

3. 候補案件

地域健康保障制度の法整備 (Legislation of JPKM)	
基礎的保健医療サービスの確保	専門家派遣 (短期)
<p>内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域健康保障制度の法整備作業に関連して主要な論点を整理しながら、我が国の制度や経験に照らして政策提言を行う。 	
<p>関連案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健省計画局に配属の個別長期専門家「保健医療分野プロジェクト管理」 <p>留意点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・制度の基本設計に彼我の差が大きいことから、専門家としてはこの点をそしゃくしたうえで応用可能な事柄を良く整理して提示できる人材を選ばなくてはならない。 ・事前の環境整備を十分に行うとともに派遣時期を慎重に選んで短期間の派遣であっても最大の成果が上がるようにしなければならない。その意味から保健省計画局に派遣中の長期専門家と緊密な連携を取りながら実施することが不可欠である。又、研修員の人選、及び研修先と時期の選択に関しても同様のことがいえる。 	

地域健康保障制度の法整備 (Legislation of JPKM)	
基礎的保健医療サービスの確保	カウンターパート (C/P) 研修 (短期)
<p>内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域健康保障制度の法整備作業に関与している「イ」国側政策立案者を我が国に招聘し、各種の健康保険制度の実際とその法的裏付けに関する短期研修を受けさせる。 	
<p>関連案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・保健省計画局に配属の個別長期専門家「保健医療分野プロジェクト管理」 <p>留意点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・研修員には、制度の基本設計における彼我の差をそしゃくしたうえで応用可能な事柄を抽出できること、又、法案作成に影響力を発揮できることが求められる。 ・法案準備のタイミングを見ながら、研修時期を決定しなければならない。遅きに失するようならば招聘は見合わせる。 ・前記の点に関しては、保健省計画局に派遣中の長期専門家と緊密な連携を取りながら実施することが不可欠である。又、研修員の人選、及び研修先と時期の選択に関しても同様のことがいえる。 	

JPKM事業体組織運営研修 (Training on the Management of JPKM Operation)	
基礎的保健医療サービスの確保	現地国内研修及びC/P研修
<p>内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域健康保障制度の地方自治体レベルでの主な担い手であるPre-JPKM職員が、その理念から管理・運営方法についての知識・技術までを学ぶ。 ・研修終了後1～3年経過した職員に対して、より实际的で具体的事例に則した内容の再研修コースを設置する（新設）。 ・サービス提供者であるプスケスマスの医師や村落助産婦が、管理医療の制度下での診療のあり方について学ぶ。 ・州や県レベルのJPKM監督担当者や彼らから依頼を受けてPre-JPKMのモニタリング業務を行う人々が、モニタリング技法・評価法などを学ぶ（新設）。 ・州や県レベルのJPKM監督担当官の一部を我が国に招聘して、地方自治体での国民健康保険業務の実際について見識を深めてもらう。 	
<p>関連案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現地国内研修「地域健康保険組織運営研修」 <p>留意点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・企画調整作業に専任にあたる長期専門家を投入しなければ、すべての研修コースを実施することは難しい。 ・まず南スラウェシ州で実施後、他の州への展開を図る。 	

JPKM事業体組織運営研修 (Training on the Management of JPKM Operation)	
基礎的保健医療サービスの確保	個別長期専門家派遣
<p>内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前項に取り上げたJPKM事業体組織運営研修の企画調整作業にあたる。 ・トレーニング後のモニタリング・評価に実際に参加する。 ・成功事例の発掘と広報を行う。 ・同様の研修コースを他州へも展開するため、資料やノウハウを整理・蓄積する。 	
<p>関連案件：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現地国内研修「地域健康保険組織運営研修」 <p>留意点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・専門家には地域開発や住民参加といった分野に一定の理解を有する人材をあてたい。 	

<p>JPKMの普及と地方分権化への適応に関する調査 (Study on the Socialization and Decentralization of JPKM Operation)</p>	
<p>基礎的保健医療サービスの確保</p>	<p>在外プロジェクト形成調査又は研究協力</p>
<p>内容：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地方におけるPre-JPKMの運営状況の調査を行う。 ・ 成功（あるいは失敗も含めて）事例に関する事例研究を行う。 ・ JPKM普及に関する問題点・課題を分析する。 ・ 地方分権化の進展により、地方自治体、州政府、保健省などがJPKMの普及・監督においてどのような機能を果たすようになるのが最適であるのか検討する。 ・ 以上をふまえて中長期的に可能なプロジェクトを提案する。 	
<p>留意点：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 調査対象地域はJICAの研修実施地区に限らず、アジア開発銀行（ADB）や世界銀行（WB）のプロジェクト地域なども含めることが望ましい。 	

第2部 労働者社会保障制度

第1章 労働者社会保障制度をとりまく環境

1. ソーシャルセーフティネット（SSN）と労働者社会保障に対するこれまでの取り組み

(1) 雇用分野

「イ」国における労働者社会保障制度としては、1968年に公務員を対象とした義務的な健康保険制度（ASKES）が最初である。1978年には、所得保証給付を与える3つのプログラム、すなわち民間セクターの労働者と国営企業の従業員を対象としたASTEK、公務員のための公務員貯蓄保険制度（TASPEN）、軍人を対象としたASABRIが導入された。これらの制度はそれぞれ異なる機関によって管理されているが、いずれの制度とも労災、死亡、障害、高齢（退職）の不測の事態における所得保障を取り扱っている。しかし、公務員を対象とした制度は、退職、障害、死亡（扶養家族に対する）の際に年金を提供するものであるが、民間セクター制度はこれらの不測の事態のために義務的な貯蓄制度（a provident fund）を管理するものである。当初、ASTEKのカバリッジは100人以上の従業員を擁する雇用主に限られていたが、その後、カバリッジは拡大してきている。この傾向は、特に1992年法律第3号によって労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）が設立された1993年以降、一層顕著なものとなった。

しかしながら、「イ」国では労働者社会保障制度を初めとして、SSNのいずれもまだ十分に整備されているとはいえない。まず、制度としての社会保障制度は基本的に未発達で、少数の労働者がカバーされているだけであり、かつ適用される分野も限られている。保護のレベルの面でも公務員や軍人が優遇されており、民間セクターの労働者との間には大きな開きがある。SSNに関しては、現在、「イ」国における関連プログラムとして、1) 食糧安全保障、2) 雇用創出、3) 中小企業振興、4) 教育や保健医療サービスなどの社会的な保護の4分野が優先分野として実施されている。しかし、これらは今回の経済危機対策として一時的に行われているものであり、プログラムの多くは制度的な基盤を有するものではない。

「イ」国のコミュニティ内ではコミュニティや家族を基盤とした相互扶助の伝統が強く、これが政府による社会保護のレベルが低い一因となっている。経済成長と社会的な保護を統合した公共政策は行われておらず、社会支出はGDPの1.5%に過ぎない。1997～1998年の経済危機以前の、長期にわたる経済成長の時期には貧困レベルの減少が顕著に見られたが、効果的な社会保護システムの整備によるフォーマルセクターでの経済開発を支えることにはほとんど注意が払われなかった。このことが経済危機による影響をよ

り深刻化させ、社会不安を増大させた主要な原因の1つといえる。

2. 労働者社会保障政策についての政策の方向性

(1) 国家開発計画庁 (BAPPENAS)

雇用問題担当官によれば、「イ」国政府の今後の方向性としては、まず短期的には、雇用増大を図ることが再重要課題である。他の選択肢は考えられず、健康保険や雇用保険制度改善のプライオリティは低い。例えば、雇用保険については、それを充実させることは企業の負担が大きくなる結果となり、「イ」国にとって緊急に必要な外資導入への阻害要因となり得る。しかし中長期的には、労働者の健康、安全、雇用保証など環境改善が必要であり、そのためには、できるだけ早く取り組むことが重要で、その面での貢献をJICA調査団に期待している、というのが雇用問題担当官の基本的考え方である。ただ、政策のプライオリティの問題以外にも、現在「イ」国は省庁再編や地方分権化の過程にあり、労働者社会保障の制度改革にはBAPPENASとしては今のところ手が回らないようである。

雇用問題担当官とのヒアリングで得た他の主要点は次のとおりである。

- ・「イ」国における労働者社会保障制度の未発達は、雇用主に対する労働者の交渉力が弱いことが最大の原因である。フォーマルセクターに限って話をすれば、過去30年の間、完全失業率は低い。しかし、真の問題は不完全失業率（週35時間未満しか働いていない者、又は所有する資格に見合った仕事についていない者の割合）が40%もあることである。このような環境のなかでは労働者の立場は弱く、彼らは良い職業に就くことが困難で、かつ労働環境や保険などが未発達な状況下で生活している。
- ・「イ」国の雇用保険を考える場合、1) フォーマルセクターとインフォーマルセクター（全労働力の約60%を抱える）、2) 農業と工業といった異なる分野、3) 地域的差異（地域によっては自立志向が強かったり、地方分権化が進んでいるところがある）等の要因を考慮する必要がある、国全体で同一の制度を適用することはできない。又、健康保険や雇用保険などの制度ごとの相違も考える必要がある。さらに、社会の変化によって、これまで抑圧されてきた大衆の声も大きくなってきており、単一の制度を構築することは難しい。
- ・以上の状況にかんがみ、「イ」国の労働者社会保障制度を改善していく際には、例えば50年前に日本で同制度がどのように発展してきたのか、又、他の途上国ではどうであっ

たのか、他国の経験を知ることが非常に有益である。又、活動指向的 (action-oriented) な調査が行われる必要がある。

(2) 労働力省

労働力省は国民に社会的な保護を提供するものとしてソーシャルセーフティネット (SSN)、社会保障制度、民間による保険/年金給付の3層からなる保護を念頭に置いている。SSNとはプライマリーヘルスケアや人が生存できる最低の所得保障等、基本的な保護を提供するものである。SSNは、通常、国家によって提供され、財源は税金によって調達される。社会保障制度とは、不足の事態による所得の消失又は、著しい低下の相殺に対して所得保障を行ったり、医療サービスを提供するものである。労働者社会保障制度では雇用主や労働者が義務として払う保険料によって財源を調達する。以上の2つの制度を補完するものとして民間による保険/年金給付制度があり、これは労働者社会保障制度と違い、被保険者の自発的な掛け金で財源を調達するものである。

労働者社会保障制度に関しては、労働力省内で2つのアプローチがある。1つは今ある制度を今後どうするか、2つ目は雇用政策のなかでどのようなことが求められるのか、という問題意識から接近するアプローチである。

前者のアプローチでは、「イ」国における労働者社会保障制度を国際基準に合うように改善すべきであり、そのために既存の制度を改善しなければならない、という基本的スタンスをとる。現行の雇用保険制度は1992年の法に基づくものであり、再構築の必要性を訴える。その理由としては、1) JAMSOSTEKは実施が独占的であり、利潤追求の機関となっていること、2) サービスが迅速でないこと、3) 資金の運用の際に政治的介入があること、4) 給付の改善が必要であること、5) 実効の強制面で不備なこと、6) インフォーマルセクターを取り込んでいないこと、等があげられる。このような不備を是正するために、今後の取り組みとして、労働力省内ではJAMSOSTEKの基本法の改定案を2000年の12月までに作成する予定である。ただ、次のステップとして何をやればよいか、特にJAMSOSTEKの実施機関であるPt. JAMSOSTEKの改革を具体的にどのようにやればよいかの方法論は確立されておらず、まだ暗中模索の状態である。

雇用政策からの後者のアプローチでは次のような問題意識から雇用保険をとらえる。経済危機の結果、労働者の解雇が頻繁に起こり、失業が非常に高い水準に達した。したがって、失業問題への対処が、現在「イ」国の最優先課題となっている。ただ、この危機を乗り越えたとしても、不況に対する失業の危険性は常に存在しており、中長期的には雇用保険の整備が必要である。そのためには、労働市場全体をとらえ、雇用保険は職業紹介システムの整備等と歩調を合わせて実施する必要がある。又、現在進行している

地方分権化の動きに沿って、地方独自の特色を反映した形で実施されなければならない、という考え方である。

3. 国際機関や各援助国の取り組み

(1) 全般的傾向

「イ」国における労働者社会保障の整備に主導的な役割を果たしているのは国際労働機構 (ILO) である。ILOは、「イ」国政府の要請を受けて、1999年5月にILO雇用戦略ミッションを送って以降、ワークショップの開催や他の一連の調査によって、同分野におけるリーダーシップを発揮してきた。しかし、他のドナーの雇用保険整備に関する関心は薄く、ILO以外に具体的な関心を抱いている機関はJICA以外に存在しないのが現状である。

「イ」国における労働者社会保障制度に関するILOの現状分析と具体的提言は第2章で整理している。次項では、「イ」国に限らず、途上国の労働者社会保障制度に対するILOの基本的考え方と方法論を紹介する。

(2) 国際労働機構 (ILO)

ILOは、1919年に設立されて以来、社会保障に高いプライオリティをおいてきた。社会保障分野でのILOの主要な活動の1つとしては、社会保障制度の基準を設定することがあげられる。このために戦前より多くの会議が開催され、戦後だけでも11の会議が開かれ、11の勧告が採用されている。このなかで途上国が社会保障制度を計画するうえで適切な基盤を提供すると考えられるのは、1952年のILO社会保障 (最低基準) 会議である。この会議で、ILOは社会保障を一連の公的措置を通じて社会がそのメンバーに提供する保護と定義している。具体的には、社会保障制度は、1) 不足の事態 (疾病、妊娠、労働災害、解雇、身体障害、高齢、扶養者の死亡) による所得の消失又は著しい低下の相殺、2) 医療サービスの提供、3) 子女のある家庭に対する金銭的補助、の3形態をとる。

特に途上国に対して、ILOの主要な活動の2番目は技術協力である。通常、ILOの技術協力には社会保障政策の策定、社会保障制度の計画/設計、保険教理評価、法律案の作成、運営管理システムの計画と実施についての政策面でのアドバイスと協力から構成されている。ここで強調されるのは制度の持続性に資する制度/能力構築である。近年において、ILOの技術協力プロジェクトが実施されたアジアの国としては、ブルネイ、中国、インドネシア、ラオス、マレーシア、モンゴル、フィリピン、タイ、ヴィエトナムがある。

このようなILOの努力にもかかわらず、社会保障制度のカバレッジの拡大は遅々として

進んでおらず、この問題はILOの主要関心事の1つとなっている。世界の労働力の半分以上は法令による社会保障の保護から除外されており、したがって、所得保障が全くない状況の中で生活している。特に途上国で深刻で、サブサハラ地域や南アジアでは90%以上、他の途上国では50~90%の人々が保護の枠外にある。とりわけこの問題はインフォーマルセクターで働く人々や自営業者に顕著に見られる。

このカバリッジ問題を克服するために、ILOは、雇用政策との結びつきを追及しながら既存の制度を拡充するとともに、マイクロ保障制度を組み合わせた多層的アプローチを新しく導入した。このマイクロ保障制度の促進/支援は、農村やインフォーマルセクターの労働者のニーズと寄与能力に応えようとするものであり、そのための手段としてSTEP (Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty) プログラムを1998年から実施している。

1) STEPプログラム

STEPは、農村や都市のインフォーマルセクターにおける貧しい人々のために持続的な社会的保護制度と貧困軽減戦略を創出することをめざす。主なターゲットグループは社会的な保護を得るという自らの明確なニーズを満たすために組織化を望んでいる最も貧困で社会的に排除された人々である。STEPでは、共済組合を社会的な保護の基本的手段とみて、ターゲットグループをリスクから守り、保障することを期待する。共済組合は自発的加入を原則として、特にヘルスケアや退職の分野で保護を提供する。組合費は単純な連帯責任の原則 (a simple solidarity principle) に基づき、一時払いで、年齢、性別に関係なく、又、他のいかなる差別待遇もしない。

STEPプログラムは、将来いくつかの国においてグラスルーツで最も成功している事例を確認/調査する一方で、地域並びに国レベルの協力機関との協力の下に、ボトムアップ戦略を作成する。成功事例を下に、現行の経験を普及させるために、地域の文脈への適応という重要な問題を考慮しながら国別の開発プロジェクト/プログラムを策定し、実施する方針である。

本部はジュネーブのILO事務所内にあり、ベルギー政府の資金協力を受けている。これまでの主なプロジェクトは次のとおり。

a) アフリカ

— フランス語とポルトガル語圏の諸国を対象とした共済健康保険制度の促進と発展プログラム (1999年1月から4年間)

- ・ 米国国際開発庁 (USAID)、UNFIP (Ted Turner Foundation)、ポルトガル政府、世界保健機構 (WHO)、European Mutual Health Insurance Organizations、NGOs等との協調融資

ーマリにおける共済保険機関の支援 (1999年)

・NORAD

b) ラテンアメリカ

ーチリにおける労働組合の枠組み内での社会経済活動の創出/強化プロジェクト

・Flemish政府支援

ーハイチにおける保険プロジェクト

・UNFPAの資金協力

ーハイチにおける社会排除の軽減プロジェクト

・UNDP、オランダ政府

c) アジア

ー近い将来、行われる見込みのプロジェクトとして、モンゴルにおける社会経済プロジェクト (オランダ政府支援) があり、中国とネパールも考慮中。

第2章 労働者に対する社会保障制度

1. 現行の労働者社会保障制度の実施体制と課題

(1) 関連法律

「イ」国における現在の労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）は、1992年法律第3号に基づいている。この制度はフォーマルセクターの労働者を対象とし、従業員10名以上あるいは1か月に100万ルピア以上の給料を支払っている企業が加入することを義務づけられている。

(2) 関連省庁や関連団体の機能と役割分担

この制度の実施機関がPt. JAMSOSTEKで、100%政府出資の公的有限会社である。Pt. JAMSOSTEKはジャカルタにある本部の下に全国の都市に8か所の地域事務所があり、その下に93の地区事務所がある。地区事務所の主な活動は保険料の徴収、保険の審査・支払い、加入企業との連絡等である。Pt. JAMSOSTEKは技術面及び政策面は労働力省の管轄で、財務面は大蔵省が管轄している。

(3) 運営の現状と課題

この制度でカバーされているのは次の4分野である。

1) 労災 (Employment Injury Insurance - JKK)

一時的な所得損失については、仕事ができない最初の4か月間は100%、次の4か月間は75%、それ以降は50%の保障。仕事が永久にできなくなった場合は、障害の程度に応じて60か月の割合で一括給付がなされ、全く仕事ができなくなった場合は、それに加えて24か月分が定期的に給付される。死亡の場合は、平均所得の60%の60か月分が一括給付され、それに加えて24か月分の定期的給付と葬儀代の給付が行われる。なお、雇用主の保険料は仕事の危険度に応じて決められており、その範囲は給料の0.24%から1.74%の間である。建設業界の雇用主が支払う保険料については、それ以外に特別の制度がある。

2) 死亡保険 (Death Insurance)

被保険者が死亡した場合、その家族は葬式代とともに、一家の稼ぎ手を無くした保障として別途一括で手当を受ける。雇用主は従業員の所得の0.3%を保険料として支払う。

3) 年金 (Retirement at age 55 or earlier in the event of invalidity, death or emigration)

雇用主が被保険者の所得の3.7%、被保険者が2%をprovident fundの個人口座に支払い、それに利息を足した額をベースに一括して給付される。なお、少なくとも5.5年間保険に入っていたメンバーは、失業した場合はその口座から残額を引き出すことができる。

4) 健康保険 (Health Care - JPK)

被保険者、その配偶者と子供3人までは、許可された医療施設で入院・外来診療、出産、専門家診療、臨床検査、薬と歯の治療を受けることができる。この制度は所得の6% (独身者の場合は3%) を雇用主が支払う保険料でまかなわれる。プライマリーヘルスケアサービスはヘルスセンターの医師か家庭医によって人頭割りで行われ、病院診療は出来高払い制によって提供される。なお、前記と同等以上のヘルスケアを従業員に提供している雇用者は、JAMSOSTEKの健康保険制度に入る必要はない。

以上、JAMSOSTEKの給付内容を述べたが、同制度の問題点としては次の点が指摘されている。

1) カバレッジ

JAMSOSTEKは、フォーマルセクターで働く労働者の50%、国全体の労働力のうちわずか13%しかカバーしていない。特に、この制度で除外されている層は小企業で働く労働者である。

2) 社会保障のレベル

JAMSOSTEKでは退職、不具、死亡等の長期にわたる危機もカバーされているが、一括支払い方式を採用しており、公務員に対してなされているような危機の期間中、所得保障を提供する年金方式を取っていない。

又、この一括支払いの資金は将来に備えての基金 (Provident fund) から出されるが、この基金は保険料の合計に利息をプラスしたもので、この利息はPt. JAMSOSTEKの運用成績に基づいて、毎年メンバーの口座に加算される。問題は、この利息率がインフレ率よりも高いか、少なくとも市場金利と同等でなければ基金の目的を達成できないことである。JAMSOSTEKでは、通常この目的が達成されず、保険料が少ないこともあって、加入者の平均残額は52万ルピアである。この額は最低賃金の2か月分ではない。

3) 義務の履行

雇用主の支払い分の滞納が顕著である。1998年では支払分の30%、額にして1,000億ルピアが未払いのままであった。又、この数字は未確認の計量できない責任回避を除

外したものであり、雇用者の未払いの実態はそれ以上あると推測される。

4) 資金の運用パフォーマンス

JAMSOSTEKの資金のうち約80%は銀行の定期預金で運用されている。しかし、JAMSOSTEKは前政権時において、どこに如何に投資するかについて政治的プレッシャーを受けていたといわれており、かなりの額の資金が政治的理由から保健加入者にとって不利な金利で、銀行や他の金融機関に投資されていたことがマスコミ等で指摘されている。

5) 法的地位

Pt. JAMSOSTEKは公的有限会社であり、利潤に対して税金を支払わなければならない。したがって、同公社は利潤追求機関となっており、これは労働者社会保障制度の目的から矛盾している。又、雇用主や労働者の代表がJAMSOSTEKのマネジメントを監督し、影響をあたえる機会は非常に限られたものとなっている。監督省庁である労働力省や大蔵省との関係も不明確であるといわれている。

6) 支払いシステム

労災や死亡保険制度は社会保障というよりも商業的原則に基づいて支払われており、その結果、保険料の取り立てが必要以上に高い。保険金が一括又は短期間で支払われ、毎年の支出パターンが似ていることを考えると、保険料に対する支払い率はあまりにも低く、障害の場合が42%、死亡の場合はわずか17%である。

7) 管理能力

Pt. JAMSOSTEKの弱点の1つとして、加入者や雇用者の登録、保険料の徴収と記録、正確で迅速な保険金支払い等の面で管理運営能力が低いことが指摘されている。コンピューター化され、分権化されたシステムを有しているが、国全体のデータベースを作成するまでに至っておらず、登録した加入者の動きを絶えず把握することができていない。

(4) 制度改善及び拡充の可能性と取り組み

以上のように、「イ」国における労働者社会保障制度は多くの問題を抱えており、その改善/拡充が望まれるところであるが、いくつかの点で短期的には抜本的な改革がなされる可能性は低い。第一に、「イ」国政府にとって、現在、雇用増大を図ることが再重要課題となっている。他の選択肢は考えられず、健康保険や雇用保険制度改善のプライオリティは低い。第二に、雇用保険を充実させることは企業の負担が大きくなる結果となり、「イ」国にとって緊急に必要な外資導入への阻害要因となる、と見なされている。第三に、現在、「イ」国は省庁再編や地方分権化の過程にあり、労働者社会保障の制度改革

にはBAPPENASを初め今のところ手が回らないようである。要するに、「イ」国では、現在、各省庁とも今緊急に取り組むことに忙殺されており、社会保障のように腰を据えて取り組まなければならない、かつ利害の錯綜している分野はまだ動きそうにない。しかし、労働者の健康、安全、雇用保障など環境改善が必要であることは誰もが認めていることであり、雇用保険は中長期的に取り組む課題と見なされている。

ただ、労働者の社会保障問題に関しては、国際労働機構（ILO）が積極的な活動を行っており、同問題の解決のためのILOの提言は、労働力省内において、雇用保障制度改革の追い風となっている。労働力省内では、ILOが示した新しい方向性を積極的に取り上げ、外圧を利用して改革を行おうとする雰囲気一般的である。ただ、JAMSOSTEKの改革には、資金の運用に関する力量とともに、手続きの透明性が求められ容易ではない。危機以前は、JAMSOSTEKを含め多くの機関が腐敗していたが、その組織改革を組織自身でできるかは疑問であり、より上層部からの政治的プレッシャーが必要であろう。

2. 制度改善に向けての「イ」国政府の取り組み

労働力省は制度改善の目的として、労働者、雇用主、政府に最適な利益をもたらす、労働者社会保護と効果効率的な基金のマネジメントが実現するように労働者社会保障実施システムを開発・設立すること、として次の分野における改革を計画している。

(1) 社会保障実施理事会の改革

現在の理事会は大蔵省を株主とする政府所有の有限公社であり、理事会は株主の利益を満たすために利益を追求し、利益に対して税金を払わなければならない、労働者や雇用主の利益が無視されることもあり得る。したがって、政府、労働者、雇用主の三者間でマネジメントする信託基金的な理事会に変えるべきである。理事長と理事会の役員は、能力、専門性、清廉性を基準に、三者間の推薦を基に大統領が任命する。

(2) サービスと管理の改善

会員、保険料、業務の管理を、コンピューター化されたデータシステムを用いて効率的に行う。

(3) プログラムの開発とその社会保障保護システムへの統合

最低限の社会保障基準を考えると、今後、高齢者への給付と障害者保険を年金給付にしていくべきであり、そのための可能性調査を行う必要がある。又、病院、医者、薬店、ヘルスセンターとの協力を通じて、ヘルスケアサービスの充実を図らなければならない。さらに、社会保障プログラムはソーシャルセーフティネット（SSN）や民間保険／年金給

付のプロバイダーとの連携を図る必要がある。

(4) 会員数の増大

「イ」国における労働力の約80%は自営業者やインフォーマルセクターで働く人々であり、社会保障の会員としてこれらの人々をカバーしなければならない。

(5) 法の施行 (enforcement)

社会保障は義務的なプログラムであり、法の施行が適切に行われなければならない。法の施行活動としては会社訪問、ガイダンスとカウンセリング、技術的問題の解決などがある。しかし、社会保障のルールや規則に服従するかはプログラムの実施に対する会員の関心と満足度に依存する。又、加入者の関心や満足は管理状況とサービスの正確さにも左右されることに留意する必要がある。

(6) 投資

社会保障の実施は大規模な資金の蓄積を生むが、この資金の所有者は会員であり、社会保障理事会は慎重に管理しなければならない。高齢者給付、ヘルスケア、障害保険などのために拡大した資金を使わなければならない。社会保障の管理と発展は基本的にメンバーのために実行されなければならない、政府がそれに介入すべきではない。

以上の視点から、労働力省の今後の取り組みとしては、JAMSOSTEKの基本法の改定案を2000年12月までに作成する予定である。又、マレーシアやオーストラリアの雇用保険制度に関する比較研究を行っており、社会保障制度の適用に関するセミナーやワークショップを開催して周知を集める予定である。以上を通じてPt. JAMSOSTEKの組織改革を行い（政府、雇用者、労働者の代表からなる三者合同運営による信託基金を設立し、実行機関としては現在のPt. JAMSOSTEKを分社化して競争原理を導入する）、コンピューター化により運営改善を図り、インフォーマルセクターや自営業者をカバーする雇用保険制度を整備していきたい、というのが労働力省の願いである。このような労働力省の取り組みに対して多大な影響を与えたのが「イ」国の労働者社会保障制度の改革に関する国際労働機構（ILO）の提言であり、労働力省の改革案もそれに基づいている。

3. 国際労働機構（ILO）の取り組み

「イ」国における労働者社会保障制度改革に関する一連の調査活動とセミナー開催を通じて、ILOは同国における社会保障制度改革のリーダーシップを発揮してきた。特に、現行のPt. JAMSOSTEKに対しては厳しい評価を下しており、ILOの今後の取り組みも、その認識をベースに行

われようとしている。同分野におけるILOの最近の主な活動としては、1999年11月に開催した同国における社会保障の再構築に関するワークショップがある。それ以外には調査活動があり、主な成果物として次がある。

- (1) Indonesia: Strategies for Employment-Led Recovery and Reconstruction (Oct. 99),
- (2) Restructuring of the Social Security System in Indonesia (to be printed),
- (3) Micro Health Insurance Schemes Survey (Dec. 99),
- (4) The Indonesian Social Security System : Jamsostek-Indonesia

1999年11月16、17日に開催された社会保障の再構築に関するワークショップで、Pt. JAMSOSTEKの組織改革とプログラムの改善について、ILOの次の提言は参加者の間で合意がなされている。なお、ワークショップでの合意は改革プログラムのベースとして労働力省により支持されている。

- (1) 社会的保護 (social protection) を供与するにあたって、国家、民間セクター、雇用者及び個人、各々の役割を明確にする必要がある。それを基礎に労働者社会保障制度の改革のための戦略を作るべきである。
- (2) JAMSOSTEKは労働者社会保障制度の核となるべきであるが、その法的位置づけを政府、雇用者、労働者の代表が平等に参画する監督機関を有する信託基金をベースに構築するよう変える必要がある。
- (3) 給付プログラムを民間部門の労働者への年金給付、健康保険や出産手当へのアクセスの拡充、等が含まれるように改善し、又、失業手当の実現可能性が考慮されなければならない。
- (4) JAMSOSTEKの制度は少なくとも被雇用者のすべてと、段階的にはあるが自営業者もカバーするように拡充すべきである。
- (5) JAMSOSTEKの投資プログラムは、より専門的に、かつ透明性を有するようになされるべきである。
- (6) 個人や雇用者を保障するためのサービスを改善し、パフォーマンスの指標とターゲットにリンクする必要がある。
- (7) 法の順守と施行の強化は重要で、サービスの改善と組み合わせて行い、広報活動によりカバリッジの問題に取り組む必要がある。
- (8) JAMSOSTEKで供与するプログラムは普遍的で、すべての被雇用者をカバーすべきである。それは最低限の社会的保護であるが適正な保護を提供するもので、民間セクターのプログラムや雇用者をベースとした制度はそれらを望むものにとって、より良い給付を

提供するために重要である。

ILOの今後の取り組みとしては、制度改革の実施をサポートするために次のコンポーネントからなるプロジェクトを2000年3月から実施する予定である。

- (1) JAMSOSTEKの法的地位と新しい組織形態のデザイン及び関連する法律の立案。
- (2) 労働力省、Pt. JAMSOSTEKの幹部職員、並びに社会的パートナーに対する社会保障のマネジメントや監督（投資マネジメント、経理を含む）、政府／監督理事会／執行部の役割についての研修。
- (3) 年金制度の計画、失業保険の実施可能性、産休の導入、健康保険の拡充、並びに小規模事業者／自営業／インフォーマルセクターに対する適用範囲の拡大に関する調査。

このILOのプロジェクトの成果物としては次の項目が予定されている。

- (1) 提案される社会保障戦略を述べたポリシードキュメント。これには提言の財政・予算面へのインプリケーションに関する予備的評価を含む。
- (2) JAMSOSTEKの改革と再構築のための提言。
- (3) 国家戦略の実施及び社会保障管理の制度的再構築のための法律／規制案。
- (4) 管理面での改革の提案と実施のタイムスケジュール。
- (5) 労働力省4名、JAMSOSTEK6名を対象とした社会保障原則と管理についての研修。
- (6) 給付内容の改善のための提言。
- (7) 失業保険、年金、出産手当に関する社会保障給付改善のためのフィージビリティ調査。
- (8) 社会保障カバレッジの拡充のための提言。

4. 課題

前記のJAMSOSTEKに関する国際労働機構（ILO）及び労働力省の改革案を進めていくためには、今後取り組まなければならない課題として次の項目をあげている。

(1) 民間の年金基金との関連性

「イ」国には雇用主によって管理されている雇用主年金基金（Employers Pension Funds - EPFs）と民間保険会社や銀行が運営している金融機関年金基金（Financial Institution Pension Funds - FIPFs）が存在し、JAMSOSTEK加入を通じて提供される年金を補完するものとしての重要性は高い。今後、JAMSOSTEKで年金を拡充した場合、民間年金基金の発展にどのように関連してくるのか、これらの制度に関する規則をレビューする必要がある。

(2) 公務員貯蓄保険制度 (TASPEN) の将来

TASPENはJAMSOSTEKと類似した目的を有しているが、相違している点はTASPENが基本制度と補完的な業務給付を組み合わせていることである（これは軍人を対象としたASABRIにもいえる）。問題はこの年金プログラムが将来において大きな財政負担を強いる可能性が高く、プログラムの内容、財源調達方法、あるいは年金を得られる歳などのキーパラメーターに関する主要な改革が必要とされている。又、権利付与の制限により労働力の流動性の障害にもなっている。したがって、今後、これら公務員の制度をいかに再構築していくかが課題の1つとなる。

(3) 健康保険制度 (ASKES)

「イ」国では人口の約13%が健康保険に加入しており、その大多数はASKESのメンバーである。そして、JAMSOSTEKとASKES双方ともJPKMヘルスケアパッケージを実施している。しかし、ASKESには公務員以外にも民間セクターや公営企業で雇用されている従業員のうち60万人が加入しており、JAMSOSTEKと競合関係にある。今後、これら2つの機関の個々の役割を明確化する必要がある。又、ASKESは輸入している薬品と医療機材によるヘルスケアコストの増大に直面している。

(4) 失業保険の実現可能性

「イ」国における失業保険の導入には、まずそのフィージビリティについての調査が必要である。失業保険の制度はコスト的にはそれほど問題はないといわれている。給付の返還率や期間にもよるが、給料の2%か3%である。より重要なのは管理面でのフィージビリティである。第一に、失業給付の付与は請求者がいて、職を積極的に探しており、かつ保険料を十分に払っていることと関連している。これには、雇用登録と職業紹介メカニズムの存在が前提となるが、「イ」国ではまだ未発達である。

第二に、保険料の支払いに関しては、被保険者を登録し、その保険料の支払いを記録する能力のある管理組織が必要である。しかし、これを担当するであろうJAMSOSTEKのシステム管理の面での能力の低さはよく知られている。

(5) ソーシャルセーフティネット (SSN)

社会保障と直接リンクはしていないが社会的保護に取り組む際の1つの戦略として、貧困層の中でも最も弱い人々を見つけだして毎月生存するために必要な金額を提供する社会的補助制度を確立することが考えられる。社会的弱者とは単に失業している貧しい人々ではなく、年齢、障害、病気等によって働くことができない人々である。このよう

な制度を確立する目的でフィージビリティ調査を行うことが考えられるが、その際は社会的弱者の確認や調査の管理プロセスを容易にするためにコミュニティ参加の下で実施することが望ましい。

(6) 退職基金 (Retrenchment fund)

労働法や労資間の団体協約では雇用終了時に退職手当を支払うことが規定されているが、金融危機の際に雇用主がこの責任を果たすことができないのが普通であった。この問題に取り組む方法としては、雇用主から資金を集めて退職基金を設立することが考えられる。このような基金では雇用主に必要と思われる退職手当を前払いさせるか、雇用主が退職手当を支払う能力がないと明らかになったときに未払いの退職手当の資金を提供する。

(7) 調整機関の設置

ワークショップや前記のイシューにかかわる調査の結論に基づく政策決定を実施する際には、異なる省庁間や公的機関との調整とともに関係市民団体の代表との協議が必要である。したがって、社会的保護に関係するすべての公的部門と民間部門双方の代表からなる全国レベルの社会的保護調整委員会が設置され、定期的なミーティングにおいて、社会的保護分野で生起する問題や改革のための提言が議論されることが望ましい。

第3章 我が国の協力の可能性

1. 総論

1997年以來の経済危機は失業、不完全雇用、貧困の顕著な増大をもたらし、「イ」国における社会保障制度の脆弱性を露呈させた。同国における社会保障制度関連支出はGDPの0.06%程度を占めるに過ぎず、又、制度自体も未整備であり、現在、再構築の必要性が訴えられている。

しかしながら、現在、「イ」国政府の緊急課題は雇用創出であり、労働者の社会保障制度整備のプライオリティは低い。ただ、この危機を乗り越えたとしても、不況時における失業の危険性が常に存在している。したがって、中長期的には雇用保険制度の整備が課題となり、又、労働者の健康、安全など全般的な環境改善が必要となる。さらに、同国において社会的な安定を確保しつつ社会経済の構造変化を円滑に進めていくためにも、労働者社会保障制度の拡充は今後ますます重要となっている。

2. 労働者社会保障制度の改善

今後、我が国が同分野における協力を行っていく際には、今ある制度を今後どうするかではなく、全体の雇用政策の中でどのような制度改善が求められるのか、という問題意識からアプローチすることが重要である。当初、JICA調査団が採用していたアプローチは前者で、既存の制度を如何に改革すればよいのか、又、それへの支援はどのようなものが考えられるかという問題意識に基づいていた。このアプローチの弱点は、不透明なJAMSOSTEKの制度改革を前提としていることである。したがって、JAMSOSTEKの改革がうまくいかなければ協力分野も限られたものとなる。しかし、雇用政策からアプローチすれば、JAMSOSTEKの改革に捕らわれず、多くの協力のオプションが考えられる。このような視点から、今後の協力の基本的方向性を述べると次のとおりである。

(1) Pt. JAMSOSTEKの組織改革を今後の協力の柱にしない。「イ」国における労働市場の現状分析や労働者のニーズの確認が先決である。

(2) 社会保障制度全体の現状確認のために短期専門家を派遣する。短期専門家の派遣は、労働者社会保障制度に関する法律の改定案が作成される2000年12月に行う。この短期専門家は雇用政策から社会保障制度全体を捕らえることができ、国際労働機構（ILO）による技術支援の動向も考慮に入れて、日本の経験に基づいて社会保障制度改善のアドバイスを行えることが重要である。C/Pとしては、政策マターを担当している計画局が望ましい。

(3) 社会保障制度自体に対する支援だけでなく、社会保障制度が機能するための環境整備に対する支援も考慮されるべきである。例えば、雇用統計、職業紹介サービス、職業訓練システム等の整備に対する協力が考えられる。この視点から、労働市場を把握するための雇用統計の専門家を派遣することは意義がある。

(4) 社会保障制度整備に関する日本の経験や他の途上国の経験を紹介するためのセミナー開催に対する協力は、「イ」国における今後の制度改革にとって重要である。

(5) 中長期的には、「イ」国における社会保障制度の改善／改革についての開発調査実施の可能性も考慮されるべきである。

(留意点)

「イ」国の抱える職業紹介サービスの問題点として、公的職業紹介サービス機関であるスラバヤのKandep事務所を訪問し、少なくとも次の項目が判明した。

(1) 失業しても登録する人は少なく、せいぜい全失業者数の10%程度。

(2) 会社の情報が不足しており、登録されてもどこの会社に紹介したら良いか分からない。

(3) 求人情報や就職希望者の情報は、就職斡旋に役立つようには登録／加工されていない。どのような情報をどのようにインプットしていくのか技術指導が必要。

(4) 情報はコンピューターにインプットされている所もあるが、他の地域の紹介所とはリンクしていない。

(5) 有能な技術／分析スタッフが不足している。

以上のように、「イ」国では体系的な労働市場情報システムが決定的に不足している。失業しても登録する人が少ない主な原因として、失業保険が未整備で登録するインセンティブが欠如していることがあげられるが、このことは、将来、失業保険を導入する際の障害ともなる。又、職業の流動性を妨げ、特に危機において迅速に対応できない。このような状況にかんがみ、我が国が協力可能な分野として次の項目があげられる。

(1) 中央／地方における雇用サービス事務所のコンピューター化と情報収集／分析の技術指導

(2) 地域雇用サービス事務所（例えばジャカルタ雇用サービスセンター）における就職希望者の情報センター設立

(3) すべての労働力省州事務所とKandep（県出先）事務所をつなぐオンライン・情報ネットワークの整備

しかしながら、前記の支援を効果的に行うには、労働力省が中長期的に雇用サービス事務所スタッフの地位を引き上げることが重要である。そうでなければ、有能なスタッフは確保できず、資金協力や技術指導の効果は限られたものとなる。又、「イ」国政府は、職業紹介サービス自体は、今後、民間セクターを中心に推進する計画である。その際には、民間企業の活動を政府が監視／規制する必要がでてくるが、その分野でアドバイスできる専門家の派遣も考えられよう。

職業訓練システムの整備については、従来の我が国の支援方法を再考する必要がある。我が国が協力している職業訓練センターに限らず、途上国における多くの公的研修センターは有能な教師不足、資機材のメンテナンス不備、研修レベルの低さと地元企業のニーズとのミスマッチといった問題を抱えている。これらの問題の背景には資金不足、決定権の中央集権化による運営の硬直化、地元民間企業とのリンケージの弱さ等の公的研修センター共通の、より根本的な問題が存在しており、構造的にうまく機能しないシステムになっている。これらの問題の解決には、現場に経営自主権を与えるとともに、経営体制自体を民間企業の声が反映するようなシステムに改革しなければならない。個々の問題に対処する方法（例えば教師が不足しているから専門家を派遣して技術移転をするといった方法）では効果は限られたものとなる。ただ、今回、訪問したBLKはWidodo氏の指導の下に、途上国の公的職業訓練センターとしての前記の共通課題に精力的に取り組んでおり、例外的にうまくいっているケースである。

我が国ができる効果的な人材育成支援として、BLKのような成功事例を普及させるために、全国／州レベルで職業訓練センターの指導層を集め、彼らの共通問題の解決にどのような方法があるのかを学習するためのセミナーを開催することが考えられる。このようなセミナーには、「イ」国にかぎらず、ASEAN諸国における成功事例も紹介できる。又、公的職業訓練システムがうまく機能するように、経営問題や組織／制度分野に精通した政策アドバイザーの派遣や開発調査による知的支援も考慮されても良い。さらに、将来は公的研修センターだけでなく、民間主導の研修センターへの協力も考慮すべきである。

最後に、「イ」国における地方分権化との絡みで地方における成功事例の発掘と普及が、どの分野においても、今後、有望な協力アプローチとなるであろう。国家開発計画庁（BAPENAS）の雇用担当官が指摘するように、雇用保険にしても、フォーマルセクターとインフォーマルセクター、農業と工業といった異なる分野、地域的差異（地域によっては自立志向が強かったり、地方分権化が進んでいるところがある）等の要因を考慮する必要があり、同一の制度ですべての労働者のニーズに応えることはできない。この点で、ILOが採用しているインフォーマルセクターを対象としたSTEPプログラムは可能性を秘めたアプローチであり、我が国としてもそのようなボトムアップアプローチに基づく協力手法を開発することが今後ますます望まれる。

3. 候補案件

以上の協力の基本的方向性と留意点を踏まえて、次では我が国が支援可能な分野を短期と中長期に分けて整理している。短期的に協力可能な分野は組織、制度、マネジメント、スタッフ面で基本的な改革を前提としない。中長期的に協力可能な分野では、現行の組織・制度の基本的な改革に対する持続的な政治的コミットメントが要求される。

(1) 短期的協力

- 1) 社会保障制度の現状確認を目的とする短期専門家派遣
- 2) 労働市場を把握するための雇用統計専門家の派遣
- 3) 労働者社会保障制度のニーズ調査
- 4) 社会保障制度整備に関する日本の経験や他の途上国の経験を紹介するためのセミナー開催
- 5) 職業訓練センターのベストプラクティスを紹介／普及するためのセミナー開催
- 6) 公的職業訓練システムがうまく機能するように、経営問題や組織／制度分野に精通した政策アドバイザーの派遣や開発調査による知的支援
- 7) 失業保険の導入可能性に関するフィージビリティ調査に関する技術協力（専門家派遣あるいは開発調査）

(2) 中長期的協力

- 1) 社会保障制度改善／改革のための開発調査
- 2) 社会保障制度関連機関（労働力省やPt. JAMSOSTEK等）のコンピューター化による管理効率化支援
- 3) 中央／地方における雇用サービス事務所のコンピューター化と情報収集／分析の技術指導
- 4) 地域雇用サービス事務所（例えばジャカルタ雇用サービスセンター）における就職希望者の情報センター設立
- 5) すべての労働力省州事務所とKandep事務所をつなぐオンライン・情報ネットワークの整備
- 6) 民間主導の研修センターへの資金協力
- 7) 求職者のための訓練プログラムの開発（スラバヤ・ポリテクニクの社会プログラムの発展普及）
- 8) ソーシャルセーフティネット（SSN）としての社会的補助制度に関するフィージビリティ調査
- 9) 労働者社会保障制度の地方における成功事例を紹介／普及するためのセミナー開催

付 属 資 料

資料 1 主要面談者リスト

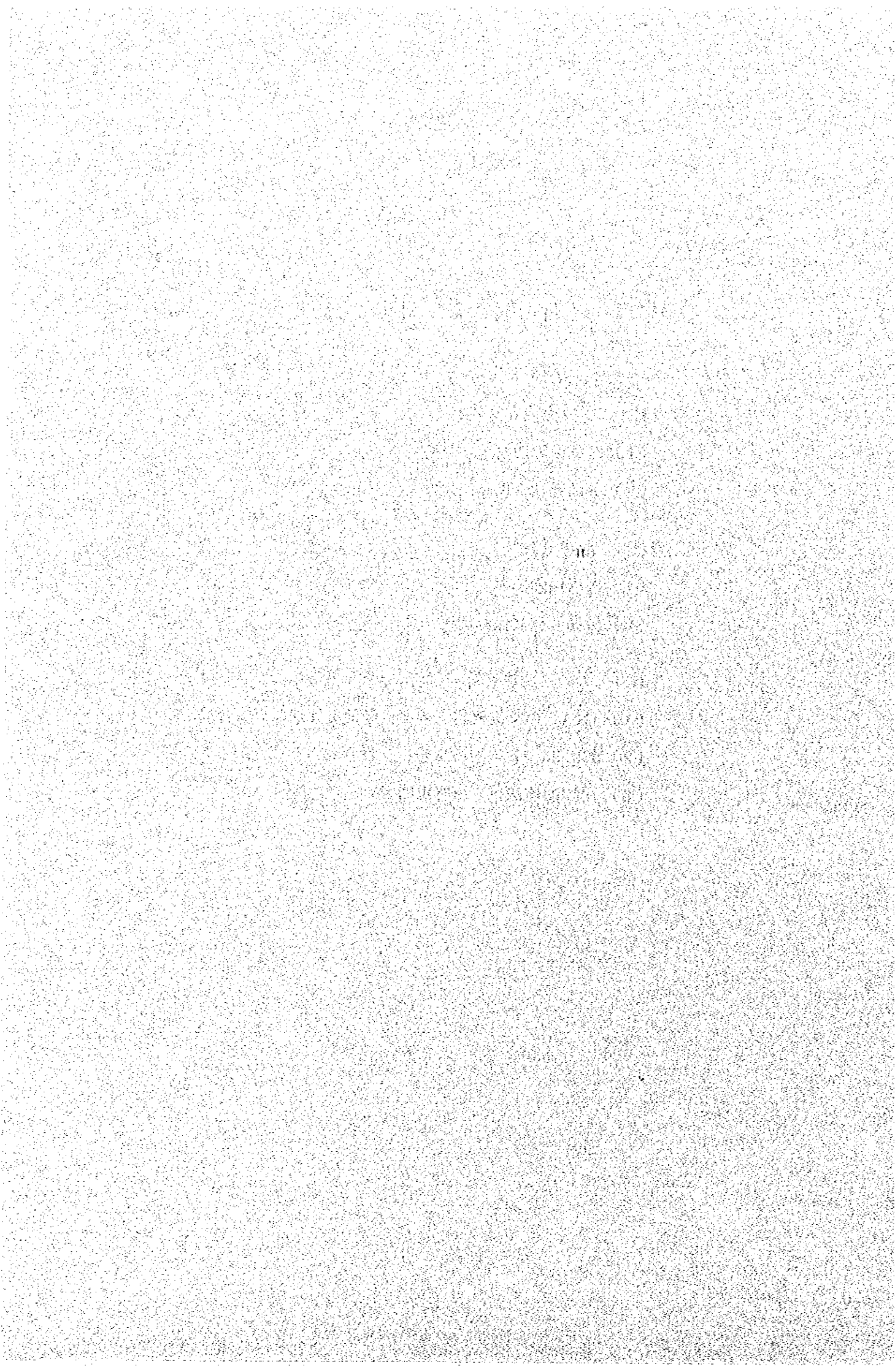
- (1) 医療保障関連
- (2) 労働者社会保障関連

資料 2 収集資料リスト

- (1) 医療保障関連
- (2) 労働者社会保障関連

資料 3 その他関連資料

- (1) JICAへの支援要請リスト（保健省管理医療監督局）
- (2) SSN-IHSで貧困層の世帯に交付される健康カード
- (3) JPKM関連法律・政府規則等



資料1 主要面談者リスト

(1) 医療保障関連

国家開発計画庁

Dr. Triono

保健担当

保健省計画局

小畑美知夫

JICA 長期専門)

後藤慶子

ICA 長期専門家

Dr. S. Indrajaya

WHO 専門家

保健省地域保健総局

Dr. Widyastuti Wibisana

管理医療監督局長

保健省その他

Dr. James R. Marzolf

ADB コンサルタント兼 Prima Adiahusadas 社長

Dr. Philip Stokoe

ADB 上級コンサルタント

USAID

Ms. Stephanie Pirolo

保健セクター改革アドバイザー

JBIC ジャカルタ駐在員事務所

青 晴海

次席駐在員 (ODA 担当)

在ジャカルタ日本大使館

宇津 忍

一等書記官 (保健分野)

世界銀行

Mr. Samuel Lieberman

人間開発セクター・コーディネーター

PT. ASKES

Dr. Sonja Roesma

社長

Dr. Sulastomo

副社長

Dr. Orie A. Soetadji

総務部長

保健省南スラウェシ州事務所

Dr. Suriah Tjegge

Health Regional Effort 課長

Dr. H. Satrya Thai

保健省南スラウェシ州事務所

PT. Mitra Keluangra Piranti Sehat

Dr. Bemmy Handoyo

社長

JPKM Surya Sumirat

Mr. S.H. Hieronymus

部長

Ms. Bowo Rini

営業担当

Sint Borromeus 病院

Dr. Miriam Maengkom

医師

インドネシア大学医学部

Prof. Sasanto Wibisono

精神科教授

(2) 労働者社会保障関連

BAPPENAS

Dr. Tirta Hidayat, Chief, Bureau for Manpower, BAPPENAS

ILO 事務所

Mr. Iftikhar Ahmed, Director

Ms. Helene Lindren, Program Officer

労働力省

Mr. Syaufii Syamsuddin, DG of Industrial Relations and Labor Standard

Mr. Amrinal, Director of Social Security and Wages Development

Mr. Soemitro, Head Division, International and Foreign Technical
Cooperation, Public Relations Bureau

佐渡健一 JICA 専門家 (労働大臣アドバイザー)

労働力省南スラウェシ事務所

Mr. Drs. Sradjuldins, Head, Local Office of MOM in South Sulawesi

PT Jamsostek

Mr. Horas Simatupang, Management Director

Mr. Bambang Purwoko, Director of Education Development

Mr. Amin Sumarsono, Management Director

PT Tunas Sukses

Mr. Johannes Candora, Manager, Accounting Department

Nasional Gobel

三木 勝氏 人材開発部

Mr. Bambang Sugianto

日本大使館

塚本勝利 一等書記官

宇津信 一等書記官

CEVEST

中村 JICA 専門家

BLK

Mr. Widodo Prayitno, Director, BLK (Balai Latihan Kerja) Surabaya

Politeknik Elektronika Surabaya Timur

Dr Ir. Mohammad, Director

Mr. Ir. Era Purwanto, Ass. Director for Academic Affair

PT Jamsostek 地区事務所

Mr. Tumidjo, Director

Pt. Adimas Suryanusa

Mr. Gunawan Adi, Sales Manager

資料2 収集資料リスト

(1) 医療保障関連

番号	資料の名称	形態	発行機関
1	SSNAL : Social Safety Net Adjustment Loan	プリント	World Bank
2	Priority Setting for the New Paradigm : Alternatives and Constraints	プリント	Ascobat Gani (University of Indonesia)
3	Health Financing Options for Indonesia and Indonesian Poor Medium term Policy Options	プリント	Laksono Trisnantoro (University of Gajah Mada)
4	Concept Brief : Utilization of <i>JPKM</i> for <i>JPS</i> Fund Management	ドラフト	James R. Marzolf
5	<i>Pengelolaan Program Jaring Perlindungan Sosial Bidang Kesehatan dengan Prinsip JPKM sebagai Langkah Awal Menuju Desentralisasi</i>	コピー	
6	Overview and current Trends of the Indonesian Social Security System	コピー	
7	<i>Petunjuk Tehnis JPKM dalam JPSBK</i>	コピー	Direktorat Jendral Pembinaan Kesehatan Masyarakat, Dep Kes RI
8	Main Points on Health Strategy Options	プリント	World Bank
9	Health Insurance (<i>JPKM</i>) Situation Analysis (A Case Study at Magetan District of East Java Province)	図書	Andryansyah Arifin, dr, MPH
10	<i>Pengembangan JPKM repelita VII</i>	図書	Directorat BPSM depkes RI
11	Assessment and Lesson Learned from the Klaten Integrated Health Care reform Field Trial and The Current National Crisis and USAID Strategic Planning Options for Health Care Reform	レポート	Charles N. Johnson Forest A. duncan, Jr. David R. Hotckiss Samsi Jacobalis Gusti Rizali Noor Carol Rice James R. Marzolf
12	Primary Health Centre Doctors' Experiences in Implementing of <i>JPS-BK</i> Program (Bajeng and Daya Primary Health Centres case in South Sulawesi)	プリント	Abd. Razak Taha Djunaidi M. Dachlan Sahuddin St. Zainab
13	The Status of Managed Care in Indonesia	レポート	Dr. Widyastuti Wibisana
14	<i>Evaluasi Reformasi Pembiayaan Kesehatan di Indonesia</i>	ドラフト	Balitbangkes, Biro Perencanaan, DEPKES FKM UI
15	Technical Memorandum - Critical Healthcare Issues 1999-2003	メモ	Dr. James R. Marzolf
16	Technical Brief Public Healthcare Funding Taxation Issues Part 1	プリント	Dr. James R. Marzolf Ministry of Health
17	Technical Memorandum - Status of <i>JPKM-JPS</i> trials and <i>JPKM</i> developments	メモ	Dr. James R. Marzolf

18	Proposal to Expand the Role of JPKM in JPS-BK Fund Management	レポート	Ministry of Health
19	The Guidelines of The State Policy	コピー	The People's Consultative Assembly of The Republic of Indonesia
20	Introduction to Managed Care	オリジナル	Robert G. Shouldice
21	<i>Landasan Hukum Penyelenggaraan JPKM</i>	コピー	Departmen Kesehatan RI
22	<i>Kumpulan Materi Pelatihan Penyelenggaraan JPKM</i>	コピー	Departmen Kesehatan RI
23	<i>BUKU SAKU DOKTER Tentang Daftar Obat Edisi VIII 1999</i>	小冊子	PT. (Persero) Asuransi Kesehatan Indonesia
24	Dana Sehat and JPKM	小冊子	Ministry of Health
25	75 year Sint Borromeus Hospital	パンフ	Sint Borromeus Hospital
26	<i>Surya Sumirat</i>	パンフ	
27	St. Borromeus	コピー	PJPK
28	Academic Concept of Public Health Maintenance Assurance	コピー	
29	<i>Petunjuk Diskusi Kelompok</i>	コピー	Departemen Kesehatan
30	<i>Laporan Penanggulangan Masalah Pengungsi di daerah Propinsi Sulawesi Tenggara Dari Segi Kesehatan</i>	コピー	Departemen Kesehatan
31	<i>Kebijakan Penanggulangan Kasus Gizi</i>	コピー	Departemen Kesehatan
32	Donors Lunch in Borobudur Hotel	コピー	USAID
33	<i>Pembiayaan Kesehatan</i>	図書	MPH
34	Final Report – Micro Health Insurance Schemes Survey	コピー	
35	Summary of Strategic Objective Agreement	コピー	USAID
36	Strategic Objective Agreement “Protecting the Health of the Most vulnerable Women and Children” 1999 – 2003	コピー	USAID
37	Health Strategy in a Post-Crisis, Decentralizing Indonesia	コピー	Samuel S. Lieberman, Puti Marzoeki
38	Health Insurance and Managed Care	図書	Sulastomo
39	<i>PT. (PERSERO) Asuransi Kesehatan Indonesia</i>	図書	ASKES

(2) 労働者社会保障関連

番号	資料の名称	発行機関
40	インドネシア共和国国民協議会国家方針概要	
41	「税制(種類と特徴)」、インドネシアハンドブック 1997/1998年版	ジャカルタジャパンクラブ
42	A National Strategy on Social Protection Including Effective Social Security System in Indonesia, ILO, Nov. 1999	Bailey, Clive
43	Training Packet Book, 2000/2001	BLIP-CEVEST BEKASI
44	Draft: Resume of Social Welfare Programs in Indonesia	Gueci, Rizal
45	The Laws and Regulations of the Republic of Indonesia on the Employees' Social Security,, Bersama Menuju Mesa Depan Sejahtera	Jamsostek
46	Enhancement of Social Protection through the Social Security System's Restructuring in Indonesia, November 1999	Noriel, Carmelo
47	Indonesia: Strategies for Employment-Led Recovery and Reconstruction, ILO, October 1999	ILO
48	Restructuring of the social security system in Indonesia, ILO, December 1999	ILO
49	Indonesia Country Paper, ILO, September 1999	ILO
50	Indonesia's Recovery: Employment Optimism or Statistical Illusion?, ILO, October 1999	ILO
51	Indonesia: Restructuring of the Social Security System, December 1999	ILO
52	Buku Informasi Ketenagakerjaan, December 1999	Membangun Manusia Karya
53	Overview and Current Trends of the Indonesian Social Security System	Ministry of Health
54	Term of Reference: The Restructurization of the Manpower Social Security	Ministry of Manpower
55	Draft: Rancangan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor. Tahun 199. Tentang Repubahan Atans Undang-Undang nomor 3 Tahun 1992 Tentang Jaminan Sosial Tennaga Kerja	Ministry of Manpower
56	Perjanjian Kerjasama Antara Departemen Pendidikan Dan Kebudayaan Dan Departemen Tenaga Kerja Republik Indonesia	Ministry of Manpower
57	Sistim Keamanan Sosial Karyawan	PT. National Gobel
58	Towards a Social Security Reform: The Indonesian Case, November	Purwoko Bambang
59	Papers presented for the Workshop on the restructuring of the social security in Indonesia, November 16-17, 1999	
60	ILO's Experiences of the Application of Social Security Schemes in other Developing Countries, November 1999	Thompson, Kenneth

資料3 その他関連資料

(1) JICAへの支援要請リスト (保健省管理医療監督局)

REQUEST FOR JICA ASSISTANCE 2000-2001 (JPKM AND SOCIAL SECURITY DEVELOPMENT ACTIVITIES)

BACKGROUND

In its effort to help shape the social security scheme in Indonesia, the Ministry of Health has been promoting JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat). JPKM, stipulated in the Health Act No. 23/1992, is a prepaid scheme of health protection with built-in quality control and cost-containment mechanism. JPKM is also regarded as a major component of health development reform challenged by the poor conduct of quality and cost-effective health care.

The 1997 out-broken economic crisis has enforced the GOI to create a social safety net including health protection for the poor. The crisis has also brought new insight among the health authorities to accelerate the implementation of JPKM and to properly institutionalize the social safety net in the field of health. A health development vision of Healthy Indonesia by the Year 2010 is to be attained through 4 pillar strategy: JPKM, professionalism, decentralization, and health oriented national development. Consequently, a MOH special unit for JPKM was formed in mid-1999 to develop, regulate and supervise JPKM implementation nation-wide.

It is soon realized that assistance is needed for the adequate functioning of the JPKM unit and the JPKM phased-programme acceleration. This request is submitted to JICA responding to the result of JICA Social Security Study Team visiting Indonesia in February 2000.

OBJECTIVES

General objective:

To assist the JPKM programme development in 7 prominent provinces. (South Sulawesi, Jakarta, North Sulawesi, Bali, West Nusa Tenggara, Yogyakarta and Lampung).

Specific objectives:

1. To improve and maintain the capacity of health provider within the 7 provinces in delivering quality and cost effective care.
2. To improve the management capability of JPKM carriers in the 7 provinces.
3. To improve the JPKM regulatory and supervisory function of health authorities at central and 7 provinces.
4. To increase community awareness and participation in JPKM programme in 7 provinces towards universal coverage.


ACTIVITIES

1. **JPKM Manpower Development:**
 - a. Training and refresher training of health providers
 - b. Training and refresher training of JPKM carriers
 - c. Training of Central, Provincial and District JPKM Regulatory Officers
 - d. Training-workshop of professional associations, NGOs, parliamentarians, religious leaders and community leaders in JPKM.
 - e. Fellowship for longterm degree training in health care quality management, or financial management, or social marketing.
2. **Technical Assistance and Management Consultant Support for:**
 - a. Development of management information tools/instruments for accreditation of JPKM carriers' performance
 - b. Development of management tools/instruments for certification of health providers.
 - c. Development of regulatory (incentive and dis-incentive) measures for enhancing and sustaining JPKM membership participation.
 - d. Market research and development of audience friendly IEC material and media in JPKM social marketing.
 - e. Studies and Formulation of Mechanism to Institutionalize of Social Safety Net
3. **Development of Family Doctors:**
 - a. Equipment Support for Family Medicine Model Clinics for 14 state medical faculties and 23 private medical faculties.
 - b. Printing of Training Modules for practicing physician in Family Medicine
 - c. Workshop on Family Medicine Curriculum Development for undergraduate medical education.
 - d. Annual review on family doctors' development.
4. **Support for the Formation of JPKM Regulatory Units:**
 - a. Office equipment and computer networking for central, provincial and district JPKM Units
 - b. 10-Four and 10 two-wheel vehicles (3 central, 1 provincial each for 7 provinces) for central, provincial and district JPKM units
 - c. Printing of manuals: Rational drug use and standard medical care for JPKM health providers; JPKM Management Information System, JPKM-IEC Material and Media, JPKM Technical Report Series.

TARGET TIME SCHEDULE

Period	Central	S-Sula	Jakarta	N-Sula	Lampung	Yogya	Bali	West NT
2000	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c	4a,b,c
	1a,b,c	1a,b,c	1a,b,c	-	1a,b,c	1a,b,c	-	-
2001	1 d,e	1d,e	1d,e	1abcde	1d,e	1d,e	1abcde	1abcde
	2 abcde	2d	2d	2d	2d	2d	2d	2d
	3 bcd	3a	3a	3a	3a	3a	3a	3a

(2) SSN-IISで貧困層の世帯に交付される健康カード

 PEMDA KOTAMADYA DAIRI II BANDUNG DINAS KESEHATAN Jl. Supraman No. 73 Telp. 4203752 Bandung KARTU SEHAT		DAFTAR KELUARGA	
	Nama	Hub. Keluarga	Tgl. Lahir
Untuk Berobat ke			
Puskesmas			
No. Kartu			
Nama K.K.			
Tgl. Lahir			
Alamat			
Lurah/Kepala Desa			
	Kepala Puskesmas		
	Tanda Tangan K.K.		

(3) JPKM関連法律・政府規則等

JPKM
(JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN MASYARAKAT)
COMMUNITY'S HEALTH CARE SECURITY

1999

CONTENTS

1. Some regulations related to JPKM in RI s Law no. 23, 1992
2. Ministry of Health of Republic of Indonesia Regulation No: 571/Menkes/per/ vii 1993 on JPKM
3. Ministry of Health of Republic of Indonesia Regulation No: 527/Menkes/per/ vii 1993 on Health Care Package in Implementation of JPKM Program
4. RI Ministry of Health Decree No. 595/Menkes/SK/II/1993 On Standard of Medical Service
5. RI Ministry of Health Decree No. 149/Menkes/SK/II/1994 on The Health Care Quality Assurance Program Board of Adviser
6. RI Ministry of Health Decree No. 150/Menkes/SK/II/1994 on The Formation of *Pokjatap* (Permanent Working Group) Family Doctor Training in the Implementation of JPKM Program
7. RI Ministry of Health Decree No. 378/Menkes/SK/IV/1995 on Responsible Parties for Development and Advise JPKM Program in the Ministry of Health Office.
8. RI Ministry of Health Decree No. 56/Menkes/SK/I/1996 on The Family Doctor Development in the implementation of JPKM Program
9. RI Ministry of Health Regulation No. 568/Menkes/PER/VI/1994 on the Change on RI Ministry of Health regulation No. 571/Menkes/Per/VII/ 1993 on the Implementation of JPKM.
10. A Circular Letter of Directorate General of Binkesmas, Depkes No. 862/BM/DJ/BPSM/VIII/94 dated 1 August 1994 on PKK Payment with Capitation System
11. A Circular Letter of Directorate General of Binkesmas, Depkes No. 686/BM/DJ/BPSM/VI/1996 dated 4 June 1996 on Licensing of JPKM Corporate Provider.
12. A Circular Letter of Directorate General of Binkesmas, Depkes No. 1180/BM/03.01/XI/96 dated 18 November 1996 on Licensing of JPKM Corporate Provider.
13. RI Ministry of Health Decree No..

国家保健に関する 1992 年の第 23 号法からの引用文

国家保健法	解説
1 条 <理想的な健康状態に関する記述>	明確である
5 条 <健康維持における住民参加について>	明確である
10 条 <コミュニティの健康維持は、健康の増進、疾病予防、治療の努力及びリハビリテーションに対する取り組みを通して実現する>	コミュニティとは、個人および家族、コミュニティグループ、もしくは地域全体を意味する。疾病予防という見地において、ある種の病気のコントロールとは、その病気に罹患したりそれによって死亡したりする人を減少させる努力を意味する。
65 条 (1) 健康維持の活動は、政府およびコミュニティから供給される資金によって実施される	(1)節 明確である
(2) 政府は法律や規則に従ってコミュニティが実施する健康維持のための活動を支援する (特に社会的弱者グループを支援する)	(2)節 支援は、資金、設備、および人的資源の援助で構成される。社会的弱者グループとは、あらゆる方面において物理的または非物理的な事情が原因で潜在能力を改善する機会が少ないか全くない人々の集まりのことである。
66 条 (1) JPKM プログラムとは政府が支援するあらゆる健康維持の努力である	(1)節 あらかじめ行う努力とは、一定期間の健康維持サービスのパッケージに対する前払い制を意味する。Managed health care は、加入者の健康を維持する継続的努力および健康状態を改善する保健医療サービスを意味する。
(2) JPKM はコミュニティの健康維持を実現するための統合された手段であり、JPKM は各事業者にとって強制である	(2)節 JPKM は、個人、家族またはコミュニティグループに対する統合された managed health care である。JPKM は、持続可能でありまた品質が保証されているので、健康的なコミュニティ作りを成し遂げることができる。
(3) 事業者は法人格を有し、資格を取得する必要がある	(3)節 法人とは、政府所有企業、州政府所有企業、民間企業、収金者もしくは資金管理者としての協同組合のことである。事業者は保健医療サービス提供者および加入者、事業者自身を保護する資格を所有しなければならない。自発的な加入者の資格とはコミュニティが能動的に事業者を選択することができることを意味する。

<p style="text-align: center;">Part Six 健康管理 67条</p> <p>(1) 健康管理は政府およびコミュニティの両者によって実行されるべきである。そうすることで効率的効果的に実行することができる。</p>	<p>67条 (1)節 健康管理とは、主要な健康維持活動および健康維持活動に対する支援から成る。</p>
<p>(2) <運営範囲></p>	<p>(2)節 主要な健康維持活動は、保健情報システム (MIS) に支援された健康管理組織を通して運営される。そうすることでより効率的効果的な運営が可能となる。</p>
<p style="text-align: center;">68条</p> <p>政府による健康管理は、中央または地方レベルの保健医療部門及び他の政府機関によって実施される</p>	<p>68条 中央レベルの保健医療部門は保健省およびその職員から成る。他の政府組織は他の省庁の組織で構成され、地方レベルの組織は州政府の機関で構成される。</p>
<p style="text-align: center;">71条</p> <p>(1) コミュニティは、健康維持活動の実施及びその供給源への参加の機会を有する</p>	<p>71条 健康維持活動の実施は政府と国民の責務である。国民は単なる対象ではなく実施主体でもある。国民は、問題の調査から計画、実施、評価までの健康維持活動に参加する機会を有する。</p>
<p>(2) 政府は、コミュニティの自立を促し、刺激を与え、活性化させて、保健セクターに積極的に関わらせる</p>	<p>(2)節 政府は、便益を与え環境を整備することを通してコミュニティを自立させ、刺激を与えそして活性化させる必要がある。</p>
<p style="text-align: center;">第5章 罰則規定 80条</p> <p>(1) <15条に反した全ての者に対する処罰></p>	<p>80条 (1)節 明確である</p>
<p>(2) <JPKM プログラムを使用して不正な利益を得た者に対する処罰></p>	<p>(2)節 明確である</p>
<p>(3) <移植を不法に行った者に対する処罰></p>	<p>(3)節 明確である</p>
<p>(4) <以下のことを不法に行った者に対する処罰> a. 食物および飲料の配布 b. 医薬品の製造及び配布</p>	<p>b項 明確である</p>

JPKM プログラムの実施に関する
インドネシア共和国保健大臣令第 571 号/VII/1993

考慮すべき事項:

- JPKM プログラムを通じて保健衛生水準を最適にする努力の必要性
- JPKM のガイドラインを提供することの必要性

参照: < 関連法規及び規則 >

規定: JPKM プログラム実施に関する保健大臣令

第 1 章 総則

第 1 条 < JPKM プログラムの定義 >

第 2 章 JPKM プログラムの目的

第 2 条 < JPKM プログラムの目標および目的 >

第 3 条 < 統合的なパッケージである JPKM プログラムについて >

第 3 章 加入者および加入者資格

第 4 条 - 第 6 条 < 加入の方法 >

第 7 条 - 第 13 条 < 加入者の責任および加入者規則 >

第 4 章 健康維持

第 14 条 - 第 23 条

< 健康維持の定義、医療援助、加入者の権利、健康維持の予防対策について >

第 5 章 保健医療サービス提供者

第 24 条 - 第 31 条 < 健康維持サービス、医療施設、支払方法、品質保証基準に対する規則 >

第 6 章 JPKM 事業体

第 32 条 - 第 34 条

< JPKM 事業体の役割 >

第 35 条 - 第 40 条

< JPKM 事業体の資格及びプログラムの免許 >

第 41 条 - 第 44 条

< JPKM 事業体の組織 >

第 45 条 - 第 50 条

< JPKM 事業体の健康維持プログラムのアベイラビリティー及び改善 >

第 51 条 - 第 53 条

< 事業体の支店及びその運営方法 >

第 54 条 - 第 60 条

< 健康維持サービスのための資金供給と投資資金 >

第 61 条 - 第 66 条

< 加入者に対する事業体のサービス (= 加入者の利益) >

第 67 条

< 健康維持サービスの保証 >

第 68 条—第 70 条

<資金調達方法、前払いおよび人頭割り料金制度>

第 71 条—第 73 条 <他の事業体のプログラムとの調整、事業体のプログラムと進捗報告>

71 条

- (1) JPKM 事業体は、加入者が JPKM プログラムを複数所有する場合の健康維持パッケージの利用に関して、他の事業体と調整を図らなければならない。
- (2) 前節 で述べた調整については、契約書に明確に述べなければならない。また保険加入者に提供される情報と一致していなければならない。

72 条

- (1) 事業体は JPKM プログラム実施に関して記録と報告を作成しなければならない。
- (2) 第 1 節に述べられた記録には、下記の事項を含む
 - a.健康維持
 - b.財政管理
- (3) 第 1 節に述べられた報告には、下記の事項を含む
 - a. 月報
 - b.年報
 - c.半年毎の JPKM プログラム実施の評価報告書
 - d.拡張計画
 - e.必要とされる他の活動

73 条

72 条に述べられた記録と報告は保健大臣または必要に従い権限の与えられた役人に提出しなければならない。

第 7 章 援助及び監督

第 74 条—第 77 条

第 8 章 処罰

第 78 条—第 79 条

第 9 章 猶予期間

第 80 条

第 10 章 結び

第 81 条

健康維持パッケージに関する
インドネシア共和国保健大臣令第 527 号/1993

考慮すべき事項: <保健衛生水準を最適にする努力の必要性および JPKM プログラムの実施>

参照: <関連法規および規定>

規定: JPKM プログラムパッケージに関する保健大臣令

第 1 章 総則

第 1 条- 第 2 条 <JPKM プログラムの概略>

第 2 章 目的

第 3 条 <健康維持サービスの供給の目的>

第 3 章 健康維持サービスの内容及び分類

第 4 条- 第 7 条 <健康維持サービスパッケージの種類と内容>

第 8 条- 第 18 条 <健康維持サービスの種類>

第 4 章 健康維持サービスパッケージの実施

第 19 条- 第 21 条 <JPKM 事業体における規定>

第 22 条- 第 26 条 <健康維持サービスの財政的な事項、契約、サービスの価格、人頭割り料金制および臨時費に関する規定>

第 27 条- 第 28 条 <JPKM 事業体間の保証と調整>

第 5 章 援助及び監督

第 29 条- 第 33 条 <JPKM 事業体への援助と監督、保健医療サービス提供者の監督に関する作業手順および経営上の処罰>

第 6 章 罰則

第 34 条 <刑罰の適用>

第 7 章 猶予期間

第 35 条 <事業体は最新の規定に 2 年以内に従わなくてはならない(=猶予期間)>

第 8 章 結び

第 36 条

医療サービスの基準に関する
インドネシア共和国保健大臣決定書第 595 号/1993

考慮すべき事項： <公衆衛生および健康維持サービスの質の基準を、あらゆる努力により最適の状態で達成する必要性>

参照： 保健に関する 1992 年の第 23 号法

規定：

- 保健医療サービス提供者は最新の基準に従い医療サービスを提供しなければならない
- すべての健康維持サービスは、おのおののサービスの質の基準を満たさなければならない
- 医療施設はサービスの質の基準を監視し、（法律の制定後）1 年以内に最新の医療サービス基準に従わなくてはならない

健康維持品質保証プログラム顧問委員会に関する
インドネシア共和国保健大臣決定書第 149 号/1994

考慮すべき事項： <加入者の期待と専門的なサービスの道德基準を満たした品質プログラム改善を通して、保健衛生水準を最適にする努力の必要性並びに保健省の顧問委員会の必要性>

参照： <関連法および規定>

決定：

- 健康維持品質保証プログラムの顧問委員会に関する保健大臣の決定書
- 委員会は保健省職員等で構成される
- 委員会の職務と義務
- 他の政府機関、専門機関およびコミュニティーグループからの参加
- 保健省からの資金援助

付録
健康維持品質保証プログラム顧問委員会に関する
インドネシア共和国保健大臣決定書第 149/1994

<組織構造>

**JPKM プログラム実施における
家庭医トレーニングを支援するグループの構成に関する
インドネシア共和国保健大臣決定書第 150/1994**

考慮すべき事項:

- JPKM プログラムの改善に関する健康維持努力を通して、保健衛生水準を最適にする努力の必要性
- 家庭医のコンセプト、委託制度および将来予期される財務体系は家族の健康維持の一環として改善される必要がある
- 家庭医のトレーニングに関しての助言や支援を行うグループを設置する必要性

参照: <関連法および規定>

決定:

- 保健大臣決定書 <上記事項>
- 組織構造
- *Pokjatap* (家庭医のトレーニングに関して助言や支援を行うグループ) の職務と義務
- 他の政府機関、専門機関およびコミュニティーグループからの参加
- 保健省からの資金援助

PAGE 50—PAGE 53

**地域保健総局を JPKM の開発の責任者として任命する事についての
保健大臣決定書第 378/1995**

考慮すべき事項:

- JPKM プログラムの改善に関する健康維持努力を通して、保健衛生水準を最適にする努力の必要性
- 健康維持プログラムの新しい改善に対応するための責任者の再選考の必要性

参照: <関連法および規定>

決定

- 保健省内の責任者およびその責任
- 保健省からの資金援助
- 過去の規定の廃止

PAGE 54—PAGE 56

**JPKM プログラムの実施における家庭医の開発に関する
インドネシア共和国保健省決定書 56/1996**

考慮:

- 包括的で統合された健康維持活動を通して、公衆衛生水準を最適の状態にする必要性
- 健康維持サービスにおいて家庭医の果たす重要な役割について
- 最高の JPKM プログラムのサービスを提供する為に医師と健康維持サービスの両方を改善する必要性

参照： <関連法および規定>

決定：

- 家庭医の改善における進捗
- JPKM プログラムにおける家庭医の監督と開発の責任者

PAGE 57—PAGE 63

付録

JPKM プログラムの実施における家庭医の開発に関する インドネシア共和国保健省決定書 56/1996

1. 背景

- 理想的な個人およびコミュニティーの健康基準の記述
- インドネシアの人口統計学の背景
- 関連法規
- JPKM プログラムの実施の必要性

2. 家庭医の記述および活動範囲

- 家庭医とは
- インドネシアの家庭医の性質
- サービスの性質
- JPKM プログラム実施における家庭医の貢献
- 家庭医の責務
- 成功した家庭医の努力の指示

3. 家庭医の強化方法

- 関連法規
- 家庭医の質の改善
- 家庭医のコンセプトの促進
- 家庭医改善のためのカリキュラム開発
- 家庭医の JPKM プログラムに対する貢献

4. 最終確認

- 家庭医は JPKM プログラム実施に不可欠な部分である

PAGE 64—PAGE 68

JPKM プログラム実施における家庭医の教育および訓練のガイドライン

1. まえがき

- ・ 1992年の第23号法によると、JPKMプログラムとは、インドネシアにおいて健康維持サービスの運営および提供をするための理念である
- ・ 家庭医の存在および家庭医のJPKMプログラムへの貢献

2. トレーニングの目的
3. 家庭医の参加
4. 期待される能力
5. トレーニングプログラムの資料
6. トレーニングの方法と進行

PAGE 69—PAGE 73

インドネシア共和国保健大臣令第 568 号/1994

JPKM プログラムの実施に関する
インドネシア共和国保健大臣令第 571 号/1993 の改訂

考慮すべき事項: <JPKM プログラム実施を行うには環境の支援が必要である>

参照: <関連法および規定>

決定: <JPKM の加入者および JPKM 事業体、資金の供給に関する前法律の条項の改訂>

PAGE 75—PAGE 76

付録

人頭割り制度の専門的な指針に関する
地域保健総局長からの回覧文
1994年8月1日

- ・ 人頭割り料金についての記述および人頭割り料金制度、JPKM 事業体、健康維持の費用、資金供給
- ・ 人頭割り料金の算出に関する基礎的な事項
- ・ 人頭割り料金制度の利益

PAGE 77—PAGE 78

地域保健総局長から
インドネシアの 27 州の保健省地方局へ宛てた回覧文
(1996年6月4日)

JPKM 提供者の統合体に JPKM のプログラムを運営する為の資格を与える事務所について
<資格取得の仕方>

PAGE 79

目録: 月刊人頭割り料金算出例

PAGE 80—PAGE 84

JPKM プログラム供給者に資格を与える評価チームについての
保健大臣令第 1252 号/1995 の改訂条項
保健大臣令第 724 号/1998

考慮すべき事項: <公衆衛生水準を最適の状態にするためには、包括的で且つ資格があり持続可能な JPKM プログラムの実施を必要とする>

参照: <関連法および規定>

決定:

- 評価チームの編成
 - 評価チームの職務と責務
 - 保健省の資金援助
-

PAGE 85

地域保健総局長から
インドネシアの 27 州の保健省地方局へ宛てた回覧文
(1994 年 8 月 1 日)

人頭割り料金制度の専門的なガイドラインについての添書
「保健省の地方局が保健医療サービス提供者の代わりに PT ASKES および PT ASTEK と支払方法について折衝を行う際に、このガイドラインが手助けとなるように期待する。」

PAGE 86

公衆衛生指導総局長から
インドネシア 27 州の保健省地方局へ宛てた回覧文
(1996 年 11 月 18 日)

JPKM 事業体の資格
JPKM 事業体

1. Introduction

2. Methodology

3. Results and Discussion

4. Conclusion

5. References

6. Appendix

7. Acknowledgements

8. Author Biographies

9. Contact Information

10. Index

11. Glossary

12. Declaration of Interest

13. Funding

14. Data Availability Statement

15. Ethics Statement

16. Supplementary Materials

17. Notes

18. Correspondence

19. Copyright and Permissions

20. Disclaimer

21. Terms and Conditions

22. Privacy Policy

23. About Us

24. Contact Us

25. Sitemap

26. Privacy Policy

27. Terms and Conditions

28. Disclaimer

29. Copyright

JICA