医 74－37(127)

バングラデシュ医療協力基礎調査団報告書

昭和50年2月

国際協力事業団

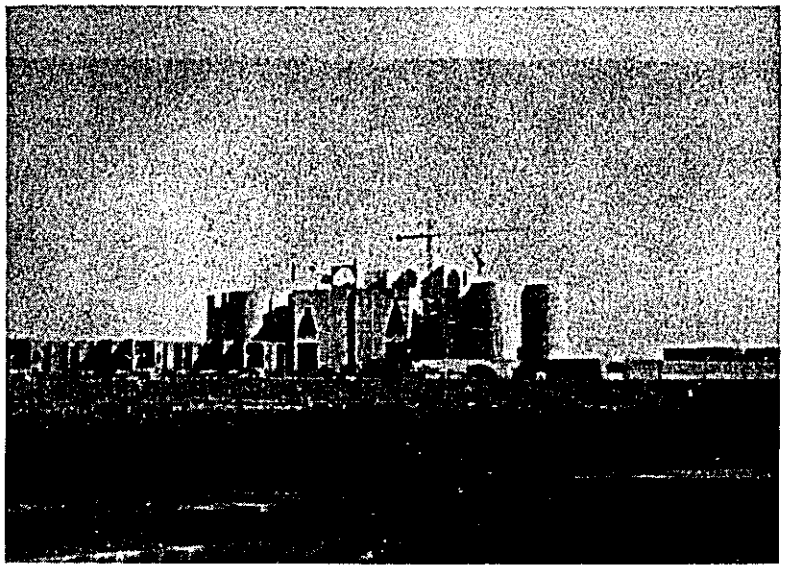
1
2
C

国際協力事業団
受入
月日 '84. 3. 16
登録No. 00733
101
90.2
MC

目　　次

Ⅰ　調査団派遣の経緯と目的 …… 1
Ⅱ　調査団の構成 …… 2
Ⅲ　調　査　日　程 …… 3
Ⅳ　バングラデシュ一般状況 …… 8
Ⅴ　人　口　問　題 …… 13
Ⅵ　人口家族計画行政 …… 20
Ⅶ　家族計画援助 …… 36
Ⅷ　バングラデシュの家族計画プロジェクトに対する協力のあり方についての私見 …… 41
（慶応義塾大学医学部教授　飯塚理八）
Ⅸ　日本政府への提言 …… 47
Ⅹ　調査団が接触したバングラデシュ政府並びに国際機関等の関係者リスト …… 50
Ⅺ　収集資料一覧表 …… 54

JICA LIBRARY
1012283[6]



目下建設中の「パ」国の国会議事堂

Dacca 市内の一般風景

Dhamrai 郡（Dacca市北方約２５マイル）のHealth Center

左より小林団長，飯塚教授，吉田団員，橋浦団員，長田団員，工藤外務事務官（本Teamえの同行者）Mr.Muktader（「バ」国F.P.Board担当官

厳しい試験をパスして，ＬＨＷＶをめざす女子生徒

本 Team と先方政府関係者との間の Discussion の模様

I　調査団派遣の経緯と目的

バングラデシュ国における保健，医療並びに家族計画部門に対する政府ベースの協力については，同国が東パキスタン時代以来，上記部門についての協力要請等を行なわなかったことに等により，これまで，わが方の実績は全く見られないが，客年６月，同国政府は，目下，推進中の第１次開発５カ年計画（１９７３年～１９７８年）のうち，最重点を置いている家族計画プロジェクトに対する協力を要請越した。

その主な内容は，(1)人工妊娠中絶の技術指導のための専門家の派遣，(2)家族計画活動におけるマネージメント及び人工妊娠中絶の技術修得のための研修員の受入れ，(3)人工妊娠中絶技術の研究補助，(4)家族計画プロジェクト推進にかかる所要機材類の供与，(5)Ｂ．Ｄ．国にコンドーム工場を建設するためのフィージビッティー調査であるが，周知のとおり，アジア地域の人口抑制問題は，近年，世界的に関心を集めている重大課題であり，とりわけ先の'７１年の印パ戦争からの苦難のすえ独立して日も浅いB.D. 国は，わが国の４０％程度の国土に約7,500 万の人口をかかえ，これが年々３％の率で増加を続けており，この分で推移すると同国の人口は，２２年後の１９９６年には，現在の２倍の１億5,０００万人に膨れ上ることになり，今後，同国が国造りを進めるうえで，解決をせまられる巨大な難問であるので，本分野に対する協力は，将来，B.D.国の経済社会開発計画の推展に寄与するところ極めて大きいので本件要請を出来るだけ前向きに検討することになり，同国が申し出ているニードの実態並びに要請の背景等を調査し，わが方の協力の可能性について決論を見出すとともに，併せて，可能な限り，同国の最新の医療事情を把握するため，本件調査団が派遣されることとなった。

Ⅱ　調査団の構成

	氏　　名	担当業務	所　属　先
団長	小　林　和　正	総括及び家族計画	厚生省，人口問題研究所，人口資質部長
団員	飯　塚　理　八	産婦人科	慶応義塾大学，医学部教授
〃	吉　田　茂　芳	家族計画	家族計画国際協力財団，事業部長
〃	長　田　満　江	経済事情	アジア経済研究所，動向分析部
〃	橋　浦　広　志	業務調整	ＪＩＣＡ，医療協力部医療第一課長代理

Ⅲ 調査日程

(1974) 月 日	曜 日	活 動 概 要
11. 14	(木)	東京発，Bangkok 着
11. 15	(金)	Bangkok 発，Dacca 着 日本大使館表敬訪問，及び同館並びにＪＩＣＡ事務所と調査日程等にかかる打合せを行なった。７：３０ＰＭより日本大使主催のDinner に出席した。
11.16	(土)	保健家族計画省（population Division）訪問し，第１回目の意見交換，資料情報収集を行なった。
11. 17	(日)	(休)
11. 18	(月)	(1) Project Director, Post Partum (2) Director, Family Planning Board (3) Deputy Secretary, (ERD) (4) Additionary Secretary, Ministry of planning (Planning Commission (5) Chief, Health, Population, Planning, Social Welfare, Rehabilitation Sector, (Planning Commission) 等を訪れ，意見交換並びに資料情報収集を行なった。
11. 19	(火)	(1) Secretary, Ministry of Education, Cultural Affairs and Sports (2) Director, Inspection Directorate (3) Chairman, Bangladesh Institute of Development Studies

(1974) 月　日	曜　日	活　動　概　要
		(4) Director, Institute of Statistical Research, Dacca University等を訪問し，意見交換，さらに資料情報収集を行なった。
11. 20	(水)	(1) Dhamrai Thana Health Center (Dacca市北方約２５マイル)を訪問し，その施設及びF•P•Programmeの実施状況等の視察を行なった。 (2) Bangladesh Family Planning Association (民間団体，ＩＰＰＦの加入メンバー)を訪れ，そこのPresident 以下数１０名の関係者と意見交換を行ない。さらに資料情報収集を行なった。 (3) Joint Secretary, Ministry of Information and Broadcasting と会見し，資料情報収集を行なった。 (4) ベンガル人の平均的な家庭生活の実態を調査するため，国営放送局勤務職員宅（家族数，夫婦及び子供１人，計３人)を家庭訪問した。 (5) Professor (Dr. Firoga Begum) of Obstetrics and Gynaecology, Dacca Medical college と面談し，情報収集を行なった。
11. 21	(木)	(1) Training − Cum − Research Institute (2) Dacca Medical College Hospital and F.P. Clinic (3) Secretary, Ministry of Labour and Social Welfare (4) Director − General, Integrated

(1974) 月　日	曜　日	活　動　概　要
		Rural Development Programme (IRDP) 等を訪問し，意見交換，資料情報収集を行なった。 なお，7：30PMよりSecretay，M.of Health and F.P. (Population Div.) 主催のDinnerに出席した。
11. 22	(金)	(1) Medical officer，WHO (2) Representative，World Bank (3) Representative，SIDA を訪問し，意見交換，資料情報収集を行なった。さらに， (4) F.P.Clinic，Shaymoli and Malibagh を訪れ，その施設並びに活動状況等の視察を行なった。また，7 PM より日本大使主催のDinnerに出席した。
11. 23	(土)	(1) Coordinator，UNFPA (2) Director，ILO Area officeと会見し，資料情報収集を行なった。その後，調査団間で報告書作成要領等について打合せた。
11. 24	(日)	Narayagoj Thana Health Center の活動状況等を視察した。
11. 25	(月)	Dacca より Comillaに移動。 小山田大使が本Teamに同行。 飯塚，吉田両団員は本日帰国した。
11. 26	(火)	(1) B.D. Academy of Rural Development (2) Urban F.P. Clinic，Comilla (3) Barura Thana Rural Health Center 等を訪れ，意見交換，資料情報収集及び施設の

(1974) 月　日	曜　日	活　動　概　要
		視察を行なった。 なお，夕刻，Director，B.D.Academy of Rural Development より Dinner に招かれた。
11. 26	(火)	Comilla より Dacca に帰着。 その後宿舎で収集資料の閲覧を行なった。
11. 27	(水)	Dacca より Chittagong に移動，(空路) (1) Chittagong Training - Cum -Research Insitute (2) Rangunia Thana Health Center等を訪れ，意見交換，資料情報収集及び施設の視察を行なった。 夕刻。B.D. 側より Dinner に招かれた。
11. 28	(木)	サイクロン襲来のため所定の調査活動が不可能となったため，宿舎でChittagong District Technical (F.P.) Officer 等より資料情報収集を行なった。
11. 29	(金)	Chittagong より Dacca に帰着，(空路) 日本大使館で今後の活動日程等を打合せ後， (1) Statistician, Cholera Research Laboratory, (2) Representative, USAID を訪れ，意見交換，資料情報の収集を行なった。
11. 30	(土)	Population Study Center の依頼に応じ小林団長，同Center内で，「日本の人口動向について」講演を行なった。聴講者は Secretay, Ministry of Health and F.P. (Population Division) 他40名位であった。

(1974) 月　日	曜　日	活　動　概　要
12. 1	(日)	調査団間でこれまでの調査結果を踏え，今後B.D.側えの対処のしかたについて意見調整等を行なった。
12. 2	(月)	(1) Secretary, Ministry of Health and F.P. (Population Division) (2) Chief, Health, Population, planning Social Welfare, Rehabilitation Sector (Planning Commission) を訪ね，帰国挨拶を行なうとともにこれまでの調査結果からえられた感想並びに問題点等を申しし述べ，さらに先方の要請内容の再確認等を行ったあと，最終的な意見交換を行なった。 その後 (3) Representative, Ford Foundationと会見し資料情報収集を行なった。
12. 3	(火)	日本大使館へ，これまでの調査結果の概要並びにわが方の協力の在り方等についてのとりあえずの所感を報告した。 Dacca発，Bangkok着(夕刻)
12. 4	(水)	Bangkok発，東京着

Ⅳ バングラデシュ一般状況

１９７１年１２月，３００万といわれる犠牲者を出して独立したバングラデシュは，１９７４年１２月１６日，独立３周年を迎えた。３００年に亘るイギリスの植民地支配を脱し，パキスタンとして独立した時代も，バングラデシュにとっては，真の意味での独立ではなかった。政治的にも，経済的にも，その支配権は西パキスタンに握られて来たのである。それは半植民地的支配とも云える性格のものであった。

長期間に亘る植民地・半植民地支配の後で独立したバングラデシュは，その誕生の当時から多くの困難な問題と直面して来た。北海道の1.8倍しかない国土面積は５万５６００平方マイル，この中に，１９７４年センサスで７１３２万人の人間が生活していかねばならないのである。平方マイル当りの人口密度は１２３８人（１９７４年）日本（１９７０年）は７２６人，イギリス（１９７１年）が５８７人，アメリカ（１９７０年）は５６人でしかない。農家当りの耕作地面積も１９６１年で3.1エーカー，１９７４年には１人当りの農地面積は0.４５エーカーと非常に低いレベルでしかない。

人口の９０％は農村に住み，８０％が農業に依存しているにも拘らず，農業生産水準は非常に低く，食糧の自給も達成しえず，平年作ですら年間約１００万トンの食糧を輸入しなければならず，しばしば襲う洪水あるいは旱魃の年には，輸入必要量は２５０万トン（１９７４年）国の総生産量の1/4にも達する。

かくてバングラデシュは，一方で食糧の自給体制の確立という問題解決に迫られ，他方年率３％で増加する人口問題の解決に迫られている。

これら２つの基本的問題解決に当って，バングラデシュには多くの阻害要因が山積している。しかも，それらは緊急に取り除くことの困難なものであり，基本的問題の解決には，バングラデシュ政府が計画しているよりもより長い期間を必要としよう。

社会的阻害要因

①教育水準の低いこと。１９６１年センサスによれば，識字率は全人口の１５.８％（ダッカ県），最も教育水準の高いダッカ市ですら，５歳以上の人口の４６.９％でしかない。しかもこれは平均的数字であり，女性の社会的地位の低いこの国にあっては，女性の識字率は男性の1/4程度でしかなく，農村においては一層低いものとなる。１９７２年の文部省調査によれば，小学校（５年）学齢児で学校入学児童は全体の５９％，そのうち５年の義務教育をうけて卒業するものは約1/2である。小学校卒業後中学校進学する児童は卒業する人口の1/2 。

②宗教上の問題。バングラデシュは回教徒８０％，ヒンズー教徒１８％，その他（仏教，キリスト教など）２％となっている。非宗教国家を宣言しているものの，回教徒とヒンズー教徒の対立が消失しているわけではなく，それが社会的緊張の因をなすことも多い。８０％を占める回教徒はコーラン及びコーランの解釈をする回教学者（ウラマーとかムッラーとか呼ばれる）の解釈に基づき，伝統的な生活を行っている。もちろん都市においては，特に独立以降，若干の変化もみられるが，農村においては，古くからの習慣，伝統の下に生活している。家族計画との関連で云えば，コーランには人工妊娠中絶を除き，家族計画を禁止する項はない。しかし，むかしからの過酷な自然状況，衛生水準の低さは子供の数を人為的に減らすことに対して否定的に動いて来たのであり，それが宗教と結びついて，現在でも，特に農村において，家族計画の実施に否定的な伝統的雰囲気が根強く残っている。

③家族制度上の問題。回教によれば，女性の地位は低く，常に男性の保護の下におかれる。財産の相続においても，男の子とは差別され，通常，家や土地などの財産は男の子供に均等配分される（コーランによれば，女の子供は男の子供の1/2とされているが，現実には女性は他家に嫁ぐときその所有権を兄弟に与え，その代り里帰りのとき，米・野菜などをもらって帰るという形をとることが多い）。従って，親は男の子供を欲しがる。バングラデシュにおいて，社会保障は無に等しく，病気その他の事故に際しては近い親戚縁者の相互助け合い以外にない。彼等にとって，子供とくに男の子供が多いことは，育てることに現在の生活は犠牲になるかもしれないが，１０歳にもな

ると労働力として田畠で働き，あるいは賃金をとってくるし，老後の生活も保障される。平均年齢も低く，あらゆる病気，自然の災害等は生命に対する危険を大きくし，男の子１人で安心できる状況にはない。２人，あるいは３人の男の子を得るまで安心できず，かくて子供の数は５人，６人となってしまうケースが多い。

④農落共同体の問題。伝統的自給自足体制がくずれ，貨幣経済が浸透して行くにつれて，農落共同体としての結びつきが弱まり，家族の重要性が増してくるため，それが家族成員を増加させる方向に作用する。

政治的阻害要因

①行政機構の問題。バングラデシュとしての独立したものの，中央・地方の行政機構はまだ整っていない。農業開発の必要性は十分認識されているが，農業開発に関する中央政府機関がいくつもあり，(注)その間の調整・連絡は極めて悪く，末端の業務は混乱する。家族計画の実施においても，同じことが云える。その上，中央・地方とも行政官の能率が非常に低く，計画の実施面においてのおくれが目立つ。

②政治的不安定の問題。ラーマン政権は，１９７３年３月に新憲法に基づく総選挙を実施，国会議員の９５％が政府与党であるアワミ連盟に属する１党独裁政権となった。しかし，経済状況の悪化もあって，政情は安定せず，１党独裁の悪い影響が目立つ。パキスタン時代，権力の中枢は西パキスタン人が握っており，それにタッチしえなかったベンガル人上層階層の人々が，インド，ソ連の軍事介入によって独立したバングラデシュの国家権力を手にして，彼らが国家の利益よりも個人の利益を優先させるようになっとして，あるいは当然のことであったのかもしれない。独立してから１９７３年末までの２カ年の外国援助が１５億ドルという。他に類例を見ない巨額な資金が入って来たこと，「社会主義社会」の名のもとに，政府の認可がなければ何１つ実施しえない機構などもあって，政権も担当しているアワミ連盟の指導

（注） 農業省，地方自治農林開発協同組合省，食糧省，土地行政改革省，計画委員会（農業開発部），治水・灌漑省，森林・漁業・家畜省

層，官史（上は大臣から，下は小役人に到るまで）の汚職・不正行為は，かなり目に余るものとなって来ている。当然，アワミ連盟の内部にも，こうした傾向に反対する派閥が生まれ，あるいは「ケーキの分け前」を求めての内部対立も生じて来ている。腐敗した政府に対する野党の攻撃を強くなって来ているし，国民は明確に反政府として意識していない人が多いにせよ。信頼を失いつつあることは否定できない。１９７４年だけをとって見ても，アワミ連盟の指導者で，暗殺された人数は3,０００人を越える。これは，連盟内部の対立からくる暗殺もあろうし，不正行為に対する反感もあろう。ラーマン政権は，軍・民兵・警察の力により，"法と秩序"の回復を目指し，１９７４年１２月には非常事態宣言を発布した。しかし，自分の党内部，政府内部の汚れに，どの程度メスを入うるのが疑問であろう。民心はラーマン首相自身からも，はなれつつある。政治的安定のない限り，農林開発といい，家族計画といい，いかなる政策も成果をあげ得ないことは論をまたない。

経済的阻害要因

①食糧不足。平年作の年ですら１００万トンの食糧が不足するところ，１９７４年の洪水は５０年ぶりと云われ，食糧の不足量は２５０万トンに達する。

洪水による被害は，特に北西部ベンガルのラングプール県，北部のマイメンシン・シレット県で大きかった。これらの地方では，土地を持たない農業労働者がまっ先に生活の糧を失ない，都市に流出し．政府の開いた数少ない給食センターで１日１食の貧しい食事で生きざるを得なくなり，栄養失調で，老人，子供，病人が餓死していった。その人数は．政府の発表した数字ですら１万8,０００人，赤十字によれば５万人，インドの新聞は１０万人を越えたと報じている。彼等は，絶対的な食糧不足の犠牲者であり，同時に相対的食糧不足の犠牲者でもある。食糧，特に米の流通は，殆ど民間の手にまかされ，政府が統制しうる米の量は生産量の１０％程度の政府はそれと外国からの援助食糧（主として小麦）を配給しうるにすぎず，餓死者が出る程の地域に，必要時，必要量の食糧を配給できない。わずかに被災地にいくつかの給食センターを作って，貧しい食事（パン１片とミルク１ぱい）を供給するこ

とが勢一杯なのである。

一方，年間２５０万トンもの食糧を輸入することは至難である。米は国際的不足から購入できず，小麦も国際価格上昇で，２５０万トンすべて輸入するとすれば５億ドル以上の外貨を要する。これはバングラデシュの全輸出額を越える。どうしても外国援助に大部分を頼らざるを得ないが，それも非常に困難な情況にある。食糧の自給達成には，まだ多くの年月を必要とする以上，食糧不足は当分解決する見通しはなく，この不足があらゆる物価上昇に影響を及ぼし，それが政情不安にもつながるという悪循環が断ち切れる見通しは暗いといわざるをえない。

②物価上昇。洪水等による食糧生産の不振及び工業生産の不振に加えて，１９７３年末，オイル・ショックとその後の国際的インフレは，バングラデシュの経済に決定な打撃を与えた。生産財はもちろんのこと，中間財，消費財も多く外国からの輸入に依存する低開発国バングラデシュは，輸入価格上昇がそのまま物価上昇にはねかえる。１９７３／７４年度の物価上昇は，政府発表で平均４０％。しかし，国民の生活に密接する商品については，４０％どころではない。１９７４年１～１２月に米は１モーンド（約３７.５kg）１００タカから２５０タカに，食用油は１シーア（２ポンド）１６タカから２５タカに，食塩は１シーア０.５タカから１２タカに，砂糖は１シーアクタカから１５タカに，衣類（女性用下級綿サリー）も１着２０タカから３５タカにはね上っている。賃金は，この間定期昇給（年間２５～１００タカ）程度しか上昇していないのであり，生活は苦しくなるばかりである。家族計画を真に必要としているのは，都市の上流社会の人々ではなく，土地を持てない，あるいは自給できる程の土地を持てない貧しい農村の人々であり，安い賃金で働く労働者であろう。しかし，生活のきびしさは，こうした人々の上に一層重くのしかかっているのであり，家族計画が，こうした人々の生活の向上と何らかの結びつきを持たせないで導入しようとしても，それは机上の計画でしかなくなってしまうように思われる。農村においては農業協同組合の育成，家内工業の発展と結びつけ，都市では労働者の賃金引上げ，生活協同組合の育成等と結びつけた家族計画が必要であろう。

V 人 口 問 題

1. 人口統計の整備状況

国の人口・家族計画政策を立案する上で，人口センサスや人口動態統計からえられる統計資料は，重要な基本的情報である。しかし，日本とくらべると，バングラデシュではそのような人口統計は整備がきわめておくれている。アジア諸国中，もっともおくれている国の仲間に入ると思われる。人口統計の整備が劣っているということは，人口統計の質（信頼性）が低く，種類が乏しく，包括地域範囲が狭く，統計調査の頻度がすくない等の事実を意味しているのであるが，効果的な人口・家族計画政策の樹立が最も緊急とされているバングラデシュにおいて，その重要な基礎となるべき人口統計情報にいちじるしく欠けるところがあるということ自体，人口問題の解決を一層困難にしているといわなければならない。

人口センサスに関していうならば，東パキスタン時代の最後のセンサスは１９６１年センサスであった。独立後，１９７４年３月１日現在で最新のセンサスが施行された。その間１４年間の空白があった。

総人口は１９６１年センサスで5,０８４万人，１９７４年センサスで7,１３２万人と調査されたが，[1]をそれぞれ何パーセントづつかの調査漏れがあったと推測されている。１９６１年センサスの総人口については８％も調査漏れがあったというパキスタン時代の政府計画委員会の見解もあるが，これは調査漏れを少し過大視していたという専門家の意見もある。[2] 今日のバングラデシュで最も権威のある人口専門家の推計によれば，１９６１年センサス時の総人口は５％の調査漏れを見込んだ5,３４５万人となっている。[3] １９７４年センサスの実査人口は前記のように7,１３２万人であったが，上記の1961年の推計人口5,３４５万人から出発した年次推計の数字系列からひろうと，１９７４年初人口は7,３８９万人と推計されている。１９７５年初人口は7,６０６万人と推計されている。[4] 今日，政府の資料等に１９７４年頃の総人口として7,５００万人という数がしばしば見られるが，これは上記の年次推計を参照しているように思われる。そしてこの年次推計は，１９６１〜７４年の年平

均人口増加率が2.93%であったという仮定にもとづいて行なわれたものである。

年々の出生数や死亡数についての統計をとる人口動態統計は，全国的な集計は目下皆無である。出生，死亡等の登録制度は名目的には存在している模様であるが，すくなくとも，それにもとづく全国的な統計報告の活動は全く休止状態である。したがって，人口動態統計は公表すべきものがない。しかるに，出生率，死亡率，自然増加率の年次的動向を確認することは，人口・家族計画政策の決定および評価の上で必須なことの一つである。人口動態統計からそのような情報を得られないバングラデシュでは，人口動態率の推計は，人口モデル等を使用した間接的な人口学的推計技術にたよっている。今日，政府の計画委員会で採用している人口動態率の推計値は，人口千人について，出生率47，死亡率17，したがって自然増加率3%という数字である。[5] これは"近年"についての推計値ということで，特定の年次に対していっているわけではない。

上述してきた人口年次推計ならびに人口動態統計の推計は，バングラデシュ開発研究所（The Bangladesh Institute of Development Studies）の人口専門家によって行なわれている。この研究所は，ごく最近人口研究センター（Population Study Centre）を創設した。

将来人口の推計は，人口・家族計画政策立案の上で必須な基礎資料である。この推計作業もまた上記の研究所が中心になって行なっている。[6] しかし，他の開発途上諸国についてと同様に，バングラデシュについても，将来人口の推計作業は，今日，国際連合はじめその他の国際機関（例えば世界銀行）大学や人口研究機関（主として米国）においても盛んに試みられていて，将来について種々様々な推計値が出されている。人口の将来推計といっても，単に予測的な推計ばかりでなく，どういう仮定のもとでは将来の人口はどうなるかという実験的な推計も多い。バングラデシュのように，推計の基礎となるべき現時点の人口統計そのものが甚だ信頼性を欠く場合には，将来人口の推計値は，どのような方法で計算されようとも，予測的な意義はきわめて乏しいと考えなければならない。

特定の限られた地域についてならば，詳細にして比較的良質と思われる人

口調査データがないわけではない。たとえば，ダッカ市にある国立コレラ研究所（Cholera Research Laboratory ）疫学部では，コミラ（Comilla）県マトラブ（Matlab ）郡全域についての詳細な人口調査を1966年以来継続実施している。その調査では．出生，死亡，人口移動，社会経済的属性等の基本的な情報は収集されており，集計コンピューター化されている。全国で４００以上の数にのぼる郡のうちのただ一つについての継続調査ではあるが，バングラデシュでは他に見られないすぐれた調査であって，今日まで１０年近くにわたって集積されてきたその膨大な調査資料は貴重な価値をもっているものとみられる。調査結果報告書としては，１９７０年に刊行された第３年度報告書が最新のものである。[7)]

今日，バングラデシュはその家族計画行政の一環として，全国各地域の妊孕年齢夫婦とその家族の登録を所定の登録カードを使用して実施しており，これまでにすでにかなりの地域範囲で登録を完了したらしい。この登録は直接には．家族計画地域巡回職員である家族福祉員（Fawily Welfare Worker)の手によって行なわれている。この登録データは各地域の家族計画事業推進のための基礎資料として用いられるものであるが，そのデータについての全国的な集計がなされれば，バングラデシュにとって貴重な全国統計が得られよう。

2. 人口問題

バングラデシュの総人口を１９７５年初において7,６００万人とすれば，人口密度は１平方キロメートル当たり約５３０人で，日本の人口密度２９６人をはるかに超え1.8倍稠密さである。総人口は１９６１年と１９７４年との両センサスの間の１４年間に1.4倍近くも増加したとみられるが，すでに発表された１９７４年センサスの暫定結果報告書（地域別人口総数のみ掲載）[8)]をみると，都市の人口増加率は勿論高いものの．農村地域においても大体万遍なく人口が増加しており，農村で増加した人口が．都市に十分な雇用機会を見出すことができずに，農村に益々集積しつつあることは，都市への流民問題とともに基本的に深刻な人口問題である。年平均人口増加率３％という増加のスピードは，２３年で人口を２倍にするような速さである。現在のバ

ングラデシュの出生率人口千につき４７という水準が，もし家族計画の効果が上がらずに，そのまま続くとするならば，今世紀末には１億5,２００万人もの総人口をこの国はもつこととなろう。１人当たり国民所得が１００米ドルをはるかに下回るような今日の生活水準のままその時まで経過するとしても，国民所得の総額は倍加されていなければならず，現在の低水準の栄養状態を維持するためにだけでも，２倍の食糧を増産することが必要なのである。家族計画がいかに緊急を要する国家的事業であるかは，このようなきわめて単純な算術からも容易に納得しうるところである。

バングラデシュ開発研究所の人口専門家による最新の将来人口推計は，[9] １９７８年までの推計にとどめているが，これは予測的な意味でのそれより遠い将来のバングラデシュの人口の推計はきわめて困難であることを暗示しているもので，慎重な態度と考えられるが，それによると，年平均人口増加率が2.９３％を維持してゆくとすれば１９７８年初の総人口は8,２９４万人またそれより低い2.７０％という年率で増加してゆくとすれば8,２２０万人になるとしている。この両推計値は１９７４年初の総人口を7,３８９万人と置いて緩急両様に延長推計したもので，１９７８年時点では両者の差はいまだ大したものではない。いずれにせよ，このような仮定に立てば，１９７４年から数えて４年後には，８３０万人ないし９００万人の人口が追加されることを示している。推計者の意見では，上記の２仮定のうち2.７０％という低い方の年増加率は楽観的であり，2.９３％という高い方の仮定がより現実性がありそうだとされている。

あとでのべるように，バングラデシュの今日の人口は子供の人口割合がきわめて大きい若い年齢構成をもっているが（１５歳未満人口４９％－１９６１年センサス），このことは，過去から現在までの人口増加率が高かったことを物語ると同時に，将来も当分の間不可避的に高い増加率をもち続ける惰性が潜在していることを意味している。その惰性がどのようなものであるかかを種々の異った仮定のもとに，バングラデシュについて推計を試みた一つの研究をみてみよう。[10]

その推計は１９７０年を出発時点として，それ以後，出生率が色々異なった緩急の度合いで推移したとした場合に，将来に期待されるバングラデシュ

の総人口を算出している。その出生率の低下傾向を示す指標として純再生産率が1に到達する時点を，色々ちがえて用いている。純再生率が1に達するということは，現在のバングラデシュの高い出生率が低下して行って，親世代と子世代との間で人口がゼロ増加の状態を保つような「静止水準」に達することを意味する。しかし，この静止水準に達したからといって，人口が実際にその増加をとめることになるわけではない。それは年齢構成による増加の惰性がなおも存続しているからである。

さて，推計によると，純再生産率が１９８５年までに１に達するとしても，今後１００年間，すなわち，2,０７５年までは人口の増加がつづいて１億5,７００万人前後に達すると計算される。純再生産率が１という状態は，死亡率による目減りを見込んでも夫婦が子供平均２人とちよっとしか生まないような出生力の水準を意味するが，現在のように平均７人の子供を生んでいるようなバングラデシュの出生力水準が１０年にして（１９８５年），純再生産率１を保つような低い出生力水準にまで低下しうるとは，バングラデシュの社会経済的状態とほかの多くの開発途上国の過去の経験からいって，到底考えられない。上記のような超楽観的な仮定のもとでさえ，１００年後には現在の人口の倍に与え，２５年後の2,000年の時点をとっても，すでにその頃には１億1,550万人にふえると算定される。出生率の低下がもっとおくれて，純再生率１に到達するのが３０年後の2,005年であると仮定すると，将来の人口増加はさらにおそるべきものとなる。すなわち，2,000年ですでに１億５千万を超え，2,100年頃２億4,700万前後までふえて静止するに至ると計算される。しかし，これはこのような巨大人口をバングラデシュが将来扶養しうるかどうかという可能性を考慮に入れての推計ではない。バングラデシュにおける家族計画政策の成果がおくれればおくれるほど，人口が静止するに至るまでにもつべき人口の大きさは加速度的に増大するということを警告的に示しているのである。

以上の推計が将来の政策に対して，あるいはバングラデシュの将来の運命に対して示唆するところのものは，この国の出生抑制になみなみならぬ努力をそそがない限りにおいては，将来の巨大な人口増加が，深刻な健康状態の悪化と社会経済的不安をまきおこして，国民の生存を危機におとし入れる恐

れが多分にあるということである。現在のような人口増加率で推移するならば，これから先２０年間だけでも，増加する労働力人口に応じて1,７００万から2,000万くらいにのぼる新規の就業機会を創出しなければならないし，現在でさえ，失業および潜在失業率が３０％であるといわれる。耕地面積のこれ以上の拡大がいちじるしく困難であり，近代的産業における雇用がきわめて限られているこの国のことを考えれば，将来の人口増が，国民の生活苦（前章「バングラデシュの一般　　」参照）にいかに拍車をかけることになるであろうかは論をまたない。

家族計画の推進による出生率の抑制は，そうして生まれた子供たちが，成人する頃になってはじめて，その効果があらわれるというものではない。なるほど，前に例をあげたように，いくら急激に出生率をさげたところで，人口の年齢構成のゆえに惰性のついている人口増加は，最も極端な出生率急速低下の場合でも，人口倍加はさけえないと算定されるけれども，出生率の低下開始とともに子供人口を扶養する負担が軽減され，しかも年次を追って，それが累積的に軽減されてゆくという効果がある。そして約１５年後からは生産年齢人口の増加の低下が可能となるのである。

すでにのべたように，バングラデシュの死亡率は，人口千につき１７程度と推測されている。この死亡率の水準は，平均寿命（出生時の平均余命）が男女とも５０歳にみたないことを物語るものであろう。他のアジア諸国の死亡率の動向を考慮に入れれば，バングラデシュの死亡率はもっと低下するであろう。そうなれば，人口増加率をそれだけ増大する可能性が与えられ，出生率を低下させることは一層の急務となる。

注：

1) Bangladesh, Census Commission Bangladesh Population Census 1974, Provisional Results, Dacca, 1974。

2) M.Abdur Rahim, an Appraisal of Census Populations of East Pakistan from 1901 to 1961, Research Monograph No.2, Institute of Statistical Research and Training, University of Dacca, Dacca, 1969, p.11

3) Masihur.Rahman Khan, "Bangladesh Population During

First Five year Plan Period (1973 - 78): An Estimate", The Bangladesh Economic Review Vol.1, Number 2, April 1973, p.187。

(4) 同上, p.196。

5) Bangladesh, Planning Commission, The First Five year Plan 1973 -78, Dacca, 1973, p.537。

6) 注3)に同じ。

7) A.K.M. Alauddin Chowdhury, K.M.A. Aziz, Wiley H. Mosley, Demographic Studies in Rural East Pokistan, Third year, May 1968 -April 1969, Pakistan - Seato Cholera Research Laboratory, Dacca 1970。

8) 注1)に同じ。

9) 注3)に同じ。

10) Thomas Frejka, The Future of Population Growth, John Waley & Sons, New Yerk, 1973。

Ⅵ　人口家族計画行政

1.　人口政策の目標

現在のバングラデシュ政府は，あきらかに人口増加抑制政策をかかげている。　これは，人口増加抑制ということを直接的には目的としないが，あるいは，すくなくとも，政府当局がそういうことを公言しないで，家族計画普及政策を行なっているという段階をあきらかにこえている。

政府の第１次５か年計画（１９７３／７４～１９７７／７８年）のなかに次のようにのべられている。「現在の人口自然増加率は推定，年率３％で，これは出生率，死亡率が人口千につき，それぞれ４７と１７というバランスの結果である」。「人口のこの増加率ならびに年齢構成，とくに妊孕年齢女子の構成からみて，過去の人口抑制計画はきびしく検討されなければならず，出来るだけ早く，この高い人口増加率を引き下げるべき活発な行動をとるための大胆な，そして必要とあれば，思い切った政策を樹立しなければならない」。そしてとりあえず，１９７５年までに年人口増加率を2.９２％まで引き下げるという人口学的ターゲットを設定している。[1)]

このように人口増加抑制政策をあきらかにかかげている国は，次の段階として，何らかの法的強制を加えた人口抑制政策をとりはじめる可能性がある。現に第１次５か年計画のなかには，「子供を２人まで生んだ夫または妻に対する不妊手術を強制的に行なう等の思い切った対策の可能性についても考慮の余地があろう」などとほのめかしている。[2)]　しかし，実際には，こういう法的強制を伴う人口抑制政策は，まだとるに至っていないし，政府当局者はある程度必要を感じていながらも，きわめて慎重な態度をとっているという印象を受けた。そういう意味では，バングラデシュの人口政策は，すくなくとも現段階では，まだマイルドな人口抑制政策であるといえよう。

人工妊娠中絶の合法化は真剣に考えられているようであるが，その法案が通過するまでには，まだ１年くらいはかかろうという意見も耳にした。しかし，大学病院，その他のクリニックの一部では，「月経調節」という名称のもとに，人工妊娠中絶手術と全く同じ処置をすでにとりはじめている。また

農村では，昔からの慣習と思われる原始的な方法による堕胎が（程度は分からないが）行なわれているという。

しかし，ともかく，このような人口増加抑制のかげには，非常に暗い面がともなっていることは見のがせない。それは，貧困と飢餓と疾病とのゆえに社会の底に沈澱し，やせ衰えて死んでゆくだけの多くの流民・浮浪者のむれを，事実上はほとんど見殺しにするよりほかはないという。人口過剰の恐るべき末路がすでに現実化しているということである。一方には，人口増加抑制政策をとると同時に，他方には，決してこれは政府の意図ではないとしても，飢餓と疾病のためにもはや自活しえなくなった人々のむれを見殺しにし，人口から切り離しているということで，人口増加を何らかの程度ゆるめる結果になっていると思われる現実は，まことに悲惨なものがある。

2 歴史的背景

バングラデシュの家族計画に関する運動が始まったのは１９５０年代の初め，民間のボランタリー機関によって行なわれた。政府により全国的規模で実施されるようになったのはパキスタンの第３次５カ年計画（１９６５～１９７０）になってからである。１９６５年パキスタン中央政府は家族計画を保健省の管轄から外し，Pakistan Family Planning Board として独立した機関に家族計画をゆだねた。このＰＦＰＢの下に，東西パキスタン州の家族計画局（Provincial Family Planning Board ）を設置，東パキスタン（現在のバングラデシュ）には East Pakistan Provinicial Family Planning Board が設置され，県（Division）及び郡（Thana ）にもその下部機関がつくられ，実施に移されることになった。ＥＰＰＦＰＢ（東パ州家族計画局）は訓練・調査・評価・宣伝局（Directorate of Training, Research, Evaluation and Communication ＝ TREC）及び監査局（Inspection Directorate），産後計画局（Postpartum Directorate ）と共に，家族計画に関するすべての業務の責任を持つことになった。

家族計画が保健省の管轄外に設置されるというのは，他の国に類例を見ない。この独立した家族計画局制の特徴は，①医者が重要なポストを占めたこ

と，②家族計画の実施に当って，人々の関心を高めるため，フィールド・ワーカーを採用したことである。フィールド・ワーカーには２種類あり，１つはパラ・メディカルと呼ばれる婦人家族計画訪問官（Lady Family Planning Visitor ＝ LFPV）を訓練し，ＩＵＤの挿入，その他必要品（コンドーム・ピル等）の供給を行うことにした。もう１つはパートタイムで働く人々で，村の有力者の中から任命されるChief Male Organizer（ＣＭＯ）及び村の「取り上げ婆さん」のような女性の中から任命されるDais で，彼らは自分の住む村あるいは近村において家族計画の宣伝普及に努める。

パキスタン時代のこうした家族計画の実施は，しかし，統計的には余り効果をあげていない。しかし，１つの大きな貢献をした。それは都市のみならず，農村においても，家族計画とは何であり，どのような方法があるのかについての知識を，多くの人々に植えつけたことである。もちろん，それらの方法をうけ入れている人の数は非常に少ない。しかし，それは家族計画そのものを知らないことからくるものよりも，知ってはいるが，社会的条件あるいは経済的条件，あるいは医学的知識のなさなどからうけいれていないという面が強いように見うけられる。

こうして，パキスタン時代は，家族計画がようやく始められたという段階であった。その後の第４次５カ年計画（１９７０～１９７５）になって，より深化させる時期に，バングラデシュ独立戦争が始まり，１９７１年１２月に独立を達成した後も，戦争その他による被害の復興に追われ，バングラデシュ政府が家族計画について具体的に考えはじめたのは，１９７２年末になってからにすぎない。

3. 第１次５カ年計画（１９７３―７８）の中の家族計画

独立以降の経済・社会の再建を経て，バングラデシュ政府は１９７３年初より経済の発展の方向についての検討を始めた。１９７３年３月末から４月初に開かれたバングラデシュ経済発展に関する会議は，世銀はじめ，ＩＭＦ，ＦＡＯ，ＵＮＤＰなどの国連機関，米・英・日・独・仏などを含むパキスタン債権国会議メンバー諸国代表を集めて開かれたが，このとき，バングラデ

シュ計画委員会のヌールル・イスラム副議長は人口問題について言及，「現在の人口増加率３％で人口が増えつづけるならば，今後２３年後の2,000 年には，バングラの人口は今の約２倍に達する」と報告，人口計画の必要性を強調した。

バングラデシュ政府はその後，第１次５ケ年計画の立案に着手，計画期は１９７３年７月から始まっていたものの，計画書は１９７３年１１月，ようやく閣議で承認され，発表された。

第１次５カ年計画期の家族計画の目標は，現在の人口増加率 ３％を，１９７８年には2.8％にすることにある。長期的には２５～３０年以内に人口増加率を１％にし，２１世紀前半には人口増加率をゼロになるようにすることが考えられている。

このような目標の達成のために，次のような行政機構の改革を行う。

①家族計画プログラムを以前のような独立して行うことなく保健衛生と結びつけ，保健・家族計画省の下におく。

②家族計画は開発計画の一環として行うべきであり，単に保健・家族計画省のみならず，国民と接触の深い他の省も又，家族計画についてのプログラムをもつ。特に地方行政・農村開発省，農業省，文部省，労働・社会福祉省，情報・放送省等はその活動の中に家族計画についての教育・宣伝・普及活動を含める。

③保健・家族計画省の下に人口計画庁（Population Planning Division ）を置き，必要な強い権限を与える。ＰＰＤの活動をスムースに実施するため，次の機関をつくる。

National Population Council　（議長は首相）
Central Coordination Committee　（議長は保健・家族計画相）
District Coordination Committee　（議長は県知事）
Thana Coordination Committee　（議長は選挙される）

④保健・家族計画省は，計画の実施に当りフィールド・ワーカーの重要性を認識し，１万2,０００人の家族衛生官（Family Welfare Worker ＝ FWW）を訓練し，うち半分の6,０００人は婦人家族衛生官（ＬFWW）とし，男女２人１組で，６０００人の人口をカバーする（１９７８年には4,000

人に１組となるようにする）。彼等は各村を訪問し，結婚カップルの登録，公衆衛生，マラリア撲滅，と同時に母子保健，家族計画サービスを行なう。また人口１８万～２０万の１Thana に１つのRural Health Complex Clinic（２５ベット），各Thana に３つのSubcenter Clinic を設置し，入院外来患者の治療を行うと共に，家族計画サービスも行う。

⑤バングラデシュにおいては，こうした機関の活動だけに頼っていても，家族計画の実施は非常に困難であり，政府はよりドラスチックな方策，例えば結婚年齢を法律により引上げる，子供２人以上のカップルの強制的不妊手術，人工妊娠中絶の合法化と無料実施，あるいは婦人解放のための社会的方策なども考えうるとしている。

家族計画の目標と実績（１９７１～７３）

	1971/72		1972/73	
	目　標	実　績	目　標	実　績
IUD	120,000	9,087	–	15,785
Vacectomy	120,000	16,563	–	242
Tubal Ligation	10,762	296	–	550
Condoms（1,000ダース）	58,788	9,392	58,788	1,689
Dura Foam（ビン）	325,000	8,657	328,996	23,574
EMKO（ビン）	295,000	22,572	294,996	72,721
Oral Pills（1000サイクル）	2,600	22	2,600	14

計画委はこれら計画の実施に必要な資金として，５カ年間に７億タカ（約9,300万ドル）を配分している。

4. １９７３／７４の実績と１９７４／７５年度計画

計画初年度に当る１９７３／７４は，家族計画に関与する諸機関の再組織に時間をとられ，計画の実施は大巾におくれた。１９７３／７４の目標は種々の方法により７万人の出生を抑えることにあったが，実際には４万人だけで，目標に４３％不足し，配分された資金7,000万タカも消化しきれなかっ

た。

１９７３／７４の目標と実績

	1973/74 目標	当初10カ月の実績	当初9カ月の Coupleyears of Protection
IUD	16340	22,361	55,902
Vacectomy	16340	375	1,875
Ligation	6,000	726	3,630
Emko	—	116095	19,349
Condom	120万ダース	110万ダース	68,750
Durafoam	—	11,287	1,881
Pill	196万サイクル	419万サイクル	26,187
計			177,574
			‖
			3万5,515人の
			出生抑えられた

1974／75 年度計画は①年度末の人口増加率を2.92%にすること，②そのため１８万6.０００人の出生を抑えることを目標とし，ピル２９８万サイクル，コンドーム３２０万ダース，ＩＵＤ３万8,400人，Vasectomy 6万1,440人，Ligation 9,600人，Foam ２２万8,000本の供給を行う。資金配分は8,500万タカ。

これら目標達成のため，①再生産可能のカップルに避妊方法を受入れさせるためのモーティベーション，②サービス活動の強化の２点に力を入れる。モーティベーションのため，家族計画に関連する６省は，１９７４／７５年度中に26Thanaでパイロットプロジェクトを実施する。サービス活動強化のため，ダッカ，チッタゴン，ラジシャーイ・シレットの医科大学にモデル家族計画クリニック（ベット数２５）をつくる。また避妊用品の商業ルートを通しての販売についてPopulation Services Internationalの支援を得て調査を始める。

5. 各省の家族計画プロジェクト

家族計画が経済発展及び社会改革と結びつかない限り，その成果は上らないいことは前に触れた通りである。バングラデシュ政府は，そのため①地方行政・農村開発省，②文部省，③農業省，④情報・放送省，⑤労働・社会福祉省にも家族計画に関するプロジェクトを実施させ，計画委員会の中にも人口計画担当の部局を新設した。

これら5つの省及び保健・家族計画省は，とくに家族計画に関する教育・宣伝・普及に関するプロジェクトをもち，9つのパイロット・プロジェクトの実施を計画している。

(A) 地方行政・農村開発省

① モデル農家及び村の協同組合マネジャーを使って家族計画の宣伝を行う。

② 農村婦人のFunctional Literacy Program

(B) 労働・社会福祉省

③ 農村母親クラブを作っての宣伝普及。

④ 家族計画を受入れさせるため，婦人職業訓練計画の実施

⑤ 組織労働者に対する家族計画

(C) 農 業 省

⑥ 人口計画教育のため農業普及員を使う。

(D) 文 部 省

⑦ 学校教師のために人口問題教育のセミナーを開くための移動人口問題教育チームの派遣

(E) 情報・放送省

⑧ 家族計画フィルムのためのオーディオ・ビジュアル・バンの利用

(F) 保健・家族計画省

⑨ 婦人家族計画官（FFWW）のための家族計画モーティベーション・キットの使用

これらのパイロット・プロジェクトをどこで実施するかは，各プロジェクトによって異っている。

①全部で9つのプロジェクトのうち，4と5を除く7つのプロジェクトに

ついては，４つの地区（Division ）から一つづつ選ばれた４つのThana(注)で統合して行なわれる。

②全１９県を包括するもの。①，②，③，⑥，⑦，⑨，については，上記４つのThanaの他に，各１９県から１５のThana を選択して実施する。

③独立的に行なわれるもの。④については８つのThana で⑧については６１のThana ，⑤については３つのLabour Welfare Centre で実施する。

各省はこれらのパイロット・プロジェクトの他，それぞれ独自のプロジェクトも持って保健・家族計画省との密接な協力のもとに，家族計画の実施にとりくもうとしている。

現在，第１次５カ年計画（１９７３－７８）の第２年度に当っているにしても，現実には，いまだ計画立案の段階から大きく前進しているとは見うけられない。実施の要である保健・家族計画省の改組も１９７４年１０月にようやくなされたばかりであり，全国的水準での政策決定機関である全国人口計画評議会（National Population Planning Council ）－議長はラーマン首相－も，いまだ設立されていない。

１９７４年７－８月の大洪水，それにつづく食糧危機・物価上昇，大量の餓死者の発生，政治不安等は，バングラデシュの政治・経済を大きくゆるがせており，人口問題どころではない。という状況下にあり，家族計画の中央政府レベルでの実施は，なお一層おくれるものと見られている。

しかし，日々国民の生活に直接触れているフィールド・ワーカーたちは，家族計画の実施に熱心に取り組んでおり，少なくとも郡（Thana）レベルでの実施には，若干の前進が予想されよう。

6. 行政機構

前にも触れた通り，家族計画に関する行政機構は，現在，改革の途上にあ

（注） ４つのThana は Sherpur（ Rajshahi 地区），Thikargacha（ Khulna 地区），Gopalpur（ Dacca 地区） Rangunia（Chittagong 地区）。

る。パキスタン時代，保健省とは別に，独自の機関として設立された家族計画局（Family Planning Board ）を，保健・家族計画省の統制の下においたものの，家族計画局時代活躍した医師と省の行政を握る行政官との対立県郡段階でも県家族計画官と医者との対立などがあり，必ずしも行政組織の改革がスムースに実施されるとは考えられず，幾多の困難に直面するものと見られるが，しかし，方向としては行政官の中に医師を配置するなどして両者の対立を緩和しうるような計画（将来組織）の実施にむかうものと見られる。

表1は人口計画に関係している諸機関とその任務を示している。これは将来の計画であり，現在この通りに実施されているわけではない。

表2は人口計画に関する現行組織である。パキスタン時代の組織と将来計画組織とが混同され，統一的組織となっていない。しかし郡レベルでは徐々に将来計画組織に改組されて来ている。郡レベルは将来組織に近く，ここで注目すべきことは，保健・家族計画の両側面がThana Health and Family Planning Administrator （医者）の指導の下に統一されていることであり，その任務・責任が重くなっていることである。郡レベルでの家族計画の実施に当っては，従って，このT.H.F.P Administrator の役割に負うところ多く，その指導力いかんにより成否が分かれる。という面が強い。

表3は各業種の訓練計画を示す。Lady Family Planning Visitor（LFPV）はFamily Planning のためのクリニックを巡回し，あるいはRural Health Centre で家族計画サービスを行うが，IUDのそう入もできるよう訓練をうけ，Lady Health Visitor も保健のみならず家族計画を受持っており，両者の業務がオーバーラップするため，今後の計画としては両者の統合を行い，Lady Family Welfare Visitor （FWV）に一本化する予定である。

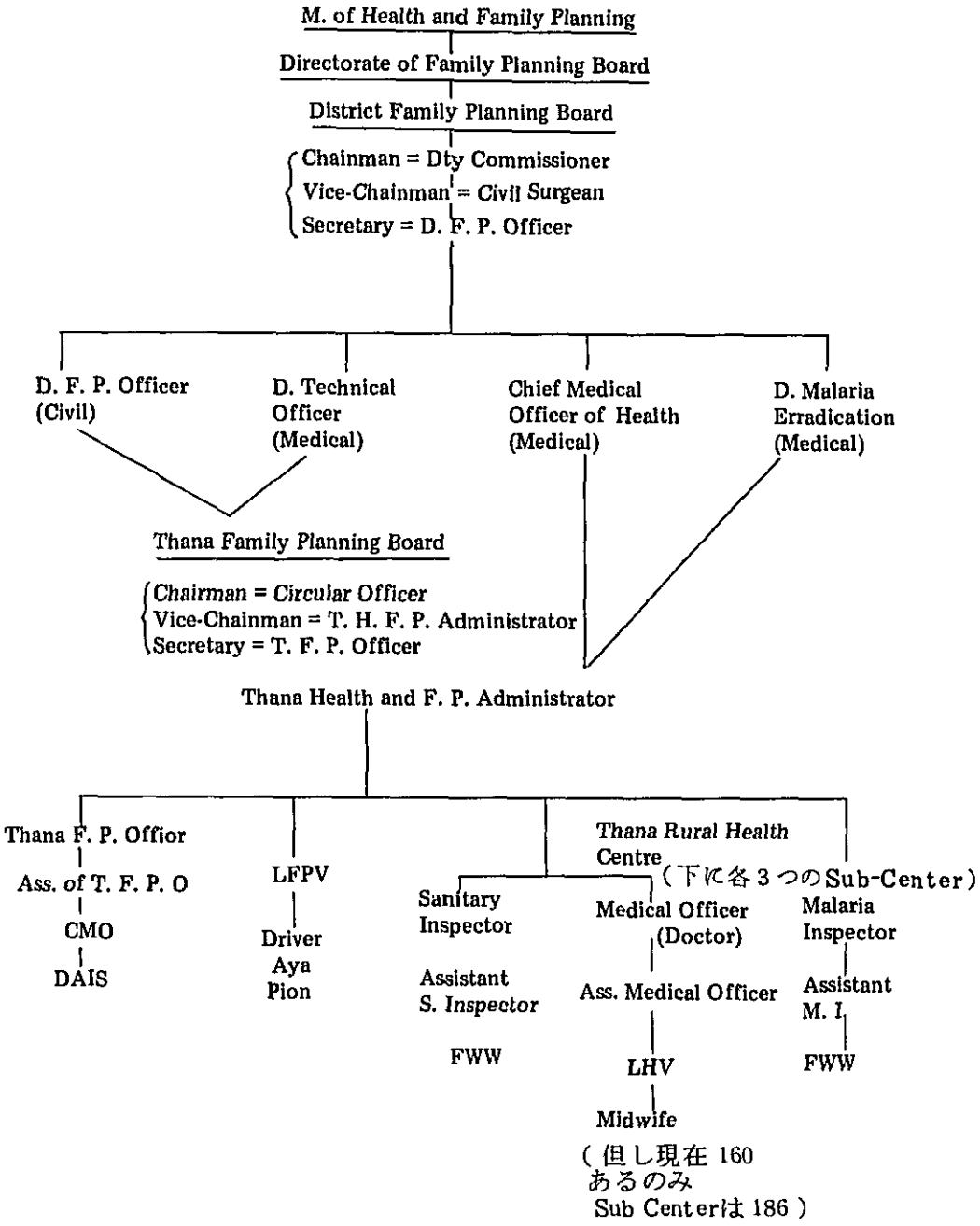
表4は人口計画に関する将来組織である。ここでは Family Planning Board は姿を消し，関係する各省の人口計画を統合するCo-ordination Committeeが中央，県，郡の段階に設置され，実施に当っての責任はSecretary of Population Planning Division, M. of H. and F.P. （中央），District H. and F.P. Administrator（県），

Thana H. and F.P. Administrator（郡）が統一してもち，これらには医師を任命している。郡段階でのFWWは Thana Family Planning Officer の下に家族計画に関する業務（結婚登録・教育・宣伝・サービス等）のほかに，マラリア・天然痘・コレラ・結核等の監視業務，及び公衆衛生に関する監視業務を行なう。Thana Rural Health Compex はその下に各３つのSub-Ceutre をもつことになっており，ＴＲＨＣ自体はベット数２５をもつクリニックを持って，家族計画，病気治療の両方の業務を行う。

表 1　人口計画に関する諸機関

POLICY FORMULATION		**National Population Planning Council** 1. Prime Minister, Chairman 2. Minister of Health and Family Planning, Dep. Chairman 3. Minister of Local Governments and Rural Development 4. Minister of Agriculture 5. Minister of Education 6. Minister of Information and Broadcasting 7. Minister of Labor and Social Welfare 8. Deputy Chairman, Planning Commission 9. Representatives of Opposition Party 10. Representative of Press
PLANNING AND COORDINATION		**Population Planning Division** 1. Planning and Coordination Unit 2. Evaluation Unit 3. Demographic Unit
		National Population Planning Coordination Committee 1. Minister of Health and Family Planning, Chairman 2. Secretary of Population Planning Division (Member Sect.) 3. Secretary of Rural Development 4. Secretary of Education 5. Secretary of Agriculture 6. Secretary of Information and Broadcasting 7. Secretary of Labor and Social Welfare 8. Director of Bangladesh Institute for Development Studies
IMPLEMENTATION CENTRAL LEVEL	– Delivery of Family Planning Services and Training	1. Ministry of Health and Family Planning
	– Research	1. Bangladesh Institute of Development Studies (Demographic) 2. Universities and Institutes (Communication Orientated) 3. Minister of Health and Family Planning (Biomedical)
	– Evaluation	1. Evaluation Section of Ministers (Internal Evaluation) 2. Census Office and Bureau of Statistics
	– Information, Education and Motivation	1. Ministry of Health and Family Planning 2. Ministry of Rural Development 3. Ministry of Agriculture 4. Ministry of Labor and Social Welfare 5. Ministry of Information and Broadcasting 6. Ministry of Education
IMPLEMENTATION DISTRICT LEVEL		**District Population Planning Cordination Committee**
	– Cooridination	1. Chairman, District Board 2. Chief Medical Officer of Health 3. District Education Officer 4. Project Director, Integated Rur. Dev. Progr. 5. District Agr. Extension Officer 6. Health Education Officer 7. Social Welfare Organizer 8. District Public Relations Officer 9. District Family Planning Officer (Member Sect.)
	– Delivery of Services	1. District Medical Office of Health 2. District Family Planning Officer
	– Evaluation	1. Ad Hoc Evaluation Field Staff
	– Information, Education, and Motivation	1. District Officers of Ministeries　Nos 3-8 listed above
IMPLEMENTATION THANA LEVEL		**Thana Population Planning Coordination Committee** 1. Chairman, Thana Board 2. Thana Health Administrator 3. Thana Education Officer 4. Project Officer (IRDP) 5. Agriculture Extension Officer 6. Circle Officer (Development) 7. Thana Family Planning Officer (Member Secretary)
	– Delivery of Services	1. Thana Health Administrator 2. Thana Family Planning Officer
	– Evaluation	1. Ad Hoc Evaluation Staff
	– Information, Education, and Motivation	1. Thana Officers of Ministries　Nos 3-5 listed above

表 2　人口計画に関する現行組織



CMO (CMOは Chief Mail Organizer) 村の Community Leader のような人に依頼する。

Part Time 月30タカ

DAIS（ベンガル語） 村の資格をもたないMidwifeに依頼する。

Part Time 月15タカ

FWW (Family Welfare Worker) 中学卒，3週間の訓練をうける。

Full Time 月300タカ 任務は多岐に亘り，公衆衛生，マラリア撲滅，天然痘予防，F．Pサービス etc 行う。

LFPV (Lady Family Planning Visitor) 中学卒，18カ月の訓練をうける。

Full Time 任務はF.P.サービスの他，IUDのそう入も行う。Rmal Health Centre に配属され，F.P. Clinicを巡回し，Motivationを行うと共に相談に応ずる。

LHV (Lady Health Visitor) 中学卒，24カ月の訓練をうける。

Full Time 任務は Rural Health Center でClinic 中心

(注)

FWWは2万人必要，1.2万人が現存する。6000人に1チーム（男女）配属される予定，現在は女性の FWWが不足している。将来は4000人に1チーム配属する計画。

表 3　各種業種の訓練計画（現行）

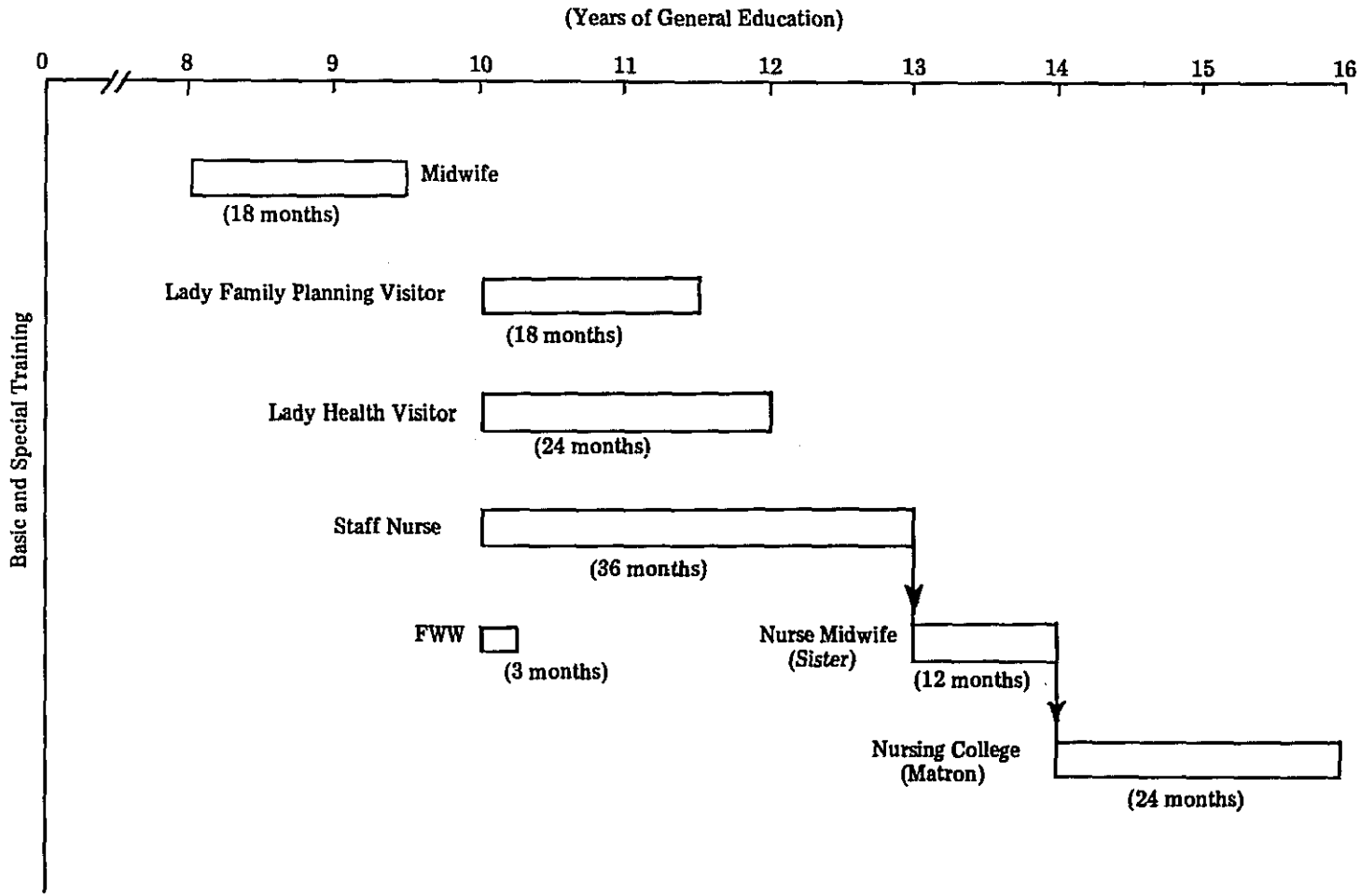
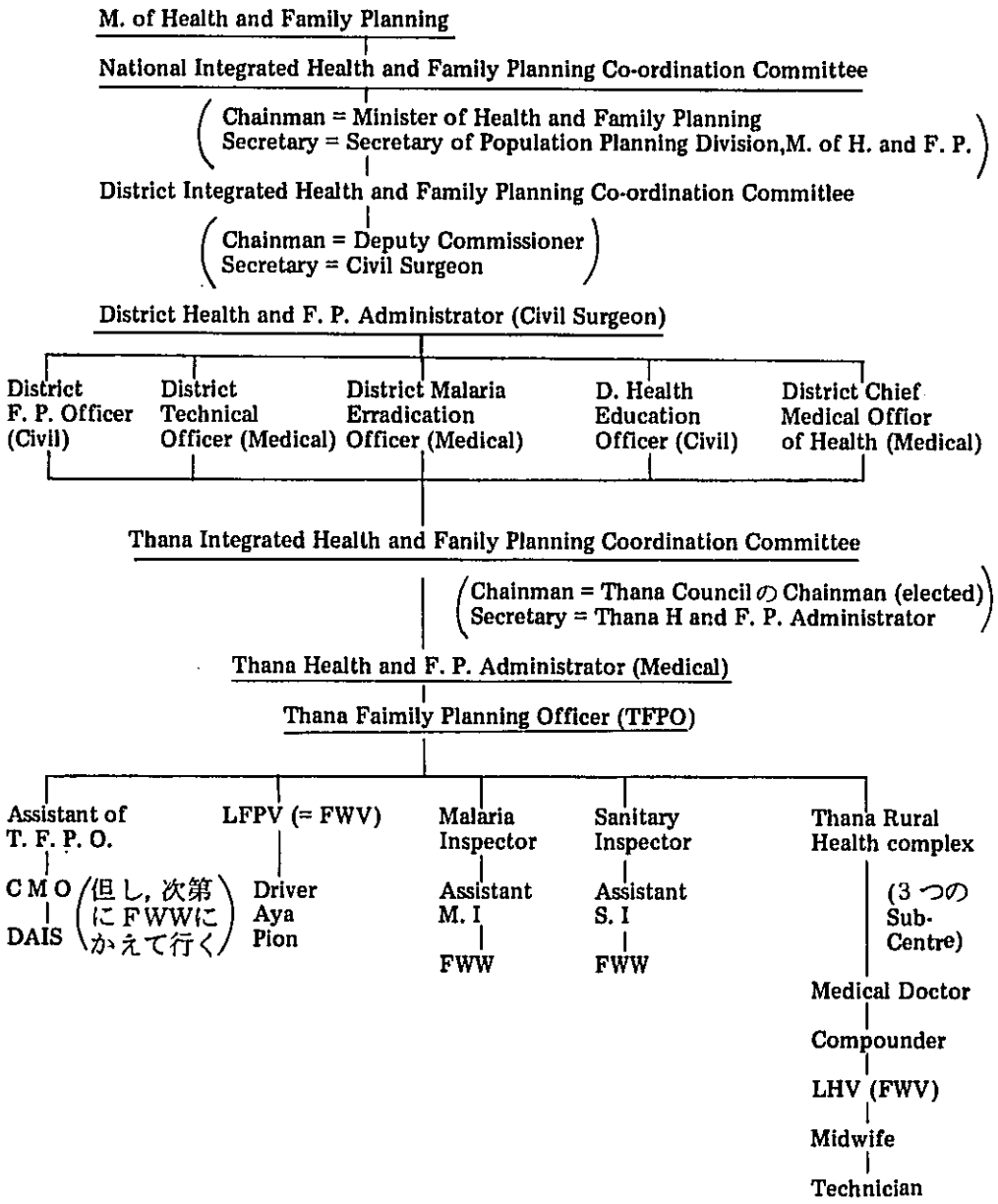


表 4　人口計画に関する将来組織



FWWは，家族計画，マラリア撲滅，公衆衛生の3つの大きな分野を担当する。

表5　バングラディッシュ行政機構

President — President Secretariat

中央政府　Prime Minister — P. M. Secretariat

M.of Agriculture	M. of Industries
〃 Cabinet Affains	〃 Information and Broadcasting
〃 Commerce and Foreign Trade	〃 Labow and Social Wdlfare
〃 Communication	〃 Land Administration & Land Reform
〃 Defence	〃 Low and Parliamentary Affains
〃 Education, Cultural Affairs, sports	〃 Local Govt., Rural Development. Cooperative
〃 Finance and Jute	〃 Post. T. and T.
〃 Flood Control Water Resources and Power	〃 Planning (=Planning Comnission)
〃 Food and Civil Supplies	〃 Natural Resources. Atomic Energy and Scientific & Technological Res.
〃 Foreigh Affains	〃 Pablic Works and Unban Development
〃 Forest Fisheries and Livestock	〃 Relief and Rehabilitation
〃 Health and Family Planning	〃 Shipping Inland Water Transport and Aviation
〃 Home Affains	

地方政府

Commissioners Office　（全国4つのDivisionに分割され Commissionerが統治）
(1850万人)

Deputy Commissioners Office（全国19のDistrictに分割され Dty. Commissionerが
(308万人)

District Education Office	District Technical Officer
〃 Agricultural Officer	〃 Fanlily Planning Officer
〃 Social Welfare Officer	
〃 Public Relations Officer	

Sub-Divisional Office　（120万人）（全国62のSub-Divに分割され S.D.Officer
が統治）

Thana Office　（18万人）（全国413の Thanaに分割されCircular Officerが
統治）

Union Council（1万8,000人）（全国4055のUnionに分割され Councilメンバー
は住民による直接選挙で選出される）

Village　（1100人）（全国6.6万以上のVillageがある）

Ⅶ　家族計画援助

1.　家族計画援助の歴史

東パキスタン時代の１９５０年代からＩＰＰＦの援助などで始まった家族計画普及運動は，１９６０年，パキスタン政府が保健省に家族計画を大きく採り入れ，保健家族計画省と機構改革を行ない家族計画の国家プログラムを開始するにいたり，スエーデン政府（ＳＩＤＡ），米国政府（ＵＳＡＩＤ）アメリカ民間機関（フォード財団，ポピュレーション・カウシル等）の援助も開始されていった。とくに１９６５年，家族計画プログラムを保健家族計画省のなかからとくに独立させてＳＩＤＡの援助を中心に独自の予算を編成した結果，１９６７，８，９年の３カ年間に，１００万人以上のＩＵＤアクセプターを獲得また，約１００万件の男性不妊手術（断種手術）を行なっている。

しかしこうした盛り上りも政治不安そして政治不安による援助の縮少により，７０年には，不妊手術件数は６８年の約５分の１というように大巾に落ちこんでしまった。７１，７２年にいたっては，国家プログラムはなく，ＩＰＰＦ援助によるバングラデシュ家族計画協会（ＢＦＰＡ）がそのクリニックを中心に，また大学や国立のクリニックも個別に援助を受けその資材のある限りにおいて活動していたという状況であった。

独立後（独立１９７２年末）の１９７３年になると，旧来のＳＩＤＡ，ＵＳＡＩＤ，フォード財団，ポピュレーション・カウンシル等の援助も再び活動化してきたが，さらに国連人口活動基金（ＵＮＦＰＡ）や世銀が積極的に乗り出してきた。

2　独立後の家族計画援助

ＵＮＦＰＡは，１９７３年再度にわたるミッションを現地に派遣し，対バングラ人口・家族計画援助の実施にあたり，各援助国及び援助機関の相互協力と調整をする必要をみてとり，１９７４年１月，ニューヨークのＵＮＦＰＡ本部に各援助国，援助機関そしてバングラ政府代表とを招き，「対バング

ラ人口・家族計画援助会議」を開催した。

会議の目的は各援助国及び援助機関がデュプリケーションを避け，相互協力のもとで援助を効果あるものとすることであり，国連及びＷＨＯ，ユニセフなどを代表してＵＮＦＰＡが主催し，デンマーク政府，フォード財団，世銀，ノルウェー政府，イギリス政府，ポピュレーション・カウンシル，スェーデン政府，米国政府，そしてバングラ政府（国会議員を含む）代表が参加した。

この会議の結果，ＵＮＦＰＡは今後，対バングラ人口・家族計画援助において，大略コーディネーター的役割をもつようになり，ＳＩＤＡ，ＵＳＡＩＤなどの大きい援助は競合を避けるため，毎年１度このような会議UNFPAＰＡ主催で開くことになった。そしてＵＮＦＰＡは１９７４年から実施する援助プログラムを打ち出したが，これにともない各ドナー機関も７４年からの援助計画を提示または再提示した。

3. 各援助機関の援助内容

＜ＵＮＦＰＡ＞

(1) センサス・プログラム（１９７４年２月実施），総予算857,534 ドル（米ドル）

(2) 地域開発と人口教育パイロット・プログラム（１９７４～６年）
80,000ドル　ＩＬＯが中心でこれに当る。

(3) 工場，プランテーション等企業体において家族計画普及パイロット・プログラム（１９７４～６年）　137,343ドル
バングラ政府保健家族計画省ナショナル・ファミリープランニング・ボード（ＮＦＰＢ）が実施。

(4) 労働，福祉等業務に担さわる指導的人材に対する人口・家族計画教育プログラム（１９７４～６年）　112,450ドル
ＮＦＰＢが実施。

(5) 保健，家族計画共同サービス・システム・プログラム（1974～7年）
750,403ドル及びバングラ政府予算約400,000ドル
ユニセフ及びＮＦＰＢがこれに当る。

(6) 家族計画要員の養成プログラム（１９７４～７年）2,354,126ドル及びバングラ政府３千万ドル

ＷＨＯ及びＮＦＰＢ

(7) 人口，母子保健，再生産等の教育と研究（１９７４～７年）

６５５,７１４ドル

(8) その他

ＵＮＦＰＡプログラム総予算（１９７４年から３カ年分として）；約１０,０００,０００ドル（１千万ドル）

＜世　銀＞

１９７４年１０月，対バングラ家族計画援助会議を開き，およそ次のようなことを決議した。

１９７４年からの５カ年計画で総額4.５７０万ドルのプロジェクトを行なう。（うち，1,５００万ドルはＩＤＡのクレジット，2,６００万ドルはグラント，４７０万はバングラ政府が用立てる。）

プロジェクトの内容は，主に建設事業で，看護婦訓練養成学校（大学），家族計画指導員養成訓練学校，県立病院，郡地域ヘルス・センター，モデル・クリニックなどの建設であるが，その他，(1) 家庭訪問指導員（3,700人）の訓練と給与支給（３カ年分），(2) 文部省，情報放送省，保健家族計画省の人口・家族計画教育宣伝事業に対する人件費を含む補助，(3) 民間機関の家族計画事業に対する補助などもプロジェクトにもりこまれている。

＜ポピュレーション・カウンシル＞

ダッカ県におけるデモンストレーション・プロジェクト（１９７４年から５カ年2,000,000ドル）Taylty － Berelson Project と称しＩＵＤ挿入を中心事業としている。

その他別途予算でフエローシップでハワイ東西センター等に専門家を受入れている。

＜フォード財団＞

ダッカに事務所を設け，(1)人口研究センター，(2)プランニング・コミッション人口部，(3)ダッカ大学の教育訓練，統計調査の２研究所，(4)チッタゴン大学の人口研究，などの援助を行なっている。

＜ＵＳＡＩＤ＞

１９７３年：１５０万ドル分の物資援助を実施，主な物資は，コンドーム不妊手術用医科器械。

１９７４年：３００万サイクルの経口避妊薬，３０万グロスのコンドーム（日本からの買付），その他避妊器具薬品。

ダッカに２名の人口担当専門官を駐在させている。

＜ＳＩＤＡ＞

１９７３年から長期計画（５カ年以上）でおよそ2,０００万ドルを予定している。１９７３年は約２００万ドル援助したが，純家族計画援助はそのうちの半分１００万ドル程度。

１９７４年はＵＮＦＰＡ会議の結果，ＡＩＤが避妊器具薬品を援助するので内容変更し，(1)視聴覚機材（生フィルム，映写機），(2)視聴覚機材を搭載した車，(3)印刷機材と紙（とくに家庭調査用のカード）などを援助。

大使館に人口専門官を１名置いている。

＜ＯＤＡ；イギリス海外援助庁＞

ＵＮＦＰＡが行なわせたセンサスのチェック（８万ドル），人口学・統計学のスカラシップ受入。

今後，郡保健家族計画センターの建設等を検討中。

＜ＤＡＮＩＤＡ；デンマーク国際開発庁＞

１９７３年７月，コンドーム１０万グロース（日本から買付）援助。

＜ノルウェー政府＞

１９７５～７年の３カ年計画で５００万ドル，家族計画と保健のプログラム（プログラムの具体的内容を検討中）

＜ＩＰＰＦ＞

バングラ家族計画協会援助において，

１９７２年：１２6,０００ドル

１９７３年：２２1,０００ドル

但し，特別緊急援助：６２0,０００ドル

（ＳＩＤＡ協力により医師団派遣事業）

１９７４年：１８2,０００ドル（当初予算）

<そ　の　他>

カナダ，オーストラリアが援助を計画中。

また，ボランティア活動的には，パスファインダー財団，アジア財団，等も援助している。

今回の要請内容をこちら側なりに整理しバングラの現状に照して検討した。この結果「日本政府への提言」としてKにかかげてある。

≪おわりに≫

いまやバングラの人口・家族計画事業に対して，世界中の先進国と国際機関がなんらかのかたちで援助している。その援助の内容や方法は，他の開発途上国に対すると同様ともいえるが一つだけはっきりした違いがあった。それはＵＳＡＩＤ，ＳＩＤＡといったこの分野の主力援助機関のほとんどがＵＮＦＰＡのコーディネイトのもとに相互協力しながら援助しているということ。そして，バングラ政府に直接のキャッシュ・グラントは行なわず，プロジェクトのなかに人件費などを含めて援助するという方法を採っていることである。従ってわが国も援助を行なうとすれば，バングラ政府のほか少なくともＵＮＦＰＡとは，その援助の内容や方法について事前協議しておくべきであろう。ＵＮＦＰＡは家族計画事業に関して日本の経験を過大と思えるほど高く評価しており，既にバングラから５名の研修員を受入れたが（セミナーへの招請），この専門家セミナーを極めて好評しているし，物資援助に関しても日本の巡回指導方式（コミュニティーベース・ディストリビューション・アンド・エデュケーション）について大変関心を持っている。

援助規模の大小もさることながら，この世界で最も貧しいと自認している国にとって，家族計画の援助は農業援助との二本柱で，早急に必要なものだ。世界中が既に援助を始めている。ＵＮＦＰＡや世銀のバスにも乗り遅れてしまった日本ではあるが，これからでも十分まにあう早急な実施プログラムの決定を希望する。

Ⅷ　バングラデシユの家族計画プロジエクトに対する協力のあり方についての私見

慶応義塾大学医学部（産婦人科）教授　飯　塚　理　八

はじめに

本調査団に参加し，約10日間にわたり各機関,要人と会いまた施設の一部を見学した。その全貌を把握するのは困難であるが，些か私見を述べる。私は医学教育にたずさわる一員であり，臨床家でもあるので綜合的な評価は他の専門家にゆだね極めて限られた視野よりの展望であるが，それが私の参加した意義ともいえよう。

Family Planning に関する組織化は政府が一体となって取組んでいることは極めて印象的であり，map の上では日本などよりも clear cut であろう。Thana level の Center System など整然としているが，その実態はその施設はとなると，この国のもつ年収入一人あたり５０ドルの背景が浮ぼりにされてくる。我々の見たこのセンターは確かに建設中であった。最もDacca に近い整備された？ものであるかもしれないが医療施設の貧困は印象的であるが，人的構成はドクターを除けば極めて豊富である。ピル，ＩＵＤを一々チエックした対象に配置している実情はやがては効果が上ってくることは疑いない。ことにＩＵＤのInsert は Paramedical のFWWのTraning を受けた女性が受持っておるのは，この国に即した賢明策であろう。Johns Hopkins Group の Post Partum Clinic の組織は現地に即しており大変効果的である。意欲的な Doctor のコントロールの下に，Vasectomy , Tubaligation も実施しておりOutpatientsには主としてPills やＩＵＤがRecommend され Registorate も整備されている。

なお，現実の処理としては，Menstrual Iregulation の Cases に対しては，子宮腔内洗浄，Suction が逸早く施行されていることは各Clinicsを廻っての印象である。

人工中絶の問題は，この国では何の lawも持たないし公けにはふれたがらないが，現実的には上手に処理されており，その可能性も大きい。ＩＰＰＦ

が革命戦争中，後の妊婦（暴行などによる帰結として）の中絶に活躍？したことがむしろ色々のInformationとしてうけとられている。このような形での援助は，人道に基ずいているかもしれないがあまりにも誤解をうけ易い。我が国の戦後の状態を考えても判ることであり，もし他国よりの派遣医が人工中絶という形で国民の前に手をさし述べても誰が感謝するであろうか。我が国の人工中絶，優生保護法案成立の歴史をふりかえっても決して平担なものでなく幾多の変遷を繰返しているしまた現に改正の法案さえ国会に上程されている。この国のドクター達が現実にその方向を見出している賢明さを我々は深くよみとらねばならない。したがって，人工中絶に対するExpertのTrainingや，本国からの派遣は凡そナンセンスのことであり，医学の倫理上からも適当でない。

Dacca大学医学部のLevel も一応英国式の教育内容であり，教授Staffsはすべてロンドンなどで教育を受けてきた人々であるから現在のLevel については深く知らないが，一般的には水準にあると云えよう。従って大学においては十分なる教育やカリキュラムがもられている筈であろうし，少くとも日本においてAbortion Technic を習う必要などはないし，国家レベルで供与し合う技術ではない。彼等が医療行為をなす場合に必要な器具については，必らずしも豊富とはいえないしむしろ poor である。これらについては日本においては十分提供してもよいし可能な援助であり，効果的である。ことにMedical Electronics 貧弱さは，大学においても著しかったから地方のHospitalではほとんど皆無であろう。例えば妊娠早期診断装置であるDopple 超音波器などは提供して感謝されるものであろうが，直接はFamily planning に結びつくかどうかはいえないが，大きな目で見れば日本の医療援助として銘記されることは疑いない。もちろんCompound Scopeの提供が可能ならばそれに越したことはなく，なお一層感謝されるであろう。一方Dacca 大学におけるVasectomy の実際を見学したが，無料にてOutpatients を受け入れ即座に実施しており，技術的にも日本と同一レベルといえる。これが数多く地方に浸透して行くことにより効果は上昇するであろうが，4人とか5人という希望者が殆どであったのだから，これをより早くキャンペーンする方向が望ましく"Small family is hoppy famly»

のスローガンで政府その周辺が力を入れていることは徐々に奏功するが，その時期を速めるが当面の問題であろう。Tabe ligationの実際については見る機会がなかったが，Professors や Doctors との Discussion でも一般的な水準にあり日常実施されているようである。これを要するに，IUD，ピルその他避妊法の取扱い及び，永久避妊（Vasectomy Tubeligation etc ）について間然とする処はなく極めてRoutine Work としてむしろ日本よりも整然とされており，しかも Induced Abortion に関しても現実的に処理されており，その可能性もある。附言すれば日本的な Induced Abortion による Control ?は公道ではなく By path であることを強調しておきたい。

しかるにこの国の実態は知らない間に子供が生れ育ち飢え死ぬ。mapは出来，一地区ではControl が完全かもしれないが国会体としては，医療も独立しての存在ではなく社会機構の上に立っている。小山田大使がいみじてもえった如く，"電灯をつけることが何よりも優る"この言葉に印度駐在の徳永医師も同感の意を強くされた。この国にはWHO．SIDA．IPPFその他多くの援助の手がさし述べられ活発にあるいは効果的にあるいはその逆かもしれないがActivities が行なわれている。日本に望むのは何なのか，多ければ何でもよいと受け入れはいうけれども，与えるものは限られている。まして日本の医療体系そのものに矛盾をはらんでいるのに何を与え，どのような効果をねらうか，限られた予算で他のAIDに劣らぬものを与えることが出来るか。よく考える必要がある。

以上の観点より，大使館及びBD当局よりの要請の件について私見を述べる。

a) Sending of Japanese Experts to B.D.

先に述べたAbortion Techniques の Expert の派遣は必要ない。この点だけの目的ならむしろ有害である。

その他の調査や全般的な医療指導（個々の面における）に，Expert（日本においても第一級の）を送るなら意味があり，日本とB.D.との相互理解は深まるであろう。

b) Training in JAPAN

B.D.において十分Training 出来るのであるからAbortion Techniques に関しては不要。日本の医療Famly Planning の Study に来ることは望ましいし良いことであろう。この場合十分な待遇をして好印象を与えるよう努力することが最も効果的な政策である。

c) Enlightenment Activiteis in B.D.

施設，器具の不足は誠に著るしい。これらに提供することはよいが，効果的配分を十分考える必要がある。Medical Eletronics の器具は日本は一流であるからリストアップされている吸引装置なども対象となろう。ＩＵＤやCondomについては他国からも十分入っているので良く考えた方がよい。私は日本の特徴を生かして重点的に１つか２つにしぼった方がよいように思う。

d) Construction of a Condom Manufacturing Factory in B.D.

コンドームは確かに避妊法の初歩であるが，非常に不確実でありこの国の住宅事情にあうとは思えない。見学して判る通り，ＩＵＤとPillが主流であるのでどれだけこれを提供してみても効果を上げているか判らない。経済的観点から（政策上？）すれば別だが医療的には古典的なものであり私は賛成しがたい。

e) Establishment of Clinic

一時的にClinicを樹ってもこれをFunctionのある運営をし，永久的に維持することを常に考えねばならぬ。ただし，Family Planning Clinic at Malibagh (Out patients only) class のものなら現地の要求に応じて建設してやればその運営は彼等が行なうであろう。

もちろん可能ならば日本的特徴のあるClinicの建設は望ましいが，日本よりのドクターの派遣は困難であることを附記しておく。

その他については略す。

おわりに

この国は明治維新が始まったのであり，何もかもこれからである。

しかし日本と違うのは，英学の影響が既に十分に指導層に浸透していることであり，ことにMedieal Doctors にそれが強い。彼等はそれなりにプライドを持っており，時には日本に対しても医学の面では優位と信じている。尊敬し信じられなければ技術の教育など２国間では出来ないし，むしろ進んで日本の医学の勉強をしたいという環境を作ることが物質よりも大切と思う。

Abortion＋ echnique の指導などMedical Doctors にとってはお互いにナンセンスであり不名誉なことである。事業団においても過去における実績を良く検討し，医療の提供をするなら，常にヒューマンな立場を自他ともに認めることができるものを選んで欲しいし，永い目でみればそれが感謝につながるものと信じる。

附　言

避妊法はこの国では一応型通り，ペッサリー，殺精子剤，コンドーム，ＩＵＤ，ピル etc が見受けられ，一般的にはすべてを説明をしているようだが，最も主眼を入れているのはＩＵＤとピルである。このことは日本においても同じ（医師会，産科婦人科学会の推薦）である。殺精子剤のうちには邦製の錠剤（サンプーン錠）も見受けられたが他は外国各社の製品であった。ＩＵＤはLoops 一本やりである。これは日本と全然実状が異なるので注意したい。日本では医師のみしか Insertを許されない。日本で公認された大田及び優生リングをもって来ても彼等は使用するにとまどり，むしろ拒絶されるであろう。（日本のリングは技術的に挿入や抜去に高度性を要求される。しかし脱落率は少ない）ピルも毎日服用する（プラセボーを入れて）パッケージにしてある。日本ではこの手のものは見当らない。日本で入手できるピルは１社を除いては外国製品であるからこれらを供与するときには配慮が必要と思う。

彼等が早期妊娠が疑われるときに各種の子宮内操作を行ない，実質的にはInduced Abortionを実施していることは既に述べた。これらの使用器具は既に一定のパターンが定着している。吸引装置もその一であるが，日本のをそのまま押つけても困却するかもしれない。

要するに薬剤，器具その他を供与するときは実際の衝に当っている人々の

要求に沿う配慮が大切であり，desk Plan で一括して発注されては現場では使用されないであろう。

Ⅸ 日本政府への提言

独立間もないバングラデシュは，経済の自力更生を達成するに必要な社会的インフラストラクチャーに欠け，世界で最も貧しく，最も発展のおくれた国の１つである。経済の基盤をなす農業についても，農業が国民総生産の５６％，労働力人口の７５％，輸出の９０％を占めているにも拘わらず，治水・灌漑は全く不十分で洪水と旱魃の被害を受け，土地改良は手をつけられていない。従って生産性は低く，米の反当収量は平均すると日本の1/5程度しかなく，個々の農家の余剰生産力低く，資本蓄積は少い。人口密度高く，労働力人口は余っているものの，教育水準は低い。

こうした現状に鑑み，わが国としては，バングラデシュに対する援助の綜合的政策を立案する必要があり，それは農業開発と人口計画の二本柱とすることが重要であると考える。この２つの問題解決が，バングラデシュ経済発展にとって根幹を為すと考えるからである。従って，家族計画に関する援助は，長期的視野にたって行なわれるべきである。

1. 専門家派遣，医師の派遣が日本政府への要請に含まれているがこれについてはⅧにのべられているので参照されたい。医師以外でも例えば人口学者を派遣し，国連援助のもとに実施された人口センサスの分析を指導することなども考えられる。（ちなみに小林団長が希われるままに人口問題で講演したが，大好評であった。）
2. 専門家受入，日本政府が主催している年４回の家族計画セミナーは，マネージメント，組織活動，広報教育，医学保健の各コースで用意されているので，これに招請することが出来る。但し，高級の指導者は別途個別に受入れることを検討すべきであろう。
3. 物資援助
   (1) 医科機械，日本で調達可能な機械は援助も可能なのではなかろうか。
   (2) コンドーム，さしあたり１９７５年はＵＳＡＩＤの援助（但し日本から３０万グロス買付）で用が足りるのかもしれないが，その先，日本としてどう対処するのかが大きな難題である。一般の家庭の生活状況から

みて，またバングラ家族計画協会のスタッフの話しを聞いたところでは，日本製の避妊器具薬品（コンドームと錠剤が使用されていた）ではコンドームより錠剤の方が使用し易いようであったが，現在のところ現地側の指導者はコンドームを極めて強く要望していた。これはやはりコンドームをＩＵＤやピルと比較した場合その避妊効果では比べようもないが，一般大衆に避妊のメカニズムを教える場合，コンドームは誰にでも理解されるものであり，ＩＵＤやピルは全く理解し得ないという他の開発途上国と同様の理由からなのであろう。

(3) 自動車，オートバイ，自転車，自動車はユニセフ援助（ＵＮＦＰＡ援助）のものが非常に沢山目についた。しかしいまのところモーバイル，クリニックあるいは教育宣伝用儀装車などはまだ政府機関にはない。現地側はバングラの交通事情から自転車，オートバイの方が有効であり望ましいということでさった。

(4) 教育用資器材　ＳＩＤＡから物資援助を受けるが，ソフトウェアの内容についてはほとんど用意がない。掛図や図版もみるべきものはなく，フィルムは一本もなかった。（現地諸現地作製のもの）。

4. コンドーム工場の建設，現地側（ＮＦＰＢ局長イスラム氏）は，「コンドーム・プラントの援助が最も望ましいのだが，ピル，錠剤の工場も欲しい」と言っていたが，バングラにおいて，コンドーム工場建設をすることは極めて難しいと思う。ラテックス加工技術の難しさもあるが，それより電力・水質事情というような事前の条件も考えると，とても短期の計画では難しいだろう。勿論原料はすべて輸入にたよらなければならない。それならむしろ錠剤の工場の方が問題は少ないかもしれない。

バングラデシュにおいては，家族計画を有効に実施せしめるためには，単に教育・宣伝したり，サービス活動をするだけでは限界がある。それは社会経済的背景を必要とするのであり，特に農村では，生産の向上，婦人の経済的地位の向上・教育の普及等を結びつかない限り，成功はむづかしい。そのため，長期的プログラムを必要とする。しかし，日本が全国で実施することは不可能であり，１つあるいは数個のThana(郡)を選択してのパイロットプロジェクト実施をする方法がとられるだろう。

パイロット・プロジェクトの実施

①{近代農法の導入
農業協同組合（多目的）の組織化} を一方で行い。

②その村に家族計画を導入し

③人口の推移を調査・評価する。

X. 調査団が接触したバングラデシュ政府並びに国際機関等の関係者リスト

	（氏　　名）	所　属　機　関
1)	Prof. K. A. Khaleque,	Secretary, Ministry of Health and F. P. (Population Division)
2)	Mr. Mahmood Aminul Islam,	Director, Family Planning Board M. of Health and F. P.
3)	Mr. S. G. Muktader,	Officer, Family Planning Board M. of Health and F. P.
4)	Dr. Ashraf-uz-Zaman,	Additionary Secretary, Planning Commission
5)	Dr. M. A. Rahman,	Chief, Health, Population, Planning, Social Welfare & Rehabilitation Sector, Planning Commission
6)	Mr. M. A. Mabud, 同人は先方のLiaison Officerとして本調査団在住中行動を共にした。	Assistant Chief, Planning Commission
7)	Mr. M. Mokammel Haque,	Secretary, Ministry of Education, Cultural Affairs and Sports
8)	Dr. Atiqur Rahman,	Director, Post Partum Programme
9)	Dr. Walivllah,	Director, Inspection Directorate
10)	Dr. Abdul Samad,	Director, Institute of Statistical Research and Training, Dacca Univ.
11)	Dr. A. B. Choudhury,	District Technical Officer, Dacca
12)	Mr. Hashanuzzaman,	Secretary, Ministry of Labour and Social Welfare
13)	Dr. (Capt.) Abul Quasem, (M. P.)	President, (Bangladesh Family Planning Association)
14)	Mr. Sirajul Islam	Vice President, (〃)
15)	Mr. Mohd. Maizuddin, (M. P.)	Honorary General Secretary (〃)

16)	Dr. Salahuddin,	Medical Officer Thana Health Administrator, Dhamrai Thana Health Center
17)	Dr. A. Latif	F. P. Clinic (Vasectomy), Dacca Medical College Outdoor
18)	Col. M. M. Rahman,	Superintendent, Dacca Medical College Hospital.
19)	Dr. Syeda Firoza Begum, (Mrs)	Prof. of Obstetrics & Gynaecology, Dacca Medical College Hospital
20)	Dr. A. K. M. Salehuddin,	Prof. of Clinical Midwifery, Dacca Medical Collige Hospital
21)	Dr. Horid Hanum, (Mrs)	Principal, Training-Cum-Research Institute
22)	Mr. A. N. M. Yusuf	Director-General, Integrated Rural Development Programme, (IRDP)
23)	Mr. Abdul Miyeed	Director B. D. Academy for Rural Development, Comilla
24)	Mr. Abdullah Haroon Pasha,	Deputy Commissioner & Chair man, District F. P. Board, Comilla
25)	Dr. A. S. M. Abdul Hakim,	Civil Surgeon & Vice Chairman, District F. P. Board, Comilla
26)	Dr. Habibur Rahman.	Divisional Malaria Eradication Officer, Comilla
27)	Mr. Amiruodin Chowdhury,	Addtional Deputy Commissioner
28)	Dr. M. A. Baset	District Technical Officer (F. P.) Chittagong
29)	Dr. Shila Palit, (Female)	Lecturer, Chittagong Training Cum Research Institute
30)	Mr. M. D. Yasin,	Lecturer, Chittagong Training Cum Research Institute
31)	Dr. Shafiur Rahman,	Thana Health and F. P. Administrator, Rangunia Thana Health Center
32)	Mr. S. Babul Hussain,	Statistician, Cholera Research Laboratory, Dacca

33)	Mr. M. A. Chowdhury	Statistical Assistant,Cholera Research Laboratory, Dacca
34)	Dr. G. Baruffi (Female)	Me dical Officer WHO, Dacca Office
35)	Dr. Eung Soo Han	Medical Officer, WHO, Dacca Office
36)	Dr. A. P. Sattertherate (Female)	Coordinator, UNFPA, Dacca
37)	Mr. D. Mavroginnis	Director, ILO Area Office, Dacca
38)	Mr. R. Clements	Representative, World Bank, Dacca
39)	Mr. Jordan Michel,	Representative, USAID, Dacca
40)	Mr. George Zeidenstein,	Representative, The Ford Foundation, Dacca

XI. 収 集 資 料 一 覧 表

1) Appraisal Report of a Population Project, B. D. Oct. 8 '74
Document of International Bank for Reconstruction and Development
International Development Association

2) Annual Report, '72 ~ '73 B. D. Family Planning Board, Prepared by Planning Sec. B. D. F. P. Board, Dacca

3) Attitude of teachers Guardians and Students towards population and Family Life Education

4) Annual Report of Activities of B. D. F. P. Association for the year '72 & '73

5) Annual Report of the E. Pakistan F. P. Association for the Period ending Oct. '71

6) A Study of Employment Survey of Graduates by M. Dbaidullah

7) Cooperative Farming in B. D. A Report of the Workshop on Cooperative Farming

8) Conoshasthya Ken Dra Progress Report

9) Demographic Survey in E. Pakistan, '61 ~ '62 A. N. M. Munuruzzaman

10) Draft for Discussion Only, Proposed for Population Education Programme in Formal School System of B. D.

11) Demographic Studies in Rural E. Pakistan Cholera Research Laboratory
June '68 June '69 Oct. '70

12) Economic Development of B. D., A. Farouk. Bureau of Business Research, Univ. of Dacca '74

13) Hospital Administration, Edited by N. N. Chowdhury.

14) Proceedings of the Seminar on F. P. Nov. 21 ~25 '72 Dacca

15) Project Request for United Nations for Population Activities
Project Title, Rural Development Cooperatives and Population Education

Population Education and Training for Labour Welfare Officers,
Trade Union Officials, Personnel Officers and Others
Pilot project for F. P. Motivation and Services in Industry and Plantation

16) Population Bulletin

17) Role of Thana Training and Development Center and Tip Team in Thana Irrigation Programme in B. D. ('69 ~ '70) B. D. Academy for Rural Development, Comilla, Mar. '74

18) Revised Work Programme for '74 ~ '75 of B. D. F. P. Association

19) Report of a Study Tour to S. E. Asia to learn about Generalized population planning unit, Ford Foundation

20) Summary of the Activities During the year 1972, Ministry of Health and F. P.

21) Setting for Demographic Analysis in E. Pakistan, M. obaidullah

22) Sector, Population Planning

23) The First Five Year Plan '73 ~ '78

24) The Comilla F. P. Project, Comilla E. Pakistan

25) Thana Health Complex in B. D.

26) Toword the Integration of World Agriculture

27) United Nations Relief Operation, Dacca,Information paper No. 23, Health in B. D. WHO Country Review

28) Urban Housing Demand Survey in B. D. '74

29) USAID,US Assistance to B. D. From Independence to June 30, '73

30) World population Conference, Bucharest 19 ~30 Aug. '74

31) Wheat Research and production in B. D.,Ford Foundation Dacca Nov. '74

32) Women in B. D., Rounag Jahan

33) World Education Issues, Observations on the Status of Women in B. D. by Sondra and Laura Zeidenstein

パンナ・ラフシュ医務官大佐殺害事件報告書

1
9
8