

パキスタン国 人口家族計画基礎調査 報告書

平成5年11月

国際協力事業団
医療協力部

パキスタン国人口家族計画基礎調査報告書

平成五年十一月

国際

117

982

MCI

LIBRARY

| | |
|-------|---|
| 医 | 一 |
| J | R |
| 93-35 | |

26473

JICA LIBRARY



1114233[8]

パキスタン国
人口家族計画基礎調査
報告書

平成5年11月

国際協力事業団

国際協力事業団

26473

序 文

国際協力事業団は、パキスタン国における人口の動向をふまえ、母子保健サービスの現状を把握することを目的として、人口家族計画基礎調査を実施することとし、厚生省国立国際医療センター国際医療協力局派遣協力課長 喜多悦子氏を団長とする調査団を平成5年5月21日から6月20日まで現地に派遣しました。

調査団は、パキスタン国政府関係者と意見を交換するとともに、イスラマバード首都圏、パンジャブ州、シンド州および北西辺境州（NWFP）において調査を実施し、帰国後、現地で得られた資料を分析し、ここに本報告書を完成する運びとなりました。

この報告書が、今後のパキスタン国の母子保健システムの向上と今後のわが国のパキスタンに対する協力を寄与することを願うものです。

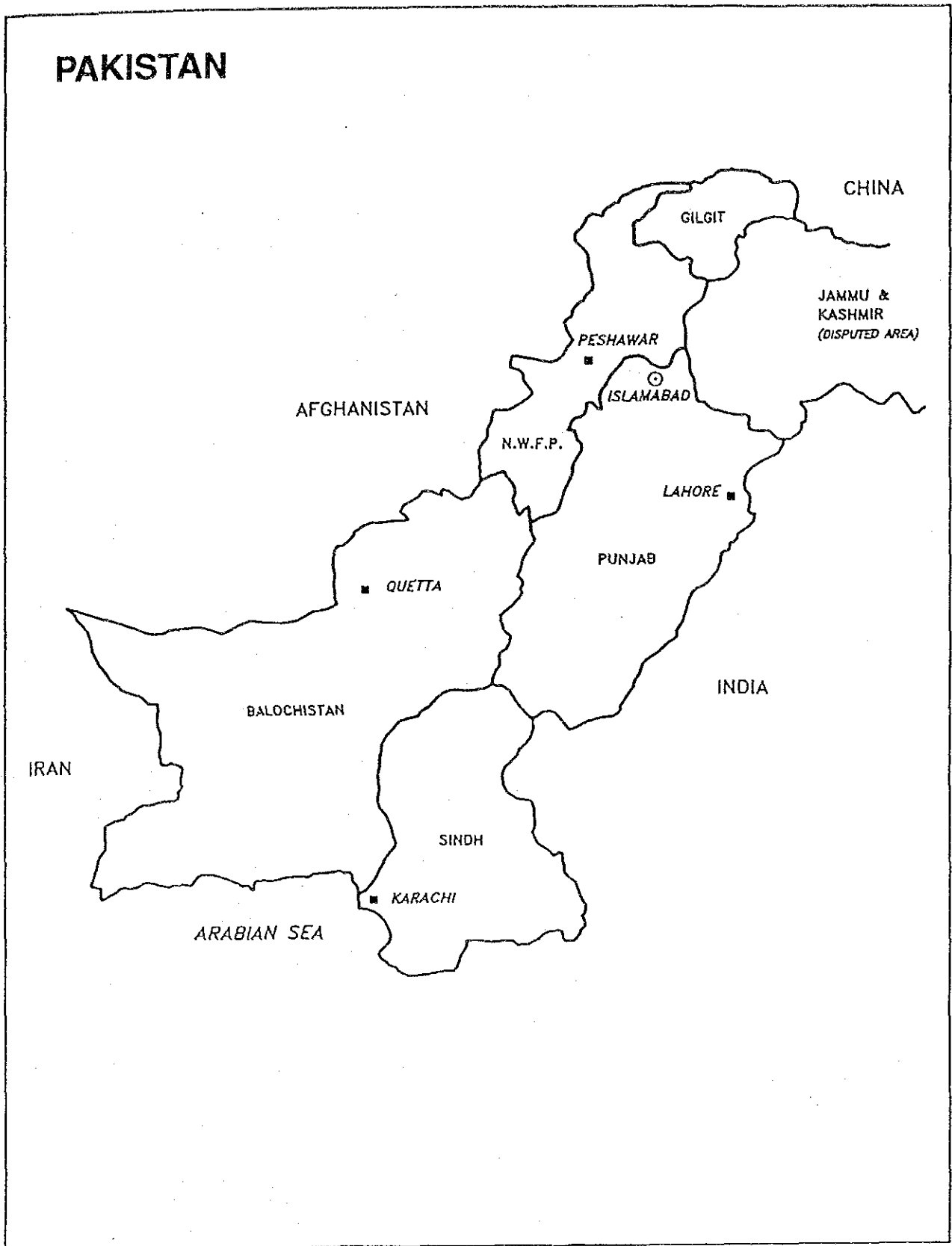
終わりに、調査の実施にあたり協力とご支援をいただいた関係各位に対し、心より感謝申し上げます。

平成5年11月

国際協力事業団

理事 小澤大二

PAKISTAN



要 約

- (1) 我が国がパキスタン国の家族計画を含む母子保健関連分野において今後の援助協力の可能性を検討するため、国際協力事業団は同国へ人口家族計画の基礎調査団を派遣し、母子保健に関する現状調査を実施した。本報告書はこの調査結果である。
- (2) パキスタンの人口は、世界で9番目に多く、1992年1月1日時点の人口は1億1732万人（男性6100万人、女性5600万人）と推定されている。人口増加率は、約3.1%と推定されており、西暦2000年までには、パキスタンの全人口は約1億5千万人に達する見込みである。現在の合計特殊出生率（TFR）は1970年代の6.3～6.5人から5.4人へと、減少傾向にあるものの、依然他のアジアの発展途上国に比べて高いものである。また、識字率も1981年センサス時より上昇したものの1991年では男性46%、女性21%と世界でも最低のレベルとなっている。また、PDHSのサンプル調査(1991)では調査対象の出産数のうち70%は出産前のケアをまったく受けておらず、出産の85%は自宅で行われている。妊産婦死亡率も、10万人の出生に対して約500人と推定され、近隣の南アジア諸国のみならず、世界でも最も高い数字の1つとされている。同様に乳児死亡率も高く、最新の調査では、出生1000人について91人の死亡が推定されている。
- (3) 人口増加の抑制はこれまでも重要課題とされ、小家族制の促進、近代的家族計画の利用促進など様々な政策やアプローチがとられてきたが、あまり効果を上げていない。しかしながら、第8次5ヵ年計画では、第7次計画予算の約3倍にあたる91億ルピーが割当られ、家族計画サービスの提供範囲を広げて全国で80%（地方部の5%から70%、都市部の54%から100%）へと引き上げることを目標にしている。

人口政策の実施組織としては連邦政府人口福祉省が、政策の計画・策定、目標の設定、外国援助機関との折衝などプログラム全体の管理を行い、政策実施については、州政府の人口福祉局が責任をもち、サービス提供施設の機能を維持、指導、監視している。

家族計画サービス提供施設としては家族福祉センター（FWC）と出産保健センター（RHSC）がその役割を果たしている。両方とも州政府の管轄であり、FWCでは個別のカウンセリング、家族計画や母子保健等に関する指導を行い、RHSCでは主に女性の避妊手術を提供している。全国12ヵ所にある地域訓練研究所（RTI）では、家族福祉ワーカー（FWW）というパラメディカルスタッフの臨床訓練の他、基礎訓練や、再訓練を行っている。また、非臨床訓練を行う人口福祉訓練研究所（PWTI）が全国

3カ所にあり、人口プログラムに携わっているフィールドオフィサーを対象にプログラムマネジメント、コミュニケーションなどの教育をしている。

- (4) 保健医療サービスでは、第7次国家5カ年計画以来、PHCを中心とする第1次保健医療サービスを行うBHU(Basic Health Unit)、RHC(Rural Health Center)、MCHセンター、を農村部に設置し、地域病院を第2次医療施設、それ以上の専門医療を州または教育病院が担当する全国的な医療サービス網を整備しつつあるが、PHC施設と高次施設の間に連携がなく、患者情報が相互に交換されないため、PHC施設としてのフォローアップは行い得ず、リファラル体制は機能しているとはいえない。さらに地域によっては、両施設のあいだに物理的距離があり、交通機関の不備からもシステムが機能しないという問題もある。

農村部では、BHUやRHCの建物は設置されたものの、機器や医薬品の不足もあって、地域住民の需要をまかなっていない。しかし、このような第1次保健医療施設が十分機能していない真の原因は、設備面よりも人的要素にある。さらに都市部では、先進国と同様の高度医療が可能な施設もあるが、その恩恵を受け得るのは、限られた人々であり、農村-都市部、都市部の富裕層-貧困者という二重のアンバランスがある。人材の点では、特に直接住民に関わって保健教育を行うのに必要な女性スタッフの量的質的不備が、国家の基本的保健政策でもあるPHCの浸透を困難にしている最大の原因となっている。現在の登録医師数55,572名は国民2,165名当たり1、看護婦数18,150は国民6,617名当たり1となり、いずれも不足しているが、特に看護婦の不足が著しく、農村部での保健医療分野に従事する女性スタッフも著しく不足している。

さらに深刻な問題は、保健医療分野の管理体制である。事務的、経理的管理を始めとして、各種の機器、消耗品、医薬品の物品管理、制度管理がきわめて不備であり、このような分野の専門的な研修を受けた人材はほとんどいない。

GDP比で示される保健医療に対する公共支出は、1988/89年の1%から1991/92年には推定0.7%にまで徐々に減少している。また、保健政策は優先すべき第一の分野とされているにも関わらず、全公共支出に占める保健医療費の比率は1988/89年の3.6%から1992/93年の2.6%にまで漸減した。すなわち保健医療に対する支出の減少が、社会開発全体への割当の減少を反映している。

政府は、このような人的開発レベルの低さが国家の経済発展を妨げ、都市と地方および男女間の格差を広げているとの認識を強め、1993年7月よりスタートする第8次5

ヵ年計画では、医療サービスの不均衡を是正し保健医療全体の質の向上、保健医療従事者の分布の不均衡とシステム全体の管理上の欠点などを是正することになっている。

地方でのPHC推進のため、人口2000人以上の村落毎にCHW養成のプログラムを導入する。都市部では都市保健センター（UHC：Urban Health Center）開設補助金の支給により、PHCの活性化を図り、女性医師を含む専門家の定期訪問を加える支援体制も考慮されている。

しかし、全体的にはBHU、RHC体制が十分活用されていない以上、特定の機能のみを拡充することはほとんど不可能であり、先ず第一になすべきことは、BHU、RHCもしくはMCHセンター、あるいは地域社会に勤務するCHWやLHVが近隣の第2次医療施設との間に緊密な連携を確立することであろう。

PHCの範囲で可能なMCHとは、住民への保健教育を通じて、妊娠に関わる一般的な注意、安全で清潔なお産、母乳保育と予防接種の重要性などを解説しつつ、合併症の予防と対応、家族計画などの概念を伝えること、および子どもの発育発達を経過観察しつつ、離乳や下痢性疾患に際して家族が行い得る対応についての理解を深めることであろう。

パキスタン政府は、世界銀行（World Bank）の協力によりさまざまな機能を統括して国家の開発を目指す広範囲な社会活動プログラム（SAP：Social Action Programme）を策定し、第8次5ヵ年計画に組み込むことにした。

SAPでは、女子初等教育の促進、農村部保健サービスの拡充、人口・家族計画の推進と村落給水・衛生の4つの分野に目標を定めている。SAPにかかわる分野の予算を大幅に増大させる予定で、1991/92年のGDP比0.6%を1992/93年には1.1%に、その後の2年間についてもさらに予算を増大させる予定である。保健分野に限れば、現在の0.36%を0.60%に増加させるとしている。予算の50%を海外の援助機関から、中央政府と州政府が残りの25%をそれぞれ分担するとされているが、最終的合意はまだ得られていない。

- (5) パキスタンでは、多くの海外援助機関によって母子保健・家族計画を組み込んだ保健医療プロジェクトなど人口関連プロジェクトが過去に実施され、また今後も計画されている。主要プロジェクトの概略については本編でふれる。人口プログラムへのドナー別援助の50%以上のシェアを占める米国USAIDの援助が撤退した後には資金調達に大きな影響がでることが懸念されている。

(6) 保健医療の指数が示すように、繰り返し妊娠、出産、授乳を繰り返すことによって母親の体力は消耗し、さらにこうした母胎環境から生まれる子どもの健康状態も劣っていくということが母子保健の問題を作っている。また、識字率の低さが示すように、妊娠、分娩にかかわる保健衛生の知識の普及あるいは技術の適正かつ効果的な利用をはかるためには、教育的配慮も必要である。さらに、都市部に比して衛生施設の整備状況の悪い農村部の女性や子どもの置かれている状況が、パキスタンの母子保健にかかわる問題の多くを占めていることが理解できる。

今後のパキスタンへの援助を考えるに際しては、第8次国家5ヵ年計画と、それとも連携する総合的社会開発計画であるSAPの流れに沿って、わが国の独自性を示し、また、技術的にも可能な協力を考える必要がある。

母子保健分野で、直ちに手を付ける必要があるのは、高い妊産婦死亡の原因に対して対策を講ずることであろう。これらの実態を、出来るだけ正確に把握し、対策を考えるためには、比較的長い期間、少なくとも数ヶ月程度の専門家による実態調査と状況分析が必要であろう。現時点での調査団の見解では、可能な計画として次の2つを提言する。

①『合併症妊娠と分娩の管理に関する教育的技術協力』により、ハイ・リスク分娩の発見とリファーマ及び合併症妊娠の管理のための人材訓練を行う。

②『National Safe-Motherhood Center』構想によって実地の保健医療従事者に対する指導を行う人材の受け入れを主体とする訓練機関を考える。ただし、これは大学のような教育機関ではなく、あくまで母子保健/医療の実践を通じての訓練の場として位置づける。

今後の援助協力については、まず実務的、かつ医学的行政的に信頼出来るカウンターパートを選定し、十分、日本側の目的と意向、また、協力可能な範囲と手段の理解において合意した上、段階的発展的プロジェクトを作成する必要がある。

略語表

| | |
|-------|-------------------------------------------------------------|
| ADB | アジア開発銀行(Asian Development Bank) |
| ADP | 年間開発計画(Annual Development Plan) |
| ADPWO | 人口福祉担当副官(Assistant Deputy Population Welfare Officer) |
| AJK | アーザード・カシュミール(Azad Jammu and Kashmir) |
| ARI | 急性呼吸器感染症(Acute Respiratory Infections) |
| BHU | ベーシックヘルスユニット(Basic Health Unit) |
| CDD | 下痢症疾患予防計画(Control of Diarrhea Disease) |
| CHW | コミュニティ・ヘルス・ワーカー (Community Health Worker) |
| CIDA | カナダ国際開発庁(Canadian International Development Agency) |
| CPR | 避妊普及率(Contraceptive Prevalence Rate) |
| DDPWO | 県人口福祉副官(Deputy District Population Welfare Officer) |
| DHO | 県保健担当官(District Health Officer) |
| DPWO | 県人口福祉担当官(District Population Welfare Officer) |
| ECNEC | 国家経済最高評議会(Executive Committee of National Economic Council) |
| EPI | 予防接種拡大計画(Expanded Programme on Immunization) |
| FATA | 連邦政府直轄部族区域(Federally Administrated Tribal Areas) |
| FP | 家族計画(Family Planning) |
| FPAP | パキスタン家族計画協会(Family Planning Association of Pakistan) |
| FWA | 家族福祉担当助手(Family Welfare Assistant) |
| FWC | 家族福祉センター(Family Welfare Center) |
| FWW | 家族福祉ワーカー(Family Welfare Worker) |
| ICH | イスラマバード小児病院(Islamabad Children Hospital) |
| ICT | イスラマバード首都圏(Islamabad Capital Territories) |
| IEC | 情報・教育・コミュニケーション(Information Education and Communication) |
| IPPF | 国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation) |
| IUD | 避妊リング(Intra Uterine Device) |
| LHV | 保健婦(Lady Health Visitor) |
| MCH | 母子保健(Maternal and Child Health) |

| | |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| MCHC | 母子保健センター(Maternal and Child Health Center) |
| MOH | 保健省(Ministry of Health, Special Education and Social Welfare) |
| MPW | 人口福祉省(Ministry of Population Welfare) |
| MSU | 移動サービスユニット(Mobile Service Unit) |
| NAs | 北部地域(Northern Areas) |
| NGO | 非政府機関(Non-Government Organization) |
| NGOCC | NGO調整委員会(NGO Coordination Council) |
| NIPS | 人口研究所(National Institute for Population Studies) |
| NWFP | 北西辺境州(North West Frontier Province) |
| ODA | イギリス海外開発庁(Overseas Development Administration(UK)) |
| ORS | 経口補水塩(Oral Rehydration Salt) |
| PHC | プライマリヘルスケア(Primary Health Care) |
| PIMS | パキスタン医科学研究庁(Pakistan Institute of Medical Sciences) |
| PWD | 人口福祉局(Population Welfare Department) |
| PWP | 人口福祉プログラム(Population Welfare Program) |
| PWTI | 人口福祉訓練所(Population Welfare Training Institutes) |
| RHC | ルーラルヘルスセンター(Rural Health Center) |
| RHSC | 出産保健サービスセンター(Reproductive Health Service Center) |
| RTI | 地域訓練研究所(Regional Training Institute) |
| SAP | 社会行動プログラム(Social Action Programme) |
| TBA | 伝統的助産婦(Traditional Birth Attendant) |
| TFR | 合計特殊出生率(Total Fertility Rate) |
| UNICEF | 国連児童基金(United Nations Children's Fund) |
| UNFPA | 国連人口基金(United Nations Population Fund) |
| USAID | 米国開発援助庁(U. S. Agency for International Development) |
| VFPW | 村落家族計画ワーカー(Village Family Planning Worker) |
| WB | 世界銀行(World Bank... International Bank for Reconstruction and Development) |
| WHO | 世界保健機構(World Health Organization) |

目 次

| | |
|----------------------------|----|
| ・序文 | |
| ・地図 | |
| ・要約 | |
| ・略語表 | |
| 1. 序論 | 1 |
| 1.1 調査の背景 | 1 |
| 1.2 調査の目的 | 1 |
| 1.3 調査対象地域 | 1 |
| 1.4 調査団員 | 2 |
| 2. パキスタン国の概要 | 3 |
| 2.1 地勢・気候・民族 | 3 |
| 2.2 人口 | 5 |
| 2.3 社会制度 | 18 |
| 2.4 母子保健関連統計 | 31 |
| 2.5 乳幼児死亡関連統計 | 41 |
| 2.6 避妊関連統計 | 51 |
| 3. 人口政策 | 54 |
| 3.1 人口政策の推移と動向 | 54 |
| 3.1.1 人口政策の推移 | 54 |
| 3.1.2 第7次5ヵ年計画のプログラム | 57 |
| 3.1.3 第8次5ヵ年計画(1993～1998年) | 58 |
| 3.1.4 予算 | 64 |
| 3.1.5 NGOの計画 | 66 |
| 3.2 人口行政組織とプログラム実施機関 | 67 |
| 3.2.1 行政組織 | 67 |
| 3.2.2 家族計画サービス提供施設 | 71 |
| 3.2.3 トレーニング | 73 |
| 3.2.4 研究機関 | 77 |
| 3.2.5 NGO | 78 |

| | |
|------------------------------------------------|-----|
| 4. 保健セクターの現況と今後の動向 | 91 |
| 4.1 保健セクターの現況 | 91 |
| 4.1.1 概況 | 91 |
| 4.1.2 第7次国家計画のレビュー | 92 |
| 4.1.3 保健医療の実施体制 | 96 |
| 4.1.4 保健医療分野の人材 | 115 |
| 4.1.5 医薬品 | 115 |
| 4.2 保健セクターの今後の動向 | 115 |
| 4.2.1 第8次5ヵ年計画 | 115 |
| 4.2.2 SAP (Social Action Programme, 社会活動プログラム) | 120 |
| 5. 海外援助機関の動向 | 121 |
| 5.1 USAID | 121 |
| 5.2 UNFPA | 123 |
| 5.3 ADB | 125 |
| 5.4 UK ODA | 127 |
| 5.5 UNICEF | 128 |
| 5.6 WORLD BANK | 138 |
| 5.7 CIDA | 144 |
| 5.8 日本 | 144 |
| 5.9 海外援助の金額 | 145 |
| 6. 母子保健の問題点と今後の援助 | 147 |
| 6.1 母子保健の問題点 | 147 |
| 6.2 今後の援助への提言 | 149 |
| 付 録 | |
| 1. 調査日程 | 152 |
| 2. 参照資料一覧 | 161 |

図表目次

| | | |
|--------|------------------------------------------------------------|-----|
| 図 1 | パキスタンの人口推計値 | 6 |
| 図 2 | パキスタンの人口ピラミッド | 7 |
| 図 3 | 面積および人口 | 10 |
| 図 4 | 人口密度 | 10 |
| 図 5 | 居住地・性別による年齢階層別死亡率 | 17 |
| 図 6 | パキスタンの全国およびその主要都市における既婚女性 (15-49歳)の中の近親者および非近親者同志の結婚の割合 | 19 |
| 図 7(a) | 年代・レベル別による教育施設数の推移 | 27 |
| 図 7(b) | 年代・レベル別による教育施設の在学者数の推移 | 27 |
| 図 8 | 出産前ケア、出産場所および出産中の介護 | 31 |
| 図 9 | 死亡時年齢別5歳未満の死亡の分布 | 42 |
| 図 10 | 居住地別乳幼児死亡率 | 45 |
| 図 11 | 初産児の母親の年齢別乳児死亡率 | 47 |
| 図 12 | 地域別・年齢別乳児死亡率の割合 | 50 |
| 図 13 | 人口福祉省組織略図 | 68 |
| 図 14 | 地方レベルの組織概略図 | 70 |
| 図 15 | R T I、カラチの組織図 | 74 |
| 図 16 | 医療行政組織略図 | 93 |
| 図 17 | リファラルシステム | 101 |
| 表 1 | 行政区分数 | 3 |
| 表 2 | パキスタンの人口推計 | 6 |
| 表 3 | 1981年度年齢階層別人口の割合 | 8 |
| 表 4 | 年齢階層および都市部・地方部別性比：1981センサス | 8 |
| 表 5 | 州別面積・人口・人口密度・世帯人員：1981センサス | 9 |
| 表 6 | 1947-1981年間の都市部・地方部別によるパキスタンの 人口分布の割合 | 11 |
| 表 7 | 都市部・地方部の人口 | 11 |
| 表 8 | 主要調査に基づく粗出生率 | 12 |
| 表 9 | 主要調査に基づく最新の出生率 | 13 |
| 表 10 | 背景別出生率 | 14 |
| 表 11 | 社会的指標の比較 | 15 |
| 表 12 | 出生率、死亡率および自然増加率 | 15 |
| 表 13 | 1965 & 1988年度の主要国の人口動態および出生率 | 16 |
| 表 14 | パキスタンの都市部・地方部別および性別による年齢階層別死亡率 | 16 |
| 表 15 | 家族構成 | 18 |
| 表 16 | 一夫多妻制 | 20 |
| 表 17 | 現在の配偶関係の分布 | 21 |
| 表 18 | 初婚平均年齢 | 21 |
| 表 19 | 識字率 | 22 |
| 表 20 | 1981年度州別識字率(10歳以上) | 22 |
| 表 21 | 教育レベル | 24 |
| 表 22 | 年代・レベル・性別による教育施設数の推移 | 25 |
| 表 23 | 年代・レベル・性別による教育施設の在学者の推移 | 26 |
| 表 24 | 労働力および雇用 | 28 |
| 表 25 | 雇用労働力の業種別分布の推移 | 28 |
| 表 26 | 主要国の労働参加率 | 29 |
| 表 27 | 各種センサスおよび調査によるパキスタンの都市部・地方部の 女性労働参加率 | 30 |
| 表 28 | 出産前のケアの提供者の割合 | 32 |
| 表 29 | 出産場所の分布 | 34 |
| 表 30 | 出産時の介護者の分布 | 35 |
| 表 31 | 出産の特徴 | 37 |
| 表 32 | 出産間隔 | 38 |
| 表 33 | 初産年齢の分布 | 39 |
| 表 34 | 背景別/現在の年齢別の初産年齢(中央値) | 40 |

| | | |
|------|------------------------------------------------|-----|
| 表 35 | 乳幼児の死亡率 | 42 |
| 表 36 | 背景別乳幼児死亡率 | 44 |
| 表 37 | 背景別乳幼児死亡率 | 46 |
| 表 38 | 幼児期初期の死因別死亡割合 | 48 |
| 表 39 | パキスタンの年齢別・地域別による乳児死亡の割合の分布 | 49 |
| 表 40 | 避妊知識 | 51 |
| 表 41 | 現在の避妊の利用率 | 52 |
| 表 42 | 背景別・避妊方法別の利用率 | 53 |
| 表 43 | 年次別5ヵ年計画の目標値 | 56 |
| 表 44 | 第8次5ヵ年計画の人口指標および避妊普及率 | 60 |
| 表 45 | 第8次5ヵ年計画の近代的避妊方法別の推定利用者の分布(%) | 60 |
| 表 46 | 第8次5ヵ年計画の近代的避妊方法別の推定利用者数 | 60 |
| 表 47 | サービス提供窓口の目標設置数(1993-1998) | 61 |
| 表 48 | 第8次5ヵ年計画の人口福祉プログラム予算 | 65 |
| 表 49 | NGOCCを通じたサービス提供施設の設置目標 | 66 |
| 表 50 | 自宅から各施設までの平均距離 | 73 |
| 表 51 | R T I、カラチの主なトレーニングコースと受講者数 | 75 |
| 表 52 | 臨床訓練のコンポーネント別の目標と達成結果(1988-92) | 76 |
| 表 53 | 援助機関別援助額(1991-92) | 79 |
| 表 54 | F P A Pの提供する家族計画方法別利用者数の年次推移と内訳 | 81 |
| 表 55 | コツカハト地区のサービス実績 | 85 |
| 表 56 | コツカハト地区の保健指標 | 85 |
| 表 57 | 政府の保健医療支出(1988/89~1992/93) | 91 |
| 表 58 | 第7次計画(1988-93)の目標と達成度 | 92 |
| 表 59 | 保健施設数および病床数(1991) | 96 |
| 表 60 | 医療従事者数の推移 | 104 |
| 表 61 | 医師・看護婦一人当たりの人口(1984) | 105 |
| 表 62 | 年度別看護婦志望者数(1985-1990) | 107 |
| 表 63 | L H V数と養成施設数(1988, 1989) | 107 |
| 表 64 | 第8次5ヵ年計画の目標値 | 117 |
| 表 65 | S A P 1992-1995の開発予算 | 120 |
| 表 66 | 世界銀行"Second Family Health Project"コンポーネント別費用概算 | 143 |
| 表 67 | 人口プログラムへのドナー別援助額 | 146 |

1. 序論

1.1 調査の背景

パキスタンは、1000人当たりの出生率40.6、死亡率10.6、また人口増加率が年3.1%と、ともに非常に高い値を示しており、この増加率が今後も持続的に推移すれば、総人口は約20年で倍増する。また、乳児死亡率や妊産婦死亡率などに示される母子保健の低水準も同国の保健問題の主要な課題となっている。

このような状況を改善するためパキスタン政府は1950年代以来数次にわたる国家計画の中で母子保健・家族計画の改善に取り組んで来ており、また我が国は小児病院プロジェクトや看護婦医療技術者養成学校プロジェクトなどの協力をしてきたが、パ国は更に今後も同分野における協力を期待している。

ここに我が国が、家族計画を含む母子保健関連分野において、今後どのような協力が可能であるかを検討するため、パキスタンの人口動態、最近の人口政策、国家および地方レベルにおける母子保健サービスを含む地域保健の活動状況と他のドナーの動向を知るため、国際協力事業団は、同国へ人口家族計画の基礎調査団を派遣することとなった。

1.2 調査の目的

本調査の目的は、先に述べた背景を踏まえ、母子保健分野における我が国の協力の可能性を調査することにある。調査団は中央政府機関6カ所、地方政府機関8カ所、第1次保健医療施設9カ所、外国大使館、国際機関など他のドナー機関8カ所等の視察および聞き取り調査ならびに関係機関との討議を行った。

1.3 調査対象地域

パキスタン国（イスラマバードを中心として、カラチ、ラホール、ペシャワールおよびその近郊）の現地調査を行った。

1.4 調査団員

調査団員の構成は次の通りである。

1. 喜多 悦子 厚生省
 国立国際医療センター
 国際医療協力局派遣協力課長

2. 疋田 和生 厚生省
 国立国際医療センター
 国際医療協力局派遣協力課医師

3. 北林 春美 国際協力事業団医療協力部
 医療協力第一課長代理

4. 中村 康 (株)CRC総合研究所
 海外コンサルタント部

5. 松山 章子 (株)CRC総合研究所
 海外コンサルタント部

なお、調査日程は付録1に示した。

2. パキスタン国の概要

2.1 地勢・気候・民族

パキスタンは南アジア亜大陸の北西部（北緯24°～37°、東経61°～75°）に位置し、東部、東南部はインドに、北部、北西部はアフガニスタン、西部はイランに接し、南部はアラビア海に面している。国土の総面積は約796,000km²（日本の約2倍）。その土地はインダス川流域の広大な平原、南西部の一面に広がる岩の台地、そして北部の美しい渓谷、雪に覆われた山頂や氷河のある壮大な山々と、起伏に富んでいる。

パキスタンは、パンジャブ州、北西辺境州（NWFP）、バロチスタン州、シンド州及び北部・北西部連邦政府直轄部族地域（FATA）からなる連邦制をとり、各州（Province）は上から行政管区（Division）、県（District）、郡（Tehsil/Talukas）の行政区分に分けられ、更にユニオン・カウンシル（村の集合体）、村（village）に細分化される。表1にパキスタンの州毎の行政区分数を示す。

表1 行政区分数

| | 行政管区 (Division) | 県(District) | 郡(Tehsil/ Talukas) | ユニオン・ カウンシル | 村(Village) |
|--------|--------------------|-------------|-----------------------|----------------|------------|
| パキスタン | 6 | 20 | 99 | 315 | 4,606 |
| パンジャブ | 8 | 29 | 84 | 2,392 | 25,272 |
| イスマバード | - | - | - | - | - |
| シンド | 4 | 18 | 73 | 562 | 5,900 |
| NWFP | 6 | 17 | 33 | 655 | 9,322 |
| FATA | - | 7 | - | - | - |
| NA s | 1 | 5 | 13 | 105 | 700 |
| AJK | 2 | 6 | 16 | 180 | 1,644 |
| 合計 | 27 | 102 | 318 | 4,209 | 47,444 |

注) NWFP (North West Frontier Province) 北西辺境州
 FATA (the Federally Administered Tribal Areas) 連邦政府直轄部族地域
 NA s (the Northern Areas) 北部地域
 AJK (Azad Jammu and Kashmir) アーザード・カシュミール
 (Jammu & Kashmir州の一部のAzad Kashmirを指す。)

出典: Situation Analysis of Children & Women in Pakistan, 1992 UNICEF

パキスタンは国の地形によって極端に気温が変動するという特色をもつ大陸型の気候である。例えば、北部のいくつかの地域の気候は比較的温和であるが、シンド州北部およびバロチスタン東部では世界でも最も高い気温を何度か記録している。

パキスタンは一般的に降雨量が不足しており、その中でもバロチスタン州は年平均降雨量21mmと最も乾燥している地域である。年平均降水量はバロチスタン州の一部、シンド州および北部地域では100mm以下であるが、北部パンジャブ州のマリーでは1500mm以上になる。

パキスタンの人口は、1992年1月現在で1億1732万人であり、そのうちの97%は、イスラム教スンニ派から成っており、残りの約3%をキリスト教徒が占めている。また、シンド州の境の地域にはヒンドゥー教少数派が、カラチにはゾロアスター教徒(Parsis)が居住している。パキスタンの憲法は信仰の自由、活動、普及の権利を保障し、全ての行政上の地位は国家元首及び首相を除き、イスラム教徒以外にも開放されている。

パキスタンは農業基盤の社会であり、約70%の人口が地方に住んでいる。しかし、農業に関する技術は必ずしも一定ではなく、インダス川流域のパンジャブ州、シンド州は巨大な灌漑システムを有している一方で、その他の地域は小規模な灌漑や雨水に頼った農業を行っている。

2.2 人口

1991年に人口センサスを行う予定であったが、諸般の事情により、それが延期になっており、1993年6月現在、まだその実施予定がたっていない。したがって、最新の人口関連データは1981年のセンサス時のものとその後の推計値しかなく、また人口動態については the National Institute of Population Studiesによって1990年12月から1991年5月にかけて行われたPakistan Demographic and Health Survey (PDHS) のデータが最新のデータである。

PDHSの目的は、全国的な人口統計と保健状況の変化を調査し、人口福祉省の人口福祉プログラムと母子保健サービスの評価を行うためのデータを提供することであり、PDHSは一連の調査では最も新しいサンプル調査である。PDHSは4つの州の全ての都市部および地方部をカバーし、8,019世帯が抽出され、そのうち約90%にあたる7,193世帯から回答を得ることができた。このうち、再生産年齢(15-49歳)の女性については6,611人から回答を得た。

調査内容としては、出生率、婚姻率、乳幼児死亡率、世帯規模、予防接種など、人口と保健に関するデータを重点的に全国および州レベルでカバーしており、PDHSの前に行われた調査である1975 Pakistan Fertility Survey (PFS) や1984-85 Pakistan Contraceptive Prevalence Survey (PCPS) とともに人口統計データの比較を行っている。

(1) 人口の推移

パキスタンは、中国、インド、旧ソ連、米国、インドネシア、ブラジル、日本、ナイジェリアに続き、世界で9番目に人口の多い国である。1992年1月1日時点のパキスタンの人口は、1億1732万人(男性6100万人、女性5600万人)と推定され、独立以来、人口は年平均2.9%という増加率で増えていった。現在の人口増加率は、約3.1%と推定されており、このままいくと、西暦2000年までには、パキスタンの全人口は約1億5千万人に達する見込みである。パキスタンの人口推計とその推移を表2、図1に示す。また、パキスタンの人口ピラミッドを図2に示す。

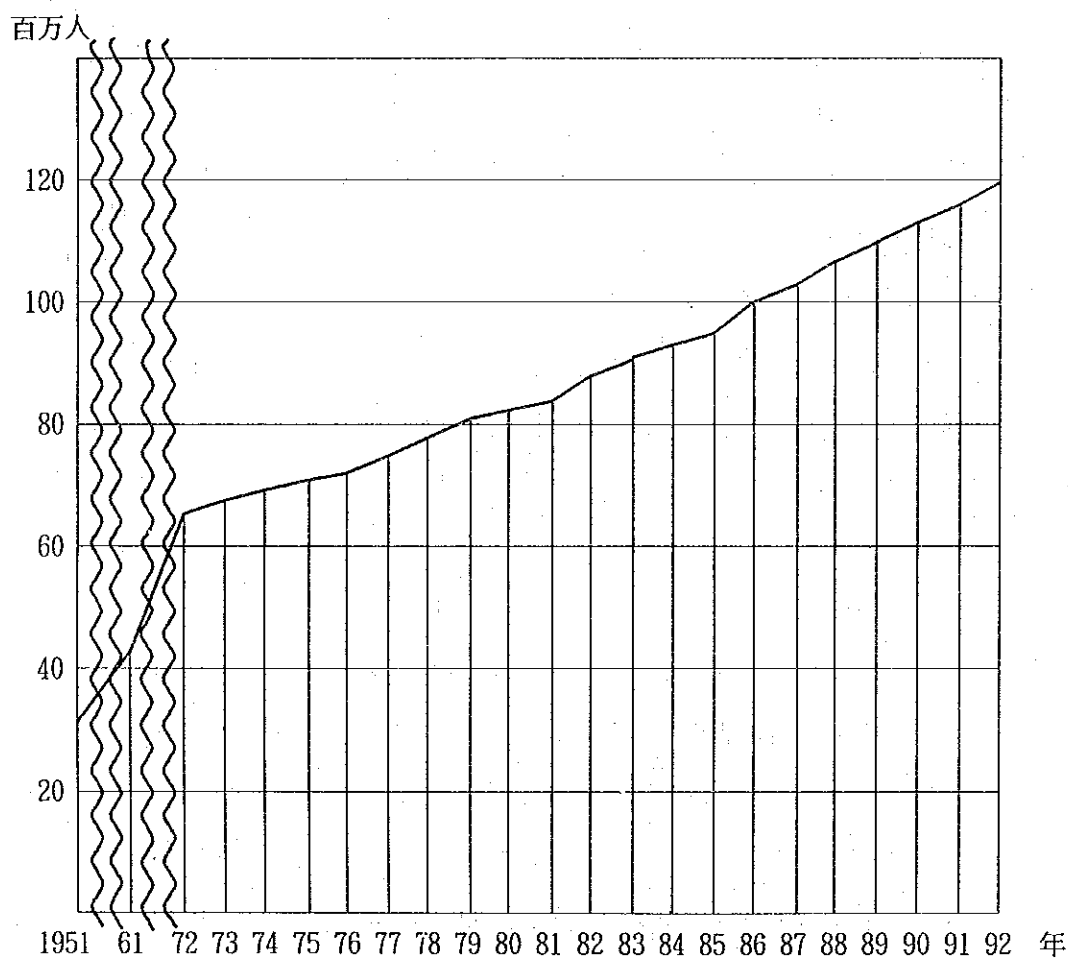
表 2 パキスタンの人口推計

| 年 度 | 人 口 |
|--------------|-------------|
| 1951 (センサス値) | 33,740,167 |
| 1961 (センサス値) | 42,880,378 |
| 1972 (センサス値) | 65,309,340 |
| 1981 (センサス値) | 84,253,644 |
| 1988 (7月1日) | 105,409,128 |
| 1989 " | 108,678,420 |
| 1990 " | 112,049,110 |
| 1991 " | 115,524,343 |
| 1992 " | 119,107,362 |

注 : 1988年以降の推計は、1981センサスの数字をもとにPGS (1976-79)の平均増加率3.1015267%/年を使用。

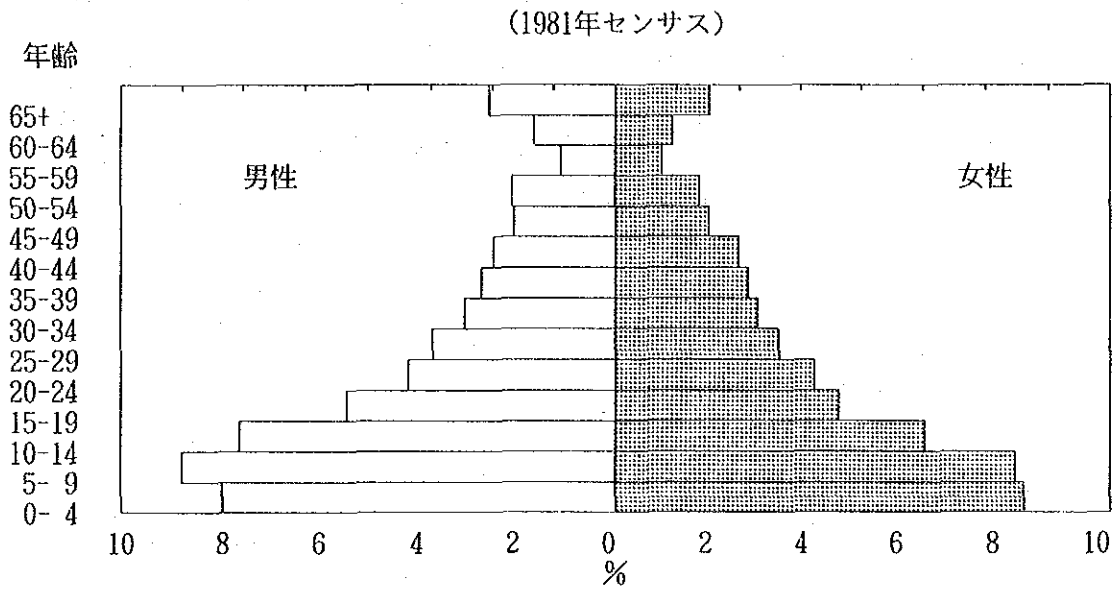
出典 : Monthly Statistical Bulletin March, 1993 統計局

図 1 パキスタンの人口推計値

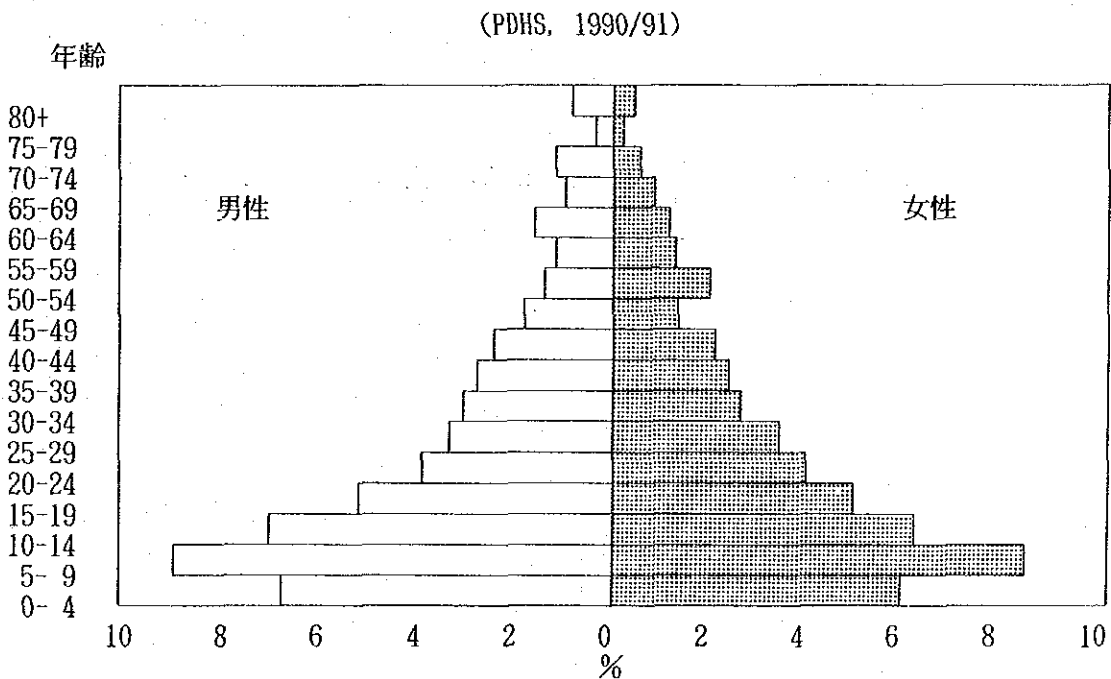


出典 : Monthly Statistical Bulletin March, 1993

図 2 パキスタンの人口ピラミッド (年齢階層別、性別の人口割合)



出典 : Population Census Organisation
Women and Men in Pakistan



注) PDHSの年齢別人口割合は1981年センサスおよびその他の人口調査と類似しているが、5歳未満の人口の割合についてはPDHSの数字の方が少ない。これは近年の出生率の低下に加えて、年齢の誤報告、未報告にも原因があると考えられる。

出典 : Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

1981年センサス時の年齢階層別人口の割合（表 3）をみると、15歳未満の人口が占める割合が40%以上と、途上国でよくみられる人口構成となっており、また女性人口のうち再生産年齢（15-49歳）の割合が43%を占めている。

表 3 1981年度年齢階層別人口の割合 (%)

| 全年齢 | 合 計 | 男 性 | 女 性 |
|-------|-------|-------|-------|
| 0-4 | 15.32 | 14.39 | 16.36 |
| 5-9 | 16.02 | 15.81 | 16.25 |
| 10-14 | 13.17 | 13.59 | 12.69 |
| 15-19 | 9.46 | 9.73 | 9.16 |
| 20-24 | 7.59 | 7.59 | 7.59 |
| 25-29 | 6.68 | 6.71 | 6.64 |
| 30-34 | 5.63 | 5.54 | 5.72 |
| 35-39 | 5.12 | 4.92 | 5.33 |
| 40-44 | 4.71 | 4.50 | 4.95 |
| 45-49 | 3.75 | 3.74 | 3.76 |
| 50-54 | 3.61 | 3.80 | 3.41 |
| 55-59 | 1.96 | 1.99 | 1.93 |
| 60歳以上 | 6.99 | 7.68 | 6.21 |

出典: Population Census Organisation
Economic Survey 1991-92

パキスタンではほとんどの年齢階層で男性人口が女性人口を上回るという、他の国とは逆の性比構造を示している（表 4参照）。

表 4 年齢階層および都市部・地方部別性比：1981センサス
(女性人口100人当たりの男性人口)

| 年 齢 階 層 | 性 比 | | |
|---------|--------|--------|--------|
| | 全 国 | 地方部 | 都市部 |
| 全年齢 | 110.59 | 108.72 | 115.28 |
| 0 - 4 | 97.29 | 95.21 | 102.70 |
| 5 - 9 | 107.59 | 107.69 | 107.33 |
| 10 - 14 | 118.41 | 120.81 | 112.71 |
| 15 - 19 | 117.42 | 118.05 | 116.13 |
| 20 - 24 | 110.54 | 105.12 | 122.00 |
| 25 - 29 | 111.74 | 107.48 | 121.68 |
| 30 - 34 | 107.13 | 102.28 | 119.32 |
| 35 - 39 | 102.12 | 98.87 | 109.32 |
| 40 - 44 | 100.49 | 95.00 | 115.13 |
| 45 - 49 | 109.86 | 104.34 | 124.97 |
| 50 - 54 | 123.36 | 118.92 | 135.44 |
| 55 - 59 | 114.39 | 108.54 | 132.63 |
| 60 - 64 | 141.62 | 139.95 | 146.85 |
| 65 - 69 | 128.69 | 125.70 | 139.00 |
| 70 - 74 | 140.18 | 140.43 | 139.35 |
| 75歳以上 | 133.02 | 133.32 | 131.86 |

出典: Population Census Organisation
Monthly Statistical Bulletin March, 1993

(2) 行政地区別人口と人口密度

パキスタンの人口の分布は州によって様々で平均していない。その中で全国土の約1/4(26%)を占めるパンジャブ州の人口は全人口の半分以上(56%)と最も人口密度が高い州である。その次に人口密度の高い州が、国土の1/5(18%)弱、全人口の23%を占めるシンド州、国土の13%、全人口の16%を占めるNWFPおよびFATAと続く。面積では最も広いバロチスタン州(全国土の44%)はパキスタンの全人口では最も低い割合(5%)を示している。国の人口密度は1951年の43人/km²から1981年の106人/km²、更に1991年の145人/km²へと増加した。

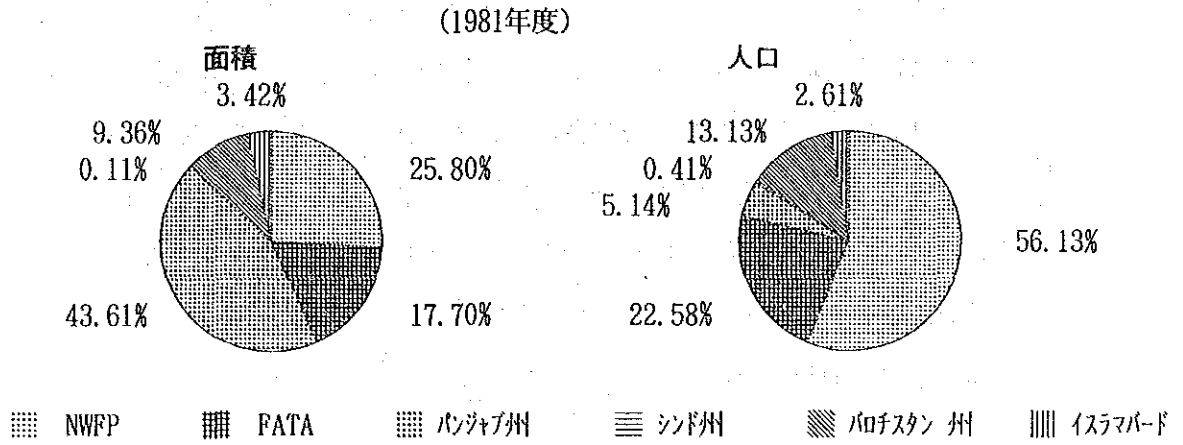
パキスタンはもともと農業国であり、50%以上の労働力が農業に関係した職業に就いていた。1981年センサスは全人口の72%が地方に居住すると報告したが、都市部の増加も近年目ざましく、都市部の人口の割合は1951年の18%から1981年には28%に増加した。絶対数から言えば都市人口は1951年の600万人から1981年の2380万人とほぼ4倍になった。しかしながら、主に都市部の定義の変化によってセンサス間の都市人口の年間平均増加率は1951-61年間の4.9%から1972-81年間の4.4%へと減少している。1981年センサスに基づくパキスタンの州別面積・人口・人口密度・平均世帯人員を表5に示す。また面積および人口を図3、人口密度を図4に示す。

表5 州別面積・人口・人口密度・世帯人員：1981センサス

| 州名 | 面積 | | 人口 | | 人口密度 | 平均世帯人員(人) |
|---------|--------------------|-------|------------|-------|----------------------|-----------|
| | (km ²) | 割合(%) | 数 | 割合(%) | (人/km ²) | |
| パキスタン全国 | 796,095 | 100.0 | 84,253,644 | 100.0 | 106 | 6.7 |
| NWFP | 74,521 | 9.4 | 11,061,328 | 13.1 | 148 | 6.8 |
| FATA | 27,220 | 3.4 | 2,198,547 | 2.6 | 81 | 8.3 |
| パンジャブ州 | 205,344 | 25.8 | 47,292,441 | 56.1 | 230 | 6.4 |
| シンド州 | 140,914 | 17.7 | 19,028,666 | 22.6 | 135 | 7.0 |
| バロチスタン州 | 347,190 | 43.6 | 4,332,376 | 5.1 | 13 | 7.3 |
| イスラマバード | 906 | 0.1 | 340,286 | 0.4 | 376 | 5.7 |

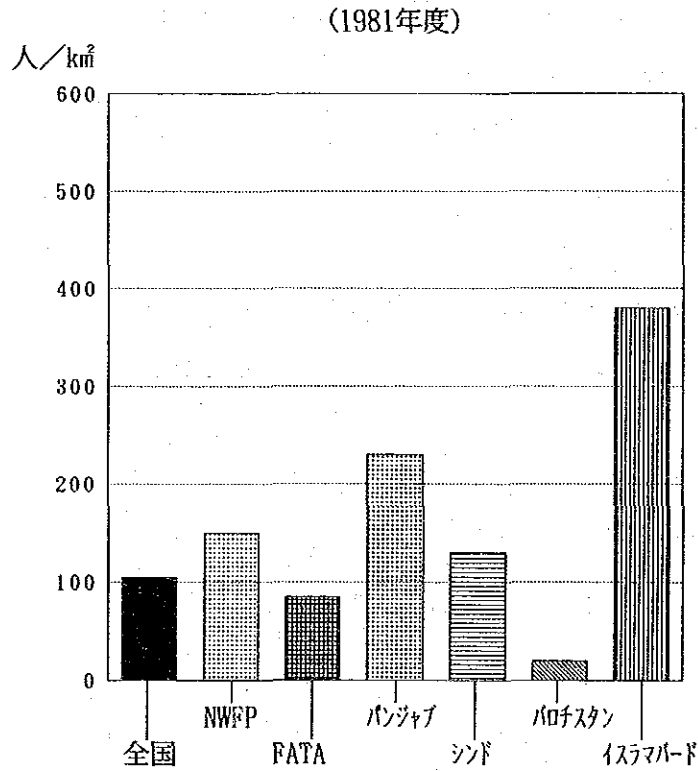
出典：Population Census Organisation
Monthly Statistical Bulletin March, 1993

図3 面積および人口



出典: Monthly Statistical Bulletin March, 1993

図4 人口密度



出典: Monthly Statistical Bulletin March, 1993

(3) 都市/地方部の人口分布の割合

1947年以降の都市部、地方部の人口分布の割合（表 6）をみると、長い間に地方人口の割合が減少している一方で、都市人口はかなり増加していることがうかがえる。

表 6 1947-1981年間の都市部・地方部別による
パキスタンの人口分布の割合（%）

| 年 度 | 人 口 (千人) | | | 割 合 (%) | | |
|---------|----------|--------|--------|---------|------|------|
| | 合 計 | 都市部 | 地方部 | 合 計 | 都市部 | 地方部 |
| 1947(E) | 32,500 | 5,003 | 27,497 | 100.0 | 15.4 | 84.6 |
| 1951 | 33,817 | 6,019 | 27,798 | 100.0 | 17.8 | 82.2 |
| 1961 | 42,978 | 9,655 | 33,324 | 100.0 | 22.5 | 77.5 |
| 1972 | 65,321 | 16,594 | 48,727 | 100.0 | 25.4 | 74.6 |
| 1981 | 84,254 | 23,841 | 60,412 | 100.0 | 28.3 | 71.7 |

E : 推定値

出典 : Government of Pakistan, Handbook of Population Census data,
Population Census Organisation, Statistics Division, December,
1985, Islamabad
Economic Survey 1991-92

また、1981年センサス時における州別の人口分布の割合を表 7に示す。

表 7 都市部・地方部の人口 (%)
1981年センサス

| | 人口 (千人) | 都市部 (%) | 地方部 (%) |
|---------|------------|------------|------------|
| パキスタン全国 | 84,254 | 28.3 | 71.7 |
| パンジャブ州 | 47,292 | 27.6 | 72.4 |
| シンド州 | 19,029 | 43.3 | 56.7 |
| NWFP | 11,061 | 15.1 | 84.9 |
| バロチスタン州 | 4,332 | 15.6 | 84.4 |
| FATA | 2,198 | — | — |
| イスラマバード | 340 | 60.0 | 40.0 |

出典 : Poulation Census Organisation
Economic Survey 1991-92

(4) 出生

1) 粗出生率 (Crude Birth Rate = CBR)

表 8は主要な調査別の粗出生率 (CBR) を示す。

居住地別の出生率は、地方部の出生率の方が都市部よりもわずかに高いことを示している。州別の差もまた注目すべきであり、出生率が最も低いのはシンド州で、最高なのがバロチスタン州である。

1984-85年PCPSと1990-91年PDHSの出生率を比較すると、この2つの調査の間に出生率は1.6ポイントではあるが低下した。出生率は主要都市とシンド州でのわずかな増加を除き、各州の各居住地別で低下している。

表 8 主要調査に基づく粗出生率

(人口1000対)

| | 1990-91 PDHS | 1984-85 PCPS | 1975 PFS | 1968-69 NIS |
|---------|-----------------|-----------------|-------------|----------------|
| 居住地 | | | | |
| 都市部全体 | 33.7 | U | U | U |
| 主要都市 | 33.5 | 32.6 | U | U |
| 其他都市部 | 34.0 | 38.5 | U | U |
| 地方部 | 35.6 | 37.1 | U | U |
| 州 | | | | |
| パンジャブ州 | 35.5 | 37.6 | U | U |
| シンド州 | 32.8 | 32.0 | U | U |
| NWFP | 35.3 | 36.4 | U | U |
| バロチスタン州 | 38.3 | 45.4 | U | U |
| 全国 | 35.0 | 36.6 | 40.5 | 39.0 |

注： CBR 推定値をカバーしている期間は、PDHSのインタビューより6年遡っており、また、その他3つの調査のインタビューの1年前である。調査の1年前のPDHSによる粗出生率の推定値は34.2である。

U = 不明; データなし。

出典: Population Planning Council of Pakistan (1976), Population Welfare Division (1986)
Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

2) 合計特殊出生率 (TFR: Total Fertility Rate)

4つの全国調査から得た一連の年齢階層別出生率の推定値は表 9に示す。TFRは年齢別出生率を合計したものである。

表 9 主要調査に基づく最新の出生率

1975-1991年間のパキスタンにおける主要調査に基づく年齢別出生率

(1,000人)

| 母親の 年齢 | 1990-91 PDHS | 1984-85 PCPS | 1979-80 PLM | 1975 PFS |
|-----------|-----------------|-----------------|----------------|-------------|
| 15-19 | 84 | 64 | 99 | 131 |
| 20-24 | 230 | 223 | 283 | 275 |
| 25-29 | 268 | 263 | 313 | 315 |
| 30-34 | 229 | 234 | 263 | 259 |
| 35-39 | 147 | 209 | 188 | 188 |
| 40-44 | 73 | 127 | 101 | 77 |
| 45-49 | 40 | 71 | 48 | 11 |
| TFR15-49 | 5.4 | 6.0 | 6.5 | 6.3 |

出典: Alam, Irfan and Farooqui [1984] and Population Welfare Division (1986)
Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

1970年代には女性一人当たり6.3~6.5人であったTFRはPDHSによると5.4人へと低下した。現在の年齢別出生率がこのままであれば、将来パキスタンの平均女性は25歳になる時には子供が1.6人、30歳では2.9人、35歳の誕生日までには4人、出産年齢の終わりには5.4人の子供をもつことになる。しかしながら、この出生率は他のアジアの発展途上国に比べても依然として高いものである。

居住地別の出生率の差を表10に示す。全体として、都市部は地方部よりも出生率が低く、都市部の中でも主要都市の方が低い。全体的に現在の出生率では、大都市の平均的な女性の方が地方部の女性に比べて1人分子供が少ない(4.7人対5.6人)。

現在の出生率は地理的地域だけでなく、女性の教育程度にも関連しており、全く教育を受けていない女性は初等学校に就学した女性よりも約1人分子供が多く、中間学校レベル以上の女性より2人分多い(表10参照)。教育程度は累積および現在の出生レベルの両方に強く関係しており、長期にわたり教育を受けた女性の方が低出生率であることを示唆している。

表 10 背景別出生率
調査前6年間の背景別合計特殊出生率
(1990-91年度)

| 背 景 | T F R |
|--------------------|-------|
| 居住地 | |
| 都市部全体 | 4.9 |
| 主要都市 | 4.7 |
| その他都市部 | 5.2 |
| 地方部 | 5.6 |
| 州 | |
| パンジャブ州 | 5.4 |
| シンド州 | 5.1 |
| NWFP | 5.5 |
| バロチスタン州 | 5.8 |
| 母親の受けた教育のレベル | |
| 教育を受けていない | 5.7 |
| Primary School | 4.9 |
| Middle School | 4.5 |
| Secondary School以上 | 3.6 |
| 合 計 | 5.4 |

出典: Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

(5) 死亡

パキスタンでは死亡に関する情報については、信頼性のあるデータが欠如している。情報ソースとして重要な登録システムは19世紀前半から実施されているが、そのデータは提供された情報の不正確さや内容のエラーなどのため信頼性が損なわれている。

独立時には粗死亡率は人口1000人に対して25~30人であったと推定されたが、第2次世界大戦後は死亡率が急速に低下し、1980年には1000人に対して約10~12人まで落ちている。これは特に高い生産レベルによる食糧供給の改善、食料穀物の調達および流通の効果的な管理、社会経済の発展によるものである。しかし、死亡率は徐々に低下しているとはいえ、ヘルスケアの内容は未だ不十分である。人口のわずか55%しかヘルスサービスにアクセスしていないことから、死亡率を減少させるには特に地方部へのサービスをかなり増大することが必要である。

寿命の最も突出した増加は1960年代以降に起こった。出生時の平均余命は独立時の35~38歳から1990年頃には60歳近くまで上昇している。若い年齢および再生産年齢の女性の死亡率が高かったため、全体的にパキスタンの男性は過去において女性よりも3~4年平均寿命が長かったが、最近ではこういった差異は減少している。表 11は主要アジア諸国との社会指標の比較、表 12では出生率、死亡率の推移を示す。

表 11 社会的指標の比較

| | 1人当たり 所得(\$/年) | 平均余命 (年齢) | 乳児死亡率 (出生1000対) | 粗出生率 (人口1000対) | 粗死亡率 (人口1000対) | 5歳未満の死亡率 (生存出生1000対) |
|---------|-------------------|--------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------------|
| パキスタン | 370 | 55 | 106 | 46 | 12 | 166 |
| スリランカ | 430 | 71 | 20 | 21 | 6 | 43 |
| タイ | 1220 | 66 | 28 | 22 | 7 | 49 |
| 中国 | 350 | 70 | 30 | 22 | 7 | 43 |
| インド | 340 | 59 | 95 | 31 | 11 | 149 |
| マレーシア | 2160 | 70 | 22 | 30 | 5 | 32 |
| フィリピン | 710 | 64 | 42 | 30 | 7 | 73 |
| インドネシア | 500 | 61 | 64 | 27 | 9 | 119 |
| バングラデシュ | 180 | 51 | 106 | 37 | 14 | 188 |
| ネパール | 180 | 52 | 124 | 41 | 15 | 197 |

出典 : World Development Report 1991
 UNICEF Facts and Figures 1990
 Economic Survey 1991-92

表 12 出生率、死亡率および自然増加率

| 調査 | 出生率 (1000対) | 死亡率 (1000対) | 自然増加率 (%) |
|-------------------|----------------|----------------|--------------|
| PDS 1988 | 41 | 11 | 3.0 |
| PDS 1984-1988 (A) | 43 | 11 | 3.2 |
| PDS 1976-1979 (A) | 42 | 11 | 3.1 |
| PGE 1962-1965 (A) | 42 | 15 | 2.7 |
| PGE 1962-1965 (A) | 52 | 18 | 3.4 |

A : 平均
 出典 : PDS
 Economic Survey 1991-92

主要国における人口動態および出生率を表 13に示す。

表 13 1965 & 1988 年度の主要国の人口動態および出生率

| 国名 | 粗出生率※ ¹ (人口1000人対) | | 粗死亡率※ ² (人口1000対) | | 合計特殊出生率 | |
|---------|----------------------------------|------|---------------------------------|------|---------|------|
| | 1965 | 1988 | 1965 | 1988 | 1965 | 1988 |
| インド | 45 | 32 | 20 | 11 | 6.2 | 4.2 |
| パキスタン | 48 | 46 | 21 | 13 | 7.0 | 6.6 |
| バングラデシュ | 47 | 40 | 21 | 15 | 6.8 | 5.5 |
| 中国 | 38 | 21 | 10 | 7 | 6.4 | 2.4 |
| イギリス | 18 | 14 | 12 | 11 | 2.9 | 1.8 |
| 米国 | 19 | 16 | 9 | 9 | 2.9 | 1.9 |
| 日本 | 19 | 11 | 7 | 7 | 2.0 | 1.7 |
| 韓国 | 35 | 16 | 11 | 6 | 4.9 | 1.8 |

注： ※¹、※² は小数点以下四捨五入。

出典： World Development Report
Economic Survey 1991-92

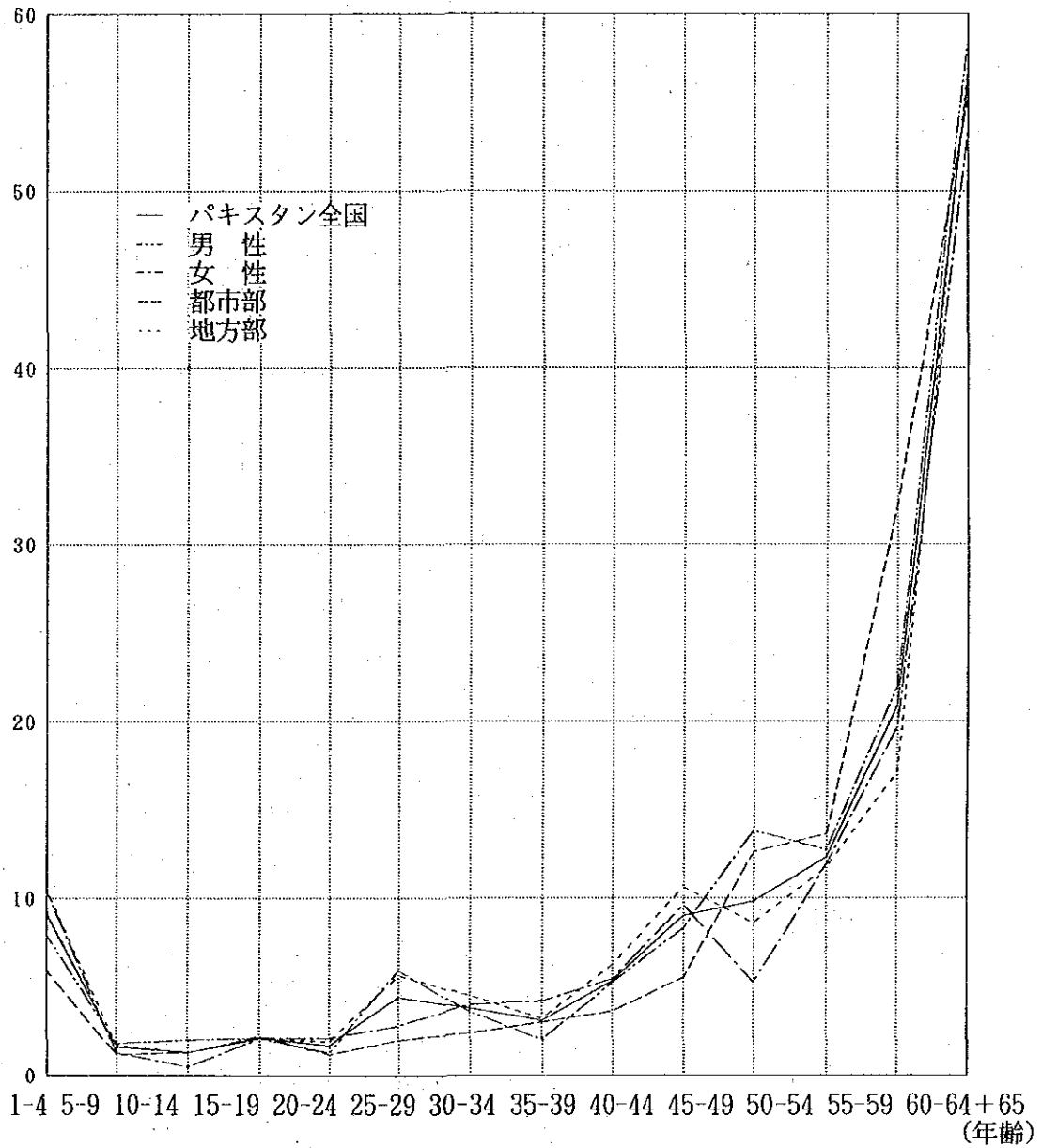
居住地別および性別による年齢階層別死亡率は表 14および図 5に示すとおりである。

表 14 パキスタンの都市部・地方部別および性別による年齢階層別死亡率

| 年齢階層 | 全 国 | | | 都市部 | 地方部 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 女性 | 男性 | 合計 | | |
| | 1988 | | | | |
| 全 体 | 10.1 | 11.5 | 10.8 | 8.3 | 12.0 |
| 1 歳未満 | 148.0 | 164.3 | 156.5 | 120.6 | 171.8 |
| 1 - 4 | 10.4 | 7.9 | 9.1 | 5.9 | 10.5 |
| 5 - 9 | 1.3 | 1.8 | 1.6 | 1.2 | 1.7 |
| 10 - 14 | 0.5 | 2.0 | 1.3 | 1.3 | 1.3 |
| 15 - 19 | 2.1 | 2.1 | 2.1 | 2.2 | 2.1 |
| 20 - 24 | 2.1 | 1.3 | 1.7 | 1.2 | 1.9 |
| 25 - 29 | 2.8 | 5.9 | 4.4 | 2.0 | 5.6 |
| 30 - 34 | 4.0 | 3.6 | 3.8 | 2.4 | 4.5 |
| 35 - 39 | 4.2 | 2.0 | 3.1 | 3.0 | 3.2 |
| 40 - 44 | 5.4 | 5.2 | 5.3 | 3.6 | 6.2 |
| 45 - 49 | 9.6 | 8.3 | 9.0 | 5.5 | 10.6 |
| 50 - 54 | 5.2 | 13.8 | 9.8 | 12.6 | 8.6 |
| 55 - 59 | 11.9 | 12.7 | 12.3 | 13.6 | 11.7 |
| 60 - 64 | 19.7 | 22.0 | 20.9 | 32.2 | 17.1 |
| 65歳以上 | 53.4 | 58.8 | 56.5 | 55.3 | 57.3 |

出典： Pakistan Demographic Surveys
Women and Men in Pakistan 1992, 統計局

図 5 居住地・性別による年齢階層別死亡率



出典 : Pakistan Demographic Surveys
 Women and Men in Pakistan 1992, 統計局

2.3 社会制度

(1) 家族

パキスタンの家族は、一般的に居住／消費の単位としての世帯人員が先進工業国よりも多く、平均的な世帯規模は6～7人、2世代以上が同居している拡大家族である。居住地による分類では、地方の世帯（6.5人）よりも都市部（7.2人）の方が家族が多い。また、パキスタンでは圧倒的に男性の世帯主が多い（女性世帯主はわずか7%）。このことは、伝統的な家族形態として、結婚後も男性は家に残りそこで子供を育てるといった文化的伝統によるものであり、したがって、必然的に2世帯以上の家族構成に発展することになる。人口の家族構成に関するデータを表15に示す。

表 15 家族構成

| 世帯の特徴 | 都市部 全体 | 主要都市 | その他 都市部 | 地方部 | 合計 |
|---------|-----------|-------|------------|-------|-------|
| 世帯主 | | | | | |
| 男性 | 92.1 | 93.0 | 90.9 | 93.2 | 92.9 |
| 女性 | 7.9 | 7.0 | 9.1 | 6.8 | 7.1 |
| 合計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 常住人口 | | | | | |
| 1人 | 1.9 | 1.3 | 2.7 | 3.4 | 2.9 |
| 2人 | 4.6 | 4.3 | 5.1 | 6.6 | 6.0 |
| 3人 | 6.4 | 6.2 | 6.7 | 7.8 | 7.4 |
| 4人 | 8.5 | 9.6 | 6.9 | 9.9 | 9.5 |
| 5人 | 11.6 | 11.6 | 11.7 | 12.5 | 12.3 |
| 6人 | 13.5 | 14.1 | 12.7 | 13.3 | 13.4 |
| 7人 | 12.4 | 12.7 | 12.0 | 11.6 | 11.8 |
| 8人 | 12.6 | 11.6 | 14.0 | 11.6 | 11.9 |
| 9人以上 | 28.5 | 28.7 | 28.2 | 23.2 | 24.8 |
| 合計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 世帯の平均規模 | 7.2 | 7.2 | 7.2 | 6.5 | 6.7 |

出典 : Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

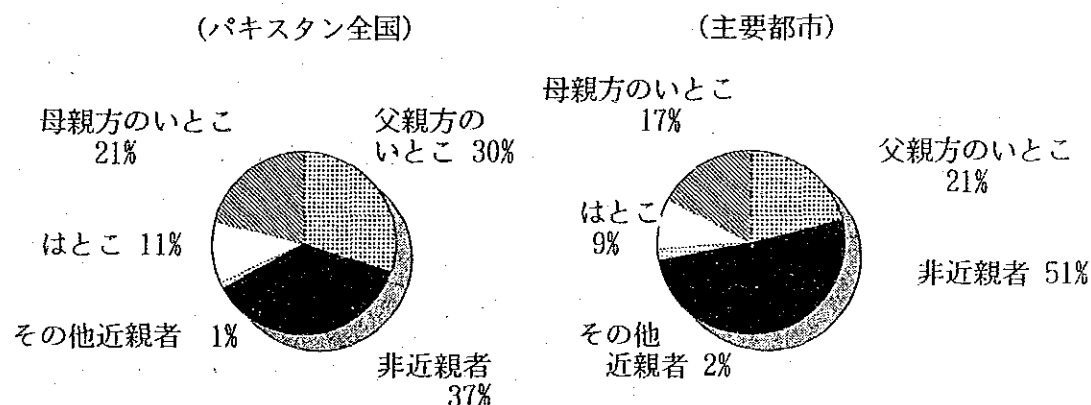
(2) 婚姻制度

1) 結婚のパターン

パキスタンにおける最も顕著な結婚のパターンの一つは、血族同志の結婚である。血族結婚に関するデータは図 6 に示している。パキスタンの全結婚の61%はいとこ同志、または、はとこ同志の血族の結婚で、世界で最高率の国の中に入る。

若いうちに結婚する女性は、いとこと結婚する傾向が高い。例えばいとこ同志の結婚は、18歳以上で結婚した女性の57%に比べて、16歳未満で結婚した女性は67%である。また居住と教育にも明らかな関連があり、主要都市部に住む女性よりも地方に住む女性の方がいとこと結婚する傾向が多く、教育を受けない女性の方が教育を受けた女性よりもずっと近親者と結婚する傾向にある。事実、中等教育またはそれ以上の教育を受け、主要都市に住む女性の血族結婚は少ない。

図 6 パキスタン全国およびその主要都市における既婚女性(15-49歳)の中の近親者同志および非近親者同志の結婚の割合



出典: Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

2) 一夫多妻制

男性は同時に4人まで妻を持つことを許され、男性にとって離婚が比較的容易な一夫多妻制はパキスタンでは合法である。ただし、一夫多妻制が合法であっても、数字の上では、現在結婚している女性の夫の5%未満しか2人以上の妻を持っていない(表16参照)。一夫多妻制結婚の割合が最も高いのは、特に地方部の45-49歳のグループであり、若年層および都市部では低くなっている。州別ではバロチスタン州が最も多く(12%)、パンジャブ州が最も少ない3%である。

表 16 一夫多妻制

一夫多妻制結婚をしている既婚女性の割合(%)
(1990-91年度)

| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | 全 体 |
|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 居住地 | | | | | | | | |
| 都市部全体 | 2.1 | 2.5 | 3.2 | 2.3 | 3.3 | 4.1 | 2.3 | 2.9 |
| 主要都市 | 2.1 | 2.7 | 2.9 | 1.9 | 3.1 | 4.0 | 0.7 | 2.6 |
| その他都市部 | 2.1 | 2.1 | 3.7 | 2.8 | 3.6 | 4.1 | 3.9 | 3.2 |
| 地方部 | 3.7 | 4.1 | 5.0 | 4.8 | 5.2 | 3.9 | 11.4 | 5.2 |
| 州 | | | | | | | | |
| パンジャブ州 | 1.6 | 2.4 | 1.1 | 2.6 | 3.4 | 1.7 | 7.7 | 2.6 |
| シンド州 | 8.6 | 6.0 | 7.5 | 7.6 | 5.0 | 7.3 | 6.2 | 6.8 |
| NWFP | 2.5 | 3.8 | 9.0 | 3.5 | 7.4 | 8.0 | 11.8 | 6.6 |
| バロチスタン州 | 7.3 | 7.1 | 17.6 | 5.6 | 7.6 | 10.3 | 27.2 | 12.1 |
| 全 体 | 3.4 | 3.6 | 4.5 | 4.5 | 4.0 | 3.9 | 8.7 | 4.5 |

注) -- 0.05 %未満

出典) Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

3) 結婚の傾向

1990-91年PDHSと1979-80年PLM (Population, Labour Force and Migration Survey)の未婚の女性の割合を比較すると、未婚女性の割合が全ての年齢グループで増加している。特に伝統的に子育ての時期のピークである25-29歳の年代では6%から14.4%へと未婚率の増加が目ざましく、晩婚化の傾向がうかがわれる(表17参照)。

しかし、パキスタンの女性は一度結婚するとそのまま安定したままという傾向にあり、35-49歳の女性の98%が結婚しているということからも、結婚はパキスタンでは社会の義務であり、ほとんどの女性が結婚するという皆婚社会であることは明らかである。

表 17 現在の配偶関係の分布 (%)
(1990-91 PDHS および 1979-80 PLM)

| 年齢 | 1990-91 PDHS | | | | | 合計 | 1979-80 PLM |
|-------|--------------|------|-----|-----|-----|-------|-------------|
| | 未婚 | 既婚 | 離婚 | 死別 | 別居 | | 未婚(%) |
| 15-19 | 75.1 | 24.3 | -- | 0.3 | 0.2 | 100.0 | 72 |
| 20-24 | 39.4 | 56.9 | 0.6 | 0.1 | 0.7 | 100.0 | 23 |
| 25-29 | 14.4 | 83.2 | 0.2 | 1.0 | 1.3 | 100.0 | 6 |
| 30-34 | 4.3 | 92.4 | 0.5 | 1.5 | 1.2 | 100.0 | 3 |
| 35-39 | 2.4 | 92.7 | 0.5 | 4.0 | 0.4 | 100.0 | 2 |
| 40-44 | 2.4 | 92.8 | 0.1 | 4.2 | 0.5 | 100.0 | 1 |
| 45-49 | 2.1 | 90.8 | 0.2 | 6.5 | 0.5 | 100.0 | 1 |
| Total | 26.2 | 71.1 | 0.2 | 1.8 | 0.7 | 100.0 | 32 |

-- 0.05%未満

出典 : Sather, Ali and Zahid(1984)

Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

結婚のパターンの変化は初婚平均年齢の変化にもみられる(表 18参照)。女性の初婚年齢は過去30年間の間に5歳上がり(1951年の16.9歳から1990-91年の21.7歳)、男性は同時期に3歳上がった。

表 18 初婚平均年齢

1951-1991年間の主要資料別初婚平均年齢

| 出典 | 男性 | 女性 | 年齢差 |
|--------------|------|------|-----|
| 1951 Census | 22.3 | 16.9 | 5.4 |
| 1961 Census | 23.3 | 16.7 | 6.6 |
| 1972 Census | 25.7 | 19.7 | 6.0 |
| 1981 Census | 25.1 | 20.2 | 4.9 |
| 1990-91 PDHS | 26.5 | 21.7 | 4.8 |

出典: Pakistan Demographic and Health Survey

(3) 教育

1) 識字率

各センサス時の比較識字率および1991-92年の推定を表 19に示す。

表 19 識字率 (%)

| | 1961 | 1972 | 1981 | 1991-92(E)* |
|-----|------|------|------|-------------|
| 全 体 | 16.7 | 21.7 | 26.2 | 34.0 |
| 男 性 | 25.1 | 30.2 | 35.1 | 45.5 |
| 女 性 | 6.7 | 11.6 | 16.0 | 21.3 |

E : 推定値 * Planning and Development Division
 出典 : Population Census Organisation
 Economic Survey 1991-92

パキスタンの識字率は1981センサス時の26.2%(男性35.1%、女性16.0%) から、1991-92年には男性は45.5%、女性は21.3%に上昇している。しかし、現在でもこの女性の識字率は世界でも最低レベルにあり、また地方部の識字率は更に低く、特にバロチスタン州では1.8%となっている。なお、1981年度の州別の識字率を表 20 に示す。

表 20 1981年度州別識字率 (10歳以上) (%)

| 性 別 | 全 体 | 都市部 | 地方部 |
|---------|------|------|------|
| パキスタン | | | |
| 全 体 | 26.2 | 47.1 | 17.3 |
| 男 性 | 35.1 | 55.3 | 26.2 |
| 女 性 | 16.0 | 37.3 | 7.3 |
| パンジャブ州 | | | |
| 全 体 | 27.4 | 46.7 | 20.0 |
| 男 性 | 36.8 | 55.2 | 29.6 |
| 女 性 | 16.8 | 36.7 | 9.4 |
| シンド州 | | | |
| 全 体 | 31.5 | 50.8 | 15.6 |
| 男 性 | 39.7 | 57.8 | 24.5 |
| 女 性 | 21.6 | 42.2 | 5.2 |
| NWFP | | | |
| 全 体 | 16.7 | 35.8 | 13.2 |
| 男 性 | 25.9 | 47.0 | 21.7 |
| 女 性 | 6.5 | 21.9 | 3.8 |
| バロチスタン州 | | | |
| 全 体 | 10.3 | 32.2 | 6.2 |
| 男 性 | 15.2 | 42.2 | 9.8 |
| 女 性 | 4.3 | 18.5 | 1.8 |

出典 : Population Census Organisation 1981
 Situation Analysis of Children & Women
 in Pakistan

2) 就学率

パキスタンでは、男性の43%、女性の68%が一度も学校に通ったことがなく、進学した者の中でも男性は全体の1/3未満、女性は1/5がPrimary Schoolのみであり、男性のわずか16%、女性の7%しかSecondary School以上に進学していない。また、平均3.2年間の男性の通学期間に比べて女性はわずか1.6年間である。したがって、教育の機会、期間の点からも男女間の差が明らかであり、このような違いは教育程度が高くなればなる程顕著に表れる(表 21 参照)。また、教育施設数および在学者数の推移を表 22、表 23、図 7 (a)、(b)に示す。

これと同様に、都市部と地方部の教育程度の格差も問題である。このような現象は、人口の70%が地方部に居住しているにも関わらず都市部と地方部では教育施設数のばらつきがあり、かなりの教育予算が都市部の方で使われてしまっていることや、交通手段の欠如、また女性が直面する文化的規範や社会的制約などが起因している。パンジャブ州およびシンド州は教育を受けていない女性の割合が比較的低いが、NWFPおよびバロチスタン州では80%以上の女性が一度も学校に通ったことがないなど、教育程度は全州において女性よりも男性の方がかなり高いが、その不均衡は特にNWFPにおいて著しい。

表 21 教育レベル

背景別／教育レベル別の人口分布の割合 (%) (1990-91年度)

| 居住地 | 教育を受け ていない | | Primary school | Middle school | Secondary school以上 | 不明 | 合計 | 平均 年数 |
|---------|---------------|------|-------------------|------------------|-----------------------|-------|-------|----------|
| | 都市 | 26.9 | 29.8 | 13.7 | 29.4 | 0.3 | 100.0 | 5.0 |
| 市全体 | 42.8 | 28.4 | 10.5 | 18.0 | 0.3 | 100.0 | 3.4 | |
| 主要都市 | 27.0 | 27.0 | 13.4 | 32.3 | 0.2 | 100.0 | 5.2 | |
| その他の都市 | 37.6 | 28.9 | 11.6 | 21.6 | 0.3 | 100.0 | 4.0 | |
| 地方 | 26.7 | 33.5 | 14.0 | 25.6 | 0.3 | 100.0 | 4.6 | |
| 地方全体 | 49.9 | 27.6 | 9.0 | 13.2 | 0.2 | 100.0 | 2.7 | |
| 地方都市 | 50.7 | 29.8 | 9.3 | 9.8 | 0.4 | 100.0 | 2.4 | |
| 地方女性 | 79.4 | 15.8 | 2.6 | 1.6 | 0.5 | 100.0 | 0.7 | |
| 州 | | | | | | | | |
| パンジャブ州 | | | | | | | | |
| 男性 | 40.8 | 30.2 | 12.0 | 16.9 | 0.1 | 100.0 | 3.4 | |
| 女性 | 63.7 | 22.2 | 6.1 | 7.7 | 0.2 | 100.0 | 1.8 | |
| シンド州 | | | | | | | | |
| 男性 | 44.0 | 31.5 | 7.8 | 16.0 | 0.7 | 100.0 | 3.2 | |
| 女性 | 66.2 | 20.2 | 4.6 | 8.2 | 0.8 | 100.0 | 1.7 | |
| NWFP | | | | | | | | |
| 男性 | 46.7 | 27.6 | 11.0 | 14.4 | 0.2 | 100.0 | 3.0 | |
| 女性 | 81.6 | 12.2 | 3.0 | 2.9 | 0.3 | 100.0 | 0.8 | |
| バロチスタン州 | | | | | | | | |
| 男性 | 63.4 | 20.8 | 6.6 | 7.1 | 2.0 | 100.0 | 1.7 | |
| 女性 | 88.5 | 7.1 | 1.4 | 1.2 | 1.8 | 100.0 | 0.4 | |
| 全体 | | | | | | | | |
| 男性 | 43.1 | 29.8 | 10.7 | 16.0 | 0.3 | 100.0 | 3.2 | |
| 女性 | 67.6 | 19.9 | 5.2 | 6.9 | 0.4 | 100.0 | 1.6 | |

Note : 年齢不明の男性14人および女性10人を除く。

-- 0.05 %未満

出典 : Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

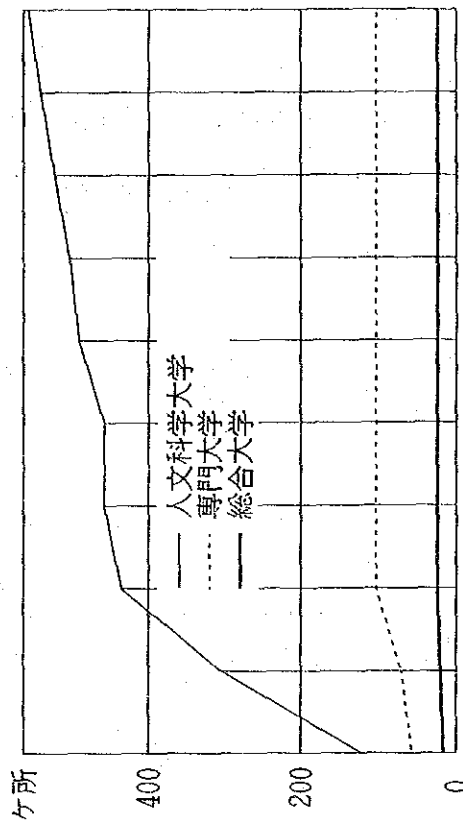
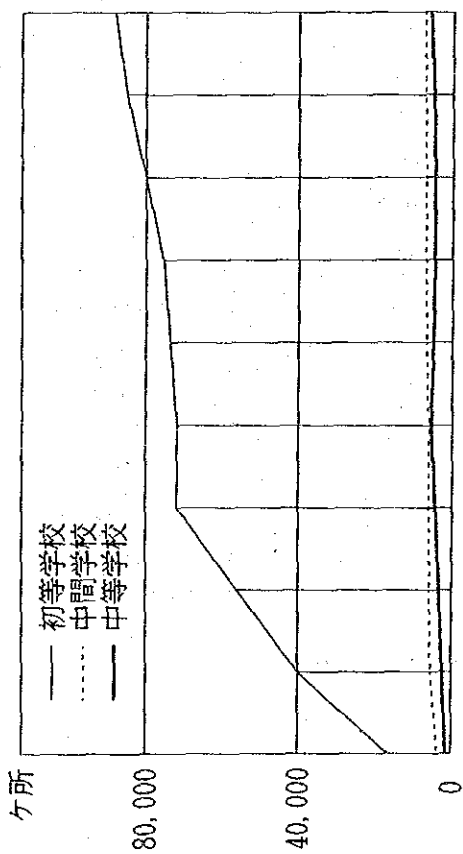
表 22 年代・レベル・性別による教育施設数の推移

| 内 訳 | 1949-50 | 1959-60 | 1969-70 | 1979-80 | 1983-84 | 1984-85 | 1985-86 | 1986-87 | 1987-88 | 1988-89 | 1989-90(E) |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|------------|
| 初等学校 | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 9411 | 17901 | 41290 | 57220 | 78228 | 73812 | 77207 | 97228 | 105884 | 111302 | 118607 |
| 男性 | 7825 | 14641 | 30120 | 39449 | 52352 | 52261 | 54766 | 73748 | 80986 | 85340 | 91274 |
| 女性 | 1586 | 3260 | 11170 | 17771 | 20876 | 21551 | 22441 | 23480 | 24898 | 25962 | 27333 |
| 中間学校 | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 2134 | 1974 | 3560 | 5233 | 5984 | 6132 | 6260 | 6769 | 6993 | 7004 | 7161 |
| 男性 | 1962 | 1693 | 2700 | 3826 | 4219 | 4315 | 4367 | 4707 | 4832 | 4842 | 4933 |
| 女性 | 172 | 281 | 860 | 1407 | 1765 | 1817 | 1893 | 2062 | 2161 | 2162 | 2228 |
| 中等学校 (a) | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 528 | 1169 | 2185 | 3580 | 4489 | 4920 | 4970 | 5754 | 6052 | 6693 | 6805 |
| 男性 | 414 | 931 | 1575 | 2571 | 3218 | 3566 | 3550 | 3957 | 4161 | 4570 | 4637 |
| 女性 | 114 | 238 | 610 | 1009 | 1271 | 1354 | 1420 | 1797 | 1891 | 2123 | 2168 |
| 人文科学大学 | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 46 | 126 | 290 | 430 | 469 | 467 | 481 | 502 | 548 | 556 | 575 |
| 男性 | 37 | 94 | 205 | 312 | 319 | 314 | 323 | 331 | 345 | 350 | 365 |
| 女性 | 9 | 32 | 85 | 118 | 150 | 153 | 158 | 171 | 203 | 206 | 210 |
| 専門大学 | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 19 | 40 | 59 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 | 99 |
| 男性 | 17 | 35 | 54 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 | 91 |
| 女性 | 2 | 5 | 5 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 | 8 |
| 総合大学 | | | | | | | | | | | |
| 全体 | 2 | 4 | 7 | 15 | 20 | 21 | 22 | 22 | 22 | 22 | 22 |

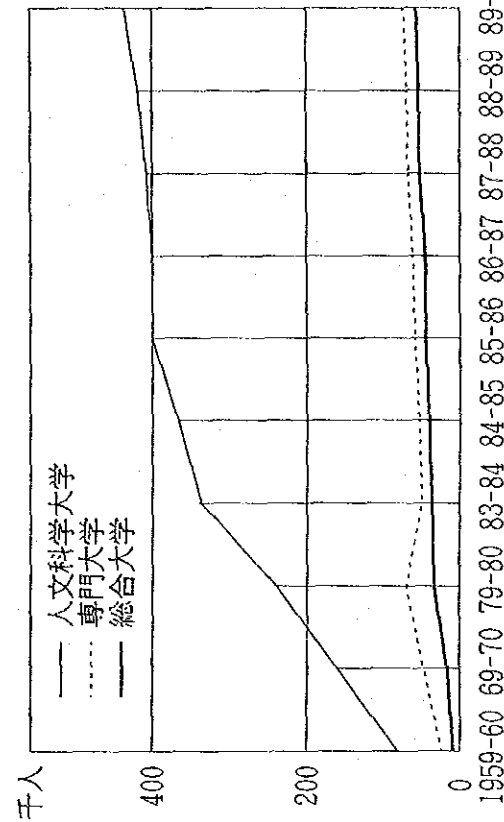
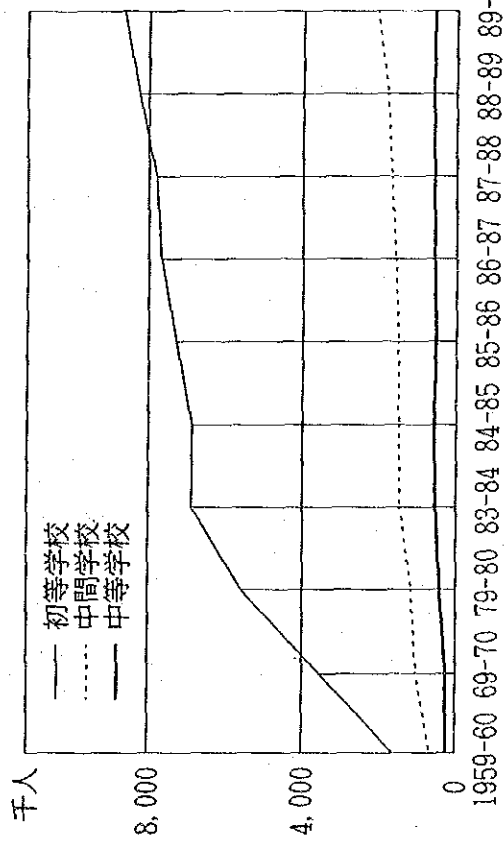
(a) 中等学校は中等職業訓練施設を含む。

出典：Monthly Statistical Bulletin 1993.3

図 7 (a) 年代・レベル別による教育施設数の推移



(b) 年代・レベル別による教育施設の在学者数の推移



出典：Monthly Statistical Bulletin March, 1993

(4) 労働力

1) 概況

1991-92年度の労働力は3,382万人（前年の3.1%増）と推定され、そのうち就業者は3,276万人、失業者は106万人と報告されている。推定された3,382万人の労働力のうち、2,470万人が地方、912万人が都市部である。失業率は3.13%（都市部4.58%、地方部2.60%）となっている。

農業が労働力の半分以上(51.15%)を吸収し、次に製造業(12.69%)、貿易(11.93%)と続いている。表 24および表 25に労働力の詳細を示す。

表 24 労働力および雇用

| | 1989-90 (推定) | 1990-91 (推定) | 1991-92 (推定) |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 人口(百万) | 110.36 | 113.78 | 117.32 |
| 生産年齢人口 | 73.61 | 75.90 | 78.25 |
| 労働力人口(百万) | 31.82 | 32.81 | 33.82 |
| 雇用労働力人口(百万) | 30.82 | 31.78 | 32.76 |
| 非雇用労働力人口(百万) | 1.00 | 1.03 | 1.06 |
| 失業率(%) | 3.13 | 3.13 | 3.13 |
| 労働力人口比率 | 28.83 | 28.83 | 28.83 |

出典: Labour Force Survey 1987-88をもとに推定
Economic Survey 1991-92

表 25 雇用労働力の業種別分布の推移 (%)

| 業種 | 1963-64 | 1986-87 | 1988-89 | 1989-90 | 1990-91(E) |
|-----|---------|---------|---------|---------|------------|
| 合計 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 | 100.00 |
| 農業 | 60.47 | 49.24 | 51.15 | 51.15 | 51.15 |
| 製造業 | 13.60 | 14.23 | 12.69 | 12.69 | 12.69 |
| 建設 | 1.44 | 6.01 | 5.38 | 5.38 | 5.38 |
| 運輸 | 2.04 | 5.25 | 4.89 | 4.89 | 4.89 |
| 貿易 | 7.60 | 12.05 | 11.93 | 11.93 | 11.93 |
| その他 | 14.85 | 13.22 | 12.95 | 12.96 | 12.96 |

E: 推定

出典: Labour Force Surveys of Respective Years
Economic Survey 1991-92

2) 女性の就業率

男性の就業率は他の発展途上国とかなり共通しているが、女性の就業率は例外的に低い。これにはいくつかの要因があり、仕事の定義はフルタイムの有給労働のみが含まれること、季節的な農作業を行う推定1200万人の女性が統計から省略されていることなどが挙げられる。これに加えた社会的要因として、女性は伝統的に家の外へ出る事が制限されており、このことは女性の経済および開発への参加を制限するだけでなく、日常生活における社会との関係をも限られたものになっている。

表 26 主要国の労働参加率

| 国名 | 年度 | 人口 (百万人) | 労働力比率 (%) | | |
|-----------|---------|-------------|--------------|------|------|
| | | | 男性 | 女性 | 全体 |
| パキスタン | 1986-87 | 102.2 | 49.6 | 7.0 | 29.4 |
| バングラデシュ | 1983-84 | 95.2 | 53.5 | 5.4 | 29.9 |
| インド | 1981 | 665.3 | 52.7 | 19.8 | 36.8 |
| イギリス | 1981 | 55.0 | 59.5 | 35.9 | 47.3 |
| ドイツ (FRG) | 1985 | 61.0 | 60.3 | 35.9 | 47.6 |
| ニュージーランド | 1986 | 3.3 | 57.9 | 40.7 | 49.2 |
| 日本 | 1986 | 121.4 | 60.7 | 38.8 | 49.6 |
| アメリカ合衆国 | 1986 | 41.1 | 57.1 | 42.5 | 49.6 |
| 中国 | 1982 | 1,003.8 | 57.3 | 47.0 | 52.3 |

出典： ILO Yearbook of Labour Statistics, 1987
Economic Survey 1991-92

表 27は都市部・地方部別の女性労働参加率を示している。

表 27 各種センサスおよび調査によるパキスタンの
都市部・地方部の女性労働参加率 (%)

| 資 料 名 | 都市部 | 地方部 |
|---------------------------------------------|------|------|
| 1981 Population Census | 3.5 | 3.0 |
| 1971-72 Labour Force Survey | 3.9 | 9.5 |
| 1978-79 Labour Force Survey | 5.3 | 14.3 |
| 1982-83 Labour Force Survey | 4.4 | 13.4 |
| 1984-85 Labour Force Survey | 4.1 | 10.7 |
| 1975 Pakistan Fertility Survey 1984-85 | 15.6 | 18.1 |
| Pakistan contraception Prevalence Survey | 7.9 | 24.6 |
| 1972 Agricultural Census of Pakistan | — | 39.0 |
| 1980 Agricultural Census of Pakistan | — | 73.0 |

出典 : Labour Force Survey Islamabad, 1984-85
Situation Analysis of Children & Women in
Pakistan

また、女性は法的には賃金その他の恩恵に関しては男性と同等であるが、インフォーマル・セクターでは未だに賃金や組合の権利、労働条件などで差別を受けており、女性にとって労働環境は完全に整備されていない。

2.4 母子保健関連統計

パキスタンにおける最新の母子保健関連データはPDHS調査によるものである。次にこの調査結果について記述する。

(1) 出産前ケア

図 8と表 28は、調査前5年間に発生した出産について、出産前のケアに関する背景的情報を示したものである。調査対象の出産件数(6,407件)のうち、70%が出産前のケアをまったく受けていなかった。ケアを受けていた場合の内訳は、医師の診療を受けた者が23%、看護婦の診療を受けた者が3%で、他に訓練を受けた者あるいは伝統的助産婦(TBA)を合わせた女性保健訪問員あるいは家族福祉員によるものが4%であった。産前のケアをまったく受けていない出産の比率は、経産児数の多い母親と、35歳を越える母親について高い。逆に医師のケアを受けるのは、やや若い層で出産児数の少ない母親が多かった。

図 8 出産前ケア、出産場所および出産中の介護

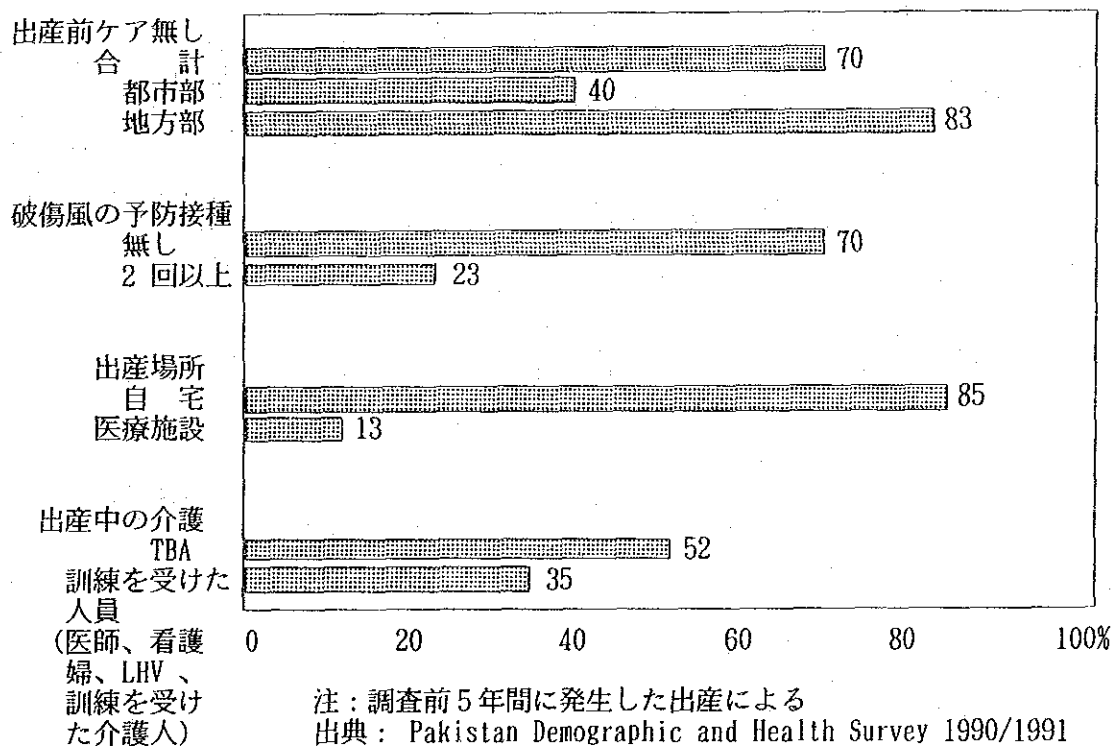


表 28 出産前のケアの提供者の割合
(1990-91年度)

| | 出産前ケアの提供者 | | | | | | | 合計 |
|-----------|-----------|-------------------------|-------------------|------|-----|------|-----|-------|
| | 医師 | 看護婦 LHV ¹ | 訓練を 受けた 介護人 | TBA | その他 | 無し | 不明 | |
| 母親の出産時の年齢 | | | | | | | | |
| 20歳未満 | 20.3 | 3.0 | 0.8 | 2.7 | 0.1 | 72.6 | 0.5 | 100.0 |
| 20-34歳 | 24.4 | 3.1 | 1.1 | 2.6 | -- | 67.2 | 1.5 | 100.0 |
| 35歳以上 | 13.6 | 3.0 | 1.0 | 1.3 | -- | 80.8 | 0.3 | 100.0 |
| 出産回数 | | | | | | | | |
| 1回 | 28.1 | 2.6 | 1.0 | 2.9 | -- | 63.8 | 1.6 | 100.0 |
| 2-3回 | 26.4 | 3.6 | 0.9 | 2.5 | -- | 65.2 | 1.4 | 100.0 |
| 4-5回 | 21.2 | 2.7 | 0.9 | 2.3 | 0.1 | 72.1 | 0.5 | 100.0 |
| 6回以上 | 15.0 | 3.3 | 1.4 | 2.3 | -- | 76.6 | 1.4 | 100.0 |
| 居住地 | | | | | | | | |
| 都市部合計 | 51.3 | 5.2 | 1.5 | 1.6 | -- | 39.6 | 0.8 | 100.0 |
| 主要都市 | 63.9 | 3.3 | 1.5 | 1.5 | -- | 28.9 | 0.9 | 100.0 |
| その他都市部 | 34.1 | 7.8 | 1.5 | 1.7 | 0.1 | 54.1 | 0.7 | 100.0 |
| 地方部 | 9.6 | 2.2 | 0.8 | 2.9 | -- | 83.0 | 1.4 | 100.0 |
| 州 | | | | | | | | |
| パンジャブ州 | 17.7 | 3.8 | 0.6 | 1.8 | 0.1 | 74.8 | 1.4 | 100.0 |
| シンド州 | 43.8 | 1.8 | 0.3 | 4.0 | 0.1 | 48.5 | 1.5 | 100.0 |
| NWFP | 15.3 | 2.0 | 0.7 | 0.5 | -- | 81.3 | 0.2 | 100.0 |
| バロチスタン州 | 7.1 | 3.2 | 13.9 | 11.8 | -- | 62.5 | 1.5 | 100.0 |
| 受けた教育のレベル | | | | | | | | |
| 教育を受けていない | 14.0 | 2.6 | 1.2 | 2.7 | -- | 78.0 | 1.5 | 100.0 |
| 初等教育 | 33.5 | 4.3 | 0.9 | 1.7 | -- | 58.9 | 0.6 | 100.0 |
| 中間教育 | 49.3 | 7.3 | 0.5 | 1.5 | -- | 41.1 | 0.3 | 100.0 |
| 中等教育以上 | 79.3 | 3.7 | 0.5 | 1.5 | 0.2 | 14.6 | 0.2 | 100.0 |
| 合計 | 22.5 | 3.1 | 1.1 | 2.5 | -- | 69.6 | 1.2 | 100.0 |

出典： 数字は調査前1-59カ月間の出生による。

-- 0.05 %未満

¹ Family Welfare Worker を含む。

サンプル数 6,407件

出産前ケアは、地方では出産の83%について全く行なわれていないが、都市部では約60%の妊産婦が何らかのケアを受けている（図 8）。地域別に見ると、NWFPにおいて最もケアを受ける比率が低く（妊娠中の診察を全く受けていない者が81%）、それにパンジャブ州（75%）、バロチスタン州（63%）、シンド州（49%）と続く。バロチスタンの女性は妊娠中の診察に伝統的な介護者や訓練を受けた出産介護者に頼ることが多いが（26%）、他の地方では少ない（どの地域も5%未満）。教育程度の高い女性ほど、妊娠中の診察を医師から受ける傾向があり、全く教育を受けていない女性では、78%が診察を全く受けていなかった。中等教育を受けた女性の出産の5件に4件近く（79%）は、医師による妊娠中の診察を受けている。医師が妊娠中の診察を行う比率は都市部で最も高く（51%）、特に大都市の住民の中で高い（64%）。

(2) 出産の場所と出産時の介護

調査前5年間に行われた出産の85%が自宅であった（表 29参照）。この比率は、1984～85年のPCPS以来ほとんど減っていない。このときの調査では、出生の92%が自宅であったとされている。医療機関における出産は、妊娠時の診察より一般化していないが、妊娠中の診察を受けていた女性だけを見ると、その出産の6分の5以上が医療機関で行なわれている。これは、サービスを楽しむ可能性の違いか、妊娠上の問題の有無による違いと考えられる。妊娠時に問題が発生した女性たちは、診察を受ける傾向がある。また、妊娠中の診察を通じて、医療提供者は女性達との間に信頼関係を築くことができ、女性達は出産時に正しいケアを受けたいと考えるようになるのだとも思われる。医療機関で出産する比率は、20～34歳の女性や初めての子どもを出産する女性、シンド州地域の住民、都市部居住者などが高い。自宅出産については、中等教育以上の教育レベルを持つ女性たちと比べて、全く教育を受けていない女性の方が2倍も多い。

死産を除くすべての出産の69%は、伝統的あるいは訓練を受けた出産介護者の援助によって行なわれており、医師や看護婦の手を借りているのは19%であった（表 30参照）。医師の付き添いのもとに行なわれる出産の特徴は、医療機関で行なわれる出産の特徴と一致していた（表 29参照）。

表 29 出産場所の分布 (%)

| | 出 産 場 所 | | | | 合 計 |
|------------------|-------------|-------------|------------|------------|--------------|
| | 医療施設 | 自 宅 | その他 | 不 明 | |
| 母親の出産時の年齢 | | | | | |
| 20歳未満 | 11.0 | 88.5 | -- | 0.5 | 100.0 |
| 20-34 歳 | 14.6 | 83.7 | 0.1 | 1.6 | 100.0 |
| 35歳以上 | 8.1 | 91.4 | 0.1 | 0.3 | 100.0 |
| 出産回数 | | | | | |
| 1 回 | 19.8 | 78.3 | 0.3 | 1.6 | 100.0 |
| 2 - 3 回 | 15.4 | 83.1 | -- | 1.5 | 100.0 |
| 4 - 5 回 | 11.8 | 87.5 | 0.2 | 0.5 | 100.0 |
| 6 回以上 | 7.9 | 90.6 | 0.1 | 1.5 | 100.0 |
| 居住地 | | | | | |
| 都市部合計 | 32.6 | 66.5 | -- | 0.8 | 100.0 |
| 主要都市 | 46.1 | 53.0 | 0.1 | 0.9 | 100.0 |
| その他都市部 | 14.3 | 85.0 | -- | 0.7 | 100.0 |
| 地方部 | 4.8 | 93.6 | 0.1 | 1.5 | 100.0 |
| 州 | | | | | |
| パンジャブ州 | 10.5 | 88.0 | 0.1 | 1.4 | 100.0 |
| シンド州 | 27.8 | 70.4 | 0.1 | 1.7 | 100.0 |
| NWFP | 6.6 | 93.0 | 0.1 | 0.3 | 100.0 |
| バロチスタン州 | 2.5 | 96.3 | -- | 1.2 | 100.0 |
| 受けた教育のレベル | | | | | |
| 教育受けたことがない | 6.7 | 91.7 | 0.1 | 1.5 | 100.0 |
| 初等教育 | 17.4 | 82.0 | -- | 0.6 | 100.0 |
| 中間教育 | 43.4 | 56.3 | -- | 0.3 | 100.0 |
| 中等教育以上 | 58.6 | 41.0 | -- | 0.4 | 100.0 |
| 出産前ケアの診察 | | | | | |
| 0 回 | 2.9 | 96.8 | 0.1 | 0.1 | 100.0 |
| 1 - 3 回 | 22.7 | 77.3 | -- | -- | 100.0 |
| 4 回以上 | 57.8 | 42.0 | 0.1 | 0.1 | 100.0 |
| 不明 | 4.4 | 54.9 | -- | 40.7 | 100.0 |
| 合 計 | 13.4 | 85.2 | 0.1 | 1.3 | 100.0 |

注: 数字は調査前1-59カ月間の出生に関するものである。

-- 0.05%未満

サンプル数 6,407件

表 30 出産時の介護者の分布 (%)
(1990-91年度)

| | 医 師 | 看護婦 LHV ¹ | 訓練を 受けた 介護人 | TBA | その他 | 無し | 不明 | 合計 |
|-----------|------|-------------------------|-------------------|------|------|-----|------|-------|
| 母親の出産時の年齢 | | | | | | | | |
| 20歳未満 | 10.3 | 6.8 | 13.7 | 55.4 | 11.1 | 1.9 | 0.9 | 100.0 |
| 20-34 歳 | 13.4 | 6.6 | 16.8 | 50.8 | 9.3 | 1.4 | 1.7 | 100.0 |
| 35歳以上 | 8.0 | 4.8 | 18.5 | 57.7 | 8.1 | 2.3 | 0.6 | 100.0 |
| 出産回数 | | | | | | | | |
| 1回 | 18.5 | 6.7 | 13.9 | 48.0 | 9.4 | 1.8 | 1.7 | 100.0 |
| 2-3回 | 14.0 | 7.0 | 17.0 | 49.6 | 9.4 | 1.3 | 1.7 | 100.0 |
| 4-5回 | 11.0 | 5.2 | 17.0 | 54.8 | 9.9 | 1.2 | 0.8 | 100.0 |
| 6回以上 | 7.4 | 6.4 | 17.8 | 55.8 | 8.8 | 2.2 | 1.6 | 100.0 |
| 居住地 | | | | | | | | |
| 都市部合計 | 30.7 | 11.6 | 18.3 | 35.2 | 2.7 | 0.7 | 0.8 | 100.0 |
| 主要都市 | 41.8 | 9.3 | 18.6 | 27.4 | 1.6 | 0.5 | 0.8 | 100.0 |
| 其他都市部 | 15.5 | 14.8 | 17.9 | 45.7 | 4.3 | 1.0 | 0.8 | 100.0 |
| 地方部 | 4.2 | 4.0 | 15.9 | 59.8 | 12.3 | 2.0 | 1.7 | 100.0 |
| 州 | | | | | | | | |
| パンジャブ州 | 9.8 | 6.6 | 19.8 | 56.4 | 4.6 | 1.1 | 1.7 | 100.0 |
| シンド州 | 24.6 | 7.6 | 7.4 | 54.6 | 3.1 | 1.3 | 1.3 | 100.0 |
| NWFP | 7.7 | 3.9 | 8.8 | 33.0 | 42.5 | 3.8 | 0.3 | 100.0 |
| バロチスタン州 | 3.1 | 4.4 | 45.1 | 38.2 | 3.5 | 3.7 | 2.0 | 100.0 |
| 受けた教育のレベル | | | | | | | | |
| 無教育 | 6.1 | 5.0 | 16.9 | 57.4 | 11.1 | 1.9 | 1.6 | 100.0 |
| 初等教育 | 15.1 | 10.4 | 21.5 | 48.4 | 3.3 | 0.1 | 1.3 | 100.0 |
| 中間教育 | 39.1 | 13.0 | 12.7 | 29.9 | 3.4 | 0.2 | 1.7 | 100.0 |
| 中等教育以上 | 57.2 | 11.6 | 10.1 | 17.1 | 2.8 | 1.0 | 0.2 | 100.0 |
| 出産前ケアの診察 | | | | | | | | |
| 0回 | 3.2 | 3.6 | 17.5 | 60.9 | 12.2 | 2.1 | 0.4 | 100.0 |
| 1-3回 | 19.1 | 14.5 | 18.5 | 43.3 | 4.0 | 0.5 | -- | 100.0 |
| 4回以上 | 52.3 | 13.1 | 11.7 | 21.3 | 1.4 | 0.1 | 0.1 | 100.0 |
| 不明 | 5.1 | 2.0 | 11.7 | 34.8 | 4.1 | 2.0 | 40.2 | 100.0 |
| 合 計 | 12.4 | 6.4 | 16.6 | 52.2 | 9.4 | 1.6 | 1.5 | 100.0 |

注: 回答者が1人以上の介護人を言及した場合、最も高い資格を有する者が優先される
数字は調査前1-59カ月間の出生に関するものである。

-- 0.05%未満

¹ Family Welfare Worker を含む。

サンプル数 6,407件

(3) 出産の特徴

出産の3%は帝王切開で行なわれている(表31参照)。未熟児の出産が報告されたのはわずか2%だったが、この数値には死産が含まれていないために、未熟児全体の数値が大幅に低くなっている。また、母親たちがどの程度正しく未熟児を見分けられるかという問題もある。ほとんどの出産は自宅で行なわれているため、10件に9件(88%)の新生児は、出生時の体重が確認されていない。また、全出生児の4分の3(76%)は平均あるいは平均以上の体格であったと報告されている。

表31にいちばん最近の出産時の平均分娩時間を示す。外科的手術を伴う出産については、他のものより平均時間が長く、一部の帝王切開については障害および/または長時間の陣痛があったことが伺われる。

また、前回の出産からの出産間隔を表32に示す。平均的な出産間隔は29ヶ月である。3回のうち1回の出産は前回の出産後24ヶ月未満で発生し、そのうち半分は18ヶ月未満という非常に短い出産間隔である。その他の出産の1/3(36%)は2年間の出産間隔、残りの1/3(31%)は3年以上の間隔があった。比較的若い女性、都市部の居住者、バロチスタン州に居住する女性の平均出産間隔は短い。なお前の子供が出生後に死亡した場合には大部分は前の子供の出生後24ヶ月未満で出生している。

表 31 出産の特徴

分娩方法、出産時期、出生時体重、出生時の子供の大きさ別の出生割合の分布
(1990-91年度)

| 出産の特徴 | 割合(%) | 一番最近の出産 | |
|----------|-------|---------------------|------|
| | | 分娩にかかった 平均時間(時間) | 出生数 |
| 帝王切開 | | | |
| 帝王切開 | 2.7 | 11.8 | 99 |
| 非帝王切開 | 95.5 | 7.7 | 3679 |
| 不明 | 1.8 | * | 21 |
| 合 計 | 100.0 | 7.8 | 3800 |
| 未熟児出産 | | | |
| 予定通り | 96.7 | 7.7 | 3723 |
| 早産 | 1.9 | 12.9 | 70 |
| わからない | 1.5 | * | 7 |
| 合 計 | 100.0 | 7.8 | 3800 |
| 出生時体重 | | | |
| 2.5 kg未満 | 1.2 | 12.1 | 50 |
| 2.5 kg以上 | 6.3 | 7.8 | 252 |
| わからない、不明 | 4.2 | 9.4 | 97 |
| 測定せず | 88.3 | 7.7 | 3401 |
| 合 計 | 100.0 | 7.8 | 3800 |
| 出生時の大きさ | | | |
| 非常に小さい | 6.2 | 10.7 | 271 |
| 平均より小さい | 15.9 | 7.9 | 668 |
| 平均または大きい | 76.3 | 7.5 | 2854 |
| わからない、不明 | 1.5 | * | 6 |
| 合 計 | 100.0 | 7.8 | 3800 |

注：数字は調査前1-59カ月間に発生した出生によるものである。

* 非加重ケースが25未満によるものであり、数字は示していない。

表 32 出産間隔
(1990-1991年度)

| | 前回の出産からの月数 | | | | | 合計 | 前回の出産からの 中位月数 |
|-----------|------------|-------|-------|-------|------|-------|------------------|
| | 7-17 | 18-23 | 24-35 | 36-47 | 48+ | | |
| 年齢 | | | | | | | |
| 15-19 歳 | 32.4 | 21.0 | 39.6 | 6.7 | 0.3 | 100.0 | 23.7 |
| 20-29 歳 | 19.8 | 18.7 | 37.0 | 12.6 | 11.9 | 100.0 | 26.8 |
| 30-39 歳 | 14.3 | 15.9 | 35.7 | 14.4 | 19.8 | 100.0 | 30.8 |
| 40歳以上 | 10.3 | 10.9 | 27.8 | 15.7 | 35.4 | 100.0 | 37.9 |
| 出産回数 | | | | | | | |
| 2-3 回 | 20.2 | 16.7 | 36.6 | 12.5 | 14.0 | 100.0 | 27.4 |
| 4-6 回 | 13.6 | 16.4 | 37.0 | 13.8 | 19.2 | 100.0 | 30.0 |
| 7 回以上 | 16.0 | 17.3 | 31.1 | 14.9 | 20.7 | 100.0 | 30.4 |
| 前回の子供の性別 | | | | | | | |
| 男性 | 17.7 | 16.2 | 33.3 | 14.8 | 18.0 | 100.0 | 29.1 |
| 女性 | 15.6 | 17.3 | 37.9 | 12.3 | 16.9 | 100.0 | 29.0 |
| 前回の出生の生存率 | | | | | | | |
| 生存 | 14.7 | 16.3 | 36.6 | 13.9 | 18.7 | 100.0 | 30.0 |
| 死亡 | 31.2 | 20.2 | 28.5 | 11.1 | 9.0 | 100.0 | 23.7 |
| 居住地 | | | | | | | |
| 都市部全体 | 20.6 | 19.5 | 33.0 | 12.6 | 14.2 | 100.0 | 26.5 |
| 主要都市 | 21.9 | 20.6 | 31.9 | 12.1 | 13.6 | 100.0 | 25.7 |
| その他都市部 | 19.0 | 18.0 | 34.5 | 13.4 | 15.1 | 100.0 | 27.7 |
| 地方部 | 14.9 | 15.5 | 36.7 | 14.0 | 19.0 | 100.0 | 30.3 |
| 州 | | | | | | | |
| パンジャブ州 | 16.3 | 16.3 | 38.4 | 13.2 | 15.8 | 100.0 | 28.9 |
| シンド州 | 19.9 | 18.1 | 26.8 | 11.4 | 23.9 | 100.0 | 28.3 |
| NWFP | 11.5 | 17.3 | 37.2 | 17.2 | 16.9 | 100.0 | 31.3 |
| バロチスタン州 | 22.5 | 13.7 | 34.3 | 18.8 | 10.7 | 100.0 | 27.3 |
| 全 国 | 16.7 | 16.7 | 35.6 | 13.6 | 17.5 | 100.0 | 29.1 |

注：最初の出生は除外されている。複数出産の間隔は、生存した子供を出生した前回の妊娠からの月数である。

出典：Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

(5) 初産年齢

早い段階での出生の開始は通常大規模家族および特に家族計画が普及していない国での急速な人口増加の決定要因であると同時に、保健の分野では若い年代での出生が母子の保健にかなりのリスクを伴っている。また若年の出産は女性の教育、経済的な機会にも制限を与えがちである。

表 33はパキスタン女性の第一子出産の年齢別分布を示す。多くの女性は20歳前に出産をせず、15歳前の出生もまれになってきている。最近では女性が10代で子供を出生する割合は急速に低下しており、例えば25～29歳の女性の42%が20歳前に第一子を出産しているが、20～24歳の女性のわずか30%がその早期の段階で第一子を出産している。

表 33 初産年齢の分布 (%)

| 現在の年齢 | 未出産 | 初 産 年 齢 | | | | | | 合計 | 初産の 中央年齢 (歳) |
|-------|------|---------|-------|-------|-------|-------|------|-------|--------------------|
| | | <15 | 15-17 | 18-19 | 20-21 | 22-24 | 25+ | | |
| 15-19 | 87.8 | 1.5 | 6.7 | 4.1 | -- | -- | -- | 100.0 | a |
| 20-24 | 54.3 | 3.3 | 13.9 | 13.3 | 10.6 | 4.8 | -- | 100.0 | a |
| 25-29 | 23.0 | 5.3 | 18.7 | 18.1 | 15.7 | 14.0 | 5.3 | 100.0 | 21.0 |
| 30-34 | 9.2 | 4.4 | 20.0 | 17.3 | 16.1 | 19.7 | 13.3 | 100.0 | 20.9 |
| 35-39 | 5.4 | 3.4 | 16.4 | 18.4 | 16.5 | 20.6 | 19.3 | 100.0 | 21.4 |
| 40-44 | 5.5 | 6.3 | 15.6 | 15.6 | 15.5 | 19.8 | 21.8 | 100.0 | 21.7 |
| 45-49 | 5.5 | 4.8 | 12.4 | 15.7 | 12.9 | 22.2 | 26.5 | 100.0 | 22.6 |

-- 0.05 %未満

a 年齢階層の初めまでに出産した女性が50%未満

出典: Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

第一子出産年齢の差は表 34に示すとおりである。25～49歳の全女性の第一子出産の中央値は21.3歳である。全体として、第一子出産の平均年齢は、最高の教育レベルを受けた女性を除き居住地や教育別の差はほとんどない。最若年の年齢階級では、第一子出産の平均年齢は地方部、バロチスタン州、およびほとんど教育を受けてなかったり、全く教育を受けていない女性の間で最も低い。しかし、こういったパターンは全年齢階級にわたって規則的ではない。もっとも一貫したパターンは中間学校以上に就学した女性の出産開始が遅いことである。

表 34 背景別／現在の年齢別の初産年齢（中央値）

| | 現在の年齢 | | | | | 25-49歳 平均 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------|
| | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | |
| 居住地 | | | | | | |
| 都市部全体 | 21.7 | 20.9 | 20.8 | 21.5 | 21.4 | 21.3 |
| 主要都市 | 21.8 | 21.0 | 20.6 | 20.7 | 21.3 | 21.1 |
| その他都市部 | 21.6 | 20.8 | 21.2 | 22.1 | 21.5 | 21.4 |
| 地方部 | 20.6 | 20.9 | 22.0 | 21.7 | 23.2 | 21.3 |
| 州 | | | | | | |
| パンジャブ州 | 21.6 | 21.0 | 21.6 | 21.8 | 22.7 | 21.6 |
| シンド州 | 19.8 | 20.6 | 21.2 | 21.0 | 21.7 | 20.6 |
| NWFP | 21.2 | 20.8 | 21.0 | 21.3 | 23.6 | 21.4 |
| バロチスタン州 | 18.3 | 20.4 | 22.0 | 22.7 | 25.3 | 20.3 |
| 受けた教育のレベル | | | | | | |
| 教育を受けていない | 20.3 | 20.5 | 21.3 | 21.6 | 22.8 | 21.0 |
| Elementary School | 20.7 | 21.5 | 21.5 | 20.0 | 21.0 | 21.1 |
| Middle School | 22.1 | 20.2 | 19.7 | 20.6 | 23.2 | 21.1 |
| Secondary School以上 | 25.0 | 24.7 | 23.0 | 23.3 | 22.5 | 24.0 |
| 合計 | 21.0 | 20.9 | 21.4 | 21.7 | 22.6 | 21.3 |

出典: Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

妊娠および出産の合併症に関連した妊産婦死亡率は実に高い。分娩の5回に4回はTBAまたは村の出産経験のある女性によって介護されている。出産の繰り返しや、間隔の短い妊娠、出産は妊産婦死亡の発生度を高くすることになる。実にパキスタンでは10万人の出生に対し、約500人の妊産婦死亡が発生すると推定されている。

しかしながら、パキスタンの妊産婦死亡率に関しては信頼性のある定量化はできておらず、10万の出生に対して190～1700の死亡の幅が推定されている。なお国連の人口局は100,000出生に対し500の数字を使っている。この推定値にしたがえば約2万人の女性が出産で毎年死亡していることになる。これは世界でも最も高い数字の一つと考えられ、パキスタン近隣の南アジア諸国のものと同等もしくはそれよりも高い。

パキスタンの女性、特に出産年齢の女性は男性よりも死亡率が高い。それが結果として、パキスタン女性の平均余命が男性と同じかそれよりも低いという、世界でも数少ない国の一つとなっている一因である。妊産婦死亡率の直接的原因は全世界共通であり、出血、敗血症、妊娠中毒症、閉鎖分娩や墮胎である。貧血と共にこれらの要因が妊産婦死亡の80%を占めている。

2.5 乳幼児死亡関連統計

1947年の独立以来、パキスタンの死亡率はすべての年齢層において、多少なりとも着実に低下してきたものの、現在も子供の死亡率は高く、子供の10人に1人以上は、一歳の誕生日前に死亡する。出生および死亡に関する適切な記録が取られていないため、各情報によって推計値の精度は様々である。1990-91年PDHS以前の子供の生存率に関する最新データは、多岐に及ぶパキスタン人口動態調査（PDS - Pakistan Demographic Survey）によるもので、1984-88年の乳児死亡率を出生1000人当たり110人と推定している。

ここでは、乳幼児死亡を以下のように定義する。

新生児死亡：出生後1ヶ月間に死亡する

零歳児死亡：乳児死亡と新生児死亡の隔差

乳児死亡：満1歳の誕生日を迎える前に死亡する

幼児死亡：満1歳の誕生日から満5歳の誕生日のあいだに死亡する

5歳未満の死亡：満5歳の誕生日を迎える前に死亡する

(1) 乳幼児死亡率のレベルと傾向

PDHSに先立つ3期（6年間ずつ）の乳幼児死亡率を表35に示す。最新の期間（調査の0～5年前）の推定乳児死亡率は出生1000人について91人であり、その57%が出生後4週間の間に死亡している。5歳未満の死亡率は、調査前12～17年の期間から0～5年の期間には1000人につき143～117人と、18%減少している。生後12～59ヵ月の子供の生存率は目立って増大しており（28%）、新生児（19%）と零歳児（11%）の生存率の伸びはさほど目立ってはいない。

乳児死亡の50%以上（新生児+零歳児死亡）および5歳未満の死亡の45%が、生後1ヵ月以内に発生している（図9参照）。このことは、母子保健と妊娠の結果の改善のためのプログラムを通じて、パキスタンの子供たちの乳児期の生存率を改善する必要性を示している。

表 35 乳幼児の死亡率
調査前6年ごとの3期間別による乳幼児死亡率 (1990-91年度)

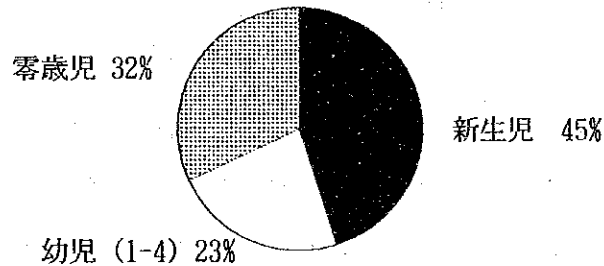
(出生1000対)

| 調査前の年数 | 新生児 死亡率 | 0歳児 死亡率 | 乳児 死亡率 | 5歳未満 の死亡率 |
|--------|------------|------------|-----------|--------------|
| 0-5 | 51.4 | 39.1 | 90.5 | 117.4 |
| 6-11 | 56.7 | 40.0 | 96.7 | 123.6 |
| 12-17 | 63.4 | 43.7 | 107.1 | 143.5 |

注：インタビューの月は分析から除外している。

出典： Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

図 9 死亡時年齢別5歳未満の死亡の分布



注：調査前6年間の死亡に基づく。

出典： Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

表 36は、都市部と地方部別の居住、居住する州、母親の教育レベル、基本的な母子保健サービスの利用などによる乳幼児死亡率を示している。5歳未満の死亡率は、パキスタンの地方部より、都市部の方が29%も低い。都市部と地方部の違いはすべての年齢層に見られるが、都市部の低所得地域もまた非常に高率である。1989年の低所得の都市部地域の研究は出生1000に対して80~282の死亡という結果を示した。

社会的要因と保健サービスへのアクセスの違いは、地方に住む子供たちの死亡率を高める大きなリスク要因になっている（図 10参照）。

地域間では、NWFPでの5歳未満死亡率が最も低く、パンジャブ州で最も高い。パンジャブ州で5歳未満の死亡率が高いのは、乳児期の死亡率が高いためである。乳児死亡率が最も低いのはバロチスタン州であるが、この地域については調査前1年間の出産数が少ないこと等からも、意図的に報告しない乳児の死亡数があるとも思われる。

パキスタンにおける子供の生存率は、母親の教育レベルと密接に関連しており、全く教育を受けたことのない母親から生まれた子供の5歳未満の死亡率は、中等教育以上のレベルの教育を受けた母親を持つ子供に比べて2.5倍（159%）になっている。実際、教育レベルが上がるにつれて、子供の生存率は大幅に上昇する。

基本的な母子保健サービスの利用は、子供の生存率と関連している。訓練を受けた保健専門家による出産前の保健サービスや出産時のケアを受けなかった母親を持つ子供たちの5歳未満の死亡率は、そうしたサービスなどを受けた母親の子供に比べて67%も高い（1000人につき133人）。

表 36 背景別乳幼児死亡率
1990-91年度の調査前10年間の母親の背景的特徴別乳幼児死亡率

(出生1000対)

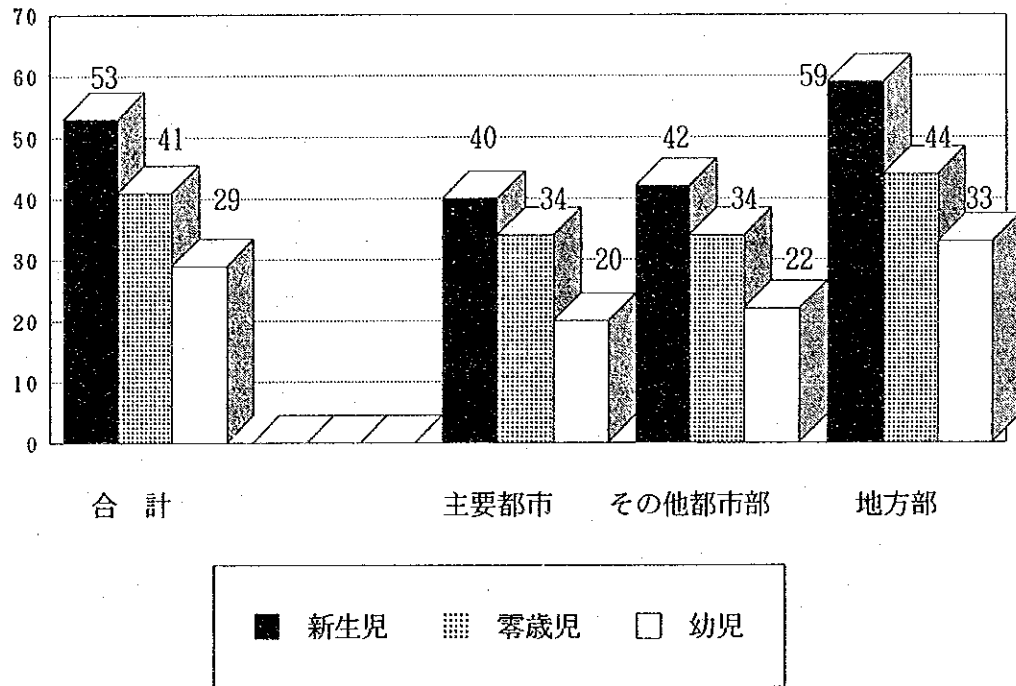
| | 新生児 死亡率 | 零歳児 死亡率 | 乳児 死亡率 | 5歳未満 の死亡率 |
|-------------------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| 居住地 | | | | |
| 都市部全体 | 40.8 | 33.8 | 74.6 | 93.6 |
| 主要都市 | 39.7 | 34.1 | 73.8 | 91.9 |
| その他都市部 | 42.1 | 33.5 | 75.6 | 95.9 |
| 地方部 | 58.6 | 43.7 | 102.2 | 131.9 |
| 州 | | | | |
| パンジャブ州 | 58.4 | 45.7 | 104.1 | 132.8 |
| シンド州 | 44.4 | 36.1 | 80.5 | 105.6 |
| NWFP | 48.2 | 31.3 | 79.6 | 97.7 |
| バロチスタン州 | 46.1 | 26.3 | 72.4 | 101.1 |
| 受けた教育のレベル | | | | |
| 教育を受けていない | 56.1 | 42.5 | 98.6 | 128.4 |
| Primary School | 49.8 | 40.6 | 90.4 | 107.0 |
| Middle School | 43.5 | 36.7 | 80.2 | 87.4 |
| Secondary School以上 | 26.9 | 18.9 | 45.8 | 49.5 |
| 医療マタニティ・ケア¹ | | | | |
| 出産前または出産 ケアなし | 57.1 | 47.2 | 104.3 | 132.6 |
| 出産前または出産 ケアどちらか一方 | 32.5 | 32.4 | 64.9 | 103.1 |
| 出産前および出産 ケア両方 | 46.7 | 22.8 | 69.5 | 79.3 |
| 合 計 | 53.3 | 40.7 | 94.0 | 120.4 |

注：インタビューの月は分析から除外。

¹ このレートは、調査前5年間のものである。メディカル・ケアは、医師、看護婦、またはMidwifeによるもの、もしくは、病院、クリニック、ヘルス・センター、またはヘルス・ユニットによって受けるものである。

図 10 居住地別乳幼児死亡率

1,000人当たりの死亡率



注：調査前10年間の死亡に基づく。

出典：Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

表 37は、母子の様々な条件別の乳幼児死亡率を示す。年齢別死亡率に関しては子供の性別が影響していることが分かる。新生児死亡率は、女兒よりも男児の方が30%も高いが、零歳児期には子供の性別による影響はほとんど見られない。幼児死亡率について男児よりも女兒の方が66%も高いのは、女兒よりも男児を優先する慣習のために、男女の差異があるのだと推定される。

表 37 背景別乳幼児死亡率
(1990-91年度)

(出生1000対)

| | 新生児 死亡率 | 零歳児 死亡率 | 乳児 死亡率 | 5歳未満 の死亡率 |
|----------------------|------------|------------|-----------|--------------|
| 乳幼児の性別 | | | | |
| 男性 | 60.1 | 42.0 | 102.1 | 121.9 |
| 女性 | 46.1 | 39.3 | 85.5 | 118.9 |
| 出産時の母親の年齢 | | | | |
| 20歳未満 | 70.1 | 51.2 | 121.3 | 144.8 |
| 20-29歳 | 50.9 | 40.0 | 90.8 | 116.7 |
| 30-39歳 | 48.5 | 35.4 | 83.9 | 113.0 |
| 40-49歳 | 56.1 | 50.4 | 106.5 | 130.7 |
| 出産回数 | | | | |
| 1回 | 60.9 | 37.7 | 98.5 | 110.2 |
| 2-3回 | 45.0 | 38.6 | 83.6 | 113.0 |
| 4-6回 | 51.9 | 43.0 | 94.8 | 125.2 |
| 7回以上 | 63.4 | 43.5 | 106.9 | 135.7 |
| 前回出産時との間隔 | | | | |
| 2年未満 | 74.1 | 58.8 | 132.9 | 170.1 |
| 2-3年 | 38.9 | 26.3 | 65.2 | 89.0 |
| 4年以上 | 13.5 | 16.3 | 29.7 | 44.3 |
| 出生児の大きさ ¹ | | | | |
| 非常に小さい | 90.6 | 40.7 | 131.3 | 157.8 |
| 小さい | 41.9 | 58.0 | 99.9 | 120.5 |
| 平均または大きい | 40.3 | 31.5 | 71.8 | 97.4 |

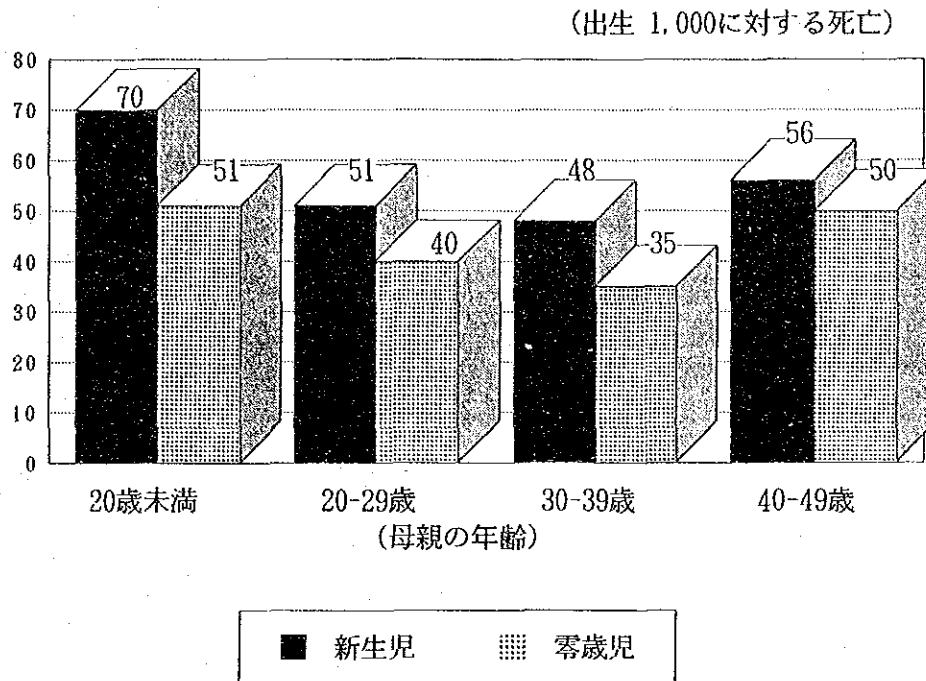
注：インタビューした月は分析から除外。

¹このレートは、調査前5年間のものである。

出典：Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

5歳未満の死亡率に関する出産時の母親の年齢による差異は、母親の年齢が若いほど子供たちの死亡率は高く、母親の年齢が20～39歳の時点で低くなり、40歳以上になると再び上昇している（図 11参照）。ただしこのパターンは、生後1年間の死亡率に限って確認されている。これと同じU型のパターンは、新生児期にかぎって、出生順と死亡率のあいだにも見られる。生後1ヵ月を過ぎると、第1子の死亡率は非常に低くなり、出生順による差は見られなくなる。

図 11 初産児の母親の年齢別乳児死亡率



出典 : Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

出産の間隔は、パキスタンの子供たちの生存率に大きく影響している。5歳未満の死亡率を見ると、前子の出産以後2年未満で生まれた子供たちの死亡率は4年以上の間隔で生まれた子供よりも4倍以上も高い。出産間隔の効果はどの年齢層の死亡率にも明らかであり出産間隔の期間は、生後5年間を通じて生存率に大きく影響している。このことは、単に乳児初期の死亡率に影響すると考えられる母親の疲労や妊娠の結果に關与しているのではなく、母乳などの栄養や育児の供与、保健サービスの利用なども關連していると思われる。

出産時の子供の身体の大きさも、新生児の生存率に密接に關連している。母親の觀察で「非常に小さい」とされた子供たちは、「小さい、ふつう、大きい」とされた子供たちに比べて、生後4週間に死亡する確率が2.2倍も高い。新生児期を過ぎると、この關連は弱くなるが、「ふつう/大きい」とされた子供たちは零歳時期についても高い生存率を示し続ける。

(2) 幼児期初期の死因

表 38は、調査前5年間の子供たちの死因と死亡時の子供の年齢別の割合を示したものである。

表 38 幼児期初期の死因別死亡割合 (%)

| 死因 | 死亡時の年齢 | | | 合計 |
|-----|--------|--------|---------|------|
| | 1ヵ月 | 1-11ヵ月 | 12-59ヵ月 | |
| 下痢症 | 5.5 | 28.3 | 26.6 | 16.9 |
| 嘔吐 | 4.7 | 10.6 | 15.0 | 8.4 |
| 肺炎 | 3.7 | 7.5 | 3.1 | 5.0 |
| 咳 | 3.7 | 10.0 | 10.8 | 7.0 |
| 熱病 | 15.9 | 37.6 | 39.0 | 27.2 |
| 痙攣 | 7.7 | 5.7 | 8.2 | 7.0 |
| 麻疹 | 2.0 | 3.2 | 11.1 | 3.8 |
| その他 | 67.4 | 32.0 | 30.1 | 49.0 |

注 : -- 0.05%未満

出典 : Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

PDHSによる幼児期の死因に関する暫定的な結論は、次の通りである。第一に5歳未満の死因の4分の1以上(27%)が熱病と関連しており、約17%が下痢症と関係がある。また、咳、嘔吐、痙攣、肺炎、麻疹は、それぞれ死因の4~8%の間だと報告されている。ただし、麻疹については、新生児期の死因として少数の報告例があるものの、実際にはしかであったとは思われない。痙攣との報告があった死亡例については、新生児期の破傷風ではないかと推測され、また新生児期を過ぎてからは、髄膜炎や肺炎、その他の急性感染症による高熱や低酸素症を含む様々な状態が示されることが多い。

年齢別・地域別による乳児死亡の割合の分布を表 39、および図 12に示す。

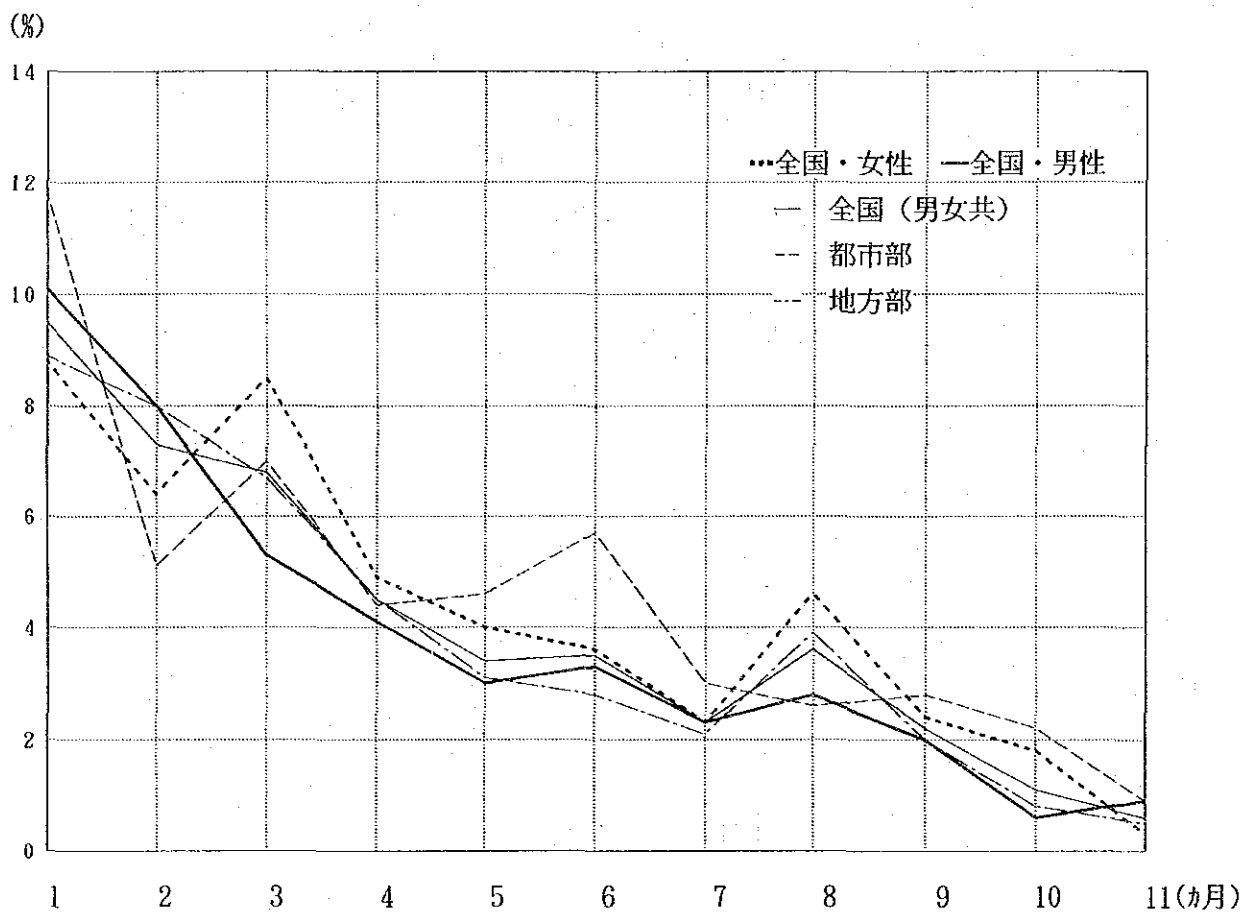
表 39 パキスタンの年齢別・地域別による乳児死亡の割合の分布 (%)

| 乳児の年齢 | 全 国 | | | 都市部 | 地方部 |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 女性 | 男性 | 合 計 | 合 計 | 合 計 |
| 1988 | | | | | |
| 合 計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| 1日未満 | - | 0.1 | 0.1 | 0.3 | - |
| 1-6日 | 33.2 | 34.7 | 34.0 | 32.1 | 34.3 |
| 7-27日 | 19.2 | 22.8 | 21.1 | 16.6 | 22.5 |
| 28-29日 | - | - | - | - | - |
| 1ヶ月 | 8.8 | 10.1 | 9.5 | 11.8 | 8.9 |
| 2ヶ月 | 6.4 | 8.0 | 7.3 | 5.1 | 8.0 |
| 3ヶ月 | 8.5 | 5.3 | 6.8 | 7.0 | 6.7 |
| 4ヶ月 | 4.9 | 4.1 | 4.5 | 4.4 | 4.5 |
| 5ヶ月 | 4.0 | 3.0 | 3.4 | 4.6 | 3.1 |
| 6ヶ月 | 3.6 | 3.3 | 3.5 | 5.7 | 2.8 |
| 7ヶ月 | 2.3 | 2.3 | 2.3 | 3.0 | 2.1 |
| 8ヶ月 | 4.6 | 2.8 | 3.6 | 2.6 | 3.9 |
| 9ヶ月 | 2.4 | 2.0 | 2.2 | 2.8 | 2.0 |
| 10ヶ月 | 1.8 | 0.6 | 1.1 | 2.2 | 0.8 |
| 11ヶ月 | 0.3 | 0.9 | 0.6 | 0.9 | 0.5 |

出典 : Pakistan Demographic Survey, FBS
 Women and Men in Pakistan (A Statistical Profile) 1992

パキスタンの全死亡のうち1/3強(36%)は乳児期に発生し、更に、全乳児死亡の1/3は出生後1週間以内に発生、死亡の22%は2~4週目に発生する。つまり、乳児死亡の半分以上は出生後4週間以内に発生する新生児死亡による。

図 12 地域別・年齢別乳児死亡率の割合



出典: Pakistan Demographic Survey, FBS
 Women and Men in Pakistan (A statistical Profile) 1992

2.6 避妊関連統計

(1) 避妊知識

家族計画プログラム開始後4年目であった1968-69 NIC (National Impact Survey) 時のインタビューでは、結婚している女性回答者の97%が避妊の知識を持っていたのに対して、1984-85 Contraceptive Prevalence Survey では62%、PDHSでは78%と減少している。

全体的な避妊知識の変動理由については明らかではないが、1970年代後半からの政変によって避妊を良しとしない社会的、政治的状況が生まれ知識の普及や家族計画プログラムが縮小されたことによって、回答者の避妊知識の報告を制限したことは考えられる(表 40参照)。

表 40 避妊知識

| 避妊方法 | 1968-69NIS | 1984-85 PCPS | 1990-91 PDHS |
|---------------------|------------|--------------|--------------|
| 何らかの方法を知っている | 97.0 | 61.5 | 77.9 |
| ピル | 37.7 | 54.1 | 62.2 |
| IUD | 72.1 | 43.4 | 51.5 |
| 注射 | U | 46.7 | 62.2 |
| Vaginal method | 38.8 | 16.2 | 12.7 |
| コンドーム | 42.3 | 28.9 | 35.3 |
| 男性の不妊手術 | 47.9 | 50.6 | 69.7 |
| 女性の不妊手術 | 36.7 | 18.8 | 20.2 |
| Periodic abstinence | 13.7 | 5.8 | 17.8 |
| withdrawal | 16.5 | 9.0 | 14.3 |

U = 不明、情報なし

出典: Population Welfare Division (1986)

Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

(2) 避妊の利用度

現在、女性の12%は今までに何らかの避妊を行ったことがある。そのうち、3/4は近代的な避妊を、1/4は伝統的な方法を行っている。最も利用されている近代的な方法は、女性の不妊手術、コンドーム、IUDの順となっており(表 41参照)、伝統的な方法ではperiodic abstinence、withdrawalが最も一般的な方法である。現在何らかの避妊を行っている女性は年齢によって15-19歳の女性の3%未満から35-39歳の20%まで様々である。

家庭をもったばかりの女性は、避妊の利用が少なめであり、35-39 歳では約1/5 が何らかの方法で避妊を行っているという回答している。

表 41 現在の避妊の利用率

| 避妊方法 | 女性の年齢 | | | | | | | 合 計 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 15-19 | 20-24 | 25-29 | 30-34 | 35-39 | 40-44 | 45-49 | |
| 何らかの避妊 を行っている | 2.6 | 6.3 | 9.6 | 13.4 | 20.4 | 15.8 | 11.8 | 11.8 |
| 近代的な方法 | 1.9 | 3.8 | 7.4 | 9.6 | 15.8 | 12.8 | 10.3 | 9.0 |
| ピル | 0.2 | 0.8 | 0.8 | 0.7 | 0.9 | 0.8 | -- | 0.7 |
| IUD | 0.4 | 0.7 | 1.8 | 1.9 | 1.4 | 1.1 | 0.4 | 1.3 |
| 注射 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.6 | 1.6 | 1.1 | 1.1 | 0.8 |
| Vaginal method | -- | -- | -- | -- | 0.1 | -- | -- | -- |
| コンドーム | 0.8 | 1.5 | 3.6 | 3.6 | 3.8 | 1.8 | 1.9 | 2.7 |
| 女性の不妊手術 | -- | 0.5 | 0.9 | 2.7 | 7.9 | 8.0 | 6.8 | 3.5 |
| 男性の不妊手術 | -- | -- | -- | 0.1 | 0.2 | -- | -- | -- |
| 伝統的な方法 | 0.7 | 2.5 | 2.3 | 3.8 | 4.5 | 3.0 | 1.5 | 2.8 |
| Periodic Abstinence | 0.5 | 0.7 | 1.0 | 1.6 | 2.6 | 1.7 | 0.4 | 1.3 |
| Withdrawal | 0.1 | 1.1 | 1.0 | 1.9 | 1.8 | 1.3 | 0.3 | 1.2 |
| その他 | -- | 0.6 | 0.3 | 0.3 | 0.2 | -- | 0.8 | 0.3 |
| 現在利用していない | 97.4 | 93.7 | 90.4 | 86.6 | 79.6 | 84.2 | 88.2 | 88.2 |
| 合 計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

-- 0.05 %未満

出典: Pakistan Demographic and Health Survey 1990/1991

近代的避妊方法を行っている女性は、都市部の19%に比べて地方部では5%と約1/4以下であり、また都市部と地方部の差異は各方法においても表れている（表 42 参照）。州別では、バロチスタンの女性の利用率が最も低く（近代的避妊法はわずか2%）、バロチスタン女性間の避妊に関する知識の低率と一致している。その反対に、パンジャブ州の女性の10%は近代的避妊法を利用している。

地方部、都市部両方において1984-85 PCPS(Pakistan Contraceptive Prevalence Survey)以来避妊法の利用は現在増加しており、都市部では16%、地方部では5%となっているものの、依然として避妊を利用していない女性は、都市部では74%、地方部においては94%と高率である。

表 42 背景別・避妊方法別の利用率

| | 居住地 | | 州 | | | |
|------------------------|-------|-------|--------|-------|-------|---------|
| | 都市部 | 地方部 | パンジャブ州 | シンド州 | NWFP | バロチスタン州 |
| 何らかの方法 を行っている | 25.7 | 5.8 | 13.0 | 12.4 | 8.6 | 2.0 |
| 近代的避妊法 | 18.7 | 4.8 | 9.8 | 9.1 | 7.6 | 1.7 |
| ピル | 1.4 | 0.4 | 0.6 | 0.7 | 1.3 | 0.7 |
| IUD | 2.0 | 0.9 | 1.5 | 0.9 | 1.1 | 0.5 |
| 注射 | 1.2 | 0.6 | 0.8 | 0.4 | 1.1 | 0.1 |
| Vaginal method | -- | -- | -- | -- | 0.1 | -- |
| コンドーム | 6.7 | 1.0 | 3.0 | 3.4 | 0.8 | 0.2 |
| 女性不妊手術 | 7.3 | 1.9 | 3.8 | 3.5 | 3.2 | 0.3 |
| 男性不妊手術 | 0.1 | -- | 0.1 | -- | -- | -- |
| 伝統的避妊法 | 7.1 | 1.0 | 3.2 | 3.4 | 1.0 | 0.3 |
| Periodic abstinence | 3.4 | 0.4 | 1.4 | 1.7 | 0.6 | 0.2 |
| Withdrawal | 3.0 | 0.4 | 1.5 | 1.3 | 0.3 | 0.1 |
| その他 | 0.6 | 0.2 | 0.3 | 0.4 | 0.1 | -- |
| 現在利用していない | 74.3 | 94.2 | 87.0 | 87.6 | 91.4 | 98.0 |
| 合計 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

3. 人口政策

パキスタンは、途上国の中でも最も早い時期の1950年代の初めから人口家族計画に取り組んできた。当初は、計画開発省(Ministry of Planning and Development)にあった人口部門(Population Division)が1990年に分離し、人口福祉省(Ministry of Population Welfare)となって現在に至っている。急速な人口増加の抑制はこれまでの5ヵ年計画(1955-60年度~1988-93年度)の中でも重要課題とされ、小家族制の促進、近代的家族計画の利用促進などの様々な政策やアプローチがとられてきた。しかし、これらの政策は、一貫した政策の欠如、他のセクターの家族計画への関与の欠如、情報伝達面の制約等から、家族計画サービスの提供や避妊の広範囲な利用に対する需要を効果的に生み出すことが出来なかった。家族計画サービスの供給施設は地方部よりも都市部に集中していることも事実である。過去30年間にわたる様々なプログラムの実施にも関わらず、避妊の普及率は約12%と極めて低く、出生率も依然高水準にある。

また、社会文化的制約、つまり高い非識字率及び低い学校教育(特に女性)、貧困、高い乳幼児死亡率、高い妊産婦死亡率、男子偏重、保健医療施設の不足、社会における低い女性の地位、等も高出生率の要因となっている。

しかしながら、1991年7月11日の全国人口会議の開会演説の中で、ナワズ・シャリフ首相は、人口抑制に対する政治的な取組への意欲を表明、あらゆる国及び州の省庁に指示をして、人口福祉プログラムへの積極的かつ統合的な取組への支援を求めた。また、1993年1月に同じイスラム教国であるインドネシアでの家族計画の成功を視察するため、ハイレベルのミッションを派遣するなど家族計画に対する本格的な取組みがうかがえる。

3.1 人口政策の推移と動向

3.1.1 人口政策の推移

パキスタンの人口政策は1953年にボランティア団体としてパキスタン人口家族計画協会(FPAP: Family Planning Association of Pakistan)が設立されて本格的に家族計画が開始された。以下に1953年以降の政策の移り変わりを示す。

- 1953 パキスタン人口家族計画協会（FPAP）が設立され、大都市を対象に家族計画が開始された。
- 1954 高い人口増加率に対する政府の強い関心が表明され、第1次5ヵ年計画（1955-60）に50万ルピーの予算を計上した。
- 1960-1965 保健セクターを通じて家族計画活動が開始された。
- 1965-1970 家族計画カウンシルの指導の下、保健省と州政府保健局において家族計画プログラムが1965年に開始された。このプログラムの下で、アウトリーチ活動を推進するために伝統的助産婦(Dais)がパートタイムで採用されたり、避妊具の販売代理店が指名された。マスメディアや印刷物によるIEC活動に重点が置かれた。その後、現場における戦略が見直され、パイロットプログラムとしてCMS（Continuous Motivation System）が導入された。
- 1973-1974 CMSが全国的に導入され、パートタイムの助産婦に代わり、フルタイムの男女から成る啓蒙推進チームが構成された。
- 1974-1976 供給が需要を生むという前提のもとに、大量の避妊具を供給する活動が重視された。
- 1977-1980 軍事政権の下で、1977年に家族計画カウンシルと委員会が廃止され、保健省内部に人口福祉局が設置された。地方レベルの人口福祉プログラムは連邦政府の管轄となり、国の政治的混乱の中でプログラム活動はすべて中断された。
- 1981 CMSが廃止され、男女から成るチームは解散した。その結果、家族計画に係る職員は16,000人から8,500人に縮小された。
人口福祉局は保健省から計画開発省に移管された。
- 1978-1983 家族計画プログラムは36のプロジェクトに細分化され、それぞれ別個に政府の承認を必要とし、資金計画、実施計画が立てられた。
- 1981-1984 プログラムはより幅広く、他の開発セクターとリンクされ、マルチセクターの戦略に移行していった。
- 1983-1988 州政府に人口福祉局が設置され、再びプログラムの実施が地方に移管され、サービス供給窓口、現場監督、プログラムのモニタリング、地方部のIEC活動が行われた。連邦政府は政策の策定、計画の立案、目標設

定、トレーニング、資材の調達、海外援助機関からの資金調達などを行い、NGOに資金提供をすることになった。

- 1984 各NGOとの調整と資金配分を円滑に行うため、NGOCC (Non Governmental Organization Coordinating Council) が設置された。
- 1985 国家経済評議会執行委員会 (ECNEC: Executive Committee of National Economic Council) の決定により、すべての保健医療施設で家族計画サービスを提供することになった。スタッフのトレーニングや避妊具の供給は人口福祉局が責任を持つことになった。
- 1986 安価な避妊具を民間の小売店を通じて販売するソーシャル・マーケティング (SMC: Social Marketing of Contraceptives) プログラムが導入された。
- 1990 人口福祉局が計画開発省から独立して、人口福祉省となった。
- 1991 ナワズ・シャリフ首相が家族計画推進の全面的な支持を表明した。

各次の5ヵ年計画における出生率の達成目標値は、非常に低い率に設定され、現実的とは言えないものであり、事実これまで達成されたことがない。したがって、各次の5ヵ年計画の初年度の出生率とその前の5ヵ年計画の最終年度の出生率の目標値を比較すると、前の5ヵ年計画の目標の方が次の5ヵ年計画の目標値より低くなっている。

表 43 年次別5ヵ年計画の目標値

| 年次 (国家計画) | 出生率 (出生1,000) | 人口 増加率(%) | 避妊普及率 (%) |
|------------------|------------------|--------------|--------------|
| 1965 - 1970(第3次) | 41 | 3.6 | 6.5 |
| 1972 - 1977 - | 44 | 3.1 | 9.2 |
| 1978 - 1983(第5次) | 40 | 2.9 | 9.5 |
| 1983 - 1988(第6次) | 36 | 2.6 | 18.6 |
| 1988 - 1993(第7次) | 38 | 3.0 | 23.4 |

出典 各次5ヵ年計画

3.1.2 第7次5ヵ年計画のプログラム (1988/89 ~1992/93)

第7次計画の政策はこれまでと同様、人口増加率の減少に重点が置かれた。このため、サービス供給の拡大、マルチセクターへのアプローチの継続、動機付のキャンペーンを行うこととし、手術、IUD、注射等のより効果的な避妊方法に重点を移すこととした。現場での監督、効果的なIECプログラムにも力を入れた。

村のなかで伝統的介護者(TBA)は夫婦を啓蒙したり、ノンクリニカルの避妊法を教えたり、IUD挿入や避妊手術のリファーマをするのに重要な役割を果たすと考えられた。また、開業医を家族計画サービスに組み込み、プログラムのサービス・ネットワークを改善することも重要であると考えられた。

7次計画では避妊認知度を上げて1987-1988の11.0%から23.5%に目標設定した。この目標は少なくとも総人口の三分の一の人口に対してサービスを提供することを前提としていた。しかし、資金不足とスタッフの採用難、1990年までの政治的支持がなかったため、サービスは制約を受けた。

現在パキスタンが直面している問題点は次の通りである。

(1) 政府のコミットメントの欠如

1990年まで政府等のハイレベルの政治的支援がなかったため、家族計画のプログラムは余り重要視されず、期待される成果は得られなかった。また、プログラムの実施に必要なセクター間の連携が制限を受けていた。しかし、これは現在、変わりつつある。

(2) 不十分なカバレッジ

これまでの努力にもかかわらず、家族計画サービスを楽しむのは総人口の20-25%に満たない状況である。特に地方部では低く、5%である。たとえば、FWCでのサービスを受けるために、パンジャブ州では平均9km以上、バロチスタン州では47km以上も歩かなければならず、人口の増加に比べてサービス提供施設の整備が遅れている。

(3) コミュニケーション上の制約

1965~70年に行われた家族計画活動で採用され流布された“Fewer Children; Happy Family”と“Two Children, Happy Family”のスローガンと、1974年の世界人口年に実施されたキャンペーン以外には、国家レベルで小家族を推奨する標語やキャンペーン

はほとんどなかった。これは、マス・コミュニケーションを通じた家族計画の普及や需要の喚起に制約が課されているためと考えられる。

3.1.3 第8次5ヵ年計画(1993/94~1998/98)

前述のように、パキスタンのナワズ・シャリフ首相は1991年7月11日の全国人口会議の開催にあたって、演説し、「人口福祉は、パキスタンの社会経済的発展ならびに国民のために最も重要なものである。パキスタンの人口の大幅な増加がもたらす深刻な結果について、国民と共に考え、この問題を解決する道を見つけることは、我々全国民の責務であり、この問題を無視することは、我々自身ばかりではなく、未来の世代に対しても由々しき問題なのである……そのため、社会経済的発展の途上で、我々が人口福祉のポリシーに従っていくことと、人口増加率を90年代内に3.1%から2.5%までに引き下げる」と声明を発表し、連邦政府および州政府の省庁、部局に対して、人口福祉プログラムの実施のために積極的な統合的アプローチを行うために、全面的な支援を与えるよう指示した。これに基づき、連邦レベルでも州レベルでも省庁間の委員会が設立され、プログラムの進捗状況の見直しと監視が行なわれている。

人口福祉評議会は、連邦レベル、州レベルおよび県レベルの委員会で再び活動を開始している。連邦人口福祉評議会は首相が、州の評議会は主席代表(チーフ・ミニスター)が、県委員会は県評議会議長が議長を務める。

政府によるこのプログラム強化の努力の現れは、ほぼすべての他省の予算削減が行なわれた中で、1991-92年度には人口福祉省の要請どおりの7億201万5千ルピーの予算が与えられ、1992-93年度の年間開発計画(ADP: Annual Development Plan)は8億2,890万ルピーに増強されたことなどの事実からも分かる。

人口増加問題についての閣議によって、プログラム強化を狙った決定が行なわれた。特に重要な決定について、以下に示す:

- 1) すべての地方保健窓口に女性の準医療担当者か女医を配置して、地方における家族計画の普及率を5%から25%に引き上げること。
- 2) 県(District)およびTehsilレベルでの女医に対する避妊手術の訓練と、小型携帯キットなどの器具の支給。

- 3) 定期的な避妊手術センターとMSUを増強し、保健サービスや家族計画サービスが供給されていない村落をカバーすること。
- 4) 全国および地方人口福祉評議会を再活性化することで、政治的支援を目にみえるものにし、維持していくこと。
- 5) すべての州に十分に機能できる独立した人口福祉担当局を設けることで、プログラムの機能の有効性を高めること。
- 6) 行政管区およびTehsilを横に結ぶ組織を作り、実施レベルでのプログラムの監督および監視を強化すること。

(1) 第8次計画の目的

第8次計画の目的は以下のとおりである。

- ① 避妊実施率を、1992-1993年度の14.0%から、第8次計画終了年度である1997-1998年度末には24.4%に引き上げる。
- ② 合計特殊出生率(TFR)のレベルを5.97から5.40に引き下げる。
- ③ 粗出生率(CBR)のレベルを39.00から35.00まで引き下げる。
- ④ 計画期間中に予想される466万1千件の出生を抑制する。
- ⑤ 人口増加率を1997-1998年度までに2.6%まで引き下げ、西暦2000年までに年間人口増加率を2.5%にするという目標を達成する。

(2) 全国目標

合計特殊出生率(TFR)および粗出生率(CBR)、粗死亡率(CDR)、人口増加率(PGR)、避妊普及率(CPR)、避妊実施者数について、1992-1993年度の基準年と、第8次5ヵ年計画期間の1993年から1998年までの各年度の目標は、表44～表46の通りである。計画では、1997-98年度までに避妊実行者の数が約2倍になると見込んでおり、また、実行者に占める避妊手術実施者の割合が1992-93年の17.2%から12ポイント増加するとしている。また、FWCやMSUなどの施設の増設により家族計画サービス提供窓口を拡大する計画となっている。しかし、避妊手術の大幅な増加に依存した避妊実行率の増加予測がどの程度具体的なサービスの拡充と需要の増大に裏付けられているかには疑問が残る。

表 44 第 8 次 5 ヶ年計画の人口指標および避妊普及率 (推定)

| 年次 | 人口 | 15-49 歳の 女性 (千人) | TFR | CBR | CDR | PGR | CPR | 利用者 (千人) |
|---------|-------|---------------------|------|-------|-------|------|-------|-------------|
| 1992-93 | 120.9 | 19363 | 5.97 | 39.00 | 10.00 | 2.90 | 14.00 | 2711 |
| 1993-94 | 124.0 | 19895 | 5.90 | 38.29 | 9.90 | 2.84 | 15.50 | 3084 |
| 1994-95 | 128.0 | 20458 | 5.80 | 37.50 | 9.67 | 2.78 | 17.35 | 3549 |
| 1995-96 | 131.6 | 21053 | 5.75 | 36.70 | 9.43 | 2.73 | 19.45 | 4095 |
| 1996-97 | 135.2 | 21688 | 5.65 | 35.90 | 9.20 | 2.67 | 21.75 | 4717 |
| 1997-98 | 138.7 | 22361 | 5.40 | 35.00 | 9.00 | 2.60 | 24.42 | 5461 |

出典: Planning Commission

表 45 第 8 次 5 ヶ年計画の近代的避妊方法別の推定利用者の分布 (%)

| 年次 | コンドーム | ピル | IUD | 避妊 注射 | 避妊 手術 | フォーム | 合計 |
|---------|-------|-----|------|----------|----------|------|-----|
| 1992-93 | 30.0 | 8.0 | 34.4 | 9.4 | 17.2 | 1.0 | 100 |
| 1993-94 | 27.5 | 7.5 | 33.0 | 10.0 | 21.0 | 1.0 | 100 |
| 1994-95 | 24.5 | 8.5 | 31.5 | 12.0 | 22.5 | 1.0 | 100 |
| 1995-96 | 22.0 | 9.0 | 29.0 | 13.0 | 26.0 | 1.0 | 100 |
| 1996-97 | 19.5 | 8.5 | 28.2 | 14.5 | 28.3 | 1.0 | 100 |
| 1997-98 | 18.0 | 9.0 | 27.0 | 16.0 | 29.0 | 1.0 | 100 |

出典: Planning Commission

表 46 第 8 次 5 ヶ年計画の近代的避妊方法別の推定利用者数 (千人)

| 年次 | コンドーム | ピル | IUD | 避妊 注射 | 避妊 手術 | フォーム | 合計 |
|---------|-------|-----|------|----------|----------|------|------|
| 1992-93 | 813 | 217 | 933 | 255 | 466 | 27 | 2711 |
| 1993-94 | 848 | 231 | 1018 | 308 | 648 | 31 | 3084 |
| 1994-95 | 870 | 302 | 1118 | 426 | 799 | 35 | 3549 |
| 1995-96 | 901 | 369 | 1187 | 532 | 1065 | 41 | 4095 |
| 1996-97 | 920 | 401 | 1330 | 684 | 1335 | 47 | 4717 |
| 1997-98 | 983 | 491 | 1474 | 874 | 1584 | 55 | 5461 |

出典: Planning Commission

また、第 8 次計画における年度別サービス提供窓口の設置の具体的目標を表 47 に示す。

表47 サービス提供窓口の目標設置数 (1993-98)

(累積数)

| サービス提供窓口 | 1992-93 (Bench Mark) | 1993-94 | 1994-95 | 1995-96 | 1996-97 | 1997-98 |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| A. PROGRAMME OUTLETS: | | | | | | |
| i) Family Welfare Centres | 1290 | 1290 | 1340 | 1420 | 1500 | 1500 |
| ii) Reproductive Health Service 'A' Centres | 79 | 80 | 91 | 101 | 101 | 101 |
| iii) Mobile Service Units | 130 | 130 | 185 | 251 | 251 | 251 |
| Sub-Total (a): | 1499 | 1500 | 1616 | 1772 | 1852 | 1852 |
| B. LINE DEPARTMENT, OUTLETS: | | | | | | |
| i) Health Departments | 2824 | 5440 | 6023 | 6324 | 6649 | 7000 |
| ii) Other Line Departments | 160 | 168 | 195 | 226 | 262 | 300 |
| iii) Target Group Institutions | 174 | 229 | 284 | 339 | 394 | 450 |
| iv) Traditional Birth Attendants | 5000 | 7000 | 7000 | 7000 | 7000 | 7000 |
| v) Registered Medical Practitioners | 2500 | 6500 | 11100 | 15950 | 22500 | 22500 |
| vi) Hakeems | 2500 | 5150 | 7400 | 10050 | 12750 | 14800 |
| vii) Homoeopaths | 1500 | 2250 | 3020 | 3780 | 4550 | 4900 |
| Sub-Total (b): | 14658 | 26737 | 35022 | 43669 | 54105 | 56950 |
| C. NON-GOVERNMENT ORGANIZATIONS: | | | | | | |
| Sub-Total (c): | 494 | 508 | 578 | 678 | 788 | 1000 |
| Total (a+b+c): | 16651 | 28745 | 37216 | 46119 | 56745 | 59802 |
| D. COMMUNITY BASED SERVICES: | | | | | | |
| Family Planning Workers | 1646 | 3000 | 5000 | 10000 | 12000 | 12000 |
| E. SOCIAL MARKETING OF CONTRA-CEPTIVES (SALE POINTS) | | | | | | |
| | 67000 | 67000 | 70000 | 70000 | 75000 | 80000 |
| F. SPECIAL AREAS PROGRAMME (AJK, NA & FATA) | | | | | | |
| i) Family Welfare Centres | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| ii) Reproductive Health Service | - | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 |
| iii) Health Outlets | - | 214 | 321 | 401 | 478 | 526 |
| iv) Traditional Birth Attendants | - | 30 | 70 | 100 | 130 | 160 |
| v) Hakeems | - | 150 | 200 | 200 | 200 | 200 |
| vi) Homoeopaths | - | 20 | 40 | 50 | 80 | 100 |

出典 Foreign Assistance Requirements, 1992, Planning Commission

(3) 戦略

現在、人口の僅か20～25%にしか家族計画サービスの供給が行きわたっておらず、特に地方部ではわずか5%しかカバーされていない。第8次計画では、地方部で5%から70%、都市部で54%から100%へ広げて、全国で80%の人々をカバーすることになっている。これは村レベルのワーカーの採用、民間セクターの活用、NGOの支援の拡大などにより、達成する。

1) 都市部の戦略

都市部のFWCを現在の690から900へ増やす。カティアバディスなどのスラムや低所得層が集中している地域に新しい施設を増設する。活動実績の低いFWCは需要のある地域に再配置し直す。

RHSC Aタイプセンターは79から101へ増やし、すべての県の中心と選ばれた郡をカバーする。パキスタン航空、鉄道などの経営する保健医療機関における家族計画サービス窓口(TGI: Target Group Institute)の数を174から450に増やし、家族計画サービスを提供する。

2) 地方部の戦略

現在、地方部には45000の村に8500万人の人口がいるが、このうち、人口2000人以上の13060の村(地方部の人口の70%をカバー)を対象に以下の施策を行う。

- ①現存の600のFWCの効率を計るため、必要に応じて、再配置を行う。
- ②保健省傘下のBHU, RHC, MCHCを効果的に利用し、カバレッジをあげる。
- ③現在、Tehsilに配置されている130のMSUを251に増やし、遠隔地へのサービスを向上させる。
- ④現在のTBAの数を5000から7000に増やし、ノンクリニカルの避妊方法を訓練し、クリニカルや手術の必要なケースについてのレファレルの手続きを訓練する。また、このTBAはMSUや保健医療の窓口でのサポートを行う。
- ⑤地方部には革新的な戦略を採用し、人口2000人以上の村にVFPW(Village Family Planning Workers)を配置する。

また、12000の現在家族計画サービスを享受していない村については契約ベースで女性のFPWを採用する。その村に住んでいる25才から50才までの結婚している女性で、

できれば子供のいる女性を採用する。そして家族計画の啓蒙の方法、家族計画のカウンセリング、避妊知識などについて4カ月のトレーニングを行う。彼女たちは定期的に各家庭を訪問し、啓蒙、カウンセリング等を行い、クリニカルなケースや避妊手術の必要のある時にRHSCやFWCへの紹介をする。

この契約では一律月1000ルピーの委託料と月200ルピー相当の薬品や備品を提供することになっている。

民間セクターの開業医はまだ、家族計画サービスに十分には含まれていないが、民間機関を通じてすべての開業医に対してもトレーニング、啓蒙活動のための教材、避妊具（IUD等）を支給する。

NGOに対しても資金を提供し、NGOCCもそのバックアップとガイダンスを強化する。

3) IEC

計画開発大臣を委員長とし、情報・放送省、教育省、保健省、人口福祉省をメンバーとする人口福祉に関する閣僚間の委員会を設置し、コミュニケーション・キャンペーンを実施する。都市部と地方部では異なったIEC戦略を採用し、テレビ、ラジオ、新聞等を通じて行う。

4) トレーニング

第8次計画の期間中にトレーニングを強化し、サービス供給の質の改善と訓練された要員を増やす。訓練は大きくは二つに分かれる。すなわち、12のRTIで行う医者やパラメディカルスタッフを対象としたクリニカルトレーニングと3つのPWTIで行うプログラムの管理と啓蒙方法のノンクリニカルトレーニングである。郡の188のトレーニングセンターで12000人のVFWW(Village Family Welfare Worker)のトレーニングがRTIの監督のもと行われることになっている。

3.1.4 予算

人口動態の目標の達成を目指して、第8次5カ年計画のために91億ルピーが割当てられている。これは第7次計画の予算の約3倍である。91億ルピーのうち、32億ルピーは連邦政府レベルで、59億ドルは州政府レベルで使われる。連邦レベルの予算には、最終的には州政府に委ねられる避妊具調達の14億7千万ルピーも含まれており、その金額について外国援助を期待している。連邦と州のプログラム別予算を表48に示す。

表 48 第 8 次 5 年計画の人口福祉プログラム予算
(1993-98)

(百万ルピー)

| プログラム | 合計予算額 | 外国援助要請額 |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|
| A. Federal Programme | | |
| 1. Federal Administrative Organization | 260.90 | 2.00 |
| 2. Population Welfare Services Islamabad District | 60.38 | 32.10 |
| 3. Non-Governmental Organizations | 313.70 | 250.00 |
| 4. Target Group Institutions | 10.00 | 0.00 |
| 5. MCH Population Welfare Service in AJK | 23.00 | 0.00 |
| 6. MCH Population Welfare Service in Northern Area | 18.00 | 0.00 |
| 7. Contraceptive Surgery Fee | 17.50 | 17.50 |
| 8. Communication Strategy | 415.00 | 415.00 |
| 9. Population Education | 28.00 | 28.00 |
| 10. Non-clinical Training through PWTIs | 94.69 | 77.50 |
| 11. Clinical Training through RTIs | 184.21 | 155.20 |
| 12. NRIFC | 49.00 | 33.00 |
| 13. NRIRP | 20.00 | 0.00 |
| 14. NIPS | 106.00 | 76.00 |
| 15. Monitoring and Research Studies | 26.47 | 26.47 |
| 16. Contraceptive Requirement | 1471.17 | 1471.17 |
| 17. Social Marketing of Contraceptives | 15.00 | 15.00 |
| 18. Construction of Federal Offices including RTIs | 100.00 | 90.00 |
| 19. Transport | 33.00 | 33.00 |
| Sub-total | 3246.02 | 2721.94 |
| B. Provincial Programme | | |
| 1. Provincial, Divisional, District and Tehsill Set up | 1360.00 | 30.00 |
| 2. Reproductive Health Services | 357.00 | 233.80 |
| 3. Contraceptive Surgery Fee | 524.00 | 524.00 |
| 4. Family Welfare Centres | 1572.42 | 367.00 |
| 5. Mobile Service Units | 431.45 | 400.00 |
| 6. Involvement of Health Outlets and PLDs in Population Welfare Programme | 72.02 | 72.00 |
| 7. Involvement of TBAs in Population Welfare Programme | 92.90 | 0.00 |
| 8. Family Planning Workers | 883.55 | 860.00 |
| 9. Involvement of RMPs, Hakeems & Homoeopaths in Population Welfare Programme | 29.82 | 25.00 |
| 10. Communication | 222.32 | 210.00 |
| 11. Construction of Provincial Offices + RHS Centres | 123.00 | 113.00 |
| 12. Transport | 165.50 | 165.50 |
| 13. Innovatives | 20.00 | 20.00 |
| Sub-total | 5853.98 | 3020.30 |
| Grand Total | 9100.00 | 5742.24 |
| Percentages | 100.00 | 63.10 |

出典： Foreign Assistance Requirements, 1992 人口福祉省

3.1.5 NGOの計画

第8次5カ年計画中の、NGOセクターへの予算配分は増大される予定である。これにより、NGOCCの組織基盤が強化され、都市部における既存の費用効果の高い効率的なサービス・ネットワークが維持され、NGOプログラムの全体的な実施管理の側面を改善する。地方に施設を持つNGOについては、地方ならびに都市のスラムや低所得者地域の家族計画および保健医療施設に対する資源割当てを優先的に行う。

第8次計画における国内目標の約20%をNGOの目標にすることが提案されている。すなわち、様々な種類のサービス提供窓口を506カ所追加する予定であり、これによって1993年から98年までの第8次計画の終了時までには、全部で1000のサービス提供窓口が生まれることになる。表49に、NGOCCを通じてNGOによって設立されるサービス提供窓口の種類毎の具体的な目標の詳細を示す。ただし、他の援助団体や国際NGOからの直接援助を通じて各NGOが運営するサービス提供センターは除外する。

表 49 NGOCCを通じたサービス提供施設の設置目標

| | 1992/93 | 1993/94 | 1994/95 | 1995/96 | 1996/98 | 1997/98 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| FWCs | 355 | 416 | 446 | 516 | 566 | 616 |
| MSUs | 14 | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 |
| 伝統的治療師 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 | 12 |
| CBDs | 97 | 143 | 189 | 234 | 279 | 322 |
| VSCs | 16 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 |
| | 494 | 605 | 705 | 804 | 903 | 1000 |

出典: Foreign Assistance Requirements, 1992, 人口福祉省
 CBD :Community Based Distribution
 VSCs:Voluntary Surgical Contraception

NGOCCが全国人口福祉プログラムの枠内で割当てられた目標を達成するために必要な資金の総額は、7億974万6000ルピーである。このうち、3億1,370万ルピーは計画そのものへの割当て額である（政府6,370万ルピー、海外援助2億5000万ルピー）。残り6億9,604万6000ルピーは、計画の割当てとは別の海外援助によるもので、これについてはNGOCCが援助団体や国際NGOと交渉することになっている。

3.2 人口行政組織とプログラム実施機関

人口政策の実施体制は大きくは連邦政府と各州政府の二つに分かれる。すなわち、連邦政府の人口福祉省と各州の人口福祉局である。連邦政府人口福祉省は、政策の計画・策定、目標の設定、トレーニング、外国援助機関との折衝などプログラム全体の監理を行い、その実施については、州政府の人口福祉局が責任をもち、サービス提供窓口の機能を維持、指導、監視する。

3.2.1 行政組織

(1) 連邦人口福祉省(Ministry of Population and Welfare)

人口福祉大臣の下に実務的な責任者であるSecretaryが省内の業務に責任を持ち、その下に総務・財務、計画等の部局を統括している。中でもプログラム実施上で重要な役割を持つのが次の二つの部局である。すなわち、技術局とプログラム局である。

1) 技術局

技術局長は、医者およびパラメディカルスタッフの訓練、避妊具の検査と普及、避妊具の配布やアフターケアを含む提供サービスの質などに責任を持つ。技術局長には、サービス提供窓口で行なわれるプログラムの要となる医療担当者やパラメディカルスタッフ全体を専門家としてリードできる医師になる。

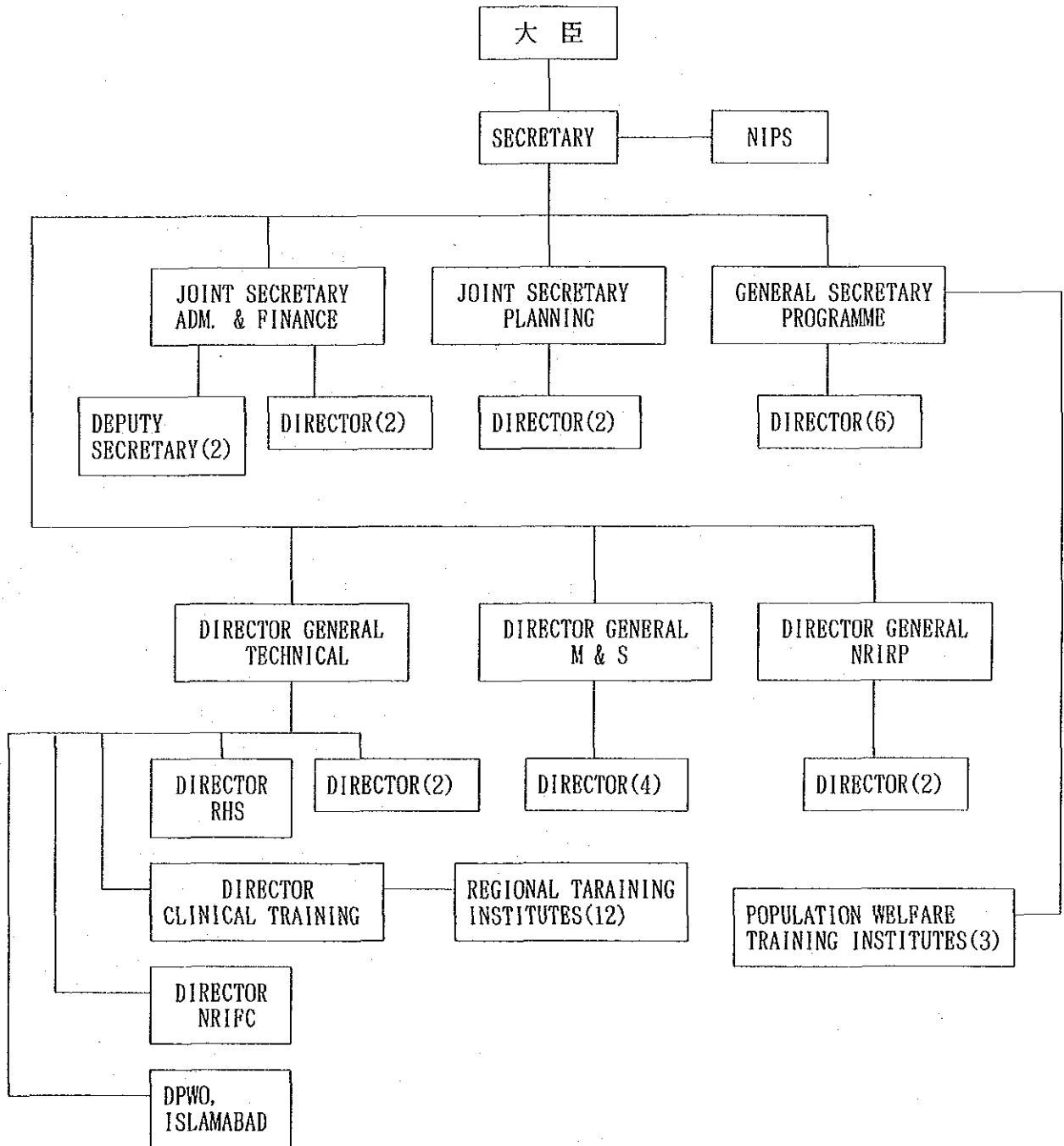
技術局は、家族福祉センター(FWC:Family Welfare Center)と出産保健サービスセンター(RHSC: Reproductive Health Service Center)を管轄し、技術局直轄機関としては、カラチにある国立出生抑制調査研究所(NRIFC: National Research Institute for Fertility Control)や同じくカラチにある臨床訓練部門(Directorate for Clinical Training)、ならびに付属する地域訓練所が全国12ヵ所にある。

2) プログラム局

プログラム局は、プログラムを対象人口の人々に到達させるためのアプローチや情報、教育、コミュニケーション(IEC)・キャンペーン、州政府当局との調整、避妊薬(器具)や機材の調達と支給、援助団体との計画や調整、NGOとの調整、非臨床的訓練、人口プログラムに対する行政担当者および専門家の仲介、他の政府機関との協力などに責任を持つ。

図 13に人口福祉省の組織略図を示す。

図 13 人口福祉省組織略図



(2) 州政府の人口福祉担当局

4つの州政府人口福祉担当局が、それぞれの管理下にあるサービス窓口を通じて、プログラムのサービス提供を行っている。サービスや人材のための資金は4半期毎に連邦政府から州政府に配分されている。

州政府の各担当局は、Secretaryの下、業務の遂行は州政府のDirector General(DG)が行う。

DGは行政局長と技術局長(あるいは医療局長)のいずれか2人のスタッフの補佐を受ける。後者は医師の資格を持つ者となり、RHSセンターの業務に責任を持つ。

このセンターは、主要病院の婦人科外来部門の中に設置されている。技術局長は、その州政府内のFWCの臨床面についても支援をする。

局長の下には、IEC局長またはIEC副局長と、企画・モニタリング・評価担当者、財政・予算担当者などのスタッフがいる。

フィールドにおける州政府業務は、県(District)レベルの担当官であるDPWO(District Population Welfare Officer)を通じて行なわれる。これは、州政府本部の直属となる。DPWOの主な責務は、それぞれの地区の都市部および地方部で行なわれる様々なFWC業務のスタッフと施設について監督、指導することである。

DPWOの地区本部での機能を補佐するのは、DPWOの副官や補佐官である。

(3) Divisionレベル

従来、州レベルと県レベルの二段階の管理体制(たとえば、パンジャブ州では29の県がすべて州政府へ直接報告していた)であったが、これは適切な管理を行うにはコントロールスパンが余りに大きすぎたので、DIVISIONレベルに中間組織を設け、より効果的な管理体制とした。

(4) 県レベル

プログラムの実施を実際に担当するのは県レベルで、業務の計画、実施、監督にあたる。現場でのIEC活動や避妊具やロジスティックスを担当する。

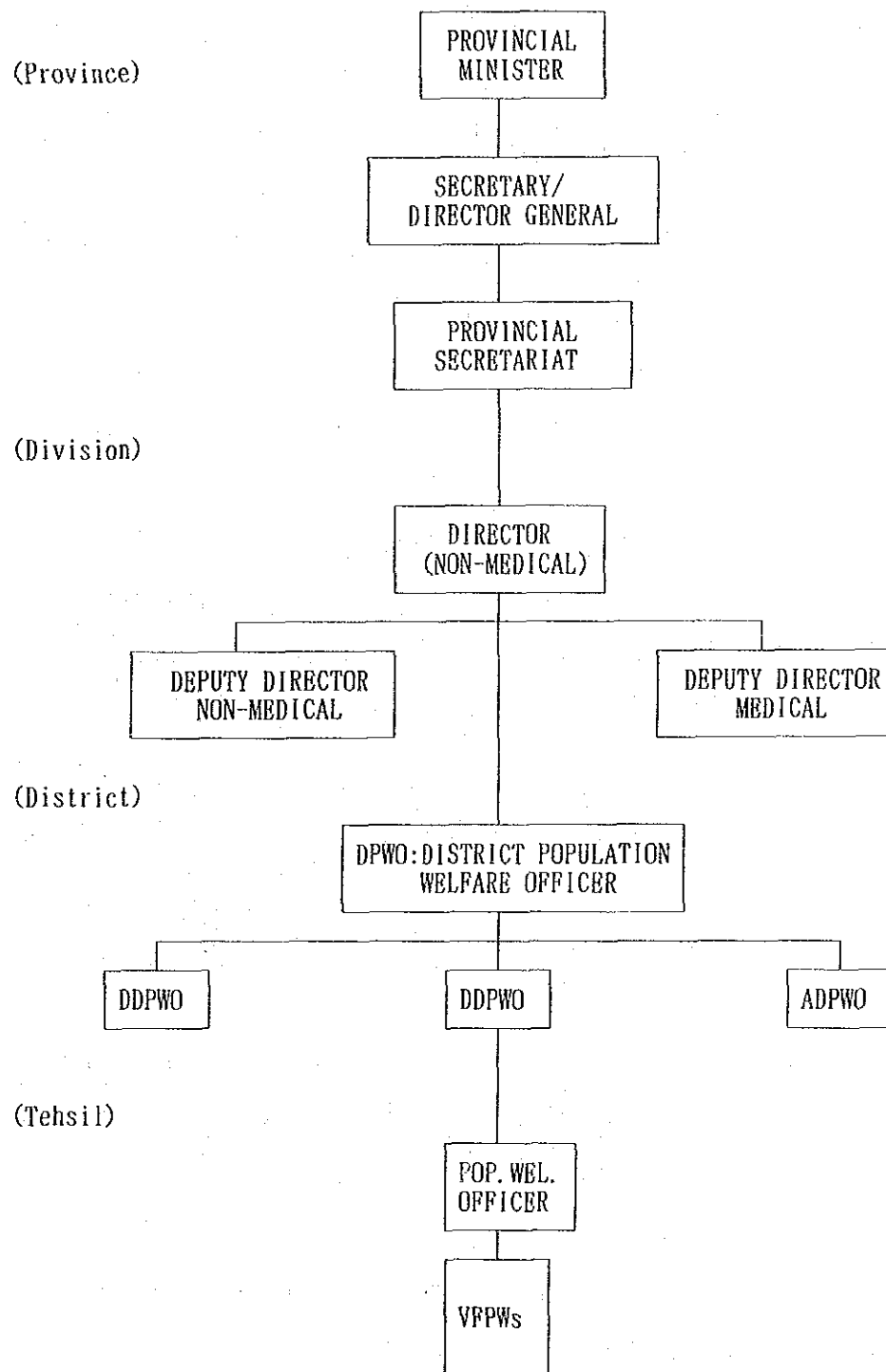
(5) 郡(Tehsil)レベル

このレベルでは主に次の4つのフィールド活動、①VFPW(Village Family Planning Workers)のためのトレーニング、②VFPWsの管理、③MSU(Mobile Service Unit)の中心基地、④男性のFWA(Family Welfare Assistant)を通じて男性に対し啓蒙活動を行うセンターとして機能している。

プログラムの拡張や活発化に伴い、Tehsilレベルは家族計画のサービス提供の重要な拠点となってきている。

図 14に州、DIVISION、県、郡など地方レベルの組織概略図を示す。

図 14 地方レベルの組織概略図



3.2.2 家族計画サービス提供施設

政府による家族計画サービス提供施設としては大きく分けて二つある。家族福祉センター（FWC : Family Welfare Center）と出産保健センター（RHSC : Reproductive Health Service Center）であり、両方とも州政府の管轄である。

(1) FWC（家族福祉センター : Family Welfare Center）

FWCはプログラムの最前線で、サービスの提供をしている。FWCはDPWOの管理下にあり、現在、全国に1290ヶ所ある。その半数は都市部とその周辺にある。センターはFWW（Family Welfare Worker）と呼ばれる女性のパラメディカルスタッフによって運営されている。FWWはIUD挿入、注射等手術以外の避妊技術についてRTI（Regional Training Institute）で18ヶ月の基礎訓練を受けている。避妊手術については上位の施設にFWCからリファーすることになっている。また、母子保健の理論や、簡単な病気の治療法についても訓練を受けている。

これらのセンターの建物は現在はずべて賃借で、FWWのオフィスを兼ねた相談室とIUD挿入のための部屋がある。また、多くのセンターではその地域の女性のためにアクティビティルームをもち、裁縫や他の生計創出活動を行っている。センターのFWWの下には男女各1名のFWA（Family Welfare Assistant）がいる。

センターには女性だけが訪問し、地域の男性には男性のFWAが出向き、個別のカウンセリングをし、家族計画の考え方や小家族制、子供の出生間隔、母子保健などについて指導している。彼はまた、ソーシャル・マーケティングプログラムによって安価で提供されているコンドームを売っている店を紹介している。

地域の対象女性に対するアウトリーチ活動として女性のFWAによる定期的な家庭訪問が行われることになっている（実際には女性一人で遠方に出かけることへの制約や、交通手段の欠如により必ずしも実施されていない）。

FWCへのアクセスが難しい人々に対してサービス提供をするために第7次5ヵ年計画(1988-1993)の時に移動サービス(MSU : Mobile Service Units)が導入され、現在30のMSUが4つの州で稼働している。

MSUはDPWOの監督下であり、各MSUはそれぞれ2000~2500人の人口を持つ10の村を対象として、県内のいくつかの郡やsub-divisionに配置されている。

(2) RHSC (出産保健サービスセンター: Reproductive Health Services Center)

RHSの活動は1981年以来、主に女性の避妊手術の提供において人口福祉プログラムでの重要な役割を担ってきた。

これらは州のSecretary/Director Generalsの直轄にあり、RHS A Center、RHS B Center、RHS Extension Servicesの3種類の施設がある。

RHS Aセンターは現在34あり、1982年以来、大都市の政府の病院や教育病院の中に設置されてきた。RHS Bセンターは現在120あり、十分な婦人科の施設のある県中央病院、郡病院、一部の民間病院の中にある。RHS AセンターはFWC、個人医と病院の婦人科医のリファレルとして位置付けられている。センターはまた、手術以外の避妊法(ピル、コンドーム等)の提供もしている。NIFC(National Institute for Fertility Control)との関連があり避妊に関する臨床試験を行っている。

2つのAセンター、カラチのJPME(Jinnah Postgraduate Medical Centre)、ラホール/Lady Willington 病院は避妊手術のマスタートレーニングセンターとして、医者に対する15日間のコースと、避妊手術をアシストするパラメディカルスタッフに対するトレーニングを行っている。

Aセンターは担当の医師1名とFWW2名、看護婦1名等の約10名から組織され、手術室、待合室、回復室、事務所、倉庫がある。

FWC、RHSC共通の問題点はそれぞれの施設までのアクセスの悪さである。表50は各州別のそれぞれの施設までの平均距離を示している。最もアクセスの良いパンジャブ、シンド両州でもFWCまでの平均距離が約10kmでは家族計画サービスの普及にとっては限られた効果しか期待できない。

表50に自宅から各施設までの平均距離を示す。

表 50 自宅から各施設までの平均距離 (km)

| 州 | FWC | RHSC(A/B) |
|---------|-------|-----------|
| パンジャブ州 | 9.31 | 71.02 |
| シンド州 | 13.53 | 56.70 |
| NWFP | 11.30 | 68.95 |
| バロチスタン州 | 47.50 | 235.13 |
| イスラマバード | 26.25 | 24.64 |

出典：世界銀行 1987年

3.2.3 トレーニング

現在12の地域訓練研究所 (RTI:Regional Training Institute) が稼働して、全国のFWCで働くFWWとしてのパラメディカルスタッフのクリニカルトレーニングを行っている。

このトレーニングセンターは定期的に、新任のFWWのための基礎訓練や、すでにFWWとして働いている人々を対象にレフレッシュ訓練を行っている。また、ノンクリニカルトレーニングとして3つの人口福祉訓練研究所 (PWTI: Population Welfare Training Institutes)があり、人口プログラムに携わっている人を対象にプログラムマネジメント、コミュニケーションなどの教育をしている。

(1) 地域訓練研究所 (RTI:Regional Training Institutes)

IUD挿入及び注射などのクリニカルトレーニングを行うトレーニングセンターの一つでパラメディカル・スタッフの訓練にあたり、ラホール、ムルタン、ラワルピンディ、カラチ、ハイデラバード、ペシャワール、クエッタ、ファイサラバード等全国に12ヵ所ある。臨床訓練、特に、IUD挿入、注射、などのプログラムのパラメディカルスタッフ、NGO、保健局や他の機関のパラメディカルスタッフに対して行っている。

組織上はカラチにあるDCT(Directorate of Clinical Training)の管理下にあり、その運営、カリキュラムなどの技術面の指導を受けている。ここではそれぞれのコースのカリキュラムの設計、指導のガイドラインや教材などを策定している。DCTにはDirectorをヘッドとしてその下に各担当の3人のDeputy Director がいる。ここではまた、視聴覚教材製作課があり、視聴覚教材を開発している。

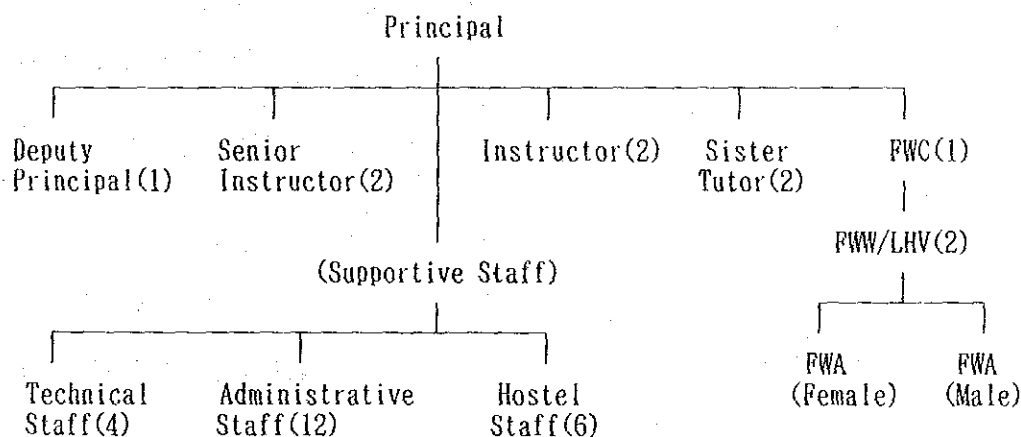
RTIでは、FWW (Family Welfare Workers) となるための基礎トレーニングコースは18ヵ月の期間で3つのフェーズに分かれ、それぞれ理論と実践科目のコンポーネントから成っている。最初の3ヵ月の基礎訓練では解剖学、生理学、薬物学やファーストエイドを学び、次の7ヵ月では家族計画、婦人科学、統計などを含む公衆衛生を、そして最後の8ヵ月間は産科のトレーニングを受ける。その他、ここでは短期間のFWWなどの再教育や女性医師やLHVに対する家族計画に関するトレーニングも行っている。

基礎コースのトレーニングを終了すると、フィールドに配属される。そしてFWCでOJTによるフォローアップ訓練が行われる。

RTIでのもう一つのトレーニング、REFRESHER TRAININGは現在働いているFWWや女性のFWAを対象としている。これは2週間のコースで避妊薬の配給(Contraceptive Dispensation)とコミュニティ活動について行われる。女医に対して3日間、LHV(保健婦)には6日間、IUD挿入や他の避妊方法について訓練を行う。

以下に調査団が視察したカラチのRTIの組織、コースについての概要を示す。

図 15 RTI, カラチの組織図



このRTIにおける18ヶ月のFWW基本コースの授業の概要は次の通りである。他のRTIでもほぼ同じカリキュラムを採用している。

- 1 課 オリエンテーション (6日)
- 2 課 コミュニティとの共同作業 (イントロダクション) (12日)
- 3 課 栄養学 (18日)
- 4 課 保健教育 (12日)
- 5 課 薬剤の使用 (12日)
- 6 課 女性の病気 (30日—うち15日はFWセンターや病院で実習)
- 7 課 妊娠 (24日)
- 8 課 避妊方法 (72日)
- 9 課 出産および分娩 (72日)
- 10 課 育児 (42日)
- 11 課 TBAのトレーニング (12日)
- 12 課 応急処置 (6日)
- 13 課 コミュニティとの共同作業 (78日)
- 14 課 FWセンターの管理 (30日)

また、1992/93年における主なトレーニングコースとその受講者数の実績は次の通りである。

表 51 RTI, カラチの主なトレーニングコースと受講者数

| | | |
|---------------------------------------|-------|-----|
| • Basic FWW | 18 ヶ月 | 28人 |
| • Refresher FWWs / FWCs | 2 週間 | 5人 |
| • Refresher FWA s | 3 週間 | 12人 |
| • Female Health Workers(NGO) Basic | 18 ヶ月 | 9人 |
| • F P inputs to doctors | 3 日 | 73人 |
| • Midwifery (NGO) | 5 ヵ月 | 8人 |
| • Public Health school Trainees (LHV) | 1 ヵ月 | 39人 |

出典: RTI, カラチ

(2) 人口福祉訓練研究所 (PWTI :Population Welfare Training Institutes)

非臨床訓練として、DPWO、DDPWO、ADPWOなどのフィールドオフィサーを訓練していて、カラチ、ラホール、ムルタンにあり、連邦政府人口福祉省のプログラム局の管轄下にある。

PWTIでは他の省庁の職員に対してもオリエンテーションプログラムを行っている。現在実施されているプログラムは次の3つのトレーニングシステムからなる。

- ①マスタートレーナーによるPWTIのインストラクターの訓練
- ②それぞれの県におけるトレーニングとコミュニケーションを担当するDDPWOに対する訓練
- ③DDPWOが県のフィールドスタッフ、特に男性のFWAに対して行う訓練。

オリエンテーションと啓蒙を他の県レベルのライン部門スタッフに行う。

表 52に第7次5ヵ年計画期間の1988-92における臨床訓練のコンポーネントの目標と成果を示す。

表 52 臨床訓練のコンポーネント別の目標と達成結果(1988-92)

| 訓練項目 | 目標 | 達成数 | % |
|--------------------------------------------|------|------|-----|
| I. Directorate of Clinical Training | | | |
| 1. Training of Trainers of Master Trainers | 36 | 51 | 142 |
| 2. Training in Teaching Methods | 60 | 70 | 117 |
| 3. Training in Financial Management | 50 | 48 | 96 |
| 4. Training in Community Development | 30 | 44 | 147 |
| 5. Training in curriculum Development | 20 | 38 | 190 |
| 6. Training in Supervision | -- | 33 | 133 |
| 7. Monitoring and Evaluation Workshop | 140 | 90 | 64 |
| 8. Follow-up Sessions | 110 | 116 | 105 |
| 9. Audio Visual Aid Workshop | 36 | 40 | 111 |
| 10. Development of Curriculum | | | |
| Refresher Training of FWW | -- | 6 | 106 |
| Inservice Training of FPWA | -- | 6 | 106 |
| Advance Training of FWC | -- | 6 | 106 |
| Other Cadres | -- | 18 | 118 |
| ----- | | | |
| SUB-TOTAL | 482 | 566 | 117 |
| ----- | | | |
| II. Regional Training Institutes: | | | |
| A. Regular Training | | | |
| 1. Basic Training of FWW(18 months) | 175 | 72 | 41 |
| 2. Basic Training of NGOs FWW(18 months) | 90 | 121 | 134 |
| 3. Basic Training of NGOs FHW(9 months) | 140 | 174 | 124 |
| 4. Basic Training of NGOs FHA(2 months) | 140 | 144 | 103 |
| 5. Advance Training of FWC(13 months) | 20 | 13 | 65 |
| 6. Inservice Training of FPWAs(3 weeks) | 720 | 671 | 93 |
| 7. Refresher Training of FWC/FPWW(2 weeks) | 1200 | 1035 | 86 |
| 8. Evaluation of F.W Supervisor | 44 | 44 | 100 |
| 9. On-job training of FWC staff | 1100 | 2894 | 263 |
| ----- | | | |
| SUB-TOTAL | 3629 | 5168 | 142 |
| ----- | | | |
| B. Orientation Training | | | |
| 1. Training of Paramedics of TGI | 220 | 237 | 108 |
| 2. Training of Paramedics of PLD | 150 | 36 | 24 |
| 3. Training of Paramedics of AJK | 20 | 31 | 155 |
| 4. Training of Health Personnel | 2970 | 2493 | 84 |
| ----- | | | |
| SUB-TOTAL | 3360 | 5168 | 83 |
| ----- | | | |

出典： Foreign Assistance Requirements, 1992 人口福祉省

3.2.4 研究機関

人口プログラムは次の3つの調査研究によってサポートされている；①避妊とバイオメディカル、②基礎的生殖生理学、③社会経済と人口であり、それぞれ、3つの研究機関で行われている。以下にこれらの機関についての概要を記述する。

(1) N I R F C (National Institute for Research in Fertility Control)

カラチにあり、人口福祉省の技術局の管轄下にある。1962年に家族計画の研究とトレーニングを行う国立センターとして設立され、その後、避妊の研究所となり、国際的に開発された避妊方法の臨床ベースでのフィールドテスト等を行っている。N I R F Cは立派な施設を持ち、避妊具のテスト、臨床病理、R I A (Radioimmunoassay)などのラボがある。

(2) N R I R P (National Research Institute of Reproductive Physiology)

N R I R Pはイスラマバードの国立衛生研究所 (N I H: National Institute of Health)の中にあり、避妊に関する基礎リサーチを行っている。

(3) N I P S (National Institute for Population Studies)

人口福祉省のSECRETARYの管轄下において独立した研究所として1986年にイスラマバードに設立された。N I P Sは人口増加とその影響に関する研究、国の様々な人口福祉計画の独立した評価、政策策定者に対する急激な人口増加の抑制についての助言を行うことに重点を置いている。

さらに当研究所では、①人口状況に関する年次報告の作成、②開発に関する人口学的影響の研究、③人口データの蓄積、④社会経済政策の中の人口要素についてのシステムティックな研究・評価を行うための人口モデルの設計等を行っている。

Executive Directorの下、国内、国外のコンサルタントからなる専門家のアドヴァイザリーグループの補佐を得ている。通常業務はDirector Generalが責任を持ち、データ処理、出版、図書室などの設備を持っている。また、カラチ大学とファイサラバード大学の二つの人口研究センターとは協力関係にある。

N I P Sの主な研究調査報告書としては次のものがある。

-PAKISTAN DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 1990/91, JULY 1992

-PAKISTAN POPULATION REVIEW, NIPS JOURNAL VOL. 1 1990

-REPORT OF THE MANAGEMENT AUDIT OF THE PAKISTAN POPULATION WELFARE PROGRAMME, MARCH 1992

-1981 PAKISTAN POPULATION DATA SHEET AND ESTIMATES OF POPULATION BY PROVINCES AND DISTRICTS OF PAKISTAN 1991, 1995 AND 2000, NOV. 1991

3.2.5 NGO

現在、家族計画分野で活動している主なNGOは、次の通りである。これらは、都市部および地方の両方について、国内における家族計画サービスの普及に重要な役割を示してきた。

- ・パキスタン家族計画協会 (FPAP: Family Planning Association of Pakistan)
- ・パキスタン・ビーバド協会 (Behbud Association of Pakistan)
- ・全パキスタン女性同盟 (All Pakistan Women's Association)
- ・パキスタン母子福祉協会 (MCWAP: Maternity and Child Welfare Association of Pakistan)
- ・パキスタン・ボランティア健康栄養協会 (Pakistan Voluntary Health and Nutrition Association)
- ・クリスチャン記念病院 (Memorial Christian Hospital)
- ・オレンジ・パイロット・プロジェクト協会 (Orangi Pilot Project Society)
- ・パキスタン家族福祉評議会 (Pakistan Family Welfare Council)
- ・パキスタン計画出産委員会 (Pakistan Society for Planned Parenthood)

(1) NGO調整評議会 (NGOCC)

パキスタン政府は、家族計画サービスを広める上でNGOが果たしている重要な役割を発揮させるために、NGOを大々的に家族計画プログラムに参画させることにした。政府の決議の下にNGOCC (本部はカラチ) を設立することで、その活動を支援し調整する公式の制度が生まれている。頂点の組織は人口福祉相が率いる方針委員会で、各NGOの代表や関連連邦/地方当局の代表がメンバーとして参加している。

1985年以来、NGOCCに参加するNGOの数は9から126に増大し、NGOCCを通じた資金を利用した家族計画サービス提供施設の数は当初の93から1992年6月に

は563までに膨れ上がった。

NGOCCは外国援助を傘下のNGOに配分するチャンネルとして機能しており、NGOCCを通じての1991-92年のドナー別の援助額は表53のとおりである。

表 53 援助機関別援助額 (1991-92) (百万ルピー)

| 援助機関 | USAID | UNFPA | ODA (英) | CIDA (カナ) | パキスタン | the Asia Foundation |
|------|-------|-------|------------|--------------|-------|------------------------|
| 援助額 | 29.4 | 9.2 | 10.4 | 5.4 | 3.8 | 7.5 |

出典 Foreign Assistance Requirements, 1992 人口福祉省

調査団が訪問した中で母子保健を含めた家族計画について効果的な活動を行っている2つのNGOについて、次に紹介する。

(2) パキスタン家族計画協会 (FPAP: Family Planning Association of Pakistan)

国際家族計画同盟 (International Planned Parenthood Federation) に加盟しているパキスタンの民間団体 (NGO) で、1950年代から家族計画普及のための活動を積極的に展開し、現在は、従来の家族計画に関する啓蒙・情報普及を中心とした活動から、以下のような活動にその重点を移してきている。

- 国内の資源を有効に活用するという点から、国家開発計画全体の中に家族計画を位置づけて、活動していく。
- 特に、女性の社会的地位の向上に力をいれる。
- 若者層を、家族生活教育に巻き込む。
- コミュニティ参画のアプローチを通じて、地元のネットワーク及び組織を活用する。また、リプロダクティブ・ヘルス・ケア、母性の保護及びケア、子供の生存に関する活動を実施する。

1) 機構

本部はラホールにあり、全国5カ所 (カラチ、イスラマバード、クウェッタ、ファイサラバード、ペシャワール) に地域事務所 (Zonal Office)、その下部にフィールド事務所 (全国24カ所) がある。ワーク・ユニットと呼ばれるボランティアを含めたスタッフが働く「家族福祉センター (Family Welfare Center)」は、全国178カ所に

存在する。地域事務所のある上記5ヵ所には、モデル・クリニックがある。この他に、「リプロダクティブ・ヘルス普及チーム」が、コミュニティーでの巡回活動を実施している。チームの構成は、女医（2人）、看護婦（1人）、LHV（1人）、看護助手（1人）である。

2) 活動内容

人口抑制のためではなく、母子の健康状態の改善のための家族計画という位置づけで、カウンセリング、あらゆる種類の避妊具・薬の提供、避妊手術の質の確保に力をいれて、以下の活動を実施している。

①クリニック

母子保健（妊産婦検診）と避妊手術

②巡回活動（避妊手術含む）

リプロダクティブ・ヘルス普及チームによる巡回活動。政府のTehsil病院や、他のNGOのワーカー達に、前もってチームの訪問に関する情報を流してもらっておく。この巡回活動で避妊手術などの家族計画サービスを利用しようとする人達に対しては、郡病院の医師やパラ・メディカル・スタッフによってフォロー・アップを受ける。そして、後日、郡病院で避妊手術が実施された場合、FPAPがその病院に費用を払い戻す。最近では、コミュニティーの協力も得られるようになり、例えばチームの使用する場所の提供などが自発的に行われているところもある。

③サービスの質保障のためのチーム派遣（モニタリング）

質の高い家族計画サービスを提供することが、人々との信頼関係を確立し、幅広い普及につながるという認識から、家族計画利用者のフォロー・アップ、モニタリングは、重要なプログラム活動項目である。この目的のため、女性医師をリーダーとするQuality Assurance Team（サービスの質保障のためのチーム）を派遣している。

④啓蒙活動（情報普及・教育）

ジャーナリストのためのワークショップ、エンター・エデュケイト・プログラム（大道芸人、フォークソング、人形劇等）、宗教指導者層との対話、情報誌の発行、フィルム、ビデオなどを含む教材の制作等を行っている。

3) 課題

パキスタン最大の人口関連NGOであるFPAPは、人口関連NGOを財政的にバックアップしてきた最大規模ドナーのUSAIDが1993年9月でパキスタンへの開発援助から撤退することによるNGO一般への影響を懸念している。

また、政府に対しては、人口分野におけるNGOの果たす役割の重要性の認識が不足していると考えている。人口関連NGOを調整する立場にあるNGOCCについては、一応独立機関とされているにもかかわらず、政府の意向が強く反映された政治的意味合いの強いものであり、また、官僚主義的で手続きが煩雑であることが問題である、と捉えている。例えば、NGOCCの理事 (Chairperson)は、人口福祉省が任命することになっており、前人民党政権時代には、政府によって理事が交代させられたというような、政治的介入もあった。官僚主義的で煩雑な手続きによる資金調達の遅れを解決するには、NGOの登録基準をより明確にして、登録済のNGO資金援助の交渉をドナーと直接行うことを可能するなどの柔軟性をもたせるべき、と提唱しており、また、国家人口・家族計画プログラムの成否は、どれだけ分権化できるかが鍵である、と考えている。

表 54にFPAPの家族計画方法別利用者数年次推移を示す。

表 54 パキスタン家族計画協会の提供する
家族計画方法別利用者数年次推移と内訳

| | 1988 | 1989 | 1990 | 1991 | 1992 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 合計 (人) | 144,966 | 155,986 | 158,676 | 191,239 | 211,742 |
| 経口ピル | 21% | 19.0 % | 21.06 % | 20.35 % | 19.76% |
| コンドーム | 21% | 21.0 % | 18.71 % | 20.00 % | 23.51% |
| 手術 | 11% | 10.2 % | 8.52 % | 8.03 % | 7.61% |
| 注射 | 24% | 24.0 % | 25.90 % | 25.77 % | 24.86% |
| IUD | 19% | 20.0 % | 21.62 % | 21.86 % | 20.94% |
| ナラット | — | 0.1 % | 0.01 % | — | — |
| その他 | 5% | 5.0 % | 4.18 % | 3.99 % | 3.32% |

出典：FPAP

(3) 母子福祉協会 (MCWAP: Maternity and Child Welfare Association of Pakistan)

母子福祉協会は、1961年に設立された母親と子供の健康を守り、推進するための民間団体である。

プログラム実施の基本に、コミュニティーの動員と参画を置いているが、これはコミュニティーが、公共セクターではまかないきれないサービスを肩代わりする、というだけではなく、このことにより、コミュニティーの潜在的な能力を引出し、強化し、自ら協力参加することで、より良い生活環境を創りあげることができる、と位置づけているためである。

母親や子供達が置かれている保健医療上の深刻な状況に関して、一般の人達を啓蒙し、政府の実施している母子保健サービスを補完及び強化するという立場から、家族を基本においた母子のための基礎保健ケアサービスを提供することを目的としている。

プロジェクト地域における活動の具体的目標は、①出生率の低下、②乳児死亡率の低下、③妊娠可能年齢期の既婚者における避妊利用率の上昇、④粗死亡率の低下である。

1) 機構

本部はパンジャブ州ラホールにある。この他にシンド州、パンジャブ州、NWFPに支部を持つ。実際に母子保健サービスを実施しているセンターの数は、地域別に見ると以下の通りである。

| | |
|---------------|----|
| ・シンド州 | 5 |
| ・パンジャブ州 | 33 |
| ・NWFP | 7 |
| ・北部地域 (スカルドゥ) | 1 |

2) 活動内容

母子保健センター (クリニック) におけるサービスは、以下の通りである。

- ・新生児破傷風予防接種を含む、妊婦検診及びケア
- ・必要に応じた出産の介護 (出産の約90%は自宅で行われる)
- ・過去5-6週間内に出産した産婦の検診、家族計画の推進や授乳に関する指導等
- ・乳児や授乳中の母親への保健サービス
- ・1-5歳の幼児への保健サービス

- ・ 6種類の子供の伝染病に対する予防接種サービス
- ・ 健康教育（個人、グループに対して）
- ・ 栄養教育（デモンストレーション）
- ・ 母親に対する家族計画、避妊利用の動機づけを中心にしたサービス。避妊利用を推進しながらも、母親が十分に情報を得た上での選択（Informed Choice）を行うことを奨励している。母親の健康、母親の意向や家族の希望などによって、家族計画の利用が決定される。また、利用者のフォロー・アップとモニタリングは重要な活動となる。
- ・ 伝統的助産婦（TBA）の安全な出産、母性保護に関するトレーニング
- ・ プログラム実施者である保健医療スタッフへの継続的な専門的教育

3)実績

センターを実際に訪問し、プログラムを見学した、ラホールのリアクアタバッド及びコツラクパット地区における「都市部母子保健・家族計画プロジェクト」（ラホール都市部にあるカチアバディスと呼ばれるスラム地域）の活動内容とその実績をについて述べる。

1990年に開始されたこのプロジェクトは、対象人口53,176人で、サービスは、母子保健センターでのクリニック・ベースのサービス提供と、スタッフによる訪問指導の二つを柱としている。プロジェクト開始に先立って、対象地域でベースライン・データ収集のための個別訪問調査が実施され、サービス対象となる家族の登録が行われた。

対象地区はAゾーンとBゾーンの二つに分けられ、各ゾーンはさらに5地区に分けられている。各地区の人口は約5,000人で、これをLHVとTBAが2人でチームを組んで受け持つ。LHVとTBAは、保健婦（Public Health Nurse）によって監督され、その上にプロジェクト現場の責任者として、母子保健を専門とした女性医師がいる。スタッフは、母子保健関連の知識及び技術的トレーニングの他に、プログラム運営情報システム（MIS:Management Information System）やプログラム監督のためのトレーニングも受けている。

活動は、①母親や子供達がセンターを来訪して、検診、家族計画のカウンセリングやサービス、予防接種などを受ける、②スタッフがコミュニティーに出向いて個別訪問指導をする、という二つを、ゾーン別に実施している。

Aゾーンが①を行う日は、Bゾーンでは②を実施するという具合である。また、経験のあるスタッフと見習いスタッフとでチームを組ませ、現場での活動を通じての技術の習得を行わせている。

このプロジェクトは、米国に本拠地を置く国際NGOのPathfinder Internationalの協力で計画策定が行われた。実施から二年後の1992年には、USAIDがプロジェクト評価を行い、パキスタンにおいて実施されている母子保健・家族計画プロジェクトの中でも最も成功しているケースの一つである、と高く評価されている。

4) 課題

この団体は、医科大学 (Alama Iqbal Medical College)の教授数名がアドバイザーなどで参加しており、また、プロジェクト地の母子保健センター（クリニック）を大学の地域医療コースの実地トレーニングのために利用させるなど、アカデミズムとの交流が深い。会長であるアワン博士は、1960年代にすでに中絶の調査・研究を行うなどの、パキスタンでの母子保健・家族計画分野の草分け的存在でもある。

調査団が視察したリアクアタバッド及びコツラクパット地区では、公衆衛生、特にプログラム運営・管理、情報システムなどに関してよく訓練されたプロジェクト・コーディネーター（女性医師）の下、センターは効率的に機能し、管理・維持状況もよく、記録の管理もきちんに行われていた。また、「Peer Review」という、スタッフ同士が定期的集まり、互いの自己評価や問題のシェアをするという手法を用いており、スタッフの士気も高いようであった。

ここも、海外援助機関に大きく依存するNGOとして、USAID撤退後に不安を抱き、今後、代替りのドナーを探すことを緊急の課題のようである。

表 48に1992年度のコツラクパット地区におけるMCWAPのサービス実績を示す。

また、プロジェクトが、地域の母親や子供の健康改善にどれだけのインパクトを与えたか知る手掛かりとして、表 55にこの地域の幾つかの保健指標の年次推移を示す。

表 55 コツラクパット地区のサービス実績

| | |
|---------------------------|--------|
| ・地域総人口 | 53,176 |
| ・サービスを受けている家族数 | 7,177 |
| ・母子保健(家族計画教育等)ケアに登録している女性 | 3,936 |
| ・避妊法を利用している女性 | 2,403 |
| うち、永久的処置(不妊手術) | 614 |
| 一時的処置(その他の避妊法) | 1,789 |
| *経口ピル | 119 |
| *注射 | 268 |
| *コンドーム | 933 |
| *IUD | 462 |
| *デルフェン・フォーム | 4 |
| *ダイアグラム | 1 |
| *その他 | 2 |
| ・1992年のいずれかの段階で妊娠していた女性 | 2,980 |
| ・上記の2,980件の妊娠のうち | |
| * 正常出産 | 1,730 |
| * 流産 | 85 |
| * 死産 | 56 |
| * 妊産婦死亡 | 4 |
| * 妊娠・出産関連以外の原因での死亡 | 1 |
| * 地域からの転出 | 213 |
| ・乳児 | 2,313 |
| ・幼児(1-5歳) | 6,533 |
| ・予防接種 | 4,226 |
| うち、妊婦の新生児破傷風菌 | 1,229 |
| 乳児(1991-92年) | 3,785 |
| 幼児(1992年) | 441 |

出典: MCWAP

表 56 コツラクパット地区の保健指標

| | 1990年 | 1991年 | 1992年 |
|-----------------|--------|--------|--------|
| 粗出生率(対人口1000) | 44.38 | 38.03 | 33.50 |
| 粗死亡率(対人口1000) | 7.20 | 4.70 | 5.50 |
| 乳児死亡率(対出生1000) | 76.40 | 47.80 | 65.09 |
| 避妊法利用率 | 16.40% | 20.40% | 33.50% |
| 人口増加率 | 3.71% | 3.33% | 2.78% |
| 妊産婦死亡率(対出生1000) | 3.50 | 2.03 | 2.30 |

出典: MCWAP

