

No 002

国別医療協力ファイル インドネシア

平成9年3月

JICA LIBRARY



J 1141490(1)

国際協力事業団
医療協力部

医 計
J R
97-04

国別医療協力ファイル
インドネシア

平成9年3月

国

 108
 107
 YCA
 LIBRARY



1141490[1]

国別医療協力ファイル インドネシア

平成9年3月

国際協力事業団
医療協力部

目次

1 国別概況	1
1.1 一般概況	3
1.1.1 自然環境	3
1.1.2 政治・経済	4
1.1.3 民族・宗教	4
1.1.4 女性の状況	4
1.1.5 環境	5
1.1.6 一般教育	6
1.2 一般行政	6
1.2.1 中央行政	6
1.2.2 地方行政	8
1.3 国家開発計画の概要	9
1.3.1 所得水準	9
1.3.2 経済成長率	10
1.3.3 産業セクター別成長率	10
1.3.4 雇用創出	10
1.3.5 開発成果の公平な分配	10
2 衛生行政	15
2.1 中央衛生行政と保健医療計画	15
2.1.1 中央衛生行政機構	15
2.1.2 中央保健医療計画	18
2.1.3 中央保健医療セクターの財政	19
2.1.4 保健省予算の推移	20
2.2 地方衛生行政と保健医療計画	21
2.2.1 地方衛生行政機構	21
2.2.2 地方保健医療計画・予算	24
3 人口	27
3.1 総人口・人口増加率・年齢別人口	27
3.2 地域別人口分布	28
3.3 出生率	31
3.4 死亡率	32
3.5 他国との保健指標の比較	32

4 死因・疾病	35
4.1 総論	35
4.2 死亡とその原因	35
4.3 疾病構造	36
4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病	36
4.3.2 女性の疾病・原因	38
4.3.3 成人・高齢者の疾患	40
4.4 感染症	40
4.4.1 予防接種で予防可能な感染症	40
4.4.2 下痢症疾患	42
4.4.3 急性呼吸器感染症(ARI)	43
4.4.4 結核	43
4.4.5 ハンセン病	43
4.4.6 マラリア	44
4.4.7 その他の寄生虫疾患	44
4.4.8 エイズ	45
4.4.9 その他の感染症	46
4.5 非感染症	47
4.5.1 栄養失調	47
4.5.2 慢性病・成人病	48
4.5.3 精神障害	48
4.5.4 傷害・事故	49
4.5.5 食中毒	49
5 保健・医療プログラム	51
5.1 総論	51
5.2 プライマリー・ヘルス・ケア (PHC)	51
5.3 予防接種対策	52
5.4 栄養問題対策	52
5.5 母子保健対策	53
5.6 家族計画	53
5.7 マラリア対策	54
5.8 エイズ対策	54
5.9 下痢症対策	54
5.10 その他の感染症対策(結核)	55
5.11 その他の対策	55
5.11.1 伝統療法確立プログラム	55
5.11.2 安全な水の供給プログラム	55
5.11.3 環境衛生改善プログラム	55

6 医療サービス供給システム	59
6.1 保健医療施設	59
6.1.1 州別の病院数および人口 10 万人当たりの病床数	59
6.1.2 公共医療部門	60
6.1.3 民間およびミッション系・NGO 関連医療部門	63
6.1.4 医療施設の具体例	64
6.2 医薬品・医療器具・衛生材料	65
6.2.1 医薬品供給と課題	65
6.2.2 薬事監視	66
6.2.3 医療器具、衛生材料	66
6.3 保健医療サービスの利用	66
6.3.1 住民側からみた利用の状況	66
6.3.2 伝統医療	67
6.4 保健医療情報システム	68
6.5 医療保険制度	69
6.5.1 ASTEK（労働更正保険事業団）による医療保険	69
6.5.2 ASKES（公務員などを対象とした医療保険）	69
6.5.3 ダナ・セハット（医療基金）	69
6.5.4 ヘルスカード	70
6.6 救急医療システム	70
6.6.1 都市部における救急医療システムとその問題点	70
6.6.2 救急医療政策	70
6.7 試験研究機関	71
6.7.1 中央試験研究機関	72
6.7.2 地方試験研究機関	73
7 保健・医療従事者と医学研修	75
7.1 各種医療従事者の状況	75
7.2 医療従事者養成制度と養成機関	76
7.2.1 養成制度	76
7.2.2 医療従事者の養成機関	78
8 環境衛生・労働衛生	81
8.1 環境衛生	81
8.1.1 飲料水	81
8.1.2 衛生施設	82
8.1.3 住宅環境	83
8.1.4 道 路	84
8.1.5 公 害	85

8.2 労働衛生	85
9 保健・医療分野の国際協力	87
9.1 協力要請の仕組み	87
9.2 国際機関、わが国を除く諸外国、NGO の協力動向	89
9.2.1 国際機関	89
9.2.1 わが国を除く二国間援助	92
9.2.2 NGO	93
9.3 わが国の協力状況	94
9.3.1 有償資金協力	95
9.3.2 無償資金協力	96
9.3.3 技術協力	97

図目次

図 1-1	中央行政組織	7
図 1-2	インドネシア地方行政組織図	8
図 2-1	保健省機構図(1984年 大統領令 15号による)	16
図 2-2	国家家族計画調整委員会 (BKKBN) 組織図	17
図 2-3	地方衛生行政組織図	23
図 3-1	人口ピラミッド (1993年)	28
図 4-1	乳児の主な死因 (1992年)	37
図 4-2	5歳未満児の主な死因 (1992年)	37
図 4-3	過去5年間に分娩の行われた場所の内訳(1994年)	39
図 4-4	過去5年間の出産における介助者の内訳(1994年)	39
図 4-5	心臓疾患、腫瘍、糖尿病患者総数に占める入院患者数の比率(1988~93年)	40
図 4-6	栄養失調児の比率の推移(1973~92年)	47
図 7-1	インドネシアにおける医師統制システム	77
図 9-1	援助要請から決定までのフローチャート	88

表目次

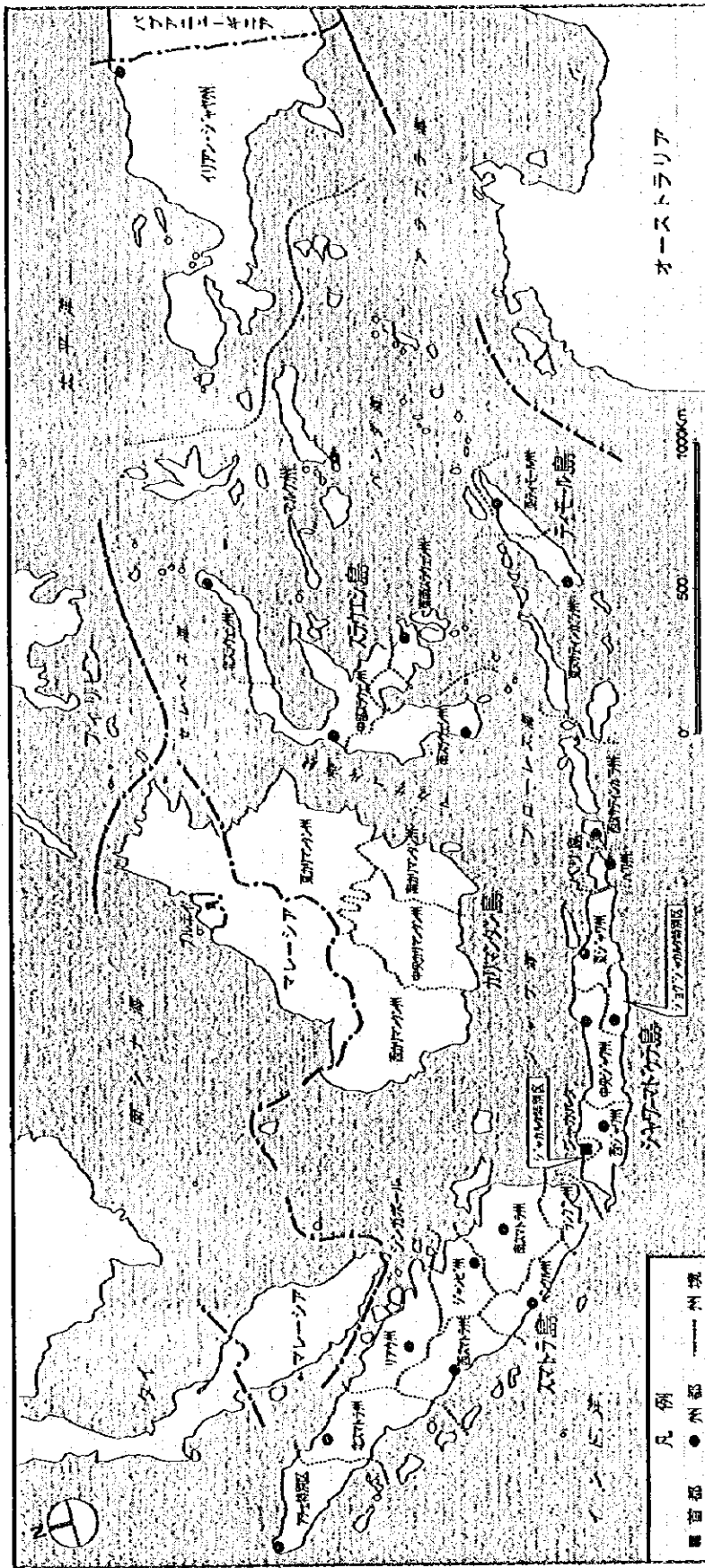
表 1-1	インドネシア概況	1
表 1-2	インドネシア経済指標	2
表 1-3	主要都市の平均気温・降水量	3
表 1-4	宗教別にみた人口	4
表 1-5	女性の雇用状況	5
表 1-6	女性指標	5
表 1-7	インドネシアの第1級自治区(州および特別区)名称とその州首都所在地	9
表 1-8	第2次25カ年長期開発計画(PJP-2)概括表	11
表 1-9	第6次5カ年計画におけるセクター/プログラム別開発予算	12
表 2-1	第6次保健計画における主要保健指標目標値	19
表 2-2	第6次保健計画プログラム予算	19
表 2-3	国家財政および保健省予算の推移(1989~94年度)	20
表 2-4	保健省国家予算の推移(1989~94年度)	20
表 2-5	保健省組織内予算の内訳(1990~94年度)	21
表 2-6	州別保健省交付金(1992年度)	24
表 3-1	インドネシアにおける総人口の推移	27
表 3-2	インドネシアにおける年齢別人口構成比	28
表 3-3	島/州別人口、人口密度および人口分布(1995年)	30
表 3-4	地域別にみた合計特殊出生率	31
表 3-5	年齢別出生率	32
表 3-6	ASEAN諸国(ブルネイを除く)および 東アジア・太平洋地域との保健基礎指標の比較	33
表 4-1	インドネシアにおける10大死因(1986、92年)	35
表 4-2	国立病院における10大疾病(1992年)	36
表 4-3	州別乳児死亡率(IMR)および5歳未満児死亡率(U5MR)(1994年)	38
表 4-4	BCG、DPT、ポリオ、麻疹の予防接種率(1986~93年度)	41
表 4-5	予防接種で予防可能な感染症の地域別罹患率(1993年)	42
表 4-6	結核患者数(1991~93年)	43
表 4-7	ハンセン病感染者数(1986、93年)	44
表 4-8	州別マラリア発生率(1992年)	44
表 4-9	エイズ患者数およびHIV感染者数	46
表 4-10	デング出血熱罹患患者数、死亡者数の推移(1988、93年)	46
表 4-11	総入院患者数に占める心臓疾患、腫瘍、糖尿病患者数の比率(1988~93年)	48
表 4-12	総入院患者数に占める精神病患者数の比率(1988~93年)	48
表 4-13	交通事故による傷害・死亡者数(警察発表)	49
表 4-14	食中毒の発生件数および死亡者数	49
表 5-1	第6次保健計画(1994~98年度)プログラム予算の内訳	51
表 6-1	公立・私立別の病院数および病床数(1995年)	59
表 6-2	州別病院数および人口10万人当たりの病床数(1993年)	60

表 6-3	公立病院の種類および所属別の病院数 (1995 年)	61
表 6-4	国公立病院のクラス別病院数・病床数 (1989、95 年)	62
表 6-5	所有者および種類別にみた民間病院数 (1993 年)	63
表 6-6	公立・民間病院における病床利用率の推移 (1989、95 年)	67
表 6-7	地域別 1 日当たりブスケスマス利用者数 (1991 年)	67
表 7-1	一般・専門病院における医療従事者の内訳 (1995 年)	77
表 7-2	人口 10 万人当たりの医師の数の推移 (1990～93 年)	78
表 7-3	地域別人口 10 万人当たりの医療従事者数 (1995 年)	78
表 7-4	医学部を併設している公立病院名 (1995 年)	81
表 8-1	都市部および農村部における飲料水の供給源 (1995 年)	83
表 8-2	都市部および農村部におけるトイレのタイプ (1995 年)	84
表 8-3	第 6 次 5 カ年計画における下水処理、ゴミ処理のカバー人口	85
表 8-4	都市部および農村部における住宅材料 (1995 年)	86
表 8-5	都市部および農村部における照明用および調理用熱源 (1990 年)	86
表 9-1	DAC 諸国・国際機関の年度別 ODA 実績	91
表 9-2	援助形態別 ODA 実績	91
表 9-3	国際機関による ODA 実績推移(1989～93 年)	92
表 9-4	わが国の ODA 実績 (1991～95 年)	97
表 9-5	わが国による保健医療関連分野有償資金協力	97
表 9-6	わが国による保健医療関連分野無償資金協力	98
表 9-7	保健医療関連分野におけるプロジェクト方式技術協力案件	99

略語集

略語	
AsDB	アジア開発銀行 Asian Development Bank
AIDS	エイズ(後天性免疫不全症候群) Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARI	急性呼吸器感染症 Acute Respiratory Infection
AusAID	オーストラリア国際開発庁 Australian Agency for International Development
BCG	結核予防ワクチン Bacille de Calmette-Guerin
CEC	欧州共同体委員会 Commission of the European Communities
CIDA	カナダ国際開発庁 Canadian International Development Agency
DAC	開発援助委員会(OECD) Development Assistance Committee
DPT	三種混合(ジフテリヤ、百日咳、破傷風)ワクチン Diphtheria, Pertussis, and Tetanus
EPI	予防接種拡大プログラム Expanded Program on Immunization
FAO	国連食糧農業機関 Food and Agriculture Organization of the United Nations
GTZ	ドイツ技術協力庁 German Agency for Technical Cooperation
HIV	ヒト免疫不全ウイルス Human Immunodeficiency Virus
IBRD	国際復興開発銀行(通称：世界銀行) The International Bank for Reconstruction and Development
IDA	国際開発協会(通称：第二世銀) International Development Association
IEC	情報・教育・コミュニケーション(普及)活動 Information, Education and Communication
IMF	国際通貨基金 International Monetary Fund
IUD	子宮内避妊具 Intrauterine Device
NGO	非政府機関 Non-Government Organization
OECD	経済協力開発機構 Organization for Economic Cooperation and Development
ORS	経口補水塩 Oral Rehydration Salts
ORT	経口補水療法 Oral Rehydration Therapy
OPV	経口ポリオワクチン Oral Polio Vaccine

略語	
PHC	プライマリー・ヘルス・ケア Primary Health Care
TBA	伝統的産婆 Traditional Birth Attendant
UNAIDS	国連エイズ合同計画 Joint United Nations Program on HIV/AIDS
UNDP	国連開発計画 United Nations Development Plan
UNFPA	国連人口基金 United Nations Population Fund
UNICEF	国連児童基金 United Nations Children's Fund
USAID	米国国際開発庁 United States Agency for International Development
WHO	世界保健機関 World Health Organization



凡例
 ● 首都 ● 州都 ● 州境



第1級自治区(州・特別区)

州名	州都名	州名	州都名	州名	州都名	州名	州都名
1. アチエ特別区	パシール	9. ジャワカルタ特別区	ジャカルタ	15. 西カリマンタン州	パタラハ	23. 西ササティンガラン州	マラナウ
2. 北スマトラ州	メダン	10. 南ジャワ州	セマラン	16. 中部カリマンタン州	パタラハ	24. 東ササティンガラン州	マラナウ
3. 西スマトラ州	パタラハ	11. 中央ジャワ州	セマラン	17. 南カリマンタン州	パタラハ	25. マルク州	マラナウ
4. リアウ州	パタラハ	12. ジョグジャカルタ特別区	ジョグジャカルタ	18. 東カリマンタン州	パタラハ	26. イリアン・ジャヤ州	マヤタラ
5. ジャンビ州	ジャバ	13. 東ジャワ州	マラナウ	◆ スラウエシ島(4州)		27. 東ティモール州	ディレイ
6. 南スマトラ州	パタラハ			19. 北スラウエシ州	マタ		
7. ペンダリン州	パタラハ	◆ バリ島(1州)		20. 中部スラウエシ州	パタラハ		
8. ランバン州	パタラハ	14. バリ州	デンパサール	21. 東スラウエシ州	マタ		
				22. 南スラウエシ州	マタ		
◆ スマトラ島(8州)		◆ ジャワマドゥラ島(5州)		◆ カリマンタン島(4州)		◆ その他の島(5州)	

インドネシア全図

1 国別概況

表 1-1 インドネシア概況

正式国名	(和文) インドネシア共和国 (英文) Republic of Indonesia
独立記念日	1945年8月17日
旧宗主国	オランダ
政体	共和制
元首の名称	大統領: スハルト (Soeharto) (1993年3月6選、任期5年)
位置・面積	北緯6°~南緯11度 東経95°~141度 1905千平方キロメートル ¹⁾
首都	ジャカルタ(Jakarta) ²⁾
総人口	187.2百万人(1993年) ¹⁾
民族等	300以上の種族からなる多民族国家で、主なものとしては、ジャワ族、スダ族、ミナンカバウ族などがあげられる。
公用語	インドネシア語
宗教	9割近くの国民がイスラム教徒であるが、信仰の自由は認められており、キリスト教徒、ヒンドゥー教徒、仏教徒なども存在する。
暦	<日本との時差> -2時間(スマトラ、ジャワ、マドゥラ、西カリマンタン、中央カリマンタン) -1時間(東カリマンタン、南カリマンタン、スラウェシ、バリを含むヌサテングラ諸島) 0時間(マルク諸島、イリアンジャヤ) <祝祭日> (1996年) ²⁾ 1月1日 新年 2月21日* 断食明け大祭 4月5日 壘金曜日 4月29日* キリスト受難日 6月16日 キリスト昇天日 5月19日* イスラム暦新年 7月28日* モハメッド降誕祭 8月17日 インドネシア共和国独立記念日 12月8日* モハメッド昇天祭 12月25日 クリスマス (*は毎年日が変わる祝祭日)

出所 1) World Development Report 1995 1995 The World Bank
2) The Europa World Yearbook 1995 1995 Europa Publications
(「国別協力情報ファイル インドネシア」 1995 国際協力事業団より引用)

表 1-2 インドネシア経済指標

主要経済指標の推移	年	1991	1992	1993
	GDP (10億ルピア) ¹⁾	255,996	256,508	N.A
	1人当たりGNP (ドル) ²⁾	610	670	740
	実質GDP成長率 (%) ¹⁾	6.9	6.3	N.A
	消費者物価上昇率 (%) ¹⁾	9.4	7.5	9.7
	失業率 (%) ³⁾	記載なし		
	貿易収支 (百万ドル)	4,804	6,021	N.A
	輸出額 (FOB)	29,430	32,502	N.A
	輸入額 (FOB) ¹⁾	24,626	26,481	N.A
	主要輸出入相手国 ⁴⁾	輸出(1993) 輸入(1993)	日本(30.3%) 日本(22.1%)	
	経常収支 (百万ドル) ¹⁾	-4,080	-3,679	N.A
	対外債務残高 (百万ドル) ⁵⁾	76,091	83,755	89,539
	債務返済比率 (%) ⁵⁾	32.0	30.6	32.6
	外貨準備高 (百万ドル) ²⁾	10,358	11,482	12,474
通貨	通貨単位：ルピア			
(1995年5月30日) ⁶⁾	1ドル=2,236ルピア	(中銀標示)		
	5.37円=100ルピア (1996年3月31日)			
会計年度	4月1日～3月31日			

- 出所 1) International Financial Statistics Yearbook 1994 IMF
 2) World Development Report 1993-95 The World Bank
 3) Country Profile: Indonesia 1994-96 1995 EIU
 4) 公式推定値、Country Report: Indonesia 2nd quarter 1995 EIU
 5) World Debt Table 1994-95 1994 The World Bank
 6) 『東銀経済四季報』夏号 1995 東京銀行
 (『国別協力情報ファイル インドネシア』 1995 国際協力事業団より引用)

1.1 一般概況

1.1.1 自然環境

インドネシアは、大小あわせて 17,000 以上の島々から構成される世界最大の群島国家である。その国土は、赤道をはさんで東西 5,200 キロメートル、南北 1,900 キロメートルに広がり、総面積は約 190.5 万平方キロメートル（日本の約 5 倍）に及ぶ。国土を構成する島の中で、主なものは、スマトラ島、ジャワ島、カリマンタン島（面積の 3 分の 2 はマレーシア領）、スラウエシ島、イリアンジャヤ（ニューギニア島の西部）の 5 島である。

国土のうち、カリマンタン島など一部を除くほとんどの地域は、環太平洋火山地帯に属している。政府発表によれば、全国に 400 以上の火山があるとされ、そのうち約 130 が活火山であると考えられている。火山活動は非常に活発で、過去 20 年間に 29 回の噴火が記録されている。

赤道直下に位置するため、気候は高温多湿の熱帯性で、年間を通じて気温は 27℃前後、湿度は 80%前後でほぼ一定である。山間部を除き、気温・湿度に関して大きな地域差はない。四季の変化はなく、半年ごとに雨期と乾期が繰り返される。ジャワ島の場合、4 月頃から 9 月頃までが乾期、10 月頃から 3 月頃までが雨期であるが、地域により多少のずれがみられる。年間降水量はきわめて多く、最も雨量の少ないジャワ島東部でも約 1,500 ミリメートル、最も雨量の多いスマトラ島南部では約 4,000 ミリメートルに達する。

このような自然条件は、インドネシアに肥沃な土地と農業に適した気候という恩恵を与えると同時に、自然災害などの負の面ももたらしている。自然災害の主なものは、火山活動に伴う噴火、地震、津波、また多雨による洪水や地滑りなどである。これらの災害による死傷者数は、少ない年でも年間数十万人、多い年では数百万人にも及ぶ。また、高温多湿の気候により、マラリアやデング熱などの熱帯病の発生件数も多い。特にマラリアは、流行年には 10 大死因の一つとなることもある。

表 1-3 主要都市の平均気温・降水量

	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年平均
メダン	25.6	25.9	26.4	26.6	26.9	26.8	26.6	26.3	26.2	25.9	25.8	25.9	26.1
(北スマトラ)	128.9	93.3	98.9	155.0	218.8	157.0	174.3	205.7	212.5	256.0	259.1	150.2	2090.8
	82.0	83.0	83.0	79.0	77.0	78.0	79.0	79.0	79.0	80.0	85.0	85.0	81.0
ジャカルタ	26.2	26.3	26.9	27.5	27.6	27.2	26.8	27.0	27.4	27.6	27.3	26.8	27.0
	458.3	265.4	233.5	121.4	100.1	91.8	65.3	78.1	67.6	88.3	116.6	185.4	1909.6
(西部ジャワ)	86.0	84.0	83.0	82.0	80.0	78.0	75.0	74.0	73.0	75.0	78.0	82.0	77.0
スラバヤ	26.7	26.6	26.7	27.3	27.0	26.7	26.2	26.7	27.4	28.2	28.3	27.1	27.1
	326.1	256.0	222.9	121.8	113.5	65.4	45.0	29.4	6.1	27.8	127.5	242.4	1501.5
(東部ジャワ)	83.0	86.0	81.0	84.0	81.0	69.0	70.0	63.0	59.0	64.0	68.0	78.0	74.0
ウジュンパン	25.9	25.9	26.1	26.6	26.7	26.4	25.8	26.4	27.1	27.3	26.7	25.8	26.6
ダン	642.2	525.5	413.3	178.2	124.6	77.5	27.3	23.6	8.9	53.3	231.7	576.0	2825.8
(スラウエシ)	88.0	87.0	85.0	84.0	82.0	78.0	81.0	67.0	62.0	72.0	78.0	83.0	79.0

注 上段：平均気温（℃）中段：降水量（mm）下段：湿度（%）

出所 『理科年表』 1991 丸善

1.1.2 政治・経済

現職のスハルト大統領は、1968年に2代目大統領に就任して以来、連続6期目を数える。スハルト政権は、長期に渡る政治的安定を基盤として計画的な経済開発を推し進め、就任から現在までの四半世紀に渡り、製造業部門を中心として年平均7%弱の高い経済成長率を維持してきた。一方で、家族計画を普及させることにより、人口増加率を2.3% (70年代平均) から1.6% (90年代前半) まで低下させ、その結果、1969年には最貧国のレベルであった1人当たり70ドルの所得水準を、現在は中進国レベルの700ドル台まで引き上げることに成功している。

しかし、近年では、急激な経済成長に伴い、都市部における人口集中や環境汚染、さらに地域間格差の拡大などといった弊害も深刻なものとなっている。

1.1.3 民族・宗教

インドネシアの民族集団は300以上といわれるが、そのうち主なものはジャワ島を中心に居住するジャワ族、スンダ族、スマトラ島を中心に居住するミナンカバウ族、バタック族、スラウェシ島他に居住するマカッサル族・プギス族、バリ島を中心に居住するバリ族などである。

宗教的にみると、イスラム教徒が最も多く、人口の約87%を占め、次いでキリスト教9.6%、ヒンドゥー教1.8%、仏教1.0%という構成である。国全体で見れば人口のほとんどがイスラム教徒という構成であるが、地域や民族によって主要な宗教は異なっている。たとえばバリ島ではヒンドゥー教、北スマトラではプロテスタント、西スマトラのミナンカバウ族ではイスラム教、東南の島々ではカトリックが多数を占める。

BKKBN (国家家族計画調整局) によれば、宗教的な理由が家族計画推進の妨げになった経験はないとのことである。

母系社会で知られる西スマトラのミナンカバウ族は、女性の影響力が強いため、家族計画プログラムが円滑に運びやすいという一面がある。また、地域共同体の結束が強いバリ社会では、地域保健プロジェクトへの住民参加率も非常に高く、大きな成果につながっている。

表 1-4 宗教別にみた人口

宗教名	人口 (百万人)	比率 (%)
イスラム	156.3	87.2
カトリック	6.4	3.6
プロテスタント	10.8	6.0
ヒンドゥー	3.3	1.8
仏教	1.8	1.0
その他	0.6	0.3
合計	179.2	100.0

注 パーセンテージに関しては四捨五入のため合計は100%とならない。

出所 『インドネシア・ハンドブック 1995/1996年版』 1996 ジャカルタ・ジャパン・クラブ

1.1.4 女性の状況

インドネシアは、1978年に女性問題担当省を設置し、女性の役割・地位の向上を目指した各種施策に取り組んでおり、法制度の面における男女の不平等は存在しない。しかし、社会通念として女性より男性を重んじる傾向があり、それは特に経済的に恵まれない家庭の場合、女子

より男子に食事や教育を優先させるなどの形で表面化することがある。同国における女性の就学率を男性と比較すると、教育水準が上がるにつれて格差が大きくなり、高等教育の段階では男性を100とした場合の女性の比率は56に過ぎず、男女の教育水準に大きな隔りがある。就学率における男女格差は、ASEAN 諸国平均との比較の上でも顕著である。また、識字率に関しても、ASEAN 諸国では男性を100とした場合の女性の比率が91.3であるのに対し、インドネシアでは86.3とやや低く、教育水準に関する男女の格差が見られる（表1-6参照）。

しかしながら、インドネシアにおいて、女性は男性に劣らず地域活動へ貢献し、草の根レベルの開発の担い手として活躍している。特に、国内のほぼ全村で組織されている女性 NGO、PKK（家庭福祉運動）の活動はその最たるもので、家族計画、母子保健を中心とした保健衛生プログラムの運営など、PKK メンバーの全面的な協力によって支えられているものも少なくない。

表 1-5 女性の雇用状況

	インドネシア	ASEAN諸国平均	先進工業国
成人労働力に占める女性の割合 (15歳以上) /1990	39%	39%	44%
女性の稼働所得割合/1993	32.9%	31.8%	37.0%

出所 Human Development Report 1994 1995 UNDP

表 1-6 女性指標

	インドネシア			ASEAN諸国平均			先進工業国		
	男性	女性	対男性 比率	男性	女性	対男性 比率	男性	女性	対男性 比率
出生時平均余命/1993	61.3	64.8	106	66.7	71.2	107	-	-	109
就学率/(1986-1993)									
初等	116	113	97	105	103	99	103	102	100
中等	47	39	83	56	56	98	95	96	102
高等1)	-	-	56	-	-	88	-	-	103*
成人識字率/1990	88	75	86	92	83	91	-	-	100

注 *を付したものは OECD 諸国の数値

出所 『世界子供白書 1996』 1995 UNICEF

1) : Human Development Report 1995 1995 UNDP

1.1.5 環境

近年、インドネシアはめざましい経済成長を遂げているが、それに伴う都市化の進展により、水質汚染や大気汚染などの環境問題が深刻なものとなっている。

水質汚染は、都市部や工業集積の進んだ地域における河川でかなり進行しており、その主な汚染源は工場排水中に主として含まれる有毒化学物質、カドミウム、クロム、水銀などの重金属、また生活排水、尿尿などにも多量に含まれる有機物質・大腸菌などの細菌である。河川の汚濁に伴う地下水や地表水の汚染は、それを生活用水として使用している貧困層の人々に深刻な影響を与えるとともに、沿岸の魚類にも甚大な被害をもたらしている。

1 (インドネシア 国別援助研究会報告書) 1990 国際協力事業団より引用。

また、大気汚染はジャカルタ、スラバヤなどの大都市で特に顕著であり、自動車の排気ガスが最も重要な汚染源であるが、工業化の進展に伴い工場からの排煙も問題となっている²。

これらの環境汚染の改善のために、環境管理庁では、水質改善プログラムおよび排出ガス削減プログラムなどを実施しているが、これまでのところ十分な成果は得られていない。

これらに加えて、森林破壊も深刻な問題となっている。インドネシアはブラジル、ザイールに次いで世界第3位の熱帯林保有国とされており、森林面積は国土面積（約1億9000万ha）の約60%を占める。しかし、近年では、年間約100万ha（森林面積の約0.7%に相当）の森林が減少していると推定されている。この原因は主に森林焼畑農業であるが、焼畑移動耕作³を規制することは困難であり、対応策は進んでいない。

1.1.6 一般教育

インドネシアは、日本と同様に、小学校6年、中学校3年、高等学校3年、大学4年の学校教育制度を採っている。義務教育の年数は小学校の6年間とされていたが、1994年度から15年計画で中学校の3年間を義務教育化することが決定され、現在、校舎の増改築などの準備が進められている。

1994年度の小学校の学齢期にあたる児童（7～12歳）の就学率は93.3%であり、中学校の学齢期（13～15歳）にあたる児童の就学率は56.2%である。同年度における、小学校終了者の中学進学率は57.4%である。成人識字率（1993年）は、国民全体で82.9%、性別で見ると男性89.1%、女性76.9%である。

一般に、女性は教育程度を受けた年数が長くなるほど初婚年齢が遅くなり、子供の数も少なくなる傾向があり、インドネシアの場合も例外ではない。さらに、女性の教育レベルは、家族計画の受け入れや、子供に対する保健衛生教育に関しても大きな影響を及ぼすファクターとなっていることから、男性に比較してやや劣る女性の教育水準をひきあげることは、今後の保健計画の推進に際しても大きな成果をもたらすと考えられる。

1.2 一般行政

1.2.1 中央行政

インドネシアは国是5原則⁴と1945年憲法によって治められる立憲共和国である。国権の最高機関は国民協議会⁵であり、憲法の制定・改正、正副大統領の選出、国策の大綱の決定等の権限を有する。大統領は国民協議会より全権を委任され、国会の協力のもと、補佐機関である内閣とともに施策を実施する。

大統領、国民協議会議員、国会議員とも任期は5年である。大統領は国民協議会によって選出される。国民協議会の議員定数は1,000名であり、半数の500名は国会議員が兼任する。国会議員の議員定数は500名であり、うち400名は5年に一度開催される総選挙（比例代表制）

² 前掲書より引用。

³ 『世界の森林を歩く』 1987 信州大学林学科編 焼畑農業に従事者は約1100万人（当時の人口の約8%に相当）としている。

⁴ Pancha Sila：パンチャシラ（神への信仰、民族主義、民主主義、人道主義、社会正義）

⁵ MPR：Majelis Permusyawaratan Rakyat

によって選出され、残り 100 名（1997 年より 75 名に削減の予定）は国軍から大統領が任命する。

図 1-1 に、インドネシアの行政組織図を示す。

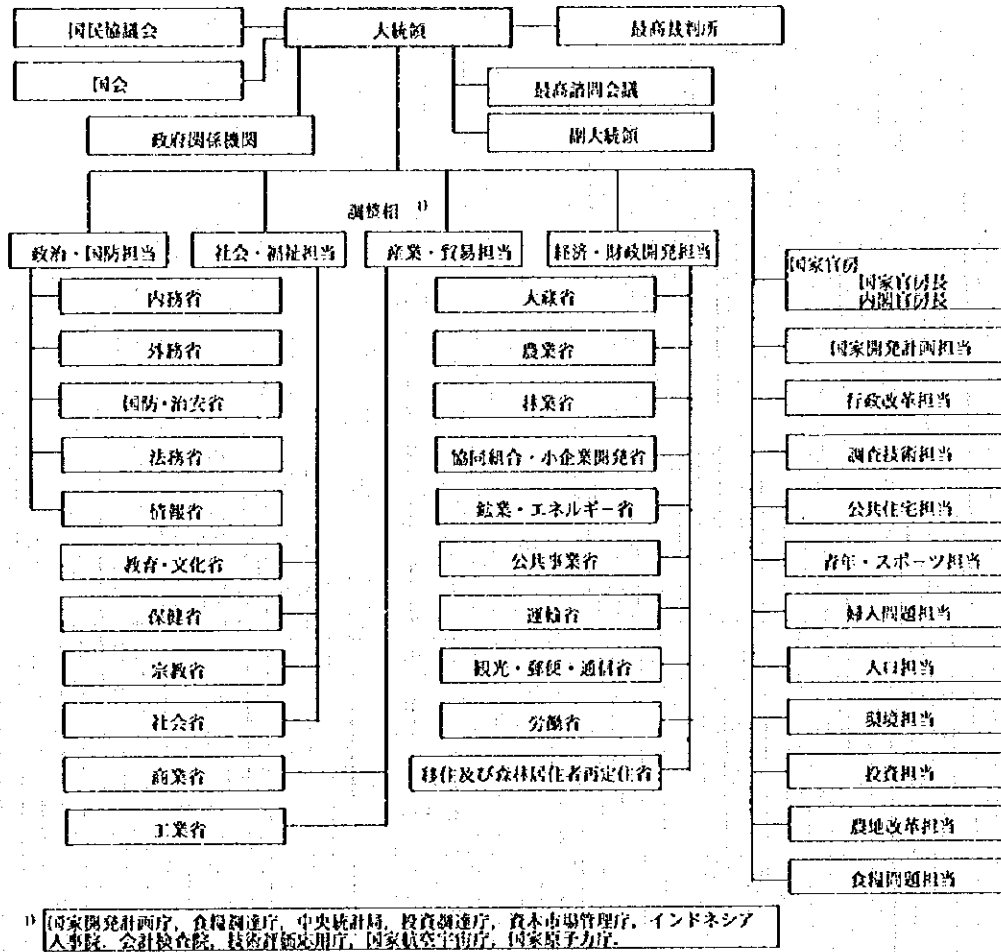


図 1-1 中央行政組織

出所 「国別協力情報ファイル インドネシア」 1995 国際協力事業団

1.2.2 地方行政

インドネシアは、27の第1級自治区（州および特別区、表1-7参照）に区分される。第1級自治区は、さらに第2級自治区と称される県および市に区分され、その下部組織として郡および村がある。州および特別区の知事は大統領が任命し、県、市および郡の首長は内務大臣が任命することとなっており、任期はそれぞれ5年である。

近年、第1級自治区の権限を第2級自治区へ移管するための施策が進められており、その一環として、政府の出先機関である州政府事務所の組織改革等が行われている。図1-2に、インドネシアの地方行政組織図を示す。

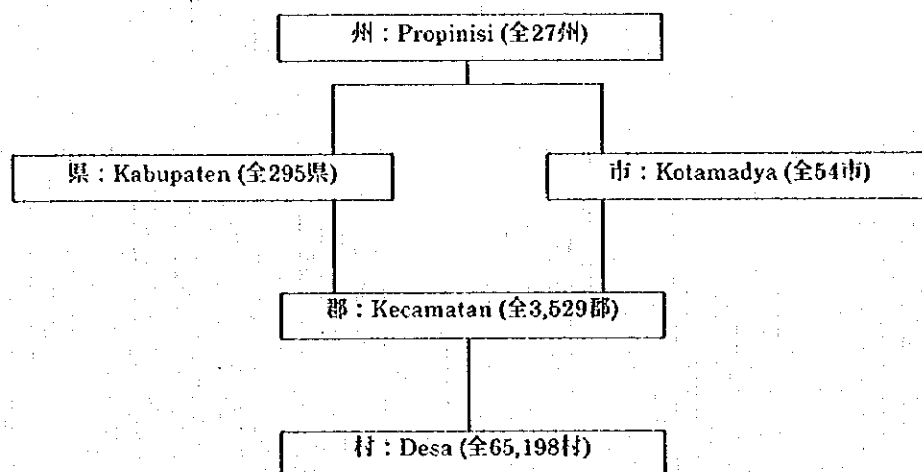


図1-2 インドネシア地方行政組織図

出所 Statistical Yearbook of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics

表 1-7 インドネシアの第1級自治区（州および特別区）名称とその州首都所在地

第1級自治区 (州および特別区)	州首都所在地	第1級自治区 (州および特別区)	州首都所在地
スマトラ島 (8州)		カリマンタン島(4州)	
1 アチェ特別区	Banda Aceh	15 西カリマンタン州	Pontianak
2 北スマトラ州	Medan	16 中部カリマンタン州	Palangkaraya
3 西スマトラ州	Padang	17 南カリマンタン州	Banjarmasin
4 リアウ州	Pekanbaru	18 東カリマンタン州	Samarinda
5 ジャンビ州	Jambi		
6 南スマトラ州	Palembang		
7 ベンクル州	Bengkulu		
8 ランプン州	Bandarlampung		
		スラウェシ島 (4州)	
ジャワ-マドゥラ島 (5州)		19 北スラウェシ州	Menado
9 ジャカルタ特別区	Jakarta	20 中部スラウェシ州	Palu
10 西ジャワ州	Bandung	21 東南スラウェシ州	Kendari
11 中央ジャワ州	Semarang	22 南スラウェシ州	Ujung Pandang
12 ジョクジャカルタ 特別区	Yogyakarta		
13 東ジャワ州	Surabaya		
		その他の島	
バリ島		23 西ヌサティンガラ州	Mataram
14 バリ州	Denpasar	24 東ヌサティンガラ州	Kupang
		25 マルク州	Ambon
		26 イリアンジャヤ州	Jayapura
		27 東ティモール州	Dili

出所 『インドネシアハンドブック 1995/1996年版』 1996 ジャカルタ・ジャパン・クラブ

1.3 国家開発計画の概要

インドネシアにおける現行の国家開発計画は、第2次25年長期開発計画（PJP-2、計画期間1994～2018年度）および、その最初の5年間に相当する第6次5カ年計画（REPELITA-6、計画期間1994～98年度）がある。

インドネシアでは、1969年のスハルト政権誕生以降、5年単位の「経済開発5カ年計画（REPELITA）」が策定・導入されている。第1次から第5次の5カ年計画の実施期間は、第1次25年長期開発計画と総称され、1994年度をもって終了した。この期間の経済開発は、主に社会資本の整備・充実を目指すものであった。引き続いて策定された第2次25年長期開発計画は、第1次長期開発計画のもとで蓄積された社会資本を最大限に活用して、経済的な「テイクオフ」の段階へ移行することを目標としている。計画の概要は以下のとおりである。目標となる各種指標を表1-8に示す。

1.3.1 所得水準

実質ベースの1人当たりGDPを4倍程度（1993年度の水準である676ドルから計画終了時には2,631ドルへ）引き上げることを目標としている。この数字は隣国マレーシアにおける現

在の水準（1人当たり 2,000 ドル強）を念頭におき、インドネシアの成長可能性を加味して設定されたものである。

1.3.2 経済成長率

経済成長率は、計画期間中平均で約 7.3% を目標としている。25 年の計画期間中に、実質ベースの 1 人当たり GDP を現在の 676 ドルから 2,631 ドルまで引き上げるためには、年平均 6% の成長率を維持する必要がある。これに平均で約 1.2% が見込まれる人口増加率を勘案し、7% 強という目標値が設定されている。

1.3.3 産業セクター別成長率

近年 2 ケタ成長を続けている製造業部門は、第 2 次長期開発計画期間中においても、引き続き成長の牽引車役を果たすことが期待されており、計画期間中、平均で約 9.2% の高い成長率が設定されている。一方、農業部門では同期間中、平均約 3.5%、その他の部門は約 7.3% の成長率が目標とされている。

第 1 次長期開発計画期末年である 1993 年度においては、産業構成比に占める製造業部門のシェアは 20.8% であり、これに対して農業部門のシェアは 20.2% と、ほぼ同規模であった。第 2 次長期開発計画期末年の 2018 年度においては、製造業部門のシェアは 32.5%（現在のアジア NIES 並みの水準）に達する一方で、農業部門のシェアは 8.2% にまで低下する見込みである。

1.3.4 雇用創出

労働力人口の伸び率は、人口増加率の低下に伴い鈍化していくものの、その規模は拡大し、第 2 次長期開発計画期間中に約 7000 万人の増加が見込まれている。その受け皿として、サービス部門および製造業部門を中心とした雇用の創出が目標とされている。

1.3.5 開発成果の公平な分配

第 2 次長期開発計画においては、社会・経済的發展を目指す一方で、その成果の公平な分配を促すことも重要な課題である。そのため、貧困層の所得向上、農業の近代化、東部地域の開発などに取り組み、社会的な格差を是正することが必要となる。定量的な現状認識および目標設定のため、所得水準等の経済指標のみならず、乳児死亡率、妊産婦死亡率、就学率などの社会指標が活用されている。

表 1-8 第2次25カ年長期開発計画(PJP-2)概括表

項目	単位	93年度 見込み実績	第6次5カ年計画期 末(1998年度)値	第10次5カ年計画期 末(2018年度)値
人口				
総人口	百万人	189.1	204.4	258.1
男性	百万人	94.3	101.9	128.7
女性	百万人	94.8	102.5	129.4
人口増加率	%	1.7	1.5	0.9
出生率	千人当たり	24.5	22.6	16.1
死亡率 ¹⁾	千人当たり	7.9	7.5	7.4
労働力				
労働力人口	百万人	78.8	91.4	147.9
就業者数 ²⁾	百万人	78.8	90.7	148.0
社会統計				
乳児死亡率	出生千対	58	50	26
平均寿命	歳	62.7	64.6	66.3
妊産婦死亡率	出生10万対	425	225	80
就学率				
小学校	%	109.9	114.9	117.0
中学校	%	52.7	66.2	118.0
高校	%	33.2	40.5	80.0
大学	%	10.5	12.8	25.0
国内総生産³⁾				
GDP成長率 ⁴⁾	%	6.6	6.2	8.7
農業	%	2.4	3.4	3.5
製造業	%	10.0	9.4	8.7
うち、非石油・ガス	%	11.0	10.3	9.0
その他	%	7.2	6.0	9.5
1人当たりGDP				
	千ルピア	1188	1487	5046
	ドル	676	775	2631
産業構成比				
農業	%	20.2	17.6	8.2
製造業	%	20.8	24.1	32.5
うち、非石油・ガス	%	17.6	21.3	31.5
その他	%	59.0	58.3	59.4

注 1) 国民の平均寿命が上昇するにつれて、死亡率はさらに上昇することもある。

2) 1994年度から順次導入される中学校の義務教育化に伴い、労働力人口が修正(従来の10歳以上から15歳以上に引き上げ)される一方、就業者数については年齢にかかわらず就業機会を推計しているため、第10次5カ年計画期末(2018年度)値では労働力人口が就業者数を下回る。

3) 1989年度価格実質GDP

4) 成長率については各5カ年計画中の伸び率

出所 『インドネシアハンドブック 1995/1996年版』 1996 ジャカルタ・ジャパン・クラブ

表 1-9 に、第6次5カ年計画におけるセクター別の予算配分を示す。構成比の大きいセクターは、順に地域開発・移住政策、交通・運輸・気象・地球物理学、鉱業・エネルギー、教育・文化などである。保健衛生は、予算全体の約3.6%に過ぎないが、第5次5カ年計画最終年度にあたる94年度予算と比較してみると、0.14ポイントとわずかではあるが増加している。

表 1-9 第6次5カ年計画におけるセクター／プログラム別開発予算

セクター(100万ルピア)	第5次5カ年計画最終年度 (1989-1993年度)		第6次5カ年計画 (1994-1998年度)	
	予算	構成比 (%)	予算	構成比 (%)
地域開発・移住政策	5,504,326	20.09	34,227,530	19.45
交通・運輸・気象・地球物理学	5,225,515	19.07	33,054,190	18.79
鉱業・エネルギー	3,581,922	13.07	21,779,530	12.38
教育・文化・民間信仰・青年、スポーツ	3,061,310	11.17	20,381,960	11.59
用水	1,687,034	6.16	10,473,430	5.95
国防・治安	1,154,593	4.22	7,914,550	4.50
社会福祉、保健衛生、女性、および 青少年の役割	1,031,033	3.76	6,892,390	3.92
社会福祉	76,205	0.28	518,760	0.29
保健衛生	946,328	3.45	6,315,790	3.51
女性および青少年の役割	8,500	0.03	57,840	0.03
農林業	989,630	3.61	6,403,950	3.61
住宅・居住環境	887,922	3.24	5,740,600	3.26
商業・国内事業振興・財政・協同組合	736,236	2.69	5,036,150	2.86
観光業・郵政・電気通信	721,850	2.64	4,778,570	2.72
政府機関・監査	556,991	2.03	3,613,260	2.05
科学技術	529,805	1.93	3,627,050	2.06
環境・空間整備	452,300	1.65	3,254,750	1.85
工業	450,496	1.65	3,032,480	1.73
人口政策・家庭福祉	290,221	1.06	1,743,120	0.99
政治・外交・報道・コミュニケーション、 マスメディア	157,335	0.57	1,036,250	0.59
労働力	146,532	0.54	1,073,200	0.61
宗教	121,870	0.44	1,055,540	0.60
法制度	111,365	0.41	814,400	0.46
合計	27,398,300	100.00	175,932,900	100.00

注 予算については100万ルピア未満を四捨五入したため、各項目の和は合計と一致しない。

出所 「インドネシア共和国第6次5ヶ年開発計画(資料)1994-1998年度 REPELITA VI」 1994 インドネシアー日本ビジネスサービス

表 1-9 第 6 次 5 年計画におけるセクター／プログラム別開発予算

セクター(100万ルピア)	第 5 次 5 年計画最終年度 (1989-1993年度)		第 6 次 5 年計画 (1994-1998年度)	
	予算	構成比 (%)	予算	構成比 (%)
地域開発・移住政策	5,501,326	20.09	31,227,530	19.45
交通・運輸・気象・地球物理学	5,225,515	19.07	33,051,190	18.79
鉱業・エネルギー	3,581,922	13.07	21,779,530	12.38
教育・文化・民間信仰・青年、スポーツ	3,061,310	11.17	20,381,960	11.59
用水	1,687,034	6.16	10,473,430	5.95
国防・治安	1,151,593	4.22	7,914,550	4.50
社会福祉・保健衛生・女性、および 青少年の役割	1,031,033	3.76	6,892,390	3.92
社会福祉	76,205	0.28	513,760	0.29
保健衛生	946,328	3.45	6,315,790	3.61
女性および青少年の役割	8,500	0.03	57,840	0.03
農林業	989,630	3.61	6,403,950	3.61
住宅・居住環境	887,922	3.21	5,740,600	3.26
商業・国内事業振興・財政・協同組合	736,236	2.69	5,036,150	2.86
観光業・郵政・電気通信	721,850	2.61	4,778,570	2.72
政府機関・監査	556,991	2.03	3,613,260	2.05
科学技術	529,805	1.93	3,627,050	2.06
環境・空間整備	452,300	1.65	3,254,750	1.85
工業	450,496	1.65	3,032,480	1.73
人口政策・家庭福祉	290,221	1.06	1,743,120	0.99
政治・外交・報道・コミュニケーション、 マスメディア	157,335	0.57	1,036,250	0.59
労働力	146,532	0.54	1,073,200	0.61
宗教	121,870	0.44	1,055,540	0.60
法制度	111,365	0.41	814,400	0.46
合計	27,398,300	100.00	175,932,900	100.00

注：予算については 100 万ルピア未満を四捨五入したため、各項目の和は合計と一致しない。

出所：『インドネシア共和国第 6 次 5 年開発計画(資料)1994-1998 年度 REPELITA VI』1994 インドネシアー日本ビジネスサービス

「1 国別概況」参考資料

1. 『世界の森林を歩く』 1987 信州大学林学科編
2. 『インドネシア 国別援助研究会報告書』 1990 国際協力事業団
3. 『理科年表』 1991 丸善
4. 『アジア読本 インドネシア』 1993 河出書房新社
5. 『インドネシア 多民族国家の模索』 1993 岩波書店
6. 『インドネシア共和国第6次5ヶ年開発計画(資料)1994-1998年度 REPELITA VI』 1994 イン
ドネシア-日本ビジネスサービス
7. 『国別協力情報ファイル：インドネシア』 1995 国際協力事業団
8. 『もっと知りたいインドネシア 第2版』 1995 弘文堂
9. 『東銀経済四季報』 夏号 1995 東京銀行
10. 『インドネシアハンドブック 1995/1996年版』 1996 ジャカルタ・ジャパン・クラブ
11. World Development Report 1993-95 The World Bank
12. World Debt Tables 1994-95 1994 The World Bank
13. International Financial Statistics Yearbook 1994 IMF
14. Country Profile: Indonesia 1994-96 1995 EIU
15. World Development Report 1995 1995 The World Bank
16. The Europa World Yearbook 1995 1995 Europa Publications
17. Human Development Report 1994 1995 UNDP
18. Statistical Yearbook of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics
19. Country Report: Indonesia 2nd quarter 1995 EIU
20. Indonesia 1996 An Official Handbook 1996 Department of Information

2 衛生行政

2.1 中央衛生行政と保健医療計画

2.1.1 中央衛生行政機構

中央衛生行政を担うのは保健省である。省内の機構は事務部門と技術部門の2つに大きく分かれ、うち、技術部門は4つの総局（住民保健総局、医務総局、伝染病・環境衛生総局、食品薬品管理総局）により構成される。家族計画は保健省ではなく、人口・家族計画を担当する機関である「国家家族計画調整委員会（BKKBN）」の所轄となっている。BKKBNは、企画事業分析局、研修・開発局、家族計画局、家族福祉局、総務局、監査局の6部門から構成される。保健省の機構を図2-1に、BKKBNの機構を図2-2に示す。

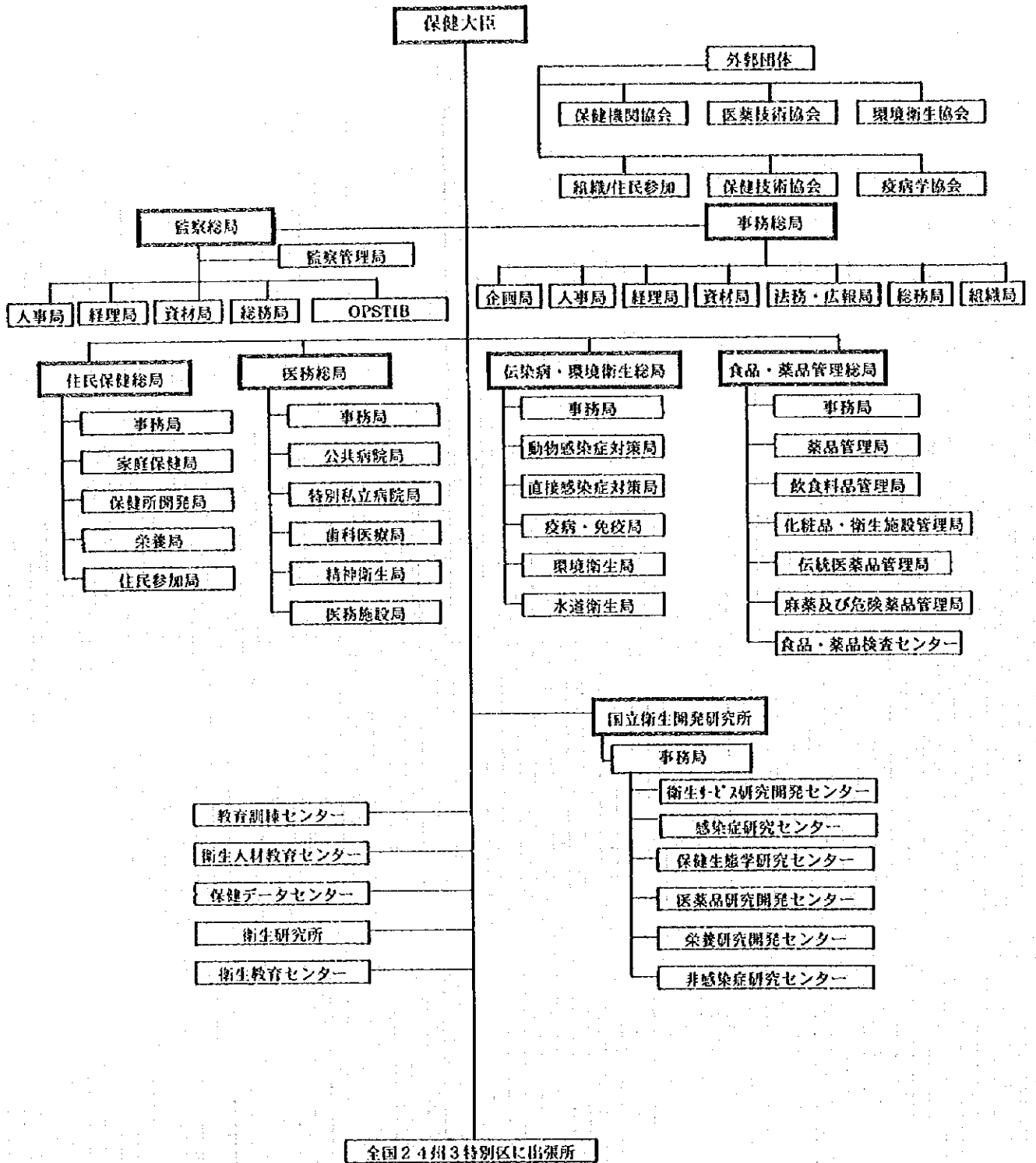


図2-1 保健省機構図(1984年 大統領令15号による)

出所 保健省提供資料

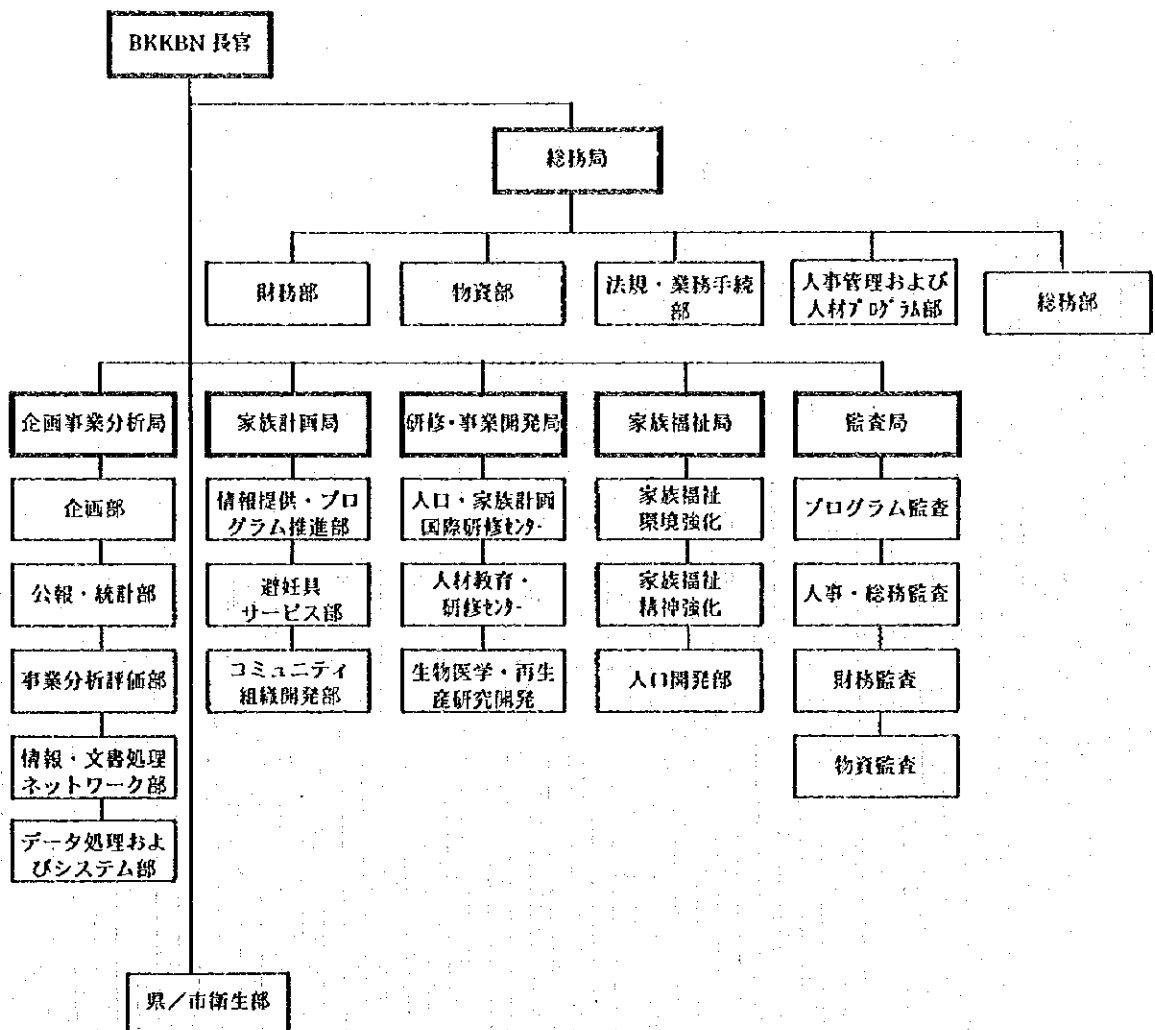


図 2-2 国家家族計画調整委員会 (BKKBN) 組織図

出所 BKKBN提供資料

2.1.2 中央保健医療計画

保健計画は、1.3 で示した国家開発計画の一画を成すものとして策定・施行される。現在施行中の第6次保健計画（1994-99年度）は、国民の健康状態を改善するために、保健サービスの質およびカバー率を引き上げることを最大の目標としている。策定にあたっての重点課題は、以下の4項目である。また、個別のプログラムの予算の内訳は表 2-2 のとおりである。

①保健サービスの質的向上と公平な分配

農村部における保健所、準保健所、助産婦サービスなどに加え、その他の医療機関のサービスの質の向上を図るとともに、地域病院のリファラルシステムを強化することにより、乳幼児・妊産婦の死亡率低下を図る。さらに、子供をはじめとした家族全体の栄養改善、感染症対策、今後の増加が予想される成人病対策を進める。

②コミュニティにおける栄養状態の改善

5歳以下の乳幼児、妊娠可能年齢の女性、妊婦および授乳期の産婦、高齢者といった、栄養失調のリスクの高い人々を対象として、魚、野菜、果物などの多様な食品の摂取を推進し、栄養状態の改善および栄養失調の予防を図る。

③コミュニティおよび民間部門の参加促進

健康の増進を図り、エイズ、癌、心臓・血管障害、アルコール依存症、交通事故、公害病などの疾病を予防するためには、衛生的な生活環境と健康的なライフスタイルを確立することが重要である。コミュニティレベルにおいては、保健衛生教育を進める一方、ポシアンドゥなどの地域保健プログラムへの参加を促進させ、教育の普及を図る。さらに、マスメディアやパンフレット類などの活用、コミュニティや企業などを対象にしたセミナー等を行い、知識の普及に努める。企業などの民間部門に対しては、予防接種の実施や環境衛生の向上、水道施設やスポーツ施設の整備といった疾病予防面での努力に加え、病院の建設など治療面での努力を促す。

④プログラム管理の改善

保健情報システムの改善によって、計画、実施、評価といったプログラムの各過程の管理を効率良く行い、地域の実情に応じた保健サービスの提供を実現させる。

以上の課題を踏まえて設定された、現状改善のための目標となる保健指標は、表 2-1 のとおりである。目標値のうち、妊産婦死亡率については特に大幅な改善が目標とされており、第5次保健計画終了時（1993年）の実績値である出生10万当たり425から、5カ年計画でほぼ半減させ、225まで引き下げる方針である。

なお、第6次保健計画のプログラム項目と予算の配分は、表 2-2 のとおりである。プライマリー・ヘルス・ケアの向上を目指した「国民保健衛生サービス」プログラムには、保健予算全体の54.1%に相当する34139億ルピアが配分されている。同プログラムの構成比は、第5次5カ年計画終了時と比較すると若干下がってはいるものの、予算の規模からこのプログラムが非常に重視されていることが分かる。

表2-1 第6次保健計画における主要保健指標目標値

	第5次保健計画終了時	第6次保健計画終了時
	(1994年)	(1999年)
1.平均寿命(歳)	62.7	64.6
2.粗死亡率(人口1,000人当たり)	7.9	7.5
3.乳幼児死亡率(出生千対)	58	50
4.妊産婦死亡率(出生10万対)	425	225
5.5歳以下幼児タンパク質欠乏症(%)	40.0	30.0
6.低体重児出生率(%)	15.0	10.0

出所 Sixth Five Year Health Development Plan Period 1994/1995-1999/2000 1995 Ministry of Health

表2-2 第6次保健計画プログラム予算

プログラム名称 (百万ルピア)	1994年度		第6次保健計画 (1994~98年度)	
	予算	構成比	予算	構成比
保健衛生教育	23,120	2.4%	183,340	2.9%
リファラルサービス	221,600	23.4%	1,600,320	25.3%
コミュニティ保健サービス	523,580	55.3%	3,413,910	51.1%
疾病予防・治療	144,588	15.3%	934,170	14.8%
栄養改善	41,420	4.4%	309,400	4.9%
医薬品・食品管理	12,900	1.4%	87,830	1.4%
伝統療法の確立	1,000	0.1%	6,550	0.1%
計	946,328	100.0%	6,315,790	100.0%

注 予算各項目の和は計と一致しないが、出所よりそのまま引用した。

出所 『インドネシア共和国第6次5ヶ年開発計画(資料)1994-1998年度 REPELITA VI』 1994
インドネシア-日本ビジネスサービス

2.1.3 中央保健医療セクターの財政

(1) 国家財政と保健予算

1989年度から1994年度にわたる保健省予算の推移を表2-3に示す。1994年度における保健省の予算は約15540億ルピアで、1989年度予算と比較すると5年間で143.2%の増加となっている。これに対して、同期間中のGDPおよび政府予算の増加率はそれぞれ125.7%、89.5%であり、保健省予算の増加率の方が大きいことが分かる。その結果、GDPに占める保健省予算の構成比は、同期間中に0.38%から0.41%へ、同じく政府予算に占める構成比は1.7%から2.1%へと、わずかではあるが増加傾向にある。この間、国民1人当たりの保健省予算は名目値で25.8%増、物価上昇分を差し引いた実質値で10.4%増加している。

表2-3 国家財政および保健省予算の推移 (1989~94年度)

(10億ルピア)	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1989-94 年平均 増加率
国内総生産 (GDP) ¹⁾	167,185	195,597	227,450	259,885	329,776	377,354	25.1%
政府予算 (通常予算+開発予算) ²⁾	38,165	49,382	53,053	54,619	59,878	72,315	17.9%
保健省予算 (通常予算+開発予算) ²⁾	639	751	960	1,109	1,412	1,554	28.6%
GDPに占める保健省予算の 構成比	0.38%	0.38%	0.42%	0.43%	0.43%	0.41%	-
政府予算に占める保健省予算の構 成比	1.7%	1.5%	1.8%	2.0%	2.4%	2.1%	-
総人口 (1,000人) ³⁾	179,140	179,322	189,940	186,136	192,217	195,283	1.8%
国民1人当たり保健省予算 (名目) (実質)	3,570	4,190	5,247	7,075	7,467	8,179	25.8%
消費者物価上昇率 ⁴⁾	5.9	9.5	4.9	9.8	9.2	8.6	9.2%

出所 1) 『アジア動向年報 1996』 1996 アジア経済研究所
 2) Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health
 3) Population Census 1990 に基づく推計値
 (Statistics of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics より引用)

2.1.4 保健省予算の推移

保健省予算は、国レベルの予算と地域レベルの予算に大別され、それぞれの予算はさらに通常予算と開発プログラム予算の2つに区分される。

1994年度(第6次開発計画初年度)における保健省予算は、計1兆5540億ルピアであり、その内訳は、通常予算が5160億ルピア(33.2%)、開発プログラム予算が1038億ルピア(66.8%)である。1989年から1994年までのそれぞれの予算の増加率を比較すると、通常予算の伸び率が164.6%であるのに対して、開発プログラム予算の伸び率は75.7%の増加にとどまっている。

表2-4 保健省国家予算の推移 (1989~94年度)

(10億ルピア)	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1989-94 増加率
通常予算	195	234	281	362	433	516	164.6%
開発プログラム予算	444	517	679	747	979	1,038	75.7%
計	639	751	960	1,109	1,412	1,554	143.2%

出所: Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health

次に、1990年度から1994年度までの保健省組織内予算の内訳を表2-4に示す。1994年度における省内総予算は、約4億9200万ルピアであった。保健省の5つの総局に国立衛生開発研究所、監査総局の2つを加えた7つの組織のうち、最も予算構成比の大きい部門は事務総局であり、全体の52%に達する。これに対して、技術部門の構成比は46%であり、このうち、医務総局の構成比が単独で38%を占める。

⁶⁾ 内訳については資料を入手していない。

表2-5 保健省組織内予算の内訳(1990~94年度)

(100万ルピア)	1990年度		1991年度		1992年度		1993年度		1994年度	
	予算	構成比	予算	構成比	予算	構成比	予算	構成比	予算	構成比
事務総局	99,638	45.4	121,919	46.4	181,401	53.3	227,185	55.2	257,409	52.3
国立衛生開発 研究所	2,926	1.3	3,481	1.3	4,100	1.2	4,631	1.1	6,277	1.3
監察総局	816	0.4	1,078	0.4	1,225	0.4	1,488	0.4	1,895	0.4
住民保健総局	4,500	2.1	5,169	2.0	6,158	1.8	6,992	1.7	7,951	1.6
医務総局	98,846	45.1	115,281	43.8	129,045	37.9	149,104	36.3	188,691	38.3
伝染病・ 環境衛生総局	5,391	2.5	7,459	2.8	8,627	2.5	10,269	2.5	14,941	3.0
食品薬品総局	7,136	3.3	8,555	3.3	10,101	3.0	11,579	2.8	15,120	3.1
計	219,252	100.0	262,943	100.0	340,657	100.0	411,240	100.0	492,284	100.0

注 予算については100万ルピア未満、構成比については小数点第1位未満で四捨五入したため、各項目の和は計と一致しない。

出所 *Statistics of Indonesia 1991* Central Bureau of Statistics
(*Indonesia Health Profile 1994* 1994 Ministry of Health より引用)

2.2 地方衛生行政と保健医療計画

2.2.1 地方衛生行政機構

(1) 州レベル

保健省は、27の第1級自治体(特別区・州レベル)単位で州出張所(Kanwil)を設置している。また、州政府はそれぞれ、保健行政の担当機関である州衛生局(Dinas)を持っている。これまで、Kanwilは中央保健政策の監督機関、州衛生局はその実施機関として役割分担がなされてきたが、近年の地方分権化の動きに伴い、KanwilからDinasへの権限委譲が進む傾向にある。

27のKanwilは、A、Bの2つのタイプに分けられており、主要都市に位置し、カバー人口の大きい出張所はAタイプ、その他はBタイプとされている。Aタイプの出張所が置かれている州は、北スマトラ(メダン)、ジャカルタ特別区(ジャカルタ)、西ジャワ(バンドゥン)、中央ジャワ(スラマン)、ジョクジャカルタ特別区(ジョクジャカルタ)、東ジャワ(スラバヤ)、南スラウエシ(ウジュンパンダン)の計7州であり、Bタイプの出張所は残りの20州に設置されている。

Kanwilの組織は、1996年1月の大統領令に基づいて改編がなされた。改編前の組織は、Aタイプのみ人事部門を備え、総務部および技術部門4部門の構成はAタイプ、Bタイプに共通していたが、改編後はこのAタイプの人事部門が大幅に拡大され、コーディネーション機能の強化が図られている。

Dinasの組織は、管理部のほか、保健サービス部、疾病予防部、地域環境部、家族保健部、公衆衛生部の5つの技術部門から構成される。

(2) 県/市レベル

県・市レベルにおける保健医療は、県/市衛生部が管理している。組織構成は州衛生部よりも1部門少ない5部門体制(健康回復部、感染症管理部、環境衛生部、地域保健部、母子保健

部)である。県/市内のプスケスマス(保健所)は、県/市衛生部部長の管轄下に置かれている。

(3) 郡レベル

郡レベルの保健医療は、プスケスマスの所轄となる。プスケスマスの設置数は郡の規模によって異なるが、最低でも1カ所以上となっている。プスケスマスには医師、歯科医、看護婦、助産婦、衛生士などがおり、診療活動の拠点となるほか、コミュニティ単位で設置されている郡内のポシアンドゥ(総合保健ポスト)への担当者の派遣や、TBA(伝統的産婆)のトレーニングの実施など、保健衛生活動・教育の拠点としても機能している。

その活動内容は、以下の項目からなる。

- | | | |
|-----------------|------------|------------|
| 1. 診療 | 2. 母子保健 | 3. 家族計画 |
| 4. 感染症対策 | 5. 衛生 | 6. 栄養 |
| 7. 健康教育 | 8. 歯科診療 | 9. 学校保健 |
| 10. ラボサービス | 11. 精神衛生 | 12. 地域保健看護 |
| 13. 保健情報管理 | 14. 老人保健 | 15. 労働衛生 |
| 16. 眼の健康および失明予防 | 17. スポーツ保健 | |

また、プスケスマスの管理下に、郡内に3~5カ所ほどポストゥ(準保健所)が設置されており、ここでは母子保健、予防接種などのサービスが提供される。通常、看護婦、衛生士など2人が常駐している。

(4) 村落レベル

村落レベルの保健施設には、近年整備が進められているポリンデス(村の助産所)がある。ポリンデスの設置は、第5次保健計画(1989~93年度)期間に導入された「一村一助産婦計画」に伴い、村での助産婦の受入所として進められているものである。村に派遣された助産婦はピダン・ディ・デサと呼ばれ、妊婦に対して産前産後のケアや出産介助などを行うほか、TBAに対する指導を行う。

この他、保健スタッフの常駐する施設ではないが、薬局・薬店のない村では、ポス・オバット・デサ(村の投薬所)が簡易診療所的な機能を担っている。

(5) コミュニティレベル

コミュニティレベルの保健活動は、ポシアンドゥ(総合保健ポスト)が担っている。ポシアンドゥは、乳幼児死亡率の減少を目的として、母子保健、家族計画、栄養、予防接種、下痢症対策の5つのプログラムからなる総合的保健サービスを提供する場である。ただし、ポシアンドゥは常設ではなく、月に1度、地域の公共の場所や住民リーダーの自宅を使用して開催される。開催にあたっては、プスケスマスから保健スタッフが派遣され、予防接種や診療行為などを行うほか、カダールと呼ばれる保健ボランティアが乳児の体重測定や健康相談などを担当する。

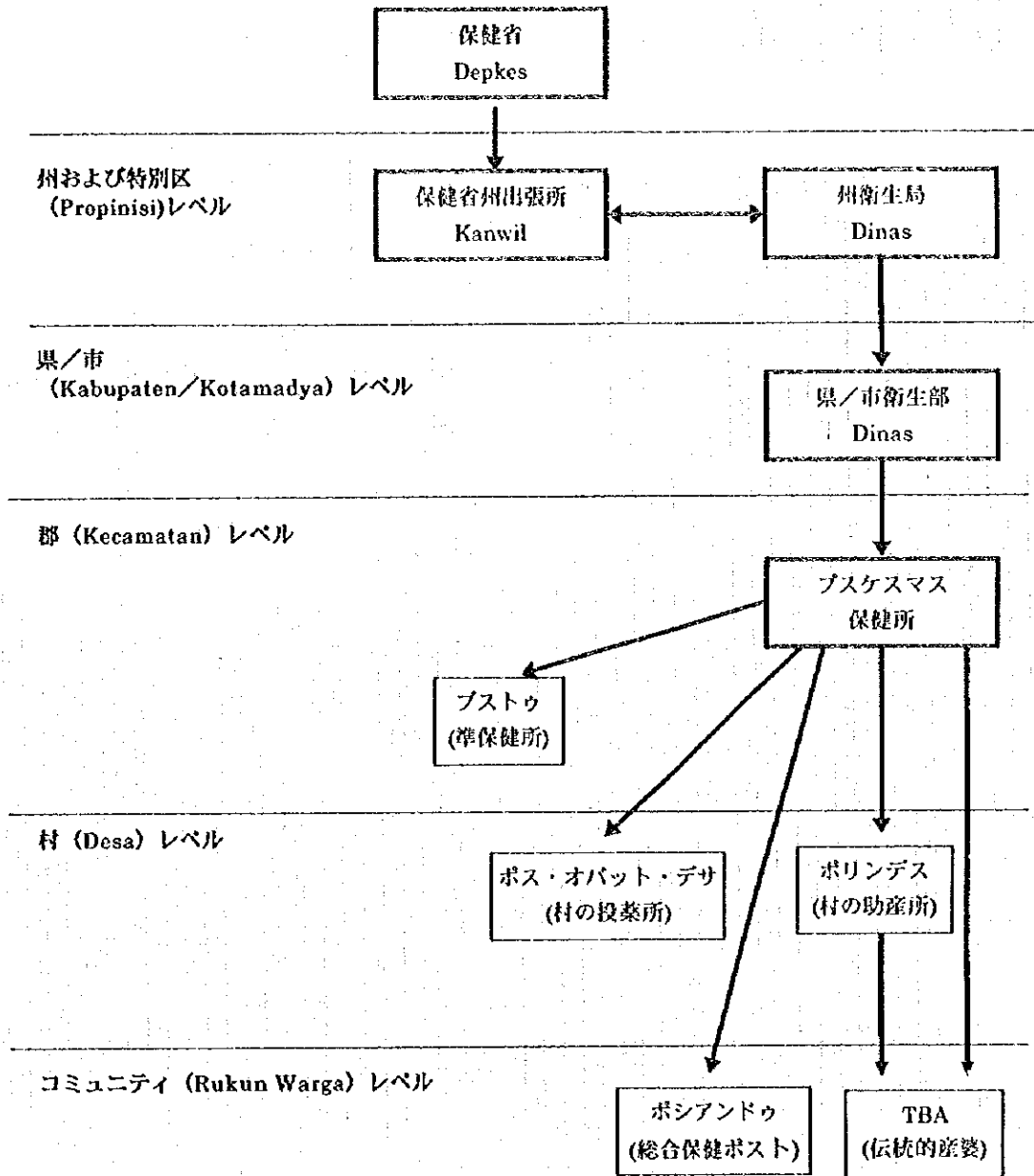


図2-3 地方衛生行政組織図

ポシアンドゥの歴史は比較的新しく、1983年、一部地域で試験的に開始され、成功を収めたのち、全国的に展開された。1993年におけるその設置数は約25万に達し、1ポシアンドゥ当たりのカバー人口は約740人となっている。

2.2.2 地方保健医療計画・予算

地方の保健予算は、保健省からの交付金の他、州政府予算、県政府予算に加えて、民間からの寄付金等から構成される。各州の1人当たり州保健予算は大きな格差があり、最も高いイリアンジャヤ州では2万ルピアを超えるものの、最も少ないランブン州では、その10分の1以下の1,962ルピアである。

表2-6 州別保健省交付金(1992年度)

州/特別区名	人口 (千人)	州保健予算 (百万ルピア)	1人当たり 州保健予算 (ルピア)
アチェ特別区	3,603	27,334	7,809
北スマトラ州	10,642	51,100 ¹⁾	4,933
西スマトラ州	4,139	20,832	5,070
リアウ州	3,543	21,972	6,535
ジャンビ州	2,166	14,937	6,932
南スマトラ州	6,697	25,604	3,998
ベンクル州	1,275	11,985	9,594
ランブン州	6,299	12,083	1,962
ジャカルタ特別区	8,614	137,622	15,959
西ジャワ州	37,026	120,395	3,234
中央ジャワ州	29,049	100,700 ²⁾	3,464
ジョクジャカルタ特別区	2,918	6,480	2,131
東ジャワ州	33,112	90,300 ²⁾	2,733
バリ州	2,832	20,900 ²⁾	7,372
西ヌサティンガラ州	3,493	26,900 ³⁾	7,745
東ヌサティンガラ州	3,403	26,900 ²⁾	8,069
東ティモール州	790	9,892	12,358
西カリマンタン州	3,410	16,100 ²⁾	4,814
中部カリマンタン州	1,496	7,400 ²⁾	5,110
南カリマンタン州	2,722	20,400 ³⁾	8,157
東カリマンタン州	2,056	14,300 ²⁾	7,272
北スラウェシ州	2,550	27,400 ¹⁾	10,957
中部スラウェシ州	1,804	15,200 ¹⁾	8,533
南スラウェシ州	7,230	46,300 ¹⁾	6,506
東南スラウェシ州	1,451	18,026	12,714
マルク州	1,955	9,581	5,010
イリアンジャヤ州	1,765	34,100 ²⁾	20,775

- 注 1) exclude local cost
2) exclude local budget
3) exclude health budget

出所 「インドネシア共和国27州の社会開発指標と保健指標の比較」 1994 上原鳴夫

「2 衛生行政」参考資料

1. 「インドネシアにおけるプライマリー・ヘルス・ケア」 1988 国際協力事業団
2. 「インドネシア共和国家族計画母子保健プロジェクト最終報告書 第1部 プロジェクト活動報告書」 1994 国際協力事業団
3. 「インドネシア共和国セクター別基礎資料 政府開発政策分析 保健医療セクター」 1994 上原 鳴夫
4. 「インドネシア共和国 27 州の社会開発指標と保健指標の比較」 1994 上原鳴夫
5. 『インドネシア共和国第6次5ヶ年開発計画(資料)1994-1998年度 REPELITA VI』 1994 イン
ドネシアー日本ビジネスサービス
6. 「国別協力情報ファイル：インドネシア」 1995 国際協力事業団
7. 『インドネシアハンドブック 1995/1996年版』 1996 ジャカルタ・ジャパンクラブ
8. 保健省提供資料
9. 保健省東ジャワ州出張所提供資料
10. BKKBN提供資料
11. 東ジャワ州衛生局提供資料
12. 『アジア動向年報 1996』 1996 アジア経済研究所
13. Population Census 1990 Central Bureau of Statistics
14. Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health
15. Statistics of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics
16. Statistical Yearbook of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics
17. Sixth Five Year Health Development Plan Period 1994/1995-1999/2000 1995 Ministry of Health
18. Indonesia 1996 An Official Handbook 1996 Department of Information

3 人 口

3.1 総人口・人口増加率・年齢別人口

1995年に実施された社会経済調査 (SUSENAS) ⁷では、同年における総人口は約1億9270万人と推計されている。人口増加率は、年平均2.3% (1980~85年)、1.8% (1985~90年)、1.5% (1990~95年)と逡減しているものの、依然として増加基調にあり、1997年中にも2億人台に達する見込みである。

1995年の年齢別人口構成は、15歳未満の人口が全体の33.9%、15歳~64歳が61.9%、65歳以上が4.2%であり、若年層の割合の高い「若い」年齢構成である。年齢構成の推移をみると、若年層の比率は低下する傾向にある。15歳未満の人口比率は40.9% (1980)から33.9% (1995)と大幅に低下し、とりわけ、5歳未満児の人口比率は、同期間中に14.4%から9.6%まで減少している。一方、65歳以上人口の比率は、3.8% (1980)からやや上昇し、4.2% (1995)となっている (図3-1)。

近年、都市人口は前年比4.9% (1980~95年平均)の割合で増加しており、都市人口の比率は35.2% (1995年)に達している⁸。

人口センサス⁹は1971年以降、1980年、1991年に実施された。人口センサスのデータ補足のため、中間センサス¹⁰も行われている。

表3-1 インドネシアにおける総人口の推移

	1980年 ¹⁾	1985年 ²⁾	1990年 ³⁾	1995年 ⁴⁾
総人口	147,331,823	164,630,217	179,321,641	192,712,788
年平均人口増加率	1980-1985 2.3%	1985-1990 1.8%	1990-1995 1.5%	

- 出所 1) Population Census 1980 Central Bureau of Statistics
 2) Intercensal Census 1985 Central Bureau of Statistics
 3) Population Census 1990 Central Bureau of Statistics
 (Indonesia Health Profile 1994 Ministry of Health より引用)
 4) National Survey of Social Economy 1995 Central Bureau of Statistics
 (Welfare Statistics 1995 1996 Central Bureau of Statistics より引用)

⁷ 中央統計局 (BPS) によって実施される、社会・経済的特性を把握するための重要な調査の一つである。調査項目は、人口、健康、出生率、家計支出、犯罪、住居、環境などである。調査対象となるサンプル数は25,000~100,000世帯である。

⁸ 『世界子供白書』 1996 UNICEF

⁹ 人口移動、死亡・出生数を把握するための調査であり、BPSによって10年に一度実施される。外交関係者を除く全ての国内居住者および滞在者に性別および国籍の調査を行い、さらに総人口の6%を対象により詳細な調査を行う。

¹⁰ 同じくBPSによって、国内居住者を対象に実施される。

表3-2 インドネシアにおける年齢別人口構成比

	1980年 ¹⁾	1990年 ²⁾	1995年 ³⁾
15歳未満 (うち0-4歳)	40.9 (14.4)	36.0 (11.7)	33.9 (9.6)
15-64歳	55.9	60.2	61.9
65歳以上	3.2	3.8	4.2
計	100.0	100.0	100.0

- 出所 1) Population Census 1980 Central Bureau of Statistics
 2) Population Census 1990 Central Bureau of Statistics
 (Indonesia Health Profile 1994 Ministry of Health より引用)
 3) National Survey of Social Economy 1995 Central Bureau of Statistics
 (Welfare Statistics 1995 1996 Central Bureau of Statistics より引用)

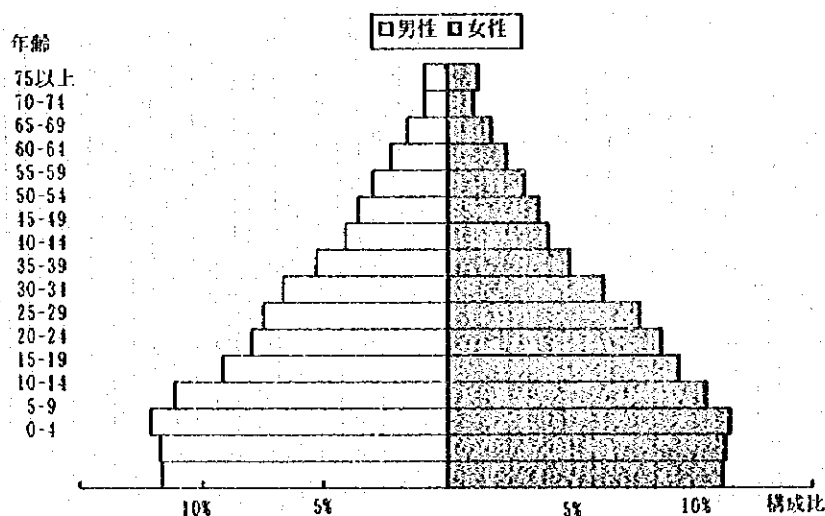


図3-1 人口ピラミッド (1993年)

出所 Indonesia Health Profile 1994 Ministry of Health

3.2 地域別人口分布

インドネシアの人口分布には著しい偏りがみられる。国土面積の約7%に過ぎないジャワ島に総人口の約60%が集中しており、島内の人口密度は1平方キロメートル当たり861人に達する。とりわけ、900万人の人口を抱える首都ジャカルタの人口密度は27州中最も高く、1平方メートル当たり15,000人を上回っており、これは東京23区並みの過密状態である。一方、27州中最も人口密度の低いイリアンジャヤ州では1平方キロメートル当たり6人に過ぎず、極端な過疎となっている。

都市人口の比率も州によって大きな差異があり、ジャカルタ特別区では100%に達する一方、東ティモール州では9.2%である。

インドネシア政府は、このような偏った人口分布を是正し、均衡ある開発を目指すため、人口過密のジャワ島、マドゥラ島、およびバリ島から、過疎のスマトラ、スラウェシ、カリマンタン、イリアンジャヤといった外島への移住政策を進めている。この政策のもとで第1次～第5次5カ年計画期間中（1969～94年度）、約2,000村が新たに建設され、約161万世帯が移住した。移住者数の総計は約750万人に及んでいる。

その結果、全人口の63.8%（1971）に達していたジャワ島およびマドゥラ島居住者の総人口に占める構成比は、59.1%（1995）まで減少しており、わずかながら外島への人口分散が進みつつある。とりわけ、移住者の主要受入先であったスマトラ島居住者の人口構成比は、17.5%（1971）から20.9%（1995）まで上昇している。第6次5カ年計画期間中（1994～99年）には、さらに約60万世帯の外島への移住が計画されている。

表3-3 島/州別人口、人口密度および人口分布 (1995年)

	面積 ¹⁾ (km ²)	人口 ²⁾ (千人)	人口密度 (人/km ²)	都市人口 比 (%)	総人口に占める 島/州人口の構成比(%)	
					1971年 ³⁾	1995年
スマトラ島 (8州)	473,481	40,245	85	29.0%	17.5	20.9
アチェ特別区	55,392	3,788	68	19.9%	1.7	2.0
北スマトラ州	70,787	11,008	156	40.4%	5.6	5.7
西スマトラ州	49,778	4,274	86	25.2%	2.3	2.2
リアウ州	94,561	3,816	40	34.0%	1.4	2.0
ジャンピ州	44,800	2,321	52	26.3%	0.8	1.2
南スマトラ州	103,688	7,088	68	30.2%	2.9	3.7
ベンクル州	21,168	1,375	65	24.9%	0.4	0.7
ランブン州	33,307	6,575	197	15.2%	2.3	3.4
ジャワ・マドゥラ島 (5州)	132,186	113,813	861	40.8%	63.8	59.1
ジャカルタ特別区	590	9,013	15,276	100.0%	3.8	4.7
西ジャワ州	46,300	38,691	836	41.6%	18.1	20.1
中央ジャワ州	34,206	29,519	863	31.2%	18.4	15.3
ジョクジャカルタ特別区	3,169	2,919	921	53.7%	2.1	1.5
東ジャワ州	47,921	33,671	703	31.4%	21.4	17.5
ヌサティンガラ (4州)	88,488	10,853	123	20.1%	5.6	5.6
バリ	5,561	2,880	518	33.2%	1.8	1.5
西ヌサティンガラ	20,177	3,610	179	18.6%	1.8	1.9
東ヌサティンガラ	47,876	3,535	74	13.5%	1.9	1.8
東ティモール	14,874	828	128	9.2%	-	0.4
カリマンタン島 (4州)	539,460	10,279	19	30.1%	4.3	5.3
西カリマンタン	146,760	3,584	6	21.4%	1.7	1.9
中部カリマンタン	152,600	1,596	23	21.7%	0.6	0.8
南カリマンタン	37,660	2,848	42	29.8%	1.4	1.5
東カリマンタン	202,440	2,252	14	50.1%	0.6	1.2
スラウェシ島 (4州)	189,216	13,565	72	25.7%	7.2	7.0
北スラウェシ州	19,023	2,625	118	25.9%	1.4	1.4
中部スラウェシ州	69,726	1,906	38	21.0%	0.8	1.0
南スラウェシ州	72,781	7,478	26	27.7%	4.3	3.9
東南スラウェシ州	27,686	1,554	270	21.5%	0.6	0.8
マルク-イリアンジャヤ (2州)	496,486	3,958	8	23.5%	1.7	2.1
マルク	74,505	2,056	21	23.8%	0.9	1.1
イリアンジャヤ	421,981	1,902	5	23.1%	0.8	1.0
全国 (全 27 州)	1,919,317	192,713	100	35.2%	100.0	100.0

注 1) 人口は 1,000 人未満を四捨五入したため、各州の和は全国と一致しない。

2) 構成比は小数点第 1 位未満を四捨五入したため、合計は 100% とならない。

出所 1) Statistical Yearbook of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics

2) National Survey of Social Economy 1995 Central Bureau of Statistics
(Welfare Statistics 1995 1996 Central Bureau of Statistics より引用)

3) Population Census 1990 Central Bureau of Statistics

(Indonesia Health Profile 1994 1995 Ministry of Health より引用)

3.3 出生率

1994年に実施されたIndonesia Demographic and Health Survey(IDHS)¹¹による合計特殊出生率は2.85であり、1971年人口センサス時点の5.61からほぼ半減となっている¹²。

地域別の特徴をみると、合計特殊出生率はジャワ・バリ地域において全体的に低く、平均で2.6となっており、その他の地域においては3を上回るものがほとんどである。ジャワ・バリ地域の中でも、特にジョクジャカルタ特別区およびジャカルタ特別区ではそれぞれ1.79、1.90と2を下回り、先進国並みの少子化傾向が生じている。同様に、バリ(2.14)、東ジャワ(2.22)などでも、合計特殊出生率が2に近づきつつある。

都市・農村別の合計特殊出生率を比較すると、都市部2.31に対して農村部では3.15であり、都市部では農村部よりも子供の数がほぼ1人少ないということになる。さらに、年齢別出生率を都市・農村別に比較すると、都市部では25-29歳がピークとなるのに対して、農村部ではより若い20-24歳がピークとなっている。以上から都市部では少子化および出産年齢の上昇傾向が強まっていることが分かる。

表3-4 地域別にみた合計特殊出生率

地域	合計特殊出生率
1. ジャワ・バリ島	2.68
ジャカルタ特別区	2.14
西ジャワ州	3.37
中央ジャワ州	2.86
東ジャワ州	2.04
バリ島	2.15
2. ジャワ・バリ島以外の地域Ⅰ ¹⁾	3.50
3. ジャワ・バリ島以外の地域Ⅱ ²⁾	3.76
全国	3.03

注 1) ジャワ・バリ以外の地域Ⅰ アチェ特別区および北スマトラ、西スマトラ、南スマトラ、ランブ、西ヌサティンガラ、西カリマンタン、南カリマンタン、北スラウェシ、南スラウェシの各州

2) ジャワ・バリ以外の地域Ⅱ リアウ、ジャンピ、ベンクル、東ヌサティンガラ、東ティモール、中央カリマンタン、東カリマンタン、中央スラウェシ、東南スラウェシ、マルク、イリアンジャヤの各州¹³

出所 Indonesia Demographic and Health Survey 1994 1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.

¹¹ Demographic and Health Survey は、保健・人口政策立案のための詳細情報を入手することを目的として、USAID が多くの発展途上国で実施しているプログラムである。調査項目は出生率、家族計画、乳表示および妊産婦の死亡率などである。インドネシアでは、マクロインターナショナルによる技術支援のもとに、中央統計局、人口省、国家家族計画調整委員会、保健省が調査を行う。1994年IDHSの調査対象となったサンプル数は35,500世帯であった。

¹² 人口センサスとIDHSの調査結果は、データ収集方法、対象地域、推計手法などが異なるため、厳密には比較できない。

¹³ IDHSでは、便宜上この地域区分を使用している。ジャワ・バリ地域、ジャワ・バリ以外の地域Ⅰ、Ⅱは、家族計画プログラムが段階的に拡大適用された地域区分を示している。

表3-5 年齢別出生率

年齢層/年	1971年	1980年	1991年	1994年 IDHS		
	センサス (1967-70)	センサス (1976-79)	IDHS (1988-91)	全国	都市部	農村部
15-19歳	155	116	67	61	34	78
20-24歳	286	248	162	147	108	170
25-29歳	273	232	157	150	141	155
30-34歳	211	177	117	109	105	110
35-39歳	124	104	73	68	57	73
40-44歳	55	46	23	31	16	38
45-49歳	17	13	7	4	1	5
合計特殊出生率 (15-49歳)	5.61	4.68	3.02	2.85	2.31	3.15

出所 Indonesia Demographic and Health Survey 1994 1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.

3.4 死亡率

人口1,000人当たりの粗死亡率は、1971年 SUSENAS による推計で18.7であったが、その後15年間で急速に低下し、1985年における同調査推計では9.1まで低下した。以降、1990年人口センサスによる推計では7.9となり、1995年においては7.5まで緩やかに低下すると予測されている。

3.5 他国との保健指標の比較

UNICEF『世界子供白書』によれば、インドネシアは5歳未満児死亡率が150カ国中高い方から53番目にあたり、東アジア・太平洋地域の15カ国の中では、カンボディア(21番目)、ラオス(34位)に次いで3番目に高い。

インドネシアにおける保健関連の基礎指標をASEAN諸国、東アジア・太平洋地域、開発途上国、後発開発途上国と比較したものが表3-6である。5歳未満児死亡率(U5MR)と同様に、インドネシアにおける乳児死亡率(IMR)、妊産婦死亡率(MMR)はASEAN諸国の中でも最も高い。これら各死亡率の高さを反映して、インドネシアの出生時平均余命は、ASEAN諸国の中でもっとも低い64歳にとどまっている。

政府支出に占める保健支出および、GDPに占める公的保健支出といった保健財政面においても、ASEAN諸国と比較するとインドネシアの比率は低く、保健セクターに対する政府の努力不足の観も否めない。保健指標の位置付けとは異なり、合計特殊出生率および人口増加率といった、インドネシアの人口関連指標は低く抑えられている。大規模人口を抱えるインドネシアでは、人口政策を国家的命題として掲げ、家族計画プログラムの普及に努めてきた結果、出生率を大幅に減少させることに成功した。同国の人口政策は、国際的にも高く評価され、1989年には国連の人口賞を受けている。

表3-6 ASEAN 諸国(ブルネイを除く) および東アジア・太平洋地域との保健基礎指標の比較

	ASEAN 諸国					東アジア・ 太平洋 地域	開発 途上国	後発 開発 途上国
	インド ネシア	フィリ ピン	タイ	マレイ シア	シンガポ ール			
総人口 (100 万人) /1995	197.6	67.6	58. 8	20. 1	2.8	1,786	4,526	586
U5MR (出生千対) /1995	75	53	32	13	6	55	99	173
IMR (出生千対) /1995	50	40	27	11	5	42	67	109
MMR (出生 10 万対) /1990	650	280	20 0	80	10	214	477	1,052
政府支出に占める 保健支出の比率/1990-95	3	3	8	6	6	2	4	5
GDP に占める保健医療への 公的支出/1990*	0.7	1.0	1.1	1.3	1.1	-	-	-
1 人当たり GNP (USD) /1994	880	950	2,4 10	3,4 80	22,500	962	1,023	4,498
出生時平均余命(歳) /1995	64	67	69	71	75	67	62	52
年平均人口増加率 (%) /1980-95	1.8	2.2	1.5	2.5	1.1	1.5	2.0	2.6
合計特殊出生率/1995	2.8	3.8	2.1	3.4	1.7	2.3	3.4	5.6

出所 『世界子供白書 1997』 1996 UNICEF

* : 『人間開発報告書』 1995 UNDP

「3 人口」参考資料

1. 『世界子供白書 1997』 1996 UNICEF
2. 『人間開発報告書』 1995 UNDP
3. 『インドネシアハンドブック 1995/1996 年版』 1996 ジャカルタ・ジャパン・クラブ
4. Population Census 1980 Central Bureau of Statistics
5. Intercensal Census 1985 Central Bureau of Statistics
6. Population Census 1990 Central Bureau of Statistics
7. Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health
8. Indonesia Demographic and Health Survey 1994 1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.
9. National Survey of Social Economy 1995 Central Bureau of Statistics
10. Statistical Yearbook of Indonesia 1994 1995 Central Bureau of Statistics
11. Projection of Indonesia Population by Province 1985-1995 Central Bureau of Statistics
12. Welfare Statistics 1995 1996 Central Bureau of Statistics
13. Indonesia 1996 An Official Handbook 1996 Department of Information

4 死因・疾病

4.1 総論

インドネシアでは、従来主な死因であった結核、呼吸器疾患、下痢症などの感染症は減少しつつあり、代わって心臓疾患、肝硬変、悪性腫瘍などの慢性疾患が増加する傾向にある。このように、成人病が主流を占める先進国型の疾病構造への変化が生じているが一方で、感染症による死亡者数は依然として多く、深刻な疾患としての位置づけは変わっていない。事故・外傷などの外因による死亡は、特に増減はみられないものの死因の7位に挙がっている。

4.2 死亡とその原因

1992年の世帯健康調査(SKRT)¹⁴によるインドネシアの10大死因は、心臓疾患が初めてトップとなり、次いで、結核、呼吸器疾患、下痢症などの感染症が続いている。感染症は、1986年SKRTにおいては、死因の46.8%を占めていたが、1992年にはその比率を36.7%にまで下げている。中でも、下痢症は12.0%から8.0%へ、結核は11.4%から8.6%へとそれぞれ減少している。ただし、呼吸器疾患の比率は6.2%から9.5%へと逆に増加した。心臓疾患は9.7%から16.0%へ大幅に比率を高めている。

表4-1 インドネシアにおける10大死因(1986、92年)

	1986年	1992年
1	下痢症	心臓疾患
2	心臓疾患	結核
3	結核	呼吸器感染症
4	呼吸器感染症	下痢症
5	麻疹	その他の感染症
6	破傷風	気管支炎、気腫、喘息
7	周産期疾患	外傷、中毒、事故
8	外傷、事故	消化器疾患
9	腫瘍	腫瘍
10	マラリア	マラリア

注 死亡者数などのデータなし

出所 Household Health Survey 1992 Central Bureau of Statistics
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

¹⁴ 保健省 NHRD によって、1975 年以降 5 年毎に実施されている。調査項目は家族構成、生活環境、罹病、死亡、妊娠・出産などである。1992 年 SKRT は同年に実施された SUSENAS と同じサンプルを調査対象として実施された。

4.3 疾病構造

1992年の国立病院統計¹⁵によれば、最も多い疾病は腸感染症であり、次いで出産合併症・流産、外傷・中毒、下部呼吸器疾患、胃・内臓、腹膜疾患の順となっている。

表4-2 国立病院における10大疾病(1992年)

	病名	割合(%)
1	腸感染症	15.1
2	出産合併症・流産	12.2
3	外傷・中毒	10.8
4	下部呼吸器疾患(肺炎等)	5.8
5	胃・内臓・腹膜疾患	4.3
6	腫瘍	4.0
7	上部呼吸器疾患(風邪等)	3.4
8	結核	3.2
9	泌尿器系疾患	2.9
10	周産期疾患	2.4

出所 Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health

4.3.1 乳幼児・子供の主な疾病

1992年世帯健康調査(SKRT)によれば、乳児の死因は呼吸器系疾患(ARI)が40%を占めて1位、次いで下痢症が11%、新生児破傷風が10%の順であった。一方、同調査による5歳未満児の主な死因は、下痢症がトップで23%を占め、急性呼吸器疾患(ARI)が17%、EPI関連感染症(ジフテリア、百日咳、破傷風、新生児破傷風、ポリオ、麻疹)が9%、マラリア6%などである。SKRTは、栄養失調を直接の死因としてカウントしていないが、幼児死亡の40%、および5歳未満児死亡の60%は栄養失調が引き金になって生じていると推計している調査もある¹⁶。

5歳未満児死亡率(U5MR)について州別の傾向をみると、全国平均の93に対して、東ヌサティンガラでは160と著しく高いほか、西カリマンタン、中央スラウェシ、ベンクル、西ジャワなどにおいて非常に高く、120を上回っている。

¹⁵ 調査手法に関してはデータを入手していない。

¹⁶ Situation Analysis of Children and Women in Indonesia 1993-1994 UNICEFによる。

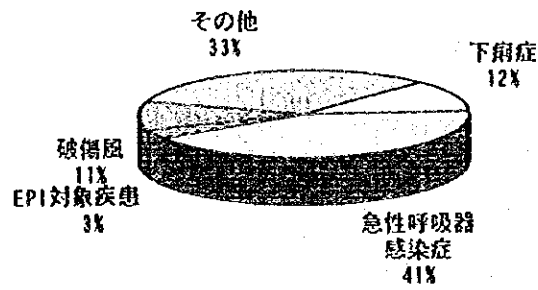


図4-1 乳児の主な死因 (1992年)

出所 Household Health Survey 1992 Central Bureau of Statistics
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

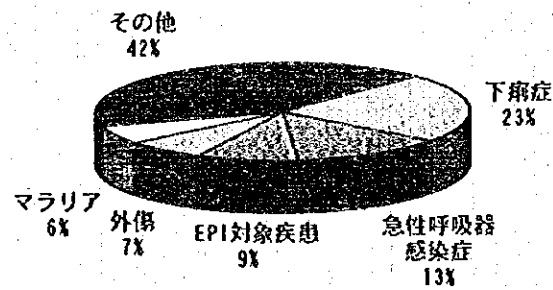


図4-2 5歳未満児の主な死因 (1992年)

出所 Household Health Survey 1992 Central Bureau of Statistics
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

表4-3 州別乳児死亡率(IMR)および5歳未満児死亡率(U5MR)(1994年)

州および特別区名	IMR	U5MR	州および特別区名	IMR	U5MR
ジャワ・バリ	66.5	90.1	ジャワ・バリ島以外地域Ⅱ	65.3	95.0
ジャカルタ特別区	29.8	50.3	リアウ	71.7	94.1
西ジャワ州	88.8	119.6	ジャンビ	60.2	87.5
中部ジャワ	51.1	74.8	ベンクル	74.1	124.2
ジョクジャカルタ特別区	30.4	35.1	東ヌサティンガラ	70.6	107.6
東部ジャワ	62.1	78.8	東ティモール	(45.8)	101.9
バリ島	58.0	62.9	中部カリマンタン	16.4	37.8
ジャワ・バリ島以外地区Ⅰ	66.8	97.0	東カリマンタン	61.1	76.4
アチェ特別区	58.4	79.0	中部スラウェシ	87.4	126.5
北スマトラ	61.4	96.9	東南スラウェシ	78.9	104.5
西スマトラ	67.6	97.9	マルク	68.0	90.8
南スマトラ	59.6	92.0	イリアンジャヤ	61.3	88.1
ランブン	38.1	57.6			
西ヌサティンガラ	109.8	159.5			
西カリマンタン	96.8	135.0			
南カリマンタン	82.9	111.0			
北スラウェシ	65.6	82.7	都市部	43.1	58.5
南スラウェシ	63.7	85.8	農村部	75.2	105.7
			全国	66.4	92.8

出所 Indonesia Demographic and Health Survey 1994-1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.

4.3.2 女性の疾病・原因

インドネシアでは、自宅に伝統的産婆(TBA)を呼んで出産を行うことが一般的であるため、出産に伴う死亡などの事故報告が完全に行われておらず、全国的な妊産婦死亡の統計は存在しない。そのため、1994年 IDHS では、妊産婦死亡率を、家族からの聞き取り調査に基づく推計値として算出している。同調査では、1984~88年における妊産婦死亡率を出生10万当たり360、1989~94年においては同390としている。これはASEAN諸国の中では突出して高い数値であり、しかも、調査対象の10年間にまったく改善がみられないことが問題視されている。

妊産婦死亡の直接の原因は、出血多量、妊娠中毒症、感染症(敗血症)、流産・中絶である。高い妊産婦死亡率を招いている原因としては、女性の貧血が多いこと、ハイリスク出産¹⁷が多いことなどの、女性側の問題に加えて、妊娠中および分娩後のヘルスケアの不足、出産介助者の技術の未熟さや、非衛生的な分娩環境といった、ヘルスサービスの供給側の問題がある。

図4-3が示すように、インドネシアでは8割の分娩が個人宅で行われており、また図4-4が示すように、出産介助の6割がTBAによって行われている。ただし、都市・農村別にみると格差は大きく、都市部では助産婦による出産が66%と多数を占め、TBAの比率は25%に下がる一方、農村部ではTBAの比率は72%を占め、助産婦の比率は22%に過ぎない。保健省では、農村部における助産婦の配備や、TBAに対する医学および衛生知識のトレーニングを進め、妊産婦死亡率の選減に努めている。

¹⁷ 低年齢および高年齢、出産間隔、出産回数

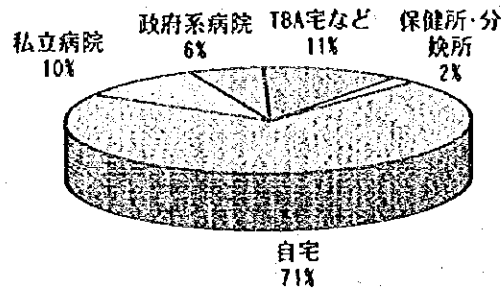


図4-3 過去5年間に分娩の行われた場所の内訳(1994年)

出所 Indonesia Demographic and Health Survey 1994-1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.

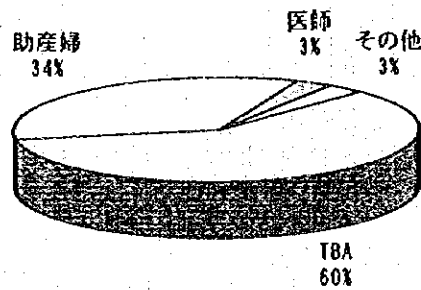


図4-4 過去5年間の出産における介助者の内訳(1994年)

出所 Indonesia Demographic and Health Survey 1994-1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.

4.3.3 成人・高齢者の疾患

SPRS (病院報告システム)¹⁸によれば、国内の病院 (公立および私立) の入院患者数に占める心臓疾患、腫瘍、糖尿病などの成人病の患者数の比率は、徐々に増加する傾向にある。

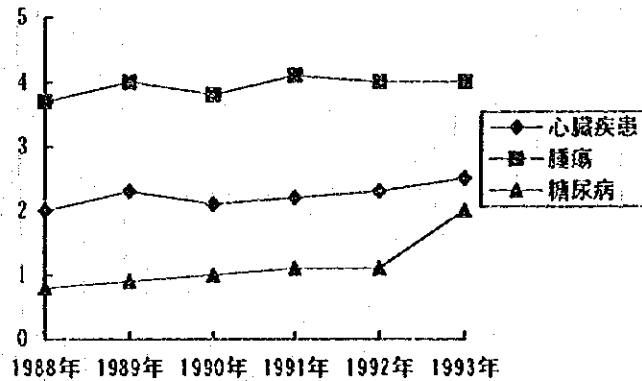


図4-5 心臓疾患、腫瘍、糖尿病患者総数に占める入院患者数の比率(1988~93年)

出所 Directorate General for Medical Care 1993 Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

4.4 感染症

4.4.1 予防接種で予防可能な感染症

BCG、DPT、ポリオ、麻疹の接種率は年々向上しており、1986年度には、50%前後に過ぎなかったそれぞれの接種率は、1993年度にはほぼ90%以上のレベルに達している。

保健省伝染病・環境衛生総局データによれば、Universal Child Immunizationの目標である、DPTおよびポリオ予防接種率90%以上、麻疹予防接種率80%以上を達成した州は、27州のうち、アチェ特別区、イリアンジャヤの2州を除く25州に及んでいる。

¹⁸ 公立・私立すべての病院に報告が義務づけられている。死亡率、罹患率は、病院の入院および外来患者を対象としたサンプル調査(3カ月ごとに10日間)によって推計されるため、全人口をカバーするものではない。

表4-4 BCG、DPT、ポリオ、麻疹の予防接種率(1986～93年度)

	BCG	DPT	ポリオ	麻疹
1986年度	66.1	46.5	44.2	45.2
1987年度	76.7	77.1	64.6	56.8
1988年度	80.6	82.2	73.4	61.2
1989年度	85.2	86.0	77.1	68.4
1990年度	94.0	96.7	88.9	85.4
1991年度	95.3	98.9	91.5	88.6
1992年度	96.2	99.2	94.8	90.3
1993年度	95.4	98.3	91.3	89.2

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1993
Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

1993年における、予防接種で予防可能な感染症の罹患率を表4-5に示す¹⁹。

(1) ジフテリア

罹患者数は、1989年の1,603人から1990年には2,241人といった増加したが、その後減少傾向にあり、1993年には839人となった。地域別罹患率(1993年)を比較すると、全国平均の0.44(人口10万人当たり)に対して東ティモール州では4.21と著しく高いほか、東南スラウェシ州(1.74)、ジャカルタ特別区(1.56)でそれぞれ高い。これに対して、ベンクル州、東ヌサティンガラ州、マルク州の3州においては、患者数はゼロであった。

(2) 百日咳

患者数は1989年の41,827から増減しながらも1993年には12,887まで減少している。地域別罹患率(1993年)は格差が大きく、全国平均の6.81(人口10万人当たり)に対して、スマトラでは20.20、マルクおよびイリアンジャヤでは17.89と非常に高く、これに対して、ジャワでは2.06、ヌサティンガラでは3.91と低い。

(3) 破傷風

患者数は1989年の6,760から、やや増減しながらも1993年には5,284まで減少した。地域別の平均罹患率(1993年)にはあまり大きな差異はみられないが、全国平均の2.76(人口10万人当たり)に対して、東ジャワ州(6.63)、バリ州(5.29)、リアウ州(5.23)では、2倍近い罹患率となっている州もある。

(4) 新生児破傷風

患者数は1989年の1,412から1993年には半数以下の602に減少した。地域別の平均罹患率(1993年)にはあまり大きな差異はみられないが、全国平均の0.32(人口10万人当たり)に対して、ランブン州(0.93)、東南スラウェシ州(0.87)、アチェ特別区(0.71)では、2倍近い罹患率となっている。

¹⁹ Integrated Surveillance Reporting System (SST)調査(1989～93年)報告結果による。

(5) ポリオ

患者数は1989年の547から1990年には661へ増加したものの、その後毎年大幅に減少し、1993年には36となった。27州/特別区のうち、17州/特別区で患者数はゼロとなっている。1993年の罹患率（人口10万人当たり）の全国平均は0.02であるが、東ティモール州（0.25）のほか、ジョクジャカルタ特別区（0.14）、西カリマンタン州（0.16）の3州/特別区においてはやや高い。

(6) 麻疹

患者数は1989年の約23万人から、1990年には9万人と大幅に減少した。その後92年までの3年間横ばい状態が続いたが、1993年には再び減少し約6万人となっている。1993年の罹患率（人口10万人当たり）の全国平均は32.20であるが、東カリマンタン州（94.92）、北スラウェシ州（85.10）、西スマトラ州（76.73）、南スマトラ州（767.27）などでは著しく高く、一方南スラウェシ州では、5.94と大変低い。

(7) 肝炎

肝炎は、1993年において181人の死亡者を出しており、インドネシアにおいて依然として深刻な疾患のひとつである。患者数は1990年から1992年までの3年間、約45,000人前後で推移していたが、1993年には1万人ほど少ない約35,000人となった。1993年の罹患率（人口10万人当たり）は地域格差が大きく、最も高いランブン州の50.12に対して、東ティモールでは2.10、イリアンジャヤでは1.59と大変低い。

表4-5 予防接種で予防可能な感染症の地域別罹患率(1993年)

州/特別区名	ジフテリア	百日咳	破傷風	新生児破傷風	ポリオ	麻疹	肝炎
スマトラ	0.59	20.20	2.66	0.41	0.02	46.53	24.10
ジャワ	0.41	2.06	3.06	0.28	0.02	26.04	16.59
ヌサティンガラ	0.38	3.91	2.39	0.38	0.04	22.65	14.22
カリマンタン	0.45	9.68	1.86	0.31	0.06	60.15	26.25
スラウェシ	0.50	4.44	2.07	0.38	0.00	26.20	15.08
マルクおよび イリアンジャヤ	0.05	17.89	1.67	0.29	0.00	40.44	12.14
全国平均	0.44	6.81	2.78	0.32	0.02	32.20	18.33

注 罹患率は、人口10万人当たりの発生件数として算出

1) 東ティモールを含む。

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1994
Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

4.4.2 下痢症疾患

インドネシアにおいて、下痢症は5歳未満児の死因のトップとなっている(図4-2参照)。1994年 IDHS によれば、インドネシアの5歳未満児のうち、調査時点より過去24時間以内に下痢症状を呈したものの割合は3.2%であった。州別にみると、西部ジャワ、西部カリマンタン、西

ヌサティンガラ、東南スラウェシなどの地域では 6.5~7.5%と高く、一方、東カリマンタン、東ヌサティンガラ、ジョクジャカルタ、東ジャワなどの地域では 1.2~1.9%と低い。

1993年には、全国 27 州/特別区のうち、21 の州/特別区内の 108 の郡で集団下痢症が発生しており、患者数は 24,788 人、死亡者数は 567 人にのぼった。

4.4.3 急性呼吸器感染症(ARI)

ARI は、1992 年の世帯健康調査において乳児死亡原因の第 1 位を占めている。子供がかかりやすい病気の一つであり、保健所（プスケスマス）を訪れる理由としてもトップにあげられている。

感染者のうち最も多い年齢層は、12~23 カ月の幼児（患者数全体の 14.2%）であり、年齢があがるに従って感染者数は減少する。地域別の感染率をみると、都市部の 8.9%に対して農村部では 10.1%であり、農村部の方が感染率がやや高い。

4.4.4 結核

結核はインドネシアでは非常に多く、常に死因の上位にランクされている。1993 年における結核患者数は 576,581 人で、うち死亡者数は 1,207 人であった。単に患者数が多いというだけでなく、医療機関へのアクセスの悪さなどから治療を途中で断念してしまい、抗結核薬に対して耐性菌が広がっていることも深刻な問題である。

地域別には、患者数・死亡者数ともに東ジャワで最も多く、患者数の 24.5%、死亡者数の 32.7%が同地域に集中している。入院患者の致死率については、全国平均の約 5.0%に対して、リアウ及びマルクで著しく高く、それぞれ 12.7、11.0%となっている。

表4-6 結核患者数(1991~93年)

	患者数	死亡者数
1991年	705,079	834
1992年	710,606	1,445
1993年	576,581	1,207

出所 Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health

4.4.5 ハンセン病

1993年におけるハンセン病患者総数は、48,053人であり、1986年の125,676人から6年間で大幅に低下した。この間、人口1万人当たりのハンセン病発生率²⁰は7.6から3分の1の2.5にまで低下している。タイプ別にみると、感染力の高い多菌型²¹と少菌型²²がほぼ半数程度である。患者の地域分布には大きな偏りがあり、イリアンジャヤ州（26.8%）、南スラウェシ州（19.3%）、東ジャワ州（13.2%）の3州に総数のほぼ60%が集中している。

²⁰ 伝統的にハンセン病の統計は人口1万人当たりを用いている。

²¹ MB=Martibacillary

²² PB=Paucibacillary

表4-7 ハンセン病感染者数(1986、93年)

	1986年	1993年
感染者数計	125,676	48,053
1万人当たり発生率	7.6	2.5

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1993
 Ministry of Health
 (Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Healthより引用)

4.4.6 マラリア

マラリアは、1992年の世帯健康調査において死因の10位にランクされており(表4-1参照)、重要な保健問題のひとつと考えられる。ただし、その発生率は地域格差が非常に大きい。特に、ジャワ島においては、マラリアの発生率に大きな改善が見られ、1992年における発生率は人口1,000人当たり1.51にまで低下している。また、北部スマトラ地域における発生率も比較的低い。これに対して、外島では一概に発生率が高く、中でも、東ヌサティンガラ州(1,000人当たり213.28)、イリアンジャヤ州(同190.23)の2州における発生率の高さは顕著である。

表4-8 州別マラリア発生率(1992年)

州/特別区名	マラリア発生率 (人口1,000人当たり)	州/特別区名	マラリア発生率 (人口1,000人当たり)
アチェ特別区	3.85	バリ州	21.47
北スマトラ州	0.19	西ヌサティンガラ州	32.73
西スマトラ州	2.11	東ヌサティンガラ州	213.28
リアウ州	9.99	東ティモール州	55.92
ジャンピ州	20.33	ヌサティンガラ平均	89.86
南スマトラ州	10.99	西カリマンタン州	14.75
ベングル州	27.08	中部カリマンタン州	21.33
ランブン州	12.63	南カリマンタン州	4.39
スマトラ島平均	7.60	東カリマンタン州	10.83
ジャカルタ特別区	0.08	カリマンタン平均	12.02
西ジャワ州	0.58	北スラウェシ州	38.18
中央ジャワ州	3.52	中部スラウェシ州	45.01
ジョクジャカルタ特別区	0.24	南スラウェシ州	1.87
東ジャワ州	1.26	東南スラウェシ州	63.65
ジャワ島平均	1.51	スラウェシ平均	21.82
		マルク州	40.19
		イリアンジャヤ州	190.23
		マルク-イリアンジャヤ平均	111.40
		全国	11.93

注 発生率は、人口および患者数を用いて算出した。

出所 「インドネシア共和国27州の社会開発指標と保健指標の比較」 1994 上原鳴夫

4.4.7 その他の寄生虫疾患

Situation Analysis of Children and Women in Indonesia 1993は、インドネシアでは下水処理の不備などから寄生虫陽性率がきわめて高く、大半の人が少なくとも一つの寄生虫を体内に

しながらも、小規模な調査を総合すると、寄生虫陽性率は80%で、回虫が最も一般的な寄生虫であり、農村部では貧血を引き起こす鉤虫が住民の50%以上に寄生しているとの見解を示している。

寄生虫に関しては、全国的なデータは入手できなかったが、外務省の「ジャカルタ医療案内」は、小学生の寄生虫陽性率(1988-91年)は52~63%、そのうち32~55%が回虫症であったと記述している。さらに、同報告はジャカルタ日本人学校における寄生虫保有率についても触れており、小・中学校の生徒857人中、5.6%が陽性であり、その内訳はぎょう虫4.7%、回虫0.9%であったと述べている。

なお、住血吸虫、リーシュマニアなどの寄生虫疾患に関する資料は入手していない。

4.4.8 エイズ

1994年IDHSによれば、インドネシアの既婚女性のうち、エイズについて聞いたことがあると回答した者は38.1%であった。エイズについて聞いたことのある者のうち、71.2%が、自らがエイズに罹患する懸念は全くないと回答している。WHOによる1995年のアジア・オセアニア地域のエイズ患者報告数をみると、インドネシアの患者数は25カ国中19位にとどまっており、比較的エイズ罹患率が少ないという背景もあり、エイズに関する意識は一般的にかなり低い。

エイズ患者数、およびHIV感染者数は年々増加しており、1987年(同年よりインドネシアにおけるエイズ/HIVの血液検査開始)から1994年10月末日までの累計HIV感染者数は258人に達している。地域的な分布をみると、ジャカルタ特別区が最も多く、全体の33.7%、次いでイリアンジャヤ州24.8%、バリ12.8%、東ジャワ州9.3%となっており、感染者数全体の約80%はこれら4地域に集中している。

感染者の性別は、75.6%が男性、14.0%が女性であり、残り10.4%は性別不明である。年齢別にみると、感染者のほぼ半数、46.9%が20代、次いで30代が28.7%であり、若い世代に集中している。感染源は、異性間の性交渉によるものが57.4%、次いで、男性同性・両性愛者の性交渉によるものが24.4%であり、輸血などによる感染は1.6%に過ぎない。

なお、国際協力事業団「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」は、1995年10月末日までの総感染者数355人のうち、34%(120人)が外国人であり、なかでもタイ人船員(64人)の比率が高いことに着目している。同書はさらに、インドネシアの長距離トラック運転手の性病罹患率が30%に達しており、性病のコントロールが進んでいないこと、フリーランスの売春婦が多いことなどの不安要因を挙げ、これらのグループからHIV感染が広まる恐れがあると指摘している。

表4-9 エイズ患者数およびHIV感染者数

	エイズ 患者数	HIV 感染者数	計
1987年	2	4	6
1988年	2	5	7
1989年	3	4	7
1990年	5	4	9
1991年	10	9	19
1992年	10	19	29
1993年	17	99	116
1994年	13	57	70
累計	64	194	258

注 各欄の合計は累計と一致しないが、データをそのまま引用した

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1993
Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Healthより引用)

4.4.9 その他の感染症

(1) デング出血熱

デング出血熱の罹患者数は、1970年代においては流行年でも10,000人台であり、平年は5,000人前後であったが、1980年代以降増加する傾向にあり、近年では2万人前後で推移している。

人口10万人当たりの罹患率は、全国平均の9.17(1993年)に対して、ジャワバリ地域では12から25と高い。ジャワバリ地域では、マラリアの発生率が非常に低いものの、デング出血熱が重要な保健問題となっている。

表4-10 デング出血熱罹患者数、死亡者数の推移(1988、93年)

	1988年	1993年
患者数	47,573	17,418
死亡者数	1,527	418
罹患率(%)	27.09	9.17

出所 Directorate General for Medical Care 1993 Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Healthより引用)

(2) 狂犬病

保健省のデータによれば、1993年において狂犬病感染が疑われるイヌ、ネコ、ペットのサルなどに噛まれた患者数は2,387人であった。同年において、狂犬病患者の発生した州は20であり、これらの州で動物に噛まれた被害者のうち2,008人を標本として検査したところ、感染者の割合は56%であった。

4.5 非感染症

4.5.1 栄養失調

近年、5歳未満児の栄養状態は改善が進んでおり、保健省栄養局のデータによる低体重（中・重度）児の比率は、1986年の51%から1993年には39%に低下している。しかし、この比率は国際的な比較でみると依然として高い。UNICEF『世界子供白書』によれば、インドネシアにおける5歳未満児の低体重（中・重度）の比率(1990-96)は35%であり、開発途上国の平均32%をやや上回る水準となっている。

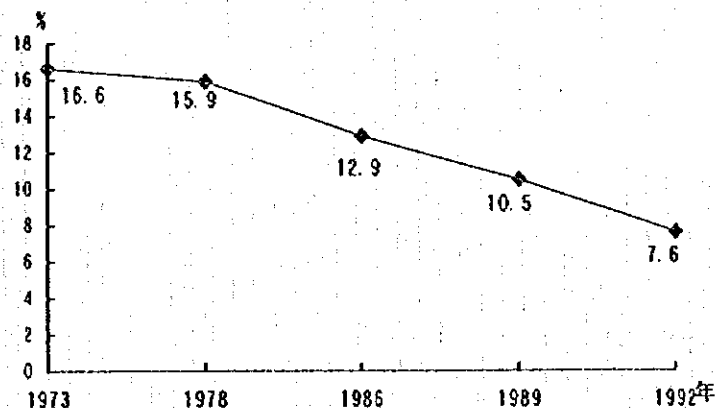


図4-6 栄養失調児の比率の推移(1973～92年)

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1993
Ministry of Health
(Situation Analysis of Children and Women in Indonesia 1993 1994 UNICEF より引用)

(1) 貧血

1986年および1992年の世帯健康調査結果を比較すると、血液中ヘモグロビン濃度11.0%以下を示す鉄欠乏性貧血の妊婦の比率は73.7%から63.5%へ低下している。

なお、1991年に東部地域（マルク、イリアンジャヤ、東ヌサティンガラ、東ティモール）において実施された、学齢期前の児童を対象とした調査では、6カ月から35カ月の幼児の55.1%が貧血状態にあるという結果が得られている。

(2) ビタミンA欠乏

インドネシアでは、1980年代において、ビタミンA欠乏から起こる眼球乾燥症の発生率がWHOの定めた基準²³を上回っており、その改善は健康課題の一つとされていた。第5次保健計画（1988～93年度）で眼球乾燥症の軽減を目標に掲げて努力を進めた結果、1992年に実施された調査では、ビト一斑、眼球乾燥症の双方の発生率をWHOの基準を下回る水準にまで減少さ

²³ ビト一斑発生率0.5%以下、乾燥眼発生率0.01%以下

せた。角膜軟化症については、全州で根絶することに成功している。ただし、南スラウェシ、マルク、東南スラウェシにおいては、ビト一班の発生率は依然として WHO の水準を上回っており、ビタミン A 欠乏は解消されていない。

(3) ヨード欠乏

ヨード欠乏は、ほとんどの州における保健問題である。保健省栄養局のデータによれば、1980-82 年、1987-90 年における甲状腺腫発生率（有症率）は、37.2%から 27.7%へ減少しているものの、WHO の基準である「発生率（有症率）10%未満」と比較すれば高い数値となっている。甲状腺腫の発生率（有症率）は地域格差が大きく、ジャカルタ特別区においてはゼロである一方、バリ、東ヌサティンガラにおいてはそれぞれ 62.2%、59.3%と全国平均の 2 倍を上回る高率となっている。

4.5.2 慢性病・成人病

1992 年における、総入院患者数に占める心臓疾患、腫瘍、糖尿病の入院患者数の比率は、それぞれ 2.3%、4.0%、1.1%である。1988 年から 1992 年までの 5 年間に、これらの慢性病・成人病患者数が総入院患者数に占める比率は、わずかではあるが増加傾向がみられる。（慢性病・成人病に関しては、入院患者数、患者総数に関するデータは入手できなかった。）

地域別にみると、心臓疾患については、全般的にスマトラ、ジャワにおいて比率が高く、腫瘍については西スマトラ、ジャワ島東部およびバリで比率が高い。糖尿病については大きな地域格差はみられない。

表4-11 総入院患者数に占める心臓疾患、腫瘍、糖尿病患者数の比率(1988~93年)

	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
心臓疾患	2.0	2.3	2.1	2.2	2.3	2.5
腫瘍	3.7	4.0	3.8	4.1	4.0	4.0
糖尿病	0.8	0.9	1.0	1.1	1.1	

出所 Directorate General for Medical Care 1993 Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

4.5.3 精神障害

1993 年における、総入院患者数に占める精神病患者数の比率は 2.1%である。1989 年以降、やや増減がみられるもののほぼ 2%前後で推移しており、大きな変化はない。州別にみると、アチエ特別区で 12.5%と際立って高いほか、マルク、中央スラウェシにおいてそれぞれ 8.3%、7.2%と高い比率を示している。

表4-12 総入院患者数に占める精神病患者数の比率(1988~93年)

1989年	1990年	1991年	1992年	1993年
2.4	1.9	1.8	2.1	2.1

出所 Directorate General for Medical Care 1993 Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

4.5.4 傷害・事故

1993年における、総入院患者数に占める外傷患者数（ただし、食中毒患者も含まれている）の比率は10.7%である。1989年からの推移をみると、わずかではあるが減少傾向がみられる。州別にみると、ベンクル、ランブンにおいて18%以上、バリにおいて17%以上と著しく比率が高くなっている。地域別の傾向をみると、スマトラおよびカリマンタン地域で全般的に比率が高い。

1993年における、交通事故による傷害者数は約34,500人で、うち死亡者数は約10,000人であった。1986年からの推移をみると、交通事故による傷害者の総数は約62,000人から34,000人へ大幅に減少しているが、死亡者数に関しては大きな変化はなく、例年1万人台となっている。

表4-13 交通事故による傷害・死亡者数（警察発表）

(人)	軽傷	重傷	死亡	合計
1986年	29,395	22,184	10,692	62,271
1987年	26,582	20,987	10,809	58,378
1988年	22,322	17,946	10,456	50,724
1989年	20,255	16,420	10,726	47,401
1990年	19,220	16,036	10,887	46,143
1991年	17,536	13,722	10,621	41,879
1992年	14,846	13,363	9,819	38,028
1993年	13,037	11,453	10,038	34,528

出所 Directorate Samapta POLRI
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

4.5.5 食中毒

1992年における食中毒の患者数は約3,900人であり、うち死亡者数は4人である。1989年から1992年までの食中毒の発生件数の推移をみると、件数には大幅な増加がみられるが、それにもかかわらず死亡者数は低く留まっている。保健省発行の、"Indonesia Health Profile 1994" 別冊には、1992年に発生した食中毒に関して、原因とみられる食物が米飯から肉、魚、ココナツミルクからチョコレートなどの加工食品に至るまで幅広く記載されている。

表4-14 食中毒の発生件数および死亡者数

	1986年	1987年	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年
件数	321	433	1,493	1,131	2,506	2,404	3,911
死亡者数	12	5	102	20	11	2	4

出所 Directorate General for Communicable Disease Control and Environmental Health 1993
Ministry of Health
(Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health より引用)

「4 死因・疾病」参考資料

1. 「インドネシア共和国 27 州の社会開発指標と保健指標の比較」 1994 上原鳴夫
2. 「海外医療協力委員会エイズ協力専門部会報告書」 1996 国際協力事業団医療協力部
3. 「インドネシアとその周辺における医療事情と伝染病予防対策」 1996 外務省領事移住政策課
4. Household Health Survey 1992 Central Bureau of Statistics
5. Indonesia Health Profile 1994 1994 Ministry of Health
6. Situation Analysis of Children and Women in Indonesia 1993 1994 UNICEF
7. Indonesia Demographic and Health Survey 1994 1995 Central Bureau of Statistics, State Ministry of Population, BKKBN, MOH, Macro International Inc.
8. Projection of Indonesia Population by Province, 1985-1995 Central Bureau of Statistics