

第1節 インドネシア共和国 (Republic of Indonesia)

社会保障施策

「国家社会保障制度に関する2004年法律第40号」に基づき、2015年7月、労働社会保障制度（実施機関：BPJS Employment¹⁾）として、労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障が開始された。

しかし、実施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、企業説明会を開催する等、改善が行われている。

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が成立し、その施行の第一段階として、2014年1月に「医療保険実施機関」(BPJS Health³⁾)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ている。

労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障制度が、2015年7月1日から開始されたが、関係法令が同年6月30日に施行される等、制度の準備や国民への周知不足のまま開始されている。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が、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1参照) 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。

しかし、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、2015年9月時点での本保険制度への加入者数は1.52億人とされている (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、無保険者の存在を始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が、各種説明会の開催やホットラインを設ける等、制度運用しながらの改善が行われている。

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

■1) 労働社会保障実施機関 (BPJS Employmentインドネシア名: BPJS Ketenagakerijaan) は、労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障の業務を担当する機関。
 ■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)。
 ■3) 非営利の公共事業体として社会保障実施機関 (BPJS) を設置、「医療保険実施機関 (BPJS Healthインドネシア名: BPJS Kesehatan)」は、医療保険業務を担当する機関。

中国

韓国

インドネシア
(社会保障施策)

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

表 5-1-17 医療保障制度の概要

名称	SJSN Health (Sistem Jaminan Sosial Nasional Program Jaminan Kesehatan)
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
実績	加入者数 既存保険制度からの移行後であり、約1.52億人が加入（2015年10月2日現在）。
	支払総額 41,286,906百万ルピア（2014年4月21日現在）

資料出所：BPJS-Kesehatan HP

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) 労働社会保障制度

イ 制度の概要

2015年7月1日から新しい労働者向けの総合的な労働社会保障制度が労働実施機関（BPJS Employment⁴）において実施されている。BPJSは、社会保障実施機関に関する法律2011年第24号に基づき設立された公共事業体である。

現在の制度は、2004年の国家社会保障制度に関する法律に基づき、強制加入である労災補償、死亡保障⁵、老齢保障⁶及び年金保障⁷から成り立っている。

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

ロ 財源

労災補償、死亡保障は雇用主が全額負担、老齢保障及び年金保障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%、死亡保障は固定給の0.3%、老齢保障は雇用主が固定給の3.7%、労働者が固定給の2.0%、年金保障は雇用主が固定給の2.0%、労働者が固定給の1.0%（段階的に8.0%に引き上げ予定⁸。）となっている。

ハ 制度の対象者

労災補償、死亡保障及び老齢保障は、国政機関以外の事業者の下で働く労働者及び非賃金受領者（事業者、雇

■4) 労働社会保障実施機関（BPJS Employmentインドネシア名：BPJS Ketenagakerjaan）は、労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障の業務を担当する機関。
 ■5) 労災保障と死亡保障プログラム実施に関する政令2015年第44号
 ■6) 老齢保障制度実施に関する政令2015年第46号
 同上政令の改正に関する政令2015年第60号
 老齢保障給付の支払い手順と要件に関する労働大臣規則2015年第19号
 ■7) 年金保障制度実施に関する政令2015年第45号
 ■8) 第28条4項及び第5項により、経済状況を考慮しつつ早く3年で評価を行い段階的に引き上げるとしている。

中国

用関係以外の労働者等)が対象であり、外国人は、6か月以上インドネシアで働く者が対象となっている。年金保障は国政機関並びに民間労働者が対象であり、外国人については加入義務がない。

BPJS Employmentの被保険者数は、老齢保障が約1,760万人(2015年9月現在⁹⁾)となっている。

収入を与えることで、被保険者或いは相続人が適正な生活レベルを維持することを目的としているのに対し、老齢保障は労働者の収入手段が途絶えた際に、資金確保の確実性を与え、生活を支えることを意図している。

保険料は雇用主が固定給の2.0%、労働者が固定給の1.0%(段階的に8.0%に引き上げ予定。)となっている。

韓国

二 給付内容

(イ) 労災補償

医療サービス及び見舞金が規定されており、障害に応じた補償金が給付される。(詳細は「労働施策」を参照)

(ロ) 老齢保障

積立制であり、労働者は56歳¹⁰⁾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時金として支給される。

老齢保障は、10年以上の加入年数を有する場合、定年準備として一部を供与することができる(使用目的により老齢保障額の30%あるいは10%の限度あり)。

また、仕事を辞めた場合(自主退職、解雇及びインドネシアを永久離国)は、年齢にかかわらず加入期間に応じて一時金として支給される。

(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。

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

(4) 年金制度

2015年7月から公務員及び軍人・警察等並びに民間労働者を対象とした年金制度が実施されている。

年金保障の形態は、老齢年金、障害年金、寡婦・寡夫年金、遺族年金があり、老齢年金の満期年齢は、2018年までは56歳であるが、2019年1月1日以降、57歳となり、65歳に達するまで、以降3年ごとに1年加算される。

老齢年金給付は、老齢満期年齢に達し、180か月相当、15年以上の加入年数がある場合に支給される。

年金保障が老齢年齢、恒久的全身障害或いは死亡後に

シンガポール

タイ

■9) 資料出所：BPJS Employment

■10) 政令2015年第46号により2015年7月1日から適用。従前は55歳で受給権が発生した。

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 5-1-18 年金保障・老齢保障制度の概要

名称		労働社会保障制度（Ketenagakerjaan） ※表は年金保障、老齢保障のみ記載				
根拠法		国家社会保障制度に関する法律2004年法律第40号、年金保障制度実施に関する政令2015年第45号				国家社会保障制度に関する法律2004年法律第40号 老齢保障制度実施に関する政令2015年第46号 同上政令の改正に関する政令2015年第60号 老齢保障給付の支払い手順と要件に関する労働大臣規則2015年第19号
運営主体		BPJS Employment（インドネシア名：BPJS Ketenagakerjaan 労災補償、死亡保障、年金保障及び老齢保障の業務を担当）				
被保険者資格		公務員及び軍人、警察官等並びに民間労働者が対象				左記及び非賃金受給者（自営業者等）も対象
保障制度		年金保障				老齢保障給付（一時金）
年金給付の形態		老齢年金	障害年金	寡婦・寡夫年金	遺族年金	—
外国人の加入規定		※ 現在、政令準備中				6か月以上インドネシアで働く外国人は対象
年金受給要件	支給対象	老齢満期年齢（56歳） ※2019年1月1日以降、老齢満期年齢は57歳となり、65歳に達するまで、以降3年ごとに1年加算される	老齢満期年齢に達する前に恒久的全身障害を負った時に支給	死亡した被保険者の妻又は夫に支給	死亡した被保険者の子又は親に支給	老齢満期年齢（56歳）、恒久的全身障害、死亡時に支給
	支給要件	老齢満期年齢に達し、180か月相当、15年以上の加入年数がある場合に支給	加入年数が15年未満の場合、支払い遵守率80%以上で定期的に支払っていること、及び障害になった原因が年金登録から1か月以降に発生した	老齢満期年齢前に死亡し、加入年数が15年未満の場合、1年以上の被保険者、及び支払い遵守率80%以上で定期的に支払っている	老齢満期年齢前に死亡し、加入年数が15年未満の場合、1年以上の被保険者、及び支払い遵守率80%以上で定期的に支払っている	10年以上の加入年数を有する場合、定年準備として一部を供与することが可能（使用目的により老齢保障額の30%あるいは10%の限度あり）
	支給終了	被保険者が死亡した時点で終了	死亡あるいは恒久的全身障害の定義を満たさなくなった時点で終了	寡婦・寡夫が死亡あるいは再婚した時点で終了	子が23歳に達する、就労あるいは結婚した時点で終了	—
年金給付の計算方法		1) 年金給付計算式（1%に加入年数を掛け、12か月で割り、加入年数期間の年間賃金の加重平均値を掛け、12で割ったもの）に基づき計算 2) 以降、毎年については、前年の年金給付額に指数を掛けたもので計算				—
年金給付限度額		年金給付額は、最低月額30万ルピアから最高月額360万ルピア（前年のインフレ率に基づき毎年調整）				—
繰上（早期）支給制度		—	—	—	—	仕事を辞めた際（自主退職、解雇及びインドネシアを離国）に引き出し可能
給付水準		—	—	1) 年金受給前に死亡した場合、年金給付計算式の50% 2) 年金受給後に死亡した場合、老齢年金又は障害年金給付の50%	1) 年金受給前に死亡し、寡婦・寡夫がいない場合、年金給付計算式の50% 2) 年金受給後に死亡し、寡婦・寡夫がいない場合、老齢年金又は障害年金給付の50%	納付済の保険料の積立て分に運用益を足したものを給付
財源	保険料	1か月の賃金の3%（事業主2%、被用者1%）（段階的に8.0%に引上げ予定。）				1か月の賃金の5.7%（事業主3.7%、被用者2%）
	国庫負担	—				—
実績	加入者数	—				1,760万人（2015年9月現在）
	支給総額	—				—
	基金運用状況	施行直後のためデータなし				198兆ルピア（2015年9月現在）

中国

韓国

インドネシア
（社会保障施策）

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

2 公衆衛生施策

(1) 保健医療サービス

イ 病院

2014年の病院数は総計2,408施設（ベッド数269,791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）1,601施設、私立病院807施設である（2013年は総計2,228施設（公的1,562施設、私立666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60施設（ベッド数25,125床）、Bクラス病院308施設（ベッド数76,955床）、Cクラス病院803施設（ベッド数93,787床）、Dクラス病院537施設（ベッド数33,827床）、クラスのついていない病院700施設（ベッド数40,097床）である。

(イ) 総合病院

1,855施設（ベッド数236,610床）あり、公的病院1,310施設、私立病院545施設である。

(ロ) 専門病院

553施設（ベッド数33,181床）あり、公的病院が291施設、私立病院が262施設である。主なものは母子関連病院235施設、産科病院113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。2014年には全国に9,731施設（人口10万人当たり3.60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3,378施設（全体の34.7%）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1.83人）、看護師（1施設当たり10.72人）、助産師（1施設当たり10.52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。統合保健ポストは289,635施設（村当たり3.51施設）（2014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。村保健ポストは全国55,517施設（2014年）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。

保健人材開発委員会によると、2014年では、医師87,781人（専門医46,994人を含む）、歯科医師12,502人、

中国

韓国

インドネシア
（社会保障施策）

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

看護師237,181人、助産師124,948人、薬剤師30,408人、その他83,874人とされている。

ホ 医療費の動向

World Bankの統計によると、2013年の医療費総額は約269億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39.0%である。総医療費の対GDP比は3.1%（2013年）である。

(2) 公衆衛生の現状

イ 人口動態

(イ) 人口関連

2014年の総人口（推計）は252,124,458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。

2013年の合計特殊出生率は2.3、人口増加率は1.5%（2000-2010年）であり、毎年約370万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2013年の平均寿命は、70.07歳となっている。

(World Bankの統計によると70.8歳（男性68.8歳、女性72.8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2014年で32,711人となっており、ジャカルタ特別州、東ジャワ州、西ジャワ州、パプア州に多い。

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

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

みられなかったが、2013年までには33¹¹⁾州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

発生数(陽性患者数)は、2012年には417,819例であったが、2014年は252,027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2014年は1.00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(29.57)、西パプア州(20.85)、東ヌサトゥンガラ州(12.81)である。

(ハ) 結核

2014年の報告数は176,677人であり、結核高蔓延国である。男女別では男性106,451例(60.3%)、女性70,226例(39.7%)となっている。塗抹陽性患者発見率は22%(2000年)から70.08%(2014年)と大きく改善している。また、治療成功率は81.3%(2014年)と前年の90.49%(2013年)より低下し、WHOの示す標準的治療成功率を下回っている。

(ニ) ハンセン病

2014年の新規患者は16,131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10万人当たり6.40人(2014年)の水準で、高発生率の地域も認められる。(西パプア州で60.29人など、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、再び上昇傾向を示し、2013年には112,511人、2014年には100,347人の患者が報告(2014年の人口10万人当たりの罹患率は39.80人)され、907人が死亡した(2014年)。

一方で、致死率は1.5%(2003年)から0.90%(2014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、2014年ではバリ州(204.22)、東カリマンタン州(135.46)、北カリマンタン州(128.51)、西カリマンタン州(111.05)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。2015年9月までの累計感染者数は199人、うち167人死亡であり、エジプトに次いで世界で2番目に多い感染者数となっている。2014年の感染者は2人(いずれも死亡)、2015年の感染者(8月末まで)は2人(いずれも死亡)である。

(ト) 狂犬病

2014年には全国33州のうち24州で報告されており、ここ5年間の狂犬病による死亡は206人(2010年)、184人(2011年)、137人(2012年)、119人(2013年)、81人(2014年)である。特にバリ州では2008年末に初めて狂犬病に

■11) 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。

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、2013年は1人、2014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、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孤立したコミュニティ（603世帯）、⑰自然災害被害者（1,153,720人）、⑱社会的災害者（難民）（259,436人）、⑲身寄りのない移民労働者（40,883人）、⑳HIV/AIDS患者（16,688人）、㉑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1200万人）である。都市部においても家族の絆が強く残っ

中国

韓国

インドネシア
(社会保障施策)

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

中国

韓国

(社会保障施策)
インドネシア

マレーシア

ミャンマー

フィリピン

シンガポール

タイ

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。

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、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¹²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、正しく成長できるように、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……………

(1) 社会保障制度改革

医療保険、年金等を含む社会保障制度改革が開始されたが、今後、インドネシアの全国民約2億5千万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、医療水準の向上を始め、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、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など、山積している課題にどう対応していくのか、また、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。

(2) 煙害（ヘイズ）

2015年6月中旬以降、スマトラ島などにおける大規模な野焼きや森林火災が発生源と見られる煙害により、同国及び周辺諸国で深刻な大気汚染が引き起こされ、健康被害を受けた人数は11万人に上った。

政府は特に被害が深刻なスマトラ島の6つの州で、煙害を理由に仕事に従事することができなくなった住民に対し、1人当たり90万ルピア（約62米ドル）の金銭援助を行うとしている。

(3) 酒類の販売禁止

若年層による飲酒が増加傾向にあり、若年者の健康を守ることを目的として、2015年4月から売り場面積が400平方メートル未満のコンビニ等で酒類の販売を禁止した。

しかし、小売業界の反発等により、この規制は緩和される見通しである。

■12) 車いす、目や耳が不自由等の重度障害