

## 第2章 インドネシア共和国 (Republic of Indonesia)

### 第7節 社会保障施策

医療保険制度に係る財政負担が特に大きな問題となっている。この問題の解消のため、保険料の値上げが2020年1月に実施された。

#### 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<sup>1</sup>、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 Health<sup>2</sup>) 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、制度運用しながらの周知啓発が行われている。

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実施された。その後、企業説明の開催等により状況の改善が図られており、2016年10月から適用拡大、徴収強化に向けた取組を一部地域において試験実施し、その結果を基に2017年11月から全国展開している。

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。

#### (1) 所管省庁等

社会保障は労働省 (Kementerian Ketenagakerjaan)、保健・医療施策は保健省 (Kementerian Kesehatan)、社会福祉・障害者対策は社会省 (Kementerian Sosial) がそれぞれ所管している。

#### 2 社会保障制度

---

<sup>1</sup> 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)。

<sup>2</sup> 非営利の公共事業体として社会保障実施機関 (BPJS) が設置されており、医療保険実施機関 (BPJS Health インドネシア名: BPJS Kesehatan) はそのうちの医療保険業務を担当する機関。

(1) 医療保険制度

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か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 2-7-1 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。

2022年での本保険制度への加入者数は2億4877万人とされており、2020年1月に保険料の引き上げが行われたが、保険料の未納や設定金額の低さのため資金不足が深刻化している。

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 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。) ものである。

表 2-7-1 医療保険制度の概要

名称	SJSN Health (Sistem Jaminan Sosial Nasional Program Jaminnan 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、インドネシア名: BPJS Kesehatan)	
被保険者資格	全国民 (貧困者、雇用主、従業員等)、6か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 (公的な教育を受け続けている場合は25歳未満) の家族	
給付の種類	入院・外来、薬、出産、救急医療等 (具体的には、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	保険料	1) 公務員、軍人、警察官等 月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 4%、被保険者: 1%) 2) その他の賃金労働者 月給の5%分の保険料を雇用主側と被保険者が支払う (雇用主側: 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 (VVIP、VIP、第1級~3級に分かれている)

		により保険料が異なる。本制度では第1級～3級までの利用を希望する病室のグレードに合わせて保険料を選択できる（第3級：42,000ルピア、第2級：100,000ルピア、第1級：150,000ルピア）  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（1,200万ルピア/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42,000ルピア
実績	加入者数	約2億4877万人が加入（2022年現在）
	収入総額	148兆1329億ルピア（2022年）
	支払総額	130兆3882億ルピア（2022年）

資料出所：BPJS Health HP

注：本編作成時の公開値に基づき記載

## （2）労働社会保障制度（労災補償、死亡保障、老齢保障及び失業保障並びに年金保障）

### 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社会保障実施機関（BPJS Employment）において実施されている。

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<sup>3</sup>、老齢保障<sup>4</sup>、失業保障<sup>5</sup>及び年金保障<sup>6</sup>から成り立っている。

### ロ 財源

労災補償及び死亡保障にかかる保険料は雇用主が全額負担、老齢保障及び年金保障については雇用主及び労働者の負担、失業保障は雇用主と政府の負担となっており、保険料率はそれぞれ、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%、失業保障は雇用主が固定給の0.24%、政府が固定給の0.22%負担となっている。

### ハ 制度の対象者

労災補償、死亡保障、老齢保障及び失業保障は、国政機関以外の雇用主の下で働く労働

<sup>3</sup> 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

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> 失業保障制度実施に関する政令 2021 年第 37 号

<sup>6</sup> 年金保障制度実施に関する政令 2015 年第 45 号

者及び非賃金受領者（事業者、雇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。失業保障は、国政機関以外の雇用主の下で働く労働者が対象であり、外国人については加入義務がない。年金保障は国政機関及び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。

## ニ 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3（8）」を参照）

### (ロ) 死亡保障

労災事故以外の理由による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。

### (ハ) 老齢保障

積立制であり、労働者は56歳<sup>7</sup>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運用益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先行して受給することができる（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。

老齢保障の被保険者数は、約1,750万人（2022年12月末現在<sup>8</sup>）となっている。

### (ニ) 失業保障

労働者が失業した際に、失業前24か月のうち少なくとも12か月は保険料を支払っている場合に、最長で6か月の間、現金給付（最初の3か月間は月給の45%、次の3か月間は月給の25%）が支給される。（詳細は「労働施策2（6）」を参照）

### (ホ) 年金保障

年金保障の形態は、老齢年金、障害年金、寡婦・寡夫年金及び遺族年金があり、老齢年金の満期年齢は、2018年までは56歳であったが、2019年1月1日以降は57歳、2022年1月1日以降は58歳となり、65歳に達するまで、以降3年ごとに1歳ずつ加算される。

老齢年金給付は、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。

<sup>7</sup> 政令2015年第46号。従前は55歳で受給権が発生した。

<sup>8</sup> 資料出所：BPJS Employment Integrated Report(2022)

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ことに対して、年金保障が老齢年齢、恒久的全身障害又は死亡後に収入を与えることで、被保険者又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。

年金保障の被保険者数は、約 1,401 万人（2022 年 12 月末現在<sup>9</sup>）となっている。

表 2-7-2 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				
保障制度	年金保障				老齢保障（一時金）
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、失業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				民間労働者及び非賃金受給者（自営業者等）も対象
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	-				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（58 歳） ※2022 年 1 月 1 日以降、満期年齢は 58 歳となり、65 歳に達するまで、以降 3 年ごとに 1 歳ずつ加算される	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 ※[老齢満期年齢に達した]は退職した被保険者を含む

<sup>9</sup> 資料出所：BPJS Employment Integrated Report(2022)

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こと	老齢満期年齢前に死亡し、加入年数が15年未満の場合、1年以上加入しており支払い遵守率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年以上加入しており支払い遵守率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、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363,300ルピアから最高月額4,357,900ルピア（2022年時点。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	1)年金受給前に死亡し、寡婦・寡夫がない場合、年金給付計算式の50% 2)年金受給後に死亡し、寡婦・寡夫	納付済の保険料の積立分に運用益を足したものを給付

			年金又は 障害年金 給付の 50%	がない場 合、老齡年 金又は障害 年金給付の 50%	
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	14,010,523人（2022年12月末現在）		17,502,783人（2022年12月末現在）	
	支給総額	6,494億ルピア（2022年12月末現在）		43.25兆ルピア（2022年12月末現在）	
	基金運用 状況	128.47兆ルピア（2022年12月末現在）		410.32兆ルピア（2022年12月末現在）	

資料出所：BPJS Ketenagakerjaan

注：本編作成時の公開値に基づき記載

### 3 公衆衛生施策

#### (1) 保健医療サービス

##### イ 病院

2022年の病院数は総計3,072施設である（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67施設、Bクラス病院436施設、Cクラス病院1,622施設、Dクラス病院918施設、クラスのついていない病院29施設である。

##### (イ) 総合病院

2,561施設あり、政府系病院1,058施設、私立病院1,503施設である。

##### (ロ) 専門病院

511施設ある。主なものは母子関連病院（産科含む）、精神病院、外科病院、眼科病院である。

##### 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。2022年には全

国に 10,374 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 4,302 施設である。

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（28,590 人）、歯科医師（9,647 人）、看護師（167,131 人）、助産師（221,346 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）等も整備されており、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、地域助産所、統合保健ポスト等がある。

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、5 つの優先課題として、母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種及び下痢対策に関する保健サービスを実施している。

## ニ 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、医師については 2007 年から医師国家試験を開始した。

### （ロ）医療従事者数

2022 年では、医師 149,151 人、歯科医師 26,959 人、看護師 563,739 人、助産師 336,984 人、薬剤師 42,158 人等となっており、サポート人員も含め保健人材の総数は 2,019,438 人とされている。

#### ホ 医療費の動向

2020 年の医療費総額は約 561.8 兆ルピアと見積もられており、国民 1 人当たりの医療費は 210 万ルピアである。総医療費の対 GDP 比は 3.6%（2020 年）である。

## （2）公衆衛生の現状

### イ 人口動態

#### （イ）人口関連

2022 年の総人口は 2 億 7486 万人であるが、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。

(ロ) 平均寿命

2021年の平均寿命は、73.5歳(男性:69.67歳、女性:73.55歳)となっている。

(ハ) 主な死因

WHOの統計によると、2019年のインドネシアの全年齢における主な死因は以下のとおりとなっている。

- 1 脳卒中
- 2 虚血性心疾患
- 3 糖尿病
- 4 結核
- 5 肝硬変
- 6 慢性閉塞性肺疾患
- 7 下痢性疾患
- 8 高血圧性心疾患
- 9 下気道感染症
- 10 新生児の状態

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表2-7-13のとおりである。基本的には年々改善傾向にあるが、2012年の妊産婦死亡率が、増加となったことから、保健省が懸念を示し、妊産婦死亡数の52.6%を占める6州において、150の病院及び300の保健所で緊急分娩や未熟児対応の質を向上させる、保健所と病院間での効果的・効率的な紹介システムの強化を行うプロジェクトを実施している(国全体での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増加の原因の一つと見られている)。

表 2-7-3 母子保健指標

年	1991	1995	1999	2003	2007	2012	2017	
新生児死亡率 (対 1,000 出生)	32	30	26	20	19	19	15	
乳児死亡率 (対 1,000 出生)	68	57	46	35	34	32	24	
5 歳未満児死亡率 (対 1,000 出生)	97	81	58	46	44	40	32	
年	1991	1994	1997	2002	2007	2012	2015	2020
妊産婦死亡率 (対 100,000 出生)	390	-	334	307	228	359	305	189

資料出所：インドネシア保健省

注：本編作成時の公開値に基づき記載

## 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、新規の HIV 感染者数は 2022 年で 52,955 人（男性：59%、女性：41%）となっている。年齢別では、20-24 歳が 17.45%、25-49 歳が 67.42%とこれらの年齢で 8 割以上を占めている。

新規の AIDS 患者数は、2022 年で 9,341 人（男性：74%、女性：26%）である。死亡率は低下傾向にあり、2010 年で 5.23%、2013 年で 2.67%、2018 年で 1.03%となっている。年齢別では、20-29 歳が 30.1%、30-39 歳が 31.5%、40-49 歳が 19.8%とこれらの年齢で 8 割以上を占めている。

HIV の感染原因（2017 年）としては、異性間の性行為が 19.6%、男性間の性行為が 20.4%、不明が 50.1%、薬物の注射が 0.9%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。

### (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、2022 年は 443,530 例と増加している。発生率は 2005 年の 4.10（人口千人当たり）から比べると 2022 年は 1.61 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いない一方で、東部インドネシア地域で多く、特に多いのはパプア州（113.07）、西パプア州（12.68）、東ヌサトゥンガラ州（2.79）などである。

### (ハ) 結核

2022 年の結核患者数は 724,309 人である。罹患率は 10 万人当たり 263.5 人となっ

ており、6大結核蔓延国のうちの1つである（その他は、ネパール、フィリピン、ミャンマー、ベトナム、中国）。また、治療成功率は2009年まで90%台を維持してきたが近年はやや低下傾向で、85%前後で推移している（2022年は86.5%）。

## （二）ハンセン病

インドネシアでは、ハンセン病の制圧（判断基準は人口10,000人あたりの患者数が1人以下）を2000年に達成しているが、未だに患者数が多く、2022年の新規患者は12,612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4.6人（2022年）の水準で、高発生率の地域も認められる（州レベルでは、全国34州のうち、7州が未制圧）。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

2022年は143,266人（人口10万人当たりの罹患率は52.12人）である。地域差は依然大きく、人口10万人当たりの罹患率は、2022年では北カリマンタン州（181.31）、東カリマンタン州（156.88）で高くなっている。

## （ヘ）狂犬病

2022年には全国34州のうち15州で報告されており、近年の狂犬病による死亡は40人（2020年）、62人（2021年）、102人（2022年）である。

## 二 喫煙率

たばこの規制に関する世界保健機関枠組条約を批准しておらず、喫煙に対する年齢制限は法令で規制されていない。15歳以上の2022年の喫煙率は28.26%である。2022年の男女別喫煙率は、男性55.32%、女性0.93%である。近年では、保健省が中心となって喫煙率を低下させるための施策を講じている。

## 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。2023年3月の場合では1人当たり月間所得が都市部で569,299ルピア以下、農村部で525,050ルピア以下が貧困層。）は10.14%（2021年3月）、9.54%（2022年3月）、9.36%（2023年3月）と年々減少しているが、2023年3月時点において、パプア州（26.03%）、西パプア州（20.49%）、東ヌサトゥンガラ州（19.96%）等で高い一方で、ジャカルタ首都特別州（4.44%）、バリ州（4.25%）、南カリマンタン州（4.29%）等で低く、地域差が大きい。また、2023年3月時点で約2,590万人が貧困層とされており、都市部で約1,174万人、農村部で約1,416万人と農村部に多い。ジニ係数は、0.38（2018年）、0.38（2019年）、0.39（2020年）、0.38

(2021 年)、0.38 (2022 年) である。

## 5 社会福祉施策

### (1) 社会福祉政策全般

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」として分類している。これは、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、家族及びコミュニティを指すものであり、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

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。

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<sup>10</sup>、リハビリテーション<sup>11</sup>、社会的援助<sup>12</sup>及び社会福祉水準の維持<sup>13</sup>に関する施策を実施している。社会省の統計によると、障害者の総数 (2012 年) は、6,008,640 人とされている。

2006 年以降、重度障害者に対しては ASPDB と呼ばれる財政支援を行っており、一定の条件<sup>14</sup>を満たす重度障害者に月 30 万ルピアが支給される制度がある。2017 年現在の受給者は 22,500 人 (全 34 州) となっている。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。

---

<sup>10</sup> 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

<sup>11</sup> 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

<sup>12</sup> 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

<sup>13</sup> 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

<sup>14</sup> 車いす、目や耳が不自由等の重度障害

2015年からは、経済創成プログラムとして、21州の42地区/県において、農業、縫製、ランドリーサービス等の分野で対人スキルや能力開発を支援するプログラムが実施されている。

## 6 近年の動き・課題・今後の展望等

### 社会保障制度を巡る動き

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2億7,000万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、医療水準の向上をはじめ、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促進のための取組など、山積している課題に対する今後の対応が重要となっている。

医療保険制度については、財政が特に大きな問題となっており、一部保険料の値上げを行ったものの、保険料が未だに全体的に安いことに加え、保険料の未納者が多く、赤字経営となっているため、医薬品卸売業者等への未払いが問題となっている。医療保険制度の財政を立て直すため、保険料の値上げが2020年1月に実施された。また、医療提供体制についても急ピッチで整備が進められているものの、質・量ともに十分ではない状況にある。

(資料出所)

- BPJS Health ホームページ (Laporan Pengelolaan Program dan Keuangan BPJS)  
<https://bpjs-kesehatan.go.id/#/informasi-publik-tersedia-setiap-saat?tab=publikasi>
- BPJS Health ホームページ (Dues)  
<https://bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-iuran>
- BPJS Employment ホームページ  
<http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/>
- 保健省ホームページ (Profil Kesehatan Indonesia 2022)  
<https://www.kemkes.go.id/id/profil-kesehatan-indonesia-2022>
- WHO Cause-specific mortality, 2000–2019  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- Profil Statistik Kesehatan 2023  
<https://www.bps.go.id/id/publication/2023/12/20/feffe5519c812d560bb131ca/profil-statistik-kesehatan-2023.html>
- Indonesia Poverty Profile in March 2023  
<https://www.bps.go.id/en/pressrelease/2023/07/17/2016/indonesia-poverty-profile-in-march-2023.html>