

インドネシア

(参考) 1ルピア=0.00910円 (2011年期中平均)

1 社会保障制度の概要

インドネシア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。

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たことから、今後施行に向けて準備が進められることとなった。

2 社会保障制度等

(1) 労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK)

a 制度の概要

労働者社会保障制度 (JAMSOSTEK) は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。

b 財源

雇用主及び労働者が保険料を負担している。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。

c 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(約1万円)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。

d 給付内容

- (a) 労災補償 障害に応じた補償金が給付される。
- (b) 老齢給付 積み立て制であり、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。
- (c) 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。
- (d) 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。

公務員年金制度(実施機関PT.TASPEN)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。退職一時金を受け取る制度と毎月年金を受け取る制度の二つがあり、どちらにも事実上強制的に加入する。保険料は、退職一時金に関しては毎月給与の3.25%、年金に関しては毎月給与の4.75%の合計8%が徴収されている。退職一時金及び年金ともに、加入年数や給与に応じた額が支給される。

(3) 医療保険制度

a 制度の種類

インドネシアにおける医療保険制度は、前述の労働者社会保障制度（JAMSOSTEK）のほか、貧困者向けの医療保険制度（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医療保険制度（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、2011年6月現在では国民の63%が加入しており、その内訳はJAMKESMASが32.3%（約7,640万人）、JAMKESDAが13.5%（約3,190万人）、ASKES及びASABRIが7.4%（約1,740万人）、JAMSOSTEKが2.1%（約483万人）、その他民間保険が7.7%（約1,820万人）である。全国民の約4割が保険制度に加入していない無保険者となっている。

b 貧困者向け医療保険制度（JAMKESMAS）

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険制度が整備され、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。

本制度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）8,967施設、高度医療としては1,020施設の病院で受診可能となっている。

対象者は貧困層及び低所得者層であり2010年末の時点で7,640万人（全人口の約1/3）である。

本制度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（約210億円）、2007年では4.6兆ルピア（約460億円）、2010年は5.1兆ルピア（約510億円）であった。

3 公衆衛生施策

(1) 保健医療サービス

a 病院

2010年の病院数は総計1,632施設、人口10万人当たりのベッド数は70.0床である。病院の設立別内訳は、国公立病院（軍・警察病院含む）794施設、私立病院838施設である。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。

(a) 総合病院

総合病院は1,299施設あり、国公立病院706施設、私立病院593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、国公立病院のうち国立及び州立の総合病院は506施設あり、クラス別の内訳は、Aクラス病院10施設、Bクラス病院120施設、Cクラス病院250施設、Dクラス病院126施設である。

(b) 専門病院

専門病院は333施設あり、国公立病院が88施設、私立病院が245施設である。主なものは母子関連病院107施設、産科病院65施設、精神病院51施設である。

b 保健所

県や市が運営する保健所（Puskesmas、プスケスマス）は、インドネシアで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。2010年には全国に9,005施設（人口10万人当たり3.79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2,920施設（全体の32.4%）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1.7人）、看護師（1施設当たり8.7人）、助産師（1施設当たり9.2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、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。

c 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266,827施設 (村当たり3.6施設) (2010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51,996施設 (村当たり0.69施設) (2010年) ある。

d 医療従事者

(a) 医療従事者の種類

インドネシアの医療従事者には、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。

(b) 医療従事者数

2006年の医師数は56,938人、人口10万人当たり25.46人である。このほか主な職種の数は、歯科医師11,289人 (5.05人)、薬剤師10,207人 (4.56人)、看護師は308,306人 (137.87人)、助産師79,152人 (35.40人) となっている (括弧内は人口10万人あたりの数)。

e 医療費の動向

2009年の医療費総額は約167億ドル (約1.3兆円) であり、ここ数年は前年比10%以上の伸びを示している。ま

た、2009年の国民1人当たりの医療費は55.4米ドル (2004年は28.1米ドル)、総医療費における政府支出は51.8%である。総医療費の対GDP比は2.4% (2009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

a 人口動態

(a) 人口関連

2010年の総人口は約2億3,764万人であるが、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。年齢別割合 (2010年) は、0-14歳が28.9%、15-64歳が66.1%、65歳以上が5.0%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2.4、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。

(b) 平均寿命

2009年の平均寿命は、男性69.2歳、女性73.3歳となっている。

(c) 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。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4-11-1〉インドネシアにおける主要な死因

	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

b 母子保健指標

母子保健指標の数値は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、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り、年々改善傾向にある。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4-11-2〉インドネシアの母子保健指標

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

c 主要感染症の動向

(a) HIV/AIDS

インドネシアは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いる。2009年の15-49歳のHIV感染率は0.2%（男性0.3%、女性0.1%）であり、HIVとともに生きている成人は、333,200人、うち女性は25%であると推定されている（2006年は193,000人、女性は21%）。

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、2010年は32州から報告されている。AIDS患者の累計報告数は、2010年末現在24,131人（2004年は2,682人）であり、4,539人が死亡している。2010年の新規報告者数は4,158人である。地域差が大きく、人口10万人あたりの患者数について、全国平均は10.5であるが、パプア州（173.7）、バリ州（49.2）、ジャカルタ特別州（44.7）が多い。男女比は、男性が73.0%であり多くの割合を占めている（男女比3：1）。年齢別では、20-29歳が47.4%と約半数を占めており、他に多い年齢としては30-39歳が31.3%、40-49歳が9.4%である。

HIV/AIDSの感染原因としては、異性間の性行為が52.7%、薬物の注射が38.3%であり、特に薬物の注射の割合が高いのがインドネシアの特徴である。

インドネシアでは、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、上述のデータのように、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。

(b) マラリア

マラリア発生率は2005年の4.10（人口千人あたり）から2010年は1.96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（18.0）、西パプア州（17.9）、東ヌサトゥンガラ州（12.1）である。

(c) 結核

2010年の報告数は302,861人であり、世界第5位の結核高蔓延国である。新規に発生する推定罹患率は189人（推定発生者数45万人）とされている。塗抹陽性患者発見率は22%（2000年）から62%（2010年）に改善している。また、治療成功率は87%（2000年）から91%（2009年）となっている。

(d) 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）となっている。致死率は1.5%（2003年）から0.87%（2010年）に改善している。地域差が大きく、特にバリ州（337.0）、ジャカルタ特別州（227.4）の発生が多い（括弧内は人口10万人当たりの罹患率）。

(e) 鳥インフルエンザ

インドネシアでは、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。2011年末までの累計感染者数は183人、うち151人死亡であり、世界で最も多い感染者数となっている。2011年の感染者数は12人、うち10人死亡であった。

(f) 狂犬病

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）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26人に減少した。

d 喫煙率

インドネシアでは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。

4 公的扶助制度

インドネシアの貧困率（政府が消費支出をもとに貧困ラインを毎年定めて算出。2011年の場合1人当たり月間所得233,740ルピア（約2,300円）以下が貧困層。）は24.2%（1998年）、16.7%（2004年）、12.5%（2011年）と年々減少しており、現在約3,002万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層が約5,700万人（人口の約24%）との政府発表もある。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（約6千円～2万2千円）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

インドネシアでは、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、障害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

インドネシアにおける65歳以上の割合は全人口の5.0%（約1,200万人）である。インドネシアでは、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。なお、社会省の統計では、障害者は1,544,184人となっている。

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(約3千円)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)。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。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。

この法案では、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。

今回の法案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。