

エジプト人口家族計画

基礎調査報告書

1988年8月

国際協力事業団

医療協力部

医療
J.R.
88-36

エジプト人口家族計画

基礎調査報告書

18548

JICA LIBRARY



1071434[3]

1988年8月

国際協力事業団

医療協力部



エジプト人口家族計画基礎調査

報告書目次

I. 人口家族基礎調査団の概要	1
I-1. 派遣期間	1
I-2. 団員	1
I-3. 調査内容	1
I-4. 調査に至るまでの経緯	1
I-5. 日程と主たる面会者	1
II. 調査結果	9
II-1. エジプト側諸要請の内容の詳細と要請背景	9
(1) 目的	9
(2) 調査方法	9
(3) 訪問施設と討議した相手	9
(4) 視察した各施設について	10
(5) 先方から我々に提示された要請	13
(6) NPCの要請に対する当方の対応	18
(7) 本プロジェクトに関する問題点	19
(8) 他の国、或は国際機関による援助について	21
II-2. 人口家族計画に関する基礎データ	22
(1) 経済・社会の概況	22
1) 経済概況	22
2) 社会概況	29
3) 第2次5か年開発計画の概要	31
(2) 人口の諸特徴と人口政策の推移	35
1) 人口の諸特徴の推移	35
2) エジプトにおける人口政策	49
(3) 保健医療・家族計画分野の現状	51
1) 関連機関とその相互関係	51
2) 実施体制	64
3) 家族計画の実態と諸問題	71

4) 第2次5か年計画における整備方針	84
5) 外国援助の動向	85
(4) 人口・家族計画関連プロジェクト/事業	89
III. 関連資料	95
III-1. コンタクトミッション報告書	95
III-2. National Population Councilからのレポート	101
III-3. The National Population Policy	104
(付属：1985年のNational Population Council設置に関する大統領令)	
III-4. 人口家族計画基礎調査団説明資料	111
III-5. Ministry of Social Affairsのプロジェクト計画書	121
III-6. Ministry of Healthのプロジェクト計画書	134
III-7. National Population Councilのプロジェクト計画書	136
III-8. 質問表への回答	143
III-9. ケナ県の人口及び家族計画活動データ (英文)	157
<注> 上記資料の入手経路	
2. 3. NPC → JICA 事務所	
5. MOSA → 基礎調査団	
6. MOH → 基礎調査団	
7. 8. NPC → 基礎調査団	
9. General Statistics (and Census) → 基礎調査団	

I. 人口家族計画基礎調査団の概要

1-1. 派遣期間：昭和63年2月1日（月）～昭和63年2月14日（月）

1-2. 団員 我妻 堯（団長・保健医療）国立病院医療センター国際医療協力部長
新納 宏（協力計画）JICA 医療協力部特別業務室
佐藤 宏子（人口）（財）国際開発センター
豊間根則道（地域開発）（財）国際開発センター

1-3. 調査内容 (1) エジプト側諸要請（II-1）の内容の詳細と要請背景の調査
(2) 人口家族計画に関する基礎データの収集（II-2）

1-4. 調査に至るまでの経緯

1986年現在、エジプトの人口は約5000万人に昇り、年平均人口増加率も2.82%と高率である。このまま人口が増え続けると人口は30年足らずで倍増することになる。

このためエジプト政府は早くから人口政策にとり組んできたが、特に1979年のイスラエルとの和平達成後本腰を入れ、1982年—87年の新開発5ヵ年計画の主要目標として位置づけている。また、1985年には人口政策の総合調整機関である、国家人口審議会（NPC：National Population Council）を発足させている。

エジプト側はこうした人口政策の活性化の中で、1986年から、日本側に本分野での協力可能性を打診して来たが、1987年10月、NPCから正式に基礎調査の要請を行なって来た。これを受けてJICAは、同年11月コンタクトミッションを派遣し、先方の要請を調査したところ、①アバーナイル（ルクソール付近）での母子保健普及活動、②医療要員に対する実践的訓練の2点が協力要望分野として挙げられた。

また、このミッションと相前後してJICAエジプト事務所がエジプト側と接触したところ、概ねII-1の通りの要望のあることがわかった。

これを受けて、本基礎調査は人口家族計画の基礎的データの収集とともに、これらの要望の具体的内容を把握し、協力可能な分野を絞り込むことを目的に派遣された。

1-5. 日程と主たる面接者

昭和63年2月1日 月曜日 東京発 ロンドン着

2日 火曜日 カイロ着

3日 水曜日

午前 JICA事務所にて小泉所長、吉崎職員と日程打ち合せ。

国際協力省 (Ministry of International Cooperation)

表敬訪問、Director Genral Mr. Hamed Moustafaに調査目的説明。

午後 日本大使館表敬訪問、鹿籠雅純一書記官に調査目的と今後の計画説明。

4日 木曜日

午前 社会福祉省 (Ministry of Social Affairs) を訪問、以下の人々に来訪目的を告げる。

Mrs. Hada Barakat ; General Director for Family and Child Welfare

Mrs. Lawahiz Shafik ; Director of F.P.Dept.

Dr. El Bana ; Consultant to the Ministry of Social Affairs

午後 外務省 (Ministry of Foreign Affairs) 訪問。

Mr. Amb. Mahmoud Shahawyに訪問目的を説明

5日 金曜日 休日のための資料整理

6日 土曜日

午前 National Population Council, Dr. Maher Maharanを訪問、先方の要求を提示される。引き続いてアインシャムス大学病院産婦人科の超音波診断センターを視察。

午後 カイロ大学小児病院プロジェクトの牛山専門家に面会し Audiovisual 機器に関し情報収集。

昭和63年2月7日 日曜日 保健省 (Ministry of Health) 訪問。

Director of Family Planning

Dr. Farouk Gafarほか四名と面会、先方の要請を聴取し更に討議。

カイロ市内母子センター (El-Galaa Center) 及びカイロ郊外母子センター (Helwan Center) を視察。

8日 月曜日 カイロより空港ルクソールへ。

N.P.C.のMr. Fouad Fakryと共にNag HammadiのAluminium Company of Egyptを訪問、工場見学の後、付属の保育所・児童福祉施設・病院・家族計画クリニックを視察。Dr.Mohamed El-Hawaryと討議。

9日 火曜日 ルクソールから空港カイロに移動。

10日 水曜日

USAID Population Division ;

Ms. Charlotte Croner 面会情報収集。

National Population Council, Dr. Maher Maharanを訪問、先方の要求について更に討議。

11日 木曜日

El Mahalla el Kubra, MISR Spinning and Weaving Company訪問。工場見学の後、付属の病院、家族計画クリニック視察。Dr. S. Etmanと討議。

12日 金曜日 カイロ発ロンドン着

13日 土曜日 ロンドン発

14日 日曜日 成田着。

PROJECT REQUEST PROPOSALS FROM EGYPT

Requests of Egyptian Authorities		Type of Project	Corresponding JICA On-going Project
National Population Council	Ministry of Health		
to Contact Mission	to JICA Egypt Office		
★FP center for IEC and delivery service in rural areas (Qena in upper Nile)	★FP service mobile unit in rural areas (Upper Egypt) ★Ultra - sound equipment to train doctor and to be used in rural areas	FP/MCH/PHC Intergration Project in Model Areas	Colombia Nepal Thailand Philippines
	★FP model clinic for IEC and delivery service in rural areas		
	★A - V small production to produce model IEC materials	Information Education and Communication	(Kenya)
	★ Skill - oriented and Management training	Trainings	
		Improvement of Statistical System	Mexico Srilanka
	Manufacturing contra - ceptives	Others	
	Manufacturing contra - ceptives		

項 目	関 係 部 局	可能性
<p> 出産・育児制度 d. 教育制度 e. 保健医療制度 f. 女性の地位 女性就業者 識字率 【2】人口関連情報 1. 人口構造の推移 a. 人口とその推移 b. 男女別人口と性比の推移 c. 人口年令5才階級別割合の推移 d. 人口民族別構成の推移 e. 人口宗教別構成の推移 f. 労働力人口の推移 g. 就業者の産業構成別の推移 h. 行政地区別人口・人口密度・人口 比重の推移 i. 人口の都市化率の推移 2. 人口動態の推移 a. 人口出生力水準（粗出生率等） の推移 b. 人口死亡力水準（粗死亡率、周 産 期死亡率、新生児死亡率、乳幼 児死亡率、妊産婦死亡率等）の 推移 c. 死 因 d. 婚 姻 配偶関係別割合の推移 e. 域内移動 f. 人口将来予測 【3】保健医療サービスの現状 </p>		

項 目	関 係 部 局	可能性
<p>a. 方針・戦略 PHCと家族計画との関係</p> <p>b. 目 標</p> <p>c. 予 算</p> <p>d. 外国援助に対する対応 WHO・EPIの現状等</p> <p>2. 保健医療機構のモデル</p> <p>a. 中央レベル</p> <p>b. 県レベル</p> <p>c. 郡レベル</p> <p>d. 末端レベル (ボランティアを含む)</p> <p>3. 保健医療要員について</p> <p>a. 職種別従事者 (医師、看護婦、保健婦、助産婦その他) 実数、人口比</p> <p>b. 職種別養成システムと年間養成数</p> <p>c. 再教育システム</p> <p>【4】人口家族計画分野の政策と実施体制</p> <p>1. 現行の人口家族計画分野の政策</p> <p>a. 方針・政策 開発計画での位置づけ 政策担当者の発言 予算の重点配分事項</p> <p>b. 目 標</p> <p>c. 予 算</p> <p>d. 組織・人員</p> <p>e. 外国援助への対応</p> <p>2. 人口・家族計画分野の指標</p> <p>a. 自宅分娩と施設分娩の比率</p>		

項 目	関 係 部 局	可 能 性
b. 受胎調節法の内訳（人工妊娠中絶の合法性の有無）	保健医療部	調査可能
c. 生殖生理学の研究（受胎調節研究）の進行度・病院・大学の医師と家族計画運動との関連性	保健医療部	調査可能
3. 人口家族計画分野の実施体制	保健医療部	調査可能
a. 政府関連機関の各々の役割りと相互関連レベル別 中央レベル 県レベル 郡レベル 末端レベル セクター間の協力	保健医療部	調査可能
b. NGOの役割と政府機関との関係 予算配分 連絡調整 人的交流	保健医療部	調査可能
c. 外国援助の動向 実施プロジェクトの特色 援助機関の連絡事務所・連絡員 援助調整会議	保健医療部	調査可能
【5】 現行の人口・家族計画プロジェクトの一覧表（外国援助を含む）	保健医療部	調査可能
1. タイプ別の分類	保健医療部	調査可能
a. 人口教育	保健医療部	調査可能
b. 人口情報	保健医療部	調査可能
c. 保健サービスの提供	保健医療部	調査可能
d. 人口調査・研究	保健医療部	調査可能
e. 関連産業振興	保健医療部	調査可能
2. 単独目的型プロジェクトと複合型プロジェクト	保健医療部	調査可能
3. 対象地域別	保健医療部	調査可能

II. 調査結果

II-1. エジプト側諸要請の内容の詳細と要請背景

(1) 目的

前回のコンタクトミッションでは主としてJICAの援助方式を説明しながら先方の事情を調査し、要請の提出について示唆するにとどめた。

その後、特にNational Population Councilより具体的な要請が現地事務所に提出されたとの情報があったので、その内容の詳細を知ると共に前回訪問出来なかった関係各省の当事者と面会し更に詳細な関連データを収集する事を目的とした。

(2) 調査方法

1) 前回と同じく相手国関係者と協議し関連データを収集するとともに人口問題・家族計画の政治的、宗教的、社会的な意義、考え方、認識などについても実状を把握することに努めた。

2) 病院、母子保健センター、先方よりの要請内容に関係のある二つの地域の中心的存在としての国営工場付属の福祉施設、病院、家族計画クリニックなどの現場を視察した。

* 人口に関する基本的事項 (前回の報告書および別項にゆずる)。

* エジプト政府の人口政策 (前回の報告書および別項にゆずる)。

(3) 訪問施設と討議した相手

National Population Council, Secretary General : Dr. Maher Mahran

保健省 Director of Family Planning, Dr. Farouk Gafar 他四名。

国際協力省 Director General Mr. Hamed Moustafa

社会福祉省 (Ministry of Social Affairs)

Mrs. Hada Barakat ; General Director for Family and Child Welfare

Mrs. Lawahiz Shafik ; Director of F.P.Dept.

Dr. El Bana ; Consultant to the Ministry of Social Affairs

外務省 (Ministry of Foreign Affairs)

Mr. Amb. Mahmoud Shahawy

カイロ市内母子センター (El-Galaa Center)

カイロ市郊外母子センター (Helwan Center)

アインシャムス大学病院産婦人科の超音波診断センター

Nagah HammadiのAluminium Company of Egyptの工場および付属の保育所・児童

福祉施設・病院・家族計画クリニック

N.P.C.のMr. Fouad Fekry及びDr. Mohamed El - Hawary

El Mahalla el Kubra, MISR Spinning and Weaving Companyの工場及び付属の病院、家族計画クリニック

Dr. Elsaid A. Etman

USAID : Population Division ;

Ms. Charlotte Croner

(4) 視察した各施設について

1) MCH・EP Center 視察の印象。

USAIDの援助により建設されたピラミッド形の母子保健センターで前回に視察したものと構造も機能も殆ど同じである。カイロ市内のものは低所得者層の居住地にあり郊外のものには振興住宅街（主として低所得者居住）の中心にある。その機能や活動状態については前回視察したものと大差無いので省略する。

2) 工場付属の病院・家族計画センター視察の印象。

今回視察した以下のA), B) の2ヶ所は、National Population Councilのプロジェクト要請（後述）の対象地域として提案されたところである。

A) Nagah Hamady Aluminium Factory of Egyptの付属福祉施設、病院、家族計画クリニック。

この会社はアスワンハイダム建設によって得られるようになった電力利用に便利のためこの地に建設された国営工場で従業員数は15,000人。

全体として福祉施設が完備しており国の宣伝にも利用されているという印象を受けた。

工場で働く女子労働者のために保育所では3ヶ月から5才までの子供500人をあずかっている。保育所の設備も良く子供のための図書館、音楽教室、コンピュータを利用した勉強室などもある。資料によると従業員のための映画館、運動施設、マーケットなどがあり、それらは従業員宿舎の集合した住宅団地の中にある。従業員住宅の外観や規模が職制によって歴然と分かれている点がわが国とは全く異なる。従業員の配偶者で労働に従事していないものには会社が一種の内職を指導し斡旋して収入の向上を計るなど会社ぐるみで新生活運動を行っていると見て良い。

病院も家族計画クリニックもこのような福祉政策の一貫として運営されている。病院の病床数は56、現在120床へと増築中で医師の数は十数名。

大型レントゲン機器一台とポータブル一台、超音波診断装置（アロカ630）一台。検査設備は血球計測器程度で血液生化学の検査設備はない。手術室は二つ、麻酔器二

台、中央配管は工事中、全体として設備は周囲の生活環境と比較してまあ妥当とい
ってよい。

医療費は従業員は無料、家族は有料だが上限は20エジプトポンド(約1,200円)。個
室や特別室もあるが差額を払って入院するのではなく住宅と同じく職制によって良
い部屋に入院するとの事である。

家族計画クリニックは病院の産婦人科区1名によって運営されており、利用する婦
人の羞恥心を考慮して病院とは別に従業員宿舎の一階の一部を借りて開設されてい
る。待合室と看護婦による受付、診察室その他1部屋。従業員は医師、看護婦、ク
ラーク、小使い、各1名である。

このクリニックは会社の従業員とその家族のみではなく、工場周辺の部落の住民に
も解放されており事実60%が従業員家族、40%は周辺の部落からきている。かな
らずしも家族計画を目的とした婦人のみではなく、この診療所にはポータブルの超
音波診断装置(日立のEUB 200)があり医師が使いこなしているためにそれによる
診断を依頼して村の医師から紹介された患者も診察を受けていた。ここの医師は後
で述べるアインシャムス大学産婦人科の超音波センターで研修を受けたとの事であ
る。

数人の患者の診察に立ち会ったがDr. Mohamed El-Hawaryは若い非常に熱心
で超音波診断装置の使い方にも熟練している。避妊法としてはIUDとピルの処方
を行っており妊娠反応等の検査は試薬がないために出来ない。

掃り道によったNagah Hammadyの近くのEl Ashrafにある保健省管轄のF.P.
MCH PHCセンターは会社の病院やクリニックに比較すると設備が悪く尿の検査の
みしか出来ず、これらの点で周辺の村落の住民に比較すると会社の従業員とその家
族は相当な特権を享受しているとの印象を受けた。

家族計画クリニックの医師は会社の従業員で、給料も会社から支給されており、一
方でクリニックは避妊器具などの供給をNGOのFamily of the Futureからも受け
ており、これらの相互関係や命令系統などがよくわからないのが問題点である。

B) El Mahala El Kubra: MISR Spinning & Weaving Companyの付属病院お
よび家族計画クリニック。

この工場は1927年に創設され1960年に国営化された。工場の従業員は30,000、家
族を有するもの20,000、独身者10,000、その1/3はMahala Kubraに居住し2/
3は周辺の村や隣接の県(Governorate)に居住し汽車やバスで通勤している。

労働者住宅はVillageと称する会社所有のものが二つ、Co-operativeの所有する
のものが一つある。それぞれの人口は5,000人、600-700の家族が居住している。病
院は250床で、Naga Hamadyの病院よりも大きく全科の医師数はフルタイムが50

名、パートタイムが20名、看護婦数は196名、産婦人科医師は4名、女性従業員の数は5,000名。病院は患者数が多く活気があるが、近代的検査設備は殆どなく医療機器も乏しい。医療費は従業員が無料、家族は有料だが最高は10ポンドである。家族計画クリニックは病院内及び、1st Workers Complex (労働者住宅村) のなかに助産所兼家族計画クリニックがある。病院内の分娩数は一年に700、その半数が異常分娩、この助産所では正常分娩のみを助産婦が扱い、一年間の分娩数は150 - 160。

病院で妊婦検診を受けていても分娩は家庭でするものが多い。従業員の娘で結婚した相手が工場と関係の無いものでも出産を助産所で引き受ける事にしたが、その際は50ポンドかかる。家族計画クリニックがサービスを開始したのは1962年と古く、非常に活発に活動しておりそのために従業員家族の避妊実行率は90%に到達している。対象も従業員家族のみではなく周囲の村の住民にも開放している。

この病院にDr. Elsayed A. Etmanは非常に熱心な医師で工場の従業員とその家族を中心とした家族計画運動を長く続けており実績もある。彼によれば女性の不妊手術は特に禁止されているわけではなく、医学的適応があると医師が判断し夫婦の同意を得れば施行出来るとの事で、彼自身もJohns Hopkins Universityのプロジェクトで研修を受け、現在まで約200例の腹腔鏡不妊手術を施行している。医学的適応としては特に合併症がなくとも、多産・肥満などでも良いとのことでの不妊手術も避妊の手段として用いられている。

3) アインシャムス大学医学部産婦人科超音波センター

Professor Maher Mahranの教授室に隣接した数室に診察台や超音波断層装置を備え秘書、看護婦、医師を配置して診断と研修を行っている。彼はエジプトの産婦人科医で最初に超音波診断技術を導入した人と言われている。このセンターは産婦人科患者の検査のみを行う。設置機械は下記のようなものであるが、見学の際に示された写真その他から断層装置を十分に使いこなして居り、前述のアルミニウム工場付属病院の医師の例を見てもこのセンターに於ける研修で十分な臨床応用の技術を身につけているようである。但し胎児の心血流量の測定などの研究についてはアイデアはあるようだが実際には未だ実行の段階には入っていないようで、この領域でわが国の専門家の研究協力の可能性もある。超音波断層装置に関する限り複雑で高度の診断機器を十分に利用しているとの印象を受けた。実際の医師研修のプログラムやカリキュラムについては聞きただす時間がなかった。今後、もしこのセンターに対してわが国の専門家による協力の可能性を検討する場合にはこの点についても十分に調査すべきである。

ポータブル; アロカ SSD 210 DX

トランスジューサは UST 5020

大型機器；アロカSSD 256
トランスジューサは57 B 35
アロカSSD 250
日立EUB 27
トランスジューサはEZU PL 11
アロカSSD 280 LSこれは研究用。

(5) 先方から我々に提示された要請

1) Ministry of Social AffairsのJICAに対する要請について。

前回のミッションでは訪問しなかったのでJICAについても説明を受けていない筈であるが、Mrs. Hoda Barakatは1987年のJICA集団研修を受けており、昨年我々のコンタクトミッションと同時期に当地を訪れた村松先生を団長とするFollow up Mission主催の現地セミナーにも参加している。彼らにとっては両ミッションの区別はつかず、またその際に村松ミッションが発表した家族計画インテグレーションプロジェクトはJICAのプロジェクトであると誤解したのも無理のない話である。結果として彼らはMOSA管轄のある地域でのインテグレーションプロジェクトを計画し、これに対する日本の援助を要請する書類を我々に提出した。

MOSAの活動は殆どすべて家族計画のNGO団体を通じてなされていること、インテグレーションプロジェクトはわが国ではNGOのJOICFPによってなされていることから、彼らの要請をJICAとして受けても対応が非常に困難であることから、先方にその旨を説明し、要請書の英文をJOICFPに渡すこととした。

この役所は全国の13,000のNGO団体の活動を監督し、それを通じて家族計画普及運動を行っている。その中でも大きいのは、Family Planning Association of EgyptとFamily of the Futureである。Ministry of Healthとはお互いに協力してやっていると言うよりも互いに相手のやり方を批判しており、このあたりに問題点があると思われる。

2) Ministry of HealthのJICAに対する要請について。

先方からは研修と研究の施設、人員、技術の協力を希望するとの要請がなされた。即ち家族計画ユニット(約4000ある)の責任者となるべき医師の研修が必要でこれらの医師は特に農村地帯では交替が激しく新人に研修を必要とする。これら研修のために現在は保健省のログ島研修センターを使用しているが使用料金を支払う財源がなく定期的な研修コースを開催出来ない。研修と次の研究のために二部屋程度を改修して家族計画部専用の研修・研究センターとしたい。研修の内容は家族計画の管理、データ分析、結果の評価方法、計画のデザイン方法、などである。またこれらについての研修を受けるため

に日本へ研修員を派遣したい。日本からも専門家に来て貰ってコンピュータプログラミング、評価、実行の方法等について協力を要請したい。

村落における家族計画教育普及のための視聴覚教育機材を積んだMobile Unit コンピュータ、書籍、雑誌、フィルム、等の機材援助も要請された。

Ministry of Healthは明らかに準備不足で、我々が訪問する直前に相談したらしく最初は口頭でいろいろな計画を述べられたがいずれも極めて漠然としており、研修施設の改修以外は具体性に欠ける話ばかりであった。研究計画にしても具体的に何を研究したいのか全く判らず、従って内容の不明な研究施設では設備、機材の計画を立てることが不可能である。その旨を話し後日書類に書かれたもの（上記がその要約である）を受け取ったが、これも漠然としており現在の段階ではMinistry of Healthにはわが国の協力要請計画を立案する能力が無いと考えざるを得ない。

前回のミッションでも聞いたがNGOのFamily of the Futureの活動に対する批判が激しく、Ministry of HealthのF.P.Unitの医師に勝手にピルを配布するために政府が配布する避妊用器具と競合する、Ministry of Healthの許可無しに医師の研修を行う、自分の所のピルが最良で他の機関から配布されたのは良くないかのごとき宣伝をする、USAIDの援助を独り占めしている、等の批判を聞いたが本来共同してやるべき役所と民間団体とが重要な活動で足の引っ張り合いをやっていると言う印象を受けた。

3) National Population Councilの要請について。

2月6日（土）、本調査団がNational Population Councilを訪問した際に先方のプロジェクト計画書の写しを手渡された。この時点では、この計画書は国際協力省内で審議に付されていたが、その後5月に国際協力省より正式要請書とともに在エジプト日本大使館に提出され、7月、我国外務省に接到した。

以下にこのプロジェクト計画書の妙訳を述べる。

a) はじめに

エジプトは人口問題に関心を示し早い時期から積極的にこれと取り組むようになった発展途上諸国の一つでありアラブ諸国の中では最初の国である。エジプト政府及び国民は四分の一世紀以上の間、人口政策に於ける活動を次第に発展させ妊娠率を減少させようと努力してきた。

過去30年間に、粗出生率は39.3/1000に、粗死亡率は8.7/1000にそれぞれ減少した。しかし自然増加率、28/1000は殆ど減少して居らずこのままで増加が続けばエジプトの人口（1987年に5,200万）は25年以内に倍増する。

更にエジプトの急激な人口増加に加えて地域における不均等な分布が世界一高い人口密度をもたらし、人口特性が低いために生産性と生活の質の低下を来している。1985年の

一月に大統領の命令によって新たに National Population Council が設置された。これは大統領が自ら長となり、人口政策の決定、それぞれの執行機関相互の企画調整、援助機関との交渉、供給計画の確実な実行、等を急速、確実に実行することを目的とする政策企画調整機関である。

これらの政策実行を目的として、エジプトは多国間及び二国間援助を通じていくつかの国から援助を受けると共に非政府機関からも外部援助を受けている。

National Population Council はエジプトの全ての関係機関が人口・家族計画関連の分野で使用する予算をコントロールする責任を有する。

農村や遠隔地域における避妊実行率は相対的に低く、これらの地域社会における家族計画サービス供給の質および組織を向上させることは焦眉の急務である。

施設設備の貧弱な保健医療機関が少なからず存在するが、それらで働いている医療従事者は義務期間を消化しつつある医師であるために、交替が頻繁でそのために民衆からの信頼度が薄い。

多くの女性は男性医師に IUD 挿入を受けるのを好まないが女性医師数には限度がある。医師の家族計画に関する知識の程度は低く、特に避妊法や IUD 挿入に関する知識技術の程度は低い。

避妊方法は主としてピルその他の方法で、出産間隔をあけるために用いられているが、これらの方法を効果的にしかも継続的に使用するように配慮すること無しに供給され使用されている。最も必要な避妊の器具・薬品が対象住民にとって特に必要なときに、身近に得られるとは限らない。

更に地方の貧しい文盲の主婦で生殖可能年齢にあるものが、家族計画クリニック訪れることは稀であり避妊に関する知識技術は持っていない。これらの障害を克服するために小規模の革新的なプロジェクトを実験的に行い、避妊実行率をもっと効果的、有効に上昇させるという国家的な人口政策の目標を達成する必要がある。これは次のような五か年計画のパイロットプロジェクトにより達成出来る。

b) 長期目標

五か年間で、ある選ばれた遠隔地方で現在サービスの遅れている地域住民に対して、最新の家族計画・避妊サービスの供給能力とその質を向上させるにはどうすれば良いかという新たなモデルを示すことを目的とする。

c) 短期目標

1. 現在最もサービスの遅れている遠隔地域を選択し目標となる住民を設定し、活動の対象とする。

- 2 対象住民の間における家族計画・避妊に対する知識、態度、実行率の水準を上昇させる。
- 3 プロジェクト参加職員の技術、実行意欲を向上させる。
- 4 これら地域住民に対する家族計画・避妊サービスの質と供給度を向上させる。
- 5 地方における新しい監視・評価方法を発展させ応用する。

d) 主たる活動

- 1 予め決めた範囲によってプロジェクトの対象とすべき地方の県 (Governorates)、村を決定する。
- 2 家族計画サービス Mobile Unit のために路線地図を描く。
- 3 地域において本計画に賛同し、実行に協力可能な男女のオピニオンリーダーや部落の有力者、団体、組織などを特定する。
- 4 地域社会における対象住民の特徴、風俗・習慣・伝統、家族計画の実行状況、態度、知識水準、用いられている避妊方法、その問題点等を調査する。
- 5 地方において医師、パラメジカルスタッフ、事務員などを募集し雇用する。
- 6 視聴覚器材、ミニスタジオ、超音波断層装置、装備の整った車両 (Mobile Unit) などを準備する。
- 7 プロジェクト活動開始に際しての基礎水準を設定し、これを基準として目標達成の程度を判定する。
- 8 IEC の視聴覚教材を沢山作成し試用の後に用いる。
- 9 サービスを開始する前に次の三段階の宣伝活動を行う。
 - A 家族訪問
 - B 少人数のグループ討議
 - C 特定の問題を対象とした公開討議プログラム。
 これら三つのプログラムにおいてプロジェクト実行員と地域の協力者が予め特別に作成した視聴覚教材を試験的に用いる。
- 10 超音波診断装置の使用、IUD 挿入、検診、追跡調査、治療、相談などを移動検診車 (Mobile Unit) を用いて行い質の高い家族計画サービス、避妊手段供給を実行する。
- 11 国内及び国外で研修を行う。
 - A 超音波診断装置の使用や IUD 挿入技術の研修。
 - B 1対1の情報伝達技術の研修。
 - C IEC 教材作成技術研修。
 - D プロジェクト管理運営技術の研修。
- 12 プロジェクト進行状況を監視して定期的に視察して追跡調査を行い、年に4、2、1回の進行状況報告書を記入させる。

- 13 プロジェクト従事者と地域の有力者との定期的会合を開く。
- 14 毎年プロジェクトの計画及び実行の成果を評価する。
- 15 NPCとJICAの定期的年次会合を開き結果を評価する。
- 16 プロジェクトの年次計画、県の三ヶ月行動計画を用意する。
- 17 利用者のための登録・追跡用カードを作成する。

e) プロジェクトの実施期間、見直し及び計画

E/Nにサインした後はJICAの規則にしたがって五年間プロジェクトを実行することを希望する。

プロジェクトの対象として選択する県の総数は4で、いずれも人口が1,000万から1,200万の地方県または遠隔県とする。

1年目。中央政府とA県およびB県において準備とプロジェクト計画立案、プロジェクトの実行をA県で行う。

2年目。A県とB県にてプロジェクトの実行、C県に対して計画立案と組織化。

3年目。B県とCにて実行、D県のための計画立案と組織化。

4年目。C県とD県にて実行、最終的評価の準備。

5年目。D県にて実行、プロジェクトの最終評価、プロジェクト終了報告書の準備。

以上のプロジェクトはエジプト政府と日本政府双方の協力によって実行する。エジプト側は次の事項について負担する。

1. 中央及び地方における、プロジェクト実行に必要な人員の給料、インセンティブ、管理運営に必要な人員。
2. タスクフォースの給料。
3. 研究費。
4. プロジェクト実行に必要な施設、建物の費用。
5. 日本政府が援助しない全ての費用。

日本政府は次の事項を負担する。

1. 家族計画医学サービス、IUD挿入、妊婦検診のためのよい設備を持った車両 (Mobile Unit) 二台の供与。
2. 医師の研修のため及び地方で使用するための超音波診断装置の供与。
3. 必要なIEC教材作成のためにNPCの建物内にミニスタジオを整備し、視聴覚器材を供与する。
4. 家族計画の医学分野、情報伝達、宣伝普及、運営管理などの領域について研修員15名を日本に受け入れ研修させる。
5. エジプト国内における研修、会合、医療機器の使用維持の費用、事務機器報告書作成、

印刷、IEC教材作成、日本人専門家の旅費などの費用を負担する。

3) NPCの要請に対する当方の対応

以上のようにNPCのプロジェクトはかなり具体性を持つものであり前回のコンタクトミッション時の先方の要請に比較するとMCHセンターとなるべき建物の代わりに検診用の車両を要請しており、そのほかに視聴覚教育教材作成の機器とミニスタジオの整備と設備供与が新たに加わっている。

1. 対象地域とその数

要請計画中の農村地域をどこにするかの質問に対しては、具体的には前回と同じくナイル河上流地域のQENA県とそれに加えてデルタ地域のMahalla El-Kubra周辺が候補に挙げられた。更に新しいアイデアとしてこれらの地域に存在する国営工場付属の家族計画クリニックを基地として検診車両を周辺の村落に巡回させる案が提示された。

このような案に対処するために上述のごとく、2カ所の工場付属の家族計画クリニックの活動と周辺の村の状況を視察した。その結果、デルタ地帯はカイロに近く、住民も進歩的であるという利点があるが、反面でUSAID等の援助によるプロジェクトが既に多数行われており、これらと重複する可能性もある。従って当初はナイル河上流のケナ県で開始し、効果的であれば他の地域にも広げてはどうかという意見に対し、先方も同意した。

2. 必要器材

A) 視聴覚教材作成のための機器とミニスタジオ。

これは一般大衆の教育というよりも、このプロジェクト実行に関与する人々を教育研修させるための教材作成を目的としたもので、あまり高度の施設・設備を必要とするものではないと推測される。

B) 車 両

トヨタのコースターと呼ばれるミニバス程度が適当で、先方は1地方に1台を要請しているが故障その他を考えれば1地方に2台以上が必要ではないかと思われる。台数については先方も1地方に2台以上と訂正した。それぞれに下記の機材を装備する必要がある。

婦人科用の検診台、普通の診察台(ベット)、事務用机と椅子、ポータブル超音波断層装置、超音波ドップラー、体重計、その他簡単な婦人科診察用機器、検査用具、IUD挿入器具、等。

C) 超音波断層装置

大型のトランスジューサーを交換できる機種(約1,500万円程度)を研修目的でインシャムス大学に一台。

ポータブルの機種(約250万円程度)は車両に一台と基地周辺のクリニック四カ所

に各一台、計六台。

いずれも維持と修理に便利な機種を選定する必要がある。

3. 本プロジェクトに関する問題点

A) National Population Councilの要請プロジェクトを考慮の対象とすることについて。

上述のごとく他の官庁の要請は内容に具体性が無い(MOH)か、JICAの援助になじまない(MOSA)ものでありNPCの要請に考慮さざるを得ないし内容的にはかなり妥当性がある。

B) 管理、指揮、命令系統について。

既に述べたように、会社の家族計画クリニックは会社に所属し、医師も会社の従業員であり、これとNPCとの関係、プロジェクト開始に至った場合の実行担当チームはどこに所属するのか、会社か、NPCか、担当チームに対する経済的負担は誰が責任を持つのか、会社か、NPCか。

プロジェクトの最高責任者は誰か、Professor Mahranならば、彼に代わって窓口になる人を決めておく必要がある。プロジェクトの検診車両がMOHやMOSAのクリニックに行った場合に相互の関係がうまく行くのかどうか？

NPCでは上記二つの工場の福祉施設、幼稚園、保育所、クリニックなどもNPCのプロジェクトだから問題はないというのが日本の役所の管轄という考え方からすると心配な点があり予めよく調べておく必要があろう。またプロジェクトが成功して他の地域に拡張するような場合にそれまでMOHと関係なく実施していたことがマイナスにならないかどうかについても確かめておく必要がある。

C) 超音波機器を利用することについて。

Professor Mahranの個人的な興味が中心になることを心配する向きもあるが、この診断機器そのものは維持管理にあまり費用がかからず、腹部を露出するだけで診断出来るのでエジプトのように女性が保守的な国でも応用価値が高い。

産婦人科的な診察をしないでIUD装着の状態と副作用との関係、IUDの使用禁忌である初期妊娠、子宮外妊娠、子宮筋腫などの診断も研修を受ければ容易に可能になる。また妊婦検診に利用すれば上記のような疾患の診断の他に、流産の予後診断、双胎、前置胎盤、胎児位置異常、胎児発育不全などの診断が可能であるからその応用価値は高い。機種を選定には慎重を要する。

D) ミニスタジオ整備と視聴覚教育機材供与について。

わが国の家族計画分野に於けるIEC面での技術協力に対しては、いくつかの批判があるが、このプロジェクトにおいてはNPCのミニスタジオで作成した視聴覚教材を検診車両に積載して地方で教育宣伝事業に利用することが可能でありIEC技術協力と地方の受胎

調節サービス計画との間に一貫性を持たせることが出来る。

E) Professor Mahranを交渉相手とすることについて。

発展途上国では彼のような政治的実力者を相手にプロジェクトに対して前端的に責任をもたせることにより、関連業務が円滑に運ばれることが多い。その反面、彼の地位が変更になった場合には全てがうまく行かなくなる危険性もある。しかしながら実際には彼の将来を誰がどの様にして予見し得るであろうか。

F) 会社の家族計画クリニックを基地とすることについて。

わが国で家族計画運動が開始された頃には、工場、炭坑などの従業員家族を対象に家族計画普及活動を行うために助産婦や普及員が社宅を訪問して避妊の指導、避妊具の配付などを行い大きな成功を取めた歴史がある。

最近では発展途上国に於いてもEmployment - Based Family Planning Programsと称して企業の従業員住宅を中心にクリニックを設け従業員とその家族を対象に家族計画運動を行って成功を取めている例が多く、この方式が高く評価されている。上記のMISR Spinning and Weaving Companyの例は1962年に運動を開始し成功している例として文献にも紹介されている (Employment - Based Family Planning Programs, Population Reports, P. 939, Series J, No.34, 1987, PIP) 従って漠然と農村のクリニックを基地にするよりも一応活発に活動している工場のクリニックを基地として車両によるサービスを展開することは手がかりが得られ易いであろう。その場合には既に述べたように始めから二つの地域に分散せず、一つの地域のみで集中して開始すべきであろう。デルタ地域とナイル河上流地域のどちらを選ぶかについては、それぞれ得失があるが上述のような理由でナイル河上流で開始するのが妥当ではないかと思われる。

参考のために、QENA県の人口統計を略述する。

総人口は、1986年に、2,252,315これはエジプト総人口の4.7%。

1907年の人口を100とすると、1986年には292%に増加。

1976 - 1986年の平均人口増加率は一年当たり2.76%。

市や町の数11、村の数193、人口の23.3%が市や町に76.7%が村に居住。市や町の平均人口は47,670、平均家族数は4.8、村の平均人口は8,953、家族数は5.1

出生率: 38.4 死亡率 11.2

年齢別人口分布: 6歳未満	21.2%
6 - 12	14.6
12 - 65	60.6
65歳以上	3.6

教育程度：

	男性	女性
Illiterate	48.3%	78.7%
Literate	28.4	13.3
less than Academic Qualif.	20.9	7.5
Academic Qualif.	2.4	0.5

結婚の有無；	未婚	既婚	別居	離婚・死別
	27.9%	69.7	0.5	1.9
				18.0

家族計画ユニットの数は184で、そのうちMinistry of Healthの管轄下にあるものが95.11%でGeneral Societyに所属するものが4.89%である。

避妊方法の統計は単に供給されたピル・IUD・コンドーム・殺精子剤などの総数や、供給源の割合が分類されているだけで受け入れた女性の数や継続率は不明であるために省略する。16歳から49歳までの既婚婦人の避妊の供給を受けたものの割合が8.8% (1986) という数字は注目すべきである。

G) 検診車両の活動について (先方との話し合いで出た一つの案)。

一応、勤務時間を午前9時から12時、午後は3時から6時のそれぞれ3時間づつとし、医師1名、看護婦1名、事務員1名、運転手1名を1チームとし午前と午後で交替させる。1車両に2チームを配属させる。午前と午後の一つづつ村をカバー出来ると仮定すると1日に二つの村、1ヶ月に20日間働くとして、1ヶ月に40の村を訪問できる、Qena県に町は11、村 (Village) は約200あるから20%である。対象とすべき婦人数は360,000人 (計算の根拠は不明)、午前中に15人、午後15人の婦人にサービスするとして一日30人、一ヶ月で600人、一年で7,200人にサービス出来ることになる。このような実施計画を事前に十分考えてから行動に移す必要がある。

H) 他の国、或いは国際機関により援助について。

USAIDによる情報は次の通りであるが詳細は別項に譲る。

エジプトの家族計画運動は最近3年間位が本格的になってきておりその点わが国が開始するタイミングは良いと言える。USAIDはMOHを通じてClinical ServiceやService Deliveryの向上を図っている。労働者の保健組合は疾病の治療のみが対象で家族計画に資金を使用出来ないためにこれに資金援助をしている。

MOSAを通じてEgipitian Family Planning AssociationとFamily of the Futureに援助をしている、特に後者は100%援助でこれが成功しているために他の機関から妬ま

れていろいろと批判を受けている。

現在、18のGovernoratesに援助しており9月にもモデルクリニックを開設する予定。

また援助対象が特にデルタ地帯に集中していると言うことはない。

その他プロジェクト実施に際して注意すべき点についていろいろと示唆を受けた。

II-2. 人口家族計画に関する基礎データ

(1) 経済・社会の概況

1) 経済概況

エジプトの経済は、1950年代後半から中央計画経済に移行し、1960年代前半まで比較的順調に成長したが、それ以降は、1967年の第3次中東戦争、それに伴うスエズ運河収入の喪失、観光客の激減、国防費の増大等によって、1970年代前半まで実質成長率が年2~3%という停滞を続けた。1970年代半以降は、サダト大統領による対イスラエル和平と経済自由化政策の進展に伴い、目覚ましい経済成長を遂げた。1975~1981/82年におけるGDPの実質成長率は年9.2%に及んでいるが、この活況を支えたのは、スエズ運河収入の増加、シナイ半島返還に伴う石油産業の成長、西側諸国からの援助及び直接投資の増大、観光収入及び中東地域への出稼者からの送金の増大であった。

1970年代後半にGDP成長率を超える目覚ましい成長を記録しているセクターは、生産部門においては、石油産業(30.9%)、電力と建設(各々11.6%、11.3%)であり、サービス部門では、スエズ運河(35.0%)、運輸通信(18.4%)、商業・金融(12.6%)である。資本財・原材料輸入の自由化による稼働率の上昇のため、石油産業以外の鉱工業も7.3%の成長を遂げたが、農業部門は3.2%という停滞を示した。この期間の経済成長は、石油産業と主要サービスセクターの好調と、石油以外の商品生産セクターの相対的な立ち遅れに特徴づけられる。

表1.1は、1980年代前半のセクター別の成長実績を示したものである。1970年代後半に比較すると鈍化してはいるものの、GDPの実質成長率は年平均7.5%に達している。生産部門では、石油産業と並んで鉱工業が相対的に良好な成長を示しているが、農業は引き続き不振であり、また、建設業も1970年代後半に比較して成長が著しく減速している。また、生産的サービス部門ではスエズ運河の伸びがほとんど止まっている点が目立つ。全般的な傾向としては、生産部門よりサービス部門、サービス部門の中では生産的サービス部門より社会的サービス部門の方が高い成長を示している。

農業部門の国内総生産に占める割合は、その成長の停滞を反映して、1970年代半の約30%から1980年代半の17%へと著しく縮小した。しかし、雇用人口に占める割合は、同じ様に低下傾向にあるものの、36%にのぼり、経済社会的に重要なセクターであること

表1.1 GDPの構造と成長率 (1981/82~86/87)

(単位: 1981/82年価格1000万エジプトポンド)

	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86 (暫定値)	1986/87 (予測値)	構 成 比 (%)		年成長率 81/82~ 85/86
							1981/82	1985/86	
農 業	3,932	4,090	4,258	4,394	4,540	4,670	19.6	16.9	3.6
工 業	2,670	2,995	3,260	3,584	3,849	4,129	13.3	14.4	9.6
石油・石油製品	2,668	3,092	3,536	3,911	3,949	4,866	13.3	14.7	10.3
電力	128	141	163	178	219	241	0.6	0.8	14.3
建設	1,055	1,108	1,179	1,224	1,273	1,242	5.2	4.8	4.8
生産部門小計	10,453	11,426	12,396	13,291	13,831	14,148	52.0	51.6	7.3
運 輸	1,358	1,595	1,827	1,933	2,052	2,177	6.8	7.6	10.9
通 信	642	662	656	608	653	663	3.2	2.4	0.4
河 川	2,430	2,790	2,982	3,201	3,287	3,428	12.1	12.2	7.8
業 務	1,364	1,509	1,548	1,738	1,811	1,920	6.8	6.8	7.3
保 險	228	239	257	276	258	299	1.1	1.0	3.1
食 料	6,022	6,706	7,271	7,757	8,061	8,487	30.0	30.0	7.6
生産的サービス部門小計	373	412	459	498	537	580	1.9	2.0	9.5
住 宅	50	50	65	79	94	113	0.2	0.4	17.1
業 務	810	871	942	1,018	1,107	1,199	4.0	4.1	8.1
社会的・個人的サービス	28	31	32	35	39	46	0.1	0.1	8.6
保 險	2,362	2,504	2,682	2,532	3,160	3,393	11.8	11.8	7.5
社 会	3,622	3,869	4,182	4,562	4,938	5,322	18.0	18.4	8.1
行政サービス小計	20,097	22,091	23,848	25,610	26,829	27,829	100.0	100.0	7.5
G D P 計									

出 所: Ministry of Planning and International Cooperation, Summary of the Second Five Year Plan (1987/88-1991/92), July 1987.

は疑いもない。農業部門の停滞の要因としては、耕地拡大余地の不足、排水施設の不備等による塩害の増大、消費者保護を優先する食用作物の価格政策等を挙げることができる。

砂漠地帯への灌漑面積の拡張は、従来から農業開発の重点の1つであったが、ナイル河を主体とする水資源の余剰の消滅、急激な都市化に伴う農用地の市街地化のため、耕地の拡大には物理的な限界が存在する。1980年代半の耕地面積は244万haとされているが、これは今世紀初頭の時点の210万haを16%上回っているに過ぎない。また、アスワン・ハイダム建設は、耕地面積の拡大に寄与したことは確かであるが、同時に、地下水位の上昇に伴う排水不良と塩害をもたらしていると言われ、排水施設整備に対する投資の必要性が増す結果となった。

伝統的な輸出品でもある綿花をはじめ、小麦、米の生産は、価格統制によるインセンティブの不備のために伸び悩み、1980年代にある程度の増産がみられる主要作物は、とうもろこしとさとうきびのみである。結果として、価格統制の対象とならない果実・野菜は自給しているが、主食作物の自給率は著しく低下している。例えば、1986年の小麦の消費量(879万トン)の80%近くが輸入であり、また、砂糖消費量(176万トン)の50%を輸入に依存している。これは、一方で貿易収支を悪化させ、他方で、政府の補助金支出を増大させる要因となっている。

石油産業、鉱工業は1980年代前半に比較的良好な成長を示しているが、前者は近年輸出収入が激減しており、今後の展望は決して明るくない。石油産業以外の鉱工業の主体は、食品産業、繊維産業、機械・金属工業(自動車・電気製品等)であり、近年のデータが不備であるため、1982年の統計によれば、工業総生産の各々29%、25%、22%を占めている。工業総生産の68%は公営企業によるものであるが、政府の価格統制、原材料・スベア・パーツの不足、設備の老朽化、経営管理能力の不備等の様々な理由で、公営企業の経営状態は一般に悪いと言われる。

表1.2は、1977年、1981/82年、1986/87年におけるセクター別の雇用を示したものである。1980年代前半は、第1次5ヵ年開発計画が実施された期間であるが、この計画の重点目標の1つは、人口増加率の2倍以上の経済成長の達成であった。1976~86年の人口増加率は、年2.8%であるため、上記の7.5%の経済成長はその目標を達成したと言えようが、雇用機会の創出という面の実績はあまり良くない。表1-2に従えば、1977~86/87年の雇用人口の増加率は年2.2%である。第2次5ヵ年開発計画に掲載されている数値に基づいた1981/82~86/87年の増加率は年2.7%で、人口増加率に近いが、いずれの場合も、エジプトにおける雇用人口の推移は、生産部門の吸収力の不足が、サービス部門、特にそのうちでも社会的サービスの雇用の増加によって補なわれていることを特徴とする。

表1.2 雇用構造の推移

(単位：1,000人, %)

	1977		1981/82		1986/87 (予測値)		年平均増加率	
	総数	構成比	総数	構成比	総数	構成比	'77-86/87	81/82-86/87
農	4,103	4.15	4,247	36.2	4,430	36.3	0.8	0.8
鉱	1,228	1.24	1,463	12.5	1,725	14.1	3.6	3.3
石油	19	0.2	24	0.2	32	0.3	5.6	5.9
電力	48	0.5	64	0.5	77	0.6	5.1	3.8
建設	457	4.6	664	5.7	562	4.6	2.2	-3.2
生産部門小計	5,856	59.2	6,463 ¹⁾ (6,143)	55.1	6,826	55.9	1.6	1.1 (2.1)
運輸・通信	432	4.4	433	3.7	524	4.3	2.0	3.9
河川	13	0.1	19	0.2	20	0.2	4.6	1.0
商業	967	9.8	1,104	9.4	1,117	9.1	1.5	0.2
金融	65	0.6	85	0.7	115	0.9	6.2	6.2
ホテル・飲食	96	1.0	140	1.2	135	1.1	3.6	-0.7
生産的サービス部門小計	1,573	15.9	1,782 ¹⁾ (1,656)	15.2	1,910	15.6	2.1	1.4 (2.9)
住宅	145	1.5	171	1.5	207	1.7	3.8	3.9
公営事業	55	0.6	66	0.6	74	0.6	3.2	2.3
個人的・社会的サービス	765	7.7	896	7.6	978	8.0	2.6	1.8
社会保険	18	0.2	29	0.2	35	0.3	7.2	3.8
行政サービス	1,474	14.9	2,317	19.8	2,177	17.8	4.2	-1.2
社会サービス部門小計	2,457	24.9	3,480 ¹⁾ (2,904)	29.7	3,473	28.4	3.7	-0.04 (3.6)
計	9,885	100.0	11,725 ¹⁾ (10,702)	100.0	12,209	100.0	2.2	0.8 (2.7)

注1) 第2次5カ年開発計画書に掲載されている数値。

出所：1977年、1981/82年については、Economic Intelligence Unit, Country Profile: Egypt 1987
 -88に掲載された第1次5カ年開発計画(1982/83~1986/87)による推定値。1986/87年については、
 第2次5カ年開発計画(1987/88-1991/92)による推定値。

これは、基本的に公共部門による労働力の吸収という雇用政策の反映でもある。1986/87年の雇用人口のうち、生産部門の18%、生産的サービス部門の34%、社会的サービス部門の67%、合計で34%が公共部門に属している。1981/82~86/87年の間の雇用増加分の49%、特に2つのサービス部門の雇用増加分の実に75%が公共部門によって吸収されている。エジプトにおける失業率は、1976年センサスでは7.7%、1986年センサス速報では14.7%となっているが、⁹⁾これに加えて、公共部門の中にかなりの半失業が含まれているとみることができよう。公共部門の低賃金による救済的な雇用政策は、一方で公共部門の経常支出の拡大、他方でその非能率を助長する要因ともなっている。

表1.3、表1.4は、エジプトの貿易構造と国際収支の推移を示したものである。1980年代初めに輸出の過半を占めた原油は、近年停滞しており、かつての最大の輸出品目であった原綿・綿糸・綿布の伸び悩みと相まって、輸出は低迷し、貿易収支の拡大傾向が続いている。輸入代替指向の強い工業部門は、輸出競争力に欠ける一方、資本財、中間財を大きく輸入に依存するため、貿易赤字は構造的な特徴となっているが、それに加えて、輸入総額の20%内外を占める食料輸入も赤字圧力となっている。

石油産業と並んで1970年代後半の経済の活性化を支えた観光収入、スエズ運河収入、及び海外在住者からの送金は、1980年代においても国際収支を支える重要な項目である。しかし、貿易外収支は1983/84年以降赤字に転じ、また、海外からの送金も、中東産油国の経済事情の悪化の影響で1984/85年以降低下傾向を示している。いずれにしても3つの外貨収入源は、貿易赤字を相殺する規模ではなく、経常収支の赤字は、1970年代半の経済自由化政策の頃から定着した現象となっている。

経常収支の赤字は、対イスラエル和平以前は主にアラブ諸国からの資金補助、それ以降は米国の軍事・経済・商品援助等によって賄われてきた。近年は、IMFとの債務救済協定、パリ・クラブとのリスケ協定によって辛くも収支が保たれている状態にある。公的対外債務は、長期の2国間、多国間援助が主体であるため、その債務負担率も1985年現在で34%と、他の累積債務国に比べれば低い方であるが、新規借入の利息が上昇しているため、今後は楽観を許さない。

1970年代半以降の経済自由化は、いくつかの幸運にも恵まれて、エジプトの経済成長を加速したことは確かである。しかし、同時に、農業の停滞、工業の輸出力の欠如、公共部門の非効率という構造的な問題は根本的に解決されていない。また、財政赤字の拡大、国際収支の不均衡、都市への人口集中と都市問題の深刻化、所得格差の増大、インフレ高進といった歪みを生みだしている。更に、居住できる地域がナイル河流域に限

注1) 1976年センサスでは15才以上、1986年センサスでは6才以上の労働力(経済活動人口)を対象としている。

表 1.3 貿易構造

(単位：100万Eポンド)

	1980/81	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86 (暫定値)	増減率 '81/82~'85/86
輸出：							
農畜産物・加工品 ¹⁾	2,262	2,183	2,250	2,198	2,600	2,054	-43.0
鉱産物	171	173	185	177	159	157	- 9.2
鉱油	1,462	1,451	1,407	1,268	1,774	1,055	-27.0
うち、原油	1,230	1,211	1,071	1,030	1,402	798	-34.1
繊維製品	502	426	511	571	522	640	50.1
金属・金属製品	100	90	91	117	109	139	54.9
その他	27	43	56	65	36	63	46.5
輸入：							
農畜産物・加工品 ¹⁾	6,187	6,355	2,193	7,528	6,973	8,051	26.7
うち、穀類・肉等 ²⁾	2,125	1,969	1,848	2,098	1,903	2,436	23.7
化学製品	1,723	1,458	1,220	1,383	1,262	1,701	16.6
輸送機械	472	406	436	525	511	592	45.8
機械類	758	702	869	869	510	455	-35.1
金属・金属製品	978	1,156	1,336	1,284	1,226	1,577	36.4
紙・木製品	499	655	813	847	897	971	48.4
その他	432	406	457	511	638	593	46.0
その他	923	1,061	1,434	1,394	1,288	1,427	34.5
貿易収支	-3,925	-4,172	-4,942	-5,338	-4,373	-5,997	

注 1) 加工品は、食用油脂及び加工食品、飲料、たばこからなる。

注 2) 小表、とうもろこし、肉類、酪農品、精糖、食用油脂の6品目

出 所：CAPMAS, Statistical Yearbook 1952-1986, 1987.

表1.4 国際収支 (1981/82~86/87)

(単位：100万Eポンド)

	1981/82	1982/83	1983/84	1984/85	1985/86	1986/87 (予測値)
輸 出	3,692.2	3,905.7	4,153.8	4,331.4	3,801.2	2,863.0
輸 入	6,569.0	6,382.5	7,348.8	7,495.9	6,815.6	7,655.0
貿易収支	-2,876.8	-2,476.8	-3,195.0	-3,164.5	-3,014.4	-4,792.0
貿易外収入	1,926.2	2,253.1	2,217.6	2,266.1	2,232.6	3,365.0
うち、スエズ運河	636.2	669.6	681.8	627.7	719.8	820.0
観	325.5	251.8	238.4	239.7	266.2	365.0
貿易外支出	1,594.1	2,002.0	2,381.8	2,507.6	2,509.4	3,267.0
貿易外収支	332.1	251.1	-164.2	-241.5	-276.8	98.0
移 転 収 入	2,084.3	2,974.5	3,673.8	3,484.4	3,229.7	4,085.0
うち、海外からの送金	1,731.3	2,632.3	3,268.5	2,907.4	2,422.4	3,200.0
移 転 支 出	1,370.6	1,502.8	1,412.4	1,380.2	1,512.6	1,457.0
移 転 収 支	713.7	1,471.7	2,261.4	2,104.2	1,717.1	2,628.0
経 常 収 支	-1,831.0	-754.0	-1,097.8	1,301.5	-1,574.1	-2,066.0

出 所：MPIC, Summary of the Second Five Year Plan

(1987/88-1991/92)

定されるという国土の物理的制約の中で、経済自由化政策の実施と併行する形で人口増加率が加速していることも、今後の経済社会発展の成果を相殺し得る重大な要因として看過できない。

2) 社会概況

エジプトにおいては、1952年の革命以来、初等教育、中等教育の普及と充実に力が入れられており、学校建設、教育無料化、小学校6年間の義務教育化等が進められた。初等・中等教育は日本と同じ6・3・3制であり、小学校の卒業試験に合格したものが中学校への入学を認められ、また、高校への進学も中学での卒業試験が基準となる。高等学校卒業後は、高等専門学校、大学等への進学の道が開かれている。総合大学は、カイロ大学を始め、11の国立大学が主要都市に存在する。国立の高等専門学校は45校を数え、そのうち31校（商業16校、工業15校）が高等教育省に属し、14校は厚生省の管轄下にある医療等の専門学校である。このほか、宗教大学としてアズハル大学、米国系のアメリカン大学がある。

学校教育の就学者数は、年々上昇しており例えば、義務教育である小学校の場合は、1986/87年で96%の就学率であるとされている。しかし、特に農村部では、収穫等の農繁期に若年労働力が必要とされ、また、成人男子の都市部、あるいは海外への出稼ぎが需要を増大させていることもあって、中途退学する児童が少なくないと言われる。

表1.5は、教育省、高等教育省の管轄下にある学校の就学者数を示したものである。

表1.6は、エジプトにおける人口の識字率・教育水準を示したものである。基礎教育の普及に伴い、文盲率は1960年センサス時の70%から1986年には50%弱に低下している。しかし、女子の文盲率は62%と高い。

1986年センサス速報によれば、国民の94%強がイスラム教徒、6

表1.5 初等・中等・高等教育の就学状況
(1986/87)

	就学者 (1,000人)
小学校	1,216
中学校	748
基礎教育計	1,964
普通高校	182
工業高校	115
農業高校	40
商業高校	154
教師養成校	20
高校計	512
商業専門学校	38
工業専門学校	21
高等専門学校計	59
大 学	79

出 所：第2次開発計画書，vol.2

%がキリスト教徒である。イスラム教徒の大部分は、スンニ派であり、また、キリスト教徒の大半は、聖マルコを宗主と仰ぐコプト教徒であると言われる。

エジプトの国民は、その長い歴史の過程で繰り返された被支配、民族流入などで混血が進み、ギリシャ、イタリヤ、フランス等のヨーロッパ系や、アフリカ系など、血統的にはかなり複雑であるが、言語は公用語も日常語もアラビア語に統一されている。主要なマス・メディアとしては、カイロでは発行部数90万（休日である金曜日は110万部）のアル・アハラムをはじめとするアラビア語の日刊新聞6紙、英語、仏語等の外国語新聞4紙があり、更に、42の週刊・月刊誌が発行されている。また、アレキサンドリアでは、日刊新聞6紙、週刊・月刊17誌が発行されている。テレビ放送は、1960年に開始されており、1日当りの平均放送時間は、1975年の17時間から1985/86年には175時間に増加している。受像器の普及台数は、1983年で385万台（11.5人当りに1台）であり、今回の現地調査で訪問した上エジプト地域ケナ県の農村部においても、テレビ・アンテナを散見した。同年のラジオの普及台数は、800万台、5.5人当り1台の割合であっ

表 1. 6 エジプトにおける識字率・教育水準

(単位:%)

センサ 年次	文 盲			読み書き可能			高校までの学校教育			大学教育以上		
	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
	1960	56.9	84.0	70.5	32.6	12.4	22.5	9.0	3.4	6.2	1.5	0.2
1976	42.6	72.5	57.2	28.5	13.1	21.0	25.6	13.4	19.6	3.3	1.0	2.2
1986	37.8	61.8	49.4	30.4	18.0	24.4	26.0	17.4	21.8	5.8	2.8	4.4

出 所: CAPMAS, Population, Housing and Establishment Census, 1986, Preliminary Results, June 1987.

た。

3) 第2次5ヵ年開発計画の概要

エジプトにおける本格的な開発計画の策定は、1960年代前半に遡る。1970年代半における経済自由化政策以降は、先ず、新5ヵ年開発計画（1978～82）が策定され、その後は、紀元2001/02年を目標年次とした長期計画の枠組に沿って、第1次5ヵ年計画（1982/83～1986/87）が実施に移されている。この第1次5ヵ年計画は、1960年代の第1次5ヵ年計画1960/61～64/65以来2度目の最終年次まで中断することなく実施された計画であると位置づけられている。

短期的及び緊急な開発課題を重視し、既存施設の更新・修復と既に実施中のプロジェクトの完了を中心とした第1次開発計画の後を受けて、現行の第2次5ヵ年計画は、(1) 国家経済の生産能力の向上、(2) 物理的・社会的インフラの拡充、(3) 人口分布の適正化、の3つを基本的な目標として掲げている。

経済の生産能力の向上は、商品生産部門の重点的開発、生産性の改善（稼働率の引き上げ、近代的技術の導入、生産過程の合理化等）、輸出力の強化（特定農産物、工業製品、観光の重視）を通じて達成することになっている。特に、輸出力の強化は、外的要因に左右される石油産業と海外からの送金に対する依存から脱し、経済の積極的な意味での自立（positive self-reliance）を目指すために不可欠の条件とみなされている。こうした生産能力の向上を達成するために、民間部門、協同組合部門の積極的な参加を促し、外国資金の借入れの合理的な抑制と国内資金の調達拡大を行なうとともに、着実な経済発展を推進するための条件として国家安全保障の確保を目指すことになっている。

物理的・社会的インフラの拡充は、経済社会発展の条件として、また、投資の誘発要因として重視され、第1次開発計画の路線を踏襲することになっている。

人口分布の適正化は、人口増加の加速という事態が、開発努力、開発実績そのものを脅かす要因になるとの認識に基づいたものである。その重点方針は、ナイル河流域の既存居住地域の外に新しい居住コミュニティを造成することに置かれている。計画期間の人口増加は約700万人と予測されており、既存居住地域が吸収できるのはそのうちの200～300万人とされている。残余の400～500万人は、20あまりの人口規模20～25万人の“new economic communities”に配置する計画である。既存の居住地域については、開発投資の適正な地域配分を通じて、カイロ、アレキサンドリア等の主要都市への人口集中のプッシュ要因とプル要因を解消することを図るとしている。特に、耕地の市街地化に対しては、法的規制も含めてその防止を図ることになっている。

表1.7は、第2次5ヵ年計画及び紀元2002年までの後続計画におけるセクター別の投資額を示したものである。第2次計画が第1次計画と異なる点は、先ず、生産的サービス部門のシェアが20.5%から15.7%に縮小し、生産部門、社会的サービス部門のそれが、

表1.7 紀元2001/02年までの投資計画

(単位：1986/87年価格100万Eポンド)

	1987-92年計画		1992-97年計画		1997-2002年計画	
	総額	構成比	総額	構成比	総額	構成比
炭	4,937	10.8	6,700	10.0	10,200	10.0
銅	12,170	26.7	20,000	29.8	35,800	35.1
石油	1,115	2.4	2,000	3.0	2,500	2.4
電力	4,761	10.4	7,300	10.1	10,000	9.8
建設	1,181	2.6	1,500	2.2	2,000	2.0
生産部門計	24,164	52.9	37,500	55.9	60,500	60.3
運輸	6,032	13.2	7,800	11.6	11,500	11.3
スエズ運河	240	0.5	600	0.9	1,000	1.0
商業・金融	456	1.0	900	1.3	1,450	1.4
ホテル・飲食業	428	1.0	1,000	1.5	2,050	2.0
生産的サービス部門計	7,156	15.7	10,300	15.4	16,000	15.7
不動産	6,767	14.8	8,200	12.2	10,500	10.3
公益事業	3,977	8.7	6,000	9.0	8,000	7.8
その他サービス	3,620	7.9	5,000	7.5	7,000	6.9
社会的サービス部門計	14,364	31.4	19,200	28.7	25,500	25.0
合計	45,684	100.0	67,000	100.0	102,000	100.0

出所：MPIC, Summary of the Second Five Year Plan (1987/88-1991/92)

各々 50.2%から 52.9%、29.1%から 31.4%に拡大している点である。生産部門においては、農業部門のシェアは第1次計画（12.6%）とほぼ同じであるが、鉱工業部門は 24.8%から 26.7%、電力は 8.4%から 10.4%に拡大し、石油、建設のシェアは縮小している。生産的サービス部門の縮小は、主に運輸通信部門のシェアが 16.6%から 13.2%に低下したことによる。また、社会的サービス部門の拡大は、住宅のシェアが 13.3%から 14.8%に上昇したためである。

いま一つの異なる点は、投資計画における民間部門の役割が増大していることである。第1次計画においては、固定投資総額の 23.5%を民間部門に期待していたが、現行第2次計画では 39.3%に拡大している。民間部門のシェアは、以下に示すように第1次計画においても、住宅、農業・土地開発（但し灌漑・排水施設整備を除く）、建設の部門で高かったが、第2次計画では、特に農業・土地開発、鉱工業開発における役割が増大したためである。

	第1次計画	第2次計画
農業・土地開発	47.0%	97.6%
鉱工業	20.5%	52.5%
建設	44.1%	46.6%
運輸・通信	18.6%	23.0%
住宅	94.4%	97.5%

第2次計画において、公共投資が 100%を占めるセクターは、灌漑・排水施設整備、電力、スエズ運河、ホテル・飲食業（＝観光開発）、公益事業で、その他サービス（教育、医療、行政サービス等）においても 97%を占める。また、商業・金融セクターにおいても 74%は公共部門によるものである。

表 1. 8 は、第2次開発計画期間及びそれ以降紀元 2002 年までのセクター別の成長目標を示したものである。第2次計画における国内総生産（要素費用表示）の年平均成長率は、第1次計画の 8.0%に対してかなり低目の 5.8%に設定されている。特に、高度成長が期待されているのは、生産部門では鉱工業（8.4%）、電力（7.1%）、生産的サービス部門では観光（10.9%）、住宅・公益事業（11.4%）である。

長期的な開発目標は、表からも窺える様に、生産部門の経済に占めるシェアを拡大することに置かれている。この拡大を主導するのは鉱工業であり、そのシェアは今後の 15 年間に基準年の 1986/87 年の 17%から 21 世紀の初頭には 25%に拡大させることを目標としている。これに対して、これまでの経済成長の重要な要因の一つであった石油産業の成長率は、徐々に低下し、その国内総生産におけるシェアも 4%から 2%弱に低下する。鉱工業の成長率の加速は、基本的にその輸出力の増大によるものと期待されている。第2次計画期間の輸出の増加率は、年 5.6%に設定されているが、工業製品の輸出

表1.8 紀元2001/02年までの国内総生産およびセクター別成長目標

(単位: 1986/87年価格100万日本円)

	1986/87		1987-1992年計画			1992-1997年計画			1997-2002年計画		
	1986/87	構成比	1991/92	年成長率 86/87- 91/92	構成比	1996/97	年成長率 91/92- 96/97	構成比	2001/02	年成長率 96/97- 2001/02	構成比
炭	8,640.0	21.1	10,550.0	4.1	19.5	12,840	4.0	17.6	15,625	4.0	15.5
鉱工業	6,933.1	17.0	10,397.0	8.4	19.2	16,000	9.0	22.0	25,775	10.0	25.5
石油	1,690.1	4.1	1,898.0	2.3	3.5	1,900	-	2.6	1,830	(0.1)	1.8
電力	518.4	1.3	729.0	7.1	1.4	1,025	7.0	1.4	1,470	7.5	1.5
建設	1,988.6	4.9	2,647.0	5.9	4.9	4,000	8.6	5.5	6,000	8.5	5.9
生産部門計	19,770.2	48.4	26,221.0	5.8	48.5	35,765	6.4	49.0	50,700	7.3	50.3
運輸・通信	2,946.8	7.2	3,963.5	5.8	7.3	5,305	6.0	7.3	7,200	6.3	7.1
エネルギー	808.7	2.0	855.5	1.1	1.6	990	3.0	1.4	1,150	3.0	1.2
産業・金融	9,646.3	23.6	12,624.0	5.5	23.3	16,890	6.0	23.2	22,800	6.2	22.6
観光(ホテル・飲食業)	399.0	1.0	668.0	10.9	1.2	1,075	10.0	1.5	1,730	10.0	1.7
生産的サービス部門計	13,800.8	33.8	18,111.0	5.6	33.4	24,260	6.0	33.3	32,880	6.1	32.5
住宅・公益事業	820.0	2.0	1,409.0	11.4	2.6	1,980	7.0	2.7	2,800	7.2	2.8
その他のサービス	6,441.1	15.8	8,385.0	5.4	15.5	10,935	5.5	15.0	14,500	5.8	14.4
社会的サービス部門計	7,261.1	17.8	9,794.0	6.2	18.1	12,915	5.8	17.7	17,300	6.0	17.2
国内総生産	40,832.1	100.0	54,126.0	5.8	100.0	72,940	6.2	100.0	100,880	6.7	100.0

出 所: MPIC, Summary of the Second Five Year Plan (1987/88-1991/92)

は年14.1%の拡大が期待されている。石油の輸出は年1.9%の減少が見込まれており、鉱工業は、15年間に設定されている輸出増加分の90%を寄与することが期待されている。

鉱工業開発の重点プロジェクトは、油脂加工・石けん、紡績・織物・縫製、製糖、金属・機械（家電、電線等）、冶金（アルミニウム、鉄鍛造、等）、化学（肥料、セメント、タイヤ）、窯業（ガラス、耐火性製品）である。

農業部門は、年4.1%の成長が見込まれており、長期的には、その国内総生産におけるシェアは低下する。第1次計画においては、圃場排水施設の整備（25万ha）、農業機械化サービス・センターの設置（56カ所）による深耕の普及（29万ha）、石灰の投下（400万ha）等による土壌改良、耕地造成（14万ha）、及び排水溝の拡張等が実施されている。第2次計画においては、約26万haの耕地造成を目標としており、その80%を公共部門が実施することになっている。また、試験研究・普及事業の拡充を通じて、土壌改良、農業機械化、水利用の合理的節約、収量の改善等を推進することになっている。

表1.9は、第2次計画期間における雇用目標を示したものである。1991/92年におけるセクター別の構成は、農業のシェアの低下と鉱工業のその拡大を除けば、あまり変化していないが、年3.2%の増加、言い換えると、年平均41万人の雇用創出は、実際の国内総生産の成長率が第2次計画の目標値より高かった1981/82～86/87年の実績（2.7%、年30万人）と比べて、かなり野心的な目標といえることができる。

(2) 人口の諸特徴と人口政策の推移

1) 人口の諸特徴の推移

① 人口増加のトレンドと年齢構造

エジプトにおける人口統計には長い歴史があるが、近代に入ってから最初のセンサスは1800年に実施されている。定期的実施は、1882年に始まり、以後1897年から1947年まで10年毎に6回実施された。その後は、1950年代の中断を経て、1960年に革命後のセンサス、1966年に標本センサス、1976年および1986年のセンサスと続いている。最新の1986年センサスは、現在集計中であり、1987年6月には速報が公開されている。また、出生・死亡登録制度は、1839年に部分的に開始され、法律によって義務づけられたのは1912年である。未登録率は、1974/75年当時で33%と推定されているが、近年の状況については不明である。

表2.1は、1882年センサス以降のエジプトにおける人口の推移を示したものである。今世紀に入ってから年平均増加率は、1950年代を境にして1%台から2%台へと著しい加速を示している。その結果、人口が約2倍になるのに、20世紀前半には50年間（1897～1947）を要したのに対して、後半に入ると、1947～76年の約30年間で1,900万

表1.9 第2次開発計画における雇用創出自標

	1986/87		1991/92		年増加率 (%)
	(1,000人)	(%)	(1,000人)	(%)	
農	4,430.0	36.3	4,909.2	34.4	2.1
林	1,725.0	14.1	2,259.0	15.8	5.5
石油	32.5	0.3	36.0	0.3	2.1
電力	76.8	0.6	89.0	0.6	3.0
建設	561.8	4.6	672.6	4.7	3.7
生産部門計	6,826.1	55.9	7,965.8	55.8	3.1
運輸・通信	523.6	4.3	623.7	4.4	3.6
河川	20.1	0.2	20.6	0.1	0.5
商業	1,116.6	9.1	1,335.6	9.3	3.6
金融・保険	114.9	0.9	139.6	1.0	4.0
ホテル・飲食業	135.2	1.1	163.0	1.1	3.8
生産的サービス部門計	1,910.4	15.6	2,228.25	16.0	3.6
住宅	207.8	1.7	272.1	1.9	5.5
公益事業	74.3	0.6	94.7	0.7	5.0
個人的・社会的サービス	978.3	8.0	1,154.0	8.1	3.4
社会保険	35.2	0.3	38.5	0.3	1.8
行政サービス	2,177.3	17.8	2,471.2	17.3	2.6
社会的サービス部門計	3,497.9	28.4	4,030.5	28.2	2.9
合計	12,209.4	100.0	14,278.8	100.0	3.2

出所: MPIC, Summary of the Second Five Year Plan (1987/88-1991/92).

表2.1 エジプトにおける人口の推移 (1882~1986)

年次	人口 (1,000人)	年平均増加率 ¹⁾ (%)	国内人口 (1,000人)	年平均増加率 ¹⁾ (%)	男女比
1882	6,712				99
1897	9,669	2.46			103
1907	11,190	1.47			101
1917	12,718	1.29			100
1927	14,178	1.09			99
1937	15,921	1.17			100
1947	18,967	1.77			98
1960	26,085	2.48			101
1966	30,076	2.40	(30,076)		102
1976	38,198	2.42	36,626	1.99	104
1986	50,455	2.82	48,205	2.79	105

注1) 先行するセンサス年次以降の年増加率

出所: CAPMAS, Population, Housing and Establishment Census 1986,
Preliminary Results, June 1987.

表 2. 2 年齢構造の推移 (1960、1976、1986)

	1960		1976		1986	
	人口	割合	人口	割合	人口	割合
年齢階層 (A)						
15才未満	11,110	42.7	14,629	39.9	n. a.	40.7
15~64才	13,972	53.8	20,680	56.5	n. a.	56.4
65才以上	903	3.5	1,317	3.6	1,380	2.9
年齢階層 (B)						
6才未満		18.9		17.3	9,256	19.2
6~11才		16.6		14.4	7,209	14.9
12~64才		61.0		64.7	30,360	63.0
65才以上		3.5		3.6	1,380	2.9
人口計	25,984	100.0	36,626	100.0	48,205	100.0

出所：1960年、1976年の年齢階層 (A) については、CAPMAS, Statistical Yearbook 1952 - 1986。

1986年の年齢階層 (A) については、MPIC, Second Five - Year Plan for Socio - Economic Deve Copment (1987/88 - 1991/92), vol. I.

年齢階層 (B) については、CAPMAS, Population, Housing and Establishment Census 1986, Preliminary Results, June 1987.

人から3,800万人へと倍増を果している。

1960年代以降の推移をみると、エジプトが中東紛争の渦中にあった時期を含む1960~76年には、主に結婚・出産の延期により、人口増加率は年2.41%と、1950年代の水準をやや下回った。しかし、その後の10年間は、紛争の終結とともに、人口増加率は2.8%強へと上昇傾向に転じている。1976~86年の年3%近い人口増加が今後も続くとすると、25~26年間、即ち、1976年を基準として21世紀初頭までに再び人口が倍増することになる。

1970年代に入って目立つ特徴の一つは、国外在住人口の増加である。中央統計局 (Central Agency for Public Mobilization and Statistic's ; CAPMAS) の推定によると、1976年センサス時には約140万人 (全人口の約3.7%)、1986年センサス時には225万人 (同4.5%) が中東地域を中心とした諸外国に在住しているとみなされている。

1950年代以降の人口増加率の加速は、人口の年齢構造に反映されている。1986年センサスの速報は、1960年及び1976年センサスの年齢階層の区分とは異なる基準を用いているため、表2. 2は、2種類の年齢階層区分による人口構造を示している。15才未満の人口は、1960年には全人口の42.7%を占めており、1976年には、その後の人口増加率の低下を反映して39.9%に縮小したのち、1986年には再び40.7%に上昇している。

1976~86年の人口増加率の加速は、12才未満の人口の構成比が、同期間に31.7%から34.1%に拡大していることに窺うことができる。

② 人口の地域分布と都市化

エジプトの国土面積は約100万km²であるが、そのほとんどは砂漠地帯であり、ナイル河流域及びデルタ地域を主体とする居住可能な面積は4%にも満たない。この物理的な制約のため、エジプトの人口密度、人口の都市化率はかなり高い、表2.3は、1986年センサス速報による県別の人口、都市化率、人口密度を示したものである。人口の地域分布は、都市地域4県 (Urban Governorates) に20%、ナイル河デルタ地域からなる下エジプト地域9県 (Lower Egypt Governorates) に43%、上エジプト地域8県 (Upper Egypt Governorates) に35%、砂漠地帯に立地している辺境地域5県 (Frontier Governorates) に残余の1%が居住するという構成になっている。

辺境地域5県、及び一部の県の砂漠地帯を含む行政区を除いた全国平均の人口密度は、1,350人/km²である。県別の人口密度は、カイロの28,260人が圧倒的に高く、次いで人口の都市化率の高いアレクサンドリア (9,280人)、ポート・サイド (5,540人)、ギザ (3,500人)、カリウビア (2,510人) が続いている。その他の県は、全国平均を若干上回る県が4県、平均を下回る県が12県という構成である。

エジプトにおける人口の都市化率を示したものが表2.4である。都市化率は、1907年のセンサスでは17%であったが、その後の年3%を越える都市人口の急増により、1960年には38%、1976年には44%に達している。1976~86年の期間は、都市人口、農村人口の間の人口増加率の格差がほとんど無くなったため、都市化率はほとんど変化していない。

都市人口の分布は、典型的な第1位、第2位都市への集中を示しており、表-3にみられるように、人口が100%都市化している4県のうちのカイロとアレキサンドリアが、都市人口全体の各々、29%、14%を占めている。1976~86年における2大都市の人口増加率は、都市人口全体の年2.8%をかなり下回っており、例えば、カイロの人口は507万人から605万人へと年1.8%の増加率を記録したに止まる。しかし、行政単位としてのカイロだけではなく、その影響圏をみると、近接する地域の人口が急激に伸びている。例えば、カイロに近接するギザ市とその近郊、及びショブラ・エルキエマ市の合計人口が年4.6%で急増しており、これにカイロの人口を加えると、首都圏人口は、679万人から876万人へと年2.6%の増加を記録している。¹⁾ このカイロ首都圏の人口は、1986年の全

1) 1986年センサス速報では、Greater Cairoとして、ギザ、ショブラ・エルキエマの他に数カ所の周辺都市及び若干の農村部を加えた地域を含めている。この地域の人口は、1976~86年に745万人から975万人へと年2.65%の増加を示している。

表2.3 県別人口分布・人口密度及び都市比率

県	居住面積	人 口		人口密度	都市人口	
	(Km ²)	(1,000人)	(%)	(人/Km ²)	対県人口比	対全国都市人口比
都市地域 4 県	907.7	9,697	20.1	10,683	100.0	45.8
カイロ	214.2	6,053	12.0	28,258	100.0	28.6
アレキサンドリア	314.4 ¹⁾	2,917	5.8	9,279	100.0	13.8
ポート・サイド	72.1	400	0.8	5,545	100.0	1.9
スエズ	307.0 ²⁾	327	0.6	1,065	100.0	1.5
下エジプト地域 9 県	22,180.8	20,876	43.3	941	27.6	27.2
ダミエッタ	589.2	741	1.4	1,258	25.2	0.9
イスマイリア	1,441.6	544	1.1	378	48.9	1.3
ダカーリア	3,470.9	3,500	6.9	1,009	26.2	4.3
シャルチア	4,179.5	3,420	6.8	818	21.1	3.4
カリュウビア	1,001.1	2,514	5.0	2,512	43.7	5.2
メヌウイア	1,532.1	2,227	4.4	1,454	20.1	2.1
ガルビア	1,942.2	2,871	5.7	1,478	32.7	4.4
カクル・シェイク	3,437.1	1,800	3.6	524	22.8	1.9
ベヘイラ	4,587.5 ³⁾	3,257	6.5	710	23.5	3.6
上エジプト地域 8 県	12,098.0	17,067	35.4	1,411	31.6	25.5
ギザ	10,580.4 ⁴⁾	3,700	7.3	3,497	57.5	10.0
ファイユーム	1,827.2	1,544	3.1	845	23.3	1.7
ベニス	1,321.7	1,443	2.9	1,092	25.1	1.7
メニフ	2,261.7	2,648	5.3	1,171	20.7	2.6
アシュート	1,553.0	2,223	4.4	1,431	27.8	2.9
ソハグ	1,547.2	2,455	4.9	1,587	21.9	2.5
ケナ	1,850.7	2,252	4.5	1,217	23.3	2.5
アスワン	678.5	801	1.6	1,181	40.0	1.5
辺境地域 5 県		565	1.2	—	57.5	1.5
ニュー・バレー		114	0.2	—	43.8	0.2
マトル		160	0.3	—	51.2	0.4
レツド・シー		90	0.2	—	82.2	0.3
北シナイ		171	0.3	—	62.0	0.5
南シナイ		29	0.1	—	44.8	0.1
全 国 (国土面積)	35,186.5 (998,774.0)	48,205	100.0	1,353 ⁵⁾	43.9	100.0

注1) 4,000Km²の主に砂漠地帯からなる行政区 (Kism El-Amerra) を除く。

2) 17,533Km²の主に砂漠地帯からなる行政区 (Kisuml Atake) を除く。

3) 5,542Km²の主に砂漠地帯からなる行政区 (Wadi-El-Natroan) を除く。

4) 84,095Km²の主に砂漠地帯からなる行政区 (El-Baharria Oasis) を除く。

5) 辺境地域 5 県 (合計面積 85万Km²) を除いた人口密度である。

出 所: CAPMAS, Population, Housing and Establishment Census 1986, Preliminary Results, Ministry of Planning and International Cooperation, Second Five-Year Socio-Economic Development (1987/88 -1991/92), vol.I.

表2.4 人口の都市化 (1947~1986)

	人 口 (1,000人)			年 平 均 増 加 率 ¹⁾		
	都 市	農 村	計	都 市	農 村	計
1947	6,363	12,604	18,967	3.03 ²⁾	0.77 ²⁾	1.32 ²⁾
構 成 比	33.5	66.5	100.0			
1960	9,864	16,120	25,984	3.42	1.91	2.45
構 成 比	38.0	62.0	100.0			
1966	12,033	17,691	29,724	3.37	1.56	2.27
構 成 比	40.5	59.5	100.0			
1976	16,036	20,590	36,626	2.91	1.53	2.11
構 成 比	43.8	56.2	100.0			
1986	21,173	27,032	48,205	2.82	2.76	2.78
構 成 比	43.9	56.1	100.0			

注1) 1947年を除き、先行センサス年次以降の増加率。

2) 1907~1947年の間の年平均増加率。

出 所 : CAPMAS, Population, Housing and Establishment Census 1986, Preliminary.

Results, June 1987.

人口の18%、都市人口の41%に相当する。

県別にみると、全国平均に近いか、あるいはそれ以上の都市化率を示す県は、砂漠地帯の5県を除いて、下エジプト地域では、イスマイリアとカリウビアの2県、上エジプト地域では、ギザとアスワンの2県のみであり、その他の県は、大体20~30%の範囲の都市化率を示している。地域別にみると、下エジプト地域の都市化率は27%、上エジプト地域は31%であるが、後者からカイロの影響が強いギザを除くと、都市化率は24%となる。

③ 出生率、死亡率の推移

表2.5は、エジプトにおける出生、死亡に関する統計を示したものである。人口1000人当たりの粗出生率、粗死亡率の長期的な推移は、他の多くの発展途上国の場合と同じ様に、多産多死という状況から、死亡率の著しい低下というパターンを示している。粗死亡率は、1940年代の25前後、1950~52年の18~19という水準から着実に低下を続け、1984~86年には9前後に低下している。これに対して、粗出生率は、1950~52年の44~45、1960年代前半の42~43という高水準から1970~72年の34~35に一旦低下したものの、その後は上昇傾向に転じ、1980年代に入ってから推移は、上昇傾向とは言えないまでも、かなり高い水準の出生率が維持されている。その結果、自然増加率は、最も低かった1968~72年の2.0~2.2%から着実に上昇し、1984~86年には、革命以後の35年間で最も高い2.8~3.1%の水準に達している。

乳児死亡率、新生児死亡率については、表2.5に示すように、出生・死亡登録統計に基づくデータ、人口センサスに基づく推定値、標本調査の結果など、様々な情報があり、その数値もまちまちである。死亡登録統計に基づく数値は、登録もれ、死亡年令の記載ミスなどの影響で、他の方法による数値より低目である。各々の時系列には、年々の変動があるものの、全体としては、乳児死亡率、新生児死亡率ともに低下傾向を示している点が共通している。近年の乳児死亡率については、系統だてた統計が発表されていない。¹⁾ 厚生省の資料によると、²⁾ 1984年が56、現行の第2次5ヵ年計画書によると、1986/87年が70、人口審議会の資料によると、1985年がカッコ付きの102ということになっている(表2.10参照)。

表2.6は、1982年における死因別の死亡統計を示したものである。死亡数全体でみると、感染症・伝染病、循環器系疾患、呼吸器系疾患によるものが、合わせて過半を占めている。生後1年以内の乳児についてみると、感染症・伝染病と呼吸器系疾患が合わせて

1) 表2.5に示した乳児死亡率(A)は、アラビア語の出生・死亡統計の1982年版によるものであるが、この統計シリーズはその後発行されていない。

2) Ministry of Health, The Golden Book of the Ministry of Health 1936-1986, 1986.

表2.5 粗出生率、粗死亡率、乳児死亡率の推移 (1960～1986)

	粗出生率 ¹⁾	粗死亡率 ¹⁾	自然 ¹⁾ 増加率	新生児 ¹⁾ 死亡率(A)	乳児 ¹⁾ 死亡率(A)	乳児 ²⁾ 死亡率(B)		新生児 死亡率(C)	乳児 死亡率(C)
1960	4.29	16.9	26.0	19	109	168	1950～54	65	191
1965	4.16	14.0	27.6	22	113	149	1955～59	68	166
1970	3.52	15.1	20.0	20	116	153	1960～64	64	151
1971	3.52	13.2	22.0	18	103	136	1965～69	62	141
1972	3.45	14.6	19.9	18	116	153	1970～74	67	146
1973	3.59	12.9	23.0	16	98	130	1975～79	77	132
1974	3.58	12.5	23.3	17	101	133			
1975	3.62	12.2	24.0	16	89	118			
1976	3.66	11.8	25.7	15	87	116			
1977	3.75	11.8	25.7	15	85				
1978	3.74	10.5	26.9	14	74				
1979	4.02	10.9	29.3	12	76				
1980	3.75	10.0	27.5	13	76				
1981	3.70	10.0	27.0	12	75				
1982	3.62	10.0	26.2	15	75				
1983	3.77	10.0	27.7						
1984	3.86	9.4	29.2						
1985	3.75	9.1	28.3						
1986	3.9.3	8.7	30.6						

注1) 出生・死亡登録統計による数値。

2) 1976年センサスの幼児生存率による推定値。

出 所：粗出生率，粗死亡率，自然増加率は，CAPMAS, Statistical Yearbook 1952-85, 1987.
 新生児死亡率(A)，乳児死亡率(A)の1960～1979年，および乳児死亡率(B)は，CAPMAS, Infant and Child Mortality in Egypt, March 1986, 新生児死亡率(A)，乳児死亡率(A)の1980～82年は，CAPMAS, Vital Statistics 1982 (アラビア語)
 新生児死亡率(C)，乳児死亡率(C)は，CAPMAS, The Egyptian Fertility Survey 1980, 1983.

表2.6 原因別死亡率 (1982)

	男		子		女		子		計		乳		児	
	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%	死亡数	%
感染症・伝染病	37,632	16.3	37,562	17.8	75,194	17.0	45,606	40.4						
が														
内分泌腺疾患	5,191	2.3	3,270	1.6	8,461	1.9	74	0.1						
血液・血清疾患	1,843	0.8	2,062	1.0	3,905	0.9	343	0.3						
脳疾患	1,016	0.4	528	0.2	1,544	0.4	84	0.1						
	65	-	38	-	103	-	12	-						
神経系疾患	2,808	1.2	2,016	1.0	4,824	1.1	528	0.5						
循環器系疾患	44,908	19.5	38,080	18.0	82,988	18.8	2,587	2.3						
呼吸器系疾患	41,772	18.1	41,534	19.7	83,306	18.9	34,868	30.9						
消化器系疾患	18,607	8.1	14,293	6.8	32,900	7.5	11,515	10.2						
泌尿器系疾患	7,606	3.3	4,184	2.0	11,790	2.7	182	0.2						
異常妊娠・出産・産褥熱	-	-	1,258	0.6	1,258	0.3	-	-						
皮膚疾患	45	-	28	-	73	-	16	-						
骨・筋肉疾患	90	-	110	-	200	0.1	30	-						
遺伝性奇形	2,414	1.0	2,224	1.1	4,638	1.0	3,950	3.5						
死産	6,283	2.7	5,430	2.6	11,713	2.7	11,713	10.4						
死因不明	48,453	21.0	52,150	24.7	100,603	22.8	986	0.9						
事故・毒物	11,853	5.1	6,268	3.0	18,121	4.1	379	0.3						
計	230,586	100.1	211,035	100.0	441,621	100.0	112,873	100.0						

出所: CAPMAS, Vital Statistics 1982(アラビア語)

表2.7 地域別乳児死亡率 (1980)

	出生力調査		乳児死亡調査	
	新生児死亡率	乳児死亡率	新生児死亡率	乳児死亡率
全 国	59	132	54	116
都市部	43	118	32	91
農村部	68	142	67	131
都市地域4県	40 ¹⁾	120 ¹⁾	34	85
下エジプト	50	110	49	111
都市部	46	108	28	81
農村部	52	110	54	119
上エジプト	82	174	70	138
都市部	54	144	34	111
農村部	90	182	87	151

注1) カイロのみに関するデータ

出所: CAPMAS, The Egyptian Fertility Survey 1980, Vol. II.

CAPMAS, Maternal Health and Infant Mortality in Egypt,
March 1987.

死因の70%を占め、消化器系疾患と出産時の死亡が各々10%となっている。

表2.7は、1980年に実施された出生力調査、及び乳児死亡調査のデータによる地域別の新生児死亡率と乳児死亡率の格差を示したものである。2つの調査の比率そのものには、かなりの差異があるが、格差の特徴は共通している。即ち、地域別にみると、上エジプト地域の死亡率が最も高く、また、農村部の死亡率は、全国レベル及び地域毎にみても、都市部よりかなり高いという点である。乳児死亡調査によると乳児死亡率は、20代の母親の場合が最も低く(1000人当たり102)、10代(149)、及び30代以上(30代が130、40代が150)が高いという年齢階層による違いがあり、上記の地域別の格差は、後述する様に、農村部及び上エジプト地域においては、初婚年齢が相対的に低く、30代以降の出生率が高いということと関係している。また、社会経済的な要因としては、母親、父親の教育水準や職業、上水道、電力へのアクセスが、乳児死亡率の逆の相関関係にあることが示唆されている。

出生力に関する最新のデータは、世界統計研究所(World Statistical Institute)による世界的な出生力調査の一環として実施された出生力調査(Egyptian Fertility

Survey 1980) と家族計画の普及程度を知るために実施された出生力・家族計画調査 (Fertility and Family Planning in Egypt 1984) から得ることができる。2つの調査の結果は、使用する出生力指標などの違いもあって、相違する点も少なくないが、エジプトの出生力についていくつかの共通する特徴を示唆している。

第1は、先進国の水準に比較すればまだかなり低いと言わざるを得ないが、初婚年齢が上昇しているという点である。1980年調査によると、年齢階層別の初婚年齢の中間値は、35才以上の層の16.6～16.9才に対して、25～29才の層では18.8才、20～24才の層では19.5才となっており、また、単年次に調整した平均初婚年齢は、1975年の20.4才から1980年には21.3才に僅かながら上昇している。地域別にみると、上エジプトの初婚年齢が最も低く（上記の1980年の平均年齢で18.8才）、2大都市（カイロ、アレキサンドリア）のそれが最も高い（同、22.4才）という都市化との相関関係が成立している。また、女性の教育水準（中等教育以上）、夫の教育水準（同）と職種（専門職・事務職）とも強い逆相関関係も存在する。用いている指標は異なるが、1984年調査においても、大体同様の特徴が示唆されている。

第2は、出生力の地域的な格差である。表2.8は、1980年調査と1984年調査による年齢階層別1,000人当りの出生率を地域別に示したものである。後者は婚姻出生率である点に留意する必要があるが、共通する点は、都市部の年齢別出生率、合計出生率は、農村部より低いという特徴である。地域区分がより細かい1980年調査についてみると、いずれの地域においても、農村部の出生率の方が都市部より高いが、地域としては、上エジプトの出生率が農村部、都市部ともに最も高く、2大都市が最も低いという特徴がある。年齢階層別にみると、農村部については、上エジプトの10代後半と40代後半の出生率がたかめであるほかは、下エジプトと上エジプトの間の格差がほとんどない。これに対して、都市部については、40代後半を除くすべての年齢階層において、上エジプトの出生率が目立って高いという特徴を示している。即ち、農村部及び上エジプト地域では、若い年齢で出産を始め、高年齢になっても産み続ける傾向が強いという特徴を示している。

第3は、母親及び父親の教育水準、職業等の社会経済的要因が出生率と強く関係している点である。初婚年齢が若干ながらも上昇傾向にあることは既に述べたが、1980年調査によれば、初婚年齢の差異に拘らず、結婚後の5年間に出生率のピークがある。この5年間の平均出生数の全国平均は1.9であるが、年齢階層別、地域別、農村・都市別、教育水準等の要因による差異がほとんどない。合計特殊出生率に現われる差異は、この5年間より後の期間の出産行動に左右される。1980年調査によると、結婚後15年間の出生数の全国平均は4.8であるが、2大都市（4.1）、下エジプト都市部（4.2）、都市部全体（4.3）で相対的に低く、農村部（上エジプト、下エジプトいずれも5.1）が高い。母親の教

表 2. 8 地域別年齢階層別1,000人当たりの出生率 (1980, 1984)¹⁾

	15~19才 ²⁾	20~24才	25~29才	30~44才	35~39才	40~44才	45~49才	合計特殊出生率
1980年調査:								
全 国	99.3	255.5	285.2	217.4	130.5	48.2	15.5	5.27
都 市 部	68.7	205.6	253.2	184.3	101.4	28.9	10.0	4.27
カイロ	70.1	193.3	243.1	179.2	93.8	28.3	9.1	4.09
アレクサンドリア	29.1	137.0	208.8	128.5	96.7	27.5	2.5	3.14
下エジプト	62.6	223.8	271.6	176.5	86.9	20.8	13.3	4.29
上エジプト	114.1	277.9	292.5	267.2	157.0	48.2	16.5	5.87
農 村 部	125.6	302.2	315.2	244.2	152.9	63.6	20.3	6.14
下エジプト	105.8	295.9	317.9	246.2	153.9	62.7	16.6	6.00
上エジプト	154.3	311.7	311.8	241.4	152.0	64.9	26.1	6.32
1984年調査:								
全 国	293	327	297	236	155	60	14	6.9
都 市 部	250	314	282	210	121	47	6	6.2
農 村 部	304	334	309	258	186	72	21	7.4
都市地域4県	289	309	310	210	106	39	4	6.3
下エジプト地域	344	352	288	222	151	54	20	7.2
上エジプト地域	255	301	300	265	186	84	14	7.0

注1) 1980年調査では、結婚経験のある女性 (ever-married)、1984年調査では、調査時に配偶者のいる女性 (currently married) をベースにしている。

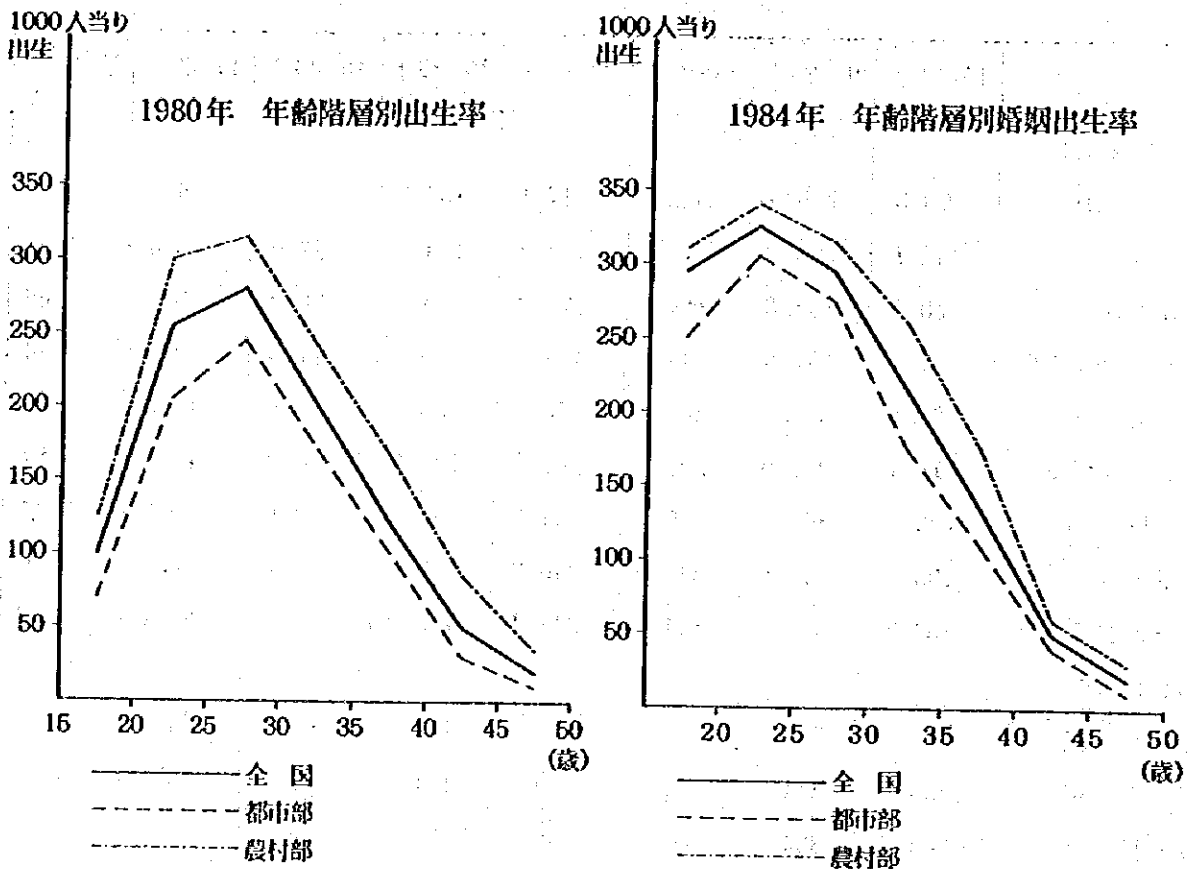
2) 1984年調査では、20才未満の階層

出所: CAPMAS, The Egyptian Fertility Survey 1980, 1983.

NPC, Fertility and Family Planning in Egypt in 1984, by Hussein

A. A. H. Sayed, M. Nabil El-Khorazaty and Ann A. Way, December, 1985.

図 2. 1 年齢階層別出生率 (1980, 1984)



出所：表 2. 8 に同じ。

育水準との相関をみると、文盲層 (5.0) で高く、中等教育修了 (3.3)、高等教育修了 (2.7) で低いという結果がでている。1984年調査においても、データのとりまとめ方はやや異なるが、基本的には同じ特徴が示唆されている。

1984年調査の結果には、表2.8からも窺える様に、1980年調査のそれと重要な点で相違する特徴を示している。最も大きな違いは、図2.1にみられる様に、20才未満の層の出生率が1980年調査に比べて著しく高いこと、出生率のピークが、20代後半ではなく20代前半にあること、ピーク以降の出生率の低下が、1980年調査に比べて緩かであることである。また、上エジプト地域についても、1980年調査のように、下エジプト地域より特に出生率が高いという結果は出ていない。

表2.9は、1980年調査の結果に基づき、年代別の合計特殊出生率の推移を推定したものである。合計特殊出生率は、1960年代前半の7.1という極めて高い水準から1970年代後半には5.3に低下している。都市部では、1960~75年、農村部では1965~75年の期間に目立つ低下が示唆されているが、1970年代後半に入ってから、この低下傾向が緩

表2.9 年代別合計特殊出生率の推移

	1960～65	1965～70	1970～75	1975～80	減少率
全国平均	7.09	6.53	5.53	5.27	26
都市部平均	6.40	5.38	4.36	4.27	33
2大都市	5.92	5.11	3.97	3.84	35
下エジプト都市部	7.04	5.47	4.46	4.29	39
上エジプト都市部	7.43	6.49	5.68	5.87	21
農村部平均	7.64	7.50	6.54	6.14	20
下エジプト農村部	7.51	7.40	6.52	6.00	20
上エジプト農村部	7.82	7.65	6.61	6.32	19

出所：CAPMAS, The Egyptian Fertility Survey 1980, 1983.

かになったことが窺える。先に述べた様に1980年代に入ってから粗出生率が高水準に維持されていること、1984年調査の年齢階層別出生率の特徴が1980年調査のそれとは異なることも考え合わせると、1965～75年の期間の出生率の低下は、中東紛争という外的要因に影響された部分がかかなり大きかったとみることができるかも知れない。結論的に言えば、都市部を中心にして、出産行動をコントロールする階層が存在することは確かであるが、人口転換をもたらす程の全国的な傾向は出現していないということになる。

2) エジプトにおける人口政策

① 1984年までの推移

エジプトは、発展途上国の中では早い時期に人口問題に関する政策的対応を始めた国の一つであり、革命の翌年の1953年には、人口に関連した諸問題を検討するために、国家人口委員会 (National Population Commission) が設けられている。その後の人口政策の推移は、1985年に発表された新人口政策を含めて、4つの段階を区別することができる。まず、第1期には1962年の国家憲章に初の人口政策が盛り込まれ、1965年には、家族計画最高審議会 (Supreme Council for Family Planning)、翌1966年にはその事務局としての家族計画局 (Family Planning Board) が設立された。この期間は、家族計画に関する情報の普及と避妊具の供給を通じた出生率の引き下げという伝統的な手法が試みられ、厚生省 (Ministry of Health) に属する2000余りの都市部及び農村部の保健医療施設における関連サービスの充実が図られた。

第2期は、上期の家族計画最高審議会及び家族計画局が各々人口家族計画最高審議会 (Supreme Council for Population and Family Planning)、人口家族計画局

(Population and Family Planning Board) に改称された1973年頃に始まる。この期間の人口政策の重点は、国民の経済社会的生活水準の向上を通じて間接的に出生率の低下を促すことにむしろ置かれた。当時の人口政策の9つの要項は、出生率の低下に関する直接的な対応策である2項目(家族計画関連サービスの拡大と関連情報の普及改善)を除き、7項目のすべてが人口転換の重要な手段としての経済社会的要因の改善に関するものであったと言われる。¹⁾ 更に、1975年には、人口増加ばかりでなく、人口の分布構造に関する対応策が人口政策の重点の一つとして加えられている。

第3期は、1970年代半以降の出生率の上昇傾向に直面し、上記の人口政策における開発重点手法 (development approach) が修正された1980年以降の期間である。人口家族計画最高審議会が1980年12月に発表した「人口、人的資源開発及び家族計画に関する国家戦略の枠組」においては、農村部、都市部のコミュニティーレベルの経済社会開発努力の推進と併行して、医療・社会サービスを通じた家族計画の普及が再び重視されるに至った。全国の3,700余りの保健医療施設を通じた家族計画サービスの拡充、4,400以上の薬局を通じた避妊具の供給体制の確立とともに、特に強化が図られたのは、国民の生産行動に変化をもたらすためのIECプログラムである。具体的な目標として、例えば、紀元2000年までに粗出生率を人口1,000人当たり20に引き下げることが打ち出されているが、資金面での制約の中で、コミュニティー・レベルの経済社会開発と併行する形で家族計画の推進は、うまく軌道に乗らなかった模様である。少なくとも1980年代前半に実施された第1次5ヵ年開発計画(1982/83~86/87)においては、人口増加率の2倍以上の経済成長(GNP年平均8.5%)が目標の一つに掲げられており、人口政策における手法の修正が開発政策に十分に組み込まれていなかったとみることもできる。従って、この第3期の人口政策の変化は、1985年以降の新人口政策の導入部であったと言えるよう。

② 1985年以降の人口政策

新しい人口政策は、1984年3月の国家人口会議(National Conference on Population)の開催、及び1985年1月の大統領令による人口家族計画最高審議会の国家人口審議会(National Population Council: NPC)への改組を契機としている。1986年にNPCのまとめた新人口政策の概要は以下の通りである。

人口政策の3つの目標は、(1)人口増加率の引き下げ、(2)人口分布の適正化、(3)人口の社会経済的諸特徴の向上であり、その実施に当たっての原則は、(1)国民の自由な選択の尊重(家族計画の実践及び国内・国外移動)、(2)人口中絶、不妊手術の回避、(3)個人レベル、コミュニティー・レベルの自覚に基づく前向きなインセンティブの供与(強

1) CAPMAS, The Egyptian Fertility Survey 1980, vol. II, p.4.

制・罰則の回避)、(4) 地方自治体レベルの活動の重視、(5) 民間活動、地域共同体の参加の奨励、(6) 生産的な人的資源の開発(教育、文化、健康の充実)である。

上記の3つの目標を実現する手段として、以下の11の事項が掲げられている。

- (1) 特に農村地域に重点を置いた家族計画サービスの普及と改善
- (2) 産婦及び乳児の死亡率の引下げのための医療サービスの改善
- (3) マス・メディアではなく、個人的な接触を重視するIEC活動の展開
- (4) モスクの宗教的、社会的、及び保健面での影響力の促進
- (5) 教育制度のすべてのレベルにおける人口教育の拡充
- (6) 女性の地位の向上と社会参加の促進
- (7) ナイル河流域・デルタ地域と砂漠地帯の間の適正な人口再配置戦略の策定
- (8) 農村部の総合的な開発による都市移住の抑制(農村人口の定着)
- (9) 首都圏を中心とした主要都市における工業開発の抑制による人口吸引力の引下げ
- (10) 国内・国外の労働市場の需要に合わせた教育・訓練を展開するためのマンパワー計画の策定
- (11) 文盲の解消及び義務教育(初等教育)における完全就学の達成と中途退学者の削減

以上の事項のうち、(7)～(9)は、人口分布の適正化のための地域開発方針、(10)～(11)は人的資源開発方針であり、(1)～(6)が直接的、間接的に人口増加の収束を目指したものであるとすることができよう。

以上の新人口政策の目標、原則、手段は、第2次5ヵ年開発計画(1986/87～1991/92)においてもほとんどそのままの形で提起されている。¹⁾しかしながら、目標値の設定、その実現のための資金計画などの具体的な提示がなされているのは、上記の11事項のうち、(7)～(9)及び(10)～(11)であり、公共セクターの投資計画という面では、人口再配置という課題が最も高い優先順位を与えられている。

表2.10は、国家人口審議会による人口政策関連の目標、及び第2次5ヵ年開発計画書から抜粋した同様の目標と人口関連指標を示したものである。人口審議会は、更に、行政村レベルまで細分化した家族計画普及目標を毎年作成している。

(3) 保健医療・家族計画分野の現状

1) 関連機関とその相互関係

① 関連機関の概要

エジプトの保健医療、人口・家族計画に関与する機関のうち主要なものは次のようなも

1) Ministry of Planning and International Cooperation, Egypt's Second Five Year Plan for Socio-Economic Development, vol.1, pp.185～186.

表2. 10 人口政策関連目標及び参考指標

NPC:	1985	1991	1996	2001
粗出生率(%)	37	34.7	31.5	28.5
自然増加率(%)	2.7	2.6	2.4	2.1
合計特殊出生率	5.3	4.9	4.4	3.8
乳児死亡率(%)	(102)	50	40	30
有効避妊年 ¹⁾ (%)	25	36	43	51
識字率(%)	51	60	70	80
女子識字率(%)	36	50	60	70
第2次開発計画:	1986/87	1991/92	1996/97	2001/02
粗出生率(%)	37	34.7		31.5
自然増加率(%)	2.8	2.6		2.1
乳児死亡率(%)	70	50以下		30以下
人口の都市化率(%)	43.9	43.9		41.0
人口予測(100万人)	48.4	55.1	62.2	69.7(年増加率2.46%)
労働力年令人口 ²⁾ (100万人)	27.3	30.9		
労働力予測(100万人)	12.9	15.0		
女子の労働化率(%)	10.9	12.8		
義務教育年令児童(100万人)	1.26	1.43		
上記就学率(%)	96.0	96.4		

注1) Couple-years protected

2) 15~64才人口

出所: NPC資料、及び第2次5カ年計画書、Vol. Iより抜粋

のである。

省庁

National Population Council (NPC)

Ministry of Health (MOH)

Ministry of Social Affairs (MOSA)

Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS)

Ministry of Information (MOI)

Ministry of Education (MOE)

NGO

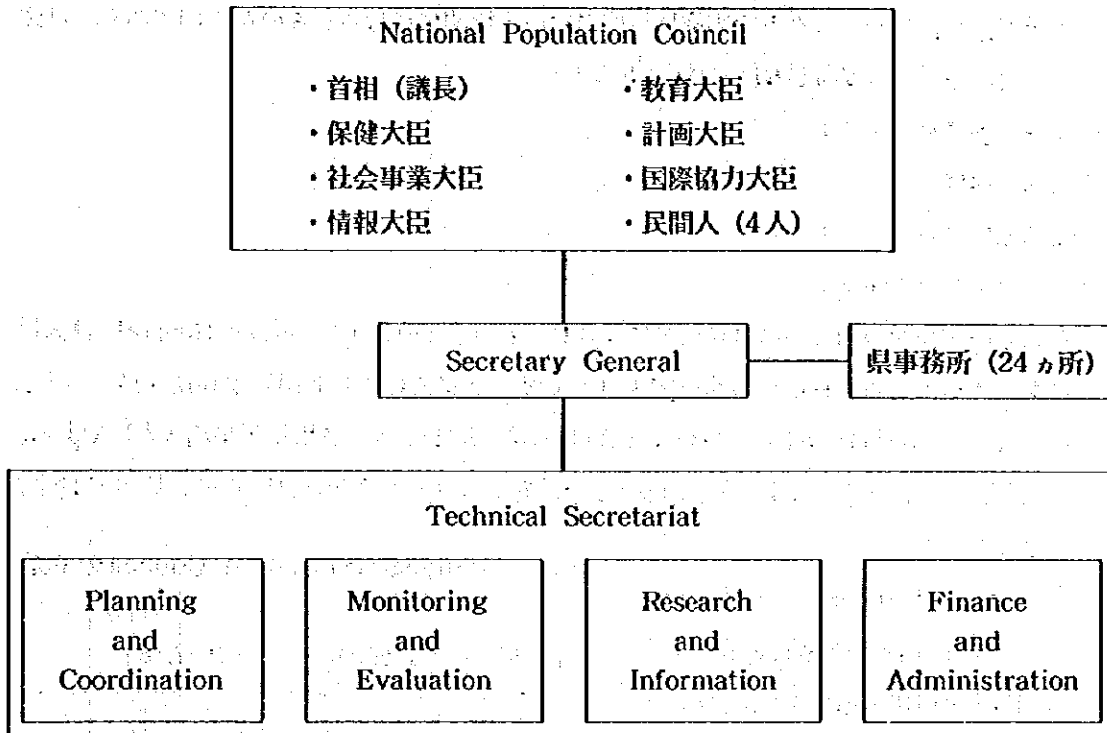
Egyptian Family Planning Association (EFPA)

Family of the Future (FOF)

その他

Egyptian Pharmaceutical Trading Company (EPTC)

図3.1 National Population Councilの機構



出所：NPCヒアリング

大学・研究機関

以下、これらについて略述する。

a) National Population Council (NPC)

1985年1月24日の大統領布告19号によって設置された審議会であるが、独立省庁に準ずる扱いを受けている。NPCはそれ以前にあったSupreme Council for Population and Family Planning (1972年設置) に代るものである。

NPCは次のメンバーから構成され、少なくとも3か月に1度会合を持つことになっている。

- 大統領 (議長。ただし、1988年1月から首相が議長を務めるように変更)
- 保健大臣
- 社会事業大臣
- 情報大臣
- 教育大臣
- 計画大臣
- 国際協力大臣
- 民間人 (4人。NGO代表、元保健大臣、医師会長、人口学者)

NPCの主任務は人口・家族計画分野の政策策定、関連機関の調整及び関連プロジェクトの承認であり、プロジェクトの実施は各担当省庁・機関に委ねられるのが原則である。具体的には次の4つの課題がNPCの権限下に入る。

- ①家族計画プロジェクト
- ②乳幼児保健プロジェクト
- ③女性雇用プロジェクト
- ④文盲対策プロジェクト

これらの業務遂行のために事務局が設けられており、この長 (Secretary General) は大臣に準ずる格である。機構の概略を図3.1に示す。本部とは別に各県に事務所を持つ (2県は未設置)。職員数は本部約150人、県事務所総計約180人 (各事務所平均5人) である。最近2年間の予算は表3.1に示す通りで、財政難を反映して今年度は昨年度に比べて1割強の減額をみた。

表3.1 National Population Councilの予算 (百万ポンド)

項目	1986/87	1987/88
人件費	0.7	0.5
事業費	0.8	0.8
計	1.5	1.3

出所: NPCヒアリング

- b) Ministry of Health (MOH)
エジプトの保健医療部門を担当するMOHの機構の概略を図3.2に、予算を表3.2に掲げる。また、その管轄下の保健医療施設数およびベッド数は表3.3の通りである。(病院システムと保健医療要員については後述する。)

家族計画を担当するのは Central Department for Primary Health Care and Family Health 内の General Department

of Family Planning である。何らかの家族計画サービスを実施しているMOH施設は総計3,603か所に上り、数から見る限りでは決して少なくはない。

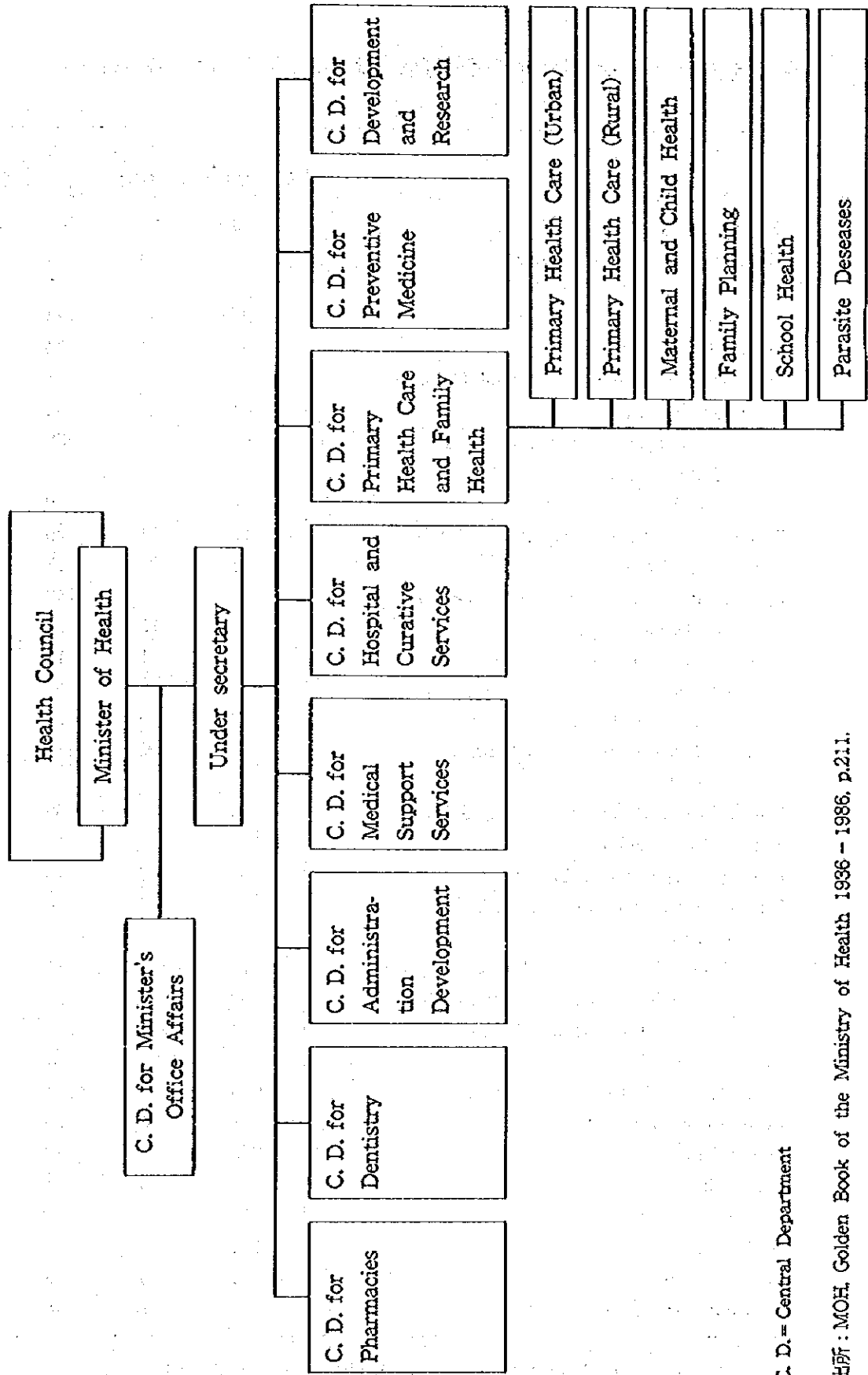
- c) Ministry of Social Affairs (MOSA)
社会福祉事業を管轄するのが Ministry of

表3.2 Ministry of Healthの予算 (百万ポンド)

	1983/84	1984/85	1985/86
経常支出	287.8	329.9	353.0
うち人件費	209.8	251.1	271.2
投資支出	45.3	44.6	49.6
計	333.1	374.5	402.6
政府予算全体に占める割合(%)	2.5	2.5	2.5

出所: MOH, Golden Book of the Ministry of Health 1936 - 1986, pp. 185, 186

図 3. 2 Ministry of Health の機構



C. D. = Central Department

出所: MOH, Golden Book of the Ministry of Health 1986 - 1986, p.211.

表3. 3 Ministry of Healthの保健医療施設 (1985年7月1日現在)

	施 設 数			
	ベッドなし	ベッドあり	計	ベッド数
General and District Hospitals	2	181	183	24,275
Obstetric and Paediatric Hospitals	-	4	4	384
Polyclinics	17	-	17	-
District Clinics	124	-	124	-
Chest Disease Hospitals	-	34	34	7,046
Chest Disease Sections in General Hospitals	-	1	1	84
Chest Dispensaries	64	21	85	417
Mass Radiography Examination Units (Stationary, Mobile)	58	-	58	-
Psychiatric Units	1	8	9	6,515
Psychiatric Sections in General Hospitals	11	14	25	174
Eye Disease Units	6	31	37	1,546
Eye Disease Sections in General Hospitals	13	129	142	1,429
Infections Disease Hospitals	-	79	79	7,170
Infections Disease Sections in General Hospitals	-	11	11	192
Endemic Disease Hospitals	19	5	24	83
Endemic Disease Sections in General Hospitals	48	90	138	744
School Health Hospitals and Polyclinics	76	6	82	631
School Health Units	212	-	212	-
Leprosy Hospitals and Clinics	16	3	19	1,370
Leprosy Sections in General & District Hospitals	46	-	46	-
Skin Disease Hospitals and Clinics	16	1	17	86
Skin Disease Sections in General Hospitals	50	7	57	39
Maternity and Child Health Centres	24	221	245	430
Urban Health Centres	101	-	101	-
Rural Health Centres and Units	2,013	528	2,541	7,465
Rural Health Hospitals	-	55	55	1,522
Dental Units	1,332	-	1,332	-
Cancer Institute	-	1	1	79
Quarantine Centres	12	7	19	208
Health Bureaus	377	-	377	-
Teaching Hospitals	1	7	8	2,992
Treating Institutions	4	6	10	596

出所: MOH, Golden Book of the Ministry of Health 1936 - 1986, pp.175, 176.

Social Affairsであり、その事業の一環に家族計画が含まれている。担当部局はGeneral Department for Family and Child Welfareである。

MOSAの主事業は、一般にSocial Care Societyと呼ばれる住民組織(ないしNGO)の活動の支援である。このSocietyは全国に8,400あまり(1985/86年)組織されており、母子福祉、生活保護、老人福祉、障害者福祉、教育文化活動、文盲対策、家族計画などの様々な活動を展開している。MOSAはこれらの活動資金の一部を供給する。また、家族計画に関しては女性の啓蒙普及員(raidat riffiatと呼ばれる)の養成も行なっており、1972年以來の累計は1,500人を超える。

後述する2つの家族計画関連NGO(Egyptian Family Planning Association, Family of the Future)は、上記のSocietyの中でも家族計画を専門とする代表的な組織である。前者に所属する全国510か所の家族計画センターを含め、全部で約600か所の病院/クリニックがMOSAの管轄下にある。MOHの保健医療施設が地方農村部に多く分布するのに対し、MOSA管轄下の病院/クリニックは都市部に比較的集中しているのが特徴である。

d) Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS)

センサスの実施と集計、出版、人口動態の集計、出版、出生率調査など人口関連の諸調査の実施と分析などを主任務とする機関である。全職員数は約3,000人である。統計部門の機構を図3.3に示す。5つの部局の中の1つであるPopulation Studies and Research Centre (PSRC)は、1971年に設立されて以来、出生率、家族計画実行率、人口移動、児童実態など様々なテーマに関する全国調査を実施してきた実績をもつ。また、センサス結果の分析と人口予測も行なう。PSRCは150人のスタッフを抱え、UNFPAやUNICEFの資金を受けて活動は活発である。

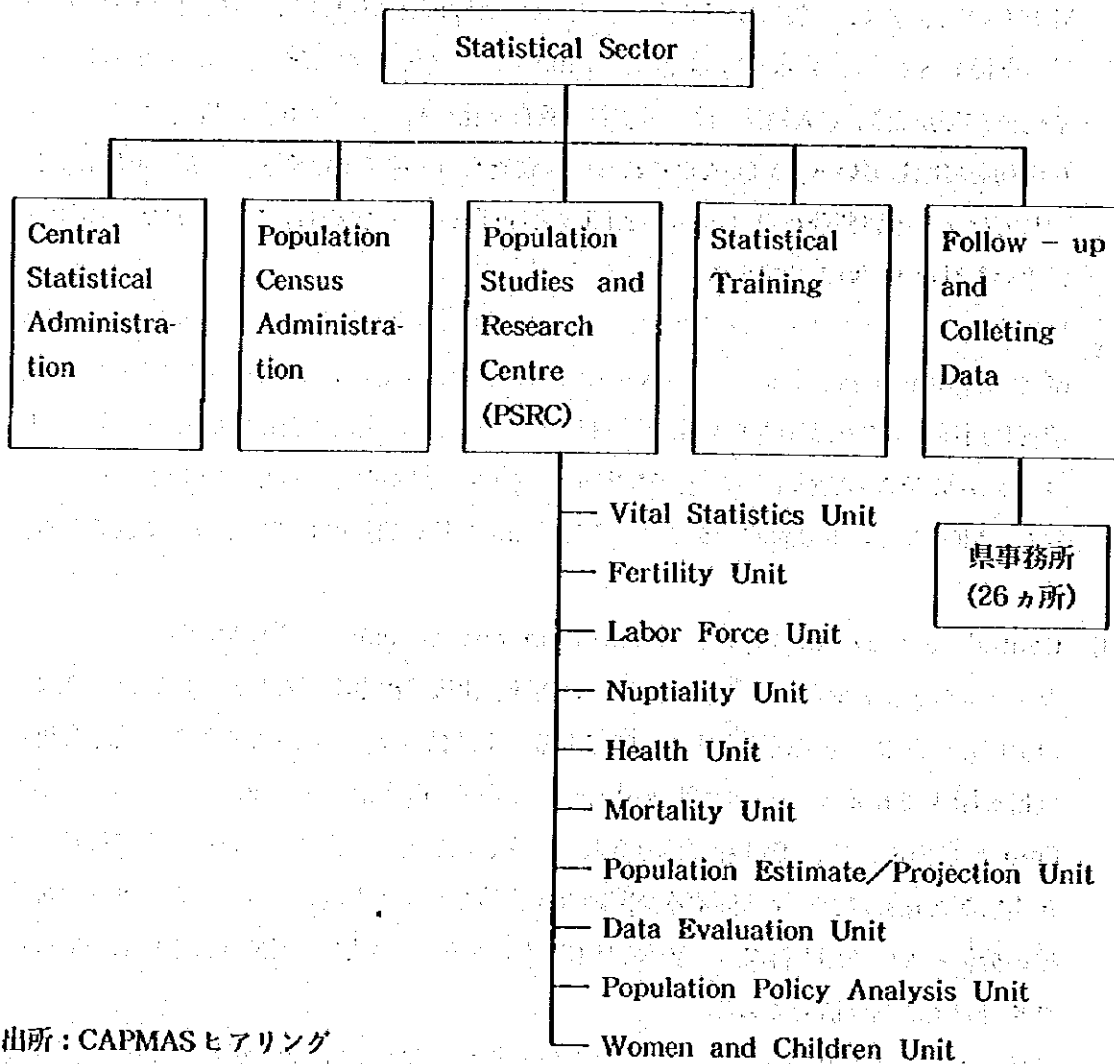
最新のセンサスは1986年に実施されたものである。速報(英語版)が入手できる。ただ、このセンサスの集計のために多くの人員と予算が割かれているため、センサス以外の統計の出版が滞っている。例えば、人口動態は1982年までしか入手できない。

出生・死亡登録はHealth Bureau(MOHの出先機関)に対してなされ、Ministry of Interiorを通じてCAPMASにデータが回る仕組みになっている。登録が法制化されてすでに80年近くになるが、登録率は全国で9割程度にとどまっている。

e) Ministry of Information (MOI)

MOI内の1部局であるState Information Service(SIS)が人口・家族計画のIECのためのセンターを持ち、ラジオ、テレビ放送用の番組を制作している。エジプト国内のテレビ普及率は農村部においても相当に高く(全国85%)、放送を通じてのIECの効果は大きいといわれる。しかし、現在流されているテレビ用のスポット番組は家族計画の持つ微妙な側

図3. 3 Central Agency for Public Mobilization and Statistics (統計部門) の機構



出所：CAPMAS ヒアリング

面への配慮を欠く（子沢山の母親とそうでない母親の対比、多勢の子どもの中には病気で死にそうな者がいる）という批判もあり、番組をめぐる賛否は分れている。

f) Ministry of Education (MOE)

大学病院を管轄する省としてMinistry of Educationも保健医療・家族計画に関与する。人口教育は1970年代中葉から学校教育課程の中に組み込まれる努力が続けられている。そのための教材（主に教師向け）もPopulation and Environmental Education Officeが編集、出版している

エジプトの教育制度は6・3・3・4制で、小学校の6年間は義務教育である。公立学校の授業料は小学校から大学まですべて無料となっているが、文盲率の低下が緩慢である点に示

されるように、基礎教育の普及はまだ十分ではない。一方、若年人口の最近の増加の結果、3部授業を行なっている小学校が都市・農村部ともに多く見られるようになっており、教育行政上の大きな問題となっている。

g) Egyptian Family Planning Association (EFPA)

次に述べる Family of the Future と並ぶエジプト最大の家族計画関連 NGO である。EFPA は県単位に組織される Family Planning Association (現在 24、2 県で未結成) のゆるい連合体であり、対外的な窓口となるものである。家族計画サービスの供給は 24 の各支部が主体となって実施される。表 3. 4 に支部別の家族計画センター数と職員数を掲げる。

県支部の中でも最大規模の Cairo Family Planning Association (CFPA) の概要は以下の通りである。CFPA は 1978 年の設立で、現在カイロ県内に 54 か所の家族計画センターを持つ (合理化のため 1987 年に 82 か所から 54 か所に縮少した)。このうち 2 か所が CFPA の直営で、他は個々の独立の組織 (慈善事業や職場内クリニックなど) として運営されている。これらの家族計画センターで家族計画サービスを実施するのが活動の中心であるが、他に家族計画に関心をもつ医師向けの短期訓練を行っていた実績がある (現在は資金不足で中止)。

エジプトの NGO は MOSA の管轄下にあることからわかるように擬似 NGO とでも呼ぶべきものが多いが、CFPA もその例で、15 人の理事のうち 6 人が省庁の代表 (MOSA、MOE、MOH、MOI など) である。活動資金源は IPPF、Save the Childran Federation (本部、スウェーデン)、Ford Foundation が主なもので、MOSA からの補助金は全体から見ると微々たるものである。1987 年の実績では

IPPF	28,000 ポンド (一般)
	135,000 ポンド (プロジェクト向け)
SCF	約 150,000 ポンド
MOSA	約 1,000 ポンド

が主な収入源であった。支出の約 5 割を人件費が占める。サービスは有料であるが、低所得者層への配慮から低額に抑えているため (IUD 挿着 3.5~5 ポンド、チェックアップ 1 ポンド、フォローアップ 2 ポンドなど)、料金収入のみで収支を合せることはできない。因みに CFPA 直営の Toffoula Saida Model Family Planning Center の 1987 年の実績では、総支出 18,000 ポンドに対して料金収入は 9,000 ポンドであった。

CFPA と MOSA の関係はかなり密接である。現在 4 人の MOSA 職員 (プログラムオフィサー、会計士など) が CFPA の事務所で勤務している。彼らに対しては MOSA が支給する給与とは別に CFPA がインセンティブとして上乘せを支給している。公務員給与が極端に

表3. 4 Egyptian Family Planning Association 傘下の家族計画センターと職員数
(1986年)

県 支 部	セ ン タ ー				職 員 ¹⁾		
	都市部	農村部	砂漠部	計	常勤	パートタイム	計
カイロ	82	—	—	82 ²⁾	34	1	35
アレクサンドリア	35	—	—	35	20	—	20
ベヘイラ	19	2	—	21	1	3	4
ポート・サイド	6	—	—	6	6	—	6
イスマイリア	16	9	—	25	—	6	6
スエズ	13	2	—	15	1	2	3
カリウビア	10	8	—	18	8	—	8
シキルキア	12	25	—	37	5	4	9
メヌフィア	15	11	—	26	2	4	6
ガルビア	15	4	—	19	8	4	12
ダカーリア	19	10	—	29	7	2	9
ダミアッタ	2	8	—	10	4	2	6
カフル・シェイク	8	15	—	23	1	4	5
ギザ	26	11	—	37	3	11	14
ファイユーム	8	12	—	20	4	2	6
ベニ・スフ	9	9	—	18	3	2	5
メニア	14	1	—	15	5	2	7
アシュート	11	6	—	17	6	2	8
ソハグ	13	3	—	16	1	7	8
ケナ	6	3	—	9	1	4	5
アスワン	11	12	—	23	4	5	9
レッド・シー	—	—	4	4	—	n.a.	—
北シナイ	3	1	—	4	—	4	4
ニューバレー	—	—	1	1	—	3	3
計	353	152	5	510	124	74	198

注 1) 職員数は実態より相当に少ない。参考のために掲げる。

2) 1988年現在は64。

出所: MOSA, Annual Report on Activities of Society, pp. 17, 18.

低いエジプトでは、プロジェクト実施に当ってドナー側が省庁の担当者に対して給与の上乗せをする例がよくあり (USAID、UNFPA、UNDPなど)、これもその一例といえる。

h) Family of the Future (FOF)

1978年にIPPFのイニシアチブで発足したNGOである。クリニックでの家族計画サービス供給だけでは不十分との認識から、避妊具のいわゆる social marketing を主目的とする組織で、EFPAの支部組織形態にはなじまなかったためそれとは別の組織として発足した。1979年の活動開始当初からUSAIDが全面的な支援を行ない、避妊具 (IUD、ピル、コンドームなど) の無償供与を続けている。

Social marketingは、この無償で供給された避妊具を民間の開業医や薬局を通じて販売するもので、主に都市部の中・高所得者層が対象となる。この販売代金がFOFの活動資金に充てられる。FOFではsocial marketingのほか18か所のセンターにおけるサービス供給 (年間約3万人)、IUD挿着技術の訓練 (医師向け) や家族計画のマスメディアキャンペーンも実施している。

後節で詳しく見るように、このsocial marketingプログラムは大きな成功をおさめていると言ってよい。ただ、供給した避妊具が実際に正しく使用されているかどうかについての追跡調査がなく、単に供給数のみをもって実績とすることには疑問があろう。(この点はMOHの病院にも同様に当てはまる。MOHの病院で無料で入手したIUDを薬局などに売り払うケースがあるという。)

i) Egyptian Pharmaceutical Trading Company (EPTC)

MOH系の保健医療施設や民間薬局に対して避妊具の卸売を行なう公営企業である。ピルやコンドームのほか、一部の輸入避妊具を取り扱う。

j) 大学・研究機関

人口学関連のものとしては

- Institute of Statistical Studies and Research (Cairo University)
- Cairo Demographic Centre (国連/エジプト政府の共同運営) が重要なものである。

社会医学面の研究では

- International Islamic Centre for Population Studies and Research (Al-Azhar University) が特に著名である。イスラム圏最古のこの大学はイスラム教の教義に基づく教育の伝統を守り、エジプト国内で大きな影響力を持つ。1975年に設立されたこのセンターでは、学生向けの人口教育のコースを開いているほか、イスラム世界における女性の地位や母子保健問題、母乳と栄養に関する研究を活発に行なっている。

産婦人科の専門研究では

— University of Alexandriaが優れた業績を挙げている。

また、同大学には

— Family Planning Training Instituteがあり、家族計画要員の訓練に関する研究が行なわれている。

② 関連機関の相互関係

エジプトの保健医療・家族計画分野に関わる機関は上に見たように数が多い。その関係を一応整理してみると図3.4のようになる。

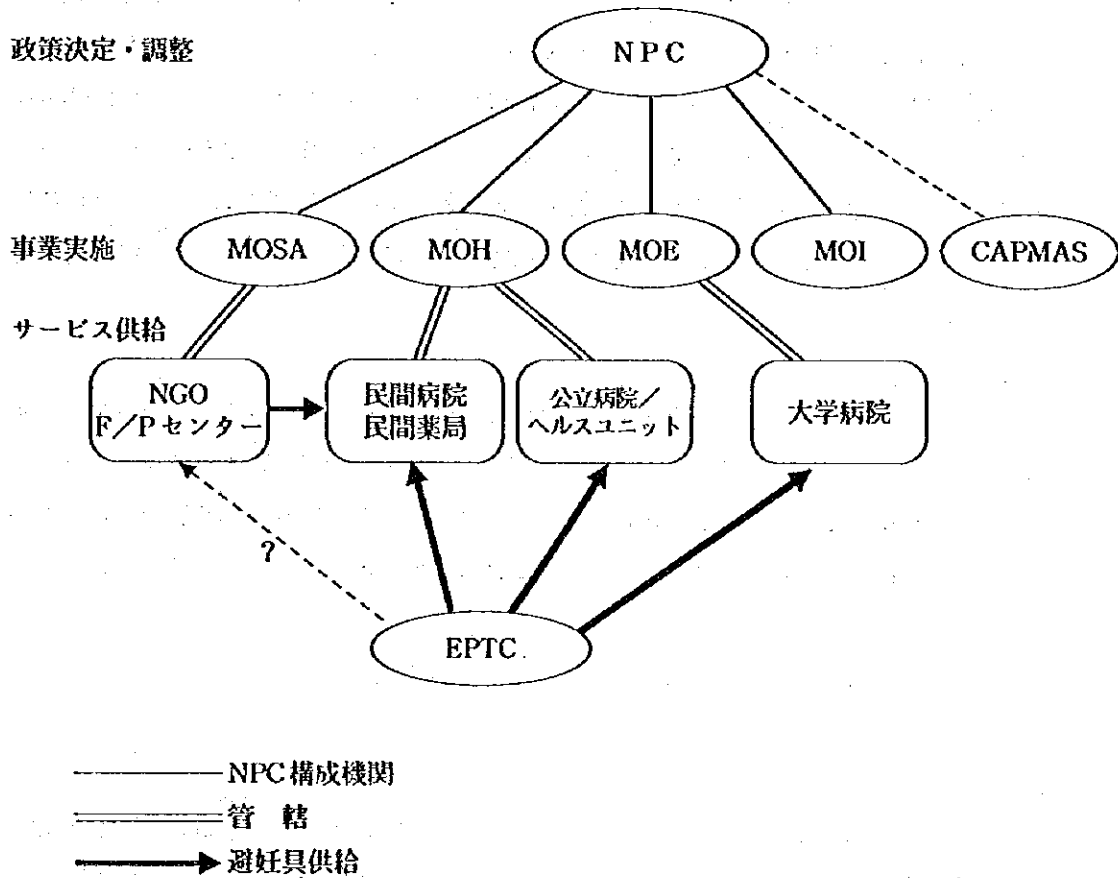
ここで3つの問題点が指摘できると思われる。1つは家族計画のサービス供給を担当する省が一元化していないことである。2本の柱となるMOHとMOSAは、狙いとする対象を違えて相互補完的に機能するようにはなっておらず、むしろ足を引っ張りあう方向に進んでいるように見受けられる。”(MOHは家族計画サービス供給施設数を強調する。MOH 3,600に対してMOSA 510である。一方、MOSAは避妊具の供給実績を強調する。例えば、IUDに関してはMOH 19%に対してFOF/民間薬局は49%のシェアを持つ。) 2つの省が関与してもその相互補完がうまく働けばむしろ好ましいといえるが、現状はそうなっていない。その方向にもっていかうという機運もあまりない印象であった。

第2の問題はNPCの位置づけである。NPCの設置を決めた大統領令19号(1985年)によればNPCはあくまで調整機関であり、事業実施の権限は持っていない。しかし、このような調整機関が往々にして直面するのは、行なうべき業務がなく従って実績を示せないという困難である。NPCもその例に洩れない。(ただ、NPCの場合、大統領の直接の支持がある点が有利である。このことは留意しておく必要がある。) このため、NPCには具体的な事業を行ないたい意欲が底流としてあるが、それに対して他の省庁から抵抗を受ける傾向がある。

第3の問題は、関連機関のトップ間の政治力や個人的好悪がプロジェクトの形成や動向を左右する傾向があることである。多くの開発途上国がそうであるように、エジプトでも官僚機構はトップと下級公務員に二極分解しており、中堅の実務担当者の層が極めて薄

1) MOHのDept. for Family PlanningのGeneral DirectorはFOFに対して批判的である。理由は、MOH病院で無料で入手できるIUDを薬局などに売り払うケースがでてきたこと、MOHの承認なしにFOFが医師の訓練に着手したことの2点である。一方、FOF側はMOHが官僚的で事業実施に時間がかかる点を批判する。またMOSAは、MOH病院は治療行為に専念せざるを得ず、家族計画はNGOに委ねられるから重複はあり得ないとの見方である。USAIDはこの対立をFOFの成功に対するMOHの“やっかみ”と評している。

図 3.4 保健医療・家族計画関連機関の関係



進んでいくケースが稀ではない。このような実情が一方にあり、他方に多くの関連機関が“縄張り争い”をしている家族計画分野の特殊性があるため、トップ間の力関係がかなり直接にプロジェクト形成とその後の動向に反映してくることになる。このようにプロジェクトの属人的性格が強いという条件は、援助実施側からはプロジェクト形成が容易という利点とも見られるが、裏返せば人事更迭とともにプロジェクトも停止しかねない危険を孕んでいるともいえ、十分に留意しておくべき点であろう。

一方、エジプトの保健医療・家族計画関連機関のポテンシャルも指摘しておきたい。次節で詳しく見るように、エジプトの保健医療・家族計画施設のシステムは、施設数からいっても要員数からいっても量の上では相当に整っているといえる。ケニアのように、

2) こうなる一因は公務員給与の極端な低さにある（月給50～100ポンド程度）。このため中堅クラスの人材が集まらなくなるのである。UNDPの話では、給与の上乗せをしてインセンティブさえ与えれば十分に遂行能力は発揮されるはずとのことであった。

この基盤すら欠いている国に比べれば、エジプトの有利さは明らかである。エジプトの場合、問題はむしろそれらの施設の能力を活かし切っていないことにあるとさえ言える。また、NGOの活動もほぼ全国をカバーする体制があり、資金と要員さえインプットされれば事業を展開していけるだけのキャパシティは備わっていると思われる。NPC、MOH、MOSAが一律の緊張関係の中にあるのが事実とはいえ、それを相互補完と良い意味での競争関係に変える可能性は皆無ではない。必要なのは各機関の役目を明確にし、それぞれに具体的な到達目標を設定することである。その任に当るNPCこそが第一に手腕を問われるべき点であろう。

2) 実施体制

この節ではエジプトの保健医療・家族計画の実施体制を概観し、若干の問題点を指摘する。実施体制と一口で言っても範囲は広く、現地調査の短期間でそのすべてをカバーすることはできなかったため、ここでは焦点をサービス供給の面に絞りながら訓練などにも触れていくことにする。研究、統計といった側面については前節である程度述べた。

① システム

まず施設、要員の面から保健医療・家族計画の実施体制を見てみる。

a) 全 国

保健医療施設は所属によって (1) MOH、(2) MOSA/NGO、(3) 他省庁など公的機関、(4) 民間に大別される。全国の総数は約8,400か所、うち都市部に5,800か所、農村部に2,600か所分布する(1985/86年)。これらのうち何らかの家族計画サービスを行なっているものは4,300か所程度(MOH約3,600か所、MOSA/NGO約600か所、民間約100か所)と推定される。人口がナイル川沿いに集中しているエジプトの特殊性も手伝って、全人口の95%は家族計画サービス施設から5km以内に居住しているといわれる。

また、避妊具供給面で大きな役割を果たしている民間薬局は全国で約8,000を数える。

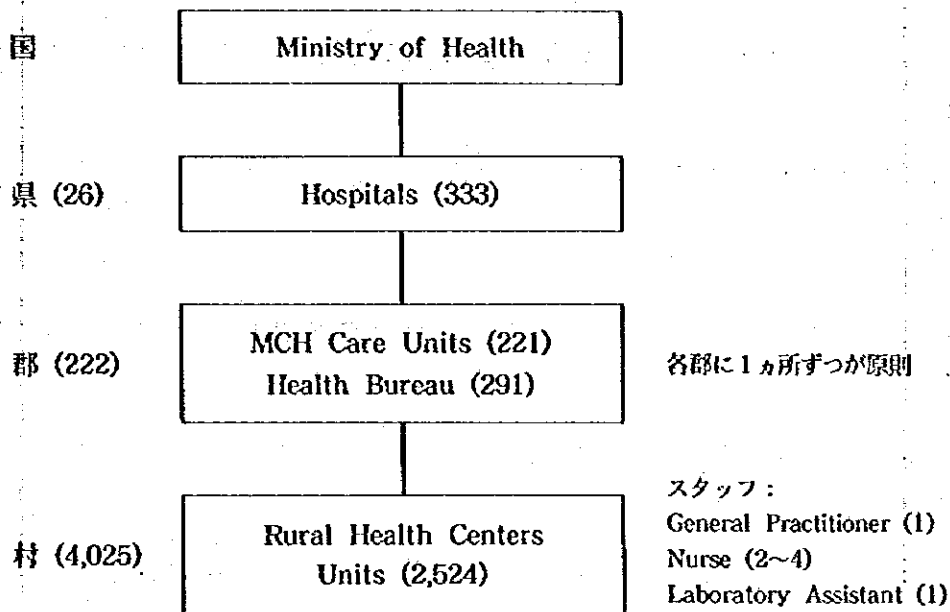
医療要員の数は1985年現在、MOHに登録している者が医師約86,000人、看護婦約51,000人である。全般に医師は過剰、看護婦は不足の傾向がある。この他に15,000人以上のdayas (traditional birth attendants, TBA) がいるとみられ、特に農村部で重要な役を果たしている。

b) MOH

MOHの保健医療施設はおおよそ図3.5のようなシステムを成す。県別の施設数と要員数を表3.5と表3.6に掲げる。要員の中で家族計画を専門とする医師、看護婦はそれぞれ約1,000人ずついる。

MOHの保健医療施設は数の上では農村部主体の分布をしている。すなわち、Rural

図3.5 MOHの保健医療施設システム



注 1) 県= Governorate

郡= District

村= Village

2) 施設数は参考のために原資料のまま掲げた。

出所: UNFPA資料

Health Center (RHC) またはRural Health Unit (RHU) が約2,500か所を数え (1.7村につき1か所)、全施設数の約7割を占める。しかし、これらの農村部の施設は治療面に重点を置かざるを得ず、家族計画は副次的な扱いを受けているのが実情のようである。今回の現地調査で訪問したケナ県のEl Ashrat村のRHUは医師 (General Practitioner) 1人が約2万人の人口をカバーしている。来院者は1日30~40人いるが、設備は貧弱でごく簡単な治療行為ができるにとどまる。家族計画も積極的にすすめる体制にはない。一般にRHCやRHUの医師は必ずしも家族計画の訓練を受けているわけではなく、農村部で数少ないサービス供給源としてのRHC/RHUの役割が十分に発揮されているとは言い難い。

一方、都市部ではMCHセンターが整備されつつある (一部はUSAIDの援助プロジェクトによる)。カイロ市内のAl-Galaa Centerとカイロ近郊のHelwan地区にあるHadayek-Helwan Centerを見学したが、両者ともUSAIDの援助により1987年にオープンしたばかりで、要員、設備とも比較的充実している。科目はMCHが中心で、他に正常児検診、家族計画、産科、歯科、外科、学校保健のユニットから成る。Al-Galaa Centerは25~30

表 3. 5 県別の MOH 保健医療施設数 (1986 年 11 月)

Table 2 MOH PHYSICAL FACILITIES BY GOVERNORATE

Governorate	District Offices	Rural H. Units	Rural H. Centers	Rural Hosp.	Dist. & Gen. Hosp.	Fever Hosp.	Ob/Gyn Ped. Hosp.	MOH Units	School Clinics & Hosp.	Other Facilities	Total Facilities
1. Cairo	27	4	1	-	9	2	3	49	12	32	139
2. Alexandria	13	17	2	-	6	1	-	12	4	17	72
3. Port Said	4	3	-	-	3	1	-	3	-	4	18
4. Suez	3	7	-	-	1	1	-	5	3	2	22
5. Ismailia	4	23	-	1	4	2	-	6	-	4	44
6. Damiat	6	43	5	7	5	2	-	8	-	7	83
7. Dakllya	13	195	58	3	11	7	-	12	1	21	321
8. Sharkeya	14	183	47	3	15	2	-	11	-	36	311
9. Kalubeya	9	81	25	6	7	5	-	9	-	24	166
10. Kafr El Sheikh	9	147	22	1	9	2	-	10	-	7	207
11. Gharbya	10	124	35	7	9	5	-	13	-	31	234
12. Menofia	9	120	41	3	9	4	-	12	-	15	213
13. Benera	14	188	43	3	15	4	-	19	-	14	300
14. Giza	12	101	23	2	9	2	-	9	4	14	176
15. Beni - Suef	7	89	24	4	7	2	-	11	1	13	158
16. Favoum	5	72	19	5	5	1	-	7	-	12	126
17. Menya	9	142	43	4	9	5	-	10	-	29	251
18. Assiut	11	100	33	5	11	6	-	14	-	24	204
19. Sohag	11	131	42	1	11	7	-	12	11	18	244
20. Kena	10	115	37	1	11	7	-	11	-	9	201
21. Aswan	6	63	17	-	5	4	-	7	-	2	104
22. Matrouh	7	15	-	1	4	1	-	1	-	2	31
23. Wady Gedeed	2	18	2	1	2	2	-	2	-	2	31
24. Bant Ahmar	6	6	-	1	2	-	-	3	-	1	19
25. North Sina	1	31	-	-	1	-	-	1	-	1	35
26. South Sina	1	7	3	1	1	-	-	-	-	1	14
TOTAL	223	2025	522	60	181	75	3	257	36	342	3724

出所: USAID 資料

表3. 6 県別のMOH保健医療要員数 (1986年12月)

Table 3 MOH PERSONNEL BY GOVERNORATE

Governorate	PHC Physicians	Other Physicians	Total MOH Physicians	Nurse Supervisor	Other Nurses	Asst. Nurses	Health Visitor	Asst. Nurse Midwife	Total
1. Cairo	332	2998	3330	8	2889	478	793	491	4289
2. Alexandria	89	1536	1625	138	1423	139	19	200	1919
3. Port Said	16	238	254	8	715	51	24	65	683
4. Suez	11	272	283	1	274	13	32	16	336
5. Ismailia	73	138	211	2	695	55	18	111	508
6. Damiat	38	306	344	3	673	20	105	117	918
7. Dakahlia	50	1833	1883	7	1611	313	343	607	2881
8. Saarkeya	12	975	987	2	1704	122	461	354	2643
9. Kalubeya	110	638	748	2	1607	78	203	225	2115
10. Kafr El Sheikh	4	699	703	3	1489	22	73	89	1676
11. Gharbya	41	1082	1123	8	1249	251	-	471	2979
12. Menoufia	52	471	523	3	1255	152	10	275	1695
13. Benera	20	1217	1237	27	2588	47	10	134	2807
14. Giza	39	1316	1355	6	1235	190	359	185	1975
15. Beni - Suef	31	408	439	-	979	249	-	321	1549
16. Fayoum	23	375	398	5	963	168	26	204	1366
17. Menya	28	672	700	-	940	221	107	443	1716
18. Assiut	5	1453	1458	1	1026	84	520	217	1848
19. Sohag	29	687	716	1	396	95	87	173	605
20. Kena	60	541	601	-	483	23	14	85	324
21. Aswan	10	253	263	-	218	17	15	61	119
22. Matrouh	-	72	72	-	98	13	-	7	127
23. Wady Gedeed	-	46	46	1	109	14	-	4	134
24. Bant Abmar	3	41	44	-	96	2	15	20	111
25. North Sina	-	86	86	-	111	-	-	-	-
26. South Sina	-	24	24	-	-	-	-	-	-
TOTAL	1,079	18,377	19,456	226	24,916	2,817	3,234	4,880	36,073

出所: USAID資料

人の医師、15人の看護婦を擁し、約20万人の周辺人口をカバーする。出産が日に5件程度、家族計画ユニットの来院者が日に5~6人程度である。Hadayek - Helwan Centerは工場労働者向けの新興住宅地の中にあり、対象人口は約20万人と見込まれる。医師11人、看護婦12人、助産婦4人の要員が属する。来院者数はAl - Galaa Centerより多く、開所後3か月で15,000人の来院者があった。家族計画ユニットには日に20人程度が訪れる。これらのセンターでの受診料は10ピアストルで、ほとんど無料に近い。

c) MOSA/NGO

MOSAの管轄下にあるNGO系の保健医療施設の大部分はEFPAに所属する。その県別分布は前出の表3.4に示した。都市部に約7割が集中する。

EFPAの家族計画センターで従事する医師は、EFPAが雇用する者、ボランティアに行なう者、MOHが派遣する者、MOSAが派遣する者と様々である。全般にフルタイムの医師は少なく、それが活動の大きな阻害要因となっている点は否めない。

CFPAが運営するToffoula Saida Model Family Planning Centerは、カイロの中でも貧困者層の多い旧カイロ地区に近い場所にある。建物の1階の半分(約250㎡)を篤志家の好意で借用し使用している。家族計画専門クリニックであるが、このセンターでは正常児検診も行なう。スタッフは

- 医師 (女医)	1
- 小児科医	1 (パートタイム)
- 看護婦	2
- ソシアルワーカー	1
- 事務	1
- 検査医師	1 (パートタイム)
- 検査技師	1 (パートタイム)
- 掃除婦	2

で、他センターに比べて数も多く、常勤者の割合が高い。特に、スタッフの中心となっている女医(在勤1年半)の果す役割は大きいと思われる。後述するようにエジプトでは女性が男性医に診察されるのを嫌う傾向が強く、このセンターが1964年に始まって以来初めてこの女医がもつ意義は大きいものがある。

サービスは有料であるが、前述したように低額に抑えられている。しかし、サービスの質は落とさぬ努力が払われており、このセンターで使用している検査機器のスタンダードはエジプトの他の同規模の施設のものに比べればかなり高い。

来院者は月に300~500人程度(新規、再来合せて)ある。しかし、この数は現在の陣容からすれば少なすぎる感じを受ける。全般にEFPAのセンターはキャパシティを十分に使

表3.7 エジプトにおける出生率、家族計画に関する主要調査

調査名	実施年	実施主体	備考
Egyptian Fertility Survey	1980	CAPMAS	国連の World Fertility Survey の一環
Egyptian National Baseline Survey of Family Life and Family Planning	1980	SIS/CAPMAS	
Egypt Contraceptive Prevalence Survey (第1回)	1980	Population and Family Planning Board	
Egypt Follow-up Survey of Family Life and Family Formation	1982	SIS/CAPMAS	
Rural Fertility Survey	1982	Population and Family Planning Board	
Egypt Contraceptive Prevalence Survey (第2回)	1984	NCP	USAIDの資金、技術協力
Annual Analytical Statistical Report	1986	NCP	避妊具供給に関する統計

い切っていないという USAID の評価は妥当なものであろう。

② 要員養成・訓練

1985年現在、エジプト全体で約86,000人の医師、約51,000人の看護婦が登録されている。人口10,000人当たりでそれぞれ17.9人、10.6人となり、開発途上国としては相当に高い数値である。医師の方が看護婦より多いことからもうかがえるように、医師は過剰気味、看護婦は不足気味となっている。このように医師が過剰となった一因は、大学教育が無料であることである。現在もなお年間6,000人ずつ医師が大学から送り出されており、供給過多の傾向は是正されていない。

医師養成の現状にはいくつかの問題点が指摘できる。1つは、医学部の学生数が極めて多いことも予って医学教育が臨床よりも机上のものになっていることである。この結果、臨床医としての水準が低い医師が生み出されるのを妨げることができない。もう1つは、家族計画に関する技術的訓練が医学教育課程の中であまり強調されていないことである。農村部のRHC/RHUに派遣されるGeneral PractitionerがIUD挿入の技術を持っていないことも多い。第3の問題は医学部卒業後にある。エジプトでは医学部卒業後1年間の臨

表3. 8 MEAN DESIRED FAMILY SIZE, MEAN IDEAL FAMILY SIZE AND MEAN IDEAL FAMILY SIZE FOR DAUGHTER AMONG CURRENTLY MARRIED WOMEN BY AGE, EGYPT, 1984

Age	Desired Family Size	Woman's Ideal	Ideal For Daughter
Total (UNST)	3.3	3.2	2.7
Total (ST)	3.2	3.3	2.7
Under 20 years	3.1	3.0	2.8
20 - 24 years	3.0	2.9	2.6
25 - 29 years	3.1	3.1	2.7
30 - 34 years	3.3	3.2	2.6
35 - 39 years	3.4	3.3	2.7
40 - 44 years	3.5	3.4	2.7
45 - 49 years	3.7	3.6	2.9

UNST - Not standardized.

ST - Standardized for age differences using the age distribution for the total ECPS (84) sample as the standard.

出所: NPC, Fertility and Family Planning in Egypt 1984 (以下FFPEと略記), p.103

床訓練が義務づけられており、農村部の保健医療施設にいる医師の多くは、この義務を果すために配属された者である。この結果、農村部のMOH施設では医師の経験が浅く、しかも入れ替りが激しいこととなり、住民の間の信頼を薄くする主因となっている。

看護婦の場合は、医師とは逆に不足が問題である。上記の登録者数は産児休暇中の者なども含み、実働数は40,000人程度と推定される。このように不足が生じている原因は、養成施設のキャパシティが小さいことよりも、そもそも看護婦という職業に人気がないことにあるという。

看護婦教育は大別して1.5年制、3年制、及び大学の3種類に分れる。数の上からは3年制修了者が7割程度、次いで1.5年制修了者が2割強を占める。1.5年制修了者の技術向上を目的とする再訓練プログラムも実施されているが、看護婦にとってのメリットが少なくあまり実効は上っていない。

女性が男性医師の診察を嫌う傾向の強いエジプトにあっては、家族計画サービスにおいて看護婦の果たす役割は極めて重要である。しかし、医師教育の場合と同様に、看護婦教育においても家族計画はさほど強調されていない。この結果、家族計画に関する基礎的訓練