

- (注1) 中国における二国間社会保障協定に関しては、2005年時点で独、韓国との間で締結され、ニュージーランド、豪、オランダと締結に向け協議がなされている。外国人への社会保障の適用については明文規定はないが、一般的に適用されていない。一方、外資系企業に勤務する中国人には適用され、中国政府は加入を促進している。現在、外資系企業での加入漏れの場合があり、これに対して中国政府は加入促進を図る方針であり、労働費用面での問題が生じている。2005年政府活動報告に「養老、失業、医療、労災などの社会保障上のカバー枠を広げ、自営業、私営業、外資系企業の保険加入率を引き上げ、非正規就業者の保険加入方法を完備させる」と述べられている。
- (注2) 特に、社会主義市場経済に移行してから、国民間の所得格差や地域間格差をはじめとする様々な格差が顕在化している社会科学院発表による中国のジニ係数(2004年)は0.465となっている。また、2003年の中国における農村部の絶対貧困層は2,610万人であり、農村部人口の約3.4%を占めるとされている(2005年4月国務院扶貧弁公室発表)。
- (注3) 従来、各企業の責任で給付していたが、年ごとの完全な賦課方式を前提としていたため、地域ごと、企業ごとに負担のばらつきが生じ、財政力のない企業の退職者は十分な給付を受けられなくなっていた。
- (注4) 高齢化に伴う財源不足対策として、先進国並みに定年を65歳に引き上げることに論議があるが、農村余剰労働力問題も絡み難航している。
- (注5) 従前の企業内福利の代替と考えられる都市基本年金は、農村部とは無関係との意識が一般的であり、かつ、保険料徴収に対する抵抗感も強い。郷鎮企業(地域社会に基盤を有する企業)が発達した地域では、郷鎮企業の収益を農村内福祉に活用するシステムを有しているところもあり、この方が賦課方式等の年金保険による間接的な福祉よりも、企業や住民に受け入れやすい。
- (注6) 2004年から企業年金試行弁法が施行されている。資金運用に関して厳格な規律を講じていることが特徴である。
- (注7) 従来の公費医療制度の水準を維持するため、基本医療保険制度に加入の上、年1度上乘せ給付する。
- (注8) 地域の経済水準に見合ったものとする事及び基金の収支均衡が法令上明記されている。
- (注9) 各省区・直轄市政府が、中央政府の目録・基準に即して定めており、これらの一部は2004年以降、労災、生育保険についても適用されるようになっている。
- (注10) 農村合作医療は、労働社会保障部ではなく、衛生部が管轄している。保険料は1人当たり毎年10円で、2003年の保険料収入及び国家・地方政府からの出捐による歳入総額は30億元であり、都市部の医療保険の80分の1以下の規模である。2006年から政府の補助金を拡大する方針が打ち出されている。
- (注11) 中国政府の説明によると、妊娠中に奇形児であることが判明した際に妊娠を中止させるといった優生保護的な目的もあるとされる。
- (注12) 2003年12月に発表された中国疾病予防コントロールセンター及びUNAIDS、米国CDC等との共同調査の分析によれば感染者は84万人、発病者は約8万人とされている。また、中国政府は、2005年内に「エイズ予防制御条例」を策定する計画で、感染拡大、人権侵害に対する刑事責任の明確化を図る模様である。
- (注13) 38度以上の発熱、呼吸器症状(咳、呼吸困難感等)に加え、頭痛、悪寒戦慄、筋肉痛、筋硬直、食欲不振、倦怠感、意識混濁、発疹、下痢等を主な症状とする。コロナウイルスの一種であるSARSウイルスを病原として、主に飛沫感染や接触感染により流行する。
- (注14) 中国では医療機関間の機能分化が進んでいることもあり、患者の搬送ネットワークの確立や情報通信技術を活用したデータ交換、拠点病院での研修の実施など、拠点病院が有する人的資源や技術、院内感染防止対策のノウハウ等を地方部・農村部等の病院に移転させる取組みが求められている。因みに、中日友好病院においても中西部の医療従事者に対して研修を行っている。
- (注15) 中国障害者連合会推計では、リハビリテーション医師は1万2,000人~1万8,000人、理学療法士は5万8,000人~31万7,000人、作業療法士は1万7,000~9万人、言語治療士は1万~5万5,000人が必要とされているが、現状の養成体制では必要数の確保が困難になっている。そこで、現在、我が国の技術協力により、「リハビリテーション専門職養成プロジェクト」を実施している(2001~2006年)。リハビリテーションを受診するためには、長期間にわたる受診を要するが、そのための費用保障の問題がある。医療保険制度の内容と関連するが、リハビリテーション受診者(特に児童等)の中には、制度や企業(単位)等からの保障を受けられず、多額の自己負担を要している者も多い。

インドネシア

1 社会保障制度の概要

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制となっており、健康保険では未婚者は3.0%、既婚者は6.0%、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%、2.0%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。2004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。

3 他の主な社会保障制度等

(1) 年金制度

a 制度の類型

インドネシアには労働者社会保障制度の老齢給付や公務員年金制度があるが、国民皆年金とはなっていない。

b 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二つがあり、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8.0%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

a 制度の類型

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。①健康維持保障制度(JPKM)は任意加入の制度である。財