	100.00
失業保険受給者	0	0	0
3. 政府が全額抛出自	29,579,063	27,152,414	91.80
政府への貢献者	41,431	38,809	93.67
軍事恩給受給者	1,851,245	1,851,245	100.00
軍人	421,330	401,949	95.40
議会・人民委員会員	124,294	109,033	87.72
社会的扶助受給者 ²²	916,916	695,442	75.85
低所得者・少数民族	14,374,981	14,116,231	98.20
軍人・公安・政府要人の家族	1,633,240	1,633,240	100.00
6 歳未満の児童	10,209,304	8,300,143	81.30
留学生	6,322	6,322	100.00
4. 政府が半額抛出自	19,318,839	11,879,501	61.49
準低所得者	6,400,000	1,616,912	25.26
学生	12,812,221	10,262,589	80.10
II. 任意加入	21,251,318	5,527,577	26.01
総人数	87,780,706	55,927,447	63.71

出所：DOH 提供資料

1992 年の制度開始当初より、徐々にその範囲を拡大してきたが、6 歳未満児童や低

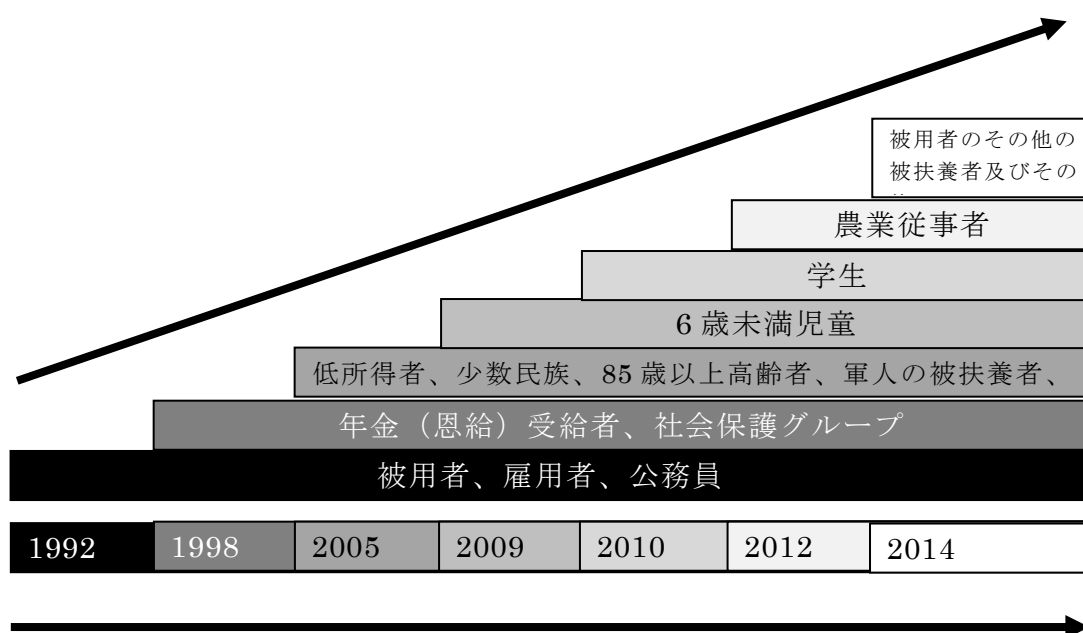
²⁰ ここには、民間企業・民間組織の被用者の扶養家族は含まれず、扶養家族は任意加入に含まれる。

²¹ ここには、公務員の扶養家族は含まれず、扶養家族は任意加入に含まれる。

²² ここには、たとえば老齢福祉給付などの社会的扶助を受給している者が含まれる。

所得者には、無拠出型を採用したため、カバレッジの拡大は財政的な持続性の問題であり、保険料徴収等、本来の運営上の障壁は低いと考えられる。しかしながら、残されている農業従事者については、保険料拠出に基づく任意加入とされているため、これを強制加入とするためには、農村部の住民が社会医療保険のメリットを理解した上で、現金収入の一部を保険料として納付することに納得する必要があるとあり、農業従事者を含むインフォーマルセクターへの拡大には課題が多いといえる。また、先に触れた未納者・未加入者への罰則規定についても農業従事者等への適用は現実的ではないとの声もある。

図表 V-9 社会医療保険の UC 化に向けたロードマップ



出典) Nghiem Tran Dung (2010) Social Health Insurance in Viet Nam, Health Insurance Dept, Ministry of Health.

今後、UC 化を達成するためには、現金収入の機会が限定的なインフォーマルセクターの大半を加入させていく必要があるが、現状ではすべてのセクターに対して全額税方式は採用しない方針であるため、カバレッジは 2014 年には 70%、2015 年には 73%程度までしか拡大しないと予想されている。

(5) 診療報酬支払方式²³

ベトナムの診療報酬支払方式は、各医療施設が個別に診療報酬を VSS に申請する形式ではなく、VSS および PSS、DSS の職員が公的・民間に関係なく大病院に常駐し、小規模病院には 1 週間に 2~3 日の割合で訪問して、診療報酬の申請業務を担当する形式を取っている。それぞれの医療施設を担当する VSS・PSS・DSS 職員は 3 ヶ月に 1 度の頻度で、VSS 本部に対して診療報酬請求を行っている。このように、診療報酬

²³ DOH 担当者ヒアリングより。

請求を各医療施設に任せずに VSS・PSS・DSS の職員が直接担当する利点として、① どのような保険を受けられるのかなど社会医療保険給付の詳細を患者に対して説明する、② 病院の不正請求を防止するための監査を各医療施設で都度実施する、の 2 点が挙げられる。ただし、こうした診療報酬支払方式は、現在のベトナムの医療施設数が全国で 13,000 程度と少ない条件でのみ可能であり、今後医療施設数が増加していくとこの制度は持続が困難になると予想される。

診療報酬の支払方法は、現状 60%が出来高払い、40%が人頭払いとなっている。出来高払いと人頭払いのどちらを適応するかについては、地方自治体によって運用は様々であり、明確に区別されたルールはないが、基本的には 1 次医療施設が人頭払い、2 次、3 次と高度医療になるにつれ出来高払いの仕組みとなっている。特に外来は人頭払いの割合が多い。

ベトナムの出来高払いの診療報酬を構成する技術的なサービス費、検査費、薬価、材料費には価格表が設定されているが、手術に対する価格表は設定されていない。医療施設で診療が行われると、医療施設の職員は価格表に基づいて診療報酬を合計し、請求書を担当の VSS・PSS・DSS の職員に提出する。基本的にベトナムの出来高払いは、上限が設けられているが、各医療施設から提出された診療報酬請求書を VSS 本部の幹部が監査の結果、請求額に合理性があれば、上限を超えても支払われる場合がある。

ベトナムの人頭払いは、各医療施設の登録人数に対して 1 人 50 万 VND の予算が割り当てられ、それがその医療施設の治療費の総額になる。一応人頭払いにも出来高払いと同様の価格表が設定されている。人頭払いの場合、割り当てられた予算の残金についてはその 20%が病院の収入になる仕組みとなっているため、医療費抑制効果が期待されている。人頭払いの予算配分の基準としては、各病院に登録した患者の前年医療費給付総額の 1.1 倍で計算されている²⁴。

政府の方針としては、医療費の削減のために診療報酬の支払方式をすべて人頭払いへと移行することを考えている。

(6) 民間医療保険制度の位置づけと動向²⁵

民間医療保険は、以下の 4 つの場合に加入する商品である。

- 1) 低所得者層で社会医療保険に未加入者が、企業の雇用者に負担してもらい加入する。
- 2) 低所得者層で社会医療保険の未加入者が、入院を必要とする疾患に罹患したために、入院治療費を軽減する目的で短期の医療保険に加入する。
- 3) 中所得者層で社会医療保険加入・未加入問わず、社会医療保険が適応されない外来、妊娠、歯科の診療に対して、治療費を軽減する目的で加入する。
- 4) 高所得者層が、国内の民間医療施設で社会医療保険適応外の高額な医療行為を行

²⁴ DOH 担当者ヒアリングより。

²⁵ 生命保険会社プレボア社の医療保険担当者ヒアリングより。

う、または、高度な医療を求めて海外に渡航する目的で加入する。

上記 1)の医療保険商品は、元々生命保険会社および損害保険会社が企業向けに様々な保険商品を販売する際に、オプションとして格安で販売していた商品である。その後、オプションではなく医療保険商品単独で販売されるようになり、保険料が格安ということで予想以上に売れたが、格安の保険料があだとなって多額の損失を出し、現在では多くの民間保険会社が販売していない状況である。

上記 2)の医療保険商品は、外来を受診した後に入院が必要だとわかった時点で加入するため、加入者の請求率が高く、診療報酬も高額となり、多くの民間保険会社で赤字商品となっている。この商品も現在では多くの民間保険会社が販売していない状況である。

上記 3)の商品は、1)、2)のように赤字にはならないが、利益はそれほど出ない状況にあり、この商品を販売する民間保険会社は少ない。

上記 4)の商品は、高所得者層の利用する医療施設の多くが外資系病院であるため、治療費の不正請求もなく、収益性は高い。

これらの理由から、ベトナムでは、現在民間医療保険制度は高所得者向けの医療保険制度として位置づけられている。そのため、高所得者層は、企業に属している場合社会医療保険制度に強制加入しているが、社会医療保険制度を利用せず、民間医療保険を利用しているのが現状である。

ベトナムの民間保険企業は医療保険商品において、損失を出している企業が多い。ベトナム保険業協会²⁶ (AVI : Association of Vietnam Insurers) のデータによれば、2011年9月時点で、損害保険会社の医療保険商品における損失率は45%となっている。民間の医療保険商品の損失率が高い原因は、請求額が実態よりも過大に請求されるという医療施設と患者の癒着による不正請求にあると考えられている。ベトナムでは患者数に対して医療施設数が圧倒的に少ないために、患者は需要過多となっている。患者は優先的に診療してもらう代わりに医療施設が実施してもいない高額な治療に対する不正請求に加担してしまう状況にある。また、民間保険会社から公的医療施設に対して診療報酬請求の監査を要求しても、受け入れてもらえないことも、不正請求を排除できない原因となっている。

医療保険は病気したときに加入するものという考え方を改め、相互扶助であるという国民の認識を高めて、社会医療保険のカバレッジが向上しない限り、民間医療保険は商品として成立しにくい環境にある。

²⁶ <http://www.avi.org.vn/>

5. 年金及びその他の所得保障

公的制度として、老齢年金を含む社会保険制度（社会医療保険を含まない）があり、フォーマル部門の労働者は強制加入とされている。しかし厳密には、10名以上の従業員を雇用する事業所に限定されていることから、社会医療保険制度におけるフォーマルセクターの現状とは異なる点に留意が必要である。また、実際の加入率も社会医療保険に比して低い。

(1) 法的根拠

社会保険は、社会保険の定義に関する政令（DECREE No. 12/CP OF JANUARY 26, 1995）の発令によって定義され、その後 2003 年には、DECREE No. 01/2003/ND-CP OF JANUARY 9, 2003 によって改正され、社会保険制度実施に関するガイドライン（CIRCULAR No. 07/2003/TT-BLDTBXH OF MARCH 12, 2003）によって、具体的な社会保険制度の実施方法が示された。

(2) 給付内容

給付内容は、長期保険と短期保険に分類される。

長期保険としては、老齢年金、遺族年金、短期保険としては、疾病休業手当、出産育児休業手当、労働災害給付がある。

老齢年金は、賦課方式で運用されており、原則として男性 60 歳以上、女性 55 歳以上で保険料拠出期間が 20 年を超える場合に給付対象となるが、危険を伴う職種など MOLISA 及び MOH が指定する一部の職業については男性 55 歳、女性 50 歳で給付が開始される。社会保険制度には、「障害年金」と名のつく制度は存在しないが、男性の場合 50 歳以上、女性の場合で 45 歳以上であって稼働能力の 61%以上を喪失した場合、保険料拠出期間が 20 年を超える被保険者、または MOLISA 及び保健省が指定する一部の危険な職業に 15 年以上従事した被保険者には、早期老齢年金が給付される。老齢年金の置換率は、15 年間の保険料拠出期間に対して、置換率が標準報酬の 45%に設定されており、かつ、拠出期間が一年増加するごとに、男性は 2 ポイント、女性は 3 ポイントずつ置換率が増加するように設計され、最大値は 75%となっている。

遺族年金は、葬儀代と月々の生活費、および死亡時一括給付金がある。

葬儀代として最低賃金の 10 ヶ月分が給付される。

また、死亡者が以下の条件を満たす場合、月々の生活費が死亡の翌月からその扶養家族に給付される。

- 1)15 年以上社会保険を拠出していた
- 2)老齢年金を受けていた
- 3)労働中の傷病によって死亡した
- 4)15 歳未満の子供がいる
- 5)18 歳以下の学童がいる
- 6)配偶者が定年している

7) 両親、もしくは、義理の両親が定年している。

給付額は扶養家族の稼ぎによって扶養家族 1 人につき（最大 4 人まで）最低賃金の 50～70%が給付される。

死亡時一括給付金は、前述した月々の生活費給付に該当しない場合、扶養家族に給付される。死亡時一括給付金額は、死亡者の平均給与（月額）に社会保険拠出年数（最低 3 年以上）を乗じた金額が給付される。死亡者が年金受給者である場合は、年金の半額に社会保険拠出年数（最低 3 年以上）を乗じた金額が給付される。

疾病休業手当は、被用者の報酬の 75%を休業時に支払うものであり、人民軍の職員は、100%が給付される。本手当には給付開始までの待機期間は設定されていない。

出産育児休業手当では、妊娠時の検査休業手当をはじめ、出産一時金、産後休業手当などが給付対象となっている。

労働災害給付では、職場及び指揮監督権の及ぶ職場外での就労時、通勤時の傷病が対象となっている。また、労働環境に起因する疾患も対象とされている。傷病の状況に応じて一時金、月額給付が行われる。

(3) 加入対象者と保険料率

強制加入の主な対象者は以下のとおりである。

- 1) 有期雇用契約または 3 ヶ月以上の雇用契約に基づき就労するベトナム人労働者
- 2) 公務員及び公的機関職員
- 3) ベトナム人民軍及び治安維持機関の職員
- 4) ベトナム人民軍の下士官、職業軍人等
- 5) これまで強制加入の保険料を支払っていたベトナム人労働者で、有期雇用契約に基づき海外で就業することになった場合、
- 6) 行政、人民軍、政治団体、社会政治組織、海外機関、ベトナム国内で活動する国際機関、企業、協同組合の雇用者

任意保険は、自営業者及び農業従事者のうち、15 歳以上 60 歳未満の男性及び 15 歳以上 55 歳未満の女性で、強制加入保険の対象となっていない者を対象としている。

保険料率は、労使拠出となっている。保険料率は、基本給に対する設定となっており、年々上昇している。各基金別の保険料率は次表のとおりである。

図表 V-10 社会保険の保険料率の変遷

保険料率	老齢・遺族 年金基金	労災基金	傷病・出産 基金	合計
2007-2009				
雇用者	11%	1%	3%	15%
被用者	5%	-	-	5%
合計	16%	1%	3%	20%
2010-2011				
雇用者	12%	1%	3%	16%
被用者	6%	-	-	6%
合計	18%	1%	3%	22%
2012-2013				
雇用者	13%	1%	3%	17%
被用者	7%	-	-	7%
合計	20%	1%	3%	24%
2014-				
雇用者	14%	1%	3%	18%
被用者	8%	-	-	8%
合計	22%	1%	3%	26%

出典) Vietnam Social Security (2010) Vietnam Social Security

(4) 基金及び実施運営機関

社会保険基金（長期保険）の運用は VSS の所管であるが、その決定においては、理事会（Board）の決定を経ることとされている。理事会の役割は、VSS 長官の指導監督を行う首相に対して助言を行うこととされており、調査時点の理事会のメンバーは、それぞれの役職に基づいて決められており、5 年ごとに首相がメンバーを任命している。理事会メンバーの役職は、図表V-11のとおりである。

図表 V-12 社会保険基金運用理事会のメンバー

	役職
理事長	財務大臣
副理事長	VSS 長官
理事	ベトナム労働総連合副議長
理事	MOLISA 副大臣
理事	ベトナム協同組合連合会副議長
理事	ベトナム商工会議所雇用者代表事務所長
理事	農業者組合代表
理事	内務省副大臣
理事	保健省副大臣

(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）²⁷

2010 年末時点で、1,020 万人が強制加入しており、労働人口約 5,400 万人の 19.0% となっている。強制加入者のうち、449 万人が公務員、政府職員であり、405 万人が

²⁷ Nguyen (2011) 「Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges-」。

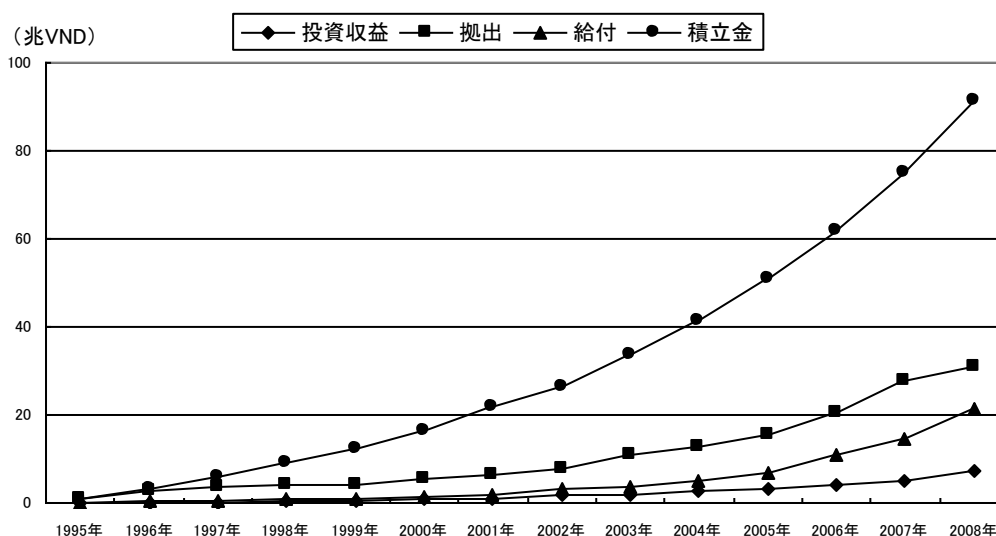
それ以外のセクターにおける労働者である。フォーマルセクターの労働者 1600 万人のうち、約 6 割が強制加入しているということになる。

一方、任意保険の加入は極めて低調であり、3,000 万人いるとされるインフォーマルセクターのうち、任意保険の加入者は労働人口の 0.12% である 6.1 万人となっている。特に、インフォーマルセクターの任意保険加入においては、45 歳以上の男性と 40 歳以上の女性は、定年するまでに社会保険の最低納付期間をクリアできないために、新たに加入することができないこともカバレッジの拡大を阻んでいる原因の一つである。

(6) 給付実績²⁸

図表 V-13 に、VSS レポートデータを元に、社会保険財政の投資収益額、拠出額、給付額、積立金額をグラフ化した図を示した。ベトナムの社会保険拠出額は、保険加入者の増加に伴って 2008 年には 30 兆 9,390 億 VND まで増加し、給付額も 21 兆 3,600 億 VND まで増加している。社会保険財政の積立金は、2008 年時点で 91 兆 5,220 億 VND である。

図表 V-13 社会保険財政収支と積立金の変遷（1995-2008 年）



※ 1 ドン (VND) = 0.0038 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)

出典:VSS レポートを元に MURC で改変

社会保険の理念としては世帯総所得の 4% という少ない拠出に対して少ない給付が受けられるというものである。しかし社会保険基金の 40% が 20% の高所得者によって拠出されており、20% の低所得者が保険料を拠出していないにも関わらず総給付額の 7% を受け取っている、また政府拠出が少ないことが原因で、高所得者層は不公平感を持っている。

²⁸ Nguyen (2011) 「Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges-」。

ベトナムでは人口ボーナス²⁹が 2010 年から 2018 年までとされ、2040 年から高齢化時代を迎えると言われる状況では、現在のように女性の定年を 55 歳にしたままだと、労働人口の減少によって、高齢化時代を迎える前の 2030 年には社会保険財政は大幅な赤字になることが予測されている。また、確定給付型を採用しているベトナムの老齢年金の給付額は、過去数年間の平均給与（月額）の最大 75%が給付されることが政令で定められているにも関わらず、現時点で実際の給付額は平均給与の 40%程度しか給付できていないということも指摘されている。

²⁹ 人口構成、出生率、死亡率の変動に伴って労働力増加率が人口増加率よりも高くなることで生じる経済成長の可能性が増大すること。

6. 失業保険³⁰

2009年の労働法の施行により、ASEAN地域でも先進的といえる失業保険制度が導入された。雇用者・被用者・政府の三者による拋出制の制度である。ベトナムにおける2010年の失業率は2.9%となっている。

また、労働市場政策として、1992年より国家雇用促進基金による中小企業優先の資金援助を実施し、毎年約30万人の雇用を創出している。さらに、2009年以降、政府は年間1万人の農業従事者に対する雇用維持の目的で、職業訓練プログラムを実施している。農村部に対しては、政府は労働市場情報センターを設置して、雇用の斡旋を実施している。政府はまた、労働力輸出プログラムとして、地方の63の最貧地区に対して、出稼ぎ労働を促進する政策を実施している。

(1) 法的根拠³¹

失業保険は、所得保障の観点から社会保険と同じ労働法によって規定されているが、失業保険給付業務と職業紹介などの雇用促進業務は統一された法律で管理されるべきとの観点から、失業保険を雇用法に組み込むかどうかに関して国会で議論が交わされている。ただし、失業保険を労働法に残して今までとおおり主管したい社会保険局と失業保険を雇用法に移管して失業保険予算を取り込みたい雇用局が、失業保険の主管を巡って綱引きをしており、現在国会が2つの省庁の主張を調整している。

(2) 給付内容³²

給付を得るための最低加入期間は12ヶ月と定められており、2010年より給付が開始されている。失業後15日以内に新たな仕事が見つからない場合に給付される。給付額は失業前6ヶ月の平均給与（月額）の60%となっている。拋出期間が12ヶ月から24ヶ月の場合は、最大で3ヶ月分の保険給付を受け取ることができる。拋出期間が24ヶ月から36ヶ月で6ヶ月、36ヶ月から72ヶ月で9ヶ月、72ヶ月以上の拋出で12ヶ月の給付を受け取ることができる。

給付を受け取るためには、失業してから7日以内に職業紹介センターに失業登録をする必要があり、さらに、13日以内に職業紹介センターに職業紹介のための書類を提出する必要がある。職業紹介センターに仕事を紹介された時点で、1ヶ月以内に新たな雇用に対する書類を職業紹介センターに提出する必要がある。

(3) 加入対象者

労働法に基づき、失業保険の加入対象者は、従業員10名以上の企業および組織のすべてとなっている。

³⁰ Nguyen (2011) 「Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges-」。

³¹ PPC ヒアリングより。

³² PPC ヒアリングより。

(4) 保険料率

2009年から雇用者、被用者、政府がともに給与所得（月額）の1%ずつを拠出している。

(5) 基金及び実施運営機関

失業保険の管理運営は、社会保険や社会医療保険と同様、VSSの所掌となっており、PSS、DSSが給付管理業務を担当している。

2010年まで、失業者はまずPPCに必要な書類を提出し、PPCの審査後、PPC管轄下の職業紹介所で登録し、PSSやDSSから失業手当を受け取るという仕組みであった。2011年以降はPPCに書類を提出せずに、直接職業紹介所で登録が可能であり、PSSやDSSから失業手当を受け取れるという仕組みに変更された。こうした申請・登録機関の変更に伴い、運営上の混乱を招いているとの指摘もあったが、現在では混乱は収束している。

ただし、毎月失業給付の登録日が限られており、上述のように失業から7日以内に職業紹介センターに登録する必要があることから、登録日には職業紹介センターに失業者が多数詰めかけるなど、新たな問題が発生している。

(6) 加入者数の状況

2010年末の加入者数は705万人（フォーマル部門の労働者数は、約1,500-1,600万人といわれている）、制度開始以来1年4か月における受給者数は延べ22万人となっている。失業保険のカバレッジは、2010年のデータによると、13.9%となっている。

(7) 失業保険制度をめぐる課題

失業保険も社会保険や社会医療保険と同様に、制度対象である事業所が制度に加入していないという問題や、事業所が労働者と雇用契約を締結しないケース、最低加入期間の12ヶ月の就労後、一旦退職して給付を受けるなどの不正受給問題などが指摘されている。また、企業が労働者の給与から失業保険料を天引きしているにも関わらず失業保険を納付しないという問題が指摘されており、納付しない企業には罰則を課すなど、企業側のモラルに依存する段階から強制的に企業から保険料を徴収する段階に進行してきている³³。

失業保険制度はすでに施行から2年が経過しており、これまでの実施状況について評価分析を行なうとともに、今後は、社会保険法の見直しの中で2014年までに改正を行うか、2013年までに雇用法に統合するかという2つの方向性が示されているところである³⁴。

³³ PPCヒアリングより。

³⁴ PPCヒアリングより。

7. 低所得者を把握するためのデータベース整備³⁵

低所得者が各省庁から受けている支援が重複することを防ぐために、NTPPR(2006-2010)の一環として、MOLISA と MPI は低所得者の援助状況を把握するためのデータベースを構築するように政府から指示されていたが、現在もデータベースは完成していない。

³⁵ ベトナム共産党のホームページ「NTPPR」の紹介ページ

(<http://english.tapchicongsan.org.vn/Home/Vietnam-on-the-way-of-renovation/2011/260/Implementation-of-policies-on-poverty-reduction-in-Viet-Nam.aspx>) より。

8. 公的扶助制度^{36, 37, 38}

(1) 制度の対象者

ベトナムでは、国家的な貧困削減方策として、様々なプロジェクトが実施されているが、これらは、「人民健康福祉保護法(1989年)」、「児童福祉・保護及び教育法(1991年)」、「義務教育法(1991年)」、「ベトナム社会主義共和国憲法(1992年)」、「洪水防止及び開拓に関する改正法(1993年)」、「障害者就労及び児童労働に関する規制を含む労働法典(1994年)」、「障害者法(1998年)」、「高齢者に関する改正法(2000年)」などに基づき実施されている。

政府は、上記法律に基づき、1998年から2005年まで飢餓撲滅・貧困削減プログラム(HEPR: Hunger Eradication and Poverty Reduction program)(1998-2005)を実施、さらに、貧困削減プログラム NTPPR を実施することによって、貧困世帯と貧しい地域の経済発展を支援してきた。これらのプログラムは、貧困世帯が資金援助、健康保険、教育、住宅、飲料水、農業普及サービスなどへアクセスできるようにしたり、貧困地域のコミュニティーにインフラを整備したりするものである。さらに、上記とは別に、少数民族や山岳地帯で極度の苦境に直面しているコミュニティーの社会経済開発のためのプログラム P135-I (1999-2001) と P135- I (2002-2004)、P135-II (2006-2010) によって、貧困地域に対する資金提供を実施し、インフラや社会政策を整備してきた。

こうした取り組みは、NTPPR の一部として実施されてきたが、実質的には、ベトナムにおける低所得者に対する公的扶助として機能している。

(2) 給付基準と給付額

公的扶助の給付は、通常支援と緊急支援と高齢者支援に分かれている。通常支援とは、Decision (13/2010/NĐ-CP) に基づいて、11 のグループ(貧困層、少数民族、僻地住民、山岳地帯の住民、農業従事者、インフォーマルセクターの労働者、失業者、障害者、孤児、老人、病気の人)に対する支援であり、緊急支援とは自然災害や経済的・社会的リスクの影響を受けたことによって生活が困難となった人に対する支援である。通常支援の対象者は、それぞれのコミュニティーに設置された PPC の職員が調査を行い、把握している。また、63 の最貧地区においては、MOLISA が主管する NTPR や少数民族協会が主管する P135 といった貧困削減プログラムがその他多数実施されており、常に貧困者の状況は把握されている。給付基準は、政府の定めた1日あたり2\$ (貧困ライン) 以下の所得者となっている。給付額は、通常支援、緊急支援を問わずに、一律最低賃金の半額としている。

高齢者支援には、現金給付制度として、85歳以上の高齢者に対する老齢福祉給付制

³⁶ 和泉(2003)「ベトナム・カンボジアの社会保障」『アジアの社会保障』, 東京大学出版会, pp305-317。

³⁷ Paulette (2010) 「Fiscal space for social protection policies in Viet Nam」。

³⁸ Nguyen (2011) 「Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges–」。

度が整備されている。この制度は扶養する家族の有無や所得に関係なく対象者全員に適用される。給付額は 18 万 VDN に設定されており、最低賃金の約 20%に相当する金額とされている。制度開始当初は、90 歳以上の高齢者に限定されていたが、2008 年に給付対象年齢が 85 歳に引き下げられた。現在は財政状況とのバランスから給付対象年齢をさらに 80 歳に引き下げる案³⁹が国会の承認を得て、共産党中央員委員会で検討されているところである⁴⁰。

(3) 給付実績

2005 年には 41 万 6 千人が給付を受けていたが、2010 年には 6 百万人にまで給付者が増加している。給付者が増加したのは、緊急支援対象者が増加したためである。現在の社会扶助給付はその多くが自然災害による被害者のサポートに使われている。

(4) 実施機関・ソーシャルワーカー

公的扶助に関する実施機関は、MOLISA の社会保護局となっている。ソーシャルワーカーに関しては、2010 年から 2020 年までの期間で、アジア社会研究所⁴¹(ASI: Asian Social Institute) の協力を得ながら、ソーシャルワーカーとして働いている人の質を高める目的で「ソーシャルワークとソーシャルワーク機能の融合における政府提言 (National Proposal on Social Work and Integration of Social Work Functions)」を実施している⁴²。

(5) 課題

社会扶助の問題点は、ベトナム総人口の 1.3%を占めると言われている 114 万人の社会扶助対象者を政府がすべて捕捉できていないことにある。特に最貧地区から都市部へ移住した貧困者、行政サービスへのアクセスが地理的に困難な地域の住民、および、孤児の貧困状況が把握しきれていない。

³⁹ Social Protection Strategy of Vietnam 2011-2020 (社会的保護に関する 2011-2020 年戦略計画)に記載されている案。

⁴⁰ MOLISA 社会保護局のヒアリングより。

⁴¹ フィリピンマニラにある私立の大学院研究所で、経済学、社会学、社会事業学、社会サービス、開発学に特化した研究を行っている。

⁴² MOLISA 社会保護局のヒアリングより。

9. 高齢者ケア・高齢者福祉^{43,44}

ベトナムは、出生率の減少、死亡率の減少、寿命の増加という3つの特性で表される人口転換期の終わりに近づいてきている。結果として、子供の人口が減少し、生産年齢人口と高齢化人口が増加している。ベトナム統計局（GSO: General Statistics Office）によると、2006年の平均寿命は71.3歳、高齢者人口（60歳以上）⁴⁵は2017年に総人口の10%、2029年には17%に達するとされている。老年化指数⁴⁶（aging index）は2009年に35.5、2032年には100以上に増加するとされ、世界保健機関（WHO: World Health Organization）の定義⁴⁷によると、65歳以上人口が7%を超えると高齢化社会とされていることから、ベトナムは10年以内に高齢化時代に突入すると考えられる。

2006年時点で、高齢者が生活費をどこから得ているのかについて、年金19.2%、公的扶助60%、自己収入30%、自分の子供やコミュニティーからの援助49%というデータ（重複含む）が出ている。

高齢者向けのコミュニティーサービスは、全国に4206ヶ所ある社会保護センターが提供している。

高齢者のヘルスケア支援として、36万3千人の高齢者に健康保険カードが配布されており、90歳以上の67%を占める9万1千人は自己負担額が免除されている。

(1) 高齢者政策に関する計画・体制

① 高齢者法

高齢者福祉制度は、MOLISAによって制作立案・運営が行われている。制度は限定的であり、恒常性の観点からも必ずしも十分に整備されているとはいえない状況にある。

2000年4月28日に高齢者に関する政令⁴⁸の発令以降、MOLISAと高齢者協会の共同で、高齢者に関する政策がまとめられ、高齢者法の素案作りが開始された。法律策定の柱として、服、食、住、移動、健康、文化、教育、情報、交流の9つが抽出された。老齢福祉給付は、2000年の政令 No.23に基づき運営されてきたが、高齢者法⁴⁹が2009年11月23日に国会の承認を得たことで法制化され、2010年7月1日より高齢者法が施行されている。

② 高齢者支援計画（National Action Plan on the older people）

MOLISAでは、高齢者支援計画(2005-2010)と高齢者支援計画(2010-2020)を策定し

⁴³ UNFPA(The United Nations Population Fund)(2011), THE AGING POPULATION IN VIETNAM

⁴⁴ Nguyen(2006) Country Report Current situation and future perspective for ageing society

⁴⁵ 高齢者年齢は、世界的に見るとWHOが定義している65歳とする国が多いようだが、ベトナムでは60歳以上を高齢者と定義されている。

⁴⁶ ベトナムでは、60歳以上人口を15歳未満人口で割ったパーセンテージのこと。

⁴⁷ 65歳以上人口が7%超で「高齢化社会」、14%超で「高齢社会」、21%超で「超高齢社会」と定義している。

⁴⁸ ORDINANCE ON ELDERLY PEOPLE, No.23/2000/PL-UBTVQH10 of April 28, 2000

⁴⁹ Law on the elderly, No: 39/2009/QH12

ている⁵⁰。高齢者支援計画には、6個のターゲットと10個の活動が策定されている。

6 個のターゲット

- 1)物質的・精神的生活の向上。
- 2)家族およびコミュニティーによる医療処置支援。貧困な高齢者には政府支援による健康診断と医療措置。
- 3)無収入の単身高齢者には毎月の現金給付と医療措置の無償提供。
- 4)年金や公的扶助を受けていない 85 歳以上の高齢者は、毎月の現金給付と医療措置の無償提供。
- 5)高齢者は貧困地域に住ませない。
- 6)全国の 80%以上のコミュニティーに高齢者向けの相互扶助基金を開設する。

10 個の活動

- 1)高齢者の立場向上。
- 2)高齢化社会に対する意識を向上。
- 3)高齢者の健康維持のために若者との触れ合いの場を提供。
- 4)高齢者とその家族の生活水準の向上。
- 5)高齢者の高齢化防止対策を実施。
- 6)高齢者の文化的・精神的活動を向上させる場を提供。
- 7)高齢者計画によって法制化された高齢者向けの相互扶助基金の奨励支援。
- 8)高齢者の健康と生活水準を向上させるのに効果的な活動を実施するために、高齢者協会の規模を拡大する。
- 9)高齢者に関する問題点や政策を研究する機関を創設する。
- 10)ベトナムにおける高齢者の健康と生活水準を向上させるべく、高齢化問題における国際協力体制を強化する。

(2) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

① 高齢者施設

高齢者施設には、80 歳以上の希望者は、地域の人民委員会に申請することで入所できる。施設での生活費は無料で、すべて税金で賄われている。ハノイ市のような予算が多い省の場合、予算はハノイ市の予算から配分されるが、予算が少ない地方の省の場合は、MOF から配分されている。高齢者施設は通常地方自治体が管轄しているが、中央直轄市のように予算が多い省には MOLISA 直轄の高齢者施設が数ヶ所存在しているところもある。基本的に政府はこのような社会保護施設は、地域の予算で賄う方針を取っている⁵¹。

高齢者施設の運用基準(スタッフの数や1人あたりの予算など)については MOLISA が全国一律に決めているが、施設によってその基準を満たせない場合もあり、現実には MOLISA の基準とは異なる施設毎の基準で運用されている。

⁵⁰ MOLISA 社会保護局ヒアリングより。

② 現金給付制度

高齢者に対する現金給付制度については、p.25 参照。

(3) 高齢者福祉

① 高齢者福祉の主体組織

高齢者協会は、1945年にホーチミン元首相が設立した高齢者同士が相互扶助を行うための協会であり、設立当初は政府からの資金投入は行われず、自発的な基金で活動を実施していた。1995年5月以降は、全国に高齢者協会が設立され、現在は中央委員会、省（市）（省と市を合わせて63協会）、県（700協会）、村（1万1,000協会）にそれぞれ協会組織が存在している。高齢者数はベトナムの人口の10%を占めるが、高齢者協会員は全部で760万人であり、全国の高齢者の86%を占めている。高齢者協会の存在目的は、政府と協同での高齢者福祉となっている⁵²。

高齢者協会が中心となって、各地域では高齢者向けの相互扶助の基金（General caring Fund、Older association fund、Fund for caring parents and grand-parents など）が創設されている。この基金に入会する際には、最初に1万VNDを支払い、生活に困窮した際に、基金から生活資金を有償で借り入れることができる。また、この基金により、高齢者のための住居を補修したり、新しく建設したりする活動が行われている。

さらに、高齢者法で定められた高齢者のための補助基金も創設されており、これらの基金は、高齢者協会が民間企業に呼びかけて寄付を集めることで運営されている⁵³。

② 高齢者福祉の状況⁵⁴

高齢者協会が中心となり、政府の補助金を活用し、下記のような高齢者福祉施策が進められている。

- 1) 古い住宅に住む高齢者を対象に、政府の補助金や企業からの寄付、協会の寄付などによる住宅改修プログラムの実行
- 2) 貧しい高齢者を対象に、寄付などによる衣服の収集・高齢者への配布プログラムの実施

地域によっては、高齢者協会主催で、高齢者向けのコミュニティーサポートも実施されている。具体的には、以下のような支援を実施している。

- 1) 協会員による病気の高齢者宅の訪問（身体的、精神的なケアの実施）
- 2) 高齢者の健康維持を目的とした文化・スポーツ活動を行う高齢者クラブの運営
- 3) 高齢者の精神高齢化防止を目的とした、世界の様々な情報、子供教育の情報などを提供する講習会の開催
- 4) 高齢者向けのレジャー活動や観光イベントの開催

⁵¹ MOLISA 社会保護局ヒアリングより。

⁵² 高齢者協会ヒアリングより。

⁵³ 高齢者協会ヒアリングより。

⁵⁴ 高齢者協会ヒアリングより。

5) 高齢者を地域コミュニティーに参加させることを目的とした機会の提供（元医者による若者の健康診断や元教師による児童への教育指導）

また、テレビ局では、高齢者の認知症予防を目的として、高齢者向け専門チャンネルを開設し、趣味や娯楽といった番組を提供している。

(4) 国際協力の状況^{55,56}

高齢者支援で国際協力を実施しているのは、ヘルプエイジインターナショナル（HelpAge International）、国際高齢者団体連盟（IFA: International Federation on Ageing）である。

ベトナムにおけるヘルプエイジの活動は高齢者の所得改善活動、高齢者の健康維持活動、高齢者のためのコミュニティーの自助クラブ設立、高齢者の労働支援など多岐に渡るが、2010年には160のコミュニティー自助クラブの設立に関わった。現在の取り組みについては、より多くの高齢者に老齢年金を受給させる、高齢者とその家族の収入を増加させる、年間2万人の高齢者に対して在宅医療を提供する、自然災害に対する対策を実施するなどである。ヘルプエイジはベトナム高齢者協会や高齢者サポートとコミュニティー開発センター（CASCD: Center for Ageing Support and Community Development）と提携して、高齢者に対する活動を行っている。また、ヘルプエイジは韓国政府のバックアップのもと他のASEAN地域の国も含めた介護人材の要請プログラムを実施しており、ベトナムも2003年から支援を受けている。

IFAの活動は、高齢化問題に取り組んでいるNPO・NGOとの人材交流と情報交換であり、国際的な会議、フォーラムを開催することで、高齢者の支援を行っている。

また、数年前に日本のトヨタ自動車の基金と高齢者協会が協力して、1,200人の高齢者に対して健康診断を実施したこともある。

⁵⁵ 高齢者協会ヒアリングより。

⁵⁶ HelpAge International ホームページ (<http://www.helpage.org/>)

10. ベトナムにおける社会保障の課題

(1) 社会医療保険における課題

① 医療財政システムの改革

医療費の支払方式をはじめとする医療支出管理施策は、社会医療保険を持続可能なものとする上で、中長期的にも重要な課題である。社会医療保険の運営は財政的にも厳しく、社会医療保険基金は2005年～2009年の間、赤字を計上し、社会保険基金から借入れを行っている。また、保険料率が低く（給与の4.5%）、薬剤や医療材料等の基本的な医療関連経費を十分にカバーできないといった問題を抱えている。

医療費支払方式については、MOHのDPFが現行の出来高払いを見直し、人頭払いや診断群別分類（DRG: Diagnosis Related Groups）の導入を見据え、パイロットプロジェクトを推進しているが、医療費管理に関する方向性は必ずしも明確化されている状況ではない。また、タイ政府からも人頭払いやDRGの検討のために学術的な支援を受けているが、実際に支援に関わるタイ政府の研究者によると、現在のベトナムの人頭払いの設計は、実際に必要となる費用を計測した上での設計ではなく、費用抑制のためのツールとして開発されている傾向が強いとの指摘もある。

また、給付対象については、健康診断を保険給付の中に組み込むかどうかについての議論も行われている。さらに、医療費の管理を検討していく中で公立医療機関における独立採算制に関する議論も行われているが、独立性の水準に関する議論も含め今後の課題となっている。

② UC化に向けた課題

ベトナムは、1990年代より社会保障制度の整備を開始し、2000年代には、制度の管理運営の一元化を推進するなど、ドイモイ政策の進展にあわせ、社会保障制度の開発も推進してきた。過去数年においては、社会保険、社会医療保険のUC化に向けた取り組みを本格化させており、社会医療保険のUC化にはロードマップも用意されている。

しかし一方で、UC化のために必要とされる具体的な施策や、さらに施策立案や運営に係るキャパシティ不足を指摘する声は政府関係者からも多く、政策的・技術的な分野の双方において、多くの課題を残している。

社会医療保険のUC化に向けた具体的な障害としては、医療機関の整備と国民意識の向上を挙げることができる。民間医療保険会社の医療保険商品のうち、特に中低所得者向けの保険商品は、傷病リスクが高い被保険者が多く、黒字を出すのが困難な状況にある。ベトナムにおける医療保険は安心のための購入ではなく、実際の受診を安く上げるための手段となってしまっており、「あらかじめ保険料を支払う」という発想を植えつけない限り、社会医療保険の拡大は困難ではないかとの指摘もある。

(2) 年金及びその他の所得保障制度における課題

① 社会保険の全国民への適用拡大政策

社会医療保険と同様に、社会保険の UC 化、とりわけインフォーマルセクターへの拡大は重要な政策課題であるが、農業従事者や自営業者以外にも、本来ならフォーマルセクターに分類されるような従業員 10 名未満の中小企業で未加入の事業所も大きな問題である。特に 40 万以上の事業所があるといわれる中小企業を社会保険制度に取り込んでいくためには、雇用者側に保険料を支払う能力が伴うことも重要であり、中小企業の経営の安定化や信用取引へのアクセス改善など様々な点での施策が重要になっている。また、前提として雇用者側に限らず被用者にあっても、手取りをできる限り高くするという考え方から、保険加入に消極的ということもあり、加入者の拡大は社会医療保険に比べさらに低調な状況である。

政府においても、今後の対応策として、1) フォーマルセクターのカバレッジを高める。2) 中小企業やインフォーマルセクターに対して、政府が部分的に補助金を拠出して、試験的な任意加入プログラムを実施する。3) 年金基金の財務安定性の観点から、年金給付を確定給付型から、確定拠出型に徐々に移行する。4) 非拠出の老齢年金の受給年齢を現行の 80 歳から引き上げるなどが検討されている⁵⁷。

② 所得把握と保険料率

労働報酬は多くの場合、現金で支給されているため、所得の把握が困難であり、したがって保険料率の正確な計算が困難という問題もある。また、原則として基本給に対して保険料率を乗じた金額が保険料となるが、基本給よりも諸手当を多く給付することで雇用主側の保険料拠出を抑制する傾向もみられる。そのため、現在の保険料率は失業保険部分を除いて 22% と高い水準にあるように見えるものの、実態としての給与総額に対する保険料率は、実態ベースで 7.5% 程度という調査結果も出ている。

また雇用者が 6 か月未満の短期雇用契約を繰り返し締結するなどの方法で保険料の納付義務を回避するといった問題も指摘されている。これらの問題は、いずれも社会保険制度の問題というよりは、全般的に労働問題であることから、MOLISA 内の部局間連携が重要であるが、必ずしも十分な連携が取られているとはいえないとの指摘もある。

③ 社会保険基金の持続可能性

社会保険基金の持続可能性については、高齢化が進展する 2032 年頃には財政危機に陥る試算が示されており、社会保険基金の運用手法についても、法と実務の両面で整備が必要である。2012 年～2013 年には社会保険法の改正も予定されており、これまでの実績を踏まえた制度の評価調査が、これから実施される予定である。

年金基金の運用は、消費者物価指数を上回る運用も達成できていない状況である。また、

⁵⁷ Nguyen (2011) 「Social Protection Reforms in Vietnam –Experiences and Challenges-」

さらに、MOLISA や VSS など社会保険基金の運用における主たる責任官庁において年金専門家の不足が指摘されている。とりわけ年金数理などに関する専門家の不足により、それぞれの機関において独自の推計等を行うことができない状況にある。

(3) 高齢者政策に関する今度の課題

ベトナムでは、今後、高齢化が進んでいくと考えられるが、現時点では高齢者向けの介護施設が非常に少ない状況である。身寄りがいない、もしくは、貧困であると認められた高齢者に対してのみ高齢者保護施設が用意されている。

また、民間の高齢者施設も少ないながら存在するが入居料が高額のため、一部の高所得者層しか入居できない。そのため、今後高齢化が進み、介護の必要な高齢者が増えてきた場合、家族だけで介護することができるのか、それとも、先進国のように専門職の介護士を育成するのか、政府は早々に判断を迫られる可能性が高い。ただし、現時点では、ベトナムの場合、あくまで、高齢者の介護は家族もしくはコミュニティで対応するという方針である⁵⁸。

また、地域の元気な高齢者も含めた広義の高齢者対応においては、加入者数が非常に多く、協会独自のメディア（高齢者新聞・テレビ局）をもつ高齢者協会の影響力が非常に大きく、今後の協力を検討する上では重要な機関と考えられる。

⁵⁸ 高齢者協会ヒアリングより。

11. ベトナムにおいて取り組むべき優先事項

ベトナムは、今後高齢化が急速に進むと予測されており、高齢化対策が喫緊の優先事項となっている。高齢化対策は、医療施設の充実、高齢者保護施設の充実、社会医療保険基金や社会保険基金および高齢者公的扶助に対する財政確保など社会保障全般に関連するインフラ整備のほか、高齢者介護制度のようなソフト面での対応も必要となってくる。現在ベトナム政府は高齢者介護について高齢者の家族とコミュニティーが対応にあてるとの方針であるが、今後高齢化が進むにつれ家族やコミュニティーだけでは対応しきれない可能性も予想され、専門職の介護士育成も必要となってくる。そのためには、高齢化対応ができる人材をベトナム各省庁で育成しなければならず、その際、日本の高齢化対策専門家の知見が必ず役に立つと考えられる。

また、医療財政システムにおける診療報酬支払方式の改良についても優先事項となっている。現在 MOH が中心となって出来高払いから人頭払いへ支払方式の転換を行っているが、この対策は、医療財政の将来推計に基づくものではなく、目先の医療費抑制のために実施されている傾向が強い。この問題については、タイ政府から学術的な支援を受けているが、ベトナム国内にも医療財政の将来推計ができる専門家を育成し、医療財政システムを抜本的に改革する必要があると考えられる。日本が直接的には技術協力を行う必要性は高いとはいえないが、基本的な情報交換を継続するなど、中長期的には、日本の医療行政の専門家による知見も役立つと考えられる。

VI タイ

1. 社会保障の全体像

(1) 憲法における社会保障

1997年憲法第三章には、「国民の権利と自由」52条(医療サービスを受ける権利)、53条(児童及び家族の保護)、54条(高齢者の所得保障)、55条(障害者の保護)、第五章「国家の基本的政策指針」第86条(労働者のための社会諸施策)等が明記されている。

図表 VI-1 憲法上の規定(抜粋)

第52条1項：何人も、法律の規定に基づき、標準的な保健サービスを平等に受ける権利を有する。貧困者は無料で国の保健施設で医療を受ける権利を有する。
第52条2項：国の保健サービスは、遍く、効率的にこれを行わなければならない。この目的のために出来る限り地域の行政機関及び民間の参加が促進されなければならない。
第53条1項：児童、青少年及びその他家庭内で従属的地位にあるものは、暴力および不正な広域から国により保護される権利を有する。
第53条2項：保護者のいない児童及び青少年は、法律の規定に基づき、国により養育及び教育を受ける権利を有する。
第54条：満60歳を超え、生活に十分な所得のない者は、法律の規定に基づき、国の援助を受ける権利を有する。
第55条：障害者または虚弱者は、法律の規定に基づき、国の保健サービスおよび他の援助を受ける権利を有する。
第86条：国は、労働年齢者の雇用を促進し、特に児童労働者及び女子労働者の労働を保護し、労働関係、社会保障、ならびに公正な労働報酬の制度を整備しなければならない。

出所：東條喜代子訳「タイ王国」『アジア憲法集』、2004、明石書店

(2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

① 社会保障制度全体の動向

医療保障の分野では、2002年にインフォーマルセクター¹を含む全国民を対象とした30パーツ医療制度(30 Baht Health Scheme)²が構築された。制度構築以来、公的予算の投入額は年々増大している。2008年から2009年のリーマンショック直後は、ほとんどの分野で予算がカットされる中、保健医療関連予算は、継続して増額される

¹ インフォーマルセクターは、タイでは一般的に個人事業主、農林水産業従事者など雇用契約が必ずしも明確ではない労働者が対象となる。ただし、広義には、学生や主婦、既存の制度の対象とならない被扶養者などを指す場合もある。

など、医療保障政策は、タイ政府の重点施策となっている。なお、2006年以降は30THBの患者自己負担が撤廃されて無料の医療サービスとなっており、一般的にUniversal Coverage (UC) 制度と呼称されている。

一方で、年金及びその他の所得保障は、1990年代から、民間事業者の被用者に対する被用者社会保障制度の適用が開始され、その後、失業給付の追加とインフォーマルセクターへの拡大を推進している。失業給付は、2004年から保険料徴収が開始され、インフォーマルセクターへの拡大は、2011年から民間企業従事者向けの被用者社会保障制度 (SSS: Social Security Scheme) をインフォーマルセクターの労働者にも拡大する手法と、2012年から老齢所得保障部分に関して国民貯蓄基金を創設する手法の二種類が提示されており、持続可能性やインフォーマルセクターとの親和性の観点から今後の議論が待たれるところである。

② 国家経済社会開発計画 (National Economic and Social Development Plan)

第8次国家経済社会開発計画 (1997-2001) において「国民中心の開発 (People - Centered Development) が唱えられて以来、タイではインフラ整備だけではなく、国民の生活の質の改善を強調した計画が策定されてきた。第9次国家経済社会開発計画 (2002-2006) では、1997年のアジア通貨危機の経験を経て「足るを知る経済 (Sufficiency Economy Philosophy)」が中心に据えられ、国民生活の質を向上させるため、社会の回復力 (Resilience) や持続可能性に重点が置かれるようになった。

さらに第10次国家経済社会開発計画 (2007-2011) の中では、生活習慣病 (Preventable Disease) に対する適切な対応として、保健医療サービスへの国民のアクセスの改善などを戦略として提示した。実際、2007年以来、保健省 (MOPH: Ministry of Public Health) や国民医療保障事務局 (NHSO: National Health Security Office) を中心に地域レベルでの健康増進や疾病予防などの強化が推進されてきた。

こうした政策の方向性に対応するため、過去10年間は、リーマンショックの期間も含め、保健医療財政を拡大することで対応してきた。しかしながら、持続可能な制度という観点から、費用の管理・抑制は、毎年重要になってきており、UC制度の人頭払い予算単価³についても、今後は、横ばいになるのではないかとの観測も出てきている。また、失業保険を含む所得保障全般でも、長期的には大きな財政負担となる可能性が指摘されている。

² 1 パーツ (THB) = 2.631 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)

³ UC 制度における外来診療では、加入者 (それぞれの地域の医療機関に登録されている者) の数に人頭払い予算単価 (Capitation Unit Cost) を乗じたものを地域の医療機関に配分する方式を採用している。

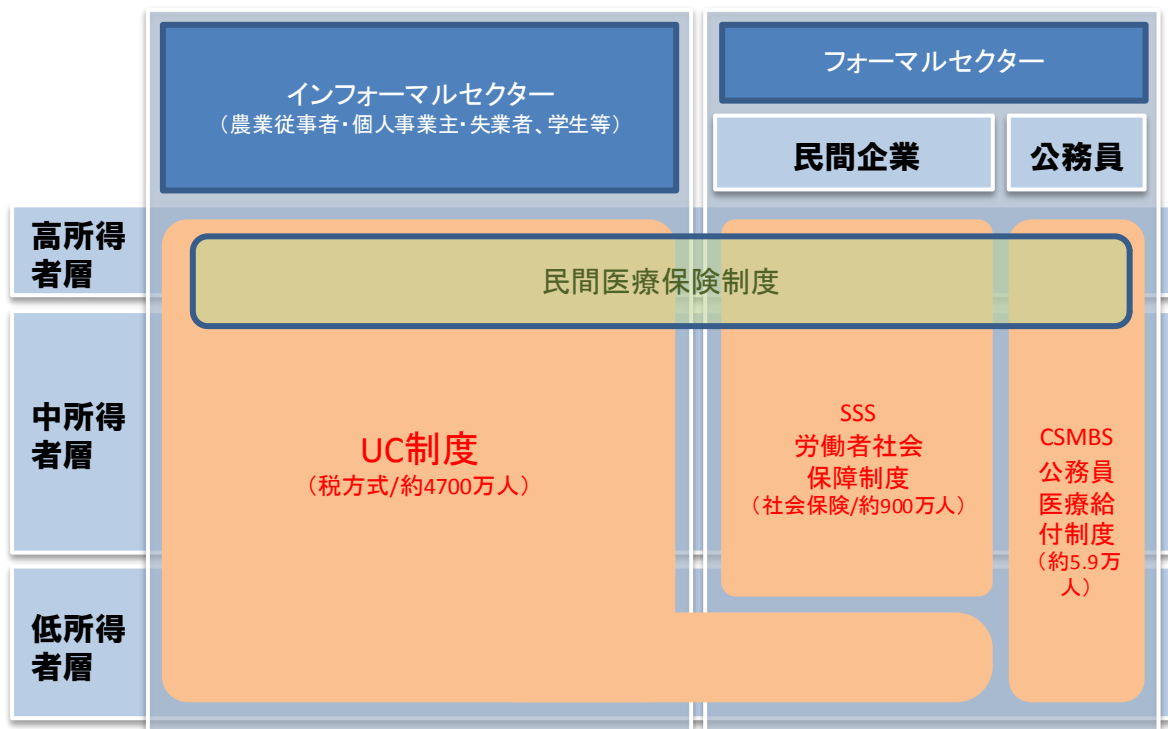
(3) 社会保障制度の概略

① 医療保障

医療保障は、公務員を対象とした公務員医療給付制度(CSMBS : Civil Servant Medical Benefit Scheme)、民間企業の従業員を対象とした被用者社会保障制度(SSS : Social Security Scheme)、それ以外のすべての国民を対象とした UC 制度の 3 制度により、国民皆医療保障を実現している。

UC 制度は、フォーマルセクターの 2 制度に加入しないすべての国民が対象となるが、実態では、フォーマルセクターに属さない富裕層（弁護士など）は UC 制度を利用することはほとんどなく、民間の医療保険に加入するのが一般的である。また、SSS の加入者でも、比較的豊かな被用者は民間医療保険を併用することがある。タイ政府は、2001 年の国民医療保障法に基づき、単一組織の運営による国民医療保障制度を目指しているが、法の施行から 10 年が経過した 2012 年現在においても、3 制度の本格的な統合には目処がたっておらず、医療保障制度の統合化は、タイの医療保障分野における究極の目標となっている。2012 年には、救急医療の統合化(民間保険も含む)を実現したが、これは、3 制度が完全に統一された基準と規定で運営された初めての事例となることから、今後の進展が期待されている。

図表VI-2 医療保障制度の全体像



出所：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

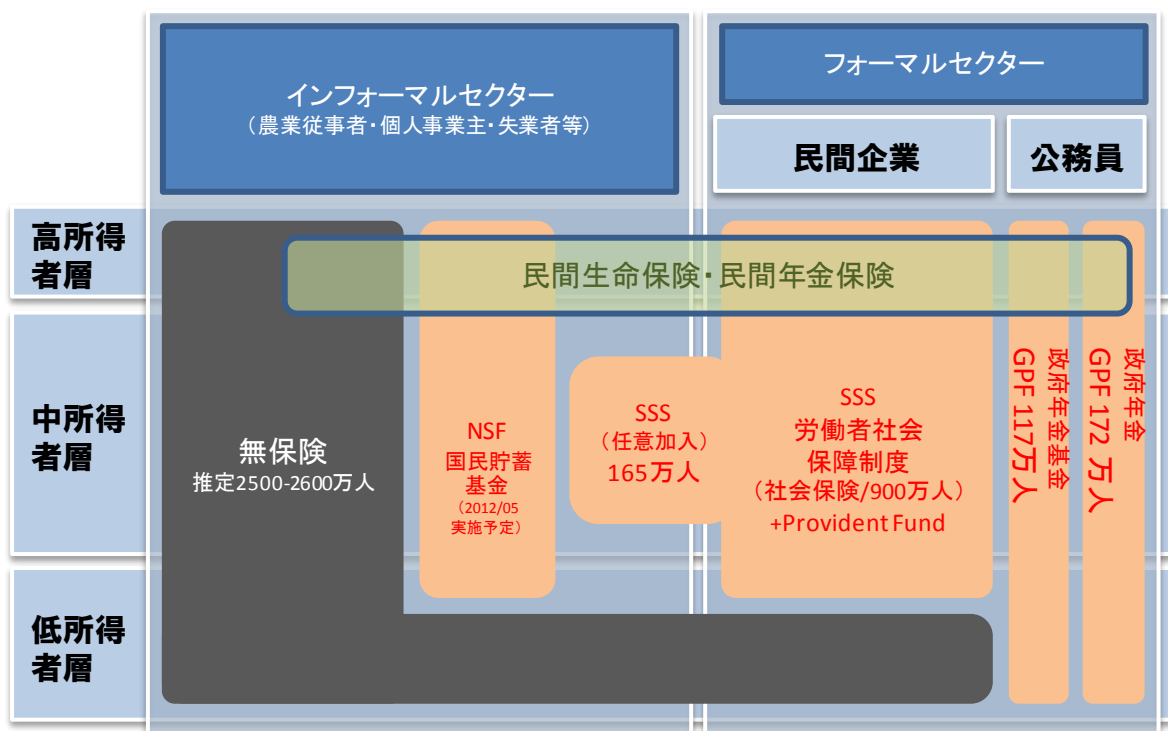
② 所得保障

老齢年金や障害年金をはじめとする所得保障制度は、公務員を対象とする政府年金基金(GPF：Government Pension Fund)、民間企業の従業員を対象とした被用者社会保障制度（SSS：Social Security Scheme）、及び退職金積立基金（TPF：Thailand Provident Fund）で主に構成されており、2012年5月からは国民貯蓄基金（NSF：National Savings Fund）が主にインフォーマルセクターを対象に創設された。

制度は数多く整備されつつあるが、それぞれのカバレッジが完全ではないため、無保険、無保障状態の労働者は依然として多い状況である。特にインフォーマルセクターは所得の把握ができないこと、継続的な抛出が困難なことから、カバレッジの拡大が遅れている。

また、公務員を退職した高齢者を除くすべての高齢者に対して、社会扶助制度として現金給付（月額600THBから1,000THB）が行われている。

図表VI-3 所得保障制度の全体像



出所：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

2. 社会保障関係機関の概略

(1) 保健省 (MOPH : Ministry of Public Health)

保健・医療サービスを所掌する中央政府の機関。医療提供体制の運営を中心に保健医療政策全体の企画立案を担う。なお、保健医療予算の配分のうち、現在でいう UC 制度部分については、2002 年以前は、MOPH の所管であったが、UC 制度の導入後は、基本的に国民医療保障事務局 (NHSO : National Health Security Office) が担当している。なお、公立病院の管理運営については、現在も MOPH の大臣官房が所管している。NHSO を購入機関 (Purchaser) と位置づけるのに対して、MOPH を提供者 (Provider) として位置づけることも多い。

各県には、保健省の出先機関として PHO (Provincial Health Office) が設置され、また郡には、DHO (District Health Office) が設置されている。さらに、MOPH の管轄にある郡レベルのコミュニティ病院は、地域における保健医療の実施機関として機能している。タンボン⁴毎に整備されている保健センター (Health Center) は内務省の管轄であるが、実態としては、PCU (Primary Care Unit) として、コミュニティ病院との連携を通じて地域の保健医療を支えている。

(2) 社会開発人間の安全保障省

(MSDHS : Ministry of Social Development and Human Security)

主に社会福祉関連の政策を所掌する中央政府の機関。高齢者行政に関しては、中心的な役割を果たすことを期待されており、国家高齢者委員会⁵の事務局も担当している。公的扶助の運営実施も担当する。内部は、社会開発・福祉局、女性問題・家族制度事務局、児童・青少年・社会的弱者・高齢者の保護及び安定支援事務局、国家障害者福祉向上委員会事務局などから構成されている。

なお、MSDHS は、各県に事務所を有しており、県事務所はソーシャルワーカーなどの専門職が、県内のタンボン自治体 (TAO : Tambon Administration Organization) に対して社会福祉分野の専門的な助言等を行っている。なお、郡以下の行政単位には、MOPH とは異なり、MSDHS の出先機関は存在しない。

(3) 中央会計局 (CGD : Comptroller General's Department)

財務省 (MOF : Ministry of Finance) 管轄下の機関であり、公的歳出の管理・監視を行う機関である。医療保障においては公務員医療給付制度 (CSMBS : Civil Servant Medical Benefit Scheme) を所掌する。担当は、中央会計局公務員医療給付制度グループ (Civil Servant Medical Benefit Scheme Group) である。

⁴ タイの地方行政システムは、76 の県 (Province)、約 795 の郡 (District)、7,255 のタンボン (Sub District)、約 69,307 の村 (Village) で構成されている。

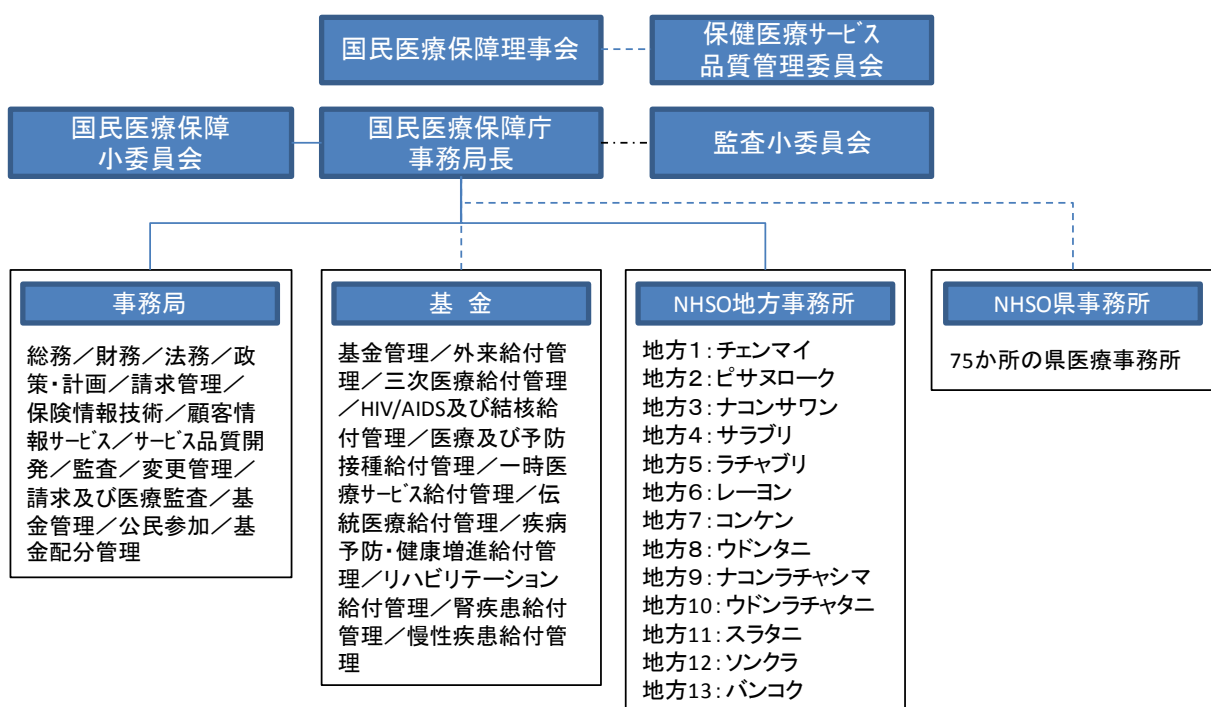
⁵ 首相が議長を務める高齢者政策の基本方針を定める省庁横断的な組織。

(4) 国民医療保障事務局（NHSO : National Health Security Office）

UC 制度の前身である 30B 医療制度が創設された 2002 年に、国民医療保障法（National Health Security Act）に基づき創設された機関である。MOPH からは独立した医療サービスの購入機関（Purchaser）としての役割を担う。保険給付の対象の決定、医療サービスの標準化、基金運用の基準決定、指定保険適用医療機関の基準決定なども所掌しており、UC 制度の運営に関するほとんどの権限を有している。

現在は、タイ全土に 13 か所の地域事務所を構えており、保健医療予算は、NHSO の本部から地域事務所を経由して一次医療契約医療機関（CUP : Contract Unit for Primary Care）に配分される（一次医療契約医療機関からサービスを購入する）。

図表VI-4 NHSO の組織図



出所 : NHSO ホームページ

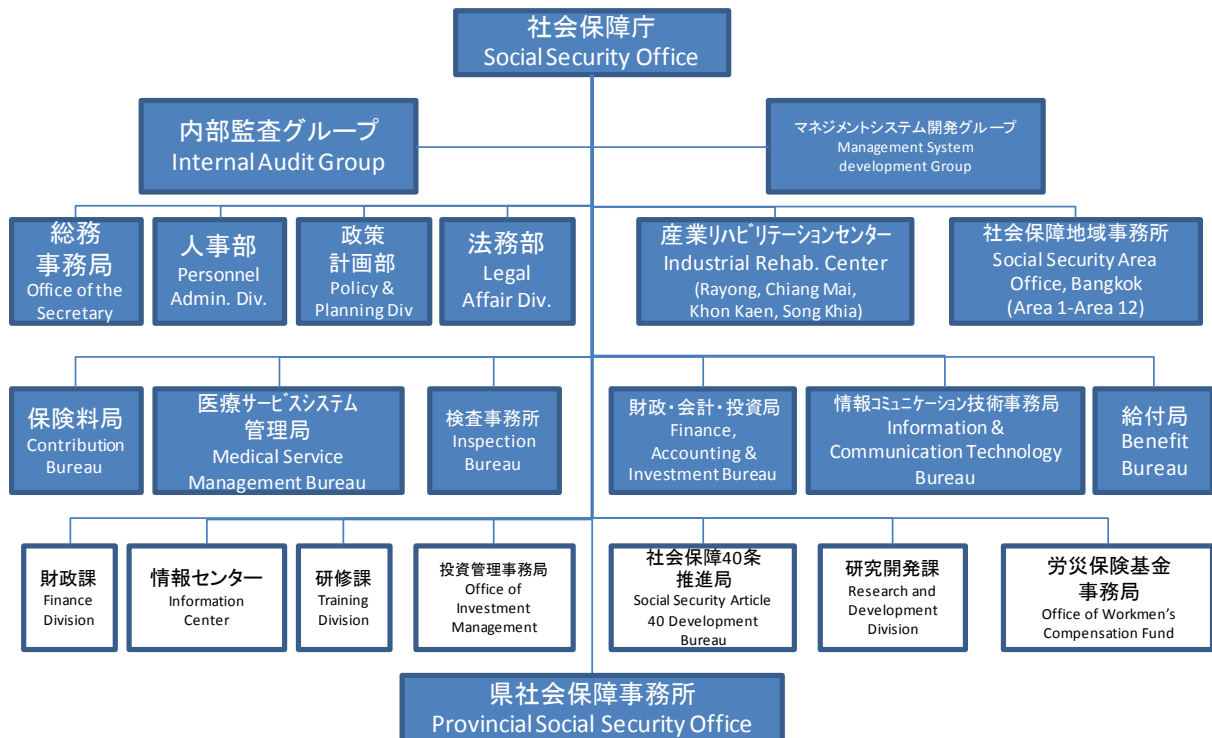
(5) 社会保障事務局（SSO : Social Security Office）

1990 年 9 月 3 日に社会保障法に基づき、政府機関として設立された。当初は、公的福祉局（Department of Public Welfare）が所管していた被用者社会保障制度および労働省（MOL : Ministry of Labour）が所管していた労災保険基金（WCF : Workmen's Compensation Fund）を引き継ぐ形で内務省所管の組織として発足した。その後 1993 年に、内務省から新たに創設された労働社会福祉省（MLSW : Ministry of Labour and Social Welfare）が設立されたと同時に同省に移管された。さらに 2002 年には、再度の省庁再編により誕生した MOL の所管となった。

保険料徴収から基金の運営まで SSS 及び WCF に関する運營業務を担当している。

医療給付管理業務の NHSO への移管が検討されたこともあるが⁶、業務統合は、両者の給付水準の統合を伴う可能性もあることから、より有利な条件で運営されている SSS 側の賛同が得られなかった。

図表VI-5 SSO の組織図



※白抜き文字の組織は、省の規制に基づく組織（Ministrial Regulations Division）、黒字の組織は内部組織（Internal Division）。

出所：SSO, Annual Report 2553 (2010)

(6) 国際保健政策プログラム

(IHPP : International Health Policy Program, Ministry of Public Health)

国内および諸外国における保健医療システムのキャパシティーディベロップメントを目的とした MOPH 傘下の研究機関である。UC 制度が構築された際に、医療経済面でのデータの整備、研究を行い、制度設計にも貢献している。また、近年は、UC 制度の構築の経験を生かして、中国、ラオス、ベトナム、フィリピンに対して、UC 構築のための協力を推進している。国内では、たばこやアルコールの問題など様々な課題に対する調査研究を実施し、政策提言を行っている。

(7) 保健医療システム研究機構（HSRI : Health System Research Institute）

MOPH 傘下の研究機関である。IHPP に比べより大規模な予算を有し、大学を始めとする調査研究機関に対して研究予算を配分する資金提供機関である。近年は独自の

⁶ SSO へのインタビューによる。

研究プログラムも多く、国内の保健医療政策に関してデータや研究成果を提供している。主に保健医療の提供体制や財政システムについての研究を行っている。

なお、HSRI の傘下には、法の定めるところにより、あるいは特定の戦略等に関する解決策を提示する目的で、それぞれ研究チームや機関が組成されている。現在の HSRI 傘下の研究機関、は以下のとおりである。

図表VI-6 HSRI 傘下の研究機関

略称	名称	業務
TCMC	Thai CaseMix Center	医療保障財政を運営するための基本的なメカニズムを維持する中心的機関であり、医療関連のデータ分析を行なうことにより、より効果的は医療財源の活用を目指す。
NHFDO	National Healthcare Financing Development Office	首相を議長とする保健医療財政開発委員会（National Health Care Financing Development Committee）の事務局として機能する。
MADO	Medical Audit Development Office	医療機関における外来・入院の支払い方式に関する監査方法の確立、高額医療の償還に関するガイドラインなど、支払方式に関する政策提案も行う。
THI	The Institute of Thai Health	詳細不明
CHI	Central Office for Healthcare Information	保健医療サービスシステムの情報システムの標準化を担う。また、CHI は MOF 及び NHSO に対して、CSMBS 及び UC の償還業務を支援している。
IHRP	Institute for Development of Human Research Protection	保健医療分野における人材開発に関する政策、法令等の策定に関わる機関。
HISRO	Health Insurance System Research Office	医療保険制度の開発支援について参加型のアプローチにより調査研究、モニタリング及びサーベイランスを実施する機関。
IHPPD	The Institute of Health Promotion for Persons with Disability	障害関連の医療に関するネットワーク形成及び広報を担う。

出所：各種資料から三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

(8) 政府年金基金（GPF : Government Pension Fund）

1996 年の政府年金基金法に基づき、GPF を運営する MOF 所管の公的機関である。基金及び制度の運営については、理事会（Board of Directors）の決定に基づいて実施される。基金の理事官は政府（雇用者）、公務員代表、退職者などから構成されている。理事会は、基金の運営方針や、投資方針の決定権を有する。なお、理事長は、MOF 事務次官が担当することが法に定められている。

また、基金の投資運用に関しては、MOF 財政政策局長（Director of Fiscal Policy Office）を議長とする投資委員会が設置され、外部の基金運用機関の選定にかかる基準の設定や基金全体の監視、投資結果の報告、理事会への投資方針に関する勧告などを行っている。この他、加入者への情報支援を目的とした加入者関係委員会（Member Relations Committee）が設置されている。

(9) 証券取引委員会（SEC : Securities and Exchange Commission Thailand）

タイにおける証券取引に関する規制官庁として証券取引法に基づき 1992 年 3 月に

設立された。2003 年からはデリバティブ取引に関する法的規制を行う機関としても位置づけられた。社会保障制度の関係では、退職者積立基金（TPF：Thailand Provident Fund）や民間保険会社の監視を行う機関として位置づけられる。

3. 社会保障関連予算

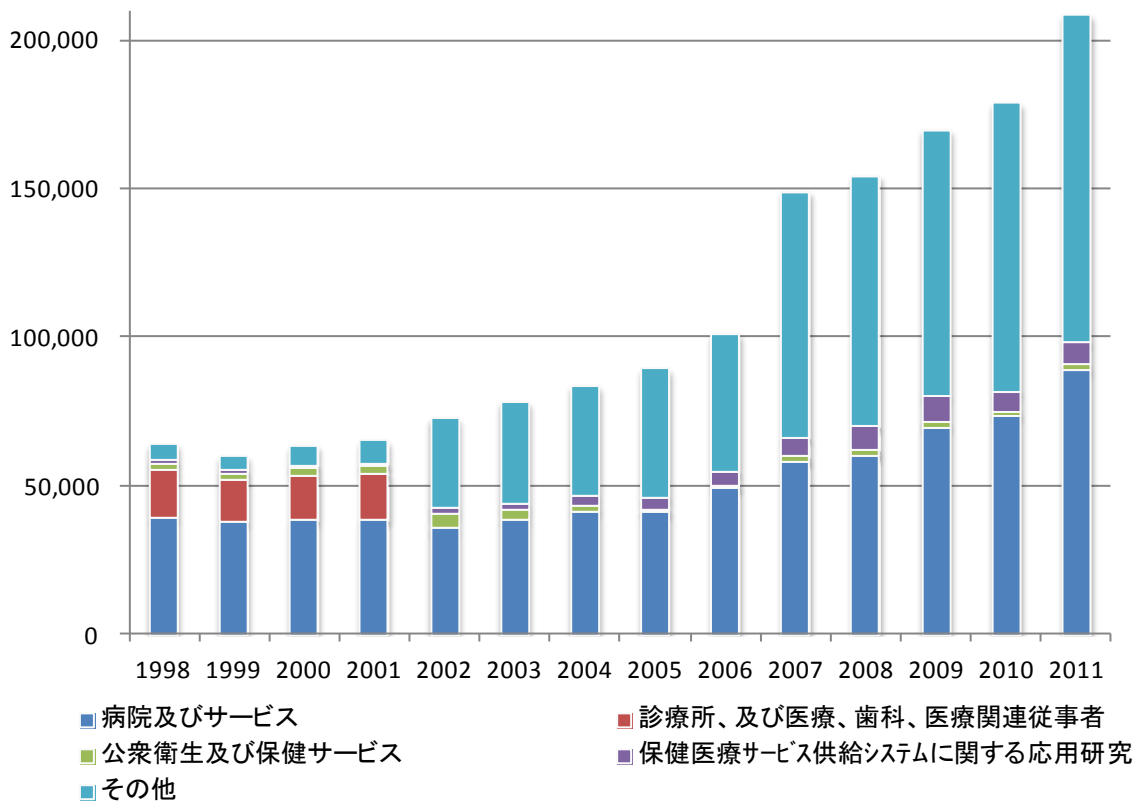
(1) 保健関連予算

タイにおける保健関連予算は年々増加しており、2009年のリーマンショックの影響を受けた2010年度予算においても、他分野においては大幅な削減が行われたにも関わらず保健関連予算は増額された。2011年度の保健関連予算は2,000億THBを超えており、2011年度における予算全体に占める保健関連への予算割り当て比率は、10.1%となっている。

2002年に30パーツ医療保障制度が導入されたことの影響を受け、保健関連予算の配分構造は変化した。従来、「診療所、及び医療、歯科、医療関連従事者」として政府から直接配分されていた予算は、2002年にUCが導入されて以降、NHSOを通じて配分され、「その他」の取り扱いとなっている⁷。

また、2007年度予算において「その他」(NHSOへの予算が中心を占める)がさらに増大しているのは、2002年に導入された30パーツ医療保障制度の無料化が進められたこと、人頭払い単価がさらに引き上げられたことが影響していると推測される。

図表VI-7 政府の保健関連予算（単位：百万THB）



⁷ なお、「病院及びサービス」として支払われていた予算も、2002年以降はNHSOを通じて配分が行われるようになっているが、「その他」には分類されていない。この点の取り扱いの違いに関しては不

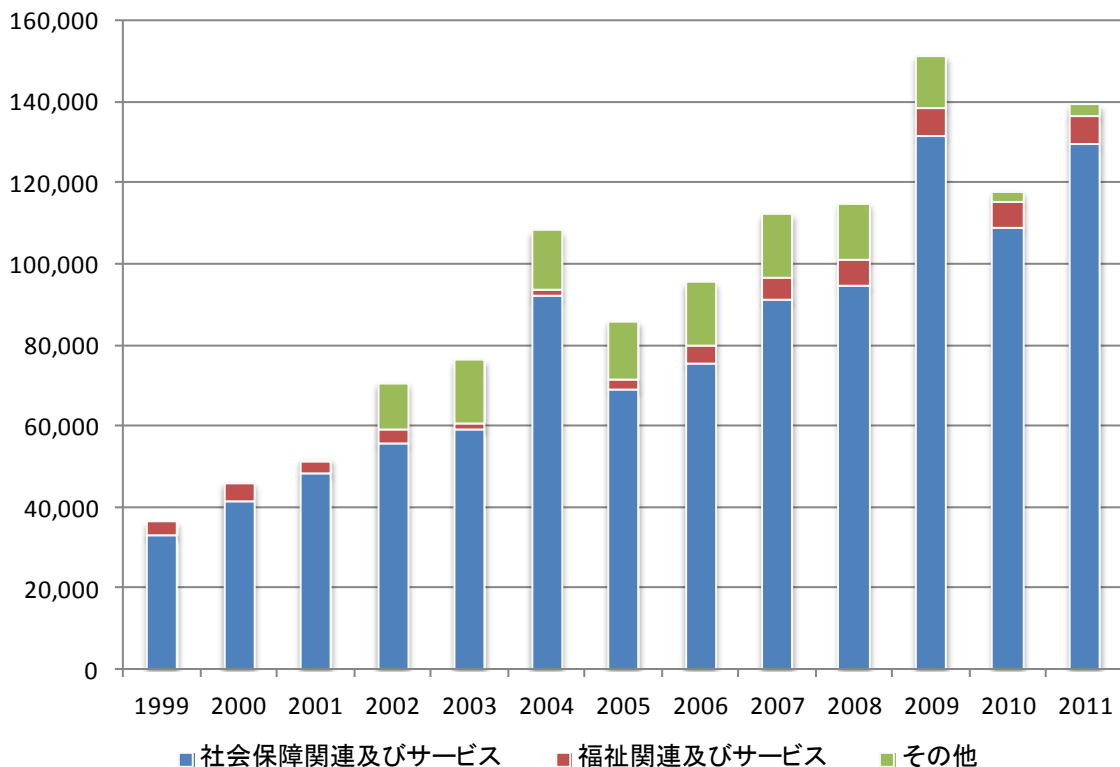
※各年の資料で金額が異なる場合は最新版のデータを使用した。
 ※1 パーツ (THB)= =2.631 円 (JICA 平成 24 年度 5 月月次取引レートを参考値として記載)
 出所 : MOF, Budget in Brief 各年版より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが作成

(2) 社会保障関連及びサービス・福祉関連及びサービス予算

2011 年度の社会保障関連予算 1,394 億 THB が配分されており、予算全体に占める「社会保障関連及びサービス・福祉関連及びサービス予算」への予算割り当て比率は 6.7% である。「社会保障関連及びサービス」予算は年々増加傾向にあり、今後も社会保障制度の拡充、高齢化の進展などにより、この傾向が継続するものと見込まれる。

「社会保障関連及びサービス」に係る予算は、主に公務員の老齢年金給付の原資を担っていることもあり、その金額が非常に大きく、現在、社会保障関連及び社会福祉予算の 9 割以上を占めている。他方、いわゆる貧困層や低所得者層に対する給付は、「福祉関連及びサービス」として予算計上されているものの、「社会保障関連及びサービス・福祉関連及びサービス予算」の 5% 未満を占めるに過ぎない状況である。これは、政府予算全体に占める割合でみると 0.3% 程度に相当する。

図表VI-8 政府の社会保障及び福祉関連予算（単位：百万 THB）



※各年の資料で金額が異なる場合は最新版のデータを使用した。
 ※1 パーツ (THB)= =2.631 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 : MOF, Budget in Brief 各年版より三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが作成

明である。

4. 医療保障

(1) 医療保障セクターにおける国家計画

保健医療セクターにおける国家開発計画は、通常、国家経済社会開発計画に整合することを基本として設計される。現在実施されている政策は第 10 次国家保健医療開発計画（10th National Health Development Plan）に基づき立案されている。第 10 次計画は、第 9 次計画を踏襲し「足るを知る経済」や「人を中心とした」アプローチに基づいた政策の策定が引き続き提唱された。高齢化対策の準備の必要性についての言及が見られるようになった点も特徴の一つである。さらに 2012 年～2017 年を計画年度として、第 11 次国家保健医療開発計画を策定中である。

また、従来の保健医療開発計画とは別に、タイ健康生活習慣戦略計画 2011-2020（Thailand Healthy Lifestyle Strategic Plan 2011-2020）が策定されている。この計画は、従来の保健医療開発計画が非常に広範囲に及ぶ課題を対象として策定されているのに対して、心臓疾患、癌、糖尿病といった中所得国以上の国々の疾病構造に現れる典型的な健康問題に対応するための基本計画として策定されている点に特徴がある。

(2) 医療提供体制の特徴

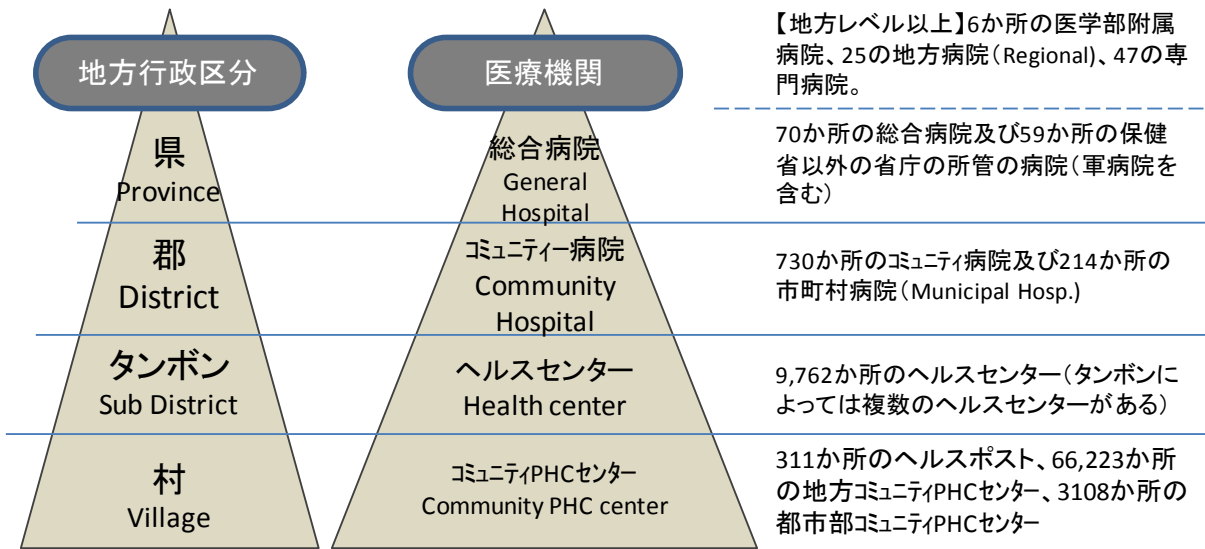
医療提供体制は、MOPH 傘下の病院を中心としてレファールシステムに基づき運営されている。都市部では民間病院や民間診療所が多数みられるものの、大多数の地域では、公的医療機関が保健医療サービスの基盤の中心をなしている。また、各タンボン(tambon)レベルにヘルスセンターが配置されており（全国で 9,762 か所）、これらのヘルスセンターと郡単位に設置されたコミュニティー病院が、いわゆる PCU（Primary Care Unit）として、地域の一次医療を支えている。

財政的には、コミュニティー病院を CUP（一次医療契約病院：Contractor unit for primary care）として位置づけ、NHSO は CUP に対して人頭払いに基づき予算の配分を行う。CUP 傘下にはヘルスセンター（PCU）が複数配置されており、人頭払いで確保された財源を CUP と共有している。

なお、一般的に医師が配置されているのは、コミュニティー病院以上であり、ヘルスセンターは薬剤の処方などを行うものの、看護師及び看護技師（Technical Nurse）が配置されるのが一般的である。近年は、MOPH の方針に従い、コミュニティー病院の機能強化が進められており、そのベッド数についても、増床傾向にある。コミュニティー病院のベッド数は、通常、10～150 床で設定されている。1997 年に、病院数の 31.1%を占めた 10 床のコミュニティー病院は、2007 年には 4.7%にまで減少しており、他方、30 床病院は 47.6%から 55.9%に増加、60 床病院も 14.6%から 25.5%まで増加している⁸。

⁸ Thailand Health Profile 2005-2007

図表VI-9 公的医療機関の基本構造



なお、バンコク首都には、上記とは別に、26の総合病院、14の専門病院、68のヘルスセンターがある。

出所：Thailand Health Profile 2005-2007 を元に三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

民間の医療機関も、タイの医療保障制度においては、重要な役割を果たしている⁹。民間の医療機関はバンコクだけでなく、地方都市にも展開しており、中所得者層以上の利用者の需要に応えているが、UC 制度への参加は低調である。

図表VI-10 民間医療機関の状況

民間医療機関の種別	箇所数
病院数	344 か所
診療所 (入院なし)	16,800 か所
調剤薬局	8,801 か所
一般薬局 (調剤なし)	4,525 か所
伝統薬局	2,096 か所

出所：Thailand Health Profile 2005-2007

(3) 制度の基本構造

タイの医療保障制度は、公務員、企業従事者 (被用者)、それ以外の全国民を対象とした制度の3制度によって構成されている。歴史的には CSMBS が最も古い制度であり、その前身となる仕組みは 1963 年に創設されている。その後、1980 年に勅令 (Royal Decree) が発せられ、現在の仕組みとなった¹⁰。ただし制度としては、公務

⁹ なお、民間の医療機関の場合、診療所は、公的医療機関のヘルスセンターとは異なり、医師が配置されており、一定の診療行為を行うことが可能であることから、ヘルスセンターと対比することはできない。また、民間の病院数についても、医療機関としての機能が特定されていないため、公的医療機関と単純に比較することはできない。

¹⁰ 旧制度では、被扶養児童数の制限がないなど、一部異なる制度体系であった。Benjaparn, M

員の人事制度（福利厚生）として設計されているため、近年まで被扶養者数も含む利用者数を把握することも行われず、公務員の医療サービスの利用に対して、MOF が償還する形で給付が行われてきたため、医療費支出の管理が効果・効率の観点から充分に行われてこなかったとの指摘もある。

図表VI-11 タイの医療保障制度

	CSMBS	SSS	UC
制度創設年	1963(1980)	1990	2002
根拠法	勅令による(1980)	社会保障法	国民医療保障法
所管省	MOF	MOL	MOPH
実施運営機関	中央会計局	社会保障局	国民医療保障局
モデル	税方式（福利厚生）	社会保険	税方式（普遍主義）
加入義務	福利厚生	強制加入	申請に基づく
加入対象者	公務員 政府被用者 公務員退職者	1人以上の従業員を雇用するすべての事業所及び被用者	左記2制度に加入していないすべての国民
加入者数	2008年 1,883,253(加入者) 3,985,045(被扶養者) 5,868,298(合計)	2012年 8,994,501人(33条) 891,961人(39条) 757,421人(40条) 10,643,883人(合計)	約4,700万人 ～4,900万人 (常時変動あり)
対人口カバレッジ	約9%	約16%	約75%
扶養家族	本人及び家族(子どもについては、20未満で3人までを適用)	本人のみの給付 家族は通常UC	被扶養家族も 個人単位で登録
退職後の加入	適用	脱退しUC移行 または任意加入可能	年齢等の制限なし
報酬方式(外来)	出来高払い	人頭払い	人頭払い
報酬方式(入院)	DRG-RW	人頭払い	DRG-RW
主たる病院サービス提供者	公的・民間病院	公的・民間病院	公的病院(民間は限定的)
レファール	なし	なし	あり
自己負担	なし(ただし事前登録以外は償還払い)		なし
1人あたり年間税投入額(2008)	8,785 +運営費	579THB +運営費	1,659 +運営費
1人あたり年間医療費支出(2008)	8,785	1,738	1,659
予防・健康増進	本人のみ (被扶養者は適用外)	適用外	適用

※カバレッジは、2010年末の総人口6544万人を元に算出

※1パーツ(THB)=2.631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:各種資料を元に三菱UFJリサーチ&コンサルティングが作成

(2008) The possible cost driver of the expenses under the Civil Servant Medical Benefit Scheme in Thailand.

一般の国民に対して、本格的な医療保障制度が成立したのは、1990年の社会保険法に規定された被用者社会保障制度からである。10人以上の従業員を抱える事業者に限定して施行され、現在は、従業員1名以上を雇用するすべての事業者が強制加入となっている。実質的には労働法で規定されるすべての労働者が対象となったが、雇用契約が曖昧であったり、そうした契約が存在しないような個人商店やインフォーマルセクターの労働者は、実態としてカバーされていなかった。また貧困層や農業セクター、学生、民間企業の被用者の被扶養者なども、対応する医療保障制度がなかった。

これに対して、2002年に創設されたのが、30パーツ医療保障制度である。UC制度では、CSMBSとSSSの両制度の適用を受けないすべてのタイ国民を対象としたことから、これにより国民皆保障が成立したと理解されている。その後、2006年には、患者負担であった30パーツも廃止され、現在のUC制度となった。

(4) 公務員医療給付制度 (CSMBS : Civil Servant Medical Benefit Scheme)

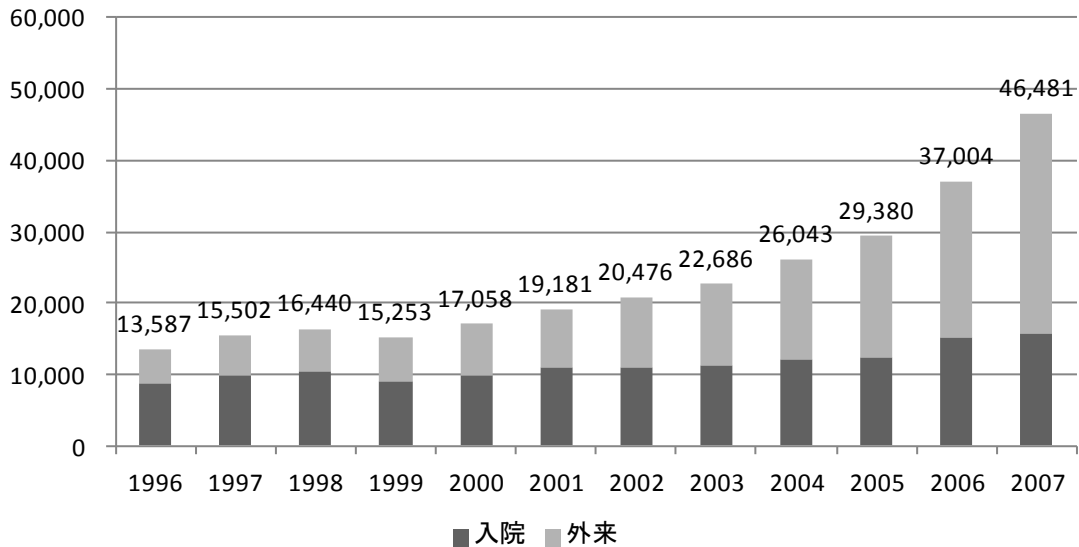
① 制度の概要

公務員 (Civil Servant) ・ 政府被用者 (Permanent Employee) 及びその扶養家族、公務員退職者に対する医療給付制度。MOF 中央会計局 (Comptroller General's Department) が所掌しており、公務員の人事制度の一環 (福利厚生制度) として運営されていることから、税財源により実施されている。

② 支払方式と財政問題

CSMBS は外来診療において、出来高払いを採用している点において、他の2制度と大きく異なる。患者1人あたりの支出が他の2制度に比べ高額であることについては、2002年にUC制度が導入された当初から指摘されている。CSMBSの費用管理が困難な最大の理由は、いわゆる出来高払いを採用してきたからであり、医療機関 (より正確には医師) は入院期間や薬剤処方について大きな裁量権を持つため、費用管理を行うことが難しいということによる。こうした傾向は、1980年に現在の制度となって以来、顕著であった。

図表VI-12 CSMBS の費用 （単位：百万 THB）



※1 パーツ (THB) = 2.631 円 (JICA 平成 24 年度 5 月次取引レートを参考値として記載)
 出所：The Comptroller General's Department

2007 年からは、入院医療の支払い方式として、いわゆる診断群分類 (DRG : Diagnosis Related Groups) を導入するなど、他制度に歩調を合わせる動きも見られたが、外来は依然として出来高払いを採用しており、費用管理面で課題となっている。2000 年代半ばには、入院費用を外来費用が上回るという状況が発生した。また、UC 制度ではほとんどの薬剤処方がジェネリックで行われているのに対して、CSMBS では輸入品の先発薬 (Imported Original) が処方されていることなどから、費用面で大きな影響が出ているといわれている¹¹。

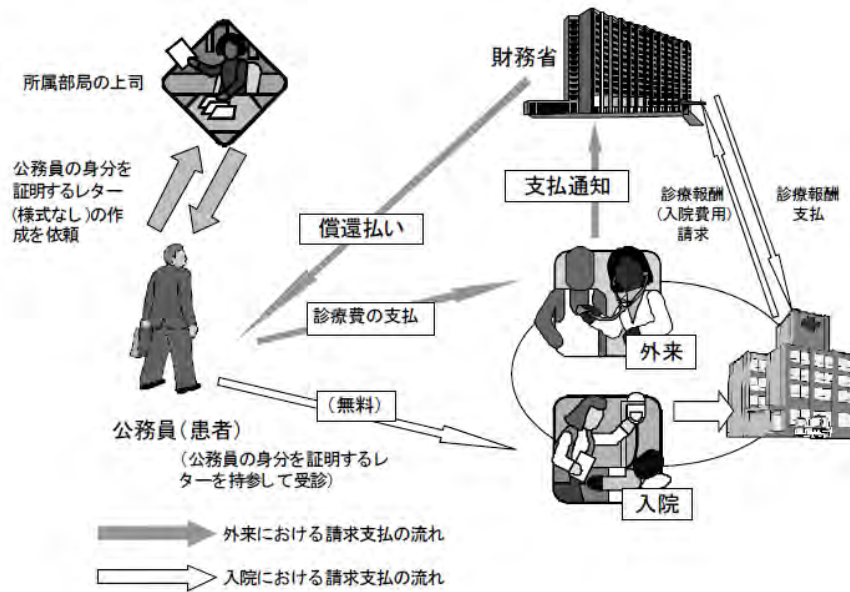
受診においては、医療機関の事前登録が不要であり、公的医療機関ならばすべての医療機関で自由に受診できる点が CSMBS の有利な点であったが、患者は一旦医療機関に全額支払った上で、事後的に中央会計局 (Comptroller General's department) から償還される方式をとっていることから、支払いの面では償還前の患者支払が負担となっていた (外来の場合のみ)。

近年になって、事前に医療機関を登録した場合に限り、自己負担なしで受診が可能となった (Cashless system)。しかしながら、この方式の採用後、一部の医療機関は、事後的な償還が不確実になることから (患者が報酬請求書の返戻のリスクを負わなくなったため)、患者に対して薬剤処方などで医療機関側が消極的になるケースがあり、結果的に患者の「はしご受診」を助長しているのではないかとの識者の声もある¹²。

¹¹ IHPP へのインタビューによる。

¹² MOPH チャンビット博士へのインタビューによる。

図表VI-13 CSMBS の受診方法と費用償還



出所：国際協力銀行（2002）タイ王国における社会保障制度に関する調査報告書

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

① 被用者社会保障制度における医療給付

被用者社会保障制度（SSS）は、民間企業の被用者を対象とした社会保障制度である。医療給付は、SSSの包括的な給付（疾病給付、障害給付、死亡給付、出産給付、老齢給付、児童手当、失業給付）のうちの一つである。また、疾病給付には、さらに現物給付と現金給付がある。現物給付は、いわゆる医療サービスの提供であり、被保険者（本人のみ）は、事前に登録した医療機関で受診することが可能である。他方、現金給付は、傷病休業時の給与補填の役割を果たしており、治療にかかる費用とは関係なく休業の有無によって給付が行われるものである。

なお、保険給付は被保険者本人に限定されていることから、被扶養者は、UC制度を利用するか、民間医療保険を利用することになる。

以下、医療保障の節においては、SSSと呼称する場合は、SSSの疾病給付のうち、現物給付をさすものとする。加入条件等の被用者社会保障制度全体の詳細については、「年金及びその他の所得保障」の項を参照されたい。

② 給付内容

入院及び外来の治療を受けることが可能であるが、以下の15の医療行為は、保険給付から除外されている。

- 緊急治療を必要としない精神病及び15日以上の治療を要する場合
- 政府の法律に違反した麻薬物質の使用に起因する疾患又は負傷

- 年間で 180 日以上入院期間を必要とする同一の疾患
- 血液透析
 - 60 日を越えない入院期間を必要とする急性腎不全の場合は除く。
 - 最終段階の慢性腎不全に対してダイアライザーを使用した血液透析、または慢性腹膜透析（CPD）、基準に適合した腎臓の移植によって行われる治療については社会保障事務局のエリア事務所を通じて基準を通知する。
- 医学的適応症が認められない美容を目的とした医療行為
- 研究や実験を行うための医療行為
- 不妊治療
- 骨の幹細胞移植以外の臓器移植のための粘液膜の検査
- 疾患の治療目的を超えたすべての検査
- 確立された基準に基づき行われる骨の幹細胞移植以外の臓器移植手術
- 性転換手術
- 人工授精
- 回復期におけるサービス提供
- 抜歯、充填および歯垢の除去以外の歯科サービス
- 眼鏡

また、より高度な医療を受けるために他の医療機関に移動する必要がある場合は、移送費用が 1 日あたり 500THB を超えない範囲で給付される場合がある。また、他県の医療機関に移送する場合は、1 キロあたり 6THB の給付を行うことも可能である。

③ 財政方式

SSS では、外来・入院ともに人頭払いを採用して比較的費用面でのコントロールが容易とされている。各被保険者が事前に登録した医療機関に対して、登録者数に一人あたり単価を乗じた金額を予算として支払うことになる。

なお、支払の原資となる被用者社会保障制度の財政システムについては、「年金及びその他の所得保障制度」の項を参照されたい。

④ 受診の仕組みと契約医療機関

SSS にはレファールシステムの利用が義務付けられていない。したがって、病院で受診する場合も診療所から紹介状を得る必要はなく、初診から病院で受診することが可能である¹³。なお、患者がさらに高度な医療を必要とする場合や、登録先の医療機関では対応が十分にとれないと判断された場合は、当該民間医療機関のネットワーク医療機関で患者紹介が行われることはある¹⁴。

¹³ 実態上、病院受診では、長時間にわたる待ち時間がある場合が多い。

¹⁴ 公的医療機関などにおけるレファールシステムとは異なり、医療機関のネットワーク内で患者に紹介をするため、SSS にはレファールシステムはないと説明する文書が多い。

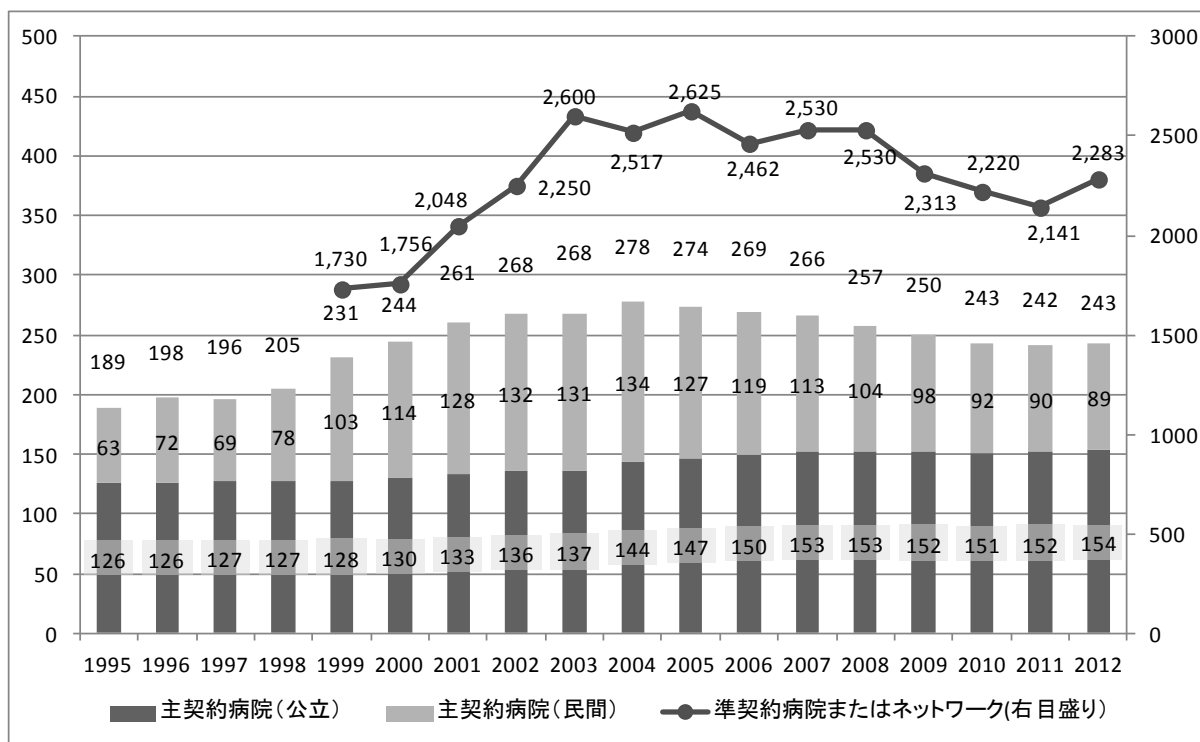
図表VI-14 SSS における年間加入者 1 人あたりの保険給付利用回数（単位：回／人／年）

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
外来	2.54	2.58	2.37	2.51	2.59	2.61	2.68	2.7
公立医療機関	2.41	2.5	2.17	2.38	2.48	2.54	2.59	2.62
民間医療機関	2.63	2.63	2.51	2.61	2.67	2.67	2.75	2.77
入院	0.046	0.047	0.049	0.052	0.051	0.053	0.049	0.053
公立医療機関	0.043	0.045	0.048	0.051	0.051	0.051	0.045	0.05
民間医療機関	0.049	0.048	0.05	0.053	0.052	0.054	0.052	0.057

出所：SSS 資料

SSS の加入者の多くはバンコクなどの大都市部を中心に居住していることが多く、公立の医療機関だけでなく、民間医療機関における受診を希望する被保険者も多い。実際、SSS の契約病院は公立と民間の比率が 1：1 に近くなっていた時期もあり、特に、2002 年に UC 制度が導入された頃から、民間契約医療機関は増加傾向にあった。しかし近年は、再び減少に転じており、現在は、公立と民間の比率は、約 3：2 の比率となっている。

図表VI-15 SSS の契約病院数の推移



出所：SSS の統計データに基づき三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

(6) UC 制度

UC 制度は、タクシン政権下の 2002 年に創設された「30 パーツ医療制度」を前身

とする税方式の制度である。外来診療では人頭払いを基本に、登録者（加入者）1人あたり 1,202THB の予算(2002年時点)に基づきコミュニティー病院に代表される CUP（一次医療契約医療機関：Contractor Unit for Primary Care）単位に予算が配分され、地域で保健・医療サービスを提供している¹⁵。2006年以降は、30パーセントの患者自己負担が撤廃され、現在は、無料の医療サービスとなっている¹⁶。

他の2つの公的医療保障制度に比べ、サービス水準が劣ると認識されていることが多く、「貧者の制度」と捉えられることもあるが、SSSとの比較においては、すべての診療行為でSSSが有利であるわけではなく、項目（items）の約3分の1においては、UCの方が、より有利な給付条件となっているとも言われる¹⁷。また、予防接種や健康診断などCSMBSやSSSの給付には含まれない保健サービスが給付の範囲内で提供されるなど、必ずしも「劣った制度」ではない。加入者一人あたりの予算支出ベースでは、他2制度に及ばないものの、過去数年間、UC制度におけるサービス提供の中心を担うコミュニティー病院に対する財政支援が強化されていることから、その格差は徐々に縮小しているといわれている¹⁸。

① 加入者

加入者は、CSMBS及びSSSによってカバーされないすべての国民と規定されており、本制度によって、タイの医療保障における国民皆保障が実現したとされる。現在の加入者数は約4,700万人以上と推定され、全人口の約75%が加入している。加入は、個人単位であり、居住地内のコミュニティー病院、NHSO事務所、県保健事務所等から申請を行い、加入者証明証であるゴールドカードの交付を受け、受診時に提示することで、無料で受診ができる。入院についても、診断、検査、治療（手術）、入院室料、食事代、移送費の一部が無料で提供される。

なお、緊急時を除き、受診はあらかじめ登録した医療機関（通常はヘルスセンターまたは郡単位に設置されるコミュニティー病院）を受診し、二次医療等、より高度な医療が必要な場合には上位の医療機関が紹介される仕組み（レファラールシステム）を採用している。

② 給付内容

1) 基本的な給付

給付は包括的な給付であり、実際に行われる治療のすべてについて現物給付される。給付には、治療に必要とされる一般的な検査費用、治療費用、医療材料費や薬剤費な

¹⁵ UC制度においては、地域保健、健康増進、疾病予防などの公衆衛生・保健にかかる経費もUC予算の一部に組み込まれていると考える。

¹⁶ 2006年以前においても、低所得者層の自己負担は免除されていたが、政権交代後の2006年からは、全面的に自己負担が廃止された。

¹⁷ NHSOインタビューによる。

¹⁸ 3制度の優劣は、支出ベースの単純比較では評価できない。それぞれのカバーしている範囲が異なるほか、各医療機関における実際の支出については、病院会計の不備などから、必ずしも正確に分析できないためである。

ども含まれる。出産に関しては、2人までは給付の対象となる。一般病室における室料、食事代も給付の範囲である。歯科についても基本的な治療は対象となっている。処方される薬剤についても国が定めた薬剤リストに掲載されているものについては、給付される。

2) 高額医療・救急医療

救急医療については制度開始当初より、給付に含まれており、事前に登録した医療機関に限らず、UC制度に加入しているすべての医療機関で治療を受けることができる。また、高額医療についても対象となっており、人工臓器や補装具等も対象となる。

3) 予防・健康増進

他の2制度と異なる点は、健康増進や疾病予防に対して一定の予算を割り当てている点である。登録者に対しては、個人健康記録ブックの配布が行われる他、妊娠中の女性に対する検査、及び産前ケア、年次健康診断、HIVの母子感染予防のための抗レトロウイルス薬の処方、家庭訪問、保健医療に関する知識の提供、カウンセリング、口腔ケアにおける予防などが地域を基盤として提供される。

③ 財政方式

UC制度は、人頭払い方式を採用し、登録利用者数に応じて地域の医療機関に予算を配分するため、利用者は事前に受診する医療機関を登録しその医療機関で受診する。NHSOはNHSOの地方支局を通じては、登録された利用者(UCの登録者証明として発行されるゴールドカード保有者)の数に、政府が定めた1人あたりの年間予算を乗じた額を、一次医療契約医療機関(CUP: Contract Unit for Primary Care)に支払う。CUPはタンボン毎に整備されているCUP傘下のPCU(Primary Care Unit)と財源を共有し、予算の範囲内で登録者に対して医療を提供する。この手法は外来に適用される。医療機関は予算の範囲内で医療を提供することから、高コストの患者を忌避する危険性もあり、本制度の弱点となっているが、医療費の管理が比較的容易である。なお、入院については、総額予算方式にDRG-RW(DRG-Relative Weight)を加味した方式に基づき請求支払が行われる。

図表 VI-16 人頭払いにおける予算の内訳 (単位: THB)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
外来サービス	574.00	488.20	533.01	582.80	645.52	645.52	666.96	754.63
入院サービス	303.00	418.30	435.01	460.35	513.96	845.08	837.11	894.28
特別領域の外来・入院	—	—	—	—	—	—	72.25	72.25
予防・健康増進	175.00	206.00	210.00	224.89	248.04	253.01	262.06	271.79
インフルエンザ予防接種							7.60	11.36
高額医療及び疾病管理	57.00	86.00	124.21	244.38	260.58	145.26	179.47	186.00
建物等維持管理	83.40	85.00	76.80	129.25	142.55	147.73	148.69	148.69
救急医療	10.00	6.00	6.00	6.00	10.00	12.00	—	—
リハビリテーション	—	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	5.00	8.08
無過失責任(法 41 条)		5.00	0.20	0.53	0.53	—	1.00	
地方部病院加算		10.00	7.07	7.00	30.00	30.00	—	—
医療従事者労災		—	—	—	0.40	0.40	0.85	0.78
医療の質に対する支払	—	—	—	—	20.00	20.00	20.00	40.00
30B 制度自己負担廃止補償		—	—	—	24.11	—	—	—
タイ伝統医療		—	—	—	—	1.00	1.00	2.00
一次医療促進								10.63
特別三次医療支援								0.84
抗レトロウイルス薬					58.56	83.70	94.29	63.45
腎機能代替療法								32.54
総額	1,202.40	1,308.50	1,396.30	1,659.20	1,958.25	2,183.70	2,296.29	2,497.32
増加率		8.8%	6.7%	18.8%	18.0%	11.5%	5.2%	8.8%

※1 パーツ (THB) = 2.631 円 (JICA 平成 24 年度 5 月次取引レートを参考値として記載)
出所: NHSO 資料

④ カバレッジ

1) 加入者数のカバレッジ

2002 年の UC 制度導入は医療保障の国民皆保障 (UC: Universal Coverage) を実現させた。ただし、SSS においては、被用者本人のみの医療サービス利用に限定されており、家族 (被扶養者) は SSS の医療給付を受けることができないため、別途 UC 制度に登録することになる。UC 制度が税方式によっていること、また UC の財政負担が今後の課題になることから、SSS への包含も検討されるべきであるが、保険料率の引き上げには、政治的な反対も想定されることから、改善は容易ではない。

さらに、SSS の加入者でも保険を利用せず、受診時は民間医療保険を利用する国民も少なくない。民間医療保険の加入者ということで、SSS よりも待ち時間が短い、使用する薬剤に制限がないといったメリットがあるという指摘もある。したがって、現状の国民皆保障は、権利としての医療保障は実現しているが、実態としては皆保障とは必ずしもなっていない状況にある。

2) 給付内容面でのカバレッジ

UC 制度は、無料で提供する医療サービスの内容が乏しいと考えられる傾向があるが、これは、比較的貧しい農村部に多いインフォーマルセクターを対象とした制度であるという点が誤解されているといえる。実際には、SSS には含まれない健康診断や予防接種が給付対象となるなど、決して「貧者の制度」ではないことがわかる。2007

年からは ARV（抗レトロウイルス薬）の処方が給付対象となり、2010 年からは腎代替療法もカバーされるようになるなど、給付内容は、他制度と遜色のない水準まで来ているといえる。なお、腎代替療法の給付適用にあたっては、その費用試算などを ILO の支援を受けて NHSO 及び MOPH の研究機関等が実施している。

3) 費用面でのカバレッジ

タイの医療保障給付は、UC 制度で提供される医療給付の内容も一般的な医療行為のほとんどがカバーされているため、実際に受診しても自己負担が発生することはない。保健医療支出における自己負担（Out of Pocket）の比率は、13.9%¹⁹となっており、先進諸国並みに低下していることから、保健医療費用に対するカバレッジも高いことがわかる²⁰。

(7) 民間医療保険制度の位置づけと動向

UC 制度の創設により医療保障の国民皆保障が成立したタイにおいても、公的医療保障制度の給付内容が不十分、または給付やサービスの内容に不満があることを理由に民間医療保険制度に加入する場合も多く、民間医療保険の果たしている役割は依然として大きい。民間医療保険は多くの場合、生命保険商品の追加給付として販売されることが多い。

実際の医療保険の給付内容の格差については、データ上で客観的な比較を行うことも容易ではないが、国民の実感として、例えば UC の給付が SSS よりも低水準である、あるいは、SSS よりも民間保険の方が満足度が高いといった認識が強く、結果的に富裕層が民間医療保険に加入する傾向があるといわれる。特に、病院での待ち時間や対応に差があるとの指摘もあり、SSS 加入者であっても、別途、民間医療保険のフルパッケージに加入するケースもある。

加入者数については、1 人が複数の保険商品を購入していることがあるため、正確に把握することはできないが、生命保険協会に所属する民間保険会社では、2010 年末現在、医療保険給付パッケージを生命保険に付加している被保険者数は、23,704,991 人、また非生命保険会社では、他保険商品の追加保障として加入する場合がほとんどであり、加入者数は 485,060 人である。全体では、24,190,051 人が加入していることになる。いずれの数値も重複加入（複数商品を購入している被保険者が存在する）を前提とした保険商品販売数であり、実際に民間医療保険の適用を受ける人数は被保険者の家族なども含めるとさらに多いと推定される。

(8) 調和と統合に向けた新しい動き—救急医療の統合

2012年4月から、救急医療について、公的医療3制度及び民間保険における定義、

¹⁹ ここでの自己負担の比率は、医療機関の窓口での負担率ではなく、薬局等での医薬品支出や、保険外の医療等に対する支出も含めた全国の医療費支出に対する自己負担の比率を意味している。

²⁰ 世界銀行 Health Nutrition and Population Statistics による。日本は 14.3%であるが提供されている医療サービスの水準等は加味していない。

給付内容、手続き、支払方式を統一化することが政府より発表された。救急搬送については、すでに 2008 年 12 月から国立救急医療センターを設立し、電話番号「1669」による救急医療サービスを提供してきたが、患者を実際に受け入れる医療機関側及びその支払方式等については、異なる方式が併用されてきたことから、今回の統合に至った。

しかし、この方針が提示されたのは 2012 年 3 月に入ってからであり、関係各機関の準備に要する時間の制約から実現は難しいとの声もある。しかしながら、こうした動きは 3 制度だけでなく民間保険も含めたすべての医療保障制度が、統一された規定に則って運営されるという意味で、これまでにない試みであり、中長期的に見た場合、今後の 3 制度統合、ひいては民間保険も含めた統合化の突破口になる可能性もあることから、今後の展望が期待されている²¹。

2012 年 4 月現在、国立救急医療センターの副事務局長によると、当初、想定したほどの混乱はみられていないとのことである²²。

²¹ Bangkok Post 14 March

²² Dr Prachaksvich Lebnak への電話インタビューによる。

5. 年金及びその他の所得保障

(1) 年金及びその他の所得保障の基本構造

年金及びその他の所得保障は、フォーマルセクターの公務員及び企業被用者を中心に、過去 20 年間の間に現在の形に発展してきた。政府年金基金（GPF：Government Pension Fund）は 1997 年に旧来の税方式による政府年金制度を社会保険方式に改革する形で創設された。民間企業の従事者は、1990 年以来、SSS によって老齢年金制度が提供されてきたが、その額が必ずしも十分でないという点から、退職金積立基金（TPF：Thai Provident Fund）や退職共済基金（RMF：Retirement Mutual Fund）などが SSS を補填する機能をもつ制度として準備されてきた。

他方、インフォーマルセクターは、長期間にわたって無保険状態が続いてきた。MOF は 2012 年から、主にインフォーマルセクターに対する老齢所得保障制度を準備する目的で国民貯蓄基金（NSF：National Savings Fund）を創設し、5 月より実施する予定である。

図表VI-17 年金及びその他の所得保障制度の基本構造

	対象者	概要	所管官庁
政府年金（GP）	公務員（旧制度）	旧来からの公務員年金制度。確定給付型の無拠出年金制度である。GPF 創設時に GP にとどまるか GPF に移行するかを加入者が自ら選択した。	財務省（MOF）
政府年金基金（GPF）	公務員（強制）	給与の 3% を拠出。政府からも同率が拠出される。制度改正への経過措置として給与の 2% 分に当たる上乘せ補償がある。	財務省（MOF）
政府職員積立基金（GPEF）	政府職員（強制）	行政機関に勤務する一般職、現業職のための積立基金。給与の 3% を拠出。政府からも同率が拠出される。	財務省（MOF）
被用者社会保障制度（SSS）	民間被用者（強制）	180 ヶ月以上の拠出によって 55 歳以上の退職時に老齢年金を給付。政労使の三者による社会保険。	社会保障事務局（SSS）
国民貯蓄基金（NSF）	インフォーマルを含む全国民（任意）	積立方式によるインフォーマル向けの老齢貯蓄制度。2012 年 5 月より実施予定。政府側からの拠出は、加入者の年齢に応じて一定額が、拠出される。	財務省（MOF） 国民貯蓄基金事務局（NSFO）
退職金積立基金（TPF）	民間被用者（任意）	民間金融機関の運営による積立基金。雇用者と被用者の二者拠出で、2-15% の範囲で積立拠出を行う。	証券取引委員会（SEC）
退職共済基金（RMF）	民間被用者（任意）	民間金融機関の運営による積立基金。雇用者と被用者の二者拠出で、3-15% の範囲で積立拠出を行う。	証券取引委員会（SEC）

出所：三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが各種資料より作成

(2) 政府年金基金 GPF: Government Pension Fund

① 制度の概要

GPF は政府に勤務する公務員を対象とした年金制度である。社会保険方式を採用しており、雇用者である政府と被用者が給与に対して同率の拠出金を積立、基金で運用し、定年退職時に引き出す方式である²³。なお、本報告書では詳細について言及しないが、公務員には該当しない政府機関で勤務する一般職、現業職の被用者（Government Permanent Employee）には、GPEF（Government Permanent Employees Provident Fund）が用意されている。また、国営企業の従業員は、TPF に加入することになる。

② 制度改正の経緯

従来、タイでは公務員に対しては公務員の人事制度として条件のよい福利厚生制度としての政府年金（GP：Government Pension）が存在した。GP はタイにおける最も古い社会保障関連制度であり、その起源は 1902 年の年金法にさかのぼる。

従来型の年金保険は、確定給付型(Defined Benefit)の賦課方式(Pay As You Go)・無拠出年金であり、加入者に恩恵が大きい反面、政府の財政負担が大きくなる構造となっている。1990 年に約 155 千人であった公務員退職者は、1996 年には 217 千人となり、これに伴い、公務員に対する年金に関する政府支出も毎年 20% 上昇し、同期間において、66 億 THB から 197 億 THB に増加した。こうしたことから、財政への負担を軽減し、持続可能性のあるシステムに以降することを目的として、1997 年より確定拠出型、積立方式による社会保険制度としての GPF が創設された。

この制度は、複数の給付内容で構成されているものの、基本的には退職時の退職一時金制度として構成され、これに様々な優待制度が付加されている。

③ 法的根拠

GPF は、1996 年の「政府年金基金法（Government Pension Fund Act）」に基づいて実施される。なお、GP は 1951 年の政府年金法に規定される。

④ 給付内容

1) 老齢給付

加入者は退職時（60 歳）に基金から退職一時金を引き出すことが可能である。

現行の給付はあくまで退職時の一時金制度となっており、いわゆる、月額払いでの終身年金制度は存在しない。また、他の制度へのポータビリティもない。

ただし、制度変更の緩和措置として、1997 年以前に公務員だった者については、確定給付型の旧制度から一定額の年金を受給することができる。

²³地方自治体の職員についても GPF と同様の制度が用意されており地方自治体いるが、内務省（MOI）の管轄下にある。

2) 付加的なプログラム

本制度は、基本的には退職時の一時金の積立を目的とした制度であるが、加入者への付加的サービスとして複数の給付が用意される。住宅購入融資プログラム（Residential Financing Program）は政府住宅銀行と共同で、加入者向けの住宅購入資金の融資プログラムを提供するものである。学資プログラム（Educational Financing Program）は、クルンタイ銀行（Krung Thai Bank Plc）との共同で、加入者家族の学資に関するローンプログラム及びパソコンの購入費用の融資プログラムを実施している。また、生命保険プログラム（Life Insurance Program）では、GPF 加入者向けの民間生命保険の商品（医療給付、退職積立など）を仲介している。さらに、GPF の加入者証は、様々な提携先の商業施設においてディスカウントカードとして使用できる

⑤ 加入対象者

GPF の加入対象者としては、現在 12 のカテゴリが指定されている。加入者数は、2008 年現在、約 117 万人である。

図表VI-18 GPF の加入者カテゴリ

1.Civil officials under the law on civil official rules	公務員
2.Judicial officials under the law on judicial official rules	裁判所職員
3.Civil officials in a university under the law on civil official in the university rules	大学教員
4.Public prosecutors under the law on public prosecutors rules	検察官
5.Teachers under the law on teacher rules	教員
6.Ordinary parliamentary officials under the law on ordinary parliamentary official rules	国会職員
7.Police officials under the law on police official rules	警察官
8.Military officials under the law on military official rules	軍人
9.Judicial officials under the law on Constitutional Court rules	憲法裁判所職員
10.Civil officials of the Office of the Administrative Court	行政裁判所職員
11.Civil officials of the Office of the National Counter Corruption Commission	国家汚職防止委員会職員
12.Civil officials of the Office of the Auditor General of Thailand	会計検査院職員

政府年金制度は、長年続いた無拠出型の GP を改正する形で創設されたため、従前制度からの経過措置が取られている。1997 年 3 月 27 日以降に公務員となった者は無条件で「拠出型加入者」となる一方で、それ以前から公務員であった者については、制度改正の段階で、旧制度に残るか、新制度に移行して拠出型加入者か無拠出加入者のいずれかを選択できることとされた。当時の加入者 150 万人のうちの約 70% が GPF への加入を選択した。

⑥ 保険料率

GPF の勘定には、個人口座と政府口座が用意されている。

1) 個人口座

拠出型加入者は、月額報酬の 3%を保険料として拠出する。また、雇用者側（政府）

も同様に月額報酬の 3%に該当する金額を拠出金として個人口座に積み立てる。ただし、現行の制度においては、法定 3%の拠出額を上回って拠出することは認められていない。加入者拠出金は最高 300,000THB まで所得税の控除対象となる。

なお、制度改正の影響を緩和する目的で、拠出型加入者を選択した場合は、さらに制度改正後補償（Post reform compensation）として、公務員となった月から拠出型の選択時までの累積在籍期間に応じて 2%分を政府（税）が追加拠出している。また、さらに政府は、この期間の本人拠出分に該当する金額も個人口座に追加拠出する。

また、GP に残留した無拠出型加入者（non-contributing category）に対しては、雇用者側（政府）は雇用者側の拠出金を積み立てないが、制度の改正によって受給額が減少する加入者に対しては、制度改正前補償（Pre-reform compensation）として 2%分を拠出する²⁴。GPF における拠出金は、個人口座に積み立てられ、投資運用によって、将来の老齢給付の引き出しに備える。

2) 政府口座

政府口座は、政府年金基金法第 72 条に定められている取り扱いであり、GPF への年間支出額の 20%を超えない範囲の金額を、政府準備金勘定に割り当てることができる。この政府口座が年間の年金予算の 3 倍を超過した場合は、超過分を国庫に返納する取り決めとなっている。

⑦ 基金及び実施運営機関

基金の運用の実務については、タイ行政サービス株式会社（Thai Administration Services Co., Ltd.）が業務委託を受けて実施している。なお、GPF 法は、加入者の年金原資を確実に確保するため、GPF の 60%以上を国債など健全な投資先（sound investment）で運用するように求めている。

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

① 法的根拠

被用者社会保障制度は、社会保障法（1990 年）を根拠法としている。なお、その後 1994 年及び 1999 年に法改正が行われている。

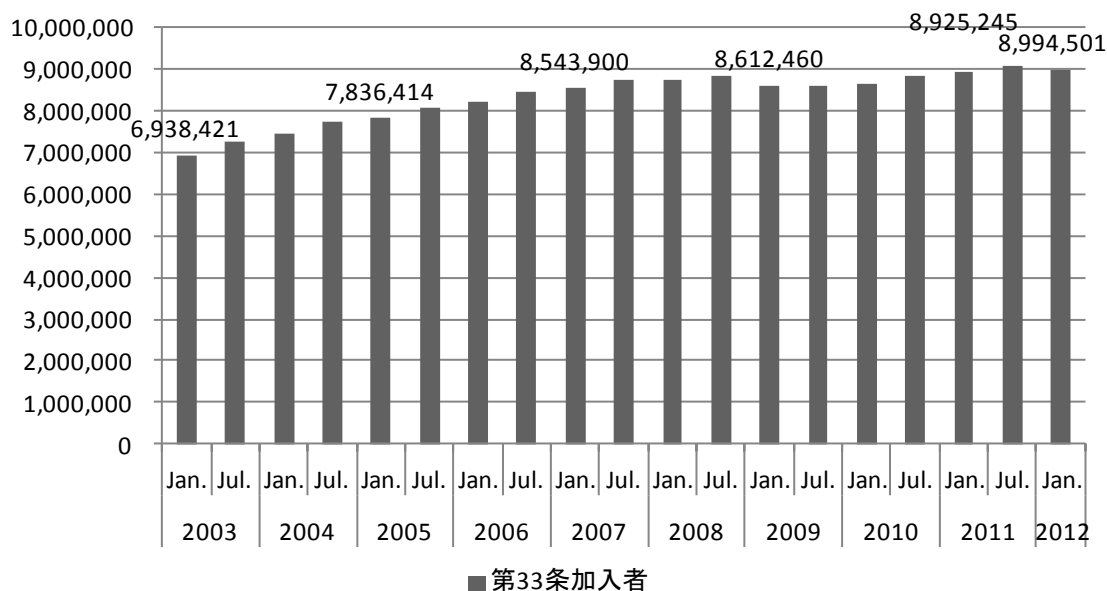
② 加入対象者

原則として被用者社会保障制度は、社会保障法第 33 条加入者といわれるフォーマルセクターの労働者（従業員 1 名以上の事業所の被用者）を対象とする強制加入制度であるが、これ以外にも、第 33 条加入者が退職後や失業時に任意で加入する第 39 条加入者、及びインフォーマルセクターに属する者で任意に加入する第 40 条加入者が

²⁴1996 年の改正では、旧制度（確定給付型）の年金計算方式が、退職時の給与を基本とする方式から、退職の直前の一定期間の平均給与を基本とする方式に変更されたことによって、確定給付額が減少することになった。ただし減少分に対しては制度改正後補償として 2%分の保険料が政府側から追加拠出される措置が取られた。

存在する。2011年1月現在の33条加入者は約899万人である（なお、39条、40条加入者については後述する）。

図表VI-19 被用者社会保障制度の33条加入者数（強制加入者）



出所：SSO 資料

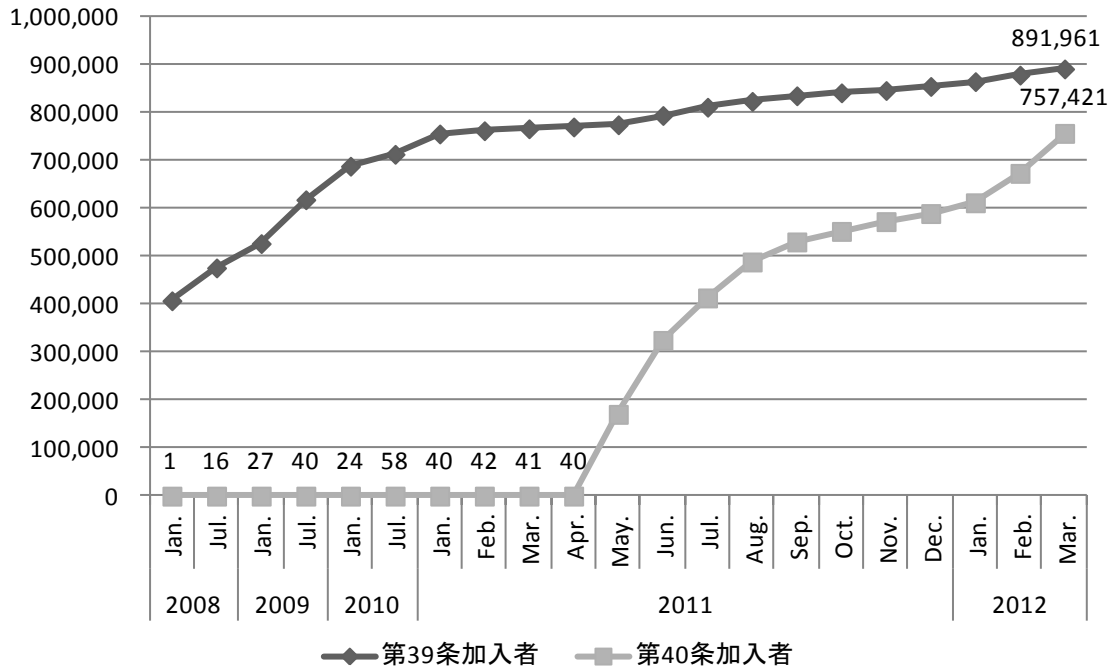
タイ国家統計局によると、タイの全労働者 3,780 万人のうち、正式な雇用契約を持たないか、労働法に定められる雇用者が存在しない労働者、つまりインフォーマルセクター労働者は 2,410 万人程度と推計されている（労働者人口の 63.7%）。インフォーマルセクター労働者を被用者社会保障制度の任意加入者とする措置は、社会保障法第 40 条に定められており、従前より任意加入者として被保険者となることが可能であったが、実際には、ごく少数の加入者が申請をしているだけであり、2011 年 4 月の被保険者は、全国で 40 人であった。従来の任意加入制度は、加入条件が強制加入者よりも不利に設定されていたことから、加入者の増加につながらなかったといわれている。

そこで政府は、インフォーマルセクターへのカバレッジを拡大するため、各地域レベルに、移動オフィスを派遣し、TAO や村のリーダーなどの地域ネットワークに対して参加を働きかける全国的なキャンペーンを実施した。

2011 年年頭に、当時のアピシット首相が「新福祉政策」の中でインフォーマルセクターの取り込みを発表した当初は、約 240 万人のインフォーマルセクター労働者が本制度への加入を検討すると予測していた。実際には、2012 年段階で 40 条加入者は約 76 万人にとどまっているが、40 人程度から加入者が大幅に増加したこともあり SSO の取り組みは一定の成果を見たといえる²⁵。

²⁵ ASSA News, Vol.24

図表VI-20 第 39 条及び第 40 条加入者の推移



出所：SSS ホームページ

③ 強制加入者（33 条加入者）の保険料率と給付内容

現在は、最大で 7 つの給付が設定されている。給付は、老齢給付、失業給付、児童手当、死亡給付、疾病給付、障害給付、出産給付である。加入者の種類によって給付されるプログラムが異なる。

【老齢給付】確定給付型の年金制度である。保険料拠出を 180 ヶ月以上（連続的な 180 ヶ月でなくても可）拠出した被保険者が 55 歳に達し、被保険者としての地位が終了した場合に受給できる。給付は、直前の 60 ヶ月の標準報酬の 15% が年金給付として支払われる。180 ヶ月を超える分の保険料拠出に対しては、拠出期間が 1 年増える毎に、15% に 1% ポイントを追加した比率を乗じた額が支払われる。

【児童手当】33 条及び 39 条加入者が本給付の受給権を得る日から遡って過去 36 ヶ月の間に 12 ヶ月以上にわたって保険料を拠出している場合に受給することができる。児童手当は児童 1 人につき月額 350THB を給付する。支払は、銀行の預金口座に振り込まれる。児童手当は、6 歳未満の児童かつ、対象は一世帯あたり 2 名を越えない範囲で給付される。

【死亡給付】被保険者が死亡した場合は、その葬祭費用として 30,000THB が支払われる。

【障害給付】医療委員会が被保険者を障害者として認定する日から遡って過去 15 ヶ月の間に 3 ヶ月以上の拠出を行った者が対象となる。給付は、月額報酬の 50% 及び補装具等にかかる費用が支弁される。

【出産給付】出産の前 7 ヶ月にわたって保険料拠出を行っている場合に受給権を得

る。7ヶ月を下回る場合の受給権はない。

なお、疾病給付については、医療保障の項を参照、失業給付については、VII-37ページ参照のこと。

図表VI-21 受給者数の推移

	疾病給付	障害給付	死亡給付	出産給付	老齢給付	児童手当	失業
2001	16,067,396	435	13,637	184,281	16,963	663,621	Not cover
2002	18,247,247	614	15,209	194,641	22,063	688,466	Not cover
2003	21,331,082	504	18,362	226,841	41,662	812,924	Not cover
2004	22,793,859	708	17,433	254,848	46,782	692,109	15,722
2005	22,164,334	760	17,441	251,960	60,874	773,280	28,021
2006	23,694,845	706	17,662	102,792	65,696	1,095,707	39,902
2007	26,935,417	683	17,691	282,199	76,248	1,169,778	56,581
2008	28,467,919	828	18,567	295,455	89,519	1,212,359	71,951
2009	28,984,350	795	18,343	291,966	98,035	1,254,102	139,165
2010	29,802,623	917	19,357	282,277	114,268	1,255,645	89,965
2011	30,981,222	881	20,197	291,376	153,217	1,256,114	98,142

出所：SSS ホームページ

④ 任意加入者制度の保険料率と給付内容

加入対象者は15歳以上60歳未満となっており、以下の図表のとおり、保険料によって「選択肢1 (Option1)」「選択肢2 (Option2)」の2種類の給付パッケージが提示されている。保険料が月額100THBのパッケージ(選択肢1)には老齢一時金の給付が含まれず、疾病給付、障害給付、死亡給付に限定した給付となる。保険料が150THBの給付パッケージ(選択肢2)を選択した場合は、老齢一時金が給付される。なお、選択肢2を選択した場合は、被保険者が支払う保険料を最高1,000THBまで自由に設定できる。

2011年に加入を募集した段階においては、加入者の99.35%が選択肢2の給付パッケージを選択した²⁶。

図表VI-22 インフォーマル向け給付の内容

		疾病給付	障害給付	死亡給付	老齢一時金
選択肢1 100THB	被保険者：70THB 政府：30THB	○	○	○	×
選択肢2 150THB	被保険者：100THB 政府：50THB	○	○	○	○

※1パーツ (THB)= =2.631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 資料

【疾病給付】傷病の4ヶ月前において3ヶ月以上の保険料拠出がある者で、2日を越えて入院する被保険者に対して一日あたり200THBを20日を超えない範囲で給付する。ただし、本制度では、フォーマルセクターで行われるような、医療機関におい

る現物給付の医療サービスの提供は行われたい。ただし、インフォーマルセクターは UC 制度を活用することができる。

【障害給付】一定期間の保険料拠出により、障害を受けた場合に、保険料拠出の期間に応じて月額 500THB から 1,000THB の給付を最大 15 年間受給することができる。

【死亡給付】被保険者の死亡前 12 ヶ月において 6 ヶ月以上保険料拠出がある者に対して死亡時の葬祭費用として 20,000THB が給付される。

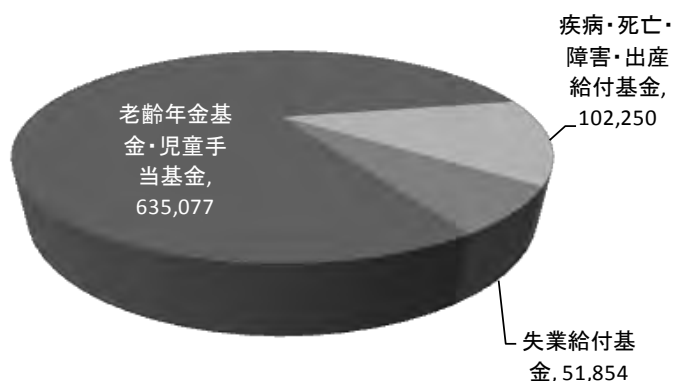
【老齢一時金】老齢給付は年金としてではなく、一時金として支払われる。引き出しは 60 歳時点での引き出しとなる。積み立て方式を採用しているため、それぞれの積み立て額に応じて引き出すことが可能になる。

⑤ 被用者社会保障基金（SSF : Social Security Fund）の運営

SSS の基金は、給付の種類に応じて 3 つの基金に分類される。最も金額の大きい基金は、老齢年金基金及び児童手当基金の 2 つの給付を取り扱う基金であり、2010 年現在、635077 百万 THB で、被用者社会保障基金全体の 79.39% を占めている。ついで疾病給付、死亡給付、障害給付、出産給付を扱う基金が、102,250 百万 THB で 13.75%、3 番目の基金は失業給付基金であり、51,854 百万 THB で 6.86% を占めている。

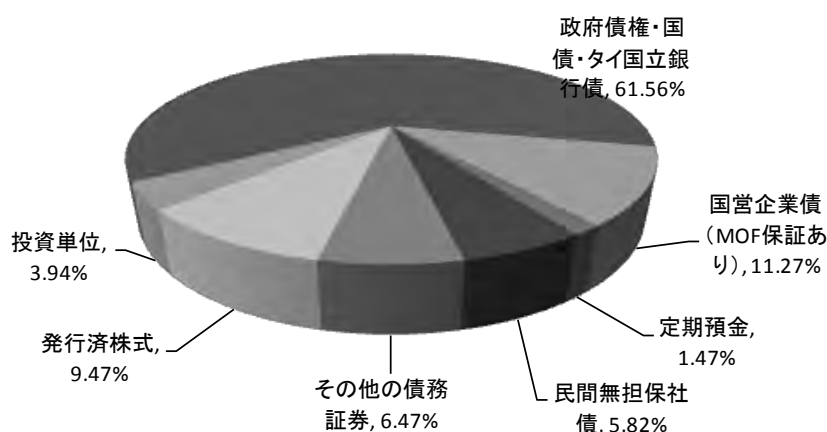
これらの基金は、80% が安全性の高い投資先で運用され、残りの 20% がリスクの高い投資先にて運用されている。基金の約 6 割は、政府債権、国債、タイ国立銀行債に投資されている。

図



※1 パーツ (THB) = 2.631 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 : SSO Annual Report 2010

図表VI-24 被用者社会保障基金の投資ポートフォリオ（2010）



出所：SSO Annual Report 2010

図表VI-25 労働者社会保障基金の歳入と歳出

(単位：パーツ)	2009	2010
保険料 (Contribution)	92,927,221,434.72	115,628,389,608.64
保険料遅延金 (Fine for late contribution)	272,712,241.88	328,740,386.58
受取利息 (Interest Revenue)	23,692,892,455.75	25,743,465,232.30
配当	2,101,345,596.11	3,281,786,953.13
証券取引利得	868,652,095.36	4,746,334,284.23
投資における未実現損益	1,111,563,590.23	247,277,897.63
その他歳入	610,445,136.80	106,185,444.11
歳入合計	121,584,832,550.85	150,082,179,806.62
給付支出	43,901,677,787.26	43,546,297,754.14
管理運営費	3,058,782,702.00	3,720,024,256.00
不良債権	2,597,259.91	3,924,245.38
貸倒準備金	1,358,357,544.60	54,055,352.20
給与 Wage for Local Fund Manager	14,688,817.58	1,452,292.37
投資における未実現損益	0.00	
その他支出	14,089.22	69,352.75
歳出合計	48,336,118,200.63	47,325,823,252.84
引当金調整前余剰金	73,248,714,350.22	102,756,356,553.78
老齢給付引当金	60,645,764,377.70	77,884,998,677.96
純余剰金	12,602,949,972.52	24,871,357,875.82

※1 パーツ (THB) = 2.631 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：Social Security Office Annual Report 2553 (2010)

(4) 国民貯蓄基金 (NSF : National Savings Fund)

① 法的根拠

国民貯蓄基金は、2011 年の国民貯蓄基金法 (National Savings Fund Act) を根拠法として創設された貯蓄制度である。制度設計の初期段階においては、国民年金基金 (National Pension Fund) として検討されていたが、最終的に名称変更された。既存の老齢所得保障制度のいずれによってもカバーされない主にインフォーマルセクターに対して、基本的な水準での老齢所得保障を提供することを意図して創設された。

法に基づき、2012年5月8日より登録業務を開始することとなっている²⁷。

② 制度の概要

本制度は、当初、雇用者と被用者による保険料折半による二者拠出（給与の3%ずつを保険料と定める）の社会保険方式により、他の年金・老齢貯蓄制度等にカバーされない約1,300万人を対象と想定していた。しかし、最終的には有識者等からの提案を踏まえ、貯蓄型の制度設計となっている。

③ 制度設計時の試算

MOFは制度設計段階において、月額100THBの拠出金を15歳から60歳まで積み立てた場合の年金額を月額1,316THBと試算している。また、インフォーマルセクターの労働者の約2割が制度に参加したと想定した場合、初年度において最低でも14,911百万THBの積立額となることが想定されている。MOFはこうした巨額の積立金により、資本市場に安定がもたらされるとの認識もある。

④ 給付内容

国民貯蓄基金は、長期間にわたる任意の確定拠出型の貯蓄年金制度であり、加入者は個人勘定を保有することを前提としている。加入者は60歳の段階で、個人勘定における積立額、政府側拠出の積立額、積立期間中の運用益の合計を引き出すことができる。

⑤ 加入対象者と拠出

既存の老齢年金プログラムにカバーされない15歳以上60歳未満のすべての人が対象となる。加入者（member）は、一回の預け入れにつき最低50THBとされており、年間では最高13,200THB（月額換算で1,100THB）の拠出金を任意のタイミングで拠出することができる。

政府は、加入者の年齢毎に定められた加入者の拠出額に対する一定比率の金額を拠出する。15-29歳においては、加入者拠出の50%かつ年間600THBを超えない範囲、30-49歳では加入者拠出の80%かつ年間960THBを超えない範囲、50-59歳では、加入者拠出の100%かつ年間1,200THBを超えない範囲で拠出を行う。

⑥ 基金及び実施運営機関

MOF管轄の国民貯蓄基金事務局（NSFO：National Savings Fund Office）が運営を行なうが、実際の基金運用は、タイの5大銀行及び政府貯蓄銀行（GSB：Government Saving Bank）、農業・農村組合銀行（BAAC：Bank of Agriculture and Agricultural Cooperation）も参画し、運用は、一定期間を区切って最低利率を保障するものとする。

²⁷ なお、以下の制度概要については、2012年3月段階（制度開始前）のMOF提供資料に基づいて記述している。

(5) 退職金積立基金：(TPF：Thai Provident Fund)

① 制度の概要

TPF は、民間企業の被用者の退職一時金の積立制度である。ただし、退職時は、一般的な離職などによる退職も想定されており、給付の目的は老齢給付に限定されていない。定年前であっても引き出しが可能であることから、失業給付を補完する機能があると考えられることも可能である。

② 法的根拠

③ 積立基金法（Provident Fund Act, 1987）給付内容

TPF は、SEC の監督のもと、各企業が、雇用者と被用者間での合意に基づいて、それぞれ独自に給付内容を決定し、外部の運営機関が運用する。

④ 加入対象者と拠出金

保険料は、それぞれの事業所によって異なる。通常、加入を希望する場合は、それぞれの所属先企業に対して、被用者及び雇用者の積立拠出金の料率（給与に対する2%～15%の間の一定割合）及び資格停止時の払戻し等に関する条件、さらに NAV(後述) や給付の計算方法などについて確認を行い、申請書を提出する。

⑤ 基金及び実施運営機関²⁸

TPF は、公的な性格をもつ制度であるが、主体は、各企業であるため、その制度運用にあたっては、外部の投資機関や証券保管機関などが、それぞれの役割において実施主体の事業所を支援している。TPF の管理については、実施企業及び SEC の他に以下の4つの団体に関わる。

図表VI-26 TPF の関連機関

機関種別	役割
投資機関 (Management Company)	投資機関は、民間基金管理（Private Fund Management Licence）の免許をもつ機関であり、基金資産の投資を実際に行う。また SEC とのコミュニケーションも実際に担う。市中銀行など 16 機関が登録されている。
証券保管機関 (Custodian)	証券保管機関は基金資産の安全確保を行う機関である。また配当が行われた場合の引き出しや議決権の行使などを代行する。証券保管機関は SEC の認証を受けた機関である必要がある。現在、SEC が認証している証券保管機関は 13 機関が公式に登録されている。
NAV 認証機関 (NAV Verifier)	NAV 認証機関は、投資機関が計算した純資産価値を認証する役割を有する。積立基金にとっては、給付の計算等を行う上で、重要な役割を担っており、担当機関は SEC の認証を必要とする。現在、SEC が認証している NAV 認証機関は 13 機関が登録されている。
監査人 (Auditor)	監査人は、基金の運用に関する監査を行う。insured が 100 人以下、または基金資産が 1 億バーツ以下の基金は、CPA (Certified Public Accountant) に監査を依頼する必要がある。それ以外の基金については、SEC の認証を受けた監査法人が対応する。現在、SEC によって認証されている監査人は 27 法人である。

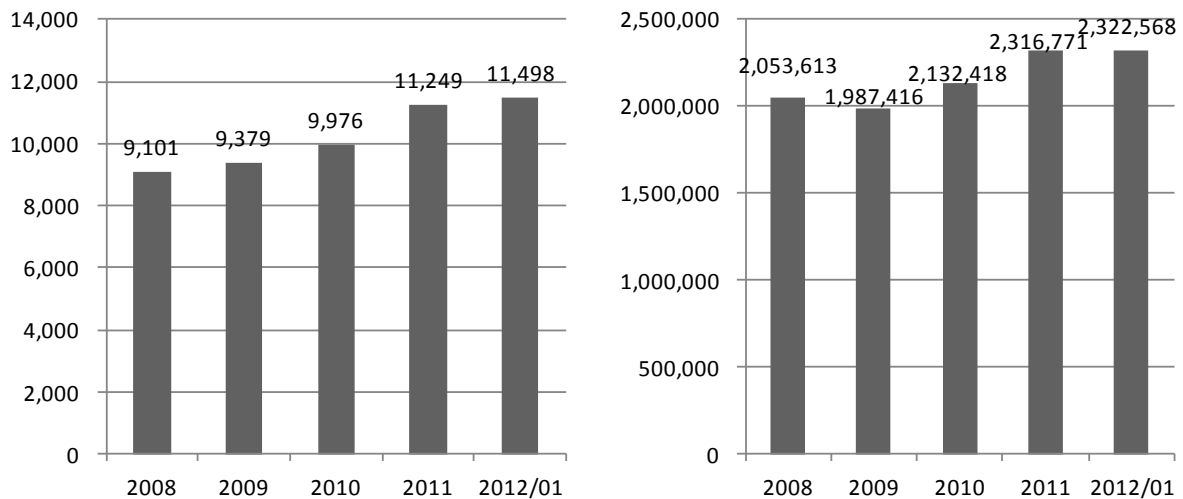
出所：TPF ホームページ

²⁸ SEC によって認証されている機関の数は、いずれも 2010 年現在の情報に基づく。

⑥ 加入者数の状況

加入雇用者（事業者）数は、2012年1月現在、11,498事業所となっており、加入者数は2,322,568人である。

図表VI-27 加入雇用者数（事業者数）及び加入被用者数

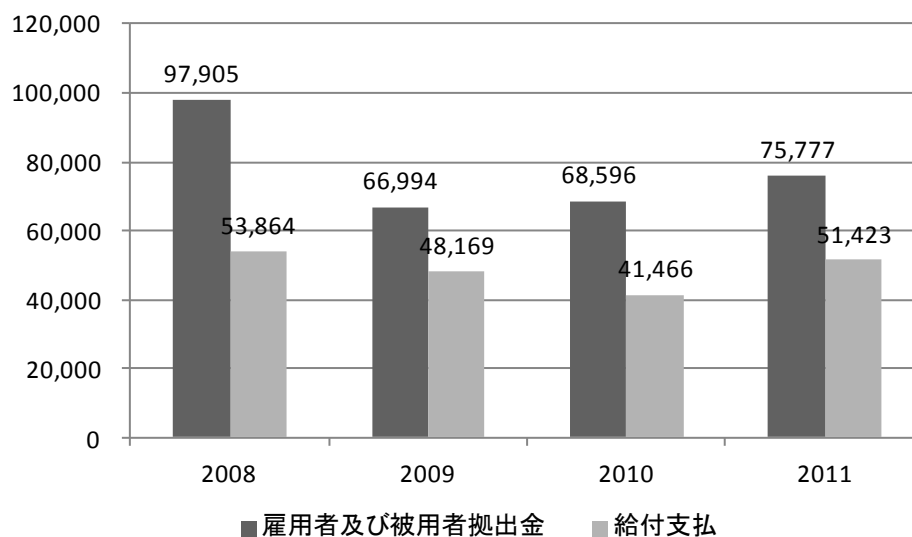


出所：TPF ホームページ

⑦ 拠出金・給付実績

2011年現在、雇用者及び被用者による拠出金額は、約75,777百万THBであり、給付支払額は、51,423百万THBとなっている。2009年度は、リーマンショックの影響もあり、拠出金の総額が大幅に減少したが、その後、給与水準の回復に伴い、徐々に増加している。

図表VI-28 TPFの拠出金及び給付支払の推移（単位：百万THB）



※1 パーツ（THB）= 2.631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）

(6) 退職共済基金（RMF：Retirement Mutual Fund）

RMF はいわゆる年金保険の三階部分と位置づけられる制度であり、主に民間企業で GPF や TPF など既存の年金制度に加入していない事業所の被用者や、これらの制度に加入していても、さらに退職時の積立を強化したいと考える被用者が対象となる。所管は、TPF と同様に SEC である。

最低積立額は、年間所得の 3% または 5,000THB のいずれか低い額となる。また、拠出は最大で 15% または 500,000THB のいずれか低い額に設定される。拠出は年に 1 回が原則であるが、1 年間の猶予期間も設けられている。

加入者自身への給付の払戻しは非課税。また、資本利得を含む給付支払に対しては、本人に対する給付である限りにおいて非課税となる。ただし、5 年以上の拠出を行った場合は 55 歳を超えた段階で引き出し可能である。積立期間が 5 年未満の場合の引き出しについては、いかなる税控除も受けられない仕組みとなっている。

(7) 失業保険²⁹

失業保険給付は、制度発足時には給付パッケージに含まれていなかったが、2004 年 1 月から保険料徴収が開始され、被用者社会保障制度における 7 番目の給付として位置づけられた。被用者社会保障制度に加入する強制加入者（33 条加入者）は自動的に失業保険給付を受けることになる。なお、失業保険給付のみに加入することはできないため、加入対象者は 33 条加入者の定義と同様である。

① 法的根拠

社会保障法（1990 年）を根拠法とする。（失業給付は、SSS の給付パッケージの一部として捉えられる）

② 保険料率

雇用者及び被用者からそれぞれ給与の 0.5% ずつが拠出され、これに政府側拠出として 0.25% が追加拠出される。

③ 給付条件

失業の直前 15 ヶ月の間に最低 6 ヶ月以上の保険料納付が行われていることが給付の前提条件である。また、この条件に加え、雇用関係が終了していること、法に抵触する事件や事象による失業でないことなど、雇用者に対する被害等を与えていないことなど、複数の条件が課されている。また、申請者は稼働能力を有し、雇用機会があれば働く意思があること、政府側から提供される職業訓練や能力開発のプログラムへの参加が拒否できないことなどが条件として付される。

²⁹ 本来は、年金及びその他の所得保障制度の給付プログラムのひとつであるが、本報告書では、別項目として整理する。

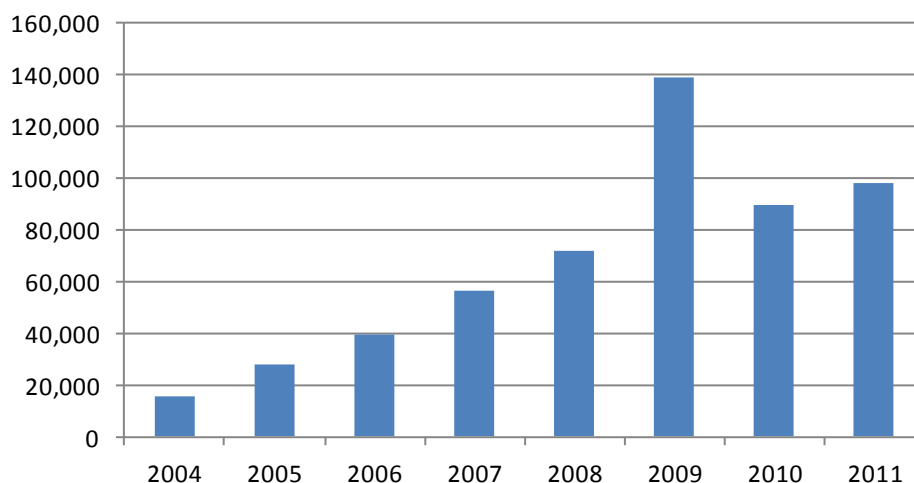
給付は1年間に180日以内とし、従前所得の50%を受け取ることができるが、自己都合退職の場合は、従前所得の30%と定められている。

なお、2008年のリーマンショックの影響を受け、2009年においては、給付期間を最大180日から240日に延長する一時的な措置が取られた。

④ 加入者数の状況

失業保険給付の受給者は、経済状況の変化に大きな影響を受ける。制度開始の2004年以降、制度の認知度も向上し、徐々に受給者数が増大していたが、2008年から2009年にかけての経済危機により、2009年の受給者数は、政府の緊急措置の影響もあり、前年のほぼ倍の約14万人が受給することとなった。

図表VI-29 失業保険給付の受給者数



出所：SSS ホームページ

失業保険受給

タイの失業者は、季節変動が大きく、農繁期と農閑期で増減を繰り返す構造がある。農閑期には、都市部に移動し、サービス産業等で労働するケースが多く、農繁期になると、帰農して農業に従事するためである。近年は、恒常的にサービス産業で勤務する労働者が徐々に増加しているため、季節間の変動は縮小傾向になるが、依然として「失業」をどのように捉えるかという定義の問題も含め、特殊な状況を示している。

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 世帯基礎最低需要データベース（BMN :Basic Household Minimum Needs）の概要

世帯基礎最低需要データベース（BMN : Household Basic Minimum Needs）は、低所得者層を把握することを目的として開発された。基本的な考え方は第三次国家経済社会開発計画（1972-1976）において示されており、第四次国家経済社会開発計画（1977-1981）から、パイロット事業を含め、実際に導入された。データの収集は、地方自治体や住民の協力によって行われており、全体の管轄は、内務省によって行われている。

主に、世帯単位で、地域住民の生活状況を評価した調査結果をまとめたものである。分野別に評価指標が設定されており、医療関係（13 指標）、住宅関係（8 指標）、基礎教育及びリテラシー（7 指標）、経済状況（3 指標）、価値（6 指標）、住民参加（5 指標）に関する 6 分野（42 指標）が設定されている（2011 年現在）。

BMN は地域住民が自らの地域の状況を客観的に把握し、開発の進捗を確認する目的で作られた。また、データ収集の過程を通じて、地域問題の理解を深め、自律的に問題解決を図るための動機付けを目的としている。こうしたデータは、地域でプロジェクトを立ち上げる際の基礎的なデータベースとして活用されることが想定されている。

② 課題

BMN は、世帯単位の所得などを正確に把握することを目的としていないことや、どちらかといえば地域全体としての生活水準を測定することを目的としていること、また、定期的な更新が十分に行われていないなどの理由から、個人に対する社会福祉サービスや社会扶助の給付における基本台帳としての役割は果たしておらず、また社会開発人間の安全保障省で実施される様々な給付とも関連付けられていないという意味で、必ずしも有効に機能しているとはいえない。

今後、経済の拡大及び社会保障制度全体の拡張によって、より効率的で効果的な給付を設計することが政府の重要な課題となることが見込まれることから、低所得者を適切に把握し、重複給付を回避するためのデータベースの必要性は、政府関係者からも認識されている³⁰。

(2) 社会扶助制度

税を財源として、一定の所得以下の世帯に対して現金または現物給付を行う公的扶助制度は、複数用意されているが、現金給付による公的扶助は、高齢者や障害者など特定の要件を満たすグループに対する給付に限定されている。低所得であるというこ

³⁰ 社会開発人間の安全保障省へのヒアリングによる。

とを資産調査で明らかにした上で、所得の不足に対して最低所得を補足的に給付する一般的な公的扶助制度は、現段階では研究段階である。

① 制度の対象者

障害者、HIV 感染者（月額 500THB）、高齢者（60-69 歳以上：600THB、70-79 歳：700THB、80-89 歳：800THB、90 歳以上は 1,000THB）を対象としている。この他、虐待されている高齢者（年間 3,000THB、1 回のみ）には支給されている。障害者への住宅改修 2,000THB、高齢者の住宅改修は 10,000THB の支給がある。なお、高齢者の給付は低所得者に対して給付されるものではなく、所得に関わらず、高齢者全員に給付される。ただし、公務員の退職者に受給資格はない。

② 老齢年金制度との整合性

今後数年の間に、SSS の拠出者で一定期間を経過したことにより老齢年金の受給権を得る最初の高齢者が登場するが、これらの受給者は 2 つ受給方法を選択することができる。1 つは、老齢給付一時金を受け取った上で、高齢者を対象とした社会扶助給付を受け取る方法、もう 1 つは、毎月の老齢給付を受取り、月額の社会扶助給付は受給しないという方法である。

これらの提案は SSO から MSDHS に対して行われ、すでに交渉段階に入っている。受給者の多くは、一時金を選択する可能性が高いと考えられている。この手法は、支払側の支出額を確定するという意味で SSO 側にはメリットがあるものの、給付開始直後に多額の資金を必要とするという問題がある。後者の手法は、社会扶助給付の支給が不要なものの、年金給付の総額が予測できないと言うデメリットがある。

③ 給付実績

対象となる人口は高齢者全体の約 95%であり、約 687 万人になると推定されている。このうち実際に TAO に登録された高齢者は約 565 万人で、これは対象人口の 82.2%に相当する。支出額は約 339 億 THB(2010 年度実績)であり、GDP の約 0.37%に相当する。

④ 実施機関・ソーシャルワーカー

公的扶助制度を運営する機関は、各県に設置されている社会開発人間の安全保障局であり、それぞれには、専門教育を受けたソーシャルワーカーが配置されているものの、各県に数名程度であり、実際のタンボンレベルなどには専門職の配置はほとんどない状況である。

⑤ 課題

タイはすでに、中所得国に移行しつつあり、最低所得保障制度を構築するに十分な財源を有すると考えられるものの、その対象はあくまで障害児・者、孤児等の低所得の要援護者となっており、いわゆる所得調査等を行って最低所得保障を行う公的扶助制度は未整備の状況である。

また、各種の社会扶助制度は重複が多く、受給者において重複受給や不正受給があっても、これを行政側が把握する方法がないなど、コンプライアンス上の課題が多い点も特徴である。低所得者を把握するためのリストやデータベースが整備されていないことも問題となっている。

7. 地域を基盤とした貧困削減・社会福祉システム

(1) SML プロジェクト (Small, Medium, and Large Village Project)

2000 年代前半の好調な経済状況によって得られた余剰税収を農村開発に活用する取り組みとして、2005 年、当時のタクシン首相は、地域における自律的な貧困削減の取り組みとして SML (Small, Medium, and Large Community) プロジェクトを開始した。

SML では、地域における課題を住民自らが議論し、その解決策を検討し、実行することが基本的な枠組みである。本プロジェクトの最大の特徴は、提供された資金が TAO などの地方組織に送金されず直接住民に対して提供され、住民自らが決裁を行うことができる点である。

政府は 100 人～500 人の村に対して、200,000THB、500 人～1,000 人規模の村には 250,000THB、1,000 人～1,500 人の大規模なコミュニティには 300,000THB、1,500 人以上の地域には、350,000THB の資金援助を行い、その問題解決策を支援した。全体として 2005 年には、20 億 THB の資金が地域に提供された、その後、プロジェクトは規模を拡大し、2009 年度には、180 億 THB の予算が配分され、事業は 2010 年 10 月末まで延長されたが、再度延長されており、2012 年現在も実施中である。なお、本プロジェクトの運営に、国際機関の支援は行われていない。

(2) タンボン健康保険基金 (THIF : Tambon Health Insurance Fund)

30 パーツ医療保障制度が導入される直前の 2001 年、タイ政府は、タバコ税及び酒税に追加的に課税された 2%分を目的税とし、新たに設立したタイ健康増進基金 (Thai Health Promotion Fund) の財源とした。健康増進は、治療にかかる医療費抑制の基本となるという考え方にに基づき、喫煙者の減少などを目指した社会的なキャンペーンを展開した。こうした健康増進の取り組みは、その後、NHSO にも引き継がれ、こうした取り組みをより住民に近い場所で展開することを目的に、タンボン健康保険基金 (THIF : Tambon Health Insurance Fund) が創設された。

THIF は地域レベルでの健康増進・疾病予防の活動が、最終的に将来の医療費を抑制するとの考え方にに基づき、地域住民を主体とした取り組みに対して資金提供する枠組みである。NHSO は、形式的には TAO に資金提供を行うが、その決裁権限は、住民代表や地域の保健医療職、自治体関係者で構成される地域委員会にあるため、住民が主体的にその用途を決定できる仕組みとなっている。なお NHSO は THIF に対して 37.5THB (1 人あたり) の予算を供出し、TAO はマッチング基金として、各 TAO の財政的なキャパシティに応じて、予算の 10%、20%、または 50%を拠出することとされている。

一般的に、地域での活動は、戦略ルートマップ (SRM : Strategic Route Map) と呼ばれるプロセス管理の手法を活用して、地域の関係者で策定される。SRM は

NHSO からの予算配分を申請する際に提出を義務付けられていることから、各地域で計画策定の手法として採用されている。各地域でSRMを作成を支援する目的で「デング熱」、「環境の持続可能性と化学物質の使用」、「家族の機能強化」、「新型インフルエンザのサーベイランス」といったテーマのガイドラインが用意されている。

ムアンマイ (Muang Mai) では、2008 年以來、「障害者のリハビリテーション」、35 歳以上の女性を対象とした「乳がん自己検査法」といった取り組みが推進されている。

2006 年度において新規に THIF を設置した TAO は、869 団体であったが、2008 年度には 2,677 団体、2009 年度には 3,933 団体となり、合計 7,851 団体が THIF を有している³¹。

³¹ WHO (2010)Funding health promotion and prevention –the Thai experience

8. 高齢者ケア・高齢者福祉

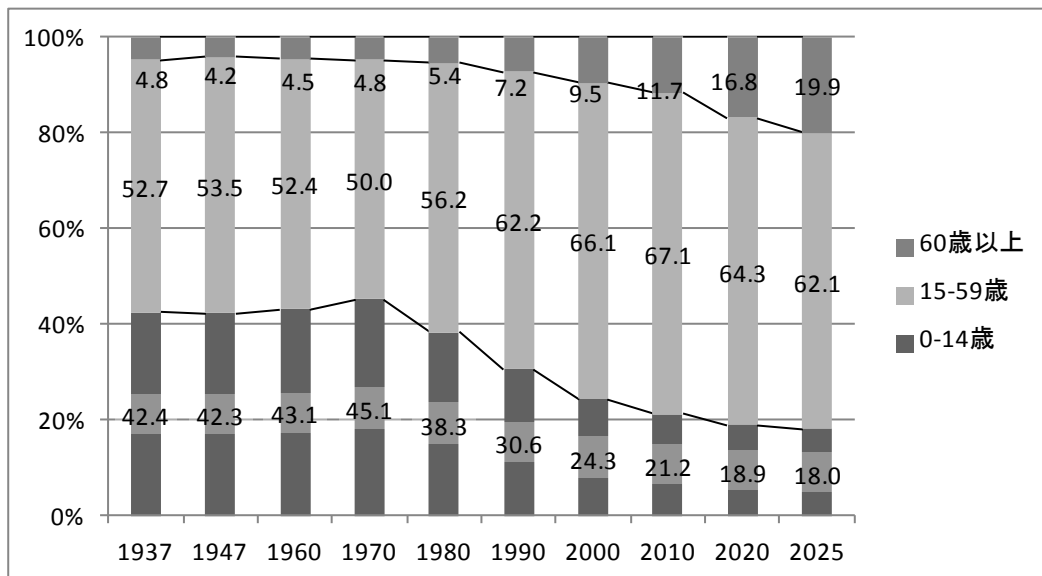
(1) 高齢者政策に関する計画・体制

高齢者政策については、首相が議長を務める高齢者委員会（National Commission on the Elderly）が 1982 年に創設され、現在は、社会開発人間の安全保障省 OPP（Office of Welfare Promotion, Protection and Empowerment of Vulnerable Groups）下の高齢者エンパワーメント局（Bureau of Empowerment for older persons）が事務局を担当している。

タイ政府の高齢者政策は、2002 年に策定された「第二次国家高齢者計画（2002-2012）」に基づいて策定されている。第二次国家高齢者計画は 1982 年から 2001 年までを対象とした第一次国家高齢者計画を引き継ぐ形で、また、2002 年のマドリッド宣言に呼応する形で策定された。同計画では、5つの戦略（1）質の高い老後についての備え、（2）健康増進、（3）社会保障制度の充実、（4）関連システム、人材の整備、（5）政策の検証、施策の実施を掲げている。

ただし、個別具体的な施策について、単一の省庁が高齢者問題に取り組んでいるわけではなく、様々な省庁及び部局が、それぞれの視点から取り組みを推進しており、それらの取り組みは実験的な要素もあることから、相互に重複している場合も少なくない。施設整備については、MSDHS だけでなく、MOPH でも複数の部門において活発な実験的な取り組みが推進されている。

図表VI-30 タイにおける高齢化の動向



出所：1990年までのデータは Population and Housing Census, National Statistics Office による。2000年以降のデータは NESDB の Population Projection Thailand 2000-2025 による推計値

(2) 高齢者施設・高齢者サービスの状況

高齢者施設の展開は、その対象者に基づき 2 つの潮流をみることができる。第一に、公的機関として、低所得で身寄りのない高齢者に対して、保護的措置をとるものとしての高齢者施設（日本における養護老人ホームの位置づけ）と、第二に、民間事業者を中心に提供される、富裕層向けの高齢者専用の住居サービスの提供である。

公的機関が提供する保護的な施設の入所定員は非常に限られているため、一般的に行政が入所者を行政措置として決定している。量的な制約のため、ある一定期間滞在すると、転床を余儀なくされることが多く、入所者は、身寄りがない場合が多いため、教会、寺などで受け入れる場合もあるといわれる。

(3) 高齢者に対する所得保障

年金制度が用意されており、公務員は GPF、民間企業の被用者は、SSS の老齢給付や TPF の積立を引き出すことになる。詳細については、「5.年金及びその他の所得保障」の項を参照されたい。

現段階ですでに高齢者となっている者に対しては、社会扶助として月額で 600THB ~1,000THB の現金給付制度がある。詳細については、「6. 社会福祉制度及び地域を基盤とした扶助システム」を参照されたい。

(4) 高齢者施設の種類

現在、タイには、様々な高齢者向けの施設が開発されているが、いずれも量的には限定的であり、とくに公的機関の施設は今後の高齢化を見据えた実験的な要素が強い。

支援住宅（Assisted Living）は、高齢者向けの集合住宅を意味しており、全国に 6 箇所設置されている。全て民間施設となっている。ソーシャルワーカーが常勤しているのが特徴である。高齢者向けの民間施設であり、対象者には富裕層が想定されている。

療養病院（Long-Stay Hospital）はほとんど民間病院で、公立施設は 1-2 箇所のみ限定されている。非常に高価な施設であり慢性病ケアを中心に行う。慢性病の治療施設の規定に従って運営している。病院は場所と医療サービスを提供している。病院によってコストは異なるが、民間で 2-3 万 THB/月の使用料が必要となるため、富裕層が対象である。

ナーシングホーム（Nursing Home）は、より治療行為に集中した施設となり、療養病院（Long-stay Hospital）に併設されているものなどが見られる。癌のターミナルケアなども対応している。公立は 3 機関（チェンマイ、チョンブリ、サムットプラカーン（チュラロンコン大併設、半官半民経営））がある。公立の方が利用料は安いですが、病院は UC 制度等の利用もあり、無料で提供されるのに対して、これらの施設はいずれも制度外に位置づけられるため、ナーシングホームに移った場合、全て自己負担と

なる³²。

ホスピスケアは、癌のホスピス、寺に併設、東北部の寺の癌施設がある。ホスピスは高齢者に限定した施設ではなく、一般の終末期ケアを必要とする患者も対象としている。

(5) 新たな施設形態の開発

① 統合ケア施設 (Unitary Care Home)

MOPH の老年医学研究所 (Institute of Geriatric Medicine) では、前述の既存高齢者施設に加え、現在「統合ケア施設 (unitary care homes) の開発も計画している。在宅ケアと入所施設の複合施設であるが、両者の利用者イメージは、在宅ケアが比較的自立度の高い高齢者であるのに対して、入所施設は身寄りのない要介護状態の高齢者であり、複合型で実施する場合の機能面での効率性や有効性については、今後の議論を待つ必要がある。

② 高齢者健康増進センター (Elderly Health Promoting Center)

MOPH 高齢者保健グループでは、ナコンラチャシマにパイロットプロジェクトとして高齢者健康増進センターの設置を計画している。建設の目的は、①生活習慣病などのハイリスク高齢者の行動変容を実現するための短期入所施設、②介護士の研修とする予定である。1部屋に3ベッド、14部屋 (合計42ベッド) 4.5m*6.5m の29.25平米で1人あたり9.41平米としている。バスルーム、トイレを各部屋に併設している³³。

施設は、タンボン健康増進病院 (いわゆるコミュニティ病院やヘルスセンターの一次医療ユニットのこと) に併設される予定のため、費用については、NHSO から配分される人頭払い予算の中で対応することが想定されている。今後、高齢者健康増進センターを全国各地に設置していく予定ではあるが、まずは4つの地域に展開していく予定である。

また、長期的にはアセアン周辺国の介護職員の技術トレーニングセンターの機能も視野に入れている。各県にあるナーシングカレッジと提携して、介護者の育成を推進していくことも想定している。これらのアイデアは現在のところ、主に MOPH 内部での議論であり、具体的な協力の議論には進展していない。予算が承認されれば今後はナコンシラマート、アユタヤ、チャイヤプーンへの展開も視野に入れている。

展開の規模は、本プロジェクトの成否や政治的な要因で決まるため、現段階では不明である。

③ タンボン介護プログラム

タンボン介護プログラムは6つ基準をクリアしたタンボンが、介護を推進する自治

³²仮に自己負担ができない患者は、自宅に戻るか、慈善団体などに転院することになる。

³³当初40百万バートの予算要求を行ったが、最終的には半額の20百万バートの予算しか承認されな

体として認証される保健省の実施するプログラムである。最終的には、全てのタンボンが認証されることを目指しているが、現在は1県につき2つのタンボンで実施中である。

6つの基準とは、1)高齢者情報が整備されていること、2)高齢者クラブが設立されていること、3)高齢者ボランティアがいること、4)在宅ヘルスケアプログラムがあること、5)ヘルスセンターにおける口腔ケアプログラムがあること、6)リハビリテーションが行われていることである。

これらすべての基準を満たした場合、証書が授与され、NHSOの予算が支給される。最終的には全てのタンボンがこの基準を満たすことを目標としている。

(6) 介護人材の育成

現在のところ、タイ政府からは、介護人材の育成に関する明確な戦略等の指針は示されていない。将来的に育成した介護職がどのような施設や事業所、機関において就労するのかといったサービス提供側の体制についての詳細も未定のため、戦略的な育成には至っていないものの、介護職育成のためのカリキュラムについては、MOPH、MOL、教育省が作成している。高齢者施策を統括する社会開発人間の安全保障省は独自案を提示していないものの、MOPHと共同で人材育成を推進していく意向である³⁴。また、商務省は民間ベースで日本の民間企業、助産師協議会、TICAと共同で人材育成のプログラムを進めている。

現状では、介護職を育成しても高齢者専用施設等が限られていることなどから、公的機関で雇用することは現実的に難しく、主として富裕層に対してサービスを提供する民間事業所や民間医療機関等に就労するということが想定される。またカリキュラムにそったテキストの作成も進められており、2012年5月頃には指導者テキストが、2012年内には、学生用のテキストも完成する見込みである。テキストはチュラロンコン大学病院、教育省、MOL、医者、看護師などの協力を得ながらMOPHが作成している。

前項で言及したナコンラチャシマの施設では、このテキストに基づいた育成プログラムを実施する予定である。ただし、今後、タンボンがこうした取り組みをどの程度まで実施するかについては、未知数であり、時間を要するものと考えられる³⁵。

(7) 国際協力の状況

国際協力機構（JICA）は2007年から2011年にかけて「タイ国・コミュニティにおける高齢者向け保健医療・福祉サービスの統合型モデル形成プロジェクト」（CTOP）を実施した。

CTOPは地域レベルにおける高齢者ケアのシステム構築を住民の主体的な参加を促

ったため、3階建ての予定を2階建てに変更している。

³⁴ 社会開発人間の安全保障省へのインタビューより

³⁵ MOPH 高齢者保健グループへのインタビューより

しながら、地域の関係機関が共同で計画立案、実行、評価、改善を行っていく取り組みである。タイ国内に4か所のモデル地域を設定し、4年間をかけてモデル事業を実施した。取り組みでは保健医療サービスと、社会福祉サービスをいかにして統合的に提供するかという視点から、取り組みが設計された。

韓国は、NGO「Help Age」の実施する介護人材の育成プロジェクトを通じて、タイ政府に支援を行っている。活動の詳細については不明であるが、「Help Age」の活動はすべてのASEAN加盟国で実施されている。

また、ECは2000年代初頭から、長期にわたりNHSOにコンサルタントを常駐させ、医療財政を中心とした技術協力を行ってきたが、現在はすでに終了している³⁶。

WHOは医療制度に関する費用管理に関する試行的シミュレーションや、制度創設10年が経過したUC制度のレビューなど、主に医療財政や医療の皆保障に関する支援を実施している。

³⁶ NHSO へのインタビューより

9. タイの社会保障における課題と日本の協力

(1) 医療保障制度における課題

① 医療保険 3 制度間の「調和」

2002 年に UC 制度が発足して以来、医療保障における課題の中心は、医療保険 3 制度の統合である。2002 年の国民医療保障法は、最終的に、財源も含めた単一の医療保障制度を構築することを想定しているが、実態として過去 10 年間に進められてきたのは、各制度を並存させながら、同時に診療報酬支払方式や、事務手続き等をどのように整合させていくかという個別のシステムの統合が中心であった。実際には、こうした動向は「統合(Integration)」というよりは、「調和 (Harmonization)」として位置づけられてきた。代表的には、CSMBS と UC 制度の入院部門の支払方式の統合や、入院部門において出来高払いが採用されてきた CSMBS の入院部門に DRG を採用するといった実績がある。また 2012 年 4 月からは救急医療の制度統合が実現した。

② CSMBS と UC の格差

3 制度の財政システム (financing system) が異なること、加入者の年齢構成が異なることなどから 3 制度の効率性や優位性について比較検討が困難といわれている。特に問題視されるのは、外来における支払方式の差異である。UC は人頭払いであり、いわゆる総額予算制 (Global Budget) をとっているため、あらかじめ配分された予算以上に費用を支出することができないという意味で、費用管理が容易とされているが、CSMBS は現在も出来高払いを採用しており、その点で、医師の裁量権が大きく、薬剤の処方などの点において費用管理が困難になるといった点が指摘されている。ジェネリック医薬品の利用率も UC よりも大幅に低い状況にある。

こうした格差に対して、UC は毎年にもわたり人頭払い単価の引き上げを続けてきた。リーマンショックの影響を受けた 2009 年度以降も予算は拡大している点は特記すべき点である³⁷。しかしながら、出来高払いを採用している CSMBS においては、引き続き支出が増大しており、両者の格差は大きく変化せず、全体としての費用管理は不十分な状況である。

③ SSS と UC の格差

SSS は CSMBS に比べ、外来でも人頭払いを採用しているという点において UC と共通性が高く、費用管理面でも UC と親和性が高い。過去 10 年間にわたって、UC が予算を引き上げてきたことで両者の格差は徐々に縮小しているといわれている。しかしながら、格差の縮小によって、改めて問題となっているのは、両者の財源の差異であるといわれている。UC は税方式によっているため加入者の直接的な負担はない。

³⁷ UC 制度の成功により、政治的にも医療費を抑制する議論は有権者に対して困難な状況になっており、医療費だけは、過去 10 年間継続して増大している。

また加入者の多くは低所得者層であり、所得税を納税していない層が多数含まれている。他方、SSSは社会保険方式であり、給与所得からの保険料の徴収に加え、所得税を納付しているという点で、二重に負担をしていることになる。こうした負担の格差は、これまで給付の格差によって相殺されてきたが、両者の給付水準が縮小してくると負担についても平等性を担保する必要性に迫られるというジレンマを抱えている。

(2) 年金及びその他の所得保障制度をめぐる課題

① 省庁間調整機能（Inter-Ministerial Coordination）の欠如

医療保険制度では3制度の調和と統一が課題となっているが、労働者の老後の所得保障についても複数制度が並行しており、この統合が課題になっている。医療保障制度においては、3制度間で「調和委員会（Harmonization Committee）」などが作られ、また共同による研究活動も活発に行われている。一方、老齢年金については、長期間にわたる拠出を前提とした制度であることなどから、一旦制度が開始されると内容を変更することは簡単でない。そのためこうした省庁間の調整機能も必ずしも充分とはいえない状況にある。

NSFなどインフォーマルセクター向けの制度が開発される中、SSSの任意加入者も過去数年で急速にカバレッジを拡大しており、最終的には対象者が重複する中で両制度をどのように調和させていくのか、両者の機能的な違いは何かといった点については議論が必要になるだろう。

② 財政面での必要性和持続可能性

また、こうした制度の乱立の裏には、政府にとっての財政調達の間から見た思惑も透けて見える。NSFの創設について、MOFは、インタビューにおいても、タイにおける金融資産市場の拡大に寄与することを期待していることについて明らかにしており、政府にとっては、その金融資産の活用が大きなインセンティブとなっている。他方で、中長期的には、年金財政の持続可能性や、年金給付の置換率（Replacement rate）が老齢期の生活を維持するのに本当に十分なのかという点について、疑問もあり、将来的には、すでに先進国で見られるように、更なる税負担等が必要になる可能性も否定できないなど、不安要素もある。

(3) 社会福祉制度の課題

タイは、経済発展とともに、数多くの給付制度を創設しているが、社会福祉給付と呼ばれるものの全体像は必ずしも明らかではない。実態として、無拠出給付制度で低所得者に対して現金給付を行う制度は、短期的プログラムや恒常的な制度も含めると多数あり、また実施している給付が重複給付されている事例も少なくない。

すでにUC制度により、社会セクターにおける税投入が今後も増大することが明らかになっているタイにおいては、給付の適正化が重要であり、その意味でも、低所得者のデータ管理や、福祉給付の整理統合を進めることが不可欠である。縦割り行政が

非常に色濃く残るタイにおいて、この問題をどこまで解決できるかは大きな課題である。

また、NSF や SSS の任意加入制度などインフォーマルセクターを対象とした老齢所得保障の枠組みが徐々に整備されつつあるが、これらの制度と MSDHS が提供している税財源の公的扶助制度をどのように整合させていくのかについても、今後の課題である。

(4) 高齢者ケアの課題

高齢化の問題は、タイにおける優先課題の一つである。また、高齢者政策に関する国家計画として「第二次国家高齢者計画（2002-2012）」も用意されているが、いずれの政策提案も試験的な段階を超えていない。高齢化の問題は、本質的に省庁横断的な課題であり、MSDHS による高齢者への所得保障の観点、MOL-SSO による老齢期への所得の備え（年金）、MOPH による介護予防と高齢者医療、MOL に関連する分野では、生涯教育なども、高齢者ケア分野に含まれる。

こうした多分野にわたる取り組みであることから、MSDHS が中心となって、省庁間の調整を行っているが、個別具体的な取り組みは、実際には省庁縦割りで行われる傾向が強く、同じ MOPH 内部でも、必ずしも整合した取り組みが進められているとはいえない。それぞれの取り組みが試験的であることから、今後は、こうした取り組みの中からベストプラクティスとなるものを作り上げ、競い合いながら具体的な方向性を明らかにしていくことになると考えられる。

また、将来的な介護のあり方としては、既存の地域資源を活用しつつ、税投入に強く依存し過ぎない、「公的な支援」と「住民のイニシアチブ」のバランスがうまく取れた地域ケアシステムを志向していくことになると考えられている。この点は、日本の近年における地域包括ケア等の構築と基本的な方向性は同じである。

したがって、老人クラブや地域のボランティアなどに対して十分なトレーニング等を行い、その上ですでに培ってきた専門職としての保健医療スタッフの専門家を配置する体制が基本になると考えられる。

また、2000 年代半ばから進められた SML プログラムや NHSO による THIF などの取り組みを継承する意味でも、自治体が自ら意思決定を行い、自律的に高齢者ケアを推進する体制づくりと、そのための具体的な介護に関する技術等が、より重要になってくると考えられる。

(5) タイにおける優先支援事項

タイは、ASEAN 諸国において、最も社会保障制度の構築が進んでいる国の一つである。したがって、制度の基本設計はすでに完了しており、カバレッジの拡大や運営の改善が中心的な課題となっている。医療保障制度は、基本的な構造が大きく異なるため、日本の経験をそのまま移転することは適切ではないが、医療費管理などの手法や医療機関の経営、病院の診療報酬では共通点もあり、経験を共有することが可能で

あり、セミナーやシンポジウムを通じた定期的な情報交換は優先度の高い取り組みである。

また、高齢化対策分野は、タイ政府にとって、重要課題でありながら、経験の蓄積が乏しい分野であり、高齢化対策の具体的なグランドデザインも決まっていないため、日本の経験を伝達することは有用であり、また文化的な類似性もあり、比較優位性も高い分野であるといえる。高齢者介護が日本の経験を伝達する上で、有力な分野となるだろう。

タイの高齢化対策は、中長期的にみた場合、財政的な制約から、家族、ボランティアを含む地域社会の社会的資源を活用しなければならない環境にあるが、介護分野では、地域の社会資源の提供するサービスや活動を高い水準に引き上げるために、技術的向上を目的とした専門知識の提供、またはそのための研修の機会の提供が優先的な協力課題である。

VII カンボジア

1. 社会保障の全体像

(1) 憲法における社会保障

カンボジアでは、1991年のパリ和平協定の締結により、1970年以降、長期にわたり続いていた内戦が終結を迎えた。その後、国連カンボジア暫定統治機構（UNTAC）による暫定統治の中、1993年9月に「カンボジア王国憲法」が公布され、新たなカンボジア王国が誕生した。

社会保障については、憲法の中の「第三章 クメール市民の権利・義務」の第36条と第46条、および「第六章 教育、文化、社会問題」の第72条から第75条において、以下のように記述されている¹。

第36条 クメール市民は、性別を問わず、その能力及び社会の必要に応じて、職業を選択する権利を有する。クメール市民は、性別を問わず、同一の労働に対しては同一の報酬を受けとる。家庭における主婦による家事労働は、彼女らが報酬を得、家庭外で行う労働と同等の価値を有する。クメール市民は、法律が規定する社会保障及び社会福祉を給付される権利を有する。クメール市民は、性別を問わず、労働組合を結成し、その組合員となる権利を有する。労働組合の組織及び活動は、法律で定める。

第46条 人身取引、売春及び女性の尊厳を傷つける猥褻行為による搾取は、禁止される。妊娠を理由とする女性の職場からの解雇は、禁止される。女性は、出産休暇前の職に復帰し、その他の社会的利益を損なうことなく、有給の出産休暇をとる権利を有する。国家及び社会は、適切な社会的援護を持たない女性、とくに農村地域の女性に対して、職業に就き、医療を受け、その子どもを就学させ適切な生活水準を維持するための保護を受ける機会を提供する。

第72条 国民の健康は、保障される。国家は、疾病予防及び医療に最大限の考慮を払う。貧困な市民は、公立病院、診療所及び産院において無償で診療を受けることができる。国家は、農村地域において、診療所及び産院を設置する。

第73条 国家は、子ども及び母親に対して最大限の考慮を払う。国家は、保育施設を設置し、適切な支援を受けられない女性及び子どもに対して援助を供与する。

第74条 国家は、傷痍軍人及び国のために命を犠牲にした軍人の遺族を援護する。

第75条 国家は、労働者及び勤労者のために、社会保障制度を確立する。

(2) 社会保障における現状と政府の基本的な方向性

カンボジアでは、長く続いた内戦や、1975年4月から1979年1月まで続いたポル・ポト政権下において、医療従事者を含む多くの知識人の命を奪われたことなどを背景

¹ カンボジア憲法の訳語は、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。

に、アジア周辺諸国と比較しても、社会保障制度の整備は遅れているのが現状である。そのような中、カンボジアの社会保障制度は、多くの国際援助機関や NGO などの支援を受けながら、徐々にその整備が進められているところである。

現行の社会保障制度としては、2002年に公布された社会保障法のもと、2007年には国家社会保障基金（NSSF：National Social Security Fund）が設立され、民間のフォーマルセクター²における労働災害保険が開始されているとともに、2008年には公務員向け国家社会保障基金（NSSF-C：National Social Security Fund for Civil Servants）、2010年には退役軍人向け国家基金（NFV：The National Fund for Veterans）が設立されるなど、包括的な制度の整備も進められているところである。

カンボジアにおける、社会保障を含む分野横断的な計画としては、主として以下の3つが挙げられる。

① 四辺形戦略（The Rectangular Strategy）

「四辺形戦略」は、2004年の第三次政権の発足に伴い発表された国家開発戦略であり、その中では、①農業分野の強化、②インフラの復興と建設、③民間部門の開発と雇用創出、④能力構築と人材開発の4辺が優先的開発課題とされた。また、2008年9月には、この基本方針を引き継ぐ形で「第二次四辺形戦略（Rectangular Strategy - Phase II）」が発表された。その中では、「自然災害への緊急援助の増強」、「貧困層の縮小」、「貧困層へのヘルスサービスの提供」、「教育」、「雇用の改善」、「高齢者・身体障害者・児童・女性への福祉の充実」などの課題が掲げられている。なお、保健サービスについては、これまで特に貧困層における乳児と妊産婦へのサービスに重点をおいた結果、特に乳児死亡率や5歳未満死亡率の大幅な低下、産婦死亡率の低下などの面で成果があった一方で、これらが引き続き取り組むべき課題であることを示すとともに、さらに伝染病の予防・治療に注力するとした上で、「医療施設の整備」、「保健専門家の育成」、「医療従事者および助産師の待遇改善」、「農村部における医療従事者数および助産師数の増加」、「農村部における情報周知と、医療保険制度を通じたサービスの提供」などを課題として挙げている³。

② 国家戦略開発計画 2009-2013（NSDP: National Strategic Development Plan）

NSDP2009-2013は、第二次四辺形戦略の策定や世界的な経済不況の影響などを反映させるため、NSDP2006-2010をアップデートして作成されたものであり、第二次四辺形戦略を具現化するためのロードマップとして位置付けられる。また、その最も大きな目標は、貧困の削減と経済分野の開発とされる。第二次四辺形戦略をより具体的な形とするため、課題と優先すべき政策、さらには担当する省庁を明確化したうえで、分野ごとに2013年の目標値が設定されている。この中で、福祉分野の優先政策としては「貧困層のための社会福祉」、「児童福祉・青少年更正」、「障害者福祉」、「老

² ここで、フォーマルセクターとは「民間企業や政府などと雇用関係にある被用者とその家族」を、またインフォーマルセクターとは「その他の農業従事者・個人事業主・失業者等とその家族」を指す。

³ RGC(2008), Rectangular Strategy Phase II

年の公務員・一般市民のための福祉・社会保障制度」、「退役軍人のための福祉・社会保障制度」、「組織における能力・連携・資金調達」の6つが掲げられている⁴。

③ 国家社会保護戦略（NSPS: National Social Protection Strategy）

2011年3月に策定されたNSPSは、社会保護分野においてこれまで個別に展開されることの多かった、国と開発パートナーとの連携を強化し、取り組みの有効性と効率性を高めることを目的の1つとして作成された、カンボジアの社会保護戦略が包括的に整理された計画である。計画は、2008年に開催された第二回カンボジア開発協力フォーラムにおいて「より統合された社会的セーフティーネット・システムの開発を進めていく」との方針が、カンボジア政府と援助機関との間で合意されたことにはじまり、その後、農業農村開発協議会（CARD：Council for Agricultural and Rural Development）が中心となり、作成が進められたものである。計画は2013年の中間評価を経て見直され、2015年に再び評価・見直しが見込まれる予定となっている⁵。

省庁ごとに作成されている個別の計画はあるものの、本計画はカンボジアの社会保護政策に係る分野横断的な上位計画として位置付けられる。

(3) 社会保障制度の概略

① 医療保障制度

カンボジアの医療保障制度は、全国を対象に包括的に導入されたものは現在のところ存在せず、国やNGOによって貧困層を対象とした地域ごとの個別の取り組みが実施されているだけである。公平な医療基金（HEF：Health Equity Fund）は、カンボジアの人口の約三分の一を占める貧困層向けの医療保障サービスであり、2010年時点で約3.3百万人が加入している。なお、これは貧困層（約4.2百万人）の約78.6%に該当する。また、地域医療保険制度（CBHI：Community Based Health Insurance）は、貧困層よりもやや豊かなインフォーマルセクターを対象とした社会保険制度であり（一部のフォーマルセクターも含む）、2011年時点で約27万人が加入しているが、これは貧困層と富裕層を除くインフォーマルセクター人口（約7.0百万人）の約3.9%にとどまっている。ただし、2010年時点での加入者数が約14万人となっていることから、近年は大幅に普及が進んでいるといえる。

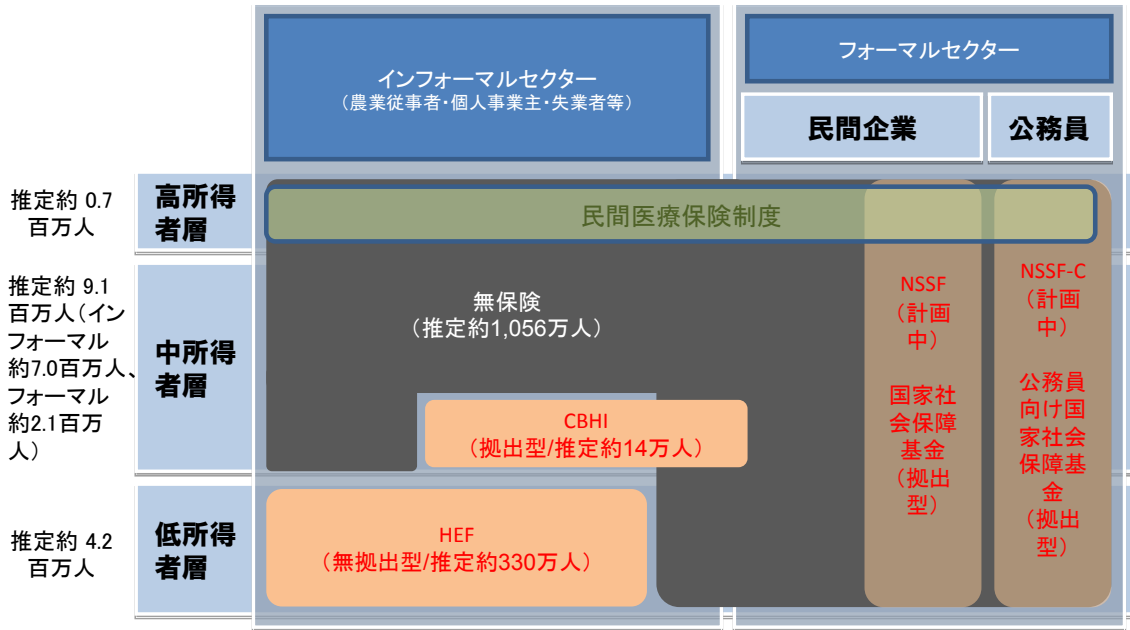
なお、民間のフォーマルセクターと公務員を対象とした医療保障制度は、それぞれNSSFとNSSF-Cにおいて計画中となっている。NSSFについては、2012年に医療保険制度を開始する予定とされる。

民間企業が販売する医療保険も存在するが、保険料が高額であることから、対象は外国人や一部の富裕層に限定されている。

⁴ RGC(2010), National Strategic Development Plan UPDATE 2009-2013

⁵ RGC(2011), National Social Protection Strategy for the Poor and Vulnerable

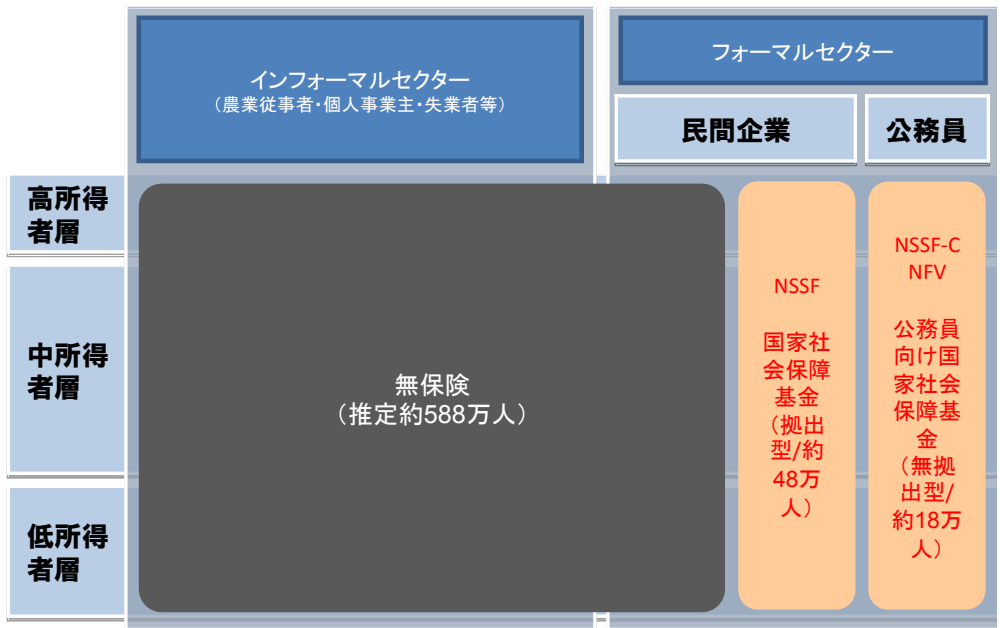
図表 VII-1 医療保障制度の概略図（2010年）



② 年金及びその他の所得保障

カンボジアの所得保障制度は、フォーマルセクター⁶を対象とした包括的な制度が整えられつつある一方、インフォーマルセクターを対象としたものは現在のところ存在していない。民間のフォーマルセクターと公務員を対象とした所得保障制度（年金や労働災害等）は、それぞれ NSSF と NSSF-C がある。なお、退役軍人等を対象としたものとして NFV がある。

図表 VII-2 年金及びその他の所得保障の概略図（2010年）



⁶ 所得保障制度におけるフォーマルセクター人口とインフォーマルセクター人口の合計は労働者人口を指す（家族等は含まれない）。

NSSF は現在のところ、8 人以上の労働者を雇用する事業所のみが対象となっており、加入者数は 2010 年時点で約 48 万人となっている。NSSF-C は、約 18 万人（現役公務員の数）の全ての公務員を対象としている。これは、カンボジアの労働力人口（約 654 万人）の約 10.1%に相当する。なお、NSSF-C と NFV は将来的には拠出型へ移行される予定となっているが、現在は未だ無拠出型で運営されている。

2. 社会保障関係機関の概略

(1) 保健省 (MOH : Ministry of Health)

保健省は、貧困層を含む全ての国民が、公正で健康的な生活を送ることができるよう、国家戦略に基づく施策の実施と評価を担当する。具体的には、基本的な公共医療の提供、伝染病・非伝染病の対策、貧困層における母子の保健などのプログラムを実施する。省の計画としては、「保健戦略計画 (HSP2:Health Strategic Plan 2008-2015)」や「保健財政戦略枠組み (SFHF : Strategic Framework for Health Financing 2008-2015)」などがある。

(2) 労働職業訓練省 (MOLVT : Ministry of Labour and Vocational Training)

職業および教育訓練、労働紛争問題の解決などを担当する。具体的には、職業訓練や児童労働問題、労働者の保護、さらには年金、労働災害などの社会保障制度を担当する。労働法の適用を受ける、全ての労働者のための社会保障制度を管理する省である。民間のフォーマルセクターを対象とした社会保障基金である、NSSF の実務を MOLVT が所管し、財政面を経済財務省(MOEF : Ministry of Economic and Finance) が所管する。

(3) 社会問題・退役軍人・青少年更正省

(MOSAVY : Ministry of Social Affairs, Veterans and Youth Rehabilitation)

社会福祉を担当する。具体的には、高齢者や障害者、孤児など社会的弱者の救済や、薬物、売春、窃盗などに関わった若者の救済、児童保護、結核患者への食糧支援、未成年犯罪者のリハビリテーションプログラムなどのプログラムを担当する。

公務員を対象とした社会保障基金である NSSF-C と、退役軍人を対象とした社会保障基金である NFV の実務面を MOSAVY が所管し、財政面を MOEF が所管する。

(4) 女性省 (MOWA : Ministry of Women's Affairs)

「暴力」や「性的搾取」、「人身売買」などの被害にあった女性の保護や、「女性の社会進出」などを担当する。省の計画としては、「Neary Rattanak III (2009-2013)」がある。

(5) 計画省 (MOP : Ministry of Planning)

社会経済的な開発計画や政府統計の整備を通じて、社会保障制度において省庁横断的な役割を果たしており、特に、援助が必要な貧困層を把握するためのデータベース「ID-Poor (Identification of Poor Households)」を所管している。

なお、ID-Poor は NSPS において、全ての社会保護政策のターゲティング手法として活用していく予定であるとされており、今後のカンボジアの社会保護政策における重要な基礎となるものである。省の計画としては、「計画省戦略計画 (MPSP : Ministry of Planning Strategic Plan UPDATE 2009-2013)」などがある。

3. 社会保障関連予算⁷

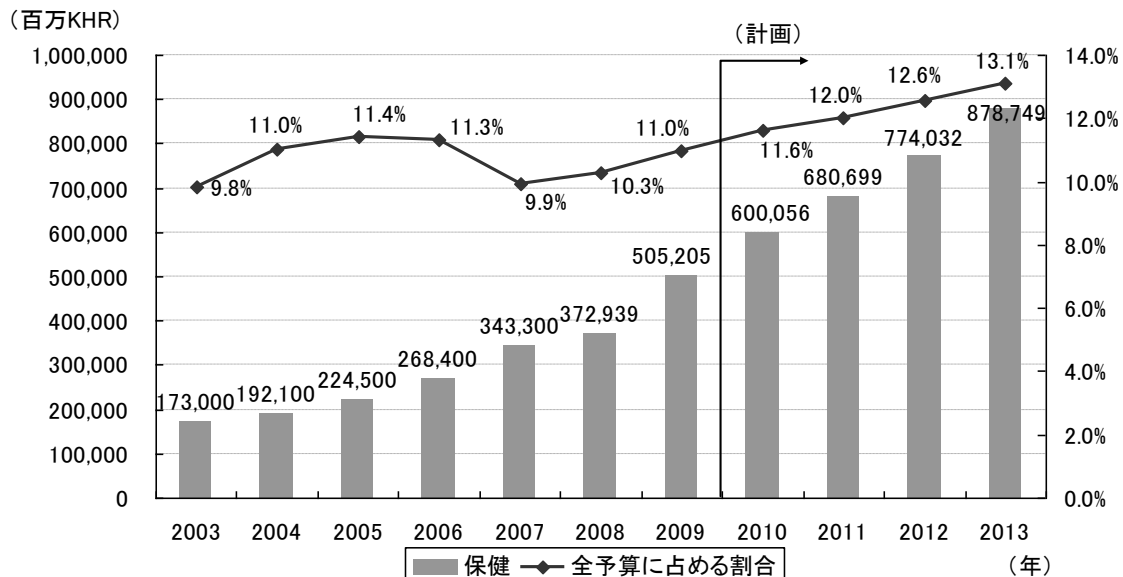
(1) 保健セクター予算

カンボジアの保健セクター予算は、図表 VII-3のとおり年々増加傾向にあり、2009年の予算は2003年の約2.7倍となっている。特にHSP2(2008-2015)の計画期間である2008年以降の伸び率が高くなっており、計画に合わせた予算配分がなされているものと推察される。また、2009年の予算(約5千億KHR⁸)は、国民1人あたり9.28米ドル⁹に該当すると共に、政府支出全体の約11.0%にあたる。

さらに、計画ベースでは、2013年の予算は2009年の1.7倍程度まで拡大する見込みであり、全予算に占める割合も徐々に増加する見込みとなっている。

なお、保健医療費の収支(図表 VII-4)をみると、外部資金への依存度は2010年時点で約40.8%となっており、年々低下しているものの依然として高い水準にある。

図表VII-3 保健予算の推移



※1 リエル (KHR)=0.020 円

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

⁷ 中央政府と州の予算の合計であるが、州は中央政府の出先機関としての位置付けであることから、カンボジア王国政府全体の予算となる。ドナーの支援は含まない。

⁸ 1 リエル (KHR)=0.020 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)。

⁹ 1 米ドル=4,000KHR で計算。

図表VII-4 保健医療費の収支

(百万米ドル)

	2007年	2008年	2009年	2010年
■支出				
①政府	63.5	80.7	99.9	138.2
②NSSF		0.5	0.7	1.2
③支援機関	75.9	75.0	75.0	88.2
④HEFs	4.3	4.8	6.5	7.0
⑤CBHIs	0.2	0.5	0.6	0.7
⑥支出合計	<u>143.9</u>	<u>161.5</u>	<u>182.7</u>	<u>235.3</u>
■収入				
⑦税金（政府）	63.5	80.7	99.9	138.2
⑧NSSF		2.5	4.2	4.8
⑨補助金（支援機関）	75.9	75.0	75.0	88.2
⑩HEFs	4.3	4.8	6.5	7.0
⑪CBHIs	0.2	0.5	0.6	0.7
⑫収入合計	<u>143.9</u>	<u>163.5</u>	<u>186.1</u>	<u>238.8</u>
■外部資金依存度 (③+④+⑤)÷⑥	55.9%	49.7%	44.9%	40.8%

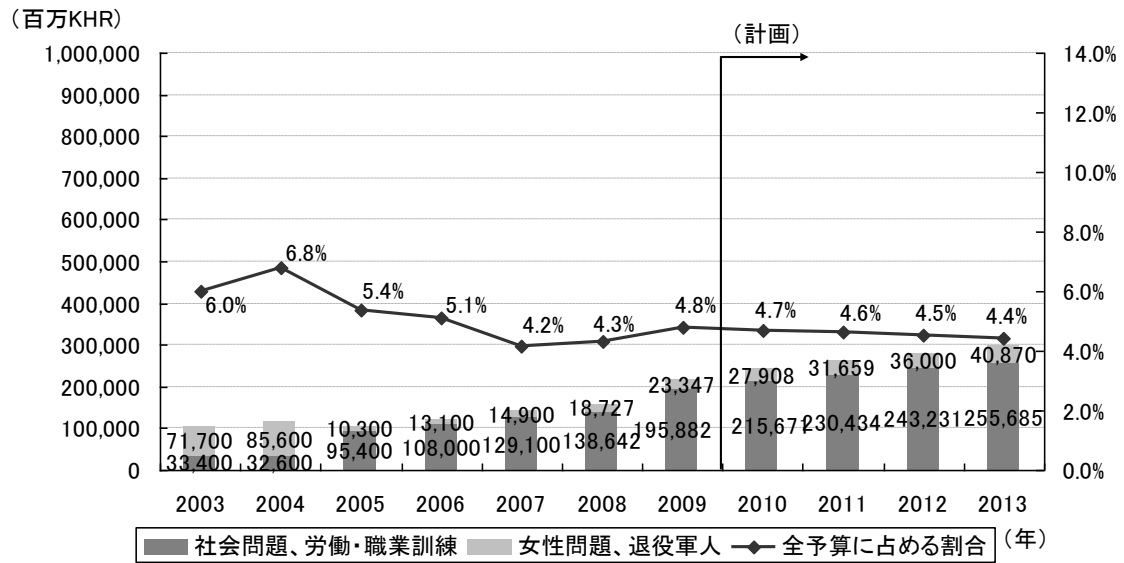
出所：Social Protection Expenditure and Performance Review(2011) を参考に三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

(2) 社会福祉セクター予算

ここでは、社会福祉セクター予算として「社会問題、労働・職業訓練」と「女性問題、退役軍人」の予算の推移を示す（図表 VII-5）。2003～2004 年にかけて「女性問題、退役軍人」予算が急速に増加していることを除けば、2005 年以降は、漸増傾向にあると言え、社会福祉全体では 2009 年の予算は 2003 年の約 2.1 倍となっている。また、2009 年の予算（約 2.2 千億 KHR）は、政府支出全体の約 4.8%にあたる。

さらに、計画ベースでは 2013 年の予算は 2009 年との比較で、「社会問題、労働・職業訓練」については 1.3 倍、「女性問題、退役軍人」については 1.8 倍程度まで拡大する見込みである。ただし、全予算に占める割合は僅かに低下する見込みである。

図表VII-5 社会福祉予算の推移¹⁰



※1 リエル (KHR)=0.020 円

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

¹⁰ ただし、「Social Affairs, Labor & Vocat'l Training」と「Woman Affairs and Veteran」の合計。

4. 医療保障

(1) 保健戦略計画（HSP2:Health Strategic Plan 2008-2015）¹¹

現在の医療保障セクターにおける国家計画は、MOH が所管する HSP2 がある。HSP2 は、2002 年の HSP1（2003-2007）の評価を経た後、その改訂版として作成されたものである。計画の枠組みは、3つの主要なゴールと、それを達成するための 12 の目的から構成されている（図表 VIII-6）。

図表 VII-6 HSP2 の目標と目的に係る構成

目標	目的
Goal 1 妊産婦と新生児、孤児の病死の減少による、母子保健の改善	1 女性と子供の栄養状態の改善 2 母子保健サービスの向上と情報へのアクセスの改善 3 母、新生児サービスへのアクセスと、家族ケアへのアクセスの改善 4 小児保健サービスと、家族ケアへのアクセスの改善
Goal 2 HIV/AIDS、マラリア、結核、その他の伝染病による死亡の減少	5 HIV の有病率の低下 6 HIV/AIDS 患者の生存の増加 7 肺結核の発見率の向上と高い治癒率の維持 8 マラリア関連の死亡の減少 9 その他の伝染病の減少
Goal 3 非伝染病をはじめとしたその他の健康問題の減少	10 非伝染病におけるリスク行動の削減（糖尿病、がん、心疾患、精神疾患、事故、傷病） 11 非伝染病における治療とリハビリテーションへのアクセスの改善 12 重要な公衆衛生機能の確保（環境保健、食品の安全、災害対策とその他のための準備）

出所：MOH(2008),Health Strategic Plan 2008-2015

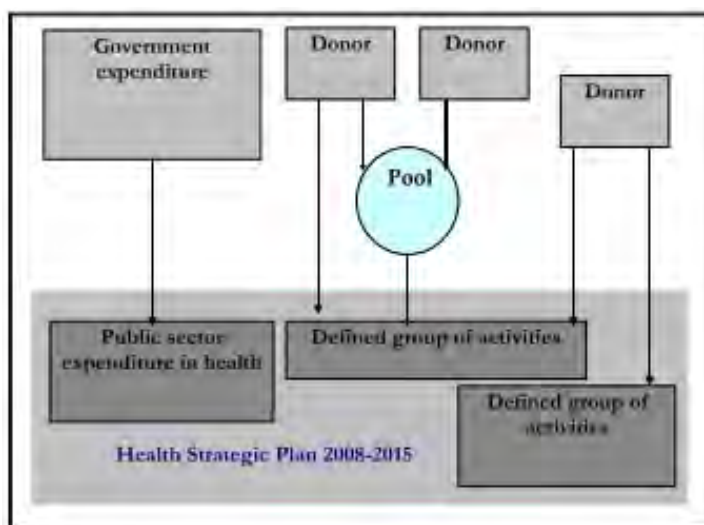
また、保健セクター支援プロジェクト（HSSP2：Health Sector Support Project 2008-2015）は、複数の援助機関が参加するセクターワイドマネジメント（SWiM：Sector Wide Management）によって実施されるプロジェクトであるが、当該プロジェクトは HSP2 の取り組みを支援するものであり、HSP2 はカンボジア政府と複数の援助機関による協同体制により実施されている。なお、HSSP2 には、WB、DfID、UNFPA、AusAID、AFD、UNICEF、BTC（Belgian Technical Cooperation）の 7 機関が参加している。

HSSP2 の円滑な遂行のため、カンボジア政府と援助機関の間では共同協定（JPA：Joint Partnership Arrangement）が結ばれており、その中では各機関の担う役割や年間計画、拠出金等が明記されていると共に、各機関の間の調整等を担う JPA 開発パートナーインタフェースグループ（JPAG：JPA Development Partner Interface Group）が設けられている。

援助機関からの資金は、図表 VII-7のとおりプールファンドを通じて拠出されるものと、援助機関が個別に拠出するものとで構成されている。また、HSSP2 の資金調達計画を図表 VII-8に示す。これによれば、カンボジア政府の拠出金は約 11.4 百万米ドルと全体の 7.6%程度となっており、プロジェクトの遂行にあたっては、その資金の

多くを援助機関からの支援に頼っている状態であるといえる。

図表VII-7 HSS2 の資金調達のアレンジメント



出所：MOH(2008) , OPERATIONAL MANUAL Second Health Sector Support Program

図表VII-8 HSSP2 の資金調達計画

機関	備考	総計 (US \$)
AFD	2008-2013	10,000,000
AusAID	2009 to June 2011 (将来的な追加拠出有り)	30,000,000
BTC	2009-2011	4,500,000
DFID	2009-2013	50,000,000
UNFPA	2009-2010 (将来的な追加拠出有り)	8,867,000
UNICEF	2009-2010 (将来的な追加拠出有り)	4,000,000
WB(IDA Ccredit)	2009-2013	30,000,000
カンボジア政府	-	11,400,000
合計		148,767,000
機関	プールファンド (US \$)	
MDTF ^{**} (may increase)	52,092,675	
IDA(5years)	30,000,000	
UNICEF(2009)	539,000	
UNFPA(2009)	500,000	
合計	83,131,675	

※DFID と AusAID による Multi-Donor Trust Fund

出所：MOH(2009),2009 Annual Performance Monitoring Report

(2) 医療提供体制の特徴

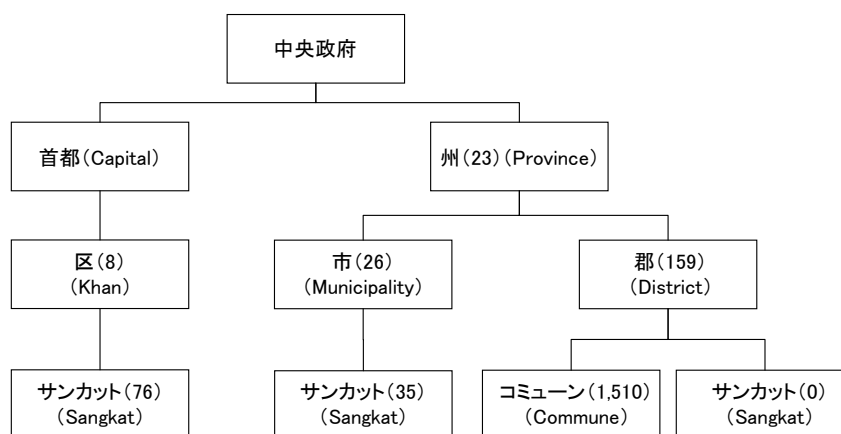
カンボジアの行政体系は、図表 VIII-9 のとおり 4 層で構成されている。中央政府の下に「首都 (Phnom Penh)」と「州」が置かれ、首都の下には「区」と「サンカット」が置かれる。州は市と郡に区分され、市の下にはサンカット、郡の下にはサンカットとコミューンが置かれる。なお、その下には「村 (Village)」もあるが、これは行政

¹¹ MOH(2008) , Health Strategic Plan 2008-2015

組織ではなく町内会のようなものに近い¹²。HSP2 では、概ね「州／首都」、「区／市／郡」レベルでレファラール病院（Referral Hospital）、「サンカット／コミューン」レベルで保健所（Health Center）を整備していく方針が示されている。

ただし、医療提供体制の整備については、面積や人口、経済・公的医療提供などの観点から、その最小単位として、行政区分とは別に運営地区（OD：Operational District）が設定されている。HSP2 では 2007 年時点で 24 の市/州¹³を 77 の OD に区分しており、2015 年には 90 まで増やすことが計画されている。また、計画内では 2007 年時点でレファラール病院が 74 施設、保健所が 957 施設、さらにヘルスポスト（HP：Health Post）が 95 と計画されており、さらに 2015 年にはレファラール病院が 89 施設、保健所が 1,697 施設とされている。

図表VII-9 カンボジアの地方行政体系図¹⁴



※()内は 2009 年 5 月の地方選挙時の数

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

また、図表 VII-10は 2004 年に MOP によって実施された人口予測（1998-2020 年）をもとに作成された保健保障計画（HCP：Health Coverage Plan）の施設配置基準である。これによれば、レファラール病院は人口 10～20 万人に 1 箇所、保健所は人口 1 万人に 1 箇所程度が目安として計画されている。また、活動の補完的パッケージ（CPA：Complementary Package of Activities）と活動の最小パッケージ（MPA：Minimum Package of Activities）は、それぞれ施設機能の水準を示すものであり、それぞれ機能の高い順に CPA1、CPA2、CPA3、MPA1、MPA2、MPA3 の 3 段階に区分され、それぞれ備えるべき機能の基準が定義されている。

ただし、HCP で定められる施設機能と比較して、現状ではこれよりも著しく低い水準となっている¹⁵。

¹² (財)自治体国際化協会(2005),「カンボジアの地方自治」

¹³ 2008 年の憲法改正以前は、首都は規定されず、20 州 4 市で構成されていた。

¹⁴ 2008 年に制定された「首都・州・市・郡及び区に関する行政管理法」上の地方行政体系。2009 年 5 月の地方選挙時は、郡の下のサンカットはゼロとなっている。

¹⁵ MOH(2008), Health Strategic Plan 2008-2015

図表VII-10 HCP の施設整備基準

基準	(1) 人口	(2) アクセス
保健所 (HC) MPA	最適：10,000人 範囲：8,000-12,000人	半径10km もしくは 徒歩で最大2時間
紹介病院 (RH) CPA	最適：100,000-200,000人 範囲：60,000-200,000人	2つのRHの距離が20-30km もしくは車かボートで3時間

出所：MOH(2008), Health Strategic Plan 2008-2015

(3) 制度の基本構造

カンボジアの医療保障制度は、全国を対象に包括的に導入されたものは現在のところ存在せず、カンボジア王国政府や NGO によって貧困層を対象とした地域ごとの個別の取り組みが実施されているだけである。HEF は、主にカンボジアの人口の約三分の一を占める貧困層向けの医療保障サービスであり、識別システム(Identification system)を通じて貧困層であると認定を受けた世帯については、指定された医療施設において無料の治療を受けることができる。

図表VII-11 カンボジアの医療保障制度

	CBHI	HEF
制度創設年	1998年	2000年
政令	Sub-decree on Micro Insurance Business	Sub-decree on subsidies for the poor (Prakas #809)
所管官庁	MOH (実務面) MOEF (財政面)	MOH (実務面) MOEF (財政面)
実施運営機関	NGO など	カンボジア政府・NGO など
モデル	拠出型	無拠出型
加入義務	任意	任意
加入対象者	(主に) 貧困層よりもやや豊かなインフォーマルセクター (世帯単位での加入)	Poor Level 1、Poor Level 2 (世帯単位での加入)
加入者数	約140千人(2010年)	3.3百万人(2010年)
報酬方式	人頭払い(出来高払い、case-base paymentも可)	人頭払い(出来高払い、case-base paymentも可)
レファーマルシステム	なし	なし
自己負担	なし	なし
人頭払いの場合の一人あたり予算	約5.0ドル(2010年)	約2.1ドル(2010年)
年間医療費支出	約0.7百万ドル(2010年)	約7.0百万ドル(2010年)
支払い対象(直接給付)	紹介の輸送費、家からの輸送費・葬式(条件付き)等	定められた輸送費、同伴者の食費、その他必要なもの等
支払い対象(間接給付)	健康管理の品質向上、健康教育、管理費、研修費、積立金等	事前識別調査、コミュニティボランティアの賃金・研修費、制度の管理・改善の費用等

また、CBHI は、貧困層よりもやや豊かなインフォーマルセクターを対象とした社会保険制度であり、NGO やマイクロファイナンス機関により運営されている。加入

者は毎月の保険料を支払うことで、必要な時に指定された医療施設において無料の治療を受けることができる。なお、民間企業の従業員および公務員向けの医療保険制度については、現在検討中である。

(4) 公平な医療基金（HEF：Health Equity Fund）

① HEF の概要

HEF は 2000 年頃から MOH が取り組み始めた制度であり 2004-2008 年にかけて実施された HSSP1 より、本格的に開始されたものである。HSSP1 は、HSSP2 と同様に SWiM によって実施されたプロジェクトであり、ADB、WB、DFID、UNFPA が参加している。2007 年の保健セクター調査（HSR：Health Sector Review）は、HSP1（2003-2007）と HSSP1（2004-2008）の進捗評価を行い、次期の HSP2（2008-2015）と HSSP2（2009-2013）の方針を決定することを目的に実施されたものであるが、この時 HEF は、貧困層への医療提供の機会の増加や、健康問題に起因した貧困化を減少させる効果が見込まれると共に、高い費用対効果があるなどと評価されている¹⁶。なお、2010 年現在でカバー人口は約 3.3 百万人¹⁷（全人口の約 24%に相当）、カバーされている地域は 79 の OD のうち 57OD となっている¹⁸。

② HEF の 4 つの主要制度

主として HEF は援助機関からの出資により運営されていたが、政府から国立病院と運営地区事務所（ODO：Operational District Office）に助成金を支給するため、2008 年に省令（Prakas #809）が、MOH と MOEF により制定された。これにより、現在の HEF は図表 VII-12 のような 4 つの制度に大別される。まず、各グループの制度の違いとして挙げられるのは、その資金源である。Grop1 と Grop2 は、政府予算から助成金を受けるグループであるが、前者は国立病院、後者は ODO が運営するものである。Grop3 と Grop4 は、主としてその資金を援助機関からなる従来からのグループであるが、前者は MOH の事前承認を受けると共に、資金が MOH を経ているもの、後者は MOH を経ない資金で運営されているものである。ただし、Grop4 についても四半期報告書の提出が求められるなど、これまで個別に運営されてきた HEF を集中管理しようという動きが見られる。

また、政府予算から助成金を受けるグループの特徴として、直接給付および間接給付の対象となる範囲が、Grop3 や Grop4 と比較して狭いことが挙げられる。Grop3 や Grop4 では、直接的な給付として患者の輸送費や食費、その他の必要な物品や看護が対象となっていると共に、間接的な給付として事前識別や特に貧しい患者に対する公共医療サービスの提供に係る管理費用などもその対象に含まれているが、Grop1 や Grop2 では間接給付は対象には含まれていない。MOH により作成された HEF のガイ

¹⁶ MLSP(2007),Health Sector Review(2003-2007)

¹⁷ Dr.Sok Kanha , DPHI MOH(2010),Health System and Health Financing Development in Cambodia

¹⁸ <http://www.cbhi-cambodia.org/hef.php>

ドラインによれば、HEF は間接給付にも使用できるものと定義されていることから、Grop1 や Grop2 の給付の対象範囲が限定されていることについては、課題の 1 つであるといえる。

図表VII-12 HEF の 4 つの主要制度

	Group 1	Group 2	Group 3	Group 4
制度タイプ	SUBO	SUBO	HEFI※ or HEFO	HEFI or HEFO
責任者	国立病院理事	ODO 管理者	HEFI のマネージャーなど	エージェンシーのマネージャー
3rd party player	なし	なし	有り	有り
資金源	政府予算 (Prakas #809)	政府予算 (Prakas #809)	援助機関 (MOH を経た資金)	MOH を経ない資金
直接給付	貧困層への(予め定められた)公共医療サービスの提供	貧困層への(予め定められた)公共医療サービスの提供	1. 貧困層への医療サービスの提供 (in MPA, CPA) 2. 輸送費、食費、その他必要なもの 3. その他必要な看護など	1. 貧困層への医療サービスの提供 (in MPA, CPA) 2. 輸送費、食費、その他必要なもの 3. その他必要な看護など
間接給付	なし	なし	事前識別や特に貧しい患者に対する公共医療サービスの提供に係る管理費用	事前識別や特に貧しい患者に対する公共医療サービスの提供に係る管理費用
事後識別システム	MOH model	MOH model	MOH model (契約で明記されない限り)	MOH model
事前識別システム	MOP model	MOP model	MOP model	MOP model
資金の使用責任	MOH	MOH	MOH	Donor
計画の事前承認	MOH-DPHI	MOH-DPHI	MOH-DPHI	四半期報告書による MOH への計画内容や進捗の報告

※HEF 運用者 (HEFI : Health Equity Fund Implementer)

出所 : MOH(2008), Guideline for Implementation of Health Equity Funds and Government Subsidy Schemes

③ 識別システム

なお、HEF は貧困層を対象とした医療保障であることから、貧困層を特定する手続きが不可欠となる。そのための仕組みが、事前識別システム (Pre-Identification system) と事後識別システム (Post- Identification system) である。事前識別システムは、後述する貧困世帯特定プログラム「ID-Poor」による識別であり、平時に実施されるアンケート調査や地域での協議等を通じて、貧困層を事前に特定するものである。それに対して事後識別システムは、事前識別のカバー率が 100%ではないことから、それを補完する仕組みとして位置付けられ、具体的には患者が病院を訪れた際に、別途簡便な方法を用いて識別を行う仕組みである。なお、識別は、HEF 管理者

(HEFO : Health Equity Fund Operator) や助成金管理者 (SUBO : Subsidy Operator) により行われる。また、事後識別に関する情報は HEFO や SUBO によって、コミュニケーション協議会へフィードバックされ、事前識別のカバー率向上のための橋渡しがなされる仕組みとなっている。

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

① 加入対象者

カンボジアにおいては、CBHI は 1998 年に最初の制度が誕生した後、NGO が中心となった地域密着型の非営利の医療保険制度として、運営されてきた。対象者は、主に HEF のサービスの対象外で保険料を負担することができる程度のインフォーマルセクターの貧困層であり、加入者は毎月の保険料を支払うことで、必要な時に指定された医療機関において無料の治療を受けることができる。参加は任意である。なお、対象者はインフォーマルセクターに限定されるものではなく、フォーマルセクターの従業員の加入も可能である。なお、マニュアルによれば、そのような場合には雇用者が拠出金の 50%以上を負担すべきとされる¹⁹。

② 財源

CBHI の主な収入源は、加入者からの保険料の他に、援助機関からの資金や、その他の個人・組織からの寄付金等により構成され、その用途は医療サービスの提供の他にも、紹介による輸送費、家からの輸送費・葬式 (条件付き)、健康管理の品質向上、健康教育、管理費、研修費、積立金等に使用することが認められている。なお、契約医療施設に支払われた診療費のうち、39%が運営費、60%がスタッフの給与、1%が税金として徴収されることとなっている。なお、HEF の場合は、40%が運営費、60%がスタッフの給与とされており、1%分は非課税となっている。

フランスの NGO (GRET : Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques) が運営する、カンボジアにおける CBHI の代表的な事業の 1 つである「SKY」の月あたりの保険料を図表 VII-13 と図表 VII-14 に示す。保険料を年間あたりに計算すると米ドル換算で農村部は平均約 4 米ドル、都市部は平均約 9 米ドルとなる。なお、CBHI 制度の合計の加入者数は 2011 年現在でおよそ 27 万人となっており (図表 VII-15)、これは全人口の約 2%に相当する。

図表VII-13 農村部の月あたりの保険料(SKY) (KHR)

Family Size	Old Zone	New Zone
1 person	2,500	4,000
2-4 persons	5,500	7,500
5-7 persons	7,500	9,500
8+ persons	9,000	11,000

※1 リエル (KHR)=0.020 円

出所 : ILO, SKY HEALTH INSURANCE SCHEME

¹⁹ DPHI(2006) , Guideline for the Implementation of Community Based Health Insurance, Department of Planning and Health Information

図表VII-14 都市部の月あたりの保険料(SKY) (KHR)

Family Size	Informal	Semi Formal	Formal
1 person	8,000	12,000	18,000
2-4 persons	12,000	16,000	24,000
5-7 persons	16,000	20,000	28,000
8+ persons	20,000	22,000	32,000

※1 リエル (KHR)=0.020 円

出所：ILO,SKY HEALTH INSURANCE SCHEME

③ 運営主体

CBHI の運営主体については、MOEF と MOH により公布された政令 (Sub -Decree on Micro Insurance Business) のもと、MOH から受け取る CBHI の許可証と事業計画を MOEF に提出し名前を登録することが義務づけられており²⁰、HEF と同様に個別に実施されてきた制度を集中管理していくための取り組みが見られる。

図表VII-15 CBHI の制度一覧 (2011 年)

	Started	Province/Municipality	OD	Members	
GRET (SKY)	1998	Kandal	1 OD	961	
	2001	Takeo	5 ODs	38,178	
	2005	Phnom Penh	1 OD	10,661	
	2008	Kampot	1 OD	25,755	
CAAFW	2005	Banteay Meanchey	1 OD	44,264	
	2009	Odor Meanchey	1 OD	32,128	※1
BFH	2006	Takeo	1 OD	10,885	※2
AFH	2010	Kompong Thom	1 OD	10,774	※2
CHO	2009	Battambang	2 ODs	7,046	
CHSFA	2010	Pusat	2 ODs	3,566	
RACHA	2010	Prey Veng	1 OD	6,607	
CHC	2011	Siem Reap	1 OD	4,477	
STSA	2011	Siem Reap	1 OD	74,727	
合計	-	11/24(41.7%)	18/79(22.8%)	270,029	

※加入者数は、※1 は 4 月、※2 は 10 月、その他は 9 月現在

出所：http://www.cbhi-cambodia.org/ (2012 年 3 月アクセス) より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

(6) カバレッジ

所得レベルからみた、2010 年時点の人口構成のイメージを図表 VII-16 に示す。カンボジアの 2010 年時点の総人口は約 14 百万人であるが、その約 30% に相当する約 4.2 百万人が貧困ラインを下回る層であるとされる。またその他の層は、貧困層を除くインフォーマルセクターが約 50% (約 7.0 百万人)、都市部のフォーマルセクターが約 15% (約 2.1 百万人)、富裕層が約 5% (0.7 百万人) といった構成となっている (推定)。

なお、この人口構成のうち、約 30% の「貧困層」が HEF、約 50% の「貧困ラインに近い層」が CBHI のターゲットグループであるとした場合、各制度の現在の人口カ

²⁰ Government of Cambodia(2009) , CBHI Section of 2008 National Health Financing Report for Cambodia

バー率は HEF で約 78.6%、CBHI で約 3.9%となる²¹。

カンボジアでは、病気や怪我をした際に、働くことができなくなるだけでなく、治療費を賄うために資産を売却したり借金をすることもあり、それを境に「貧困層に近い人々」が「貧困層」に転落してしまうケースが多い。CBHI は、これらの人々が貧困層へ転落することを防止する役割も担っていることから、貧困層を対象とした HEF だけでなく、同様の視点からも CBHI の普及率の向上は大きな課題であるといえる。

図表VII-16 所得レベルからみた人口構成のイメージ（2010年）²²

Higher income ↑ ↓ Lower income	約 5%	富裕層(民間保険など)	約0.7百万人
	約 15%	都市部のフォーマルセクター	約2.1百万人
	約 50%	農村部および都市部の貧困ラインに近い層 (自己負担やCBHへの加入)	約7.0百万人
	約 30%	農村部および都市部の貧困層 (HEFやその他の助成金による医療費の免除)	約4.2百万人
			合計 約14.0百万人

(7) 民間医療保険制度の位置づけと動向

カンボジアにおいても、アジア保険グループなどの企業が、様々な損害保険商品の 1 メニューとして医療保険を販売している。しかしながら、これらの民間医療保険の保険料は高額であることから、対象は外国人や一部の富裕層に限定されている。

例として、Phnom Penh、Siem Reap、Battambang の 3 都市に拠点を置くフォルテ保険 (FORTE Insurance) の医療保険ブランド「Fig Tree Blue」の 2011 年 2 月現在の保険料 (45-49 歳のケース) をみると、最も安価な Standard プランで年間 770 米ドル、外来も対象となる高額プラン (Super plus Out-Patient) で年間 2,020 米ドルとなっている²³。2010 年のカンボジアの 1 人あたり国民所得 (GNI) が約 750 米ドル²⁴であることからみても、これらの保険料は極めて高額であるといえる。

²¹ カバー人口は、HEF で約 3.3 百万人 (2010 年)、CBHI で約 27 万人 (2011 年)。

²² (1)Cambodia : Developing a Strategy for Social Health Protection,P.18 (2)Dr.Sok Kanha , DPHI , MOH(2010) , Health System and Health Financing Development in Cambodia (3)Jean-Claude Hennicot , Social Protection Expenditure and Performance Review(SPER) & Social Budgeting in Cambodia を参考に三菱 UFJ リサーチ&コンサルティングが作成。

²³ FIG TREE BLUE PREMIUM TABLE(Effective 1st February 2011)

²⁴ WB , World Development Indicators & Global Development Finance

5. 年金及びその他の所得保障

(1) 国家社会保障基金（NSSF : National Social Security Fund）

2007年に設立されたNSSFは、民間セクターの労働者を対象とした社会保障基金である。労働災害、医療保険、年金の制度が運営される予定であるが、現状では労働災害（身体障害者年金、遺族年金を含む）のみが運営されている。

① 法的根拠

関連法としては、1997年に公布された労働法（Labor Law）、2002年9月に公布された、労働法の規程に定められた者に対する社会保障制度に関する法律（Law on Social Security Schemes for Persons Defined by the Provisions of the Labor Law）（以下、社会保障法）等がある。

また、NSSFの設立にあたっては、2007年3月に政令（Sub-Decree on The Creation of the National Social Security Fund）が公布されている。

② 給付内容²⁵

労働災害の定義は、作業員が作業中または作業時間内に事故が起きた場合は、その原因に関わらず、また給料の有無に関わらず事故と認定される。さらに、住居から直接職場へ通勤する間に発生した事故も対象となる。なお、怪我のみではなく、労務疾患も労働災害と見なされる。

給付は、過去6ヶ月の平均賃金の70%が支払われることとなっており、深刻なケースの場合は、care takerにかかる費用の50%が支払われる。支払い期間は最大180日となっている。ただし、労働災害となるのはその影響が5勤務日以上継続する場合であり、4日以内の場合はその日数分の通常賃金が支払われることとなる。

また、一時的に身体障害状態に陥った場合には日当が支給され、障害が回復するまで、もしくは治療後に当該傷病が原因で死亡するまでの間支給される。さらに障害が恒久的なものであり、失った身体的能力が20%未満である場合には、障害給付が一時金として支給され、失った身体的能力が20%以上である場合には、永久身体障害年金が支給される。また、働く能力を完全に失い、人からの恒常的な看護が必要となった場合には、受給者の年金の50%が支給される。

被害者が死に至った場合には、葬儀料（1,000,000KHR）および遺族年金が支給される。被害者の両親は生涯に渡って遺族年金を受け取ると共に、配偶者は亡くなるか、もしくは再婚し且つ子供が18歳（大学へ進学する場合は21歳）になるか結婚するまでの間、遺族年金を受け取ることができる。

③ 加入対象者と保険料率

社会保障法第4条によれば、対象者は国籍や人種、性別、宗教、政治的立場、血筋、社会的出自、労働組合の組合員であるか否か、労働組合における活動などに関わりが

²⁵ <http://www.nssf.gov.kh/>

ないものとされ、「労働法に定められた全ての作業員」、「公務員共通規則や外交官規則が適用されない国家作業員や公共の作業を行う者」、「一時的に公共のサービスに従事する者」、「リハビリテーションセンターにおいて訓練中の者」、「自営業の者」、「季節労働者または臨時労働者」とされる。

ただし、現状では 8 人以上の労働者を雇用する事業所のみが対象となっている。保険料は事業主によって負担され、平均月額給与（税引き前）の 0.8%（ただし、最低 1,600KHR、最高 8,000KHR）を納めることとなっている。月額給与には、給与、時間外給付、報償、チップなども含まれる。

なお、世界的不況への対応として、2009 年 6 月 29 日付けの省令²⁶により、縫製・製靴業の保険料率は一時的に 0.5%に引き下げられていたが（0.3%はカンボジア政府の負担）、2011 年 1 月からは 0.8%に戻されている²⁷。

④ 基金及び実施運営機関

NSSF は、MOLVT が実務を、MOEF が財政面を所管する公的機関である。本部は Phnom Penh に置かれている。

⑤ 加入者数の状況

2010 年末時点で、NSSF に登録している事業者は 1,910 で、加入者数(Membership)は 594,686 人²⁸となっている（ただし、保険料を支払っている人数（active contributors）は 480,446 人とされる²⁹）。なお、加入者の約 90%は縫製・靴製産業の労働者である³⁰と共に、約 80%を女性が占めているとされる（男性：386,678 人、女性：93,768 人）。

⑥ 給付実績

2010 年の保険料の合計は 14,366 百万 KHR、給付額の合計は 2,423 百万 KHR となっている。なお、米ドルに換算すると、保険料の合計は約 3.6 百万米ドル、給付額は約 0.6 百万米ドルとなる³¹。

また、同期間における NSSF の運営コストは 1,930 百万 KHR、減価償却を含む投資コストは 727 百万 KHR とされる³²

(2) 公務員向け国家社会保障基金（NSSF-C : National Social Security Fund for Civil

²⁶ Prakas #133 (MOLVT) on Payment of the Occupational Risk Contribution by the Garment and Shoe Enterprises and Establishments for the Year 2009-2010

²⁷ Notification #132 (MOLVC) on Employment Risk Contribution Payment of Garment and Footwear for 2011

²⁸ KINGDOM OF CAMBODIA, NSSF Organization Profile

²⁹

http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.updSchemeAffiliation?p_lang=en&p_geoaid=116&p_scheme_id=2898&p_social_id=2330

³⁰ ILO(2010), Cambodia: Moving forward toward Better Social Security

³¹ 1 米ドル=4,000KHR で計算。

³²

http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.updSchemeAffiliation?p_lang=en&p_geoaid=116&p_scheme_id=2898&p_social_id=2330

Servants)、退役軍人向け国家基金（NFV：The National Fund for Veterans）

NSSF-C は、公務員およびその扶養家族を対象とした社会保障基金であり、2008年1月に公布された勅令により設立され、2009年5月より運営が開始された。これにより、これまで全額を税負担で賄っていた公務員向けの社会保障が、保険料の徴収による拠出型へ移行されることとなるが、現在では全て無拠出型で運営されており、未だその移行期にある。労働災害、年金については既に対象となっているが、さらに医療保険を加えるため、2010年からGTZの支援を受けながら研究が開始されている³³。

また、NFVは2010年7月に公布された勅令により設立された国家基金であり、軍隊、内務省（MOI：Ministry of Interior）の国家警察、退役軍人（戦時中に兵士として登録していた一般人を含む）が対象となっており、労働災害、年金が運営されている。なお、将来的には保険料を徴収する計画となっている³⁴。

① 法的根拠

NSSF-Cの関連としては、2008年1月の勅令（Royal Decree on Social Security Scheme for Civil Servants）や、2008年2月の政令（Sub-Decree on the Establishment of National Social Security Fund for Civil Servants）などがある。

同じくNFVについては、2010年7月の勅令（Royal Decree on The Social Safety Net for Veteran）や政令（Sub-Decree on Establishment of National Social Security Fund for Veterans）などがある。

② 給付内容³⁵

NSSF-Cは、労働災害と年金が対象となっている。労働災害は、業務上の病気や怪我が対象となり、回復するまでの間必要な治療と現金給付がなされる。また、永久障害の場合は、障害者年金が給付されると共に、一時的に働くことができなくなった場合には、給料の全額が給付される。なお、死亡した場合には、遺族年金が給付される。また、老齢年金は労働者の平均給与の約63%、障害者年金は約57%、遺族年金は、ILOの計算によれば死亡した公務員の平均給与の約2%となっている。

NFVも、同様に労働災害と年金が対象となっている。労働災害は、必要な治療と一時的（もしくは永久的）な障害に対して現金が給付される。長期的な障害者年金は最終的な給与水準の約50-60%が給付される。また、死亡した場合は、遺族に対して給付される（現金給付、葬式給付、遺族年金等）。なお、遺族年金は配偶者と16歳以下の子供が対象となり、各々6,000KHR/月と5,000KHR/月が給付される。老齢年金は、少なくとも20年務めた55歳以上の定年退職者が対象となり、最終的な基本給と給付の合計の約60-80%が給付される。なお、別途、退職金も給付される。

³³ NIOS,MOP(2010),Labour and Social Trends in Cambodia 2010

³⁴ Jean-Claude Hennicot , Cambodia, Social Protection Expenditure and Performance Review Findings

³⁵

http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.viewScheme?p_lang=en&p_scheme_id=3193&p_geoaid=116

③ 加入対象者

NSSF-C は公務員およびその扶養家族が、NFV は軍隊、国家警察、退役軍人（戦時中に兵士として登録していた一般人を含む）とその扶養家族が対象となっている。

公務員向けの社会保障は、NSSF-C と NFV により、その大部分がカバーされている。

④ 保険料率

NSSF-C の保険料は、公務員の給与の 24%となっており、税負担が 18%、従業員（公務員）による負担が 6%とされる。

ただし、2010 年時点では、未だ全額税負担となっている。

⑤ 基金及び実施運営機関

NSSF-C と NFV は、いずれも MOSAVY が実務を、MOEF が財政面を所管している。実施運営にあたっては、移行期でもあることから、まだ組織としては独立しておらず、いずれも MOSAVY の内部に設置されている。

⑥ カバレッジの状況

NSSF-C は、約 180,000 人の公務員（扶養家族を含めると約 675,000 人）が対象となっている³⁶。2009 年には約 67,500 人が年金を受給すると共に、約 4,500 ケースの現金給付がなされており、支払い総額は約 2.3 百万米ドルとなっている。

また、NFV については、2010 年時点で約 199,000 人が年金を受給していると共に、支払い総額は約 1.9 百米ドルとなっている³⁷。

(3) その他の貯蓄制度など（インフォーマルを対象とした取り組み等）

現在、カンボジアにおいては、その他の財蓄制度は整備されていない。

(4) 失業保険

現在、カンボジアにおいては、失業保険は整備されていない。

³⁶ Valerie Schmitt, ILO(2011) , Cambodia's National Social Protection Strategy

³⁷ Jean-Claude Hennicot , Cambodia, Social Protection Expenditure and Performance Review Findings

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

カンボジアでは、貧困世帯を把握するための仕組みとして、貧困世帯特定プログラム「ID-Poor」が運用されている。このプログラムは、MOP と地方行政局（DPLA : Department of Local Administration）が共同で所管している³⁸。

このプログラムの目的は、貧困世帯の識別のための、標準化された仕組みを構築し、それを国内全土に広げることである。特に、既述のとおり NSPS では、この ID-Poor を全ての社会保護政策のターゲティング手法として活用していく予定としており、当該プログラムは、今後のカンボジアの社会保護政策における重要な基礎となるものである。

② 対象者選定のプロセス

「ID-Poor」の対象者選定のプロセスに係る重要なポイントとして、地域の能力および持続性の向上を図るため、一連の手続きをコミュニオンおよび村の代表者が中心となって行うという点が挙げられる。また、村民自身にも協議に参加してもらうことで、プロセスの透明性や対象者選定の精度の向上なども企図されている。

7ステップからなる対象者選定のプロセスの概要を、以下に示す。

図表VII-17 「ID-Poor」における対象者選定のプロセス

	手続きの概要
Step1	・ コミュニオンレベルで計画・予算委員会代表グループ（PBCRG : Planning and Budgeting Committee Representative Group）を設立し、トレーニングを行う
Step2	・ 村の代表グループ（VRG : Village Representative Group）を設立し、トレーニングを行う
Step3	・ VRG は、世帯統計をもとに世帯のリストを作成し、インタビュー調査を実施し、個々の世帯の状況を把握する ・ コミュニオン検討会議を経て、リストの草案を作成し公表する
Step4	・ VRG はリストの草案を村の相談会で示し、村民からの不満や要請を受けてリストを修正し、コミュニオン協議会に提出する
Step5	・ コミュニオン協議会で最終リストを調査・承認した後、州の計画部へデータを送付する
Step6	・ 州の計画部は、データベースにデータを入力する
Step7	・ 最終リストに掲載された世帯の写真を撮影する ・ エクイティカードを作成し、配布する

出所 : MOP(2008), Implementation Manual on the Procedures for Identification of Poor Households より三菱 UFJ リサーチ & コンサルティングが作成

図表 VII-17のプロセスに見られる特徴として、1つは、全体のプロセスが客観的な調査と地域内での協議という2段階構成となっている点が挙げられる。STEP3のインタビュー調査は、規定の項目に従って、主として選択式のアンケート調査に回答してもらう形式となっており、それぞれの設問の選択肢ごとにスコアが設定されている。そ

³⁸ <http://www.mop.gov.kh/Projects/IDPoor/tabid/154/Default.aspx>

して、全ての質問に回答した後に、スコアを加算することによって、図表 VII-18 のような客観的な評価がなされる。ただし、アンケート調査の設問も全てが点数化するもののみではなく、各家庭の特殊事情を把握するための「点数化しない設問」も含まれている。

そして、図表 VII-18 の点数のみでは評価されない各家庭の特殊事情を考慮するために、STEP3 のコミュン検討会議や STEP4 のような村民から直接意見を受ける機会などが設けられており、定性的な視点が考慮される仕組みとなっている。

なお、アンケート調査の設問は大きく 15 問で構成されており、点数化する設問としては、「資産の状況（持ち家か否か、屋根や壁の資材、輸送手段の有無、等）」や「収入源（活動内容、保有する家畜・釣り道具、等）」、「世帯構成（幼児・高齢者の人数、収入を得る人数、等）」などの 11 項目がある。また、点数化しない設問としては「この 12 ヶ月の間に収入を失うような大きな問題があったか、食物の不足があったか、資産を売ったか、お金を借りたか」、「この 12 ヶ月の間に 6-11 歳の子供で 1 ヶ月以上学校を欠席した子はいるか」、「この 12 ヶ月の間に親類から援助を受けたか」などの 4 項目が設定されている。

図表 VII-18 スコアに基づく評価

Poor Level 1	59-68 points
Poor Level 2	45-58 points
Other	0-44 points

出所：MOP(2008), Implementation Manual on the Procedures for Identification of Poor Households

2 つ目の特徴は、一連の評価プロセスが主としてコミュンと村レベルで行われているという点である。州の支援組織（PFT：Provincial Facilitation Team）や郡の支援組織（DFT：District Facilitation Team）などは、代表者のトレーニング等は行うものの、評価そのものには直接には関わっておらず、インタビュー調査や協議、リストの作成は全てコミュンと村レベルで行われることとなっている。これには、地域の能力と制度の持続性の向上を図るという ID-Poor の重要な視点が基礎にあるといえる。

③ データの更新

マニュアル上では、データベースは 2 年に 1 回更新することとされていると共に、更新作業の前には、コミュンおよび村の代表者の指導を行う立場である PFT と DFT の指導をトレーナーが行うこととされている。

また、蓄積されたノウハウの引き継ぎがスムーズに行くように、前年度の VRG の少なくとも三分の二は、新しい VRG のメンバーとなることが推奨されているなど、精度の高いデータベースを構築するための工夫がなされている。

④ データベースの活用範囲

類似のデータベースとの重複を避けるための、法的根拠を設けるため、2011 年には政令（Sub-Decree on Identification of Poor Households）の公布が予定されている。

それによれば、貧困世帯の識別管理の責任・権限がある唯一の政府機関として MOP が示されると共に、ID-Poor を国家の標準システムとし、ID-Poor のある地域では全てのサービスプロバイダーはそのターゲティングの手法として ID-Poor を使用しなくてはならないと規定される。

⑤ 国際協力

ID-Poor は、GIZ の技術援助に加え、ドイツ政府、EU、AusAID、UNICEF、カンボジア政府の資金提供により開発されている。なお、2009 年には MPSP を支援するための信託基金が、WB、DFID、MOP によって設立されており、ID-Poor の普及促進の取り組みのために使用されている。また、2011 年 12 月現在のカバー率は、都市部を含む全体の 25%程度とされる。³⁹

(2) 社会扶助制度

カンボジアには、いわゆる恒常的な制度としての社会扶助制度は存在しない。

関連する制度としては、国際支援機関の支援による貧困層の子供に対する奨学金プログラムがある。

具体的には、中等教育を対象とした奨学金プログラムとして、2002 年から貧困削減のための日本基金 (JFPR : Japan Fund for Poverty Reduction)、2005 年から教育セクター支援プロジェクト (ESSP : Education Sector Support Project) が実施されている。これらのプログラムは、一定以上の出席率 (正当な理由なしに 1 年で 10 日以上欠席していない) や合格点の維持などを条件に現金給付を行うことから、条件付所得移転 (CCT : Conditional Cash Transfer) の一種であるといえる。

(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制度やプログラムを把握することはできなかった。

(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

① MOSAVY によるプログラム

MOSAVY が所管するプログラムとしては、貧困層への食糧支援 (天災等による) や孤児のための支援センターの運営、障害者のための移動式クリニックなどがある。

孤児のための支援センターは、MOSAVY、国際 NGO、ローカル NGO により 150 以上の施設が運営されており、食料の支援や正規・非正規の教育、職業訓練などが実施されている。また、障害者の移動式クリニックは、リハビリテーションセンターやヘルスセンターに行くことのできない地方部の障害者のために、NGO と協力して実施しているサービスである。

② 身体障害者のためのリハビリテーションプログラム

身体障害者のためのプログラムとしては、HIB (Handicap International -

³⁹ JICA カンボジア事務所の ID-Poor 担当者へのヒアリングより。

Belgium) による身体リハビリテーションセンター (PRC : Physical Rehabilitation Centres) と地域における身体障害者のための能力構築 (CABDIC : Capacity Building of people with Disabilities in the Community) があり、共にリハビリテーション・サービスが提供されている。

なお、カンボジアにおいては、2009年に障害者の権利法が公布・施行されるなど、障害者の利益保護のための取り組みが強化されつつある⁴⁰。

⁴⁰ 四本健二, アジ研ワールド・トレンド No.181(2010), 実効的な権利保障の実現が課題-カンボジア-

7. 高齢者ケア・高齢者福祉

貧困層を対象とした年金制度は整備されておらず、独居の貧しい高齢者などについては、カンボジアにおいても問題の1つとされている。しかしながら、実際には「カンボジアでは身よりのない高齢者は国内のどの村にもある仏教寺院で生活するという伝統的な生活慣習のなかで処理されている」場合が多いと共に、孤児や地雷などの問題と比較すると、国際支援機関の関心も相対的に低く、プノンペンなどの都市部においてカンボジア国内の団体が僅かな取り組みを行っている以外には、目立った取り組みは見られないとされる⁴¹。

カンボジアにおける高齢者福祉は、地方開発や保健、教育などの他の分野と比較して取り組みが少ない状況といえる。

年金制度については、公務員を対象とした NSSF-C、退役軍人等を対象とした NFV があると共に、民間のフォーマルセクターを対象とした NSSF においても、2015 年からの開始が予定されている（P. VIII-20 参照）。

⁴¹ 漆原克文，海外社会保障研究 Spring2009 No.166，カンボジアにおける障害者福祉の新たな展開について

8. カンボジ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 医療保障制度の普及・拡大と医療の質の向上

現状では、主に貧困層向けの医療保障制度として HEF と CBHI が展開されているが、その対人口のカバレッジは HEF で約 78.6%、CBHI で約 3.9%となっており、まだ十分とはいえない。特に CBHI については毎月の保険料負担があるという点もあり、普及率は低い状況となっているが、CBHI は「貧困層に近い層」の人々が「貧困層」へ転落することを防ぐ役割も担っており、その普及・拡大は重要な課題であるといえる。

また、現状では医療サービスの質も計画ベースの水準とは乖離があることが指摘されており、医療の質の向上も重要な課題の 1 つとして挙げられる。

② 制度の公平化

現状では、地域によって HEF、CBHI の運営主体が異なっていることから、そのサービス内容は統一されたものとはなっていない。

特に HEF では、政府が運営する制度の給付の範囲が、NGO 等が運営するものと比較して狭いなど、地域や利用する医療施設などによって受けることのできる給付が異なる状況となっている。さらに、HEF の対象となる貧困世帯の識別方法についても、現状では事前識別と事後識別の 2 つが併用される形となっており、必ずしも統一された基準でサービス対象者が識別されているとはいえない。これについては、事前識別のカバー率を向上させることが課題であるといえる。

③ フォーマルセクターにおける医療保険制度の確立

民間セクターの労働者については NSSF が、国家公務員については NSSF-C が設立されているが、医療保険については現在のところ制度の中に含まれていないことから、その一刻も早い確立が大きな課題となっている。

なお、NSSF については 2012 年に医療保険制度を開始する予定とされる（同じく、年金制度は 2015 年から開始予定）⁴²。この医療保険は、医療（入院、外来の両方）、および病気と出産に対する現金給付が対象となる計画となっているが、家族がその対象となるかはまだ不確定である⁴³。

④ 高い外部資金依存からの脱却

現在、カンボジアにおいては HSP2 にもとづく事業が展開されているが、HSSP2 のカンボジア政府の拠出金は約 11.4 百万米ドルと全体の 7.6%程度となっており、プ

⁴² Jean-Claude Hennicot, Cambodia, Social Protection Expenditure and Performance Review Findings

⁴³

http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.updSchemeExpenditure?p_lang=en&p_geoaid=116&p_scheme_id=2898&p_social_id=2330

プロジェクトの遂行にあたっては、その資金の多くを援助機関からの支援に頼っているのが現状である。自立した医療保障制度を確立していくためには、高い外部資金依存からの脱却も重要な課題であるといえる。

(2) 年金及びその他の所得保障制度をめぐる課題

① 民間企業の労働者の社会保障の対象範囲の拡大

現状では、NSSFの対象が8人以上の事業所に限定されている上に、実態としては8人以上の事業所も全てが加入しているわけではない。さらに、最終的には医療保険、年金にまで拡大されることが予定されているものの、現状では労働災害のみが給付対象となっている。また、労働災害に対する医療サービスの給付条件も、指定された医療施設に限定されるなど、制約条件も多い。

労働法は、8人以下の事業所も対象としているため、出産休暇中の賃金や労働時間、休日などについては、小規模な事業所においても一定程度の定めが存在する。しかしながら、「最低賃金の取り決めをしているのが縫製業のみ」、「病気休養中の労働者への賃金の支払い義務がない（ただし、8人以上の事業所では内部規則の作成が義務付けられている）」など、それだけで十分な状況とはいえない。

現状では、NSSFが設立され、民間労働者の社会保障を整備していくための基盤が整った状況にあるといえるが、今後はその対象範囲を徐々に拡大していくことが重要な課題となる。

② 公務員向け社会保障の対象範囲の拡大および拠出型制度への移行

NSSF-C および NFV は、これまで全額を税負担で賄っていた公務員向けの社会保障を、保険料を徴収する拠出型へ移行することを予定しており、現在はその移行期にある。また、労働災害、年金については既に対象となっているが、医療保険については検討中となっている。

民間企業向けのNSSFと異なり、公務員向けのNSSF-CとNFVは、ほぼ全ての公務員をカバーしているが、保険制度への移行は十分に進んでいない状況といえる。今後は既存の年金、労働災害を保険制度へ移行させていくとともに、対象範囲を医療保険に広げていくことが重要な課題となる。

9. カンボジアにおいて取り組むべき優先課題

カンボジアでは、医療保障および所得保障の両面において、各制度のカバレッジの拡大が急がれているところである。しかしながら、特に医療保障制度については、現状においても外部資金への依存度が約4割と高く、カンボジア王国として自立した制度とはなっていない。また、長く続いた内戦の影響もあり、医療サービスの質や量（医師数や医療施設の設備水準など）も周辺諸国と比較して遅れている状況であり、ヒト・モノ・カネなど、社会保障の充実のために必要となる基盤が脆弱であることが最大の問題点であるといえる。

したがって、引き続き各制度のカバレッジの拡大を志向していくことに加え、人材の育成や施設の整備など、ストックの充実を図るための投資が非常に重要であると考えられる。特に、一定程度の所得水準にあるフォーマルセクターを対象とした社会保障制度（NSSF や NSSF-C）においては、財政的な自立という観点から、拠出型への移行が期待される場所である。さらに、インフォーマルセクターについては、効果的・効率的な投資という観点から、ID-Poor の充実なども重要な課題として挙げる事ができるであろう。なお、カンボジアの医療保障制度の整備については、複数の援助機関が参加する SWiM によって実施される HSSP2 が進行中であるとともに、ID-Poor の整備についても GIZ をはじめとした複数の機関が支援を行っており、JICA が現段階において社会保障制度分野において支援を行う必要性は必ずしも高くないと考えられる。