

## 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 Employment<sup>1)</sup>）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。

当初は、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、企業説明会を開催する等制度運営の改善が図られ、現在は、労災保険の適用拡大、徴収強化に向けた取組を模索している。

#### 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<sup>2)</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>3)</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た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、現在は、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 5-1-14参照）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12月時点での本保険制度への加入者数は1億5,679万人とされている（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た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周知啓発が行われている。

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

■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。

表 5-1-14 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、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	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: 3%、被保険者: 2%) 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: 25,500ルピア、第2級: 51,500ルピア、第1級: 80,000ルピア、第1級及び第2級は2016年4月に保険料引き上げを実施) 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 (800万ルピア/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19,225ルピア
実績	加入者数	既存保険制度からの移行後、約1億5679万人が加入 (2015年12月現在)
	支払総額	56兆3,050億ルピア (2015年12月31日現在)

資料出所: BPJS-Health HP

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 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>4</sup>、老齢  
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% (3%を段階的に  
8.0%に引上げ予定。) 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  
雇用主の下で働く労働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。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。

■ 4) 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  
■ 5) 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  
■ 6) 年金保障制度実施に関する政令2015年第45号

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）]

二 給付内容

(D) 死亡保障

(イ) 労災補償

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。

医療サービス及び見舞金が規定されており、障害に依りた補償金が給付される。(詳細は「労働施策 3 (6)」を参照)

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。(詳細は「労働施策 3 (6)」を参照)

表 5-1-15 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	—				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 ※[老齢満期年齢に達した]には、離職した被保険者が含まれる。離職した被保険者には、自主退職、解雇、インドネシアを永久に離国する者が含まれる。
	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先行して受給することが可能(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%(雇用主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%(雇用主3.7%、被用者2%)
	国庫負担	—				—
実績	加入者数	6,481,983人(2015年12月末現在)				13,112,283人(2015年12月末現在)
	支給総額	—				—
	基金運用状況	3.42兆ルピア(2016年5月現在)				—

中国  
韓国  
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

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

(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1,311万人(2015年12月末現在<sup>8)</sup>)となっている。

(ニ) 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、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。

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、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648万人(2015年12月末現在<sup>9)</sup>)となっている。

2 公衆衛生施策.....

(1) 保健医療サービス

イ 病院

2015年の病院数は総計2,488施設(ベッド数309,146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)1,593施設、私立病院895施設である(2014年は総計2,406施設(公的1,599施設、私立807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28,155床)、Bクラス病院328施設(ベッド数88,747床)、Cクラス病院837施設(ベッド数107,130床)、Dクラス病院423施設(ベッド数31,339床)、クラスのついていない病院843施設(ベッド数53,775床)である。

(イ) 総合病院

1,949施設(ベッド数274,016床)あり、公的病院1,341施設、私立病院608施設である。

(ロ) 専門病院

539施設(ベッド数35,130床)あり、公的病院が252施設、私立病院が287施設である。主なものは母子関連病院178施設、産科病院106施設、精神病院45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。2015年には全国に9,754施設(人口10万人当たり3.82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3,396施設(全体の34.8%)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1.71人)、看護師(1施設当たり7.52人)、助産師(1施設当たり8.13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

■7) 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。  
 ■8) 資料出所: BPJS Employment Annual Report (2015)  
 ■9) 資料出所: BPJS Employment Annual Report (2015)

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、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、予防接種及び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行している。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、2015年では、医師88,875人（専門医47,849人を含む）、歯科医師12,740人（専門歯科医1,054人を含む）、看護師223,910人、助産師111,736人、薬剤師30,329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876,984人とされている。

## ホ 医療費の動向

World Bankの統計によると、2014年の医療費総額は約254億ドルと見積もられており、国民1人当たりの医療費は101米ドル（2009年は65.0米ドル）、総医療費における政府支出は37.74%である。総医療費の対GDP比は2.87%（2014年）である。

## (2) 公衆衛生の現状

### イ 人口動態

#### (イ) 人口関連

2015年の総人口（推計）は255,461,686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（2015年）は、0-14歳が27.35%、15-64歳が67.28%、65歳以上が5.37%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%（2010-2015年）であり、毎年約360万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2015年の平均寿命は、70.84歳となっている。

#### (ハ) 死亡率・有病率

WHOの統計によると、2012年の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。

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、診断に基づくと9.4%、測定のみに基づくと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と1.5%である。

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 5-1-16 主要な死因 (2012年)

	死因	死亡者数 (千人)
1	脳卒中	328.5
2	がん	195.3
3	虚血性心疾患	138.4
4	糖尿病	100.4
5	呼吸器感染症	81.3
6	結核	66.7
7	肝硬変	48.9
8	慢性閉塞性肺疾患	48.1
9	交通事故	44.6
10	高血圧性心疾患	42.2

□ 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、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 5-1-17 母子保健指標

年	1991	1995	1999	2003	2007	2012	2015
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	22.23
5歳未満児死亡率 (対1,000出生)	97	81	58	46	44	40	26.2
年	1991	1994	1997	2002	2007	2012	2015
妊産婦死亡率 (対100,000出生)	390	-	334	307	228	359	305

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、2015年の推定感染者数は、735,256人と推計されている。新規のHIV感染者数は2015年で30,935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、2013年以降全ての州に広がっている。AIDS患者の累計報告数は、2015年で77,112人(2004年は2,682人)である。死亡率は低下傾向にあり、2004年で13.63%、2010年で5.08%、2013年で2.81%、2015年で0.95%となっている。2015年の新規報告者数は6,081人であり、男女比は、男性が55%、女性が32%、性別不明が13%であり、男性の割合が高くなっている。年齢別では、20-29歳が31.8%、30-39歳が29.9%、40-49歳が12.1%とこれらの年齢で6割以上を占めている。

HIVの感染原因(2015年)としては、異性間の性行為が82.8%、同性間の性行為が7.4%、母子感染が4.0%、薬物の注射が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、2015年は217,025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2015年は0.85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(31.93)、西パプア州(31.29)、東ヌサトゥンガラ州(7.04)などである。

(ハ) 結核

2015年の新規報告数は188,405人であり、男女別では男性114,524例(60.8%)、女性73,881例(39.2%)となっている。WHOの報告によると、2015年の結核患者数は102.0万人、罹患率は10万人当たり395人、薬剤耐性結核患者数は3.2万人、罹患率は10万人当たり12人となっており、結核高蔓延国である。また、治療成功率は近年90%台を維持してきたが、2015年は85.0%と低下し、WHOの示す標準的治療成功率85%と同程度となっている。

(二) ハンセン病

2015年の新規患者は17,202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6.73人（2015年）の水準で、高発生率の地域も認められる。（西パプア州の82.27人等12州で10万人当たり10人の水準を超えている。）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

2010年まで患者数は年々増加傾向にあり、報告数は156,086人（2010年）、人口10万人当たりの罹患率は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、2015年には129,650人の患者が報告（2015年の人口10万人当たりの罹患率は50.75人）され、1,017人が死亡した（2015年）。

一方で、致死率は1.5%（2003年）から0.83%（2015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、2015年ではバリ州（257.75）、東カリマンタン州（188.46）、北カリマンタン州（112.00）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、引き続き発生している。2016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年の感染者は2人（いずれも死亡）であるが、2016年（9月末まで）の感染者は確認されていない。

(ト) 狂犬病

2015年には全国34州のうち25州で報告されており、ここ5年間の狂犬病による死亡は184人（2011年）、137人（2012年）、119人（2013年）、98人（2014年）、118人（2015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、2013年は1人、2014年は1人に減少した。しか

し、2015年は15人と再び増加している。

(フ) ジカ熱

南米での流行の報告に加え、東南アジア諸国においても感染例が報告されているが、インドネシアにおいては、これまで数例の報告にとどまっている。一方で、検出体制の不整備により検出されていないというおそれも否定できず、十分な注意が必要である。

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、2013年の15歳以上の喫煙率は36.3%（毎日喫煙24.3%、時々喫煙5.0%、10歳以上）である。2013年の15歳以上の男女別喫煙率は、男性64.9%、女性2.1%である。また、喫煙を開始した年齢（2010年）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。

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。2015年の場合1人当たり月間所得が都市部で356,378ルピア以下、農村部で333,034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）、11.3%（2015年）と年々減少しており、2015年で約2,851万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。

現在、「希望ある家族プログラム（Program Keluarga Harapan）」が実施されており、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95万～370万ルピアが支給される（2015年）。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おり、世代を超えての貧困からの脱却がテーマとなっている。具体的には、

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

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ており、2013年時点では全34州、2,326,523世帯が対象となっている。2016年9月時点では、約350万世帯に達しており、対象となる全世帯に拡大することを目指している。

#### 4 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、家族及びコミュニティを指すものである。

具体的には、表 5-1-18のとおり分類されており、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。

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

表 5-1-18 社会問題保有者の分類と該当者数(2012年)

分類		人数・世帯数
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
21	HIV/AIDS患者	16,688人
22	経済的に危うい家庭	1,218,724世帯

##### (2) 高齢者保健福祉施策

前述のとおり、全人口に占める65歳以上の割合は5.37%である（2015年推計）。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、リハビリテーション、社会的援助及び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。

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財政支援を行っており、一定の条件<sup>10</sup>を満たす重度障害者は年間277米ドルが支給される制度がある。2016年9月現在の受給者は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。

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。

#### (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、災害被災児童等を挙げている。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箇所社会開発センター（SDC）及び18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。

また、社会省では、2016年の優先プログラムとして、児童栄養改善支援プログラム、出生証明書の発行、5,000人の児童のための暴力解放プログラム、児童と家族のエンパワーメント定期会合（TEPAK）、児童福祉施設のキャパシティビルディングなどが実施されている。

■ 10) 車いす、目や耳が不自由等の重度障害

## 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。

医療保障制度については、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、2016年は約7兆ルピア（約560億円）の赤字を計上する見込みである。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である。

BPJS Employmentでは、社会保障制度の適用拡大、徴収業務の強化を目的として、2016年10月からJICA及び全国社会保険労務士会の協力の下、日本の社会保険労務士制度等をモデルとしたパイロット・プロジェクトを2都市（ジョグジャカルタ、ジェンベル）で実施し、制度改善による全国普及を模索しており、BPJS Healthにおいても、同様に保険の加入拡大を図るための改善検討が進められている。

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) 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可能性もある。

一方、伝統酒や混合酒を含むアルコール飲料について、製造や販売、消費などを原則禁止とする内容の議員立法による酒類禁止法案について、国会が2014年6月の本会議で審議入りを決定し、現在も審議が継続している。

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

(資料出所)

中国

- BPJS Healthホームページ  
<https://bpjs-kesehatan.go.id/bpis/>
- BPJS Employmentホームページ  
<http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/>

韓国

- 保健省ホームページ <http://www.depkes.go.id/>
- 社会省ホームページ <http://www.kemsos.go.id/>
- WHOホームページ <http://www.who.int/en/>
- World Bankホームページ  
<http://www.worldbank.org/>

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