

第1節 インドネシア共和国 (Republic of Indonesia)

社会保障施策

医療保障制度に係る財政が特に大きな問題となっており、保険料の値上げが検討されているほか、様々な財源確保の方策が検討されている。また、医療提供体制については質・量ともに十分ではない状況にある。このため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もと、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・プロジェクトを実施し、2017年11月からは、日本の社会保険制度を学んだ人材や地域の団体・組織を全国への普及を開始した。また、BPJS Healthにおいても、同様に地域の健康保険制度に詳しい職員を活用し、健康保険の加入拡大の取組が進められている。

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¹⁾、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 Health²⁾) 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のまま開始されたことから、制度運用しながら

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月から日本的適用徴収システムを活用した取組を全国展開している。

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。

(2) 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³⁾、老齢保障⁴⁾及び年金保障⁵⁾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% (3%を段階的に8.0%

■ 1) 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)。
 ■ 2) 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。
 ■ 3) 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
 ■ 4) 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
 ■ 5) 年金保障制度実施に関する政令2015年第45号

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。

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3（6）及び表5-1-14を参照）

(ロ) 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。（詳細は労働施策3（6）及び表5-1-14を参照）

(ハ) 老齢保障

積立制であり、労働者は56歳⁶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1,377万人（2016年12月末現在⁷）となっている。

ホ 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、

表5-1-18 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（WVIP、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1億7,193万人が加入（2016年12月現在）
	支払総額	67兆2,561億ルピア（2016年12月31日現在）

資料出所：BPJS Health HP

■6) 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。

■7) 資料出所：BPJS Employment Annual Report（2016）

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

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913万人（2016年12月末現在⁸⁾）となっている。

(3) 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5-1-18参照）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となされ、2016年12月時点での本保険制度への加入者数は1億7,193万人とされている（全国民の約7割が加入している）。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。

2 公衆衛生施策

(1) 保健医療サービス

イ 病院

2016年の病院数は総計2,601施設。病院の設立別内訳は、政府系病院（軍・警察病院含む）910施設、私立病院1,691施設である（2015年は総計2,488施設（政府系888施設、私立1,600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63施設、Bクラス病院367施設、Cクラス病院1,073施設、Dクラス病院548施設、クラスのついていない病院550施設である。

(イ) 総合病院

2,046施設（ベッド数283,647床）あり、政府系病院824施設、私立病院1,222施設である。

(ロ) 専門病院

555施設（ベッド数35,912床）あり、政府系病院が86施設、私立病院が469施設である。主なものは母子関連病院（産科含む）370施設、精神病院44施設、外科病院41施設である。

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

■8) 資料出所：BPJS Employment Annual Report (2016)

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5-1-17 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」は退職した被保険者を含む
	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	9,130,671人（2016年12月末現在）				13,773,079人（2016年12月末現在）
	支給総額	1,618億ルピア（2016年12月末現在）				17.97兆ルピア（2016年12月末現在）
	基金運用状況	12兆ルピア（2016年12月末現在）				214.49兆ルピア（2016年12月末現在）

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

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

□ 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。2016年には全国に9,767施設（人口10万人当たり3.78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3,411施設（全体の34.9%）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1.69人）、看護師（1施設当たり10.12人）、助産師（1施設当たり12.30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、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、2016年では、医師90,265人（うち専門医48,367人）、歯科医師13,435人（うち専門歯科医1,718人）、看護師296,876人、助産師163,541人、薬剤師38,829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1,000,780人とされている。

ホ 医療費の動向

世界銀行の統計によると、2014年の医療費総額は約253億ドルと見積もられており、国民1人当たりの医療費は99.4米ドル（2010年は85.7米ドル）、総医療費における政府支出は37.8%である。総医療費の対GDP比は2.8%（2014年）である。

(2) 公衆衛生の現状

イ 人口動態

(イ) 人口関連

2016年の総人口（推計）は258,704,986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（2016年）は、0-14歳が27.1%、15-64歳が67.4%、65歳以上が5.5%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表5-1-19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（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表5-1-20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、妊婦死亡数の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5-1-20 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、2016年の感染者数は785,821人と推計されている。新規のHIV感染者数は2016年で41,250人となっており、順に、東ジャワ州、ジャカルタ特別州、西ジャワ州、中央ジャワ州、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、2016年で86,780人（2004年は2,682人）である。死亡率は低下傾向にあり、2007年で8.22%、2010年で5.20%、2013年で2.95%、2016年で1.11%となっている。2016年の新規報告者数は7,491人であり、男女比は、男性が67.9%、女性が31.5%、性別不明が0.6%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28.6%、30-39歳が36.0%、40-49歳が17.9%とこれらの年齢で8割以上を占めている。

HIVの感染原因（2016年）としては、異性間の性行為が35.5%、同性間の性行為が26.1%、不明が25.6%、薬物の注射が1.9%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。また、母子感染による子供の感染については、政府によるB型肝炎や梅毒と併せた三重の対策により、来年以降も減り続けることが期待されている。

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。

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

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

(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、2015年は217,025例、2016年は218,450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2010年は1.96、2016年は0.84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(45.85)、西パプア州(6.79)、東ヌサトゥンガラ州(5.41)などである。

(ハ) 結核

2016年の新規報告数は181,711人であり、男女別では男性110,458例(60.8%)、女性71,253例(39.2%)となっている。WHOの報告によると、2016年の結核患者数は102.0万人、罹患率は10万人当たり391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%前後で推移しており(2016年は85%)、WHOの示す標準的治療成功率85%と同程度となっている。

(ニ) ハンセン病

2016年の新規患者は16,826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6.50人(2016年)の水準で、高発生率の地域も認められる(西パプア州の101.30人のほか、スラウェシ島の各州など全11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

2011年の患者数は65,725人、人口10万人当たりの罹患率は27.67人であったが、その後上昇傾向を示し、2013年には112,511人、2015年には129,650人、2016年には204,171人の患者が報告(2016年の人口10万人当たりの罹患率は78.85人)された。地域差は依然大きく、人口10万人当たりの罹患率は、2016年ではバリ州(515.90)、東カリマンタン州

(305.95)、ジャカルタ特別州(198.71)で高くなっている。

2016年には1,598人が死亡したものの、一方で、致死率は1.5%(2003年)から0.78%(2016年)に改善している。

(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。2017年9月までの累計感染者数は199人、うち167人が死亡していて、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年以降の感染者は確認されていない。

(ト) 狂犬病

2016年には全国34州のうち24州で報告されており、近年の狂犬病による死亡は98人(2014年)、118人(2015年)、86人(2016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、2016年は5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、検出体制の未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%)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19.1%（2000年）、16.7%（2004年）、11.7%（2012年）、11.0%（2014年）、10.7%（2016年）と年々減少しており、2016年で約2,776万人が貧困層とされている。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、妊婦及び6歳未満の子は母子保健サービスの受診、6歳以上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、社会省の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。その結果、2017年の貧困率は、0.8ポイント低下し、9.9%になると推定されている。インドネシア政府は世界銀行から2億ドルを借り入れ、本制度の拡充を行う予定で、今後5年間で、55億ドル（約6,000億円）を本制度へ予算措置する見込みである。本制度は、ブラジルに次ぐ世界第二位の規模の条件付現金給付（CCT）プログラムとなる。

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、具体的には表5-1-21のとおり分類され、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。

表5-1-21 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（6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族	4,451,807世帯
16 社会的・精神的問題を抱えた家族	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5.5%である（2016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

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

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。

韓国

(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⁹、リハビリテーション¹⁰、社会的援助¹¹及び社会福祉水準の維持¹²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財政支援を行っており、一定の条件¹³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）を設置し、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）、児童福祉施設の職員のキャパシティビルディングなどが実施されている。

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2億5,000万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12月末現在の負債総額は約7.4兆ルピア¹⁴（約621億円）となっている。現在、再度の保険料の値上げが検討されているほか、様々な財源確保の方策が検討されている。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にある。

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もと、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・プロジェクトを実施し、2017年11月からは、日本の社会保険制度を学んだ人材（アゲン・プリサイ¹⁵）や地域の団体・組織（プリサイ¹⁶）を活用する制度改善の全国普及を開始している。また、BPJS Healthにおいても、同様に

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

■ 9) 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
 ■ 10) 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
 ■ 11) 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
 ■ 12) 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
 ■ 13) 車いす、目や耳が不自由等の重度障害
 ■ 14) BPJS Health HP (2016)
 ■ 15) アゲン・プリサイ (Agen Perisai) インドネシア社会保険制度に詳しい人材。
 ■ 16) プリサイ (Perisai) 地域の町内会等のコミュニティー。

地域の健康保険制度に詳しい職員（カデル¹⁷JKN¹⁸）を活用し、健康保険の加入拡大を図るための取組が進められている。

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、2014年6月の本会議で国会での審議入りが決定したものの、2017年10月現在、成立には至っていない。

(資料出所)

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

■ 17) カデル (Kader) 健康保険料の徴収等に詳しい人材。
■ 18) JKN (Jaminan Kesehatan Nasional : 国民健康保険)

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