

## 第1節 インドネシア共和国（Republic of Indonesia）

### 社会保障施策

全国民を対象とした新たな社会保障制度を整備する「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」が公布されていたが、その施行の第一段階として、2014年1月に BPJS Health が設置された。

しかし、国民皆保険化は2019年まで先送りされたほか、施行直前に、保険料率など施行に当たっての必要な決定が相次いでなされるなど、新制度の国民への説明が不十分との指摘もある。

#### 1 社会保障制度の概要

全国民を対象とした社会保障制度は整備されておらず、業種ごとに異なる組織が制度を運営している（労働者向けの労働者社会保障制度、貧困者向けの医療保険制度、公務員及び軍人・警察向けの医療保険及び年金制度など）。また、福祉サービスについては、児童、高齢者、障害者、貧困者等に対する支援策が個別に存在している。なお、介護保険制度はない。

社会保障制度を統一し、全国民を対象とした新たな制度を整備するため、2004年に「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」が公布された。しかし、具体的な運用方法等の結論が得られず、施行されていなかったが、2011年10月に本法律を実施するための社会保障実施機関法案が国会で可決され医療保険制度は2014年1月より施行された。

#### 2 社会保障制度等

##### (1) 労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）

###### イ 制度の概要

労働者向けの総合的な社会保障制度であり、労働者社会保障株式会社（PT.JAMSOSTEK）により運営されている。現在の制度は、1992年の法律等に基づき、労災補償、老齢給付、死亡給付及び医療保険から成り立っている。労災補償、老齢給付及び死亡給付は強制加入である一方、医療保険は任意加入であり、本制度より良い保障を会社が提供している場合には加入しなくてもよいことになっている。

###### ロ 財源

労災補償、死亡給付及び医療保険は雇用主が全額負担、老齢給付は雇用主及び労働者の負担となっており、労災補償は業種に応じて固定給の0.24～1.74%、死亡給付は固定給の0.3%、医療保険は既婚者が固定給の6%、未婚者が固定給の3%、老齢給付は雇用主が固定給の3.7%、労働者が固定給の2.0%となっている。

###### ハ 制度の対象者

10人以上の従業員を雇用している事業者又は労働者に月額100万ルピア以上の給与を払っている事業者は、従業員を本制度に加入させる義務がある。2010年では、約22.5万の事業者、約3,170万人の労働者が対象であり、保険料を支払っていたのは約13.4万の事業者（対象企業の約6割、約934万人）であった。医療保険については任意加入のため、約215万人の労働者（対象者の約6.8%）、家族を含めた被保険者としては約498万人しか加入していない。

###### ニ 給付内容

(イ) 労災補償 障害に応じた補償金が給付される。

(ロ) 老齢給付 積立制であり、労働者は55歳に達した時点等に給付を受ける権利が発生し、積み立てた保険料及びその利子が一括又は最長5年間の分割で支給される。

(ハ) 死亡保障 労働者の死亡時に定額の埋葬料及び見舞金が支給される。

(ニ) 医療保険 労働者及び家族（配偶者及び21歳以下の未就労、未婚の子供3人まで）に対して入院及び外来診療、分娩、薬剤などが給付される。ただし、対象となる医療サービスの範囲が限られている。

###### (2) 年金制度

公務員及び軍人・警察向けの年金制度はあるが、国民

中国

韓国

インドネシア  
（社会保障施策）

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

皆年金とはなっていない。

公務員向けの年金制度である公務員貯蓄保険基金 (TASPEN) (実施機関 PT.TASPEN) と軍人・警察向けの軍人社会保険 (ASABRI) (実施機関 PT.ASABRI)

は、事実上強制加入の制度であり、財政方式は保険方式である。民間の労働者向けには、労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) の老齢給付があるが、退職一時金 (一括又は最長5年間の分割) の給付である。

表 5-1-11 年金制度

名称	公務員貯蓄保険基金 (TASPEN)	軍人社会保険 (ASABRI)	労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)
根拠法	1963年政令第9号及び第10号、1969年法律第11号	1966年法律第6号、1971年政令第44号	労働者社会保障法 (1992年法律第4号)
制度体系	1) 退職一時金を受け取る制度 (退職給付) と、2) 毎月年金を受け取る制度 (年金給付) の二つがあり、どちらにも事実上強制的に加入する。		積立制の退職一時金 (実質的には失業保険として機能) であり、年金制度ではないが、参考として記載。
運営主体	PT. TASPEN	PT. ASABRI	PT. JAMSOSTEK
被保険者資格	公務員	軍人、警察官	民間被用者 (一部強制)、自営業者 (任意)
年金受給要件	支給開始年齢	1) 退職又は死亡時 2) 定年 (56歳定年) 後	原則 55歳
	最低加入期間	—	5年以上拠出した加入者が6ヶ月以上失業状態にあるときにも引き出すことが可能
	その他	—	—
給付水準	1) 最終給与×16.5 2) 0.025×加入年数×最終給与 (月額)		保険料の元利合計 (5年有期年金化可能)
繰上 (早期) 支給制度	20年以上加入者は50歳から受給可能		障害、死亡、海外移住、失業の際に引き出し可能
年金受給中の就労	—		—
財源	保険料	計 8% 1) 月額給与の 3.25% 2) 月額給与の 4.75%	1) 月額給与の 3.25% 2) 国家予算
	国庫負担	年金の約 8割が国庫負担	なし
その他の給付 (障害、遺族等)	障害年金	—	障害年金とは異なるが、労災補償がある。(本人拠出しなし、使用者拠出 0.24~1.74%)
	遺族年金	最終給与×0.36	遺族年金とは異なるが、死亡給付として1000万ルピアと葬儀料200万ルピア (本人拠出しなし、使用者拠出 0.30%)
実績	受給者数	加入者数 456万人 (2011年)	加入者数 116万人 (2010年)
	支給総額	—	—
	基金運用状況	一時金給付と年金給付を別会計で運用。2011年の資産額は退職一時金4012億円、年金4012億円。2011年の資産ポートフォリオは、退職一時金については、債券76.6%、預金13.9%、株式等9.5%、年金については、債券64.4%、預金35.2%、直接投資等0.1%	2010年の資産は約2656億円、利回りは10.13%

### (3) 医療保障制度

(1) の労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) のほか、貧困者向けの制度 (JAMKESMAS)、公務員向けの医療保険制度 (ASKES)、軍人及び警察向けの医療保険制度 (ASABRI)、地方政府による貧困者向けの制度 (JAMKESDA) などがあるが、国民皆保険制度とはなっていない。医療保険の加入率に関しては様々な統計があるが、保健省の統計によれば、2012年では国民の63%が加入しており、その内訳は JAMKESMAS

が32.37%、JAMKESDA が13.98%、ASKES 及び ASABRI が7.29%、JAMSOSTEK が2.36%、その他民間保険が8.99%である。全国民の約3.5割が保険制度に加入していない無保険者となっている。

貧困者に対する医療扶助制度はこれまで様々な政策が実施されてきたが、2005年1月から貧困者向けの医療保障制度が整備され、公務員向け医療保険制度の実施機関である PT.ASKES が運営することになった。本制度は当初「貧困者医療保健 (ASKESKIN)」と呼ばれてい

## 第5章

### [東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向 (インドネシア)]

たが、2008年より、PT.ASKES を経由して支払っていた方式から政府が直接病院へ支払う方式へ変更し、名称も「健康保障制度 (JAMKESMAS)」となった。

JAMKESMAS では一定の医療サービスが無償で受けられ、初期医療としては保健所及びその関連施設 (保

健所支所、地域助産所、村保健ポスト等)、高度医療としては病院で受診可能となっている。

JAMKESMAS に対する政府予算は、2005年の制度開始以降年々増加しており、2005年は2.1兆ルピア、2007年では4.6兆ルピア、2010年は5.1兆ルピアであった。

表 5-1-12 医療制度

概要	1968年、公務員(退職者含む)とその家族を対象として設置された医療給付制度。		1992年、国により設置された民間企業と国営企業の従業員を対象とする社会保障制度。		2005年に導入された国による社会健康保障制度。		2008年、JAMKESMAS に含まれない低所得者の救済を目的として設立された地域社会保障制度。		JAMSOSTEK の保障内容が魅力に乏しいため、大企業は従業員に対する福利厚生の一環として、民間保険会社と契約することが多い。保険料及び自己負担については保険会社により異なる。		
名称	公務員医療給付制度 (ASKES)	軍人医療給付制度 (ASABRI)	労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)	健康保障制度 (JAMKESMAS)	地域健康保障制度 (JAMKESDA)	民間医療保険					
根拠法	国家公務員の保健及びその家族の年金受給に関する大統領決定 (1968年第230号) 年金受給の国家公務員、退役軍人、独立開拓者とその家族の保健に関する政府規則 (1991年第69号)		労働者の社会保障に関する法律 (1992年第3号)		貧困者のための保健プログラム運営におけるASKES社業務に関する保健大臣決定 (2004年第1241号)						
運営主体	PT.ASKES、国軍		PT.JAMSOSTEK		PT.ASKES (被保険者管理) 国 (支払送金)		県・市など		民間企業		
被保険者資格	公務員、軍、警察の現役及び退職者(強制加入) ※1993年以降、民間の大企業(100人以上の従業員)も任意で加入可		民間企業(労働者10人以上の企業又は1ヶ月の賃金総額が100万ルピア以上の企業)の労働者(強制加入) 小さな企業で働く労働者や自営業者も任意で加入可能 ※同等以上の民間の医療保険に加入している場合には加入が免除される		貧困者(社会保障)		貧困者(社会保障)		契約内容次第(任意加入)		
給付対象	本人、配偶者、21歳未満の子2人まで		本人、配偶者、21歳未満の子3人まで		貧困者		貧困者		契約内容次第		
給付の種類	・入院・外来、薬、メガネ(本人のみ)、出産、救急医療 ・主に公的病院へのアクセス ・高ランク公務員は病院の1等室、その他と家族は2等室に入院可能(定期健康診断や不妊治療、エイズ治療、自殺等は対象外)		・入院・外来、薬、メガネ(本人のみ)、出産、救急医療 ・公的病院又は民間病院へのアクセス(初診医指定) (がんや透析などの重大疾病が免責のほか、定期健康診断や不妊治療、エイズ治療、自殺等は対象外)		・入院・外来、薬、メガネ(本人のみ)、出産、救急医療 ・主に公的病院へのアクセス ・病院の3等室に入院可能(定期健康診断や不妊治療、エイズ治療、自殺等は対象外)		JAMKESMAS と同様		契約内容次第(入院を基本、外来や出産は特約、入院で発生した治療費や手術費などを支払う。) 初診医指定の必要なく、アクセスも自由である場合が多い。(定期健康診断や既往症、不妊治療、エイズ治療、自殺等は対象外)		
本人負担割合等	自己負担あり(50%前後)		基本的には自己負担なし(医療費基準を超える場合は自己負担)		なし		なし		発生した費用が支払われる		
財源	保険料	月収の2%(本人負担分)		雇用者が負担(未婚者は月給の3%、既婚者は月給の6%)		なし		なし		契約内容次第	
	政府負担	月収の2%(政府負担分)		なし		1人当たり毎月5,000Rp.を政府が拠出		県・市などが運営		なし	
実績	加入者数	1,700万人(2010年)		約500万人(2010年)		7,640万人(2010年)		3,200万人(2010年)		1,500万人(2010年:民間企業による従業員対象の福利厚生分) 290万人(2010年:その他個人での加入者)	
	支払総額	加入者1人当たり毎月約3万ルピアの費用が掛かっている。		-		政府予算約5.1兆ルピア(2010年)		-		-	

中国

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 保健医療サービス

##### イ 病院

2012年の病院数は総計2,083施設（ベッド数231,432床）。病院の設立別内訳は、公的病院（軍・警察病院、非営利病院含む）1,540施設、私立病院543施設である。（2011年は総計1,721施設（国公立826施設、私立895施設）。）病院の機能に応じて、総合病院と専門病院に分かれている。なお、病院施設数の変動については、政府が医療提供体制の拡充に努めており総数が増加しているとともに、昨年まで私立病院の扱いであった非営利の民間病院を、本年より公的病院として集計がなされていることによるものである。

##### (イ) 総合病院

総合病院は1,608施設（ベッド数203,768床）あり、公的病院1,240施設、私立病院368施設である。総合病院はA～Dのクラスに分類されており、Aクラスは多くの専門科を有し、高度な診療を行う病院、Dクラスは総合診療科が中心の病院である。

なお、クラス別の内訳は、Aクラス病院56施設（ベッド数20,282床）、Bクラス病院255施設（ベッド数63,297床）、Cクラス病院630施設（ベッド数72,880床）、Dクラス病院415施設（ベッド数24,836床）、クラスのない病院727施設（ベッド数50,137床）である。

##### (ロ) 専門病院

専門病院は475施設（ベッド数27,664床）あり、公的病院が300施設、私立病院が175施設である。主なものは母子関連病院169施設、産科病院94施設、精神病院53施設である。

##### ロ 保健所

県や市が運営する保健所（Puskesmas、プスケスマス）は、初期医療の中心的役割を担っており、住民に対する予防活動、健康教育、治療、分娩等を行っている。2012年には全国に9,510施設（人口10万人当たり3.89施設）ある。保健所はベッドを有する施設もあり、有床の保健所は3,152施設（全体の33.8%）である。

保健所は施設によって規模が異なるが、医療従事者と

して医師（1施設当たり1.87人）、看護師（1施設当たり11.13人）、助産師（1施設当たり10.77人）等が配置されている。

保健所へのアクセス改善のため、保健所支所、巡回保健所、地域助産所（Polindes）/村保健ポスト（Poskesdes）（後述）なども整備されており、保健所の機能を補完している。保健所の下部組織である保健所支所は医薬品供給も担っており、2010年では全国に23,049施設ある。巡回保健所は自動車や船を用いて遠隔地での巡回診療や母子保健活動を実施している。

#### ハ コミュニティー運営の保健施設

村レベルで運営される保健施設としては、村保健ポスト（Poskesdes）、地域助産所（Polindes）、統合保健ポスト（Posyandu）などがある。

統合保健ポスト（Posyandu）は、インドネシア独自のシステムとして、村レベルで運営される簡易保健施設又はその活動を意味するものであり、月に1回活動を行い、5つの優先課題として、母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種、下痢対策に関する保健サービスを実施している。現在、統合保健ポストは276,392施設（村当たり3.57施設）（2012年）とされている。

近年では、コミュニティ運営の保健施設を強化するために、保健サービスのインフラを備えた村保健ポストを村レベルで整備する政策があり、これまで村レベルで母子保健サービスや分娩を行っていた地域助産所がより上位の施設として村保健ポストへ移管している。現在、村保健ポストは全国54,142施設ある。

#### 二 医療従事者

##### (イ) 医療従事者の種類

医師、歯科医師、薬剤師、助産師、看護師、栄養士、歯科衛生士、放射線技師、臨床検査技師、作業療法士などの職種がある。多くの職種は日本のような国家試験制度や免許制度はなく、大学や専門学校を卒業した時点で資格を取得したことになるが、2007年から医師国家試験を開始した。

##### (ロ) 医療従事者数

保健省によると、特に地方の病院に勤務する人材の情

中国

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

報が完全でないことや、保健人材の情報管理に関する信頼できるシステムが構築されていないことから、保健人材全体を把握できておらず、正確なものはないとされている。

保健人材開発委員会によると、2012年では、医師64,697人（専門医27,333人を含む）、歯科医師11,826人、看護師235,496人、助産師126,276人、薬剤師31,223人、その他97,904人とされている。

ホ 医療費の動向

World Bank の統計によると2011年の医療費総額は約230億ドルと見積もられており、国民1人当たりの医療費は95.0米ドル（2009年は65.0米ドル）、総医療費における政府支出は34.1%である。総医療費の対GDP比は2.7%（2011年）であり、他の多くのASEAN諸国が3%以上であるのに対してインドネシアは低い状況である。

(2) 公衆衛生の現状

イ 人口動態

(イ) 人口関連

2012年の総人口（推計）は244,775,797人であるが、国土の約7%しか占めないジャワ島（首都ジャカルタがある島）に人口の約6割が集中している。年齢別割合（2012年）は、0-14歳が28.87%、15-64歳が66.08%、65歳以上が5.05%となっており、日本の昭和40年前後と同様の割合である。

2010年の合計特殊出生率は2.1、人口増加率は1.5%（2000-2010年）であり、毎年約350万人増加していることになる。

(ロ) 平均寿命

インドネシア政府による公表ベースでは2011年の平均寿命は、69.65歳となっている。

（World Bank の統計によると70.4歳（男性68.4歳、女性72.5歳）となっている。）

(ハ) 死亡率

2007年の死亡率は人口千人当たり6.9であり、全年齢における主要な死因は以下のとおりとなっている。

（2010年の死亡率は人口千人当たり7.0である。）

経済発展に伴い、生活様式も変化しており、高血圧や糖尿病など生活習慣病の患者も多くなっている。

表 5-1-13 主要な死因

(単位：%)		
	死因	割合 (%)
1	脳卒中	15.4
2	結核	7.5
3	高血圧	6.8
4	怪我 / 事故	6.5
5	周産期の死亡	6.0
6	糖尿病	5.7
7	がん	5.7
8	肝臓疾患	5.1
9	虚血性心疾患	5.1
10	下気道疾患	5.1

ロ 母子保健指標

情報源により多少数値が異なっているが、保健省の統計によれば、新生児死亡率、乳児死亡率、5歳未満児死亡率及び妊産婦死亡率は以下のとおりである。基本的には年々改善傾向にあるが、妊産婦死亡率においては、2012年で増加となったことから、保健省が懸念を示しているところである。（10代女性の妊娠・出産率が9.5%であり、若年結婚の増加も妊産婦死亡率の原因の一つと見られている。）また、出産時に専門技能者（医師、助産師）が立ち会う割合は85%（2010年）である。

表 5-1-14 母子保健指標

年	1991	1994	1997	2002-03	2007	2012
新生児死亡率 (対 1,000 出生)	32	30	26	20	19	19
乳児死亡率 (対 1,000 出生)	68	57	46	35	34	32
5歳未満児死亡率 (対 1,000 出生)	97	81	58	46	44	40
妊産婦死亡率 (対 100,000 出生)	425 (1992年)	390	334	307	228	359

ハ 主要感染症の動向

(イ) HIV/AIDS

アジアで最も感染が拡大している国の一つとして考えられており、2012年の推定感染者数は、591,823人と推計されている。新規のHIV感染者数は2012年で21,511

中国

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

中国

人となっており、ジャカルタ特別州、パプア州、東ジャワ州に多い。

AIDS に関しては、全国33州のうち2004年は14州からしか報告がなかったが、2012年では33州に広がっている。AIDS 患者の累計報告数は、2013年3月11日現在42,887人（2004年は2,682人）である。死亡率は低下傾向にあり、2012年で3.17%となっている。2012年の新規報告者数は5,686人であり、男女比は、男性が51.6%、女性が33.0%、性別不明が15.4%であり、男性が多く割合を占めているが女性の割合は増加傾向にある。年齢別では、30-39歳が31.9%、20-29歳が25.2%とこれらの年齢で半数以上を占めている。

HIV/AIDS の感染原因としては、異性間の性行為が77.8%、薬物の注射が9.16%、母子感染が3.8%であり、過去には、インドネシアの特徴として薬物の注射の割合が高かったが、異性間の性行為にシフトしてきている。

注射による薬物常用者、セックスワーカー、男性同性愛者など、HIV 感染リスクが高いグループの感染率は5%を超えているとの報告もある。また、女性の HIV 感染者が増加していると推定されており、母子感染による子供の感染者増加が予想されている。

(D) マラリア

マラリア発生数（陽性患者数）は、2011年には422,477例であったが、2012年には417,819例と若干の減少。発生率は2005年の4.10（人口千人あたり）から2012年は1.69と減少しているが、地域差が大きい。首都ジャカルタのあるジャワ島やバリ島ではほとんど発生しておらず、東部インドネシア地域で多く、特に多いのはパプア州（60.6）、西パプア州（52.3）、東ヌサトゥンガラ州（19.4）である。

(H) 結核

2012年の報告数は202,301人であり、結核高蔓延国である。男女別では男性120,142例（59.4%）、女性82,159例（40.6%）となっている。塗抹陽性患者発見率は22%（2000年）から61%（2012年）に改善している。また、治療成功率は90.2%（2012年）となっている。

(C) ハンセン病

2012年の新規患者は16,123人で、世界でも患者数が多い国の一つとなっている。新規患者の発生率は年間で10万人あたり6.6人（2012年）の水準で、高発生率の地域も認められる。（10万人あたり10人の水準を超える地域もある。）また、患者に対する差別への対策も行われている。

(ホ) デング熱

患者数は年々増加傾向にあり、報告数は51,516人（2003年）から156,086人（2010年）、人口10万人当たりの罹患率は23.87（2003年）から65.7（2010年）となっていたが、2011年は、報告数が65,725人、人口10万人当たりの罹患率は27.67人と減少した。2012年には90,245人の患者が報告（人口10万人当たりの罹患率は37.11人）され、816人が死亡した。致死率は1.5%（2003年）から0.90%（2012年）に改善している。2010年に特に発生が多かったバリ州（337.0→75.42）、ジャカルタ特別州（227.4→68.32）で減少傾向が認められるものの、地域差は依然大きい。（括弧内は2010年、2011年の人口10万人当たりの罹患率）。

(ハ) 鳥インフルエンザ

2005年7月に国内最初の鳥インフルエンザ（H5N1）感染例が確認されて以降、現在も引き続き発生している。2013年9月までの累計感染者数は194人、うち162人死亡であり、世界で最も多い感染者数となっている。2012年の感染者数は9人（すべて死亡）、2013年の感染者（9月まで）は2人（いずれも死亡）である。

(ト) 狂犬病

2012年には全国33州のうち24州で報告されており、狂犬病による死亡は122人（2008年）、195人（2009年）、206人（2010年）、182人（2011年）、137人（2012年）である。特にバリ州では2008年末に初めて狂犬病による死亡が報告されて以降、狂犬病による死亡の報告が増加していたが（2008年4人、2009年28人、2010年82人）、狂犬病対策を行った結果、2011年は23人、2012年は8人に減少した。

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

二 喫煙率

喫煙に対する年齢制限は法令で規制されていない。保健省の統計によれば、2010年の15歳以上の喫煙率は34.7%（毎日喫煙28.2%、時々喫煙6.5%）である。また、喫煙を開始した年齢は、5-9歳1.7%、10-14歳17.5%、15-19歳43.3%、20-24歳14.6%、25歳以上8.2%であり、多くの未成年者の喫煙が見受けられる統計となっている。

また、保健省の発表によると、2011年の男女別喫煙率は、男性67.0%、女性2.7%であり、中所得国家中で最大となっている。

4 公的扶助制度

貧困率（政府が消費支出をもとに貧困ラインを毎年定めて算出。2012年の場合1人当たり月間所得259,520ルピア以下が貧困層。）は24.2%（1998年）、16.7%（2004年）、11.7%（2012年）と年々減少しており、2012年9月時点で約2,859万人が貧困層とされている。貧困ラインの120%以内にある貧困予備軍が約5,700万人（人口の約24%）との政府発表（2011年7月）もある。また、他の指標として、1日の所得が1.25ドル以下の割合は18.7%（2009年）、2ドル以下の割合は50.6%（2009年）であり、貧困層には該当しないものの、収入が少なく貧しい人々は依然として多い状況であるといえる。このような貧困層に対して、我が国の生活保護制度のような公的扶助制度は整備されていない。

現在、「希望ある家族プログラム（Program Keluarga Harapan）」が試験的に実施されており、妊婦又は18歳以下の子供を有する貧困世帯に対して、1世帯当たり年額60万～220万ルピアが支給される。本制度は単に手当を給付するだけではなく、必要な母子保健サービスや義務教育を受けることが条件となっている。具体的には、妊婦及び6歳未満の子供は母子保健サービスの受診、6歳以上の子供は小学校又は中学校（15歳以上はこれらに相当する教育機関）に通学させることが必須要件となっており、社会省が雇用したスタッフが支給対象世帯を訪問して随時確認している。

本制度は、予算に限りがあることや州政府での制度の理解が必要なため、2007年に全国33州のうち7州を対象に開始された後、次第に対象州が拡大され、2010年は20州が対象となっている。

5 社会福祉施策

(1) 社会福祉政策全般

福祉分野を主に担当している社会省が、国家が優先的に支援すべき対象者を「社会問題保有者」として分類しており、特定の障害、困難等により社会的機能を果たせず、十分かつ適切に生活ニーズを満たせない個人、家族、コミュニティを指すものである。

具体的には、1) 身寄りのない5歳以下の児童、2) 身寄りのない児童（5歳以上）、3) 罪を犯すおそれのある児童、4) ストリートチルドレン、5) 社会経済的に危うい女性、6) 暴力行為の被害者、7) 身寄りのない高齢者、8) 障害者、9) 風俗業従事者（売春婦）、10) 物乞い、11) ホームレス、12) 元受刑者、13) 薬物中毒被害者、14) 貧困家庭、15) 不適切な家に住む家庭、16) 社会的・精神的問題を抱えた家庭、17) 孤立したコミュニティ、18) 自然災害被害者、19) 社会的災害者（難民）、20) 身寄りのない移民労働者、21) HIV/AIDS患者、22) 経済的に危うい家庭と分類されており、それぞれに対して各種支援策が行われている。

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

(2) 高齢者保健福祉施策

2010年時点での65歳以上の割合は全人口の5.0%（約1200万人）である。都市部においても家族の絆が強く残っており、高齢者ケアのほとんどは家族に任されている。そのため高齢者福祉は、身寄りのない高齢者、障害を持つ高齢者など恵まれない高齢者を主たる対象としている。なお、社会省の統計では、身寄りのない高齢者は1,644,002人（2011年）となっている。

高齢者福祉のうち施設が提供するサービスは、通常の福祉サービス、日帰り用のサービス、医療が併用されるサービス、トラウマを持つ高齢者向けのサービス、職員が自宅へ訪問する在宅サービス、一定期間滞在する療養サービスが含まれる。高齢者施設は237施設であり、その内訳は、社会省管轄2施設、地方政府管轄70施設、民間165施設（2010年）となっている。

中国

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

中国

韓国

インドネシア  
(社会保障施策)

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

**(3) 障害者保健福祉施策**

「障害者に関する法律（1997年法律第4号）」に基づき、機会均等、リハビリテーション、社会的援助、社会福祉水準の維持に関する施策を実施している。機会均等とは、社会インフラへのアクセス、教育、労働面における機会均等である。リハビリテーションには、医療リハビリテーション、教育リハビリテーション、社会リハビリテーション、職業リハビリテーションがある。社会的援助とは、リハビリテーションの対象となりうる障害者への金銭等の給付をいい、社会福祉水準の維持とは、リハビリテーション措置の対象となり得ない障害者に対する金銭等の付与をいう。なお、社会省の統計では、障害者は1,544,184人（2010年）となっている。

2006年以降、重度障害者に対しては財政支援を行っており、一定の条件を満たす重度障害者は毎月300,000ルピアが支給される制度があり、2009年の受給者は17,000人（30州）、2010年は20,000人（全33州）を見込んでいる。障害者の総数を踏まえると、政府予算が限られていることや障害の程度を検証するデータ収集システムの理由により財政支援は極めて限定的なものとなっている。

**(4) 児童福祉政策**

社会省では、保護すべき児童として、身寄りのない児童（5歳未満299,127人、5歳以上2,250,152人）、罪を犯すおそれのある児童（198,578人）、ストリートチルドレン（109,454人）を挙げている（合計：約286万人（2010年））。これらの社会的環境に恵まれていない児童が、適切に生活し、正しく成長できるために、1箇所の子社会開発センター（SDC）及び15箇所の児童社会保護施設（RPSA）があり、社会福祉向上に取り組んでいる。RPSAは全国33州のうち13州にあり、7施設が州政府、1施設がコミュニティー、7施設が社会省により運営されている。

**6 近年の動き・課題・今後の展望等……**

現在の社会保障制度は、全国民を対象としておらず、各制度も保障内容が様々であることから、全国民を対象とした新たな社会保障制度を整備するため、「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」が制定された。

本法律は、医療保険、労災補償、老齢給付、年金、死亡給付を一括した全国民を対象とする社会保障制度である。

法律は制定されたものの、現在制度ごとに実施機関が分かれており（PT.JAMSOSTEK、PT.TASPEN、PT.ASABRI、PT.ASKES）、これらの機関の扱いや新たな実施機関設立の必要性も含め、具体的な運用方法に関して結論が得られていなかったが、2011年10月に本法律を実施するための社会保障実施機関法案が国会で可決された。

この法律では、法律に基づく非営利の公共事業体として社会保障実施機関（BPJS）を設置し、BPJSは医療保険の業務を担当する「医療保険実施機関（BPJS Health）」と労災補償、老齢給付、年金及び死亡保障の業務を担当する「雇用実施機関（BPJS Employment）」から構成され、既存の機関はこれらの機関に移行することとなる。また、BPJS Healthによる医療保険制度は2014年1月1日、BPJS Employmentによる労災補償、老齢給付、年金及び死亡保障制度は2015年7月1日までに実施することとされている。

今回の法律により新たな社会保障制度の実施主体が具体的に規定され、施行に向けて大きな前進となったが、インドネシアの全国民約2億4千万人をカバーする制度を構築するためには、国民からの費用徴収の方法、貧困者への対応、皆保険制度の前提となる医療提供体制の整備など様々な課題への検討が必要である。現在、政府により鋭意その取組みが進められているところであり、2012年末から2013年初頭にかけて施行に向けたロードマップや大統領令が示されたところではある。

医療保険制度は2014年1月より施行はなされたが、被保険者のカバーは2019年までかけて徐々に行われていくこととされるなど、皆保険制度の実施が事実上先送りにされたほか、施行直前に、保険料率など施行に当たっての必要な決定が相次いでなされるなど、新制度の国民への説明が不十分との指摘もある。



## 第5章

[東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向（インドネシア）]

表 5-1-15 医療保険新制度（2014年1月施行）

名称	SJSN Health	
根拠法	国家社会保障制度に関する法律（2004年法律第40号）	
運営主体	医療保険実施機関（BPJS Health）	
被保険者資格	全国民（貧困者、雇用主、従業員等）、6ヶ月以上インドネシアで働く外国人	
給付対象	本人、配偶者、21歳未満（公的な教育を受けている場合25歳未満）の家族	
給付の種類	入院・外来、薬、出産、救急医療等（詳細は、投薬基準や保健サービス料金に係る大臣令で規定された内容がカバーされる。）	
本人負担割合等	原則無料とされているが、自己負担に関する旧制度間の調整がまだできていない状況。	
財源	保険料	1) 公務員、軍人、警察官等 月給の5%分の保険料を雇用者側と被保険者が支払う（雇用者側：3%、被保険者：2%） 2) その他の賃金労働者 a) 2015年6月30日まで 月給の4.5%分の保険料を雇用者側と被保険者が支払う（雇用者側：4%、被保険者：0.5%） b) 2015年7月1日以降 月給の5%分の保険料を雇用者側と被保険者が支払う（雇用者側：4%、被保険者：1%） 3) 非賃金労働者及び非労働者 サービス給付を希望する病室の等級により保険料が異なる（第3級：Rp.25,500、第2級：Rp.42,500、第1級：Rp.59,500） 4) 年金受給者 受け取る基本年金と家族手当の5%分の保険料を政府と年金受給者が支払う（政府：3%、年金受給者：2%） 等
	政府負担	貧困者に対しては政府が負担。 1人当たり毎月 Rp.19,225
実績	加入者数	当初は既存保険制度からの移行であり、2019年までに全国民をカバーすることを目指すとしている。
	支払総額	施行直後のためデータなし

中国

韓国

インドネシア  
（社会保障施策）

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム