

インドネシアにおける医療保障制度とその課題

福岡 藤乃

I はじめに

インドネシアは、多産多死というイメージがあるが、1990年に3.1だった合計特殊出生率は2006年には2.2となった（WHO, 2008）。出生時平均余命も年々長くなり、2007年には男女合計で69.09歳になっている¹⁾。今後はさらに高齢化し、2020年から2025年には出生時平均余命は73.6歳になり、65歳以上の人口割合が2010年には6.1%、2050年には18.6%になると予測されている²⁾。

将来、少子高齢化社会が予想されているにもかかわらず、インドネシアでの医療保障制度は国民全員を対象としておらず、大きな課題を抱えている。本稿では、まず、インドネシアの医療保障制度と近年行われてきた改革を考察する（II）。次に、各々の医療保障制度の内容を考察し（III）、最後に課題について検討したい（IV）。

II インドネシアの医療保障制度改革

1. 医療体制と医療費支出の概況

インドネシアでは、結核などの感染症による患者数が減少する一方で、食生活の変化と活動量の少ない生活への変化のため、糖尿病、心臓病、がんなどの非感染性疾患が増加している（World Bank, 2008）³⁾。インドネシア政府は、医療サービスの質の改善や保健衛生状態の向上のため、

「Indonesia Sehat 2010（Healthy Indonesia 2010）」という政策の中で①健康な環境での生活、②清潔で健康な生活行動の実行、③標準的な医療機関の普及と有効利用で、④高い水準の健康を保持することをビジョンに掲げて、2010年までに達成すべき50指標の目標値を掲げている⁴⁾。

インドネシアの医療費は近年増加しており、特に貧しい人々に対する医療保障制度の実施に伴い2005年から政府の支出割合が増加している（図1参照）。しかし、医療費の対GDP割合は3%未満のまま推移しており、近隣の東南アジア諸国と比較すると、医療費に当てられる割合は少ないといえる⁵⁾。医療に関する指標も、過去10年間で改善しているものの、乳児死亡率や予防接種⁶⁾、医師数やベッド数⁷⁾などの指標ではかの東南アジア諸国に劣る数値となっている。

2. インドネシアの医療保障制度改革と概要

(1) 医療保障制度改革

近年、インドネシアでは、医療保障制度改革が試みられている。東南アジア諸国のうち、タイでは、全国民に医療保障制度がある⁸⁾が、インドネシアでは整備が遅れており、政府の許可を得たさまざまな制度が存在している。

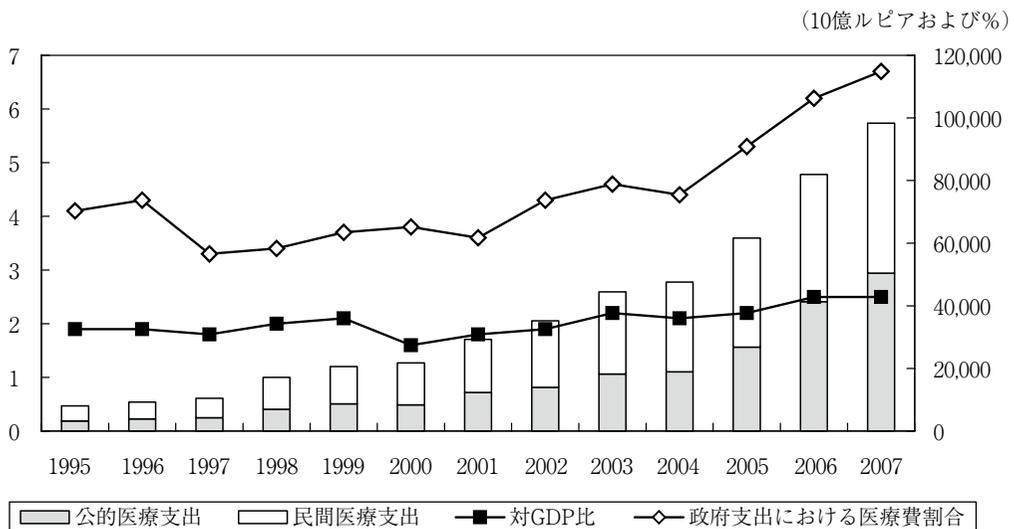
改革の一つは、社会保障制度に関する新しい法律を制定したことである。複雑な社会保障制度を統一するために「国家社会保障制度に関する法律

2004年40号 (Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional)」が2004年1月に国民議会に提出され、2005年9月に同法案は可決された。この法律は、すべての国民を対象に、医療、労働災害、老齢、年金、死亡に対する社会保障を提供することを目的としている。医療保障では、医薬品や医療器具も含めた治療や予防を行うこと、医療機関に対して請求から15日以内に費用を支払うことなどが定められている。保険料については、被用者については給料に対する一定割合で、雇用主と本人から財源を徴収することなどが定められている。しかし、雇用主から保険料を徴収することが強制になれば、雇用主が被用者の給料や雇用数を減らすことで、保険料の拠出に当てることも考えられ、失業をもたらす可能性がある。一方で、すでに福利厚生として民間医療保険に加入している大企業では、強制となる社会保障制度に加入するために、民間医療保険の加入を廃止する恐れがあり、被用者にとっては給付内容が縮小する可能性がある。保険料水準と投入す

る税金について、慎重な判断が求められる。しかし、この法律は、現在までのところ施行されておらず進展はしていない。

改革の二つめは、貧しい人々の社会保障としての「社会健康保障制度」(JAMKESMAS: Jaminan Kesehatan Masyarakat、旧称「貧困者医療給付制度」(ASKESKIN))が2005年から施行されたことである。「社会健康保障制度」の施行により、医療給付制度や医療保険で対象となる人口の割合が2005年には前年までの20%台から40%台に急増し、2007年には半数が何らかの医療保障を持つようになった⁹⁾。

また、自営業者や零細企業などのインフォーマルセクターで働く人々¹⁰⁾に対しては、社会省(DEPSOS: Departemen Sosial Republik Indonesia)がパイロットプログラムとして「社会福祉保険」(ASKESOS: Asuransi Kesejahteraan Sosial)を実施している¹¹⁾。このプログラムは貧困ぎりぎりの人々¹²⁾が、傷病や死亡によって貧困に陥ることを防ぐことを目的としている。



出典：WHO, 2009b, National Health Accounts Data

図1 インドネシアの総医療費およびGDPに対する割合と政府支出における医療費割合

(2) 医療保障制度の概要

インドネシアの公的医療制度は、日本のように全国民を対象とする国民皆保険制度になっていない。主な医療制度に、公務員などを被保険者とする「公務員医療給付制度」(ASKES: Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri)、民間企業の労働者を被保険者とする「労働者社会保障制度」

(JAMSOSTEK: Jaminan Sosial Tenaga Kerja)、貧困者を対象とする「社会健康保障制度」(JAMKESMAS)があり(表1参照)、その他には、民間の医療保険や、軍人を対象とする制度(ASABRI: Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Republik Indonesia)、パイロットプログラムの「社会福祉保険」(ASKESOS)などがある。

表1 インドネシアの主な医療保障制度の概要

	社会健康保障制度 (JAMKESMAS)	公務員医療給付制度 (ASKES)	労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)	民間医療保険
被保険者	貧困者	公務員、退職者、軍と警察の年金生活者 配偶者と、21歳未満の子2人まで	民間企業の労働者 配偶者と、21歳未満の子3人まで	民間企業の労働者 任意の配偶者・子供
加入者数 (2007年)	7,370万人	1,640万人	390万人	230万人(2006年)
強制/任意	社会保障	強制 民間企業も任意で加入可	強制(10人以上の企業 または1カ月の賃金総額が100万ルピア以上の企業) 例外: 民間の医療保険に加入している場合には加入が免除される。	任意 主に民間企業が福利厚生として加入する。民間医療保険に加入すれば、JAMSOSTEKに加入義務なし
財源	税方式 1人1カ月あたり5,000ルピア(約50円)を政府が拠出	保険料方式 本人月収の2%, 政府2%	保険料方式 未婚者月給3%, 既婚者6%(月給100万インドネシアルピア(約10,000円)まで) 政府の負担なし	保険料方式 各社によって異なる。
給付金	入院&外来 自己負担なし 給付内容は、ASKESに同じ。 3等室に入院可能	入院&外来 薬 めがね(本人のみ) 出産 救急治療などの総合保険 高ランク公務員は1等室、 その他と家族は2等室に入院可能	入院&外来 薬 めがね(本人のみ) 出産 救急治療などの総合保険 ただし、がんや透析などの重大疾病が免責。	入院を基本、外来は特約 入院で発生した治療費、 手術費などを支払う。 出産やめがねは特約
治療の アクセス	原則ネットワーク内 (主に公的病院)	原則ネットワーク内(主に公的病院)	初診医指定 原則ネットワーク内(公的病院または民間病院)	初診医指定必要なし アクセスも自由である 場合が多い。
主な免責	自殺、エイズ、美容目的、 定期健診、不妊治療など	自殺、エイズ、美容目的、 定期健診、不妊治療など	がん、透析、遺伝病、 専門家による検査、エイズ、 性病、アルコール依存症など	既往症、自殺、精神病、 美容目的、エイズ、不妊治療、 定期健診など

2005年から施行された貧困者のための「社会健康保障制度」によって、社会の底辺の人々が一本化された制度でカバーされるようになったが、制度の枠組みに該当しない人々が、無保険者となっているのが特徴である(図2参照)。中間層の無保険者が、重大な疾病にかかった場合に、貧困層に落ち込む懸念もあり、社会保障対象者の拡大が望

まれるところである。

これらの制度のうち、現在最も加入者が多いのが、貧困層のための「社会健康保障制度」であり、約7,370万人(人口の33.6%)を占めている。公務員のための「公務員医療給付制度」が次に多く、加入者は1,640万人(人口の7.6%)である(図3参照)。それ以外の制度は、いずれも割合が低く、社

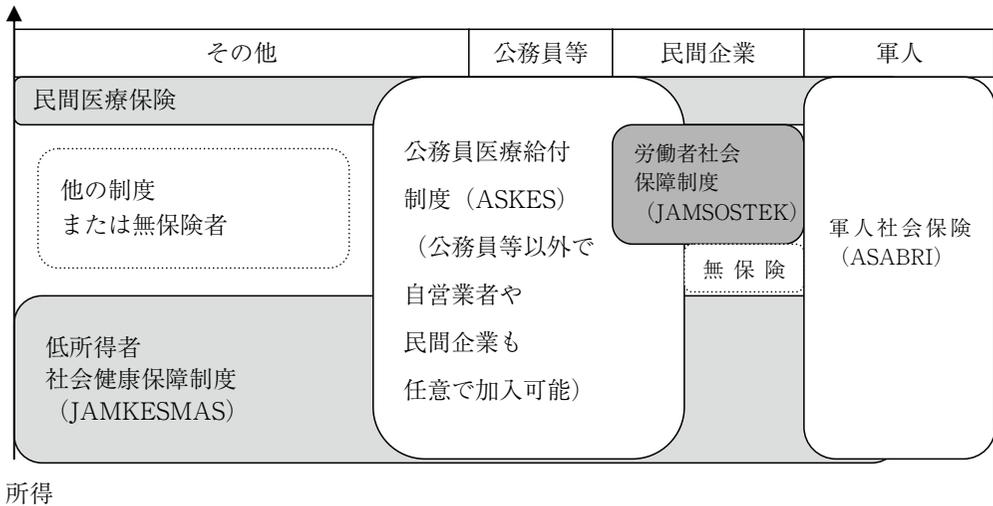
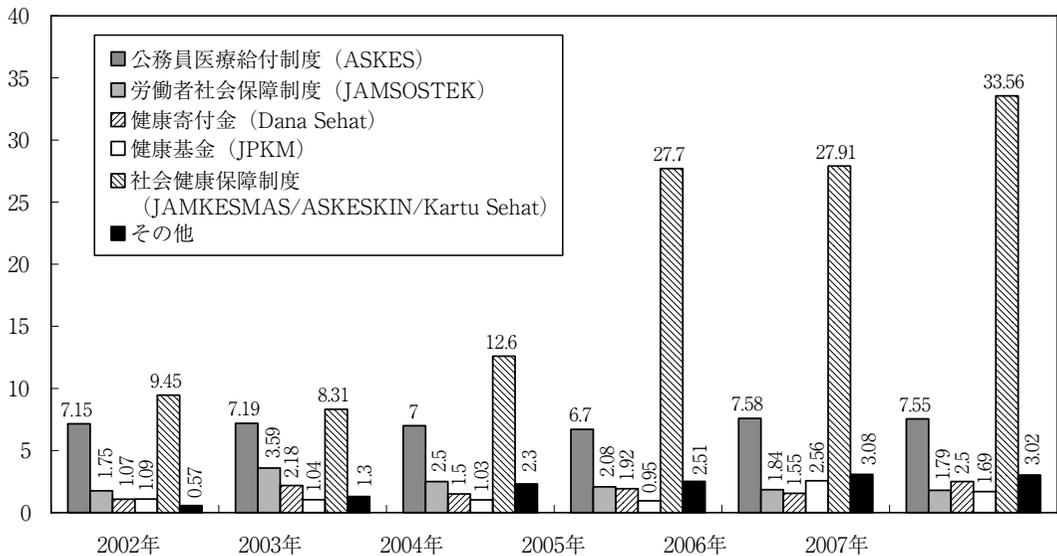


図2 公的医療保障制度と民間医療保険の関係



出典：Departemen Kesehatan Republik Indonesia, *Profil Kesehatan Indonesia 2007*, p. 116, GAMBAR5.28

図3 医療保障制度の種類別加入者の人口に対する割合(%)

会保障としてあまり社会に寄与していないのが実情である。

III 医療保障制度の基本的枠組みと内容

(1) 「社会健康保障制度」(JAMKESMAS)

貧困者に対する医療保障制度は、過去さまざまな取組が行われていた¹³⁾が、2005年1月1日から、「貧困者健康保障制度」(JPK-MM: Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin)に統一され、「公務員医療給付制度」と同じ国営企業の ASKES社が管理することになった¹⁴⁾。「貧困者医療給付制度」(ASKESKIN: Asuransi Kesehatan Orang Miskin)と呼ばれたが、政府は2008年に、支払いを ASKES社が行う方法から政府が直接病院へ送金を行う方法に変更し、名称を「社会健康保障制度」(JAMKESMAS: Jaminan Kesehatan Masyarakat)に変更した¹⁵⁾。被保険者の管理は従来どおり ASKES社が行っている。この「社会健康保障制度」の対象となる人々は、2007年度には約7,640万人で、対象者には保険証にあたる黄緑色の「社会健康保障制度カード」が発行される¹⁶⁾。この制度によって、貧しい人々は、地域診療所、公的医療機関、軍や警察の医療機関、ASKES社と契約している民間医療機関において無料で治療を受けることができるようになった。

「社会健康保障制度」は、保健センターや小さな村での助産婦サービス¹⁷⁾などのプライマリケアから、地域病院における第2次診療も対象となる。第2次診療には、プライマリケアからの紹介状が必要であるが、救急事態の場合には、紹介状は必要とされない。薬剤はASKES社によって認められた13,000種類の薬¹⁸⁾が、医師の処方によって対象となる。入院については、3等室が認められる。「社会健康保障制度」の給付内容は、この入院の部屋以外は、公務員と同様の内容である。

診療報酬は、プライマリケアは1人当たり月額

1,000ルピア(約10円)が人頭払いで支払われ、第2次診療からは出来高払いで支払される¹⁹⁾。「社会健康保障制度」の財源は、政府が1人1カ月あたり5,000インドネシアルピア(約50円)を拠出している。

(2) 「公務員医療給付制度」(ASKES: Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri)

公務員と退職者、それらの家族を対象とする1968年から開始された制度である²⁰⁾。その後、軍と警察の年金生活者などに広げられ²¹⁾、1993年からは、州の会社や、民間企業も任意で加入できるようになった。2007年には加入者は1,670万人に達し、そのうち強制加入が1,460万人である²²⁾。対象となるのは、本人と配偶者と21歳までの未就労で未婚の子供2人までである。加入者は家族構成にかかわらず、月給の2%を拠出する。2002年から、政府も拠出するようになり、2007年からは同額を拠出している。

給与の金額にかかわらず、加入者は総合的な医療給付を受けることができる。入院の部屋についてだけ、区別があり、高いランクの公務員は公的医療機関の1等室を使えるが、その他と家族は2等室しか使用できない。「公務員医療給付制度」の医療機関ネットワークは主に公的医療機関で構成されており²³⁾、ネットワーク以外の医療機関での治療は給付対象とならない。公的医療機関では、医師の欠勤率が高く²⁴⁾、改善が必要といわれており(World Bank, 2009b)、医療サービスにも影響を与えている。被保険者の自己負担金額は大きく、30%から60%の費用を負担する。診療報酬は、プライマリケアは人頭払いで支払われ、第2次診療からは出来高払いで支払われる。

自殺やエイズ、美容のための手術、定期健診、不妊治療、コンタクトレンズなどが免責となっているが、「労働者社会保障制度」のように、がんなどの重大な病気が免責になっておらず、総合的な

保障内容である。

(3) 「労働者社会保障制度」(JAMSOSTEK: Jaminan Sosial Tenaga Kerja)

「労働者社会保障制度」は、1992年に作られた民間企業と国営企業の労働者のための社会保障²⁵⁾で、労働災害、年金、死亡、医療を保障している。運営は国有企業であるJAMSOSTEK社が行っている。

労働者社会保障制度は10人以上の企業または1カ月の賃金総額が100万ルピア以上の企業が強制加入である²⁶⁾。また小さな企業で働く従業員や、自営業者も任意で加入することができるようになった²⁷⁾。被保険者は、加入者本人と、その配偶者、21歳までの未就労で未婚の子供3人までである。

「労働者社会保障制度」では、雇用主が被用者を、その給付内容よりも良い医療保険に加入させた場合には、医療制度には加入が免除されるという例外規定がある。そのため、多くの大企業がJAMSOSTEKの医療制度に加入しないで、自家保険を行うか、民間の医療保険に加入している。たとえ制度に加入していても、保険料を納めていない場合が多く、2007年には加入している労働者2,370万人のうち6.8%にあたる160万人の労働者しか、医療保障の対象となっておらず、家族を含めても360万人しか被保険者がいない(Jamsostek, 2008)。

保険料は月給に対する割合で未婚者3%、既婚者6%を雇用主が支払う。対象となる月給は最高100万インドネシアルピア(約1万円)までである。この拠出金に対する政府からのマッチングはなく、また医療費が上昇しているのにもかかわらず、月給最高限度額が1993年から10年以上も100万インドネシアルピアから変わっていないため、拠出金プールが十分でない²⁸⁾。2007年の保険料合計は、前年に対して11.49%増加したが、保険給付

額はそれより少し多く、11.92%増加している²⁹⁾。

初診医は指定された医師の中から選択し、家庭医として登録を行う。第2診療や専門医は紹介状が必要となっている。すべての費用は「労働者社会保障制度」の医療費基準内で支払われ、医療費が基準を超えている場合には、自己負担しなくてはならない。

外来と入院のいずれも対象となるが、いくつかの地域では公的な保健センターを初診医に指定しており、それが質の悪いサービスの原因の一つとなっている。ほかの保障制度では給付の対象となる、がんや透析の治療が対象外であることも、加入しない要因の一つになっている。

(4) 民間医療保険

民間医療保険は、企業の福利厚生の一つとして販売されており、主に、生命保険会社が生命保険とセットにして団体医療保険を販売している。2006年の生命保険会社が引き受けている医療保険の被保険者数は230万人で、そのうち団体医療保険が93.7%である³⁰⁾。

生命保険は長期契約であるが、団体医療保険には長期はなく1年契約である。団体医療保険は、生命保険の特約ではなく単独契約として販売されている。一方、個人保険は、逆選択を防ぐため、医療保険だけで加入されないように、主に生命保険の特約として販売されている³¹⁾。

生命保険会社(タカフルオペレーター³²⁾を含む)で引き受けている医療保険料は、2006年には1兆8,887億インドネシアルピア(約207億9,459万円)に上り、増加率は過去5年で年平均30%と目覚ましい³³⁾。生命保険料全体の5%が医療保険となっている。2006年には33の生命保険会社が医療保険を販売しており、競争が激しくなっている。背景としては、①政府は国民皆保険制度の導入を目指しているが、具体的な見通しがなく、②公的医療の対象となる人が限られていること、③

公的制度は、給付内容とサービスが悪いこと、④インドネシア経済が発展し、民間医療保険を購入する余裕が生まれていること、などがあり、今後も民間医療保険の市場が拡大していくと考えられる。

しかし、一方で、民間医療保険会社からすると、医療保険は必ずしも魅力的な市場ではないようである。生命保険会社の医療保険単体の損害率³⁴⁾データは公表されていないが、生命保険会社の民間医療保険のシェアで2位のセントラルアジアラヤ社からの聴取³⁵⁾では、医療保険にかかるコストは高額であり、損害率は70%から80%のぎりぎりまで経営している。そのため、生命保険会社にとって医療保険は、生命保険の補足という位置づけで販売されている。

IV 医療保障制度の課題

(1) 約半数の無保険者と非効率な運営

インドネシアの最大の課題は、国民の約半数が無保険者であることである。今まで、対象者を限定した制度を散発的に設立してきた結果、対象とならない人々を取り残してきた。現在の公的医療保障制度には、貧困層以外の自営業や農家などを対象とした制度がない。貧困に至らない中間層であっても、稼ぎ手が病気になった場合には、一家が貧困に陥る可能性があるため、中間層を対象とする公的医療保障制度の構築が必要である。

現在は、各制度が個別に運用されているため、事務コストの増大、非効率な病院との価格提携、脆弱な財務基盤が問題となっている。中間層向けの制度を新たに構築すれば、さらに制度が複雑となるため、現行の制度のいずれかを拡大し、残された人々を取り込む方が良いと思われる。最も対象者が多い「社会健康保障制度」の対象者を貧困層以外にも拡大することが考えられるが、その場合には、貧困層以外からは収入に応じた保険料の

徴収や1回の治療ごとに自己負担を設けるなどして、財源を確保する必要があるだろう。

(2) 不十分な給付内容

がんなどの重大な疾患が、「労働者社会保障制度」では、給付の対象外となっている。そのため、がんに罹患した被保険者は、高額な治療費の全額を患者が自己負担しなければならない。このような高額な自己負担は、家族を貧困に陥れる恐れがあり、公的医療保障制度として十分な機能を果たしていない。

対象となる子供の人数も、「公務員医療給付制度」では2人、「労働者社会保障制度」では3人など、制度によって給付される内容が異なっている。制度によって、給付の対象が異なることは、医療費の請求を行う病院側の事務コストも上げることになり、医療費低減を妨げる要因となる。がんなどの重大な疾患を対象とし、異なる給付内容を極力統一することで、給付の充実とコスト低減が図れるものとする。

(3) 財政問題

貧困者に対する「社会健康保障制度」では、政府が、財源として1人1カ月あたり5,000ルピアを拠出しているが、同様な給付内容である「公務員医療給付制度」では、医療費の患者の自己負担がある上で、1人1カ月あたり12,000ルピアの医療費が給付されている。「社会健康保障制度」では、貧困者の保険料拠出も、治療時の医療費の自己負担もないため、今後利用が増加すれば財政的に困難になると予想される。今後、政府は財源を増額する必要があるだろう。

政府が2004年に社会保障統一に向けて法律を制定し、国民皆保険制度の導入を目指していることを明らかにしたにもかかわらず、民間医療保険市場が拡大しているのは公的医療保障制度に魅力が

ないことを示している。今後、国民皆保険制度をどのように進めるのか、注目していきたい。

投稿受理 (平成20年12月)

採用決定 (平成21年7月)

注

- 1) インドネシア厚生省の「インドネシアの健康統計データ2007 (DEPKES, 2008)」による。
- 2) UN Population Division “World Population Prospects: The 2006 Revision Population Database” の中位推計による。
- 3) 人口10万人当たりの結核患者は1990年438人だったものが2006年には253人となった (WHO, 2008)。一方、糖尿病患者は1995年には人口の1.2%だったが、2003年には都市部では14.7%、農村部では7.2%と増加している (DEPKES, 2008)。2004年の死因となった疾病は1位:虚血性心疾患 (11.6%)、2位:下気道感染症 (7.3%)、3位:脳血管疾患 (6.5%)であった (WHO, 2009a)。
- 4) 指標は罹患率、死亡率、栄養状態、環境、生活行動、基本医療のアクセスと品質、医療サービス、医療資源、医療管理、関連分野の貢献の10項目に渡り定められている (DEPKES, 2003)。中には出生時平均余命のように、既に目標の数値67.9歳を達成した指標もある。
- 5) 2006年の医療費の対GDP割合は、タイ3.5%、マレーシア4.3%、シンガポール3.4%、フィリピン3.3%、ベトナム6.6%と、ほかの東南アジア諸国はいずれも3%は超えているのに対し、インドネシアは2.2%と低い (WHO, 2008)。
- 6) インドネシアの1,000人当たりの乳児死亡率は1990年の60から2006年には26と減少したが、タイ7、マレーシア10、フィリピン24、シンガポール3、ベトナム15の中で一番高い。インドネシアの1歳児の三種混合ワクチン接種率は、1990年の60%から2007年の75%に向上したが、同年のタイ98%、マレーシア96%、フィリピン87%、シンガポール96%、ベトナム92%と比べ一番低い (WHO, 2008)。
- 7) 2000年から2006年の人口1,000人当たりの医師数は、タイ0.4、マレーシア0.7、フィリピン0.9、ベトナム0.5に対して、インドネシア0.1と少なく、人口1,000人当たりの病院のベッド数についても、タイ2.2、マレーシア1.8、フィリピン1.1、ベトナム1.9に対して、インドネシア0.6と少ない (World Bank, 2009a)。
- 8) タイは公務員を対象とした制度 (CSMBS)、被用者を対象とした制度 (SSS)、それらが適用されない

- 人々のための30パーツ制度がある。30パーツ制度は2002年4月から施行されている。30パーツ (約100円) の自己負担があったため、その名で呼ばれているが、現在では自己負担はなくなっている。
- 9) インドネシア厚生省の「インドネシアの健康統計データ2008 (DEPKES, 2008)」の図5.27による。Indonesia Sehat 2010の指標では、医療保障がある人の割合の目標を80%としているが、2007年の人口に対する医療保障がある人の割合は51.28%で、人口の約半数が医療保障を持っていない。
 - 10) 農林水産業や、野菜売りや屋台などの小売、ベチャやオジェックなどの乗り物運転手、肉体労働者や家政婦などのインフォーマルセクターで働く人々は4,100万人 (人口の19%) いる (DESPOS, 2008)。
 - 11) 社会福祉保険 (ASKESOS) と永久社会福祉補助 (BKSP) による、病気がちで貧しい人々のための社会保障プログラムに関する社会大臣決定2003年第51号 (Keputusan Menteri Sosial RI No.51 tahun 2003 tentang Program Jaminan Sosial bagi Masyarakat Rentan dan tidak mampu melalui pora Asuransi Kesejahteraan Sosial dan Bantuan Kesejahteraan Sosial Permanen)。月額5,000ルピア (約50円) の保険料を3年間支払う。期間中に①疾病 (最低10日以上続く疾病または3日以上以上の入院を必要とする疾病) の場合、10万ルピア (約1,000円) (1年1回に限る)、②事故にあった (事故を証明する書類要) 場合、10万ルピア (1年に1回に限る)、③55歳までに死亡した場合、加入年数×20万ルピアが支払われる。3年間事故にあわなかった場合には、支払った5,000ルピア×36カ月の18万ルピアが返金される (DEPSOS, 2008)。
 - 12) 1997年から7州 (北スマトラ、ジャカルタ特別区、西ジャワ、東ジャワ、南カリマンタン、南スラウェシ、マルク) で開始され、2008年にはすべての州で行われることになった。2008年9月には144,600人の世帯主が加入している (Kompas, 2008)。加入条件は、①インフォーマルセクターで自活している、②21歳から60歳までの既婚者、③収入が最低で月額30万ルピア (約3,000円) 以上、④身分証明書または地方政府の身分を証する書類を保持する者である。加入は任意で強制ではない。
 - 13) 1994年から1998年間の「ヘルスカード制度」 (Kartu Sehat)、1998年から2002年までの社会福祉プログラムである「JPS-BK制度」 (Jaring Pengaman Sosial)、2001年の「PDPSE制度」 (Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi)、2002年から2004年の「PKPS-BBM制度」 (Program Kompensasi Bahan Bakar Minyak) などがある。
 - 14) 貧困者のための保健プログラム運営におけるASKES社業務に関する厚生大臣決定2004年11月第

- 1241号 (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/MENKES/SK/XI/2004, tentang Penugasan PT ASKES (PERSERO) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin).
- 15) 社会健康保障プログラムの管理方針に関する厚生大臣決定2008年2月第125号 (Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/MENKES/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2008).
 - 16) ASKES社のホームページによれば、2008年末までに対象者76.4百万人のうち94.10%にあたる71.9百万人にカードが配布された。
 - 17) インドネシアでは島々からなる地域的困難性から、医師がいない場合には、助産師が簡単な疾病に対して、下痢止めや痛み止めなどの基本的な薬を渡すことができる。助産師は保健センター (Puskesmas) の医師の管轄下で働いている。
 - 18) DPHO (Daftar Plafon Harga Obat) に掲載された薬。
 - 19) INA-DRG (Indonesia-Diagnosis Related Group) が、2006年からの試行を経て2009年1月1日より、Jamkesmasの医療機関で行われることになった (DEPKES, 2009)。INA-DRGの使用は義務ではなく全部の医療機関で行われるわけではない。
 - 20) 国家公務員の保健およびその家族の年金受給に関する大統領決定1968年第230号 (Keputusan Presiden Nomor 230 tahun 1968 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri dan Penerima Pensiun Beserta Keluarganya)
 - 21) 年金受給の国家公務員、退役軍人、独立開拓者とその家族の保健に関する政府規則1991年第69号 (Peraturan Pemerintah Nomor 69 Tahun 1991 tentang Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun, Veteran, Perintis Kemerdekaan Beserta Keluarganya)。
 - 22) ASKESの任意保険に加入している組織は2007年に2,417カ所、加入者は213万人であった (ASKES, 2008)。
 - 23) ASKESの強制加入者用の提携医療機関は、2007年は11,704カ所 (保健センター: 7,874を含む) で2006年より565カ所増加した。任意加入者用の提携医療機関は6,949カ所で2006年より1,257カ所増加している (ASKES, 2008)。任意加入者の提携機関は、保健センターが327カ所と少ない一方で、民間病院が325カ所と多い (強制加入者用では186カ所) など、提携医療機関を保険種類により区分している。
 - 24) インドネシアの医療従事者は副業することが認められているため、公的医療機関の医療従事者の60%~70%が、副業として開業または民間の医療機関で働いている。地域の保健センターで働く者のうち、63.78%が副業を持ち、週の労働時間の70.54%を保健センターで働くにもかかわらず、得られる収入のうち公的機関からの収入は46.87%しかない (World Bank, 2009b)。保健センターでの欠勤率は40%と高率である (Chaudhury, 2006)。
 - 25) 労働者の社会保障に関する法1992年第3号 (Undang-Undang Nomor 3 tahun 1992 tentang sosial tenaga kerja)。
 - 26) 労働者社会保障の実施に関する政府規則1993年第14号 (Peraturan Pemerintah Nomor 14 tahun 1993 tentang Penyelenggaraan Program Jaminan Sosial Tenaga Kerja)。
 - 27) 小さな企業で働く労働者は、労働移住大臣通達2005年5月第B-355号 (Surat Menakertrans RI Nomor B-355/MEN/PHI-PJK/V/2005 tentang Pelaksanaan Program JAMSOSTEK bagi Tenaga Kerja) による。自営業者は労働移住大臣規則2006年6月第PER-24号 (Peraturan Menakertrans RI Nomor PER-24/MEN/VI/2006) による。
 - 28) 消費者物価指数は1996年を100とすると2008年9月は453.3 (暫定数値) と、4倍以上になっている (BPS, 2009)。監督者未満の労働者の2008年9月の名目賃金は、製造業115万ルピア、ホテル業108万ルピア、鉱業 (石油除く) 406万ルピアであった。
 - 29) 保険料: 2006年5,551億ルピア、2007年6,189億ルピア、保険金: 2006年429.39ルピア、2007年480.57ルピアでいずれも増加した (Jamsostek, 2008)。
 - 30) Insurance Bureau, 2007のTable: 3.18.7医療保険個人および団体の証券および被保険者数から算出。
 - 31) 日本の民間医療保険は日額などを支払う定額給付型保険だが、インドネシアの民間医療保険の主要な商品は、生じた医療費を支払う実損填補型保険である。
 - 32) タカフルとはイスラム教に基づいた、保険類似の制度で、別名イスラム保険とも呼ばれている。
 - 33) 新契約保険料8,444億ルピアと保有契約保険料1兆442億ルピアを合算 (Insurance Bureau, 2007, Table3.16.1Aおよび3.16.1B)。
 - 34) 損害率 (Loss Ratio) とは、収入保険料に対する支払った保険金の割合を指す。通常は、正味保険金と損害調査費の合計額を正味保険料で除した割合をいう。日本の医療保険とインドネシアの医療保険は給付方法が異なるため、比較はできない。参考までに、金融庁が公表した「第三分野の責任準備金積立ルール・事後検証等について」平成17年6月28日に基づき、日本の生命保険会社が発表している、医療、がん、介護等の区分ごとの保険料に対する保険金等 (支払い準備繰入金・給付金支払いにかかわる事業費等を含む) の支出の状況、「第三分野発生率」は平成18年度生命保険大手6社の医療 (疾病) の平均で34.1%であった。
 - 35) 2008年3月にCentral Asia Raya社の役員と保険アクチュアリーに面談聴取。

参考文献

- 菅谷広宣「インドネシア・フィリピン・タイの社会保障」, 広井良典・駒村康平編『アジアの社会保障』東京大学出版会, 2003年.
- 菅谷広宣「Review of the Law and Regulations regarding the Employee's Social Security in Indonesia」, 『海外社会保障研究 Spring 2000 No.130』国立社会保障・人口問題研究所, 2000年.
- DEPKES, 2003, Indikator Indonesia Sehat 2010 dan Pedoman Penetapan Indikator Provinsi Sehat dan Kabupaten/Kota Sehat, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1202/MENKES/SK/VIII/2003, Departemen Kesehatan Republik Indonesia. [Indicator of Healthy Indonesia 2010 and practical guide for indicator of health in province and health in district or city, Decision of Minister of Health No. 1202/MENKES/SK/VIII/2003, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008a, Profil Kesehatan Indonesia 2007, Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Health profile of Indonesia 2007, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008b, Petunjuk Teknis Administrasi Klaim dan Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat 2008, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia [Technical guide for claim and verification administration of social security for health 2008, Center for health cost and security, Ministry of Health Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2008c, Petunjuk Teknis Jaminan Kesehatan Masyarakat di Puskesmas dan Jaringannya 2008, Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat, Departemen Kesehatan, Republik Indonesia [Technical guide of social security for health at health center and its network, 2008, Social Health Renewal Director, Ministry of Health, Republic of Indonesia].
- DEPKES, 2009, Depkes News “Rumah Sakit Laksanakan Standar Yankes Jamkesmas, 24 Februari 2009” [Ministry of Health News “Health service standard for Jamkesmas is applied at hospital, February 24, 2009”]
- DEPSOS, 2008, Panduan Managemen Askesos, Departemen Sosial Republik Indonesia [Management guide for Askesos, Ministry of Social, Republic of Indonesia].
- Kompas, 2008, Program Asuransi Kesejahteraan Sosial bagi Pekerja Informal [Social security insurance program for informal workers], 24 Oktober 2008.
- John Angelini & Kenichi Hirose, 2004, Extension of Social Security Coverage for the Informal Economy in Indonesia, International Labor Organization.
- World Bank, 2007a, Design, Fiscal Analysis, and Implementation of the National Social Security System.
- World Bank, 2007b, Assessment of Fiscal Cost of Social-Security-Related Programs in Indonesia.
- World Bank, 2008, Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending.
- World Bank, 2009a, Giving More Weight to Health: Assessing Fiscal Space for Health in Indonesia.
- World Bank, 2009b, Indonesia's Doctors, Midwives and Nurses: Current Stock, Increasing Needs.
- WHO, 2008, Statistical Information System (WHOSIS) Core Health Indicators.
<<http://www.who.int/whosis/en/index.html>>
- WHO, 2009a, Estimated total deaths by cause and WHO Member State.
- WHO, 2009b, WHO estimates for Country NHA Data, World Health Organization.
- Nazmul Chaudhury, Jeffrey Hammer, Michael Kremer, Karthik Muralidharan and F. Halsey Rogers, 2006, Missing in Action: Teacher and Health Worker Absence in Developing Countries, *Journal of Economic Perspectives-Volume 20, Number 1* pp. 91-116.
- ASKES, 2008, Laporan Tahunan 2007 [Annual Report 2007].
- JAMSOSTEK, 2008, Laporan Tahunan 2007 [Annual Report 2007].
- BPS, 2009, CPI Nominal Wage and Real Wage Index of Production Workers Below Supervisory Level, 1997-2008, Statistics Indonesia.
- Insurance Bureau Capital Market and Financial Institutions Supervisory Agency, 2007, Indonesian Insurance 2006.
- Indonesia Life Insurance Association, 2006, Life Insurance Business Performance 2006.

(ふくおか・ふじの

(株) あいおい基礎研究所研究員)