

ラオス、カンボジアの社会保障制度

漆原 克文

■ 要約

ラオス、カンボジアは、ASEAN域内の後発国として位置付けられており、社会保障制度も整備途上にある。ラオスは、2000年代に入り被用者社会保障制度を実施し、農民、自営業者を対象にした地域医療保険パイロット事業も行っている。これらの事業はそれぞれ解決すべき問題を抱えているが、社会保障に利用できる経済的資源の限られた後発開発途上国の社会保障制度整備の参考となる実例といえるものである。

カンボジアは、社会保障制度の必要性を理解し社会保障法制度の整備を行ったものの、現在の社会経済環境と技術的な経験不足のなかで社会保障制度の実施に至っておらず、技術・経済的な支援を待ちながら実施準備を行っている状況にある。

■ キーワード

民間被用者社会保障制度、地域医療保険パイロット事業、社会保障制度整備国際協力

I 社会保障発達途上国であるラオス、カンボジア

ラオス、カンボジアはともにインドシナ半島中央部で長い歴史と文化遺産を持つ国であるが、19世紀後半にフランスの植民地に組み入れられ、それ以後20世紀前半までは民族国家として独立を果たしていなかった。第二次世界大戦後、ラオス、カンボジアとも1953年にフランスからの独立を果たしたが、ラオスは政治的に不安定なまま戦後の30年間が経過する。カンボジアは、1970年までシアヌーク王制のもとで政治的な安定を保っていたが、1970年のロン・ノル将軍によるクーデターの後、事実上の内戦状態となる。両国とも1960年代からのベトナム戦争の影響を受けた(ラオス、カンボジアともベトナム戦争当時北ベトナムから南ベトナム解放戦線への補給路であるいわゆるホーチミンルートの通過国であり、双方ともベトナム戦争中ア

メリカ軍による激しい空爆を受けた)こともあり、ことにカンボジアはベトナム戦争後、いわゆるポル・ポト政権の国民大虐殺の歴史を持ち、ともにベトナム戦争後のベトナムを含めた東南アジアの経済的発展から取り残されていた。

ラオスでは、国民に現在の国の体制は1975年のベトナム戦争終結以後に整ったという意識があり、カンボジアでは、いわゆる内戦は1991年のパリ和平協定締結により公式には終了したものとされているが、現地では武力紛争がそれ以後も散発的に続き、一応国内が平和になったのは1997年のクーデター未遂事件以降のことであるといわれている。

東南アジアは、近年世界で最も経済発展の著しい地域のひとつと考えられているが、東南アジア地域の政治経済協力組織であるASEANへの加盟は、ラオスは1997年、カンボジアは1999年で、ともにいわゆる CLMV 4か国(他の2か国は、ベトナム

ム、ミャンマー)といわれる ASEAN 加盟後発国のうちに数えられている。

このような不安定な過去の政治・経済・社会の状況から、世界各国からの開発協力や非政府組織による援助を今も受けている両国であるが、遅れた経済開発を優先するため、国民生活の安定的な発達の基礎となる社会保障制度の整備は、後回しとなった観がある。シンガポール、タイ、マレーシア等の他の ASEAN 諸国ではすでに整備され、1997年の ASEAN 通貨危機を乗り越えた社会保障制度についても、両国とも政府が雇用者として雇用関係に基づいて被用者である公務員に対して行う福利厚生施策である、「公務員対象の社会保障制度」¹⁾を除いては、近年まで一般国民に対する社会保障制度はほとんど存在していなかった。

しかし、両国とも社会保障制度の必要性は意識しており、ラオスでは1999年12月に10名以上の被用者を雇用する事業所を対象にした社会保障制度を内閣総理大臣令207号として公布し、2001年6月1日から施行している。

カンボジアでは、2002年9月に被用者を有する事業所を対象に労働災害補償制度および年金制度を規定した法律が成立した。この法律はまだ施行されていないが、ILO等の支援を受け、施行準備が行われている。経済的に発展する東アジアにあって、後発開発途上国とされる両国の社会保障制度整備の現状から、後発開発途上国の社会保障整備について検討を行った。

II ラオスの社会保障制度

1. ラオスの自然・社会環境

ラオス(正式名称は、ラオス人民民主共和国、英語ではLao PDRと略称する)はインドシナ半島中央北部、中国に北の国境を接する北緯22度から北緯14度の地域に存在しており、気候は熱帯モンスーン気候である。東の国境は、ベトナムに接して

おり、南西部はタイ、南部はカンボジア、北西部はミャンマーと接している。国土のうちメコン川沿いの地域は低地であり、全人口の70%が住んでいる。ベトナムと国境を接する東部は、山地となっており、少数民族が住み、農業中心の生活を行っている。国土面積は、23.7万平方キロメートルで、日本の本州より9千平方キロメートル大きい面積となっている。人口は、566万人で、人口密度が低い(24人/平方キロメートル)。全国は、16県と1特別地域および首都特別市(ビエンチャン)から形成され、その下の行政単位として142地区、末端行政単位として11,836の村がある。

ラオス(ラオ)語は、文字の形がタイ語と異なっているが、13世紀以前はタイ語と同一言語であったと推定されており、今でも語彙の80%はタイ語と共通であるといわれている。人口の多いメコン川沿いの地域ではメコン川が国境となっていることもあり、タイの放送用電波が流入し文化的には経済発展の著しいタイの影響を受けやすい要素があるといわれている。一方、国内政治体制は人民民主共和国と名乗るようにベトナムに似た社会主義的な要素があるといわれる。

産業は内陸国であり、米作などの農業や林業を主とする。製造業は未発達であるが、衣料品製造、木材加工、バイク製造、ビール製造業などがある。輸出品のうち大きなものは、水力発電による電力で、タイに輸出しており、衣料品、木製品、バイク、コーヒーなどが主な輸出品である。輸入品は、消費財を中心に製造業の原料となる繊維、バイク部品などがある。一人当たり国内総生産は、345米ドル(2003年)である。

2. 公務員社会保障制度

ラオスの公務員に対する社会保障制度は、公式には1993年11月の内閣総理大臣令第178号で定められた。実際には、1990年から制度運用が始まったという。ラオス政府公務員、軍人、警察

官に適用される。公務員等から徴収される保険料は、月額基本給与の6%である。公務員等から徴収される保険料以外の費用は、政府が負担している。

(1) 給付

給付は、医療費、傷病手当、妊娠手当、業務上災害手当、葬祭料、退職年金、遺族年金の支給が行われており、その主な内容は次のとおりである。

医療費の支給は、償還払い制で、各医療行為について上限が定められており、それぞれの医療行為について、被保険者の請求により、支払いが行われる。その例を挙げると²⁾、手術については、大手術400,000キップ、頭部手術550,000キップ、中手術200,000キップ、小手術90,000キップといった具合である。歯科については、150,000キップ、眼鏡は120,000キップの支払いが上限となる。被保険者の配偶者、18歳未満の子どもの疾病等についても、被保険者規定額の50%が支給される。

傷病手当は、傷病期間の当初3か月間は、給与全額が支払われ、その後12か月までは給与の80%が支払われる。

葬祭料は、直近給与または年金額の10か月分が支払われる。

退職年金は、受給年齢が男子60歳、女子55歳で、公務員勤務歴25年(有害環境での勤務の場合は、20年)以上の者に対し、最終給与の75%が支給される。25年以上の勤務実績を持つ者に対しては、25年超の勤務年数1年に対し支給額が最終給与の1%を増額される(上限額は、最終給与の90%)。25年の加入期間を満たさない者には、退職年金に代えて一時金が支給される。

遺族年金は一時金支給で行われ、本人加入期間3年未満の場合、月額給与6か月分。3年超10年未満の場合、8か月分。10年超20年未満の場合、12か月分。20年超の場合、15か月分支給となっている。

(2) 公務員社会保障制度の問題点

公務員に対する保障は、年金制度の給付が手厚いのが特徴である。ラオスの公務員数は、90,000人(一般の公務員数のみ、軍人、警察官の数は公表されていない)とされており、これに対して年金受給者数は、10,500人程度である。公務員に対する社会保障制度の公務員拠出は、基本給与の6%であるが、政府の支出額は、公務員基本給与の17%に上るといわれている。

また、公務員社会保障制度の所管官庁は、支給全般については労働社会省が行っているが、財源管理は財務省が行っており、非効率であるとILOから指摘され、独立した管理組織を設けるようにと勧告されている。

さらに、事務処理については、一部に情報機器を利用しているもののいまだに手作業部分が多いといわれ、十分に機械化されたものとなっていないなどの指摘がなされ、改革が必要といわれている。

3. 民間被用者社会保障制度

ラオスの民間被用者に対する社会保障制度は、1999年12月23日に公布された内閣総理大臣令第207号によって行われている。制度は2001年6月1日から実施され、公務員に対する社会保障制度が運営されて10年ほど後に民間被用者に対する社会保障制度が創始されたことになる。

制度運営主体は、政府の特別法人社会保障機構(Social Security Organization: SSO)で、制度運営の責任は、同法人が負っている。社会保障機構は、理事会によって運営され、理事構成は、経営者代表4名、労働者代表4名、政府代表3名(保健省、財務省、労働社会省各1名)から構成されている。社会保障機構の運営は、労働社会省の監督を受け、債務は政府が保証している。

制度の対象となるのは、ラオス国内で10人以上の従業員を雇用する民間企業の従業員であるが、10人に満たない従業員を持つ企業も任意で加入

できることになっている。

社会保障制度の運営は社会保険方式をとり、保険料は、従業員が月給の4.5%、雇用者が5%を支払うこととなっており、従業員分保険料は、雇用者が月給から控除し雇用者負担分とともに社会保障機構に納付されている。雇用者の負担が0.5%分従業員を上回っている点については、労災・職業疾病給付の保険料相当分として雇用者が単独で負

担していると説明されている。

社会保障給付は、医療給付、疾病等休業給付、妊娠手当、葬祭料、労災・職業疾病給付、障害手当、退職年金、遺族年金である。制度の概要は、表1のとおりである。

(1) 制度運用上の特色

社会保障機構の行う民間被用者社会保障制度

表1 ラオスの民間被用者社会保障制度概要

ア 組織	
制度運営主体	: 社会保障機構 (Social Security Organization: SSO)
設立根拠	: 内閣総理大臣令 207号 (1999年12月23日公布)
実施年月日	: 2001年6月1日
対象	: ラオス国内で10人以上の従業員を雇用する民間企業の従業員
制度運営	: SSOは、労働社会大臣の監督を受ける特別な民間法人であり、理事会によって運営される。
理事会構成	: 経営者代表4名、労働者代表4名、政府代表3名 (保健省、財務省、労働社会省)
事務局	: 事務局長、副事務局長1名、6課55名で運営。 事務処理システムPC-SERVER、システムソフトは、ILOがWindowsで開発したものをベースにラオス語を付加して使用している。
保険料納付等	: 保険料は、雇用者が従業員拠出分もまとめて銀行振込で納付する。 保険給付は、小切手で受給者に支払われ、現金出納は行わない。
イ 給付内容等	
保険料率	: 経営者側 労働者月収の5% 労働者側 月収の4.5%
ファンド別配分	: 医療給付4% 短期給付2.14% 長期給付2% 労災0.5%
運営費	: 0.86% (保険料全体の約9%)
保険料運用	: 内閣総理大臣令では投資運用が認められているが、現状では銀行預金のみ。
給付種目	: 医療給付 (指定病院登録制による現物給付。対象者: 被保険者本人、配偶者、10歳未満の被扶養児童。労災による医療費を含む。交通事故は給付対象外) : 疾病等休業給付 (休業30日以降最長18か月までの平均給与60%を補填: 30日までは、労働法第29条の規定により雇用者が給付。18か月以降は障害年金に移行) : 妊娠手当 (妊娠時の休暇に対し3か月の月収全額を給付。このほか出産手当があり新生児生後1年までは月収の60%を給付) : 葬祭料 (被保険者本人死亡の場合保険基礎月収の6か月分、配偶者死亡の場合3か月分、18歳未満被扶養児童死亡の場合2か月分) : 労災・職業疾病手当 (30日以降当初6か月間は、月収の100%を給付。以降18か月までは月収の60%を給付。それ以降は、障害年金に移行。なお通勤途中災害は、労災とはみなさない。介護手当、障害年金、葬祭料、遺族年金も含まれる) : 障害手当 (職業能力を失ったときの給付。給付額計算方法は、退職年金と同様。最低賃金相当額の介護手当、遺族手当も含まれる。25%以下の職業能力喪失は、一時金支給。リハビリテーション給付も含む) : 退職年金 (給付開始は、60歳以降。健康状態によっては、55歳受給も認め、65歳受給開始も認める。給付額は、生涯平均賃金を基礎に保険料納入による獲得年金ポイント*1.5%により計

算。受給時前の離婚は、年金受給権を分割する。年金受給の要件は、5年間以上の保険料納付のため、現実にはまだ年金受給者は発生していない。保険料納付5年間未満の場合は一時金払い)

- ：遺族年金(5年以上保険料納入を行った加入者または年金受給者が死亡した場合に支給。適当手当(加入者の月収の80%を1年間支給)または寡婦年金(受給者が44歳以上で職業能力がないなどの条件適合が必要。年金受給者の死亡の場合は、その年金額の60%支給。年金受給時以前に加入者が死亡した場合障害年金の60%を支給)および孤児年金(18歳未満か25歳未満の就学中の子ども1人につき退職年金または障害年金の20%を支給する。ただし加入者の年金額の60%を上限とする)
- ：現在検討中の給付(児童手当および失業手当)

保険料納入期間：各給付受給のための資格賦与保険料納入期間

医療給付	：過去12か月中3か月
疾病等休業給付	：過去12か月中3か月
妊娠手当	：過去12か月中9か月
出産手当	：過去18か月中12か月
葬祭料	：過去18か月中12か月
労災・職業疾病手当	：なし
障害手当	：5年間
退職年金	：5年間
遺族年金	：5年間

資料：Lao PDR. 1999. "Decree on Social Security System for Enterprise Employees"および筆者調査

の特色は、公務員社会保障制度に比べ、制度運営がコンパクトにまとめられ、合理化が図られていることである。

その例を医療保障制度に見ると、社会保障機構は、ピエンチャンの4病院と契約しており、被保険者である従業員と配偶者、10歳未満の子どもは、その病院のどれかを選んでかかりつけ病院を定め、登録を行う。社会保障機構は、病院ごとの登録人数に応じて、契約病院に定額医療費を支払うという人頭請負制によって医療保障を行っている。各病院には、社会保障機構被保険者専用の受付があり、社会保障機構の看護婦1名が常駐している。このような人頭請負方式は、保険医療給付に伴う事務処理の手数を省くとともに発足間もない社会保障機構の医療費支払いリスクを軽減し、制度運営を安定的なものとしている。

社会保障機構は、制度運営事務を原則としてすべてシステム化してパソコンとサーバーによって事務処理を行っており、社会保障機構事務所内では

LANによって情報共有・情報処理が行われている。

また、社会保障機構では現金出納を行っておらず、保険料支払いは、銀行口座振り込みによっており、保険金の支払いは、小切手によって行っている。これらのことから、社会保障機構の管理運営人員は、省力化が図られており、2003年9月現在の事務局職員は、57名であった。

(2) 制度運営上の課題

被用者社会保障制度は、制度上10人以上を雇用する民間企業は、強制適用されることになっており、罰金等を背景にした強制加入措置もとれることとされているが、実際には、強制加入を行ったことはないという。このため、制度発足当初ラオス国内の制度対象者は、約60,000人と考えられていたが、2004年においても加入者総数は、23,800人ととどまっている。これは制度発足後3年時点(2004年6月)における40,000人加入という当初目標を下回るものである。当初の制度設計は、

40,000人加入によって、社会保障機構は政府の創設時補助金から離れ、自主運営できると考えられていたので、加入者数の増加は、現時点の大きな課題といえる。

現在被用者社会保障制度には、ビエンチャン市内および周辺の企業従業員が加入しており、人頭請負制病院医療制度も地域的なまとまりの中で機能しているが、ビエンチャン以外の地方に制度を普及させる場合、社会保障の大きな分野である医療保障をどのように実施するかが課題となる。

退職年金の支払いは、保険料支払加入期間最低5年を要するので、制度発足以来退職年金支払いは発生していないが、2006年6月以降順次退職年金の支払いが必要となり、そのための年金支払い原資の準備、支払い方式の確定が必要となっている(2004年8月現在の退職年金等支払準備金は250億キップとなっている)。

(3) 制度運営の問題点

被保険者にとって、現時点で、この社会保障制度の大きなメリットは、医療保障である。しかし、医療保障については、社会保障機構が人頭請負制をとっているため、緊急時に認められる償還払い制度利用を除いては、家の近くの医療機関に受診できない、無料受診なので有料の一般患者と比べて医療措置がなおざりにされているのではないかなどの苦情が絶えないという。このため社会保障機構は、組織に医師等からなる専任の医療監査スタッフを置いて契約病院の被保険者への医療内容のチェックおよび苦情処理を行っている。

また、人頭請負制については、契約している病院からも年間契約金額が低すぎるなどの批判が出ており、毎年の契約交渉はもめるといえる。しかし、発足間もない社会保障機構事務局では、出来高払い制の医療費支払いには耐えられないとして、人頭請負制は堅持するつもりでいる。

4. 地域医療保険制度の試行

(1) ラオスの保健医療サービス供給の状況

ラオスの保健医療サービスは、ビエンチャンの中央病院3、専門病院3、大学病院1、その他の地方病院3、県病院13、地区病院130、保健所664、村診療所3,734、私立診療所484、私立薬局1,977によって供給されている。

病院に於ける病床数は、合計6,252となっており、病床利用率は、中央病院59.4%、地方病院43.5%となっている。保健医療従事者数は、合計11,326名で、そのうち大学院修了者は2.48%、大学修了者は15%、中等学校修了者は34.08%、初等学校修了者は47%、学歴を持たない者1.24%となっている。

ラオス人一人当たりの年間保健医療費は、11.50米ドルで、その内訳は、11.5%が政府支出、30.5%が海外からの援助、58%が家計負担となっている。

病院運営の経常支出のうち、個人の医療費負担に頼る割合は、中央病院で74-83%、県病院で48-75%、地区病院で52-68%である。

ラオスでは1975年に現在の政治体制が確立された後、数年は政府負担による医療無料化政策が実施されたが、そのような社会主義的な政策は行き詰まり、1980年代半ばからいわゆる新経済政策が採用され、診療費制度が導入された。

このような診療費徴収に合わせて、公務員社会保障制度や民間被用者社会保障制度などのラオスの医療保険制度が整備されてきたといえる。

(2) 地域医療保険制度(パイロット事業)

これまで述べたような社会保障制度の対象となる公務員、民間被用者は、ラオスの住民の中では少数である。ラオスは、農業を主要産業とする開発途上国であり、農業に従事する国民は201万人といわれており、一般公務員の9万人、10人以上雇用企業従業員6万人と比べても、圧倒的多数の

者が農業に従事している。この農業従事者や自営業者を対象にした地域医療保険制度 (Community Based Health Insurance: CBHI) がWHOの援助を受け、保健省によってパイロット的に行われている。

地域医療保険制度創設には、自営業者や農民が生活に困窮する大きな要因の一つに家族の疾病等による多額の医療費支出が正常な家計を崩壊させるという認識があり、そのような破局的事態を防ぐために家族が保健医療サービスが必要となったとき、日頃から一定額の保険料負担を行うことにより、必要な保健医療サービスを無料で提供しようというものである。

このパイロット事業は、実験的なものであり、2002 - 2004年に実施された地区は、ラオス全国142地区のうちの3地区にとどまっており、しかも住民の任意加入スキームとなっている。しかし、ラオスのような開発途上国にとっては、疾病や事故に

よる過重な経済的負担を契機とする貧困が大きな問題となっており、そのような貧困を医療保険によって防止しようという観点からの事業であり、農民の生活にとって大きな意義を持つものといえる。

① 地域医療保険事業の概要

事業は、毎月一定額を住民から地区CBHI経営委員会が徴収し、それを住民が登録する地域の病院に人頭的に払い込むことによって、当該地域病院の住民への医療サービスを無料にするものである。したがって、地区CBHI経営委員会は、委員会運営費にあてる一定額を徴収保険料から控除するのみで、残余の徴収保険料全額を契約病院に払い込むこととしている。地域医療保険パイロット事業規則(2002年9月16日保健省令)による地域医療保険制度の概要は、表2のとおりである。

表2 ラオス地域医療保険 (CBHI) パイロット事業の概要

ア 組織	
制度運営主体	: 地域医療保険経営委員会 (Community Based Health Insurance Management Committee)
設立根拠	: 地域医療保険パイロット事業規則 (保健省令2002年9月16日公布)
実施年月	: 2002年11月
対象	: ラオス国内のパイロット事業実施地区
制度運営	: 地域医療保険は保健省地域医療保険経営委員会の指導を受ける地区地域医療保険経営委員会によって運営される。
地区委員会	: 地区長事務所代表2名、地区保健関係者代表3名、村長および地区住民組織代表1名によって構成され、最低月1回の会議を開き、加入者の登録を行い、保険料を徴収し、地区病院との契約を結び、保険料の支払い、医療の監査を行うなどにより地域保険医療パイロット事業を運営し、事業運営に関し保健省委員会等に定期報告を行う。
事務局	: 事務局長は、地区委員会の議題、会議録をまとめ、会計責任者となる。また、事務局には、保険料徴収等の業務を行う事務補助者を置く。
保険料納付等	: 保険料は、地区委員会事務局の事務補助者である保険料徴収人が毎月各世帯から徴収する。
イ 給付内容等	
保険料率	: 保険料は、年間一人当たり42,000キップを基準とする。
保険料徴収	: 毎月世帯を単位として、単身世帯10,000キップ、2-4人世帯17,000キップ、5-7人世帯21,000キップ、8人以上世帯23,000キップを徴収する。
地区委員会運営	: 徴収保険料の10%以内の費用で運営する。
保険料基金	: 徴収した保険料は地区委員会運営費を除き、契約病院に全額納付する。
給付種目	: 健康診断および医療給付 (検査およびラオス保健省が定めた必須医薬品の給付を含む)
(無料医療)	: 予防および疾病治療 (政府による政策医療対象疾病の治療の実施を含む)

- : 身体リハビリテーションおよび作業療法(地域で給付を受けることが可能な場合)
- : 産前産後の医療(政府の行う母子保健事業として実施)
- : 労災および職業疾病医療(自営業者の場合)
- : 入院医療(患者が地区病院から入院を認められた場合. 通常病室の入院費を含む. 患者が地区病院からより高度な医療を行える病院を紹介された場合は, 当該指定病院での入院医療を含む. 最長年間90日間)
- : 緊急時の救急車による移送費(必要と認められる場合)
- 適用対象外医療 給付: 入院医療の場合の上級室室料等
- : 保健省指定の必須医薬品以外の医薬品
- : 交通事故(現在自動車事故賠償保険を検討中)
- : 美容整形手術
- : 性転換手術
- : HIV/AIDS 治療用医薬品
- : 糖尿病治療薬
- : 溶血性貧血
- : 人工授精
- : 精管切除および不妊化医療
- : 眼鏡
- : 人工透析
- : 臓器移植
- : 心臓手術, 脳外科手術, 手術によらない癌治療等の通常ラオスの公共保健施設では適用困難な治療
- : 自傷事故
- : 政府の行う政策医療(結核, ハンセン氏病, 予防接種, 家族計画等)
- : 抜歯, 単純充填および鎮痛以外の歯科治療
- : 外国での診断および治療

ウ 保険医療受給資格

保険料納入期間 : 各給付受給のための資格賦与保険料納入期間

外来医療給付 : 受診当月を含む連続2か月

入院医療(適時手術を含む)給付: 入院当月を含む連続4か月

産科および不急手術給付 : 保険加入1年後

保険料未納の場合: 保険料未納となつてから3か月は猶予期間として保険医療受給を認め, 未納期間3か月を経過した場合, 新規加入として扱う。

資料: Ministry of Health, Lao PDR. 2002. "Regulations for the Pilot Project Community Based Health Insurance"

パイロット事業としての地域医療保険制度は、2002年11月からシサタナ地区、2003年6月からナンバック地区、2004年2月からチャンパサク地区で開始された。2004年7月現在の事業運営状況は、表3のとおりである。

表3に示された結果をどのように評価するかは難しいが、パイロット事業によって、保健医療サービスに対するアクセスは向上したことが

確認できる一方、任意加入制の地域医療保険制度は、なかなか普及が難しいことを示している。また被用者社会保障制度と異なり、保険制度に加入した家庭も加入継続が難しいようである。保険料の支払いも必ずしも順調ではない状況にあるといえる。今後の事業改善の検討が必要といえる。

表3 ラオス地域医療保険パイロット事業の結果

	シサタナ地区	ナンバック地区	チャンバサック地区
事業開始時期	2002年11月	2003年6月	2004年2月
事業期間	22か月	15か月	7か月
事業参加家族数(2004年7月)	554	645	275
事業参加人数(2004年7月)	2,928	3,880	1,569
平均家族数	5.2	6.0	5.7
地区全人口に対する参加割合(%)	13	33	21
事業開始時からの脱落率(%)	31	15	15
保険料遅取率	47	17	39
事業開始時からの保険料総額 (百万キップ)	154.23	99.05	29.2
事務費割合(%)	8.60	9.50	9.70
事業結果(百万キップ)	-1 (04年7月のみ不足金発生)	-11	0.73
外来診療(04年7月)	一般診療：504 母子保健：0 歯科：23	一般診療：663 母子保健：58 歯科：15	一般診療：216 母子保健：0 歯科：0
外来診療率の変化 診療件数/人/年(開始時→04年7月)	0.42→1.39	1.66→1.88	0.7→1.7
入院診療率の変化 日/人/年(開始時→04年7月)	0.01→0.28	0.28→0.41	N.A.

資料：CBHI報告会資料(2004年8月27日) Ministry of Health, Lao PDR.

② 地域医療保険事業の課題

地域医療保険事業の特色は、保険管理者であるCBHI経営委員会が、ほとんど保険基金を持たずに、徴収した保険料を事務経費を控除して契約病院に払い込む点にある。この方式は、社会保障機構の行う民間被用者への社会保障制度の医療保険事業方式をそのまま踏襲したものである。保険基金を持たない保険という点に特色があり、このことによって、ラオスの農村地域でも現金管理や現金出納の事務を行わずに保険事業を実施できるものとしたメリットがある。

その一方で住民は、地域の一つの契約病院に登録し、その病院での医療を無料で受けることになるが、受診する病院は一つに決められることになる。契約病院は、その病院の能力を

超えた疾病等については、より高い医療レベルの病院への受診を被保険者に指示し、その場合被保険者は、指示された病院で無料の医療を受けることができるが、自分で病院を選び指示を受けないで上位病院を受診した場合には、緊急時を除き被保険者に医療費負担が生じてくる。いわば、契約病院がゲートキーピングの役割を果たしているわけであるが、被保険者にとっては受診の制約要因となる。

また地域保険制度で提供される医薬品は、ラオス保健省の定めた必須医薬品リストに搭載されたものに限られるといった制約がある。

2004年以降ラオス保健省は、地域医療保険制度の実施地区を5地区に増やすことを決定しているが、まだこの制度の全国への全面的な普及は、日程に上っていないようである。また

傷病時に真に困難な状況に陥る可能性の高い保険料の負担できない貧困者に、どのように保健医療サービスの供給を行っていくかについては、最も貧しい者には完全に公費で保険料を負担する、あるいは、貧困線の半分の収入に達しない全家庭に一部保険料の補助を行うなどの検討がなされているが、まだ決定していないようである。

III カンボジアの社会保障制度

1. カンボジアの自然・社会環境

カンボジア(正式名称は、カンボジア王国、英語では Kingdom of Cambodia という)は、インドシナ半島中央南部、ラオスに北の国境を接する北緯14度から北緯10度の地域に存在しており、気候は熱帯モンスーン気候である。東の国境はベトナムに接しており、西と北の国境はタイに接し、南部はシャム湾に面している。南西部に山地があるほか、国土は平坦で、東部にメコン川が貫流し、西部にはメコン川につながるトンレサップ湖がある。国土面積は、18.1万平方キロメートルで、日本のほぼ半分の国土面積となっている。人口は、2003年現在およそ1330万-1410万人程度と推定されている³⁾。人口密度は、73-77人/平方キロメートル程度である。全国は、20州と3特別地区および首都特別市(プノンベン)から形成されている。

カンボジア(クメール)語は、文字の形も発音も周囲のタイ、ラオス、ベトナムと異なっており、一部のパーリ語を起源とする仏教用語はタイ語と似た語彙となっているが、多くの語彙は共通性を持っていないといわれる。

カンボジアの主要民族であるクメール族はアンコールワットを建設した12世紀の時代から周辺民族と抗争を続けてきたことが知られている⁴⁾。19世紀のフランス植民地時代にベトナム人が植民地現地の統治管理者をすることが多かったといわれ

ており、また1979年のボル・ポト政権の崩壊以降1989年までカンボジアにベトナム軍が駐留していたこともあり、ベトナムに対する根強い反感が残っている。一方タイについても、2002年1月29日の大使館放火炎上事件に見られるように最近のタイの経済発展については、反感と警戒心がある。しかし、西部のバタンバン、シエムリアップ等の経済は、タイの経済活動の影響下にあるといわれている。

カンボジアの産業は、米作などの農業と林業が主であるが、プノンベン周辺には、衣料品製造業の工場が200以上あり、Tシャツ、ズボンなどの日常衣料品を製造し、ほぼ全量を輸出(年間輸出額13億米ドル:2002年)している。衣料品製造業に従事する女子労働者は、20万人以上といわれている。また靴製造工場も多くあり、カンボジア製の靴は日本にも輸出されている。アンコールワット観光などの旅行・観光業も国内産業として無視できない規模となっている。一人当たり国内総生産は、296米ドル(2002年)程度である。

2. 公務員社会保障制度

カンボジアでは、かつてロン・ノル政権(1970-75)のもとで独自の年金ファンドを有する年金制度が公務員に適用されており、その当時民間被用者への年金制度の創設が検討されたこともあったといわれている。1975年のロン・ノル政権崩壊の後、ボル・ポト政権が出現し、カンボジア国内での自給自足的な農業中心国家樹立による共産型社会が志向された。さらに1979年にボル・ポト政権が崩壊し、カンボジア全土は内戦状態となり、これらの政治的混乱の間に社会保障制度の実施と構想もまったく消滅した。

現在のカンボジアに存在する唯一の公的社会保障制度は、公務員に対する年金制度である。公務員年金制度が、政令によって公式に制定されたのは1997年10月である。公務員年金制度の支給内

容は、退職年金、遺族年金および障害年金である。公務員年金制度は、国の予算に計上される一般会計事業とされており、加入者等から保険料拠出を求めるといった社会保険制度とはなっておらず、年金ファンドも存在していない。支給事務は社会福祉・退役軍人・青少年更生省が行っている⁵⁾。

公務員年金制度のうち、退職年金制度は、過去においてどの政権のもとで働いたかを問わず⁶⁾、30年以上の公務員勤務を果たした者であって55歳またはそれ以下の年齢で退職する者に退職時本給⁷⁾の80%を、20年以上の公務員勤務歴の者には退職時本給の60%を終身支給するという制度である。

一般にカンボジアの公務員の俸給は、プノンペンの民間被用者の賃金に較べて著しく低額であるといわれており、退職年金の額も退職後の生活を支えるのに十分ではないといわれる。しかし、一般に公務員への就職希望は高い。その一つの理由に、民間被用者には存在しない退職年金制度が、公務員勤務のインセンティブとなっていると考えられている。

2003年3月末日までの退職年金受給者数は17,610人、障害年金受給者数は5,455人である。

3. 民間被用者社会保障制度整備の状況

(1) 社会保障法の成立

社会保障法(Law on Social Security Schemes for Persons Defined by the Provisions of the Labour Law)は、カンボジア王国憲法の労働者に対する社会保障制度確立の規定を受けて、現行の労働法の適用を受ける民間で雇用される労働者に対する年金および労働災害補償制度を規定した法律である。法案は政府提案の後2002年8月に国会審議が行われ、与野党全会一致で可決成立し、2002年9月25日に公布された。

(2) 社会保障法の特徴

① 労災と年金制度の一本化

社会保障法の立案に当たって、当時の政府担当者(社会福祉・労働・職業訓練・青少年更生省労働総局社会保障課)は、小国が労働者を対象として社会保険制度を運営する上で、適当と考えられるモデルとなる社会保障制度実施例はないかとILOに照会した。ILOが紹介したのは、西アフリカのトーゴの社会保障制度で、年金制度と労働災害補償制度を一つの法律で規定したコンパクトな制度であった。カンボジアの社会保障立法作業は、この制度を参考にして行われた。

② 国立社会保障基金の設立

社会保障法を施行する事務を行うのは、政府機関そのものではなく、社会保障法によって新たに設立される国立社会保障基金(National Social Security Fund : NSSF)である。NSSFは、社会保障法に基づく年金・労災制度の運営を行う行政法人とされ、理事会は、政府、経営者、労働組合代表によって構成することが予定されている。これは、関係者の参加・監視によって、労働者を対象とする社会保障制度の事業運営の透明性を確保するとともに、民間法人として経営の効率性を追求するための措置であると説明されている。いわゆる政労使3者の合議による制度運営管理の社会保険制度運営方式は、タイ、ラオスとも共通の方式といえる。

(3) 社会保障法の内容

① 年金制度

社会保障法は、民間被用者に対する年金制度と労災補償制度を規定している。制度の詳細は、政令や省令で定める部分が多く、実際の制度運用はまだ決められていない部分が少なくない。法律で定められた事項によれば、年金制度には、老齢年金、障害年金、遺族年金

等が含まれており、各年金の受給要件は次のとおりである。

老齢年金は、年齢55歳の者が過去20年間の加入登録及び年金受給資格取得日までの直近10年間に60か月以上の年金保険料納付実績が要件とされる。

障害年金は、過去5年間の加入登録及び障害年金資格取得の原因となる就労不能事由発生日までの直近12か月間に6か月以上の年金保険料納付実績が要件とされる。

遺族年金は、老齢年金若しくは障害年金の受給者が死亡した場合、または死亡した加入者が加入登録および年金保険料を180か月以上納付した実績が要件とされる。

以上の条件を満たさない場合、老齢年金および遺族年金に関しては、年金にかえて一時金が支給される。

② 労災補償制度

労災補償制度は、労働災害および職業に起因する疾病に対する補償を定めており、医療給付(介護費用、リハビリテーション費用、職業リハビリテーション費用を含む)、休業補償、労災障害年金および障害手当ならびに制度加入本人死亡の場合の葬祭手当、遺族年金支給を行うものとなっている。

(4) 社会保障法の段階的施行

社会保障法は、年金部分と労災部分から構成されており、実際の施行に当たっては、保険者であるNSSFの設立を含め、労災、年金制度の実施を並行して行わなければならないなど、本来コンパクトな制度運営を指向して立案されたが、施行作業はかえって複雑なものとなった。

そこで、段階的に施行を行うことが検討され、第1段階で、NSSFの設立と労災制度の施行を行い、その後年金制度の実施に着手することが予定されている。

労災制度を先行させる理由は、保険料全額が事業主拠出制であることから、保険料の徴収が容易であること、労災制度が現在働いている労働者に対して即時的に給付が行われるものであることおよび年金制度を立ち上げるには、保険料・給付の設計、平均寿命の将来予測など基礎的なデータの整備になお時間を要することなどによる。

(5) 労災制度の必要性

現行のカンボジア労働法によると、事業活動に伴って生ずる労働災害に対する補償責任は雇用者にあるとされ、労働災害を受けた労働者には、現在でもそれなりの災害補償が行われている。しかし、労働法で雇用者による負担が義務づけられている労働災害補償も、労働災害の定義が労働法第248条に明示され、雇用主の補償義務が、第249条に定められているだけで、補償基準等はなんら定められていない。したがって、労災補償の交渉は事例ごとに個別に被用者・雇用者間で行われることになる。このため、補償金額も事業場自体の経営状況に大きく左右されるのが実態となっており、実際の補償内容も事業場ごとに異なっている。

また、通勤途中での交通事故は、労働法第248条において労働災害とみなされるが、現実には、通勤途中の交通事故で死亡事故が発生した場合、一般にカンボジアでは、通勤途中の交通事故は、社会通念上労働災害とは考えられていない。したがって通勤途中の交通災害に対する雇用者からの「見舞金」は死亡事故の場合でも実際には50米ドルから600米ドルといった程度となっている。

交通事故以外の場合でも、建築工事現場での転落死亡事故で、雇用者が遺族に支払った補償金が、1,500米ドルという事例があるなど、一般にカンボジアの労災補償額は著しく低額である。このような低額の労働災害補償では家計維持者が死亡した場合、遺族が直ちに生活に困窮することは明らかである。しかも、労災事故の発生した事業場

の経営状態によっては、補償がなされないこともありうる。

このため、カンボジアでは全国的に統一された労災補償制度の早急な整備が必要とされている。

(6) 社会保障法の施行準備

本稿をまとめている2005年3月の段階で、社会保障法は施行されていない。2002年9月に成立し、労働者の待望する社会保障法であるが、その第1段階と考えられる労災制度さえ施行されていない。

その理由は、第一に初めて社会保障制度を運営する技術的困難さがあげられる。社会保障制度の運営を行うNSSFがどのように日々の業務を行うのか、国内に類似例がないなかで決定していかねばならない。社会保障制度を運営するシステム構築もカンボジア国内でつくるのは困難であるが、ラオス社会保障機構のシステムをカンボジアで改良し移植できないかが検討されている。

カンボジアの多くの企業は、衣料品製造業をはじめとして外国資本であり雇用者側にカンボジア人の社会保障制度整備に対する理解が乏しいことも、制度整備の進まない原因の一つと考えられる。

また、社会保障制度がカンボジアになじみがないことも理由の一つと思われる。カンボジア語の社会保障という語は、その意味が多くの人に理解されておらず、西欧語のSocial Securityを直訳したカンボジア語は、ともすると安全保障に類似した軍事的な用語と思われるなど社会保障制度への一般の理解が欠けている。

しかし、最大の問題は、カンボジア政府が、自ら社会保障制度整備予算を用意しないことにある。一般に開発途上国では、社会福祉分野などの産業開発や産業投資と考えられない分野への予算配分は、厳しい制約を受けるといわれている。カンボジア政府は、乏しい自らの予算の重点配分分野を地方開発、農林業振興、保健衛生、教育の4分野に絞っているといわれる。このため、この4分野に

分類されないカンボジア政府の施策は、しばしば先進国の援助を待って実施されているように見えることがある。社会福祉分野などでは、身体障害者への義肢・補装具支給事業などの事業は、その事業の大半の財源を外国の非政府組織(NGO)に頼っている。しかし、一国の社会保障制度の整備に協力を行おうという非政府組織はほとんど存在しない。結局、社会保障分野への国際協力は、先進国や国連機関に頼らざるを得ないが、たんなる施設整備ではなく、日常的に社会保険制度を運営し、保険基金を適正に出納管理しなければならない社会保障制度については、カンボジア政府自身の制度運営能力や制度運営基金の適正管理に疑問がもたれ、ラオスが得たような先進国の援助を得るに至っていない。加えて、2003年7月27日の下院総選挙以降、選挙結果が判明しても翌年7月まで新内閣が組織できなかったという国内の政治的混乱が、社会保障制度整備のような新規施策の推進に大きな影響を与えた。現在社会保障法の施行において、NSSF設立など社会保障制度の第一歩である労災制度の整備に要する事業予算は、50万米ドルと見積もられているが、その予算を労働・職業訓練省の社会保障担当部局は確保できない状況にある。ただ、社会保障制度への一般の理解を深め、制度構築への意見交換を行うなどの活動には、ILOが資金の提供を行い、セミナーを開催⁸⁾しており、社会保障担当部局は少しずつ制度整備のための民間企業への調査やシステム構築の検討を進めているところである。

IV ラオス、カンボジアの社会保障制度整備 (結語)

ラオス、カンボジアはともに東南アジアの最も貧しい後発開発途上国といえることができる。したがって、その社会保障制度の整備状況は、タイ、マレーシアあるいはベトナムに比べても遅れた状況

にある。両国の経済規模を比較すれば、カンボジアの方が経済規模は大きく、実際の経済活動もカンボジアの方が活発な印象があるが、社会保障制度の整備の状況では、1975年に現在の政治体制を確立したラオスが、1991年まで公式に内戦状態であったカンボジアに比べ進んでいるといえる。ラオスは、民間被用者社会保障制度の整備についても当初ベルギーからの援助を得て社会保障制度の開発を行い、2002年からはルクセンブルグの資金協力を得てILOの技術協力により、社会保障制度の整備を進めているところである。地域医療保険制度についてもWHOの協力を得て、パイロット事業を進めている。

これに対して、カンボジアは被用者の労災補償制度および年金制度の法律を国会で議決したように社会保障制度整備の理念に対する理解は有しており、労働組合等もその必要性は認識しているもののラオスのように自ら社会保障制度を整備しようという政策的優先度の意識にかけの面がある。カンボジア政府の政策立案者には社会保障制度整備に対する熱意はあるのだが、政治レベルでは社会保障制度整備が重要な課題であるとの認識は乏しいといわざるを得ない。

しかし、この状況は、カンボジアのみでなく、多くの後発開発途上国において同様である。社会保障制度整備や障害者、遺棄された児童など社会的弱者に対する社会福祉施策の充実などは開発途上国の限られた経済資源のもとでは「後回し」にされる傾向があるといわれている。むしろラオスは、たまたま外国からの援助を受けて例外的に社会保障の整備に意欲的に取り組んでいるといえることができるかもしれない。

先進国の目から見れば、ラオスの病院人頭請負方式による医療保険制度は、保険財政のリスクをすべて保健医療機関に転化するものであって、医療保険の方式としては安易であり、ことに保健医療サービスの重要な要素である提供される保険医療

サービスの質の確保は、保健医療供給者側の「善意」や職業倫理に頼る制度のように見える。この医療保険制度はラオスの現在の都市や農村を対象にした便宜的な現状改良の方法であって、現在より経済状況が豊かになり、人々の保健医療サービスに対する要求が高度かつ多様化した場合、種々の問題を生ずる可能性が予想される。しかし、ラオスの現実の社会ことに現金収入の乏しい農村を考えた場合、ある程度の保健医療サービスの供給水準が整備されていても経済的に保健医療にアクセスできない現状がある。この制度は不十分ではあっても、そのような住民の保健医療サービス受給への経済的リスクを軽減する意味があるといえる。

社会保障制度は単に理念だけで運営できるものではなく、ある程度の保健医療インフラが整備されていたとしても、実際にそれぞれの地域でかなり大きな資金徴収・配分システムを毎日稼働させていかねばならない。またそのシステムは、地域の資源で稼働できるもので、技術的にも現地で維持管理できるものである必要がある。日本の社会保障制度は、精緻かつ大規模な人口1億人規模の高度に発達した先進国のそれであって、システム構築の費用確保もままならず、電気の供給も十分でなく停電が頻発し、識字能力もそれほど高くない住民の多い途上国の参考になるものではない。

その面から見ればラオスの比較的少人数の集団に対する被用者社会保障制度や農村の現実を前提にした地域医療保険制度は、もしうまく運営できるならば当面の社会保障制度として、ラオスと類似した状況において住民の生活安定のために社会保障制度の開発普及を行わなければならない後発開発途上国にとって実践的な事例として参考になるものと思われる。

ラオスの小規模の被用者社会保障制度や地域医療保険制度は日本にとっても、開発途上国の社会保障制度整備の国際協力を進める際の参考的方法として示唆を与えるものである。また社会保

障制度の必要性は理解しつつも、自らの制度整備の進まないカンボジアの事例は、日本では事例そのものの予測や経験の難しいものであるが、このような法制度は作ったものの制度の実施が困難であるなどの事例は他の開発途上国にもありそうなものであり、いかに社会保障の国際協力を進めていくか、戦略を考え効果的な協力を進める上でラオスとは違う意味で日本にとって参考になるものと思われる。

注

- 1) 公務員に対する医療保障、年金制度などをその国の社会保障制度の一つと考えることには疑義がある。公務員に対する福利厚生施策をたまたま雇用者である国が実施しているので、社会保障と名付けているだけで、本質的には、企業の行う企業内福利厚生施策と同一ではないかということもできよう。しかし、日本でも国民に対する社会保障制度の先駆となったものは、軍人を含む公務員に対する福利厚生施策であり、特に途上国の場合、公務員に対する施策を意識して社会保障制度が仕組まれることが多いので、公務員に対する社会保障制度は国民を対象とする社会保障制度を組む場合の参考と考えられる。
- 2) 2003年9月の償還上限額である。なお、2003年9月に於ける換算レートは、1US\$ = 7,562キップであった。
- 3) 人口センサスは1998年3月3日に実施され、それ以降全国的な人口調査はなされていない。1998年3月3日時点の全人口は、1143万7,656人と集計されており、同時点での毎年の人口増加率は、2.49%と推計されている。2003年現在のカンボジアの全人口については、資料により1328.7万人から1414.4万人程度とする種々の推計数字が見られる。
- 4) アンコールワットやバイヨン寺院に残る有名な回廊の浮き彫り彫刻は、その大部分が、異民族との戦争を描写したものである。
- 5) カンボジア第2次内閣の社会福祉・労働・職業訓練・青少年更生省は、2004年発足のカンボジア第3次内閣において2分割され、社会福祉・退役軍人・青少年更生省と労働・職業訓練省に再編成された。
- 6) 虐殺政権といわれる波尔・ポト政権下で公務員として働いた者の勤務歴も退職年金受給基礎年数としてカウントされる。
- 7) 一般にカンボジア公務員の給与は、プノンベン労働者と比較すると低額であるが、その俸給は本給と種々の手当から構成されており、本給の金額は、さらに低額だという。
- 8) 2005年3月2日に行われた労災保険制度セミナーには、労働・職業訓練省、労働組合および経営者代表が参加し、労災保険制度に関し、熱心な討議が行われた。

参考文献

- Lao PDR. 1999. "Decree on Social Security System for Enterprise Employees"
- Ministry of Health, Lao PDR. 2002. "Regulations for the Pilot Project Community Based Health Insurance"
- Kingdom of Cambodia. 1993. "The Constitution of the Kingdom of Cambodia"
- Kingdom of Cambodia. 1997. "Labour Law"
- Kingdom of Cambodia. 2002. "Law on Social Security Schemes for Persons Defined by the Provisions of the Labour Law"
- National Institute of Statistics. 1999. *General Population Census of Cambodia 1998 Final Census Results*. Ministry of Planning, Kingdom of Cambodia.
- JICWELS. 2002. *Country Report The 12th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICWELS.
- JICWELS. 2003. *Country Report The 13th Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICWELS.
- JICWELS. 2004. *Country Reports The Study Programme for the Asian Social Insurance Administrators*. JICA, JICWELS.
- Chandler, David. 2000. *A History of Cambodia 3rd ed.* Silkworm Books.
- Kiernan, Ben. 1997. *The Pol Pot Regime*. Silkworm Books.
- 熊岡路矢 1993『カンボジア最前線』岩波新書
- 広井良典、駒村康平編 2003『アジアの社会保障』東京大学出版会
- (うるしばら・かつふみ
国立社会保障・人口問題研究所政策研究調整官)