

# インドネシアにおける親族内介護需要と若年人口移動 の関連—IFLS による縦断データを用いた分析—

中川 雅貴（国立社会保障・人口問題研究所）

## 1. はじめに

東南アジアで最大の人口規模をもつインドネシアは、2000年から2010年の年平均人口増加率が1.5%になり、1990年代と比較してやや減退しているものの、東南アジア地域における主要国の中では比較的人口増加率の高い国に位置付けられる（UNFPA, 2014）。また、2010年のセンサス結果によると、従属人口指数は51%にまで低下しており、本格的な人口ボーナス期を迎えていると言える。こうした規模と構造に加えて、インドネシアの人口の特徴として、歴史的に、その移動性向（mobility）の高さが挙げられてきた（Hugo 1982; Hugo et al. 1987）。

インドネシアにおける人口移動の全国レベルの動向については、10年ごとに実施されるセンサスによる「5年前の居住地」および「出生地」に関する設問から得られる情報が、主要なデータソースとなっている。これによると、州間（inter-province）移動率といった長距離移動に関する指標は比較的安定しているものの、近年では比較的短距離の移動率が上昇しており、人口移動の地域間格差の拡大も確認されている（BPS, 2012; Muhidin, 2014）。人口移動の地域間格差の背景については、社会経済発展の地理的不均衡から、「移動」をめぐる文化・社会的規範の差異に至るまで、さまざまな要因が指摘されるとともに、人口転換過程における社会経済変化との関連もしばしば指摘されてきた（McNicoll, 1997; Hugo, 1999; Ananta and Muhidin, 2005）。加えて、初等教育の義務化や中・高等教育制度の拡充に伴う若年人口における教育水準の上昇を背景に、インドネシアは、アジア・太平洋地域における外国人労働力の主要な送り出し国にもなっている（Hugo, 1995）。

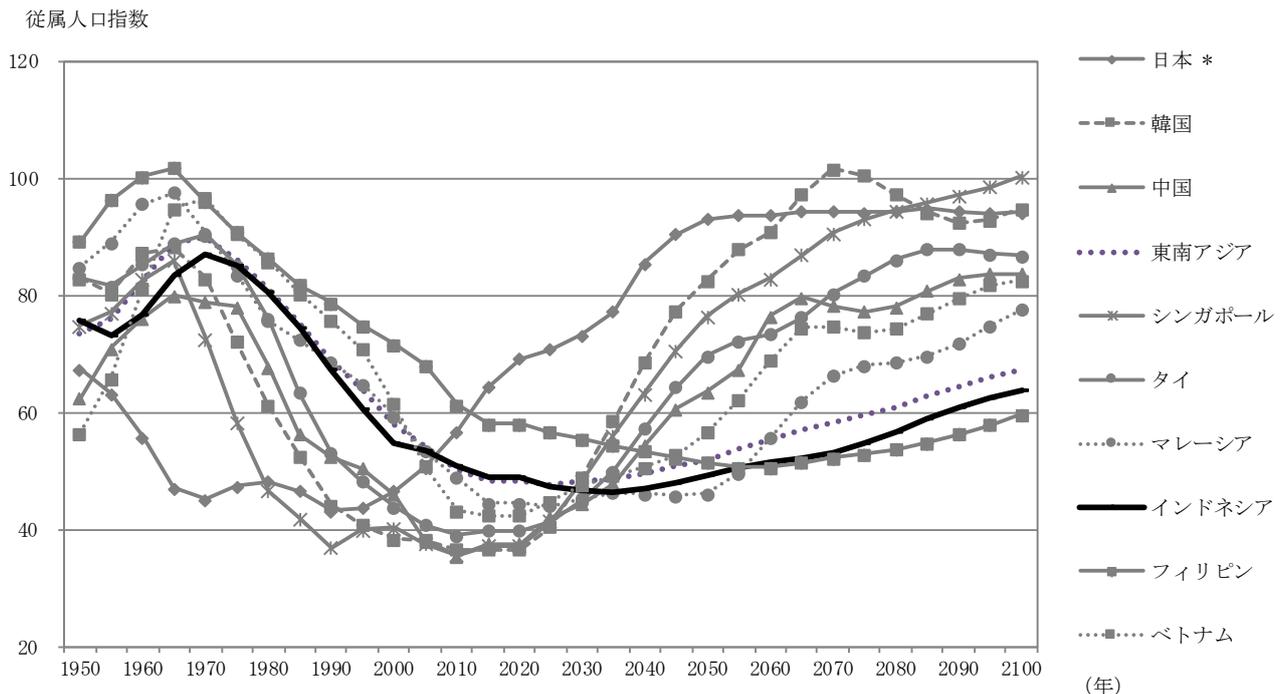
一方で、とりわけ急速な出生率の低下により、東南アジアで最大の人口規模をもつインドネシアにおいても、人口高齢化が着実に進行することが見込まれている。高齢者を対象とした各種の社会保障・福祉制度については、その整備が遅れており、今後の人口高齢化時代においても家族・親族資源に依存したインフォーマルなケアレジームが重要な役割を担うことが予測される（UNFPA, 2014）。また、インドネシア国内の急速な高齢化に伴う高齢者ケア需給のひっ迫は、国際的なケア労働者供給源としてのインドネシアの将来的な役割に関する疑問を喚起するものであるとも言える。

本稿では、こうした問題意識に基づき、インドネシアにおける人口高齢化およびそれに伴う高齢者ケア需要の増加が若年人口移動に与える影響を展望することを目的とし、世代間支援関係の視点から、親の健康状態と若年人口の移動性向の関連を検証する。まず、次節では、インドネシアにおける人口高齢化の動向と特徴を概観する。つづく第3節において、本稿の分析に用いるデータと分析手法を説明したうえで、第4節で分析結果を示す。終節では、本稿における分析結果の要点と含意を確認する。

## 2. インドネシアにおける人口高齢化：概況と特徴

インドネシアにおける合計出生率（Total Fertility Rate, TFR）は1980年の4.6から2010年には2.6に低下する一方で、同期間の平均寿命は57.6歳から69.4歳へと伸長し、古典的な人口転換モデルによって示される「低死亡率・低出生率」状態に至る最終段階にあると言える<sup>1</sup>。人口構造指標をみると、2010年センサスでは高齢化率と年少人口割合がそれぞれ5%、29%となっており、人口構造としては日本の1960年代後半～1970年代に類似している。前述のとおり、2010年のセンサスでは、従属人口指数が51%にまで低下しており、本格的な人口ボーナス期を迎えている。しかしながら、国連人口部の推計によると、インドネシアの従属人口指数は2035年の47%で底をついた後は上昇に転じ、2040年代後半には早くも50%を上回るなど、人口高齢化が着実に進展することが見込まれる（図1）。

図1. 東アジア（東南アジアを含む）各国における従属人口指数の推移



出所：United Nations, DESA, Population Division (2017) *World Population Prospects: The 2017 Revision*. 日本の将来推計人口（2020年以降）については、国立社会保障・人口問題研究所（2017）「日本の将来推計人口（平成29年推計）」による。

<sup>1</sup> インドネシアでは、動態統計に基づいた出生力指標が公表されておらず、ここで示した TFR も DHS (*Demographic and Health Survey*) を用いて BPS が推計した値である (BPS, 2013)。その他、静態統計 (センサス) を用いた Own-Child Method による推計値が参照されることもあるが、子ども数の把握漏れに起因する過少推計が指摘されている (McDonald, 2014)。

インドネシアの人口構造の推移およびその見通しについて、他の東アジア（東南アジアを含む）諸国との比較から検討すると、以下の2点が特徴として指摘できる。まず、従属人口指数の底値が比較的高い点、そして人口ボーナス期が比較的短い点である。前者について、例えば、東アジア地域でいち早く人口転換を達成した日本が経験した従属人口指数の最低値は1990年の43%であり、韓国・中国では、今後の急速な人口高齢化が見通されるものの、2000年代に入って以降は従属人口指数が40%を下回る値で推移している。これに対し、インドネシアの従属人口指数が最も低くなるのは2035年の46%であり、シンガポールやタイの現在の水準よりも高い値で下げ止まることが予測される。2点目の人口ボーナス期の長さ―すなわち従属人口指数の反転タイミングの早さ―は、その人口転換のペース、とくに1980年代以降の急速な出生率の低下に起因している（Hull, 2004; McDonald 2014）。

表1は、2010年センサスにもとづいてBPSが集計した60歳以上人口の居住形態別割合である。男女ともに、高齢者の居住形態として最も多いのは「子および孫と同居」であり、インドネシアにおける60歳以上人口の37%を占める。この割合は、年齢とともに上昇し、80歳以上では男性で38%、女性で48%となっている。また、「子と同居」の割合を加えると、80歳以上の男性を除いたすべての性・年齢階級別グループで50%を上回っている。このことから、インドネシアにおいては、老親との同居規範が根強く、高齢者の扶養およびケアにとっては子や孫をはじめとする中心とする家族資源が重要な役割を担っていることが示唆される。

表1. インドネシアにおける高齢者の居住形態，2010年

	60歳以上								
	60歳～70歳			70歳～80歳		80歳以上			
	男女	男	女	男	女	男	女	男	女
単身	9.8	4.2	14.6	3.1	11.9	5.4	18.2	7.5	18.4
配偶者のみ	18.1	24.2	12.9	21.8	16.0	28.3	10.3	27.7	4.4
子と同居	18.3	28.1	10.0	34.8	13.6	19.2	5.5	10.4	4.0
子および孫と同居	36.5	31.4	40.9	29.3	37.8	33.8	44.2	37.8	47.8
その他	17.3	12.2	21.7	11.0	21.8	13.2	21.8	16.6	25.5
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

注：単位は%  
出所：BPS (2012)

単身世帯に住む高齢者の割合は、60歳人口全体の約10%未満に過ぎないが、高齢女性において顕著に高くなる傾向がみられる。これは、配偶者との死別により単身居住となる割合が女性において比較的高いためであると考えられる<sup>2</sup>。とりわけ女性の高齢者において単身世帯に居住する割合が年齢とともに上昇する傾向を考慮すると、高齢化の進展に伴い、単身高齢者の規模が増大することが予測される。前述のとおり、インドネシアにおいては多世代同居や老親扶養規範が根強く残るなかで、「家族と同居しない高齢者」のサポートやケアが、今後の高齢化社会の新たな課題として顕在化する可能性がある。

<sup>2</sup> 加えて、インドネシアでは、高齢期における配偶者との死別後に再婚する割合が男性において高いことが指摘している（UNFPA, 2014）。

出生率の低下を背景に人口高齢化が加速する一方で、多世代同居・老親扶養規範が根強く残る社会においては、家族・親族資源に依存したインフォーマルなケアレジームへの依存が強まることが予想される。医療保険・年金制度をはじめとする高齢者を対象とした各種の社会保障制度や公的福祉制度の不備は、この傾向を助長し、金銭的支援のみならず身体的サポートも含めた高齢者ケアにおける家族・親族資源への需要は高まると考えられる。このような社会的・制度的環境は、インドネシアのように急速に高齢化が進展する国や地域の若年人口に、いかなる影響を与えるのであろうか。

たとえば、インドネシアと同様に高齢化が急速に進む中国に関するデータを用いた研究では、親の健康状態の悪化や身体的機能の低下が、若壮年期の子どもの移動性向を有意に低下させるという分析結果が報告されている (Giles and Mu, 2007)。インドネシアにおいては、進学や就職、そして出稼ぎ労働に伴う移動(転出)が、残された家族 (*left-behind family*) に及ぼす影響について、おもに金銭的支援の役割に注目した研究が蓄積されているが、世代間の支援関係、とくに高齢者ケアと移動の関連を検証した分析は、ほとんど見られない (Kreager, 2006)。親の身体的ケアや介護ニーズと若壮年人口の移動性向との関連について分析することにより、高齢化が加速する今後のインドネシアにおける人口移動だけではなく、アジア・太平洋地域における外国人労働力の主要送り出し国の一つとしてのインドネシアの将来的な役割を展望するうえでも、示唆に富む知見を得ることが期待できる。以下では、インドネシアで継続的に実施されている世帯縦断調査による大規模個票データを用いて、世帯内における介護需要が若年人口の移動確率に与える影響について検証する。

### 3. 分析に用いるデータと分析手法

本稿の分析に用いるデータは、*Indonesia Family Life Survey (IFLS)*による最新のデータである。IFLSは、米ランド研究所 (RAND Corporation) と国立インドネシア大学人口研究所 (Lembaga Demografi, University of Indonesia) の協力によって1993年に開始された調査プロジェクトであり、調査の実施に際してはインドネシアの全26州 - *provinsi* - (当時)のうち13州を対象に標本設計が行われた。調査の対象とならなかった地域が存在するのは、離島が大半を占めるために実査に際するコスト上の問題が懸念されたこと、政治的・社会的に不安定で、調査に危険が伴うと判断されたためである。調査対象となった13郡は、インドネシアの総人口のおよそ83% (当時)を占めており、1993年に実施された第1回調査では、この13郡より抽出された7,730世帯のうち91.9%にあたる7,730世帯より有効回答を得ている。第1回調査では、調査対象の世帯から、以下の世帯員を対象とする対面調査が実施された<sup>3</sup>：

- ① 世帯主と配偶者
  - ② 世帯内から無作為に抽出された15歳未満の世帯員2名
  - ③ 残りの世帯員から無作為に抽出された50歳以上の世帯員1名
- ※さらに、調査対象となった世帯から25%の世帯を無作為に抽出したうえで、

---

<sup>3</sup> IFLSの標本設計およびフォローアップ調査を含む調査の実施状況の詳細については、Straus et al. (2016)を参照。

①～③に該当しなかった 15 歳から 49 歳の世帯員から無作為に抽出された 1 名が対面調査に加わる。

こうして実施された第 1 回調査における個人の対面調査データは、22,000 レコードを超えている。調査項目は、世帯および世帯員の基本属性に加えて、収入・消費・資産、教育・就労（過去の経歴も含む）、結婚および出生行動、健康状態、移動歴など多岐に及ぶ。IFLS の特徴として、同じ世帯に同居しない親および子どもに関しても、限定的な項目に関してはあるものの居住地を含む基本属性に関する質問が設けられている点が挙げられる。加えて、第 1 回調査以降、数年ごとに実施されているフォローアップ調査では、前回調査以降に調査対象の世帯を離れた世帯員についても追跡調査が実施されるなど、高いパネル残存率の維持を企図した調査設計となっている。第 1 回調査に回答した世帯および世帯員を対象に、1997 年から 98 年に第 2 回調査、2000 年に第 3 回調査、2007 年に第 4 回調査が順次実施され、直近の第 5 回調査は 2014 年から 2015 年にかけて実施された。第 1 回調査に回答した 7,224 世帯のうち、88%に該当する 6,341 世帯が第 5 回調査において捕捉されており、非常に高いフォローアップ率を維持している<sup>4</sup>。

本章では、IFLS による縦断データによって把握される移動歴に関する最新の情報を用いて、その関連要因に関する分析を行う。分析の対象は、2007 年から 2008 年にかけて実施された IFLS の第 4 回調査（*Wave 4*、以下 2007 年調査とする）において 20 歳～49 歳であった男女のうち、2014 年～15 年に実施された第 5 回調査（*Wave 5*、以下 2015 年調査とする）への回答が得られた調査対象者である。

被説明変数は、2007 年調査から 2014 年調査までの期間における移動歴の有無である。IFLS では、調査回ごとに複数の設問項目によって、個人および世帯の移動歴を詳細に尋ねているが、ここでは 2014 年調査における「前回調査からの村外移動歴」に関する項目を用いる。具体的には、「前回調査（2007）以降、少なくとも 6 ヶ月以上の滞在のために、当時住んでいた村を離れたことがありますか？」という問いに対する、「はい／いいえ」の選択肢による回答情報を用いる。移動歴および移動経験に関する複数の項目のうち、この設問に対する回答を分析に用いる理由は、比較的欠損値が少ない変数であることに加えて、「6 ヶ月以上」という滞在期間を限定することによって、いわゆる「短期滞在」を目的とした移動を除外できること、そして、移動先から帰還した人の移動歴についても把握できるためである<sup>5</sup>。この項目によって 2007 年調査から 2014 年調査までの期間における移動歴が把握できた人の割合は、分析対象全体の 25%であった（表 2）。

---

<sup>4</sup> フォローアップ調査間における部分的なパネル脱落およびすべての世帯員の死亡が確認されたケースを含む。なお、実際に第 5 回調査が実施できたのは、第 1 回調査の回答世帯の 87% である。

<sup>5</sup> たとえば、前回調査時点（あるいは 5 年前）の居住地と現住地との比較によって移動を把握した場合、調査時点において移動先に居住する対象者のみが「移動者」としてカウントされることになる。

表 2. 分析に用いる変数の記述統計

N = 14,935		配偶関係	
移動歴：2007年～2014年		未婚	15.2%
なし	75.1%	有配偶	81.3%
あり	24.9%	離別	2.1%
親の健康状態：悪い		死別	1.3%
同居：SRH	3.8%	教育水準	
同近居：SRH	7.8%	中等教育未修了	58.6%
同居：ADL	2.1%	中等教育修了	28.8%
性別		高等教育修了	12.6%
男性	45.7%	就業状態	
女性	54.3%	就業中	64.9%
年齢		求職中	1.5%
20 - 24 歳	18.5%	就学中	1.6%
25 - 29 歳	22.7%	おもに家事	30.2%
30 - 34 歳	18.5%	その他	1.9%
35 - 39 歳	16.4%	生きようだい	
40 - 44 歳	12.8%	なし	6.1%
45 - 49 歳	11.0%	(平均)	(3.90)
(平均)	(37.75)	自分の健康状態	
		悪い	11.6%

注：「移動歴：2007～2014年」以外の変数は、いずれも2007年調査（Wave 4）時点の情報を用いた。  
データ：Indonesia Family Life Survey Wave 4 および Wave 5。

説明変数となる親族内介護需要については、親の健康状態に関する情報を代理変数として用いる。IFLSでは、各調査時点で同居する世帯員を対象に、4段階からなる健康度自己評価（Self-rated health、以下SRHとする）<sup>6</sup>を尋ねており、加えて、40歳以上の世帯員については、日常生活を送るために必要な動作（Activity of Daily Livings）について、10項目からなる質問を設けている。ADLに関する10項目は、以下のとおりである：

- ・（バケツのに入った水程度の）重い荷物を20メートル運ぶことができる。
- ・水の入ったバケツを井戸からくみ上げることができる。
- ・1km歩くことができる。
- ・掃き掃除ができる。
- ・屈んだり立ち上がったりの動作を繰り返し行うことができる。
- ・介助なく服を着ることができる。
- ・介助なくトイレに行くことができる。
- ・入浴することができる。
- ・床に座った状態から介助なく立ち上がることができる。
- ・椅子に座った状態から介助なく立ち上がることができる。

<sup>6</sup> SRHは、国内外の社会調査において広範に採用されている健康指標であるが、計測の簡便性に加えて、他の健康指標との関連性、とくに死亡リスクに対する予見力がある程度もつことが報告されている（例えば、Idler and Benyamini 1997; Ford et al. 2008 など）。また、主観的な指標であるSRHについては、精神的な健康状態も反映した well-being に関する総合的（holistic）な指標としての有用性も指摘されている（Grundny and Slogett 2003 など）。

IFLS では、40 歳以上の世帯員については、こうした日常生活動作に関する項目それぞれに関して「支障なくできる」「支障がある」「できない」という選択肢から回答することになっている。本分析では、これら 10 項目のうち半数の 5 項目以上について「支障がある」あるいは「できない」のいずれかが回答するケースを「日常生活を送るために必要な動作ができない」とした。なお、分析の対象者の年齢（2007 年調査時点 20～49 歳）と親の年齢を比較した場合に論理矛盾が生じるケースが確認されたため、同居する親の健康状態については、SRH（「やや悪い」あるいは「非常に悪い」に該当）と ADL（10 項目中 5 項目以上で「支障がある」あるいは「できない」が該当）のいずれで計測した場合でも、60 歳以上の世帯員が該当する場合は、「健康状態の悪い親と同居する」ケースとした。

前述のとおり、IFLS によるデータを用いる利点の一つとして、同居していない親（*non-coresident parents*）についても、その現住地（死亡している場合は死亡年月と死亡時の居住地）および健康状態を含む多岐に渡る情報を把握することができるという点が挙げられる。本分析では、同居していない親に関しても、その居住地が回答者と同じ村内（*in the same village*）であるケースを「近居」とし、なおかつ SRH が「やや悪い」あるいは「非常に悪い」に該当する場合は、「健康状態の悪い親と近居する」ケースとした。なお、ADL に関する設問は、同居する親（世帯員）についてのみを対象としており、別居する親については ADL で計測した健康状態を把握することができない。

以上の方法に基づいて親の健康状態を計測したところ、SRH でみた健康状態の悪い親と「同居」する対象者の割合は分析対象全体の 3.8%、SRH でみた健康状態の悪い親と「同居あるいは近居」する対象者の割合は 7.8%であった。ADL で計測した健康状態の悪い親と同居する割合は、SRH で図った場合よりも低く 2.1%であった。本分析では、こうした 2007 年調査の結果から把握した親の健康状態と、それ以降の移動歴との関連について検証する。移動歴の有無に関する二項変数を被説明変数とするロジスティック回帰分析に際しては、年齢・配偶関係といった人口学的基本属性に加えて、教育水準や就業状態といった社会経済的属性、そして生きよう数と（自分の）健康状態に関する変数を統制変数として用いる。分析の対象は、これらすべての変数に関する有効値が得られる 14,935 ケースである。各変数の記述統計は、前出の表 2 のとおりである。

## 4. 分析結果

表 3 は、分析に用いる属性ごとの移動経験者（2007 年調査から 2014 年調査）の割合を示したものである。分析対象の全 14,935 ケースにおける移動経験者の割合（25%）と比較して、健康状態の悪い親と「同居」するケースでは、その割合が低くなる傾向がみられる。また、（SRH で計測した）健康状態の悪い親と「同居あるいは近居」するグループでは、移動者割合が 20%を下回っている。

同様に、人口学的基本属性による違いをみると、女性よりも男性で若干割合が高くなっているのに加えて、若年層および未婚者において移動率が高いという一般的な傾向と整合的な結果が確認できる。また教育水準別では、中等教育（*Senior high school*）未修了者と比較して、高等教育（*College / University*）修了者の移動率が 20 ポイント近く高くな

っている。そして、全体に占める割合は小さいものの、2007年調査時点で「就学中」であった場合、2014年調査までに移動を経験する割合は62%と顕著に高くなっている。これは、卒業後の進学や就職に伴う移動によるものであると考えられる。その他、生きようだいの有無でみると、きょうだいがいないケースにおいて移動者割合移動率が若干高くなる一方で、健康状態による違いはほとんど見られない。

表 3. 属性別にみた移動者割合 (2007年～2014年)

親の健康状態:悪い		教育水準	
同居:SRH	22.7%	中等教育未修了	18.9%
同近居:SRH	17.7%	中等教育修了	31.1%
同居:ADL	21.8%	高等教育修了	38.2%
性別		就業状態	
男性	26.6%	就業者	24.5%
女性	23.4%	求職中	37.7%
年齢		就学中	61.8%
20-24歳	43.2%	おもに家事	22.7%
25-29歳	32.6%	その他	32.0%
30-34歳	20.9%	生きようだい	
35-39歳	15.6%	なし	30.0%
40-44歳	13.8%	あり	24.5%
45-49歳	11.5%	自分の健康状態	
配偶関係		悪くない	25.0%
未婚	49.8%	悪い	23.6%
有配偶	20.2%	平均	24.9%
離別	27.1%	N = 14,935	
死別	19.2%		

注:「移動歴:2007～2014年」以外の変数は、いずれも2007年調査(Wave 4)時点の情報を用いた。データ:Indonesia Family Life Survey Wave 4 および Wave 5.

表 4 は、ロジスティック回帰モデルによる多変量分析の結果である。「SRH で計測した健康状態の悪い親と同居」「SRH で計測した健康状態の悪い親との同近居」「ADL で計測した健康状態の悪い親との同居」それぞれの説明変数について、主効果のみを推定したモデルと、性別との交互作用効果を投入したモデルを用いて、それぞれオッズ比を推定した。まず、SRH によって親の健康状態を計測した変数を用いたモデルによる推定結果をみると、同居・同近居いずれのケースでも、親の健康状態が悪い場合に若年層の移動確率が有意に低下するという結果になった。具体的には、健康状態の悪い親と同居する場合、本人の移動確率は23%低下し(オッズ比0.77)、健康状態が悪い親が近居する場合も含めた場合では、移動確率は30%近く低下する。一方、ADL で計測した同居する親の健康状態については、有意な効果が認められなかった。また、SRH で計測した場合でも、本人の性別との有意な交互作用は検出されなかった。これは、「親族内の介護需要が移動に与える効果が男女間で異なる」とする仮説が支持されないことを意味する。

表 4. 2007～14年の移動確率に関するロジスティック回帰分析によるオッズ比の推定値

	同居する親の健康 SRH		同居・近居する親の健康 SRH		同居する親の健康 ADL	
親の健康状態：悪い	0.770 **	0.744 *	0.705 ***	0.688 ***	0.820	0.870
性別（女性 = 1）	0.865 ***	0.863 ***	0.864 ***	0.862 ***	0.865 ***	0.867 ***
親の健康状態×性別		1.068		1.048		0.892
年齢（Ref: 20-24歳）						
25 - 29歳	0.799 ***	0.799 ***	0.801 ***	0.800 ***	0.797 ***	0.797 ***
30 - 34歳	0.485 ***	0.485 ***	0.487 ***	0.487 ***	0.483 ***	0.483 ***
35 - 39歳	0.340 ***	0.340 ***	0.341 ***	0.341 ***	0.339 ***	0.339 ***
40 - 44歳	0.305 ***	0.305 ***	0.306 ***	0.306 ***	0.305 ***	0.305 ***
45 - 49歳	0.263 ***	0.263 ***	0.264 ***	0.264 ***	0.263 ***	0.263 ***
配偶関係（Ref: 有配偶）						
未婚	2.186 ***	2.186 ***	2.173 ***	2.173 ***	2.165 ***	2.166 ***
離別	1.820 ***	1.820 ***	1.825 ***	1.825 ***	1.793 ***	1.794 ***
死別	1.719 ***	1.719 ***	1.719 ***	1.719 ***	1.705 ***	1.705 ***
教育（Ref: 中等教育未修了）						
中等教育修了	1.589 ***	1.589 ***	1.580 ***	1.580 ***	1.593 ***	1.593 ***
高等教育修了	2.118 ***	2.118 ***	2.106 ***	2.106 ***	2.122 ***	2.121 ***
就業状態（Ref: 就業中）						
求職中	0.919	0.920	0.919	0.919	0.914	0.913
就学中	1.309 *	1.310 *	1.304 *	1.304 *	1.319 *	1.318 *
おもに家事	1.027	1.027	1.026	1.026	1.026	1.026
その他	0.942	0.943	0.942	0.943	0.941	0.941
生きようだい数	1.027 ***	1.027 ***	1.027 ***	1.027 ***	1.026 ***	1.026 ***
自分の健康状態：悪い	0.993	0.993	1.002	1.002	0.991	0.991
定数項	0.575	0.575	0.573	0.574	0.578	0.577
対数尤度	-7543.833	-7543.787	-7537.620	-7537.581	-7545.9159	-7545.843
LR chi-square	1661.33 ***	1661.42 ***	1673.75 ***	1673.83 ***	1657.16 ***	1657.31
自由度	37	38	37	38	37	38
ケース数	14,935	14,935	14,935	14,935	14,935	14,935

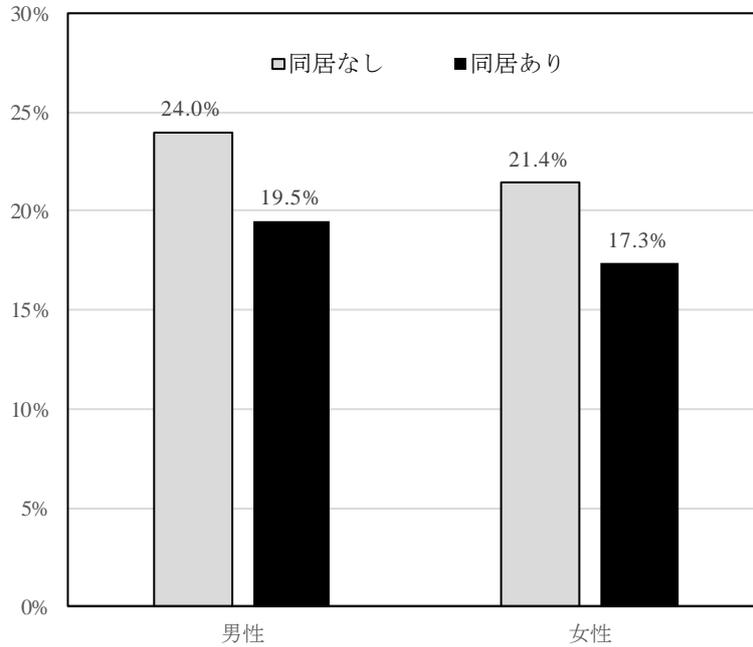
\*\*\* p < 0.01, \*\* p < 0.05, \* p < 0.1.

Ref.: レファレンスカテゴリ

（注）その他、2007年調査時点での居住地域（Province）を示すダミー変数を統制変数として加えた。

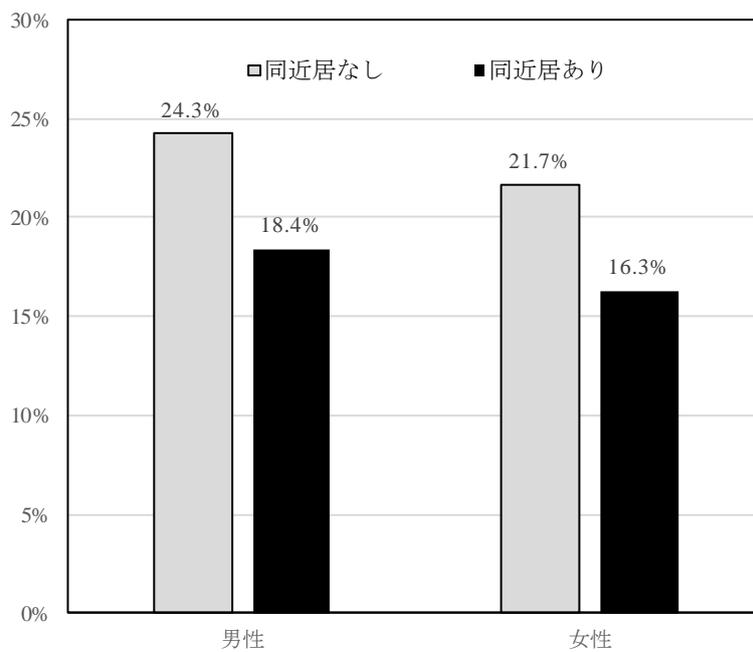
なお、性別・年齢・配偶関係といった人口学的基本属性ならびに教育水準・就業状態といった社会経済的属性に関しては、表4で確認された傾向が多変量解析による結果からも確認された。例えば有配偶者と比較して未婚者の移動確率は、モデルに投入された他の変数による効果を統制した場合、2倍以上になるという推定結果が示されている。同様に、中等教育未修了者と比較して、高等教育修了者の移動率に関するオッズ比は2倍以上になっている。「生存するきょうだい」については、ここでは、その「有無」ではなく「きょうだい数」を用いたが、きょうだい数が多いほど移動確率が有意に高くなるという結果が示された。これは、きょうだい間で親の介護がシェアされ、結果として、きょうだい数が多いほど、その負担が逓減されることを示唆していると考えられる。

図 2. 健康状態（SRH）の悪い親との同居の有無別にみた移動率の推定値



データ：Indonesia Family Life Survey Wave 4 および Wave 5 による筆者推定。推定値の算出に用いたモデルの詳細については表 4 を参照。

図 3. 健康状態（SRH）の悪い親との同近居の有無別にみた移動率の推定値



データ：Indonesia Family Life Survey Wave 4 および Wave 5 による筆者推定。推定値の算出に用いたモデルの詳細については表 4 を参照。

図 2 と図 3 は、SRH で計測した健康状態の悪い親と「同居」する場合と、「同近居」する場合の移動確率について、ここでの分析結果に基づく推定値を計算したものである。前述のとおり、いずれのモデルにおいても親の健康状態と本人の性別との交互作用については有意な効果が検出されなかったが、女性よりも男性において移動率が高くなる傾向が確認できる。例えば、男性の場合、健康状態の悪い親と同居する場合の移動確率は約 20% であるが、健康状態の悪い親と同居しない場合、移動確率の推定値は 24% に上昇する。女性の場合は、それぞれ 17% と 21% である。

## 5. 考察とまとめ

インドネシアでは高い人口増加率が続くとともに、従属人口指数も低下しているが、他の東アジア・東南アジア諸国と比較して、人口ボーナスのピーク（従属人口指数の底）は浅く、その期間も比較的短くなることが見込まれている。一方で、高齢者の居住形態をみると、高齢になるほど子や孫と同居する割合が高くなっており、伝統的な多世代同居・老親扶養規範の根強さが示唆される。高齢者ケアを含む公的な社会保障・福祉制度が未整備な状況での高齢化の進展と高齢者ケア需要の拡大は、子どもをはじめとする家族や親族資源に依存したインフォーマルなケアレジームへの依存を強めることが予想される。また、出生率の低下に伴う子ども数の減少により、今後、とくに若い世代における親へのサポートの負担が拡大することが予想される。

こうしたインドネシアにおける高齢化をめぐる社会的・制度的環境は、インドネシアの人口学的特徴の一つである若年人口の高い移動性向にいかなる影響を与えるのであろうか。IFLS による縦断データを用いて、親族内介護需要と若年人口移動の関連について検証したところ、同居する親の健康状態（主観的評価、SRH）が悪い場合は、若年世帯員の移動確率が有意に低下することが確認された。親の健康状態による効果は、同じ村内に居住（近居）している親の健康状態を含めた場合に、より強くなるという結果が確認できた。このことから、成人子による親の介護を含む親子間の支援関係が、親子で同居している場合でなくても維持されていることが示唆され、老親支援規範の頑健さがうかがえた。ただし、親の健康状態を ADL で計測したモデルを用いて分析したところ、有意な効果は検出されず、分析結果の頑健性については一定の留保を置く必要がある。なお、生存きょうだい数が移動確率を有意に上昇させることが確認されたが、これは、少子化によってきょうだい数が減少している若年コホートにおいては、親による支援ニーズが発生した場合に、その移動性向が低下する可能性を示唆している。

人口転換の到達点としての高齢社会に備えて、インドネシアにおいても、医療・年金制度をはじめとする高齢者を対象とした各種の社会保障制度の整備が急がれている。しかしながら、たとえば医療保険制度については、2014 年に「医療保険実施機関」（BPJS Health）が設置されたものの、国民皆保険化は 2019 年まで先送され、年金制度の整備も遅れている（厚生労働省, 2014）。インドネシアは、一方で、アジア・太平洋地域においてフィリピンに次ぐ第二の規模の外国人労働者を送り出す主要送出国の一つであるが、近年の介護・看護分野における二国間協定を通じた人材の送り出しには、先進国からの技能移転を通じた

人材育成ならびに国内の保健医療制度の整備に貢献するという役割も期待されている。先進国において期待が高まる国際的なケア労働者供給源としての役割と、高齢化が進展するインドネシア国内において高まるニーズとの整合性を確保することが、日本を含む諸外国との二国間協定を通じた労働者の送り出し政策に求められている。

#### 引用文献

- Ananta, A. and Muhidin, S. (2005) “Completion of Vital Transition and Changing Migration in Indonesia: Empirical Results and Projection Scenarios”, *Population Review* 44 (1): 36-55.
- BPS (Badan Pusat Statistik) (2012) *Population of Indonesia: Result of Indonesia Population Census 2010*, BPS, Jakarta.
- BPS (Badan Pusat Statistik) (2013) *Indonesia Demographic and Health Survey 2012*, BPS, Jakarta.
- Ford, J., Spallek, M. and Dobson, A. (2008) “Self-rated Health and a Healthy Lifestyle Are the Most Important Predictors of Survival in Elderly Women,” *Age and Ageing* 37(2): 194-200.
- Giles, J. and Mu, R. (2007) “Elderly Parent Health and the Migration Decisions of Adult Children: Evidence from Rural China,” *Demography* 44 (2): 265-288.
- Grundy, E. and Sloggett, A. (2003) “Health Inequalities in the Older Population: the Role of Personal Capital, Social Resources and Socio-economic Circumstances”, *Social Science & Medicine* 56(5): 935-947.
- Hugo, G. (1982) “Circular Migration in Indonesia”, *Population and Development Review* 8 (1): 59-83.
- Hugo, G. (1995) “Managing mobilisation and migration of Southeast Asia’s population”, In Wong, T.C. and Singh M. (eds.), *Development and Challenge: Southeast Asia in the New Millennium*, Times Academic Press, Singapore, pp. 171-214.
- Hugo, G., Hull, T., Hull, V. and Jones, G. (1987) *The Demographic Dimension in Indonesian Development*, Singapore: Oxford University Press.
- Hull, T.H. (2004) “Introduction: Indonesia’s Population from 1950 to 2000: Carving out New Futures”, In Hull, T.H. (ed.), *People, Population and Policy in Indonesia*, Jakarta: Equinox Publishing, pp. 17-21.
- Idler, L. and Benyamini, Y. (1997) “Self-rated Health and Mortality: A Review of Twenty-seven Community Studies”, *Journal of Health and Social Behavior* 38(1): 21-37.
- Kreager, P. (2006) “Migration, Social Structure and Old-Age Support Networks: A Comparison of Three Indonesian Communities”, *Ageing and Society* 26 (1): 37-60.
- McDonald, P. (2014) “The Demography of Indonesia in Comparative Perspective”, *Bulletin of Indonesian Economic Studies*, 50 (1): 29-52.
- McNicoll, G. (1997) “Indonesia’s Population Growth and Distribution in the 21st Century: Projections and Speculations”, In Jones, G.W. and Hull, T.H. (eds.), *Indonesia Assessment: Population and Human Resources*, Institute of Southeast Asian Studies, Singapore, pp. 264-284.
- Muhidin, S (2014) “Migration Pattern: People on the Move”, in Hill, H. (ed.) *Regional Dynamics in a Decentralized Indonesia*, Singapore: ISEAS Publishing, pp.317-341.
- Strauss, J., Witoelar, F., and Sikoko, B. (2016) “The Fifth Wave of the Indonesia Family Life Survey: Overview and Field Report”, *RAND Labor and Population Working Paper Series #1143 (WR-1143/1-NIA/NICHD)*.
- UNFPA (United Nations Population Fund) (2014) *Indonesia on the Threshold of Population Ageing* (UNFPA Indonesia Monograph Series: No.1), UNFPA Indonesia, Jakarta.
- 厚生労働省 (2014) 『2014年 海外情勢報告』(第5章 東南アジア地域にみる厚生労働施策の概要と最近の動向, 第2節 インドネシア) pp.351-358.