

第7章

インドネシアの障害者統計

東方 孝之

要約

インドネシアの障害者統計としてもっとも重要なものは統計庁（BPS）により実施されている社会経済調査（Susenas）である。Susenas は毎年実施されているが、障害者については3年おきに一巡する Module 部分でのみ質問項目がたてられており、直近では2000年、2003年、2006年に調査が実施されている。なお、2000年 Susenas 調査結果によれば、インドネシアの障害者比率は0.8%となっている。その他の障害者データとしては、BPSにより定期的に実施されている村落潜在力調査（Podes）などがある。また、社会省が2006年からパイロット・プロジェクトとして（高齢者と）重度障害者に対して現金給付策を実施しているが、その受給者についての調査結果も重要な資料である。今後の大きな課題は、質問項目を国際生活機能分類（ICF）にあわせて作成した2006年 Susenas データを使っでの分析である。

キーワード： 障害者、社会省、BPS、Susenas、Podes

第1節 はじめに

インドネシアの障害者統計ならびにそのデータを用いての研究はきわめて少ない。その理由としてはデータが入手しにくいことに加えて、そもそもどのような統計が存在しているのかが整理されてこなかったことがあるだろう。そこで本章では、次年度のインドネシア障害者データを用いての分析の準備として、インドネシアの障害者統計についてまとめることにしたい。

本章の構成は次のようになっている。まず第1節でインドネシアの障害者統計ならびに先行研究についてサーベイした上で、第2節にて実際にいくつかのデータを簡単に分析した結果を紹介する。さらにある農村での聞き取り調査結果についても併せて紹介し、最後に今後の研究課題をまとめて、締めくくりとする。

第2節 インドネシアの障害者データ

インドネシアの障害者の現状を知る上で一般に利用可能なデータは、主に3つある。そのうちもっとも重要なのは Susenas (Survei Sosial Ekonomi Nasional [National Socio-Economic Survey]) であろう。

Susenas は毎年全州で実施されるサンプル調査である¹。Core と Module の二つの部分に分かれて構成されており、2006年を例にとると、Coreのサンプル数は277,648世帯、そのなかからModule部分として68,256世帯が選ばれる。Coreは世帯員の基本的情報を集めるよう質問項目がたてられており、Module部分では所得・消費や、保健や教育などについての詳細な質問項目が用意されている。このModule部分の内容は3年サイクルで変わっていき、直近では2000、2003、2006年にModule部分で障害者データが集められている。

2000年と2003年の障害についての質問項目をみると（質問票VSEN2000.MSBPのBlock IV.Aならびに質問票VSEN2003.MSBPのBlock IV）、

質問票の構成は、①世帯員それぞれの障害の有無を質問し、障害があるとの回答があった場合に、②その障害の種類（視覚、聴覚、言語、聴覚・言語の両方、身体、知的、精神の7項目から選択）、そして③原因（先天性、事故・災害、病気の3項目から選択）を答えさせる形となっている²。

一方2006年については、明らかにそれまでの質問票と構成が大きく異なっている（質問票 VSEN2006.MSBP の Block IV、ならびに Block V）。まず、①「補助器具なしに身の回りの世話、コミュニケーション、移動、ものを見ることに困難があるかどうか」を尋ねた上で、それらにひとつでも該当する世帯員がいれば、その人について②12項目³にもわたって障害の有無を確認した上で、その原因や使用している補助器具、介助の必要性、必要としている補助器具を質問する、という形になっている⁴。

Podes (Sensus Potensi Desa [Village Potential Census]) は約3年おきにインドネシアの全行政村 (Desa/Kelurahan。2006年 Podes の場合は 69,957 村) に対して、住民数、世帯数のほか、教育施設から通信施設といったインフラの整備状況などさまざまな項目について調査しているものである⁵。2003年 Podes と 2006年 Podes には、行政村別障害者数ならびに障害者施設の有無も調査項目に含められており、障害者数は、視覚、言語・聴覚、精神・知的、身体、複合（身体障害に加えて他の障害がある場合）の5項目それぞれについて、家族と共に住んでいる障害者数と施設に住んでいる人数とを知ることができる。

IFLS (Indonesia Family Life Survey) は米国のランド研究所 (RAND Corporation) によりインドネシアの13州で1993年、1997年、2000年に実施された調査である⁶。サンプル数は、1993年が7,200世帯22,000人、1997年は7,500世帯33,000人、そして2000年は10,400世帯39,000人であり、このデータの大きな特徴はパネル・データとなっている点である。IFLSには日常生活動作 (Activities of Daily Living : ADL) についての質問項目が含まれており (IFLS 2000 では Book IIIB の Section KK)、これを障害の有無・程度の情報として用いることができる。

最後に、補足的に紹介するのは、社会省による重度障害者向け現金支給の受給者データである。この現金支給策は2006年にパイロット・プロジェクトとして⁷開始されたもので、2007年には8州24県・市（Kabupaten/Kotamadya）の6,000人が毎月30万ルピア（約3,800円）を受け取っている⁸。社会省でのヒアリングによれば、対象となった県・市でセンサス調査を行い、その中から障害の程度ならびに家計状況を勘案して受給世帯を選択している、とのことだった。この受給者の内訳については第3節で紹介する。

第3節 障害者の現状把握

1. 先行研究：Susenas からみえてくる障害者の全体像

インドネシアの障害者数の全国センサス調査はこれまでなされていない⁹。障害者についてのデータが初めて集められたのは1980年人口センサスの時とされるが、このときは人口センサス調査にあわせて障害者については5%サンプル調査を実施している（BPS [2002]）。BPS [1981]から障害者の全人口に占める比率を計算すると、1.1%となる（表1）。ただし、この時の調査以外には出てこない「高齢者」という項目を除いて計算すると0.58%である（表2）。

この人口センサス時のサンプル調査後、1995年からほぼ3年おきにインドネシアでは障害者に関する情報がSusenasによって集められている。そこでここでは2000年Susenasを使って障害者の実態をまとめた先行研究を引用して、簡単に障害者調査結果をみておきたい。

まず表3が障害の種類別に人数・シェアをまとめたものである。障害者数は人口比0.8%¹⁰で、表2の約0.6%と0.2ポイント異なるのみである。身体障害者のシェアがもっとも大きくなっている点や、言語・聴覚障害者割合が二番目に大きい点なども1980年時の調査結果とほぼ同じ傾向を示していることが分かる。都市農村別でみると、34.3%が都市、65.7%が農村に住んでおり、

表1 障害者の種別内訳(1980年)

	人数	シェア(%)
視覚障害	185,485	11.1
言語・聴覚障害	227,831	13.6
身体障害	267,704	16.0
精神・知的障害	169,349	10.1
高齢	822,813	49.2
合計	1,673,182	100.0
人口	146,934,948	
障害者比率(%)	1.14	

出所)BPS[1981]から筆者計算。

表2 障害者の種類別内訳(「高齢」を除いた場合)

	人数	シェア(%)
視覚障害	185,485	21.8
言語・聴覚障害	227,831	26.8
身体障害	267,704	31.5
精神・知的障害	169,349	19.9
合計	850,369	100.0
人口	146,934,948	
障害者比率(%)	0.58	

出所)表1から「高齢」を除いてシェア、比率を計算したもの。

表3 障害者の種類別内訳(2000年)

	人数	シェア(%)
身体障害	743	40.3
視覚障害	314	17.0
知的障害	247	13.4
聴覚障害	222	12.0
言語障害	132	7.2
精神障害	126	6.8
言語・聴覚障害	59	3.2
計	1,843	100.0
サンプル数	241,195	
障害者比率(%)	0.76	

出所) Benaissa[2003]ならびに Asia-Pacific Development Center on Disability の HP 掲載資料。

表4 年齢別都市・農村別障害者割合(%)

年齢	都市	農村	全国
0-4	3.1	2.6	2.8
5-10	7.2	5.9	6.4
11-18	14.7	15.7	15.3
19-30	22.9	20.3	21.2
31-59	31.9	31.8	31.8
60+	20.2	23.7	22.5
計	100.0	100.0	100.0

出所) BPS[2002]ならびに Asia-Pacific Development Center on Disability の HP 掲載資料。

男女別では障害者の55.7%が男性、44.3%が女性となっている(BPS[2002])。また、年齢別・都市農村別にシェアをみると、年齢が上がるにつれて値が増加する傾向が確認できる(表4)。BPS[2002]は若い世代ほど栄養状態がよいだろうこと、そして年齢とともに病気・事故による障害が増えていくことの二点はその理由として考えられる、とした上で、さらに施設に收容されている障害者が補足されていないことの影響(若年層ほど施設で生活しており、一方で高齢者ほど家族に面倒をみてもらっている可能性)もあるかもしれない、と指摘している。

表5は障害の原因についてまとめたものであるが、全体では先天性障害者のシェアが最大であるものの、種類によって大きく異なることが分かる。

障害者の就業状況については、産業別にまとめた表6が参考となる。サービス産業・商業従事者の割合の高さが都市では特に目立つが、それ以前にそもそも雇用されていない障害者が多いのではないかと、という疑問が出てくる¹¹。また、就業確率が高まるためには就学率、なかでも小学校6年・中学校3年の義務教育を修了しているかどうかが重要となるだろう。Asia-Pacific Development Center on Disabilityによれば、2000年Susenasデータからは43%の学齢期障害児が学校へ行っていないとされる¹²。

9カ国11家計調査を用いたFilmer[2005]は、2003年Susenasデータを用いて、インドネシアでは非障害者の小学校修了率は100%近くなのに対して、障害者児童では小学校の各学年での修了率が低い上に、上級学年になるほどドロップアウト確率が高まるとの推計結果を報告している。また、インドネシアの若年層(6-17歳)での障害者比率は0.51%であるが、その若年層に限って分析した結果をみると、貧しい世帯に障害者が集中していることが示されている。

以上から浮かび上がってくるのは、貧しい世帯ほど障害者児童が多く生まれる(もしくは環境によって後天的に障害を負う)確率が高まり、その児童らの低い就学・進学率が就業率の悪化をもたらし、そしてその結果として障害者自身ならびに障害者世帯は非障害者貧困世帯と比べても、貧しさから抜

表 5 障害の種類別原因(%)

種類	先天性	事故	疾病	計
視覚	36.4	10.0	53.6	100.0
聴覚	21.2	11.7	67.1	100.0
言語	80.1	6.6	13.2	100.0
言語・聴覚	81.9	-	18.1	100.0
身体	40.3	22.6	37.1	100.0
知的	63.1	8.6	28.4	100.0
精神	28.4	18.7	52.9	100.0
重複	50.5	21.7	27.8	100.0
合計	44.9	15.3	39.8	100.0

出所) Asia-Pacific Development Center on Disability の HP 掲載資料。

表 6 産業別障害者就業先(%)

	都市	農村
農業	17.0	65.0
工業	18.6	10.1
サービス産業	27.5	7.1
商業	23.9	12.7
その他	13.0	5.1
計	100.0	100.0

出所) Asia-Pacific Development Center on Disability の HP 掲載資料。

け出すことがより困難になる、という悪循環であろう¹³。

本項では主に Susenas を用いた先行研究をもとに、障害者の現状をまとめた。Susenas データの限界としては、障害者施設に住んでいる人ならびに路上

生活者が含まれていない、という点が指摘されている（BPS [2002]）が、例えば Podes には障害者施設の障害者数が村レベルで入手できる。そこで次に、Susenas 以外のデータを用いて、少し視点を変えてインドネシアの障害者の現状を確認してみることにしたい。

2. Podes データ

2006 年 Podes¹⁴によれば、全国の障害者数は 530,359 人とされる（BPS [2005]）。これは人口比では 0.25%となるため、Podes にもとづけば障害者比率は Susenas をもとにした場合よりもさらに低い値となる。農村・都市別では、農村では農村人口比 0.32%、都市では都市人口比 0.14%となっているため、農村のほうに障害者がより集中していることが分かる。この農村への障害者の集中は Susenas の結果とも整合的である。

障害者の種類別シェアを計算したものが表 7 である。Podes には重複（身体障害に加えて他の障害がある場合¹⁵）という項目があるため単純に比較はできないが、言語・聴覚障害者のシェアが最大となっている点が Susenas と異なっていることが分かる（表 3 からは言語・聴覚障害者のシェアは 22.4%となる）。また、逆にここから 2000 年 Susenas に関して一つ疑問がわく。質問票を見る限りは回答欄には一つしか障害の種類を書き込めない。もしいくつかの障害を抱えていた場合には、どの障害を書き込んでいたのだろうか。なお、この点に関しては 2006 年 Susenas では障害の複数選択が可能となっているため、問題とならない。

前節で障害者施設収容者数の影響について BPS [2002] の指摘を紹介したが、Podes によれば障害者施設にいる障害者は 5,046 人である。インドネシアの人口が 2.1 億人として、仮に障害者が人口比 0.8%とすると、168 万人が障害者と推計される。この数に対して施設居住障害者数はきわめて小さいため、Susenas が障害者数を過小評価しているとしたとしても、施設収容者数の与える影響は微々たるものであろう。

表 7 Podes による障害者の種類別シェア (%)

	全国	農村	都市
視覚	21.7	21.6	21.9
家庭	21.4	21.5	21.0
施設	0.3	0.1	0.9
言語・聴覚	27.8	28.6	25.4
家庭	27.7	28.5	25.1
施設	0.2	0.1	0.4
身体	25.9	26.1	25.5
家庭	25.7	25.9	24.9
施設	0.2	0.1	0.6
精神・知的	21.2	20.5	23.4
家庭	21.0	20.5	22.7
施設	0.2	0.1	0.7
重複	3.4	3.3	3.7
家庭	3.3	3.2	3.6
施設	0.0	0.0	0.1
合計	100.0	100.0	100.0

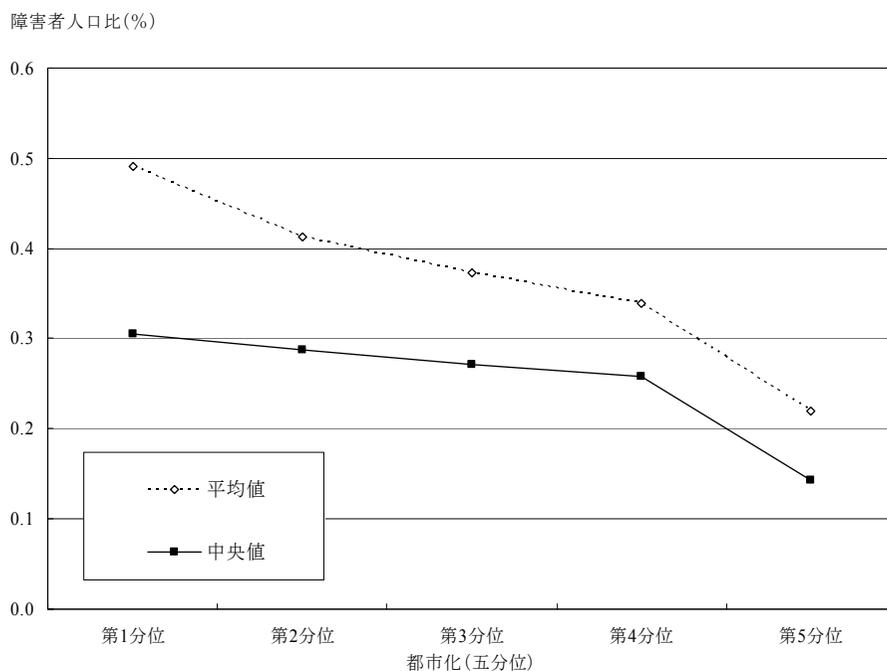
注) 重複とは身体障害に加えて他の障害がある場合。

出所) Podes 2006 から筆者計算。

最後に、障害者が農村に集中している点について、Podes データを用いてもう少し細かくみてみよう。図 1 が障害者人口比と都市化との関係を確認したものである。BPS の定義によれば、都市化は人口密度、農業就業者割合、公共施設（学校、病院など）へのアクセスのしやすさ、電話普及率などをも

とに点数をつけていき、スコアが10以上であれば「都市」と判断される（BPS [2005]）。図からは、明らかに障害者人口比が都市化のスコアが高いほど減少する傾向にあることが確認できる。つまり、障害が都市・農村の二分法でみた場合に農村に集中しているだけでなく、都市化が遅れているところほど、障害者が増える傾向にあることが分かる。後にみるように、Podes データは非専門家が外見から判断した情報のみを用いているようであるため、この傾向はインペアメント（身体的な損失状況）が農村に多いことをあらわしていると考ええる。

図1 障害者人口比と都市化



注) 第5分位が最も都市化が進んでいることを示す。都市化指数についてはBPS[2005:11]参照。

出所) Podes 2006 をもとに筆者計算。

3. 社会省の現金受給者データ

2007年に社会省から入手した現金受給者の集計データをまとめたものが表8である。表から確認できることとして3点のみ挙げると、まず気づくのは、全体的に男性のシェアが大きくなっており、合計でみた場合には男女比が55.4%対44.6%とSusenasの男女比ときわめて近い値となっていることである。

第2に、年齢別で見た場合には1-18歳層のシェアが最大となっており、Susenasとは逆の傾向が出てきている。

第3に、Podesデータでは重複障害者が全体の3.4%でしか過ぎなかったのに対し、受給者内訳で見た場合は43.6%を占めている。これは障害の程度ならびに世帯の経済状況を勘案して現金受給者が決定されている¹⁶ことが大きい

表8 現金受給者内訳(%)

州	県・市	受給対象者数	性別(%)		年齢(%)				種類(%)		
			男性	女性	1-18	19-35	36-59	60-	身体	精神	重複
西スマトラ	Padang市	205	58.5	41.5	51.2	29.8	11.7	7.3	52.7	6.8	40.5
	Padang Pariaman県	249	45.4	54.6	53.0	21.3	18.5	7.2	41.8	0.8	57.4
	Agam県	248	50.0	50.0	46.8	23.8	19.8	9.7	45.2	1.2	53.6
南スマトラ	Palembang市	305	55.1	44.9	53.8	28.2	13.4	4.6	45.2	0.7	54.1
	Ogan Komering lili県	222	57.2	42.8	33.3	39.2	20.3	7.2	65.8	7.2	27.0
	Ogan Komering Ulu県	238	54.2	45.8	33.6	23.1	26.1	17.2	67.6	27.3	5.0
西ジャワ	Bogor県	254	54.3	45.7	41.3	25.6	22.4	10.6	46.5	4.3	49.2
	Bekasi県	279	54.1	45.9	52.0	27.6	15.4	5.0	49.8	1.8	48.4
	Indramayu県	225	50.2	49.8	45.8	26.7	16.9	10.7	56.9	4.0	39.1
中ジャワ	Kendal県	277	58.1	41.9	49.8	20.9	18.8	10.5	67.5	0.7	31.8
	Jepara県	259	68.3	31.7	45.6	29.7	14.7	10.0	22.0	1.5	76.4
	Cilacap県	306	54.2	45.8	55.2	24.2	16.7	3.9	36.3	5.9	57.8
ジョグジャカルタ	Bantul県	298	55.7	44.3	42.6	32.9	24.5	0.0	41.9	7.4	50.7
	Sleman県	234	55.6	44.4	34.6	28.2	17.1	20.1	48.7	4.3	47.0
	Gunung Kidul県	304	54.9	45.1	32.2	32.2	22.0	13.5	36.8	7.9	55.3
南スラウェン	Makassar市	338	60.4	39.6	49.4	22.2	16.9	11.5	52.4	3.0	44.7
	Pare-pare市	150	46.7	53.3	35.3	11.3	19.3	34.0	62.7	1.3	36.0
	Takalar県	324	54.6	45.4	36.1	23.5	27.8	12.7	65.1	9.6	25.3
南カリマンタン	Banjarmasin市	229	45.4	54.6	57.6	20.5	16.6	5.2	56.3	0.4	43.2
	Hulu Sungai Tengah県	137	64.2	35.8	50.4	27.7	17.5	4.4	93.4	2.2	4.4
	Hulu Sungai Selatan県	185	66.5	33.5	44.9	25.4	19.5	10.3	63.2	4.9	31.9
バリ	Karangasem県	268	50.4	49.6	53.0	32.8	11.2	3.0	48.1	0.0	51.9
	Jembrana県	198	54.5	45.5	38.4	23.7	19.2	18.7	50.5	3.0	46.5
	Buleleng県	268	60.8	39.2	54.5	24.3	15.3	6.0	64.6	0.0	35.4
合計		6,000	55.4	44.6	45.7	26.2	18.5	9.6	52.0	4.5	43.6

出所)社会省のデータをもとに筆者作成。

な要因である(重複障害者ほど重度障害者である確率は高い)と思われるが、別の可能性としては Podes の調査時に、回答者(村長など)が、重複障害者を例えば単なる身体障害者としか見ておらず、BPS の調査員には身体障害者として伝えているのではないだろうか。2006 年に現金支給先となった 15 県・市のうち、実に 6 県・市で Podes データの重複障害者数が社会省データの重複障害者数の半分以下程度でしかないことからこれは十分に考えられる(表 9)。障害者データを用いる際には横断的な比較可能性が常に問題となるが、ここからは Podes データを用いる際の、その情報の正確性、特に種類別に関する正確性に注意する必要があることが分かる。

表 9 重複障害者数の比較

州	県・市	社会省データ (1)	Podes 2006 (2)	(2)/(1)
西スマトラ	Padang市	83	61	0.7
	Padang Pariaman県	143	22	0.2
	Agam県	133	27	0.2
南スマトラ	Palembang市	165	74	0.4
	Ogan Komering Lilir県	60	44	0.7
	Ogan Komering Ulu県	12	11	0.9
西ジャワ	Bogor県	125	102	0.8
	Bekasi県	135	62	0.5
	Indramayu県	88	232	2.6
中ジャワ	Kendal県	88	76	0.9
	Jepara県	198	64	0.3
	Cilacap県	177	222	1.3
ジョグジャカルタ	Bantul県	151	178	1.2
	Sleman県	110	228	2.1
	Gunung Kidul県	168	85	0.5

注) Podes は 2005 年時のデータである。社会省は 2006 年時の受給者データ(2005 年には 5 州 15 県・市のみが対象となっていた)。

4. ある農村の障害者：聞き取り調査から

これまでは大規模データのみで障害者の全体的な現状把握を試みてきた。この項ではある農村（以下 P 村）での障害者世帯に対する聞き取り調査結果をもとに、これまでのデータではよく見えてこなかった障害者の生活について確認してみたい。

調査村である P 村は、ランプン州南ランプン県にある小さな島と対岸（スマトラ島）にわずかに開けた土地から構成されている村である。2006 年 Podes データによれば、人口は 261 世帯 1,438 人で、農業従事者が 9 割を占める。中学校は存在せず¹⁷、近代的医療従事者としては助産婦（Bidan）が一人いるのみ¹⁸で（産婆は 5 人）、一番近い病院は 60 キロほど離れている。この村は「農村」と区分されるが、Podes データを用いて都市化スコアを計算したところ、最低の 2 ポイントとなった。障害者施設は存在せず、障害者数は 7 人とされる。これは村人口比 0.49%であり、図 1 の第 1 分位の平均的障害者人口比とほぼ同じ値であることが確認できる。

2007 年 12 月に P 村を訪問し障害者についての調査を行った。まず、Podes の障害者数について回答者の確認を試みたが、村長ならびに助産婦のどちら

表 10 P 村の障害者内訳(人数)

	Podes 2006	2007 年の調査
視覚	1	2
言語・聴覚	3	2
精神・知的	2	3
身体	1	3
重複	0	0
計	7	10

出所) Podes 2006 ならびに 2007 年 12 月の調査結果。

表 11 P 村の障害者

名前	性別	年齢	障害の種類	障害の原因	障害の程度		補助器具	教育水準	職種	収入 (Rp/月)
					身の回りの世話	介助者				
A	女性	10	知的障害	(生後40日後に痙攣)	できない	母親	—	小学校未就学	—	—
B	女性	11	知的障害	1.5歳時の高熱?	できない	母親	—	小学校未就学	—	—
C	男性	17	知的障害	先天的	基本的にできる	(母親)	—	小学校未修了	—	—
D	男性	17	聴覚障害	生後40日の高熱?	できる	—	(補聴器)	小学校	農業労働、建築作業員	750,000
E	女性	18	言語障害	2.5歳時の高熱?	できる	—	—	小学校未修了	農業労働など	100,000
F	男性	21	身体障害(左足)	事故	できる	—	自作の杖	小学校未修了	漁業労働(生簀)	300,000
G	男性	27	身体障害(右足)	5歳時の高熱	できる	—	—	中学校	自作農・農業労働など	166,667
H	男性	62	視覚障害	白内障	できる	(妻)	—	小学校未修了	(農業労働)	—

注) 収入は農業労働・建設作業などの不特定の仕事があったときの個人の収入(よって最大額を意味する)。

出所) 2007年12月、2005年12月の調査結果にもとづき筆者作成。

も障害者について調査員から質問された記憶がなく、誰が回答したかについては分からなかった。次に、村人数名に障害者数・氏名を尋ねたところ、10人の名前が出てきた。その内訳は表 10 の通りである。人数の違いは主に2年間の人の移動・病気の発症による違いだと考えられ、おおむね Podes の数値と変わらない値となっている。なお、ここで村人らが挙げた名前は、たとえば高齢により耳が不自由になってきたような人は外されており、重度、すなわち外部者（住民）が見て明らかに障害を持っていると分かる人のみが挙げられている。ここから、Podes の障害者データはこのような（重度の）インペアメントについての情報を集めたものということが分かる。

名前の挙げた 10 人のうち 8 世帯を実際に訪問して、本人もしくは家族から話を聞くことができた。その結果を簡単にまとめたものが表 11 である（残り二人は、視覚障害者と身体障害者とのこと）。表から分かるのは、まず、Susenas や Podes と同様に男性が多いことである。次に、障害の原因としてほとんど全員が幼少時の発熱を挙げている点が興味深い。過去にはまだ助産婦すら常駐しておらず、ほぼ全員が伝統医療¹⁹のみを用いて治療している。

第 3 に、10-20 代の年齢層に集中していることが目を引く。これは 2000 年 Susenas の年齢別障害者割合（表 4）をみると、農村では当該年齢層では 36%となっていたことと比べると、その違いが際立つ。想像の域を出ないが、二番目に挙げた特徴と考えあわせると、昔は幼少期の病気によって死亡していた乳幼児が栄養の改善などによって死亡率が低くなり、その代償として後遺症というかたちで障害が残ったのではないだろうか。またその一方で、特に中年・高齢の障害者は村の外の親類・縁者宅（もしくは施設）に引き取られている可能性もある。これらについても解明は今後の課題としたい。

第 4 に、教育水準をみると小学校未就学・未修了者がほとんどである²⁰。A や B には重度の知的障害がみられる（ほとんどしゃべることすらできない）ため通学は不可能だが、C や E は小学校に一時通っていたもののドロップアウトしている。教育内容についていけない、もしくは発言が不明瞭であることから先生によく怒られ、通学しなくなった、と親は述べており、先生の障

害に対する理解不足もドロップアウトの背景にあるものと思われる（Eについては父親が亡くなったことも退学のきっかけとなっている）。その一方で、親の過保護が教育意欲を妨げていると感じられるケースも見られた。Dの父親は聾学校の存在を3、4年前に初めて知ったが、一人暮らしをさせるのが心配で行かせていない²¹。Dは小学校を卒業後、中学校（オープンスクール）にも行きたがったのだが、親は先生に「耳が聞こえないのでは大変だ」と言われ、さらに息子に対する差別を心配してオープンスクールにも結局行かせなかったとのことだった。

第5に、収入源をみると就業している障害者全員が農業に従事している。2004年と少し古いデータになるが、南ランプン県の支出貧困線を見ると1人当たり約10.5万ルピア/月（BPS [2004]）となっている。貧困線と比較すると、Eがそれを下回る収入しか得られていないことが分かる。Eは母親と二人暮らしであるが、近隣のEの叔母宅に生活を助けてもらっているとのことだった。また、Gは4人家族であるため、一人あたりにすると貧困線を下回ってしまう。ただし、彼らの収入の低さの原因が障害にあるのかどうかについてはここからは単純には判断できない。その一方で、BとA、なかでもBは筆者の目には重度障害者に映ったが、Bの世帯（8人家族）の月収は約22万ルピアとのことであった。ここで注目すべきは、この調査村が社会省によってプロジェクト対象地域に指定され、なおかつBが給付金受給対象者として認定されたならば、調査時点での月収を上回る金額がBの世帯に確実に入ってくる、ということである。パイロット・プロジェクトとして重度障害者に給付されている月30万ルピアというお金が、Bの世帯収入と比較してとても大きな額であることが分かる。

ところで表にはまとめなかったが、障害児の親に障害者施設の存在を知っているかどうかについても質問したところ、ほとんどの親が「知らなかった」と答えている。Dの父親は聾学校があることは知っていたが、手話の存在については知らなかった²²。ここからは障害に関する情報が農村では不足している様子が浮かび上がってくる。ただし、例えば障害者施設についてはその

存在を知ったとしても、特に経済的理由で利用できない世帯がほとんどであろう。

最後に、P村からおそらくはもっとも近い障害者施設について紹介したい。ランプン州のバンドル・ランプン市に3つあるという特殊学校（私立）の一つを訪問し、その校長にインタビューする機会を得た²³。彼によれば学費は毎月、小学校が15,000ルピア、中学校が30,000ルピア、高校が35,000ルピアで、貧しい世帯は村長による証明書があれば学費は免除されるとのことだった。ただし、実際に通っているのは裕福な世帯の子供だけらしく、学費免除を受けている生徒は1%程度にとどまっている。また、遠方から来ている生徒ならびに重度の知的障害児生徒のなかには、寄宿舎で生活している子供もいるらしいが、その寄宿のための費用が27万ルピアであった。この費用は免除されないが、もし社会省の給付金が得られれば、P村のような遠方の村からでもBのような重度障害児が寄宿舎を利用して教育を受けることができるかもしれない。とはいえ、たとえ現金給付制度が全国的に整ったとしても、特殊学校の存在やその制度の情報が広く住民に共有されない限りは無駄に終わってしまう恐れがある。行政の末端組織を活用して、たとえば乳幼児の健康診断時にそうした制度について情報を提供するような仕組みが必要であろう。

第4節 おわりに：今後の課題

本章では、インドネシアの障害者データとしては何が活用可能かを確認した後、もっとも重要な Susenas については先行研究を引用してその調査結果をまとめた。また、その結果と比較するかたちで Podes、社会省データを簡単に分析し、その上で、ある農村を事例として障害者の生計の一端を紹介した。これらのデータにはそれぞれ長所・短所があるため、全体像をつかむためには得られる情報をすべて利用していくことが現時点では必要である。

今後の最大の課題は、2006年 Susenas を使った障害者像の把握である。

第1節でみたように、2003年調査などとは大きく質問内容も変わり、より幅広く障害者の実態をつかめるようになっている。しかし、そのメリットとは裏返しに2003年・2000年 Susenas の調査結果とは比較が難しくなっている。そこで二時点間の比較のために、Podes データを補足的に活用することが考えられる。また、本章ではあまり触れなかった IFLS データを使つての障害者世帯のパネル分析も重要であろう。BPS によれば Susenas でも2005年から2007年にかけて1万世帯がパネル・データとなっているため、2006年 Susenas の前後についてのデータも入手できれば、その特性を活かしての障害者世帯の分析が可能となるだろう。

[参考文献]

<日本語文献>

国際協力事業団 [2002] . 「国別障害関連情報 インドネシア」

http://www.jica.go.jp/global/disability/pdf/ind_jap.pdf.

中西由起子 [1996] . 「インドネシア」 『アジアの障害者』 現代書館.

本台進 [2006] . 「人口構成の高齢化と不平等の変化—インドネシアにおける
年齢送別不平等度—」 国際東アジア研究センター、Working Paper Series
Vol. 2006-11.

森壯也 [2008] . 「障害者のエンパワメント」 『貧困削減戦略再考—生計向上
アプローチの可能性』 岩波書店.

<外国語文献>

Biro Pusat Statistik [1981] . *Penduduk Indonesia Menurut Propinsi, Seri: L No 3,
Hasil Pencacahan Lengkap Sensus Penduduk 1980 [Population of Indonesia
by Province, Complete Results of Population Census 1980]* , Jakarta, BPS.

Badan Pusat Statistik [2002] . "Selected Statistical Activities in Indonesia," prepared
for Committee on Statistics, 13th Session, Bangkok, Thailand, 27-29
November.

——— [2004] . *Data dan Informasi Kemiskinan: Tahun 2004 [Data and
Information of the Poor: year 2004]* , Jakarta, BPS.

——— [2005] . *Statistik Potensi Desa Indonesia 2005 [Village Potential Statistics
of Indonesia 2005]* , Jakarta, BPS.

Benaissa, Senda [2003] . "2000 National Survey, SUSENAS, Republic of Indonesia,
Case Study, Part 1: Disability Findings." presentation to the World Bank.
<http://info.worldbank.org/etools/bSPAN/PresentationPrint.asp?PID=953&EID=494>

Filmer, Deon [2005] . "Disability, Poverty and Schooling in Developing Countries:

Results from 11 Household Surveys,” *World Bank policy Research Working Paper* 3794.

Gertler, Paul, Sebastian Martinez, David Levine and Stefano Bertozzi [2003] .

“Losing the Presence and Presents of Parents: How Parental Death and Disability Affects Children,” mimeo,

<http://www.economics.pomona.edu/cconrad/Gertleretal-PresenceandPre.pdf>

Sidiby, Markus [2002] . “The Status of Training and Employment Policies and Practices for with Disabilities in Indonesia,” mimeo,

<http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/ability/research.htm>

Strauss, John, Kathleen Beegle, Agus Dwiyanto, Yulia Herawati, Daan Pattinasarany,

Elan Satriawan, Bondan Sikoki, Sukamdi and Firman Witoelar [2004] .

Indonesian living standards : before and after the financial crisis, Singapore :

Institute of Southeast Asian Studies, Santa Monica, California: Rand Corporation.

Surbakti, Pajung [1995] . *Indonesia’s National Socio-Economic Survey: A continual*

Data Source for Analysis Source on Welfare Development, BPS, Jakarta, Indonesia.

http://www.rand.org/labor/bps.data/webdocs/susenat/susenat_main.htm

World Bank [2006] . *Making the New Indonesia Work for the Poor*, The World Bank Office Jakarta.

<その他参考資料>

Asia-Pacific Development Center on Disability, Country Profile

<http://www.apcdproject.org/countryprofile/indonesia/index.html>

¹ Susenas についての以下の説明はBPS、*Statistik Kesejahteraan Rakyat [Welfare Statistics]* 各年版や Surbakti [1995]、本台 [2006: 13-15] を参照した。

² Susenas の質問票は 2003 年までに関してはランド研究所の HP でみること

神、重複の6種類に分類される（国際協力事業団 [2002: 7]）。Podesもこの分類にもとづいているものと思われる。

¹⁶ 障害者世帯を訪れた調査員は、質問票をもとに、障害者が日常生活のうちどの程度までこなすことができるか確認してポイント付けし、その高さに応じて障害の程度を判断している（2006年の社会省でのヒアリングから）。よって、そこで得られた障害の程度についての情報は、2000年 Susenas や Podes と比べて、調査員や回答者の違いによる誤差が出にくいものと思われる。

¹⁷ 小学校校舎を使ったオープン・スクール（SMP Terbuka）に通えば、中学校課程を修了することができる。ただし、2005年までは先生が足りなかったこともあり、SMP Terbukaに通う生徒は少なかった。

¹⁸ この助産婦がマラリアの薬などについても処方している。

¹⁹ まじない師（Dukun）による伝統的治療。患者はお金の他にタバコ、コーヒー、砂糖などでも治療費を支払える（20,000ルピア程度：約250円）。

²⁰ 2005/06年に15歳以上人口の教育水準を調査した際には小学校未就学・未修了者の割合は約40%であった（観察数720人）。幼少時の高熱や先天的と障害の原因を挙げた障害者のうちでは、6人中4人が小学校を卒業未就学・未修了者であるため、村の中でも相対的に教育水準が低い様子が確認できよう。

²¹ Dの父親は元村長で雑貨屋（Warung）を経営しており、村の中では経済的にもっとも裕福な層に属する。補聴器（200,000ルピア：約2,500円）を購入できたのもそのためであろう。ただしDは補聴器の発する音が頭に響くのを嫌がり（格好悪いというのも理由の一つらしい）使っていない。

²² Dは大きな音であれば相手が何を言っているか聞きとることができ、簡単な言語によるコミュニケーションも可能である。

²³ 幼稚園から高校までこの学校は備えており、生徒数は全部で170人（聴覚・言語障害児49名、知的障害児116名、自閉症児5名）。先生は28人、職員は22人。
