

2 出生率の地域差と関連要因

人口増加が政府の大きな懸念となっていることは明らかであるが、上で触れたように出生率と死亡率の数値には州別あるいは、都市・農村間でかなりの格差がみられ、「インド全体が開発途上国全体の縮図を呈している」^{注38}といえる。この格差の縮小、改善こそが政府の家族福祉政策で強調されるべき点であろう。表2-1は主要州の合計特殊出生率(TFR)^{注39}、及び主要な関連指標を比較したものである。

表2-1 主要州の合計特殊出生率(TFR)と関連指標

州	TFR (1991) (1)	乳児死亡率 (1992) (2)	避妊率 (1993) (3)	性比 (1991) (4)	女性の平均 結婚年齢 (1991) (5)	女性の 識字率 (1991) (6)	全人口に対する 女性の労働人口比 (1991) (7)
インド	3.6	79	43.4	929	20.1	39.29	22.3
ビハール	4.4	72	24.0	912	18.8	22.89	14.9
グジャラート	3.1	67	54.4	936	20.6	48.64	26.0
ハリヤナ	4.0	75	52.7	874	19.5	40.47	10.8
ケララ	1.8	17	52.3	1,040	22.9	86.17	15.9
マディヤ・プラデシュ	4.6	104	37.4	932	18.3	28.85	32.7
マハラシュトラ	3.0	59	53.2	936	19.7	52.32	33.1
パンジャープ	3.1	56	70.9	888	22.0	50.41	4.4
ラジャスタン	4.6	89	29.0	913	18.4	20.44	27.4
タミル・ナード	2.2	58	54.4	972	20.1	51.33	29.9
ウッタル・プラデシュ	5.1	98	33.2	882	19.4	25.31	12.3
西ベンガル	3.2	64	33.5	917	20.6	56.56	11.3

- 出所) (1) (2) Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994, Table 17 (iv)
 (3) Office of Registrar-General, SRS Estimates (Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994, Table 17 (iii))
 (4) (5) Census of India 1991 (Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare 1994b, p16)
 (6) Census of India 1991 (Gov. of India, Ministry of Finance, 1995a, Table 9.3)
 (7) Census of India 1991 (Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994, Table 17 (ii))

TFRは、ケララ(1.8)、タミル・ナード(2.2)のようにすでにかかなり低い数値に達している州や、グジャラート(3.1)、マハラシュトラ(3.0)、パンジャープ(3.1)のように、徐々に出生率の低下を経験している州もある。しかしながら、いわゆる「BIMARU州」(ビハール、マディヤ・プラデシュ、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュの4州)(4.4~5.2)のように出生率の低下が順調に進まない州もあることがわかる^{注40}。

注38 西川(1989)、p62、前掲書

注39 一人の女性とその年次の各年齢別出生率に従って子供を産み、妊娠可能な年齢を過ぎたと仮定した場合の平均子供数で、人口再生産の程度をおおまかに示す値である。

注40 BIMARU州-開発の遅れたビハール、マディヤ・プラデシュ、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュ4州の頭文字を取った呼び名。Ashish Boseによる。

さらに、表2-2が示すように、同じ州においても都市・農村によって出生率にかなりの差が現れている場合も多い。例えば、ビハール (3.5/4.5)、ハリヤナ (3.0/4.3)、マディア・プラデシュ (3.4/4.9)、ラジャスタン (3.7/4.9)、ウツタル・プラデシュ (3.7/5.4)、西ベンガル州 (2.1/3.6) がそうであり、一方、ケララ、グジャラート、パンジャープ、タミル・ナード州では両地域の差はそれ程大きくなく、0.1から0.4の幅である。

表2-2 主要州の農村/都市における合計特殊出生率 (TFR) の比較
(1991年)

州	TFR	
	農村	都市
ビハール	4.5	3.5
グジャラート	3.2	2.9
ハリヤナ	4.3	3.0
ケララ	1.8	1.7
マディア・プラデシュ	4.9	3.4
マハラシュトラ	3.4	2.5
パンジャープ	3.2	2.8
ラジャスタン	4.9	3.7
タミル・ナード	2.3	2.0
ウツタル・プラデシュ	5.4	3.7
西ベンガル	3.6	2.1

出所) Census of India, 1991 (Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994 Table 14 (iv))

このような地域差を生み出す要因、出生率に影響を与える要因は何であろうか。まず、1) 乳児死亡率が高い州ほど、TFRは高い数値を示している傾向があるといえる^{注41}。乳児死亡率はケララ州では17/1,000と先進国に近い値であるのに対し、マディア・プラデシュ、ラジャスタン州ではそれぞれ98、104と高い数値を示している。つまり、出産した子どもが確実に育つという環境がなければ、出生率も高くなるであろうと推測出来る。次に、2) 女性の識字率との関係を見ると^{注42}、ケララ、タミル・ナード州のように女性の識字率が高い州ではTFRも概して低く、BIMARU 4州ではその逆であることが分かる。当然ながら、女子の識字率の低さは女子の教育の機会が少ないことを意味し、識字率と女子の教育の普及が出生率に影響することがうかがえる^{注43}。表2-3は教育レベルと出生率の関連を示している。

注41 Ghosh (1991)

注42 識字率については教育の章を参照

注43 BIMARU州において、女子の識字率が10%に満たない県も多数みられる。(GoI, Ministry of Health and Family Welfare (MHFW), 1994b, Annexure 8)

表2-3 教育水準別婚姻合計特殊出生率*の推計 (1981年)

州	ビハール		ケララ		マディア・ プラデシュ		ラジャスタン		ウッタル・ プラデシュ	
	農村	都市	農村	都市	農村	都市	農村	都市	農村	都市
非識字者	4.03	3.80	4.46	3.96	5.23	4.62	6.37	4.98	4.76	4.58
中等教育未満	4.11	3.81	4.08	3.88	5.23	3.97	5.45	3.94	4.65	4.19
カレッジ入学資格未満	4.12	3.02	4.08	3.35	5.10	3.64	5.05	3.85	4.38	3.28
カレッジ卒以上	3.95	2.74	3.57	2.68	4.71	3.25	5.08	3.08	4.06	3.11

*15歳で婚姻状態となった場合の婚姻合計特殊出生率
出所) Census of India (押川、1992、表5)

また、3) 女性の平均結婚年齢は、1991年のSRSによれば全国平均19.5歳、都市では20.6歳、農村では19.2歳であった^{注44}。インドのように出産がほとんどいつも結婚内で起こる社会では、早婚が出生率と密接に関連している。当然のことながら、女性は妊娠する可能性をより長く持つことになるからである。少女の健康と教育のために、1929年に定められた「the Child Marriage Restraint Act of 1929」で児童の結婚は法律で禁じられており、1978年の法令で女子の最低結婚年齢は15から18歳に引き上げられたが（男子は18から21歳）、実際には、この年齢以下で結婚する男女は多いとみられている^{注45}。特に貧困地域の女子にこの傾向は強く、例えば、BIMARU州において女子の平均結婚年齢 14、15歳という県が多数存在する^{注46}。

WHOの定めた人体測定基準によれば、体重38kg、身長145cmの少女は、分娩時に危険を伴うとされる。農村地域の14歳の少女の68%がそのような状況にあると推測されるが、18歳ではその割合は24%と大幅に減少する^{注47}。全国平均出生率は低下しているものの、インドにおいて未だ全出生数の10%以上が、20歳以下の女性に起こっている^{注48}。農村において結婚年齢が21歳にまであがれば、女性の健康にとって大きな収穫であり、また結婚年齢が2年引き上げられれば、出生率は25%下がるであろうともいわれる^{注49}。

4) 避妊実行率も出生率に影響する要因であるが、一番高い率がTFRの最も低いケララ州 (55.6%) ではなく、パンジャブ州 (75.8%) であることや、グジャラート、ハリヤナ州もケララ州より高い数値を示していることで (57.8%と56.6%)、出生率は避妊率だけでなく女性の識字率、結婚年齢、地位、乳児死亡率などに大きく左右されることが考えられる。また、経済的選択が限られている地域では、5) 男子を持つことも重要視されると思われる。1990年に、Operational Research Group (ORG)が行った調査では、出生率の高いビハール、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュ州では既に、息子が1人いる若い夫婦の

注44 GoI, DFW (1994), p2, 前掲書

注45 Bose (1988)

注46 GoI, DFW (1994), Annexure 8, 前掲書

注47 Gopalan (1990), p1829, 前掲書

注48 GoI, DFW (1994), p24, 前掲書

注49 Bose (1988), 前掲書; 世界と人口 (上) (1992), p34

70%以上がさらに息子を欲しがっていると報告されている。全国平均では40%、出生率の低いケララ、タミル・ナード州ではそれぞれ15%と22%であった^{注50}。同様に、表2-4は子どもの性別と数による避妊実行率を示している。インド、特に農村では子どもの数よりも男児の数が、避妊受入れ、しいては出生率により影響する傾向があるといえるだろう。

表2-4 子どもの性別及び数による家族計画実行率 (%)

性別による子供数	母親の年齢	
	20-24歳	35-39歳
農村 (人)		
男児0、女児3	2.95	6.51
男児1、女児0	5.06	11.67
男児3、女児0	16.80	20.42
都市 (人)		
男児0、女児3	15.76	19.43
男児1、女児0	13.76	30.47
男児3、女児0	26.15	33.72

出所) K.E. Vaidyanathan 1988 (UNICEF, 1991, Table 6.4)

ここで出生率への影響要因を限定することはできないが、上で述べた要因の相違、また州の行政力の違いなどが出生率の地域差となって現れると推測される。例えば、ケララ州は保健と教育に対する意識が高く、タミル・ナードとマハラシュトラ州は家族福祉のプログラム管理と運営に優れているといわれ、パンジャブ州は農村地域の収入が高く栄養状況が比較的良いと考えられる。またグジャラート州における家族計画の主要な成功要因は、積極的なパンチャヤットの参加であるとされる。これはマハラシュトラや他のいくつかの州にも当てはまることであるが、ウッタル・プラデシュ、ビハール州では、パンチャヤットは効果的な役割を果たしているとはいえない。ハリヤナ州では農業労働力の必要性が高出生率の関連要因の1つであると推測される。さらに、マハラシュトラ州では組織機関(organized)セクターが従業員とその家族、また地域の人々のための家族計画プログラムに一部貢献していると考えられる^{注51}。

最も重要なことは出生率の低下は、一般的に地域の健康と教育の向上を伴って起こることである。乳幼児死亡率を低下させ、母子の健康を守る保健医療へのアクセス、識字率増加、女性の社会的地位の向上、結婚年齢の上昇、健康や少家族への意識を高めるための女性の教育の機会が十分に、さらには州、都市・農村間の差異が示すように公平に与えられていないことが、問題の根本的要因であるといえるであろう^{注52}。従って、健康と教育の改善が遅れている地域への政策、資材・人員投入の強化といったRegional Approachの視点が、必須かつ効果的であると期待できるであろう。

注50 Narayana and Kantner (1992), p40

注51 Bose (1988)、前掲書；EPW Research Foundation (1994b)、前掲書

注52 Krishnan (1992)；バラスブラマニヤム (1988)前掲書

3 家族福祉

(1) 家族福祉政策

(ア) 背景

1951年、インドは開発途上国の中で政府支援の家族計画を初めて行った国である。初期のアプローチは、避妊の知識と少家族化推進のための IEC (Information, Education and Communication) キャンペーンが主であった^{注53}。しかしながら、71年のセンサス結果で人口増加率が2.25%であることがわかると、75年、議会は計画運営の効率化を図り、それまで州政府におかれていた家族計画実施の権限を中央政府に集中させた^{注54}。それに伴い1975-77年のインディラ・ガンディー政権のもと、家族計画プログラムは強制的な不妊手術施行運動となった。不妊手術数は1974-75年の130万件から、75-76年には260万件に、76-77年には810万件と急激に伸びていった^{注55}。しかしながら、これが77年の選挙でガンディー首相敗北の主要原因となると、インドの人口政策プログラムは家族福祉プログラムとその名を変え、国民の自由意志に基づく方針に転換した^{注56}。新たな家族計画には家族福祉、母子保健 (MCH)、栄養改善、女性の識字率向上、女性の権利、人口教育などが取り込まれることになった^{注57}。

インディラ・ガンディーは1980年、政権に復帰したが、再び家族計画に熱意を示すことはなく^{注58}、以来インドにおける人口・家族政策は政治的に敬遠される課題とみなされてきた。しかしながら、「人口増加率の持続的低減を図るために必要な施策は、急速な経済的進展の先駆けにもなる」^{注59}という認識は深く、80年代には家族計画の財源は増え、特に農村の保健・家族計画のインフラは急速に拡大した。また、86年から政府はメディアの利用、自発的行動、社会・経済的動機によって、家族計画を推進することもはじめた^{注60}。1982年の国家健康政策 (The National Health Policy)^{注61}では、2000年までにNRRを1 (CBR、21、CDR、9、NGR^{注62}1.2)、乳児死亡率を60に下げることが目標としてあげられている。91年以来、ラオ政権のもとでも家族福祉プログラムの改善・向上のための行動計画が推進されており^{注63}、第8次5カ年計画においても人口増加の抑制は6つの優先項目の一つとなっている。

注53 The World Bank (1992a)

注54 Pai Panandiker and Umashankar (1994)

注55 Pai Panandiker and Umashankar (1994), p91、前掲書

注56 The World Bank (1992a)、前掲書

注57 IPPF (1994)

注58 Pai Panandiker and Umashankar (1994)、前掲書

注59 世界と人口 (上) (1992)、p32、前掲書

注60 IPPF (1994)、前掲書

注61 Bose (1988) Appendix VII 参照

注62 NGR (Natural Growth Rate) (自然増加率) - 人口移動による人口増減を含まない人口増加率

注63 Conly and Camp (1992)

(イ) 政策目標

インド政府の人口政策の目的は、保健医療サービスを取入れて出生率、疾病率、死亡率の低下を図り、人口増加を調整し、工業、農業、農村開発プログラムによる社会・経済発展を高めることである。家族福祉政策は、家族計画と母子保健を取り込みつつ、十分な栄養、保健医療サービス、教育、雇用、住宅を提供するなど総合的な社会・経済開発を目指すものであるとされている^{注64}。

1992年1月の会議で承認された行動計画は、94年9月の国連人口開発会議（ICPD）でもNew Action Planとして示されており、主要な点は以下のとおりである。

- (1) 家族福祉サービスの質とアクセスの改善
- (2) 出生率が39/1,000以上（1981年センサス）の90の県に特別措置を図る
- (3) 若年層の夫婦をより多くプログラムに取り込む
- (4) 新しい避妊法の導入と避妊法の質的改善
- (5) 都市部、特にスラムでの家族福祉計画の強化
- (6) 動機付けとカウンセリングを強調した医師と準医療従事者のトレーニング活動の改善
- (7) UIP (Universal Immunization Programme) の成果の持続と他の母子保健に関わる活動の強化
- (8) 生活の質的向上と個人レベルに達するコミュニケーションに焦点をあてたIECの再構築
- (9) プログラムの住民参加を促すためのNGO、ボランティアなどの参加促進
- (10) 国家、州、県のハイレベルでの連携メカニズムの強化

その他に、女性の栄養状態、保健教育への配慮、出産に関しての女性の意志決定の重要性も認識されており、女性の収入向上による経済的自立、結婚・出産の意志決定、法的・政治的権利の実行がうたわれている。さらに人口にかかわる 이슈は、開発全体と複雑に関わっていると考えられ、農村の貧困撲滅にも特別な配慮が必要であると述べられている^{注65}。また、プログラムの計画・実施には地域差が考慮される重要な点であると認識されており、必要性に応じた種々のアプローチが用いられるべきであるとされている^{注66}。

注64 United Nations (1989), p63

注65 GoI, DFW (1994), p29-30, 34, 36、前掲書

注66 GoI, MHFW (1994a); GoI, DFW (1994)、前掲書

表3-1 家族福祉プログラムの達成数値と目標数値

指標	達成数値			目標数値	
	1951-61年	1981年	1992年	第8次5カ年 計画 (1992-97)	National Health Policy (1983) 2000年目標値
CBR	41.7	37.2	29.0 (SRS 1992)	26.0	21.0
TFR	5.97	4.5	3.6 (SRS 1991)	---	---
IMR (/1000)	146.0	110.0	79.0 (SRS 1992)	70.0	60.0
CPR (%)	10.4 (1970-71)	22.8	43.5 (31.3, 93)	56.0	60.0
LEB	41.3	50.5 (1971-81)	58.6 (est. 1986-91)	---	---

est. - 推計値

LEB (Life Expectancy at Birth) - 平均余命年数

--- 該当なし

出所) Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994, p15

(ウ) 組織体制

インドの家族計画は草の根レベルの国民参加をうたっているが、実際非常に中央集権化されたプログラムである。中央政府は、政策委員会 (The Planning Commission) の提言の下に人口政策を全般的な開発計画に取り入れる政策をとっており、The Central Health and Family Welfare と The Population Advisory Council は、全般的な人口政策への提言を行っている^{注67}。実際の家族福祉政策の責任は、1967年に設立された保健家族福祉省 (Ministry of Health and Family Welfare) におかれており、Information and Broadcasting、Human Resource Development、Labor、Agricultureのような省庁と連携してプログラムを進めている。各省はそれぞれの分野における人口家族福祉に関連した活動を行うが、実質的な性格は保健家族福祉省の単一セクタープログラムの性格が強いといわれる^{注68}。

インドの家族福祉政策の特異な点は、保健家族福祉省のもとにある家族福祉局 (Department of Family Welfare) と保健局 (Department of Health) の2つの独立した機関が保健と家族福祉分野での権限を持ち、実際のプログラム運営・責任は各々の州に委ねられている点である^{注69}。同省は全ての主要州に地域ディレクターを任命することにより州の保健家族福祉局との関係を強化し、彼らのネットワークによってプログラムを連携して行うことを意図している。県レベルでは、県家族福祉事務所 (The District Family Welfare Bureaus) が州内での運営管理の責任を担っている^{注70}。

注67 United Nations (1989)、前掲書；Tiware (1993)

注68 United Nations (1992)

注69 Conly and Camp (1992)、p25、前掲書

注70 United Nations (1992)、前掲書

家族福祉局は種々の関連プログラムの策定、活動推進をおこなっている。以下の専門部門が同局のもとで機能している。

1. Programme Appraisal and Special Schemes
2. Technical Operations
3. Maternal and Child Health
4. Evaluation and Intelligence
5. Information, Education and Communication
6. Supply Division
7. Transport
8. Universal Immunisation Programme
9. Area Project
10. Rural Health

モニタリングは、家族福祉局、内閣長官 (The Cabinet Secretary)、首相府 (The Office of the Prime Ministry) が定期的に行っている。また年に一度、議会委員会 (Parliamentary Committee) がプログラム進行評価を行う。家族福祉局による内部評価の他に、the National Institute of Health and Family Welfare (NIHFW) と International Institute for Population Science (IIPS) も国家レベルのプログラム評価を行なっている。州レベルでは、大学や他の独立機関にある Population Research Center と州の家族福祉局にある Demographic and Evaluation Cells (C&D) によって、州レベルでのプログラムのニーズ調査、フィールドでのプログラム評価を行っている^{注71}。

(エ) 財政支出

保健医療プログラムと違い家族福祉計画は100%中央政府からの出資であり、州政府の出資義務はない。州政府はその財源を上乗せすることは可能であるが、基本的には中央政府からの出資金を地方の特異性を考慮に入れた政策の変更に用いることは出来ず、中央政府が定める避妊方法、人員配置、プログラム戦略、資金分配、目標設定などに沿ってプログラムを実施するのが原則である^{注72}。

家族福祉プログラムへの支出額割合は第2次5カ年計画の0.1%から、第8次5カ年計画(1992-97)では1.5%に増加し、650億ルピーとなった(表3-2)。第8次計画における家族福祉予算の内、20%は国際援助、2国間、多国間援助から出されており、家族福祉プログラムへの国際援助は重要な資金源となっている^{注73}。表3-3は第8次5カ年計画における支出内訳を示したものである。

注71 GoI, DFW (1994)、前掲書

注72 Narayana and Kantner (1992)、前掲書

注73 GoI, DFW, (1994), p45、前掲書

表3-2 5カ年計画における家族福祉への支出（単位1,000万ルピー）

期 間	支出額 (全体に対する割合%)
第1次 (1951-56)	0.10 (-)
第2次 (1956-61)	2.20 (0.1)
第3次 (1961-66)	24.99 (0.3)
第4次 (1969-74)	278.00 (1.8)
第5次 (1974-79)	491.80 (1.2)
第6次 (1980-85)	1010.00 (1.0)
第7次 (1985-90)	3526.20 (1.8)
第8次 (1992-97)	6500.00 (1.5)
1992-93	1190.00 (1.4)
1993-94 (BE)	1270.00 (1.3)
1994-95 (RE)	1430.00
1995-96 (BE)	1581.00

RE=Revise Estimates、BE=Budget Estimates

- 出所) 1. Gov. of India, Planning Commission (Prabhu, 1994, Table 1)
 2. Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1994a, Table 15
 3. Gov. of India, Ministry of Finance, 1995b, p9

表3-3 第8次5カ年計画家族福祉プログラム支出額と内訳（単位1,000万ルピー）

区分け	支出額
Service and Supplies	3086.00
Training	59.00
Information, Education and Communication	127.00
Research and Evaluation	89.00
Maternity and Child Health	1982.00
Organisation	71.00
Village Health Guide Scheme	140.00
Area Projects	400.00
Other Projects	46.00
Provision for Settlement Arrears Payable to States	500.00
合計	6500.00

出所) Gov. of India, Planning Commission, 1992b, Annexure12.6

(オ) I E C (Information, Education and Communication)活動

この活動は中央政府のIEC部門 (IEC Division)によって調整、管理されており、家族福祉プログラムを促進するためのIECの原型、政策、ガイドラインが用意され、Ministry of Information and Broadcasting と他の省庁を通して、州のMass Education and Media Units によって活動が行われる^{注74}。

IECにおける新しいイニシアティブとして強調されるのは、各地方特有のメディアの利用と必要性に基づいた個人レベル (inter-personal) のコミュニケーション、さらに、従来のマスメディア方式ではカバー出来ない草の根レベルや、地域での活動である。例えば、ノンフォーマルな成人教育、職業トレーニング、識字プログラムでのIEC活動があげられる^{注75}。また、オーディオビジュアルや物語り風の印刷物を利用した移動式のバン、Mahila Sawsthya Sangh (MSS) (村レベルの女性グループ)^{注76}のメンバーや、他の草の根レベルの人員のトレーニング強化や、教材の開発なども計画されている^{注77}。

(カ) トレーニング

家族福祉活動のトレーニングはANM (Auxiliary Nurse Midwife) Training School, Multi-purpose Worker Training School (男), LHV (Female Health Assistance) Training Schools, Health and Family Welfare Training Centers とボンベイのFamily Welfare Training Research Centerを通して各レベルで行われる^{注78}。

(キ) サービス提供

家族福祉サービスは農村地域における既存の保健施設や、都市部の家族計画センターで提供される^{注79}。家族福祉プログラムにかかわるアドバイス、サービスは全てのサブセンター、プライマリーヘルスセンター (PHCs)、コミュニティーヘルスセンター (CHCs)、農村家族福祉センター、県病院等で無料で提供される。中央政府によって供給されたスペーシングのための避妊具・薬 (コンドーム、経口避妊薬、IUD等) は各州と連邦直轄地、NGO、Railways and Defense の各機関に分配され、病院、PHC、サブセンターで無料で配られている。また、住民は避妊具・薬を社会マーケティング計画による助成価格で手に入れることも出来る^{注80}。

家族計画・母子保健のサービスは、1. 農村レベルのヘルスワーカー、2. 草の根レベルのトレーニングを受けた産婆 (Trained Birth Attendance-TBAs) と Village Health Guide (VHGs) がいる地域社会の保健施設^{注81}、3. PHC、サブセンター、CHCのような保健施設、(都市部ではヘルスポスト)そして、4. 県とそれより広範囲な地域の病院のネッ

注74 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注75 UNFPA (1991)

注76 MSSは村の女性リーダー、ボランティア等からなる草の根活動ですすでに43,000以上のMSSが組織されており、母子保健や家族計画のプログラムの情報を広めるのに効果を与えているといわれる。(GoI, MHFW, 1994a)

注77 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注78 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

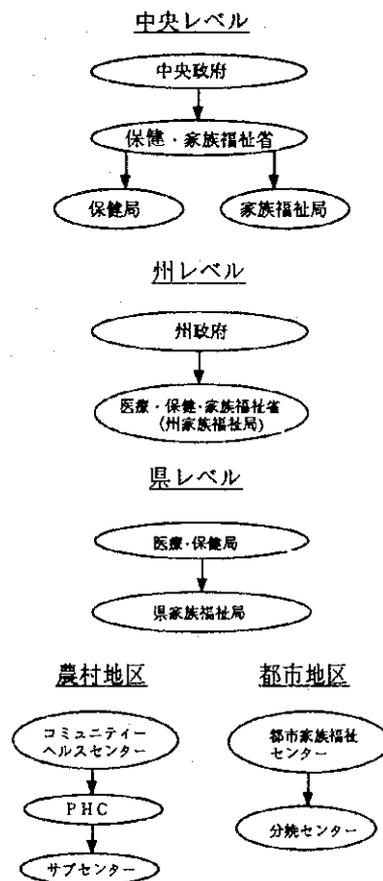
注79 United Nations (1992)、前掲書

注80 GoI, DFW (1994)、前掲書

注81 TBA と VHG は基本的にボランティアであるがトレーニング時、分娩時の支給金、避妊受け入れ者獲得の報酬金などが受けられる。(Narayana and Kantner, 1992)

トワークによって提供されている^{注82}。現在およそ、2,000のCHC、21,000のPHC、131,000のサブセンターのネットワークが草の根レベルで、母子保健と家族計画サービスを含むPHCを提供している^{注83}。このようにインドの家族福祉プログラムは保健医療施設を基本としたアプローチを当初からとっているが、サービス提供システムは効果的に運営されていないと指摘される^{注84}（図2参照）。

図2 家族福祉計画機構図



出所) Conly and Camp, 1992, Figure 9

地方におけるデリバリーシステムをみていくと、まず、サブセンターはMCH、家族福祉サービスのための最も基本的保健施設としてあげられる。基準として、平野地域では人口5,000人に付き一カ所、丘陵及びtribal地域では3,000人に一カ所の割合で設置される^{注85}。各サブセンターは準医療従事者、保健夫 (Male Health Worker-Multi-Purpose Worker)と保健婦 (Auxiliary Nurse Midwife-ANM)を1人ずつ配置しており^{注86}、産前・産後のケア、出産、小児ケア、家族計画のサービスを受けられることになっている^{注87}。131,471カ所のサブセンターが、1993年9月の時点で機能しており（1985年4月、

注82 UNFPA (1991)、前掲書

注83 GoI, DFW (1994), p11、前掲書

注84 UNFPA (1991)、前掲書

注85 GoI, MHFW (1994a), p39、前掲書

注86 保健夫・保健婦は有給である。

注87 UNFPA (1991), p54、前掲書

82,946)、1993-94年にはすでに設立されたサブセンターの維持に18億5千万ルピーが投入された^{注88}。

次に、プライマリーヘルスケアセンター (PHCs) であるが、PHCはサブセンターと異なり少なくとも1人の医師と看護婦、準医療従事者がおり、治療と予防のための両方の設備が整っている。PHCの数は3万人に一カ所、丘陵及びtribal地域では2万人に一カ所、6カ所のサブセンターにつきPHC一カ所の割合いで設置される。1993年9月に機能していたPHCの数は21,024であった。なお、政府目標の5,000人に一カ所のサブセンター、3万人に一カ所のPHC、丘陵地域とtribal地域における3,000人に一カ所のサブセンター、2万人に一カ所のPHCは既に達成されている^{注89}。コミュニティーヘルスセンター (CHCs) は内科、外科、産科のサービス、ラボ施設とベットを備えた専門的な医療を行うよりレベルの高い医療施設である。目標は8万~12万人に一カ所の割合いであり、1993年6月時点の数は2,293であった^{注90}。

また都市部においては、都市家族福祉センター (Urban Family Welfare Centers-UFWCs) が病院、その他の医療施設の他に1,529カ所設置されている。しかし妊産婦へのサービス普及率はあまり好ましくないといわれる。そのため、既存のUFWCの改善と、人口10万以上で、その内の40%がスラム居住者である都市に、Health Postを設置する計画が進められている。93-94年にUFWC、その他の都市施設維持改善に、2億8千万ルピーが配分されている^{注91}。

その他、地域の保健医療に係わる伝統的産婆 (Traditional Birth Attendants-TBAs) 等の存在についても触れておく。農村の地域レベルではMCH、家族計画等のサービスは訓練を受けた産婆 (dai) と下述のVillage Health Guideによって提供される。農村地域の非訓練者による出産では、新生児と母親は病原菌におかされやすかったり、適切な処置がなされないなど分娩に伴う危険性が大きくなる可能性がある。そのためdaiは衛生管理に重点をおいた産婆術の訓練を受けた後、各々の村で出産の手伝い、その他女性の相談にのるなどの任務を果たすことになっている (多くのdaiは家族計画受入者の発掘のため、PHCのもとで活動しているといわれる。) ^{注92}。同様に、Village Health Guides (VHGs) は人々により密着したPHC、MCH、家族福祉計画活動の為に取り入れられた。政策では人口1,000人、あるいは1村に1人のVHGを定めており、彼らには報償金として月50ルピーが支払われる。もともと男性であったが、現在は女性が好まれ、1993年9月において32万4千727人のVHGのうち男性は約8万人であった^{注93}。VHGはコミュニティーと政府の保健医療システムの橋渡しの役割を果たし、主に保健教育、MCHと家族福祉サービスの普及促進、また伝染病の記録、軽い疾病治療、応急処置等を施すのが任務である。その他、6つのサブセンターの活動を監督する役割を担ったFemale Health Assistant (LHV) の存在もあげられる。LHVは保健婦 (ANM) を監督し、技術ガイダンスを行うなどの任務を果たす^{注94}。

注88 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注89 GoI, Ministry of Finance (MoF) (1994)

注90 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注91 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注92 UNFPA (1991), p45、前掲書; Narayana and Kantner (1992)、前掲書

注93 GoI, MHFW (1994a), p14、前掲書

注94 GoI, MHFW (1994a), p40、前掲書

(2) 家族福祉計画の評価と課題

インドの家族福祉計画は1956年以来、1億6千2百万人余りの出生を防いできたと報告されているが(1992-93年までの数値)^{注95}、出生率の低下は、同様に家族計画を進めているインドネシア、タイなどと比べて鈍化であるといえる^{注96}。また、避妊率に関しては1971年の12%から91年には44%と増加したが、例えば中国の74%、スリランカの62%と比べると未だ低い数字である^{注97}。同様に乳幼児・妊婦死亡率の低下も十分ではない。この分野でのインフラの拡大に反して、インド政府の家族福祉計画は必要な人に効果的なサービスをもたらしているとは言い難い。

(ア) 中央集権的性格

しばしば指摘されることはプログラムの中央集権的性格が、それぞれの地域に見合ったサービス提供の障害になっている点である。家族福祉計画は中央政府主導のプログラムであるため、地域社会の積極的な関わり、住民参加は際だっておらず地域の相違や多様性の考慮に欠けると指摘される。また、IEC活動の不足のため、避妊具の入手、安全性などについての地域の知識は乏しい^{注98}。インドネシアの家族計画は強力な政府の管轄下におかれているが、そのアプローチはむしろ村や集落において発揮されている。中国のプログラムも地域社会の働きかけに依存している。インドにおいても地方政府の制度と家族計画のアプローチが適切であれば、効果的なプログラムを遂行する可能性があるだろう。例えば、グジャラート州のZila Parishad (パンチャヤットのディストリクトレベル)では、パンチャヤットの権限を強化するという州の政策によって地方の指導者の家族計画への賛同を得、中央政府の資金がZila Parishadまで有効に流れ、草の根レベルでのサービス提供が成功したといわれる。さらに他の援助機関との連携も持つことが出来た^{注99}。このような例はインドでも家族計画の地域社会レベルのアプローチが可能であることを示している。

各州の社会・経済的相違を認めた戦略を用いるべきであるという忠告は、中央政府内でも長年なされているが、州政府は家族計画の資金調達にはあまり意欲的であると思われず、州の政治家は家族計画、人口計画を政策にあげることを好まないという現実があり、中央政府からの出資、強力な主導がなければプログラム実行のための州政府からの協力・コンセンサスが失われるという恐れもある^{注100}。しかしながら、地域に有効な政策を持たない単なるプログラムの拡大は期待する結果をもたらさない以上、計画と実行を地方分権化し、県(ディストリクト)、サブディストリクトあるいはパンチャヤットが地域別のプログラムを実施し、一方、中央政府の役割を全般的な計画、調整、技術提供などに限定するといった組織改革が必要となるであろう。

注95 The World Bank (1993a), Table A1.5

注96 Khan (1991)

注97 EIU (1993)、前掲書

注98 CMIE (1992)

注99 Narayana and Kantner (1992)、前掲書

注100 Narayana and Kantner (1992), p58、前掲書; Pai Panandiker and Umashankar (1994)、前掲書

(イ) ターゲット主義

インドの家族計画のもう1つの特徴はターゲット主義(Targetism)であるといわれる。例えば、中国では家族計画のターゲットは中央ではなく地域レベルで決められるが^{注101}、インドの場合は通常、保健家族福祉省と共同で中央の計画委員会(Planning Commission)によって、国家レベルでターゲットが決められ、末端の施設・ワーカーのレベルまでその数値が振り分けられる。人口的基準に基づき完全なトップダウン方式で決められたターゲットは地域の特殊性を考慮に入れず、不妊手術、IUDなどの割り当てを決められたワーカーはサービスの向上に努めるよりも数値達成に走りプログラムの強制、操作を招きかねないと懸念される^{注102注103注104}。インドにおける家族福祉計画は非常に制度化されており修正を図ることが難しいといわれるが、各地域の社会、開発レベル、行政能力に見合ったプログラム実施を促進するための調査を強化し、プログラムの質的向上と地域アプローチを図る政策転換が望まれる。

(ウ) 不妊手術の偏重

I. 避妊法選択の狭さ

不妊手術はしばしば開発途上国で重点をおかれる避妊法である。他の方法と異なり、継続的に避妊を行うための動機づけ(re-motivation)や避妊具・薬供給の必要がなく、モニタリングのための管理が容易であるという便利さが政策側にあるからである。インド政府の家族計画プログラムも数年来いわゆる「キャフェテリア・アプローチ」(避妊方法の自由選択)を主張してきているが、実際には安全な避妊法の選択は少なく、現在のところ不妊手術に偏重しているといわれる^{注105注106}。表3-4が示すように93年の中絶法の割合は全体のおよそ70%で、IUD、コンドーム、経口避妊薬などの出産スペースングのための方法の割合は少ない。

表3-4 避妊法別による避妊率(1981、85、89、93年)

()内は、避妊法全体における割合(%)

年度	避妊法による避妊率(%)			
	不妊手術	IUD	その他	合計
1981	20.1 (88.2)	1.0 (4.4)	1.7 (7.4)	22.8
1985	24.9 (77.6)	2.9 (9.0)	4.4 (13.7)	32.1
1989	29.8 (71.1)	5.9 (14.1)	6.2 (14.8)	41.9
1993	30.2 (69.6)	6.3 (14.5)	6.9 (15.9)	43.2

出所) Gov. of India, Department of Family Welfare, 1994, Table 14

注101 Bose (1988)、前掲書

注102 UNFPA (1991)、前掲書

注103 The World Bank (1992a)、前掲書

注104 ただし、1993-94年には中央レベルでの不妊手術のターゲットは設定されなかった。(Gol, MHFW, 1994a, p 64)

注105 Conly and Camp (1992)、前掲書

注106 1992-93年に行われた不妊手術の推計数は424万ケースであり、そのうちの96.5%は女性の受け入れ者である。(Gol, MHFW, 1994a, p63)

問題となるのは、不妊手術はしばしば希望の子ども数を達成していない若いカップルの要求に見合わないという点である。農村の貧困層の有効避妊率は22.65%で、全国平均の28.60%と比べて大きくは違わないが、これらの人々の間での、主流の避妊法が不妊手術であることは見逃せない^{注107}。つまり受入年齢が高く平均子供数も多いため、出生率の低下は鈍化であることを意味する^{注108}。実際55%以上の家族計画受け入れ者は、30歳以上で3～4人以上の子どもを持つ場合が多い^{注109}。およそ60%の妊娠可能な女性が30歳以下であり、さらなる出生率低下は若い年齢層の受入者を増加させることでしか達成は難しいと考えられる。第8次5カ年計画、及び行動計画でも若いカップルの動機づけ、避妊具・薬の効果的分配と安全性も含めた情報の提供といったプログラム整備の重要性が強調されている^{注110}。

II. 報償金システム

インドでは家族計画受入者と業績をあげた家族福祉計画従事者、さらに高い家族計画受入れ率を達成した州に報奨金が支払われるシステムがある^{注111}。これは貧困層をターゲットにしやすく、容易にデータ操作、強制などの不正行為が起こると指摘されている。さらにかかなりの額の報酬金が不妊手術だけに支払われているため、このシステムが不妊手術偏重を助長しているともいえる^{注112}。最近の家族福祉局の報告書によれば、女性の不妊手術受入者には200ルピー、男性には180ルピー、IUDには12ルピーが支払われている^{注113}。

このようなシステムは少家族化の推進には効果がなく、報奨金とターゲット達成のために短期に行われるケアの質は低いと考えられる。受け入れ前のカウンセリングと臨床検査、受け入れ中の質の高いサービスと、その後のフォローアップが本来必要であり、このような避妊法受け入れに対する個人への金銭支払いは廃止すべきであるといわれる。より最近のインセンティブとしては子どもの数を制限した夫婦への無料保険、女子一人しかない老夫婦への社会補償などが検討されている^{注114}。

(エ) サービスへのアクセス

女性の草の根ワーカーは、政府の家族計画プログラムの重要な役割を担うものである。しかしながら、特に人口が散在する北部の州では、これらのワーカーとの接触や家族福祉サービスへのアクセスは難しい。状況は年々改善されているが、農村に住む25%～60%（避妊法によって異なる）の避妊を必要とする人口は、最も近いサービス施設から少なくとも5 km以上離れている。また、ワーカーの数が少なく農村住民に効果的なプログラムを提供することが困難であると考えられる^{注115}。さらに、プログラムの普及率の違いは交通手段・インフラの問題でもある。例えば、ケララ州では農村人口は集中しており、PHCやサブセンター等に行きやすいが、BIMARU 4州のように農村人口が散在している場合はそのサービスは届きにくいと言える^{注116}（表3-5）。

注107 1990-91年の不妊手術受け入れ者のおよそ67%は農村の住民である。(GoI, MHFW, 1992, Table-F-1.1)

注108 GoI, Planing Commission (1992b), 前掲書

注109 Rao (1993)

注110 GoI, Planning Commission (1992a), 前掲書

注111 IPPF (1994), 前掲書

注112 The World Bank (1992a), 前掲書

注113 GoI, MHFW, (1994a), 前掲書

注114 IPPF (1994), 前掲書

注115 Conly and Camp (1992), p35

注116 Narayana and Kantner (1992), p91, 前掲書

表3-5 農村における保健医療施設の州比較 (1993年)

州	平均担当面積 (sq.km)			施設までの最大半径 (km)		
	サブセンター	PHC	CHC	サブセンター	PHC	CHC
ビハール	11.53	77.27	1153.23	1.92	4.69	19.16
ケララ	7.28	40.83	686.57	1.52	3.60	14.78
マディヤ・プラデシュ	36.82	371.04	2296.17	3.42	10.87	27.03
ラジャスタン	42.22	239.02	1462.09	3.67	8.72	21.57
タミル・ナード	14.31	86.49	1724.96	2.13	5.25	23.43
ウツタル・プラデシュ	14.38	77.56	11668.75	2.14	4.97	19.28

出所) Gov. of India, MHFW, 1994b, p137, Annexure 6

88年に行われたORGの調査では、1億3千420万組の家族計画該当年齢にある夫婦のうち、7千770万人(57.9%)は現状以上の子どもを望んでいなかった。しかしながら、その内5千310万人しか避妊を実行しておらず、2千460万人の非実行者の74.4%は農村地域に居住していたと報告されている。この調査から、サービスが特に農村地域に充分届いていないと理解できる^{注117}。このような家族計画の潜在的需要(アンメット・ニーズ)を満たすデリバリーシステムの改善には、上述の地理的アクセス(Locational Access)も重要な要素である。家族計画だけでなく、母子保健、予防接種などを含めたプログラムの総合的デリバリーシステムの改善は最も重要な課題の一つであると考えられる^{注118}。

さらに、地方への専門医療従事者の確保が困難で人材が不足していることやサービスワーカーの欠員もプログラムの普及率に影響する。欠員の割合は州やポジションのタイプによって違うが主要な女性ワーカーの欠員率は91年、ビハール州の25%からケララ州の0%までの範囲があった^{注119}。PHCの医療従事者は不妊手術の勧め、母子保健サービス、予防接種、公衆衛生活動などかなりの数の仕事を行わなければならない、草の根レベルのワーカーは、家族計画と保健サービスの両分野でサブセンターの患者、家庭訪問とに時間を配分する必要がある。活動範囲が広く、交通手段が整っていない場合、時間的制約はよりきびしくなる。多くの州ではワーカーの仕事の効果的管理や報酬の仕組みなどが欠如しており、彼らのモチベーションや生産性は高くないと推測される^{注120}。

(オ) サービスの質

中央政府の資金は家族福祉プログラムとインフラの拡張には支出されるが、既存の保健医療施設の維持は州政府に任されるため、資金不足の州でそれらの施設を通して家族福祉サービスがなされる場合、サービスの質が低く施設が機能していないことも多い^{注121}。表3-6における1993-94年の数値を比較して見ると、例えば、パンジャブ州の数値は医療、家族福祉の両分野でウツタル・プラデシュ州の倍以上であることがわかる。

注117 Rao (1993)、前掲書

注118 Krishnan (1992)前掲書; World Bank (1992a)、前掲書

注119 Conly and Camp (1992)、p35、前掲書

注120 Conly and Camp (1992)、前掲書

注121 Kahan (1991)、前掲書

表3-6 州レベルでの一人当りの財政支出の比較（単位ルピー）

州	年度	医療、公共保健医療	家族福祉
パンジャブ州	1991-92年 (Ac)	29.54	4.16
	1992-93年 (RE)	32.72	6.51
	1993-94年 (BE)	34.65	7.61
マハラシュトラ州	1991-92年 (Ac)	22.08	3.25
	1992-93年 (RE)	24.38	3.99
	1993-94年 (BE)	24.17	4.39
タミル・ナード州	1991-92年 (Ac)	23.46	5.31
	1992-93年 (RE)	26.71	5.33
	1993-94年 (BE)	29.45	6.04
ウッタル・プラデシュ州	1991-92年 (Ac)	13.65	4.33
	1992-93年 (RE)	14.59	3.86
	1993-94年 (BE)	15.19	3.36

Ac=actual, RE=revised estimates, BE=Budget estimates

出所) Annual Financial Statements of Respective State Government, 1993-94 (Prabhu, 1994, Table 8)

サービスの質と出生率には明らかな相関関係が見られるが、予防接種と産前後のケアを含めた定期的なカウンセリング、フォローアップケア、コミュニケーションの欠如、草の根レベルのサービス提供者の避妊法の種類、各々の方法の長所/短所、副作用、合併症などに関する知識の欠如などが問題である。さらに、PHCの予算の多くが関係者の給与に流れるため（1985-89年において60%）、サービス・治療のための予算が限られていること^{注122}、医薬品、避妊具・薬等の供給システムに不備があることなどが信頼性のあるサービス提供の障害になっている^{注123注124}。

(カ) 適切なトレーニング

家族計画サービスの質の低さはトレーニングの欠如にも関係する。トレーニング施設は人員の増加に間に合わず、ワーカーの質はしばしば低いと考えられる。PHCの医師でさえ、不妊手術、墮胎、IUD挿入などの訓練を受けていない場合さえあるといわれる。また、医学教育では家族計画教育、カウンセリングのテクニックなどを充分に行っていない^{注125}。このようなトレーニングの欠如は第8次5カ年計画の家族福祉プログラムで、この分野に振り分けられた予算が全体の僅か0.9%であることから明らかである（表3-3参照）。このようなトレーニングの欠如はスペーシング方法への移行、母子保健の強化を含めた有効な家族計画普及に大きな障害となると思われる。

注122 Tulasidhar (1993)

注123 The World Bank (1992a)、前掲書

注124 Narayana and Kantner (1992)、前掲書

注125 Conly and Camp (1992)、前掲書

(キ) IEC活動の効果

IEC活動は効果的家族計画に重要な役割を果たすと認識されている。しかしながら、インド政府のIECプログラムは現在のところ家族計画の需要を生みだし、実行をサポートする直接的効果を果たしておらず、これに対しUNFPAは次の問題点を指摘している。

- (1) 人々の実際のニーズにあった製品、サービスが普及していない。
- (2) 資金が不十分である^{注126}。
- (3) 住民が活動主体となっていない。
- (4) 具体的目的を達成するための手段が取られていない。
- (5) 活動内容、ターゲットの優先付けがなされていない。
- (6) アプローチが組織的でない。

インドにおけるIEC活動は家族計画のコンセプトを広めるためには、有効といえるかも知れないが^{注127}、「知識と実行の差」(Knowledge and Practice Gap)^{注128}が大きく、IECが実際的な情報を与えていないと思われる。IECプログラム戦略自体の不適切さの他に、他のプログラムの不成功の要因が大きいと考えられる。上で指摘したように、根本にある障害は家族福祉サービスの普及が徹底されていない事、サービスの質が好ましくない事である。これらの条件が整って初めて効果的IEC活動につながると考えるべきであろう^{注129}。

(3) 母子保健プログラム^{注130} (The Child Survival and Safe Motherhood Programme)

The Child Survival and Safe Motherhood Programme (CSSM) は、家族福祉政策の一環として1992年の8月から5年の期間ではじめられた100%中央政府出資のプログラムである。このプログラムの目的は、妊産婦死亡率と乳幼児死亡率の改善であり、毎年各種のプログラムを通じ、2千7百万の妊婦と2千5百万の乳児にサービスを提供するものである。CSSMは種々の関連プログラムを運営、管理、トレーニングに関して一つに統合したものである。

母子保健は、国の保健サービスシステムで最も重要な位置を占めており、事実、National Health Policy (1982) の17の目標のうち、9項目は母子保健に関わるものである^{注131}。この政策達成のため、2000年までにIMRを60/1,000、CMRを10/1,000、妊婦死亡率を20/100,000以下にすることがCSSMで意図されている。

家族福祉局が行うCSSMは具体的に、Child Survival分野での、Universal Immunization Programme (UIP)、Oral Rehydration Therapy (ORT)、予防 (Prophylaxis) プログラムが全ての県で行われている。さらに、Acute Respiratory Infections (ARS)活動が、92-93年に51の県で、93-94年には103の県で開始された。Safe Motherhoodの分野においては、プログラムが92-93年に21の県で始まり、さらに30の県が93-94年に加えられた。特に乳児死亡率の高いアッサム、ビハール、マディヤ・プラデシュ、オリッサ、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュ州に重点がおかれている。

注126 IEC活動は、第8次5カ年計画では家族福祉予算の2%未満である(表3-3参照)。またその多くは中央、州の人員の給与にながれる。(Conly and Camp, 1992, p43)

注127 Third All India-1988-89の調査で回答者の89%に家族計画の認識があった。(UNFPA, 1991, P27)

注128 UNFPA (1991), P27, 前掲書

注129 Conly and Camp (1992), 前掲書; UNFPA (1991), 前掲書

注130 特に記していない箇所は、GoI, DFW (1994); GoI, MHFW (1994b)を参考にした。

注131 Bose, 1988, Appendix VII参照

CSSMプログラムはUNICEFと世界銀行によって支援されており、7年間の予算総額は112億5千580万ルピーである。

(ア) Universal Immunization Programme (UIP)

85年に始まったUIPは全ての乳幼児を対象に、ジフテリア、百日ぜき、破傷風、結核、ポリオ、はしかの6種のワクチン、妊婦には破傷風のワクチン投与を行うプログラムである。89-90年にプログラムが全ての県に拡大されてから大きな進歩がみられ、このプログラムのもとで、毎年2千5百万の乳児が1歳になる前にワクチンを投与され、2千7百万の妊婦が破傷風のワクチンを受けている。プログラム開始時の85-86年から比べ、92-93年のワクチン投与の普及率は大幅に増加し、93年3月には乳児への全てのワクチン投与率は85%であった(表3-7)。なお経口ポリオワクチンを除き、全てのワクチンは国内で生産・供給出来る体制である。

表3-7 各種ワクチン投与率の推移(%) (1985-86年~1992-93年)

年	DPT	OPV	BCG	MSL	TT (PW)
1985-86	41.12	35.66	28.84	1.34	39.85
1989-90	82.93	82.30	89.04	69.32	58.83
1992-93	90.19	90.81	96.41	85.75	79.40

出所) Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1994b, p31, Table-II

また表3-8が示すように、ワクチンにより予防可能な疾病の全国報告数は減少している。しかしながら、ビハール、マディヤ・プラデシュ、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュ州において、ポリオの40%、新生児破傷風の74% (1992年) がみられるなど州による格差が大きい(表3-9)。

表3-8 ワクチンにより予防可能な疾病報告数の推移(1988/1992年)

病名	報告数	
	1988	1992
ポリオ	24,257	9,440
百日ぜき	145,469	119,854
はしか	157,800	92,185
破傷風	24,343	11,268
新生児破傷風	11,849	6,626
ジフテリア	17,146	8,115
合計	380,864	247,488

出所) Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1994b, p32, Table-III

表3-9 主要州別ポリオ、新生児破傷風、はしかの報告数（1993年1～11月）

州	ポリオ	新生児破傷風	はしか
ビハール	476	298	4893
グジャラート	64	83	795
ハリヤナ	102	107	62
ケララ	80	2	3850
マディア・プラデシュ	311	590	1399
マハラシュトラ	243	57	8192
パンジャーブ	53	62	37
ラジャスタン	124	624	739
タミール・ナード	192	22	2440
ウッタル・プラデシュ	1043	1783	4563
西ベンガル	151	95	1439

出所) CSSM Review, 1994, p7

さらなるプログラム普及のために、ハイリスク地域と予防サービスの特定、管理システムの強化、IEC活動の継続、必要なワクチン供給の確保、モニタリングなどが戦略としてあげられている。

(イ) Oral Rehydration Therapy (ORT) Programme

急性下痢性疾患は依然5歳以下の子どもの主要な死亡原因であり、毎年、およそ100万人の子どもが下痢による脱水症状から死亡していると推測される。91年の調査によればビハール州では、乳幼児は毎年平均1.2回の下痢性疾患(1.2Ep./Ch/Year)を経験し、タミール・ナード州では3.5Ep./Ch/Year、また主要都市のスラム地域では10.5Ep./Ch/Yearと高い数値であった。しかし、これらのほとんどは未然に防げるものである。

第6次5カ年計画で始められたこのプログラムは、第7次計画で母子健康活動の一環として強化され、第8次計画に継続されている。ORTの目的は下痢性疾患による子どもの死亡を防ぎ、2000年までに死亡率を70%減少させることである。トレーニングプログラムと保健教育による疾病に対する理解、家庭での水分(安価な塩、砂糖、水を混ぜた溶液)の摂取、母乳・継続的な食事を与えることなどで子どもの下痢症状に適切に対応するように指導している。ORTに必要なものは中央政府で用意され、各州、連邦直轄地に供給されるが、衛生状況改善、安全な水の供給などがプログラムの成功に欠かせない。

なお、Diarrhea and Treatment and Training Unites (UTTUs)が75の医科大学に設置され(1993-94年)、UTTUsのネットワークはCSSMプログラムのもとで拡張しており、県レベルの病院でも小児科医の訓練が行われている。また、ORTを促進させるために個人レベルのコミュニケーションが母親同士のミーティングを通じて行われている。

(ウ) 予防 (Prophylaxis Schemes) プログラム

このプログラムには妊娠、授乳期における母親と5歳以下の子どもの栄養障害による貧血予防と、5歳以下の子どものビタミンA欠乏による失明予防を目的としたものがある。

I. 妊産婦の貧血症予防プログラム

(Anaemia Prevention and Control Among Pregnant Women)

貧血症は1989年、妊産婦死亡率^{注132}原因の約2割を占めており、出血、毒血症、敗血症を悪化させる主要な要因である(表3-10)。インドにおける妊産婦死亡率は3.5/1,000(先進国は0.24)でそのうち6件に1件は貧血症によるものである。89年の調査で妊婦の貧血症の割合は87.5%(Hb<11g%)で、その内13.1%が重度(Hb<7g%)で、33.6%が中度(Hb 7-9g%)であった。貧血症は都市よりも農村で割合が高い^{注133}。

表3-10 妊産婦死亡の原因(%) (1989年)

死因	中絶手術	貧血症	毒血症	出血	胎児の位置異常	分娩時敗血症	その他
%	10.9	20.3	7.9	23.8	10.9	5.9	20.3

出所) Survey of Causes of Deaths, Office of Registrar-General (Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1992, Table 11.05)

このプログラムでは、妊産婦へ鉄分とビタミンB複合体錠(IFA錠)を妊娠6ヶ月目から100日間、毎日摂取させバランスのとれた食事をとるように指導することで症状を予防することを目的としている。妊産婦へのIFA錠の配布は、92-93年に58.9%に増加したが、プログラムの進行状況は好ましいものではない。カバーすべき対象人口が非常に多く、サービスのモニタリングも欠如している。また貧血症に対する理解・認識が不十分であることがあげられる。さらに、プログラムの普及率は州によって50%以上の差が認められる^{注134}。貧血症の重大性はインドの女性の多くが十分な栄養を摂取していないという状況の現れであり、妊娠時だけの対策だけでなく乳幼児、思春期からの総合的な栄養改善の配慮が必要であるといえる^{注135}。

II. 幼児のビタミンA欠乏症予防

(Prevention and Control of Vitamin A Deficiency Among Children)

このプログラムでは9ヶ月から3歳までの乳幼児に濃縮ビタミンAを6ヶ月間服用させ、ビタミンA欠乏からの失明を防ぐことが目的である。ビタミンA欠乏症の割合は州により大きな開きがあり、例えばケララ州では1%以下、カルナタカ、オリッサ州では1~3%であるが、ビハール、マディヤ・プラデシュ、ラジャスタン州などは6~28%という高い数値を示している。また、プログラムの普及率は30%に留まっている。

注132 妊産婦死亡-妊娠期間・場所に係わらず、妊娠中あるいは妊娠中絶から42日以内に妊娠によって引き起こされた又は悪化した原因による、あるいはその管理が原因である事故を含まない死亡。

注133 National Institute of Nutrition (1993)

注134 IFA錠の普及率は例えばカルナタカ、マハラシュトラ、グジャラート、西ベンガル各州では75~100%であるが、マディヤ・プラデシュ、ラジャスタン、ウツタル・プラデシュ各州では25~50%、またビハール州では2~25%である。(Gol, MHFW, 1994b, p21)

注135 Kulkarni (1994)

(エ) 急性気管支炎コントロールプログラム

(Acute Respiratory Infections (Pneumonia) Control)

肺炎は5歳以下の乳幼児のもう一つの主要死亡原因であり、およそ20%が肺炎で死亡していると推定される。また、肺炎は、はしかのおもな合併症である。プログラムでは保健医療従事者への治療トレーニング、また、草の根ワーカー・母親に初期症状認識のための知識と処置法のトレーニングを与えている。はしかの予防接種、ビタミンAの摂取などにより、肺炎による死亡率を2000年までに40%減少させるのが目的である。

プログラムは92-93年からCSSMプログラムとして51の県で実施され、93-94年には103の県へ拡大され、94年4月には新たな104県が加えられた。プログラムのもとで、サブセンター、PHCの医師、及び準医療従事者のトレーニングの実施、また錠剤の配布がサブセンターで行われている。

(オ) 妊産婦死亡率低下のためのプログラム(Safe Motherhood)

インドの死亡構造の特徴の一つとして、乳幼児期と再生産年齢期の女子の死亡率(この場合15-35歳)が高いことがあげられる(表3-11)。これは、妊娠・出産に関連する死亡が多いためである。91年のSRSの推計によると、インドの死亡原因の1.1%は妊娠と出産に関わるものである。これに基づけば、10万の出産毎に340人の妊産婦が死亡する高い数値である。特に、この特徴は農村地域に顕著に現れており、妊産婦死亡率1,300/100,000という地域も存在する^{注136}。

表3-11 農村地域における性別死亡率(1988年)

年齢グループ	男	女
0-4	35.1	39.1
5-9	3.6	3.9
10-14	1.6	1.8
15-19	2.0	3.1
20-24	2.5	3.4
25-29	2.5	3.3
30-34	3.0	3.5
35-39	4.6	3.8
40-44	6.8	4.7
45-49	9.4	6.7
50-54	14.0	10.6
55-59	20.4	15.8
60-64	33.9	27.1
65-69	51.1	40.6
70以上	100.8	88.1
合計	11.9	12.0

出所) SRS, Office of Registrar-General (Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1992 Table 2.09)

注136 EPW Research Foundation (1994a)、前掲書

また先に見た貧血症のほかに、中絶が妊産婦死亡の主要な原因となっている。1971年「The Medical Termination of Pregnancies Act」で中絶は合法となった。基本的には保健医療の法であって家族計画の法ではないが、奇形児や母子の生命に危険があるときなどのほかに、避妊の失敗なども合法的中絶の範疇に含まれる^{注137}。15から44歳の中絶率は3.0/1,000であり^{注138}、MPT ACTの実効から92年9月までに8千390万の合法的中絶が行われたと推定される^{注139}。

しかしながら、およそ4分の1の妊娠女性の疾病や死亡は非合法的な中絶によるものと推測される^{注140}。明らかなことは、中絶は望まない妊娠に対して行われるということである。まずはじめに家族計画へのアクセスと、次に安全な中絶手術を受けられる施設、トレーニングを受けた医療従事者がいることで、中絶手術による妊産婦死亡率を減少させることができるはずである^{注141}。

また、マハラシュトラ州の農村地域で行われた疫学調査では、92%の女性が婦人病あるいは性病を患っており、平均して一人の女性が3.6の病気に苦しんでいるという結果が報告されている。不妊症の原因となるクラミジア、乳頭腫は毎年それぞれ5千万、3千万ケースが起こるといわれる^{注142}。このような重大性にもかかわらず、これらの疾病には必要な対策がとられていないのが現状である。

他に出産時の母子の安全を図るプログラムとしては、「産婆トレーニングと無菌分娩器具供与プログラム」がおこなわれている。表3-12からもわかるように、アッサム、ビハール、マディヤ・プラデシュ、オリッサ、ラジャスタン、ウッタル・プラデシュ州（特に農村地域において）は、訓練を受けていない者による分娩処置が未だ多く、妊産婦死亡率も高いことから、プログラムはこれらの地域に重点をおき、全ての州、連邦直轄地での産婆（dai）の産前・産後のケアも含めたトレーニングを急速に進めることを目標としている。なおUNICEFによるパイロットプログラムがいくつかの県で行われている。

注137 GoI, Ministry of Information and Broadcasting (MIB) (1994), p216

注138 Kumar (1994)

注139 GoI, MIB (1994), p216, 前掲書

注140 GoI, MIB (1994), 前掲書

注141 Karkal (1993)

注142 Prakash (1993), p2785

表 3-12 州による妊産婦死亡率と保健婦の付き添う出産の比率（1992年）

州	妊産婦死亡率* (出産10万に対する)	保健員の付き添う 出産の比率 (%)
インド	500	44.1
アッサム	1,210	27.2
ビハール	1,490	25.3
グジャラート	810	55.7
ハリヤナ	320	82.5
ケララ	130	96.1
マディア・プラデシュ	1,370	25.1
マハラシュトラ	180	48.3
パンジャブ	200	89.7
ラジャスタン	640	21.9
タミール・ナード	230	73.1
ウッタル・プラデシュ	1,120	29.3
西ベンガル	780	38.2

* 病院報告による推計
出所) Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1994b, p16

(4) その他の家族福祉関連プログラム注143

(ア) Post-Partum Programme

このプログラムの目的は妊婦に産前・産後のサービスを行い、同時に15から44歳の女性と夫に教育、動機付けなどにより少家族のノームを与え、家族計画のサービスも行うというものである。206の医科大学を含む、550の県レベルの病院と1,012のサブディストリクトの病院が、Post-Partum Centerとして機能している。尚、サブディストリクトレベルのPost-Partum プログラムはノルウェー政府からかなりの支援を受けている。

(イ) U. P. プロジェクト

IMR、出生率とも、全国平均を上まわるウッタル・プラデシュ州におけるInnovations in Family Planning Service in U.P.プロジェクトは、USAIDによって1992年9月に支援の合意を得た。このプロジェクトの目的は州のTFRを5.4から4に、避妊率を35%から50%にあげることとされている。10年間の資金は3億2千5百万ドル、その内1億ドルは、技術協力、トレーニング、避妊具供給などにUSAIDが直接使用することとなっている。このプロジェクトは政府、非政府機関の大がかりな連携支援によって、家族計画サービスのアクセスを人々に身近なものとし、また、避妊方法選択の拡充と人員の技術的任務遂行能力の向上によってサービスの質的充実を図るものである。

注143 特に記していない箇所は、GoI, MHFW (1994a); GoI, MHFW (1994b)を参考にした。

(ウ) Social Safety Net

家族福祉局が指定している高出生率と高乳児死亡率、さらにサービス普及の程度が低い90の県で、これらを改善する目的で1992-93年から5年間、世界銀行のSocial Safety Netプログラムのもとで全面支援が行われている。尚、90の県のうち83はウッタル・プラデシュ、マディヤ・プラデシュ、ビハール、ラジャスタンの4州に位置している^{注144}。

(エ) Area Projects

1993-94年において、15の州とデリーで11のArea Projectが世界銀行、国連人口基金(UNFPA)、Overseas Development Administration (ODA)、Danish Development Agency (DANIDA)の資金援助を得て行われた。プロジェクトの目的は、保健医療・家族福祉サービスを普及させ、母子の死亡・疾病を減少させること、同時に避妊具の供給を充実させることなどであり、フィールドでの人員のトレーニング、保健及び家族福祉のインフラ強化が行われている^{注145}。このプロジェクトにより、93年10月までに13,630のサブセンターと350のPHC/CHC/LHVの施設と159のトレーニング機関が建設・整備され、さらに、34万3千人の医師、準医療従事者のトレーニングがなされた。

(5) 組織機関 (Organized Sector) とNGO^{注146}

家族福祉プログラムはまた、公共・民間両セクターを通して行われることが期待されている。住民参加の推進を目的として、NGOの活動も急速に重要性をましている。

(ア) 組織機関 (Organized Sector)

労働者にとって、所属する組織はアクセスが比較的容易であり^{注147}、組織周辺の地域住民もプログラムに組み入れられる可能性から、各種組織機関での家族福祉プログラムの推進は大きな成果になる可能性があると思われる。家族福祉推進の考えは、すべての組織機関で認識されているが、現在効果あるプログラムを実施しているところは少なく、資金、技術不足が問題となっている場合もあると考えられる^{注148}。

次は成功した組織機関の特徴としてあげられるものである^{注149}。

- (1) 大規模組織である
- (2) トップレベルの責任者が関心を示し、活動のすべてをサポートし、定期的なレビューが行われている
- (3) プログラムの実施が保健医療、人事、労働福祉などすべてのセクションの参加によって幅広くおこなわれている
- (4) 条件のよいインセンティブの存在
- (5) サービスの質がよいこと

注144 GoI, MoF (1994)、前掲書

注145 GoI, MHFW (1992)

注146 特に記していない箇所はGoI, MHFW (1994a)を参考にした。

注147 UNFPA (1991), p16、前掲書

注148 幾つかの省庁、公共企業 (Ministry of Defense, Ministry of Railways, P&T Department, Border Roads Development Organization など) でも母子保健と疾病予防サービスを含むプログラムが家族福祉局の資金援助で実施されている。

注149 Gupta et. al.(1990), p6

(6) 効果的IECインフラの存在あるいは、効果的教育・動機付けの努力がなされている。

さらに、非組織・半組織機関 (unorganized and semi-organized sector)、および農業分野での2億7千万にのぼる人々へのサービスはより需要が大きいと考えられており、UNFPA等による家族福祉プロジェクトの援助が行なわれている。

(イ) NGO

現在、12,000以上のボランティア団体が、全国、地方レベルで家族福祉に係わる活動に携わっている。しかしながら、その活動は断片的で地域的に限定されたものである^{注150}。地域的片寄りもみられ、サービスニーズの大きい北部州での活動は活発でなく、都市、或るいは都市郊外に偏重していると思われる^{注151}。

1993年6/8月に、政府から案出された新しいNGO計画で強調されていることは、少家族ノームと人口調節促進のためのNGOの利用であった。CPR50%以下、CBRが35以上の地域でのNGO活動の推進、これらの地域での活動への資金援助による母子の健康状態向上の他に、CPRを100%に上げることが目標である。また、NGOと政府の平等なパートナーシップの確立が求められている^{注152}。

NGOとの効果的連携を促進するために以下の努力がなされている。

(1) 手続きの単純化

NGOプロジェクトのための処理のスピードアップを図り、補助金手続きの単純化を進める。各州、連邦直轄地にNGOスキームを取り扱うオフィサーを配置する。

(2) NGOのためのトレーニング

NGOの効果的連携のため、プロジェクト形態、財政管理、モニタリング、評価などに関するトレーニングを行うことを州政府の機関に要請している。

(3) ワークショップ、セミナー、スタディーツアー

NGO間の関係・協調を強化するためのワークショップ等を州、連邦直轄地に要請する。

(4) さらなる連携強化のため、十分な知識・技術、資金、運営能力のある大規模なNGOに対して、それらのプロジェクト承認のための技術ガイダンス、及び協力を求め、更にモニタリングと評価を行わせる。

(5) NGOのディレクトリーの作成

NGOのディレクトリーは、Family Planing Association of Indiaから出されており、活動状況、地理的範囲、資金状況、家族福祉活動の種類、支援の出所などが含まれている。

注150 この分野で最大の民間機関であるFPAI (Family Planning Association of India)でも1991年に家族計画サービスを提供した人口は22万程度であった。(Conly and Camp,1992,p40) FPAIは家族計画の教育、サービスを行うバイオニア組織で、2,400の村でのプロジェクトは特に農村コミュニティの女性と若者にターゲットを置き、農村開発、MCH、収入のための技術訓練を含む女性のための活動を行う。家族計画を農村地域に組み込んだアプローチをとっているといわれる。(IPPF, 1994)

注151 Conly and Camp (1992)、前掲書

注152 UNFPA (1991)、前掲書

1993-94年の家族福祉局からのNGOへの援助額は4千900万ルピーであった。なお、NGOへの国際援助は、世界銀行、USAID、UNFPAが行っている。

(6) 社会マーケティングプログラム (Social Marketing Programme-SMP)

1960年代、インドは避妊具の社会マーケティングを世界で初めて行った国である。最近までは扱われる避妊具はコンドームが占めていたが、現在およそコンドーム使用者の3分の2、経口避妊薬の半数が民間経路でそれらを購入していると推定される。そのためSMPはスペーシングのための避妊具・薬普及に有効なチャンネルであると考えられている。少額のお金を用意出来る者であれば、医療施設に赴かずまたプライバシーを侵害されることなく避妊具・薬を入手できる。

問題は人口の少ない農村で行うには費用効果が期待できないことである。SMPは地理的に限定されており、人口2万人以下の居住地には普及していないのが現状である。しかしながら、SMPによって出産スペーシングの促進という目的を達する可能性は大きい。そのため品質、価格といった要因の他により強力な製品のプロモーション(ブランド、パッケージなど)、効果的広告、小売販売市場拡大が望まれる^{注153}。

(7) 独立機関と付属機関^{注154}

技術開発、調査研究、トレーニング等を行っている主な独立機関、付属機関は次のようである。

(ア) National Institute of Health and Family Welfare (ニューデリー)

生殖生態臨床医学、人口遺伝学、人口統計学、疫病学、治療・病院管理とコミュニケーションの研究を行い、保健・家族福祉分野での教育、トレーニング、コンサルタント活動を行う目的で1977年に設立された機関である。

(イ) Hindustan Latex Limited (HLL)

保健家族福祉省の組織として、1966年に設立されたインドで最大のコンドーム製造会社である。カルナータカ州 Belgaum とケララ州 Thiruvananthapuram にある2つの工場は日本のオカモト株式会社と共同で作られたものである。HLLは現在、避妊具、医療器具の総合製造会社である。

(ウ) Family Welfare Training and Research Center (ボンベイ)

インド西部地域(グジャラート、マディヤ・プラデシュ、アンドラ・プラデシュ、ゴア、ダマン・ディウ、ダドラ・ナガル・ハヴェリ)の保健家族福祉活動の現職者トレーニングを行う機関である。

(エ) International Institute for Population Science (ボンベイ)

保健家族福祉省の下で人口学でのトレーニング、リサーチ、コンサルティング活動を行う。

(オ) Central Drug Research Institute (ラクノー)

避妊具、避妊薬の開発を行う。

注153 UNFPA (1991), p65, 前掲書; Conly and Camp (1992), p40-41, 前掲書

注154 GoI, MHFW (1994a), 前掲書

(8) 国際援助^{注155}

(ア) 国連人口基金 (UNFPA)

第4フェーズ(1991-95年)のUNFPAの援助額は9千万ドルである。援助を行っているプログラムは人口教育、ヒマーチャル・プラデシュ、マハラシュトラ、ラジャスタン州の県でのArea Projects、ビル・IUDの原材料の調達、Centers of Excellence for Training in Micro-Surgical Sterilization and Reconciliationの設立、National Center for Technical Evaluation of IUDs and Tubal Ringsの改善、マハラシュトラ州での家族計画の普及が遅れている地域でのプロジェクト、NGO・組織機関支援、戸外コミュニケーション活動である。

(イ) UNICEF

UNICEFは第7次5ヶ年計画におけるUIPプログラムを支援した。現在はCSSMのいくつかの活動を援助しており、1991-95年の間に1億7百万ドルの資金援助がなされることになっている。女性に焦点を当てた支援を行い出産スペーシングのための援助をUNFPA、WHOとともにこなしている。

(ウ) 世界保健機構 (WHO)

援助は補給品、備品、セミナー・ミーティング・ワークショップなどのグループ教育活動、海外へのスタディー・ツアー、フェローシップ、医療・準医療従事者のためのプログラムのコンサルテーション・計画・準備及びIEC活動などで行なわれている。

(エ) USAID (米国)

USAIDの援助は主に以下のプログラムでおこなわれている。

I. Private Voluntary Organization for Health (PVOH-II)計画

この計画では、農村あるいは辺境地で基礎的・予防保健医療、栄養改善、MCH、家族計画サービスに関する活動を行うボランティア組織に資金援助を行うことを目的としている。10年間の資金援助総額は1千万ドルである。

II. Innovations in Family Planning Project in U.P.

前述のウットル・プラデシュ州における家族計画推進プロジェクト

(オ) NORDA (ノルウェー)

NORDAはサブセンターレベルのPost-PartumセンターにおけるPost-Partumプログラム遂行のための一部資金援助を行っている。また、ジャイプールのThe Institute of Health Management and Researchにおけるトレーニングプロジェクトにも援助がなされている。

(カ) DANIDA (デンマーク)

DANIDAはマディヤ・プラデシュ州の8つの県とタミル・ナード州の2つの県における政府プロジェクトの資金援助を行っている。

注155 Gol, MHFW (1994a)、前掲書

(キ) ODA (英国)

第2フェーズのArea Development Projectとして、オリッサにおける5つの県 (Dhenkanal, Keonjhar, Mayurbhanj, Sambalpur, Sundergarh) で、家族福祉サービス向上のためにサービス提供のインフラとトレーニング施設の拡張に焦点をあてたプロジェクトを、1989年11月から5年の期間で実施した。

(ク) 世界銀行

世界銀行はIndia Population Projects (IPP)を援助しており具体的には以下のものがあげられる。

- (1) 西ベンガル州のBurdwan, Purulia, Bibhum, Bankura 各県におけるプロジェクトでは、出生率低下と母子保健の拡張・改善
- (2) マドラスとボンベイにおけるスラム地域での母子保健、バーススペーシング、そのための避妊法の利用に重点をおいた家族福祉とPHCサービスのディリバリー向上のためのプロジェクト
- (3) ウットル・プラデシュとアンドラ・プラデシュ州でのトレーニング施設とサービス提供の強化を意図したプロジェクト
- (4) ビハール、グジャラート、パンジャブ、ハルヤナ、ジャムー・カシミール州における人員開発トレーニングとサービス提供を意図したプロジェクト
- (5) デリー、カルカッタ、バンガロー、ハイデラバードのスラムでのプロジェクト

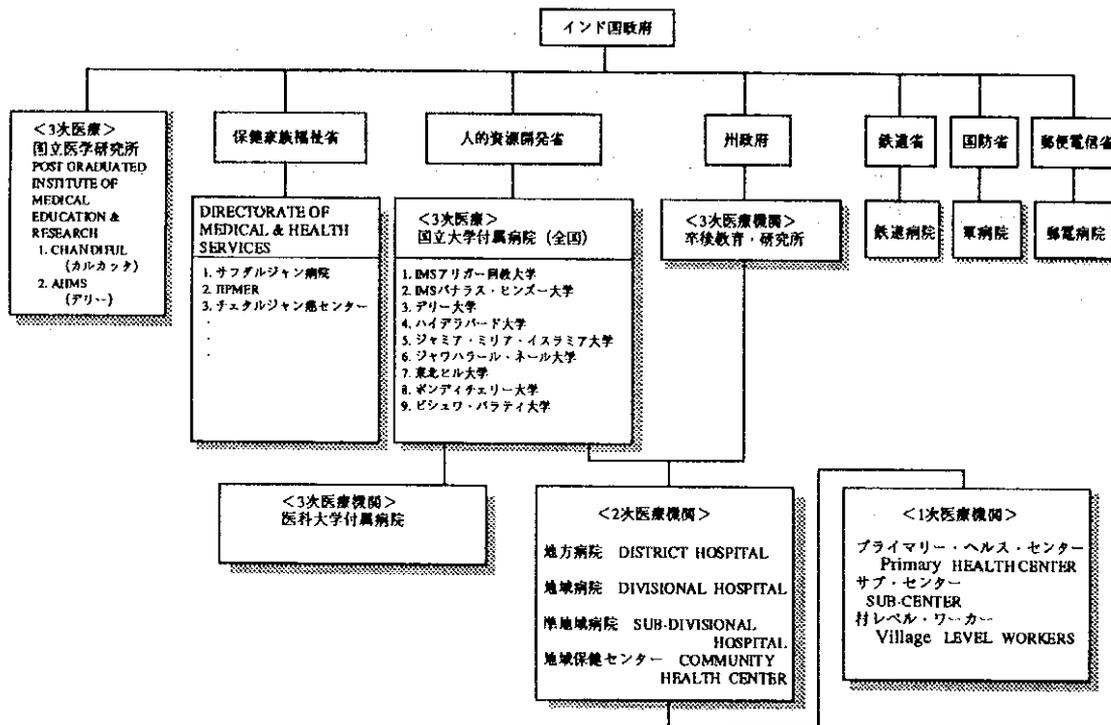
さらに、CSSMプログラムの資金援助も行っており、1990-92年から1994-95年の援助額は2億1千450万ドルである。

4 保健医療

(1) 組織体制

インドの保健医療体制は、中央政府の保健家族福祉省の管轄する国立医療機関、人的資源開発省が管轄する教育病院、州政府が管轄する地方自治体医療機関を軸に、他の政府機関の直轄医療機関および民間医療機関等によりサービスが提供されている。一般に、第2～3次医療は各州の国立大学付属病院、あるいは医科大学、第1～2次医療は地方病院あるいは地域病院、第1次医療は保健センター（サブセンター、PHC、CHC）で行われる^{注156}（図3参照）。中央政府はプライマリーヘルスケア、主要疾病の予防・撲滅、医学教育を行い、いくつかの国家プログラムを州を通じて実施している。保健家族福祉省の下にある保健局（Department of Health）は、医薬品管理、食品安全管理、医療、公衆衛生を担当している。同局は医療、公衆衛生全般、また保健医療プログラムの実施・モニタリングに際してテクニカルアドバイスを行う Directorate General of Health Service のもとに機能している。また各地に97の付属施設を設置している^{注157}。

図3 インド国の医療体制組織図



出所) 国際協力事業団、1994b

注156 国際協力事業団 (1994b)

注157 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

(2) 政策目標^{注158}

国家健康政策（1983年）は「西暦2000年までにすべての人に健康を—Health For All (HFA)」を達成することを公約している。第8次5ヵ年計画ではプライマリーヘルスケア（PHC）の普及がこの目的のために最も力を入れるべき分野であると記されており、伝染病の抑制、農村地域でのPHC強化、都市スラム住民への保健医療サービス普及などが具体的な政策課題としてあげられている。またHFA戦略の枠組みの中で、「経済的・社会的弱者への健康」を目指すことが明記されている。そのためMinimum Needs Programme (MNP)、農村医療プログラム、都市スラム住民へのプログラム強化が緊急課題である。

農村医療に関して強調されている主な方法戦略は以下のようなものである。

- (1) 医療施設の拡大よりも必要機材の整備、人員トレーニング、空ポストの充足、医薬品類の供給などを確実にし、既存のサブセンター、PHC、CHCのネットワークを強化していくことでこれらのセンターの機能を最大限に引き出す。
- (2) サブセンター、PHC、CHCの設置は、地域に即したものとなるよう地域の要求、人員、資源に見合ったものとする。またセンターの設立はtribal地域、アクセスの悪い地域を優先する。
- (3) 地域の病院・診療所などを整備し、サブセンター、PHC、CHCとして活用することで基礎医療システムにこれらの医療施設を取り入れる。
- (4) Panchayati Rajシステムを通して、農村医療サービスを地元のニーズに応えるものにする。

また大都市においても人口の40-50%に相当するスラム居住者に対する基礎医療のインフラが充分整備されていないため、地域病院、ボランティア団体による基礎医療サービスの提供が考えられている。第8次5ヵ年計画では第2～3次医療も重要な分野として考えられているが、あくまで基礎医療を優先にバランスのとれたアプローチを取るべきであると述べられている。

(3) 財政支出

第8次5ヵ年計画における公共保健医療分野への中央政府の支出は、およそ757億6千万ルピーで全体の1.75%にあたる。金額的には増加しているが、全体比からすれば僅かであり1次計画からその割合は減少している（表4-1）。

注158 GoI, Planning Commission (1992b), 前掲書

表4-1 5カ年計画における保健医療への支出（単位1,000万ルピー）

期 間	支出額 (全体に対する割合%)
第1次 (1951-56)	65.20 (3.3)
第2次 (1956-61)	140.80 (3.0)
第3次 (1961-66)	225.90 (2.6)
第4次 (1969-74)	335.50 (2.1)
第5次 (1974-79)	760.00 (1.9)
第6次 (1980-85)	1821.05 (1.9)
第7次 (1985-90)	3392.89 (1.88)
第8次 (1992-97)	7575.92 (1.75)

出所) Gov. of India, Planning Commission (Prabhu, 1994, Table 1)

表4-2は1992~96年の同分野への中央政府の年間支出額を示したものである。

表4-2 保健医療分野への中央政府からの支出額（単位1,000万ルピー）
(1992~96年)

1992-93	1993-94	1994-95	1995-96
302	483	578	670

出所) 1. Gov. of India, Ministry of Finance, 1995a, Table 9.1
2. Gov. of India, Ministry of Finance, 1995b, p9

中央政府の公共保健医療セクターへの支出は90年においてGDPの1.3%であった^{注159}。開発途上国の平均値は4.1%、先進国では12.3%、またWHOが必要と考える同分野への公的支出はGDPの5%であるが^{注160}、インドの数値はこれらをかなり下回るものである。しかし、インドにおける公共、民間保健医療への支出を合わせた場合はGDPへの比率は6.0%（公共、1.3：民間、4.7）と大幅に増加する（1990年）。このような民間セクターへの政府支出パターンは他国と比較して特異であるといえる^{注161}。

制定上、保健医療・公衆衛生は州政府の管轄である。州政府の同分野への出資割合は全体の90%で、92-93年の中央政府から州への助成金割合は、全体の3.7%であった。また表3-6で見たように、保健医療分野での州の財政状況にはかなりの差がみられる。中央からの資金の大部分は感染症等のプログラムの実施に割かれ、その他はPHC建設などのインフラ、医薬品製造、人員拡張、医学教育、トレーニング、リサーチなどに使われる^{注162}。

注159 UNDP (1994), p153

注160 Kumar (1994), 前掲書

注161 例えば、スリランカ（公共、1.8：民間1.9）、バングラデシュ（1.4：1.8）、中国（2.1：1.4）、ネパール（2.2：2.3）（世界銀行、1993、表A. 9）

注162 Gol, MHFW (1994a)

そのため、医薬品、備品・消耗品のために使われる資金は十分でないと思われる。また最近の傾向として世界銀行から多額の資金援助を得ているエイズプログラム等に偏重し、感染症プログラムに十分な資金がまわらないという指摘もある。表4-3は94-95年の主なプログラムへの支出とその割合を示したものである。

表4-3 国家プログラムへの支出額（単位1,000万ルピー）

プログラム	金額（全体に対する割合-%）
マラリア	90（15）
結核	46（8）
ハンセン病	94（16）
トラコーマ失明	40（7）
エイズ	82.55（14）

出所） Gov. of India, Ministry of Finance, 1995a

また、公共、民間セクターの両方で先進治療技術開発への資金が急速に増加しているといわれる。さらに政府の資金投入は人口の75%を占める農村地域ではなく都市部へ偏重している^{注163}。このような傾向は現在の保健医療におけるプライマリーヘルスケアの質・アクセスの問題を一段と強めることになるであろう^{注164}。

（4） 疾病構造

インドの疾患構造は表4-4に見る様に下痢性疾患、伝染性下痢疾患、水性疾患等が突出しており、開発途上国型疾病構造を呈している。また、急性下痢性疾患、結核、肺炎、破傷風などの死亡率の高さからもうかがえるように（表4-5）、インドの感染症予防プログラムを含む基礎的医療・保健衛生対策が十分でないと考えられる。都市のスラム居住者が最もかかり易いのが気管支炎、消化器疾患、耳鼻咽喉疾患、結核などで、それらは安全な水の供給、下水・し尿処理の整備によって大幅に減らすことができる。このような疾病構造から、現在インドにおいて必要なのは第3次高度・先進医療ではなく、基礎医療の充実であると考えられる^{注165}。

インドの死亡構造については「人口動態」ですでに触れたとおり、農村と都市あるいは州によって死亡率に差がみられること、妊産婦死亡率が高いこと、乳幼児死亡率^{注166}が高いことが特徴といえる。特にインド全体の死亡の50%は5歳未満の乳幼児と推定される^{注167}。

注163 Antia (1993)

注164 Gopalan (1994)

注165 国際協力事業団 (1994)、前掲書

注166 0～5歳未満の子供の死亡率（/1,000人）。UNICEFによれば92年のインドの数値は124/1,000である。（UNICEF, 1993, 表1）

注167 国際協力事業団 (1994c)

表4-4 主要疾病 (1990年)

症 例	報告症例数	率 (／100,000)
急性下痢性疾患 (diarrhea)	9,579,000	1,164.19
急性伝染性呼吸疾患	8,929,000	1,085.19
癩病 (lepra)	2,546,000	309.43
マラリア	1,777,000	215.96
結核 (T.B.)	1,131,000	132.45
黒熱病 (kalazar)	577,000	70.12
精神障害	49,900	6.06
癌	44,600	5.42
髄膜炎 (meningitis)	13,700	1.66
日本脳炎 (Japanese encephalitis)	2,900	0.35
コレラ	3,700	0.44

出所) Gov. of India, Ministry of Human Resource and Development, 1993 (国際協力事業団、1994b)

表4-5 主要感染症と死亡率 (1990年) (単位1,000人)

症例	報告症例数	死亡率 (%)
急性下痢性疾患 (diarrhea)	9,579.0	8.63
急性伝染性呼吸疾患	8,929.0	2.98
結核 (T.B.)	1,131.7	9.31
肺炎 (pneumonia)	434.0	3.05
チフス (typhoid)	370.0	0.64
ウイルス性肝炎 (hepatitis)	124.5	1.79
百日ぜき (whooping cough)	113.0	0.05
淋菌性疾患 (gonococci)	90.9	0.07
はしか (measles)	87.4	0.32
梅毒 (syphilis)	48.0	0.01
破傷風 (tetanus)	23.2	4.00
ポリオ	10.4	0.24
ジフテリア	8.42	0.48
狂犬病 (rabies)	6.01	0.68

出所) Gov. of India, Ministry of Human Resource and Development, 1993 (国際協力事業団、1994b)

(5) 医療施設と人的資源

インドにおける医療施設は主に貧困層を対象にした国・公立機関と私的機関に分かれる。農村地域の医療施設は大抵の場合公的に運営されているものである。最近、公立医療施設は減少傾向にある一方、民間病院は急増している^{注168}。

表4-6は保健医療サービスの拡大を示している。全体的に見れば、保健医療のインフラ、医療従事者は増加しているが、表4-7からは医療サービスの都市偏在がうかがえる。

表4-6 保健医療サービスの拡大(1971-1992年)

	1971	1981	1991	1992
医科大学	98	111	128	146
病院	3,862	6,804	11,174	13,692
診療所	12,180	16,751	27,431	27,403
CHC	0	217	2,071	2,193
PHC	5,112	5,740	20,450	20,719
サブセンター	28,489	51,405	130,958	131,464
病院ベット	348,655	569,495	810,548	---
医師	151,129	268,712	394,088	410,825
看護婦	80,620	154,280	340,208	385,410

出所) Ministry of Health and Family Welfare (Gov. of India, Ministry of Finance, 1995a, Table 9.10)

表4-7 主な州の農村と都市の病院・ベット数

州	農村部		都市部		都市化の レベル(%) (1991年)
	病院	ベット	病院	ベット	
グジャラート(91/1/1)	190	7,378	1,595	47,192	34.30
ハルヤナ(92/1/1)	8	543	71	6,460	24.79
カルナタカ(92/1/1)	25	3,015	268	34,409	30.91
ケララ(91/1/1)	1,440	43,246	597	32,953	26.44
マディヤ・プラデシュ(91/1/1)	329	22,032	73	3,278	23.21
オリッサ(92/1/1)	117	3,343	165	11,120	13.43
ラジャスタン(91/1/1)	15	1,042	199	18,151	22.88
タミル・ナード(90/1/1)	89	4,235	319	44,545	34.20
西ベンガル(91/1/1)	131	7,610	282	46,872	27.39
全インド(92/1/1)	3,568	126,474	7,606	515,729	25.72

出所) 1. Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1993, Table 8.01
2. Gov. of India, Planning Commission, 1992b, p346, Table2

注168 国際協力事業団(1994b)、前掲書

また、政府系病院の医師一人当りの人口もアンドラ・プラデシュ、オリッサ、ウツタル・プラデシュ州など非常に高いといえる（表4-8）。さらに農村における医師の欠員が非常に高く、94年の資料によれば、産婦人科医、小児科医の欠員率は約50%、外科医、内科医も30%以上である。同様に、94年、21,172カ所のPHCのうち医師不在が1,295カ所、臨床検査技師不在が6,780カ所、薬剤師不在が1,244カ所、また131,471のサブセンターのうち保健婦、保健夫とも不在が3,285カ所であった^{注169}。このような人員体制で期待すべきサービスがおこなわれているか懸念される^{注170}。

表4-8 政府系病院の医師一人当りの平均人口

州	医師一人当たりの人口
アンドラ・プラデシュ	61,471
グジャラート	11,404
ケララ	7,213
オリッサ	64,178
パンジャープ	5,642
ウツタル・プラデシュ	15,438

出所) Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1994c

(6) 安全な水供給とし尿処理設備

安全な飲料水と下水・し尿処理は健康を守るための基本的ニーズであると考えられる。近年インドではこの分野で改善が進んでいると報告されているが^{注171}、88-91年の安全な水供給とし尿処理施設普及の状況を国際比較すると、飲料水供給設備の割合は比較的高いが、特に農村地域の下水・し尿処理施設に関してはほとんど普及がみられないようである。

表4-9 安全な水供給と下水・し尿処理施設普及の国際比較（1988-91年）

国名	適切な処理施設を持つ人の比率 (%) (1988-91)			安全な飲料水を手に入る人の割合 (%) (1988-91)		
	全国	都市	農村	全国	都市	農村
インド	16	53	2	85	87	85
パキスタン	24	55	10	56	80	45
バングラデシュ	31	63	26	84	82	81
中国	79	68	81	72	87	68
インドネシア	44	64	36	51	68	43
スリランカ	50	68	45	60	80	55

出所) ユニセフ, 1994, 表3, 6

注169 GoI, MHFW (1994c)

注170 PHC、サブセンターは基本的には家族福祉と国家保健医療プログラムのためのネットワークの性格が強く、予防サービスが最優先事項でない指摘する者もいる。(Ravi and Antia, 1993)

注171 GoI, MoF (1995a)

飲料水供給と下水・し尿処理は州の管轄であり、農村の場合はDepartment of Rural Development (DRD)、都市の場合はMinistry of Urban Developmentが中央政府への窓口機関となっている。第8次5カ年計画におけるこの分野への支出額は国際機関、2国間援助資金を含めて1,671億1千30万ルピーで、その内1,074億3千30万ルピーは州と連邦直轄地に分配され、残りは中央政府のプログラムにまわされる。またこの分野への支出は政府公共部門の3.85%にあたる^{注172}。表4-10は第8次計画における目標数値である。

表4-10 農村/都市の水供給と下水・し尿処理の設備目標 (単位百万人)
(人口の全体比 %*)

	1992/3/31までに カバーした推定人口	第8次計画終了時の 推定カバー人口
農村/水供給	486.11 (78.40)	674.80 (100.00)
農村/処理設備	16.11 (2.73)	33.76 (5.00)
都市/水供給	185.67 (84.90)	250.67 (94.03)
都市/処理設備	104.76 (47.90)	184.76 (69.31)

* 人口比はその日付の都市/農村の推定人口に対する比率
出所) Gov. of India, Planning Commission, 1992b, Table13

政府の報告によれば92-93年、総数58万3千の村のうち58万2千250は、完全にあるいは部分的に飲料水供給の設備が整えられている^{注173}。第8次5カ年計画では水源のない村をカバーし住民に安全な水を継続的に供給すること、水媒介の病気を根絶し水供給システムの運営、管理の改善を図ることを目指している^{注174}。しかしながら、地域によっては、地下水の水位レベルは急速に下がっており、一人当たり1年間利用可能な水量は、今後30年間で、TFRが2.07の場合1,200m³程、2.58で1,000m³程に減少するという予測もある^{注175}。人口増加に加え、都市化の拡大、下水処理不備などの淡水汚染、灌漑農業の普及、工業化による水需要の増大などを考えると、安全な水の継続的供給には水資源の保全と具体的な技術投資の緊急性が求められるであろう^{注176}。

(7) 栄養^{注177}

インドで顕著な栄養問題は1) 蛋白質、エネルギー栄養障害 (PEM)^{注178}、2) 鉄分、ビタミンA、ヨウ素、ビタミンB^{注179}欠乏による栄養障害である。重度の栄養障害はスラム

注172 GoI, Planning Commission (1992b)、前掲書

注173 供給基準は、1日1人当たり40リットルを徒歩1.6km以内あるいは高度差100m以内で入手できること。ハンドポンプは250人に付き最低1台が設置される。

注174 GoI, Planning Commission (1992b)、前掲書; GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注175 一人当たり1年間の利用水量1,700m³未満を水の逼迫状態、1,000m³未満を水不足と考える。

注176 World Agriculture Now (1994)

注177 GoI, Planning Commission (1992b)、前掲書; Voluntary Health Association of India (VHAI) (1992)

注178 クワシオルコル-kwashiorkor (蛋白質の摂取不足による蛋白質欠乏症で熱帯・亜熱帯地方の子供に多く見られる。離乳期に発生することが多く、発育障害と浮腫を特徴とする。)と消耗症-marasmus (乳幼児のカロリ-欠乏性重症栄養失調症)が、PEMの主なものである。

注179 ペラグラ(pellagra)-ビタミンB群に属するニコチン酸が欠乏すると皮膚、消化器、神経などに障害がおこる。とうもろこし、きび、あわなどを主食にする貧困層で多くみられる。

口角びらん症 (angular stomatitis)-口角部が発赤、深い亀裂を生じる。ビタミンB群欠乏疾患などが誘因となる。

居住者、農村部の子どもに見られるが、全体的に見ても人口の40%以上が中度・重度の栄養障害をもつと推測される^{注180}。インドで一人当たり一日の全国平均カロリー摂取量は2,280kcalで、必要最低摂取量(RDI)^{注181}(2,400kcal)に近いといえるが、州による格差は大きく、タミル・ナード州ではその数値は、1,871kcal、一番高いパンジャブ州では2,760kcalである。またRDIより高い数値を示すのは、マディヤ・プラデシュ、オリッサ、パンジャブ、西ベンガル、カルナタカ州のみである。たんぱく質に関しては全国平均約62g/cu/dayであり、RDI(60g/cu/day)を満たしているが、アンドラ・プラデシュ、ケララ、タミル・ナード、西ベンガル、ビハール、シッキム、トリプラはRDI以下の摂取量である。ビタミンA平均摂取量は350ug/cu/dayであり、RDI 600ug/cu/dayに全く及ばない数値である。RDIを満たすのは、西ベンガル、パンジャブ、ジャムー・カシミールとシッキムのみである。

初等教育前の幼児の主要栄養障害は、蛋白質、ビタミンA、ビタミンBの複合欠乏によるものである。1988-90年の調査では農村地域に住む1～5歳の子どもの10%しか標準体重の90%を満たしていなかったと報告されている。また大部分の子どもが軽度又は中度の栄養失調であった。75-79年の調査と比較すると重度栄養失調の子どもは15%から8.7%に、中度は47.5%から43.8%に減少したが、軽度の割合は増加している(表4-11)。

表4-11 体重による栄養失調の状況(1～5歳)

標準体重に対する割合	標準 (>=90%)	軽度 (75-90%)	中度 (60-75%)	重度 (<60%)
1975-79年	5.9	31.6	47.5	15.0
1988-90年	9.9	37.6	43.8	8.7

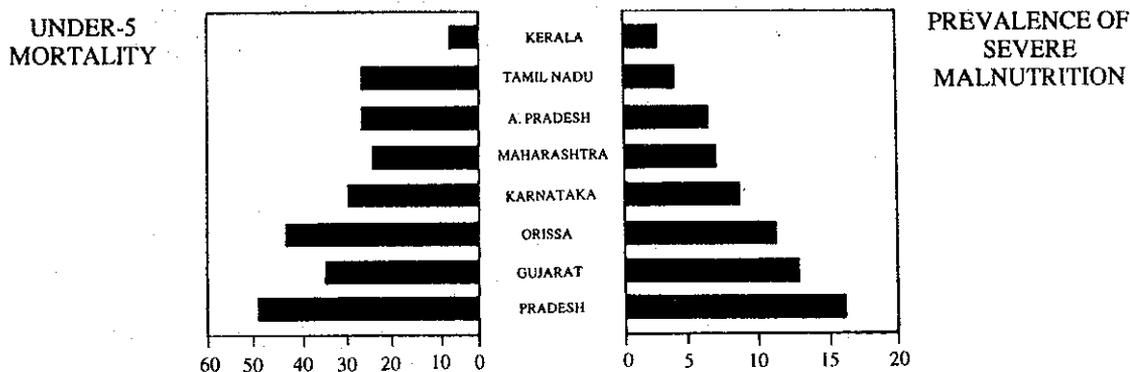
出所) NNMB Report of Repeat Surveys (1988-90) (National Institute of Nutrition, 1993, Figure 6.2.1)

栄養障害と死亡率の相関関係もNational Institute of Nutrition (NIN)による調査で明らかにされている。79-89年の10年間の調査で、被験者となった50歳以下の男性の死亡率(千人当り)は栄養に問題がない場合12、一方重度の栄養障害では32と大きな違いが見られた。同様な関係は乳幼児死亡率にも当てはまる(図4参照)。

注180 VHA1 (1994), p12

注181 RDI—Recommend Dietary Intake

図4 栄養障害と乳幼児死亡率 (CMR)



出所) National Institute of Nutrition, 1993, Figure 7.4.2

このような現状から国民の栄養状態改善は、保健医療分野における必須課題のひとつであるといえる。インド政府のNational Nutrition Policy and Plan of Action によれば西暦2000年までに達成すべき目標は以下のようなものである。

- (1) 初等教育前の児童の中度及び重度の栄養失調を半分に減少させる。
- (2) 未熟児を10%以下に減少させる^{注182}。
- (3) ビタミンA欠乏による失明を減少させる。
- (4) 鉄分欠乏による妊婦の貧血症を25%まで減少させる。
- (5) ヨード不足欠乏症を5%に減少させるためヨード添加塩を1995年までに全国に供給する。
- (6) 食糧供給を保障するため2億5千万トンの穀物を生産する。

また具体的な栄養プログラムの例としては次のものがあげられる。

1. 70-71年に開始したSupplementary Nutrition Programme (SNP)は、6歳以下の子どもを対象に1年の内300日間、10-12gの蛋白質とともに300kcalの食事補助を提供するものである。妊産婦にも同様な食事があたえられる。SNPに取り込まれた人口は、第7次計画始めの1千157万人から、5年間で2千290万人に拡大したと報告されている。

2. Mid-Day Meals (MDM)は、6~11歳までの学童に食事補助をあたえるもので、カバーした人口は第7次計画始めの1千710万から、89-90年には2千110万に増加した。NGOのケア(CARE)とWorld Food Programme (WFP)がいくつかの州でプログラム支援を行なっている。

注182 1990年の低体重児出生率は33%と高い数値であった。(ユニセフ、1994、表2)

これらのプログラム実施上の障害として挙げられていることは、食事提供の不継続、盗取、住民参加の不足、資金不足などである。さらに栄養補助プログラムは元来、単独では人々の栄養および健康状態を改善出来るものではなく、栄養教育、価格変動の影響を受けやすい地域・人々への食料供給システム、購買力向上、感染症予防、貧困問題対策などが同時に進められなければならないであろう。

(8) HIV感染/エイズ

HIV感染者は23の州と連邦直轄地で報告されている。保健家族福祉省によれば、マハラシュトラ、タミル・ナード、マニプルでの感染率が特に顕著である。マハラシュトラとタミル・ナードのHIV感染はサブサハラ型で性的接触によるもの、北東部州は南ヨーロッパ/タイ型で薬物乱用によるものが主であるとされる^{注183}。表4-12は1994年2月全国エイズ監視機構(The National AIDS Control Organization)によって行われた各州及び連邦直轄地の調査結果である。

さらに、94年6月までに報告されたエイズ患者は768人で感染者数は1万5千399人、感染者の少なくとも3分の1は女性であると推定される^{注184}。感染ルートは異性間の性交渉が78%、輸血が12%、麻薬によるものが7%と言われる^{注185}。しかしながら、検査体制が整っていない地域が多く、HIV感染者の推計は百万人を超すとも考えられている^{注186}。

中央政府はこれに対処するため、86年エイズ予防プログラム(The AIDS Control Programme)を打ち出した。また、第8次5ヵ年計画においては世界銀行(8千4百万ドル)、WHO(150万ドル)の援助を得て、HIV/AIDSの感染を抑える多角的なスキームを行うことになっている。さらに、これらのプログラムの綿密なモニタリングを行うため、92年保健家族福祉省は独立機関として、前述の全国エイズ監視機構(The National AIDS Control Organization)を設置している。エイズ予防プログラムでは病気に対する認識を高め、行動変化によるHIV感染の予防、性交渉・母子感染による二次感染の予防を図っている。具体的な活動として、カウンセリング、ハイ・リスクの女性へのヘルス・ケアサービス、保健教育、コンドーム使用の奨励、血液検査、医療器具の無菌消毒等を行っている。農村では、Rural Folk Art, Cultural Mediaを使ったキャンペーンが取り入れられている。また、政府はHIV/AIDSを防ぐ活動は家族福祉プログラムとも関連すると考え、2つのプログラムを連携させる努力を始めようとしている^{注187}。

エイズ予防プロジェクトで推進すべき点として以下の活動が強調されている^{注188}。

- (1) プログラム管理能力の強化
- (2) IEC活動の強化
- (3) 血液と血液製剤による感染の予防
- (4) 医療管理能力の強化
- (5) STD(性病)の予防

注183 Gol, MHFW (1994a)、前掲書

注184 Gol, DFW (1994)、前掲書；大西(1994)

注185 長岡(1994)

注186 VHAI (1994)

注187 Gol, DFW (1994)、前掲書

注188 Gol, MHFW (1994a)、前掲書

表4-12 主な州/連邦直轄地におけるHIV感染者とAIDS患者数
 -サンプルサーベイによる- (1994年2月28日)

州/連邦直轄地	検査人数	HIV感染者数	エイズ患者数	HIV陽性率 (千人当り)
アンドラ・プラデシュ	32,981	143	1	4.35
アッサム	9,117	5	1	0.55
ビハール	8,081	3	0	0.37
ゴア	51,437	354	8	6.88
デリー	286,030	914	47	3.20
グジャラート	151,922	329	18	2.17
ハリヤナ	83,004	82	1	0.99
ヒマーチャル・プラデシュ	12,167	13	4	1.07
ジャムー・カシミール	6,674	10	2	1.50
カルナータカ	33,173	956	12	28.82
ケララ	33,173	180	76	5.43
ラクショドウィープ	209	2	0	9.57
マディヤ・プラデシュ	41,707	64	20	1.53
マハラシュトラ	189,054	5,482	234	28.00
マニプル	15,071	1,988	23	131.91
ミゾラーム	8,036	36	0	4.48
ナガランド	1,466	112	0	76.40
オリッサ	32,715	19	0	0.58
パンジャーブ	54,019	165	47	3.05
ボンディシェリ	40,499	563	6	13.90
ラジャスタン	33,370	14	1	0.42
タミル・ナード	561,126	2,766	185	4.93
ウッタル・プラデシュ	63,965	417	8	6.52
西ベンガル	98,285	190	18	1.93
合計	2,034,263	14,807	712	7.28

出所) The National AIDS Control Organization (Shreedhar, 1994)

同様に、政府の第8次計画で強調されている点は、

- (1) 感染発見のためのハイリスクグループの監視
- (2) 手始めに特別優先地区、大都市から血液銀行・輸血用血液安全基準の強化を図る。
- (3) 疫病学的データに基づいた地域別予防とIEC活動を行う。
- (4) Department of Social Welfare, Youth & Sports、他の政府機関、NGOとの連携によるプログラム推進
- (5) STDプログラムや人員トレーニングを強化する、とある^{注189}。

現在のところ、エイズ教育は遅れており、医師の知識も不十分であるといえる。HIV抗体検査が行える施設は全国180カ所で^{注190}、管理システムや検査施設は不十分であるといえる。家族計画で不妊手術に重点がおかれ、コンドーム使用が少ないのも懸念される。ユニセフの支援で93年9月にタミル・ナード州で行われたORGの調査では、93%が個人の性生活は社会に全く影響を与えないと考え、70%がHIVは売春婦からだけで客からは感染しない、51%はコンドームが感染を防ぐという知識を持っていたが15%しか実際使用したことがなかったと報告している^{注191}。エイズ問題を深刻にするこのような意識の低さ、予防・監理体制の不備といった要因のほかに、麻薬の乱用や未成年の少女が売春に取り込まれていくような社会的背景も重大であるといえる^{注192}。

(9) 国家プログラム^{注193}

先に触れた中央政府による主なプログラムの概要は以下のようである。

(ア) マラリア撲滅プログラム(National Malaria Eradication Programme)

マラリア対策プログラムは1953年から開始され、65年までに感染者は大幅に減少したが、70年代に再流行した。90年代になっても感染者は2百万人を前後していたが、92年に140万人程に減少した。しかしながら、薬剤に抵抗力を持つ熱帯熱マラリアの発生、このプログラムが中央政府と州政府の各々50%の共同出資が原則であるため、資金不足による薬剤散布・治療の不備などが問題となっている。対策として症例の発見と早期治療、血液検査と応急処置、完全治療が試みられている。また、過去3年の罹患率が2%以上を記録している地域には適切な殺虫剤が散布され、その他の地域では発生地への散布と監視を行っている。93-94年にはおよそ1億6千万人の居住地で散布が行われたと報告されている。

注189 GoI, Planning Commission (1992b)、前掲書

注190 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

注191 Shreedhar (1994)

注192 ボンベイの15万人の売春婦うち、約半数がHIV感染者/AIDS患者と推定される。(大西、1994)

注193 特に記していない箇所はGoI, MIB (1994); GoI, Planning Commission (1992b); GoI, MHFW (1994a); GoI, MHFW (1993); VHAI (1994)を参考にした。

十分な水管理を行っていない灌漑施設、大規模プロジェクト地などもマラリア発生源となるが、全マラリア発生の30%が、さらに危険な熱帯熱マラリア感染の60%がtribal地域で見られる。そのため特に高い発生率を持つ7州（アンドラ・プラデシュ、ビハール、マディヤ・プラデシュ、オリッサ、グジャラート、マハラシュトラ、ラジャスタン州）のtribal地域でのプログラムを100%政府出資にするため政府は世界銀行からの資金援助を求めている。95-96年の予算案ではプログラムへの資金は13億9千万ルピーで北東部州の中央政府による出資は100%となっている^{注194}。

さらに、1971年に始められたUrban Malaria Scheme (UMS)では薬剤による周期的な卵の駆除による媒体減少を図っている。18州と2連邦直轄地の181の町(Town)がスキームに指定されているが、現在のところ128の町で実施されている。92年に120の町から20万の症例が報告され、91年と比較するとおよそ半数の町で感染者の増加が報告されている。また主要大都市におけるマラリアの症例数も、91年から92年にかけてマドラスを除き、増加の傾向が見られた（表4-14）。

表4-13 主な州のマラリア罹患数と死亡数（1990、91年）

州・連邦直轄地	1990		1991	
	罹患数	死亡数	罹患数	死亡数
アンドラ・プラデシュ	104,483	5	82,292	2
アッサム	64,871	16	107,572	36
ビハール	57,814	7	60,332	14
グジャラート	515,926	84	407,535	37
カルナータカ	74,012	0	44,565	8
マディヤ・プラデシュ	224,502	3	282,681	28
マハラシュトラ	113,266	6	145,310	15
ミゾラーム	13,823	8	12,486	12
オリッサ	290,115	147	414,550	233
ラジャスタン	114,689	65	77,573	10
タミル・ナード	120,029	0	144,762	4
西ベンガル	27,531	4	40,452	13
全インド	2,018,783	353	2,120,472	421

出所) DTE. of National Malaria Eradication Programme (Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare, 1993) Table 10.04

注194 GoI, MoF (1995b)

表4-14 大都市におけるマラリアの症例数（1991、92年）

都市名	1991	1992
デリー	8,491	1,2331
カルカッタ	13,354	17,893
ボンベイ	5,334	11,879
マドラス	66,937	48,447

出所) Gov. of India, Ministry of Health and Family Welfare 1994a p119

(イ) フィラリア予防プログラム(National Filaria Control Programme)

プログラムは1955年に開始されたが現在のところ175の県で症例が確認されており、下水、たまり水処理が適切に行われていない地域で多く発生する。およそ4億人が感染の危険性があると推定され、そのおよそ半数はアンドラ・プラデシュ、ビハール、ウッタル・プラデシュ州に集中している。

表4-15 主な州のフィラリア患者数（単位100万人）
（1991年12月31日）

州/連邦直轄地	マイクロフィラリアキャリア数	患者数
アンドラ・プラデシュ	3.61	1.39
アッサム	0.35	0.09
ビハール	3.94	5.41
グジャラート	1.00	0.13
カルナタカ	0.69	0.08
ケララ	2.28	2.24
マディヤ・プラデシュ	0.61	0.08
マハラシュトラ	0.84	0.16
オリッサ	2.19	1.37
タミル・ナード	2.24	1.91
ウッタル・プラデシュ	6.30	6.87
西ベンガル	0.79	0.02

出所) DTE. of National Malaria Eradication Programme (Gov. of India, MHFW, 1993, Table 10.15)

プログラムの主な活動は未調査地域での流行地の確認と周期的な卵と幼虫駆除による都市部での予防である。現在、206のコントロールユニットと195のクリニックで患者とミクロフィラリアキャリアの治療が行われている。また、National Institute of Communicable Diseases (デリー)のもとにある Regional Filariasis Training and Research Center (Calicut, Rajahmundry, Varanasi) では、フィラリア予防の人員トレーニング、患者への専門医紹介、フィールドリサーチなどが行われている。

(ウ) ハンセン病撲滅プログラム (National Leprosy Eradication Programme)

インドでのハンセン病の深刻さは、1993年において全世界の270万の症例数のうち130万が同国で報告されたことからわかる。プログラム開始当時の83年にはアンドラ・プラデシュ、ラクシャドウィープ、カルナタカ、タミル・ナード、ビハール、ナガランド、アングマン・ニコバルで患者が多く見られたが、現在これらの地域での数は減少しているといわれる。皮膚、末梢神経などがおかされるハンセン病患者は全国で確認されており、罹患率は201の県で人口1,000人当たり5人以上、貧困層の男子に患者が多い。また患者の15%は14歳以下の子どもである。

表4-16 ハンセン病罹患率の州別分布 (1993年3月31日)

人口1,000人当たりの罹患率 (全国平均2.42)					
0-0.99	1.0-1.99	2.0-2.99	3.0-3.99	4.0-4.99	5.0-5.99
アッサム	アルナチャル	ケララ	アンドラ		ビハール
ゴア	・ブラデシュ	マディヤ	・ブラデシュ		オリッサ
グジャラート	ナガランド	・ブラデシュ	タミル・ナード		
ハリヤナ	トリプラ	マハラシュトラ	アングマン		
ヒマチャル	西ベンガル	ウツタル	・ニコバル島		
・ブラデシュ	チャンディガル	・ブラデシュ	ラクシャドウィープ		
ジャムー		ダマン・ディウ			
・カシミール		タドラ・ナガル			
カルナタカ		・ハヴェリ			
マニプル		ボンダイシェリ			
メガーラヤ					
ミゾラム					
バンジャープ					
ラジャスタン					
シッキム					
デリー					

---: 該当なし

出所) National Leprosy Eradication Programme (Gov. of India, MHFW, 1994a, p120)

このプログラムは100%中央政府の出資で行われており、2000年までに感染を抑えることを目標にあげている。プログラムでは早期発見、定期的治療、患者の教育、リハビリテーションの実施をめざしている。第8次5カ年計画においては、複合薬治療法 (Multi-Drug-Treatment, MDT) を罹患率2-4.9 (千人当たり) のすべての県に普及させ、罹患率の低い地域でもPHCを通じて治療を施すことを目標としている。

プログラムの具体的活動目標は次のようである。

- (1) すべての流行地域に治療等の施設を拡張する
- (2) 治療が行われていない県、及び罹患率の低い地域に既存の施設を利用したMDT (Modified-MDT) を進める
- (3) PHCスタッフのハンセン病治療活動のためのトレーニングの促進
- (4) MDTが5年以上行われている県での職業訓練とリハビリテーション施設の設置

現在60%の患者がMDT治療を受けているといわれ、5年以上のMDTが実施された40の県では罹患率が90%減少した報告されている。現在は流行地である201の県でMDTが実施されている。ハンセン病治療スタッフのトレーニングを施す政府機関は、Chengalpattu, Raipur (マディヤ・プラデシュ)、Aska, Ganjam (オリッサ)、Gouripur, Bankura (西ベンガル) にあるRegional Leprosy Training and Research Instituteである。

なお、MDT普及のため世界銀行から30億2千万ルピーの援助が合意されている。

(エ) 結核予防プログラム (National Tuberculosis Programme)

全人口のおよそ1.5%が結核患者であり、その4分の1が伝染性結核患者である。結核の発症率はいまだ高くHIV感染の拡大により急増する恐れが大きい。毎年50万人が結核で死亡していると推定される主要疾病のひとつである。(表4-17)

表4-17 結核発症率の国際比較 (1991年)

国	年発症率(10万人当り)
インド	220
インドネシア	220
バングラデシュ	220
タイ	173
中国	166
ネパール	167
スリランカ	167
マレーシア	67

出所) 世界銀行、世界開発報告1993、表A. 7

プログラムでは早期発見と治療が図られている。第7次計画では212の県で行われた短期化学療法により、治療期間が18~24ヶ月から6~8ヶ月に短縮した。第8次計画では、県結核センター(DTCs)を開設し、短期化学療法の促進、薬の供給、X線装置の設置などでDTCを強化して行く方針である。抗結核薬は州政府によって運営される結核クリニックに中央政府、州政府50%ずつの出資で供給される。資材、器具、および連邦直轄地でのプログラムのための治療薬は中央政府からの出資となっている。

県レベルでは、プログラム管理のため459の県のうち390でDistrict TB Centerが設置され、結核治療を行うPHCその他の末端施設にサポートを与えている。州レベルでは、State TB Control OfficeがDirectors of Health Servicesのもとで活動し、結核プログラムを監視する中央レベルのGeneral of Health Servicesの部署(Cell)と調整を図っている。また、プログラムのモニタリングは、バンガロールにあるNational Tuberculosis Instituteで行われている。中期的対策として、毎年100万の伝染性結核患者の治療が必要であるが、そのための治療薬だけで毎年15億ルピーの資金が必要である。しかし、中央政府からの資金は94-95年で5億ルピーでありプログラムの資金不足が懸念される。

世界銀行による結核予防プロジェクトはパイロットとして、ビハール、グジャラート、ヒマーチャル・プラデシュ、ケララ、西ベンガルの5州とボンベイ、カルカッタ、ハイデラバード、マドラス、バンガロー、デリーの6大都市で実施されることが案出されており、経験と技術の蓄積を得た後プロジェクトの拡張が考えられている。

(オ) ヨウ素欠乏障害予防プログラム(National Iodine Deficiency Disorders Control Programme)

ヨウ素欠乏による甲状腺腫の患者は5千4百万人強、また精神、運動神経などのヨウ素欠乏障害(IDD)をもつ人はおよそ880万人いると推定される。甲状腺腫の症状はヒマラヤンベルトで顕著であるが、平野・高原・河岸・海岸部にも広がっている。自然界からのヨウ素の減少により適切な措置が取られなければ、状況は年々悪化すると考えられる。

ヨウ素欠乏障害予防プログラムは、元々1962年に100%中央政府出資の下に、甲状腺腫予防プログラムとして打ち出されたもので、2000年迄にヨウ素欠乏障害の発症率を10%以下にさげることを目指している。現在、23の州と連邦直轄地でヨウ素添加以外の塩の使用を完全に禁止し、効果的プログラム実施のためIodine Deficiency Disorder Control Cellを設置、他の6州では症状が見られる地域で部分的に禁止をしている。また定期的モニタリングのため流行地域のすべてのDistrict Health Officeにユニセフの援助により開発された検査キットが配られており、IDD活動強化のためウツタル・プラデシュ、マッディヤ・プラデシュ、ヒマチェル・プラデシュ、アッサムの4州に集中的モニタリングを行なっている。

ここで概要を記さなかった国家プログラムは、カラアザール(黒熱病)、日本脳炎、失明、性病、精神病、糖尿病、癌対策等である。

(10) 医療教育、トレーニング、リサーチ機関^{注195}

中央政府は医療教育基準管理また、トレーニング、リサーチ活動促進のための調整組織を設置している。インドのリサーチ活動は生体臨床学、臨床学においてはかなり進歩しているが、疫病学、社会学、マネジメントにおいては遅れているといわれる。またCouncil of Medical Research (ICMR)^{注196}とその関連組織によるリサーチ活動は、他の民間、ボランティア研究組織、トレーニング(teaching)組織との連携に欠け、幅広い活動が見られないとの指摘もある^{注197}。

(ア) ICMR

生物医学、オペレーションズリサーチを行う第一機関である。第8次計画では、他の研究所と共に、マラリア、フィラリア、日本脳炎、非伝染性の疾病の研究、伝染病、および出産調節のワクチンの開発を目指している。また家族計画と母子保健の調査研究を促進するなどの目標をあげている^{注198}。

(イ) All India Institute of Hygiene and Public Health (カルカッタ)

1932年に設立された保健医療と関連分野における高等教育とリサーチに携わる機関である。活動目的は以下のようである。

1. post-graduateでのトレーニング施設を提供することにより公共保健医療分野での人材を育成する。
2. インドにおける健康問題と疾病に関するリサーチをおこなう。
3. 人材、資金等の有効活用と保健医療サービスの促進ため、オペレーションズ・リサーチを行なう。

(ウ) Central Health Education Bureau

保健医療教育の調整、促進等を行うDirectorate General of Health Servicesの付属機関である。活動内容はコミュニティーワーカーへの保健教育、教材の作成、リサーチ、技術援助、学校での保健教育促進などである^{注199}。

(エ) The Rural Health Unite and Training Center (Singur)

農村地域の人々への総合的な保健医療サービスのモデルを提供することを目的に、ロックフェラー財団の支援で、1939年に設立された。

(オ) Urban Health Center (Chetla)

1955年に設立された機関で、主な活動の概要は以下のようである。

- (1) 州政府、産業界、他の団体への技術、コンサルティングサービスをおこなう
- (2) 東部・北東部の地域センターとして、National Drinking Water Mission, Department of Rural Developmentのもとで研究所を設立している。また、水供給と衛生管理に関するWHOの連携機関である
- (3) 北東部におけるウイルス性肝炎、日本脳炎の地域監視センター

注195 特に記していない箇所は、GoI, MHFW (1994a)を参考にした。

注196 臨床医学研究を行う独立機関。

注197 VHAI (1992), P327, 328, 前掲書

注198 GoI, MIB, (1994)

注199 GoI, MIB (1994), 前掲書

(4) エイズに関しても、監視機関として、ハイリスクグループの生活／態度に関して社会的・経済的情報を収集するなどの活動をしている

(カ) Rural Health Training Center (Najafgarh)

Directorate General of Health Servicesの管轄する付属機関で、PHC（予防接種、母子保健、家族福祉、救急医療サービス、マラリア予防サービス等）、トレーニング、フィールドスタディーを実施する。

(キ) Lady Reading Health School (デリー)

ヘルス・ビジターをトレーニングする草分け的機関であり、Public Health Nursing、女性のヘルスワーカー、助産婦のコースを提供する。付属のRam Chand Lohia 乳幼児福祉センターでは、分娩サービスと予防接種を含むMCH、家族福祉サービス、生徒へのトレーニングを行う。

(ク) National Institute of Communicable Diseases (デリー)

1963年に設立された。研究所内には7つの部署 (Bio-Chemistry, Epidemiology, Helminthology, Medical Entomology, Vector Control Microbiology, Training and Malariology, Zoonosis) があり、各地に8つのフィールドステーションを持つ。活動目的は、以下の3点である。

- (1) 伝染病に関する全ての基礎・応用研究を行う
- (2) 疫病に関するサービスのプランニング、伝染病発生時の現地調査と対策の実施
- (3) プログラム運営とリサーチ活動強化のための国内・外でのトレーニングプログラムの実施

(11) 国際援助^{注200注201}

(ア) 世界保健機構 (WHO)

WHOの援助は主に、保健医療施設の強化と拡張で行われている。また特定州に2年ベースで消耗品と医療機器、トレーニング／スタディーツアー、短期グループ教育活動の支援がなされており、1992-93年の2年間の援助額は、1千3百76万ドルで45のプロジェクトで活用された。

(イ) ODA (英国)

インドと英国の研究機関による協同プロジェクトの支援を行っている。例えば、ボンベイのB.J. Wadia Hospital とロンドンのUniversity College HospitalによるHaemoglobinopathy Control Project (3年間／43万5千2百ポンド)、カルカッタのNational Institute of Cholera and Enteric Diseases とEast Birmingham Hospital によるRotavirus Infection Research Project (8万9千658ポンド) などである。

(ウ) 世界銀行

前述した様に、世界銀行はHIV/AIDS予防・コントロールのプロジェクトを支援しており、援助額は8千4百万ドルである。またハンセン病に関しては感染率が1,000人当たり2

注200 1990年インドの保健分野における国際援助の一人当りの援助フローは0.3ドル、保健支出合計に対する援助フローの比率は1.6%であった。(World Bank, 1993b, Table A.9)

注201 GoI, MHFW (1994a)、前掲書

以上の県にMDT（複合薬治療法）を行うために6年間に8千5百万ドルを支援する。さらに、国家失明コントロールプログラム (National Blindness Control Programme)の改善、アンドラ・プラデシュ州の2次医療病院の強化なども援助対象にあげられている。

(エ) DANIDA (デンマーク)

DANIDAの支援は国家失明コントロールプログラムとハンセン病プログラムのMDT活動で行われている。

(オ) Sida (スウェーデン)

Sidaは1978年以来ハンセン病撲滅プログラムを資金援助しており、援助総額は2千4百万クローナである。同様に、結核プログラムを79年から援助している。

インド国に対する保健医療分野における国際援助の問題の一つは、多くのプロジェクトで援助資金が十分に活用されていないことであると指摘される。通常5年サークルのプロジェクトであれば、年間の資金活用率は20%であるべきだが、インドにおける年間平均比率は一般に12%、保健医療分野にいたっては6～7%と非常に低い。結果として、ドナー側から援助額の削減あるいはプロジェクトの中止が要請されることがある。表4-18は世界銀行のプロジェクト例である。

表4-18 世界銀行によるプロジェクト援助資金の活用度 (単位1,000ドル)

プロジェクト名	援助期間	援助額	合計活用額 (1992/3/31日まで)	活用度 (%)
Sixth Population Project	1989-90	87,200	4,387	21.8
Seventh Population Project	1990-91	63,400	8,530	13.5
CSSM*	1991-92	160,900	13,146	8.2

*Child Survival and Safe Motherhood
出所) Ministry of Finance (Jhunjhunwala, 1994)

また同分野で国際援助が円滑に行われない理由としては州がリインバースメントの手続きを十分に理解していないこと、またUNFPAによれば中央政府によって開始されたプロジェクトは州の意向を無視してその実施が州にゆだねられること、複数のドナーによるプロジェクトが特定地域(州)に集中するため州政府が資金、任務を消化しきれないこと、大規模(金額の大きいもの)プロジェクトが優先され、同地域で行われている小規模プロジェクトがなおざりにされることなどが指摘されている。

もっとも大きな障害は中央政府と州政府の関係であるといわれる。州政府がドナーに要請したプロポーザルはまず保健家族福祉省へそれからDepartment of Economic Affairにまわされ、プロセスが長期化することが多いと指摘される。特に保健医療は州政府の管轄であること、地域的なアプローチがより有効であることを考慮すれば、各ドナーとプロジェクトを実施する州政府が直接交渉出来る援助システムの確立、州政府が援助受け入れ手続きを十分に把握することなどが今後期待される注202。

注202 Jhunjhunwala, 1994

<参考文献>

- Antia, N.H. December 25, 1993 "World Bank and India's Health" *Economic and Political Weekly* (2883-2887)
- Berman, P. and Khan M.E. 1993 "Paying for India's Health Care" Sage Publications: New Delhi
- Bose, A. 1988 "From Population to People" (Vol. I, II) B.R. Publication Corporation: New Delhi
- バラスブラマニヤム V. N. 1988年「インド経済概論－途上国開発戦略の再検討」(初版1984年) 東京大学出版会 12-22、26-27
- Center for Monitoring Indian Economy (CMIE) May 1992 "Eighth Five Year Plan Executive Summary-Planning Commission": Bombay
- Center for Monitoring Indian Economy (CMIE) August 1991 "1991 Census First Results-For All India, States and Districts": Bombay
- Conly, S.R. and Camp, S.L. 1992 "India's Family Planning Challenge-From Rhetoric to Action" (Country Study Series #2) The Population Crisis Committee: Washington, D.C.
- CSSM Review January 13, 1994 (no. 13)
- The Economist Intelligence Unit (EIU) 1995 "EIU Country Profile 1994/95 India-Nepal"
- EPW Research Foundation May 4, 1994a "Social Indicators of Development for India-I" *Economic and Political Weekly* (1227-1240)
- EPW Research Foundation May 21, 1994b "Social Indicators of Development for India-II-Inter-State Disparities" *Economic and Political Weekly* (1300-1308)
- Ghosh, A. April 20, 1991 "Eighth Plan: Challenges and Opportunities-XII Health, Maternity and Child Care: Key to Restraining Population Growth" *Economic and Political Weekly* (1017-1022)
- Gopalan, C. August 18, 1990 "'Population Problem' -Need for a Total View" *Economic and Political Weekly* (1827-1830)
- Gopalan, C. May 14, 1994 "Challenges to Public Health Systems" *Economic and Political Weekly* (1204-1209)
- Government of India, Department of Family Welfare 1994 "India, Country Statement-International Conference on Population and Development"
- Government of India, Ministry of Finance, Economic Division 1994 "Economic Survey 1993-1994"
- Government of India, Ministry of Finance, Economic Division 1995a "Economic Survey 1994-1995"
- Government of India, Ministry of Finance, Budget Division 1995b "Budget at a Glance 1995-96"
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare 1992 "Family Welfare Programme in India-Yearbook 1990-91"
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare 1993 "Health Information of India 1992"
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare 1994a "Annual Report 1993-94"
- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare 1994b "National Child Survival and Safe Motherhood Programme"

- Government of India, Ministry of Health and Family Welfare 1994c "Rural Health Statistics in India"
- Government of India, Ministry of Information and Broadcasting 1994 "India 1993"
- Government of India, Planning Commission 1992a "Eighth Five Year Plan (VI)"
- Government of India, Planning Commission 1992b "Eighth Five Year Plan (VII)"
- Gupta, B.S. et. al. 1990 "Corporate Sector and Family Welfare in India (VII) Case Studies" Council of Indian Employers: New Delhi
- IPPF January 1994 "Country Profiles-India"
- Jhunjhunwala, B. 1994 "Health Expenditure in India" Voluntary Health Association of India: New Delhi
- Karkal, M. April 1993 "Family Planning and Reproductive Health" *The Indian Journal of Social Work* Vol. LIV (2) (297-306)
- Khan, M.E. 1991 "Experience of NGOs and the Organized Sector in Family Planning-Selected Observation" in Jejeebhoy, S.J. and Satia, J.K. eds. "The Demographic Challenge" Oxford Press: Bombay
- Khan, M.E. and Patel, B.C. October 1993 "Access to Health Care" in "Population Planning" *Seminar* (no. 410)
- 国際協力事業団 1994a年「国別協力情報ファイル」
- 国際協力事業団 1994b年「インド国バナラス・ヒンドゥー大学医科学研究所附属病院医療機材改善計画ー基本設計調査報告書」
- 国際協力事業団 1994c年「カラワティサラン国立小児病院改善計画事前調査用概要報告」
- Krishnan, T.N. November 14, 1992 "Population, Poverty and Employment in India" *Economic and Political Weekly* (2479-2497)
- Kulkarni, M.N. February 19, 1994 "Whose Health-Women's or Mothers'?" *Economic and Political Weekly* (452)
- Kumar, K.G. January 31-February 13, 1994 "Bursting at the Seams" *Business India* (81-92)
- 長岡昇、1994年7月15日「アジアを脅かすエイズ」(12版) 朝日新聞
- Narayana, G. and Kantner, J. F. 1992 "Doing the Needful-The Dilemma of India's Population Policy" Westview Press: Boulder
- National Institute of Nutrition 1993 "Nutrition Trends in India" Indian Council of Medical Research: Hyderabad
- 西川 由比子、1989年10月「家族計画政策へのアプローチー乳児死亡率の決定要因とその役割」 国際協力研究 VOL.5. NO 2 (61-72)
- Nyrop, R.E. ed. 1985 "India-A Country Study" The American University: Washington, D.C. (Chapter 2)
- Oldenburg, P. December 5-12, 1992 "Sex Ratio, Son Preference and Violence in India-A Research Note" *Economic and Political Weekly* (2657-2662)

大西 隆 1995年8月10日 「今世紀中に感染者500万,患者100万越す」東京新聞

押川文字 1992年 第1章「家族の変化と人口」、押川文字編 「インド農村の社会政治変容と開発」アジア経済研究所

Pai Panandiker, V.A. and Umashankar, P.K. 1994 "Fertility Control and Politics in India" *Population and Development Review* (supl. 20) (89-104)

Prabhu, K.S. August 16-23, 1994 "The Budget and 'Structural Adjustment with a Human Face'" *Economic and Political Weekly* (1011-1028)

Prakash, P. December 18, 1993 "New Approach to Women's Health Care-Means to an End" *Economic and Political Weekly* (2783-2786)

Premi, M.K. 1991 "India's Population-Heading Towards A Billion-An Analysis of 1991 Census Provisional Results" B.R. Publishing Corporation: New Delhi

Rao S. K. 1993 "Women and Family Planning" in "Population Planning" *Seminar* (no. 410)

Ravi, D and Antia, N.H. eds. 1993 "Health Financing in India-A Review and an Agenda" in Berman P. and Khan M.E. "Paying for India's Health"

世界と人口 1992年5月、6月 「インドの人口(上)(下)」(30-34)(52-55)

世界銀行 1993「世界開発報告」

Shreedhar, J. May 20, 1994 "Dallying with Death-The Coming Crisis in Asia" *Frontier* (77-80)

Tiwari, I.C. 1993 "Plan Perspectives" in "Population Planning" *Seminar* (no. 410)

Tulasidhar, V.B. November 6, 1993 "Expenditure Compression and Health Sector Outlays" *Economic and Political Weekly* (2473-2477)

UNICEF 1991 "Children and Women in India-A Situation Analysis 1990" UNICEF: New Delhi

ユニセフ 1993「世界子供白書 1994年」

UNDP 1994 "Human Development Report 1994"

United Nations 1989 "World Population Policy-vII" United Nations: New York

United Nations 1992 "Integrating Development and Population Planning in India" United Nations: New York

United Nations 1993a "World Urbanization Prospects: The 1992 Revision-Estimates and Projections of Urban and Rural Populations and of Urban Agglomerations" United Nations: New York

United Nations 1993b "World Population Prospects-The 1992 Revision" United Nations: New York

United Nations Population Fund (UNFPA) 1991 "Program Review and Strategy Development Report-India"

World Agriculture Now 1994 「世界の水資源」(no.2)

The World Bank 1992a "Population and the World Bank -Implications from Eight Case Studies" The World Bank: Washington, D.C.

The World Bank 1992b "World Population Projections 1992-93 Edition" The Johns Hopkins Univ. Press: Baltimore

The World Bank June 2, 1993a "Economic Report India-Progress and Challenges in Economic Consortium" The World Bank: Washington, D.C.

The World Bank 1993b "World Development Report" The World Bank: Washington, D.C

The World Bank 1994 "World Development Report" The World Bank: Washington, D.C

Voluntary Health Association of India 1992 "State of India's Health": New Delhi

Voluntary Health Association of India 1994 "Annual Report 1993-94": New Delhi

III節 第4章 女性

目 次

はじめに	227
1 インドの女性を取り巻く概況	227
2 社会指標に見るインド女性の現状	228
2-1 基礎指標	229
2-1-1 平均余命	229
2-1-2 性比	229
2-1-3 死亡率	229
2-1-4 避妊実行率	230
2-1-5 女子の初婚年齢と合計特殊出生率	230
2-1-6 初等教育就学率と識字率	231
2-2 労働指標	231
2-2-1 労働参加率にみる女性の経済活動： センサスと全国標本調査	231
2-2-2 就労セクターとその変遷：農業	232
2-2-3 就労セクターとその変遷：非農業	232
2-2-4 地域間格差・差異の現状	233
2-2-5 SC/STの労働参加率	234
3 女性と健康	235
4 女性と教育	237
5 女性と労働	238
6 NGOの取り組み	239
6-1 NGO活動の変遷	240
6-2 NGO活動の長所と課題	240
7 政府の取り組み	241
7-1 第1次～第4次5カ年計画期間：1950～1974年	241
7-2 第5次5カ年計画期間：1975～1980年	242
7-3 第6次5カ年計画期間：1980～1985年	243
7-4 第7次5カ年計画期間：1985～1990年	243
7-5 第8次5カ年計画以降：1992～1997年	244
7-6 今後の課題	246

表 1	年齢・地方・ジェンダー別死亡率一覧	248
表 2	労働参加率 (%) の変遷 (センサス)	248
表 3	労働参加率 (%) の変遷 (全国標本調査: NSS)	248
表 4	産業別・男女別労働分布 (1961年、1981年)	249
表 5	主な州におけるST/SC女性労働参加率 (1981年)	249
表 6	母親の初婚年齢別乳幼児死亡率 (1984年)	250
表 7	母親の教育程度別乳幼児死亡率 (1984年)	250

III 節 第4章 女性

はじめに

本章においては、以下の通りインドにおける女性の開発に関する現状と課題についてとりまとめる。

- 1) インドの女性を取り巻く社会的背景などを含む現状についてその概略を述べ、
- 2) 基本的な社会指標におけるジェンダー間の相違につき、その変遷及び現状を、可能な限り地域別・州別特性を交えとりまとめる。
- 3) 次に2)の内容を受け、同国の開発における女性を取り巻く課題につき、女性の健康保持、教育の修得、労働への参加の3つの視点から考察する。
- 4) また、現状において、女性の開発を各種活動を通じ支援しているNGOの取組みにつき、その変遷と現状について述べた後、
- 5) 政府の女性開発支援政策につき、その取組みの変遷と現状、及び課題を述べる。

1 インドの女性を取り巻く概況

一般的にインドを始めとする南アジア諸国においては、女性の社会・経済的地位の低さは一つの特徴的要素となっている。インドについても、出生率・性比・合計特殊出生率・妊産婦死亡率や識字率など、女性の開発に係わる重要な指標が、他諸国と比べ、低い値を示しており、数値の多くには男女格差がみられる。

これら基礎指標については近年、男女ともに改善の方向にあるが、男女格差についてはあまり縮小しておらず、拡大傾向にある州も存在する。

これには生誕時より女性をとりまくインドの伝統、宗教や風習にもとづく社会的要因が影響をおよぼしていると考えられる。例えば、パルダ（Parda）^{注1}、ダウリー（Dowry）^{注2}、サテイー（Sati）^{注3}に代表される差別的慣習や宗教的信仰上の考え方は女性の立場・地位を不当に固定化し、またこれらの慣習により社会・経済活動の活動域が限定されていることなどから、女性の経済的価値が過小評価されている現実がある。また

注1 パルダ（Parda）：女性隔離の風習。元来ペルシャ語やウルドゥー語で「幕：カーテン」を意味するこの風習は「女性を家族以外の男性の目から遮断する」という女性隔離の社会慣習で南アジア全域で広く見られる。イスラム教の慣行とも、土着的な慣習とも言われる。女性の行動のみならず社会システムや価値観に影響を及ぼす慣習であり、特に女性の地位を家族に依存する体質へと固定化してしまう原因となることや、また女性を権力の構造から締め出し、経済的収入手段を含む様々なアクセスへのアプローチを困難ならしめる点でその影響は大きい。

注2 ダウリー（Dowry）：婚姻にともない、女性が生家から婚家へ異動する際、生家側から婚家側へ贈与される婚資（しばしば持参財に転化する）のこと。南アジアに広く存在する慣習であるが、特にインド北部の上層ヒンドゥー教社会で発達してきたことが良く知られている。この婚資の贈与はしばしば婚姻条件として婚家側から女性の生家側へ要求される他、婚姻後も婚家側には一方的に贈与を受ける権利が付与されるため、女性を嫁がせる側の経済的負担が大きい反面、成長した女兒を未婚のままにさせておくことに対する社会的に批判されることから、女兒の出生を好まぬ風潮が生まれる原因のひとつとなっている。

注3 サテイー（Sati）：ヒンドゥー教徒の古い寡婦殉死の慣習。Satiの言葉自体は「貞淑な妻」を意味する。インド諸地方で広範囲にひろまったのは中世に入ってからと言われており、サテイーの実行により、家族の宗教的な罪の滅滅が実現するという意味で、その功德が賛美・賞賛されたが、実際には戦士階級の倫理に基づく、低い女性の地位と寡婦の惨めな生活がこの慣習を助長したとも言われる。寡婦による自発的行為のみならず親族の強要もあったが、19世紀に入り1829年、イギリス植民地政府により禁止の法律が制定されている。

父系制をとる社会に所属する国民が多い中、社会的に、また家庭内部においても男児が選好・尊重される現状があることなど、しばしば女性と男性の格差を生む背景となっている。

ただし、広い国土と、多民族、多宗教の混在する中、これら女性の経済・社会的地位に影響する様々な要素は、同国内で複雑に絡み合い、地域・民族・宗教の単一的な区分けでは識別出来ない構造になっている。また、実際内容や傾向について、地域や社会層による違いが存在しており、近年の高等教育の女性への普及にともないみられる女性の地位に関する社会的変化の傾向もある。

したがってこれら女性に係わる慣行を固定的にとらえたり、特定の慣行からインドの社会全体を判断することは出来ない。しかし、今後もこの国の大部分の女性の社会開発に、こういった社会風習が少なからず影響することは確かである。

またインドに限らず、途上国の女性が生産活動、再生産活動を通じ、社会に果たしている役割は貨幣経済の範疇外で行なわれることが多いため、その重要性については見落とされていることが多い。インドにおいても、特に農業部門において女性の果たしている役割は非常に大きいと思われるが、無賃金労働や、不定期的な形態の労働が多いため、その実態を正確に把握することは難しい。このことは労働統計における女性の労働参加率の低さ及び労働生産性の低さに現れており、女性労働の経済的価値が過小評価される要因となっている。

2 社会指標にみるインド女性の現状

前述の通りインドの社会指標値は、全般的には改善していると言えるが、未だ世界の水準と照合すると、かなり低い数値を表しているものも多い。本章2-1における各指標の全国的な変遷については、すでにIII節第2章「教育」及び第3章「人口動態・家族福祉・保健医療」にて各々述べているので重複する箇所については省略し、ここでは、各指標における男女差及び地域・州による格差を中心にみる。

社会指標からみるインドの現状において特徴的なのは、ほぼ世界の水準に達している、社会開発の視点から、いわば「卒業」していると考えられる州と、それからほとんど全ての指標において開発・改善に遅れが目立つ州（ビハール、オリッサ、マディヤ・プラデシュ、ウッタル・プラデシュ等）との間に大きな差が存在することがあげられる。

平均余命、性比、乳幼児死亡率、識字率などの基礎的な社会指標が総合的に高い州においては、男女間の差、ジェンダー・ギャップは比較的小さく、逆に社会指標値が総合的に低い州においては、男女格差も大きい傾向がある。

その他、一般的には、その州の州内生産（State Domestic Products、以下SDP）の増加による州所得の上昇にともなう州内貧困層の減少と各種社会指標も改善する傾向があることは認められるが、しかし特に女性の開発という点では、これら州内生産の高い州において、逆にジェンダー間のギャップが大きく、女性の社会的地位が低い場合もあり注目を要する。

2-1 基礎指標

2-1-1 平均余命

インド女性の余命年数自体については、1950年代において40.6年であったのが、1986～1990年の期間には59.1年と20年近くの伸びが見られており、この間1980年代前半以降、女性の平均余命年数は、それまではより長かった男性の平均余命年数を逆転している。

しかし、一般的に女性の平均余命は男性の平均余命よりも高い傾向にあり、世界の女性平均余命の対男性平均余命の比率（女性平均余命／男性平均余命×100）は1990年の時点で106となっており、アジア地域の平均値（103）よりもインドの同比率（100）は低かったことを勘案すると、同国における女性の平均余命は男女格差の観点からはあまり好ましくない状況にある。

また、同数値についても、州間格差が大きく、例えば世界平均と同等あるいはより高い数値を示している州が（ケララ州は109、アンドラ・プラデシュ州で105）ある一方で、ウッタル・プラデシュのように96という大幅に低い数値を表している州もある。

2-1-2 性比

性比について、センサスのデータを見ると、今世紀初頭の1901年には男性：女性比は1000：972であったが、以降、1971年には同比は1000：930へと落ち込み、その後1981年の時点では1000：934と若干回復したが、さらに1991年の調査では、1000：929と状況はまた回帰している。III節第3章の「人口動態・家族福祉・保健医療」において既に述べている通り、先進国においては女性の比率の方が男性よりも高いのが一般的であり、同国の数値は中国（943）、スリランカ（993）、さらにタイ（1017）に比べると低い値となっている。前述のIII節第3章1項にても記載の通り、インドではこの傾向は男子の都市への人口流入が起こっているにも関わらず、農村においてより顕著である。

州別の特徴をみると、1000を越えた値が出ているのは、ケララ州のみで、もっとも低いのはSDPの高い北部州ハリヤナの874で、次がウッタル・プラデシュ州の882、またハリヤナと同じく、インド国内において、もっともSDPの高い州の一つであるパンジャブにおいても888という値で全国の平均をはるかに下回っている。

この点、地域的にはカルナータカ、アンドラ・プラデシュ、タミル・ナードウなどの南部諸州においては、比較的高い水準に達している。

2-1-3 死亡率

0歳から70歳以上に及ぶ死亡率について、地方・都市別、さらにジェンダー別で見ると、以下の点が現状としてあげられる。なお出生率については、同じくIII節第3章「人口動態・家族福祉・保健医療」の第2項に「出生率の地域差と関連要因」としてその地域差について、乳児死亡率、女性の識字率、女性の平均初婚年齢、避妊実行率との関連性につ

いて記述しているので、そちらを参照願いたい。

全体として、都市部と地方における死亡率の違いを比較すると、地方における死亡率が都市部における死亡率を5/1000人近く下回る。これを男女別にみると、男性における地方・都市部の差は4.8/1000人であるのに対し、女性における地方・都市部の差は1.1/1000人と比較的少ない。(表1参照)

0~9歳の死亡率については、全国的に女児の方が男児よりも高い値を示している。男女間格差については、0~4歳の期間では、地方で3.4/1000人、都市部で1.2/1000人の差があり、5~9歳の期間では、地方で0.3/1000人、都市部で0.5人の差がある。また、都市部と地方における男女合計の格差は非常に大きく、0~4歳における地方死亡率は都市部死亡率の約2倍となっており更に、5~9歳の同倍率については2.6倍となっている。

10歳以上の年齢グループ別に死亡率をみると、男女、地方・都市部の別を問わず、40代以降は継続的に死亡率が上昇しているが、40代以前の女性死亡率については以下の特徴が見られる。

10~14歳の期間、つまり幼少時における疾病の危険をある程度経過したの後の期間は、一旦死亡率が下がる。しかし婚姻をする女性が多くなる15~19歳の期間、さらに20~24歳の期間には、都市・農村部ともに女子の死亡率は上昇し、25~34歳の10年間の期間においては、都市部とで0.3~0.4/1000人の差異はあるものの一定域内の数値で停滞する。そして、35~39歳の期間に再び死亡率は上昇し始める。

同年齢層における男性の死亡率変遷についてみると、都市部において30~34歳の男性に突出した上昇が見られる他は、地方・都市部間の差はあるものの、どちらの地域においても死亡率の変遷は女性よりも低い値で比較的一定している。その後35~39歳の期間では、都市部、地方ともに死亡率の上昇みられ、特に地方ではこの年齢層以降、男性の死亡率が女性の死亡率を上回ることとなる。

15歳から40歳の女性の死亡する原因として、妊産婦の死亡率が高いことが大きな原因の一つとなっている。このことについては後述する。

2-1-4 避妊実行率

同国における避妊実行率は43.4%と言われており、これは同じ南アジア諸国であるネパールの14%、パキスタンの12%と比べ高い値を示しているが、同じ大人口を抱え、人口増加の問題に直面している中国が72%という高い値を示しているのに比し低い^{注4}。

2-1-5 女子の初婚年齢と合計特殊出生率

人口増加、女性、合計特殊出生率に大きな影響を及ぼすのが、女子の初婚年齢であるが、1991年のセンサスによると、インドの女子の初婚年齢は20.1歳となっている。1981年センサスの同データと比較すると、全国的には、この10年間の間に約1歳の上昇がみら

注4 データ出所：World Resources (1994-95), Table16-6 (p.292)

れる。結婚年齢の上昇は、停滞気味のところもあるものの、ほぼ全州においてみられ、81年には16歳代であったビハール、マディヤ・プラデシュ、ラージャスターン、ウッタール・プラデシュの4州においても、18～19歳へと全国平均よりも高い上昇を見せている。

2-1-6 初等教育就学率と識字率

同国における女性の初等教育就学率は、独立後継続的に上昇しており、特に5年間から成る小学校（初等教育前半期）への就学率はスリランカを除く他の南アジア諸国と比べても比較的高い値を示していると言える。就学率（グロス）^{注5}の推移についてみると^{注6}1950-51年の時点では小学校の女子就学率は24.8%であったのが、1991-92年には88.1%へと上昇、また11歳～14歳までの中学校の女子就学率は、1950年-51年の4.6%から1991-92年には47.4%へと継続的な上昇を見せている。

しかし、小学校就学率における男子との差は、1950-51年当時で小学校で35.8%であったのが、1991-92年には28.5%と若干縮小してはいるものの、依然3割近い大きな差異がみられる。

2-2 労働指標

2-2-1 労働参加率にみる女性の経済活動：センサスと全国標本調査

インドにおける女性労働の現状を知るのには、センサスと全国標本調査（National Sample Survey）による統計が最も一般的に使われている。

その他にも中央政府の雇用・訓練庁（Directorate General of Employment and Training）や、州の統計事務所（Central Statistical Office）、その他中央・州政府機関、大学等研究機関などにより様々な調査報告がなされているが、調査範囲が限定されていたり、女性の労働に関する定義が統一されていないことなどから、比較検討をおこなうには困難な状況である。

以下にセンサスとNSSのデータに見られるインド女性就労の現状について述べる。

センサスとNSSはどちらも、労働者を、主な労働者（Main Worker）と限界的労働者（Marginal Worker）の二つに大別しており、終日雇用の形態以外の労働者、不規則な雇用による労働者についても統計の対象としている^{注7}。またNSSでは労働参加を定期的な就労に付いている者（Usual Principal Status）、週単位で就労している者（Weekly Status）、一日単位（いわゆる日雇い）（Person-Day Status）で就労している人と3つのカテゴリーに分けて調査をおこなっている。

しかし、この2つのデータの間には、女性の労働参加率について、その参加比、さらには、傾向において差異、あるいは矛盾点が存在する。

注5 III節第2章「教育」注8参照のこと。

注6 データ出所は Ministry of Human Resource Development, GOI (1993), *Education for All*, p115, Table12

注7 センサスにおける労働者参加比（Worker Participation Rates）は人口全体に占める主な労働者（Main Worker）と限界的労働者（Marginal Worker）の合計値の割合と位置付けられており、NSSにおける労働者参加比は、5歳以上の年齢層を対象としている。

1991年のセンサスによると、同国における女性の経済活動人口は約9140万人と言われており、労働参加率は22.7%となっている。これは1981年の調査時の数値19.8%に比べると、2.9%の伸びが見られる。また同調査による1971年から1991年の間における女性労働参加率の伸びは8.8%となっている。同期間における男性の労働参加率の伸びが-1.1%であったことに比べると、女性の労働参加率には上昇が見られていることが特徴となっている。(表2参照)

これに対し、NSSの調査では女性の労働参加率は、1970年代の半ばから1990年代初頭まで、都市部においては16.5%から13.0%へと、3.5%の低下をみせており、また農村を中心とする地方においては37.7%から24.3%と、13.4%に及ぶ減少が見られている。同期間における男性の労働参加率の推移は64.6%から54.9%へと9.7%減少しており、この減少率は女性の率よりも少ない値となっている。(表3参照)

2つの調査のデータに見られる相違あるいは矛盾点については、これらの機関に、調査の対象となる年齢層に差異があったり、また労働の種類を区分けするときの定義が微妙に違うことや、NSSにおける調査のサンプリングの数が少ないことなどが指摘されている。

しかし、両方のデータの共通事項として、女性の労働参加率が低いということと、女性の就労場所が都市部よりも農村を中心として展開していることが理解出来る。

2-2-2 就労セクターとその変遷：農業

女性の就労セクターについては、農業部門が最も多く1960年代から80年代にかけては、男性の出稼ぎを目的とした都市部への労働力流入により地方を中心とした女性の農業部門における就労比率は上昇傾向にあった。1961年のセンサスの調査によると、農業部門における女性就労者の割合は女性就労者全体の79.6%であったが、その後特に賃金労働者としての農業就労者の比率が増え、1981年の調査時には、農業部門における女性就労者の同比率は82.3%に増加している。この中で、耕作者としての就労が55.7%から37.5%へと大きく低下しているのに対し、賃金農業就労者の割合は23.9%から44.8%と大幅に増加している^{注8}。(表4参照)

2-2-3 就労セクターとその変遷：非農業

また農業以外の女性の就労セクターについて、同じく1981年センサスの調査報告によると、主な業種に、家内工業を中心とした製造加工業、サービス・修理業(全体の7.5%)、鉱業・畜産・漁業等(全体の2.1%)がある。(表4参照)

女性就労者の製造業における変遷については、1911~61にかけては、食料、飲料、タバコと繊維の製造が、主な女性の製造業就労分野で、製造業につく女性の9割がこの部門のいずれかで就労していた。しかし61年以降、これら4部門における女性の就労数は減少傾

注8 1981年のデータにおいては主な労働者(Main Worker)と限界的労働者(Marginal Worker)を合わせた数値となっている。

向に入り、それに代わりゴムやプラスチック、石油化学製品、石炭製造、さらに化学製品などの部門における女性の就労が増加してきた^{注9}。

2-2-4 地域間格差・差異の現状

広いインドにおいては、地域的あるいは州による就労の違いも大きい。

女性労働参加率について1991年のインド政府データによると^{注10}、最も低い州（パンジャブ州4.4%）と、最も高い州（アンドラ・プラデシュ州34.32%）との間に約8倍の差がみられる。地方、都市別では、全国的に地方の方が都市よりも高い労働参加率を示している。

地方農村部における女性就労率の高い州は、前述のアンドラ・プラデシュ（47%）、タミル・ナードゥー（46.1%）、マハーラーシュトラ（46.2%）マディヤ・プラデシュ（41%）となっている。この内、マディヤ・プラデシュを除いた他4州については、都市部における労働参加率も他州と比較し高い値を占めている。これら4州の他、都市部における労働参加率が他の州に比べ高い州として、カルナータカ、ケララなど南部の州があげられる。

女性失業率の州差については、全インドにおける女性の失業率は、地方・都市部の双方で、男性よりも女性の方が高い失業率を示している。また主な州で、女性の失業率は地方よりも都市部に於て高い。1983年のNSS第38次調査のデータによると、総合的にはケララ州の失業率が男女とも最も高く、女性については地方で31%、都市部で約29%となっている。

NSSでは労働参加を定期的な就労に付いている者、週単位で就労している者、一日単位で就労している人に分けて調査をおこなっていることは前述の通りだが、男女別に行っているこの区分けの中で、最も失業率が高いのが一日単位で就労している女性となっている。特にケララ州の31%、西ベンガル州の24%は最も高い数値である。また1977-78年と1981年のデータの比較から失業率の進行については、ハリヤナ州と西ベンガル州で定期的な就労についている女性がともにマイナス20%前後の失業率上昇を見せており、両州（特にハリヤナ州）では失業率の増加におけるジェンダーギャップも大きい。ケララ州については、定期的な就労についている女性の失業率もマイナス12%と上述の2州について大きく、全般的な失業率の上昇が問題となっている。この時期、全国的には定期的就労につく女性の比率は減少傾向にあり、逆に週単位労働につく女性の比率に増加の傾向が見られる。^{注11}。

注9 データ出所は世銀レポート(1991) P335, TABLE57。原典はセンサス1961年及び1981年。

注10 データ出所はEconomic and Political Weekly, May 21, 1994, 原典は1) G.O.I, Economic Survey 1992-93, 2) Institute of Applied Manpower Research, Manpower Profile India Year Book 1992-93, 3) Central Statistical Organization, Selected Socio-Economic Statistics for India 1992 に負う。

注11 ここでは1981年のデータが男女別に入手出来る最も新しいものであったため、これに基づき記述を行ったが、10年以上既に経過している現状においては、状況は更に変遷していると思われる。

その他、賃金額における男女間比較については、1984-85年のデータ^{注12}では、主たる州のうち、最も男女差が大きいのはラージャスターン、タミル・ナードウで、両州では女性の賃金は男性の賃金の約1/2となっている。また最も男女差の少ないのはビハールで、女性の賃金は男性の賃金の約9割となっている。その他比較的男女差の少ない（約8割前後）州として、アッサム、カルナータカ、マディア・プラデシュ、パンジャブ、西ベンガルなどがあげられる。

また、1987年における農業就労女性の州別実質賃金率^{注13}で、州間の格差をみると、最低値を占めているタミル・ナードウ、オリッサの実質賃金は最も高い値を示しているハリヤナとパンジャブの約1/3か、それ以下となっている。その他マハーラーシュトラ、マディア・プラデシュ、カルナータカについても、ハリヤナ、パンジャブに比べ、約1/2とその格差は大きい。

農業先進州であるこの2州には及ばないが、約7割前後の実質賃金を支給している州としては、アッサム、ビハール、グジャラート、ケララ州などがあげられる。

2-2-5 SC/STの労働参加率

1981年のセンサスのデータによると、インド国内におけるほぼ全ての州で、ST/SCの女性就労参加率は非ST/SCの女性労働参加率よりも高い値を示している。全国におけるST/SC女性労働参加率は32.4%となっており^{注14}、これに対し非ST/SC女性労働参加率は19.8%と10%以上の開きがある。

全国におけるSCとSTの女性労働参加者の比率はそれぞれ、26.6%、42.6%とSTの方が大幅に高い値を示している。

主な州におけるST/SC女性就労参加率で、最も高い比率をしめしているのがアンドラ・プラデシュ（51.9%）で、以下順にマハーラーシュトラ（49.1%）、タミル・ナードウ（44.9%）、マディア・プラデシュ（44.3%）グジャラート（40.1%）となっている。同比率の最も低いのは、パンジャブ州の10%であるが、同州はそもそも女性の労働参加率自体が他州と比べ低いのが特徴で、州内における非ST/SCとST/SCの女性労働参加率比2：1と圧倒的にST/SC女性の方が多い。

その他ST/SCの非ST/SC女性労働参加率に対する比率の差が大きい州として西ベンガルとケララの2州があげられる。この内西ベンガルについてはST/SC、非ST/SCの比率ともに、女性の労働参加率は全国平均を大幅に下回っていることが特記される。その他、グジャラート、ウッタル・プラデシュ、パンジャブの各州においてもST/SC女性の非ST/SCに対する労働参加率は比較的高い。またST/SCの女性の労働参加率が非ST/SC女性の同値を大幅に上回る州は皆無であるが、ほぼ同等である州としてジャンムー・カシュミールとハリヤナの2州があげられる。（表5参照）

注12 データ出所は世銀レポート（1988）Table 3.3。原典はA.J. Jose (1988) "Agricultural Wages in India", *Economic and Political Weekly*, June 25, 1988

注13 データ出所はT.N. Krishna (1992) "Population Employment and Employment in India", *Economic and Political Weekly*, November 14, 1992 (Table 14)

注14 Alternative Economic Survey 1994によるとこの比率は現状では50%に近いと記述されている。

3 女性と健康

女性の健康は、その再生産活動や経済活動により、多くの途上国で家族の生活・健康が支えられている事実を鑑みても、健全な社会の発展には非常に重要な要因となっている。

しかし、現状においては多くの途上国において、女性は出産を中心とした再生産活動を通じ、また女兒については栄養摂取の面などで男性・男児より健康を維持するためのリスクが高い。

特にアジアにおける妊産婦死亡数は全世界の1/2に及び、そのうち南アジア地域は75%を占めている。

ここでは、既述の2-2項の社会指標にみる女性の現状を踏まえ、乳幼児期と、結婚、妊娠、出産を経験する15歳~40歳の間に妊娠・出産に関連する女性の死亡率が高いことに焦点を置き、その原因、要因となっている事項につき述べる。

インドの妊産婦死亡率は4~5/1000と、先進諸国に比べ5倍の高さとなっている。また合計特殊出生率も全国の平均は1992年においては3.7人^{注15}と減少傾向にはあるものの、依然先進諸国に比べ格段に多い。合計特殊出生率、出生率におけるインド国内の地域差と関連要因については、すでに前述の通りIII-3章「人口動態・家族福祉・保健医療」2項において記載されているところ、そちらを参照いただきたいが、全般的に出生率の低下が進んでいる州と、停滞している州の差がみられることが特徴的である。

妊産婦が、妊娠した時期より出産、産後にいたり直面する様々な危機について以下の4つの過程に分け、次に述べる。

(1) 中絶

まず妊娠関連の女性死亡理由として、中絶手術の実施による死亡があげられる。これは十分に整備された医療施設が少ないことに加え、多くの女性が公式な医療施設ではなく、十分な技術を持たない私設の機関で非常に危険な状況下で中絶手術を受けていることに起因している。

中絶を実行する要因としては、家庭の経済的事情や、ダウリーの風習などを含め、女兒の出生がより好まれない風潮があることなどがあげられる^{注16}。

(2) 栄養摂取

またインドにおいては、幼児期から成人期を通じ、女性は栄養摂取率が男性と比べ低い傾向がある。

インドでは成人女性の栄養摂取量の平均は都市部と農村部において格差が見られるが、大体平均すると1日1200~1600カロリーと言われている。しかし、妊娠期における女性の栄養摂取量は通常時とあまり変化の無い場合が多く、そのため、胎児の栄養摂取量も不足している場合が多い。

注15 III節第3章表1-1参照

注16 これについては胎内における性別鑑定時に女兒であることが判明した場合、事前に墮胎を希望する親がいることなどが問題となった例もある。

一般に妊娠期には、一日あたり10～15グラムの蛋白質追加を含む、300キロカロリーを通常よりもより多く摂取する必要が認められている^{注17}。また胎児の健康形成と安全な出産のためには出産時まで母体は10kg前後の体重加算が必要とされる。しかしインドにおける妊娠期の女性の平均摂取カロリーは通常とあまり変わらず、体重の平均加算数も5～6kgに留まっている。

妊産婦は日常的な栄養不良に加え、妊娠期においても、特に栄養接種量が増加しないため、栄養不足から、特に母体の鉄分不足が著しい。同国における女性の大半は深刻な貧血に見舞われているとも言われており、このため出産時には出血により死亡する妊産婦も多く、対策の必要な重要課題のひとつである^{注18}。

(3) 出産

また、多くのインド女性は病院などの医療施設ではなく、自宅で出産をしている。第42次NSS調査(1986年)によると、地方の女性の81%、都市部の女性の47%が自宅で出産を行っていることが報告されている。また自宅出産する女性のうち、地方で33%、都市部で26%の人が仲介人無しでの出産を行っている。インドには各地域社会に"dai"と呼ばれる伝統的な産婆があり、自宅における出産の仲介にもこの産婆達が多く立ち会っているが、彼女達の中には出産に関する十分な知識を修得していないものも多い。そのため、地方において、出産に際し誰も付き添ってくれない、あるいは、付き添っても十分な知識及び技術を持たない産婆の仲介により出産する人の比率は合わせて67%にも及ぶ。

(4) 誕生後の乳幼児期

母体の健康確保に困難が多い状況下、生まれた乳児については、男女問わず危険な状況にあるが、乳幼児期についても、概して女子は、男子よりも劣った扱いを受ける場合がある。これは離乳期が男児よりも女児の方が平均すると早いことや、女児に与えられる食物の質・量は男児に与えられているものより劣っているため、必要な栄養摂取量に差がみられることに伺える。また、医療機関へのアクセスについても、特に医療機関が有料である場合などには、経済的事情を反映し、男児よりも女児の方が医療施設・機関にかかる率が低いことが報告されている。

年少時からのこうした女子への社会的差別は、5歳までの乳幼児期における女子のより高い死亡率に現れており、またその後も家事労働などの手伝いのため、女子はより若い年齢で学校を止め、きつい労働につく年齢も男子よりも若い。インドにおいては1990年代に入ってもなお、女児の方が高い死亡率を示していると言われており、これに対する取り組みは緊要な事項である。

また、乳幼児死亡率に影響を与える要因として母親の識字率及び初婚年齢が挙げられる。

注17 これはIndian Council of Medical Researchによる、妊娠女性に必要な栄養摂取量として提示されているもの。

注18 これについてはIII節第3章「人口動態・家族計画・保健医療」3-3項を参照。

母親の初婚年齢を12歳から23歳の間、3年毎に分けて見たデータによると、地方と都市部における数値を合計すると、区分け毎、つまり結婚年齢が平均3歳上昇する毎に、乳幼児死亡率は約2%減少するという現象が見られることになる。(表6参照)

また、同じく地方・都市部をあわせた数値から、母親が非識字者である場合と、初等教育修了以下の識字者である場合とでは、4%もの違いが見られ、この傾向は特に農村部において顕著に見られる。(表7参照)

識字率の上昇と初婚年齢の上昇との間には相関性がみられることは、ケララ州の例などからも伺えることだが、次に述べる女性の教育も、女性の健康を含む社会生活の改善に大きな影響を及ぼす要因となっている。

4 女性と教育

女子の教育は、就学率・識字率の向上により、女性のみならず家族の生活改善が図られるという点で、また女性の経済活動の活性化し、ひいては女性の意志決定権を強化する事実につながるため、女性の地位向上に、また健全な開発の遂行に不可欠な要素となっている。

(1) 就学率の向上

既述の通り、インドにおける女子就学率が男子に比べ約3割少ないが、この格差は特に地方部においてより顕著である。

就学率の低い地域において特に女子の就学を妨げる原因として主なものに、家庭による要因、社会的な要因さらに学校による要因の3点が考えられる。

家庭による要因の最も大きな理由は経済的困窮によるもので、特に貧困層を中心とした層では、母親の賃金就労が多いため、特に女兒は母親のかわりに早くから、子守の他家事を行っている場合が多い。

社会的要因としては、前述の通り、概して女性が男性よりも劣った、経済的価値の低い存在とみなされることが、女兒が教育の面においても現れていることを言っている。特に中学校教育以上の教育については、女子の就学率は男児と比べ非常に低くなっている。

また同国においては、初等・中等教育における教育の質についても、子供の学校離れを招く大きな要因であると考えられている。これについてはIII節第2章「教育」においても触れられているが、インド政府も、国民の教育を受ける機会の拡大には取り組んでおり、第8次計画においても優先課題の一つと位置付けられており、教育の質向上や給食制度の導入などによる就学率の向上に取り組みがなされている。

(2) 識字率の向上

女性の識字率の向上は、女性を含む家族の生活改善において次のような利点をもたらす。

女性の識字率向上は、乳幼児死亡率、また妊娠出産に係わる正確な知識の取得により女性自身の死亡率の低下と相関し、ひいては人口増加率の抑制と非常に相関していることは

周知の事実である。識字率の向上は、女性の結婚年齢の上昇にもつながり、女性の出産を含む再生産活動の意志決定権の強化につながる。また教育による正しい知識の習得により、より適切な妊娠期の健康管理、及び出産後の乳幼児ケアの実現も可能となり、乳幼児死亡率、妊産婦死亡率の低下に資する。実際女性の教育レベルの上昇と、安全な出産は相関していることが、ケララ州における全国で突出して高い病院での出産比率（77%、次席のタミル・ナードウ州で30%）からも伺うことが出来る。

これは同国においては特に南のケララ州においてその成果が顕著にみられる。同州は、他の州に比べ、男女とも格段に高い就学率と識字率を比較的早い時期より達成してきた。このため、乳幼児死亡率と妊産婦死亡率、また男女の性比についても、他州と比べ、よりジェンダー・ギャップが少ない。

また女性の識字率向上は、知識・技能の習得により女性の経済活動への参画を促し、家族の安定した収入の取得と、より効率的な生産活動の実現を可能ならしめる要因となる意味で重要である。

同じくケララ州の女性の例からは、技術習得・知識習得により、雇用機会が拡大されたことが報告されており、このことは同州における低いSDP、高い失業率を反映した地方出稼ぎの進行する中、他州におけるケララ出身女性の就労率が高いことなどから伺える。

また効率的な生産活動の実現としては、特に女性の主要就労セクターである農業部門における農業生産性と労働従事者の教育レベルとの相関性が既に指摘されておりことなどから、今後も重要視される場所である。

5 女性と労働

途上国において、女性の果たしている社会的・経済的役割は非常に大きいですが、その労働は就労による賃金労働などの貨幣経済の中で行われるものと、いわゆる再生産活動に含まれる、生活のための農業、家族である子供、老人、身体障害者の世話、衣服の提供と基本的健康管理、調理、清掃、裁縫など、全て家庭の中で行われる非貨幣経済の中で行われるものとに大別できる。

南アジアにおける女性の就労は稲作を中心とした農業セクターに集中していることが一つの特徴となっている。インドにおいても前述の通り、女性の8割が農業セクターにおいて就労しており、同国の農業部門にとって女性の就労は不可欠な重要要素となっている。

また女性就労分野についてはインドは産業、サービス部門における女性就労率では東南アジア諸国のみならず、ネパールを除く他の南アジア諸国よりも低い。そして、世界諸国の女性就労分野の変遷と照合すると、インドは、産業・工業部門における女性の労働参加率が実際に減少傾向にある、世界でも数少ない国である^{注19}。

女性による現金収入が増えることには、一般的に次の利点、及び留意点があると考えられている。

注19 これは農村部の男性が都市部へ異動するのにもない、より条件の悪い農業の就労に女性が残されることになった結果によるものとの見方もある。（世銀レポート（1991）P33に負う）

まず、女性自身が収入を得、家計の増加に貢献することにより、女性・子供の栄養改善がなされ、健康状況が改善されることが挙げられる。インドのみならず、他東南アジア諸国の例からも、一家庭において、親の収入が増加した場合を父親と母親で比較すると、母親の方がより家庭、特に子供へ直接投入するケースが多く、この結果、母親の収入が増加したときの方が、子供の栄養改善がより進行することは幾つかの調査研究により明らかとなっている。

また、経済収入を得ることによる家庭への貢献度の上昇により、女性の家庭内及び社会における発言権が高まり、その結果、出産などについて女性の意志決定権が拡大し、出生率の低下、乳幼児死亡率の低下にもつながる^{注20}。

賃金労働による女性の家計への貢献による家庭内の発言権の強化については、インドでは、前述の通り、全国的にST/SCにおける女性労働参加率が非SC/STの女性労働参加率より高いことと関連し、貧困層を中心とした低い社会層において、比較的高い高い社会層よりも顕著に見られる傾向である^{注21}。とはいえ、彼女たちの労働参加については、その多くが自発的な女性のイニシアチブのもとにつくというよりも、貧困による圧迫のため、働くことを余儀された事態も大きな背景的要因であることは否めない。

その上、男性よりも、相対的に学歴が低く、技術習得の機会にもより恵まれていない状況で、賃金労働についている女性の大半は、同じ内容の仕事をしている男性に比べ賃金は低く、また労働の環境及び条件もより悪い状況で重労働についている場合も少なくない。

またもとより家事労働のほとんどを担っている女性の労働量は、賃金労働の増加によりさらに重労働につくことになり、これが直接的に健康を損ねる原因となるほか、燃料のための薪拾いや水汲みなど、特に生活に必須でありかつ時間を要する家事については、少女達へそのしわ寄せがいくこととなる。

この現状を克服し、より高い賃金と安定した職業を得、女性の重労働を緩和するには、就学率の向上による修学レベルの向上及びその他のより高度な技術を獲得するための技術習得へのアクセスの改善を図ることによる雇用機会の拡大、女性労働者の組織化による金融・普及サービスへのアクセスの改善、フォーマルさらにはインフォーマルセクターにおける女性の就労を法的に保護するための措置を図るなど、女性の生産活動を支援する方策がとられることは急務である。また、女性の母親としての再生産活動の支援と家事を手伝う少女たちの就学を可能ならしめる、産休、育児休暇制度の導入、託児所の整備・充実などが図られることも重要である。

6 NGOの取り組み

インドにおいては、古くは独立以前の1940年代より多くのNGOが国民の貧困緩和に向けた取り組みを行ってきている。現在も国内におけるその活動は、多岐にわたっている。女性の開発については、保健医療機関、衛生施設へのアクセスの改善による健康改善、各

注20 その他、女性の経済参加もたらされる基礎社会指標改善の効果は、同一地域に居住する労働に参加していない女性にも及ぶことが認められている。また女性の労働参加率の高い州・地域においては、ダウリーの実行件数が少ないことなども報告されている。(Alka Malwade Bass (1993)参照。)

注21 世銀レポート(1991) P1、P22に負う。

種社会サービス普及、金融へのアクセスの改善、技術修得への機会創出など経済的自立の支援の他、情報の収集・整備・提供など様々な内容で、組織化されている大きな団体から、その地域・社会のみを対象とする小さな団体まで種類は数多い。

6-1 NGO活動の変遷

独立当初の1950年代より行なわれていた女性の開発に対するインドNGOの取り組みは、物資の供給、組織的プログラムによる貧困層を対象とした学校、住居、病院などへのアクセスを改善することを意図する福祉活動の推進であった。その後1960年代に入り、経済的基盤の脆い家庭においては上述の各種社会サービスへのアクセスは改善され辛い状況が認識され、家庭収入の増加を図ることを目的とした経済的自立支援型のプログラムが展開されることとなった。さらに1970年代には、経済的な投与だけでは、貧困層、あるいは社会的に弱い立場にある人々が貧困状態から脱するのは困難であることが認識され始めた。つまり社会的弱者層が、社会における自分たちの現状について、その権利も含め、正確に把握し、自分たちによる活動を自発的に行なうことを可能ならしめることが重要であるとする考えのもと、教育・啓蒙普及型の協力が実施され始めたのである。

1970年代後半は、ナイロビの国際会議の影響もあり、インド国内においては女性の開発については政府内外で様々な進展がみられた時期であったが、NGO活動についても、この時期、多くの団体が出現している。内容的には女性に対する暴力や、社会的差別による様々な悪待遇（ダウリー殺人など）に対する対応・対策を意図するものが多く、被害にあった女性の窓口となったり、その後の生活場所の提供などを含むフォロー・アップなどを実施している他、女性自身が自分達の置かれている立場を正確に把握するための意識向上を目的とする啓蒙的な内容を組み入れた活動をおこなっている。

6-2 NGO活動の長所と課題

地域の人々により近く、そのニーズをより正確に把握でき、政府実施事業よりも簡単な手続きにより社会サービスの普及をより安価な経費で実施可能であることなどはNGO活動の有利な点であると言える。

また最近では政府も、社会開発政策については、広い国土における多種多様な社会的背景・要因・条件の違いを認識し、収束的な政策の施行では実施し得ないことを認識していると思われる。特に女性の開発に係わる問題は原因となる様々な要因の裾野が広いことに鑑みNGOとの連携による開発の実施が重要視されている。

今後もIRD P (Integrated Rural Development Programme)、TRYSEM (National Scheme of Training of Rural Youth for Self-Employment)、DWCRA (Development of Women and Children in Rural Areas)、ICDS (Integrated Child Development Services) の他、成人識字教育や安全飲料水の供給、社会林業等様々な分野でますます連携の強化し内容を充実させていくことが重要と思われる。

しかし、反面、インドにおけるNGO活動については地域的な片寄り^{注22}や、人材の不足による関係職員の質の低下と動機の減殺、また海外からの資金援助への依存によるインセンティブの減殺などの課題を抱えている。

NGO活動による地域開発の効果への期待が高まる中、政府-NGO間連携の拡大・充実の他、NGO間における連携の拡大と充実による活動の効率化、さらにネットワーク形成の強化による広い範囲の情報整備をおこなうことは重要である。

7 政府の取組み

女性の開発に係わるインド政府の取組みは、雇用促進や技術の修得、金融へのアクセスの改善などを含む各種貧困対策プログラムや農村開発政策、栄養改善・保健医療政策、など多岐に渡ったセクターにおいて直接的に、あるいは配慮項目として間接的に行なわれている。

5カ年計画中において、女性の開発 (Development of Women) は社会福祉 (Social Welfare) の章において、子供の開発 (Development of Children) や栄養 (Nutrition)、その他福祉プログラム (Other Welfare Programs) とともに組み入れられており、雇用、教育、栄養、化学技術、福祉と、詳細な項目立てで、社会福祉の章の中では最も多い頁を割いてその方針が記されている。

また大蔵省発行の「Economic Survey」においては1991-92年度の報告書以降、女性と開発に関する記載は、社会セクター (Social Sector) の章に組み込まれるようになっていく。

中央政府の窓口は、人的資源省 (Ministry of Human Resources Development) 女性・児童開発局 (Department of Women and Child Development) 女性開発課 (Women's Development Bureau) に現在は置かれており、各種政策の立案・実行の他、他省庁、機関との調整の実施を担当している。

関連省庁は、地方開発省、都市開発省、保健家族福祉省、教育省と多岐に渡っている他、家族福祉プログラムや、地方開発プログラムの多くは、財源支出は中央と州、その他 (海外からの援助など) から各々出されているが、その実施に際する実際の権限は、州側に置かれている場合が多い。

従って、財政支出の変遷についても、担当省庁が多岐に渡っているため、実際の変遷について分類することが困難で、本項では、政府の開発計画の実施期間と照合・区分けし、実施プログラムと政府政策の変遷について述べることにする。

7-1 第1次～第4次5カ年計画期間：1950年～1974年

インド政府の女性の開発を意識した取組みは独立当初の早い時期より行なわれてきたと言える。当初は貧困緩和を目的とした大規模な政府プログラム等に女性を対象とした部

注22 世銀レポート (1991) P195によると、インドの女性開発に係わるNGO活動は南部と西部に偏重しており、最もジェンダー差の大きいと言われる北部や、基礎的社会指標の低い中央部などでの活動は非常に少ないことが指摘されている。

門を内包することに始まっている。政府の全体計画における女性の開発の占める位置は低いものであった。

1953年には中央社会福祉委員会 (Central Social Welfare Board) が設立され、女性福祉、児童福祉、障害者福祉に関するボランティアや地域活動の支援・促進をおこなうことを目的としていた他、地域の開発計画下においてはMahila Mandal制度が第2次開発計画 (1956～1961) 下に導入され、ソーシャルワーカーによる普及活動などを中心に女性の生活改善に資する内容の活動を行ってきた。

具体的には、子供の食糧供給、妊産婦の栄養改善等の項目を含む社会福祉プログラムの実施や、農業開発のための女性ワーカーの設置、PHC、教育など社会サービスの普及を通じた女性への配慮の実施があげられるが、配置されたソーシャルワーカーの育成が不十分であったことや、予算不足であったことなどから、その成果には疑問が残った。またこの時期、政府は女性を一義的に家事を営む主婦と位置付け、そのため労働者としても狭義でとらえられていたことも、政策の効果があまり上がらなかった要因の一つであると考えられている^{注23}。

この期間、女性の法的権利を保護するための法規程も行われており、主なものに1956年の女性及び少女売買禁止法 (Suppression of Immoral Traffic in Women's and Girls Act) や、ヒンドゥー相続権法 (Hindu Succession Act)、1961年のダウリー禁止令 (Prohibition of Dowry Act)^{注24}、母性保護令 (Maternity Benefit Act) などがあげられる。

第3次5か年計画 (1962～1966) 及び第4次5か年計画 (1969～1974) では「女性の教育」に焦点がおかれ、同時に妊産婦及び児童保健サービスの改善と乳児栄養摂取と保育などに係わる取り組みに重点がおかれた。

この間1971年に政府は、女性の状況に関する総合的見直しを決定し、インド女性の社会的地位に関する委員会 (Committee on the Status of Women in India (CSWI)) を設立した。同委員会は1974年にの提言報告書「男女対等に向けて」 ("Toward Equality") を発表、女性の性比の低下、男性に比べ低い生存率、より高い女児の乳幼児死亡率、高い妊産婦死亡率、女性の経済活動参加率の低さや高い非識字率などの実証により、インドにおける相対的に低い女性の地位を明確化した。

7-2 第5次5か年計画期間：1975～1980

これが契機となり、以後5年間においては、女性開発の政策に係わる委員会の設立やそれにとまなう提言、レポートが政府へ提出されており、この間インドの女性の現状については、様々なデータにより明らかにされた。

設立された委員会で代表的なものとして1976年には首相を会長とし、女性政治家、有識者から構成される女性委員会があげられる。同委員会は女性差別の撤廃のための法的・制度的改善について、中央及び州政府へ助言、実施促進を目的に1980年まで活動を遂行した。

注23 世銀レポート (1991) P160に負う。

注24 1984年、1986年に改正されている。

また中央政府にはナショナル・マシーナリーも設立され、追って州レベルでも女性の開発の為のマシーナリーとして各省間の委員会が設立されはじめた。

また女性開発の政策を進める上で、不可欠である女性の実態調査及びデータ収集の分野においても、上記CSWIの提言取り纏めの際の調査協力の必要に端を発し、1970年代後半から1981年のセンサス発表にいたるまでの期間、女性の労働に関する詳細な調査が複数の機関により実施されている。

転換期を向かえたこの時期に施行された第5次開発計画（1975～80年）においては社会福祉の重要性が強調され、女性の福祉については社会・経済計画との関連から、雇用機会の拡大、技術訓練機会への推進がはかられたが、この時期においてはまだ女性は開発の恩恵の受益者としてのみ捕えている側面が大きく、経済・社会活動への参加者、貢献者として捉えられるには至らなかったと言える。

7-3 第6次5カ年計画期間：1980～1985

上述の通り、1970年代後半からの各種女性関連調査の充実と、1981年のセンサスにおける限界的労働の定義の改正などによる、より正確な女性労働状況の把握の実現により、実際に女性の経済的自立と保健・家族計画サービスへのアクセスの改善が唱えられる「開発と女性」の章が設けられるのは第6次5カ年計画においてのことであった。

この開発計画では、始めて女性の経済的自立と社会福祉の充実を包含したアプローチがとられている。

具体的には1979年に制定された地方青少年自営訓練に係る政府プログラム（Training of Rural Youth for Self Employment: TRYSEM）のスキームのもと、プログラムの利益の3割は女性向けとなることを義務付ける等の政策がとられている他、1982年には地方における女性と子供の開発に係る政府プログラム（Development of Women and Children in Rural Areas: DWCRA）という、女性の所得増加のための活動を支援する内容を目的とし、雇用取得のための技術訓練やトレーニング、クレジットへのアクセスの改善など、女性をターゲットとした政府プログラムの実施が、UNICEFの支援を受け行なわれてきた^{注25}。

また政府は1985年にはそれまでの社会及び女性福祉省（Ministry of Social and Women's Welfare）から独立して女性の社会福祉問題により焦点を置いた政策を検討するため、女性福祉局（Department of Women's Welfare）が個別に設置された。その後、女性開発に係わる政策全般は、人的資源開発省（Ministry of Human Resources Development）内の女性・児童開発局（Department of Women and Child Development）女性開発課（Women's Development Bureau）の担当下に置かれることとなった。

7-4 第7次5カ年計画期間：1985～1990

その後、第7次計画においては前述の流れを受け、より包括的な政策の更なる充実をはかる方針が取られている。

注25 DWCRA実施に係わる州レベルの支出は、中央政府、州政府及びUNICEFの間で折半されている。

同計画施行時の1988年には、1974年の"Towards Equality"の発表以降、最も大きな政府計画として「女性のための将来長期計画」(National Perspective Plan for Women: NPPW)が人的資源開発省、女性・児童開発局より発表された。この計画の目的は現状におけるインドの開発過程における女性の参加による貢献を評価・認識し、そして全ての女性の平等を社会的正当性を獲得する提言を行なうことにある。具体的には女性の開発に係わる行政の強化をおこなうとともに、開発の過程に女性の参加促進をはかる実際的対応について言及されている。

主な内容は以下の通り。

- (1) 女性のための国立情報センター (National Resources Centre for Women) の設立
(女性に係わる調査研究、研修、情報整備の実施)
- (2) 各州の開発政策担当部署に女性開発部門の担当箇所を設置
- (3) 各州における社会福祉委員会 (Social Welfare Board) の設立と、同委員会内における女性に係わる社会福祉担当箇所の設置
- (4) 女性の経済的自立に向けたプログラムを担当する女性開発公社 (Women's Development Corporation) の設立
- (5) 中央開発計画委員会 (Central Planning Commission) における女性部署の設置
- (6) 各関連省庁間における女性部門担当箇所の設置

また自営およびインフォーマルセクター就労女性に係る委員会 (National Commission of Self-Employed Women and Women in Informal Sector) により、レポート"Shramshaki"が同じく1988年に発表され、インドの就労女性の9割に及ぶと言われるインフォーマルセクターにおける就労の現状と課題の提示が行なわれた。

当計画下においては、各種政府開発プログラムにおける女性の受益について、関係各省庁における定期的なモニタリングのもと女性・児童開発局の調整により明確化する体制が整備された。

その結果、当計画下、IRD Pの実施における女性の受益者は343.3万人増加したことが明白となり、1985-86年においては9.9%であった当プログラムの女性受益者の比率は、1989-90年には25.6%に上昇した。これは当初IRD Pが設置された際の女性受益比率の目標値30%には未だ及ばないが、4年間に約2.5倍も比率が増加したことになる。

同じくTRYSEMでは当計画下45.9万人の女性が自営のための研修訓練を受けており、DWCRAにおいても更にプログラムの範囲が1990-91年までに187区に拡大された。

また、女性の自立を促進するための各種女性グループの結成も奨励され、この期間2万8千にもおよぶ団体が結成・設立された。

この他、1987年には社会問題となっていたサティを防止する委員会を設立する政策 (Commission of Sati Prevention Act) が取られている。

7-5 第8次5カ年計画以降：1992~1997

その後第8次計画においては、女性を男性と対等のパートナーとしてそして開発の受益者としてだけでなく参加者として機能・活動可能とすること、また各種社会サービスへ

の女性アクセスを質的にも量的にも改善・拡大することを重要な目的としている。

具体的な方針としては、直接地域女性の需要を反映させるべく、またプログラムの計画策定にあたっての分権化の推進にも寄与すると思われる、草の根レベルの女性団体活動の支援強化について言及されており、雇用、教育、健康保健、家族福祉、飲料水供給、栄養改善など各種プログラムによる女性へのサービス提供は、地域活動を通じ、これらをさらにより総合的、包摂的見地から収束した形態で行なう旨言及されている。

またその他、初等教育以降ドロップアウトした思春期の女子への配慮、女性保護のための法的措置の見直しなどにも焦点が置かれている。

その結果、以下の項目別の取り組みについて記載されている。

- (1) 雇用 — 女性が最も多く就労している家内工業（製造）分野（Household Sector）を中心とした、雇用を増加させることを目的とした取り組みを実施する。そのためには技術の向上、訓練の機会、クレジットへのアクセスの改善、資機材の提供とマーケティングの実施などが必要であり、中央収束型ではなく、地域に密着した地方分権型の取り組みが必要であることが記されている。
 - (2) 栄養 — 家庭／社会における慣習にも起因する女性の栄養不良の改善に向け、栄養改善プログラムにおいては、乳児、幼少児から妊産婦へいたる女性への配慮をおこなうことが重要である旨記載されており、この中で、映画、ビデオやオーディオカセットなどのマスメディアによる啓蒙普及の有効性について特記されている。
 - (3) 教育 — 女性の栄養改善、エンパワーメントに際し、教育は不可欠な要素であるが、ここでは特に初等教育の重要性が明記されている。女生徒が学校へ行きやすくなる様々な措置の必要性について述べられており、例えば後進地域における制服制度の導入、家事の負担を拭いきれない彼女たちのために、各村に学校を設置することなどについて言及されている。
- その他、成人女性に対する教育の実施^{注26}や、女性教師数の拡大についても触れられている。
- (4) 科学技術 — 技術の普及による家事の減少など労働条件の改善が図られるほか、女性の専門技術力の強化を図る上で科学技術知識の普及は重要である旨述べられている。
 - (5) 福祉 — 自営に関する多くのプログラムを福祉の域内で支援するべきであることが明記されている。

これには現行の各種プログラムの強化・拡大を中心に、ボランティア活動の支援についても言及されている。

この計画下、新しい取り組みとしては、1992年にRashtriya Mahiha Koshという、主にインフォーマルセクターで働く女性のクレジットサービスネットワークの拡大を図り、彼女達のクレジットへのアクセスを推進・支援することを目的として開始された制度や、1993年に設置されたMahila Samridhi Yojana^{注27}のように地方女性を対象とした貯蓄に関する知識、ノウハウの普及を目的としているものもある。いずれも女性を開発の恩恵者としてだけでなく、経済活動の貢献者／参加者として位置づけたことにより設置されたものである。

注26 母親を教育することにより、女生徒の就学率が上がる効果があることについて言及されている。

注27 これは300ルピーを上限とする預金を1年間の据え置き期間ののち、政府より75ルピーの利息が付くという主に地方部における女性を対象とした貯蓄制度である。

このほか、1994年までの従来のプログラムにおける女性開発の観点からの成果は以下の通り；

IRDPにおいては女性を対象とした雇用及び貧困緩和プログラムに対し、同プログラム全体予算の4割が女性に向けられることになっているが、93年度の実績では33.6%が女性向けにあてられていると報告されている。

同様にJRYプログラムでは30%の予算が女性に宛てられることとなっているが、93年度における実績は25%となっている。どちらも第7次5カ年計画施行時に比べ、数値の上では増加が見られる。

STEPプログラムについては1994年12月までで、13万7千人の女性にその便益が及んでいる。DWCRAは現在では全国の450区にその活動範囲は拡大されており、引続きUNICEFなど国際機関の支援をうけつつ、93年度には26万9千人の女性参加者のもと15483グループが結成され、様々な経済活動を行っている。94年度においては11月までの時点で、31万9千人の参加者による19000以上のグループが結成されており、実績は増加傾向にある。

その他第8次開発計画以降導入された新しい制度であるRMKは3億1千万ルピーの設立資金により開始されたが、開始以来1年間の活動において39のボランティア団体を支援し、この間信用貸付は総額で7050万ルピーで、貸付けは述べ44186人に及んでいる。

また同じく制度開始から1年を経たMSYについては、現在までの全国からの申し込み状況は94年12月の時点で720万件となっており、預け入れ額の合計は6億5、090万ルピーに及んでいる。

女性の人権を保護し、社会的平等が守られるためには法的な女性保護措置がとられることも重要であるが、この点1987年には社会問題となっているサティの習慣を防止するための法律（Commission of Sati Prohibition Act）が規程がなされている他、1992年1月には、国家レベルの女性対策委員会（National Commission on Women）が設立されている。これは、女性の人権に係わる法規の適用に関するモニタリングを行い、現行の法規のレビューを行い必要に応じ新法規の制定を提言する機関として、各関連省庁及び部署、州政府、NGOなどとも調整しつつ、女性問題の法律についても窓口となっている。

7-6 今後の課題

女性と開発の問題については、1990年代以降、第8次5カ年計画や「Economic Survey」などによると、女性を受益者としてのみならず、社会経済活動における重要な貢献者・参加者であることを認識し、対等なパートナーとしての女性を認識する記述はなされている。しかし、具体的な措置に関する記載となると内容は明白にされておらず^{注28}、第8次5カ年計画や、「Economic Survey」などにおいて「女性の開発」の項は「社会福祉」や「貧困対策プログラム」の範疇にとどまっており、実際の政府の女性問題に対する取り組みについての変化はあまりみられない。

注28 Alternative Economic Survey, P122に負う。

主な取り組みとして政府がこれら資料に具体的にその成果を記すのは、大概IRDYやJRYにおける女性向け支出の目標値達成度や、STEP、DWCRAなどのプログラム中における恩恵の波及した女性の数、プログラムの実施数、などの増加についてその数値を記載するにとどまっている場合が多い。

この協力の中で、例えばIRDYにおいてその支出の33.6%が女性にあてられているとしても、具体的に何を以て、「女性向け」と定義されているのかについては、上述の資料を見る限りでは詳細な記載がなく、実態はなかなか把握しづらい。

また、プログラムの波及効果を数で図る場合、例えば、女性の制度金融へのアクセスの改善などは、クレジットにアクセスした女性の数の増減及び、プログラム予算支出における女性への普及率に、その効果を見ているわけだが、この女性受益者の比率を挙げるために、世帯主である男性を先に選び、それからその配偶者に、制度金融の融資を受けさせる例などが報告されている^{注29}。

その他各プログラムはその規模、資金についても非常にばらつきが大きいのが、プログラムに内容ごとの個別の取り組みが行なわれており、前述のごとく、各プログラム内における波及効果の増大が目的となっているため、各々のプログラムの内容に特化した取り組みが、個別になされるだけに留まる場合が非常に多い。

しかし、実際には広大で、様々な社会的背景・要因の違い、また更に州政府の政策の違いなどにより、インドにおける女性の現状は非常に多様化している。このことを受け、インド政府は、「女性の直面する問題の大きさを勘案すると、サービスの提供と開発に係わる全ての責任を政府が果たすことは出来ない。」とし、NGOとの有機的な連携による女性を対象としたプログラムの実施が図られてきたことをNPPWの報告書中に明記している。

各地域・州の背景・現状に即した政策実施に地域のNGOとの連携を図ることは効果的であり、また重要である。同時に女性の開発における地域間格差が拡大傾向にあると言われる今日において、中央政府の調整のもと、より長期的・広範囲な視野で、インド全体の地域間格差にも留意した政策を実施することも緊要である。

注29 世銀レポート (1991) P167に負う。

表1 年齢・地方・ジェンダー別死亡率一覧

年齢グループ	地方			都市部		
	全体	男性	女性	全体	男性	女性
0-4歳	46.2	44.2	41.8	23.2	22.6	23.8
5-9歳	4.7	4.1	4.4	1.8	1.6	2.1
10-14歳	1.9	1.7	1.6	1.2	1.2	1.3
15-19歳	2.5	2.1	2.7	1.8	1.6	2.2
20-24歳	3.6	3	3.7	2.5	2.1	2.8
25-29歳	3.6	2.9	3.5	2.2	2.3	2.2
30-34歳	3.7	3.5	3.6	2.2	2.2	2.3
35-39歳	4.6	4.5	3.9	3.4	4.2	2.5
40-44歳	6.2	6.6	4.8	5.5	6.5	4.2
45-49歳	8.5	10.1	6.5	7.7	9.9	5.1
50-54歳	13.8	16.1	10.4	12	13.7	9.9
55-59歳	18.3	20.8	15.8	18.4	21.9	14.4
60-64歳	33.8	36.3	27.3	31.2	35.3	26.9
65-69歳	46.5	50.4	38.5	45.1	51.5	38.9
70歳以上	109.2	112.4	86	98.5	104.2	93.1
全体	13.8	13.5	12.1	8.6	8.8	8.3

出所) World Bank, World Bank Country Study - Gender and Poverty in India - (1991), p360, Table 82より作成。

表2 労働参加率 (%) の変遷 (センサス)

	1970-71	1980-81	1990-91
(全国)			
合計	34	36.8	37.6
男性	52.7	52.6	51.6
女性	13.9	19.8	22.7
(地方)			
合計	36.1	38.8	40.2
男性	53.6	53.8	52.5
女性	15.5	23.1	27.2
(都市部)			
合計	29.6	30	30.4
男性	48.9	49.1	49
女性	7.2	8.3	9.7

出所) Economic and Political Weekly, May, 14, 1994, p1232, Table 1より作成。

表3 労働参加率 (%) の変遷 (NSS)

	1973-74	1984-85	1990-91
(地方)			
男性	64.6	62.6	54.9
女性	37.7	29.1	24.3
(都市部)			
男性	60.5	60.3	53.2
女性	16.5	14.8	13

出所) Economic and Political Weekly, May, 14, 1994, p1232, Table 1より作成。

表4 産業別、男女別労働分布（1961年、1981年）

産業種	女性		男性	
	1961年	1981年	1961年	1981年
農耕作従事者	55.7	37.5	51.5	43.7
農業賃金労働者	23.9	44.8	13.4	19.8
鉱業、牧畜、漁業地	2	2.1	3.1	3
製造加工業				
サービス、修理業				
(A)家内工業	7.8	4.4	5.7	3.2
(B)その他	1.3	3.1	5.6	8.9
建設業	0.4	0.7	1.4	1.8
貿易・商業	1.4	1.8	5.3	7.3
運輸・交通、通信等	0.1	0.3	2.3	3.3
その他サービス業	7.4	5.4	11.8	9.1

出所) ILO, *Limited Options* (1989), p71, Table 3.4より作成。

表5 主な州（地方）におけるST/SC女性労働参加率（1981）

州名	SC参加率	ST参加率	SC&ST参加率	非SC/ST参加率
(南部)				
アンドラ・プラデシュ	53.4	48.3	51.9	36.4
カルナータカ	38.7	37.6	38.4	28.4
ケララ	36.7	36.9	36.7	15.1
タミル・ナドゥ	45.1	42.2	44.9	30.1
(西部)				
グジャラート	29.1	44.1	40.1	22.1
マハラシュトラ	45.4	51.2	49.1	38.8
(中央部)				
マディヤ・プラデシュ	39	47	44.3	29.4
ウッタル・プラデシュ	13.6	22.4	13.7	7.6
(東部)				
ビハール	26	36	29.7	9.8
オリッサ	26.3	37.6	33.3	13.1
西ベンガル	9.5	37.6	15.8	5.4
(北部)				
パンシャーブ	10	-	10	5.6
ラジャスタン	25.9	34.5	29.9	22.6
ハリヤナ	13.4	-	13.4	13.2
(全インド)	26.9	42.6	32.4	19.8

出所) *Limited Options* (ILO出版、1989), Table 4.2, p114原典は1981年センサスによる。

表6 母親の初婚年齢別乳幼児死亡率（1984）

母親の初婚年齢	乳幼児死亡率		
	全国	地方	都市
12歳以下	135.3	144	61.3
12-14歳	12.17	127.2	82.1
15-17歳	105.5	112.4	74.3
18-20歳	93.6	103.6	61.8
21-23歳	78.2	93.4	42.3
24歳以上	81.9	99.1	35

出所) UNICEF, *Children and Women in India* (1991), p27, Table 2.7

表7 母親の教育程度別乳幼児死亡率（1984）

母親の教育レベル	乳幼児死亡率		
	全体	地方	都市部
非識字者	119.9	88.5	124.3
識字者（初等教育未終了）	79.7	67.5	84.5
識字者（初等教育終了、高等教育未終了）	52.5	38.8	62.1
識字者（高等教育以上）	21	13	38.6

出所) 表6に同じ、p27, Table 2.9

<参考文献>

辛島昇他監修 (1992) 「南アジアを知る事典」、平凡社

Department of Women & Child Development, Ministry of Human Resource Development of India (1988),
National Perspective Plan for Women 1988-2000 A.D., New Delhi

EPW Research Foundation (1994) "Social Indicators of Development of India - I ", *Economic and Political Weekly*, May 14, 1994

EPW Research Foundation (1994), " Social Indicators of Development of India - I I ", *Economic and Political Weekly*, May 21, 1994

Alaka Malwade Basu(1993), "Women's Roles and Gender Gap in Health and Survival", *Economic and Political Weekly*, October 23, 1993

International Labor Organisation (1989), Edited by A.V.Jose, *Limited Options - Women Workers in Rural India* - Geneva

Ministry of Finance, Government of India, *Economic Survey 1990-91*

Ministry of Finance, Government of India, *Economic Survey 1991-92*

Ministry of Finance, Government of India, *Economic Survey 1992-93*

Ministry of Finance, Government of India, *Economic Survey 1993-94*

Ministry of Finance, Government of India, *Economic Survey 1994-95*

Ministry of Information and Broadcasting, Government of India (1994), *India 1993*, New Delhi

Planning Commission, Government of India (1992), *Eighth Five Year Plan 1992-97*, New Delhi

Public Interest Research Group (PIRG) (1994), *Alternative Economic Survey 1993-94*, Delhi

United Nations Children's Fund (1991), *Children and Women in India - A Situation Analysis - 1990*, New Delhi

World Bank (1991), *World Bank Country Study - Gender and Poverty in India - 1991*, Washington D.C.

I V節 環境

I V節 環境

目 次

はじめに	255
1 現状	255
1-1 森林資源	255
1-1-1 現状	255
1-1-2 課題	256
1-2 生物多様性	257
1-2-1 現状	257
1-2-2 課題	258
1-3 土壌劣化	259
1-3-1 劣化の現状	259
1-3-2 劣化の原因と課題	259
1-4 水質汚染と水資源管理	260
1-4-1 水質汚染の現状と原因	260
1-4-2 課題	261
1-5 大気汚染	263
1-5-1 現状	263
1-6 危険・有害廃棄物	266
1-6-1 現状と原因	266
2 インド政府の取り組み	267
2-1 行政機構とその変遷	267
2-1-1 概要：インド開発計画と環境政策の流れ	267
2-1-2 行政の仕組みと役割の分担内容	268
2-2 環境関連法規	269
2-2-1 産業公害関連	269
2-2-2 自然資源保全・保護関連	270
2-3 インド政府の環境への取組みと課題	271
2-3-1 産業公害関連	271
2-3-2 自然資源保全・保護関連	274
2-3-3 その他：環境影響評価（EIA）	276
2-4 援助動向	277
2-4-1 USAID	277
2-4-2 ODA	278
2-4-3 GTZ	278
2-4-4 SIDA	278

<図表>

表1	インドにおける薪木の価格.....	256
表2	インドの化学肥料消費量の推移.....	260
表3	インドの水需要現状と予測.....	262
表4	インド4都市における大気汚染原因物資の比率推移（1978～1990）.....	265
表5	地区別大気質基準.....	273
表6	用途別水質基準.....	273
図1	インドの車の登録台数の推移（1971～1989）.....	264
囲み	中央ガンガーアクションプラン（Central Ganga Action Plan）.....	272

IV節 環境

はじめに

本節においては以下の項目にてインドの環境について記述する。

まず1項において、現状についての概況と、環境破壊・減少の実態に関する原因について記述した後、それらの事象のもたらす影響とその課題について述べる。

次の2項においては、まず政府の仕組みと政策について概観し、1項の現状に対する政府の取り組みと課題を、産業公害関連と自然資源保護関連とに大別し、述べるものである。

1 現状と課題

1-1 森林資源

1-1-1 現状

インドの森林地帯は、ヒマラヤの温暖気候区から、北西地方、西海岸とアングマン・ニコバル諸島におよぶ、熱帯雨林地方と、その分布は広範囲にわたっている。

同国の森林はおおよそ16の主要グループに分けられ、さらに221種類に分類される。熱帯落葉樹林はインドの森林面積の約37%を占める最も広域な森林となっている。次が、熱帯乾燥落葉樹林であり、これは同じくインドの森林面積全体における比率からいうと、28.6%となっている。この2つの熱帯林だけで、同国の森林地帯全体の65%に及んでいる。

次いで、熱帯雨林地帯は全体の8%となっている。

最近のインド政府の森林調査 (Forest Survey of India) の結果によると、この国の森林面積は6359万平方ヘクタールでこれは国土の19.4%に当たる^{注1}。

このうち、40%以上の林冠密度を有する森林地帯は森林面積全体の約6割にあたり、これはインド国全面積の約11.7%にあたる。また残り4割近くが、林冠密度が10~40%の疎林となっており、これは国土の約7.6%である。

約33%が元々自然に存在する森林地帯と言われており、1000万ヘクタールの森林地帯が政府の保有する保全森林として維持されていて、1500万ヘクタールの土地が材木の生産地として、また2500万ヘクタールの土地が、政府保有のもと人々の燃料、家畜の飼料など限られた目的のために充当する社会的森林地帯 (保護林) としてある。

その他1400万ヘクタールの森林地帯が国立公園やサンクチュアリに含まれるものである。

注1 これには造林地や商業用植林地など、生物多様性のない地域も含まれ、必ずしもインドの森林の豊かさを示しうる資料とは言いがたいとの見方もある。

1989年以降、同国の森林面積は造林／植林、その他保全計画等により年平均2万8000ヘクタール拡大している。しかし、今世紀当初には国土の4割であった森林地は、今では約半分となっている。人口の増加を背景に、国民1人当たりの森林地面積は減少しており、生活に必要な森林資源の不足を招いている。

インドにおける森林資源は他の自然資源同様、質的にも量的にも地域によって違いがあり、多様であることも特徴となっている。森林の減少の加減・現状にも地域差があると言われている^{注2}。

1-1-2 課題

森林地帯の減少への圧力については造林、森林保護により再生産可能である伐採量においつかない量となっていることが挙げられる。

主な需要としては、第一に燃料の薪木、第二に牛を中心とした家畜飼料用、そして住宅建設などの商業用の3つに大別される。

現状におけるインド国の森林地より持続的に供給可能な薪木の量は4100万立方メートルと推定されるが、これに対し需要の方は年間2億4000万立方メートルと、5.8倍の需要超過となっている^{注3}。

特にインドにおける年間の薪炭材必要量は年々増加しており、現在の年間必要量は15700万トンとなっており、これに対し実際の年間生産量は5800万トンと必要量の半分以下である。

特に都市部においては、商業燃料（灯油、石炭、木炭）の価格が急騰しており、もともと安価であった薪木に貧困層を中心とした人々の需要が高まることとなった。このことは、薪木の都市市場への参入を促進し、結果、薪木の価格は全国的に上昇している。

（表1参照）さらに、より利潤の高い都市への薪木の流入により、かつては薪木はほとんど非商業製品であった農村部において、その供給が減少しており、森林地における不法伐採・採取が進む結果となっている。

表1：インドにおける薪木の価格

都市名 \ 価格	1960 Rs/トン	1986 Rs/トン	1992 Rs/トン
アーメダバード	90	740	1191
バンガロール	47	657	1135
ボンベイ	84	1232	1812
カルカッタ	93	1040	1585
ハイデラバート	66	667	917

出所) World Resources Institute (1994), World Resources 1994-95, Table 1 より作成。

注2 山口博一(1989)による。

注3 World Resources Institute (1994) による。

また都市近郊における森林地の荒廃も進んでおり、政府の人工衛星画像地図を利用した調査報告によると、^{注4}都市周辺の閉鎖林（Closed Forest）も減少している。

その他、牛をはじめ、山羊、羊等の飼育放牧地の拡大や、飼料の採取にも多くの森林地が利用されている。インドの森林地帯には3100万頭分に相当する家畜放牧地があるが、ここで実際に放牧されている家畜の数は許容量の3倍を超える1億頭に及ぶと言われている。更に実際の同国における家畜保有数は4億頭と言われていることを勘案すると、放牧地の不足と、家畜による環境へもたらされる影響が大きいことは明らかである。家畜放牧による土壌の栄養素保有量の低下や飼料採取のための森林地の荒廃は回復が難しく、特にインドの場合国民1人当たりの家畜保有数が非常に多く、またこれを収入の手段としている人も多いため、制限・規制の実施は難しい状況にある^{注5}。

さらに、農業地拡大、その他大型開発など、他目的転用に関わる森林地の消失、その他、毎年、特に乾燥地方で件数の多い山火事なども森林地の消失に影響を及ぼしている。

商業伐採については、インドはマレーシアやインドネシアと違い、海外への輸出が少ないこともあり、現在のところその規模は小さいが、70年代以降、伐採面積の伸び率は大きい。建築資材としての木材の需要、及び紙の需要が増加していることがその要因としてあげられる。

また、その他森林伐採のもたらす影響として、同国において大きな問題となっている土壌の流出にも影響を及ぼしている。このことは、洪水による被害の拡大も招いていることもしばしば指摘されている。（1-3 土壌劣化の項参照）

1-2 生物多様性

1-2-1 現状

インドは非常に生物の多様性に恵まれた国であり、世界の中でも最も生物種の豊富な国のひとつとして知られている。

同国はヒマラヤ山脈の地域と、ガンジス川、ブラフマトラ川流域の北インド平原地域、更にナルマダ川とヴィンディア山脈以南に逆三角形に広がるデカン高原地域と、3つの生物地理学的領域の接する恵まれた風土で生物群系の遺伝子的多様性は他国に類を見ないほどであり、同国には7500種の生物群と、45000種の植物群が存在すると言われている。

最近のインド野性生物研究所（Wildlife Institute of India）^{注6}の行った調査結果によると、上述の3つの地域は更にはタール砂漠などを含む砂漠地域や、西ガーツ山脈地域、ガンジス川デルタ帯のスンダルマン地域、アンダマン・ニコバルなどの諸島地域など、国土生物地理学的には10地域に分類されることが記されている。特にインド北東部、インド南部の西ガーツ地域、インド中央部のバスタール地域などは、多様性に富んだ地域として世界からも注目されている。

注4 National Remote Sensing Agency の調査による。

注5 例えば、牛の保有数においては中国と比較すると、中国では国民の10人に一頭の割合であるのに対し、インドでは国民2人に一頭の割合となっている。

注6 インド森林環境省、野性生物保護局の下部組織の一つ。

45000種に及ぶ植物種の内、15000種については顕花植物で、この数は、世界全体の顕花植物の約6%に相当する。その他としては、20000種に及ぶ茸類、5000種の藻類、1600種の地衣類、2700種のせん苔類、600種のシダ類がその主なものとして挙げられる。

また国内で75000種にも及ぶ生物種については、50000種の昆虫類、14000種の軟体動物、2000種の魚類、140種の両生類と420種の爬虫類^{注7}、世界の13%に当たる1200種の鳥類、340種の哺乳類^{注8}と多岐にわたっており、またこれらの生物はインド特有の種も多く存在している。

さらに同国における生物多様性を示すものの一つとして、全土で6700平方キロメートルにも及ぶマングローブ林の存在が挙げられる。これは、世界全体のマングローブ林の内7%にあたり、品種についてもインドでは世界に存在する59品種のうち、41種の存在が確認されている。主な分布地域はスンダルバンから西ベンガル地域一帯、アンダマン・ニコバル諸島で、この3地域の合計面積はインドのマングローブ林の8割にあたる。

また同国においては珊瑚も豊富であり、主要な生息地としてはラクシャドウィープ、マンナー湾、アンダマン・ニコバル諸島、クッチン湾などが挙げられる。珊瑚についても沿岸地域の工業化にともなう廃水の流入、漁業、セメント生産等による水質汚染による影響を受けている。

さらにインドは、豊かな湿原が1700万ヘクタールもあり重要湿原に指定されている箇所は全国で93箇所存在する。

1-2-2 課題

森林地の減少や、環境破壊の進行などにより、絶滅の危機に瀕している動植物の数も増えている。現在ベンガル・タイガーや象、サイなどを含む79種の哺乳類と、44種の鳥類、15種の爬虫類、3種の両生類が危機にあり、また1、500種の植物が生態学的に脆弱な状況にある^{注9}。

マングローブ林における現状の圧力としては、建設資材、薪木、タンニン用の伐採と、工業用地の建設、海老養殖、港湾開発などの土地利用の変化による破壊、さらにその他、船舶からの廃水や農薬による湾岸の水質汚染の進行などが挙げられる。

その他、保全湿原の面積は毎年増加されているものの、保護をされ元々の条件のまま存在している湿原はわずか145万ヘクタールあり、十分に保護がなされていないことがしばしば問題となっている。人為的に保全・調整されたものも、約26万ヘクタールとなっており、推定によると、これは保護下にある重要湿原の28%となっている。国際的にも、同国には85箇所の湿原地が重要湿原地と位置付けられているが、その内45%が、生態系学的に危機にさらされていると言われている。

注7 両生類と爬虫類については西ガート地域に多い。

注8 インドの哺乳類の63%はアッサム地方に生息すると言われている。

注9 Ministry of Environment and Forest, GOI (1993)による。