

インドネシア

1 社会保障制度の概要

(1) 制度の種類

インドネシアにおいては、我が国のように全国民を対象とする社会保障制度は整備されておらず、政府の許可を受けた健康維持保障制度、労働者社会保障制度（健康保険、労災補償、老齢給付、死亡保障）、国家公務員及び軍人を対象とした医療保障制度及び年金制度、高齢者、障害者、貧困者等に対する社会福祉サービスなどが個別に存在している。また、従来から、国公立病院、保健所で安価な医療サービスの提供が行われているほか、貧困者に対して無料の医療サービスが提供されている。なお、介護保険制度はない。

(2) 労働者社会保障制度(JAMSOSTEK)

① 制度の概要

労働者社会保障制度(JAMSOSTEK)は、老齢給付や医療給付をカバーする総合的な社会保障制度で、1992年に制定された JAMSOSTEK に関する法律により、健康保険、労災補償、老齢給付及び死亡保障からなる制度に改められた。労災補償、老齢給付及び死亡保障は強制加入であるが、健康保険は任意加入である。これは、会社が JAMSOSTEK よりよいサービスを提供できる場合を考慮したものである。

② 財源

健康保険、労災補償及び死亡保障は雇用主が全額負担し、その負担額は固定給比例定率性となっており、健康保険では未婚者は3%、既婚者は6%、労災補償では業種に応じ0.24%から1.74%、死亡保障では0.3%となっている。老齢給付の負担額は雇用主と労働者がそれぞれ固定給の3.7%、2%である。

③ 制度の対象者

10人以上の労働者を雇用し、又は労働者に1月100万ルピア以上の給与を支払っている雇用主は、本制度に加入する義務がある。それ以外の雇用主も任意加入できる。2003年末現在、約12万8,000の事業所が加入し、約2,500万人が参加している。

④ 給付内容

健康保険としては労働者及びその家族に対する外来診療、入院診療、分娩、薬剤などが現物給付される。労災補償は、障害に応じた補償金が給付される。老齢給付は完全積立制で、労働者は55歳の定年年齢に達した時点等で給付を受ける権利が発生し、積み立てた保険料が一時金または最長5年間の分割支給の形で還付される。死亡保障は、労働者の死亡時に定額の埋葬費及び見舞金が給付される。

2 社会保険制度等

(1) 年金制度

① 制度の種類

インドネシアには公務員年金制度があるが、国民皆年金とはなっていない。

② 公務員年金制度

公務員年金制度は、事実上強制加入の制度であり、財政方式は保険方式である。退職一時金を受け取る制度と毎月年金を受け取る制度の2つがあり、どちらにも事実上強制的に加入する。前者は、国有年金会社により運営され、公務員は毎月給与の3.25%を徴収され、勤続年数、給与に応じた退職一時金を受け取る。後者は、公務員の年間給与の4.75%を年金基金(国)が徴収し、定率の政府補助金を加えて、国有年金会社、銀行、郵便局などを通じて、年金が支払われる。したがって公務員は給与の計8%を年金のために徴収されていることになる。

(2) 医療保険制度等

① 制度の種類

インドネシアにおける医療保障の中核は健康維持保障制度(JPKM)及び前述の労働者社会保障制度(JAMSOSTEK)である。その他、公務員(軍人を含む)には、公務員・退職者健康保険制度による医療保障が行われている。国民皆保険とはなっていない。健康維持保障制度(JPKM)は任意加入の制度である。財政方式は保険方式である。労働者社会保障制度

(JAMSOSTEK)は適用者には強制加入であるが、適用対象とならない者も多い。財政方式は保険方式である。なお、公務員・退職者健康保険制度は強制加入の制度であり、財政方式は保険方式である。

② 健康維持保障制度(JPKM)

健康維持保障制度(JPKM)は、一定の基準を満たす団体に免許を与えて健康維持保障事業を行わせるもので、1992年に現在の関連法が制定され、1992年から1995年までの間組織等の体制整備を行い、1996年より現在の制度が運用されている。政府(保健・社会福祉省)は申請を受けた団体が政府の定める基準を満たす場合に健康維持保障事業に係る免許を与える。本事業において加入者(被保険者)は免許を受けた健康維持保障事業団体(以下「事業団体」と予め定められた保険料及びサービス内容(疾病の予防、検査、治療等、健康の回復・維持・向上のためのサービス)について契約し、保険料を事業団体に直接支払う。被保険者は必要な場合、事業団体が契約した病院等保健医療機関において受診し、保健医療サービスに要する費用は予め事業団体と保健医療機関との間で契約に基づき定められた額が事業団体より支払われる。2003年では、24団体が事業免許を取得し、推計で国民の約21%(約4,400万人)がこの制度を利用している。

③ 公務員・退職者健康保険制度

公務員・退職者健康保険制度は、軍人を含む公務員に対する医療保障制度で、公務員は本制度への加入を義務づけられている。全国17か所に支部を持つ国有インドネシア健康保険株式会社により給与の2%を保険料として徴収される。本人及び家族が、保健所、病院を通じて医療サービスを受けている。

また、近年、公務員以外でも、100人以上の従業員がいる企業の労働者が、任意で本制度に加入できるように制度が改正され、約2,000社の企業の約60万人が本制度に加入している。

公務員の給与が低いことから保険料収入が増えず、一方、医療サービスの料金高騰で、提供できる医療サービスの質が低下するなどの問題が起きている。

④ 医療費免除制度

貧困者、貧困地域の住民を対象とする医療扶助として、医療費免除制度がある。本制度の対象者が医療機関を受診する場合は、ヘルスカードと呼ばれる証明書を持示することで医療費が免除される。また、ダナセハットと呼ばれる村・郡を単位とする地域レベルの保険基金がある。これは、共同体における生活習慣であるゴトン・ロヨン(相互扶助)の考え方を基本とする低所得者のための医療保険制度であり、住民による掛金のほか、裕福な者からの寄附を財源として運営されている。

3 保健医療サービスの内容等

インドネシアでは、民間病院は大都市に集中し、富裕層に対する医療サービスを行っている。一般住民を対象とする保健医療サービスにおいて公的機関が果たす役割は大きい。2004年現在の病院施設数は、公立病院435、軍・警察病院112、その他専門病院78、私立病院621である。

県・市が運営する保健所(プスケスマス)には医師、看護師、助産師が配置され、インドネシアの初期医療の中心的役割を担っており、住民に対する予防活動や健康教育、治療活動を行うとともに、医療関係者に対する研修を行っている。2004年現在、全国で7,550か所設置されている。県・市が運営する他の医療施設として、保健所の下部組織で僻地の医薬品配達所である保健所支所(プスケスマス・プンバントウ、同全国22,002か所)、自動車や船を用い遠隔地での巡回診療や母子保健活動を実施する巡回保健所(プスケスマス・クリリン、同全国6,132か所)及び村単位に設置された助産所(ポリンデス、同全国26,975か所)がある。これらにおける医療・投薬費用は安く、特に貧困者には中央政府予算で無料となる。

この他、住民が設立・運営し妊産婦及び5歳以下の乳幼児を対象とした診療所である地域保健ポスト(ポシアンデウ、同全国206,971か所)がある。

4 公的扶助制度

インドネシアでは、全人口のおよそ20%が貧困層に当たるとされているが、我が国の生活保護制度のよう

な公的扶助制度は整備されていない。貧困層の人々の生活水準の向上を図るための援助プログラムとして、社会福祉育成指導事業が行われている。

本事業は、収入源のない、あるいは収入はあるが生活必需品を満たすには十分でない家族を対象に、生活姿勢、方法を改善し、自信と能力を形成させることを目的とする。具体的には、継続的な生活指導、動機づけのためのカウンセリング、社会的訓練、技能的訓練、経済的・生産的事業支援^(注)などが行われている。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉施策全般

ストリートチルドレン、生活困窮者、児童、障害者、高齢者、麻薬中毒者、売春婦等を対象とする国または州政府が所管する公的施設や民間施設が設置されている。

しかし、予算不足、施設の不足、地方分権化政策による州政府ごとの対応の違いなどの多くの課題を抱えており、社会福祉制度及び施設が十分に整備され、運営されているとはいえない状況にある。

(2) 高齢者保健福祉施策

インドネシアでは、都市部においても家族の絆が強く残っており、高齢者ケアのほとんどは家族に任されている。そのため高齢者対策は、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者など恵まれない高齢者を主たる対象としている。

高齢者用施設の利用料は、収入に応じた負担を求めている。無収入者は無料であるが、経済的に余裕はあるが身寄りがない高齢者の場合、応分の負担が求められる。

施設数、入所者数等については、地方分権が推進された影響から州政府が管轄する施設数が増加している。

〈表2-113〉 高齢者施設 : Pantil Lanjut Usia/PSTW(Panti Sosial Tuna Werda)

	施設数	入所者数
社会省	2	182
州政府	69	4,955
民間	164	6,260
計	235	11,397

(2004年統計資料より)

(3) 障害者保健福祉施策

「障害者に関する法律(1997年法律第4号)」に基づき、機会均等、リハビリテーション、社会的援助、社会福祉水準の維持に関する施策を実施するとされている。機会均等とは、社会インフラへのアクセス、教育、労働面における機会均等である。リハビリテーションには、医療リハビリテーション、教育リハビリテーション、社会リハビリテーション、職業リハビリテーションがある。社会的援助とは、リハビリテーションの対象となりうる障害者への金銭等の給付をいい、社会福祉水準の維持とは、リハビリテーション措置の対象となり得ない障害者に対する金銭等の付与をいう。

国・州は、社会リハビリテーションや職業リハビリテーションを通じて社会復帰を図る施設を設置・運営しており、全国に46か所ある。

〈表2-114〉 肢体不自由者施設 : PSBD(Panti Sosial Bina Daska)

	施設数	入所者数
社会省	4	790
州政府	3	235
計	7	1,025

(2004年統計資料より)

〈表2-115〉 視覚障害者施設 : PSBN(Panti Sosial Bina Netra)

	施設数	入所者数
社会省	4	490
州政府	14	653
計	18	1,143

(2004年統計資料より)

〈表2-116〉 聴覚障害者施設 : PSBRW(Panti Sosial Bina Rungu Wicara)

	施設数	入所者数
社会省	2	150
州政府	3	150
計	5	300

(2004年統計資料より)

〈表2-117〉 知的障害者施設 : Panti Mental Retardasi/PSBG(Panti Sosial Bina Grahita)

	施設数	入所者数
社会省	3	400
州政府	2	200
計	5	600

(2004年統計資料より)

〈表2-118〉精神障害者施設:Mental Psikotik/PSBL (Panti Sosial Bina Laras)

	施設数	入所者数
社会省	4	390
州政府	4	400
計	8	790

(2004年統計資料より)

〈表2-119〉ハンセン病患者収容施設:Panti Ex-penyakit kronis/PSBPLK (Panti Sosial Bina Pasca Lara Kronis)

	施設数	入所者数	集団生活地域※	家族/家族数
社会省	1	80	—	—
州政府	1	—	23	3,560/1,139KK
民間	1	—	—	—
計	3	80	23	3,560/1,139KK

※集団生活地域とはハンセン病患者とその家族が集まって生活する地域。

(2004年統計資料より)

(4) 児童健全育成施策

① 児童手当

社会的、経済的な問題を有する家族に対し、生活支援サービスや生計向上のための資金貸付などが行われているが、児童手当など一般国民を対象とする制度はない。

② 児童福祉施策

政府の対策は貧困児童への経済的援助が中心となっている。身寄りのない子どもなどに対し、複数の公共団体が保護、保育等の施設サービスを実施している。施設の種類と対象者、施設数及び対象者(入所者)数は次のとおりである。(2003年統計資料より)

a PSAA (Panti Sosial Asuhan Anak) 〈児童養育社会施設〉

ストリートチルドレン、みなし子、貧困者層の子供を対象とする収容施設である。

〈表2-120〉PSAA (Panti Sosial Asuhan Anak)

	施設数	入所者数
社会省	2	250
州政府	13	512
民間	2,877	125,332
計	2,892	126,094

(2004年統計資料より)

b PSBR (Panti Sosial Bina Remaja) 〈若年者(10代)収容施設〉

主に高校を中退した10代の若年者を対象とした収容施設である。ドロップアウトした理由の多くが経済的問題による場合が多く、社会省の施設では貧困者層を主たる対象としている。

〈表2-121〉PSBR (Panti Sosial Bina Remaja)

	施設数	入所者数
社会省	3	420
州政府	6	375
民間	28	4,155
計	37	4,950

(2004年統計資料より)

c TPA

生活困窮者層等で共稼ぎをせざるを得ず、子供を預ける場所がない場合の子供を預かる施設である。民間施設であるが、社会省の管轄下にある。

〈表2-122〉TPA (Tempat Penyantunan Anak)

	施設数	入所者数
社会省	1	70
州政府	3	150
民間	917	21,370
計	921	21,590

(2004年統計資料より)

d PSMP

非行少年の更生施設である。

〈表2-123〉Panti Anak Nakal/PSMP (Panti Sosial Marsudi Putra)

	施設数	入所者数
社会省	4	375
州政府	1	60
民間	8	595
計	13	1,030

(2004年統計資料より)

e PSM

ストリートチルドレンが通う施設で、強制的に収容する施設ではない。親はいるが兄弟が多く扶養されない子供や収容しても施設の生活(ルールのある生活)に

適応できないような子供を対象とした施設である。

この施設の中には、国立民営方式(国が土地、建物を提供し、民間(yayasan)などに運営を委託する)の施設が多く含まれているようであるが、その内訳は不明である。社会省が管轄している。

〈表2-124〉 ストリートチルドレン施設 (Rumah Singgah Anak Jalanan)

	施設数	入所者数
社会省	—	—
州政府	315	46,250
民間	—	—
計	315	46,250

(2004年統計資料より)

f Yayasan Adopsion(養子縁組あつ旋施設)

捨て子などを一時保護し、養子縁組をあつ旋する社会福祉法人(民間)で、全国に7施設ある。

g Panti Narkoba(麻薬中毒者収容施設)

麻薬中毒者を収容し、治療(グループ討議を含む)、更生プログラム(作業訓練等)を実施し、社会復帰を目指す。

〈表2-125〉 薬物中毒者収容施設:Panti Narkoba/PSPP (Panti Sosial Pamardi Putra)

	施設数	入所者数
社会省	2	250
州政府	2	115
民間	19	337
計	23	702

(2004年統計資料より)

h Panti Prostitute(売春婦収容施設)

売春婦を収監し、更生プログラム(作業訓練等)を実施し、社会復帰を目指す。

〈表2-126〉 売春婦収容施設:Panti Protitute/PSKW (Panti Sosial Karya Wanita)

	施設数	入所者数
社会省	1	110
州政府	10	485
民間	14	657
計	25	1,252

(2004年統計資料より)

6 近年の動き・課題・今後の展望等

(1) 貧困削減

2000年の国家開発計画において、貧困削減に対し最大限のプライオリティーが与えられたことを受け、ユスフ・カッタ国民福祉担当調整大臣(当時)を中心に「Interim Poverty Reduction Strategy paper」がとりまとめられ、2002年10月に公表された。基本的な貧困削減戦略として、①機会の創出、②地域の活性化、③キャパシティビルディング、④社会保障・社会保護、の重要性が明確化された。2004年度予算では、4千万人の貧困者に対する医療関係費として3兆ルピア(約400億円)を計上し、貧困者層への社会保障を強化し、2005年度も同様の予算を計上。

(2) 国民社会保障制度法案

現行の社会保障制度は、業種ごとに異なる組織が運営し保障内容がまちまちであること、強制加入でないことから保障対象が全国民の20%以下に限られている。そこで、政府は、全ての国民に対し同等の保障を提供するため、これまでの各種保障制度を統合した国民社会保障制度法案を2004年1月に国民議会に提出した。法案によると、健康保険、労働災害補償、老齢給付、年金、死亡保障の5種類の社会保障制度からなり、全ての制度への加入が義務となる。掛金は、雇用主、労働者、政府から徴収される。2005年9月に国会において本法案が可決され、10月に当時の大統領が同法案に署名したが、その後の政権交代により具体的な進展は止まっている。

健康保険については、労使が保険料を負担し、政府が決めた治療指針、投薬指針・薬価、診療費に基づく治療を受けることとなる。また、貧困者に対しては政府が補助金として保険料相当額を負担する。なお、本制度に登録されずに保険料を支払っていないインフォーマル・セクターについては、自己負担となる。

年金については、労使が掛金を負担し加入期間が15年以上で給付対象となり、本人、または扶養家族が受給する。

(注) 経済的・生産的事業支援については、事業の対象とは、貧困な村落ごとに住民を数グループに分け、生産活動を行うための機材、原材料を支給するなど、生産物の販売までを含めて指導援助を行うものである。