

インドネシア国人口家族計画 基礎調査報告書

1989年12月

国際協力事業団
医療協力部

医 業

JR

89 - 49

JICA LIBRARY



1094409(8)

23096

インドネシア国人口家族計画
基礎調査報告書

1989年 12月

国際協力事業団
医療協力部



国際協力事業団

23096

序 文

平成元年3月のコンタクトミッションによる調査の結果を踏まえ、当事業団は平成元年6月25日から7月8日まで、インドネシア国の人口家族計画分野における基礎データの収集と、母子保健・家族計画分野での技術協力の可能性に係る調査を目的に、基礎調査団を派遣した。

本報告書は、上記基礎調査の結果をとりまとめたものである。

調査団員各位ならびに本調査団派遣にご協力いただいた関係各位に対し、深甚なる謝意を表する次第である。

国際協力事業団

理事 西野世界

目 次

I	人口家族計画基礎調査団の概要	1
I-1	調査団の構成	1
I-2	派遣期間	1
I-3	調査内容	1
I-4	調査に至るまでの経緯	1
I-5	日 程	2
I-6	インドネシア国人口家族計画基礎調査調査項目	3
II	総 括	8
II-1	総 括	8
II-2	小児保健分野	9
II-3	母性保健分野	13
III	調査結果	16
III-1	社会・経済の現状	16
1.	社会経済開発計画（第5次5ケ年計画概要）	16
a.	担当機関	16
(1)	組 織 図	16
(2)	決定メカニズム	16
b.	方針と戦略	18
(1)	開発計画の概要	18
(2)	部門別投資	22
(3)	主要プロジェクト	22
(4)	進捗状況	24
(5)	外国援助の動向	24

Ⅱ-3	保健医療サービスの現状	74
1.	保健医療分野の政策	74
a.	方針・戦略（PHCと家族計画との関係）	74
(1)	第5次5ヶ年計画における	
	保健分野の方針・政策	74
(2)	プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）	
	と家族計画との関係	75
b.	目標（具体的目標）	76
c.	予算	80
d.	外国援助に対する対応（ユニセフのケース）	81
(1)	第3次5ヶ年計画中の	
	ユニセフの協力概要	81
(2)	第4次5ヶ年計画中の	
	ユニセフの協力概要	82
2.	保健医療機構	86
a.	中央レベル	86
b.	州レベル	88
c.	県／市レベル	90
d.	郡レベル	90
e.	末端レベル	92
3.	保健医療要員について	94
a.	職種別従事者（医師、看護婦、助産婦等）	94
b.	職種別養成システムと年間養成数	96
(1)	職種別養成システム	96
(2)	職種別年間養成数	97
c.	再教育システム	97

Ⅲ-4 人口家族計画分野の政策と実施体制	98
1. 現行の人口家族計画分野の政策	98
a. 方針・政策	98
(1) 開発計画での位置づけ	98
(2) 政策担当者の発言	99
(3) 予算の重点配分事項	99
b. 目 標	102
c. 予 算	103
d. 組織・人員	103
(1) 組 織	103
(2) 人 員	103
e. 外国援助への対応	107
2. 人口家族計画分野の指標	111
a. 自宅分娩と施設分娩の比率	111
b. 受胎調節法の内訳	115
3. 人口家族計画分野の実施体制	118
a. 政府関連機関の各々の役割と 相互関連レベル別	118
b. NGOの役割と政府機関との関係	121
(1) NGOの役割	121
(2) 連絡調整	121
(3) 予算配分	121
(4) 人的交流	122
c. 外国援助の動向	122
(1) 実施プロジェクトの特色	122
(2) 援助機関の連絡事務所・連絡員	123
(3) 援助調整会議	124

Ⅲ-5	現行の人口家族計画プロジェクトの一覧表	125
Ⅲ-6	中部ジャワ州の社会・経済現状	129
1.	自然状況	129
2.	経済状況	129
a.	概要	129
b.	人口構造・人口動態	132
(1)	県／市別人口とその推移	132
(2)	人口年齢5歳階級別割合の推移	134
(3)	人口出生力水準の推移(県／市別)	137
(4)	人口死亡率水準の推移(県／市別)	141
(5)	域内移動	143
(6)	人口将来予測	145
c.	雇用	145
d.	所得	149
3.	社会	150
a.	民族・宗教・言葉(語)	150
(1)	民族	150
(2)	宗教	150
(3)	言語	150
b.	社会制度	150
(1)	家族	150
(2)	相続制度	150
(3)	婚姻制度	151
(4)	出産・育児制度	151
(5)	村落の状況	151
c.	教育状況	154

d. 保健医療状況	160
(1) 予算	160
(2) 医療従事者	161
(3) 医療施設	163
(4) 疾病	166
1) 主な死因	166
2) 主な乳児死因	167
3) その他	168
(5) 栄養状態	169
(6) 母子保健状態	170
(7) その他	173
e. 女性の地位	174
(1) 女性就業者	174
(2) 識字率	174
f. 家族計画	176
g. 家族計画プログラムを支援する活動	185
(1) 家族計画栄養改善事業	185
(2) 家族・5歳以下児童開発事業	185
(3) 家族計画保健統合事業	186

IV 関連資料

IV-1 SUMMARY REPORT OF THE BASELINE

SURVEY MISSION187

IV-2 インドネシア国からの要望193

1 人口家族計画基礎調査団の概要

I-1 調査団の構成

団 長	高 橋	透	厚生省児童家庭局母子衛生課長
団 員	宮 原	忍	東京大学医学部母子保健教室助教授
団 員	岡 本	暁	恩賜財団母子愛育会愛育病院小児科部長
団 員	小 池	芳 一	国際協力事業団医療特別業務室
団 員	谷 口	裕	家族計画国際協力財団(コンサルタント)

I-2 派遣期間

平成元年6月25日～同年7月 2日(高橋団長)

平成元年6月25日～同年7月 8日(宮原、岡本、小池団員)

平成元年6月25日～同年7月18日(谷口団員)

I-3 調査内容

- (1) 人口家族計画分野の基礎データの収集
- (2) 要望分野の実施可能性

I-4 調査に至るまでの経緯

インドネシア政府は1970年以来、全国的な規模で家族計画事業を推進しており、その活動の計画、実施評価を調整するために「国家家族計画調整委員会(BKKBN)」が設立され実践してきた。

家族計画事業は、地域レベルにおいてはPOSYANDUを中心にBKKBNが主体で実施しており、地域活動をサポートする形では保健省が実施している。第5次5ヶ年計画(PELITA V 1989～1994)においても家族計画と妊産婦・乳幼児死亡率の減少を最重点項目としているところ、我が国に対し、母子保健とインテグレートした家族計画についてBKKBNと保健省共同でプロジェクト方式による技術協力を要請越した。

これを受けて、本基礎調査団は人口家族計画の基礎的データの収集とともに、これらの要望の具体的内容を把握し、協力可能な分野を絞り込むことを目的として派遣された。

I-5 日 程

- 6月25日(日) 東京発 → ジャカルタ着。
- 26日(月) JICA事務所、保健省(DOH)、国家家族計画調整委員会(BKKBN)訪問。
- 27日(火) DOH、BKKBNとの合同会議。
Semarangへ移動。
- 28日(水) BKKBN中部ジャワ事務所、DOH中部ジャワ事務所、Dr. Kariadi 病院訪問・調査。
BKKBN-DEMAK事務所、Krobokan保健所、Tunas Mekar ポシアンドウ、Cabe村、Demak-III保健所、Demak 総合病院訪問・調査。
- 29日(木) Yogyakartaへ移動。
BKKBN-Yogyakarta事務所訪問・調査。
- 30日(金) Tegalyoso 総合病院、Delanggu保健所、Siwi Asih ポシアンドウ訪問・調査。
ソロ市へ移動。
- 7月 1日(土) ソロ市役所表敬。
Dr. Moewardi病院、Purwodiningrafan保健所、Pelayanan Terpadu ポシアンドウ訪問・調査。
ジャカルタへ移動。
高橋団長帰国。
- 7月 2日(日) 休日
- 3日(月) Dr. Cipto Kusumo 病院訪問・調査。
報告書内容団内打合せ。
- 4日(火) BKKBNとの打合せ。
報告書内容につき団内打合せ。
- 5日(水) DOH、BKKBN合同打合せ会議。
- 6日(木) BKKBN、DOHにサマリーレポート提出。
JICA、大使館への報告。
- 7日(金) ジャカルタ発。
- 8日(土) 東京着。

以後、7月18日まで谷口団員は引き続き資料収集。

I-6 インドネシア国人口家族計画基礎調査調査項目

インドネシア人口家族計画基礎調査
報告書スケルトンと調査項目との関連

報告書スケルトン	調査項目
a) 第5次5ケ年計画	社会・経済開発計画
b) 相手国の人口・家族計画に関するニーズの把握	人口関連情報 保健医療サービスの現状
c) 相手国政府の人口政策の確認	人口家族計画分野の政策と実施体制 現行の人口家族計画分野の政策 人口家族計画分野の指標
d) 人口・家族計画分野の実施体制	人口家族計画分野の政策と実施体制 人口家族計画分野の実施体制 現行の人口・家族計画プロジェクト一覧表（含外国援助）
e) 協力拠点地域の概要	中部ジャワ州社会・経済状況
f) 日本の援助可能な分野と留意点	

インドネシア人口家族計画基礎調査調査項目

項 目	関 係 部 局	可能性
<p>『1』 社会経済開発計画 (第5次5ヶ年計画概要)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 担当機関 <ol style="list-style-type: none"> a. 組織図 b. 決定メカニズム 2. 方針と戦略 <ol style="list-style-type: none"> a. 開発計画の概略 b. 部門別投資 c. 主要プロジェクト d. 進捗状況 e. 外国援助動向 <p>『2』 インドネシアの家族計画分野をとりまく最近の状況について</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 人口基礎状況 <ol style="list-style-type: none"> a. 人口とその推移 b. 男女別人口と性比の推移 c. 人口年齢5歳階級別割合の推移 d. 行政地区別人口・人口密度・人口比重の推移 e. 人口の都市化率の推移 2. 人口動態の推移 <ol style="list-style-type: none"> a. 人口出生力水準(粗出生率等)の推移 b. 人口死亡力水準(粗死亡率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率等)の推移 c. 死因 d. 婚姻 <ol style="list-style-type: none"> 配偶関係別割合の推移 e. 域内移動 f. 人口将来予測 		

<p>『3』 保健医療サービスの現状</p> <p>1. 保健医療分野の政策</p> <p>a. 方針・戦略 PHCと家族計画との関係</p> <p>b. 目標</p> <p>c. 予算</p> <p>d. 外国援助に対する対応 WHO・EPIの現状等</p> <p>2. 保健医療機構</p> <p>a. 中央レベル</p> <p>b. 県レベル</p> <p>c. 郡レベル</p> <p>d. 末端レベル（ボランティアを含む）</p> <p>3. 保健医療要員について</p> <p>a. 職種別従事者（医師、看護婦、保健婦、助産婦その他） 実数、人口比</p> <p>b. 職種別養成システムと年間養成数</p> <p>c. 再教育システム</p> <p>『4』 人口家族計画分野の政策と実施体制</p> <p>1. 現行の人口家族計画分野の政策</p> <p>a. 方針・政策 開発計画での位置づけ 政策担当者の発言 予算の重点配分事項</p> <p>b. 目標</p> <p>c. 予算</p> <p>d. 組織・人員</p> <p>e. 外国援助への対応</p> <p>2. 人口・家族計画分野の指標</p> <p>a. 自宅分娩と施設分娩の比率</p> <p>b. 受胎調節法の内訳（人口妊娠中絶の合法性の有無）</p>		
--	--	--

<p>3. 人口家族計画分野の実施体制</p> <p>a. 政府関連機関の各々の役割りと相互関連レベル別</p> <p> 中央レベル</p> <p> 県レベル</p> <p> 郡レベル</p> <p> 末端レベル</p> <p> セクター間の協力</p> <p>b. NGOの役割りと政府機関との関係</p> <p> 予算配分</p> <p> 連絡調整</p> <p> 人的交流</p> <p>c. 外国援助の動向</p> <p> 実施プロジェクトの特色</p> <p> 援助機関の連絡事務所・連絡員</p> <p> 援助調整会議</p> <p>【5】 現行の人口・家族計画プロジェクトの一覧表（外国援助を含む）</p> <p>1. タイプ別の分類</p> <p> a. 人口教育</p> <p> b. 人口情報</p> <p> c. 保健サービスの提供</p> <p> d. 人口調査・研究</p> <p> e. 関連産業振興</p> <p>2. 単独目的型プロジェクトと複合型プロジェクト</p> <p>3. 対象地域別</p>	<p>保健省 BKKBN</p>	
--	------------------	--

『6』 中部ジャワ州の社会・経済現状

1. 自然状況

2. 経済状況

a. 概要

b. 人口構造・人口動態

郡別人口とその推移

人口年齢5歳階級別割合の推移

人口出生力水準の推移

(郡別)

人口死亡率水準の推移

(郡別)

域内移動

人口将来予測

c. 雇用

就業者

失業者

d. 所得

所得分布(部門別)

3. 社会

a. 民族・宗教・言葉

b. 社会制度

家族

相続制度

婚姻制度

出産・育児制度

c. 教育状況

d. 保健医療状況

e. 女性の地位

女性就業者

識字率

Ⅱ 総 括

Ⅱ-1 総 括

1989年3月、人口家族計画プロジェクト国内委員会・村松稔委員長を団長とするコンタクト調査団は、かねてよりインドネシア側から要請あった、研究分野での協力が不可能となった代替として、母子保健と統合した家族計画分野への協力についてインドネシア側に、打診した。その調査結果は次のとおりであった。

コンタクトミッション報告

1. 現地JICA事務所の応援を得て、インドネシア側の国家家族計画調整委員会(BKKBN)、対外援助受入調整の窓口、並びに保健省大臣と話し合いを行う機会を持った。
2. 当初多少の懸念のあった無償資金協力関連のBiomedical Research Instituteについては、対外援助受入機関において一部理解が不十分な点が見られたが、それ以外は問題となる点はなかった。
3. 日本側としては、今回のミッションの任務がJICAの技術協力の枠組の中での協力であること、家族計画事業の推進を特に母子衛生との関連において実施したい旨の提案を行ったが、インドネシア側にはまったく異論がなかった。
4. 今回のミッションの性格上、細部にわたっては後に続くミッションに委ねることとし、むしろ詳細を決めて後続ミッションの業務を束縛することを避けたが、全般的には、インドネシア側の対応は極めて協調的であった。
5. このところ、インドネシアの家族計画は国際的に評価が高く、スハルト大統領が国連人口賞を受ける可能性について噂が流れているなどのこともあり、日本側からの提案に対する反応は極めて良好であると判定する。
6. 協力事業の内容に関しては、家族計画とともに母子衛生を中心とする公衆衛生事業となると思われるため、今後インドネシア保健省の協力が不可欠である。そのため、BKKBNと保健省の間の調整が重要と考えられたが、BKKBN自体この点について理解を持ったものと思われ、BKKBNの斡旋により本ミッションと保健大臣との会談が成立した。
7. 前述のごとく、具体的な細部については、後続ミッションに委ねることとなるが、予備的な討議としては今回の我々の訪問は満足のゆく成果を挙げたものとする。

以上のとおり、コンタクトミッションとインドネシア側の接触の結果、インドネシア側から「Community Based Family Planning and Maternal Child Health Project」の要請があった。本調査団は、前記要請についてフィージビリティ調査を行った。今回は

コンサルタントが1名同行したので、詳しくは調査報告書を参照されたい。ここではいくつかの核心にかかわる事項について述べることにしたい。

フィージビリティ調査であるので、まず第一にインドネシアのニーズはどの程度のものか、第二にプロジェクトを形成するならばどのような枠組の中で可能なのか、第三にプロジェクトの内容はどのように構築してゆくかを検討してゆかねばならない。この観点からインドネシア側の要請内容は、母子保健統合型家族計画プロジェクトとして、JICAのプロジェクト方式技術協力が可能である。また技術協力の意味から、あくまでもインドネシア側が実施しているプロジェクトへのサポートであり、つまり、インドネシア側のイニシアティブで実施している、Community Based Family PlanningとそのReferral Systemの強化に対しての協力となる。

インドネシア側が協力を要請している対象地域の中部ジャワは、インドネシアの中でも人口が集中しており、本地域をモデル地域として協力を開始することは本件協力の評価を踏まえ将来他地域に応用してゆくためには、適当な協力地域と判断される。

モデル開発という観点から長期間かけて、協力を行うことは好ましくないので、3年間の協力を行い（フェーズ1として）、その評価により、第二フェーズとして他地域にモデル手法を応用してゆくこととすることが適当である。

本プロジェクトの実施に際しては2つの異なる実施組織があるところ（DOHとBKK N）調整委員会（Steering Committee等）を設置し、スムーズなプロジェクト運営を図る必要がある。

II-2 小児保健分野

1. インドネシアにおける小児保健・小児医療の現状

同国の小児保健の基底部は、ポシアンドウと呼ばれる民間組織によって支えられている。このポシアンドウは、全国的に組織化されたボランティア活動であり、各地の保健所・集会所を中心とした保健活動（本報告書では、小児保健活動のみを取り上げる）は、健康教育の普及、衛生思想の向上に多大な貢献をしているように見受けられた。もともと、ポシアンドウ活動を円滑に運営し、かつ実効あるものにするため、保健省を始めとする政府諸機関が、物的にも制度的にも、活動の相当部分をバックアップしている事実を忘れてはならない。

小児保健の分野にかぎって言えば、このポシアンドウ活動の発展にかけるインドネシア国民の自助努力が実を結ぶ日まで、適切な助言をしつつ、見守るだけで十分であろうと思われる。ただし、この活動の進展に伴い、指導者の育成、機材の供与等の必要性が生じた場合、我が国にそれが求められれば、直ちに援助活動を開始しうる準備は絶対に必要

である。

問題は、小児医療の分野である。その問題点を列挙並びに解説すれば、次のとおりである。

- 1) 分娩が、ドクンと呼ばれる世襲制の伝統的助産婦によって扱われるケースが圧倒的に多く、衛生面での配慮及び分娩中のモニタリングに疑問がある。
- 2) 新生児管理に、専門的知識を有する者がほとんど関与しないために、この時点での病児発見がどの程度可能か疑問がある。
- 3) コミュニティと最も密接な連携をとるべき保健所（プスケスマスと呼ばれる）に格差が大きく、また、全体的に言えば、医療の最前線たる受容能力に欠ける。
- 4) 病院制度は、公的病院については、インドネシア全土に2ヶ所のみ（ジャカルタ及びスラバヤ）というタイプAの病院から、タイプB、C、Dの病院まで、主に診療科数及びそれに伴う医師数によって序列化がなされており、このランクは、その病院の有する医療設備及び検査機器のランクでもある。これら下級病院から上級病院への referral systemは、比較的円滑に作動しているように思われるが、いかんせん、医師、看護婦、助産婦、検査技師等、医療従事者の絶対数の不足は否めない。また、この序列に伴う医療設備の格差は膨大なものがあり、タイプAの病院では、今日の我が国の水準に近い医療が行われているにもかかわらず、タイプC、Dの病院におけるそれは、我が国の30～40年前の医療は（筆者は直接見聞したわけではないが）、かくやあらんと思わしむるものであった。
- 5) 医療費が、国民の所得水準に比して高額であるため、貧困ゆえにしかるべき医療を受けられない階層が多い。低所得者層には、医療費免除の制度はあるが、この制度の利用率は低いようである。
- 6) 公的医療機関を受診せずに、民間の医療機関（いわゆる開業医）を受診する者もいるようであるが、今回の調査対象外であったため、その医療レベルについては不明である。

2. インドネシアに対する技術援助の可能性及び提言

前節に掲げた状況及び問題点を踏まえて、次に、インドネシアに対する我が国の医療協力はいかにあるべきかについて考察してみたい。

前述した問題点から抽出される援助の可能性としては、次のようなものが挙げられる。

- 1) 病児発見のシステム作り
- 2) 病児が医療を受ける機会の増大
- 3) 医療レベルの向上

これら3点を効率良く推進するためには、最初からインドネシア全土に援助を展開する

ことは不可能であり、モデル地域あるいはその中にさらに小さな単位でのパイロットエリアの設定が不可欠であろう。

以下、パイロットエリアが設定されたという仮定のもとに、具体的提言を述べてみたい。

1) 病児発見のシステム作り

近代的教育を受けた助産婦による施設分娩と、その施設における最低3日間の新生児管理が理想であろうが、前掲のドゥクン(伝統的助産婦)の権益もからむので、各プスケスマス(保健所)には、必ず1名の医師が配属されるという制度(実態は必ずしもそうなっていないが)を活用し、プスケスマスに分娩室を併設し、その施設をドゥクンに無料で開放する。ドゥクンの権益は侵さない。医師は、ドゥクンによる分娩に際し、異常があれば直ちに介助する。分娩中の胎児モニタリングを指導する。

出生後は最低3日間、プスケスマス内に母児ともに滞在し、医師のチェックを受ける。

この方式により、プスケスマスの機能強化、公的病院間の referral system 活用の効率化(現状では、システムはあるが、実際に病児がこのシステムに拾い上げられることが少ない)を図りつつ、病的新生児の早期発見が可能になると思われる。

2) 病児が医療を受ける機会の増大

病児が医療を受けにくい理由は、すでに述べたように、高額の医療費及び病院間の referral system のところまで到達しにくいことの2点である。

後者は、プスケスマスの活性化によってかなり改善が見込まれるが、前者は国家財政との絡みもあり、単なる医療協力の枠内で語れる問題ではない。

3) 医療レベルの向上

ここで筆者の言う医療レベルの向上とは、決して、先端医療をインドネシア全土に行き渡らせるということではない。

まず、人的レベル。医師を中心としたパラメディカルスタッフの増員及び教育のための環境作りをすること。これらのスタッフ養成のための施設建設、指導者の派遣は十分に考慮すべき課題と思われる。このことによつて、メディカル・パラメディカルスタッフの量的、質的向上が計れるものと思われる。

次いで、医療機器の整備。前述のごとく、公的病院は、タイプAからタイプDまでの4段階に分類されている。ここに、本提言にあるようにプスケスマスを医療最前線として加えると、医療における referral system は5段階に分類されることになる。

タイプA病院は、質的には欧米の先端医療を実施するに足る設備を有している。

タイプB病院は、格差が大きく、タイプAに近い病院から、貧弱な設備しか有さない病院まで存在する。援助はタイプB病院間の格差を消失することに主眼を置くべきと考えられる。

タイプC、D病院は、診療科数、医師数に差はあるものの、診療レベルとしては(特

に母子医療に関しては)、両者間に大きな差は存在しない。プスケスマスとタイプB病院とを結ぶ中間的医療機関(日本の救急医療システムで言えば一次・二次救急担当施設)として統合して機器の配備を考慮すべきと考えられる。

機器配備の基準としては、当面、タイプC、D病院では、出生体重1,500g以上の新生児を十分確実に管理しうることを目標に、タイプB病院では、1,000g以上の新生児を管理できることを目標として行う。

機器の供与に当っては、メンテナンスを十分に考慮して行う。今回の調査においても、機器そのものはありながら、故障のために使用できないという状況を多々目撃している。日米欧の最新医療機器は、使うことはできても、故障したらインドネシア国内では修理不能なのである。

供与の対象となる医療機器については、別表を作成し、本報告書とは別に提出予定である。

3. 結 語

1) インドネシアにおいてIMRを低下させるためには、施設分娩を普及させることが不可欠と思われる。しかし、母子相互作用に関する研究が進むにつれ、我が国においても施設分娩の持つデメリットが明らかにされつつある。インドネシア固有の民族的情緒、風習も考慮しつつ、性急な改革は慎むべきであろう。

2) 来日研修する途上国の医師の多くが最先端医療の知識を得たがのと同様、インドネシアの医師達も、最新医療機器の供与を希望している。しかし、そのような先端医療によって何人かの乳幼児の生命を救ったとしても、インドネシアのIMRが大きく改善されることはないであろう。多くの子ども達は、このような先端医療以前の問題で生命を失っているのであり、インドネシア人医師一人ひとりがそのことを直視し、問題解決のために行動を起こし、そのためにどのような援助が必要かを、彼ら自身が理解しないかぎり、国家プロジェクトへの協力とは何なのかを問われることになるであろう。

先端医療で救われる子どもが存在することは事実である。それを敢えて、最新医療機器については援助を先送りすると表明したら、「日本の援助は生ぬるい」、あるいは「日本は本当にインドネシアを援助する気があるのか」という批判が出るかもしれない。それでもなお、一部の子ども達ではなく、インドネシアのすべての子ども達のしあわせを考えた、息の長い援助が望まれる。

いずれはインドネシアの多くの病院で、先端医療が行われる日が来るであろう。その日が一日も早く来るように、今はインドネシア小児医療の基礎を築かなければならない時代なのである。

3) そして最後に、我が国が行おうとしている医療援助の真の目的を理解して貫くために

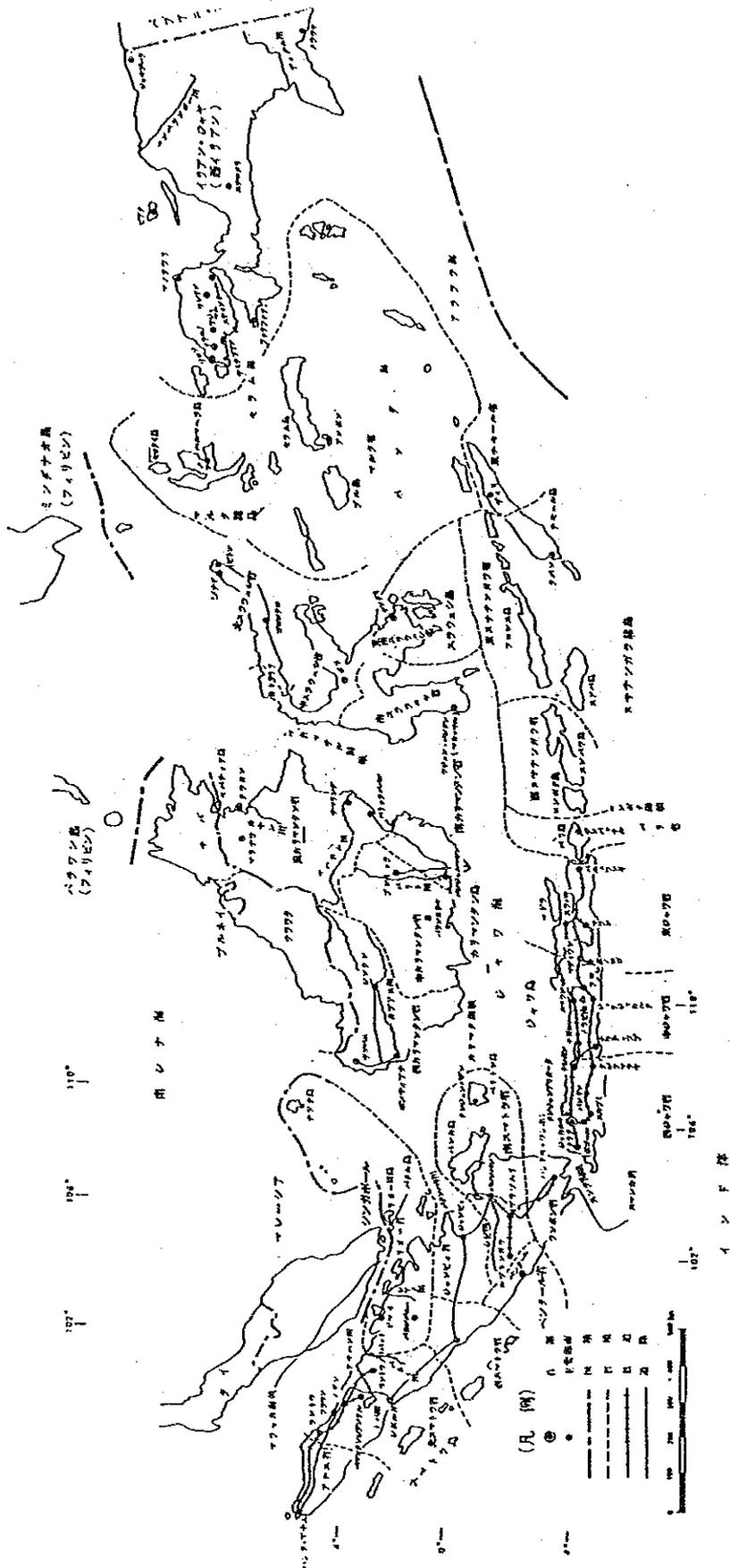
は、自らの体と心と手を使って、インドネシアの現地で、インドネシアの人々とともに、小児保健・小児医療のために働く「人間」を送り込むことであろう。

II-3 母性保健分野

1. このプロジェクトは、BKKBNと保健省の密接な連携が不可欠であるが、当初、保健省の態度がやや消極的な印象があった。それはこのプロジェクトについての理解、特にBKKBNと保健省の役割分担についての理解が十分でなかったこと、及びこのプロジェクトの意義をローカルなものと考えていたためのように思われた。この問題は最終的には解消したと考えられる。
2. インドネシア側から提案されたモデル地区及びパイロット・エリアは、視察の結果適当であると考えられた。ただし、インドネシア側には別の地区が望ましいという意見もあるようで、地区の変更があれば、視察をもう一度行う必要があり、時間的な遅れの原因となる可能性がある。
3. ポシアンドウは強力な組織であり、これへの働きかけがこのプロジェクトの成否を決めることになろう。
4. ヘルス・センターは、外来診療を行っており、大小さまざま、大きいものでは入院設備もある。ただし器具等は検診用の照明器具、機材の消毒用の設備など、基本的なもののさえ不足しており、あるセンターではポシアンドウに比べて建物も劣悪で、信頼感を損なう可能性がある。
5. TBA（伝統的産婆）と医療リファラル・システムとを結び付けることが、重要な課題となるが、そのためにはヘルス・センターの医師がTBAに対し指導力を持つことが必要で、そのための医師の再教育とヘルス・センターの設備改善が必要である。
6. TBAは再教育を受けて、制服とバッジの着用が許されている。再教育の内容は消毒法が主であるらしく、胎児の状態についてはほとんど注意が払われていない。TBAに児心音の聴取を教育することは可能であろうか。
7. 異常産は病院へ送っているというが、分娩外傷、特に会陰裂傷、頸管裂傷などはヘルス・センターで処置できるようにすべきである。吸引分娩ができれば、児死亡率の減少が期待できる。
8. クラスA、Bの病院がクラスC、Dの病院の指導、監督を行い、人員の交流をするような仕組みを作ることが望ましい（これはある程度なされているかもしれないが）。
9. 各クラスの病院の設備を向上させる必要があるが、特にクラスA、Bは教育病院であるので、設備の欠如は将来の医師の質の低下を招くので、整備を急がねばならない。
10. 早期新生児死亡は死産として処理されている可能性が高いが、死産率が把握されていないので、実態の推定ができない。プロジェクトの開始に当たり、調査が必要である。

- 1 1. 患者輸送の手段について聞く機会を失したが、有効な手段を持っているとは考えられない。
- 1 2. ヘルス・センターで濾紙の血液斑の色を標準と比較して貧血のスクリーニングを行っていたが、信頼性が高いとは到底考えられない。治療する施設で貧血の検査が正確にできることが望ましいので、ヘマトクリット法、あるいはせめて血液比重法が使えるようにすべきである。

インドネシア



Ⅲ 調 査 結 果

Ⅲ - 1 社会・経済の現状

1. 社会経済開発計画（第5次5ヶ年計画概要）

a. 担当機関

大統領直接管轄下の国家開発企画庁（BAPPENAS）が開発5ヶ年計画作成の担当機関である。

(1) 組織図

国家開発企画庁は、国家開発企画大臣サレー・アフィフ（Saleh Afiff）教授・博士が長官で、副長官はベルヨノ・S. ムルヨノ（Benny, S. Mulyono）国家開発企画副大臣が務めている。その下に7つの局、すなわち、経済局、社会文化局、財政金融局、実施管理局、地域・州局、人材・天然資源開発局、管理局がある。

なお、家族計画人口部は人材・天然資源開発局（サユチ・ハシプアン局長）の下にある。図1参照。

(2) 決定メカニズム

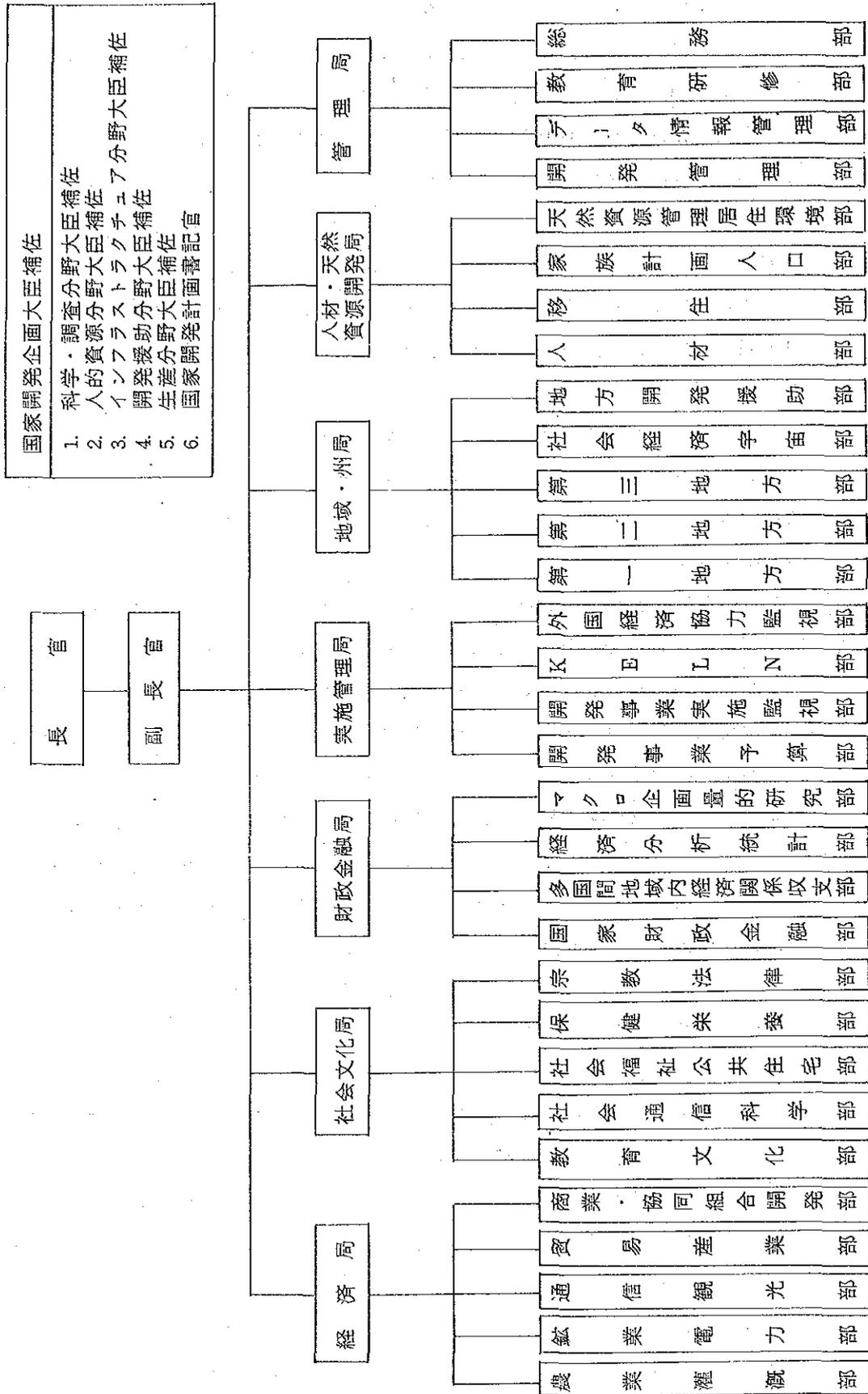
国家開発企画庁の機能は、大統領が国家開発計画政策及びその実施に関する評価政策の作成を補佐することである。なお、国家開発企画庁の業務は次のとおりである。

- 1) 長期と中期と短期の国家開発計画案を作成する。
- 2) 部門別計画及び地域別計画の調整・調和を行い、これらを統合した国家開発計画案を作成する。
- 3) 歳入歳出計画案を、財務省と共同で作成する。
- 4) 貸付政策及び投資政策案を、関係機関と共同で作成する。
- 5) 開発計画のために供与される外国の借款及び援助の受領・利用に関する政策案を、関係機関と共同で作成する。
- 6) 事業間及びプロジェクト間の実施時期を合わせる努力をするとともに、国家開発計画の準備と開発と実施を監視する。
- 7) 事業及びプロジェクトが必要とする調整を考慮しながら、国家開発計画の実施を評価する。
- 8) 国家開発計画とその評価の業務を実施する際に必要とされる調査と研究を行う。
- 9) 大統領の指示によりその他の職務の遂行をする。

なお、開発5ヶ年計画が決定される過程は次のとおりである。

1. 各省及び省でない政府機関は管轄する業務の5ヶ年計画案を作成して、その最終案を国家開発企画庁に提出する。

図1 国家開発企画庁の組織図



出所：国家開発企画庁

- ロ、 国家開発企画庁では、各政府機関が提出した5ケ年計画を管轄する局長の下で検討・修正の上、国家開発企画庁の最終案（5ケ年計画書）を作成する。
- ハ、 国家開発企画庁は、5ケ年計画書を大統領に提出する。
- ニ、 大統領は国会（DPR）に同5ケ年計画書を提出する。
- ホ、 国会は、5ケ年計画書を審議・承認する。

b、 方針と戦略

(1) 開発計画の概要

1989年4月から1994年3月までの5年間を対象とする第5次5ケ年計画は、第1回25年長期開発計画における最終計画であり、第2回長期計画の基礎を築くものと位置づけられている。

第5次計画における大きな課題の一つが増加を続ける人口である。1988年の人口1億7,560万人が、1993年には1億9,290万人へと、年平均350万人も増加する見込みである。ただし、人口増加率で見ると1988年の2.1%が1993年には1.8%に低下すると予測されている。

労働力人口の伸び率は人口増加率よりも高く（年平均3.0%）、第5次5ケ年計画期間中に新たな職場を必要とする人口は、1,190万人（年平均240万人）にのぼり、1993年の労働力人口は8,640万人と予測されている。

この増大する労働力人口に十分な雇用機会を供与するために、インドネシア政府は実質年率5%の経済成長を目標としている。

こうした経済成長を実現するための投資額は5ケ年で合計239兆1,000億ルピアと予定されている。この投資源資のうちの政府投資は107兆5,000億ルピア（内訳：政府貯蓄の47兆1,142億ルピアと外国援助の60兆4,179億ルピア）で、残りの131兆6,000億ルピアは民間投資に期待している。表1-3を参照。民間からの投資を促すために、1985年以来の規制緩和政策を継続強化し、民間企業活動を活性化する計画である。

第5次5ケ年計画の目標は、①一層公正で公平な方法により国民の生活水準を高めて、さらに国民の知的能力及び福祉を向上させること及び②次の開発段階を準備するための（経済・社会）基盤の整備である。

第5次5ケ年計画の優先事項は、①食糧自給の安定と農産物生産量の増大を中心とする農業分野及び②輸出志向産業、労働集約産業、農産物加工産業、工業用機械産業を中心とした工業分野に重点をおいた経済開発である。

なお、第5次5ケ年計画においては開発に対する民間の積極的参加を促進し、さらに財政及び国際収支における石油・ガス依存を是正することが重要である。

表1 第5次計画中の所要投資額

I 投資(兆ルピア)	239.1 (100%)
a. 開発予算	107.5 (45%)
b. その他	131.6 (55%)
II 対GDP投資率	
1989/90	24.8%
1993/94	27.7%
5ヶ年平均	26.4%

出所：第5次5ヶ年計画書(1989/90-1993/94年)

表2 第5次計画中の開発予算源資

(10億ルピア)

	1989/90 (予算)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	計
I 政府貯蓄	1,804.8	4,602.9	8,264.9	13,492.0	18,949.6	47,114.2
II 外国援助	11,325.1	11,566.0	12,644.8	12,195.0	12,687.0	60,417.9
計	13,129.9	16,168.9	20,909.7	25,687.0	31,636.6	107,532.1

出所：第5次5ヶ年計画書(1989/90-1993/94年)

表3 第5次計画中の国内歳入・経常支出・政府貯蓄

(10億ルピア)

	1989/90 (予算)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	計
I 国内歳入	25,249.8	29,432.5	34,856.5	41,466.4	48,909.4	179,914.6
II 経常支出	23,445.0	24,829.6	26,591.6	27,974.4	29,959.8	132,800.4
III 政府貯蓄	1,804.8	4,602.9	8,264.9	13,492.0	18,949.6	47,114.2

出所：第5次5ヶ年計画書(1989/90-1993/94年)

表4 第5次5ケ年計画開発予算支出配分

(十億ルピア)

分野 サブセクター	1989/90 予算	5ケ年間 計
01. 農業/灌漑	1,994.2	17,343.0
01.1 農業	1,416.1	11,003.7
01.2 灌漑	578.1	6,339.3
02. 工業	341.8	2,119.2
03. 鉱業/エネルギー	1,614.7	11,193.9
03.1 鉱業	181.3	1,160.0
03.2 エネルギー	1,433.4	10,033.9
04. 運輸/通信/観光	2,522.1	20,512.0
04.1 道路	1,380.3	11,894.1
04.2 陸運	295.7	2,338.6
04.3 海運	285.5	2,169.8
04.4 空運	378.2	2,563.8
04.5 郵便及び電気通信	144.9	1,177.9
04.6 観光	37.5	367.8
05. 商業/貿易/協同組合	199.9	1,428.9
05.1 商業/貿易	54.9	400.6
05.2 協同組合	105.0	1,028.3
06. 労働/移住	335.3	3,086.2
06.1 労働	73.8	457.6
06.2 移住	261.5	2,628.6
07. 地方開発	1,552.3	10,710.9
08. 宗教	26.4	279.6
09. 教育/青年/国民文化/クバティナン	1,683.1	16,981.0
09.1 教育/青年	1,509.8	15,711.8
09.2 実務教育	161.0	1,175.4
09.3 国民文化/クバティナン	12.3	93.8
10. 保健衛生/社会福祉/婦人活動/人口/家族計画	434.1	4,088.3
10.1 保健衛生	249.8	2,672.5
10.2 社会福祉/婦人活動	25.0	284.8
10.3 人口/家族計画	159.3	1,131.0
11. 庶民住宅/関連施設	620.1	6,573.2
11.1 庶民住宅/関連施設	620.1	6,573.2
12. 法制	28.9	280.4

分 野 サブセクター	1989/90 予 算	5 ケ 年 間 計
13. 国防/治安	812.6	5,788.5
14. 広報/マスメディア	46.2	378.9
15. 科学/技術/調査研究	278.9	2,634.2
15.1 科学/技術	161.1	1,503.0
15.2 調査研究	117.8	1,131.2
16. 行 政	99.2	644.6
17. 民間事業振興	291.3	1,747.8
18. 天然資源及び生活環境	248.8	1,741.5
(合 計)	13,129.9	107,532.1

出所：第5次5ケ年計画書(1989/90-1993/94年)

表5 第5次計画中の
分野別成長率

	第5次計画中の 年平均成長率 (%)
1. 農 業	3.6
2. 鉱 業	0.4
3. 工 業	8.5
4. 建設業	6.0
5. 商 業	6.0
6. 運輸通信	6.4
7. その他	6.1
GDP	5.0

出所：第5次5ケ年計画書
(1989/90-1993/94年)

表6 国民総生産への分野別寄与率
1988年・1993年
(%)

	1988	1993
1. 農 業	23.2	21.6
2. 鉱 業	15.9	12.6
3. 工 業	14.4	16.9
4. 建設業	5.6	5.8
5. 商 業	15.9	16.7
6. 運輸通信	5.7	6.0
7. その他	19.3	20.4
GDP	100.0	100.0

出所：第5次5ケ年計画書
(1989/90-1993/94年)

(2) 部門別投資

開発予算の部門別投資額(表4を参照)では、運輸/通信/観光が最大で20兆5,120億ルピアである。2番目は農業/灌漑で17兆3,430億ルピアである。3番目は教育/青年/国民文化/クバティナンで16兆9,810億ルピアである。工業/エネルギーは11兆1,939億ルピアで4番目で、地方開発は10兆7,109億ルピアで5番目である。なお、保健衛生/社会福祉/婦人活動/人口/家族計画の投資額は4兆883億ルピアで8番目である。

こうした開発投資等により、第5次5ヶ年計画の平均成長率は5.0%が見込まれている。分野別成長率で最も高いのは工業で8.5%である。2番目は運輸通信の6.4%である。一方、最も低い成長と予測されているのは鉱業でわずか0.4%である。(表5を参照。)

国民総生産(GDP)に占める分野別の寄与率で見ると、農業が1988年及び1993年においても最大であるが、1993年には21.6%と1988年から1.6%の低下である。鉱業も1988年の15.9%から3.3%も低下の見込みである。一方寄与率が高まるのは工業(14.4%から16.9%)運輸通信(5.7%から6.0%)、建設業(5.6%から5.8%)である。(表6を参照。)

(3) 主要プロジェクト

第5次5ヶ年計画における各分野の主要プロジェクトは次のとおりである。

1) 農業及び灌漑

イ. 農業

食用作物増産の重点品目である米、とうもろこし、大豆を含めた食用作物全体の生産は少なくとも年平均2.5%増とし、特に米は年平均3.2%の増産を見込んでいる。この米増産は、収穫面積の増加による部分が1.0%、反収増による部分が2.2%を見込んでいる。反収増は集約生産方式の普及によるもので、その収穫面積は1988年の634万ヘクタールが1993年は775万ヘクタールに拡大される予定である。

ロ. 灌漑

(i) 灌漑改善プログラム

対象面積580万ヘクタールのうち232万8,400ヘクタールについて実施する。

(ii) 灌漑新設プログラム

灌漑新設面積は50万ヘクタールであるが、これは速効性のある外領新開発地域の中小規模灌漑となっている。なお、これには東部インドネシアにおける家庭用水と家畜用水と間作物栽培等の多目的使用に当てられる溜池の建設を含

んでいる。

(iii) 林業増産プログラム

①ジャワ、北スマトラ、南スラベシ、ヌサテンガラにおける計15万ヘクタールの村落周辺森林の開発（住民の建築材・薪等の確保と資源保全）と②森林開発権の適正運用による生産林644万ヘクタール及び転換林305万ヘクタールの生産性向上、③工業原料作物植付150万ヘクタール、④ロタン（藤）、蜂蜜、天然蚕、樹脂等の新産品の開発が計画されている。

2) 工業

次の6つのプログラムを計画している。

①輸出志向産業の推進、②産業構造の改善 — 波及効果の増大と輸入依存の減少、③小規模産業の振興、④農産物加工産業の推進、⑤技術の習得と普及、⑥情報・教育研修・行政等の改善。

3) 鉱業及びエネルギー

イ. 鉱業

(i) 石油・天然ガス・地熱探査プログラム

第5次計画期間中に計173千km（年平均34.6千km）の地震探査、880本の探査井掘削を行う。

(ii) 石油・天然ガス・地熱探査プログラム

1988年度の石油生産量、年間511百万バレルを1993年度には年間558百万バレルに増大させる。

ロ. エネルギー

次の5つのプログラムを計画している。

①国内の増大するLPG需要を充足するために、ドマイ及びバリクパペン工場の能力を各4万トン/年増大し、ムツに35万トン/年の新工場を建設する。②合計344MWの水力発電設備を新設する。③合計220MWの地熱発電設備を新設する。④バイオマス、太陽熱、風力、都市廃棄物利用等の新しいエネルギー源を開発する。⑤非石油エネルギーの占める割合を38%から42%に増大する。

4) 教育

次の4つのプログラムが主な計画である。

①小学校教育振興プログラム：カリキュラムを改善し、「読み、書き、教える」基礎能力を強化する。各種教科書3億6,000万冊を印刷・配布し、図書室用図書8,000万冊を供与する。教師165万人を再教育する。西イリアン、西カリマンタン、中カリマンタン、リアウ等の避地における教育振興のため、小規模校の建設、避地勤務教育の優遇、避地出身者の教員としての採用に努力する。

②中学校教育振興プログラム：義務教育9年化（小・中学校）への準備態勢をはじめ、卒業生の進学・就職能力を高める。40万人の教師再教育を行う。収容能力拡大のため、6教室から成る新校舎2,000棟を建設し、既存校舎に2万3,000教室を増設する。

③高等学校教育振興プログラム：実業学校では実業界との連携を強化する。15万人の教師再教育を行う。40万入学級実現のため、12教室からなる国立高校校舎800棟を建設する。また、既存国立及び私立校舎に9,000教室を増設する。

④大学教育振興プログラム：教授陣強化のため、国立10大学院及び国外で計3万3,000人の学生を教育し、少なくとも2万6,000人の新教授陣を得る。

(4) 進捗状況

第5次5ヶ年計画は本年4月に開始されたばかりでその進捗状況を述べるに適切な時期ではない。

しかし、第5次開発計画の開発予算支出総額107兆5,000億ルピアは、第4次計画の47兆5,000億ルピアの126.3%増で、第5次計画初年度（1989年度）の開発予算支出13兆1,000億ルピアは、第4次計画最終年度（1988年度）の8兆9,000億ルピアの47.2%となっており、インドネシア政府の意気込みが予算となって表われている。

なお、第5次開発計画における国内歳入に占める石油・ガス収入の割合は1989年度の31.3%から1993年度には24.1%に減少する。一方、非石油・ガス収入（所得税、建物税等）の割合が68.7%から75.7%に増大する。（表8を参照。）

(5) 外国援助の動向

第4次計画中の外国援助収入は26兆1,214億ルピアで、開発予算総額の54.9%を占めた。後半の3年間には、ソフト案件でかつディスバースの早いプログラム援助を受けて、石油価格の下落による危機に対処し、さらに石油依存体質の改善に努められた。

インドネシアに援助している主な国及び国際機関には①インドネシア債権国会議（IGGI—Inter Governmental Group on Indonesia）②日本、③世銀、④アジア開発銀行、⑤国際通貨基金、⑥国連、⑦米国、⑧オランダ、⑨西独、⑩英国、⑪フランス、⑫イタリアがある。

上記の政府及び国際機関による協力内容の概要は次のとおりである。出典は東南アジア要覧1988年版（社）東南アジア調査会編）。

① インドネシア債権国会議（IGGI）とその援助（IGGI—Inter Governmental Group on Indonesia）。通貨単位のないものはドル。

・IGGIは66年9月第1回会議開催後毎年会議を開き（ほとんどオランダ）援

表7 第5次計画中の国内歳入

(10億ルピア)

	1989/90 (予 算)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	計
I 石油・ ガス収入	7,899.7	9,148.7	9,705.9	10,950.2	11,779.2	49,483.7
(石 油)	(6,702.9)	(7,567.0)	(8,002.6)	(9,024.6)	(9,653.5)	(40,950.6)
(天然ガス)	(1,196.8)	(1,581.7)	(1,703.3)	(1,925.6)	(2,125.7)	(8,533.1)
II 非石油・ ガス収入	17,350.1	20,283.8	25,150.6	30,516.2	37,130.2	130,430.9
(租 税)	(14,909.6)	(17,695.9)	(22,370.0)	(27,316.0)	(33,433.4)	(115,724.9)
(税 外)	(2,440.5)	(2,587.9)	(2,780.6)	(3,200.2)	(3,696.8)	(14,706.0)
計	25,249.8	29,432.5	34,856.5	41,466.4	48,909.4	179,914.6

表8 第5次計画中の国内歳入構成比

(%)

	1989/90 (予 算)	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	計
I 石油・ ガス収入	31.3	31.1	27.8	26.4	24.1	27.5
(石 油)	(26.6)	(25.7)	(23.0)	(21.8)	(19.7)	(22.8)
(天然ガス)	(4.7)	(5.4)	(4.8)	(4.6)	(4.4)	(4.7)
II 非石油・ ガス収入	68.7	68.9	72.2	73.6	75.9	72.5
(租 税)	(59.0)	(60.1)	(64.2)	(65.9)	(57.3)	(64.3)
(税 外)	(9.7)	(8.8)	(8.0)	(7.7)	(7.6)	(8.2)
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

助総額を決定している。加盟国は、日、英、米、仏、伊、西独、オランダ、ベルギー、オーストラリア、カナダ、ニュージーランド、スイス、スペイン、フィンランド、オーストリアなど18カ国、国際機関IMF、世銀、ADB、UNDP、EECなど8国際機関（逐次加盟単位が増加した）。援助額は67～82年ソフト・ローンのコミット額累計220億、うち支出ベース140～150億。83年は22億、84年、85年いずれも24億の、86年25.19億の借款供与に合意。

- ・第30回IGGI会議は87年6月17～18日ハーグで開かれ31.698億（2国間援助14.808億、国際機関16.89億）の援助供与に合意。同会議での18カ国と8国際機関の援助約束額次のとおり。単位100万ドル、括弧内86年度。日本606.8（474）、米国190（86）、西独72.9、カナダ31.8（39）、英国179.7（68）、仏190、オーストラリア27.9（32）、オランダ112.9（91）、伊30（30）、オーストリア7.7（6）、スペイン18（12）、スイス11.5（8）、フィンランド1.6（2）。ノルウェー、スウェーデン・ベルギー（8）、デンマーク、ニュージーランド（2）は表明なし。世銀1100（1100）、ADB500（500）、UNICFF13.4（13）、IFAD10（10）、EEC17（14）、UNDP、WFP、UNFPA計39.9（44）。

第29回会議から援助総額に占める無償援助とローカル・コスト（ルピア）の比率が増大され、87年度第30回会議でさらにその傾向を強めた。（中銀総裁は先に、IGGI援助総額のうち、約9億は無償援助、ローカル資金援助及びプログラム援助の形を取ることを発表）。

② 日 本（単位億円）

◎ IGGI援助、世銀との協調融資

- ・第30回IGGI会議で日本が約束した87年IGGI援助880は①商品借款271.66、②プロジェクト（日本と現在進行中の72件）のローカル・コストを賄うための借款135.83、③プロジェクト借款472.51よりなり、これで累計1417.3となる。上記のうち②は7月11日調印、①と③については12月4日調印。③は南スマトラの灌漑、地方道路開発、ジャボタベク首都圏鉄道網、スマラン港改修、全国無線周波モニタリング・システムなどに使用。①は国際収支の面でインドネシアを支援し、計画されている経済構造改善に資することを目的とする。
- ・87年12月15日竹下首相はマニラでスハルト大統領と会見した際、215のODA新規援助をコミットした。これはIGGI援助に対する追加ODA借款と

して計算される。これは灌漑、道路、発電所、医療設備供給など9件のプロジェクトをカバーする。

- 87年1月13日、86年IGGI枠より、灌漑、道路、空港用など6件386.59 供与協定調印。
- 87年3月11日、日本輸出入銀行、電源、石炭等を含む21件の開発プロジェクト実施促進支援用1,500の供与協定調印。用途を限定しないアンタイトローンで世銀との協調融資。2月17日輸銀総裁訪伊時、9億ドルの借款供与協定に合意していた。これを含まず、輸銀が供与した借款は46億ドル。

◎ 無償援助・技術協力

第11回日伊技術協力と、無償援助に関する第11回年次協議会は87年4月16日ジャカルタで開き、技術協力、無償援助の継続に合意。この時、「日本の86年の研修生受け入れ298、専門家派遣109、開発調査、インフラ、運輸・工業など23件、無償援助77.73」と報じられた。なお、6月26日、贈与及び技術援助86年度の80を含め累計900と報じられた。87年のおもな無償援助次のとおり。

1月28日教育振興用0.78(76年以来教育、スポーツ分野20件7.825)、2月12日大学医学教育用0.45相当の器材、3月中旬森林調査、都市火災防止、ウジュンパンダン船員学校拡充用計12.07、6月25日、農業調査用23.65、9月12日住居部門訓練プログラム800万ドル、冶金研究開発用14.83、10月29日2大学へ0.95の設備援助、11月1日工業用植林開発用機材55億ルピア、12月28日輸出訓練センター建設用20.03。

◎ アサハン・アルミ 84月11月完成、年産22.5万tのアルミ精練。

87年6月14日、日伊両国政府、円高による債務膨張で運営が困難になっていたアサハン再建に合意。PT・インドネシア・アサハン・アルミニウム(INALUM)の日本側株主アサハン・アルミニウム(日本のアルミ精練5社と大手商社7社による日本側投資会社)とインドネシア側株主である政府代表がINALUMの大幅増資を中心とした再建の覚書を交わした。日本側は現在の出資金683.25(出資比率75%)に240を追加、インドネシア側は227.75に320を上乗せ増資する。出資比率は75対25から59対41となる。

③ 世銀、ADB、IMF、国連(単位ドル)

- 世銀総裁、87年3月21～27日来訪時、「67年以来世銀の供与額165件(1/3は農業)累計107億」、9月18日世銀報告は、「世銀87年度貸付金額10.57億」、10月8日シレガ爾中銀総裁は「87年6月末までの世銀借款累計111億、うち62億が使用済」とそれぞれ発表。その他87年2月6日

漁業、送配電用5億5,040万、5月27日、資金調達、村落開発、運輸用4億2,250万、12月3日、灌漑用2.34億、地方道路用1.9億の供与があり、11月30日農相は、「40の農村加工工場建設用に1.7億の供与を世銀は承認した」と談。

- ・ シレガル中銀総裁、87年10月8日、「ADB借款は87年6月末現在43億、うち11億使用済」と談。また、ADBは12月18日、非石油・ガス産品輸出の拡大及び多様化を支援するため1.5億のプログラム・ローン（政策融資）供与承認。プログラム・ローンはプロジェクト・ローンと異なり、原材料の輸入を対象とし、即効性あるのが特色と説明された。
- ・ IMF、5月5日、4億6,290SDR（約6億900万）の供与承認。
- ・ UNDPと87年1月3日河川開発用100万、2月4日病虫害駆除計画用95万9,210、3月2日海洋開発用36.1万供与。同日生活環境面援助協定、8月31日、投資振興に関する技術協力協定調印。FAOと7月31日農業プロジェクトに関する協定調印。スイスが4年間210万をFAOを通じ農業技術者研修用に供与。12月9日国連農業開発国際基金（IFAD）1,400万供与。

④ 米 国（単位ドル）

- ・ 87年10月下旬AIDジャカルタ代表部、「9月30日終了の87年度対インドネシアAIDの援助額は1億790万ドル（84年以降最高）、IGGI会議における米援助供与約束額を上回った」と発表。援助協定としては、8月27日家族計画用1,170万（無償）、8月31日農村支援用4,300万（無償）、同日村落道路保守用800万と無償の312万、9月15日データ通信調査用60万（無償）、10月10日農業教育用258万など。
- ・ PL480号に基づく追加食糧援助（グラント）供与協定9月3日ジャカルタで調印され、この時、「800万相当、86年度IGGI枠内援助、6月10日調印の2,330万食糧援助と同種協定」と指摘された。これより先6月16日PL480号枠内21万tの小麦購入用350万供与。
- ・ 87年9月25日米輸出入銀行、各種開発プロジェクトを賄うための1億ドルの緩い条件のローンをインドネシアに供与することを決定、これに関するマスター・クレジット協定、ワシントンで調印。このローンは運輸、通信、ハイテク部門に使用される。この件は2月23～26日来訪の同輸銀副総裁との会談ですでに合意を見ていた。

⑤ オランダ、西独、英、仏、伊

◎オランダ（単位ギルダー）

- ・ 87年3月1日、87年度1.82億（86年度を300万上回る）の供与合意

議事録に調印。1.82億中1億がソフトローン、0.82億が無償援助、このほか5,000万のソフトローンの形の追加援助供与。村落開発、農業、保健、運輸・通信、エネルギー、家族計画、海事、小規模工業開発用。2月21日～3月1日オランダ開発協力相兼IGGI議長が来訪し、上記の調印は外務省対外経済総局長とオランダの国際協力総局長の間で実施。12月21日開発プロジェクトに必要な輸入及びローカルコストを賄うための5,000万ソフトローン供与。なお、4月20日発電機7基（総出力1万4,250kw）を無償援助。

◎西独（単位マルク）

- ・87年11月23日在インドネシア西独大使館、「西独は対インドネシア短期支援措置として5,000万（3,000万ドル）のプログラム援助供与。これは10月28日調印のIGGI枠内新規ローン1億と未使用5,630万の計1億5,630万（約9,000万ドル）の西独の対インドネシア・ソフトローン援助の一部で、西独からの物資調達と資金繰りに使用される。なお、2国間技術援助、無償援助の枠内で3,675万援助供与協定が結ばれている」と発表。その他、87年4月13日デジタル自動電話交換センター2,137.7万の輸出クレジット協定、5月4日、客船調達用1,000億ルピア借款（IGGI枠外）協定調印。11月28日、西ジャワ・ブカシの西独援助木材技術訓練センター（27万ドル）開所式実施。

◎英 国（単位ポンド）

- ・英海外開発相87年10月25～28日来訪時、英国は6月のIGGI会議で1.3億のプロジェクト援助約束と談。10月26日同相とハビビエ国務相の間で87年～2007年バタム島電力開発企業化調査実施（25万の無償援助を含む）に合意。

◎仏

- ・87年11月23日、15.05億フラン（2.6億ドル）の開発援助供与。この援助は、先のIGGI会議でフランスが表明した援助供与約束額を上回るもので、プロジェクトにはジャカルタ飲用水処理場、マイクロウエーブ、地熱開発、スカルノ・ハッタ空港拡張などが含まれる。

◎伊

- ・87年8月4日、7.17億リラの漁業プロジェクト用無償援助供与。11月13日、イタリアと漏電研究設備の供給及びインドネシア技術者訓練を賄うための390万ドル無償援助供与。

第5次開発計画においては、開発促進のため外国援助を必要としているが、政治的「ひも」のついていない、ソフトな条件で、インドネシアの弁済能力の範囲内のものでなければならないと自己規制している。さらに「債務管理体制を整備し、新規受入

れのチェックを強化する。また、事態の推移に則して、ソフトなディスパースの早い特別援助受入れの選択肢を開いておく」と外国援助の活用方法について十分に検討している。

Ⅱ-2 インドネシアの家族計画分野をとりまく最近の状況について

1. 人口基礎状況

a. 人口とその推移

中央統計局の予測による1989年3月のインドネシア人口は1億7,910万人である(表9を参照)。1930年の人口は6,070万人(表10)だったので59年間に2.95倍に増加したわけである。

1930年から1961年までの年平均人口増加率は1.5%で比較的緩やかであったが、1961年から1971年にかけては2.1%に増大した。1971年の人口は1億1,920万人と巨大になった上に、同年から80年までの年平均人口増加率は2.3%と高まった(表10参照)。その後、国家家族計画調整委員会(BKKBN)のプログラムの効果がでてきて、若干増加率は緩んで、1980-85年は年率2.15%と低下した(表11)。第4次5カ年計画終了年の1988年度には2.08%へとさらに低下した。第5カ年計画終了年の1993年には1.78%に退化すると予測されている。同年の人口は1億9,290万人になると予測されている(表12参照)。

表9 ベリタI(第1次5カ年計画)からベリタV(第5次5カ年計画)までのインドネシアの人口・人口増加率・出生率・死亡率
合計出生率・乳児死亡率の推移

	ベリタI 初年度 1969	ベリタI 最終年度 1974	ベリタII 最終年度 1979	ベリタIII 最終年度 1984	ベリタIV 最終年度 1989	ベリタV 最終年度 1994
総人口(100万人)	114.6	129.1	144.8	161.3	179.1	196.3
人口増加率	2.16%	2.27%	2.25%	2.14%	2.02%	1.74%
出生率(人口1000対)	42.10	37.95	34.20	30.90	27.99	24.87
死亡率(人口1000対)	17.48	14.30	11.70	9.52	7.82	7.48
合計出生率	5.605	5.139	4.548	3.933	3.378	2.930
乳児死亡率(男)	152.20	131.51	107.97	75.25	62.39	54.55
乳児死亡率(女)	128.90	110.95	90.19	61.02	49.91	42.84

出所：中央統計局

表10 インドネシア人口の分布と推移と年平均増加率の推移
(1930年-1980年)

年 地域	1930年		1961年		1971年		1980年			年平均人口増加率		
	人口 (百万人)	分布 (%)	人口 (百万人)	分布 (%)	人口 (百万人)	分布 (%)	人口 (百万人)	分布 (%)	1930年 から 1961年	1961年 から 1971年	1971年 から 1980年	
ジャバ	41.7	68.7	63.0	65.0	76.1	63.8	91.3	61.9	1.3	1.9	2.0	
スマトラ	8.2	13.5	15.7	16.2	20.8	17.5	28.0	19.0	2.1	2.9	3.3	
カリマンタン	2.2	3.6	4.1	4.2	5.2	4.4	6.7	4.5	2.1	2.4	2.8	
スラベシ	4.2	6.9	7.1	7.3	8.5	7.1	10.4	7.1	1.7	1.8	2.2	
その他	4.4	7.3	7.1	7.3	8.6	7.2	11.1	7.5	1.6	2.0	2.8	
総人口	60.7	100.0	97.0	100.0	119.2	100.0	147.5	100.0	1.5	2.1	2.3	

出所：中央統計局

表11 地域別インドネシア人口増加率の推移
(1961年-1985年)

	年平均人口増加率		
	1961年-1971年	1971年-1980年	1980年-1985年
ジャワ	1.91%	2.02%	1.81%
スマトラ	2.86%	3.32%	3.08%
カリマンタン	2.34%	2.96%	2.81%
ヌサテングラ	1.78%	2.01%	1.93%
マルクと イリアンジャワ	2.69%	2.79%	2.88%
全国平均	2.10%	2.32%	2.15%

出所：中央統計局

表12 ペリタV(第5次5カ年計画)における人口統計

	ペリタIV 最終年度 1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
総人口(百万人)	175.6	179.1	182.6	186.1	189.5	192.9
人口増加率(%)	2.08	2.02	1.96	1.90	1.84	1.78
出生率(人口1000対)	28.70	27.99	27.29	26.61	25.95	25.30
死亡率(人口1000対)	7.90	7.82	7.74	7.66	7.58	7.50
合計出生率	3.482	3.378	3.276	3.178	3.082	2.990
乳児死亡率(男)	64.21	62.39	60.62	58.90	57.22	55.60
乳児死亡率(女)	51.57	49.91	48.30	46.74	45.24	43.78
乳児死亡率(平均)	58.04	56.30	54.61	52.97	51.38	49.83
15歳-49歳の妊娠可能年齢女性人口 (百万人)	44.391	45.583	46.775	47.983	49.224	50.473
結婚比率(%)	67.53	67.36	67.30	67.06	66.92	66.78
15歳-49歳の妊娠可能年齢の妻人口 (百万人)	29.977	30.705	31.480	32.177	32.941	33.706
家族計画実行率(%)	47.96	48.96	49.93	50.77	51.62	52.35
家族計画実行夫婦人口 (百万人)	14.377	15.033	15.718	16.337	17.004	17.645

出所：中央統計局

b. 男女別人口と性比の推移

インドネシア人口の男女別人口と性比の推移を1961年から1990年までまとめたのが表13である。

男子人口比率は1961年には97.3と低かったものの、1980年には98.8と上昇し1990年には99.2になると予測されている。

表13 男女別人口と性比の推移

(単位：千人)

年	総人口	男子人口	女子人口	性比※
1961	96,318.7	47,493.8	48,824.9	97.3
1971	118,349.9	58,338.6	60,011.3	97.2
1980	146,776.8	72,951.7	73,825.1	98.8
1985	164,046.9	81,644.0	82,402.9	99.1
1990	182,650.4	90,963.4	91,487.0	99.2

出所：中央統計局

備考：女子人口100にする男子人口の比率

c. 人口年齢5歳階級別割合の推移

インドネシアの人口は若い。1985年の15歳以下の人口は6,456万人で総人口の39.2%を占めている(表14参照)。今日のように家族計画が普及していない1961年には、15歳以下の男性人口は総男性人口の43.1%で、一方15歳以下の女性人口は総女性人口の41.1%であった(表15参照)。

0歳から4歳の年齢グループ人口の比率がどのように変化したかを見ると、1961年は男性は17.8%で女性は17.6%だったものが、1971年にはそれぞれ16.4%と15.8%に低下した。国家家族計画プログラムが活発になってからはさらに低下して1980年には男性人口は14.4%に女性人口は13.7%になった(表15参照)。

1985年には男性人口は13.5%で女性人口は12.8%にとさらに低下した。1990年には男性人口は13.0%に、女性人口は12.5%になると予測されている(表14参照)。

一方、50歳以上の人口が総人口に占める比率は少なく、1985年には12.1%である。1990年には若干上昇して13.0%になると予想されている(表14参照)。

表14 年齢グループ及び性別によるインドネシア人口
(1971年、1980年、1985年、1990年)

年 齢	男				女			
	1971	1980	1985	1990*	1971	1980	1985	1990*
0-4	9,606.2	10,816.0	11,007.8	11,834.3	9,492.5	10,374.7	10,542.6	11,421.9
5-9	9,525.2	10,832.4	11,378.1	11,002.8	9,236.9	10,399.5	10,738.5	10,514.5
10-14	7,353.4	9,131.9	10,783.2	11,188.7	6,826.2	8,487.2	10,113.4	10,604.3
15-24	9,189.4	13,491.1	14,719.9	18,469.8	10,167.3	14,793.7	16,134.7	18,427.8
25-49	17,106.4	20,483.1	24,154.1	27,069.7	18,434.7	21,147.7	24,483.5	28,347.0
50+	5,551.0	8,186.2	9,596.9	11,398.1	5,845.7	8,612.9	10,386.9	12,371.4
年齢不詳	7.0	11.0	4.0	-	8.0	9.4	3.3	-
Total	58,338.6	72,951.7	81,644.0	90,963.4	60,011.3	73,825.1	82,402.9	91,587.0

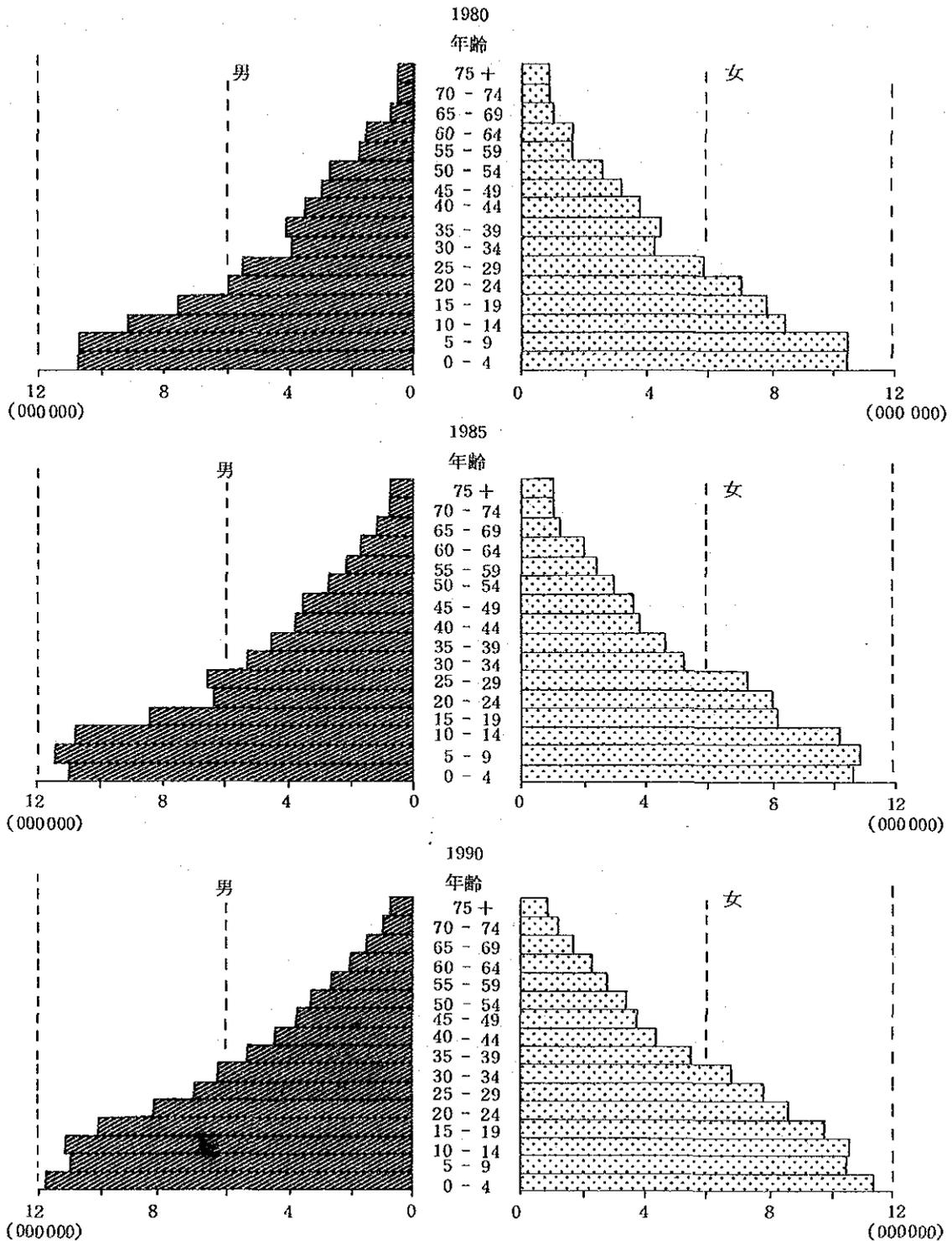
備考：* 年末の予測
出所：中央統計局

表15 男女別及び5歳階級別によるインドネシア人口比率の推移
(1961年、1971年、1980年)

年 齢	1961年		1971年		1980年	
	男 性	女 性	男 性	女 性	男 性	女 性
0-4	17.8	17.6	16.4	15.8	14.4	13.7
5-9	16.2	15.6	16.3	15.4	14.8	14.1
10-14	9.1	7.9	12.6	11.4	12.8	11.8
15-24	15.3	16.8	15.8	16.9	18.4	20.3
25-49	27.5*	28.5*	25.2	27.0	28.6	28.9
50+	14.1**	13.6**	13.7	13.5	11.0	11.2
総 計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

備考：①* 年齢25-44歳
②** 年齢45歳以上
出所：中央統計局

図2 インドネシアの人口ピラミッドの推移
(1980年、1985年、1990年)



出所：中央統計局

d. 行政地区別人口・人口密度・人口比重の推移

(1) 行政地区別人口の推移

行政地区別人口で見ると東ジャワ州が最大で1985年には3,126万人を有している。2番目が西ジャワ州で3,083万人である。3番目は中部ジャワ州で2,695万人である。首都ジャカルタ特別市は789万人で、5番目の大きな人口を有している。一方、人口の最も少ない州は東チモール州でわずか63万人である(表16参照)。

人口増加率で見ると1980年から1985年の間で最大なのはランボンで5.01%であった。次は東カリマンタン州の4.41%。3番目はブンクルで4.19%。首都ジャカルタは3.93%で4番であった(表17参照)。

1990年における総人口に占める比率で見ると西ジャワ州は18.93%で最大になると予測されている。2番目は東ジャワ州で18.31%。3番目が中部ジャワの15.65%。首都ジャカルタ特別市は5.23%で5番目になる(表18参照)。

なお、1988年及び1993年の州別による人口は表19を参照。

(2) 行政地区別人口密度の推移

インドネシアの1985年の人口密度は1平方キロメートル当り85人であるが、ジャカルタ特別市の人口密度は特別に大きく、1万3,366人(全国平均85人の157倍)であった。2番目はジョグジャカルタ特別市で925人(全国平均の11倍)。3番目は中部ジャワ州で788人(全国平均の9.3倍)。一方最も少ないのはイリアン・ジャワで3人(全国平均の3.5%)に過ぎなかった。

1990年には全国平均の人口密度は1985年のレベルから11.8%増大して95人になると予測されている。

1985年と比べるとジャカルタ特別市の人口密度は21.1%(全国平均の2倍近い)増加して1万6,186人(全国平均の170倍)になると予測される。ジャカルタ特別市への人口集中が増々顕著になってきている。ただし、2番目に高い人口密度になると予測されているジョグジャカルタ特別市の増加率は6.4%(全国平均の54%)で984人(全国平均の10.4倍)になると見込まれている。3番目に高い人口密度になると予測されている中部ジャワ州の人口密度増加率6.1%(全国平均の52%)で836人になると見込まれている。イリアン・ジャワ州は1990年においても人口密度が最小で4人(全国平均の4.2%)と予測されている(表20参照)。

表16 州別及び島別によるインドネシア人口と世帯数の推移
(1980年、1985年)

州及び島	人 口 (千人)		世 帯 数 (千人)		平均家族数(千人)	
	1980	1985	1980	1985	1980	1985
1. アチェ	2,611	2,972	531	604	4.9	4.9
2. 北スマトラ	8,361	9,422	1,548	1,801	5.4	5.2
3. 西スマトラ	3,407	3,698	704	725	4.8	5.1
4. リアウ	2,169	2,548	413	512	5.2	5.0
5. ジャンビ	1,446	1,745	300	448	4.8	3.9
6. 南スマトラ	4,630	5,370	857	1,108	5.1	4.8
7. ブンクル	768	943	150	191	5.3	4.9
8. ランボン	4,625	5,905	872	1,282	5.4	4.6
スマトラ島	28,016	32,603	5,376	6,671	5.2	4.9
9. ジャカルタ特別市	6,503	7,885	1,164	1,783	5.6	4.4
10. 西ジャワ	27,454	30,830	6,100	7,564	4.5	4.1
11. 中部ジャワ	25,373	26,945	5,286	5,391	4.8	5.0
12. ジョグジャカルタ特別市	2,751	2,930	593	676	4.6	4.3
13. 東ジャワ	29,189	31,262	6,479	7,345	4.5	4.3
ジャワ島	91,270	99,852	19,622	22,759	4.6	4.4
14. パリ	2,470	2,649	485	553	5.1	4.8
15. 西ヌサテンガラ	2,725	2,995	594	660	4.6	4.5
16. 東ヌサテンガラ	2,737	3,061	496	572	5.5	5.4
17. 東チモール	550	631	—	120	—	5.3
ヌサテンガラ諸島	8,487	9,336	1,575	1,905	5.0	4.9
18. 西カリマンタン	2,486	2,819	458	571	5.4	4.9
19. 中部カリマンタン	954	1,118	186	292	5.1	3.8
20. 南カリマンタン	2,065	2,273	444	512	4.6	4.4
21. 東カリマンタン	1,218	1,512	235	305	5.2	5.0
カリマンタン島	6,723	7,722	1,323	1,680	5.1	4.6
22. 北スラウエシ	2,115	2,313	399	526	5.3	4.4
23. 中部スラウエシ	1,290	1,511	233	310	5.5	4.9
24. 南スラウエシ	6,062	6,610	1,117	1,270	5.4	5.2
25. 東南スラウエシ	942	1,120	174	216	5.4	5.2
スラウエシ島	10,410	11,554	1,923	2,322	5.4	5.0
26. マルク	1,411	1,609	229	290	6.1	5.6
27. イリアン・ジャワ	1,174	1,371	216	264	5.4	5.2
マルク・イリアン・ジャワ島	2,585	2,980	444	554	5.8	5.4
合 計	147,490	164,047	30,263	35,889	4.9	4.6

出所：中央統計局

表17 州別及び島別によるインドネシア人口増加率の推移
(1961年-1985年)

州及び島	年間人口増加率		
	1961-1971	1971-1980	1980-1985
1. アチェ	2.14	2.93	2.62
2. 北スマトラ	2.95	2.60	2.42
3. 西スマトラ	1.90	2.21	1.65
4. リアウ	2.92	3.11	3.28
5. ジャンビ	3.09	4.07	3.83
6. 南スマトラ	2.20	3.32	3.01
7. ブンクル	2.51	4.39	4.19
8. ランボン	5.29	5.77	5.01
スマトラ島	2.86	3.32	3.08
9. ジャカルタ特別市	4.46	3.93	3.93
10. 西ジャワ	2.09	2.66	2.35
11. 中部ジャワ	1.76	1.64	1.21
12. ジョグジャカルタ特別市	1.07	1.10	1.27
13. 東ジャワ	1.59	1.49	1.38
ジャワ島	1.91	2.02	1.81
14. バリ	1.77	1.69	1.42
15. 西ヌサテンガラ	2.02	2.36	1.91
16. 東ヌサテンガラ	1.57	1.95	2.26
17. 東チモール	—	—	2.58
ヌサテンガラ諸島	1.78	2.01	1.93
18. 西カリマンタン	2.51	2.31	2.55
19. 中部カリマンタン	3.56	3.43	3.21
20. 南カリマンタン	1.45	2.16	1.94
21. 東カリマンタン	2.94	5.73	4.41
カリマンタン島	2.34	2.96	2.81
22. 北スラウエシ	2.78	2.31	1.80
23. 中部スラウエシ	2.83	3.86	3.22
24. 南スラウエシ	1.40	1.74	1.74
25. 東南スラウエシ	2.49	3.09	3.51
スラウエシ島	1.90	2.22	2.11
26. マルク	3.31	2.88	2.66
27. イリアン・ジャワ	2.01	2.67	3.15
マルク・イリアン・ジャワ島	2.69	2.79	2.88
合計	2.10	2.32	2.15

出所：中央統計局

表18 インドネシア総人口に占める州別人口の比率

州	総人口に占める比率			
	1971	1980	1985	1990*
1. アチェ	1.68	1.77	1.81	1.85
2. 北スマトラ	5.55	5.57	5.74	5.81
3. 西スマトラ	2.34	2.31	2.25	2.19
4. リアウ	1.38	1.47	1.55	1.54
5. ジャンビ	0.84	0.98	1.06	1.15
6. 南スマトラ	2.89	3.14	3.27	3.40
7. ブンクル	0.44	0.52	0.57	0.63
8. ランボン	2.33	3.14	3.60	4.12
9. ジャカルタ特別市	3.84	4.41	4.81	5.23
10. 西ジャワ	18.14	18.51	18.79	18.93
11. 中部ジャワ	18.35	17.20	16.43	15.65
12. ジョグジャカルタ特別市	2.09	1.87	1.79	1.71
13. 東ジャワ	21.41	19.79	19.06	18.31
14. バリ	1.78	1.67	1.52	1.55
15. 西ヌサテンガラ	1.85	1.85	1.83	1.80
16. 東ヌサテンガラ	1.92	1.86	1.87	1.87
17. 東チモール	—	0.38	0.38	0.39
18. 西カリマンタン	1.69	1.68	1.72	1.75
19. 中部カリマンタン	0.59	0.65	0.68	0.72
20. 南カリマンタン	1.42	1.40	1.39	1.37
21. 東カリマンタン	0.62	0.83	0.92	1.03
22. 北スラウエシ	1.44	1.43	1.41	1.38
23. 中部スラウエシ	0.77	0.87	0.92	0.97
24. 南スラウエシ	4.34	4.11	4.03	3.94
25. 東南スラウエシ	0.60	0.64	0.68	0.73
26. マルク	0.92	0.96	0.98	1.00
27. イリアン・ジャワ	0.84	0.79	0.94	0.88
合計	100.00	100.00	100.00	100.00

出所：1971年及び1980年の人口調査

1985年中間人口調査

1985—2005年の人口予測

備考：年末の予測値

表19 州別によるインドネシア人口(1988年と1993年)

州	面積 (千km ²)	人口 (百万人)		年平均 増加率 (%)	人口密度 (人/km ²)	
		1988	1993		1988	1993
1. アチェ	55.4	3.2	3.6	2.44	58	66
2. 北スマトラ	70.8	10.1	11.2	1.98	143	158
3. 西スマトラ	49.8	3.9	4.1	1.02	78	82
4. リアウ	94.6	2.8	3.2	2.73	30	34
5. ジャンビ	44.8	1.9	2.3	3.36	43	51
6. 南スマトラ	103.7	5.9	6.8	2.74	57	65
7. ベンクル	21.2	1.1	1.3	3.87	51	61
8. ランボン	33.3	6.9	8.7	4.82	207	262
スマトラ 計	473.6	35.8	41.2	2.81	76	87
9. ジャカルタ	0.6	8.8	10.3	3.23	14,922	17,491
10. 西ジャワ	46.3	33.1	36.3	1.88	715	785
11. 中部ジャワ	34.2	28.3	30.1	1.25	826	879
12. ジョグジャカルタ	3.2	3.1	3.3	1.39	972	1,042
13. 東ジャワ	47.9	32.5	34.1	0.97	679	712
ジャワ 計	132.2	105.8	114.1	1.54	800	864
14. バリ	5.5	2.8	2.9	1.03	495	521
15. 西ヌサテンガラ	20.2	3.2	3.6	2.09	160	178
16. 東ヌサテンガラ	47.9	3.3	3.7	2.09	69	77
17. 東チモール	14.9	0.7	0.8	2.63	47	53
バリ・ヌサテンガラ 計	88.5	10.0	11.0	1.84	113	124
18. 西カリマンタン	146.8	3.1	3.5	2.47	21	24
19. 中部カリマンタン	152.6	1.2	1.4	2.97	8	9
20. 南カリマンタン	37.7	2.4	2.6	1.71	64	70
21. 東カリマンタン	202.4	1.7	2.1	3.90	9	10
カリマンタン 計	539.5	8.4	9.6	2.63	16	18
22. 北スラウェシ	19.0	2.4	2.6	1.41	128	137
23. 中部スラウェシ	69.7	1.7	1.9	3.17	24	28
24. 南スラウェシ	72.8	6.9	7.3	1.07	95	100
25. 東南スラウェシ	27.7	1.3	1.5	3.26	45	53
スラウェシ 計	189.2	12.3	13.3	1.66	65	71
26. マルク	74.5	1.8	2.0	2.47	24	27
27. 西イリアン	421.9	1.5	1.7	2.79	4	4
マルク・西イリアン 計	496.4	3.3	3.7	2.62	7	8
合 計	1,919.4	175.6	192.9	1.90	91	101

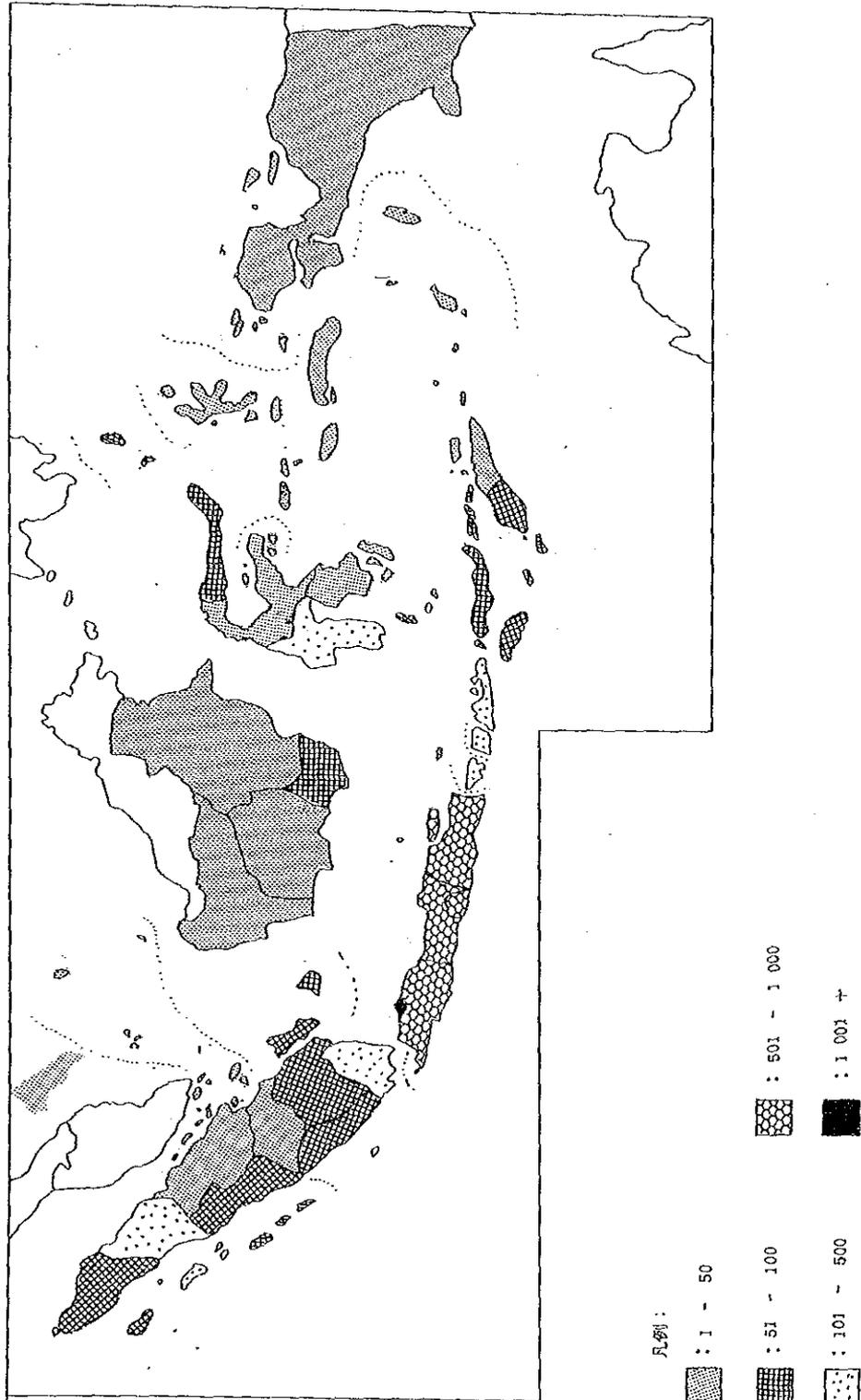
出所：第5次5ヶ年計画書

表20 インドネシアの州別面積及び人口密度

州	面積 (km ²)	面積の 比率	人口密度			
			1971	1980	1985	1990*
1. アチェ	55,392	2.88	36	47	54	61
2. 北スマトラ	70,787	3.69	93	118	133	150
3. 西スマトラ	49,778	2.59	56	69	74	81
4. リアウ	94,562	4.93	17	23	27	32
5. ジャンビ	44,924	2.34	22	32	39	47
6. 南スマトラ	103,688	5.40	33	45	52	60
7. ブンクル	21,168	1.10	24	36	45	55
8. ランボン	33,307	1.74	83	139	177	226
9. ジャカルタ特別市	590	0.03	7,761	11,023	13,366	16,186
10. 西ジャワ	46,300	2.41	467	593	666	747
11. 中部ジャワ	34,206	1.78	640	742	788	836
12. ショグジャカルタ特別市	3,169	0.17	785	858	925	984
13. 東ジャワ	47,922	2.50	532	609	652	698
14. バリ	5,561	0.29	381	444	476	510
15. 西ヌサテンガラ	20,177	1.05	109	135	148	163
16. 東ヌサテンガラ	47,876	2.49	48	57	54	71
17. 東チモール	14,874	0.78	—	37	42	48
18. 西カリマンタン	146,760	7.65	14	17	19	22
19. 中部カリマンタン	152,600	7.95	5	6	7	9
20. 南カリマンタン	37,660	1.96	45	55	60	55
21. 東カリマンタン	202,440	10.55	4	6	7	9
22. 北スラウエシ	19,023	0.99	90	111	122	133
23. 中部スラウエシ	69,726	3.63	13	18	22	25
24. 南スラウエシ	72,781	3.79	71	83	91	99
25. 東南スラウエシ	27,686	1.44	26	34	40	48
26. マルタ	74,505	3.88	15	19	22	25
27. イリアン・ジャワ	421,981	21.99	2	3	3	4
合計	1,919,443	100.00	62	77	85	95

出所：インドネシア陸軍地勢部
 1971年及び1980年人口調査
 1985年中間人口調査
 1985—2005年人口予測
 備考：年末の予測値

図3 州別による人口密度グラフ(1988年)



出所: 中央統計局

(3) 行政地区別人口比重の推移

インドネシアの人口比重はジャワ島が最大である。1930年において、全国面積のわずか6.89%を占めるジャワ島に総人口6,070万人の68.7%が集中していた。しかし、その人口集中度はその後段々と低下しており、1961年には65.0%、1971年には63.8%、1980年には61.9%、1988年には60.24%と低下した。表21参照。

ジャワ島に次いで人口集中が顕著なのはスマトラ島である。1930年において総人口の13.5%がスマトラ島に集中していた。スマトラ島における人口集中は年々増大しており、1961年には16.2%、1971年には17.5%、1980年には19.0%、1988年には20.4%と増大した。

ただし、スマトラ島の面積は47万平方キロメートル(ジャワ島の3.58倍)と巨大で全国面積の24.67%を有しているためにスマトラ島の人口密度は全国平均より低い。1930年においては全国平均が32人に対して17人であった。表23参照。1988年においても全国平均90人に対して74人であった。表24参照。

表21で明らかなようにジャワ島への人口集中が緩和された分だけ他の島へ人口が拡散された形になっている。1930年と1988年を比較して見るとジャワ島の人口集中が8.46%低下した。一方スマトラ島は6.93%上昇した。カリマンタン島は1.2%、スラウエシ島は0.13%、その他(ヌサテンガラ島とマルク・イリアン・ジャワ島)は0.2%増大した。

しかしジャワ島への人口集中の緩和は相対的なものであり、実数では1930年の4,170万人が1988年には1億556万人と25.3倍の増加を示し、人口密度も809人と全国平均の9倍の過密度である。表22と表24参照。

こうした人口比重の州別の移動を1980年と1988年のデータ(表24)で見ると、総人口に占める州の人口比率が増加するのは18州で、減少するのは9州である。増加が目立つのはスマトラ島で、8州のうち7州が増加している。カリマンタン島でも4州のうち3州で増加を示している。マルク・イリアン・ジャワ島は総人口に占める人口比率が小さいがこの2州はすべて増加をした。一方減少が目立つのはジャワ島で、この5州のうち3州で比率が低下している。ただし、ジャカルタ特別市の比率は4.41%から5.05%へと大きく増加した。その増加率は36.7%である。人口密度も1980年の9,913人が1万3,506人と増加している。

1980年から1988年にかけて人口比率はジャワ島とヌサテンガラ諸島とスラウエシ島からスマトラ島とカリマンタン島とマルク・イリアン・ジャワ諸島へと移動したが、その移動率は極めて少ない。

表 21 インドネシアの島別の人口分布比率 (%) の推移
(1930 年 - 1988 年)

島	人口の分布比率 (%)				
	1930年	1961年	1971年	1980年	1988年
ジャワ	68.7	65.0	63.8	61.9	60.24
スマトラ	13.5	16.2	17.5	19.0	20.43
カリマンタン	3.6	4.2	4.4	4.5	4.8
スラウエシ	6.9	7.3	7.1	7.1	7.03
その他	7.3	7.3	7.2	7.5	7.50
全 土	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

表 22 インドネシアの島別人口の推移
(1930 年 - 1988 年)

島	人 口 (百万人)				
	1930年	1961年	1971年	1980年	1988年
ジャワ	41.7	63.0	76.1	91.3	105.560
スマトラ	8.2	15.7	20.8	28.0	35.789
カリマンタン	2.2	4.1	5.2	6.7	8.406
スラウエシ	4.2	7.1	8.5	10.4	12.316
その他	4.4	7.1	8.6	11.1	13.145
全 土	60.7	97.0	119.2	147.5	175.216

表 23 インドネシアの各島の面積と全土に占める比率及び各島における人口密度の推移
(1930 年 - 1980 年)

島	面 積 ¹⁾		1 平方キロメートル当りの人口密度 ²⁾			
	面積 (km ²)	全土に占める比率 (%)	1930	1961	1971	1980
1. ジャワ	132,187	6.89	315	476	576	690
2. スマトラ	473,606	24.67	17	33	44	59
3. カリマンタン	539,460	28.11	4	8	10	12
4. スラウエシ	189,216	9.85	22	38	45	55
5. その他	584,974	30.48	8	12	15	19
全 土	1,919,443	100.00	32	51	62	77

備考 1) 土地面積は軍隊地形図サービスの測定による

2) 人口調査の結果からの計算値

出所：中央統計局

表 24 州／島別による人口及び人口密度（1980年と1988年）

州／島	面積 (km ²)	全土に占める 比率(%)	人 口 (1,000人)		総人口に占める比率 (%)		1平方キロメートル当り の人口密度	
			1980	1988	1980	1988	1980	1988
1) アチエ	55,390	2.84	2,611	3,215	1.77	1.84	47	58
2) 北スマトラ	71,680	3.68	8,351	10,132	5.67	5.78	117	141
3) 西スマトラ	42,297	2.17	3,406	3,889	2.31	2.22	81	92
4) リアウ	94,561	4.85	2,164	2,810	1.47	1.60	23	30
5) ジャンビ	53,436	2.74	1,444	1,955	0.98	1.12	27	37
6) 南スマトラ	109,254	5.61	4,628	5,875	3.14	3.35	42	54
7) ブンクル	19,786	1.02	768	1,068	0.52	0.61	39	54
8) ランポン	35,376	1.81	4,624	6,845	3.14	3.91	131	193
スマトラ島	481,780	24.72	27,996	35,789	19.00	20.43	58	74
9) ジャカルタ特別市	656	0.03	6,481	8,860	4.41	5.05	9,913	13,506
10) 西ジャワ	44,176	2.27	27,450	33,085	18.61	18.88	621	749
11) 中部ジャワ	34,503	1.77	25,367	27,962	17.20	15.96	735	810
12) ショグジャカルタ特別市	3,142	0.16	2,750	3,046	1.87	1.74	876	969
13) 東ジャワ	47,921	2.46	29,169	32,607	19.79	18.61	609	680
ジャワ島	130,398	6.69	91,217	105,560	61.88	60.24	700	809
14) バリ	5,532	0.28	2,470	2,766	1.67	1.58	446	500
15) 西サテングラ	20,153	1.04	2,723	3,172	1.85	1.81	135	157
16) 東サテングラ	47,389	2.43	2,737	3,277	1.86	1.87	58	69
17) 東チモール	14,619	0.75	—	682	0.37	0.39	38	47
サテングラ諸島	87,693	4.50	7,930	9,897	5.75	5.65	97	113

表 24(つづき) 州/島別による人口及び人口密度(1980年と1988年)

州/島	面積 (km ²)	全土に占める 比率(%)	人 (1,000人)		総人口に占める比率 (%)		1平方キロメートル 当たりの人口密度	
			1980	1988	1980	1988	1980	1988
18) 西カリマンタン	146,807	7.53	2,485	3,044	1.68	1.74	17	21
19) 中部カリマンタン	153,800	7.89	954	1,230	0.65	0.70	6	8
20) 南カリマンタン	36,985	1.90	2,063	2,410	1.40	1.38	56	65
21) 東カリマンタン	211,440	10.85	1,215	1,722	0.83	0.98	6	8
カリマンタン島	549,032	28.17	6,717	8,406	4.56	4.80	12	15
22) 北スラウエシ	25,786	1.32	2,115	2,442	1.43	1.39	82	95
23) 中部スラウエシ	68,033	3.49	1,284	1,663	0.88	0.95	19	24
24) 南スラウエシ	62,482	3.21	6,060	6,968	4.11	3.98	97	112
25) 東南スラウエシ	38,140	1.96	942	1,243	0.64	0.71	25	33
スラウエシ島	194,441	9.98	10,401	12,316	7.06	7.03	54	63
26) マルク	85,728	4.40	1,408	1,742	0.96	0.99	16	20
27) イリアン・ジャワ	419,666	21.53	1,107	1,506	0.79	0.86	3	4
マルク・イリアン・ジャワ諸島	505,388	25.93	2,515	3,248	1.75	1.85	5	6
全土	1,948,732	100.00	146,776	175,216	100.00	100.00	76	90

出所：1) Directorate General Public Government & Regional Autonomy, Ministry of Internal Affairs.
 2) Population of Indonesia 1980, Result of the 1980 Population Census, series S No. 2, Central Bureau of Statistics, Jakarta.
 3) Population projection of Indonesia 1985-2005, Central Bureau of Statistics, Jakarta.

e. 人口の都市化率の推移

人口の都市への集中は近年急速に進んでいる。1980年には総人口に占める都市人口の比率は22.34%だったが1988年には26.18%に増大している。この増加率は39.65%である。表25参照。

第5次5ヶ年計画書によると1988年の都市人口は5,020万人で都市化率は28.5%（都市人口について統一見解が出されていないのではないかと思える）だが、1993年には31.69%に増大すると予測されている。表26参照。

こうした人口の都市化が興味深いのは大型・中型都市の人口吸引力である。1980年のデータ（表27）では、都市人口3,284万人の44.9%に当る1,477万人が10大都市に集中している。この10大都市人口は総人口の10%にも相当する。

表25 島内における都市及び農村人口と都市人口比率（1980年と1988年）

島	都市人口 (1,000人)		農村人口 (1,000人)		総人口に占める 都市人口比率(%)	
	1980年	1988年	1980年	1988年	1980年	1988年
スマトラ	5,481.4	7,811.0	22,514.5	27,978.1	19.58	21.82
ジャワ	22,926.4	32,049.7	68,290.6	73,510.5	25.13	30.36
カリマンタン	1,441.3	2,010.8	5,275.6	6,395.3	21.46	23.97
スラウエシ	1,654.2	2,063.7	8,746.3	10,252.8	15.90	16.76
その他	1,342.5	1,936.1	9,103.6	11,208.7	12.85	14.73
合計	32,845.8	45,871.3	113,930.7	129,345.4	22.34	26.18

- 出所：1. 1980年人口調査
2. 1985年中間人口調査による1988年都市農村人口予測値

表26 都市及び農村人口（1988年と1993年）

（単位：百万人）

区分	1988年	1993年
都市	50.2 (28.59%)	61.1 (31.69%)
農村	125.4 (71.41%)	131.8 (68.31%)
計	175.6 (100.00%)	192.9 (100.00%)

出所：第5次5ヶ年計画書

表 27 インドネシアの 10 大都市人口 (1971 年と 1980 年)

10 大都市	人 口		
	1971年	1980年	増加率 (%)
1. ジャカルタ	4,579,303	6,503,449	42.02
2. スラバヤ	1,556,255	2,027,913	30.31
3. スマラン	646,590	1,026,671	58.78
4. バンドン	1,200,380	1,462,637	21.85
5. メダン	635,562	1,378,955	116.97
6. パレンドン	582,961	787,187	35.03
7. ウジュン・パンゴン	434,766	709,038	63.08
8. ベンジャル・マシ	281,673	381,286	35.36
9. タンジュン・カラング	198,986	284,275	42.86
10. マナド	170,181	217,159	27.60
10 大都市人口 合計	10,286,657	14,778,570	合計 : 43.66
総人口	119,232,499	147,490,298	
10 大都市人口比率	8.6%	10.0%	

出所：中央統計局の「1980年における州別及び県／市別によるインドネシア人口」

2. 人口動態の推移

a. 人口出生力水準の推移

(1) 出生率の推移

第1次5ヶ年計画開始年の1969年には42.10(人口千対)の高い出生率であったが徐々に下がり第4次5ヶ年計画終了年には27.99へと下がった。表28参照。この低下傾向は現行の第5次5ヶ年計画中も継続し、終了年の1993年には25.30%に下がると予測されている。表29参照。

中央統計局の推計によるとこの出生率の低下傾向はさらに続き、2005年には、20.15%になると予測されている。表30参照。

出生率の地域別差異を表31によって見ると1961年から1970年ではジャワが1番低くて41%であった。1番高いのはスマトラで47%であった。1971年から1980年でもジャワの出生率が1番低くて35%であった。しかし2番目に低いのは60年代に最も高かったスマトラで40%であった(カリマンタンも同じく40%に低下している)。つまり、60年代から70年代にかけて出生率の低下が最大だったのはスマトラで47%から40%へと7%も低下した。ジャワは41%から

35%へと6%の低下。カリマンタンは45%から40%へと5%の低下。スラウエシも46%から41%へと5%の低下。逆にその他の地域では44%から45%へと1%の上昇であった。

ところで60年代の自然人口増加率2.1%が70年代には2.3%へと0.2ポイントも増大している。この増大は出生率の低下率を上回る死亡率の低下により引き起こされたものである。出生率は43%から38%へと5%低下したのに対して死亡率は、22%から15%へと7%の大幅な低下である。

表28 第1次5ケ年計画から第5次5ケ年計画までの各5ケ年計画終了年における出生率・死亡率・人口増加率・人口の推移

	第1次 5ケ年計画 開始年 1969年	第1次 5ケ年計画 終了年 1974年	第2次 5ケ年計画 終了年 1979年	第3次 5ケ年計画 終了年 1984年	第4次 5ケ年計画 終了年 1989年	第5次 5ケ年計画 終了年 1994年
出生率	42.10	37.95	34.20	30.90	27.99	24.87
死亡率	17.48	14.30	11.70	9.52	7.82	7.48
人口増加率	2.16%	2.27%	2.25%	2.14%	2.02%	1.74%
人口(百万人)	114.6	129.1	144.8	161.3	179.1	196.3

出所：中央統計局

表29 第5次5ケ年計画中の出生率・死亡率・人口増加率・人口の推移

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
出生率	27.99	27.29	26.61	25.95	25.30
死亡率	7.82	7.74	7.66	7.58	7.50
人口増加率	2.02%	1.96%	1.90%	1.84%	1.78%
人口(百万人)	179.1	182.6	186.1	189.5	192.9

出所：中央統計局

表 30 出生率・死亡率・人口増加率の推移（1966年—2005年）

年	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	人口増加率 (%)	人口 (百万人)
1966. 5			21. 00	
1967			21. 11	
1968			21. 33	
1969	42. 10	17. 48	21. 56	114. 6
1970	41. 24	16. 79	21. 79	117. 4
1971	40. 39	16. 13	22. 01	
1972	39. 56	15. 50	22. 25	
1973	38. 74	14. 89	22. 48	
1973. 5				
1974	37. 95	14. 30	22. 72	129. 1
1975	37. 16	13. 74	22. 96	
1976	36. 40	13. 20	23. 20	
1977	35. 65	12. 68	22. 95	
1978	34. 92	12. 18	22. 70	
1979	34. 20	11. 70	22. 46	144. 8
1980	33. 50	11. 24	22. 21	
1981	32. 81	10. 80	21. 97	
1982	32. 13	10. 38	21. 74	
1983	31. 47	9. 97	21. 50	
1984	30. 90	9. 52	21. 38	161. 3
1985	30. 33	9. 08	21. 25	164. 6
1986	29. 78	8. 67	21. 11	
1987	29. 23	8. 28	20. 95	
1988	28. 70	7. 90	20. 80	
1989	27. 99	7. 82	20. 17	179. 1
1990	27. 29	7. 74	19. 55	
1991	26. 61	7. 66	18. 95	
1992	25. 95	7. 58	18. 37	
1993	25. 30	7. 50	17. 80	
1994	24. 87	7. 48	17. 39	196. 3
1995	24. 44	7. 46	16. 98	
1996	24. 02	7. 44	16. 58	
1997	23. 61	7. 42	16. 19	
1998	23. 20	7. 40	15. 80	
1999	22. 74	7. 38	15. 36	
2000	22. 29	7. 36	14. 93	
2001	21. 85	7. 34	14. 51	
2002	21. 42	7. 32	14. 10	
2003	21. 00	7. 30	13. 70	
2004	20. 59	7. 28	13. 31	
2005	20. 18	7. 26	12. 92	

出所：中央統計局

表 31 1960 年代及び 1970 年代の地域別の平均出生率・死亡率・自然増加率

地 域	1961 年 - 1970 年の平均			1971 年 - 1980 年の平均		
	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然増加率 (%)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然増加率 (%)
シ ャ ヲ	41	21	2.0	35	15	2.0
ス マ ト ラ	47	22	2.5	40	13	2.7
カリマンタン	45	22	2.3	40	15	2.5
スラウエシ	46	23	2.3	41	15	2.6
そ の 他	44	24	2.0	45	17	2.8
全国平均	43	22	2.1	38	15	2.3

出所：(1) 1971 census estimates of age-specific fertility rates (Central Bureau of Statistics, 1976) : adjusted mid-decade age distribution for Indonesia from Speare (n.d.) ; age distributions for regions taken from 1971 census with resulting birth rates adjusted to make their weighted average equal the estimate for Indonesia; (4) for Indonesia, average of age-specific fertility rates for 1971-75 and 1976-79 from Table 12, age distribution for 1976 from SUPAS II (Central Bureau of Statistics, 1978a) ; for regions, average 1974-78 age-specific fertility rates applied to 1979 age distributions from 1979 SUSENAS. with resulting birth rates adjusted to make their weighted average equal the estimate for Indonesia ; (3) and (6) for Indonesia, average intercensal growth rates : for regions, computed as residuals from birth and death rates ; (2) and (5) for Indonesia, computed as residuals ; for regions, death rates implied by child mortality estimates (Table 3), adjusted for consistency with Indonesia estimate.

(2) 合計出生率の推移

合計出生率 (TFR) の低下は目ざましい。第 1 次 5 ヶ年計画開始年の 1969 年には 5.605 であったが、第 4 次 5 ヶ年計画終了年の 1989 年には 3.378 と 40% も低下した。 TFR は現行の第 5 次 5 ヶ年計画終了年の 1994 年には 2.930 とさらに低下すると予測されている。表 32、表 33 を参照。

州別の TFR の低下の推移を表 34 で観察すると 1967-70 年で最少の TFR の州は東ジャワで 4.720 であった。2 番目はジョグジャカルタ、3 番目は首都ジャカルタであった。

1980-85 年の最少の TFR はジョグジャカルタで 1967-70 年の 4.755 より 33.3% の低下で 3.170。全国平均の低下率である 24% よりも 9.3% も大き

い。2番目に低い州は東ジャワで3.325。3番目はバリで3.460。バリの1967-70年のTFRは5.955でその低下率はなんと41.9%である。4番目はジャカルタで3.625で低下率は30%。5番目は中部ジャワで3.850。その低下率は27.8%であった。このように1~5番目までの州はジャワ島とバリ島にあり、いずれも人口密度が高く、人口比重の高い都市化の進んだ地域である。

1985-89年のTFRが最少なのはバリで2.40であった。1980-88年に比べて31%の低下率である。一方全国平均の低下率は18%である。2番目のジョグジャカルタは2.50で、21%の低下率。3番目のジャカルタは2.70で25.5%の低下率。表35参照。

1990-95年の予測値でも一番低いTFRの州はバリで2.00である。16.6%の低下率で全国平均の14.0%とほとんど変わらない数字になっている。2番目はジョグジャカルタと北スラウエンで2.10で、ジャカルタは2.20で4番目であった。

ところで1967-70年と1985-89年のTFRを比較してみると、低下率の最も少ないのはイリアン・ジャワで7.195が5.30にしか低下していない。その低下率は26.3%にしかすぎない。この間の全国平均の低下率は38%である。2番目の少ない低下率はマルクで7.195が5.10と29.1%だけ低下した。

表32 第1次5ケ年計画から第5次5ケ年計画までの各5ケ年計画終了年における合計出生率の推移

	第1次 5ケ年計画 開始年 1969年	第1次 5ケ年計画 終了年 1974年	第2次 5ケ年計画 終了年 1979年	第3次 5ケ年計画 終了年 1984年	第4次 5ケ年計画 終了年 1989年	第5次 5ケ年計画 終了年 1994年
合計出生率	5.605	5.139	4.548	3.933	3.378	2.930

出所：中央統計局

表33 第5次5ケ年計画中の合計出生率(TFR)の推移

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
合計出生率	3.378	3.276	3.178	3.082	2.990

出所：中央統計局

表 34 州別による合計出生率 (TFR) の順位
(1967 - 70年、1971 - 75年、1976 - 79年、1980 - 85年)

1967 - 70年		1971 - 75年		1976 - 79年		1980 - 85年	
順位	州	TFR	順位	州	TFR	順位	州
1	東ジャワ	4.720	1	東ジャワ	4.320	1	ジョグジャカルタ
2	ジョグジャカルタ	4.755	2	ジャバカルタ	4.380	2	東ジャワ
3	ジャバカルタ	5.175	3	ジョグジャカルタ	4.470	3	バリ
4	中部ジャワ	5.330	4	中部ジャワ	4.915	4	ジャバカルタ
5	西カリマンタン	5.405	5	アチエ	5.005	5	中部ジャワ
6	南カリマンタン	5.425	6	南カリマンタン	5.265	6	西カリマンタン
7	南スラウエシ	5.705	7	南スマトラ	5.450	7	南カリマンタン
8	西ジャワ	5.935	8	西カリマンタン	5.540	8	西ジャワ
9	リアウ	5.940	9	西ジャワ	5.640	9	南スラウエシ
10	バリ	5.955	10	東カリマンタン	5.690	10	北スラウエシ
11	東ヌサテングラ	5.960	11	南スラウエシ	5.710	11	東カリマンタン
12	西スマトラ	6.180	12	バリ	5.730	12	アチエ
13	アチエ	6.265	13	東ヌサテングラ	5.745	13	イリアン・ジャワ
14	西カリマンタン	6.265	14	西ヌサテングラ	5.745	14	リアウ
15	南スマトラ	6.325	15	ジャバカルタ	5.910	15	西カリマンタン
16	ランパン	6.355	16	西スマトラ	5.975	16	東ヌサテングラ
17	ジャバカルタ	6.390	17	リアウ	6.060	17	ジャバカルタ
18	東南スラウエシ	6.445	18	北スラウエシ	6.160	18	ランパン
19	中部スラウエシ	6.530	19	中部スラウエシ	6.260	19	西スマトラ
20	西ヌサテングラ	6.655	20	ランパン	6.480	20	東ヌサテングラ
21	ブンクル	6.715	21	中部カリマンタン	6.480	21	東南スラウエシ
22	北スラウエシ	6.790	22	北スマトラ	6.725	22	中部カリマンタン
23	中部カリマンタン	6.825	23	東南スラウエシ	6.820	23	北スマトラ
24	マルク	6.885	24	ブンクル	7.120	24	マルク
25	北スマトラ	7.195	25	マルク	-	25	ブンクル
26	イリアン・ジャワ	7.195	26	イリアン・ジャワ	-	26	西ヌサテングラ
27	東チモール	-	27	東チモール	-	27	東チモール
	全 国 平 均	5.605		全 国 平 均	5.200		全 国 平 均
							4.680
							4.260

出所：中央統計局

表 35 州別による合計出生率 (TFR) の順位
(1985 - 89年、1990 - 95年)

1985 - 89年			1990 - 95年		
順位	州	TFR	順位	州	TFR
1	バリ	2.40	1	バリ	2.00
2	ジョグジャカルタ	2.50	2	ジョグジャカルタ	2.10
3	ジャカルタ	2.70	3	北スラウエシ	2.10
4	北スラウエシ	2.70	4	ジャカルタ	2.20
5	東ジャワ	2.90	5	南カリマンタン	2.60
6	南カリマンタン	3.10	6	東ジャワ	2.60
7	中部ジャワ	3.30	7	南スラウエシ	2.90
8	南スラウエシ	3.50	8	中部ジャワ	2.90
9	東カリマンタン	3.50	9	東カリマンタン	2.90
10	西ジャワ	3.60	10	西ジャワ	3.00
11	中部カリマンタン	3.90	11	中部カリマンタン	3.20
12	ジャンビ	3.90	12	ランバン	3.30
13	西スマトラ	4.00	13	中部スラウエシ	3.30
14	リアウ	4.00	14	ジャンビ	3.30
15	中部スラウエシ	4.00	15	西スマトラ	3.40
16	ランバン	4.00	16	リアウ	3.40
17	南スマトラ	4.10	17	ブンクル	3.40
18	ブンクル	4.20	18	南スマトラ	3.50
19	アチェ	4.20	19	アチェ	3.60
20	西カリマンタン	4.40	20	イリアン・ジャワ	3.80
21	北スマトラ	4.50	21	北スマトラ	3.90
22	東ヌサテンガラ	4.70	22	西カリマンタン	3.90
23	西ヌサテンガラ	5.00	23	東ヌサテンガラ	4.00
24	マルク	5.10	24	マルク	4.30
25	イリアン・ジャワ	5.30	25	西ヌサテンガラ	4.30
26	中部スラウエシ	5.30	26	中部スラウエシ	4.50
27	東チモール	—	27	東チモール	—
全国平均		3.48	全国平均		2.99

出所：中央統計局

b. 人口死亡力水準の推移

(1) 死亡率の推移

第1次5ケ年計画が開始された1969年には死亡率は17.48‰、第1次5ケ年計画が終了した1974年には14.30‰に低下した。第2次5ケ年計画終了年の1979年には11.70‰に低下した。1989年には7.82‰にと低下した。表36参照。

なお現行の第5次5ケ年計画の開始年である1989年の死亡率は7.82‰であるが終了する1994年には7.48‰に低下すると予測されている。表36と37を参照。

表36 第1次5ケ年計画開始年(1969年)から
第5次5ケ年計画終了年(1994年)までの死亡率の推移

	第1次 5ケ年計画 開始年 1969年	第1次 5ケ年計画 終了年 1974年	第2次 5ケ年計画 終了年 1979年	第3次 5ケ年計画 終了年 1984年	第4次 5ケ年計画 終了年 1989年	第5次 5ケ年計画 終了年 1994年
死亡率 (人口1,000対)	17.48	14.30	11.70	9.52	7.82	7.48

出所：中央統計局

表37 第5次5ケ年計画中の死亡率の予測(1989年-1993年)

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
死亡率 (人口1,000対)	7.82	7.74	7.76	7.58	7.50

出所：中央統計局

(2) 周産期死亡率の推移

インドネシアには周産期死亡率に関するデータの全国統計はない。入手できたのは、11ヶ所の大学教育病院での3万7,000件の出産を産前検診の回数及び出産時の体重とにより分類した2つのデータだけである。

産前検診の回数との関連で見ると、一番低いのは産前検診回数が7回以上の場合で、14.2(出生1,000対)、最も高いのは産前検診を全然受けなかった妊産婦のグループである。表38参照。

出生時の体重で見ると、最も周産期死亡率が低いのは、体重が3,000から3,499gで生まれた乳児で35.2であった。最も高いのは体重が2,500g以下の乳児で、300.7である。表39参照。

表 38 11ヶ所の大学教育病院における産前検診回数別による死産率とインドネシアの病院での新生児死亡率と周産期死亡率（出生1,000対）

産前検診回数	死産率	病院での新生児死亡率	周産期死亡率
0回	94.1	32.9	127.0
1～3回	31.2	20.8	52.0
4～6回	12.8	6.8	19.6
7回以上	9.4	4.8	14.2

出所：R.Puffer 著「乳児死亡と児童死亡」26頁

表 39 11ヶ所の大学教育病院における出生時の体重別による死産率とインドネシアの病院での新生児死亡率と周産期死亡率（出生1,000対）

出生時の体重	死産率	病院での新生児死亡率	周産期死亡率
2,500g以下	200.5	100.2	300.7
2,500～2,999g	39.7	11.7	51.4
3,000～3,499g	27.4	7.8	35.2
3,500～3,999g	29.7	8.9	38.5
4,000g以上	60.7	21.0	81.7

出所：R.Puffer 著「乳児死亡と児童死亡」26頁

(3) 新生児死亡率の推移

インドネシアでは新生児死亡率の全国統計はない。入手できたのは、(2)周産期死亡率で掲載した産前検診回数と出生時の体重との関係の、病院での新生児死亡率（出生後、病院で死亡したものだけが対象）だけである。

産前検診回数との関連で、この病院での新生児死亡率が最も低いのは、産前検診回数が7回以上の場合で4.8（出生1,000対）、最も高いのは0回の32.9である。表38参照。

出生時の体重との関係で見ると、最も低いのは3,000～3,499gの場合で7.8、最も高いのは2,500g以下の100.2である。表39参照。

(4) 乳児死亡率の推移

第1次5ヶ年計画が開始された1962年の乳児死亡率は、男性が152.20で女性が128.90と男女ともに高かった。しかし男性の乳児死亡率が女性のと比べて18

%も高かった。表40参照。

1974年、第1次5ケ年計画が終了した年には男性の乳児死亡率は131.51に、女性のそれは110.95へと下がった。

注目すべき点は乳児死亡率の急速なる低下である。1969年の男性の乳児死亡率152.20が16年後の1984年には75.25へと半減した。1969年の女性の乳児死亡率128.90も1984年には61.02へと半減した。

第4次5ケ年計画が終了した1989年には男性の乳児死亡率は62.39%に、女性の乳児死亡率は49.91へとさらに低下した。第5次5ケ年計画終了年の1994年には男性の乳児死亡率は54.55に、女性の乳児死亡率は42.84へとそれぞれ低下すると予測されている。

表40 第1次5ケ年計画開始年(1969年)から
第5次5ケ年計画終了年(1994年)までの乳児死亡率の推移

	第1次 5ケ年計画 開始年 1969年	第1次 5ケ年計画 終了年 1974年	第2次 5ケ年計画 終了年 1979年	第3次 5ケ年計画 終了年 1984年	第4次 5ケ年計画 終了年 1989年	第5次 5ケ年計画 終了年 1994年
乳児死亡率(男)	152.20	131.51	107.97	75.25	62.39	54.55
乳児死亡率(女)	128.90	110.95	90.19	61.02	49.91	42.84

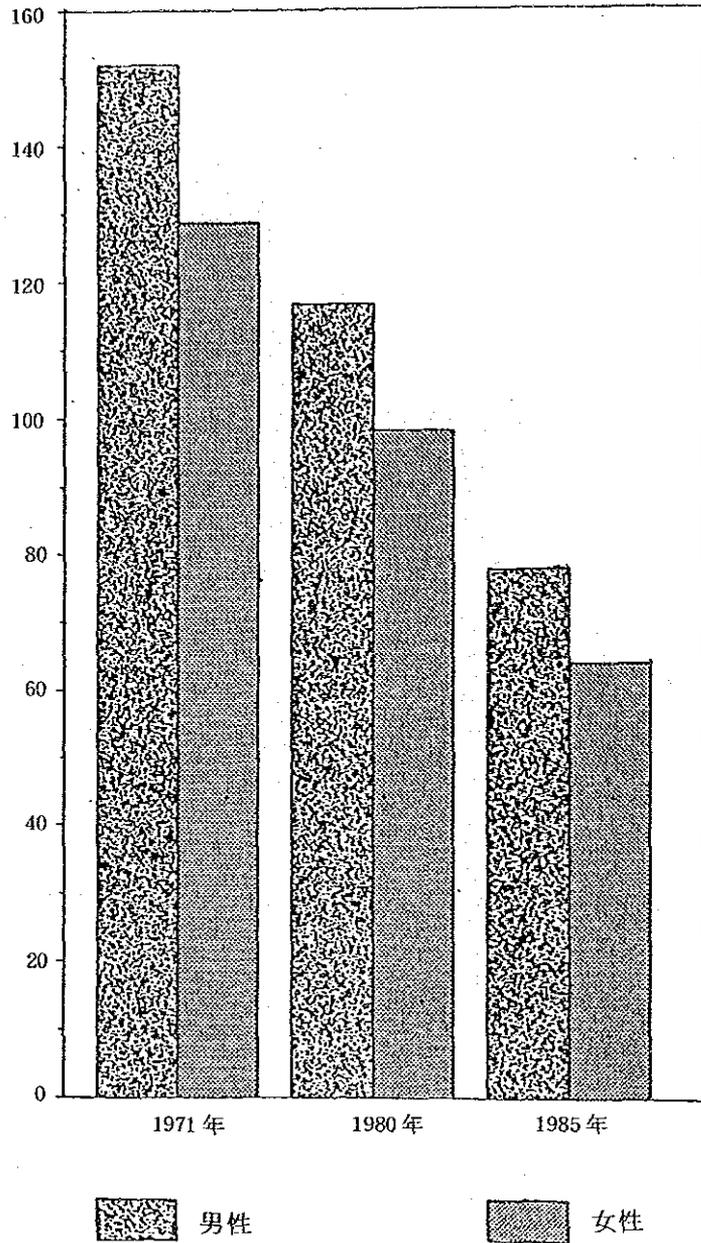
出所：中央統計局

表41 第5次5ケ年計画中の死亡率の予測(1989年-1993年)

	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
乳児死亡率(男)	62.39	60.62	58.90	57.22	55.60
乳児死亡率(女)	49.91	48.30	46.74	45.24	43.78
乳児死亡率(平均)	56.30	54.61	52.97	51.38	49.83

出所：中央統計局

図4 性別による乳児死亡率の推移
1971年、1980年、1985年



出所：中央統計局

(5) 妊産婦死亡率の推移

インドネシアにおいては妊産婦死亡率に関する全国的統計がない。これは出産の70～80%が家庭分娩で行われており、妊産婦が妊娠及び出産に関連して死亡しても、その旨の報告がされないからである。したがって、特定の病院や地域、それにサンプル調査等で得られた数字しか入手できなかった。

12教育病院における妊産婦死亡率(1977-1980年)によると374(妊産婦100,000人当たり)と高率である。表42参照。しかし、同時期(1980年)における「家庭保健調査」によると、一般の妊産婦死亡率は150であった。表44参照。

「1985年家庭保健調査」によると妊産婦死亡率は1980年の水準の3倍の450へと大幅に上昇した。地域別に見るとジョグジャカルタの140が最も低く、次に低いのは北スラウエシの210である。最も高いのは西ヌサテンガラの780で、ジョグジャカルタの5倍強の高率である。

今日のインドネシアの妊産婦死亡率(450)はアセアン諸国の中で最も高い。日本の明治32年頃の水準である。1987年の日本における妊産婦死亡率は12.0である。

表42 インドネシアの12教育病院における妊産婦死亡率(1977-1980年)

教育病院地域	妊産婦数	死亡数	妊産婦死亡率*
1. スマラン	2,897	2	7
2. パレンバン	2,588	2	8
3. パダン	3,351	3	9
4. デンパサル	2,650	4	15
5. スラバヤ	2,062	5	24
6. マナド	2,557	6	24
7. ウジュン・ペンダン	989	3	30
8. ジャカルタ	4,451	15	34
9. マラン	3,140	12	38
10. バンドン	5,617	23	41
11. ジョグジャカルタ	1,549	11	71
12. メダン	4,211	49	116
総計	36,062	135	平均 37

*備考：妊産婦10,000人当りの数字(出生10,000件当りの数字では、平均の妊産婦死亡率は39になる)

出所：1981年発行「国際産婦人科学会ジャーナル」に掲載されたI-cheng chi等が執筆した「インドネシアの12教育病院における妊産婦死亡率-免疫学的分析」

表 43 インドネシアにおける妊産婦死亡率のデータ

No	地 域	年	妊産婦数	死亡数	妊産婦死亡率*
1	バンドン (西ジャワ州)	1978年9月から 1980年2月	2,308	4	17
2	スカブミ県 (西ジャワ州)	1982 / 1983年	2,348	10	43
3	東ヌサテンガラ州	1986年	966	8	83
4	イリアン・ジャワ	1986年	607	4	66

出所：保健省編による「1988年保健衛生データ集」

備考：出産10,000件当りの数字

表 44 「家庭保健調査」によるインドネシアの妊産婦死亡率
(1980年と1985年)

No	実施年	地 域	妊産婦数	死亡数	妊産婦死亡率*
1	1980年	特定地域でのサンプリング	—	—	15
2	1985年	特定地域でのサンプリング	7,951	36	45
		内訳：(1) ジョグジャカルタ	739	1	14
		(2) バリ	880	2	23
		(3) 北スラウエシ	938	2	21
		(4) ブンクル	1,226	6	49
		(5) 西カリマンタン	1,536	8	52
		(6) マルク	1,226	6	49
		(7) 西ヌサテンガラ	1,406	11	78

出所：保健省編による「1988年保健衛生データ集」及び
保健省発行の「1986年家庭保健調査」

備考：出産10,000件当りの数字

c. 死 因

1980年の主要死因を保健省が実施した家庭保健調査によって見ると、最も多かったのは下痢で、2番目は下部呼吸器系感染症、3番目は心臓疾患で4番目は結核、5番目は破傷風だった。表45を参照。

1986年の主要死因は同年実施の家庭保健調査で見ると、最大の死因は1980年に2番だった下部呼吸器系感染症である。2番目には前回1番であった下痢が上昇した。3番目は前回と変わらず心臓疾患であった。4番目も前回と変わらず結核で、5番目には前回も5番目だった破傷風の他に麻疹とマラリヤが上昇した。表45を参照。

1980年の乳児死亡率を見ると最大なのは下痢で、2番目は下部呼吸器系感染症、3番目は破傷風であった。4番目は妊娠及び分娩合併症で5番目は神経系疾患であった。表46参照。

1986年での最大の乳児死亡原因は破傷風で、2番目は妊娠及び分娩合併症、3番目は下痢で4番目が下部呼吸器系感染症、5番目がジフテリアと百日せきと麻疹によるものである。表46参照。

この1980年と1985年の乳児死亡率を比べると下痢及び下部呼吸器系感染症の急減が目立つ。それぞれが半減しているのである。逆に増大したのは妊娠及び分娩合併症で45%の上昇である。ジフテリアと百日せきと麻疹による死亡はさらに大きく、5.3倍にと増大した。

表45 主要死因の推移(1980年と1986年)

死 因	死亡総数に占める割合(死亡100対)		
	1980年	1986年	
	直接的原因	直接的原因	諸病併発
下部呼吸器系感染症	17.8	6.2	16.8
下 痢	18.8	12.0	14.8
結 核	8.4	8.6	—
破傷風	6.5	6.0	6.7
陽チフス	3.3	3.1	—
心臓疾患	9.9	9.7	—
肝臓病	4.2	3.3	3.9
新生物	3.4	4.3	—
神経系障害	5.0	3.1	6.0
損傷及び事故	3.5	4.7	—
気管支炎と肺気腫性喘息	2.2	3.8	5.1
妊娠及び分娩併発症	0.8	1.7	—
周産期に発生した病気	3.1	5.3	—
ジフテリア	0.7	0.4	—
百日咳	—	0.4	—
麻 疹	0.3	6.7	6.7
マラリヤ	0.6	3.4	6.7
その他	8.8	17.2	—
総 計	100.0	100.0	

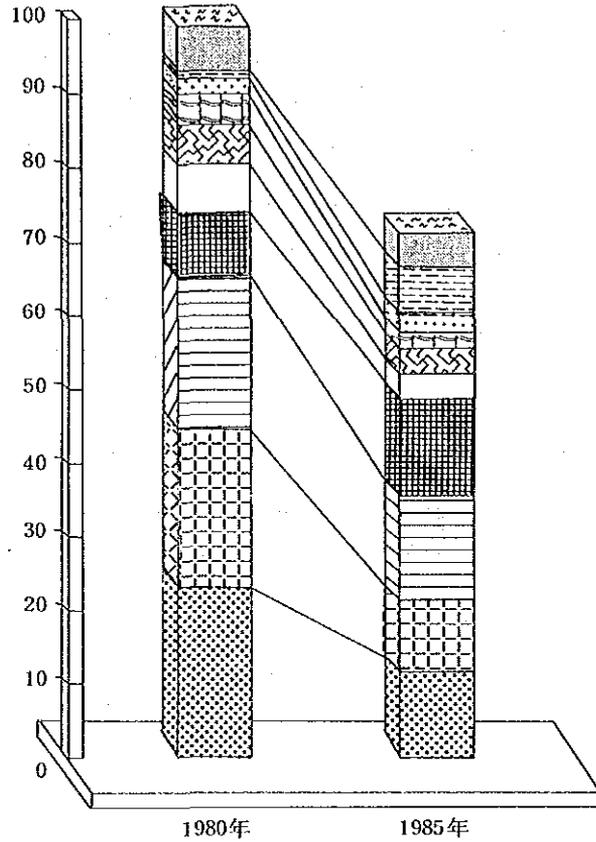
出所：1980年及び1986年家庭保健調査

表 46 死因別及び月齢別による乳児死亡率の推移（1980年と1986年）

死 因	1980年			1986年		
	1ヶ月 未 満	1-12 ヶ 月	合 計	1ヶ月 未 満	1-12 ヶ 月	合 計
1. 下 痢	3.49	19.40	22.89	0.63	10.57	11.19
2. 下部呼吸器系感染症	4.27	18.23	22.50	0.63	9.43	10.06
3. 破傷風	17.07	2.72	19.78	10.94	2.89	13.95
4. 妊娠及び分娩合併症	8.92	—	8.92	11.70	1.26	12.96
5. 神経系疾患	0.78	6.60	7.37	—	4.02	4.02
6. 不 明	0.78	4.27	5.04	0.63	2.64	3.27
7. ビタミン不足と栄養失調症	—	0.39	0.39	—	0.76	0.76
8. その他の感染症	0.78	3.10	3.88	0.13	2.01	2.14
9. 先天異常	0.78	0.78	1.55	1.76	1.26	3.02
10. 損 傷	0.78	0.78	1.55	0.63	1.13	1.76
11. シフテリア、百日ぜき、麻疹	—	1.16	1.16	0.38	5.78	6.16
12. その他	1.94	2.72	4.66	0.25	1.76	2.01
平 均	39.57	60.13	99.70	27.67	43.52	71.19

出所：1980年及び1986年家庭保健調査

図5 死因別による乳児死亡率の推移
(1980年、1985年)



- | | | | |
|--|-----------|--|---------------|
| | 下痢 | | 不明 |
| | 下部呼吸器系感染症 | | その他の感染症 |
| | 破傷風 | | 先天異常 |
| | 妊娠及び分娩合併症 | | ジフテリア、百日せき、麻疹 |
| | 神経系疾患 | | その他 |

出所：中央統計局

d. 婚 姻

年齢グループ別による婚姻女性人口が全女性人口に占める比率（％）の1971年と1980年を比べると15歳から19歳のグループでは4.89％低下した。20歳から24歳のグループでは0.87％、25歳から29歳のグループでは0.72％の低下を示した。しかし、30歳以上のグループでは婚姻率が高まった。45歳から54歳のグループでは6.62％も上昇した。表47参照。

一方、1980年と1985年とを比べると、婚姻率は全年齢グループにおいて低下している。中でも15歳から19歳のグループでは30.05％から18.85％へ11.2％と最大の低下を示した。2番目の低下をしたのは20歳から24歳のグループで77.72％から70.29％へと7.43％低下した。表48参照。この低下は婚姻年齢の上昇によるものと思われる。中央統計局のデータでは1980年の女性初婚平均年齢は20.0歳で1985年には21.1歳へと1.1歳増加している。

なお1985年における男女別による未婚者数、婚姻者数、未亡人（男やもめ）数、離婚者は表49を参照。

表47 年齢グループ別による婚姻女性人口が全女性人口に占める比率（％）の推移（1971年と1980年）

年齢 グループ	婚姻女性の比率		比率の変化
	1971年	1980年	
15 - 19	32.17	27.28	- 4.89
20 - 24	73.20	72.33	- 0.87
25 - 29	86.66	85.94	- 0.72
30 - 34	87.35	88.48	+ 1.13
35 - 39	83.97	88.02	+ 4.05
40 - 44	75.45	81.57	+ 6.12
45 - 54	68.76	75.38	+ 6.62

出所：中央統計局 1971年人口調査及び1980年人口調査

表 48 年齢グループ別による婚姻女性の人口と
全女性人口に占める比率の推移（1980年と1985年）

年齢 グループ	1980年		1985年	
	未婚	婚姻*	未婚	婚姻*
0 - 4	10,374,698 (100.00)	—	10,542,556 (100.00)	—
5 - 9	10,399,544 (100.00)	—	10,738,519 (100.00)	—
10 - 14	8,415,523 (99.16)	71,640 (0.84)	10,098,714 (99.85)	14,698 (0.15)
15 - 19	5,435,314 (69.95)	2,335,380 (30.05)	6,680,618 (81.15)	1,551,205 (18.85)
20 - 24	1,564,982 (22.28)	5,457,987 (77.72)	2,347,609 (29.71)	5,555,252 (70.29)
25 - 29	423,394 (7.39)	5,307,468 (92.61)	645,163 (8.88)	6,620,266 (91.12)
30 - 34	140,926 (3.40)	4,003,530 (96.60)	214,261 (4.14)	4,963,002 (95.86)
35 - 39	82,026 (1.88)	4,276,901 (98.12)	114,552 (2.50)	4,471,258 (97.50)
40 - 44	54,572 (1.45)	3,721,338 (98.55)	67,265 (1.72)	3,832,215 (98.28)

備考：① 離婚と未亡人を含む。

② ()内は婚姻女性人口が全女性人口に占める比率 (%)

出所：中央統計局 Seri S2 Sensus Penduduk 1980

Seri SUPAS No 35

表 49 10歳以上の男女別及び年齢グループ別による人口の婚姻等の状況（1985年）

年齢 グループ	男					女				
	性					性				
	未 婚	婚 姻	男やもめ	離 婚	総 計	未 婚	婚 姻	離 婚	未 亡人	総 計
10 - 14	10,737,877	42,061	2,054	1,171	10,783,163	10,098,714	12,882	1,816	-	10,113,412
15 - 19	8,183,977	131,463	12,782	1,925	8,335,147	6,680,618	1,425,047	112,207	13,951	8,231,823
20 - 24	4,402,752	1,892,159	81,153	8,732	6,384,796	2,347,609	5,219,549	298,245	37,458	7,902,861
25 - 29	1,577,717	4,833,080	113,919	19,465	6,544,181	645,163	6,230,915	307,159	82,192	7,265,429
30 - 34	397,645	4,966,829	92,237	25,127	5,481,838	214,261	4,614,792	223,597	124,613	5,177,263
35 - 39	156,444	4,402,421	60,758	35,860	4,655,483	114,552	4,047,363	218,417	205,478	4,585,810
40 - 44	86,114	3,687,126	55,998	53,862	3,883,100	67,265	3,257,597	199,687	374,931	3,899,480
45 - 49	62,824	3,403,506	46,315	76,912	3,589,557	48,936	2,730,251	203,364	572,926	3,555,477
50 - 54	51,760	2,633,423	41,906	100,872	2,827,961	31,547	1,964,362	191,786	771,273	2,958,968
55 - 59	29,281	2,099,447	29,205	113,915	2,271,848	21,582	1,334,117	190,444	937,961	2,484,104
60 - 64	26,908	1,671,790	28,651	150,873	1,878,222	18,930	707,756	139,457	1,123,686	1,989,829
65 - 69	12,055	989,467	16,429	109,793	1,127,744	10,167	326,405	75,752	732,059	1,144,383
70 - 74	8,296	602,153	14,236	137,488	762,173	5,220	132,215	54,867	700,528	892,830
75 +	5,767	532,776	11,583	178,879	729,005	6,372	90,512	39,271	786,658	916,813
不 明	-	2,004	-	1,993	3,997	181	403	-	2,735	3,319
総 計	25,744,417	31,889,705	607,226	1,016,867	59,258,215	20,311,117	32,094,166	2,256,069	6,460,449	61,121,801

出所：中央統計局

e. 国内移住（動）

ジャワ島からの移住は近年益々活発になっている。1905年から1941年の37年間で257,313人（144,400家族）が、1950年から1955年の6年間で107,938人（27,808家族）、1961年から1965年の5年間で141,471人（34,140家族）と増大した。1966年から1968年の3年間は、政権交代に伴う政治的混乱のため移住人口は21,306人（4,451家族）と低下したが、1969年から開始された第1次5ヶ年計画期間中には210,600人（46,268家族）が移住した。1974年からの第2次5ヶ年計画中には364,164人（82,959家族）、1979年からの第3次5ヶ年計画中には1,812,565人（517,876家族）が移住した。表50参照。

なお、第1次5ヶ年開発計画から第4次5ヶ年計画までの年度ごとの移住人口については表52を参照。

このジャワ島からの移住先で多いのはスマトラ島である。図6を参照。

表50 ジャワ島からの移住（人数、家族）数

年	移 住		備 考
	人 数	家 族 数	
1905 - 1941	257,313	144,000	
1950 - 1955	107,938	27,808	
1956 - 1960	130,341	32,375	
1961 - 1965	141,471	34,140	
1966 - 1968	21,306	4,451	
1969 - 1973	210,600	46,268	第1次5ヶ年計画
1974 - 1978	364,164	82,959	第2次5ヶ年計画
1979 - 1983	1,812,565	517,876	第3次5ヶ年計画
1984 - 1985	607,236	191,596	第4次5ヶ年計画 2年目（1985年）の10月まで
総 計	3,652,934	1,081,470	

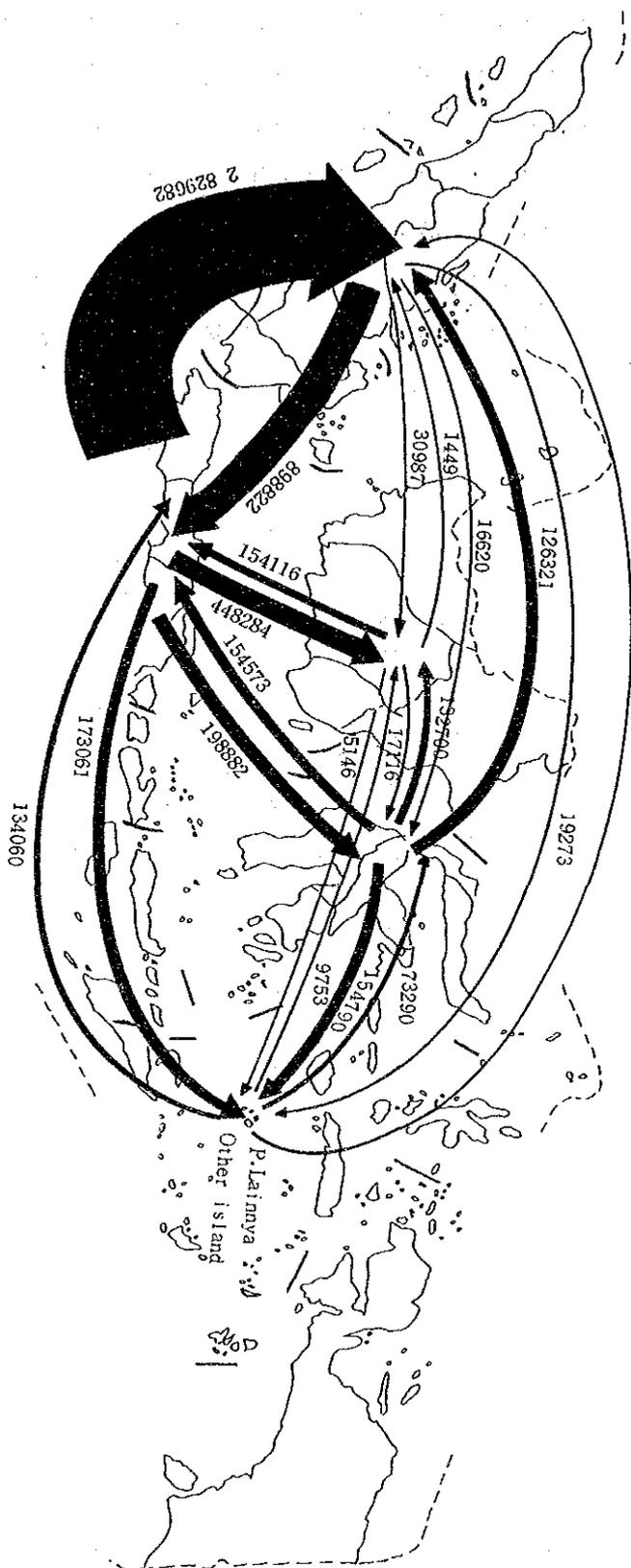
出所：移住省

表 51 年別による移住（人数、家族）数（1969 - 1986 年）

5ヶ年計画	年	移 住	
		人 数	家族数
第 1 次 5 ヶ年計画	1969 / 1970	17,484	3,933
	1970 / 1971	19,985	4,338
	1971 / 1972	18,870	4,171
	1972 / 1973	51,923	11,414
	1973 / 1974	102,338	22,412
	小 計	210,600	46,268
第 2 次 5 ヶ年計画	1974 / 1975	46,604	11,000
	1975 / 1976	34,343	8,100
	1976 / 1977	63,323	13,910
	1977 / 1978	101,231	22,949
	1978 / 1979	118,663	27,000
	小 計	364,164	82,959
第 3 次 5 ヶ年計画	1979 / 1980	181,947	51,985
	1980 / 1981	274,256	78,359
	1981 / 1982	351,932	100,552
	1982 / 1983	447,895	127,970
	1983 / 1984	556,535	159,010
	小 計	1,812,565	517,876
第 4 次 5 ヶ年計画	1984 / 1985	607,236	191,596
	1985 / 1986		

備考：1985年10月21日まで
出所：移住省

図6 1985年の出生地別による地域間の移住



出所：移住省

f. 人口将来予測

国際連合の最新の将来人口予測によれば、インドネシアの人口は、2000年に2億1,136万人に、2010年に2億3,860万人に、2020年に2億6,206万人に、2025年に2億7,274万人に増加すると見られている。表52参照。この間における出生率と死亡率も大きく低下すると予測されており、年間人口増加率は2000年-2005年には1.31%、2010年-2015年には1.01%、2020年-2025年には0.80%と低下する見込みである。表53参照。

なお、中央統計局によるインドネシアの将来人口予測によると、1990年の人口は1億8,265万人、2000年には2億1,611万人、2005年には2億3,141万人に増加する。表54参照。

表 52 インドネシアの人口予測 (1950 - 2025 年)

	1950年	1960年	1970年	1975年	1980年	1985年	1990年	1995年	2000年	2010年	2020年	2025年
総人口 (千人)	79,538	96,194	120,280	135,666	150,958	166,440	181,539	196,861	211,367	238,605	262,064	272,744
男性人口 (千人)	39,455	47,567	59,558	67,302	75,053	82,890	90,517	98,267	105,600	119,342	131,023	136,257
女性人口 (千人)	40,083	48,627	60,722	68,365	75,904	83,550	91,021	98,594	105,767	119,262	131,042	136,488
性比率(女性100人に対して)	98.4	97.8	98.1	98.4	98.9	99.2	99.4	99.7	99.8	100.1	100.0	99.8
中位年齢	20.0	20.0	18.9	18.8	19.3	20.2	21.6	23.0	24.7	28.0	31.2	32.8
都市人口 (千人)	9,871	14,032	20,534	26,259	33,514	42,164	52,270	64,037	77,068	106,135	136,846	152,381
農村人口 (千人)	69,667	82,162	99,746	109,408	117,444	124,276	129,269	132,823	134,299	132,470	125,218	120,364
都市人口比率 (%)	12.41	14.59	17.07	19.36	22.20	25.33	28.79	32.53	36.46	44.48	52.22	55.87
農業人口 (千人)	60,602	68,886	75,265	78,485	80,293	81,205	80,624	78,978	76,031	67,559	56,972	51,532
非農業人口 (千人)	18,936	27,308	45,015	57,181	70,664	85,235	100,915	117,882	135,336	171,045	205,092	221,212
農業人口比率 (%)	76.00	72.00	63.00	58.00	53.00	49.00	44.00	40.00	36.00	28.00	22.00	19.00
就学年齢人口 (千人)	-	-	-	-	25,037	25,399	25,829	25,905	26,485	26,062	24,977	24,337
6-11歳	-	-	-	-	21,051	24,052	24,882	25,281	25,491	25,919	25,263	24,906
12-17歳	-	-	-	-	17,841	19,971	23,061	24,456	24,759	25,652	25,637	25,279
18-23歳	-	-	-	-	71	87	95	103	111	125	138	143
人口密度 (1平方キロメートル当り)	42	51	63	71	79	87	95	103	111	125	138	143

出所：国際連合が1988年に発行した「World Demographic Estimates and Projections, 1950 - 2025」

表 53 インドネシアの人口動態の推移予測 (1950 - 2025 年)

	1950-1955	1960-1965	1970-1975	1980-1985	1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2010-2015	2020-2025
出生率 (人口千対)	43.0	42.9	41.4	32.1	28.6	26.4	23.5	21.6	17.9	15.9
死亡率 (人口千対)	26.1	21.5	17.3	12.6	11.3	10.2	9.3	8.6	7.9	7.9
合計出生率	5.5	5.4	5.5	4.1	3.5	3.1	2.7	2.5	2.2	2.0
平均寿命 (平均)	37.5	42.5	47.5	53.5	56.0	58.5	61.0	63.5	67.8	70.8
“ (男)	36.9	41.7	46.4	52.2	54.6	57.2	59.7	62.2	66.0	68.6
“ (女)	38.1	43.4	48.7	54.9	57.4	59.9	62.4	64.9	69.7	73.1
乳児死亡率	160	133	105	84	74	64	55	46	34	26
年間増加率										
総人口	1.70	2.16	2.44	1.97	1.75	1.63	1.43	1.31	1.01	0.80
男性人口	1.66	2.16	2.47	2.01	1.78	1.66	1.45	1.33	1.01	0.79
女性人口	1.75	2.16	2.40	1.94	1.73	1.61	1.41	1.30	1.02	0.82

出所：国際連合が1988年に発行した「World Demographic Estimates and Projections, 1950 - 2025」

表 54 年齢グループ別によるインドネシアの将来人口予測
(1985 - 2005 年)

(単位 : 千人)

年齢グループ	1985年	1990年	1995年	2000年	2005年
0 - 4	21,895	23,256	22,786	22,907	22,412
5 - 9	21,939	21,517	22,945	22,530	22,688
10 - 14	20,104	21,793	21,406	22,841	22,440
15 - 19	17,138	19,951	21,654	21,284	22,725
20 - 24	15,038	16,947	19,761	21,469	21,121
25 - 29	13,342	14,832	16,749	19,553	21,266
30 - 34	11,040	13,136	14,637	16,552	19,345
35 - 39	9,111	10,838	12,931	14,431	16,340
40 - 44	7,953	8,901	10,621	12,695	14,189
45 - 49	6,960	7,709	8,656	10,349	12,392
50 - 54	5,906	6,660	7,404	8,332	9,983
55 - 59	4,835	5,539	6,060	6,750	6,428
60 - 64	3,756	4,392	5,060	5,750	6,428
65 - 69	5,644	7,179	8,762	10,429	12,195
	164,630	182,650	199,647	216,116	231,412

出所 : 中央統計局

Ⅲ-3 保健医療サービスの現状

1. 保健医療分野の政策

a. 方針・戦略（PHCと家族計画との関係）

(1) 第5次5ヶ年計画における保健分野の方針・政策は次の6点である。

- 1) 保健サービスの推進は、国民一般の知力・福祉並びに生活水準を改善するフレームワークの中で、栄養状態を含む国民の保健水準を改善するように方向づけられている。保健サービスの推進は、健康を回復させる努力の他に、疾病の予防並びに公衆衛生と家庭保健を改善するための努力を優先させて実施している。これに関連して、民間機関を含む地域住民の参加を奨励するような国民統一健康制度を開発することが必要である。
- 2) 保健サービスの推進は都市部及び農村部の特に低所得者のグループを対象に実施している。開発移住地と辺境地域を含む、人里離れた地域と孤立した村々と新規開拓地に特別の注意を払うべきである。これに関連して、より質の高くかつ国民の支払える負担内での保健サービスを拡大、普及する努力を高めることが必要である。
- 3) 公衆衛生を改善するために、接触伝染病の撲滅と栄養の改善と清潔な水の供給及び環境衛生・保健の向上、それに家族計画を含む母子保健サービスの強化に取り組んでいる。公害及び産業廃棄物それに麻薬の危険と薬品の乱用から国民を保護し、さらに環境保健と薬品、それに食料品と飲料品に対する管理を厳格化することに特別の注意を払う必要がある。若い世代における麻薬の使用及び薬品の乱用の防止を高めることも必要である。さらに保健に関する情報を社会のあらゆる階層の人々にできるだけすみやかに普及させて、国民が健康的な生活を文化として認識しかつ行動するように奨励すべきである。この方向で保健所と総合保健サービスセンター（ポシアンドウ）が努力し、しかも国民も程々の活動を実施すべきである。
- 4) 保健サービスの改善というフレームワークの中で、病院と健康回復施設と保健所及びその他の保健施設における保健サービスの質を改善することが必要である。さらに医療従事者と準医療従事者（助産婦や検査技師等）及びその他の保健要員をもっと大量に養成して全国に均等に配置することが必要である。薬品ももっと全国に均等に配付され国民の多くに届くようにすべきである。他の保健機関やインフラストラクチャを継続して強化・利用することが必要である。
- 5) 民間部門のみならず政府が保健サービスを実施する際には住民の気持を優しく思いやる配慮が必要である。さらに、保健の原則で国民自身による保健サービスの財政を賄う方法を開発することが必要である。
- 6) 国民の文化的遺産を維持・開発しながら保健サービスをもっと広範にもっと均等

に改善・普及するというフレームワークの中で、薬品と伝統的医療方法の調査とテストと開発を継続して実施することが必要である。さらに、医学的に効能がある伝統的家庭薬用植物の栽培を奨励することも必要である。

(2) プライマリー・ヘルス・ケア（PHC）と家族計画との関係

「プライマリー・ヘルス・ケアとは、自助と自決の精神に則り地域社会または国が、開発の程度に応じて負担可能な費用の範囲内で、地域社会の個人または家族の十分な参加によって、彼等が普遍的に利用できる実用的で科学的に適正で、かつ社会的に受け入れられる手順と技術に基づいた欠くことのできない保健サービスのことである。プライマリー・ヘルス・ケアは、国家保健システム——この中でプライマリー・ヘルス・ケアは中心的機能であり最大の焦点であるが——と地域社会の総合的社会経済開発との両方において必要不可欠の部分を構成している。それは、人々が生活し労働する場所にできるだけ近接して保健サービスを提供する国家保健システムと個人・家族・地域住民とが接触する最初の段階であり、継続的な保健サービスの過程の第一段階として位置づけられる。」

プライマリー・ヘルス・ケアは、少なくとも次のものを含んでいる。

- ① 当面の保健問題とその予防方法・対策に関する教育
- ② 食料の供給と適正な栄養摂取の推進
- ③ 安全な水の十分な供給と基本的な環境衛生
- ④ 家族計画を含む母子保健サービス
- ⑤ 主要な伝染病に対する予防摂取
- ⑥ 地方流行病の予防と対策
- ⑦ 普通の疾病傷害の適切な処置
- ⑧ 必須医薬品の準備

インドネシアにおけるプライマリー・ヘルス・ケアは次の15の保健プログラムを含んでいる。

- ① 母子保健
- ② 家族計画
- ③ 栄養改善
- ④ 伝染病予防
- ⑤ 環境衛生
- ⑥ 地域社会における健康推進
- ⑦ 就学年齢児童に対する保健
- ⑧ 高齢者保健
- ⑨ 外来患者診療所

- ⑩ 地域保健
- ⑪ 健康体操
- ⑫ 簡易トイレ
- ⑬ 歯科口腔衛生
- ⑭ 精神衛生
- ⑮ 視力衛生

以上から明らかなように家族計画はプライマリー・ヘルス・ケアの一部である。

b. 目標（具体的目標）

第5次5ヶ年計画中の保健分野の主な目標は次のとおりである。

- (1) 1988年度の死亡率7.9‰、乳児（0～12ヶ月）死亡率58.0‰、幼児（1～4歳）死亡率10.6‰を1993年度にそれぞれ7.5‰、49.8‰、6.5‰に引き下げる。表55参照。
- (2) 1988年度の出生時平均余命63歳を、1993年度に65歳に引き上げる。表55参照。
- (3) 下痢罹病率を30％に引き下げる。マラリア罹病率ジャワ、バリ1％、外領4％の現状を悪化させない。デング熱の発生は大幅に低下する見込みである。
- (4) 5歳未満幼児の、蛋白カロリー不足を10.8％から9.5％へ、ビタミンA不足を0.7％から0.5％へ、妊婦の栄養不足による貧血を55％から40％へ、山地でのヨード摂取不足を5％から4％へ、それぞれ1993年までに引き下げる。表56参照。
- (5) 妊婦検診率を45％から65％ないし70％に引き上げ、これにより妊産婦死亡率（出生千対）を4.5％から3.4％に引き下げる。
- (6) 乳児及び妊婦の予防注射接種率を80％に引き上げる。これにより破傷風による乳児死亡は出生1,000の中の3以下に引き下がると期待されている。
- (7) 保健所は管轄地域の需要に沿って、13の基本保健活動を徐々に質を高めながら実施すべきである。
- (8) Cクラスの総合病院は内科と外科と産科と小児科の基本専門医によるサービスの他に地域住民の需要に答えて実施している他の専門医によるサービスを維持すべきである。Cクラスの総合病院及びDクラスの専門病院は、家族計画と予防接種と周産期医療及び緊急医療を維持すべきである。
- (9) 患者の専門医や上級病院等への紹介（referral）業務を支援するために、保健に関する検査業務を強化すべきである。いくつかの地域において精神病院が、薬品乱用や常用の犠牲者に対するサービスをニーズに応じて実施しているが、このサービスを継続すべきである。

- (10) 基本的な薬品は住民に均等に届くようにノーブランド薬品ですべての保健サービス施設に配付すべきである。需要に対処するには、薬品の製造能力を強化するとともに効果的で効率的な薬品の配付を実施すべきである。
- (11) 安全性と効能が証明された伝統的薬品が保健サービスで利用されている。こうして多数の伝統的薬品から有効な薬品が開発されている。これは継続すべきである。
- (12) 上水道利用率、都市65%、農村30.5%を、1993年度までにそれぞれ80%、60%に引き上げ、家族用専用便所所有率を農村37.5%から60%に引き上げる(訳注:都市につき記述なし)。
- (13) 保健要員の質及び量はすべての保健サービス施設の需要に対応できるように、その仕事量と能力に応じて高められるべきである。民間機関を含む地域住民の積極的参加を奨励して、必要な保健要員の養成に役立てるべきである。
- (14) 健康に関する情報は、保健事業の企画と管理と評価のためにもっと十分に利用できるようにすべきである。健康に関する調査と開発は、健康作りの需要に応じて実施され、利用されるべきである。
- (15) 健康推進に取り組んでいる種々の機関の役割と法的権限と義務及び責任を明瞭かつ確実にするために、法制を整備すべきである。
- (16) 保健の原則により保健サービスに資金を供与する試みが着手されている。これは地域住民が病院及び保健所の保健サービスに資金を供与する可能性の調査に利用すべきである。

表55 主な人口動態の推移(1983年と1988年と1993年)

	第3次5ケ年計画 の最終年	第4次5ケ年計画 の最終年	第5次5ケ年計画 の最終年	備 考
	1983年	1988年	1993年	
死 亡 率	9.9	7.9	7.5	人口千対
乳児死亡率	90.3	58.0	49.8	出生千対
児童死亡率 (1-4歳)	17.8	10.6	6.5	児童千対
平均余命	56.0	63.0	65.0	年

出所:第5次5ケ年計画書

上記の保健分野の主な目標等を達成するために、公衆衛生サービスを住民により身近にそしてもっと均等にさらに全国に行き渡らすための施設の拡充と医療従事者の増員が計画されている。

保健所は5,642ヶ所から6,196ヶ所に、病室付保健所は1,067ヶ所から1,350

ヶ所に、補助保健所は1万4,562ヶ所から2万62ヶ所へと拡充される。これにより1保健所の活動を3～5ヶ所の補助保健所が支援する体制が確立する。表57参照。

医療従事者の増員計画によると、1993/1994年には専門医が1,825人から3,575人(95.9%の増加率)、一般医が2万3,084人から3万5,584人(54.2%の増加率)、歯科医が3,821人から5,321人(39.3%の増加率)、看護婦/夫が6万4,087人から12万5,675人(96.1%の増加率)へと増加する予定である。注目すべきは検査技師の大幅な増加(307%の増加率)で860人が3,500人に増員される予定である。表57参照。

さらに、1万8,000人の助産婦が農村部(保健所から遠く離れており補助保健所による保健サービスも受けていない地区を含む)に派遣される予定である。こうした助産婦は村落に駐在して住民の保健に対する態度の刷新、保健サービス特に母子保健サービスの提供、それに伝統的手法による傷病治療者とボランティアの保健指導員等への医療指導の仕事を遂行する予定である。

しかも、地域社会での健康作りの推進のために、総合保健サービス・センター(ポリアンドウ)を増大させて、5歳以下児童100人に付き最低1ヶ所のポリアンドウを設置する計画である。こうした努力により、地域社会における母親と5歳以下児童への基本的な保健サービスの実施地域の拡大及びその利用率が増大すると期待されている。

表 5 6 第 4 次 5 ケ年計画の保健推進の実績
及び第 5 次 5 ケ年計画における保健推進目標

活 動 積 別	単 位	4 次計画実績	5 次計画目標
A. 疾病予防			
1. 赤痢・コレラ抑止			
a. 赤痢患者	百万人	7.8	5.7
b. 伝染病クリニック収容コレラ容疑者	千人/年	30	24
2. 呼吸器系伝染病予防			
a. 患者発見/加療	百万人		3.5
b. 保健所増設	ヶ 所		5
3. 予防注射			
a. 乳児初回	%	75	90
b. 乳児次回	%	65	80
c. 妊 婦	%	30	80
4. マラリア抑止			
a. 家屋消毒(蚊駆除)	百万戸/年	4.6	3.0
b. 加 療	百万人/年	10.0	8.7
5. デング熱撲滅			
a. 家屋燻蒸	百万戸/年	2.9	15.8
b. 選択的家屋取り壊し	千戸/年	9.0	36
B. 栄養改善			
1. 蛋白質カロリー摂取不足家庭減少	%	10.8	9.5
2. ビタミンA摂取不足家庭削除	%	0.7	0.5
3. 甲状腺肥大防止			
学齢児童のヨード不足削減			
顕在的不足	%	5	4
潜在的不足	%	32	18
4. 妊婦のヘモグロビン(赤血球)不足削減	%	55	40

出所：第 5 次 5 ケ年計画書

表57 保健衛生施設及び保健従事者等の人数の推移
(1988/89年と1993/94年)

	単位	第4次5ヶ年計画 最終年 1988/89	第5次5ヶ年計画 最終年 1993/94	増加率 (%)
A. 施設				
1. 保健所(PUSKUSMAS)	個	5,642	6,196	9.8
2. 補助保健所	"	14,562	20,062	37.8
3. 巡回保健所	"	3,251	6,227	91.5
4. 病室付保健所	"	1,067	1,350	26.5
5. 病院(政府・民間計)	"	1,436	1,472	2.5
6. ベッド総数	台	122,998	132,158	7.4
B. 従事者				
1. 専門医(注)	人	1,825	3,575	95.9
2. 一般医	"	23,084	35,584	54.2
3. 歯科医	"	3,821	5,321	39.3
4. 薬剤士	"	1,777	3,027	70.3
5. 衛生士	"	860	3,500	307.0
6. 看護婦/夫	"	64,087	125,675	96.1
7. 補助看護婦/夫	"	22,858	40,358	76.6
8. 雑役婦/夫	"	56,186	59,186	5.3
9. 管理/総務要員	"	108,959	116,459	6.9
保健省本省及び自治体の総計	"	283,457	392,658	38.5
保健省の政府機関及び民間機関/国体の総計	"	191,349	262,913	37.4
総計	"	474,806	655,598	38.1

(注) 民間開業医(保健省以外)の政府機関勤務者を含まず

出所: 第5次5ヶ年計画書

c. 予算

第5次5ヶ年計画中の保健分野の予算総額は2兆6,725億ルピアである。年平均予算は5,345億ルピアであるが、初年度の予算は2,498億ルピアである。

予算額で比べれば保健衛生サービスが圧倒的に大きい。しかし、初年度予算に占める比率と5ヶ年間の予算に占める比率を比較すると保健衛生指導の予算比率が高まってお

り、1989/1990年では総予算の1.84%であるが、5年間の総予算の中では2.24%とその比率が2.2%も増加する見込みで、予防医学に力点を置き出していると思われる。表58参照。

表58 第5次5ケ年計画における保健分野の開発予算

保 健 プ ロ グ ラ ム	予 算 (単 位 億 円)	
	1989/90年予算	5ケ年間の総額
1. 保健衛生指導	46	598
2. 保健衛生サービス	1,951	20,352
3. 疫病防止	307	3,530
4. 薬品及び食品管理プログラム	29	265
総 計	2,498	26,725

(注) 1～4の合計は総計の金額と一致しないが、出所の数字をそのまま引用した。

出所：第5次5ケ年計画書

d. 外国援助に対する対応（ユニセフのケース）

保健分野の外国援助について、代表的な援助機関である国連児童基金（ユニセフ）をケースに取り上げて考察する。

ユニセフのインドネシアにおける協力の特徴は、政府の児童に対する基本的保健サービス実施能力の改善強化である。

第1次5ケ年計画（1969-74年）で、住民の保健活動への参加を促すことに力点を置いた地域保健開発プログラムへの協力を開始した。第2次5ケ年計画（1974-79年）中は、政府が選定した開発遅延地域での協力活動を優先した。第3次5ケ年計画（1979-84年）中は、児童生存・開発の保健サービスを強化・拡大するために地域社会レベルで企画・実施、監視・評価する能力を強化するようにデザインされた、相互に補足し合う基本的社会サービスと活動を実施するように特に注意を払った。

(1) 第3次5ケ年計画（1979-1984年）中のユニセフの協力概要

第3次5ケ年計画中のユニセフ協力予算額は5,500万ドルで、実際の支出額は5,391万ドルであった。表59を参照。

第3次5ケ年計画におけるユニセフの主な協力は次のプログラムであった。

1) 予防接種普及プログラム（EPI）

予防接種普及プログラムは1977年に開始された。1984年末には、3-14ヶ月の児童の約90%が利用できる国家優先プログラムに成長した。しかし、地理

的な意味では予防接種実施施設の拡大は急速に進んだが、実際の接種率は満足いくものでなかった。平均してBCGが50%でDPT-2は37%であった。ポリオと麻疹は1983/84年になってようやく予防接種スケジュールに加えられたがその接種率は約10%にすぎなかった。

- 2) 母子保健サービス分野での協力は、1968年に伝統的助産婦(TBA)の研修と簡易助産婦キットの供与で開始された。第3次5ヶ年計画中には、伝統的助産婦の役割を拡大して鉄剤を妊婦に配付したり、予防接種の推進、経口補水塩(ORS)の配付をするように特別の努力をした。第3次5ヶ年計画中に3万2,000人の伝統的助産婦が研修を受けたが、このうちの5,000人はユニセフの協力によるものであった。なお主な業績としては伝統的助産婦用のイラスト入りのマニュアル及び記録カード、それに助産婦が伝統的助産婦の監督を改善するのに役立つ監督マニュアルの開発・制作がある。
- 3) 学校保健プログラムへの協力は9万枚以上の小学校を対象に実施された。このプログラムの下で1小学校につき最低1名の先生が学校保健について研修を受け、各小学校は簡易健康診断用キットと救急及び軽い病気治療キットを供与した。
- 4) プライマリー・ヘルス・ケアを進める力と考えられる農村保健開発プロジェクトを支援して、ボランティアである保健推進員の研修及び研修後の保健推進員に軽い病気の治療用薬品キットを供与した。1984年初めにはこのプロジェクトは21州の1,700村で実施されていた。
- 5) 家族栄養改善プログラムは1978年の1,400村での活動から1984年には3万4,000村で拡大した。この栄養改善プログラムは保健省と農業省と宗教省及び自治省と産業省それに国家家族計画調整委員会が共同で実施している。そのプログラムの内容は5歳以下児童の成長記録、栄養救急療法(ビタミンAと鉄剤と経口補水塩の配付)、家族計画(出産間隔を2~3年にする)及び母乳哺育と経口補水療法(ORT)の推奨、その他に地域で治療できない患者の専門保健施設への紹介等である。
- 6) 水の供給と環境衛生

1979-84年において、総計1万8,340の浅井戸ポンプと3,800の深井戸ポンプ及び5,010の雨水回収タンクと145ヶ所以上の上水道がユニセフの援助により設置された。これによりユニセフ協力地域の人口の43%が清潔な水の供給を得られるようになっている。環境衛生に関しては1,920ヶの家庭用トイレと55ヶの集合トイレと39ヶの学校トイレを都市のスラム地域で設置した。

- (2) 第4次5ヶ年計画(1985-1989年)中のユニセフの協力概要

第4次5ヶ年計画の主な協力目標は児童の生存・開発を推進することで、特に乳児

と児童と妊産婦の疾病及び死亡率を急速に低下させることに力点を置いていた。協力実施地域は疾病及び死亡率が特に高い西スマトラ州、西ジャワ州、東ヌサテンガラ州、西ヌサテンガラ州、南スラウエシ州及びメダン市、パダン市、バンダール・ランポン市、バンドン市、スマラン市、サマリンダ市、バンジャルマシン市である。

第4次5ケ年計画におけるユニセフの主な協力は次のプログラムであった。

- 1) 予防接種普及プログラム：1989年4月までに1歳以下の児童の65%に破傷風、麻疹、ジフテリア、百日ぜき、ポリオ、結核に対する予防接種をする目標を設定した。1987年にはすべての保健施設の96%が予防接種を実施していた。ポシアンドウ（統合保健サービス・センター）が急速に全国に展開されて、そこでも予防接種がされるようになったので予防接種率は大いに高まった。1989年の実績では乳児初回が75%、乳児次回が65%、妊婦が30%であった。
- 2) 伝統的助産婦（TBA）に安全な出産についての研修及び再研修それにTBAキットを供与した。1985-87年には、6,369名の伝統的助産婦が初めて研修を受けて、4,960名の伝統的助産婦が再研修を受けた。TBAキットは1万6,000ヶ供与された。
- 3) 妊婦及び哺乳中の母親から成る「母親の意識向上クラブ」という小さなグループを結成して妊娠中及び出産後の育児における自己看護を改善するように動機を与えている。1985-87年の間に、ユニセフは2,280村の「母親意識向上グループ」に教材を供与した。「母親意識向上グループ」を組織化した村のボランティアも研修した。
- 4) 児童栄養
1985-88年の家族栄養改善プログラムで、合計46万人の新規ボランティアを研修し、85万人の既存のボランティアを再研修した。1989年3月には全国で21万7,000ヶ所のポシアンドウが設置され、2,100万人の5歳以下児童の90%が利用できるようになった。ポシアンドウにおける5つの保健サービス（成長記録、予防接種、経口補水、母子保健、家族計画）は、ユニセフ支援で開始した家族栄養改善プログラムの成功を基礎に開発、実施されるようになったものである。
- 5) 水の供給と環境衛生プログラムで、1万2,000ヶの浅井戸手押しポンプと3,500ヶの深井戸手押しポンプ、160ヶ所の上水道、2,000ヶの雨水回収タンクの設置を予定し、190ヶ所の水源地保護対策を講じる。環境衛生面では3万5,000ヶの家庭用トイレ、100ヶ以上の集団トイレ、200ヶの学校トイレを建設する予定である。

なお、第5次5ケ年計画のユニセフ協力予算額は5,988万ドルである。その明細

については表60を参照。

表59 ユニセフのインドネシアへの協力予算5,500万ドルの支出内訳
(1979-1983年)

プログラム	平均年間支出額(単位:千ドル)		
	一般財源	補足資金	総計
1. 児童生存	4,142	771	4,913
(1) 児童保健	(2,409)	(37)	(2,446)
(2) 児童栄養	(1,733)	(734)	(2,467)
2. 水の供給と衛生	1,719	412	2,131
3. 児童への社会福祉サービス	996		996
4. 学校教育	305		305
5. 学校外教育	790		790
6. 企画及びプロジェクト支援業務	1,467	144	1,611
7. 緊急救援物資	24		24
8. 輸送費	11	2	13
	9,454	1,329	10,783

備考: 1984年からは輸送費は上記の項目に含まれていない。

出所: 1988年ユニセフ・インドネシア協力プログラム概要

表60 ユニセフのインドネシアへの協力予算の支出内訳
(1985-1989年)

プログラム	1985年	1986年	1987年	1988年予定	1989年予定	予定合計
一般財源						
グループ 1						
1. 基本的母子保健	1,506.6	1,168.5	1,859.6	1,335.0	929.2	6,798.9
2. 栄 養	1,218.3	1,266.0	1,136.4	2,000.0	2,367.1	7,987.8
3. 水と環境衛生	1,046.4	1,261.0	1,401.8	1,700.0	1,783.0	7,192.2
4. 統合保健サービスへの支援	175.9	72.0	162.5	345.0	434.1	1,189.5
グループ 2						
5. 地域と村における社会サービス	388.7	855.1	663.8	630.0	796.3	3,333.9
6. 地域開発	392.4	390.8	469.6	525.0	542.9	2,320.7
7. 教 育	650.9	922.3	1,017.4	800.0	799.8	4,190.4
8. プログラム支援サービス	620.5	768.8	836.8	900.0	582.6	3,708.7
事務サービス	120.4	107.6	104.6	125.0	125.0	582.6
輸 送	108.3	63.8	121.4	130.0	130.0	553.5
予 備 費	0.0	2.9	3.1	10.0	10.0	26.0
本部管理費	(165.7)	0.0	0.0	0.0	0.0	(165.7)
小 計	6,062.7	6,878.8	7,777.0	8,500.0	8,500.0	37,718.5
指 定						
保健(予防接種)	0.0	48.1	4.5	9.9	400.0	462.5
栄 養	249.6	1,949.8	2,261.9	3,529.2	2,883.7	10,874.2
水	481.3	(144.0)	39.0	284.2	647.0	1,307.5
輸 送	9.1	9.0	28.3	81.6	95.8	223.8
小 計	740.0	1,862.9	2,333.7	3,904.9	4,026.5	12,868.0
一般財源と指定の合計	6,802.7	8,741.7	10,110.7	12,404.9	12,526.5	50,586.5
乳幼児死亡改善基金						
保健(予防接種)	0.0	0.0	410.1	2,217.1	1,100.0	3,727.2
栄 養	1,575.8	71.2	161.6	0.0	0.0	1,808.6
児童生存プロジェクト	0.0	411.6	372.3	416.1	0.0	1,200.0
輸 送	71.9	0.0	0.0	162.9	120.0	354.8
小 計	1,647.7	482.8	944.0	2,796.1	1,220.0	7,090.6
特別援助	759.5	506.7	530.6	414.7	0.0	2,211.5
合 計	9,209.9	9,731.2	11,585.3	15,615.7	13,746.5	59,888.6

出所：1988年ユニセフ・インドネシア

協力プログラム概要

2. 保健医療機構

a. 中央レベル

保健省の中央レベルの機構は事務部門と技術部門の2つに大きく分かれる。

事務部門には、企画部、人事部、財務部、物資部、法規広報部、総務部、組織部がある。

技術部門は4つの総局に分かれる。地域保健総局と医務総局と伝染病予防環境衛生総局、それに食品薬品管理総局である。

国際協力事業団が家族計画／母子保健面での技術協力をインドネシア政府に対して実施する際の保健省の担当総局である地域保健総局の業務は、4つの局、すなわち家庭保健局と保健サービス局と栄養局、それに住民参加局に分かれている。図7参照。

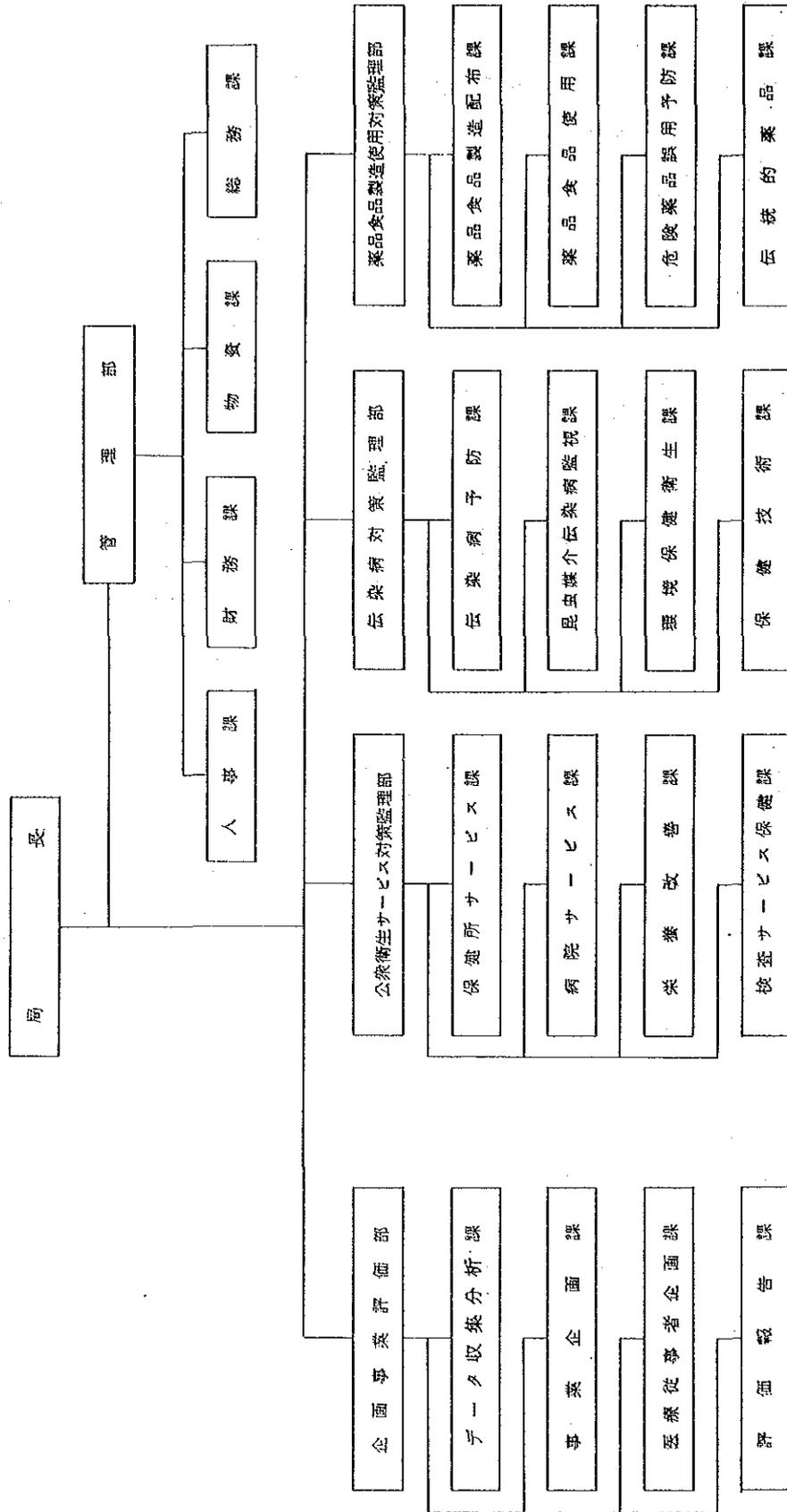
b. 州レベル

州での保健医療は州衛生局が管理しているが、その組織は本省同様に事務部門と技術部門の2つに分かれる。

事務部門は人事課と財務課と物資課、それに総務課に分かれる。

技術部門の業務は、企画事業評価部と公衆衛生サービス対策監理部と伝染病対策監理部、それに薬品食品製造使用対策監理部に分かれている。図8参照。

図 8 保健省州衛生局組織図



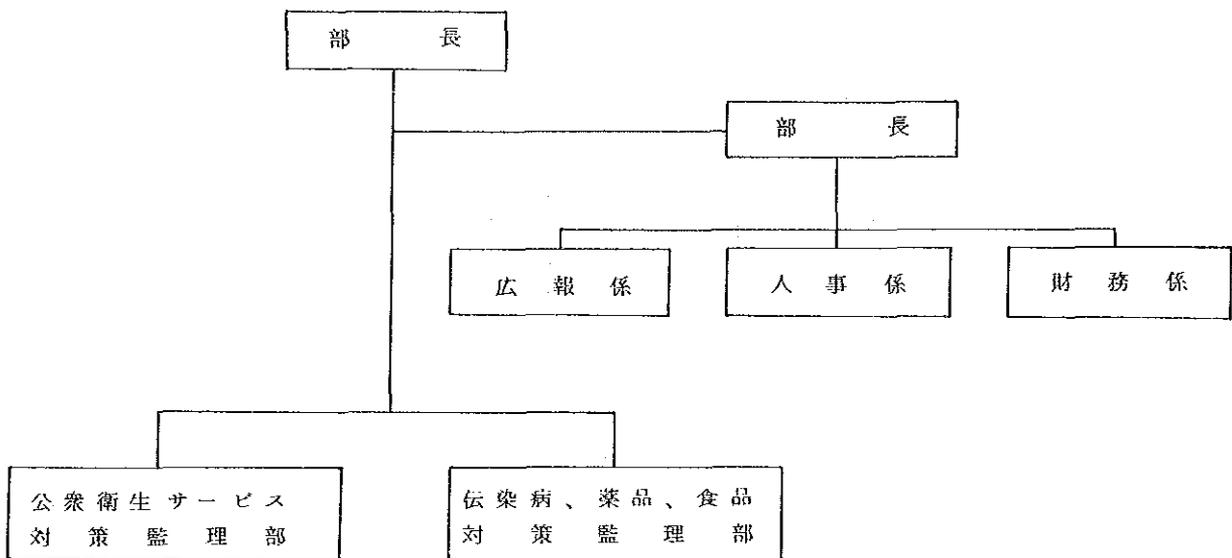
c. 県／市レベル

県／市での保健医療は、県／市衛生部が管理している。その組織は事務部門と技術部門の2つに分かれる。

事務部門は、総務係と人事係と財務係に分かれる。

技術部門は、公衆衛生サービス対策監理部と伝染病と薬品・食品対策監理部に分かれる。図9参照。

図9 保健省 県／市衛生部組織図



出所：保健省

d. 郡レベル

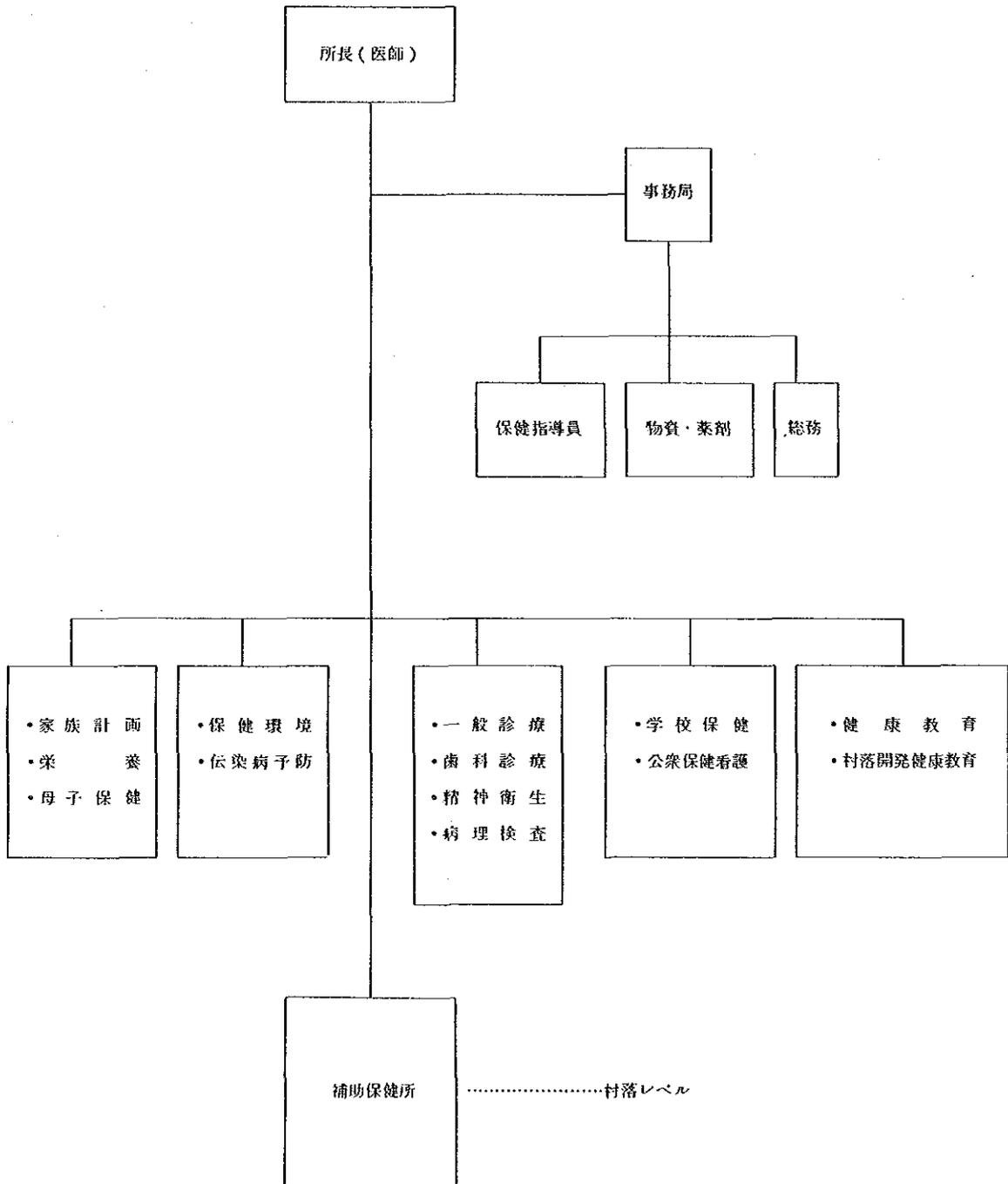
郡での保健医療は、保健所が管理している。今日、全国の郡に少なくとも1つの保健所と2～3の補助保健所が設置されている。

図10は保健省が提案している標準的な保健所の組織図である。この標準的な組織は法律や布告によって制定されているものではないが、今日インドネシア全国で採用されている。

標準的な保健所では、医師、歯科医、看護婦、助産婦、衛生士、補助栄養士、検査技師、準看護婦が住民の保健衛生の向上のために予防及び治療活動を行っている。保健所にはその他に掃除婦や運転手がいる。

なお、保健所は地域社会（ポシアンドウ）で、住民参加により近年活発に推進されている母子保健、家族計画、栄養、予防注射、下痢症予防の総合保健衛生活動の管理をしている。

図 1 0 標準的な保健所の組織図



出所：保健省

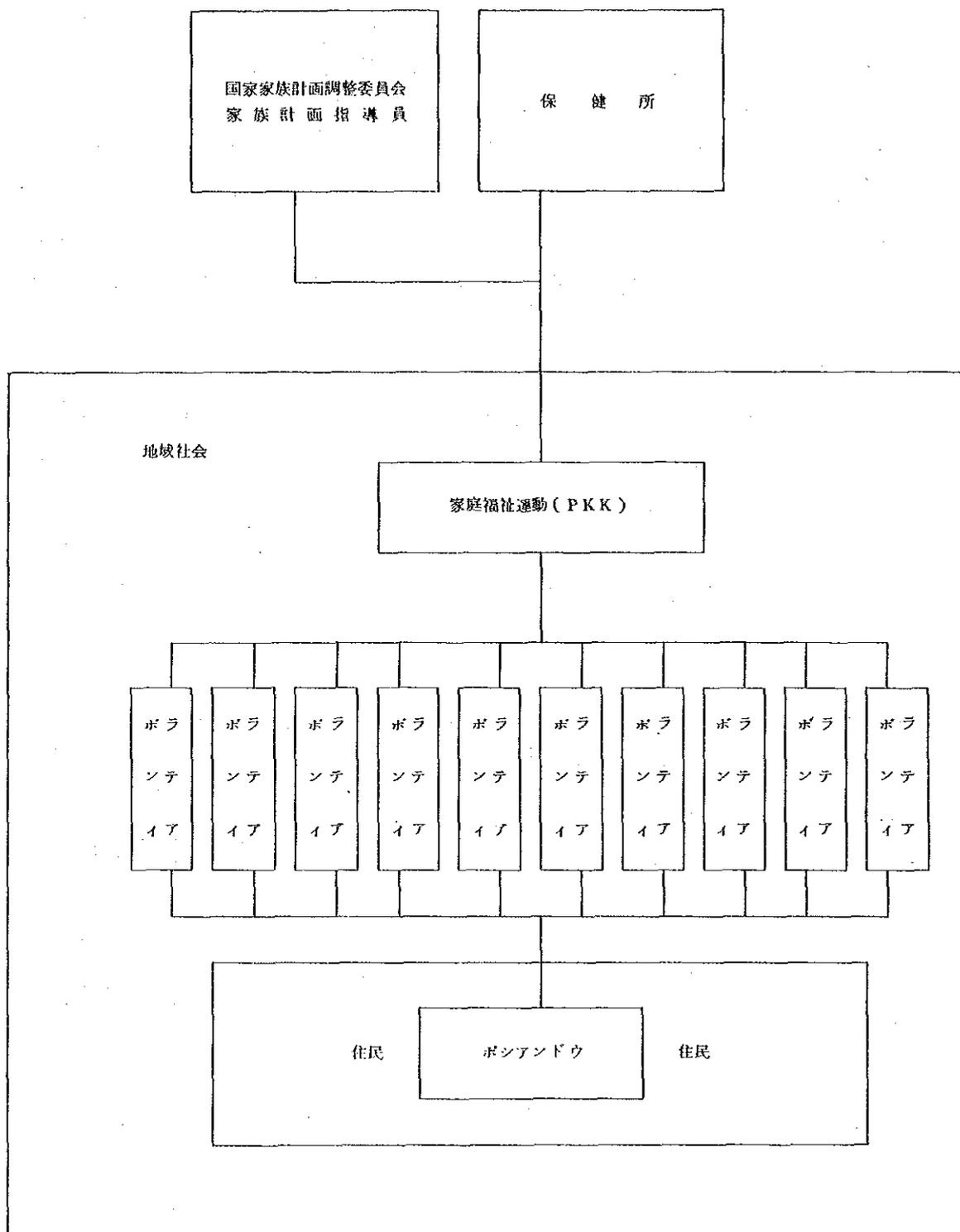
c. 末端レベル（ボランティアを含む）

地域社会では、保健所の指導により家庭福祉運動（PKK）が中心になって栄養改善プログラム及び家族計画保健統合プログラムが実施されている。その関連図は図11を参照。

家庭福祉運動は、技術的には女性組織とはいえないが、その全国組織のリーダーは内務大臣の奥さんが、州でのリーダーは州知事の奥さんが努めている。県知事、市長、郡長、村長の奥さんがそれぞれの行政区のリーダーである。

家庭福祉運動のボランティア数は多く、例えば中部ジャワ州では53万2,825人（1987/1988年）が保健衛生、栄養、副収入作り、居住環境改善等の分野で活躍している。

図11 末端レベルでの家族計画・保健衛生運動の関連図



3. 保健医療要員について

a. 職種別従事者（医師、看護婦、助産婦等）

医療従事者の人口100万人当りの人数の推移を見ると、1973/74年から1985年にかけてほぼ倍増している。医師は49人から123人で2.5倍に、看護婦/夫は127人が317人で同じく2.5倍に、看護婦/夫でない準医療従事者とヘルスワーカーは192人が312人で1.6倍になっている。

医療従事者人口の実数の増加率は、医師においては3.2倍、看護婦/夫も3.2倍、看護婦/夫でない準医療従事者とヘルスワーカーは2.1倍といずれも人口100万に対する比の増加率に比べると大きい。これはこの期間に人口が1億2,910万人から1億6,463万人にと27.5%も増大しているのので、医療従事者人口の伸び率を抑えてしまっているからである。表61参照。

さて、インドネシアにおける医師の人口は極めて低い。海外経済協力基金の編集した「海外経済協方便覧1988」によるとインドネシアの1979年における医師1人当りの人口は1万1,740人で、アジア・太平洋州の開発途上諸国の中でラオスの2万1,667人（76年）とカンボジアの1万5,297人（71年）に次ぐ高い数字である。表62を参照。

こうした状況を踏まえて、インドネシア政府は現行の第5次5ヶ年計画で医療従事者の人数を大幅に拡充する予定である。表57を参照。

表61 医療従事者数の推移（1973/74年-1985年）

医療従事者	第1次5ヶ年	第2次5ヶ年	第3次5ヶ年	1985年
	計画終了年 1973/74年	計画終了年 1978/79年	計画終了年 1983/84年	
1. 医師 (人口百万人当り)	6,221 (49)	10,456 (74)	17,647 (112)	20,176 (123)
2. 看護婦/夫 (人口百万人当り)	16,059 (127)	31,061 (219)	44,651 (282)	52,131 (317)
3. 看護婦/夫でない 準医療従事者と ヘルスワーカー (人口百万人当り)	24,248 (192)	35,577 (251)	47,836 (302)	51,278 (312)
4. 大学での医療従事者 (人口百万人当り)	2,269 (18)	3,215 (23)	5,184 (33)	7,273 (44)

出所：1985年の保健に関する大統領演説の資料。保健省。

表62 主要先進国とアジア・太平洋の開発途上諸国における医師1人当り人口及び病院1ベット当り人口

項目 単 位		医師1人当り人口		病院1ベット当り 人 口	
		調査年	人	調査年	人
	日本	84	670	84	82
	アメリカ	80	549	80	171
	西ドイツ	82	431	82	89
	フランス	82	480	82	170
	イギリス	79	711	80	127
ア ジ ア ・ 太 平 洋 州	バングラデシュ	81	8 908	81	4 545
	ビルマ	82	4 940	82	1 140
	中国	83	1 769	83	493
	台湾	
	香港	82	1 443	82	237
	インド	81	2 545	81	⑨ 634
	インドネシア	79	11 740	79	1 787
	カンボジア	71	15 297	71	893
	韓国	82	1 366	81	607
	ラオス	76	21 667	75	401
	マレーシア		...	81	⑩ 370
	ネパール	80	486	80	5 271
	パキスタン	82	2 911	82	1 737
	パプアニューギニア	
	フィリピン	81	6 713	80	518
	シンガポール	81	1 101	81	247
スリ・ランカ	82	7 464	82	350	
タイ	80	6 870	80	658	
ベトナム	81	4 067	81	272	

出所：海外経済協力基金発行の「海外経済協力便覧1988」

b. 職種別養成システムと年間養成数

(1) 職種別養成システム

1) 医師

大学医学部で6年間の勉強。専門医（外科医、心臓医、小児科医等）の場合はさらに4年間の勉強。

2) 歯科医

大学歯学部で6年間の勉強。

3) 看護婦

(a) 中学校卒業後、看護学校で3年間の勉強。

(b) 高校卒業後、看護高等学校で3年間の勉強。

(c) 高校卒業後、大学の看護学部で4年間の勉強。

4) 助産婦

(a) 中学校卒業後、保健看護学校で4年間の勉強。

(b) 中学校卒業後、助産婦学校で3年間の勉強。

備考：医学部及び歯学部への受験資格があるのは、高校で理科系を専攻した学生のみである。

(2) 職種別年間養成数

第5次5ヶ年計画中の職種別年間養成数については表57の第5次5ヶ年計画初年度と最終年度から計算した平均数値しか入手できなかった。その数値は以下のとおりである。

① 専門医	350人
② 一般医	2,500人
③ 歯科医	300人
④ 薬剤士	250人
⑤ 検査技師	528人
⑥ 看護婦/夫	1万2,317人
⑦ 看護婦/夫でない準医療従事者	3,500人
⑧ ヘルスワーカー	600人

c. 再教育システム

保健婦と看護婦と助産婦に対して、衛生やマラリヤに栄養学に関するセミナーを随時開催して研修をしている。しかし、医師については、家族計画方法（ノープラントの皮下への移植やIUDの挿入等）についての研修以外はない。

Ⅱ-4 人口家族計画分野の政策と実施体制

1. 現行の人口家族計画分野の政策

a. 方針・政策

(1) 開発計画での位置づけ

現行の第5次5ケ年計画の中で、人口家族計画の問題は、(1)比較的高い人口増加率、(2)アンバランスな人口の分布、(3)向上を要する生活の質の3点であるとされている。こうした状況の中で、開発計画の基本政策と戦略を供与する国民協議会(MPR)が1988年に布告した国家政策のガイドラインでは第5次5ケ年計画中に実施される基本人口政策を次のように述べている。

「人口政策の方向は国民を人的資源として開発することであり、その目的は国民の質を継続的に向上させながら国の開発を効果的に価値あるものにするることである。

(比較的高い)人口増加率の抑制及び人口の均一した分布を目指した努力は、教育と保健と経済成長それに地域開発と雇用機会の創出に関する政策に加えて、継続的に推進されるべきである。」このガイドラインを基に第5次5ケ年計画書では、「国民の質を高めるためには、今まで以上に良質な食料及び栄養のバランスを考えた食品の供与それに教育と保健の質の向上が必要である。」と国民の質の向上を高める方法について言及している。さらに「精神的に強く、知性が高く、技術も十分に自立心がある開発志向性の高い国民が育って、しかも彼らが連体感を有し、勤勉で、生産性が高く、創造性と刷新性が豊かで、高い動機を有するようになってもらいたい」と、国民の質の向上に高い期待を寄せている。「こうして国民の質が高まるならば、国民と社会の質をさらに高めようとする国家開発目標の達成のスピードが大いに加速されると強く期待されている。」

なお、現在の人口増加率のレベルから考えて出生力をもっと低下させる必要があると第5次5ケ年計画書で指摘している。そのために、①家族計画の普及の強化、②最初の結婚時の年齢の上昇(晩婚化)、③初産時の母親の年齢の上昇が必要であるとしている。こうしたことの他に、「小さな、幸福な、裕福な家庭という規範を広く社会に普及」させて、国民の多くが小家族を求めるようにすることも重要であると述べている。

人口・家族計画分野のもう一つの重要な努力は死亡率、特に乳児死亡率と児童死亡率と妊産婦死亡率を引き下げることである。第5次5ケ年計画書では、「死亡率が低下すれば出生率の低下にインパクトを与える。」と強調している。死亡率の低下をさらに進めるためには「母子保健サービスの改善が必要である」と指摘している。具体的には、妊婦検診及び産後の健康管理の重要性を十分に理解してもらい受診率を

高め、予防接種の参加率を上げたり、保健と栄養の環境を改善すること等を推奨している。

(2) 政策担当者の発言

1989年6月8日にスハルト大統領がニューヨークの国連で行った国連人口賞受賞スピーチで、「家族計画は単なる量的な人口統計学的な問題ではないし、避妊に関する臨床的な問題でもない。家族計画とは（子供の）価値に関する体系及び標準子供数に変革を起こさせようとする努力が必要な仕事である。」と指摘した上で、「家族計画プログラムは、国造りの目標に向かって貧困と後進性と無関心に対する闘いの一環である。」と声明した。

スハルト大統領は人間の質を高めることの重要性に触れて、「適切な質を有していない人間の数が多ければ、開発の障害になったり、環境への負担になる。しかし、天然資源を思慮深く利用しながら人類の生命を維持して行くことができるような能力を備えた人間が多く養成できるとすれば、大きな人口は非常に偉大な資産になるのである。」と述べた。「インドネシアの人口戦略は、1994年からの第6次5ヶ年計画とともに開始される第2次25年長期開発計画では、開発の過程において国民の潜在的能力を引き出すことをめざす質的アプローチをも包含する予定である。」

(3) 予算の重点配分事項

予算の重点配分事項に関しては、まず人口予算に比べての家族計画予算の圧倒的比率が注目される。1989/1990年予算の1,593億ルピア中の1,491億ルピアが家族計画予算である。表63参照。

なお家族計画予算中における重点配分事項は、避妊サービスである。1989/1990年の国家家族計画調整委員会本部管理予算によると85億1,066万ルピアである。2番目は要員研修センターの69億3,551万ルピア。3番目は統合事業サービスで54億6,331万ルピアである。なお物質（部）の予算は688億6,263万ルピアと巨大であるが、これは物質の購入費が大部分を占めており、事業予算ではない。表64参照。

表 6 3 第 5 次 5 ヶ年計画の人口・家族計画予算

	予 算 (単 位 : 億 ル ピ ア)	
	1989 / 90 年	1989 / 90 年 ~ 1993 / 94 年 の 5 ヶ 年 間
人 口	102 (約 8 億 円)	724 (約 58 億 円)
家 族 計 画	1, 491 (約 120 億 円)	10, 586 (約 847 億 円)
合 計	1, 593 (約 128 億 円)	11, 310 (約 905 億 円)

出所：第 5 次 5 ヶ年計画書

表64 事業項目別による国家家族計画調整委員会本部管轄予算(1989/1990年)

(単位:千ルビア)

事業項目	予算の出所										総計
	インドネシア政府					外国					
	通常予算	開発		世銀		国連人口基金	米国際開発庁	オランダ	ユニセフ	その他	
・広報	3,600	302,000	417,187	1,692,960	326,016	1,200,000					3,941,763
・避妊サービス		736,834	228,218	1,837,169	708,441	5,000,000					8,510,662
・社会制度指導		103,000				1,500,000					1,603,000
・総合事業サービス		60,000	479,460	1,063,990	947,363	2,300,000	612,500				5,463,313
・家族計画教育指導		50,000	124,395	635,310	487,737						1,297,442
・物産	92,000	56,519,230	119,502	5,131,902			7,000,000				68,862,634
・人材	231,659	90,000									341,669
・要員研修センター	102,500	251,000	20,075	561,940		6,000,000					6,935,515
・職員研修センター		188,000	2,700	774,098	29,866	1,000,000					1,994,664
・家族計画研究センター				568,160	426,134	750,000					1,744,294
・生体臨床医学・人体生殖センター		115,000			136,032						251,032
・国家家族計画開発センター				39,845							39,845
・総務	2,756,126	1,074,000									3,830,126
・財務	76,956	97,000									173,956
・法規事業手続		48,000			402,278						450,278
・情報記録ネットワークセンター		175,000									175,000
・データ処理コンピュータセンター		205,000									205,000
・企画	78,109	250,000	108,463	120,000		1,200,000					1,405,000
・データ記録報告		190,000									190,000
・事業実施分析		91,000									91,000
・監理	7,000	200,000									207,000
総計	3,367,960	60,745,064	1,500,000	12,425,374	3,463,867	18,950,000	7,612,500	0	0	0	108,064,765

出所: 国家家族計画調整委員会企画部

b. 目 標

インドネシアの人口は1993年末には1億9,290万人にと、1988年の1億7,560万人から1,730万人が増加すると予測されている。表65を参照。

この増加は、1988年の出生率28.7‰と死亡率7.9‰が1993年にはそれぞれ25.4‰と7.5‰に低下すると予測に立つもので、年間の人口増加率は1.9%である(第4次5ヶ年計画中の年平均増加率は2.1%であった)。

妊娠可能年齢(15-49歳)の女性人口は1988年の4,440万人が1993年には5,050万人へと13.7%の上昇をすと見込まれている。

妊娠可能年齢(妻の年齢が15-49歳)の夫婦数は1988年の3,000万組から1993年には3,370万組へと12.3%増加する。

こうした状況の中で1989/1990年の推定家族計画実行率48.96%を1993/1994年には52.35%に引き上げる目標である。増大する需要に応じるために、家族計画クリニックの数は1万から1万2,000に増やす計画が立てられている。表66参照。

合計出生率は1988年の3.48から1993年の2.99に低下させる目標である。

結婚年齢については、男性が25歳以上に、女性は20歳以上の年齢で結婚するように動機づけのキャンペーンを実施する予定である。なお、晩婚の奨励と合わせて第一子の出産の時期を延期するようにも動機づけを行う予定である。

乳児死亡率は1988年の58から1993年には49.8へ低下させる目標である。(死亡率は7.9‰から7.5‰へ低下させる目標である)。この間に平均寿命は63歳から65歳に上昇する見込みである。

表65 インドネシア人口予測(1988~1993各年末)

(単位:百万人)

年	人 口
1988	175.6
1989	179.1
1990	182.7
1991	186.1
1992	189.5
1993	192.9

出所:第5次5ヶ年計画書

表 6 6 第 5 次 5 ヶ年計画中の家族計画推定普及率及び家族計画クリニック数の推移

	新規参加者 (千人)	継続的実施者 (千人)	推定普及率 (%)	クリニック (カ所)
1989 / 1990	4,378	18,974	48.96	10,000
1990 / 1991	4,410	19,623	49.93	10,500
1991 / 1992	4,406	20,277	50.77	11,000
1992 / 1993	4,442	20,867	51.62	11,500
1993 / 1994	4,477	21,460	52.35	12,000

出所：第 5 次 5 ヶ年計画書

c. 予 算

1989 / 1990 年から 1993 / 1994 年の第 5 次 5 ヶ年計画中の人口・家族計画予算は 1 兆 1,310 億ルピア (約 950 億円) である。初年度の 1989 / 1990 年の予算は 1,593 億ルピア (約 128 億円) である。

人口・家族計画予算の中で家族計画予算の割合は圧倒的で、初年度及び 5 ヶ年の合計の双方において 94% を占めている。表 6 3 参照。

d. 組織・人員

(1) 組 織

国家家族計画調整委員会のトップは長官でその下に副長官がいる。その下に 6 つの局、すなわち総務局、企画事業分析局、事業局、事業開発局、要員養成局、監理局がある。家族計画サービスの実施は事業局によって行われている。図 1 2 を参照。

国家家族計画調整委員会は全国 27 の州に支局を有している。その下の県(regency)にそれぞれ支部がある。郡レベルにおいては、家族計画指導員の監督官がいて、村レベルでは家族計画指導員があらゆる家族計画サービスの管理に責任がある。後述の 3 人口家族計画分野の実施体制の 10 の国家家族計画プログラムの行政レベル別における機能的管理説明図を参照。

(2) 人 員

国家家族計画調整委員会の職員 (本部、州支局、県支部等を含む) は、1984 年 4 月現在では 2 万 5,683 人であった。その内訳は本部が 867 名、州支局が 2,326 名、県支部が 5,778 名、郡レベルの家族計画指導の監督官が 3,484 名、村レベル

での家族計画指導員が1万3,228名であった。表67を参照。

表 6 7 州別による国家家族計画調整委員会人員の分布

№	州		県支部人数	家族計画指導員監督官	家族計画指導員	総計
	州名	州支局人数				
	本部*	867	—	—	—	867
1	ジャカルタ	136	170	30	432	770
2	西ジャワ	131	792	466	2,837	4,226
3	東ジャワ	146	1,156	578	3,002	4,882
4	中部ジャワ	123	946	497	2,820	4,386
5	ジョグジャカルタ	127	157	73	248	605
6	バリ	112	178	51	231	572
	ジャワとバリ	1,644	3,399	1,695	9,570	16,308
7	アチェ	112	146	128	648	262
8	北スマトラ	117	273	197	648	565
9	西スマトラ	97	206	101	708	304
10	南スマトラ	86	144	95	610	285
11	ランポン	82	148	70	346	46
12	西カリマンタン	93	104	108	521	216
13	南カリマンタン	110	164	100	574	200
14	北スラウエシ	79	101	83	429	166
15	南スラウエシ	117	455	180	1,492	740
16	西ヌサテンガラ	88	102	60	430	180
	外領 I	981	1,843	1,222	2,964	6,910
17	リアウ	56	57	72	36	221
18	ジャンビ	43	50	39	39	171
19	ブングル	49	36	27	54	166
20	中部カリマンタン	51	42	82	164	339
21	東カリマンタン	57	59	72	72	260
22	中部スラウエシ	53	18	62	62	195
23	東南スラウエシ	64	41	67	67	239
24	マルク	45	30	56	28	159
25	イリアンジャワ	49	23	66	36	174
26	東ヌサテンガラ	53	102	98	98	351
27	東チモール	48	78	26	38	190
	外領 II	568	536	667	694	2,465
	総計	3,193	5,778	3,484	13,228	25,683

備考：便宜上、本部を州の欄に入れた。
出所：国家家族計画調整委員会

e. 外国援助への対応

家族計画予算に占める外国援助資金の比率は極めて高い。第1次5ケ年計画初年度の1969/1970年の予算では政府予算の7倍であった。翌年は2倍。3年目によやく政府予算が大きく伸びて1対1になった。5年目には若干ながら政府予算の方が外国援助資金より大きかった。表68参照。

第2次5ケ年計画では、平均してインドネシア政府の予算が外国援助より1割程多かった。表69参照。

第3次5ケ年計画では、インドネシア政府予算は外国援助の2倍以上に増額された。表70参照。

第4次5ケ年計画では、外国援助資金の増加率がインドネシア政府の予算の増加率よりも大きくて、インドネシア政府予算は外国援助の2倍弱になった。その5ケ年の総計予算額は4兆3,495万ルピアと第3次5ケ年計画の2.2倍になった（外国援助は3倍になった）。表71参照。

1989/1990年の予算では世銀（124億2,537万ルピア）、米国国際開発庁（92億5,000万ルピア）、オランダ政府（76億1,250万ルピア）、国連人口基金（34億6,386万ルピア）が主な援助機関である。表72参照。

こうした外国援助への申請に関しては、国家家族計画調整委員会がプロポーザルを作成して国家開発企画庁（BAPPENAS）に提出する。その後、国家開発企画庁で検討されて必要な修正等を経て承認となったものが、国家書記局へ送られてそこで総合的観点からの最終的承認を得た案件のみが外務省を通じてジャカルタ在駐の大使館ないし国連機関ジャカルタ事務所へ提出される。

表 6 8 第 1 次 5 ヶ年計画中の家族計画予算

(単位 : 千ルピア)

会 計 年 度	インドネシア政府	外 国 援 助	総 計
1969 / 1970	120,000	847,015	967,015
1970 / 1971	500,000	932,090	1,432,090
1971 / 1972	1,500,000	1,575,089	3,075,089
1972 / 1973	2,350,000	4,165,382	6,515,382
1973 / 1974	2,500,000	2,444,517	4,944,517
計	6,970,000	9,964,093	16,934,093

出所 : 国家家族計画調整委員会

表 6 9 第 2 次 5 ヶ年計画中の家族計画予算

(単位 : 千ルピア)

会 計 年 度	インドネシア政府	外 国 援 助	総 計
1974 / 1975	3,802,000	5,473,967	9,275,967
1975 / 1976	5,576,000	5,066,469	10,642,469
1976 / 1977	6,646,000	7,109,661	13,755,661
1977 / 1978	8,600,000	9,911,334	18,511,334
1978 / 1979	11,000,000	5,429,478	16,429,478
計	35,624,000	32,990,909	68,614,909

出所 : 国家家族計画調整委員会

表70 第3次5ヶ年計画中の家族計画予算

(単位：千ルピア)

会計年度	インドネシア政府	外国援助	総計
1979/1980	18,125,223	13,084,665	32,793,972
1980/1981	35,230,517	13,625,000	44,652,062
1981/1982	44,393,091	15,625,000	58,763,007
1982/1983	48,360,185	16,732,200	76,342,740
1983/1984	48,007,323	19,845,400	74,718,753
計	194,609,412	78,912,265	286,718,534

出所：国家家族計画調整委員会

表71 第4次5ヶ年計画中の家族計画予算

(単位：千ルピア)

会計年度	インドネシア政府	外国援助	総計
1984/1985	68,383,706	40,679,619	109,063,325
1985/1986	79,431,356	16,394,874	95,826,230
1986/1987	89,704,410	20,754,916	110,459,326
1987/1988	89,979,761	61,417,461	151,397,222
1988/1989	107,459,700	90,945,375	198,405,075
計	434,958,933	230,192,245	665,151,178

出所：国家家族計画調整委員会

表 7 2 予算の出所別による国家家族計画プログラム予算額（1989/1990年）

（単位：千ルピア）

No	プログラム内容	予算の出所										総計		
		インドネシア政府			外国					援助				
		通常予算	閉	閉	世銀	国連人口基金	米国際開発庁	オランダ	ユニセフ	その他				
1	州レベルでのプログラム	19,464,427	35,754,936											85,219,363
2	本部によるプログラム	3,275,960	1,533,834	1,380,498	8,569,972	3,453,867	9,250,000	612,500						31,113,631
3	避妊具・薬品のプログラム	92,000	56,211,230	119,502	3,828,402			7,000,000						67,251,134
	総計	52,832,387	96,500,000	1,500,000	12,425,374	3,453,867	9,250,000	7,612,500	0	0				183,584,128

出所：国家家族計画調整委員会企画部