

インドネシア国
障害と開発に係る情報収集・確認調査
ファイナル・レポート

平成 27 年 9 月
(2015 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所
合同会社 適材適所

人間
JR
15-072

インドネシア国
障害と開発に係る情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

平成 27 年 9 月
(2015 年)

独立行政法人
国際協力機構 (JICA)

株式会社コーエイ総合研究所
合同会社 適材適所

外国為替交換レート

1 米ドル=124.21 円

1 インドネシアルピア=0.00922 円

(2015 年 8 月 JICA 精算レート)

略語・用語集

略語	英語／インドネシア語	日本語／解説
ADB	Asian Development Bank	アジア開発銀行
AHA Centre	ASEAN Coordinating Centre for Humanitarian Assistance on disaster management	ASEAN 防災・人道支援調整センター
AIPJ	Australia Indonesia Partnership for Justice	オーストラリア政府が支援する法の公正のためのプログラム
ASB	Arbeiter-Samariter-Bund	(ドイツに本部を持つ社会福祉の国際 NGO)
ASD	Autistic Spectrum Disorders	自閉症スペクトラム障害
ASEAN	Association of South-East Asian Nations	東南アジア諸国連合
AusAID	Australian Agency for International Development	オーストラリア国際開発庁
BAPPEDA	Badan Perencanaan Pembangunan Daerah (Local Development Planning Agency)	地方開発計画局
BAPPENAS	Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (State Ministry of National Development Planning)	国家開発企画庁
BASARNAS	Badan SAR Nasional (National Search and Rescue Agency)	国家捜索・救助機関
BAWASLU	Badan Pengawas Pemilu (National Election Supervisory Board)	総選挙監視庁
BNPB	Badan Nasional Penanggulangan Bencana (National Disaster Management Authority)	国家防災庁
BPBD	Badan Penanggulangan Bencana Daerah (Regional Disaster Management Agency)	地方防災局
BBRVBD	Balai Besar Rehabilitasi Vokasional Bina Daksa (National Vocational Rehabilitation Center)	国立障害者職業リハビリテーション・センター
BPJS	Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Administrative Agency for Social Security)	社会保障庁
BPS	Badan Pusat Statistik (Central Bureau of Statistics)	中央統計庁
CBM	Christian Blind Mission	(視覚障害者支援を中心に活動する国際民間組織)
CBR	Community-Based Rehabilitation	地域に根差したリハビリテーション
CBRDTC	Community-Based Rehabilitation Development and Training Center	CBR のためのリハビリテーション・センター
CEMIJ	Community Emergency Management Institute Japan	一般社団法人 地域社会継続研究所
CIQAL	Center for Improving Qualified Activity in Life of People with Disability	障害者の生活の質的向上を目指す DPO
CRPD	Convention on the Rights of Persons with Disabilities	国連障害者権利条約
CSO	Community Service Organization	コミュニティサービス組織
CSR	corporate social responsibility	企業の社会的責任
DAISY	Digital Accessible Information System	アクセシブルな情報システム
DESA	Department of Economic and Social Affairs	国連経済社会局
DET	Disability Equality Training	障害平等研修
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade (Australia)	オーストラリア外務貿易省
DPD	Dewan Perwakilan Daerah (Regional Representatives Council)	地方代表議会 (DPR と共に MPR を構成)
DPOs	Disabled People's Organizations	障害者団体

略語	英語／インドネシア語	日本語／解説
DPR	Dewan Perwakilan Rakyat (People's Representative Council)	国民議会 (DPD と共に MPR を構成)
DPRD	Dewan Perwakilan Rakyat Daerah (Regional People's Representative Council)	地方議会
DESA	Department of Economic and Social Affairs	国連経済社会局
DF/R	Draft Final Report	ドラフト・ファイナル・レポート
ESCAP (UNESCAP)	Economic and Social Commission for Asia and the Pacific	国連アジア太平洋経済社会委員会
FGD	Focus Group Discussion	(参加者の立場・属性を特定した検討会合)
FKPCTI	Federasi Kesejahteraan Penyandang Cacat Tubuh Indonesia	(身体障害者を対象とした、リハビリテーション・サービスに関する草の根団体のための調整組織)
F/R	Final Report	ファイナル・レポート
GDP	Gross Domestic Product	国内総生産
GERKATIN	Gerakan untuk Kesejahteraan Tunarungu Indonesia, Movement of the Welfare of Deaf Indonesia	インドネシア聾者組織
GIZ	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit	ドイツ国際協力公社
HI	Handicap International	ハンディキャップインターナショナル (障害者支援を専門とする国際 NGO)
HIV/AIDS	Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immune Deficiency Syndrome	ヒト免疫不全ウイルス/後天性免疫不全症候群
HWDI	Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia, Indonesian Association of Women with Disabilities	インドネシア女性障害者協会
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health	国際生活機能分類
IC/R	Inception Report	インセプション・レポート
ICT	Information and Communication Technology	情報通信技術
ILO	International Labour Organization	国際労働機関
IMF	International Monetary Fund	国際通貨基金
ISPO	International Society for Prosthetics and Orthotics	国際義肢装具協会
ISSA	International Social Security Association	国際社会保障協会
JAMKESMAS	Jaminan Kesehatan Masyarakat	社会健康保障制度
JAMKESDA	Jaminan Kesehatan Daerah	(地方の) 社会健康保険制度
JDF	Japan Disability Forum	日本障害フォーラム
JKN	Jaminan Kesehatan Nasional	国民健康保険
KIA	(Buku) Kesehatan Ibu dan Anak	母子手帳
KARA	(Buku) Kesehatan Anak Remaja	児童健康手帳
KARINA KAS	Karitas Indonesia Keuskupan Agung Semarang	(インドネシアの NGO)
KEMDIKBUD	Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan (Ministry of Education and Culture)	教育文化省
KEMENAKER	Kementerian Ketenagakerjaan (Ministry of Manpower)	労働省
KEMENDAGRI	Kementerian Dalam Negeri (Ministry of Home Affairs)	内務省
KEMENDESA	Kementerian Desa Pembangunan Daerah Tertinggal dan Transmigrasi (Ministry of Villages/Underdeveloped Regions Development and Migration)	村落・途上地域開発・移住省
KEMENHUB	Kementerian Perhubungan (Ministry of Transportation)	運輸省
KEMENKES	Kementerian Kesehatan (Ministry of Health)	保健省

略語	英語／インドネシア語	日本語／解説
KEMENKUMHAM	Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia (Ministry of Law and Human Rights)	法務・人権省
KEMPUPERA (PU)	Kementerian Pekerjaan Umum Dan Perumahan Rakyat (Ministry of Public Works and Public Housing)	公共事業・国民住宅省
KEMENPPPA	Kementerian Pemberdayaan Perempuan dan Perlindungan Anak (Ministry of Women's Empowerment and Child Protection)	女性エンパワメント・児童保護省
KEMSOS	Kementerian Sosial (Ministry of Social Affairs)	社会省
KESREM	(Buku) Kesehatan Remaja	青年健康手帳
KOMINFO	Kementerian Komunikasi dan Informatika (Ministry of Communication and Informatics)	情報・通信省
KPU	Komisi Pemilihan Umum Daerah (National Election Commission)	選挙管理委員会 (国政選挙)
MPR	Majelis Permusyawaratan Rakyat (People's Consultative Assembly)	国民協議会 (DPD、DPR の二院により構成される立法府)
NGO	Non-governmental Organization	非政府組織
NLR	Netherland Leprosy Relief	オランダハンセン病救援協会
OHANA	Organisasi Handicap Nusantara	(インドネシアの NGO)
PANWASLU	Panitia Pengawas Pemilihan Umum (Electoin Supervisory Committee)	選挙監視委員会 (州/県/市議会選挙)
PBI	Penerima Bantuan Iuran	JKN の貧困層向けスキーム
PERTUNI	Persatuan Tunanetra Indonesia, Indonesian Blind Union	インドネシア盲人連盟
PKH	Program Keluarga Harapan	(学齢期の貧困世帯を対象とした現金給付制度)
Planas PRB	Platform National Pengurangan Risiko Bencana	国家防災プラットフォーム
PMI	Palang Merah Indonesia (Indonesia Red Cross)	インドネシア赤十字社
PPDI	Perhimpunan Penyandang Difabel Indonesia	インドネシア障害者協会
PPLS	Pendataan Program Perlindungan Social	(社会保障プログラムの統合データベース)
PU	Pekerjaan Umum	公共事業・国民住宅省 (別称)
PWDs	Persons with Disabilities	障害者
RISKESDAS	Riset Kesehatan Dasar	基礎保健調査
RPJMN	Rencana Pengumbangan Jangka Menengah National	国家開発中期計画
RPJPN	Rencana Pengumbangan Jangka Panjang National	国家開発長期計画
SAR	Search and Rescue	捜索救助
SATGANA	Satuan Penanggulangan Bencana	インドネシア赤十字社の災害管理ユニット
SIGAB	Sasana Integrasi dan Advokasi Difabel	(障害者権利擁護・拡充を活動重点とする NGO)
SRC-PB	Satuan Reaksi Cepat Penanggulangan Bencana	緊急対応災害救援チーム
SUSENAS	Survei Sosial Ekonomi Nasional	国民社会経済調査
TAGANA	Taruna Siaga Bencana	社会省傘下の災害対応のための青年ボランティアグループ
TATTs	Technical Assistance and Training Teams	災害対策に係る技術支援・研修チーム
TNP2K	Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (National Team to Accelerate Poverty Reduction)	国家貧困削減推進チーム (副大統領指揮下)
UNFPA	United Nations Population Fund (formerly United Nations Fund for Population Activities)	国連人口基金

略語	英語／インドネシア語	日本語／解説
UNPRPD	United Nations Partnership to Promote the Rights of Persons with Disabilities	障害者の権利促進のための 6 つの国連機関（ILO, UNOHCHR, UNDESA, UNDP, UNICEF, WHO）によるパートナーシップ
USAID	United States Agency for International Development	米国国際開発庁
UUD	Undang-Undang Dasar	インドネシア共和国憲法
WHO	World Health Organization	世界保健機関
YAI	Yayasan Autisma Indonesia	インドネシア自閉症協会 （民間財団）
YAKKUM	Yayasan Kristien Untuk Kesejahteraan Umum	（インドネシアの NGO）
YPAC	Yayasan Pembinaan Anak Cacat	障害児ケア財団

インドネシア国
障害と開発に係る情報収集・確認調査

ファイナル・レポート

目次

第 1 章	調査の概要	1-1
1.1	調査の背景・目的	1-1
1.2	業務の目的	1-2
1.3	調査項目	1-2
1.4	業務の実施方法	1-3
1.4.1	業務フロー	1-3
1.4.2	報告書、提出物一覧	1-5
第 2 章	インドネシアの概況	2-1
2.1	インドネシアにおける経済・社会状況ならびに自然災害に係る環境	2-1
2.1.1	経済・社会状況	2-1
2.1.2	自然災害	2-4
2.2	インドネシアの行政区分	2-6
2.3	インドネシアの地方自治が抱える問題	2-7
第 3 章	インドネシアにおける障害と開発の概況	3-1
3.1	障害及び障害者の定義	3-1
3.2	障害者の現状 —障害に対する認識と姿勢—	3-2
3.3	障害関連指標（基本指標）	3-4
3.3.1	障害者の数（地域別、ジェンダー別、年代別、都市・地方別）	3-5
3.3.2	障害の種別	3-7
3.3.3	障害に係る分野別データ（就学率、失業率、貧困率等）	3-7
3.4	障害行政関連情報—組織、制度、開発計画、組織及び活動	3-10
3.4.1	法制度	3-10
3.4.2	国家開発計画	3-20
3.4.3	障害分野所管省庁及び関連機関の概略	3-21
3.5	地方部における障害関連情報	3-31
3.5.1	東ジャワ州における障害関連行政	3-31
3.5.2	スラバヤ市における都市計画 —障害インクルージョンの観点を中心に	3-33
3.6	障害者を取り巻く分野別状況—支援/開発プログラム等	3-35
3.6.1	教育	3-35
3.6.2	保健	3-38
3.6.3	労働	3-45

3.6.4	社会保障及び支援サービス - 貧困及び CBR を含む.....	3-49
3.6.5	物理的環境、公共交通機関、知識、情報及びコミュニケーションにおけるバリアフリー・ユニバーサルデザイン	3-57
3.6.6	政治及び政策決定過程への参加.....	3-63
3.6.7	女性障害者・障害女兒.....	3-64
3.7	国際条約（CRPD）や世界・地域政策（インチョン戦略等）への取り組み	3-65
3.7.1	インドネシアにおける CRPD の批准、実施、報告に関する概況.....	3-66
3.7.2	インチョン戦略の実施と報告に関する概況.....	3-66
3.8	当事者団体の取り組み	3-67
3.8.1	インドネシアの障害者運動.....	3-67
3.8.2	主な当事者団体.....	3-68
3.8.3	その他関連情報.....	3-69
3.9	障害に関する研究者・機関	3-70
第 4 章	災害対策における障害インクルージョンの取り組み.....	4-1
4.1	障害の定義	4-1
4.2	災害関連機関	4-1
4.2.1	行政関連機関.....	4-1
4.2.2	その他の関連機関.....	4-7
4.3	関連法令、政策、政府行動計画	4-9
4.3.1	法律、政令、省令.....	4-9
4.3.2	政策・方針、政府行動計画.....	4-11
4.4	障害インクルーシブな災害対策プログラム.....	4-13
4.4.1	BNPB/BPBD によるプログラム.....	4-13
4.4.2	社会省/局によるプログラム.....	4-14
4.5	ドナー機関による取り組み	4-15
4.5.1	Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)	4-15
4.5.2	ハンディキャップ・インターナショナル (HI)	4-17
4.6	支援組織、当事者団体による取り組み.....	4-18
4.6.1	KARINA KAS (Karitas Indonesia Keuskupan Agung Semarang)	4-19
4.6.2	YAKKUM (Yayasan Kristen Untuk Kesejahteraan Umum).....	4-19
4.7	災害対策分野における日本の援助動向.....	4-19
4.7.1	JICA による支援	4-19
4.7.2	民間組織による支援.....	4-20
4.8	障害者に対する日本の取り組み事例.....	4-21
4.8.1	行政による取り組み.....	4-21
4.8.2	非政府組織による取り組み.....	4-22
第 5 章	インドネシアに対する日本の援助動向.....	5-1

5.1	対インドネシア援助方針	5-1
5.2	JICA の障害と開発分野における援助方針	5-1
5.3	障害と開発分野支援における日本の比較優位性.....	5-1
5.4	対インドネシア支援実績	5-2
5.4.1	障害と開発分野.....	5-2
5.4.2	その他.....	5-3
第 6 章	インドネシアに対する他ドナーの援助動向.....	6-1
6.1	概要	6-1
6.2	二国間援助機関	6-1
6.2.1	オーストラリア外務貿易省 (DFAT)	6-1
6.2.2	ドイツ国際協力公社 (GIZ)	6-2
6.3	国際 NGO.....	6-4
6.3.1	Christian Blind Mission (CBM).....	6-4
6.3.2	ハンディキャップ・インターナショナル (HI)	6-5
6.4	その他の主要機関の活動概要	6-7
第 7 章	インドネシアの障害と開発分野における課題.....	7-1
7.1	分野別課題と優先分野	7-1
7.1.1	各分野における問題点.....	7-1
7.1.2	障害と開発に係る優先分野.....	7-3
7.2	障害と開発に係る分野横断的課題.....	7-3
7.3	災害対策	7-7
第 8 章	協力の方向性	8-1
8.1	インドネシアの障害分野における JICA の協力の目的と重点目標	8-1
8.2	協力事業実施上の留意点	8-2
8.3	協力案	8-4
8.3.1	障害インクルージョン全般.....	8-5
8.3.2	障害インクルーシブ保健医療.....	8-7
8.3.3	障害インクルーシブ社会保障.....	8-8
8.3.4	アクセシビリティ.....	8-10
8.3.5	障害インクルーシブ防災.....	8-14

図表目次 :

図 1-1	調査枠組み及び調査項目	1-2
図 1-2	業務フロー	1-3
図 1-3	作業計画	1-4
図 2-1	地震 (上段)・洪水 (中段)・地滑り/斜面崩壊 (下段) による死亡リスク.....	2-5

図 3-1	障害種別障害者数（千人）	3-7
図 3-2	社会省組織図（障害関連）	3-22
図 3-3	労働省組織図（障害関連）	3-24
図 3-4	教育文化省組織図（障害関連）	3-25
図 3-5	保健省組織図	3-26
図 3-6	保健省の予算配分と支出額 2008-2013	3-26
図 3-7	TNP2K 組織概念図	3-27
図 3-8	BAPPENAS 組織図（障害関連）	3-28
図 3-9	公共事業・国民住宅省組織図（障害関連）	3-29
図 3-10	女性エンパワメント・児童保護省組織図（障害関連）	3-30
図 3-11	BPS 組織図（障害関連）	3-30
図 3-12	人口 1 万人当たりの理学療法士の数	3-43
図 3-13	人口 1 万人当たりの作業療法士の数	3-43
図 3-14	支援機器を使っている障害者の割合（性別/住居エリア別、単位：%）	3-54
図 3-15	ASEAN 加盟主要国及び日本のインターネット普及率（対人口比）（2014 年）	3-61
図 4-1	BNPB 組織図	4-1
図 4-2	BPBD（州・市/県）組織図	4-2
図 4-3	社会省（自然災害社会保障局）組織図	4-4
図 4-4	保健省危機管理センター組織図	4-5
図 4-5	BASARNAS 組織図	4-7
図 4-6	インドネシア赤十字社災害対策部組織図	4-8
図 8-1	JICA のインドネシアにおける協力の方向性（案）	8-4
表 1-1	報告書及びその他提出物一覧	1-5
表 2-1	インドネシア経済成長の推移	2-2
表 2-2	インドネシア貧困人口比率の推移	2-2
表 2-3	インドネシア及び周辺諸国の主要保健指標	2-3
表 2-4	インドネシア及び周辺諸国の主要保健人的資源/施設関連指標	2-3
表 2-5	インドネシアにおける自然災害の被害状況（1980-2014 年）	2-4
表 2-6	災害対策重点地域	2-6
表 2-7	インドネシアにおける州及び人口	2-7
表 3-1	インドネシアにおける障害者数・障害者人口比率（州別・満 2 歳以上）	3-5
表 3-2	男女別・居住地別障害者数及び比率	3-6
表 3-3	年代別・男女別障害人口比率	3-6
表 3-4	自己申告に基づく障害原因（%）	3-7
表 3-5	年代別/居住地域別障害児就学率及び状況	3-8
表 3-6	障害の有無及び程度、教育水準並びに性別による就労状況（年齢 18 歳以上 64 歳以下）	

.....	3-9
表 3-7 障害者の就労を含む日常活動区分（年齢 10 歳以上）	3-9
表 3-8 障害者世帯貧困率（居住区域別）	3-10
表 3-9 各省庁における障害を持つスタッフの雇用状況.....	3-31
表 3-10 インドネシアの義務教育における障害児童数.....	3-35
表 3-11 東ジャワ州における特別養護学校/インクルーシブ教育校の数.....	3-36
表 3-12 インドネシアにおける病院の区分	3-39
表 3-13 クラス別病院数（2013 年）	3-39
表 3-14 メンタルヘルスに関する制度・プログラム.....	3-41
表 3-15 保健ポリテクニク校卒業生（医療従事タイプ別、2011～2013 年）	3-44
表 3-16 メンタルヘルスに関連する専門職	3-44
表 3-17 社会福祉における 26 の問題	3-50
表 3-18 障害者を含む貧困層向けの社会保障制度.....	3-51
表 3-19 支援機器を使っている障害者の割合（支援機器別、単位：％）	3-53
表 3-20 ソーシャル・ワーカー育成のためのカリキュラム.....	3-55
表 3-21 社会保障制度における障害者の適用内容.....	3-56
表 3-22 公共事業・住宅省による物理的アクセシビリティ改善プロジェクトの概要.....	3-58
表 3-23 アクセス監査で見つかった問題点	3-60
表 3-24 手話通訳事情アンケート調査結果（2012 年）	3-62
表 3-25 女性エンパワメント・児童保護省による障害関連プログラムの経緯.....	3-64
表 3-26 女性障害者のためのインフォメーション・コンサルテーションセンターの概要....	3-65
表 3-27 インチョン戦略指標の達成状況	3-67
表 3-28 インドネシアにおける主な障害当事者団体.....	3-68
表 3-29 インドネシアにおける障害分野研究者・機関.....	3-70
表 4-1 災害対策に係る TAGANA の役割.....	4-4
表 4-2 保健省危機対応チーム概要	4-6
表 4-3 PMI における災害対策関連業務	4-8
表 4-4 災害対策に係る SATGANA の役割.....	4-8
表 4-5 2014 年国家防災庁長官令第 14 号概要.....	4-10
表 4-6 国家防災政策（2015-2019）概要.....	4-11
表 4-7 国家防災プログラム（2015-2019）概要	4-12
表 4-8 社会擁護ガイドライン概要	4-15
表 4-9 メンタワイ島における Resilient Village Program（フェーズ 2）	4-16
表 4-10 シドニー大学共同研究プロジェクト「災害対策への障害インクルージョン」	4-16
表 4-11 TATTs（Technical Assistance and Training Teams）プロジェクト	4-16
表 4-12 災害リスク管理プロジェクト	4-17
表 4-13 東ヌサトゥンガラ州 障害インクルーシブ災害リスク削減プロジェクト.....	4-18

表 4-14	東ヌサトゥンガラ州 学校防災プロジェクト.....	4-18
表 4-15	メラピ山噴火へのインクルーシブ緊急支援.....	4-18
表 4-16	災害対策に係る取組事例.....	4-19
表 4-17	日本政府により実施された防災・災害対策関連案件.....	4-20
表 4-18	ジャパンハートの活動実績.....	4-20
表 4-19	CEMIJ の活動実績.....	4-21
表 5-1	日本の対インドネシア支援重点分野（中目標）.....	5-1
表 5-2	日本の障害分野支援における比較優位性.....	5-2
表 5-3	インドネシアにおける障害と開発分野の協力実績.....	5-2
表 5-4	障害への配慮がなされた有償資金協力案件.....	5-3
表 5-5	インドネシアで実施された母子保健プロジェクトの経緯.....	5-3
表 5-6	実施中のジャカルタ首都圏投資促進のための運輸交通環境整備プログラム.....	5-4
表 6-1	対インドネシア支援を実施する主なドナー機関.....	6-1
表 6-2	アチェにおける精神社会リハビリテーションプログラム.....	6-4
表 6-3	Bhakti Luhur CBR 開発センタープロジェクト（東ジャワ州）.....	6-4
表 6-4	子どもの失明、弱視、視覚障害対策プログラム.....	6-5
表 6-5	アチェにおける医療リハビリテーションプロジェクト.....	6-6
表 6-6	西ヌサトゥンガラ州におけるインクルーシブ教育プロジェクト.....	6-6
表 6-7	変化のためのアドボカシープロジェクト（Advocating for changes）.....	6-6
表 6-8	インドネシアに対する主要支援組織一覧.....	6-7
表 7-1	障害と開発における分野横断的課題.....	7-4
表 7-2	障害と開発における分野横断的課題.....	7-4
表 7-3	災害対策における障害インクルージョンの現状分析.....	7-7
表 8-1	インドネシアにおける重点とすべき目標・取り組み.....	8-2
表 8-2	障害インクルーシブな事業の実践に向けた中央政府の体制強化のための支援の概要 （案）.....	8-5
表 8-3	地方の障害インクルーシブ・ビレッジの好事例の構築・全国への普及のための支援の 概要（案）.....	8-7
表 8-4	障害インクルーシブな基本的ヘルスサービスの提供に向けた保健省内の体制強化のた めの支援の概要（案）.....	8-8
表 8-5	重度の障害者向け現金給付の金額増額および対象者拡大の可能性検討のための支援の 概要（案）.....	8-10
表 8-6	都市計画における障害インクルージョンの導入のための支援の概要（案）.....	8-11
表 8-7	視覚・聴覚障害者の生活向上を目的とした ICT 利活用に関する基準策定のための支援 の概要（案）.....	8-13
表 8-8	障害者サービスユニット（要援護者支援班）を活用した地域ぐるみの防災体制強化の ための支援の概要（案）.....	8-15

表 8-9 要援護者名簿による災害時フォローアップシステムの確立のための支援の概要（案）
..... 8-16

添付資料

添付資料 1： 現地調査日程

添付資料 2： 面談者リスト

添付資料 3： インチョン戦略におけるインドネシアの概況

第 1 章 調査の概要

1.1 調査の背景・目的

インドネシアは東南アジア諸国連合（Association of South-East Asian Nations: ASEAN）加盟諸国の中でも最大の人口と面積を持つ中核国であり、近年は政治的安定と順調な経済成長を実現し、国際社会での役割と存在感を一層増大させている。一方で、近年の急速な経済成長の結果、国内の所得格差が拡大している。今後同国が中長期的な安定を確保するためには、この格差の是正が重要な課題となっている。社会的弱者にとっても、経済社会における格差の拡大は深刻な影響をもたらす。

世界保健機関（World Health Organization: WHO）によると、障害者の割合は世界の人口の約 15% を占めるとされる¹。障害者を取り巻く一般的環境として、例えば教育に関して、非障害者と比べ教育へのアクセスが限られることや習熟度が低いことなどから雇用機会を失い、貧困に陥るケースが見られる。また、障害に関連する医療費の支出が多いことも貧困の一因となっているとの指摘もある。結果として、障害者のグループは非障害者に比べ、高い貧困率を示すことが多い。従って、インドネシア政府が障害者に対し、教育や雇用を始め社会的インクルージョンの促進等、何らかの対策を講じることは、所得格差の是正を進める有力かつ効果的な手段の一つと考えられる。

障害分野に関する国際的潮流への対応の一環として、同国は 2011 年 11 月に国連障害者権利条約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD）を批准した。同条約は、障害者の人権及び基本的自由の享有を確保し、障害者の固有の尊厳の尊重を促進することを目的として、障害者の権利の実現のための措置などについて定めており、締約国は、立法措置、行政措置その他の必要な措置をとることが求められている。インドネシアにおいて CRPD に規定された目標の達成状況を確認することは本件調査の主要な目的の一つである。

同国の障害と開発に関する取り組みについては、上述した教育と雇用、医療へのアクセスのほかに、交通機関や建築物へのアクセシビリティの改善（障害者が円滑な日常生活を送るために必要な、社会資本への物理的アクセスの向上）なども重要な開発課題の一つとして位置づけられる。

現在、例えばスラバヤ市ではグリーンシティ・マスタープラン等の都市計画策定が検討されているが、都市整備の計画段階からバリアフリーの視点を取り入れ、障害者や高齢者、子どもや妊産婦も含む全ての人々の公共財・サービスへのアクセスを容易にすることは、国家行政にとっての重要な責務として捉えられている。また、日本と同じくインドネシアは地震や津波、火山噴火など自然災害の被害を受けやすく、障害者は非障害者と比較して被災した際、より大きな負の影響を受ける危険性が高いことから、障害者及び緊急避難にハンディを抱えやすい高齢者、子ども、女性等全ての人々の防災社会資本へのアクセシビリティを高め、かつ計画段階から参加を促す災害対策が必要である。

このように、あらゆる分野の公共事業に障害の視点を組み込むこと、すなわち「障害の主流化（Disability Mainstreaming）」を進めていく必要性の認識は現在の国際的潮流であり、本調査もこうした視点に則り、インドネシアにおける障害者を取り巻く環境の現状について調査した。

1 WHO, *World Report on Disability* (2011), p.7.

1.2 業務の目的

上記に述べた本調査の背景・目的を踏まえ、本業務の目的を以下に示す。

- (1) CRPD及びその具体的達成指標を記した、アジア太平洋障害者の「権利を実現する」インチョン戦略（以下、インチョン戦略）²を踏まえたインドネシアの障害と開発に係る基礎情報の収集・分析
- (2) JICA 国別障害関連情報（インドネシア）の更新
- (3) (1)を踏まえた今後の協力可能性や具体的内容の検討
 - i) スラバヤ市の都市計画策定におけるバリアフリーの導入
 - ii) その他の協力の可能性

1.3 調査項目

上記目的を達成するため、本調査では障害と開発分野のニーズ調査として、基本統計、行政関連情報に関する情報収集のほか、教育・保健医療・労働環境、社会保障サービス、バリアフリーの現状の分野から課題分析を行った。また、災害対策における障害インクルージョンに関しては、法令、政策・方針、災害対策プログラムへの障害者の巻き込みについて現状調査及びニーズの把握を行った。これら障害分野に係るニーズについて、ドナーの援助動向及び障害者団体 (Disabled People's Organizations: DPOs) の取り組み状況、日本の援助方針、日本における専門家リソースの点から総合的に分析が行われ、今後の協力の方向性が導き出された（図 1-1）。

なお、本調査で予定されていたスラバヤ市における障害分野の現状・課題の調査に関しては、同市の側で本調査の実施許可についての行政手続が進まず、同市政府に対する聞き取り調査は実施に至らなかった。結果、スラバヤ市を含む近隣地域においては、東ジャワ州政府の協力のもと、州レベルの障害関連情報を収集し、また DPOs への聞き取り調査及びアクセス監査を実施した。

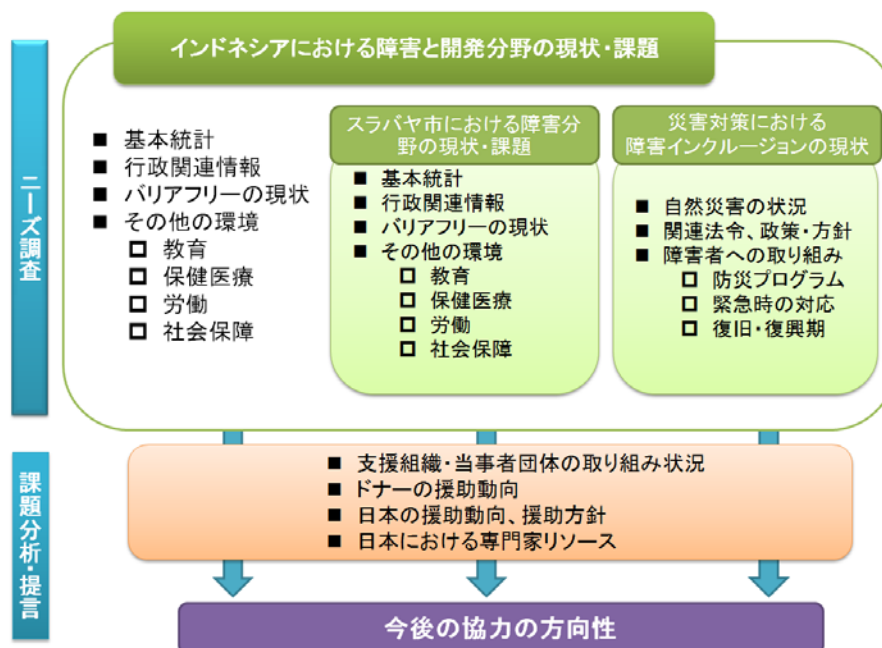


図 1-1 調査枠組み及び調査項目

² 詳細については「3.7 国際条約 (CRPD) や世界・地域政策 (インチョン戦略等) への取り組み」を参照。

1.4 業務の実施方法

1.4.1 業務フロー

本業務のフローを図 1-2 に、作業計画を図 1-3 に、それぞれ示すとともに、業務実施内容を以下に述べる。

第1次現地調査は、2015年5月6日から6月4日までの30日間、第2次現地調査は6月28日から7月11日までの14日間の日程で実施された。現地調査日程については別添資料1、面談者については別添資料2に、それぞれ示す。

スラバヤ市において開催予定であった現地セミナーについては、公共事業・国民住宅省の協力のもと、ジャカルタ市内で開催された。「スマートグリーンシティに向けたグリーンビルディングとアクセシビリティ」をテーマに、公共事業・国民住宅省職員、地方政府の公共事業局職員、国際金融公社などを対象に、都市計画におけるグリーンビルディング、ユニバーサル・アクセスの視点について啓発することを狙いとした。本セミナーの概要と結果については、現地セミナー報告書にまとめた。

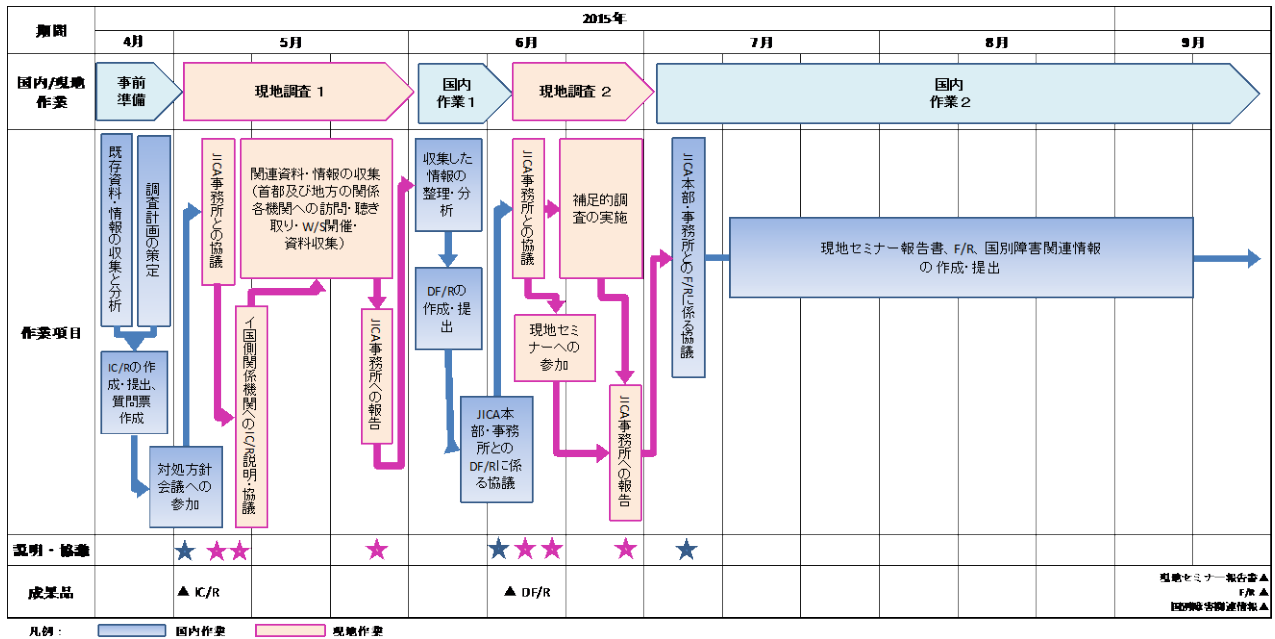


図 1-2 業務フロー

作業項目	2015年					
	4	5	6	7	8	9
(1) 国内作業 1						
① 既存資料・情報の収集・分析	□					
② 調査方針・調査計画の検討	□					
③ IC/R、質問票の作成・提出	□▲					
④ 事前勉強会や対処方針会議等への参加	□					
(2) 第1次現地調査						
① IC/RにかかるJICAインドネシア事務所及び現地関係機関への説明・協議		△-△				
① 中央レベルの関係省庁・機関、ドナー等の訪問		■				
② ジョグジャカルタ市の関係機関、ドナー等の訪問		■				
③ スラバヤ市の関係機関、ドナー等の訪問		■				
④ 第二次現地調査時のセミナー開催に関する協議			■			
⑤ 第1次現地調査結果報告およびDF/Rの方向性にかかる協議			■			
(3) 国内作業 2						
① 収集済み情報の整理・分析			□			
② DF/Rの方向性にかかる関係者との協議			□			
③ DF/Rの作成・提出			□▲			
③ DF/Rにかかる関係者への説明				△-△		
④ 追加調査が必要な情報の整理			□			
⑤ 現地セミナーの開催準備			□			
(5) 第2次現地調査						
① 追加の情報収集				■		
② 現地セミナーの開催支援				■		
③ 現地セミナーへの参加				■		
④ 現地調査結果報告、現地セミナー事後協議、およびF/Rの作成にかかる協議				■		
(6) 国内作業 3						
① 現地セミナー報告書の作成、提出				□		▲
② F/Rの方向性にかかる関係者との協議					△-△	
③ F/Rの作成、提出					□	▲
④ 国別障害関連情報の作成、提出					□	▲

凡例：□国内作業 ■現地作業 △-△説明・協議 ▲成果品提出

図 1-3 作業計画

1.4.2 報告書、提出物一覧

本業務において提出する報告書及びその他提出物を、表 1-1 に示す。

表 1-1 報告書及びその他提出物一覧

成果品等	記載事項	言語	提出部数		提出時期
インセプション・レポート (IC/R)	調査の目的、調査実施方針（作業工程、要員計画、訪問先、調査手法含む）、質問項目	和	2部	CD-R2 枚	2015年5月上旬
ドラフト・ファイナル・レポート (DF/R)	全調査項目	和	2部	CD-R2 枚	2015年6月上旬
現地セミナー報告書	現地セミナー概要（議事概要、資料、出席者等を含む）	和	2部	CD-R2 枚	2015年9月18日
ファイナル・レポート (F/R)	全調査項目	和 英	10部 5部	CD-R3 枚	2015年9月18日
国別障害関連情報	国別障害関連情報基本項目リストに沿う	和	1部	CD-R1 枚	2015年9月18日
収集資料	収集した資料・データ及びリスト	和 英	1部 1部	CD-R1 枚	2015年9月18日
コンサルタント業務従事月報	国内・海外における業務従事期間中の業務に関する報告	和	1部		毎月
会議記録	各種会議の協議内容	和/英	1部		適宜

第 2 章 インドネシアの概況

2.1 インドネシアにおける経済・社会状況ならびに自然災害に係る環境

2.1.1 経済・社会状況

以下に、インドネシアの社会・経済に関する基本情報をまとめる。

インドネシア共和国基本情報

1. 面積:	1,904,569 平方 km (世界第 15 位)
2. 人口:	2 億 5,746 万 4 千人 (2015 年、推計。世界第 4 位) (実数については表 2-7 参照)
3. 出生時平均余命:	71 歳 (2013 年)
4. 1 人当たり国民総所得:	10,250 米ドル (2014 年、国際購買力平価換算)
5. 失業率:	6.25% (2013 年)
6. 高齢化率:	5.18% (2015 年、65 歳以上人口比率)
7. 妊産婦死亡率:	190 (2013 年、10 万出産中)
8. 5 歳未満児死亡率:	29 (2013 年、1,000 出生中)
9. 1 医療施設当たり人口:	20,499 人 (2012 年、全国) (総合病院、専門医院、診療所合計) 33,400 人 (2012 年、西ジャワ州) 5,393 人 (2012 年、パプア特別州)
10. 就学率:	98.42% (2013 年、7 歳－12 歳) 90.81% (2013 年、13 歳－15 歳) 63.84% (2013 年、16 歳－18 歳) 20.14% (2013 年、19 歳－24 歳)
11. 非識字率:	6.08% (2013 年、15 歳以上) 15.15% (2013 年、45 歳以上)

(出典) 面積: Central Intelligence Agency (CIA), *The World Factbook* (as of July 20, 2015); 人口: United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2015 Revision*; 出生時平均余命: The World Bank, *World Development Indicators*; 一人当たり GNI: World Bank, *op. cit.*; 失業率: Badan Pusat Statistik (BPS), *Statistik Indonesia*; 高齢化率: UN Population Division, *op. cit.*; 妊産婦死亡率: WHO, *Global Health Observatory (GHO) Data*; 5 歳未満児死亡率: World Bank, *Databank by Country*; 1 医療施設当たり人口: BPS, *Statistical Yearbook of Indonesia 2014*; 就学率: BPS, *Statistik Indonesia*; 非識字率: *Ibid.*

第 1 章に述べたように、インドネシアは東南アジア最大の領域を誇ると同時に世界最大の群島国家であり、ASEAN事務局を首都ジャカルタに配する地域の中核国である。同国の総人口は 2014 年に 2

億 5 千万人（中国、インド、米国に次ぐ世界第 4 位³⁾）に達し、通増傾向が続いている。ただし、全人口の 57%は、首都ジャカルタ、スラバヤ、ジョグジャカルタ等の主要都市を擁するジャワ島（12.7 万 km²、全国土の 6.6%）に集中しており、国内総生産（Gross Domestic Product: GDP）の地域別シェアも同島が約 58%を占め⁴⁾、中央部の密集と遠隔地の粗放の差が著しい。

表 2-1 インドネシア経済成長の推移

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
実質経済成長率(%/年)	6.3	6.1	4.6	6.1	6.5	6.2	5.8	5.0
1人当たり GNI (US\$, 国際購買力平価換算)	6,410	6,870	7,150	7,640	8,190	8,750	9,270	10,250

(出典：BPS, Statistik Indonesia 及び World Bank, World Development Indicators より作成)

インドネシア経済は 1997 年のアジア通貨危機によって成長年率マイナス 13%にも及ぶ打撃を被ったが、その後国際通貨基金（International Monetary Fund: IMF）支援プログラムの着実な運用と自主的な構造改革の試みが奏功し、近年は表 2-1 にも見られるとおり、2007 年からの 6 年間は毎年約 6%の経済成長を続け、その間の実質所得の伸びも約 1.5 倍という好況を迎えている。

表 2-2 インドネシア貧困人口比率の推移

月額所得/ 人口比率	2010年		2011年		2012年3月		2012年9月		2013年3月		2013年9月		2014年3月		2014年9月	
	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)	金額 (Rp.)	比率 (%)
貧困線 (全国)	211,726	13.33	233,740	12.49	248,707	11.96	259,520	11.66	271,626	11.37	292,951	11.47	302,735	11.25	312,328	10.96
(都市)	232,988	9.87	253,016	9.23	267,408	8.78	277,382	8.60	289,042	8.39	308,826	8.52	318,514	8.34	326,853	8.16
(地方)	192,354	16.56	213,395	15.72	229,226	15.12	240,441	14.70	253,273	14.32	275,779	14.42	286,097	14.17	296,681	13.76

(出典：BPS, Statistik Indonesia より作成)

以上のインドネシアの賦存条件（広大な国土領域、着実な経済成長、ジャワ島への集中）は、貧富格差・地域間格差の大きな背景と考えられる。事実、世界銀行発表のジニ指数では、2008 年の 34.1%から 2010 年には 35.6%、2011 年には 38.1%と貧富格差の拡大傾向を示しており⁵⁾、同国政府の規定する貧困線（表 2-2。2014 年 9 月の貧困線（全国）は、当時の為替レートで約 26 米ドルに相当し、1 日当たりになると 1 米ドルに満たない）以下で暮らす、貧困人口の比率は 2010 年から 2014 年にかけて全国・都市・地方のいずれにおいても 17%から 18%の減少を示しており、国全体では貧困削減の方向性にあるものの、貧困人口比率では都市部と地方部の間に未だ 5.6 ポイントの懸隔が存在する。同国では政治上の地方分権は 2000 年代以降着実に進展しているとされるが、経済面で見るとは、都市を多く擁するジャワ島への人口集中が 6 割近くにも達しており、格差是正は喫緊の国家的な開発課題であると考えられる。

以下、経済・社会的背景としての格差が障害者及びその環境に与えている影響について述べる。

表 2-3 及び表 2-4 はインドネシアと周辺諸国の保健・医療の主要指標を比較したものである。インドネシアは他の ASEAN 加盟諸国と比較しても良好な水準とは言いがたい。国民一人当たり所得にして半分程度しかないベトナムと比べても、5 歳未満児死亡率、妊産婦死亡率、平均寿命、単位人口当たり医師数といった指標において劣位の数値を示している。

³⁾ United Nations Population Division, *World Population Prospects: The 2015 Revision*. 人口趨勢についても、同国総人口は 2070 年まで増加し続けると予測されている（中位予測）。

⁴⁾ Badan Pusat Statistik (BPS, インドネシア中央統計庁), *Statistics Indonesia* (<http://www.bps.go.id/>)

⁵⁾ World Bank, *World Development Indicators* (<http://databank.worldbank.org/data/views/reports/tableview.aspx>)

表 2-3 インドネシア及び周辺諸国の主要保健指標

	1人当たりGNI (US\$) (購買力平価換算)*	5歳未満児死亡率 (1,000出生中)	妊産婦死亡率 (10万出産中)	平均寿命
インドネシア	10,250	29	190	71
タイ	13,950	13	26	74
フィリピン	8,300	30	120	69
マレーシア	23,850	9	29	75
シンガポール	80,270	3	6	83
ベトナム	5,350	24	49	76
カンボジア	3,080	38	170	72
ラオス	4,910	71	220	68
ミャンマー	1,950**	52	200	66

* 1人当たり GNI (2014)

**ミャンマーの GNI のみ (2010)、他は全て 2013 年。

(出典： World Bank, World Development Indicators、 WHO, World Health Statistics 2014 より作成)

表 2-4 インドネシア及び周辺諸国の主要保健人的資源/施設関連指標

(年次)	医師数 (人口1万人当たり)	精神科医数 (同)	病院数 (人口10万人当たり)*	精神科病床数 (対人口10万人)
	2007-2013		2013	2014
インドネシア	2.0	0.05未満	0.4	4.0
タイ	3.9	0.1	1.8	0.0
フィリピン	-	0.05未満	1.8	6.1
マレーシア	12.0	0.1	0.5**	14.0
シンガポール	19.5	0.3	0.5	44.3
ベトナム	11.9	0.1	-	7.9
カンボジア	1.7	0.05未満	0.6**	0.1
ラオス	1.8	0.05未満	2.2	0.4
ミャンマー	6.1	0.05未満	0.6**	3.0

* WHO, Baseline Country Survey on Medical Devices (2013)、** 公共病院のみ。

(出典： WHO, World Health Statistics 2015 より調査団作成)

経済発展の水準に比べて社会開発指標の数値が低い原因としては、① 周囲を海に囲まれた群島国家であり、国土が広いという地理的特性のため各種社会資源並びにサービスへのアクセスが困難、② 国土が広大な分、その領域をカバーするために必要な社会資本が膨大なものとなる、の2点を挙げることができる。例えば冒頭「基本情報」に示した医療施設当たりの人口数であるが、マレーシアの2,907人(2011年)⁶等と比べた場合、インドネシア最大の人口を擁する西ジャワ州(33,400人)はもとより、最遠隔地に位置するパプア特別州の数値(5,393人)も大きな懸隔を示している。このことは、西ジャワ州の総人口と面積(4,305万人、35,378km²)、パプア特別州の総人口と面積(283万人、319,036km²)⁷も考え併せると「広大な領域を公共サービスによってカバーすることの困難さ」に

⁶ 人口はマレーシア国勢調査(2010)、病院等医療施設数は Ministry of Health, Malaysia, Health Facts 2012 に基づく。

⁷ 西ジャワ、パプア各州の人口・面積については BPS, Statistical Yearbook of Indonesia 2014。

加え「医師や医療施設等の基本的社会資源の絶対的な不足」という二重の制約がインドネシアの社会保障分野には存在することが明らかとなる⁸。

2.1.2 自然災害

インドネシアは熱帯雨林/熱帯モンスーン気候域に属し、また周囲を海洋に囲まれていることから、年間を通じて暴風雨やそれに伴う土砂災害の被害を受けやすい環境にある。インドネシアで起こり得る自然災害としては、地震や津波、火山噴火、地滑り/斜面崩壊、集中豪雨、洪水、干ばつ、異常気象、森林火災などがある。

表 2-5 は、1980 年から 2014 年にかけてインドネシアにおいて発生した自然災害の発生件数とそれによる被害状況を災害別にまとめたものである。インドネシアで起こりうる自然災害としては、洪水が最も多く災害件数の約 40%を占めるが、死亡者数と被害者数、経済的損失を合わせた被害規模で見ると、地震・津波による被害が最も大きいことが分かる。

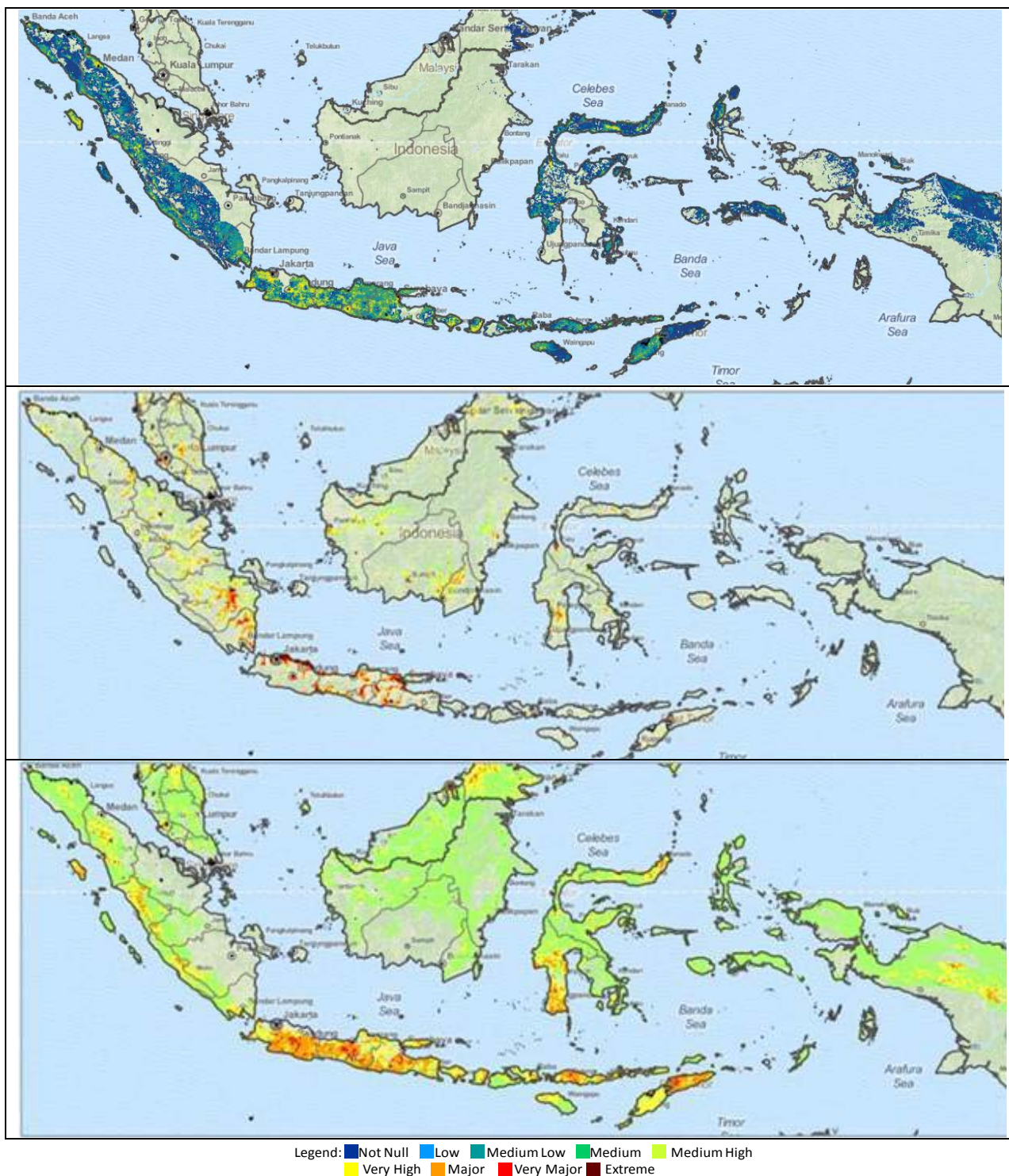
表 2-5 インドネシアにおける自然災害の被害状況（1980-2014 年）

自然災害の種別	発生件数	死亡者数	被害者数	経済的損失 (単位：-000-US\$)
洪水	154	6,408	8,357,541	6,378,016,000
地震・津波	85	179,441	8,505,943	11,479,576,000
地滑り/斜面崩壊	49	2,081	397,783	121,745,000
火山噴火	42	729	930,153	530,190,000
森林火災	9	300	3,034,478	9,329,000,000
暴風雨	6	27	15,188	1,000,000
干ばつ	6	1,266	1,083,000	89,000,000
合計	351	190,252	22,324,086	27,928,527,000

(出典：Centre for Research on the Epidemiology of Disasters)

図 2-1 は、地震、洪水、地滑り等によって死亡するリスクの高い地域を表している。地震については、特にスマトラ島、ジャワ島、スラウェシ島が脆弱な地域と言える。地滑りや斜面崩壊が発生する主な原因は大雨や地震動であり、地震や洪水による死亡リスクの高いこれらの島々は、同時に地滑りや斜面崩壊による死亡リスクの高い地域と言える。

⁸ この点は例えば Global Health Workforce Alliance (WHO), *Country Coordination and Facilitation (CCF) – Country Case Studies: Indonesia* (2011) 等においても指摘されている。また、インドネシア中央政府機関での聞き取り調査においても「インドネシアは広大な領域を有しているため、必然的に起こる地域間格差と社会資源の不足にいかに対処するかが、あらゆる開発にとって所与の条件となる」点の主張をされるが多かった。



(出典：Global Risk Data Platform, UNEP/UNSIDR, 2013)

図 2-1 地震（上段）・洪水（中段）・地滑り/斜面崩壊（下段）による死亡リスク

国家防災庁（Badan Nasional Penanggulangan Bencana: BNPB）は、地震、集中豪雨/洪水、干ばつ、異常気象、森林火災などの災害に対し、対策を優先させるべき重点地域をあげている（表 2-6）。これら重点地域は、居住人口、インフラ設備、向こう 5 年間の発生確率などを基準に判断されており、約 2 億 500 万人が災害の発生する可能性のある地域に居住していると考えられている。

表 2-6 災害対策重点地域

災害種別	重点地域（州）
地震	西ジャワ、アチェ、西スマトラ、中央ジャワ、ランブン、東ジャワ、バリ、東ヌサトゥンガラ、中央スラウェシ、北スラウェシ
集中豪雨/洪水	東ジャワ、西ジャワ、西スマトラ、西ヌサトゥンガラ、北スマトラ、マルク、ゴロンタロ、中央スラウェシ、北スラウェシ、南スラウェシ
干ばつ	東ジャワ、西ジャワ、北スマトラ、西カリマンタン、西スマトラ、中央ジャワ、東ヌサトゥンガラ、バンテン、南カリマンタン、西ヌサトゥンガラ
森林火災	リアウ、中央カリマンタン、西カリマンタン、南スマトラ、東カリマンタン、ジャンビ、パプア、ランブン、北スマトラ、南カリマンタン

(出典：国家防災計画 2015-2019（ドラフト）)

インドネシア政府は、気候変動や地質活動、土地開発による土壌環境悪化などの影響により、今後ますます自然災害による危険性が高まると懸念している。

2.2 インドネシアの行政区分

インドネシアの国土は 34 の州（Provinsi）及び特別州（Daerah Khusus）によって分割され、これらがいわゆる第 1 行政区画として位置づけられている。さらに州の領域は県（Kabupaten）及び市（Kota）に分割され、これらがいわゆる第 2 行政区画を構成する⁹。各州の所在地及び人口は表 2-7 に示すとおりである。

州、県及び市の政府は自治権を有し、選挙を通じて選出された代議員により構成される地方議会を有し、首長である州知事/市長/県知事は公選により民主的に選出される¹⁰。

県、市の間には序列の上下や行政機能面での違いはなく、単に県は地方部（周縁部）、市は都市部に設置されるにすぎない。県、市の下には郡（Kecamatan）、その下に区（Kelurahan）が置かれ、個別の行政単位として県及び市の行政機能を補佐する役割を果たしている。

地方部に設置される村（Desa）については、区と同様の役割を果たしながら、長く正規の行政区として認められてこなかったが、2014 年 11 月、村落法が 35 年ぶりに改正され、全国約 74,000 の村に独自の事業実施権、予算編成権及び首長選出権が与えられ、正規の行政単位としての地位を得ることとなった。

村議会は代議制を取らず、全員が参加可能な「寄り合い集会」（Musyawarah）の形を取るものの¹¹、首長としての村長は選挙によって選出され、村議会は事業実施及び予算編成の決定権を有する¹²。

村の予算は中央政府からの原資移転によっても賄われ（地方交付金の 10% を上限として、村落基金（Dana Desa）に編入される）、村長選挙の費用は上位行政区分の市または県によって負担されるも

⁹ インドネシア共和国憲法（1945）第 18 条第 1 項（2000 年 8 月 2 次改正）。なお「第 1 行政区画」「第 2 行政区画」は通称であり、法律による規定はない。

¹⁰ 同第 18 条第 2 項—第 4 項。なお自治権については「中央政府の専権統治事項という特段の定めのない限り、可能な限り広い自治を行う」（同第 5 項）とあり、インドネシアの地方政府には広範な自治権が保証されている。

¹¹ 村落法第 59 条第 3 項。初回の議会では年長者が議長を務め、年少者がそれを補佐する。

¹² 同法第 61 条第 3 項。なお、村長は議会による決定事項の承認権を有する（同法第 1 条第 7 項及び第 26 条第 2 項第 5 号）。

の、村議会（Musyawarah Desa）の費用は村による自己負担原則が貫かれ¹³、村の資産は他の中央/地方レベルの行政区画の占有ないし抵当の対象とならない固有資産として独立性が保たれる¹⁴。

表 2-7 インドネシアにおける州及び人口

所在地	州／特別州	人口 (2010)
スマトラ島	アチェ特別州 (Aceh)	4,494,410
	北スマトラ州 (Sumatra Utara)	12,982,204
	西スマトラ州 (Sumatra Barat)	4,846,909
	リアウ州 (Riau)	5,538,367
	ジャンビ州 (Jambi)	3,092,265
	南スマトラ州 (Sumatra Selatan)	7,450,394
	ブンクル州 (Bengkulu)	1,715,518
	ランブン州 (Lampung)	7,608,405
	バンカ・ブリトゥン諸島州 (Kepulauan Bangka Belitung)	1,223,296
	リアウ諸島州 (Kepulauan Riau)	1,679,163
ジャワ島	ジャカルタ首都特別州 (Daerah Khusus Ibukota Jakarta)	9,607,787
	西ジャワ州 (Jawa Barat)	43,053,732
	中部ジャワ州 (Jawa Tengah)	32,382,657
	ジョグジャカルタ特別州 (Daerah Istimewa Yogyakarta)	3,457,491
	東ジャワ州 (Jawa Timur)	37,476,757
	バンテン州 (Banten)	10,632,166
小スンダ列島	バリ州 (Bali)	3,890,757
	西ヌサ・トゥンガラ州 (Nusa Tenggara Barat)	4,500,212
	東ヌサ・トゥンガラ州 (Nusa Tenggara Timur)	4,683,827
カリマンタン島 (ボルネオ島)	西カリマンタン州 (Kalimantan Barat)	4,395,983
	中部カリマンタン州 (Kalimantan Tengah)	2,212,089
	南カリマンタン州 (Kalimantan Selatan)	3,626,616
	東カリマンタン州 (Kalimantan Timur)	2,930,793
	北カリマンタン州 (Kalimantan Utara)	622,350
スラウェシ島	北スラウェシ州 (Sulawesi Utara)	2,270,596
	中部スラウェシ州 (Sulawesi Tengah)	2,635,009
	南スラウェシ州 (Sulawesi Selatan)	8,034,776
	南東スラウェシ州 (Sulawesi Tenggara)	2,232,586
	ゴロンタロ州 (Gorontalo)	1,040,164
	西スラウェシ州 (Sulawesi Barat)	1,158,651
マルク諸島	マルク州 (Maluku)	1,533,506
	北マルク州 (Maluku Utara)	1,038,087
ニューギニア島	西パプア特別州 (Papua Barat)	760,422
	パプア特別州 (Papua)	2,833,381
総人口：		237,641,326

(出典：BPS, *Sensus* (国勢調査) 2010) *北カリマンタン州は2012年に東カリマンタン州より分離して発足。

2.3 インドネシアの地方自治が抱える問題

2000年代初頭以降のインドネシアにおける地方自治の進展は、政治・経済等、市民生活に関連する多くの分野における自由を社会的発展の原動力と見る立場から、内外の高い評価を受けてきた。だが

¹³ 同法第 54 条第 4 項

¹⁴ 同法第 1 条第 11 項。なお、村落基金の解説については Blane Lewis, “Indonesian Village Decentralization is All Money No Plan,” (*East Asia Forum*, 27 June 2015) に詳しい。

一方で、地域毎の自主裁量権の拡大は、中央政府による統制を弱体化させ、そのことによる負の側面も指摘されている。

例えば、ヤシ油生産プランテーションの敷地を新たに確保するため、乾期に頻繁に起こるスマトラ島での大規模焼畑により、多くの原生林が焼却され、かつ発生する煙が濃霧となって太陽光を遮断し、地元はもとより隣国マレーシアにおける農業被害や住民の健康被害をもたらしている。近年の好調な経済発展・輸出拡大に伴い、ヤシ油の需要は国内・国外（特に中国、インド）共に急増し、特に豊富な地下資源を持たない地方の州においては、保護のための財政的負担が大きい原生林を潰してヤシ油プランテーションを開拓することは、文字通り「カネの成る木」の獲得になる。こうした外交問題にも発展しかねない（実際、マレーシアからは公式に強く是正を求められている）環境問題についても、中央政府は地方政府を「指導」するものの、地方政府がその指導に従う必要や罰則規定は存在しない現状にある¹⁵。

本件調査を通じて、こうした「強過ぎる地方政府の権限」の問題は障害関連分野においても例外ではなく、度々中央政府の関係者から情報として寄せられた。

¹⁵ 本件に係る情報は Ben Bland, “Indonesian Fires Highlight Weak Governance and Corruption,” (*Financial Times*, June 23, 2013) に基づく。なお、同記事では「地方自治の行き過ぎた進展は、インドネシアの地方政府における贈収賄の横行を拡大・定着させた」との記載もある。

第 3 章 インドネシアにおける障害と開発の概況

3.1 障害及び障害者の定義

インドネシアは伝統的に症状や機能分類に基づいて障害を定義・認知してきた。以下、法規制並びに行政実務の両面から概観する。

(1) 法律による規定

障害に係る特別法として、障害者に関する法律（1997 年法律第 4 号）（以後、障害者法）が存在する。同法第 1 条第 1 項には、障害者について「① 身体に障害を負う者、② 精神に障害を負う者、③ 身体及び精神に障害を負う者」という規定がある¹⁶。

また、障害者福祉に関する規則（1980 年政令第 36 号）では、障害者を「医学的に認定された、当人にとって行動を適正に実施する上で妨害となる全ての身体的/精神的ハンディキャップを持つ人々」と位置づけ、以下 5 種の分類を掲げている¹⁷。

- a) 身体障害者
- b) 視覚障害者
- c) 精神障害者
- d) 聴覚障害者/言語障害者
- e) 慢性疾患による障害を有する人

さらに、医療リハビリテーションに関する規定（1999 年保健省令第 104 号）の第 1 条は「身体もしくは精神に障害があり、かつそのことにより自らの行動に制約が生じている者」と障害者を定義している。同令第 7 条は「障害の度合は、障害者自身が日常生活を送る上で、自らの行動をどれだけ制御できるかによって判定される」とし、その程度を以下の 6 等級に分類している¹⁸。

- レベル 1： 多少の困難を伴うものの、概ね自らの意思に基づいて行動を制御できる
- レベル 2： 補装具を用いて自らの行動を制御できる
- レベル 3： 補装具の有無に関わらず、自らの行動の制御に他者の補助を必要とする
- レベル 4： 補装具は役立たず、介助者の補助によって行動の制御が可能
- レベル 5： 他者の完全な介護なくしては自己意思に基づく動作が不能
- レベル 6： 完全介護を以てしても本人の意思に基づく身体制御が不可能

(2) 行政による定義

従来、公式の統計調査等において、インドネシア政府は ① 視覚障害、② 聴覚障害、③ 言語障害、④ 身体障害の 4 種で障害を定義してきたが、近年ではこれに ⑤ 知的障害¹⁹、⑥ 自己の行動の制御困難あるいは不能を含めた 6 種の分類を採用している²⁰。

¹⁶ Undang-Undang Nomor 4, Tahun 1997, Tentang “Penyandang Cacat.”

¹⁷ Peraturan Pemerintah No.36, Tahun 1980, Tentang “Usaha Kesejahteraan Sosial Bagi Penderita Cacat,” 第 1 条第 1 項。

¹⁸ Permenkes (Peraturan Kementerian Kesehatan) Nomor 104/Menkes/PER/II/1999, Tentang “Rehabilitasi Medik”

¹⁹ 実際のインドネシア政府資料では、現在は差別的表現として通常使用が控えられる精神遅滞（mental retardation）

具体的には、中央統計庁（Badan Pusat Statistik: BPS）による国勢調査（10年ごとに実施。前回調査は2010年）、保健省による基礎保健調査（Riset Kesehatan Dasar: RISKESDAS。3年ごとに実施。前回調査は2013年）等においては、2001年にWHO総会で採択された国際生活機能分類（International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF）に基づいて設計された質問票が使用されている。

ただし、実際の運用や調査手法の細部においては調査主体である各省庁/機関により差異があり、そのことが調査主体によって障害者について統計数値の異なる結果を生じる原因となっていた²¹。2016年に実施が予定されているBPSと国家開発企画庁（Badan Perencanaan Pembangunan Nasional: BAPPENAS）共催のSpecial National Survey on Disabilities（仮題）では、事前に社会省や保健省を始めとする関連省庁並びに障害者団体（DPOs）も交えた方法論に関する調整が図られており、今後インドネシアにおける障害（者）の定義及び関連データ収集手法が統一され、統計の信頼度が向上することが政府内部で期待されている²²。

こうした変化の背景には、2011年11月のインドネシア政府による国連障害者権利条約（CRPD）の批准もあり、今後同国における障害の定義及び認識が、機能分類的医学モデルに基づくものから社会モデルに準拠したものに変化していく可能性が高いとの見方もある²³。

3.2 障害者の現状 —障害に対する認識と姿勢—

本項では、インドネシアにおける障害者の定性的な現状を、主として障害当事者及び家族、支援団体、NPO/NGO並びに障害関連行政を担当する政府職員等への聞き取り調査や検討会合（Focus Group Discussion: FGD）を通じて得た情報に基づき、参考事例として紹介することを目的とする²⁴（なお、数値の面での同国における障害者の現状については、第3.3節を参照のこと）。

の語が用いられている。

²⁰ インドネシア大学教授等有識者（2015年5月7日）、及びBAPPENAS（同6月3日）への聞き取り調査に基づく。

²¹ 例えば、教育文化省における障害の定義は①聴覚障害、②発達障害、③視覚障害、④身体障害、⑤精神障害、⑥自閉症の6種で、BAPPENASにおける6分類とは異なる（2015年5月12日、教育文化省への聞き取り調査に基づく）。また社会省は、本人の視覚が完全に失われた状態でなければ「視覚障害」とは見なさないのに対し、BPSは、視覚に何らかの障害があれば「視覚障害」と見なす（2015年7月2日、BPSへの聞き取り調査に基づく）。また、当初「視覚障害」として認識されていた一部地域の児童が、追認調査の結果、単に近視・弱視であったことが判明した、といった事例も存在する（上記BAPPENASでの聞き取り調査に基づく）。

²² （同上）

²³ BAPPENAS、BPS等政府機関及び大学教授等有識者や障害当事者への聞き取り調査に基づく。しかし、「現実の障害関連調査においては、対象となる一般世帯の人々が障害分類の概念自体を知らないことが多く、症状の有無を中心とした質問の仕方とならざるを得ない」（BPS）ことから、実務上は医学モデルに基づく定義を当面利用せざるを得ないとする見方もある。なお、障害概念に係る①医学モデルは、障害を病気や傷害その他の健康状態から直接引き起こされた当事者個人の特性と見る。同モデルでは障害は個人に帰属する問題であり、その改善のために医療あるいはその他の治療や介入を必要とする。②社会モデルでは、障害は社会によって作られ、個人の属性とは見なさない。同モデルでは、障害に係る問題は、他者の社会的態度やその他の社会的条件によってもたらされた不適切な物理環境の産物とされ、問題解決や状況改善には政治的な対応が求められる（厚生労働省 統計情報部「生活機能分類—小児青少年版（仮称）—（ICF-CY）の日本語版作成のための検討会（第2回）」資料3『ビギナーズガイド（仮訳）生活機能、障害、健康に関する共通言語にむけて：ICF 国際生活機能分類』（2008年12月10日）p.8）。

²⁴ 情報の性質上、個別の典拠（＝発言者）の詳細については明らかにできないことが多い。

【障害者の貧困】

一般に障害者は教育や雇用へのアクセスが難しく、学歴や技能や職務経験を得難いがゆえに貧しいという悪循環に陥り易い。世界中で広く見られるこうした傾向に漏れず、インドネシアでも障害者の貧困問題が深刻である。

【教育・保健・雇用・社会保障】

教育や保健、雇用、社会保障などへのアクセスについても大きな問題を抱えている。教育分野では、実際に登録・就学している障害児の数は全障害児の 10%に過ぎない。障害者は、出生時の義務である国民登録すらされていない可能性が高く、その結果として教育・医療・雇用・介護・福祉といった行政サービスを受けることができない²⁵。

【障害とジェンダー】

インドネシアにおける障害女性は、障害者であることに加え、女性であることによる二重の差別を受けている。例えば、既婚の女性が障害を負うと、それだけで夫から離婚を言い渡される正当な事由になる（法的にも認められている）²⁶。また、女性障害者が妊娠しただけで世間の批難を浴びることも珍しくない²⁷。

【アクセシビリティ】

インドネシアの障害者の日常において、アクセシビリティは良好とは言い難い。公共の建物に「法に従って」設置された車椅子用の通路にしても、勾配が急すぎるために車椅子利用者が単独で利用できない、あるいは危険が伴うケースなどが散見される。

【障害に対する認識と姿勢】

同国での障害に対する認識・姿勢は一般的にネガティブであり、障害者の社会的貧困の背景要因の 1 つとなっている。

それは用語にも端的に表われており、インドネシア語において公式に「障害」という際には、“disabilitas” という語が当てられることとなっているが、差別的言辞として忌避されている筈の“cacat”（不具、片輪）という言葉が未だに法律上も存続している（例えば 1997 年の「障害者法」は、現在も正式名称が Undang-Undang, tentang “Penyandang Cacat” のままである）。“orang gila”（気狂い、でき損ない）という言葉も日常会話で頻繁に使われている。

また、一般に「障害者」というと、身体障害者のみを想定する人が多いのも事実である。さらに「障害」に対する構え方にしても、あくまで「慈善」が中心であり「障害者とは、憐れむべき者達である」という既成概念も根強い。特に因習の強い地方部において、障害を「恥」「穢れ」と見なす根強い心が存在する²⁸。また「自分の子は障害を負っているので、通常的生活などできるわけがない」と、

²⁵ 教育文化省（2015 年 5 月 12 日）、東ジャワ州教育局（同 5 月 20 日）、並びにスラバヤ市及びジョグジャカルタ市 DPOs（同 5 月 14 日—29 日）への聞き取り調査に基づく。公式の統計数値に基づく問題提起ではないが、本件について公式統計が整理されていないこと自体が問題であるとの意識は官側にも共有されている。

²⁶ 婚姻法（1974 年法律第 1 号）第 4 条第 2 項。子を成さない場合も、夫から妻への離婚を求める適格事由となることが併せて明記されている。

²⁷ ジャカルタ市での FGD の結果、及びスラバヤ市での当事者、支援者及び関連行政担当者への聞き取り調査に基づく。なお、障害に係るジェンダーの問題に対する公的な取り組み及び担当組織については、3.4.3 (10) を参照。

²⁸ 教育文化省（2015 年 5 月 12 日）、東ジャワ州教育局（同 5 月 20 日）、ジョグジャカルタ市社会局（同 5 月 27 日）、並びにスラバヤ市及びジョグジャカルタ市 DPOs（同 5 月 14 日—29 日）への聞き取り調査に基づく。公式の統計数

初めから社会参加を諦め、過保護に在宅介護を続けてしまう親も多い。さらに職業的教員も、障害児が授業についてくるのは困難と決めつけているケースが少なくない。

【政府関係者の意識と対応 一当事者側からの評価一】

インドネシア政府の一般的な障害への意識と対応については、本調査において聴取した障害当事者の意見によると、多くの省庁に勤める公務員・官僚の間では、障害関連の問題は社会省の専権事項であるという認識が強固で、他省庁には担当意識が乏しい²⁹、あるいは多くの政府関係者が、障害者は政府機関事務所と関係することがないと思っているため、障害者向けにアクセシビリティに関する措置がされておらず、また、措置をする意味がないと思っている³⁰、などの声が聞かれた。また、「障害者の参加」（計画、実施、モニタリング、評価にわたる開発プログラム全般）について正しく理解していないため、計画の初期段階のみ障害者に意見を求め、その後は没交渉になるなど政府の対応は一貫していない、大臣や部長クラスの官僚は、障害分野の活動に非常に積極的であるが、部長クラスより下の公務員は積極的ではないことが多い、という意見が多かった。

【サービス提供の現在 一当事者側からの評価一】

概念や用語の不正確さや不徹底が現実の運用面での不都合を招くのか、あるいは現実を概念・用語が反映するのかわ不明だが、結果として障害者は不適切な扱いを受けたり、不満足なサービスを提供されたりしているのが現状である。障害者のニーズを意識し、それに応えようとするサービスも増えつつあるが、下記のタクシー会社の例に見るように、障害者自身の意見・要望を正確に取り入れ、サービス内容を改善することが今後の課題となっている。

試行錯誤の事例：

大手タクシー会社「ブルーバード」は、“Lifecare Taxi” という触れ込みで「アクセシブル」なタクシーの導入を発表した。公共交通機関としても、民間企業としても画期的な試みであったが、現実には車椅子のまま搭乗できるのではなく、車椅子から一旦降りてタクシーに乗車する必要があり、障害者が理想とするアクセシブルな公共交通のあり方には及んでいない。

【当事者自身の意識】

家族だけではなく、当事者自身にも自己評価・自己肯定感の低い傾向が見受けられる。これは世間や家族からの低い社会的評価を受け続けてきた結果としての2次障害とも言える。具体的な例としては、職業訓練を受けた後でも職探し・就労に自信が持てない、あるいは家族に依存する癖がついており、結局無業または自宅での引きこもり状態に戻ってしまうことが多いといった点が挙げられる。

3.3 障害関連指標（基本指標）

本項では、インドネシアにおける障害者の定量的な現状を、主として政府機関が調査・作成している統計に基づき、図表に整理して紹介する。

値に基づく問題提起ではないが、本件について公式統計が整理されていないこと自体が問題であるとの意識は官例にも共有されている。

²⁹ 障害当事者への聞き取り調査、及び Sri Moertiningsih Adioetomo, Daniel Mont and Irwanto, *Persons with Disabilities in Indonesia - Empirical Facts and Implications for Social Protection Policies*, (Jakarta: University of Indonesia/TNP2K, 2014), p126 に基づく。

³⁰ *Ibid*, P126.

3.3.1 障害者の数（地域別、ジェンダー別、年代別、都市・地方別）

表 3-1 に見るとおり、インドネシアにおける公式の障害者人口比率は全体の 4.5%弱であり、WHO 推計値の 15%³¹等とは大きく異なる。

表 3-1 インドネシアにおける障害者数・障害者人口比率（州別・満 2 歳以上）

州	総人口 (2歳以上)	障害の有無		障害人口 比率(%)
		障害者	非障害者	
アチェ特別州	4,280,284	219,017	4,061,267	5.12
北スマトラ州	12,362,367	526,560	11,835,807	4.26
西スマトラ州	4,634,445	285,647	4,348,798	6.16
リアウ州	5,255,195	222,175	5,033,020	4.23
ジャンビ州	2,942,935	130,052	2,812,883	4.42
南スマトラ州	7,132,445	328,943	6,803,502	4.61
ブククル州	1,641,979	81,148	1,560,831	4.94
ランブン州	7,283,319	311,273	6,972,046	4.27
バンカ・プルトゥン諸島州	1,168,358	45,318	1,123,040	3.88
リアウ諸島州	1,592,385	49,641	1,542,744	3.12
ジャカルタ首都特別州	9,181,271	406,739	8,774,532	4.43
西ジャワ州	41,398,445	1,819,036	39,579,409	4.39
中部ジャワ州	31,207,356	1,177,261	30,030,095	3.77
ジョグジャカルタ特別州	3,348,258	157,985	3,190,273	4.72
東ジャワ州	36,079,497	1,661,580	34,417,917	4.61
バンテン州	10,182,937	362,988	9,819,949	3.56
バリ州	3,753,920	162,130	3,591,790	4.32
西ヌサ・トゥンガラ州	4,304,230	195,450	4,108,780	4.54
東ヌサ・トゥンガラ州	4,448,811	248,584	4,200,227	5.59
西カリマンタン州	4,211,714	200,699	4,011,015	4.77
中部カリマンタン州	2,119,742	97,212	2,022,530	4.59
南カリマンタン州	3,471,093	149,661	3,321,432	4.31
東カリマンタン州	3,381,541	151,053	3,230,488	4.47
北カリマンタン州*	(n/a)	(n/a)	(n/a)	(n/a)
北スラウェシ州	2,186,409	140,469	2,045,940	6.42
中部スラウェシ州	2,515,726	141,419	2,374,307	5.62
南スラウェシ州	7,713,797	475,066	7,238,731	6.16
南東スラウェシ州	2,124,546	110,371	2,014,175	5.20
ゴロンタロ州	998,455	73,791	924,664	7.39
西スラウェシ州	1,106,682	54,566	1,052,116	4.93
マルク州	1,455,950	60,299	1,395,651	4.14
北マルク州	988,181	42,089	946,092	4.26
西パプア特別州	717,182	18,359	698,823	2.56
パプア特別州	2,681,886	44,545	2,637,341	1.66
インドネシア合計	227,871,341	10,151,126	217,720,215	4.45

(出典：BPS, Sensus (国勢調査) 2010 に基づく BAPPENAS 作成資料)

*北カリマンタン州は 2012 年東カリマンタン州より分離して発足。

この点については中央政府機関も「特に因習の強い地方部では、公的機関等による戸別訪問調査に対して、身内の障害者を隠そうとする心理が強く働く」と述べており、実際の障害者数はもっと多いと予測している³²。

³¹ WHO, *op. cit.*

³² BPS 社会福祉統計局への聞き取り調査に基づく (2015 年 7 月 2 日)。

表 3-2 男女別・居住地別障害者数及び比率

性別	居住地種別					
	都市		地方		都市+地方	
	人口(千人)	%	人口(千人)	%	人口(千人)	%
男	2,873	3.78	1,796	4.40	4,669	4.10
女	3,349	4.41	2,132	5.22	5,482	4.82
男+女	6,222	4.10	3,929	4.81	10,151	4.45

(出典：BPS, *Sensus* (国勢調査) 2010 に基づく BAPPENAS 作成資料)

男女別においては、都市・地方共に女性の障害者人口が多い（いずれも女性は男性の約 1.2 倍）（表 3-2）。この点については、男性に圧倒的に発現率の高い自閉症がインドネシアではまだ広く一般に知られておらず、そのため統計から相当数が漏れている可能性があるとする仮説³³もあるが、詳細は不明である。

表 3-3 年代別・男女別障害人口比率

年代	性別		
	男	女	男+女
2-4	3.48	3.46	3.47
5-9	2.77	2.61	2.69
10-14	1.07	0.93	1.00
15-19	0.91	0.88	0.90
20-24	1.03	0.96	1.00
25-29	1.21	1.09	1.15
30-34	1.41	1.33	1.37
35-39	1.67	1.75	1.71
40-44	2.97	3.25	3.11
45-49	4.77	4.94	4.85
50-54	7.28	7.71	7.49
55-59	9.78	10.86	10.30
60-64	14.35	16.88	15.66
65-69	19.01	22.55	20.88
70-74	28.05	32.62	30.60
75+	41.17	46.52	44.28

(出典：BPS, *Sensus* (国勢調査) 2010 に基づく BAPPENAS 作成資料)

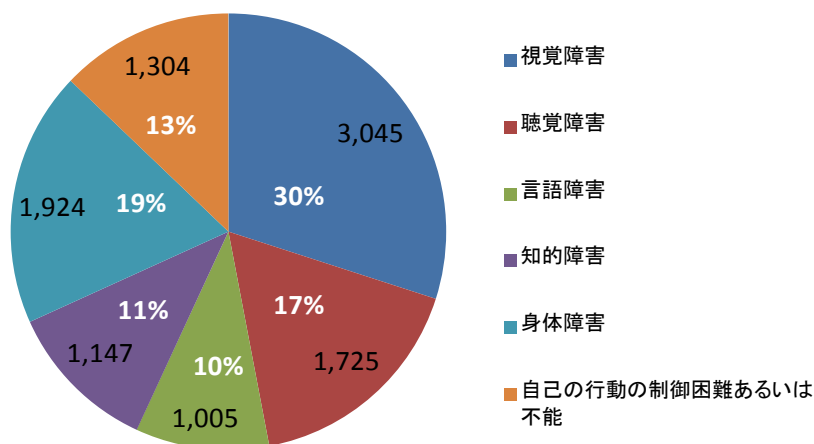
表 3-3 は年代別/男女別の障害人口比率を表している。青少年期にかけて男性の障害比率がやや多いが、中年から壮年期に差しかかる頃には女性の方が多くなる。そして加齢による障害比率の増加は、当然ながら年代を経るごとに男女共に著しくなり、高齢化という障害の推進要因を確認することができる³⁴。

³³ インドネシア自閉症協会での聞き取り調査に基づく（2015年7月8日）。なお、先進諸国の経験値では、男性の自閉症発現率は女性の約4倍（渥美義賢 国立特別支援教育総合研究所客員研究員『サバンと自閉症 (1)』<http://www.nise.go.jp/cms/6,7927,13,257.html>）。

³⁴ 日本では社会全体の高齢化率が20%の年（2006）に、身体障害者の高齢化率はその3倍に当たる60%であったとの報告がなされている（内閣府『障害者白書』平成25年版、第1章第1節）。また、身体障害と知的障害については、全年代の障害者数は男性（それぞれ195万人、35万人）が女性（同190万人、27万人）を上回るが、精神障害者数については女性（185万人）が男性（135万人）を大きく上回る（約1.4倍。同『障害者白書』平成26年版、第3章）。従って、今後インドネシアで精神障害に関する社会的認知が進むにつれ、女性の障害者数と障害人口比率が増大していくことが考えられる。

3.3.2 障害の種別

図 3-1 に障害の種類別の障害者数を示す。統計上は、視聴覚障害が全体の 47% となっている。



(出典：BPS 統計に基づく BAPPENAS 作成資料)

図 3-1 障害種別障害者数 (千人)

表 3-4 はインドネシア大学経済経営学部人口研究所による障害者実態調査SNSAP-PWD 2012 の結果をまとめた障害種別の原因一覧で、11 の州に居住する 2,200 名の障害者からの回答に基づいている。政府調査ではないため、障害種別が国勢調査等の 6 分類³⁵とは異なる³⁶。

表 3-4 自己申告に基づく障害原因 (%)

原因/種別	全タイプ	視覚障害	聴覚障害	認知障害	コミュニケーション不調	移動困難/不自由	心理/社会的障害
生来	36.32	18.86	44.62	36.92	44.33	31.03	35.10
疾患	34.64	27.58	18.78	32.33	28.12	30.43	31.66
受傷/事故	17.73	12.52	9.79	9.69	7.78	16.69	11.57
加齢	16.37	31.38	22.15	10.66	8.43	8.43	8.66
呪詛、先祖の因縁等	3.44	2.22	0.64	4.23	3.28	3.27	4.23
不明	1.45	0.79	0.96	0.70	0.66	0.75	0.33
その他	17.59	6.66	3.05	5.46	7.40	9.39	8.46
合計:	(n/a)	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

(出典：Demographic Institute, Faculty of Economics and Management, University of Indonesia, Survey on the Need for Social Assistance Programs for People with Disabilities (SNSAP-PWD) 2012)

3.3.3 障害に係る分野別データ (就学率、失業率、貧困率等)

(1) 就学について

表 3-5 は 2010 年の国勢調査のデータから障害児の就学状況を都市/地方別及び学齢年代別にまとめたものである。ただ、障害のある児童については「特に地方では、実際には約 90% が通学経験がない

³⁵ 3.1 「障害及び障害者の定義」、(2) 「行政による定義」参照。

³⁶ Sri Moertiningsih Adioetomo, et al., *op cit*, p.10. なお、複数の障害を持つ人がいるため全種の障害原因の割合を合計すると 100% を超える結果となる。

という政府関係者の証言もあり³⁷、公式統計を参照して政策並びに開発計画を策定するに当たっては配慮を要する。

表 3-5 年代別/居住地域別障害児就学率及び状況

(単位：%)

学齢年代及び就学状況	居住地域		
	都市	地方	都市+地方
7-12 歳 (小学校学齢)			
未就学	13.35	20.39	17.02
在学	83.82	76.30	79.89
中退/休学	2.83	3.32	3.09
合計	100.00	100.00	100.00
13-15 歳 (中学校学齢)			
未就学	20.39	33.49	27.30
在学	63.50	44.48	53.47
中退/休学	16.11	22.03	19.23
合計	100.00	100.00	100.00
16-18 歳 (高等学校学齢)			
未就学	19.63	35.12	27.61
在学	45.28	22.31	33.45
中退/休学	35.09	42.56	38.94
合計	100.00	100.00	100.00
19-24 歳 (大学以上)			
未就学	16.59	32.66	24.77
在学	21.06	4.92	12.85
中退/休学	62.35	62.42	62.38
合計	100.00	100.00	100.00
7-24 歳合計			
未就学	15.90	27.10	21.71
在学	59.54	46.98	53.03
中退/休学	24.56	25.92	25.26
合計	100.00	100.00	100.00

(出典：BPS, *Sensus* (国勢調査) 2010 に基づく BAPPENAS 作成資料)

(2) 雇用について

WHOと世界銀行は、2011年に世界51カ国で保健状況に係る総合調査を共同実施したが、男性障害者の就労率は52.8%で、非障害男性の64.9%を12ポイント下回った。女性の障害者/非障害者就労率は、それぞれ19.6%、29.9%で、障害者の就労率が非障害者のそれを10ポイント下回ると同時に、女性の就労率は、障害の有無に関わらず、男性に比較した場合30ポイント以上少ないことを示している³⁸。

インドネシアに限定した状況は、2010年の国勢調査データを整理することによって見えてくる。表3-6は同国の生産年齢人口(18歳以上64歳以下)の就労率につき、障害の程度による区分、教育水準による区分、性別による区分に基づいてまとめた一覧である。

³⁷ 教育文化省及び東ジャワ州教育局での聞き取り調査に基づく。

³⁸ WHO and World Bank, *World Health Survey* (2011).

表 3-6 障害の有無及び程度、教育水準並びに性別による就労状況
(年齢 18 歳以上 64 歳以下)

(単位：%)

区分	状態/達成度	就労状況	
		就労	非就労
障害の程度	なし	64.11	35.89
	軽度/中度	56.36	43.64
	重度	26.42	73.58
教育水準	小学校未了	64.95	35.05
	小学校卒業	65.67	34.33
	中学校卒業	62.68	37.32
性別	男性	83.35	16.65
	女性	43.94	56.04

(出典：2010 年国勢調査資料よりインドネシア大学経済経営学部人口研究所が作成)

インドネシアの障害者についての一般的な意味での「失業率」統計は存在しないが、表 3-6 や表 3-7 に示すように、障害者の就労の有無と日常の活動状況に関する聞き取り調査が実施されている。

表 3-7 障害者の就労を含む日常活動区分 (年齢 10 歳以上)

(単位：%)

居住区分	都市			地方			都市+地方		
	2008	2009	2012	2008	2009	2012	2008	2009	2012
活動状況									
就労	22.06	25.38	31.93	29.48	31.52	42.54	26.78	28.83	37.85
求職活動	6.02	0.75	0.72	4.40	0.58	0.32	4.99	0.66	0.50
通学	2.11	4.93	4.02	0.83	3.60	2.09	1.29	4.18	2.94
家事手伝い	16.14	15.21	23.47	15.00	17.54	22.88	15.41	16.52	23.14
その他	53.67	53.73	39.85	50.29	46.76	32.17	51.52	49.81	35.57
合計：	100	100	100	100	100	100	100	100	100

(出典：BPS 資料)

非障害者と重度の障害者の間の就労率の差は 40 ポイントで、中学校卒と小学校未了の人々の間の差よりも大きく、男女の就労率差にほぼ等しい (表 3-6)。また、表 3-7 における障害者全体の就労している人の割合は、定義や調査方法が異なるため、直接比較が難しいことは明らかであるが、第 2 章の冒頭に示した同国全体の就労率 93.75% (失業率 6.25%) と照らしても非常に低い。

(3) 貧困について (障害者の経済的貧困)

障害者の貧困率³⁹は、表 3-8 に見るように、世帯貧困率で測られ、やはり非障害者世帯に比べ貧困度が高い。ただ、表 2-2 にも見るとおり、2014 年 9 月現在の全国の貧困率は都市部 8.16%、地方部 13.76%で、上記 2007 年の非障害者世帯の数値と比べ、都市部はほぼ同水準で、地方部はむしろ悪化している。

³⁹ 世帯所得を人数割した際に、国家規定の貧困線より劣位の水準にある世帯の率 (Risksedas 2007)。

表 3-8 障害者世帯貧困率（居住区域別）

（単位：％）

世帯状況／居住地域	都市	地方	全国
障害者のいる世帯	12.4	14.0	13.3
非障害者世帯	8.2	11.4	10.0

（出典：保健省「国家基本健康調査（Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas）2007」）

3.4 障害行政関連情報—組織、制度、開発計画、組織及び活動

3.4.1 法制度

(1) 憲法

インドネシア共和国憲法（以下、憲法）は、1945年の独立時に制定され、その後4次にわたる改正を経て現在に至っている。以下に示すように、憲法は全37条の簡略な最高法規であり、それだけにインドネシアの法制度においては、個別テーマごとに制定される特別法の果たす役割が大きい。

憲法において障害に深く関わる部分は、国民生活、国民の社会的活動及び公共の福祉給付に係る規定であり、第10章「国民」、第10章A「人権」、第13章「教育」、第14章「社会福祉」がそれに当たる（個別分野における憲法規定の具体的な関わりについては、次項に分野別特別法と共にまとめる）。憲法の構成は以下のとおり。

前文	インドネシアの建国5原則（Pancasila ⁴⁰ ）		
第1章	形態及び主権（第1条）	第2章	国民協議会（第2条—第3条）
第3章	国家統治権（第4条—第15条）	第4章	最高諮問会議（第16条）
第5章	国務大臣（第17条）	第6章	地方統治（第18条）
第7章	国民代表議会（第19条—第22条）	第7章A	地方代表議会（第22条C—第22条D）
第8章	財政（第23条）	第8章A	会計検査院（第23条E—第23条G）
第9章	司法権（第24条—第25条）	第9章A	国土（第25条A）
第10章	国民（第26条—第28条）	第10章A	人権（第28条A—第28条J）
第11章	宗教（第29条）	第12章	国防（第30章）
第13章	教育（第31条—第32条）	第14章	社会福祉（第33条—第34条）
第15章	国旗及び国語（第35条—第36条）	第16章	憲法改正（第37条）
経過規定	（第I条—第IV条）	附則	
		注釈	

(2) 分野別関連法一覧

以下、障害と開発に係る各分野において憲法及び特別法によって規定/保護される内容を、障害に関連する条文を参照しつつ簡潔に整理し、概観する（なお、複数の分野に引用される条文には下線を施している）。

⁴⁰ ① 唯一神への信仰、② 公正で品位ある人道主義、③ インドネシアの統一、④ 代表制と協議における英知により導かれる民主主義、⑤ 全インドネシア人民のための社会正義の実現（研究報告「インドネシア共和国1945年憲法（仮訳）」訳者・島田弦『ICD News』第10号（2003年7月）法務省 法務総合研究所国際協力部）。なお、本稿において引用する憲法の条文については基本的に島田氏の訳に拠る。

1) 社会保障及び貧困対策

➤ 憲法（1945）

- 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
- 生存権の確認：何人も、生存する権利を有し、その生存及び生活を維持する権利を有する（第 28A 条）
- 国民が適正かつ健康な環境を得る権利並びに保健サービスを受取る権利の確認（第 28H 条第 1 項）
- 完全な自己の発展を可能とする社会保障を求める国民の権利の確認（第 3 項）
- 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。

➤ 障害者法（1997 年法律第 4 号）

- 障害者の基本的定義：①身体障害者、②精神障害者、③身体及び精神障害者（第 1 条第 1 項）
- 障害者が健全な社会生活を営むための支援的開発過程としてのリハビリテーションの定義：医学的、教育的、機能訓練並びに社会的リハビリテーション（第 1 条第 5 項、第 17 条、第 18 条第 2 項、及び第 19 条）
- 障害者が健全な社会生活を営むために必要な財・サービスを彼ら自身が賄い得ない際に給付される公共サービスとしての社会支援の定義（第 19 条第 6 項）
- 障害者が健全な社会生活を営むための社会保障の継続性・安定性の確保（第 19 条第 7 項及び第 21 条）
- 全ての障害者が社会的リハビリテーション、各種社会支援及び社会保障を受ける権利を有することの確認（第 6 条第 5 項）
- 国家及びコミュニティの社会的リハビリテーション、社会支援並びに社会保障サービスの提供と制度維持義務の確認（第 16 条）
- 国家及びコミュニティによる障害者に対する社会保障サービスの広報・周知徹底義務の確認（第 23 条）
- 国家及びコミュニティによる社会保障サービスの必要に応じたモニタリング、免許制の導入措置等の義務の確認（第 24 条）
- 障害者に対する社会保障に貢献した機関、コミュニティ、個人に対する政府からの顕彰規定（第 27 条）

➤ 障害者福祉に関する規則（1980 年政令第 36 号）

- 障害者の定義：①身体障害者、②視覚障害者、③精神障害者、④聴覚障害者/言語障害者、⑤慢性疾患による障害を有する人（第 1 条第 1 項）
- リハビリテーションとは、障害者の身体/精神機能の復活ないし獲得に係る開発過程であり、彼らが適切/正常な社会生活を営み得る社会的機能の発揮を目的とする（第 1 条第 2 項）。
- 障害者向けリハビリテーション施設は、社会福祉施設として位置づけられ、障害者に対して社会リハビリテーションを施す機能を有する（第 1 条第 4 項）。

- 医療リハビリテーションは、障害者の健康回復/増進、補装具の調達・適用並びに身体への負荷の軽減を含む（第4条）。
- 障害者に供与される社会リハビリテーションは以下の内容を目的とする： a) 社会参加の促進、b) 生活上のニーズの充足、c) 専門技術の授与、d) 教育、e) 支援/資金/設備の提供、f) 能力開発（第6条）。
- 社会参加の促進支援については、社会リハビリテーションを供与する施設内はもとより、施設外の障害者に対しても供される（第7条第1項）。
- 障害者の生活上のニーズの充足については、a) 食料、b) 衣服、c) 住居、d) 保健医療、e) 教育、f) 雇用へのアクセス支援を含む（第8条）。
- 障害者向けリハビリテーション施設は、政府及び社会福祉関連機関により創設される（第17条第1項）。
- 所定の施設においてリハビリテーション課程を終了した障害者は、その技術、教育水準、能力そして雇用機会に応じて就労の機会を得る（第18条）。
- 前項における就労先として、a) 政府機関及び民間部門、b) 旧勤務先（本人の能力に応じる）、c) 自営もしくは家事が挙げられる（第2項）。なお、a) 並びに b) の就労機会については、労働大臣の責任においてさらに制度的斡旋が手配される（第19条）。また、c) の就労機会については、社会大臣の責任において、労働作業を支援する機器の提供が手配される（第20条第2項）。
- 障害者福祉の実施機関に補助金を支給（第24条）
- 社会福祉に関する政策詳細は、政府方針の大枠に従い、社会大臣が決定する（第27条第1項）。

➤ **社会保障制度法（2004年法律第40号）**

同法は国家に対し、障害者を含む全国民に向けた包括的かつ普遍的な社会保障システムの構築・提供を義務づけている。以下3点を始めとして、インドネシアの社会保障制度に関する大枠を規定している。具体的には、①医療給付、②労災給付、③老齢給付、④年金、⑤死亡保障、の5つのプログラムの実施について概要を示している。

- 身体障害の規定：肢体の機能喪失あるいは制約（第1条第15項）
- 「完全障害者」規定：起居動作を自由意思で制御できない重度障害者（第1条第16項）
- 完全障害者の健康保険料支払免除規定（第21条第3項）

なお、登録手続きや保険料率並びに給付額の規定、積立拠出金の管理・運用等の細部については、別の特別法に委ねられる（第33条、第34条第4項、第37条第5項、第38条第3項、第42条第2項、第45条第3項、第46条第4項）、としている。

➤ **社会福祉法（2009年法律第5号）**

- 貧者や被災者等と並び、優先福祉対象としての障害者規定（第5条第2項）
- 障害者法に規定される障害者（①身体障害者、②精神障害者、③身体及び精神障害者）を福祉対象とすることの確認（第9条第1項）

- **救貧法**（2011 年法律第 13 号）
同法においては障害者に係る直接の言及は無いが、貧困障害者に対する社会保障給付に係る重要な法規である。
- **CRPD の批准に関する法律**（2011 年法律第 19 号）
CRPD の全文を記載し、今後国内及び国際的にインドネシア政府がその内容を遵守することを謳った通告が主体となっている。

2) 労働

- **憲法**（1945）
 - 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
 - 生存権の確認：何人も、生存する権利を有し、その生存及び生活を維持する権利を有する（第 28A 条）。
 - 労働とその報酬及び労使関係において、全国民の公正かつ適切な取り扱いを受ける権利の確認（第 28D 条第 2 項）
 - 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- **障害者法**（1997 年法律第 4 号）
 - 障害者とその障害の程度、教育水準に応じた雇用及び標準的な生活を営める権利の確認（第 6 条第 2 項及び第 12 条第 2 項）
 - 障害者は等しく社会並びに国家に対する義務を果たすことが求められる。ただしその内容は本人の障害の程度及び受けた教育の水準に応じる（第 7 条）。
 - すべての障害者は、その障害の種別及び程度に応じ、雇用機会の均等を得る権利がある（第 13 条）。
 - 公営企業/私企業を問わず障害者に対し雇用の機会均等を実現する義務が存する。雇用の内容は当人の障害の程度、教育水準、取得資格等に応ずる（第 14 条）。
 - 障害インクルーシブな社会の構築によるすべての障害者のアクセシビリティ確保。これは政府により統括的かつ持続可能な形で提供される（第 10 条）。
 - 障害者を雇用した企業、あるいはそのことに関連して障害者の福利に貢献のあったコミュニティや個人に対し、国家は褒賞を与える（第 27 条）。
 - 100 名以上の従業員を雇用する企業、あるいは総従業員数が 100 名未満でも高度技術に関連する企業においては、公営企業/私企業を問わず、業務上の要請と適格性を満たす限り、全雇用の少なくとも 1%を障害者の雇用に充てねばならない（注釈第 14 条）。
- **障害者福祉に関する規則**（1980 年政令第 36 号）
 - 障害者に供与される社会リハビリテーションの目的： a) 社会参加の促進、b) 生活上のニーズの充足、c) 専門技術の授与、d) 教育、e) 支援/資金/設備の提供、f) 能力開発（第 6 条）
 - 障害者の生活上のニーズの充足については、a) 食料、b) 衣服、c) 住居、d) 保健医療、e) 教育、f) 雇用へのアクセス支援を含む（第 8 条）。

- 所定の施設においてリハビリテーション課程を終了した障害者は、その技術、教育水準、能力そして雇用機会に応じて就労の機会を得る（第 18 条）。
- 前項における就労先として、a) 政府機関及び民間部門、b) 旧勤務先（本人の能力に応じる）、c) 自営もしくは家事が挙げられる（同第 2 項）。なお、a) 並びに b) の就労機会については、労働大臣の責任においてさらに制度的斡旋が手配される（第 19 条）。
- c) の就労機会については、社会大臣の責任において、労働作業を支援する機器の提供が手配される（第 20 条第 2 項）。

3) 教育

➤ 憲法（1945）

- 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
- 全ての子どもは生存、生育かつ成長する権利を有し、暴力及び差別から保護される権利も有する（第 28B 条第 2 項）。
- 何人も自己を開発する権利を有し、その生活の質を向上させ、かつ共同体の福祉のため、科学・技術・芸術及び文化的利益を享受する権利を有する（第 28C 条第 1 項）。
- 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- 全ての国民は教育を受ける権利を有する（第 31 条第 1 項）。
- 国家は、国民教育運営の必要を満たすため、国家予算及び地方政府予算の少なくとも 20% を、教育予算に優先的に配分する（同第 4 項）。
- 貧困者及び孤児は国家がこれを保護する（第 34 条第 1 項）。

➤ 障害者法（1997 年法律第 4 号）

- 全ての障害者があらゆる種類、レベルの教育を受けられる権利の確認（第 6 条第 1 項）
- 障害児が家庭内及び社会において、才能及び能力を開発し、社会生活を改善する権利の確認（同第 6 項）
- 障害者は等しく社会並びに国家に対する義務を果たすことが求められる。ただしその内容は本人の障害の程度及び受けた教育の水準に応じる（第 7 条）。
- 障害インクルーシブな社会の構築によるすべての障害者のアクセシビリティ確保。これは政府により統括的かつ持続可能な形で提供される（第 10 条）。
- 全教育機関は障害者に対し、教育機会の提供と平等な取扱いを行う義務を負う。その具体的内容は本人の障害並びに能力に準じる（第 12 条）。
- 障害者とその障害の程度、教育水準に応じた雇用及び標準的な生活を営める権利の確認（同第 2 項）

➤ 障害者福祉に関する規則（1980 年政令第 36 号）

- 障害者に供与される社会リハビリテーションの目的： a) 社会参加の促進、b) 生活上のニーズの充足、c) 専門技術の授与、d) 教育、e) 支援/資金/設備の提供、f) 能力開発（第 6 条）。
- 所定の施設においてリハビリテーション課程を終了した障害者は、その技術、教育水準、能力そして雇用機会に応じて就労の機会を得る（第 18 条）。

- **公的教育制度に関する法律（2003 年法律第 20 号）**
 - 身体、情緒、精神、知性に障害を有する者、並びに/あるいは社会的不適合を有する者は特別教育の対象となる（第 5 条第 2 項及び同法第 32 条）⁴¹。
 - 国家の所管する教育種別は、一般教育、職業教育（中等）、学術教育、専門教育、職業教育（高等）、宗教教育及び特別教育に区分される（同法第 15 条）。
- **特別教育に関する政令（1991 年政令第 72 号）**
 - 特別教育は身体あるいは精神に障害を負う者に対する教育であることの規定（第 1 条第 1 項）
 - 特別教育機関は、①特別小学校、②特別中学校、③特別高等学校より成る。その他の機関/組織については教育文化相が特に定める（第 4 条）。
 - 教室、教科書、教員用支援教材等通常の設備・備品に加え、リハビリテーション設備の設置義務（第 7 条）
 - 生徒はその才能、興味、そして障害の程度に応じた教育的処遇を受ける権利を有する（第 18 条）。
 - リハビリテーションは医療の一環であると同時に、生徒が円滑な社会生活を送る上で必要な社会的技術のひとつでもある（第 29 条）。
- **児童福祉法（2002 年法律第 23 号）**
 - 政府はすべての児童に対し、9 年間の義務教育を受けさせる義務を負う（第 48 条）。
 - 障害を負う児童も等しく一般教育並びに専門教育を受ける機会を有する（第 51 条）。
 - 貧困家庭の児童、何らかの生活上/社会的困難を抱える児童、並びに遠隔地に居住する児童に対し、政府は教育費用の負担ないし補助をもってこれを支援する（第 53 条）。

【参考：東ジャワ州政府による規定】

- **障害者保護及びサービスに関する規則（2013 年東ジャワ州令第 3 号）**
 - 教育機関の運営者/教育の提供者は、いかなる主題、いかなるレベルにおいても、全ての障害児に均等な教育機会を与え、彼らの障害種別及び程度に応じて教育内容を調整する義務を負う（第 10 条第 1 項及び第 2 項）。
 - 教育提供者は、自身の判断によってインクルーシブ教育を実施することができるが、その際には当該分野で経験・能力のある専門教員並びにカウンセラーを配置する必要がある。また、障害児童の数がインクルーシブ教育の実施に見合わない場合は、教育提供者は他の教育機関との調整を図り、生徒にとって最適の教育環境を整備する義務を負う（第 11 条第 1 項から第 3 項）。
 - 教育を受ける側の教育機関及び授業単位を選択する自由の確認（第 12 条）

4) 保健

- **憲法（1945）**
 - 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）

⁴¹ なお、同法に規定のある「特別教育サービス」は、障害児（者）向けではなく「遠隔地もしくは未開発地域に住む国民」のための教育サービス給付を指す（同法第 5 条第 3 項）。

- 生存権の確認：何人も、生存する権利を有し、その生存及び生活を維持する権利を有する（第 28A 条）。
 - 国民が適正かつ健康な環境を得る権利並びに保健サービスを楽しむ権利の確認（第 28H 条第 1 項）
 - 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- **保健法（2009 年法律第 36 号）**
- 保健医療の対象としての障害（第 1 条第 14 項）
 - 全ての人々が平等に保健に係る情報及び教育にアクセスできる権利を有する（第 7 条）。
 - 障害の予防医療としての救急医療規定：公共/民間を問わず、あらゆる医療機関は緊急の際の医療行為を拒否してはならない（第 32 条第 1 項）。
 - 医療行為における過誤による責任追及の権利確認。但、緊急災害時の救命活動の結果としての後遺障害に係る損害賠償請求の否認（第 58 条）
 - 堕胎の禁止。但、母体の生命の危険あるいは胎児が重度の遺伝的障害を持つ場合においてはこの限りではない（第 75 条第 1 項及び第 2 項）。
 - 自然災害等緊急時の保健医療行為並びに設備の準備・手配は、中央政府、地方政府、地域コミュニティがこれに当たる。災害医療は被災者の死亡並びに重度障害に至る危険を回避する救命行為も含む（第 82 条第 1 項から第 3 項）。
 - 災害医療に従事する者は、①被災者/患者の生存、②重度障害の回避、③その他被災者/患者の健康上の利益を極大化することを優先する（第 83 条第 1 項）。
 - 公共/民間を問わず、保健医療に係る全資源は、災害対応時に被災者の救命と後遺障害の予防のために動員される（第 85 条第 1 項）。
 - 保健医療の目標としての、障害者の尊厳に配慮した健康的かつ生産的な社会・経済生活の実現（第 139 条第 1 項）
 - 上記を実現するための中央政府、地方政府並びに地域コミュニティによる医療施設・設備提供の義務（同第 2 項及び 140 条）
 - メンタルヘルスに関する規定（第 144 条 から第 151 条）
 - 第 85 条に規定された資源の提供に背いた場合、2 年以下の禁固もしくは 200 万ルピアを上限とする罰金を科す。また結果として被災者/患者を死もしくは障害に至らしめた場合には、10 年以下の禁固もしくは 10 億ルピアを上限とする罰金刑に処す（第 190 条第 1 項及び第 2 項）。
- **障害者福祉に関する規則（1980 年政令第 36 号）**
- リハビリテーションとは、障害者の身体/精神機能の復活ないし獲得に係る開発過程であり、彼らが適切/正常な社会生活を営み得る社会的機能の発揮を目的とする（第 1 条第 2 項）。
 - 医療リハビリテーションは、障害者の健康回復/増進、補装具の調達・適用並びに身体への負荷の軽減を含む（第 4 条）。
 - 障害者の生活上のニーズの充足については、a) 食料、b) 衣服、c) 住居、d) 保健医療、e) 教育、f) 雇用へのアクセス支援を含む（第 8 条）。

- **メンタルヘルスに関する法律**（2014 年法律第 18 号）
同法では、上記保健法に記された規定からより内容を深化させ、精神障害も取り込む形で体系化された。ただし自閉症や自閉症スペクトラム障害（Autistic Spectrum Disorders: ASD）は取扱われていない。

5) 公共建築・公共交通

- **憲法**（1945）
 - 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
 - 生存権の確認：何人も、生存する権利を有し、その生存及び生活を維持する権利を有する（第 28A 条）。
 - 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- **障害者法**（1997 年法律第 4 号）
 - 障害インクルーシブな社会の構築によるすべての障害者のアクセシビリティ確保。これは政府により統括的かつ持続可能な形で提供される（第 10 条）。

以下 4 種の交通に係る法規については、アクセシビリティに関する規定に乏しいとの判断から、それを補う形で、後述の「道路交通及び輸送に関する法律」が 2009 年に制定された。

- **鉄道に関する法律**（1992 年法律第 13 号）
 - 障害者及び罹病者は、鉄道往来において特別の取扱いを得る（第 35 条第 1 項）。
- **交通及び道路輸送に関する法律**（1992 年法律第 14 号）
 - 障害者は交通及び道路輸送の領域において、特別の取扱いを得る（第 49 条第 1 項）。
- **航空に関する法律**（1992 年法律第 15 号）
 - 障害者及び罹病者は、民間航空サービスにおいて特別の取扱いを得る（第 42 条第 1 項）。
- **船舶交通に関する法律**（1992 年法律第 21 号）
 - 障害者及び罹病者は、水上・水中の交通輸送において特別の取扱いを得る（第 83 条第 1 項）。
- **建物に関する法律**（2002 年法律第 28 号）
 - 建物の建築は安全性・健康性・快適性・利便性の実現を以て旨とする（第 3 条）。
 - 建物において安全、便利かつ容易なアクセシビリティを特に障害者及び高齢者のために求める規定（第 27 条第 2 項）
 - 上記は住宅を除き、全ての公共建築に適用される（第 31 条）。
- **建物と環境に関する施設及びアクセシビリティ技術ガイドライン**（2006 年政令第 36 号）
同法ガイドラインでは、障害者及び高齢者向けに、公衆トイレ、駐車場、公共空間、公衆電話、視覚障害者用誘導ブロック、サイン（諸表示）、出入口、スロープ、エレベーターなどに関するアクセシビリティ基準を規定している。

- **道路交通及び輸送に関する法律（2009 年法律第 22 号）**
 - 公共交通の駅及び停車場では、利用者の利便に配慮したアクセシビリティを確保する必要がある（第 37 条第 2 項）
 - 中央政府、地方政府並びに公共交通/輸送関連企業は、障害者、子ども、妊婦及び傷病者に配慮したアクセシビリティ、関連サービス、施設/設備を整える義務を負う（第 242 条第 1 項、第 2 項）

【参考：東ジャワ州政府による規定】

- **障害者保護及びサービスに関する規則（2013 年東ジャワ州令第 3 号）**
 - アクセシビリティの提供とは、障害者が快適に社会生活を送ることができる環境整備を指す（第 1 条第 11 項）。
 - 州政府、企業及び社会は、公共の施設やインフラに関して障害者にアクセシビリティを提供する義務を負う（第 58 条第 1 項）。
 - 上記の公共施設並びにインフラとして、公共の建物、道路、公園や墓地、交通機関（陸・海・空）が挙げられる（第 59 条）。

6) ジェンダー

- **憲法（1945）**
 - 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
 - 生存権の確認：何人も、生存する権利を有し、その生存及び生活を維持する権利を有する（第 28A 条）
 - 国民が適正かつ健康な環境を得る権利並びに保健サービスを受取る権利の確認（第 28H 条第 1 項）
 - 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- **障害者法（1997 年法律第 4 号）**
 - 障害インクルーシブな社会の構築によるすべての障害者のアクセシビリティ確保。これは政府により統括的かつ持続可能な形で提供される（第 10 条）。
- **婚姻法（1974 年法律第 1 号）**

同法においては、ジェンダー配慮を促す箇所はみられない。

 - 妻が障害ないし治癒の見込みのない病を得た場合、裁判所は夫の離婚申し立てに許可を与えることができる（第 4 条第 2 項第 2 号）。
- **社会争議における女性のエンパワメントと児童保護に関する規定（2014 年大統領令第 18 号）**

同法全般にわたり、女性と子どもを社会的弱者と位置づけ、家庭内暴力や虐待を含む広義の社会争議に巻き込まれて被害を受けた際の支援・救出の必要性と専任組織等につき規定している。

 - 女性と児童の保護及びエンパワメントについては、中央政府並びに監督省庁、地方政府がこれに当たる（第 3 条第 1 項）。

- **女性エンパワメント・児童保護省に係る規定**（2015 年大統領令第 59 号）
 - 女性エンパワメント・児童保護省は、女性のエンパワメント並びに児童保護の分野における関連行政を統括し、大統領による国家事業を輔弼する（第 2 条）。

7) 政治参加

- **憲法**（1945）
 - 国民協議会は、法律の定めるところに基づき、総選挙により選出された国会議員及び地方代表議会議員により構成される（第 2 条第 1 項）。
 - 大統領及び副大統領は、これを一組として、人民が直接選出する（第 6A 条第 1 項）。
 - 州、県及び市の政府は、選挙により選出される議員で構成される地方議会を有する（第 18 条第 3 項）。
 - 国会議員は選挙によりこれを選出する（第 19 条第 1 項）。
 - 地方代表議会議員は、総選挙により各州より選出される（第 22C 条第 1 項）。
 - 法及び統治の下における全国民の平等（第 27 条第 1 項、第 28D 条第 1 項）
 - 何人も、いかなる理由による差別的取扱いを受けない権利及び差別的取扱いに対する保護を受ける権利を有する（第 28I 条第 2 項）。
- **総選挙実施に関する法律**（2007 年法律第 22 号）
 - 障害の有無は選挙管理委員立候補者の適格要件に当たらない旨の規定（注釈第 11 条第 8 項）
 - 障害の有無は総選挙監視庁職員、州選挙管理委員、県/市の選挙管理委員立候補者の適格要件に当たらない旨の規定（注釈第 86 条第 8 項）
- **国民議会、地方代表議会及び地方議会選挙に係る法律**（2008 年法律第 10 号）
 - 国民議会、地方代表議会、州/市/県の代表議会の議員候補者の適格要件に障害の有無は該当しない旨の規定（注釈第 50 条第 4 項）
 - 選挙に必要な機器のうち、本文 142 条第 2 項に記された「支援用機器」には、視覚障害者の投票行動を支援する機器を含む（注釈第 142 条第 2 項）。
 - 視覚障害、四肢まひ及びその他の身体障害を持つ投票者は、投票所において他者の補助を適宜得ることができる（第 156 条第 1 項）。また、支援者は投票者の意思に従う（同第 2 項）。
 - 第 156 条の規定にある補助者が、障害を持つ投票者の意思を偽り、他の候補者に意図的に投票を誘導した場合は、3 カ月以上 12 カ月未満の禁固もしくは 300 万ルピア以上 1,200 万ルピア以下の罰金刑に処する（第 295 条）。
- **大統領及び副大統領選挙に係る法律**（2008 年法律第 42 条）
 - 選挙に必要な機器のうち、本文 105 条第 1 項に記された「支援用機器」には、視覚障害者の投票行動を支援する機器を含む（注釈第 105 条第 2 項）。
 - 視覚障害者、身体障害者、あるいは他の投票行動に影響を及ぼす障害を持つ投票者は、投票所で他者の補助を適宜得ることができる（第 119 条第 1 項）。また、支援者は投票者の意思に従う（同第 2 項）。

- 第 119 条の規定にある補助者が、障害を持つ投票者の意思を偽り、他の候補者に意図的に投票を誘導した場合は、3 カ月以上 12 カ月未満の禁固もしくは 300 万ルピア以上 1,200 万ルピア以下の罰金刑に処する（第 241 条）。

3.4.2 国家開発計画

インドネシアの国家開発計画は BAPPENAS により作成される国家開発長期計画（Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional: RPJPN）（現行版は 2005－2025）と国家開発中期計画（Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional: RPJMN）（同 2015－2019）から構成される。また、それらに基づく年次行動計画（Rencana Kerja Pemerintah: RKP）が存在する。

2011 年の CRPD 批准の前後から、政府内における障害配慮意識の向上や国民に対する啓発事業の活性化に伴い、2010 年に実施された国勢調査や、2015 年以降の RPJMN には障害に関する情報収集や開発目標が織り込まれることになった。

RPJMN 2015-2019 の分野別課題では、社会保障分野に関する戦略的課題・優先開発目標・開発政策の方向性・制度整備のいずれにおいても、障害者と高齢者を対象とする計画案が前面に打ち出されている。以下、それぞれの内容のうち、障害に係る項目につき概観する。

【戦略的課題：アクセシビリティの向上】⁴²

- 現状で社会参加の機会に乏しい障害者は、国家開発に貢献する権利と共に可能性がある。
- 彼らの経済的・社会的アクセシビリティの向上が、対象者おのおのの人生における生産可能期間を延長し、独立した生計を営む状況を産み出す重要なカギとなる。

【優先開発目標：障害インクルーシブな社会の実現】⁴³

- 障害インクルーシブな公共サービスの提供と、それを可能にする社会システム・環境システムの整備
- 障害インクルーシブな開発を適正な規制に基づいて実践する都市/地域の増大
- 中央・地方政府、コミュニティ、個々の国民すべてのレベルが関与し、かつ参加可能な社会的リハビリテーション・システムの統合的確立

【開発政策の方向性：障害インクルーシブな社会の推進】⁴⁴

- 障害者の全生活局面における社会的インクルージョンの増大を図るための必要条件として、以下の取り組みが挙げられている。
 - 適正な規制及び政策に基づく公共サービスを通じた擁護（アドボカシー）の改善、及びより障害インクルーシブなプログラムの導入（中央及び地方政府レベルでの計画策定並びに予算編成過程への障害者のインクルージョンを促す措置等を検討）
 - 貧困層に属する障害者への社会保障の改善。具体的には職業訓練プログラム、就業機会の増大、経済的エンパワメントと信用供与（障害者に対する金融へのアクセス提供）

⁴² RPJMN 2015-2019, p.2-67.

⁴³ *Ibid.*, p.2-88.

⁴⁴ *Ibid.*, p.2-123/124.

- 公共サービスに係る設備機器、メカニズム、人的資源の開発（障害者ケア技術の向上やインクルーシブ教育管理技術の向上等を含む）

【法規制及び組織的枠組の整備：障害者の福祉改善に資する制度整備】⁴⁵

- ① **法規制整備**：(a) 1997 年法律第 4 号（障害者法）の 2011 年法律第 19 号（CRPD 批准に係る法律）及び 1998 年法律第 13 号（高齢者福祉法）に準拠した改正、(b) 障害及び高齢者を対象とする国家行動計画の策定、(c) 公共組織の社会保障関連サービス執行に係る制度能力向上を目的とした、中央・地方共全政府レベルの省庁間連携を強化する法制度整備、(d) 障害インクルージョンを推進・擁護する地方レベル法令の設定。
- ② **組織的枠組の整備**：(a) 地域毎のニーズと状態を測り、障害者及び高齢者のインクルージョンを増進し、かつ社会保障へのアクセス向上に資する診療紹介システム並びに統合サービスの拡充、(b) 社会保障関連施設の整備・拡充：最低サービス水準の設定、施設の増設、社会保障分野教育の質的向上及び資格認定の高度化、各種支援活動の多様化等による、(c) 社会保障サービスの質的標準設定、担当職員への罰則及び褒賞を含む監督制度の強化。

なお、上記 ① 法規制整備の目標に従い、1997 年法律第 4 号（障害者法）の改正作業が現在進行中である。条文のドラフトはおおむね完成し、2015 年 9 月には議会での審議が開始され、12 月に承認・発効の見通しにある⁴⁶。

また、RPJMNとは別に、障害者のみならず高齢者、子ども、女性、少数民族、貧困者等を含むいわゆる「社会的弱者」の人権への配慮・擁護に特化した、人権のための国家行動計画（National Action Plan for Human Rights）（仮題）が策定途上にある。事務的作業はほぼ終了し、内閣事務局が大統領令発布の形でまとめつつある⁴⁷。

3.4.3 障害分野所管省庁及び関連機関の概略

(1) 社会省

1) 組織概要

社会省は女性、高齢者、ストリートチルドレン、障害者等への社会扶助・社会福祉を所掌しており、障害分野のフォーカル・ポイントとして重要な役割を担っている。社会省の主たる役割は以下の 3 つである。

- 障害に関する開発/支援政策の策定⁴⁸
- 障害に関する開発/支援プログラムの実施・改善⁴⁹
- 障害に関する開発/支援プログラム実施の際の関連機関間の調整⁵⁰

⁴⁵ *Ibid.*, p.2-137.

⁴⁶ BAPPENASへの聞き取り調査に基づく（2015 年 6 月 3 日）。

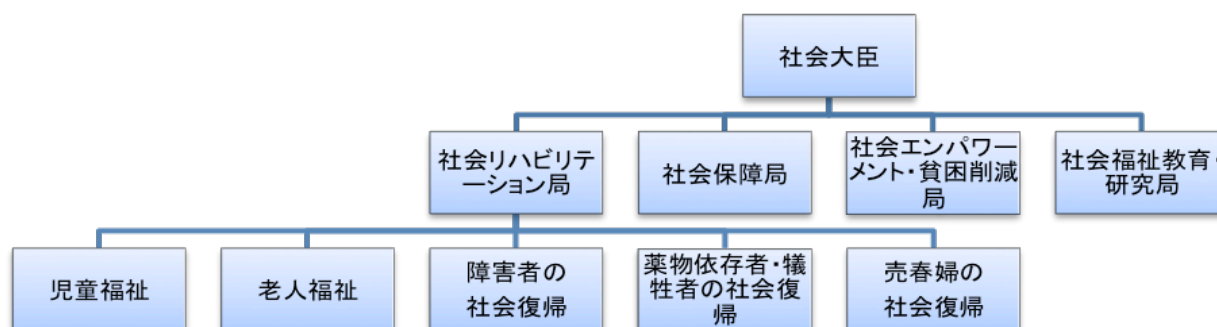
⁴⁷ (同上)

⁴⁸ 2015 年大統領令第 46 号「社会省に係る規則」第 10 条第 1 項。

⁴⁹ 同条第 2 項及び 1998 年政令第 43 号「障害者に関する社会保障改革に係る規定」。

⁵⁰ 同大統領令第 34 条。

図 3-2 に示すように、社会省には 4 つの総局があり、社会リハビリテーション局が障害分野を担当している。社会リハビリテーション局の直轄下には 5 つの課（児童福祉、老人福祉、障害者の社会復帰、薬物依存者・犠牲者の社会復帰、売春婦の社会復帰）があり、障害者の社会復帰課が障害分野について担当している。



（出典：社会省資料に基づき調査団作成）

図 3-2 社会省組織図（障害関連）

社会保障局など他局には障害担当者は設置されていないが、社会リハビリテーション局と密接に連携・調整を取っている。2015 年 8 月に組織改編があり、社会保障局にも障害者担当課が設置される予定で、2015 年 6 月末時点で担当者の選定待ちの状況にある⁵¹。

障害者の社会復帰課では以下の 3 つに焦点を当ててプログラムを実施している。

- 社会保障制度（障害者向け施設の運営や現金給付などの提供）（3.6.4 参照）
- 地域に根差したリハビリテーション（Community-Based Rehabilitation: CBR）プログラムの促進（3.6.4 参照）
- アウトリーチ型リハビリテーションの実施（3.6.2 参照）

その他のプログラムとしては、支援機器の提供（3.6.4 参照）、障害者家族向けあるいは障害者雇用推進に関して能力向上プログラムの実施、緊急事態における障害者へのアウトリーチ（第 1 次対応チームの結成）、職業訓練校の運営、啓発活動などがある。啓発活動については、パブリック・スピーキング、国際障害者デー（12 月 3 日）でのイベントの開催（例えば障害者と共に歩くファン・ウォーク（Fun Walk。地方の主な大都市で同時開催）、国家ラジオ放送（RRI）を通じたキャンペーン放送、国家連帯の日（Solidarity Day）への参加、RRI による障害に関するレギュラー番組放送等が挙げられる。

2) 中央/地方の役割、省庁間連携

【中央/地方の役割】

中央政府は中央レベルでの政策策定を担い、州政府は、国家レベルでの政策などが発令された場合、州政府が別途州政府規則を制定するなど中央と地方政府のギャップを埋める役割を果たしている。

⁵¹ 社会省障害分野担当者への聞き取り調査に基づく（2015 年 6 月 29 日）。なお、社会保障局への聞き取り調査は実施しなかったため、障害分野に関する社会リハビリテーション局と社会保障局の役割の違いは確認できていない。

例えば、東ジャワ州では 2013 年に障害に関する州令第 3 号(障害者保護及びサービスに関する規則)を制定・発効した。

インドネシアでは 2001 年に地方分権化が本格的に開始されたことにより、障害分野に係る制度整備やプログラム策定も地方によって差異が大きい。地方分権化を推進し、地方政府の裁量権を保全する地方自治法(1999 年法律第 22 号)、及び中央・地方財政均衡法(1999 年法律第 25 号)があるために、上位行政体(例えば州)の下位行政体(例えば市)への強制力が極めて制限されている。また、市政府が州制定の規則に準拠するには、市自身による法規の制定が必要となる。しかし、市が自らのレベルの法規を作成・実効化する予算がない場合も多い。

【予算配分】

中央政府、州政府、地方政府のそれぞれが障害分野関連予算を配分している。つまり、中央政府から州および地方政府に予算が配分される。交付金額は市によって歳入が異なることから(例えば市によって消費税率が異なる等)、市の財政能力によって決定される。地方レベルで障害に関する予算がない場合、州政府が支援する。州政府に予算がない場合、中央政府が支援に当たる。

【省庁間連携】

社会省は障害分野で他省庁をまとめるフォーカル・ポイントとしての役割を担っている。省庁間連携のメカニズムとして、他省庁や市民社会、民間セクター、大学をメンバーとする障害者の福祉強化を目的とした国家調整チーム(National Coordination Team of the Measure of Social Welfare Enhancement)が、社会省の下に 2004 年に構築された。年に 1 回を目途に定期的に会合が開催され、その他も必要に応じて会合が開かれる。

3) 人員

社会省で働く職員は 4,000 名以上で、うち障害分野を取扱う障害者社会復帰課のスタッフ数は約 20 名である⁵²。なお、社会省/局に所属する職員のうち障害を持っている職員は、2015 年 6 月時点では 78 名である(2014 年実績は 59 名)。

4) 予算

社会省内での障害分野に関する毎年の定額予算はない。その年の優先事項や政策などによって予算は変化する。例えば、2013 年度の社会省全体の予算は 6 兆 5000 億ルピア(約 700 億円)、2014 年度は 7 兆 6,000 億ルピア(約 800 億円)と増額している。

(2) 労働省

労働省の役割は以下のとおり⁵³。

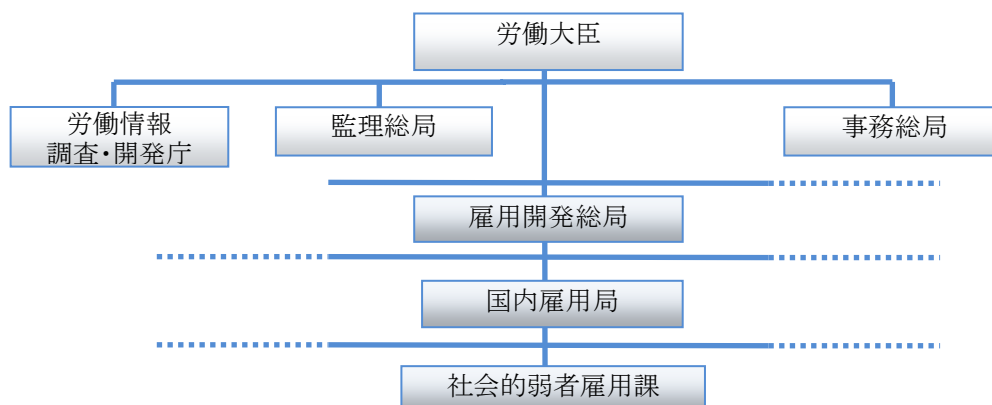
- ① 労働政策の策定と実施(労働生産性及び競争力向上、雇用機会の創出と安定、労働環境の監督及び改善等)
- ② 省内及び全ての関連機関における調整並びに経営
- ③ 労働政策実施に係る技術的指導並びに監督

⁵² 社会省への聞き取り調査に基づく(2015 年 6 月 29 日)。

⁵³ 労働省に関する規定(2015 年大統領令第 18 号)(Peraturan Presiden, Nomor 18, Tahun 2015, Tentang “Kementerian Ketenagakerjaan”)

④ 労働分野における調査、計画、開発

障害者の雇用推進政策等については、雇用開発総局の国内雇用局社会的弱者雇用課が担当している（図 3-3）。



（出典：労働省資料に基づき調査団作成）

図 3-3 労働省組織図（障害関連）

(3) 教育文化省

1) 組織概要

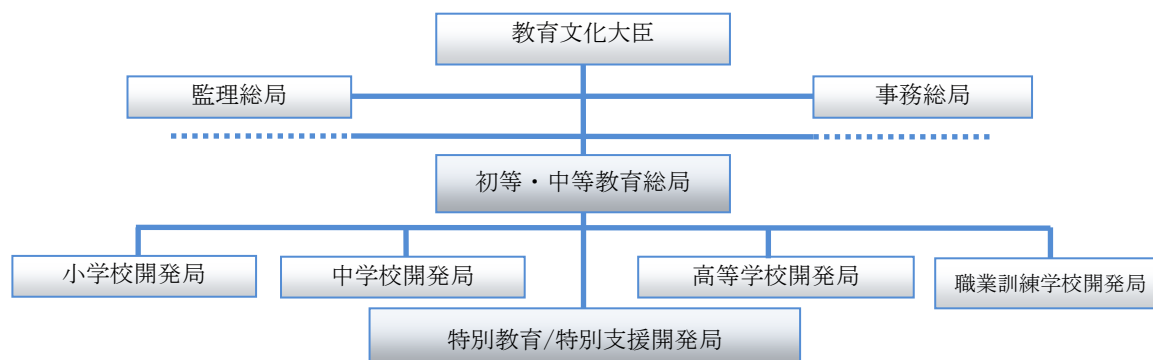
教育文化省は、インドネシア国における早期（幼児）教育、初等教育、中等教育、高等教育並びに各種教育機関に係る行政全般及び文化行政を統括する中央官庁である。

同省の組織的使命と役割は以下のとおり⁵⁴：

- ① 国民の教育並びに文化に係る政策の策定と実施
- ② 教員及び教育機関における指導者の人的資源開発
- ③ 省内及び全ての関連機関における調整並びに経営
- ④ 教育/文化政策実施に係る技術的指導並びに監督
- ⑤ 公用言語及び文献に係る開発・指導・保護

学制は日本と同じく 6-3-3-4 制を取っており、小学校 6 年と中学校 3 年が義務教育である。省内の組織も、主としてこの学制に沿ってラインが構成されている。障害児教育については、初等・中等教育総局の下に小学校、中学校、高等学校及び職業訓練学校の開発局と並列して設置されている特別教育/特別支援開発局が担当している（図 3-4）。

⁵⁴教育文化省に係る規定（2015 年大統領令第 14 号）（Peraturan Presiden, Nomor 14, Tahun 2015, Tentang “Kementerian Pendidikan dan Kebudayaan”）



(出典：教育省資料に基づき調査団作成)

図 3-4 教育文化省組織図（障害関連）

2) 人員

教育文化省で障害分野に従事する職員は 180 人で、このうち 2 名は障害（視覚障害、聴覚障害）を持っている⁵⁵。

(4) 保健省

1) 組織概要

保健省は、保健医療分野において国家政策の策定、実施、評価などの役割を担っている。障害については、各関連部署（メンタルヘルス、ポリオ、ハンセン病、母子保健、医療リハビリテーション、支援機器、予防など）がそれぞれに障害に関するガイドライン等を策定している。保健省には 4 つの総局（図 3-5）と、その下に 10 の局が存在し、障害に関してはハンセン病担当部局がフォーカル・ポイントとなっている。保健省内の各関連部署による障害ワーキンググループが立ち上げられ、毎年会合が開催されることになっているが、予算の関係で連携・調整はさほど進んでいない様子である⁵⁶。

【医療リハビリテーション】

医療リハビリテーションについては、看護ケア局の基礎看護部が担当している。

【メンタルヘルス】

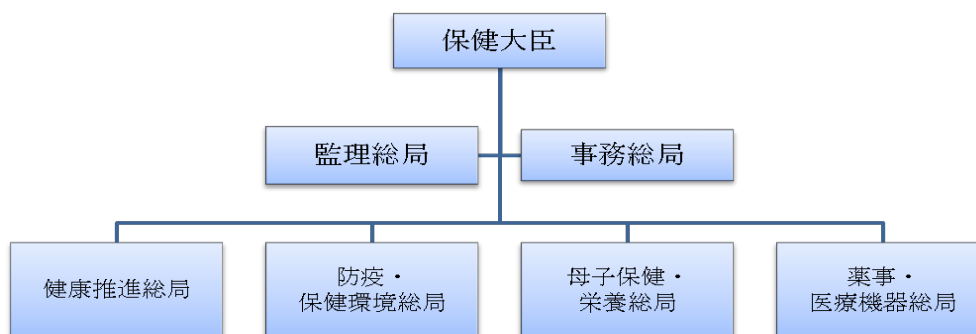
メンタルヘルスについてはメンタルヘルス局が担当している。5 つの課（①薬物乱用、②メンタルヘルスとヘルス施設、③コミュニティでのメンタルヘルス、④メンタルヘルスとリスクの高い人々（自閉症、子ども、アルツハイマー、子どもと女性への暴力、未成年者）、⑤アセスメント（教材の開発））に約 50 名が働いている。障害を持つ職員はいない。メンタルヘルスに関する予算は 2014 年で 2500 万ルピアである。ほとんどが精神科病院の運営費として支出される。

【母子保健】

障害児については児童保護局が担当（0 歳から 18 歳対象）。保健所を対象に、障害児のケアに係るガイドライン等を作成している。

⁵⁵ 教育文化省への聞き取り調査（2015 年 5 月 12 日）に基づく。

⁵⁶ WHO 担当者への聞き取り調査（2015 年 7 月 9 日）に基づく。

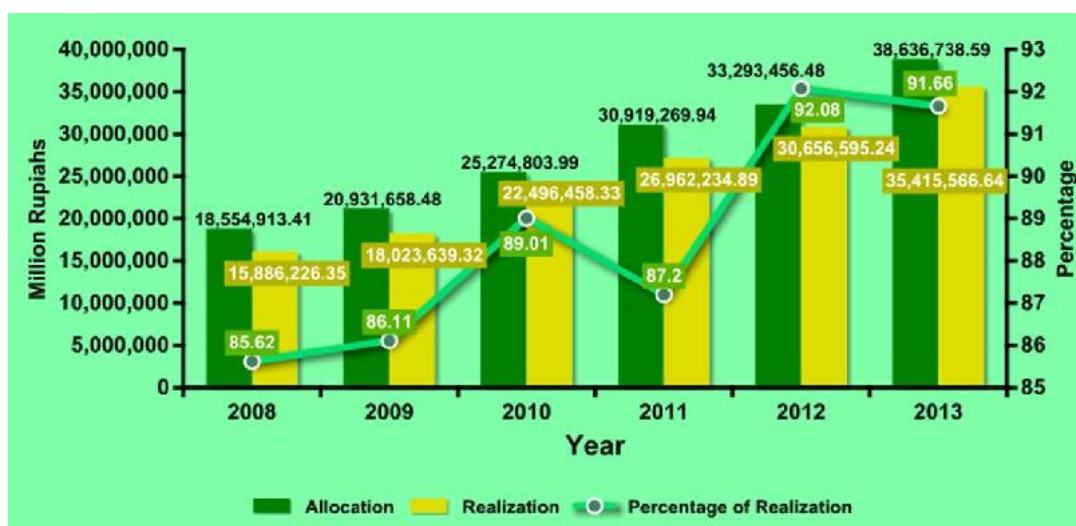


(出典：保健省資料に基づき調査団作成)

図 3-5 保健省組織図

2) 予算

保健省の予算は 2008 年から徐々に増加している (図 3-6)。2013 年の保健省の予算は約 38.64 兆ルピア (約 3,563 億円) で、実際の支出額は約 35.42 兆ルピア (約 3,266 億円) だった。保健省内で医療サービス総局への予算配分が最も多く、約 25.27 兆ルピア (約 2,330 億円) であった。本調査では、障害分野に配分された予算額については確認できなかった。



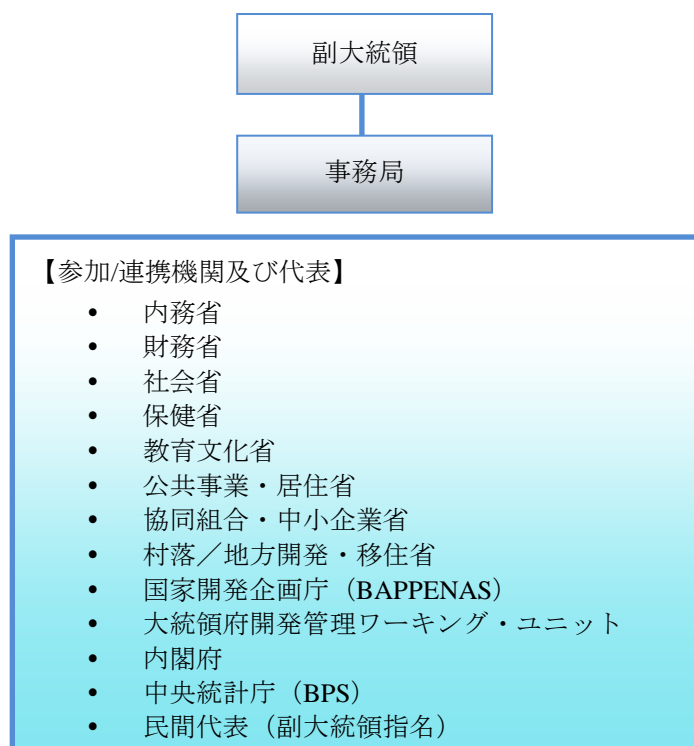
(出典：Indonesia Health Profile 2013, Ministry of Health)

図 3-6 保健省の予算配分と支出額 2008-2013

(5) 国家貧困削減促進チーム (TNP2K)

国家貧困削減促進チーム (Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan: TNP2K) は 2010 年 2 月に、貧困削減に係る政策効果推進を企図して創設された、副大統領府直属の政府機関である。

TNP2K の最重要目標は、既存の省庁毎に実施されてきた個別の貧困削減プログラムの非効率性の解消であり、具体的には ① 国家レベルの統括的貧困削減政策及びプログラムの策定、② 関係省庁間の調整、③ 貧困削減プログラムの実効性の評価・モニタリング、④ 貧困削減に係る調査・分析、といった役割を担っている。常任の職員は事務局以外に置かれず、複数の省庁/政府機関から貧困削減に関連する部局の職員が、必要に応じてテーマ別のワーキンググループに参加する方式を取っている。組織構成の概略は図 3-7 のとおり。



（出典：TNP2K 資料に基づき調査団作成）

図 3-7 TNP2K 組織概念図

2011 年以降の具体的なプロジェクトとしては、① 主要な社会保障プログラム対象者の絞り込み（targeting）改善と、② 社会保障政策全体の設計改善、特に社会保障プログラムの統合データベース構築が挙げられる。また、同チームは障害者の人権に係る法規一覧の整理や、インドネシア大学との協力による障害者の社会支援に係る実態調査等も実施している⁵⁷。

TNP2Kは社会保障システムの一部（特に貧困層データベース）の一翼を担っているため、障害者にとっても重要な機関であるが、前政権時に造られた組織で、かついずれの省庁のラインにも属していないため政治的に脆弱であり、今後の活動や影響力の減少を懸念する声もある⁵⁸。

（6） 国家開発企画庁（BAPPENAS）

BAPPENAS はインドネシア国全体の開発計画立案を管掌しており、分野横断的な諸問題への取り組みについては、各分野を所管する複数の官庁間の調整にあたっている。また、海外からの援助受入れを統括する、開発案件の総合窓口でもある。

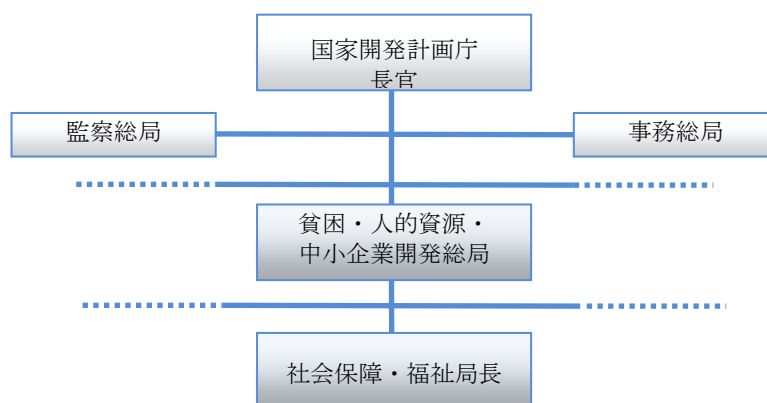
⁵⁷ 法律は TNP2K 自身による作成ではなく、あくまで既存の関連法規の整理。同チームによる障害関連の文献情報は以下のとおり。いずれも TNP2K のウェブサイト（<http://www.tnp2k.go.id/en>）からダウンロード可能：①A Guide to Disability Rights Laws (2014)、②The Life of People with Disabilities: An introduction to the Survey on the Need for Social Assistance Programmes for People with Disabilities (2014)、③Persons with Disabilities in Indonesia - Empirical Facts and Implications for Social Protection Policies (2014)。また、インドネシア大学との共同調査の結果は Demographic Institute, Faculty of Economics and Management, University of Indonesia, *Survey on the Need for Social Assistance: Programs for People with Disabilities* (SNSAP-PWD) 2012 にまとめられている。

⁵⁸ 中央政府内及び DPOs 双方に共通の意見（聞き取り調査全般に基づく）。

BAPPENAS の組織は、その機能と役割に応じて、長官直属の形で総括監査官室や事務総局と並んで 9 つの分野別/課題別総局が配される構成となっており、障害と開発に係る課題は、貧困・人的資源・中小企業開発総局の下にある社会保障・福祉局の管轄となっている（図 3-8）。

「障害と開発」に係る社会省との役割分担については、BAPPENAS は開発プログラムに係る計画、モニタリング/評価、プログラムの見直し及び修正、予算措置を担い、社会省は実施を担当している。

また、来年に実施が予定されている Special National Survey on Disabilities（仮題）は、インドネシア初の障害に特化した全国調査であり、国連人口基金（United Nations Population Fund: UNFPA）の技術支援により BAPPENAS が調査手法を確立し、BPS が予算措置と実施を担うことになっている。同調査の実施を通じて、同国における障害指標の体系化と統計の信頼性向上が期待されている。



（出典：BAPPENAS 資料に基づき調査団作成）

図 3-8 BAPPENAS 組織図（障害関連）

(7) 情報・通信省

情報・通信省は、コミュニケーションに関するインフラ開発、技術開発、国家政策の策定、メディアを通じたインフォーマル教育の推進等の役割を担っている。障害分野での活動は、現時点ではまださほど実施されていない。障害者向けの情報通信技術インフラを提供するための予算について現在新しい政府規則の草案を作成しており、障害者の情報通信技術へのアクセスについて社会省とさらに議論を進めていく必要がある⁵⁹。

障害に関するコミュニティでの啓発活動の実施に際して、社会省を支援している。社会省からの要請によって、地方政府が公共施設へのアクセシビリティについての認識を高めるため、テレビ広告を使用したキャンペーン、ラジオやテレビでの公共対話、週末の人形劇ショー、などの活動支援がその具体的内容である。

(8) 運輸省

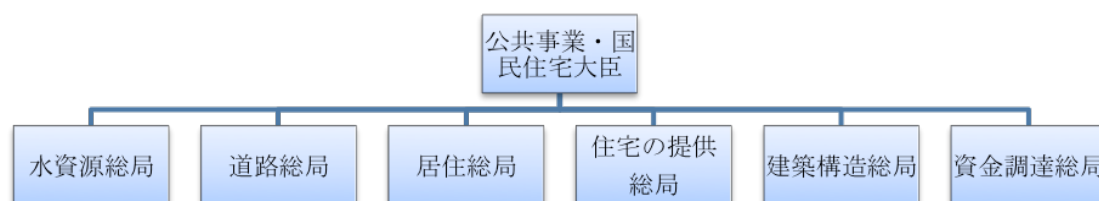
運輸省には 4 つの総局（路上交通、航空、鉄道、海洋）があり、障害については全総局が個々に責任を分担している。主な活動として、政策・制度の策定とその遵守促進、障害に関する規則の啓発等がある。各分野の事業者が中央政府制定規則を遵守することになっているが、規則の遵守に係る強制力は充分とは言えない。事業者が法律・制度を遵守していない場合、運輸省が事業者に対し 3 回まで警

⁵⁹ 情報・通信省への聞き取り調査に基づく（2015 年 6 月 29 日）。

告を發し、3回以上の警告になると事業者のライセンスを取り上げることができる。なお、運輸省ではアクセス監査をするような制度は今のところ存在しない。

(9) 公共事業・国民住宅省

インドネシアの道路や建築などの行政は、公共事業・国民住宅省（図 3-9）が統括している。障害分野についての主な役割は、物理的なアクセシビリティに関する法律・制度・基準の策定とその遵守促進（関連法制度は 3.4.1 (2) 5）を参照）、規則などを普及させるための啓発活動である。インクルーシブ教育を推進する学校に関して社会省と教育省と連携し、アクセシブルな学校のデザインについて助言する。公共事業・国民住宅省には 6 つの総局のうち、アクセシビリティに特化した部や課は現段階で存在しないが、居住総局がアクセシビリティに関する窓口の役割を果たしている。2015 年に発行されたアクセシビリティに関する活動報告は居住総局が作成している。



（出典：公共事業・国民住宅省資料に基づき調査団作成）

図 3-9 公共事業・国民住宅省組織図（障害関連）

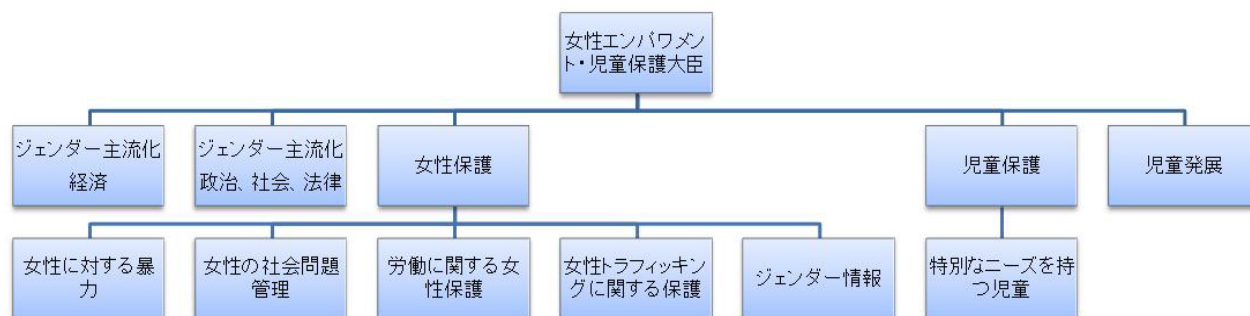
(10) 女性エンパワメント・児童保護省

女性エンパワメント・児童保護省には 5 つの総局（ジェンダー主流化と経済、社会政治と法律に関するジェンダー主流化、女性保護、児童保護、児童発展）があり、障害分野を担当しているのは、女性保護総局と児童保護総局である。女性保護総局の下には、5 つの局があり（女性に対する暴力、女性の社会問題管理、労働に関する女性保護、女性人身売買に関する保護、ジェンダー情報）、女性の社会問題管理局が女性障害者に関するプログラムを取り扱っている。女性の社会問題管理局のプログラムの重点は、1) 女性障害者、2) 女性高齢者、3) 紛争と災害時の女性、4) HIV/AIDS女性患者、5) ポルノグラフィと女性、の 5 つに置かれている。2006 年に、同省で女性障害者及び女性高齢者に関する開発プログラムが開始された。女性の社会問題管理局での障害者に関する現在のプログラムの焦点は、女性障害者のインフォメーション・コンサルテーションセンターの設立（3.6.7 参照）で、その他には国連の女子に対するあらゆる形態の差別撤廃に関する条約に関する実施報告書の作成や、女性に関する国際及び地域戦略への情報提供・関連広報活動等を担当している。児童保護局の下には、特別なニーズを持つ児童に係る部署がある⁶⁰。

女性エンパワメント・児童保護省（図 3-10）では、インドネシアにおける女性プロフィールを毎年発表しており、女性障害者に関するデータ（全人口に対する女性障害者の数、障害のタイプ、障害の原因、支援機器へのアクセス度、公共施設へのアクセス度など）も含まれている。同様に、児童保護総局では、子どもプロフィールを毎年発表しており、障害女兒に関するデータ（全人口に対する障害

⁶⁰ 本調査で聞き取り調査が実現したのは、女性の社会問題管理課のみで、障害女兒に関するプログラムについて担当する特別なニーズを持つ児童部への聞き取り調査は実現しなかった。

女兒の数、障害種別、障害の原因など) も含まれている。いずれも、最新のプロフィールは 2013 年版で、同省のウェブサイトからダウンロードが可能である⁶¹。

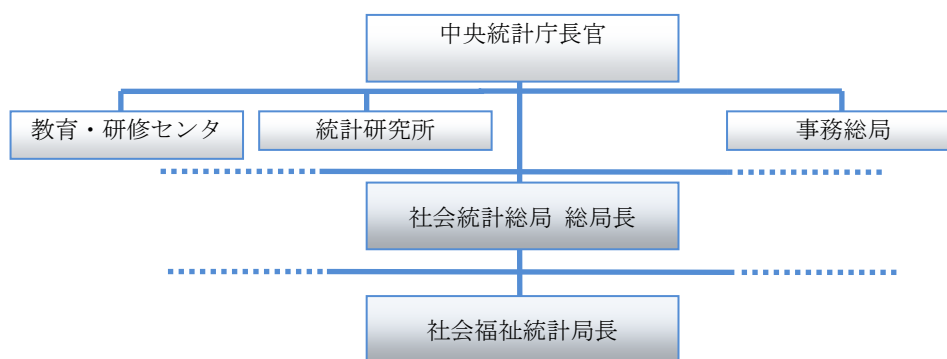


(出典：女性エンパワメント・児童保護省資料に基づき調査団作成)

図 3-10 女性エンパワメント・児童保護省組織図 (障害関連)

(11) 中央統計庁 (BPS)

BPS (図 3-11) は他の省の管轄下のない独立系の政府機関で、大統領府直属である。その主な役割は政府及び公共の用途に資する公式統計の準備・編纂であり、インドネシア国全体から個別地域に至るまで様々な統計情報を収集し、資料・指標を作成している。



(出典：BPS 資料に基づき調査団作成)

図 3-11 BPS 組織図 (障害関連)

障害に関するデータの取得源は、国民社会経済調査 (Survei Sosial Ekonomi Nasional: SUSENAS⁶³)、国勢調査である。いずれも社会統計総局が主管しており、BPSが取り扱う障害 (者) に関する統計は、本総局、中でも社会福祉統計局が整理・公表する。

BAPPENAS の項 (3.4.3 (6)) でも触れたが、2016 年に実施が予定されている Special National Survey on Disabilities (仮題) は、インドネシア初の障害に特化した全国調査であり、UNFPA の技術支援により、マニュアルと質問票は既に完成している。中央政府内部では、本調査の実施を通じて同国における障害指標の体系化と統計の信頼性向上が期待されている。

⁶¹ Indonesia female profile 2013. 女性エンパワメント・児童保護省 HP ウェブサイトからダウンロード可能。
(<http://kemenpppa.go.id/index.php/daftar-buku/profil-perempuan>)

⁶² <http://kemenpppa.go.id/index.php/daftar-buku/profil-anak>

⁶³ 1963 年以降、人口、保健、教育、家族計画、居住、家計支出に係る年次調査を実施・編纂。四半期ごとに経過を発表 (<http://microdata.bps.go.id/mikrodata/index.php/catalog/SUSENAS>)。

(12) 法務・人権省⁶⁴

法務・人権省は、インドネシアの司法・人権に係る一切を管掌する中央政府機関であり、民事法規、刑事法規、司法制度に関する法律などの所管法令を起草し、他省庁が起案する法律の審査を行うほか、矯正局、入国管理局を下部組織に有している。障害分野では、障害者のみならず高齢者、子ども、女性、少数民族、貧困者等を含む社会的弱者の人権への配慮及びその擁護に特化した、人権のための国家行動計画（National Action Plan for Human Rights）（仮題）を、BAPPENAS 及び社会省と協力して策定中である。なお、同省は、CRPD 目標の実施状況の報告書作成にも関わっている。

(13) 外務省⁶⁵

外務省は、CRPD に関する国連委員会に提出する実施状況報告書の作成を担当しており、社会省、BAPPENAS、法務・人権省の支援により作成中である（CRPD に関する実施状況報告書の詳細は、3.7 を参照）。

(14) 本調査で訪問した省庁における障害を持つスタッフの雇用状況

表 3-9 に、各省庁における障害を持つスタッフの雇用状況をまとめる。

表 3-9 各省庁における障害を持つスタッフの雇用状況

省庁名	有無/人数/その他
社会省	あり。現在 78 名が働いている。2014 年は 59 名が働いていた。2015 年の公務員採用で 300 名の障害者が雇用手続きに合格し、そのうち 105 名が雇用。105 名のうち 31 名が中央政府にて雇用された。そのうち 19 名が社会省で雇用されている。性別は不明。
労働省	あり
教育文化省	あり
保健省	あり
TNP2K	なし
BAPPENAS	なし
情報・通信省	あり。3 名（身体障害者）。今回初めての採用。事務スタッフ 2 名（新人）と 1 名は脳卒中後に障害者となった。性別不明。省庁内に障害者トイレはなし。
運輸省	雇用された後に障害者になったスタッフがいる。人数などは不明。
公共事業・国民住宅省	不明
中央統計省	不明
女性エンパワメント・児童保護省	あり 1 名（女性聴覚障害者）

（出典： 各省庁への聞き取り調査に基づき調査団作成）

3.5 地方部における障害関連情報

3.5.1 東ジャワ州における障害関連行政

本調査において、スラバヤ市を中心とする東ジャワ州で、地方部における障害と開発の現状について調査した。以下、社会局、保健局、教育局における東ジャワ州の組織について概観する。なお、東ジャワ州の活動については、地方の障害と開発の現状の一例として 3.6 の分野別状況で記述している。

⁶⁴ 本項における関連省庁のうち、法務・人権省と外務省については訪問調査実施が日程上叶わず、主として文献調査及びウェブ上の情報収集に拠っている。

⁶⁵ (同上)

(1) 東ジャワ州社会局

1) 組織概要

社会局には以下の5つの課が連携して障害に関連するプログラムを実施している。

- ① 内務
- ② リハビリテーション：家庭内暴力についてもこの課が管理
- ③ エンパワメント
- ④ 社会保障：障害者の災害時の安全性についても管理
- ⑤ 社会開発

2) 予算

社会局の年間予算は約700億ルピアで、そのうち約5億ルピアが障害分野に配分される。その約5億ルピアのほとんどが障害の早期発見や支援機器に使われる。

(2) 東ジャワ州保健局

1) 組織概要

東ジャワ州保健局には、以下の4部署がある。

- 医療サービス（85名が所属）
 - 家族保健：障害児を含む就学児童へのサービス提供。26名が所属。
 - 特別紹介：病院への紹介を担当。この部署にリハビリテーション課がある。
 - 基礎保健：保健所（Puskemas⁶⁶）における基礎保健サービスの提供
- コミュニティ保健開発
- 人材育成
- 感染症

(3) 東ジャワ州教育局

1) 組織概要

東ジャワ州教育局の組織は、教育省と同様、学制に沿ったラインを形成している。未就学児童への教育行政を担当する幼児教育部、小学校6年間の教育行政を担当する初等教育部、中学3年間及び高校3年間に係る教育行政を担当する高等教育部、そして就労前の技術訓練・資格取得のための職業訓練校を所轄する職業訓練教育部の4部署が存在し、それぞれ下にいくつかの課を配する。障害児教育を担当する特別教育課は初等教育部の下に存在する。

特別教育課は、特別学校が小・中・高の期間に跨るため、初等教育部の下にありながら高校までの12年間を担当する。また、障害児専門の特別養護学校だけでなくインクルーシブ教育も所管してい

⁶⁶ Puskemas（プスケスマス）は県や市が運営する保健所で、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。
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kaigai/12/pdf/teirei/t369-374.pdf>

る。インクルーシブ教育行政は従来型の学校の組織改編を伴う場合が多いため、他の部署と連携してプログラムを実施している。

特別教育課の主な組織的使命は、特別養護学校とインクルーシブ教育校の設立を促進することにある。また、近在に従来型の教育機関しかない場合に、従来型学校に通学しても障害児が適切な教育を受けられる様に手配・調整することなどがあげられる。

なお、インクルーシブ教育に関する公的な推進/啓発キャンペーンなどは特に実施していない。

2013年東ジャワ州令第3号の第10条から第14条に、教育について規定されており、インクルーシブ教育の推進に係る法的枠組が示されている。

2) 予算

2012年以降、特別養護学校の運営費は中央政府の予算により賄われている。また、全ての費目が経常負担というわけではないが、教育分野では以下の支出項目については中央政府から地方政府に予算が配分されている⁶⁷。

- 特別養護学校やインクルーシブ教育を实践する学校等におけるアクセシビリティの改善
- 障害児を持つ貧困家族、並びに障害者の保護者を持つ児童への教育費支援
- 教員の給与

ただし、それ以外の予算配分については中央一州一市/県それぞれの政府相互の移転収支等が複雑であり、また市や県の財政事情に応じて負担分がその都度変化し、判然としない。

教育施設等社会資本へのアクセシビリティ推進については、中央レベルでアクセシビリティ推進に関する開発政策並びに規則が存在し、インクルーシブ教育学校へのアクセシビリティに関して財政的に支援する場合もある。

3.5.2 スラバヤ市における都市計画 —障害インクルージョンの観点を中心に

スラバヤ市での環境配慮型都市計画「グリーンシティ・マスタープラン」(GMP)が、インドネシア政府内において日本への技術協力要請準備中であるが、同市では過去にも関連/類似した都市計画(その事前段階のものも含む)が検討されてきた経緯がある。以下、それらの計画あるいは試みにつき簡潔にまとめる。

(1) "Surabaya Vision Plan 2005-2025"

米国に本拠を置く設計・建設系開発コンサルティング企業であるAECOM(エーコム)が市当局及び地元企業と共同で、民間私企業によるコンサルテーション等を通じて策定された長期開発計画。本調査ではスラバヤ市当局との、本件に関する面会の機会は得られず、具体的な予算措置等については確認できなかった。

AECOMによる同計画の背景は以下のとおり⁶⁸。

⁶⁷ 東ジャワ州社会局での聞き取り調査に基づく(2015年5月18日)。

⁶⁸ 同計画ウェブサイト:

- 近年（2000年代初頭）、スラバヤ市の経済成長に翳りが見られる一方で、人口増加が急である。
- 近隣諸都市との競争が激化している。
- 上記の状況の下、環境に配慮した投資メカニズムの導入が必要であり、その点についての提言が AECOM からスラバヤ市になされた。

(2) ISOCARP-PU, "Green City Development Program"

都市・地域計画国際協会（International Society of City and Regional Planners: ISOCARP）は上記AECOM や米バクテル等の建築・土木系コンサルタントを参加メンバーとする国際的業界団体である。その第48回総会（2012年）で、インドネシア政府公共事業・国民住宅省（PU）が行った発表が、分析報告書資料の形で公開されている⁶⁹。

スラバヤ市のみを題材として取り上げたものではなく、むしろインドネシア全体の都市開発の課題について触れ、持続可能な形での環境配慮型開発のあり方についてのビジョンが提示されている。

(3) アジア開発銀行による"Green Cities Initiative"

上記(2)の"Green City Development Program"はこのイニシアチブに準拠していると推察される⁷⁰。

"Green"という語からも分かる様に、環境配慮への重点は明らかだが、Green Cities 及び Inclusive Cities が並列的に扱われており、少なくとも ADB は都市計画におけるインクルージョンの意識が高いと考えられる。

また、ADB は上記イニシアチブに沿ってインドネシア国内で都市開発プロジェクト⁷¹を推進している。

(4) City Planning Laboratory (CPL) Initiative in Surabaya

世界銀行及び Hansen Partnership（都市計画・設計・造成に係る豪のコンサルティング企業）の支援により、市政当局・都市開発実施業者・学識経験者が一堂に会して、スラバヤ市を南北に縦断する路面電車の開設及び沿線の南北回廊整備・開発に関する討議を交わすワークショップを主催するための組織的プラットフォームとして2014年2月に設立された⁷²。

本CPLの結成・活動により300万米ドルの開発資金調達に貢献したとされるが、詳細は不明である。交通中心かつ歩行者中心（Transportation-oriented and Pedestrian-oriented）の総合的土地利用・区画整理（zoning）計画が指向され、スラバヤ市開発20年計画との整合性も謳われており、障害インクルーシブな側面を持った提案がなされている可能性もある。

(<http://www.aecom.com/vgn-ext-templating/v/index.jsp?vgnextoid=ca6e1b6a6b082210VgnVCM100000089e1bacRCRD&vgnextchannel=5815149639146310VgnVCM100000089e1bacRCRD>)

⁶⁹ Djoko Kirmanto, Imam S. Ernawi, and Ruchyat Deni Djakapermana, Ministry of Public Works, Indonesia, "Indonesia Green City Development Program: an Urban Reform"

⁷⁰ <http://www.adb.org/themes/urban-development/overview>

⁷¹ http://adb.org/projects/details?page=details&proj_id=46380-005

⁷² <http://cityform.mit.edu/projects/surabaya-cpl>

3.6 障害者を取り巻く分野別状況—支援/開発プログラム等

3.6.1 教育

(1) 制度・プログラム

インドネシアでは公的教育制度に関する法律（2003年法律第20号）に基づき、一般教育、職業教育（中等）、学術教育、専門教育、職業教育（高等）、宗教教育及び特別教育が実施されている。このうち特別教育が障害児向け教育に当たる。

障害児向け学校は「特別学校」と総称され、① 特別養護学校（生徒は障害者のみ）、② インクルーシブ教育校の2種類があり、それぞれに小学校、中学校、高等学校が存在する。インドネシアにおけるインクルーシブ教育は2003年より開始され、その歴史はまだ浅いが、障害者のインクルージョンは国家的重要目標の1つであり、近年急激にその数を増やしている。

法律上の規定では、各州、各教区（インドネシア全体で516教区）に最低1つの特別学校を設置する義務が政府にはあるが、全34州の条件は満たしたものの、全教区のうち90地区には特別学校が未だ存在しない。いずれも遠隔地であり、それらの地区への特別学校建設は教育インフラ整備上の喫緊の課題である⁷³。

2014年時点で、インドネシアにおける義務教育年限の生徒数は合計184,115名である（表3-10）。2009年には5万人余であった特別養護小学校に在学する生徒数が、2014年にはほぼ倍増の9万7千人となっているが、これは公式調査の手法改善に伴い精度が改善しただけでなく、国民の障害（者）に対する意識が向上したところによる大きい。ただし、教育文化省が実際に存在すると見る障害児の数は約200万人で、実に90%の障害児が就学していないものと推定されている⁷⁴。

表 3-10 インドネシアの義務教育における障害児童数

年 度	特別養護 小学校	インクルーシブ教育 小学校	特別養護 中学校	インクルーシブ教育 中学校	合 計
2009	50,982	3,240	10,779	20,436	90,252
2010	61,576	3,496	10,588	22,900	103,383
2011	65,789	18,476	16,324	3,519	104,108
2012	94,857	21,223	17,392	6,310	139,782
2013	97,669	43,106	17,840	14,838	173,453
2014	97,669	44,950	17,840	23,656	184,115

（出典：教育文化省 特別教育/特別支援開発局資料）

東ジャワ州の特別養護学校数は345であり、そのほとんどがスラバヤ市を始めとする市部に集中している。345校のうち65校が市/州立校で、州立校はシドアルジョ県とマラン市に2校ある。スラバヤ市には現在55の特別養護学校が存在し、市・州立の特別養護学校はなく全て民間による経営である。インクルーシブ教育学校については2015年5月時点で東ジャワ州に1,282校存在する（表3-11）⁷⁵。2010年には160校だったのが、この5年間で約8倍に増えている。障害児用のトイレやアクセシビ

⁷³ 教育文化省への聞き取り調査に基づく（2015年5月12日）。

⁷⁴ 教育文化省（2015年5月12日）及び東ジャワ州教育局（2015年5月20日）への聞き取り調査に基づく。

⁷⁵ 教育文化省（2015年5月12日）及び東ジャワ州教育局（2015年5月20日）への聞き取り調査に基づく。

リティの状況はまだ整備されていないが、東ジャワ州の教育局によると配慮している学校数が増えているとのことである。

表 3-11 東ジャワ州における特別養護学校/インクルーシブ教育校の数

	特別養護学校の数	インクルーシブ教育校の数
東ジャワ州全体	345	1,282
スラバヤ市内	55 (全てが民間経営で公営は無し)	74 (そのうち、初等教育 50、中学校 20、職業訓練校 2、高校 2) ⁷⁶

発達障害/ASDの児童/生徒は、通常の学校に通い、そこに設置された特別クラスで授業を受けている。また、過去3年で自閉症児童の数が急速に増えたことに伴い、教育文化省は全国29カ所に「自閉症センター」を新設した⁷⁷。なお、障害児教育カリキュラムについては、他者及び社会的コミュニケーションに問題がある児童に特化した「特別児童のための国定カリキュラム2013」が存在する。

インクルーシブ教育校におけるカリキュラムには、インクルーシブクラスで非障害児と同じ課程を学習するシステムと、特別クラスで障害者用の課程で学習するシステム、の2通りある。

従来型教育機関がインクルーシブ教育校となるには、以下大別して2通りの方法がある。

i.) 市政府教育局からの認定を受ける方法

- 認定後、市政府から学校に認定書が送られる
- 認定された学校は、障害児支援の訓練を受けた教員を配備
- 障害児の特定
- 障害児向けのカリキュラムの策定
- 州レベルの教育局の確認
- 州政府によるモニタリング (3カ月ごとの学校訪問と市政府には監督官が常駐)

ii.) 従来型学校が自発的にインクルーシブ教育校と宣言する方法

法律上の規定による公立特別学校は小学校から高等学校までで、現在のところ教育文化省が特に指定するその他の特別教育機関は存在しない。ただし、大学レベルでは各校独自の特別教育/インクルーシブ教育プログラムの展開が進んでおり、ブラウイジャヤ大学、ガジャマダ大学、スラバヤ大学等が障害者の入学受入れを行なっている。障害者の応募を促進するため、障害者向けの特別な応募枠も設けている。

(2) 障害分野専門人材等

特別学校には、公立/民間等の種別によって違いはあるが、受け入れる児童の障害特性に応じ、専門教員の他に作業療法士、理学療法士が常駐していることが多い。また、リハビリテーションの設備を備えることが法律で義務づけられている(特別教育に関する政令(1991年政令第72号)第7条)。

⁷⁶ PPDB Surabaya (スラバヤ市就学生登録サイト) (<http://9c0e96.sd.ppdbsurabaya.net/umum/pagu>).

⁷⁷ インドネシア自閉症協会 (Yayasan Autisma Indonesia) によれば、同国において自閉症に係る症例報告が際立って多くなり始めたのは1994年以降。しかし地方部を中心に自閉症の概念自体が一般に浸透していないことと、都市部でも当事者及び家族の最大の関心事は療育にあるため、現在に至るまで自閉症者の正確な統計数値は整備されていないとのこと(2015年7月8日の同協会への聞き取り調査に基づく)。

特別学校教員の研修については、① 年間 6,000 名が全国 105 カ所の研修所における研修プログラムを受講している（2014 年実績）。また、② これら地域の中核センターに加え、中央政府直営の研修として、全国に 5 カ所ある研修センターに 600 名を招集して実施するプログラムも存在する（年間予算は 6 千万ルピアから 1 億 5 千万ルピア（約 55 万円から約 138 万円））。

上記研修の講師には、経験あるシニアの教員、大学講師、政府職員など、合計約 140 名が登録されている。なお、教育文化省内部の職員研修については、生涯学習、大学院への派遣等において適宜対応している。

東ジャワ州での状況を見ると、2011 年からは特別養護学校やインクルーシブ教育校の教員を対象に研修を実施している。研修では、インクルーシブ教育の概念、障害児の特定の仕方、アセスメント方法、カリキュラムの作成方法、障害児のパフォーマンス評価などについて学ぶ。2014 年にはオーストラリアのクイーンズランド大学と連携して（オーストラリア政府財政支援）25 名の教員を同大学に派遣し、インクルーシブ教育について 1 カ月の研修を受けた。スラバヤ市では、スラバヤ州立大学に特別養護教育やインクルーシブ教育を学べる講座があり、修士課程も設置されている。

(3) 障害に関する啓発政策

特別学校在校生徒数や自閉症/ASD の児童が近年急激に増えた背景には、中央政府主導によるキャンペーン等各種啓発活動が存在する。

2011 年より「障害児のための全国キャンペーン」を実施している。本企画に 60 の地方政府が呼応し、教育文化省と覚書（MOU）を締結した上で、各地における個別訪問活動を展開した。

本キャンペーンでは国レベル、州レベル、県レベルでタスクフォース（T/F）が設置されている。州・県レベルにおける T/F は地方政府が自主的に組織するもので、必ずしも義務づけられたものではない。T/F のメンバーは、NGO や大学、政府機関、地域の住民で構成され、議長役は場所や地域により T/F ごとに異なる。国レベルの T/F の議長役は教育文化省特別教育/特別支援局幹部が務め、県レベルでは大学教授等が就任することもある。

インクルーシブ教育の普及活動については、教育省では各種フェスティバルの開催、全国インクルーシブ教育オリンピックの開催、映画/トークショー番組（全国・地方放送の両方）の製作等に取り組んでいる。

他の戦略プログラムとしては、学校卒業後に社会や職業訓練校で必要なスキルを身につけるための、卒業後就労前プログラム（Post School Transition Program）の実施、自閉症センターの設立、各種リソースセンターの設立、特別養護学校の国立カリキュラムの改訂、特別養護学校運営費用の支援、奨学金による学生支援、インクルーシブ教育を実施する教育機関や貢献した個人/法人への表彰などがある。

(4) 最近の動向、課題など

インドネシア政府は、公的教育制度に関する法律（2003 年法律第 20 号）の制定に合わせ、インクルーシブ教育を導入・推進している。優先的な中央からの予算支援措置等とも相俟って、ジャワ島内では全ての教区にインクルーシブ教育がおおむね普及し、例えば東ジャワ州では 2010 年から 5 年の間

にインクルーシブ教育校の数が 8 倍に増加した。この結果、新規参入が増加して供給過剰となり、さらにはインクルーシブ教育校に通う障害児に質的に十分なサービスを提供できる教員の数と能力が不足する現状となっている。このため、適切な能力を持った教員の育成と人的資源開発が目下の優先課題である。

併せて、インクルーシブ教育の進展が遅れているパプアやスラウェシの一部などの遠隔地の、特別学校が存在しない 90 教区における教育機関設立も、今後の重要課題である。

「全ての子どもに教育を (Education for All)」という理想を実現するためには、公立の特別養護学校の数が財政面の理由から足りていないという現実がある。しかし、各市に少なくとも特別養護学校を 1 校設立するというような法規制は州/市レベルにはなく、特別養護学校の設立は各市の意欲と判断に任されている。

2012 年以降、中央政府は特別養護学校の運営費をすべて負担している。また、奨学金についても、中央政府は障害を持つすべての児童と、障害のある親を持つ子どもに対して支給している。特別養護学校の数が少なく設立も難しいことから、民間を中心としたインクルーシブ教育への参入と推進が続いている現状であり、中央からの交付金の増加等も含めた、国家レベルでの開発戦略の検討が求められている。著しく進展した地方分権の現状とも併せ、難しい課題が残っている。

学校施設の物理的アクセシビリティについては、予算に限りがあるためすべての学校の設備改善には至っていない。既存校舎のバリアフリー化には、政府より補助金が出る場合もあるが、こちらについても予算に限りがある。新しい学校については設計段階からバリアフリー対策がとられるため、改善されつつある⁷⁸。

未就学障害児童の存在と処遇は重大な課題だが、彼らの多くは出生段階から親が秘匿してしまうことが多く、国民登録すらされておらず、行政としての介入・対応が困難な状況にある。

3.6.2 保健

(1) 制度・プログラム

1) 医療リハビリテーションに関する制度・プログラム

インドネシアの医療リハビリテーションの歴史は、1940 年代に Dr Soeharso によってソロ市で創始されたとされている。現状では、医療リハビリテーションを提供する施設、人材共に不足している。また、医療リハビリテーションを提供できる施設はジャワ島に集中している。

a. 医療リハビリテーションを持つ総合病院

インドネシアでは、病院は以下のように A から D のクラス別に分類されている (表 3-12)。これらの施設のうち、医療リハビリテーションを受けることができるのは A クラス病院のみとなっており、現在 57 病院が存在する (表 3-13)。なお、ソロ市にある国立リハビリテーション・センター (The

⁷⁸ 「3.4.1 法制度、(2) 分野別関連法一覧、5) 公共建築・公共交通」を参照。特に「建物に関する法律 (2002 年法律第 28 号)」。

Prof. Dr. Soeharso Orthopedic Hospital's Rehabilitation Centre) は B クラスに分類されているが、整形外科専門科も併設している。

表 3-12 インドネシアにおける病院の区分

クラス	説明
A クラス	少なくとも基本的な 4 科目、5 専門科、その他 12 専門科目、13 の副専門科目を受け入れられる高度な診療が行える病院。 理学療法士、作業療法士、義肢装具士など揃っており、包括的な医療リハビリテーションが受けられる。
B クラス	少なくとも基本的な 4 科目、4 専門科、その他 8 専門科目、2 の副専門科目を受け入れられる高度な診療が行える病院。
C クラス	少なくとも基本的な 4 科目、4 専門科を受け入れられる高度な診療が行える病院。
D クラス	少なくとも基本的な 2 科目 (産婦人科と小児科) を受け入れられる総合診療科が中心の病院。

(出典：国際フロンティアメディカルサポート (IFMS) 『先進的消化器病診断治療のインドネシア・日本ジョイントセンター設立に関する現地調査事業報告書』、2013 年⁷⁹⁾)

表 3-13 クラス別病院数 (2013 年)

クラス	病院数	%
A クラス	57	2.56
B クラス	293	13.15
C クラス	741	33.26
D クラス	517	23.20
未区分	620	27.83
合計	2,228	100

(原典：Directorate General of Health Effort, Ministry of Health, Republic of Indonesia, 2013)

(出典：Indonesia Health Profile 2013, Ministry of Health, Republic of Indonesia, 2014)

b. 専門リハビリテーション・センター

第 2 章 2.1.1 に述べたように、必ずしも恵まれているとは言い難いインドネシアの保健環境・医療事情の下で、適切なスタッフと施設・設備の整備により十分な医療リハビリテーション・サービスを提供できるリハビリテーション・センターが 2 つ存在する。1 つはソロ市にある国立リハビリテーション・センターで、もう 1 つはジャカルタ市にある Fatmawati Hospital (私立) 内にあるリハビリテーション・センターである。

c. 保健所 (Puskesmas) レベルでの医療リハビリテーション・サービス

保健所 (Puskesmas) は、市・郡レベルでのプライマリーヘルスケア (Primary Health Care : PHC) の中心的役割を担っており、予防活動・健康教育 (家族計画・栄養等)・治療・分娩・医療品供給等を提供している。保健所は全国に 9,655 ある (うち有床施設は 3,317 カ所、外来施設は 6,338 カ所) (2013 年時点)。保健所には、医療従事者として医師 (一施設当たり 1.7 人)、看護師 (一施設当たり 8.7 人)、助産師 (一施設当たり 9.2 人) 等が配置されている。保健所で働いている理学療法士の数は、2013 年に 652 人と報告されており、約 15 の保健所に理学療法士が 1 人しかいないことになる。保健所では、Kader Kesehatan と呼ばれるコミュニティ・ヘルスボランティアが医療リハビリテーション・サービスを提供している場合もある。Kader Kesehatan は、インドネシアの保健システムにおいて、

⁷⁹⁾http://www.meti.go.jp/policy/mono_info_service/healthcare/kokusaika/downloadfiles/fy24/outbound_19.pdf

コミュニティの人々へのカウンセリングや知識の提供など重要な役割を担っている⁸⁰。2013年現在、336,586人のKader Kesehatanがおり、保健省がトレーニングを実施することになっているが、現在では予算の関係などからあまり実施されなくなっている⁸¹。

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。Posyanduは、インドネシア独自のシステムで、村レベルで運営される簡易保健施設またはその活動を意味し、月に1回、5つの優先課題として、自宅訪問、母子保健、家族計画、栄養発達、予防接種、下痢対策等健康に関するに全ての問題を取り扱っており⁸²、母子手帳⁸³を通して子どもの発育をモニターする。Posyanduで疾病などが発見された場合や助産師が判断できない場合などは患者を郡病院に紹介し、郡病院で対応不可能な場合はさらに上位レベルの病院に紹介するシステムとなっている。運営には保健所の職員とKader Kesehatanが当たっている。全国でPosyanduの数は280,225、Poskesdesの数は54,731である。Posyanduで医療リハビリテーション・サービスなど障害関連のサービスが提供されているかは不明である。

d. その他の医療リハビリテーション・サービス

社会省は、医師や理学療法士などの専門職がバスで巡回し、評価や訓練指導、適切な施設への紹介等を目的としたモバイル・リハビリテーションの活動を始めたが、活動地域は限られており、農村部の障害者はサービスをほとんど受けられない状況にある。このため、インドネシアでは、1990年代からいくつかの民間団体がCBRの考え方に基づいて農村地域の障害者問題に取り組んでいる。

その事例として、インドネシアの16州にIndonesia Society for the Care of Disabled Children（Yayasan Pembinaan Anak Cacat: YPAC）が運営するコミュニティ・リハビリテーションセンターが整備されており、身体障害児への医療リハビリテーション・サービスを提供している。YPACは1950年代初期にポリオ蔓延時の対策として設立され、その後、小児麻痺の子ども達へのサービス提供もするようになった。以前は社会省の管轄であったが、現在は財団となっている。YPACは1978年にCBRの概念を導入し、CBR開発研修センター（Community based Rehabilitation Development and Training Center: CBRDTC）をソロ市に設立した。現在ではインドネシア最大のコミュニティ・リハビリテーションセンターとなっている⁸⁴。

e. 医療リハビリテーションの費用

労働災害時における医療リハビリテーションの治療代と義足の費用はカバーされているが、障害者の車椅子や杖など支援機器の医療ニーズをカバーしていない⁸⁵。

⁸⁰ <http://www.unicef.org.au/Discover/Field-Stories/September-2013/Bridging-the-gap--nutrition-in-Indonesia.aspx#sthash.M49veQKU.dpuf>

⁸¹ WHO 担当者への聞き取り調査に基づく（2015年7月9日）。

⁸² Australia Indonesia Partnership for Health (AIPHSS), *Indonesia Health Profile 2013*.

⁸³ インドネシア人医師の要請から始まった母子手帳導入計画は、JICAの『家族計画/母子保健』プロジェクトとして立ち上がり、1年間の企画・開発期間と、4カ月のトレーニング期間を経て、1994年2月、サラティガ市で配布されるようになり、その後、現在では34州全てに普及している。

(<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/hanashi/story/asia/indonesia1.html>)

⁸⁴ <http://digitalcommons.ilr.cornell.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1436&context=gladnetcollect>

⁸⁵ 米国社会保障管理局「世界の社会保障プログラム」（2014）

<http://www.ssa.gov/policy/docs/prodesc/ssptw/2014-2015/asia/indonesia.html>

2) メンタルヘルスに関する制度・プログラム

メンタルヘルスに関する制度・プログラムの概要は表 3-14 のとおり。

表 3-14 メンタルヘルスに関する制度・プログラム

項目	概要
メンタルヘルス施設	26 州に公立精神病院がある。中央政府管轄が 5 病院（うち 4 つが精神病院で、ジャカルタ市、ボゴール市、マジェラン市、ラワン市にある。もう 1 つがジャカルタ市に薬物乱用者向け病院）。州政府管轄の精神病院は 29 施設ある。
ベッド数および患者数	公立精神病院 34 施設のベッド数は 8,850 床 A および B ランクの病院があり、各市のおよその患者数は以下のとおり。 ジャカルタ市：200 人 ラワン市：600 人 ボゴール市：700 人 マジェラン市：400 人 薬物乱用者向け病院（ジャカルタ市）：100 人 州立精神病院の患者数は、各病院 100～200 名
サービス内容	<p><メンタルヘルスに関するサービス></p> <p>第 1 次治療（プライマリーヘルスケア）： 全体の 40%ほどが郡レベルでメンタル・ヘルスサービスを提供。そのほとんどがスマトラ島とジャワ島に集中している（西と中央インドネシアに集中） プライマリーヘルスケアでは以下の 3 つのサービスを提供</p> <p>① カウンセリング： 257 のプライマリーヘルスケア施設で看護師による精神カウンセリングが提供されている。保健省が看護師および一般医師を研修しているが、カウンセリングの質は十分ではないとのことである⁸⁶。</p> <p>② 薬物治療（psycho-pharmacology）</p> <p>③ 薬物乱用者対象にメタドン（Methadone）（提供できる施設の数に限られる）</p> <p>第 2 次治療： 州レベルの一般病院（病院の 30%ほどがメンタル・ヘルスサービスを提供。保健省はその質については把握していない）</p> <p>第 3 次治療（専門治療 tertiary care）：州レベルの精神病院</p> <p>その他： 保健セクター以外でのサービス提供（非医療アプローチ）。例えば、社会省管轄下の社会リハビリシェルターで精神障害のあるホームレスなどを対象としたサービス。</p> <p><女性や子どもに関する暴力に関するサービス> 68 の一般病院でケアを実施している。</p> <p><その他> 2014 年 1 月 1 日より健康保険については国民皆保険制度が発足し、メンタルヘルスを含む 155 の診断についてプライマリーヘルスケアの医師が治療できるようになる。</p>
心理学者（サイコロジスト）の有無	プライマリーヘルスケアで心理学者（サイコロジスト）がいるのはジョグジャカルタ市のみ。
データ収集及び研究	保健省管轄の、National Institute of Health Research and Development が、基礎保健調査（RISKESDAS）を実施している。インドネシア大学などメンタルヘルスに関して研究を実施している大学もあるが数は少ない。

⁸⁶ メンタルヘルス局への聞き取り調査に基づく。WHO, *Mental Health Atlas 2011-Profile of Indonesia* (2011) によると、2011 年時点で 医師や看護師はメンタルヘルスに関する公式な研修を過去 5 年間受けていないと報告されている。

3) 障害児向けのプログラム

【保健所でのサービス】

看護師が障害児の取り扱い方について情報を提供している。家庭訪問が実施される場合もあるが、訪問件数は少ない。また、新生児及び5歳以下の児童に対し、助産師が障害(甲状腺機能低下症⁸⁷や発達障害など)を早期発見するためのスクリーニングを実施している。現在、対象地域は限られるが、保健省は、障害の早期発見スクリーニングを2016年より全国展開することを予定している。東ジャワ州の聞き取り調査では、助産師が問題点を見つけて検査のために病院に障害児を搬送しても、小児科医の障害に関する知識が不足しているために、障害児が適切な診断・治療を受けられないなどの問題がある。

例えば、東ジャワ州保健局での聞き取り調査によると、現在東ジャワ州では新生児3,000人に対して1人しか検査を受けることができず、申請時スクリーニングが不足している。検査費用は1新生児につき485,00ルピア(約4,500円)だが、毎年産まれてくる新生児すべてをカバーするために十分な予算は確保できない。シドアルジョ市では、2006年に起きた工業泥災害である、Sidoarjo Mud Flow(ラピンド泥流)⁸⁸が心的ストレスとなり、精神障害を持つ子どもの数が増加したと言われている⁸⁹。精神障害が発見された場合、バンドウン市とジャカルタ市にリファール病院がある(それぞれ、Hasan Sadikin病院、Cipto Mangunkusomo病院)。東ジャワ州政府は、スラバヤ市内の病院にリファール病院となることを促進しているが、現在のところ実現していない。東ジャワで精神病を患う子どもが見つかった場合には、ジャカルタに搬送することが規則で決められている。

【学校でのサービス】

学校に通う児童に対しては、学校でスクリーニングを提供している。特別支援学校でもスクリーニングが実施されている。東ジャワ州では、学校に登録していない児童には、障害児を持つ家族を対象にした組織と連携して情報を提供している。スクリーニングは、医学生などボランティアによって実施される場合もある。

【母子手帳の提供】

東ジャワ州では、5年以上前から、全ての市政府での母子手帳の活用を促進しているが、財政面の理由で全ての市政府で母子手帳を配布しているわけではない。母子手帳と同じような手帳を自らのイニシアチブで提供している学校もあるが、児童とのコミュニケーションの難しさから特別擁護学校(特にろう学校)では実施されていない。子どもの成長に合わせて以下の3種類の手帳がある。

- 0歳-5歳：母子手帳 (Buku Kesehatan Ibu dan Anak: KIA)
- 小学校：児童健康手帳 (Buku Kesehatan Anak Remaja: KARA)：1年に1度新しい登録生徒を対象にスクリーニングを実施。その後は6か月ごと(栄養、健康、傷害、予防接種などの状況)
- 13歳からの青少年：青年健康手帳 (Buku Kesehatan Remaja: KESREM)

⁸⁷ 子どもの発症では、発達上の障害が大きな問題となる。

⁸⁸ 2006年5月29日にスラバヤ市郊外シドアルジョ県で発生した21世紀最大の工業泥災害。石油・ガス会社Lapindo Brantas社の天然ガス掘削現場における泥火山が噴出し、周辺14村が被災、避難民は数万人に及んだ。この泥流により周囲の生態系は汚染され、インフラも破壊された。(出典：Titanic Made by Lapindo)

⁸⁹ “Mental health an issue in Sidoarjo,” *Jakarta Post*, June 18, 2007では、上記災害後の心的ストレスを抱える子ども達への迅速な対応の必要性について報告している。

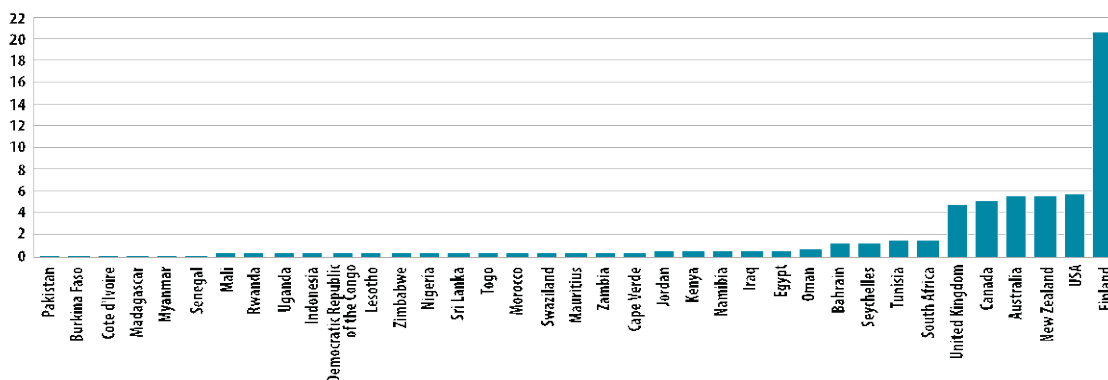
(<http://www.thejakartapost.com/news/2007/06/18/mental-health-issue-sidoarjo.html>)

(2) 障害分野専門家・ワーカー

1) 理学療法士および作業療法士

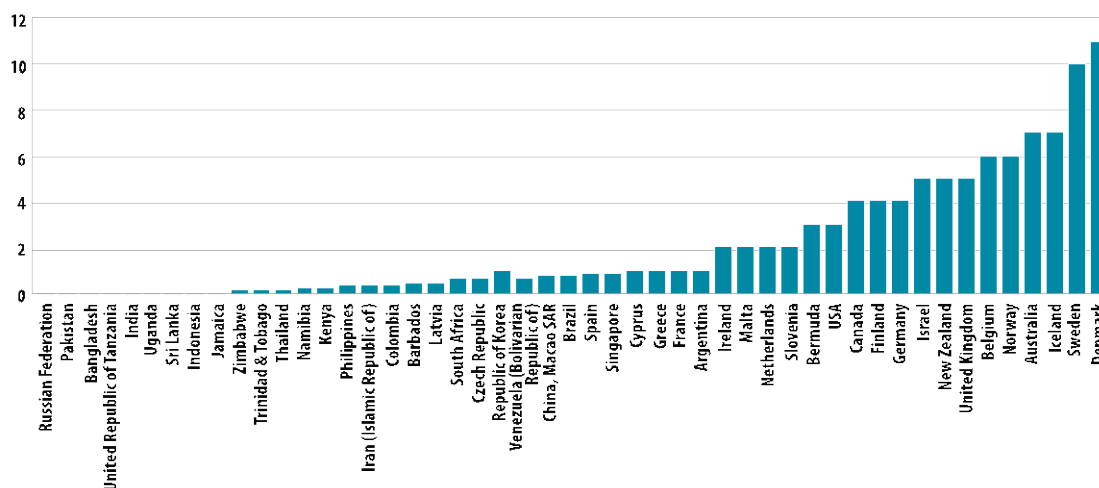
保健省によると、2014年時点で理学療法士はインドネシア国内に約10,000人いる。このうち何名が病院で働いているのかは不明である。1996年時点での約1,500名と比較すると増加しているものの、その数は未だに少なく認知度も低い^{90, 91}。インドネシアで理学療法士の数が少なく認知度も低い1つの原因として、理学療法士がまだ国家資格でないことがあげられている⁹²。以下に、WHOの世界報告書で報告されている人口1万人に対する理学療法士と作業療法士の数の国際比較（図3-12、図3-13）を示す。

Fig. 4.1. Physiotherapists per 10 000 population in selected countries



(出典：WHO/World Bank, *World report on disability*, 2011)

図 3-12 人口1万人当たりの理学療法士の数



(出典：WHO/World Bank, *World report on disability*, 2011)

図 3-13 人口1万人当たりの作業療法士の数

⁹⁰ 久野研二、KUNTONO Haru Purbo, and TAKARINI Nawangsasi「インドネシアの理学療法：日本理学療法士協会・国際部の派遣活動を通して」『理学療法学』第23巻第5号（1996年7月）pp.275-284.

⁹¹ 日本では、理学療法士の登録者数は2013年末現在で110,748名、作業療法士の数は65,929名となっている（国立社会保障・人口問題研究所（平成25年）「理学療法士及び作業療法士数」（<http://www.ipss.go.jp/ssj-db/ssj-db-top.asp>）

⁹² 澤龍一（2013）平成25年大学の世界展開力強化事業報告書「ASEAN諸国との連携・協働による次世代医学・保健学グローバルリーダーの育成」

理学療法士及び作業療法士としての卒業生の数は増加してきている（表 3-15）。

表 3-15 保健ポリテクニク校卒業生（医療従事タイプ別、2011～2013 年）

	2011	2012	2013
理学療法士	190	123	243
作業療法士	50	52	99
言語療法士	40	36	46
針治療師	-	33	42
合計	280	244	439

（出典：Indonesia Health Profile 2013）

医療リハビリテーションを学ぶことができる大学は、例えば東ジャワ州ではスラバヤ市に中央政府保健省管轄の保健系ポリテクニク（高等専門学校）がある。

2) 義肢装具士

インドネシアにはいくつかの義肢装具学校があり、代表的なものがジャカルタとソロ市にある⁹³。2009年2月末に開校されたジャカルタ義肢装具士学校（Jakarta School of Prosthetics and Orthotics）は、インドネシア初の国際基準の義肢装具士養成校である。日本財団とThe Cambodia Trust（イギリス NGO）の支援を受けて設立された⁹⁴。コースは、D3 あるいは D4 レベル（義肢装具の応用科学士レベル）を取得できる3年制と4年制で、カリキュラムは、WHOと国際義肢装具協会（International Society for Prosthetics and Orthotics: ISPO）の国際義肢装具研修ガイドラインに沿っている⁹⁵。

3) メンタルヘルスに関連する専門職

メンタルヘルスに関連する主な専門職の種類、数及びその資格制度に関し、ディプロマの教育課程は通常3年制、大学は4年制である。ディプロマ取得後は D3 レベルとなるが、修士課程に進むには D4 レベルが必要である（表 3-16）。

表 3-16 メンタルヘルスに関連する専門職

専門職	数	資格制度など
精神科医	787（毎年20名の精神科医が育成される）	8大学の医学部（精神科に特化しない医学部は全部で74存在）
臨床心理学者	400（精神病院で働く人数は70～100）	7校で習得可能（ジャカルタのみ）
医療ソーシャル・ワーカー	数は少ない	ソーシャル・ワーカーと同じカリキュラム。バンドン社会福祉大学（STKS）とジャカルタ市にある WIDURI - カレッジレベルの職業専門学校）で習得可能
精神専門看護師	100名以下	職業専門学校で通常の看護師コース3年履修後、3年の訓練が必要（1年精神病院での臨床と2年座学）
作業療法士（OT）	800	ディプロマレベル。専門の職業専門学校で習得可能。ソロ市に2校ある。カリキュラムは、社会心理療法、整形外科、小児医学、老年医学、内科疾患、CBR など。

⁹³ Arjen Bergsma, *Lower Leg Prosthetics in Indonesia* (ISPO, Netherlands, 2011).

⁹⁴ 神戸医療福祉専門学校三田校義肢装具科ウェブサイト (<http://po.kmw.ac.jp/archives/728>)

⁹⁵ カリキュラムの詳細は、JSPO のウェブサイトを参照 (<http://www.jspo.ac.id/#>)。

専門職	数	資格制度など
理学療法士 (PT)	10,000	ディプロマレベル。8校で習得可能。
言語療法士	数は少ない	ディプロマレベル。3校で習得可能。

(3) 障害に関する啓発

精神障害を持つ女性や子どもに関しての啓発は保健省では実施しておらず、女性エンパワメント・児童保護省の管轄である。その他、保健分野での障害に関する啓発活動については不明である。

(4) 最近の動向、課題など

東ジャワ州の保健局の障害担当者は、以下の課題を挙げている。

- 助産師が最初に問題点を発見し、検査のために障害児を病院に紹介しても、小児科医の障害に関する知識が不足しているために、障害児が適切な診断・治療を受けられない。小児科医だけでなく、助産師も障害認知ができるよう能力強化が必要である。
- 小児科医の数が不足している。
- 特別養護学校でスクリーニングを実施できる医療スタッフの数が足りない。例えば、スラバヤ市では、研修を受けたスタッフの多くが、より良い就労条件が整っているジャカルタ市へと移転して、スクリーニングを実施できない状況にある。オーストラリア政府の協力で、東ジャワ州の4市のスクリーニング実施者に研修を実施したが、東ジャワ州には38の市があるため、研修修了者の人数は依然として不足している。
- 障害に関連したプログラムは予防や早期発見、医療リハビリテーションのみで、特に予防の観点からのプログラムに集中している。支援機器の提供やインクルーシブなプログラム（例えばHIV/AIDS 予防について障害者に配慮したキャンペーンの実施など）は実施されていない。
- 母子保健では、死亡率削減に力が入れられており、新生児における精神障害発生率が3,000人に1人という数字は大きな問題としては捉えられていない。

【メンタルヘルス】

保健省のメンタルヘルス局によると、最大の課題は、精神障害者の10%程しか適切な治療を受けられない状況を改善し、治療を受けられる人数を増やすことである。第1次医療施設ではメンタルヘルスの診療サービスがほとんどなく、一般的にメンタルヘルスの分野におけるサービスが欠如している。2014年1月1日に国民皆保険制度が発足し、メンタルヘルスを含む155の診断について第1次医療施設に従事する医師が診療できるようになったが、精神障害/精神疾患を適切に診療できる医師の能力向上が必要である⁹⁶。

3.6.3 労働

(1) 障害者雇用に係る政策方針

労働省は、国民の雇用機会の増大と、競争力ある職業技能習得のサポートを主な組織的使命としており、障害者に対する基本政策も同様である。

⁹⁶ 本項に係る出典は、主として東ジャワ州保健局における聞き取り調査に基づく（2015年5月21日）。

同省は障害者人口比率を 10%と想定しており、インドネシア国内では約 2,500 万人が一般的な労働者よりも低い就職率に甘んじていると見られる（表 3-6 参照）。しかし、現在同省管轄下の職業訓練校は非障害労働者向けカリキュラムのみとなっている。今後、傘下の職業訓練校を障害者の雇用機会創出に向けて再編することも検討されているが、具体的な計画策定には至っていない⁹⁷。

社会省は社会福祉の観点から、障害者に対する社会リハビリテーションを提供し、彼らの就労・社会参加を推進している。

(2) 障害者の雇用推進への取り組みと課題

1) 労働省による取り組み

(1) に述べた事情から、労働省の今後の障害分野における活動の核となると見られる、障害者向け職業訓練・就労支援は検討段階にあるものの具体的な発足に至っておらず、人的資源の育成、配備あるいは調達も曖昧である。

また障害者福祉に関する規則（1980 年政令第 36 号）において、社会リハビリテーションを受けた障害者、あるいは労働条件に適格な障害者が、政府関係機関または民間企業への就職を志す場合、労働大臣の責任において就労斡旋を手配するという規定がある⁹⁸が、その実施にかかる具体的内容や、社会リハビリテーションを受けた後に自営または家事に従事することを決めた障害者への労働作業支援機器の提供を担当することになっている社会大臣（社会省）⁹⁹との、具体的な協働/調整の内容等については、本調査では確認できていない¹⁰⁰。

ただし同省傘下にある雇用データ・情報センター（Pusat Data dan Informasi Ketenagakerjaan）では、先述の国家的課題である障害者の雇用推進政策に則り、「労働力としての障害者」の能力開発に重点を置いた統計情報及び分析報告を整理・発表している¹⁰¹。

2) 社会省

障害者の雇用面に関連した社会参加は、主として社会省によって推進されている。具体的には、西ジャワ州ボゴール県チビノンに存在する、国立障害者職業リハビリテーション・センター（Balai Besar Rehabilitasi Vokasional Bina Daksa: BBRVBD）がインドネシアにおける障害者の雇用機会創出を通じた社会復帰/参加を支援する中心的役割を果たしている。以下、同センターでの社会リハビリテーションの内容及び問題点等につき概観する¹⁰²。

⁹⁷ 2014 年の大統領交替に伴う組織改編の影響から、担当部署の組織立てや担当者が決まっていない状態にあるとのこと（2015 年 5 月 13 日、労働省への聞き取り調査に基づく）。

⁹⁸ 同令第 19 条

⁹⁹ 同令第 20 条第 2 項

¹⁰⁰ 労働省（2015 年 5 月 13 日）、社会省（2015 年 6 月 29 日）への聞き取り調査に基づく。なお、障害関連政策及び開発計画一般に係る関連省庁間の調整については、社会省が主体となって、市民や有識者を交えて編成された「国家調整チーム」を通じて行われる。

¹⁰¹ 例えば *Data dan Informasi: Disabilitas Angkatan Kerja* (2014)。潜在的労働資源としての障害者の現状を明らかにし、今後の能力開発に繋げようとする試み。同省ではなく社会省傘下にある障害者訓練社会福祉施設（Panti Sosial Bina Laras: PSBL）などの実相も積極的に紹介している。

¹⁰² 本項における情報は、主として GIZ, *Assessment Report BBRVBD Cibinong* (November 2014), Frank Schneider, “Towards Inclusive Employment – Practice Experience from Indonesia,” (*GIZ Discussion Paper No.25, April 2015*)、JICA ナレッジサイト「プロジェクト基本情報：国立障害者職業リハビリテーション・センター機能強化プロジェクト」に基づく。
(<http://gwwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/0/4d41fb98eb200bb549257655000cd938?OpenDocument>)

BBRVBDは、インドネシア政府と日本政府の協力の下1996年に設立された。社会省の管轄下にあり、障害者に職業訓練プログラムを提供することによって、障害者の雇用増大を推進している。創設以降、日本による機能強化プロジェクト（2003年から2006年）等を経て、毎年18歳から35歳までの約120名の研修生を全国から受け入れ、①縫製、②IT/PC、③グラフィックデザイン、④エレクトロニクス、⑤金属加工、⑥自動車製造/整備の6分野での研修を提供している。

研修期間は12カ月で、その内の2カ月は協力企業（研修生の卒業後は雇用主ともなる）におけるインターン期間に充てられる。カリキュラムが用意されている6分野も、今後雇用が伸展すると見込まれる産業を選んでおり、その結果として、BBRVBD修了後の研修生の就労は比較的順調という評価を受けている¹⁰³。また、カリキュラムの構築を講師が一部担当しており、教育の一貫性と持続性の観点からもこうした教授側の「設計参加」は、組織の強化に大きく寄与するものと評価されている¹⁰⁴。

一方で、1) 研修のターゲット・グループ（生徒）の選別と修了後の就職先までを結び付けた戦略性に乏しい（対象者の戦略的選別については明記された方針が存在せず、過去実績の一般的傾向として、比較的軽度の障害（聴覚障害、言語障害、運動障害等）を持つ候補者が選ばれているとの指摘がある¹⁰⁵）、2) 在籍中に受講するプログラムと、最終的な取得技能、そして就職先で想定される技術活用との間に齟齬が生じている（例えば今後雇用面で有望な6職業に特化したカリキュラムが準備されている一方で、個々のカリキュラム内では将来有望な業種を5つと想定したり、11種類の業種別専門技術講座が用意されていたりする）、などの問題が指摘されており、社会リハビリテーションの最終目標である障害者の社会参加/復帰にとっての研修内容そのものの妥当性の向上が、最も重要な課題の1つとして位置づけられている。

3) 地方部における取り組み

東ジャワ州には民間の障害者向け職業訓練校が存在する。また、インクルーシブ職業訓練校も2校存在する（スラバヤ市及びマラン市）。障害者向け職業訓練校ではコンピューター、観光、料理、裁縫、電気、車やバイクの修理、家事などの技術習得が可能である。ただし同校を卒業後、実際に就職（自営含む）できるのは全体の25%ほどに留まっている。

(3) 障害に関する啓発方針と活動

障害者雇用に関する啓発キャンペーンが2014年から地方政府、DPOs、経営者協会、学会、地方開発計画局（Badan Perencanaan Pembangunan Daerah: BAPPEDA）との連携の下、開始されている。2014年は5カ所（バリ州、南スラウェシ州、ソロ市、南スマトラ州、プカンバル市）で開催された。2015年にも5カ所（メダン市、スラバヤ市、ジョグジャカルタ市、西ジャワ州、東ヌサトゥンガラ州）で実施予定である（ただし2015年の予算措置は未了とのこと）。

また、毎年国際障害者デー（12月3日）には、地方政府機関が協力してイベントを開催している。加えて、社会省によるNational Plan of Action on Disability (2004-2013)¹⁰⁶に基づき、2010年にはNational Action for Disabilityの試みが開始された。

¹⁰³ Schneider, *op. cit.*, p.3.

¹⁰⁴ GIZ, *op. cit.*, p.10.

¹⁰⁵ *Ibid.*, p.6.

¹⁰⁶ DWI Heru Sukoco, Huldaria Bako, *The Enhancement of ICT accessibility for PWD's in Indonesia*, (Directorate of Social

(4) 最近の動向、今後の行動目標など

1) 労働省

Carrefour (仏外資の大手スーパー) など障害者を積極的に雇用している会社もあるが、障害者を雇用する会社の絶対数を増加させることが今後の具体的目標と位置づけられている¹⁰⁷。

そうした具体的目標を達成するために、現在、労働省が必要条件として掲げる、雇用部門における「障害と開発」に係る優先課題は以下のとおり。

- 特定のモデル地区を選び、そこでの成功体験（グッド・プラクティス）をインドネシア全土に伝播する障害者就労支援プロジェクトを行う（具体的な予算措置や計画は未定）
- 持続性：障害に関する活動計画を策定中だが、持続性が課題。
- 規則・制度整備（法律や各種規制は存在するが、完全とは言えない）
- 就労環境におけるインフラ整備：アクセシビリティの改善
- 現在非障害者に特化している労働省所管の職業訓練校に、障害者向けプログラムを導入し、障害者の能力開発を実施する。
- 障害者を雇用する中小企業との連携促進：中小企業の生産性向上の機会を提供（大企業ではある程度進展している）
- 障害者雇用を促進するための人材育成
 - IT分野で、障害を持つマスタートレーナー養成を支援
 - 各企業の人事部の研修（障害者雇用の推進のため、政府が主導）
 - 労働省のスタッフへの障害啓発研修
 - 地方政府への研修

また、ドイツ国際協力公社（Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit: GIZ）はジャワ島内の8つの民間企業（ジャカルタ3社、ジョグジャカルタ2社、シドアルジョ1社、スラバヤ1社、ボゴール1社）に対し、障害者雇用を決定する要因に関する調査を実施し、最大の否定的要因として、オフィスまたは作業場の現状変更/整備の必要性があげられると報告している¹⁰⁸。こうした問題点の克服に向けて、障害関連行政においては追認調査の実施や今後の制度的支援を構築していくことの必要性が示唆されている。

2) 社会省

障害関連行政については、関連政府機関によって構成される国家調整チームを通じ、社会省の主導によって調整が図られる。障害者雇用についても例外ではなく、現在障害者に対する職業訓練の制度的実施が、労働省管轄下で検討されながら実現に至っていない現状に関し、今後の動向と役割分担も含めた確認・調整が求められる。

Rehabilitation and Services for PWD's, Ministry of Social Affairs Republic of Indonesia) に本行動計画の記載あり
(<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ungc/unpan040430.pdf>)。

¹⁰⁷ 労働省での聞き取り調査に基づく（2013年5月13日）。

¹⁰⁸ Schneider, *op. cit.*, p.2.

また、インドネシアにおける障害者に対する社会リハビリテーション提供の中心的機関である BBRVBD の内容的改善につき、① 研修生の修了後の雇用機会の増大に向け、労働市場で本当に必要とされる技術を核とするカリキュラムの再編、② そのための継続的な民間企業との交流の拡充、③ 学校プログラムの教育よりも現場教育を重視したインターンの期間を延長、④ 研修生の教育課程編成への参加推進等の提案がなされている¹⁰⁹。監督官庁である社会省も、労働省等関連機関との協調の下、上記の障害者に対する職業訓練プログラムの改善提案に検証を加え、効果的な体系を全国的に整えていく必要がある。

3.6.4 社会保障及び支援サービス - 貧困及びCBRを含む

一般的に、障害者は教育や雇用へのアクセスが難しく、そのために貧困に陥りやすいという傾向にある。インドネシアもその例外ではないが、障害と貧困の相関を論じた文献は少ない。このような状況下、Adioetomoらはインドネシアにおける障害と貧困の間に有意の関連性を見出し、障害の種類によって異なるものの、障害者は非障害者と比較して貧困率（政府規定の貧困線以下で暮らす人々の割合）が 30% から 50% も高いとする研究成果を発表した¹¹⁰。さらに都市部と農村部を比較すると、都市部における障害者/非障害者格差の方が農村部のそれより高く、障害者が家族に含まれる世帯の財政負担も、非障害者のみの世帯に比べ、15% から 30% 多い追加投資が必要と結論づけられた（この数字の幅は、障害の程度や居住地域によって追加投資額が異なるためである）¹¹¹。

(1) 制度・プログラム

2004 年の社会保障制度法（3.4.2 (2) 1 参照）において、年金・医療・労災・老齢及び死亡保障に関し、全国民を対象とした社会保障制度を構築することが掲げられた。同法の実施について規定する 2011 年の健康保険実施者に関する法律第 24 号において、2014 年から国民皆保険達成に向けた取り組みを、2015 年に労災・老齢・死亡保険に関する取り組みを、それぞれ開始するとしている。健康保険実施機関（Badan Penyelenggara Jaminan Sosial: BPJS Kesehatan）は 2014 年 1 月に正式に業務を開始し、労働保障実施機関（BPJS Ketenagakerjaan）は 2015 年に設立された。健康保険に関する業務は前者に統合され、職域ごと（労働者、公務員、軍人など）に設置されていた健康保険制度は、2019 年までの皆保険を目指す国民健康保険（Jaminan Kesehatan Nasional: JKN）に一本化される。労働者の保障に関する業務は後者に統合されることになっている¹¹²。なお、現在インドネシアにおいて障害者のみを対象とした健康保険や年金制度は存在しない。

BPJS Ketenagakerjaan が運営する労働保障制度では、被保険者（55 歳以下）が障害者となった場合、障害給付を支給する。その際には医師による障害の程度認定が求められる。生涯にわたる障害の場合、障害者になった当該月の所得の 80 カ月分の 70% にあたる一時金と月 20 万ルピアを、障害者となった時から 24 カ月間のみ支給する。これは、労働災害によって生涯にわたり障害者となった場合も同様である。労働災害の場合は、一時的に障害者となった際にも障害給付が支給され、最初の 4

¹⁰⁹ GIZ, *op. cit.*, p.18. 及び Schneider, *op. cit.*, p.3.

¹¹⁰ Sri Moertiningsih Adioetomo, Daniel Mont and Irwanto, 前掲書。

¹¹¹ *Ibid.*

¹¹² The reform of social security in Indonesia (<http://www.ituc-csi.org/the-reform-of-social-security-in?lang=en>)

カ月間は、障害者となった月の所得の100%が支払われ、次の4カ月は75%、障害が不治性で生涯にわたると決定されるまで50%が支給される¹¹³。

国際労働機関（International Labour Organization: ILO）によると、インドネシアでは総人口の41%（TNP2Kによれば70%¹¹⁴）が健康保険に加入していない¹¹⁵。その理由として、インフォーマル部門における非貧困世帯が健康保険に含まれていないというカバレッシ上の問題や、障害者、障害児や貧困高齢者等を特定する正確なデータが不足しているといった受給対象者を特定する方法上の問題、フォーマル部門における労働者が健康保険金支払を回避する問題、社会保障制度の重複問題（調整不足）などが指摘されている¹¹⁶。JKNの貧困層向けのスキーム（Penerima Bantuan Iuran: PBI）、旧・社会健康保険（Jaminan Kesehatan Masyarakat: JAMKESMAS（中央政府）及びJaminan Kesehatan Daerah: JAMKESDA（地方政府）、いずれも無拠出）の受益者となるためには要件があるが、地方によって異なり、障害者はその要件を満たすことが困難で、多くの貧困障害者がこのスキームに加入できていない。例えば、要件にはオートバイを所持していないことという項目があるが、障害者は公共交通機関へのアクセスが難しいため、オートバイに依存している場合が多い。そうすると、貧困であってもPBIの対象にならない、という結果となる。

1) 26の社会問題

福祉分野を主管している社会省では、国家が優先的に支援すべき対象者を26の社会問題別に分類しており（表 3-17）¹¹⁷、対象別に各種支援策が実施されている。

表 3-17 社会福祉における26の問題

No.	区分/概要	
	インドネシア語	英語（和訳）
1	Anak Balita Terlantar	Homeless children under five years old（ホームレスの5歳未満児）
2	Anak Terlantar	Homeless children（ホームレスの子ども）
3	Perempuan Rawan Sosial Ekonomi	Women in social and economic difficulty（社会経済的困窮状態にある女性）
4	Lanjut Usia Terlantar	Homeless elderly（ホームレスの高齢者）
5	Anak Dengan Kedisabilitas (ADK)	Children with disabilities（障害児）
6	Penyandang Disabilitas	People with disabilities（障害者）
7	Fakir Miskin	The Poor（貧困者）
8	Anak yang menjadi korban tindak kekerasan atau diperlakukan salah	Children who are victims of violence（暴力の被害者となった子ども）
9	Anak yang berhadapan dengan hukum	Varmint（罪を犯すおそれのある子ども）
10	Anak yang memerlukan perlindungan khusus	Children with need of special protection（特別な保護を必要とする子ども）
11	Anak jalanan	Street children（ストリートチルドレン）
12	Korban Tindak Kekerasan	Victims of violence（暴力の被害者）
13	Tuna susila	Prostitutes（売春婦）
14	Pengemis	Beggars（物乞い）
15	Gelandangan	Vagrant（浮浪者）

¹¹³ アメリカ合衆国連邦社会保障管理局ウェブサイト「世界の社会保障プログラム2014」
(<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/asia/indonesia.html>)

¹¹⁴ TNP2Kへの聞き取り調査（2015年5月12日）に基づく。

¹¹⁵ ILO (2012) Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Indonesia

¹¹⁶ ILO (2012) Social protection assessment based national dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Indonesia

¹¹⁷ 課題別に州ごとのデータを社会省外局の社会福祉データ情報センターが編纂している。

No.	区分/概要	
	インドネシア語	英語（和訳）
19	Korban penyalahgunaan napza	Victim of drug abuse（薬物乱用被害者）
20	Komunitas adat terpencil	Remote indigenous community（遠隔地の先住民コミュニティ）
21	Keluarga bermasalah social psikologis	Family with social and psychological problems（社会的・精神的問題を抱えた家庭）
22	Korban bencana alam	Refugee of the natural disasters（自然災害の被害者）
23	Korban bencana social/pengungsi	Refugee of the social conflicts（社会的災害の被害者・難民）
24	Pekerja Migran Bermasalah Sosial	Migrant workers who have social problems（社会的に問題のある移民労働者）
25	Orang Dengan HIV/AIDS (ODHA)	People living with HIV/AIDS（HIV/エイズとともに生きる人々）
26	Korban Trafficking	Victims of trafficking（人身売買の被害者）

（出典：Panduan Pendataan: Pusat Data dan Informasi Kesejahteraan Sosial (PMKS) (2013), Ministry of Social Affairs）

2) 障害者を含む貧困者向けの社会保障制度

TNP2Kによる社会保障プログラムの統合データベースはPPLS（Pendataan Program Perlindungan Social = Integrated Database for Social Protection Program）と呼ばれ、インドネシア全人口のうち、所得下位40%のデータを網羅している。2014年9月現在、同国全体の貧困率は10.96%であるが¹¹⁸、PPLSはこの貧困層だけでなく、社会経済状況によっては今後貧困に陥る可能性のある、全人口の所得下位40%の人々を対象とした家計調査の結果から構築されたデータベースである。

PPLSは既存の社会保障プログラムの中でも、特に貧困層に対する現金給付の正確かつ効率的な実施を補完することを目的して創設された。現在の社会保障プログラムにおいては、現金給付、教育支援、及び米供給が、それぞれ貧困層の25%を、国民健康保険プログラムは30%を、カバーしている。表3-18に、障害者を含む貧困層向けの主な社会保障制度についての概要を整理した。

表 3-18 障害者を含む貧困層向けの社会保障制度

対象グループ	給付タイプ	プログラム内容	該当する制度	管轄省庁
貧困世帯	無料医療保障	貧困層30%をカバー。無拠出制。社会健康保険制度（Jaminan Kesehatan Masyarakat: JAMKESMAS）は、2014年1月からJKNに統合された。JKNは、BPJS Kesehatanによって管理されている。JAMKESMAS及び地方の社会健康保険制度（Jaminan Kesehatan Daerah: JAMKESDA）の加入者は、自動的にJKN-PBIプログラムのメンバーになった。	JAMKESMAS JKN-PBI	保健省
	米供給	貧困層の25%をカバー	Raskin (Beras untuk Orang Miskin)	社会省
	子どものいる世帯への条件付き現金給付（Social Cash Transfer for Disadvantaged Children）	2007年より開始。「期待家族プログラム」（Family Hope Program）と呼ばれる。5歳以下や小中学校に通う子どものいる世帯や妊婦に対し、通学や検診受信などを条件に現金を給付する。カバレッジ率などの正確なデータはない。	PKH (Program Keluarga Harapan), PKSA (Program Kesejahteraan Sosial Anak)	社会省

¹¹⁸ BPS, *Statistics Indonesia* (<http://www.bps.go.id/linkTabelStatistik/view/id/1488>). 各州の都市部/地方部ごとに設定された貧困線（一人当たり月額収入ベース）に基づく（表2-2参照）。

対象グループ	給付タイプ	プログラム内容	該当する制度	管轄省庁
	重度の障害を持った障害者へ現金給付 (ASODKB: Assistensi Social untuk Organg dengan Kecacatan Berat)	<ul style="list-style-type: none"> 2006年より開始。月 300,000 ルピア (日本円約 2,800 円相当)。2014 年は 20,000 人の障害者が受給 (社会省聞き取り調査)。2015 年には 22,500 人の障害者が受給する見込み。東ジャワ州では、2011 年から現在まで 1,767 名の障害者に支給された。 現金給付の対象者に選定されるには基準が 2 つあり、1) 貧困であること 2) ADL (日常生活動作: Activities of Daily Living) に支障があること。障害種別に関する条件はない。 対象者の確定は、郡レベルのソーシャル・ワーカーが担当する。その情報を基に、市レベルの社会局が州レベルの社会局に対象者を提案し、社会局が対象者を精査 (名前は住所など確認) する。最終的に社会省が支給者を決定する。 	JSPACA (Jaminan Sosial Penyandang Cacat Berat)	社会省
	貧困家族向け現金給付 (Card Family Prosperous)	貧困層の 25% をカバー。2006 年より開始。月 200,000 ルピア	KKS (Kartu Keluarga Sejahtera)	社会省
	奨学金	貧困者世帯の児童を対象。貧困層 25% をカバー	BSM (Bantuan Siswa Miskin)	教育省
	貧困向け無料医療保障	Jamkesmas にもカバーされない貧困層向け	JAMKESDA	地方政府
貧困コミュニティ	社会・物理的インフラの構築 (郡・村レベル)	コミュニティ開発・強化プログラム。中央政府から地方政府への補助金を通じて、コミュニティに資金が配分され、インフラ、経済開発、社会開発といった支援をコミュニティ自らが決定して実施するもの。	PNPM Mandiri (Program Nasional Pemberdayaan Masyarakat Mandiri)	社会省、内務省、公共事業省
中小企業	マイクロクレジット	政府による銀行への中小企業向け融資保証制度。貧困者が雇用されている中小・零細企業への無担保融資を実施している。	KUR (Kredit Usaha Rakyat)	経済省
高齢者	高齢者向け現金給付 (ASLUT: Assistensi Sosial Lanjut Usia)	高齢者向けの社会扶助 (無条件現金給付)	JSLU (Jaminan Sosial Lanjut Usia)	社会省

(出典: TNP2K への聞き取り調査、東ジャワ州社会局への聞き取り調査、ILO, Social Protection Assessment Based in National Dialogue: Towards a nationally defined social protection floor in Indonesia (2012)、TNP2K ウェブサイトの情報に基づいて調査団作成)

3) 介助サービス及びピア・カウンセリング等政府が助成する支援サービスやケアサービス及びプログラムの有無

インチョン戦略では、政府が助成する介助及びピア・カウンセリング等の支援サービスやケアサービスやプログラムが、整備されるべき社会保障制度として認識されている。本調査で聞き取り調査した障害当事者によると、介助者およびピアカウンセリングに関する政府が助成するサービスプログラムおよびレスパイト・ケアに関するプログラムは存在しない。

4) 支援機器

a. 支援機器の種類

BPS が示す支援機器の種類には、車椅子、松葉杖、義足、義手、白杖、補聴器、点字テンプレート、コンピュータ、等がある。表 3-19 は、障害者の支援機器の使用状況について機器別に示したものである。

表 3-19 支援機器を使っている障害者の割合（支援機器別、単位：％）

支援機器の種類	女性			男性		
	都市	農村	都市＋農村	都市	農村	都市＋農村
車椅子	2.22	0.87	1.47	2.49	0.96	1.64
松葉杖	4.00	3.62	3.79	5.01	4.74	4.86
義足	0.01	0.03	0.02	0.09	0.05	0.06
義手	-	-	-	-	-	-
白杖	0.55	0.31	0.42	0.88	0.58	0.71
補聴器	0.45	0.20	0.31	1.17	0.44	0.76
点字テンプレート	-	-	-	-	-	-
コンピュータ	-	0.10	0.06	-	-	-
その他	14.07	7.85	10.62	11.62	9.58	10.49

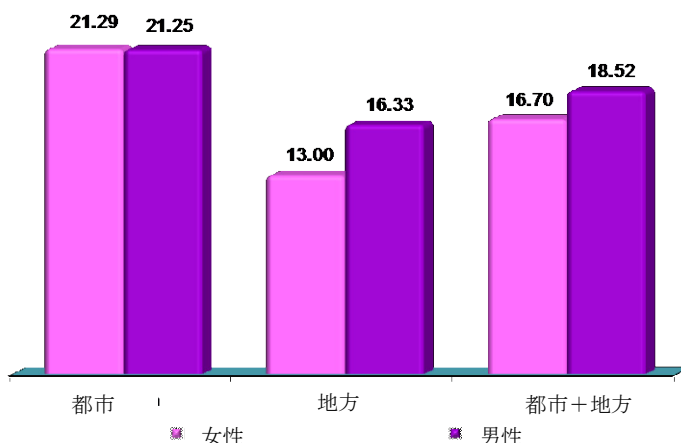
(出典：Ministry of Women Empowerment and Child Protection, *Indonesia Female profile 2013*)

b. 支援機器へのアクセス

支援機器の受給には、まず障害者が住居地の地方政府に申請し、その後、州政府、中央政府において審査される。支給に関しては、社会省が車椅子や杖などを無料給付している。

図 3-14 に示すように、支援機器へのアクセスは非常に限られていることがわかる。2012 年に BPS が実施した SUSENAS のデータによると、障害者のうち支援機器へのアクセスがあるのは女性障害者 16.70%、男性障害者 18.52% となっている。地域間格差も大きく、都市部の女性障害者のうち 21.29% が支援機器へのアクセスがあるのに対し、農村部では 13% に留まっている（都市部の男性障害者 21.25%、農村部 16.33%）¹¹⁹。例えば、支援機器を使用している男性障害者がリアウ島では 35.5% いるが、西スラウェシでは 4.59% に留まっている。

¹¹⁹ 一般的な医療機器につき、AIPHSS, *Indonesia Health Profile 2013* (op. cit.) によると、インドネシアでの医療機器の生産と普及は地域格差が大きい。ほとんどの生産・普及はインドネシア西部(スマトラとジャワ)に限られており、この地域だけで全体の 94.4% の生産率と 78.4% の普及率を占めている。同様に福祉機器の生産・普及についても地域格差が大きいと予想される。



(出典：Ministry of Women Empowemrent and Child Protection, *Indonesia female profile 2013.*)

図 3-14 支援機器を使っている障害者の割合（性別/住居エリア別、単位：%）

郊外や農村部に住む障害者は、都市中心までの距離が遠く、通院のための交通費も負担できないことが多い。交通事故等によって足の切断を余儀なくされた農村部の患者は、当面の治療の後は何のフォローもなく自宅に帰され、鬱などを患い精神に問題を抱えるようになるケースも多く、家に閉じこもり、何年も外に出ない事例も報告されている¹²⁰。

c. 義肢装具の製造

インドネシア国内で良質かつ低価格の義肢装具を製造し得る製造会社は、関連インフラ・施設の整備面や技術面の制約により、非常に限られている¹²¹。国際NGOであるハンディキャップ・インターナショナル (HI) によると、2011年では義肢装具の製造施設の総数は20以下で、所在は都市部に限られているとのことである¹²²。なお、ジョグジャカルタ市ではYAKKUMリハビリテーション・センターで低価格の義足（モジュール型）を製造しているほか、Fablabワークショップ開催や、同市ガジャマダ大学でも義足の強さや固さなどを測定する施設が整備されている¹²³。

5) 障害者向け施設

社会省が管轄するのは20施設だが、その他にも民営などの施設が500施設存在し、そのほかに地方政府が運営する施設もある。これら民間や地方政府が運営する施設の一部については、社会省が財政支援を行っている。

(2) 障害分野専門家・ワーカー

2015年6月現在、インドネシアにおいて社会保障に係る支援サービスに特化して携わる公式専門職はソーシャル・ワーカーのみで、郡レベルに中央政府の予算でソーシャル・ワーカーが配置されている。その仕事内容は、先述した表3-17(3.4.1)にある26の社会問題を取り扱い、そうした問題を抱える人たちの特定や情報の更新を担当する。ソーシャル・ワーカーになるための資格認定制度は存在するが、給与水準が低すぎる（月額250,000ルピア、約2,300円）ためキャリアとしての魅力に乏しく、受験者数が低迷しているとのことである。中央レベルの貧困家族を対象とした現金給付プログ

¹²⁰ Bergsma, *op.cit.*

¹²¹ Bergsma, *op.cit.*

¹²² Bergsma, *op.cit.*

¹²³ Bergsma, *op.cit.*

ラム専用ソーシャル・ワーカーが配置されているが、このプログラムのソーシャル・ワーカーの月額給与は150,000ルピアである。これに労働条件等からの加味分を上乗せするかどうかは地方政府の判断による。ソーシャル・ワーカーの中には、手話を自前で習得し、他のソーシャル・ワーカーに教える者もいる¹²⁴。

ソーシャル・ワーカーになるためには、表 3-20 に示すようにソーシャル・ワーカーあるいは社会福祉のどちらかの教育課程を専攻履修している必要がある。育成校には2種類ある。なお、義肢装具士については、3.6.2 (2) 2)を参照のこと。

表 3-20 ソーシャル・ワーカー育成のためのカリキュラム

教科	カリキュラム
ソーシャル・ワーカー	<p>バンドゥン社会福祉大学：4年制。バンドゥン市にあり社会省の管轄。障害に特化したソーシャル・ワーカーとしての資格取得のための課程があり、社会省が発行する。ソーシャル・ワーク教育のパイオニアとして1964年に成立された。ソーシャル・ワーク教育の他に、貧困、児童・家族、麻薬乱用、障害者、災害管理、医療分野のソーシャル・ワークに専門化された大学院レベルの教育が提供されている。学部の学生数は1,563人、大学院の学生数は58人。卒業生の総数は14,224人に達する。2005年4月から1年間及び2006年6月から7カ月間、日本からの短期シニアボランティアを受け入れた経験がある¹²⁵。</p> <p>カリキュラム：社会福祉、医学、コミュニティ開発、実践ソーシャル・ワーカー、障害、薬物、自然災害など</p>
社会福祉	大学で社会福祉を4年間受講。38大学で受講可能。2011年から修士・博士課程もある。

(3) 社会保険及び社会支援プログラムを含む社会保障プログラム内における障害者の適用範囲

障害者に特化した正確な適用範囲に関するデータは存在しない。TNP2Kは、貧困削減を目的とする社会保障関連プログラムのカバレッジデータ（非障害者を含む）を管理しており、上記のプログラム対象である障害者のカバレッジ率を導出することは技術的に可能である。しかし、あくまでも参考程度であり、必ずしも障害者の状況を適切に把握できる情報資料は作成されていないのが現状である。その理由として、インドネシアでは、家庭によっては社会保障制度をに基づくサービスを申請する際に、家族に障害者がいることを報告しないケースがあり、カバレッジデータは全ての障害者を反映している訳ではないという点があげられる¹²⁶。

インドネシア大学障害学センターは、GIZとBAPPENASの支援のもとで、中部ジャワ州スコハルジョ県における社会保障プログラムの障害者のカバレッジの実態について調査を実施した。その結果をまとめた報告書¹²⁷によると、社会保障プログラムにおける障害者の適用は非常に限られている。例えば、表 3-21 に示すプログラムに関する障害者の適用について報告されている。

社会保障プログラムへの適用範囲の拡大を妨げている要因は、社会保障プログラムの対象特定方法にあると同報告書は指摘している。2009年から2010年に実施されたWHOの障害特定ツールのフィ

¹²⁴ 本項における情報は、社会省（2015年6月29日）及び東ジャワ州社会局（同5月18日）での聞き取り調査に基づく。

¹²⁵ JICA 平成27年度春募集ボランティア要望調査表の情報に基づく。

(<http://www.jocv-info.jica.go.jp/sv/index.php?m=Info&yID=SL00615C02>)

¹²⁶ スラバヤ市DPOs（2015年5月14日-23日）及びBPS（同7月2日）での聞き取り調査に基づく。

¹²⁷ Center for Disability Studies, Investment in Ability - An Assessment of Living Conditions of Persons with Disabilities in Sukoharjo District with a Focus on Access to Social Protection Programs (Faculty of Social and Political Sciences, Universitas Indonesia: Jakarta, May 2013).

ールドテストによると、中部ジャワ州スコハルジョ県における障害者数は 13,917 人であるが、PPLS では、障害者は 2011 年に 5,259 人だった。このデータを活用して社会保障プログラムの対象者を導きだすと、スコハルジョ県の障害者の 37.7%しか社会保障プログラムの対象とならない計算になる。

表 3-21 社会保障制度における障害者の適用内容

社会保障制度	現状
社会保険	フォーマル部門に雇用されている障害者を対象に調査するべきであるが、スコハルジョ県ではそのデータが存在せず、障害者の社会保険に関する実態は不明。
現金給付	重度の障害者向けの無条件現金給付や、貧困層向けの条件付き現金給付が存在するが、そのアクセスは限られており、また、カバレッジや給付額も実際に必要とする障害者の数やニーズに対して非常に小さい。
健康保険	JAMKESMAS と JAMKESDA があるが、登録する際の物理的なアクセスやコミュニケーションの問題などがあり、障害者のカバレッジ率は限定的である。Jamkesda の予算で、保健所 (Puskesmas) を通じて障害者のニーズに対応することになっているが、治療を望む障害者へのサポートは限定的である。
医療リハビリテーション・サービスや支援機器の提供	NGO との連携で提供されているものの、その数は限られている。

(4) 地域社会に根差したリハビリテーション (CBR) の有無

社会省によると、ほぼ全ての州で CBR プログラムが実施されている。最初は保健省による医療リハビリテーションが中心であったが、最近では社会リハビリテーションに移行している¹²⁸。社会省は、保健省、労働省、内務省との連携、財政支援、CBR ボランティアの能力向上などを支援している。また、社会省がファシリテーターとなり、CBR に関する国家ネットワークが設立されている¹²⁹。

インドネシアでは障害分野でのコミュニティの役割は大きい。貧困層の医療費は公費によって賄われているが、交通費や付き添いによる費用はカバーされておらず、特に、地域によっては医療機関が近隣にない場合もあり、医療へのアクセスが困難である。そこで地方では、自然発生的に地域の相互扶助活動が行われており、ソーシャル・セーフティ・ネットとして重要な役割を果たしている。例えば、保健ボランティアが村長、集落長、区長などの住民リーダーと協力して日常的な保健・公衆衛生活動を進めたり、住民が病気になった場合には、医療に係る費用や最低限の生活の維持に必要な費用として他の住民が募金や食糧などを拠出したりしている¹³⁰。上述のスコハルジョ県における障害者の社会保障プログラムへのアクセスに焦点を置いた社会参加の実態調査によると、障害者のサポートやケアについては多くが地域の住民や市民団体が支えており、CBR も実施されている。

社会省は、コミュニティでの社会福祉の担い手として以下の 12 種の個人、家族、グループを認知している¹³¹。

¹²⁸ 体の一部機能を損傷した場合に医療的処置を施され、その後引き続き病院や各種施設で機能回復に努めるのが医療リハビリテーションだとすると、社会リハビリテーションは、障害者が社会の中で活用できる諸サービスを自ら活用して社会参加し、自らの人生を主体的に生きていくための「社会生活力」を高めることを目指す。参考：社会リハビリテーションの概念と方法 http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r089/r089_002.html

¹²⁹ CBR ネットワーク (URL : <http://www.disabilitas-jejaring-rbm-indonesia.com/>)

¹³⁰ JICA (2012) 課題別指針「社会保障」 p.13

¹³¹ Kementerian Sosial, *Panduan Pendataan: Penyandang Masalah Kesejahteraan Sosial (PMKS)*, (2013)

1. プロフェッショナル・ソーシャルワーカー
2. ボランティア・ソーシャルワーカー
3. 災害緊急対応チーム (TAGANA) (第 4.2.1(2) 3)参照)
4. 社会福祉施設
5. 若者組織
6. 家族福祉相談施設 (カウンセリングサービスや情報提供、啓発などを実施)
7. パイオニア・ファミリー (問題を克服し、他の家族のモデルとなる家族)
8. 社会福祉に関する地域に根差した家族フォーラム (福祉施設、企業、コミュニティをつなぐ)
9. 福祉に関する女性リーダー
10. 社会インストラクター (地方行政の社会福祉担当者)
11. 県社会福祉ワーカー
12. ビジネス (企業の社会的責任 (CSR) の観点から、社会福祉分野で貢献する企業グループ)

第 3.6.2 (1) 1)項で述べたように、インドネシアの 16 州に Indonesia Society for the Care of Disabled Children (Yayasan Pembinaan Anak Cacat: YPAC) が運営するコミュニティ・リハビリテーションセンターが整備されており、身体障害児への医療リハビリテーション・サービスを提供している。

市民社会の CBR の取り組みとしては、国際 NGO の CBM がローカル NGOs とパートナーシップを組んで CBR を実施している。CBM が実施する主な CBR プログラムは第 6.3.1 項を参照のこと。

東部インドネシアで実施されている CBR の事例 2 件を調査した文献によると、ローカル NGO は CBR について独自の定義を用いて実践しており、CBR や障害一般についての正しい知識を持たずにプログラムを実施していることが問題であると指摘している。また、国際機関など CBR プログラムを支援する組織は、地域の課題やバリアなど現状 (貧困や基本的なヘルスサービスの有無、地域住民が彼らのニーズを理解しているかなど) をよく理解した上で NGO を支援すべきである、と指摘している¹³²。

また、本調査でインタビューした DPO や NGO は「リハビリテーション」という言葉をあまり使っていなかった。CBM によると、インドネシアではそのネガティブな印象から「リハビリテーション」という言葉の使用を避ける傾向にあり、CBR を指す場合に「障害インクルーシブコミュニティ開発」(Disability Inclusive Community Development) を使うことが多いとのことである。

3.6.5 物理的環境、公共交通機関、知識、情報及びコミュニケーションにおけるバリアフリー・ユニバーサルデザイン

(1) 物理的環境、公共交通機関におけるバリアフリー・ユニバーサルデザイン

1) 概要

関連法令やアクセシビリティ基準も整備され、公共事業・住宅省や運輸省も法令に関する普及努力を進めている。しかし、本調査でアクセス監査を実施した結果、研究者や障害当事者などのインタビュー

¹³² Integrating Disability into Development in Eastern Indonesia: A Case Study in Theory versus Reality (2011)
<http://hcs.pitt.edu/ojs/index.php/hcs/article/view/47/86>

一、及び文献レビュー結果を総合すると、バリアフリー・ユニバーサルデザインはあまり進んでおらず、インドネシアの障害者の日常生活においては、アクセシビリティの状況は悪いと言わざるを得ない¹³³。3.2の（試行錯誤の事例）にあるように、障害者のニーズを意識したサービスも増えつつあるが、障害者自身の意見を正確に取り入れていないため、ニーズに的確に応えるサービスとなっていないことも多い。他には、公共の建物に対して法に従って設置された車椅子用の通路にしても、急勾配のため車椅子利用が単独で利用できない、あるいは危険であるケースなどが散見される¹³⁴。やはりインドネシアの障害者の日常において、アクセシビリティの状況は良好とは言い難い¹³⁵。

障害当事者など障害の専門家を参加させることを求める政府のアクセス監査制度は存在しないが、中央・地方政府がDPOsの協力を要請している場合もあるようである。障害分野の活動が進んでいるジョグジャカルタ市では、障害者と共にアクセス監査を実施していた。国の首都において、アクセシブルな政府機関の建築物の割合、アクセシブルな国際空港数、港湾および主要交通拠点の割合などのデータがないため、客観的に数字で表わすことは不可能であるが、本調査で実施したスラバヤ市のアクセス監査などを通じての結果を以下に示す。

2) バリアフリー・ユニバーサルデザインに関する方針・政策、関連法令

物理的環境、公共機関における関連法については、3.4.1で述べたとおりである。

公共事業・国民住宅省は、2005年から2013年にかけて、建物の物理的アクセシビリティを改善するパイロット事業を33州で実施し、公共の建物やバスのターミナル、空港、病院、モスク、学校などの271の場所の物理的アクセシビリティが改善された。表3-22は、各年次の予算と場所の数を示している。プロジェクト・サイトでは、徐々に物理的なアクセシビリティの改善が見られただけでなく、地方政府スタッフなど関係者がアクセシビリティ改善を重荷と感じなくなったとの報告がある。また、民間のビジネス関連施設については、訪問者の増加のきっかけになると認識されるようになった。

表 3-22 公共事業・住宅省による物理的アクセシビリティ改善プロジェクトの概要

年	市ごとの予算	場所の数	備考
2005	Rp. 25,000,000,-	37	1998年省令468号に沿った技術的なアクセシビリティ配慮 2006年省令30号に沿った技術的なアクセシビリティ配慮
2006	Rp. 50,000,000,-	48	
2007	Rp. 50,000,000,-	39	
2008	Rp. 50,000,000,-	46	
2009	Rp. 100,000,000,-	35	
2010	Rp. 150,000,000,-	12	
2011	Rp. 150,000,000,-	26	
2012	Rp. 250,000,000,-	26	
2013	Rp. 250,000,000,-	2	
合計		271	

(出典：Ministry of Public Works and Housing, Oversight on the provision of facility and accessibility in buildings (2015))

¹³³ 複数の組織（HWPCI (The Indonesian Disabled Women’s Association), Bina Paraplegia Foundation, Trisakti University’s Civil Planning and Engineering Faculty, Jakarta branch of the Indonesian Architects Association) によって2001年と2003年に実施されたアクセシビリティ調査（Jakarta Akses Survey）によると、首都ジャカルタでは建物の3%しか物理的アクセシビリティがないと報告されている（2008年 Inside Indonesia 記事 “Disabled megalopolitan” <http://www.insideindonesia.org/disabled-megalopolitan>）。

¹³⁴ 本調査中に実施されたスラバヤ市でアクセス監査の結果に基づく。障害者の巻き込みが弱いという指摘は、Hayati and Faqih (2013) Disables’ accessibility problems on the public facilities within the context of Surabaya, Indonesia でもされている。

¹³⁵ 本調査訪問先の政府機関/公共建物の実査及びスラバヤ市におけるアクセス監査に基づく。

教育分野においては、インクルーシブ教育学校や特別養護学校の既存校舎をバリアフリー化するため、中央政府（教育省）より補助金が出る場合がある。予算に限りがあるためすべての学校のアクセシビリティ改善には至っていない。ただし、新設される学校についてはバリアフリー対策がとられているとのことである。特別支援学校のアクセシビリティに係る基準設定については、公共事業・国民住宅省が担当している。

3) 都市部の状況

首都の国際空港については、バリアフリートイレの設置やエスカレーター等の設置はされていた。鉄道については、駅や車両のバリアフリー化は基本的にされていない。スラバヤ市でアクセス監査をした駅では、駅舎のエントランスにスロープはなく、ホームへ行く場合も歩道が狭く車椅子利用者の通行は困難である。実際に鉄道を活用している障害当事者の話によると、普通車の座席や通路は狭くて車椅子での移動が難しく、一等車でないと利用できないとのことであった。

歩行環境については、ジャカルタ市やスラバヤ市では、車が歩道に乗り込まないようにするために歩道に高い段差がある。また、歩道は穴が空いている、コンクリートがはがれているなど、非障害者でも歩行しにくい状況である。点字ブロックについて、国で定められているのは黄色のブロックであるが、スラバヤ市ではグレーの幅が狭いブロックが多く見られた。また、障害者が日常的に利用する交通手段は、タクシーや車が多く、視覚障害者は知人の運転するバイクやバイクタクシーを利用するようである¹³⁶。

4) スラバヤ市におけるバリアフリーの現状—アクセス監査結果を中心に

インクルーシブな社会の構築にはアクセスの確保が必須であるが、スラバヤ市で障害者が一人で外を歩いたり、バスや交通公共機関を使用したりするのは難しい状況である。スラバヤ市にはアクセシビリティに関する条例もない。教育に関しては、アクセス（障害児用トイレがないなど）や障害児は学習能力がないとする学校側の考え方や姿勢などが原因で入学を断られるケースもある。障害に配慮したタクシーや福祉車両サービスを提供する民間会社はなく、タクシーを使って移動するか、あるいは、視覚障害者はバイクの後ろに乗車したり、聴覚障害者は自身でバイクを運転して移動したりするなどの手段を取っている。道路に関しては、非障害者にとっても歩き難い状態で、障害に配慮した道路のデザインとはかけ離れている。

アクセシビリティの現状を調査するため、スラバヤ市ではアクセス監査を2日間かけて実施した。概要は以下のとおり。その結果を表 3-23 にまとめる。

日時：	2015年5月22日及び5月23日
調査場所：	公園や駅、バスターミナル、道路、ショッピングセンター、市場など。 また、スラバヤ市郊外の村（Wonorejo Indah Timur）を訪問
参加者：	ペトラクリスチャン大学ユニバーサル・デザイン講師、障害者（視覚、聴覚、身体（車椅子・杖利用者））、調査団メンバー

¹³⁶ 障害当事者への聞き取り調査に基づく。

表 3-23 アクセス監査で見つかった問題点

場所	問題点
歩道	横断歩道前に点字ブロックがなく、どこで道路を横断して良いのかわからない。
	点字ブロックの幅、色、マテリアルが基準に合っていない。
	歩道に大きな木が植樹されており、視覚障害者が歩行するには危険。
	歩道から横断歩道へ移動する際のスロープがない。
駅/鉄道	駅の入り口にスロープがない。
	駅の入り口に常駐しているはずのセキュリティ・パーソンが立っておらず、障害者などが必要な場合に助けを求めることができない。
	駅の案内所に手話を理解できる人がいない。筆談をしても、行き先への切符の買い方などの情報を得るのは容易ではない。
	情報サインが小さく見難い。
	電車内で構内放送がないため、到着駅がどこなのかわからない。
公園	急傾斜のスロープ構造のため、車椅子使用者が1人で上るのが難しい。
	点字ブロックが一切なく、公園内を歩くことは難しい。
	視覚障害者のための情報掲示板などがなく、公園の情報が得られない。
バス/バスターミナル	バスがバリアフリーではない。
	バスの行き先についての案内、情報提供が乏しい。
スラバヤ市郊外 Wonorejo Indah Timur 村	道路が舗装されておらず、車椅子利用者にとっては通行が困難である。
	村の行政関連の建物にスロープが設置されていない。
	モスクにスロープが設置されておらず、モスクを利用することができない。

アクセス監査後に、参加者が上記のような物理上の問題点が起こる要因や課題について議論した内容を以下にまとめる。

- バリアフリーの視点を導入する過程（政策策定や実施なども含めて）で、障害者とそのプロセスに関わっていない。関わったとしても、最初の会合のみで後は招待されない。
- アクセス委員会のようなシステムがなく、委員会を設立するための規則が必要である。
- 2006年にも地元のDPOが中心となってアクセス監査を実施し、地方行政にその報告書と提案書を提出したが、その後のアクションは何もない。
- 建物などを実際に建築する建築業者が、ユニバーサル・デザインなどの重要性を理解していない。

今後のアクションとして、学術機関等とDPOsの連携を強化していくことが提案された。

なお、スラバヤ市の物理的アクセシビリティの現状については、2013年に発表された報告書でも確認できる¹³⁷。

(2) 情報及びコミュニケーションにおけるバリアフリー・ユニバーサルデザイン

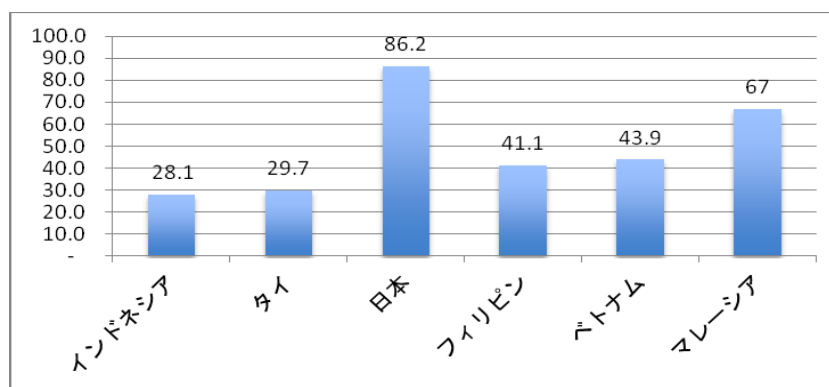
アジア太平洋障害者のための、インクルーシブで、バリアフリーな、かつ、権利に基づく社会に向けた行動のためのびわこミレニアム・フレームワーク（1992-2002）（以下、びわこミレニアム・フレームワーク）や障害に関するASEAN戦略枠組に沿って、インドネシア政府は障害者のためのICT利活用のアクセスを良くするための目標を設定した。その目標とは、アクセシビリティの改善、コミュニケーションの基準化、手話や点字などのコミュニケーションの使用の促進、障害者のためにICTを標準化する、などである。政府とDPOs（Indonesia Braille Printing House、Mitra Netra Foundation

¹³⁷ Hayati and Faqih, *Disables' accessibility problems on the public facilities within the context of Surabaya, Indonesia* (2013) <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.hss.20130103.11.pdf>

など)が連携した結果、インドネシア版の手話の開発、デジタル本や点字本の出版、視覚・聴覚障害者向けのアクセシブル・ウェブサイトの促進などが実施された¹³⁸。

このような努力がなされたものの、障害者のための情報保障に向けた取り組みは遅れている。その背景として、政府の予算配分やインフラの欠如、リハビリテーション・センターでのICTに関するトレーニングなどが実施されていないことが要因としてあげられている¹³⁹。また、障害者のICT利活用の実態を把握するデータが乏しい。具体的には、点字を利用できる者の数についてのデータや障害者のうち携帯電話やパソコンを利用している者の数についてのデータはインドネシアにはなく、障害者における情報保障やICT利活用の実態を把握することは難しい¹⁴⁰。障害者のICT利活用による社会参加のための支援（ICT利活用の効果などを理解してもらう普及・啓発活動など）はあまり実施されておらず、障害者向けにデザインされたICT機器の開発・研究も促進されていない。

インドネシア全体のインターネットの普及率を人口比で見ると、28.1%となっており、他のASEAN諸国と比較しても決して高い方ではない（図 3-15）¹⁴¹。この事実も、インドネシアでは障害者へのICT利活用が遅れている理由の一つとも考えられる。



(出典：Internet World Stats, June 2014)

図 3-15 ASEAN 加盟主要国及び日本のインターネット普及率 (対人口比) (2014 年)

1) 制度・プログラム・サービス

情報・通信省によると、知識、情報およびコミュニケーションに関する国際基準を考慮したアクセシビリティ基準は設定されていない。情報・通信省は、障害者向けの情報通信技術インフラを提供するための予算を確保するために現在新しい政府規則を草案している。障害者のICTへのアクセスについて社会省と議論を進めていく必要がある¹⁴²。

情報・通信省は、コミュニティでのインターネットの利用を普及させるため、インターネットアクセスのある施設整備を資金援助している。2013 年には、パイロット事業として障害者向けにデザインされたコンピューターを、ソロ市、ボゴール市、南カリマンタン州へ提供した。

¹³⁸ <http://www.dcssd.nl/?wpdmact=process&did=MzYuaG90bGluaw>

¹³⁹ Government achievement and challenge regarding the enhancement of ICT accessibility for PWD's in Indonesia (<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ungc/unpan040430.pdf>)

¹⁴⁰ 日本では総務省の下で障害者の IT 利用支援の在り方に関する研究会が平成 16 年より開催され、平成 18 年と 19 年には「高齢者・障害者の ICT 利活用の評価及び普及に関する調査研究報告書」が発表されている。

¹⁴¹ Internet World Stats, June 2014

¹⁴² 情報・通信省への聞き取り調査に基づく。

以下、障害者への情報サービス・プログラムの現状を述べる。学校での情報保障、公的な広報の音声、点字又は拡大文字等での提供状況、パソコン音声読み上げソフトの利用状況などについては、本調査では確認できていない。

【交通】

- スラバヤ市でアクセス監査を実施した際、駅で聴覚・視覚障害者が適切に目的地までの切符を購入するための情報を得ることができるかどうかを確認したところ、筆談をしても、行き先への切符の買い方などの情報を得ることが難しかった。
- ジャカルタは、視覚障害者向け音響装置付信号機もあったが全てが対応しているわけではない。スラバヤ市やジョグジャカルタ市など地方都市では音響装置付信号機はほとんど見られない。

【点字資料】

視覚障害者のうち、点字を利用できる者の数についてのデータや、障害者のうち携帯電話やパソコンを利用している者の数についてもインドネシアでは把握されていない。

【公共向けテレビニュース番組】

インドネシア国営テレビ局が 2013 年より毎日午後 7 時に手話付きのニュースを放送している。

【障害者向けにデザインされた ICT 機器の開発】

いくつかの IT 会社が、企業の社会的責任活動（CSR）の一貫として障害者向けの ICT 機器やソフトウェアの開発に貢献している。例えば、APIII（Indonesian Internet Service Providers Association）は、障害者向けのソフトウェアを開発している。

【障害者向けのトレーニング（ICT 技能習得 – 障害者自身の技能の習得と講師の育成）】

ASEAN Foundationが 2012 年 1 月に 3 日間にわたり実施した、初の障害者向け ICT 研修には、インドネシアから 23 名の障害者が参加した¹⁴³。また、国連アジア太平洋経済社会委員会（Economic and Social Commission for Asia and the Pacific: UNESCAP）が開催するトレーニングには政府関係者が参加した。

2) 手話通訳者の現状

手話通訳の現状について現地調査では情報が得られていないが、一般社団法人全国手話通訳問題研究会が 2012 年に実施した、アジア各国の手話通訳事情アンケート調査の結果を表 3-24 以下にまとめる。

なお、社会省などが開催する会合などで、手話通訳及び要約筆記の配置や、会議資料などを事前に配布しているかについては、本調査では確認できていない。

表 3-24 手話通訳事情アンケート調査結果（2012 年）

アンケート項目	回答
手話通訳者の数	2012 年時点で、ジャカルタにはインドネシアろう者組織認定の手話通訳者が 5 人いる。
手話の種類	ろう者がコミュニケーションで使用する手話はビシンド（インドネシア手話）のみだが、教育場面においてろう学校教員は SIBI（体系インドネシア語）を使

¹⁴³ <http://www.aseanfoundation.org/news/asean-foundation-delivers-ict-training-for-persons-with-disabili>

	うことを求められる。インドネシアには 18,000 の島があるため、手話にもいくつかの方言がある。
手話通訳に関する法律	手話通訳に関する法律はない。
手話通訳者の養成制度	現在まで、ろう教員が私的に手話通訳者を教育している。2010 年 9 月より、国立インドネシア大学（言語学部）は、ろう協会と協力して 1 年間の 2 学期コースで手話課程（初級）を開講した。ろう協会は通訳を目指す人向けに中級、上級コースの開講を予定している。
手話の認定試験・制度の有無	なし
手話通訳の利用料金	障害者団体向けには平均 1 日 1 人 20 米ドル、国際・民間機関向けには平均 1 日 1 人 100 から 300 米ドルである。
手話通訳者組織の有無	団体や協会設立を支持する標準や基準はない。

（出典：一般社団法人全国手話通訳問題研究会「アジア各国の手話通訳事情アンケート（2013 年 5 月 20 日）¹⁴⁴」）

3) 最近の動向、課題など

情報・通信省を始め他省庁、関係者への聞き取り調査の結果から、ICTを利用した障害者の社会参加の促進は遅れていると言える。その背景には、障害者のニーズが把握できていないことがあげられる。障害者に対する情報保障のためのガイドラインの作成¹⁴⁵や、企業や障害当事者への啓発活動も重要である。

障害インクルーシブ・シティ - ソロ市

2013 年、ソロ市長はソロ市を障害インクルーシブ・シティと宣言した。ソロ市では、地方都市には珍しく、アクセシビリティ基準が 2006 年に交通・情報・コミュニケーション局によって策定されている。ソロ市のこの活動が画期的である点として以下の 3 つがあげられている：1) アクセシビリティ基準には公共交通に関する基準だけでなく、情報とコミュニケーションに関する基準が含まれていること、2) 障害者や地方政府、民間セクターなど多様なステークホルダーを巻き込んだこと、3) 障害者の平等に関するソロ市の地方規則を策定して、アクセシビリティ規則の規則遵守を強化したこと。60 のバス待合所、30 の高速移動バス、3 駅、54 の信号、空港などがアクセシブルである。

（出典：Solo City: Access to transport than can be enforced, Zero Project ウェブサイト¹⁴⁶）

3.6.6 政治及び政策決定過程への参加

CRPD では第 29 条に「政治的及び公的活動への参加」を掲げ、締約国が障害者の政治的権利を保障すると示している。以下、インドネシアにおける法整備や慣行の面から、障害者の政治及び政策決定過程への参加状況を概観する。

17 歳以上の（もしくは 17 歳未満でも結婚している）国民は全て選挙権を有する（大統領及び副大統領選挙に関する法律（2008 年法律第 42 号）第 5 章「選挙権」第 27 条第 1 項）。

被選挙権についても、① 21 歳以上の、② インドネシア共和国域内に居住する、③ 公用言語の読み書きに通曉した、④ 高卒以上の学歴を持つ、⑤ 過去に有罪判決を受けていても収監の終了後 5 年を経過している国民であれば、議員や大統領を含む首長への立候補が可能である（2008 年法律第 10 号第 3 章第 12 条）。

¹⁴⁴ http://www.zentsuken.net/global/pdf/questionnaire_asia_20130520.pdf

¹⁴⁵ 日本の一例としては、千葉県によるガイドラインが挙げられる：

<https://www.pref.chiba.lg.jp/shoufuku/shougai-kurashi/jouhouhoshou/documents/guideline.pdf>

¹⁴⁶ <http://zeroproject.org/policy/solo/>

ただ、大統領や首長に立候補するには「業務遂行を可能とする、身体・精神両面における健康」が要求されている（例えば憲法における大統領・副大統領候補要件：第6条第1項。村落法における村長候補者要件：第33条第11項）¹⁴⁷。

なお、障害関連法規作成に関与する中央政府機関では、DPOsや国際NGOあるいは国際援助機関（二国間/多国間）に原案について相談ないし草稿を回覧して諮問し、批評及び改善案を求める慣習がある。こうした形での政策形成過程への障害者及び支援者の参加は、インドネシア政府の障害インクルーシブな社会開発政策の進展と共に、今後一層活性化することが予測される¹⁴⁸。

3.6.7 女性障害者・障害女児

女性障害者は障害者であることと女性であることの二重の差別を受けている。例えば、インドネシアでは女性が障害を負うと、それだけで離婚の事由になる¹⁴⁹。離婚は法的にも認められており、婚姻法第4条第2項に、夫が妻を離縁できる条件が以下のように規定されている。

- (1) 妻としての義務を果たさない場合
- (2) 不治の病もしくは障害を負った場合
- (3) 子を成さない場合

本調査における障害当事者の聞き取り調査によると、CRPD 批准後であっても、婚姻法第4条第2項は改訂予定がないとのことである。

また、女性障害者が妊娠しただけで批難されることも珍しくない¹⁵⁰。支援機器および公共施設へのアクセス率も男性より低くなっている（支援機器へのアクセスについては3.6.4 (1) 4) を、公共施設へのアクセスについては3.6.3を参照のこと）。

(1) 制度・プログラム

3.4.3 (10)で前述したように、2006年より女性エンパワメント・児童保護省で女性障害者・障害女児に関するプログラムが開始された。具体的には、女性障害者のインフォメーション・コンサルテーションセンターの設立を目的に、2州（ジャンビ州と東ジャワ州）で調査が実施された。現在では、センターの数は全国で3センター（東ジャワ州、ジャンビ州、東カリマタン州）となっている。表3-25に現在までのプログラムの経緯を、表3-26にセンターの概要を、それぞれ示す。

表 3-25 女性エンパワメント・児童保護省による障害関連プログラムの経緯

年	活動
2006	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害と高齢者を対象とした活動が開始。 ● ジャンビ州と東ジャワ州の2州で、センターを設立するための調査を開始。
2007	<ul style="list-style-type: none"> ● センターに関するコンセプト・ノート（案）を作成。
2008	<ul style="list-style-type: none"> ● 調査とコンセプト・ノート（案）に関して普及啓発活動を開始。 ● 2州の協力のもと、コンセプト・ノートを改訂。
2008-2009	<ul style="list-style-type: none"> ● 他州への普及啓発活動を実施。

¹⁴⁷ ワヒド元大統領は糖尿病の合併症のため全盲に近かったが、障害者として初のインドネシア共和国大統領に就任した実績がある。

¹⁴⁸ 本件調査における複数箇所でのインタビュー結果に基づく。

¹⁴⁹ TNP2K (2014) “A Guide to Disability Rights Laws in Indonesia”p7、及びジャカルタ市でのFGDの結果に基づく。

¹⁵⁰ (同上)

年	活動
	<ul style="list-style-type: none"> ジャンビ州と東ジャワ州に最初のセンターが設立されることが決定。 センターの設立に関する州規則（2010年省規則第23号）を策定。
2011	<ul style="list-style-type: none"> 2州でセンターが構築・開始 他州への普及のため、地方政府職員などステークホルダーを対象に普及啓発活動を開始。
2012	<ul style="list-style-type: none"> センターの運営に関する規則（2012年州規則第7号）を策定。
2014	<ul style="list-style-type: none"> ジェンダー情報課が、障害者への暴力に関するデータ収集ツールとしてマトリックス（フォーム）を作成。将来、開発されたマトリックスをもとにデータを収集する予定（時期は未定）。
2015	<ul style="list-style-type: none"> ジャパラ州とバリ州においてもセンター設立の予定。センターは、既存の「子どもと女性保護センター」のサービスの一貫として運営される。2州が選ばれた理由は、センターの運営に関する規則（2012年州規則第7号）とセンター運営を実施するDPOを特定したため。 女性エンパワメント・児童保護省が、DPOと連携して会合を開催し、すべての既存の「子どもと女性保護センター」に、女性障害者に関する情報サービスを提供することが決定された。2015年6月時点で、すべての州に子どもと女性保護センターが設置されており、その数は国内で185施設。

表 3-26 女性障害者のためのインフォメーション・コンサルテーションセンターの概要

センターの役割	<ul style="list-style-type: none"> 2010年省規則第23号に基づき、情報センターとして女性障害者の権利擁護、教育や労働に関する情報の提供（ジョブ・サーチ含む）、インターンシップ・プログラムに関する情報の提供やトレーニングを提供する。 コンサルテーション（一般的な事項及び精神保健、心理、労働、教育）を実施する。
センターの人材と職員の数	地域のDPOsが担う。職員数について、ジャンビ州の場合は4人だが、予算による。
職員の給与	地方政府から支払われるが、予算の関係からボランティアで働いているスタッフが多い状況である。ボランティアの場合でも交通費は支払われる。
センターの場所	センターの場所は地域によって異なるが、地方政府外にセンターが設置される場合と、地方政府の中に設置される場がある。
センターの数	現在のセンターの数は全国で3センター（東ジャワ州、ジャンビ州に加え、2014年には東カリマタン州に設立された）。

3.7 国際条約（CRPD）や世界・地域政策（インチョン戦略等）への取り組み

インドネシアは、びわこミレニアム・フレームワークの実施に積極的に取り組み、1997年の法律第4号（障害者法）等の成果を達成してきた¹⁵¹。その後も、びわこプラス5（2003-2012）や福祉と開発のASEAN戦略フレームワークの実施にも積極的に取り組んだ。加えて、以下に述べるCRPDやインチョン戦略の他、ASEAN障害者の10年（2011-2020）にも関与している。

CRPD やインチョン戦略等の地域政策は、政策レベルでのさらなる改善や意識の高まりに貢献している。インドネシア政府は、2011年にCRPDを批准、2012年にはインチョン戦略を採択し、政策レベルにおいてこれらの内容に沿った法律の改定、計画策定、データ収集などに取り組んでいる。主なものを以下に示す。

- 障害者法の改定（2015年中に成立予定）

¹⁵¹ Irwanto et al (2015) The ratification and implementation of UNCRPD – Indonesia's experience

- 障害を盛り込んだ人権のための国家行動計画（National Action Plan）を策定中（2015-2019）
- BPS が中心となり、障害に特化した国家調査（Special National Survey on Disabilities（仮題））を2016年以降に実施予定

3.7.1 インドネシアにおけるCRPDの批准、実施、報告に関する概況

インドネシア政府は、CRPDに署名した最初の国の一つであり（2007年3月30日）¹⁵²、2011年に批准した。批准前、インドネシア政府は、省庁レベルの法律整備や、障害者への社会保障プログラムの拡大などに向けて取り組み¹⁵³、関連省庁における障害の重要性について認識が高まりつつある。

CRPDに関する国連委員会に提出するCPRDの実施状況報告書の作成には、政府の作成する報告書と市民社会によるパラレル・レポートの2種類がある。政府の作成する報告書については、外務省が担当しており、社会省と協力して作成中である。外務省は、DPOsなどを対象にコンサルテーションを開催し関係者からデータや意見などを収集している。社会省は他の関連省庁からデータを収集して外務省にそのデータを共有している。2015年末までには報告書を提出予定である¹⁵⁴。

市民社会によるパラレル・レポートについては、DPOsの代表メンバー6名によって作成されている¹⁵⁵¹⁵⁶。2015年6月21日にジャカルタで市民社会によるパラレル・レポートに関してナショナル・コンサルテーションが開催され、障害分野の活動家などが参加して最終的なインプットがなされた。CRPDに関する国連委員会への提出は、2015年10月末に予定されている¹⁵⁷。

3.7.2 インチョン戦略の実施と報告に関する概況

2012年に、国連アジア太平洋経済社会委員会（United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific: UNESCAP）の加盟国は、新たなアジア太平洋障害者の10年（2013-2022年）が取るべき戦略を示した、インチョン戦略を採択した。同戦略は、アジア太平洋地域及び世界に対して、地域で合意に至った障害インクルーシブな一連の開発目標を初めて提示するもので、10の目標と27のターゲット、及び62の指標が含まれている。UNESCAP事務局は、3年ごとに進捗状況を報告することになっており、最初の2年間（2013年及び2014年）の実施状況が、2015年3月にインドのデリーで報告された¹⁵⁸。なお、報告書はUNESCAPのウェブサイトで閲覧が可能である¹⁵⁹。

同報告書によると、インドネシア政府は主に以下に取り組んだ。

- インチョン戦略のインドネシア語への翻訳

¹⁵² <http://www2.ohchr.org/english/issues/disability/docs/study/Indonesia.pdf> 2007年3月30日に複数の国がCRPDに署名したのが最初で、その中にインドネシアも含まれている。署名および批准国リストは下記ウェブサイトで確認が可能 <http://www.un.org/disabilities/countries.asp?navid=12&pid=166>

¹⁵³ <http://www.indonesiamission-ny.org/zymurgy/custom/statement.php?id=337#.VOwLO7PF840>

¹⁵⁴ 社会省での聞き取り調査（2015年6月29日）に基づく。

¹⁵⁵ パラレル・レポートとは、人権を擁護する市民社会にとって重要なツールである。国連条約委員会にパラレル・レポートを提出することにより、現状を伝え、政府とは異なる課題の提案などを行うことができる。

<http://www1.umn.edu/humanrts/iwraw/reports.html>

¹⁵⁶ DPO代表6名は、AIPJの活動の一環として、オーストラリアで報告書作成に関して3週間の研修を実施した。

¹⁵⁷ 関係者への聞き取り調査に基づく。

¹⁵⁸ UNESCAP, Implementation of the Incheon Strategy to Make the Right Real for Persons with Disabilities by members of the Working Group (2013-2014) (2015)

¹⁵⁹ http://www.unescap.org/sites/default/files/Indonesia_11.pdf

- 関連省庁（BAPPENAS、労働省、社会省、教育省、運輸省、女性エンパワメント・児童保護省、保健省、BPS）への周知

インドネシアではインチョン戦略の指標に関するベースラインデータはない。2013年11月にタイのバンコクで開催された専門家会議で発表された報告書によると、SUSENASの文化と教育調査モジュールで、62の指標のうち以下の9つの指標が収集される¹⁶⁰としているが、実際に公表されているのはゴール8の指標8.1のみである。なお、9つの指標のうち、本調査で確認できたのは5つであった（表3-27）。

表 3-27 インチョン戦略指標の達成状況

ゴール	指標	本調査で確認できた指標
1 貧困を削減し労働および雇用の見通しを改善すること	1.1 世界銀行が更新する数値であり、総人口と比較して、国際的な貧困線である1日1.25米ドル未満（PPP）で生活する障害者の割合 1.2 雇用総人口に対して、雇用されている障害者の割合 1.4 国の貧困線を下回る生活を送る障害者の割合	指標 No.1.2
4 社会的保護を強化すること	4.1 一般国民と比較して、政府が助成する保健ケアプログラムを利用する障害者の割合 4.6 障害者のための健康保険の有無 4.7 アシスタンスおよび支援サービスに対するニーズが満たされないケースの減少	4.6
5 障害のある子どもへの早期関与と早期教育を広めること	5.2 障害のある子どもの初等学校在籍率 5.3 障害のある子どもの中等学校在籍率	5.2, 5.3
8 障害に関するデータの信頼性および比較可能性を向上させること	8.1 国際生活機能分類（ICF）を基盤とする、年齢、性別および社会的・経済的地位による障害者の比率	8.1

また、インチョン戦略の目標や指標は、現在策定中の人権のための国家行動計画（仮題）にある程度盛り込まれる予定になっているが、内容は未定である（指標の全てを網羅したものとはならないとのこと¹⁶¹）。

なお、本調査では指標に関する活動の有無の確認に重きを置いた。詳細な調査結果については別添資料3を参照のこと。

3.8 当事者団体の取り組み

3.8.1 インドネシアの障害者運動

1960年代から70年代にかけて、日本やアメリカ、イギリスでは障害者運動が起こった。日本における、福祉のまちづくりは障害者自身の運動の産物である¹⁶²。特に、全国青い芝の会（脳性麻痺者の組織）の活動が有名である。昭和51年、神奈川県川崎市で車いすを使用した脳性麻痺者の乗車を市

¹⁶⁰ <http://www.unescap.org/sites/default/files/EGM-Breif-Indonesia.pdf>

¹⁶¹ 国家開発行動計画策定アドバイザーを務める障害当事者の聞き取り調査に基づく。

¹⁶² http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/rehab/r091/r091_039.html

バスの運転手が拒否したことに端を発した、川崎バスジャック事件は、当時大きな社会問題となった。

インドネシアでは、日本の上記事例のようなラディカルな障害者運動はこれまでなかったものの、抗議運動、障害者の権利保全や拡大要求運動が発生している。本調査で確認できた事例を以下に示す。

- インドネシア全体の動きとしては、インドネシア政府が CRPD に批准することを障害者団体が強く推進。
- 2013 年、ガルーダ航空や傘下の航空会社を障害者が使用する場合、障害は病気と見なされ、飛行中に障害当事者の身の上になにかが起ころうとも一切責任を航空会社に追求めない、という誓約書にサインしなければならなかった。当事者の 1 人は 2011 年から 2013 年までの間に自身の車椅子を 2 度も航空会社に壊されるなど、他にも不愉快な経験をしてきたことから、メディア (Jakarta Post) や人権機関 (National Commission on Human Rights) の協力を得て航空会社に抗議した。その結果、誓約書を廃止させ、スタッフのトレーニング (障害者へのサービス提供の仕方) を実施させることに成功した¹⁶³。しかし、未だに誓約書にサインを求める航空会社もある¹⁶⁴。
- 2014 年、私立大学の入試に差別的な基準があったことに対して、人権、法律ネットワークや NGO/DPOs が協力して強く抗議した。差別的な基準とは、身体障害者、視覚・聴覚障害者、色覚障害者などは大学を受験することすらできず、障害の有無によって入学が禁止される旨が明記されていたことで、上記の抗議の結果、教育省はその基準を廃止した¹⁶⁵。

3.8.2 主な当事者団体

インドネシアで代表的な障害者団体は、1989 年に設立されたインドネシア障害者協会 (Perhimpunan Penyandang Difabel Indonesia: PPDI) で、関連省庁が障害に関する政策策定セミナーなどを開催する際に、必ず参加者として招待される。PPDI の活動は全ての障害種別を対象とし、インドネシアの障害者は基本的には全て PPDI のメンバーとなる。組織運営に関して、政府から財政支援を受けている。

その他、各障害種別の代表的な障害者団体は、インドネシア女性障害者協会、インドネシア聾者組織、インドネシア盲人連盟の 3 つである。

上記団体を含め、インドネシアにおける主な障害当事者団体を表 3-28 に示す。

表 3-28 インドネシアにおける主な障害当事者団体

団体名	拠点都市名	概要
インドネシア障害者協会 (PPDI : Perhimpunan Penyandang Difabel Indonesia)	ジャカルタ	1989 年設立。全ての障害種別を対象とする。DPI (Disabled People's International) のメンバーでもある。 http://PPDI.or.id
インドネシア女性障害者協会 (HWDI : Himpuan Wanita Disabilitas Indonesia, Indonesian Association of Women with Disabilities)	ジャカルタ	女性障害者を対象とした全国レベルの組織。女性障害者のエンパワメントと啓発活動を主な活動とする。 http://www.hwdi.or.id

¹⁶³ Jakarta Globe (May 14, 2013) "Garuda Apologizes to Passenger Who Filed Petition Over Poor Treatment"
<http://thejakartaglobe.beritasatu.com/business/garuda-apologizes-to-passenger-who-filed-petition-over-poor-treatment/>

¹⁶⁴ <http://www.thejakartapost.com/news/2013/06/25/unpleasant-experiences-garuda-s-disabled-travelers.html>

<http://www.thejakartapost.com/news/2013/10/23/tiger-air-turns-away-blind-man.html>

¹⁶⁵ <http://www.thejakartapost.com/news/2014/03/13/disabled-people-sue-minister-over-discriminatory-regulation.html>

団体名	拠点都市名	概要
インドネシア聾者組織 (GERKATIN : Gerakan untuk Kesejahteraan Tunarungu Indonesia, Movement of the Welfare of Deaf Indonesia)	ジャカルタ	聴覚障害者を体調とした全国レベルの組織 http://tunarungu.net76.net/node/6
インドネシア盲人連盟 (PERTUNI : Persatuan Tunanetra Indonesia, Indonesian Blind Union)	ジャカルタ	視覚障害者を対象とした全国レベルの組織 http://pertuni.idp-europe.org/
National Federation for the Physically Handicapped (FKPCTI:Federasi Kesejahteraan Penyandang Cacat Tubuh Indonesia)	ジャカルタ	身体障害者を対象とした、リハビリテーション・サービスに関する草の根団体のための調整組織
National Federation of the Hearing Impaired (FNKTRI:Federasi Nasional Kesejahteraan Tuna Rungu Indonesia)	ジャカルタ	聴覚障害者を対象とした（特に特別学校プログラム）、リハビリテーション・サービスに関する草の根団体のための調整組織 http://fnkcm.webstarts.com/
障害児ケア財団 (YPAC : Yayasan Pembinaan Anak Cacat, Indonesian Society for the Care of Disabled Children)	ジャカルタ	障害児を対象。1950年代初期にポリオ蔓延時の対策として立ち上げられ、小児麻痺を煩う子ども達へのサービス提供もするようになった（3.6.2 (1)1参照）。 http://ypac-nasional.org
インドネシア自閉症協会 (YAI : Yayasan Autisma Indonesia)	ジャカルタ	自閉症並びに類似障害当事者及び家族のための、初の全国組織
SIGAB (Sasana Integrasi dan Advokasi Difabel)	ジョグジャカルタ	<ul style="list-style-type: none"> 2003年設立。障害者のためのインクルージョン促進と啓発が主な活動内容 効果的に啓発するためのデータ収集・調査 コミュニティでインクルージョンが可能であることを促進するため政府（中央・政府）へ好事例の共有 政策を変えるための啓発とメディアなどを通じたスキルアップ http://www.sigab.or.id/
CIQAL (Center for Improving Qualified Activity in Life People with Disabilities)	ジョグジャカルタ	<ul style="list-style-type: none"> 障害者の経済（生計改善）と啓発が主な活動 生計改善：職業訓練の提供 啓発：教育、保健（健康保険の加入促進）、防災など全ての分野を含む。 http://ciqal.blogspot.ch/
OHANA (Organisasi Handicap Nusantara)	ジョグジャカルタ	政策アドボカシー、障害者の人権擁護、政策研究、能力強化など https://ohanaindonesia.wordpress.com/

(出典：関係者からの聞き取り調査に基づいて調査団作成)

3.8.3 その他関連情報

本調査で聞き取り調査を実施した障害当事者団体や支援組織によると、インドネシア全体でジョグジャカルタ市が障害分野で一番活動が進んでいるとのことである。HI がインドネシアの拠点をジョグジャカルタに置いた理由の1つは、DPOs のネットワークが強く協力を得やすいことである。ジョグジャカルタでDPOs のネットワーク力が強い要因について、SIGAB と CIQAL によると、「協働」を実践しており、連帯意識を強く持っているとのことであった。また、HI によると、1) 数少ないリハビリテーション・センターが近郊のソロ市にあり、医療リハビリテーションへのアクセスが他地域と比べて容易であること、2) ジョグジャカルタ市はガジャマダ大学を中心とし多くの私立大学を有す

る教育学研都市であり、研究者も多く、女性の権利擁護などの市民活動が活発である。障害者もそれに少なからず影響されたところがあるのではないかと、とのことである。

北九州市の GMP 担当者のお話によると、スラバヤ市では地元婦人会の力が非常に強く、政治的影響力も大きいとの評価であり、アクセシビリティ向上のための開発計画等を企図する場合には地方都市の婦人会の支持を得ることなども重要な戦略的要素であると思料される。

3.9 障害に関する研究者・機関

今回の調査では、表 3-29 に示す研究者・機関について特定した。

表 3-29 インドネシアにおける障害分野研究者・機関

団体名	拠点	分野	概要と主な活動内容
障害学センター	ジャカルタ市、インドネシア大学内	障害全般	代表 Dr Irwanto 2005 年設立
障害学とサービスセンター (Center for Disability Studies and Services)	Melang, Jawa Timur Brasijaya 大学内	障害全般	障害に関する学術誌 "Indonesian Journal of Disability Studies" を 2014 年 6 月より発行 アクセシビリティやインクルーシブ教育に関する文献があるが要約以外は全てインドネシア語
ペトラ大学	スラバヤ	アクセシビリティ/ユニバーサル・デザイン	代表 Gunawan 氏/Dr Arina (建築家) 建築課でユニバーサル・デザインの授業を実施 アクセシビリティに関する理解促進のための啓発・アクセス監査など
Center on Universal Design	ジョグジャカルタ、ガダマジャ大学内	アクセシビリティ/ユニバーサル・デザイン	代表 Dr Ikapurta (建築家) 建築課でユニバーサル・デザインや障害シミュレーション授業を実施
障害学とサービスセンター (Center on Disability Studies and Services)	ジョグジャカルタ、State Islamic University 内	障害全般	障害を持つ学生への情報提供、バリアフリーキャンパスの促進、点字翻訳など

第 4 章 災害対策における障害インクルージョンの取り組み

4.1 障害の定義

BNPB が発令した 2014 年国家防災庁長官令第 14 号によると、障害者は以下のように定義されている。

障害者とは、身体障害、精神・知的または感覚障害をもち、一時的または恒常的に、その人の環境と他者との相互作用で生じる障壁によって、平等を基礎として完全にまたは実質的に社会参加することを制限される者をいう。

(出典：2014 年国家防災庁長官令第 14 号)

4.2 災害関連機関

4.2.1 行政関連機関

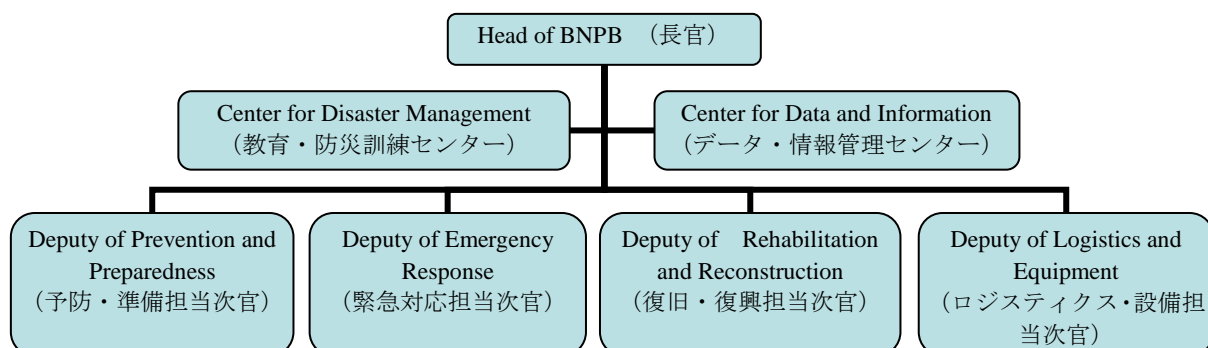
(1) 国家防災庁

1) 組織概要

2007 年法律第 24 号により、国家レベルで災害管理を行う BNPB と、各州及び各市/県に地方防災局 (Badan Penanggulangan Bencana Daerah: BPBD) を設置することが規定され、2008 年に発足した。インドネシア全体で州 BPBD が全 34 州に、市/県 BPBD が約 450 存在する。

BPBD は、全ての州、市/県に設置されているわけではなく、設置されない市/県も存在する¹⁶⁶。2007 年法律第 24 号では全県/市を対象に BPBD の設置が規定されているが、地方政府を管轄する内務省の 2007 年省令第 46 号では、設置が義務づけられているのは州 BPBD である。したがって、市/県レベルでの設置判断はそれぞれの県/市に任せられ義務ではないとされている。

BNPB の組織構造は図 4-1 のとおり、長官の下に予防・準備、緊急対応、復旧・復興、ロジスティクス・設備、それぞれの担当次官が配置されている。各次官の下に複数の局が設置され、関連業務が局で分担されている。

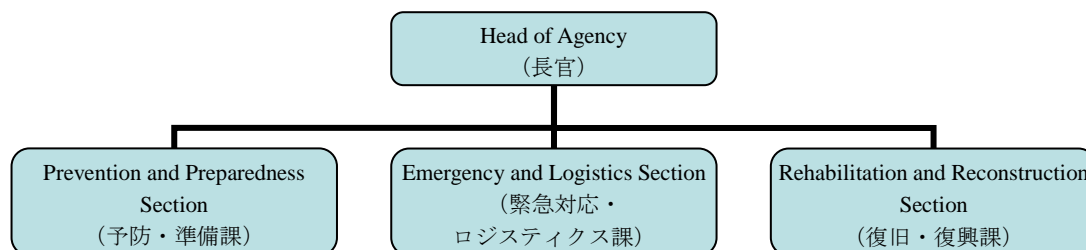


(出典：BNPB 資料に基づき調査団作成)

図 4-1 BNPB 組織図

¹⁶⁶ 例えば東ジャワ州では、38 県/市のうち BPBD を設置しているのは 35 県/市。

BPBD の組織構造については、図 4-2 のとおりで、州、市/県レベルともに、長官の下に、予防・準備、緊急対応・ロジスティクス、復旧・復興、の3部が設置されている。BNPB と同様、障害に特化した部署は設けられていない。



(出典：BPBD 資料に基づき調査団作成)

図 4-2 BPBD (州・市/県) 組織図

BNPB 及び BPBD の主な役割としては、防災、緊急対応時、復旧・復興期における関係省庁の調整業務と、緊急対応時における関係省庁への指令業務がある。2007 年法律第 24 号には BNPB 及び BPBD の災害管理業務について主に以下の業務が規定されている。

- 災害に関する法令の整備及び関連組織の能力強化
- 災害管理計画の作成
- 防災のためのコミュニティの参加と能力強化
- 災害予防と普及啓発
- 警報システム整備
- 防災訓練の実施
- 災害緊急対応を主導
- 復旧・復興を調整
- 被災者支援

2) 省庁間連携

インドネシア政府が採用するクラスター・アプローチ¹⁶⁷により、BNPB/BPBDはそれぞれのクラスターを担当する省庁/局の全体を統括する。平時においては、特に他省庁との定期会合などは実施されていない。

3) 人員

BNPBの職員は約 350 名。BPBDについては、ジョグジャカルタ特別州においては約 50 名、県レベルを含めると州全体で約 200 名の職員が在籍している¹⁶⁸。BNPB/BPBDの職員は、2007 年に組織発足の決定を受けて、教育省や保健省、社会省などから集められたこともあり、災害対策に関する学術的バックグラウンドを持つ職員はほとんどいないとのことである。例えば、ジョグジャカルタ特別州

¹⁶⁷ 国際的に 10 設けられているクラスターのうち、インドネシアでは 8 つのクラスター（避難者の保護、捜索救助、ロジスティクス、保健医療、教育、施設インフラ、早期復旧、経済）に分けて災害対応にあたっている。関係機関がそれぞれの分野で連携、協力し、BNPB/BPBD によって全体の調整がなされている。

¹⁶⁸ ジョグジャカルタ特別州 BPBD への聞き取り調査（2015 年 5 月 27 日）に基づく。

BPBDにおいては、在籍する約 50 名の職員のうち災害対策に関する専門的知識を有する者は 1 名から 2 名程度とのことである¹⁶⁹。

4) 緊急対応チーム (SRC-PB)

BNPB は災害時緊急対応チームとして緊急対応災害救援チーム (Satuan Reaksi Cepat Penanggulangan Bencana: SRC-PB) を組織している。SRC-PB は、インドネシア西部と東部の 2 つの拠点を持っており、それぞれ 550 人の隊員で構成される。SRC-PB は災害後数時間で被災現場へ派遣され、以下のような業務を行う。

- 緊急アセスメント
- 搜索救助
- 医療サービス、避難支援
- 支援物資の輸送
- ライフライン設備の復旧
- ボランティアの派遣、配置

5) 予算(セクター別支出、財源、障害分野の予算内訳)

国家防災計画 2015-2019 (ドラフト) には、各プログラムに配分された予算額は示されていない。また、障害サービスユニット設置に係る予算等も現時点では確認されていない¹⁷⁰。

6) 障害分野に係る取り組み

2014 年 11 月、災害管理における障害者対応を定めた国家防災庁長官令が発令され、障害インクルージョンを進める法的体制が整いつつある (詳細は 4.3.1 参照)。ただし、州、市/県レベルの BPBD、及び他の関係省庁にはまだ通知されておらず、いつ頃通知されるかも決められていない。障害に特化した部署は設けられていないが、この発令に伴い、予防・準備課の職員 1 名が障害分野を担当している。現時点で障害分野に係る特別な取り組みは進められておらず、障害サービスユニットとしては機能していない。

この長官令に準拠し、BNPB が 2014 年に 2 度、2015 年に 1 度実施した防災訓練では障害者の参加が促された。また、BNPB によって新設された津波避難ビル (現在 8 カ所開設。将来的には各州に少なくとも 1 カ所開設予定) は、すでにバリアフリー対策がとられている¹⁷¹とのことだが、実際の施設設備は確認できていない。

(2) 社会省 (自然災害社会保護局)

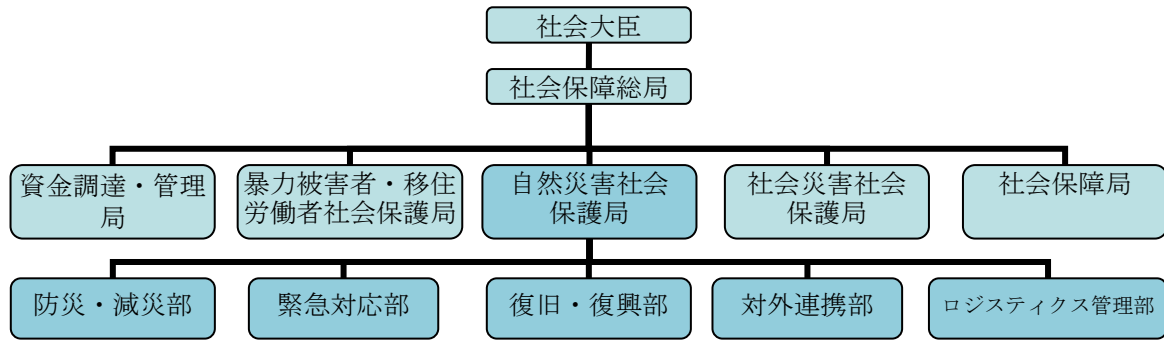
1) 組織概要

社会省においては、社会保障総局に属する自然災害社会保護局が災害対策を担当している。自然災害社会保護局の組織図は図 4-3 のとおりで、「準備・減災」「緊急対応」「復旧・復興」「連携」「ロジスティクス管理」の 5 部を備えている。

¹⁶⁹ ジョグジャカルタ特別州 BPBD への聞き取り調査 (2015 年 5 月 27 日) に基づく。

¹⁷⁰ BNPB への聞き取り調査 (2015 年 6 月 30 日) に基づく。

¹⁷¹ BNPB への聞き取り調査 (2015 年 5 月 11 日) に基づく。



(出典：社会省資料に基づき調査団作成)

図 4-3 社会省（自然災害社会保障局）組織図

2007 年法律第 24 号に則り、社会省は、災害時の対応として衣食住、公衆衛生、保健医療サービス、社会心理サポート、避難所の確保等を担う。災害時には、①避難者の保護、及び②ロジスティクス、の 2 つのクラスターを担当する。社会省の災害対応に係るロジスティクス業務は、社会保障総局 2014 年決定通知第 620 号に標準作業手順としてまとめられている。

2) 省庁間連携

災害発生時においては、BNPB、保健省等の関係機関と協力して対応するが、通常は特に連携した取り組みは実施されていない。次項で述べる災害対応のための青年ボランティアグループ (Taruna Siaga Bencana: TAGANA) に関し、他省庁の緊急対応チームとの合同訓練等はないが、例えば保健省の医療専門家チームが TAGANA 訓練の講師を務めることはある¹⁷²。

3) 災害対応のための青年ボランティア (TAGANA)

TAGANA は、2004 年 3 月に発足した社会省傘下の災害対応のための青年ボランティアグループで、国家、州、県/市、それぞれのレベルにおいて結成されている。TAGANA の役割は、2012 年社会省令第 28 号及び第 29 号に定められており、防災、緊急対応、復旧・復興におけるコミュニティの参加促進を図る目的で結成された。

隊員構成は各地方によって異なるが、TAGANA として登録され訓練されたボランティア、または社会福祉ワーカーが主体となっている。現時点で約 27,000 名が TAGANA として社会省に登録されている。防災、緊急対応、復旧・復興期における TAGANA の主な役割は表 4-1 のとおり。

表 4-1 災害対策に係る TAGANA の役割

防災	緊急対応	復旧・復興
<ul style="list-style-type: none"> 災害に脆弱な地域のマッピング、データ収集 コミュニティ防災活動の立ち上げと強化 災害発生可能性のコミュニティへの周知 	<ul style="list-style-type: none"> 状況調査の実施、及び調査結果の関係機関（チーム）への報告 被災者/犠牲者の特定 被災者の救助、輸送 仮設避難所、公共調理場でのロジスティクス業務 社会心理的サポート 	<ul style="list-style-type: none"> 被災者/犠牲者特定に係るデータ収集 家屋、建築物等の被害特定に係るデータ収集 社会心理的サポート 被災者の社会復帰支援 社会擁護における支援

(出典：2012 年社会省令第 28 号、第 29 号に基づき調査団作成)

¹⁷² 社会省への聞き取り調査 (2015 年 6 月 29 日) に基づく。

4) 予算

障害者を対象とした取り組みに対して特別に予算は組まれていない。社会保障総局の社会保障プログラム全体に対しては、2015年から2019年の5年間に110兆2,212億ルピア（約1兆162億円）の予算が確保されているが、障害関連に特化した金額は確認できなかった¹⁷³。TAGANAのトレーニングについては、年間15億ルピア（約1,400万円）の予算が確保されている。

5) 障害分野に係る取り組み

社会省では、2009年法律第11号で定められる社会福祉法に基づき、災害対策においても人々の社会的支援、社会擁護、法整備支援にあたることになっており、特に障害者を含む社会的脆弱層を対象とした社会擁護について強化が必要であると認識している。社会擁護に関する取り組みの詳細は4.4.2で述べる。

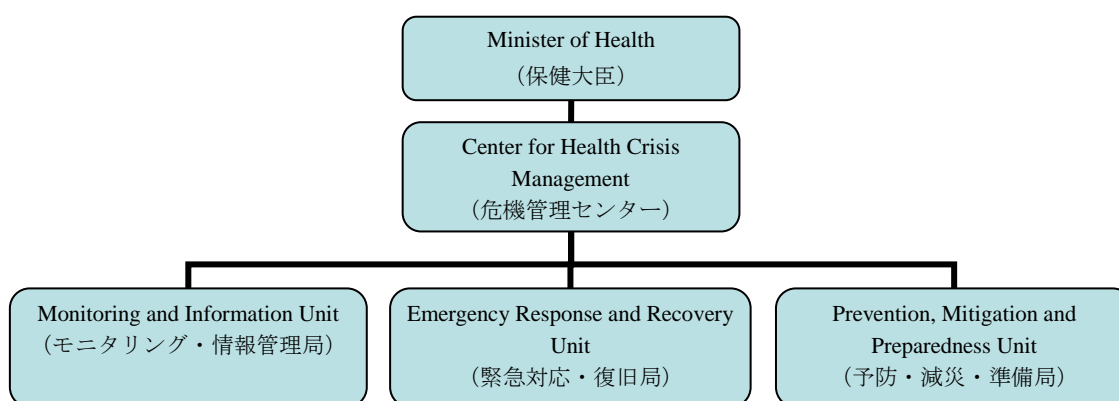
社会省の自然災害社会保護局及び地方社会局の社会保障課に、障害分野を担当する部署または職員は配置されていないが、災害対策での障害者の対応については、内容に応じて関連部局と連携を取ることができる体制となっている。

また、4.4.2で後述する国家プログラム「TAGANA Goes to School」について、地方政府によっては一般の学校と同様に特別支援学校を対象を含めてプログラムを実施している。

(3) 保健省（危機管理センター）

1) 組織概要

保健省においては、危機管理センターが災害対策、特に災害医療に関する業務を担っている。図4-4のとおり、保健省組織においては保健大臣の下に位置づけられる。「モニタリング・情報管理」「緊急対応・復旧」「予防・減災・準備」部局が設置され、65名の職員が在籍している。



(出典：保健省資料に基づき調査団作成)

図 4-4 保健省危機管理センター組織図

災害対策に関する保健省の役割としては、関連する政策、基準等の制定と、防災から緊急対応、復旧・復興期における健康危機への対応である。実行にあたって、保健省は他の政府機関や非政府組織、NGO、国際機関、研究機関等と連携をとっている。

¹⁷³ 社会省中期戦略計画（2015-2019）及び国家開発中期計画（2015-2019）による配分額の合計。

また、災害時に地方での迅速な医療支援に対応するため、インドネシア全体で9つの地方危機管理センターが設置されている¹⁷⁴。これら地方危機管理センターでは、以下のような役割を果たすことになっている¹⁷⁵。

- 指揮所、及び防災・災害対応に係る情報センター
- 医療に係るロジスティクス
- 緊急対応チーム、及びその他医療人材の動員
- 保健事務所、医療施設、大学間のネットワークセンター

2) 省庁間連携

他省庁との連携に関し、特に定例会合等は開催されていない。緊急時対応計画の策定や災害対応においてBNPB、国家捜索・救助庁（Badan Search and Rescue Nasional: BASARNAS）、社会省等と協働している。

3) 緊急対応チーム

災害発生時、保健省は危機対応チームとして、医師、看護師、薬剤師等で構成される①緊急対応チーム（Rapid Action Team）、②緊急医療評価チーム（Rapid Health Assessment Team）、③医療支援チーム（Health Assistance Team）を動員させる。これら危機対応チームそれぞれの役割を表 4-2 に示す。

表 4-2 保健省危機対応チーム概要

① 緊急対応チーム (Rapid Action Team)	災害発生から 24 時間以内に動員される緊急医療チームで、災害発生現場で医療サービスを提供する。
② 緊急医療評価チーム (Rapid Health Assessment Team)	災害発生から 24 時間以内に緊急対応チームと同時に動員され、被害状況、医療ニーズのアセスメントにあたる。
③ 医療支援チーム (Health Assistance Team)	緊急対応チームの要請に応じて派遣され、より適切な医療機器、医療用品を用いて対応する。

(出典：Technical Guidelines for Health Crisis Responses on Disaster, 2011)

4) 障害分野に関する取り組み

保健省には、障害分野を担当する部署、職員は特に設けられておらず、障害インクルーシブな災害関連の省令、規則等もない。また、危機対応チームを構成する医療従事者等を対象にした障害者対応に係るトレーニングや、障害者を対象にした防災関連プログラムなども実施されていない。

(4) 国家捜索・救助庁

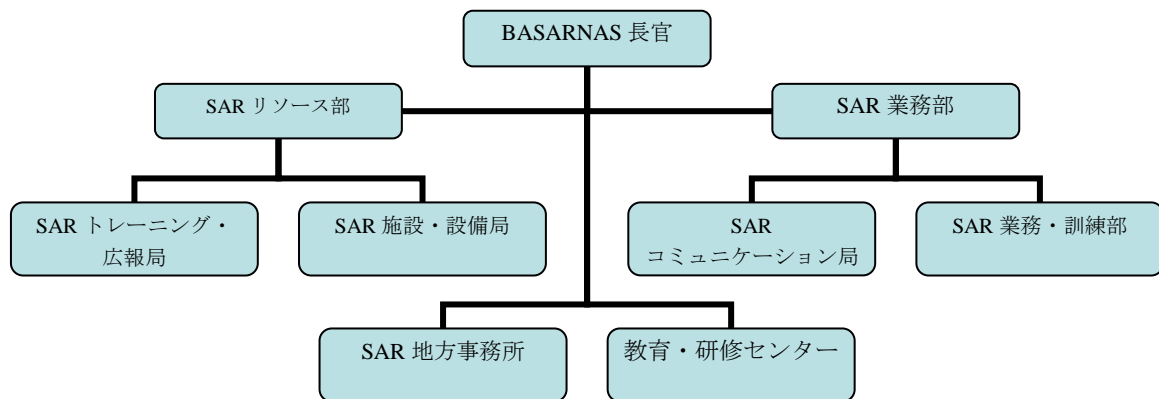
1) 組織概要

飛行機事故、海難事故における捜索・救助のための組織として運輸省に属していたが、2007年に運輸省から独立し、BASARNASとして大統領のもとに設置された。

¹⁷⁴北スマトラ州のメダン、南スマトラ州のパレンバン、ジャカルタ特別市のジャカルタ、中央ジャワ州のスマラン、東ジャワ州のスラバヤ、南カリマンタン州のバンジャルマシム、バリ州のデンパサール、北スラウェシ州のマナド、南スラウェシ州のマカッサルに設置されている。なお、西スマトラ州パダン及びパプア特別州バンジャルマシムには準センターがある。

¹⁷⁵ Ministry of Health, Technical Guidelines For Health Crisis Responses on Disaster (2011)

国家レベルの BASARNAS の下のレベルに捜索救助 (Search and Rescue: SAR) office が全国に 34 カ所、さらに下のレベルに SAR station が 63 カ所設置されている。BASARNAS の組織構造は、図 4-5 のとおり。



(出典：BASARNAS 資料に基づき調査団作成)

図 4-5 BASARNAS 組織図

役割について、2007 年に BASARNAS として新設されてからは、組織の役割も事故対応に加えて、自然災害における捜索・救助活動も担うこととなった。これにより、インドネシアにおいて災害対策を担当する国家機関は BNPB と BASARNAS の 2 つが存在するが、BNPB が防災から復興までの一連の災害管理を担当する一方で、BASARNAS の任務は災害発生時の捜索・救助活動に絞られる。SAR office、SAR station においては、防災活動の一つとして学校での防災訓練プログラム「SAR Goes to School」を実施している。

2) 省庁間連携

自然災害時には BNPB の指揮下で捜索・救助活動にあたる。SAR office 及び SAR station の場合、事故など人的災害では BASARNAS の指揮下で、自然災害のケースでは BPBD の指揮下で、それぞれ任務を遂行する。平時は特に他省庁との連携はない。

3) 人員

BASARNAS の職員数は 500 から 600 人程度で、全国の SAR office 及び SAR station を合わせると 4,000 から 5,000 人程度いるとみられる¹⁷⁶。救助隊の教育バックグラウンドについては、特に救助に関する専門学校等はなく、採用後に特殊訓練を受けて育成される。

4.2.2 その他の関連機関

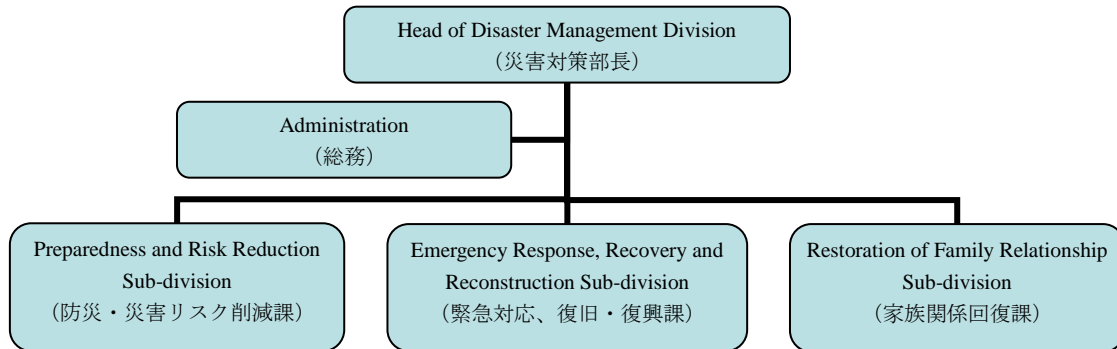
(1) インドネシア赤十字社 (PMI)

1) 組織概要

インドネシア赤十字社 (Palang Merah Indonesia: PMI) では、災害対策部が設けられており、防災、緊急対応、復旧・復興それぞれに係る災害対策活動が実施されている。災害対策部の組織構成は図 4-6 のとおり。「防災・災害リスク削減」「緊急対応、復旧・復興」「家族関係回復」の 3 部署に、災害

¹⁷⁶ BASARNAS への聞き取り調査 (2015 年 6 月 1 日) に基づく。

リスク/気候変動管理、防災管理、情報システム/災害指令、緊急対応管理、ロジスティクス管理、復旧・復興、家族関係回復の担当職員が配置されている。



(出典：PMI 資料に基づき調査団作成)

図 4-6 インドネシア赤十字社災害対策部組織図

PMI における防災、緊急対応、復旧・復興に係る一連の災害対策の取り組み例については、表 4-3 のとおり。

表 4-3 PMI における災害対策関連業務

防災	緊急対応	復旧・復興
<ul style="list-style-type: none"> 防災関連教材の開発 災害管理ユニット (Satuan Penanggulangan Bencana: SATGANA) の能力強化 災害情報システム利用ガイドラインの開発 コミュニティ防災プログラムの実施 	<ul style="list-style-type: none"> 災害管理ユニット (SATGANA) の派遣 ヘリコプター、救急車など救助車両の動員 避難誘導 避難所、公共キッチンの用意 応急処置 生活物資の供給 水、トイレの用意 	<ul style="list-style-type: none"> 心理社会的サポートプログラムの実施 仮設住居の用意 家族関係回復のための支援

(出典：PMI 資料に基づき調査団作成)

2) 緊急対応チーム (SATGANA)

災害時の緊急対応チームとして、PMI では緊急対応チーム (SATGANA : Satuan Penanggulangan Bencana) を動員させる。SATGANA は、司令官、捜索救助隊員、避難・避難者対応隊員、社会支援隊員、医療・公衆衛生サービス隊員などで構成されている。SATGANA の防災、緊急対応、復旧・復興に係る役割と業務は表 4-4 のとおり。

表 4-4 災害対策に係る SATGANA の役割

防災	緊急対応	復旧・復興
<ul style="list-style-type: none"> コミュニティにおける防災意識向上のための啓発活動、防災教育の実施 災害関連データの収集 災害対策に必要な機材リストの作成 	<ul style="list-style-type: none"> 被害状況の調査実施 被災者ニーズ (食料、生活用品、医療サービス等) の調査実施 被災者に対する支援 PMI への報告 	<ul style="list-style-type: none"> カウンセリングの実施 復興期の課題分析の実施 復旧・復興活動の評価

(出典：PMI 資料に基づき調査団作成)

SATGANAの動員にあたっては、政府の指揮系統とは別に、PMIが独自の判断で派遣命令を下す。通常、政府の緊急対応チームより先に被災現場に到着し災害アセスメントを行い、政府機関に現状を報告している。災害現場においては他の緊急対応チーム（SRC PB、TAGANA、SAR等）と活動範囲を分け、必要に応じて情報共有を行う¹⁷⁷。

3) 障害分野に関する取り組み

PMIは2015年1月に障害インクルーシブ・イニシアチブを表明しており、災害対策においても障害インクルージョンを推進している。具体的には、災害時における障害者を優先した救助活動、2006年ジャワ島中部地震の被災障害者を対象とした心理社会的サポートプログラムなどが実施されている。

PMI職員やSATGANA、ボランティア等に対しては特に障害に関連する研修などは実施されておらず、障害インクルーシブな災害対策についての教材や資料の用意、災害時に必要な障害者のための資機材の用意、避難所設備のアクセシビリティについても未整備である。障害者の社会心理的サポートに関するガイドラインについては策定中であり、その他の取り組みについても障害インクルーシブを目指すとしている。

(2) AHAセンター

1) 組織概要

ASEAN 防災・人道支援調整（AHA）センターは、ASEAN 加盟諸国における災害発生状況のモニタリングや災害のリスク評価、緊急対応の調整、情報共有などの役割を担う。インドネシアでは政府の要請に応じて、防災訓練の実施や、災害時の必要な物資の支援、災害リスク評価の実施、情報共有などにあたっている。

2) 障害分野に関する取り組み

現在のところ、特に障害分野に特化したプログラムはなく、障害者は女性や子どもなどの脆弱層を成すグループの1つと位置づけられている。ASEAN 緊急評価チームが活用する評価ツールに、高齢者や女性、障害者、少数民族、若者の心理社会的サポートのニーズを把握するための質問が1つ設けられているのみで、その他の取り組みはない。

4.3 関連法令、政策、政府行動計画

4.3.1 法律、政令、省令

(1) 法律

2007年法律第24号において災害管理について規定されており、BNPB及びBPBDの役割、コミュニティの権利と義務、企業及び国際組織の役割、災害の3ステージ（防災、災害時緊急対応、復旧・復興）それぞれにおける業務、災害後の救済措置などについて言及している。

¹⁷⁷ PMIへの聞き取り調査（2015年7月2日）に基づく。

この 2007 年法律第 24 号における障害者の取り扱いとしては、災害時緊急対応において救助、避難、保護、医療などのサービスを優先的に受けるべき社会的脆弱層の一類と位置づけられている（社会的脆弱層には、乳幼児・子ども、妊産婦、高齢者を含む）。また障害に関連して、被災した場合の救済措置として、政府及び地方政府は、災害によって負傷した人に対し身体傷害補償を与えることを義務づけている。

(2) 国家防災庁長官令

BNPB は、2014 年国家防災庁長官令第 14 号において、災害管理における障害者の対応、保護、参画について規定している。各章の概要は表 4-5 のとおり。

表 4-5 2014 年国家防災庁長官令第 14 号概要

第 1 章	一般定義
<ul style="list-style-type: none"> • 障害者の定義 • 障害分野に係る用語（アクセシビリティ、リハビリテーション、ハビリテーション、社会扶助）の定義 • 災害分野に係る用語（災害、災害リスク削減、被災者）の定義 • 災害管理組織（BNPB、BPBD、国家防災プラットフォーム（Platform Nasional Pengurangan Risiko Bencana: Planas: PRB））の定義 	
第 2 章	障害者対応と保護
<ul style="list-style-type: none"> • BNPB 及び BPBD において「障害者サービスユニット（担当者 1 人または 1 チームで成る）」を設けることを規定 • 障害者サービスユニットの役割、業務について規定 • 災害管理における障害者対応及び保護に関する政策、プログラム、活動が、BNPB 及び BPBD の長期戦略、業務計画に提示されることを規定 • 障害者対応及び保護に係る予算を創出することを規定 	
第 3 章	障害者の権利とニーズの充足
<p>防災、緊急対応、復旧・復興期それぞれにおける障害者の対応について以下のとおり規定。</p> <p><防災></p> <ul style="list-style-type: none"> • 早期警報システムがあらゆる障害の種別、程度に対応し、情報が適切なタイミングで障害者のもとに届くこと • 障害者をもつ世帯が、世帯レベルで災害への備えがあること <p><緊急対応></p> <ul style="list-style-type: none"> • 食料、衣料、避難所、水、衣料サービスなどの基本ニーズ、及び特殊ニーズが最低限のサービス基準に従って充足されること • 避難所及び仮設住宅が障害者の生活に配慮されること • 食料支援が、障害者の栄養状態、健康、生存に係るリスクを最小限に留め状況改善に向けて実施されること • 水の供給や公衆衛生環境が障害者のニーズを満たすこと • 災害時における教育機会の提供にあたっては、障害者にとって安全で心理社会的側面に配慮した環境で実施されること • 障害の種別や程度に応じた心理社会的支援が提供されること • 障害の種別や程度に応じた補助器具、治療器具が提供されること • 障害者が暴力や抑圧から保護されること <p><復旧・復興期></p> <ul style="list-style-type: none"> • 災害リスク削減、障害者のニーズ充足に基づいて復旧・復興が行われること 	
第 4 章	規定の移行
災害管理及び災害リスク削減に係るその他法令、規則についても、本規定に適応させる	
第 5 章	結び

（出典：2014 年国家防災庁長官令第 14 号）

また、同令第2章で示される、障害者サービスユニットが担う役割と業務については以下のとおりである。

- 障害者の災害対策政策への提言
- 災害対策における障害者保護に係るプログラム、活動の計画・予算策定
- 関係省庁、関係機関、地域活動班、その他関係者とのプログラム実施に係る調整
- 災害対策における障害者の権利、ニーズ充足の確認と促進
- 政策、プログラム、活動の継続と評価
- 復旧・復興期における障害者の権利、ニーズ充足に向けた関係機関/関係者との調整

また、障害者サービスユニットは、障害者に係るデータ・情報を確認、収集、分析、文書化、更新することと規定されている。また、これら障害者データベースは、性別や年齢、障害の種別、障害の程度と居住地などの情報を含むこととしている。

4.3.2 政策・方針、政府行動計画

(1) 国家防災計画 2015-2019（ドラフト）

2015年10月に国家防災庁より正式に公表される国家防災計画（2015-2019）には、2015年から2019年までの5年間の国家防災政策、及び国家防災プログラムが掲載されている。

ここで示されている国家防災政策の内容は表4-6のとおりである。国家防災政策に掲げられている目標、実施戦略では、特に障害インクルーシブなアプローチはとられていないが、緊急対応において優先すべき対象として脆弱層があげられている。

表 4-6 国家防災政策（2015-2019）概要

戦略的課題/ 共通目標	<ul style="list-style-type: none"> ● 国家によるコミットメントの増大及び活用 ● 災害関連機関の能力強化 ● コミュニティの災害対応能力強化 ● 災害対策パートナーシップの拡大及び活用 <ul style="list-style-type: none"> ● 緊急対応業務の準備強化 ● 国際協力関係強化
政策の方向性	政府の能力強化、及び災害への対応能力強化を通じ、インドネシアにおける災害対策の効果の向上を図る。
実施戦略	<ol style="list-style-type: none"> 1) 災害対策に係る法的環境の整備 2) 開発課題における災害対策の主流化 3) 災害対策に係る分野間のパートナーシップ強化 4) 災害対策に係る政府の管理能力強化 5) 防災・減災の能力強化及び効果の向上 6) 防災及び緊急対応に係る能力強化 7) 復旧・復興に係る能力強化及び効果の向上
各災害フェーズ における具体的 取り組み	<p><防災：リスク削減のための取り組み></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 防災・減災に係る調整能力の強化、制度の確立 ● リスク評価及び災害対応計画に基づくリソースの活用 ● 早期警報システムに係る機材及び設備の供与 ● 防災教育、防災訓練による人々の能力強化 ● 適切な物品、機材等の支援 <p><緊急対応：より多くの人命を救うための取り組み></p> <ul style="list-style-type: none"> ● コミュニティの自立した災害対応能力の強化、民間部門におけるリソースの活用 ● 緊急対応チームの現場への早期到着、早期対応 ● 緊急事態発令、組織対応の迅速性

	<ul style="list-style-type: none"> • 脆弱層への対応の優先性 • 被災した生活基盤、施設の復旧 <p><復旧・復興：より良い、より安全な再生に向けた取り組み></p> <ul style="list-style-type: none"> • 災害のリスク削減に向けた再建
--	---

(出典：国家防災計画 2015-2019 (ドラフト))

同様に、2015年から2019年の国家防災プログラムの概要を表4-7に示す。ここで重点項目としてあげられている7つの課題は、国家防災政策で示された実施戦略に対応している。なお、国家防災プログラムで示されている活動については、障害分野に関連するものを除いては省略した。

表 4-7 国家防災プログラム(2015-2019)概要

重点項目	目標
1. 災害対策に係る法的環境の整備	国家/地方レベルでの自立した災害管理体制を支える法的文書が整備される。
2. 開発課題における災害対策の主流化	持続可能性を確保するため、開発課題への取り組みに災害対策のコンポーネントが統合される。
3. 災害対策に係る分野間のパートナーシップ強化	コミュニティの防災能力と自立の相乗効果が確保できる戦略が適用される。
	活動 気候変動やジェンダー、脆弱層の課題に適応した、コミュニティ災害対応能力強化の戦略を開発する。
	災害対策活動に係る、分野を越えた関係者（政府機関、民間組織、市民団体）間のパートナーシップが強化される。
4. 災害対策に係る政府の管理能力強化	災害対策に係る政府機関及び非政府組織人材の能力が強化される。
5. 防災・減災の能力強化及び効果の向上	災害による犠牲者/被災者、経済的損失、環境悪化を軽減させるため、防災・減災能力が強化される。
	活動 気候変動課題に適応し、脆弱層などに配慮して、防災・減災に取り組む。
6. 防災及び緊急対応に係る能力強化	自立的、積極的な防災能力、緊急対応能力が強化される。
7. 復旧・復興に係る能力強化及び効果の向上	自立的、効果的な災害からの復旧を保障する支援体制が整備される。
	復旧・復興行動計画に基づき、分野横断的に復興が進む。

(出典：国家防災計画 2015-2019 (ドラフト))

国家防災プログラムでは、各目標に対する活動の中にジェンダーや脆弱層の配慮が見られる。コミュニティの防災能力強化活動や緊急対応において、女性や脆弱層が優先されるべきコミュニティメンバーと位置づけられている。

(2) 社会省中期戦略計画 2015-2019 (ドラフト)

社会省の2015年から2019年の中期戦略計画(ドラフト)では、特に災害対策に関連する開発目標、戦略目的などは設定されていないが、社会保障を通じた障害者を含む社会的脆弱層の権利、ニーズの充足を目指していることは読み取ることができる。

4.4 障害インクルーシブな災害対策プログラム

4.4.1 BNPB/BPBDによるプログラム

(1) Resilient Village Program

BNPB による国家プログラムで、村の災害対応能力強化を目指し全国で実施されている。2012 年国家防災庁長官令第 1 号に実施ガイドラインが規定されており、実施主体となる各自治体または民間組織はこのガイドラインに従ってプログラムを実施する。

このプログラムは、以下の目的で実施されている。

- 1) 災害に脆弱な地域に住む人々を守る
- 2) 防災資源の管理に係る社会（特に社会的脆弱層）の役割を強化する
- 3) 防災に関する知識の維持、資源管理について公共機関の能力を強化する
- 4) 防災に係る支援、技術について政府機関の能力を強化する
- 5) 防災に係る関係機関（地方政府、民間企業、大学、NGO、その他地域組織）の連携を強化する

また、このガイドラインでは実施戦略、指針、活動内容について定められている。実施戦略に関しては、10 の戦略項目の第 1 項目目に「身体的・経済的・社会的に脆弱な人々」として障害者の存在が示され、それら脆弱者を含む社会全体のプログラム参加、が戦略としてあげられている。指針に関しては、15 の指針の第 10 項目目に「脆弱層への同調」が掲げられ、子ども、障害者、高齢者、妊婦、病人に優先性があることを示している。

このプロジェクトは、ジョグジャカルタ市や国際 NGO である ASB (Arbeiter-Samariter-Bund) によっても実施されている。ジョグジャカルタ市は、次項で述べる「災害に強い集落プログラム」とは別に、これまで 3 つの村を支援している。活動内容には、リスク評価、防災計画の策定、災害対策フォーラムの立ち上げ、政府関係者や地域住民の能力強化、モニタリング評価の実施などが含まれる。実施予算は州より配分されており、1 村あたり約 7,000 万から 1 億ルピア（約 65 万円から 92 万円）が確保されている。

(2) 災害に強い集落プログラム

ジョグジャカルタ市 BPBD によるプログラムで、障害者など脆弱層を含むコミュニティの住民を啓発対象に実施し、人々が災害リスクについて理解し、助け合えるコミュニティづくりを目指している。

このプログラムでは住民を対象に 10 カ月間かけて、リスク分析トレーニング、災害マッピング、シミュレーショントレーニング、プロファイル作りなどを実施するものである。また、それぞれの集落に災害対策ツール（チェーンソー、水ポンプ、懐中電灯、バイク、三輪自動車等）¹⁷⁸を提供している。プログラム終了後も防災能力強化のためフォローアップを継続している。

¹⁷⁸ バイク、三輪自動車は郡より貸出しだが、その他機材は供与されている。

これまでの実績としては、2013年に10集落、2014年に25集落に対してプログラムを実施し、2015年は20集落を対象とする計画となっている。予算は、1集落あたり約1億ルピア（約92万円）をジョグジャカルタ市で確保している¹⁷⁹。

4.4.2 社会省/局によるプログラム

(1) TAGANA Goes To School

2010年より開始された社会省による国家プログラムで、TAGANA 隊員が全国の幼稚園、小・中学校、高校を訪問し防災訓練プログラムを実施している。学校での啓発は、生徒と教諭を対象としてそれぞれ別のプログラムで実施されている。プログラムの内容は州により異なるが、例えばジョグジャカルタ特別州社会局では、「騒がない、押さない、走らない」など避難の決まりごとと手順を童謡の替歌にしたり、ビデオや写真などの教材を用いたりするなど、子どもにも理解できるよう工夫している。

この国家プログラムにおいて、特別支援学校を対象にすることは特に規定されていないが、ジョグジャカルタ特別州では2012年より特別支援学校もプログラムの対象として実施してきている。一方、東ジャワ州では、本プログラムの前身となる学校防災訓練を2008年より実施しているが、これまでに特別支援学校に対して実施した実績はない。

プログラム実施予算について、ジョグジャカルタ特別州では年間20校を対象に計画しており、年間予算は中央政府から配分されるものと合わせて約1億5,000万から2億ルピア（約1,400万円から1,800万円）を確保している¹⁸⁰。

(2) 社会擁護

4.2.1 で述べたとおり、社会省では障害者を含む社会的脆弱層を対象とした社会擁護に焦点を置いており、社会省/局職員及びTAGANA 隊員にその目的や実施プロセスについて理解を促すことを目的に、2014年に社会擁護実施ガイドラインを発行した。

ガイドラインで示される、社会擁護の対象者、実施プロセスは表4-8に示すとおりである。なお、実施に際しては、TAGANA 隊員の中から「社会擁護オフィサー」が選定され、擁護チームとして活動することになっている。

¹⁷⁹ ジョグジャカルタ市BPBDへの聞き取り調査（2015年7月1日）に基づく。

¹⁸⁰ ジョグジャカルタ特別州TAGANAへの聞き取り調査（2015年7月1日）に基づく。

表 4-8 社会擁護ガイドライン概要

主な対象	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 乳幼児/子ども ▪ 妊産婦 ▪ 障害者 ▪ 高齢者
一般対象	<ul style="list-style-type: none"> ▪ グループ（女性グループ、青年グループなど） ▪ 政策決定・実施者（地方政府事務官など） ▪ 地域関係者（ヘルスチーム、社会心理サポートチーム、教育機関、軍隊など） ▪ NGO、コミュニティサービス組織（Community Service Organization: CSO）など ▪ 地域リーダー、宗教リーダー、青年リーダーなど ▪ 中央/地方政府機関 ▪ 子どもフォーラム
実施プロセス	<ol style="list-style-type: none"> 1) 被災者の特定 2) 問題の特定（①基本ニーズの充足、②事件、③マネジメントのいずれかに分類） 3) 被災者情報、問題分析に係る情報の収集（性別、年齢などの一般的な情報） 4) 問題の分析（改善が必要な周辺環境、制度などの点から分析） 5) 目標の設定 6) 目標達成に向けた計画の策定（計画にはスケジュール、リソース、関係者を含む） 7) 計画に沿った活動の実施 8) モニタリング・評価の実施 9) 必要に応じて提言を行う

(出典：社会擁護ガイドライン, 2014)

このガイドラインの中で、障害者は災害時に見過ごされやすい脆弱層の対象であり、障害者が必要とするニーズの把握、ニーズ充足に際しての課題、ニーズ充足のためのサービスが適切に提供されるように、手順が示されている。しかし、ガイドラインで提示されている基本ニーズ分類（食料、衣類、避難施設、保健医療、快適さ、教育）は、女性や子どもの視点では捉えられているが、障害者に配慮されたものではない。例えば、施設や設備のアクセシビリティや障害者に必要な機器については触れられていない。また実用面では、障害者の所在を確認するためのツールや情報（要支援者リスト等）が存在しないために、すべての脆弱層にアプローチすることは困難と考えられる。

4.5 ドナー機関による取り組み

4.5.1 Arbeiter-Samariter-Bund (ASB)

(1) 組織概要

Arbeiter-Samariter-Bund (ASB) は、1888年に発足したドイツの社会福祉組織（国際 NGO）で、ドイツ国内及び世界各国で救助活動、医療サービス、社会サービスなどを提供している。

インドネシアでは 2006 年のジャワ島中部地震への緊急援助をきっかけに活動を開始した。現在では、ジョグジャカルタ特別州、クラテン県（中央ジャワ州）、クラミス県（西ジャワ州）、メンタワイ島（西スマトラ州）に活動の範囲を広げている¹⁸¹。主な活動分野は、①災害対策、②マイクロファイナンス等を通じた生活支援、③インクルーシブ教育であり、これら活動において障害者のインクルージョンを推進している。ASBが実施する災害対策の取り組み事例については次項で述べる。

¹⁸¹ 緊急援助、医療サービス、災害対策分野の支援では、北スマトラ州の北・南ニマス県、西スマトラ州のパダン県、ジャカルタ市においても活動実績がある。

(2) 障害インクルーシブな災害対策に係る取り組み

現在 ASB では、国家プログラム (Resilient Village Program) への支援や、シドニー大学との研究プロジェクトを実施している。また 2015 年後半より、災害対策に係る技術支援・研修チーム (TATT) の能力強化プロジェクトが実施される予定である。これらの概要を表 4-9、表 4-10 及び表 4-11 にまとめる。

表 4-9 メンタワイ島における Resilient Village Program (フェーズ 2)

期間	2014 年から 2015 年
対象地域	メンタワイ島の 4 村
目的	<ul style="list-style-type: none"> 災害に脆弱な遠隔コミュニティにおいて Resilient Village Program 実践に貢献する。 災害への備え、対応能力のあるコミュニティづくりを支援する。
成果	<ul style="list-style-type: none"> 村レベルで防災フォーラムが結成される。 緊急避難所、ロジスティクス、応急処置、捜索救助に係るトレーニングが実施され、必要機材が備わる。 被災リスクの高い脆弱層へアプローチできる、コミュニティ防災遠隔チームが結成される。 集落レベルで防災チームが結成される。 村レベルでのインクルーシブな防災計画、規則、地震や津波への災害対策計画が策定される。
協力機関	市/県レベル BPBD
備考	<ul style="list-style-type: none"> 2013 年に、同じくメンタワイ島の村を対象にフェーズ 1 を実施。フェーズ 2 では、その周辺のさらに遠隔地域を対象にしている。 このプログラムでは、障害者や高齢者、女性、子どもなど災害に脆弱な人々のインクルージョンを推進して実施している。

表 4-10 シドニー大学共同研究プロジェクト「災害対策への障害インクルージョン」

期間	2 年間
対象地域	4 州
概要	プロジェクトでは「障害インクルーシブ災害対策ツール」が開発され、このツールを用いて対象の 4 州で調査が実施された。障害者とコミュニティ・ワーカーで構成される調査チームが、200 人以上の障害者、障害者家族、介護者等を対象に聞き取り調査を実施した。この研究プロジェクトの成果は、国家レベル、地方レベルにおける防災政策の策定・実施に役立てられる。
協力機関	シドニー大学障害研究・政策センター

表 4-11 TATTs (Technical Assistance and Training Teams) プロジェクト

期間	2015 年 10 月～2016 年 10 月 (予定)
対象地域	中央ジャワ州、パプア州等を含む 6 州
対象者	TATT、BPBD 及び関係政府機関職員、大学防災フォーラム
目的	<ul style="list-style-type: none"> 政策策定に係る関係者に障害インクルージョンの視点を備える。 障害インクルージョンに関する課題解決に向けた技術協力を実施する。 活動計画や活動が障害インクルーシブとなるよう、TATT チーム、BPBD 職員を支援する。 BNPB の新長官令に基づき、中央ジャワ州 BPBD に障害者サービスユニットが設置され機能するよう支援する。
資金	USAID 等

4.5.2 ハンディキャップ・インターナショナル (HI)

(1) 組織概要

ハンディキャップ・インターナショナル (HI) は 1982 年に発足した国際 NGO で、主に障害者や障害者家族、彼らが生活するコミュニティを対象に、現在 61 カ国でプロジェクトを展開している。

インドネシアにおいては、①災害に対する緊急援助と、②開発課題の 2 分野で活動している。②の開発分野には、障害者のインクルーシブ教育、アクセシビリティ、防災・減災、人権とアドボカシーに係る活動が含まれる。2013 年から 2015 年のインドネシア及び東ティモールにおける地域プログラムの活動方針・戦略として以下の目標、行動計画を示している。

- | | |
|------|--|
| 目標 | 地域プログラムの実施により、障害者及び脆弱層のサービスへのアクセシビリティが改善され、政治活動を含む一般的な活動への参加が促される。 |
| 行動計画 | <ul style="list-style-type: none"> ▪ 障害者及び脆弱層が主体となって開発課題解決に取り組むよう促す。 ▪ 障害者のアクセシビリティ改善に向け、障害の主流化及び障害に特化したサービスを推進する。 ▪ 障害者のアクセシビリティ及び社会参加改善のため、政策決定者の障害課題に対する意識向上を促す。 ▪ 緊急事態において、障害者及び脆弱層に配慮した対応がなされるよう促す。 |

これまでに HI が実施している、障害インクルーシブな災害対策に係る活動について、詳細を次項に示す。なお、障害インクルーシブ教育、その他の取り組みについては、6.3.2 を参照のこと。

(2) 障害インクルーシブな災害対策に係る活動

HI は、災害状況調査を担う PMI や、被災現場でロジスティクスを提供する TAGANA に対し、障害の視点を入れた調査方法、計画策定、避難、応急処置などについて研修を実施している。現在及び過去に HI が実施している障害インクルーシブな災害対策に係るプロジェクトには表 4-12 から表 4-15 に示すようなものがある¹⁸²。

表 4-12 災害リスク管理プロジェクト

期間	2015 年 3 月～12 月
対象地域	東ヌサトゥンガラ州クパン市、マラカ県
対象者	PMI 中央職員、東ヌサトゥンガラ地方職員、ボランティア
成果	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 中央 PMI が実施する研修、活動に障害者及び障害課題を盛り込まれる。 ▪ 東ヌサトゥンガラ地方 PMI が実施する活動に障害者及び障害課題が盛り込まれる。
協力機関	中央 PMI、東ヌサトゥンガラ地方 PMI

¹⁸² <http://www.handicap-international-id.org/>

表 4-13 東ヌサトゥンガラ州 障害インクルーシブ災害リスク削減プロジェクト

対象地域	クパン市、クパン県、東トゥングスラタン県、ベルー県
目標	災害リスク管理に係る活動への参加を通じて、障害者の自然災害への脆弱性を軽減する。
目的	東ヌサトゥンガラ州 34 校で実施する学校防災プログラムにおいて、障害インクルージョンが継続されるよう支援する。
成果	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 障害インクルーシブ学校防災プログラムを実施する 34 校の防災ネットワークが、対象地（1 市 2 県）において機能する。 ▪ 州及び県レベルにおいて、学校の防災ネットワークが BPBD と積極的に連携し、災害リスク削減フォーラム及び BPBD 職員の能力が強化される。 ▪ PMI の支援により、3 県 12 校において障害インクルーシブ学校防災プログラムが展開される。 ▪ 小学校のカリキュラムに障害インクルーシブ防災が盛り込まれる。
協力機関	州社会局及び TAGANA、州 BPBD、クパン市社会局、東トゥングスラタン県社会局及び TAGANA、東トゥングスラタン BPBD、東ヌサトゥンガラ地方 PMI

表 4-14 東ヌサトゥンガラ州 学校防災プロジェクト

期間	2010 年 10 月～2011 年 12 月
対象地域	クパン市における特別支援学校 1 校、インクルーシブ学校 3 校 クパン県における特別支援学校 1 校、インクルーシブ学校 3 校 ベルー県における特別支援学校 1 校、インクルーシブ学校 3 校
目標	非障害児及び障害児の災害対応能力が強化される。
目的	<ul style="list-style-type: none"> ▪ それぞれの学校で非障害児と障害児が防災タスクフォースを結成し、それらタスクフォースによって防災関連情報、ツール、活動などがクラスに普及される。 ▪ 障害インクルーシブな防災計画やピア活動などを通じて、緊急時の避難、避難計画への障害インクルージョンが改善される。 ▪ TAGANA、生徒保護者、障害児保護者フォーラムのメンバーで構成されるボランティアが子どもの防災活動に協力する。
成果	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 特別支援学校 3 校、インクルーシブ学校 9 校において、合計 4,705 名（このうち障害児は 423 名）の生徒に対しプロジェクト活動を実施した。 ▪ 合計 405 名（このうち障害児は 135 名）がタスクフォースメンバーとして、障害インクルーシブな学校防災プログラムに協力した。 ▪ 20 名のボランティアメンバーがプロジェクト活動を支援した。
協力機関	州社会局、クパン市社会局、クパン県社会局、ベルー県社会局、州教育青少年スポーツ局、クパン市教育青少年スポーツ局、クパン県教育青少年スポーツ局、ベルー県教育青少年スポーツ局、クパン県 TAGANA、ベルー県 TAGANA、障害児保護者フォーラム

表 4-15 メラピ山噴火へのインクルーシブ緊急支援

期間	2010 年 11 月～2011 年 4 月
目標	メラピ山噴火により被災した脆弱層のニーズに即した緊急支援を行う。
目的	スレマン県地域（ジョグジャカルタ特別州）、クラテン県地域（中央ジャワ州）において被災した脆弱層の特別なニーズに対応する。
成果	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 障害支援サービスを受けた障害者の数：8,155 名（直接）、40,775 名（間接） ▪ 障害予防に関するサービスを受けた人の数：4,258 名（直接）、21,290 名（間接） ▪ 障害関連以外のサービスを受容した人の数：3,408 名（直接）、17,040 名（間接）
協力機関	スレマン県保健所、クラテン県保健所、TAGANA、DPO（SAPDA、CIQAL、Samsara）

4.6 支援組織、当事者団体による取り組み

障害インクルーシブな災害対策に取り組む DPOs には、KARINA KAS、YAKKUM の 2 つがある。以下にそれぞれの団体の組織概要及び活動事例を述べる。

4.6.1 KARINA KAS (Karitas Indonesia Keuskupan Agung Semarang)

2006年のジャワ島中部地震災害への支援活動をきっかけに設立された。現在、以下3つのプログラムを実施している。

- 1) CBR
- 2) コミュニティにおける災害リスク管理
- 3) 貧困層の世帯収入向上、教育支援

支援対象はプログラムによって異なり、1) では障害者、2) ではコミュニティ住民、3) では貧困層を対象にしている¹⁸³。災害対策に係る取り組み事例を表 4-16 にまとめる。

表 4-16 災害対策に係る取組事例

実施時期	活動内容
2010年	メラピ山噴火の被災者に対し、以下について支援した。 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 医療チームの派遣 ▪ 公衆衛生キットの配布 ▪ CBRプログラムで養成した障害者によるマッサージサービスの提供 ▪ 心理社会的ケアの支援
2011年	SARチーム、PMIの協力のもと、洪水被害を想定した緊急対応シミュレーションを実施した。緊急対応ツールを用いて、早期警報、避難、応急処置に関してシミュレーションした。
2012年	ジョグジャカルタ特別州において、2つのコミュニティのボランティアを対象に、「災害リスク削減・参加型災害リスク分析」研修を実施した。

(出典：KARINA KAS 資料)

4.6.2 YAKKUM (Yayasan Kristen Untuk Kesejahteraan Umum)

1982年にニュージーランドのキリスト教団体の支援により、障害児のリハビリテーション・センターとしてジョグジャカルタ市に創設された。CBRプログラムを中心に、早期発見のための検診、理学療法、外科手術、補助器具、コミュニティ・エンパワメント、障害インクルーシブ災害対策、などに取り組んでいる。災害対策に関する活動は、障害当事者やコミュニティへの啓発が中心である¹⁸⁴。

4.7 災害対策分野における日本の援助動向

4.7.1 JICAによる支援

インドネシアは日本と同様に自然災害によるリスクの高い国であることから、日本政府は防災・災害対策支援を重点分野における開発課題の1つと位置付け、これまでに多くの支援を実施してきている。警報システム整備や建築物対策など防災・減災に重点を置いた支援のほか、ジャワ島中部地震など災害発生時時の緊急人道支援、震災後における復旧・復興プログラムなど、災害対策に係る一連の支援を実施してきた。近年では、BNPBの発足に伴い政府機関の能力強化や地域住民に対する啓発活動などの支援も実施されている。ただし、障害者や子ども、妊産婦、高齢者など災害に対して脆弱なグループを対象、あるいは包含した活動を明らかに示す記録はない。

以下にこれまで日本政府により実施された防災・災害対策関連案件を分野別に示す(表 4-17)。

¹⁸³ <http://www.karinakas.org/i/>

¹⁸⁴ <http://yakkum-rehabilitation.org/>

表 4-17 日本政府により実施された防災・災害対策関連案件

期間	案件名	スキーム
総合防災対策		
2001年～2006年	火山地域総合防災プロジェクト	技術協力プロジェクト
2006年～2007年	ジャワ島中部地震災害復興支援プロジェクト	技術協力プロジェクト
2009年～2012年	インドネシアにおける地震火山分野の総合防災策	技術協力プロジェクト
2010年～2016年	総合防災政策アドバイザー	有償技術支援
2011年～2015年	国家防災庁および地方防災局の災害対応能力強化プロジェクト	技術協力プロジェクト
2012年～2016年	ジャワ島中部メラピ火山周辺村落のコミュニティ防災力向上	草の根技協
2014年～2019年	火山噴出物の放出に伴う災害の軽減に関する総合的研究プロジェクト	技術協力プロジェクト
地震・津波対策		
2007年～2009年	津波早期警報能力向上プロジェクト	技術協力プロジェクト
2009年～2011年	西スマトラ州パダン沖地震被災地復興支援プロジェクト	開発計画調査型技術協力
2011年～2014年	建築物耐震性向上のための建築行政執行能力向上プロジェクトフェーズ2	有償技術支援
2013年～2014年	広域防災システム整備計画	無償資金協力
洪水対策		
2007年～2010年	ジャカルタ首都圏流域水害軽減組織強化プロジェクト	技術協力プロジェクト
2009年～2014年	洪水制御セクターローン	有償資金協力
2011年～2015年	プレイット排水機場緊急改修計画	無償資金協力
2013年～2018年	チタルム川上流支川流域洪水対策セクターローン	有償資金協力
土砂災害対策		
2009年～2012年	インドネシアの中山間地における地盤災害防災技術の能力開発事業	草の根技協
2008年～2012年	バンジール・バンドン災害対策プロジェクト	技術協力プロジェクト
2014年～2017年	メラピ山緊急防災事業 (II)	有償資金協力

(出典：JICAナレッジサイトからの情報をもとに調査団作成¹⁸⁵)

4.7.2 民間組織による支援

(1) 特定非営利活動法人 ジャパンハート

特定非営利活動法人 ジャパンハートは、アジア地域の開発途上国に対し、医療支援、保健活動、養育施設運営、視覚障害者自立支援、国際緊急医療支援などを実施している。インドネシアにおいては、2014年6月に社会省と救援活動訓練についての技術協力契約を締結し、社会省の災害対応能力強化活動、被災地の緊急援助などに協力してきた。主な活動実績は表 4-18 のとおり。

表 4-18 ジャパンハートの活動実績¹⁸⁶

実施時期	活動内容
2014年8月	ボゴール市において TAGANA を対象に4日間の訓練を実施。 南スマトラ島(バンカブリテン島)において TAGANA を対象に2日間の訓練を実施。
2014年9月	ボゴール市において TAGANA メンバー60名を対象に5日間の訓練を実施。災害マネジメント、応急救護についての講義と、災害対応シミュレーションの実践演習を実施した。

¹⁸⁵ <http://gwweb.jica.go.jp/>

¹⁸⁶ <http://www.japanheart.org/rescue/report/cat/>

2014年10月	北スマトラ島シナブン火山噴火への緊急対応として、医療ニーズ調査を実施。
2015年2月	カンボジア、ラオス、ミャンマー、インドネシア、日本の5カ国合同で、インドネシアにおいて災害対応能力強化訓練を実施。災害マネジメント、危機管理、緊急連絡システム、災害医療、インドネシア災害規則などについて講義を実施した。

(2) 一般社団法人 地域社会継続研究所

一般社団法人 地域社会継続研究所（Community Emergency Management Institute Japan: CEMIJ）は、日本国内及びASEAN地域を中心とする海外の現場で災害対応に関する研究や支援活動を実施している。インドネシアでは、社会省の災害対策活動を支援している¹⁸⁷。主な活動実績は表 4-19 のとおり。

表 4-19 CEMIJ の活動実績

実施時期	活動内容
2014年3月	（特非）ジャパンハートと協同で、現場指揮システムに関するワークショップを実施。災害関連11機関の代表者を対象に行われた。
2014年4月	（特非）ジャパンハートと協同で、TAGANA を対象に防災ワークショップを実施。トリアージ、応急救護、現場指揮システム、緊急連絡システムなどについて研修を実施した。
2015年3月	西ジャワ州ガルト市において防災訓練ニーズのアセスメントを実施。今後、市の要望に応じて研修プログラムを開発予定。
2015年4月	TAGANA に対しトレーニングを実施。トレーニングは、近年社会省の災害対策の焦点である、脆弱層に対する実践的なアプローチ「社会擁護」をテーマに行われた。
2015年8月（予定）	上記同様、TAGANA メンバー60名を対象にしたトレーニングを実施予定。

4.8 障害者に対する日本の取り組み事例

4.8.1 行政による取り組み

(1) 避難行動要支援者名簿¹⁸⁸

災害対策基本法第49条の10において、市町村長に対し、自力で避難することが困難な要支援者の名簿を作成しておくことを義務づけている。避難行動要支援者名簿には、本人の氏名、生年月日、性別、住所、連絡先、支援を必要とする理由、その他市町村の判断によって必要と認められる事項、が記録される。災害時、要支援者の生命または身体を災害から保護する必要があると認められた場合には、市町村長は本人の同意の有無に関わらず、避難支援関係者その他の者に対し名簿情報を提供することができる。

2011年の東日本大震災では、ほとんどの市町村が個人情報保護法に従い、要支援者にかかる情報を外部者に開示しなかったため、災害時要支援者制度の有効性が確認されなかった。その後、2013年に情報開示の条件を中心に改定された。

(2) 福祉避難所¹⁸⁹

災害救助法では、市町村長は、障害者（身体障害者、知的障害者、精神障害者）、高齢者、在宅難病患者、妊産婦、乳幼児など、特別な配慮を必要とする要支援者を対象とした福祉避難所を設けること

¹⁸⁷ 一般財団法人 地域社会継続研究所ウェブサイト (<http://cemij.doorblog.jp/>)

¹⁸⁸ 内閣府（平成25年8月）「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」

¹⁸⁹ 厚生労働省（平成20年6月）「福祉避難所設置・運営に関するガイドライン」

と定められている。福祉避難所の設置に際し、市町村長は要支援者（福祉避難所の対象者）数の把握、福祉避難所として利用可能な施設の把握と整備に努め、運営体制を整理することが求められている。

福祉避難所の要件には、耐震・耐火構造であり施設自体の安全性が確保されていること、バリアフリー化など利用者の安全性が確保されていること、利用者の避難スペースが確保されていること、などがある。福祉避難所として利用される施設は市町村によって異なるが、指定避難所（小・中学校、公民館等）、老人福祉施設、障害者支援施設、保健センター、公共・民間の宿泊施設などが考えられる。

(3) 災害時要援護者支援班¹⁹⁰

災害救助法に基づき、市町村では福祉部局を中心に、災害時要援護者支援班を設置し災害に備えることになっている。要援護者支援班は、自治体職員のほか必要に応じて、地域の自主防災組織、支援団体、福祉施設関係者、医療従事者、ボランティア等で構成される。平時には、要援護者情報の共有化、要援護者参加型の防災訓練の実施、避難支援計画の策定などを担い、災害時には、災害情報の伝達、要援護者の避難誘導、安否確認、避難状況の把握に努める。

4.8.2 非政府組織による取り組み

(1) 支援センターの設置¹⁹¹

2011年の東日本大震災では、障害者への長期的な支援の必要性から、日本障害フォーラム（Japan Disability Forum: JDF）は、岩手・宮城・福島の3県に支援センターを設置した。支援センターは自治体や関係団体と連携し、障害者の安否確認、避難所での生活支援、避難所から仮設住宅への移動を支援し、現在も仮設住宅で生活する障害者の生活支援や就労支援などを継続している。

(2) 手話通訳者の派遣¹⁹²

全日本ろうあ連盟は全国手話通訳問題研究会、日本手話通訳士協会と協力し、関係省庁やメディアに対し震災報道の聴覚障害者への情報保障（手話通訳・字幕付与）を要望した。また、聴覚障害者の支援には手話通訳者が不可欠であることから、厚生労働省に対し手話通訳者の公的派遣を要請し、厚生労働省に登録された21都道府県76名の手話通訳者の派遣をコーディネートした。手話通訳者は、被災した聴覚障害者の罹災証明、保険、障害者手帳、免許などの手続き、医療や就労、日常生活全般のコミュニケーションを支援した。

¹⁹⁰ 厚生労働省（平成20年6月）「福祉避難所設置・運営に関するガイドライン」

¹⁹¹ 日本障害者フォーラム（2013年3月）「東日本大震災 障害者の支援に関する報告書」

¹⁹² （同上）

第 5 章 インドネシアに対する日本の援助動向

5.1 対インドネシア援助方針

日本は、インドネシアをASEAN最大の人口と国土を有するASEANの中核国として捉え、「均衡のとれた更なる発展とアジア地域及び国際社会の課題への対応能力向上への支援」を援助の基本方針に掲げている。長い友好関係を有する戦略的パートナーであるインドネシアのさらなる経済成長に重点を置きつつ、均衡のとれた発展と、アジア地域及び国際社会の課題への対応能力向上を支援するため、表 5-1 に示す 3 つの重点分野を設定している¹⁹³。

表 5-1 日本の対インドネシア支援重点分野（中目標）

- | |
|---|
| <p>(1) さらなる経済成長への支援：民間セクター主導の経済成長の加速化を図るため、ジャカルタ首都圏を中心にインフラ整備支援やアジア地域の経済連携の深化も踏まえた各種規制・制度の改善支援等を実施することにより、ビジネス・投資環境の改善を図ると同時に、高等人材を育成・支援する</p> <p>(2) 不均衡の是正と安全な社会造りへの支援：国内格差を是正し、均衡のとれた発展と安全な社会の構築に寄与するため、主要な交通・物流網等の整備や地方の拠点都市圏の整備等国内の連結性（コネクティビティ）強化に向けた支援、地方開発のための制度・組織の改善支援及び防災・災害対策支援等</p> <p>(3) アジア地域及び国際社会の課題への対応能力向上のための支援：アジア地域の抱える海上安全やテロ、感染症等の問題や、環境保全・気候変動等の地球規模課題への対応能力や援助国（ドナー）としての能力の向上に寄与するための支援等</p> |
|---|

（出典：外務省対インドネシア共和国別援助方針平成 24 年版）

5.2 JICAの障害と開発分野における援助方針

2015 年 2 月に改訂された課題別指針「障害と開発」では、「すべての障害者の人権尊重、参加と平等およびインクルーシブな社会の実現」を協力の目的とし、以下の 3 つを JICA が重点とすべき取り組みとしてあげている。

1. 障害インクルーシブな政策・制度の整備
 - a. 国連障害者権利条約とそれに基づいた政策・制度の推進
 - b. 障害に関する統計や情報の整備
2. 障害インクルーシブな事業の実践
3. 障害者のエンパワメント

5.3 障害と開発分野支援における日本の比較優位性

JICAによる障害と開発に関する協力は1970年代から始まり、1980年代初頭からは研修員受入、無償資金協力、技術協力プロジェクトなどが実施された¹⁹⁴。過去の実績や日本がすでに持ち合わせてい

¹⁹³ 本項における出典は、基本的に外務省『対インドネシア共和国 国別援助方針』（平成 24 年 4 月）に拠る。なお、外務省ウェブサイトにおいてインドネシアのそれは各国向け援助方針の冒頭に据えられている（http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/seisaku/kuni_enjyo_kakkoku.html）。

¹⁹⁴ JICA『課題別指針「障害と開発」』（2015）

るアクセシビリティや災害対策、社会保障などの関連分野の知見・経験を合わせると、アクセシビリティ、医療リハビリテーション、障害者エンパワメント、災害対策、社会保障の5分野に特に比較優位性が高いと考えられる。比較優位性が高いと考えるその根拠を以下の表5-2にまとめた。

表 5-2 日本の障害分野支援における比較優位性

分野	日本の経験・知見
アクセシビリティ	日本は、少子・高齢化などの背景から、バリアフリーやユニバーサル・デザインの促進に努力してきた実績があり、この分野での知見・経験を十分に保有している。道路、鉄道、港湾、空港などの運輸交通インフラの整備事業では、特に空港や地下鉄などの都市交通や学校・病院建設においてJICAは既にユニバーサル・デザインを採用している ¹⁹⁵ 。
医療リハビリテーション	日本は、過去に途上国での医療リハビリテーションの地域地域格差の解消や、専門職養成、サービスの質の向上、医療リハビリテーションから住民参加型の総合リハビリテーションの移行などに貢献してきた実績が多々あり、この分野での知見・経験を十分に保有している。
障害者エンパワメント	日本は、途上国の障害者のエンパワメントを図るため、協力の実施者として障害当事者を途上国に専門家として派遣し、ピア・カウンセリング、当事者リーダー育成、障害者自身が講師となる障害平等研修（Disability Equality Training: DET）、自立生活支援、バリアフリー化などの取組みに関して十分な経験と知見がある。コロンビアの「障害のある紛争被害者のソーシャルインクルージョンプロジェクト」（2015～2020年）では、JICAとして初めて障害のある長期専門家を派遣した。
災害対策	日本は過去四半世紀の間に大規模な震災を二度経験し（阪神・淡路大震災、東日本大震災）、障害者への取り組みについて教訓と準備・対処法を蓄積してきた。また、2015年4月には、障害者が主体的に参加する防災にアジア太平洋地域会合が日本の支援により仙台市で開催され、多くの障害者が発言し、障害者中心の会合を実現した。
社会保障	日本は、1961年国民皆保険を達成し、カバレッジ拡大の知見・経験を十分に保有している。支援機器についても、高齢化などの背景から機器の普及が促進され、十分な知見・経験がある。

（出典：課題別指針「障害と開発」および「社会保障」を参考に調査団作成）

5.4 対インドネシア支援実績

5.4.1 障害と開発分野

インドネシアにおける障害と開発分野の協力には表5-3のような実績がある。

表 5-3 インドネシアにおける障害と開発分野の協力実績

期間	案件名	スキーム
1994-1997	ソロ身体障害者リハビリテーション・センター技術協力プロジェクト	技術協力プロジェクト
1997-2002	国立障害者職業リハビリテーション・センター	技術協力プロジェクト
2003-2006	国立障害者職業リハビリテーション・センター機能強化プロジェクト	技術協力プロジェクト
1994-97/2006-11	障害者の社会参加支援プロジェクト	技術協力プロジェクト
1987	職業リハビリテーション	個別案件（専門家派遣）
1988	職業リハビリテーション	個別案件（専門家派遣）
1990	職業リハビリテーション（セミナー開催）	個別案件（専門家派遣）

¹⁹⁵ JICA（2015）課題別指針「障害と開発」、p44

期間	案件名	スキーム
1991	職業リハビリテーション（セミナー開催）	個別案件（専門家派遣）
1995	職業訓練指導	個別案件（専門家派遣）
2000-2006	職業リハビリテーション	個別案件（専門家派遣）
2003-2006	インドネシアにおける難聴者支援のためのネットワーク作り	草の根
1993	職業訓練センター機材整備計画	無償資金協力

また、表 5-4 の有償資金協力案件では障害配慮がなされた（障害に特化した有償資金協力案件はない）。

表 5-4 障害への配慮がなされた有償資金協力案件

期間	案件名	スキーム
1996 - 2014	ジャワ南線鉄道複線化事業（全4期）	有償資金協力
2009	ジャカルタ都市高速鉄道事業	有償資金協力
2009-2012	ハサヌディン大学工学部強化計画プロジェクト	有償資金協力
2008	インドネシア大学整備事業	有償資金協力

5.4.2 その他

障害に特化した支援ではないが、障害の視点が入った保健医療とインフラ整備における協力実績について以下にまとめる。

(1) 保健

途上国では、妊産婦、乳幼児の検診受診率が先進国と比較して低く、障害の早期発見・介入を阻む要因となっている。JICA による母子手帳導入に向けた協力では、障害の予防の観点から、障害の早期発見・介入に関する項目が母子手帳に含まれている。インドネシアで実施された母子保健プロジェクトの経緯を表 5-5 にまとめる。

表 5-5 インドネシアで実施された母子保健プロジェクトの経緯

年	案件名	スキーム
1993-1994	フェーズ 0 「家族計画・母子保健プロジェクト」 （延長協力）中部ジャワ州サラティガ市をパイロット 地域とし、 母子手帳の開発と試行を開始	技術協力 プロジェクト
1994-1996	中部ジャワ州内への拡大	-
1996	配布州を 5 州に拡大	-
1998-2003	フェーズ 1 「母と子の健康手帳プロジェクト」 量的拡充を図り、2003 年には 23 州に対象領域を拡大。 2004 年には母子手帳に関する保健省令が発令された。	技術協力 プロジェクト
2006-2009	フェーズ 2 「母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト」 母子手帳活用の質的向上と自立発展性の確保を目指す ¹⁹⁶	技術協力 プロジェクト

(2) インフラ整備

2015 年 8 月現在、インドネシアに対するインフラ整備に係る協力は、ジャカルタ首都圏投資促進のための運輸交通環境整備プログラムとして 1) 計画・制度改善・能力向上、2) 大量交通機関の輸送力

¹⁹⁶ http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2012_0600435_4_f.pdf

増大、3) 道路交通の改善、空港施設・容量の拡充などの約 17 件のプロジェクトが 2013 年より実施中である。道路、鉄道、港湾、空港などの運輸交通インフラの整備事業では、JICAは既にユニバーサル・デザインを採用していることから¹⁹⁷、インドネシアで実施中の案件を以下にまとめた。

表 5-6 実施中のジャカルタ首都圏投資促進のための運輸交通環境整備プログラム

	期間	案件名	スキーム
計画・制度改善・能力向上	2014-2017	JABODETABEK都市交通政策統合プロジェクトフェーズ2	技プロ
	-2016	PPPネットワーク機能強化プロジェクト	技プロ
	2013-2016	西ジャワ州開発政策アドバイザー	個別専門家
	-2015	日ASEAN交通分野における環境に関する行動計画	国土交通省技術協力
	2014-2018	MPAサポートファシリティ	技プロ
	2013-2018以降	インフラ開発・連結性強化促進開発政策借款	有償
大量交通機関の輸送力増大	2013-2016	ジャカルタMRT事業アドバイザー	個別専門家
	2009-2016	ジャカルタ都市高速鉄道計画(第一期)	有償
	2013-2017	ジャワ幹線鉄道電化・複々線化計画(第一期)	有償
	2013-2018以降	ジャワ南線複線化計画(第四期)	有償
	2014-2020	ジャカルタ首都圏鉄道輸送能力増強計画(第一期)	有償
	2013-2014	ジャカルタMRTルバックブルス駅前開発計画	協準
道路交通の改善	2013-2016	道路政策アドバイザー	個別専門家
	2013-2015	タンジュンプリオク港アクセス道路建設計画(第一期)	有償
	2013-2016	タンジュンプリオク港アクセス道路建設計画(第二期)	有償
	2013-2014	ジャカルタ渋滞対策に資するITS事業	協準
空港施設・容量の拡充	2013-2016	空港開発計画アドバイザー	個別専門家

(出典：JICA インドネシア事務所より入手した「対インドネシア共和国事業展開計画」に基づいて調査団作成)

その他、グリーンシティ・マスタープラン（GMP）への支援について、インドネシア政府内で日本への技術協力要請を準備中である。同協力案の一部では、スラバヤ市を対象とし、障害者も含む全ての住人の公共財・サービスへのアクセシビリティを高める視点の導入も検討されている。

貧困削減地方インフラ開発計画（第 II 期）（2013）（有償）では、ジャワ島、バリ島以外の貧困度の高い地域における、生産、交通、上水・衛生、保健、教育といった分野に及ぶ小規模インフラの開発により、当該地域に居住する貧困層の経済機会創出、及び地方政府の行政能力向上を図ると同時に、社会サービスへのアクセシビリティ改善も企図している。

¹⁹⁷ JICA（2015）課題別指針「障害と開発」、p44

その他草の根無償スキームにおいても、北ジャカルタ及びブカシにおける車いす利用者自立支援のための施設整備計画（2013）や、西ジャワ州デポック市における児童養護施設改築計画（同）、西ジャワ州ガルット県における障害者学校への水供給計画（2009）といった、障害に特化した協力ではないが、関連インフラの整備を目的とした複数の案件が実施されている。

第 6 章 インドネシアに対する他ドナーの援助動向

6.1 概要

現在（2015年5月～8月）、対インドネシア支援について積極的に活動している主なドナーは表 6-1 のとおりである。

表 6-1 対インドネシア支援を実施する主なドナー機関

カテゴリー	機関名
二国間援助機関	GIZ、オーストラリア外務貿易省（Department of Foreign Affairs and Trade: DFAT）
国際機関	ILO、UNESCO
国際 NGO	CBM（Christian Blind Mission）、HI、ASB

上記の機関を中心に、障害関連ドナー連携会議が 3 カ月ごとに開催されている。ドナー会議の目的は、①パートナーシップの醸成、②活動の重複の回避、③ネットワーキングと情報共有である。BAPPENAS の障害担当者によると、インドネシアでは障害と開発分野において DFAT、GIZ、CBM、HI が積極的に活動している。この 4 機関について以下に整理する。4 機関以外の活動については表 6-8 を参照のこと。

6.2 二国間援助機関

6.2.1 オーストラリア外務貿易省（DFAT）

オーストラリア政府の障害分野でのアプローチは障害インクルーシブ開発で、全ての開発プロジェクトに障害を入れ込むことを促進している¹⁹⁸。2015年3月には障害インクルーシブ開発に関する新戦略“Development for All 2015-2020: Strategy for strengthening disability-inclusive development in Australia’s aid program”が策定された¹⁹⁹。対インドネシアの支援策は新戦略に沿って策定される予定である。

障害インクルーシブ開発に対する対インドネシア支援の予算は、2014年度で約 5.4 億米ドル（約 672 億円）、2015 年で約 3.2 億米ドル（約 397 億円）である。

主に、経済・民主主義ガバナンス、教育、保健、インフラストラクチャー、社会開発、農村開発、災害リスク削減、の 7 分野を支援している。

障害と開発に関する主なプロジェクトは以下のとおり。

- 学校のバリアフリー対策として、障害者用のトイレやスロープ、ハンドレールなどの設備の設置を支援²⁰⁰。
- オーストラリアでの障害研修に、女性エンパワメント・児童保護省職員、障害当事者を派遣。
- 障害児のスクリーニングに関し、関連スタッフへの研修を実施。

¹⁹⁸ <http://dfat.gov.au/geo/indonesia/development-assistance/pages/development-assistance-in-indonesia.aspx>

¹⁹⁹ <http://dfat.gov.au/about-us/publications/Pages/development-for-all-2015-2020.aspx>

²⁰⁰ http://www.inclusivewash.org.au/Literature/Case%20Study%2008_Inclusive%20WASH%20facilities%20and%20the%20Indonesian%20education%20system.pdf

- ソーシャル・ワーカー育成のための研修実施を支援（ブリスベン市 La Trobe 大学）。
- 人権のための国家行動計画（仮題）における障害分野の計画策定を支援²⁰¹。

また、オーストラリア政府が財政支援するプログラム Australia Indonesia Partnership for Justice (AIPJ) について以下に詳細を述べる。

AIPJ は 2011 年より開始された、オーストラリア政府が財政支援する 5 年間のプロジェクトで（支援額 5,000 万オーストラリアドル）、フェーズ 1 は 2016 年の 6 月に終了予定であり、フェーズ 2 の計画が策定中である。AIPJ 事務所はジャカルタのほか、東ヌサトゥンガラ州、西ヌサトゥンガラ州、南スラウェシ州にも設置されている。このプロジェクトは、BAPPENAS が管轄している。AIPJ は、最高裁判所、法律事務所、法務・人権省、BAPPENAS、司法委員会、汚職撲滅委員会、市民社会や DPO などと連携して活動を実施している。

AIPJ の活動目的は、障害者だけでなく貧困の女性や子どもの法の下での正義 (legal justice) を確保し、サービス提供を改善することによって、貧困削減につなげることである。手法としては、障害者や貧困女性など当事者が全てのプロジェクトのプロセスに参加すること、そしてツイントラック・アプローチ(障害に特化したプログラムと障害に特化していないプログラムを同時に実施するアプローチ)を採用している。つまり、障害に特化したプログラムでは、障害者団体の能力強化、障害に特化していないプログラムでは、弁護士の業務を補佐する人への能力強化などを実施している。この能力強化活動により、法的サービスを提供する人たちが、女性障害者や視覚障害者に対してどのようなサービスを提供するべきかを学ぶことで、障害者への対応が改善されている。その他の活動として、2015 年 6 月には、「障害と宗教」というテーマでオーストラリア・カトリック大学、イスラミック大学、AIPJ がジャカルタで会合を共催した。また、今後は、重度の障害者の社会保障制度として 300,000 ルピア（約 2,800 円）/月が 1 年間支払われる現金給付制度があるが、汚職撲滅委員会 (Corruption Eradication Commission) との連携で、この 300,000 ルピア/月が適正に支払われているかをチェックする予定である。

6.2.2 ドイツ国際協力公社 (GIZ)

GIZ では障害分野は社会保障の一部に位置づけられており、障害インクルージョンの活動は拡大傾向にある。主に障害者の雇用創出や人権問題を扱っている。2 年半前から社会保障プログラム (チーム 5 名) の下に障害インクルージョン専門官を常駐させ、長期的な視点で支援にあたっている。社会省、国家開発庁、労働省間の対話の機会を増やすなどして連携促進を図ろうとしている。社会保障プログラムには以下 3 つのコンポーネントがある。

(1) 医療保障 (Social health protection)

国民社会保険の新制度 (BPJS Kesehatan) に関するもので、改革の道筋 (法律の制定など) から GIZ が 5 から 6 年かけて支援している。

²⁰¹<http://mspgh.unimelb.edu.au/research/implementing-the-convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-in-indonesia>

(2) 社会扶助 (Social assistance (現金給付など))

学齢期の子どもを持つ貧困世帯を対象とした現金給付制度 (Program Keluarga Harapan: PKH) の確立と普及に向けた協力で、主に社会省と取り組んでいる。特に貧困家庭を対象とし、教育や医療へのアクセス改善に向けて現在約 320 万の世帯を支援している。

(3) 障害者のインクルージョン

このコンポーネントは新しく 2014 年初旬に構築され、このプログラムの下で、主に BAPPENAS、社会省、労働省に協力している。コンポーネントには以下の 3 つのテーマがある。

(a) 障害者のための国立障害者職業リハビリテーション・センター (社会省管轄、西ジャワ州ボゴール県チビノン) への支援

カリキュラム、訓練マニュアルの改訂に関して社会省から支援要請があり、それらに取り組んでいる。既存のカリキュラムやマニュアルを、現在の労働市場に見合った教育内容にすることで将来的には他の訓練施設の見本・教訓とすることが期待されている。また、より多くの経営者が障害に対する理解 (障害者の雇用は単なる慈善行為ではないということ) を深められるよう、インドネシア経営者団体など雇用主を対象としたワークショップの開催も支援している。例えば、労働市場への障害インクルージョンのため、1997 年の障害者法 (企業は従業員数の 1% の割合で障害者を雇用しなければならないなどが定められている) の普及を目的としたワークショップなどである。その他、障害者を雇用している 8 つの企業を対象にその利点など調査が実施された。

(b) 障害関連の計画・法律への支援

人権のための国家行動計画 2015-2019 の草案に関して BAPPENAS を支援した。

(c) 職場復帰プログラム構築支援²⁰²

主に 4 つの社会的リスク (治療、医療リハビリテーション、補助器具、職場復帰制度) をカバーしている BPJS Ketenagakerjaan²⁰³ は GIZ にケースマネージャー²⁰⁴ 育成のため専門家の派遣を要請した。インドネシアでは労働災害の結果として障害者になる人も多く、労働災害の事例は 1 日に約 300 件で、報告されないものも含めるとそれ以上の数になる。2014 年には 2 人のケースマネージャーが、労働災害によって障害が生じた人の職場復帰を支援できるようドイツで研修を受講した。現在インドネシアには 35 名のケースマネージャーがいる (スラウェシ、スマトラなどに支局が設置されている)。今後 GIZ は国際社会保障機関 (International Social Security Association: ISSA) などの専門家と協力したり、ドイツへ派遣したりするなどしてケースマネージャーの育成を支援していく予定である。

²⁰² 公式には 2015 年 7 月にこの制度が開始 (Jakarta Post, "Return-to-work plan set to launch," April 17, 2015) (<http://www.thejakartapost.com/news/2015/04/17/return-work-plan-set-launch.html>)

²⁰³ 2014 年 1 月よりこれまでの社会保障制度であった JAMSOSTEK が BPJS に変更され、新しい社会保障制度が開始された。BPJS には健康保険を管轄する BPJS Kesehatan と、社会保険を管轄する BPJS Ketenagakerjaan の 2 つの機関が存在する。

²⁰⁴ 受益者が一部の就労能力に関して自分の目標及び目的を設定するのを手助けする (ISSA 2012)。

(https://www.issa.int/resources/highlight?jsessionid=69A85A33B58C16848AE2642C62C97C66?p_p_id=displayfoldercontent_WAR_ISSA_Event_Documentsportlet_INSTANCE_iGRe7oqDqJ4N&p_p_lifecycle=2&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_cacheability=cacheLevelPage&p_p_col_id=column-1&p_p_col_pos=1&p_p_col_count=2&_displayfoldercontent_WAR_ISSA_Event_Documentsportlet_INSTANCE_iGRe7oqDqJ4N_uuid=b9776dfb-550c-4e44-96c9-88210b9de03c&_displayfoldercontent_WAR_ISSA_Event_Documentsportlet_INSTANCE_iGRe7oqDqJ4N_name=jp-SPH_22_ja.pdf&_displayfoldercontent_WAR_ISSA_Event_Documentsportlet_INSTANCE_iGRe7oqDqJ4N_mimeType=application%2Fpdf)

6.3 国際NGO

6.3.1 Christian Blind Mission (CBM)

(1) 組織概要

CBMはドイツに本部を置く国際NGOで、最貧国の障害者の生活を改善することを目的に、2014年には世界65カ国で672のプロジェクトを実施した。主な活動は、CBR(2014年プロジェクト数207)、教育とリハビリテーション(2014年プロジェクト数388)、生計活動支援(2014年プロジェクト数102)、啓発(2014年地方/国家政策への啓発441、コミュニティレベルの啓発488)などである²⁰⁵。

(2) プロジェクト概要

現在、CBMは新しい5カ年計画を策定中である。5カ年計画の活動の柱は以下の3つである。

1. 失明予防：質が高く安価な白内障の手術を提供することが目的。同時に、目の健康サービスとシステム(白内障以外の回避できる目の症状の早期発見スクリーニングや安価なサービスへのアクセスなど)が障害者にも提供されることを促進。インドネシアでは、失明の原因の50%が白内障²⁰⁶で、失明の80%が回避できる。
2. コミュニティ・メンタル・ヘルス：知的・精神障害者の生活の質の改善を目的としている。
3. CBR：以前の計画と異なる点として、包括的なCBRを目指すことがあげられる。具体的には、目の健康だけでなくリファーマル・サービスなどへのアクセスも改善していく予定である。

現在実施されている主なプロジェクトには表6-2から表6-4に示すようなものがある。2014年時点で、14州で24のパートナーと共に活動している²⁰⁷。

表 6-2 アチェにおける精神社会リハビリテーションプログラム

分野	保健医療
目的	家族やコミュニティにおいてメンタルヘルスの理解を深める
期間	2004年12月の津波後に開始
対象地域	アチェ州(5つの村対象：詳細不明)
対象者	看護師、精神科医、精神障害者
活動	<ul style="list-style-type: none"> ▪ コミュニティのメンタルヘルスに関わる看護師へのトレーニング ▪ 14台のバイクを提供し、看護師が患者の自宅を訪問 ▪ リファーマル・サービスの提供

表 6-3 Bhakti Luhur CBR 開発センタープロジェクト(東ジャワ州)

主要分野と目的	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CBRの改善 ▪ インクルーシブ教育の促進 ▪ 弱視サービスと機器の提供 ▪ 自助団体の構築
期間	詳細不明
対象地域	東ジャワ州メラン市
対象者	CBRスタッフ
活動	<ul style="list-style-type: none"> ▪ CBR開発センター職員への研修(インクルーシブ教育、障害者団体の組織化、啓発など) ▪ CBR開発センターの弱視課が、目のスクリーニング、アセスメント、リファーマル・サービスの提供

²⁰⁵ CBM ウェブサイト (<http://www.cbm.org/CBM-in-numbers-310903.php>)

²⁰⁶ CBM (2013), Prevention of Blindness Programme.

²⁰⁷ CBM (2014), *CBM Indonesia*, Ver.2.

表 6-4 子どもの失明、弱視、視覚障害対策プログラム

主要分野	保健医療
目的	視覚障害を持つ全ての子どもが早期に発見され、生活の質の向上のために安価なサービスを受ける
期間	詳細不明
対象地域	南スラウェシ、ジャカルタ
対象者	眼科医、学校関係者、保健所スタッフなど
活動	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 早期発見 ▪ リファール・サービスの提供 ▪ 安価なサービスへのアクセス向上 ▪ 包括的な弱視ケアの提供
協力機関	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 眼科専門病院 ▪ 保健所 ▪ 学校

その他、CBR については、ソロ市にある CBR 開発研修センターを、特に女性障害者と障害児の権利促進に焦点を当てて支援しているほか、ニュージーランド政府の財政支援により、ジョグジャカルタ市で障害者の経済・社会エンパワメントに関するプロジェクトを支援している（詳細は不明）。

<文献>

CBM が最近作成した主な文献は以下のとおり。

- Inclusive made easy²⁰⁸ インドネシア語版： 障害インクルーシブな開発を促進するべく、2012 年に発表された。パート 1 は障害インクルーシブ開発の原則、パート 2 は分野別の実践上のヒントや事例などが記載されている。
- The Future is Inclusive – How to make international development disability-inclusive (2014)²⁰⁹ : CBM の障害インクルーシブな開発の紹介、障害インクルーシブな開発の課題や障壁とその対応策、可能な実践例などが記載されている。
- Inclusion made easy in eye health programs (2013)²¹⁰ : 包括的な目に関するケア・サービスを強化するためのガイドライン。目の健康プログラムにおける障害インクルーシブな開発の原則、障害インクルーシブな実践の紹介、カリキュラムや研修の開発に関する実践上のヒントや事例などが記載されている。

6.3.2 ハンディキャップ・インターナショナル (HI)

HI の組織概要及び災害対策に関するプロジェクト内容は 4.5.2 で既に述べた。したがって、その他の分野での活動について以下で言述する。

HI は、障害全般、広義での高齢者、妊婦、5 歳未満の子どもなどの弱者支援を担ってきた。インドネシア事務所では、主に市民社会支援、インクルーシブな地方開発、医療リハビリテーション、インクルーシブ教育、コミュニティでのアクセシビリティの分野で支援を実施している。ジョグジャカルタに本部を置く理由としては、東ティモールも支援地域に含まれていることから、ジャカルタにも東ティモール方面にも行きやすいという地理的条件の他に、ジョグジャカルタに DPO ネットワークが構築されており、そのネットワーク力が他の地域よりも強いことがある。アクセシビリティに

²⁰⁸ <http://www.cbm.org/Inclusion-Made-Easy-329091.php>

²⁰⁹ http://www.cbm.org/article/downloads/54741/did_series1_The_Future_is_Inclusive.pdf

²¹⁰ http://www.worldblindunion.org/English/resources/Documents/CBM%20Inclusion_Made_Easy_in_Eye_Health_Programs.pdf

については、分野横断的課題であるため、各プロジェクトで啓発促進しており、特に、アクセシビリティ配慮は地元の材料を使えば費用が高くないことを啓発している。現在実施されている主なプロジェクトには表 6-5 から表 6-7 に示すようなものがある。

表 6-5 アチェにおける医療リハビリテーションプロジェクト

分野	保健医療および社会保障
目標	<ul style="list-style-type: none"> 障害者の医療リハビリテーションに関する費用が州の医療保険でカバーされる 障害者が支払った障害に関する費用をコミュニティで補償する方法を特定する
期間	不明
対象地域	アチェ特別州バンダ・アチェ市、北アチェ県、中アチェ県、ベネル・ムリア県、ビルン県
対象者	アチェの議会メンバー、医療関係者、政策策定者
成果	<ul style="list-style-type: none"> 障害者の特定及びリファーマルシステムが機能する。 医療リハビリテーション・サービスが対象地域の全ての保健所や郡・州立病院などで提供される。 年に2度、アチェ特別州の議会メンバー、医療関係者、政策策定者などを対象に医療リハビリテーション・サービスを健康保険に含むことを啓発する。 医療リハビリテーション・サービスへのアクセスが改善される（パイロットプロジェクト2件）。
協力機関	対象地域の保健局、保健所、DPO など
資金	ルクセンブルグ外務省

表 6-6 西ヌサトゥンガラ州におけるインクルーシブ教育プロジェクト

分野	教育
目標	障害児のために、ポジティブな学校環境を提供し、教育へのアクセスを促進する
期間	不明
対象地域	西ヌサトゥンガラ州
対象者	障害児を持つ家族、学校関連者など
成果	<ul style="list-style-type: none"> 学校に通っていない障害児が特定され、学校へ通う。 両親やインクルーシブ学校の教員の支援により、障害児の登校が継続される。 学校での達成率が確保されるよう、障害女児の参加能力が強化される。
協力機関	DPO、教育機関など
資金	女兒カナダ財団（Girls Canadian Foundation）

表 6-7 変化のためのアドボカシープロジェクト（Advocating for changes）

分野	DPO の能力向上
目的	対象地域の DPO が障害に関する連帯活動を強化し、CRPD の実施を政府機関や関連機関に促進する。
期間	不明
対象地域	アチェ州、ジョグジャカルタ州、東ヌサトゥンガラ州
対象者	DPO
成果	<ul style="list-style-type: none"> DPO が保健、教育、社会保障分野で効果的に啓発できるよう計画・実施能力が向上する。 DPO が、州レベルでの地方計画、予算、障害関連制度の策定などへの障害インクルージョンを促進する。 好事例が、中央/州レベルで関連者に共有される。
協力機関	DPO
資金	ドイツ経済開発協力省

6.4 その他の主要機関の活動概要

表 6-8 に、その他の主要機関とその活動概要を整理する。

表 6-8 インドネシアに対する主要支援組織一覧

組織名	分野	プロジェクト名	プロジェクト期間	プロジェクト概要
ILO	労働	PROPEL Indonesia	活動中	労働分野の制度整備や啓発活動によって障害者の権利と機会の促進 ²¹¹
		Better Work Indonesia	終了	目的は、衣料品セクターへの障害者の雇用促進 ²¹² 。財政支援は、オーストラリア、オランダ、スイス。
世界銀行	障害者の能力強化	DPO Window	終了 (2012- 2014)	DPOを対象に財政支援を実施。対象地域は東インドネシア。活動内容は、1) 東インドネシアのDPOマッピング、2) マルチ・ステークホルダーフォーラムの構築、3) DPOの組織運営能力強化。 ²¹³
UNPRPD (UNESCO, ILO, WHO, UNFPA)	障害者の能力強化	Social Inclusion of People Living with Disabilities in Indonesia	終了 (2013-2014)	国連マルチドナー信託基金による財政支援。活動内容は、1) DPOs、国・州レベルの政府スタッフへの能力研修（財政、レポート作成、モニタリング評価、交渉とプレゼンテーション、啓発、リーダーシップ、データ収集など）2) コミュニティでインクルーシブ・シティ・ネットワークの構築。対象地域は、ジョグジャカルタ、バンダ・アチェ、ランブン、アンボン、バンジャルマシ、デンパサール ²¹⁴ 。
オランダ・ハンセン病救援協会 (Netherland Leprosy Relief: NLR)	保健		活動中	ハンセン病の予防とスティグマの軽減を目的とし、ハンセン病管理プログラムにリハビリテーション活動を統合。NLRは、1967年よりインドネシアを支援。ジャカルタ事務所は1988年に設立された ²¹⁵ 。

²¹¹ http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---asia/---ro-bangkok/---ilo-jakarta/documents/publication/wcms_233427.pdf

²¹² http://betterwork.org/indonesia/?page_id=134

²¹³ <http://pnpm-support.org/sites/default/files/DPO-Q1.2014-F.pdf>

²¹⁴ http://www.unesco.or.id/publication/shs/support_national_law_disability.pdf

²¹⁵ <http://leprosyrelief.org/offices/indonesia>

第 7 章 インドネシアの障害と開発分野における課題

前章に至るまで、インドネシアにおける障害及び障害者の現状とそれらを取り巻く政府機関の組織と政策、行政を中心とした各種サービス、そして二国間/多国間ドナーや各種支援団体の障害関連開発援助の現状について、障害に関連する開発分野またはテーマ（教育・保健・労働・社会保障・バリアフリー・ジェンダー・防災）ごとに記述した。また、特に開発分野/テーマのうち防災分野については、個々の災害対策サイクルにおける障害インクルージョンの状況を概観した。本章では、それら既述の情報を整理し、同国における「障害と開発」にとって重要と思われる問題・課題を可能な限り明確にした。

本章では、第 3 章で分野/テーマ別に概説した現状を基に抽出された、重要な問題点・課題について、7.1 で分野/テーマ別に再整理・確認すると共に、7.2 では分野横断的な分析によって導き出された課題について検討する。また、第 4 章で整理した災害対策における障害インクルージョンの取り組みについては、7.3 においてその課題を示す（図 7-1）。

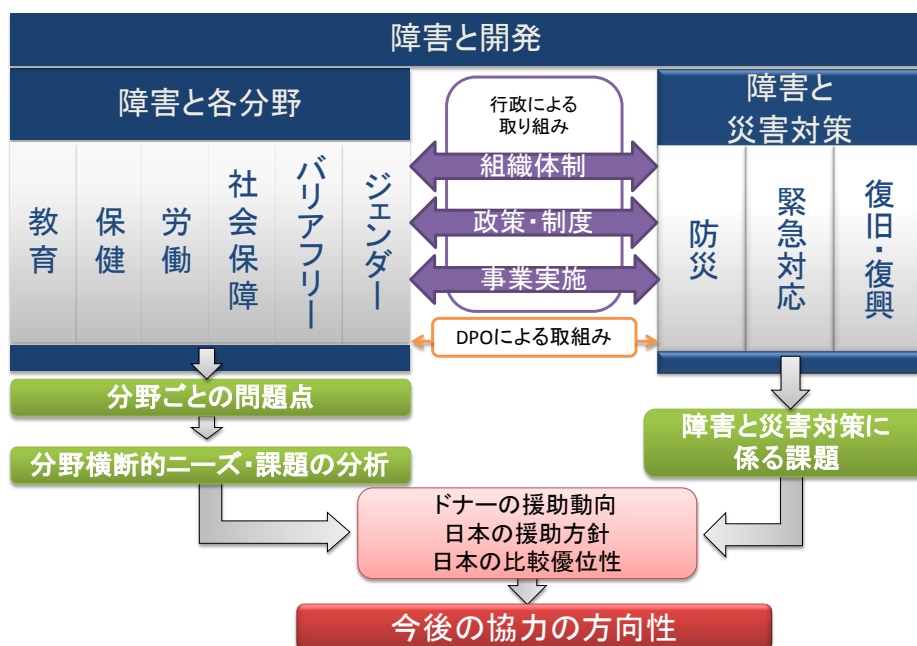


図 7-1 本調査における課題分析の枠組

7.1 分野別課題と優先分野

7.1.1 各分野における問題点

(1) 教育

障害児全体の 90%が学校に通っていないと報告されており、その不登校障害児への対応が重要課題である。多くの障害児が学校に通えない要因としては、1) 出生段階から障害児の特定に係る手続きされていないこと、2) 特別学校が存在する州が限定されていること、3) インクルーシブ教育開始された 2003 年以降、インクルーシブ教育校の数が短期間で増加したものの、供給過多となり、インク

ルーシブ教育校に通う障害児に質的に十分なサービスを提供する教員の数と能力が不足していること、などがあげられる。インクルーシブ教育に関しては、適切な能力のある教員の育成と人的資源の開発が目下の優先課題となる。併せて、視覚・聴覚・知的障害者など向けに調整された支援機器の提供やカリキュラム及び適切な学習教材の開発も重要である。学校施設の物理的アクセシビリティについては、予算に限りがあるためすべての学校の設備改善には至っていない。

(2) 保健

障害者に対する保健医療分野の基本的サービスは非常に限定されている状況である。保健省のプログラムおよび地方の保健所では、障害予防対策に焦点が当てられており、障害者の医療リハビリテーション、支援機器、メンタルヘルスサービスなどへのアクセス、その他 HIV/AIDS といった、すでに主流化されているサービスにおいても障害者が含まれることはほとんどない。

例えば、メンタルヘルスサービスは、精神障害者の 10% ほどしか適切な治療を受けることができていない。その要因は、障害に関するサービスを提供する施設や人材が不足していることなどが考えられる。人材については、数のみならず質に影響する研修も不足している。また、サービスを提供する施設がジャワ島に集中するといった地理的な不均衡も見られる。

支援機器や医療リハビリテーションは、障害者にとって自立した生活を営み、社会参加していく上で必須であり、これらを含む全ての保健医療サービスへのアクセスを向上させることが重要である。必要な専門職の人材育成については、理学療法士や作業療法士、義肢装具士などの専門職の育成システムはあるものの、その他の言語療法士やメディカル・ソーシャルワーカーなどについては、まだ数が少ない状況である。その他の要因として、医療リハビリテーション・サービスが健康保険にカバーされていないこともあると考えられる。

(3) 労働

労働省は、障害者を雇用する会社の絶対数を増加させることを目標として掲げているものの、非障害者向けの労働省所管の職業訓練校では、障害者に対応したカリキュラムを提供できていない。職業訓練校を障害者の雇用機会創出に向けて再編することも検討されているが、具体的な計画には至っていないことから、こうした活動計画の策定、職業訓練校のカリキュラムの開発、障害者の受け入れ体制の整備、職業訓練校職員への能力強化などが重要となる。その他、民間セクターに対する啓発活動や連携強化、各企業の人事部への研修なども課題としてあげられている。

(4) 社会保障

障害者を含む貧困層向けの社会保障制度が存在するが、現行の制度では、労働災害時における医療リハビリテーションの治療代と義足の費用はカバーされているが、それ以外の医療リハビリテーションや車椅子や杖など支援機器の費用はカバーされない²¹⁶。また、交通費や付き添いによる費用もカバーされず、特に、医療機関が近隣にない地域では医療へのアクセスが一層困難となる。また、対象者を把握するターゲティングの問題などから、障害者の適用範囲は限定されているのが現状である。特に農村では、障害者は国民登録すらされないケースもあり、社会保障プログラムの適用範

²¹⁶ 米国社会保障管理局ウェブサイト、世界の社会保障プログラム 2014
<http://www.ssa.gov/policy/docs/progdesc/ssptw/2014-2015/asia/indonesia.html>

困外となることもある。障害者の包括的なデータベースの作成、健康保険の給付拡大に加え、介助者（パーソナル・アシスタント）やピア・カウンセリング、支援機器、リハビリテーションを含む全ての社会保障制度へのアクセスを向上させることが重要である。

(5) アクセシビリティ

関連法令やアクセシビリティ基準も整備されているが、それらが遵守されていないことが最大の課題である。このため、障害者が1人で外を歩いたり、バスや交通公共機関を使用したりするのが難しい状況である。DPOや障害当事者との協力の仕組みが整っている市もあるが、その数は少なく、障害者のニーズを汲み取る仕組みは整備されていない。情報保障面においては特に遅れている状況である。情報・通信省は、アクセシブルな情報システム（Digital Accessible Information System : DAISY）²¹⁷やウェブページのアクセシビリティに関するガイドラインなど、ICTアクセシビリティに関する基準や活動計画を策定していない。手話通訳者の数も少なく、関連サービス提供が非常に限定されている。

(6) ジェンダー

インドネシアにおける女性障害者は、障害者であることに加え、女性であることによる二重の差別を受けている。女性エンパワメント・児童保護省による女性障害者としての支援は、全国に女性障害者のインフォメーション・コンサルテーションセンターを構築するプログラムが2006年に開始されたが、現在全国で3センターが構築されたのみで、同センターの全国への普及が課題である。女性障害者に対する差別に関する認識はまだ浅く、障害とジェンダーに関する啓発活動をより活発に実施することも重要である。

7.1.2 障害と開発に係る優先分野

これまでに述べた障害に関する分野の優先度を検討するため、インチョン戦略指標に関する活動の有無を確認した。インチョン戦略目標のうち、特にサービス提供が少なく、外部からの支援も少ない分野は以下であった。

- アクセシビリティ
- 保健医療
- 社会保障
- 災害対策
- ジェンダー

7.2 障害と開発に係る分野横断的課題

7.1で前述したように、本調査では災害以外の分野課題を深く掘り下げることは難しいため、本報告書では、分野横断的な課題の検討に焦点を当てる。本調査で頻繁に指摘された問題点は、障害インクルーシブな政策・制度は整備されつつある一方で、障害主流化に向けたサービスの実施に至る道筋が明らかではなく、実施が伴っていないことである。なお、関連省庁及び障害者団体への聞き取

²¹⁷ 視覚障害者や普通の印刷物を読むことが困難な人のためやデジタル図書、専用の機械やパソコンにソフトウェアをインストールして本などを再生することができる。

り調査で特に強調されていた課題は、関連省庁の職員を含む障害関連人材育成・能力開発と障害当事者の人的資源開発であった。

これらの問題を、インドネシアにおける障害と開発の現状における主要な問題として取り扱い、直接的な原因を割り出す問題分析を行い、分野横断的課題を検討した。さらに、抽出した課題を3つのカテゴリー（①政策・制度に関するもの、②プログラム等の実施やサービスに関するもの、③障害者のエンパワメント）に類型化した。併せて、今後インドネシアにおいて障害インクルージョンを進めていく上での分野横断的課題を以下の6つにまとめ（表 7-1）、表 7-2 のように整理した。

表 7-1 障害と開発における分野横断的課題

① 適切な政策・制度設計
② 関係者間の連携・調整（中央—地方、省庁間、政府機関—民間セクター—学術部門等の多様なセクター間の連携・調整）の拡充
③ 正しい障害認識の促進・啓発
④ 障害当事者の人的資源開発
⑤ 障害関連人材育成・能力開発
⑥ 都市と地方の格差縮小

表 7-2 障害と開発における分野横断的課題

カテゴリー	問題 1	問題 2	課題*	
政策・制度	罰則規定がほとんどない。	例えば、数少ない罰則を伴う法規でも、「企業における障害者の1%雇用義務」（障害者法注釈第14条）の様に、罰金支払の方が雇用コストよりも安いなど、実効性に欠ける。	①	
	恣意的な運用が可能である。	障害者法の条文中にある障害者当人の受けられる教育等の行政サービスや「平等な取り扱い」についての記述の末尾には、概ね「当人の有する障害の程度と能力に応じる」とある。こうした表現は現場において拡大解釈が可能となってしまう。	①	
	新しい法律・制度が施行されても、地方政府や実施現場への周知が徹底されない。		地方分権が進んでおり、中央レベルで新しい法規制が施行されても地方政府への強制力に乏しい。実施段階での障害インクルージョンは地方政府の意識と体制に左右される。	②
			省庁内および地方行政内府内でスタッフへの障害関連研修が実施されていない。	⑤
	障害および障害者のニーズが正しく理解されていない。		障害へのネガティブな認識が根強い。当事者及び障害関連行政担当者には正確な認識がかなり浸透しているものの、世間一般・多くの非障害関連行政担当者は未だ無理解であることが多い。	③
			法律上の障害の定義や言葉使いが適切ではなく、(cacat (disformity) や kelainan (abnormality) 等の差別的表現が放置されている。	
			障害者のニーズを示す関連データが欠如している。	①

		障害者が制度・政策の形成過程に関わっていない。	① ② ④
実施（サービス）	政策・制度の対象となる障害の種類が限定的である。	身体障害のみに限定して認識されることが多い。	③
	障害インクルージョンに関する具体的なアイデアがない。	省庁内および地方行政府内でスタッフへの障害関連研修が実施されていない。	⑤
	関連省庁の当事者意識が希薄（社会省だけが障害分野の責任省庁であり、他省庁は関係ないと認識している。）	各省庁の責任分担が不明確。障害について何をしたら良いのか判っていない。	③
		国家連携チームがうまく機能していない。会合も少ない（年に1度の開催）。	③
	民間セクター及び学術部門の参加が乏しい。	好事例が地方およびインドネシア全土に普及されていない。	③
	障害について訓練された人材が少ない。	資格制度が不備/不足している。	①
		給料が安い。	①
		十分な研修が実施されていない。	⑤
	障害および障害者のニーズが正しく理解されていない。	障害・障害者への誤解や偏見がある。	③
		大臣や部長クラスの官僚は、障害分野の活動に積極的であるが、部長クラスより下のスタッフは、障害について正しく理解しておらず、サービス提供に積極的ではない。	
		障害者のニーズを示す関連データが欠如している。	①
	ジャワ島内のみで普及しているサービスが多い。	障害者が制度・政策形成過程に関わっていない。	④
		地域間格差がある（特に経済面）。	⑥
		地域間で住民意識に違いがある。	③
予算措置が十分ではない。		ニーズが正しく理解されていない。	③
地方では特にプログラムの対象外となってしまう、サービスを受けられない。		国民登録がされていない。	①
		ターゲティングが適切になされていない。	① ③
障害者のエンパワメント	特に地方で障害者からのインプットが少ない。	障害者自身に自信がない。	④
		影響力のある DPOs がジョグジャカルタ市等の特定の地域に偏っている。	

注： *表 7-2 の課題

以下に、表 7-2 に整理した 6 つの課題について、それぞれ説明する。

① 適切な政策・制度設計

社会保障制度に障害者を含むなど既存のサービスへの障害主流化も重要であるが、リハビリテーションや支援サービス、支援機器など障害者に特化したサービスも必要である。現況では、障害者への支援サービスが十分ではない。

適切な政策・制度設計を実現するには、データ収集やリサーチが必須である。インドネシアでは、2016 年以降に障害に特化した国家調査が予定されており、質問票などは完成しているが、データ収集に直接携わるスタッフへの研修などデータ収集を効果的に進めるための取り組みが必要である。

データ収集だけでなく、学術部門と連携強化を図り、障害に関わる政策環境及び障害への認識の現状、サービスの効率性などに関する研究を促進することも重要である。

② 関係者間の連携・調整（中央と地方、省庁間、政府機関・民間セクター・学術部門等の多様なセクター間の連携・調整）の拡充

障害は分野横断的な課題であることから、障害を主流化するためには、さまざまな分野にまたがっている政府機関や援助機関、民間団体、学術機関、NGO、障害者とその家族などの多様な人々を巻き込み、家庭から地域社会、自治体、政府、企業などすべてのレベルで課題に取り組むことが重要である。

インドネシアで障害主流化に向けたサービスの実施に至る道筋が明らかでない要因の1つとして、各省庁の関係者は、障害は重要な分野であるという認識はあるものの、実際に何をして良いのかがわからず、障害主流化に向けた役割ややるべき活動が明確ではないことがあげられる。また、省庁間連携も十分ではない。

中央と地方の連携については、2.3でも言述したように、インドネシアでは地方分権が進展している。本調査における聞き取りによれば、中央レベルで新しい法規制が施行されても、地方レベルの担当官には全く認知されていない場合が多くあるとのことで、地方政府への強制力が弱いと考えられる。つまり、政策実現までの道のりが遠い状況と言わざるを得ない。今後の中央政府と地方政府との調整・連携の強化が重要である。

中央/地方政府と障害当事者間の連携の仕組みが整備されている市は存在するものの、障害当事者からは、その巻き込み方法について「一貫していない」「巻き込みはプロジェクトの最初だけで終わってしまう」などの声が聞かれる。

③ 正しい障害認識の促進・啓発

3.2で述べたように、事業関係者や一般の人々が障害と障害者に対する誤解や偏見を持っていることから、措置が不十分であったり、サービス提供に影響が出たりするなど、障害者の教育や就労の実現が進んでいない状況にある。事業関係者、障害者の家族を含めた地域社会の人々、障害当事者など幅広い関係者を啓発活動に巻き込むことが重要となる。啓発方法は、地域の状況に合わせて、研修の実施やイベント、メディアの活用など適切な方法を選んでいく必要がある。

④ 障害当事者の人的資源開発

現況では、障害者が制度・政策やサービスの形成・実践・評価過程に関わっていない。持続的・効率的・効果的に障害者が事業に参加するために、障害当事者やDPOの能力強化が重要である。また、インドネシアのDPOの活動が、ジョグジャカルタやジャカルタなどに偏っており、他の地域ではまだDPOが活発ではなく、他ドナーがDPOの能力強化を支援しているものの、その規模は小さい。

⑤ 障害関連人材育成・能力開発

現状では、関連省庁の職員を含む障害に関連する人材に対して十分な研修が実施されていない。例えば、保健分野では、第1次サービスに関わる人材へのトレーニングが十分ではないために、障害者が十分に基本的な保健サービスを受けられない状況にある。第1次サービスに関わる人材の能力が向上すれば、障害者への保健サービスへのアクセス向上につながることを期待される。このため、まずは関連する人材の能力を評価して研修ニーズを把握し、必要な能力開発を実施していくことが重要である。保健以外でも、リハビリテーションや教育分野など、異なる分野についても、人材開発に係る戦略性の強化と実施が重要である。

⑥ 都市と地方の格差縮小

インドネシアは世界最大の島嶼国家で、広大な領域をカバーすることが難しく、これは2.1.1でも見たように、医療サービスの都市と地方の格差にも表れている。この都市と地方の格差をどう埋めていくかが大きな課題である。

7.3 災害対策

災害対策における障害インクルージョンの現状についての検討課題としては、表7-3に示すように、障害の主流化を進める上で今後取り組むべき課題として、大きく分けて、① 組織体制、関係機関の連携強化、② 政策決定者及び実施者の障害に対する認識・理解の促進、③ 支援制度の確立をあげる。

表 7-3 災害対策における障害インクルージョンの現状分析

		現状	原因	課題*
防災	法令、政策	2014年BNPB長官令第14号で障害者保護が定義されたが、具体的取り組みには至っていない。	外部ドナーの支援によって進められており、政府機関は実用のノウハウがない。	①②
		国家防災計画、戦略計画に脆弱層への配慮が示されたが、実施段階での障害インクルージョンは地方政府次第。	政策決定者の障害インクルージョンの認識が弱い。	②
	プログラム	ジョグジャカルタ特別州では比較的インクルージョンが進められている。	国際NGOやDPOsの活発な活動による。	—
		東ジャワ州では障害者への取り組み、障害者の参加はない。	障害者を特別な啓発対象と認識していない。	②
緊急対応	捜索救助	障害者など脆弱層の優先性はない(BASARNAS)。	使命、任務、省令において障害者の優先性については規定されていない。	①
	避難者保護	シェルターやトイレ設備はバリアフリーではない。	既存建築物では難しい。	—
			どのような状態がアクセシブルであるか分からない。	②
	ロジスティクス	脆弱層支援のためのガイドラインはあるが障害者の視点、実用面で不備がある。	障害者のニーズが理解されていない。	②
			障害者を確認できる制度がない。	③
医療サービス	障害者、特殊ニーズに対応する体制、制度はない。	連携体制が脆弱である。	①	
政策決定者の障害インクルージョンの認識が弱い。		②		
復旧	復旧・復興現場は未確認。	BNPB長官令の通知がなされていない。	①	

注： *① 組織体制、関係機関の連携強化、② 政策決定者及び実施者の障害に対する認識・理解の促進、③ 支援制度の確立

(1) 障害インクルージョン推進のための組織体制

災害対策における障害インクルージョンについては、2014年国家防災庁長官令第14号の発令によって、今後BNPBを中心に各関係機関の法令・政策等を整備し連携体制を強化するための土台が作られた段階である。しかしながらBNPBの実務レベルでは、この長官令で述べられている障害者の権利とニーズの充足をどのように実務に取り入れるのか、BNPBを含めてどの組織がどのような役割を担うのかについては定まっていない。災害対策における障害主流化の是非は、もともとASBによる政策提言を受け、長官令として実現したため、BNPBにとっては全く新しい概念となる。災害対応の指令・調整役であるBNPBがこの概念を実用化させるには、まず関係職員に障害者のニーズについて理解を促すとともに、具体的なガイドラインを示す必要がある。

一方、BNPB/BPBDの指揮下ではあらゆる機関や緊急対応チームが災害対応にあたることになり、また障害者支援には分野横断的に取り組む必要があることから、強固な連携体制が求められる。組織間の連携については、政策やガイドライン等の策定段階で協力する関係にはあるものの、災害対応の役割は分断されており、訓練やプログラムでの協働や定期的な会合などは開催されていない。この長官令の実施に際しては、関係機関それぞれの役割を明確にしたうえで、相互理解と連携を図り、指令塔であるBNPB/BPBDが連携をモニタリングする体制を整える必要がある。

(2) 政策決定者・実施者の障害視点

災害対策における障害の主流化を進めるには、関係するすべての人々に障害の視点が備わる必要がある。災害関連機関への聞き取り調査では、障害者に関する施策はない、あるいは障害分野は災害対策とは関係がなく、扱っていない、との認識も見受けられた。また、現在実施されている災害対策プログラムについても、障害者のプログラム参加、あるいは障害者のためのプログラム実施は地方によって差があり、政策決定者や実施側の認識に左右されると考えられる。例えば、ジョグジャカルタ特別州ではプログラムに障害者の参加が推進されている一方、東ジャワ州ではBPBD、社会局ともに障害者には防災プログラムが提供されていない。これについては、障害者を意図的に除外しているわけではなく、災害対策において障害者のニーズを理解する視点が備わっていないことが背景にあると考えられる。

また、障害者を認識することに加えて、障害者を理解することも重要である。長官令や国家防災計画、ガイドライン等で障害者への配慮について述べられているものの、障害者のニーズは具体化されていない。例えば、障害者に伝達すべき情報が明確化されていないこと、バリアフリーの要件などについて示す教材がないこと、災害対応にあたる職員や緊急対応チームに必要な知見がないこと、等が確認された。上記7.3(1)で述べた障害インクルージョンを推進する組織体制を強化するには、すべての関連機関職員が障害者を災害対応の対象の一員とまず認識し、障害者のニーズを適切に把握しておく必要がある。

(3) 障害に係る制度

障害インクルージョンに向けた法整備は進められつつあり、政策・方針においても障害者を含む脆弱層への配慮について明示されている。一方で、それら政策の実施については、ガイドラインがなことに加え、実施のためのリソースが十分ではないことから、災害時に障害者のニーズを満たすことができない可能性がある。例えば、社会省は社会擁護ガイドラインを整備し、脆弱層保護のための

手順を明示しているが、実際にはアプローチすべき脆弱層の個別データが存在しない、データ共有のための部署間の連携が弱いなどの問題がある。したがって、すべての脆弱層をカバーするには制度として不完全である。災害時に避難所として利用される既存施設や仮設のテント等はバリアフリー化されておらず、障害者は避難所に入れず自宅または他の施設で避難生活を送るケースが多い。このような障害者に届く支援を行うためには、まず障害者の所在を確認できるツールが必要であり、所在確認後は障害者をフォローするための報告・連携システム、さらにはニーズに即した支援が提供される必要がある。このプロセスにおける第一段階としての安否確認制度を整備し、関係機関の連携体制の強化、障害者ニーズの理解と併せて制度化していく必要がある。

第 8 章 協力の方向性

日本の協力の方向性について検討する上で、インドネシア側の課題を重要視し、以下の点について考慮した。

- (1) インドネシアの障害と開発分野において最重要の課題（第 7.1 項及び第 7.2 項）
- (2) インチョン戦略の目標のうち、特にサービス提供が少なく、海外支援も少ない分野（第 7.2 項）
- (3) 日本の対インドネシア支援の重点分野（第 5.1 項及び第 5.2 項）
- (4) 日本の障害分野における比較優位性とリソースの存在（第 5.3 項）

8.1 インドネシアの障害分野におけるJICAの協力の目的と重点目標

第 5.2 項で述べたように、課題別指針「障害と開発」では、すべての障害者の人権尊重、参加と平等及びインクルーシブな社会の実現を協力の目的とし、JICAが重点とすべき取り組みとして 1) 障害インクルーシブな政策・制度の整備、2) 障害インクルーシブな事業の実践、3) 障害者のエンパワメントの 3 つをあげている²¹⁸。これは、インドネシアの国家開発中期計画 2015-2019 における社会保障分野の戦略的課題（アクセシビリティの向上）・優先開発目標（障害インクルーシブな社会の実現）・開発政策の方向性（障害インクルーシブな社会の推進）とも一致する（第 3.4.2 項参照のこと）。以上に鑑み、障害分野での対インドネシア協力の目的を「インドネシアにおける全ての障害者の人権尊重、社会的・政治的・経済的機会の均等を可能にするインクルーシブな社会の実現」とし、その目的を達成するための具体的実践過程として、上記の 1) から 3) を、インドネシアにおいてもJICAが重点とすべき取り組みとして設定・提案する。

(1) 障害インクルーシブな政策・制度の整備

インドネシアは CRPD を批准し、すでに同政府は主導的に CRPD の内容に沿った法律の改訂などを進めている。改訂中の国家行動計画や法律は障害インクルーシブであることに格別の注意が払われているとされるが、教育や労働など各分野での実施慣行も含む既存の制度が、CRPD に沿った内容であるかどうかの検討と見直し、そして個々の制度整備に関する具体的な取り組みを支援することが重要となる。

障害に関する統計や情報の整備については、CRPD、インチョン戦略指標への政府関係者の意識は高い。特に第 3.4.3 項で述べたように、2016 年に予定されている障害重点調査である Special National Survey on Disabilities（仮称）の実施に際し、(1) 障害の社会モデル、(2) CRPD とインチョン戦略指標に準拠した障害情報収集の体系が確立される可能性がある。ただし、障害者への福利給付実践こそが最重要課題という意識が特に当事者側と福祉現場に強く、国勢調査や SUSENAS、そして Special National Survey on Disabilities（仮題）のいずれにおいても、当事者から直接データや情報を収集するため、回答者となる障害当事者及びデータ収集の実務に当たる調査員には、近年導入された障害の社会モデルや CRPD 枠組に基づいた考え方が理解されにくく、調査の進行に齟齬を来すことが懸念される。障害調査が効率的に実施され、正確なデータが収集されるためには、調査関係者に対する研修や必要な概念等の共有及び理解の促進が重要となってくる。

²¹⁸ 詳しくは、JICA「障害と開発」課題別指針を参照のこと。

(2) 障害インクルーシブな事業の実践

第7章で検討したように、インドネシアは政策・制度面は整備されつつある反面、障害インクルーシブな事業の実践は追いついておらず、特に地方ではそれが顕著である。新しく策定中の行動計画や法律が効率的に実施されるように支援することが重要となる。インドネシアでは、インクルーシブ教育の実践において、学校が物理的にバリアフリーではなかったり、視覚・聴覚障害者のための支援体制が十分でなかったりする、というような状況が多くみられる。保健分野においても、保健所自体がバリアフリーではなく、視覚・聴覚障害者のための情報保障がされていない。障害インクルーシブな事業の実践には、アクセシビリティの確保が必須であり、都市および農村の双方における物理的環境、輸送機関、情報通信、施設やサービスを障害者が利用できるよう適切な措置をとるための取り組み、また維持管理を見据えた取り組みを支援することが重要である²¹⁹。

(3) 障害者のエンパワメント

他のドナーが既に支援を実施しているが、影響力の強いDPOがジャカルタ市やジョグジャカルタ市などに限られていることなどを考えると、DPOや障害当事者の政策策定や開発事業への参画を促進するため、今後もDPOや障害当事者の能力の強化への支援が必要である。

これらを踏まえ、インドネシアにおいてJICAが重点とすべき目標と取り組みを以下の表8-1にまとめる。

表 8-1 インドネシアにおける重点とすべき目標・取り組み

目標		インドネシアで重点とすべき取り組み
1. 障害インクルーシブな政策・制度の整備	1) CRPD それに基づいた政策・制度の推進	<ul style="list-style-type: none"> • 教育や労働など各分野での既存の制度面が、CRPDに規定されている義務に沿った内容であるかどうかの見直しと制度整備に関する具体的な取り組み
	2) 障害に関する統計や情報の整備	<ul style="list-style-type: none"> • 統計や調査に従事する関係者が障害に関する情報を収集・分析する能力の強化
2. 障害インクルーシブな事業の実践		<ul style="list-style-type: none"> • 新しく策定中の行動計画や法律が効率的に実施されるための取り組み • 都市及び農村の双方における物理的環境、輸送機関、情報通信、施設やサービスを障害者が利用できるよう適切な措置をとり、維持管理をするための取り組み
3. 障害者のエンパワメント		<ul style="list-style-type: none"> • 特に地方での障害者団体の設立やその能力強化 • 団体と行政の関係構築 • ピア・カウンセリングや障害平等研修、自立生活などの取り組みに貢献できるリーダーの育成

8.2 協力事業実施上の留意点

(1) 地方分権の進展

インドネシアでの障害インクルージョンの実践においては、州・市レベルでの活動が重要となる。第7章で示したように、都市と地方のサービス提供の格差がインドネシアの重要な課題のひとつであることから、中央レベルでの啓発活動以上に、地方レベルでの啓発が特に重要になる。地方部での協力事業を実施する際、地方の予算配分について決定権を有するのは州/市議会です、プログラム

²¹⁹ JICA 「障害と開発」課題別指針、p52

の実施に決定権があるのは州知事/市長であることに鑑みると、必ず州・市政府を巻き込む努力が必要である。また中央と地方の連携強化を常に意識することも重要である²²⁰。

(2) インドネシアの地理的環境

インドネシアは世界最大の群島国家で、5,110kmと東西に非常に長く、赤道を挟み両半球にまたがる1万を超える大小の島により構成される。また、ジャワ島だけに全人口の6割近くが居住し、その中でも東ジャワ州は貧困率が高く、西ジャワ州は人口密度が高いといった地域間の差異が認められる。こうした状況下ではニーズも地域毎に異なり、それに応じた戦略を検討してプロジェクトを実施する必要がある。パイロット事業候補地を選択する場合にも、地域ごとのニーズへの配慮が肝要である²²¹。

(3) 持続性の確保

地方自治への配慮：上記(1)及び第2.3項でも述べたように、地方分権化が進んだことにより、特定の地方で実施したパイロット事業を他の地方または全国に展開する手法は単純には機能しないと考えられる。事業の普及を目指し持続可能性を確保するには、まず、①中央レベルでモデル事業への理解を促進し、②必要な法制度面を整備し、③可能な限り事前に予算措置を講じておく(必ずしも中央が全額負担すべきという訳ではないが、負担割合についてあらかじめ合意を形成することが重要。この予算の問題については後段に詳述する)ことが必要である。国家政策や国家プログラムに関連する事業であれば、こうした中央政府主導の準備のもと、地方モデルを全国展開することが可能と考えられる。

障害当事者の参加：インドネシアでは開発事業における障害者の参加がまだ十分ではない。持続性を確保するには、全ての事業過程において障害者を重要なステークホルダーとして認識し、障害当事者が可能な限り主導的な役割を担うことが効果的である²²²。例えば、プロジェクトのローカルスタッフに障害者を雇用することにより、障害者自身の実務能力や情報収集・発信能力などの強化に繋がるだけでなく、他の障害者の社会参加のロールモデルとしての役割を果たすことができる²²³。その他、例えば調査等で障害者にインタビューを行う場合には、障害当事者がインタビュアーとなることにより、調査対象者から本音を引き出しやすくなる²²⁴。また、DPOsが首都ジャカルタやジョグジャカルタ市に偏っている現状であるが、他の地方においてもDPOsの能力強化が図れるよう、事業実施にあたっては活動実施手法(例えば、事業実施の対象地の選定、研修員およびリソースパーソンの選定など)を工夫する。

政府機関の人事：インドネシアで実施されたJICAによる過去のプロジェクトでは、政府機関の頻繁な人事異動による事業の持続性への懸念が指摘され²²⁵、本調査でも組織変革に伴う人事異動が稀ではないということが確認された。例えば、事業において政府関係者の能力向上を目的とした研修を

²²⁰ 地方自治の抱える問題については、2.3を参照のこと。

²²¹ インドネシアの地勢及び地域間格差については2.1.1を参照のこと。

²²² JICA「パキスタン国障害者社会参加促進プロジェクト」(2008～2011年)終了時評価調査報告書

²²³ JICA「ルワンダ国障害を持つ元戦闘員と障害者の社会復帰のための技能訓練及び就労支援プロジェクト」(2011～2014年)中間評価調査報告書

²²⁴ JICA「パキスタン国障害者社会参加促進プロジェクト」(2008～2011年)終了時評価調査報告書

²²⁵ JICA「インドネシア国母子手帳による母子保健サービス向上プロジェクト」(2006～2009年)終了時評価調査報告書

実施する際には、人事異動が起こった場合の知識の引き継ぎ方法を事前に検討する必要がある。また、事業を通じて移転される知識が個人ではなく組織に浸透するよう、複数機関または一機関の複数部局など多数の関係者と協力関係を築いていくことが重要である。

予算確保：中央・地方政府間の予算配分（例えばマニュアルの印刷・配布代など）が不透明であることも指摘されている²²⁶。また、障害インクルーシブな政策・制度は整備されつつある一方で、その実施に必要な予算がまだ確保されていないことも明らかになった²²⁷。予算措置については、各事業の活動に必要なコストだけでなく、パイロット事業の普及展開につながる予算の確保についても、計上から配分・執行までの流れについて、事業開始前から中央政府内における折衝等の準備に当たるだけでなく、事業実施対象地を所管する地方政府と協議・検討しておく必要がある。

8.3 協力案

本項では、JICA が障害関連分野においてインドネシアに対し実施する協力における重点目標（第 8.1 項）、およびインドネシアの分野横断的課題（第 7.2 項）に基づいて、考えられる協力のあり方について検討する（図 8-1）。

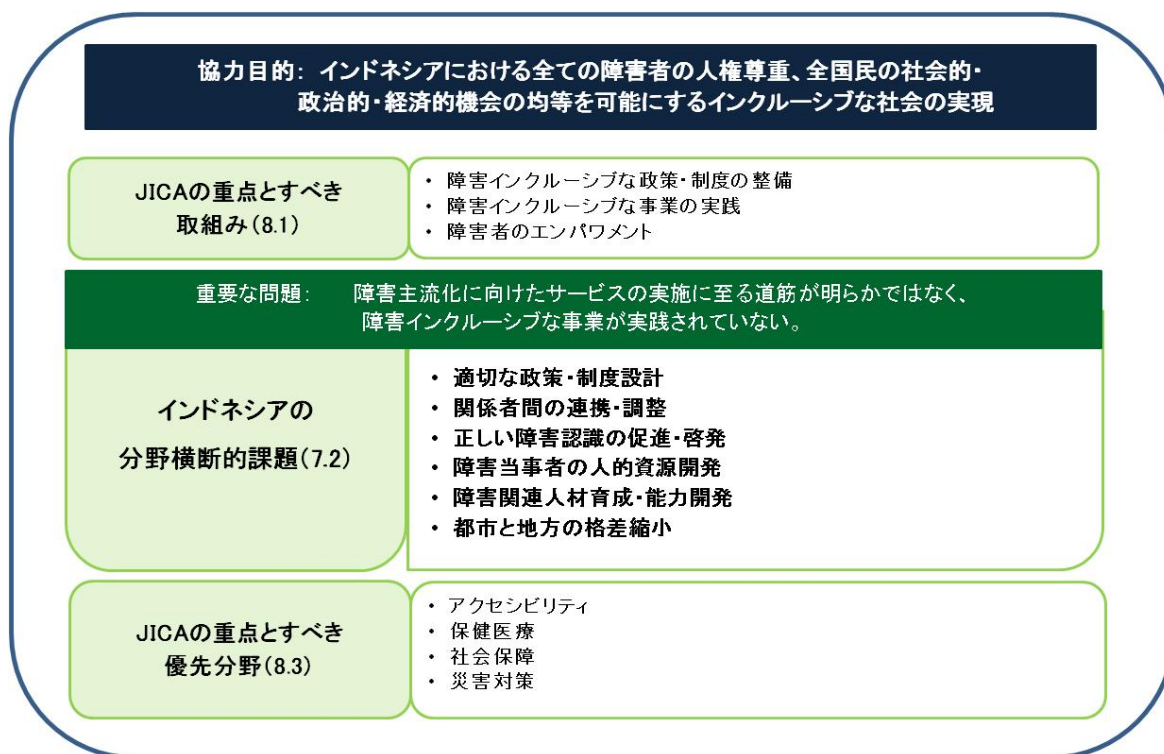


図 8-1 JICA のインドネシアにおける協力の方向性（案）

重点とすべき分野については、第 7.1.2 項に述べた、アクセシビリティ、保健医療、社会保障、災害対策、ジェンダーの 5 分野から、1) インドネシア側の障害と開発分野での支援ニーズ、2) インチョン戦略の目標のうち、特にサービス提供及び既存の支援が少ない分野、3) 対インドネシア支援重点

²²⁶ (同上)

²²⁷ 例えば、中央統計局によって 2016 年に Special National Survey on Disabilities の実施が予定されており、マニュアルと質問票は既に完成しているが、予算が確保されておらず 2016 年に調査が実施されるかは未定である。調査に関しての詳細は、3.4.3 (6)および(11)を参照のこと。

分野、4) 日本の障害分野における比較優位性、の4点を考慮し、JICAが重点とすべき分野として、アクセシビリティ、災害対策、社会保障、保健医療の4つの分野に絞ることを提案する。したがって、本章では4つの分野を特に取り上げて協力を提案している。ただし、ジェンダーについては、課題を分析して協力案を提案するだけの情報が不足しているため、ジェンダー分野に特化した協力案は提案していない。

なお、今後、具体的に協力の戦略や内容を検討するに当たっては、本調査で整理した基礎情報に基づき、さらに詳細な情報収集を行い、最新の状況等を踏まえた検討を行う必要がある。

8.3.1 障害インクルージョン全般

(1) 障害インクルーシブな事業の実践に向けた中央政府の体制強化

障害分野のフォーカル・ポイントである社会省の行政能力強化、中央での省庁間連携の強化を目的として、新しく策定中の行動計画や法律が効率的に実施されるための中央政府の体制を強化する支援（表 8-2）を提案する。

表 8-2 障害インクルーシブな事業の実践に向けた中央政府の体制強化のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題および期待される成果	①適切な制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害者の人的資源開発：DET ファシリテーター育成研修など ⑤障害関連人材育成・能力開発 ⑥都市と地方の格差縮小
その他インパクト	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 関連省庁の役割の明確化 ▪ 今後の支援策の検討
カウンターパート	社会省
受益者	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 社会省職員、関連省庁職員、障害者、地方の社会庁及び関連省庁職員
協カスキーム	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 個別専門家 ▪ 国・課題別研修
ドナーの動向	<ul style="list-style-type: none"> ▪ GIZ や DFAT は、障害インクルージョン担当官を GIZ や DFAT 事務所に常任させており、省庁間連携強化を図っている。
JICA の過去の事例	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 個別専門家派遣「南アフリカ国障害主流化促進アドバイザー」(2012年 - 2015年) ▪ 個別専門家派遣「パキスタン国障害者社会参加促進アドバイザー」(2012年 - 2015年)
インドネシアのリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ インドネシア大学障害学センター研究員 ▪ ジャカルタやジョグジャカルタ市の DPO など
日本のリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 障害と開発分野で、省庁間連携や案件形成経験のある専門家 ▪ 啓発及び障害者の人的資源開発：DET 講師

具体的な支援内容としては、障害分野のフォーカル・ポイントである社会省に障害政策アドバイザーを置くことを提案する。これにより、社会省の組織体制の強化に貢献すると共に、既存の国家障害調整チームを活用し、各関連省庁の職員へのインクルージョン研修などを通じて関連省庁の能力強化を図り、その過程で関連省庁の役割の明確化を図る。地方と都市の地域間格差解消のため、中央だけではなく地方の社会省や関連省庁へのインクルージョン研修なども実施する。社会省との密

なコミュニケーションにより信頼関係を構築し、長期的な支援を視野においた今後の支援策を検討することも重要な取り組みの1つである。障害政策アドバイザーの主な業務内容として、以下が考えられる。

- 障害に関する開発行動計画に関する、各関連省庁の役割の明確化および文書化
- 障害関連事業に従事する専門家及び職員に対する能力強化研修の実施（中央及び地方）
- 関係者間の連携強化（省庁間および政府と障害当事者間連携など）
- 今後の支援策の検討：DPOs や関連省庁を巻き込んだワークショップの開催等を通して支援策を検討する、など

(2) 地方の障害インクルーシブ・ビレッジの好事例の構築・全国への普及

社会省をカウンターパートとし、地域に根差した開発の一貫として、インクルーシブ・ビレッジを地方で形成するパイロットプロジェクトの立ち上げ・全国への普及を支援する技術協力プロジェクト（表 8-3）を提案する。

背景：ジョグジャカルタ市の DPO である SIGAB（Sasana Integrasi dan Advokasi Difabel）は、インクルーシブ・ビレッジ（Inclusive Village）を目指して、まずは村レベルの障害ベースライン調査を実施するプロジェクトを 2015 年に開始する予定である。このような画期的なプロジェクトと協力し、中央政府・地方政府と共に、コミュニティ中心（ボトムアップ型）で始められた地方での障害インクルーシブな事業の好事例を構築することを支援し、将来的には他の村に普及させることが考えられる。

目標：中央政府と地方政府の連携強化、中央政府・地方政府と DPO との強いパイプづくり、SIGAB のような地方政策に影響力のあるコミュニティに根差した DPO の他都市における設立、さらには、国内の障害者団体間の協調の促進、地方に焦点を当てることによって都市と地方の格差解消、DPOs を主体として構築されたインクルーシブ・ビレッジを他都市に普及させる体制の整備、などが挙げられる。

社会省の社会復帰課では、CBR プログラムの促進を柱の1つとして活動を実施しており、保健省・労働省・内務省との連携、財政支援、CBR ボランティアの能力向上などを支援している。社会省が中心となり、プロジェクト地域でのコミュニティ・ボランティアの能力向上や他地域への普及支援が可能と考える。例えば、3.6.4 (4)で言述したように、インドネシアでは障害分野でのコミュニティの役割は大きく、社会省は、12 種類の個人、家族、グループをコミュニティでの社会福祉の担い手として認知している。このような個人・グループへの能力向上なども考えられる。また、社会復帰課がファシリテーターとなり、CBR に関する国家ネットワークが設立されている（3.6.4 (5) 参照）。このようなネットワークを活用してスケールアップを検討することもできる。

留意点：第 8.2 項に述べたように、インドネシアでは地方分権化が進んでいることから、事業の普及を目指して地方で実施したパイロット事業を支援する際には、事業実施前に、地方のパイロット事業を中央政府が支援できる仕組みが整備されているか、などについて把握しておく必要がある。また、まずは中央レベルでパイロット事業への理解の促進を図ることも重要である。

表 8-3 地方の障害インクルーシブ・ビレッジの好事例の構築・全国への普及
のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題および期待される成果	①適切な政策・制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害者の人的資源開発：DPOs が他都市で形成・組織化される ⑤障害関連人材育成・能力開発 ⑥都市と地方の格差縮小
その他インパクト	▪ 地域住民の障害インクルージョンについての理解促進 ▪ CBR ネットワークの強化
カウンターパート	▪ 社会省、協力対象地域の行政組織
受益者	▪ 社会省職員、協力対象地域の行政職員、障害者、協力対象地域の住民など
協カスキーム	▪ 技術協力プロジェクト ▪ 個別専門家 ▪ 国・課題別研修
ドナーの動向	DFAT が DPOs の能力向上支援を実施している。
JICA の過去の事例	技術協力プロジェクト「フィリピン国地方における障害者のためのバリアフリー環境形成プロジェクト（障害者に優しいまちづくり）」
インドネシアのリソース	▪ ジョグジャカルタ市の主要 DPOs である SIGAB、CIQAL など ▪ CBR プロジェクトを促進する CBR や HI ▪ インドネシア大学障害学センター研究員
日本のリソース	▪ 障害と開発で、インクルージョンの促進、DPO ネットワークの拡大において経験のある専門家 ▪ 日本人 DET 講師

(3) インドネシアにおけるすべてのJICA事業に障害インクルージョンを促進する

インドネシアの障害主流化を促進する方法として、JICA インドネシア事務所に障害インクルージョン担当官を設置することも有効である。JICA のインドネシアでのすべての開発事業において、常にインクルージョンの可能性をあらゆる分野で探ることにより、可能な支援を確実に実施していくことが期待できる。GIZ や DFAT などの二国間援助機関は、障害インクルージョン担当官をインドネシア事務所に常駐させており、GIZ や DFAT のすべての開発事業に障害インクルージョンの視点が盛り込まれるように図られている。

8.3.2 障害インクルーシブ保健医療

(1) 障害インクルーシブな基本的ヘルスサービスの提供に向けた保健省内の体制強化

現状では、障害者に関する施策の実施における保健省内での連携・調整が図られていないため、プログラムが断片的で効率性に欠ける。保健分野では、障害に直接関係する部署がほとんどであり（HIV/AIDS、ポリオ、ハンセン病、メンタルヘルスなど）、地方でのサービス拡充を支援する前に、保健省内における部署間の連携・調整支援と体制強化が重要である。

具体的には、保健省をカウンターパートとして、保健省に障害アドバイザー（障害インクルージョン担当官）を派遣し、保健省で以下の業務を遂行することが考えられる。支援の概要（案）は表 8-4 にまとめる。

- 保健省内の断片化している障害分野の活動について情報収集・整理
- 保健省内の関連部局間の連携強化

- 上記の2つの活動を実施した上で、今後、保健分野において障害に関する優先課題を確認し、可能な支援策を検討
- 保健省職員の能力強化（DET 研修など）（地方と都市の地域格差解消のため、中央だけではなく地方の保健庁職員も含む）
- 既存の保健関連プロジェクトに従事する日本人専門家へのインクルーシブ研修の実施

保健省内には、WHO ジャカルタ事務所が設置されており、障害者を対象にした基本的なサービス提供の実現に向けて今後の支援策を検討する場合、WHO との連携を検討することも効率的な支援を実施する上で有効であると考えます。WHO が 2014 年に発表した、世界障害行動計画 2014-2021 では、1) 障害者の保健サービスへの障壁を取り除き、アクセスを改善する、2) CBR と支援技術やリハビリテーション・サービスの強化と拡充、3) 世界的に比較可能な障害に関するデータ収集のサポートと多岐にわたる専門分野における研究の促進、の 3 つの目標が掲げられており、障害インクルージョンの重要性を強調している。

表 8-4 障害インクルーシブな基本的ヘルスサービスの提供に向けた保健省内の体制強化のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題および期待される成果	①適切な制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害者の人的資源開発（DET 研修講師の育成など） ⑤障害関連人材育成・能力強化 ⑥都市と地方の格差縮小
その他インパクト	▪ 援助協調の促進 ▪ 障害と保健分野において可能な支援策を検討
カウンターパート	▪ 保健省
受益者	▪ 保健省職員、地方の保健庁職員、障害者
協カスキーム	▪ 個別専門家 ▪ 国・課題別研修
ドナーの動向	WHO が ILO など他の国連機関と共にデータ収集などに関して支援している。
JICA の過去の事例	なし
インドネシアのリソース	▪ WHO インドネシア事務所 ▪ インドネシア大学障害学センター研究員
日本のリソース	▪ 厚生労働省など障害と保健分野の専門家 ▪ 日本障害者リハビリテーション協会 ▪ 啓発及び障害者の人的資源開発：日本人 DET 講師

8.3.3 障害インクルーシブ社会保障

インドネシアは高中所得国であり、社会保障に関しては、サービスの種類の充実やサービスのカバレッジ改善などが視野に入ってくる段階である²²⁸。現に、同国では国民皆保険のための取り組みを進めており、2014年1月1日に新制度を発足させ、全国をカバーする単一の保険者(BPJS Kesehatan)が設立された。その第1段階として、現在個別の公的医療保障でカバーされている人々（公務員及び軍人、民間企業被用者、貧困者）を新制度に移行させ、その後強制適用の範囲を徐々に広げ、2019年1月1日までに全人口をカバーすることを目指している。このような取り組みにおいて、社会保障

²²⁸ JICA（2012）課題別指針「社会保障」

制度のアクセスに関して不利な状況に置かれている障害者のインクルージョンを促進することが重要である。

現在、JICA は、インドネシアで新たに導入する公的医療保障制度等の社会保障制度の円滑な適用・運用に向け、関連行政官の能力が強化されることを目標に、社会保障制度強化プロジェクト（2014-2017年）を実施中である。短期専門家派遣と本邦研修、現地セミナーの開催を主要なスキームとしており、まずは今後の活動に障害者の社会保障制度に関する内容を取りこむことを提案する。

障害者への社会保障制度の拡大の課題として、以下の内容が考えられる。ただし、他の課題の有無や優先課題について、さらに情報を収集し検討する必要がある。

(1) 健康保険の給付拡大に向けた政策や制度の考案

現行の健康保険制度では、労働災害時における医療リハビリテーションの治療代と義足作成の費用はカバーされているが、それ以外の医療リハビリテーションや障害者の車椅子や杖など支援機器の費用はカバーされていない。障害者の、医療リハビリテーションや支援機器へのアクセスを保障するための政策や制度の構築を目標とし、障害者への社会保障制度のカバレッジ拡大を目指す。研修対象者は、保健省や BPJS Kesehatan のスタッフだけでなく、プロジェクト対象地域の議会議員、政策策定者、医療関係者なども対象として、支援機器や医療リハビリテーションの重要性について能力強化を図り、障害者に医療リハビリテーションや支援機器へのアクセスを保障するための政策や制度に係る検討を促す。例えば、コミュニティベースの社会保障スキームや、これらに対応する制度枠組の構築に係る検討等が考えられる。

(2) 重度の障害者向け現金給付の金額増額および対象者拡大の可能性検討

現在支給されている重度の障害者向け現金給付の金額は月 300,000 ルピア（約 2,800 円）と少なく、全ての障害者に支給されているわけではない。また、障害者の包括的なデータベースがわるわけではないことから、社会保障制度を受給する障害者の特定（ターゲティング）にも問題がある。支給額の増大の可能性の検討や、社会保障制度を受給する対象者を特定する障害者の包括的なデータベースの構築などの支援も考えられる（表 8-5）。

表 8-5 重度の障害者向け現金給付の金額増額および対象者拡大の可能性検討
のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題 ²²⁹ および期待される成果	①適切な制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害者の人的資源開発：社会保障制度に関する知識向上、DET 研修講師の育成など ⑤障害関連人材育成・能力開発
その他インパクト	<ul style="list-style-type: none"> より包括的な社会保障の提供
カウンターパート	<ul style="list-style-type: none"> BAPPENAS 社会保護・福祉局 社会省社会保障局
受益者	<ul style="list-style-type: none"> BAPPENAS、TNP2K、国家開発庁社会保護・福祉局職員、社会省社会保障局職員、保健省職員、BPJS Kesehatan 職員、地方政府及び関係機関、障害者など
協カスキーム	<ul style="list-style-type: none"> 現在実施されている「社会保障制度強化プロジェクト」への短期専門家派遣 国・課題別研修
ドナーの動向	GIZ が社会保障制度のカバレッジ拡大について支援している。GIZ と連携・調整する必要あり。また、HI がアチェ特別州で医療リハビリテーション・サービスの改善および同州の健康保険へ医療リハビリテーションの費用がカバーされるよう支援した（第 6 章 6.3.2 の 1)参照）。HI との連携が可能。
JICA の過去の事例	<ul style="list-style-type: none"> 技術協力プロジェクト「社会保障制度強化プロジェクト」（2014 年～2017 年） 技術協力プロジェクト「ボリビア国ラパス障害者登録実施プロジェクト」（2006 年～2007 年）、「ボリビア国全国統一障害者登録プログラム実施促進プロジェクト」（2009 年～2012 年）
インドネシア側のリソース	<ul style="list-style-type: none"> HI
日本のリソース	<ul style="list-style-type: none"> 厚生労働省 社会保障制度ターゲット専門家 啓発及び障害者の人的資源開発：DET 講師

8.3.4 アクセシビリティ

(1) 都市計画における障害インクルージョンの導入

バリアフリー化・ユニバーサル・デザインのコストは、総建設費の 1%前後と言われ²³⁰、建設後に改修する場合はコストが数倍から数十倍大きくなるといわれている²³¹。都市計画の初期段階からバリアフリー・ユニバーサルデザインの視点を入れ込むことによって、コスト削減や経済効果を生み出し、障害者の生活の質の改善や社会参加を促進することになり、法令遵守することにつながる。

具体的な支援内容：例えば、スラバヤ市グリーンシティ・マスタープラン（GMP）策定における障害インクルージョンの導入が考えられる。現在、公共事業・国民住宅省では、GMP のパイロットプロジェクトが進行中である。アクセシビリティの視点は認識されているものの、地方で GMP を策定する際や、実際に建築物が建設される際に確実に導入されているとは言い難い。計画から実施、評価の全ての段階でアクセシビリティの視点が導入されるようにすることが重要である。現在、インドネシアでは、アクセス監査を障害者と共に実施する制度・仕組みが整備されていない。このような制度・仕組みの整備も支援内容に含まれてくる。GMP では、公共のスペースや公共建築物も計画に含まれ

²²⁹ インドネシアの分野横断的課題については第 7 章 7.2 を参照のこと。

²³⁰ <http://siteresources.worldbank.org/DISABILITY/Resources/280658-1172606907476/DisabilityIssuesMetts.pdf>

²³¹ Ratzka (1995) <http://www.independentliving.org/cib/cibrio94access.html>

てくることから、学校や病院の関係者への啓発も欠かせない。民間セクターと協力して、障害者の移動手段（福祉車両サービスなど）の開発促進なども視野に入ってくる。

具体的には、GMP 策定に際し、障害インクルージョンの短期専門家を派遣し、以下の取り組みを図る。また、考えられる支援の概要（案）を表 8-6 にまとめる。

- 中央・地方レベルの省庁間連携の強化（運輸省や情報・通信省、教育省、保健省など）
- 建築業者など現場のスタッフへの啓発・能力強化
- 当事者中心アプローチの普及
- DPO の連携・能力強化（ピアカウンセリングなど）
- DET の紹介

表 8-6 都市計画における障害インクルージョンの導入のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題 ²³² 及び期待される成果	①適切な制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害者の人的資源開発 ⑤障害関連人材育成・能力開発 ⑥都市と地方の格差解消
その他インパクト	▪ アクセシビリティが改善されることにより、障害者の参加（教育、労働、社会保障、政治プロセスなど）が促進される
カウンターパート	▪ 公共事業・国民住宅省 ▪ 情報・通信省 ▪ 運輸省
受益者	▪ 関連省庁職員、障害者、地方政府関連者など
協カスキーム	▪ 短期専門家 ▪ 国・課題別研修
ドナーの動向	▪ アクセシビリティ全般については、特にドナーの支援はない。DFAT が学校のアクセシビリティについて支援した実績がある。
JICA の過去の事例	▪ 技術協力プロジェクト「フィリピン国地方における障害者のためのバリアフリー環境形成プロジェクト（障害者に優しいまちづくり）」（2008 年～2012 年）、 ▪ 個別専門家派遣「ヨルダン国障害者のアクセシビリティ改善のためのアドバイザー」（2014 年～2016 年）
インドネシアのリソース	▪ ペトラ大学（スラバヤ市）、アクセシビリティセンター（ジョグジャカルタ市ガダマジャ大学内）等 ▪ APCD 主催「障害者に優しい街づくり研修」卒業生
日本のリソース	▪ 福祉のまちづくり学会に属する研究者・専門家 ▪ フィリピンやヨルダン案件に関連した専門家 ▪ 啓発及び障害者の人的資源開発：日本人 DET 講師、ピア・カウンセリングボランティア経験者

留意点：アクセシビリティは、物理的側面だけではなく、情報面についても考慮されるべきであることから、公共事業・国民住宅省だけでなく、情報・通信省、運輸省なども将来的には巻き込んでいく必要がある。

²³² インドネシアの分野横断的課題については第 7 章 7.1.7 を参照のこと。

(2) 視覚・聴覚障害者の生活向上を目的としたICT利活用に関する基準策定

アクセシビリティ全体の進展に遅れが見られるが、情報保障面においては特に遅れている状況である。情報・通信省では、DAISY やウェブページのアクセシビリティに関するガイドラインなどのICTアクセシビリティに関する基準や活動計画が策定されていない。ICT利活用に関して支援することは、障害者の日常生活の向上だけでなく、障害者のICT業界での就労機会を増やすことにもつながり、社会参加を促進することに貢献する。

具体的には、情報・通信省をカウンターパートとして、情報・通信省に障害アドバイザーを置き、障害者の情報へのアクセスを確保するために、コミュニケーションの基準や、手話や点字などのコミュニケーションの使用の促進、障害者のためのICTの標準化などの策定支援を実施する(表 8-7)。障害アドバイザーの主なToRは以下が考えられる。

- ICT利活用の実態と利用者ニーズの把握
- 利用者ニーズを踏まえた改善点や製品開発の検討
- 知識・情報およびコミュニケーションに関する国際的に認められた基準を考慮したアクセシビリティ基準の策定
- ICT利活用の効果などを理解してもらう普及・啓発活動：ICTを利用して社会で活躍する障害者による啓発イベントの実施支援など
- 障害者向けにデザインされたICT機器の開発・研究促進：視覚障害者向けソフトウェア技術者・開発者養成セミナーの実施など
- 社会省や公共事業・住宅省、教育省、労働省との連携強化
- 当事者中心アプローチの普及

留意点：第 3.6.5 (2)項に述べたように、インドネシアはASEAN諸国と比較するとインターネットの普及率は高くはない。人口全体へのインターネット普及率を高める取り組みも並行して実施することが重要である。例えば、タイでは、2009年から2011年までタイ国におけるITを活用した知識型経済/知識型社会が確立されることを目標に、ICT省におけるIT戦略策定能力が向上するプロジェクトを実施している²³³。今後、インドネシアで類似のプロジェクトが実施される場合には、障害インクルーシブなIT戦略策定を目指すことが重要である。また、他の分野との連携も重要である。教育では、障害児への情報保障を確保するため教育省との連携や、労働では、ICTを利活用した障害者の就労支援など社会参画の促進も重要なことから、労働省との連携、アクセシビリティでは交通現場での交通省や公共事業・国民住宅省との連携も重要である。

²³³ 案件名：ICT政策開発計画アドバイザー（個別案件（専門家））
<http://gwwweb.jica.go.jp/km/ProjectView.nsf/8c8ff19faf91b01549256f9e0022f9ee/ba009e3a375caea4492577ec0079f5b2?OpenDocument>

表 8-7 視覚・聴覚障害者の生活向上を目的とした ICT 利活用に関する基準策定
のための支援の概要（案）

解決できる分野横断的課題 ²³⁴ 及び期待される成果	①適切な制度設計 ②関連者間の連携・調整 ③正しい障害認識の促進・啓発 ④障害当事者の人的資源開発：DET 講師の育成など ⑤障害者関連人材育成・能力開発 ⑥都市と地方の格差縮小
その他インパクト	▪ 民間セクターとの協力によってICT機器の開発・研究促進による経済向上効果 ²³⁵
カウンターパート	▪ 情報・通信省
受益者	▪ 情報・通信省職員、障害者
協カスキーム	▪ アドバイザー型の専門家派遣 ▪ 技術協力プロジェクト ▪ 本邦研修：国・課題別研修による日本の経験の共有、取り組みの紹介
ドナーの動向	▪ 情報アクセシビリティについては、特にドナーの支援はない。
JICAの過去の事例	▪ 技術協力プロジェクト「タイ国アジア太平洋障害者センタープロジェクト」フェーズ1・フェーズ2を通じて、ICTに関する研修実施（視覚障害者のICT指導者育成研修）など
インドネシアのリソース	▪ APCD 主催「視覚障害者のICT指導者育成研修」の卒業生 ▪ DPO
日本のリソース	▪ マイクロソフト会社（広島でICT利活用のプロジェクトを実施した経験あり） ▪ KDDI（ベトナムで社会障害者の生活向上を目的としたICT活用パイロットプロジェクトの実施経験あり） ²³⁶ ▪ 広島市など障害者と高齢者のICT利活用のプロジェクトを実施した経験のある自治体 ▪ 早稲田大学（ベトナムで社会障害者の生活向上を目的としたICT活用パイロットプロジェクトの実施経験あり） ▪ 啓発及び障害当事者の人的資源開発：日本人DET講師など

(3) その他必要とされる取り組み/支援

1) 障害者自身のICTリテラシーの向上促進

障害者自身が情報コミュニケーションにかかる専門的な見地を身につけることで、アクセシビリティ向上のための取り組みがより効果的に行われるため、障害者のICTリテラシーの向上は重要である。障害者のICTリテラシーの向上を促進するため、視覚障害者のICT利活用のボランティアの指導者スキルアップ講座の実施（受講後、習得した知識を他のボランティアに広める活動をする）、障害者向けパソコン教室講師スキルアップ講座の実施なども重要である。人材育成プログラムの策定、講師の派遣、テキストなどの教材開発支援をすることが可能である。

²³⁴ インドネシアの分野横断的課題については第7章7.1.7を参照のこと。

²³⁵ 広島市は、マイクロソフトと障害者と高齢者のICT利活用プロジェクトで連携した実績がある（2010年～2011年）
<http://www.microsoft.com/ja-jp/presspass/detail.aspx?newsid=3810>

²³⁶ ベトナムの視覚障害者が容易にICTを活用し、情報を得るためには、どのような機器、ソフト、サービス、あるいは、政策・施策などを用意する必要があるかを検討した。
http://www.kddi-foundation.or.jp/project/digital_divide/intro/

2) JICAインフラ事業および情報通信事業における障害インクルージョンの推進

上記案件に付随して、既存のJICAのインフラ関連及び情報通信事業への障害インクルージョンの確実な導入を目指す取り組みも重要である。インフラ事業の拡大は、インドネシア政府はもとより、日本の対インドネシア支援重点分野としても掲げられている。現在インドネシアに対するインフラ事業は、ジャカルタ首都圏投資促進のための運輸交通環境整備プログラムとして1) 計画・制度改善・能力向上、2) 大量交通機関の輸送力増大、3) 道路交通の改善、空港施設・容量の拡充などの約17件のプロジェクトが2013年より実施中である（第5章参照）。ジャカルタ都市高速鉄道事業（I）を例にとってみると、事業事前評価表の環境社会配慮・貧困削減・社会開発のセクションには、「駅施設等はバリアフリーになる予定」と記述されている²³⁷。こうした配慮が実際のプロジェクトに確実に実施されるようモニタリングしていくことが重要である。また、インドネシア側関係者への障害配慮の啓発と同様に、インフラ及び情報通信関連案件に従事する日本人専門家に対しても障害への気づきを高める必要がある。

8.3.5 障害インクルーシブ防災

日本は、1995年の阪神淡路大震災、2011年の東日本大震災など大規模な震災を経験し、障害者への取り組みについて教訓と学びを蓄積してきた。第7章で示した課題について、日本の経験・知見をもとにインドネシアの障害インクルーシブな災害対策への協力案を以下のように提案する。

(1) 障害者サービスユニット（要援護者支援班）を活用した地域ぐるみの防災体制強化

2014年国家防災庁長官令第14号により、BNPB及びBPBDには障害者サービスユニットを設けることが規定されたが、現時点ではBNPBに障害分野担当職員が一人配置されただけで実質的な取り組みには至っていない。他方、社会省においても社会擁護ガイドラインは整備されたものの、社会擁護チーム体制の具体的な取り組みは行われていない。そこで、社会擁護チームと連携した障害者サービスユニットの構築支援（表8-8）を提案する。

障害者サービスユニットは障害分野のプログラム実施において関係省庁、関係機関、地域活動班、その他関係者と協調することが役割の一つとされている。これを実現化させ機能させることができれば、日本で各自治体が行っている災害時要援護者支援班のように、地域ぐるみで障害者を含む要援護者を支援する制度を構築することができる。

具体的には、BPBD、社会局、保健局の職員を共同のユニットコーディネーターとし、対象地域を管轄するTAGANA隊員やコミュニティ・ソーシャル・ワーカー、ヘルスワーカー、地域の防災ボランティア、DPOsなどをメンバーとし、地域支援班を形成する。地域支援班は、災害時の避難行動に支援を必要とする障害者や高齢者、妊産婦などの居住地などを把握し、要援護者のための避難施設の確認と周知、緊急時報告・連絡体系の確認、地域住民と共同の防災訓練などを実施する。これらの活動により、政府組織の部局間の連携が強化されるとともに、政府機関と地域、政府機関とDPOsの連携体制が構築され、障害者を地域で守る防災ネットワークを築くことができる。また同時に、障害者サービスユニットにとどまらず地域住民に対しても、障害インクルージョンを啓発することができる。

²³⁷ JICA（2009）事業事前評価表「インドネシア国ジャカルタ都市高速鉄道事業（I）」
http://www2.jica.go.jp/ja/evaluation/pdf/2008_IP-554_1_s.pdf

表 8-8 障害者サービスユニット（要援護者支援班）を活用した地域ぐるみの防災体制強化のための支援の概要（案）

解決できる課題 ²³⁸ 及び期待される効果	①組織体制・関係機関の連携強化 ②政策決定者及び実施者の障害に対する認識・理解の促進 ③支援制度の確立
受益者	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BNPB/BPBD、社会省/社会局、保健省/保健局の職員 ▪ 障害者、地域住民、DPOs
その他インパクト	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 地域住民の障害インクルージョンについての理解が促進される。 ▪ 障害児の就学率向上など教育課題への貢献が期待できる。
協カスキーム	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 技術協力プロジェクト ▪ 国・課題別研修の実施 ▪ ボランティア派遣（地域防災分野、地域福祉分野）
カウンターパート	<ul style="list-style-type: none"> ▪ BNPB/BPBD、社会省/局、保健省/局など
ドナーの動向	<ul style="list-style-type: none"> ▪ ASB が 2015 年 10 月から 2016 年 10 月まで実施予定のプロジェクトにおいて、中央ジャワ州 BPBD に障害者サービスユニットの設置支援を行う予定であり、調整が必要。
インドネシアのリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ インドネシア大学障害学センター研究員、ガジャマダ大学自然災害マネジメントコース研究員など
日本のリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 技術協力プロジェクト：コミュニティ開発、地方行政分野専門家 ▪ ボランティア：防災活動経験者、地域福祉活動従事者 ▪ 「浦河べてるの家」*の取り組みの経験者

注： *北海道浦河町にある精神障害者等の活動拠点における、防災の取り組み。定期的な避難訓練や避難マニュアルの開発と理解促進を行っている。

(2) 要援護者名簿による災害時フォローアップシステムの確立

社会省では脆弱層の保護を目的とした社会擁護に重きを置いており、ガイドラインを整備した。しかし、その保護手順の第一段階である「災害時における脆弱層の確認」において、脆弱層の所在が確認できる名簿等が存在しないため、災害時それらすべての人々にアプローチすることは困難であると考えられる。そこで、日本の各自治体に義務づけられている避難行動要支援者名簿のような要援護者名簿を整備することを提案する。この名簿が整備されることで、災害時における要援護者の安否確認、その後の避難生活の支援が継続的に行われる体制をつくることができる。

しかし、現実的にはプライバシーの問題などがあり障害者が自ら名簿への登録を拒否する可能性も考えられる。したがって、要援護者名簿の作成にあたっては、8.3.5 (1)で提案した地域ぐるみの防災活動の一環として要援護者のデータベースを作る、または DPOs やコミュニティ・ソーシャル・ワーカーなど障害者支援のキーパーソンを中心に組み込むことで、より有効性のあるツールとなり、また障害者と地域の信頼関係の構築にもつながる。考えられる支援の概要（案）を表 8-9 にまとめる。

²³⁸ 災害対策における課題は、第 7 章 7.3 参照。

表 8-9 要援護者名簿による災害時フォローアップシステムの確立のための支援の概要（案）

解決できる課題及び期待される効果	①組織体制・関係機関の連携強化 ③支援制度の確立
受益者	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 社会省/局の職員 ▪ 障害者、DPOs、コミュニティ・ソーシャル・ワーカー
その他インパクト	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 国レベルの障害関連データに活用される。 ▪ コミュニティネットワークが強化される。
協カスキーム	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 技術協力プロジェクト ▪ 個別専門家派遣
カウンターパート	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 社会省/局
ドナーの動向	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 支援なし
インドネシアのリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DPOs、コミュニティ・ソーシャル・ワーカー
日本のリソース	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 地方行政、社会福祉分野の専門家

(3) その他必要とされる取り組み/支援

8.3.5 (1) 及び (2)、または他の防災関連案件に付随して取り組むべき事案を以下に示す。

1) DPOs活動拠点を避難支援窓口指定する

障害者を含む要援護者の避難後の生活を支援するため、DPOsの事務所などを要援護者避難支援窓口として地方政府に登録し、必要な支援物資の輸送先、避難生活の相談窓口として機能させる。現在、社会リハビリテーション・センターを障害者の避難先に指定している地方もあるが、社会局が管理する同センターは少数しかなく有効性が懐疑的であることと、利用が障害者に限定されるため区別意識を助長させる懸念がある。そこで、避難所のバリアフリー対策を講じつつ、避難所生活に困難がある場合の相談窓口、自宅避難者への支援物資の輸送窓口の役割をDPOs事務所に与え、これを各地方政府の防災計画に規定する。これにより、要援護者の避難生活のフォローアップ体制の強化と、DPOsの能力強化、DPOsと自治体の連携体制の強化が期待される。

2) 障害者の防災活動への参加促進

障害インクルーシブな防災体制の構築には、政策・方針、制度を整備し、関係者の認識・理解の促進を図ると同時に、その効果の発現には障害当事者の積極的な防災活動への参加が求められる。障害者は災害対策について消極的になりがちであり、緊急時には周囲に介助は求めず避難することを断念する、という障害当事者の声も聞かれた。しかし、緊急時や避難生活に必要な用具、医薬品の事前準備や、避難所の確認、地域の防災訓練へ積極的に参加し人々との協力関係を築くなど、障害者自身のエンパワメントにより、災害への脆弱性を緩和することができる。

3) 緊急対応チームへの障害インクルーシブ研修の実施

国際NGOのASBやHI、日本の非政府組織によりすでに実施されている地域もあるが、BNPB/BPBD、社会省/局、保健省/局、BASARNAS、PMIの緊急対応チームに対して障害配慮に係る研修を実施し、能力強化を図る。障害インクルージョンについて、習得し共通認識すべき事項には以下のようなものがある。

- 搜索救助活動において要援護者を確認した場合の報告・連絡体系
- 障害者とのコミュニケーション方法、情報伝達手段

- 避難施設でのバリアフリー対策
- 避難施設における介護人材の配置
- 障害者が必要とする生活物資、医療機器、薬等
- 自宅避難者、その他施設での避難生活者への支援

4) 防災関連プロジェクトの障害インクルージョンの推進

インドネシアで実施中または今後実施予定の防災関連案件においても、障害の主流化を進める必要がある。例えば、防災計画の策定にあたっては障害配慮の視点を取り入れる、警報システムの開発に視覚障害者・聴覚障害者への配慮を導入する、復興期のインフラ再整備事業においてバリアフリー化を図る、などが考えられる。あらゆる事業に従事する専門家が障害の視点を持って取り組むことで、障害の主流化を進めることができると考えられる。

添付資料 1

現地調査日程

Attachment 1: Schedule of the Field Survey

Schedule of the First Field Survey

Date		Activities	City
6-May	Wed	Arrival in Jakarta	Jakarta
7-May	Thu	Attending at Donor Coordinating Meeting	
		Focused Group Discussion (FGD) in Jakarta	
8-May	Fri	Meeting with JICA Indonesia Office	
9-May	Sat	Team meeting	
10-May	Sun	Meeting with JICA Expert for Disaster Management	
11-May	Mon	Meeting with BNPB	
		Meeting with AHA Centre	
12-May	Tue	Meeting with Ministry of Education and Culture	
		Meeting with TNP2K	
13-May	Wed	Meeting with Ministry of Manpower and Transmigration	
14-May	Thu	Jakarta -> Surabaya	
		Meeting with Interpreters/Coordinators	
15-May	Fri	Meeting with International Cooperation Bureau, East Java Provincial Government	
		Meeting for Mr. Gunawan Tanuwidjaja, Petra Christian University	
16-May	Sat	Team meeting	
17-May	Sun	Team meeting	
18-May	Mon	Meeting with Municipal Government of Surabaya City	
		Meeting with Department of Social Affairs, East Java Provincial Government	
19-May	Tue	Meeting with Resource Center, Sidoarjo Regency Government	Surabaya
20-May	Wed	Meeting with Department of Education, East Java Provincial Government	
		Meeting with BPBD, East Java Provincial Government	
		Meeting with Kitakyushu City Government staff	
21-May	Thu	Meeting with Department of Health, East Java Provincial Government	
		Focused Group Discussion (FGD) in Surabaya	
22-May	Fri	Access Audit in Surabaya	
23-May	Sat	Access Audit & Meeting with PWDs in urban-area village	
24-May	Sun	Surabaya -> Jakarta -> Yogyakarta	Yogyakarta
25-May	Mon	Team meeting	
26-May	Tue	Meeting with Dr. Ikaputra, University of Gadjah Mada	
		Meeting with Handicap International	
		Meeting with an Interpreter	
27-May	Wed	Meeting with BPBD, Yogyakarta Provincial Government	
		Meeting with Department of Social Affairs, Yogyakarta City Government	
28-May	Thu	Meeting with ASB	
		Meeting with SIGAB and CIQAL	
29-May	Fri	Team meeting	
30-May	Sat	Yogyakarta -> Jakarta	Jakarta
31-May	Sun	Team meeting	
1-Jun	Mon	Meeting with Ministry of Transportation	
		Meeting with BASARNAS	
		Meeting with Ministry of Public Works and National Residence	
2-Jun	Tue	Team meeting	

Attachment 1: Schedule of the Field Survey

Date		Activities	City
3-Jun	Wed	Meeting with BAPPENAS	
		Meeting with Ministry of Health	
		Meeting with JICA Indonesia Office	
		Jakarta -> Haneda/Tokyo (GA874)	
4-Jun	Thu	Arrival in Japan	Tokyo

Schedule of the Second Field Survey

Date		Activities	City	
28-Jun	Sun	Arrival in Jakarta	Jakarta	
29-Jun	Mon	Meeting with Ministry of Social Affairs (Directorate of Social Rehabilitation)		
		Meeting with Ministry of Social Affairs (Directorate of Social Protection)		
		Meeting with Ministry of Social Affairs (Functional Development Center of Social Workers and Social Instructor)		
30-Jun	Tue	Meeting with Ministry of Communications and Information Technology		
		Meeting with ILO/UNESCO		
		Meeting with BNPB		
		Meeting with JICA Indonesia Office		
1-Jul	Wed	Jakarta -> Yogyakarta		Yogyakarta
		Meeting with BPBD, Yogyakarta City Government		
		Meeting with TAGANA, under the Department of Social Affairs, Yogyakarta Provincial Government		
		Yogyakarta -> Jakarta		
2-Jul	Thu	Meeting with BPS	Jakarta	
		Meeting with Indonesia Red Cross		
3-Jul	Fri	Meeting with Ministry of Health (Directorate of Mental Health)		
		Meeting with Ministry of Health (Directorate of Child Health)		
		DFAT Jakarta [Saito]		
		Meeting with Ms. Cucu (a person with disability)		
		Jakarta -> Surabaya		Surabaya
Meeting with TAGANA, under the Department of Social Affairs, East Java Provincial Government				
4-Jul	Sat	Meeting with Mr. Gunawan, Petra Christian University		
		Meeting with Dr. Timoticin Kwanda, Petra Christian University		
		Surabaya -> Jakarta (Yonezawa / Nishimagi)		
5-Jul	Sun	Team meeting		Jakarta
6-Jul	Mon	Meeting with Ministry of Health (Center of Health Crisis Management)		
		Seminar "Green Building and Accessibility: Towards Smarter Green City"		
7-Jul	Tue	Meeting with Spatial Planning Bureau, Makassar City Government		
		Meeting with Dr. Irwanto, University of Indonesia		
8-Jul	Wed	Meeting with Ministry of Home Affairs		
		Meeting with Autism Foundation of Indonesia		
		Meeting with Ministry of Women Empowerment and Child Protection		
9-Jul	Thu	Meeting with WHO	Jakarta	
10-Jul	Fri	Meeting with JICA Indonesia Office		
		Jakarta -> Haneda/Tokyo		
11-Jul	Sat	Arrival in Japan	Tokyo	

添付資料 2

面談者リスト

添付資料 2 : 面談者リスト

(1) Central Government

Ministry of Social Affairs

- | | | |
|----|-----------------------|---|
| 1. | Ms. Eva Rahni Kasim | Directorate for Social Rehabilitation for PWDs |
| 2. | Mr. Nahar | Director of Social Rehabilitation for PWDs |
| 3. | Ms. Mahdacenah | Staff, Division of Social Rehabilitation for PWDs |
| 4. | Ms. Aris Miarti | Staff, Division of Social Rehabilitation for PWDs |
| 5. | Mr. Toto | Functional Development Center of Social Workers and Social Instructor |
| 6. | Mr. Dian Purwasantama | Functional Development Center of Social Workers and Social Instructor |
| 7. | Mr. Iyan Kusmadiana | Head of Emergency Response Sub-Directorate |
| 8. | Mr. Yadi Muchter | Head of Social Advocacy Section |

Ministry of Health

- | | | |
|-----|---------------------------|---|
| 9. | Dr. Eko | Directorate of Health Effort |
| 10. | Ms. Upik Rukmini | Directorate of Health Effort |
| 11. | Dr. Eka Viora | Director of Mental Health |
| 12. | Dr. Edward Idul Riyadi | Head of Sub-Directorate of Mental Health for High Risk |
| 13. | Dr. Jane Soepardi | Director of Child Health |
| 14. | Ms. Puh An Merry Antarina | Directorate of Child Health |
| 15. | Dr. Yenai Yuwana | Directorate of Child Health |
| 16. | Dr. Stefani Chirstanti | Directorate of Child Health |
| 17. | Dr. Florentine M. | Directorate of Child Health |
| 18. | Dr. Edi Priyono | Sub-Directorate of Reproductive Health Protection, Directorate of Maternal Health |
| 19. | Drg. Zaman | Center for Health Crisis Management |
| 20. | Ms. Lita | Center for Health Crisis Management |

Ministry of Education and Culture

- | | | |
|-----|----------------------|------------------------------------|
| 21. | Dr. Harizal | Head of Programming and Evaluation |
| 22. | Dr. Praptono, M. Ed | Deputy Director of Learning |
| 23. | Mr. Aswin Windiyanto | Head of Planning Program |
| 24. | Ms. Tita Srihayati | Curriculum Implementation Section |
| 25. | Ms. S. M. Fadhilah | Programming and Evaluation Section |

Ministry of Public Works and National Residence

- | | | |
|-----|-----------------------|--|
| 26. | Ms. Dian Prasenjawati | Head of Arrangement, Department of PBL |
| 27. | Mr. Wahyu Imam S. | Department of PBL |
| 28. | Ms. Amanda Erika | Staff, Department of PBL |

Ministry of Manpower and Transmigration

- | | | |
|-----|------------------------|---|
| 29. | Mr. Abudul W. Bangkona | Secretary General |
| 30. | Ms. Roostiawati | Head of International Cooperation Center |
| 31. | Mr. Wisnu Pramone | Director |
| 32. | Mr. Supto Purnomo | Deputy Director for Vulnerable Labour Placement |

Ministry of Transportation

- | | | |
|-----|-------------------------|---|
| 33. | Mr. Saptandri Widiyanto | Deputy Director for International Cooperation |
| 34. | Ms. Susanty Pertiwi | Chief for Bilateral Cooperation |
| 35. | Mr. Ami Ruddin | |
| 36. | Mr. Aznac | |

Ministry of Communication and Informatics

- | | | |
|-----|---------------------------|--|
| 37. | Drs. Freddy H. Tulung | Director General, Public Information and Communication |
| 38. | Ms. Henni Prastiwi | Head of Section, International Information Services |
| 39. | Ms. Mediodecci Lustrarini | Head of Cooperation Section |
| 40. | Ms. Dewi Rahmarini | Staff |

Ministry of Women Empowerment and Child Protection

- | | | |
|-----|--------------------|-----------------------|
| 41. | Ms. Dessy Oktarina | Advocacy Sub-Division |
|-----|--------------------|-----------------------|

Ministry of Home Affairs

- | | | |
|-----|---------------------|--|
| 42. | Drs. Sugiyono M. Si | Directorate General for Regional Development |
|-----|---------------------|--|

TNP2K

- | | | |
|-----|--------------------|----------------------------------|
| 43. | Dr. Elan Satriawan | Chief of Policy Working Groups |
| 44. | Ms. Fiona Howell | Social Assistance Policy Advisor |

National Development Planning Board (BAPPENAS)

- | | | |
|-----|--------------------|--|
| 45. | Dr. Vivi Yulaswati | Director, Directorate of People's Protection and Welfare |
|-----|--------------------|--|

Central Bureau of Statistics

- | | | |
|-----|-----------------------|--|
| 46. | Dr. Kecuk Suhariyanto | Deputy Chief Statistician for National Accounts and Statistical Analysis |
| 47. | Mr. Teguh Pramoto | Director of Social Welfare Statistics |

National Disaster Management Agency (BNPB)

- | | | |
|-----|---------------------|---|
| 48. | Dra. Anny Isgrati | Director of Community Empowerment |
| 49. | Mr. Pangarso | Head, Section of Community Preparedness Promotion |
| 50. | Mr. Melissa | Head, Section of Community Awareness Promotion |
| 51. | Mr. Irawan | UNDP Expert |
| 52. | Mr. Takafumi Shinya | JICA Expert on Comprehensive Disaster Management Policy |

National Search and Rescue Agency (BASARNAS)

- | | | |
|-----|-----------------------|---|
| 53. | Mr. Zulfikar S. | Planning and International Technical Cooperation Bureau |
| 54. | Ms. Annie Sloman | Planning and International Technical Cooperation Bureau |
| 55. | Ms. Melina Margaretha | Planning and International Technical Cooperation Bureau |

(2) The Government of East Java Province

Cooperation Affairs Bureau

- | | | |
|-----|------------------------|---|
| 56. | Mr. Benny Sampir Wanto | Director |
| 57. | Mr. Adji Arwowo. | Head, Sub-Division of International Cooperation |

Department of Social Affairs

- | | | |
|-----|---------------------|--------------------------------|
| 58. | Mr. Budi Yuwono | Social Rehabilitation Division |
| 59. | Mr. Teguh Setyanian | Social Rehabilitation Division |
| 60. | Mr. P. Adi Kiidodo | Social Protection Division |
| 61. | Mr. M. Gunawan | TAGANA |
| 62. | Mr. Ivan | TAGANA |
| 63. | Mr. Waryv Riski | TAGANA |

Department of Education

- | | | |
|-----|------------------|--------------------------------|
| 64. | Ms. Puji Hastuti | Special Education Sub-division |
|-----|------------------|--------------------------------|

Regional Agency for Disaster Management

- | | | |
|-----|----------------------|-----------------------------------|
| 65. | Drs. Bambang Munarto | Program and Reporting Sub-section |
| 66. | Ms. Puji | Secretary |

(3) The Government of Surabaya City

- | | | |
|-----|--------------------|---|
| 67. | Mr. Yunar Hermawan | Department of International Cooperation |
| 68. | Ms. Rahmasari | Department of International Cooperation |
| 69. | Ms. Putri P. | City Development Planning Agency |
| 70. | Mr. Dhoni C. | City Development Planning Agency |
| 71. | Ms. Ehdahs S. | Department of Social Affairs |
| 72. | Ms. Yumita E. | Department of Health |

(4) The Government of Yogyakarta Special Region

Department of Social Affairs

- | | | |
|-----|---------------------|--------|
| 73. | Mr. Sigit Alifianto | TAGANA |
|-----|---------------------|--------|

Regional Agency for Disaster Management

- | | | |
|-----|-------------------|-------------------------------------|
| 74. | Mr. Gatot Saptadi | Head of Agency |
| 75. | Mr. Heru Suroso | Secretary |
| 76. | Mr. Heri Siswanto | Head of Prevention and Preparedness |

(5) The Government of Yogyakarta City

Department of Social Affairs

77.	Octo N. Arafat	Head of Division, Rehabilitation and Service
78.	Sri. Mulyatiningsih	Rehabilitation and Service Division
79.	B.Nanik Trisnajayanti	Rehabilitation and Service Division
80.	Anita Anggraini	Secretary, Rehabilitation and Service Division

Regional Agency for Disaster Management

81.	Mr. Heky	Head Section of Emergency and Logistics
82.	Mr. Djoko Tbiamo	Head Section of Rehabilitation and Construction
83.	Ms. Retno Rahayu	Staff of the Prevention Section
84.	Ms. Siti Miftahussaadah	Staff
85.	Ms. Dewa Aivuerah	Staff of Protocol Division
86.	Mr. Septirian Praditya	Staff of Protocol Division

(6) Donor/International Agencies

Bilateral Agencies

87.	Ms. Andini Mulyawati	Program Manager	DFAT
88.	Mr. Frank Schneider	Team Leader, Inclusion of PWDs	GIZ
89.	Mr. Naoki Motoshima	Section Chief in Charge of Commercialization, Asian De-carbonization Center	Kitakyushu City (Japan)

Multilateral Agencies

90.	Mr. Tolhas Damanik	Private Sector Support and Disability Specialist	ILO Jakarta Office
91.	Mr. Gde Yulian Yogakhita	Emergency Field Program Officer and Injury Prevention	WHO Indonesia Office
92.	Ms Ailsa Amila	Programme Assistant	UNESCO
93.	Ms Risyia Ariyani Kori	National Programme Officer – Gender Equality	UNFPA

International Agencies

94.	Ms. Agustina Tnunany	Preparedness and Response Officer	AHA Centre
95.	Mr. Yos Malole	Preparedness and Response Officer	AHA Centre
96.	Dr. Ritola Tasmaya	Secretary General	Indonesian Red Cross
97.	Ms. Istianasari	Staff	Indonesian Red Cross

International NGO

98.	Mr. Matthew R. A. Hanning	Country Director	CBM
99.	Dr. Alex Robinson	Country Director Indonesia	ASB
100.	Ms. Annie Sloman	Programme Development Manager	ASB
101.	Ms. Melina Margaretha	Project Manager	ASB
102.	Ms. Julie Nuttens	Regional Program Director	Handicap International

103.	Ms. Belly Lesmana	Advocating for Changes Project Manager	Handicap International
104.	Mr. Dwi Ariyani	Inclusion Programme Thematic Advisor	Handicap International

(7) Disability-Related Institutions/Centers

Resource Center in Sidoarjo City

105.	Ms. Endang	Head section of the center
106.	Ms. Rina	Clinical Psychologist
107.	Aries	Autistic therapist
108.	Andy	Autistic therapist
109.	Santi	Autistic therapist
110.	Dini	Deaf therapist
111.	Windi	Deaf therapist
112.	Nuhul	Administrative staff
113.	Agung	Support staff

Autism Foundation of Indonesia

114.	Dr. Melly Budhiman	Chairman
------	--------------------	----------

Special school

115.	Mr. Atung	Teacher at special school for people with visual impairment
116.	Mr. Abdul Syakur	Teacher at special school

(8) Academic Institutions

University of Indonesia

117.	Dr. Irwanto	Co-Director, Center of Child Protection
118.	Mr. Bahrul Fuad	Research Associate, Center for Disability Studies
119.	Mr. Eriando Rizky Septian, S.	Administrative Coordinator of SARI Project

Petra Christian University

120.	Mr. Gunawan Tanuwidjaja	Team Leader of University Network of Digital (Local) Knowledge
121.	Dr. Tomoticin Kwanda	Dean of Faculty of Civil Engineering and Planning

University of Gadjah Madah

122.	Dr. Ikaputra	Associate Professor/ Chairman
------	--------------	-------------------------------

(9) DPOs

123.	Mr. Joni Yulianto	Executive Director	SIGAB
124.	Mr. Haris	Vice Director	SIGAB
125.	Ms. Nuning Suryatiningsih	Director	CIQAL
126.	Ms. Wuri Handayani	Director	D-Care
127.	Ms. Cucu Saidah	Technical Coordinator for Disabilities	AIPJ

(10) PWDs and Other Relevant Persons

128.	Ms. Rachmita MH	SEHJIRA Deaf Foundation	PWD
129.	Ms. Welin Hargati	HWDI	PWD
130.	Ms. Ratriuspita NJ	PLJ	PWD
131.	Ms. Juniati Effendi	Gerwatin Pusat	PWD
132.	Ms. Nabressa	PENWMI	PWD
133.	Ms. Siswanti	PENWMI	PWD
134.	Ms. Ridwan S.	JRFT	PWD
135.	Ms. Frida		PWD (Wheelchair user)
136.	Mr. Tutus	YPAB	PWD (visual impairment)
137.	Ms. Feny	Gergatin Surabaya	PWD (hearing impairment)
138.	Ms. Umaroh	Gergatin Jatim	PWD (hearing impairment)
139.	Mr. Eka Prastama	Social Worker	
140.	Ms. Ana Rafika		

添付資料 3

インチョン戦略におけるインドネシアの概況

Incheon Strategy: Goals, Targets and Indicators

NA=Not Available(データなし)

2015年9月8日現在

ゴール		ターゲット		コア指標		現状		補足指標		現状		
1	貧困を削減し労働及び雇用の見直しを改善すること	1A	障害者の極度の貧困を削減する	1.1	世界銀行が更新する数値であり、総人口と比較して、国際的な貧困線である1日1.25米ドル未満 (PPP) で生活する障害者の割合	NA	1.4	1.4 国の貧困線を下回る生活を送る障害者の割合	NA		NA	
		1B	就労可能であり、かつそれを望む就労年齢の障害者の仕事及び雇用を増大させる	1.2	雇用総人口に対して、雇用されている障害者の割合	全人口における雇用されている障害者の割合が、国勢調査により出されている。 報告書表3-6「障害の有無及び程度、教育水準並びに性別による就労状況」参照。						
		1C	政府が助成する職業訓練及びその他の雇用支援制度に対する障害者の参加を増大させる	1.3	政府が助成する職業訓練およびその他の就労支援制度に参加する人のうち、障害者の割合	NA 東ジャワ州では、2014年7月までに197人の障害者が州政府の職業訓練に参加した (ILO, 2014*)。また、職業訓練校16校のうち、障害のある訓練生が1人もいなかったのは1校のみ。						
2	政治プロセス及び政策決定への参加を促進すること	2A	障害者が政策決定機関において代表者を送ることを保障する	2.1	障害者が、国会またはそれに相当する国の立法機関に占める議席の割合	不明	2.5	国家レベルで障害者が占める関係の地位の割合	故ワヒド元大統領が盲目であった以外、特段知られる関係はない。			
		2B	障害者が政治プロセスに参加しやすくするために合理的配慮を提供する	2.2	障害に関する国のコーディネーション機関のメンバーとして参加する多様な障害者グループの割合	政策・計画策定には多様な障害者グループが参加している。	2.6	最高裁判所判事である障害者の割合	NA			
		2.3	性の平等および女性のエンパワーメントを目的とする国の女性機構に参加する、障害のある女性の割合	NA 女性エンパワーメント・児童保護省では障害のある女性が雇用されている。	2.7	国の選挙機関に対して、多様な障害者にアクセシブルな様式で選挙プロセスを遂行することを定める法制度の有無	視覚障害者については、選挙の際投票所に支援機器を設置することが義務づけられている (2008年法律第10号注釈第142条、同年法律第42条注釈第105条)。身体障害者については、公共の建物へのアクセス基準を定めたガイドライン (2006年政令第36号) が存在する。					
		2.4	国の首都および、準国家レベルの適切な場所において、アクセシブルであり、障害者の投票の秘密が守られるように対策がとられた投票所の割合	NA								
3	物理的環境、公共交通機関、知識、情報及びコミュニケーションへのアクセスを高めること	3A	国の首都において、公に開かれた物理的環境のアクセシビリティを増大させる	3.1	国の首都において、アクセシブルな政府機関の建築物の割合	NA	3.6	障害者の専門家を参加させることを求める政府のアクセス監査制度の有無	ジョグジャカルタ市では障害者と共にアクセス監査を実施している。運輸省ではアクセス監査は制度化されていない。			
		3B	公共交通機関のアクセシビリティ及び利便性を高める	3.2	アクセシブルな国際空港、港湾および主要交通拠点の割合	NA	3.7	一般市民が利用しうる建築物のあらゆる設計を承認する際に適用される、国際標準化機構 (ISO) による基準のような国際的に認められた基準を考慮に入れた、バリアフリー・アクセスに対する義務的な技術基準の有無	公共事業・国民住宅省でアクセシビリティに関する規則を策定。			
		3C	情報及びコミュニケーション・サービスのアクセシビリティ及び利便性を高める	3.3	公のテレビニュース番組に毎日字幕および手話通訳が付与されている割合	インドネシア国营テレビ局による1番組のみ。	3.8	手話通訳者の数	インドネシアろう者組織認定の手話通訳者はジャカルタ市内に5名 (2012年時点)。			
		3D	適切な支援機器または支援製品を必要としながらそれを持たない障害者の割合を半減させる	3.4	国際的に認められたアクセシビリティ基準を満たす、アクセシブルかつ利用可能な公的文書およびウェブサイトの割合	NA (国際的に認められたアクセシビリティ基準なし)	3.9	一般向けのウェブサイトなど、あらゆる出版およびICT関連のサービスを承認する際に適用される、国際標準化機構 (ISO) による基準のような国際的に認められた基準を考慮に入れた、バリアフリー・アクセスに対する義務的な技術基準の有無	技術基準なし。			
		3.5	支援機器または支援製品を必要とし、それを所有する障害者の割合	NA								

4	社会的保護を強化すること	4A	障害者に対して、リハビリテーションを含むすべての保健医療サービスへのアクセスを増大させる	4.1	一般国民と比較して、政府が助成する保健ケアプログラムを利用する障害者の割合	NA	4.4	レスパイト・ケアを含め、政府が助成するケアサービスプログラムの数	プログラムなし。
		4B	社会的保護制度の中で障害者の適用範囲を増大させる	4.2	社会保険及び社会支援プログラムを含め、社会的保護プログラム内における障害者の適用範囲	本調査では未入手（TNP2Kが関連データを持っているが、全ての障害者を含んでいる訳ではなく、また、世帯によっては障害者であることを申告しないため、分析には留意が必要）。	4.5	コミュニティを基盤とする国の、地域に根ざしたリハビリテーション(CBR)プログラムの有無	有り。
		4C	障害者、とりわけ重複障害者、重度障害者及び多様な障害者が、地域社会のなかで自立した生活を送れるように支援する介助者及びピア・カウンセリングなどのサービス及びプログラムを強化する	4.3	介助者及びピアカウンセリングを含め、障害者が地域社会のなかで自立した生活を送れるように支援する、政府が助成するサービス及びプログラムの有無	介助者及びピアカウンセリングなどの自立生活に関する支援・プログラムは無し。	4.6	障害者のための健康保険の有無	障害者に特化した健康保険制度はない。
							4.7	アシスタンス及び支援サービスに対するニーズが満たされないケースの減少	NA
5	障害のある子どもへの早期関与と早期教育を広めること	5A	出生時から就学前までに障害のある子どもを早期発見し、早期関与するための対策を強化する	5.1	早期関与を受ける、障害のある子どもの数	早期関与は受けているが、数に関するデータはなし。	5.4	子どもの障害の早期発見及び障害のある子どもの権利保護に関する情報ならびにサービスを提供する出産前・出産後のケア施設の割合	割合は不明。 出産前のケアはないが、産後の障害の早期発見に関する情報を提供している。
		5B	障害のある子どもと障害のない子どもとの初等学校・中等学校在籍率の差を半減させる	5.2	障害のある子どもの初等学校在籍率	79.89% (ただし、未申告の世帯情報を含まない) 報告書表3-5「年代別/居住地域別障害児就学率及び状況」参照。	5.5	手話で指導を受けるろうの子どもとの割合	NA
				5.3	障害のある子どもの中等学校在籍率	53.47% (ただし、未申告の世帯情報を含まない) 報告書表3-5「年代別/居住地域別障害児就学率及び状況」参照。	5.6	あらかじめアクセシブルな形式で作成された教育素材を与えられた、視覚障害の生徒の割合	NA
							5.7	支援機器、調整されたカリキュラム及び適切な学習教材を与えられた、知的障害、発達障害、盲ろう、自閉症及びその他の障害のある生徒の割合	NA
6	性(ジェンダー)の平等と女性のエンパワメントを保障すること	6A	障害のある少女及び女性が、主流となる開発の機会に平等にアクセスできるようにする。	6.1	障害のある少女及び女性が性の平等及び女性のエンパワメントに関する国の行動計画に参加することを促進している国の数	女性エンパワメント・児童保護省で女性障害者向けプログラムを推進している。			
		6B	政府の政策決定機関において障害のある女性の代表が参加することを保障する。	6.2	国会またはそれに相当する国の立法機関に障害のある女性が議席を占める割合	NA			
		6C	障害のある少女及び女性が、障害のない少女及び女性と同様に、性や生殖に関する保健サービスにアクセスできるように保障する	6.3	障害のない女性及び少女と比較して、性や生殖に関する政府及び市民社会の保健サービスにアクセスする、障害のある少女及び女性の割合	NA			
		6D	障害のある少女及び女性をあらゆる形態の暴力及び虐待から守るための対策を増大させる	6.4	性的虐待や搾取を含め、障害のある少女及び女性に対する暴力を削減することを目的とする、政府及び関連機関が主導するプログラムの数	保健省でプログラム有り(詳細は不明)。			
				6.5	何らかの形態の暴力及び虐待の被害を受けた障害のある少女及び女性に対してリハビリテーションを含むケア及び支援を提供する、政府及び関連機関が主導するプログラムの数	保健省でプログラム有り(詳細は不明)。			

7	障害インクルーシブな災害リスク軽減及び災害対応を保障すること	7A	障害インクルーシブな災害リスク削減計画を強化する	7.1	障害インクルーシブな災害リスク削減計画の有無	国家防災庁により障害インクルーシブな国家防災計画(2015-2019)が発行される予定。	7.4	災害で死亡したまたは重傷を負った障害者の数	NA
		7B	災害への対応にあたり、障害者に対して速やかに、かつ適切な支援を提供する対策の実施を強化する	7.2	関連するすべてのサービス担当職員を対象とする、障害インクルーシブな訓練の有無	ジョグジャカルタ州BPBD及び社会局、ジョグジャカルタ市BPBDは障害インクルーシブな訓練を実施している。	7.5	被災した障害者を支援する能力がある心理的・社会的支援サービス担当職員の有無	社会省/社会局により心理社会的ケアが実施されている。
				7.3	アクセシブルな避難所及び災害救援所の割合	BNPBにより新設された避難所はバリアフリー対策がとられていること。避難所の全数、アクセシブルな避難所の数についてはデータなし。	7.6	災害のために準備され災害に対応できる、障害者のための支援機器及び支援技術の有無	障害者のために特別に用意されるものはない。
8	障害に関するデータの信頼性及び比較可能性を向上させること	8A	障害者にアクセシブルな形式で、信頼しうる、国際的に比較可能な障害関連の統計を作成し、普及させる	8.1	国際生活機能分類(ICF)を基盤とする、年齢、性別及び社会的・経済的地位による障害者の比率	2010年国勢調査で、年齢、性別及び居住地別障害比率が出されている。報告書表3-1、3-2、3-3参照。			
		8B	インチョン戦略の目標及びターゲットの達成に向けて有効に進捗状況を確認するための源として、信頼しうる障害関連の統計を「10年」の中間年である2017年までに確立する	8.2	インチョン戦略の目標及びターゲットの達成に向けて進捗状況を確認するための基準となるデータを、2017年までに確立した政府の数	2016年にBPSにより、障害に特化した全国調査(Special National Survey on Disabilities)が実施される予定。			
				8.3	保健、ならびに性及び生殖に関する保健プログラムを含め、主流となる開発プログラム及び政府サービスを受ける。障害のある少女及び女性に関する個別のデータの有無	NA			
9	障害者の権利に関する条約の批准及び実施を推進し、各国の法制度を権利条約と整合させること	9A	「10年」の中間年(2017年)までに10カ国のアジア太平洋諸国政府が新たに「障害者の権利に関する条約」を批准し、「10年」の最終年(2022年)までにさらに10カ国のアジア太平洋諸国政府が新たに権利条約を批准する。	9.1	権利条約の批准国または加盟国となった政府の数	インドネシア政府は2011年に批准。	9.3	「障害者の権利に関する条約」の選択議定書を批准したアジア太平洋諸国の政府の数	未批准
		9B	国の法制度を権利条約と整合させる観点から、差別禁止条項、技術的な基準、及び障害者の権利を下支えし保護するその他の対策を盛り込んだ国内法を立法化するとともに、障害者を直接的または間接的に差別する国内法を改正または廃止する。	9.2	障害者の権利を下支えし保護する、国の差別禁止法制度の有無	差別禁止法制度なし。	9.4	障害者を直接的または間接的に差別する国内法が改正または廃止された法令の数	妻が障害を負った場合に離婚できることを定めた婚姻法第4条第2項が改正される予定はない。

* ILO (2014) Baseline Survey - Access of Persons with Disabilities to Vocational Training in Technical Implementation Units in East Java, Indonesia, ILO Propel Project