

第3節 ミャンマー連邦共和国（Republic of the Union of Myanmar）

社会保障施策

2016年3月に発足した新政権の下、国民中心の発展が目標として掲げられ、教育、保健、農業、財政規律の維持を重視した政策が進められている。

現在、公的保健・医療機関において原則無料で提供されているサービスについて、財政面からの持続可能性を問題視する動きもあり、公的医療保険制度の必要性も指摘されている。

このため、国内の各レベルの保健・医療施設の緊密な連携と、地域の実情を踏まえた効率的かつ機能的な医療体制の整備、国民一人ひとりがこれに容易にアクセスできる社会保障制度の整備が急務となっている。

保健分野の取組としては、2016年12月に策定された新しい国家保健計画（National Health Plan 2017-2021）に基づき、国民の約7割を占める農村部における保健・医療サービスの充実を目指し、具体的な取り組みを定めた年次計画が作成された。具体的には、①保健医療施設への地域的アクセスの確保、②必須保健医療サービス（Essential Package of Health Services: EPHS）の提供、③タウンシップレベルでの保健計画の整備、④保健システム強化を柱とした取組が進められている。

1 概要

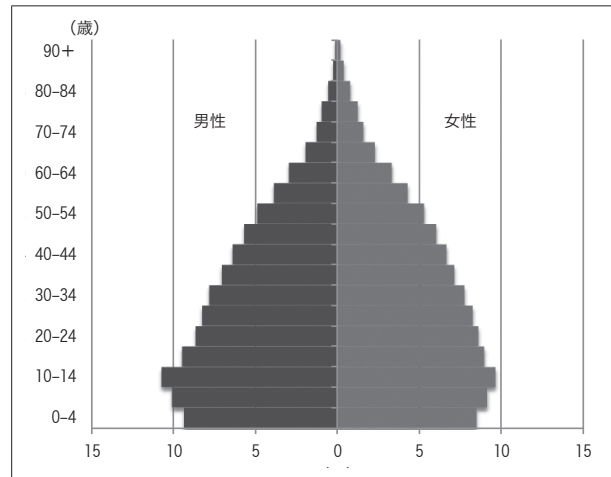
(1) 全人口及び生産年齢人口

31年ぶりに実施された2014年の国勢調査では、国内人口は、5,142万人、男女比率は男性48.2%、女性51.8%である。

また、生産年齢人口（15歳～64歳）は全人口の約66%を占めているが、年齢構成図は表5-3-14のとおり、既に「ピラミッド型」から「釣り鐘型」へと移行しつつある。

2015年の国連予測では、10～64歳の人口が総人口に占める割合は、2020年の77.2%をピークに減少に転じ、2040年には75.3%になると予測されており、他のASEAN諸国と比較すると早いスピードで高齢化が進展することが指摘されており、社会保障基盤の整備が

表5-3-14 年齢別人口構成図



資料出所：2014年ミャンマー国勢調査

急がれる。

(2) 社会保障制度の現状

社会保障法（Social Security Law）に基づく加入労働者に対する制度や、軍人及びその家族を対象とした制度は存在するが、国民全体に対する公的医療保険制度を含む社会保障制度は存在しておらず、国民全体の約97%は社会保障制度に加入していない。

イ 社会保障法に基づく医療保障

労働・入国管理・人口省（新政権発足後の省庁再編により、入国管理・人口省が労働・雇用・社会保障省に統合された）傘下の社会保障局（Social Security Board）による現物・現金給付の公的保険で、民間企業労働者、一部の公務員を対象としている。2017年7月末時点における加入者数は、約106万人となっており、2014年の制度運用開始当時（約71万人）と比較すると約49%増加しているものの、全人口の約2.1%に過ぎない。

なお、社会保障法については、加入対象となる事業場・労働者の範囲の狭さや保険料を納付していない被保険者の家族に対する保障の適否、給付手続きの効率化、同法に基づき運営されている病院やクリニックのサービスの質の向上等の観点から見直しが検討されている。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー
（社会保障施策）

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

(社会保障施策)
ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

□ 軍人・家族に対する医療補償

国防省所掌の制度で、国防省傘下の医療施設での国軍関係者及び家族に対する無料医療サービスを非拠出型による現物給付にて提供しており、国軍関係者とその家族のみが対象となっている。

なお、保健・医療施策全般は保健・スポーツ省（新政権発足後の省庁再編により、スポーツ省が保健省に統合され、その後、2016年5月に名称変更された）が所管しているが、社会保障法に基づく医療保障制度は労働・入国管理・人口省、国軍関係者や家族を対象とする医療については国防省、高齢者、障害者、若年者対策は社会福祉・救済復興省がそれぞれ所管している。

2 社会保障法に基づく各種制度……………

(1) 概要

全国民を対象にした医療保険、年金保険制度はなく、2012年に改正された社会保障法（The Social Security Law, 2012）に基づき、加入労働者に対して各種の給付が用意されている。

社会保障法（The Social Security Act, 1954）に基

づく保険給付は、一般保険給付と労災保険給付の2種類から構成されており、法律制定当時、失業保険制度や年金保険制度は存在しなかったが、2012年に改正され、失業保険給付や老齢年金、社会保障公共住宅等の新たな規定が設けられ、労働者保護に資する制度拡充が行われた。

しかし、施行されているのは一部であり、老齢年金等に関する部分については2018年1月現在施行されていない。

未施行のものも含め、社会保障法の内容は以下のとおりとなっている。医療保険制度等の詳細は表5-3-15のとおり。

(2) 適用対象

イ 強制加入

5人以上の労働者（公務員、国際機関、農林水産関係の季節労働者、NGO職員、家事労働者を除く。）を使用する事業主。

同事業主に使用される労働者（有給、無給を問わず実習生も含む。）は、雇用期間の定めの有無に関わらず対

表5-3-15 医療保険制度

概要	国民全体に対する公的医療保険制度は存在しておらず、社会保障法（Social Security Law）に基づく一部の加入労働者を対象とした医療保険制度があるほか、公的医療機関における診療の際の診察費用や基礎医薬品等医療費の一部が税金により賄われている。	
名称	社会保障法に基づく各種給付制度	医療費の公費負担
根拠法	社会保障法（Social Security Law）	-
運営主体	労働・入国管理・人口省 社会保障局（Social Security Board: SSB）	保健・スポーツ省（Ministry of Health and Sports）
被保険者資格	強制加入：5人以上の労働者を使用する事業主（公務員、国際機関、農林水産関係の季節労働者、NGO職員、家事労働者を除く。）同事業主に使用される労働者（有給、無給を問わず実習生も含む。）は、雇用期間の定めの有無に関わらず対象となるが、労働者であっても事業主の扶養家族は適用されない。 任意加入：法律上、5人未満の労働者を使用する事業主、学生、自営業者、農家については任意加入が可能とされているが、現在は運用されていない。	全国民
給付対象	加入者（給付の種類によっては遺族等）	国民本人
給付の種類	① 傷病補償 ・ 無料診療に加え、病気給付金、就業不能時の給付金 ② 妊娠・出産補償 ・ 無料診療に加え、産前産後休暇の賃金保障、出産費用給付 ③ 退職後疾病補償 ・ 無料診療 ※ 無料診療が受けられるのは、保健省管轄の公的病院、社会保障クリニック、労働者病院のみ。民間病院も無料診療の適用範囲にすべく検討中。	保健省管轄の公的病院における診療費の一部が無料（主に入院患者の検査や画像診断に係るサービス及び医薬品は無料） ※ 民間病院においては全額自己負担
本人負担割合等	無し	無し
財源	保険料	労・使ともに算定基礎賃金額の2%
	政府負担	-
実績	加入者数	約106万人（2017年7月時点）
	支払総額	約6,250百万チャット（2016年度）
		- （参考）政府の保健医療関係支出の額：6,500億チャット（2014年度）

象となるが、事業主の同居扶養家族は労働者であっても適用されない。2017年7月末時点の加入者数は約106万人。

なお、加入対象拡大の観点から、現在5人以上の労働者を使用する事業主を対象としているものを3人以上に拡大することや、公務員を加入対象とすることについて検討が行われている。

□ 任意加入

法律上、5人未満の労働者を使用する事業主、学生、自営業者、農家については任意加入が可能とされているが、現在運用されていない。

(3) 保険料の負担

労働者の月給に基づき、事業主及び労働者が負担し、社会保障法に基づいて設けられた基金¹⁾に支払う保険料率が決定される。事業主は、保険料を労働者の給与から控除して、事業主が負担する保険料とともに、同基金に支払う。

(4) 給付内容

イ 健康保険（2014年4月施行済）

(イ) 負傷・疾病の場合

被保険者が負傷し、又は疾病に罹患した際には、病院又は診療所において、無償で医療の提供を受けることができる。また、退職した被保険者についても医療保障を継続して受けることができる。

さらに、被保険者は、最低6ヶ月間事業場で働き、その間、少なくとも4ヶ月間保険料を納めた場合には、負傷又は疾病によって所得が減り又は所得を一時的に失った場合に、過去4ヶ月間の平均賃金の60%の負傷・疾病給付金（Sickness Cash Benefit）を最大26週間受け取ることができる。

(ロ) 妊娠の場合

被保険者である女性労働者が妊娠した際には病院又は診療所において、無償で医療の提供を受けることができ

る。

また、被保険者である女性は、最低1年間事業場で働き、その間、少なくとも6ヶ月間保険料を納めた場合には、妊娠給付金（Maternity Benefit）として、産前産後休暇の間、年間の平均賃金の70%を受け取ることができ、出産費用として月額平均賃金の50%を受け取ることができる。

(ハ) 葬儀給付

被保険者が死亡した場合には、過去4ヶ月間の平均賃金の最大5ヶ月分を葬儀費用として、被保険者が指定した者等が受け取ることができる。

□ 家族支援保険制度（2014年4月施行済）

(イ) 教育給付金

最低36ヶ月間保険料を支払い、かつ定められた収入を下回っている被保険者が、正規の就学時間での教育を受けている子を持つ場合には、家族支援給付基金より教育給付金手当（Education Allowance）を受け取ることができる。

(ロ) 自然災害時における援助

自然災害により、精神的又は肉体的に被害を受けた被保険者とその家族は、無償で医療の提供を受けることができる。また、自然災害の発生又はこれによる具体的被害が生ずるまでの間に最低36ヶ月間保険料を支払っていた場合には、過去1年間の月額平均賃金の40%を一時金や支援物資として受け取ることができる。

ハ 就労不能給付（2014年4月施行済）

被保険者は、病気、妊娠を含むあらゆる原因（労働災害を除く。）により、全く働くことができない場合には、180ヶ月間保険料を納めていた場合には、保険料納付期間内に得ていた月額平均賃金の15倍を分割又は一括で受け取ることができる等、加入期間に応じた就労不能給付（Invalidity Benefit）を受け取ることができる。

¹⁾ 社会保障法に基づく基金は、「労災給付基金」と「社会保障基金（労災以外の各種保障）」に分別して管理されており、社会保障基金は更に、「健康保険給付基金」、「家族支援給付基金」、「就労不能、老齢、遺族給付基金」、「失業保険給付基金」、「社会保障住宅基金」に分けた管理がなされている。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

(社会保障施策)
ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

ニ 老齢年金 (2018年1月現在未施行)

労働年金受給資格のある年齢 (労働・入国管理・人口省によって定められるとされている) に達した者は、180ヶ月間保険料を納めていた場合には、保険料納付期間内に得ていた月額平均賃金の15倍を分割又は一括で受けることができる等が定められているが、詳細は明らかでない。

ホ 遺族保険 (2018年1月現在未施行)

被保険者が老齢年金の給付を受けることができる年齢に達する前に、労働災害以外の原因により死亡した場合には、被保険者が登録した遺族 (登録していない場合は、配偶者、子、両親の順位で受取人が決定する) は、上記八の就労不能給付と同じ内容の給付を受けることができる。

ヘ 失業保険 (2018年1月現在未施行)

労働施策の2 (5) を参照。

ト 労災保険 (2014年4月施行済)

労働施策の3 (8) を参照。

チ 社会保障住宅等 (2018年1月現在未施行)

任意で社会保障住宅基金に保険料を支払った者は、社会保障住宅に関し、規則に基づき、①居住、②使用、③所有、④購入、⑤売却又は譲渡のいずれをも行うことができ、⑥購入に当たってのローンを組むことができる旨が規定されているが、詳細は明らかでない。

3 公衆衛生

(1) 疾病等の現状

主要疾病等に関しては、表5-3-16のとおり、「損傷等」が2012年には第1位となっているが、第2位以下は、妊娠出産に係る疾病、下痢症、ウイルス感染などの感染症が上位を占めている。

WHOの調査によると、2012年における10大死亡原因は、表5-3-17のとおり、脳卒中や虚血性心疾患などの循環器病の割合が高くなっている。脳・心臓に起因する疾患は、発症後における医療機関への搬送も含めた救急対応が救命率に大きく寄与するが、救急医療体制が

表5-3-16 主要疾病原因と割合 (2008年及び2012年)

順位	原因 (2008年)	割合	原因 (2012年)	割合
1	ある種の感染症と寄生虫症疾患	20.5%	損傷等	10.0%
2	妊娠、分娩及び産褥期合併症	16.1%	妊娠及び分娩その他の合併症	6.9%
3	損傷等	14.3%	単胎自然分娩	6.0%
4	消化器官の疾病	8.3%	感染症と推定される下痢症、胃腸炎	5.8%
5	呼吸器疾患	5.7%	その他のウイルス感染	3.8%
6	循環器疾患	4.9%	その他の流産に終わった妊娠	2.6%
7	臨床及び診断上に発見された異常等	4.2%	胃炎及び十二指腸炎	2.4%
8	目及び付属器官の疾患	4.1%	マラリア	2.4%
9	申請時期に発生したある種の病態	4.1%	白内障及び水晶体のその他の障害	2.4%
10	泌尿・生殖器疾患	8.9%	その他の上気道感染症	2.0%
	その他の全疾患原因	8.9%	その他の全疾患原因	55.7%
	合計	100%	合計	100%

資料出所: Myanmar Health Statistics 2010及びHealth in Myanmar 2014

表5-3-17 10大死亡原因 (2012年)

疾患名	死亡数 (単位: 千人)	%
脳卒中	56.2	12.7%
下気道感染症	40.5	9.2%
虚血性心疾患	30.0	6.8%
結核	25.5	5.8%
慢性閉鎖性肺疾患	19.2	4.4%
肝硬変	15.5	3.5%
糖尿病	14.4	3.3%
ぜんそく	13.3	3.0%
下痢症	11.4	2.8%
HIV/エイズ	11.4	2.8%

資料出所: WHO Statistical Profile, 2012

十分に整備されていないほか、脳・心臓に関する外科手術を行うことができる医療機関や医師の数が極めて少ないことも死亡率が高い原因の一つとなっている。

また、これらの疾患は、加齢による罹患リスクが増大するほか、食事をはじめとする生活習慣による影響が大きいことから、米を主食とし、油分や塩分の多い食事を採ることが多いミャンマーの食生活面の改善を通じた予防対策の必要性も指摘されている。乳幼児や妊産婦による死亡率が近隣諸国と比較しても高く、国内での地域格差も大きい。このような感染症等の開発途上国型の疾病構造と「生活習慣病」や社会経済の発展に伴う「外傷」などの先進国に見られるような疾病構造の両面を有していることから、国内の各レベルの保健・医療施設の緊密

な連携と、地域の実情を踏まえた効率的かつ機能的な医療体制の整備、国民一人ひとりがこれに容易にアクセスできる社会保障制度の整備が急務となっている。

(2) 保健医療政策の枠組み

長期的な保健開発計画を定めた「ミャンマー・ヘルス・ビジョン2030」は、保健開発課題について、2000年度から2030年度までの間に取り組む方向性を示したもので、保健医療政策、保健分野の開発計画は、すべて同ビジョンを枠組みとして策定されている。主な目的と指標は表5-3-18のとおりとなっている。

表5-3-18 ミャンマー・ヘルス・ビジョン2030の主要目標と指標

<ul style="list-style-type: none"> ● 主要目標 <ol style="list-style-type: none"> 1 国民の健康状態を向上させる 2 感染症を公衆衛生上の問題とならないところまで低減させる 3 新たな問題を予測し、必要な対策を立案する 4 すべての国民に保健サービスを届かせる 5 すべての保健医療従事者職種を国内で育成する 6 伝統医療を近代化し広範に活用する 7 保健医療について国際水準での研究活動を可能にする 8 良質な基礎薬品及び伝統薬の十分な量を国内で生産する 9 時代の変化にあった保健制度を開発する ● 主要指標 				
指標	2001年 (ベースライン)	2011年	2021年	2031年
出生時平均余命 (歳)	60-64	-	-	75-80
乳幼児死亡率 (対1,000出生)	59.7	40	30	22
5歳未満児死亡率 (対1,000出生)	77.77	52	39	29
妊産婦死亡率 (対1,000出生)	2.55	1.7	1.3	0.9

資料出所：Health in Myanmar 2011

(3) 保健医療行政体制

国レベルに保健・スポーツ省、地域/州レベルに地域/州保健局 (Regional/State Health Department)」、県レベルに県保健局 (District Health Department) が置かれ、それぞれのレベルに応じた保健医療行政を担っている。

保健医療行政が地域レベルに応じて分権化されたのは、1965年であるが、財政的な分権化はなされておら

ず、保健・スポーツ省がそれぞれの地域/州への配分を決めている。

また、取締りや規制に関する機能についても、保健・スポーツ省が法令を策定し、地域/州レベル、県レベルの保健局はそれらの法令に基づく措置を実施するという体制を採っており、保健・スポーツ省は、病院経営の監督や医薬品、医療材料、医療機材などの各病院への配置についても一元的に実施している。

(4) 保健医療サービスの提供体制

イ 公的保健医療施設

保健医療サービスは、大きく分けて、国レベル、地域/州レベル、タウンシップレベルに分けられている。

大都市に設置されている国レベルの総合病院、特定機能病院 (小児病院、眼科病院等) と州/地域レベルで設置されている州/地域総合病院において、2次・3次医療²が提供されている。各タウンシップ (人口10万～20万人) では、1次・2次医療を提供するための施設として、16～25病床程度を有するタウンシップ病院が地域の状況に合わせて1カ所程度と、その下に4～7カ所の地域保健センター (Rural Health Center) が設置されている。さらに、各地域保健センターは、4カ所程度のサブセンター (Sub-Center) を管轄している。

一部の国立病院以外は、300病床未満の施設が多く、全体の3割程度はタウンシップ病院を含む50病床未満の規模の病院で、その半数がステーション病院 (station hospital) と呼ばれる地域保健を担う小規模病院となっている。

このため、地方の大部分の国民に医療サービスを提供しているのは、タウンシップ病院及びステーション病院、地域保健センター (サブセンター含む) であり、住民の医療機関へのアクセスの改善を図るため、2016年12月に策定された国家保健計画 (2017～2021年) に基づき、その増強を図ることとしている。なお、これら地域の保健・医療を担う病院や保健センターについては、いずれも保健・スポーツ省の管轄下にあるものの、病院については医療サービス局、保健センターについて

■2) 1次医療とは、風邪や腹痛など日常的な疾病を対象とする医療サービスをいう。2次医療とは、虫垂炎や胃潰瘍など比較的専門性の高い外来医療や、一般的な入院医療を対象とする医療サービスをいう。3次医療とは、脳卒中や心筋梗塞、交通事故など緊急入院によって治療を受ける必要がある疾病等を対象とした特殊かつ専門的な医療サービスをいう。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー
(社会保障施策)

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

(社会保障施策)
ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

は公衆衛生局と、省内の所管部局が異なるため、現場レベルでの連携や効果的なサービス提供に当たっての組織上の課題も多い。

また、保健・スポーツ省管轄の病院以外にも、国軍や各省庁が管轄する病院がある。国内の公的医療保健施設の設置数等の推移は表5-3-19のとおり。

表5-3-19 公的保健医療施設数等の推移

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
病院	871	924	987	1,010	1,056
うち、保健・スポーツ省	844	897	921	944	988
うち、他省庁等	27	27	66	66	68
病床数	39,060	43,789	54,503	55,305	56,748
1次、2次保健センター	86	86	87	87	87
母子保健センター	348	348	348	348	348
地域保健センター	1,504	1,558	1,565	1,635	1,684
学校保健センター	80	80	80	80	80

資料出所：Health in Myanmar 2014

□ 民間保健医療施設

保健医療サービスの提供体制は、公的保健医療施設を主に設計されているが、公的医療機関の数は十分であるとは言えないことから、民間の保健医療施設も多数存在する。

2007年に民間保健医療法が制定され、民間保健医療施設の位置付けが明確にされた後、その数も拡大し、2010年12月時点で、私立病院・クリニックは、ミャンマー全体で87総合病院、16特定機能病院、2,891総合クリニック、192特殊クリニックとなっており、保健医療サービスの提供に当たって重要な役割を担っている。しかしながら、地方部を中心に公的病院で働く現役の医師や退職した医師がアルバイト又は非常勤で勤務しているケースも多い。

2012年には外国投資法が成立し、外国資本による病院は、現地企業あるいは政府との合併で設立することが可能となり、ヤンゴンを中心に新たな病院が増え始めており、日系企業・病院によるミャンマー進出も検討されている。

(5) 保健医療人材の状況

保健医療従事者も含めた全ての公務員の雇用は中央政

府が決定しており、保健医療従事者については、中央政府が決定した職種別雇用数について、保健・スポーツ省が州/地域への配属数を決めている。

保健医療従事者の推移は表5-3-20のとおりであるが、保健医療施設数、病床の増加に伴い、保健医療従事者も全体的に増加傾向にあり、医師数は、1988年時点と比較すると2013年には約2.6倍、看護師数は3.5倍に増加している。

しかし、人口当たりの医師数、看護師等の数は、近隣国と比較しても依然として少ない状況にあり、2016年11月時点では、総計で1,000人当たり1.33人と、WHOが推奨する2.3人を大きく下回っている。更に、これらの保健医療従事者の多くは、ヤンゴンやマンダレーなどの都市部に集中しており、農村部での保健医療人材の不足が深刻な課題となっている。

地域保健センターやサブセンターをはじめ、病院以外の保健医療施設には医師を配置することができない状況にあり、助産師や国家資格を持たないボランティアの補助助産師が地域保健医療を支えざるを得ないことが、保健医療人材の課題となっている。

また、看護師の数が医師の数よりも少ないことも特徴的であり、現在、保健・スポーツ省においては、看護師を養成する大学や看護学校の数を増やすことや、看護師の業務を補助する専門職としての介助者（Care Giver）の養成を計画しているほか、医師や看護師以外の臨床工学士をはじめとする医療スタッフの数そのものが少ないため、2018年6月より、日本の支援により、臨床工学士を育成するための1年コースの新課程を開始することとしている。

表5-3-20 保健医療従事者の推移

	1988年	2010年	2011年	2012年	2013年	人口 1万人 当たり
医師全体	12,268	26,435	28,077	28,832	31,542	6.12
うち 公的医療施設	4,377	10,927	11,675	12,800	13,099	2.54
うち、 民間医療施設	7,891	15,508	16,402	17,032	18,443	3.58
看護師	8,349	25,644	26,928	28,254	29,532	5.74
保健助手	1,238	1,899	1,893	2,013	2,062	0.40
訪問保健師	1,557	3,344	3,371	3,397	3,467	0.67
助産婦	8,121	19,556	20,044	20,616	21,435	4.16

資料出所：Health in Myanmar 2014

(6) 保健医療の負担と政府支出の状況

保健医療に対する政府支出は、毎年増加しており、特に2012年以降、大幅な予算増額が見られ、2017年度の保健・スポーツ省予算は、1兆760億チャットと前年度予算から約20%増となっており、国家予算全体に占める割合も約10.3%となっている。

医療費負担は、英国の国民保健サービスであるNHSを受け継ぎ、政府の一般財源によるものとしてきたが、税金による公費負担のみでは、増加する医療費に対応できなくなってきたため、1992年に国民の医療費負担について定めた「Community Cost Sharing Scheme」が制定された。このスキームは、支払い能力のある国民に医療費を一部負担してもらうことが目的であり、貧困層は支払いを免除される。有料のサービスとして、臨床検査、画像診断、有料ベッド、医薬品、医療機材、医師や看護師の費用が含まれていたが、2011年以降、医師や看護師の費用は含まれなくなった。

一方、医療費全体に対する民間の支出の割合は、若干減少してきているが、東アジアや大洋州地域に比べて2倍近く高い状況にある。うち家計による直接負担は、医療費全体の7割近くを占め、WHOの2015年の調査でも、一人当たりの医療費における政府からの支出は8米ドルと世界で最も低い数字であった。

こうした状況を改善すべく、保健・スポーツ省は、近年、医療費に対する家計による直接支出の比率を抑えるとの方針を打ち出し、主に入院患者の検査や画像診断に係るサービス及び医薬品は無料、救急外来も検査や治療に係る費用が無料となっている。外来患者への医薬品の

無料化も進められており、公的病院や保健センターにおける患者負担の軽減が進められている。特に、都市部の公的病院においては、無料化が進められた結果、患者が殺到し、医師や看護師の負担増やその結果生じるサービスの低下等も指摘されている。

4 公的扶助（生活保護）制度

生活保護に相当する公的扶助制度はなく、生活困窮者は家族やコミュニティに支えられながら生活することが多い。

また、国民の約9割を仏教徒が占めていることから、国内には多くの僧院が存在し、高齢者、若年者、障害者を問わず、家族等による支援を受けることができない者の生活支援を行っている。

5 社会福祉施策

(1) 高齢者福祉施策

平均寿命は、66.8歳（男性63.9歳、女性66.9歳）と、新生児死亡率等³の高さが影響し、近隣諸国よりも短くなっているが、都市部と地方部における平均寿命の差も大きく、都市部と地方部における保健医療サービスの質・量の差を背景とした新生児死亡率等の差が大きな要因となっている。

また、1 (1) のとおり、ミャンマーは他のASEAN諸国と比較すると早いスピードで高齢化が進展することが指摘されており、地方部における保健医療体制の整備に加えて、高齢者医療等も大きな課題となってくることが予想される。

他国に見られるような深刻な高齢化に直面している状況にはないものの、将来的な高齢化が予測されることから、社会福祉・救済復興省において、高齢者の健康で活

表5-3-21 医療費動向

	ミャンマー		東アジア及び大洋州地域
	2010年	2013年	2013年
国内総生産に対する医療費の割合	1.92%	1.77%	5%
一人当たり医療費(米ドル)	15.19ドル	14.4ドル	293ドル
全体医療費に対する民間支出の割合	84.4%	72.8%	45%
全体の医療費のうち、家計による直接負担割合	76.6%	68.2%	35%

資料出所：World Bank “Health National and Population Statistics”

表5-3-22 新生児等死亡率と平均寿命

	新生児死亡率 (1,000出生当たり)	5歳未満児死亡率 (1,000出生当たり)	平均寿命
都市部	41人	47人	72.1歳
地方部	68人	79人	65.5歳
全体	62人	72人	66.8歳

資料出所：2014年ミャンマー国勢調査

■3) 新生児死亡率は、1,000出生当たり62人、5歳未満の乳幼児死亡率は、1,000出生当たり72人となっており近隣の東南アジア諸国と比較して非常に高い。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー
(社会保障施策)

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

力ある生活の確保を重要課題として各種の取組を推進している。

その一つとして、高齢者向けのケアホームがある。古くから、高齢者を対象としたケアホームが設けられ、現在までに国内で70以上の施設が設置され、3,000人以上の高齢者がケアを受けている。同ケアホームでは、地域や人種を問わず、社会的な問題に直面している60歳以上の高齢者がケアを受けている。

同省においては、これらのケアホームについて、施設のレベルに応じて認定を行い、食料費や住居費、職員の給料等に対して支援を行っている。認定を受けたケアホームは、現在、国内で58箇所あり、すべてのケアホームには運営委員会が組織され、高齢者に対し、食料や居住スペース、ヘルスケアを高齢者が提供されている。

2013年には、同省が自ら高齢者向けのデイ・ケア・ホームを開設し、70歳以上で社会的に孤立している独居高齢者を対象に、ケアを行っている。また、高齢者を組織的にケアするため、行政職員とボランティア提供者を対象にヤンゴンにある福祉トレーニング・スクールにおいてトレーニングを行っている。

(2) 障害者保健福祉施策

全国で約230万人が視覚障害、聴覚障害、歩行障害及び記憶障害・精神障害のうち、少なくとも一つの障害を負っており、このうち、最も多くの割合を占めるのは視覚障害(2.5%)、続いて歩行障害(1.9%)、記憶障害・精神障害(1.7%)、聴覚障害(1.3%)の順となっている。

社会福祉・救済復興省においては、障害者の社会貢献のため、

- ① 障害者の権利の確保
- ② 障害を理由とした差別の排除

表5-3-23 障害者の状況

障害者数	2,311,250人
人口に占める割合(全体)	4.6%
うち、視覚障害	2.5%
うち、聴覚障害	1.3%
うち、歩行障害	1.9%
うち、記憶障害及び精神障害	1.7%

資料出所：2014年ミャンマー国勢調査

韓国

インドネシア

マレーシア

(社会保障施策)
ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

- ③ 障害者の尊厳と能力の向上
- ④ 国の発展に資する障害者の公平かつ制限のない参加促進
- ⑤ 障害者の社会的、経済的地位の向上に向けた取組を推進している。

具体的な取組としては、同省が運営する特殊学校において、障害のタイプに応じた支援を行っている。特殊学校は、ヤンゴン、マンガレーの都市部を中心に6校設置されており、日常生活、社会的な活動、基礎教育、高等教育に向けたサポート、基本的な職業訓練、情報技術、芸術、スポーツ教育等が提供されている。

障害者団体や福祉団体、私立学校においても同様の取組を行っており、全国で15の障害者校が設置されている。

また、同省においては、これらの施設における障害者支援に資するよう、障害者支援に必要な技術等を取りまとめたガイドラインを作成し、各施設に提供している。

障害者を対象とする調査が最初に実施されたのは2008年であり、当該調査の結果、全人口に占める障害者の割合は2.32%であったが、その3分の2は地方部に住んでいることが明らかとなった。上記の特殊学校等のほとんどが都市部に集中しており、これらの支援を十分に受けることが困難な状況にあることから、国際NGOとも連携のもと、地方における障害者支援に向けたコミュニティベースの取組を推進している。

(3) 若年者福祉施策

社会福祉・救済復興省が中心となり、「予防」と「保護」の両面からの対策を推進している。

イ 予防的対策

全国70カ所に若年者センターを設置し、少年の非行を防止するための取組を推進している。

当該センターにおいては、約7,600人の若年者を対象として、センターにおける活動に参画させ、時間を浪費することなく、余暇を充実したものとすることにより非行の防止を図ることを目的とする活動を行っている。

また、正規の学校に通うことができない若年者を対象に教育を提供することを目的として、ボランティアによる夜間学校が地域の自主的な活動により設けられ、全国89カ所の夜間学校において約250人のボランティア教

員が約6,000名の生徒を対象として教育を提供している。

同省においては、ボランティア教員に対する謝金の支払いや、学校運営に必要な電気代や家具・備品、教材等の提供を行っている。

□ 保護的対策

全国10カ所に若年者トレーニング・スクールを開設し、8歳～18歳の孤児や貧困家庭の子ども達、虐待を受けた子どもやストリート・チルドレン達に対し、食物や衣類、健康管理、職業訓練などを提供している。

また、地域密着型の児童保護システムとして、タウンシップレベルのソーシャルワーカーを指名し、地域の子ども達の保護を担当させている。

更に、地域のボランティア団体によって設置された若年者開発センター（全国211カ所）が行う孤児や貧困家庭の児童の保護活動に対し、財政的、技術的支援を実施している。

(4) 社会福祉サービスの向上に向けた対応

社会福祉・救済復興省は、2016年6月に一般向けに24時間対応のホットラインを首都ネーピードーに開設し、支援が必要な者からの問い合わせ等に対応する取組を開始した。また、ヤンゴンに新たな組織（公衆関係局）を設置し、社会福祉関連の業務に従事する労働者を支援する取組を開始している。

また、同省は、ストリート・チルドレンや物乞い、障害者、浮浪者、リハビリテーションを要する者、虐待被害者等への対応を国際機関やNGOと連携し、ヤンゴン及びマンダレーなどの都市部を中心に取組を強化しているほか、地方部においては、貧困・弱者層のリスト化を行い、州政府と連携した取組を検討している。

6 近年の動き・課題・今後の展望等……………

(1) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC)⁴ の実現と国家保健計画の見直し

保健医療サービスへの政府支出は年々増加している

が、病院サービスの安定的な提供、特に、高度な治療に必要な資機材を利用した治療に関する患者負担が懸念されている。

一方、現在保健医療サービスの提供は、社会保障法に基づく制度に加入しているごく一部の加入者に対するものを除き、一般財源を基盤とした医療財政システムに依存していることから、無料によって提供される保健・医療サービスの持続可能性が懸念されている。

このような問題意識のもと、公的医療保険制度の必要性が指摘されており、2017年6月には、保健・スポーツ大臣が連邦議会において、公的医療保険制度の創設に向けた検討を開始する旨を表明している。

しかしながら、2018年1月現在、具体的な施策は明らかにされておらず、前述の2に記載した社会保障法に基づく制度との連携方策についても具体化されていない状況にある。

一方、民間の医療保険についても、ミャンマー保険公社及び12の民間保険会社の協力により、2015年7月1日から販売されるに至っているが、「掛金が高い」、「人々の健康保険への意識が低い」、「政府の広報活動が十分でない」、「例外項目（妊娠・出産に適用されないなど15項目）が多い」などの指摘もあり、十分に普及しているとは言えない状況にある。

2030年までにUHCを達成するに当たっては、国民一人ひとりが必要とする保健・医療サービスに容易にアクセスできる社会保障制度の整備が必要不可欠であるため、関係省庁及び官民連携のもと、これを持続的に実現するための基盤づくりが望まれる。

このような中、保健・スポーツ省においては、2017年から2021年を計画期間とする新しい国家保健計画（National Health Plan 2017-2021）を2016年12月に策定するとともに、具体的な取組を定めた年次計画を作成し、①保健・医療施設への地域的アクセスの確保、②必須保健・医療サービス（Essential Package of Health Services: EPHS）の提供、③タウンシップレベルでの保健計画の整備、④財政、情報、人材等の充実による保健システムの強化を柱とした取組を推進してい

■4) ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ (UHC) とは、誰もが、どこでもお金に困ることなく、自分に必要な質の良い保健医療サービスを受けられる状態のことを指すものであるが、2005年5月にWHOの192のメンバー国によって、「持続的な保健医療財政、ユニバーサル・カバレッジと社会保障」に係る決議が採択され、各国でUHCに対する取組が始まっている。UHCの達成には、医療機関への物理的なアクセスの問題と、医療サービスを受けることによる家計への大きな負担をどのように低減させるかという財政面の問題の両面を解決する必要がある。

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

ミャンマー
(社会保障施策)

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

インドネシア

マレーシア

(社会保障施策)
ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

る。

(2) 外資系民間病院の進出と医療人材流出の懸念

現在、ミャンマー国内においては、質の高い保健医療サービスを提供できる体制が十分に整っていないため、ミャンマー人富裕層や外国人などは、タイやマレーシア、インド、シンガポール等の近隣諸国へ渡航し、医療サービスを受ける傾向が年々増加している。

海外渡航により治療を受ける分野としては、健康診断のほか、心臓治療、整形外科、小児科、脳神経科、がん治療等があるが、海外渡航により治療を受ける者が増加することは、ミャンマー国内における治療技術の発展を遅らせる要素もあり、医療の空洞化を招くおそれもある。

一方、2016年11月にタイのパムルンラード病院傘下のクリニックがヤンゴンに開業したほか、インドネシア資本が現地財閥系病院と連携し、新たな病院を全国各地に建設する計画も明らかとなっている。こうした外資系の民間病院の進出は、高額な給与を理由に既存の公的病院から医師や看護師が流出する等の問題や、貧困層への裨益がない投資であることが懸念される一方、長期的には、海外で医療業務に従事しているミャンマー人医師の帰国にも繋がるものであり、医療の空洞化に歯止めをかけるとの期待もある。

地方も含め、安定的な保健医療サービスを提供する体制を構築することはもとより、国内において一定レベルの高度医療を提供する体制を構築していくことも、今後のミャンマーにおける医療水準の向上に当たっては必要不可欠となっているため、医療ツーリズムや外資系民間病院の進出の状況については引き続き注視していく必要がある。

(3) 季節性インフルエンザの流行

2017年7月下旬から8月上旬にかけて、ミャンマー全土においてインフルエンザ（H1N1型）が流行し、ヤンゴンを中心に大きな混乱が生じた。

保健・スポーツ省の発表によれば、7月19日から8月10日までの間、呼吸器疾患で入院した患者512人のうち、インフルエンザ（H1N1型）と診断された者の数は194人、インフルエンザ（H3N2型）と診断された

者の数は8人であった（うち、インフルエンザが原因で死亡に至った者は20人であり、死亡率は3.92%）。

患者から採取したウイルス株を日本の感染症研究所において鑑定した結果、通常のワクチンに95%から98%の割合で反応する一般的な季節性インフルエンザウイルスであることが判明し、その結果を踏まえ、8月中旬に保健・スポーツ省がこれまでの経緯を取りまとめた報告を発出したのを契機に混乱は収束に向かった。

ミャンマーにおいては、雨季の中でも特に雨が多い8月頃に季節性インフルエンザ流行のピークがあるため、今回の事例は例年と特に変わらない流行であったが、死亡者が出たことをマスコミが大きく報道したことや、インターネット上で誤った情報が広まったことにより、大きな混乱を招く結果となった。

資料出所

- 外務省ホームページ（各国・地域情勢、ミャンマー）
<http://www.mofa.go.jp/mofaj/area/myanmar/>
- 法務省「ミャンマー連邦共和国法制度調査報告書」
<http://www.moj.go.jp/content/000110245.pdf>
- 世界銀行ホームページ
<http://www.worldbank.org/>
- ミャンマー保健・スポーツ省ホームページ
<http://www.moh.gov.mm/>
- ミャンマー社会福祉・救済復興省ホームページ
<http://www.dsw.gov.mm>
- Myanmar statistical information service
<http://mmsis.gov.mm/>
- 「The Republic of the Union of Myanmar Health System Review」(The Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies, 2014)
- 「Evaluation of the operations of the Social Security Board」(ILO Liaison Office in Myanmar)
- 「Extending the network of health care facilities of the Social Security Board」(ILO Liaison Office in Myanmar)