

課題別指針

社会保障

(医療保障・年金等の所得保障・社会福祉)

平成 25 年 6 月

(2013 年)

独立行政法人国際協力機構

序文

■はじめに

この JICA 社会保障（医療保障・年金等の所得保障・社会福祉）課題別指針は、社会保障（医療保障・年金等の所得保障・社会福祉）に関する主な概況や援助動向、アプローチや手法を整理したうえで、JICA 事業による協力の方向性や留意点を示すために作成したものです。これにより、関係者間で社会保障（医療保障・年金等の所得保障・社会福祉）に関する基本的な情報・知識の共有を図るとともに、事業計画の企画・立案および案件の審査や実施の際の参考としています。

また、この課題別指針を、JICA ナレッジサイト等を通じて外部に公開することにより、広く一般の方々にもこれら JICA の社会保障（医療保障・年金等の所得保障・社会福祉）に対する基本的な考え方を知っていただきたいと考えています。

■社会保障課題別指針改訂の動機・位置づけ

JICA は 2006 年 12 月に最初の社会保障課題別指針を作成した後、同課題を取り巻く変遷を受け、2009 年 3 月に第 1 回目の改訂を行いました。第 2 回目となる今般の改訂に当たっては、現在開発途上国で進行している以下の状況を踏まえ、これら政策課題に対応するための JICA の社会保障分野の協力を位置づけ、そのあり方を整理しました。

- ① 近年多くの低所得国が中所得国への移行を果たしている¹など、開発途上国においても着実な経済発展が進んでいる。中所得国に移行した国々では、政策課題も、国民の最も基礎的なニーズへの対応（食糧生産や基礎的公衆衛生や基礎教育など）から、生活の質の向上へと広がっている。その中で重要な政策課題となっているのが医療アクセスであり、年金等の所得保障である。現在多くの国で、医療保障のユニバーサル・カバレッジの取り組みや、拠出制・無拠出制の年金等所得保障への取り組みがなされるようになった。
- ② 開発途上国も含めて世界的に高齢化が進んでおり、特に東南アジア地域のいくつかの国々では急速な高齢化が予想されている。そのため、途上国においても、高齢化に伴い増加する医療・介護ニーズや高齢期の所得ニーズにどう対応するかが重要な政策課題となっている。これらの国の中にはすでに何らかの医療保障や年金の仕組みがある場合が多く、受給者と担い手のバランスの変化に対応して既存制度の再構築も課題となっている。
- ③ 先進国も含めインクルーシブな成長という観点から、雇用の拡大とともに、成長の果実を広く国民で共有することによってより安定的な社会を作ることが、さらなる経済成長を促す上で重要な課題となっている。このような中、社会保障の構築や再構築が重要な政策課題となっている。

■改訂のポイント

以上の問題意識に基づき、今般の改訂にあたっては、具体的に次の点を主な柱として加筆・修正を行いました。

¹ 世界銀行の分類では、2003 年から 2011 年にかけて低所得国の数は 61 から 40 に減少したのに対し、中所得国の数は 93 から 104 に増加した。

- 社会保障が重要な政策課題となっている背景（私たちを取り巻く状況）の理解
- 社会保障とは何かを理解するために、社会保障の歴史的発展過程、目的や機能を加筆
- 各開発援助機関が社会保障(Social Security 又は Social Protection²)として意味する内容は必ずしも一様ではないことから、各機関が用いている用語の内容について整理。
- 人権の観点からの協力支援、財政との関連、条件付き現金給付(CCT : Conditional Cash Transfer)などの新たなツール、民間セクターの役割、成長戦略との関連について言及。
- 高齢化対策の必要性について明確に言及。ASEAN7 カ国で実施された基礎調査の結果やタイで実施された技術協力プロジェクト「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)」³の知見などを反映。例えば、現行の課題別指針で想定しているフォーマルな制度（社会保険など）の構築及び運営支援だけでなく、CTOP の成果を踏まえ、政府のインフォーマルな社会資源の調整者としての役割への支援についても言及。
- 3つの視点（制度内容の適切さ、制度の円滑な運営、制度を支える必要な基盤）から、国ごとの所得レベルごとにみたアプローチの記述。

² 国連や世界銀行などで「Social Protection」と言われる場合が多い。「Social Protection」、「Social Security」といった用語の使い方については後述。

³ CTOP の詳細については付録 1、1-2 の技術協力プロジェクト実績を参照

目次

序文	i
目次	iii
体系図について	vi
開発課題体系全体図	vii
<hr/>	
概観	x
<hr/>	
第1章 社会保障の概況	1
1-1. 世界の社会保障の現状	1
1-1-1. 社会保障を取り巻く状況の変化	1
1-1-2. 社会保障の整備状況	2
1-2. 社会保障とは？	4
1-2-1. 社会保障の発展の歴史	4
1-2-2. 社会保障の目的と機能	5
1-2-3. 社会保障の定義	8
1-3. 国内外の援助動向	10
1-3-1. 国際的援助動向	10
1-3-2. 我が国の援助動向	16
<hr/>	
第2章 社会保障に対するアプローチ	18
2-1. アプローチを検討する際の3つの視点	18
2-1-1. 制度デザインの適切さ	18
2-1-2. 制度の効率的・効果的な運営	23
2-1-3. 制度を支える施設・人材・システム	27
2-2. 国の所得段階ごとに見たアプローチ	30
2-2-1. 最貧国（1人当たり GNI が概ね US\$1,005 以下）	30
2-2-2. 低・中所得国（1人当たり GNI が概ね US\$1,006～3,975）	33
2-2-3. 中進国（1人当たり GNI が概ね US\$3,976～6,925）以上	36
2-3. 想定される援助リソース	38
<hr/>	
第3章 JICA の協力の方向性	40
3-1. JICA が社会保障分野で活動する意義	40
3-2. JICA が重点とすべき取り組み	41
3-2-1. 最貧国	41
3-2-2. 低・中所得国	42
3-2-3. 中進国以上	43
3-3. 協力手法	44
3-4. 協力実施上の留意点	46
3-5. 今後の検討課題	49

付録	52
付録 1. 我が国の社会保障分野の協力事例	53
付録 2. 低・中所得国における特筆すべき取り組み事例	63
付録 3. 社会・経済基本指標	68
付録 4. 社会保障制度の国際基準	81
付録 5. 社会保障の語源と日本・各国の定義	83
付録 6. 社会保障関連用語などのまとめ：世界銀行、ADB、ILO の比較	86
付録 7. 社会保障と人権	88
付録 8. 我が国の社会保障制度の概要	91
付録 9. 我が国の社会保障制度の経験：比較優位	96
付録 10. アジア諸国の社会保障制度の特徴	99
付録 11. 主要ドナーの社会保障に対する取り組み事例	104
11-1. 国際労働機構 (ILO)	104
11-2. 世界銀行 (World Bank)	107
11-3. アジア開発銀行 (ADB)	120
11-4. 欧州連合 (EU)	124
11-5. 国連児童基金 (UNICEF)	125
11-6. 国連開発計画 (UNDP)	127
11-7. ドイツ技術協力公社 (GIZ)	127
付録 12. 主要国際会議の動向	133
付録 13. 基本チェック項目	135
付録 14. 参考文献	137

BOX

1-1.	開発途上国の高齢化	2
1-2.	貧困削減と社会保障：ミレニアム開発目標(MDGs)との関連性	7
1-3.	フォーマルな保険から除外されている人のためのマイクロ医療保険	12
1-4.	インドネシアの地域相互扶助	13
2-1.	ユニバーサル・カバレッジとは何か	19
2-2.	制度の適切さを確保するため、制度デザインに当たって必要な情報	20
2-3.	社会保障と同様な機能を果たしている各種政策	20
2-4.	社会保障と財政的持続性	21
2-5.	CCT における受益者選定方式(ターゲティング)：メキシコの事例	24
2-6.	社会保障におけるガバナンス	25
2-7.	社会保障のサブシステム (社会保障に関連する制度)	26
2-8.	社会保障と民間部門	28
2-9.	アフリカの医療保障の状況	31
3-1.	社会保障におけるエビデンスとは？インパクト評価の現状	51
4-1.	現時点における我が国の社会保障概念の基本	83
4-2.	アフリカにおけるドナー支援の類型とその成果	132

図

1-1.	社会移転制度のインパクト評価のサマリー	7
1-2.	ILO の推奨する二段階戦略	14
4-1.	Social Security・Social Protection の概念図：3つのパターン	85
4-2.	医療保障・年金・社会福祉の発展モデル	103

表

1-1.	社会保障の個人的・社会的側面	5
1-2.	ILO と世界銀行のアプローチと定義	10
2-1.	カバレッジの3つの側面	19
2-2.	開発課題の視点からみた援助リソース	38
4-1.	政府による研修実績	53
4-2.	東アジア社会保障行政高級実務者会合	53
4-3.	ASEAN 日本社会保障ハイレベル会合	54
4-4.	分析の対象国	68
4-5.	社会保障へのアクセスが人権の1つであると謳っている世界的文書	88
4-6.	近年の社会福祉政策の動向	94
4-7.	ILO の社会保障プログラムの最近の流れ	104
4-8.	2002-07 年に世界銀行が実施した社会保障・労働分野の融資実績	109
4-9.	ADB 社会保障戦略行動計画	120
4-10.	主要国際会議での社会保障の言及	133

体系図について

本指針では、それぞれの開発課題について下記のような開発課題体系図を作成し、課題に対する一般的なアプローチをツリー状の表の形で網羅的に整理して示した⁴。この図は各開発課題の構成を横断的に俯瞰して全体像を把握し、問題解決に向けた方針、方向性及び協力内容を検討するためのツールとして作成したものである。

〈開発課題体系図（一部抜粋）〉

開発戦略目標 1：医療保障の構築			
中間目標	最貧国 (1人当たり GNI が概ね 1005 ドル以下)	低・中所得国 (1人当たり GNI が概ね 1,006～3,975 ドル)	中進国 (1人当たり GDP が概ね 3,976～ 6,925 ドル) 以上
適切な制度デザイン	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービスに係るカバレッジの改善 ● 無拋出制制度に係る財政的持続性の確保、ドナーとの連携 (以下略) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 非感染症やより高度な医療サービスへのカバレッジ拡大 ● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大 ● 財政的持続性の確保 (以下略) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 財政的持続性の確保 (医療費の管理) ● 高齢化への対応 (以下略)
JICA が重点とすべき取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービス基盤整備 (保健分野の枠組みでの支援) ● 無拋出制制度に係る支援：有償・無償資金協力により支援する場合に世界銀行やアジア開発銀行 (ADB) 等との援助協調を検討 (以下略) 	<ul style="list-style-type: none"> ● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大のための支援：拋出制の医療保障制度の制度デザインや諸サブシステムのデザイン・改善に係る支援 (以下略) 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療費の管理に係る支援：診療報酬の仕組みや診療報酬の決定過程の改善、医療情報システムの構築・改善、高齢者医療に係るコスト負担の仕組みなどに関する支援 (以下略)

上図の「開発戦略目標」、「中間目標」は各開発課題を分類したものである。開発課題体系図は、課題の全体像を示すために開発戦略目標から目標達成手段の例までを網羅した全体図を巻頭に示した。

⁴ 現実には体系図のように課題を構成する因果関係は直線的ではなく、種々の要素が絡み合っている。本図は特定の切り口をもって体系化することで課題の全容を分かりやすく示すためのものである。

社会保障（医療保障・年金等の所得保障・社会福祉） 開発課題体系全体図

開発戦略目標 1：医療保障の構築			
中間目標	最貧国 (1人当たり GNI が概ね 1005 ドル以下)	低・中所得国 (1人当たり GNI が概ね 1,006～3,975 ドル)	中進国 (1人当たり GDP が概ね 3,976～ 6,925 ドル) 以上
適切な制度デザイン	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービスに係るカバレッジの改善 ● 無拠出制制度に係る財政的持続性の確保、ドナーとの連携 	<ul style="list-style-type: none"> ● 非感染症やより高度な医療サービスへのカバレッジ拡大 ● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大 ● 財政的持続性の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ● 財政的持続性の確保(医療費の管理) ● 高齢化への対応
制度の効率的・効果的な運営	<ul style="list-style-type: none"> ● 無拠出制制度に係るターゲット・システムの構築や省庁間の連携（他の貧困対策との整合性を確保） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 拠出制制度の場合、インフォーマル部門の被保険者情報の管理及び保険料徴収のための仕組みの整備 ● 低所得者層に公的財源を投入する場合、ターゲット・システムの構築 ● 対象者情報の把握・管理、診療情報の把握、支払の為の情報システムの構築 	同左（システムの改善）
制度を支える施設・人材・システムの整備	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービス提供の整備（医療人材の育成、保健所・病院の整備） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療サービス提供の地域的不均衡の是正 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療の質の向上(公的医療機関の質の向上、民間医療機関の制度への取り込み)
JICA が重点とすべき取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービス基盤整備（保健分野の枠組みでの支援） ● 無拠出制制度に係る支援：有償・無償資金協力により支援する場合に世界銀行やアジア開発銀行（ADB）等との援助協調を検討 ● 拠出制制度に係る支援：将来的な制度設計に必要な情報や留意点等に関し知識の共有、助言 	<ul style="list-style-type: none"> ● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大のための支援：拠出制の医療保障制度の制度デザインや諸サブシステムのデザイン・改善に係る支援 ● 診療報酬制度に係る支援：医療費の管理と医療サービスの質確保を両立する診療報酬制度の構築・改善に向けた支援 ● 信頼性の高い情報システムの構築支援：対象者情報の把握・管理、医療費請求の審査・支払いシステムの構築・改善 	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療費の管理に係る支援：診療報酬の仕組みや診療報酬の決定過程の改善、医療情報システムの構築・改善、高齢者医療に係るコスト負担の仕組みなどに関する支援 ● 医療の質の向上に係る支援：医療情報システムの構築・改善や診療報酬の仕組みの改善

開発戦略目標 2 : 年金等の所得保障の構築			
中間目標	最貧国 (1人当たり GNI が概ね 1005 ドル以下)	低・中所得国 (1人当たり GNI が概ね 1,006~3,975 ドル)	中進国 (1人当たり GDP が概ね 3,976~ 6,925 ドル) 以上
適切な制度デザイン	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会的脆弱層に対する最低限の公的支援 ● 無拠出制制度に係る財政的持続性の確保とドナーとの連携 	<ul style="list-style-type: none"> ● 拠出制所得保障制度の被用者へのカバレッジ確立 ● 拠出制所得保障の財政的持続性確保 ● 無拠出制所得保障制度の社会的脆弱層へのカバレッジ確立 ● 無拠出制所得保障の財政的持続性の確保 	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢期の実効的な所得保障 ● 拠出制所得保障制度のインフォーマル部門への拡大 ● 拠出制所得保障制度の給付水準の改善 ● 財政的持続性の確保
制度の効率的・効果的な運営	<ul style="list-style-type: none"> ● 無拠出制制度に係るターゲット・システムの構築や省庁間の連携（他の貧困対策との整合性確保のため） 	<ul style="list-style-type: none"> ● 拠出制所得保障のガバナンスの確保とモニタリング ● 拠出制所得保障の情報システムの整備 ● 無拠出制所得保障のターゲット・システムの構築 	<ul style="list-style-type: none"> ● 被保険者情報の管理や保険料徴収、給付支払いなどに係る諸サブシステムの改善 ● 年金資産運用に係るガバナンスの向上
JICA が重点とすべき取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 無拠出制制度に係る支援：有償・無償資金協力により支援する場合に世界銀行や ADB 等との援助協調を検討。技術協力支援では、国内での財源調達を持続性をより高める公共財政管理などの協力枠組みで支援 ● 拠出制制度に係る支援：制度設計に必要な情報や留意点などに関し知識の共有、助言 	<ul style="list-style-type: none"> ● 被用者所得保障制度に係る支援：財政的持続性の確保及びサブシステムの構築・改善 	<ul style="list-style-type: none"> ● 拠出制制度のインフォーマル部門への拡大のための支援：①財政方式の選択、②被保険者情報の把握・管理、③保険料の徴収、④保険料水準の設定、⑤賦課方式をとる場合給付水準の設定

開発戦略目標 3 : 社会福祉サービスの構築			
中間目標	最貧国 (1人当たり GNI が概ね 1005 ドル以下)	低・中所得国 (1人当たり GNI が概ね 1,006~3,975 ドル)	中進国 (1人当たり GDP が概ね 3,976~ 6,925 ドル) 以上
適切な制度デザイン	<ul style="list-style-type: none"> ● 孤児、障害者、身寄りのない高齢者、災害被災者などに対する最低限の公的社会サービス提供 	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害児・者、高齢者などのための恒久的な制度の構築 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保育・介護などサービスの種類の充実(対象者の拡大) ● 財政的持続性の確保
制度の効率的・効果的な運営	<ul style="list-style-type: none"> ● 中央政府、地方自治体、NGO、ボランティア、地域、ドナーといった関係者間の連携 	<ul style="list-style-type: none"> ● 地方行政での相談援助窓口の設置などサービス提供の仕組み開発 ● 福祉施設の基準作成などサービスの質の担保 	<ul style="list-style-type: none"> ● 省庁間・中央と地方・政府と民間などの連携強化
制度を支える施設・人材・システムの整備	<ul style="list-style-type: none"> ● 最低限の社会サービス基盤の整備(児童養護施設、身寄りのない高齢者のための居住施設の整備と職員の確保) 	<ul style="list-style-type: none"> ● ソーシャル・ワーカーの育成 ● 専門職の養成カリキュラムの整備 ● ボランティア養成や NGO・ボランティアの活動促進 	<ul style="list-style-type: none"> ● 保育・介護サービス施設の計画的な整備 ● ソーシャル・ワーカーや保育人材の育成
JICA が重点とすべき取り組み	<ul style="list-style-type: none"> ● 災害被災者や限定された社会的弱者等への支援：大規模災害発生時に緊急的な人道援助支援。社会的弱者支援に係る現場のニーズには青年海外協力隊(JOCV)等や草の根技術協力で支援 ● 社会福祉サービス開発や人材養成への支援：社会福祉サービス開発の検討や、専門職・担当職員の養成を開始する場合に必要な情報、専門職や職員に求められる役割等に関し知識の共有、助言 	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会福祉サービス提供の仕組み開発に係る支援：ソーシャル・ワーカーの育成プログラム整備、社会福祉施設の基準整備など。現場レベルのニーズには JOCV 等や草の根技術協力で支援 	<ul style="list-style-type: none"> ● 高齢者介護に係る支援：介護サービス、介護専門職の養成・技能向上、介護家族やボランティアの技能向上、財政制約のもとで持続可能な介護施策の形成 ● サービスの財政的持続性確保のための支援：特に高齢者介護サービスに関し、サービスのコスト分析、財源調達手法の分析 ● 高齢化に対する多様な取り組みに関する支援：必要な取り組みに関して知見の共有等 ● 省庁間・中央と地方・政府と民間の連携強化

概観

■全体の構成

本指針は全3章から構成されている。第1章は社会保障の概況を記している。事実に基づき、社会保障を取り巻く状況の変化、世界における社会保障の整備状況、社会保障の発展の歴史や目的・機能、ドナーにおける社会保障の範囲と支援の動向、日本政府及び JICA の支援動向等を整理している。第2章では、効果的アプローチを国の所得水準に応じて制度ごとに整理している。第3章では、第1章と2章を踏まえて JICA の協力の方向性を記している。JICA が社会保障分野で活動する意義、重点とすべき取り組み、協力手法、協力実施上の留意点、今度の検討課題を整理している。

■本指針で取り扱う社会保障の範囲

社会保障について国際的に統一された定義はなく、国や組織によって社会保障の内容や範囲は異なっている。また、言葉についても近年は「Social Protection」という言葉が頻繁に用いられている。本指針は、医療保障（無拠出制の医療給付や公的医療保険）、年金等の所得保障（無拠出制の現金給付や公的年金保険）、社会福祉（社会福祉サービスの給付）の3分野を対象とする。なお、医療保障については、医療サービスの提供も重要であるが、別途保健分野の指針で取り扱っていることから、本指針では医療費の保障に焦点を当てる。所得保障や社会福祉については、教育、貧困削減、農村開発、公共財政管理、障害と開発なども重要な取り組みであるが、これらも別途の課題別指針によりカバーされていることから本指針では取り扱わない。また、積極的労働市場政策も所得保障やインクルーシブな成長の観点から重要だが、社会保障とは手法などの点で内容を異にすることから、今後別途の指針作成を検討する。

■社会保障の概況

近年、開発途上国においても、産業化や都市化による家族や地縁・地域社会の繋がりの希薄化が進むとともに、近い将来世界的な人口の高齢化が予想されている。着実な経済成長を遂げる一方、富の偏在化や格差の拡大が社会の不安定化に繋がっている。

しかし、世界労働機構（ILO : International Labor Organization）によれば世界の人口のわずか20%しか十分な社会保障制度で保護されておらず、医療保障・高齢所得保障・失業所得保障の全てが何らかの形で行われている国は世界の3分の1に過ぎない。いかなる医療施設・医療サービスにもアクセスできない人口は3分の1にも上り、年間1億人以上が病気や高額な医療費のために貧困に陥っている。1日1ドル以下で暮らす高齢者は1億人に上っている。特に農業従事者や自営業者などのインフォーマル部門は開発途上国の就労人口の半数近くを占めるが、社会保障制度の適用は限定的であることが多い。

■社会保障の目的と機能

19世紀後半、ドイツの宰相ビスマルクの下で立法化された社会保険を始めとする社会保障の歴史は、近代化・産業化による共同体の解体、大量の都市労働者の発生、事故や疾病、失業や引退による収入の減少という新しい状況の中で、それまで伝統的な共同体が果たしていた相互扶助機能を、人為的な形で国家が代替する歴史であった。第二次世界大戦後は、1948年の世界人権宣言により「社会保障を受ける権利」が定められるとともに、国民の最低限度

の生活を保障し、経済の状況に関わらず一定の購買力の維持、需要創出につなげることにより、戦後の経済成長に不可欠なものとなった。

現在、社会保障は、個人に対しては、最低限の生活の保障、疾病や失業などの不測の事態でも一定の所得の保障、医療や衣食住、養育や介護のニーズに対する社会的なサービスを保障する役割を果たしている。社会に対しては、経済変動の社会への衝撃を緩和し、国民の安心感を醸成し、不公平感を軽減する機能を果たしているとともに、富や所得の再配分のシステムとして機能している。

■国内外の機関による支援の状況

社会保障分野の国際協力は、1950年代前半にILOが東南アジア諸国で社会保障制度全般にわたる支援を行ったのをはじめとして、1970年代からは世界銀行も取り組むようになった。特に80年代には途上国における構造調整政策を背景とし、また90年代には社会主義諸国の市場経済化支援を背景として、いずれも国民生活へのショックを和らげ、円滑な政策実施を促すための社会保障分野支援が行われた。1997年のアジア通貨危機をきっかけとして、各機関の社会保障協力は、中長期的な視点に立って包括的な社会保障制度の構築を支援することが重視されるようになってきている。主なドナーとしては、ILOと世界銀行のほか、ADB、国際連合児童基金（UNICEF）、ドイツ技術開発公社（GIZ）、イギリス（DFID）などがあるが、特に世界銀行は経済危機前に年間約10億ドルであった社会保障セクターの融資額が2011年には約5倍に増加し、世界銀行内で最も融資増加率が高いセクターとなった。また、ILOや国連機関は2009年、ユニバーサル・カバレッジを目指す「必要不可欠な社会保障イニシアチブ」(Social Protection Floor Initiative)を開始した。

日本政府は、JICA事業への人的貢献、研修員受け入れ、国内の国際協力実施機関への委託、補助のほか、世界保健機構（WHO）やILOといった国際機関への資金拠出を通じて技術協力を実施している。ASEAN諸国との間では、「ASEAN+3社会福祉・保健大臣会合」を通じた大臣レベルでの交流、「ASEAN日本社会保障ハイレベル会合」の定期的な開催、ILO/日本マルチ・バイ事業による協力などが行われている。

JICAでは、2000年代に入ってから東南アジア諸国への長期専門家の派遣が活発になってきているとともに、プロジェクトや調査事業を開始している。また、中南米においても高齢者福祉や児童福祉に係る協力を行った。

■効果的アプローチを見る視点

社会保障を整備する責任は一義的には政府にある。JICAの社会保障分野協力の目的も主に途上国政府を対象として、実効性ある社会保障制度の構築・実施を支援することにある。そこで、政府の政策立案・実施担当者の立場から、社会保障制度の整備にあたって特に考慮しなければならない3つの視点として、①制度デザインの適切さ、②制度の効果的・効率的な運営、③制度を支える施設・人材・システム、を取り上げ、それぞれの視点から課題への効果的アプローチを見ていく。

「制度デザインの適切さ」の視点は、制度のデザインと国民のニーズとの適合性、国の経済・財政状況との適合性、財政的な持続可能性について見るものである。具体的には、i. 社会保障制度の対象人口や給付の種類・給付水準（いわゆる制度の「カバレッジ」）、ii. 財源の調達、が重要である。

「制度の効果的・効率的な運営」の視点は、ターゲティング・システム、制度の対象者の情報把握、拠出制度の場合は拠出の徴収、給付システム、資金運用を伴う制度にあっては資金運用、職員の能力、ガバナンス、制度の遵守、モニタリングや評価、諸関係者間の調整・

連携、などを見るものである。

「制度を支える施設・人材・システム」の視点は、医療保障については保健所や病院・診療所などの施設、医療人材、医薬品や医療材料の調達・管理のためのシステム、所得保障については拠出制制度における年金数理や資金運用の専門家、加入者の情報を管理する人材やシステム、送金システム、無拠出制制度における対象者の認証システムや情報管理システム、送金システム、社会福祉サービスについては児童や高齢者のための保護・保育や介護など提供する施設や、サービスを提供する人材、などを見るものである。

■国の所得段階ごとに見た効果的アプローチ

貧困国（一人当たり GNI が 1,005 ドル以下）においては、制度デザインの視点からは基礎的な医療サービスのカバレッジ改善、無拠出制制度の財政的持続性の確保、社会的脆弱層に対する最低限の所得保障や社会福祉サービスの提供が重要である。制度の効果的・効率的運営の視点からは、無拠出制医療や所得保障制度におけるターゲティング・システムの構築や省庁間の連携、社会福祉サービス提供における関係者間の連携が必要である。また、制度を支える施設・人材・システムでは、医療人材育成や基礎的予防・医療サービスを提供する保健所や医療機関の整備、最低限の社会福祉サービス基盤を行う段階である。

低・中所得国（一人当たり GNI が 1,006～3,975 ドル）においては、制度デザインの視点からは非感染症や、より高度な医療サービスへのカバレッジの拡大、インフォーマル部門への医療保障カバレッジの拡大、拠出制所得保障制度の被用者へのカバレッジ確立、無拠出制所得保障の社会的脆弱層へのカバレッジ確立、医療保障・所得保障いずれの制度でも財政的持続性の確保が重要である。制度の効果的・効率的運営の視点からは、拠出制医療保障制度をインフォーマル部門に広げるにあたっての被保険者情報の管理及び保険料徴収、被用者向け拠出制所得保障のガバナンス確保と運用のモニタリング、医療保障・所得保障ともに拠出制制度における情報システムの整備、無拠出制所得保障のターゲティング・システムの構築、社会福祉サービス提供の仕組みの開発が必要である。制度を支える施設・人材・システムでは、医療サービス提供の地域的不均衡の是正や社会福祉サービス人材の養成が必要な段階である。

中進国（一人当たり GNI が 3,976～6,925 ドル）以上においては、制度デザインの視点からは、医療費の管理、医療における高齢化への対応、高齢期の実効的な所得保障、拠出制所得保障制度のインフォーマル部門への拡大、拠出制所得保障制度の所得代替率の改善、社会福祉サービスの種類の充実などが求められるが、医療保障、所得保障、社会福祉サービスのいずれにおいても財政的持続性の確保はますます重要になってくる。制度の効果的・効率的運営の視点からは、所得保障制度における諸サブシステムの改善やガバナンスの向上、社会福祉サービスにおける省庁間・中央と地方・政府と民間などの連携の強化が重要である。制度を支える施設・人材・システムの視点からは、医療の質の向上が求められるとともに、保育・介護サービス施設、ソーシャル・ワーカーや保育・介護人材といった社会福祉サービスのインフラ整備が必要となってくる。

■JICA が社会保障分野で活動する意義

JICA が社会保障分野で活動する意義は以下の 4 つに整理できる。①社会保障へのアクセスという基本的人権の尊重と人間の安全保障の実現、②インクルーシブかつ持続可能な開発、社会の安定を通じた国際的な平和と安定の実現、③生活の質の向上や経済成長の果実の共有、近い将来の高齢化という途上国の差し迫った政策課題への対応、④高齢化や社会保障改革という課題を抱える日本にとって双方向の協力 (mutual learning) の実現である。

■ JICA が重点とすべき取り組み

社会保障分野での日本の経験の特徴は、西欧諸国の社会保障制度を下敷きにしながらも、経済発展の比較的早い段階、農業人口割合がまだ比較的高い時期に、拠出制の制度を中心として社会保障制度を作ってきたことにある。また、高齢化の急速な進展と種々の政策対応も日本の特徴であり、JICA が重点とする取り組みを検討する際にも、このような日本の特徴が生かされることを念頭に置く。

JICA が重点とすべき取り組みは、国の所得水準に応じ以下の通りである。

貧困国（1人当たり GNI が概ね 1005 ドル以下）

医療保障	<ul style="list-style-type: none"> ● 基礎的な医療サービス基盤整備（保健分野の枠組みでの支援） ● 無拠出制制度に係る支援：有償・無償資金協力により支援する場合に世界銀行や ADB 等との援助協調を検討。 ● 拠出制制度に係る支援：制度導入を検討している場合に、設計に必要な情報や留意点等に関し知識の共有、助言。
年金等の所得保障	<ul style="list-style-type: none"> ● 無拠出制制度に係る支援：有償・無償資金協力により支援する場合に世界銀行や ADB 等との援助協調を検討。技術協力支援では、国内での財源調達持続性をより高める公共財政管理などの協力枠組みで支援。 ● 拠出制制度に係る支援：制度の構築を検討している場合、設計に必要な情報、設計の留意点等に関し知識の共有、助言。
社会福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 災害被災者や限定された社会的弱者等への支援：大規模災害発生時に緊急的な人道援助支援。社会的弱者支援に係る現場のニーズには JOCV 等や草の根技術協力で支援。 ● 社会福祉サービス開発や人材養成への支援：社会福祉サービス開発の検討や、専門職・担当職員の養成を開始する場合に必要な情報、専門職や職員に求められる役割等に関し知識の共有、助言。

低・中所得国（1人当たり GNI が概ね 1,006～3,975 ドル）

医療保障	<ul style="list-style-type: none"> ● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大のための支援：拠出制の医療保障制度をとる国に対し、制度デザインや諸サブシステムのデザイン・改善に係る支援。日本の国民健康保険の経験も参照。 ● 診療報酬制度に係る支援：医療費の管理と医療サービスの質確保を両立する診療報酬制度の構築・改善に向けた支援。 ● 信頼性の高い情報システムの構築支援：対象者情報の把握・管理や、医療費請求の審査・支払いの円滑な促進に資するシステムの構築・改善に向け、社会保険実務者や民間事業者の経験・技術も活用し支援。
年金等の所得保障	<ul style="list-style-type: none"> ● 被用者所得保障制度に係る支援：財政的持続性の確保及びサブシステムの構築・改善。例えば保険料設定と給付水準設定に係る年金数理的検討、積立金の管理・運用の体制と手法などにつき、学識経験者、社会保険実務者や年金数理専門家の知見も活用し支援。
社会福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ● 社会福祉サービス提供の仕組み開発に係る支援：対象者のニーズ把握やサービス調整、相談援助などを行うソーシャル・ワーカーの育成プログラム整備、社会福祉施設の基準整備など。現場レベルのニーズには JOCV 等や草の根技術協力で支援。

中進国以上（1人当たりGDPが概ね3,976～6,925ドル）以上

医療保障	<ul style="list-style-type: none"> ●医療費の管理に係る支援：診療報酬の仕組みや診療報酬の決定過程の改善、医療情報システムの構築・改善、高齢者医療に係るコスト負担の仕組みなどに関する支援。 ●医療の質の向上に係る支援：医療情報システムの構築・改善や診療報酬の仕組みの改善などの支援。
年金等の所得保障	<ul style="list-style-type: none"> ●拠出制制度のインフォーマル部門への拡大のための支援：①財政方式の選択（積立方式か賦課方式か）、②被保険者情報の把握・管理、③保険料の徴収、④保険料水準の設定、⑤賦課方式をとる場合給付水準の設定などの点に関し、社会保険実務者や年金数理専門家も活用し支援。
社会福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> ●高齢者介護に係る支援：介護サービス、介護専門職の養成・技能向上、介護家族やボランティアの技能向上、財政制約のもとで持続可能な介護施策の形成などを支援。地方行政担当者や介護事業者の知見を積極的に活用。 ●サービスの財政的持続性確保のための支援：特に高齢者介護サービスに関し、サービスのコスト分析、財源調達手法の分析などの支援。 ●高齢化に対する多様な取り組みに関する支援：途上国で必要な取り組みについて知見の共有等（医療や年金、介護の他に、住宅や都市環境の整備、高齢者の生計維持方策の確保、高齢者の積極活用、高齢者の身体特性に配慮した製品開発（ユニバーサル・デザイン）、防災や防犯における高齢者配慮等） ●省庁間・中央と地方・政府と民間の連携強化のための支援：高齢者サービスに係る保健医療・福祉・住宅部門の連携強化、中央と地方の役割分担の明確化、地方職員の能力向上、高齢者介護に係る民間（営利・非営利組織）との連携

■協力の手法

協力にあたっては政策立案・実施関係者の能力の向上に重点を置き、適切な援助スキームを選択したり、また適切な場合には多様な援助スキームを組み合わせるにより効果的な支援を行う。たとえば、財政における資金ギャップに対する有償資金協力と社会保障政策・制度構築に対する技術協力、情報システム整備に関して設計に関する技術協力とシステム導入に関する有償資金協力、といった組み合わせが考えられる。さらに、社会保障の個別案件を形成するプロセスの一部として、また、途上国の社会保障構築における日本の貢献を高めることを目的として、研修やシンポジウム、セミナーなどを通じた知的交流、政策提言も進める。社会保障の課題別研修、厚生労働省主催のASEAN日本社会保障ハイレベル会合なども有効活用する。日本の経験だけでなく、発展状況が似ている国同士の知識交流や南南協力を積極的に推進する。

■協力実施上の留意点

協力を実施するにあたっては、各国の文脈を踏まえるとともに、途上国の厳しい人的・制度的・財政的な制約条件の下で実施可能な解決策を、先進国の現行制度や過去の経験に必要な以上にとらわれることなく新しい発想で考え出すことが重要である。同時に、社会保障制度の構築は一国の統治に関わる問題であり、安易な介入は内政干渉となりかねず、政治的リスクに留意する。途上国では近隣住民や親せき・知人などのインフォーマルな社会資源や宗教団体等の伝統的な組織が機能しているところが多く、それらの位置付けや支援にも留意する。社会保障分野において相手国のニーズに合った支援を行うためには継続的な政策対話が非常に重要で、伴走型のアプローチが望まれている。政策アドバイスをしつつ、信頼できる相談相手としての関係を築く。

■今後の課題

協力を進めるに当たっての課題として、①人的リソースの確保及び日本の経験の情報整理、②他分野との連携、③知識・エビデンスの蓄積と体系化がある。①「人的リソースの確保及び日本の経験の情報整理」に関しては、社会保障分野の専門的な知識をもち、かつ外国語での業務遂行が可能な人材確保は緊急の課題である。開発途上国での人材確保も重要である。同時に、日本の過去の経験に関する資料や文献などの英文による整備も不可欠である。②「他分野との連携」に関しては、JICA 内でも保健、教育、雇用・労働、農村開発・地域開発、農業技術開発、公共財政管理、貧困セクターなどとの協力体制の強化が必要である。③「知識・エビデンスの蓄積と体系化」に関しては、JICA の強みとされる「現場の経験」を学術的に検証し、援助実務に応用可能な汎用性の高い国際基準の知見を生み出し、対外発信する必要がある。事業実施を通じたエビデンス構築は説得力ある政策提言につながる。

第1章 社会保障の概況

社会保障は、歴史的にその時代のニーズに沿って発展してきた。そのため、社会保障への注目が高まっている背景を知るために、まずは今日私たちが生きている社会生活、家族形態、人口、雇用・経済状況などを明らかにする。次に、社会保障分野で支援する意義を考える際に、そもそも社会保障とは何なのかを知ることが重要であることから、社会保障の発展の歴史を振り返り、目的や機能、定義について見ていく。

1-1. 世界の社会保障の現況

1-1-1. 社会保障を取り巻く状況の変化⁵

私たちを取り巻く状況は大きく変化し、社会保障関連のニーズが高度化・多様化・複雑化している。まず、産業化や都市化が進む中で、地域社会の変容が進んでいる。例えば、農村部では地域活動の担い手が青壮年男性から女性・高齢者に変化している。疾病や障害、失業、育児など困難・必要が生じた場合、伝統的には家族や地域社会の構成員が互いに助け合って生活を支えてきたが、このような地域社会の変化により家族や地縁、地域社会の繋がりが希薄化している⁶。

人口動態をみると、近い将来、世界的に人口の高齢化が予想されており、高齢期の所得保障や介護サービスへのニーズが拡大している。また、社会保障制度のみならず、少子化に伴い社会経済を支える労働力人口の割合が低下していくことが見込まれている。

開発途上国でも着実な経済成長が進んでおり、多くの国が低所得国から中所得国への移行を果たしている。その一方で、多くの貧困層は依然として成長の恩恵を享受できないまま脆弱な立場に置かれ、富の偏在化や格差が拡大している。現在最貧困層の4分の3以上が中所得国に住んでいる状況である⁷。昨今の激動する中東情勢などからも明らかなように、経済成長の果実が配分されないことによる不公平感が蓄積され、社会の不安定化に繋がっている^{8,9,10}。国境を越えた移民労働者が増大する中、彼らを社会保障上どうカバーするのも大きな課題である。

雇用環境も変化し悪化している。世界労働機構（International Labor Organization。以

⁵ 付録3に経済・社会基本指標として都市部人口の推移や高齢化率の推移などを整理

⁶ 例えば ADB (2012)

⁷ Sumner (2010)

⁸ 所得の不平等が存在する場合、経済が成長しても貧困削減につながりにくいという報告がある。例えば Ravallion (2005)

⁹ 主な ASEAN 諸国のジニ係数はここ 10 年程度あまり変わっていないか国によってはむしろ上昇している。

タイ：41.5(1998)→40.0(2009)、インドネシア：29.0(1999)→34.0(2005)、マレーシア：49.2(1997)→46.2(2009)など。出典：世界銀行(<http://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI/>)。なお、OECD30カ国の2000年代半ばにおける平均は31.1。日本は32.1。(OECD (2008))。ジニ係数が高いほど経済成長が持続する期間が短くなる傾向にあるという分析がされている。例えば、Berg, A. et al.(2011)

¹⁰ 格差が開発途上国の経済成長や開発を阻害するという分析もされている。例えば、Easterly (2007)

下「ILO」という。)の報告によると、2011年末の全世界の失業者総数は推定1億9600万人、2012年にはさらに増加して2億200万人に達すると予測されている¹¹。長期失業者が増え、とりわけ25歳未満の若者の失業問題が深刻である。

このような事態に対し、社会変化によるニーズに沿った効率的な社会保障の整備に向けて政府の対応がますます必要になってきている。

Box.1-1. 【開発途上国の高齢化】

開発途上国においても寿命が延び、高齢化が急速に進む傾向にあり、高齢者への社会保障は重要な開発課題となりつつある。国連によると、現在世界の60歳以上の高齢者人口の60%が開発途上国に住んでおり、高齢化が世界的に進むにつれ、その数字は2050年には80%に達する見込みである。中でも、チリ、中国、イランにおいて高齢者の数が多い。地域別に見ると、アジアの少子・高齢化が急激に進んでいる。特にタイ、ベトナムなどの高齢化は今後急速に進むと予想されており、そのスピードは日本以上である。アジアではそのような問題に加えて、急速な都市化にともなう世帯規模の縮小や都市への急速な人の移動により、家族の介護力が低下するなど典型的な少子・高齢化の問題が発生しつつある。少子高齢化は先進諸国でも経験してきた過程であるが、開発途上国における高齢化の問題は、経済が十分成長しないうちに高齢化することであり、これまでの先進国が経験しなかった課題に直面する。

問題への対応をさらに困難にしているのは、高齢化が急速に進むのはとりわけ所得水準の低い地方・農村であるということである。地方・農村でも出生率が低下していることに加え、若年層の都市部への流出により高齢化が加速されており、これは農村部において所得水準を高める手立てが奪われながら高齢社会に向かっていくことを意味している。人口動態を踏まえた都市と農村のバランスの観点から将来的な少子高齢化問題への対応が求められる。近年、このような高齢者をカバーする無拠出制の社会手当(social pension)が開発途上国で給付されるようになってきている。Help Age（高齢者分野の世界NGO）のソーシャル・ペンション・データベースによれば、100カ国以上で無拠出制の社会手当が給付されている。

高齢化の問題はジェンダーの観点からも重要である。女性は男性に比べて平均寿命が長く、長い高齢期を過ごすことになる。配偶者を失う可能性が高いが、再婚率は男性よりも低い。したがって、老齢期所得保障ニーズは高いものの、フォーマル部門で働くことが少ないことから、自身の老齢年金を受給できるものは多くない。また、インフォーマル部門労働者対象の所得保障制度が未整備な中、男性配偶者の遺族年金を受けられるとは限らない。

参考：UNFPA and HelpAge International (2012) Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge

1-1-2. 社会保障の整備状況

1-1-1 で見たように、私達の取り巻く状況は大きく変化しており、ニーズに対応した社会保障の整備に向けて政府の対応が益々必要になってきている。しかし、現実には、ILO が2011年に発表した世界社会保障報告書によると、世界人口のわずか20%しか十分な社会

¹¹ ILO (2011a)

保障制度で保護されていない¹²。医療保障・老齢所得保障・失業所得保障の全てが、何らかの形で行われている国は世界の3分の1に過ぎない。今まで社会保障制度でカバーされていなかった人たち¹³にどのようにして社会保障を拡大していくかが世界的な課題になっている。具体的には、インフォーマル部門、非正規労働者、自営業者、家事労働者、移民労働者、非熟練労働者、障害者¹⁴、HIV/エイズ感染者を含めた慢性病患者、高齢者、女性、先住民や少数民族などが挙げられる。

開発途上国でもフォーマル部門については拠出制の医療給付制度がすでに存在することが多いが、インフォーマル部門については労働者の割合が大きいかかわらずカバーされていないことが多い。アジア諸国では、特に農業人口などインフォーマル部門の割合が依然として高い¹⁵。世界銀行の報告書によると、世界の就労人口は30億人を超えているが、その半数近くは農民か自営業者である¹⁶。したがって、インフォーマル部門人口の制度への取り込みが鍵となる。また、企業で働いていても社会保障制度の適用を受けない非正規雇用が増えていることが指摘されている¹⁷。

制度別に見ると、医療保障に関しては、いかなる医療施設・医療サービスにもアクセスできない人口は3分の1近くにも上る。世界保健機構（World Health Organization。以下「WHO」という。）の報告によると、年間1億人以上が病気や高額な医療費のために貧困に陥っている¹⁸。

老齢所得保障に関しては、世界の40%の国々で整備されているものの、実際にカバーされている人たちの割合は、アジア・中東・北アフリカ諸国で生産年齢人口の20%、サハラ以南のアフリカ諸国では5%に過ぎない。高所得諸国では65才以上の人口の75%が何らかの年金を受給しているのに対し、低所得諸国で年金を受給している高齢者は20%未満である。開発途上国の高齢者への社会保障は依然として限定的で、高齢者分野の世界NGOであるHelpAgeによると、インフォーマル部門で働く高齢者数が多い国ほど高齢者の貧困率が高くなっている。

雇用分野では、失業給付制度が法定されているのは、ILO加盟国184カ国のうち78カ国しかなく（42%）、実際に受給できるのは労働人口のごく一部である。労災保険では、職場での事故や雇用関連の疾病で法的な保険の適用を受けられるのは、世界の生産年齢人口の30%未満である。社会福祉・公的扶助に至っては制度がある国は少なく、制度があってもそのカバレッジは極めて限られている。

地域別に見ると、ラテンアメリカで一番社会保障制度の整備が進んでおり、中東、アジア、アフリカで特に社会保障制度の構築が遅れている¹⁹。

社会保障の状況は、国によって、また経済の発展段階によって大きく異なる。経済の発展段階別にみた開発途上国の社会保障の概況については、第2章で詳細に述べる。

¹² ILO (2010c)

¹³ ILOは排除された多数者(the excluded majority)という表現を使っている。例えばILO (1999)

¹⁴ 2011年に発表された世界障害報告書(WHO)でも、障害者の社会保障へのアクセスが極めて低いと報告されている。

¹⁵ インフォーマル部門の労働者数は今後も増加する見込みで、貧困増をもたらす。OECD (2009a)

¹⁶ 世界銀行 (2012c)

¹⁷ ILO (2012a) 非正規雇用対策の各国の成功事例を文書化している。

¹⁸ WHO (2010)

¹⁹ ILOの社会保障制度の国際基準である社会保障(最低基準)条約(第102号)においては、現在批准しているのは世界で47カ国に過ぎない(2013年3月時点)。実際に批准しているのはアジアでは日本のみが、アフリカでは5カ国、南アメリカでは9カ国、中東には批准国はない。

1-2. 社会保障とは？

1-2-1. 社会保障の発展の歴史²⁰

家族や地域社会のインフォーマルな相互扶助は、家族・地域社会の本質的な機能として以前より存在していたが、近代的な社会保障、つまり国家が関与する社会保障の始まりとして挙げられるのが、17世紀イギリスにおける「エリザベス救貧法」(Poor Law) である。これはいわば現在の「公的扶助」の原型と言えるが、その主な目的は治安の維持であった。

一方、社会保険が国家政策として初めて制度化されたのは19世紀後半のドイツだった。当時のドイツでは後発国として工業化を進める中で、労働者の健康悪化、頻発する労働争議が問題化したことから、時の宰相ビスマルクは一連の社会保険制度を立法化し、疾病保険、労災保険、障害・老齢年金保険の各制度を整備した。これは労働者の生産性を確保するとともに、現役・退職労働者の生活の安定を図るものであった。日本でも1910年代後半から頻発した労働争議を背景に、1922年にブルーカラー被用者を対象とする健康保険が立法化され、1930年代以降は戦時体制の下で健民健兵政策の一環として、農民や自営業者を対象とする国民健康保険の立法化(1938年)、ホワイトカラー被用者を対象とする健康保険の立法化(1939年)、被用者の家族に対する医療給付の法定化(1942年)などが行われた。年金も1941年に労働者年金保険法によって被用者を対象とする年金制度が創設された。米国では、1930年代の大恐慌の時代にニューディール政策の一環として社会保障法が制定され、高齢者、障害者等への公的扶助、失業保険や老齢年金などの社会保険制度が創設された。このように、20世紀前半を通し各国で社会保障制度が整備されていった。

以上のような19世紀の後半からの社会保障発展の歴史は、近代社会の発展(近代化・産業化)による共同体の解体、大量の都市労働者の発生、事故や疾病、失業や引退による収入の欠如という新しい状況(新しい問題・欲求)のなかで、それまで伝統的な共同体(農村共同体や宗教共同体)が果たしていた相互扶助機能を、人為的なかたちで国家が代替するものと位置付けられる。

1942年、戦後の欧米諸国の社会保障に大きな影響を与えた文書が発表された。イギリスのベバレッジ報告である²¹。これは「ゆりかごから墓場まで」というスローガンの下で新しい生活保障の体系を打ち立てようとしたものであり、①基本的なサービスに対する社会保険、②特別な場合における国家扶助、③これらに上乗せする任意保険という3つの方法を組み合わせて社会保障を構築しようとした。第2次大戦後、イギリスのみならず欧州諸国や日本は、公的部門が民間投資不足を補うことにより有効需要を作り出し、完全雇用を目指す経済政策(ケインズ主義)をとった。それとともに、社会保障制度により国民の最低限度の生活を保障し、経済の状況に関わらず一定の購買力の維持、需要創出につなげるいわゆる福祉国家の道を進んだ。社会保障はいわば国家の経済政策を下支えするものとして、戦後の経済成長に不可欠なものとなったのである。同時に、1948年の世界人権宣言においては「社会保障を受ける権利」が定められ、社会保障は社会の安定や有効需要の創出といった観点のみならず、人権の観点からも根拠づけられることになった。「経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約(国際人権A規約)」(1966年採択)、「児童の権利に関する条約」(1989年採択)、「障害者権利条約」(2006年採択)にも社会保障を受ける権利が明記されるなど、人権としての社会保障の地位が確立している。

²⁰ 発展の歴史については「平成24年版厚生労働白書 - 社会保障を考える -」の第1部に詳しい。

²¹ Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services (1942)

1-2-2. 社会保障の目的と機能

以上のような社会保障の発展の歴史を振り返ると、社会保障は国民生活の保障と生活の安定、ひいては社会の安定を目的とすることがわかる。このような目的を達成するため社会保障が果たす機能としては、以下のとおり個人的側面と社会的側面がある。

表1-1. 社会保障の個人的・社会的側面

個人的側面	社会的側面
<ul style="list-style-type: none"> ● 最低限の生活の保障 ● 所得の保障 ● 必要なサービスの保障 	<ul style="list-style-type: none"> ● 国民の安心感の醸成、不公平感の軽減 ● 経済活動の促進 ● 富・所得の再分配

① 個人に対して社会保障が果たす機能

最低限の生活の保障：先進諸国では、生活に困窮する国民に対し、その困窮の程度に応じて必要な保護を行い、国民の最低限度の生活を保障している。途上国でこのような制度的な生活保障制度を整備している国は必ずしも多くないが、近年ラテンアメリカやアジア諸国を中心として広がっている条件付き現金給付（CCT）は、貧困世帯に対し最低限の生活を確保している。

所得の保障：個人のライフコースの諸局面において個人が必要な保障の内容は異なる²²。例えば、高齢者に対する社会保障の目的は生活の安定が最も重要と考えられるが、若年層に関しては、経済的な自立を促すことは本人の福祉だけでなく、全体の経済にとっても重要な意味を持つ。また、ライフコースの諸局面におけるリスクの違いを見ると、出生時における健康、幼少・学齢期における本人の傷病・障害や親の喪失、生産年齢期の一時的な傷病、障害、失業、生計維持者の喪失、老齢期の疾病や介護、収入減など、様々なリスクが存在する。このようなリスクが現実化した場合には生計手段の喪失や生活費の追加的な増加につながり、生活が不安定になることは避けられない。しかし、公費や保険料財源による手当や年金があれば所得水準が少しでも維持され、影響を一定程度緩和することができる。老齢年金や障害年金、遺族年金、母子家庭への手当、健康保険における傷病手当金、雇用保険における失業給付や労災給付などがこのような機能を果たしている。特に保険方式の場合には、不測の事態に備えてあらかじめ保険料を支払うことにより、社会保障は社会全体でリスクをプールする機能を果たしている。こういったリスクから生じた脆弱性を解決することにより、貧困の世代間連鎖を断ち切ることにもつながる。

必要なサービスの保障：疾病や障害の際には医療のニーズが発生し、極端な貧困に陥った際には衣食住のニーズ、親など養育者の喪失の際には子の養育ニーズが発生する。従来家庭内で対応してきた育児や介護に関しても、核家族化や高齢化に伴い保育サービスや専門的な介護サービスへのニーズが発生してくる。社会保障はこのようなニーズに対し、公費又は保険料財源により、医療サービス、住居や食料、保育サービスや介護サービスの提供を行うことで必要なサービスを国民に保障している。

② 社会に対して社会保障が果たす役割

経済活動の促進：上記のように、個人の所得水準を維持することは労働市場の全体の活力を維持することにも繋がり、結果的には社会全体の経済活動への衝撃も緩和する。さらに、社会保障制度により一定の生活水準の保障があることは、個人の経済活動における積

²² ILO や OECD は社会保障の設計の際にはライフサイクル・アプローチを採用して設計すべきだと主張している。ILO (2003), OECD (2009c)

極的な取組みをバックアップし、ひいては社会全体の経済活動を促進することにもつながる。また副次的に、社会の安定、治安の改善などが諸外国からの投資につながることも期待される。このような社会全体への利益の還元は、さらに充実した社会保障制度の構築のための原資となり、結果的に個々人の経済状態の改善に寄与し、経済・社会と個々人の間における相乗効果を期待することができる。

国民の安心感の醸成、不公平感の軽減：以上で述べたように、社会保障は国民に最低限の生活を保障し、様々なリスクに対する備えとなっており、これにより社会全体として国民に安心感を醸成することにつながっている。また、後に述べる社会保障の富・所得の再分配の役割により国民の不公平感が軽減され、ひいては社会の安定にもつながっている。

富・所得の再分配：一般に社会保障制度は、富・所得の再分配システムの一つとして位置付けられ、社会・経済の生産システムと連動し、社会の安定化・発展の好循環を生み出すことを期待されている。富・所得の再分配システムは、国家が市場や国民から徴収した税や保険料を、それぞれの分野の優先順位に基づいて再び国民に配分するための仕組みであるが、社会保障においては、公費による公的扶助やサービス提供、手当給付等の形で再分配が行われる。また、社会保険方式の場合でも、税財源による補助や医療保険における所得比例保険料の設定などにより、所得再分配の要素が組み込まれる。

③ 社会保障のインパクトに関する世界的な認識

ILO は、30 カ国で実施された社会移転のインパクト評価の結果を以下の図 1-1 のように集約している。人間開発の強化、生産性の強化、消費の安定、社会的連帯とインクルージョンの促進など、様々なインパクトをもたらし、貧困・不平等・格差の削減²³、経済成長の促進²⁴、貧困重視の成長(Pro-poor 成長)の促進²⁵、所得再分配により経済成長の果実をより広く社会全体に行き渡らせインクルーシブで持続的な成長の促進²⁶、公正な機会の促進、社会的排除²⁷や失業問題への解決、などに貢献すると認識されている。また、昨今では、「格差を是正するには、政府が再分配政策を強化するだけでは不十分である」²⁸、「社会保障に求められる機能が、生活の安定を保障すると同時に、経済的・社会的な自立を促すものへと変化してきている」²⁹という指摘があることから、経済協力開発機構(OECD)などが雇用政策と社会保障制度を統合的に支援する統合アプローチ(integrated approach)の重要性を強調している³⁰。具体的な対策としては、再分配政策や、あるいはそれ以上に重要な対応として、弱者が自立して生活基盤を確立し、また、中長期的に経済状態を改善できる環境を整えること、そのためには、スキルを磨く支援としての雇用政策がある。

²³ OECD 諸国では税方式による給付制度によって所得格差が大幅に削減されたという報告、また、ラテンアメリカでも現金給付制度による格差の削減に貢献したという報告がある。OECD (2009c), ODI (2011)

²⁴ OECD (2009c)など

²⁵ 貧困を重視した成長(Pro-poor 成長)を目指すアプローチとして、OECD は以下の5つを挙げている。①人的資本への投資、②リスク管理、③エンパワメントと生計、④マクロ経済戦略、⑤社会的一体性と国家構築、である。OECD (2009c)

²⁶ ILO (2011b) や OECD (2009c) など

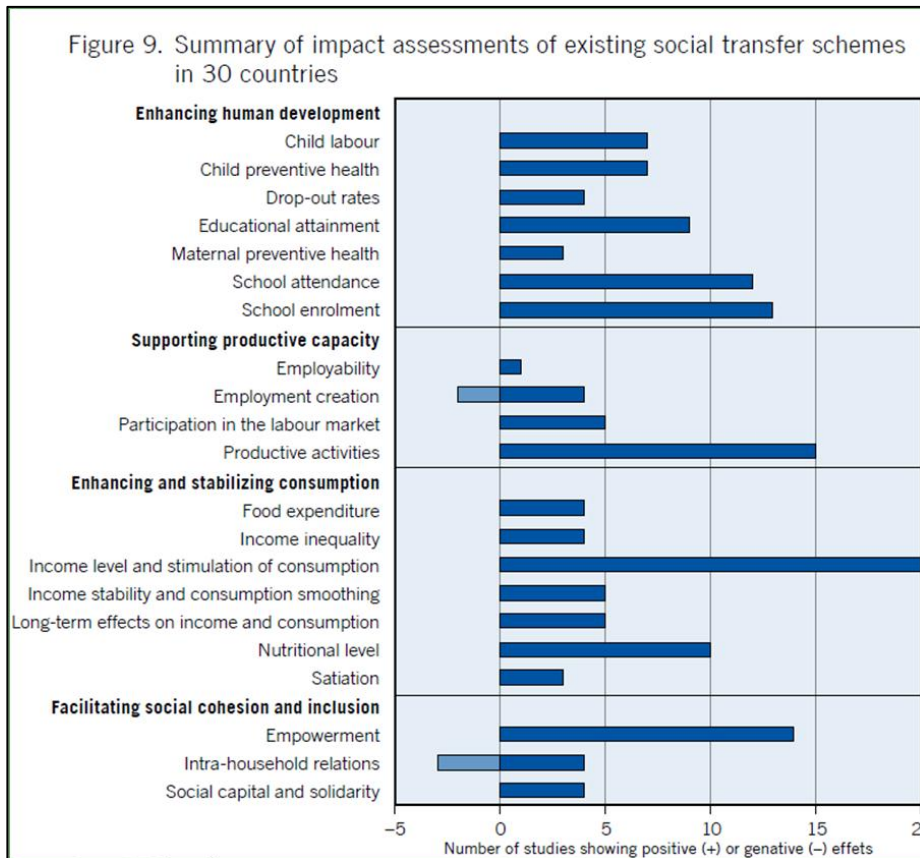
²⁷ 新たな社会保障の方向性として、社会的包摂(インクルージョン: inclusion)の取り組みを推進していくことが重要である、という指摘もある。社会的包摂は、社会的排除の解消を表す言葉であり、貧困や失業など様々な事情を背景に、社会から結果的に排除されている人々の他者とのつながりを回復し、社会の相互的な関係性の中に引き入れていこうという考え方。2012年3月に社会保障の戦略枠組みを発表した UNICEF は、インクルーシブな社会保障の構築を理念の1つとして掲げており、具体的にプログラムの設計や実施・評価を行う際の例を3つの視点(ジェンダー、民族性、障害)から整理している。UNICEF (2012) p81

²⁸ 井堀利宏(2009) P30

²⁹ 例えば、五石敬路(2010)

³⁰ OECD (2009c)

図 1-1.社会移転制度のインパクト評価のサマリー



出典：ILO (2011) Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization, p42

BOX.1-2. 【貧困削減と社会保障：ミレニアム開発目標(MDGs)との関連性】

社会保障が国連ミレニアム開発目標 (MDGs) を達成する重要な手段として注目されている。MDGs は、貧困や飢餓の撲滅、普遍的初等教育の達成、ジェンダー平等の推進、幼児死亡率の削減、妊産婦の健康改善等の「人間」を対象とした目標である。現在までの MDGs 達成 (2015 年達成期限) に向けた国際社会の取組はある程度の成果を上げてきたが、最も必要とされる人たちに成果が届いていないという報告もある。MDGs の達成を加速するには、経済成長と物理的・社会インフラの発展だけではなく、貧困層のニーズに直接働きかけ、脆弱な人たちが貧困に陥ることの防止を目的とした社会的弱者支援の実施体制を確立することが必要であるという認識が高まった^{31,32}。そのため、貧困削減としての社会保障の役割に期待が高まり、その関連性を分析した文献も増加している³³。他の MDGs、例えば栄養改善、健康と教育の目標達成、幼児の死亡率の削減³⁴に貢献するという報告もなされている。

ブラジルの社会保障は、格差の是正、貧困の削減、経済成長、教育と健康の向上に貢献したと報告されている。1993 年から 2008 年の間に、特に社会扶助制度の給付によってブラジルのジニ係数が 59.4 から 54.2 に急減した。特に有名な制度は Bolsa Familia という条件付き現金給付である。2001 年から 2004 年には格差が 30%削減された。その改革の

³¹ MDGs サミット 2010 年 9 月 詳しくは付録 12 参照

³² 国連の事務局長は、国民全体に行き渡る社会保障制度の構築が、MDGs 達成を助長することにつながる手段であり、より広い開発戦略として位置づけられるべきであると表明している。参考 UNICEF (2010)

³³ 例えば Barreiros and Hulme (2008)、ILO (2011b)、OECD (2009c)

³⁴ 子どもの死亡率削減に貢献するプログラムに関しては Hypher (2011)を参照

主な目的はガバナンスの向上と法律の制度化、組織改革と能力向上であった。改革の成果の例としては、2004年に最低所得の法律が施行、年金制度について憲法に組み込まれている。教訓として以下が挙げられている。

- ・最低所得の設定などの経済政策や、教育や健康の課題に投資することなど、より広義の社会政策制度と共に社会扶助を実施することにより、貧困や不平等へのインパクトが得られた。
- ・カバレッジ拡大と正確なターゲティングを構築することによって、制度の効果的な実施・運営がなされ、不平等と貧困の削減に繋がった。
- ・最低収入額と年金給付額を関連づけたことにより、給付の価値を高めた。

参考：ODI (2011) Brazil's story: Social protection in Brazil: Impacts on poverty, inequality and growth

1-2-3. 社会保障の定義

社会保障に関する認識は様々であり国際的に統一された定義はない³⁵。社会保障の範囲、目的、役割など、国や組織によって異なっている。言葉の用いられ方についても統一されていない。一般的に欧州各国や国際協力関係機関においては、「Social Security³⁶」という言葉が用いられることはむしろ少なく、特に1997年の通貨危機以降は「Social Protection³⁷」という言葉が頻繁に用いられている。Social Security と Social Protection の使われ方については付録5および6を参照されたい。

本指針の社会保障の範囲

本指針における社会保障の範囲としては、国民の最低限度の生活保障の給付を行う公的扶助を始め、公費によって現金や現物の給付を行う無拠出制の制度、保険料拠出を通じた国民の相互扶助である社会保険制度、そして障害者、高齢者、児童、母子など支援を必要とする層に対する公的サービスの給付、さらに、給付対象者の問題対処能力の向上のための支援も含むものとする。社会保障制度の構築、運営に関する責任は一義的には国家にあるが、本指針では、政府自身によるサービスや金銭等の給付に限定せず、NGOやコミュニティなどによるインフォーマルな相互扶助や給付に対して、その円滑な実施のために行われる政府の支援・調整も社会保障として位置付けることとする。

本指針では、医療保障、所得保障、社会福祉の3分野を対象としている。これは、制度を目的や機能で区分した区分法である³⁸。それに対して、社会保険、社会福祉、社会扶助などの分け方は制度の方式で区分している。本指針は、目的や機能で区分した分類法に沿って整理していく。

なお、医療保障は医療サービスの提供と財政の両面を含んでいる。両者は密接に関連し

³⁵ ILO (2010c) など

³⁶ 社会保障 (social security) という用語は比較的新しい言葉で、世界恐慌後の1930年代のアメリカにおいて、社会保障制度に関する法律 (Social Security Act) の制定過程において「社会保険 social insurance」と「経済保障 economic security」という言葉の合成語として誕生した。この言葉は戦後の世界各国に普及し日本でも一般化した。

³⁷ Social Protection は欧州の社会福祉国家の誕生により使われ始め、ある程度の生活基準を維持し一時的な貧困に対応するものだった。Social Protection を「社会的保護」と訳している場合が多い。社会保障の発展の歴史を見ると、社会保障の発展初期に Social Security と呼ばれていたものは、今で言う社会保険 (Social Insurance) の意味合いが強かった。最近では Social Security の概念が広くなり、Social Security と Social Protection の指す範囲が同じ場合が多いことから、本章では Social Protection を広義の社会保障として位置づけ、「社会保障」と訳している。

³⁸ 広井・山崎 (2007)

ているが、医療サービスの提供（医療機関の整備や医療人材養成など）については別途保健分野の課題別指針でカバーしていることから、本指針では主に医療財政に焦点を当てる。同様に、所得保障や社会福祉サービス提供のためには、教育、貧困削減、農村開発、公共財政管理、障害者支援なども重要な取り組みであるが、これらについては別途の課題別指針によりカバーされているため本指針では取り扱わない。また、公共職業安定所や職業訓練施設等を利用し就職相談や職業訓練等を実施することにより、失業者を労働市場に復帰させる政策（積極的労働市場政策）も所得保障やインクルーシブな成長の観点から重要であり、途上国からの協力ニーズも非常に高いが、これらの政策は手法や必要リソースなどの点で医療保障や年金などとは内容を異にすることから、今後別途の指針作成を検討することとする。

主要ドナーの定義

本章では、主要ドナーである ILO と世界銀行の定義を見て行く。

ILO は、労働条件の改善を通じて、社会正義を基礎とする世界の恒久平和の確立に寄与すること、完全雇用、労使協調、社会保障等の推進を目的とする機関である。ILO は、普遍性、連帯、再分配という 3 つの基本理念から成り立っている人権アプローチ³⁹を促進している。それに対し、世界銀行は社会リスク管理アプローチ(Social Risk Management Approach)を促進している。社会リスク管理アプローチは、社会保障を開発と貧困削減の戦略の一部として位置づけ、リスクを防ぐだけでなく、リスクの管理方法を支援することによって、個人（特に貧困者）のエンパワメントを促す。人権アプローチの利点は、不平等問題を解決し、差別のない社会の構築を促すこと、社会リスク管理の枠組みの利点は Social Security よりも概念が広いことである。

また、ILO は社会保障制度の設計や実施の際のガイドラインとなるように、社会保障制度の最低基準を給付の種類別に社会保障（最低基準）条約（第 102 号）で定めている。2012 年 6 月には必要不可欠な社会保障（Social Protection Floor）に関する新基準 202 号勧告が採択された（第 102 号条約と 202 号勧告に関しては付録 4 を参照）。この新基準では、ILO 加盟国が必要不可欠な保健医療及び給付並びに基礎的な所得保障制度を構築するよう勧告している（必要不可欠な基礎的な社会保障制度に関しては後述）。

³⁹ Munro (2010)によると、社会保障の基本的な考え方にはリスク、ニーズ、権利の 3 つのアプローチがある。

表 1-2. ILO と世界銀行のアプローチと定義

	ILO	世界銀行
定義	Social Security: a) 疾病、障害、妊娠、労災、失業、老齢、家族の死亡による所得の欠如、b) 医療サービスへのアクセスの欠如、c) 家族の支援、特に子供や扶養家族に対する支援の欠如、といった要素により貧困になったり社会から排除されたりすることがないよう保護するための、現金又は現物給付をともなう制度。含まれる制度は社会保険、社会扶助、インフォーマルな保護。	Social security という言葉はほとんど使われていない。
	Social Protection: 通常、Social security よりも広義の意味で解釈される。特に家族同士や地域のメンバーにより提供される保護を含む。しかし、social security よりも狭義で使われ、貧困層や最も脆弱あるいは社会から排除された層を対象とした制度を指す場合もある。	個人や社会のリスクや不安定さの管理並びに貧困からの保護という目的に対し、回復力・公正・機会の改善を図ることでその目的を達成しようとするシステム、政策、プログラム。制度には社会保険、社会扶助、雇用関連として職業訓練や労働基準の改善などを含む。
アプローチ	人権アプローチ 2段階戦略	ソーシャル・リスク・マネージメント
ゴール	社会の安定性 (Social stability)、公正な成長(fair growth)、生産性の強化 (enhanced productivity) 出典: ILO (2010) Social Security Report	Resilience, Equity, Opportunity という言葉を用いて、個人のリスクの予防、所得再分配により公正を目指すこと、雇用政策などによって機会の向上 出典: World Bank (2012) Social Protection and Labor Strategy

1-3. 国内外の援助動向

1-3-1. 国際的援助動向

1-3-1-1. 概要

ILO による国際的な援助が始まったのは 1950 年代前半で、労働者保護の観点からフィリピンやタイ、インドネシアを対象に社会保障制度全体に対する支援を実施したことが契機となった⁴⁰。次いで、1970 年代からは世界銀行も労働、年金、社会基金、セーフティネットなどの社会保障分野に取り組むようになった⁴¹。特に、1980 年代に開発途上国で構造調整政策が実施される中で、社会福祉サービスの削減によって引き起こされた貧困に対し社会保障支援が実施され、1990 年代の社会主義諸国の市場経済化支援においても国民生活へのショックを和らげ、円滑な市場経済化を促進するための社会保障分野の支援が行われた。

特に 1997 年のアジア通貨危機以降、めまぐるしく変化していく社会経済の環境の中で、様々なニーズに対応する国民全体を対象とした、包括的かつ持続可能な社会保障の構築が、世界的な社会政策の優先課題になっている。支援を強化する重要性も G8 サミット（先進国首脳会議）や G20 サミット（金融世界経済に関する首脳会合）、援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム等の国際会議で認識されるようになった⁴²。ILO や世界銀行、ADB

⁴⁰ ILO (2008a)

⁴¹ 世界銀行 (2001)

⁴² 最近の主要国首脳(G8)や主要 20 カ国会議(G20)における社会保障の言及については付録 12 を参照。

を始め、他にも欧州連合（EU）、二国間援助機関、NGO など多くの援助機関で Social Protection という言葉を用いて社会保障を開発政策の中心的なものに位置づけ、支援を拡大する傾向にある⁴³。

1-3-1-2. 中長期的な視点に立った包括的な社会保障制度の構築支援の重視

特に 1997 年のアジア経済危機をきっかけとして、各国際機関の協力は、短期的なセーフティネット・プログラムを中心とする支援から、中長期的な視点に立って包括的な社会保障制度を構築する支援が重視されている⁴⁴。危機への緊急的な対処という観点から実施された食糧支援や一時的な所得移転などの各種のソーシャル・セーフティネット・プログラム⁴⁵は、短期的には危機による衝撃を緩和し、事態がさらに悪化することを防ぐことには貢献した。しかし、将来のリスクに対する対応能力の向上のためには、このような単発の短期的なセーフティネットの機能をより中長期的な視点から制度化し、貧困削減につながる恒常的な社会保障システムの構築が重要であるという認識が国際的に強まった。最近の例では、DFID がケニアの社会保障構築を財政的・技術的な面から 10 年間継続して行っている⁴⁶。

1-3-1-3. 政府の調整役としての役割の重視

社会保障は、国家が責任を持って国民の生活を保障するための仕組みである。したがって、従来の支援は、中央政府の政策策定者や地方自治体のスタッフなどのキャパシティ・ディベロップメントに焦点が充てられてきた。中央や地方政府の役割が重要であることに変わりはない。しかし、第1章で述べたような今日の課題（状況）に対処していくためには、従来の、国家を中心に据えたアプローチだけでは不十分になってきている。そこで、国以外の主体の役割に注目した支援が拡大してきている。

コミュニティの重視は、開発途上国だけでなく日本や欧米諸国にも共通する傾向であり、特に保健医療・介護・保育などに関しては、サービス提供の決定権限を市町村レベルまで移譲したり、サービス提供主体を政府部門のみならず地域の非営利・営利団体にも広げたりする改革が進められている⁴⁷。とりわけ開発途上国では、政府の人的・組織的・財政的能力に限界があり、必要な社会福祉サービスを全て国が担うことは難しい場合がある。地域内に存在するインフォーマルなボランティアや資源を組織化し活用すること、また、それらと専門的サービスとの連携を強化することが、効率的・効果的な福祉サービス提供につながる。このことはひいては財政的な持続性を高めることにもつながる。アジア諸国では、経済的には日本の1960年代のような高度成長を期待できず、財政的制約が大きい中で社会保障制度を構築していかなければならない状況にある。その場合に、民間企業、民間団体によるサービス供給の活用や住民参加など、地域社会（コミュニティ）に存在する資源を

⁴³ 例えば、UN, ILO, 世界銀行, UNDP, UNICEF, WHO, WFP, ADB, AusAID, DFID, USAID, HAI (Help Age International)

⁴⁴ 例えば、大沢真理(2004)、Deacon (2011)

⁴⁵ 例えばインドネシアのセーフティネット・プログラムの支援内容は、貧困層の保健医療と教育へのアクセスの確保、奨学金プログラム、食糧補助、雇用創出のための公共事業、失業者の職業訓練や紹介、経済刺激のための資金提供などが中心であった。参考：武田長久（2002）

⁴⁶ 具体的には孤児と弱い立場にある子どものための現金給付など。参考：DFID のウェブサイト www.efid.gov.uk

⁴⁷ 広井・山崎（2007）

最大限に活用しながら社会保障制度を進めていく必要性も論じられている⁴⁸。世界銀行などの国際援助機関は、制度の構築に限定した支援だけでなく家族や地域など伝統的な相互扶助機能の再評価、その強化を目的とする地方自治体やNGO、民間組織の活動支援に乗り出している⁴⁹。しかしながら、コミュニティの相互扶助機能をいかに活用するか、また近代化とともに弱体化していくコミュニティをいかに維持・強化するかに関し具体的提案があるわけではないという指摘もある⁵⁰。

BOX.1-3. 【フォーマルな保険から除外されている人のためのマイクロ医療保険】

開発途上国では、公的保険が行きわたっていない地方やインフォーマル部門の労働者の間などで、マイクロ医療保険を実施している事例が各地で見られる。まだ確立されたものではなく実験的な段階であるが、一定の成果が見られている。担い手は、職業別の組織や民族別の組織、女性組織、NGO、教会、病院など様々である。インドでは3億7千万人のインフォーマル部門で働く労働者がいると報告されているが、そのうち約8%（3千万人）の労働者しか医療保険制度でカバーされていない⁵¹。成功事例として頻繁に取り上げられているのが、今では労働組合となった Self Employed Women's Association のマイクロ保険制度である⁵²。1972年にインフォーマル部門で働く女性の為に創設され、最初は32,000人であった加入者は現在では Gujarat 州を中心に4州にまたがり20万人に増加している（2010年時点）。加入者増の背景には州政府による公費の投入があった。保険の仕組みとしては、いろいろなスキームが存在するが、保険料は例えば女性がUS\$4（175 INR）、配偶者US\$3（125 INR）、子どもUS\$2（100 INR）（2010年時点）となっている。給付については、外来医療はカバーしておらず、入院医療についても現物給付ではなく一定額の現金が給付される。給付水準は、死亡時がUS\$222（事故死の場合US\$888）、入院（出産を含む）時がUS\$44.4、財産の損失の際の給付がUS\$222となっている。将来的には4州以外の州にも対象者を拡大し、対象者を35万人に拡大する予定である。最初は本人だけの保障であったが、その後家族や子どもにまで保障対象が拡大された。

ガーナでは1990年代初めにドナーが支援することにより、地域住民の相互扶助（Mutual Health Insurance Organization、MHO）としてのマイクロ医療保険が構築され、2003年までには全国に250以上のMHOが存在していた⁵³。ただし平均加入者数は1,000人以下と、個々のMHOは小規模なものであった。2003年、ガーナ政府は公的医療保険制度を実施するに当たり、郡レベルのMHOのみを残し、自律性は一定程度残しつつも公費の投入、保険料水準や給付内容の統一化を図ることにより、これらMHOを公的医療保険に組み込んだ。ガーナ政府は国民の公的医療保険への加入を容易にするため、費用の大半を税財源により賄い、患者負担を設けず、高齢者等には保険料を免除している。財源は、国家健康保険税（National Health Insurance Levy）として2.5%の付加価値税を導入することにより費用の4分の3を賄い、5%は加入者からの保険料、残りは雇用主が負担する2.5%の給与税などによって賄っている。しかし、財政的持続性やカバレッジ拡大などに課題が残る（現在のカバー率は34%）。

マイクロ医療保険とUHC：マイクロ医療保険は対象者が小規模であることが多いこと、最貧困層を対象としていないことなどから、カバレッジ拡大には課題が多いという見解もある。その

⁴⁸ 例えばインフォーマルな介護者を支援する国際的な文書には、Madrid International Plan of Action on Ageing 2002、UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities (2006)、Long-term care in European Union (2008) などがある。ECが財政支援した研究によると、インフォーマルな社会資源に対する公的支援・政策がEU諸国において十分でないことが報告されている。Triantafyllou et al (2010)

⁴⁹ 大泉啓一郎（2006）

⁵⁰ 新田目夏実（2006）

⁵¹ ILO (2001) (2009)

⁵² ILO (2008c)

⁵³ WHO (2011b)

限界を解決するには、最貧困層の保険料の一部あるいは全額を政府からの補助金で賄うという措置が取られる必要があるという報告もある⁵⁴。ガーナの事例は、既存のマイクロ医療保険を利用して公的医療保険のカバレッジを広げ、UHCの実現に繋げようとする事例の1つと言える⁵⁵。

BOX.1-4. 【インドネシアの地域相互扶助】

インドネシアでは、貧困世帯に対しては公費による無料の医療保障制度がある。しかし、交通費や付添いに係る費用はカバーしておらず、特に、地域によっては医療機関が近隣にない場合もあり、医療へのアクセスが困難である。そこで地方では、自然発生的に地域の相互扶助活動が行われている。例えば、保健ボランティアが村長、集落長、区長等の住民リーダーと協力して日常的な保健・公衆衛生活動を行ったり、住民が病気になった場合には医療に係る費用や最低生活の維持に必要な費用として他の住民が募金や食糧等を拠出したりしている。ただし、このような自発的な拠出とは異なり、決められた金額を毎月拠出しなければならない制度については抵抗があるとの指摘もあり、社会保険制度による医療保障を広げていく上で重要なポイントである。

参考： JICA (2012) インドネシア社会保険調査報告書

1-3-1-4. リードドナー

リードドナーとしては、ILO と世界銀行を筆頭に、ADB、国際連合児童基金 (UNICEF)、ドイツ技術開発公社 (GIZ) やイギリス (DFID) などが挙げられる。各ドナーにはそれぞれ特徴があり異なった枠組みの中で社会保障支援を行っている。(詳細は付録 11 参照)

世界銀行は、持続的でインクルーシブな成長を通して貧困を削減することを目指し、開発途上国の社会保障と雇用支援を行っている。個人や社会の回復・平等・機会 (Resilience, Equity, Opportunity) の改善を目的にシステム・アプローチを促進している。幅広い支援を行っており、保健・教育サービスの利用促進と結びつけた条件付き現金給付 (CCT) を積極的に活用し一定の成果を収めている⁵⁶。今後も一層この分野に力を入れていくことが見込まれる。世界銀行の社会保障戦略によると、2009年～2011年には世界経済危機への対応で社会保障セクターの融資額が危機前の約5倍に増加し、世界銀行内で最も融資増加率が高いセクターとなった⁵⁷。世界的経済危機後の急速に変化するニーズにこたえるため、2012年4月に新しい「社会保障・労働戦略 2012 - 2022年」を、同年6月にはアフリカ向けの戦略 2012-2022 も発表している⁵⁸。

ILO は労働者の権利確保や社会保障に関する条約や基準の普及を目指し、人権の観点を強調して支援を行っている。政労使三者構成による運営が基本であり、従来は組織化されたフォーマル部門の労働者の保護が中心であった。しかし、近年、インフォーマル部門への社会保障制度拡大戦略 (必要不可欠な社会保障イニシアチブ (Social Protection Floor

⁵⁴ Jacobs et al (2007)

⁵⁵ ILO のプロジェクトの1つである「マイクロ保険のための革新的ファシリティー」では、40カ国以上のマイクロ医療保険の情報をウェブサイトで公開している。 <http://www.microinsurancefacility.org/en/hwg/products>

⁵⁶ CCT を中心としたセーフティネット(無拠出制の現金給付)のインパクト評価を多く実施している。ボックス 3-1 および WB (2011b)参照。

⁵⁷ 世界銀行 (2012a)。2012年の世界銀行年次報告書 (2012f) によると、社会保障セクターの融資額は2007年16億ドル、2008年8億ドル、2009年53億ドル、2010年50億ドル、2011年57億ドル、2012年35億ドル。

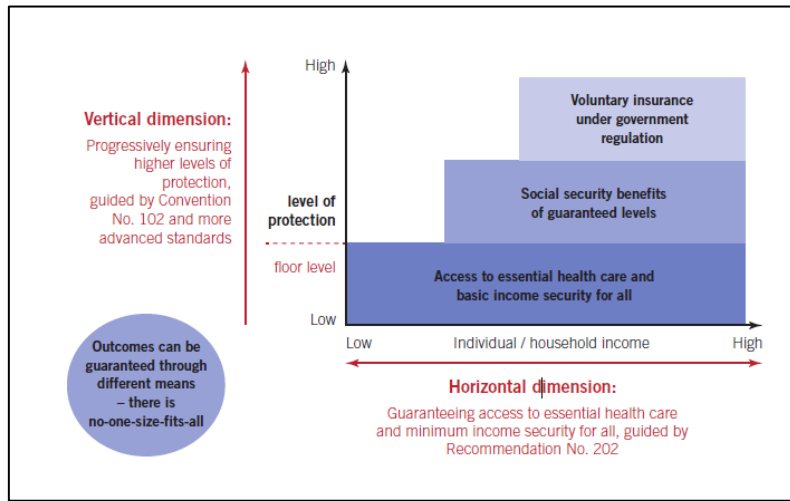
⁵⁸ WB (2012a)

Initiative)を国連と共に打ち出し⁵⁹、2012年には開発途上国向けの第202号勧告を発表するなど、インフォーマル部門への支援にも意欲的である。保障制度の適用を受けられない人々にカバレッジを拡大する政策及び取組を最優先支援事項としている。

必要不可欠な社会保障イニシアチブの目的は、低所得国の経済状況などに合わせまずは最低限必要な基本的制度の構築から始め、徐々に社会保険などハイレベルの保障へと段階的に改革を進め、最終的には国民全員に何らかの保

障が行き届くことを目指すことにある⁶⁰ (the principle of progressive universalism)。特に脆弱層を生涯に渡って保護・エンパワメントすることに焦点が当てられている。低所得国に必要な不可欠な基本的な制度とは、①全国民を対象とする医療保障、②子どもの所得保障、③失業者・貧困者への公的扶助、④高齢者・障害者の所得保障、となっている。

図 1-2. ILO の推奨する二段階戦



1-3-1-5. 制度別動向

① 医療保障

医療分野のユニバーサル・カバレッジ (UHC⁶¹)の推進役としては、WHO、世界銀行、ILOなどの国際機関に加えて、ロックフェラー財団、インターナショナル・ディベロップメント・リサーチ・センター (IDRC、カナダ) の役割が注目されている。

グローバル・パートナーシップ : Providing for Health Initiative (P4H)

GIZ、ILO、WHO が連携し、医療保障に関して共通の活動を行うことを目的に「開発途上国の医療保障コンソーシアム」(Consortium on Social Health Protection in Developing Countries)が2004年に結成された。ケニアやインドネシアではこの3組織の連携支援が行われた他、2005年にはベルリンで医療保障に関する国際会議を開催した。その後、援助効果向上にかかるパリ宣言(2005年)やアクラ行動計画(2008年)の流れを受けて、2007年に開催されたドイツのG8の開催中に、コンソーシアムの延長線上にある世界的ネットワークとしてP4Hイニシアチブが構築された。現在、8つの開発援助機関(GIZ、ILO、WHOの他に世界銀行、フランス(AFD)、アフリカ開発銀行(AfDB)スイス(SDC)、スペイン(AECID))が参加しており、WHOがその事務局となっている。P4Hの目的は、医療保障のシステム構築に関し開発途上国を支援することであり、人々が治療費などで財政的困難に陥ることを未然に防ぐ医療保障制度の整備を目指す。最近のP4Hの活動の例を挙げると、2009年に医療保険構築計画のためのガイドブック(Social health insurance - a

⁵⁹ 詳細はILO駐日事務所ウェブサイト参照 http://www.odi.org.uk/PPPG/cape/publications/tc_social_protection_donors.pdf

⁶⁰ ILOの社会保障制度の最低基準を定めた102号条約ではUCの概念は取り入れられていない

⁶¹ 詳しくは第2章2-1-1、Box.2-1.で後述

guidebook for planning) を作成した。カンボジアでは 2009 年に医療保障に関する覚書 (MOU) が AFD、WHO、GIZ、ILO 間で交わされ、支援内容は政策アドバイス、技術支援、政策設計・運営に関する能力向上、医療保障拡大を目指したモデルの構築となっている。活動地域はアフリカ及びアジアの 17 カ国。

② 所得保障

貧困者に対する所得保障については、従来、開発途上国においては先進国のような無拠出制の現金給付(公的扶助)は一般的ではなかった。しかし、近年、世界銀行やILO、UNICEF、DFID、世界NGOのHelpAgeなどの主要ドナーは、貧困削減の効果的な手段として、またはカバレッジ拡大の対応策として税財源による現金給付を主に実施している。中所得国を中心として広がった条件付き現金給付(CCT)は、子供の栄養状況の改善や就学率の向上などの成果が上がっていると報告されている一方、財政的な持続性や法的権利性の観点からは課題も大きい⁶²。

世界銀行は社会保障分野において年金部門を設置し、2002年以来、60カ国以上で140以上の年金改革プロジェクトを支援してきた実績がある。ILOは、昨今では、カバレッジ拡大を目標に、必要不可欠な社会保障(Social Protection Floor)として、医療保障、子どもに対する所得保障、失業者・貧困層への所得保障、高齢者・障害者への所得保障の整備を促進している。支援分野は適切な制度の管理運営、年金制度の統治(ガバナンス)が重要であるとして、その法制・財政運営・統計整備・資金運用などに対する助言や職員の訓練などの技術協力を行っている。

③ 社会福祉

ILOが必要不可欠な社会保障(Social Protection Floor)で特に子ども、高齢者、障害者に言及していることから、各グループのドナー動向を以下に記述する。

子どもに関しては、UNICEFが子どもの保護に関する社会保障戦略枠組み(タイトルはIntegrated Social Protection Systems – Enhancing Equity for Children)を2012年3月に発表した。ユニバーサル・カバレッジ、システムの構築、インクルーシブな社会保障の実現に向けて人権の観点から社会保障支援を行っている。他機関と連携してプロジェクトを実施していることが多く、例えば、ケニアでは世界銀行との連携で孤児と障害などを持つ子供と共に暮らす家族に対する現金給付や、ザンビアではDFID、アイリッシュエイド(Irish Aid)と連携してベーシックニーズを満たせない貧困家族を対象にパイロットプロジェクトを実施した。研究分野では、アイリッシュエイド、インスティテュート・オブ・デベロップメント・スタディーズの社会保障センターと連携し、ケニア、ザンビア、モンゴルで実施された社会保障プログラムの事例を分析し、貧困の世代間連鎖をいかに断ち切ることができるかを考察した⁶³。

高齢者に関しては、国連では2010年の国連決議でワーキング・グループの設置が決定⁶⁴され、高齢者の人権憲章の採択に向けての活動が開始された。人権憲章では高齢者への差別や暴力、健康に生活する権利、社会保障を受ける権利などが盛り込まれる予定である。2012年には、国連人口基金(UNFPA)がHelpAgeと共に「21世紀の高齢化：祝福すべき成果と直面する課題」と題するレポートを発表した。報告書では多くの高齢者の声を取り入れら

⁶² 各国における子どもに関する現金給付制度の情報は、Barrientos and DeJong (2004) Child Poverty and Cash Transfers に詳しい。

⁶³ Jackson, C (2011)

⁶⁴ ワーキング・グループの設立に関する国連総会決議 A/RES/65/182 (2011)

れ、医療・所得保障などへの平等なアクセス、高齢者に向けた差別、暴力、虐待の撤廃の必要性、高齢者を社会の活動的な一員として位置づけ、尊重する必要性、などが指摘されている。報告書は将来の高齢者である現在の若者に投資する必要性も強調している。

障害者に関しては、国連障害者権利条約が2006年に採択され、その第28条では障害者が相当な生活水準及び社会的な保障を得る権利を定めている。2011年、WHOと世界銀行は共同で、世界の障害の状況に関する初の報告書を発表し、社会保障制度へのアクセスに関し障害者が不利な状況に置かれていることを指摘した。障害と開発に関する他ドナー動向の詳細は「障害者支援課題別指針」を参照されたい。

(各援助機関の支援の詳細については、付録 11 を参照。)

1-3-2. 我が国の援助動向

1-3-2-1. 政府の動向

1996年のリヨンサミットにおいて、橋本総理大臣（当時）が「世界福祉構想」を提唱して以来、社会保障分野の援助が拡大され、これらの取り組みが「ASEAN 日本社会保障ハイレベル会合」や、「ASEAN+3 社会福祉・保健大臣会合」等の定期的な開催につながっている⁶⁵。

政府の協力形態としては、JICA の実施する協力への人材貢献、研修員受け入れ、国内国際協力実施機関への委託・補助のほか、世界保健機構（WHO）、国際労働機関（ILO）といった国際機関への資金拠出を通じて技術協力を実施している。東南アジア諸国連合（ASEAN）諸国に対しては、大臣レベルでの交流を行うとともに、ASEAN 事務局と連携した事業を実施している。また、ILO と共にアジア太平洋経済協力（APEC）諸国に対する事業も実施している。

① 世界福祉構想

1996年6月のリヨンサミットにおいて、橋本総理大臣（当時）が「世界福祉構想」を提唱した。同構想は提唱以来、世界の多くの国々や国際機関の大きな支持を得ている。「世界福祉構想」は、関係省庁の協力体制の下、1)開発途上国を念頭においた事業、2)主として先進国を念頭においた事業⁶⁶、3)世界全体での取り組みの3本柱に沿って事業を推進している。途上国については、公衆衛生、医療保険、年金等を含む広義の社会保障政策について、先進国も開発途上国も含め、互いの知識と経験を共有することにより、それぞれの国が抱える問題を解決していくことを目指すものであり、経済開発を進めていく中での社会保障制度づくり・人づくりを支援することを目指している。また、先進国については、共通する高齢化、経済成長の鈍化、財政難等の課題の中での社会保障制度の改革の方向性について知識と経験を共有するものである。実際に、閣僚級の会合を踏まえて実務者レベルでの情報交換や会合が定期的な実施されており、現在は局長クラスの参加によって具体的な議論が行われている。

このため、「世界福祉構想」の具体的な活動として、厚生労働省は、1996年12月に沖縄県で開催した「東アジア社会保障担当閣僚会議」を踏まえ、さらに議論の深化を図るため、

⁶⁵ 会合の参加者は主に社会福祉政策担当行政官、保健政策担当行政官及び雇用政策担当行政官で、会議の目的は社会福祉及び保健医療の分野における ASEAN 諸国との緊密な関係をさらに発展させ、また、これら分野での人材育成を強化することである。

⁶⁶ OECD 閣僚・次官級会合等における取組など。厚生労働省（1997）

東南アジア各国の社会保障行政を担う高級実務者と位置づけられる「東アジア社会保障行政高級実務者会合」を1998年より2003年1月までに5回開催した⁶⁷。

② 研修の実施

1983年、ODAの一環として厚生労働省の管轄の下、社団法人国際厚生事業団(JICWELS)により途上国の社会福祉分野行政官に対する研修事業が開始された。なお、当研修はその後予算が外務省に移管されたことに伴い、2012年度までは厚生労働省、JICWELSの協力の下、JICAにより「社会福祉行政研修」、「社会保険行政研修」として実施された(2013年度はUHC達成のための社会保険制度強化に関する研修として実施する予定)。

③ ILOを通じた労働分野の技術協力：ILO/日本マルチ・バイ事業(2010年度～2013年度)

失業に伴う格差の拡大による社会の不安定化に対応するため、アジア・太平洋地域における社会セーフティネットの整備(積極的雇用対策や失業保険制度の導入など)の支援事業(アジア社会セーフティネット構築支援プログラム)が、ILOマルチ・バイ事業のスキームを用い、ASEAN事務局等との連携によって実施されている。対象地域はASEAN諸国の中で失業保険の導入を検討している国(特にベトナム)。事業の目的は、低所得者層を底上げし、アジア域内の民生の向上・有効需要の喚起を図ることである。期待される成果は、①地域セミナー、失業保険制度設計コンサルティング等を実施し、アジア諸国に失業保険制度の知見・ノウハウを普及することにより、制度構築の機運醸成等、制度導入が推進されること、②雇用サービス機関の機能強化のためのフェローシップ等の実施により、失業保険制度導入のために必要な給付機関における職業紹介・失業認定等の機能の向上が図られることである⁶⁸。

1-3-2-2.JICAの援助動向

JICAでは、1990年代頃から、JOCV派遣や技術協力プロジェクト等を通じた社会保障分野の技術協力が開始されたが、職業能力開発や労働安全衛生を中心とした「労働・雇用」分野の協力が多く、「社会保険・社会福祉」分野の協力については短期の専門家派遣及び青年海外協力隊の派遣を中心として援助を行ってきたものの、長期間にわたる援助は限定的であった⁶⁹。

2000年代に入ってから、東南アジア諸国への社会保障分野における長期専門家も派遣され、現地の状況の把握が進められるとともに、具体的なプロジェクトや調査事業が開始されている。また中南米で高齢者福祉や児童福祉の分野で協力が実施されるなど、「社会保険・社会福祉」分野においても協力の範囲が拡大してきている。

2012年には、ASEAN諸国のうち7カ国(カンボジア、インドネシア、ラオス、マレーシア、フィリピン、タイ、ベトナム)について社会保障に関し最新の情報を把握するため、基礎情報調査を実施した。

プロジェクト実績については付録1を参照のこと。

⁶⁷ 「東アジア社会保障行政高級実務者会合」、「ASEAN日本社会保障ハイレベル会合」、研修実績についての詳細は付録1を参照のこと。

⁶⁸ 詳細は厚生労働省(2010)

⁶⁹ 障害者支援の協力実績については、障害者分野課題別指針参照

第2章 社会保障に対するアプローチ

社会保障を整備する責任は一義的には政府にあり、JICAの社会保障分野協力の目的も主に途上国政府を対象として、実効性ある社会保障制度の構築・実施を支援することにある。そこで、政府の政策立案・実施担当者の立場から、社会保障制度の整備に当たって特に考慮しなければならない3つの視点として、①制度デザインの適切さ、②制度の効果的・効率的な運営、③制度を支える施設・人材・システムを取り上げ、それぞれの視点から現状の課題と課題への効果的アプローチを見ていく。JICAはこれまで主にASEAN諸国で社会保障分野の基礎調査を実施してきたが、これら3つの視点は、調査結果で特定された諸課題を整理して抽出したものである⁷⁰。

本章では、まずは2-1で3つの視点について説明し、次に、2-2で国の経済発展レベルごとに、医療保障、所得保障、社会福祉サービスの3つの分野に分けて効果的アプローチを整理する⁷¹。なお、課題へのJICA及び他ドナーの取り組み事例については、付録1および11に整理している。

2-1. アプローチを検討する際の3つの視点

2-1-1. 制度デザインの適切さ

社会保障制度の適切さは、制度のデザインそのものが国民のニーズに適合しているか、国の経済・財政状況に照らして適格的か、財政的に持続可能か、という視点である。具体的には、①社会保障制度の対象人口や給付の種類・給付水準（いわゆる制度の「カバレッジ」）、②財源の調達といった制度の構成要素それぞれについて、制度デザインの視点から検討する必要がある。

① 社会保障制度のカバレッジ

ILOやWHOによると、社会保障制度のカバレッジには①Scope（給付の種類や対象サービス: Which services are covered）、②Extent（対象者の範囲と数: who is covered）、③Level（給付の水準: proportion of the costs covered）の3つの側面がある。以下、各側面について表に整理する。

⁷⁰ 2010~2011年に実施されたタイ、インドネシア、ベトナムでの調査を参考にした。JICA (2010a), (2011a), (2011b)

⁷¹ 本指針では、国の所得段階ごとに整理しているが、大泉氏によれば、社会保障制度と国の社会経済システムの関連からみれば、「社会主義ないし共産主義か、それに準ずるシステムを採用する国家群（及びそこから市場経済への移行を図りつつある国家）」という類型を立てることも考えられる（中国、ベトナム、ラオスなど）。大泉（2006）

表 2-1. カバレッジの3つの側面

<p>Scope (給付の種類や対象サービス)</p>	<p>ILO の「社会保障（最低基準）条約（第 102 号）」では社会保障給付の種類として、医療給付、疾病給付、失業給付、老齢給付、業務災害、家族給付、出産給付、障害給付、遺族給付が掲げられている。また、同じく ILO の「必要不可欠な社会保障に関する 202 号勧告」によれば、最低限整備すべきものとして、①全国民への医療、②児童への所得保障、③失業者・貧困者への公的扶助、④高齢者・障害者への所得保障、が掲げられている。また、医療給付については対象とするサービスの種類も問題になる。たとえば、具体的にどのような医療サービスを給付対象とするのか、予防サービスも対象とするのか、高度な医療サービスも対象とするのか、といった問題である。</p>
<p>Extent (対象者の範囲と数)</p>	<p>社会保障の対象者を考える際、主なグループとして取り上げられるのは、職業の観点から、公務員及び民間企業被用者(フォーマル部門労働者)、自営業者及び農業従事者等(インフォーマル部門労働者)、無職者、扶養関係の観点からは扶養者及び被扶養者、特に脆弱性が高いグループとして児童、女性、高齢者、障害者、HIV/AIDS 感染者、移民労働者等である。また、国民全体や労働者全体のうちどれぐらいの人数が社会保障の対象とされているかも問題である。</p>
<p>Level (給付水準の改善)</p>	<p>医療保障については、かかった医療費のどこまでがカバーされるか、言い換えれば、自己負担の水準はどうかであり、所得保障については、たとえば退職前の給与額や現役世代の給与額に対して失業給付や年金給付の額はどれぐらいの水準にあるか、現金給付や現物給付は最低限度の生活を維持するのに必要な費用のどれぐらいをカバーするのかということである。なお、ILO の社会保障（最低基準）条約（第 102 号）は、給付水準の最低基準を定めており、批准国においては当該基準を確保することが義務となっているとともに、未批准国にとっても参考となる。</p>

Box.2-1. 【ユニバーサル・カバレッジとは何か】

ユニバーサル・カバレッジとは、特定の国の全ての国民が、ある社会制度の対象者、加入者、または受益者となることを指す。日本では社会保険制度の加入者拡大の文脈で用いられることが多いが、開発途上国では保険制度の加入者拡大だけではなく、公的扶助制度などの何らかの公的な制度の拡大を指し、政策目標として用いられる。たとえばタイでは、社会保険制度加入者以外に対して税財源により医療サービスを保障することにより医療のユニバーサル・カバレッジを達成したが、形式的な国民皆保障を達成したこの公費負担医療制度（いわゆる 30 パーツ制度）を一般に「UC 制度」と呼んでいる。

医療のユニバーサル・カバレッジに関し、WHO は「ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（Universal Health Coverage。以下「UHC」という。）とは、ある特定の国の全ての国民が、効果が得られるに十分な品質の健康増進、疾病予防、治療、リハビリなどの保健医療

サービスを過度の負担にならない価格で受けられること」と定義している⁷²。

ILO は所得保障に関し、全ての高齢者に対し最低限度の収入の保障がなされるべきであり、同様に世帯主との死別の場合や障害者となった場合には最低限度の所得保障がなされるべきであるとしている⁷³。

BOX.2-2. 【制度の適切さを確保するため、制度デザインに当たって必要な情報】⁷⁴

医療保障制度デザインのために必要な情報

医療需要側のデータとして患者の受療状況、傷病の内容と医療サービスの内容、医薬品の使用状況など、医療提供側のデータとして医療施設の分布や整備状況、診療に係る費用や医薬品の価格の実態、医療機関の経営状況など、保険運営に関わるデータとして加入対象者の年齢や収入の分布、被扶養者の年齢や数の分布などを把握する必要がある。国民の医療ニーズなどについても実態把握を行うべきであり、医療機関のサービス提供能力及び医療サービスのコストを把握することが必要となる。途上国の医療保障制度においては、医療サービスの不足が問題になることが多いものの、一方で特定の地域に医療資源が偏在するケースも多く、医療サービス提供の平準化を行う上でも客観的なデータは重要である。

所得保障制度デザインのために必要な情報

制度設計上、人口動態、生命表⁷⁵の作成、加入対象者の年齢や所得分布、世帯の支出の状況の把握、将来の物価や賃金水準の見込み、資産運用の見通しなどの情報が不可欠である。

社会福祉サービスのデザインのために必要な情報

各地域で生活する人々が抱える生活課題についての十分な理解が重要であり、生計の維持方法、生活上のリスクといった点に着眼した定量、定性両面からの調査が必要となる。

BOX.2-3. 【社会保障と同様な機能を果たしている各種政策】

国民の厚生という目的を達成するための手段は1つではない。社会保障でなくとも、他の特定の制度が同様の機能を果たすこともある。先進諸国で一般的に定義されるところの社会保障制度の整備が全般的に遅れているからといって、必ずしも国民の福祉が遅れているとは言えない。異なる方法で異なる概念の福祉を達成しているかもしれない。代替的な制度が機能していないかチェックすることが大事である。例えば、日本の場合、地方自治体の社会福祉活動、住宅手当などの企業福祉、賃金制度・退職金、労働協約による保護制度、民間保険、貯蓄制度などがあげられる⁷⁶。例えば、農業国で見られる村落内での相互扶助制度も重要な福祉制度である。

⁷² WHO (2010)

⁷³ ILO (2010c)

⁷⁴ 日本においてはこれらのデータは主に行政による定期的な調査を通じて収集されている。患者調査（患者の傷病状況）、社会医療診療行為別調査（診療行為の内容、傷病の状況、医薬品の使用状況等）、医療施設調査（医療機関の分布状況）、医療経済実態調査（医療機関の経営状況）、医薬品価格調査（医薬品価格の実態）、医療費の動向（医療に係る費用）、国民生活基礎調査（世帯の収入・支出の状況）、人口動態調査（出生や死亡の状況）など。

⁷⁵ 生命表とは、各年齢の者について、1年以内に死亡する確率（死亡率）や平均してあと何年生きるか（平均余命）を表したものである。

⁷⁶ 各種政策に関する詳細は、岡伸一（2006）第18回社会保障の周辺領域 p127-131 参照

② 財源の調達

社会保障制度は国民の生活を支え、一旦制度が創設された後は継続的な実施が求められることから、制度の信頼性確保のためにも財政的持続性は極めて重要である。

社会保障制度が持続可能であるためには、その財源は最終的には外部機関による援助ではなく国内に求めることが基本である。低所得国においては、社会保障制度導入時に円滑な実施を支援するために外部機関からの支援が有効な場合はある。しかし、制度実施のために国内に財源を確保しない限り長期的な財政安定性は確保できない。ドナーの資金援助に依存すると自立性に課題が残る⁷⁷。

社会保障は高所得国だけが構築できると思われがちであるが、2010年、ILOはサハラ以南諸国7カ国とアジア諸国5カ国で、必要不可欠な社会保障制度(Social Protection Floor)を整備した場合に現在及び将来かかる費用を計算したところ、制度実施当初の費用はGDPの2.2~5.7%とされ、低所得国であっても財政的に負担可能であることを示した⁷⁸。なお、ここで前提としている必要不可欠な社会保障制度とは、ユニバーサルな老齢年金と障害年金、子ども手当、全国民を対象とする基本的な医療保障、失業保険(100日間)を指す。

財源の調達方法を大きく分けると、加入者から一定の拠出を求めるやり方(拠出制)と、加入者からの拠出を求めず一般財源で賄うやり方(無拠出制)がある。また、医療や福祉、社会福祉サービスのようにサービスの形で給付が行われる場合には利用者負担を課す場合もある。

いずれの場合であっても、公費(税)は社会保障の重要な財源であるとともに、国民にとっては税も社会保険料も義務的な支出項目であるため、社会保障制度のデザインに際しては、税制度と社会保障を一体のものとして捉える必要がある。

BOX.2-4. 【社会保障と財政的持続性】

特に財政規模が大きくなる医療保障と所得保障について、主な論点をまとめると以下の通りとなる。社会福祉サービスについても介護保障のように財政規模が大きくなる場合には、医療保障と同様の論点となる。

医療保障

- **どこに財源を求めるか**：財政的な持続性をより高めるために、様々な財源を組み合わせることが多い。たとえば、日本の医療保障は、被保険者及び雇用主からの保険料を基本としながら、インフォーマル部門向けの国民健康保険や高齢者医療などには保険料とともに公費の投入も行っている。タイでは公務員や被用者本人については被保険者や雇用主からの拠出により、それ以外の国民については公費により医療を保障している。インドネシアやベトナムは拠出制による医療保険を基本とし、貧困層には公費により医療保険料を補助している。一方マレーシアのように、公立病院での医療については基本的に公費で提供している国もある。医療保障に公費を投入している国においては、タイのように医療保障向けに特定財源(タバコ税や酒税の一部を分配。「sin tax」とも呼ばれる。)を設けている場合もある。
- **医療の効率性をどう高めるか**：財政的持続性を確保するためには医療の効率性を高め

⁷⁷ OECDも「Perspectives on Global Development 2012, Social Cohesion in a shifting world」(2011)において、社会保障プログラムに援助することは国内資源調達の軽視という誤ったシグナルを送ることになることから、援助機関は税徴収をはじめとする公共財政管理を支援することでプログラムの持続可能性の向上に貢献すべきとしている。

⁷⁸ なお、この研究結果が途上国政府に対して一義的に示唆しているのは、社会保障を自己資金で整備すべきということではなく、社会保障は経済成長を促し、格差縮小・貧困削減の有効な方策となり得ることから、制度の整備をする価値があるということである。ILO(2008b)

ることも非常に重要である。例えば、WHOの報告によると⁷⁹医療に使われている資源のうち20~40%が無駄になっている。原因としては高額な医薬品や抗生物質などの過剰使用、医薬品管理の不備、医療従事者のモチベーションの低さ、病院運営の非効率性、不適切な診断による治療の遅れ、医療関係者の汚職、アセスメントの不十分さ等が指摘されている。したがって、医療プロセスや医薬品使用に関する標準化、医療従事者への適切なモチベーション付与、医療機関の業務標準化や会計制度整備などによる運営の効率化等が必要となる。

- **医療費の伸びをどうコントロールするか**：一般に医療費は技術の進歩や生活水準の向上、人口構造の変化等により増大していく。したがって、財政的持続性の観点からは、医療費の伸びを適切な水準に抑えられるよう医療費の伸びをコントロールする仕組みを導入することが重要である。公費により医療保障を行っている国においては予算の枠内で医療を提供することになるので医療費のコントロールは比較的容易であるが、拠出制を採っている場合には医療費コントロールにはより工夫を要する。たとえば、疾病ごとの包括診療報酬の設定、医療費総枠予算の設定、人頭払い、入院期間に応じた診療報酬逓減といった仕組みが用いられる。また、医療費コントロールにつながる取り組みとして、健康診査などの疾病予防、家庭医へのゲートキーパー機能の付与、医療機関の機能分化（急性期、回復期、慢性期など）、医療機関からの請求審査を強化するなどの取り組みがある。
- **拠出制をとる場合低所得層と高所得層をどう取り扱うか**：保険料を支払う能力のない低所得層に対しては公費による医療保障制度が設けられることが一般的である。日本のように低所得層は医療保険制度の枠外として生活保護制度により対応するやり方や、インドネシア、フィリピン、ベトナムのように社会保険方式による医療保障制度でカバーしつつ、保険料支払いが困難な層に対しては公費で補助する制度を設けるやり方がある。この場合いずれも公費財源をどう確保するかの問題が出てくる。高所得層には民間医療保険への加入を条件として公的医療保険の加入義務を免除している例もあるが、その場合には、民間医療保険と公的医療保険がカバーする医療サービスの内容に大きな差が生じがちであること、高所得者層からの保険料収入が得られないことによる財政上の問題が生じる場合があることに注意が必要である。

所得保障

- **将来の人口構造をどう見るか**：将来、高齢者人口の増大や寿命の伸長が予測される場合には、給付費用の増大が見込まれる。また、生産年齢人口の縮小が予想される場合には、負担能力の減少も考えられる。したがって、このような状況が予想される場合には、あらかじめ将来の人口構造を正確に予測し、給付と負担のバランスを取るとともに、人口構造の変化の影響をできるだけ受けない制度設計（積立方式）も考える必要がある。
- **拠出制の場合どのような財政方式を取るか**：拠出制年金の財政方式として大きく分けて積立方式と賦課方式がある。積立方式は将来の年金給付に必要な資金について保険料拠出を通じて事前に積み立てておく方式であり、それに対し賦課方式は年金給付に必要な費用をその時点での現役世代からの保険料で賄う方式である。積立方式は人口構造の変化による影響を受けない反面、将来受け取る年金額が積立金の運用結果に左右されるため、年金受給時に十分な給付水準が確保されるとは限らない。また、積立

⁷⁹ WHO (2010)

方式採用にあたっては、積立金を運用するための金融関連のインフラや適正な運用のためのガバナンスの確保が必須である。賦課方式は年金給付時点での賃金や物価水準に対応した保険料水準を設定することが可能である反面、高齢化が進んだ場合に現役世代の負担が過重となりやすい。

- **適切な給付と負担の水準をどう考えるか：所得保障の給付と負担の水準を考えるにあたっては、制度の趣旨に鑑み必要な給付水準、経済・財政への影響を十分に勘案する必要がある。**給付水準を考える場合、それぞれの状況における所得ニーズに鑑み、実質的に生活の安定につながる水準とする必要がある。同時に負担の水準についても考える必要があり、拠出制の制度を取る場合、保険料水準が高ければ事業主負担が大きくなり企業活動の圧迫要因になりかねない。あるいは社会保障負担を必要としない非正規雇用を増やす要因となるかもしれない。被用者負担の増大は家計の消費抑制に繋がり、景気減速要因となるかもしれない。無拠出制を取る場合はもちろん、拠出制を取る場合であっても公費の投入を行う場合、政府の負担が大きくなれば財政圧迫要因となり、国家財政に悪影響を及ぼすかもしれない。
- **無拠出制の場合、対象者の範囲や給付水準をどう設定するか：**貧困者に対する公的扶助を創設する場合、最低限度の生活水準を維持でき、かつ財政的にも持続可能な対象範囲及び給付水準を検討する必要がある。これは、給付対象となる貧困レベルの設定、給付の具体的な水準によって財政的な負担は大きく変わってくるからである。また、就労支援を組み合わせることで、貧困からの脱出を促進する方策や、CCTのような条件をつけることにより貧困の世代間連鎖を食い止める方策も検討する必要がある。高齢者や障害者など特定のグループに対し、所得制限なしで給付を行う制度（social pension）⁸⁰を創設する場合、特に高齢者は将来の増加が見込まれるため、それを予め見込んだ給付水準とすることや、拠出制年金制度の充実により将来的に年金制度からの給付に移行させていくなどの方策が必要である。

2-1-2. 制度の効率的・効果的な運営

第2の視点は、社会保障制度がどの程度効率的・効果的に実施・運営されているか、である。具体的には、制度が本来対象としている層に給付が届いているか、対象ではない層が受給してはいないか、言い換えればターゲット・システムが適切か、制度の対象者の情報把握は正確・迅速に行われているか、拠出制制度の場合拠出の徴収が円滑に行われるか、給付はタイムリーに対象者に届いているか、サービス給付の場合サービス提供者への支払いは円滑に行われているか、資金運用を伴う制度にあっては資金運用状況はどうか、制度運用に携わる職員は制度の目的に沿って円滑に制度を運用しているか、ガバナンスはどうか、制度は遵守されているか、濫用されていないか、モニタリングや評価は行われているか、諸関係者間の調整・連携は十分かという視点である。

⁸⁰ 高齢者や障害者など一定の対象者に対する所得制限なしの無拠出制給付はタイやベトナム、南アフリカなどで実施されている。高齢者・障害者自身やその家族の生活水準を一定程度維持するとともに、彼らの尊厳の維持に貢献しているが、今後高齢者が増加されることが予想される中で財政的持続性が課題である。慢性的貧困リサーチセンター（Chronic Poverty Research Centre）の社会扶助プログラムのデータベースは、所得制限なしで給付を行う制度（Social pension）を実施している国とその内容についてデータを整理している。Barrientos et al (2010) Social Assistance in Developing Countries Database

BOX.2-5. 【CCTにおける受益者選定方式（ターゲティング）：メキシコの事例】

CCTについて：適用範囲と規模のカバレッジの拡大において、新しい公的扶助の形、つまり、所得移転をベースとした社会保障プログラムが主に中所得国において急速に広まっている。それは、条件付き現金給付（Conditional Cash Transfer: CCT）や無条件所得移転（Unconditional Cash Transfer）と呼ばれるもので、世界銀行が中心となって現在ではラテンアメリカ諸国やアジア、中央ヨーロッパ、アフリカ諸国でも実施されている⁸¹。CCTは、現金給付に当たって受給世帯に対して、子どもの通学や予防接種・検診などの一定の条件をつける。給付される現金が貧困削減に直接役立つだけでなく、子どもが学校に通い続け、健康に育つことによって中長期的な人的資本形成につながることに主眼が置かれ、世代間貧困の連鎖の断ち切りを目的としている。貧困の削減、学校の出席率の増加、子どもの健康の増加等の成果が報告されている。

'Oportunidades'プロジェクトのスケールアップ：1996年のプロジェクト開始では31,000世帯だった受給者は、1997年には30万世帯、2000年には260万世帯、2001年には更に75万世帯が追加された。現在では全人口の20%にあたる580万以上の世帯に受給者は拡大している。では、そのスケールアップのメカニズムはどうだったのか。最初の5年間は農村の貧困者を対象とし、その後都市に住む貧困者というように徐々に受給者を拡大していった。

ターゲティングの手法：*Oportunidades*では、資源の効率的な財の配分を行うために、厳密な資力調査(means-testing)に基づいて受益者を選定することに多大な量力が費やされた。まず、中央政府により3つのプロセスを経て、貧困部の大半を占める農村部において受益者の選定が行われた。ターゲティングの1段階では、地域間ターゲティング方式（Geographical Targeting）により農村部における貧困度の高い、住民数50～2,500人のコミュニティが選別された。第2段階では代理資力調査（proxy means testing）により、第一段階で貧困レベルが高いと特定されたコミュニティ内で受給資格のある世帯が選ばれた。選出されたのは1か月の収入が18ドル以下⁸²で、スペイン語よりも先住民族の言葉を話す世帯であった。第3段階において、コミュニティ会合によって住民がコミュニティ内の受給資格者リストを吟味し、異論がなければ受給者が最終的に確定された。

成功要因：CCTの成功要因は人間開発指標が最も低い州を確定する為の中央政府によるデータ収集、上記に述べた正確なターゲティングと厳格なモニタリング、外部機関による政策評価を政策の導入時から組み込むことによって、政策の効果を把握するだけでなく政策デザイン及び執行上の問題点を早期に発見し、改善策を即座に講じることが可能となったこと、大統領の交代後も続いた極貧者の減少と格差是正に関する強い長期的な政治的コミットメント、中央政府と地方自治体の連携の強化、厳格なモニタリングと評価の実施、財政管理システムの構築（支給手段の確保と工夫など）などが重要な成功要因として挙げられている。

参考：Lancet (2012) The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico

⁸¹ 世界銀行の報告によると世界的に41カ国、245のプログラムが存在する（2012年9月JICA研究所に於いて開催されたCCTセミナーの情報による）。メキシコで1997年に開始された*Oportunidades*やブラジルの*Bolsa Familia*、インドネシアの*Safety Net Scheme*など社会保障のカバレッジが急速に拡大したことから注目を集めた。

⁸² メキシコ平均収入の4分の1に当たる。

BOX.2-6.【社会保障におけるガバナンス】

ガバナンスの定義については、主要ドナーにより「ガバナンス」のとらえ方や表現に様々な違いがあるが、「JICAにおけるガバナンス支援—民主的な制度づくり、行政機能の向上、法整備支援—調査報告書」（平成16年11月、JICA）では、「ある国の安定・発展の実現に向けて、その国の資源を効率的に、また国民の意思を反映できる形で、動員し、配分・管理するための政府の機構制度、政府・市民社会・民間部門の協働関係や意思決定のあり方など、制度全体の構築や運営のあるべき姿」と定義している。それでは、社会保障におけるガバナンスとは何だろうか。世界諸国の社会保障関係の中央機関を会員とする国際団体である国際社会保障協会(International Social Security Association: ISSA) は、社会保障の運営において、ガバナンスを「権限を付託された機関がその権限を社会保障機関の目標の達成のために行使することである」と定義する。社会保障制度は、無拠出制・拠出制の医療保障制度や年金制度であれ、社会福祉サービスの提供であれ、保険料ないしは税といった財源をもとに、医療サービスや社会福祉サービスなどの現物の給付や、年金などの現金の給付を行う仕組みである。このように資源の再配分に強く関わる制度である以上、国民からの信頼の確保は不可欠であり、そのために、制度の構築・運用に当たっては、資金の徴収、管理、サービスや現金等の給付が、透明で公正な一定のルールに基づき、関係諸機関の協働の下、公平かつ効率的に行われること、言い換えれば「グッドガバナンス」が非常に重要である⁸³。

世界銀行は社会的保護のガバナンスを強化するに当たって取り組むべきポイントを以下の3つに整理している。1つ目は明確な基準(Rules)である。具体的には、制度対象者の基準やターゲティングの方法、給付基準設定の基準などを、明確で皆に理解しやすいものとすることであり、そのために法律等を制定するだけでなく、関係職員や国民にもわかりやすいマニュアル等を作成することや、基準作成の過程で十分に国民の意見を聞くことも含まれる。これにより、政治・経済状況による制度変更のリスクや政治的介入のリスクも軽減できることになる。2つ目は役割と責任(Roles and Responsibilities)である。具体的には、政策レベルからサービス提供レベルまで、各レベルの関係組織の役割と責任を明確にすること、財源調達やサービス給付・モニタリングまで関係組織の役割分担と責任を明確にすること、関係組織や関係職員のインセンティブと制度の目的との整合性を確保すること、組織間の関係を文書化することなどが含まれる。3つ目はコントロールと説明責任の仕組み(Controls and Accountability Mechanisms)である。これは、「必要な給付が必要な時に必要な人に給付される」ようにするための仕組みであり、具体的には、制度運用側の仕組みとして、監査やクオリティ・コントロールの仕組み、抜き打ち検査、情報へのアクセス保障、苦情処理の仕組み、対象者・国民側の仕組みとして、苦情申し立ての仕組みや第三者評価、受給者満足度調査、国民によるモニタリングなどが含まれる。世界銀行は、ガバナンス強化の取り組みが社会保障の改善につながった例として、以下の事例を挙げている。

モルドバの事例：国民の信頼を得るには、国民への知識・情報提供とコミュニケーションが不可欠である。モルドバでは、国民に対する啓発促進のためにコミュニケーション課

⁸³ 2007年に日本で問題となった年金記録問題(約5,000万件に及ぶ年金記録が基礎年金番号に統合されていなかった問題)の背景にガバナンスの欠如があったと言われている。総務省年金記録問題検証委員会の報告書(2007年10月)は、年金記録を管理する社会保険庁について、職員が採用形態ごとにグループ分けされ、人事に一体性がなく、情報・問題意識・ノウハウの共有に支障が生じ、しかも是正措置が取られなかったこと、組織全体が内向き、非効率で組織規律が緩んだ「親方日の丸体質」になっていたこと、社会保険庁から都道府県社会保険関係組織への指導などが行き届かなかったこと、などの結果、組織としてのガバナンスが決定的に欠如していた、と指摘している。

を設置。作成したコミュニケーション戦略に沿って年金改革についてのメディアカバレッジを増やし、パンフレットが作成され全国に配布された。プロジェクト実施後、コミュニケーション課が設置されたことによって、国民の年金に関する知識が上昇し、加盟者の増加や保険料の納入期間の延長に繋がった。

ルーマニアの事例：中央政府と自治体の連携の強化及び地方行政官の能力向上は、制度の重要な成功要因である。ルーマニアは1995年に社会扶助プログラムを整備した。1年目は中央政府が財源の調達をし、運営は地方自治体に任された。2年目以降は、財政責任も地方自治体に移り、中央政府からの予算配分もなく、地方政府は制度の持続的な運営困難に陥った。それにより、給付受給者が1996年には人口の6%であったのが2001年には2%にまで下がった。その状況を改善すべく、2002年に中央政府が費用の分担責務を負うことになり、最終的に（2011年）財源拠出は完全に中央政府の責務となった。

参考：ISSA（2009）社会保障機関のためのISSAグッドガバナンスガイドライン

世界銀行（2012）Rules, Roles and Controls: Governance in Social Protection with an Application to Social Assistance

BOX.2-7.【社会保障のサブシステム（社会保障に関連する制度）】

社会保障制度は医療保障であれ、所得保障であれ、社会福祉サービス提供であれ、相互に整合性を持った種々のサブシステムによって構成される。

医療保障

医療保障を構成するサブシステムとしては、以下のものがある。

医療サービス提供に関わるサブシステム：医師・看護師等医療専門職の教育、医療機関の基準や許認可、医療機関の配置や機能分担、医療機器や医薬品の許認可及び流通、健康増進・疾病予防の仕組み、医療の質向上・維持のための情報システムなど。

医療費財源調達に関わるサブシステム：（無拠出制の医療保障の場合）公費支出の考え方や算定基準・プロセス、中央政府と地方政府の役割分担、など。（拠出制の医療保障の場合）保険者の組織や運営の仕組み、拠出者情報の把握・管理の仕組み、拠出金算定の仕組み、拠出金徴収の仕組み、低所得者の取り扱い、公費補助・負担の考え方や算定基準、など。

医療費支払い・管理に関わるサブシステム：病院会計の仕組み、診療報酬制度、医療機関からの医療費請求の審査・支払いの仕組み、診療報酬の決定システムなど医療費の伸びをコントロールする仕組みなど。

所得保障

所得保障を構成するサブシステムとしては、以下のものがある。

無拠出制の現金給付・現物給付に関わるサブシステム：対象者を特定する仕組み、対象者の情報を把握・管理する仕組み、公費支出の考え方や算定基準・プロセス、中央政府と地方政府の役割分担、給付を実際に支給する仕組みなど。

拠出制の現金給付（老齢年金、遺族年金、障害年金、失業給付、労災給付等）に関わるサブシステム：保険者の組織や運営の仕組み、拠出者情報の把握・管理の仕組み、拠出金算定の仕組み、拠出金徴収の仕組み、積立金の運用の仕組み、給付額の設定の仕組み、低所得者の取り扱い、公費補助・負担の考え方や算定基準、障害年金における対象者の認定（障害認定）の仕組み、失業給付における対象者の認定、失業給付における就業支援（職業紹介・能力開発等）との連携の仕組み、労災給付における対象者の認定など。

社会福祉サービス提供

社会福祉サービスを構成するサブシステムとしては、以下のものがある。

社会福祉サービス全般に関するサブシステム：ソーシャル・ワーカーなど専門職の教育、ボランティアの養成、福祉事務所など社会福祉サービスに関する相談の仕組み、サービスの質確保のための基準やサービスの許認可、児童・障害者・高齢者への虐待防止のための仕組み、児童・障害者・高齢者の権利擁護のための仕組みなど。

児童・母子に対する社会福祉サービスに関するサブシステム：保育士や臨床心理士など専門職の教育、児童・母子施設（シェルターや児童養護施設など）の基準や許認可、児童・母子施設の配置や機能分担など。

障害者に対する社会福祉サービスに関するサブシステム：障害者の政策決定過程への参加の仕組み、障害者の生活支援（就労支援、社会参加支援）の仕組み、OT・PTや臨床心理士など専門職の教育、障害認定の仕組み、各種障害者施設の基準や許認可、各種障害者施設の配置や機能分担、手話通訳・点字翻訳などコミュニケーション支援、医療や教育との連携の仕組みなど。

高齢者に対する社会福祉サービスに関するサブシステム：高齢者の生活支援（就労支援、社会参加支援）の仕組み、介護士など専門職の教育、要介護者の認定の仕組み、介護施設の基準や許認可、介護施設の配置や機能分担など。

参考：広井良典・山崎泰彦編著（2007）『社会保障論』

2-1-3. 制度を支える施設・人材・システム

第3の視点は、社会保障制度を支える施設・人材・システムがあるかである。

医療保障の場合、実際に医療サービスが提供されなければいくら制度が整備されていても意味はない。保健所・診療所・病院などの施設、医師・看護師、OT(作業療法士)・PT(理学療法士)などの人材、医薬品や医療材料の調達・管理のためのシステムなどが不可欠であり、これらが医療保障制度の実効性を支えている。

年金等の所得保障の場合、拠出制の制度にあっては例えば、年金数理の専門家、積立金の資金運用の専門家、個々の加入者の情報を管理する人材やシステム、送金のためのシステムなどが必要不可欠であり、無拠出制の制度にあっては例えば、対象者の認証システムや情報管理システム、送金のためのシステムなどが必要である。

社会福祉サービスの場合、児童や高齢者のために保護・保育や介護などのサービスを提供する入所・通所施設や、サービスを提供する保育士や看護師、介護職などの専門職、社会や地域の福祉課題や個々人の福祉ニーズを発見し必要なサービスにつなげるソーシャル・ワーカー、ボランティアなどの人材がいなければサービスを提供することはできない。

BOX.2-8.【社会保障と民間部門】

社会保障において民間部門は大きな役割を果たしており、その果たしている役割に着目すると以下の通り整理することができる。

① サービス提供者としての役割

医療保障：医療サービスの提供者（民間病院や診療所、薬局など）、医療関連サービス（検体検査、医療廃棄物処理、医療機器保守点検、院内清掃、寝具等洗濯、消毒・滅菌、患者給食、医療事務など）の提供者、医薬品・医療材料・医療機器の製造・販売・リースの事業者、医療保険に係る情報システム関連事業者（情報システムの設計・開発・保守・点検など）、ファイナンス・サービスの提供者（民間医療保険。公的保険との関係は国によってさまざまであり、公的保険と同様の範囲をカバーする場合、公的保険の自己負担部分をカバーする場合、公的保険ではカバーされない部分をカバーする場合などがある。）

年金等所得保障：ファイナンス・サービスの提供者（民間生命保険や民間年金保険）、年金積立金・企業年金の運用サービスの提供者、年金保険に係る情報システム関連事業者（情報システムの設計・開発・保守・点検など）

社会福祉サービス：社会福祉サービスにおける各種サービス提供者（公的保険や公的制度の枠内で保険や政府委託によりサービスを提供する介護サービス事業者、障害福祉サービス事業者、児童福祉施設事業者）、社会福祉サービス施設へのサービス提供者（施設内清掃、寝具等洗濯、給食等）、介護機器などの製造・販売・リースの事業者、市場でサービスを提供する事業者（ベビーシッターなど）、ボランティアとして社会福祉サービスを提供する個人や組織（たとえば日本における民生・児童委員やタイにおけるヘルス・ボランティア、NGO、社会貢献活動を行う企業など）

② 制度運営者としての民間セクター

医療保障：公的医療保険の運営者（日本の被用者医療保険における健康保険組合、ルワンダの地域ベース健康保険における地域の保険運営者など）、国民皆保険制度の下で医療保険事業者として位置付けられている民間医療保険事業者（ドイツやオランダなど）

年金等所得保障：企業年金の運営者（日本における企業年金基金）、年金保険料の徴収事務を行う組合（フィリピンの年金制度においては自営業者からの保険料徴収のために、自営業者の協同組合に保険料徴収を委託している。）

③ 制度への拠出者としての民間セクター

医療保障：被用者向け医療保険における事業主負担

年金等所得保障：公的年金における事業主負担

社会福祉サービス：たとえば社会福祉サービスに係る公的保険がある場合事業主負担の拠出（日本や韓国、ドイツの介護保険の例）

また、公的制度との関係に着目すると以下の通り整理することができる。

① 公的制度の枠内に位置付けられている場合

行政から保険診療機関の指定を受けている民間医療機関、公的医療保険の運営者である健康保険組合、給付対象や保険料算定などに公的制度としての規制がかかっているドイツやオランダの民間医療保険、行政から介護事業者の指定を受けている介護事業者、行政から障害者福祉サービス事業者の指定を受けている福祉事業者、行政から保育サービス等を受託している保育事業

者、行政から委嘱されている民生・児童委員やヘルス・ボランティア、など

② **公的制度の枠外であるが、公的制度と密接な連関を持って活動している場合：**

医薬品の製造・販売事業者、医療機関に対して医療関連サービスを提供する事業者、年金の資金運用を行う事業者、社会保険に係る情報システムを提供する事業者など

③ **公的制度の枠外で市場において活動している場合**

日本における民間医療保険や民間生命保険の事業者、ベビーシッター等の事業者など

④ **公的制度の枠外で公的制度和関係なく市場外において活動している場合**

NGOや住民によるボランティア活動、企業の社会貢献活動など

社会保障における民間部門の位置づけは国によって様々であり、医療保障分野だけをとってみても、アメリカのようにファイナンスも医療サービス提供も主に民間部門で行っている国、ドイツのようにファイナンスも医療サービスも基本的には公的部門で提供するが、公的医療保険に入っていない者に民間医療保険の加入義務を課す国、オランダのように公的医療保険の運営者を全て民間医療保険事業者としている国、日本のようにファイナンスは公的部門で行うが医療サービス提供では民間医療機関が大きな役割を果たしている国、北欧諸国のようにファイナンスも医療サービス提供も主に公的部門で行っている国、などがある。OECDでは社会支出を公的・私的別に集計しており、民間社会支出が全体の社会支出に占める割合はOECD平均では10%、米国では約36%、日本では約15%、ドイツでは約10%と、国によって大きなばらつきがある⁸⁴。途上国では医療サービスについては公的部門が不十分ながらも主要な役割を果たしていることが一般的であるが、所得保障や社会福祉サービスについては家族・地域内扶助が大きな役割を担っていることが多い。フィリピンのように医療サービス提供において民間部門が重要な役割を担いつつ、ファイナンスについては公的医療保険が適用されている国もある。社会保障において政府部門、民間部門、家庭や地域内扶助のバランスをどうとるかは最終的には国民の価値判断によるが、以下の事項に特に留意する必要がある⁸⁵。

- 公平性：たとえば民間医療保険においては逆選択やクリーム・スキミングの危険があることから、保険料算定の考え方や契約の自由への一定の規制などが必要になる。特に、公的医療保障の枠内に位置付ける場合、保険料率算定（民間医療保険はリスクに応じた保険料が基本、公的医療保険は所得に応じた保険料が基本。）や契約の自由などについて公的規制が必要になる。また、結果的に所得の多寡によって受けられる医療サービスや社会福祉サービスの水準が異なることになり、どこまでそのような格差を認めるかは最終的には国民の平等観の問題となる。また、米国のように民間医療保険が公的保険に先んじて医療ファイナンスの主な提供者となった場合、後から公的医療保険を導入・拡大したり、民間医療保険に公的規制を及ぼしたりするのが大変困難になることにも注意が必要である。
- 効率性：一般的には効率性を高めるために民間事業者をサービス事業者として位置付けることが行われる（日本の介護保険の例）。オランダのように「管理された競争」により効率性を高めるものとして民間医療保険に公的医療保険の運営がゆだねられる例もある。

参考：島崎 謙治（2011）日本の医療 - 制度と政策

⁸⁴ OECD Social Expenditure Database (SOCX)は、OECD 諸国各国の社会支出を公的部門による社会支出と私的部門による社会支出とに分けて集計している。

⁸⁵ OECD (2004)“Private Health Insurance in OECD Countries”では、OECD 諸国における民間医療保険の役割を整理するとともに、個人及び医療システム全体に対する費用と効果を分析している。

2-2. 国の所得段階ごとに見たアプローチ

歴史的にみると、社会保障は国の所得水準が上昇するにつれて段階的に発達してきており、段階ごとに必要なアプローチは異なる。したがってここでは、最貧国（1人当たり GNI が概ね 1,005 ドル以下）、低・中所得国（1人当たり GNI が概ね 1,006～3,975 ドル）、中進国以上（1人当たり GNI が概ね 3,976 ドル以上）に分けて、必要なアプローチを見る。社会保障制度の設計における重要な要素として、人口の高齢化や少子化、疾病構造の変化（感染症から生活習慣病へ、さらに老人性の疾患へ）といった人口構造や疾病の状況の変化を挙げることができるが、一般に人口構造の高齢化は経済発展とそれに伴う平均寿命の伸びに伴って生じ、また疾病構造の変化も経済発展に伴って衛生水準が改善され感染症から慢性疾患への変化が生じるなど、国の所得水準と関連する側面も持っており⁸⁶、社会保障に必要なアプローチを国の所得水準ごとに見ていくことは、一定の合理性があるものと考えられる。

ここでは、社会保障制度の分野に応じて①医療保障、②年金等の所得保障、③社会福祉サービスに分け、前項で述べた3つの観点から必要なアプローチを記述する。また、医療保障と年金等の所得保障に関しては、さらに財政方式に応じて、無拠出制と拠出制に分けて考える。

なお、BOX1-1 で取り上げたように、開発途上国の高齢化の課題は、これまでの先進国とは異なり、経済が十分成長しないうちに高齢化に直面することである。個々の国への効果的アプローチを検討する際には、特に今後その国の人口構造がどのように推移するかを十分に考慮する必要がある。また、中央アジアや東欧諸国の中には、旧社会主義体制の下で整備してきた社会保障制度を、新たな政治・経済状況の下でいかに再構築するかが課題となっている国もある。これらの国においてはそれぞれの文脈に即したアプローチが必要であることに留意が必要である。

2-2-1. 最貧国（1人当たり GNI が概ね US\$ 1,005 以下）⁸⁷

2-2-1-1. 医療保障

（制度デザインの適切さ）

● 基礎的な医療サービスに係るカバレッジ

この段階は、衛生水準も低く、マラリアや結核などの感染症が依然として大きな脅威になっていることが多い。また、妊産婦検診の受診や医療機関での分娩も十分に普及しておらず、母子保健指標に問題がある場合も多い。したがって、この段階において必要とされるアプローチは、予防接種、母子保健、結核・マラリア・HIV/AIDS などの感染症患者に対する医療について貧困層を含む全国民に対して無料又はアクセス可能な価格で提供することである。

また、この段階において拠出制の医療保障を基本とすることは、国民の所得レベルの点でも、住民情報の把握や保険料を徴収に必要な行政能力の点でも現実的ではないと考えられる。したがって、政府職員や一定規模の民間企業被用者に対しては拠出制の医療保障を構築することも考えられるものの、貧困層に対する何らかの医療保障制度を構築する場合には、無拠出制をとることが現実的である。

⁸⁶ 広井良典/JICA（2004）p6

⁸⁷ JICA 円借款供与条件表を参考にした。GNI の値は平成 22 年。

- **無拋出制制度の財政的持続性の確保**

無拋出制の医療保障制度を設ける場合、財政的持続性の確保が非常に重要である。この段階においてはドナーの資金を投入する場合も多いと考えられるが、その際にはドナーとの連携が重要な課題となる。

(制度の効果的・効率的な運営)

- **ターゲティング・システムの構築**

対象者を限定（たとえば貧困層に限定）して無拋出制の医療保障制度を適用する場合、対象者を特定する仕組み（ターゲティング・システム）を構築することが必須である。ターゲティング・システムは、明確で、誰にでもわかりやすいものであるとともに、限定的な行政能力の下でも実施しやすいものである必要がある。関係者の役割と責任が明確で、モニタリングや苦情処理手続きにより運用の公正性が確保される必要がある。他の貧困対策との整合性を確保するため、ターゲティング・システム構築に当たっては省庁間の連携も重要となる。

(制度を支える施設・人材・システム)

- **基礎的医療サービス提供の整備**

この段階ではまず医師や看護師などの医療人材を育成するとともに、基礎的医療サービスや予防サービスを提供する保健所、基礎的医療サービスを提供する病院を整備することが最重要課題である。

BOX.2-9. 【アフリカの医療保障の状況】

アフリカ、中でもサハラ以南のアフリカ諸国は HIV/AIDS、結核、マラリアなどの感染症が蔓延し、世界の 5 歳未満死亡数、妊産婦死亡数の約半数がこの地域に集中するなど、劣悪な保健状況の中にある。その背景としては、極度の貧困の蔓延、深刻な栄養状況、衛生環境の劣悪さ、保健所などの公衆衛生基盤の未整備、医療人材の圧倒的な不足や医療機関の未整備などが挙げられる。

また、アフリカ諸国はアジア以上に社会保障のカバレッジが限定的であり、国によって比率は異なるものの、ILO によると、平均して労働力人口のせいぜい 10%が社会保障制度によりカバーされているに過ぎない。さらに人口の 80%近くは最低限の治療さえ受けられない状況にある。このような中、アフリカ諸国の首脳によって「アフリカ保健戦略（2007～2015年）」や「アフリカ地域栄養戦略（2005～2015年）」といった重要な戦略が採択されている。「アフリカ保健戦略」は、基礎的な保健サービスのユニバーサル・アクセス実現を目的としており、アフリカ諸国は国家予算の 15%を保健分野に配分することを誓約している。

また、国際機関や先進国政府、民間セクターもアフリカ諸国への保健開発援助を強化しており、エイズ・結核・マラリア対策世界基金（GFATM）やワクチンと予防接種のための世界同盟（GAVI）などが設立され、HIV/AIDS や結核、マラリア対策を中心として近年巨額の資金が投入されている。日本政府も第 4 回アフリカ開発会議（TICAD IV）において、2008 年からの 5 年間でアフリカの保健開発に対し、技術・無償資金協力を通じて 430 億円の支援を行うとのコミットメントを行っている。このような政府の取り組みや国際社会からの資金投入を背景に、現在保健サービスの拡大と健康水準の改善が進みつつあるものの、依然として状況は厳しい。

感染症の蔓延と医療サービスへのアクセスの確保という現在のアフリカ諸国の課題は、日本が戦後間もなくの時期において結核が主要な保健課題であった経験と重なる。当時日本は医療保険の整備を進めつつ、国を挙げての結核対策として、結核医療の自己負担部分

に対する公費負担、生活保護における医療扶助などにより多額の税財源の投入を行った。その際忘れてならないのは、保健所網の全国的な整備や健康診断・予防接種の実施、保健所による患者情報の把握など保健システムの整備を同時に行ったことである。水道整備や衛生環境の整備も大きく貢献した。このような当時の公衆衛生対策は必ずしも現在推奨されているものばかりではないが、医療保険の整備を進めつつ、人々の健康と社会の安全を脅かす感染症には積極的に公費を投入し医療アクセス改善を図ったこと、同時に保健システムの整備を進めたこと、などの日本の経験はアフリカ諸国に対しても一定の意義を持つものと言える。

参考：瀧澤 郁雄（2011）アフリカにおける保健開発：健康水準の加速的改善と日本の開発援助への提言

2-2-1-2. 年金等の所得保障

（制度デザインの適切さ）

● 社会的脆弱層に対する最低限の公的支援

この段階で必要なことは、最貧困層に対して最低限の生活を維持するために公的な支援を行うことである。たとえば、最貧困層に対して直接現金給付を行うこと、政府によって一時的雇用を提供すること、食料や住居など現物の給付を行うこと、などの方法によって行われる。また、この段階では一般に地縁的・血縁的結合が強く、何らかの原因で貧困に陥った者に対しては、親族内での助け合い、近隣住民による援助がまずは行われるのが一般的である。政府としては、住民をボランティアとして組織したり、慈善団体の活動に一定の財政的支援を行ったりすることにより、最貧困層を支援することも行われる。

この段階で拠出制の所得保障を基本とすることは、政府職員や一定規模以上の民間企業被用者を除き、国民の所得レベルの点でも、行政能力の点でも、資金の運用環境の点でも、現実的ではないと考えられる。まずは貧困層など限定的な対象に対して無拠出制の所得保障制度を整備することが必要かつ現実的である。

● 財政的持続性の確保

無拠出制の所得保障制度を設ける場合、財政的持続性の確保が非常に重要である。この段階においてはドナーの資金を投入する場合も多いと考えられるが、その際にはドナーとの連携が重要な課題となる

（制度の効果的・効率的な運営）

● ターゲティング・システムの構築

対象者を限定（たとえば貧困層に限定）して無拠出制の所得保障制度を適用する場合、対象者を特定する仕組み（ターゲティング・システム）を構築することが必須である。無拠出制の医療保障制度の場合と同様、ターゲティング・システムは、明確で、誰にでもわかりやすく、実施しやすいものである必要がある。関係者の役割と責任が明確で、モニタリングや苦情処理手続きにより運用の公正性が確保される必要がある。他の貧困対策との整合性を確保するため、ターゲティング・システム構築に当たっては省庁間の連携も重要となる。

2-2-1-3. 社会福祉サービス

（制度デザインの適切さ）

● 孤児、障害者、身寄りのない高齢者、災害被災者などに対する最低限の社会福祉サービス提供

この段階では、育児や高齢者・障害者のケアは主に家族・親族や近隣住民が担うことが一般的である。彼らに対しては、公的施設でのサービス提供、孤児の場合里親による養育、災害被災者への住居提供や食料、日用品の支給が行われる。政府による直接的なサービス提供のほか、組織化されたボランティアや NGO、慈善団体がサービス提供を担い、それに対して何らかの公的支援が行われる場合もある。

(制度の効果的・効率的な運営)

● 社会福祉サービス提供に当たっての関係者間の連携

社会福祉サービス提供は、一般的には中央政府により直接行われるよりも、地方自治体や近隣住民、NGO やボランティアがサービスを提供し、中央政府はそれを促進したり組織化したりする役割を担うことが多い。したがって、中央政府と地方自治体の連携、中央政府と地方自治体に加え NGO やボランティア、地域共同体との連携、ドナー資金を投入する場合にはドナーとの連携が不可欠になる。

(制度を支える施設・人材・システム)

● 最低限の社会福祉サービス基盤の整備

この段階においては、公的支援を必要とする対象者の範囲が限定的であることや、政府の財政制約が大きいことから、最低限の児童養護施設、身寄りのない高齢者のための居住施設の整備と、そこで働く職員の確保が中心となる。

2-2-2. 低・中所得国（1人当たり GNI が概ね US\$ 1,006～3,975）

2-2-2-1. 医療保障

(制度デザインの適切さ)

● 非感染症やより高度な医療サービスへのカバレッジの拡大

この段階においては、衛生水準や栄養状態の向上に伴い、一般的には、感染症中心の疾病構造から慢性疾患中心の疾病構造となる。したがって、医療保障の対象を感染症予防や基礎的医療サービスから広げ、非感染症や慢性疾患に係る医療サービスも給付の対象とする必要が出てくる。また、医療保障をより実効あらしめるため、がん治療や人工透析等の費用などより高額な医療をカバーするための仕組みを検討する必要が出てくる。

● インフォーマル部門へのカバレッジの拡大

この段階においては、公務員及び一定規模の民間企業被用者については拠出制による医療保障制度が整備されていることが一般的である。しかし、一方自営業者や農民などのインフォーマル部門人口もかなり大きな割合を占めていることが多く、インフォーマル部門に医療保障のカバレッジを広げることが課題となる。その際、拠出制制度をとるか、無拠出制制度をとるかの大きな選択を迫られるが、拠出制制度は給付と負担の関係が明確で、政府予算による制約をあまり受けることなく医療費財源を確保することができる一方、保険料をどのように徴収するか、未加入者や滞納者に対する医療サービス提供をどうするか、などの困難な問題がある。逆に、無拠出制制度は保険料を徴収する必要がなく、未加入者や滞納者といった問題が発生しない反面、政府予算の状況により制約を受け、医療給付内容やアクセスが制約を受けることがある。なお、拠出制制度をとる場合であっても、保険料支払いが困難な低所得層に対しては、保険料の肩代わりをしたり無拠出制制度の医療保障を行ったりすることが必要であることから、政府予算の投入が不可避である。

● 財政的持続性の確保

拠出制制度をとるにせよ無拠出制制度をとるにせよ、財政的持続性の確保が必要であ

る。そのために、医療の効率性を高めるための仕組み、医療費の伸びをコントロールするための仕組みを組み込むことが重要であり、特に適切な診療報酬制度の整備が鍵となる。さらに、拠出制制度においては、低所得者に対する公費投入をどの程度行うか、高所得者層の非加入を認めるか、といった点も財政的持続性の確保に大きく影響する。

(制度の効果的・効率的な運営)

● インフォーマル部門の被保険者情報の管理及び保険料徴収（拠出制制度の場合）

拠出制の医療保障制度をインフォーマル部門に拡大する場合、保険料を確実に徴収し、被保険者情報を確実に把握・管理するための仕組みを整備することが極めて困難かつ重要な課題である。また、低所得者層への医療保障に公費を投入する場合、対象となる低所得者を特定するためのターゲティング・システムの構築が必要となる。

● 情報システムの構築

この段階では一般的に民間企業被用者が増えてくることから拠出制医療制度でカバーする人口が増えること、また、インフォーマル部門に医療保障を拡大する場合には、拠出制制度をとるにせよ無拠出制制度をとるにせよ対象者が広がることから、対象者に関する情報の把握・管理のため、処理能力が高い情報システムの整備が必要である。また、出来高払いや疾病ごとの包括払い方式をとる場合には、患者の診療情報を把握し医療機関に支払いを行うための情報システムも必要となる。

(制度を支える施設・人材・システム)

● 医療サービス提供の地域的不均衡の是正

この段階においては、首都を中心に一定レベルの医療機関の整備はなされていることが一般的であるが、地方部においては医療機関の整備や医師・看護師の人材配置が十分でないことが多い。医療サービス基盤の地域的不均衡の是正や、必要な数の医師・看護師など医療人材の養成が重要である。また、医療の質の向上も重要な課題となってくる。

2-2-2-2. 年金等の所得保障

(制度デザインの適切さ)

● 拠出制所得保障制度の被用者へのカバレッジ確立

この段階においては一般的に経済のフォーマル化が徐々に進み、民間企業被用者が徐々に増えてくることから、拠出制の年金等所得保障制度でそれらの者の引退後の所得をカバーする必要があるが出てくる。

● 被用者所得保障の財政的持続性の確保

被用者に対する拠出制の年金制度を設ける場合、その財政的持続性を確保することがきわめて重要である。積立方式をとる場合には比較的問題は少ないが、賦課方式をとる場合には将来の少子高齢化、経済成長などの要素を勘案して給付と負担のバランスをとることが極めて重要となる。(Box 2-4. 「社会保障と財政的持続性」参照)

● 無拠出制所得保障の社会的脆弱層へのカバレッジ確立

この段階においては、貧困層、障害者、高齢者などいわゆる社会的脆弱層に対し無拠出制の現金給付を行う国も出てくる。特に貧困層に対しては条件付き現金給付（CCT）の手法が用いられることもある。

● 無拠出制所得保障の財政的持続性の確保

無拠出制の現金給付を行う場合、その財政的持続性を確保する必要がある。フィスカル・スペースの大きさに応じ給付対象範囲と給付水準を設定することが重要である。

(制度の効果的・効率的な運営)● **被用者向け拠出制所得保障のガバナンスの確保と運用のモニタリング**

被用者を対象とする拠出制年金にあっては、ガバナンスの確保と運用のモニタリングが非常に重要である。一般に被用者年金制度においては、年金受給までに一定の年数にわたり拠出を行うことが求められ、制度発足から支払いが始まるまではもっぱら拠出金が積みあがる段階である。次第に巨額になってくる積立金を確実に管理・運用するためガバナンス確保及びモニタリングが重要な課題となる。(Box.2-6.「社会保障におけるガバナンス」参照)

● **被用者向け拠出制所得保障の情報システムの整備**

被用者向け拠出制年金にあっては、正確に被保険者情報を把握・管理し、保険料を確実に徴収するとともに、長期にわたり加入・拠出記録を管理し、正確に年金を給付するための被保険者情報管理システムの整備が必要である。

● **無拠出制所得保障のターゲティング・システムの構築**

貧困層等社会的脆弱層に対し無拠出制の現金給付を行う場合、その対象者の特定(ターゲティング)を正確かつ円滑に行う必要があり、そのための仕組み(ターゲティング・システム)を構築する必要がある。政府の貧困対策としては、現金給付以外にも様々な対策が取られることは一般的であり、他の貧困対策との整合性を確保のため、他省庁との連携が求められる。(Box. 2-5.「CCTにおける受益者選定方式(ターゲティング)」参照。

2-2-2-3. 社会福祉サービス**(制度の効果的・効率的な運営)**● **社会福祉サービス提供の仕組み開発**

この段階になると、一般的に、従来の被災者援助などの応急対策的な社会福祉サービスに加え、障害児・者、高齢者など特別なニーズを持つ人々のために恒久的な社会制度が求められるようになる。まずは地方レベルの行政で相談援助窓口を整備し、相談援助担当者を配置することが必要である。また、社会福祉サービスの質を担保するため、児童福祉施設、障害者福祉施設、高齢者福祉施設など社会福祉施設の基準を作ることが求められるようになる。

(制度を支える施設・人材・システム)● **社会福祉サービス人材の養成**

国民の福祉ニーズに対応するため、まずはニーズ把握、サービス調整、相談援助を行うソーシャル・ワーカーを養成する必要があるとともに、保育サービスや障害者・高齢者介護サービスを行う専門職の養成カリキュラム整備が必要となってくる。また、この段階においても、社会福祉サービスは行政よりも NGO やボランティアによって提供することが現実的であり、地域の要保護者に日常的支援を行うボランティアの養成や、NGO・ボランティアの活動を促進するための仕組みづくりが求められる。

2-2-3. 中進国(一人当たり GNI が概ね US\$ 3,976~ 6,925) 以上**2-2-3-1. 医療保障****(制度デザインの適切さ)**● **財政的持続性の確保(医療費の管理)**

一般的には所得水準が上昇するにつれて医療ニーズも拡大することから、医療制度の

財政的持続性を確保するために医療費の管理が重要課題になる。診療報酬制度の改善により医療提供の効率化を促す、病院会計の改善により病院経営の効率化を促す、などの取り組みが求められる。(Box 2-4. 「社会保障と財政的持続性」参照。)

● 高齢化への対応

この段階になると、医療水準や生活水準の向上を背景として平均寿命が延び、高齢化が本格化するのが一般的である。認知症、長期の療養やリハビリを必要とする生活習慣病などは、高齢者で特に問題となる医療ニーズであり、このようなニーズに的確に応える医療保障制度が求められる。

(制度を支える施設・人材・システム)

● 医療の質の向上

この段階においては、インフォーマル部門人口も含めて何らかの公的医療保障制度があることが一般的であるが、公的医療保障でカバーされる公的医療機関の医療サービスと、公的にカバーされない民間医療機関の医療との間に著しい差があることがあり、その場合中間層以上はもっぱら民間医療機関を受診することとなり、公的医療保障が形骸化してしまうことになる。公的医療機関の質の向上、民間医療機関の公的医療保障への取り込みなどの対応が必要となる。医療機関に医療の質改善を促すような診療報酬の改善も必要である。

2-2-3-2. 年金等の所得保障

(制度デザインの適切さ)

● 高齢期の実効的な所得保障

この段階では高齢化が進むとともに、産業高度化・核家族化、さらに少子化も進んでくる時期であり、高齢期の生計維持に関する社会保障へのニーズが一般化する。したがって、一定の水準の老齢年金など実効的な所得保障制度が必要となる。

● 拠出制所得保障制度のインフォーマル部門への拡大

一般的に、フォーマル部門人口には拠出制の所得保障制度、インフォーマル部門の貧困層には無拠出制の所得保障制度がほぼ確立している段階である。しかし、貧困層以外のインフォーマル部門人口に対する拠出制の所得保障制度はまだであることが多く、拠出制の所得保障制度のインフォーマル部門への拡大が視野に入ってくる。

● 拠出制所得保障制度の所得代替率の改善

経済水準の向上に伴い、拠出制、無拠出制ともに給付水準の向上が求められるようになってくる。拠出制の所得保障制度では、所得代替率（現役世代の所得水準に対する年金給付水準の比率）の改善が求められるようになり、特に人口構造が若い（年金を受け取る退職世代に比べ保険料を拠出する現役世代が圧倒的に多い）段階では拠出された保険料がもっぱら積みあがる時期であり、給付水準改善への圧力は政治的にもかなり強くなることが多い。しかしながら、一旦給付水準を上げるとその引き下げは政治的にも非常に困難であり、将来の高齢化を見据えた対応が求められる⁸⁸。

● 財政的持続性の確保

無拠出制所得保障、拠出制所得保障ともに財政的持続性の確保が課題である。少子・高齢化が現実のものとなりつつあり、高齢者に対する無拠出制の年金を持つ国にあっては、現役世代を拠出制の年金制度でカバーすることにより、退職後の所得保障を徐々

⁸⁸ 広井教授は、日本が1973年に公的年金について自動物価スライド及び賃金スライドを取り入れることにより以降給付水準を引き上げていったことにつき、「若い」国のまま経済成長を遂げたことにより一種の財政錯覚が生じ、急速な少子高齢化も相まって「高齢化のツケ」を後に回すことになった、と評している。広井/JICA (2004)

に無拠出制年金から拠出制年金に移行させる取り組みも求められる。拠出制所得保障であっても賦課方式をとる場合には、制度の支え手の減少・受給者の増加により給付と負担のバランスが問題となってくる段階であり、受給開始年齢の引き上げ、保険料率の引き上げなどの対応が求められる。(Box 2-4.「社会保障と財政的持続性」参照)

(制度の効果的・効率的な運営)

● 諸サブシステムの改善

所得保障は対象者数の面でも、財政規模の面でも大規模なプログラムとなる段階であり、拠出制の制度においては被保険者情報の管理、保険料支払い記録の管理が正確に行われるとともに、給付が円滑に行われるよう整合性のとれたサブシステム構築が必要。

● ガバナンスの向上

拠出制所得保障は制度開始しばらくの間、現役世代からの保険料が着実に入ってくる一方、年金給付はほとんど発生しないことから、巨額の拠出金が積み上がることになる。運用財産を健全に保全・運用し、制度の信頼性を保つためのガバナンス確保が必須である。(Box.2-6.「社会保障におけるガバナンス」参照)

2-2-3-3. 社会福祉サービス

(制度デザインの適切さ)

● サービスの種類の実質(対象者の拡大)

核家族化・都市化・産業化により、家族の脆弱化、地縁の希薄化が進む段階であり、それまで主に家族や地域が担っていた保育、介護などの機能に対応する社会福祉サービスの整備が求められることになる。また、国によっては高齢化が進んでくる段階であり、家族の脆弱化も相まって、公的に高齢者介護サービスを整備する必要性が出てくることになる。

● 財政的持続性の確保

それまでの社会福祉サービスはもっぱら貧困層や身寄りのない者といった限定された層に対するものが中心であったが、この段階においては、経済状況に関わりなく介護や保育のニーズを持つものに対するサービス提供(社会福祉サービスの普遍化)が求められるようになる。その結果プログラムの規模は大きなものとなり、さらに少子・高齢化が進むなどの条件を考えると、財政的持続性を問題とすべき段階になる。

(制度の効果的・効率的な運営)

● 省庁間・中央と地方・政府と民間などの連携の強化

対象者の点でも、サービスの種類の点でも、より広範な社会福祉サービスへのニーズが高まっていく段階であり、民間事業者と連携して社会福祉サービスを提供するなどの取り組みが必要になってくる。また、より効率的でニーズに即応したサービス提供のため、省庁間での連携や中央・地方の役割分担が重要になってくる。

(制度を支える施設・人材・システム)

● 社会福祉サービスのインフラ整備

上述した通り、各種社会福祉サービスへの需要が高まっていく段階であり、最低限の社会福祉サービス施設だけでなく、ニーズに応じた保育・介護などのサービス施設の計画的な整備、ソーシャル・ワーカーや保育人材、介護人材の養成が求められる。

2-3. 想定される援助リソース

社会保障制度は公共的な性格をもち、その多くの機能が公的機関によって管理・運営されているため、一義的には主に官庁関係者による協力が想定される。しかし、社会保障分野の技術協力の多くは、制度そのものの移転ではなく、主に当該国の関係者のキャパシティ・ディベロップメントにあることから、援助リソースを行政経験者に限定する必要はない。むしろ、途上国の特殊な状況がある程度理解し、かつ日本を含む諸外国の制度に関する知識や経験をもつ者が適切な場合も想定される。

また、東南アジア諸国が現段階で直面している課題は、現在の日本ではなく過去の日本の経験を参照することが有効な場合が多い。戦前の国民健康保険導入時の状況や、戦後の国民皆保険達成の方法など、歴史的な経験に強い関心を示す場合も多いことから、援助リソースとして社会保障史を専門とする学識経験者や当時の関係者も想定される。

表 2-2. 開発課題の視点から見た援助リソース

視点	援助者に求められる知識や技術	想定される援助リソース
① 制度デザインの適切さ	・ 社会調査、ニーズ調査などに関する知識・経験	・ 厚生労働省関係者 ・ 国立社会保障・人口問題研究所
	・ 社会保障発達の歴史や諸外国の制度に関する知見	・ 国立保健医療科学院
	・ 行財政法・社会保障法に関する知見	・ 地方自治体関係者
	・ 社会保障制度立案に関する知識・経験	・ 行財政・社会保障法研究者
	・ 行政計画策定に関する知識・経験	・ コンサルタント
	・ 国民健康保険の成立に関する知見	・ 厚生労働省関係者 ・ 社会保障史・医療政策研究者
	・ 保険数理に関する知見	・ 保険数理実務者・研究者
	・ 医療費の管理に関する知見	・ 厚生労働省関係者 ・ 国立保健医療科学院 ・ 医療経済研究者 ・ 病院管理研究者 ・ 医療機関経営実務者 ・ コンサルタント
	・ 財政管理に関する知識・経験	・ 公共財政研究者
	・ 地域福祉に関する知識・経験	・ 厚生労働省関係者 ・ 地方自治体関係者 ・ 社会福祉協議会、NGO 等地域福祉関係者

視点	援助者に求められる知識や技術	想定される援助リソース
② 制度の効果的・効率的な実施・運営	・ 行政実務の経験	・ 厚生労働省関係者 ・ 地方自治体関係者
	・ 公的保険の運営の実務経験	・ 厚生労働省の雇用保険運営実務者 ・ 地方自治体の国民健康保険の運営実務者 ・ 日本年金機構、全国健康保険協会など保険者機関の運営実務者
	・ 業務システム設計に関する実務経験	・ システムエンジニア ・ システムコンサルタント
	・ 被保険者管理に関する知識・経験	・ 厚生労働省の雇用保険運営実務者 ・ 地方自治体の国民健康保険運営実務者
	・ 年金積立金の管理・運用に関する知識・経験	・ 年金積立金管理運用に関する機関や企業の実務者 ・ 学識経験者
	・ 福祉サービス事業運営に関する実務経験	・ 社会福祉協議会関係者 ・ 福祉サービス事業者 ・ 福祉人材養成関係者
③ 制度を支える施設・人材・システム	・ 地域福祉に関する知識・経験	・ 厚生労働省関係者 ・ 地方自治体関係者 ・ 社会福祉協議会、NGO 等地域福祉関係者
	・ 福祉人材養成に関する知識・経験	・ 社会福祉協議会関係者 ・ 福祉サービス事業者 ・ 福祉人材養成関係者
	・ 公的保険におけるコンピュータシステムに関する知見	・ 地方自治体の国民健康保険運営実務者 ・ 日本年金機構、全国健康保険協会など保険者機関の運営実務者 ・ 全国健康保険協会、社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険中央会、国民健康保険団体連合会など審査支払機関の運営実務者 ・ システムコンサルタント ・ システムエンジニア

(注) いずれも途上国、特に援助相手国の社会、保健医療、社会保障制度に関する知見・理解があることが必要である。また、社会福祉の現場で働くワーカーなども援助リソースとして想定される。ワーカーには行政の福祉課に勤務するケースワーカーをはじめ民間事業者の職員、NPOなどの職員も含まれる。福祉従事者の育成や福祉事業実施の観点から福祉関係団体などの職員の貢献も期待される。コンサルタントの役割については、従来通り、協力実施において重要な役割を期待される。当該国職員の自律的な制度構築、運営を中心とし、当該国の様々な社会制度を理解しそれらに即したコンサルティングが重要となる。

第3章 JICA の協力の方向性

3-1. JICA が社会保障分野で活動する意義

① 基本的人権の尊重と人間の安全保障の実現

社会保障は国際人権 A 規約などの国際規範にも明記されているなど、国際的に確立された人権である⁸⁹。自国民に対してこの権利を保障することは各国の義務であり、社会保障分野の協力によりこの権利の保障に貢献することは国際社会の義務でもある。

また、一人ひとりの人間を中心に据えて、紛争、テロ、災害、環境破壊、感染症などの「恐怖」や、貧困、社会福祉サービス・基礎インフラの欠如といった「欠乏」など、人間の生存を脅かす様々な脅威から社会的に保護し（protection）、自ら対処する能力を強化する（empowerment）という「人間の安全保障」は JICA の協力の基本であり、社会保障を支援することはこの点でも意義が大きい。

② インクルーシブかつ持続可能な開発、国際的な平和と安定を実現

社会保障は社会レベルでは貧困を削減し、人々が貧困状態に陥ることを防ぐことにより、社会全体として国民に安心感を醸成することに繋がっている。一国の社会が安定することは、その一国に留まらず、地域全体、ひいては国際社会の平和と安定の基盤となる⁹⁰。社会保障分野の協力は日本を含めた国際的な平和と安定のためでもある。

JICA は「全ての人々が恩恵を受けるダイナミックな開発（Inclusive and Dynamic Development）」というビジョンを掲げ、貧困削減と経済成長が好循環を生み出す開発、格差を生じさせない開発を進めることを目指しており、その実現のために社会保障の果たす役割は大きい。

③ 途上国の差し迫った政策課題に対応

途上国においても経済発展が進む中で、生活の質の向上や成長の果実の共有という観点から、医療や年金等の所得保障など社会保障制度の整備が差し迫った政策課題として認識されつつある。また、東南アジア諸国などでは近い将来の急速な高齢化に備え、社会保障制度の再構築が迫られている。こうした差し迫った政策課題に対し対応することは JICA の

⁸⁹ 付録7「社会保障と人権」参照

⁹⁰ OECD は、ネパール政府が ILO の推奨する必要不可欠な社会保障の構築を目指すなど、社会保障を通して国造りの第一歩として平和構築の強化に尽力している、と報告している(OECD (2009b) p25)。ネパールの社会保障制度改革については、特に紛争後の 2006 年から政府の強いコミットメントの下で実施された。ODI の報告(2012)によると、社会保障費も 95%がネパール政府からの財源で、2011 年および 2012 年度には社会保障支出が前年の予算の 15%増となった。この改革で主に現金給付制度が拡大した。このようなネパール政府の取り組みを OECD や ADB は好事例として挙げている。その一方で、貧困層を対象にした現金給付などの公的社会保障制度の効果に対するエビデンスが明確ではないことや財政の持続性に課題が残ることから、国造りに繋がったというエビデンスは現在のところ明確ではない、とする意見もある (ODI 2012)。主なドナーは世界銀行、DFID、ILO、ADB で支援内容は制度のデザイン、分析、データ収集など。

使命である。

④ 双方向の協力(mutual learning)の実現

日本は現在世界で最も高齢化が進んだ国であり、医療・年金・介護・社会環境整備など様々な分野で高齢化対策を実施してきた。近い将来急速な高齢化に直面することが見込まれる東南アジア諸国からは、「課題先進国」たる日本の取り組みに大きな関心が寄せられており、こうした高齢化対策を含め、社会保障協力の推進は日本の重要な責務の1つである。

同時に、高齢化への対応や社会保障改革は日本にとっても現在進行形の課題である。社会保障分野の協力を通じて日本の制度を諸外国と比較してその長短を謙虚に見定め、他国の成功や失敗の経験から学ぶことは、日本の直面する課題への解決策を模索する機会となり得る。また、途上国において技術を活用しつつ社会保障分野の課題に対処する取り組みは、日本でも同様の状況にある地域の課題解決の参考となり得る⁹¹。社会保障分野の協力においては日本の経験を共有するだけでなく、他国の経験から学ぶ双方向の協力 (mutual learning)を目指すことが可能である。

3-2. JICAが重点とすべき取り組み

ここでは第2章で述べた国の所得段階ごとに必要なアプローチの中でJICAが特に重点を置くべき取り組みを述べる。社会保障分野での日本の経験の特徴は、西欧諸国の社会保障制度を下敷きにしながらも、経済発展の比較的早い段階、農業人口割合がまだ比較的高い時期に、拠出制の制度を中心として社会保障制度を作ってきたことにある⁹²。また、前項で述べたように高齢化の急速な進展と種々の政策対応も日本の特徴であり、JICAが重点とする取り組みを検討する際にも、このような日本の特徴が生かされることを念頭に置いている。日本の社会保障制度の経験における比較優位の詳細は付録9を参照されたい。

3-2-1. 最貧国（1人当たりGNIが概ねUS\$ 1,005以下）

3-2-1-1. 医療保障

● 基礎的な医療サービス基盤整備に係る支援（保健分野の枠組みでの支援）

最貧国の医療保障においてまず必要なのは基礎的な医療サービス基盤（医療機関、医療人材、医薬品などの調達・管理システム等）の整備であり、JICAとしては保健分野支援の枠組みの中で取り組む。

● 無拠出制の医療保障制度に係る支援

無拠出制の医療保障制度を整備する国に対しては、世界銀行やADBなどがターゲティング・システムの整備などに優位性を有していることから、有償・無償資金協力のスキームにより支援する場合にはこれら機関との協調を検討する。（協調支援の事例は付録1、1-2の円借款実績の事例参照）

● 拠出制の医療保障制度に係る支援

最貧国においても将来的に拠出制医療保障の導入を検討している場合には、制度を設

⁹¹ たとえば途上国の高齢化や過疎化が進んだ地域でIT技術を活用した安否確認や見守りなどが安価であれば、同様の取り組みが日本でも役立つ可能性がある。

⁹² 日本の国民皆保険の実現プロセスについては島崎(2013)に詳しい。

計するために必要な情報、制度設計の際の留意点、等に関し、求めに応じ、知識の共有、助言等を通じ途上国政府の政策立案・決定者を支援する。

3-2-1-2. 年金等の所得保障

● 無拠出制の給付制度に係る支援

最貧国の所得保障においては無拠出制の給付制度をとることが現実的であり、最も必要なのは財源である。したがって、技術協力支援を行う場合には、国内での財源調達の持続性をより高める観点から、公共財政管理支援などの協力枠組みを通じて行うことが適当である。

有償・無償資金協力のスキームにより支援する場合には、上記医療保障と同様に、世界銀行や ADB などがターゲットティング・システムの整備などに優位性を有していることから、これら機関との協調を検討する。(協調支援の事例は付録 1、1-2 の円借款実績の事例参照)

● 拠出制の所得保障制度に係る支援

途上国政府が将来的に拠出制の所得保障制度の構築を検討している場合には、制度を設計するために必要な情報、制度設計の留意点、等の点に関し、求めに応じ、知識の共有、助言等を通じ途上国政府の政策立案・決定者を支援する。

3-2-1-3. 社会福祉サービス

● 災害被災者や限定された社会的弱者等に対する支援

限定された対象者に対し、途上国内部の資源を利用した最低限のサービス提供が求められる段階であり、大規模災害の際の緊急的な人道援助（国際緊急援助）の枠組みや、社会的弱者支援の現場レベルのニーズに対する JOCV、シニア・ボランティア派遣、草の根技術協力の枠組みで支援することが適当である。

● 社会福祉サービス開発や人材養成に係る支援

途上国政府が将来に向けて社会福祉サービス開発の検討や、社会福祉サービス専門職・担当職員の養成を始めようとする場合には、社会福祉サービス開発のために必要な情報、開発すべきサービス内容、専門職や職員に求められる役割、等の点に関し、求めに応じ、知識の共有、助言等を通じ途上国政府の政策立案・決定者を支援する。

3-2-2. 低・中所得国（1人当たり GNI が概ね US\$ 1,006～3,975）

3-2-2-1. 医療保障

● インフォーマル部門へのカバレッジ拡大への支援

拠出制の医療保障制度をとる国に対し、インフォーマル部門へのカバレッジ拡大に対する制度の設計や諸サブシステムの設計・改善に係る支援を行う。たとえば、被保険者の情報把握・管理、保険料の算定、保険料減免対象者の特定、保険料の徴収、低所得・無職の者の取り扱い、はインフォーマル部門へのカバレッジ拡大に当たって直面する大きな課題であり、日本の国民健康保険の経験も参照しながら支援する。

● 診療報酬制度に係る支援

医療費の管理と医療サービスの質確保を両立できる診療報酬制度の構築は、財政的持続性の確保の点からも重要であり、日本の学識経験者の知見も活用しつつ支援を行う。また、日本で 2003 年から導入された診断群分類包括評価（DPC）は、米国をはじめとする諸外国の DRG（診断群別分類）に基づく包括支払い方式を参照しつつ、日本の状況に合わせて構築された制度であり、その導入過程での経験は途上国支援に当たっても有用である。

- **情報システムの構築に係る支援**

対象者情報の把握・管理や、医療費請求の審査・支払いを正確かつ円滑に進めるためには、信頼性の高い情報システムが不可欠であり、日本の社会保険実務者や民間事業者の経験・技術も活用しながら支援を行う。

3-2-2-2. 年金等の所得保障

- **被用者所得保障制度に係る支援**

被用者向けの所得保障制度に関し、財政的持続性の確保及びサブシステムの構築・改善に係る支援を行う。具体的には、保険料設定と給付水準設定に係る年金数理的検討、積立金の管理・運用の体制と手法、などに関し、日本の学識経験者、社会保険実務者や年金数理専門家、年金積立金管理運用機関や企業の専門家の知見も活用しながら支援を行う。

3-2-2-3. 社会福祉サービス

- **社会福祉サービス提供の仕組み開発に係る支援**

途上国政府が行う社会福祉行政の体制整備に当たり、対象者のニーズ把握やサービス調整、相談援助などを行うソーシャル・ワーカーの育成プログラム整備、社会福祉施設の基準の整備などに関し、支援を行う。支援に当たっては、社会福祉の知見を有する JOCV やシニア・ボランティアの派遣を通じた支援も有効である。また、全国的な政策介入には時期尚早であっても、現場レベルでの福祉サービスのニーズに対しては草の根技術協力による支援が考えられる。

3-2-3. 中進国（一人当たり GNI が概ね US\$ 3,976～ 6,925）以上

3-2-3-1. 医療保障

- **医療費の管理に係る支援**

診療報酬の仕組みや診療報酬の決定過程の改善、医療情報システムの構築・改善、高齢者医療に係るコスト負担の仕組みなどに関し、日本の学識経験者の知見も活用しながら支援を行う。中所得国での医療保障支援の項でも述べたように、日本の DPC 導入の経験は、医療費の管理の面からも、下に述べる医療の質向上の面からも、中進国支援に当たって有用である。

- **医療の質の向上に係る支援**

医療情報システムの構築・改善や診療報酬の仕組みの改善などに関し、日本の学識経験者の知見も活用しながら支援を行う。

3-2-3-2. 年金等の所得保障

- **拠出制所得保障制度のインフォーマル部門への拡大に係る支援**

拠出制の所得保障制度をインフォーマル部門に拡大するに当たっては、財政方式（積立方式か賦課方式か）、被保険者情報の把握・管理、保険料の徴収、保険料水準の設定、賦課方式をとる場合給付水準の設定、などは各国共通して直面する課題であり、日本の社会保険実務者や年金数理専門家の知見も活用しながら支援を行う。

3-2-3-3. 社会福祉サービス

- **高齢者介護に係る支援**

各国の社会的・経済的・文化的状況に応じた高齢者介護サービス、介護専門職の養成・技能向上、介護に携わる家族やボランティアの技能向上、高齢者介護を公的に支援す

る政策の形成などに関し、支援を行う。介護サービスや介護人材に関しては、日本の地方行政担当者や介護事業者の知見を積極的に活用するとともに、JOCV やシニア・ボランティアの派遣も進める。介護に係る政策形成に関しては、日本の学識経験者の知見も活用し、財政制約の下で持続可能な介護施策の立案ができるよう、途上国の政策立案・実施担当者を支援する。

- **社会福祉サービスの財政的持続性確保のための支援**

社会福祉サービス、特に高齢者介護サービスに関し、財政制約の下でサービス提供の持続性を確保するため、サービスのコスト分析、財源調達手法の分析、などに関し支援を行う。支援に当たっては日本の学識経験者の知見も積極的に活用し、途上国政府に対してエビデンスに基づいた提案ができるよう努める。

- **高齢化に対する多様な取り組みに関する支援⁹³**

高齢化に対応するためには、医療や年金、介護サービスの整備だけでなく、高齢者の身体特性に配慮した住宅や都市環境の整備、高齢者の生計維持方策の確保、高齢者の就労支援、高齢者の身体特性に配慮した製品の開発（ユニバーサル・デザイン）、防災や防犯における高齢者への配慮など、多くの施策分野での取り組みが求められる。日本の取り組みを参照しつつ、途上国で必要な取り組みについて知見の共有等により支援を行う。

- **省庁間・中央と地方・政府と民間の連携強化のための支援**

高齢者について上で述べたように、社会的脆弱層への支援は社会福祉サービス提供にとどまらず、住宅や雇用、産業など多様な部門による取り組みが必要である。また、中央政府と地方政府の役割分担、民間部門との連携も重要である。そこで、高齢化に関する「課題先進国」として日本がこれまで行ってきた様々な取り組みも踏まえつつ、高齢者サービスに係る保健医療・福祉・住宅部門の連携強化、中央と地方の役割分担の明確化、地方職員の能力向上、高齢者介護に係る民間（営利・非営利組織）との連携などに関し、日本の地方行政担当者や学識経験者、民間事業者の知見も活用しつつ支援する。

3-3. 協力手法

① 政策立案・実施関係者の能力の向上

開発援助の中で、技術協力の強みの一つは、中央官庁のみならず現場を含めた様々なレベルの担当者との対話をベースに、彼らとともに課題への対応策を考えていくことにあり、キャパシティ・ディベロップメントに重点を置いている。社会保障制度の構築支援も同様に、キャパシティ・ディベロップメントを重視する。

キャパシティ・ディベロップメントの対象者は様々なレベルが考えられる。例えば、制度の総括的な責任者としてのハイレベル官僚、中央政府レベルの関係者（政策立案・設計に係るスタッフ）、技術者（例えば年金数理や収支シミュレーションを行う）、制度運営に

⁹³ WHO は具体的な取り組みの手引きとして「高齢者にやさしい環境作り」ガイドライン（Global age-friendly cities: a guide）を作成している。その中で高齢者にやさしい街づくりのポイントを以下の8つに整理している。①建物のバリアフリー化や高齢者のニーズに沿った外部環境の整備（チェックリストとしては、環境（静かさ、清潔さなど、緑が多く休憩する場所や十分なトイレの整備、歩行道路の整備、道路の整備、自転車用道路の整備など）、②交通、③住宅、④社会参加、⑤高齢者に対する尊敬とソーシャル・インクルージョン（高齢者差別や虐待を減らす取り組み）、⑥雇用と市民参加、⑦コミュニケーションと情報、⑧コミュニティ支援と医療サービス。詳細は WHO（2007）

係る市町村レベルの関係者、サービス提供者としてソーシャル・ワーカーや家族、NGOs、介護提供者、地域のボランティア等広範囲の対象者が考えられる。その際、彼らが直接の能力向上の対象であったとしても、個人の能力向上だけでなく、組織・コミュニティ全体としての能力向上や制度構築・改善、運用改善に結びつき、社会全体として能力が向上していくような支援が重要である。

キャパシティ・ディベロップメントの内容としては、前章の諸課題への被援助国の対応能力を高めることにある。社会保障制度は長期にわたる安定性が最も重要であることから、どのような協力であっても、制度の財政的な持続性を確保することに注意を払う必要がある。

キャパシティ・ディベロップメントを目的とする協力は、その達成度を客観的・定量的に測ることがハード面での協力に比べ難しいことから、現実に測定可能な指標を早期に設定してモニタリングを行うことが重要となる。具体的な協力のデザイン段階や協力開始後、早期の段階において関係者間で協議のうえ、適切な指標を設定することが必要である。

② 適切な援助スキームの選択や多様な援助スキームの組み合わせによる効果的な支援

JICA の開発援助の強みは、技術協力だけでなく無償資金協力や有償資金協力、JOCV やシニア・ボランティアの派遣、草の根技術協力など多様なスキームを持っていることにある。3-2の「JICAの重点とすべき取組み」で述べたように、たとえば無拠出制の医療保障制度や所得保障制度の支援に当たっては有償資金協力、拠出制の医療保障制度や所得保障制度の支援に当たっては技術協力、社会福祉サービスの人材養成に対しては技術協力のほか JOCV やシニア・ボランティアの派遣、全国的な政策介入には機が熟していなくても現場レベルの福祉ニーズがある場合には草の根技術支援協力の実施、といったように内容に応じて適切な協力手法を選択することが効果的な支援につながる⁹⁴。また、財政における資金ギャップに対する有償資金協力と社会保障政策・制度構築に対する技術協力を組み合わせたり、医療保障制度や所得保障制度の情報システム整備に関し、設計に関する技術協力和システム導入に関する有償資金協力を組み合わせたりするなど、異なる協力手法を組み合わせることでより効果的な支援につなげることが可能である⁹⁵。

③ 研修やシンポジウム、セミナーなどを通じた知識交流、政策提言

社会保障の個別案件を形成していくプロセスの一部として、また、途上国の社会保障構築における日本の貢献を高めることを目的として、途上国との知識交流を活性化することが有効である。社会保障に関するシンポジウムやセミナーなどの知識交流を通じ、日本の知識・経験⁹⁶を途上国に紹介しつつ、議論の契機を提供するとともに⁹⁷、個別の国との具体的な協力へ展開するようなテーマの絞り込みを、時間をかけて行うべきである。また、日本の経験だけでなく、発展状況が似ている国同士の知識交流を促進したり、アジアなどにおけるより開発の進んだ途上国と連携を促進し、南南協力を積極的に推進したりすること

⁹⁴ 異なるスキームによる JICA の案件事例は付録 1、1-2 を参照。

⁹⁵ 付録 1、1-2、円借款実績 No.1 および 2 参照。JICA は ADB や世界銀行との協調融資を実施。財政的な支援だけでなく、ADB によるターゲティング・システム構築への技術支援を組み合わせている。

⁹⁶ 例えば医療保障や所得保障の制度構築・維持、制度を支える情報管理システム・業務マネージメントや、社会福祉分野の人材養成、高齢化への対応等について

⁹⁷ 2013 年 6 月に横浜で開催された第 5 回アフリカ開発会議(TICAD V)に向けて、日本の国民皆保険の実現プロセスを整理した。詳しくは島崎 (2013)参照。

も重要な支援である。例えば、医療保障における具体的な技術協力においては、ベトナムやラオスなどはタイ政府の支援を受けており、タイとの協力を支援することも考えられる。

社会福祉・保健・労働各分野での情報共有プラットフォームとしては、毎年開催されるASEAN日本社会保障ハイレベル会合などが既に形成されていること、また、社会保険行政研修や社会福祉行政研修が毎年実施されることから、その有効利用が今後一層問われる。社会保険行政研修について、裨益対象国に必ずしも情報が十分に行き渡っていない場合があり、研修内容の充実、研修参加への呼びかけおよび広報を促進することが必要である。また、医療保障に関するASEAN諸国との協力においては、日本の制度の直接的な移転ではなく、医療費管理や支払方式の改善など、より特化されたテーマでの継続的な交流などが重要になると考えられる。例えば、マレーシアのような国は、医療保障制度の改革に大きな課題を抱えており、海外情報の取得や海外の専門家の招聘はこれまで以上に重要な機会となっているが、経済発展に伴い中進国から卒業する中、国際機関からの支援が年々減少している。日本がASEAN諸国との間で知識交流を進めることは、このようなニーズに応える観点からも有用である。

3-4. 協力実施上の留意点

① 各国の文脈を踏まえた協力

開発途上国での社会保障制度は、歴史や経済・社会・政治の状況の多様性を背景に、その形態は先進国よりも様々である⁹⁸。たとえば島嶼部や山間地が多いといった地理的条件は、保険金の徴収や給付・サービスの提供の仕組みを考える上で重要な要素であるし、今後の経済成長の見通し、国民の所得分布の状況、経済のフォーマル化の進行程度、非正規雇用の状況といった経済・労働市場の状況は、医療保障や所得保障の制度をデザインする上で最も基礎的な要素である。また、たとえば旧社会主義国では旧体制下の社会保障の歴史があり、それを踏まえた制度の再構築が必要である。

高齢化や少子化の現状や将来の見通しといった人口動態も、給付と負担とをバランスさせ財政的持続性を高める上で、また、必要な社会福祉サービスを整備する上で考慮すべき最も基礎的な条件となる。核家族化の進行程度、地域の状況、といった家族・社会の状況は、必要な所得保障や社会サービスの内容に大きく影響する。国民の間での平等や社会的公正、連帯に関する考え方は、それぞれの国の社会保障の姿を規定する最も根本的な要素である。本指針では国の所得段階ごとに効果的アプローチやJICAの取り組みを整理したが、国として同様の所得水準にあったとしても、上に挙げたような諸条件やさらには歴史、文化、宗教観、幸福観などは各国で異なっており、それによって社会保障の在り方も異なる。社会保障が踏まえるべきこのような諸文脈や、社会保障に関する明確なビジョン、長期的な視点の中で、基本的な国造りの方向性に関する当該国政府の姿勢を把握し、関係者間で共有することが重要である。

② 20世紀の先進国がたどってきた課題とは異なる途上国特有の課題及び可能性

途上国においては、先進国が過去又は現在に直面した（している）課題と共通の課題に

⁹⁸ ILO (2002)

直面しているにもかかわらず、先進国の社会保障制度が前提としている状況や制度が存在していないことがしばしばある。たとえば、東南アジアの中進国は近い将来急速な高齢化に直面するが、所得水準の点では、過去に日本が同様の高齢化プロセスを経験した時期の水準よりも大幅に低く、このような経済・財政的制約の下で高齢化に対処しなければならない。地域ベースの保険では住民票による居住状況の把握や市町村税徴収システムによる所得状況の把握が制度の前提となっているが、途上国ではそのような仕組みが存在することは一般的ではない。また、こういった制度的制約の下で医療保障・所得保障のインフォーマル部門人口への拡大を進めなければならない。

このように、社会保障分野の協力にあつては、途上国特有の制約があることから、先進国の現在の制度をそのまま途上国に移転することは現実的ではない。また、先進国の過去の経験もそのままでは適用できないことが多く、創造的発想が求められる。一方で、途上国における携帯電話やインターネットの急速な普及にみられるように、先進国が過去に同様の課題に直面した時には利用できなかった技術がすでに普及しており、課題解決にこのような技術を活用できる可能性がある。途上国のニーズを見極めた上で、先進国の経験や現行制度に必要以上にとらわれることなく、現在利用可能な技術を活用しつつ、諸制約の下で実施可能な解決策を、途上国の政策立案・実施者とともに考えていく必要がある。

③ 政治的リスクへの留意

しかし一方では、社会保障制度の構築は一国の統治に関わる問題であり、安易な介入は内政干渉となるリスクがあることから、慎重な取り組みが必要である。

社会保障制度は、公務員や軍人の身分保障や経済的な利害に直結することが多いことから、必ずしも福祉的な観点からのみ議論されているわけではない。また一部の社会主義国、あるいは市場経済に移行しつつある社会主義諸国においては、被用者向けの社会保障制度が労働問題と直結しており、政府の意思決定に介入する可能性があることから、慎重な取り組みが求められる。また、政権の移行に伴う協力対象国の政策変更のリスクも十分に加味する必要がある。

④ インフォーマルな社会資源との関係

社会福祉サービスの人材養成においては、専門職の養成や、ケアなどを職業とするプロフェッショナルを養成することが目的となりやすい。公的な社会福祉サービスは、互助や共助といった、地域社会の中で自然発生的に解決が図られるメカニズムが衰退する中で、それを補うために登場したものである。したがって、地域内に存在するインフォーマルな社会資源、すなわち近隣や親戚、知人といった社会資源が十分に機能しており、一定の目的を果たしている場合に、公的な社会福祉サービスをどこまで整備するか、逆に社会福祉サービス整備に当たってそれらインフォーマルな社会資源をどう位置付けるかは、十分に検討すべき点である。職業人としての人的資源を養成することが、伝統的な地域社会の人的関係性を毀損するような状況は本末転倒となることがある。

このような観点から地域研究が重要性を持つ。国家レベルから地域コミュニティにいたるまでの各レベルごとの医療福祉関連資源の賦存状況、そしてそのレベルごとの資源を垂直的に関連付ける、ないしはシステム化する仕方、政治・行政体系の機能の仕方や家族構造その他の影響など、福祉システムにおける地域の固有性ないし経路依存性の問題を明ら

かにした上で、政策（実践）にリンクさせていくことが重要である⁹⁹。

⑤ 伝統的・宗教的要素の在り方

途上国に限らず、先進諸国においても、宗教団体等が社会福祉や社会保障的機能の重要な部分を担っているケースが認められる¹⁰⁰。寺院や教会、モスクなどが、孤児や高齢の寡婦を保護するための施設を運営している例は途上国においても多い¹⁰¹。こうした既存の伝統的、土着的な組織は住民からの信頼も高く、事実上社会福祉機関としての機能を持っていることから、後方支援的な形態でこれらの機能を支援することも検討に値する。一方で、政府の公的な社会福祉サービスが拡大していく中で、こうした伝統的なサービスとの整合性をどのようにとっていくのかについても配慮が必要である。また医療保障において、基本的な医療福祉サービスへのアクセスが極端に制限されている遠隔地等において実施されている古くからの地域のしきたりや、伝統的な扶助形態について（民間療法や代替機能）は、それが住民の心身に悪影響を及ぼすか、より有効な手段の導入を妨げない限りにおいて配慮が必要である。

⑥ 長期的、継続的に政策対話を行う体制整備

社会保障分野において相手国のニーズに合った支援を行うためには、継続的な政策対話が非常に重要であり、中長期にわたる現地ベースでの人間関係の構築が可能な体制整備が必要である。社会保障制度の構築には長期的な計画、戦略、政治的コミットメントが必要であり、長期的な視点を持って支援することが重要である¹⁰²。現在、ILO、世界銀行、GIZなどがアジア諸国の社会保障制度支援において重要な役割を担っている。いずれの機関も個別のプロジェクト以外にニーズを把握するための継続的な政策対話を行っている。また、社会保障制度整備が進みつつあるアジア諸国においても、具体的な制度の詳細や技術的な選択については、今後も試行錯誤が続くものと推察される。したがって、各国の状況の変化をきめ細かに把握することが重要であり、協力の内容についても、単発の取り組みも含め、各国の試行錯誤に歩調を合わせる形で柔軟に協力内容をすり合わせることでできる体制づくりが重要である。近年 JICA が行った調査では、社会保障制度の具体的な改革の方向性を示すよりも、政策決定者が社会保障制度の必要性や有効性を理解し、また政策実務者が自国制度の設計へのヒントを得られるよう我が国の経験を共有したり、彼らの疑問や課題に丁寧に答えたり、いわば伴走型のアプローチが望まれていることがわかった¹⁰³。社会保障制度は構築後も絶えざる状況変化に応じて不断の見直しが必要であり、我が国としては政策アドバイスを行いつつも信頼できる相談相手としての関係を築くことも重要である。

⁹⁹ 例えば、経済産業研究所（2011）

¹⁰⁰ この点は、むしろ日本が特異であり宗教法人による施設は必ずしも多くない。またボランティア活動などの草の根的な活動においても、宗教団体の影響力は弱い。欧米諸国や東南アジア諸国では極めて重要な役割を果たしている。

¹⁰¹ 社会保障制度の構築における仏教の役割については、国際協力機構（2005）「貧困削減と人間の安全保障ディスカッションペーパー」、p.215 を参照されたい。

¹⁰² OECD（2009c）

¹⁰³ JICA（2011a）（2011b）

3-5. 今後の検討課題

① 人的リソースの確保および日本の経験の情報整理

社会保障分野における専門家確保は緊急の課題である。人材確保における問題点は2つある。まず、日本国内には、日本の社会保障制度や欧米諸国の社会保障制度に関する専門家は豊富にいる。しかし、外国語での業務遂行が可能で、さらに途上国における社会保障制度に関する知見を有し、海外で一定期間にわたって業務に従事することができる人材は、現状では必ずしも多くない。社会保障分野の仕事をするために求められる資質や能力とは、キャパシティ・ディベロップメントの観点から、能力を引き出すための能力開発のための技術と、また、協力内容にもよるが、実際に制度の運営について協力を進めるにあたり、先方担当者と緊密にコミュニケーションを取るためのコミュニケーション能力である。

次に、多くの専門分野の関係者、とりわけ現場で制度の運営に直接携わっている専門家は、国内の現場を長期間にわたり離れることができないことから、海外での協力に従事することが難しい場合が少なくない。また現業で制度運営に関わる専門家の中には国外での活動経験が少ない、言葉の壁があるといった問題を抱える場合が多い。このような理由から、短期派遣と日本研修の組み合わせや通訳の活用など方法を工夫する必要がある。

日本国内での人材確保も重要であるが、開発途上国での人材確保も重要である。現在、途上国から日本の社会保障政策や高齢化への対応を学びに来る留学生は一定程度存在し、こうした留学生の受け入れ態勢を整備・拡充していくことが、長期的な途上国のキャパシティ・ディベロップメントの観点からも非常に重要である。こうした人材を確保する手段として、大学等の教育・研究機関や、各種セミナー・研修等を通じた活動が重要である。

人的リソースの確保の他に、日本の過去の経験に関する資料や文献などの英文による情報整備も課題である。このような情報整備は、援助案件の形成のための政策対話を進める上でも情報基盤として不可欠であるという指摘がある¹⁰⁴。社会保障支援においては、日本の制度をそのまま移植することは非現実的であり、むしろ、日本のネガティブな経験¹⁰⁵を伝えることが歓迎されるケースもある。過去の失敗を整理し、的確に伝達することも社会保障支援として重要なことである。

② 他分野との連携

社会保障制度を構築する際、財政、サービス整備、行政システム、再分配システムなど様々な観点からの調整や協働が必要不可欠である。例えば、医療保障分野においては、医療サービスの提供体制と、そのサービス提供を保障する医療保障制度は不可分の関係にある。制度あってサービスなしといった状況にならないよう、保健・医療サービス分野における協iasキームと整合性を維持した制度設計に留意することが必要である。医療保障制度の取り組みと並行して、医療サービスの格差を是正する取り組みが必要である。

¹⁰⁴ 岩名 (2011)

¹⁰⁵ 例えば、インフォーマル資源の活用について、日本においては社会福祉制度の理念・目的が明確にされず、原則が確立されていなかったために、経済が停滞し国家財政が赤字に転じるとすぐに、個人の自助努力と家族・地域社会の助け合いに期待する日本型福祉社会論が提唱された。しかし、これは家族機能の弱体化などの現実を目を瞑るものであり、高齢者の人権侵害や介護を担う家族の疲弊につながった。

国際動向でも記述したように、より包括的で広義の社会保障の視点からの援助が主流になってきており、JICA内でも、保健、教育セクター等との協力体制を強化することが重要である。また、低所得者層の福祉に係る問題のほとんどは貧困問題と密接に関係しており、農村開発・地域開発や農業技術開発、保健衛生の改善、インフラ事業¹⁰⁶あるいは雇用・労働分野の問題と不可分である。社会保障分野は、貧困の救済や貧困の予防に重点が置かれるべきであることから、貧困セクターとの連携も欠かせない。農村開発やマイクロファンドの活用、農業技術の改善といった従来の協力の枠組みを活用しつつ、新しい分野としての社会保障分野の協力を推進するためにも、従来分野と社会保障分野の協働が一層進められることが必要である¹⁰⁷。

③ 知識・エビデンスの蓄積と体系化

日本の開発援助のアプローチの特徴は、利害関係者の合意形成のプロセスを重視した意思決定方法、信頼関係を重視する行動、地元の職員の尊重、試行錯誤と実践学習の重視、組織間の長期的関係の重視である¹⁰⁸。このようなアプローチは、開発途上国の発展に大きく役立ってきたとされる。しかし、日本の開発援助研究は、緻密なエビデンスに基づかず、学術的裏付けのない体験談や、国際機関の報告書や既存研究を要約したような疑似の知的生産との指摘がある¹⁰⁹。そのような問題点を克服するには、JICAの強みとされる「現場の経験」を学術的に検証し、援助実務に応用可能な汎用性の高い国際基準の知見を生み出し、対外発信する必要がある。

社会保障のような社会科学的分野については、厳密な実験に基づくデータ収集とエビデンス構築は大変難しく、倫理上の問題も無視できない。また、協力はあくまでも相手国国民の福祉向上を目的とするものであり、エビデンス構築のためのデータ収集をあまりに重視し、相手国からの反発を招くような本末転倒が生じぬよう、留意が必要である。しかしながら、社会保障のような社会政策においてもエビデンスに基づく政策形成が求められていることは途上国でも同様である¹¹⁰。上記の問題点に十分に配慮しつつ、途上国のニーズを踏まえ、途上国の政策形成に資するエビデンスを生み出すことは、先方政府とともに実際に事業を行う現場を持つJICAが特に貢献できる部分である。また、東南アジア諸国のように社会保障が共通の課題となっている地域においては、生み出されたエビデンスを域内各国で共有することは地域の利益にもつながる。

なお、実際の事業・介入を通じたエビデンスの構築の重要性もさることながら、一国の制度に踏み込む社会保障のような分野の協力においては、介入したことによってなぜその結果が生じたのか、あるいは、なぜ同様の介入を行っても同様の結果が生じない場合があるのか、さらには、介入を考えたが実際には実行できなかった場合にその理由は何か、等の一連の経緯の把握と分析の結果をまとめることも同様に重要である。ある社会での介入の結果を他国でそのまま適用できるものではないが、こうした経緯の分析結果は他国において貴重な資料となり得る。協力相手国関係者・機関のキャパシティ・ディベロップメントや、ある特定の技術（ないし制度や手法）の導入において、具体的事業の設計段階から、

¹⁰⁶ 保健所や年金事務所までのアクセス確保（インフラ整備）と建物のアクセシビリティ

¹⁰⁷ 例えば農村開発の中にマイクロファンド等の基金を創設するということも考えられる。また、商業セクターに対する支援の中で、同業者組合の設立とそれともなう共済制度の創設などを組み込むことなどが想定される。

¹⁰⁸ JICA (2003a)

¹⁰⁹ 澤田康幸 (2008) 経済産業研究所 「開発援助 研究力高めよ」 2008年10月31日付日本経済新聞「経済教室」

¹¹⁰ ODI (2006)

その有効性や改善点等の検証にフィードバックできるデータ収集のための仕組みを組み込み、継続的なデータ収集・分析を行うことが、当該事業を短期・単発的な成果にとどめず、当該国における制度の構築や改善につなげる点から必要である。また、社会保障分野ではまだ経験値がほとんど積み上げられてはいないものの、日本国内における社会保障に関する知識・経験にとどまらず、今後、協力現場から得られた経験と実証に裏打ちされた、より相手国の状況に即した説得力ある政策提言を行い、それを資金協力にも活用していけるよう、知識の蓄積と体系化を進める必要がある。

Box. 3-1. 【社会保障におけるエビデンスとは？インパクト評価の現状】

世界銀行はセーフティネット制度の効果につき 32 の開発途上国で実施された合計 149 のインパクト評価（世界銀行以外の機関によって実施されたものも含む。インパクト評価の半分以上は条件付き現金給付制度についてなされたもの。）を分析している。これによれば、分析に係るインパクト評価に用いられたアウトカム指標¹¹¹としては以下の指標があった。

- 教育指標：子どもの入・退学率 (enrolment/drop out rate of school) など
- 健康指標：死亡率、予防接種率、医療制度にカバーされている人口 (number of people who are covered) など
- 栄養指標：子どもの身長・体重など
- 収入・消費：貧困指標：貧困発生率 (poverty incidence rate)、貧困ギャップ (poverty gap)、ジニ係数 (Gini coefficient)、所得格差 (income inequality) など
- 労働・経済活動指標：失業率、児童労働、収入など
- 二次的効果指標：送金頻度、初婚年齢、世帯サイズなど

今後の課題は、1)条件付き現金給付以外の制度についてはどのようなインパクトがあったのか、2)当該国の状況でプログラム・コンポーネントがどう貢献したのか、実施プロセスがどう貢献したか、3)受給期間が長期にわたることによりどんな効果があるのか、また、受給期間終了後長期的にどのような効果があるのかといった事項を評価することであり、更に取り組みが必要とされている。

分野別のインパクト評価には以下の事例がある。

医療保障：AFD/USAID によるカンボジアのマイクロ医療保険制度のインパクト評価¹¹²

- * 社会保険が導入されたことによって医療サービスの利用率が上がったか？
- * 対象者の健康状態は向上したか？（疾病発生率、疾病期間など）
- * 経済的負担は減ったか？（医療の自己負担率、家のローンなど）

所得保障：ブラジルの家族福祉としての無拠出制年金制度のインパクト評価¹¹³

- * （年金の給付によって）世帯構成は変化したか？
- * 高齢者や同一世帯員の労働への参加率は減少したか？
- * 子供の栄養状況や入・退学率は変化したか？

社会福祉：障害者へのアクセシビリティ支援に対するインパクト評価（複数国）¹¹⁴

- * 障害児の教育への影響は変化したか？（障害児の入・退学率など）
- * 費用に対する効果はあったか？（子ども一人当たりの教育費）
- * 当事者、親、教師、地域の人達の認識の変化があったか？（定性的データ）

参考：世界銀行（2011）Evidence and Lessons Learned from Impact Evaluations on Social Safety Nets

¹¹¹ なお、社会保障のインパクトについては第1章 1-2-2の③で言及しているので併せて参照されたい。

¹¹² AFD/USAID (2010)

¹¹³ Kassouf (2012)

¹¹⁴ Bakhshi P, Kett M, Trani J-F (2012)

付録

付録 1. 我が国の社会保障分野の協力事例

1-1. 政府による主な協力事例

① 研修の実施

表 4-1. 政府による研修実績

研修名	目的	内容	参加実績 (1983-2003)
アジア諸国社会福祉行政官研修*	ASEAN 諸国及び周辺国の社会福祉行政官を対象に専門研修を行い、ASEAN 諸国及び周辺国の人材開発に貢献すると共に、その福祉の水準を高め、日本と ASEAN 諸国及び周辺国との相互理解と友好を深める。	一般研修、専門分野研修、カントリーレポート発表、社会福祉行政演習、地方自治体研修等により構成される。研修は発表を基調に、討議・質疑応答が進められる。必要に応じて社会福祉関連の行政機関及び関係団体等を視察する。	259 名
アジア諸国社会保険行政研修*	ASEAN 諸国及び周辺国における社会保障政策を担当する課長級職員を対象に専門研修を行い、我が国の社会保障制度の紹介を行うことにより、当該国の社会保障行政の発展に資する。	「医療保険コース」と「年金コース」の2コースがあり、共通講義（我が国の社会保障の理念・現状等に関する紹介）とコース別講義（各制度に関する現状の紹介）から構成される。必要に応じて保険関連施設や年金関連施設を視察する。	133 名

* いずれも、2004 年から JICA に移管された。

② 東アジア社会保障行政高級実務者会合

表 4-2. 東アジア社会保障行政高級実務者会合

回数	期間	テーマ
第 1 回	1998 年 1 月 12 日～13 日	医療財政制度をめぐって
第 2 回	2000 年 2 月 1 日～2 日	要援護者の所得保障－年金制度に構築に関する日本の経験を中心に－
第 3 回	2000 年 11 月 20 日～22 日	医療保険制度の現状と課題
第 4 回	2001 年 11 月 19 日～22 日	障害者の自立と社会経済活動への参加
第 5 回	2003 年 1 月 15 日～17 日	児童福祉

(出所) 厚生労働省

③ ASEAN 日本社会保障ハイレベル会合

表 4-3. ASEAN 日本社会保障ハイレベル会合

回数	期間	テーマ
第 1 回	2003 年 11 月 4 日～7 日	社会福祉、保健医療分野における「人づくり」
第 2 回	2004 年 8 月 30 日～9 月 2 日	高齢化と福祉／医療の人づくり
第 3 回	2005 年 8 月 29 日～9 月 1 日	社会福祉・保健におけるパートナーシップと人づくり—母子保健福祉と障害者保健福祉を中心に
第 4 回	2006 年 8 月 28 日～8 月 31 日	社会福祉・保健医療サービスの連携と人材育成—社会的弱者（児童・女性）支援と福祉・医療サービス—
第 5 回	2007 年 8 月 27 日～8 月 30 日	社会福祉・保健サービスの連携と人材育成・地域開発—地域における高齢者サービス—
第 6 回	2008 年 9 月 8 日～9 月 11 日	次世代健全育成（健やかな次世代の育成を目指して）—保健と福祉の緊密な連携の下で—
第 7 回	2009 年 8 月 31 日～9 月 3 日	「共生社会」の構築（障害者の自立、自己実現と社会参加）
第 8 回	2010 年 8 月 30 日～9 月 2 日	社会的弱者の貧困対策—保健と福祉の連携強化を通じて
第 9 回	2011 年 10 月 25 日～28 日	福祉及び保健分野における人材育成—サービス提供者の能力向上と社会的弱者の就業能力育成に焦点をあてて—
第 10 回	2012 年 10 月 23 日～10 月 25 日	自然災害における社会的弱者（※）への対応 ※ 障害者、高齢者等

(出所) 厚生労働省

1-2. JICA の主な協力事例

技術協力での好事例としては、タイで実施された公的医療保険情報制度構築支援（事例 No.2）や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）（事例 No.6）が挙げられる。前者はプロジェクト終了後も全国 76 県の医療保険事務に関わる機関で新しい医療保険事務システムが採用されており順調に活動が継続されていた。CTOP はタイ政府からも高い評価を得ており、案件の成果を踏まえて 2013 年からフェーズ II が実施されている¹¹⁵。

¹¹⁵ JICA (2010b)

1. 技術協力プロジェクト実績

事例 No	分野	地域/国名	案件名	内容	期間
1	医療保障	アジア/ 韓国	老人保健医療センター	韓国聖心医療財団が設立を予定している老人保健医療センターにおいて、脳卒中を対象疾患とし、以下 1~6 の分野の技術移転を図ることにより、韓国老人の健康並びに日常生活動作すなわち生活の質の向上に資する。1.予防(内科)、2.診断(内科、放射線科)、3.治療(内科、外科) 4.リハビリテーション、5.住宅ケア(訪問看護)、6.研究(疫学、栄養学)	1990.1 -1995. 10
2	医療保障	アジア/ タイ	公的医療保険情報制度構築支援	<p>タイ政府による過去十年にわたる保険改革の一環として、2002年には国民の3分の2にあたる約4千万人をカバーする医療制度である30パーツ制度を創設した。その結果、従来医療保険に加入していない、あるいはできない国民も医療保険に加入することが可能になったが、国民皆保険の達成には医療保険制度の運営改善が必要だった。本件では、国民医療保障局が新医療保険システムをタイ全土に普及させるためのシステム開発及びマネジメント能力の向上を支援。具体的活動は、1.医療保険事務システム構築に必要な知識・情報の蓄積、2.パイロットシステムの構築を通じて国民医療保障局の業務処理能力の向上、3.パイロットシステムの成果に基づいて全国に普及するための医療保険事務システムの改善に関する提案。</p> <p>評価/教訓</p> <p>このプロジェクトは終了・事後評価で高い評価を得ている。事後評価では、全国76県の医療保険事務に関わる機関で新しい医療保険事務システムが採用されており、順調に活動が継続されていた。その大きな要因としては、プロジェクトの支援内容である医療保険情報システムの構築・整備が、タイにおいて緊急かつ重要度の高い課題であったため、政府による政策的・制度的後押しがあったことがある。プロジェクトの成功要因としては、1)人材育成のための各種活動、マニュアル作成の支援を行う一方、パイロットシステムの構築を同時並行的に実施したことにより、カウンターパートが習得した知識・理論を同時並行的に試行錯誤しつつ適用することができ、効率的な技術移転が実現した、2)ターゲットグループの業務スキルのレベルに合った対応を柔軟に行い、秩序立てた思考/計画性/会議運営/資料作成等に関するカウンターパートの業務スキルの能力が向上した(こうした業務スキルは一般的には専門家による技術移転や本邦研修の項目としては含めない)、3)タイ政府における医療保険制度の改善に関するコミットメントの強固さなど。</p> <p>今後の課題は、1つ目がキャパシティ・ディベロップメントの適切な指標をプロジェクト開始後早期の段階で関係者間で協議の上設定すること。本プロジェクトは、組織・人材のキャパシティ・ディベロップメントを目標としていたが、その成果・達成度を測る指標は明示していなかった。キャパシティ・ディベロップメントを目的とする協力はハード面での協力に比べ、その達成度を客観的・定量的に測ることが難しい。現実に即した指標を早期に設定してモニタリングを行うことが重要。2つ目は、本プロジェクトとの整合性確保がより円滑に行われるために、当該分野におけるタイ政府独自の事業の方針や進捗を事前に把握しておくこと。JICA 担当者や専門家が交代しても、プロジェクト開始当初の留意事項が引き継がれるよう、専門家の業務内容に明記するか、日常的に専門家およびカウンターパートが参照する文書に記載しておくことが重要。</p>	2003.7 ～ 2006.7

3	社会福祉	ラテン・アメリカ / メキシコ	ストリートチルドレンの社会復帰支援	路上生活を営む少女の数が増加しているメキシコシティにおいて、それらの少女（近年では半数以上が何らかの薬物に依存している）の心身の回復と能力の開発を通じて社会的に復帰させることを目標とし、1) 薬物依存症の脱却、2) 暴力的行為の削減、3) 路上生活に逆戻りしない生活能力の習得、4) 学校への復帰、5) 職業訓練を通じた社会参加能力の習得支援を実施。プロジェクトの実施に当たっては現地NGO「カサ・アリアンサ」を活用するとともに、職業訓練については青年海外協力隊および専門家を派遣。	2004.1 1 ~ 2007.1 1
4	社会福祉	ラテン・アメリカ / チリ	高齢者福祉行政	ラテンアメリカ諸国第三の高齢化国であるチリ国では、増加傾向にある高齢者の介護、健康づくり事業、福祉サービスの実施が重要な課題となっていた。本プロジェクトはチリ国の高齢者福祉行政能力を向上させることを目標とし、高齢者福祉の進んだ我が国の地方自治体による総合的な高齢者福祉計画全般を紹介した。本プロジェクトを通じてチリ国は、各地方自治体の現状に合った、1) 高齢者総合相談窓口の設置、2) 健康づくり事業計画の策定、3) 中央と地方の連携システム構築、などを行った。	2004.1 0 ~ 2007.9
5	所得保障 JICA 初の公的年金分野における技術協力	アジア / 中国	農村社会養 老保険制度 整備調査 開発調査	中国政府は、2002年の中国共産党第16回全国代表大会における党の政治報告で「条件の整った地域において農村の養老・医療保険と最低生活保障制度を打ち立てる道を模索する」と言及するなど、いわゆる「三農問題」の解決に向けた重要課題として農村部の社会保障（特に養老保険制度）の拡充を重視していた。しかし、一部で実施されている農村社会養老保険制度は諸問題を抱えており、同制度の全国普及のための道程が明らかではなく、中国政府は、社会構造に一定の近似性を有し、早くから国民皆保険を実現した我が国に対し、農村社会養老保険制度の構築と実施体制の整備を内容とする協力を要請した。本調査の目的は、8つの協力対象地区において評価、モニタリングを実施し、制度の改善点を抽出し、それら制度の実施体制を整備すること、その結果を踏まえて、全国的に普及可能で安定的運営が可能な農村社会養老保険制度を明らかにすること、持続的な公的年金制度として全国に普及していくための政策提言を取りまとめること。また、調査の実施を通じて、労働社会保障部および対象地方自治体の職員の年金制度構築に係る能力向上を行った。	2006.0 1 ~ 2009.0 1
6	医療保障/社会福祉	アジア / タイ	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) 評価/教訓	タイは近い将来急速な高齢化が見込まれている。高齢者の生活の質を向上させるため、保健と福祉の連携、地域社会と公的機関との連携の仕組みを促進したプロジェクト「タイコミュニティにおける高齢者向け保健医療・サービスの統合型モデル形成プロジェクト」を2007年から2011年まで行った。プロジェクトの目的は、対象地域（コンケン、チェンライ、スラタニ、ノンタブリの4県の各1タンボン ¹¹⁶ ）において高齢者に対する保健医療・福祉サービスに関する機関の共同枠組みの構築、対象地域における高齢者向け保健医療・福祉サービスの状況分析、その統合型モデル案の策定。また、プロジェクトの実施を通じて高齢者向け保健医療・福祉サービスに従事する人材の能力を強化すること。このプロジェクトの特徴は、異なる行政（社会保障分野と保健分野）の連携、地域住民と巻き込みを通じて地域社会との連携を目指したこと。元気な高齢者をボランティアのサービス提供者として活用した点も評価されている。タイ政府は、タイの対象地域以外にもこのプロジェクトを通じて形成されたモデルの普及に関心を示している。 このプロジェクトは終了時評価で高い評価を得ている。プロジェクトの成功要因としては、1)プロジェクトの円滑な運営（例としてモニタリングによって変化を見える化して関係者のモチベーションを向上）、2)地元の関係者を積極的に巻き込み、彼らのプロジェクトに対するオーナーシップを高めた、3)プロジェクトサイト間の相互学習の機会を提供することによ	2007.1 1 ~ 2011.1 1

¹¹⁶ 基礎的行政単位

				<p>て、プロジェクトサイト間で互いに刺激しあい活動を進化させていった、4)組織間ネットワーク（医療・社会保障の関連者間）の強化、5)官民パートナーシップの実現、6)全国のコミュニティにおいてモデルを普及させるための有効なツールの開発（4つのプロジェクトサイトにおけるモデル活動の知見・普遍的教訓を文書化）、などが挙げられる。教訓としては以下の3つ。1)経済成長著しく中進国化しているタイにおいても、成長から取り残された人々（高齢者、障害者等）への支援は、「インクルーシブ開発」という JICA のミッションからも重要。2)日本は「高齢化の課題先進国」であり、また、高齢者保健福祉での地方分権が進んでいるという点において、タイの今後の方向性を先取りしている。今後タイで社会保障協力を行うに当たり高齢化対策は重要な切り口。また、高齢化対策に関する協力は一方通行の技術協力ではなく双方の「学び合い」の機会になる。このプロジェクトが目指したコミュニティ資源の活用は、先進国でも重要な分野、3)東南アジアの他の中進国へと移行中の国にも、タイと同様の状況（高齢化の進行、社会保障における省庁間や中央・地方間等の連携不足、地方機関の能力不足等）が見られる。今後 JICA が進めようとしている東南アジア地域の社会保障協力においてタイの経験はグッド・プラクティスとして活用できる。協力の有効性を科学的に実証し他のアジア諸国や国際社会への発信が重要。</p>	
7	社会福祉	アジア/ タイ	要 援 護 高 齢 者 等 の た め の 介 護 サ ー ビ ス 開 発 プ ロ ジ ェ ク ト	<p>タイでは要介護高齢者が増加しており、体系的な公平な介護サービスの提供が課題。このプロジェクトの目標は、高齢者介護に関する政策提言を行うこと。CTOP の成果であるコミュニティベースの統合型サービスを活かしつつ、CTOP が対応できなかった要介護高齢者を対象とし、財政的にも持続可能な介護制度を提案する。具体的な成果としては以下の3つ。</p> <p>成果 1：パイロットプロジェクトによるエビデンスと日タイ両国の知見に基づいて、高齢者介護に関する政策提言が作成される。成果 2：パイロットプロジェクトの対象地域において、「モデルサービス」が開発され、効果的・持続的な形で実施される。成果 3：ケアワーカーとケアコーディネーターの養成プログラムが開発される。主な活動としては、エビデンスやコスト分析及び高齢者介護に関する政策提言、モデル地域（6ヶ所：都市部及び農村部）で、ケア・コーディネーションに基づく住宅介護サービスの実施、ケア・ワーカーとケア・コーディネーターの養成研修の実施、など。</p>	2013.1 ～ 2017.8

2. 円借款プロジェクト実績

構造調整融資等を通じて支援相手国の社会保障制度の改善を進めるケースは以下の通り。

事例 No	地域/国名	案件名	スキーム	目的	金額	年度
1	アジア/モンゴル	社会セクター支援プログラム (II)	アジア開発銀行 (ADB) との協調融資	社会保障分野の政策課題遂行のため、JICA と ADB の支援により設定した社会福祉、保健医療、教育、都市開発の各セクターにおける「政策アクション」の達成を受けて供与される「政策制度支援型借款」。2009 年 6 月に円借款貸付契約を行った社会セクター支援プログラム (I) に続くもので、フェーズ II の供与条件として設定している政策アクションがすべて達成されたことから実施するもの。所得にかかわらず全世帯を対象としていた従来の社会福祉制度の一部を、貧困層に対象者を絞ったものにするなど貧困層の保護の強化。	15 億 5,000 万円	2012
2	アジア/モンゴル	社会セクター支援プログラム	アジア開発銀行 (ADB)、世界銀行との協調融資 評価/教訓	2008 年の金融危機後のモンゴルの財政危機を受けて、社会保障改革の一環として社会福祉、保健医療、教育、都市開発分野の政策アクションに対するモンゴルの取り組みに関連して借款を供与、セーフティーネットの整備等本計画を通じて、財政危機の特に貧困層に対する影響を軽減するとともに、今後も起こりうる財政危機への対応強化を図った。本案件は円借款と共に ADB によるターゲティング・システム構築のための技術支援も同時に実施された。 ADB が実施した事後評価で本案件は高い評価を得ている ¹¹⁷ 。成功要因は、同時に実施された技術支援の実施。本案件の期間 20 カ月では不十分であると報告されている。ターゲティング・システムの構築には長期間の能力向上を目的とした技術支援が必要であり、ADB による継続した支援が強く勧められている。	28 億 9,400 万円	2009
3	アジア/キルギス共和国	社会セクター調整計画	世界銀行との協調融資	ロシア経済危機の影響等により経済的困難に陥ったキルギス共和国の国際収支を改善すると共に、同国の政府財政を圧迫していた年金制度をはじめとする社会保障制度改革への取り組みを支援するもの。政府が現在取り組んでいる社会保障制度改革の進捗状況を確認しつつ供与することにより、同改革の促進を図った。	23 億 1,800 万円	1999
4	アジア/タイ	経済・金融調整支援融資	世界銀行第 2 次経済・金融調整融資との協調融資	新宮沢構想に基づくアジア危機後のタイ経済回復支援の一環として供与された構造調整融資。社会保障・雇用対策を中心とした特別財政支出による短期的な景気回復を図りながら、金融部門改革、企業改革、民営化推進等によりタイ経済の構造強化を図った。	6 億ド ル相当 円	1999
5	ヨーロッパ/ロシア	石炭部門改革支援融資	世界銀行第 2 次石炭部門構造調整融資との協調融資	ロシア石炭部門改革支援に向けた構造調整融資。融資条件となる改革プランの中には「改革によって影響を受ける炭鉱労働者等に対する社会保障制度の改善」が含まれていた。	8 億ド ル相当 円	1998

¹¹⁷ ADB (2013)

3. 研修実績（集団、青年研修、国別）

社会保険・社会福祉 研修（日系個別、個別一般、C/P研修除く）					受入人数																	
形態	開始年度	国名	コース名	所管部署	実施状況	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	計
集団	1997	N/A	高齢化社会と福祉行政セミナー（一般特設）	九州	終了	8	7	6	7	6												34
集団	1999	N/A	高齢者介護（一般特設）	中国	終了			9	10	11												30
集団	2004	N/A	高級事務レベル社会福祉行政研修（注1）	東京	継続							9	8	9	10	5	6	11				58
集団	2004	N/A	高級事務レベル社会福祉行政研修（注2）	東京	継続							9	7	8	13	7	6	4				54
集団	2007	N/A	高齢者福祉におけるデイケアサービス（デイケアと介護予防）（日系集団）	北陸	継続										4	4	2					10
集団	2007	N/A	総合的被害者支援システムの開発	筑波	継続											10	8	5				23
集団	2010	N/A	社会福祉行政	東京	新規														12	9	9	30
集団	2011	N/A	社会保険行政	東京	新規															6	13	19
青年	2007	インドネシア	社会福祉（児童福祉/孤児福祉）	九州	終了											18						18
青年	2007	タイ	社会福祉（児童福祉/青少年指導）	四国	終了											15						15
青年	2007	トルコ	社会福祉（児童養護）	四国	終了											19						19
青年	2008	インド	社会福祉（社会福祉）	北陸	終了												15					15
青年	2008	タイ	社会福祉（青少年福祉）	九州	終了											16						16
国別	2000	カンボジア	社会福祉行政	東京	終了				5	5	5	5	5									25
国別	2002	タイ	医療保険行政官研修（国別特設）	東京	終了					10												10
国別	2003	フィリピン	社会保険とその遂行方法	東京	終了						4											4
国別	2005		市民社会支援	東京	終了									5								5
国別	2006	中国	農村養老保険	東京	終了										17							17
国別	2007	タイ	高齢化社会政策研修	東京	終了											17						17
国別	2012	エジプト	要保護児童対策能力強化研修	東京	終了																8	8
合計						8	7	15	22	22	15	9	23	20	34	106	55	19	27	15	8	427
注1：日本国政府の政府開発援助（ODA）の一環として、開発途上国の社会福祉行政官を対象に昭和58年度から厚生労働省の指導のもと社団法人国際厚生事業団（JICWELS）が実施している。また平成16年度から外務省へ予算が移管され、JICAが継続して研修を3回実施した。平成19年度より、厚生労働省、JICWELS、その他関係機関の協力のもと本研修を実施している。																						
2004年は「アジア諸国社会福祉行政官研修」、2005・2006年は「アジア諸国高級事務レベル社会福祉行政研修」、2007年～「高級事務レベル社会福祉行政研修」として実施。																						
注2：日本国政府による政府開発援助（ODA）の一環としてASEAN諸国及び他の発展途上国の社会保険関連行政官を対象に、厚生労働省の指導のもと平成3年度より社団法人国際厚生事業団（JICWELS）が実施している。平成16年度より外務省へ実施予算が移管されたことを受け、厚生労働省、JICWELSの協力のもとJICAが継続して本研修の実施に当たっている。																						
2004年は「アジア諸国社会保険行政官研修」、2005・2006年は「アジア諸国高級事務レベル社会保険行政研修」、2007年～「高級事務レベル社会保険行政研修」として実施。																						

出所: JICA ホームページ (<http://www.jica.go.jp>) より抜粋

4. 個別専門家派遣実績

年度	国名	担当内容	担当部署	長/短期	期間
2002	カンボジア	社会福祉アドバイザー		長期	2002.06-2004.06
2004	フィリピン	非行少年訓練施設運営・教育訓練プログラムのモニタリング・評価		短期	2004.09-2004.11
2005	ラオス	社会保障政策アドバイザー		長期	2004.08-2009.08
2008	ミャンマー	社会福祉（人身取引被害者社会復帰支援）	ミャンマー事務所	短期	2009.03-2010.03
2010	ベトナム	人身取引対策アドバイザー	ベトナム事務所	長期	2010.05-2011.05
2011	タイ	社会保障アドバイザー		長期	2011.11-2012.8

出所: JICA ホームページ (<http://www.jica.go.jp>) より抜粋。

5. 草の根技術協力実績

採 択 内 定年度	国名	件名	期間	形態	実施団体名	主管
2003	スリラン カ	孤児にかかるインフォメ ーションセンターと、孤児 院設置・運営のための事業	2003.12-2006.11	協力支援型	社会福祉法人 至愛 協会	広尾センター
2004	中国	岡山ー上海高齢者介護教 員養成センター	2005.04-2008.03	パートナ ー型	社会福祉法人 旭川 荘	中国国際センター
2005	中国	寒冷地における高齢者等 対応建築改善計画	2007.08-2010.01	地域提案型	旭川市国際交流委員 会	札幌国際センター
2006	中国	高齢者介護支援技術研修	2006.07-2008.09	地域提案型	岐阜県立寿楽苑	中国国際センター
2007	カンボジ ア	カンボジア王国プノンペ ン市西部地区低所得者層 の人々の命を守るセーフ ティーネット強化事業	2008.01-2011.01	パートナ ー型	特定非営利活動法人 TICO	四国支部
2008	フィリピ ン	マニラ市貧困層における 薬物依存症者に対する回 復支援推進事業	2009.05-2012.03	協力支援型	特定非営利活動法人 アジア太平洋地域ア ディクション研究所	広尾センター
2008	中国	江西省高齢者介護教員養 成事業	2009.07-2012.03	パートナ ー型	社会福祉法人 旭川 荘	中国国際センター
2011	中国	上海医療福祉関係人材養 成事業	2011.09-2014.03	パートナ ー型	社会福祉法人 旭川 荘	中国国際センター
2011	セルビア	スメデレボ市ラーリャ地 区、バオグラード市カルジ ェリツァ地区の子ども たちへの心理社会支援事 業	2012.02-2015.01	支援型	ZDRAVO DA STE	広尾センター
2012	ブラジル	サンパウロ州におけるデ カセギ帰国者及びその子 弟支援のための心理専門 職等による支援体制の構 築	2012.6-2015.03	地域提案型	サンパウロ州立大学	広尾センター
2012	フィリピ ン	中部ルソン地域における 児童養護施設の子供たち の健全育成と自立のため の施設職員能力強化プロ ジェクト	2012.10-2015.09	パートナ ー型	—	広尾センター
2012	中国	陝西省における介護人材 育成支援事業	2012.12-2015.11	支援型	陝西工運学院	広尾センター

(出所) JICA ホームページ (<http://www.jica.go.jp>) より抜粋。

6. ボランティア派遣実績

(1) 高齢者支援 (1965~2010年2月28日累計)

作業日 2010年3月17日		*ボランティアシステムで「高齢者」で検索																											
隊員区分名称	職種名称	アジア地域			集計	アフリカ地域		集計	大洋州地域		集計	北米・中南米地域														集計	集計		
		スリランカ	タイ	モルディブ	ラオス	ガボン	パラオ	アルゼンチン	ウルグアイ	エクアドル	コスタリカ	コロンビア	チリ	ドミニカ共和国	セントルシア	ニカラグア	パナマ	パラグアイ	ブラジル	ペルー	ボリビア	ホンジュラス	集計	集計					
アジア海外ボランティア	ボランティア		2			2						1	1															2	4
	栄養改善		1			1																							1
	基礎保健		1			1																							1
	作業療法士		1			1																							1
	社会福祉												2	1							1		1					5	5
	総合・地域開発計画													1														1	1
	体育														2													2	2
	文化													1														1	1
理学療法士		1			1																							1	
集計			6			6						1	2	3	2					1		1					10	16	
青年海外協力隊	コンピュータ技術												1	3													4	4	
	ボランティア	5	2			7	1	1						1													1	9	
	栄養士												1	1			1										3	3	
	家政															1						1					2	2	
	看護師							1	1					4													4	5	
	観光業													1													1	1	
	建設機械				1	1																						1	
	作業療法士	1				1								2	7	1											10	11	
	手工芸														2												2	2	
	水泳													3													3	3	
	体育	1				1									2												2	3	
	保健師														2												2	2	
	野菜														3												3	3	
	義護						1	1																				1	
理学療法士	3	1			4								1	2												3	7		
鍼灸マッサージ師														2												2	2		
集計		10	2		1	14	2	2	1	1			1	6	1	29	1	1	1			1				42	59		
青年海外協力隊 短期	ボランティア																										1	1	
	理学療法士	2				2																						2	
集計		1				1																					1		
日系社会アジアボランティア	福祉											1			1				1	7		1					11	11	
	保健師																					1					1	1	
	鍼灸マッサージ師													1													1	1	
集計												1			2				1	7		2					13	13	
日系社会青年ボランティア	高齢者介護											2															11	11	
	社会福祉士														1												1	1	
集計												2			1												12	12	
総計		11	8		1	21	2	2	1	1		4	2	1	9	1	31	4		1	1	5	12	1	2	2	77	101	

付録 2. 低・中所得国における特筆すべき取り組み事例

ここでは、低・中所得国の社会保障制度について、主要ドナーの文献などで特筆すべき取り組み事例として紹介されている国について整理する。なお、紹介されている制度は、本指針の範囲である「医療保障・所得保障・社会福祉」以外の制度も含んでいる。

1. ILO/UNDP

国名	プログラム	タイプ	カバレッジ率	インパクト
アルゼンチン	Asignación Universal por Hijo (AUH)	ユニバーサルな子ども手当	全子ども数の85%	<ul style="list-style-type: none"> ● 貧困(-22%)と極貧(-42%)の削減 ● 世帯収入の増加 ● 収入配分ギャップの削減
ボリビア	Renta Dignidad	ユニバーサルな老齢年金（無拠出）	全受給資格者の97%	2007～2009年に極貧を5.8%削減（特に農村部）
ブラジル	Bolsa Família	農村部の無拠出制年金、障害者制度	農業従事者の80%、農村人口の66%	<ul style="list-style-type: none"> ● 400万人の貧困削減
コロンビア	医療保障制度システム	ユニバーサルな医療保障	人口の90%	<ul style="list-style-type: none"> ● 医療サービスの利用率の増加（特に貧困層と農村部） ● 貧困率2%以上、不平等3%の削減
チリ	Red Protege	社会保障システム。柱となる制度は3つ。① Chile Solidario（貧困と脆弱層の社会保障）② Chile Crece Contigo（子どもを対象とした社会保障）、③雇用保護システム 2006-2010年に改革実施	NA	改革内容は、ライフサイクルに即した制度設計、家族を受給者として見なす、現金給付、人権アプローチの促進。
メキシコ	Oportunidades	CCT	全人口の25%	<ul style="list-style-type: none"> ● 教育：農村部の教育達成度の増加 ● 健康：予防診断率の増加、産婦死亡率11%の減少、乳幼児死亡率2%の減少 ● 栄養：子供の身長増加、家族の消費増加
エクアドル		ユニバーサルな年金制度（拠出制）		<ul style="list-style-type: none"> ● 国家社会保障委員会の設立 ● 法整備
ルワンダ	Vision 2020 Umurenge Programme	公共事業、直接財政支援やサービス	財政支援では9,692世帯、公共事業では78,004人	<ul style="list-style-type: none"> ● 貧困削減 ● 教育、健康、食糧、栄養などの改善、地域の財産開発、環境、社会参加

南アフリカ	Child Support Grant	無拋出制現金給付（資産調査あり）	受給資格者の78%～80%	<ul style="list-style-type: none"> ● 貧困ギャップ 28.3%削減 ● 収入格差の削減
モザンビーク	Social Protection Floor	貧困層への現金給付、脆弱層への医療アクセスなど	NA	2007年に制定された社会保障法に続き、2010年に社会保障国家戦略を策定。
ブルキナファソ	Social Protection Floor	ユニバーサルな医療保障制度	NA	必要不可欠な社会保障を構築する上で取ったステップは以下の通り。1. 能力向上、2. 制度デザイン、3. プログラム間のシナジー、4. 定義づけとターゲット・システムの構築、5. データ収集システム、モニタリング・評価システムの構築、6. 財政に関して革新的なメカニズムを構築
インド	Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee program	賃金雇用プログラム インド政府(地方開発省)が2005年に開始した貧困削減プログラムの1つで仕事を保障する法律。毎年100日間の労働を法的に保障。対象は地方の成人で、最低賃金の2.39 USD(2009年当時)で公共事業に参加することを同意する者。資金は中央政府と地方政府。中央政府からは賃金の100%が出資される。	5,250万世帯	<ul style="list-style-type: none"> ● 農業従事者の最低賃金増加 ● 村からの人の流出の減少 ● 女性のエンパワメント ● 生理学的環境への影響 ● WBは2012年3月に、このプログラムのインパクト評価を実施¹¹⁸。分析結果によると、プロジェクト実施にも関わらず、全ての州で職が保障されなかった人がかなりいた。その数は最も支援が必要な最貧困州で多かった。最貧困州を確認してからプロジェクトを実施することが重要。
中国	基本的な新農村医療保障システム	任意加入	加入率は対象者の94%、全人口の62%(2009)	世帯の医療費の自己負担率の軽減：80%から60%へ。農業従事者の自己負担率は74%から44%へ軽減
タイ	Universal Coverage Scheme	ユニバーサルな医療ケア	全人口の80%	<ul style="list-style-type: none"> ● 2008年には88,000世帯を貧困に陥るのを防いだ ● 医療ケアへのアクセス増加 ● 医療ケアの質の向上

参考：ILO/UNDPが共同で2011年に発表した成功事例集 Sharing Innovative Experiences – Successful Social Protection Vol. 18 p15～p16

¹¹⁸ WB (2012b)

2. WB, ADB, OECD

国名	プログラム	インパクト	出典
ネパール	ユニバーサルな老齢年金	財政・政治・経済的なチャレンジが残る中で、ユニバーサルな年金を高齢者に提供しただけでなく、カバレッジと給付水準を引き上げた。	ADB (2012) Social pension for older people in Asia
インド	マイクロ医療保険のインフォーマル部門への拡大 ¹¹⁹	担い手：現在では労働組合となった Self Employed Women's Association は、1972年にインフォーマル部門で働く女性の為にマイクロ医療保険制度を創設 加入者：最初は32,000人であったが現在では Gujarat 州を中心に4州にまたがり195,472人に増加。将来的には4州以外の州に制度を拡大し、対象者を35万人に拡大する予定 保障対象者：最初は本人だけの保障であったが、その後家族や子どもにまで保障対象が拡大。	ILO: Extending social security coverage to informal economy workers way forward (p31)
モリシヤス	高齢者制度	高齢者への制度構築によって高齢者の生活の質だけでなく家族（特に子ども）の生活の質が向上した	OECD (2009) Can Low-Income Countries Afford Basic Social Security?
ナミビア	高齢者制度	同上	同上
マリ	マイクロ健康保険	マリではマイクロ医療保険が20年前から実施されているが、最近になって国家プロジェクトにスケールアップされ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成に貢献すると期待されている。1996年にマイクロ医療保険を支援する法的枠組みが出来たが、2010～2011年によろやく政府がスケールアップ戦略を打ち出した。国家戦略では予算をマイクロ医療保険へと配分することが明記されている。公的な介入をして徐々に全国的にスケールアップすることによりマイクロ保険の取り組みをユニバ	Mbengue, Cheikh, Katie Senauer, and Fred Rosensweig. August 2012. Scalling up Community-based health insurance in Mali. Brief. Bethesda, MD: Abt Associates Inc.

¹¹⁹ ILOによると、インフォーマル部門への制度拡大には3つ方法がある：①既存の制度の拡大、②インフォーマル部門のみを対象とした特別な制度の創設、③マイクロ保険の促進。ILO (2012) Extending social security coverage to informal economy workers way forward (p31)

		ーサル・ヘルス・カバレッジの実現に繋げようとする事例の1つ。	
ガーナ	LEAP (Livelihood Empowerment against Poverty) 極貧層への医療保険と現金給付	2008年にトライアルが始まり、徐々にプログラムが拡大。2010年には3万5千世帯が受給。	University of North Carolina ウェブサイト www.cpc.unc.edu/projects/ transfer/countries.ghana

3. WHO

WHOはユニバーサル・カバレッジの達成に向けた医療財政の改革の好事例として以下の国を挙げている。WHOは、完全な成功とは言えない場合もあるが、ユニバーサル・カバレッジ達成に向けた取り組み経験として他の国への貴重な示唆となる、としている。事例の文書化はグローバル・パートナーシップのP4H(Providing for Health Initiative) (本文第1章 1-3-1 国際的援助動向参照)が協力した。

- ブルンジ共和国：保険料の免除 - パフォーマンス・ベース財政の採択
- カンボジア：ヘルス・エクイティ基金のアクセスバリアの除去
- チリ：アクセス、質、財政的保護の改善
- ガーナ：政治コミットメントと革新的な政策選択を通してカバレッジ拡大
- ルワンダ：ボトムアップで構築、トップ・ダウンで計画推進

参考：WHO P4H ウェブサイト http://www.who.int/providingforhealth/p4h_success_stories/en/index.html

4. Help Age International

アフリカ諸国でユニバーサルな年金がある国（ユニバーサルに近い制度も含む）は以下の通り。

- ナミビア
- ボツワナ
- 南アフリカ
- レソト
- スワジランド
- モーリシャス

参考：Help age international ウェブサイト上のビデオ “Pensions in Africa”

5. 日本貿易振興機構（ジェトロ）アジア経済研究所（IDE-JETRO）

ジェトロアジア経済研究所の研究者である宇佐美氏は、一人当たり国民所得が新興工業国よりも低いにもかかわらず、乳幼児死亡率や非識字率などの社会指標が優れた国・地域（低開発福祉国家と呼ばれる）の社会保障制度の状況と、なぜそうした社会保障制度が整備されたかを2003年の著書「新興福祉国家論 - アジアとラテンアメリカの比較研究 -」の中で解明している。この低開発福祉国家の事例としてキューバとインド・ケララ州をとりあげている。

キューバの社会保障：キューバは社会サービスを徹底的に普遍化し、またサービスの内容を他にあまり例がないほど手厚くすることにより、低所得層や社会的弱者の生活水準を向上させた。普遍化を可能にした政治経済的要因は2つあり、革命政府が掲げた社会的構成の目的に沿って、政府が政策として手厚いサービスを平等に全国民に給付することを選択したこと、もう1つは経済的見地から、潤沢なソ連からの経済的支援が、これらのコストのかかるサービス給付を可能にしたこと、という点。

インド・ケララ州における社会保障政策：福祉の実現の背景には、1つ目には住民の組織化、要求と運動、地方民主主義あるいは政党などによる活発な政府批判など、広い意味での公共活動が存在したこと、福祉政策と公共活動が相互補完的な役割を果たしてきたことが挙げられる。2つ目は民間活動。食糧流通、医療、教育いずれの分野をとってもその活動のすべてが政府介入のみによって支えられてきたわけではない。

参考

キューバの社会保障について：http://d-arch.ide.go.jp/idedp/KSS/KSS053100_011.pdf

インド・ケララ州における社会保障政策について：http://d-arch.ide.go.jp/idedp/KSS/KSS053100_010.pdf

6. International Social Security Association (ISSA)のグッドプラクティス・データベース

世界各国の事例を記載した文献サーチが可能。例えば、障害者に対する制度で検索するとメキシコ、ヨルダン、ブラジルなどの制度に関する情報が見つかる。

ISSA ウェブサイト：<http://www.issa.int/Observatory/Good-Practices>

付録 3: 経済・社会基本指標

ここでは地域別及び国の所得分類別に比較するために以下の 17 カ国の基本指標を整理する。

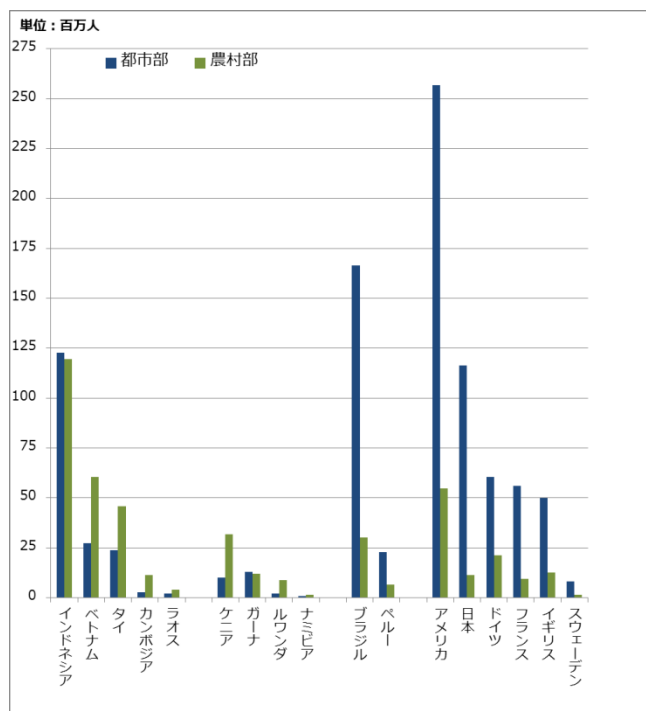
表 4-4. 分析の対象国

アジア 6 カ国	インドネシア、カンボジア、ベトナム、ラオス、タイ、日本
アフリカ 4 カ国	ケニア、ガーナ、ナミビア、ルワンダ
ラテンアメリカ 2 カ国	ペルー、ブラジル
欧米諸国 5 カ国	アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン
低所得国 3 カ国	カンボジア、ラオス、ケニア
中所得国 4 カ国	ベトナム、インドネシア、ガーナ、ルワンダ
中進国 4 カ国	タイ、ペルー、ナミビア、ブラジル
先進国 6 カ国	日本、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデン

* 所得分類は世界銀行の 2013 年 3 月現在の分類による。

1. 人口構造

グラフ 1. 総人口における都市部と農村部の人口の割合 (2011 年)



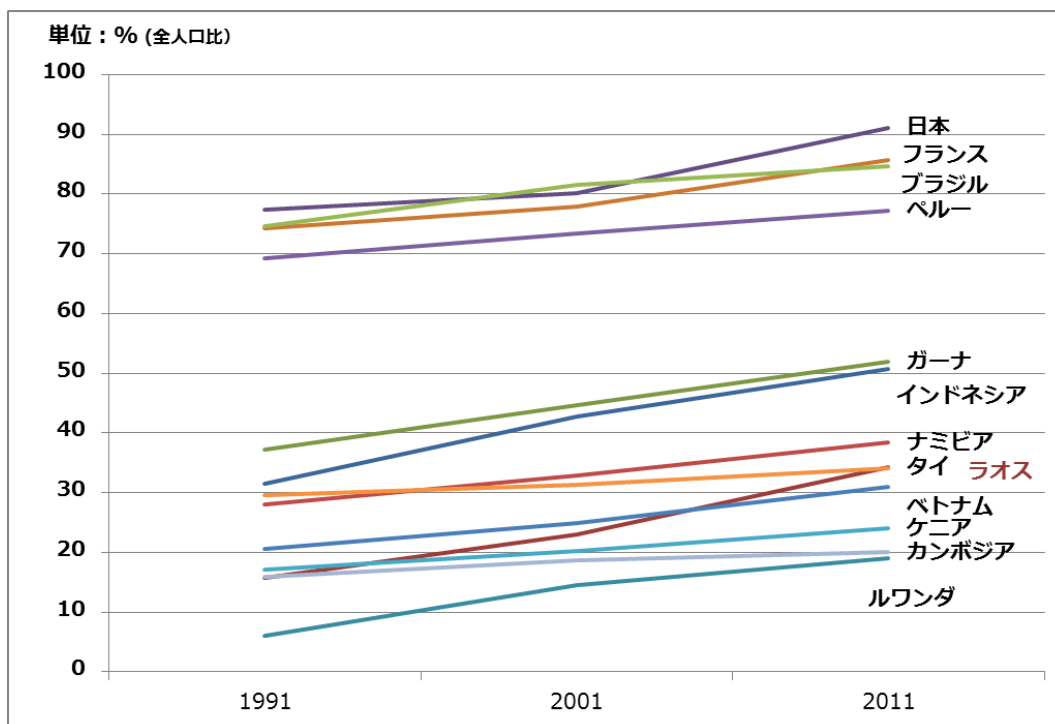
一般的に低所得国では農村部に人口が集中している。

中進国・先進国では都市部の人口が農村部の人口を上回るのに対し、低・中所得国では農村部の人口が都市部の人口を上回る。ただし、中所得国でもインドネシア、ガーナは都市部の人口が多くなっている。

出所：WB, World Development Indicators 2011

グラフ 2. 都市部人口の推移（2011 年）

どの国も都市部人口が増加傾向にある。

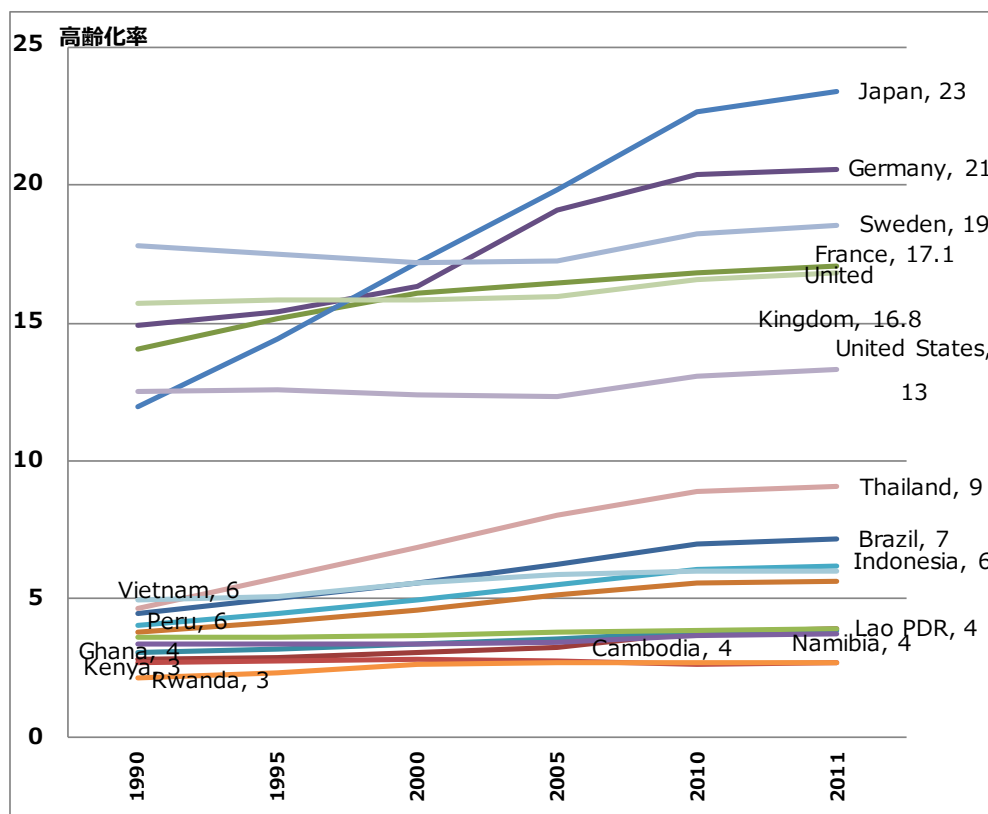


出所：WB, World Development Indicators 2011

2. 高齢化

グラフ 3. 高齢化率（65 歳以上の人口が総人口に占める割合）の推移（1990 年～2011 年）

中進国でもタイの高齢化が著しい。その他の中進国、低・中所得国でも高齢人口比率は上昇傾向にある。



出所：WB, World Development Indicators 2011

表 2. 地域別に見た 60 歳以上人口の割合

	2011	2050
アフリカ	6%	10%
ラテンアメリカ・カリブ海	10%	25%
アジア	10%	24%
オセアニア	15%	24%
北米	19%	27%
ヨーロッパ	22%	34%

60歳以上の高齢者の割合は地域によってかなり異なる。しかし、2050年にはアフリカを除いてほとんどが20%以上となる。高齢化率は先進国が高いが、今後の高齢化の速度は開発途上国の方が速いことが注目される。

出所：UNFAP (2012) 21世紀の高齢化：祝福すべき成果と直面する課題

表 3. 高齢化のスピード

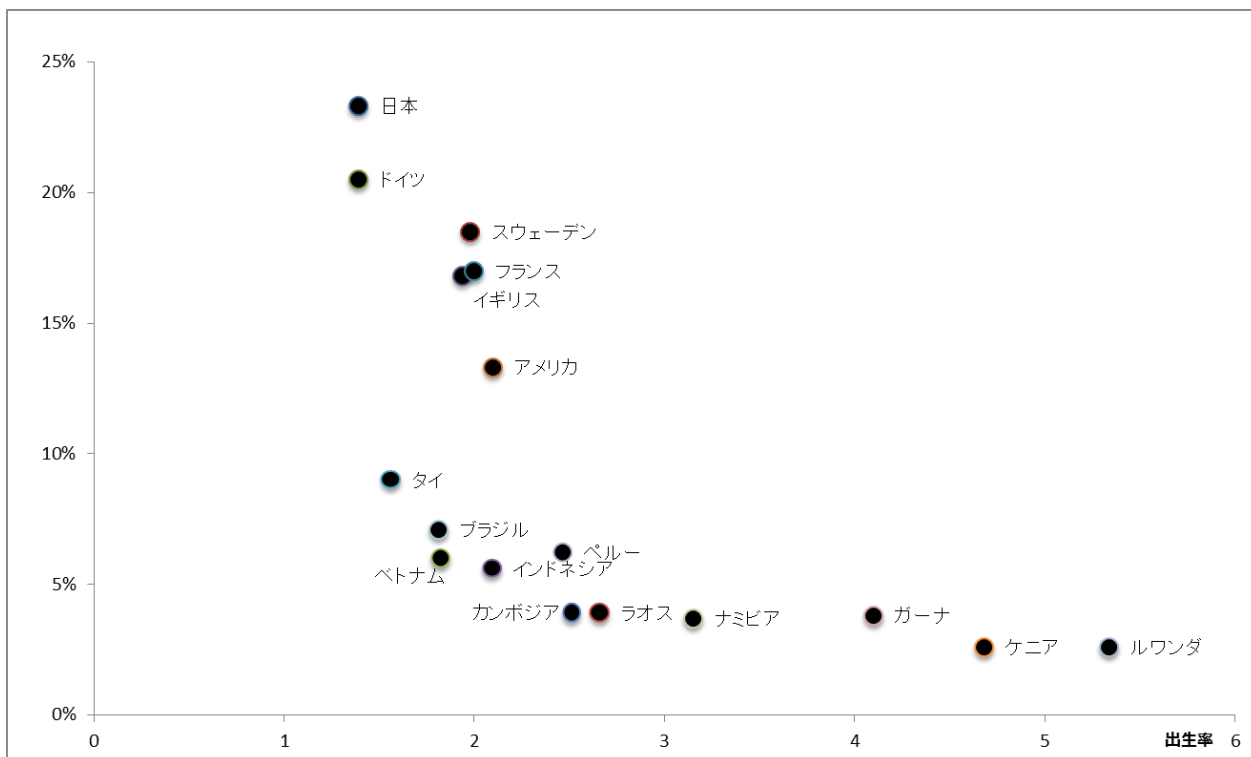
	高齢化率の倍化年数 7% → 14%に要する年数
フランス	115
スウェーデン	85
イギリス	47
ドイツ	40
日本	25
インドネシア	27
タイ	23
ラオス	19
ベトナム	15

歳以上人口の割合（高齢化率）が7%を超えてからその倍の14%に達するまでの所要年数（倍化年数）によって比較すると、フランスが115年、スウェーデンが85年、比較的短いドイツが40年、イギリスが47年であるのに対し、我が国は、昭和45（1970）年に7%を超えると、その24年後の平成6（1994）年には14%に達している。このように、日本の高齢化は、世界に例をみない速度で進行している。アジア諸国についてみると、今後、急速に高齢化が進み、高齢化率は世界最速と予測されている。

高齢化社会：高齢化率7%以上、高齢社会：高齢化率14%以上、超高齢社会：高齢化率21%以上

出所：United Nations, World Population Prospects, the 2010 Revision

グラフ 4. 合計特殊出生率と高齢化率比較（2011年）

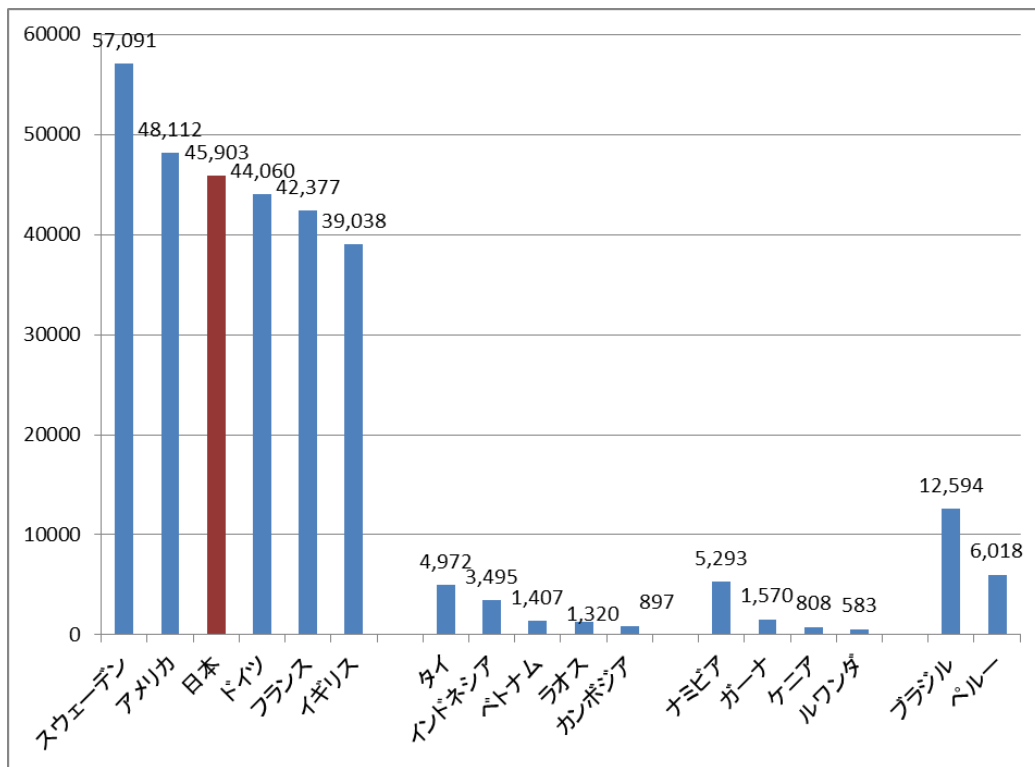


* 合計特殊出生率のデータは、フランス、ドイツ、日本、スウェーデン、イギリス、アメリカ、ベトナムは2010年

出所：WB, World Development Indicators 2011

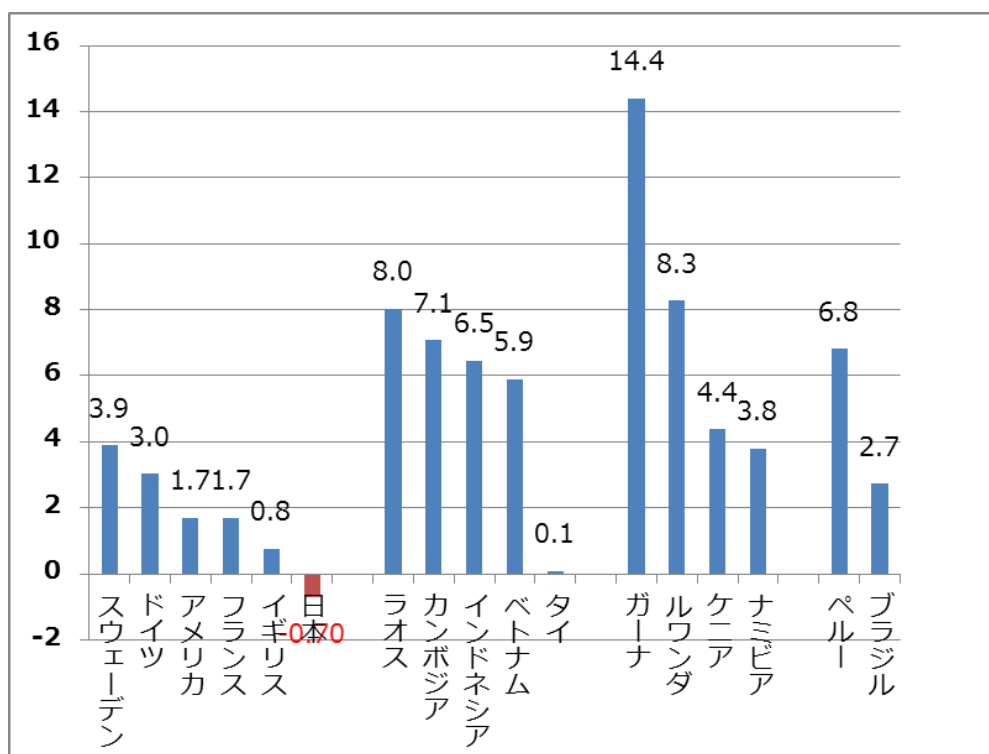
3. 経済

グラフ 5. 1人あたり GDP (GDP per capita current US\$) (2011 年)



出所：WB, World Development Indicators 2011

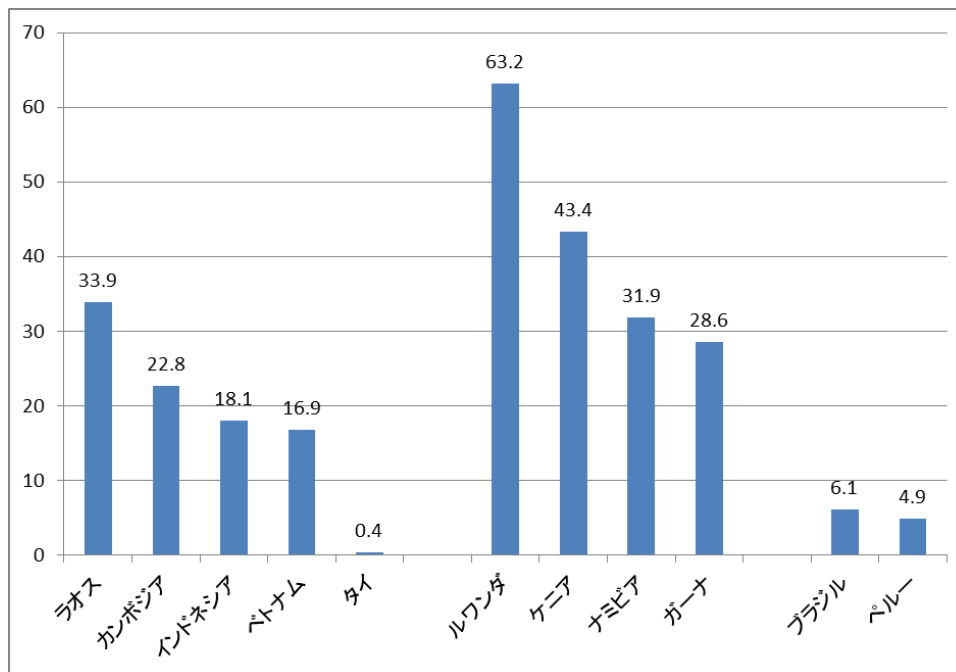
グラフ 6. 経済成長率 (GDP Growth annual %)



出所：WB, World Development Indicators 2011

4. 貧困・所得格差

グラフ 7. 貧困率 (国別) (Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population))



*ただし、ルワンダ：2011年、インドネシア・ペルー：2010年、タイ・ブラジル：2009年、ラオス・カンボジア・ベトナム：2008年、ガーナ：2006年、ケニア：2005年、ナミビア：2004年
*先進国についてはデータなし。

出所：WB, World Development Indicators 2011

表 4. 貧困率 (年比較)

国名	貧困率 Poverty headcount ratio at \$1.25 a day (PPP) (% of population)	
	2002年	2008年
カンボジア	37.69 (2004)	22.75 (2008)
ラオス	43.96 (2002)	33.88 (2008)
ベトナム	40.05 (2002)	16.85 (2008)
インドネシア	29.31 (2002)	22.64 (2008)
タイ	1.64 (2002)	0.37 (2008)
ケニア	19.57 (1997)	43.37 (2005)
ルワンダ	74.56 (2000)	72.1 (2006)
ガーナ	39.12 (1998)	28.59 (2006)
ナミビア	49.14 (1993)	31.91 (2004)
ペルー	12.41 (2002)	4.91 (2010)
ブラジル	10.56 (2002)	6.14 (2009)

ケニアを除く全ての国で、貧困率が下がっている。

*先進国についてはデータなし。

出所：WB, World Development Indicators 2011

表 5. ジニ係数 (年比較)

国名	ジニ係数	
	1990年代中頃	2000年代中頃
日本	32.3 (1990年代中頃)	32.0 (2000年代中頃)
アメリカ	36.1 (同上)	38.1 (同上)
イギリス	35.4 (同上)	33.5 (同上)
ドイツ	27.2 (同上)	29.8 (同上)
フランス	27.0 (同上)	27.0 (同上)
スウェーデン	21.1 (同上)	23.4 (同上)
インドネシア	29.0 (1999)	34.0 (2005)
ベトナム	35.5 (1998)	35.6 (2008)
タイ	41.5 (1998)	40.0 (2009)
カンボジア	38.28 (2004)	37.85 (2008)
ラオス	34.91(1997)	36.74 (2008)
ナミビア	74.33 (1993)	63.9 (2005)
ルワンダ	51.51 (2000)	53.09 (2006)
ペルー	56.17 (1998)	48.14 (2010)
ブラジル	60.35 (1998)	54.69 (2009)

UNDP によると、世界的に見て多くの国でジニ係数が 1980 年代に比べて高くなっている¹²⁰。ILO の 83 カ国を対象にして行った調査によると、1995 年～2007 年まで格差が 83 カ国のうち 3 分の 2 の国で拡大したという結果が出ている¹²¹。

* ジニ係数は社会における所得分配の不平等さを測る指標。100 に近いほど格差が大きい状態を表す。

出所

先進国 : ECD (2008.10) Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries

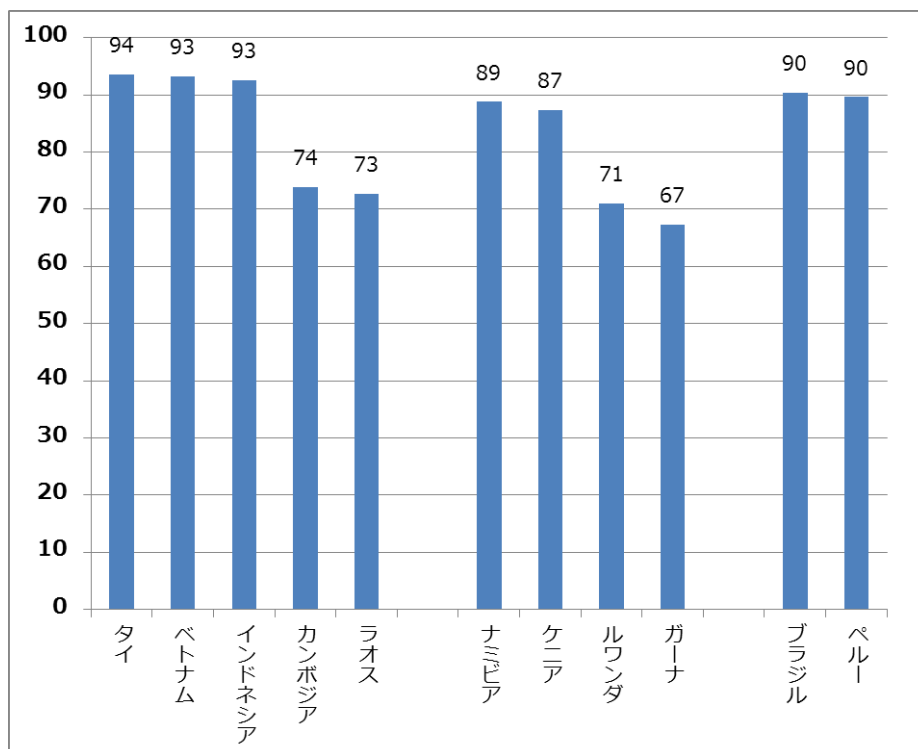
それ以外 : WB, World Development Indicators 2011

¹²⁰ UNDP (2010) Human Development Report

¹²¹ ILO (2010) Global wage report

5. 教育

グラフ 8. 識字率（15 歳以上）



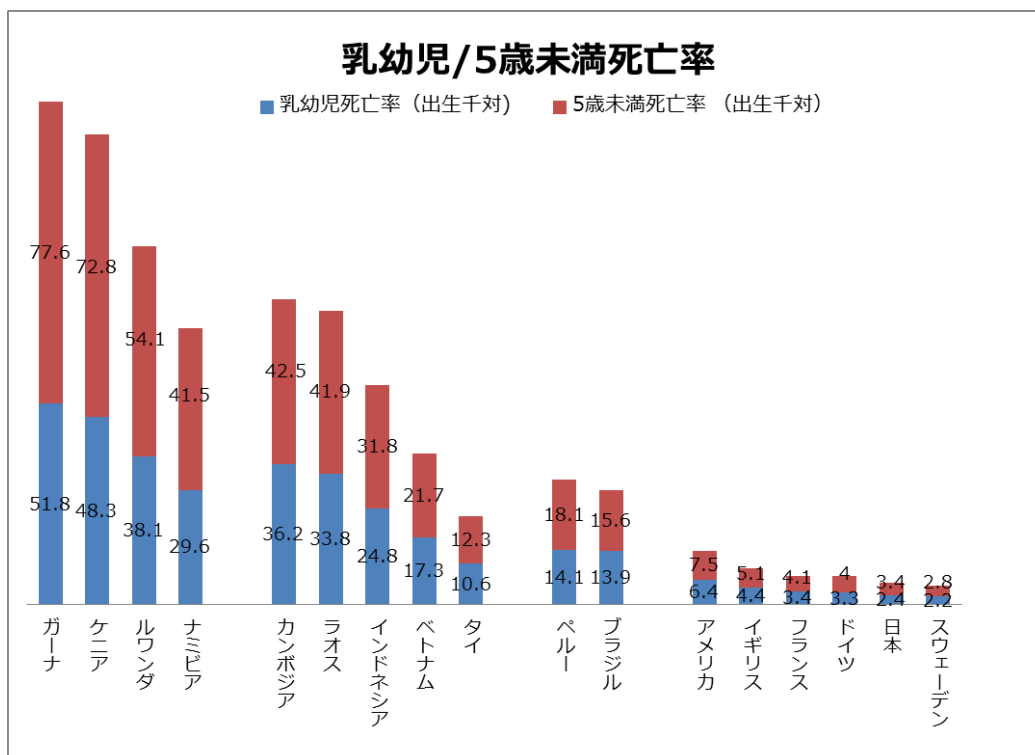
*ただし、ブラジル・カンボジア、インドネシア：2009年、ガーナ・ケニア・ルワンダ・ベトナム：2009年、ペルー：2008年

先進国についてはデータなし。

出所：WB, World Development Indicators 2011

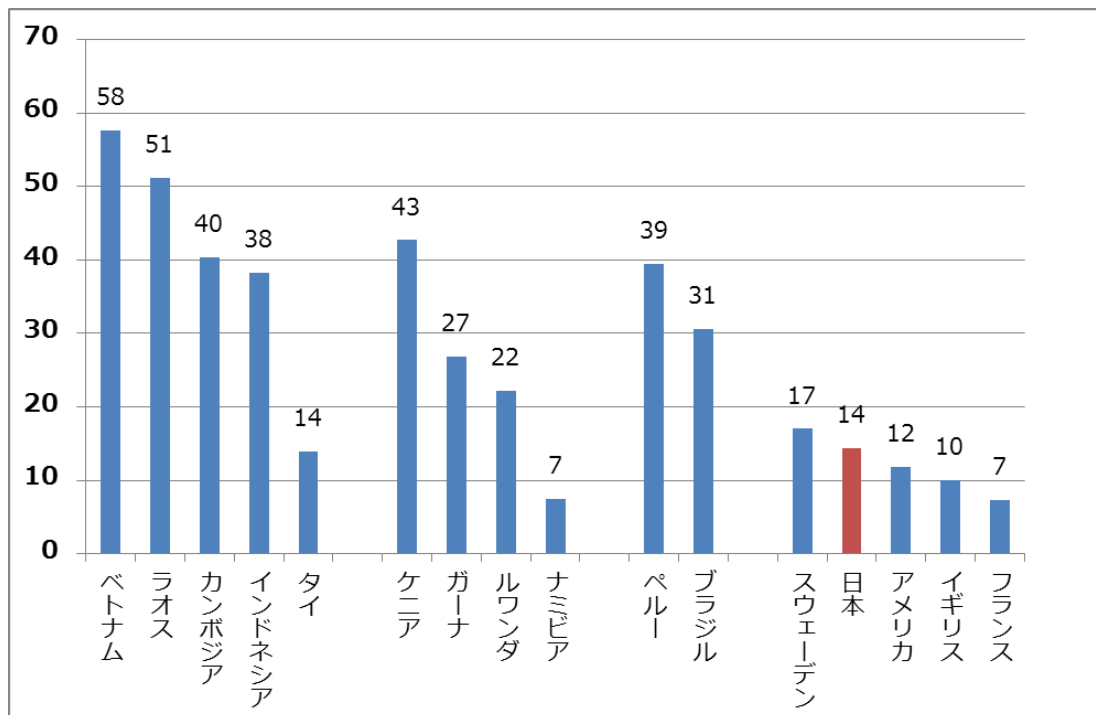
6. 医療

グラフ 9. 乳幼児/5歳未満死亡率（2011年）



出所：WB, World Development Indicators 2011

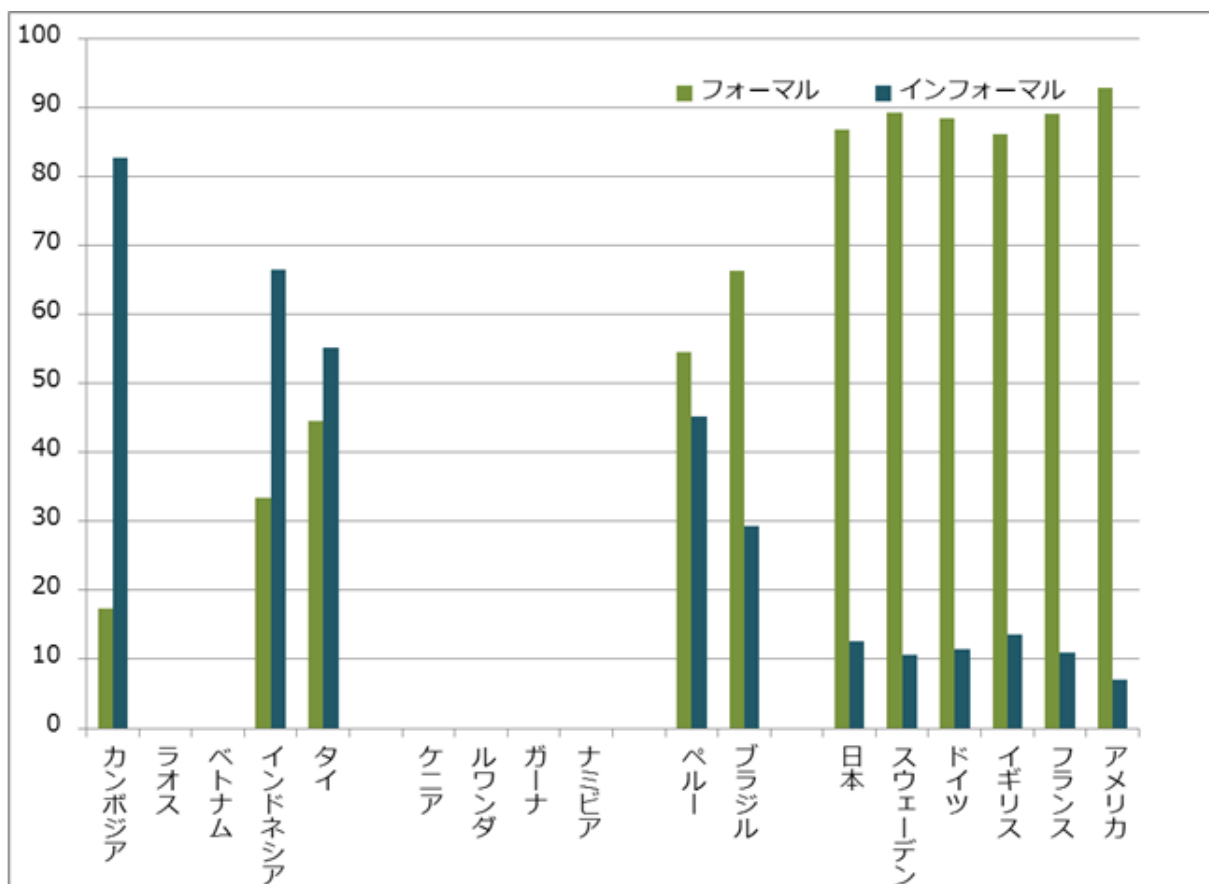
グラフ 10. 保健医療支出に占める患者自己負担の割合（2010年）



出所：WB, World Development Indicators 2011

7. 労働

グラフ 11. フォーマル（Wages and Salaried workers）とインフォーマル（Self-employed）の全労働者に占める割合（2011年）

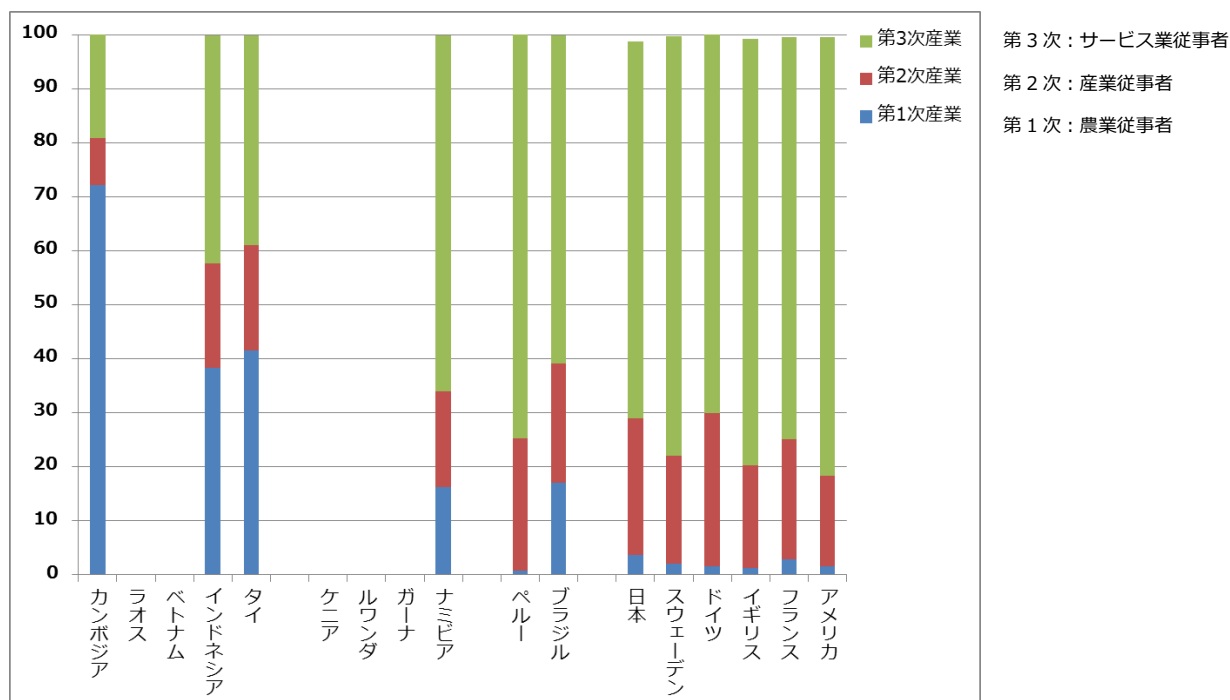


ILOの最近の分析によると貧困率が高いほどインフォーマル雇用数(informal employment)の割合が高い。GDPが上昇するに従って貧困率が下がると、労働者が彼らの法的権利や社会保障について認識するようになり、給付確保に繋がる。分析した46カ国の中でインフォーマル雇用が多いのは、インド、ブラジル、メキシコ、ベトナム、パキスタンで、46カ国の全インフォーマル部門労働者の4分の3を占める。また、インフォーマル雇用のうち、女性の方が非農業分野で男性よりも多い¹²²。

出所：WB, World Development Indicators 2011

¹²² ILO (2011) Statistical update on employment in the informal economy

グラフ 12. 産業構造：業種別従事者数(%) (2009 年)

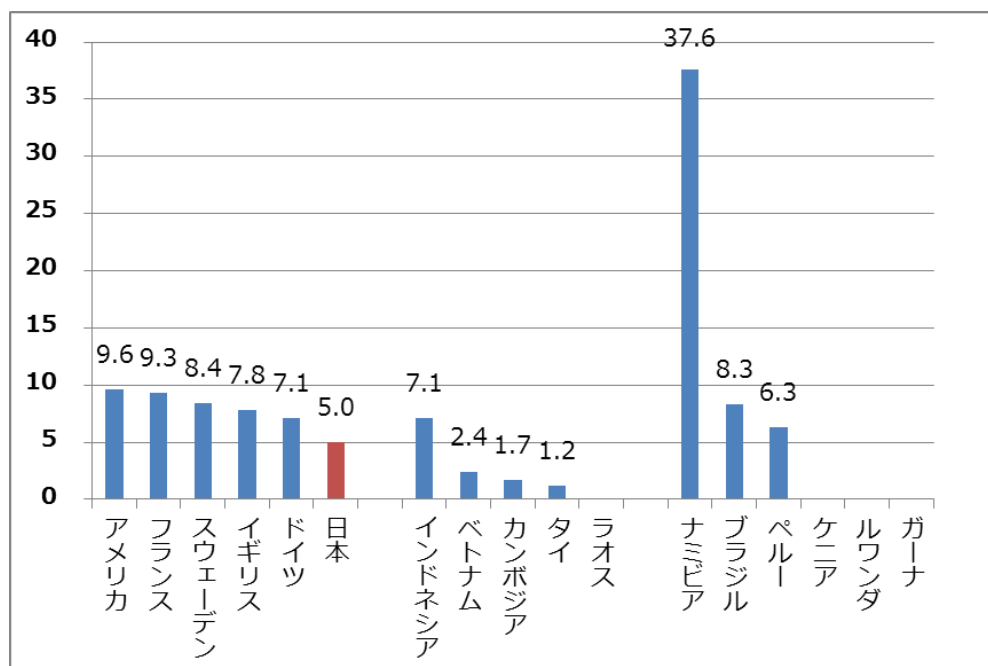


一般的に先進国では農業従事者が少ない（ペルー例外）。低・中所得国ほど農業従事者が多く、アジアでは特に農業従事者が多い。

*ただし、ペルー・カンボジアは2008年のデータ

出所：WB, World Development Indicators 2011

グラフ 13. 失業率

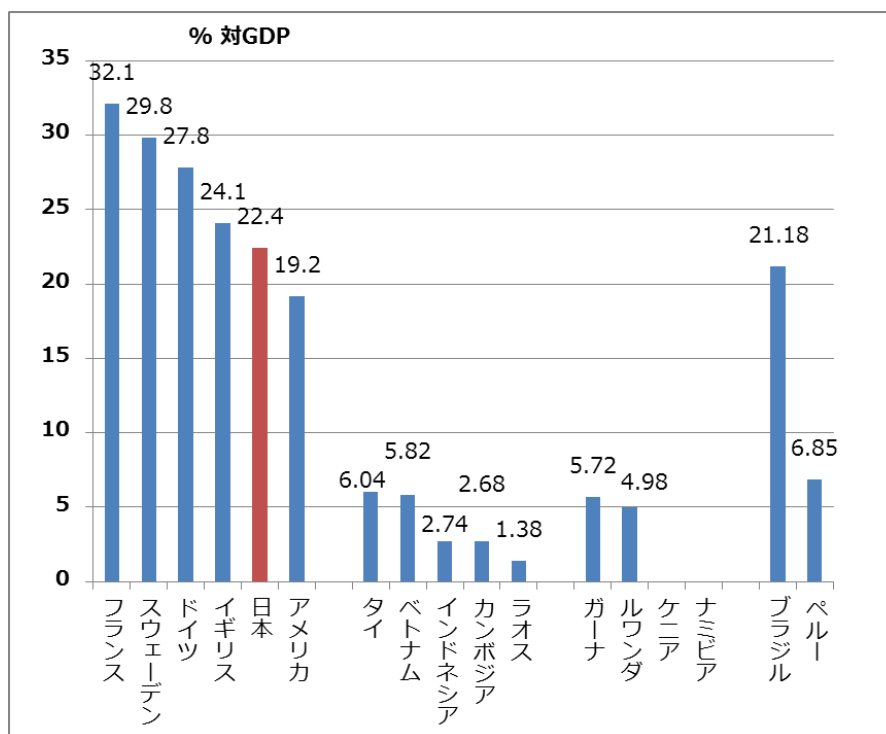


*ただし、先進国:2010年、タイ・ペルー:2009年、カンボジア・ナミビア・ベトナム:2008年データ

出所：WB, World Development Indicators 2011

8. 社会保障制度

グラフ 14. 社会保障費対 GDP



* OECD による社会保障費の定義は以下の通り。

The main social policy areas are as follows: Old age, Survivors, Incapacity-related benefits, Health, Family, Active labour market programmes, Unemployment, Housing, and Other social policy areas

* ADB による社会保障費の定義は以下の通り。

Government Expenditure on Health: Consists of expenditure by government to provide medical products, appliances, and equipment; outpatient services; hospital services; public health services; among others.

Government Expenditure on Social Security and Welfare: Consists of expenditure by government to provide benefits in cash or in kind to persons who are sick, fully or partially disabled, of old age, survivors, or unemployed, among others.

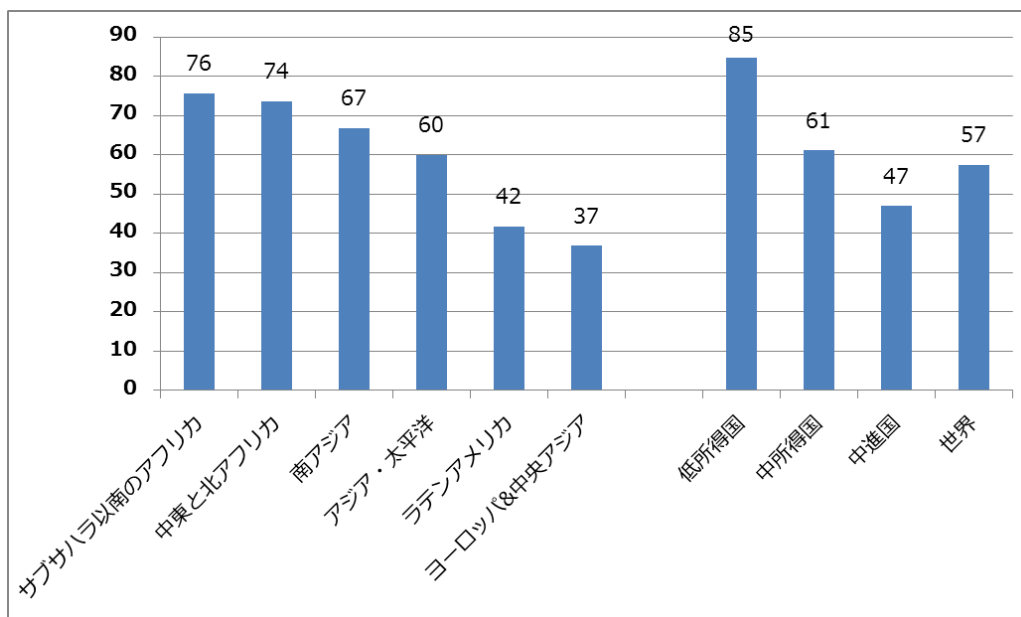
出所

* 先進国 : OECD Social Expenditure % of GDP (2012), OECD Social Expenditure Database

* 低・中所得国 : Public social security expenditure (including health) as % of GDP, ADB (2010) Key Indicators for Asia and the Pacific (ラオス ILO Social Security inquiry 2005, ベトナム IMF 2010, タイ IMF 2009, ルワンダ ILO Social Security Inquiry 2005, ガーナ ILO Social Security Inquiry 2004, ペルー ECLAC 2010, ブラジル ECLAC 2009)

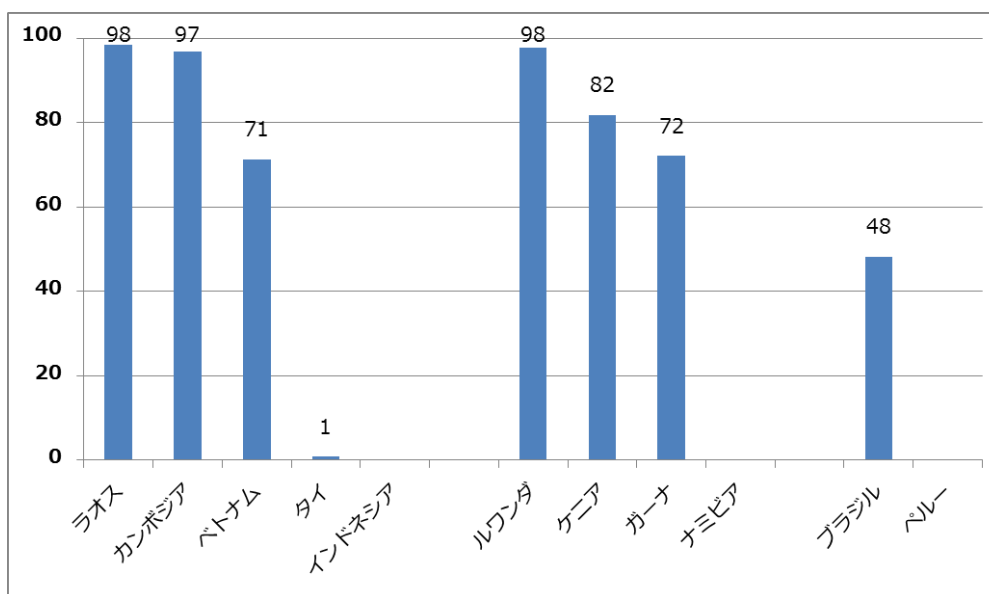
* ECLAC: Data Base of Social, Economic and Environmental Indicators for Latin America and the Caribbean

グラフ 15. 社会保障によりカバーされていない人口の割合 (地域別及び所得分類)
(2005~2010年)



出所：WB, ASPIRE (Atlas of Social Protection, Indicators of Resilience and Equity)

グラフ 16. 社会保障によりカバーされていない人口の割合 (国別)



*ブラジル・タイ：2009年、カンボジア・ラオス：2008年、ベトナム：2006年、ケニア・ルワンダ・ガーナ：2005年
出所：WB, ASPIRE

付録 4. 社会保障制度の国際基準

ILO 社会保障（最低基準）条約（第 102 号、1952 年）と 各国の必要不可欠な社会保障に関する勧告（第 202 号、2012 年）

ILO は、社会保障制度に関する基準として、社会保障の最低基準に関する 102 号条約、所得保障に関する勧告第 67 号、医療保障に関する勧告第 69 号、各国の必要不可欠な社会保障 (Social Protection Floor) に関する勧告第 202 号を制定している。付録 2 では、社会保障の最低基準に関する 102 号条約と各国の必要不可欠な社会保障に関する勧告第 202 号について見ていく。

第 102 号条約は、老齢、疾病、医療、遺族、障害、失業、家族、母性、労働災害の 9 つの社会保障制度を掲げ、3 つ以上の制度で条件を満たせばこの条約を批准できる。実際に批准しているのは、世界中で 47 カ国にすぎない（2013 年 3 月時点）。アジアでは日本のみが、アフリカでは 5 カ国、南アメリカでも 9 カ国が批准している。中東¹²³には批准国はない。

必要不可欠な社会保障に関する新基準である第 202 号勧告は、ILO 加盟国に対し必要不可欠な保健医療及び給付並びに基礎的な所得保障制度を構築するよう勧告している。具体的には、全ての国民を対象とした医療保障、子どもへの所得保障、高齢者への所得保障、障害者への所得保障、の 4 つの制度である。すべての人々に社会保障の権利を認め、その最低限の水準を実現するとともに、より高い社会保障水準へと制度を拡充することを加盟国への指針として定めている。

[第 102 号条約概要]

第 102 号条約は社会保障制度の最低基準を 15 部 87 条にわたり、給付の種類別にきめたもの。各部の詳細は以下の通り。日本は第 3～6 部を受諾している。この条約以降、[1964 年の業務災害給付条約（第 121 号）](#)、[1967 年の障害、老齢及び遺族給付条約（第 128 号）](#)、[1969 年の医療及び疾病給付条約（第 130 号）](#) が採択されている。日本はより基準が高い第 121 号条約を批准したことにより、この条約の第 6 部は現在適用されていない。

部	部名	規定内容
第 1 部	一般規定	条約中に使われている言葉の定義、批准の方法その他
第 2 部	医療給付	その保護を受ける者の範囲（全被用者の 50%以上の者とその妻子、全住民の 20%以上の経済的稼働人口とその妻子、全住民の 50%以上の者、例外的として従業員 20 名以上を使用する事業場における全被用者の 50%以上の者とその妻子のいずれかとする）、給付の種類（診療・薬剤・入院・分娩介護・産前産後の手当など）、給付の期間（原則として事故の全期間、ただし病的状態について 26 週に制限することができる）その他
第 3 部	疾病給付	保護を受ける者の範囲・給付の期間（期間については 3 日の待期をきめているほか、範囲・期間共に第 2 部の規定とほぼ同じ

¹²³ 「中東」の定義は日本と欧米諸国では異なる。ここでは JICA の以下のホームページを参照している。

<http://www.jica.go.jp/seikatsu/mideast.html>

		である) その他
第 4 部	失業給付	適用範囲、資格期間、給付期間（被用者を対象とする場合には 1 年中の 13 週、全住民を対象とする制度では 1 年中の 26 週に制限し、7 日の待期など
第 5 部	老齢給付	適用範囲、資格期間、給付開始年齢など
第 6 部	業務災害給付	既述の各部と同じ事項
第 7 部	家族給付	所定の子に対する給付。他の各部と同様の規定
第 8 部	母性給付	
第 9 部	廃疾給付	年金給付の支給、その他
第 10 部	遺族給付	他の各部と同様の規定
第 11 部	定期的支払金の算出方法	標準受給者に対する定期的支払金の算出基準を附表に示しているが、例えば、失業給付は所定の基本所得の 45%
第 12 部	内外人均等待遇の規定	
第 13 部	各給付の共通規定	給付の停止規定・救済規定・給付の財源・その他
第 14 部	雑則	
第 15 部	最終規定	批准に関する規定など

[第 202 号勧告概要]

十分な水準の社会保障が提供されているのは、世界人口の 5 人に 1 人に過ぎない現状に鑑み、必要不可欠な保健医療及び給付並びに基礎的な所得保障を全ての人々に提供することを求める勧告。「必要不可欠な社会保障」を「貧困、脆弱性、社会的排除の予防または緩和を旨とした保護を確保するような基礎的な社会保障を保証するもの」の集合として、具体的な定義は各国に委ねている。

各国は国の資金を財源とするこの必要不可欠な社会保障を自国の社会保障制度の基本的な要素として、そして自国の社会・経済・環境開発計画の一部として確立するよう奨励されている。その上で、効果的な社会対話と社会参加を通じた国民協議をもとに、社会保障拡大戦略を策定・実施するよう求められている。財政力・経済力が不十分な国については、自国の取り組みを補足する国際協力・支援を求めることが提案されている。また、フォーマル経済に従事する人のみならずインフォーマル経済に従事する人たちも社会保障の恩恵を受けべきと明記することによって、勧告はフォーマルな就業形態の成長を支え、インフォーマル性を減らすことに力を注ぐよう求めている。

参考文献

- ILO 駐日事務所、1952 年の社会保障（最低基準）条約（第 102 号）
http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/standards/st_c102.htm
- ILO ウェブサイト、第 102 号批准国リスト
<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/ratifce.pl?C102>
- ILO 駐日事務所、第 202 号勧告
http://www.ilo.org/public/japanese/region/asro/tokyo/standards/st_r202.htm
- 第 102 条約の批准国リスト
<http://webfusion.ilo.org/public/applis/appl-byconv.cfm?conv=C102&hdroff=1&lang=EN>

付録 5. 社会保障の語源と日本・各国における定義

1. 社会保障の語源

日本では、社会保障の英訳はSocial Security が一般的に使われてきた。社会保障 (social security)は新しい言葉で、世界恐慌後の1935年のアメリカにおいて、失業や老齢、疾病、児童等の保障制度に関する法律 (Social Security Act) の制定過程において「社会保険 social insurance」と「経済保障 economic security」という言葉の合成語として誕生した。日本では、このsocial security を和訳したものが、第2次大戦後の日本で使われるようになった。この場合の「security」とはラテン語のse-curusを語源にしており、seは「解放」を、curusは「不安」を意味している。つまり、元来、不安からの解放、危険や脅威のない平静な状態を意味している言葉である。「つまり、社会保障 (social security)とは、「社会的な(または社会的な原因から生じる)心配や不安のない状態を実現させるもの」と言い換えることができる。一方、日本語の「保障」には、小城を意味する「保」と、砦を意味する「障」の字から構成されており、「ささえ防ぐこと、障害のないように保つこと」等の意味がある。英語のSocial Securityも、日本語の社会保障も、言葉の上からは、社会的な仕組みにより危険から守ること、という意味になる。

2. 日本における社会保障制度の定義と範囲

日本の法令において、「社会保障」という言葉は、1946 (昭和 21) 年 11 月公布の日本国憲法第 25 条で初めて明らかにされた。これがより具体的に示され、社会保障制度の目的が明らかにされたのが、1950 年の社会保障制度審議会勧告である。これらが現時点におけるわが国の社会保障概念の基本となっている。

BOX.4-1. 現時点における我が国の社会保障概念の基本

(1) 日本国憲法第 25 条

(第 1 項) すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

(第 2 項) 国は、すべての生活部面において、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。

憲法第 25 条は、国民の生存権と、それを確保するための国の責務を定めたもの。この条文では、社会保障、社会福祉、公衆衛生の 3 つが並列的に規定されているが、今日では社会保障は、社会福祉、公衆衛生をも含めたもっと広い意味でとらえている。

(2) 社会保障制度に関する勧告 (昭和 25 年 社会保障制度審議会)

いわゆる社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法または直接公の負担において経済的保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすることをいう。

このような生活保障の責任は国家にある。国家はこれに対する総合的企画をたて、これを政府及び公共団体を通じて民主的能率的に実施しなければならない。この制度は、もちろん、

すべての国民を対象とし、公平と機会均等とを原則としなくてはならぬ。またこれは健康と文化的な生活水準を維持する程度のものたらしめなければならない。そうして一方国家がこういう責任をとる以上は、他方国民もまたこれに応じ、社会連帯の精神に立って、それぞれその能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果たさなければならない。

3. 各国における定義

各国における社会保障の定義(対象者の範囲や実施方法など)にはかなりの相違がみられる。

アメリカ

社会保障 (Social Security) は年金等の所得保障の意味で使われることが多い。狭義には年金保険を指し、広義には社会保険、公的扶助を指す。我が国でいう福祉サービスはHuman Servicesと呼ばれ、福祉 (Welfare) は、資産調査付きの租税財源によるサービス、特に母子世帯を対象にした貧困家庭一時扶助を指して用いられることが多い。

代表的な社会保障制度として、大部分の有業者に適用される老齢・遺族・障害年金のほか、高齢者等の医療を保障するメディケアや低所得者に医療扶助を行うメディケイドといった公的扶助制度がある。

イギリス

社会保障 (Social Security) とは、年金や児童手当のような所得保障を意味する。我が国でいう社会保障に近い用語としては、社会政策 (Social Policy) 又は社会サービス (Social Services) が用いられている。Social Policy又はSocial Servicesという用語は、所得保障や医療及び対人福祉サービスを含む概念である。さらに住宅政策や教育、雇用も含んだ概念で使われている。社会保険制度は、年金、雇用関連給付も含めた全国民を対象とした制度に一元化されており、医療については、税金を財源とする国営の国民保健サービスとして全国民に原則無料で提供される。

フランス

社会保障 (Securite Sociale) は、疾病保険や老齢保障等の社会保険を指している。社会保険に加えて、社会扶助 (老齢・障害・疾病等の事由について現金給付を行うもので、所得制限がある)、社会事業 (所得制限がないその他の社会福祉活動) 及び自立最低所得保障制度を総合して社会保障 (Protection Social) と呼んでいる。

社会保険制度は、保険料によって賄われる制度であり、疾病保険、老齢保険、家族手当等に分かれている。

ドイツ

社会保障 (Soziale Sicherheit) は、社会保険、社会補償 (戦争犠牲者援護等) 及び社会的援助・助長 (社会扶助や修学援助等) を含む概念となっている。ただし、社会福祉という用語 (Soziale Wohlfahrt) はあまり用いられない

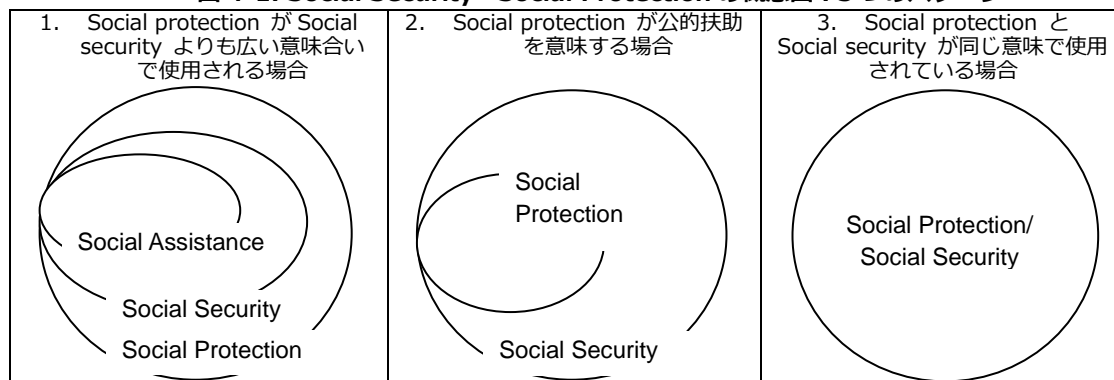
社会保障制度は、年金保険、医療保険、介護保険、労働災害保険及び失業保険の5つの社会保険と児童手当、社会扶助などから成り立っている。

4. Social Security と Social Protection の使われ方

ILOの報告書によると、Social Security と Social Protection の使われ方には大きく2

つあり、1つ目はSocial ProtectionがSocial Securityよりも広義・包括的なものとして使用される場合、2つ目はSocial Protectionがもっと狭い意味で使用され、最貧困層や脆弱層、社会的排除の対象となっている人々に対応する制度に限定している場合である。また、Social Security とSocial Protection がほぼ同義で用いられる場合も見られる。

図 4-1. Social Security ・ Social Protection の概念図 : 3 つのパターン



社会保障分野の主要ドナーであるILO、世界銀行、ADBの定義については付録4を参照されたい。

参考文献

- 厚生労働省白書平成 11 年度版「言葉の起源」 「資料 3 社会保障の範囲について」
<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199901/b0011.html>
- ILO ウェブサイト 歴史の中の ILO
<http://www.ilo.org/global/publications/magazines-and-journals/world-of-work-magazine/lang--en/index.htm> 2012 年 3 月 5 日アクセス
- 社会保険庁 社会保険テキスト 平成 21 年度版 <http://www.sia.go.jp/infom/text/>
- 厚生労働省社会労働調査室 片山信子(2008), 「社会保障財政の国際比較」, レファレンス 平成 20 年 10 月号、国立国会図書館調査及び立法考査局
http://www.ndl.go.jp/jp/data/publication/refer/200810_693/069304.pdf

付録 6. 社会保障関連用語などのまとめ：世界銀行、ADB、ILO の比較

		世界銀行(World Bank)	アジア開発銀行(ADB)	国際労働機構 (ILO)
Social Protection (SP)	定義	個人や社会のリスクや不安定さの管理並びに貧困からの保護という目的に対し、回復力・公正・機会の改善を図ることでその目的を達成しようとするシステム、政策、プログラム。制度には、社会保険、社会扶助、雇用関連として職業訓練や労働基準の改善などを含む(WB, 2012, p96)	効率的な労働市場の推進、人々のリスクへのエクスポージャーの削減、人々が収入減や危機から自らを守る能力を伸ばすことで貧困や脆弱性を削減することを目指した一連の政策やプログラム (ADB, 2001, p655)	個人・家計・コミュニティを、それぞれのレベルでは対処できない程度のリスクや剥奪（極端な貧困、不健康、非識字など）から保護するため、社会によって取られる一連の公的・民間的な措置。公的扶助や社会保険などの社会保障制度や、法的な制度はない家族同士や地域のメンバーにより提供される保護も含まれる(ILO 2010, p13)
	含まれる活動	セーフティネット、社会保険、労働市場政策、社会基金、その他の社会サービス (Ibid.)。	5 分野で支援を行っている。①労働市場、②社会保険、③Social Assistance, ④ミクロ・地域ベーススキーム、⑤子どもの保護 (Ibid.) WB より狭義。	法的拘束力があるものや民間財政のものを含む点で、Social Security よりより広い概念と位置づけている(Ibid.)。ILO の Social Protection Sector には、Social Security Dept. と並列して、Labour Protection Dept. が含まれる。
	同義語		Social Safety Net (単数形), Social Security (Ibid.)	
Social Security (SS)	定義		先進国の包括的なメカニズムを指す際に用いられ、コミュニティやミクロレベルでのスキームといった新しい概念には当てはまりにくい (Ibid.)	a)疾病、障害、妊娠、労災、失業、老齢、家族の死亡による所得の欠如、b)医療サービスへのアクセスの欠如、c)家族の支援、特に子供や扶養家族に対する支援の欠如から貧困や社会的排除を保護するための、現金あるいは現金給付を伴う制度(ILO 2010 pp14)
	含まれる活動	老齢年金、障害年金、失業保険など (WB, 2012, XIII)		拠出制の健康保険、年金、失業保険とともに、無拠出の税財政による社会手当 (social assistance) も含まれる(Ibid.)
	同義語		Social Safety Net (単数形), Social Protection (Ibid.)	
Social Safety Nets (SSNs)	定義	貧困層・脆弱者層をターゲットとする無拠出制の給付プログラム(WB, 2008a, p514)	(単数形) 広義にも狭義にも捉えられる曖昧な表現 (Ibid.)	* SSNs は SA の一部とするが、両者の違いを明らかにする明確な定義は挙げられていない (Paitoonpong, Abe, Puopongsakorn, 2008, p. 470)
	含まれる活動/アプロー	<ul style="list-style-type: none"> ● 現金支給、子ども手当など ● 食糧配給、学校給食など 		

	チ	<ul style="list-style-type: none"> ● 公共インフラ事業 ● 条件付き現金給付 ● 医療費や教育費の免除など (WB, 2008a, Chapter 7) 		
	同義語	Social Assistance (欧州ターム), Social Welfare (米国ターム) (WB, 2008a, p514)	Social Protection, Social Security (Ibid.)	
Social Assistance (SA)	定義		最も脆弱な個人、家庭、コミュニティの最低生活水準達成及び生活水準向上支援を目的としたプログラム。公的財源から出される現金又は物で支給される手当。通常、資力若しくは収入調査を基に支給される (ADB, 2001, p257)	ニーズのある一般市民、特に高齢者、疾病・傷病者、失業者などに対し政府が支給する補助。特徴としては、(i) 無拠出であること、(ii) 政府が全負担していること、(iii) 補助の対象は所得や資産によって判断される、といったことが挙げられる (Paitoonpong, Abe, Puopongsakorn, 2008, p. 471)。
	含まれる活動/ アプローチ	現金給付や学校給食、食糧支援など (WB, 2012, XIII)	<ul style="list-style-type: none"> ● 食料品への補助金 ● 公共住宅 ● 医療費の免除など ● 公共インフラ事業 ● 現金支給 ● 小規模融資 ● 家庭介護サービス ● 移動式医療・教育サービス (ADB, 2001, pp293-295) 	* 具体的な例は挙げられていないが、貧困削減方策から成る、と述べられている (Ibid.)。
	同義語	Social Safety Net		Social Welfare, Social Work (Ibid.)
用語同士の関係 (References の情報を基に表作成者が作成)		<p>SSNs (= Social Assistance or Welfare)</p> <p>Social Protection</p>	<p>Social Assistance</p> <p>Social Protection (= Social Safety Net or Social Security)</p>	<p>SSNs</p> <p>Social Assistance</p> <p>Social Security</p> <p>Social Protection</p>

付録 7. 社会保障と人権

社会保障は、基本的人権として以下の国際人権憲章で保障されている。

- 世界人権宣言（第22条と25条）
- 経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約（第9条と11条）
- 児童の権利に関する条約（第26条と27条）
- 障害者の権利に関する条約（第19条と28条）
- すべての移民労働者及びその家族の構成員の権利の保護に関する条約（第27条）

表 4-5. 社会保障へのアクセスが人権の 1 つであると謳っている世界的文書

Authority	Social Security	Adequate living standard
世界人権宣言 Universal Declaration of Human Rights (1948)	第二十二条 すべて人は、社会の一員として、社会 保障を受ける権利を有し、かつ、国家 的努力及び国際的協力により、また、 各国の組織及び資源に応じて、自己の 尊厳と自己の人格の自由な発展とに欠 くことのできない経済的、社会的及び 文化的権利を実現する権利を有する	第二十五条 1.すべて人は、衣食住、医療及び必要な社 会的施設等により、自己及び家族の健康及 び福祉に十分な生活水準を保持する権利並 びに失業、疾病、心身障害、配偶者の死亡、 老齢その他不可抗力による生活不能の場合 は、保障を受ける権利を有する。 2.母と子とは、特別の保護及び援助を受け る権利を有する。すべての児童は、嫡出で あると否とを問わず、同じ社会保障を受け る。
経済的、社会的及び文 化的権利に関する国際 規約 (1966- came into force 1976) International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights	第九条 この規約の締約国は、社会保険その他 の社会保障についてのすべての者の権 利を認める。	第十一条 1.この規約の締約国は、自己及びその家族 のための相当な食糧、衣類及び住居を内容 とする相当な生活水準についての並びに生 活条件の不断の改善についてのすべての者 の権利を認める。締約国は、この権利の実 現を確保するために適当な措置をとり、こ のためには、自由な合意に基づく国際協力 が極めて重要であることを認める。 2. この規約の締約国は、すべての者が飢餓 から免れる基本的な権利を有することを認 め、個々に及び国際協力を通じて、次の目 的のため、具体的な計画その他の必要な措 置をとる。 (a)技術的及び科学的知識を十分に利用す ることにより、栄養に関する原則について の知識を普及させることにより並びに天然 資源の最も効果的な開発及び利用を達成す るよう農地制度を発展させ又は改革する ことにより、食糧の生産、保存及び分配の 方法を改善すること。 (b)食糧の輸入国及び輸出国の双方の問題 に考慮を払い、需要との関連において世界 の食糧の供給の衡平な分配を確保する。

<p>児童の権利に関する条約(1989) Convention on the Rights of the Child</p>	<p>第 26 条</p> <p>1 締約国は、すべての児童が社会保険その他の社会保障からの給付を受ける権利を認めるものとし、自国の国内法に従い、この権利の完全な実現を達成するための必要な措置をとる。</p> <p>2 1 の給付は、適当な場合には、児童及びその扶養について責任を有する者の資力及び事情並びに児童によって又は児童に代わって行われる給付の申請に関する他のすべての事項を考慮して、与えられるものとする。</p>	<p>第 27 条</p> <p>1.締約国は、児童の身体的、精神的、道徳的及び社会的な発達のための相当な生活水準についてのすべての児童の権利を認める。</p> <p>2.父母又は児童について責任を有する他の者は、自己の能力及び資力の範囲内で、児童の発達に必要な生活条件を確保することについての第一義的な責任を有する。</p> <p>3.締約国は、国内事情に従い、かつ、その能力の範囲内で、1 の権利の実現のため、父母及び児童について責任を有する他の者を援助するための適当な措置をとるものとし、また、必要な場合には、特に栄養、衣類及び住居に関して、物的援助及び支援計画を提供する。</p> <p>4.締約国は、父母又は児童について金銭上の責任を有する他の者から、児童の扶養料を自国内で及び外国から、回収することを確保するためのすべての適当な措置をとる。特に、児童について金銭上の責任を有する者が児童と異なる国に居住している場合には、締約国は、国際協定への加入又は国際協定の締結及び他の適当な取決めの作成を促進する。</p>
<p>障害者の権利に関する条約</p>	<p>第 28 条 相当な生活水準及び社会的な保障</p> <p>1.締約国は、障害者及びその家族の相当な生活水準（相当な食糧、衣類及び住居を含む。）についての障害者の権利並びに生活条件の不断の改善についての障害者の権利を認めるものとし、障害を理由とする差別なしにこの権利を実現することを保障し、及び促進するための適当な措置をとる。</p> <p>2.締約国は、社会的な保障についての障害者の権利及び障害を理由とする差別なしにこの権利を享受することについての障害者の権利を認めるものとし、この権利の実現を保障し、及び促進するための適当な措置をとる。この措置には、次の措置を含む。 1.障害者が清浄な水のサービスを平等に利用することを確保し、及び障害者が障害に関連するニーズに係る適当かつ利用可能なサービス、装置その他の援助を利用することを確保するための措置</p>	<p>第 19 条 自立した生活及び地域社会に受け入れられること</p> <p>この条約の締約国は、すべての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に受け入れられ、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる。この措置には、次のことを確保することによるものを含む。</p> <p>1.障害者が、他の者と平等に、居住地を選択し、及びどこで誰と生活するかを選択する機会を有すること並びに特定の居住施設で生活する義務を負わないこと。</p> <p>2.地域社会における生活及び地域社会への受入れを支援し、並びに地域社会からの孤立及び隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスその他の地域社会支援サービス（人的支援を含む。）を障害者が利用することができること。</p> <p>3.一般住民向けの地域社会サービス及び施設が、障害者にとって他の者と平等に利用可能であり、かつ、障害者のニーズに対応していること。</p>

	<p>2.障害者（特に、障害のある女子及び高齢者）が社会的な保障及び貧困削減に関する計画を利用することを確保するための措置</p> <p>3.貧困の状況において生活している障害者及びその家族が障害に関連する費用を伴った国の援助（適当な研修、カウンセリング、財政的援助及び休息介護を含む。）を利用することを確保するための措置</p> <p>4.障害者が公営住宅計画を利用することを確保するための措置</p> <p>5.障害者が退職に伴う給付及び計画を平等に利用することを確保するための措置</p>	
<p>すべての移民労働者及びその家族の構成員の権利の保護に関する条約</p> <p>Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families</p>	<p>第 27 条</p> <p>1.社会保障について、移住労働者とその家族は、就業国で適用される法律及び二国間ないし多国間条約の規定する要件を満たすときは、就業国の国民に認められているものと等しい処遇を受けけるものとする。出身国と就業国の所管官庁は、本項の適用方式を決定するためにいつでも必要な取り決めを行うことができる。</p> <p>2.国内法により、移住労働者とその家族に対する給付が認められていないときは、その国は、同様の地位にある国民に認められている処遇を基礎にして、その者の行った抛出相当額を償還する可能性を検討しなければならない。</p>	

出典

ILO 2007 ISSUES IN SOCIAL PROTECTION Discussion Paper 18から抜粋して和訳を付加した。

<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/1595sp1.pdf>

世界人権宣言の和訳：国際連合広報センター

http://www.unic.or.jp/information/universal_declaration_of_human_rights_japanese/

経済的、社会的、文化的権利に関する国際規約：外務省ホームページ

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/kiyaku/2b_004.html

児童に関する条約 <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/jido/zenbun.html>

障害者に関する条約 <http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/rights/adhoc8/convention.html#article17>

すべての移民労働者及びその家族の構成員の権利の保護に関する条約

<http://homepage3.nifty.com/musubime/document/lawdoc/migrant.htm>

付録 8. 我が国の社会保障制度の概要

現行の日本の社会保障制度は、「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」と規定する日本国憲法第 25 条のいわゆる生存権を法的根拠として成り立っている。また日本国憲法第 25 条 2 項は、「国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない」として、社会保障制度及び社会福祉制度の実施義務を明確にしている。したがって、原則として現行の社会保障、社会福祉制度は、第二次世界大戦後に形成された制度が中心となる。ただし、年金制度と医療保険は、法的根拠は第二次世界大戦後の日本国憲法に依拠しながらも、戦前からの連続性を踏まえつつ 1961 年の国民皆保険の成立までを一連の流れとして把握することができる。

1. 医療保障分野

① 歴史的背景

現在の健康保険制度（政府管掌健康保険・組合管掌健康保険）は 1927 年に全面施行された健康保険法（1922 年公布）にその起源をみることができるが、さらに健康保険制度の原形となるのは、1905 年に実施された鉱業法などにみられる労災的な制度である。業務上炭坑などの労働者の健康及び生活の保障を目的としてドイツの鉱山で採用されていた制度を模して導入された。

健康保険法は労災とは異なり、業務上、業務外を問わず、被用者の健康を保障するための制度として構築された。当初の制度設計は、10 人以上の従業員を有する事業所を対象とし、支払方式は定額・人頭払い方式が採用されており、こうした点は、現在の途上国の採用している方式に類似点が多い。

1938 年には農村部も含めた全国的な医療保障体制の確立に向け、国民健康保険法が制定された。国民の体格と身体能力を保持・向上することを目的として「健民健兵」といったスローガンのもと、国民の健康維持という側面以上に、軍事的な目的をもった政策として厚生行政が飛躍的に発展した。国民皆保険という言葉が生まれたのもこの時期であり、もとは「国民皆兵」からとられた言葉である。また戦時中の 1941 年には貧窮者向けの医療保護法が制定された。

第二次世界大戦後の混乱を抜け出すと、朝鮮戦争による特需景気を経て、日本は高度経済成長期に入る。こうした中で、財政的にも成長期に入った日本は、いよいよ現実味を帯びた政策として国民皆保険を推進していく。1958 年には、すべての市町村が国民健康保険組合を設立することを義務づけるため国民健康保険法が改正され、1961 年、ついに国民皆保険を達成した。

その後、革新自治体における独自の老人医療費支給制度の発展をうけ、1973 年には老人福祉法による老人医療費の無料化が実施された（その後、無料化は廃止）他、1983 年には老人保健法、2000 年には介護保険制度が、2008 年からは老人保健法に代わり後期高齢者医療制度が施行された。高齢化社会に向けた取り組みとして、整備されてきたこれらの制度であるが、さらなる高齢化に対応するため、介護保険法の改正が行われた他、現在は新しい高齢者医療制度の創設が検討されている。

② 制度面の特徴

日本の医療保障制度のもっとも大きな特徴は、国民皆保険とフリーアクセスによる医療保障

である¹²⁴。すべての国民がなんらかの医療保険制度もしくは税を財源とした公的扶助制度により医療サービスの利用を保障されており、また、すべての国民は原則として全国どこにいても、またいずれの保険制度に加入していても、自らの選択した医療機関のサービスにアクセスすることが保障されている（フリーアクセス）。

途上国においては、国民皆保険とフリーアクセスの実現は、一種の理想型となっているが、こうした重要な側面を日本の医療保障制度はともに備えている。

日本の医療保険制度のもう一つの側面は、多種多様な保険者の存在である。日本の医療保険制度は、国民健康保険制度、健康保険制度、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済に分けられるが、健康保険はさらに協会けんぽ（全国健康保険協会）と組合管掌に分類される。諸外国においても保険者がこのようなカテゴリー別に分かれていることはあるが、例えば健康保険組合は、約 1,500 の組合で形成されている他、国民健康保険は全国約 2,000 団体の保険者によって構成されるなど、実際の保険者数は非常に多い。

こうした保険者の数の多さとフリーアクセスにより、医療費の支払業務は非常に複雑なプロセスを形成している。また診療報酬の審査支払は、経済性、あるいは統計に着眼した審査ではなく、原則として個々のレセプトを審査する方式を採るなど、きわめて業務量の多い仕組みを採用しているが、遅延なく決済を行うなど、効率的に運営しているのが特徴である。

最後のポイントは、市町村をベースとした医療保険制度の構築についてである。日本の医療保険制度が国民皆保険を実現しているのは、市町村を保険者とした医療保険制度を構築し、職域保険ではカバーできない層に対応しているためである。こうした地域を基盤としながらも全国統一的な枠組みの中で運営している医療保険は、国民健康保険制度以外には、世界に類をみない制度であり、途上国における国民皆保険の到達においても重要な知見を提供するだろう。

2. 年金分野

① 歴史的背景

公務員や軍人への恩給制度は 1923 年に誕生しているが、いわゆる民間労働者向けの年金制度の誕生は、1942 年の労働者年金保険法の施行を待たねばならない。大戦中に整備されたこの制度は、戦争に向けた国民統合の意味も多分に含んだ制度であった。また、この段階では満期給付対象者が存在しないため、拠出金だけが集積し、支出がない状態となることから、軍費調達や、軍需インフレの抑制の狙いがあったともいわれる。

第二次世界大戦後、1954 年には、定額部分と報酬比例部分を含む給付設計が採用され、現在の年金制度の基礎部分が形成される。その後、部分年金者に対応するための老齢福祉年金の創設（1959 年）を経て、1961 年には、国民年金の創設により、企業労働者以外を包括した国民皆年金を達成する。

以来、1985 年に従来の厚生年金や共済年金の定額部分を基礎年金とした二階建て制度に改変があった他は大きな改変はないが、近年は、保険料率の引き上げや給付開始年齢の引き上げなどを実施し、高齢社会に向けた対応を行っている。また、国民年金保険料の未払い問題などの発生が、制度に対する信頼を揺るがす社会問題となっており、収納率向上のための取り組みが模索されている。

¹²⁴ なお、医療保険制度はいうまでもなく、医療提供体制のあり方と密接に結びついており、フリーアクセスや国民皆保険を実現している要因として、医療提供体制も議論の範疇に入ってくる。医療提供体制については、JICA の枠組みでは「保健・医療」分野に該当することから、ここでは直接触れないが、医療提供体制も含めた日本の医療保障制度の特徴については、広井良典『日本の社会保障の経験－社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から』（国際協力機構、2004 年）を参照されたい。

② 制度面の特徴

日本の年金制度は、「三階建て」で構成されている。一階部分は、基礎年金（国民年金）であり、すべての年金加入者の年金給付の基本部分となる。保険料は定額である。二階部分は現役世代の勤労者が加入する年金制度であり、厚生年金、国家公務員共済、地方公務員共済、私立学校教職員共済がある。保険料は収入に比例し、受給額も現役時の収入に比例する。三階部分は、いわゆる企業年金と呼ばれるもので、加入は任意となっている。厚生年金基金や税制適格年金などが対象となる。

国民年金について見てみると、財源は、保険料、国庫負担に加え、積立金の運用益である。保険料が全体の約 7 割を占め、国庫負担が約 15%となっている。保険料は、自営業者などの第一号被保険者は、扶養家族（配偶者）の保険料も含め全額被保険者負担となっている。厚生年金の場合は雇用主と被用者（第二号被保険者）の折半となっており、第二号被保険者に扶養されている配偶者（第三号被保険者）は国民年金の保険料を免除される仕組みとなっている。

年金制度は、給付と負担の形式などから、賦課方式と積立方式に分類される。日本の制度設計は、原則として賦課方式を基本に設計されており、現役世代の拠出は、そのまま積み立てられるのではなく、現時点での受給者の給付に充当される仕組みであるが、実際には積立金を保有していることから、両者の折衷的な制度と言える（修正積立方式）。

保険料は、当初は低めに設定され、段階的に引き上げ、最終的に収支が均衡するように設定されており、段階保険料方式と呼ばれる。従来、日本の年金制度は、給付と負担の関係が永久に均衡することを前提に保険料が設定されてきたが（永久均衡方式）、2004 年の改正により有限均衡方式に変更となった。有限均衡方式では、収支の均衡を保持する期間を、現在すでに生まれている世代がおおむね年金受給を終了すると考えられる頃（つまり死亡する頃）までと定めている。また、最終年度には、支払準備金程度の積立金が保有できる水準で均衡させることとしている。財政の均衡状況については、定期的に財政検証を実施し、財政均衡期間を移動させていくことで、将来的な給付と負担の関係を安定化させるように設計されている。

3. 雇用分野

① 歴史的背景

日本の雇用保険は 1947 年に制定された失業保険法にその起源をみることができるが、現行の雇用保険制度は、1974 年の雇用保険法に基づくものである。1974 年の雇用保険法では、給付分野として失業等給付、雇用三事業が設定された。雇用三事業は、雇用改善事業、能力開発事業、雇用福祉事業の三事業をさす。その後、1977 年には、雇用改善事業が、雇用安定事業に改変され、2007 年からは、雇用福祉事業が廃止されたことにより、現行の雇用二事業に再編された。

② 制度面の特徴

雇用保険は、雇用二事業及び失業等給付によって構成されている。雇用二事業には、雇用機会の確保などを目的とした補助金の交付などを含む雇用安定事業と、職業能力向上のための職業訓練事業への助成や、職業能力開発総合大学の運営などを行う能力開発事業がある。

戦後の日本は、欧米諸国に比して失業率が低位で推移してきた経緯もあり、失業等給付の給付額が社会保障給付を圧迫するということは、大きな政策的な課題とならなかったものの、1990 年代後半より、雇用の不安定化を背景に失業等給付は増加を続けており、雇用二事業の実効性も含め、その改善が課題となっている。

4. 社会福祉分野

① 歴史的背景

社会福祉分野は、医療や年金とは異なり、戦前の日本の制度からの連続性は希薄であり、むしろ日本国憲法の中で GHQ による一定の指導の中で形成されたといっていよう。すなわち、ほとんどすべてが日本国憲法の 25 条、いわゆる生存権に依拠し、法律の多くも敗戦直後の 1945 年から 1950 年代半ばに形成されている。

1945 年の旧生活保護法は、素行不良者に対する給付を制限するなど、戦前の旧救護法の影響を残していたが 1950 年に制定された生活保護法により、民主化された現在の生活保護制度が形成されている。この他、1947 年には児童福祉法、1949 年に身体障害者福祉法、1951 年に社会福祉事業法が制定されるなど、GHQ の指導下、次々と社会福祉関連法の整備が進められた。

社会保険制度の拡充により、一部の施策は、社会福祉制度化され（例えば、介護保険の創設による高齢者福祉事業の減少）社会福祉制度の役割は徐々に変化しつつあるが、低所得者対策や、障害者福祉など引き続き社会保障制度全体の根幹を支える役割を担っている。

② 制度面の特徴

社会サービスという観点からみると、日本の社会福祉制度は量的に十分に発達したとはいえない。1980 年代に「日本型福祉社会」と言われたように、日本は地域の紐帯や家族の機能が一定程度機能している社会の上に、社会福祉制度を構築してきたのであり、欧米における個人主義的な思想の上に制度が設計されていない。したがって、高齢期にあっても、三世同居は当然のこととして受け入れられ、また子供ができれば女性が家庭に入るという伝統的な慣習を前提に社会福祉制度が検討されてきたという側面もあり、高齢者介護は近年まで必ずしも充実したサービス提供が行われてきたわけではない。また、他方で家族政策（育児・児童・女性の就労支援など）に対する社会保障費の投入額が欧州諸国に比して極めて低いという点もしばしば指摘されることである。

また、日本の生活保護制度は、受給者の約半数が高齢の受給者となっており、老齢年金の部分年金者、あるいは無年金者に対する代替制度的な役割を果たしてきた側面が強い。年金制度の展開が医療保障に比して時期的に遅れた日本にあっては、こうした現象が現在もみられる。

表 4-6. 近年の社会福祉政策の動向

	政策・法律	主な内容
1987 年	社会福祉士及び介護福祉士法制定	社会福祉の専門職としての国家資格を創設。
1989 年	高齢者保健福祉推進 10 年戦略（ゴールドプラン）策定	高齢者の保健福祉に関する具体的な数値目標を含む中長期の戦略計画。在宅福祉対策を中心とした施策が展開された。
1990 年	福祉八法改正	市町村の社会福祉行政における法的な位置づけを明確化し、市町村への権限の委譲を行った。
1994 年	新ゴールドプラン策定	ゴールドプランの見直しを行い、ヘルパーの養成、訪問看護ステーションの拡大など在宅介護体制の強化を目標とした。
1994 年	エンゼルプラン策定	今後の子育て支援のための施策の基本的な方向性について、文部省、厚生省、労働省、建設省の合意に基づき作成された。同時に、緊急保育対策等五か年事業が策定された。
1995 年	障害者プラン策定	リハビリテーションとノーマライゼーションの理念を踏まえつつ、新たな障害者施策の方向性を示した。数値目標を

		設定し、具体的な計画の策定を行うこととなった。
1999年	新エンゼルプラン	従来のエンゼルプランと緊急保育対策等5か年事業を見直したもので5か年の計画となっている。女性の雇用、保健、相談、教育なども含まれる。
2000年	社会福祉事業法から社会福祉法へ	社会福祉事業法が社会福祉法に改正され、市町村が地域福祉計画を策定することが義務づけられた。社会福祉基礎構造改革の一環として改正された。
2000年	介護保険	従来、措置によって提供されていた各種介護サービスが契約に基づく保険制度に移行。
2000年	児童虐待の防止等に関する法律	児童虐待に関する国や地方自治体の責任を明確にした他、虐待を受けた児童の保護のための措置などが定められた。
2002年	少子化対策プラスワン	男性を含めた働き方の見直しによる少子化対策の必要性を盛り込む。
2003年	支援費制度（障害者福祉）	障害者に対するサービスが、措置から契約に転換することとなった。
2003年	若年自立・挑戦プラン	若年者の就労意欲の向上、職業的自立の促進を目的に、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、内閣府が共同で策定した。
2003年	次世代育成支援対策推進法（新エンゼルプラン）	少子化対策プラスワンを実効性あるものとするための行動計画の策定などが地方自治体、事業者にも義務づけられる。
2005年	高齢者虐待防止法制定	虐待発見者の通報義務などが盛り込まれた他、自治体における取り組みの推進が求められた。

日本の生活保護制度は、単なる最低限度の生活水準を保障する無拠出型の所得保障制度ではなく、ケースワークをともに提供するという点に特色がある。ケースワーカーが実質的には障害者問題や児童問題、高齢者問題などを複合的に抱える多問題家族への処遇にあたることで、間口の広い社会福祉サービスを提供してきたが、一方で、ケースワーカーがジェネラリスト志向となり、障害や児童福祉、母子家庭などそれぞれの分野における専門的な援助技術の発達を阻害しているという側面もある。

1980年以降、急速な高齢化を背景として福祉サービスの整備の遅れが徐々に社会問題化するに至り、福祉専門職の育成を目指した社会福祉士及び介護福祉士法、中長期的な高齢者施策における目標を具体的に示した高齢者保健福祉推進10か年戦略（ゴールドプラン）の策定、市町村への権限委譲、市町村老人福祉計画の策定等を定めた福祉八法改正等の一連の政策を通じ、福祉サービスの拡充が進められている。

また、最近では、2000年に社会福祉基礎構造改革が行われ、社会福祉事業法が社会福祉法に改正される中で、措置（行政処分）から契約へという形で利用者本位の制度への再編が進められた。さらに、高齢化に並び合計特殊出生率の低下に伴う少子化が課題となっており、従来の子育て支援計画であるエンゼルプランの延長線上に、次世代育成支援対策推進法、子育て応援プラン（新エンゼルプラン）の策定等が行われる他、急速な増加が指摘されている若年層の失業や貧困を受けて、若年自立・挑戦プランの策定など若年者関係の政策強化が図られようとしている。

参考文献

広井 良典（1999）「日本の社会保障」岩波新書

厚生労働省「社会保障に関する基礎資料」

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001r86x-att/2r9852000001r8r8.pdf>

付録 9. 我が国の社会保障制度の経験：比較優位¹²⁵

JICA の取り組むべき重点分野について考察する場合、社会保障における日本の経験が重要になってくる¹²⁶。日本の社会保障制度の特徴・強みについては、JICA でも 2004 年に分析が行われ、また、最近では国民皆保険の達成から 50 周年を迎えたことを記念し、2011 年 6 月に医学誌ランセットの特別号が出された。これらの分析を参考にしながら、以下に比較優位性を整理する。

1. 経済・社会構造・文化的側面における比較優位性

歴史的な経験の蓄積の観点から、過去の失敗事例や教訓も含め、社会保障分野において、日本は西欧諸国とは異なる独自の経験を有している。

第一に、社会保障制度の構築の歴史において、日本は、ヨーロッパに比べ、近代産業化、社会保障制度の両面で後発国であった。したがって、日本の社会保障制度のモデルは、西欧諸国の社会保障制度を下敷きとしながらも、日本の社会・経済・環境要因に適合した独自の形態を採った。そのひとつが、農村社会に適合した社会保障制度の模索である。20 世紀初頭の日本は農村社会を基盤とした社会構造をもっており、農業セクターの割合が高い状況の中で、これらのセクターを積極的に社会保障制度の中に取り込んできた歴史がある。その代表的なものが国民健康保険制度であり、インフォーマルセクターをいかにして効果的に取り込むかという、現代の途上国が直面している最大の課題に対応した経験であるといえる。経済発展の早い段階で「国民皆保険」を実現したことが、その後の経済発展にプラスに貢献した側面が大きいという点も、途上国にとっての重要なメッセージになり得る。なぜなら、しばしば社会保障制度の整備は、様々な財政支出を伴う「負担」として認識され、いわば「経済発展にとってのお荷物」として、後回しにされることが多いからである。

第二に、高齢化のスピードの速さおよびそれへの対応という面において独自の特徴をもっている。日本は、西欧諸国に比して極めて急速に高齢化が進んだ¹²⁷。いち早く出生力低下を経験し、現在世界で最も高齢化した国である日本の動向は、アジアのみならず世界が注目するところである。東南アジア諸国もまた、高齢化が加速度的に進むことが予想されており、中長期的には、高齢化対応が不可欠となる。特に都市部においては、日本を上回るスピードで局所的な少子高齢化が進むことが予想されている。高齢社会対応において日本が直面した困難や失敗¹²⁸も含めて日本の経験はその先例となることから、参考になる部分が多いと考えられる。

たとえば、日本では、医療保険制度の整備は比較的早い段階において達成されたものの、福

¹²⁵ 比較優位性という観点からみると、社会保障は、当該国の社会・経済の状況に適合した最適制度を選択することが原則であることから、諸外国の制度間に明確な優位性を検討することは妥当ではない。ただし、個々の制度の機能や仕組みに着目し、特定の状況に対する適応度という観点から優位性（あるいは親和性）を論じることには一定の意味がある。

¹²⁶ 詳しくは、JICA (2004)日本の社会保障の経験

¹²⁷ 高齢化社会（高齢化率 7-14%未満）から高齢社会（同 14%-21%）へ移行するのに要する時間を倍加年数と呼ぶ。日本は 24 年、以下英 47 年、独 40 年、瑞 85 年、仏 115 年となっている。尚、国連人口推計によるとタイ 22 年、マレーシア 25 年、インドネシア 22 年、フィリピン 23 年、中国 25 年と見込まれている。

¹²⁸ 少子高齢化にあわせ、高齢者介護については一定の政策的対応を取ったものの、少子化には有効な対策を打ち出せず、将来的な年金不安などを引き起こしている。広井（2004）また、人口転換（経済の発展に伴って、多産少死から少産少死へ人口構造が転換する）期が高度成長期後の 1970 年代から 1980 年代にあたり、人口構成が若いうちに高度経済成長期を迎えることができた反面、一種の財政錯覚が生じ、社会の高齢化に伴う費用負担を先送りしてきた面があることが指摘されている。広井良典（2004）「日本の社会保障の経験－社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から」、国際協力機構。

福祉施設やサービスの整備が遅れがちであったことから、高齢者のいわゆる「社会的入院」や「薬・検査漬け」、「寝たきり」といった問題が生じたことはその一例である。こうした福祉サービス（ないし社会サービス）の整備の遅れは（その是非は別の問題として）、家族ケアへ依存しがちなアジア諸国においては生じやすい傾向ともいえ、したがってケアの担い手としての家族、政府、市場（企業）の適切な役割分担のあり方についての経験の共有や交流が重要である。

高齢化以外の分野においても、日本が経験した困難は、途上国の社会の成熟化に伴う支援を検討する際に参考となると考えられる。日本の医療保険制度において保険者統合が進展しなかった点は、同じく保険者の統合や一元化に課題を抱える途上国については参考になる教訓が多く含まれると思われる。医療機関での電子レセプトの導入が円滑に進まなかったことなども日本が直面した困難の一面である。

逆に、医療保険において費用抑制が難しいと考えられる出来高払いを採用しつつ、長期間にわたり制度を持続させてきた点は、日本が直面した困難というよりは、「青天井」型の出来高を採用しながら、いかにしてそれを管理してきたかという「日本の挑戦」であったと見ることもできる。こうした日本の社会保障制度における歴史的な経験が有効に活用されることが望まれる。

2. 情報管理システム・業務マネージメントにおける優位性

日本の年金、医療保障制度は、非常に複雑な情報管理に対応可能なシステムを導入している一方で、全国を通じて統一的な業務体制が敷かれており、このことが医療サービスへのフリーアクセスの保障に寄与している。

具体的なシステム（例えばコンピュータシステムによる情報管理）や業務管理運営能力は、西欧諸国をコピーしたものではなく、日本の制度に適合した独自のノウハウであることから、途上国に対して参考になる部分もあると思われる¹²⁹。

3. 社会福祉分野における優位性

社会福祉分野においては、ソーシャルワークの技術や、専門職制度などの面で蓄積がある他、施設運営に関するノウハウなどについても、途上国に貢献できる面があるだろう。また、児童相談所や地域包括支援センターなどの福祉機関による地域ケア体制の構築ノウハウも独自の蓄積がある。こうした経験の中には、農協や生協、町内会、老人クラブなど社会福祉の専門提供機関でないものの、地域で生活支援的な機能を果たしてきた組織なども含まれる。

特に、農村社会から発展してきた日本社会における地域福祉の経験は長く、同じく農村社会であるアジア諸国に対しては大いに貢献する部分があるものと思われる。また、2002年から「市町村・都道府県地域福祉計画」に基づいた具体的な取り組みが本格化している。その過程で、行政の役割分担や担い手の連携、住民参加などの視点で豊富な経験を有しており、地域福祉に関する支援は、東アジアの高齢社会対策に対する日本の新しい支援・協力となる¹³⁰。日本の役割は、地域福祉の経験や知識を他の国々に公開すると同時に、他国の経験や知恵を吸収す

¹²⁹ ただし医療制度における電子化や DRG（診断群分類）の導入などについては、西欧諸国、及び一部のアジア諸国において、日本よりも早い段階で導入しているケースがあることは留意する必要がある。

¹³⁰ 大泉啓一郎（2006）

るという情報交流を促進する場の設定もまた有効である。¹³¹日本の高齢者福祉は、高齢者が住み慣れた地域社会の中で自立した生活を維持できるような「福祉コミュニティ」の構築を目的としたものであり、決してかつての伝統的地域社会をそのまま復活しようとしているものではない。このような日本型福祉モデルは意図したものではないが、開発途上国の社会保障の枠組みとして世界銀行が提唱するモデルと一致する部分が多い。しかし、世界銀行モデルがまだ理論的提唱のレベルにとどまっているのに対し、日本の「地域福祉」は法的整備が進み、既に地方自治体レベルで実施され、大きな成果をあげつつある。その意味で、日本の経験は今後のアジア途上国の社会保障政策に寄与するところが大きいと考えられる¹³²。

また、日本の社会福祉制度の多くが、国が基本的な方向性と制度枠組みを提示し、これを各地方自治体が執行するスタイルで運営されている。したがって施策の有効性を発揮するためには、地方自治体が施策を執行するためのキャパシティを確保することが重要である。社会福祉制度のように国民に近い場所からサービスが提供されることが有効と考えられる分野においては、こうした地方自治体の執行能力水準の開発、維持が重要な要素となる。

厚生労働省及び、都道府県、市町村は、社会福祉のそれぞれの分野で地域内における福祉ニーズの把握を行い、行政としての計画を策定するという一連の業務を継続的に行っており、こうしたノウハウは、協力対象国の調査企画、計画立案能力の向上といった面で貢献できる部分である。

4. 再配分システムにおける優位性

戦後日本の復興における多様な「再配分システム」の導入は、戦後の一時期の国民意識とはいえ、20世紀の後半に「一億総中流社会」が構築されたという点で重要な意味をもつ。すでに触れたように日本の再配分システムは、社会保障制度のみに限定されておらず、様々な政策分野が再配分志向を示していることから、1960年代以降の経済・社会の経験を構造化して途上国に伝達することは非常に大きな意味があると思われる。東南アジア諸国も、90年代以降の経済成長の中で、高度経済成長時代の日本と同じような段階に達しつつあり、社会保障のみならず、税制、公共事業、諸規制、雇用政策、産業政策などの再配分システムをどのように導入していくのかという点が重要になっている。

参考文献

* ランセット 2011年9月 日本特集号「国民皆保険達成から50年」

<http://www.jcie.or.jp/japan/pub/publst/1447.htm>

* JICA (2004) 日本の社会保障の経験

¹³¹ Ibid.

¹³² 日本の地域福祉の進展については、JICA 研究所 (2006) 第4章「アジアの高齢化と日本の地域福祉」を参照

付録 10. アジア諸国の社会保障制度の特徴

タイを除き、第 2 次世界大戦終結以降に、欧米諸国の植民地から独立した国々が多く、現在、東ティモールを除く東南アジア諸国はすべて ASEAN に加盟し、地域としてのまとまりを強化しようとしている。ある程度の類似点や経済の発展段階に由来する共通の課題があるが、社会保障に対する東南アジア諸国の取り組み方は一様ではない。

1. 放置されてきた戦前の社会保障法

アジア諸国における社会保障制度は、1990 年頃から徐々に具体的な動きが活発化し、過去 20 年の間に整備が急速に進められたが、アジアの国の中には第二次世界大戦後まもなくより社会保障制度の構築に意欲をみせた国もある。タイでは 1951 年に社会保障法が制定されている他、ミャンマーでも 1956 年に社会保障法が施行されている。ただし、これらの国は、第二次世界大戦後、こうした近代的な社会制度の構築に取り組んだものの、実際には、なんら経済・財政的な裏付けが得られなかったため、実態が全く伴わないものとなった。こうした状況は、ほとんどの国々で近年まで放置されてきたといえる。

また、一部の国々では戦争や内戦を経験し、国家の社会・経済基盤が根こそぎ破壊された国もあり、これらの国の社会保障制度の具体化にはさらに時間を要し、現在も社会保障制度整備の面においては世界的に最後尾に位置づけられている。

2. 二度の経済危機と社会保障制度の構築

こうした状況に変化をもたらしたのは、1990 年代の急速な経済成長とその後の通貨危機・経済危機であった。通貨危機以前においては、タイやフィリピン、インドネシア、マレーシアといった国々の経済成長は著しく、社会資本の整備・蓄積を進めるとともに社会保障制度や社会福祉制度を構築するに足る経済力を身につけるようになっていった。また、これらの国々よりも低い経済力しか持たなかった国も、近隣国の経済成長の恩恵を受け、一定の経済成長がみられた。

しかしながら 1997 年のアジアの経済危機はこうした経済成長に冷や水を浴びせることとなった。国際協力銀行、世界銀行、アジア開発銀行を中心に、緊急避難的な救済措置がとられ、また、社会保障 (Social protection) の概念が急速に広まることとなった。安定的な経済成長を失い、多くの失業者、生活困窮者を発生させるに至り、「恒常的なソーシャルセーフティネット」 (= 社会保障制度) の構築の必要性が真剣に議論されるようになっていく。

こうしたプロセスを経て、特にタイやフィリピンでは積極的な社会保障制度の拡大が進められている他、インドネシアでは、低所得者向けの医療保障制度の整備が進み、中国では都市部を中心に MSA (Medical Saving Account) の導入が拡大するなど、大きな進展がみられる。また、社会保障制度の整備の最後尾と位置づけられる国々にも変化が見られる。ラオスでは主要都市に限定されるものの、被用者を対象とした社会保険制度の拡大を推進している。カンボジアも社会保障法の制定を行うなど、一定の進捗が確認される。

2008 年のリーマンショックの東南アジア諸国へのインパクトは、欧米諸国におけるそれと比較すれば軽微なものであったが、雇用市場にも一定のインパクトを与えた。特に、社会保障拡充期・安定期にあるタイやマレーシアなどにおいては、景気の後退が労働者に与える影響を最小化するため、既存の失業保険制度の拡充を図ったり、所得最下層へのダメージを軽減するための臨時的な所得支援策を打ち出すなどの対応に迫られた。

社会保障制度の構築が進む一部のアジア諸国においては、1997年の通貨危機が、恒常的なセーフティーネットを形成する大きな契機となり、各国において社会保障制度の整備がすすめられた。その後、2008年のリーマンショックは、過去10年間に各国で積み上げてきた社会保障制度の有効性を試す機会になったといえる。すでに90年代のような急速な経済発展を期待できなくなっているアジア諸国においては、国家開発の重点課題が、単なる「経済成長」のみに重点をおいたものではなく、安定的な社会の構築を目的とした効果的な「再配分」システムを伴う施策に移行しつつある。タイやインドネシアをはじめとする中進国化する国々の重点政策が、中所得階層も裨益する社会保障制度など社会全体の安定を志向した取り組みに重点を置くようになれば、これらの国々に対する援助のあり方も変化してくるであろう。

3. アジアにおける高齢化への注目

高齢化に対する関心の高まりも、特筆すべき点である。現在、労働人口が年々増加するいわゆる「人口ボーナス」により経済発展において有利な環境を享受している中国も、今後30年間に急速な高齢化が進み、社会支出の増加と経済成長の鈍化を招く「人口オーナス」に突入することになる。このことから、年金制度をはじめとする社会保障制度の構築も急務の課題となりつつある。こうした傾向は、高齢化が比較的ゆっくりと進行することが見込まれるフィリピンやインドネシアでは、強く見られないが、シンガポールやタイでは日本並みのスピードで高齢化することから、高齢社会を迎える20年先を見越した取り組みが必要となっている。

このようなアジア諸国の状況を受け、ASEAN経済共同体の構想とロードマップを示すSocio-Cultural Community (ASCC)のブループリント(2007)においても、2020年への展望として、障害者に並んで、高齢者が言及されており、今後のASEANにおける社会文化的側面におけるターゲットになっていることが示されている。

高齢化問題における各国の関心の高まりの背景には、この問題が、単なる社会サービス、社会保障に帰する問題ではなく、広く国全体の経済成長、労働市場、社会統合の問題に直接関係することであることや、高齢になった場合のリスクが、広く国民に理解されやすいといった点もあるだろう。

東アジア諸国の社会支出¹³³は、先進福祉国家と比べて低い水準に保たれてきた。その最大の要因は、その若い人口構成にあるといえる。社会支出が少ないことは、これまで東アジア諸国が福祉システムの構築を怠ってきたことを意味するわけではない。インドネシアや、フィリピン、中国、タイなどでは老齢・疾病・労災に対応する社会保障制度を社会保障制度が構築されている。何が課題なのかというと、社会保障制度の狭い適用範囲である。上述した国は、大きな農業部門をかかえている。

各制度の整備の進捗状況は国ごと、また制度ごとに大きく異なり、一般化することは困難であるため、以下では、医療保障及び年金に特に着眼し、制度の特色と発展モデルを概観する。

4. 軍人・公務員向け福利厚生・恩給制度としての医療保障・年金

社会保障制度の発展初期段階にあつては、医療保障や年金は一般的に、軍人及び公務員に対する福利厚生制度として発達する。退役軍人に対して住宅や自動車などの提供が行われる国もあり、こうした現物支給による扶助は、恩給制度の代替として行われている¹³⁴。これらの取り組みは、拠出制の医療保障や年金の運営に関する経験を蓄積し、被用者向け制度への展開に繋

¹³³ 各国の社会保障支出は、経済水準と高齢化率によって大きく規定されている。

¹³⁴ また国によっては、こうした特権階級に対する恩給制度を「社会福祉」と位置づける場合もあるが、ここでは、老齢所得保障の代替として実施されていることから年金のカテゴリーで理解しておきたい。

がる側面がある一方、公務員に対する福利厚生（Fringe benefit）としての性格が強いため、以下で説明する社会保険としての医療保障や年金制度とは別のものとしてとらえる場合もある。

途上国の多くの国では、公務員の給与水準は低く抑制されており、民間セクターに比して脆弱な給与体系となっているが、兼業を認めているほか、医療面での保障が手厚く、恩給制度も整備されるなど公務員ならではの恩恵が多いために、給与水準のみから彼らの生活水準をはかることはできない。

しかしながら、医療保障については、福利厚生制度として医療サービスへのアクセスを経済的に保障していても、医療機関や医療従事者などの医療資源が十分に整備されていないために、利用者の医療ニーズに十分に対応できているとは限らない。また、恩給制度についても、予算が限られている中で、順番待ちとなっている国も少なくないため、制度として存在していても、安定的に運営されているとは限らない。

5. 被用者向け社会保障制度¹³⁵

軍人及び公務員に対する福利厚生制度としての年金に続いて社会保障が整備されるのが、被用者層である。通常、従業員規模に応じて事業所を強制加入としている場合が多いことから、個人事業主や小規模事業所が対象外になっている場合が多い。したがって、対象となっているのは労働者全体ではない。

これらの制度は、事業所と被用者、場合によっては部分的に政府が拠出を行う点で社会保険制度の特徴を有する。また、被用者向けの社会保障制度をもって、社会保障（Social Security）と定義する国も多く、先に触れた福利厚生制度としての特徴をもつ公務員や軍人恩給とは区別する傾向がある。ただし、一般用語としての社会保障や、本指針で定義づけている「社会保障」との区別を明確にするため、英語名が Social Security Scheme などとなっている制度であっても、「被用者向け社会保障」あるいは「被用者社会保障制度」等と表記することとする。

被用者向けの社会保障制度は、医療保険と年金保険の制度上の関係性から統合型と独立型に分類することができる。統合型は、医療保障に加え、年金、障害、出産、遺族年金などをひとつの制度で包括的にカバーしているもので、より発展して失業給付が加わる場合もある。一方、独立型は、医療保障とそれ以外の保障制度（所得保障制度）を別々の制度として分離する方法である。

独立型を採用しているのは、アジア諸国ではマレーシアやフィリピンなどである。また統合型を採用しているのは、タイやインドネシアである。ベトナムは従来独立型を採用してきたが、2004 年度より統合型に移行している。また、逆にフィリピンでは、いわゆる被用者向けの制度（SSS）のうち、医療給付に関する部分のみを切り離し、PhilHealth（フィリピン医療保険公団）として独立型に移行している。

途上国においては、医療保障制度の国民皆保障化を進める過程で、統合型の被用者向けの社会保障制度から医療部分だけを分離させ、その他の医療保障制度と統合する考え方が提示されることがある。タイでも同じような動きが 2002 年の 30 バーツ制度（現在の「UC 制度」の前身となる制度）発足時にこのような議論がみられた¹³⁶。また、元来、医療保険は短期保険、

¹³⁵ 通常、英語では Employees Social Security となっている制度を指すが、すべての制度がこのような名称を英訳として用いているわけではない。主に企業の被用者（被雇用者・雇用労働者）を加入対象者として想定した保険制度を指す。ただし、これらの制度は、必ずしも被用者に限定しているとは限らず、任意加入などで自営業者や使用者（雇用者）を含む場合が多い。

¹³⁶ 結果的に被用者向け社会保障制度においては、医療保障制度と年金制度は統合されており、独立型には以降していない。

年金保険は長期保険であるという考え方もあり、両者を同一の制度の中で運用するのではなく別々の基金とすべきであるという考え方もある。

6. インフォーマルセクターを対象とした社会保障

被用者向けの社会保障制度は、通常、一定規模以上の事業所に従事する者を強制加入とする制度であるが、それ以外の学生や自営業者、農業従事者などのいわゆるインフォーマルセクターについても任意加入者として認める制度が多くみられる。こうしたインフォーマルセクターの加入者拡大の動きは、国民皆保障化を進める上で最も重要かつ、困難なプロセスである。

途上国の多くは、租税の徴収システムや社会保険料の徴収を行うための制度的な基盤がなく、また、貨幣経済が十分に浸透していない農村部においては所得の把握を行うことも極めて困難となっている。したがって、インフォーマルセクターに対するカバレッジを、社会保険方式、より一般的には被用者向け社会保障制度のさらなる拡大によって対応するのか、別途、税財源による制度を立ち上げて対応するのかという点は、戦略上、極めて重要な決定となるが、現実的には、日本の国民健康保険のように相当程度の税投入を社会保険に組み合わせた擬似的な社会保険制度を選択するという可能性が高い。

現在のところ、医療保障については、形式上の皆保障を達成しているのは、マレーシアとタイ¹³⁷のみであり、フィリピンや中国が 6 割を越えるカバレッジとなることから、皆保障に向けて現実的なポジションにあるが、マレーシアもタイも社会保険方式によるインフォーマルセクターの取り込みについては事実上断念しており、すでに税を主体とした制度の導入に踏み切っている。しかしながら、税財源を主体とした制度は財政的な負担が大きい上、将来的な制度持続性に疑問が残る他、費用が政府の意向で過度に抑制される結果、医療については特に「貧困者向け保障制度」として墮する可能性が高い。また、タイでもすでに財政面での危機が指摘されており、地方の医療機関の中には財政難に直面している医療機関も見られる。また、フィリピンでは、インフォーマルセクター向けの医療保障は、地方自治体の任意実施施策となっているため、財政状況の変化によって安定的な運営ができない状況が続いており、カバレッジの目標値を 7 割から 8 割程度の現実的な水準に設定し、皆保障の実現については具体的な方向性を示していない。インドネシアは、インフォーマルセクターを対象とした新しい医療保障制度（JAMKESMAS）を 2008 年に創設したが、持続可能性やカバレッジの拡大に関する可能性については、今後の課題である。

ラオスでは、被用者向けの医療保障制度が拡充される一方で、インフォーマルセクターについては、地域型医療保険（CBHI: Community Based Health Insurance）を構築する動きが活発になっている。

7. 社会福祉

以上のように、医療保障・年金においては、軍人・公務員から、企業労働者に拡大し、最終的に把握が困難でかつ貧困層が含まれるインフォーマルセクターへと徐々にカバレッジを拡大していくのが、途上国の社会保障制度における一般的な発展モデルであるといえる。その意味で、医療保障（特に被用者を対象とした社会保険）や年金保険は中所得者層を中心とした国民の多数をカバーする制度であるといえる。

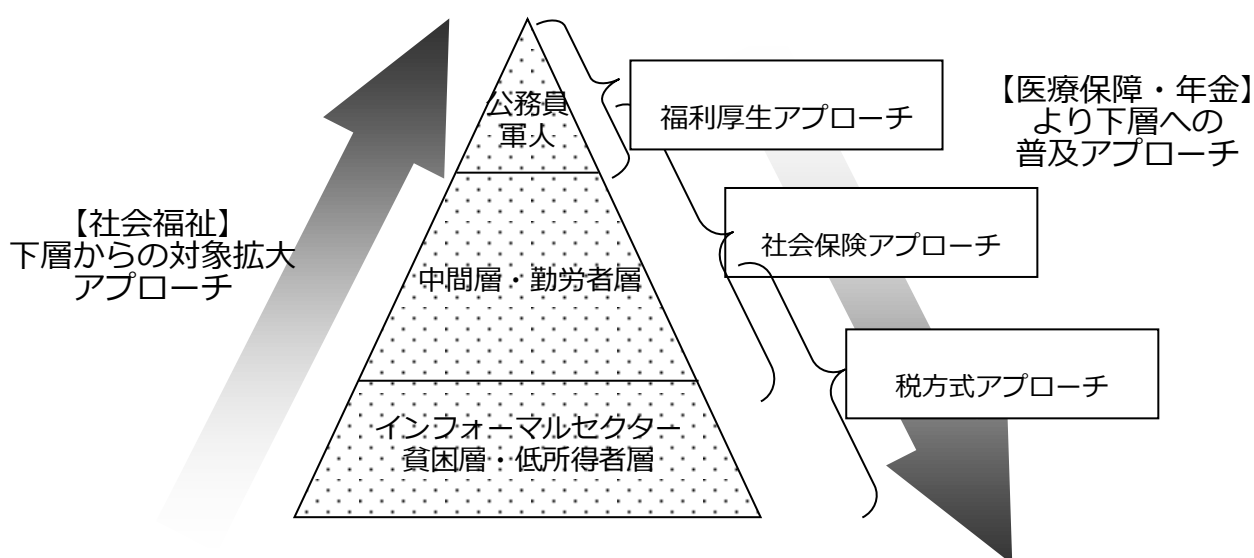
これに対して、社会福祉については、逆のプロセスが意識される。一般的に社会福祉は、社

¹³⁷ ただし、皆保障は、政府が医療サービス利用における費用負担を制度として一定の水準以内とすることを保障しているものであり、すべての地域で物理的にアクセス可能な医療機関が等しく供給されているということの意味するものではない。また、実際には制度が対象者に利用されていない場合もある。

会的弱者と位置づけられる人々から対象となるのが原則である。日本の場合も、社会福祉分野の展開は、戦前の貧困者救済のための救護法からはじまり、第二次世界大戦後もいち早く生活保護法が制定されている。その後、対象は社会的に弱い立場にある児童や障害者、母子などに焦点が当てられ、高齢者福祉が発展するにしたがい、社会福祉は社会的弱者ではなく、すべての人が最終的に対象となるほどまでに普遍化・一般化されるようになってきている。また、母子福祉や児童福祉に含まれる保育関連施策も、かつては低所得者を対象とした福祉施策の色合いが強かったが、働く女性を支援する社会制度として富裕層も対象となりつつある。

現段階の途上国においては、こうした社会福祉の発展段階における最初の段階の貧困層の救済も充分に行われていない状況にある。生活保護制度に該当する制度を設けている場合もあるが、法制度が未整備なうえ、国民の権利として確立しておらず、給付についても行政の個別判断にゆだねられ、財政確保が困難なことから、給付が存在しても恒常的な権利として受給権が保障されている制度は少ない。最も大きな問題は、財源が恒常的に確保できないために、こうした社会福祉関連の事業は、そのほとんどがプロジェクトベースの取り組みになり、数年間の財源しか保障されていない状況にある点である。また、一定の支給基準などが定められた低所得者向けの所得保障制度が整備されている場合も、支給認定において地域の実力者や政治家などの恣意的な判断が決定を左右するといった問題もある。

図 4-2. 医療保障・年金・社会福祉の発展モデル



また、社会福祉施策として現物で給付される各種の社会サービスの多くが現地で活動する NGO などによって提供されている。特に最貧国においては、専門職として社会サービスに係る人材の育成が充分に行われていないため、UNICEFをはじめとする国際機関や NGO の活動が重要な役割を果たしている。国際機関や NGO の実施するプロジェクトは、必ずしも全国的な規模のものとは限らないものの、こうした活動に現地の関係者が関与することでキャパシティ・ディベロップメントを推進させることにもなる。

しかし一方で、NGO などの活動は、恒常性が保障された活動ではないことから、裨益国の責任においてサービスが提供される体制を確保することが、長期的な視点から重要となる。

以上のように、社会福祉に関しては、ボトムアップ型のアプローチで制度の整備が進められてきたものの、近年、高齢者福祉については、所得の多寡に関わらず、社会全体の問題として捉えられるような傾向が見られる。

付録 11. 主要ドナーの社会保障に対する取り組み事例

11-1. 国際労働機構(ILO)

① 社会保障の考え方

ILO は、雇用、社会対話、社会保障、基準と基本的原則と権利という 4 つの柱を目標に掲げている。社会保障の活動は、この 4 つの柱を含むディーセント・ワークの実現に向けた取り組みが主である。政労使三者構成による運営が基本であり、労働者の権利確保や加盟国による社会保障に関する条約や基準の遵守を促進し、普遍性・連帯・再分配という 3 つの基本理念から成り立っている人権の観点を強調して支援を行っている (human rights based approach)。所得保障を確保するため、社会保障と労働市場問題を関連させた統合アプローチが ILO の公式目標になっている。

② 組織構造

ILO では社会的保護局(Social Protection Sector)がマンデートに沿った支援を ILO 加盟国に対して行っている¹³⁸。保護局は社会保障部と労働保護部の 2 つの部にわかれている。社会的保護局の目的は以下の通り。

- 社会保障制度のカバレッジと効果の拡大
- 労働保護の促進：ディーセントな（働きがいのある人間らしい）労働条件（賃金や労働時間など）と労働安全衛生
- 弱者の保護。例えば、移民労働者とその家族、インフォーマルセクターで働く労働者とその家族、エイズを患う人達など

表 4-7. ILO の社会保障プログラムの最近の流れ

西暦	内容
2003 年	社会保障をすべての人に世界キャンペーンを開始 (Global Campaign on Social Security and Coverage for All) 目的は、貧困と社会的疎外に対抗するためのアプローチとして、社会保障制度のカバレッジの拡大を促すもの。
2007 年、 2008 年	中南米、アラブ諸国、アジア太平洋における ILO 三者構成地域会議で、社会保障拡大戦略を討議。国が定義した必要不可欠な社会保障を通じて、すべての人に社会保障の適用を拡大すること、包括的制度を通じて社会保障のより高いレベルの漸進的实施を結合させて包括的な二次元的拡大戦略が台頭。
2008 年	第 97 回 ILO 総会で採択された「公正なグローバル化のための社会正義宣言」は、ディーセント・ワークの実現に向けた取り組みのもと、そのような保護を必要としているすべての人に社会保障を拡大するために、政労使が関与することを再確認
2009 年	第 98 回 ILO 総会では、危機対応において社会保障政策が担う役割の重要性を再確認。「グローバル・ジョブズ・パクト」(仕事に関する世界協定)では、各国に対し基本的な「必要不可欠な社会保障」(social protection floor)を導入し、「すべての人に適切な社会保障を構築するために適切な配慮をする」を要請。
2010 年	ミレニアム開発目標に関する国連総会(MDG サミット)ハイレベル会合では、「万

¹³⁸ 以下、ILO に関しては、下記ウェブサイトを参考に記述。<http://www.ilo.org/protection/lang--en/index.htm>

	人に社会的サービスへのアクセスを促進し、必要不可欠な社会保障を提供することは、開発による利益を強固なものとし、一層達成するための重要な貢献となり得る」ことを認識し、2009年に国連主要執行理事会が開始した「必要不可欠な社会保障イニシアチブ」を承認。
2012年	必要不可欠な社会保障に関する第202号勧告を発表

③ 事例

1) 技術協力

現在までに25カ国以上で技術協力を行っている。社会保障スキームや社会保障拡大のための戦略、既存の社会保障スキームの見直しや社会保障関連の国家支出や業績レビューに関する政策アドバイスを実施している。これらの支援は、国を限定する技術協力だけではなく、社会保障局が社会保障の現場において支援する調査案件や開発案件も含まれる。技術協力の例を以下に挙げる。

- 社会保障とカバレッジにおけるグローバル・キャンペーン：ケニア、ネパール、ヨルダン、セネガル
- 年金制度の見直しと政策アドバイス：アルジェリア、エチオピア、ガーナ、リビア、ヨルダン、クウェート、中国、ラオス、キプロス、アルゼンチン、チリ、中央・東ヨーロッパ諸国、カリブ諸国
- 医療保険制度の見直しと政策アドバイス：ボツワナ、ガーナ、カンボジア、タンザニア、タイ、ペルーなど
- 失業保険制度のデザインと構築（三者構成主義、財政レビュー、政策アドバイス、法律草案支援を含む）：バーレーン
- タイ（2003年）：タイは2001年にUC制度を導入した。その制度の長期的財政状況をレビューし、財政戦略を決定するために、ILOに支援を要請。ILOは財政的な評価をもとに提言を行った。提言は以下のドキュメントから参照可能。

<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/publ/995sp1.pdf>

2) 最近の代表的なプロジェクト例

プロジェクト名	内容
STEP プログラム (Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty)	1990年後半より開始し、現在では40カ国以上で実施。インフォーマル経済と農村部の貧困者や社会から疎外された人々への支援に焦点をあて、①保健分野における社会保障の拡張、②現地での社会的疎外に対抗するための総合アプローチ、という2つの分野で支援を実施している。STEPのパイオニア的なアプローチの中でも、コミュニティベースの社会保障スキームの開発（例えば、マイクロファイナンス、医療互助組織（Mutual Health Organizations : MHO）等）が、特に途上国においてフォーマルなシステムから排除された貧困層への有効な支援として指示されている。STEPではwebプラットフォームのCIARIS（the Learning and Resources Centre on Social Inclusion）を設置し、社会的疎外と貧困を撲滅するための支援プロジェクトや同分野の専門家のデータベースを提供し、人的資源のネットワークとしても活用されている。
Better Work プロジェクト	IFC（International Finance Corporation）とパートナーシップを組んで Better Work と呼ばれる共同支援枠組みを設け、共同で運営

	グループ(各機関から政策決定者が1名ずつ参加)を立ち上げ、Better Work の年次戦略、作業計画、グローバルプログラムの予算や活動の配分などをレビュー、協議している。ILO は社会的対話、労働基準、労働基準の適用等の経験を、IFC は民間セクター開発に経験と、投資クライアントの知見を活かす。
雇用に与える貿易効果の評価と対策プロジェクト (Assessing and Addressing the Effects of Trade on Employment)	政策立案者、研究者、カウンターパートの能力強化支援。目的は、雇用を拡大するための効率的で一貫性のある政策の策定の実現。EU および EuroAid からの資金拠出を受け ILO が実施機関となり、4 つのパイロット国 (バングラデシュ、ベニン、グアテマラ、インドネシア) において実施中 (2009~2013 年)。
マイクロ保険のための革新的ファシリティ (Microinsurance Innovation Facility)	ILO の社会的金融プログラムの一部。目的は、開発途上国の低所得世帯をリスクから守り、貧困を克服するための質の高い保険を提供すること。ビル・メリンダ・ゲーツ財団からの支援を受け、2008 年に設置、運営が開始された。現在では AusAID、チューリッヒ財団なども財政支援している。革新的ファシリティの主な項目は以下の通り。 ① 革新的資金 (Innovation grants) : マイクロ保険分野において、組織が改革を実施するための資金支援(贈与)。様々なリスクに対する保険、特に農業や保険、生命・家財といった需要が供給を超える製品への保険の支援を行なう。 ② 革新的組織 (Innovation Grantees) : 新しい製品やパートナーシップに挑戦するために、様々な機関が革新的資金を活用しマイクロ保険に関わることを奨励。アフリカ地域、アジア太平洋地域、ラテンアメリカ地域において、登録受皿組織 (Grantees、主に NGO) ¹³⁹ が ILO からの革新的資金を活用して、保健、農業、事故、生命保険等のサービスを実施。 ③ コンサルティングおよび能力向上プログラム (Consulting and Capacity Building Programme : CCB プログラム) : マイクロ保険に関わるコンサルタントと保険の提供者のサービスデリバリーの能力強化が目的。地域や資源など多様なマイクロ保険に対応するため3つのサービスを提供 (アドバイスサービス、専門家育成、リソースセンター)。
CoopAfrica : アフリカに対する共同ファシリティ (Cooperative Facility for Africa : CoopAfrica)	DFID の資金協力の下に実施される ILO の技術協力で、タンザニアのダルエスサラームにオフィスを構え、東・南アフリカの9カ国を対象とする。
児童労働撲滅のための国際プログラム (International Programme on the Elimination of Child Labour: IPEC)	1992 年の開始以降、児童労働の原因に対応する政策やプログラムを90カ国以上で発展させた同分野での世界最大規模の技術協力。児童とその家庭に児童労働の代替となる方法を提示。
ILO/WHO/GIZ コンソーシアム	2004 年より WHO と GIZ でコンソーシアムを結成、3 機関合同での専門家派遣、イベント開催などにより、途上国の保健制度構築支援を実施している (詳細は GIZ で後述)。
大学との連携プログラム	社会保障分野のマネージャーを対象に、研修の実施と開発を実施。

¹³⁹ 受皿組織と分野の一覧は以下を参照。

<http://www.ilo.org/public/english/employment/mifacility/grantees/index.htm>

	2001 年以来、オランダの Maastricht 大学とスイスのローザンヌ大学と通じて試験的に行ってきた「グッド・ガバナンス」の手法の普及はその 1 つ。
アセアン諸国での失業保険と雇用サービスの構築	2010 年～2013 年 12 月。財政支援は日本政府。プロジェクトの目的は、ASEAN 諸国の失業保険や雇用サービスなど社会保障制度の強化と構築。ベトナムでのパイロットプロジェクト（失業保険）への技術支援や政策策定者の能力を向上し ASEAN 諸国（インドネシア、マレーシア、フィリピン）のネットワーク構築。ASEAN 事務局、ILO、日本政府とのコラボレーション。

④ 最近の出版物、イベント

- 2011 年に社会保障世界報告書を発表
- 2008 年の経済危機以降の雇用情勢についての各種会合・ワークショップ（女性のエンパワーメントに関する ECOSOC 会合：2010 年 6 月
- グローバリゼーションと雇用：2010 年 6 月
- 雇用危機の克服に関するワークショップ：2010 年 3 月
- 経済不況が貧困と持続的発展に与える影響に関する特別セミナー（於中国 ASEAN フォーラム）：2009 年 9 月
- 経済危機への対応に関するハイレベル地域会合：2009 年 2 月等を多数開催。

⑤ 社会保障関連のデータベース

- 社会保障データベース（プログラムとメカニズム）：各国の社会保障制度の概要
<http://www.ilo.org/dyn/sesame/IFPSES.SocialDatabase>
- 社会保障費データベース：1997 年に調査を行い、世界各国の 1990 年から 96 年までの社会保障費をまとめている。<http://www.ilo.org/dyn/sesame/IFPSES.SocialDBExp>
- 社会保障関連の知識共有プラットフォーム：ILO の社会保障課 で運営されているウェブサイトで、社会保障関連の最近のニュースや文献サーチなどが可能。
<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowMainPage.do?ctx=0>

11-2. 世界銀行 (World Bank)

1. 社会保障の捉え方

個人や社会の回復・平等・機会（Resilience, Equity, Opportunity）を戦略の目的として社会リスク管理(Social Risk Management)の枠組みで社会保障を支援している。社会リスク管理アプローチは、社会保障を開発と貧困削減の戦略の一部として位置づけ、リスクを防ぐだけでなく、リスクの管理方法を支援することによって、個人（特に貧困者）のエンパワーメントを促す。

2. 緊急社会対応プログラム・基金

社会保障戦略の中心となるのが「緊急社会対応プログラム(Rapid Social Response: RSR)」で、近年の食糧および資源(燃料)価格の高騰と金融危機の3つの課題に対応するため、世界銀行はノルウェー、ロシア、英国DFIDとの協調プログラムである「緊急社会対応（Rapid Social

Response: RSR)プログラム」を2000年に設立した。RSRは世界銀行の脆弱層支援ファシリティ（Vulnerability Financing Facility: VFF）の一部となっている。RSRは、以下の4点を目的としている。

- ① ソーシャル・セーフティ・ネットと労働市場プログラム、基礎保健、教育等の貧困者、脆弱者のコミュニティに必要不可欠なサービスへのアクセスの促進
- ② セーフティ・ネット、労働、基礎サービスへのアクセスに関する分野での世界銀行の取組みの調整、モニタリング、報告
- ③ IDAの資金源のレバレッジとなるような他ドナーからの機関経由無償の調整
- ④ 低所得国、特に脆弱国における取組みを優先する

RSR スキームを活用した融資額は、2008年は12億米ドル（70プロジェクト）、2009年は43億米ドル（68プロジェクト）で、2010年は32億米ドル、80のプロジェクトが現在実施されている。

3. 世界銀行の社会保障分野を担う局

世界銀行の社会保障分野の支援は、教育や保健・栄養・人口といったセクター同様、人間開発ネットワークに属している、社会保障・労働局（Social Protection & Labor）が担当し、貧困の撲滅と平等で持続可能な成長を達成することを目標としている。この社会保障・労働局は1996年に設立され、19のセクターの中でも最も新しい局となっている。1999年には同ユニットの東アジア太平洋部門を発足させた。社会保障の分野では以下の分野に焦点を置いている。

- 障害
- 労働市場と雇用創出
- 年金と高齢者の所得支援
- 社会的セーフティ・ネット
- 社会基金(Social Fund)とコミュニティ主導型開発

4. 世界銀行の社会保障分野の融資額

世界銀行の2011年の世界銀行年次報告書によると、社会保障セクターでの融資額が2009年度及び2010年度に引き続き、年間約10億ドルであった危機前の約5倍に増加し、世界銀行で最も貸付増加率が高いセクターとなった¹⁴⁰。その大半（35億ドル）は、31カ国での37件の社会的セーフティネット・プロジェクトに充てられた。

国別で見ると、最も多額の世界銀行資金を受けた国はメキシコで、条件付き現金給付制度（Oportunidades）への継続支援として12億ドル以上が提供され、メキシコの最脆弱層580万世帯がその恩恵を受けた。その他の融資は、労働市場の改善、ならびに年金や障害者支援などその他の社会保障に対するものである。（<http://worldbank.org/sp> 参照）。

¹⁴⁰ WB (2012a)

表 4-8. 2002-07 年に世界銀行が実施した社会保障・労働分野の融資実績 (単位: 百万米ドル)

地域/分野	社会保障基金 (Social Funds)	セーフティネット	年金	労働市場	合計
東アジア・太平洋州	19	189	0	38	246
東欧・中央アジア	396	454	691	778	2,309
ラテンアメリカ・カリブ	36	1,737	993	1,452	4,218
中東・北アフリカ	90	71	65	103	319
南アジア	0	517	232	317	1,066
サブサハラ アフリカ	621	433	56	440	1,550
合計	1,142	3,401	2,037	3,128	9,708

出典: World Bank (2009a) *Social Protection and Labor at the World Bank, 2000-08*, p.7

5. 世界銀行の年金制度構築支援

国際機関のなかでは、世界銀行が開発途上国の年金制度の構築を積極的に支援してきた¹⁴¹。1990年以降、世界銀行は80カ国以上の年金制度支援を実施してきており、その経験と教訓は94年の「Averting the old age crisis : policies to protect the old and promote growth」と2005年の「Old Age Income Support in the 21st Century」として公表されている。この二つの報告書を比較すると、世界銀行の年金制度支援が「ソーシャル・セーフティネット」から「ソーシャル・プロテクション」へと軸足を移していることがわかる。

6. その他の機関との連携¹⁴²

- 2011年度、世界銀行は以前から連携しているILOと共同で、政策を一覧にし検証するインベントリーを作成した。このイニシアチブは、途上国 52カ国及び高所得国 22カ国が実施する中核的労働基準を含む 1,750 の政策を収集・分析している。分析を通じて、金融危機の影響を緩和するために採択または強化された政策が文書化された。
- 更に世界銀行は、ILO、若年雇用ネットワーク、ドイツ政府、米州開発銀行と協力し、若年雇用プログラムに関するライブ・データベースを構築した。

7. 最近の出版物、イベント

小分野	出版物・イベント
障害者支援	<ul style="list-style-type: none"> ● 開発援助分野における障害者支援の政策や実務レベルでのレビューに関する報告書¹⁴³ ● ハイチ地震の復興支援における障害者支援の取組みを分析したペーパー

¹⁴¹ 大泉 (2006b)

¹⁴² 世銀ウェブサイト <http://worldbank.org/rsr> 参照

¹⁴³ Lord, et al (2010)

	<p>が報告されている(ハイチの復興と障害者支援には世界銀行と USAID が共同の取組みを実施)¹⁴⁴</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 2010 年には、貧困削減戦略や MDG 達成の視点から障害者支援を考えるセミナーがモザンビークで複数回開催されている¹⁴⁵。 ● 2011 年 6 月 WHO と共同で世界障害報告書を発表
労働市場分析	<p>中東・北アフリカの労働条件に関する報告書や¹⁴⁶、2008 年の経済危機が与えた労働市場への影響に関するペーパーなどが発表されており¹⁴⁷、2010 年秋には ILO と共同で特に中東・北アフリカを中心とした労働市場分析のコースが開講された。</p>
年金	<p>世界銀行の年金に関する枠組み (The World Bank Pension Conceptual Framework) を 2008 年に発表¹⁴⁸、援助における枠組み作りとその普及という世界銀行の支援方式での年金支援を実施している。また、2010 年秋に年金制度に関わる政策立案者や実務担当者を対象としたコースがワシントンで実施され上記の枠組みや分析のツールを学ぶ場も提供している。</p>
ソーシャル・セーフティーネット	<ul style="list-style-type: none"> ● インパクト評価のエビデンスと教訓: WB (2011) Evidence and Lessons Learned from Impact Evaluations on Social Safety Nets ● 南南協力のネットワークを活用し、ソーシャルセーフティネットワークの構築に関して途上国・中心国同士での学びあいの場を提供し、2010 年のワークショップでは、タンザニアの公共政策の事例を見学するスタディーツアーなども企画されている。

⑥ 社会保障関連のデータベース: ASPIRE (ATLAS of the Social Protection: Indicators of Resilience and Equity)

オンラインデータベースで、56 の開発途上国の 2005 年から 2010 年のカバレッジ率を含む社会・経済の状況を掲載している。データベースは 1 年に 2 回アップデートされる。

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/0,,contentMDK:22986320~menuPK:8117656~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282637,00.html>

¹⁴⁴ World Bank (2010)

¹⁴⁵ Inclusive Poverty Reduction Strategy Plan Workshop - Focusing in the Process of PARPA II and Persons with Disabilities (Feb 22, 2010 - Feb 26, 2010) Maputo, Mozambique を含めて合計 3 回のワークショップがマプトで開催された。

¹⁴⁶ Diego et al (2010)

¹⁴⁷ World Bank (2009b) 等多数

¹⁴⁸ World Bank (2008b)

8. 世界銀行による近年の社会保障と労働分野における協力実績

以下に、プロジェクトを幾つか抜粋し、概要や WB の技術支援など詳細を記した。

対象国	案件名	金額	概要	WB の技術支援
医療保険				
アルゼンチン (2011-2015)	県の医療保険開発	4 万 USD	県の健康保険カバレッジを拡大するために、能力向上、モニタリング・評価能力向上などの実施。	能力向上の為にトレーニングなど
フィリピン		3 億 6,000 万 USD	世界銀行主導のグローバル・パートナーシップ、GPOBA プログラム。AusAID の財政支援。東ビサヤス州のレイテ、南レイテ、サマー、北サマー、東サマー県への母子保健サービスの向上。国家医療保険プログラム (National Health Insurance Program (NHIP) のカバレッジの拡大を目指す。	
社会福祉				
コンゴ (2010-2015)	ストリートチルドレン	1 億 1,000 万 USD	首都キンシャサのストリートチルドレンの予防・支援サービスの実施メカニズム構築支援	
年金				
モルディブ (2011-	年金・社会保障プロジェクト	1 億 2,000 万 USD	モルジブでは、WB の支援の下、2009 年に国民年金法が制定された。2011 年からの継続プロジェクトでは、新しい年金システムがスムーズに機能するように、関係者の能力向上支援を実施。	能力向上の為にトレーニングなど
アフガニスタン (2009-2013)	年金事務とセーフティネットプロジェクト	7 億 5,000 万 USD	持続的な国民年金を目指し、年金システム改善と、基本的なセーフティネットのパイロットプログラムの形成・実施を行う為、年金の事務能力の向上支援を実施。実施機関: Ministry of labor, social affairs, martyrs and disabled	年金の数理分析、改革案の策定、新しい年金制度規則の草案支援、関係省庁の能力向上 (財政管理能力) など。トレーニングやコンサルタント・サービスは、Project Coordination Unit によって雇用されたスタッフにより行われる。
失業保険				
タイ (2000-2006)	Country Development Partnership for Social Protection		失業保険制度の保険料についてシミュレーションが行われ、保険料と給付が提案された。労働社会福祉省に対する技術支援も実勢された。	保険料のシミュレーション 労働社会福祉省への技術協力 業務能力試行のためのパイロット事業の実施 WB, ILO, UNICEF and others
労働				
中国 (2008-2012)	移民労働者支援	8,300 万 USD	農民から都市労働者への転換支援のため、技能開発支援、就業・労働市場情報の提供、労働者の権利に関する啓発運動、政策分析 (農村都市労働移	能力向上トレーニング、政策分析など

対象国	案件名	金額	動分析等)を実施。	概要	WB の技術支援
ソーシャルセーフティネット					
パキスタン (2009-2013)	ソーシャルセーフティネット (SSN)技術協力	6,000 万 USD 注記：このプロジェクトの準備費用は日本政府と世界銀行のパートナーシップの下に共同で設置された基金、PHRD 基金 (Policy and Human Resources Development Fund) から出資。	パキスタン政府は、2008 年、Benazir Income Support Program (BISP) を国のセーフティネット・プログラムとして構築した。このプロジェクトは、パキスタンの貧困層を対象にした SSN の運営・管理への技術支援。 プロジェクト実施者： PAKISTAN BENAZIR INCOME SUPPORT PROGRAMME 結果:貧困得点表のテスト段階が終了し、国家レベルでの公表が始まった 現在、約 230 万世帯が恩恵を受けている。(2011 年のは 500 万世帯に拡大予定)	<ul style="list-style-type: none"> ● ターゲティング・システムの構築 ● SSN の運営支援 ● SSN 管理システム構築支援 ● 社会保障政策・戦略モニタリング支援 ● フィールドワークは BISP が選んだ組織が実施 ● セーフティネット改革計画への技術支援 (DFID による基金) 具体的には、 <ul style="list-style-type: none"> ● 貧困度スコア作成&公表のテストフェーズ実施 ● BISP に組織的・機能的ツールを提供 	

11-3. アジア開発銀行（ADB）

1. 概略

ADB はアジア諸国を中心に幅広い社会保障分野の技術協力と借款プログラムを実施している。社会保障分野(特に保健分野)での条件付き現金給付(CCT)を積極的に活用し、一定の成果を収めている。アジア経済危機後の 2001 年 9 月に「社会保障戦略 (Social Protection Strategy: SPS)」を策定して以降、アジア太平洋地域における社会保障分野の支援を積極的に推進している¹⁴⁹。社会保障指標 (Social Protection Index) を作成しており、アジア諸国の社会保障制度整備状況を客観的に捉える試みをしている。

2. 戦略¹⁵⁰

ADB の「貧困削減戦略 (Poverty Reduction Strategy: PRS)」(1999、2004) では「貧困削減に資する (Pro-poor) 持続的な経済成長」、「包括的な社会開発」、「グッドガバナンス」の 3 つの柱が優先課題として掲げられており、社会保障戦略は第 2 の柱である「社会開発」の一部として位置づけられている。

ADB は社会保障を広義でとらえておりプログラムは広範囲に渡っている。社会保障を「効率的な労働市場の推進、リスクの回避、災害・外的活力・所得の喪失などの事態から自らの身を守る能力を伸ばすことで貧困や脆弱性を削減することを目指した一連の政策やプログラム」と定義し、5つのサブセクターに分類して取り扱っている。

- 1) 労働市場政策：労働環境改善など
- 2) 社会保険：雇用保険、医療保険、障害保険・年金、老齢年金、寡婦年金など
- 3) 社会扶助（福祉）：母子家庭、ホームレス、障害者など
- 4) 零細保障、地域別保障：零細保険、農業保険、自然災害基金など
- 5) 児童福祉：子供（0～18 歳）の健全な発育にかかる保障など

社会保障戦略実施に際してのアクションプランである「社会保障実施計画 (Social Protection Action Plan)」を設定し、図表 4-9 の通り時期や戦略パートナーなどを特定しマトリックスが作成されている。

表 4-9. ADB 社会保障戦略行動計画

課題	計画案	時期	連携機関
社会保障国別優先課題の決定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脆弱性プロファイル、労働市場分析、社会支出レビュー、組織的・政治的能力評価等を通じて、対象国のニーズに優先順位をつける。 ・ ここでの取組みとその正当性は国別戦略・プログラム (CSP) に反映される。 	2002 年開始	ADB 加盟国、世界銀行、ILO、国連
融資・非融資プロジェクトの活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 下記の優先事項に従って融資または技術協力 (TC) を提供する。 	2002 年開始	ADB 加盟国、世界銀行、

¹⁴⁹ 以下、ADB に関しては下記ウェブサイトを参考に記述。<http://www.adb.org/SocialProtection/strat.asp>

¹⁵⁰ ADB (2010) Enhancing Social Protection in Asia and the Pacific: The Proceedings of the Regional Workshop

	<ul style="list-style-type: none"> - カバレッジ - 社会的弱者とジェンダー - 持続可能性とグッドガバナンス - 総合的な社会保障アプローチ 		ILO、国連、民間セクター、NGO
付随する課題とセーフガード <ul style="list-style-type: none"> ・ ADB の介入により社会的弱者に負の影響がないように配慮する ・ 社会保障の好事例を促進する 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 脆弱性と労働問題は、プロジェクトの社会インパクト評価によって特定。 ・ 社会的リスクの被害者を補助し貧困の創出を避けるための緩和計画。 ・ 中核的労働基準に則った取組みを行なう。 ・ 中核的労働基準だけでなく相手国の労働法に則った調達を行う。 	2002 年開始	ADB 加盟国、民間セクター、NGO、ILO
組織的課題 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新技術と職員 ・ 訓練 ・ ADB 戦略的連携 ・ 労組 ・ 社会保障戦略の調整 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 各サブリージョナルの社会セクターに少なくとも 1 名の新規の社会保障専門家を配置。社会開発局にスタッフを 1 名配置。 ・ 外部・内部訓練の実施。 ・ ILO、世界銀行、国連との MOU 締結。 ・ 労組に参加する NGO センター設置。 ・ マニュアル・ガイドラインの作成 ・ SPS 実施モニタリング 	2002 年開始 2002 年開始 2001-02 年 2001 年 2002 年開始	世界銀行、ILO、ADB との人材交流 世界銀行、ILO その他 ILO、世界銀行、国連

出典)ADB ウェブサイト (<http://www.adb.org/socialprotection/actionplan.pdf>)を参考

3. 最近のイベント

- 2010年4月: ADB加盟国からの社会保障に関する支援のニーズを把握し、現在の社会政策、プログラム、プロジェクトの検証や、それらのギャップや課題を認識するための地域会合が実施された。その報告書、「Enhancing Social Protection in Asia and the Pacific: The Proceedings of the Regional Workshop」が発表されている。
- 2009年: 社会的扶助と条件付き現金給付(CCT)に関する地域ワークショップを開催
- 2009年9月: ベトナム (ハノイ) において「アジアにおける貧困と持続的発展: グローバル経済危機のインパクトと対応」と題するシンポジウムを開催し、2008年の経済危機に対する各国の対応について失業保険や医療保険制度の役割なども含め、様々な社会政策の観点から議論が行われた¹⁵¹。

¹⁵¹ シンポジウムの結果は書籍としてまとめられている。ADB (2010) Poverty and Sustainable Development in Asia: Impacts and Responses to the Global Economic Crisis

4. ADB による近年の協力案件概要

近年の ADB の社会保障分野でのプロジェクトは以下の通り。

対象国	案件名	金額	概要
社会保険			
中国 (2009-)	地方年金システム改革プロジェクト	50 万 USD (技術協力)	・地方の高齢者が基礎的な所得を得られるようにするための効果的な地方年金システムを確立するための支援
インドネシア (2008-) (2006-2010)	年金および準備基金改革支援プロジェクト (金融ガバナンスと社会保障改革プログラムフェーズⅡ)	80 万 USD 70 万 USD (技術協力)・6 億 USD (融資)・50 万 USD(基金拠出)	・3 名の専門家を財務省に派遣し、社会保障分野およびマクロ経済モニタリングのキャパシティ強化を支援 ・インドネシア政府の中期開発計画に社会保障改革が盛り込まれ、継続的に社会保障システムに関する関係者間の対話が実施される
タイ (2003-2007)	年金制度策定	60 万 USD (ディスバース額は 38.6 万 USD) (技術協力)	・強制積立金制度の拡張と導入のための基盤の準備 ・独立した監督・取締機関の設立支援 ・政府の年金改革のニーズに応じた支援
パキスタン (2002-2008)	年金、保険、貯蓄制度の強化	300 万 USD (有償資金技術協力)	・年金の政策的枠組みおよび年金・保険・貯蓄管理にかかわる主な行政機関の組織能力の強化
モンゴル (2001-2008 予定)	社会保障セクター改善	1,200 万 USD (800 万 USD : プログラム借款、400 万 USD : プロジェクト借款)	・総合的な貧困削減政策の開発を目的とした政策借款の提供 (雇用促進、基本的社会保障および保険サービス) ・高齢者、障害者、失業者、不完全雇用者への融資サービスの提供、
社会扶助			
ネパール (2003)	社会扶助調査	25 万 USD(ディスバース額は 20.4 万 USD) (技術協力)	・社会的に不利な立場にある人々を実施するための包括的な国家社会扶助戦略の開発の支援 ・社会扶助分野の現場における政府職員の総合的訓練の基盤形成

パキスタン (2008-)	ベナジール所得支援プログラム (Benazir Income Support Program: BISP) (経済移行促進プログラム: Accelerating Economic Transformation Program: AETP (2008-2012年に実施のサブプログラム 1-5の一部))	80万 USD のうちの一部 (技術協力)、プロジェクト全体では 5億 USD (プログラム借款、うち ADB は 2億 USD)	<ul style="list-style-type: none"> ・ AETP の一部として BISP を実施。AETP から BISP への資金供給を行い、女性のエンパワーメントへの支援を実施 (女性への ID カードの付与法的なアイデンティティと社会的な役割を認識させる効果を目的とする)
タジキスタン (1999-2005)	社会扶助システム再建プロジェクト	1,940万 USD(借款)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 基本的な社会サービスの提供を再開するため、既存のインフラの再建、生活必需物資の供給、サービス提供の強化および地方レベルにおける社会的弱者のサービスへのアクセスの改善
タジキスタン (1999-2004)	社会的セーフティーネットの再建	90万 USD(技術協力)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の借款プログラムと組み合わせて実施された技術協力。より効率的・効果的な社会的セーフティーネットシステムの構築を支援 ・ 貧困層に焦点を当てた社会保障システムの組織能力の強化を目的とした受益システムの見直しと合理化、システム行政の改善 ・ 貧困モニタリングシステムの導入による貧困層のターゲット能力の強化、孤児施設の導入ソーシャルワーカーの資格化、ストリートチルドレンやホームレスの実態調査
ベトナム (2003-2007)	社会保障システム強化プロジェクト	55.5万 USD (技術協力)	<ul style="list-style-type: none"> ・ MOLISA への国際・国内専門家派遣により、社会保障法のドラフト策定支援、コンサルティング支援を実施 ・ 中小企業および非国営企業の経営者と従業員の社会保障制度の参加状況の調査を実施 ・ 社会保障制度強化のため、社会保障制度の評価および社会保障基金の会計監査等の評価報告書を専門家が作成、提言を示した、

出典：ADB ウェブサイト (<http://www.adb.org/socialprotection/actionplan.pdf>)を参考

11-4. 欧州連合 (EU)

EU には Social Protection Committee (SPC)があり、2011 年に報告書 : the social dimension of the Europe 2020 strategy - A report of the Social Protection Committee を発表し、社会的包摂の促進や貧困削減に貢献する取り組みを紹介している。

1. 戦略

EU は独自の援助目標 (対 GNP 比援助額、援助の分業の行動規範、パリ宣言モニタリングの各指標への域内目標値等)を持ち、2015 年の MDG 達成に向けて様々な戦略・政策を設定している。

社会保障の観点からは、「社会的統合と雇用 (Social Cohesion and Development)」を重要項目として設定し、多様化する社会への対応のための支援、とりわけ女性と若年層のワーキングプアへの支援を打ち出している。また、2008 年以降の世界的な経済不況によって影響を受けた若年層や移民労働者への支援、ホームレスおよび貧困者への住宅取得支援、ヘルスケアシステムの改善、年金システム、ガバナンスも EU 開発政策の支援項目として挙げられている¹⁵²。

また雇用に関しては、2004 年以降 ILO と共同で、労働基準の促進(特に教育と児童労働、貿易関連の政策、能力向上、訓練)や、企業の社会的責任 (CSR)、社会的対話 (ILO-PRODIAF プログラム)、移民、社会保障等の支援を行なっている。また毎年ハイレベルの EC-ILO 会合を開催し、両機関の戦略や意見交換を実施している。

2. 実績

社会保障分野での支援分野は、①社会安全保障の調整、②ジェンダー平等、③社会保障、社会包摂 (social inclusion)、④多様性と非差別、⑤貧困削減と社会的排除の撲滅のための EU 年、⑥雇用、⑦EU 内の他国での就労、⑧資金供与、⑨就労の権利、⑩パートナーシップ、⑪国際化、⑫改訂版社会アジェンダ、⑬経済危機の社会的側面への取り組み、がある。

欧州連合による社会保障分野での協力事例

対象地域	案件名	金額	概要
ラテンアメリカ (2004-2009)	EUROsociAL	3,000 万 ユーロ	公共政策管理を改善し、教育、保健、司法行政、税制、雇用といった社会的統合の主要項目への支援。
フィジー (2002-2005)	看護学校人材開発プログラム	7,500 万 ユーロ	看護学校の校舎、宿舍および図書館の建設。
ニジェール (2000-2004)	職業訓練校支援 (NIGETECH2)	840 万ユ ーロ	市場ニーズにあった技術獲得のため、各地に訓練トレーナーを訓練設置し、3 万人以上の労働者、女性、失業者が累計約 400 のコースを受講した。
ロシア (2002-2004)	社会 NGO を通じた民主化支援	290 万ユ ーロ	NGO の社会サービス支援に関する能力開発強化、ソーシャルワーカーの能力強化を目標に、約 800 名の地方政府、非政府組織、民間の支援対象者が訓練を受講。

¹⁵² Council of the European Union (2010) *Draft Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*.

ザンビア (2009-2012)	農村教育・訓練改善プロジェクト	62 万 5000 ユ ーロ	農村部の貧困と社会環境の改善のため、学校中退者を対象に教育・職業訓練の機会を提供。
中国 (2006-2009)	北京における女性の出稼ぎ労働者への経済・社会的支援	75 万 7246 ユ ーロ	中国政府の労働者保護に関する制度開発、強化や、女性労働者に対する雇用、法的保護へのアクセス改善のための能力支援、CSO の能力支援。

出典：EC ウェブサイト (http://ec.europa.eu/europeaid/what/social-protection/index_en.htm#)を参考

3. 最近の出版物、イベント

- 2009 年 3 月に 18 カ国のアフリカ・アジア諸国を対象にした「途上国における医療制度への資金供給と保健分野における社会保障に関するワークショップ」を実施し、経験の共有、EC の保健政策の発展からのインプリケーションを学ぶ機会を提供した¹⁵³
- 2010 年には報告書「インクルーシブな開発のための社会保障 (Social Protection for inclusive development)」を公表¹⁵⁴。

11-5. 国連児童基金(UNICEF)

1. 概略

UNICEF は子どもの保護に関する社会保障戦略枠組みを 2012 年 3 月に発表した。ユニバーサル・カバレッジ、システムの構築、インクルーシブな社会保障の実現に向けて人権の観点から社会保障支援を行っている。インクルーシブな社会保障に関しては、具体的にプログラムの設計や実施・評価を行う際の例を 3 つの視点（ジェンダー、民族、障害）から整理している¹⁵⁵。

他機関と連携してプロジェクトを実施していることが多く、例えば、ケニアでは WB との連携で孤児と障害などを持つ子供と共に暮らす家族に対する現金給付や、ザンビアでは DFID、アイリッシュエイド (Irish Aid) と連携して基礎的ニーズを満たせない貧困家庭を対象にパイロットプロジェクトを実施した¹⁵⁶。ミャンマーでは、2008 年 12 月にミャンマーで初めての UNICEF 主催の子供の保護に関する社会保障セミナーを開催。2009 年 4 月に、UNICEF のリーダーシップの下、Inter-Agency Working Group for Social Protection of Children を構築した。研究分野では、アイリッシュエイド、インスティテュート・オブ・ディベロップメント・スタディーズ の社会保障センターと連携し、ケニア、ザンビア、モンゴルで実施された社会保障プログラムの事例を分析し、貧困の世代間連鎖をいかに断ち切ることができるかを考察した¹⁵⁷。

2. 事例

¹⁵³ EU (2009)

¹⁵⁴ EU (2010)

¹⁵⁵ UNICEF (2012) p81

¹⁵⁶ 以下のサイト参照 http://www.unicef.org/infobycountry/zambia_59436.html

¹⁵⁷ Jackson, C. et al.(2011)

対象国	案件名	概要
マケドニア	特別なケアが必要な子どもへのデイ・ケアセンター	<p>目的：中・重度の障害を持つ子供たちが自宅や地域で統合される。中・重度の障害を持つ子供達の施設入所を防ぐ。2002年に開始され、現在では労働・社会省が運営・管理している。2005年にはUNICEFの支援なしでデイ・ケアを設立した。2008年時点で合計施設数は17。デイ・ケアは1日6時間、週5日運営され、施設では遊ぶ・学ぶ・スキルの向上ができる。</p> <p>本プロジェクトの成果：</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 子どもたちのコミュニケーションや学習能力が向上し、通常の学校教育に統合 ● デイ・ケアセンターの運営に関するソーシャルワーカーの資格制度を創設 ● 地域の社会福祉サービスの連携を向上させる目的で市町村がローカル活動計画を作成
ケニア 2002～	Cash transfer for Orphans and Vulnerable Children ¹⁵⁸ 定期的な現金給付、頻度は2か月に1回、給付は郵便局で。	<p>対象：孤児と脆弱な子供と共に暮らす極貧の家族 100,000 以上。(2013年には125,000家族に達する見込み)</p> <p>相手側機関名：Department of Children's Services</p> <p>プロジェクト目標：人的資本の開発</p> <p>対象者の購買力を高めること、および市民登録を通じて教育、健康、栄養を改善することが目的。孤児と脆弱な子供の継続的なケアを助長し、基本的な教育、健康、栄養、出生登録を促進することを通して人間開発を促進する。国家社会保障プログラムへと拡大中。</p> <p>支援ドナー：UNICEF、WB（WBの財政支援は2010年から2015年まで5000万USD）現在のプログラムの財源はケニアの税金からの支出が最多。プログラムのデザインに関したドナーは、WB、DFID、SIDA。</p> <p>成果：人的資本の発展や生活の改善、学校の出席率の上昇、健康や栄養の改善、生活の向上に関してはビジネス活動の増加（栄養が改善されて健康面で改善が見られ労働が可能）、購買力が増加した為にローカル経済への貢献が増加</p> <p>成功の要因：①ターゲティング、②コミュニティの巻き込み、③能力向上</p>

¹⁵⁸ Jackson, C et al (2011)を参考に記述

11-6. 国連開発計画(UNDP)

社会保障への支援を明確に打ち出している UNDP は、8 つの MDGs 行動アジェンダを提唱、そのうちのひとつに社会保障支援を掲げている。8 つの MDGs の行動アジェンダとは、①途上国政府主導の開発と効果的なガバナンスの支援、②内包的かつ貧困層のための経済成長の促進、③教育、保健、水、衛生、インフラへの公共投資増加、④女性の機会拡大に投資し、その経済的、法的、政治的エンパワーメントを増進、⑤社会保障と雇用プログラムなどの支援対象をターゲット化した政府介入を拡大、⑥気候への適応を支援し、エネルギー・アクセスを高め低炭素開発を促進、⑦国内リソース動員を加速化、⑧国際パートナーシップによる MDGs 達成可能な環境の確保(ODA コミットメント履行、財政支援・無償援助、債務負担軽減、革新的資金、貿易政策と政策一貫性、国際機関経由の ODA 供与¹⁵⁹。

2004 年、ブラジル政府と連携して、ブラジルに拠点を置くインクルーシブな成長促進のための国際政策センター(International Policy Centre for Inclusive Growth (IPC-IG))を設立した。目的は知識共有、政策対話の促進、啓発、南南協力の促進でグローバル・フォーラムとして活動している。社会保障はセンターの取り組みの 1 つで、オンライン・ナレッジサイトとして南南協力を促進する「South-South Learning on Social Protection Gateway¹⁶⁰」を立ち上げて知識交流を図っている。

また、ILO と共同で Social Protection Floor に関する 18 のグッド・プラクティスを収集・分析し、その結果を「Sharing Innovative Experiences – Successful Social Protection」 として 2011 年に発表している¹⁶¹。

11-7. ドイツ技術協力公社 (GIZ)

1. 社会保障の考え方

GIZ では、社会保障システムは貧困を削減し、長期的な社会的・経済的な発展に貢献するものであり、また健康保険スキームと基礎的な社会保障システムは、貧困層または貧困に直面している人々の自助努力の能力を回復させながら、危機や経済的な困難によるインパクトを和らげる働きがあると考えている¹⁶²。

2. ドイツとの方針との合致

2015 年までの行動計画(The German Federal Government's Program of Action 2015)に沿って社会保障分野の支援が行われている。社会保障の強化と基本的な社会サービスの保障を政府の貧困削減政策の 1 つに取り上げている。

3. 組織構造

社会保障は「教育、健康、社会保障部局」(Education, Health, Social Protection)が担当。

¹⁵⁹ UNDP, UNESCAP, ADB (2010) *Paths to 2015, MDG Priorities in Asia and the Pacific, Asia-Pacific MDG Report 2010/11*

¹⁶⁰ ウェブサイト <http://south-south.ipc-undp.org/>

¹⁶¹ ILO/UNDP (2011)

¹⁶² GIZ に関しては、以下のサイトを参考にした。

<http://www.gtz.de/en/themen/soziale-entwicklung/soziale-sicherheit/895.htm>

4. 支援の目的

包括的な社会保障システムの構築を支援し、今まで保障されてこなかった人達への保障の拡大を目指す。社会保障システム構築の優先課題は 2 つあり、1 つ目は社会保険システムの構築、2 つ目は基本的な社会保障の構築。

5. 支援の対象

貧困家庭、特に高齢者、障害者、HIV/AIDS に苦しむ家庭が対象¹⁶³。

6. 支援手法

主な手法としてアドバイス、技術指導、研修、国内外のネットワーク構築、戦略作成と知識マネージメントがある。

- 既存のプログラム・構造に配慮しながら、社会保障制度の導入または改革に関する政策提言：現在までに 25 カ国でのアドバイスを実施。主な国はボリビア、カンボジア、中国、チリ、エルサルバドル、ギニア、インド、インドネシア、ケニア、パラグアイ、フィリピン、ルワンダ、タンザニア、タイ、ベトナム、ザンビアなど。
- 既存の社会扶助システムの対象範囲について、最貧層と社会的に剥奪された層へと拡大するための技術的支援
- 補助金、参加といった社会保障の核となる要素と合わせ、連帯責任原則（solidarity principle）の強化メカニズムの発展
- セミナー、訓練プログラム、国際会議といった手法による政策決定者/高官の能力向上
- 専門家や高官が利用するための InfoSure、SimIns、CHIC といった管理ツールの開発
InfoSure（Health Insurance Evaluation Methodology and Information System）：健康保険システムを評価分析するツール。現在までにこのツールを使った国は、インド、インドネシア、フィリピン、ボリビア、パラグアイ、ペルー、エルサルバドル、トーゴ、セネガルなど。
SimIns：WHO と GIZ で共同開発したツール。健康保険の財政メカニズムを分析する健康保険シミュレーション・ソフトウェア。
- 様々な国や地域における社会・保健政策発展への継続的な観察と評価
- プロジェクト支援から得られた社会保障支援の経験の文書化

7. 支援内容

社会保障分野の主要な柱として、①保健・社会保障セクターネットワークの構築、②障害者支援、③社会保障制度構築支援がある。近年では官民連携（PPP）による支援も実施している。具体的には以下のような支援を実施している。

① 保健・社会保障セクター

- 官民連携支援（PPP）：HIV/AIDS 支援に関する欧州の民間企業との連携・促進
- 社会保険システム：ILO と WHO と共同で、ケニア等の複数国において、社会保障・保険システムの革新的な導入アプローチを促進(2004 年～)。
- 東南アジア(SEARO)での WHO との共同プログラム：WHO と共同で東南アジアにおける保健セクターの地域協力を強化する取組みを実施(2004 年～)

¹⁶³ GIZ (2007)

- アジア、東欧における保健・社会保障セクターネットワーク：アジア、東欧における保健・社会保障セクターネットワークは、現在 19 カ国で 40 以上のプロジェクトを実施している。このネットワークでは、保健と社会保障の分野の専門家がプロジェクトやプログラム間で交流・交代することが可能となっており、その結果、既存と新規のプロジェクトの計画と実施の質が高まり、GIZ のサービスパッケージと人的資源の改善が行なわれている。また、新しい課題、特に分野横断的な課題に関して専門家の対話の場を設け、最近では保健と援助効果向上、医療財政とグッドガバナンス、農村開発と社会の安全保障、経済発展を基礎とした保健と社会保障といったテーマについて議論を行なっている。
- 医療保険システムの導入：特徴：連帯の原則（Principle of solidarity）をベースにしている。目的は、特に貧困層をターゲットにし、財政的に賄うことが出来るサービス提供を実現することによって、質の高い医療へのアクセスの向上を目指す。支援対象地域はアフリカ、アジア、ラテンアメリカ、東ヨーロッパ。支援内容は、政策アドバイス- 健康保険の導入や改革へのアドバイス、法制度や基準の開発、現存する健康保険システムの評価(GIZが開発した InfoSure という評価方法によって評価をする)、フィージビリティ調査の実施、社会保険アプローチの開発：コミュニティに根差した保険制度の導入など、研修プログラムや能力向上支援（1 週間の健康保険マネージメントセミナーの開催など）、ネットワーク構築支援：民間及び NPO としての健康保険能力センター（Centres of Health Insurance Competence: CHIC）の設立支援（タンザニア事例）など。リソースとして、国家健康基金協会(Federal Association of the AOK - ドイツ最大の法令健康保険基金の傘下にある組織)と連携。

② 障害者支援

ドイツは、2015 年までの行動計画（The German Federal Government's Program of Action 2015）において、社会保障システムや健康・教育サービスへのアクセスがない人々を支援の対象とし、貧困削減のため障害のある人々に対して、下記のような支援を実施している。GIZ だけでなく、ドイツ連邦経済協力開発省(BMZ)も障害者支援を実施している。

- インフラと障害者（GIZ/STAKES）：障害者への低価格で実施可能なインフラ対策や環境作りについての総合的支援対策を実施。
- 特別支援学級支援(ガーナ)：ガーナでの普通学校に特別支援学級を導入。
- 全ての人に開発を（Development for All）：障害者をコミュニティのメンバーとしての参画を促すイニシアティブ。
- 学生から社会人への移行支援（Transition from school to work）：精神障害者の学生が就職する際の両親と教師のハンドブックの作成支援。

③ 基礎的な社会保障制度（セーフティネット）のデザイン支援

制度の種類

- 現金給付（年金、社会福祉、子供手当や条件付き現金給付など）
- 現物支給（無料の医療サービス、奨学金や学費の免除、食糧支援、給食プログラム、乳児向け無料健康診断など）
- 公共事業（Cash or Food for work プログラムなど）

促進内容

- 包括的アプローチの促進
- 現存する制度の分析を行い、他の制度との合致可能性を探る

- セーフティネットと他の社会開発課題（教育や健康）との連携

知識向上：社会保障支援のネットワークに関して、GIZ-Community Health & Social Protection と呼ばれるウェブサイトを運営し、保健・社会保障分野の案件データベース検索、報告書や資料のダウンロードが可能で、イベントに関するニュースやニュースレターなどを掲載している¹⁶⁴。

連携：2004年よりILOとWHOとでコンソーシアムを結成し、途上国の保健システムへの支援の際には資金や人材のリソースを活用し、支援のシナジー効果や補完的な関係を生み出すことを目的としている。これまでに、同コンソーシアムによってカンボジア、ギニア、インドネシア、ケニア、フィリピン、ルワンダ、タンザニア、ベトナム、イエメンに専門家を派遣、保険制度構築支援を実施、国際会議をベルリン（2005年）とマニラ（2006年）で開催している。

支援内容：セーフティ・ネットの現存する概念分析、新概念の評価（パイロットプロジェクトを通じて、新概念の実行可能性を探る）、包括的なセーフティネットの構築支援、最貧困層の取り込み、ターゲットング方法、組織的な事務能力の向上、研修と能力開発、財源の発掘（世界基金(Global Fund)などの新しい財政基盤の発掘支援）、啓発

8. 近年の協力案件概要

GIZによる医療保障、保健セクターの支援事例に関する情報は、以下のサイトで参照可能。

<http://www.german-practice-collection.org/>

対象国	案件名	金額	概要
ベトナム	social security institutional strengthening	-	ドイツの年金制度組織の支援で、政策対話、ベトナムの社会保障機関（VSS）のスタッフへの研修、ドイツでの3か月間の研修など。
カンボジア (2009-2018)	ヘルスケアシステムの改革支援	-	WHO、ILO、AfDと共同でカンボジアのヘルスケアシステム改革に関してワークショップ、訓練、専門家の派遣を実施。 www.giz.de/themen/en/30441.htm
インド (2007-2011)	Social security benefits for unorganized work	-	プロジェクトの目的は制度デリバリーの仕組みの改善、制度の構築。対象者は工事現場労働者、家事労働者、農業従事者、自営業者など。 アプローチ：組織化されていないグループに対して社会保障制度の構築、制度の効果的なデリバリー構造の構築、関連者の制度の計画から実施までの参加を促す、モニタリングシステムの構築。 成果：①労働者ファシリテーションセンターが25施設起動。3000家族分のデータ収集。②トレーニングモジュールの完成、③トレーナーの養成、④啓発用コミュニケーションツールの開発。UNDP/ILOが発表した社会保障の18の成功例の1つ。 www.giz.de/themen/en/24048.htm

¹⁶⁴ <http://www2.gtz.de/network/sn-hesp/oc-hesp/>

インドネシア	Reform of social security systems	-	システム改革をするための法整備分析や関係者連携強化支援など。
フィリピン	Microinsurance Innovations Program for Social Security (MIPSS) 2009-2012	-	プログラムの対象はインフォーマル部門と小企業。地域はカラガとビサヤス。貧困者のリスクからの保護を目的とし、マイクロ保険プロバイダーの能力向上。透明性・データ収集・調査など効率性と持続性を目指した研修などの実施。実施機関は国家クレジット委員会(National Credit Council)を通じた財務省。保険委員会は PhilHealth、保健省。
タンザニア	北部タンザニア紅茶生産者へのエイズ、結核、マラリア対策支援(官民連携:PPP 支援)	20 万 ユ ー ロ	紅茶生産企業とタンザニア政府と GIZ の共同の取組み。蚊帳の配布、エイズの予防に関する教育、結核の治療・医薬品支援などを実施。最終的には支援基金の運営を C/P に委譲予定。
ケニア	医療	-	WHO と ILO との連携、ケニア保健(政策アドバイスの例として) 2004 年に導入された国家医療保険制度の改善。1966 年に開始した国家病院保険基金はフォーマルセクターの労働者への保障に限定。
ザンビア	現金移転プロジェクト (2003-2005)	--	Kalomo 地域でのパイロットプロジェクトを通して、小規模の現金給付プロジェクトを支援。
エル・サルバドル	CCT	-	政策対話を通して、中央政府主導の制度から地方分権化へのプロセス支援。
キルギスタン	SWAp Kyrgystan: National healthcare reform	-	複数のドナーによる社会保障システムの拡大支援。

9. 最近の出版物、イベント

2008 年には社会保障システムに関する報告書 Making Poverty Reduction Inclusive において、カンボジア、タンザニア、ベトナムでの各国の貧困削減戦略 (PRS) に沿った形での社会保障を含む総合的な貧困削減支援とルーツボックスの開発と実践例を紹介している。

Box.4-2. アフリカにおけるドナー支援の種類とその成果

- ① パイロットプロジェクトおよびデモプロジェクトへの資金提供：CCT の開始（2004 年に GIZ がザンビアの 1 郡 1027 世帯に対して実施した案件が初の CCT プロジェクト）以降、様々なプロジェクトが実施されてきたが、現在までのところアフリカ政府が全国を対象として自己資金で実施したケースは見られない。
- ② エビデンスベースの構築
 - ・南アフリカにおける RHVP の地域エビデンス構築アジェンダ(Regional Evidence-Building Agenda: REBA)や、エチオピアにおける生産的セーフティーネットプログラム(Productive Safety Nets Programme : PSNP)のパネルサーベイ (IFPRI および IDS が実施)、南アフリカにおける EPRI の社会支援のインパクト評価等がある。
 - ・社会的移転に関して、ポジティブなインパクトに関するエビデンスが集められている。しかし、多くの政府はそのエビデンスに基づいた取り組みができていない。その背景には、政治プロセスが報告書や関係者のワークショップで研究報告されている以上に複雑であることが挙げられる。
- ③ 実施省庁の能力強化：ドナーは相手国政府に対して、社会保障担当省庁への専門家派遣や、職員の研修派遣、第三国研修によるスタディーツアー、国家社会保障戦略のドラフト作りのためのコンサルタント雇用等の技術協力支援を実施してきたが、多くの場合、それらの支援による能力強化への影響は限定的なものになっている。なぜなら、少ない予算と高い離職率に苦しむライン省庁は政治力も弱く、財務省への影響もほとんどないためである。
- ④ 市民社会の活用：国際・国内の非政府、コミュニティーベースの組織は、プログラム実施と支援のデリバリーには参画するにもかかわらず、政府の社会保障政策の立案からは疎外されている。市民社会をより戦略的に形成する流れは、アフリカ連合 (AU) の社会政策枠組みや、社会政策に関するアフリカ市民社会プラットフォーム、Grow Up Free From Poverty (GUFFP) と社会保障分野での国際的 NGO との連盟といった活動に影響を与えている。しかしながら、このような市民社会の動きにもかかわらず、政府の多くは、市民社会をマイナーなパートナーや下請けサービス機関として扱い、国レベルでの社会保障への人員動員やロビーイングにまでは発展していない。
- ⑤ 財務省と直接に取組実施：予算の決定権を持つ財務省が、社会保障プログラムへの影響力を持たせるようにする試み。
- ⑥ 議会へのロビーイング：SADC の議会フォーラムイニシアティブのような議会に影響を与える試み

上記のようなドナーの支援が実施されたことにより、エチオピアにおける PSNP、レソトの年金制度、ケニアの OVC プログラムなどの成功例が生まれたものの、ザンビアやマラウィなど多くの国は、ドナーが提供した一連の協力を納得していない。その理由としては、社会保障分野での社会移転プログラムにおけるリカレントコスト（経常経費）の高さ、支援対象者の「依存」を作り出すことへの恐れ、希少な財源は雇用創出プログラムまたは、国家の成長に寄与する農業といった直接的に「生産性のある」プログラムを通じて配分されるべきであるとの思い込み、などが挙げられている。

出典：IDS(2010) Social Protection in Africa: Where next?

付録 12. 主要国際会議の動向

主要国首脳会議（G8）や 20 개국財務相・中央銀行総裁会議（G20）のような主要な国際会議でも、社会保障の重要性が再認識されている。以下に最近の社会保障の言及を整理した。

表4-10. 主要国際会議での社会保障の言及

会合名・年月・場所	社会保障への言及
G20 2012年6月ロスカボス 首脳宣言	必要不可欠な社会保障 (Social Protection Floor) を確立することの重要性が確認された。必要不可欠な社会保障を実施するための低所得国の能力構築を支援するために、機関間及び国際的な政策の一貫性、協調、協力及び知識の共有を促進する重要性が認識された。
リオ +20 (国連持続可能な開発会議) 2012年6月	成長、回復力、社会正義、結束を発展させ、フォーマル経済での職業を持たない人を含め、社会の全メンバーに対して必要不可欠な社会保障 (Social Protection Floor) を提供する必要性が強調された。途上国の努力を先進国が支援する重要性も認識されている。
第4回援助効果向上に関するハイレベル・フォーラム 2011年11月釜山	世界共通目標を達成するには、「途上国のニーズに対応し、リスクの高いコミュニティにおいて、ショックに強いインフラ構築や、社会保障システム構築への支援に協働する」ことが重要であると認識された。
G20 2011年11月カンヌ	首脳宣言で、国ごとに決定される、医療へのアクセス、高齢者及び障害者のための所得保障、児童手当、並びに失業者のための所得保障及びワーキング・プアのための援助といった、必要不可欠な社会保障 (Social Protection Floor) に投資することの重要性を認識した。また、社会保障が経済成長、社会正義及び一貫性を促進することも認識した。
G20 2010年11月ソウル	G20 ソウルサミット首脳宣言において、「我々は、最も脆弱な立場にいる人々の懸念に対処することが重要であると認識する。回復の中核に雇用を位置づけ、社会保障と人間らしい働きがいのある仕事を提供し、そして低所得国(LICs)において、加速された成長を確保することを決意する」(外務省ウェブサイトのソウル宣言(仮訳)より抜粋 ¹⁶⁵)と明記され、社会保障の重要性が改めて確認された。以前のようなワシントンコンセンサス等における民営化や規制緩和促進にかわり、今回の G20 では経済成長促進に向け、インフラ整備、経済におけるボトルネック削減、民間投資の安全強化、金融サービスへの取り込み、グッドガバナンス、食糧の安全保障等とともに、社会保障への取り組みへの喚起がなされた。
APEC 2010年11月横浜	議論の多くが、APEC 地域内の均衡ある成長のための「貿易・投資の自由化」に特化したものであったが、より自由化され、よりオープンな APEC 地域の人材及び企業家精神の育成という課題のもとでの、雇用創出と、それに伴う女性や若者、高齢者への平等な機会の提供、およびセーフティーネットを改善するための政策の重要性も強調されている ¹⁶⁶ 。
MDGs サミット 2010年9月	2010年 MDGs サミット開催に向けて公表された UNESCAP、ADB、UNDP のアジア太平洋地域の報告書において、社会保障は主要なテーマとして大きく取り上げられている。特に第3章において、「強固な社会保障の構築による MDGs の達

¹⁶⁵ 外務省ウェブサイト G20 ソウル・サミット首脳宣言

http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/g20/seoul2010/sengen_ky.html

¹⁶⁶ APEC 横浜ビジョン(仮訳)より抜粋。 http://www.apec2010.go.jp/docs/aelmdeclaration2010_j.pdf

	成」(Securing the MDGs through stronger social protection) をとりあげ、アジア太平洋地域における、ここ数年の経済危機や不況のもとでの MDGs 達成のためには、社会保障制度の確立が非常に重要であるとの認識が共有されている。また、社会保障(Social Protection)は MDGs のほとんど全ての項目に強い関連性があり、社会的弱者の支援の実施体制を確立する(社会保障制度を確立する)ことが MDGs 達成に繋がるとの認識が持たれている ¹⁶⁷ 。
G8 2010年6月ムスコカ	全体会合において、特に社会保障が議題としては挙がらなかったものの、日本より、「強い経済、強い財政、強い社会保障」の一体的実現に向けた中期的な財政規律のあり方を定める「財政運営戦略」と、成長の拡大に向けた「新成長戦略」の策定をアピールした。また先進国の高齢化を、社会保障費の増加負担とマイナスに捉えるのではなく、介護、医療、保健等の分野で成長に繋げていく視点を持つことや、成長と財政再建を両立させるための「成長を生み出す雇用」の創出と所得、税収を増大させる政策の重要性が強調された ¹⁶⁸ 。

¹⁶⁷ UNDP、UNESCAP、ADB (2010) *Achieving the MDGs in an era of Global Uncertainty*, Asia-Pacific Regional Report 2009/10

¹⁶⁸ 外務省ウェブサイトより。 http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/summit/canada10/gaiyo_1006.html

付録 13. 基本チェック項目

国における社会保障の状況を把握するための基本チェック項目を以下に整理する。

【標準調査項目】

1. 社会保障（社会保険その他の公的医療・所得保障、社会福祉サービス）の現状

- (1) 社会保障制度の必要性の背景
社会構造の変化、少子・高齢化、災害発生頻度等
- (2) 国家政策・計画における社会保障（政策上の基本枠組み）
憲法上の位置づけ（理念）、社会保障政策関連文書の有無と内容（理念、政策目標）、
社会保障関連法制度
- (3) 社会保障関連基本指標
1人当たり GDP、経済成長率、生産年齢人口比率、老年人口比率、平均寿命、合計特殊出生率、年齢階層別将来推計人口、国民負担率、失業率、都市／農村人口、
インフォーマルセクター／フォーマルセクターの人口比、貧困率、ジニ係数等
- (4) 当該国の社会保障制度の基本枠組み
社会保障の定義、各制度の歴史的変遷、社会保障制度発展段階、社会保障の種類
概要（各種年金制度、医療保険制度、雇用保険制度、公的医療、公的扶助、各種
社会福祉サービス、等々）
- (5) 各種社会保障行政
各種社会保障制度に係る行政組織（中央／地方）の現状、省庁間調整、中央と地方の
役割分担
- (6) 各種社会保障財政
社会保障全体の予算規模、（以下すべて制度別）予算内訳、財源（中央／地方、税
財源／保険料財源、賦課方式／積み立て方式、事業者負担の有無・対象・率、国
庫負担の有無・対象・率、等々）、保険料水準、給付水準、医療費支払い方式（出
来高払い／包括払い）、給付・負担水準決定メカニズム、積立金の規模・運用、医
薬品や医療機器に関する給付、等
- (7) 各種社会保障制度の加入・給付内容
加入対象者、任意加入／強制加入、必要加入期間、給付期間・内容、受給手続、
自己負担、等
- (8) 各種社会保障制度執行状況
管理運営機関・保険者の位置づけ、財務負担、人材、省庁・運営機関間調整、実
際の加入率、給付率、各種制度間の重複、調整、カバーされていない人口、使用
されている被保険者管理等情報システム等
- (9) 民間保険の役割
民間保険の位置づけ、加入率
- (10) 当該国の社会保障におけるコミュニティ等の役割
家族、地域、宗教、ボランティア、マイクロ保険
- (11) 制度見直し
制度見直し動きがあるとすればその内容、背景、議論の状況とスケジュール、等

(12) その他

当該国における社会保障の研究者・機関の状況、社会保障に対する国民意識の状況、社会保障に対する国民の理解を得るための施策の状況、その他必要に応じ、雇用・産業政策等

2. 社会保障分野の援助動向

(1) 各ドナーの援助動向

国際機関、二国間ドナー、NGO 等

(2) 援助協調の動向

(3) 我が国の協力実績

3. 社会保障分野にかかる課題と JICA に寄せる期待

注) 調査の視点と標準調査項目は上記を標準としつつ、関係部局と協議の上、必要に応じて調査項目は調整する。

付録 14. 参考文献

1. 和文

新田目夏実 (2006) 「アジアの高齢化と日本の地域福祉」『開発途上国の高齢化を見据えて～新しい支援・協力への視座～』 JICA 研究所

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200607_soc.html

井堀利宏 (2009) 『誰から取り、誰に与えるか』 東洋経済新報社

五石敬路 (2010) 『東アジアにおける都市の貧困』

伊藤元重 (2008) 『リーディングス 格差を考える』 日本経済新聞出版社

医療経済研究機構 (1997) 『社会保障の国際協力に関する調査研究』

岩名礼介 (2011) 『国民皆保険 50 周年とアジアの社会保障構築支援』 三菱 UFJ リサーチ & コンサルティング

http://www.murc.jp/thinktank/rc/column/search_now/sn110713

宇佐見耕一、小谷眞男、後藤玲子、原島 博編 (2011) 『世界の社会福祉年鑑』 旬報社

大泉啓一郎 (2006a) 「開発途上国の少子高齢化と経済発展」『開発途上国の高齢化を見据えて～新しい支援・協力への視座～』 JICA 研究所

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200607_soc.html

—— (2006b) 「東アジアの高齢社会対策と日本の支援・協力のあり方—タイを事例に一」、環太平洋ビジネス情報 RIM 2006 Vol.6 No.22

<http://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/rim/pdf/2613.pdf>

岡伸一 (2006) 『社会保障ハンドブック』 学文社

大沢真理 (2004) 『アジア諸国の福祉戦略』 ミネルバ書房

加茂直樹 「日本の社会保障制度の現代的課題」『京都大学現代社会研究』

<http://www.cs.kyoto-wu.ac.jp/bulletin/12/kamo.pdf>

河森正人 (2009) 『タイの医療福祉制度』

経済産業研究所 (2011) 『地域経済活性化要因の研究』

<http://www.rieti.go.jp/jp/publications/pdp/11p014.pdf>

厚生労働省 (1997) 『厚生白書 (平成 9 年度版)』

<http://www.whakusyoh.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199701/body.html>

厚生労働省 (1999) 『厚生白書 (平成 11 年度版)』

<http://www.hakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpaz199901/body.html>

—— (2010) 『平成 22 年度 ILO/日本マルチ・バイ事業の概要』

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000197z9-att/2r985200000198mi.pdf>

—— (2012) 『厚生労働白書 (平成 24 年版) - 社会保障を考える - 』

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/12/>

国際協力機構 (2003a) 『日本型国際協力の有効性と課題』

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/etc/200302.html

—— (2003b) 『途上国のソーシャル・セーフティネットの確立にむけて』

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200310_01.html

—— (2005) 「貧困削減と人間の安全保障ディスカッションペーパー」

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200511_pov.html

—— (2006a) タイ国『公的医療保険情報制度構築支援』プロジェクト終了時評価調査報告書

—— (2006b) 『開発途上国の高齢化を見据えて ~新しい支援・協力への視座~』

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200607_soc.html

—— (2010a) 『タイ国社会保障分野基礎情報収集・確認調査報告書』

—— (2010b) タイ国『公的医療保険情報制度構築支援』『案件別事後評価(簡易版)評価結果票:技術協力プロジェクト』

http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2009_0601160_4_f.pdf

—— (2011a) 『東南アジアにおける社会保障に関する情報収集・確認調査 (ベトナム) 事前二一ズ聴取 調査報告書 (未定稿)』人間開発部

—— (2011b) 『東南アジアにおける社会保障に関する情報収集・確認調査 (インドネシア) 調査報告書 (未定稿)』人間開発部

—— (2012a) 『インドネシア社会保障調査報告書』

—— (2012b) 『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』

国連開発計画 (2009) 『ミレニアム開発目標』東京事務所

<http://www.undp.or.jp/publications/pdf/millennium2009.11.pdf>

澤田康幸 (2008) 『開発援助 研究力高めよ』経済産業研究所、2008 年 10 月 31 日に日本経済新聞「経済教室」の掲載記事

<http://www.rieti.go.jp/jp/papers/contribution/sawada/01.html>

武田長久 (2002) アジア通貨危機とインドネシアのソーシャルセーフティネット・プログ

ラム、経済協カシリーズ(195) / アジア通貨危機と援助政策 : インドネシアの課題と展望, 2002, 171-207

http://d-arch.ide.go.jp/idedp/KKC/KKC019500_007.pdf

島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』 東京大学出版会

—— (2013) 『日本の日本の国民皆保険の実現プロセスと政策的示唆—日本の経験と教訓—』 JICA

社会保険庁 (2009) 『社会保険テキスト (平成 21 年度版)』

<http://www.sia.go.jp/infom/text/shakaihosyou01.pdf>

滝澤郁雄 (2012) 「アフリカにおける保健開発 : 健康水準の加速的改善と日本の開発援助への提言」 『国際保健医療』 第 27 巻 第 1 号

https://www.jstage.jst.go.jp/article/jaih/27/1/27_1_27/_pdf

橋本俊詔 (2005) 『企業福祉の終焉—格差の時代にどう対応すべきか』 中公新書

内閣府 (2011) 『世界経済の潮流 <2011 年上半期 世界経済報告> 歴史的転換期にある世界経済 : 「全球一体化」と新興国のプレゼンス拡大』

http://www5.cao.go.jp/j-j/sekai_chouryuu/sh11-01/s1-11-1-3/s1-11-1-3-2.html

原康生、松村祥子、宇佐見耕一、後藤玲子編 (2010) 『世界の社会福祉年鑑』 旬報社

広井良典 (1999) 『日本の社会保障』 岩波新書

広井良典・駒村康平 (2003) 『アジアの社会保障』 東京大学出版会

広井良典 (2005) 「アジアの社会保障とアジア福祉ネットワーク」 千葉大学『公共研究』 第 2 巻第 2 号、2005年 9 月 <http://mitizane.ll.chiba-u.jp/metadb/up/ReCPAcoe/hiro-i-session1.pdf>

広井良典/JICA (2004) 『日本の社会保障の経験—社会保障後発国としての制度整備過程と途上国への教訓の観点から』 JICA 国際協力総合研修所

http://jica-ri.jica.go.jp/IFIC_and_JBICI-Studies/jica-ri/publication/archives/jica/field/200407_01.html

広井良典・山崎泰彦編著 (2007) 『社会保障論』 ミネルヴァ書房

ランセット (2011) 「日本特集号: 国民皆保険達成から 50 年」

<http://www.jcie.or.jp/japan/csc/ghhs/lancetjapan/>

渡辺智之 (2011) 「税・社会保障の一体改革と情報システム」

<http://hermes-ir.lib.hit-u.ac.jp/rs/bitstream/10086/18910/2/keizai00401000210.pdf>

2. 英文

Asian Development Bank (2001), 'Social Protection in Asia and the Pacific'
http://www.adb.org/Documents/Books/Social_Protection/

—— (2003), Social Protection: Our framework policies and strategies
<http://beta.adb.org/sites/default/files/pub/2001/social-protection.pdf>

—— (2010a) Key Indicators for Asia and the Pacific
<http://www.adb.org/publications/key-indicators-asia-and-pacific-2010>

—— (2010b) Poverty and Sustainable Development in Asia: Impacts and Responses to the Global Economic Crisis
<http://www.adb.org/documents/books/poverty-sustainable-development/default.asp>

—— (2012) Social Protection for Older Persons: Social Pensions in Asia
<http://www.adb.org/sites/default/files/pub/2012/social-protection-older-persons.pdf>

—— (2013) Mongolia: Social Sectors Support Program; Completion report
<http://www.adb.org/sites/default/files/projdocs/2013/43096-013-mon-pcr.pdf>

—— (年代不詳) Definition of social protection terms
http://www.adb.org/documents/policies/social_protection/appendix.pdf

AFD/USAID (2010) Assessing the Effects of Health Insurance: The SKY Micro-Insurance Program in Rural Cambodia
<http://www.skyie.org/accessing-the-effects-of-health-insurance-the-sky-micro-insurance-program-in-rural-cambodia>

Ali, Ifzal and Sonadb, Hyun Hwa (2007) Measuring Inclusive Growth: The Asian Development Bank
<http://www.adb.org/documents/periodicals/adr/pdf/ADR-Vol24-1-Ali-Hwa-Son.pdf>

ASEAN (2011) Country report of the ASEAN assessment on the social impact of the global financial crisis: Myanmar
<http://www.ilo.org/dyn/travail/docs/1483/ASEAN%20Assessment%20on%20Social%20Impact%20of%20the%20GFC%20-%20Lao%20PDR.pdf>

Bakhshi P, Kett M, Trani J-F (2012) What are the impacts of approaches to increase the accessibility to education for people with a disability across developed and developing countries and what is known about the cost effectiveness of different approaches? Protocol. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London
http://eppi.ioe.ac.uk/cms/LinkClick.aspx?fileticket=p_Fqp7cDHhQ=&tabid=3174

Barrientos, Armando and Hulme, David (2008) Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution
<http://www.bwpi.manchester.ac.uk/resources/Working-Papers/bwpi-wp-3008.pdf>
Barrientos, Armando (2010) Social Protection and Poverty: UNRISD

<http://www.unrisd.org/publications/pp-barrientos>

Barrientos et al (2010) Social Assistance in Developing Countries Database
http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/social-assistance-database-version-5.pdf

Berg, A. et al. (2011) "Inequality and Unsustainable Growth: Two Sides of the Same Coin?". IMF Staff Discussion Note
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/sdn/2011/sdn1108.pdf>

C. Bamba, T. A. Eikemo (2008) "Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries", *Journal of Epidemiology Community Health*, Vol.63, pp92-98
<http://jech.bmj.com/content/63/2/92.full.pdf+html>

Cockburn, C. (1980), THE ROLE OF SOCIAL SECURITY IN DEVELOPMENT.
International Social Security Review, 33: 337–358.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-246X.1980.tb00676.x/full>

Conway, T., de Haan, A. and Norton, A. (2000), 'Social Protection: New Directions of Donor Agencies', Overseas Development Institute (ODI), London
http://www.odi.org.uk/PPPG/cape/publications/tc_social_protection_donors.pdf

Cook, Sarah (2009) Social Protection in East and South East Asia: A Regional Review
<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/socialProtectioninEastandSouthEastAsia.pdf>

Davies, M. (2011) 'Designing Social Protection as an Effective and Sustainable Investment', IDS In-Focus Policy Briefing 17, Brighton: IDS
<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/InFocus17.pdf>

Deacon, Bob (2005) From "'Safety Nets' Back to 'Universal Social Provision' Is the Global Tide Turning?", *Global Social Policy*, Vol.5, pp.19-28
http://www.tara.tcd.ie/bitstream/2262/52505/1/PEER_stage2_10.1177%252F1468018105050118.pdf

Diego et al (2010) Key Characteristics of Employment Regulation in the Middle East and North Africa, World Bank.

Easterly, William (2007) "Inequality Does Cause Underdevelopment: Insights from a New Instrument", *Journal of Development Economics*, Vol.84, No.2, pp. 755-776
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304387806001830#>

EU (2009) Consultation workshop on financing of health systems and social protection in health in developing countries
http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/B2_final_report_health_20090323_EN.pdf

——— EU (2010) European Report on Social protection for inclusive development
<http://erd.eui.eu/erd-2010/final-report/>

Harvey, Paul (2009) Social Protection in Fragile States: Lessons Learned, in OECD (2009) Promoting Pro-Poor Growth: Social Protection
<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/43280926.pdf>

GIZ (2007) Priority Social Protection Themes of German Development Cooperation
<http://www2.gtz.de/dokumente/bib/07-1438.pdf>

Hypher, Nicola (2011) The role of social protection in achieving equitable reduction of child mortality
<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/Hypher2011SocialprotectionandredutionofchildmortalityCSPConferencedraft.pdf>

Institute of Development Studies (2010) Social Protection in Africa: Where next?
<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/SocialProtectioninAfricaWhereNext.pdf>

Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services (1915) Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services
http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf

International Labour Organization (1944) Income Security Recommendation (No. 67)
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312405

——— (1944) the Medical Care Recommendation (No. 69)
http://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO:12100:P12100_ILO_CODE:R069

——— (1999) Social security for the excluded majority. Case studies of developing countries
http://www.ilo.org/global/publications/ilo-bookstore/order-online/books/WCMS_PUBL_922110_8562_EN/lang--en/index.htm

——— (2001) Social Health Protection, ILO Strategy towards universal access to health care
<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>

——— (2002) Social security priorities and patterns: a global perspective
<http://www.sussex.ac.uk/Units/PRU/wps/wp20.pdf>

——— (2003) Social Protection, A life cycle continuum investment for social justice, poverty reduction and sustainable development
<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/lifecycle.pdf>

——— (2007) The Right to Social Security and National Development: Lessons from OECD experience for low-income countries
<http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessShowRessource.do;jsessionid=2e036ad324f9afffd35021f8e8094eecd87c8c9ccd0cdaf87016003568385c4.e3aTbhuLbNmSe3qLbi0?ressourceId=8996>

- (2008a) The ILO and the quest for social justice, 1919–2009
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_104643.pdf
- (2008b) Can Low-Income Countries Afford Basic Social Security?
<http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy3e.pdf>
- (2008c) Micro-Insurance Briefs Gujarat: Self-Employed Women's Association (SEWA)
- (2009) Extending Social Security Coverage to Informal Economy Workers: Way Forward
- (2010a) Employment and social protection in the new demographic context
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/documents/publication/wcms_125308.pdf
- (2010b) Governance of Social Security Systems: a Guide for Board Members in Africa, http://socialprotection.itcilo.org/pdf-and-pics/library/governance_Guide_EN
- (2010c) World Social Security Report 2010/11 Providing coverage in times of crisis and beyond
<http://www.ilo.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1985&lang=EN>
- (2010d) Global wage report
http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_145265/lang--en/index.htm
- (2011a) Global Employment Trends 2012
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/@publ/documents/publication/wcms_171571.pdf
- (2011b) Social Protection Floor for a Fair and Inclusive Globalization
http://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_165750/lang--en/index.htm
- (2011c) Statistical update on employment in the informal economy
http://www.ilo.org/global/statistics-and-databases/WCMS_157467/lang--en/index.htm
- (2011d) Report VI Social Security for social justice and a fair globalization
http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/100thSession/reports/reports-submitted/WCMS_152819/lang--en/index.htm
- (2012a) Non-standard workers: good practices of social dialogue and collective bargaining
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---dialogue/documents/publication/wcms_179448.pdf
- (2012b) Extending social security coverage to informal economy workers way forward

Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services (1942)

Report of the Inter-Departmental Committee on Social Insurance and Allied Services (Beveridge Report)

http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf

International Organization for Migration (2011) World Migration Report

http://publications.iom.int/bookstore/index.php?main_page=product_info&cPath=37&products_id=665

International Social Security Association (ISSA) (2009) Good Governance Guidelines for Social Security Institutions

——— (2011) Social security and migrants: policy challenges and responses

<http://www.issa.int/Resources/Social-Policy-Highlight/Social-security-and-migrants-Policy-challenges-and-responses>

Jacobs et al (2007) Bridging community-based health insurance and social protection for health care – a step in the direction of universal coverage? Tropical Medicine and International Health Vol.13 No.2 p140-143

http://www.who.int/health_financing/documents/cbhi-spp_tmih.pdf

Jackson, C., Butters, S. Byambaa, E. Davies, M. and Perkins, N. (2011) 'Lessons from Social Protection: Programme Implementation in Kenya, Zambia and Mongolia', IDS Research Report 69, Brighton: IDS

<http://www.ids.ac.uk/idspublication/lessons-from-social-protection-programme-implementation-in-kenya-zambia-and-mongolia>

Jutting, Johannes (unknown), Social security systems in low income countries: concepts, constraints and the need for cooperation

<http://www.zef.de/fileadmin/webfiles/downloads/articles/juetting-issr.pdf>

Kassouf, Ana Lucia (2012) Impact evaluation of the Brazilian non-contributory pension program Benefício de Prestação Continuada (BPC) on family welfare

http://www.pep-net.org/fileadmin/medias/pdf/files_events/8th-PEPmeeting2010-Dakar/papers/Ana_Lucia_Kassouf.pdf

Kabeer, Nelia (2002) Safety Nets and Opportunity Ladders: Addressing Vulnerability and Enhancing Productivity in South Asia

<http://www.odi.org.uk/work/projects/00-03-livelihood-options/papers/wp159.pdf>

Koehler, Gabriele, Des Gasper, Richard Jolly, Mara Simane (April 2012) Human Security and the next generation of development goals

<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/HumanSecurityFinal.pdf>

Lord, et al (2010) Disability and International Cooperation and Development: A Review of Policies and Practices, SP Discussion Paper No. 1003, World Bank.

Munro, Lauchlan T. (2010) Risks, Needs and Rights: Compatible or Contradictory Bases for Social Protection

ODI (2006) Evidence-based Policymaking: Lessons from UK for Developing Countries

<http://www.odi.org.uk/projects/34-evidence-based-policymaking-lessons-uk-developing-countries>

——— (2011) Brazil's story: Social protection in Brazil: Impacts on poverty, inequality and growth

http://www.developmentprogress.org/sites/developmentprogress.org/files/resource_document/brazil_social_protection.pdf

——— (2012) Livelihoods, basic services and social protection in Nepal

<http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7784.pdf>

OECD (2004) Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems

<http://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>

———(2008) Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries

<http://www.oecd.org/els/soc/growingunequalincomedistributionandpovertyinoecdcountries.htm>

——— (2009a) Is Informal Normal? Towards More and Better Jobs in Developing Countries, OECD Policy brief

http://www.eregulations.org/media/website/OECD_is_informal_normal.pdf

——— (2009b) Promoting pro-Poor Growth: Employment and Social Protection

<http://www.oecd.org/development/povertyreduction/43514582.pdf>

——— (2009c) Promoting pro-poor growth: Social Protection

<http://www.oecd.org/dac/povertyreduction/43514563.pdf>

———(2011) Perspectives on Global Development 2012, Social Cohesion in a shifting world, Multilingual summaries

<http://www.oecd.org/site/devpgd2012/49067954.pdf>

Paitoonpong, Abe, Puopongsakorn (2008) The meaning of "social safety nets"

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6W53-4TJ1HKM-1&_user=4614413&_coverDate=12%2F31%2F2008&_rdoc=1&_fmt=high&_orig=search&_sort=d&_docanchor=&view=c&_searchStrId=1300142731&_rerunOrigin=google&_acct=C000063578&_version=1&_urlVersion=0&_userid=4614413&md5=8752356aae9e28c6e09eb308772a1453

Ravallion, M.(2005) Inequality is Bad for the Poor

http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2006/Resources/477383-1118673432908/Inequality_is_Bad_for_the_Poor.pdf

Skoufias, Emmanuel (2003) Economic Crises and Natural Disasters: Coping Strategies and Policy Implications, World Development Vol. 31, No. 7, pp. 1087–1102

<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/78330/3rd%20Workshop/Srmafrica/paristwo/pdf/readings/weather.pdf>

Shimazaki (2013) The Path to Universal Health Coverage – Experiences and Lessons from Japan for Policy Actions, JICA

Sumner, Andy (2010) Global Poverty and the New Bottom Billion: What if three-quarters of the World's Poor Live in Middle-income Countries?

<http://www.ids.ac.uk/files/dmfile/GlobalPovertyDataPaper1.pdf>

Sun, Changqing (2012) Maldives - Maldives - Pension and Social Protection Administration : P104743 - Implementation Status Results Report : Sequence 06. Washington, DC: World Bank.

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/SAR/2013/01/04/090224b08184c305/1_0/Rendered/PDF/Maldives000Mal0Report000Sequence006.pdf

Triantafillou et al (2010) Informal care in the long term care system European Overview Paper

http://www.euro.centre.org/data/1278594816_84909.pdf

Tulus T.H. Tambunan and Bambang Purwoko (年代不詳) Social Protection in Indonesia

<http://library.fes.de/pdf-files/iez/01443003.pdf>

United Nations (2011) Resolution A/RES/65/182: Follow-up to the Second World Assembly on Ageing

<http://www.globalaging.org/agingwatch/convention/process/Resolution%202010.pdf>

UNDP (2011a) Human Development Report: Sustainability and Equity: A Better Future for All

<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2011/download/>

UNDP (2011b) Sharing innovative experiences: Successful Social Protection Floor Experiences

<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=20840>

UNDP, UNESCAP, ADB (2010a) *Achieving the MDGs in an era of Global Uncertainty*, Asia-Pacific Regional Report 2009/10

http://www.mdgasiapacific.org/files/shared_folder/documents/Regional_MDG_Report_2009-10.pdf

UNDP, UNESCAP, ADB (2010b) Paths to 2015, MDG Priorities in Asia and the Pacific, Asia-Pacific MDG Report 2010/11

<http://www.mdgasiapacific.org/node/191>

UNFPA and HelpAge International (2012) Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge

<http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/11584>

UNICEF (2010) Social and Economic Policy Working Brief: Social protection: accelerating the MDGs with Equity

http://www.unicef.org/socialpolicy/files/Social_Protection_Accelerating_the_MDGs_with_Equity/

[1\).pdf](#)

——— (2012) Integrated Social Protection Systems: Enhancing Equity for Children, UNICEF Social Protection Strategic Framework

http://www.unicef.org/socialpolicy/files/UNICEF_Social_Protection_Strategic_Framework_full_doc_std.pdf

http://www.unicef.org/socialpolicy/files/External_Consultation_-UNICEF_Social_Protection_-web.pdf

USAID (2007) Definitions of key social protection terms from other donors

http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADL904.pdf

World Bank (2001) Social protection sector strategy : from safety net to springboard. World Bank sector strategy

http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2001/01/26/000094946_01011705303891/Rendered/PDF/multi_page.pdf

——— (2003) The Contribution of Social Protection to the Millennium Development Goals

<http://www.ecolabs.org/adams2/IMG/pdf/SPMDGs.pdf>

——— (2005) Community-Based Health Insurance and Social Protection Policy

<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/0503.pdf>

——— (2006) Complementing Natural Disasters Management: The Role of Social Protection

<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Social-Risk-Management-DP/0543.pdf>

——— (2008a) For Protection and Promotion

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTSAFETYNETSANDTRANSFERS/0,,contentMDK:21925478~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282761,00.html>

——— (2008b) The World Bank Pension Conceptual Framework

http://siteresources.worldbank.org/INTPENSIONS/Resources/395443-1121194657824/PRPNoteConcept_Sep2008.pdf.pdf

——— (2009a) Social protection & labor at the World Bank, 2000-08

http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/280558-1225731593400/SPL_at_the_WB_2000-08.pdf

——— (2009b) Addressing the Employment Effects of the Financial Crisis: The Role of Wage Subsidies and Reduced Work Schedules, World Bank Employment Policy Primer, No. 14

——— (2010) Building Resilient Communities, Risk Management and Response to Natural Disasters through Social Funds and Community-Driven Development Operations

—— (2011a) Annual Report 2011
[http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP2011/0,,
menuPK:8070643~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:8070617,00.html](http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP2011/0,,menuPK:8070643~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:8070617,00.html)

—— (2011b) Evidence and Lessons Learned from Impact Evaluations on Social Safety Nets
http://ieg.worldbankgroup.org/content/dam/ieg/ssn/ssn_meta_review.pdf

—— (2011c) Can Social Safety Nets Help Peace Building in Nepal?
http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131468287118/BBL-SSN_Nepal_7-21-2011.pdf

—— (2012a) Social Protection and Labour Strategy 2012-2022
http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/280558-1274453001167/7089867-1279223745454/7253917-1291314603217/SPL_Strategy_2012-22_FINAL.pdf

—— (2012b) Rules, Roles and Controls Governance in Social Protection with an Application to Social Assistance
<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/430578-1331508552354/1206.pdf>

—— (2012c) The 2013 World Development Report : Jobs
<http://econ.worldbank.org/external/default/main?contentMDK=23044836&theSitePK=8258025&piPK=8258412&pagePK=8258258>

—— (2012d) The World Bank's Africa Social Protection Strategy 2012-2022: Managing Risk, Promoting Growth: Developing Systems for Social Protection in Africa
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/COUNTRIES/AFRICAEXT/0,,contentMDK:23330351~pagePK:146736~piPK:226340~theSitePK:258644,00.html>

—— (2012e) Does India's Employment Guarantee Scheme Guarantee Employment?
http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2012/03/21/000158349_20120321082953/Rendered/PDF/WPS6003.pdf

—— (2012f) Annual Report 2012
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTABOUTUS/EXTANNREP/EXTANNREP2012/0,,menuPK:8784414~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:8784409,00.html>

World Health Organization (2000) World Health Report 2000: Health systems: improving performance
<http://www.who.int/whr/2000/en/>

—— (2002) Abuse of the Elderly
http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/elderabusefacts.pdf

—— (2007) Global age-friendly cities : a guide

http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

—— (2010) The World Health Report - Health systems financing: the path to universal coverage

<http://www.who.int/whr/2010/en/index.html>

—— (2011a) World report on disability

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/index.html

—— (2011b) Ghana: coverage expansion through political commitment and innovative policy choices

http://www.who.int/providingforhealth/PH4_Ghana_success_story.pdf

Wouter van GINNEKEN (2003) Extending social security: Policies for developing countries

http://actrav.itcilo.org/library/english/03_Protection/Social_Security/global_campaign_on_ss/espaper13.pdf

—— (2009) Social Security and the Global Socio-Economic Floor: Towards a human rights-based approach, Global Social Policy, vol. 9 (no. 2), pp228-245

<http://gsp.sagepub.com/content/9/2/228.abstract?rss=1>

3. 役に立つウェブサイト

(研究機関・知識プラットフォーム)

GSDRC

<http://www.gsdrc.org/go/topic-guides/social-protection>

Overseas Development Institute (ODI)

<http://www.odi.org.uk/programmes/social-protection>

Institute of Development Studies (IDS)

<http://www.ids.ac.uk/idsresearch/social-protection>

UNDP International Policy Center on Inclusive Growth

<http://www.ipc-undp.org/>

UNDP South-south learning on Social Protection

<http://south-south.ipc-undp.org/>

(国際機関)

International Social Security Association (ISSA)

<http://www.issa.int/>

ILO Social Protection Sector

<http://www.ilo.org/protection/lang--en/index.htm>

WB Social Protection and Labor

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/0,,menuPK:282642~pagePK:149018~piPK:149093~theSitePK:282637,00.html>

(指標)

ADB Key Indicators for Asia and Pacific

<http://www.adb.org/publications/series/key-indicators-for-asia-and-the-pacific>

ECLAC: Data Base of Social, Economic and Environmental Indicators for Latin America and the Caribbean

OECD Social Expenditure Database (SOCX)

<http://www.oecd.org/social/soc/socialspendituredatabasesocx.htm>

WB, ASPIRE (Atlas of Social Protection, Indicators of Resilience and Equity)

http://data.worldbank.org/data-catalog/atlas_social_protection

WB World Development Indicators

<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

(データベース)

Barrientos et al (2010) Social Assistance in Developing Countries Database

低・中所得国を中心に52カ国の社会扶助制度のデータベース。

http://www.chronicpoverty.org/uploads/publication_files/social-assistance-database-version-5.pdf

ILO Global Extension of Social Protection (GESS) : a global knowledge sharing platform

ILOの社会保障課(Social Security Department) が運営しているウェブサイト。無拠出制の年金 (social pension) やCCTなどの社会移転制度のインパクトに関するエビデンスを提供している。社会移転プログラムのリスト、文献サーチができる。

<http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=20840>

Social Security Programmes throughout the World.

米国社会保障事務局 (The US Social Security Administration) が運営しているデータベースで、世界の社会保障制度が検索可能。データベースは2年に一回更新される。

<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdsc/ssptw/>

S. Roddis and Z. Tzannatos [1999] Family Allowances, Social Protection Discussion Paper 9814, Washington: The World Bank

家族手当データベース

<http://siteresources.worldbank.org/SOCIALPROTECTION/Resources/SP-Discussion-papers/Labor-Market-DP/9814.pdf>

Barrientos and DeJong (2004) Child Poverty and Cash Transfers, Report 4, London: Childhood Poverty Research and Policy Centre

付録に低・中所得国の子どもに関する現金給付制度の情報

<http://www.childhoodpoverty.org/index.php?action=documentfeed/doctype=pdf/id=84/>

WB ウェブサイト 各国の条件付き現金給付制度の情報

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/TOPICS/EXTSOCIALPROTECTION/EXTSAFETYNETSANDTRANSFERS/0,,contentMDK:22055402~pagePK:148956~piPK:216618~theSitePK:282761,00.html>