第 1 章

序論

1.1.　背景

自然的、長寿の恵みを取得するそれぞれの人が年上になって、老化のプロセスを体験する。インドネシアでは、高齢者の福祉に関する 1998 年法律第 13 号によれば、高齢者というのは社会の中で他の成員に比して年齢が高い一群の成員のことである。一般的に 65 歳以上の者であると定義されている。年をとるとともに、身体機能が衰えていくのはしかたがないのである。ルンバントビングによると、年をとるにつれて、体内でいくつかの変更がある。例えば、ひふが老いのしわになって、髪が白髪が多くなっていて、視力も減少させた。したがって、高齢者に入力すると、家族や社会的における地位と役割が変わりはじめた。適切に処理されない場合、高齢者の増加は、国の進歩を妨害することができる。

同様にインドネシアと日本における、現代の高齢者は、ほとんどすべての家族が暖かさを冗談を言っていない状態で自分の老後の生活を過ごしている。人口の平均寿命が増加するに伴って、高齢者の数は年々増加しているになっている。

日本では、高齢化社会の状態は、昔、お年寄りは子どもの夫婦と同居するのがふつうだったけれど、最近は別々に住む核家族が増えた。やはりお年寄りと若い世代は、考え方も生活スタイルも違う。産業社会への農耕社会の生活の変化のは、日本の家族構成の変化に影響を与えた。これは、高齢者ケアのパターンを変えることになった。したがって、高齢者の世話をする家族の数を減らし、高齢者が家族から分離されて、自立して生活した。

ボゴール農業大学 (IPB) 栄養科学教授 ダーウィンカルヤディ教師の研究によれば、2000 年以来一般的に日本人男性の平均年齢は 76,35 歳で女性は 82,8 歳である。アメリカ女性のは 79,1 歳で男性は 72,3 歳である。これで日本の平均年齢はアメリカより高いことが分かる。スイスの平均年齢は男性のは 74,1 歳で女性は 80,9 歳である (www.sehat.wordpress.com)。日本人の平均年齢は高いのである。第一の要因は食生活はバランスがいいから。それに、衛生観念が普及しているし、生きていくために環境を改善させたし、医療サービスがいいというのもである。日本に、毎年出生率も下がっているから、人口はあまり増加していないのである。若いの人口が減って、老人の人口が増えている。つまり、高齢化が進んでいる、ってことである。したがって、日本は、平均寿命、高齢者数、高齢化のスピードという三点において、世界一の高齢化社会といえる。

日本政府にとって、高齢化社会の福祉は、各家庭の事情もさることながら、国全体の制度も大きくものを必要なのである。2006 年のレポートプログラム開発や科学技術の研究では、多くの日本の女性は子育て中のため負担感の出産を遅らせているので、日本の子どもの人口は減少している。2003 日本の国勢調査に基づいて、高齢者の総数は、当時の日本の総人口は 127.690.000 である。そのため、日本は尊敬と支持したことがなければならない高齢者などの社会の非常に礼儀である。日本は保険制度が妊娠可能年齢の人々のため、設定されて調節することにより、高齢者のための健康の注意を払って設定されている。日本は、65 歳になると老齢年金がもらえる制度がある。ふつう、25 歳以上保険料を積み立てれば、65 歳から年金をもらえることになっている。年金の財源は、若者の払う保険料である。

日本の国民健康保険用語は、自営業、プライベートまたは退職した公務員、と彼の家族のメンバーのための健康保険を提供するために使用された。国民健康保険の主催者は、地方政府に引き渡されている (http://www.historicaldocuments.com/sosialsecurityactofl 935.htm) 。フォーマ

ル· セクターで活躍労働者のための健康保険は、別々に、社会保険の法で規制されている。日本は、社会保険プログラムにフォーマル· セクターの労働者を必要とすることによって、1922 年以来、社会健康保険を導入し始めた。しかし、インフォーマル· セクターの人口を保証することはできませんし、定年に達した住民が健康保険を取得しているだけではフォーマル· セクターの労働者のための健康保険を必要とする。1927 年に、全人口に健康保険を拡大するために、日本は、国民健康保険の法律を発行することにより、保険医療保険制度を拡大した（Kedutaan Besar Jepang Jakarta, 1984:122）。自分の仕事が粗いと、事故を起こしやすいので、この保険プログラムでは、より広く使用されている労働者のためである。1938 年に、保険にも農家で使用される (http://artikelinformasi.com/keunikan-program-asuransi-kesehatan-jepang/)。時代の発展とともに、最終的には、この保険は、すべての日本国民に義務された。日本の健康保険制度では、参加者とその家族は、手数料の金額は、医療施設での医療費の 20～30％の間で変動する会費を支払わなければならない (http://artikelinformasi.com/keunikan-program-asuransi-kesehatan-jepang/)。

インドネシアでは、高齢者の状態は、日本高齢者ほどよくないである。インドネシアにおける開発プログラムの成功は、特に保健、教育、家族計画が高齢者人口の増加に大きな影響を与える。インドネシア中央統計庁 (BPS) によると、インドネシアの高齢者の人口の発展は、1970 と比較すると、高齢者人口は、2%前後である。しかし、2010 年の国勢調査では 60 歳以上の高齢者人口が 10%に増加したことを示していた。彼らは高齢者は 60 歳だったと考えられる場合には、インドネシアの高齢者の数が 20 万人に達した。高齢者のような大規模な数をもって、多くは高齢者がまだ元気になって、国のために、エネルギーと思考に貢献するさまざまな活動が非常に活発であったことに気づいていない。インドネシアの高齢者の多くはもちろんのこと、この国が直面している多くの問題がある。例えば、高齢者に対する政府のコミットメントは、依然として非常に低いと言うことができる。特別支援サービス、

医療支援や心理社会的カウンセリングサービスに関連し、特に高齢者の社会保障の問題に関する。

高齢化社会に世界に先駆けていくつかの要因があった。例えば、出生率の減少、医学の進歩, 健康レベルの上昇, 教育などである。すべてが世界の平均寿命を増加させることができる。社会の変化が停止することができないので、それは非常に明確であり、自然なことである。しかし、適切なポリシーで制御することができる。

インドネシアだけでも 2000 年には高齢者の数は、7.28%となる見込みである。そして 2020 年には 11.34% に達す見込みである (BPS, 1992)。開発にはかなり良い国としてインドネシアの発展に伴って, 人口の平均寿命も高くなっている。2000 年には平均寿命が 70 歳に達すると予測されている。高齢者の問題は国民から多くの注目を集めるゆっくりだが確実に開始される。

インドネシアでの健康保険の開発は、東南アジアのいくつかの国では健康保険の開発に比べて非常に遅い実行されている。実は、わずか 2 年インドネシアの独立後、インドネシア政府は 1947 年以来である社会保険の原則を導入しようとし始めている。同様に、インドネシアの健康保険を開発し、先進国で成長は労働災害や疾病の分野で社会保険から始まった。その時点で、インドネシアの政府は、事故や職業病に対する従業員を保証するためにすべての会社を義務付ける。しかし、独立後の国の治安状況のため、様々な反乱やインドネシアを取り戻すためにオランダの努力にまだ安定していない、そして努力が結実することは不可能であった (www.bappenas.go.id/files/1913/5029/1452/spjs.doc)。

しかし、インドネシアは *Orde Baru* の時代から、再び健康保険分野の社会保障制度を強化し始めた。国の条件は主要な経済危機を経験している改革の期間中、商品の価格の上昇や燃料油などの様々な構成要素は、上昇し続け、このように、政府が国民の生活に危機の影響を軽減するための措置を取ったことである。健康保険の分野では、ポリシーは 1998 年に始まった報酬制度の

燃料補助金の削減である。このポリシーは、所有するすべての政府に医療施設を買う余裕はないコミュニティに無料の医療を提供することを目的とする(www.bappenas.go.id/files/1913/5029/1452/spjs.doc)。

インドネシアでは、高齢者の福祉は文化や社会が存在するをテストである。高齢者に関連する問題についての法律が定義されているが、実際には、インドネシアの高齢者はまだ搾取に対して脆弱である。

同様に、日本で、人口の高齢化と国で世界で二番目に長いなど、高齢者数の増加は日本政府への負担を重くする。しかし、徐々に高齢化の問題は、その国の政府の両方からより多くの注目を受けるようになった。

高齢者自身にとって、いくつかは、それらのいくつかではないが動作を停止してから、彼らの専門知識に基づいて活動を行うように、老後に直面して十分に準備しなかった。このような高齢者の搾取を受けやすい高齢者などのグループである。

そこで、研究の中では、日本とインドネシアの高齢化社会の相違の老人福祉保証について説明する。

1.2. 問題提起

上記で述べてきた事柄に関連して、研究の中では、問題を定式化することができ、すなわち：

a. 日本とインドネシアの国民健康保険プログラムは、どのように開催されたか。
b. 日本とインドネシアには高齢化社会のためにどんな老人福祉保証の制度を持っているか。

1.3. 本研究の目的

研究には上記の問題提起に基づいて、目的を決める。

a. 日本とインドネシアの国民健康保険プログラムの開催を明確にする。
b. 日本とインドネシアにおける高齢化社会の国全体の制度を詳しく調べる。

1.4. 研究方法

この研究は研究文献である。本研究では、日本とインドネシアとの高齢化社会の老後保障の相違について説明する。この研究は質的研究である。本研究では、日本とインドネシアの人口構成の変化、人口動態の高齢者の日本とインドネシアの項数の増加、日本とインドネシアの高齢者の生活、日本とインドネシアの高齢者が直面する問題、日本とインドネシアで適用されている高齢者のための問題を解決、社会保障関連の福利日本とインドネシアの高齢者を説明する。

研究方法は、老人ホーム、または子どもと同居している人にインドネシアの高齢者への直接観察を行われる。それから問題提起に関連する情報を取得するために、面接を行われた。

そして、文献による、調査も実施した。研究に関連する本から勉強する。それから研究テーマに関連する既存の理論を引用された。

1.4.1. データ

この章の前半の背景で述べたように、本研究で収集され、使用されるデータソースは質的データである。フォーム記述のデータである。データは 6 つの種類から成り立っている。

a. 1990 年から 2010 年にかけて、日本の人口とインドネシアの人口のデータ。
b. 高齢者のカテゴリーの人々の数のデータ。
c. 日本とインドネシア高齢者が体が弱いに関するデータ。

d. 日本とインドネシアの高齢者が非常に体が弱いに関するデータ。
e. 日本とインドネシアの高齢者が介護を必要とするデータ。
f. 日本とインドネシアで高齢者の死亡の原因のデータ。

1.4.2. データソース

本研究に関連するデータを収集し、処理するための手順で 主要データの収集とデータの補数のために、 文献によって行われる。 主要データ収集のための本 " Dinamika Lansia Di Jepang "の直接観察を行った。それから本を勉強して、本から本研究の準備の議論のための科学的根拠として役立つことができる一般的な理論を得る。

また、インドネシアでは、高齢者に関連する研究をサポートするために、文献から派生したデータソースを得た。そのなかは、インドネシアの高齢者の増加、高齢者が直面している問題の原因、そしてインドネシアの社会保証制度の問題点を解決した。他のデータソースは、インターネットからも得た。

1.4.3. データ分析方法

研究から得られたデータを質的に分析し、記述的に提示された。この記述分析は日本ではこの問題で高齢者を生じる進捗状況や問題点を決定するために使用された。それから処理は行われていないいくつかの結論を描くことができる。

1.5. 問題の範囲

高齢者にかかわる問題は非常に多様化である。特に高齢者の社会保障の問題に関連すること。本研究では、インドネシアと日本の高齢者に対する社会保証に関連することを制限する。

1.6. 研究の貢献

a. 理論上の貢献

社会的な問題を支える概念や理論を豊かにすることができる。すなわち、高齢者の成長、特に高齢者の福祉に対処する上で発生する問題に関連している。

b. 実用的の貢献

1. 日本での社会生活のさまざまな側面を理解する能力の尺度としてライターに有意義なインプットを提供することができる。
2. 大学生のために、本研究は、日本における関連問題高齢者の早期の社会的側面の実際の映像についての情報を提供することが期待され、特に知識、規律と道義的責任の開発である。それに、この研究は大学生がより名誉と尊敬の親であるために測定点であると予想され、将来の生活のように我々はすべての老化のプロセスを経る必要がある。
3. 1945 年 8 月 17 日大学、文学部のために、検討と学習として、社会的、文化的な側面での、イメージを構築するのに役立つことができたり、私たちはより良いためにこの国を前進させることができる。

1.7. 論文執筆の構造

第 1 章　　: 序論

第 1 章では筆者は、背景、問題提起、**本研究の目的**、問題の範囲、研究の貢献、論文執筆の構造を含む導入について説明する。

第 2 章　　: 理論的基礎

第 2 章では本論文で議論されるべき問題に関連理論的な事項を説明される。取り分けは、人口統計の理解、日本における高齢者の変化、日本人年齢は長い要因、多くの高齢者の日本に影響を与える病気、インドネシアにおける高齢者変化、高齢者と分類を理解している、社会保障への理解、日本における高齢者のために社会保障の種類、インドネシアにおける高齢者のために社会保障の種類、それに研究で用いた研究方法に関連する事項を含める。

第 3 章　　：分析

第 3 章ではこの章では、2 つの部分から構成される。これは研究テーマの概要と記述的分析である。テーマに関する研究の概要は、日本とインドネシアの高齢者の実態について詳細に説明されている。研究テーマの概要では日本とインドネシアの人口構成の変化、人口動態の観点から見て、日本とインドネシアの高齢者の増加、将来的には日本とインドネシアの高齢者人口である。この分析は問題提起、理論、分析方法に基づいて作られたものである。この記述的分析では日本とインドネシアの高齢者の生活について説明し、日本とインドネシアの高齢者が直面している問題の原因、問題の結果が発生され、そして日本とインドネシアの社会保障制度の問題点を解決する。

第 4 章　　：結論

第 4 章では本研究の結論が含まれている。与えられた結論は前章の結論が説明されている。