

4-1. 保健医療

執筆担当者:小畑 美知夫 (保健医療行政/保健・社会福祉省)

A. 現状と問題点及びその背景

(1) インドネシア国民の健康の状況

1) 人口

インドネシアの人口は1998年2億154万人と推計されている。人口の増加率は出生率の低下と共に減少し、1971-1980年代が2.32%であったが、1990-1993年代には1.71%に減少している。インドネシアにおける社会経済の変化や家族計画の普及等により、人口1,000対の出生率は1980-1985年代が33.7であったものが、1990-1995年代に25.3に減少している。一方人口の年齢構成をみると、1997年の年少人口(0~14歳)が31.2%、生産年齢人口(15~64歳)が64.40、老年人口(65歳以上)が4.33%で、人口構成はピラミッド型に近い状態を呈しており、老年人口指数、老年化指数、共に非常に小さい。

注※ 老年人口指数 : 老年人口/生産年齢人口 = 6.7% (インドネシア)
21.8% (日本)
老年化指数 : 老年人口/年少人口 = 13.85 (インドネシア)
96.6 (日本)

2) 乳児死亡

一国の社会、経済、文化のバロメーターといわれる乳児死亡率をみると、1967年は出生1000対145、1990年63、1996年54、1997年52、となって、年々改善されて来ているが、近隣諸国に比べると未だ高い。また地域別(州別)にみると、最高の西ヌサテンガラ州と、最低のジョクジャカルタ州では5倍の差が見られる。乳児死亡の死因をみると、1995年の統計で1位が呼吸器系の疾患で、以下周産期死亡、下痢症、神経系疾患、破傷風、感染症及び寄生虫症の順となっている。

3) 母性死亡(妊産婦死亡)

出生10万対の母性死亡をみると、1995年に373で、依然として高く、アジアではバングラディシュ(600)、インド(400)に次いで高い。母性死亡の死因をみると、出血によるものが最も多く、45.2%、以下子癩(妊娠中毒症)12.9%、流産の合併症11.1%、産褥熱9.6%などとなっている。

4) 粗死亡率

人口1000人対の粗死亡率をみると、1980年代が12.5で、1990-1995年の推計では7.5に低下している。死因の構成割合をみると、1位が循環器疾患で18.9%、以下呼吸器疾患15.7%、結核9.6%、感染症及び寄生虫症7.9%、下痢症7.4%となっている。次いで消化器系疾患、周産期死亡、その他の疾患及び事故、新生物、神経系の疾患の順となっている。一方で感染症関連の疾患が上位を占める中で、循環器疾患が1位にあることは、疾病対策として感染症の予防対策だけでなく、食生活を含めた生活習慣の改善が必要になってくる。

5) 平均寿命

平均寿命(0歳の平均余命)はその国の保健衛生の水準のみならず、生活水準や、経済、文化等を反映するものと考えられるが、1996年の平均寿命は、男子61.9歳、女子65.7歳で、男女合計で63.9歳である。ASEAN諸国の中では平均寿命の短いカンボジア(52.5歳)、ラオス(51.4歳)、ミャンマー(56.6歳)の次に位置すると見られる。

6) 感染症の状況

①マラリア

マラリアは近年増加傾向にあり、ジャワ島、バリ島では1997年人口10万対12だったが1999年には38に増加している。それ以外の島では1997年の人口10万対1600から1999年に2500に増加している。このためインドネシア政府は2000年4月からROLL BACK MALARIA(RBM)運動を展開している。

② Dengue 出血熱

Dengue 出血熱は熱帯シマカにより Dengue ウィルスが媒介されるもので、インドネシアではここ数年、毎年患者数が増加し、1998年には過去最高の72,000人(人口10万対35)の患者が発生し、致命率が2%となっている。地域別にみるとジャカルタが最も高く、人口10万対145、ジョクジャカルタ114、バリ84、南スマトラ54などとなっており、都市部を中心に高い発生率となっている。また年齢階級別にみると、4歳以下の乳幼児が全体の70%を占める。Dengue 出血熱に対しては現在のところワクチンは未開発で、有効な薬剤もなく罹患した場合は対症療法しかない。従って蚊の発生源対策を重点的に実施することが大事である。

③ 狂犬病

インドネシアには依然として狂犬病が常在している。1994-1998年の間、動物(犬を含む)狂犬病は減少傾向にあり、2100件から1200件に低下し、それに伴って人間の患者発生も減少傾向にあり、年間60-70件の発生である。東ジャワ、中央ジャワ、西ジャワ、北スマトラが比較的発生が多い。インドネシアでは犬は放し飼

いが多く、犬の登録制や狂犬病の予防接種が義務づけされていないことが問題である。

④住血吸虫症

インドネシアの住血吸虫症は中央スラウェシの2つの県と2つの村、即ちクラウイ(Kulawi)とナプ(Napu)に限局した風土病として残っている。これはかたつむりの一種が中間宿主となって住血吸虫症を蔓延させる。政府による撲滅対策が成功して来て1993-1994年に2-3%の罹患率が現在1.1-1.2%に減少して来ている。

⑤下痢症

報告されている患者数統計によると、1990-1998年の間減少傾向にあり、人口1000対27.2から20.7に減少している。致命率も0.03%-0.009%に減少してきているが、乳児死亡原因の3位を占めており、下痢対策は重要な課題である。飲料可能な水の供給体制、生水を飲ませない衛生教育が重要である。

⑥ハンセン氏病

1990年の患者数92,000人(人口10万比5.9)が1998年に12,955人(人口10万比0.62)に減少している。これはWHOの指導により住民にハンセン氏病に対する啓蒙活動を行い、保健センターで患者登録をして、早期発見に努め、発見した患者に治らい薬として三者併用RDL(リハンピシン、DDS、ランプシン)を1年間投与し、終了した患者を登録から除外して行く(治癒と見做す)事により患者数が減少して来たものである。すなわちハンセン氏病対策も地域保健活動として保健センターの特殊外来で外来中心に治療活動を推進し、早期発見、早期治療により感染源を遮断して行く方式である。この方式により早く治療すれば治るという意識が住民の中に芽生え、ハンセン氏病に対する偏見も少なくなって来て、それが早期受診につながって行く「良い循環」になって行くと考えられる。地域によってハンセン氏病患者に差があり、多い州はイリアンジャヤ、マルク、アチエ、南スラウェシ、(東ティモール)、南カリマンタンが上位に位置する。

⑦エイズ(AIDS)

1999年のエイズ患者は253人、HIV陽性者は680人で、患者数、HIV陽性者ともこの10年間で増加傾向にある。ただ報告されている数字は低すぎるのではないかと思われる。患者数では男子81%、女子が17%であり、HIV陽性者は男子58%、女子42%となっている。患者とHIV陽性者を合計した数を地域別にみると、ジャカルタ258人で最も多く、以下イリアンジャヤ243人、リアオ110人の順になっている。

⑧ヤウン(熱帯苺種)

比較的少ない疾患であり、熱帯特有の皮膚潰瘍をおこす病気で、スピロヘーターの感染によりおこる。インドネシアではイリアンジャヤ、東ヌサテンガラ、マルク、リアオ等でみられる。患者数は増加傾向にあり、1995-1996年244人であったが、1998-1999年に513人と倍以上に増加している。

⑨結核

インドネシアの結核問題は保健政策的に国民的課題である。年間の死亡者が175,000人で、循環器疾患、呼吸器疾患に次いで第三位を占めている。年間の新発生患者が450,000人といわれている。1995年にWHOの指導の下にDOTS (Directly Observed Treatment, Short Course) を本格的に導入し、保健センターの外来を中心に喀痰の塗抹検査を行い、菌陽性者に抗結核薬の投与を行う方式である。現在51%の保健センターがDOTS方式を採用している。インドネシア政府は1999年3月に「結核対策国家統合運動」(National Integrated Movement on Tbc Control) を組織し、政府関係機関、個人、コミュニティ、NGOが協力して結核が社会的健康問題でなくなるまで、結核撲滅に立ち向かおうという運動を開始した。インドネシア政府は2004年までに保健センターの87%をDOTSでカバーし、全医療機関の70%をカバーし、塗抹陽性患者発見率を70%以上、治癒成功率を85%以上を確保する目標を定めている。このような背景からインドネシア保健省は日本に対しても結核対策の支援を要請している。その主な内容は結核対策のマンパワーの資質向上のための研修センター、結核に関する情報センターの設置、パイロット地域の設定による保健センターと病院の連携強化、DOTS方式の支援、結核患者の実態調査等を主な内容としている。なお、現在インドネシア政府内部で、日本に対する要請の調整が行われている。

⑩乳幼児の急性呼吸器感染症 (ARI)

インドネシアの乳幼児死亡の死因の第一位が呼吸器疾患であり、全人口の粗死亡率の死因でも第二位を占めている。呼吸器疾患の内容が明確でないが(結核は別に取り扱われる)死因としては肺炎や急性呼吸器感染症がもっとも多いと思われる。1994-1996年に保健センターと病院で治療を受けた5歳以下の小児の肺炎患者は年間27万人で、1997年は16万余となっている。乳幼児の呼吸器感染症による死亡が多いのは親の育児や保健衛生についての知識の不足、貧困による栄養不足や狭い家屋で家族が密集していること、早期発見、早期治療が経済的理由や僻地離島のため医療機関へのアクセスが困難などの理由で、阻害されることが考えられる。

⑪ワクチン接種対象の感染症疾患

EPI (Expanded Program of Immunization) 計画の推進により、ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、麻疹、A型肝炎の患者数は年々減少してきているが、ポリオと新生児破傷風患者は、1997年に増加傾向が見られ、経済危機の影響が懸念される。ワクチン接種率はBCG、DPT1、麻疹の接種が、1998/1999にやや低下傾向にあり、インドネシア政府は新生児破傷風が全乳幼児の中でなお3.6%を占めることから、新生児破傷風の根絶計画を策定し、妊婦に対する破傷風ワクチンの強化計画を策定して、日本にその援助を要請している。また麻疹についても現在の一回接種法ではドロップアウトが出たり、ワクチンの効果が充分上がらないことがあるので、2回接種法に切り替えて実施する計画を作っている。

7) 栄養・ビタミンの状況

①蛋白欠乏

5歳以下の小児の蛋白欠乏によるカロリー不足（KEP）の発生数は1994年位後年々減少しており、1997年の経済危機発生による悪影響が予想されたが、1998年の発生数も引き続き減少して来ている。すなわち明らかな蛋白欠乏症（WHO 基準による）は1994年に7.1%であったものが、1997年5.1%、1998年4.3%にそれぞれ減少している。また総蛋白欠乏症によるカロリー不足は1994年に29%であったものが、1997年に23.1%、1998年に20.7%に減少している。

②貧血

低栄養による妊婦や5歳以下の小児の貧血の問題は、インドネシアでは依然として問題である。世帯調査によるヘモグロビン（Hb）の検査によると、1992年は妊婦の63.5%、小児の55.5%に貧血がみられ、同じく1995年の調査では妊婦で51.1%、小児で40.5%にそれぞれ改善してきている。貧血対策として鉄剤（FeSO₄と葉酸）の投与がハイリスクグループの妊婦や5歳以下の小児、学童を対象に行われている。

③ビタミンA欠乏症

一般にビタミンAが不足すると、眼球の角膜が乾燥し、角膜炎を発生し易くなり、重症になると失明することがある。1992年に実施された15州のビタミンA欠乏症の調査では、X2-X3の角膜乾燥症はみられなかったが、全国のX1Bの角膜乾燥症は0.33%であった。これらの小児に対してビタミンAの錠剤が投与され、5歳以下の小児の50%に達する。全国的にビタミンAの多い食品摂取や自然界のビタミンA食品が推奨されている。なおビタミンA対策はアメリカのヘレンケラー財団が世界的な規模で活動を展開しており、インドネシアでも活発な活動を行っている。

(2) 環境保健

1) 飲料水

飲料水の確保手段については都市部と農村部では大いに異なる。都市部では水道による世帯が37.4%と最も多く、次いで井戸28.8%、ポンプ20.5%、その他となっている。この傾向は過去4-5年間ほとんど変わらない。一方農村部では井戸が36.3%で最も多く、次いで泉10.4%、ポンプ9.0%の順となっている。1980年から1995年の間に水道水の水質検査の結果によると、大腸菌の検出率が20%から57.5%に上昇しており、水道の水質の汚染が増大していることを示しており、非常に由々しい問題である。（注：日本の水道法の水質基準では大腸菌は検出されてはならないことになっている。）水道水がこのような状態にあることから他の水源も推して知るべしということになる。下痢症の最も有力な原因として考えられるものであり、大人は勿論、乳幼児には生水は飲ませない、飲まないという衛生教育が大事である。水道の場合は水源

における原水の浄水管理ばかりでなく、途中の送水管や配管の管理、ビルやホテルなどで一旦貯水する貯水タンクの維持管理も重要な課題である。

2) 食品衛生

食品の安全性を確保することは極めて重要なことである。食中毒やその他食品に起因する疾病は、しばしば多数の人口に被害をもたらすことがある。食品製造業の取扱い者やレストラン、屋台の食品取扱い者は衛生基準を満たさなければならない。大量に食品を製造する製造業者の衛生管理は重要な任務である。1998年に328、800件の食品製造業があったが、このうち232、201件(70.6%)が検査を受け、146、486件(63.1%)が基準を満たしていた。これを1993年と較べると、検査実施した割合が66.8%であるから、約4%増加したことになる。また基準を満たしている割合も57.8%であるから約5%程改善されていることになる。今後更に検査実施件数の増加と基準を満たす割合の増加をどのように進めていくかが食品衛生の課題である。

(3) 療供給体制

1) 医療従事者の現状

①医師数

1998年現在の医師数は28,038人で、このうちいわゆる専門医が9,361人、その他一般医が18,677人である。病院と保健センターの医師の人口10万当たりの数は1998年に11.03で、1996年の10.73より若干増加している。地域別に医師の分布を見ると、地域により大きな差があり、ジョクジャカルタ(31.28)、ジャカルタ(31.15)、バリ(26.97)など高い州にくらべて、東ヌサントラ(6.0)、ランプング(5.24)、西カリマンタン(5.06)などの低い州との差が5~6倍に達する。保健センターの医師の充足率は全国で90.33%で、平均の医師の数は1.16人(1998年)である。

②助産婦数

全国で54,120の村落の母子保健を推進するために、村落に配置する助産婦(BDD)育成計画が1989年から5ヵ年計画でなされ、53,247人のリクルートが行われ、目標に対して98.39%に達し、15州においては100%を達成している。村落助産婦を含めた助産婦の総数は、1997年現在、60,840人である。この村落助産婦は村落の妊婦に産前時、出産時、産後、新生児のケアを行うと同時にPHCサービス、たとえば家族計画や育児、一般的な治療などのサービスを行うものである。

2) 保健医療施設

① 保健センター (Puskesmas)

	1990年	1995年	1998年
保健センター	5,656	7,105	7,602
保健センター支所	15,437	20,672	21,881
移動保健所	4,023	6,514	7,035

保健センター (Puskesmas) は、郡の中で平均約30,000人の対象人口を受け持っており、一般医と助産婦 (又は看護婦)、その他の医療従事者が働いている。保健センターは18の保健業務を行っており、予防や治療サービス (産前のケア、予防接種、家族計画、結核、一般治療などのPHCの他、食品の監視業務など) を行っている。例えば母子保健では保健センターは産科救急のリファーマルセンターとして機能している。保健センターの区域内で地区病院へのアクセスが制約される場所では、保健センターにベッドが併設され、そこでサービスが行われる。(1,783カ所) これらの強化保健センターでは、出産を取扱うと同時に、緊急の際の産科と新生児のケアを行う。これらの強化保健センターのスタッフは、しばしば分娩の合併症の取扱いについて特別な訓練を受け、村落助産婦からのリファーマル業務を行うことになっている。

②保健センターの利用状況

保健センターの利用状況

年	1日当たりの利用者					合計
	一般クリニック	歯科クリニック	母子保健	家族計画	その他	
1992	45.9	4.4	15.5	—	—	65.8
1993	52.8	4.7	36.3	16.7	2.8	113.3
1998	26	3	11	4	2	46

年	利用回数				
	一般クリニック	歯科クリニック	母子保健	家族計画	その他
1992	1.8	1.5	3.7	—	—
1993	1.8	1.5	4.0	6.8	2.4
1996	1.6	1.3	4.1	4.2	2.7

保健センターの利用状況をみると、1日当たりの利用者数は1992年65.8、1993年113.3、1998年が46となっており、1993年から1998年にかけて利用者数が減少している。主な利用状況は一般クリニックが最も多く、次いで母子保健、家族計画の順になっている。

また一人当たりの利用回数をみると、1993年から1996年に減少している。利用回数の多い部門は家族計画 (6.8~4.2回)、母子保健 (3.7~4.1回)、一般クリニック (1.6~1.9回) などとなっている。

③地域住民の参加型施設

1984年以後、保健増進のために、地域住民の参加が開始され、色々な保健施設が

形成されて来た。たとえば POSYANDU (総合保健サービスポスト)、POD (村落薬局)、POLINDES (村落助産施設) などである。これらの数は 1995 年現在、それぞれ 249, 516 カ所、14, 376 カ所、29, 321 カ所となっており、村落単位でみると、1 村落当たり POSYANDU が 3.7 カ所、POD が 0.2 カ所、POLIDES が 0.1 カ所となっている。POSYANDU にはボランティア (KADER) が 1 カ所平均 4.7 人所属しており、月に 1~数回、母子健康相談、歯科衛生、栄養改善、家族計画、予防接種等の業務を行っており、保健センターがこれらの業務を支援している。KADER はほとんどの場合、無報酬であり、24 万カ所のうち、活発に活動しているのは 20%といわれている。POD 薬局には政府が定めている必須医薬品リストのうち、32 品目が配置されている。

④病院の種類、数

【病院の種類】

- i) 一般病院 : あらゆる種類の医療サービスを提供し、基本診療から准専門治療まで行う。
- ii) 精神病院 : 精神病患者の治療を行う。
- iii) 専門病院 : ある特殊な疾病や一定の医療の専門分野について、特別な医療サービスを提供する。

専門病院は次のものを含む

- (a). ハンセン氏病
 - (b). 肺結核病院
 - (c). 眼科病院
 - (d). 整形外科病院
 - (e). 母性病院
 - (f). その他の特別病院 ——心臓病院、ガン病院、母性小児病院、外科病院
- 一般病院で中央政府と、地方政府の経営する病院は、そのサービスレベルによって、A、B、C、Dに分類される。

Aクラス病院：高度な設備と専門科目や准専門科目の能力を有する病院（4カ所）

Bクラス病院：高度な設備と専門科目を有するが、准専門科目が限られている病院（54カ所）

Cクラス病院：4つの診療科（内科、小児科、産婦人科、外科）の設備と能力を持つ病院（213カ所）

Dクラス病院：基礎的医療サービスの設備と能力を持つ病院（71カ所）

また、病院は次のように分けられることもある。

- (a). 教育病院（17カ所）
- (b). 非教育病院

1. 病院の種類別・経営形態別数（1997年）

	専 門 病 院								合 計
	一 般	精 神	ハンセン氏病	呼吸器結核	眼 科	整形外科	母 性	その他	
保健省立	15	31	3	5	1	1		4	60
州 立	42	3	14	4			1		64
県 立	285		5				1	1	293
軍 立	111						2		113
公営企業	69								69
民 間	351	15	1	1	9		46	68	491
合 計	873	49	24	10	10	1	50	73	1,090

2. 病院の種類別・経営形態別にみた病床数（1997年）

	専 門 病 院								合 計
	一 般	精 神	ハンセン氏病	呼吸器結核	眼 科	整形外科	母 性	その他	
保健省立	9,610	7,043	1,175	404	177	187		715	19,311
州 立	11,936	586	1,286	295			81		14,184
県 立	28,888		193				42	32	29,155
軍 立	10,874						85		10,959
公営企業	6,881								6,881
私 立	35,697	579	70	48	403		2,062	2,647	41,506
合 計	103,886	8,208	2,724	747	580	187	2,270	3,291	121,996

⑤病院の利用状況

病院の数が1,090カ所、ベッド数が121,966であり、人口100,000当たりのベッド数は全国平均で60.6で、これを地域別に見ると、高い州はジャカルタ(162.4)、ジョクジャガ(122.1)、北スラウェシ(106.2)、北スマトラ(104.9)、バリ(98.5)で、低い州としてはランブング(25.2)、西ヌサテンガラ(25.7)、中央カリマンタン(36.6)、西ジャワ(36.7)、ジャムビー(37.6)などとなっている。地域間の差が4~7倍と大きく、その差は都市部と農村・離島との差とも考えられる。(日本の人口10万対病院のベッド数は1,316床で、人口当たりの病床数は日本の22分の1である。)一般病院の病床利用率と、平均在院日数を見ると、全開設者を含めた平均で55.4%と非常に低く、この中で保健省病院が60.4%、州立が63.0%で上位を占めている。また平均在院日数が平均5日と非常に短い。(ちなみに日本の一般病院の病床利用率82.7%、平均在院日数32.8日(1997年)となっている。)つまりインドネシアの人口当たりの病床数は、日本の22分の1しかないが、病床利用率は、25.6%も低く、在院日数が6分の1以下という非効率な利用状況になっている。病院の医療従事者は総数で192,506人で1床当たり1.57人の従事者である。

病床利用率が低い理由としては

- i) 貧しくて病院にはなかなか行けない。長く入院出来ない。
- ii) 医療保険が未整備で、自己負担が払えない。
- iii) 大家族制（特に農村部）により、家族の病気は自宅で療養、介護する。
- iv) 保健センターや診療所と病院のリファーマルシステム、あるいは病院間のリファーマルシステムが思った程機能していない。
- v) C、Dクラスの病院は専門医が少なく、魅力が乏しい。

のようなことが考えられる。以下に1つの例をあげることとする。

経済危機以前に、中央ジャワの18県の236村落について、村落助婦が行った調査によると、病院に紹介した妊産婦の54%が行くことを拒んだ。拒んだ理由のうち81%がお金がないということであった。病院を訪れようとする、病院に払うお金の他に交通費や薬代、さらには手術室の代金、医師の報酬、医療品などのお金がかかることになるからである。医療システムの効率化、医療資源の有効活用等ということでリファーマルシステムがひとつの解決方法として考えられ、また計画されるが、インドネシアにおいては実際のところ、必ずしもその有効性が確認されているわけではなく、今後この問題について調査検討を行い、途上国におけるよりよい保健医療システムを構築して行くことが必要である。

(4) 薬品の供給、消費の現状と問題

インドネシアの医薬品の消費量を見ると、1996年に国民一人あたり6.16ドルであったものが、1997年は4.84ドル、1998年には2.03ドルとなり、1997年の経済危機以来2年連続で減少し、1996年の約3分の1以下に低下している。政府は地域保健サービスの質の向上や流通の改善策として必須医薬品リスト(DOEN)を採用し、医薬品の流通の効率性のみならず、安全性と効率的な使用、さらに医薬品の管理を改善することを目指している。DOENは地域保健サービスや医療機関に必要とされる診断、予防、治療及びリハビリテーションの医薬品を網羅する。1994年に発表されているDOENによると病院の医薬品リストは320、保健センターの医薬品リストは167、村落の医薬品リストは32で構成されている。

インドネシア政府はまた国民に医薬品を安く普及するために1989年からOGB(generic medicine)といわれる医薬品の生産、流通を奨励している。OGBは国際的な非特許薬品(特許期限切れを含む)のリストに掲載された医薬品で、インドネシア調剤書にも掲載されているものであり、現在232種類のOGBが生産されている。OGBは政府所有の4つの製薬会社及び27の民間会社が生産おり、1998年度で薬品市場の15.6%を占めている。

1998年度現在のインドネシアの製薬企業は205で、1997年から1998年にかけて30社減少している。医薬品の卸売業は1998年現在1,728で、1997年

と比べ80以上増加した。また、薬局の数は1997年現在5,410で施薬所が5,160カ所である。インドネシアでは伝統医薬品の生産施設が、大きいもので75カ所、小さいものが833カ所(1997/1998年)あり、増加傾向にある。これは古くから受け継がれてきた薬用植物を含む伝統医薬品が国民に支持され愛用されてきたもので、1993年に設定されたガイドラインにより外見、品質とも近年改善され、市場に出る前に登録しなければならなくなっている。

公的部門における医薬品の調達に関して、保健センターや病院は必須医薬品リストに基づいた薬品の使用量、在庫量、必要量をLPLPO(医薬品管理台帳)に記入し、毎月GFK(県医薬品貯蔵所)に提出する。GFKは各県にほぼ1カ所あり、1998年現在全国に319カ所ある。このようにボトムアップされたLPLPOは保健省の食品医薬品総局(POM)に集められ、査定され、中央で入札にかけられて需要に応じて製造業者が請け負って配送される。なお、このシステムの問題点として次のことが指摘されている。1) 医薬品のボトムアップ計画に対する職員の能力開発、2) 医薬品配分に対する透明度の向上、3) 病院におけるOGB薬品の使用促進、4) 県における一定医薬品の共同購入の促進、5) 公共部門に対する医薬品の資金供給、6) GFKと保健センター、病院のコミュニケーションの改善、7) 医薬品管理に関する能力開発。

医薬品の品質管理に関して政府は以下のような目標を示している。1) 国民が要求する医薬品の質と量の確保、2) 医薬品の入手のための流通と利便性の改善、3) 医薬品の効能、効果、安全性、品質の保障、4) 患者に対する正確で適切な医薬品の処方、5) 医薬品の合理的な使用の指導。生産における医薬品の品質確保についてはCPOB(良質の医薬品生産に関する基準)に基づいて実施している。また、市場における医薬品の品質監視は各州に設置された食品と薬品の試験研究所(Balai POM)により実施されている。

大統領令(IMPRES)による政府の医薬品の予算額は、1998年度は約3,540億ルピアで、1997年度の1,610億ルピアと比べ、1,930億ルピアの増額(119%)となっており、経済危機による価格調整の側面が見られる。また、公務員を中心とした健康保険であるPT. ASKESの医薬品の予算総額は1998年度1,350億ルピアで前年より830億ルピア(40.57%)増加している。インドネシアの医薬品の年間消費額は1996年が29,590億ルピア(123,2万ドル)、1997年が29,090億ルピア(96.9万ドル)、1998年が32,040億ルピア(42.7万ドル)となっており、USドルに換算すると1996年から1997年に26.3万ドル(21.7%)の減少、1997年から1998年に54.2万ドル(54.2%)の減少となっており、1997年におきた経済危機が医薬品の消費に大きな影響を与えたことが示されている。インドネシアでは90%の完成品が国内生産されているにもかかわらず、医薬品原料の90%を輸入に依存していることにも大きな問題がある。今後、新薬技術の開発、関連化学産業からの支援、市場の拡大等が重要な課題となる。

(5) 健康保障制度の整備に向けての現状と課題

インドネシアの医療保険制度は、1968年に公務員を対象とするASKESの前身が設立され、1970年代半ばには管理医療(Managed health care)の手法をアメリカ人から導入し、1988年には人头割前払い方式を採用するようになり、今日の地域健康保障制度(Jaminan Pemeliharaan kesehatan Masyarakat JPKM)のモデルともなった。JPKMは国家保健法(1992年法律第23号)でその枠組みが規定されており、PT. ASKESが第一号のJPKM事業免許を獲得している。

1999年3月にインドネシア保健省が表した“Healthy Indonesia 2010”によると4つの大きな戦略のうちの一つがJPKMの推進となっている。JPKMは前払いの掛け金を払うことによって予防サービスや疾病にかかった場合に医療サービスを受けられることになっている。JPKMを運営するものは公的セクターに限らず民間セクターでも一定の資格を有するものに認可が与えられ、民間を参入させることにより競争原理を働かせ効率的な運営を行わせ、さらに民間資金を活用して地域住民の保健サービスを拡大・発展させることをねらいとしている。このJPKMが目標とする対象人口は主として零細中小企業の職員や、自営業者、農民などで最貧層を除いた中以下の階層である。JPKMの運営者は一定の前払い資金に基づいて保健センターや病院と契約して加入者に対して保健医療サービスを提供する。したがって、健全な経営を図る場合にはより予防サービスにウエイトをおくことにより経費の削減を図ろうとするインセンティブが働くことになり、全体として医療費支出の増加を抑制することができ、所得の再分配の効果や医療サービス供給の公平が図られることになる。JPKMの加入者は2000年時点で約100万人で、潜在的市場の約0.6%をカバーしているに過ぎず、JPKMの普及、加入者の増加はあまり進んでいない。

これに対して、政府は現在の任意加入から強制加入を目指した法案を議会に提出している。

【JPKMの運営の問題点】として、以下の4点が挙げられる。

- 1) 政府が予定していたようには加入者の増加が見られない。この原因としては1997年に発生した経済危機によりJPKMが加入対象とする階層人口が大きな打撃を受け、掛け金を払えなくなったことがある。
- 2) 一般住民の保険の意識が薄く、特に農村部においてはゴトン・ロヨン(相互扶助)制が根づいており、これに代わって現代的なJPKMの利点が理解されない。
- 3) 農村部など特に都市から離れた遠隔地では保健センター(Puskesmas)が保健医療サービスの提供者となるが、その提供するサービスの質がよくない。インドネシアでは医学部を卒業すると3年間は第一線の保健センターに勤務することが義務づけられており、必ずしもプライマリーケアを実践できる能力を持っているとは言いがたく、看護職が大半を受け持っているといわれ住民の保健センターに対する信頼が十分と

はいえない。したがって、JPKMに加入しても十分な医療サービスが受けられるメリットが少ないということになる。

- 4) サービスを提供する医療機関、医師側についてもJPKMに対する十分な理解と協力が見られない場合がある。JPKMは人頭報酬あるいは定額医療費支払いという支払い制度をとるために、従来、出来高払いに慣れている医師にとっては馴染みにくい面がある。

(6) 保健省の予算

2001年から地方分権制度に移行するため、現時点では従来の保健省の予算について述べたい。地方分権後の地方政府の役割は、法令の制定や、戦略、基準の制定や推進、などが主たる業務になる。現時点での中央政府の関心は地方レベルにおける職員が、地方分権に伴い、課せられる計画策定や予算編成の責任を全うするための十分な研修、訓練を受けていないということである。

【近年の予算の配分】

インドネシア政府には大きく分けて2つの予算の枠がある。即ち経常経費と開発経費である。経常経費は大部分は政府の税収から成り、開発経費は税収と大統領令と外国援助から成る。保健省の経常経費も開発経費も1994/1995年会計年度以来、確実に増加してきた。国全体の経常経費に占める保健省の同経費の割合は、1994/1995年の1.2%から1997/1998年に1.7%に増大したが、その後98/99、99/2000年は1.0%、1.05%に減少している。同様に開発経費の占める割合も95/96の3.5%から97/98は4.7%に増大しているが、98/99、99/2000はそれぞれ1.36%、1.55%に減少している。1999/2000の経常経費全体の予算を見ると、いわゆる“予防的”な経費の占める割合は68.4%で、治療的経費31.5%となっている。保健省全体の予算のうち、62.3%は官房経費で人件費や研修等の経費になる。また医療部門の経費は29.2%であるのに対して、PHCを含む地域保健関係はわずかに1.46%に過ぎない。

保健省の経常予算額・増加率 1994/95—1999/2000

単位：100万Rp.

部門	会 計 年 度											
	1994/95	%	1995/96	%	1996/97	%	1997/98	%	1998/99	%	1999/00	%
1 官房	257,408	13.30	358,217	39.20	427,130	19.24	680,011	15.20	716,347	5.20	885,684	23.63
2 研究開発	6,227	35.53	7,794	24.20	8,771	12.54	12,521	42.74	1,432	12.07	1,745	21.85
3 監査	1,895	27.38	2,390	26.10	4,565	90.95	5,743	25.81	6,837	19.06	7,373	7.83
4 地域保健	7,950	13.70	11,049	39.00	12,481	12.96	14,989	20.09	16,563	10.05	20,771	25.40
5 感染症・環境保健	14,940	45.62	19,864	33.00	22,853	15.04	20,456	10.45	33,273	62.65	40,251	20.97
予防関係経費計	288,472		399,316	38.42	475,802	19.15	733,721	54.21	787,054	7.27	971,537	23.43
6 医療サービス	188,690	26.55	217,828	15.40	243,192	11.64	277,532	14.12	326,449	17.63	414,891	27.09
7 医薬品	15,120	30.58	18,490	22.30	20,441	10.55	22,880	11.93	27,312	19.37	33,924	24.20
治療関係経費計	203,811		236,318	15.95	263,633	11.56	300,413	13.15	353,762	17.76	448,815	26.86
合計	492,284		635,635	29.10	739,436	16.33	1,094,135	39.85	1,140,816	10.32	1,420,353	24.50

出所：Indonesia Health Profile 1999

Maternal & Neonatal Health USAID 1999

B. 政策の重点課題及びイ国政府の取り組み状況

過去10年間インドネシアの保健分野の改善は着実に改善されて来ているが、なお保健水準を近隣諸国と比較した場合は遅れている。たとえば、母子保健の乳児死亡率や妊産婦死亡率はなお高い。また各種の感染症や下痢症、結核など適切な予防対策や環境改善により予防可能な疾病が蔓延している。一方で死因のトップに循環器系の疾患が位置していることは、近い将来、人口の老齢化に伴い、慢性退行性の疾患の増加も予想される状況になっている。

インドネシアの保健水準がなお遅れている原因としては、国内における保健に関する政府の施策が国全体の開発計画の中で主流になっていないことである。すなわち保健医療の国の予算の中に占める割合は2%以下にしか過ぎないので、多くの必要な保健施策が十分に展開出来ないことである。最も大事なことは、保健従事者の数の不足と同時に質が低いことが、保健施策を進める場合のネックとなっている。また保健医療施設、設備の充実も資金が乏しくて外国の援助に依存することが多く、資機材のメンテナンスもままならないケースが多い。またインドネシアは国が広く、島が1万4千カ所あり、離島や僻地の保健医療対策や都市部と農村部の差など地域間の格差が著しく、従って効率性や公平性を求めることは大変難しい状況である。

1999年3月インドネシア政府は“Healthy Indonesia 2010”を公表し、今後10年間の新しい「保健パラダイム」として政府の保健政策の目標を示した。この保健パラダイムの考え方は、従来のインドネシアの保健施策が、治療やリハビリテーションにより重点をおいていたものを疾病予防と健康増進に政策転換を図って行こうとするものである。もちろんこれは治療やリハビリを無視するというのではなく、健康増進と疾病予防をより一層高めて行くということである。政府の予算をこれらの健康増進や予防に重点をおくようにするため、地域住民は、必要な治療やリハビリの経費は自ら負担することが必要になる。このパラダイムを追求して行くための戦略として、4つの項目を掲げている。

1. 健康を指向した国の開発計画

健康問題は生活上の様々な問題と関連してくるから、健康問題の解決には他の関連する要素を充分考慮すべきであること。あらゆる開発の視点、たとえば都市開発や、工業化等においても公衆衛生に対してプラスになるか、マイナスになるかを考慮すること。このため国家開発計画に際し、健康問題を基本に置き、具体的、斬新的かつ首尾一貫した方法でフォローし、あらゆる階層の地域住民や関連セクターを包含すること。

2. プロフェッショナリズム

ここでいうプロフェッショナリズムというのはあらゆる保健活動は科学的根拠と倫理基準に則ってなされることである。このため適切な保健サービスの研究ネットワークの開発が必要である。

3. 域健康保障制度（JPKM）

Healthy Indonesia 2010年を達成して行くには、適切な資金が必要になってくる。政府の予算は常に限られているので、保健省とあらゆる階層の地域住民との間で責任を分かち合うことが必要になる。このため保健省は、いわゆる域健康保障制度（JPKM）に取り組んでいる。このJPKMは総合的かつ統一的な保健サービスで、第一線における基礎保健サービス（PHC）を提供し、前払い制度を支援するものである。JPKMを円滑に推進して行くために、幾つかの準備が必要である。1つはJPKMの法の整備と、JPKMの組織体の整備と、保健サービスのためのJPKMのネットワークの形成が必要となる。また、このためにいわゆる家庭医のはっきりした概念の確立が必要になる。（後述）

4. 地方分権化

健康は環境やその地域の要素に影響され、また地域によってその優先性が異なってくるから、地方分権化あるいは地域に根ざした地域特有のやり方は、保健計画の効率性や効果を高めるために欠かせないものである。この新しいシステムの導入をうまく実施して行くために保健省は地方分権のレベルや役割や機能を明確に示す

必要がある。地方分権の結果は県や州の保健部門を強化することで、中央政府が実施していた計画作り、プログラム管理、意志決定、問題の解決を行うことである。中央集権から地方分権への変化によって、保健省の職員にも地方の職員にも新しいタイプの資質と技能が要求される。中央と州または県レベルの人材は、地方分権を運用する戦略的パートナーとして働くことになる。この目的を達成するために各種の人材に対しての研修や訓練が必要になってくる。地方分権を進めるためにセクター間の協力が必要であって、保健セクターと他のセクター、特に内務省との協力は重要な要素である。

5. 優先計画

保健省はこの計画を推進するために10の優先事項を掲げ、予算の配分が高い必要なものとしている。即ち、

1. 予防接種
2. 安全と労働衛生
3. 自動車事故予防対策
4. 感染症予防
5. 食物と栄養を含む健康な生活様式
6. 環境計画 —— 物理的、精神的、社会的
7. 健康な居住
8. リプロダクティブヘルス —— 家族計画、人口計画を含む ——
9. 禁煙、薬物、アルコール中毒防止
10. 管理、財政的な保健政策と保健法令

C. 日本の援助

1. JICAの現在実施中の技術協力

(1) 南スラウェシ地域保健強化プロジェクト

R/D 等 署名日：1996年12月24日

協力期間：1997年4月1日～2002年3月31日

プロジェクトサイト：南スラウェシ州

協力内容・活動：東部インドネシアに位置するスラウェシは開発が遅れており、保健衛生水準も低い。このため、日本側の協力の重点地域となっており、南スラウェシに対

して保健関係人材の育成強化と臨床検査技術の質の管理、問題解決指向活動（アクション・リサーチ）手法の導入の3つを目標としてプロジェクトが開始された。人材の育成については地元ハサヌディン大学の協力により県の衛生部長クラスの保健管理コースの設置、村落助産婦に対する産科救急の研修、問題解決法を見出すための調査と実施及び評価の導入により、具体的な事例（例：妊産婦死亡）の改善を図るなどの事業を実施してきた。スラウェシ島全体に対する他の経済・技術協力としては、

・無償資金協力

① スラウェシ地域保健センター強化計画（1995年度）

スラウェシの保健センター等に対する機材供与

② 南北スラウェシ保健医療従事者研修施設（1997年度）

南北スラウェシ州の保健省管理者の管轄の訓練センターの施設整備計画

・有償資金協力

スラウェシ島における地域保健強化事業（1996年～）

スラウェシに安全な血液銀行網を強化すると同時に、4州から一県ずつ選んで県立病院のリファーマルシステムを構築する。

・プロジェクト方式技術協力

貧困対策プロジェクト（1996年～）

南スラウェシ州タカラ県をモデル県とするプロジェクト

・個別派遣専門家事業（1997年）

保健省アドバイザー派遣（1997～）

(2) インドネシア母と子の健康手帳プロジェクト

R/D 署名：1998年7月15日

協力期間：1998年10月1日～2003年9月30日

乳児プロジェクトサイト：南スマトラ州、北スラウェシ州

協力内容・活動：インドネシアの母子保健水準は、周辺諸国に較べて劣っており、死亡率、妊婦死亡率がなお高い。1989年から5年間実施された中部ジャワの母子保健プロジェクトの成果に基づき、母子健康手帳を道具とする母子保健の改善を目的とした「母と子の健康手帳プロジェクト」が開始された。これは健康手帖に妊婦の健康管理の記録と保健上の指導事項、同じく乳幼児の成長記録や育児指導や栄養に関する注意指導事項、また予防接種の種類やその接種時期などが網羅されており、妊婦や母親の健康生活の営みや母子保健に関する知識・意識の改善・向上が期待されるものである。2000年10月に中間評価チームが評価を行い、2州で実施中のプロジェクトについては、その目標が達成されつつあるという評価を下している。ただし、今後

他の州への普及もインドネシア政府が適切に考慮すべきであることと、地方分権により影響がないことを要望している。なおこの母子健康手帖について他のドナーである世銀やADBも関心を示し、ADBは2000年から4州において母子健康手帳の活用を開始し、JICAに協力を求めている。

【他の経済技術協力との関係】

- ・無償資金協力

 - 北スラウェシ州保健省に保健医療従事者研修施設（1999年3月完成）

- ・人口特別機材供与

 - UNFPAとの連携で人口特別機材供与で母子健康手帳、研修モジュール、研修用機材の供与を行っている。

- ・個別派遣事業専門化（1997年～）

 - 保健省アドバイザー派遣（1997～）

(3) ストモ病院救急医療プロジェクト（2000年1月終了）

R/D 署名：1994年12月21日

協力期間：1995年2月1日～2000年1月31日

プロジェクトサイト：スラバヤ市ストモ病院

プロジェクト内容・活動：東部ジャワ州を中心とした救急医療の向上を目的として、スラバヤ市にある公立ストモ病院の救急医療施設の整備と医療機材の供与ならびにこれらに対する技術協力を行った。当病院はインドネシア国内の4カ所のAクラス病院の1つで、病床数が1,559床、職員が4,600人（医師1,047人、看護婦・助産婦941人等）の大病院である。このうち救急センターに関しては、5階建て延床面積が7,800㎡で主要な機能としては集中監視室ベッドが37床、産科救急及び未熟児等のベッドが29床、手術室が6室、職員700人を容れている。活動内容としては救急に従事する職員の質の向上を目標におき、患者の搬送ネットワークの形成、搬送患者が的確に管理されること、救急乗務員の知識技術の向上などの活動を行った。また看護領域では、看護の質の改善を目標として看護記録の改善ならびに評価、院内の看護教育研修の充実、看護業務の効率化などの活動を行った。さらに施設管理の適正化を図ることを目標として保守管理スタッフの技術の向上、施設設備の適切な使用、管理者の施設状況の適切な把握と対策の実施などの活動を行った。なお救急センター建物は空調配管からの結露水による天井のいたみや、採光のための天井ガラスのひび破れ等が発生したため、2000年度に一部補修工事が実施された。

2. 日本国際協力銀行（J B I C）の活動

(1) 保健センター改善計画（1994—95年）

5州（北スマトラ、南スマトラ、ジャムビー、ブンクル、ランブング）の19県において保健センターの活動強化することを目的とするソフト・ローンを供与した。内容は医療機器や関連機材、車輛の購入と研修（品質管理、薬剤管理、機器の管理等）の実施である。（16億4千万）

(2) Hassan Sadikin 病院の改築計画に伴う計画見直し作成（1994年）

ハッサン サディキン病院はバンドンにあるBクラスの一般病院である。この計画は病院によって準備されたマスタープランの見直しを行い、外科病棟、手術棟、医療機材の入札用図書を作成するものである。（3千百万円）

(3) スラウェシ島における地域保健サービス強化事業（1996—2001年）

スラウェシ全島に対して血液銀行網を強化すると同時にF/Sとして、4州から一県ずつを選んで県立病院のリファーマルシステムを構築する。（22億3千万円）

(4) Hassan Sadikin 病院の改築（1996—2000年）

前記2で、作成された入札図書を元に本病院の改築事業を実施し、同時に外科病棟手術棟に医療機材を導入する。（47億円）

3. 今後の日本の援助方向

(1) 感染症対策

インドネシアの保健問題でなお現在最も必要な協力分野として感染症対策があげられる。日本はこれまで主に予防接種のために必要な器具機材を援助し、その普及に協力してきた。予防接種対象疾患（ジフテリア、百日咳、破傷風、ポリオ、等）については大いにその効果を上げて来ている。2000年度についても破傷風に関するワクチンの機材の供与を計画している。またBCGワクチンの製造施設設備については、バンドンにあるBIO FARMAが持っている施設設備が老朽化しており、その更新が緊急の課題となっており、日本に対して援助を要請している。BIO FARMAに対しては、1990年、91年にポリオ生ワクチンと麻疹ワクチンの製造施設設備を無償資金で供与し、同施設に対し1989—95年に製造技術等に関する技術協力を行い、現在インドネシア国内の需要をすべて賄い、品質管理についても高い評価を得ている。2000年7月に開催された沖縄サミットにおいて、途上国に対する感染症対策が議題として取り上げられ、今後の重要な援助課題となっている。感染症の中でも、インドネシアでは特に結核が単独疾患としては最も多く蔓延しているといわれており、年間推定発生患者が450,000人、死亡者が175,000人と推計されており、1994年からWHOの支援によりDOTS方式（Directly Observed Treatment, Short Course）を保健セン

ターを中心に実施している。

インドネシア政府は 1999 年 Gerdunas 「結核対策国家統合運動」(National Integrated Movement on Tbc Control) をスタートされ、すべての医療機関や NGO など官民一体となって結核対策を推進して行く体制を整えている。インドネシア政府は 2001 年にわが国のインドネシアに対する結核の技術協力を要請越している。日本は戦後から昭和 30 年代に結核が大いに蔓延し、国民が総力をあげて、その撲滅に努力し、多大の成果を上げた実績を持っている。また国際的にもネパールやイエメン、フィリピンなどに対する協力を行って来た実績もあり、有力な協力分野と考えられる。また 1999 年 5 月—7 月に結核の短期専門家による調査報告も既に行われており、結核に対する協力は広くインドネシア国民に裨益するところ大と思慮される。また感染症のアドバイザーとして長期専門家の派遣も重要な課題となる。

(2) 研究協力

前に述べた Healthy Indonesia 2010 の中でインドネシア政府の戦略として “Professionalism” ということをうたっている。この中で保健活動は「科学的根拠に基づいて行わなければならない」と述べ、そのために保健に関する研究活動を活発にして、そのネットワーク作りが必要であると述べている。インドネシア保健省は現在 N I H R D (国立保健研究所) の統合建て替え計画を立てており、現在 3 ヶ所に分散している研究施設(ジャカルタ、ボゴール、スラバヤ)をジャカルタに統合して機能の強化を図りたいとしている。

インドネシア保健省から 2001 年、2002 年の日本に対する要望事項として提出されているが、今後建物と資機材に対する資金協力と研究技術協力、人材の育成等の協力が協力分野として考えられる。たとえば研究協力分野として A I D S や B 型肝炎、C 型肝炎など血液由来のウィルス感染症が細菌や寄生虫感染症に代わって大きな保健問題となる可能性を持っている。

(3) 人材育成の研修

2001 年からスタートする地方分権により、州、県、市、等の保健従事者の資質の向上が分権化を円滑に推進するための鍵となるものと考えられる。従来は中央政府が計画し、予算化したものを実施するという上意下達方式が今後は地方政庁自らが計画し、予算化し、意志決定することになる。現在保健省が計画する地方行政官に対する管理研修を J I C A が支援してスラウェシ島を中心に行っており、また現在南スラウェシで実施している「地域保健強化プロジェクト」においても助産婦の研修やハサヌディン大学における医療行政管理者養成コースにより保健行政官の専門家の養成を行っている。後者についてはプロジェクト終了と同じに終了する予定である。

前者については今後も継続してもらいたい、研修対象者については、基礎保健サ

サービス提供の中核幹部である助産婦（看護婦）、薬剤師、検査技師等に対しても技術研修を含めた管理研修を実施し、保健サービスの質の向上を図る必要がある。また、地域健康保障制度（JPKM）に対しても今後の一層の円滑な推進を図るために、運営管理者やサービス提供側の医師等、医療従事者に対する人材育成、また監督する立場の行政側の職員の質の向上などの協力分野が考えられる。特にこの中でJPKMのサービス提供側である医師に対しては家庭医（ファミリードクター）としての役割が期待されており、卒後研修の必要が望まれている。（JPKMの普及が思うように進まない原因として提供されるサービスの質が低いということも指摘されている。）

（４）地域健康保障制度（JPKM）の支援

JPKMは2010年までの保健政策大綱の中で4つの柱の1つとして取り上げられている。また、中長期的な社会保障制度の充実という観点から、地域健康保障制度の強化に関する支援は重要である。

しかし、現行のJPKMはいくつかの問題点を抱えており、この問題に対する取り組みとしては、JPKMに関する啓発と技術向上の研修及び必要な資機材の整備を行い、住民の信頼を得ることが重要である。したがって、以下のような協力の可能性を検討することができる。

- 1) 日本の地域保険である「国民健康保険」の施設活動の現状についての研修。国民健康保険による農村における国保診療所、保健婦活動などは、JPKMの運営に非常に参考になると思われる。農村の保健婦による保健サービス活動として母子保健、結核、栄養などの施設活動や家庭訪問による指導・健康教育などの活動をJPKMの地域保健サービスのプログラムとして組み入れるための支援が考えられる。
- 2) JPKMの普及のためのIEC活動の強化。JPKM普及のネックになる住民の知識の欠如、情報不足を克服するための住民に対するIEC活動、または医療提供者に対するIECの強化を図り理解を求めるための視聴覚教育の技術に対する支援が考えられる。
- 3) JPKM加入者に対する「健康管理手帳」のプログラム支援。JPKM加入者が自らの健康に関心を持ち、健康の保持増進に努め、いわゆる「セルフケア」を奨励するための道具として、またJPKMに加入するメリットとなるような「健康管理手帳」を作成し、普及するための支援を行う。「健康管理手帳」の中には個人の病歴や過去の保健医療サービスの受診が記録されること、また、感染症の予防対策、生活習慣病（高血圧、心臓病、糖尿病等）予防に必要な簡単な衛生知識を記述する。
- 4) マーケティングリサーチのためのデータベース作成の支援。JPKMを地域に導入する場合に必要な地域の社会、経済、保健、文化、教育、習慣などあらゆる

る角度からデータを集め、それを解析してその地域住民のニーズに合った方式やサービスを導入していく必要がある。このために地域の様々なデータを収集してデータベース化し、それに基づいて地域のパターン化を行い、最適なJPKMのシステムを導入するプログラムを開発するための支援を行う。

(5) 自立型保健医療システムの構築

インドネシアは2001年から大規模な地方分権化を実施することになっており、政治経済行政にも大きな変化をもたらすものと思われる。1997年の経済危機を契機にインドネシアの保健セクターも大きな影響を受け、その厳しい試練を背景に自立型保健医療システムという考え方が生まれて来た。すなわち経済危機により医薬品の不足や検査試薬の不足により医療サービスの質が低下し、また中以下の国民階層が経済的に大きな打撃を受け、医療機関への受診が困難になるなどの問題が起きた。

もともと政府予算に占める保健医療の予算は2%弱であり、外国の援助を頼りとした脆弱な保健医療システムであったので、経済危機により一層厳しい局面に立たされた。このシステムを長期視点に立って克服し、よりよい強固なシステムを打ち立てて行くことが目的である。10年計画で前半は保健医療サービスの向上を図り、後半5年で健康保障制度を普及することを計画したものである。

しかしその後、地方分権化という大きな変革が実施に移され、中央集権の行財政システムが、地方に権限が大幅に移されるということになり、保健医療システムもそれぞれの地域のニーズや環境に根ざした計画や予算を作っていくという正に自立したシステムが導入されることになる。

従って自立型保健医療システムも地方分権化との整合性をとった形でのシステムを考えて行く必要がある。

また地域健康保障制度(JPKM)も政府が“Healthy Indonesia 2010年”の4つの戦略のうちの1つとして取り上げており、国民の負担を増やすことによって政府はより予防と健康増進のために国家予算を投入するという考えのようである。従って自立型保健医療システムを推進するには、現時点においてJPKMに対する何等かの協力支援を行うべきものとする。

1997年の経済危機、1998年5月の騒乱と政権交代に伴う混乱に対応し、1998年7月の対インドネシア支援国会合(CGI)で各援助機関が総額78億9,400万ドル(約9,000億円)の支援を約束し、IMFとADBがSSN(Social Safety Net: 社会保障プログラム)を実施した。保健分野への支援としては、社会的弱者の基礎的保健サービスの確保や栄養状態を目的にしたプログラムが全国の約1,800万人を対象に実施されている。

援助の傾向としては、国際機関は全国レベルあるいは多くの州を対象とし基礎的保健サービスの供給を中心とした支援を実施し、二国間援助機関の間では特定地域に絞っ

た機材案件や人口・エイズ案件が目立っている。なお「イ」国では世界銀行、ADB、WHO、UNICEF、USAIDが主体となって保健セクターのドナーグループを形成しており、リプロダクティブヘルスに関して保健省と定期的に会合をもっているが、保健改革は保健省主導で進められており、ドナーコーディネーションの影響力は十分ではない。

D. 他ドナーの動向

保健医療分野における主な援助機関の活動は以下のとおりである。

(1) 世界銀行

「イ」国は、途上国のなかでもいち早くプライマリーヘルスケア（PHC）・アプローチで保健所やポシアンドゥを全国に整備したにもかかわらず、他のアセアン諸国に比べて妊産婦死亡や乳児死亡の指標の改善が遅れているのは、保健システムに大きな問題があるためで、保健システム改革が同国の最大の課題である、というのが世銀の見解である。また地方分権化に関しては、実施規定が曖昧であり県レベルの行政能力も未知数であることから、その効果には懐疑的である。世銀が中心となりADB、UNICEF、USAID、WHOなどと“Partners for Health”というドナーグループを形成し保健省に政策対話を働きかけている。実施中の案件では基礎的保健サービスの充実、貧困層のサービスへのアクセス改善が中心となっており、PHCアプローチによりすべての地域住民に保健サービスのアクセスを確保し、国全体の保健水準を向上させることをねらいとしている。

経済危機に際しては、ADBと同様にソーシャルセーフティネット調整融資（SN Adjustment Loan）を実施し、緊急的弱者支援策としての貧困層向け医療保障制度を支援している。なお中部ジャワ州ではSafe Mother food Projectで日本の母子手帳の活動を資金援助している。現在実施中の主なプロジェクトは以下のとおり。

- ・Forth Health Project（西カリマンタン、東ジャワ含む5州）
県レベルの行政職員及び保健所スタッフの能力向上、貧困層のアクセス改善、基礎的サービス供給
- ・Fifth Health Project（中部ジャワ、南スラウェシ、中央カリマンタンの3州）
医療従事者の治療診断技術の向上、海外研修、医学生対象の教育施設建設
- ・Third Community Health and Nutrition Program（中部・西ジャワ、マルク、NTT、イリアンジャヤ）
母子保健の向上、保健・栄養教育を含む子供の栄養向上
- ・Safe Mother food Project（中部ジャワ、東部ジャワの2州）

- 母子保健機材調査、フェローシップ・研修・ワークショップ等の実施
- ・Rural Water Supply & Sanitation for Low Income Communities (東ジャワ、スラウエシ3州、NTT等)
安全かつ容易な水の供給、貧困層や過疎地住民に対する持続的・地域密着型の衛生教育実施
- ・Intensified Iodine Deficiency Control Project (全国で実施)
ヨード化塩の供給、消費促進、政府組織とNGOとの協力促進
- ・Provincial Health Project (新規案件、スマトラ2州)
地域保健システムの強化、貧困層向け基礎的保健サービスの改善

(2) アジア開発銀行 (ADB)

世界銀行と同様に保健システムの改善を最重要課題ととらえ、地方分権化、保健システム改革、保健財政制度及び貧困層へのサービス供給に重点的に取り組んでいる。保健省の政策形成への関与も積極的に行っており、特に JPKM (地域健康保障制度) の普及に関しては、ADB が作成したプログラムを保健省が実施する (家庭医の全国展開、そのための研修実施) などその強い影響力で政策を誘導している。

また経済危機後に行った SSNAL で緊急的弱者支援として貧困層向け無料医療制度 (SSN-1HS) を実施している。同制度により貧困世帯 (人口の約2割) に無料医療カードが配布され、この資金が各地の保健所の主要財源となるなど、全国規模で貧困層の保健サービス利用に際しての財源の確保を今後どうするかが、大きな課題となる。これ以外の主なプロジェクトは以下のとおり。

- ・Social Protection Sector Development Program (全国展開)
貧困者対策として、児童への奨学金、保健所運営・母子保健活動への資金、ストリートチルドレン対策
- ・Family Health & Nutrition Project (北スマトラ、ジャンビ、ブンクル、中央・南カリマンタン) 乳幼児・妊産婦の健康向上、貧困者向け医療施設建設とレファラルシステム構築
- ・Intensified Communicable Disease Control (中部・西ジャワ、中央スラウエシ、南カリマンタン等6州) 結核、ARI、マラリアの予防とEPI促進、県レベルの感染防止活動のマネジメント強化
- ・Capacity Building of MOH for Strategic Development Project (ブンクル、西ジャワ、中央スラウエシの3州) 州及び県レベルの保健行政組織機能の調査研究 このうちFamily Health & Nutrition Projectの対象4州で2000年から母子手帳プロジェクトを開始する。

(3) UNICEF

子供と女性の健康問題の詳細な分析を基に、包括的カントリー・プログラムとして事業戦略（2000～2005年）を策定した。具体的には女性と子供の権利を実現し能力を高めることを目標に、基礎保健サービス（母子保健、基礎教育、児童労働や虐待の保護）、政策開発、緊急対応の3つを軸にした計画となっている。貧困層の絶対数が多いジャワ3州及び東部インドネシア地域から南スラウェシとNTT、NTB、マルク、イリアンジャヤの合計8州を選定し、従来74県だった対象地域を40県に絞って集中的な支援を行う（ユニセフ予算1億ドルに各県の予算を組み合わせる）。

ユニセフでは経済危機によって、保健所にも来ることができないような絶対的貧困層のサービスへのアクセスが悪化していることを懸念、同プログラムでは村レベルの保健活動を強化するためにポシアンドゥ、村落助産婦、TBA（伝統的産婆）を提携させ、保健、栄養、子供の健康といった分野でのネットワークを強化していく方針を打ち出している。プログラムの実施にあたっては、ユニセフのローカルスタッフが各地に駐在し、県知事やBAPPEDA（内務省地方開発局の出先機関）といった地域の有力者・有力機関からの協力を取り付けるよう努めている。

地方分権化に関しては、保健財源も分権化され各県独自のプログラムを実施しやすくなる反面、情報公開を進めないと従来以上に各地で汚職が増加するおそれもあり、特に貧困層へのサービスについて県議会・行政の監視を強める必要がある、としている。また栄養失調の子供が減らず（5歳以下の子供の3割）栄養教育の効果も限られている現状に対し、大手食品メーカーと共同開発した人工離乳パック（USAIDも支援）の普及を進めている。

(4) WHO

地方分権化や各地域の保健従事者のキャパシティ・ビルディングなどの行政改革を支援する一方、感染症対策、IMCI（小児疾病総合管理）、保健サービス・検査システムの質の向上などにも取り組んでいる。結核対策では各地の保健所や病院での治療の実態調査を基に治療法などについて提言を行い、それを受けて保健省が結核対策の人材教育プロジェクト等を実施している。ただし政策支援のための調査研究やプログラム強化資金の提供が中心で、大きな案件は実施していない。

(5) 二国間援助機関

アメリカ（USAID）は母子保健、栄養問題、保健財政を中心に援助を実施してきた。特に保健財政に関しては1980年代後半から保健財政への民間資金の導入、公立病院の経営自立化、診療費有料化などを推進し、病院の独立採算制への導入やJPKMの導入に多大な貢献をした。しかしきたいした成果が上がらぬままJPKM普及活動からは撤退、米国援助額の削減の動きもあり、援助を縮小する方向にある。現在はHIV

／エイズ対策、ビタミンA普及などの支援を実施している。

オーストラリア（ASU AIDにとって「イ」国は東南アジア最大の援助国でもあり、保健・人口および環境衛生は重点分野となっている。地域では地理的に近く最貧地域でもある東部地域の島嶼地域（イリアンジャヤ、マルク、NTT、NTB、東ティモール）に集中している。主な案件は以下のとおり。

- ・HIV/AIDS & STD's Prevention and Care Project（南スラウェシ、バリ、NTT） 避妊具の無償配布を含むエイズ予防活動の向上
- ・Healthy Start for Child Survival（バリ、NTT、NTB） 予防接種、研修、栄養補給食品などの供与
- ・Healthy Mothers and Healthy Babies Child Survival Project（東南スラウェシ、マルク） 産前産後のケアの質の向上、子供の健康増進、保健従事者の能力向上を通じた母子保健サービスの改善。

フランスとオーストラリアはともに病院機材のためのローンが中心で、地域ではジャワに集中している。フランスは1990年代前半にメダンとウジュンパンダンのAクラス病院に対する大型医療機材供与を行ったが、現在はジャワ島5州（1案件のみカリマンタンとスラウェシでも実施）でX線診断機器、超音波診断装置、MRIなどの供与を実施している。オーストラリアは医療機材のほか、汚水処理施設整備、患者サービスの質的向上も手がけている。（この項は「インドネシア国プロジェクト形成調査調査団報告書」による）

【付属資料】

表1 乳児死亡の主要原因（1995年）

	病名	割合
1位	急性呼吸器疾患	29.50%
2位	周産期疾患	29.30%
3位	下痢症	13.90%
4位	神経疾患	5.50%
5位	破傷風	3.60%

出所：SKRT 1995
Household Health Survey
MOH

表2 基礎保健指標

	1960年	1995年	1998年
人口（百万人）	119.2（1971年）	197.6	204.2
出生率（人口1,000対）	44	24	22.5
粗死亡率（人口1,000対）	23	8	7.5
人口増加率	2.3	1.5	1.5
乳児死亡率（出生1,000対）	127	51	41.4
5歳未満死亡率（出生1,000対）	216	75	59
妊産婦死亡率（出生10万対）	650（1990年）	373	373
0歳時平均余命（歳）	42	64	64.2
合計特殊出生率	5.5（1971年）	2.8	2.6

表3 主要死因別死亡割合

	1986年	%	1995年	%
1位	下痢症	12.0	循環器系疾患	18.9
2位	心臓疾患	9.7	呼吸器感染症	15.7
3位	結核	8.6	結核	9.6
4位	麻疹	6.7	感染症及び寄生虫疾患	7.9
5位	呼吸器感染症	6.2	下痢症	7.4
6位	破傷風	6.0	消化器系疾患	6.6
7位	神経系疾患	5.3	周産期疾患	5.2
8位	外傷、事故	4.7	外傷、事故	5.1
9位	新生物	4.3	新生物	5.1
10位	気管支炎、喘息	3.8	神経系疾患	2.5

出所：Indonesia Health Profile 1999

表4 主要予防接種の接種率（1994/1995～1998/1999）

年	BCG	DPT1	ポリオ 3	麻疹
1994/1995	100.0	100.1	92.8	91.6
1995/1996	99.0	100.4	86.6	88.9
1996/1997	99.6	101.4	89.5	91.7
1997/1998	98.0	99.3	86.3	92.5
1998/1999	93.1	95.0	88.4	86.7

出所：Indonesia Health Profile (1999)

表5 保健医療従事者数（1997年）

職種	医 師			歯科医師	薬剤師	助 産 婦		合計	看護婦
	専門医	一般医	合計			村落助産婦	その他		
人数（人）	9,361	18,679	28,038	6,827	6,991	53,247	7,593	60,840	80,587
人口10万対	4.6	9.3	13.9	3.4	3.5	26.4	3.7	30.1	40

出所：Indonesia Health Profile (1999)

【保健省の組織改正】

保健省は2000年11月23日に公布された大統領令第165により、旧社会省と統合され、保健福祉省となった。この大統領令は各省の位置づけ、業務内容、責任等を明らかにしたものである。

第14節 保健福祉省

第39章：保健福祉省は政府の保健・福祉に関する事項の実施について大統領を補佐する。

第40章：第39章で述べた事項を実施するに際し、保健福祉省は以下のような機能をもつ。

- a. 保健、福祉の実施を促進する。
- b. 任務と行政サービスを実施するための基盤を作り、調整を行う。
- c. 保健福祉分野の政策支援の枠組みの中で、研究とその応用、並びに教育と特別な研修を実施する。
- d. 業務の調整を実施する。

第41章：第40章で述べた業務を実施するために保健福祉省は以下の権限を有する。(省略)

2000年大統領令177による各省の組織と業務(2000年12月15日)

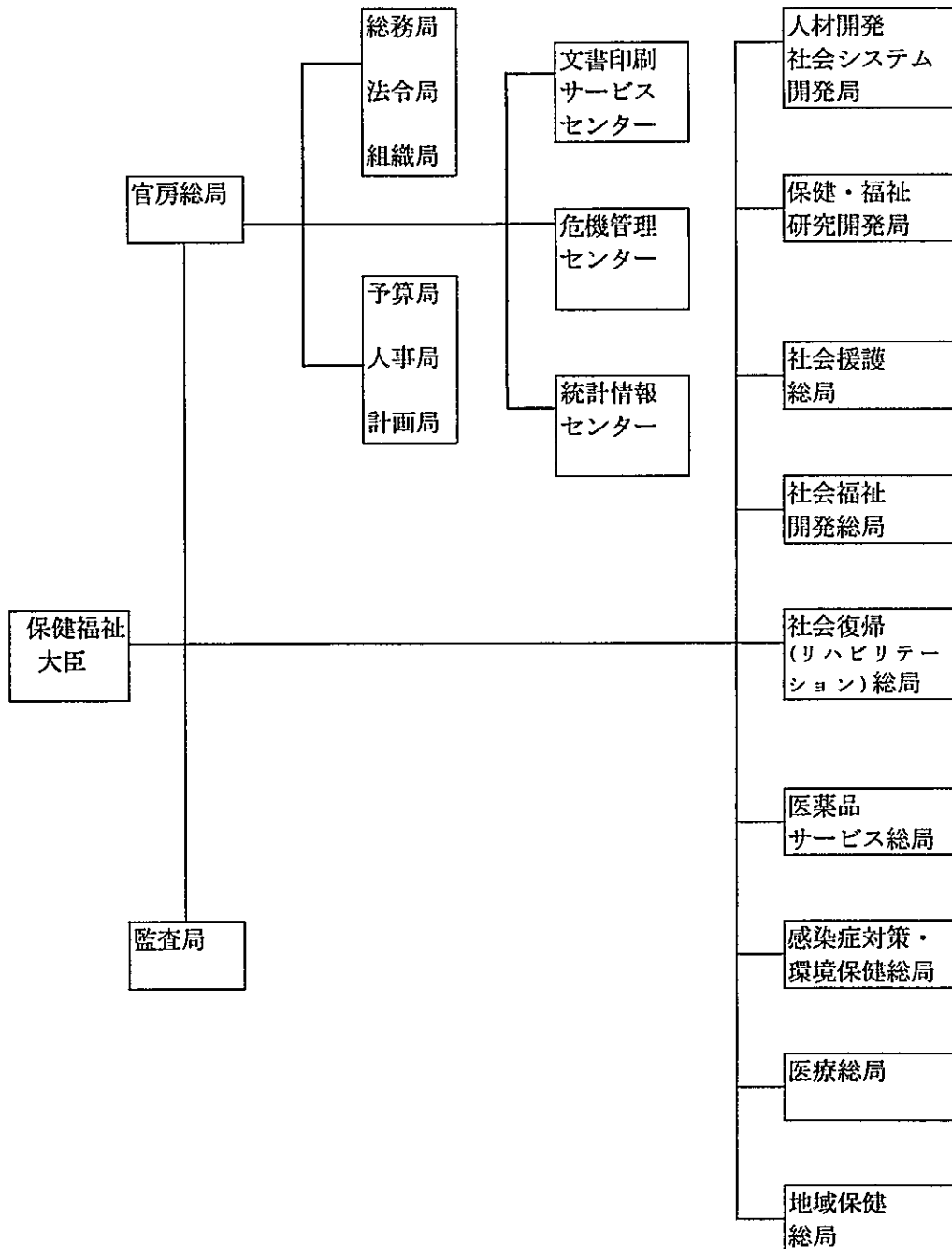
第13章 保健福祉省 (組織図)

第26項 保健福祉省の組織は以下による。

- a. 保健福祉大臣
- b. 官房総局
- c. 地域保健総局
- d. 医療総局
- e. 感染症対策・環境保健総局
- f. 医薬品サービス総局
- g. 社会復帰(リハビリテーション)総局
- h. 社会福祉開発総局
- i. 社会援護総局
- J. 保健・福祉研究開発局
- k. 人材開発及び社会システム開発局
- l. 保健技術専門家
- m. 医薬品技術専門家
- n. 感染症対策及び環境保健専門家
- o. 人材開発専門家
- p. 組織開発専門家

第27項 各部署の業務内容(省略)

保健福祉省新組織図



(注) 2001年1月31日から新たに「医薬品・食品庁」
(BADAN PENGAWAS OBAT DAN MAKANAN) が独立した

4-2. リプロダクティブヘルス

執筆担当者：渡辺 洋子（母と子の健康手帳プロジェクト）

A. 現状と問題点及びその背景

1. 妊産婦ケアと関連指標

妊婦は最低4回の健診を受け、そこで少なくとも体重測定・血圧測定・子宮底長測定・鉄剤投与・破傷風予防接種のサービスを受けることになっている。健診受診率は初回85.3%であるが、4回目の健診を終了した率は69.8%（1998年）と下がる。破傷風トキソイドは妊娠中に2回接種が基準であるが、その接種率は73.4%（1998年）であった。

出産の介助が医療従事者（大多数は助産婦で医師は少ない）の元で行なわれている率は62.3%（1998年）で、残りは伝統的出産介助人（産婆）や家族・親族による介助、即ち約3分の1の出産が科学的な技術を持たない、または不十分な介助者の元で行なわれていることになる。しかし出産場所は68.3%が自宅である。

妊産婦死亡率(MMR)は出生10万人に対して373（1995年SKRT*）と他のASEAN諸国に較べて高く、またその改善速度も遅い。妊産婦死亡の主なる原因は、出血が47.6%と約半数を占め（流産/中絶後の出血も含む）、続いて子痲発作（重症妊娠中毒症）・感染症である。また3つの遅れ、「発見の遅れ」「搬送の遅れ」「治療の遅れ」が指摘されていて、サービスの提供側の問題も非常に大きい。

女性の側の問題としては、慢性栄養失調や貧血が多いこと、ハイリスク妊娠ならびに出産（若年出産、高年齢出産、頻回の出産、出産間隔が短い、等）が多いことがあげられる。妊娠可能年齢女性の24%が栄養不足状態であった（1995年SKIA**）。

妊産婦死亡率を下げるために、保健・社会福祉省はさまざまなプログラムを実施してきたが、そのひとつに1991年以降1村1助産婦を目指して地域助産婦の配置を推進した。現在約57,000人が総村数の約80%で働いている。しかし3年契約の一時的な公務員で、契約終了後は自活の道を探す必要がある。保健・社会福祉省は、村への定着を促すために何回かの契約更新を行なっているのが現状である。

その他10年余にわたってSafe motherhood initiative (WHO) の元、妊婦健診の充実や助産婦へのOJTなどに力を入れ、健診受診率は上昇した。しかしこの努力が妊産婦死亡率の軽減にあまり寄与していないという反省、妊産婦死亡の80%以上が分娩期ならびに産

*SKRT : Survey Kesehatan Rumah Tangga 世帯健康調査

** SKIA : Survey Kesehatan Ibu dan Anak 母子保健調査

褥期に起こっていること、安価で簡便な技術の徹底で防ぎうる例が多数あることから、現在は分娩技術の向上を目指す方向に重点が移行してきている（後述 Making Pregnancy Safer を参照）。

現在正常でない分娩に対応できる施設として、各県・市レベルにある公立病院のうち「総合的産科新生児ケア（PONEK）」ができるのは約 60%、保健所のうち「基礎的産科新生児ケア（PONED）」ができるのは約 20%である。

総合的産科新生児ケアとは、医学的に問題のある分娩や新生児に対して、総合的（例えば帝王切開や、低出生体重児への治療）な治療が実施できることである。基礎的というのは酸素投与や吸引分娩が可能であること、新生児蘇生ができること、などである。

2. 新生児・乳幼児ケアと関連指標

新生児期には、保健従事者による 2 回の家庭訪問が基準化されていて、新生児ならびにじょく婦の健康状態のチェックを行なう。WHO/UNICEF の主導の元、母乳推進運動は強力に行なわれており、生後 4 ヶ月間の絶対母乳期間を推奨している。これに関連した赤ちゃんにやさしい病院（Baby Friendly Hospital）が、全国で多数 UNICEF から認証されている。

乳幼児ケアの中心的役割を果たしているのがポシアンドゥ（Integrated Service Post）である。ポシアンドゥは、村の最前線での妊婦や 5 歳以下の子どもの健診（母子保健）・栄養指導・予防注射・家族計画・下痢症対策を月に 1 回行なう事業ならびにその場所をさす。約 100 世帯にひとつの割合で存在し、全国に 24 万ヶ所強ある。

インドネシアの独自のシステムですでに 15 年の歴史を持っている。実施主体は村で、村長から指名されるカダールと呼ばれる保健ボランティアと、助産婦を中心にした保健所職員、家庭福祉運動の婦人団体（PKK）、家族計画推進委員会（BKKBN）の職員、などが共同で活動することになっている。

乳幼児死亡率（IMR）は出生 1,000 人に対して 41.1（1997 年）であり、この 10 年間の改善もそれなりに評価される。死亡例のうち約 2/3 は新生児死亡（生後 28 日以内）である。

主な死亡原因は、急性呼吸器感染症、周産期のトラブル（仮死、分娩外傷、感染症）、下痢症（1995 年 SKRT）である。IMR ならびに死因も地域格差が大きく、最も悪いのが西ヌサテンガラ州（98/1000）で、続いてランブン州、南スマトラ州、中部スラウェシ州、西カリマンタン州、西ジャワ州などが高い。

表 乳児死亡の原因 (SKRT1995年)

	ジャワならびにバリ島		左記以外の島	
1位	周産期トラブル	33.5%	呼吸器感染症	28.0%
2位	呼吸器感染症	32.1%	周産期トラブル	26.9%
3位	下痢	9.6%	下痢	16.4%
4位	神経系疾患	6.0%	神経系疾患	5.3%
5位	寄生虫感染症	4.1%	破傷風	4.5%

3. 小児の予防接種とその率

拡大予防接種計画 (EPI) にそって、妊婦対象に破傷風トキソイド2回、また子どもに対し BCG1回・ポリオ4回・3種混合3回・麻疹1回・B型肝炎3回のワクチン接種が無料で行なわれている。B型肝炎ワクチンに関してはまだ27州全州が対象にはなっていないが、1歳以下の乳児に3回接種されている。ポシアンドウレベルでの予防接種もかなり確実に行なわれている。予防接種率(1997年)はB型肝炎75.9%を除くと、その他はすべて90%以上の接種率になっている。

ポリオは、WHO/UNICEFが実施している撲滅運動の一環として、1995年から3年間にわたり全国一斉投与(National Immunization Day)が行なわれた。

表 予防接種率 (1998/1999年)

予防接種名	接種率
BCG	93.1%
3種混合	95.0%
ポリオ	88.4%
麻疹	86.8%

4. 家族計画

スハルト政権時代、国家家族計画調整委員会 (BKKBN) という大統領直属の機関が設立され、強力な家族計画事業を全国に展開した。1985年に4.1であった合計特殊出生率 (TFR: 女性が一生に産む子どもの数) は1994年2.9 (IDHS*)、1997年2.6に低下し、家族計画は国家的にみるとかなり成功しているといえる。

* IDHS : Indonesia Demographic and Health Survey

しかしこれはジャワならびにバリ島とそれ以外の島でかなり数値に差がある（ジャワ・バリ島は1.6-2.5、スマトラ島は2.9-3.0、ヌサテンガラ・マルク諸島3.0-3.3）。また1994年実施のIDHSでは都市部では上記TFRが2.31であるのに対し、農村部では3.15と、都市と農村で格差があった。粗出生率は1990年には人口1,000人対28.7が、1995年には25.3となった。

表 地域別合計特殊出生率と家族計画実施率

州名	合計特殊出生率		家族計画実施率 (1998年)
	1980-1985	1995-2000	
北スマトラ	5.1	3.0	59.4
西スマトラ	4.8	2.9	64.6
中部ジャワ	3.8	2.5	61.1
ジョグジャカル特別区	2.9	1.6	48.5
バリ	3.1	1.7	28.6
西ヌサテンガラ	5.7	3.1	55.8
中部カリマンタン	4.8	2.9	81.3
北スラウェシ	3.6	2.4	59.2
マルク	5.6	3.0	77.6

出産可能年齢で既婚女性の57%が家族計画を実行している（1997年）が、unmet needs（家族計画を必要としているが避妊方法を知らない、または避妊手段が入手できない層）が約15%にのぼる。

unmet needsはハイリスクな妊娠に結びつくことから、特に重点的に家族計画サービスの対象にしているが、経済危機以降この層が再度増加してきていることが充分予測される。避妊手段として最も多いのが、ホルモン注射、続いてピル内服、IUDである。

インドネシアでは中絶は非合法になっているが、現実では中絶が安全でない方法（伝統的産婆や自身による掻爬、など）で多数行なわれており、それに伴う出血や感染症が多発している。

このような「安全でない中絶」が妊産婦死亡の10-30%に寄与しているといわれているが、データを得ることはきわめて困難である。中絶後のしっかりとしたケア（避妊法の指導も含む）を公的機関でも実施するなど、この1-2年でようやく安全でない中絶に対する取り組みが、保健・社会福祉省としてなされるようになってきた。

BKKBNは2000年の組閣で、女性のエンパワーメント省の管轄下に組み込まれた。現在は人口抑制を前面に出した政策よりは、家庭の福祉向上のために「小さな家庭は幸福な家庭」というスローガンで、健康教育と避妊具の供給を主にした活動が行われている。

5. 栄養

1997 年半ばにおきた経済危機により、社会的弱者である妊産婦、授乳期の母親や子どもにおける栄養状態は明らかに悪くなった。栄養状態の悪化は、直接的間接的に健康問題に影響を及ぼしている。例えば中部ジャワ州での母親ならびに子どもの貧血を 1996 年と 1998 年で比較したところ、有意に罹病率が高くなっている。

東ジャワ州の国立 Dr. Soetomo 病院に入院した 3 歳以下の患者の中に占める、中等度から重度の栄養失調児の割合が 50% から 82% に上昇した*。この栄養状態の悪化を早急に改善しないと、1 世代の喪失にもつながりかねない。

妊産婦や乳幼児の微量元素不足として、鉄・ヨード・ビタミン A の不足が国内に広くみられる。

ビタミン A 不足は視力障害を招くもので、1 歳以上 5 歳以下の子どもに年 2 回（2 月と 8 月）、妊婦・じょく婦はその期間内に 1 回のビタミン A カプセル（20 万単位：赤）の投与が行なわれている。配布目標は 5 歳以下の子ども 80%、じょく婦 100% である。また 1999 年からは 6 - 12 ヶ月の乳児に対しても半量（10 万単位：緑）のビタミン A カプセルを投与することになった。

鉄剤は全妊婦に無料で配布されていて、対象数の 64.9% がカバーされている。5 歳未満に対しても鉄剤シロップの投与があるが、これは対象数の 2% にも満たない状況である。

ヨード不足に関しては、特にアチェ州、ジャンビ州、バリ州、東ヌサテンガラ州、中部カリマンタン州、マルク州がその高頻度地域である。ヨード油カプセル（200mg のヨード）は、妊娠可能年齢（15-49 歳）女性に年 2 回、妊婦・授乳中の女性へその期間中に各 1 回、小学生に年 1 回の投与がされている。その他ヨード添加塩の販売促進を行なっているが、その到達率は 62% である。

表 子どもの中～重度栄養失調率 (%)

州名	1994	1998
北スマトラ	6.2	3.4
西スマトラ	8.6	10.9
中部ジャワ	6.1	3.4
ジョグジャカル特別区	—	4
バリ	1.6	1.1
西ヌサテンガラ	7.3	6.3
中部カリマンタン	14.9	6.1

* Helen Keller 財団 1999 年調査

北スラウェシ	4.1	5.0
マルク	13.1	5.9
イリアンジャヤ	9.6	9.3

B. 政策の重点課題及びインドネシア政府の取り組み状況

妊産婦死亡率が他のASEAN諸国に較べて突出して高いインドネシアでは、リプロダクティブヘルス/母子保健はインドネシア保健・社会福祉省の重点課題のひとつであり、特に妊産婦死亡率を減少させることは、1994-98年度の第6次開発計画の最重点課題であったが、経済危機にみまわれたこともあり成功していない。

新しいPROPENASでは、経済危機で打撃を最も受けた層、すなわち貧困層の妊婦、授乳期の女性、新生児、5歳未満の子どもへの健康の維持を、第1段階での目標にあげている。保健・社会福祉省家族保健局では最低標準プログラムとして、以下のような各分野の活動指針をあげている。

1. 妊産婦保健

妊産婦死亡率を 200/10 万人まで下げるには、分娩の 80%が初期緊急治療の出来る技術を持っている医療従事者によって分娩介助がなされなければならない。そのために、周産期の救急サービス技術の向上 (PONED、PONEK) でより安全な分娩を目標として、技術面の強化に力を入れている。その他標準助産婦サービスの普及、地域助産婦の村への定着の促進、などが指針としてある。

2. 乳幼児・小児保健

乳幼児死亡率は比較的順調に低下していることから、乳幼児/小児保健の政策は子どもの生存だけでなく、その質を向上させる方向になってきている。特に重点を置いているのは、新生児ケア、小児発達、小児の病気の早期発見とリファラル (後述 IMCI) で、これらのサービスが全対象の 80%に到達する目標である。

3. 家族計画、リプロダクティブ女性の保健

家族計画の Unmet needs やドロップアウトの減少をはかること、性感染症 (HIV/AIDS を含む) 対策を母子保健サービスを通して推進すること、が重点課題である。

以下の具体的実施プログラムにはドナーが関与しているが、基本的に保健省が中心となって実行している。

- Making Pregnancy Safer (MPS) は、今までの Safe Motherhood Initiative を見直し、保健医療分野が行なうべきより具体的なアプローチの方法として、WHO が新たに打ち出した基本指針である。2000 年から全世界で 10 カ国がこの指針を導入したが、インドネシアも 2000 年 10 月から保健省が導入した。MPS の目的は妊婦と新生児の健康状態の向上と、しっかりした技術の介助者の下での分娩であるが、具体的なプログラムの実施はまだ行なわれていない。
- 母子手帳は、1997 年以降は保健省の国家プログラムとして位置付けられ、家族保健局が積極的に母子手帳普及を推進している。2000 年には、アジア開発銀行の家族保健・栄養プロジェクトでも使用されるようになり、州独自の予算での実施も含めて計 13 州で配布実施されている。その他、ユニセフ、世銀、AusAID、NGO などの連携がひろがり、2001 年には 21 州に広がる予定である。各ドナーへの積極的な働きかけと調整は、保健・社会福祉省が積極的に行なっている。
- IMCI (Integrated Management of Child Illness) は WHO の標準をインドネシアの現状にあわせて開発した、子どもの病気 (下痢症、呼吸器感染症、発熱、など) を総合的に早期判断し、治療する方法である。この手技が地域助産婦レベルでできるようにトレーニングを実施している。目標は、保健施設へ訪れた対象者の 80% が IMCI でカバーされることである。

その他各関連ドナーが集まり年 3~4 回開催される、Safe Motherhood/ Reproductive Health ドナー会議は 2001 年 1 月で 22 回を重ねている。各会毎にひとつのテーマで話し合われるが、最近では中絶や女性への暴力などが取り上げられ、このテーマにも民主化後の変化が強く見られている。

C. 日本の援助

1. 母と子の健康手帳 (母子手帳) プロジェクト (1998 年 10 月~2003 年 9 月)

JICA プロジェクト (母子保健/家族計画:1989 年~1994 年) と保健省 (当時) により、中部ジャワ州で開発されたものである。1994 年パイロット地域として 1 市 (人口 15 万人) で試行が開始されて以来その有益性が明らかになり、1997 年には中部ジャワ州全県/市 (人口 3000 万人) に加えて、4 州が人口特別機材供与の対象で母子手帳配布が始まった。

1998 年 10 月から現行プロジェクトが西スマトラ州と北スラウェシ州を対象に始まり、母子手帳の使用を通して、母子保健サービスの質的向上とそれによる受益者 (母親) の知識の向上を目標にしている。当初の予定を上回る速さで対象 2 州での配布が浸透し、プロジェクト後半の 3 年間では、4 州を重点州に追加して活動してゆく予定である。母子手帳配布に伴うセミナーやトレーニングの実施、医療従事者対象の教材開発 (印刷物な

らびにビデオ)、モニタリングシステムの開発、等を対象2州で行い、その成果を、母子手帳を新たに導入してゆく州へ技術提供している。

2. 南スラウェシ地域保健強化プロジェクト (1997年4月～2002年3月)

予防しうる死亡数の減少を目的とし、助産婦の臨床技術向上のためのトレーニングシステムの構築とトレーニングを南スラウェシ州で実施している。

3. 人口特別機材供与 (1997～2004年度)

年間2000万円強の供与で、UNFPAとの連携で行われている。大部分が母子手帳の印刷費として使用しており、2000年度は約80万冊の母子手帳および母子手帳ガイドブックを印刷し、対象8州ならびに保健省中央へ配布した。

4. 青年海外協力隊

以前から実施していた州の主幹病院への助産婦派遣の他に、1999年度から母子手帳プロジェクトに関連して、地域の県衛生部へ栄養士・助産婦を派遣している(2000年末現在3名)。今後も母子保健分野での派遣を増やしてグループ派遣へつなげる予定で、母子手帳プロジェクトがカバーしきれない地域(特に再末端の使用者)のモニタリングと、住民参加を促すことを目的としている。2001年度には新たに4名(2名助産婦、2名栄養士)の派遣が確実であり、さらに6名を要請中である。

5. 無償資金協力

- 低用量ピル：2001年度の前定で2000万サイクルがBKKBNに供与される。
- 破傷風ワクチンと注射器(子どもの健康無償)：全州の全妊婦(約560万人)を対象に、オートディストラクト注射器(再使用不可能な使い捨て注射器)1100万本強、破傷風ワクチン140万バイアル弱、使用済み注射器の廃棄用セーフティーボックス11.2万箱を、2002年に無償供与する予定である。

D. 他ドナーの動向

母子保健やリプロダクティブヘルスが政府の重点課題であることから、各ドナーの関与も大きい。いずれも受益者である住民サイドからのアプローチを強調しているプログラムが目立つ。

1. UNICEF: KHPPIA (Survival, development and protection for mother and child)
(西ジャワ州、中部ジャワ州、東ジャワ州、西ヌサテンガラ州、東ヌサテンガラ州、イリアンジャヤ州、南スラウェシ州)

2. WHO : 中絶後の適切なケアに対する研修モジュールの開発と実施 (南スマトラ州ランブン州)。標準助産婦業務 (Standard for midwifery care) のモジュール作成と9州での導入。
3. アジア開発銀行 : Safe Motherhood, Priority Family Approach (SM-PFA) (東ジャワ州、中部ジャワ州)、Family Health & Nutrition (FHN) Project (北スマトラ州、ジャンビ州、ブンクル州、南カリマンタン州、中部カリマンタン州)、ADB3 Project (アチェ州、リアウ州、南スマトラ州)
4. AusAID : Healthy Mother and Health Baby (HMHB) Project (南東スラウェシ州、マルク州)、Women's health and Family welfare Project (西ヌサテンガラ州、東ヌサテンガラ州) 母子保健と家族計画の質的サービスの向上。
5. USAID : Mother & Neonatal Health Project (西ジャワ州)。その他 HIV/AIDS 予防への支援等、NGO を通じて実施しているプログラムが多い。
6. Helen Kellar 財団 : 小児へのビタミン A の供給。栄養失調児のサーベイランスシステムとその実施。
7. JHPIEGO : 助産婦の臨床研修モジュールの開発、等

家族計画関係では、EU、アジア開発銀行、世銀、オランダ、CIDA (カナダ) 等から、各種避妊具の供与ならびにモニタリング費用の支援がある。

4-3. 障害者福祉

執筆担当者：古田 成樹（職業リハビリテーション政策/保健・社会福祉省）

A. 現状と問題点及びその背景

1. 現行の障害者福祉行政の概要

(1) 障害者福祉行政の位置づけ

インドネシア共和国（以下、「イ国」という。）では、肢体障害者、視覚障害者、聴覚・言語障害者、精神薄弱者、精神障害者等の心身障害者が多数存在しているが、これらの心身障害者に対する福祉行政は、心身障害者以外の様々な形態で存在する未開発地域住民、災害被災者、貧困者、薬物中毒者、非行少年、売春婦など他の社会的弱者の場合と同様に、建国基本五原則（パンチャシラ）の一つ「社会正義の達成」に資するための施策であるとされ、1945年制定の憲法第34条（国による福祉の実施）に基づいて行われている。

(2) 障害者福祉行政の関係法令

現在の障害者福祉行政は、1997年に制定された「障害者に関する法律（1997年法律第4号）」及び1998年に制定された「障害者の福祉向上に関する政令（1998年政令第43号）」に基づいて行われている。

上記法令は、「障害者とは、身体或いは精神に障害があり、そのために人間らしい生活を営むことが困難になったり、妨げになっている人を言う」と定義するとともに、「障害者は、生活と生計のあらゆる面で、他のインドネシア国民と同等の地位、権利、義務、役割を有し、インドネシア社会の一員として健常者と同等の機会均等が図られるべきである」との観点に立って、これに関わる対策を総合的に実施することとしている。

(3) 障害者の数的状況等

1995年時点で推計された公表統計によると、次のとおりである。

肢体障害者	1,695,900人	(0.85%)
視覚・視野障害者	1,757,500人	(0.90%)
聴覚・言語障害者	605,400人	(0.31%)
精神薄弱・精神障害者	781,100人	(0.40%)

慢性病治癒者	1, 269, 300人 (0. 65%)
合 計	6, 073, 300人 (3. 11%)

注 1 本推計は、1995年の全国人口（195, 283, 200人）に1978年に全国10州を対象に行われた実態調査において得られた各種障害者の当時の全人口において占めていた率を乗じて得られたものである。

注 2 慢性病治癒者とは、ハンセン氏病、結核が非伝染にまで治癒した者をいう。

(4) 障害者の福祉対策の体系等

障害者の福祉を向上させるには、医療、教育、交通移動アクセス、労働等その生活の全域に渡り所要の対策が総合的に実施される必要があることは言うまでもなく、前述の「障害者に関する法律」、「障害者の福祉向上に関する政令」においても、これらの法令の主管が保健社会福祉省（同法令制定時点では社会省）とされているものの、運輸省、教育省、労働省等との協同所管となっており、障害者の福祉向上に必要な施策は、多くの関係省庁がそれぞれ行う行政の中で所要の対策を保健社会福祉省と協議調整しつつ実施されなければならないと規定している。

これらの法令は、障害者の社会福祉向上の施策は、次を通じて行われるとしている。

- A 機会均等
- B リハビリテーション
- C 社会的援助
- D 社会福祉水準の維持

こうした施策を具体化するための対策として、概略次の事項が掲げられている。

対 策	主要担当機関
機会均等関連	
公共施設、公共交通機関等公共インストラクチャーにおける障害者の利用の機会均等	政府、地方自治体
教育における機会均等 (障害児童養護学校、特殊学級の設置等)	国家教育省
労働面での機会均等 (障害者法定雇用率制度の設置運用)	労働移住省
(障害者による自営、共同事業活動の推進)	保険社会福祉省

リハビリテーション関連	
医療リハビリテーション (理学療法、作業療法等の実施)	保健社会福祉省
教育リハビリテーション (障害児童に対する養護学校等)	国家教育省
技能訓練リハビリテーション (技能訓練、職業紹介等)	労働移住省
社会リハビリテーション (社会心理学的診断・動機促進、精神・肉 体の強化指導、技能指導、事業活動開発 等)	保健社会福祉省
社会的援助関連 (リハビリ措置の対象になった者あるいは 対象になり得る者のうち、未だ就業でき ず生計出来ない者に対し、非永続的に金 銭、物資等を給付する事業)	保健社会福祉省
社会福祉水準の維持関連 (リハビリ措置の対象になり得ない者に対 し、その生活維持のため金銭、物資、サ ービスを長期に渡り付与する事業)	保健社会福祉省
啓発広報、調整	保健社会福祉省

(5) 障害者のための各種施設の設置状況等

1) ^{パンティ}PANTI

障害者を一定期間寮に収容して住ませつつ社会リハビリテーション・職業リハビリテーションの所要の指導・訓練を施し入所訓練生の社会復帰を目指す施設である。これは、障害の種別毎に設置されている。入所生数規模、訓練期間、訓練内容等からみて最も基幹的な施設であると言える。総称的に「^{パンティ}PANTI」と呼称される。社会リハビリや職業リハビリに馴染む者が入所（入所期間は、1年あるいは6ヶ月のものが多い。視覚障害者向けのもののように訓練に長期を必要とする障害については3年としているものもある。）することができる。ソーシャルワーカー、職業訓練指導員等の専門職員が配置されている。

なお、こうしたPANTIは、障害者以外の社会福祉対象者である薬物中毒者、非行少年、売春婦、ホームレス、服役終了者など社会的弱者の各対象層毎にも設置されている。社会リハビリ・職業リハビリのために、精神面の動機付け、錬磨指導、宗教的指導、体育指導とともに、技能訓練・職業補導が行われる。

技能訓練としては、次のようなコースが設定されている。但し、同一施設にこれらの全てを設けているのではなく平均的に5～10コースとなっている。当然、収容対象者の障害種別や対象者層の特性を考慮して如何なるコースを設定するか決められている。

縫製、刺裁、洋裁、調理、大工、家具調度品製作、木彫り工芸品製作、自動車修理、オートバイ修理、溶接、金属加工、理美容、印刷、コンピューター操作、電子機器修理、園芸、飼育等、こうしたPANTIの大半は、その対象者の種別に応じて広域的に数州をカバーするものとなっている。

PANTIの全国における設置数は約90ヶ所となっている。

肢体障害 (PSBD)	7所 (4)	精神薄弱 (PSBG)	5所 (3)
視覚障害 (PSBN)	21所 (4)	精神障害 (PSBL)	4所 (3)
聴覚・言語障 (PSBRW)	4所 (2)		
薬物中毒 (PSPP)	6所 (2)	非行少年 (PSMP)	8所 (4)
売春婦 (PSKW)	21所 (1)	ホームレス (PSBK)	10所 (1)
ハンセン氏病治癒者コロニー	5ヶ所 (1)		

(注) 括弧内は、政府の地方自治推進、国と自治体との間の事務の配分の見直しの中で、国がモデル・模範を示す意味から国自らも実施していく必要があるとして、州政府に移管されず今後も依然国の実施機関として残された施設（規模的に大きなもの）の数である。

チビノン国立身体障害者職業リハビリテーションセンター（入所定員100人は、肢体障害施設 (PSBD) 関連のセンター オブ センターズであり、保健社会福祉省の直轄とされている。

PANTIの入所入寮定員は、大きな施設では300人前後、小規模な施設では60～70人程度となっている。

2) エル ベー カー L B K (Loka BINA Karya)

対象者を一定の施設へ一定期間（概ね3ヶ月間）通所させながら所要の指導、訓練を施しその社会復帰を目指す施設である。個々のLBKの受け入れ規模は30人前後であり小規模な施設である。1年間に通所生を3回入れ替える。技能訓練科目としては平均3コ

ース前後が通所希望者の要望ニーズによって開設される。通所型であることから県レベルに設置される。

なお、PANTIの場合には障害種別や対象層毎に設置されているのに対し、LBKの場合は、同一のLBKへ心身障害者だけでなく売春婦等の他の社会的弱者についても利用可能とされている。全国に約270カ所設置されている。

しかし、その全てが地方自治体へ2001年度（会計年度とカレンダーイヤーとは同じ）から移管された。

3) KUBE (Kelompok Usaha Bersama)

前記PANTIあるいはLBKで一定の技能技術を修得したものの、雇用されるに至らなかった者が同じ技能を有する者同士で一定のグループを形成し、共同で小規模な事業を営む障害者自身による協同作業所であり、国、地方自治体から事業設立に必要な資金の補助が行われる。毎月運営状況について報告する義務が課される。グループ規模は10名前後のものが多い。全国に約4,000余ヶ所が存在する。

4) MRU (MOBIL RIHABILITATION UNIT)

医師、ソーシャルワーカー、心理専門職員サイコロジスト、事務職員等で編成されたチームがバスあるいはトラックによって検査器具等を持って巡回相談指導を行う移動式リハビリテーション活動事業である。山岳地域、離島等交通不便な僻地を中心に事前に訪問日時、場所を周知しておいて予定場所（公民館等）に約10日間滞在する。前記PANTI、LBKへの入所取り付けや相談、簡易な指導、社会福祉一般の広報等行う。

旧社会省・社会福祉庁が全国各州に配置していた社会事務所（kanwil）の管理下に置かれていた当時は、全国に約70ユニットであったが、地方自治体へ社会事務所自体が移管されたことに伴い、2001年度からMRU事業も自治体の事務として実施されることになったところである。

(6) REPETAにおける福祉の達成目標数（前・社会福祉庁関係のみ引用）

前記（1）～（6）に既に記述しているように、「イ国」では、心身障害者だけでなく薬物中毒者、売春婦など福祉の向上を図られるべき対象者が様々な形態で膨大に存在しているところであるが、これら障害者以外の要対者についても福祉向上のために採られる行政手法は、障害者法定雇用率制度等心身障害者対策として固有の施策を除き、心身障害者に対して行われる社会リハビリテーション、社会的援助、社会福祉水準の維持といった手法が概ね同様に採られている。保健社会福祉省では、国家開発計画（PROPENAS）に基づく年次開発計画（REPUTA）において、各福祉対象層毎に次のような福祉実施達成目標数（2001年～2005年の間の目標）を設定している。

福祉対象層	2005年までの達成目標数
1 孤立未開地域住民	17000所帯
2 遺棄された年少者	94000人
3 ストリートチルドレン	88000人
4 孤立老人	79000人
5 離婚等家庭内紛糾所帯	6900所帯
6 独立戦争功労者	1000人
7 経済的貧困所帯	309000所帯
8 障害者	7000人
9 薬物中毒、非行少年	11000人
10 売春婦・刑役終了者	16000人
11 自然災害被災者	13000所帯

2. 現状と問題点及びその背景

(1) 世界の多くの国々では、国際連合 (UN) の提唱による「国際障害年 (1981年)」、
「国連障害者の十年 (1983年～1992年) やILO (国際労働機関) の「職業リ
ハビリテーション及び雇用に関する条約 (1983年第159号)」及び同勧告 (同年
第168号) の採択を契機として、その基本テーマである「障害者の社会への完全参加
と平等」、「ノーマライゼーションの実現」、「障害者の職業自立」に向けて、既に大
きく進展させ、現在も引き続きさらに発展させつつあるところである。

一方、「イ国」では、1992年12月に北京で開催された「アジア太平洋経済社会
委員会 (ESCAP) において「アジア太平洋障害者の十年 (1993年～2002年)」
の設定に関する決議の提案国の一員になり、「イ国」がその障害者福祉の向上に積極的
に取り組んでいく姿勢を世界に示したものの、「障害者に関する法律 (1997年法律
第4号)」、「障害者の福祉向上に関する政令 (1998年政令 第43号) が極く近
年に制定されたばかりであり、総合的な施策体系が確立されるべきという観点から見
ると残念ながらまさに緒に着いたばかりの段階と言わざるを得ない。経済発展の遅れ等
から止むを得ない事情があったにしても、「イ国」の障害者対策は、施策メニューの幅、
深さにおいて総じて貧弱である。

(2) 言うまでもなく障害者が名実ともに社会の一員として生きるには、何らかの職業に
就き、生産・サービス活動に従事し、そこから所得と喜び・生き甲斐を得ていくこと、
つまり周囲からの慈善や保護に甘んじて暮らすだけでなく職業に就き職業的に自立す
ることが極めて重要であり、職業の自立が十分に図られることなくしては、「完全参
加と平等」、「ノーマライゼーション」の実現はほど遠いことになるところであるが、

この観点から、「イ国」の障害者のための福祉行政を見ると次のような問題点が見られる。これらの問題点は同時に今後改善に取り組むべき課題でもある。

1) 障害者の職業自立を図るには、障害者が職業に必要な知識・技能技術を身に付けることができるよう障害者自体に行政から働き掛ける対策と、障害者を雇用する立場にある企業事業主が積極的に障害者を雇用することができるように行政から企業事業主に対して働き掛けていく対策との両面が重要なところであるが、「イ国」では、前者の障害者に対する対策が不十分ながら実施されている程度に止まり、後者の企業事業主への働きかけの施策は、障害者法定雇用率制度の設定により一定の障害者雇用を義務付けるだけで企業事業主が法的強制を待つまでもなく自主的積極的に障害者を雇用していくための施策は皆無に等しい状況にある。

2) 障害者自体に対する対策の分野について見ると、障害者に対し技能訓練・職業補導も併せて行う社会リハビリテーション措置が付与されているが、歴史的に、社会リハビリテーションとして周辺生活訓練、精神・教養訓練、体力向上訓練など日常生活能力の向上の側面が重視され、心身障害者に対してその適性と能力に応じて職業に就く上で必要となる知識や技能を十分に身に付けさせ職業自立を目指す職業リハビリテーションの観念が希薄であったことから、障害者が職業自立するに必要なだけの指導訓練、職業能力評価、職業相談指導等が至っていない。このため、社会リハビリテーション施設であるPANTIやLBKに入所し折角修了しても、産業界・労働市場に通用できる程度の知識、技能、技術を修得することが困難となっている。具体的には、次の諸点が問題であり、早急に改善される必要がある。

- ① 技能訓練用機器が陳腐であったり、その設置台数が数量的に不足している。又、訓練生が技能実習で使用する材料も不足しがちである。PANTIによってはあるいは訓練コースによっては、日本であればとくに廃棄されているような旧式、前近代的な機器や工具をいまだに使用しているところが随所に見られる。このため、先進国やチビノン国立身体障害者リハビリテーションセンターへ派遣され研修等を修了した職員が所属先のPANTI等に復帰した以降に、学習してきた近代的知識や技能を伝授伝搬したくても機材自体が無いために困難になっている。従って、こうした技能訓練資機材の不足解消に向けて、資金的援助を強化していく必要がある。
- ② 入所訓練生に指導するスタッフの資質において、高学歴者が少ないなど低レベルである者が多い。職員として採用される際に、適性、能力、経験、資

格等について厳正な選考が行われていなかったことにもよるものであろうが、指導員、インストラクターとしての専門性を高める必要がある。

保健社会省としても職員研修を行っているが、教養・精神的なものであり、社会リハ、職業リハに関する専門的な知識の付与や各技能コースの訓練指導員として必要な機器操作等に関しての知識の付与は、極めて不十分な状況にある。従って、JICAが行う各種の研修生の受け入れ等の諸制度について積極的に活用されるようにする必要がある。

また、中央省庁が行う研修の実施が容易になるよう、研修生の往復旅費、研修場所での滞在費、外部講師への謝金等について、一定の資金援助が容易に得られるように要件が緩和されることが望まれる。

- ③ 技能訓練を実施される場合、座学、実習の双方が必要であるが、未だにテキストが訓練生に配布されていないコースが多い。限られた入所期間に学習修得の効果を挙げさせるには、文面にした教材も不可欠であるが、訓練指導員の教材作成能力や意欲の欠如、あるいは印刷経費の不足から作成配布されていないコースが非常に多い。
- ④ 国連、ILO、ESCAP等の国際機関は、世界の国々に対して、「全ての障害者」が国等から所要の対策が講じられるよう促しているところであるが、「イ国」では、障害の種別に着目してみると、肢体障害、視覚障害、聴覚・言語障害、慢性病治癒者、精神薄弱、精神障害の区分が行われ、心身障害の種別を一応すべてカバーしているが、実態的には、肢体障害については、障害程度が軽度である者が中心であり中度あるいは脳性麻痺の如き重度の者については社会リハ、職業リハの措置を付与出来ていないし、いわゆる内部障害（心臓機能障害、腎臓機能障害、呼吸器機能障害、膀胱または直腸の機能障害、小腸機能障害等）について「障害者」として取り扱うのか明確にされていない。今後、身体障害の種別のうち、両上肢障害者等の重度肢体障害者、脳性麻痺、内部障害者等についても社会リハ、職業リハが施されることが必要であり、これらの者のための対策が行われることが必要になっている。
- ⑤ 精神薄弱者や精神障害者へに対する社会リハあるいは職業リハの措置は、その障害の特性を十分に認識して行われる必要がある。特に精神薄弱者については家庭の外部で働くことの意味の理解、出勤から帰宅までの生活時間の生活習慣、通勤に伴う危険回避の配慮事項など職業につくための準備訓練が必要になるが、こうした職業準備訓練制度がまだ導入されていない。障害の特性に着目して社会リハ、職業リハが実施されるシステムが必要となっている。

3) 次に障害者を雇用すべき立場にある企業、事業主に向けた対策について見てみると、次のような問題点があり、これらが改善されることが重要不可欠となっている。

① 「障害者に関する法律」及び「障害者の福祉向上に関する政令」の中で、障害者法定雇用率制度が導入され、従業員100名につき障害者が1%以上となるよう公営企業及び民間企業は障害者を雇用すべしという義務を課すこととされた。「イ国」の障害者の雇用促進の歴史からみれば本制度の導入は画期的なことではあるが、次の諸点が内在しており手放しに賞賛しその効果を期待ばかりしてはおられない。従って、こうした問題点が在ることを当局に十分に認識させ将来的には法改正を視野に入れて検討させるための指導が必要となる。

a. 公営企業及び民間企業に適用されるだけで国や地方自治体の非現業部門への適用がないこと(参考・日本の場合、非現業 2.1%、現業 2.1%、民間企業 1.8%と設定されている。)こと。

b. 原則として従業員100名以上の企業に適用されることになっているが、「イ国」の工業統計をみると、従業員数100名以下の企業の方が圧倒的に多数を占めている。このため、適用を免れる企業が多数生じることが予想されること。

c. 日本の障害者法定雇用率制度では、法定雇用率が未達成になっている事業主に対し、雇用すべき員数から現実に雇用された員数を引き算し、不足員数に一人あたり月5万円年間60万円を乗じた額を労働大臣(日本障害者雇用促進協会)に納付させ、一方、法定雇用率以上に障害者を雇用している事業主には障害者雇用調整金を支払うとしたいわゆる「障害者納付金」制度が設けられており、法定雇用率制度が納付金制度によって裏付けられているところであるが、「イ国」の障害者法定雇用率制度には、こうした納付金制度が併設されていないとのこと。

② 企業事業主が障害者を積極的に雇用するようにするには、そのようにし向けるインセンティブを与えるための障害者雇用助成金・補助金制度と障害者を雇用するために職場環境を整備したりして経費の出費が伴う場合等について一定の減税等税金の優遇策が講じられること等が必要になるが、こうしたインセンティブの制度が皆無に等しい。今後、助成金、補助金制度について、要件、

額、申請・支給手続き等のあり方等について研究・検討されるよう指導する必要がある。

- ③ 障害者の職業自立を進展させるには、障害者自らの自己努力や障害者に対する職業上の知識、技能の付与を適切に行うことが重要であるが、同時に、障害者に雇用機会を与えることの出来る企業事業主の側においても、法律や行政から求められているからとか、障害者法定雇用率制度の適用事業所になっているからやむなく障害者を雇用すると言うような受け身の消極的な対応でなく、逆に、法定雇用率制度の適用を受けるところであれ受けないところであれ、企業が連携し創意と工夫を行い、自主的に障害者を雇用するようになることが必要などである。日本では、こうした事業主による団体が全都道府県で組織され、その上部に「日本障害者雇用促進協会」が設置されて久しく、行政と連携しつつ大きな成果を挙げている。

「イ国」には、経営者団体APINDOが存在するが、これは、「日経連」あるいは「経団連」に相当し労働問題だけでなく幅広く経営側の意見等をまとめることはするが、障害者の雇用に焦点を当てたものでない。「日本障害者雇用促進協会」のように目的、活動事業等その機能を障害者の雇用促進だけに特化して活動するものとなっていない。そこで、「イ国」にも、前述の機能を果たすための事業主団体が設立されることが期待される場所である。

当然の事ながら、こうした事業主団体の組織化は、一朝一夕に立ち上げることはできない。構成会員の範囲、会費の額、事務所の確保、役員を選出、定款の作成、事業活動の種類・範囲、法人格の取得、行政との連携策等々について検討される必要があるところ、先進国での好事例について調査研究するなど段階的にでも着実に設立に向けた準備が行われる事が必要となっている。

4) 以上の外、障害者対策の推進に関連して、次の問題点が見られる、

- ① 障害者問題に係る啓蒙啓発活動が通り一遍であり強化充実される必要がある。障害者等社会的弱者は、自分達の悩み、ニーズ、要望等を系統立てて理論的に表明することに疎い面があるが、こうした「声無き大衆」に代わって行政が一般国民の理解と協力を求めることが不可欠である。障害者の職業自立、障害者の雇用の必要性について、未だに「健常者でさえ十分でないのであるから、やむを得ないことである」という理屈が未だに耳にされる。この考え方は、健常者の社会が順序的に先に完成しその後障害者の問題を解決すればよいとの発想を伴っているが、障害者も健常者も同等に文明文化、経済の発展の恩恵を享受するし苦勞も同等に負担していくという考え方が欠落しており、機会

の均等、公平の確保に悖るものである。しばしば持ち出される誤った障害者観を払拭していく必要がある。競争原理、市場原理に追われる企業、事業所に対して「障害者は、体の一部に機能不全を生じているに過ぎず、決して全ての機能を喪失しているわけではない。残る多くの機能・能力に着目されるべきである」、「企業職務に合致する労働者だけを採用する姿勢でなく、企業事業所の職務について、少しの工夫と創意を行えば、障害者が遂行可能な仕事は存在するので、職務自体について見直しや障害者向けの職務開発が行われるべきである」などの主旨の啓発広報が必要である。こうした視点を踏まえた啓発・啓蒙・広報が推進されることが必要になっている。

② 他の行政の場合と同様に、障害者行政の場合においても、行政ニーズの把握に関連する諸統計のデータが整備されていない。乱暴ともいえる推計が平然と行われている。障害発生要因（妊娠経産異常、栄養不良、事故、労働災害等）の状況、障害者の有職・無職状況、無職障害者の求職状況等の基本的データの収集、分析や、健全者との比較、国際比較が皆無に等しい状況にある。統計調査の整備充実に係る指導援助を強化する必要がある。

③ 国の行政のスリム化、地方自治の推進の観点から、障害者福祉の分野についても、対象住民に直接関わる第一線現場機関が相当に地方自治体へ移行させるとともに、本省レベルでも開発総局の統合等スリム化が最近断行されたところであるが、今後、残された施設等を如何に活用してどのように地方自治体へ模範を示し指導していくべきか、地方自治体の取り組みにおける自治体間の格差を如何に是正していくべきか、あるいは自治体間の調整をどうするか等、新たな課題を有するに至っている。

④ 現在「イ国」では、旧・社会省からの要請で日本の無償資金協力により設立され同省の管理下に置かれているチビノン国立身体障害者職業リハビリテーションセンター（NBRC）を拠点に障害者の職業リハビリテーションシステムの確立に向けた努力を続けており、日本から現在いわゆるプロジェクト方式技術協力（PTTC）により指導が行われているところであるが、障害者の職業自立を目指す職業リハビリテーション自体がその性質上、労働行政の性格を有しており、「イ国」の労働省（DEPNAKER）の職業安定行政、職業能力開発行政との連携、調整が必要となる場面が多くなっている。「障害者の福祉向上に関する政令」では、社会リハビリテーションは保健社会福祉省で、訓練リハビリテーションは労働省でと規定されたが、チビノンNBRCは保健社会福祉省の管理下にあり、その推進目標である障害者職業リハビリテーションシステムは限りなく労働行

政に近いあるいは労働行政そのものであるプロセスを多く含むものであり、いわば「ねじれ現象」が生じている。今後、政令の規定をどのように解釈しどのようにその規定を運用するのが妥当であることになるか関係機関の間で協議調整される必要がある。

5) 障害者以外の社会的弱者対策関連

「イ国」では障害者以外にも様々な形態の社会的弱者が存在しているが、とりわけ、急増している麻薬、覚醒剤等の薬物中毒者対策、国内内紛に伴う難民への対策、歴大な数に昇る貧困者層への対策等が緊急的課題となっている。保健社会福祉省では、それぞれ関連省庁と連携しつつ対策をおこなっているが、需要が歴大で行政だけでは対応できないところから、実業界、民間NGO、地域社会等の参加協力が不可欠であり、こうした行政以外からの協力を振興させることとしている。

6) 一般国民の福祉対策関連

福祉の問題は、元来、社会的弱者に限られるものではない。ソーシャルセーフティ層だけを対象に福祉行政が存在するものではない。広く国民一般に対しても展開されるのが本来の姿である。

即ち、疾病、傷害等により治療を要する状況になった際に安心して治療を受けられるようにする健康保険、生産年齢を越え所得を得られなくなった老後を安定的に暮らせるための年金など社会保障が整備される必要があるところであるが、「イ国」では、一部の職域で行われているものの、国民全体の制度にまで整備されていない。

社会保障制度の導入確立には、給付水準を如何にするか、給付の財源として国民からどの程度拠出させ、国がどの程度負担するか等について国民的議論やコンセンサスが必要になるが、こうした分野について導入の準備、研究が行われてしかるべきであり、これら研究準備に係る指導の支援が必要になってきていると思われる。

B. 政策の重点課題及びイ国政府の取り組み状況

1. 第二次国家開発長期計画 (PJP) に基づき第6次中期計画 (1994年～1998年・REPELITAVI) が作成された際に、当時の社会省 (DEPSOS) は、1994年以前までに取り組まれた各種の福祉行政について、一定の成果を挙げたと評価する一方、それまでの計画目標に多くの未達成があったことを認め、その未達成の理由として、次の諸点を指摘・総括している。

- a 社会福祉問題の展開とその問題処理の能力との間に不均衡があること
 - b 担当者の人数や、普及率に不足があり、能力的にの十分でないこと
 - c 社会福祉サービス及び事業の専門性が未だ低いこと、
 - d 設備及び環境が、ハード及びソフト面を含めて十分整備されていないこと
 - e 関係当局あるいは政府と社会福祉団体との間の調整が未だ弱いこと
2. ワヒド新政権の下で2000年11月に策定された国家開発計画（PROPENAS）2000～2004におけるREPTAにおいて、社会福祉行政全般について、関係施設・設備が不十分であること、関係職員の専門的能力（プロフェッショナルティ）の不足等が問題であるとしている。
3. 前記1）、（2）の指摘・総括は、まさに前記IIにおいて問題点あるいは今後の課題として記述している諸事項と一致するものである。しかしながら、こうした諸問題を如何に解消していくか、現状改善のための具体的な取り組み方については、関係省庁間の連携強化、地域コミュニティの参加協力の振興等抽象的なものが多く、強力かつ有効な対策が打ち出されていない。
4. また、REPTAは、薬物中毒者問題が小学生まで拡大し深刻化していること、僻地や大都会に貧困者が多く（全人口の約18%・1999年）社会問題を複雑化する要因になっていること等、様々な形態で多数存在する社会的弱者についてその実状を取り上げ、福祉の措置を計画期間中に実施する目標を掲げ（既述）るとともに、行政で対応出来ない部分について、一般国民特に実業界、産業界、地域コミュニティ、NGO等の参加協力を求めることとしている。

C. 日本の援助

1. 障害者対策関連

1) 個別長期専門家（障害者職業リハビリテーション政策アドバイザー） の関係省庁（本省）への派遣

a. 現任専門家は、3人目に当たる。

初代専門家は、障害者に対するカウンセリング技法の指導、後述のチビノンNVRCの設置の構想等を中心に指導。2代目専門家は、LBKの改善、チビノンNVRCの開業準備を中心に指導。現任専門家は、障害者雇用促進施策、統計調査、PANTIの改善（薬物中毒者中央リハビリセンターの設置の構想を含む）等を中心に指導中。

b. カウンターパート研修、集団研修の研修制度の活用、「草の根無償資金協力」や「携行機材」による援助も実施している。

- c. なお、後述のチビノンNVRCのPTTC専門家が、障害者に直接接し障害者に指導する現場職員に所要の知識、技法を伝授する事に主眼をおいているのに対し、本件個別専門家は、事業主に対する施策を含め、障害者の職業自立、雇用の促進に必要な諸政策の確立を政策の企画立案に当たる本省職員に指導するものであって、守備範囲を異にするものである
- 2) チビノン国立身体障害者職業リハビリテーションの設置に係る無償資金協力及び同センターにおけるプロジェクト方式技術協力
- a. 肢体障害者関連PANTIのセンターオブセンターズとなることを目指して1997年12月に竣工、建設費、機材費に約16億円強が無償供与された。
 - b. 同センターには、プロジェクト方式技術協力が2002年12月までの5年間実施されることになっている。このPTTCでは、日本人専門家が6名前後（年により員数変動）派遣され、金属加工、印刷等5職種に係る技術指導や職業能力評価技法、職業指導技法、研修実施の方法等について指導助言している。
 - c. PTTCとしてのカウンターパートを日本へ研修派遣したり、同センターに対して資機材の供与を行っている。
- 3) 青年海外協力隊、シニア海外ボランティアの派遣
- シニア隊員のPANTIにおける技能訓練コース等に縫製、鍼灸マッサージコンピュータ操作等の職種で10名前後派遣されている。
- 4) OECF、JBICによる有償資金協力
- 障害者向けPANTI、障害者以外の社会的弱者向けPANTI、あるいはLBKのうち老朽化したPANT、LBKIの改築、修理、増築について前・海外協力基金OECFのSPL（セクタープログラムローン）協力が行われている。施設構内の各種の棟屋、外壁等関連に当てられ、施設内の技能訓練用機器の整備までには充当出来ていないようである。

D. 他ドナーの動向

障害者福祉の分野については、ILOのバンコック事務所が「イ国」の障害者対策関連省庁と共催でセミナーを開催することがあるが、この他には特記すべき動向は見られない。

なお、貧困問題に関連して、世界銀行、アジア開発銀行から、その食料確保、医薬品確保等に関して緊急支援が行われているが、社会福祉の担当省（旧・社会省、あるいは社会福祉庁）を経由しては行われていない。

5-1. WID・GAD配慮

執筆担当者：濱野敏子（GAD/女性のエンパワーメント担当国務大臣府）

A. 現状と問題点及びその背景

1. 性と生殖の健康と権利に関する問題

インドネシアの妊産婦の死亡率は、東南アジア諸国の中でも、その経済水準に比して妊産婦死亡率は3.73%（出生10万人に対し373人/1995年）と高い数値を示している。1997年の経済危機の影響で状況はさらに悪化し現在にいたるまであまり改善されていない。この数値は地域による格差が大きく、中部ジャワの246人からイリアンジャヤの1025人（1995年算定）までの差がある。

その主な原因として、僻地における保健施設やサービスの欠落、さらには家庭内での女性の地位の低さにあると指摘されている。妊産婦が出産について夫や家族の意思を優先させなくてはならない慣習が、不適切なケアを生み出している。地方の高い妊産婦死亡率はインドネシアの周辺化された地域における、周辺化された女性の問題を象徴している。家族計画は過去30年間にわたる国家キャンペーンにより劇的な成功を示し、出生率は1971年5.6人から1997年には2.8人にまで減少し、10歳以上の既婚女性の避妊率は71.3%（1999）に達している。この高い女性の避妊実施率に対し男性の避妊実施率は極端に低くわずか全体の4%に過ぎない。その理由は、かつての家族計画は人口抑制を主要方針としたため出産する性としての女性に焦点を当てていたこと、また男性優位の文化の中で男性が家族計画の主導権を持っていたためにある。

2. 教育・訓練に関する問題

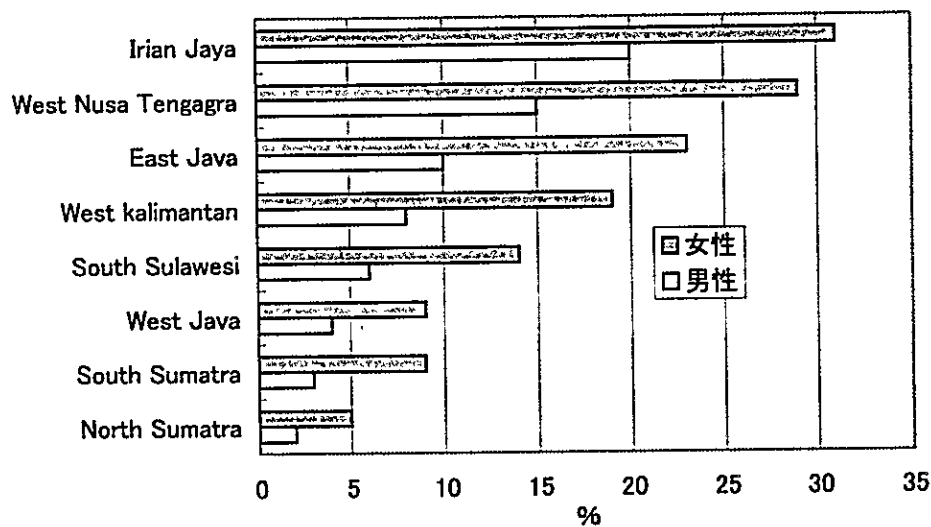
基礎教育に関しては大きな改善が見られ初等教育の就学率は7歳から12歳までの男女共に95%を超えている。しかし10歳以上の人々では、学校に行ったことのない女性が13.5%と男性の9.8%に比べ高率である。男女格差は教育レベルの上昇に伴い増化し、中等教育修了者率は女子13.7%、男性15.6%、高等教育では女子14.9%、男子20.5%であり、大学の男女学生の比率は2対1である。就学する専攻分野にも大きな違いがみられ、技術や理科学系の女性比率は男性の約4分の1と低い。これら、

女子の就学を阻害している要因として、伝統的な女子の早婚や家事労働の負担があげられる。また、幹部教師の大部分を男性が占めており、女性は指導的立場に向かないという偏見が現れている。

非識字率については、10歳以上の男女の平均は6.67%と14.5%（1998年）と2倍以上の格差がある。女性の非識字率は過去10年の間に減少したが、地域格差と年齢差は大きい。イリアンジャヤ州、西ヌサテンガラ州等の遠隔地では10歳以上の女性の非識字率は30%前後に達している。（表1）

また、地方における20歳以上の女性の非識字率は43%を超え（男性19%）、その大部分は45歳以上の人々である。これら地方における年配女性の低い教育レベルは、そのまま、他の社会サービスや経済力の低さと密接に結びつき、人々の生活を圧迫している。

表1 州別10歳以上の男女の非識字率（1998）



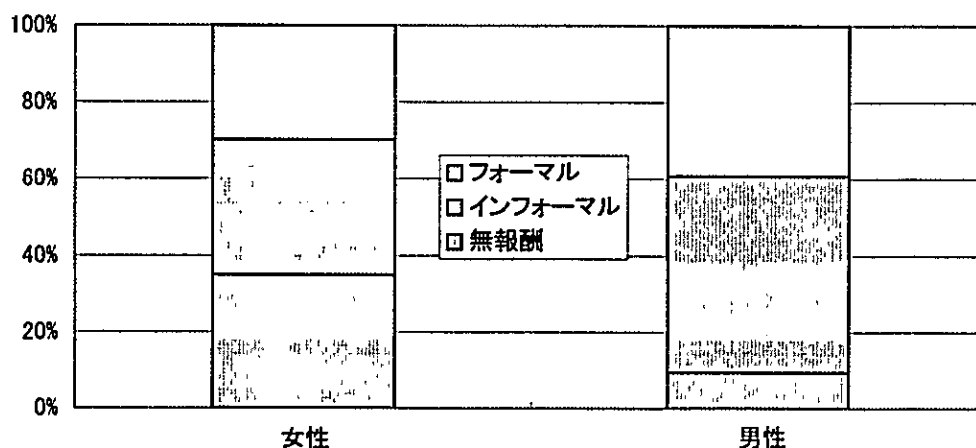
各分野で行われている技術訓練において一般にジェンダー配慮は非常に低く、男女の参加率に大きな格差が見られる。

3. 労働・経済に関する問題

女性の労働分野への参加は過去30年間に30%（1970年）から47%（1998年）に上昇しているが、男性の74%に比べるとはるかに低い。分野別の女性の労働参加率は、農業が46%（男性44%）ともっとも高く、小売業23%（男性14%）、生産業（主に工場労働）は女性が12%（男性7%）となっている。これらの分野別女性の就業傾

向は、男女の労働環境や待遇、賃金格差とも密接に関係している。女性労働者の平均賃金は男性労働者の約3分の1と低く、その背景には、女性労働者の多くが家庭内における無報酬労働やインフォーマル分野での低賃金労働に従事していることがある。1999年の統計によると35%の女性が無報酬労働に従事しており（男性9%）、その多くは世帯主である夫の仕事“補助している”とみなされ正当な労働として家族も女性自身も評価していない。35%の女性が様々な小物や食物を売り歩く小売業や近所の家の家事や農業手伝いなどのインフォーマル労働、正規のセクターでの就業は30%のみである。（表2）

表2 10歳以上の男女労働形態（1999年）



女性の海外出稼ぎ労働は年々増え、1997年には移民労働者全体の68%に達している。中部、西ジャワ等の貧しい農村からアラブ諸国、香港、シンガポール、ブルネイへ個人雇用のメイドとして出稼ぎに行くケースが多い。しかし、その労働環境は過酷であり、法的保護もないまま、雇用主に虐待されたり、強姦されたりという悲惨なケースがあとをたたない。そのようなリスクを背負っても出稼ぎに行くのは、就業機会が極端に狭められている低学歴の貧しい女性にとって賃金が国内の数倍に高い海外へ流れていくのは当然の成り行きなのである。これらの移民労働者については、事前のオリエンテーションや法的な保護規定などの対策が進められているが、政府の取り組みは十分ではない。その背景には、10%を超える失業率対策として、また外貨獲得の担い手としての女性移民労働者の姿がある。

経済のグローバリゼーションに伴い、インドネシアの低賃金労働者を求めて多くの海外資本工場が進出している。そこで働く労働者の多くは中学を卒業した若い未婚の

女性であり、従順で、健康で、経済的責任を負っていない（とみなされる）これらの女性たちは、雇用主にとって理想的な労働者であり、また彼女たちにとっても定期的な収入を得ることのできる職場となっている。しかしそこでの労働は単純作業で、労働者としてのキャリアを積むこともなく、未熟練労働者のまま出産や育児のためにいったん仕事を止めるとその後は就業の機会はないという現状が待っている。

経済価値を伴ういわゆる生産労働の他に再生産労働（家事、育児など）についてはその統計が整備されていないが、農村の女性が家事や家族の世話の他に家畜の世話や水汲み、薪とりなども担っており、その全体の労働時間は男性のそれを大きく上回っていることは衆知の事実である。これらの経済的、社会的貢献が正当に評価されず、現金収入にもつながっていないことが、女性の地域や家庭内での地位を低くしている。

4. 政策・方針決定に関する問題

政策・方針決定の過程における女性の参加は特に遅れており、男女格差がもっとも顕著に表れているのが政治と行政分野である。1999年のインドネシア国会議員(DPR)500人中、女性議員は44人である。地方政治においては女性の参加がさらに低く、女性村長は平均して2%である。その背景には、根強く存在する家父長制度に基づいた男性優位の社会慣習により家庭の、地域の、国の代表は男性であるという慣行と長い年月にわたって意思決定過程から遠ざけられてきた女性達の経験不足があげられる。比例代表制をとっているインドネシアの選挙では、個人の能力よりも党の意向が反映されるため、更に女性の参加する機会が狭められている。

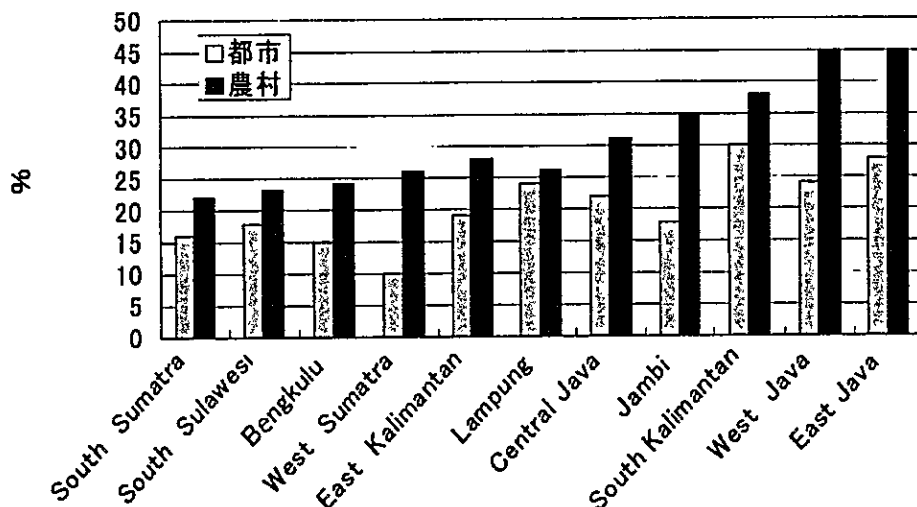
行政機構における女性の比率は男性の3分の1であり、昇級するにつれ、女性の比率は減少し、エスロン2とエスロン3(部長)において8%、エスロン1(局長)は5%のみである。

5. 法律に関する問題

1974年に制定された結婚法では、法の前に夫と妻は平等であるとしているが、同時に夫は一家を支える世帯主であると述べられている。この一文が様々な政策策定や公共活動へ影響を及ぼしている。例えば、雇用主が女性労働者への補助金(家族手当、食物費、交通費など)の支払いを拒否したり、女性労働者の能力開発に関して無視したりしている実態がある。

結婚法では結婚年齢を女性が16歳、男性が19歳と定めているが、両親の承諾があればそれ以下でも結婚出来るとし、また国家法とは別の慣習法が効果を持っているため、未だに多くの女子が16歳以前に結婚している。1998年の統計では都市で平均19.5%、農村で30.8%の女性が16歳以前の婚姻であった。(表3)

表3 州別・都市と農村の既婚女性の早婚率(1998)



この結婚法は、一夫多妻を認めているが、公務員に関しては、一夫一婦の規定が設定された。

6. 人権問題・女性に対する暴力

経済危機による生活苦に伴い女性に対する暴力が急増し、この問題に対する関心が高まった。1998年5月に起きた暴動で多くの中国人女性が強姦されたことはその象徴的な事件であり、これを発端に「女性に対する暴力に反対し女性の人権を守る国家委員会」が設置され、家庭内暴力も含めて次々と女性に対する暴力の状況が明らかになった。しかし、その後起きている民族間、宗教間の地域紛争において、女性や子供に対する性的、身体的、心理的暴力は止むことなく、さらに状況は悪化しており深刻な社会問題及び人権問題となっている。

女性に対する暴力は、その背景に明らかなジェンダー偏見に基づく意識と態度があり、従属的立場に置かれている女性を男性が支配するという男女関係の構図の中で起こっている。

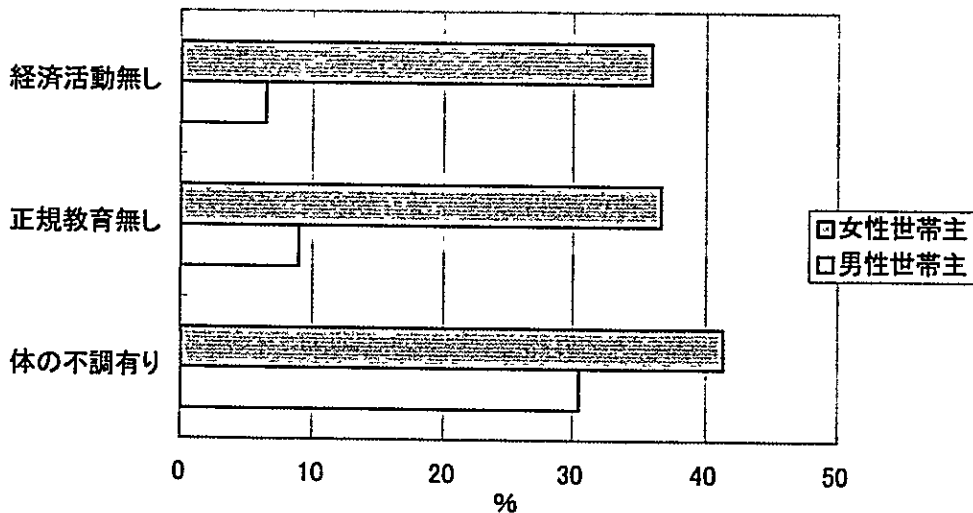
1997年にNGOが行った調査によれば、11%の夫が妻に対する仕打ちを認めており、16%の妻が暴力を受けたことがあり、意識のうえでも妻は夫に従うもの、妻は夫の所有物であるという態度が未だに根強く残っていた。家庭内暴力の被害者・生存者はプライベートな事柄として公にすることを恥じ、法的に追求する強制力もなく、またインドネシアの刑法においては家庭内暴力を罪として定める規定がないため、多くの事件がうやむやにされたまま潜在化している。

7. 貧困に伴う問題

1970年より減少してきた貧困層が1997年の経済危機により、1996年の11%から1998年に24%に上昇した。この状況のなかで、多くの女子が中途退学し、妊産婦死亡率の上昇、女子の失業者の増加（特に工場労働者）など、貧困層の女性が増加した。

1998年の統計では貧困層のうち9%が女性が家長である世帯であり、約百万家庭と算定される。女性世帯は男性世帯に比べその生活の困窮度が明らかに高く、平均賃金は男性世帯の約2分の1である。女性世帯主の特徴は、老齢、未亡人、低い教育レベルであり、特に非識字率については男性世帯主に比べ顕著に高い。これらの女性世帯主は、資本と男性労働力に不足し、定期的な正規の職につくことは難しく、保証のない微々たる収入源に頼っている。（表4）

表4 男女別世帯主の特性(1998)



経済危機により貧困対策として行われた社会安全ネット（SSN）プログラムの一環である初期の労働集約プロジェクトにおいては、失業者あるいは主要家計責任者は男性という偏見を前提に、その90%は男性に向けて設定された建設や灌漑整備労働などであった。しかし、実際には多くの貧困層の女性が失業者として、また家計責任者として就業を求めている。

8. 環境に伴う問題

環境保全に対する、女性の視点と参加は欠かせないにも関わらず、インドネシアではその政策策定や計画においてほとんどジェンダー配慮が行われていない。一般的に女性は男性に比べ次世代の生命の維持につながる生活や健康への影響により関心を寄せているといわれている。

インドネシアでも森林火災を例にあげると、女性は森林から得ている食物や薬草、水などの生活資源の損失とともにヘイズによる妊婦や乳幼児の健康への影響を心配し、森林伐採による経済的利益よりも健全な生活環境を望んでいる。

B. 政策の重点課題及びイ国政府の取り組み状況

1. 男女平等に関する基本理念

インドネシアは国家理念としての男女平等を1945年の憲法において明記している。また男女の平等を促進する重要な国際条約や国際会議での合意事項を採択している。たとえばILOの同一価値労働同一賃金条約を1957年に、国連の女子差別撤廃条約を1984年に批准し、1995年に北京で開かれた国際女性会議で合意された「北京行動綱領」を採択している。最近では、アジア諸国で初めて女子差別撤廃の国連オブショナルプロトコール（インドネシア国内で人権侵害を受けた女性が直接国連に訴えることができる）に署名した。

1999年の新政府に伴い作成された国家政策大綱（GBHN）において、女性のエンパワーメントと男女平等な社会の実現がその国家目標として明記された。

2000年から2004年国家5ヵ年開発計画（PROPENAS）では、効果的な開発のために男女の平等と公平は不可欠であることが述べられている。

2. WIDからGAD・ジェンダー主流化への移行

インドネシア政府は過去20年間、女性は家庭の柱という前提のもと、女性のための福祉向上を目的としたプロジェクトを各セクターの省庁が中心となって実施（WIDの視点）してきた。しかし、その予算は開発予算全体の1%にも満たず、女性の抱える問題はあくまで周辺的な課題にとどまり、そのプロジェクトの効果は微々たるものであった。同時に、女性問題の所在は女性にあるのではなく、社会や家庭における男女の固定した役割分担に基づくシステムにあること（GADの視点）が認識された。そして、多岐の分野にわたるジェンダー問題を解決するためには、小さなプロジェクト

で個別に対応するよりも、全ての分野の基本政策・計画の段階において男女の関心やニーズの違いを考慮することがより効果的であると認識された。(ジェンダー主流化のアプローチ) このジェンダー主流化を各セクターに義務付けるための大統領インストラクションが2000年12月に公布された。

男女平等の社会実現は、人権の確立、民主化の促進、そして効果的・効率的な開発のための課題として要約できる。

3. 男女平等を促進していくための機構

女性の地位向上のための国家本部機構として1983年に設立された女性の役割担当国務大臣府は、1999年の新政府樹立とともにその名称を女性のエンパワーメント省(以下、エンパワーメント省)に変更した。1999年に大統領令により定められたエンパワーメント省の任務は、男女平等な社会の実現と女性のエンパワーメントを促進するための政府の開発政策、活動計画、予算配分についての助言(家族計画を含む)、各省庁、NGO、家族計画庁の調整、大統領への報告である。エンパワーメント省では次の5つの主要方針にそって、2000年から2004年の5ヵ年における活動計画(RIPNAS)を作成し、その方向性と活動を具体化した。①全ての生活の側面における女性のエンパワーメント、②全ての開発プログラムへのジェンダー主流化、③女性に対する暴力の撤廃、④女性と女子児童の人権の確保、⑤女性の地位向上のための機構強化

国家本部機構であるエンパワーメント省は、WIDからGAD及びジェンダー主流化への方針移行に伴い、それまでの分野別から機能別の組織機構に1999年に再編成した。その新機構は、ジェンダー政策、ジェンダー平等性の促進(各セクターへのジェンダー配慮の促進)、広報・啓発・市民社会との連携、評価・モニタリングの4分野である。2000年度の予算は前年度の50億ルピアから270億ルピアに増加し、職員数は120人から200人に増加した。

この背景には、それまでWIDプロジェクトとして各省に割り当てられてきた予算がエンパワーメント省に割り当てられたこと、それと組織機構に伴いエンパワーメント省の存在が強化されたことにある。

しかし、外面的な強化に比べ内面的な強化は簡単ではなく、今後も引き続き人材育成と組織能力強化が重要であり、組織能力強化の具体的課題として、①省内機構の任務の明確化、②省内の協力体制と調整、③職員のジェンダー能力の向上、④連携システム(他多の省庁、市民社会、地方政府・女性研究センター、ドナー)などがあげられる。

ジェンダー主流化にとってエンパワーメント省はあくまで触媒の役割であり、具体的な政策・方針を策定し実践していくのは各セクターの省庁である。これら各省庁におけるジェンダー主流化に対応すべく組織能力の向上は今後の重要課題といえる。

一方、地方における男女平等を促進する機構として、1999年から州政府内に女性のエンパワーメント局の設置が進められており、2001年1月現在では14の州にエンパワーメント局が設立している。しかし、その機能については、まだ十分でないのが現状である。

さらに男女平等を促進していく組織として全国84の各大学に女性研究センターが設立しており、調査、教育並びに地方開発計画庁（BAPPEDA）への政策提言を目的に機能している。また、草の根レベルの組織としては、村落レベルでの家庭福祉を向上させるためのボランティア組織（PKK）や全国的な女性組織連合（KOWANI）などがある。

これら、女性のエンパワーメント局や女性研究センター、州の開発計画庁（BAPPEDA）、NGOなど関連組織のネットワーク強化、相互間の情報の共有は地方におけるジェンダー主流化の重要な鍵となる。

4. ジェンダー主流化の促進と地方分権化

中央政府においては、ジェンダーの主流化は男女平等の社会実現のための主要戦略として明確にされ公的文書も整えられてきたが、その実践は遅々としている。実践に向けての課題としては、人々の意識と態度に働きかける広報・啓蒙活動、具体的で明確な男女平等性の目標、一貫した戦略、そして何よりもはっきりした目にみえる男女平等の結果を提示していくことが必要である。具体的には、ジェンダー政策策定に不可欠な情報（ジェンダー統計と質的情報）システム、全ての開発政策・計画・予算をジェンダー視点で分析するための方法論とシステム、ジェンダーモニタリング・評価システム、ジェンダートレーニング、ジェンダー調査研究、中央と地方政府の連携システム、政府と市民社会・NGOとの連携システムがあげられる。

地方分権化が進む中、ジェンダー平等の理念を実践していく主体としての地方自治体は今後その重要性を増してくることから、地方分権化の中でどのようにジェンダー平等性やジェンダー主流化促進を取り入れるか関心が集まっている。地方分権化で自治権が与えられる県と市は、住民に密着した地域として男女それぞれの関心や必要性をその政策や方針に敏感に反映させ具現化させることが出来る。しかし現在の地方政府のジェンダー問題への意識は低く、ジェンダー主流化のための知識・技術、その実践能力には限界がある。また、地域エゴや経済開発重視・社会開発軽視という傾向がジェンダー問題の解決を遅らせることが懸念される。

地域の伝統を重んじるという形でこれまでの女性の従属構造を保持していく地方自治体も出てくると予測される。このような背景のなかで、ジェンダー主流化を実践に移していくためには、中央レベルで行ってきたような理論先行の方法ではなく、地方分権化と男女平等という新しいパラダイムの普及と同時に、地域に密着した、わか

りやすい課題を戦略的に選択し、地方政府、大学、NGO 間の連携を広げつつ、それぞれが学びあいつつ実践していくことが効果的であると考えられる。また、地域内だけでなく、地方自治体同士の連携も、今後はさらに重要となる。

5. 文化の多様性への配慮

インドネシアは 300 を越える民族、多様な言語を用いることから察せられるように、その多様な文化が特色である。ジェンダー課題への具体的な取り組みやジェンダー主流化のアプローチの方法においてその地域の文化・伝統への配慮は必要不可欠であり、その実施のための調査がそれぞれの地域で要求される。

6. 具体的政策課題・方針

1) 性と生殖の健康と権利に関する課題

妊産婦死亡率の減少は重大な課題であり、その対策として地域による妊産婦ケアを強化する Mother Friendly Movement プログラムがエンパワーメント省主導で 1996 年に発足し、助産婦の研修、妊婦の搬送、妊産婦教育、家庭内における母性保護のキャンペーンなどが行われている。かつてのプログラムの主要対象は女性であったが、問題の背景にある妊産婦に対する男性や家庭、社会のジェンダー偏見に基づいた意識や態度が認識され、これらの人々への働きかけが始まっている。性と生殖の健康と権利の視点から、妊産婦と周りのすべての人々に対して尊厳ある出産・出生についての意識教育を積極的に進めていく必要がある。

家族計画においては、現在その方針を人口抑制から家族のエンパワーメントへ移し、女性のエンパワーメント、男女の平等、性と生殖の健康と権利、家庭福祉を包括している。エンパワーメント省の大臣が家族計画長官を兼ね、家族計画プログラムの全体調整を行っている。今後はエンパワーメント省との連携が強化され、さらに女性のエンパワーメント、男女平等への配慮が促進されてゆく方向性にある。

2) 教育・訓練についての課題

女子の教育レベルは格段に上昇してきたが、未だにその男女格差は大きく女性の社会、経済の参加を拒んでいる原因である。当面する課題としては、女子の初等・中等教育修了者率の増加やその地域格差の解消があげられる。また、学校教育におけるカリキュラムのジェンダー偏見の見直しについても関心が高まっている。

女性に対する技術訓練の拡大は職業選択の幅を広げ、女性の経済的自立

を促す面からも重要である。科学技術庁（LIPI）にアジア科学技術情報センターが設置され、インドネシアのみならず地域センターとして、相互の情報交換をとおして女性に適した技術開発の促進を行っている。

3) 労働・経済についての課題

人材資源開発の面から女性企業家や女性専門家の育成が重要視されており、また無報酬労働や不安定でわずかな収入のインフォーマルセクター労働に従事している女性達、さらには工場労働者の労働環境改善や人権保護が重要課題となっている。年々増加傾向にある女性の移民労働者の法的保護と地位向上は、エンパワーメント省、労働省、外務省が協力し緊急に取り組まなくてはならない課題である。

家庭の経済力向上を目指し、マイクロクレジットプログラムが農業省、工業省、内務省、教育省、労働省、エンパワーメント省などにより行われ、女性の経済的エンパワーメントの側面からも関心を集めている。そのプログラムの対象が女性に特化されているかどうかに関わらず、計画段階からのジェンダー配慮は必要不可欠である。労働省とエンパワーメント省では特にジェンダー配慮を中心においたプログラムを進めている。

近年増加傾向にある自宅で行われる契約事業は、家庭の経済力向上を促す一方で女性の過重労働を助長している。家庭の再生産労働のほとんどを女性が担っている現在の状況では家庭内生産労働は女性に2重3重の労働を強いている。男性の積極的な家事や育児への参加なしには、この問題は解決されない。

4) 政策・方針決定過程における課題

政策・方針決定過程における女性の参加促進は、男女平等な社会実現のためにもっとも重要な課題であると認識されている。

現在の女性国会議員数は1997年の56人から44人に減少しているが、その理由は1999年の総選挙で立った多くの新政党がジェンダー配慮に欠けていたこともあるが、前議会において有力者の妻や娘などの血縁関係者議員や体制密着型の女性組織議員が止めていったことが大きく、必ずしも女性の力の衰退を意味しているわけではない。むしろ、数は減少したが女性議員の質は向上しており、一般の女性有権者の政治意識も高まっている（総選挙の女性の投票率は51%、男性が49%）。しかし、極端に少ない国政、地方政治における女性議員数や行政のトップレベル職員の増加は重要であり、クオータ制の導入などが議論されているが、実施にはほど遠い。現在は政府と市民の政策対話の場へ女性が市民代表として積極的に参加していくための取り組みがすすめられている。いくつかのNGOは、政府との政策対話や選挙方法の改善を含めて女性の政治参加の促進をすすめている。

5) 人権問題・女性に対する暴力についての課題

女性に対する暴力は、人権侵害の象徴的課題として、また暴力の撤廃という明確な目標とともにジェンダー問題の本質を公衆に広め、政府と市民社会が協力して取り組むべき課題として大きな意味を持っている。

エンパワーメント省は「Zero Tolerance Policy」政策をかかげ、その実践を推進している。同時に、市民社会においても、様々なNGOが全国ネットワークを形成している。

1999年11月には、そのNGO連合体とエンパワーメント省が多くのドナーの支援を得て、女性に対する暴力撤廃に関する合同宣言を出し、副大統領を始め全ての大臣と国会議員の代表が署名をした。また、その国家活動計画も、エンパワーメント省とNGOの共同で作成された。

NGOは紛争地域を含めた様々な地域で活動を展開しており、その内容は広報・啓発活動、実態調査、クライシスセンター運営、カウンセリング、メディカルケア、また最近では警察官に対する訓練、警察署内における女性被害者のために特別デスクの設置など多岐にわたっている。

6) 貧困対策についての課題

貧困対策におけるジェンダー配慮は、社会の公平性・平等性、人権、プログラムにおける効果性の上から必要不可欠である。具体的には、貧困対策の政策・方針決定過程における女性の参加、貧困家庭における女性の経済的・社会的困難と同時にその貢献についての現状認識、女性を家長とした世帯への対策などがあげられる。女性の貧困は家庭全体の経済や福祉に男性以上に大きな影響を与えている事実は重要であり、その対策を単に収入向上や福祉向上のみ結びつけるのではなく、その背景となっている男女の置かれている社会構造を理解し考慮することを通して、より効果的、根本的な貧困対策につなげていくこと出来る。

社会安全ネットプログラムでは、初期の男性偏重の労働集約プロジェクトを見直し、1999-2000年には女性を対象にした労働集約プロジェクトが設定された。

7) 環境についての課題

インドネシアの最大課題の一つである自然環境保全の政策策定過程への女性の参加は必要不可欠である。政府の取り組みの遅さに比べ、多くのNGOが現在この分野で提言、調査、広報・啓発、地域の住民活動支援など様々な活動を始めている。政府とこれらのNGOの連携は今後の環境対策にとって重要である。

C. 日本の援助

表1 WID・GADに関連したJICA支援

	案件名	スキーム	支援内容
1	ジェンダー主流化の促進支援	長期専門家派遣	1997年1月より1999年3月まで、女性の役割省（現エンパワーメント省）を通して専門家を派遣し、カナダ国際開発庁（CIDA）が行っている女性支援プロジェクトの一環である南スラウエシのWID運営チームの強化を支援 1999年4月より現在にいたるまで、WID/GAD政策アドバイザーをジャカルタの女性のエンパワーメント省に派遣し、①ジェンダー配慮した統計システムの開発②州別ジェンダープロファイルの作成・出版③地方分権化とジェンダーに関するセミナー開催と研修④男女平等と女性のエンパワーメントに関する広報・啓発、を支援
2	スラウエシ貧困対策支援村落開発計画	プロ技	WID/GAD専門家の派遣 （参照：貧困削減の基礎資料）
3	母と子の健康手帳	プロ技	母子保健専門家の派遣 （参照：保健、リプロダクティブヘルスの基礎資料）
4	南スラウエシ地域保健強化計画	プロ技	母子保健専門家の派遣 （参照：保健、保健医療の基礎資料）
5	森林火災予防計画	プロ技	ジェンダー短期専門家を派遣し、ジェンダー調査と分析をとおして女性の参加を積極的に取り入れた地域住民による防災活動計画を立案
6	東アチンガラ州スンパ島における住民参加型飲料水揚水計画による生活改善	開発福祉支援事業	NGOを通して太陽光発電による飲料水供給システムを女性の関心とニーズを配慮し実施し、女性の生活向上並びに社会的地位が向上
7	Empowerment of Rural Women	研修事業	毎年女性のエンパワーメント省のスタッフが毎年参加し、総理府男女共同参画促進室主催で行われるジェンダー平等の促進セミナーに女性のエンパワーメント省のシニアスタッフ一人が毎年参加

2. 国際機関を通じた支援

日本政府の拠出金を用いて、ILO とインドネシアの労働省がアジア地域の女性の雇用機会の拡大プログラムを実施している。

D. 他ドナーの動向

1. 国際機関

UNFPA は特にリプロダクティブヘルスを中心にジェンダー主流化のトレーニングを実施。UNFPA と UNIFEM は合同でエンパワメント省に対し女性の暴力撤廃に関する国家活動計画の作成を支援している。UNIFEM は、中央統計局をとおして、ジェンダー統計を出版。

WHO は主に母子保健、HIV/AIDS 対策などを中心に WID/GAD 配慮を実施。UNICEF は女性の生涯健康の促進とすべての活動へのジェンダー配慮を導入。WFP はジェンダー配慮した Food Security プログラムを促進。

UNESCO は、LIPI で行われている女性のための科学技術情報センターの運営を支援し、また農村女性のエンパワメントプロジェクトを実施。世界銀行は、ジェンダー配慮した地域開発プロジェクトを実施中。

2. 二国間援助

- (1) CIDA は、1991 年より 1995 年まで女性支援プロジェクトフェーズ 1 を、1996 年から 2001 までジェンダー主流化のための能力開発をその目的としフェーズ 2 を実施。また、NGO を通じて、主要対象受益者に対し社会・ジェンダーファンドを提供。
- (2) AUSAID は、ジェンダートレーニングを NGO や州の女性局メンバーへ実施。本国で行われるジェンダー研修へインドネシア政府職員を毎年招聘。また新たにジェンダー主流化促進のための支援を計画中。
- (3) オランダ政府は 5 百万ドルを UNDP に拠出、ジェンダー主流化プロジェクトを 2001 年より開始。
- (4) USAID は、女性に対する暴力撤廃に対する支援や USAID のプログラムにおけるジェンダー配慮を推進中。
- (5) ニュージーランド政府は、女性に対する暴力撤廃に対する支援と WID/GAD に関する小額ファンドを NGO などへ提供。

3. 国際 NGO

アジア財団とフォード財団が女性に対する暴力撤廃支援や女性への政治参加を促進。

参考文献

- State Ministry for the Empowerment of Women (2000) Indonesia' s National Report on the Implementation of the Beijing Platform for Action 1995-2000.
- UNICEF (2000) Challenges for a New Generation, the Situation of Children and Women in Indonesia, 2000.
- ILO (2000) Gender Dimensions of the Economic Crisis and Employment in Urban Informal and Rural Sectors in Indonesia.
- Central Bureau Statistics (2000) Statistik Dan Indikator Jender.

使用した統計資料の主な出所

- BPS, The National Socio-Economic Survey (Susenas), 1999
- BPS, Labor Survey (Sakernas), 1999
- BPS, The Demographic and Health Survey of Indonesia (SDKI), 1994
- BPS, The Survey of Social Welfare Clients (PMKS), 1998
- Ministry of Health, Household Health Survey, 1995
- Sekejen, Majelis Permusyawaratan Rakyat, RI

