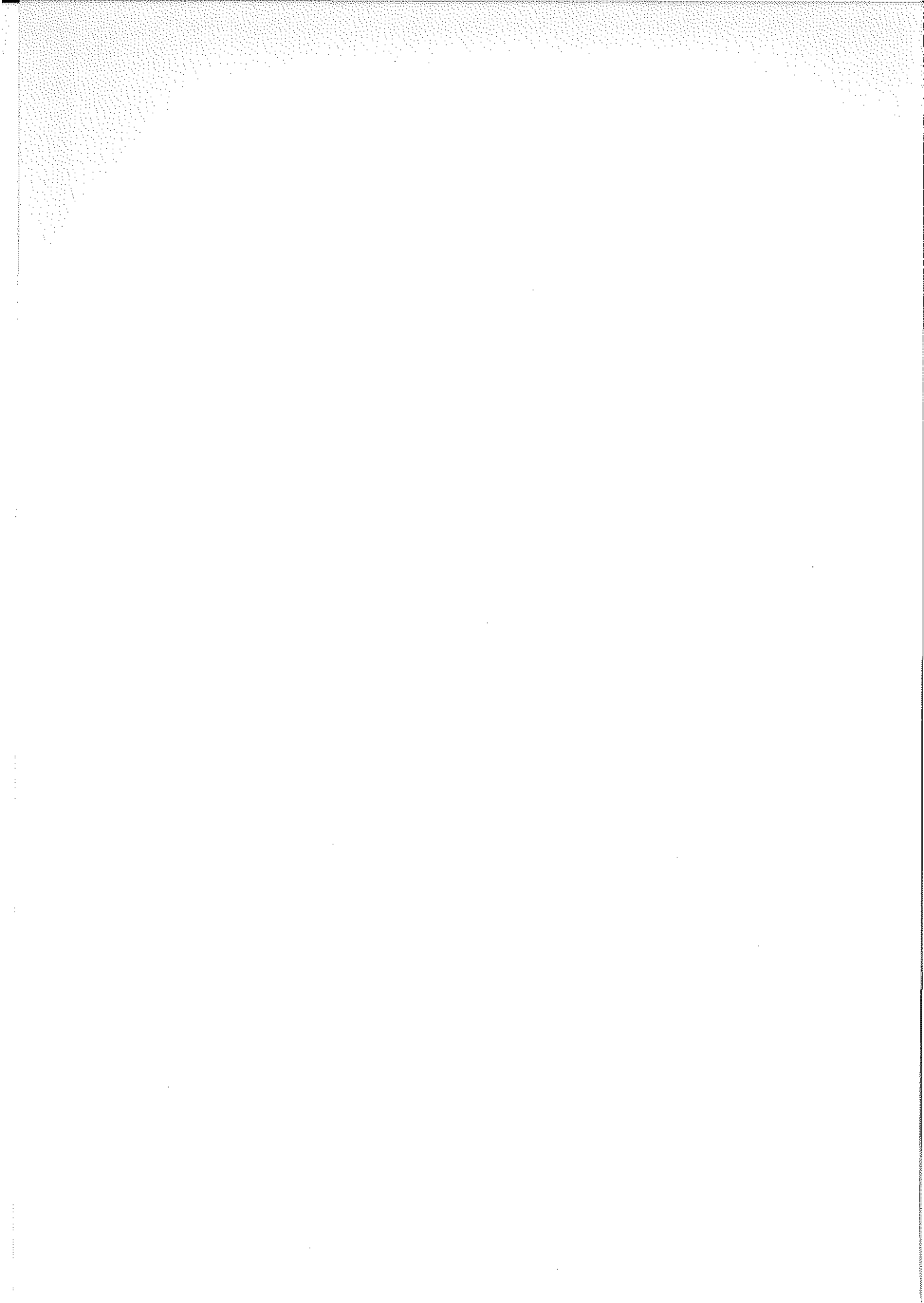


東南アジア諸国等人口・開発
基礎調査報告書

—インドネシア国—

昭和62年 2 月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



東南アジア諸国等人口・開発
基礎調査報告書

—インドネシア国—

昭和62年2月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)



國家家族計画調整委員会ハルヨノ・スヨノ委員長表敬



移住省にて調査概要協議

右からセンピリング、サエクティ、ウトヨ、マノロングの各氏、黒田俊夫団長、
小野敬子団員



グロゴール地区RWO1区調査対象者と共に



Warna Agung社訪問、企業体保健・福祉サービスについて説明を受ける

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、昭和61年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を受託し、インドネシア国で実施したものである。調査および取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国等における人口問題等に対する対策が十分な成果をあげうるためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産、人口分布と国内移動等の人口動態並びに、家族構成、年齢構造等を含む人口構造の静態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉および保健医療に与える影響、相互の関係等について、検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向、生活・福祉および保健医療の現状等について調査分析を行い、アジア諸国の人口と開発問題の解決に寄与することを目的とする」である。

調査に当たり現地では、マルトノ移住大臣ならびに在インドネシア日本大使館武藤利昭大使、平山一男一等書記官に計画全体にわたるご指導・ご協力を、また、インドネシア国移住省の方々に調査期間中ご同行・ご協力いただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課ならびに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施に当たりご指導・ご便宜をいただいた。ここに深甚なる謝意を表する次第である。

終わりに、この報告書が今後インドネシア国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

なお本報告書は本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本国政府の見解や政策を反映するものではないことを付記したい。

昭和62年2月

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 田 中 龍 夫

目 次

はじめに	5
序章 総 括	9
第2章 インドネシア国一般概要	13
1 国土と国民	13
(1) 自然条件	13
(2) 国 民	14
2 政治・行政	15
3 経済および経済政策	17
第3章 インドネシアの人口	23
1 人口動向	23
(1) 人口増加	23
(2) 死亡率低下	24
(3) 出生率の動向	24
(4) 国内人口移動と都市化	25
2 将来人口の見通しと人口政策	27
(1) 将来人口の見通し	27
(2) 人口政策	28
3 インドネシアの移住政策	32
(1) 移住政策の歴史	32
(2) 移住計画実施の概要	33
(3) 実 績	33
(4) 移民の流れ	35
(5) まとめ	36
第4章 保健医療の概況	39
1 死亡および保健・医療関連統計	39

2	医療機関・医療スタッフ	42
(1)	保健・医療施設	42
(2)	利用状況	42
3	疾病構造	47
4	環境衛生	50
第5章	現地調査報告	53
1	調査目的と方法	53
(1)	調査目的	53
(2)	調査方法	54
2	調査地区・企業の概要	56
(1)	Kampong 2区	56
(2)	企業体	57
3	サンプル調査結果の分析	59
(1)	人口構造と家族形態	59
(2)	教育程度	61
(3)	就業と生活水準	62
(4)	保健・医療	65
(5)	家族計画	67
(6)	移動	71
(7)	まとめ	73
第6章	提言	75
第7章	調査団メンバーおよび日程	77
第8章	調査票サンプル	83

序章 総 括

ぼう大な人口、その増加抑制と経済開発、生活水準の上昇という今日のもっとも重大、そして困難な課題に果敢に挑戦し、着々と成果をおさめつつあるインドネシアは、世界の開発途上国を代表するすぐれた lesson である。

1985年のインドネシアの人口はすでに1億6,600万人を越え、2000年には2億1,100万人、2025年には2億7,300万人に達すると推計されている大人口国である(国連、1984年推計)¹⁾。そして、豊かな天然資源にめぐまれ、その開発に必要な労働力人口も豊富である。食糧生産能力の画期的な増大によって自給を達成した。しかし、もちろん他方においてなお解決を要する重大問題があることはいうまでもない。人口増加圧力緩和のための出生率の引き下げ、きびしい人口分布の不均等の是正と開発の推進といった重大な緊急課題を抱えている。これに対し、建国の本義ともいうべき五原則のパンチャシーラや地域社会のゴトン・ロヨンの相互扶助精神を基調とした総合的対策が実施されている。

インドネシアは世界できわめて異色のある国の1つである。1985年の人口は1億6,600万人でアメリカ合衆国に次ぐ世界第5位の大人口国である。13,600以上の島から構成されている。とくに、カリマンタン、スマトラ、イリアン・ジャヤ、スラベシ、ジャワの5つの大きな島があるが、スラベシ、ジャワ島を除く他の3つの島はいずれも日本より大きい面積をもっている。中でもカリマンタンは約54万平方キロで日本の37万平方キロの1.5倍に近い大きさである。

インドネシアの陸地面積は約192万平方キロで日本の37万平方キロの約5.1倍に当たる。しかし1平方キロ当たりの人口密度は84人で、日本の約4分の1にすぎない。²⁾

第1の特徴は、人口の地理的分布が著しく不均衡であることである。このインドネシア人口1億6,600万人の60.6%に当たる1億56万人は、全国土の6.9%にすぎないジャワ島に住ん

ている。したがって、ジャワ島の人口密度は1平方キロ当たり690人に達し、日本の人口密度325人の2倍以上の高密度である。このことは他の島の人口密度がきわめて稀薄であることを意味している。たとえばもっとも大きいカリマンタンの人口密度は12人、イリアン・ジャワではわずか5人にすぎない。ジャワの灌漑の行われている農地面積当たりの人口密度は1平方キロメートル当たり2,000人であって、日本の農用地面積1平方キロメートル当たりの人口密度(2,183人, 1982年)に匹敵する高密度である。ジャワ島の巨大な人口はそれなりに理由がある。それは火山性の肥沃な土壌にめぐまれていることである。その結果、農村人口の著しい増加があっても農業への労働力の追加投入によって労働生産性を上げることができた。しかし、このような増加人口の吸収にも限界があり、労働生産性は低下し、農家所得は減少するに至った。"1980年には、ジャワ農村人口の47%は絶対窮乏線以下にあったのに対し、他の島の農村では28%と低かった。"³⁾

このようなジャワ島における人口過密と農村の貧困は、ぼう大な人口稀薄地の島々への移住政策に対する関心を高めることとなった。すでにオランダ統治下の時代に移植民政政策が開始されている。そして、インドネシア独立後、1950年に Transmigration とよばれるようになったプログラムが政府の重大な政策として次第に強化されていった。移住政策については第3章の4に詳細に述べられている。このインドネシアの人口移住政策は、人口再分布政策としてのみならず、開発政策としての重要な意義と役割をもっていることはいままでもない。

第2の特徴は人口増加抑制のための家族計画政策とプログラムである。この国の家族計画プログラムは1969年に開始されたが、政府の強力な組織と下部機構に対する直接的な密接な指導体制は出生力低下を成功せしめている。とくに、政府関係機関との調整の役割をもった BKKBN (Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional - National Family Planning Coordinating Committee) の組織とその活動については国際的にも評価が高い。国連推計⁴⁾によると、1985年の出生率は32、死亡率は13となっており、自然増加率は1.9%である。家族計画プログラム実施前の人口増加率約3%に比較すると著しい低下である。

人口増加率は地域によってかなり著しい差異がみとめられる⁵⁾。たとえば、1983~1984年についてみると、ジャワでは1.88%であるが、スマトラでは3.23%、またカリマンタンでは2.91%となっている。また、同じくジャワ島内でもジャカルタ市では3.80%と高い。スマトラのランブン (Lampung) ではさらに高く、5.57%となっている。ジャカルタとランブンは主として人口流入の影響が大きいことはいままでもない。しかし、バリ島では1.50%と著しく低い。これは幾多の調査によっても明らかにされている如く、家族計画の成功による出生

力の低下によるものである。

なお、インドネシアの家族計画政策については第3章-2にくわしい。

第3の特徴は労働力人口の特殊性である。それは常用雇用労働者が労働力人口全体の30%未満といわれており、いわゆる informal sector の労働力人口が圧倒的に多いということである。マンパワー省で担当局長の話によっても、全国で52%、ジャカルタでは56%にも達しているという。⁶⁾ いかえれば、インドネシアの経済、あるいは労働力問題では informal sector を除いては理解できないという大きな比重をもっていることである。また、私どもの調査によっても、informal sector の労働者の収入水準が必ずしも常用労働者のそれよりも低いといった常識があてはまらないことがわかった。

私どもが移住省 (Ministry of Transmigration) と共同して行ったジャカルタ市の実地調査においても informal sector の人々の居住する地区を対象とすると同時に一般企業体をも対象にふくめることによって比較研究を行う方法がとられた。この一般企業体を調査対象にふくめるというすぐれたアイディアはインドネシア側の提案によるものであったことを付記しておこう。

この調査については、第5章の1においてその目的と方法が、そして第5章の2においては調査結果の分析が行われている。調査対象の規模、範囲等においてジャカルタ市を十分に代表するものとはいえないし、また実地調査期間もきわめて短期に限定されていたため、結果の分析も不十分であり、また正確性を欠いている部分もあることと思われる。しかし、インドネシア側の周到にして適切なサンプル地域の選択と事前の適切な準備によって、調査はきわめて順調に行われたばかりでなく、示唆に富んだ有益な調査結果を得ることができたように思われる。この調査結果をどのように読みとるかは、インドネシア事情にうとい我々よりも、インドネシア側の担当者や専門家によってもっとも適切に行われるであろう。しかし、他方において我々の側からみた所見がすべて無駄であり、無益であるとも思われない。日本の現状についての外国人の分析や判断から、我々日本人が日本人であるがために気がつかなかったり、知らなかったような指摘が行われることがしばしばある。

私どもの分析が、なおたとえ不十分なものであるとしても、そのような意味で理解していただければ幸いである。

注)

- 1) Population Newsletter, Number 38/39, July 1986 (Issued by the Population Division, Department of International Economic and Social Affairs)
- 2) 面積はインドネシア統計局の Statistik Indonesia 1984 (Statistical Pocketbook of Indonesia), 1985, 人口は Population Newsletter, Number 38/39, July 1986による。
- 3) The World Bank: World Development Report, 1984, P-90.
- 4) United Nations World Population Chart 1985.
- 5) 以下の地域別の人口増加率はインドネシア統計局の Statistik Indonesia 1984による。
- 6) 1980年の人口センサスからの分析によると、農村では男子労働力の74.1%, 女子労働力の80.4%は Informal Sector であり、都市では男子労働力の39.1%, 女子労働力の51.5%が Informal Sector であるという (Humala Tambunan and Payaman J. Simanjuntak and Prijono Tjiptoherijanto: The Importance of the Informal Sector in Labor Market and Manpower Planning, paper presented at the International Conference on Manpower Planning and Development, Bangkok, 7-11 April 1986).

第2章 インドネシア国一般概要

1 国土と国民

(1) 自然条件

インドネシアは、13,000余の島々から構成される群島国家である。主要な島はボルネオ島の3分の2を占めるカリマンタン(53万9千km²)、スマトラ島(47万4千km²)、パプアニューギニア島の西半分を占めるイリアン・ジャヤ(42万2千km²)、スラベシ島(18万9千km²)およびジャワ島(13万2千km²)の5島である。また、インド洋沿いには大火山帯が走っており、スマトラ島およびジャワ島には火山が多い。

国の面積は、陸上部分で191万9,443km²あり(日本の約5.2倍)、領海部分は316万6千km²の広大な国家である。また、インドネシアの領域は、北緯6°8′から南緯11°15′、東経94°45′から141°65′までに位置している。

これらのために、気候条件は地方によって差があることは当然であるが、全体的に熱帯雨林気候である。また、インドネシアはモンスーンの影響を受け、6月～9月(乾期)、10月～11月(中間期)、12月～3月(雨期)、4月～5月(中間期)の4つの季節に分けられるが、概して、年中高温多湿である。

この他、インドネシアは鉱物資源に恵まれており、石油、天然ガス、スズ、ボーキサイト、鉄鉱石などが豊富である。

(2) 国民

インドネシアは1984年現在で約1億6千万人の人口を擁しているが、人種的には単一民族社会ではなく、複雑な多民族社会を構成している。この点は、インドネシアを理解する上でとくに留意されなければならない。1万3千余の島のうち、人が居住している島は約6千にしか過ぎず、さらにジャワ島とバリ島の2島に、全人口の63%が集中している。主要な民族と使用言語を挙げると次のようになる。ジャワ島：①ジャワ族（ジャワ語）（中部ジャワおよび東部ジャワに住み、ジャワ島人口の約60%を占める）、②スダ族（スダ語）（西部ジャワに住み、ジャワ島人口の約20%を占める）。マドゥラ島：③マドゥラ族（マドゥラ語）。スマトラ島：④アチェ族（アチェ語）、⑤バタック族（バタック語）、⑥ミナンカバウ族（ミナンカバウ語）（スマトラ最大の種族）、⑦マライ族（マライ語）。小スダ諸島：⑧バリ族（バリ語）、⑨ササク族（ササク語）、⑩アンボン族。カリマンタン：ダヤク族（ダヤク語）。スラベシ島：⑪トラジャ族、⑫ブキ族、⑬マカッサル族。西イリアン：⑭パプア族、⑮ネグリート族。以上のマライ系土着民族以外の民族では、中国人（華僑）が約250万人いるといわれる。また、その他の住民として、欧米系人種約15万人、アラブ・インド系人種約8万人がいる。

少数民族を含めると約300の民族・種族からなるとされ、多様な言語が存在する中で、インドネシアの国民統合は容易なことではなかった。そのような中で、言語の統一運動がインドネシア民族運動の高まりの中で進み（1910～1920年代）、スリヴィジャヤ時代（7～14世紀）に広く普及したことがあるムラユ語を中心とした現在のインドネシア語が、1945年憲法によって正式な国語となった。

インドネシアは1602年にオランダの植民地になって以来、約350年間植民地時代が続いた。その間、経済構造は藍（インディゴ）、砂糖、コーヒー、コショウ、タバコ、茶、綿、丁字などの商品作物の強制栽培が行われ、大規模農園による植民地型農業が形成されるとともに、他方で、原住民の生活の基盤である稲作は軽視された。これらのため、早くから原住民の反乱が発生していたが、オランダの分割支配の統治により、20世紀初めまで効果的な独立運動が形成されるに至らなかった。

1908年にプディ・ウトモ協会（美しき努力の意）という民族運動組織が設立され、その後の民族統一運動、反植民地運動につながる最初の組織となった。1928年には、有名な「青年の誓い」が多くの種族を含むインドネシア青年団によってなされ、「われわれインドネシア青年男女は、唯一の民族インドネシア民族を承認する。われわれインドネシア青年男女は、

唯一の言語インドネシア語を承認する。」と宣言され、インドネシア・ラヤ（偉大なインドネシアの意）の歌が唱われた（この歌は1950年憲法により国歌と定められる）。この大会はインドネシア民族統一、独立運動に大きな弾みを与え、当時の学生、知識人、政治運動家等の幅広い民族主義運動につながっていった。

インドネシアの独立は、1942年1月の日本軍のインドネシア進攻により、オランダ軍が排除された後、1945年8月14日の日本の無条件降伏をきっかけとして、その3日後の8月17日に、スカルノ、ハッタ等の指導者層による独立宣言によってなされた。その後、戦後処理のいくつかの経緯があって、1949年のハーグ円卓会議により、オランダもインドネシアの独立を最終的に承認した。

このように、インドネシアの国民は、長い被植民地の経験と、苦しい民族統一、民族独立運動の経験を持っているところに特徴がある。また同時に、今なお多民族、多言語、島による地域分散社会などにより、国民統合の困難さに苦勞している。しかし、民族主義運動の経験は、多民族国家にあって一部民族の分離独立運動を生じさせていない大きな意味がある（ただし、長い統一運動から離れていたチモール島、西イリアンでは一部そのような運動があった）。

一方、植民地時代からの華僑の商業支配に対するインドネシア人の民族的反感意識は強く、独立後も、政治的、経済的事件をきっかけとして、何回もの反華僑暴動が発生している。

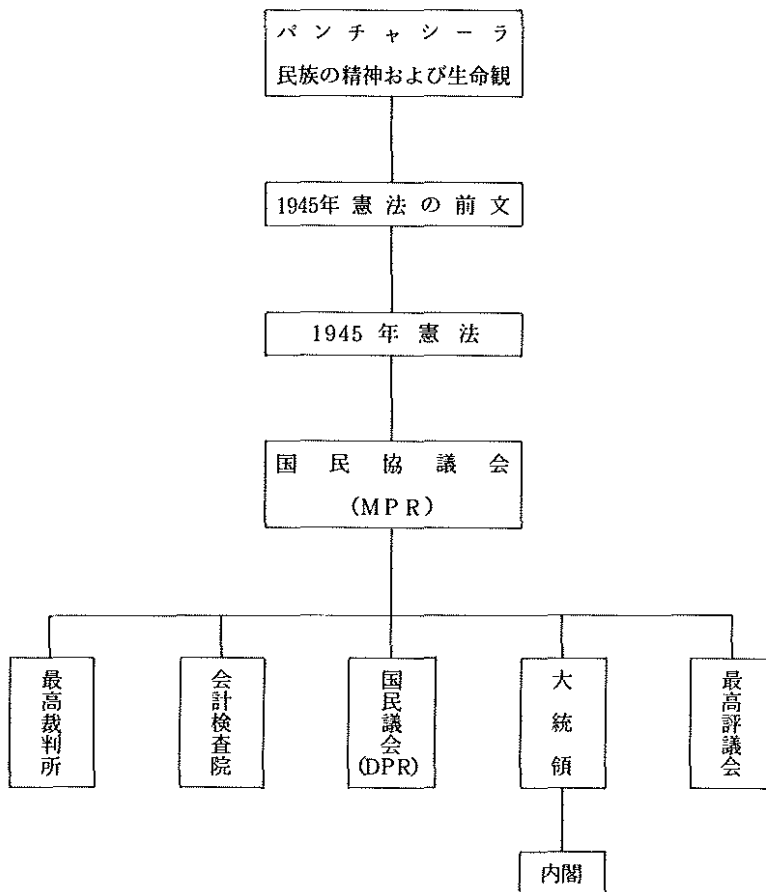
2 政治・行政

インドネシアは、大統領制の共和国であり、現行憲法は1945年8月18日に制定されたものである。この憲法は、その後1949年にインドネシア連邦共和国暫定憲法、1950年にインドネシア共和国暫定憲法にとって代わられた。しかし、1959年7月5日の大統領布告により、1945年憲法への復帰が決定され、それ以来、再び「1945年インドネシア共和国憲法」が同国の憲法となっている。

現行憲法は、その前文で独立とパンチャシーラ国家五原則をうたい、本文に、主権在民、国民協議会、大統領制、最高評議会、地方自治、国民議会、財政、司法、国民、宗教、国防、教育、および社会福祉を規定している。この憲法は、いわゆる三権分立の原則をとり入れており、立法府として国民協議会と国民議会をおき、行政府として大統領府をおき、司法府として最高裁判所をおいている。しかし、本憲法は全条文37条（経過規定4条）と短いものであり、基本的人権の規定が設けられていない。

インドネシアの統治機構は、1966年に国民協議会（MPR）の承認を得た国民議会（DPR）メモランダムで確認されたものによっており、インドネシア共和国の権力機構、法の淵源および法令の序列が定められている。これによれば、国家理念はパンチャシーラ5原則（1. 唯一最高神の信仰、2. 公正にして文明的な人道主義、3. 統一した民族主義、4. 民主主義、5. 社会正義）であるとし、これを明示した(1)1945年独立宣言、(2)1959年7月5日大統領布告、(3)1945年憲法、および(4)1966年3月11日大統領令を国家権力の根源としている。また、法令の序列は1945年インドネシア共和国憲法を頂点として、以下、国民協議会決定、国民議会による法律および法律に代わる法令、通常の政令、大統領決定、その他の施行令の順とされる。これらを含めた統治機構図が第1図のように図解されており、これが国民的合意として成立している。

第1図 インドネシア共和国統治機構図



インドネシアの国会は二院制になっているが、日本のような二院制ではなく、上下関係にある二院制である。このうち上位にある国民協議会（MPR）は議席数920からなり、その半数を国民議会議員全員（460人）で構成し、他の半数は、人口数に比例した各州代表（州議会議長の任命）、国民議会の総選挙結果による比例代表、および大統領の任命による各界代表によって構成される。国民協議会の権限は、憲法の制定および改正、国政の基本方針の決定、および正副大統領の任命という3つの権限を有している。これに対して、国民議会（DPR）は、総選挙による360人の議員と大統領が任命する100人の議員とからなる。国民議会は、憲法を除く他のすべての法律を制定する権限を有する立法議会である。法案の提出権は国民議會議員と大統領にあり、議会は少なくとも年に1回は召集されなければならない。

国民議會議員、国民議會議員、および大統領の任期は5年である。最近時の総選挙は1982年5月4日に実施され、両国会議員は1982年10月1日から資格を得、大統領は1983年3月から5年の任期となっている。したがって、5年に1回の総選挙は、インドネシア政治にとって非常に重要な意味を持っており、次回選挙は来年（1987年）実施される予定である。

現在の行政機構は第2図に示したようになっており、スハルト大統領、ウマル副大統領以下21省、37正副大臣、3大臣相当機関から構成されている。また、現在の内閣は「第4次開発内閣」と呼ばれている。

インドネシアの地方行政は、内務省の管理の下に、州（Propinsi）— 県（Kabupaten）— 郡（Kecamatan）— 村（Desa）のようになっており、州と同格のジャカルタ首都特別区、ジョクジャカルタ特別区、およびアチェ特別区の3特別区があり、郡と同格の市（Kota Madya）、および村と同格の町（Kelurahan）がある。それぞれの地方自治体は、中央政府任命の首長（村 Desa のみは村民直接選挙による）と住民選出の地方議会を持つ。地方自治体の財源は、中央政府からの交付金、地方税、地方公営事業収入などである。

3 経済および経済政策

インドネシア経済の特徴は、農業部門と鉱業部門との国内総生産が全体の40%以上を占めるという、非常に偏った構造にあることである。そのうえ、1人当たり国民所得も590ドル（1984年）と、アセアン諸国の中でもっとも低い水準にある。第1表を見ると、このような特徴がよくわかるが、農業25%、鉱業18%に比して製造業は12%しかない。インドネシア経済は、農・鉱業一次産品に偏重した経済といえる。

第2図 行政組織図および大臣ポスト一覧(1984年現在)

(1) 行政組織

大 統 領				
副 大 統 領				
1	内 務 省	内 務 省	省	政治・治安調整
2	外 務 省	外 務 省	省	
3	国 防 省	国 防 省	省	
4	司 法 省	司 法 省	省	
5	広 報 省	広 報 省	省	
6	大 蔵 省	大 蔵 省	省	経済、財務、産業、 開発管理調整
7	商 務 省	商 務 省	省	
8	協 同 組 合 省	協 同 組 合 省	省	
9	農 業 省	農 業 省	省	
10	林 業 省	林 業 省	省	
11	工 業 省	工 業 省	省	
12	鉱業およびエネルギー省	鉱業およびエネルギー省	省	
13	公 共 事 業 省	公 共 事 業 省	省	
14	運 輸 省	運 輸 省	省	
15	観 光 郵 政 省	観 光 郵 政 省	省	
16	芳 働 省	芳 働 省	省	
17	移 住 省	移 住 省	省	
18	教 育 文 化 省	教 育 文 化 省	省	国民福祉調整
19	厚 生 省	厚 生 省	省	
20	宗 教 省	宗 教 省	省	
21	社 会 福 祉 省	社 会 福 祉 省	省	

(2) 大臣ポスト (第4次開発内閣)

- 各 省 大 臣 (21省)
- 政治および治安調整大臣
- 経済、財務、産業および開発管理調整大臣
- 国民福祉調整大臣
- 国 務 大 臣 (官房)
- “ (開発計画兼企画庁長官)
- “ (研究および技術兼技術研究応用院長官)
- “ (人口および環境)
- “ (住宅)
- “ (青少年およびスポーツ)
- “ (行政効率向上兼企画庁副長官)
- “ (婦人の地位)
- 副 大 臣 (内閣官房)
- “ (国産品利用促進, 官房付置)
- “ (食糧増産, 農業省付置)
- “ (農園作物振興, 農業省付置)
- “ (畜産および漁業, 農業省付置)
- 検 事 総 長 (大臣相当)
- 中央銀行総裁 (大臣相当)
- 国軍最高司令官 (大臣相当)

第1表 産業源泉別国内総生産(経常価格)

(単位:10億ルピア)

産業区分	1983		1984		1985	
	金額	構成比%	金額	構成比%	金額	構成比%
農 林 漁 業	17,696	24.0	21,424	24.9	22,650	23.6
鉱 業	13,652	18.5	15,218	17.7	15,609	16.3
製 造 業	8,528	11.6	10,318	12.0	12,983	13.5
電 気 ・ ガ ス ・ 水 道	524	0.7	700	0.8	781	0.8
建 設 業	4,597	6.2	4,883	5.7	5,107	5.3
卸 ・ 小 売 業	12,009	16.3	13,372	15.6	14,815	15.4
運 輸 ・ 通 信 業	3,978	5.4	5,002	5.8	6,279	6.5
金 融	2,039	2.8	3,068	3.6	2,802	2.9
不 動 産	1,962	2.7	2,211	2.6	2,493	2.6
公 務	5,712	7.7	6,310	7.3	8,152	8.5
サ ー ビ ス	3,001	4.1	3,408	4.0	4,395	4.6
国内総生産GDP	73,698	100.0	85,914	100.0	96,066	100.0
1人当たり国民所得(米ドル)						
インドネシア	560		590			
タイ	810		890			
フィリピン	760		730			
マレーシア	1,870		2,020			
シンガポール	6,620		7,360			

出所) Bank Indonesia, Report for the Financial Year 1984/85 他

ただし、1人当たり国民所得は通産省「経済協力の現状と問題点」1985年版

インドネシアは、1965年のいわゆる9.30事件の後、しばらくの間、政治、経済とも混乱状態にあった。しかし、1969年から経済開発計画が導入されて以来、やっと経済開発が進むようになった。これまでの開発計画は、第1次(1969-73)、第2次(1974-78)、第3次(1979-83)が実施され、現在、第4次経済開発5カ年計画(1984-88)が進行中である。この間、インドネシア政府は、自給できない食糧(とくに米)の増産、産業インフラストラクチャの整備を最優先させて取り組み、同時に、石油を初めとする資源開発を積極的に行った。1973年の第1次石油ショックは、価格が4倍になった石油ブームをもたらすと同時に、世界的な1次産品ブームの中で、資源の豊富なインドネシア経済を急速に発展させた。また、インドネシア援助国グループ(IGGI=Inter-Governmental Group on Indonesia)からの

大量の経済援助も経済発展に大きく寄与した。これらのために、インドネシア経済は、1970年代に急速な発展をみたが、一方で食糧の輸入、開発関連資機材の輸入、生活向上による消費財の輸入が大幅に拡大した。

1979年の第2次石油ショックは、インドネシアの輸出外貨収入を増大させた。この影響で、国内総生産GDP成長率も1979年6.3%、'80年9.9%、'81年7.9%と順調な成長率を示した。しかし、第2次石油ショックと米国の経済政策とによる世界不況が長びく中で、石油輸出が伸び悩み、他の1次産品も輸出が落ち込むなど、インドネシア経済の失速が見られた。GDP成長率は1982年には2.2%に急落し、1983年にも3.3%と低かった。この時期は第3次5カ年計画が進行中で、高い経済成長、開発成果の公正な分配、国の安定という3大目標の下に、第2表のような産業部門別成長目標をおいていた。これに対して、計画期間中の実績は、農業部門において目標を達成したものの、他の部門はいずれも目標値を下回った。とくに、石油を中心とする鉱業部門は年平均4.0%の目標値に対して、マイナス1.7%の成長率となり、第2次石油ショックによる石油ブームが短かったこと、およびその後の輸出不振、価格下落が深刻であったことを物語っている。ただ、第3次5カ年計画期間中に、米の生産が2,396万トンを記録し、食糧自給を達成したことは特筆に値する。インドネシアにおける食糧の自給は、独立以来の国民的悲願であった。このため、政府は食糧増産のための様々な計画を実施してきた。とくに、ビマス計画（食糧需給集団指導）、インマス計画（集団集約栽培計画）、

第2表 開発計画成長目標と実績(年平均実質)

(単位：%)

産業部門	第3次計画 ⁽¹⁾ (1979~83)		第4次計画 (1984~88)	経済成長率 ⁽²⁾		
	目標	実績	目標	1983	1984	1985
農業	3.5	4.2	3.0	1.9	5.9	3.4
鉱業	4.0	-1.7	2.4	0.7	7.0	-5.6
製造業	11.0	8.9	9.5	3.5	12.8	5.9
建設業	9.1	8.7	5.0			
運輸・通信業	10.1	7.7	5.2			
その他	8.1	7.7	5.0			
国内総生産GDP	6.5	6.0	5.0	3.3	5.8	1.9

出所) (1) 1984年8月大統領年次教書

(2) Bank Indonesia, Report for the Financial Year 1984/85 他

ビマス・ゴトン・ロヨン、および改良ビマス計画などは、改良品種導入、肥料および農薬導入、農業技術近代化、農業金融拡大、耕地拡大などを通して、全国的な増産運動を促進させた。さらに、東ジャワ、中部ジャワ、スマトラ等における大規模灌漑事業や地域開発事業により、農地拡大と農業生産性の大きな向上が見られた。そして、これらの増産計画や大規模農業開発事業には、ブラントス河流域総合開発や数次にわたる食糧増産援助などを初めとする、日本からの経済援助も大きく貢献した。ただ、食糧自給を達成したことにより、これまでの政策は新たな段階を迎えることになる。

1984年から第4次5カ年計画が進行中であり、基本的な開発目標は第3次計画を継承しつつ、各産業部門ごとに第2表の通りの成長率目標を設定している。しかし、米の自給体制の定着が見られた一方で、石油を初めとする一次産品の全体的な輸出不振のために経済は停滞ぎみである。とくに1985年から'86年にかけては、石油価格の大幅な下落のために、外貨収入が大幅に落ちるとともに、政府においては財政収入の6割を占める石油税収入が大幅に不足している。このため、政府は、開発プロジェクトの抑制、補助金削減等による緊縮財政を余儀なくされている（第3表参照）。

インドネシアは資源の豊富な国であるにもかかわらず、人口が多いためなどにより、国民の生活水準は高くない。また、インドネシアと日本の経済関係には深いものがある。豊富な資源を有効に利用し、経済開発の利益がインドネシア国民に広く享受されるように、日本の経済協力が役立つことが望まれる。

第3表 国 家 予 算

(単位：10億ルピア)

歳 項 目	入						歳 項 目	出					
	1984/85年度実績		1985/86年度予算		1986/87年度予算			1984/85年度実績		1985/86年度予算		1986/87年度予算	
		(%)		(%)		(%)			(%)		(%)		(%)
I 国内収入	15,905	82.1	18,678	81.4	17,833	83.2	I 経常支出	9,429	48.7	12,399	53.8	13,126	61.3
1. 石油・天然ガス税	10,430	53.8	11,160	48.4	9,738	45.5	1. 人件費	3,047	15.7	4,117	17.9	4,213	19.7
(1) 石油	8,937	46.1	9,480	41.1	8,146	38.0	2. 物件費	1,183	6.1	1,530	6.6	1,367	6.4
(2) 天然ガス	1,493	7.7	1,680	7.3	1,593	7.5	3. 地方交付金	1,883	9.7	2,590	11.2	2,640	12.3
2. 非石油・天然ガス税	4,788	24.7	6,786	29.4	7,141	33.3	4. 債務償還費	2,776	14.3	3,559	15.4	4,223	19.7
(1) 所得税	2,121	10.9	3,074	13.3	2,881	13.4	(1) 国内	39	0.2	30	0.1	40	0.2
(2) 付加価値・奢侈品税	878	4.5	1,666	7.2	2,143	10.0	(2) 国外	2,737	14.1	3,529	15.3	4,183	19.5
(3) 輸入税	530	2.7	717	3.1	580	2.7	5. その他	540	2.8	602	2.6	683	3.2
(4) 取引税	873	4.5	963	4.2	1,055	4.9	II 開発支出	9,952	51.3	10,647	46.2	8,296	38.7
(5) 輸出税	91	0.5	102	0.4	79	0.4	1. 政府	224	1.2	257	1.1		
(6) 土地税	157	0.8	167	0.7	284	1.3	2. 国防・治安	702	3.6	714	3.1		
(7) その他の税	138	0.7	97	0.4	119	0.6	3. 教育・文化	1,421	7.3	1,719	7.5		
3. 税外収入	687	3.5	732	3.2	954	4.4	4. 厚生・福祉	320	1.7	413	1.8		
II 開発援助収入	3,478	17.9	4,368	19.0	3,589	16.8	5. 住宅	224	1.2	438	1.9		
							6. 宗教・労働	482	2.5	740	3.2		
							7. 経済	5,265	27.2	5,009	21.7		
							8. 地域、企業、環境開発	1,313	6.8	1,357	5.9		
							III 支出計	19,381	100.0	23,046	100.0	21,422	100.0
							IV 収支残高	+ 2	-	0	-	0	-
合計	19,383	100.0	23,046	100.0	21,422	100.0	合計	19,383	100.0	23,046	100.0	21,422	100.0

(出所) Bank Indonesia, Report for the Financial Year 1984/1985から作成。

第3章 インドネシアの人口

1 人口動向

(1) 人口増加

1980年に実施された人口調査の結果によれば、インドネシアの人口は1億4,749万人で世界で第5位に位置する大きさである。なおその後も増加が続き、1985年には1億6,388万人に達している(表1)。

表1 インドネシアの人口
(100万人)

年次	全国人口	増加率
1930	60.7	1.5%
1961	97.1	2.1
1971	119.2	2.4
1980	147.5	2.1
1985	163.9	—

昔のインドネシアの人口については1905年と1920年に行われた調査があるが、それらはジャワの総人口について信頼しうるにとどまり、その他の地域の人口は確かではない。全国人口について確かな情報を与えるのは1930年の人口調査であり、当時の人口は6,070万人であった。しかし、この調査によっても、

人口分析にとって不可欠な年齢別人口を知ることはできない。1930年以後も、1942年から45年までの日

本の支配、1945年から49年までの独立戦争などのため、人口に関する記録は欠落しており、初めて近代的な人口調査が行われて分析に耐えうる情報がえられるようになったのは1961年の人口調査以後のことである。

1961年の人口調査はインドネシアの人口を9,709万人としているが、1930年から1961年まで

注：1930、1961、1971、1980は人口調査。
1985は推計。

の人口増加は年率1.5%と、比較的緩やかな増加であった。その後1971年には1億1,921万人に増え、年率2.1%の増加になった。そして1980年には1億4,749万人となり、増加率も年率2.4%に高まっていた。ただ、その後若干増加は緩んでおり、1980～85年は年率2.1%となっている。

(2) 死亡率低下

1961年以降インドネシアの人口増加は年率2%を越える激しさであるが、それは多くの開発途上国に共通の人口転換によるものであり、そのなかで死亡率低下の影響が大きかった。

1950年代初期から新しい保健衛生技術がとり入れられた結果、多くの風土病が除去され疾病率と死亡率が低下した。たとえば1950年代末期から60年代初期にかけて、普通出生率はおよそ23%の水準にあったが、1970年代前半には18～19%に、1970年代後半には16%程度まで下っていた。

このように死亡率低下は明らかに人口増加を加速する原因となったが、他方、死亡率低下はどの国においても人口政策の重点課題であるから、インドネシアにおいて達成された死亡率低下はこの国の人口政策が成功した結果として高く評価されるべきであり、また今後もなお改善されることが望ましい。事実、16%という普通死亡率は先進諸国と比較してまだ高い水準にあり、今後さらに低下するものと予想される。

(3) 出生率の動向

出生率は死亡率と並んで人口増加に影響する重要な要因である。しかも、現在インドネシアにおいて、急速な人口増加は開発に対する大きな障害であり、その適度な抑制は緊急の課題である。それゆえ、われわれの関心はこの国の出生率の動向にむけられなければならない。

戦前のインドネシアの出生率については正確なデータが見当たらないが、専門家の研究によれば戦前の出生率はかなりの高水準にあったと推定されている。そして、それは第2次大戦中ならびに独立戦争中に若干低下したが、1950年代初期に再び上昇を始め、普通出生率は1950～55年に46.8%、1955～60年に46.5%ときわめて高い水準になった。しかし1960年代末期から低下を始めている。

このような出生率の低下をもたらした要因はいくつかあったが、もっとも重要な役割を果たしたものは、近代的な避妊法が広く国民に普及したことである。この国における家族計画運動は1953年頃から民間活動として始まったが、後になって国家全体の家族計画運動の総合調整と立案を行う機関として設置された「国家家族計画調整委員会」(National Family

Planning Coordinating Board : BKKBN) の果たした役割はとくに大きい。

(4) 国内人口移動と都市化

インドネシアの人口の重要な特徴として、その地域的分布が偏っていることが指摘される。表2に示されているとおり、1985年に全国人口総数が1億6,388万人に対して、ジャワの人口は9,950万人で、全国人口の61%を占めている。しかしジャワの面積は全国土の7%にすぎず、この島への著しい人口集中が見られる。ジャワについてスマトラの人口が大きく(3,267万人)、そしてスラウェシの人口がそれについて大きい(1,160万人)。

表2 インドネシア人口の地域別分布

(1,000人)

地 域	1961	1971	1980	1981	1982	1983	1984	1985
スマトラ	15,739.4	20,808.1	28,016.2	29,027.9	29,961.5	30,928.5	31,927.9	32,666.6
ジャワ	63,059.7	76,086.3	91,269.5	93,340.3	95,103.4	96,892.9	98,711.8	99,502.4
ヌサテングラ	5,557.7	6,619.1	8,487.2	8,675.6	8,835.1	8,996.2	9,159.8	9,338.1
カリマンタン	4,101.5	5,154.8	6,723.2	6,942.2	7,142.9	7,350.0	7,563.6	7,781.3
スラウェシ	7,079.4	8,526.9	10,409.5	10,665.4	10,887.0	11,112.2	11,341.0	11,597.7
マルク・イリアン ジャヤ	1,547.9	2,013.0	2,584.9	2,663.2	2,731.8	2,802.9	2,875.4	2,989.9
インドネシア	97,085.6	119,208.2	147,490.3	151,314.6	154,661.7	158,082.7	161,579.5	163,875.9

注：表1と同じ。

このように著しい偏りをもって分布している人口がどのように移動するかは、人口学者および開発計画の担当者にとって大きな関心のまとなっている。1971年と1980年の人口調査は生涯移動 (lifetime migration) の状況を明らかにしているが、1971年調査はスマトラへの移動数がその他の地域への移動数より多いことを明らかにし、これに対してジャワとバリはつねに移動者の排出地として重要な地位を占めていることを明らかにした。それはジャワとバリにおいて人口過密の激化と農業生産の拡大の余地に欠けているためである。しかし1980年の人口調査は、スマトラに代わってカリマンタンとスラウェシがジャワやバリからの移動者の受け入れ地としての重要性を高めつつあることを明らかにしている。

地域開発を軸とする移住政策 (transmigration policy) はインドネシアの人口政策の重要課題であり、後節であらためて説明する。

またインドネシアにおける人口都市化の進行は著しい。都市人口は1971年に2,050万人であったが1980年に3,290万人に増加しており、総人口に占める割合も17.3%から22.4%に高まっ

た。こうした都市人口の急増は都市の人口収容力を越えて進んでおり、その結果、住宅、環境衛生上の諸問題をひきおこしている。

都市への人口流入の主要な原因は経済問題にあるものとみられ、農村地域における土地と就業機会の不足が若年労働力を中規模ないし大規模の都市へ押し出す原因になっている。しかし一方、都市において必ずしも十分な就業機会がなく、低賃金労働に甘んじる者が多い。そして、これら都市への流入人口の多くは出稼ぎで得た金で親弟妹を養うため、定期的に帰村するという循環型の移動者であるという特色をもっている。

1980年人口調査の結果によると(表3)、総人口について都市人口が22.4%、農村人口が77.6%という割合であるなかで、年齢別にみた場合、15歳から34歳までの若年層で都市人口割合が相対的に高く、前述のように若年層がより多く都市へ移動していることを物語っている。

表3 都市と農村の人口 1980年

(1,000人, %)

年 齢	都 市	農 村	合 計	割 合		性 比		
				都 市	農 村	都 市	農 村	全 国
0～4歳	4,521	16,670	21,191	21.3	70.7	1.06	1.04	1.04
5～9	4,234	16,998	21,232	19.9	80.1	1.05	1.04	1.04
10～14	3,911	13,708	17,619	22.2	77.8	1.03	1.09	1.08
15～19	4,116	11,167	15,283	26.9	73.1	0.94	0.98	0.97
20～24	3,544	9,458	13,002	27.3	72.7	0.96	0.81	0.85
25～29	2,765	8,579	11,344	24.4	75.6	1.05	0.96	0.98
30～34	1,889	6,278	8,167	23.1	76.9	1.02	0.96	0.97
35～39	1,832	6,718	8,550	21.4	78.6	1.01	0.95	0.96
40～44	1,571	5,849	7,420	21.2	78.8	1.02	0.95	0.97
45～49	1,223	4,927	6,150	19.9	80.1	0.93	0.97	0.96
50～54	1,085	4,326	5,410	20.1	79.9	1.01	1.01	1.01
55～59	699	2,691	3,390	20.6	79.4	1.04	1.03	1.03
60～64	588	2,640	3,229	18.2	81.8	0.91	0.94	0.93
65～69	328	1,386	1,714	19.1	80.9	0.88	0.91	0.90
70～74	266	1,264	1,531	17.4	82.6	0.75	0.83	0.82
75以上	271	1,254	1,525	17.7	82.3	0.67	0.86	0.82
不 詳	4	16	20	20.0	80.0	0.97	1.24	1.18
総 数	32,846	113,931	146,776	22.4	77.6	1.00	0.98	0.99

資料：1980年人口調査

るが、それにしても年齢別にみた都市人口割合の違いはそれほど大きくない点が注目される。これはこの国の都市への移動者に循環型の者が多いことと関係しているであろう。

2 将来人口の見通しと人口政策

(1) 将来人口の見通し

国際連合の最近の将来人口推計によれば、インドネシアの人口は1990年に1億7,353万人、200年に1億9,869万人、2025年に2億4,686万人に増加するものとみられている(表4)。これは普通出生率が1985~1990年に28.5%、1995~2000年に23.4%、2020~25年に16.1%と低下し、普通死亡率も各期間に13.1%、10.9%、9.1%と、かなり大幅に低下するという見通しの上に計算されたものである。それに加えて、この国の人口の年齢構成が若いために人口増加の惰性を内蔵しており、そのため来世紀には優に2億人を越える巨大な人口が出現すると予想されるわけである。

表4 インドネシア人口の将来見通し

属性	1985	1990	1995	2000	2010	2020	2025
総人口	千人 160,658	173,530	186,650	198,687	220,015	238,378	246,855
0~14歳	% 36.6	34.0	32.5	30.7	26.5	23.4	22.5
15~64	% 59.9	62.1	63.3	64.7	68.1	70.0	69.5
65以上	% 3.5	3.8	4.2	4.7	5.4	6.6	7.9
都市人口	% 22.4	25.2	28.4	32.3	40.2	48.1	52.0
農村人口	% 77.6	74.8	71.6	67.7	59.8	51.9	48.0

資料：UN., *Demographic Indicators of countries: Estimates and projections as assessed in 1980.*

この推計によると、インドネシアの人口の年齢構成は1990年に0~14歳が34.0%、15~64歳が62.1%、65歳以上が3.8%となり、2000年には各年齢が30.7%、64.7%、4.7%、さらに2025年には22.5%、69.5%、7.9%となるであろう。出生率、死亡率の低下により年少人口は相対的に減少し、老年人口は相対的に増加するのであるが、とくに生産年齢人口が増加する

ことは注目に値する。そのことは、一面においてこの国の人的資源が増加し、開発に貢献することを期待できるが、反面においてこれを有効に活用するための開発政策の推進が必要であることを示唆している。

なお、表4によれば、人口都市化は今後ますます急速に進むものと予想されており、来世紀に入ると都市人口は全国人口の半数以上の割合を占めるであろう。これはまた都市問題の激化を予想させるものであり、都市と農村の両面における政策の必要性を示唆している。

(2) 人口政策

インドネシアの人口の激しい増加が開発に対する重大な制約条件であるとの認識が持たれるようになったのは1965年からである。1969年に始まったレプリタ I（第1次5カ年計画）では、人口増加と人口の地域分布の偏りの是正を考慮に入れた経済開発の目標が設定された。そして、人口について、出生率、死亡率、移動のそれぞれに関する施策が打ち出された。とくに、経済開発とともに死亡率が低下するものと予測され、それに伴う人口増加を抑えるために短期間のうちに出生率を引き下げる努力をすることが必要とされた。そうして1970年に国の施策として家族計画プログラムを実施することとなった。このプログラムは最初、ジャワとバリを重点に進められたが、次第に全国に広められて行った。

家族計画プログラムの目標は、たんに出生率を引き下げ、人口増加を鈍化させるだけではなく、さらに進んで、家族規模に関する既存の伝統的価値観と規範を修正させることに向けられた。同時に保健プログラムが強化され、全国に広められたが、それはとくに人口の質を改善することを目的としたものであり、とりわけ労働力と母子の保健に重点がおかれた。さらに、できるだけ多くの労働力をジャワ以外の地域に移動させるための組織的計画がたてられたが、その目標はたんにジャワやバリの人口圧力の緩和だけでなく、未開発資源の開拓のため若い労働力を供給して地域開発を推進することにおかれた。

このように人口政策はインドネシアが当面する人口問題を多面的にとらえ、最終的目標として開発による人口の質の向上と均衡のとれた地域分布の実現を目指すものであり、総合的な政策として策定され、推進されている点に重要な特徴がある。

① 出生率に関する政策 — 家族計画政策 —

避妊具を一般大衆に提供するという活動は、すでに1950年代後期に母子保健プログラムの一環として始められたが、当時、政府は家族計画プログラムに対して好意的でなかったため、民間団体であるインドネシア家族計画協会 (Indonesian Planned Parenthood Association)

が国際家族計画連盟（IPPF）の援助の下で行っていた。1965年以降、新政府は家族計画プログラムの推進に積極的な姿勢をとるようになった。1967年にスハルト大統領は国際連合人口宣言に署名し、1969年には国の施策としての家族計画プログラムを始めることとなり、1970年に国家全体の家族計画活動の総合調整・立案を行い、かつ家族計画政策を促進する最高機関として国家家族計画調整委員会（National Family Planning Coordinating Board；BKKBN）を発足させた。

当初、人口密度の高いジャワとバリに重点が置かれたが、1975年から始まった家族計画第2次5カ年計画ではその他の地域にも広められることになった。初めは達成率が低かったが、次第に改善され、最初の3年間にはわずか20万人の避妊実行者を得たにすぎなかったのが、農村地域に運動を広げ、目標設定制度を導入することによって実行者数を急速に増やすことができた。

1979年以降、さらに新しい戦略が開発され、そのために国家家族計画調整委員会の組織替えが行われた。家族計画運動を一段と幅広く展開することとなり、総合的・包括的人口政策（integrated and comprehensive national population policy）を策定し、従来からの家族計画プログラムを支援するためにいろいろな活動を相互に関連づけて実施することになった。この戦略の下では、従来の家族計画に関する広報・宣伝、避妊具の配布を行い、また副作用を討る実行者に病院・診療所を紹介するなどのほか、避妊実行中の女性が脱落するのを防ぐために種々の方法を講じることとし、たとえば村ごとに該当する女性のグループを作り、育児・栄養指導などの活動を通じて家族計画への関心を強めている。また、10年以上家族計画を続けた夫婦と優秀な実績をあげたプログラム担当者を表彰する制度も設けられている。

ピルやコンドームなどを夫婦に配布する方法も改善され、「村落配布センター」（Village-based Distribution Centres）を各村落に設置し、このセンターで村の夫婦が避妊具を受け取ることができる。このセンターは保健所から派遣される巡回チームによって管理されている。また村落ぐるみのインセンティブとして、家族計画プログラムの推進にすぐれた成果をあげた村落には、その村の要望に応じて給水施設、会議場の建設・修理、道路補修などの報償が与えられることになっている。

これら総合的な方法で進められている家族計画プログラムが、実際に出生率にどの程度の影響を与えたかが問題であるが、1971年におよそ44%であった普通出生率が1980年におよそ35%と約20%低下した事実の背景にこのプログラムが大きく貢献したことは否定できない。

② 死亡率に関する政策

レプリタ I（第1次5カ年計画）以来、保健サービスの改善のために組織的な努力が払われている。とくに保健活動の基礎構造の強化がはかられ、1970年以降、病院数は1982年までに824から1,239に増加した。そしてベッド数は80,236床から102,374床に増加した。村落に設置された保健所数も1,058から4,949に大幅に増加した。また医師数は1970年の3,234人から1981年に12,931人に増加、看護婦数も3,473人から17,084人に増加した。助産婦は3,529人から15,770人に増加したほか、村落の保健プログラムの実行のために35,520人の保健婦が新しく養成された。1980年に「全国保健システム」という新しい考え方が導入され、種々の保健サービス間の関係を確保することになった。“2000年には全国民に健康を”というテーマのもとに保健サービスが次第に改善されつつある。

このようにして、死亡率低下のための政策が実行され、諸施設が増加したことは事実である。しかし、現在、疾病率ならびに死亡率はまだ高く、とりわけ乳児死亡率の水準が高い。これは、多くの環境要因が十分に公衆衛生施策によって管理されていないためであり、マラリア、寄生虫病、その他の伝染病がいまだに多い。

この点を考慮に入れて、最近の計画では改めて次のような計画目標を設定して改善のためにいっそうの努力をすることとしている。すなわち、平均寿命は1980年におよそ56歳であったが、これを1990年に63歳に高めること、乳児死亡率は98%を60%に下げること、また5歳未満の幼児死亡率を40%から32%に下げることである。このために、栄養に関するプログラムやそのほかの保健プログラムについても作業目標を設定している。このようにして、今後普通死亡率はさらに低下するものと期待されており、1980年におよそ14%であったものが1990年にはおよそ10%になると予測されている。

③ 人口都市化に対する政策

ジャワへの人口集中を緩和するための組織的な人口移住政策は1930年代から実施され、第2次大戦中一時中断されたものの、戦後再開され現在におよんでいる。この問題はインドネシアの大きな人口問題であり、政府も特別に力を入れてその解決のために尽力していることは次節に述べるとおりである。

この問題と並んで、ある意味でそれとは別に人口都市化の問題がある。

首都ジャカルタの人口は1930年に53万人であったが、1971年には458万人に達するという著しい増加である。このような状況に対して、ジャカルタの都市閉鎖宣言（1970年）、ベチャの

乗入禁止区域の設定、露天商の追放などの人口流入抑制策がとられたが成功せず、1980年にジャカルタの人口は650万人に、さらに1985年には780万を越えている。

たしかに、ジャカルタの人口増加はインドネシアにおける著しい人口都市化現象の事例であり、そこには多くの開発途上国に共通の深刻な都市問題の実例がみられる。

しかし、他方、インドネシアにおける人口都市化は地域によって著しい差異があり、ジャカルタの例はそのうちの1つの型に属するものである。インドネシアの都市とその人口増加は次の4つの型に分けられるとされている。(水野広祐「インドネシア — 農村の人口扶養力と都市化」(柴田徳衛・加納弘勝編『第三世界の人口移動と都市化』)。

A型 ジャワ島北海岸大都市成長型

B型 ジャワ島内陸部中小都市停滞型

C型 外島開発・人口急成長型

D型 Cに含まれない外島海洋都市

1960年代にはジャカルタ、スラバヤなどA型の大都市において人口増加をみたのに対して、B型の中小都市の人口は停滞していた。しかし、1970年代にはA型の成長、B型の停滞のなかで、新たにC型の著しい成長がみられるようになった。

このようにインドネシアの人口都市化は地域によって差異が大きいのが、いまのところ、人口がすでに集中して人口密度が高いジャワのA型の都市における人口増加がもっとも大きい問題である。これまでジャワの人口はその多くが農村に住み、農業労働に従事していた。これは稲作を中心とする労働集約的技術体系のもとで多くの労働力が必要であったことと表裏の関係にある。しかし、増加する人口のもとでの人口圧力と新しい農業技術の導入による労働力の排除が都市への人口移動を促し、これがA型都市人口の増加の原因となっている。この傾向は今後一段と強まることが予想される。

これに対して、大都市における雇用機会の創出、生活環境の整備などの都市問題の解決のための政策が必要であり、実際にその政策が実施されているが、同時に人口増加の抑制のための施策も行われている。目標として、ジャカルタの人口は2005年に1,200万人を越えない程度に抑えることが考えられており、そのために家族計画、移住政策の推進が有効であると考えられている。またジャカルタ市における人口分布の是正が必要であり、市の東部地区と西部地区の開発計画が作成されている。

3 インドネシアの移住政策

インドネシアの移住政策は、人々の自発的意志に基づく移住を促す政策として、世界でもっとも長い歴史と規模の大きさを誇るものである。そこで本項では、移住政策の歴史、移住計画実施の概要、実績、そして移民の流れについて述べるものとする。

(1) 移住政策の歴史

インドネシアの移住政策は、1905年、155世帯のジャワ島住民がスマトラ島南部、ランボン州ゲトン・タオン (Gedong Tataon) へ移されたことに始まる。当時、インドネシアを植民統治下に置いていたオランダ政府は、ジャワ島の急速な人口増加に伴う生活水準の低下、農地規模の縮小を危惧して移住計画を策定した。しかし何と云ってもその最大の目的は、Colonization Planの一環として、ジャワ島の過剰労働力をランボン州に投下し、輸出作物（ゴム、コショウ、コーヒー等）栽培労働者を確保することにあった(杉井, 1984)。1905-41年の間、ジャワ島からランボンへの移住者は173,959人と推計されている。

さて、第2次世界大戦に続く独立運動を経て、移住政策はその名も“Colonization Plan”から建国の5原則パンチャシラ精神に基づく“Transmigration Plan”へと改められた。50年代の移住政策の特色は、ジャワ島の貧困を救うべく社会政策として展開されたことにある。零細規模の分益小作農として貧しい生活を営むジャワ農民をスマトラ南部へと移住させ、一定規模の農地をあてがうことで彼らの生活水準を向上させんとしたインドネシア政府は、次々と意欲的な計画を発表。しかし、それらはすべて、過大な目標値を掲げた非現実的な計画であった²⁾。1960年代に入り、政府は1960-68年の間に39万世帯の移住を計画。しかし今度は、政権交替に伴う政治的混乱のため、計画はほとんど実施されぬままに終わっている。

移住政策が今日のように国家開発戦略の一環として明確にとらえられるようになったのは、1968年、スハルト政権が樹立され、経済開発重視の路線が打ち出されて以来のことである。1972年のStatute No.3によれば、移住政策は以下の7つの目的を擁する。つまり、1)生活水準の向上、2)地域開発、3)人口分布の平均化、4)インドネシアの平均的開発、5)天然・人的資源開発、6)国家統一、7)国防、国家保全、である。なかでも、レプリタII(第2次国家開発5ヶ年計画)(1974-78)以降は、しだいに、ジャワ・バリ島以外での地域開発に重点が置かれるようになってきている。移住対象地区のインフラストラクチャーの充実、農業開発、地域社会の育成を統合的に推進して、地域の繁栄をもたらさんとするものである。

(2) 移住計画実施の概要

では次に、移住計画は実際にどのような手順で実施されるのであろうか。

移住計画の実施は、まず、移住対象地域の設定計画から着手される。入植地の決定段階で積極的な役割を果たすのは各省知事であり、入植地には土地の権利に問題のない耕地が選定される。入植地は、その地域の潜在力と収容力に応じた開発を進めるために、段階的開発地域単位（SWP）に分けられる。次がインフラストラクチャー整備である。主要道路の建設に続いて土地が測量され、移民家屋が建築されると集会場、学校等の公共施設が造成される。

移住地策定と同時に進められるのが移民の勧誘である。移民として優先的に受け入れられるのは、低所得、健康で若年な農民であるが近年は、新しい地域社会に貢献するであろう技術者等にも資格を拡大して、移民の質の向上を図っている。

移民には、入植後1戸2 ha当たりの土地³⁾が与えられ、1年から1年半にわたる食糧援助、3年間にわたる苗・肥料等の提供に加えて農具、衣料、台所道具までもが無料で支給される。土地利用計画や農業技術の指導・訓練は、入植以前から幾度かにわたって行われ、保健衛生、販売、協同組合、婦人運動などについての教育も施される。これらのサービスは、現地住民や自発的移民⁴⁾に提供されることも少なくない。たとえば開墾された土地の10%は原地住民に提供されることになっている。これら綿密な計画は、移民が移住後5年間で充分自立できるよう、また同時に現地住民の生活向上にも寄与するよう配慮に立ったものである。

(3) 実績

表5は、1960年以降の各開発計画当初⁵⁾における目標移住世帯数、実績値、および目標達成率を示したものである。レプリタⅠ後半の移住世帯数の伸びは、レプリタⅡの5年間に25万世帯を移住させるという、野心的な計画を発表させた。ところが、現実には、財政難、および入植地の受け入れ体制強化に予算が割かれたため、計画実施は大幅に遅れてしまう。レプリタⅡの目標達成率の低さはこの理由によるものである。その後、目標値25万世帯は修正を重ね、82,959世帯にまで削減されている。

実績値の推移からは、レプリタⅡで2倍近く、レプリタⅢではレプリタⅠの約8倍に匹敵する驚異的な伸びが観察される。年度ごとの数値にばらつきはあるものの、移住政策が成功裏に進められている裏づけと言えよう。さらに、公的援助を受けず、移住に成功した親類、

表5 政府移住計画による移住世帯目標値、実績値および目標達成率：1960-1985

	目 標 値	実 績 値	目標達成率(%)
1960-1968	390,000	44,216	11.3
レプリタ I 1969/70	5,844	3,986	68.2
1970/71	4,115	4,298	104.5
1971/72	4,600	4,946	107.5
1972/73	10,513	16,503	157.0
1973/74	15,887	22,392	141.0
レプリタ II 1974/75	30,000	11,000	36.7
1975/76	40,000	6,900	17.3
1976/77	50,000	13,957	27.9
1977/78	60,000	22,949	38.3
1978/79	70,000	26,900	38.4
レプリタ III 1979/80	50,000	50,000	100.0
1980/81	75,000	75,000	100.0
1981/82	100,000	91,591	91.6
1982/83	125,000	95,436	76.3
1983/84	150,000	59,641	39.8
レプリタ IV 1984/85	125,000	56,853	45.5
1985/86	135,000	194,048	143.7

資料：Research and Development Center, Ministry of Transmigration, 1986.

知人を頼りに渡ってくる自発的移民 (Spontaneous Migrant) については、1950-72年の間に604,000人、1975-80年間に221,000人と推計 (H.W.Arndt, 1983) されており、政府移民の数と合わせて考えれば、それがいかに大規模の人口流出であるかが明白となろう。

しかし、この人口流出規模をもってしても、移住政策所期の目的であったジャワ島の人口増加の緩和には、何ら際だった解決をもたらすことはできなかった。つまり、年平均人口増加率2.02%(1975-80)、毎年約150万人の増加人口に直面するジャワ島にとっては、流出する移民数はおよそ無意味に等しいのである。

移住政策の意義は、むしろ主目的たる地域開発の成果に見ることの方が適切かもしれない。Arndt (1983) によれば、すでに2~3百万人の移民がスマトラ、カリマンタン、スラウエシの山間部に入植し、稲作用の灌漑化に成功しているという。また、入植地として歴史の古

いランボンや南スマトラ州では、ジャワ島の2倍近くもの米の生産増加率を達成していることを統計的に実証し、移住政策が実を結んだものとして評価している。

(4) 移民の流れ

さて、これらの政府移民の出身地および移住地にはどのような特性が見られるであろうか。出身地別移住世帯数(表6)によれば、ジャワ島の中でも比較的所得水準の低い中部および東部ジャワ出身の移民が多く、レプリタⅢではそれぞれ総移住世帯数の約四分の一を占めている。ジョクジャカルタは、1960年代、中部ジャワに次いで多くの移民を送り出していたが、70年代以降、相対的比率は減少方向にある。レプリタⅢの特徴として、現地住民の同一州内における移住(APPDT)が全体の1割近くを占めた。

ところで、インドネシアには焼畑農業に従事するため定住地を持たぬ民族が少なからず存在する。政府は、移住政策の枠組の中で、これらの人々の定住(Resettlement)も図っており、レプリタⅢでは43,854世帯の定住が実施された。ジャカルタ市からの移住については、政府の移民勧誘の努力にもかかわらず実績値は小さい。これは、都市には移住の主たる対象である農民が少ないこと、都市では就業機会に恵まれやすいこと、都市の文化的社

表6 出身地別政府移住計画による移住世帯数：1969-1983

(単位：世帯数)

	ジャワ島					バリ	西ヌサテンガラ	原地住民の移住	リセトルメント	計
	ジャカルタ市	西ジャワ	中部ジャワ	ジョクジャカルタ	東ジャワ					
レプリタⅠ										
1969-73	500	7,984	11,702	7,259	13,184	5,339	300	-	-	46,268
(%)	(1.1)	(17.3)	(25.3)	(15.7)	(28.5)	(11.5)	(0.6)			(100)
レプリタⅡ										
1974-78	3,155	15,010	27,434	6,180	23,830	4,470	2,880	-	-	82,959
(%)	(3.8)	(18.1)	(33.1)	(7.4)	(28.7)	(5.4)	(3.5)			(100)
レプリタⅢ										
1979-83	4,362	51,179	86,695	17,277	85,564	10,872	7,285	32,163	43,854	307,088
(%)	(1.3)	(15.1)	(25.6)	(5.1)	(25.2)	(3.2)	(2.1)	(9.5)	(12.9)	(100)

資料：Research and Development Center, Ministry of Transmigration, 1986.

会的プル要因のために移住へのモチベーションを持ちにくいことなどが理由として考えられよう。

最後に、現在進められているレプリタⅣでは、西ジャワ、ロンボク島、マドゥラ島からの移住も奨励されており、移住奨励対象地域は今後ともさらに広がるものと思われる。

次に、表7から、これら移民たちの移住先を明らかにしてみよう。1905年の移住計画当初から、移民の大多数はランボン、南スマトラ州へと移っており、この傾向は1970年代初めまで続く。たとえば1951年から1974年の間には、総移住世帯数の約68%に当たる96,754世帯が同2州へと移住した。

1970年代半ばより、移住地はより広範に、また遠隔化されつつあることに注目したい。これは、政府が、地域開発を移住政策の主目的として推進しつつある事実と対応している。レプリタⅢでは、とくにスマトラ北部、カリマンタン、中・南スラウェシにおける入植者数の伸びがめざましい。レプリタⅣでは、政府は新たに東ヌサテンガラを移住先として策定しており、資源開発、地域開発の視点から、マルクヤイリヤン・ジャヤ島も、新しい移住先として期待されている。

(5) まとめ

80年の歴史を誇るインドネシアの移住政策は、その求められる役割を変えつつも、地域の開発と移民の生活水準の向上に貢献して来た。年度ごとのばらつきはあるものの、移住世帯数は大きく伸びており、入植地も遠隔化、多様化しつつある。また、移住者の資格も拡大して、政府は入植地域の統合的な社会・経済開発に積極的に力を注いでいる。

しかしその一方で、山積する問題に直面しているのも事実である。たとえば、先住地と移住先での農業形態の違いに起因する問題、生活慣習、文化水準もまったく異なる現地住民と移民との摩擦、マラリア等の多発にみられる移住地の保健衛生の問題、ランボンなど、古い入植地が経験する新たな人口急増の問題、そしてもっとも深刻なものとして緊迫する財政難の問題がある。財政難の打開策として、政府はレプリタⅣにおいて、とくに公的援助を受けない自発的移民の勧誘を進めている。自発的移民の規模は、過去の移民の成功の度合によって決まると言ってもよく、移住政策の将来は、まさに、現在の計画が、いかに移民および原地住民の生活水準の向上に寄与するものであるかにかかっていると言っても過言ではない。

表7 移住地別政府移住計画による移住世帯数：1969-1983

(単位：世帯数)

	スマトラ島							カリマンタン島				スラウェシ島			マ ル ク	東 チ モ ー ル	イ リ ア ン ・ ジ ャ ヤ	西 ヌ サ テ ン ガ ラ	計		
	ア チ エ	北 ス マ ト ラ	西 ス マ ト ラ	リ オ ウ	ジ ャ ン ビ	南 ス マ ト ラ	ブ ン ク ル	ラ ン ポ ン	西 カ リ マ ン タ ン	中 部 カ リ マ ン タ ン	南 カ リ マ ン タ ン	東 カ リ マ ン タ ン	北 ス ラ ウ ェ シ	中 部 ス ラ ウ ェ シ						南 東 ス ラ ウ ェ シ	南 ス ラ ウ ェ シ
レプリタ I 1969-73	—	200	450	500	2,450	7,808	1,700	14,230	952	624	2,190	2,175	1,500	3,852	2,712	4,475	350	—	100	—	46,268
レプリタ II 1974-78	2,060	500	4,850	2,950	13,114	14,595	5,500	6,100	3,760	790	6,100	3,500	1,410	7,700	4,330	3,750	200	—	750	—	82,959
レプリタ III 1979-83	9,471	7,492	4,475	32,971	17,599	79,329	11,427	46,547	22,400	16,933	18,993	13,135	4,184	10,814	17,811	4,593	7,200	100	12,476	1,246	339,251

資料：Research and Development Center, Ministry of Transmigration, 1986.

(注)

- 1) Minisastro Wijojoによれば、1895-9000年のジャワ島人口の年平均増加率は2.24%と推計されている。
- 2) たとえば Burhandin Harahap 内閣は、1951年からの5年間で10万世帯の移住を計画したが、現実には政府の予算不足と移住地の受入れ体制不備のために、2万8千世帯が移住したにすぎない。
- 3) うち0.25haは家屋、1haは耕地であり、残りの0.75haは入植者が耕地として自ら開墾することになっている。ちなみに、ジャワ島農民の1戸当たり平均経営面積は0.6haとされている。
- 4) 政府移民が渡航費をはじめ政府の資金的援助を受けているのに対して、自発的移民 (Spontaneous Migrant) は基本的に、何らの公的援助も保障されていない。
- 5) 目標値は、通常、大統領教書によって、幾度かの修正を受けることが多い。

第4章 保健医療の概況

1 死亡および保健・医療関連統計

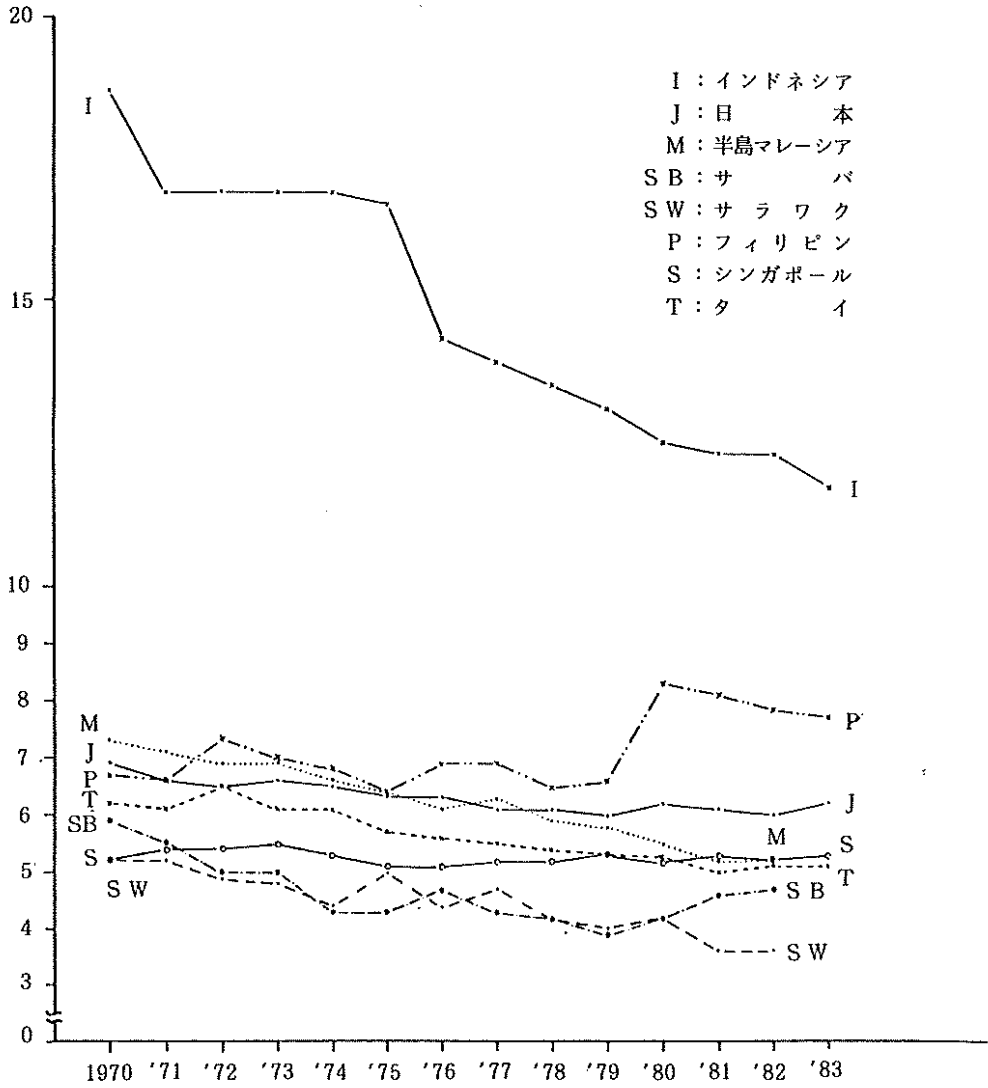
インドネシアにおける死亡および疾病に関する統計は、必ずしも正確であるとは言えない。死亡・出生に関する届出制度は、1977年大統領制令により義務化されたが、まだ十分には機能していない¹⁾。医療関連統計は、病院と保健センターからの報告にもとづいて作成されている。病院統計については国立、私立ともに集計されているが、保健センターについては、政府機関についてのみであり、開業医等の活動については、まだ把握されていない。²⁾

インドネシアの死亡率は、国際的にみても高水準である。図1は、ASEAN各国および日本の死亡率変化を示したものである。死亡率は着実な低下傾向を示しているが、その水準は、ASEAN各国の中でもっとも高い。

死亡に関連するその他諸統計の各国比較は、表1に示す通りである。ASEAN各国ともにここ約20年間に死亡率、乳児死亡率ともに改善されている。しかしながらインドネシアにおける死亡率、乳児死亡率の水準は高く、平均余命においては男女ともにもっとも低い。

こうした死亡率の高さは、医療事情を反映していると思われる。同じく表1に示した通り、病院のベッド数、医師、看護婦、助産婦数ともに人口に比して少ない。事実、インドネシアにおける乳児死亡率は、タイ、フィリピンの2倍に達する高水準である。インドネシアでは、助産婦等出産・分娩に関する医療体制が不十分であり、乳児死亡率への影響が大きいと思われる。また、人口に比して、これらの医療スタッフも不足しており、保健医療体制の充実が急がれている。

図1 ASEAN諸国および日本の粗死亡率の年次変化 (1970~83年)



出所) Southeast Asian Medical Information Center, *SEAMIC Health Statistics 1984*.

表1 ASEAN 諸国における医療・保健関連指標比較(1983年)

国名	指標	死亡率 ¹⁾ (%)	変化率 ²⁾ (1965- 83) (%)	乳児死 ³⁾ 率 (対出生1000)		平均余命 ⁴⁾ (年)		病院数 ⁵⁾	人口1万 ⁶⁾ 人当りベッ ド数	人口1万 ⁷⁾ 人当り 内科医	人口1万人 当り看護婦 及び助産婦 ⁸⁾
				男子	女子	男子	女子				
インドネシア		13	-37.3	101	52	55	1,246*	6.7*	0.9**	3.6**	
日本		6	-15.5	7	74	79	9,515	120.6	14.2*	47.7*	
マレーシア		6	-46.8	29	65	69	96	17.7	2.9*	19.2*	
フィリピン		7	-43.7	49	63	66	1,706	-	9.2	5.0	
シンガポール		5	-9.1	11	70	75	238	39.2	10.0	33.7	
タイ		8	-35.5	50	61	65	729*	15.4*	1.6*	-	

注) * 1982年, ** 1980年

出所) (1)~(4) 世界銀行, 『世界開発報告 1985』

(5)~(8) Southeast Asian Medical Information Center, *SEAMIC Health Statistics 1984*.

2 医療機関・医療スタッフ

(1) 保健・医療施設

保健医療サービスは、病院、診療所、保健所、母子センターのネットワークにより行われている。これらのネットワークを通じての保健施設改善、予防的、治療的対策は、開発5ヶ年計画の中に組み込まれ、強化がはかられている。

第Ⅱレプリタ(1974/75-1978/79)中に大統領指令による保健施設開発援助により4,353カ所の保健センターが設置され、各郡に少なくとも1カ所の設置が実現された。³⁾インドネシアの保健所(保健センター)は、日本の保健所の機能に有床診療所(10-20床)を加えた機能を有し、地域における最先端の総合保健サービスを行う機関である。保健所のスタッフとしては、助産婦1人、看護婦1人、伝染病予防従事者2人、および衛生業務従事者1人が最低基準として定められている。⁴⁾保健センターにおける医師の勤務率は、第Ⅱレプリタ中に、ジャワ・バリの保健センターの50%、ジャワ・バリ以外の保健センターの40%に医師を勤務させる計画であったが、1978年には全国の保健センターの87%に医師が勤務するようになった。⁵⁾

各州別の1970年、1980年の10年間の医療施設の変化は、表2に示す通りである。病院に関する伸び率は低いが、保健センターの設置は進んでいるようであり、地域医療は、保健センターの活動を通じて補われていると思われる。病院の伸び率は人口密度のもっとも高いジャワ島において高いが、1病院あたりおよび1保健センターあたり人口は、ジャワ島においてもっとも高く、医療体制は十分とはいえない。

また移住政策による人口急増地域(スマトラ、カリマンタン)においては、急速な人口増加に対して、1病院、1保健センターあたり人口の低下率は低い。

病院数は、ジャカルタにおいてもっとも多く、医療体制の都市集中傾向がみられる。

(2) 利用状況

すでに述べたように、地域医療は、主として保健センターの活動を通して行われている。表3は、医療機関別患者数の2時点比較を示したものである。表3で明らかのように、保健センターの充実に力点を置いている政策を反映し、保健センターの利用率は大幅に増えている。

表2 州別医療・保健関連指標(1971年, 1980年)

州名	人口				1病院当り人口			1保健センター当り人口		
	1971年 ¹⁾	1980年 ²⁾	センサス 間人口増 加率(%)	人口密度 1980 (人/km ²)	1971年 ³⁾	1980年 ⁴⁾	変 化 率 (%)	1971年 ⁵⁾	1980年 ⁶⁾	変 化 率 (%)
スマトラ	20,808,148	28,016,160	34.6	59	98,617	93,387	-5.3	55,936	28,100	-49.8
1. アチエ	2,008,595	2,611,271	30.0	47	62,769	137,435	119.0	26,086	16,020	-38.6
2. 北スマトラ	6,621,831	8,360,894	26.3	118	68,266	65,319	-4.3	153,996	36,194	-76.5
3. 西スマトラ	2,793,196	3,406,816	22.0	68	199,514	68,136	-65.8	96,317	28,156	-70.8
4. リオウ	1,641,545	2,168,535	32.1	23	91,197	77,448	-15.1	51,298	23,830	-53.5
5. ジャンビ	1,006,084	1,445,994	43.7	32	167,681	120,500	-28.1	62,880	24,508	-61.0
6. 南スマトラ	3,440,573	4,629,801	34.6	45	104,260	132,280	26.9	47,786	36,455	-23.7
7. ブンクル	519,316	768,064	47.9	36	103,863	153,613	47.9	28,851	14,770	-48.8
8. ランボン	2,777,008	4,624,785	66.5	139	462,835	201,078	-56.6	32,671	30,227	-7.5
ジャワ	76,086,327	91,269,528	20.0	690	322,400	147,925	-54.1	66,977	40,673	-39.3
9. ジャカルタ	4,579,303	6,503,449	42.0	11,023	130,837	39,177	-70.1	104,075	55,585	-46.6
10. 西部ジャワ	21,623,529	27,453,525	27.0	593	415,837	288,984	-30.5	71,601	47,662	-33.4
11. 中部ジャワ	21,877,136	25,372,889	16.0	742	325,857	148,379	-57.9	145,848	36,041	-75.3
12. ジョグジャカルタ	2,489,360	2,750,813	10.5	868	165,957	137,541	-17.1	40,151	31,619	-21.2
13. 東部ジャワ	25,516,999	29,188,852	14.4	609	354,403	176,902	-50.1	44,147	38,406	-13.0
バリ・ヌサトゥンガラ	6,619,074	8,487,110	28.2	96	106,759	116,262	8.9	114,122	26,522	-76.8
14. バリ	2,120,322	2,469,930	16.5	444	111,596	189,995	70.3	151,452	37,999	-74.9
15. 西ヌサトゥンガラ	2,203,465	2,724,664	23.7	135	183,622	209,590	14.1	115,972	34,058	-70.6
16. 東ヌサトゥンガラ	2,295,287	2,737,166	19.3	57	74,042	101,377	36.9	91,811	20,580	-77.6
17. 東チモール	—	555,350	—	37	—	27,768	—	—	13,223	—

保健医療の概況

カリマンタン	5,154,774	6,723,086	30.4	12	67,826	81,001	19.4	31,624	14,036	-55.6
18. 西カリマンタン	2,019,936	2,486,068	23.1	111	72,141	226,006	213.3	63,123	17,885	-71.7
19. 中カリマンタン	701,936	954,353	36.0	18	63,812	39,765	-37.7	26,998	10,487	-61.2
20. 南カリマンタン	1,699,105	2,064,649	21.5	83	80,910	98,317	21.5	27,405	15,761	-42.5
21. 東カリマンタン	733,797	1,218,016	66.0	34	45,862	45,112	-1.6	17,065	10,322	-39.5
スラウェシ	8,526,901	10,409,533	22.1	55	113,692	92,120	-19.0	32,299	21,375	-33.8
22. 北スラウェシ	1,718,543	2,115,384	23.1	111	85,927	302,198	251.7	39,966	21,154	-47.1
23. 中スラウェシ	913,662	1,289,635	41.2	18	101,518	17,195	-83.1	41,530	14,329	-65.5
24. 南スラウェシ	5,180,576	6,062,212	17.0	83	152,370	505,184	231.6	30,120	24,543	-18.5
25. 南東スラウェシ	714,120	942,302	32.0	34	59,510	49,595	-16.7	26,449	18,846	-28.7
マルク ⁺ イリアン・ジャヤ	2,013,005	2,584,881	28.4	5	35,947	117,495	226.9	69,414	11,438	-83.5
26. マルク	1,089,565	1,411,006	29.5	19	68,098	74,263	9.1	45,399	16,218	-64.3
27. イリアン・ジャヤ	923,440	1,173,875	27.1	3	23,086	43,232	87.3	184,688	8,445	-95.4
全 国	119,208,229	147,490,298	23.7	77	166,492	122,095	-26.7	59,014	31,031	-47.4

- 資料) 1. 1971センサス, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1975*, Jakarta.
2. 1980センサス, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1982*, Jakarta.
3. 1972年, 政府, 私立病院を含む一般病院および特別病院, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1975*, Jakarta.
4. 1980年, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1982*, Jakarta.
5. 1971/1972年, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1975*, Jakarta.
6. 1980/1981年, Central Bureau of Statistics, *Statistik Indonesia 1982*, Jakarta.

表3 医療機関別患者数および比率(1972年, 1980年)

医療機関	年次		1972年		1980年	
	患者数	比率(%)	患者数	比率(%)	患者数	比率(%)
病 院	400	16.8	689	10.3		
保健センター/診療所/母子保健センター	583	24.6	2,483	37.2		
私立病院および診療所	1,391	58.6	3,494	52.4		
計	2,374	100.0	6,666	100.0		

出所) Ministry of Health, 1982 and 1980 Household Health Survey, in Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia 1980-1981*, Jakarta.

また、表4に示した通り、病気の場合、治療を受ける者の比率も高まってきている。しかしながら、病気を自覚しながら、治療を受けない者は、4分の1あり、さらに自己治療する者は4分の1である。医療体制は、受ける側にも問題点を残していると考えられる。

表4 治療種類別疾病率(1972年, 1980年)

治療種別	年次		1972年		1980年	
	人 口	比率(%)	人 口	比率(%)	人 口	比率(%)
1. 調査対象人口	111,689	100.0	121,129	100.0		
2. 健 康	106,142	95.0	107,288	88.6		
3. 病 気 申 告	5,547	4.9	13,841	11.4		
a. 治 療 せ ず	2,442	44.0	3,620	26.2		
b. 治 療	3,105	56.0	10,221	73.8		
(1) 医 療 的	2,122	38.3	6,021	43.5		
(2) 非医療的	252	4.5	613	4.4		
(3) 自己治療	705	12.7	3,551	25.7		
(4) そ の 他	26	0.5	26	0.2		

出所) Ministry of Health, 1982 and 1980 Household Health Survey, in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia 1980-1981*, Jakarta.

表5に示したのは、非受診者の理由であるが、この点に関する2時点比較は、医療体制の現状を考えるうえで興味深い。両時点に共通するのは、不要とする回答が全体の3分の1を

占めていることであり、医療に対する関心自体、高いとはいえない。1972年時点では、非受診の理由は、不要であるとする項目を除けば、距離的問題であったのに対し、1980年時点では、費用が高いことが、非受診の理由の第1に挙げられている。

距離的問題については、すでに示したように、各地域において保健センターの設置がすすんでおり、その貢献による所が多いと思われる。この点については、保健センターが地域住民に直結したプライマリー・ヘルス・ケアの役割を果たしつつあると思われる。

表5 理由別非受診患者数及び比率(1972年, 1980年)

理由	年次	1972年		1980年	
		患者数	比率(%)	患者数	比率(%)
1. 費用		312	26.8	1,547	42.6
2. 距離		289	24.8	185	5.1
3. 不要		385	33.1	1,304	35.9
4. その他		178	15.3	594	16.4
計		1,164	100.0	3,630	100.0

出所) Ministry of Health, *1982 and 1980 Household Health Survey*, in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia 1980-1981*, Jakarta.

表6は、各診療機関の患者数と平均費用を示したものである。費用については、病気の難度にも関連していることでもあり、一概にはいえないが、病院における1外来患者当たりの費用は高く、病院で治療を受ける場合、その負担は大きいと考えられる。病院と比較し、保健センターの費用が安いことを考えあわせると、距離的な問題も含め、その利用率は高まっていくものと思われる。

表6 診療機関別患者数および外来患者1人当たり平均費用
(1980年)

診療機関	患者数・平均費用	患者数	平均費用 (Rps)
1. 病院		503	4,858.1
2. 保健センター		1,059	418.2
3. 母子保健センター		82	601.9
4. 診療所		952	613.7
5. 開業医(医師)		1,221	3,575.3
6. 開業医(看護婦)		1,109	717.7
7. 開業医(助産婦)		113	588.9
8. 産科クリニック		8	3,103.0
9. 伝統的医療		521	918.9

出所) Ministry of Health, *1980 Household Health Survey*,
in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile
of Children and Mothers in Indonesia 1980-1981*,
Jakarta.

3 疾病構造

インドネシアでは、表7に示した通り、下痢と呼吸器系感染症が死因の上位を占めている。下痢と呼吸器系感染症が、死因の上位にあるのは、図2に示した因果関係から考えられる。

栄養の問題に関しては、他の開発途上国同様インドネシアにおいても低栄養状態にあり、とくにたんぱく質が不足している。血清たんぱくが低下している結果、体力がおち、感染に対する抵抗力が低下し、下痢および呼吸器系感染症にかかりやすい。また組織の回復力も低下している。したがって、下痢と呼吸器系感染症が死因につながる場合が多くなる。

表8は、病院における疾病パターンを示したものであるが、妊娠出産に関する症例が、1973年、1980年において1位を占めている。全国的にみて出産の約70%は、自宅分娩であり、首都ジャカルタにおいても約50%が自宅分娩であるといわれている。⁶⁾病院で受診できる人口が、わずかであることを考慮すると、妊娠、分娩に関する疾病は、さらに多いと思われる。したがって、妊産婦死亡率は高いと考えられる。第2位は、感染症および寄生虫症である。

表7 死因別死亡率(1972年, 1980年)

(%)

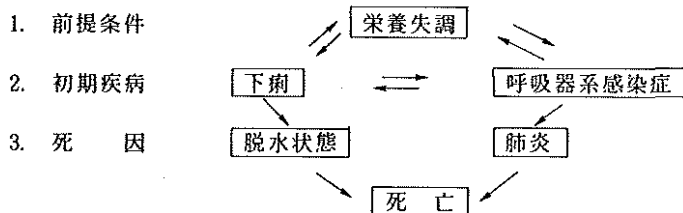
疾 病	年 次	1972年	1980年
1. 下部呼吸器系感染症		12.0	19.9
2. 下痢		17.0	18.8
3. 心臓疾患		5.1	9.9
4. 結核		6.0	8.4
5. 破傷風		4.6	6.5
6. 神経系障害		5.1	5.0
7. 肝臓障害		-	4.1
8. 損傷並びに事故		2.1	3.5
9. 新生物		-	3.4
10. 腸チフス		2.1	3.3
11. その他感染症および寄生虫症		-	3.0
12. 妊娠および分娩合併症		2.2	2.5
13. 新生児病態		2.4	-
14. その他		41.3	6.9
15. 不明確		-	4.8
計		100.0	100.0

注) 1972年は10大疾病, 1980年は14大疾病

サンプル数, 1972年-583, 1980年-905

出所) Ministry of Health, *1972 & 1980 Household Health Survey*, in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia 1980-1981*, Jakarta.

図2 死亡原因についての因果関係



出所) Terence H. Hull & Jon E. Dohde, *Prospects for Rapid Decline of Mortality Rates in Java*, Population Institute, Gudjah Mada Univeristy, Yogyakarta, 1978

表8 病院における疾病別疾病パターン(1973年, 1980年)

疾病分類	年次	1973年		1980年 ¹⁾	
		診断率(%)	順位	診断率(%)	順位
1. 感染症および寄生虫症		23.9	2	19.0	2
2. 新生物		3.0	8	2.2	10
3. 内分泌, 栄養並びに免疫障害		1.2	12	0.9	14
4. 血液および造血器疾患		0.5	15	0.6	17
5. 精神障害		1.9	11	1.3	12
6. 神経系感覚器疾患		2.6	10	1.6	11
7. 循環器系疾患		2.9	9	2.5	9
8. 呼吸器系疾患		8.6	4	6.9	5
9. 消化器系疾患		6.6	5	5.6	6
10. 生殖器系疾患		3.4	7	3.3	8
11. 妊娠, 分娩, 産褥の合併症 ²⁾		26.8	1	22.5	1
12. 皮膚, 皮下組織疾患		1.0	13	0.7	15
13. 筋骨格系並びに結合組織系疾患		0.8	14	0.6	16
14. 先天異常		0.4	16	0.4	18
15. 周産期に発生した主要病態		0.3	17	1.2	13
16. 症状, 診断および診断不明確な状態		4.4	6	3.6	7
17. 損傷および中毒 ³⁾		11.7	3	9.2	4
18. 健康状態に影響を与える要因に関する補助的分類		-	-	17.9	3
計		100.0	-	100.0	-

注) 1. 2週間の調査結果に基づく(1980年1月1日~7日, 7月1日~7日)

2. 正常分娩を含む

3. 新生児を含む

出所) Central Bureau of Statistics, *Statistical Profiles of Children and Mothers in Indonesia 1980-81*, Jakarta.

慢性的感染症としては、主として結核、急性のものとしては、マラリア等の伝染病があげられる。肺結核の有病率は、0.2-0.6%である。また、マラリアについては、毎年数十万の患者が発生していると推定されており、カリマンタン、スラウェシ、ヌサトゥンガラ等の地域が多発地帯である。⁷⁾このような疾病構造に対応し、第3次、第4次開発5ヶ年計画においては、表9に示したように、肺疾患を重視した対策がとられている。

表9 疾病対策の比較(レプリタⅢ, レプリタⅣ)
(100万人)

対策名	5ヶ年計画 レプリタⅢ	レプリタⅣ
1. マラリア対策		
a. 家屋消毒(戸数)	16.5	23.0
b. 患者治療(人数)	40.0	50.0
2. 結核対策		
長期, 短期治療(人数)	120.0	120.0
3. コレラ対策		
患者治療(人数)	1.1	27.7
4. BCG対策	16.5	23.8
5. 栄養不良患者対策(人数)	36,000人	64,448人

出所) インドネシア共和国(谷口研究所訳)『第4次開発五ヶ年計画
(1984/85-1988/89年)』p.311.

4 環境衛生

保健衛生状態を考える上で、それをとりまく環境の整備は、重要な問題である。とくにコレラ、腸チフス等の伝染病、寄生虫症等の有病率、また感染症の死亡率の高いインドネシアにおいては、飲料水、し尿処理対策は重要な課題である。

表10は、飲料水の給水源を示したものである。ジャカルタは、比較的水道、ポンプの普及率が高いものの、他地域においては、著しく遅れている。

トイレについては、表11に示したように、ジャカルタでは、比較的普及しているもの他地域では、その処理は遅れている。その他に分類されたものとしては、河川、溜池などで処理していると思われる、給水源と同一の場合も想定され、衛生上の悪循環があると考えられる。

群島国家であるインドネシアにおいて、これら保健、環境行政上の全体的向上に加えて、地域格差是正は、これからの大きな課題であると思われる。

表10 地域別飲料水の給水源(1978年)

地域名	給水源	給水源(%)							世帯数 (千)
		水道	ポンプ	井戸	湧水	河川	天水	その他	
1. ジャカルタ	39.8	27.3	29.7	0.0	0.1	0.0	3.1	1,014	
2. 西部ジャワ	1.6	1.1	64.8	20.6	10.4	0.1	1.4	5,517	
3. 中部ジャワ/ジョグジャカルタ	3.5	1.1	65.5	20.2	7.5	0.7	1.5	5,664	
4. 東部ジャワ	6.7	0.9	67.8	16.2	4.2	0.2	4.0	6,173	
5. スマトラ	4.0	0.9	64.2	10.0	15.5	4.1	1.3	4,718	
6. カリマンタン	3.9	2.5	23.1	1.6	55.0	13.3	0.6	1,257	
7. スラベシ	3.3	2.3	73.3	11.2	8.9	0.0	1.0	1,860	
8. その他の諸島	6.9	2.3	41.0	30.7	14.9	0	4.2	1,574	
全 国	5.4	2.2	61.5	16.1	11.1	1.5	2.2	27,777	

出所) Central Bureau of Statistics, 1978 National Socio-Economic Survey, in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia, 1980-1981*, Jakarta.

表11 地域別トイレ形式(1978年)

地域名	形式	トイレ形式				世帯数 (千)
		専用	共用	公衆	その他	
1. ジャカルタ	58.4	9.0	15.0	17.6	1,014	
2. 西部ジャワ	13.7	11.3	7.0	68.0	5,517	
3. 中部ジャワ/ジョグジャカルタ	34.5	3.6	4.4	57.5	5,664	
4. 東部ジャワ	40.5	11.2	2.9	45.4	6,173	
5. スマトラ	40.9	5.8	4.6	48.7	4,718	
6. カリマンタン	28.7	14.7	9.8	46.8	1,257	
7. スラベシ	35.3	6.5	2.3	55.9	1,860	
8. その他の諸島	22.5	4.6	2.5	70.4	1,574	
全 国	32.8	8.1	5.0	54.1	27,777	

出所) Central Bureau of Statistics, 1978 National Socio-Economic Survey, in Central Bureau of Statistics, *Statistical Profile of Children and Mothers in Indonesia, 1980-1981*, Jakarta.

(注)

- 1) Southeast Asian Medical Information Center, *SEAMIC Health Statistics 1984*, P. 125
- 2) *ibid*, pp. 126-127
- 3) 『インドネシア第三次開発五年計画』, 第2巻 (インドネシア協会訳), P. 22.
- 4) 橋本正巳他編, 『世界の公衆衛生』, 日本公衆衛生協会, P. 215.
- 5) 『インドネシア第三次開発五年計画』, 前掲書, pp. 22-23.
- 6) 橋本正巳他編, 前掲書, P. 207.
- 7) 橋本正巳他編, 前掲書, pp. 211-212.

第5章 現地調査報告

1 調査目的と方法

(1) 調査目的

インドネシアの人口問題を考える場合、まず世界第5位の人口規模とジャワ島への人口集中があげられる。出生率の低下はゆるやかではあるがここ数年低下傾向にある。しかし、13,000からなる島国、約80%が農村人口であり、都市と農村における出生率の相違はまだある。都市人口をみてもジャカルタに、1985年現在737万1,603人おり、東南アジア諸国で最大規模の都市を形成している。

ジャカルタ市は、この都市化におけるひずみを改善するため Kampong Improvement Programme を実施している。ジャカルタ市部へ流入する人々は、運河沿いや遊休地に家を建てて住みつく。そこには車が往来できる小道もなくなる。下水道は、完備できない。学校等の施設も十分に建設されない、といった新たなる都市問題が発生した。そこでジャカルタ市 Kampong Improvement Programme は、"生活の質の向上" を目的に、世界銀行の協力を得て、Kampong の改善を始めた。主な事業は、地区内の道路の整備、トイレの改善、運河の氾濫を防止する土手の建設、小学校等学校建設、水道の設置、疾病対策、家族計画の普及と一部4階建アパートの建設などであった。これらの事業は、インフォーマルな人々が多く居住するジャカルタ北部および西部を中心に行われた。

事業をすすめる流れは次のごとくである。

ジャカルタDK I

↓

Mayoral 5区 (Central, North, West, South, East) ジャカルタ

↓

District (Kecamatan)

↓

Sub district (Kelurahan) 人口約50,000人 (1事務所, 1クリニック, 小学校)

↓

R.W (Community Association)

↓

R.T (Neighborhood association) 50~60世帯

以上の流れにより、Kampung Improvement Project がすすめられている。事業推進にあたりジャカルタ市政府の一方的行動だけではなくインドネシア特有の相互扶助精神であるゴトン・ロヨン (gotong royong) によって住民の協力を得ながら地域の改善をすすめている。たとえば、水管理に関し、ポンプ設置後、R Tレベルの代表者が水の管理者をつとめること、あるいは対象住民のニーズを発掘しRW → Subdistrict へ提案しまとめることも行っている。

Kampung Improvement Programe に関し、ジャカルタ市 Kampung Improvement Programe 担当部長 Darrundono 氏の説明を受け、改善前と後のスライドによる説明からも1970年代と現在では大変な変化があったことを知らされた。

さて、ジャカルタには、数多くの企業 (P.T) がある。日本が戦後そうであったように、企業体における従業員への福祉サービス (日本では新生活運動) を展開している。企業体内では、家族計画、福祉手当、集団検診、昼食の無料化などを行っている。

今回の調査の目的は、前述 Kamong Improvement Programe および企業体の従業員の生活と福祉レベルに関する面接調査・家族計画の実施状況・都市への流入人口の動向等について調査し、都市の人口と開発のあり方に示唆を得ることとした。

(2) 調査方法

同様の調査は、これまでタイ (バンコク)、インド (ニューデリーとハリアナ州) の2カ国で実施してきた。いずれも農村から都市への流入者が対象であった。今回もジャカルタへの

流入者が対象である。しかし、対象者を企業体の従業員と Kampong Improvement Programme 住民の2種に分類し調査するのは初めてである。

同調査は、(財)アジア人口・開発協会(以下APDA)が過去2度実施している“人口と開発に関するアジア国会議員代表者会議”に出席されたインドネシア国マルトノ移住大臣の合意によってはじめられた。マルトノ移住大臣は、これまでAPDAが実施してきた中国、インド、タイ等の都市および農村人口調査を評価し、インドネシアにおいてもAPDAによる社会・科学的アプローチによる調査を実施し、新たな開発のあり方をみることににより、インドネシアの人々の幸せを求めることにあった。

マルトノ大臣の合意のもとに、早速インドネシア側に調査協力チームが結成された。同チームは、主査1名、コーディネーター1名、調査員9名他集計担当等数名からなり、日本側から提示されたアンケート用紙(個票)内容の検討を行った。さらにアンケート記入に際しての注意など、調査員への訓練も行った。

今回の調査は、質問項目を大きく17項目に分け、対象層を Kampong レベル2カ所、企業体4社についてサンプル調査を行った。

Kampong レベルは、2ヶ所で各50世帯計100世帯、企業体では、各25世帯・4社計100世帯であった。

Kampong の地区および企業体の選定については、インドネシア側調査協力者の判断にまかせた。

調査員によるインタビューは、戸主を対象に行ったため、日中のみならず、仕事を終えた夜間にも実施された。また、調査コーディネーターは、これまで実施されたタイ、インドでの調査をふまえ調査の訓練にあたった。かれらの献身的努力、全面的協力と理解がなければ本調査の成功はあり得なかったであろう。

現地調査の期間は、5月中に日本側メンバーにより面接調査票の案をインドネシア側に送付、インドネシア側で検討の上、面接調査を実施し、日本側調査団(団長黒田俊夫)がインドネシアを訪問時には、Kampong 100世帯、企業体100世帯計200世帯の面接調査はすでに終了し、単純集計作業まで終えていた。さらに、OHPとスライドによる地区の概要説明まで受けた。

このように、準備から調査地区選定、面接調査実施、集計、地区の概要説明まで約1ヶ月で終えることができたのは、マルトノ移住大臣をはじめ、インドネシア側の調査協力者の全面的協力があったからできたのである。

2 調査地区・企業の概要

前述のごとく、今回の調査の対象は、ジャカルタ市の Kampong 2 区と企業体 4 社である。日本側調査団はこの内、Kampong 2 区と企業 3 社を訪問する機会を得た。

(1) Kampong 2 区

① Kulurahan Grogol

Grogol 区 (Sub district) はDKI ジャカルタ市の北西部に位置し、人口 26,978 人、面積 1.23km²、総世帯数4,558で、Tersan banji 運河沿いに形成された地区である。

同区は10RW (Community Association) からなり、区全体は、一般的住宅地により構成されている。同区の南西端には、主要バスターミナルがあり、交通の便利はよい。

区内にはプライマリー・ヘルス・センター (以下PHC) が3カ所あり、医師13名内専門医6名、助産婦13名がいる。しかしこれらの保健従事者は常勤ではなく交代で勤務している。学校施設は、小学校20校、中学校7校、高校2校がある。

調査団は、前述PHCの1カ所を訪問した。同PHCは、医師1名、看護婦1名、助産婦1名と事務員2名がおり、住民の保健活動に当たっている。主な疾病は、インフルエンザ、気管支炎、とくに0～5歳児は下痢症が多い。家族計画活動は、月1回住民を集め指導を行っている。避妊方法は、ピル、IUDが主であるがコンドーム、避妊注射、皮下挿入法も使用されている。家族計画普及にあたり担当官は、各対象者別カードにより避妊法、出産状況を各人の記録をとっている。

さて、今回の面接調査地は、Grogol 内 RWO1区で、Tersan banji 運河沿いに523世帯からなる集落である。RWO1はKampung Improvement Programe (以下KIP) 対象地区で、以前は、運河の横に居住していたがKIPにより運河の土手の建設により居住者はすべて、土手の外側に移転した。家屋の形態は主にセメントづくり、中には木造家屋もある。PWO1には、住民の力で建設された集会場があり、医療、家族計画サービスや住民の集会のために活用されており、集会場の管理責任者として医師が常駐している。RWO1地区の住民は、主にインフォーマルセクター (非常用雇用労働者) である。

② Kulurahan Jelambar

Jelambar 区 (Sub district) はDKI ジャカルタ市の北西部に位置し、Grogol 区の隣接区

である。人口104,846人、面積5.61km²、17,500世帯で東西運河に囲まれている地区である。

区の特徴は、運河沿いに商業地が発達しており、港への道路もあることから活気に満ちた街なみとなっている。一方、区内の一部はインフォーマルセクターの居住地となっており、運河沿いに建つ家屋は、一雨降れば床下浸水の状態にある。

今回、調査対象地区は Jelambar 内 A 地区で、人口2,500人、456世帯、同地区のリーダーは女性である。同区の居住者の多くは低所得者である。リーダーの説明によると同区は、衛生および住宅上の問題が解決されておらず、住民活動においても参加の呼びかけに難しさがある。家族計画活動は、家族計画指導員が巡回しており、各戸個別のカードにより管理している。また家族計画指導とともに栄養、衛生の指導も行っている。避妊に関しては、区内に木製の半鐘が設置されており、毎朝“半鐘の音”でピルを飲むことにしている。

飲料水は、一斗缶をリヤカーにつんで街中を売り歩く水売りによって補っている。

教育施設は、区内に民間小学校がある。

公衆衛生面では、排水が悪く、一雨降ると区内の多くは床下浸水となり、水はけも悪い。これらの状況の下で、区リーダーは、区内改善のため、住民の声を聞き、まとめ、区役所に申請している。

(2) 企業体

調査団は、今回面接調査対象となった企業体4社の内3社を訪問する機会を得た。

① Warna Agung 社 (P.T)

同社は、1970年設立、従業員男186名女24名計210名のペンキ製造会社 (P.T) である。

従業員の平均年齢は、約40歳、最年長者は70歳で2名おり、この2名はガードマンをしている。同社には、停年制度はなく、退役軍人も採用している。月収は最低47,000ルピー、最高170,000ルピー、他交通費、昼食代を別途支給している。

従業員に対する保健サービスは、年1回結核検診を実施している。企業内には、診療所があり、7名の医師が交代で駐在しているほか、看護婦1名が常駐している。

家族計画サービスは、国家家族計画調整委員会（以下、BKKBN）が直接指導を行っており、避妊具の配布および不妊手術は企業負担で無料となっている。しかし、無料サービスの対象は、子ども3人までの従業員に限られている。さらに、BKKBNは、企業内の家族計画実施率の調査を行っている。

従業員家族への福利厚生は、企業負担により、運動会やレクリエーションなどを行っている。

② Hoechst 社 (P. T)

同社は、1972年製薬会社として設立、74年にプラスチックなど化学品の製造を始めた。

従業員は、男350名、女150名、計500名である。従業員の平均月収は、80,000ルピーで他交通費は別途支給、昼食は従業員食堂で無料でとることができる。

保健サービスは、企業内診療所に医師1名および看護婦1名が駐在し、常時受診できる体制にある。従業員は年1回総合健康診断を無料で受けられる。

家族計画サービスは、BKKBNが企業内に避妊具を常備し、従業員には無料で配布している。従業員家族への家族計画サービスは、地域のプライマリーヘルスセンター（PHC）で受けることができる。

従業員へのインタビュー

S氏 33歳

S氏は、中部ジャワ Surakarta の出身。夫人33歳、7年前に結婚し、子どもは3歳半の娘と1歳半の息子の2人の4人家族。ジャカルタ市内の2DKのアパートに住み、カラーテレビ、ラジオ、扇風機とオートバイを持っている。子どもの教育費と物価が高いから子どもは2人で充分とのこと。

家族計画（避妊）については、結婚前から知っていたし、企業内の指導でもさらに知識を得た。一般の医療サービスは、企業内クリニックにもかかるが、市内の個人医にもかかる。

Mさん（女性） 33歳

Mさんは、主人43歳、娘1人の3人家族だが、Mさんの出身地 Semarang にいる両親に娘さんをあずけている。子どもはもう1人ほしいとのこと。住いは、ジャカルタ市内の借家で、トイレ、水道も完備している。テレビは保有していないがラジオがあり、新聞もとっている。

③ Gaya Motor 社 (P.T)

同社は、1969年設立された自動車組立工場である。従業員は1,243名で、内5名が女子従業員である。就業は2交代制をとっており、男女とも55歳停年制がある。停年後の年金の支給もある。月収は68,000ルピーから260,000ルピーまでで、他交通費の支給と、食事のサービスがある。

同社には、診療所が完備しており、医師3名、パラメディクス2名が常駐している。従業

員は年に1回結核検診を受ける。家族計画については、避妊具の無料配布、従業員の家族（夫人）に政府が家族計画の講習を行っている。

従業員および家族のレクリエーション活動は盛んで、バレーボール、サッカー、テニスなどを行っている。

最後に、従業員の出身地をみると、80%以上が中部、西部、東部ジャワとなっている。

3 サンプル調査結果の分析

本節では、Grogol, Jelambar の2地区と4つの企業体で実施された、現地調査の集計結果について分析する。抽出されたサンプル数は、2地区から各50世帯ずつ計100世帯（延べ世帯構成人員数578人）、4企業体から各25世帯ずつ計100世帯（延べ世帯構成人員数465人）と合わせて小さい。また、サンプル抽出の対象に違いがあり、地区サンプルは、Jakarta市の一地域から抽出したCluster Sampleであるのに対し、企業体サンプルは、一定水準以上の学歴、所得水準を有する企業労働者を抽出の対象としたStratified Sampleであることに留意しなければならない。つまり、地区サンプルと企業体サンプルの併記に際しては、分析上、サンプルの経済、社会的特性の差異を考慮する必要があることを、はじめに記しておく。

(1) 人口構造と家族計態

最初に、地区・企業体両サンプルの世帯構成員すべてについて、男女年齢構成を表1に示した。地区サンプルの性比（男/女）は116、企業体サンプルでは110であり、どちらも、Jakarta市の性比¹⁾107に比べて高い数値となっている。

年齢構成の特性を見ると、経済活動人口に対する年少人口指数（0～14歳人口/15～59歳人口）は、地区サンプルで69.9%、企業体サンプルで85.4%であった。対する老年人口指数（60歳以上人口/15～59歳人口）が、地区サンプルで2.7%、企業体サンプルで1.2%となっている。ちなみに、1980年センサスによるJakarta市の年少人口指数は67.5%、老年人口指数は5.4%であり、地区サンプルの方が、Jakarta市の人口構造に類似している。これらの指標から顕著であるのは、人口構造が若く、年少人口に対する社会的、経済的負担が大きいことである。人口構造の変化は、出生、死亡、移動の各変化が集約された結果であるから、これらの指標のみで多くを言及することはできないが、他の開発途上国同様、Jakarta市においても、年少人口の扶養の問題が、高齢人口の扶養の問題よりも、はるかに深刻であ

ることは明らかなようである。

表1 年齢構成

年 齢	地区サンプル		企業体サンプル	
	男	女	男	女
0～4	38	33	43	30
5～9	45	39	47	35
10～14	44	35	25	29
15～19	39	34	10	15
20～24	33	35	15	22
25～29	23	22	30	45
30～34	18	23	27	25
35～39	17	14	28	11
40～44	15	13	13	2
45～49	12	10	5	2
50～54	8	5	1	1
55～59	11	3	—	1
60 ⁺	8	1	—	3
計	311	267	244	221

次に、調査サンプルの世帯は、どのような家族形態をとっているのであろうか。Jakarta 社会を構成するスダ人にとって、もっとも重要な家族形態は、夫と妻および未婚の子どもによって形成される核家族であり、結婚後の慣習的な居住形態は、原則として独立居住制である。²⁾ 調査サンプルからも、同様の傾向が観察され、すべての世帯のうち核家族の割合は、地区サンプルで86.0%，企業体サンプルでは77.0%であった。単身世帯は、いずれのサンプルにも確認されず、その一方で、多世代家族であるとともに傍系の親族関係を含む大家族(Extended Family)が、地区サンプルで8.0%，企業体サンプルでは20.0%を占めた。

家族構成人員数の分布は、表2に示す通りである。地区サンプルの世帯当たり構成人員数は、5～8人を中心に分布し、7人以上の構成員を持つ世帯が37%を占めた。これに対し企業体サンプルでは、4～6人の構成員から成る世帯が6割を占め、7人以上の構成員から成る世帯は、全体の1割を占めたにすぎない。これを平均家族構成人員数で比較すると、地区サンプルで5.7人、企業体サンプルで4.7人となり、企業体労働者の世帯は、Jakarta市の一般世帯に比べて、擁する家族の数が少ないことが考えられる。

表 2 世帯構成人員数

人数	2	3	4	5	6	7	8	9以上	計	平均人数
地区サンプル	4	8	7	19	15	17	14	6	100	5.7
企業体サンプル	10	10	18	24	18	6	2	2	100	4.7

(2) 教育程度

教育程度は、個々人の所得、生活様式を規定する要因であり、人口学的見地からは、死亡ならびに出生水準等を決定する重要な要素である。その社会の健全な開発のためには、人々の教育程度を向上させることが中・長期的優先課題であることは言うまでもない。

そこで、表 3 では、サンプル世帯における成人夫婦の教育程度を明らかにするため、20歳以上の夫、妻それぞれについて、年齢別教育程度を示した。

まずサンプル全体で見てもよい。インドネシアでは現在、6年間の初等教育のみが義務教育となっているが、夫については、地区サンプルの68.4%が、また企業体サンプルでは実に97.0%が初等教育以上の学歴を有していた。また、妻についても、地区サンプルで52.2%、企業体サンプルで88.0%が同様の教育水準にあり、夫、妻ともに、企業体サンプルの方が、地区サンプルより高い教育程度を示している。この差は、調査対象となった企業体を訪問した際の説明からも明らかのように、企業では、一定水準以上の有学歴者を採用している事実起因していると思われる。さらにまた、配偶者間（夫と妻）の教育程度には、正の相関があるものと考えられる。

次に、年齢別、つまり出生コホート別に教育程度を見てみると、両サンプルともに若い世代ほど教育程度が上昇していることが明らかである。Jakarta市の一般人口の特性を代表していると考えられる地区サンプルの例では、40歳以上の夫の58.8%が義務教育を終了しているのに比べ、20歳代の夫は85.0%が同教育を全うしており、教育程度の上昇がうかがわれる。

しかしながら、妻の教育程度については向上が認められるものの、その伸びに立ち遅れが見られる。再び地区サンプルで見ると、40歳以上の妻の41.4%が義務教育を終了しているのに対し、20代の妻の同比率は58.0%であり、夫の教育程度の伸びに比べて上昇率が小さい。ちなみに、3年間ずつの中等・高等教育を終了する者は20歳代の夫で20.0%であ

るが、妻はわずか6.5%にすぎず、男女の教育格差は歴然としている。

表3 年齢別教育程度

夫の年齢と学歴 ()内は%

学歴	地区サンプル			企業体サンプル		
	20-29	30-39	40以上	20-29	30-39	40以上
未就学	-	-	6 (11.8)	-	-	-
初等教育中退	3 (15.0)	7 (26.9)	15 (29.4)	-	1 (1.8)	2 (10.5)
初等教育	7 (35.0)	6 (23.1)	16 (31.4)	-	9 (16.7)	3 (15.8)
中等教育	5 (25.0)	6 (23.1)	8 (15.7)	5 (18.5)	13 (24.1)	6 (31.6)
高等教育	4 (20.0)	7 (26.9)	5 (9.8)	19 (70.4)	27 (50.0)	7 (38.9)
短大, 大学	1 (5.0)	-	1 (2.0)	3 (11.1)	4 (7.4)	1 (5.3)
計	20 (100)	26 (100)	51 (100)	27 (100)	54 (100)	19 (100)

妻の年齢と学歴

学歴	地区サンプル			企業体サンプル		
	20-29	30-39	40以上	20-29	30-39	40以上
未就学	2 (6.5)	3 (9.4)	5 (17.2)	-	-	-
初等教育中退	11 (35.5)	11 (34.4)	12 (41.4)	6 (10.3)	5 (13.5)	1 (20.0)
初等教育	11 (35.5)	10 (31.3)	7 (24.1)	16 (27.6)	7 (18.9)	2 (40.0)
中等教育	5 (16.1)	8 (25.0)	4 (13.8)	16 (27.6)	9 (24.3)	2 (40.0)
高等教育	2 (6.5)	-	1 (3.4)	19 (32.8)	14 (37.8)	-
短大, 大学	-	-	-	1 (1.7)	2 (5.4)	-
計	31 (100)	32 (100)	29 (100)	58 (100)	37 (100)	5 (100)

(3) 就業と生活水準

企業体サンプルは、そもそも企業労働者から成る人口を抽出対象としているため、ここではまず、表4において、地区サンプルの世帯主の就労状態を、世帯主所得別に示した。地区サンプルのうち、世帯主が失業していたのは100世帯中1世帯のみであった。就労者のうち、賃金労働者 (Wage Labor) と自営業 (Self-Employed) がそれぞれ30.0%、29.3%を占め、次いで21.0%が企業労働者 (Employee) として就労している。賃金労働者の所得は相対的にやや低く、また、自営業者は、所得の分布が広範である。この理由としては、自営業者の中に、ベチャ引き、屋台の果物売り、クルプック (えびせん) 売りなど、インフォーマル・セクター労働者が含まれており、彼らの所得格差が大きいことが考えられる。

地区サンプルの平均世帯主所得は123,480Rps/月であるのに対し、企業体サンプルでは142,356Rps/月とやや上回る結果となったが、政府が勧告するジャカルタでの必要最低賃金(KFM)³⁾159,816Rps/月(1985年、子供3人の場合)にはまだ達しない水準である。もっとも、インドネシアの場合、給料以外の諸手当については、業種、企業等によって大きく異なるため、名目上の所得だけで生活水準を考察するのは適当でない。

次に、表5では、所得と教育程度の関係を示した。地区サンプルでは、世帯主の教育程度が上がるにつれ、高所得者層に占める割合が大きくなっている。たとえば、高等教育以上の学歴を有する世帯主の44.2%が200,000Rps/月以上の所得を得ている一方で、初等教育を終了していない者のうち、59.4%が100,000Rps/月未満の低所得に甘んじている。

さて、今度は、世帯主のみでなく、世帯構成員全体での就業状況を考えてみよう。まず、10歳以上人口に占める労働力人口の割合は、地区サンプルで38.8%、企業体サンプルで44.2%であった。また、同人口に占める失業者の割合は、それぞれ6.6%、2.6%と、地区サンプルでの失業率の方が高くなっている。表6では、地区サンプルにおける家計所得と世帯内就労人員数を示したが、世帯主のみが就労している世帯は、全体の54.0%ともっとも多い。次いで27.0%を占めた“世帯主のほかに1人が就労している世帯”の場合、妻の就労はその7割に達しており、既婚者の就労が一般的であると同時に、妻の収入が生活を支える収入源となっていることが推察される。

家計所得の分布は、100,000~149,999Rps/月に集中するが、平均家計所得は160,360Rps/月であり、地区サンプル中の家計所得拡差が大きいことがわかる。ちなみに企業体サンプルの家計所得分布は、100,000~199,999Rps/月に約6割が分布し、平均家計所得は175,500Rps/月であった。

さて、最後に、これら家計所得が実際の消費生活に与える影響を知るために、家計所得別耐久消費財保有状況を見てみよう(表7)。ここでは、消費財として、テレビ、冷蔵庫、ラジオ、ミシン、スクーター、扇風機の6品目を挙げた。いずれの品目についても、所得水準の上昇とともに保有率が高くなっていることが明らかである。ラジオおよびテレビの保有率はとりわけ高く、月間家計所得100,000Rps未満の収入を得ている低所得者層においてもラジオは59.1%、テレビは54.5%の保有率を示した。ラジオは約70,000Rps、カラーテレビは約400,000Rpsで購入が可能である。ミシン、冷蔵庫の価格はほぼ等しく、約150,000Rpsであるが、保有率ではミシンの方が高い。全体的に見て、人々は所得の上昇につれ、ラジオ、テレビ、ミシン、スクーター、冷蔵庫の順に購入する傾向があると考えられる。

表4 就労状態別世帯主所得（地区サンプルのみ）

就労状態 所得 (Rps/月)	就労状態						total
	employer	employee	self- employed	helper	wage labour	others	
0～49,999	1		3 (1)		5		9 (1)
50,000～99,999	1	5	8 (1)	2 (1)	11	4	31 (2)
100,000～149,999	1	8	6		12	3	30
150,000～199,999	1	3	7		4		15
200,000～249,999	1	5	1			1	8
250,000～			4		1	1	6
total	5	21	29 (2)	2 (1)	33	9	99

注) () 内は主たる稼得者が妻の場合

表5 学歴と世帯主所得

() 内は%

学歴 世帯主所得	地区サンプル				企業体サンプル			
	No Schooling of Elementary or School Not Completed	Elementary School	Junior High School	Senior High School or more	No Schooling Elementary School not Completed	Elementary School	Junior High School	Senior High School or more
0～100,000	18 (59.4)	15 (48.4)	5 (26.3)	3 (16.7)	1 (33.3)	4 (33.3)	4 (16.7)	10 (16.4)
100,000～149,999	9 (28.1)	9 (29.0)	9 (47.4)	2 (11.1)	1 (33.3)	3 (25.0)	9 (37.5)	24 (39.3)
150,000～199,999	2 (6.3)	6 (19.4)	3 (15.8)	5 (27.8)	-	4 (33.3)	8 (33.3)	17 (27.9)
200,000～	3 (9.4)	1 (3.2)	2 (10.5)	8 (44.4)	1 (33.3)	1 (8.3)	3 (12.5)	10 (16.4)
計	32 (100)	31 (100)	19 (100)	18 (100)	3 (100)	12 (100)	24 (100)	61 (100)

表6 家計所得別就労人数

(地区サンプルのみ)

家計所得 (Rps/月)	世帯主のみ	世帯主+1人	世帯主+2人	世帯主+3人以上	計
0~100,000	18 (2)	4 (4)			22 (6)
100,000~149,999	18	12 (9)	4 (3)		34 (12)
150,000~199,999	8	8 (4)	3 (2)		19 (6)
200,000~	10	3 (2)	6 (3)	4 (2)	25 (6)
計	54 (2)	27 (19)	13 (8)	4 (2)	100 (30)

注) ()内は妻が就労している場合

表7 家計所得別耐久消費財保有割合 (%)

家計所得(Rps/月) \ 品目	テレビ	冷蔵庫	ラジオ	ミシン	スクーター	扇風機
0~ 99,999	54.5	4.5	59.1	40.9	4.5	9.1
100,000~149,999	64.7	8.8	88.2	32.3	20.6	17.7
150,000~199,999	79.0	21.1	94.7	47.3	36.8	21.1
200,000~	92.4	32.5	92.4	63.4	48.9	27.7

(4) 保健・医療

本調査の主目的の1つは、当該地域の保健医療の現状について詳細を知ることにある。そこで、本項ではトイレ、飲料水施設の保有状況、疾病の際の診断者、出産施設および出産立会人に関する調査項目から実態の把握を試みた。まず最初に、表8では、地区、企業体面サンプル200世帯について、トイレ施設、飲料水施設の保有状況を家計所得水準別に表してみた。ここでは、所得水準の上昇とともに私有のトイレを持つ割合が高くなるという、いちおうの傾向が観察される。しかし、月間家計所得200,000から299,999Rpsの世帯で22.9%が、また300,000Rps以上の収入を得る世帯でも、21.1%がトイレを共有しており、保有率の伸びに限界が見られる。これは、所得水準以外の要因、たとえば家屋の立地状況や、世帯主の教育程度といった要因が、私有トイレの保有率を伸び悩ませているとも考えられよう。つまり、Jakarta市のような人口密度の高い都市では、概ね居住空間がかなり密集しているうえ、地方からの流入者の中には河川敷などの劣悪な環境に居住する者も多いため、たとえある程度の所得水準を有していても、私有トイレを設けることが物理的に困難

表8 家計所得とトイレ施設および飲料水施設保有状況

() 内は%

家計所得 (Rps/month)	0~99,999	100,000 ~199,999	200,000~	計
<Latrine>				
Private Latrine	11 (36.7)	74 (63.8)	41 (75.9)	126
Public Latrine	18 (60.0)	38 (32.8)	12 (22.2)	68
None	1 (3.3)	4 (3.4)	1 (1.9)	6
計	30 (100)	116 (100)	54 (100)	200
<Drinking Water>				
Private Piped Water	2 (6.7)	27 (23.3)	17 (31.5)	46
Common Piped Water	15 (50.0)	47 (40.5)	17 (31.5)	79
Private Well	9 (30.0)	39 (33.6)	17 (31.5)	65
Common Well	5 (16.7)	13 (11.2)	4 (7.4)	22
計	30 (100)	116 (100)	54 (100)	212 ¹⁾

1) 重複回答含む

な場合が想定されるからである。

飲料水施設の保有についても、トイレの保有と同様の傾向が認められた。世帯私有の上水道を保有する割合は月間家計所得の上昇とともに増加してはいるが、家計所得200,000Rps以上の世帯でも7割近くが、公共上水道や井戸から飲料水を得ている。ところで、今回の質問項目には含まれていなかったが、当該地区住民の多くは、市販されている缶入りの飲料水を日常的に購入しており、飲料水供給に関する行政的介入の余地が大きく残されていると言えよう。

次に、医療施設の利用状況について見てみよう。表9では、世帯構成員全員について、疾

表9 疾病診断者

() 内は%

	地区サンプル	企業体サンプル	計
Self-dignosis	87 (11.6)	—	87
Parents/Relatives	16 (2.8)	3 (0.7)	19
Traditional healer	22 (3.8)	4 (0.9)	26
Doctor	473 (81.8)	458 (98.5)	931
計	578 (100)	465 (100)	1,043

病の際の診断者を、地区、企業体サンプル別にまとめてみた。サンプルを地区、企業体別に分けて集計した理由は、調査対象地区訪問時のインタビューから、両サンプルには、医療サービスの供給に大きな違いがあることが明らかとなったからである。つまり、企業体では独自の医務室、保健室を持っているばかりでなく、定期診断を行ったり、家族にまで医療サービスを拡大して健康管理の充実を図っているため、企業体労働者の家庭では質のよい医療サービスを、より受けやすい状況にあることを念頭に置くべきであろう。

集計の結果、企業体労働者の全世帯構成員の98.5%が、疾病の際に医師の診断を仰いでいた。一方の地区サンプルでは、やはり医師の診断を受ける者が、81.8%と圧倒的ではあるが、自己診断による者が11.1%を占めた。さらにこの“自己診断”と答えたサンプルの特性を詳しく調べたところ、男女別の差は確かめられなかったが、未就学や初等教育を終了していない低学歴の者が多く、月間家計所得の平均も108,810Rpsと、地区サンプルの平均家計所得160,360Rpsを明らかに下まわっていた。

再び、すべての家族構成員について、本人の出生が生じた場所、および出産出会人を問い訊ねた結果が表10である。サンプル数が少ないため、傾向を一般化することは危険であるが、この集計結果からは、過去20年を契機として、出産に関するサービスの利用状況に明らかな進展がみられる。出生コーホートで見た場合、つまり、20歳の成人の出生が生じた状況を、現在から20年前の状況と考えた場合、1966年以前では、自宅での出産が医療施設での出産をはるかにしのいでいた（地区サンプル）。出産立会人についても、Traditional Birth Attendance（Dukun-Bayi、伝統的産婆、資格を有しない）によるものが半数以上であった。ところが、過去10年間では、医療施設を利用した出産が49.4%と自宅出産の46.2%をやや上回り、出産立会人に関しても、Mid-Wife（Bidan、有資格の助産婦）による例が54.5%と過半数となった。この傾向は、比較的医療サービスを受けやすく、相対的に学歴の高い企業サンプルではより顕著であった。企業労働者世帯での過去10年間の出産は、91.7%が医療施設を利用しており、出産の立会人は73.9%が助産婦、次いで22.9%が医師によるものであった。

(5) 家族計画

人口増加の抑制は経済社会開発の基盤になるものとして、インドネシア政府は1968年から政府主導型の家族計画運動を推進している。しかし、実際の出生抑制行動の決定については、夫婦単位での出生抑制の意志にゆだねられている。そこで今回の調査から、夫婦レベルでの家族計画がどの程度実施されているか、20歳以上の有配偶女子を対象に絞り、考察してみよう。ここで再び、地区サンプルと企業体サンプルでは、政府の家族計画運動とのかかわり方に

違いがあるということに留意する必要がある。つまり、医療サービスト同様、地区レベルでは、主に地域コミュニティの Polyclinics や Health Center が⁴⁾家族計画教育や避妊器具の提供を行っているのに対し、企業体ではBKKBNとの連携からなる独自の家族計画サービスを提供しているからである。

表10 出産場所および出産立会人

(1) 年齢別出産場所（世帯構成員全員）

() 内は%

年齢	0～9	10～19	20～29	30～39	40+	計
＜企業体サンプル＞						
Home	10 (6.4)	21 (26.3)	59 (55.1)	50 (53.2)	19 (65.5)	159
Medical Institution	144 (91.7)	59 (73.8)	46 (43.0)	43 (45.7)	9 (31.0)	301
Others	3 (1.9)	—	2 (1.9)	1 (1.0)	1 (3.4)	7
Total	157 (100)	80 (100)	107 (100)	94 (100)	29 (100)	467
＜地区サンプル＞						
Home	72 (46.2)	66 (44.6)	76 (67.3)	52 (72.2)	71 (82.6)	337
Medical Institution	77 (49.4)	71 (48.0)	33 (29.2)	19 (26.4)	13 (15.1)	213
Others	7 (4.5)	11 (7.4)	4 (3.5)	1 (1.4)	2 (2.3)	25
Total	156 (100)	148 (100)	113 (100)	72 (100)	86 (100)	575

(2) 年齢別出産立会人（世帯構成員全員）

年齢	0～9	10～19	20～29	30～39	40+	計
＜企業体サンプル＞						
Doctor	36 (22.9)	5 (6.3)	7 (6.5)	4 (4.3)	—	52
Mid-wife	116 (73.9)	59 (73.8)	40 (37.4)	28 (29.8)	9 (31.0)	252
Traditional Birth Attendance	5 (3.2)	16 (20.0)	60 (56.1)	62 (65.9)	20 (69.0)	163
Non Professional	—	—	—	—	—	—
Total	157 (100)	80 (100)	107 (100)	94 (100)	29 (100)	467
＜地区サンプル＞						
Doctor	27 (17.3)	18 (12.2)	11 (9.7)	2 (2.8)	3 (3.5)	61
Mid-wife	85 (54.5)	74 (50.0)	36 (31.9)	22 (30.5)	11 (12.8)	228
Traditional Birth Attendance	43 (27.6)	55 (37.2)	66 (58.4)	48 (66.7)	72 (83.7)	284
Non Professional	1 (0.6)	1 (0.7)	—	—	—	2
Total	156 (100)	148 (100)	113 (100)	72 (100)	86 (100)	575

ではまず、妻は、家族計画に関する知識やサービスをどこから得ているのであろうか。表11に示された結果では、地区サンプルでは、Primary Health Center⁴⁾に次いでPublic Information Paperに依存しており、あわせて全体の約4分の3を占めた。企業体サンプルでは、企業体自らが家族計画運動の推進に参画しているにもかかわらず、Companyからのサービスに依存している者は1割にも満たない。地区サンプル同様、Primary Health Centerの依存率が高く、次いでPublic Information Paper、Public Clinicの順であった。

表11 家族計画の知識・サービスを得る場所

	地区サンプル	企業体サンプル
Primary Health Center	44	30
Public Clinic	10	14
Company	—	10
Public Information Paper	32	26
Others	13	8
Not Stated	2	18
Total	101	107

ところで、当該サンプル婦人の家族計画実行率は、地区サンプルで52.6%、企業体サンプルで80.8%であったが、これら実行率を規定する要因は何であろうか。表12では妻の年齢と学歴、現存子ども数別に家族計画実行率を示した。まず、学歴と実行率との相関であるが、一般的には、教育程度が上昇するにつれて実行率も高くなるとされているが、地区、企業体どちらのサンプルからも、そのような関係を明確に実証するような結果は得られなかった。初等教育を終了していない低学歴層と比較してみると、企業体サンプルでは、30歳以上の妻はほぼ完全に近い実行率を示しているが、サンプル数がきわめて少ないため、これを企業体による家族計画運動の普及結果と断言するには更に詳細な調査が必要である。

次に、本調査では、既往出生児数に関する質問を設けなかったため、代わりに、現存子ども数を算出して、家族計画実行率との関係を明らかにすることを試みた。両サンプルとも、子どもの数の増加にともない、実行率も上昇する傾向がある。企業体サンプルでは、子どもを1人持った時点で実行率が大きく伸び、母親の実に3分の2が家族計画実行者となっている。ちなみに両サンプル全体での妻の平均希望子ども数は3.1人であった。以上の

ことから、Jakarta市では、有配偶婦人の、家族計画に対する認識が高く、出生抑制の意志も比較的強いということが言えそうである。

表12 妻の年齢別家族計画実行率(%)

		地区サンプル			企業体サンプル		
		20~29	30~39	40+	20~29	30~39	40+
教育程度	No Schooling or Elementary School not Completed	69.0	71.3	35.3	83.3	100.0	100.0
	Elementary School	45.5	55.6	45.5	81.3	100.0	100.0
	Junior High School	80.0	62.5	75.0	75.0	66.7	100.0
	High School and over	50.0	0.0	100.0	55.0	86.7	—
現在子ども数	0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	—
	1	20.0	100.0	0.0	69.2	66.7	—
	2	60.0	33.3	0.0	88.2	84.6	100.0
	3	85.7	72.7	33.3	91.7	100.0	100.0
	4	60.0	50.0	40.0	83.3	100.0	100.0
	5+	75.0	72.7	66.7	—	80.0	100.0
平均実行率		61.3	62.5	41.4	71.0	89.0	100.0

さて次に、家族計画実行者が、どのような避妊方法を用いているかについて考察したのが表13である。インドネシア政府の家族計画プログラムでは、避妊方法の選択を個人の嗜好に任せる“キャフェテリア方式”を導入している。ちなみに、Jakarta市では(BKKBN1985)、PillおよびInjectionの使用者が全体の約35%ともっとも多く、次いでIUDが使用されていることが確認されている。

今回の調査結果からは、地区サンプルの家族計画実行者の36.5%がPillを、30.8%がIUDを使用しており、企業体サンプルでは、IUD使用者が38.8%と、Pillの35.0%を少し上回った。更に、これを妻の年齢別に分けてみると、両サンプルとも、20代においてPillの使用者が多く(地区サンプル47.4%、企業体サンプル44.4%)、年代の上昇とともにIUD使用者にとって代わられることが観察される。これは、20歳代では出産願望も高いため、避妊を自分の

意志で中止しやすい Pill が好まれることが理由の1つとして考えられる。なお、地区サンプルの27.5%、企業体サンプルの16.3%を占めたその他の避妊法（Others）については、とくに内訳を示してはいないが、現地調査時に訪問した Primary Health Center での説明から考察すると、Injection の利用者が、Pill, IUD に次いで多いものと思われる。なお、この調査からは、避妊方法と学歴との間には、特別な相関関係を見出すことはできなかった。

表13 妻年齢別避妊方法^{注)}

() 内は%

方法	地区サンプル			企業体サンプル		
	20~29	30~39	40+	20~29	30~39	40+
Sterilization	1 (9.1)	—	—	3 (6.7)	2 (6.7)	2 (40.0)
Pill	9 (47.4)	7 (35.0)	3 (25.0)	20 (44.4)	8 (26.7)	—
IUD	4 (21.1)	8 (40.0)	4 (33.3)	11 (24.4)	17 (56.7)	3 (60.0)
Condom	—	—	1 (8.3)	1 (2.2)	1 (3.3)	—
Others	5 (26.5)	5 (25.0)	4 (33.3)	10 (22.2)	3 (10.0)	—
Total	19 (100)	20 (100)	12 (100)	45 (100)	30 (100)	5 (100)

注) 避妊実行者のみについて

(6) 移 動

都市化の進行が非常に顕著であるという点において、インドネシアも他のアジア諸国の例外ではない。都市人口の急増は、自然増加のみならず、農村地域から都市地域へと流入する社会増加が、大きな要因となることもよく知られている。そこで本調査では、ジャカルタ住民の移動の背景と現状を知るために、幾つかの質問を設けた。

まず、世帯主の出身地、および前居住地の分布を示したのが表14である。集計結果から見る限り、出身地も前居住地の分布も類似しており、地理的にもっとも Jakarta 市に近い West Java, そして Central Java からの流入者が、全世帯数の6割近くを占めている。Jakarta 市に生まれた者は約21.5%であり、East Java, Yogyakarta からの流入者は相対的に少ない。

全サンプルを、都市、農村出身者に分け、現在の居住地区 (Community) に流入するまでの移動の回数を示したものが表15である。まず、サンプル全体では、Jakarta 市生まれの者を含む都市出身者が36.7%、農村出身者が63.3%という構成であった。農村出身者のう

表14 世帯主出生地および前居住地

() 内は%

	Birth Place	Last Residential Place
Jakarta	43 (21.5)	43 (21.5)
West Java	57 (28.5)	58 (29.0)
Central Java	59 (29.5)	53 (26.5)
Yogyakarta	7 (3.5)	6 (3.0)
East Java	13 (6.5)	18 (9.0)
Outside Java	21 (10.5)	22 (11.0)
Total	200 (100)	200 (100)

表15 出身地別移動回数, 移動理由および世帯主所得

() 内は%

		都市出身者	農村出身者
移動回数	0	23 (30.7)	3 (2.4)
	1	29 (38.7)	76 (61.8)
	2	8 (10.7)	22 (17.9)
	3	7 (9.3)	7 (5.7)
	4	4 (5.3)	7 (5.7)
	5 ⁺	2 (2.7)	5 (4.1)
	Not Stated	2 (2.7)	3 (2.4)
	Total	75 (100)	123 (100)
移動理由*	Marriage	1 (1.3)	2 (1.6)
	Followed Parents/Families	20 (26.3)	26 (21.1)
	Economic Reason	23 (30.3)	83 (67.5)
	Posting	2 (2.6)	3 (2.4)
	Education	14 (18.4)	5 (4.1)
	Others	3 (3.9)	1 (0.8)
	Not Stated	13 (17.1)	3 (2.4)
	Total	76 (100)	123 (100)
世帯主所得	0~ 99,999	16 (21.4)	44 (35.8)
	100,000~149,999	25 (33.3)	40 (32.5)
	150,000~	34 (45.3)	39 (31.7)
	Total	75 (100)	123 (100)

* 重複回答含む

ち61.8%が1度だけの移動で現在のCommunityに流入しており、都市出身者に関しては、移動回数1回、移動経験なしの者が、それぞれ38.7%、30.7%を占めた。出身地が比較的Jakarta市近郊であったことも考慮すると、当調査のサンプル対象となった世帯主においては、いわゆる Step-Migration はあまり見うけられない。むしろ、過半数の者が、出身地から現在の居住地に転居したまま居住を続けている形が一般的と考えられる。

次に、移動の理由である。結婚を理由に移動した例がほとんど観察されなかったのは、この質問が世帯主のみを対象としたことによるものであろう。都市出身者については、経済的理由が30.3%、家族に従った者が26.3%、そして教育機会という社会的要因による者が18.4%を占めた。それに対し、農村出身者については、経済的理由から移動した者が67.5%もの高い割合を占めているのが特徴的である。これは、首都 Jakarta の経済優位、農村の貧困という構造下で近郊農民が就業機会を求めて Jakarta 市へと流入する現実を裏付けている。

さらに、農村、都市出身別の世帯主所得を比較し、流入後の生活水準を調べてみよう。同じく表15で明らかであるのは、農村出身者の所得水準が、都市出身者のそれに比べて、相対的に低い水準にとどまっていることである。Jakarta 市の経済的な誘因により流入して来たものの、技術もなく、学歴も低い農民たちは、都市においても就業機会に恵まれにくく、低所得に甘んじていることが考えられる。それにもかかわらず、地方に住む家族への送金率は、農村出身者で20.3%と、都市出身者の16.0%を上回っていた。

ちなみに、世帯主が Central Java の農村出身であるサンプルの例では、Central Java の都市部、Yogyakarta を経て Jakarta 市に流入して来たが、移動の動機は経済的理由によるものである。現在、世帯主である父と息子の1人が企業労働者として就労しているが、家計所得は130,000Rps/月であり、1年に約50,000Rpsを、地方に住む親族へ送金している。夫婦と7人の子どもが3部屋に居住しており、めぼしい耐久消費財としてはテレビと自転車を持つ程度であった。

(7) まとめ

今回の調査結果から注目される点をまとめると以下のようになる。

- 1) Jakarta 市においては、年少人口の割合が高く、中・長期的視点から、これら若年人口に対する労働力供給の問題が深刻となろう。
- 2) 近年における人々の教育程度の上昇は顕著であり、とくに初等教育の就学率が高い。しかし、依然として男女間の教育格差が存在する。

- 3) 就労状態では、賃金労働者や自営業主として就労する者が多いが、賃金労働者の所得は相対的に低く、また、自営業者の所得は格差が大きい。
- 4) 母子保健に関する医療サービスの利用については、めざましい進歩があり、医療施設にて、助産婦の立会いによって出産する者が増えている。しかし、その一方でトイレ、飲料水施設等、公衆衛生面での改善が遅れている。
- 5) 有配偶女子の家族計画に対する認識は非常に高く、実行率は子どもの数に見られるように、実行者の必要度に規定される。
- 6) Jakarta 市に流入する世帯主の多くは、近隣の農村出身者であり、経済的生活の向上を期待して、直接、Jakarta 市へ移動してくる者が多い。

前書きで述べたように、今回の調査は、サンプル数も少なく、サンプル抽出の対象も地区と企業体というまったく異なる性格を有しているため、調査結果から、断定的な傾向を述べるのは控えるべきであろう。しかしその限られた分析結果の中で明白なことは、近年における母子保健サービス利用にみる向上と、家族計画に対する認識の高さである。これは、言うまでもなく Jakarta 市を初めとする行政の努力のたまものであり、またそれら施策が Jakarta 市という都市部においてより効果的に受け入れられやすかったためと考えられる。しかしながら、その一方で、Jakarta 市が都市特有の問題点に直面していることも現実であり、本調査の結果から考察する限りでは、とくに、密集する都市の住環境において、保健衛生面での改善が、一刻も早く望まれるところである。

注)

- 1) Penduduk Indonesia 1985; Menurut Provinsi, Biro Pusat Statistik, 1986
- 2) クンチャラニングラット編「インドネシアの諸民族文化」, めこん書房, 1980, p. 382.
- 3) Kebutuhan Fisik Minimalの略。政府の賃金会議において各地区ごとに土地の物価等を勘案して決定される勧告値。
- 4) Jakarta 市では1984年現在, 3569の Maternal Hospital, 336の Maternal and Child Health Centers および376の Family Planning Polyclinics が存在する。

第6章 提 言

今回の実地調査の実施ならびに政府機関、専門家との接触の結果にもとづいて次のような提言をまとめた。

まず、わが方の協力の実行にあたって、とくに留意すべき基本的な点は、政策の基礎となるべき調査研究に対するインドネシア政府関係機関の関心と熱意がきわめて高いこと、したがって、わが方の協力の意義が大きいこと、同時にわが方の協力体制がこれに十分にこたえることのできるようなすぐれた、効果的な組織でなければならないということである。たとえば、今回の調査にあたって調査項目の決定についてはわが方の方針に従って忠実に行われたばかりでなく、調査員の訓練、下部機構の指導、調査に関連する資料の整備、調査結果の第一次報告のための集計、スライドの作製等が日本側の現地到着前にすべて行われていたことは、インドネシア側の熱意のほどを十分にあらわしている。

第2点は、第1回の調査では問題の所在を理解することがほぼ限界であって、インドネシア側に対する適切な勧告を行うことはきわめて困難である。またインドネシア側にとっても得がたい調査であるだけに、この調査結果にもとづいた少なくとも2回目の follow-up 調査を行うことが必要であると考えられる。

第3点は、研究ならびに政策上の問題として、インドネシアの informal sector についての調査研究協力はきわめて重大な課題であるということ。インドネシアの経済発展の最大の障害である人口増加抑制については、国際的にも誇るに足るBKKBNの組織と活動がある。この分野については日本側の協力のノウハウは少ないが、労働力人口の informal sector

は、先進国には例のない経験であるだけに、日本とインドネシア側との共同調査研究の意義はきわめて大きい。インドネシア側の関心も大きい。

第4点は、今回の調査研究の要請のあった移住省の transmigration は、新しい人口再分布政策であって、移住人口の前住地、移住地における経済的、社会的関係、人口動態への影響、開発との関連等機多の研究課題が残されている。今回の調査はなお一般的であって、移動についての核心的な調査は行われていない。要請に応じた協力の意義は大きい。日本にも北海道への移植民という transmigration の歴史的経験があるのみならず、戦前、戦後における国内の人口移動について多くの経験と調査研究の実績をもっている。

第7章 調査団メンバーおよび日程

国内検討委員会（現地調査団メンバーを含む）

黒田俊夫	日本大学人口研究所名誉所長（現地調査団長）
岡崎陽一	日本大学法学部教授
鷺尾宏明	アジア経済研究所経済協力調査室研究主任
小野敬子	日本大学人口研究所研究生（現地調査団員）
船津準二	（財）アジア人口・開発協会参与
遠藤正昭	（財）アジア人口・開発協会業務課長（現地調査団員）
西川由比子	（財）アジア人口・開発協会研究員

現地協力者

1 日本大使館

武藤利昭	日本大使館 大使
平山一男	日本大使館 一等書記官

2 Ministry of Transmigration (移住省)

His Excellency Mr. Martomo Minister of Transmigration
Mr. Soedjiho HS Assistant Minister of Transmigration for Foreign Affairs
Mr. A. S. Napitupulu Expert of the Minister for Transmigration
Mr. G. Djoko Oetoyo Chief, International Cooperation Division

3 Research and Development Center (調査開発センター)

Mr. V. Manurung Chief of the Survey
Mr. Ir. Thomas Sembiring Survey Coordinator
Drs. Siswoyo Suwandi Survey Staff
Ms Arum Sayekti Survey Staff
Drs. Gunardi Survey Staff
Drs. Nelson Manurung Survey Staff
Mr. Ir. Sri Daswati Survey Staff
Drs. Sugeng Riswanto Survey Staff
Drs. Rumondang Napitupulu, BSC. Survey Staff
Drs. Sudirman BSC Survey Staff
Dra. Indrati Survey Staff

4 National Family Planning Coordinating Board (国家家族計画調整委員会)

Dr. Haryono Suyono Chairman

5 Jakarta Municipal Government (ジャカルタ市庁)

Mr. Durrundono Project Manager, Kampung Improvement Programme

6 Ministry of Population and Environment (人口・環境省)

Dr. Kartomo Wirosuhardjo Assistant Minister

7 Communities and enterprises in Jakarta

Kelurahan Grogol

Kelurahan Jelambar

Unilever Indonesia P. T.

Warna Agung PT

Hoechst Pharmaceutical of Indonesia PT

Gaya Motor PT

**8 Demographic Institute Faculty of Economics University of
Indonesia (インドネシア大学経済学部人口研究所)**

Dr. Prijono Tjiptoherijanto Director

Dr. M. Djuhari Wirakartakusumah Associate Director

Dr. Rozy Munir Associate Director

9 Ministry of Manpower (労働省)

**10 United Nations Fund for Population Activites (UNFPA)
(国連人口活動基金)**

Ms. Kazuko Kano Deputy Representative and Senior Advisor on Population

11 Central Bureau of Statistics (中央統計局)

Dr. Made Mamas Director Bureau of Social and Population Statistics

調 査 日 程

期間：昭和61年7月17日～7月28日

月 日	調 査 概 要
7月17日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 成田発。 ジャカルタ着。
18日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 日本大使館訪問 武藤利昭大使表敬。 ◦ 平山一男一等書記官と打合せ。 ◦ 移動省にて調査について協議。 Mr. Thomas より調査対象地区の説明を受ける。
19日(土)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dr. Durrundono ジャカルタ市カンボン改善プログラム部長よりジャカルタ市カンボン改善について説明を受ける。 ◦ Mr. Thomas より面接調査集計について説明を受ける。
20日(日)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ ジャカルタ市郊外視察。
21日(月)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 鹿野和子 UNFPA 地域副代表よりインドネシアにおける UNFPA の活動について説明を受ける。 ◦ Dr. Haryono Suyono 国家家族計画調整委員会委員長表敬。インドネシアの家族計画活動の説明を受ける。 ◦ Dr. Kartomo Wirosuhardjo 人口・環境省副大臣表敬。インドネシアの人口について説明を受ける。

月 日	調 査 概 要
7月22日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 面接対象調査地区, Grogol 区事務所, 保健センター訪問。地区概要及び保健活動の説明を受ける。 Grogol 区 RWO 1 を訪問。 地域改善活動及び民家視察。 ◦ 面接調査地区 Jelamber 区事務所にて地区概要及び保健活動の説明を受ける。 Jelamber 区内視察。
23日(水)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Warna Agung PT 社 (ベンキ製造会社) 訪問。 Mr. Soeharto より社内保健・福祉サービスについて説明を受ける。 ◦ Hoechst PT 社 (製薬会社) 訪問。 担当部長より社内保健・福祉サービスについて説明を受ける。 ◦ Gaya Motor PT 社 (自動車製造会社) 訪問。 Mr. Armond Darwin より社内保健・福祉サービスについて説明を受ける。 ◦ インドネシア大学経済学部人口研究所 Dr Prijono 所長より都市人口研究の説明を受ける。
24日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Dr. G. Made Mamas 中央統計局部長よりインドネシア人口統計について説明を受ける。 ◦ 移住省にて面接調査集計について協議。
25日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 労働省にてインドネシア労働人口について説明を受ける。 ◦ 収集資料整理

月 日	調 査 概 要
7月26日(土)	◦面接調査票最終チェック。
27日(日)	◦ジャカルタ発。
28日(月)	◦成田着。

第8章 調査票サンプル

COMMUNITY SURVEY QUESTIONNAIRE (JAKARTA-INFORMAL SECTOR)

DATE OF INTERVIEW _____ 1988

1. I.D. number _____
 2. Name of respondent (Head of household) _____
 3. Address _____
 4. General situation : total number in a household _____ persons
 5. Name of community _____

6. Ask all the member of family

Q1	relationship of household *enter name and relationship name	①		②		③		④ ~ ⑤		⑥			
		head of household		himself									
Q2	sex *encircle with applicable number: 1. male 2. female	1	2	1	2	1	2			1	2		
Q3	age *enter the actual age												
Q4	marital status *encircle with applicable number: 1. never married 2. married 3. divorce 4. separated 5. widower/widow because spouse is dead	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Q5	what religion do you belong to? 1. Muslim 2. Christianity 3. Hinduism 4. Buddhism 5. Confucianism 6. Others	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Q6	type of activity what is your main activity during last one year? *encircle with applicable number 1. for a person engaged mainly in work 2. for a person engaged partly in work besides engaging in home duties, attending school, and so on. 3. had no job but seeking one 4. engaged in home duties 5. attended school — (State the grade in the parentheses) 6. others (infant or aged etc.)	1	] enter col. 07 & 08		1	] enter col. 07 & 08		1	] enter col. 07 & 08		1	] enter col. 07 & 08	
		2	] enter col. 07 & 08		2	] enter col. 07 & 08		2	] enter col. 07 & 08		2	] enter col. 07 & 08	
		3			3			3			3		
		4			4			4			4		
		5	()		5	()		5	()		5	()	
		6			6			6			6		

07	situation of working *encircle with applicable number 1.employer other than household enterprise 2.employer 3.worked (self-employed) in household enterprise 4.worked as helper in household enterprise 5.worked as casual wage labour 6.others	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
08	name of establishment *state the name of the office, factory, shop in which person worked. if no name, state the personal name of employer or self employed					
09	income per month * enter income and/or expenditure in last month in Rupiah	income. _____ Rp. expend. _____ Rp.	income. _____ Rp. expend. _____ Rp.	income. _____ Rp. expend. _____ Rp.		income. _____ Rp. expend. _____ Rp.
10	level of education 1.no schooling 2.elementary school not completed 3.elementary school 4.junior high school 5.senior high school 6.college/university	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
11	medical care 1-1. in case of illness who diagnosed? 1.self-diagnosis 2.parents / relatives 3.traditional healer 4.doctor	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
	11-2.where is your place of delivery? 1.home 2.medical institution 3.non-medical institution 4.others	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
	11-3.who attended at birth? 1.doctor 2.midwife 3.traditional birth attendant 4.non professional person 5.not stated	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
12	family planning 12-1.how many children are ideal in your opinion? *enter your ideal number	_____ son(s) _____ daughter(s)	_____ son(s) _____ daughter(s)	_____ son(s) _____ daughter(s)		_____ son(s) _____ daughter(s)
	12-2. are you practicing / have you practiced family planning? 1. yes 2. no	1 2	1 2	1 2		1 2
	12-3. if yes, how long have you practiced family planning? * state the period (years)	_____ years	_____ years	_____ years		_____ years
	12-5. if yes, what kind of method do you accept? 1. sterilization 2. pill 3. IUD 4. condom 5. others	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
	12-6. where do you get information & tools of family planning? 1. primary health center 2. public clinic 3. public information paper 4. others (specify)	1 2 3 4 ()	1 2 3 4 ()	1 2 3 4 ()		1 2 3 4 ()

7. Ask the head of the household

13. durable goods
do you have following goods?
*encircle with applicable number (if yes, encircle 1. if no, encircle 2.)
- 1. T.V. set 1.yes 2.no
 - 2. refrigerator 1.yes 2.no
 - 3. air conditioner 1.yes 2.no
 - 4. radio 1.yes 2.no
 - 5. sewing machine 1.yes 2.no
 - 6. gas range 1.yes 2.no
 - 7. motorcycle 1.yes 2.no
 - 8. car 1.yes 2.no
 - 9. others (specify) 1.yes 2.no
14. living environment
- 14-1. how many rooms are there in your house?
_____ room(s)
- 14-2. do you have latrine
*encircle with applicable number
1. yes (private latrine) 2. yes (common latrine) 3. none
- 14-3. what kind of water do you use for drinking?
*encircle with applicable number
1. private piped water 2. common piped water 3. private well 4. common well
15. financial support
what means of financial support will you expect when you are old?
*encircle with applicable number
- 1. help from children
 - 2. help from other family
 - 3. saving / income from business farm or other property
 - 4. pension / social security
 - 5. none
 - 6. others (specify _____)
16. migration
- 16-1. what is your birth place?
(1) rural urban differentials
*encircle with applicable number
1. rural 2. urban
(2) province
*encircle with applicable number
1. Jakarta 2. West Java 3. Central Java 4. Yogyakarta 5. East Java
6. outside Java (name of the province _____)
- 16-2. where were you living before coming here?
(1) rural urban differentials
*encircle with applicable number
1. rural 2. urban
(2) province
*encircle with applicable number
1. Jakarta 2. West Java 3. Central Java 4. Yogyakarta 5. East Java
6. outside Java (name of the province _____)

- 16-3. how many times have you migrated before coming here?
_____ times
- 16-4. will you stay in Jakarta permanently?
1. yes 2. no
- 16-5. if no, when and where will you plan to move?
when: _____
where: 1. go back to home place
2. others (specify the name of place _____)
- 16-6. why do you move into this community?
1. marriage 2. followed parents/family 3. job/economic reason (other than p.)
4. posting 5. education 6. others
- 16-7. who helped you to move?
1. family/relatives 2. community members 3. neighbours
4. friends 5. do one (independently) 6. others
- 16-8. if you have any member of family in other area, do you remit to them?
1. yes 2. no
if yes, how much do you send per year? _____ Rp.
17. degree of satisfaction of your community
- 17-1. are you satisfied with this community?
*encircle with applicable number
1. yes, satisfied
2. more or less satisfied
3. more or less dissatisfied _____ enter col. 17-2
4. no, dissatisfied
5. not stated
- 17-2. why are you dissatisfied?
1. housing condition is not adequate
2. educational facility is not adequate
3. medical care is not adequate
4. transportation service is not adequate
5. others (specify _____)

COMMUNITY SURVEY QUESTIONNAIRE (JAKARTA-COMPANY EMPLOYEE)

DATE OF INTERVIEW _____, 1988

1. I.D. number _____
2. Name of respondent (Head of household) _____
3. Address _____
4. General situation : total number in a household _____ persons
5. Name of company _____
6. Ask all the member of family

Q1	relationship of household member name and relationship name	①	②	③	④ ~ ⑥	⑦
		head of household				
	relationship	himself				
Q2	sex *circles with applicable number 1. male 2. female	1 2	1 2	1 2		1 2
Q3	age *enter the actual age					
Q4	marital status *circles with applicable number 1. never married 2. married 3. divorced 4. separated 5. widower/widow because spouse is dead	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5		1 2 3 4 5
Q5	what religion do you belong to? 1. Muslim 2. Christianity 3. Hinduism 4. Buddhism 5. Confucianism 5. Others	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
Q6	type of activity What is your main activity during last one year? *circles with applicable number 1. for a person engaged mainly in work 2. for a person engaged partly in work besides engaging in home duties, attending school, and so on. enter col. 07 & 08 3. had no job but seeking one 4. engaged in home duties 5. attended school -- (State the grade in the parentheses) 6. others (infant or aged etc.)	1 2 3 4 5 6 enter col. 07 & 08	1 2 3 4 5 6 enter col. 07 & 08	1 2 3 4 5 6 enter col. 07 & 08		1 2 3 4 5 6 enter col. 07 & 08

Q7	situation of working *circles with applicable number 1. employer other than household enterprise 2. employee 3. worked (self-employed) in household enterprise 4. worked as helper in household enterprise 5. worked as casual wage labour 6. others	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
Q8	name of establishment *state the name of the office, factory, shop in which person worked. If no name, state the personal name of employer or self employed					
Q9	income per month * enter income and/or expenditure in last month in Rupiah	income _____ Rp. expend. _____ Rp.	income _____ Rp. expend. _____ Rp.	income _____ Rp. expend. _____ Rp.		income _____ Rp. expend. _____ Rp.
10	level of education 1. no schooling 2. elementary school not completed 3. elementary school 4. junior high school 5. senior high school 6. academy/university	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6		1 2 3 4 5 6
11	medical care 1-1. in case of illness who diagnosed? 1. self diagnosis 2. parents / relatives 3. traditional healer 4. doctor	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
	1-2. where is your place of delivery? 1. home 2. medical institution 3. non-medical institution 4. others	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
	1-3. who attended at birth? 1. doctor 2. midwife 3. traditional birth attendant 4. non professional person 5. not stated	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
12	family planning 1-1. how many children are ideal in your opinion? *enter your ideal number	_____ son(s) _____ daughter(s)	_____ son(s) _____ daughter(s)	_____ son(s) _____ daughter(s)		_____ son(s) _____ daughter(s)
	1-2. are you practicing / have you practiced family planning? 1. yes 2. no	1 2	1 2	1 2		1 2
	1-3. if yes, how long have you practiced family planning? * state the period (years)	_____ years	_____ years	_____ years		_____ years
	1-4. if yes, what kind of method do you accept? 1. sterilization 2. pill 3. IUC 4. condom 5. others	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4
	1-5. where do you get information & tools of family planning? 1. primary health center 2. public clinic 3. company 4. public information paper 5. others (specify)	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4		1 2 3 4

7. Ask the head of the household

13. durable goods

do you have following goods?

*encircle with applicable number (if yes, encircle 1. if no, encircle 2.)

- 1. T.V. set 1.yes 2.no
- 2. refrigerator 1.yes 2.no
- 3. air conditioner 1.yes 2.no
- 4. radio 1.yes 2.no
- 5. sewing machine 1.yes 2.no
- 6. gas range 1.yes 2.no
- 7. motorcycle 1.yes 2.no
- 8. car 1.yes 2.no
- 8. others (specify) 1.yes 2.no

14. living environment

14-1. how many rooms are there in your house?
_____ room(s)

14-2. do you have latrine

*encircle with applicable number

- 1. yes (private latrine) 2.yes (common latrine) 3.none

14-3. what kind of water do you use for drinking?

- 1. private piped water 2.common piped water 3.private well 4. common well

15. financial support

what means of financial support will you expect when you are old?

*encircle with applicable number

- 1. help from children 2.help from other family
- 3. saving / income from business (sara or other property)
- 4. pension / social security 5.none
- 6. others (specify _____)

16. migration

16-1. what is your birth place?

(1) rural urban differentials

*encircle with applicable number

- 1. rural 2.urban

(2) province

*encircle with applicable number

- 1.Jakarta 2.West Java 3.Central Java 4.Yogyakarta 5.East Java
- 6.outside Java (name of the province _____)

16-2. where were your living before coming here?

(1) rural urban differentials

*encircle with applicable number

- 1. rural 2.urban

(2) province

*encircle with applicable number

- 1.Jakarta 2.West Java 3.Central Java 4.Yogyakarta 5.East Java
- 6.outside Java (name of the province _____)

16-3. how many times have you migrated before coming here?

_____ times

16-4. will you stay in Jakarta permanently?

- 1. yes 2. no

16-5. if no, when and where will you plan to move?

when:

- 1. go back to home place
- 2. others (specify the name of place _____)

16-6. why do you move into this community?

- 1.marriage 2.followed parents/family 3.job/economic reason (other than p.)
- 4.posting 5.education 6.others

16-7. who helped you to move?

- 1.family/relatives 2.community members 3.neighbours
- 4.friends 5.no one (independently) 6.others

16-8. if you have any member of family in other area, do you remit to them?

- 1.yes 2.no

if yes, how much do you send per year? _____ rps.

17. degree of satisfaction of your community

17-1. are you satisfied with this community?

*encircle with applicable number

- 1.yes, satisfied
- 2.more or less satisfied
- 3.more or less dissatisfied _____ enter col.17-2
- 4.no, dissatisfied
- 5.not stated

17-2. why are you dissatisfied?

- 1.housing condition is not adequate
- 2.educational facility is not adequate
- 3.medical care is not adequate
- 4.transportation service is not adequate
- 5.others (specify _____)



