

健保連海外医療保障

No.106 2015年6月

■特集：アジアの医療・介護事情

- 台湾
台湾における介護保障の動向 小島 克久

- タイ
タイの医療保障と高齢者介護 菅谷 広宣

- インドネシア
インドネシアの医療保障 菅谷 広宣

健保連海外医療保障

No.106 2015年6月

台湾における介護保障の動向¹⁾

国立社会保障・人口問題研究所
国際関係部 第2室長

小島 克久
Kojima Katsuhisa

台湾ではわが国を上回る速度での高齢化が見通されるなか、新しい介護制度の構築を目指している。現在の介護制度は「我國長期照顧十年計畫」などに基づく税方式の制度である。この制度には、要介護認定の後で介護サービスを利用できる一方で、介護手当もある。介護サービスの利用者の増加、財源確保などを背景に、「長期照護保險」(介護保険)が検討されている。また、介護サービスの枠組みの法制化、介護サービス提供体制の整備も進められている。一方、台湾には「外籍看護工」(外国人介護労働者)の利用も多い。

本稿では、現在の台湾の介護制度、検討中の介護保険制度の内容、その他の台湾の介護事情についてみていくことにする。

1. 台湾における現在の介護制度

台湾では、「全民健康保險」による皆保険が実現して20年が経つが、高齢化を背景に介護制度の構築も重要な政策課題である²⁾。

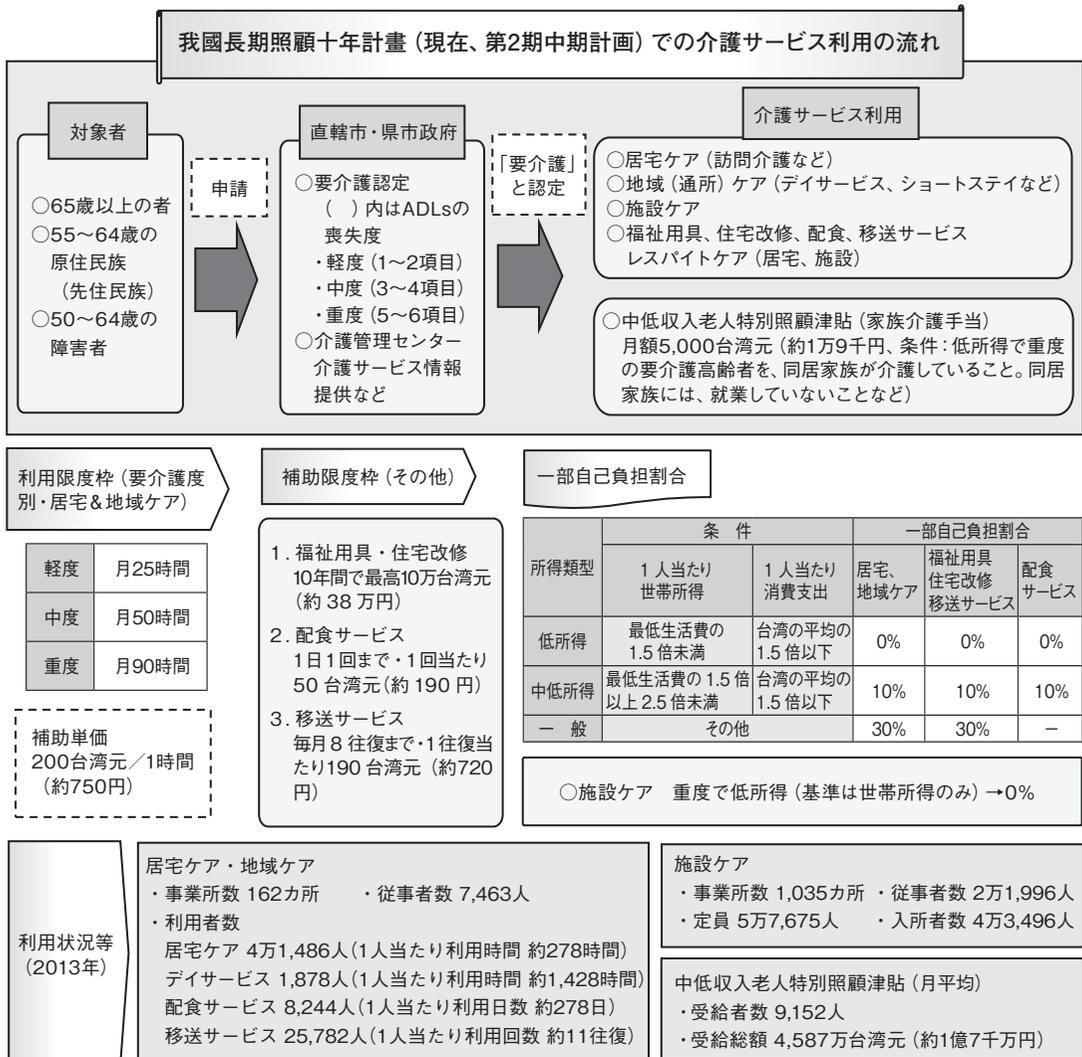
台湾の現在の高齢者介護制度は、「老人福利法」(老人福祉法)、「我國長期照顧十年計畫」(介護十年計画、2008年実施、介護サービスの提供、利用に関する長期的計画)に基づく、税財源の制度である。その対象者は、高齢者、55~64歳の原住民族(先住民族)、50~64歳の障害者である。彼らのなかで、介護サービスの利用を希望する者は、直轄市(台北などの大都市)や県市政府(わが国の都道府県に相当)にある「介護管理センター」に要介護認定を申請する。要介護認定は、申請者のADLs(日常生活動作)喪失度などをもとに行われ、要介護(「重度」、「中度」、「軽度」の3段階)と認定された者が介護サービスを利用できる。利用できるサービスは、「居宅ケア」(訪問介護など)、「地域ケア」(デイサービスなど)、「施設ケア」(特別養護老人ホー

ムなどに相当する入所施設)である。その他に、福祉用具・住宅改修、配食サービスなども利用できる。

居宅ケアと地域ケアには、要介護度別の利用限度枠がある(詳細は図表1の中段左側)。この限度枠の範囲で、1時間当たり200台湾元(約750円)が補助される³⁾。しかし、この金額で補助されるのは低所得者(生活保護の受給対象に相当する者)だけである。低所得者に次ぐ経済状態の者(中低所得者)は90%、その他の者は70%相当の金額が補助される。つまり、低所得者以外の者はそれぞれ残りの10%、30%が自己負担となる。施設ケアの場合、低所得で重度の要介護者は、自己負担が無料となる(詳細は図表1の中段右側)。住宅改修や福祉用具には最高10万台湾元(約38万円)、配食サービスには1人1日1回最高50台湾元(約190円)が補助される。

また、台湾には「中低收入老人特別照顧津貼」という「家族介護手当」がある。これは、家族だけで介護されている高齢者に毎月5,000台湾元(約1万9,000円)を支給する制度である。その支

図表1 台湾における現在の高齢者介護制度



資料：衛生福利部資料、台北市社会局、中華民國老人福利推動同盟資料から作成

※台湾元の日本円への換算は、1台湾元=3.77円で行った（日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場」（平成27年4月中旬において適用））に基づく。

給の条件として、高齢者の要介護度、所得のほか、介護する家族の年齢、同居、就労の有無などがある。

このように、台湾における現在の介護制度は、①税方式で運営、②要介護認定がある、③居宅などの介護サービスのほか、家族介護手当がある、という特徴がある（図表1）。

2. 台湾の介護制度の成果と課題

(1)「我國長期照顧十年計畫」の成果

2008年の「我國長期照顧十年計畫」実施以降、台湾の介護サービスの利用者は増加した。まず、要介護認定者は2008年の約9千人から2013年の約14万人に増加した。そして、介護サービス利用者数を図表2でみると、居宅ケアでは、2008年の2万2,305人から2013年の4万1,486人と増加した（年平均増加率：16.8%）。認知症ケ

図表2 「長期照顧十年計画」の成果（介護サービス利用者数の変化）

1. 居宅、地域ケア

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	年平均伸び率
利用者数	居宅ケア	22,305	22,392	28,398	33,193	37,994	41,486	16.8%
	デイサービス（認知症高齢者ケアを含む）	339	615	898	1,206	1,780	1,878	53.4%

2. 施設ケア

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	年平均伸び率
施設数		1,042	1,066	1,053	1,051	1,035	1,035	-0.17%
定員		53,160	54,567	55,066	56,090	56,910	57,675	2.06%
利用者数		38,273	40,183	41,519	42,819	42,808	43,496	3.25%
利用率（%）		72.00	73.64	75.40	76.34	75.22	75.42	

3. 介護手当（現金給付）

		2008年	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年	年平均伸び率
受給者数（月平均）		6,519	7,263	7,862	8,116	9,042	9,152	8.9%
支給総額（月平均、万台湾元）		3,177	3,535	3,814	4,062	4,529	4,587	9.6%

資料：居宅・地域ケアは「台湾ヒアリング」で入手した内政部資料、衛生福利部統計、施設ケア、介護手当は衛生福利部統計をもとに作成。

アを含むデイサービスの利用者数は居宅ケアよりも少ないが、2008年の339人から2013年の1,878人へと増加した（年平均増加率：53.4%）。施設ケアの利用者数は、施設数の変化がほとんどないにもかかわらず、2008年の3万8,273人から2013年の4万3,496人へと増加した（年平均増加率：3.25%）。そして、「中低収入老人特別照顧津貼」（家族介護手当）の受給者数は、2008年の6,519人から2013年の9,152人へと1.4倍に増加している（図表2）⁴⁾。

(2) 台湾における介護制度の課題

台湾の介護サービス利用者数は確かに増加した。しかし、要介護認定者の数（2013年で約14万人）と比べると大幅に少ない。その背景として、介護サービス提供体制が十分でないことがある。2011年に衛生署（当時）が実施した調査によると、介護サービス従事者数は施設ケアに集中しており、居宅ケアの約2倍、地域ケアの15倍に達する。また、介護サービスが十分に整備されてない地域もある。例えば居宅ケアでは、台北市とその近郊の基隆市のほか、中部の彰化県、東部の花蓮県では台湾の平均よりも整

備が遅れている。また、離島の連江県ではデイサービスが存在しない⁵⁾。このような地域差を縮小させながら、台湾全体で介護サービス提供体制を整備することが課題となっている。

また、台湾では家族介護が重視されている。衛生福利部「老人状況調査」（2013年）によると、高齢者の介護者として最も重要なのが「息子」（37.8%）であり、以下「息子の配偶者」（21.4%）、「配偶者」（20.3%）となっている⁶⁾。家族以外では「外籍看護工」（外国人介護労働者）を雇用する家庭が非常に多く、現在、約21万人が雇用されている。このように、台湾の高齢者介護は家族などのインフォーマルケアが担っている面がある。

その一方で、公的な介護支出は増加してきた。その金額は、2008年の12.68台湾元（約48億円）から2011年の18.54台湾元（約70億円）へと増加している。しかも、2015年には58.37億台湾元（220億円）と、2011年の3倍以上になると見通されている⁷⁾。要介護者の増加が今後見通されるなか、安定的な財源確保も課題となっている。

さらに、現在の介護制度では、低所得および中低所得でない要介護高齢者の自己負担割合は3割（実施当初は4割）と高い。それにもかか

ならず、2008年から2010年にかけて介護サービスを利用した者のなかで、彼らが73.30%を占めていた⁸⁾。つまり、低所得でない要介護高齢者による介護サービス利用が多く、彼らが費用を負担しやすい介護制度を構築することも重要な課題となっている。

3. 介護保険を目指して —現在の検討内容から—

(1) 2つの柱となる法律

これらの課題に対応するため、台湾では新しい介護制度が検討されている。具体的には、「長期照顧服務法」(介護サービス法)と「長期照顧保險法」(介護保険法)の2つの法律の検討である。前者は介護サービスの枠組み、後者は介護保険の内容に関する法律である。以下では、その主な内容をわが国との違いが明確な点に着目しながらみてみよう。

(2) 「長期照顧服務法」の特徴

1) 家族介護者支援の明確化

「長期照顧服務法」は台湾の介護サービスの枠

組みに関する法律である。この法律は当局案のほか、10本以上の立法委員(国会議員)の案が出されていたが、2014年に当局案が改めて提出され、2015年5月15日に立法院(国会)の最終審査(三読会)を通過し、法律が成立した。具体的には図表3のように、介護サービスの種類や内容、介護事業者、介護従事者に関する規定などで構成される。そのなかでも家族介護者支援が明確にされている。例えば、用語の定義に「家族介護者」があるほか、介護サービスの種類にも、居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケアと並んで「家族介護者支援」もある。当初の法案にはこうした内容は盛り込まれていなかった。しかし、家族介護者支援のあり方が介護制度の成否を左右するという趣旨から、現在の内容になっている。

2) 介護サービス利用の手続きと

介護サービスの内容

介護サービス利用は「介護管理センター」⁹⁾での要介護認定、ケアプランの作成を経て行われる。介護サービスの内容は、居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケア別に詳しく示している。ケア

図表3 台湾「長期照顧服務法」の概要

名称	「長期照顧服務法」(介護サービス法)
主な用語の定義	<ul style="list-style-type: none"> ・長期照護(介護)：心身機能喪失(6カ月以上で状態が固定)がある者に、生活および保健医療のケアを提供すること ・長照服務人員(介護従事者)：この法律が指定する訓練や認証を終え、資格証を持つ者 ・長照服務機構(介護事業者)：介護サービスの提供などを目的に設立された組織 ・家族介護者：家庭において定期的に介護を提供する主な親族および世帯員 ・個人看護者：要介護者の家庭に雇用され、看護に従事する者
行政機関	<ul style="list-style-type: none"> ・主管機関(中央：衛生福利部 地方：直轄市、県市政府) ・中央および地方主管機関の職務
介護サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・種類：居宅ケア、地域(通所)ケア、施設ケア、家族介護者支援、その他 ・介護サービス利用の原則：要介護認定を受ける、要介護者の希望を反映させた利用など ・事業者の分類(サービス内容)：居宅ケア、地域ケア、施設ケア、総合型ケア、その他 民営事業者は財団法人または社団法人(あわせて介護事業法人)に限る(居宅、地域(通所)ケアを除く) ・事業者について(設立許可、休業と廃業について、事業者評価、広告の内容、損害保険の加入、介護記録の作成など) ・介護従事者について(事業者への登録、定期的な訓練、業務上の守秘義務など) ・医療やその他の福祉との連携
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利保護：プライバシー保護など ・介護サービス基金の設置(介護サービスの質の向上などに使う) ・個人看護者(要介護者の家庭で雇用される者)：指定の訓練を受ける義務

出所：衛生福利部資料、行政院經濟發展委員會他「長期照顧保險企画報告」などから作成。

の形態による若干の違いはあるが、身体介護、生活支援、食事、心理的なサポート、移送、予防サービスなど、さまざまなサービスが提供できることになっている。

3) 介護事業者の分類・民営事業者の位置づけ

介護事業者に関する規定がこの法律では多い。介護事業者の分類として当初案では、第一類（生活介護を提供）、第二類（医療関係の介護も提供）の2つであった。しかし現在では、居宅ケア、地域（通所）ケア、施設ケア、総合型ケア、その他の5つの分類に変わっている。

介護事業者について、居宅ケア、地域（通所）ケア以外の事業に参入する民営事業所は、財団法人や社団法人（あわせて介護事業法人）に限られている。つまり、株式会社は直接これらの事業に参入できないが、別組織で介護事業法人を設立すれば参入できる¹⁰⁾。法案の検討過程で、「介護事業所は非営利の性格を有する組織とする」と立法委員から提案されていたことなどが背景として考えられる。この他に介護事業所の設立許可、休業や廃業の事前報告義務、事業者評価、広告内容の規制、介護記録作成と保存（7年間）、医療や他の福祉との連携に関する規定がある。その他に損害保険加入義務もある。これも当初案にはなかったが、介護従事者の事故への補償を目的に追加されたものである。

4) 介護従事者について

この法律でいう介護従事者とは、「介護に関する訓練、認証を受け、資格証を持つ者」である。介護従事者は衛生福利部が定める内容の介護サービスを提供するが、必ず介護事業所に所属（登録）していなければならない。また、定期的な介護の訓練を受ける義務、業務上知り得た秘密の守秘義務なども盛り込まれている¹¹⁾。

5) その他

介護サービス利用者の権益保護規定として、プライバシー保護、虐待や遺棄の禁止、身寄り

のない要介護高齢者の保護義務などがある。

また、介護サービスの整備の質の向上などでの使用を目的に、衛生福利部は介護サービス基金を設置できる。その財源は、政府予算や健康福利税（タバコや酒に追加的に課税する間接税）などによる案と相続税や営業税（消費税）などに加算税率を設ける案があり、検討が進められた。その結果、基金の規模を120億台湾元（約450億円）とし、財源も当面は前者とすることになった¹²⁾。

そして、家庭で個人的に雇用される「個人看護者」（後述の「外籍看護工を含む」）も、衛生福利部が指定する訓練を受ける義務が盛り込まれている（図表3）。

(3) 「長期照護保険法」(案)の特徴からみる内容

1) 医療保険活用型の介護保険 (保険者、被保険者)

「長期照護保険法」は台湾の介護保険法であり、馬英九総統(国民党)の1期目(2008~2012年)の時期にも検討されていた（さらに、以前の時期には制度の研究が行われていた）。現在の案の概要は図表4のとおりである。まず、社会保険方式という点ではわが国と同じであるが、台湾の介護保険は「医療制度活用型」という点でわが国と異なる。わが国の介護保険は、保険者が市区町村である「地域保険」であり、制度内容も医療保険とは別に詳細に定められている。しかし台湾の介護保険は、保険者、被保険者の範囲、保険料の計算方法などで、台湾の医療保険である「全民健康保険」の仕組みをそのまま活用する案となっている。

まず具体的には、保険者は「中央健康保険署」という衛生福利部（中央省庁）の組織であり、「全民健康保険」の保険者でもある¹³⁾。その背景として、台湾では中央の組織に社会保険制度の運営経験が豊富なこと、わが国よりも地方政府（地方自治体）の機能が小さいことがある。

次に、被保険者は全住民であり、この点でもわが国と異なる。「全民健康保険」では被保険者

図表4 台湾における「介護保険法」(案)の概要

「長期照護保険法」(案)		(参考)日本
保険者	中央健康保険署(衛生福利部、医療保険の保険者)	市区町村
被保険者	全住民(住民登録の期間などの条件がある。外国人も加入できる) 被保険者の分類、保険加入など:「全民健康保険」の規定による	65歳以上の者(第1号被保険者) 40~64歳の者(第2号被保険者)
要介護認定 ・ケアマネジメント	・要介護認定はコンピュータによる1次判定のみ ・要介護度の段階は未定(3段階でイメージ?) ・要介護認定のときにケアプランも作成(家族の希望を聞く、インフォーマルなサービスもあわせて紹介、こども保険者で行う)	要介護認定は1次判定と2次判定 要支援1,2、要介護1~5(7段階) ケアプランは(独立した職種の)ケアマネージャーが作成
財源	・介護費用全体の90%を保険料、10%を自己負担でまかなう	
保険料	・(所得に賦課)保険料の計算、徴収 ・保険料負担割合(被保険者、雇用主、政府) ・補充保険料(ボーナス、財産収入などに賦課する保険料)の計算	所得に応じて負担 (第1号被保険者) 医療保険料の一定割合 (第2号被保険者)
自己負担	(サービス利用ごとに)15% (低所得者などには減免あり、1年間の上限あり)	10%(上限あり)
給付	・ケアプランに基づいて給付(居宅、地域、施設ケア) 1. 身体介護 2. 生活支援 3. 見守り 4. (訪問)看護 5. リハビリ 6. 福祉用具 7. 住宅改修 8. 移送サービス 9. レスパイトケア 10. 介護訓練 11. 介護情報提供 12. 声かけ 13. 介護者手当 14. その他 ※13(介護者手当)は1~3と組み合わせて利用できる 13(介護者手当)の利用には、①家族介護は身体介護、生活支援、見守りに限る、②介護に同意、③介護能力があり、指定した訓練を受けているなどの当局の確認を受ける、という条件がある。	居宅サービス、施設サービス、 地域密着型サービス、 介護予防
	給付外項目:(施設での)食費および居住費、証明書、健康保険や他の制度で給付されたものなど	(施設での)食費および居住費など
介護報酬の支払	さまざまな支払い方法を採用(1日当たり、1回当たりの金額など)	介護報酬の規定による
介護保険事業者	・衛生福利部の評価に合格した事業者 ・情報公開	都道府県、市区町村の指定
介護準備基金	・介護費用の少なくとも8カ月分を積み立てる ・介護保険の黒字、保険料滞納金、健康福利税(タバコや酒への追加的な税)などを財源	財政安定化基金など

出所：衛生福利部資料、行政院経済発展委員会他「長期照護保険企画報告」などから作成。

を職業などに応じて6種類に分類して、全住民がいずれかの区分の被保険者になる。介護保険でもこの仕組みがそのまま活用される予定である。ただし、介護保険に加入する条件として「台湾での住民登録後3年を経過した者」が課せられる。これは、海外から一時帰国して介護給付を受けることを防ぐためのものと思われる(全民健康保険の場合は6カ月以上)。一方で、永住資格(居住歴3年以上)をもつ外国人も加入できる。このように被保険者が全住民となっている背景として、保険料の出し手を増やすこと、若年障害者にも保険給付を行うことがある(図表4)。

2) 保険料も「医療保険活用型」

介護保険料の規定も「全民健康保険」の仕組みを活用する予定である。例えば、介護保険の保険料率は3年に1度行われる介護保険の財政検証(将来の25年間を対象に検証)の結果をもとに決定される。この方法は「全民健康保険」とほぼ同じである。保険料率は台湾全土で共通である(市区町村ごとに保険料が異なるわが国と異なる)。保険料の計算方法(原則として、保険料率と標準報酬(毎月の賃金)に基づく)、被保険者・雇用主・政府が保険料を分担する割合も「全民健康保険」の規定が用いられる予定であ

る。しかし、雇用主負担割合の引下げと政府負担割合の引上げが経済部（経済産業省に相当）から提案され、検討を進めているところである¹⁴⁾。なお、「全民健康保険法」の2011年改正で導入され、財産所得やボーナスの一部に賦課する「補充保険料」¹⁵⁾も介護保険に導入される予定である。

介護費用の変動に備えた「安全準備基金」も「全民健康保険」同様に導入される。ただし、基金の規模で「全民健康保険」との違いがあり、「介護給付費の8カ月分を下回らないこと」（制度実施3年目から）とされている（「全民健康保険」の基金では「保険給付の1～3カ月分」）。これは、介護サービス利用は医療サービス利用よりも長期にわたるため、医療保険よりも多くの基金が必要と判断されたためである。さらに、基金の規模を「介護給付費の5カ月分」とすることが検討されている¹⁶⁾。

介護保険全体の財源構成は、保険料を90%、自己負担を10%としている。ただし、政府部門による補助は介護費用の少なくとも36%としている。この点も「全民健康保険」と同じ内容である。

このように、台湾の介護保険は財源の面でも

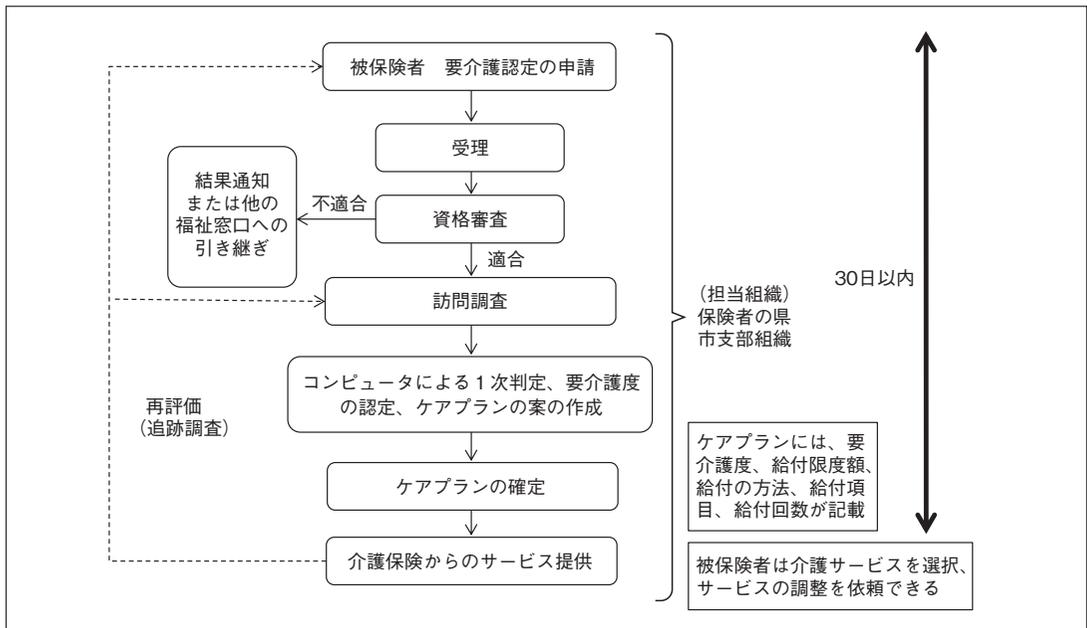
「全民健康保険」の仕組みを活用した制度である（図表4）¹⁷⁾。

3) 1次判定だけでケアプラン作成まで行う 要介護認定

台湾の介護保険でも要介護認定が行われ、その流れの案は図表5のとおりである。要介護認定は、現在は直轄市、県市政府の組織である「介護管理センター」で行う。要介護認定はわが国の仕組みを参考にしたといわれるが、台湾の5,000人を対象とした研究結果をもとに、ADLsの喪失度などを基準とした判定モデルによって行う。この判定はわが国の介護保険の1次判定と同じようなコンピュータ判定で行われる。要介護度の段階は未定である（3段階がイメージ?）。

要介護認定の際、申請者や家族から居宅、施設ケアなどの介護サービスの希望を聞く。これが要介護認定の結果に若干の影響を与える場合がある。また、同時にケアプランの作成も行われる。具体的には、要介護認定の際に地域内の介護サービスがリストアップされ、希望するサービスを選択してケアプランが作成される。

図表5 台湾「長期照護保険」の要介護認定の流れ（案）



資料：衛生福利部資料より作成。

つまり、保険者が要介護認定とケアマネジメントを同時に行う。そのため、わが国のケアマネージャーに相当する制度は作らない。その背景として考えられることとして、まず、日本式の制度では介護サービス利用が特定の介護事業者に偏るのでは、という懸念があったことである。そして、台湾の介護サービス提供体制がわが国ほど十分でなく、インフォーマルなサービスを含めたかたちで、保険者でケアマネジメントをした方が効率的であると判断したことが考えられる（図表5）。

4) 現金給付を含む14種類の保険給付

台湾の介護保険では、14種類（その他を含む）の給付が予定されている。具体的な内容は図表4のとおりであるが、身体介護、（訪問）看護、住宅改修、福祉用具のほか、声かけ、見守りなどのわが国では介護保険の外で行うサービスや、介護者相談、介護者訓練などの家族介護者支援も給付に含まれる。給付項目をみるとわが国よりも幅広い。

そのなかに台湾でも賛否両論のある介護者手当（現金給付）が条件付きで給付項目に含まれている。その条件とは、①家族介護の内容は生活支援などに限る、②家族介護者が同意のうえで介護している、③当局による確認（条件を守って介護を行っている、介護の能力がある、介護の訓練を受けている）を受ける、である。現金給付は現物給付を補足する性格のものとして位置づけられている。しかし、両者はどちらか一方という意味の選択制ではなく、図表4の身体介護、生活支援、見守りの3つを利用しながら介護者手当を利用できる¹⁸⁾。

介護サービス利用時の自己負担は、サービスの種類に関係なく15%（上限あり）である。給付対象外の項目は、（施設での）食費および居住費、証明書、他の制度で給付されたものなどである（図表4）。

(4) 制度化の見通し

「長期照顧服務法」は、2015年5月15日に立法院の最終審査を通過し、法律として成立した。施行は公布から2年後の予定である¹⁹⁾。「長期照顧保險法」は、2016年の法制化を目指して、行政院（内閣）で検討中である（2015年5月31日現在）。2016年は、台湾のベビーブーム世代が65歳になる時期であり、馬英九總統の2期目の任期末でもある。馬總統の任期末まですでに1年ほどであるが、法案の検討状況を注視する必要がある。

4. 台湾の介護事情

(1) 介護サービス提供体制の整備

介護保険の円滑な実施のためには、介護サービス提供体制の整備も重要である。台湾では、「我國長期照顧十年計畫」（第2期中期計画、2012～2015年）とこれに連動した「長期照顧服務網計畫」（介護サービスネット計画、2013～2016年）の下で、介護サービスの整備が進められている。後者の概要は図表6のとおりであるが、その目的は、介護サービス提供体制の地域差をなくし、介護基盤整備を図ることである。実施戦略として、①地域ケアや居宅ケアの整備の優先、②介護サービスが不足している地域に整備の重点を置くこと、などがある。

計画の具体的な目標として、台湾に3段階の地域区分（大区、次区、小区）を設定し、各段階の地域区分別に介護サービス整備目標を立てている。例えば、「小区」（郷・鎮政府（市区町村）の領域相当）では、少なくとも1カ所に居宅ケアの拠点を整備することが目標である。「大区」（直轄市・県市の領域相当）、「次区」（近隣の「小区」をまとめた生活圏）でもそれぞれの目標が設定されている。なお、山地、離島、遠隔地の「小区」には総合的な介護サービス拠点を設置することが目標とされている。

家族介護者への支援も実施戦略に含まれている。具体的には、①家族介護者相談サービス専用電話の設置、②家族介護者支援団体の設立、

図表6 「長期照護服務網計画」(介護サービスネット計画)について

<p>○計画の位置づけと目的</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「我國長期照顧十年計画」(第2期中期計画)に連動した計画 ・台湾の介護サービス提供体制の地域差をなくし、介護保険実施のための基盤整備をすることが目的
<p>○実施戦略</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア、在宅ケアを優先的に整備(介護サービス利用の5割以上を目指す) ・介護サービスが不足している地域に重点を置いた整備を行う ・家族介護者の支援ネットワークを確立させる ・「栄民の家」(退役軍人用の老人ホーム)に一部の病床をナーシングホームの病床に転換 ・地域レベル別の整備目標を策定 <p>台湾の地域を3つのレベルで区分※。介護サービス提供体制の状況を把握したうえで、各地域レベル別の目標を設定</p> <p>※3つのレベルの地域区分 ①大区(22):直轄市・県市レベル、②次区(63):近隣の小区をまとめた地域、③小区(368):郷・鎮政府(市区町村)レベル</p>

「介護サービスネット計画」の地域レベル別介護サービス整備基準

	地域ケア	居宅ケア	施設ケア
大区(22)	1.介護管理センターを設置 2.福祉用具センターは少なくとも1カ所設置		1.施設のベッド数は要介護者1万人当たり700床以上 2.介護施設を少なくとも1カ所整備 3.身体障害者入所施設を少なくとも1カ所整備 4.認知症専門の施設(施設内の専門部門)を少なくとも1カ所整備
次区(63)	1.介護管理センターの分室を設置 2.デイサービスセンターを少なくとも1カ所設置 3.隣接する次区2つごとに、少なくとも1カ所は認知症対応のデイサービスセンターを設置 4.福祉用具サービス拠点を少なくとも1カ所設置するか巡回サービスを行うこと		1.施設のベッド数は要介護者1万人当たり700床以上(台湾全体の平均の5分の2に達しない地域を不足地域とする) 2.隣接する次区2つごとに、少なくとも1箇所は、身体障害者入所施設を整備
小区(368)	山地、離島、遠隔地には総合的なサービス拠点を設置	少なくとも1カ所のサービス拠点	

資料:衛生福利部「長期照護服務網計画」より作成

図表7 台湾の「外籍看護工」(外国人介護労働者)について

項目	内容
受け入れの根拠・スタンス	・「就業服務法」(就業サービス法)による ・台湾の人の就労、経済成長や社会の安定を損なわないことをスタンスに、職種ごとに受け入れ(他に製造業、建設業などで受け入れ)
受け入れの手続き	【外籍看護工の雇用を申請できる者:介護が必要な者(年齢により若干条件が異なる)】 1.台湾の介護ヘルパーで求人 2.(1で雇用できなかった場合)外籍看護工の求人許可を申請→審査後、「求人許可証」を発行 3.外籍看護工を求人(台湾内または外国) 4.雇用する外籍看護工が台湾に来てから、雇用許可申請(3年間有効) 5.雇用、就労、定期健康診断の受診、「就業安定費」を当局に納める 6.雇用期間満了→「更新手続」(就労継続)、「帰国」
就業安定費	・外国人労働者を雇用する者が負担する費用。労働部が設置する就業安定基金に就業安定費を納める。基金の使い途は、国民の就業促進、労働者福祉の向上、外国人雇用管理に関する費用への支出 ・「就業安定費」の水準(外籍看護工の場合) 月2,000台湾元(約7,500円、一般の世帯) 月600台湾元(約2,300円、生活保護相当の世帯) 月1,200台湾元(約4,500円、生活保護以外の低所得世帯)
人数など	人数:20万8,081人(2013年) 【主な属性】(2014年) 男女別:女性が99.3% 年齢:25~34歳が51.0%、35~44歳が34.8%、など 国籍別:インドネシア84.2%、フィリピン10.4%、ベトナム5.1% 教育程度:中卒以下67%、高卒程度29% 台湾での就労期間:3年以下60.6%、3~6年以下28.9%、など 【賃金】(2014年) 月1万8,115台湾元(約6万8千円) ※台湾の最低賃金 月1万9,273台湾元(約7万3千円) 平均賃金 月4万7,300台湾元(約17万8千円)

資料:労働部、主計総処資料より作成

③介護ボランティアと家族介護者のネットワークを連結させること、などである（図表6）。

(2) 介護ニーズの多くを支える「外籍看護工」
わが国では、外国人介護労働者の受け入れの議論や検討が進められている。台湾でも人手不足を背景に、1992年から条件付きで一部の職種で外国人労働者を受け入れている。そのなかに、家庭などで介護に従事する「外籍看護工」（外国人介護労働者）がある（図表7）。

「外籍看護工」を雇用できるのは、介護が必要な高齢者や障害者のいる家庭である。雇用のための手続きとして、「就業サービス法」（就業サービス法）に基づく「外籍看護工」の求人許可や雇用許可の申請などがある。また雇用している間は「就業安定費」という負担金を台湾当局に毎月支払う必要がある。在留（就労）期間は3年間であるが、更新も可能である（最大12年間）。

「外籍看護工」の数は、2013年で20万8,081人に達している。労働部の調査（2014年）によると、「外籍看護工」はほとんどが女性であり、年齢では25～34歳が51.0%を占める。国籍では、現在はインドネシア国籍の者が84.2%を占め、フィリピン、ベトナムが続く。彼女らの多くが仲介会社を経由して台湾に来ている。彼女らの月額平均賃金は1万8,115台湾元（約6万8千円）であり、台湾の最低賃金（2014年で月額1万9,273台湾元（約7万3千円））より低い²⁰⁾。これは、家庭で雇用される「外籍看護工」には最低賃金が適用されないためである。また、住み込みで働くため24時間体制で介護にあたることができる。こうした点が「外籍看護工」の利用が多い背景となっている²¹⁾。

すでに約21万人いる「外籍看護工」について、「長期照顧服務法」では「個人看護者」の一部として位置づけている。一方、インドネシアは介護労働者の外国への送り出しを2017年に停止するとしており、台湾当局はミャンマーからの受け入れを検討している²²⁾。「外籍看護工」のあり方として労働条件などの課題がある一方で、送り出し国の決定により「外籍看護工」が来なくな

るリスクもある。

(3) これからの課題である認知症対策

台湾では高齢者の認知症発症率は4.97%（2011～2013年の内政部調査）とされている。台湾の認知症高齢者数は2012年末現在で19万人を超え、2056年には72万人にまで増加する見通しである²³⁾。その一方で、認知症の専門医は少ない。また、日本を参考にした認知症高齢者が入所するグループホームも設置されつつあるが、その数は非常に少ない。

そのようななか、台湾では2013年6月に認知症介護の施策綱領である「失智症防治照護政策綱領」（認知症予防・治療・介護政策綱領）が策定された。この綱領では、認知症の早期発見、多職種が連携したケアを提供し、地域での質の高い生活の実現を目標にしている。政策の方向性として、住民および医療・福祉関係者が認知症に関する知識を深めること、早期発見・診断・治療を目指したケアのネットワークを構築すること、マンパワーの育成、関係省庁の連携などを定めている。

グループホームの整備について、当時の内政部によると、2011年末現在で14カ所（10直轄市・縣市）整備されており、「長期照顧服務網計画」では2016年にはすべての直轄市・縣市に少なくとも1カ所は整備することを目標としている。同計画の「次区」レベルでは、2011年末現在ですでに40「次区」に64カ所の認知症対応型のデイサービスセンターがあり、2016年には2つの「次区」ごとに1カ所を整備する、と当局の委員会では説明されている²⁴⁾。このように、台湾の認知症対策は、これから進めていくところにあるといえる。

5. まとめ

台湾では、「我國長期照顧十年計畫」による高齢者介護制度を実施するなか、「長期照顧服務法」と「長期照顧保険法」を柱にした新しい介護制度を検討している。台湾の介護保険は、わが国の経験を参考にしたといわれるが、医療保険で

ある「全民健康保険」の仕組みを活用した制度になる予定である。また、台湾では介護サービス提供体制の整備が進められており、その進捗次第で介護保険の成否が左右されると考えられる。台湾の新しい介護制度がどのように構築されるかを見守ることは、東アジアの高齢化への政策対応の多様性や類似性をみるうえで重要であろう。また、約21万人存在する「外籍看護工」は「個人看護者」として位置づける方向にあるが、労働条件は決して良くない。また、送り出し国の決定で人材を確保できないリスクもある。こうした動きはわが国にとって注目に値するところである。さらに、認知症対策については、台湾ではこれからの課題である。

注

- 1) 本稿は、厚生労働科学研究(平成24~26年度)「東アジア地域における新たな介護制度の創設過程とわが国の影響の評価等に関する研究」の研究成果を中心にまとめたものである。同研究事業で行った台湾でのヒアリングで得た情報も活用している。
- 2) 台湾の社会保障制度の発展、各制度の内容については、小島(2003)および小島(2015)を参照。
- 3) 本稿での台湾元の日本円への換算は、1台湾元=3.77円で行った(日本銀行「基準外国為替相場及び裁定外国為替相場」(平成27年4月中において適用)に基づく)。
- 4) ただし、居宅、地域ケアの利用率は訪問介護が71.2%であるのに対して、デイサービスは2.9%にとどまる(李光廷「台湾における認知症介護の動向と現状・課題」(認知症介護指導者フォローアップ研修・2014年2月東京での講演資料)。
- 5) 行政院衛生署「長照服務網-資源盤點」(2011年12月、行政院婦權會第37次委員會議補充報告)による。
- 6) この調査での「重要度」とは、「介護者として最も重要な者の割合×1+次に重要な者の割合×0.5」と定義されている。
- 7) 行政院衛生署「我國長期照顧十年計畫~101至104年中程計畫」による。
- 8) 同上。
- 9) 現在は、直轄市、県市政府の組織である「介護

管理センター」は、介護保険実施時には衛生福利部に移管することが検討されている(2015年3月に実施した台湾ヒアリングによる)。

- 10) 2015年3月に実施した台湾ヒアリングによる。
- 11) 当初案では「6年ごとに訓練を受ける義務」として期間が明示されていた。これに対して4年、5年という立法委員の提案もあった。
- 12) 2015年5月15日、聯合報webサイトによる。
<http://udn.com/news/story/8147/904375>(2015年5月15日閲覧)
- 13) この点は、韓国の介護保険(老人長期療養保険)の保険者が韓国国民健康保険公団(医療保険の保険者)であることと共通する。なお、韓国の介護保険については、金(2014)を参照。
- 14) 2015年5月26日聯合報webサイトによる。
<http://udn.com/news/story/6656/925547>(2015年5月26日閲覧)
- 15) 「全民健康保険」の保険料は、保険料率と標準報酬(毎月の賃金)などに基づいて賦課される。「補充保険料」とは、これに加えて、ボーナスの一定部分、財産所得、雇用主が実際に支払う賃金と標準報酬の差額に賦課される保険料のことである。
- 16) 前掲14)による。
- 17) 「全民健康保険」の保険料の計算等の詳細は小島(2011)、小島(2015)を参照。
- 18) 検討段階では現物給付との選択制であった。
- 19) 2015年5月15日、聯合報webサイトによる。
<http://udn.com/news/story/1/905239>(2015年5月15日閲覧)
- 20) 台湾労働部「2014年度外籍勞工就業および生活支援調査」による。
- 21) 人数は少ないが、施設で雇用される「外籍看護工」もいる。賃金などの労働条件は台湾の労働基準に則って決められる(2015年3月に筆者が行った台湾ヒアリングによる)。
- 22) 2015年3月に筆者が行ったヒアリングおよび2015年3月9日、台湾国際放送の報道による。
<http://japanese.rti.org.tw/news/?recordId=21416>
- 23) 李光廷、前掲資料による。
- 24) 「長期照護推動小組」第9回会議(2012年7月27日)会議録による。

参考文献

- ・小島克久(2003年)「台湾の社会保障」広井良典・駒村康平編著『アジアの社会保障』東京大学出版会、pp.135-172.
- ・沈 潔 編著(2007年)『中華圏の高齢者福祉と介護—中国・香港・台湾—』ミネルヴァ書房
- ・小島克久(2011)「台湾における医療事情」『健保連海外医療保障』健康保険組合連合会. No.92. pp.18-24.
- ・小島克久(2014年)「台湾・シンガポールの介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障【第2版】』法律文化社、pp.154-170.
- ・金貞任(2014年)「韓国の介護保障」増田雅暢編著『世界の介護保障【第2版】』法律文化社、pp.134-153.
- ・小島克久(2015年)「台湾」増田雅暢・金貞任編著『アジアの社会保障』法律文化社、pp.81-107.
- ・行政院衛生署(2012年)「我國長期照顧十年計畫—101至104年中程計畫」
- ・行政院經濟建設委員會他(2009年)『長期照護保險規劃報告』
- ・行政院(2013年)「長期照護服務計畫(第一期)—102年至105年—」
- ・衛生福利部(2014年)「長期照顧政策推動現況 與未來規劃」
- ・衛生福利部(2014年)「長照保險法草案溝通座談會(中区)」
- ・衛生福利部(2014年)「研商長照保險照顧者津貼相關事宜會議」

タイの医療保障と高齢者介護

岐阜経済大学教授

菅谷 広宣

Sugaya Hironobu

タイでは公務員医療給付制度、社会保険医療、および普遍的医療制度により、国民皆医療保障体制が構築されている。しかし、医療資源の地理的偏在、コミュニティー病院の医師への仕事の偏り、給付の制度間格差、制度の統合といった課題がある。他方、政府は高齢者介護で中心的な役割を担うのは家族とコミュニティーとしているが、現状では介護の必要性を感じている高齢者の約半数がケアを受けておらず、公的な介護の整備が求められる。本稿は、こうしたタイにおける医療保障と高齢者介護について考察するものである。

はじめに

タイでは1997年憲法の制定に象徴される民主化の進展[末廣、2002]と急速に進行する少子高齢化を背景に、社会保障の整備が進められてきた。そして、医療保障の面では、公務員（退職者も含む）とその家族を対象とした公務員医療給付制度（英訳名Civil Servant Medical Benefit Scheme：CSMBS）、フォーマル・セクターの民間労働者を主たる対象とした社会保険医療（英訳名Social Security Schemeの一環であり、以下SSSと称す）、および、いかなる公的医療保障制度によってもカバーされないすべての国民を対象とした普遍的医療制度（英訳名Universal Coverage Scheme：UCS）を3本の柱として、国民皆医療保障体制が構築されている。

これらのうち最も早く確立したのはCSMBSで、1978年に現行制度が導入されている。これに対してSSSは1990年社会保障法の成立・施行により創設され、UCSは2001年から2002年にかけて導入された30パーツ医療制度が、名称を変更して現在に至っているものであるが、UCSの導入には、1997年憲法の医療保障に関する規定が大

きくかかわっていたといえる。すなわち、同憲法はその第52条1項で、「人は標準的な保健医療サービスを受ける権利を等しく享受する。貧困者は、法に規定されるように、国家の医療センターで無料の医療を受ける権利を有する」としていた。こうした規定は、現行の2007年憲法第51条1項でも、基本的に受け継がれている。

他方、高齢者介護については家族が依然として主たる担い手であるが、上記のように国民皆医療保障が達成されているのとは対照的に、介護の必要性を感じている高齢者の約半数がケアを受けていない。政府は家族のほかにコミュニティーを高齢者支援の中核と位置付けているものの、現状ではボランティアに頼っており、公的介護は未発達である。特に入所サービスを提供する施設は、きわめて限られている。

本稿では、タイにおけるこうした医療保障と高齢者介護の現状と課題について考察していく。なお、地方政府、公共機関および国営企業は、CSMBSに類似した独自の医療給付制度を各々有しているが、それらの対象者数はCSMBSに比べて非常に少ない。このため、医療保障に関する本稿の考察対象は、上記3つの制度とす

る。また、SSSの内容は社会保険に限定されているが、タイ語には社会保障と社会保険とを区別する用語がなく、1990年社会保障法の成立・施行時からタイ政府は公式訳として社会保障 (social security) を用いている。このため、本稿の記述もそれにしたがっていることを付記しておく。

1. 医療提供体制と医療費の動向

(1) 医療提供体制

全国の医療インフラ整備において主要な役割を担ってきている保健省 (英訳名Ministry of Public Health : MOPH) は、上位から末端まで順に、県 (チャンワット)→郡 (アンプー)→地区 (タンボン)→村 (ムーバーン) という中央政府の直接的な監督下にある縦割りの組織に対応して、保健医療機関の拡充に努めてきている。

その概念を末端の村 (人口規模300人) からみていくと、そこには西洋医学にもとづく医療機関の配置はほとんど想定されておらず、住民参加型の地域保健活動であるPHC (Primary Health Care) が重視されている。このPHCでは、地区レベルで設置されている保健所 (下記参照) で訓練を受けた住民の代表 (英訳名Village Health VolunteerまたはVillage Health Communicator) が指導者となって、住民による自主的な保健活動が展開されており、そのなかには、無理のない出資金を募って必須医薬品備えておく薬生協の普及などが含まれている¹⁾。

地区 (人口規模2000-5000人) レベルでは、1次医療機関として保健所が想定されている。厳密には、医師が常駐していない保健所は医療機関とは言い難いが、地方における医師不足への現実的対応として看護師²⁾ や助産師、衛生士などが配置され、簡単な治療を施すほか、必要に応じて患者を郡レベルのコミュニティー病院や県レベルの総合病院 (下記参照) へ紹介する役割を果たしている。また、PHCの推進で指導的な役割を果たす村民を訓練することは、上記の通りである。なお、最近では県庁所在地の郡を

中心に、比較的多くの人口をカバーする保健所のなかには、医師が常駐する施設もみられるようになってきているほか、複数の保健所が合同で医師を配置する例も出てきている³⁾。

郡 (人口規模2万-10万人) レベルでは、2次医療を担当するコミュニティー病院が想定されている。コミュニティー病院の規模については、病床数でみると10床から150床までとなっているが、30床規模が最も多く、2009年時点で全体の55.72%を占めている [MOPH, 2012]。この規模の施設には3~4人の一般医、1名の歯科医、30人程度の看護師、2~3人の薬剤師、その他の医療補助職員が配置されている [Tangcharoensathien et al., 2007]。なお、県庁所在地その他比較的人口の多い郡にある施設を中心に、最近ではコミュニティー病院のなかにも、専門医のいる施設がみられるようになってきている⁴⁾。

県 (人口規模10万-30万人) では、3次医療を担当する総合病院が想定されている。このレベルでは多くの専門医が配置され、高度な医療の提供が可能となる。

こうした概念に基づき、保健省が中心となって医療機関の整備が行われてきているが、同省の2009年時点における保健医療機関の設置状況に関するデータ⁵⁾ によると、公的セクターでは、バンコク首都圏に大学病院が5施設、そのほかの総合病院が26施設、専門病院が13施設、および保健所が68施設⁶⁾ ある。地方レベル⁷⁾ では、大学病院が6施設、その他の総合病院が25施設、専門病院が48施設ある。県レベル (全国75県) では、総合病院が131施設ある。県の下郡レベル (全国878郡) では、コミュニティー病院が734施設および自治体保健所が284施設ある。郡の下地区レベル (全国7,255地区) では、保健所が9,768施設ある。他方、民間セクターでは、病院が322施設 (総ベッド数は3万3,405床)、診療所が1万7,671施設、薬局が1万7,187施設ある。なお、保健省による別のデータ⁸⁾ によると、2012年における全国の病院総数は1,348施設 (総ベッド数14万6,994床) であり、そのうち912施設

設（ベッド数9万5,089床）が保健省設置の病院である。また、同年における医療従事者1人当り人口は、医師で2,533人、歯科医師で1万1,233人、看護師で495人、看護技師（英訳名technical nurse：注2を参照）で1万5,439人、薬剤師で6,465人となっている。

2. 医療費の動向

表1にみられるように、2011年における総医療費の対GDP比は、東南アジア地域の平均を上回っているが、タイが属する上位中所得国⁹⁾の平均には及ばない。ただし、2000年との対比でみると、GDP比は東南アジア地域および上位中所得国の平均よりも高い伸びを示している。他方、注目すべきは、一般政府医療費支出の総医療費および歳出総額に対する比率が高いことである。それらは東南アジア地域および上位中所得国の平均を上回っており、2000年から2011年にかけての上昇幅も大きい。また、国民1人当り政府医療支出は、上位中所得国の平均は下回るものの、東南アジア地域の平均を大きく上回り、2000年から2011年にかけての伸びも著しい。これらには、タイ保健省が農村部や貧困層をターゲットにした医療保障に早くから取り組んでいた[Cf. 菅谷, 2004] ことや、国庫負担による30パー

ツ医療制度（現在の呼称はUSC）が2001年から2002年にかけて導入されたことの影響が大きいものと考えられる。

2. 医療保障の仕組み

(1) 管理運営組織

CSMBSは財務省傘下の会計検査局（英訳名Comptroller General's Department）、SSSは労働省傘下の社会保障事務局（英訳名Social Security Office：SSO）、UCSは独立機関である国民健康保障事務局（英訳名National Health Security Office：NHSO）により、管理運営されている。

(2) 対象者

CSMBSは公務員（退職者も含む）とその家族（両親・配偶者・20歳未満の子3人まで）を、SSSはフォーマル・セクターの民間労働者（離職により強制加入でなくなった場合も、社会保障法第39条被保険者として任意継続ができる）を、UCSはいずれの公的医療保障制度でもカバーされないすべての国民を対象としている。これら3つの制度のうち、UCSは最も多くの人々をカバーしてきている（表2参照）。なお、フォーマル・セクターにおける民間労働者の家族は、SSS

表1 医療費の動向

	総医療費の対GDP比：%		一般政府医療費支出の対総医療費比：%		一般政府医療費支出の対歳出総額比：%		国民1人当り政府医療費支出（平均為替レート：米ドル）		国民1人当り政府医療費支出（購買力平価：米ドル）	
	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年
タイ	3.4	4.1	56.1	77.7	11.0	15.3	38	166	94	289
東南アジア地域平均	3.6	3.7	32.0	36.7	7.3	8.7	6	26	20	52
上位中所得国平均	5.4	5.8	47.2	56.2	8.8	11.8	53	226	106	330

出所：WHO [2014] より筆者作成。

表2 各医療保障制度適用者数の推移（百万人）

	2002年	2012年	2013年
CSMBS	4.05	4.97	4.98
SSS	7.12	10.33	10.77
UCS	45.35	48.62	48.61

出所：NHSO [2014] より筆者作成。

ではなくUCSの適用を受ける。また、インフォーマル・セクターの人々はSSSに任意で加入できる（社会保障法第40条被保険者）が、それは所得保障部分のみであり、医療保障に関してはUCSの対象となる。

(3) 医療の受診方法

CSMBSでは、対象者はSSSやUCSのように特定の医療機関へ登録する（下記参照）必要はなく、医療機関への患者のアクセスはフリーである。ただし、外来医療費は償還払いとなる。

これに対しSSSでは、対象者（被保険者）は特定の病院（main-contractor：県レベル相当以上の総合病院）に登録し、その病院と患者受け入れ契約を結んでいる医療機関（sub-contractor）とのネットワークのなかで医療の現物給付を受ける。これには患者に受診上の便宜をはかること、および医療機関の機能分担をはかることが目的となっている。出張中や旅行中など、そのネットワーク外で医療を受ける場合には、上限付きの償還払いとなる。なお、2014年現在、SSSの主契約病院（main-contractor）となっている施設は政府系が156、私立が86の計241施設、主契約病院と患者受け入れ契約を結んでいる医療機関（sub-contractor）は2,234施設となっている¹⁰⁾。また、2013年の受診率は、政府系医療機関で外来が1人年間平均2.36回、入院が同0.05回、私立の医療機関で外来が同2.60回、入院が同0.06回となっている¹¹⁾。

他方UCSの対象者は、居住する郡のコミュニティ病院を核とする主契約機関（main-contractor）に登録される。初診は身近にある地区（タンボン）レベルの保健所が中心となった初期保健医療機関（1次医療ユニット、英訳名Primary Care Unit：PCU）で受診してもよいし、登録された主契約機関で受診してもよい。そして、PCUや主契約機関での対応が困難な患者は県レベル相当以上の総合病院が核となった紹介先機関に送られる。他方、最近みられるようになってきている医師が常駐する保健所や、複数の保健所が合同で医師を配置している保健

所、さらに診療所などは、それら自体が主契約機関となっている¹²⁾。当該地域の住民はそうした主契約機関に登録され、初診はそこで受診することになる。なお、2013年におけるUCSの受診率は、外来で1人年間平均3.12回、入院で同0.119回となっており [Cf. NHSO, 2014]、入院・外来ともにSSSの受診率を上回っている。

(4) 給付財源と診療報酬

CSMBSとUCSによる給付は国庫負担で賄われているが、UCSでは低所得者を除き、1回の受診につき30パーツの患者負担がある。これに対してSSSの給付財源は保険料であるが、料率は政労使各0.88%の計2.64%であり、中央政府が労使と同率の補助をしている。

CSMBSの診療報酬では、自由診療に基づく出来高払い方式が採用されてきたが、医療費の増大に対処するため、入院に関しては2007年にDRGに基づく支払いへ変更された。しかし、外来に関する診療報酬改革は実施されていない [Sakunphanit, 2008]。

SSSの診療報酬では、主契約病院（main-contractor）への登録者数に応じた人頭払いを基本とするが、人工透析や化学療法、放射線治療、心臓切開手術、骨髄移植など、特定の高額医療については、それぞれに定められた金額を上限に、別途支払いが行なわれる。また、主契約病院と患者受け入れ契約を結んでいる医療機関（sub-contractor）に対しては、契約に基づき、主契約病院から支払いが行なわれる¹³⁾。

UCSの診療報酬では、主契約機関への登録者数に応じた人頭払いを基本とし、その域内にあるPCUに対しては、主契約機関が人頭払いで受け取った診療報酬のなかから、各PCUにおける登録者の受診状況に応じて支払いがなされる。他方、紹介先機関への支払い方法は、外来と入院とで異なる。外来の場合には、主契約病院が、その人頭払い報酬のなかから受診内容に応じて支払いをするのが基本である。ただし、この支払いにあてるため、主契約機関への人頭払い報酬の一部を県単位でプール、管理している

場合もあり、この点は県やその域内の主契約機関の裁量に任されている。入院の場合には、主契約機関への人頭払い報酬とは別に、DRGに基づく総額予算制が採用されており、この予算は県より広域的な地方¹⁴⁾で管理されている。

3. 医療保障の課題

(1) 医療資源の地域間格差

最も多くの人口をカバーしているUCSにとり、成功の鍵を握っている事柄のひとつは地域医療体制であり、住民参加型の地域保健活動が持つ意義も大きい。しかし、対人口比でみた医療資源の地方間格差は明らかであり、この問題の解決なくしては、すべての人々に公正で平等な医療保障を実現することはできない。ちなみに、対人口比でみた医療資源の格差が最も大きいバンコクと北東部の状況推移をみてみると、縮小はしてきているものの格差は依然として大きい。例えば、1病床当り人口（2007年）と医師1人当り人口（2009年）は、バンコクの196人、565人に対して北東部は723人、2,870人となっている[MOPH, 2012]。UCSの対象者の多くが北東部に住んでいることもあり、こうした地理的格差の縮小は、今後も力を注いでいかなければならない分野であろう。

(2) コミュニティー病院で働く医師への仕事の偏り

UCSに関連していえば、平均所得が低い県や地方では、患者数が増大し、医師が不足しているため、医師1人にかかる負担が大きく、医療ミスにつながる危険性があるという問題もある。実際のところ、主契約機関としてUCSで中核的な役割を果たしているコミュニティー病院の医師1人当たり仕事量は、他の種類の病院医と比較して多くなっている。ちなみに保健省によれば、ここでいう仕事量は、外来患者数（延べ受診者数）に入院患者数をくわえ、これを医師数で割って計算される。ただし、入院患者数に対しては、コミュニティー病院と私立病院の場合で14

を、国公立の総合病院や大学病院などの場合で18を乗じて、調整が行なわれる。このようにして算出された医師の仕事量は、すべての病院の平均を1とした場合、コミュニティー病院では1.7（2008年）となっている[MOPH, 2012]。

(3) 制度間格差

医療保障制度体系の全体像を見渡した場合、最大の課題は3つの制度間に存在する格差の問題だといえよう。とりわけ、マスコミでも頻繁に取り上げられているのは、CSMBSの1人当たり医療費が、他の2制度と比べて突出して高いことである（表3を参照¹⁵⁾）。1例をあげれば、同制度の患者には、国の定めた必須医薬品リストにない薬剤のほか、ビタミン剤まで処方されているという。いずれにせよ、CSMBSの支出は急速に増大を続けてきており、その根本的原因は、自由診療に基づく遡及的出来高払いや、効果的な監査システムの欠落といった診療報酬の支払いメカニズムにある。さきにもふれた通り、2007年にCSMBSは入院医療に対してDRGに基づく診療報酬を導入したが、いまだ外来医療に対する診療報酬改革は実施されていない。

(4) 諸制度の統合

UCSの前身である30パーツ医療制度の導入は、あくまでも経過的な措置のはずであった。政府はCSMBSとSSS、そして30パーツ医療制度の統合を目指し、そのための国民健康保険法案を2002年8月に上院で可決した。しかし、医師は法案に盛りこまれた医療過誤に対する責任の

表3 各制度の予算額（2013年）

	CSMBS	SSS	UCS
予算総額(百万パーツ)	59,827.56	28,466.00	141,540.00
対象者数(百万人)	4.31	10.86	48.45
1人当り予算額(パーツ)	13,881	2,621	2,921

注：http://www.bloomberg.co.jp/tools/calculators/currency.html#results（ブルームバーグの為替レート計算サイト）によると、2015年4月21日午前10時30分現在、1パーツは3,6849円である。

出所：Dr. Thaworn Sakunphanit（Health Insurance System Research Office）提供のデータから筆者作成。

重さと、それによってアメリカのように医療訴訟事件が増加する可能性を危惧し、制度を統合することには反対の意を示した。他方、労働組合もこの統合が行なわれれば、それまでに積み立ててきたSSSの基金を30パーツ医療制度の加入者に分配しなければならないとして、統合に反対のデモを行なった。また、公務員もこれと同様の立場をとった¹⁶⁾。こうした背景から、2003年1月に当時のタクシン首相は上院で可決した法案を見直し、実施を延期することを明らかにした [Bangkok Post, Jan.23, 2003]。ただし、政治的な思惑もあってUCSの予算と保障内容は、SSSよりも充実しつつある。このため、SSSの加入者からは不満が出されており、過去とは反対に労働組合の代表者などからは、UCSとSSSとの統合を主張する声も上がるようになってきている [加藤、2011]。こうしたなか、国際協力機構 [2012] が指摘するように、3制度が完全に統一された基準と規定で運営される初めての事例として、2012年に民間保険も含めた救急医療の統合化が実現されたが、3制度の統合化はタイの医療保障における究極の目標となっている。

4. 高齢者介護の現状

タイでは60歳以上が高齢者とされているが、2011年の調査 (NSO [2012]) によれば、日常の動作で手助け (以下、介護) を必要と考えている高齢者の割合は15.4%であった。この割合は、同調査の性質上、あくまでも高齢者の主観によるもので、日本の介護保険のような客観的認定に基づくものではない。ただし、現時点で筆者が知りうる限り、同調査のデータはタイの高齢者介護を考える上で唯一の手がかりとなるものである。したがって、以下ではまず、同調査のデータから、タイにおける高齢者介護の実態を探ることから始めたい。なお、上記の15.4%という割合を調査年である2011年の60歳以上人口に当てはめると、全国で134万7,640人の高齢者が介護を必要と考えていたことになる。

さて、表4は、介護が必要だとする高齢者が

実際に介護を受けていたかどうかを年齢別にみたものである。同表によれば、年齢が上がるにつれて介護を受けていた高齢者の割合が高くなっているが、74歳以下では介護を受けていない者の割合のほうが高く、60歳以上全体では、介護を受けていた者の割合は50%程度にとどまっている。なお、NSO [2012] には、男女別および都市部・農村部別の割合も示されているが、それらのあいだには大きな差が見受けられない。

つぎに表5は、介護を受けている者のうち、配偶者の有無および男女別に主たる介護者の割合を示したものである。これを配偶者のいる高齢者からみると、実子または義理の子 (以下、子) が最も高い割合を占めており、特に女性高齢者の場合には3分の2が主に子による介

表4 ケアの必要性を感じている高齢者への介護の有無 (%)

	介護あり	介護なし
計	50.6	49.4
60-64歳	29.6	70.4
65-69歳	36.8	63.2
70-74歳	46.9	53.1
75-79歳	55.8	44.2
80歳以上	80.3	19.7

出所：NSO [2012]

表5 主たる介護者の割合 (%)

	男女計	男	女
配偶者あり			
配偶者	33.5	42.0	22.8
実子・義理の子	57.1	50.1	66.1
他の親族	7.3	6.0	8.9
有償の介護者	1.8	1.7	1.9
その他	0.3	0.2	0.4
計	100.0	100.0	100.0
配偶者なし			
実子・義理の子	76.8	71.3	78.1
他の親族	18.7	16.9	19.1
有償の介護者	4.1	10.9	2.5
その他	0.4	0.8	0.4
計	100.0	100.0	100.0

出所：NSO [2012]

護を受けている。主たる介護の担い手として子に次ぐのは配偶者であり、男性高齢者の場合には40%あまりが主に配偶者から介護を受けている。これに対して、主に有償の介護者によるケアを受けている高齢者は2%に満たない。他方、配偶者のいない高齢者をみると、子が主たる介護者になっている者は70%台となっており、その割合は女性の場合に78.1%と男性よりも高くなっている。また、主に子以外の親族による介護を受けている者の割合が配偶者のいる高齢者の場合よりも10%ほど高くなっているほか、主に有償の介護者によるケアを受けている者の割合も男性では10.9%となっている。ただ、いずれにしても高齢者介護の主たる担い手は子であり、配偶者がいる場合には、これが子に続いている。

上記のようにタイにおける高齢者介護の主たる担い手は現状では家族だが、第2次国家高齢者計画（2002-2021年）は、高齢者の支援で鍵になるものとして、家族のほかにコミュニティをあげている [Cf. The National Committee on the Elderly, 2009]。そして、コミュニティにおける高齢者支援で中核的な役割を果たすものとされているのが、テーサバーンやタンボン自治体に設置される「中央統括センター」と、基本的に村落（ムーバーン）レベルで設置され、「中央統括センター」の下で実際にサービスを提供する「コミュニティ小規模センター」である¹⁷⁾。後者では民家、公民館、保健所などを活用し、基本的には高齢者在宅福祉ボランティアがサービスの供給者となることが想定されている。この高齢者在宅福祉ボランティアは、社会開発・人間安全保障省（英訳名Ministry of Social Development and Human Security）の管轄下で、2003年に8県の自治体で試験的に開始された事業であり、1自治体当たり40人のボランティアを育成し、1人最低5人の高齢者の健康増進、リハビリ、介護を担当するものとされた。この事業は元気な高齢者がボランティアとなって支援を要する高齢者を助けるものであるが、これに関して河森 [2014] は、「元気な高齢者もいずれは助けが必要になるといういわば互酬制

原理に基づく、無償に近い労働¹⁸⁾に依存した仕組みが意図されているといえよう」としている。なお、同事業は順次拡大し、2011年には75県で3万1,272人のボランティアが56万8,966人の高齢者を対象としている¹⁹⁾。

なお、高齢者のケアに関する戦略は、保健省による「高齢者のための戦略的保健開発計画（2008-2011年）²⁰⁾」でも策定されているが、その理念は、「高齢者の生活の質は、家族内での援助と、コミュニティ内での保健医療・社会サービスとの組み合わせを通して、最善な状態に保たれる」というものであり、第2次国家高齢者計画に沿うものだといえる。そして、保健省の計画実施に当たっては、予算の割当も含めて、コミュニティと地方行政組織とが協力し合うことの必要性が強調されている [Knodel et al, 2013]。

5. 高齢者介護の課題

すでにみたように、タイでは家族による介護が根強く残っているが、ケアの必要性を感じている高齢者の約半数が介護を受けていないことから、家族の介護力が低下していることがうかがえる。こうした状況は都市部だけではなく農村部でも同様だが、その要因は都市部における核家族化の進行や、農村部から都市部へ出稼ぎに出る子が多いことなどにあると考えられる。

介護の主たる担い手として、政府は家族のほかにコミュニティをあげているが、後者で中核的な役割を期待されている高齢者在宅福祉ボランティアに関して河森 [2014] は、無償に近い労働に依存した制度で、どの程度のサービスが期待できるのか、介護において過誤が発生した場合、ボランティアにどの程度まで責任を課すことができるのか、看護師などが不足しているなかで、どこまで緊急時の対応が可能なのか、農村という顔見知り社会のなかで、そもそもボランティアが介護というパーソナルな領域にまで入り込んでいくことが可能なのかなどの課題を指摘している。これらの課題は、上記のように

介護の必要性を感じている高齢者の約半数が介護を受けていない現状や、そもそもボランティアを主たる介護者としている高齢者がいないという現状に反映されているのではなかろうか。

以上は在宅サービスに関するものであるが、他方で入所サービスは、高齢者介護の問題に対する最終手段だと政府は考えている。このため、政府が支援する入所施設数は非常に少ない。社会開発・人間安全保障省も12の施設をもっているが、それらの施設が対象とするのは、貧困または遺棄された高齢者のみである [Knodel et al., 2013]。しかしながら、介護の必要性を感じている高齢者の多くが介護を受けていない現状からすれば、入所サービスに対する潜在的な需要は相当あるように思われる。

このように考えてくると、家族とボランティアに依存している在宅介護の現状は少しずつ変えていく必要があるだろうし、入所サービスへの潜在的な需要を少しでも多く満たすことができるよう、施設を拡充していく必要もあるだろう。

おわりに

将来に向けて、タイでは人口の高齢化が急速に進展していくが、これを国連の世界人口予測2012年版 (World Population Prospects: The 2012 Revision)²¹⁾ の中位推計でみてみよう。60歳以上の人々が総人口に占める割合は2015年には15.8%であるが、これが2060年には40.0%になるとされている。他方、出生時平均余命は2010-15年において男女計、男、女の順に74.3年、71.0年、77.7年となっているが、2055-60年には同様の順で81.9年、79.7年、84.2年になると予測されている。このような出生時平均余命の伸びにより、高齢者とされる年齢が現在の60歳から引き上げられていくと考えられるが、例えば2015年に10.4%と推計されている65歳以上の総人口比は、2060年に32.9%となると予測されている。ちなみに同比率が7%に達したのは2001年であるが、これが14%になるのは2024年と予測され²²⁾、倍加年数は日本とほぼ同等である。また、2015

年に2.1%とされている80歳以上の総人口比は、2060年には12.4%になると予測されている。なお、高齢者の絶対数の推移を2015年から2060年にかけてみると、60歳および65歳以上で2倍以上、80歳以上で約5倍に増加すると予測されている。

このように急速な人口の高齢化に医療の高度化などもくわわって、タイの医療費は増大していくことが予測される。SSSやUCSでは人頭払いの診療報酬を基本としているので比較的総医療費のコントロールはしやすいだろうが、過度に医療費を抑制すると、必要な医療が提供できなくなる恐れがある。このため、特に3つの医療保障制度のなかで最も多くの国民をカバーしている国庫負担のUCSが、長期的にみて、そうした必要医療費の増大に対して財源を確保していけるのかといった不安要素がある。これを緩和するため、現在は1回の受診につき30パーツとされている患者負担（ただし、低所得者は無料）の引き上げなどが必要になると予測される。また、課題のひとつとして指摘した3つの医療保障制度の統合に関していえば、仮にこれが行なわれる場合、保険方式であるSSSとの整合性や医療費の増大に対処するための財源確保という観点から、現在CSMBSやUCSの対象者となっている人々に拠出を求めるようにすることも、選択肢のひとつとして考えておく必要があるだろう。

他方、高齢者介護については、やはり人口の高齢化にともなって要介護者が増加していくことが予想される。富裕層は私的な介護サービスや入所施設を利用することもできるだろうが、現状のように家族とコミュニティー（ボランティア）に依存した介護のあり方では、生活が困難な高齢者が増していくであろう。このため、公的な介護の整備が求められる。その際には、現在のように在宅介護を中心としながらも、きわめて限定的にとどまっている入所介護について、これに対する需要を最低限満たすべく、施策を進めていく必要がある。とはいえ、これにも財源が必要であり、その確保をいかに進めていくかが問われることになる。このため、介護保険

の導入なども視野に入れながら、方策を検討していく必要があるだろう。

注

- 1) 例えばインドネシアでも、カデル(kader)とよばれるボランティアが担い手となった地域保健活動の1つとしてポスヤンドゥ(posyandu)が知られている。このポスヤンドゥの設置目的は、家族計画サービスと母子を対象とした予防接種などの保健サービスを、住民により身近な場所で提供することによって、乳児死亡率と出生率を低下させることにある[齋藤, 2009]。これに対してタイのPHCの目的はより広く、その内容は①健康教育の普及 ②必須医薬品の配備 ③栄養改善 ④安全な飲料水の供給および衛生状態の改善 ⑤母子保健と家族計画 ⑥予防注射の普及 ⑦伝染病の予防 ⑧簡単な病気の手当て ⑨歯科衛生 ⑩精神衛生と多岐にわたっている[ウォンコムトオン・小林, 1985]。なお、PHCは1978年開催のWHO国際会議で採択されたアルマ・アタ宣言(開催地であるカザフスタンのAlma-Ataに由来)において、その推進が提唱されたものである(Cf. WHO and UNICEF [1978])。
- 2) UCSを所管する国民健康保障事務局(英訳名National Health Security Office:NHSO)のDr.Samritによると、保健省はすべての保健所に看護師(原語英訳名はprofessional nurse)の配置を進めているが、まだ看護技師(原語英訳名technical nurse)しかいない施設もある。なお、タイにおける看護師と看護技師の養成課程は各4年間と2年間である。
- 3) NHSOのDr.Samritによる。
- 4) NHSOのDr.Samritによる。ただし、専門医がいても、コミュニティー病院が提供するのとは2次医療までである。
- 5) 以下、2009年時点における各種医療機関の数については、MOPH [2012] によった。
- 6) 保健所には76の支所がある。
- 7) タイには中部、北部、北東部、南部といった4つの地方がある。
- 8) <http://bps.ops.moph.go.th/Healthinformation/hos55/hos.html> (保健省のウェブサイト)による(閲覧日は2014年11月9日)。
- 9) 世界銀行は、2012年の1人当り国民所得(ア

トラス・メソッドによる)が4,085米ドル以上1万2,616米ドル未満の国を上位中所得国としているが、タイのそれは5,210ドルである[World Bank, 2014]。

- 10) http://www.sso.go.th/sites/default/files/R&D122009/statisticsmid5_en.html (SSOのウェブサイト、閲覧日は2014年11月9日)による。
- 11) http://www.sso.go.th/sites/default/files/R&D122009/statisticsmid8_en.html (SSOのウェブサイト、閲覧日は2014年11月10日)による。
- 12) したがって、1次医療ユニット(PCU)と主契約機関との違いは、医師が常駐しているかどうかによる。
- 13) その原資は、主契約病院に対する人頭払いの診療報酬である。
- 14) ここでいう地方とは、北東部、北部、中部、南部といった一般的なものではなく、USCを所轄するNHSOの出先機関がある全国で13の地方を指す。
- 15) なお、UCSの1人当り予算がSSSのそれよりも若干高くなっている1つの要因は、SSSの対象者が比較的若い労働者層であるのに対して、UCSの対象者には子どもや老人が含まれていることにある。
- 16) Cf. Bangkok Post, Aug.9, 14, 22, 29, Sep.22, 24, 2002.
- 17) これら2つをあわせて「コミュニティー高齢者支援センター」という[河森, 2014]。なお、タイの地方行政組織は、上位から末端まで順に、県(チャンワット)→郡(アンブー)→地区(タンボン)→村(ムーバーン)という中央政府の直接的な監督下にある縦割りの組織(県知事および郡長は内務大臣による任命制)と、県行政機構(オーボーチョー)、自治市・区(テーサバーン)、バンコク都およびパタヤ特別市という首長公選制による比較的自治の進んだ組織とが混在している。
- 18) 高齢者在宅福祉ボランティアには月600パーツが支給されるが、これは小遣い程度にすぎない[河森, 2014]。ちなみに、タイの最低賃金(日額)は300パーツである。
- 19) 以上、コミュニティーにおける高齢者支援に関しては、特に断りがなくとも[河森, 2014]によっている。
- 20) 英訳名The Health Development Strategic Plan for the Elderly (2008 - 2011)。

- 21) <http://esa.un.org/wpp/index.htm>でデータベースをみることができる。
- 22) 国連の推計では、例えば2015年、2020年、2025年といったように、5年ごとのデータが示されているが、筆者は直線補間を用いることで中間の特定年におけるデータを計測し、これを援用した。

参考文献

- ・ Knodel, John ; Vipan Prachuabmoh and Napaporn Chayovan [2013] *The Changing Well-being of Thai Elderly: An update from the 2011 Survey of Older Persons in Thailand*. HealpAge International East Asia/Pacific Regional Office.
- ・ NHSO [2014] *Raingan Pracham Phii 2556* (年次報告書仏歴2556年) National Health Security Office.
- ・ MOPH [2012] *Thailand Health Profile Report 2008-2010*. Ministry of Public Health.
- ・ NSO [2012] *Survey of older persons in Thailand 2011*. National Statistical Office.
- ・ OPPO [2012] *Thailand Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing 2002-2012*. Bureau of Empowerment for Older Persons
- ・ Sakunphanit, Thaworn [2008] *Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand*. ILO Sub Regional Office for East Asia.
- ・ Tangcharoensathien, Viroj et al. [2007] *Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn?* A case study commissioned by the Health Systems Knowledge Network.
- ・ The National Committee on the Elderly [2009] *The 2nd National Plan on The Elderly (2002-2021) 1st Revised of 2009*. The National Committee on the Elderly, The ministry of Social Development and Human Security Thailand.
- ・ WHO [2014] *World Health Statistics 2014*. World Health Organization.
- ・ WHO and UNICEF [1978] *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978*. World Health Organization.
- ・ World Bank [2014] *World Development Indicators 2014*. World Bank.
- ・ ウォンコムトオン, ソムアツツ・小林基弘 [1985] 「タイ国におけるプライマリー・ヘルス・ケア(1) —プライマリー・ヘルス・ケアは開発途上国の「医療革新」となるか — (PHCの理念と背景)」『公衆衛生』第49巻第12号、医学書院。
- ・ 加藤学 [2011] 「タイの公的・私的医療保険について」『所報』2011年11月号、磐谷日本人商工会議所。
- ・ 河森正人 [2009] 『タイの医療福祉制度改革』御茶の水書房。
- ・ —— [2014] 「タイ農村部における高齢者の生活保障」末廣昭編『東アジアの雇用・生活保障と新たな社会リスクへの対応』(東京大学社会科学研究所研究シリーズ No.56)、東京大学社会科学研究所。
- ・ 桑島京子 [2006] 「タイの保健セクター改革とガバナンス」下村恭民編著『アジアのガバナンス』有斐閣、第4章。
- ・ 国際協力機構 [2012] 『アジア地域社会保障セクター基礎情報収集・確認調査【各国編】タイ』国際協力機構。
- ・ 齋藤綾美 [2009] 『インドネシアの地域保健活動と「開発の時代」』御茶の水書房。
- ・ 末廣昭 [2002] 「タイの労働政策と社会保障制度 — 国民への拡充と制度化の試み」東京大学社会科学研究所プロジェクト自由化と危機の国際比較(アジア、ラテンアメリカ、ロシア/東欧) 2002年11月15日セミナー提出論文。
- ・ 菅谷広宣 [2004] 「東南アジアの社会保障: 戦略はあるのか?」大沢真理編『アジア諸国の福祉戦略』ミネルヴァ書房。
- ・ —— [2013] 『ASEAN諸国の社会保障』日本評論社。

インドネシアの医療保障

岐阜経済大学教授

菅谷 広宣

Sugaya Hironobu

インドネシアでは、2014年1月に医療保障が一元化され、国民健康保障とよばれる制度がスタートした。同制度は2019年1月までに国民皆医療保障を達成するとうたっている。ただ、そのためには医療提供体制の拡充、財源の確保、インフォーマル・セクターへのカバレッジ拡大、フォーマル・セクターへの強制加入の徹底といった課題がある。本稿は、こうしたインドネシアにおける国民健康保障について考察するものである。

はじめに

インドネシアでは、アジア通貨・金融危機を引き金としたスハルト政権崩壊後の民主化も手伝い、1945年憲法の第2回改正（2000年）で人権規定が拡大されたのに続き、全国民への対象拡大をうたった国民社会保障制度法¹⁾が2004年に制定された。そして、これと前後して社会的安全網として種々のプログラムが導入された²⁾が、国民社会保障制度法の具体化は、その関連法令の制定がなかなか行なわれなかったため、しばらくのあいだストップしていた。

こうした状況に変化をもたらしたのが、社会保障運営機関に関する2011年第24号法³⁾の成立・施行であり、これにより医療保障を担当する健康社会保障運営機関（BPJS⁴⁾ Kesehatan）と、所得保障・労災補償を担当する雇用社会保障運営機関（BPJS Ketenagakerjaan）が誕生した。これらのうち医療保障の細目は大統領令2013年第111号で定められ、健康社会保障運営機関は、2014年1月1日より従来の諸制度を一元化した国民健康保障（JKN⁵⁾）とよばれる制度の業務を開始した。本稿は、この新たな医療保障制度について考察するものである。

ところで、国民健康保障がスタートする以前の制度は、公務員（退職者を含む）を対象とするASKES⁶⁾、軍人・警官・国防省および国家警察職員（退職者を含む）を対象とするASABRI⁷⁾、民間部門の被用者を主たる対象とするJAMSOSTEK⁸⁾（以上は拠出制）、および中央政府の医療扶助制度であるJAMKESMAS⁹⁾、地方政府の医療扶助制度であるJAMKESDA¹⁰⁾に分かれていた。国民健康保障はこれらを一本化し、国民皆医療保障を目指すものである。

その憲法上の根拠についてみると、2000年の第2回改正でくえられた規定は後の改正でも引き継がれ、現行憲法（2002年に行なわれた1945年憲法第4回改正による）の第28条H（1）項で、「すべての人々は、住居をもち、素晴らしく健康的な環境を享受し、心身ともに繁栄した状態で生きる権利、および医療を受ける権利を有する」とされている。また、上記の2011年第24号法第14条は、「すべての人々は、インドネシアで少なくとも6か月間働く外国人も含め、社会保障プログラムの参加者となる」と規定している。

なお、健康社会保障運営機関（以下、BPJS）はASKESを運営していたPT.ASKESを母体とするが、これは単なる組織再編ではなく、医療

保険者の性質変更を伴うものであった。すなわち、PT.ASKESは商業ベースの株式会社であり、これは社会保障の一翼を担う運営主体としては世界的にも稀なものであったが、BPJSは非営利の組織とされたのである。そして、これはPT.JAMSOSTEKを母体とする雇用社会保障運営機関への組織変更についても同様である。

1. 医療提供体制と医療費の動向

(1) 医療提供体制

大小数多くの島々からなるインドネシアでは、保健所 (puskesmas) を全国に配置し、これに初期医療の中心的な役割を担わせる政策がとられてきた。これによって保健所は、県 (kabupaten) または市 (kota madya) の下にある郡 (kecamatan) レベルで少なくとも1つ設置され、2つないし3つのサブセンター、および村落レベルのステーション (posyandu¹¹⁾) と連携して、総合的な保健・基礎医療サービスを提供している。

そうした保健所には、看護師 (2012年現在、1施設当たり平均11.31人) や助産師 (同10.77人) のほか、一般医 (同1.87人) や歯科医師 (同0.72人)、薬剤師 (同1.04人) などの保健医療従事者が配置されており、ごく一部に限られるものの、専門医 (同0.02人) がいる施設もある [Kementerian Kesehatan, 2013]。また、2013年現在で全国にある9,655施設 (人口10万人当たりでは3.89施設) のうち、3,317施設が簡易な入院設備を備えている [Kementerian Kesehatan, 2014a]。

他方、一次医療の担い手としては、民間診療

所や自宅開業医などもあげられるが、大都市にみられる例外を除いては、開業している保健医療専門職のほぼすべては、国公立の保健医療機関に勤務しており、夕方や休日に診療を行なっている。

つぎに、一般病院は専門診療科目数や病床数、医療設備などにより、専門病院は病床数や医療設備などにより、AからDまでの4つのクラスに分類され、Aクラスの病院が最も高度な医療を扱える病院とされている。それらのうちDクラスの病院には、一般医のみがいる病院と専門医がいる病院とがあり、前者が1次医療施設 (1次病院: rumah sakit pertama) に位置づけられているのに対して、後者は2次医療施設とされている。なお、インドネシアでは近年、病院数が急速に増加しているが、それらの分類にはある程度の期間が必要であり、クラス未分類の病院も相当数ある (以上、表2を参照)。ただし、クラス未分類であっても、専門医のいない病院 (Dクラスの1次病院に相当) はごくわずかである¹²⁾。

保健医療施設については上記の通りであるが、保健省のデータによると、保健医療従事者数は絶対数でみても、人口10万人当りでも、概ねここ数年で急速に増加してきている¹³⁾ (表3参照)。この急速な増加は、にわかには信じがたいが、病院の総数が2011年の1,721施設から2013年の2,228施設へ (さらには表2にみるように2014年の2,379施設へ)、保健所の総数が2009年の8,737施設から2013年の9,655施設へと増加している (表1参照) というデータもある [Kementerian Kesehatan, 2014a; Kementerian Kesehatan, 2014b]。ただし、2011年から2013年にかけて増加した507か所の病院のうち、361施設は私立病院、69施設は非営利組織の病院 (両者をあわせて430施設) であり、保健省が新たに設立した病院はわずかである [Kementerian Kesehatan, 2014b]。なお、人口1万人当りの病床数をみると、2010年の6.7床から2013年の11.2床へと急増しているが、これは東南アジア地域およびインドネシアが属する下位中所得国¹⁴⁾の平均 (ともに10床)

表1 保健所 (puskesmas) 数の推移

	2009年	2010年	2011年	2012年	2013年
保健所総数	8,737	9,005	9,321	9,510	9,655
内入院設備のある保健所数	2,704	2,920	3,019	3,152	3,317
人口10万人当り保健所数	3.74	3.79	3.86	3.89	3.89

出所：Kementerian Kesehatan [2014a] より筆者作成。

表2 設立主体・種類・クラス別病院数 (2014年現在)

設立主体	Aクラス		Bクラス		Cクラス		Dクラス		クラス未分類		合計
	病院種別		病院種別		病院種別		病院種別		病院種別		
	一般	専門	一般	専門	一般	専門	一般	専門	一般	専門	
保健省	10	15	3	4	1	0	0	0	0	1	34
州	5	14	29	15	13	7	2	1	3	7	96
県	1	0	68	1	232	2	115	1	38	0	463
市	0	2	41	6	30	3	7	0	2	1	92
非営利組織	0	0	53	5	181	69	189	14	115	109	735
軍	1	0	10	2	10	0	15	0	85	4	127
他の省	1	0	2	0	13	0	5	0	22	0	43
私立	2	5	52	10	105	99	153	18	154	117	715
国営企業	0	2	5	1	21	0	13	0	20	4	66
合計	20	38	264	44	607	180	500	34	441	251	2,379

出所：http://sirs.buk.depkes.go.id/rsonline/report/report_by_catrs.php (保健省のウェブサイト。閲覧日は2014年10月21日。)

表3 医療従事者数の推移

種別	2010		2011		2012		2013(1)	
	絶対数	人口10万人 当り	絶対数	人口10万人 当り	絶対数	人口10万人 当り	絶対数	人口10万人 当り
専門医	8,403	3.54	16,836	6.98	27,333	11.17	38,210	15.38
一般医	25,333	10.66	32,492	13.47	37,364	15.26	42,189	16.98
歯科医	8,731	3.67	10,164	4.21	11,826	4.83	13,022	5.24
看護師	160,074	67.36	220,575	91.46	235,496	96.21	294,266	118.45
歯科衛生士	9,723	4.09	13,601	5.64				
助産師	96,551	40.63	124,164	51.48	126,276	51.59	136,489	54.94
薬剤師	6,264	7.58	8,676	10.89	31,223	12.76	46,437	18.69
薬剤師助手	11,758	4.95	17,598	7.30				

注：(1) 8月現在のデータである。
出所：Kementerian Kesehatan [2013] より筆者作成。

と、ほぼ同等である [Kementerian Kesehatan, 2014b; WHO, 2014]。

(2) 医療費の動向

医療費の動向を2000年と2011年とで対比させてみると表4のようになる。この間、総医療費の対GDP比は2.9%へと上昇しているが、それでも東南アジア地域や下位中所得国の平均を大きく下回っている。また、国民1人当り政府医療費支出は大幅に増加しているものの、一般政府医療費支出の総医療費や歳出総額に対する比率には、それほど目立った伸びがみられない。

ところで、医療保障制度が医療費のあり方に対して大きな影響を与えることはいまでもないが、インドネシアでは2011年時点で国民の過半が何らかの公的医療保障制度の対象になっていた。同国保健省のデータ [Kementerian Kesehatan, 2012] によれば、その内訳はJAMKESMASの7,640万人(国民の32.37%)、JAMKESDAの3,298万3,318人(同13.98%)、ASKESとASABRIの1,720万5,516人(同7.29%)、JAMSOSTEKの556万8,160人(同2.36%)であった。ちなみにJAMSOSTEKによるカバレッジが少ないのは、JAMSOSTEKと同等以上の医療保障を独自に提

表4 医療費の動向

	総医療費の対GDP 比：%		一般政府医療費支出 の対総医療費比：%		一般政府医療費支出 の対歳出総額比：%		国民1人当り政府医 療費支出(平均為替 レート：米ドル)		国民1人当り政府医 療費支出(購買力平 価：米ドル)	
	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年	2000年	2011年
インドネシア	2.0	2.9	36.1	37.9	4.5	6.2	6	38	17	50
東南アジア 地域平均	3.6	3.7	32.0	36.7	7.3	8.7	6	26	20	52
下位中所得国 平均	4.1	4.4	33.7	36.6	7.1	8.1	8	31	26	60

出所：WHO [2014] より筆者作成。

供している企業が適用除外となっていたことにくわえ、そもそも強制加入に従わない企業や、加入はしていても保険料を拠出していない企業が少なくなかったためだと考えられる。

また、国民の過半が何らかの公的医療保障制度でカバーされていたにもかかわらず、一般政府医療費支出の総医療費や歳出総額に対する比率が低い水準にとどまっていたのは、カバレッジの広いJAMKESMASやJAMKESDAによる診療報酬が少額であった¹⁵⁾ ことにくわえ、これらの医療扶助制度が十分に機能していなかったためではないかと考えられる。

2. 国民健康保障の現状

(1) 人口のカバレッジ

国民健康保障の運営が開始された2014年に、BPJSが第1段階として設定したカバレッジは、総人口の半数に近い1億2,160万人であった。その内訳はASKESの約1,600万人、ASABRIの約120万人、JAMSOSTEKの約700万人、JAMKESMASの約8,640万人、JAMKESDAの約1,100万人である [Jakarta Post, 2 Jan., 2014]。これらの国民健康保障への移行は、JAMKESDAの場合を除き、既存のデータの移管によって行なわれたため、比較的スムーズであった¹⁶⁾。実際のところ、2014年7月現在におけるカバレッジは、当初の設定を若干ながら上回る1億2,497万1,516人となっている [Busundoro, 2014]。

ちなみに、従前の諸制度でカバーされていなかった自営業者やインフォーマル・セクター、

および非就労者の国民健康保障への加入受け付けも2014年1月1日から開始されており、その手続きはBPJSの事務所のほか、指定された銀行やウェブサイトからも行なえるようになっている。また、同様に従前の諸制度に参加していなかった国営企業や民間企業の被用者は、使用者によって国民健康保障への登録が行なわれる。ただし、民間企業については、中小零細企業への配慮に加え、JAMSOSTEKへの強制加入に従わない企業が多かったことや、JAMSOSTEKと同等以上の医療保障を独自に提供していた企業に対してJAMSOSTEKの医療保険分野への加入が免除されていたことなどの経緯から、2019年に向けて漸次カバレッジを拡大していくこととされている。そして、2019年1月1日までに、国民皆医療保障を実現することが目標となっている。

(2) 国民健康保障による受診の仕組み

制度が発足した2014年1月1日時点で、全国で9,217の保健所 (puskesmas) がBPJSに登録されたほか、全国にある約2,300の病院のうち1,720施設がBPJSと契約を結んだ。そのなかには参加が義務付けられている国公立病院のほか、919の民間病院も含まれている。また、民間診療所や自宅開業医のなかにも、国民健康保障に参加している一般医がいる。

国民健康保障の対象者は、保健所、Dクラスの1次病院、一般医のみがいるクラス未分類の病院、または民間診療所や自宅開業医のいずれか(以上、1次医療施設: fasilitas kesehatan tingkat pertama)に登録し、原則として初診は登

録した医療機関で受診する。そこでの1次医療で患者の傷病を扱えない場合には、リファール・システムを通じてDクラス（1次病院を除く）以上の病院、または専門医のいるクラス未分類の病院へ送られる。また、各ランクの病院間でも患者の紹介が行なわれるが、緊急を要する場合には紹介状なしで高度医療機関に行くことができる。旅行や出張などの際も同様であるが、緊急性のない場合には、旅行先や出張先では国民健康保障を利用することはできない。なお、メンバーは歯科医にも登録することになっているが、本稿執筆時点では、すべてのメンバーが歯科医に登録するまでには至っていない。

ところで、AからDの病院クラスにかかわらず、病床はその快適度に応じて1等から3等に分かれているほか、1等よりもさらにグレードの高いVVIPやVIPといった病床がある。このうちVVIPとVIPは国民健康保障でカバーされないが、民間保険に加入している場合、その契約内容によっては利用が可能である。また、自費で国民健康保障の病床代との差額を負担する場合も、VVIPとVIPの利用は可能である。ただし、いずれの場合にも診療行為自体は国民健康保障の対象であり、日本の差額ベッド代に類似した内容となっている。

(3) 加入者と保険料

加入者は大きく保険料支払者と保険料免除者に分かれる。後者はPBI (Penerima Bantuan Iuran) とよばれ、その保険料は全額公費負担で賄われる。PBIは国民のうち所得が下位40%の人々で、これはJAMKESMASとJAMKESDAでも同様であった。

保険料は、どのカテゴリーに各メンバーが属するかによって異なっている。まず、PBIの場合には、1人1月当たり1万9,225ルピアを政府が負担する。現状では、中央政府の医療扶助制度であったJAMKESMASから移行したメンバーの保険料は国が、地方政府の医療扶助制度であったJAMKESDAから移行したメンバーの保険料は地方政府が負担している。ただし、これらPBI

の場合、入院の際には3等病床しか利用できない。

つぎにフォーマル・セクターの民間被用者の場合には、給与の1%と4%（前者は2015年6月まで暫定的に0.5%）を、それぞれ労使が負担する。公務部門の被用者の場合、給与の2%と3%を労使が負担する。これらの場合、入院の際には1等または2等病床の利用が可能である。

他方、インフォーマル・セクターと無職者の場合には、3段階の保険料から各自が選択する。すなわち、入院の際に1等病床を希望する場合には1人1月当たり5万9,500ルピア、2等病床を希望する場合には1人1月当たり4万2,500ルピア、3等病床を希望する場合には1人1月当たり2万2,500ルピアである。

なお、フォーマル・セクターと公務部門の被用者の場合、上記の保険料でカバーされるのは本人、配偶者、および第3子までであるが、給与の1%の保険料をメンバーが追加することで、第4子以降の子、両親、義父、義母をカバーすることができる。また、インフォーマル・セクターや無職者の場合と同様の保険料をメンバーが追加することで、その他の親族や家事使用人、運転手などをカバーすることができる。

(4) 診療報酬制度

まず、1次医療施設への診療報酬は、人頭払い方式で支払われる。報酬額は、民間診療所と自宅開業医、Dクラスの1次病院と専門医のいないクラス未分類の病院の場合は1人1月当たり1万ルピア、保健所の場合は同4,000ルピア、歯科医の場合は同2,000ルピアである。BPJSによれば、保健所に対する診療報酬額がほかより低いのは、保健所には政府による補助が別途あるためである。なお、1次医療施設に患者が入院した場合¹⁷⁾には、1日当たり12万ルピアが別途支払われる。他方、専門医のいる病院（Dクラス以上、およびクラス未分類の病院）には、診断群別償還制度であるINA-CBG (Indonesian Case Base Groups) の料金表によって、診療報酬が支払われる。

3. 国民健康保障の課題

(1) 医療提供体制の拡充

「保険あって医療なし」とならないためには、いうまでもなく、まずもって医療提供体制が十分に整っていないならばならない。表2にみられるように、現状ではAからDクラスに分類されている病院のうち、CおよびDクラスの病院が78.3%を占め、Aクラスの一般病院（総合病院）に至っては、全国で20施設しかない。これは数多くの島々からなり、広大な国土を有する地理的条件や、2億5,000万人に近い人口規模を勘案するまでもなく、高度な医療機関が十分に整備されていないことを示している。しかも、Aクラスの病院はジャカルタなどの大都市に集中している。したがって、保健省が設立主体となっている病院数が少ない（ただし、その大部分はAクラス：表2参照）ことなどからして、同省主導で病院の拡充をはかっていくことが求められる。

他方、表3に示された人口10万人当りの医療従事者数は、国際的にみてどのような水準にあるのだろうか。WHO [2014] と表3とで比較可能なデータをみると、東南アジア地域の平均では人口10万人当りの医師数（一般医および専門医）は59人となっており、近年の急速な増加にもかかわらず、インドネシアの人口当り医師数は、その半数程度でしかない。また、下位中所得国平均の人口10万人当りの医師数は78人となっており、インドネシアとの格差はより大きくなっている。歯科医療従事者に関しては、インドネシアの2011年のデータをみると、人口10万人当り9.85人（歯科医および歯科衛生士）となっているが、これは東南アジア地域の平均である10人とほぼ同等であるものの、下位中所得国平均の12人を下回る。看護と助産にたずさわる者については、2011年のインドネシアでは人口10万人当り149.24人（看護師および助産師）となっており、これも東南アジア地域の平均である153人とほぼ同等であるが、下位中所得国平均の178人を下回っている。薬剤師・薬剤師助手に関しては、インドネシアでは人口10万人当り18人程度となっ

ているが、これは東南アジア地域の平均である38人、および下位中所得国平均の42人を大きく下回っている。

このようなことを考えると、インドネシアは施設と人材の両面で、さらに医療提供体制を拡充していく必要があるだろう。

(2) 財源の確保

保険料を免除されているPBIのため、現在は政府が1人1か月あたりで1万9,225ルピアを拠出しているが、インドネシア大学のタブラニ教授は、ジャカルタ・ポスト紙の取材に対して、患者が質の高い医療を受けるためには、PBIのための拠出は5万4,000ルピアが理想であると答えている [Jakarta Post, Feb. 20, 2014]。実際のところ、国民健康保障が実施されると間もなく、診断群別償還制度であるINA-CBGの料金表に基づく診療報酬が低額すぎるとの不満が、多くの病院から出ている [Jakarta Post, 1 Apr.]。したがって、上記タブラニ教授の指摘と、まだ国民健康保障に登録されていないJAMKESDAの対象者がすべてPBIになったときのことをあわせて考えると、政府はPBIのための予算規模を少なくとも現在の3倍程度に増額しなければならないことになる¹⁸⁾。したがって、その財源確保をどうするのが、課題として浮かび上がってくる。

他方で、フォーマル・セクターの民間被用者の場合には、給与の1%と4%（前者は2015年6月まで暫定的に0.5%）を、それぞれ労使が負担するのに対して、公務部門の被用者の場合、給与の2%と3%を労使が負担することになっている。このように民間部門の被用者の負担率が低いのは、かつてのJAMSOSTEKの医療保険分野において、保険料が全額使用者負担であったことに由来していると考えられるが、制度が一元化されたこともあり、このような格差は次第に解消していくべきであろう。

(3) カバレッジの拡大

インドネシアでは、2019年1月1日までに国民医療保障のカバレッジを全国民（その他滞在6

か月以上の外国人)に拡大するとされているが、それには上記にみた財源確保の問題のほか、大きく2つの課題がある。

第1は、インフォーマル・セクターの取り込みである。2014年現在、インフォーマル・セクターの就業者数は7,068万人とされているが、そのうち同年7月現在で国民健康保障へ登録しているのは364万6,052人であり、これはインフォーマル・セクターの5.16%にすぎない [Cf. Busundoro, 2014]。インフォーマル・セクターの人々には国民健康保障が十分に理解されているとはいえず、かつ所得も安定していないため、制度に登録したとしても、中断することなく保険料を抛出し続けられるかどうか疑問が残る。また、インフォーマル・セクターは貧困状態に転落するリスクが高く、所得下位40%と定められているPBIとの兼ね合いをどうするのかも問題となろう。

第2に、フォーマル・セクターの労働者も、すべて上記の期限までに制度へ参加させられるという保証がない。というのは、JAMSOSTEKが発足した1992年、さらに遡ってJAMSOSTEKの前身であるASTEK¹⁹⁾が導入された1977年以来、相当な年月をかけても強制加入が徹底できなかった過去の経緯があるためである。

国民健康保障では強制加入に従わない企業に罰則が科されるようになったとはいえ、これらの課題を2019年1月1日までの残された期間で乗り越え、国民皆医療保障を実現するハードルは高いといわざるをえない。

おわりに

すでに述べたように国民健康保障には種々の課題があるが、それらを解決していくには先進諸国だけではなく、例えば他のASEAN諸国における取り組み方を参考にしていくことも必要となろう。

第1の課題である医療提供体制の拡充については、保健省(英訳名Ministry of Public Health: MOPH)が中心となり、上位から末端

まで順に、県(チャンワット)→郡(アンプー)→地区(タンボン)→村(ムーバーン)という組織に対応して、保健医療機関の拡充に努めてきているタイの事例もひとつの参考になりうるだろう²⁰⁾。

第2の財源確保という課題についても、2000年に国民1人当たり政府医療支出が38ドル相当にすぎなかったタイで、30バーツ医療制度(現在は普遍的医療制度に改称)が導入されて以降、同支出が劇的に増加し、2011年には166ドル相当になっている [Cf. WHO, 2014]。このことは、国民の支持と強い政治的リーダーシップがあれば、医療保障の財源確保が可能なることを示しているのではなかろうか。

第3の国民全般へのカバレッジ拡大という課題については、フォーマルおよびインフォーマル両セクターを強制加入とするSSS (Social Security System) という所得保障制度に加入していなければ、営業許可を出さないフィリピンの取り組みも参考となろう。同国では、すべての人々を対象とする国民健康保険が、SSSの加入者データを利用して、カバレッジを広げようとしている。

いずれにせよ、インドネシアが上記の課題を乗り越えて国民皆医療保障を実現するよう望みつつ、今後の展開に注目していきたい。

注

- 1) 原語名はUndan-Undan No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
- 2) この間の動向については、菅谷 [2013]、菅谷 [2015] および増原 [2015]などを参照。
- 3) 原語名はUndang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
- 4) 原語名Badan Penyelenggara Jaminan Sosialの略称。
- 5) 原語名Jaminan Kesehatan Nasionalの略称。
- 6) 原語名Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri (公務員健康保険)の略称。
- 7) 原語名Asuransi Sosial ABRI (インドネシア軍人社会保険)の略称。

- 8) 原語名Jaminan Sosial Tenaga Kerja (労働者社会保障)の略称。
- 9) 原語名Jaminan Kesehatan Masyarakat (住民健康保障)の略称。
- 10) 原語名Jaminan Kesehatan Daerah (地域健康保障)の略称。
- 11) ポスヤンドゥ(posyandu)は、カデル(kader)とよばれるボランティアが担い手となった地域保健活動の1つである。このポスヤンドゥの設置目的は、家族計画サービスと母子を対象とした予防接種などの保健サービスを、住民により身近な場所で提供することによって、乳児死亡率と出生率を低下させることにある [齋藤, 2009]。
- 12) 2015年3月に筆者が行なったSundoyo氏(保健副大臣)への聞き取りによる。
- 13) 2015年3月に筆者が行なったMukti氏(ガジャマダ大学医学部教授)への聞き取りによれば、医師の養成機関は全国で73ある。
- 14) World Bank [2014] は、アトラス・メソッドによる2012年の1人当たり国民所得が1,036ドル以上4,085ドル未満の国を下位中所得国としているが、インドネシアのそれは3,420ドルである。
- 15) JAMKESMASとJAMKESDAの対象者は、地域の保健所などに登録して1次医療を受け、2次ないし3次医療は原則として紹介制度を通じて受診する。診療報酬は、2次・3次医療に関しては出来高払いであったが、1次医療については人頭払いで1人当たり月額1,000ルピアであった。また、出来高払い分を含めた1人当たり予算は6,500ルピアであった [Harimurti et al., 2013]。ちなみに、ブルームバーグの為替レート換算サイト (<http://www.bloomberg.co.jp/tools/calculators/currency.html#results>) によると、2014年11月12日午後5時現在、100ルピアは約0.95円。
- 16) 上記でもふれたとおり、保健省のデータでは2011年時点でJAMKESDAの対象者は3,298万3,318人であったが、同制度の対象になっていた人々の多くは、まだ国民医療保障に登録されていなかった。
- 17) Dクラスの1次病院、およびこれに相当するクラス未分類の病院が入院を必要とする患者に対応するほか、簡易な入院設備をもつ保健所や5から10の入院患者用ベッドを備えている診療所がある。
- 18) IRINによると、世界銀行は制度が完全実施

されると年間のコストは130から160億ドル相当になるとしているようだが、その根拠は明確でない。<http://www.irinnews.org/fr/report/99463/hopes-and-fears-as-indonesia-rolls-out-universal-healthcare> (Hopes and fears as Indonesia rolls out universal healthcare: 閲覧日は2014年11月2日)を参照。なお、為替レートで単純に換算すると、タイの公費負担による普遍的医療制度(USC)の1人当たり予算額は月に9万ルピア相当で、インドネシアのPBIに対する政府の拠出額に比して4倍以上となっている。

- 19) 原語名 Asuransi Sosial Tenaga Kerja (労働者社会保険)の略称。
- 20) ただし、タイにおいても医療機関の地理的偏在という問題はある。これについては本号掲載の拙稿「タイの医療保障と高齢者介護」を参照のこと。

参考文献

- ・Busundoro, Purnawarman [2014] *National Social Health Insurance in Indonesia*. BPJS Kesehatan.
- ・Harimurti, Pandu, Eko Pambudi, Anna Pigazzini, and Ajay Tandon [2013] *The Nuts & Bolts of Jamkesmas, Indonesia's Government-Financed Health Coverage Program for the Poor and Near-Poor*, World Bank.
- ・Kementerian Kesehatan (Ministry of Health) [2012] *Profil Data Kesehatan Indonesia Tahun 2011 (Indonesia Health Profile Data Year 2011)*, Kementerian Kesehatan.
- ・— [2013] *Data & Informasi (Data & Information)*, Pusat Data dan Informasi (Data and Information Center), Kementerian Kesehatan.
- ・— [2014a] *Data dan Informasi Tahun 2013 (Data and Information Year 2013)*, Kementerian Kesehatan.
- ・— [2014b] *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2013 (Indonesia Health Profile Year 2013)*, Kementerian Kesehatan.
- ・WHO [2014] *World Health Statistics 2014*, World Health Organization.
- ・World Bank [2014] *World Development Indicators 2014*, World Bank.

-
- ・ 齋藤綾美 [2009] 『インドネシアの地域保健活動と「開発の時代」』 御茶の水書房。
 - ・ 菅谷広宣 [2013] 『ASEAN諸国の社会保障』 日本評論社。
 - ・ —— [2015] 「インドネシアの年金・所得保障と貧困削減策」 『賃金と社会保障』 No.1634、旬報社。
 - ・ 鈴木久子 [2014] 「インドネシアの公的医療保険制度改革の動向」 『損保ジャパン総研レポート』。
 - ・ 増原綾子 [2014] 「変わるインドネシアの社会保障制度」 末廣昭編 『東アジアの雇用・生活保障と新たな社会リスクへの対応』 東京大学社会科学研究所研究シリーズ No.56。

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091
E-mail: shahoken@kenporen.or.jp