

第2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」に基づき、その施行の第一段階として、2014年1月にその運営主体である「医療保険実施機関」(BPJS Health)が設置され、医療保険制度が開始された。

しかし、国民皆保険化は2019年まで先送りされたほか、新制度の準備や国民への説明が不十分なまま開始されたことから、現在、改善が行われつつある。

1 社会保障制度……………

(1) 概要

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²、2004年に「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」が公布されたものの、長期にわたり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。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、その施行の第一段階として、2014年1月にBPJS Healthが設置され、医療保険制度が施行された。ただし、国民皆保険化は事実上2019年まで先送りされたほか、保険料率など施行に当たっての必要な決定が施行直前に相次いでなされる等、新制度の準備や国民への説明が不十分なまま開始されたことから、現在、制度運用しながら改善が行われつつある。

また、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が、2014年10月時点で決定事項はない。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。

(2) 医療保障制度

2014年1月にBPJS Healthが設置され、BPJSを運営主体とする医療保険制度（SJSN (Sistem Jaminan Sosial Nasional) Health）が開始された。この制度においては全国民（6ヶ月以上インドネシアで働く外国人を含む。）を対象とし、加入者は窓口負担を原則無料で医療を受けることができる。職種や給付を希望するサービスによって（表5-1-17参照）保険料が異なり、地方政府による貧困者向けの制度（JAMKESMAS）から移行した者に対しては政府負担がされている。

ただし、制度開始時には国民皆保険制度を目指していたものの、2019年までに全国民にカバー率を広げることとされ事実上の先送りがなされ、現時点での本保険制度への加入者数は1.27億人とされている（この他に民間保険に加入している者もいるが、全国民の約3割超が無保険者となっている。）。また、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等、上述の課題をはじめとする新制度の準備や国民への説明が不十分なまま開始された（例えば、1次医療から高次医療へ進んでいく紹介システムが未だ検討段階で手続きが定まっていない、加入者IDカード発行までの期間が長すぎる、実際に診療に対応できる施設が少ない、患者の増加に対応できず受診拒否の事例がある等の各種トラブルを抱えている。）ことから、現在、こうした課題についてホットラインを設けるなどし、制度運用しながらの改善が行われつつある。

制度の概要は表5-1-17のとおりであるが、これまで企業の福利厚生において民間保険に加入していた者にとっては給付水準が落ちるケースもあり、差額医療費を支払ってでも追加サービスを受益したい旨の要請に対応すべく、制度施行後には民間保険会社と協力し、給付調整（COB (Coordination of Benefit)）プログラムを新た

■1) 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）」から構成される。
 ■2) それまでは、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た（労働者向けの労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）、貧困者向けの医療保険制度（JAMKESMAS）、公務員向けの医療保険（ASKES）、軍人・警察向けの医療保険（ASABRI）及び年金制度など）。

表 5-1-17 医療保障制度の概要

名称	SJSN Health (※2014年1月施行の医療保険新制度)	
概要	現在、これまでの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。しかしながら、具体的な運用方法等の結論が得られず、本法律は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、2014年1月に施行された。 しかしながら、被保険者のカバーは2019年までかけて徐々に進めら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、施行直前の2013年末に、保険料率やカバー範囲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、新制度の準備や国民への説明が不十分なまま開始されたことから、現在、制度運用しながら改善が行われている。	
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、大臣令での規定内容をオーバーした差額は自己負担となる。	
財源	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 (自らのリスクのもとで働く或いは事業を行う者) 及び非労働者 (投資家、雇用主等) 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 (ただし、保険料算定の上限が定められており、配偶者+子ひとりの場合の非課税所得額の2倍 (Rp4,725,000/月) を月給の算定上限として保険料が算出される。)	
	政府負担	貧困者に対しては政府が負担 1人当たり1ヶ月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、約1.27億人が加入しているとされている。
	支払総額	施行直後のためデータなし

に運用開始した。当該プログラムは、保険会社の提供するプランに加入することで、①医療保険制度への加盟病院で治療を受ける際、差額ベッド代等を民間保険で賄うことが可能となる、②医療保険制度への加盟病院でない病院であっても、保健省と契約しているCOBプログラム病院で治療を受ける際、入院時において、保険会社が一度費用を立て替えた上で、BPJSの給付水準の内容はBPJSからカバーされる (BPJSの給付水準を超えた部分のカバーについては、それぞれの保険会社との契約次第。外来受診は対象外。) である。

(3) 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、強制加入である労災補償、老齢給付、死亡給付から成り立っている。

医療保険部分については、上述の医療保険制度改革により新医療保険制度に統合された、2014年1月よりBPJS Healthに移管された。

ロ 財源

労災補償、死亡給付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%、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。

表 5-1-18 年金制度の概要

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	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(2014年9月末)	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	5.7%(事業主3.7%、被用者2.0%)
	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%	

二 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。

(4) 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。

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

2 公衆衛生施策

(1) 保健医療サービス

イ 病院

2013年の病院数は総計2,228施設（ベッド数278,450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）1,562施設、私立病院666施設である（2012年は総計2,083施設（公的1,540施設、私立543施設）であり、医療保険制度の施行とともに医療提供施設の整備も急ピッチで進められている。）。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ほか、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。

クラス別の内訳は、Aクラス病院57施設（ベッド数25,042床）、Bクラス病院293施設（ベッド数85,781床）、Cクラス病院741施設（ベッド数93,536床）、Dクラス病院517施設（ベッド数35,400床）、クラスのついていない病院620施設（ベッド数38,691床）である。

(イ) 総合病院

1,725施設（ベッド数245,340床）あり、公的病院1,277施設、私立病院448施設である。

(ロ) 専門病院

503施設（ベッド数33,110床）あり、公的病院が285施設、私立病院が218施設である。主なものは母子関連病院159施設、産科病院99施設、精神病院51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。2013年には全国に9,655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3,317施設（全体の34.4%）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1.84人）、看護師（1施設当たり11.99人）、助産師（1施設当たり10.58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、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）等がある。

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280,225施設（村当たり3.35施設）（2013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54,731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、作業療法士等の職種がある。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。

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

保健人材開発委員会によると、2013年では、医師78,607人（専門医36,746人を含む）、歯科医師11,857人、看護師288,405人、助産師137,110人、薬剤師40,181人、その他125,494人とされている。

ホ 医療費の動向

World Bankの統計によると、2012年の医療費総額は約266億ドルと見積もられており、国民1人当たりの医療費は107.7米ドル（2009年は65.0米ドル）、総医療費における政府支出は39.6%である。総医療費の対GDP比は3.0%（2012年）である。

(2) 公衆衛生の現状

イ 人口動態

(イ) 人口関連

2013年の総人口（推計）は248,422,956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28.88%、15-64歳が66.08%、65歳以上が5.04%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2012年の平均寿命は、69.87歳となっている（World Bankの統計によると70.6歳（男性68.6歳、女性72.69歳）となっている。）。

(ハ) 死亡率・有病率

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。）。

また、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おり、保健省の統計（2013年）では高血圧の有病率（18歳以上）は、診断に基づくくと9.4%、測定のみに基づくくと25.8%であり、糖尿病は医師の診断に基づく者と症状のある者

で2.1%、医師の診断のみに基づくくと1.5%である。

表 5-1-19 主要な死因（2007年）

	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

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（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 5-1-20 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

資料出所：インドネシア保健省

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2013年で29,057人となっており、ジャカルタ特別州、パプア州、東ジャワ州、西ジャワ州に多い。

AIDS患者は、2004年では全国33州のうち14州にしか

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

みられなかったが、2013年では33州³全てに広がっている。AIDS患者の累計報告数は、2013年で52,348人(2004年は2,682人)である。死亡率は低下傾向にあり、2013年で1.67%となっている。2013年の新規報告者数は5,608人であり、男女比は、男性が55.1%、女性が29.7%、性別不明が15.2%であり、男性が多くを占めている。年齢別では、30-39歳が26.0%、20-29歳が25.3%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(2013年)としては、異性間の性行為が78.0%、薬物の注射が9.3%、母子感染が2.6%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、男性同性愛者等、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。

(ロ) マラリア

マラリア発生数(陽性患者数)は、2012年には417,819例であったが、2013年は343,527例と減少している。発生率は2005年の4.10(人口千人当たり)から2013年は1.38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(42.65)、西パプア州(38.44)、東ヌサトゥンガラ州(16.37)である。

(ハ) 結核

2013年の報告数は196,310人であり、結核高蔓延国である。男女別では男性117,444例(59.8%)、女性78,866例(40.2%)となっている。塗抹陽性患者発見率は22%(2000年)から81%(2013年)に大きく改善している。また、治療成功率は90.49%(2013年)となっている。

(ニ) ハンセン病

■3) インドネシアにおいては2013年より北カリマンタン州が設置され全34州となっているが、2013年の統計においては33州ベースで集計が行われている。

韓国

2013年の新規患者は16856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10万人当たり6.79人(2013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。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人と減少したものの、2012年には90,245人、2013年には112,511人の患者が報告(2013年の人口10万人当たりの罹患率は45.85人)され、871人が死亡した(2013年)。

一方で、致死率は1.5%(2003年)から0.77%(2013年)に改善している。地域差は依然大きく、人口10万人当たりの罹患率は、2013年ではバリ州(168.48)、ジャカルタ特別州(104.04)、ジョグジャカルタ特別州(95.99)、東カリマンタン州(92.37)で高くなっている。

(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。2014年9月までの累計感染者数は197人、うち165人死亡であり、世界で最も多い感染者数となっている。2013年の感染者数は3人(すべて死亡)、2014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

2013年には全国33州のうち23州で報告されており、ここ5年間の狂犬病による死亡は195人(2009年)、206人(2010年)、184人(2011年)、137人(2012年)、119人(2013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

(社会
保障
施策)
インドネシア

マレーシア

フィリピン

シンガポール

タイ

ベトナム

年82人)、狂犬病対策を行った結果、2011年は23人、2012年は8人、2013年は1人に減少した。

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。

3 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。2013年の場合1人当たり月間所得292,951ルピア以下が貧困層。）は24.2%（1998年）、16.7%（2004年）、11.7%（2012年）、11.5%（2013年）と年々減少しており、2013年で約2,855万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2ドル以下の割合は43%（2011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。

2014年9月現在、「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、2011年時点では944,704世帯が対象となっている。

4 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(341,458人)、②身寄りのない児童(5歳以上)(1,677,780人)、③罪を犯すおそれのある児童(146,228人)、④ストリートチルドレン(135,983人)、⑤社会経済的に危うい女性(1,135,528人)、⑥暴力行為の被害者(848,219人)、⑦身寄りのない高齢者(2,296,425人)、⑧障害者(1,250,780人)、⑨風俗業従事者(売春婦)(50,276人)、⑩物乞い(178,262人)、⑪ホームレス(18,599人)、⑫元受刑者(108,819人)、⑬薬物中毒被害者(418,048人)、⑭貧困家庭(30,018,980人、7,504,736世帯)、⑮不適切な家に住む家庭(4,451,807世帯)、⑯社会的・精神的問題を抱えた家庭(200,230世帯)、⑰孤立したコミュニティ(603世帯)、⑱自然災害被害者(1,153,720人)、⑲社会的災害者(難民)(259,436人)、⑳身寄りのない移民労働者(40,883人)、㉑HIV/AIDS患者(16,688人)、㉒経済的に危うい家庭(1,218,724世帯)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(括弧内は社会省統計による該当者・世帯数(2012年))。

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等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1,200万人）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、障害を持つ高齢者等恵まれない高齢者を主たる対象としている。

中国

韓国

インドネシア
(社会福祉政策)

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

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。

(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及び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。

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⁴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る。2012年の受給者は19,500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、罪を犯すおそれのある児童、ストリートチルドレンを挙げている。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。2010年時点で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、7施設が社会省により運営されている。

5 近年の動き・課題・今後の展望等……

インドネシアにおいては、2014年の総選挙にて政権交代がなされ、同年10月にジョコ・ウィドド新大統領が就任し、今後、具体的な施策の方向性について検討がなされていくこととなる。

医療保険、年金等を含む社会保障制度改革も道半ばであり、今後、インドネシアの全国民約2億4千万人をカバーする社会保障制度を運用していくためには、医療提供体制を含むインフラの整備、医療水準の向上はもちろんのこと、持続的な制度としていくための予算の確保や保険料の配分、そして、特にインフォーマルセクターをはじめとした加入の促進のための取組みなど、山積している課題にどう対応していくのか、また、新政権においては、貧困対策にも重点が置かれていることから、今後、既存の公的扶助・社会福祉施策がどう改革されていくのかについて、注視していく必要がある。

■4) 車いす、目や耳が不自由等の重度障害