

厚生労働科学研究費補助金
(地球規模保健課題解決推進のための行政施策に関する研究事業)
「アジアをはじめとした発展途上国における高齢化対応も含めた UHC 達成を推進する施策や
制度の提言に資する研究」

令和 7 年度 分担研究報告書

「インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状及び課題の抽出に関する研究」

研究分担者

藤並 祐馬	日本老年学的評価研究機構
林 玲子	国立社会保障・人口問題研究所
小野 太一	政策研究大学院大学

研究代表者

五十嵐 久美子 国立保健医療科学院

研究要旨

【目的】

本報告は、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状と課題、ギャップ及びニーズ等を整理し、UHC政策への示唆を得ることを目的とする。インドネシアでは高齢化の進展が見込まれる一方、健康保険制度は整備されているものの、介護制度は未整備である。この状況を踏まえ、日本の知見の活用可能性についても検討する。

【方法】

分析にあたっては、インドネシアの政府公表資料・統計・法令のほか、WHO等国际機関の報告書を参照した。

文献に加え、インドネシア保健省、国家開発計画省及びインドネシアで介護人材育成の技術協力プロジェクトを実施しているJICAインドネシア事務所担当者並びにプロジェクト専門家へのインタビューを実施した。インタビューでは、「基礎統計」「医療制度」「介護制度」「年金・所得保障」「福祉制度」「社会環境」の6領域について整理し、制度の特徴と課題を分析した。

倫理面では、研究計画の承認を得るとともに、対象者の同意を取得した。
(倫理面への配慮)

【結果】

インドネシアでは、1998 年以降、高齢者関連法令が整備されてきたが、当初は国レベルの法整備にとどまり、具体的施策は主に社会福祉分野から進展した。その後、保健分野の制度も整備されたが、医療と福祉は省庁ごとに実施されている。

社会保障では、全国民を対象とした健康保険制度が導入されている一方、介護に関する公的制度は存在せず、家族介護への依存が大きい。

また、地方分権のもとで各省庁が個別に施策を実施しており、サービスの統合性に課題がある。現在は、国家開発計画庁（BAPPNEAS）を中心に統合ケア体制の構築に向け

た取り組みが試行されている。

【結論】

インドネシアでは、健康保険は整備されているが、介護は家族や自己負担に依存している。また、行政の縦割り構造と地方分権により、サービスの統合性・均質性にも課題がある。今後は、医療・介護に加え、保健・福祉を含めた包括的なサービス提供体制の構築が重要である。その際、日本の地域包括ケアシステムやポピュレーションアプローチは有用な示唆を与える。特に、①地域コミュニティを活用した介護予防・在宅ケアの強化、②Kader、社会福祉士などすでに活躍している人材の活用（他職種連携と人材育成）、③持続可能な財政基盤の確立が重要である。

本研究は、インドネシアにおけるUHCの深化と国際協力の検討に資するものである。

A. 研究目的

本報告は、インドネシアを対象に、高齢者政策・制度の現状及び同国が高齢者政策・制度で抱える課題、ギャップ、ニーズ等を整理し、UHC政策への示唆を得ることを目的とする。

インドネシアでは、60歳以上を高齢者と定義し統計をとっているが、高齢者が全人口に占める割合は2015年の8.43%から2023年には11.75%へと伸びており¹、高齢社会入りが見えてきている状況である。一方で、2014年に新しい社会保障制度が導入され、高齢者を含む保険制度は導入されているものの、高齢者介護のための制度は整備途上である。このことを踏まえ、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状を整理するとともに、現在抱えている課題やギャップ、ニーズなどをまとめることで、日本のどのような知見を活用することができるかを整理することを目的とする。

B. 研究方法

分析にあたっては、インドネシアの政府公表資料・統計・法令のほか、WHO等国际機関の報告書を参照した。

文献に加え、インドネシア保健省、国家開発計画省及びインドネシアで介護人材育成の技術協力プロジェクトを実施しているJICAインドネシア事務所担当者並びにプロジェクト専門家へのインタビューを実施した。

インタビューは半構造化形式で実施し、「0. 高齢者に関わる基礎統計」「1. 医療制度における高齢者への配慮」「2. 介護制度」「3. 年金・所得保障制度」「4. 生活保護/高齢者福祉制度」「5. 高齢者の社会環境(横断的)」の6領域について、計62項目の質問を設定した。収集した情報は領域ごとに整理し、制度の特徴及び課題について分析を行なった。

(倫理面への配慮)

代表機関によって多機関共同研究一括審査で承認をうけた課題のもと実施した。

本研究において実施したインタビュー調査については、対象者に対して研究の目的・方法・結果の利用方法等について十分に説明を行い、文書による同意(インフォームド・コンセント)を取得した上で実施した。

C. 研究結果

1. インドネシアにおける高齢者に関する法令制定の変遷

インドネシアにおいて、高齢者に関連する法令を表1の通りまとめた。1998年に「高齢者の福祉に関する1998年インドネシア法第13号」が制定されたのを皮切りに、1999年に「人

権に関する1999年インドネシア法第39号」で、高齢者の人権に関しても記載された。続いて、2004年に「高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに関する2004年政府令第43号」と「国家高齢者委員会に関する2004年大統領決定第52号」が制定された。この時点では、国レベルの法令の制定はあるものの、それらを具体化するべき省令については、高齢者に特化したものは見当たらない。

その後、2009年に「社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号」と、2011年に「貧困対策に関する2011年インドネシア法第13号」が制定され、2012年に、「高齢者への社会サービスの指針に関する2012年社会大臣令第19号」が制定されたことで、具体的な高齢者対策への政策が制定された。また保健分野においては、2014年に「病院における高齢者医療に関する2014年保健大臣例第79号」が制定されたのを始めに、2015年には「保健所における高齢者への保健サービスに関する2015年保健大臣例第67号」が制定され、保健施設における高齢者への対応が規定された。また、2016年には「国家高齢者健康計画2016-2019に関する2016年保健大臣令第25号」が制定され、高齢者の健康維持に関する計画も具体化された。

その後、2009年に制定されたインドネシア法の改正法である「ソーシャルワーカーに関する2019年インドネシア法第14号」が制定され、「社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号」において社会福祉に関する専門職が規定されていたが、さらにその内容を整理する形で「ソーシャルワーカー」が国家資格として整理されるとともに、2020年にはそれまでに制定されていた高齢者や障害者などの社会復帰に関する省令を統合する形で「社会リハビリに関する2020年社会大臣令第16号」が制定され、社会福祉分野における高齢者対策が強化されていった。

これら一連の流れを見ていくと、1998年にインドネシア法において高齢者が定義され、「高齢者」が意識されていたものの、実際に高齢者対策が具体化するまでにはしばらくの時間が必要であり、2012年の社会省及び2014年の保健省における大臣令の制定によって、具体的な高齢者施策が動き出したことが見える。また社会省が管轄する社会福祉に関する法令の方が先に制定されていることから、まずは社会福祉面における高齢者対策が先行して実施され、その後、保健分野における高齢者対策が実施された流れが見られる。

これら法令を、保健・社会・人権の分野ごとにまとめたのが、以下の表であるが、ここからも、これまでのインドネシアの高齢者対策は、社会福祉を重点的に行ってきたことが伺える。

そして、対策を行う体制としては、そもそも省庁が分かれていることからわかるように、社会福祉分野は社会省、保健分野は保健省と言うように、縦割りの形で実施されていることが伺える。

なお、法令をインタビューにおける5領域（統計に関する領域を除く）に分けると表3のようになる。

表 1 インドネシアの高齢者に関する法令（年代順）

	インドネシア法	政府令	大統領令	大統領決定	省令（社会省）	省令（保健省）
1998	高齢者の福祉に関する インドネシア法第13号					
1999	人権に関するインドネシア法第39号					
2004		高齢者の社会保障向上に向けた 取り組みに関する政府令第43号		国家高齢者委員会に関する 大統領決定第52号		
2009	社会福祉に関するインドネシア法第11号 （2019年インドネシア法第14号で 改正される）					
2011	貧困対策に関するインドネシア法第13号					
2012					高齢者への社会サービスの 指針に関する 社会大臣令第19号 （2020年社会大臣令第16号で 改正される）	
2014						病院における高齢者医療に関する 保健大臣令第79号
2015						保健所における高齢者への 保健サービスに関する 保健大臣令第67号
2016						国家高齢者健康計画2016-2019 に関する保健大臣令第25号
2018					高齢者の社会的リハビリスタンダード に関する社会大臣令第5号 （2020年社会大臣令第16号で 改正される）	
2019	ソーシャルワーカーに関する インドネシア法第14号 （2009年法第11号の改正）					
2020					社会リハビリに関する 社会大臣令第16号 （2012年社会大臣令第19号、 2018年社会大臣令第5号などを 統合して改正）	
2021			国家高齢化戦略に関する 大統領令第88号			

表2 インドネシアの高齢者に関する法令（領域別）

	保健	社会	労働	人権
インドネシア法	1998年高齢者の福祉に関するインドネシア法第13号 高齢者の年齢を60歳と規定し、「高齢者」「要介護高齢者」の区分を設定、それぞれの区分に応じて提供される支援を定義、高齢者の社会福祉は政府、住民、家族によって向上させると規定。			
		1974年社会福祉に関するインドネシア法第6号 （2009年社会福祉に関するインドネシア法第11号で改正） 「社会福祉」を定義し、社会保障の内容を示す。対象は、貧困者、孤児・放置された子供、見捨てられた高齢者、身体障害者、知的障害者、および慢性疾患の元患者。「ソーシャルワーカー」「プロフェッショナルソーシャルワーカー」を規定 2019年ソーシャルワーカーに関するインドネシア法第14号で改正 2009年インドネシア法を改正、2009年インドネシア法で定められた「ソーシャルワーカー」の役割を再定義。ソーシャルワーカーに能力試験への合格、登録証（STR）の取得などを義務付けた。		1999年人権に関するインドネシア法第39号 障がい者、高齢者、妊産婦、子どもに対して特別な配慮を受ける権利があると規定
		2011年貧困対策に関するインドネシア法第13号 貧困者に最低限必要な基本的なニーズを満たすことを目的に制定、基本理念は、人権、社会的平等、非差別、福祉、連帯、能力開発。貧困者にも自助の努力をすることを求めている。貧困対策には、自己の能力開発、衣・食・住支援、保健、教育、労働へのアクセス、法的支援、社会的支援が含まれる。		
政府令	2004年高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに関する政府令第43号（1998年インドネシア法第13号を受けて制定） 要介護高齢者への保健サービス費用の軽減、産業界に就労の条件を満たす高齢者にはできる限り就労の機会を提供することを要請、高齢者専用シート、高齢者専用窓口、高齢者観光カード、高齢者優先対応の呼びかけ、などを求める。			
大統領令	2021年国家高齢化戦略に関する大統領令第88号 高齢者の自立、福祉を関係セクターの調整などを通じて実現するための国家戦略を規定、戦略では、「社会保障、収入保障、個人の能力、の向上」「高齢者の健康と生活の質の向上」「高齢者にやさしい社会・環境の開発」「高齢者プログラムの実施能力の向上」「高齢者の権利に対する敬意、保護、充足」を実現するための戦略について定めている。			
大統領決定	2004年国家高齢者委員会に関する大統領決定第52号 KOMNAS Lansiaを高齢者施策立案に関する助言等を行う機関として設立。政府と住民の橋渡し役を担う独立組織として定義、大統領への助言を行う。政府、住民代表からなる最大25名の組織。委員長は2名で、1名は社会福祉を担当する大臣、もう1名は民間出身者。副委員長も2名で、1名は高齢者の福祉を担当する省の総局長、もう1名は民間出身者。政府出身者は、住民福祉、保健、社会、家族計画、労働、教育、宗教、農村・地域インフラ、女性の開発、文化・観光、交通、内務に関する大臣・総局長で、民間出身者は高齢者の福祉に関連する活動を行っている民間団体、高等教育機関、産業出身者。委員会は、最低3ヶ月に1回開かれ、州、県／市においても高齢者対策委員会を設置できる。			
省令	2014年病院における高齢者医療に関する保健大臣令第79号 ・ファシリティー、人材、手順など病院における高齢者対応の基準を定める。	2012年高齢者への社会サービスの指針に関する社会大臣令第19号 高齢者の社会的リハビリとその実施の指針、その他の分野のリハビリと統合されて2020年社会大臣令第16号として改正される。		
	2015年PUSKESMASにおける高齢者への保健サービスに関する保健大臣令第67号 Puskesmasにおいて、高齢者にどのように保健サービスを提供すべきかを定めた。健康増進、予防、治療、リハビリを行うことが期待されている。その役割の中で、高齢者にどのように対応すべきかを規定。	2018年高齢者の社会的リハビリのスタンダードに関する社会大臣令第5号 「社会的リハビリ」を、個人が地域社会の中で適切に社会機能を果たすことができるよう機構回復及び開発を行う過程をいう、と定義。「見捨てられた高齢者」を何らかの理由により基本的な生活ニーズを満たすことができず、その生活が他者からの援助に依存している者、と定義。3つの理念を掲げ、対象として4つのカテゴリーを示している。社会的リハビリはソーシャルワーカーによって提供されるとしている。		
	2016年国家高齢者健康計画2016-2019に関する保健大臣令第25号 高齢者の健康向上に向けた2016-2019年の国家戦略。ミッションは、1）家族から地域、保健施設までライフコースアプローチの観点を持ち、総合的で統合的な保健サービスを実現する。2）元気で自立し活動的、生産的な高齢期間を伸ばすことが重要であることを家族、地域で共有する、としている。目的は、目的は高齢者の健康度を上げ、健康で自立し、活動的で家族や地域にとって生産的であるようにすることとしている。慢性疾患はその対応に時間も費用もかかることから、健康増進と予防が重要であると強調している。 ・現時点で国民保険に介護保険の制度はないが、介護保険の制度を充実させる必要があるとして5つの戦略を挙げている。	2020年社会リハビリに関する社会大臣令第16号 2012年社会大臣令第19号の改正 ・高齢者社会サービス指針に関する社会大臣令、高齢者福祉組織を経由して提供される社会支援に関する社会大臣令、麻薬中毒者及び麻薬被害者の社会復帰に関する指針に関する社会大臣令など、12の関連社会大臣令を統合して改正。社会復帰プログラムの対象として7項目、支援として7項目を挙げている。		

表3 インドネシアの高齢者に関する法令（インタビュー質問領域別）

年金・所得保障制度	医療制度における高齢者への配慮	生活保護/高齢者福祉制度	高齢者の社会環境（横断的）	介護制度
		高齢者の福祉に関する 1998年インドネシア法第13号		
			人権に関する1999年インドネシア法第39号	
			国家高齢者委員会に関する 2004年大統領決定第52号	高齢者の社会保障向上に向けた取り組みに 関する2004年政府令第43号
	社会福祉に関する2009年インドネシア法第11号 (2019年インドネシア法第14号で改正される)			
	病院における高齢者医療に関する 2014年保健大臣令第79号	貧困対策に関する2011年インドネシア法第13号		
	保健所における高齢者への 保健サービスに関する 2015年保健大臣令第67号	高齢者への社会サービスの指針に関する 2012年社会大臣令第19号 (2020年社会大臣令第16号で改正される)		
	国家高齢者健康計画2016-2019に関する 2016年保健大臣令第25号	高齢者の社会的リハビリスタンダードに関する 2018年社会大臣令第5号 (2020年社会大臣令第16号で改正される)		
		社会リハビリに関する2019年社会大臣令第16号 (2012年社会大臣令第19号、 2018年社会大臣令第5号などを統合して改正)		
		ソーシャルワーカーに関する 2019年インドネシア法第14号 (2009年法第11号の改正)		
国家高齢化戦略に関する2021年大統領令第88号				

2. 社会保障制度

インドネシアでは、それまで労働者、軍警察、公務員、雇用者、自営業者、低所得者と対象によって異なる社会保障を提供していたものを統合し、2014年に新しい社会保障制度を導入した²。新しい社会保障制度では、すべての対象者に対して1つの制度のもとで社会保障を提供し、健康保険を提供する健康保険実施機関（BPJS Kesehatan）と労働保険を実施する労働保険実施機関（BPJS Ketenagakerjaan）が設立され、それぞれ健康保険と労働保険を提供している。

(1) 健康保険

健康保険では、保険料が給与所得者と自営業者などそれ以外とで異なるシステムとなっている³。給与所得者（公務員含む）の場合、保険料は給与の5%とし、4%を雇用者が、1%を本人が負担することとなっている。また、収入が低いなどの理由によって保険料を負担できない個人に対しては保険料を全額政府が支払うことで、すべての国民への健康保険の提供を行っている。

一方で自営業者などは、入院の際にどの3つに分けられた病室のクラスのどのクラスを希望するかで保険料が変わり、クラスI（2～4名室）の場合42,000ルピア/月、クラスII（3～5名室）の場合100,000ルピア/月、クラスIII（4～6名室）の場合は150,000ルピア/月となっている。なおこのクラス分けについては、「健康保険に関する2018年大統領令第82号の第3改訂に関する2024年大統領令第59号」において、「標準入院クラス」が導入され、「標準入院クラス」の基準が規定され、「標準入院クラス」へ移行することとその実施期限が定められた。同改正大統領令では、活用方法や費用、保険料などについては評価を行い、2025年7月1日までにそれらを定めるとされている。しかしながら本稿執筆時点（2026年4月30日）においても、BPJS Kesehatanのホームページでは、依然としてクラス別の保険料の案内が掲載されており、また同ホームページのページ内検索で「標準入院クラス(Kelas Rawat Inap Standar)」と入力し検索しても該当する記載は確認されず、制度の具体的内容はなお明らかでない。

健康保険の適用を受けるには、登録された医療機関のうち一次医療機関として登録された医療機関で受診する必要がある、一次医療機関での診断結果によって二次医療機関へと紹介を受ける形をとっている。このシステムに沿っている限り、原則医療費等は無料となっている⁴。

一次医療の対象となっているのが、プスkesmas（公的な地域保健機関）、クリニック、クラスDの病院、薬局、ラボとなっており、外来ではアドミニフィー（登録料や紹介状作成量など）、健康増進、予防、定期予防接種、家族計画、健康診断、慢性疾患治療が、入院では出産を含む入院が健康保険の対象となっている。

2次医療は、クラスD以外の病院が対象で、それら病院での診察や救急対応、専門医による措置、リハビリ、輸血、ICU・ICCU・NICU・PICUなどでの措置等が対象になっている⁵。

(2) 労働保険

労働保険は老齢保障（退職一時金）、労災、死亡、年金、失業の5つから構成されている⁶。保険料は、給与所得者の場合、老齢保障が給与の5.7%（うち、被雇用者2%、雇用者3.7%）、労災が職業のリスクによってことなり、最もリスクが低い場合の0.24%から最もリスクが高い場合の1.74%（全て雇用者負担）、死亡が月額給与の0.3%（全額雇用者負担）、年金が給与の3%（被雇用者1%、雇用者2%）、失業が給与の0.36%（うち、0.22%が政府負担、0.14%が他の保険からの再分配）となっている⁷。また、自営業者等は、老齢保障が収入の多寡によって24,000ルピア/月から36,000ルピア/月、労災も収入の多寡により10,000ルピア/月から18,000ルピア/月、死亡が6,800ルピア/月となっている⁸。

なお公務員及び軍・警察関係者用の労働保険については、保険実施機関が実施する労働保険には参加しておらず、それぞれ別の労働保険が提供されている。

退職金は、支払われた保険料+保険実施機関が運用した利益から支払われる。56歳を超えると退職金を受け取ることができる。

労災については、就労できない期間の収入保障があるとともに、死亡や障害が残った場合の保険金、死亡した際の埋葬費用なども支給対象になっている。

死亡保険は、労働以外の理由で本人が死亡した際に支払われるものとなっている。労災及び死亡保険の特徴として、子の学費が支給対象になっていることで、大学まで学費の援助が受けられるとなっている。

年金は、定年退職後、毎月受け取れるものとなっており、本人が死亡後、配偶者が残っている場合は配偶者が死亡するまで受け取れるとなっている。また子が残っている場合は子が23歳になるまでか、就労するか、結婚するまでもらえることになっている。年金額は、それまでの掛け金と運用益から支払われ、それまでの掛け金によって受け取れる金額が変わる。2025年の場合、最低で399,700ルピア/月、最高で4,792,300ルピア/月となっている。2025年の最低賃金がジャカルタで約5,400,000ルピア/月、最も低い中部ジャワ州で約2,170,000ルピア/月となっている⁹。このため、ジャカルタでは最も高い年金を受け取ったとしても、最低賃金よりも低い収入となる状況である。

なお、当初はBPJS開始前に軍・警察関係者の労働保険を担っていたASABRI（国軍・警察社会保険）と公務員の労働保険を担っていたTASPEN（公務員老年・定年保険）も2029年までにBPJSに統合される予定であった²が、2021年に憲法裁判所によって出された判決（No. 72/PUU-XVII/2019及びNo. 6/PUU-XVIII/2020）では、ASABRIとTASPENの独立した運営を継続することが認められるとされた。例えば、ASABRIをBPJSに統合することは合憲かどうかで争われた裁判では、公務員や軍・警察関係者が新制度に参加することで、それまで得られていた保障よりも低い保障を受けること（職種に応じた手厚い保護を失うこと）となり、これは憲法の定める権利を侵害することになるとともに、新制度への移行を認めないことが申立人（公務員や軍・警察退職者）の公平性を保つとの判断が示された。また、新制度による「公平性」を目指すことの意義は認めるものの、それは必ずしも全ての国民に同じ水準の制度を提供することを意味するのではなく、憲法では国民の機会及び利益の平等を達成するために特別な取り扱いを認めている（不利な状況にある者に特別な待遇を与えることなど）ことから、軍・警察はその生命に対するリスクが高いことなどを考慮すると、そのリスクに応じて制度が提供されることは容認されると指摘している（「憲法裁判所判決 Nomor 6/PUU-XVIII/2020」）。

(3) 社会保障の財政

a. 健康保険

健康保険の財政については、健康保険を運営する健康保険運営機構（BPJS Kesehatan: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan）が毎年公表している財務報告によると、健康保険基金の2024年度の当期収支は、7兆ルピア強の不足（赤字）となっている。一方で、関係団体を含む連結ベースでは、300億ルピア弱の剰余（黒字）となっている¹⁰。

なお、BPJS Kesehatanのホームページによると、保険加入者の約半数（42.7%）が保険料を政府が補助する加入者となっており、保険料収入の相当部分は政府負担によって賄われている¹¹。

b. 労働保険

労働保険の財政に関しては、労働保険を運営する労働保険運営機構（BPJS Ketenagakerjaan: Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Ketenagakerjaan）のホームページにおいて、各制度の保険基金の収支が公表されている。その報告によると、2024年には、労災及び死亡の基金で約6.75兆ルピア、失業保険で約3.4兆ルピア、老齢保障（退職一時金）及び年金

で約37.2兆ルピアの剰余が計上されている¹²。

3. 高齢者対策の体制

インドネシアでは、国家開発の計画を国家開発計画省 (Kementerian PPN/BAPPENAS) が担っており、5年間の中期計画と20年間の長期計画を策定している。例えば直近では、「2020-2024年の中期計画」では、現在は人口ボーナス期にあるものの、高齢化が急速に進んでおり、生後1000日から高齢期に至るまでライフサイクルに沿った人間開発が必要であることを示し、現在実施中の2025-2029年中期計画では、ライフサイクルの視点とともに「脆弱な集団」への寄り添いを基本とした支援（アフーマティブ・アプローチ）を行う必要があるとの方向性を示すなどしている。またそれらの計画では各分野の目標値なども定めており、高齢者に関連する指標としては、2025-2029年中期計画では「高齢者にやさしいPUSKESMAS（保健所）の割合を2024年の69%から25年に70%、29年に90%とする」「Geriatric Serviceを提供する病院の割合を2023年の11.01%から25年には20%、29年には50%にする」などである。

こうした国家計画を踏まえて各省庁が対策を実施するが、前述の通り、インドネシアでは社会省、保健省、労働省などの省庁が独立しており、高齢者対策に関しても、それぞれの省がそれぞれの権限に応じて実施している。

また、インドネシアでは地方分権が進んでおり、中央が法令や基準づくり及び人材育成を担い、実際の運用は地方政府が行なっている。省によっては地方に出先機関を持つものもあるが（例えば、保健省のラボ）、基本的には制度・基準づくりは中央、制度の実施は地方、という棲み分けがなされている（保健省へのインタビュー、2025年10月実施）。

(1) BAPPENAS

前述の通り、BAPPENASは国家計画の策定等を担っている。BAPPENASへのインタビュー（2025年10月実施）では、現在の中期計画ではUHCに力を入れており、費用の心配なく医療を受けられる体制を作りたいとのことであった。

健康については健康保険制度で対応ができるものの、介護については保障がなく、介護が必要な場合は全額自己負担か、家族が介護を行なっているのが現状であり、今後の高齢化を見据えると、介護保険制度の必要性を感じているとのことであった。このため、現在介護保険制度についての研究を続けているとのことであった。包括的な介護の必要性も感じており、現在、アジア開発銀行（ADB）からの支援を受けて、バリ州とジョクジャカルタ特別州のパイロット地域で包括的な介護制度の実施を試みているところであるとのことであった。

Active Ageingも重要なテーマの一つであるとのこと、現在インドネシアでの定年は58歳であるが、その後、多くの高齢者が働いていない状況であり、高齢者の就労も含めて、いかに高齢者が社会で活躍し続けられるかも重要なテーマであるとのことであった。

社会保障に関しては、保険料支払い義務のある層の約20%が保険料を支払っていない状況であり、持続的な社会保障制度のためにも解決すべき課題の一つであるとのことであった。

(2) 保健省

保健省は、高齢者の健康について対策を行なっている。表1でも見たように、病院やPUSKESMASにおいて、高齢者がサービスを受けやすいよう、高齢者にやさしい施設の基準や、高齢者が患者として医療施設に来た場合の対応の基準などを作成している。

保健省へのインタビューでは、高齢者の健康に問題が出た場合には、前述のBPJS Kesehatanの流れに乗って保健サービスを提供する。また、健康増進や予防も保健省の管轄であり、各県/市に設置されているPUSKESMASが家族や地域の様々な組織と連携しつつ健康増進や予

防を提供する体制となっているとのことであった。

また、Kaderと呼ばれる地域の保健ボランティア制度があり、PUSKESMASはこのKaderと協力しながら地域における保健活動、簡易的な健康診断や体操や趣味活動などの地域活動の提供などを行なっているとのことであった。

なお、高齢者の「要介護状態」の判定については法令等で定められたものはないものの、WHOのICOPEに記載されている判定基準を用いて2024年度から介護の必要性の判定を行なっているとのことであった。

保健省が管轄する介護に関する施設は現状ないものの、他省が管轄する高齢者施設との連携の重要性は感じているとのことで、保健省の管轄であるPUSKESMASと社会省などが管轄する高齢者施設との連携を促すような省令を現在準備しているとのことであった。

(3) 社会省

社会省は、福祉に関する施策を管轄しており、貧困者対策等を中心に高齢者対策を行なっている。社会省はSentraと呼ばれる出先機関を有しており、Sentraを通じた直接的な支援も実施している¹³。

社会省が実施している高齢者対策としては、2025年社会大臣決定第79号（高齢者に特化はしておらず、経済的な困難な家庭への支援）では、経済統計データから世帯を10等分（最も貧困が1）し、1-4グループに対しては資金援助、1-5グループには食糧支援などを行うとしている。こうした支援の拠点の一つとして、Sentraが活用されている。

また、社会省は貧困や虐待などから高齢者を守るための施設（Panti Sosialなど）を管轄している。

こうした社会福祉に関する活動に関しては、社会福祉活動を行う組織・団体を認定する制度やボランティアの活用などがあり、また「ソーシャルワーカー」を国家資格として制定しており、ソーシャルワーカーがこれら活動に関与している。

(4) 環境省

前述の通り、保健省では高齢者施設の管轄を行っておらず、また社会省では福祉を目的とした高齢者施設のみを管轄している。このため、いわゆる「老人ホーム」やデイケアなどの施設に関しては私立の施設が主となっている。これらの高齢者施設はビジネスとして運営されており、また「観光」の側面から管理が行われている（保健省のインタビューでは、医療ツーリズムの文脈であるとの発言があった）。

こうした観光における施設の許認可はこれまで一律に行われていたものの、2025年の観光大臣令によって、それぞれのビジネスのリスクに応じて許認可の基準等が定められることとなり、「観光分野リスクベースによる事業許可における事業活動基準、監督実施手順、行政的罰則に関する2025年観光大臣令」で、施設の基準などが制定された。

なお、同大臣令によると、この大臣令の対象となる施設は「高齢者の必要性に応じて保健施設や設備が備わっている宿泊、居住関連の事業」となっている。また、リスクは低めの中程度（中低リスク）とされている。

(5) 人口・家族開発省

国家人口・家族計画庁（BKKBN: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana）が、2024年の省庁改編により省に格上げされ、人口・家族開発省（Kemendukbangga: Kementerian Pendudukan dan Pembangunan Keluarga）となった。BKKBN時代は、人口管理及び家族計画を主な役割（「省ではない政府機関の設置、任務、機能、権限、組織構成及び業務手順に関する2001年大統領決定第103号の第7次改正に関する2013年大統領令第3号」）とし、保健大臣を通じて大統領に報告を行う機関とされていた（「国家人口・家族計画庁における協力方法に関する2023年国家人口・家族計画庁長官令第5号」）。

2004年に新政権が誕生すると省庁再編が行われ、人口・家族開発省に格上げされ、「人口管理及び家族計画」に加えて、「人口管理及び家族開発」がその役割に追加された。高齢者分野に関しては、SIDAYA (Lanjut Usia Berdaya) と呼ばれるプログラムを実施しており、高齢者の健康と安全（ハード面だけでなく精神面でも）を実現し、その意欲と能力に応じて活動への参加が可能となることを目的に、高齢者のエンパワーメントを行うプログラムとなっている。活動は、地域、家族ベースで実施され、精神、身体、感情、社会、双方向コミュニケーション、ボケーショナル、環境の7つの領域において高齢者の生活の質が向上する活動を実施するとなっている。具体的には、健康診断、家族ベースの介護、高齢者のための地域活動、高齢者の起業、などが挙げられている¹⁴。

(6) その他

「労働に関する2003年インドネシア法第13号」において、国家専門職認定機関（BNSP: Badan Nasional Sertifikasi Profesi）が設立され、インドネシアにおける専門職の基準と基準を満たしている試験を導入することとなった。これを受け介護分野では、Senior Livingの経営者、Caregiver、高齢者訪問看護、デイケアの経営者などによって設立されたインドネシアSenior Living協会によってCaregiver専門認定機関（LSP: Lembaga Sertifikasi Profesi）が設立され、LSPが介護職の基準を定め、認定試験を実施している¹⁵。

D.考察

本研究から、インドネシアにおける高齢者対策は、高齢者を対象として法令の整備は進んでいるものの、法令及び対策の実施は医療と介護が縦割りで行われていることが明らかとなった。

制度面では、1998年以降、高齢者に関する法整備が段階的に進展してきたが、その多くは社会福祉を中心としたものであり、医療・介護を統合した包括的なケアシステムは一部の地域で試験的に導入されるにとどまっている。特に介護については公的保障制度が存在せず、家族介護や自己負担に依存している点は大きな課題であると言える。この事は、今後の高齢化の進展に伴い、家族負担の増大やケアの質の格差を招く可能性も懸念される。

また行政体制においては、社会省・保健省等の縦割り構造であり、各省庁が実施するサービス間の連携が意識され、実施され始めているものの、まだ充分ではない。地方分権が進められており、制度の実施主体が地方政府に委ねられていることも、地域間格差やサービスのばらつきを生む要因となりかねない。

財政面では、保険料未納問題が存在すること、健康保険においては40%以上が実質的に政府から支出となっているなど、今後新たに介護保険制度を導入する場合も同様の課題が発生する可能性がある。このため、財政基盤の強化と制度設計の慎重な検討が重要である。

一方で、地域保健ボランティア(Kader)を活用した予防・健康増進活動や、国家計画におけるライフコース・アプローチの実施、社会福祉面におけるソーシャルワーカーの導入など、地域資源を生かした取り組みも行われており、こうしたすでにある資源を活用することで、より良い介護の提供に資する可能性がある。

以上より、インドネシアにおける高齢者ケアは、介護制度の導入期にあると位置づけられ、今後は医療・介護・福祉が連携した制度設計と、それらを支える人材・財政基盤の整備が重要な課題となる。

なお、健康保険については単一制度への統合が進んでいるが、労働保険に関しては公務員向けのTASPENと軍・警察関係者向けのASABRIを統合することは違憲だとする憲法裁判所の判決が出されており、その行方が注目される。BPJSが掲げる理念である助け合いの精神から全ての国民が同じ制度のもとで平等に同じ保障を受けられることを「公平」とするのか、その職業のリスクなどを考慮して分配に差をつけることを「公平」とするのか、「公平」の解釈の問題が生じていると思われる。当初の予定でもTASPENとASABRIの統合は2029

年までとなっており、本報告書執筆時点の2026年はまだ統合の途上であるが、今後、この憲法裁判所の判断により労働保険がどのようになるか、注視が必要であると思われる。

E. 結論

本研究では、インドネシアにおける高齢者政策・制度の現状と課題を整理し、今後の制度構築に向けた示唆を得た。

インドネシアでは、社会保障制度として、健康保険は全国民を対象に整備されているものの、介護に関しては公的制度が存在せず、家族や自己負担に依存している状況である。また、行政体制の縦割り構造や地方分権の影響により、サービス提供の統合性や均質性にも課題がある。

今後は切れ目のないサービスを提供するためにも、医療と介護のみならず、保健・福祉以外の高齢者のニーズを満たすサービスを含めた包括的なシステムの構築が重要であると考えられる。その際、日本の地域包括ケアシステムや、ポピュレーションアプローチの知見は有用であり、インドネシアの財政状況、家族構造、地域制度を踏まえた制度設計を行う際の参考になるものと思われる。

特に、①地域コミュニティを活用した介護予防・在宅ケアの強化、②Kader、社会福祉士などすでに活躍している人材の活用（他職種連携と人材育成）、③持続可能な財政基盤の確立が重要なカギとなる。

本研究の成果は、インドネシアにおけるUHCの深化に向けた政策検討に資するとともに、日本を含む他国との国際協力の方方向性を示すものと考えられる。

F. 引用文献

1. BPJS, *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2024 Volume 21, 2024, 2024*
2. 藤並祐馬、五十嵐久美子、*法律で見るインドネシアの新社会保障制度*, 国際保健医療 30 (2) 103-114, 2015
3. BPJS Kesehatan, *Iuran*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-iuran>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
4. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, *Jaminan Kesehatan Nasional*, <https://ayosehat.kemkes.go.id/?p=5799>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
5. BPJS Kesehatan, *Manfaat*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/jaminan-kesehatan-manfaat>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
6. BPJS Ketenagakerjaan, *Manfaat Penerima Upah*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/penerima-upah.html>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
7. BPJS Ketenagakerjaan, *Berapa Besar Iuran JHT, JKK, JKM, JP dan JKP?*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/artikel/18913/artikel-berapa-besaran-iuran-jht,-jkk,-jkm,-jp-dan-jkp>, 2026 年 4 月 30 日アクセス
8. BPJS Ketenagakerjaan, *Besaran Iuran BPJS Ketenagakerjaan untuk Peserta Bukan Penerima Upah BPU*, <https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/artikel/18963/artikel-besaran-iuran-bpjs-ketenagakerjaan-untuk-peserta-bukan-penerima-upah-bpu.bpjs>, 2026 年 4 月 30 日アクセス
9. Kompas.com, *Resmi, Ini Daftar UMP 2025 di seluruh Provinsi Indonesia*,

<https://money.kompas.com/read/2025/01/02/233342726/resmi-ini-daftar-ump-2025-di-seluruh-provinsi-indonesia>, 2026 年 4 月 11 日アクセス

10. BPJS Kesehatan, LAPORAN PENGELOLAAN PROGRAM TAHUN 2024 DAN LAPORAN KEUANGAN TAHUN2024 (AUDITAN),
<https://webbpsj.azurewebsites.net/uploads/information/04072025044926-144f0ee1-1967-468d-b2fe-b65cb5250a4d.pdf>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
11. BPJS Kesehatan, *Data JKN*, <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/>, 2026 年 4 月 17 日アクセス
12. BPJS Ketenagakerjaan, Laporan Keuangan Dana Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan (JKK, JKM, JHT, JP dan JKP) Tahun 2024 (Audited),
https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/laporan_keuangan/LK_LP_P_2024_BPJS_Ketenagakerjaan.pdf, 2026 年 4 月 17 日アクセス
13. Kementerian Sosial, Sentra, <https://kemensos.go.id/upt/sentra>, 2026 年 4 月 11 日アクセス
14. Kementerian Pendudukan dan Pembangunan Keluarga, *Tentang Lansia Berdaya*, <https://sidaya.kemendukbangga.go.id/tentang-kami/profil>, 2026 年 4 月 21 日アクセス
15. Lembaga Sertifikasi Profesi Caregiver, *Tentang Kami*,
<https://lspcaregiver.com/tentang-kami/>, 2026 年 4 月 17 日アクセス

G.研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

なし

H.知的財産権の出願・登録状況

なし

以上