

6-4 国内エネルギー資源開発促進の問題

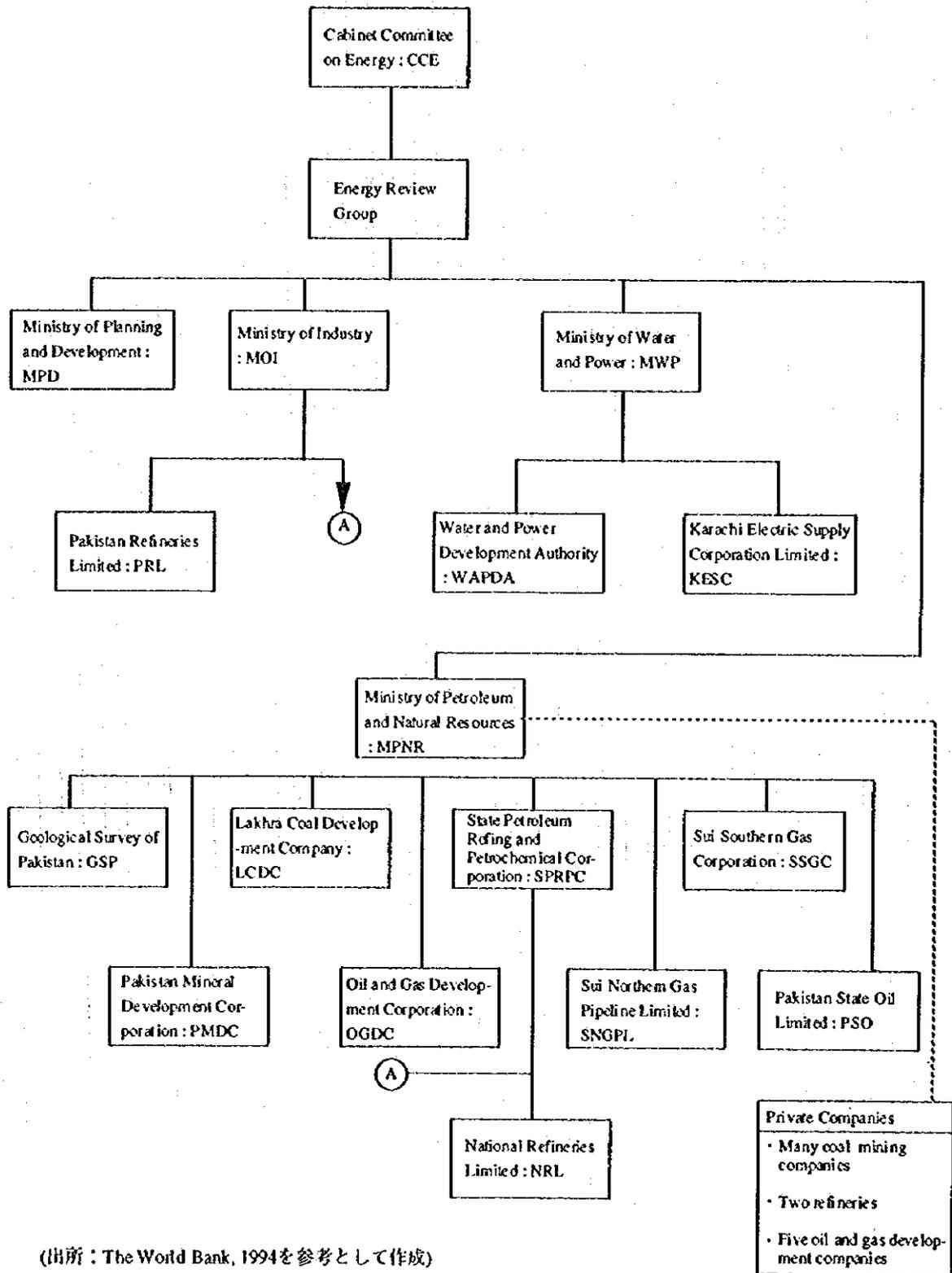
パキスタンは包蔵水力をはじめ石油、ガス、石炭などの国産エネルギー資源を豊富に持っている国である。このような国内のエネルギー資源を効率的に開発し、有効利用することはパキスタン経済全体にとって重要な課題である。特に最近では今までの原油生産の中心であったBalkassarやDhulianの大油田が枯渇し、原油の国内生産が頭打ち状態になっている状況下で、石油も含めた他の国内エネルギー資源の開発を行うことは重要課題である。

この中で石炭はパキスタンで膨大に埋蔵されているにもかかわらず十分有効活用されていないが、この原因になっているのが憲法の規定による州政府の開発に対する権限の付与であろう。石炭資源を大規模に開発し有効利用するためには国家レベルでの合意と施策が必要であり、現在のように権限が州にある限り国家レベルでの合意形成が出来ず、石炭の大規模な有効利用は難しいであろう。

水資源開発も同じような問題を抱えており、このような状況下パキスタンには国のエネルギー政策や問題を一括して取り扱うエネルギー省にあたる機関が存在していない。エネルギー省にあたる機関が存在していないことが、国産エネルギー資源開発の遅れの根底にあるといえるであろう。

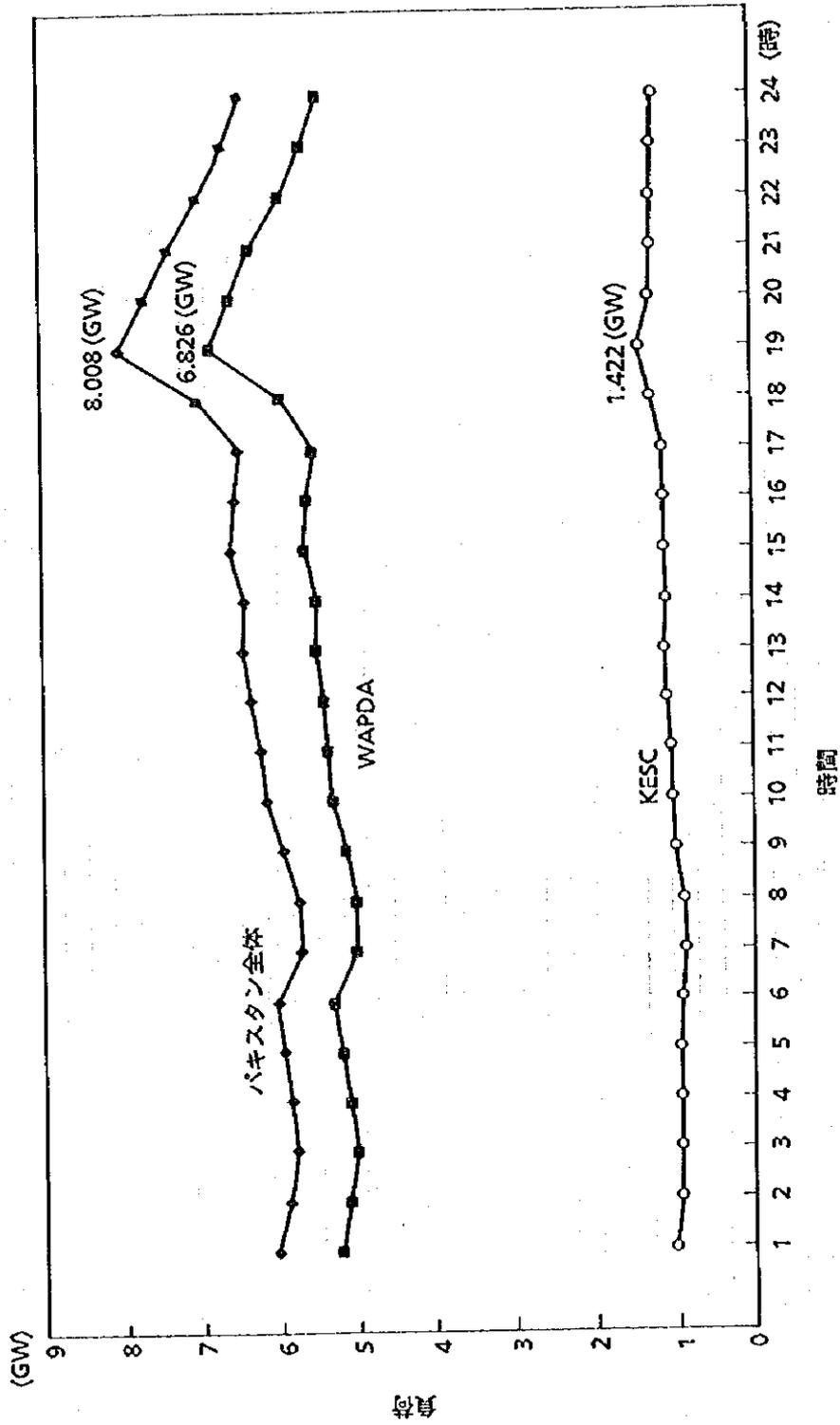
(林 俊行)

図2-1 エネルギー部門の組織構成図



(出所：The World Bank, 1994を参考として作成)

図4-1 最高のピーク負荷が発生した日（1993年9月27日）の日負荷曲線



(出所: WAPDA Power System Statistics Nineteenth Issue より引用)

表3-1 石油と天然ガス産出量の推移

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の 年複利増加率
石							
年間産出量 (百万バレル/年)	17,070	19,521	23,487	22,469	21,895	20,675	3.91%
1日当たり産出量 (バレル/日)	46,767	53,482	64,349	61,390	59,987	56,643	-
前年比増減率	-	14.36%	20.32%	-4.60%	-2.28%	-5.58%	-
天							
年間産出量 (百万立方フィート)	455,482	498,108	518,483	550,715	583,545	624,229	6.51%
前年比増減率	-	9.36%	4.09%	6.22%	5.96%	6.97%	-
ガ							
ス							

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994 より作成)

表3-2 石炭の州別産出量の推移

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率	
ハロチスターン州	年間産出量 (トン)	1,528,518	1,681,890	1,623,871	1,714,210	1,662,877	1,716,854	2.35%
	前年比増減率	-	10.03%	-3.45%	5.56%	-2.99%	3.25%	-
パンジャブ州	年間産出量 (トン)	456,784	467,408	473,155	512,241	425,425	465,402	0.37%
	前年比増減率	-	2.3%	1.23%	8.26%	-16.95%	9.40%	-
シンド州	年間産出量 (トン)	623,660	958,144	914,605	1,350,269	1,115,546	1,284,159	15.54%
	前年比増減率	-	53.63%	-4.54%	47.63%	-17.38%	15.11%	-
北西辺境州	年間産出量 (トン)	34,064	35,463	42,277	49,941	62,706	67,456	14.64%
	前年比増減率	-	4.11%	19.21%	18.13%	25.56%	7.58%	-
合 計	年間産出量 (トン)	2,643,026	3,142,905	3,053,908	3,626,661	3,266,554	3,533,871	5.98%
	前年比増減率	-	18.91%	-2.83%	18.75%	-9.93%	8.18%	-

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-1 1次エネルギー供給の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent (TOE)

	1988-89	-1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油	10,074,734	10,891,911	10,849,465	12,089,502	13,187,085	14,491,722	7.54%
全体に占める割合	39.30%	39.20%	38.13%	39.26%	39.98%	41.70%	
前年比増減	-	8.11%	-0.39%	11.43%	9.08%	9.89%	
ガス	9,634,826	10,560,769	11,030,402	11,734,364	12,394,442	13,125,078	6.38%
〃	37.58%	38.01%	38.76%	38.11%	37.58%	37.77%	
〃	-	9.61%	4.45%	6.38%	5.63%	5.89%	
液化石油ガス(LPG)	97,878	93,253	110,170	92,514	106,346	72,964	-5.71%
〃	0.38%	0.34%	0.39%	0.30%	0.32%	0.21%	
〃	-	-4.73%	18.14%	-16.03%	14.95%	-31.39%	
石炭	1,771,928	2,131,741	2,005,426	2,325,863	2,115,343	2,300,797	5.36%
〃	6.91%	7.67%	7.05%	7.55%	6.41%	6.62%	
〃	-	20.31%	-5.93%	15.98%	9.05%	8.77%	
水力発電	4,050,603	4,039,862	4,368,779	4,450,889	5,039,265	4,639,217	2.75%
〃	15.80%	14.54%	15.35%	14.45%	15.28%	13.35%	
〃	-	-0.27%	8.14%	1.88%	13.22%	-7.94%	
原子力発電	7,161	69,937	91,896	99,773	138,919	118,630	75.33%
〃	0.03%	0.25%	0.32%	0.32%	0.42%	0.34%	
〃	-	876.64%	31.40%	8.57%	39.24%	-14.60%	
合計	25,637,130	27,787,472	28,456,138	30,792,905	32,981,400	34,748,408	6.27%
〃	100%	100%	100%	100%	100%	100%	-
〃	-	8.39%	2.41%	8.21%	7.11%	5.36%	

(出所：Pakistan energy Yearbook 1994より作成)

表4-2 最終エネルギー消費の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent (TOE)

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油	7,476,256	8,065,493	7,811,780	8,516,075	9,181,688	9,666,758	5.27%
全体に占める割合	48.9%	48.4%	46.0%	46.6%	47.2%	47.5%	
前年比増減	-	7.88%	3.15%	9.02%	7.82%	5.28%	
ガス	4,312,582	4,720,833	5,071,265	5,255,716	5,716,221	5,966,343	6.71%
〃	28.2%	28.3%	29.9%	28.8%	29.4%	29.3%	
〃	-	9.47%	7.42%	3.64%	8.76%	4.38%	
石炭	1,174,358	1,388,352	1,355,311	1,604,900	1,440,568	1,561,546	5.86%
〃	7.7%	8.3%	8.0%	8.8%	7.4%	7.7%	
〃	-	18.22%	2.38%	18.42%	-10.24%	8.40%	
電気	2,176,285	2,342,996	2,568,183	2,759,082	2,972,063	3,044,388	6.94%
〃	14.2%	14.1%	15.1%	15.1%	15.3%	15.0%	
〃	-	7.66%	9.61%	7.43%	7.7%	2.43%	
液化石油ガス(LPG)	141,428	137,295	158,826	141,003	145,355	116,593	-3.79%
〃	0.9%	0.8%	0.9%	0.8%	0.7%	0.6%	
〃	-	-2.9%	15.68%	-11.22%	3.09%	-19.79%	
合計	15,280,909	16,654,969	16,965,365	18,276,777	19,455,895	20,355,629	5.9%
〃	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
〃	-	8.99%	1.86%	7.73%	6.45%	4.62%	

(出所：Pakistan energy Yearbook 1994より作成)

表4-3 部門別エネルギー消費の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent (TOE)

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
一般家庭	3,038,957 19.89%	3,427,913 20.58%	3,505,684 20.66%	3,330,394 18.22%	3,598,154 18.49%	3,778,033 18.56%	4.45%
全体に占める割合							
商業	444,527 2.91%	455,151 2.73%	496,672 2.93%	515,320 2.82%	561,540 2.89%	593,184 2.91%	5.94%
工業	6,038,064 39.51%	6,547,011 39.31%	6,611,357 38.97%	7,237,545 39.60%	7,558,612 38.85%	7,892,610 38.77%	5.50%
農業	662,672 4.34%	708,379 4.25%	734,065 4.33%	769,553 4.21%	758,187 3.90%	790,765 3.89%	3.6%
交通	4,574,480 29.94%	4,930,216 29.60%	5,096,432 30.04%	5,913,872 32.36%	6,419,831 33.00%	6,742,797 33.12%	8.07%
その他政府機関	522,209 3.42%	586,298 3.52%	521,156 3.07%	510,091 2.79%	559,572 2.88%	558,240 2.74%	1.34%
合計	15,280,909 100%	16,654,968 100%	16,965,366 100%	18,276,776 100%	19,455,895 100%	20,355,629 100%	5.90%

(出所：Pakistan energy Yearbook 1994より作成)

表4-3-1 一般家庭のエネルギー消費の動向

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油	1,107,793	1,255,161	1,093,214	738,851	750,750	695,935	-8.88%
全体に占める割合	36.45%	36.62%	31.18%	22.19%	20.86%	18.42%	
ガス	1,217,433	1,407,276	1,563,050	1,655,330	1,773,331	1,929,582	9.65%
〃	40.06%	41.05%	44.59%	49.70%	49.28%	51.07%	
電気	707,077	762,294	847,727	933,159	1,072,627	1,151,035	10.24%
〃	23.27%	22.24%	24.18%	28.02%	29.81%	30.47%	
石炭	6,654	3,182	1,693	3,053	1,446	1,481	-25.96%
〃	0.22%	0.09%	0.05%	0.09%	0.04%	0.04%	
合計	3,038,957	3,427,913	3,505,684	3,330,394	3,598,154	3,778,033	4.45%
〃	-	12.80%	2.27%	-5.00%	8.04%	5.00%	

表4-3-2 商業のエネルギー消費の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油	35,357	34,324	39,707	35,251	36,339	29,148	-3.79%
全体に占める割合	7.95%	7.54%	7.99%	6.84%	6.47%	4.91%	
ガス	252,720	260,957	288,218	305,540	335,228	356,595	7.13%
全体に占める割合	56.85%	57.33%	58.03%	59.29%	59.70%	60.12%	
電気	156,450	159,870	168,747	174,530	189,973	207,441	5.80%
全体に占める割合	35.19%	35.12%	33.98%	33.87%	33.83%	34.97%	
合計	444,527	455,151	496,672	515,321	561,540	593,184	5.94%
前年比増減	-	2.39%	9.12%	3.75%	8.97%	5.64%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-3-3 工業のエネルギー消費の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油 全体に占める割合	1,262,006 20.90%	1,268,670 19.38%	1,123,607 17.00%	1,340,603 18.52%	1,450,322 19.19%	1,624,207 20.58%	5.18%
ガス 全体に占める割合	2,842,164 47.07%	3,052,368 46.62%	3,219,623 48.70%	3,294,258 45.52%	3,606,926 47.72%	3,679,160 46.62%	5.30%
電力 全体に占める割合	766,855 12.70%	840,804 12.84%	914,509 13.83%	1,000,837 13.83%	1,062,242 14.05%	1,029,178 13.04%	6.06%
石炭 全体に占める割合	1,167,039 19.33%	1,385,169 21.16%	1,353,618 20.47%	1,601,847 22.13%	1,439,122 19.04%	1,560,065 19.77%	5.98%
合計 前年比増減	6,038,064 -	6,547,011 8.43%	6,611,357 0.98%	7,237,545 9.47%	7,558,612 4.44%	7,892,610 4.42%	5.50%

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-3-4 農業のエネルギー消費の動向

単位 : Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石油 全体に占める割合	306,039 46.18%	298,972 42.21%	276,363 37.65%	293,364 38.12%	299,243 39.47%	320,722 40.56%	0.94%
電力 全体に占める割合	356,633 53.82%	409,407 57.79%	457,702 62.35%	476,190 61.88%	458,944 60.53%	470,042 59.44%	5.68%
合計 前年比増減	662,672 -	708,379 6.90%	734,065 3.63%	769,554 4.83%	758,187 -1.48%	790,764 4.30%	3.60%

(出所 : Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-3-5 交通のエネルギー消費の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
航空燃料	212,062	206,545	218,245	259,401	253,800	237,462	2.29%
全体に占める割合	4.64%	4.19%	4.28%	4.39%	3.95%	3.52%	
自動車燃料	789,528	853,254	862,747	939,391	1,081,738	1,088,193	6.63%
全体に占める割合	17.26%	17.31%	16.93%	15.88%	16.85%	16.14%	
ハイオク混合燃料	233,205	255,545	244,311	222,839	146,946	142,325	-9.40%
全体に占める割合	5.10%	5.18%	4.79%	3.77%	2.29%	2.11%	
灯油	1,076	1,348	1,255	1,525	1,279	1,070	-0.12%
全体に占める割合	0.02%	0.03%	0.02%	0.03%	0.02%	0.02%	
ハイスピードディーゼル	3,234,027	3,502,237	3,669,059	4,436,748	4,886,376	5,222,650	10.06%
全体に占める割合	70.70%	71.04%	71.99%	75.02%	76.11%	77.46%	
軽油	816	1,176	1,856	809	1,010	1,766	16.61%
全体に占める割合	0.02%	0.02%	0.04%	0.01%	0.02%	0.03%	
重油	100,647	106,784	95,896	50,210	45,713	46,133	-14.45%
全体に占める割合	2.20%	2.17%	1.88%	0.85%	0.71%	0.68%	
電力	2,850	3,095	2,688	2,362	2,233	2,191	-5.13%
全体に占める割合	0.06%	0.06%	0.05%	0.04%	0.03%	0.03%	
天然ガス	266	232	375	588	736	1,006	30.48%
全体に占める割合	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	
合計	4,574,477	4,930,216	5,096,432	5,913,873	6,419,831	6,742,796	8.07%
前年比増減	-	7.78%	3.37%	16.04%	8.56%	5.03%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-4 原油と石油製品の輸入動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
国内産原油 (A)	2,290,025	2,618,834	3,150,986	3,014,320	2,937,402	2,773,622	3.91%
全体に占める割合 (A/I)	21.87%	22.46%	26.95%	23.87%	21.24%	18.30%	
輸入原油 (B)	3,729,589	3,614,755	4,106,816	4,212,699	4,133,264	4,333,487	3.05%
全体に占める割合 (B/I)	35.63%	31.00%	35.12%	33.35%	29.89%	28.59%	
原油合計 (C=A+B)	6,019,614	6,233,589	7,257,802	7,227,019	7,070,666	7,107,109	3.38%
全体に占める割合 (C/I)	57.50%	53.46%	62.07%	57.22%	51.13%	46.90%	
輸入石油製品合計 (D) (D=E+F+G+H)	4,449,185	5,427,171	4,435,188	5,403,219	6,757,520	8,047,952	12.96%
全体に占める割合 (D/I)	42.50%	46.54%	37.93%	42.78%	48.87%	53.10%	
前年比増減	-	21.98%	-18.28%	21.83%	25.06%	19.10%	
灯油 (E)	629,308	772,813	429,998	57,507	168,875	122,520	-27.91%
輸入製品に占める割合 (E/D)	14.14%	14.24%	9.70%	1.06%	2.50%	1.52%	
輸入製品に占める割合 (F/D)	2,881,978	2,900,209	2,765,382	3,481,536	4,109,360	4,600,298	9.80%
全体に占める割合 (F/D)	64.78%	53.44%	62.35%	64.43%	60.81%	57.16%	
重油 (G)	769,377	1,553,644	1,108,552	1,775,415	2,383,344	3,158,682	32.68%
輸入製品に占める割合 (G/D)	17.29%	28.63%	24.99%	32.86%	35.27%	39.25%	
その他の石油製品 (H)	168,522	200,505	131,256	88,761	95,941	166,452	-0.25%
輸入製品に占める割合 (H/D)	3.79%	3.69%	2.96%	1.64%	1.42%	2.07%	
合計 (I=C+D)	10,468,799	11,660,760	11,692,990	12,630,238	13,828,186	15,155,061	7.68%
前年比増減	-	11.39%	0.28%	8.02%	9.48%	9.60%	
輸入原油と石油製品の合計 (J) (J=B+D)	8,178,774	9,041,926	8,542,004	9,615,918	10,890,784	12,381,439	8.65%
全体に占める割合 (J/I)	78.13%	77.54%	73.05%	76.13%	78.76%	81.70%	
前年比増減	-	10.55%	-5.53%	12.57%	13.26%	13.69%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-5 発電設備構成の動向

単位：MW

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
水力発電設備	1,750	1,750	1,750	2,182	3,478	3,478	14.73%
全体に占める割合	29.35%	26.55%	24.28%	26.54%	36.85%	34.53%	
火力発電設備	4,075	4,704	5,321	5,902	5,823	6,456	9.64%
全体に占める割合	68.35%	71.37%	73.82%	71.79%	61.70%	64.10%	
原子力発電設備	137	137	137	137	137	137	0.00%
全体に占める割合	2.30%	2.08%	1.90%	1.67%	1.45%	1.36%	
発電設備容量合計	5,962	6,591	7,208	8,221	9,438	10,071	11.06%
前年比増減	-	10.55%	9.36%	14.05%	14.80%	6.71%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-6 電源別電力供給量の動向

単位：GWh

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
水力発電	16,970	16,925	18,303	18,647	21,112	19,436	2.75%
全体に占める割合	49.10%	44.94%	44.60%	41.04%	43.31%	38.38%	
火力発電	17,562	20,442	22,354	26,375	27,057	30,707	11.82%
全体に占める割合	50.81%	54.28%	54.47%	58.04%	55.50%	60.64%	
原子力発電	30	293	385	418	582	497	73.33%
全体に占める割合	0.09%	0.78%	0.94%	0.92%	1.19%	0.98%	
電力供給量の合計	34,562	37,660	41,042	45,440	48,751	50,640	7.94%
前年比増減	-	8.96%	8.98%	10.72%	7.29%	3.87%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-7 火力発電の燃料別発電量の動向

単位：GWh

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石炭火力	38	38	27	33	44	45	3.59%
全体に占める割合	0.22%	0.19%	0.12%	0.13%	0.16%	0.15%	
石油火力	6,594	7,748	9,196	11,182	12,405	15,040	17.93%
全体に占める割合	37.44%	37.88%	41.08%	42.40%	45.85%	48.98%	
ガス火力	10,982	12,669	13,165	15,159	14,607	15,621	7.30%
全体に占める割合	62.35%	61.94%	58.80%	57.48%	53.99%	50.87%	
合計	17,614	20,455	22,388	26,374	27,056	30,706	11.76%
前年比増減	-	16.13%	9.45%	17.80%	2.59%	13.49%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-8 火力発電種類別燃料使用量の動向

単位：Tonnes of Oil Equivalent

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
石 炭	8,132	17,784	11,007	17,668	20,889	19,508	19.12%
全体に占める割合	0.17%	0.30%	0.18%	0.25%	0.29%	0.24%	
重 油	1,062,623	1,703,673	2,031,979	2,455,316	2,768,502	3,469,935	26.70%
全体に占める割合	21.80%	29.07%	32.84%	35.44%	38.76%	42.97%	
ディーゼル	767,916	461,185	364,948	266,721	330,894	355,907	-14.26%
全体に占める割合	15.76%	7.87%	5.90%	3.85%	4.63%	4.41%	
ガ ス	3,034,789	3,677,276	3,780,177	4,189,095	4,022,206	4,230,499	6.87%
全体に占める割合	62.27%	62.75%	61.09%	60.46%	56.31%	52.38%	
燃料合計	4,873,460	5,859,918	6,188,111	6,928,800	7,142,491	8,075,849	10.68%
前年比増減	-	20.24%	5.60%	11.97%	3.08%	13.07%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-9 部門別電力需要の動向

単位：GWh

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
一般家庭	8,682	9,360	10,409	11,458	13,170	14,133	10.24%
全体に占める割合	32.49%	32.54%	33.01%	33.82%	36.09%	37.81%	
商業	1,921	1,963	2,072	2,143	2,333	2,547	5.80%
全体に占める割合	7.19%	6.82%	6.57%	6.33%	6.39%	6.81%	
工業	9,416	10,324	11,229	12,289	13,043	12,637	6.06%
全体に占める割合	35.24%	35.89%	35.61%	36.27%	35.74%	33.81%	
農業	4,379	5,027	5,620	5,847	5,635	5,772	5.68%
全体に占める割合	16.39%	17.47%	17.82%	17.26%	15.44%	15.44%	
電気機関車	35	38	33	29	27	27	-5.13%
全体に占める割合	0.13%	0.13%	0.10%	0.09%	0.07%	0.07%	
その他政府機関	2,289	2,057	2,171	2,112	2,284	2,265	-0.21%
全体に占める割合	8.57%	7.15%	6.88%	6.23%	6.26%	6.06%	
合計	26,722	28,769	31,534	33,878	36,492	37,381	6.94%
前年比増減	-	7.66%	9.61%	7.43%	7.72%	2.44%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-10 州別電力消費の動向

単位：GWh

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	期間中の年 複利増加率
Punjab	15,149	16,909	18,477	20,372	21,945	21,947	7.70%
全体に占める割合	56.69%	58.78%	58.59%	60.13%	60.13%	58.71%	
Sindh	7,537	7,448	8,085	8,053	8,495	9,054	3.74%
全体に占める割合	28.21%	25.89%	25.64%	23.77%	23.28%	24.22%	
NWFP	3,122	3,444	3,848	4,156	4,688	4,976	9.77%
全体に占める割合	11.68%	11.97%	12.20%	12.27%	12.85%	13.31%	
Balochistan	914	968	1,124	1,297	1,365	1,404	8.96%
全体に占める割合	3.42%	3.36%	3.56%	3.83%	3.74%	3.76%	
合計	26,722	28,769	31,534	33,878	36,493	37,381	6.94%
前年比増減	-	7.66%	9.61%	7.43%	7.72%	2.43%	

(出所：Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

表4-11 1998年度の一人当たり電力消費量の州別比較

州	電力消費 (GWh)	人口 (人) (注)	一人当たり消費量 (kwh)
Punjab	15,149	47,632,727	318.04
Sindh	7,537	19,028,666	396.09
NWFP	3,122	14,638,388	213.27
Balochistan	914	4,332,376	210.97
合計	26,722	85,632,157	312.06

(出所：電力消費はPakistan Energy Yearbook 1994、人口はPakistan Statistical Yearbook 1992-93より作成)

(注)：1981年の人口センサスの数字、イスラマバード特別区はパンジャブ州へ、連邦直轄部族地域はNWFPに含める。

表4-12 送配電ロスの推移 (WAPDA)

年	送電端電力量 (GWh)	負電電力量 (GWh)	送配電ロス (GWh)	ロス率 (%)
1980	11,855	8,160	3,695	31.17%
1981	12,862	9,068	3,794	29.50%
1982	14,378	10,288	4,090	28.45%
1983	16,093	11,587	4,506	28.00%
1984	17,652	12,762	4,890	27.70%
1985	18,373	13,756	4,617	25.13%
1986	20,653	15,504	5,149	24.93%
1987	23,224	17,745	5,479	23.59%
1988	26,997	20,702	6,295	23.32%
1989	28,403	21,982	6,421	22.61%
1990	30,804	24,121	6,683	21.70%
1991	33,576	26,585	6,991	20.82%
1992	37,138	29,267	7,871	21.19%
1993	39,849	31,272	8,577	21.52%
1994	41,284	32,131	9,153	22.17%

(出所 : WAPDA Power System Statistics Nineteenth Issue 1995より作成)

表4-13 火力発電種別の熱効率の動向

	1988-89	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94
石炭火力発電量 (GWh)	38	38	27	33	44	45
TOE換算(注) (注)	3,095	3,095	2,199	2,688	3,583	3,665
石炭消費量(TOE)	8,132	17,784	11,007	17,668	20,889	19,508
石炭火力の熱効率	38.06%	17.40%	19.98%	15.21%	17.15%	18.79%
石油火力発電量 (GWh)	6,594	7,748	9,196	11,182	12,405	15,040
TOE換算(注) (注)	537,029	631,014	748,942	910,686	1,010,290	1,224,890
石油消費量(TOE)	1,830,539	2,164,858	2,396,927	2,722,037	3,099,396	3,825,842
石油火力の熱効率	29.34%	29.15%	31.25%	33.46%	32.60%	32.02%
ガス火力発電量 (GWh)	10,982	12,669	13,165	15,159	14,607	15,621
TOE換算(注) (注)	894,397	1,031,790	1,072,186	1,234,581	1,189,625	1,272,207
ガス消費量(TOE)	3,034,789	3,677,276	3,780,177	4,189,095	4,022,206	4,230,499
ガス火力の熱効率	29.47%	28.06%	28.36%	29.47%	29.58%	30.07%
火力発電量合計	17,614	20,455	22,388	26,374	27,056	30,706
TOE換算合計(TOE)	1,434,522	1,665,899	1,823,326	2,147,955	2,203,498	2,500,762
燃料消費量合計(TOE)	4,873,460	5,859,918	6,188,111	6,928,800	7,142,491	8,075,849
火力発電全体の熱効率	29.44%	28.43%	29.46%	31.00%	30.85%	30.97%

(出所 : Pakistan Energy Yearbook 1994より作成)

(注) :GWhをTOE(Tonnes of Oil Equivalent)に換算するにあたっては、Pakistan Energy Yearbookの数値を参考にして換算した。(81.442TOE/GWh)

表5-1 一般世帯のエネルギー消費構造

単位 : Tonnes of Oil Equivalent

エネルギー源	都市部	村落部	都市部及び 村落部
薪 全体に占める割合	1,708 37.94%	8,926 57.87%	10,634 53.36%
牛糞 全体に占める割合	511 11.35%	3,103 20.12%	3,614 18.14%
農作物の残余 全体に占める割合	286 6.35%	2,529 16.40%	2,815 14.13%
木炭 全体に占める割合	17 0.38%	102 0.66%	119 0.60%
バイオ燃料合計 全体に占める割合	2,522 56.02%	14,660 95.04%	17,182 86.22%
天然ガス 全体に占める割合	1,358 30.16%	— 0.00%	1,358 6.81%
電気 全体に占める割合	475 10.55%	376 2.44%	851 4.27%
灯油 全体に占める割合	90 2.00%	353 2.29%	443 2.22%
LPG 全体に占める割合	57 1.27%	36 0.23%	93 0.47%
近代的燃料合計 全体に占める割合	1,980 43.98%	765 4.96%	2,745 13.78%
合計	4,502	15,425	19,927

(出所 : Pakistan Household Energy Strategy Study Household
Energy Demand Handbook for 1992)

表5-2 村落電化率

Punjab州		Sindh州		NWFP		Baluchistan州	
1994年 まで電化さ れた村落数	65,399	1994年 まで電化さ れた村落数	10,491	1994年 まで電化さ れた村落数	8,235	1994年 まで電化さ れた村落数	2,391
村落電化率	40.25%	村落電化率	55.51%	村落電化率	37.88%	村落電化率	12.58%
全村落数 1981年 セガス	164,972	全村落数 1981年 セガス	18,899	全村落数 1981年 セガス	21,741	全村落数 1981年 セガス	19,004

(出所：WAPDA Power System Statistics Nineteenth Issue 1995 より作成)

表5-3 電化された村落部世帯の家計支出レベル別電気器具の使用状況

単位：パーセント

	低所得者世帯	中所得者世帯	高所得者世帯
電灯	100.0%	100.0%	100.0%
扇風機	80.5%	87.4%	92.1%
クーラー	0.9%	2.1%	5.4%
冷蔵庫	2.2%	6.9%	29.7%
テレビ	10.8%	21.8%	56.0%
アイロン	27.0%	47.8%	82.1%
ポンプ	4.0%	7.5%	19.4%
洗濯機	2.5%	7.3%	22.1%

(出所：Pakistan Household Energy Strategy Study Household
Energy Demand Handbook for 1992)

表6-1 PMDC石炭鉱山の生産コストと収入の比較 (1993年度)

炭 鉱	産出量(A) トン	平均産出単価(B) ルピー/トン	総産出コスト(C) C = A*B 千ルピー	平均販売単価 (D) ルピー/トン	総収入(E) E = A*D 千ルピー	利益(F) F = E-C 千ルピー
Balochistan 州						
Degari	94,501	1,380.21	130,431	1,186.00	112,078	-18,353
Sor Range	167,438	1,970.08	329,866	1,421.63	238,035	-91,831
Sharig	143,375	1,722.26	246,929	793.30	113,739	-133,190
Sindh州						
Lakhra	1,258,347	356.35	448,412	459.89	578,701	130,289
Punjab州						
Makenwal	67,456	2,423.00	163,446	1,170.31	78,944	-84,501
合 計	1,731,117		1,319,084		1,121,498	-197,586

(出所: Pakistan Energy Yearbook 1994 より作成)

表6-2 PMDC石炭鉱山の生産コストと収入の比較 (1988年度)

炭 鉱	産出量(A) トン	平均産出単価(B) ルピー/トン	総産出コスト(C) C = A * B 千ルピー	平均販売単価 (D) ルピー/トン	総収入(E) E = A * D 千ルピー	利益(F) F = E - C 千ルピー
Balochistan 州						
Degani	158,134	853.38	134,948	807.29	127,660	-7,288
Sor Range	195,501	1,304.51	255,033	984.51	192,473	-62,560
Sharig	81,550	974.55	79,475	631.27	51,480	-27,994
Sindh州						
Lakhra	609,036	278.83	169,818	333.86	203,333	33,515
Punjab州						
Makenwal	34,064	1,164.35	39,662	783.63	26,694	-12,969
合 計	1,078,285		678,936		601,639	-77,297

(出所: Pakistan Energy Yearbook 1994 より作成)

第VIII章 教育

目次

1. パキスタンの教育の現状	265
1-1 概要	265
1-2 フォーマル教育 (学校教育)	267
(1) 概要	267
(2) 初等教育	269
(3) 中等教育	270
(4) 高等教育	270
(5) 教員養成	271
(6) 職業/技術教育	271
1-3 ノンフォーマル教育	271
(1) イスラーム教育	271
(2) コミュニティー学校	272
(3) 通信教育 (遠隔教育)	272
2. 教育行財政	273
2-1 教育予算	273
2-2 教育行政	273
3. パキスタンの教育の抱える課題	274
3-1 初等中等教育における高い非就学率および中途退学率	274
3-2 教育機会の格差	274
3-3 教育施設の不備	274
3-4 教材の不備	275
3-5 教員	275
3-6 教育にかかわる地方の政治的な問題	275
3-7 人口増加	275
3-8 教育予算の不足	275
3-9 イスラームと教育の問題	275
4. パキスタンの教育に対する取り組み	276
5. 援助機関の動向	277
5-1 日本のパキスタンに対するこれまでの教育援助	277
5-2 他の援助機関による教育援助	278
<参考文献>	280

第VIII章 教育

1. パキスタンの教育の現状

1-1 概要

パキスタンの教育の現状は低い識字率(男女計38%)、初等教育の就学率の低さ(男女計44%)^{注1}男女間、都市と農村の教育機会の不均等などに特徴づけられる。パキスタンの教育普及の遅れは工業化や経済発展の阻害要因であるとされている。

人間開発指数も低くHDI順位132位となっている^{注2}。表1に示されるように、周辺国と比べても低いことがわかる。パキスタンの特徴とも言えるのは教育到達度の低さである。これは成人識字率と平均就学年数を組み合わせて測ったものであるが^{注3}、成人識字率においてもネパールに次いで低くなっており、平均就学年数では表1で取り上げた国の中で最も低い。

表1 人間開発指数

国名	HDI 順位	出生時 平均余命 1992	成人識字 率1992	平均 就学年 数1992	教育 到達度	一人当 り調整実 質GDP	人間開発 指数	一人当 り GNP- HDI ランク
パキスタン	132	58.3	36.4	1.9	0.85	1,970	0.393	8
スリランカ	90	71.2	89.1	7.2	2.26	2,650	0.665	38
インド	135	59.7	49.8	2.4	1.16	1,150	0.382	12
ネパール	149	52.7	27.0	2.1	0.68	1,130	0.289	17
バングラデシュ	146	52.2	36.6	2.0	0.87	1,160	0.309	13
インドネシア	105	62.0	84.0	4.1	1.96	2,730	0.586	16
マレーシア	57	70.4	80.0	5.6	1.97	5,215	0.794	4

(出典：人間開発報告1994)

人間開発指数(HDI)がパキスタンと同程度の国々と比べた時、パキスタンの教育到達度がさらに低いことが上げられる。平均就学年数は1.9年で人間開発下位国の平均(2.0年)をわずかに下回っている。成人識字率も、下位国平均(47.4%)を大きく下回っており、HDI順位が同程度の国々と比べても大変低くなっている^{注4}。

注1 UNESCO (1995) World Education Report

注2 UNDP (1994) 「人間開発報告」

注3 教育到達度は、成人識字率に三分の二の比重をかけ、平均就学年数に三分の一の比重をかけたものを組み合わせて算出する。

注4 UNDP (1994) 前掲書

表2はパキスタンの成人識字率を南アジア諸国の平均値および途上国全体の平均値と比べている。1980年、1995年ともにパキスタンの成人識字率は南アジア諸国および途上国の平均を大きく下回っている。

表2 成人識字率^{注5}

	パキスタン		南アジア諸国の平均		途上国全体の平均	
	1980	1995	1980	1995	1980	1995
男性	30%	47%	52%	59%	67%	77%
女性	11%	21%	24%	32%	44%	56%
合計	22%	35%	38%	46%	55%	67%

(出典：UNESCO, 1995, World Education Report)

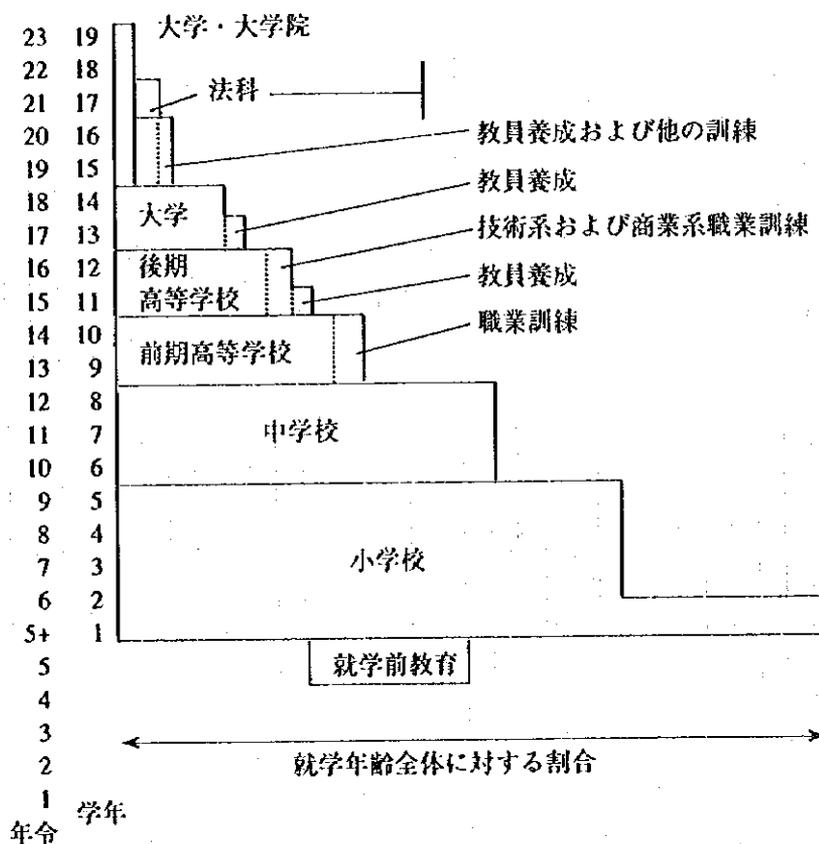
^{注5} 表1と表2で成人識字率に若干の差がある。これは表1は1992年の実数値であり、表2は1995年推定値であるためである。表2では南アジア地域および途上国全体との比較のために UNESCO, World Education Report にある 1995 年推定値を用いた。

1-2 フォーマル教育（学校教育）

(1) 概要

図1に示されるように、パキスタンの学校教育は5年間の小学校 (primary school) 3年間の中学校 (middle school)、2年間の前期高等学校 (secondary school)、2年間の後期高等学校 (higher secondary school)、2～4年生の大学 (university) となっている。職業教育については、前期／後期高等学校の段階で実施されている。教員養成は後期高等学校、大学、そして大学院の段階で行われる。

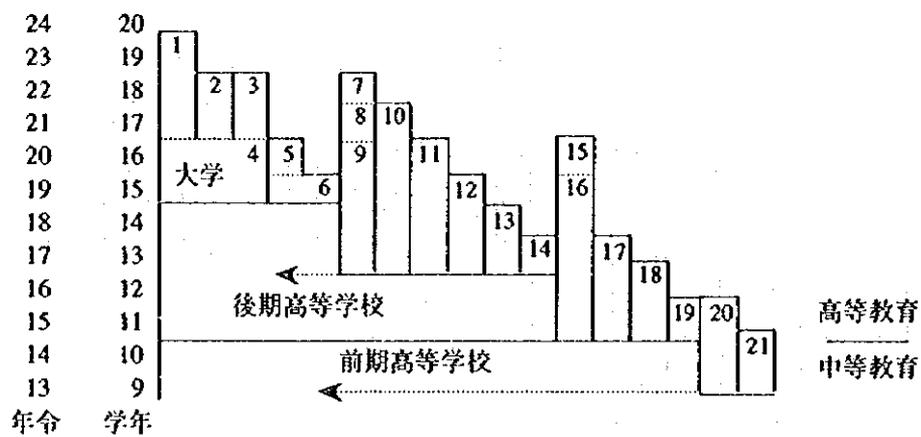
図1 パキスタンの教育制度



(出典：Chafloor and Farooq 1994)

図2に示されるように、中学校終了時から多様な選択肢がある。前期高等学校では普通科に加えて男子3年間女子2年間の職業教育があり、後期高等教育では1年間の小学校教員養成、技術訓練なども始まる。後期高等学校を2年間終了した段階からは中等教育の教員養成および様々な学位につながるコースがある。

図2 パキスタンの教育制度-前期高等学校以降



学位および課程

- | | |
|--------------|-----------------------------|
| 1 PhD | 12 BA/BSc (Hon)/ BEd (12+3) |
| 2 Mphil | 13 BA/BSc |
| 3 LLD | 14 教員資格 |
| 4 LLB/MA/MSc | 15 MSc (工学) |
| 5 MEd | 16 BTech |
| 6 BEd (14+1) | 17 Assoc. Engr |
| 7 PhD (農業) | 18 Field Asst. |
| 8 MSc (農業) | 19 小学校教員資格 |
| 9 BSc (農業) | 20 職業教育(男子) |
| 10 MBBS | 21 職業教育(女子) |
| 11 BSc (工学) | |

(出典：Chafoor and Farooq 1994)

(2) 初等教育

小学校教育は5年制である。公立小学校は授業料を科すことはないが、義務教育ではない^{注6}。学齢人口は年々増加していて、1980年には1,200万人であったが1992年には1,700万人を超えたとされている^{注7}。このような教育の需要の増加に対処するために毎年小学校が新設されている。1994/95年度に7,125校新設され、全国で123,119校となった。就学者総数は男子5,055,000、女子2,660,000となっている。

学齢人口のうち、小学校1年に入学するのは男子87%、女子55%、全体で71%であるとされている。小学校入学時にできた男女格差は中途退学でさらに増長される。1991年に1年生に入学した学童のうち、5年生に達するのは男女ともに48%であるとされている。小学校卒業に至るのは入学者の半分に満たないということになる。中途退学が最も多いのは1年生で^{注8}、全体の33%が2年生に進級しない（うち男子30%、女子39%）^{注9}。

表3に示されるように小学校教育の総就学率(Gross Enrolment Rate)は44%であり、1980年度の39%に比してわずかにしか伸びていない。男女差も大きく、男子就学率は57%であるのに対して女子就学率は30%となっている。1980年と1992年の比較では男女差が拡大する傾向にあると言える。

表3 小学校総就学率 (Gross Enrolment Rate)

	1980	1992
男子	51%	57%
女子	27%	30%
合計	39%	44%

(出典：UNESCO 1995 *World Education Report*)

就学率の改善を阻む理由として、男女格差、就学年齢人口の増加および地域格差がある。パキスタンの人口増加率は3.2% (1980~1993年) ^{注10}であり、若年層人口の増加が著しい。就学者総数は1994/95年度には7.7%増加しているにもかかわらず、就学率にその伸びが反映されない。地域格差も大きい^{注11}。同じ公立学校でも都市と農村の間では就学率、および学校施設や教員の資格などに大きな差がある。農村や都市の低所得層居住地域における教育施設の不足は、学校への通学距離を増加させ、女子の就学を妨げる要因ともなっている。

注6 全国的には義務教育制度はないが、パンジャープ州では1994年に小学校義務教育法を制定した。教育省は他の州にも同様な法的措置を取る事を勧めている (Government of Pakistan, Finance Division 1995 等による)

注7 UNESCO (1995) *World Education Report*

注8 これは中途退学が一番多いのは小学校1年生であるという途上国の一般的傾向と一致する。

注9 UNESCO (1995) 前掲書

注10 World Bank (1995) *World Development Report*

注11 Zaidi (1989)

教員の不足に加えてその質にも問題がある。訓練を受けていない教員や欠勤の多いことなどが主要な問題として挙げられる。視学官 (Education Officer) による指導および監督が不足していることも関係がある。

公立学校に加えて私立学校もある。私立学校は農村部には少なく主に都市部および近郊に多く、富裕層の子女を対象としている。私立学校の特徴は教示言語 (medium of instruction) が英語である点で、ウルドゥ語 (北西辺境州ではバシュトゥ語) を用いて教える公立学校と異なる。総じて教育の質は高いとされ、政府公立学校のカリキュラムに準じているものの、欧米の共通テストへの対応もできるような内容の教育を行っている。私立学校は中等教育および高等教育でも存在し、教育の質における格差の増大のあらわれとも言える。

(3) 中等教育

1994/95年度には151校の中学校が新設され、学校数は全国で13,615校となった。前期高等学校は12,513校とされている。1992年度の中学校への入学率は45% (男子58%、女子31%)、前期高等学校は30% (男子38%、女子20%) となっている。

中等教育における総就学率は表4に示される通りである。1980年に比べて1992年の増加は女子就学率の増加に負うところが大きいと思われる。しかしながら、男女格差は依然として大きい。

表4 中等教育総就学率^{注12} (Gross Enrolment Rate)

	1980	1992
男子	20%	28%
女子	8%	13%
合計	14%	21%

(出典: UNESCO 1995 World Education Report)

中等教育における教育内容が多様化する産業界からの人材需要に対応していないとの批判もある。特に、技術革新および開発を支えるものとして理数科教育の重要性が注目され、第8次5ヵ年計画でも実践的な科目の充実が目標とされており、教育の質の向上が望まれている。

(4) 高等教育

2年間の後期高等学校と大学が高等教育とみなされている。後期高等学校への入学率は7.3%、大学への入学率は2.6%となっている^{注13}。高等教育への就学率は近年大きな伸びを示している。大学は私立公立合わせて全国に24校あり、2年又は3年の大学教育で、学士 (BA, BSc, BA (Hon), BSc (Hon) など) が授与される。これに加えて、医学は7年間、工学・農学は4年間の課程がある。高等教育への就学率は1980年代から大きな伸びを示している。しかし、そこで行われる教育内容

^{注12} 中学校と前期高等学校の合計

^{注13} Government of Pakistan, Finance Division (1995), *op. cit.*

がマンパワーニーズを反映しているかどうかには疑問が呈されている。

(5) 教員養成

パキスタンの教員養成は後期高等学校段階で1年間の小学校教員養成課程、大学レベルで1年間の中学校・前期高等学校教員養成課程、そして大学院レベルで後期高等学校教員養成というように、3カ所の教育段階で行われている(図2参照)。以上の各教員養成課程は、必要最低限の一般教育を受けていることが入学の要件になる。例えば、小学校教員養成課程に入るためには最低でも前期高等学校を終了することが必要となる。しかし実際には、後期高等学校課程や大学を卒業した学生が入学することもある^{注14}。

1995年現在、教員養成学校では年間15,000人の教員が養成されているが、毎年これを上回る26,000人の教員が必要であるとされている。このため農村の公立学校では資格や訓練を受けていない教員も見受けられる。有資格教員の不足を補うためにアラマイクバル公開大学(Allama Iqbal Open University - AIOU)で通信教育による教員養成が行われている。教員養成学校における教育と同時に、このような通信教育による教員養成も成果を上げている。

(6) 職業/技術教育

職業・技術教育は多岐にわたり、技術系の大学、短大などに加えて、適正技術や農村開発のための教育も行われている。1-2の(1)(図2)で前述した前期高等学校で行われる職業教育は熟練労働者を生み出すことを目的としており、労働省の管轄となっている。このほかに社会福祉局(Directorate of Social Welfare) 地方自治農村開発局(Department of Local Government and Rural Development) 小規模事業推進協会(Small Industries Corporation)などによっても職業訓練施設が設立運営されている。女性を対象とした職業教育も行われている。

1-3 ノンフォーマル教育

(1) イスラーム教育

英国統治下に導入され普及した学校教育と平行して伝統的なイスラーム教育がある。教育の内容がコーランとハディースに基づいたイスラームの教え、イスラーム法、論理学などで、モスクに隣接したマクタブ(maktab)とそれに続くマドラッサ(madrassah)と呼ばれる教育機関で教育がなされる。これらの教育機関はイマーム(宗教指導者)を中心とする独自のイスラーム教組織によって運営管理されており、中央および地方の教育事務所の管轄外となっているが、政府からの補助金が出されている場合も多い。近年、学校教育との連携のためにマドラッサでの教育に伝統的イスラーム教育に加えて普通学校科目を導入する試みがなされている。宗教科目についてはイマームあるいはそれに準じる者が教えるが、政府が普通学校科目の指導のための教員を政府が派遣している。

^{注14} ベンジャールの教員養成学校および教育省などでの聞き取りによる

(2) コミュニティ学校

地区の住人により組織される学校のことでムハッラと呼ばれる。有志が場所を提供して適当な地域の住人が基礎的な科目（読み書きなど）を教える。女子生徒を集めて地域で認められた成人女性が教える形がある。政府は必要がある場合には黒板やテントなどを供給することになっている。

以上のようなイスラーム学校およびコミュニティ学校のように、地域に密着した形で発展してきた学校には以下のような特徴がある。ほとんどの場合には一学級学校であり、全ての学年を一人の教員が教えるような規模の小さい学校であること、したがって教育の質に関しても一人の教員によることになる。しかし一方地域住民に認められている場合には、政府の学校に子供を送ることを躊躇するような家庭の女子も、就学が可能になるという利点もある。

(3) 通信教育（遠隔教育）

前述のアラマイクバル公開大学では204講座が開講され、登録学生数は2,352,599（1990年度）にのぼる。講座の内容は識字教育から教員養成、大学修士課程までと多岐にわたっている。1-2 (5) 教員養成にあるように、教員の不足を補うために、特に農村地域の女性教員の養成に重点を置いた遠隔教育による教員養成を行っている。

2. 教育行財政

2-1 教育予算

政府の教育予算は1994/95年度で43 (billion)ルピーであり、前年と比較して24%の伸びとなっている。しかしGDPに対しての比率の伸びは小さい。GDPに対する政府教育予算は表5に示されるように3%に満たない。政府教育予算の大部分が人件費を中心とする経常費 (current expenditure) であり、1994/95年度には87.8%となっている^{it15}。

表5 GDPに占める政府教育予算の割合

予算年度	1988/89	1989/90	1990/91	1991/92	1992/93	1993/94	1994/95
GDPに占める割合	2.44	2.33	2.10	2.23	2.20	2.20	2.40

(出典：Ministry of Finance, *Economic Survey 1994/95*)

2-2 教育行政

パキスタンの教育は中央政府の教育省本省を通じて教育省地方局 (Provincial Education Department) が実施機関となっている。中央政府は教育方針の作成、活動計画、活動調整、プロジェクト運営などを行う。首都にある教育機関および国立の教育機関は教育省本省の管轄であるが、他の教育機関は地方局が管理している。小学校教育は計画/実施共に州単位で行われる。

地方局は表6のように分かれており、学校教育に対する指導監督はDEO (District Education Officer), DDEO (Deputy District Education Officer), AEO (Assistant Education Officer) によって行われる。AEOは小学校の指導監督を行い、その活動をDDEOに報告する。DDEOは小学校と中学校での教育活動の指導監督を行うが、活動の中心は中学校であり、DEOに報告の義務がある。DEOは前期高等学校を中心に指導監督を行う。

高等学校までの学校のほとんどは男女別学であるため、各視学官は男女別の系統となっている。

表6 教育省地方局の構成

行政区分	教育官	教育指導内容
province	Secretary for Education	カリキュラム
region	DPI (Director of Public Instruction) Division Director of Schools	教員養成施設 高等学校試験などの管理
district	DEO (District Education Officer) male/female	高等学校の指導監督
tehsil	DDEO (Deputy District Education Officer) male/female	中学校の指導監督
markaz, village	AEO (Assistant Education Officer) male/female	小学校の指導監督

^{it15} Government of Pakistan, Finance Division (1994), *op. cit.*

3. パキスタンの教育の抱える課題

これまで、教育の現状に述べられてきたように、パキスタンの教育の抱える問題は多い。ここでこれらの問題と課題をまとめてみる。課題の中心は初等・中等教育に関するものが中心となっている。

3-1 初等中等教育における高い非就学率および中途退学率

識字率の低さの原因として、初等教育での高い非就学率および中途退学率がある。非就学については教育施設の不足および社会文化的な障害が挙げられる。中途退学についても、前述(1-2(2))のように小学校入学した学童のほぼ半分が卒業できないという現状があり、教育の内部効率を著しく下げる結果となっている。中途退学の理由は多様で相互に影響を及ぼし合っているが、主なものとして就学に対しての経済的負担がある。公立小学校では原則として学費は課せられないが、教科書、ノート、制服などを購入する義務がある。教科書やノートは政府補助金により安価になっているが、貧困層にとっては大きな負担である。

3-2 教育機会の格差

男女差、地域差、社会階層による教育機会の差が顕著である。女性の教育機会は男性に比べて少ないが、社会的な要因と学校施設の不足の相互作用がある。特に、農村においてこの差が顕著になる。女子が毎日常家を遠く離れて通学する事に対しての危惧があり、教育施設の不足により女子の通学距離が長くなると、両親や地域は女子の就学に対して否定的である場合が多い。このように初等学校段階から就学が困難になるが、教育段階が上がると男女格差はますます広がる。表7は就学率における男女格差を示している。上級に進学するにつれて女子の割合が減少していることがわかる。

表7 就学率の男女比 (男子100としたときの女子の割合)

	小学校	中学校	前期高等学校
比率	63.2	53.4	52.6

地域差については、教育行政および地域の経済格差の関係がある。小学校を義務教育としたパンジャブ州に比して北西辺境州、パロチスタン州の就学率は低い。また、同じ州内でも都市部と農村での教育格差は大きい。

社会階層による差も大きい。貧困層は富裕層に比べて教育機会が少ないが、子供を就学させる上での経済的また社会的な問題や障害の多いことがある。

3-3 教育施設の不備

農村や都市の低所得層居住地域における教育施設の不足は上記の問題の原因のひとつとなっている。数の上での不足に加えてその質の不備にも問題がある。教育施設の整備改善に関しては、SAP (Social Action Programme) の枠組みの中で政府および各援助機関による積極的な取り組みが見られる。

3-4 教材の不備

教科書の内容がカリキュラムを網羅するのに不十分であること（質的問題）、また、教科書の不足（量的問題）がある。理科教材キットの開発および普及に関して教育省本省およびラホール教材センター等で行われている活動は評価できるが、全国的な普及には至っておらず地域的な差がある。

3-5 教員

農村部や辺境地域では、教員が赴任しない、また、赴任してもすぐに他の地域への配置替えをしてしまうなどの理由により教員不在の学校も珍しくはない。教員の給与および社会的な地位は決して高いものとは言えず、教員の勤務態度やモラルにも影響していると考えられる。希望に反して辺境地域に配置された教員などにこのような問題がある。教員の教育内容を改善するための指導監督制度もその機能は不十分である。予算の不足は活動費にも影響を及ぼしており、地方教育局の車両不足は指導監督のための学校訪問に支障を来している。特に保守的な地域の女性AEO, DDEO, DEO等は社会的文化的な制約もあり、頻繁に学校を訪問することができないとされている^{注16}。

3-6 教育にかかわる地方の政治的な問題

パキスタンの教育は地方化が進んでおり、ここには多くの利点がある反面、弊害もある。学校の立地に関しても地方の有力者の影響により必ずしも学校に適していない所に決まってしまうこともある。また、教員の配置や転勤に関してもこのような有力者や政治家の影響が大きい。

3-7 人口増加

1-2 (2) で前述のようにパキスタンの人口増加率は3.2%と高く、若年層人口の増加が著しい。小学校の就学年齢人口（5～9歳）の急速な増加は教育普及に影響を与える。このような人口増加が、農村人口および都市の低所得者層において顕著であることは、教育機会の格差是正への大きな障害となっている。

3-8 教育予算の不足

1980年から年平均12%前後の伸びを示しているものの、GNPIに対する割合は3%未満にとどまっている。予算の大部分が人件費を中心とする経常支出であり、教材開発、普及、教育施設整備などに費やすことのできる予算が著しく少ない。

3-9 イスラームと教育の問題

イスラームと保守的な伝統は女子が学校教育を受けることへの妨げとなっている。しかし、問題は簡単ではなく、一方で前述（1-2 (1)）のイスラーム学校は、保守的な人々も女子の就学できる機会を作り出しているといえる。

^{注16} 北西辺境州での聞き取り調査による（1996年2月）

4. パキスタンの教育に対する取り組み

教育は保健医療と共にパキスタンの開発において重要な位置付けをされている。1995/96年は「万人のための基礎教育年」(the year of "Basic Education for All")であるとされ^{注17}政府の基礎教育充実への取り組みを示している。特に、初等教育における質の向上は教育政策の再重要項目として認識されている^{注18}

第8次5ヵ年計画でも教育は優先度の高い活動で、下記のような目標が挙げられている。

- 1) 初等教育の拡充
- 2) 教育資金源の拡大
- 3) 初等教育の普遍化
- 4) 教育の質の向上

教育予算の割合は1-1概要でみたように非常に少ないが、2000年にはGDPの3%とすることを目標としている^{注19}。

女子の就学率増加を強調している。特に初等教育における女子の就学の促進のために、初等中等教育における女子教員の増加、教員の待遇の改善、交通手段の確保、教員の配置に関しての公正な規則の遵守、農村や辺境地区における女子のための教育施設の整備、質の高い教材や教科書の開発と普及、などの活動が挙げられている。特に初等教育の質の向上の重要性と具体的な解決策が提示されている。

SAP (Social Action Program) においても、教育の重要性が強調されている。特に初等教育は重点分野として認識されており、援助機関による活動も多い。教育について下記のような行動目標が挙げられている。

- 1) 初等教育の予算を増やし、教育の質と効率を上げる。
- 2) 学校の位置を決定する時などに地域住民の参加を促すために情報の流れを増やす。
- 3) 経済的に学校を支えるために地域の参加を促す。

初等教育、識字教育、教員養成に関しては政府教育予算に加えて、SAPの予算が割り当てられている。

注17 Government of Pakistan, Finance Division (1994) Economic Survey 1994-1995, p.105

注18 Government of Pakistan, Ministry of Education (1992) The National Education Policy 1992-2002

注19 Government of Pakistan, Finance Division (1994), op. cit.

5. 援助機関の動向

5-1 日本のパキスタンに対するこれまでの教育援助

パキスタンに対してこれまでに行われた我が国の援助は表8に示される通りである。対パキスタン援助方針として社会セクターの充実（主に教育、保健・医療に重点をおいた大衆のための社会サービス整備）が重点分野として上げられている。しかしながら、教育分野として位置づけられているものの多くは高等教育や技術教育であり、基礎教育分野での活動は少ない。また、これまでの援助では無償資金協力に比べて技術協力が少ない点がある。

表8 パキスタン教育分野における日本の無償資金協力

年度	無償資金協力（単位：億円）
1990	教育テレビチャンネル設立計画2/2期 (17.83)
	ラホール博物館に対する文化財・修復機材 (0.29)
1991	国立ファイサラバード繊維工科大学教育機材整備改善計画 (6.50)
	スワット考古学博物館に対する文化財保存・展示機材 (0.46)
1992	ペシャワール工科大学教育機材整備計画 (5.19)
	国立民族文化遺産研究所 (0.41)
1993	パキスタン・テレビ公社に対する教育番組用ソフト (0.50)
1994	北西辺境州女子教員養成校設立及び教育機材整備計画 (8.57)
	北西辺境州初等教育改善計画 (4.06)
	教育テレビチャンネル拡充計画 (3.33)
	アラマ・イクバル公開大学機材整備計画 (9.74)

（出典：【我が国の政府開発援助1995】）

上記の無償資金協力に加えて、草の根無償資金協力があるが、1994年度に実施された4案件のうち2案件は教育関係であった。「住民参加による学校建設計画」と「住民参加による女子コミュニティ教育センター建設計画」共に「住民参加」を打ち出している。

1995年より協力隊派遣が開始され、職業訓練を中心に活動を行っている。さらに1997年より有償資金協力としてバロチスタン州の学校舎建設計画が実施される予定である。

5-2 他の援助機関による教育援助

1995年度には27の教育援助プロジェクトが行われており、1995/96年度の予算として243000 (million) ルピーが計上されている。パキスタンの教育セクターには世銀、アジア銀行、UNDP, UNICEF, EEC, USAID, ODA, NORAD, OPEC基金などが援助を行っている。全ての援助機関は初等教育を中心とした教育援助活動を行っているのが特徴といえる。また、これらの援助機関の最近の傾向として注目すべき事として、援助機関の間での協調、協力が挙げられる。

世銀は中央政府および地方政府での初等教育の推進を行っている。EIは世銀と共同で学校建設を続ける計画である。アジア開発銀行は女子初等教育推進プロジェクト等を行っている。また、これに加えてアジア地域での女子教育プログラムを実施しており、パキスタンに加えてバングラデシュ、インドネシア、ラオス、マレーシアが対象国となっている。アジア開発銀行は362のモデル小学校を建設し、小学校教員の養成のために22の地方教育局の担当者の訓練をマニラで行った。361のコミュニティに教材やその他の教育機材を配布している。

UNDPは教育計画、MIS (Management Information System) 等を中心に資金および技術援助を行っている。UNICEFは全国レベルでのフォーマルおよびノンフォーマル小学校教育プロジェクトを支援している。USAIDは高等教育および特殊教育の支援を行っているODAは特殊教育等のプロジェクトの支援をしている。OPEC基金は初等教育の普及プロジェクトで地方出の展開を目指している。この活動により1995年度までに243の小学校が建設された。

表9は以上の各援助機関の活動をまとめてある。

表9 主な援助機関による教育援助活動

援助機関	プロジェクト名	地域	実施機関	期間	予算 (US百万 ドル)
USAID	Primary Education	NWFP Balochistan	Depts. of Education in NWFP and Balochistan	1989-1994	77.0
世銀	4th Education Project (I Primary Education)	全国	Ministry of Education- Provincial Education Departments	1979-1985	10.0
世銀	II Primary Education	Sindh, NWFP, Balochistan	Depts. of Education, Sindh, NWFP, Balochistan	1985-1992	52.5
世銀および EEC	III Primary Education	Punjab	Department of Education, Punjab	1988-1993	252.35
世銀および NARAD, ODA	Primary Education	Sindh	Department of Education, Sindh		121.3
ADB	Girls Primary Education	全国	Ministry of Education, Provincial Depts. of Education	1990-1996	80.52
UNDP	National Education, Management and Information System	全国	Ministry of Education, General Bureau of Education	1991-1993	2.0
UNDP	Advanced Training in Educational Planning and Management	Islamabad	Ministry of Education	1990-1995	0.4
UNDP	Academy of Educational Planning & Administration	Islamabad	Academy of Educational Planning and Management	1990-1994	0.5
UNDP	Water and Sanitation in Rural Primary Schools	Islamabad	Ministry of Education	1987-1991	0.4
UNICEF	Formal Primary Education System Programme	全国	Ministry of Education, Provincial Depts. of Education	1992-1996	6.0
UNICEF	Non-formal Primary Education	全国	Ministry of Education, Ministry of Local Government & Rural Development	1992-1996	4.1
OPEC基金	Primary Education Development and Expansion	Aj Kash	Department of Education, Aj Kash	1988-1992	3.6

(横関 祐見子)

<参考文献>

- Amir Asad et al. (1995) Primary School Census Profile by District, Government of Pakistan
- Ahmed, Munir (1995) Social Action Programme: Seminar on Basic Education in Pakistan, Federal SAP Secretariat, Planning and Development Division, Government of Pakistan.
- Chafoor, A. and A. Khan (1991) Literacy Efforts in Pakistan, National Education and Training Commission, Islamabad.
- Charfoor, A. and A. Farooq (1994) Pakistan, System of Education, International Encyclopedia of Education, Pergamon, New York.
- Federal SAP Secretariat (1995) Social Action Programme, Federal SAP Secretariat, Planning and Development Division, Government of Pakistan.
- Multi-Donor Support Unit for SAP (1995) SAP Determinants of Primary Students' Achievement National Survey Results, Multi-Donor Support Unit for SAP, Islamabad.
- National Committee on Pedagogical Subjects for Elementary Teacher Education (1983) Detailed Curricular for PTC (Primary Teaching Certificate) and CT (Certificate in Teaching) Programmes, Teacher Education Sector (Curriculum Wing) Ministry of Education, Islamabad.
- National Education and Training Commission (1994) Non-formal Basic Education Programme, Ministry of Education, Islamabad.
- National Educational Equipment Centre (1991) Source Book: Teaching and Learning Science with Locally Available Materials.
- 日本総合研究所 (1995) 【国別経済協力指針策定のための基礎調査】
- Pakistan, Government of, Finance Division (1994) Economic Survey 1994-95.
- Pakistan, Government of, Ministry of Education (1992) The National Education Policy 1992-2002.
- Pakistan, Government of, and UNICEF (1994) Programme of Cooperation 1996-1998, UNICEF, Islamabad.
- UNICEF (1994) Education in Pakistan: Issues, Policy Options and UNICEF Role, UNICEF Islamabad.
- UNESCO (1995) World Education Report.
- UNDP (1994) Human Development Report.
- World Bank (1995) World Development Report.
- Zaidi (1989) Regional Imbalances and National Question in Pakistan.

第IX章 保健医療／人口

目次

1. 保健・人口の概況	283
1-1 人口の動向	283
1-2 疾病と死亡の動向	285
1-3 女性の健康水準	288
2. 保健医療行政	289
2-1 連邦政府保健省	289
2-2 州政府保健局 (DOH: Provincial Department of Health)	290
3. 保健医療施設	290
3-1 第1次保健医療施設	290
(1) BHU (ベーシックヘルスユニット)	291
(2) RHC (ルーラルヘルスセンター)	291
3-2 第2次保健医療施設	292
3-3 第3次保健医療施設	293
3-4 民間医療施設の現状	293
4. 保健医療マンパワー	294
4-1 医師	294
4-2 看護婦 (士)	296
4-3 保健婦 (Lady Health Visitor)	296
4-4 伝統的助産婦 (Traditional Birth Attendant)	296
4-5 コミュニティヘルスワーカー (Community Health Worker)	297
5. 第8次5ヵ年計画 (1993-1998)	297
5-1 重点事項	297
5-2 活動概要	298
6. 人口福祉政策	298
6-1 人口政策の変遷と家族計画プログラムの現状	298
6-2 家族計画サービス提供施設およびプログラム	300
6-3 第8次五ヵ年計画	301
7. 社会行動計画 (SOCIAL ACTION PROGRAMME)	302
8. 国家エイズ予防抑制プログラム (NATIONAL AIDS PREVENTION AND CONTROL PROGRAMME).....	304
9. 開発援助	305
9-1 日本の援助	305
(1) 母子保健プロジェクト	305
(2) イスラマバード小児病院プロジェクト	305
(3) 看護教育プロジェクト	306
(4) パンジャブ州地域医療整備計画 (無償資金協力)	306
(5) 北西辺境辺境州医療機材整備計画 (無償資金協力)	306

9-2	外国の援助	307
(1)	USAID (アメリカ国際開発局)	307
(2)	ODA (イギリス海外援助局)	308
(3)	CIDA (カナダ国際開発局)	309
(4)	UNICEF	309
(5)	世界銀行 (World Bank)	311
10.	保健医療セクターの課題	311
10-1	地域格差の是正 (施設及び人材)	311
10-2	リファーマルシステムの確立	312
11.	制約要因	312
11-1	女性に対する社会、文化的制限	312
11-2	行政機構の複雑性	312
11-3	既得権益	312
<参考文献>	313

第IX章 保健医療／人口

1. 保健・人口の概況

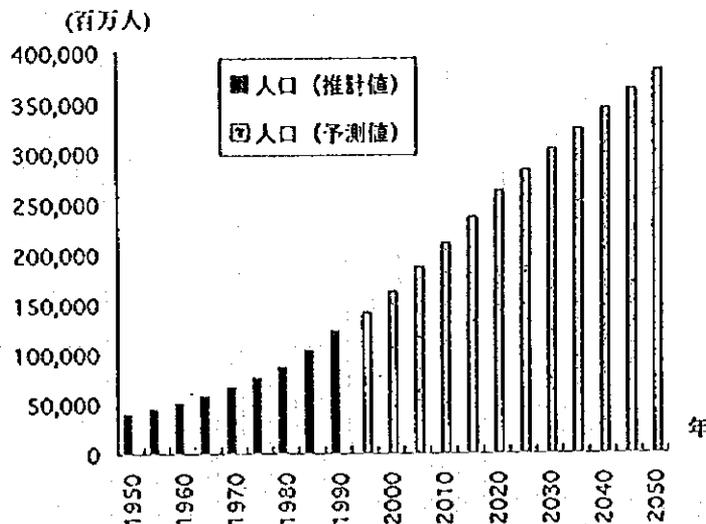
1-1 人口の動向

パキスタンの人口は、独立直後の1950年の3,950万人から40年後1995年には約3.5倍の1億4,050万人に増加し、世界で5番目に人口の大きい国となった。国連の人口予測（中位推計値）によれば、西暦2050年に人口は約3億8,150万人に達し、アメリカ合衆国とインドネシアを抜いてインド、中国に次いで3番目に人口の大きい国となることが予測されている。（グラフ1、表1）(United Nations 1995)

年平均人口増加率は、1950年代から1980年代を通じて常に増加を続け、1985年から1990年の5年間の平均は3.47%と、アジアのみならず世界で最も高い水準にある。このような急速な人口の増加は、緩やかではあるが着実に減少を続けて1950年から1990年までの40年間に3分の1になった粗死亡率と、同じ期間に約10%の減少にとどまり、高い水準で維持されている粗出生率の差（自然増加）として見る事ができる。（グラフ2）女性一人当たりの子供の数（合計特殊出生率）は約6人で、世界で最も高い水準のまま大きな変化は見られない。長期間維持された高い出生率の結果として、総人口に占める子供の人口の比率は高く、1990年には0-4歳人口18.0%、5-14歳人口26.1%と、15歳未満の子供の人口が全体の44%を占めている。これらの子供の人口は今後20-40年の間に親となる年齢層であり、たとえ今後出生率が減少したとしても、子供を持つ年齢層の人口規模が大きく、かつ増加し続けているため、出生率の低下が速やかに人口増加率の低下に結びつかないという「人口のモメンタム（慣性）」が働いている。

都市人口は総人口の増加率を上回る年率約4.5%（1970-1991）で増加し、都市人口比率は1970年の25%から1991年の33%へと増加した。しかし、パキスタン国民の7割近くは農村地域に居住しており、農村人口も年3%近い率で増加を続けている。

グラフ1 パキスタンの人口 (1950-2050)



出所) United Nations, World Population Prospects 1994, p.768

表1 パキスタンの人口・保健指標の推移と動向 (1950-2050)

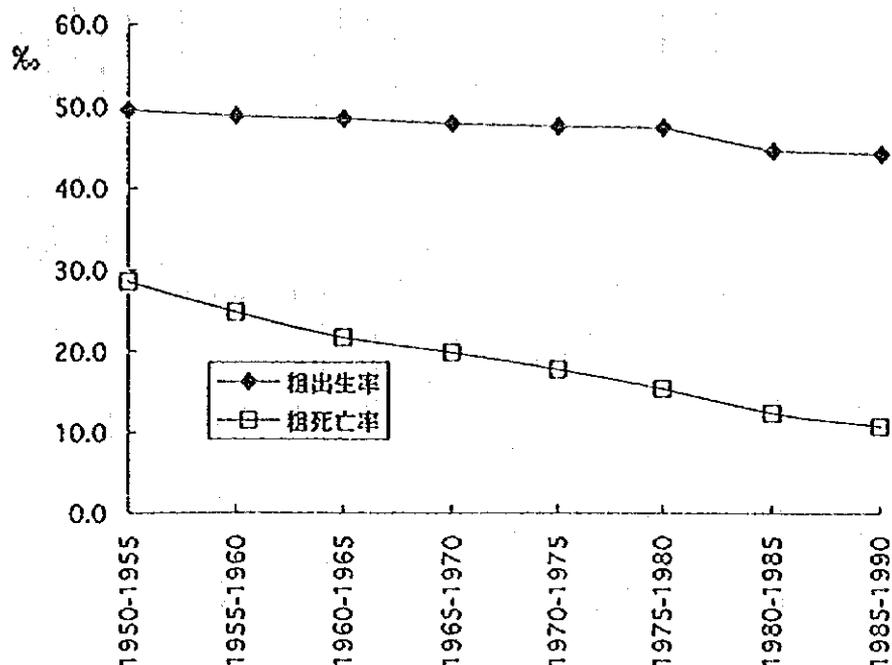
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
人口 (1000)	39,513	44,194	49,955	57,145	65,706	74,734	85,299	102,490	121,933	140,497	161,827	210,104	261,866	303,596	343,678	381,488
性比 (女性100対)	110.2	108.9	108.0	107.5	107.3	107.5	110.5	109.2	108.0	107.2	106.5	105.5	104.5	103.6	102.8	102.1
0-4歳人口%	15.0	18.3	18.4	18.6	18.5	17.2	17.0	17.9	18.0	17.1	15.9	13.9	11.7	8.2	8.3	7.5
5-14歳人口%	22.9	22.7	25.5	27.7	27.8	28.2	27.4	25.8	26.1	27.2	27.1	24.6	22.5	19.3	14.9	15.0
15-24歳人口%	18.8	17.9	17.0	16.6	18.4	20.2	20.5	20.5	19.4	18.4	19.0	20.7	19.6	19.4	17.0	13.4
60+歳人口%	8.2	7.2	6.3	5.4	5.0	4.8	4.6	4.6	4.7	4.7	4.8	5.1	6.7	9.1	11.2	14.7
65+歳人口%	5.3	4.8	4.2	3.6	3.2	3.0	2.9	2.9	2.9	3.0	3.1	3.3	4.2	6.0	7.7	9.9
女性15-49歳人口%	46.7	45.9	44.5	43.0	43.6	44.8	46.3	46.3	45.7	45.5	46.9	49.8	51.7	55.6	55.1	50.4
人口密度/km2	50	56	63	72	83	94	129	129	153	176	203	264	329	381	432	479
		50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-90	90-95	95-00	00-10		20-30	30-40	40-50
年平均人口増加率%		2.24	2.45	2.69	2.79	2.57	2.64	3.67	3.47	2.83	2.83	2.61	2.20	1.48	1.24	1.04
粗出生率%		49.5	49.8	48.4	47.8	47.5	47.3	44.5	44.1	40.9	37.3	32.8	27.5	19.7	17.7	16.4
粗死亡率%		28.5	24.8	21.6	19.8	17.7	15.4	12.4	10.8	9.3	7.8	6.4	5.2	4.8	5.3	6.0
合計自然出生率		6.50	6.80	7.00	7.00	7.00	7.00	7.00	6.75	6.17	5.99	4.69	3.53	2.37	2.10	2.10
純出生率		1.83	2.03	2.21	2.31	2.40	2.50	2.68	2.70	2.54	2.37	2.06	1.60	1.10	0.98	0.99
乳児死亡率		190	170	155	145	140	130	120	105	91	74	61	47	39	32	26
平均寿命 (女性)		37.6	41.1	44.4	47.5	50.5	53.8	56.9	60.1	62.6	65.1	68.6	72.5	75.0	77.1	78.8
平均寿命 (男性)		40.1	43.1	45.6	48.1	50.6	53.1	55.6	58.1	60.6	62.9	66.0	69.0	71.3	73.2	74.8

出所) United Nations, World Population Prospects 1994 Revision

1950~1990年は推計値

1990~2050年は予部値

グラフ2 出生率と死亡率の推移（1950—1990）



出所) United Nations, *World Population Prospects: The 1994 Revision*, New York, p.768

1-2 疾病と死亡の動向

国民のおおよその保健水準を知る指標としては、乳児死亡率または5歳未満児死亡率が用いられることが多い。パキスタンの乳児死亡率は出生1,000当り95、5歳未満児死亡率は137と推計されている。(表2)これは、1,000人の新生児のうち1歳の誕生日までに約90人、5歳の誕生日までにさらに47人が死亡し、5歳まで生存する子供は86.3%にすぎないことを意味する。5歳までの生存率が99%を越える先進工業諸国はもとより、東南アジア諸国に比べても子供の死亡率は非常に高い。さらに、1980年代から1990年代はじめにかけての5歳未満児死亡率の減少の速度はインドやバングラデシュなど近隣の南アジア諸国に比較してもきわめて遅いものとなっている。(表3)また、死亡数の比率においても、パキスタン国の年間の全死亡数のうち約60%が5歳未満の子供でもあり、多数の子供の死亡は平均寿命(出生時平均余命)を低く押さえる最大の要因となっている。

子供の死亡の主要な原因は、急性呼吸器感染症 (Acute Respiratory Infection: ARI)、下痢症等、基礎的な治療・ケアによって死亡を防ぐことのできる疾病や、ワクチン等の接種で予防可能な麻疹(はしか)、破傷風等の感染症がその大部分を占めているものと推定される(グラフ3)。東アジア地域の諸国で全国的なワクチン投与プログラムによって撲滅に向けて急激に減少しているポリオ(小児マヒ)も、主要病院の統計だけでも年間728の症例(うち45例が死亡)が報告されている。(表4)パキスタン政府では1979年から麻疹、ポリオ、ジフテリア、百日咳、ジフテリア、破傷風、結核の6種の感染症に対する子供の予防接種強化のため、拡大予防接種計画(Expanded Program on Immunization; EPI)を実施している。現在1歳未満児の約70%がこれらのワクチンの接種を受けている。(UNICEF 1995)

成人を含めた死因別死亡数・死亡率および罹患率について、公表されている政府統計では全数が

カバーされていないため、標本調査等による推計値に頼るしかない。これは、保健医療サービスが全ての国民に行き渡っていないため、保健医療施設からの報告で把握される疾病・死亡数の比率が100%ではないこと、たとえ保健施設で診断・治療を受けていたとしても、これを取りまとめる保健情報・統計システムが不備であること等の理由による。

おおよその推計として、消化器や呼吸器の急性感染症のほか、結核・ハンセン病等の慢性感染症、マラリア等の寄生虫による感染症が罹患・死亡の大部分を占める疾病パターンに大きな変化は無いと考えられる。開放性結核は約12万（感染危険率7.7）、ハンセン症は約3万の患者がいるものと推定されている。マラリアの罹患率は人口1000人当たり0.5である。（GOP 1995）

表2 保健人口指標国別比較

国名	1人当たり GNP (\$/年)	5歳未満児死 亡率	乳児死亡 率	粗出生率	平均余 命	妊産婦 死亡率	保健トピ スを受けら れる人口比率
パキスタン	240	137	95	40	59	500	55
スリランカ	540	19	15	21	72	80	93
フィリピン	770	59	45	30	65	100	76
タイ	1,840	33	27	20	69	50	85
インド	310	122	81	29	61	460	80
ネパール	170	128	90	37	54	830	—
バングラデシュ	220	122	94	38	53	600	45
中国	490	43	35	19	68	95	92
日本	31,490	6	4	10	79	11	—

出所) ユニセフ【世界子供白書1995】

表3 母子保健・経済指標の変化の各国比較

	5歳未満児死亡率と年平均減少率			合計特殊出生率と年平均減少率			1人あたりGNP年平均増加率	
	1960	1980	1994	1960	1980	1994	1965-80	1980-93
パキスタン	221	151	137	6.9	7.0	6.0		
		1.9%	0.7%		-0.1%	1.1%	1.8%	3.1%
インド	236	177	119	5.9	4.7	3.7		
		1.4%	2.8%		1.1%	1.7%	1.5%	3.0%
バングラデシュ	247	211	117	6.7	6.4	4.2		
		0.8%	4.2%		0.2%	3.0%	-0.3%	2.1%
ネパール	290	180	118	5.7	6.4	5.3		
		2.4%	3.0%		-0.6%	1.3%		2.0%
スリ・ランカ	130	52	19	5.3	3.5	2.4		
		4.6%	7.2%		2.1%	2.7%	2.8%	2.7%
フィリピン	102	70	57	6.9	4.9	3.8		
		1.90%	1.40%		1.70%	1.80%	3.2%	-0.6%
タイ	146	61	32	6.4	3.6	2.1		
		4.4%	4.5%		2.1%	2.9%	4.4%	6.4%

出所) ユニセフ、【世界子供白書1996】、p.84-85

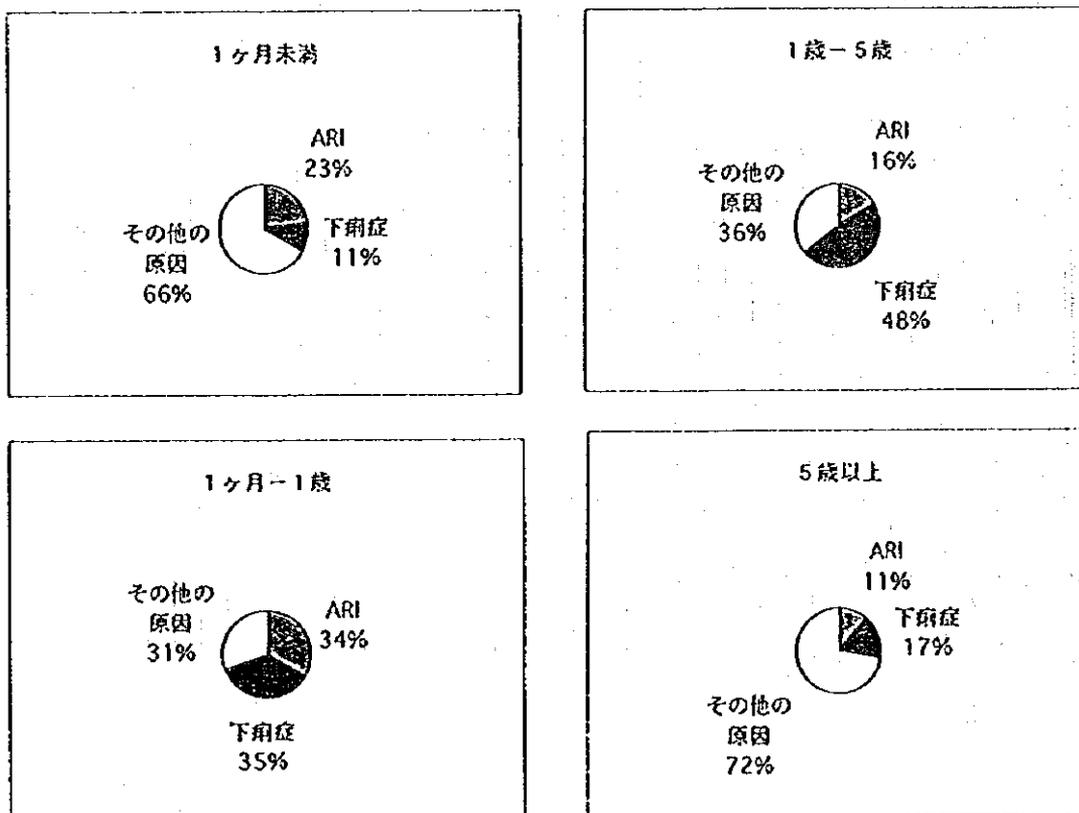
表4 拡大予防接種計画（EPI）の対象感染症による入院患者数と死亡数（1992年）

		男			女			総計
		0歳	1-14歳	全年齢	0歳	1-14歳	全年齢	
ポリオ	入院	223	227	453	142	123	275	728
	死亡	13	14	29	8	8	16	45
百日咳	入院	3,052	4,079	10,159	2,573	3,352	8,589	18,748
	死亡	5	1	6	3	4	7	13
麻疹	入院	2,676	2,436	7,722	2,264	2,564	6,982	14,704
	死亡	26	17	44	13	28	41	85
ジフテリア	入院	143	141	363	97	136	316	679
	死亡	-	3	3	1	3	5	8
呼吸器結核	入院	1,258	3,986	28,763	1,322	4,446	25,478	54,241
	死亡	43	45	407	15	34	306	713
その他の結核	入院	673	3,162	16,269	535	2,625	12,162	28,431
	死亡	9	24	151	-	9	66	217
新生児破傷風	入院	677	-	677	475	-	475	1,152
	死亡	173	-	173	75	-	75	248
その他の破傷風	入院	104	292	608	54	137	358	966
	死亡	7	26	61	3	12	40	101

注) 国内主要病院からの報告のみの合計であり、すべての罹患・死亡数を網羅していない。

出所) GOP, Annual Report of the Director General Health, July 1992-June 1993

グラフ3 イスラマバード小児病院における子供の死因



出所) UNICEF Pakistan & GOP, Situation Analysis of Children and Women in Pakistan, 1992, p.63

1-3 女性の健康水準

パキスタンの妊産婦死亡は出産10万件あたり500~600とスリ・ランカを除くも南アジアの近隣諸国と同程度の危険率となっており、年間約3万人の妊産婦が死亡しているものと推計される。

(UNICER, 1995) また、生涯に生む子供の数が約6人、流産、死産を含め出生にいたらない妊娠・出産の回数を勘案すると、パキスタンの女性が妊娠・出産に関連した原因で死亡する生涯の危険度は約28人に1人となり、日本の女性の約180~200倍の確率である。(表5) ネパールやバングラデシュなど同程度の妊産婦死亡率の国々に比べても、出産回数が多い分パキスタン女性はより高いリスクに直面していることが分かる。また、パキスタン統計局が1980年代に実施した標本調査によれば、15歳から50歳までの全ての年齢層において女性の有病率が男性を上回っていた。

(Feacham, 1992)

妊娠・出産にまつわる死亡は、女性の基礎的な栄養状態、健康状態、妊娠中および産後の健康管理、清潔で安全な出産と強い関連を有する。また、これらの要因に起因する妊娠合併症の有無、ハイリスク妊娠の早期発見と合併症への産科救急医療サービスのアクセスと質に直接的に影響される。より間接的には、慢性の栄養不足による母親の発育不全、若年の妊娠・出産による危険、頻回の妊娠・出産等をもたらす女性の社会的地位や文化的規範等がその背景にあるため、妊産婦死亡には、医療サービスの質とアクセスの改善や家族計画サービスの普及だけでなく、女性の教育水準のや経済的・社会的な地位など幅広い要素が関連している。(図1)

表5 妊娠・出産による死亡の危険度

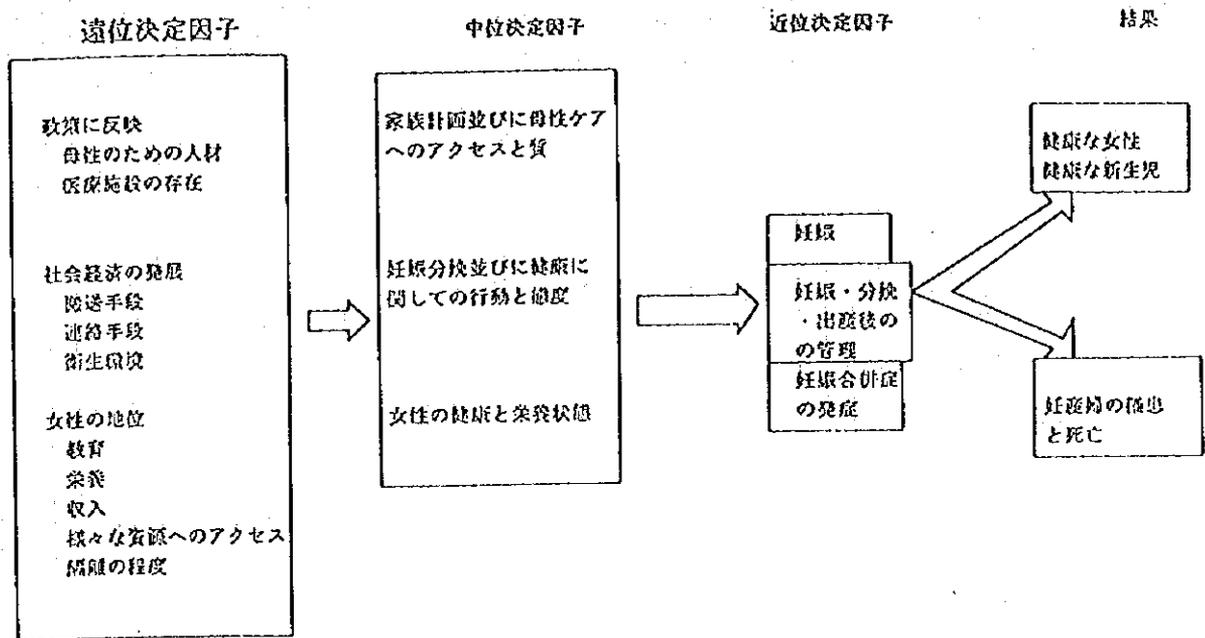
	妊産婦死亡率 (出産10万対)	合計特殊出生率 (女性一人当子供数)	妊娠・出産で死亡する生涯のリスク	
			(%)	(人に一人)
パキスタン	500	6.0	3.54%	28.2
バングラデシュ	600	4.2	2.99%	33.5
インド	460	3.7	2.03%	49.4
ネパール	520	5.3	3.26%	30.7
スリ・ランカ	80	2.4	0.23%	434.4
フィリピン	210	3.8	0.95%	104.8
インドネシア	450	2.8	1.50%	66.5
日本	11	1.5	0.02%	5,050.7

リスク：1-(I-MMR)¹²(IFR)

出所) ユニセフ『世界子供白書1996』の数値から計算

Tinker, A. and Koblinsky, M. A., *Making Motherhood Safe*, World Bank Discussion Paper No.202, p.1

図1 安全なる母性 (Safe Motherhood)



出所) Ann Tinker et al, *Making Motherhood Safe*, World Bank Discussion Papers No.202, 1993, p.11

2. 保健医療行政^{注1)}

2-1 連邦政府保健省

連邦保健省は国家全体の保健計画の立案を行っており、主な機能は以下のとおりであるが、実際の保健医療運営は州政府の責任となっている。

- (1) 全国的な保健医療の計画
- (2) 各保健医療機関の調整
- (3) 保健医療分野の外交的折衝 (二国間及び多国間の海外援助)
- (4) 卒後教育と専門教育水準の維持
- (5) 医薬品管理
- (6) 感染症対策 (マラリア、結核等)

なお保健省は Islamabad Capital Territory (ICT) とカラチにある少数の病院を直轄するが、その他の人材養成、医療施設の運営は州政府の管轄下であり、連邦政府は州政府に対する強制力を持たない。その他、軍の運営する病院は軍の管轄である。

^{注1)} 国際協力事業団、『パキスタン人口家族計画基礎調査報告書』、1993を参照。

2-2 州政府保健局 (DOH: Provincial Department of Health)

州政府の保健医療行政の主な機能は以下のとおりである。

- (1) 中央病院、専門機関の直接管理
- (2) 予防接種拡大計画 (Expanded Program of Immunization)
- (3) 下痢症疾患予防計画 (Control of Diarrheal Disease)、マラリア予防プログラムなど連邦政府主導プログラムの管理
- (4) 人的、物質的資源活用の立案と管理
- (5) 域内医療施設への機材、医薬品、消耗品の配布
- (6) 病院、専門機関への直接的指導
- (7) 保健医療分野の人材開発

州政府保健医療サービスについては州政府保健大臣(Secretary of Health)が統括する。大臣の下にシンド州と北西辺境州では保健医療サービス局長が、パンジャブ州とバロチスタン州では保健医療サービス事務局長が任命され実務の管理監督を行う。

県や郡にあたるDivisionでの責任者(DD: Divisional Director/パンジャブ州ではDHS: Director of Health Services)は県中央病院(DHQ: District Headquarter Hospital)を直接に管理し、他の医療施設はDHQを通じて間接的に監督する。

県内の保健医療サービスはDHO (District Health Officer)の監督下におかれ、その下に通常ADHO: Assistant District Health Officer)を置き、彼等が直接郡レベル、県レベルに拠点を持って活動する。DHOの主な活動は以下の通りである。

- (1) 県中央病院以外の県保健施設監督
- (2) 保健医療施設内医薬、消耗品などの予算割り当て
- (3) 保健医療施設向け医薬品リストの作成

なお、県内で全国プログラムであるEPI実施のための下記を担当官が配置されている。

フィールド監督医療官 (FSMO: Field Supervisory Medical Officers)

県監督予防接種官 (DSV: District Supervisory Vaccinators)

Teshil/Taluka監督予防接種官 (TSV: Teshil/Taluka Supervisory Vaccinators)

3. 保健医療施設

3-1 第1次保健医療施設

同国の農村部での保健医療リファーマル体制の底辺における施設としてベーシックヘルスユニット(BHU)とルーラルヘルスセンター(RHC)がある。各々カバーする対象人口をBHUIは5,000人から15,000人、またRHCは4万人から10万人と定め、プライマリーヘルスケアを担う末端施設と言う役割が与えられている。

(1) BHU (ベーシックヘルスユニット) ^{注2}

BHUは平均して11,000人に1つの割合で設置されており、通常比較的若い医師1名と4～5名の男女パラメディカルスタッフ(医療助手—Medical Technician—など)、保健婦(Lady Health Visitor)が勤務する。簡単な疾患の治療と複雑な疾患の上位病院への紹介を日常業務とし、出産については正常妊娠の監督とハイリスクの妊娠などの上位施設への紹介を行っている。また、コミュニティヘルスワーカーの訓練及び薬品配布も業務の一部である。全国に4,457あるユニオンカウンシル(行政基礎単位)毎に最低1ヶ所のPHC施設を設けることが理想とされてきたが、1992年現在BHUの数は全国で4,472であり、数の上では目標は達成されている。

本来ならば、地域住民に対し、予防医学に基づいた保健医療サービスを提供する事になっているが、基本機材や医薬品の不足、電気、給水等のインフラ未整備、そして特に母子保健を担う女性スタッフの空席状態から多くのBHUが農村部において低い利用率を示している。

・北西辺境州TAKHATABAD BHUの例

人員：医師1名、医療助手(MT)男、女各1名づつ、保健婦(LHV)1名、予防接種員3名のほか雑役係が数名。女性のMTとLHVは異常妊娠に対応するための出張も行う。

1日患者数：母子保健教育(EPI)を含めて30～35人程度。年間では4,000人ほど。

問題点：毎日のように停電が発生し、給水の設備がない事。最低の診断に必要な医療機器は皆無。

(2) RHC (ルーラルヘルスセンター) ^{注3}

RHCは3-5のBHUを統括し、上位施設として20-30の病床を備え、軽症患者の入院、また歯科診療を扱うことができる。その他分娩室、レントゲン室等を有している。

RHCの中には「小規模の地方の病院」に発展しつつあるところも見られるが、基本的には第1次診療を行うのが原則である。

・シンド州MURAD-MEMON RHCの例

医師は4名配属され、設備内容はRHCとして規準的な内容の手術室、消毒設備、X線装置、歯科ユニット、検査機材が整備されている。外来患者は1日平均約160人であり、X線-写真撮影は月間平均50枚行っている。隣接するMCHセンター、100床の病棟を含めRural Health Complexとなる予定である(1991年11月現在)。

注2 「パキスタン人口家族計画基礎調査報告書」国際協力事業団1993参照

注3 「パキスタン人口家族計画基礎調査報告書」国際協力事業団1993参照

なおシンド州政府開発局による保健医療計画の中でBHU、RHCの第1次保健医療機関としての機能強化が以下のように示されている。

1) BHU機能の充実

① 外来サービスの向上

1	診断と治療活動
2	EPI活動
3	下痢症対策(CDD)とORSによる治療指導
4	保険衛生教育
5	乳幼児検診、栄養指導、授乳等保育・保険指導

② 入院サービス向上の為に以下機能整備

産科、病床、分娩室、新生児栄養指導と母親の出産前後の教育

③ 臨床検査を行う為の要員確保

④ 診断治療段階でのリファーマル活動強化

2) RHC機能の強化

① 外来サービスの向上

1	診断と治療活動
2	EPI活動
3	下痢症対策(CDD)とORSによる治療指導
4	マラリア抑制活動(顕微鏡による原虫検査)
5	結核抑制活動
6	歯科診断治療サービス
7	栄養摂取指導と母子保険教育活動

② 入院患者サービス

③ 手術室、分娩室を活用した医療サービス向上

④ 放射線装置を活用した診断サービスの向上

⑤ 臨床検査の充実

⑥ 救急車を完備する。

⑦ 非常発電装置を整備する。

⑧ リファーマル活動の強化

3-2 第2次保健医療施設

郡病院(Teshil Hospital)、県病院(District Hospital)の地域病院を指し、前者の病床数は40から80床の規模で人口35~40万人に1つ、また後者は50から120床ほどでカバーする人口は160万人程度で

ある。リファールシステムの中ではBHUとRHCの上位に立ち、これらの第1次保健医療施設からの紹介患者の診断治療にあたることになっている。郡病院、県病院が担う主な業務は以下のとおりである。

- (1) 各種救急医療
- (2) 外科および産科の救急手術
- (3) 放射線および臨床検査による診断
- (4) 専門分野の入院治療

専門分野としては外科、産科、婦人科、小児科、眼科、耳鼻科歯科があるが先進国ほどの細分化はない。

3-3 第3次保健医療施設

パキスタンには18の医科大学が存在し、主要都市に20の教育病院がある。専門性の高い高次医療を提供すると共に医師、看護婦その他医療技術専門家の実地訓練の場としての役割を持つ。

表6 パキスタンの公的医療施設数

種類	数
病院	814
BHU	4,843
RHC	488
ディスペンサリー	4,280
母子保健センター	820
結核センター	242
総病床数	80,908

出所) GOP, *Economic Survey 1994-95*

3-4 民間医療施設の現状

パキスタンの保健医療支出はGDPの約3.4%であるが、その3分の2近くは民間部門の支出で、政府部門の支出は資本支出と経常支出をあわせて3分の1にすぎない。(GOP, *Economic Survey*)

1992年にパキスタン政府が実施した全国の民間医療施設の調査結果によれば、中小規模の病院565、クリニック約30,000(ただし同毒療法: Homeopathy等の伝統的医療を含む)を始めとして、多くの民間施設が医療サービスを提供している。病院は個人経営が最も多いが、宗教組織等NGOによって経営されている場合もある。民間医療施設のほとんどは都市部に集中しており、中でも病院は12の主要ディストリクトに偏って分布している。(表7)

パキスタンには民間医療施設の設置・運営の基準に関する規則がないため、無資格者を看護婦や医療助手として雇用している施設が多く、医療に従事する全スタッフのうち49%、医師の25%は無資格者であった。施設の面からも、一部の財団や宗教団体等が経営する病院を除くと一般に貧弱で、医療の質の面で問題を抱えている。

表7 民間医療施設の分布

施設	総数	都市部	(%)	農村部	(%)
病院	565	542	95.9%	23	4.1%
産院・診療所	304	276	90.8%	28	9.2%
母子保健センター	61	52	85.2%	9	14.8%
ディスペンサリー	451	351	77.8%	100	22.2%
臨床検査・診断所	464	459	98.9%	5	1.1%
クリニック	29,423	20,277	68.9%	9,146	31.1%
薬局・薬店	11,397	9,251	81.2%	2,146	18.8%

出所) GOP, *Census of Health Facilities (Private Sector) Vol.II, P.34*

4. 保健医療マンパワー^{注4}

4-1 医師

10年間の基礎教育の後、2年の中等教育を経ることにより、医科大学への受験資格を得る。5年間の医学教育の後、教育病院で1年間の実地訓練を終了することで医師の資格を得る。医師免許取得のための国家試験は存在しない。卒後教育制度は明確ではなく、英国や米国で、卒後研修、再教育の機会を持つ。

1994年現在登録された医師の数は66,199名で国民1,880名に1人となっている。また18の医科大学からは約3,000名の卒業生がある^{注5}。この数を近隣諸国と比較した場合、それほど悪いとはいえ、全体では過剰供給気味であるのと同時に農村地域では圧倒的に絶対数が不足しており、分布の不均衡が著しい。政府、民間セクター共に全ての卒業生を吸収できないのが現状である。

なお、保健医療運営能力の低さの原因は、医師その他の保健医療従事者が施設運営についての訓練を受ける機会がないことにあるとの指摘もある^{注6}。

注4 GOP, *Economic Survey 1994-1995* を参照

注5 GOP, *EIGHTH FIVE YEAR PLAN 1993-1998*

注6 GOP, *EIGHTH FIVE YEAR PLAN 1993-1998*

表8 保険医療従事者の登録数

年	登録数							年平均アウトプット数	
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	88-93	93-94
医師	42,862	47,289	51,883	55,572	60,042	63,006	66,199	4,292	3,079
歯科医師	1,772	1,918	2,077	2,193	2,278	2,402	2,590	129	156
看護婦	14,015	15,861	16,948	18,150	19,389	20,245	21,419	1,277	1,015
助産婦	12,866	13,779	15,009	16,299	17,678	18,641	19,759	1,235	1,041
LHV	2,697	2,917	3,106	3,463	3,796	3,920	4,107	282	156

出所) GOP, Economic Survey 1994-95

表9 保健人材養成機関数

	パンジャブ州	シンド州	NWFP	バルチスタン州	全国
医学大学院	7	4	1	0	12
医科大学	8	7	2	1	18
歯科大学	2	1	1	1	5
看護大学	1	1	1	0	3
看護学校	27	18	5	3	53

出所) GOP, Economic Survey 1994-95

表10 保健人材養成機関数

職種	学校数
薬剤師	5
医療助手	17
放射線技師	22
手術室技師	2
検査技師	17
薬剤師助手	82
歯科技士	1
予防接種員	15
その他技師	37
LHV	11
助産婦	7

出所) GOP, Economic Survey 1994-95

4-2 看護婦(士)

近隣諸国との比較でも明らかなように看護婦の絶対的不足がパキスタンのヘルスマンパワーの特徴の一つである。パキスタンの看護婦数は21,419人で5,810人に1人となり、医師対看護婦の数の比率も3:1と逆転現象を起こしている。専門医の存在する病院でも、それを支える専門看護婦不足から医療の質が十分に保てない。

元々文化的、宗教的背景から女性が就学、就労することに対し拘束がある上、就職していても日帰りの行動範囲でなければならず、他地域への配属、移動に支障がある。全体としての数は増加したが、実際に農村地域(BHUやRHC)に勤務するものは少数である。

国名	医師1人当たり人口	看護婦(士)1人当たり人口
パキスタン	2,940	1,720
インド	2,440	2,220
スリランカ	7,140	1,400
タイ	5,000	910
中国	730	1,460
マレーシア	2,700	690

出所) UNDP, HUMAN DEVELOPMENT REPORT 1994

4-3 保健婦 (Lady Health Visitor)

上記医療従事者の分布不均衡の改善への対策として、地域の女性を公衆衛生看護婦に養成する事業が進められてきた。初等、中等学校を終了した当該地域出身の女性が2年間の養成学校での教育を終えることで資格を得る。活動施設は第1次保健医療施設であるBHU、RHC、MCHCである。教育内容は1年間の産婦人科学、更に1年の母子保健に重点を置いた公衆衛生学となっており、地域女性の母子保健を中心とした健康管理を担当する。外出、移動に制限のある女性への配慮から家庭訪問に業務の重点が置かれている。

しかしながら、94年の時点でその総数は4,107名にすぎず、依然不足状態にある、患者診療の内容にも限界があること、および上位医療機関とのリファール関係構築も不十分である。

4-4 伝統的助産婦 (Traditional Birth Attendant)

パキスタンにおいては施設分娩による出産はわずか15%であり大多数の出産がTBA (一般にダイ-Daiと呼ばれる) の立ち合いのもと自宅で行われる。従って母子保健分野におけるTBAの役割は大きく、社会行動計画(SAP)にも1992-1995の3年(計画の中)で、清潔な出産介助法や母子保健ケアの訓練を受けた8,000人のTBAを10,250人にまで増員し、カバー地域を広げて行く事が謳われている。第8次5ヵ年計画ではTBAが担う農村遠隔地における住民啓蒙、避妊普及活動及び上位臨床施設への紹介活動など人口家族計画での役割が期待されている。

TBAの再教育はCIDAが80年代に協力を実施し、現在はUNICEFにより安全な出産技術やハイリスクケースの早期発見等を中心に協力が引き継がれ、母子保健の中での役割強化、リファール

体制への巻き込みが計画されている。

ただし、訓練後のTBAの多くはBHUやRHC等公的保健施設との連携もなく、技術的指導もないままに放置されており、訓練後のフォローアップと連携が今後の課題となっている。

4-5 コミュニティヘルスワーカー (Community Health Worker)

BHUやRHCなど末端の保健施設と地域社会とを繋ぎ、プライマリ・ヘルスケアを普及させるために村落ごとにヘルスワーカーを配置する方策は、1977年にアメリカ合衆国の援助で開始されたが、意図された効果をあげてきたとは言いがたい。

ブットー首相は、1993年に母子保健・家族計画を中心とするプライマリー・ヘルスケア強化のためのプログラム (Prime Minister's Programme for Family Planning and Health Care) 策定し、全ての村にその村に住む女性から選ばれたナショナル・ヘルスワーカー (NHW) を選び、訓練し、配置することとした。TBAの多くが非識字者であるのとは異なり、NHWは、8年間の基礎教育を終了した20-45歳の女性から選ばれ、3ヶ月間の訓練をBHUまたはRHCで受けた後、家族計画および必須薬品キットを与えられて各村に配置される。NHWは、このキットを用いて住民への保健サービスを提供するだけでなく、住民と末端保健医療施設の橋渡し役として、施設に妊産婦や患者を紹介するなどして既存のサービスの活用を促す役割を期待されている。

政府はこの首相プログラムのもとで、全国で33,000人のNHWを訓練配置する計画をたて、第一段階として訓練要員の養成とモデル地域でのNHW訓練・配置を行い、第二段階で全国的な計画の拡大を行う予定である。この養成・配置に関わる費用は現在のところ全て連邦政府の負担でまかなわれている。しかし、政府は3ヶ月の訓練を終えたNHWに対する報酬 (月1,200ルピー) の連邦負担期限を52ヶ月までとし、その後は各州政府の財源でプログラムを維持するよう要請している。全国的な展開にともなって政府の負担は増大していくため、このプログラムの経済的維持可能性について懸念されるところである。

5. 第8次5ヵ年計画 (1993-1998) ^{注7}

5-1 重点事項

同計画では (地方、貧困層、女性及び子供に対する) 不平等および現状システムの効果の低さを是正するため以下を重点事項としている。

- (1) 健康促進、予防と治療のバランスをとり、医療サービスの不均衡を除き、保健医療全体の質の向上を図る
- (2) 保健医療従事者 (特に看護婦、薬剤師及びパラメディカル) の分布不均衡を改善し、保健システム全体の管理上の欠点を是正する。
- (3) 公共保健医療セクターの地方分権化を促進する。
- (4) 保健医療サービスの恩恵を受けていない地方住民にサービスを提供する。
予防保健を全人口の90%まで普及させる。

^{注7} GOP, EIGHTH FIVE YEAR PLAN 1993-1998

(5) 十分な母子保健サービスを提供する。

5-2 活動概要

上記(5-1)の重点事項に係わる活動は以下の通り。

- (1) コミュニティヘルスワーカー33,000人の養成 (4-5参照)
(首相プログラム)
- (2) 第1次医療施設(RHC, BHU)における人員、機材のグレードアップ
- (3) 母子保健：公衆衛生教育機関における関連教育、医療従事者への再教育、RHCへの研修済の母子保健担当女性医師の配置 (EPI、下痢症対策ORS投与、ARI対策)
- (4) 学校保健：第7次5ヵ年計画で実施されたが、疾病予防、健康教育がうまく導入されず失敗。第8次計画では十分な調査の上、再度検討する。
- (5) マラリア抑制 (殺虫剤散布、診断・治療) および結核抑制 (早期患者発見及び早期治療)
- (6) 医療情報システム確立
- (7) 健康保険制度の試行：都市部 (イスラマバード、カラチ、ラホール他)
(人口政策は次項にて記述)

その他の計画

- (1) 公共病院負担軽減のため一部の医療サービスを利用者負担とする。
- (2) 優遇措置の導入により民間セクターの活性化を図る。
- (3) 伝統医学の推進を図る。

6. 人口福祉政策^{注8}

6-1 人口政策の変遷と家族計画プログラムの現状

パキスタンの極めて高い出生率水準については前述のとおりである。合計特殊出生率 (女性一人当たりが生涯に産む子供の数) は、1) 生物学的に出産可能な年齢の女性のうち有配偶の者の割合、2) 避妊の実行の割合とその有効性、3) 妊娠に占める流産・中絶の割合、4) 母乳保育による出産間隔の延長による影響の4つの間接的要因に分けることができ、中でも1)と2)の影響が大きい。パキスタンでは、女性のほぼ全員が結婚するという皆婚社会であり、しかも初婚年齢が低い。

(表11) 家族計画実施率は最新の調査でも既婚女性の18%で、これはバングラデシュやインドの半分程度である。(表12、13)

パキスタンの人口政策は、政権ごとに変化し、一貫性を欠いた不安定なプログラムであった。1960年代から開始された政府の家族計画プログラムは、1977年に政権の座についたジアーウル・ハック大統領によってその「イスラーム化政策」のもとで廃止された。1980年代に再開されはしたが、その活動は低調であり、ほとんど見るべき成果をあげなかった。しかし、1991年にナワー

^{注8} GOP, Population Welfare Programme 1993-98, 8th 5 Year Plan

ズ・シャリフ首相が家族計画プログラムへの政治的支持を明確にし、ベナジール・ブットー首相も1993年の第二次政権からは家族計画への支援を掲げたナショナル・ヘルスワーカー計画を率先して実施した。1994年にカイロで開催された「世界人口・開発会議」にも一部のイスラーム諸国リーダーが「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（性と生殖に関する健康・権利）等の表現を含む「世界行動計画案」に対する国内イスラーム原理派反発から参加を取り止めるなかで会議に出席するなど、従前に比べて積極的な姿勢へと変化してきている。

人口・家族計画を担当する行政組織も、政策の変化同様たびたび変更されてきたが、保健省、次いで計画省傘下の一部局から1990年からは人口福祉省に格上げされた。

表11 パキスタン女性の初婚年齢

1951センサス	16.9
1961センサス	16.7
1972センサス	19.7
1981センサス	20.2
1976PGS	20.0
1988POS	20.6
1990-91DHS	21.7

出所) Pakistan Demographic and Health Survey 1990-1991

表12 パキスタンの家族計画方法

	1991	1995
全ての家族計画法	11.8	17.8
近代的家族計画	9	12.6
コンドーム	2.7	3.7
ピル	0.7	0.7
ホルモン注射	0.8	1
IUD	1.3	2.1
不妊手術	3.5	5
伝統的方法	2.8	5.2

出所) Rosen, J.E. and Conly, S.R., Pakistan's Population Program: The Challenge Ahead, Population Action International, Washington D.C., 1996, p.35

表13 家族計画実行率（他のアジア諸国との比較）

国名	全ての家族計画法 実行率 (%)	近代的家族計画法 実行率 (%)
パキスタン	12	9
バングラデシュ	45	37
インド	41	36
ネパール	23	22
スリ・ランカ	62	40
フィリピン	40	25
インドネシア	50	47

出所) UNFP [世界人口白書1995]

6-2 家族計画サービス提供施設およびプログラム

人口福祉省のもとで、家族計画サービス提供専用の施設として、家族福祉センター (Family Welfare Center; FWC) やリプロダクティブ・ヘルスセンターが運営されている。民間のパキスタン家族計画協会 (PFPA) やその他のNGOも独自の施設を運営しているが、施設数は十分でなく、人口密度の低い農村の女性がこれらの施設で家族計画指導や避妊具・避妊薬を得ることは非常に困難である。(表14)

また、保健省傘下の病院やPHC施設においても家族計画サービスの提供を実施することになっているが、医療スタッフの家族計画に対する知識や意欲の不足により保健セクターの家族計画への貢献は十分とはいえない。これは、妊産婦のケアや新生児への医療サービスを実施する母子保健の前線施設としてのPHC施設が十分にその役割を果たしていないという事実によるものでもある。

表14 家族計画サービス施設数と自宅からの距離 (1987)

	FWC	RHC		自宅からの平均距離 (km)	
		TYPE A	TYPE B	FWC	RHC
パンジャブ	755	13	44	9.31	68.95
シンド	245	14	29	13.53	56.70
NWFP	186	5	22	11.30	68.95
バルチスタン	49	2	5	47.50	235.12
FATA	13	1	0		
NGO	417	15	0	n.a.	n.a.
FPAP	168	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
全国	1,833	50	100		

FWC: Family Welfare Center, RHC: Reproductive Health Center

出所) Abdul Razzaque Rukanuddin and Hardee-Cleaveland, K. (1992) "Can Family Planning Succeed in Pakistan", *International Family Planning Perspective*, Vol.18, No.3, pp.111

(1) 家族福祉センター

5,000人から7,000人の人口をカバーし、母子保健、家族計画、軽度の疾患に対する医療行為を行う。コンドーム、経口ピルなどの避妊具配布場所の獲得を行う。

現存数1296を1518に増加させる。都市スラムにおいて増加を図る。

(2) リプロダクティブヘルスサービスセンター(RHCs)

センターの数の増加が図られる(79から104へ)。すべての県の中心、選ばれた郡病院に設置され、避妊手術、IUD、注射を中心とした家族計画サービスを提供する。産科、婦人科、不妊治療も活動の一部となる。各々のRHCは女性の医師が統括する。ラホールのレディウエリントン病院及びカラチのジンナー卒後医学教育センターが標準化された避妊手術の指導を行う。

(3) 移動サービスユニット

家族サービス施設の存在しない農村遠隔地におけるアウトリーチサービスで、郡レベルに設置されている。1台の車両、医療器具から成り、費用対効果を狙いスタッフは現在の4人から女性医師、運転手、アヤ(TBA)の3人に削減する。増大するニーズに対応するため現存の130から250に増加させる。TBAが、村におけるキャンプサービスの為の調整を行う。

(4) 避妊具ソーシャルマーケティング(SMC)

1986年より商業網を通じた避妊具普及を実施しており、年間6千万のコンドームを都市及びそれに準じた地域で売却している。第8次5ヵ年計画では医師、伝統的医療従事者、TBA、市立病院、薬局を通して、経口ピル、注射、可能であればIUDにまでSMCを拡充する予定である。医師とパラメディカルスタッフに対する避妊技術に関する訓練が実施され、独自のIEC教材も開発中である。

(5) 伝統的助産婦(TBA)の参加

農村において重要な役目を担うTBAが、夫婦の啓蒙、避妊具の配布、臨床医への紹介といった家族計画活動に従事する。家族計画センター移動(FWC)の管轄下、移動サービスユニットと連携を図る。現在の5,000人から7,000人に増強する。

6-3 第8次五ヵ年計画

パキスタンの1980年から93年までを等した平均人口増加率は3.1% (ユニセフ「世界子供白書」: 1995)、また合計特殊出生率は6.0人(同白書: 1994)と、周辺アジア諸国の中でも高い値を示している。これは、子供は神からの授かりものという社会通念、女性の教育レベルの低さほどもかく、第8次五ヵ年計画以前の政府の政治的コミットメントの欠如、サービスデリバリー施設および人材の不足によるところが大きい。現在家族計画サービスによってカバーされている地域は農村の場合5%程度であり、全国平均でも25%に過ぎない。しかし、1991年のナワーズ・シャリーフ首相のイニシアチブをもとに、第8次五ヵ年計画には90億ルピーの予算が割り当てられ(第7

次五カ年計画の3倍)、以下の目標を達成することが謳われている。

- (1) 避妊実効率を1992-93年の14%から1997-98年までに24.4%に引きあげる。
- (2) 合計特殊出生率(TDR)を1992-93年の5.9人から1998年6月までに5.4人に引きさげる。
- (3) 当該五カ年計画終了時までに粗出生率(CBR)を39.0から35.0へ低下させる。
- (4) 家族計画サービスを2,009.04万人に提供することにより466.1万の出生を抑制する。
- (5) 人口増加率を1992-93年の2.9%から1997-98年までに2.6%とする。

避妊の方法については現在近代的避妊利用者の17%を占める避妊手術を98年までに29%にまで高めるということが際立っている。コンドームは30%から18%に引き下げられ、ピルについては92-93年の値から1%のみの上昇が計画されている。同計画では、「効果的な成果をだすため」避妊手術のほか、IUDや避妊注射のような臨床的方法が重視されている。

サービス提供の拠点としての施設は、家族福祉センター、リプロダクティブヘルスサービスセンター、移動サービスユニットが主に存在する。いずれも施設数、人材の増強が計画されている。

7. 社会行動計画 (SOCIAL ACTION PROGRAMME) ^{注9}

社会行動計画は同国において80年代を通して達成された比較的高い経済成長率にもかかわらず、未だアジア諸国の中でも最低水準に留まっている社会セクターの向上を目標として、世界銀行の協力のもと内容を策定し、1991年8月の連邦SAP委員会の設立を皮切りに開始された。計画は、初等教育、栄養改善、プライマリーヘルスケア、人口抑制、安全な水供給(衛生)の5分野から成り立っており、特に他の分野に大きな影響を与えるキーファクターとしての女子初等教育普及に重点が置かれている。

保健医療分野においては、現在実施中の予防接種拡大計画(EPI)によってカバーされる0才児人口を85%に引き上げることや、農村部地域医療の核となる現存RHCとBHUのグレードアップ、農村末端部において住民への保健指導を行うコミュニティヘルスワーカー増強及び伝統的助産婦(TBA)によるカバー率向上が強化事項として掲げられている。これは医療施設、人材の供給不均衡による絶対的マンパワー不足に悩む農村部(人口の8割が居住)への、基礎的保健インフラ改善対策という色彩が濃い。また、栄養改善策としてNGOとの連携を図った2百万人の女子生徒を対象とした給食プログラムを実施する計画である。

人口福祉分野では、90年代末までに人口増加率を現状の2.9%から2.5%へ低下させることを目標とし、家族計画プログラムによるカバー率を21%から68%へ拡大することとしている。

なお、計画の運営主体としては、実施責任の所在を県(District)レベルに委譲させるといった地方分権化が掲げられ、これは過去社会セクターにおけるサービスが高度に中央集権的で効率的ではなかったことへの反省に基づいている。

SAPにおける保健医療関連分野の予算は1992-1995年総額で314億7000万ルピー(地方上水道整備を除くと166億5百万ルピー)となっている。

^{注9} Planning Commission, GOP, Social Action Program 1992-95

3年間 -- SAP-I(1992-1995) -- における保健医療分野目標値

保健指標	1991-1992	1994-1995
EPI予防接種率	70%	85%
妊産婦破傷風 トキソイド接種率		90%
経口補水液(ORS)	11,200,000	18,400,000
伝統的助産婦(TBA)	8,000	10,250
コミュニティヘルスワーカー	3,050	4,050
BHU (新設) (改善)	4,472	(194)(1903)
RHC (改善のみ)	553	(139)

出所) GOP, Social Action Program 1992-95

1996会計年度からはSAP-2が開始される予定で、現在計画検討段階にある。SAP-1の実施経験を批判的立場からとらえ、以下の問題点の存在から保健医療セクターに根本的な変革をもたらす必要性があるとしており、SAP-2と並行して保健セクター改革 (Health Sector Reforms--HSR)を新たなプログラムとして開始する^{注10}。

- ① SAP実施における州政府によるモニタリングシステムの弱さ
- ② 第1次医療施設が貧弱なことによるリファラルシステムの機能停止
- ③ SAP運営責任者、政治家の政策変革への不理解
- ④ 自らの既得権益によるSAP実施への反対勢力の存在 (一部政治家、官僚、医療従事者)
- ⑤ コミュニティを巻き込んで行くシステムの不在

保健セクターキーエリア (PHC、リファラルシステム、人材養成、組織運営、持続性維持、民間セクターNGO地域の役割) のSAP遂行における共通課題は以下のとおりまとめることができる。なお、現在SAP-2、HSRの中で、同課題を基にした抜本的セクター改革の提言がされている。

- ① リファラルシステムの中で第1次、2次、3次医療の果たす役割の不明確さ
- ② 予算不足および不適切 (非能率的) な支出
- ③ 地方分権化の不徹底
- ④ 運営、組織体制の脆弱さ
- ⑤ 他SAPサブセクターとの連携体制の不徹底
- ⑥ 女性医療従事者の少なさ

^{注10} Ministry of Health, GOP, Health Sector Reforms and SAP-II, 1995

8. 国家エイズ予防抑制プログラム(NATIONAL AIDS PREVENTION AND CONTROL PROGRAMME) ^{注11}

1994年現在同国において上記プログラムに報告されたHIV（ヒト免疫不全ウイルス）感染者数は775人、症状が発症したエイズ患者は46人である。なお、WHO-EPI推計モデルを用いれば2万人から5万人の感染者が存在することになり、現時点での課題は感染の拡大を予防啓蒙活動により防止することである。

1994年からの下記MTP-IIでは7億7千4百万ルピーの予算が承認されている。
同国のエイズへの取組みをまとめると以下のようになる。

1987年8月 エイズ連邦審議会設置

国立国立衛生研究所が国家エイズ予防抑制プログラムを実施する旨決定される。

1988年4月 短期行動計画実施開始

内容：HIV検査、医療従事者訓練、HIV感染状況調査

1989年7月 中期計画実施開始(MTP-I)

各セクター連携（教育、情報、宗教各省庁との連携による市民啓蒙、血液安全性向上、保健医療従事者訓練、NGO連携）

1993年12月 中期計画実施開始(MTP-II)

1994-97年（36ヵ月）の活動が同中期計画のもと展開中。

活動成果目標

- ① HIV感染の予防
- ② HIV/エイズによる死亡率の低下
- ③ 安全な輸血と性行為の促進
- ④ 性感染症抑制
- ⑤ エイズサーベイランスおよびモニタリングシステムの確立
- ⑥ 各種分野医療従事者訓練
- ⑦ 社会的、行動的研究の実施
- ⑧ 連邦政府、州政府でのプログラム運営組織の強化

^{注11} National Institute of Health, FC-I, National AIDS Prevention and Control Programme, Pakistan, 1994-95 to 1996-97

9. 開発援助

9-1 日本の援助

(1) 母子保健プロジェクト^{注12}

事前調査団派遣	1995年9月下旬
協力期間	1996年夏期より5年間
所在地	ICT (研修実施場所)、北西辺境州、パンジャープ州
先方関係機関	パキスタン医科学研究庁(PIMS)、連邦保健省、パンジャープ州保健局、北西辺境州保健局

前述したとおりパキスタンの女性に関する保健指標は妊産婦死亡の高さに見られるように劣悪であるが、母性保護の向上を目的として、以下のような技術協力を実施することで先方と合意している。

プロジェクト協力対象地域は首都イスラマバード、パンジャープ州、北西辺境州であり、各州の指導的立場にある女性医師、看護婦、保健婦、助産婦への研修をパキスタン医科学研究庁(PIMS)で実施する。PIMSには近代的施設と行動力ある人材を有する総合病院、小児病院が存在し、当該研修のサイトとなるほか、無償資金協力にて母子保健(MCH)センターを建設し、基本的な産科研修が行えるようにする。また、周辺よりモデル地域を選択し、そこでのBHU、RHC、地方MCHセンターそして郡病院、県病院等の第2次医療施設とPIMSとの連携を実施させ、リファーマル体制の確立を狙う。公衆衛生看護婦(LHV)養成学校への協力も巡回指導といった形で行う。

過去に第1次医療機関に対し無償資金協力にて機材供与を実施しているので(1985年パンジャープ州、1993年北西辺境州)モデル地区でのリファーマル体制強化の観点から第2次医療機関への機材供与も考慮する予定である。

無償資金協力による母子保健センターについては産科診療研修が実施できる施設に限り、高度先進医療に目を奪われ母子保健の本質を見誤らないよう配慮する。

(2) イスラマバード小児病院プロジェクト

協力期間	1986年7月1日から1991年6月30日まで (フォローアップ) 1991年7月1日から1993年6月30日まで
先方関係機関	7月1日から1990年6月30日まで

乳児死亡率がきわめて高い同国の小児医療従事者養成、小児専門医療施設の充実を目的とし、無償資金協力により200床を有する入院病棟と1日約2,000名の診療が可能である外来棟からなる小児病院の建設に協力するとともに、小児麻酔、新生児、小児外科、理学療法、放射線、ICU(集中治療)、臨床検査等の分野で技術協力を実施した。

基本的診療サービスは無料となっているが、本来第1次医療機関で対応すべき患者が多くを

^{注12} 国際協力事業団「パキスタン母子保健事前調査報告書」

占め、上位医療機関としての機能を高めること（リファーマル体制の構築）が課題となっている。

(3) 看護教育プロジェクト

協力機関	1987年7月1日から1990年6月30日まで (フォローアップ)1990年7月1日から1992年6月30日まで
先方関係機関	パキスタン医科学研究庁(PIMS)

前述のとおりパキスタンにおける医師数と看護婦数の比率は逆転現象を示しており、後者の絶対的不足が大きな問題である。このような背景から基礎看護教育に携わる看護教員と近代的医療サービスに対応できる看護技術を有した看護婦を養成する為の無償資金協力による看護大学の建設及び技術協力を実施した。技術協力の内容としては、現職の看護婦に対し公衆衛生看護、ICU/CCU、看護教育管理、小児看護、視聴覚技術各分野での1年間の専門看護課程を施す看護大学の運営管理、教材の開発を主たるものとして実施した。日本人専門家とカウンターパート看護教員の共同作業にて作成されたカリキュラムは看護評議会の承認を受け、他の看護大学でも使用されている。

しかしながら、プロジェクト開始後の5年間は入学者の充足率が半分を切る時期もあった。この理由としては、プロジェクト開始後本校の知名度が低かった事（広報活動の不足）、卒業後の昇給が保障されていなかった事、プロジェクト最初の2年間は学生の入寮が義務付けされていたこと、また、全て英語により授業が実施されていたことなどが挙げられる。このような状況に対して徐々に改善策がとられ、入寮の義務付けはなくなり、パンジャブ州以外の州においては完全実施に至っていないが、専門看護課程修了者に対してはより高い給与号俸（14BPS(Basic Pay Scale)から16BPSへ）が授与されるようになった。また、英語について行けない学生に対しては講義の中で最初にウルド語を使用して行くことなどの配慮が取り入れられている。

上記の対策の結果、入学者は確実に増加し、1995年6月現在定員122人中108人と充足率は80%となっている。WID(女性と開発)の観点から同プロジェクトを見れば、専門課程のカリキュラムが看護評議会で承認されたことにより、看護の専門職としての地位向上と昇給に結び付いたこと、看護分野の社会的認知の向上により女性の参加が促進されることが期待されるなど意義のあることといえる^{注13}。

(4) パンジャブ州地域医療整備計画（無償資金協力）

実施年度：1984年

パキスタン政府のBHUおよびRHC整備計画に基づき、パンジャブ州内の第1次医療サービス提供機能向上を目的とし、BHUおよびRHCへ医療関連機材（約7億7千万円分）が供与された。

(5) 北西辺境辺境州医療機材整備計画（無償資金協力）

実施年度：1983年

^{注13} ECFA 開発研究所、「WID観点からの見直しをーパキスタン国看護教育プロジェクト」、『Newsletter』、1995.6

農村部で住民の利用率の最も高いBHUおよびRHCに対して、母子保健、婦人外来診療、小外科用基本機材の供与（約10億2千万円分）された。

9-2 外国の援助^{注14}

(1) USAID（アメリカ国際開発局）

USAIDはパキスタンの核保有疑惑を理由に1992年全面撤退を行った。最大ドナーの撤退はEPIカバー率の低下や家族計画プログラムの持続等大きな懸念を残している。

1) プライマリーヘルスケアプロジェクト（実施期間：1982-1990）

地方におけるプライマリーヘルスケア拡充、改善を目指し、13の医療技師(Medical Technician)学校を設置、医療技師、コミュニティヘルスワーカー(CHW)の訓練、その為の教育カリキュラム改訂、疾病蔓延情况及び死亡率のベースラインサーベイを実施した。

また、ジフテリア、破傷風、百日咳三種混合ワクチン製造、冷却保存の為の機器を整備した。

運営上の問題点としては、連邦政府と州政府の連携ミーティングが頻繁に行われなかったこと、RHCとBHUを十分に利用可能にするための州予算が逼迫した事が挙げられる。

2) 子供の生存プログラム(Child Survival Program)（協力期間：1988-1993）

0歳児から5歳児までを対象とし、PHC機構の中に同プログラムを拡充、制度化することを目標と定め1988年から93年にわたり実施された。予算規模はプレスラー修正案により当初の6200万ドルから1700万ドルへ削減された。活動の内容は以下のとおりである。

- ① 急性呼吸器感染症、下痢症、栄養、予防接種拡充計画(EPI)に関する臨床処置技術（ケースマネージメント）改善、協調トレーニング
- ② 保健医療情報システムの確立
- ③ 民間セクター資金、人材を健康教育に利用するための機構確立
- ④ 地方分権化の為の計画・運営の研究

3) 人口福祉計画プロジェクト(Population Welfare Planning)（協力期間：1982-1993）

政府の人口家族計画立案、評価、研究、国民への動機付け及び物資調達能力向上を目的として、農村貧困層、人口福祉計画従事者を対象人口として開始された。予算は7,345万ドルが投入された。1985年全国経済審議会の決定を受けてドナーとしては初の保健医療セクターでの家族計画プロジェクトとして開始した。しかしながら、連邦政府保健省の関心の低さ、州保健局の協力も得られず、成功には至らなかった。

^{注14} Pakistan Office, Japan International Cooperation Agency, Pakistan Primary Health Care: State Delivery System and Foreign Assistance, April 1992

- ① NIPS(National Institute for Population Studies)、人口福祉省NGOの調査研究能力向上
- ② 避妊物資調達供給システム確立
カラチにおける避妊具倉庫の建設
コンドーム8億8千百万個、経口ピル1500万サイクル、IUD310万個を供給
避妊具供給(配布、運営、研究)の為に検査室器具、車両89台、コンピューター15台
- ③ NIRFC(National Institute for Research in Fertility Control)に対する生物、医学的及び医療社会学的研究能力向上のための支援
- ④ プロフェッショナルモチベーション
3,900人の政府保健医療関係職員、300人の人口福祉計画フィールドスタッフ、170人の人口福祉計画中間管理職専門性、プロ意識向上
- ⑤ NGO助成他
非政府組織への財政サポート増大(NGO調整委員会(NGOCC)を通じて実施)

4) 避妊具、薬品のソーシャルマーケティング(Social Marketing of Contraceptives Project) (協力期間:1984-1993)

民間セクターを活用した避妊具利用率上昇を狙ったプロジェクト。公的補助により廉価に設定された避妊具を民間企業の販売店を通して配布し、家族計画普及拡大を図ると同時に全国の300の市町村で避妊具配布ネットワークを確立させた。そのネットワークにより2億6千万のコンドームが販売店に供給された。

また、避妊具価格、コンドーム使用者、販売店在庫、Sathi(このソーシャルマーケティングに用いられたブランド名)宣伝効果についてのリサーチを実施するとともに、経口ピルに関する知識/態度/行動(KAP)調査も行った。

コンドーム使用者の70-75%はSathiを使用していると言う調査報告もされ、USAID撤退後の同国の家族計画に与える影響が懸念される。

(2) ODA(イギリス海外援助局)

1) 人口福祉プロジェクトI(協力期間:1983-1991)

家族計画と母子保健サービスの継続供給と遠隔地と貧困層へのサービス拡充が目標で予算規模は190万ポンド。協力内容は以下のとおりである。

- ① 交通手段
研修受講者、避妊具、機材の運搬、また、地域において視聴覚教材を用いた啓蒙活動を郡レベルで実施するための車両の供与を実施した。
- ② 資金援助
世界銀行プロジェクト13地域内にある家族福祉センターでの識字教育、収入向上活動・イノベティブプロジェクト7ヵ所(詳細不明)

・ NIPSによるモニタリング、評価調査研究(4カ所)

・ 健康教育(IEC)での専門家2名派遣

* 識字教育、増収活動は最初の1年で中止となった(理由は不明)。

2) 人口福祉プロジェクトII(協力期間:1984-1993)

目的は人口動態調査能力向上、避妊具利用率向上、NGO連携強化であり、予算規模は290万ポンドである。カラチ大学とファイサラバード大学での人口研究センター設置、避妊用フォーム(Delfen)、避妊用注射器(Norigest-副作用防止のための女性ホルモンも共に供給)の供給、NGOCCへの運営サポート、移動臨床指導チームへのサポート及びNGO小規模クリニックへの資金援助を実施した。

(3) C I D A (カナダ国際開発局)

1) TBA(伝統的産婆)訓練(協力期間:1983-1989)

産前、産後のTBAによるケア向上を目的とし、予算額は388万ドルである。

以下が協力内容である。

- ① 実際に活動中のTBA及びTBA候補者のトレーニング
- ② 新しい家族福祉センター(FWC)の設置
- ③ 訓練を受けたTBAによる地方遠隔地における巡回指導

2) その他

国立衛生研究所(NIH)に対してヒト細胞組織培養による狂犬病ワクチン製造、精度管理のための人材養成、機材供与により協力を実施し(期間:1986-1992)、年間30万ドースの生産を目指した。工場修理のため生産が一時中断した。

また、ポリオワクチン自国生産の可能性について調査を行い、生産及び精度管理での協力を協力を行った。

(4) UNICEF

1) 予防接種拡大プログラム(Expanded Program on Immunization)

(協力期間:1992-1996-1988-91からの継続)

6つのEPI対象疾病(麻疹、ポリオ、ジフテリア、百日咳、破傷風、結核)による感染、死亡を防止することが目的である。国民のカバー率を上げ、感染拡大抑制、予防接種実施の自立を狙う。予算規模は1455万5千ドルで、内530万ドルは補充資金からの割り当てを見込んでいる。主な活動は以下の通りである。

- ① 年間400万ドースの麻疹ワクチンの生産。
ロータリーインターナショナル等からの800万ドースのポリオワクチン調達。
- ② コールドチェーンモニターのための包括的在庫管理システム構築。
- ③ 特定の予防接種実施地域における再利用可能な注射器、注射針の供給。

④ 予防接種員のプログラム監督技術、対人コミュニケーション技術トレーニング

現行のプログラムは非定住民のカバー、達成された高い接種率の維持、予防接種従事スタッフの技術向上に力点を置いている。

1992年時点での予防接種率—DPT（ジフテリア、百日咳、破傷風三種混合）78%

（1歳以下人口） ポリオ 78%

なお、政府はその社会行動計画(SAP)の目標の一つとしてEPI予防接種率を1992-95の3年間に85%にまで引き上げるとしている。

2) 下痢症対策プロジェクト(Control of Diarrheal Diseases Project)

（協力期間：1992-1996/1988-1991の継続案件）

地域レベルの医療従事者に下痢症の正しい臨床措置につき教育する。予算規模は250万ドル。

- ① パラメディカルスタッフ（医療技師、コミュニティヘルスワーカー等）に対し家庭での予防措置と治療措置につき指導する
- ② ORS供給：下痢症治療とトレーニングのために新たに年間100万パックの経口補水塩(ORS)を供給する。
- ③ IEC活動：下痢症予防法に関する情報提供活動の実施。
- ④ 母子保健サービスへの統合：CCM訓練を受けたスタッフを医療機関に配置し、経口補水療法(ORT)を扱う部局を設置する。

3) 急性呼吸器感染症プログラム(Acute Respiratory Infections Program)（協力機関：1992-1996/1988-91からの継続案件）

ARI標準処置の促進を目標としたプログラムで予算規模は250万ドル。

- ① トレーニング：公共、民間両セクターの保健医療従事者を訓練し、地域レベルではコミュニティヘルスワーカーにCCM技術を施す。
- ② IEC活動：ARIの早期発見と保健医療機関利用を促進させる。
- ③ 応用調査：プログラム運営のための代替アプローチやコミュニケーション戦略の基盤となる情報情報の提供
- ④ 咳の治療の為の適切な抗生物質供給

4) プライマリーヘルスケアプロジェクト（協力機関：1992-1996/1988-91からの継続案件）

予算規模は500万ドル。EPIやCDDなどの（縦割りの）個別プログラムを村レベルにおいてPHCの枠に統合するのが目的である。パキスタンの地域医療は治療に偏っているのが現状で、予防接種員にIDD（ヨード欠乏対策）やCDD（下痢症対策）を担わせるなどの予防促進策がとられている。主な活動内容は以下のとおりである。

BHUとRHCのスタッフによるCHW（コミュニティヘルスワーカー）の養成。

あらゆる保健医療システムのレベルにおける縦割りのプログラムの統合。

利用者からの料金徴収等の新システム導入へのサポート。

(5) 世界銀行(World Bank)

1) 家族保健プロジェクトI (協力期間：1992-1999)

対象はシンド州と北西辺境州。借款による協力金額は4,500万ドルである。

活動概要

① 保健サービス強化

家族計画を含んだ母性保護の強化

農村地域における感染症抑制

選定したBHUとRHCへの器機材供与による質向上

救急医療の能力向上

農村保健医療施設における診断技術向上

上位保健医療施設への紹介システム強化

② 人材開発

第1次医療従事者の能力向上と女性パラメディカルスタッフの増員

包括的内容を盛り込んだ定期的トレーニングの実施

シンド州での看護大学設置と北西辺境州での3つのパラメディカルスクール改善

③ プログラム運営及び組織開発

州、郡に運営ユニットを設置してトレーニングも導入する。

なお、同様のプロジェクトをパンジャブ州、イスラマバード首都圏でも実施中。

10. 保健医療セクターの課題

パキスタンの保健医療セクター改善の為には構造的問題点があることはSAP遂行上の課題でもふれたが、まとめると以下のとおりとなる。

10-1 地域格差の是正 (施設及び人材)

一般的に地方では医療施設が存在しても医療機器、薬剤および人材の不足から満足な診療が受けられないことが多い。医師の分布は極端に都市に集中しており、富裕階層出身がほとんどの医師が、地方に赴任したがるのはまれである。富裕階層に属する人々は私設のクリニックの受診が可能で十分なケアが受けられる一方、貧困層の人々は経済的理由から重症化するまで受診しないケースが多い。

医療従事者を地方に分散させるインセンティブが必要とされている。

10-2 リファーマルシステムの確立

人材（特に女性医師、保健婦、看護婦）および施設（基本的薬品、ワクチン、避妊具）の制約により、とくに末端医療を担う第1次医療施設が十分機能しておらず、第2次施設においても同様のことがいえる。このため下位医療施設を飛び越え、中央の高次医療施設に患者が集中するバイパス現象がおきている。また、紹介された上位医療機関から下位施設へのフィードバックが十分に行われていない。

医療リファーマル体制が機能するには、第1次第2次施設が人材、設備共に改善されることと共に、患者紹介、搬送、情報交換等の上下医療機関相互の連携が必要とされる。

11. 制約要因

11-1 女性に対する社会、文化的制限

パキスタンでは看護婦、保健婦(LHV)、CHW等の、病院での治療行為及び特に母子保健等PHC普及のための地域保健活動にあたる女性従事者の養成確保が緊急な課題であるが、進学のための基礎教育を受けた女子の数がまだ非常に少ない。さらに女性が職に就くこと、また家族を離れ一人で住むことへの社会的偏見が根強く、家族、特に父親への啓蒙活動が必要とされている。また、女性自らの意思で行動することへの制限から夫や父親の許可、付き添い無しでは医療施設での診療も受けることができない、と言う背景もある。

11-2 行政機構の複雑性

保健医療行政は州政府が実際の運営を行い、連邦政府は州における人的、物質的資源の適正配置に関して強制力を行使できない。また、州政府も末端の医療事情の把握に乏しく実効力が弱い。家族計画は人口福祉省、州人口局の管轄となっており、スタッフ、施設が保健省のものと重複したり家族計画関係消耗品が保健担当者に入手できなかったりして、縦割り行政の弊害が露呈している。

11-3 既得権益

第1次医療（PHC）に重点を置いた政策への変更に対しては、その予算配分等をめぐり、既得の権益をもつ医療従事者、官僚、政治家の反対をもたらし、現状体制を脅かすとされるニーズアセスメント、政策提言には危険を伴うことすらある。

通常、中央の高次医療施設に予算が大きく割かれるため、地方を中心とした第1次、第2次医療施設に回される予算が圧迫されている。こうした、事情に対し改革を必要とするという認識が政治家、官僚の間で確立しておらず、早急な意識変革が今後の課題である。

（富澤 一洋）

<参考文献>

- ECFA開発研究所、「WID観点からの見直しをーパキスタン国看護教育プロジェクト」、
「Newsletter」1995年6月
- 国際協力事業団、「パキスタン回教共和国感染症基礎調査報告書」、平成元年2月、
- 国際協力事業団、「パキスタン国基礎医療分野プロジェクト形成調査結果資料」平成4年
- 国際協力事業団、「パキスタン人口家族計画基礎調査報告書」平成5年
- 国際協力事業団、「パキスタン母子保健プロジェクト事前調査報告書」、平成7年
- UNFP、「世界人口白書1995」
- UNICEF、「世界子供白書1996」
- Abdul Razzaque Rukaneddin and Hardee-Cleaveland, K., "Can Family Planning Succeed in Pakistan?",
International Family Planning Perspective, Vol.18, No.3, 1992
- Government of Pakistan, Annual Report of the Director General Health : July 1992-June 1993, 1993
- Government of Pakistan, Census of Health Facilities, Islamabad, 1992
- Government of Pakistan, Economic Survey 1994-1995, Islamabad
- Government of Pakistan, Population Welfare Programme 1993-98, 8th 5 Year Plan
- Ministry of Health, Government of Pakistan, Health Sector Reforms and SAP-II, Islamabad, 1995
- National Institute of Health, PC-1: National AIDS Prevention and Control Programme : Pakistan 1994-95 to 1996-97
- Pakistan Office, Japan International Cooperation Agency, Pakistan Primary Health Care: State Delivery System and Foreign Assistance, Islamabad, April 1992
- Planning Commission, Government of Pakistan, Eighth Five Year Plan 1993-98, Islamabad, 1994
- Planning Commission, Government of Pakistan, Social Action Program 1992-95, Islamabad, 1992
- Rosen, J.E. and Conly, S.R., Pakistan's Population Program : The Challenge Ahead, Population Action International, Washington, D.C., 1996
- Tinker, A. and Koblinsky, M.A., Making Motherhood Safe, World Bank Discussion Papers No.202, World Bank, Washington, D.C., 1993
- United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, World Population Prospects : The 1994 Revision, New York, 1995
- UNICEF, The State of the World's Children 1995
- UNDP, Human Development Report 1994,
- UNICEF Pakistan and Government of Pakistan, Situation Analysis of Children and Women in Pakistan, 1992
- Pakistan Demographic and Health Survey 1990-91

第X章 貧困

目次

1. はじめに.....	317
2. 貧困の現状.....	317
2-1 貧困の指標の動き.....	317
2-2 貧困の地域差.....	318
2-3 貧困の性格.....	319
3. パキスタンにおける貧困の主要因.....	319
3-1 英国植民地支配以前の要因.....	320
3-2 英国植民地時代の要因.....	320
3-3 土地改革と「緑の革命」.....	321
3-4 構造調整政策の影響.....	322
4. 政府による貧困対策の内容と問題点.....	323
4-1 社会セクター.....	323
4-2 雇用対策.....	324
4-3 その他プログラム.....	327
(1) 所得移転プログラム.....	327
(2) 社会福祉プログラム.....	327
(3) 一般向け政府補助.....	327
(4) 女性向けプログラム.....	327
4-4 留意点.....	328
5. 現地NGOによる貧困対策の内容と問題点.....	328
5-1 パキスタンにおけるNGO.....	328
5-2 NGOによる貧困対策プログラムー Aga-Khan Rural Support Program (AKRSP).....	329
5-3 留意点.....	331
6. 開発援助の現状とこれからの課題.....	331
6-1 現状.....	331
6-2 課題.....	333
<付表>.....	334
<参考文献>.....	354

第X章 貧困

1. はじめに

貧困は、社会的、心理的側面にも密接にかかわり、また、その意味の地域的/時間的相違を無視しえないが、本編では、まず第一に、貧困の経済的側面を重視し、絶対的貧困の緩和の視点から分析を行った。すなわち、貧困層に所得向上をもたらし、また彼等が一定の生活水準を享受することを可能ならしめる恒常的な所得源確保のための対策の検討を行った。

さらにここでは、所得向上の対策を考える際に以下の二点について留意した。第一には、所得向上対策を効果的ならしめるためには、社会的間接資本を充実させる必要があるという事実である。たとえば、貧困層の教育水準が向上しなければ、所得向上プログラムを実施しても所得向上に繋がりにくいし、社会インフラが整備されなければ投資を呼び込むことは難しい。したがって、本編ではバキスタン国の社会セクターの分析、及び改善のための方策の検討も行った（詳細は本報告書の「教育」「保健/医療」「WID」を参照）。第二に、貧困対策の内容を検討するにあたっては、貧困の原因をある程度解明する必要があるということである。貧困の原因は、社会の在り方に密接に係っており、本編では、バ国の社会・権力構造と貧困との関係についての分析を行った（バ国政治構造の詳細については本報告書の「政治・行政」の章参照）。

2. 貧困の現状^{注1}

2-1 貧困の指標の動き

消費から見た貧困の指数は、1970年代初頭以来着実な改善が見られる。

1972/73から1993/94にかけて、一人当たり実質GNPは70%増加した。また、個人消費は50%増加した。同期間で人口は2倍に増えたものの、収入と消費における顕著な増加があった（表2-1参照）。ただし、富の分配にはほとんど変化がなかった（表2-2参照）。

1970年代中頃から、非熟練労働者（建築）の実質労働賃金が年平均1.1～2.0%上昇していることから見ても消費から見た貧困の低下が推測される。また、パンジャブにおける農業労働者の賃金も、83/84～93/94の間で、常時雇用と臨時雇用でそれぞれ3%と2.1%の上昇を見た（表2-3参照）。

世界銀行の報告(1995)によると、消費支出が貧困ライン（296ルピー；世銀の算定による）以下の人口の割合（以下貧困人口率と呼ぶ）が、1984/85には46%であったのが、1990/91には34%に低下した。（ただし、貧困ラインをより低くとれば、87/88と90/91で貧困層の割合は変わらなくなる。）貧困ギャップも低下した。なお、貧困の低下率は都市のほうが高い（表2-4参照）。

バキスタンの貧困人口率の変化を他国のそれと比較すると、バキスタンの場合は、1984/85から1990/91の間で貧困人口率は4.9%の低下を達成し、東アジア諸国の場合は、1980から1990の間で平均8%もの低下率を達成したが、ラテンアメリカとカリブ海諸国の場合は1980から1989の間で逆に上昇し、サブサハラアフリカと東ヨーロッパの場合は1985から1990の間で変化が見られなかった。

^{注1} The World Bank (1995a) による

国際比較で見れば、パキスタンは貧困緩和に一定の成果を収めて来たといえる。

人間開発指標で見ても、1970年代以来改善が見られる。たとえば、出生率が20%減少し、出生時の生存率が23%上昇し、乳幼児死亡率が1/3に減少した。また、1977年以来、初等教育への入学率は19%増え、また中等教育への入学率は62%に増えた。

こうした改善は見られるものの、パキスタンは未だ低所得国の平均値を下回っている。パキスタンの出生率は低所得国の平均水準より65%高く、乳幼児死亡率も30%高い。

また、成人識字率は25%低く、初等中等教育の就学率は平均の半分以下である。こうした数値を性別で見ると、女性のほうが男性より格差が大きい(表2-5参照)。

1991年の調査では、5歳以下の子供の半分以上は栄養不良であり妊婦の35%は標準体重を下回っていた。乳児の25~30%は出生時の体重が低かった。こうした、パキスタンの栄養状態に関する指標は他の同程度の所得国と比べても低い。

以上は、パキスタンの貧困に関する世界銀行の報告であるが、社会セクター指標における他のアジア諸国との比較表(表2-6)で検討しても、同様の結論を導き出すことができる。すなわち、南アジア諸国のなかでは、パキスタンのGNPIは相対的に高いが、社会セクターの指標で見ると問題が多い。出生率、乳幼児死亡率が相対的に高いことは前述のとおりであり、特に教育においては改善の余地が多く残されている。男女格差が、他の南アジア諸国に比べ大きいこともパキスタンの特徴である。

こうした社会セクターにおける問題は、同分野における政府支出の低さも一つの要因となっていると思われる。

なお、パキスタンにおける人間開発指標は174ヶ国中128位である。

2-2 貧困の地域差

連邦統計局は家計に関する2種類の統計を出している。一つは、National Household Income and Expenditure Survey (HIES)であり、もう一つは、The Pakistan Integrated Household Survey (PIHS)である。HIES、PIHSの数字で見ると、都市より農村の貧困の度合いが高い。貧困層の人口はそれぞれ34%と31.6%である。貧困層の74%が農村に住んでいる。パンジャープは全体としてシンドより貧困の度合いが高く、特に南パンジャープの農村地域の貧困層の人口は50%に近い。バロチスタンとNWFPについては、2つの統計の間でデータが異なる(表2-7参照)。

人間開発指標(成人識字率、初等教育就学率、乳幼児死亡率等)でみると一般的に都市のほうが農村よりはるかに高い水準を示している。北パンジャープは南パンジャープより高い人間開発指標を示しているが(女性については同程度)、南パンジャープの農村とシンドの農村の比較では顕著な差異は見られない。バロチスタンの指標はおおむね低い(表2-8参照)。

農業生産様式も州によって異なる。シンド州では封建的な生産様式が強く残っている。NWFPとバロチスタン州の大部分では、部族制が残っている。パンジャープ州では、土地の私有制と小作制が混在している。シンドでは、地主による搾取は大きい、農業労働者間での格差は少ない。

(小作人の耕作面積はほぼ一定。)一方、パンジャープやNWFPでは、自作農の耕作面積にかなりのばらつきがあるため、農民間での格差が大きい。

2-3 貧困の性格

世銀のサンプル調査によれば、都市部においては、人口の44%が賃金労働者、36%が自営業者、20%が失業その他で、ホワイトカラーが貧困人口において最も低く、ついで熟練労働者、臨時雇用労働者となり、貧困人口が最も高いのが1000ルピー以下の資産しか有しない自営業者(51%)となっている。

農村部においては、64%の家計が自作農であり、貧困人口は最も低い。小作人は13.6%を占め、貧困人口は46%と高いものであった。農業労働者は7%を占めるのみであったが、貧困人口は56%とさらに高かった。農村における非農業セクターで貧困人口の高いのは、臨時雇用労働者と、1000ルピー以下の資産しか有しない自営業者であった(表2-9参照)。

都市部においても、農村部においても資産の保有状況と貧困とは密接に結び付いており、人的、物的資本に最もかけている貧困層のグループが最も貧しいことがわかった。

貧困層は、人間開発指標においても低い数値を示している。識字率については、最低所得者層(ボトム1/5)は、19%と低く、高所得者層(トップ1/5)は、45%であった(表2-10参照)。初等教育への進学率も各々39%と70%であった。貧困層は、教育へのアクセスが奪われているといえる。また、女性のほうが男性よりも進学率は低くなっている(表2-11参照)。

1991年のPIHSのデータによれば、乳幼児死亡率は最低所得者層で最も高かったが(1000人中152人)、2番目の低所得者層と同じ数字であり、また、高所得者層(1000人中113人)とあまり変わりはない。乳幼児死亡率の場合には、むしろ衛生施設、給水施設の質、母親の教育レベルと関係がある。(1000人あたりの乳幼児の死亡率は、母親が教育を受けている場合と、そうでない場合とで、それぞれ81人と34人であった。)しかし、高所得とトイレや飲料水の施設の質については明らかな相関関係は見られないため、乳幼児の死亡率と家計支出の関係については必ずしも明確ではない(表2-12参照)。

また、家計支出と疾病との強い相関関係は、PIHSのデータからは見られない。

出生率と家族計画に関する知識については、低所得者と高所得者で開きがある。最低所得者に属する女性は、最高所得者に属する女性より平均二人子供が多い。ただし、最高所得者の女性でも平均6.1人の子供がいる。避妊用具の使用については、最高所得者は、最低所得者の3倍である。ただし、最高所得者でも、9.2%と低い(表2-13参照)。

3. パキスタンにおける貧困の主要因

パキスタンにおける貧困は農村に集中している(貧困層の74%が農村に住んでいる)。農村部における貧困の原因としては、農村部の社会、権力構造にその一端を求めることができる。こうした構造は、英国植民地支配以前の伝統的な身分階層制及び、植民地支配以後の資本主義導入の過程で生じた不平等な土地、資産の分配によって形成されてきた。さらに、パキスタンの場合には、農村社会構造がそのまま国全体の権力構造を規定しているところにその特徴がある。

以下に概略パキスタンにおける社会、権力構造の形成過程、特徴について説明する。

3-1 英国植民地支配以前の要因

ムガル帝国時代は、産業は圧倒的に農業に依存していた。農耕者は土地の耕作権を認められていたが、土地収入税を支払わなければならなかった。耕作は義務に近く、土地の処分権は認められていなかった。一般農民は、地域の管理を認められていた徴税請負人（地主、富豪）によって搾取されることが多かった。

村落における経済活動は、自給自足的なものであった。村落社会の中には身分階層制が存在し、農耕者（ザミンダール）と非農耕者（カンミー）が身分的に区別されていた。カンミーはザミンダールに対し労働力を提供することで最低水準の生活が保障されていた。賃金は収穫時に物納で支払われた。こうしたパトロン-クライアントの関係は冠婚葬祭を含む生産消費活動全般に及んでいた。また、カンミーの内部でも職種により身分の差、貧富の差があった。こうした身分階層制度は現在でも村落社会に残存しており、これが所得・資産格差（特に資産格差）と密接に関わっている（平島、1977）。すなわち、前述のように、最貧層は臨時雇用労働者や1000ルピー以下の資産しか有しない自営業者において顕著に見られ、またカンミー内の階層間でも資産・所得格差が存在している。

3-2 英国植民地時代の要因^{注2}

英領期以前には土地は王朝に属し、農民は土地の用益権を自由に処分することはできなかったが、インドに対するイギリスの支配が確立されると、土地の私有制度が導入され、土地売買の自由が保障されるようになった。

土地私有制の確立により、地代から地租を差し引いた残りの部分が地主個人の収益となったため、土地の商品価値が生じ、土地市場形成の基礎が形作られた。土地の所有権は、地籍調査が行われた当時、土地を管理していた者に付与され、これにより土地を基礎とする新たな権力構造がもたらされることとなった。

新たな権力構造の形成に大きな役割を果たした一つの要因に、植民地政府によるパンジャープ地方への大規模な灌漑事業、及び灌漑地への入植事業が挙げられる。

植民地政府は、パンジャープ地方の私有権が不明確な広大な可耕地（約1万エーカー）に、莫大な灌漑投資を行ったが、その動機は、1)歳入ベースの強化、2)生産及び雇用の増加による政治的安定の達成、3)輸出用作物の増産、ラクダの飼育、にあった。こうした動機から、投資に当っては、収益性が重んじられたため、投資は、飢饉防御用灌漑施設ではなく、生産的用水路の建設に向けられ、またパンジャープへの多額の配分が行われた。パンジャープの肥沃な土地への集中的な投資の結果、当地の商品価値は相対的に上昇し、その後も緑の革命等、技術投資がこの地に集中したことから商品価値は上昇し続けた。

灌漑事業によって新たに耕地化された土地は、入植地として資本家、ヨーマン、小農に割り当てられた。資本家、ヨーマン等、英統治に協力したものの、十分な資金力のあるものが優遇された

注2 平島成望 (1975) による

ため、この入植政策により、土地制度の不平等が促進され、過去の権力構造が強化されることとなった。

さらに、農村部の歪んだ権力構造は、上記のような土地私有権の非市場的分配のみならず、土地私有権の市場を通じての分配によっても強化されることとなった。

1891年から1942年の間の農業生産性と地価の年平均増加率をみると、農業総生産の年平均成長率は1.39%、1エーカー当りの成長率は0.50%で、これに対し地価の年平均上昇率は4.92%であり、地価の上昇は生産性のそれを上回っている。内部収益率で、この期間の土地投資の動きを見ると、内部収益率はほぼ一貫して下落しており、1913年頃には協同組合の低利の融資をもってしても土地投資の経済性は保てなくなる（平島、1975）。しかしながら、金融業者の土地市場参入が禁止された1900年以降も、年間20万エーカー前後の土地移動が行われているという事実は、私的地代を蓄積した富農、地主のみが土地市場に参入しさらなる土地を確保しえたということを示している。

こうした植民地時代の灌漑投資のパンジャープへの集中および、土地の私有制度の確率と私有権の市場および非市場を通じた不平等な分配は、小農の地と言われたパンジャープ地方における地主制形成の要因となった。これは、この時期パンジャープにおいて低い人口増加率にもかかわらず一貫して高い小作比率の増加を示していることから明らかである。

地主の経済力の増大は、その政治力の強化をもたらした。植民地政府により課せられた貨幣による地税の支払により小農や小作人の貨幣需要は増加し、また生活必需品の上昇や商品作物の価格の変動はさらにその需要を増加させた。小農や小作人は融資の保証や雇用の確保のため地主に対する経済的依存を強めてゆき、こうした状況において地主は地域に対する政治的な影響力を強化させていった。植民地政府は、統治のため彼等の影響力を利用した。1880年代より、地主や農村の有力者は州レベルの政治に参加するようになり、さらに1919年に成立した都市部と農村部における議席に関する法案により、議席の多くは農村部に割り当てられたため、農村部の有力者の政治的権力が増大していった。植民地政府のこうした一連の政策は、現在のパキスタンにおける農村部の権力構造の基礎を形作った。

さらに、パキスタン建国時には、わずかにあった商業資本が、民族移動によりインド国内に移ってしまったため、少数の在来土地所有者と多数の零細農民および小作人を主体とする社会構造ができ上がった。

3-3 土地改革と「緑の革命」^{注3)}

1957年のアユーブによる土地改革および、1971年のZ.A.ブットーによる土地改革は大土地所有世帯間での個人間の所有権の移転をもたらしたのみで土地保有の格差は依然として残った。

土地改革の農村部の社会構造に及ぼした影響は、地主層が1960年代初頭より、土地改革に対する防衛手段として導入した機械化により、特にパンジャープ地方において地主による自耕地化が

注3) 平島成望 (1976) による

拡大し、小作農民が減少したことが上げられる。これは、動力揚水機、トラクターの普及のなかで土地の生産性を高め、さらに1960年代後半の高収量品種の導入により自耕地化の経済性がさらに高まり、小作地の自耕地化はますます進展した。

パンジャブにおいては、小作地名目の土地を減らすべく、従来の刈り分け小作制からリース制への移行が進んだ。追放された小作人は他村の小作農民になるか、リース契約のもとでの「作物管理労働者」となり、直接、農業労働者となることは少なかった。他方、シンド州では、小作地の比率が依然高く、刈り分け小作契約による中小小作農と、リース契約で規模を拡張した資本主義的大農への両極分解が見られた。

機械化および高収量品種の普及は、高い灌漑比率やインプットの補助政策などと相まって、かなりの収量増をもたらしたが、一方で農村における所得格差の改善をもたらすことはなかった。理由は、土地所有者と非土地所有者の所得格差が、経営内容の善し悪しに基づくものではなく、私的土地所有によって発生する地代に基づくものであり、したがって、資産規模の格差がここで重要な意味を持つてくるが、資産規模の格差の縮小を妨げる要因が存在してきたということである。すなわち、地価が土地の生産性に基づく地代水準を上回る水準で常に上昇してきたため、借地農が土地市場に参入できず、所得格差を拡大させてきたのである（平島、1976）。

資産や政治力を持たない貧困層は、現在でも土地市場に参入できず、また制度金融に対するアクセスも持たず、地位や生活の向上の機会が失われている。

3-4 構造調整政策の影響¹⁴

パキスタンの基本的な農業政策は、価格、補助金政策である。

1970年代の農業政策は、国際価格より低い価格で主要農産物（小麦、米、綿花など）を政府が強制的に買い上げ、都市労働者向けに安価な食料を供給しようとするものであった。これは、基本的には、農業セクター収奪的な政策であるが、農業投入財への補助金政策と抱き合わせることで、農業生産へのインセンティブを与えようとした。

しかし、農業投入財や都市消費者への補助金が拡大したため、国家の財政赤字は膨張し、更に、価格政策に対する国家の過度の介入のため、経済非効率性が拡大した。

こうした反省から、IMF、世銀の勧告もあり、1980年代には構造調整政策が実施され、政府の市場への介入を減らし、市場機能を重視する政策がとられた。すなわち、生産者価格の引き上げと補助金の縮小により、財政支出をへらし、農業の供給能力を向上させようとした。

しかし、肥料価格が上昇しても、支払い能力のある、販売余剰の大きな富裕層は、化学肥料価格の上昇分を販売する農産物価格に上乘せすることで相殺することができたが、小規模農家にはそれができず、打撃を受けた（黒崎、1992）。

更に、カンミーと呼ばれる農村部の職人層は、地主から現物収入を得ているが、現物収入が80年代に低下したうえ、米、小麦等の価格の上昇のため、非農家層の消費する主穀物を現金賃金の穀物で賄うことができなくなった（同上）。

政治の中核が富裕層、地主層であったことが、こうした政策を推進せしめた大きな要因であった。

¹⁴ 黒崎卓（1992）「パキスタンにおける大土地所有者—農業政策との関係を中心として—」、山中楓、「パキスタンにおける政治と権力—統治エリートについての考察—」、アジア経済研究所、による

4. 政府による貧困対策の内容と問題点

貧困層の多くは農村に存在し、さらに農村地域の最貧層の多くは土地、資産を持たない非農家層によって占められている。前述した固定的な身分階層制度や、貧困層の資産へのアクセスにおける阻害要因が存在するため、こうした貧困層が貧困の状態から抜け出すことが困難な状況になっている。

したがって、貧困層が安定した収入源を獲得することを通じ、固定的な身分階層制度や不平等な資産の分配状況を変えてゆくことを長期的な目標に据えて、貧困対策を検討する必要がある。

詳しくは、後で述べるが、農業収入の場合は、極めて不平等な土地の分配状況により、その収入源としての不平等性が高く、一方で、畜産業収入や、自営業、未熟練労働、農業投入物の生産などの非農業収入の場合は不平等性が低い (H. Alderman and M. Garcia, 1993, および Adams Jr., 1994)。

従って、貧困層の収入源確保のための対策としては、非農業分野における投資を通じた農村および、農村近郊における雇用機会の創出や、小規模工業や自営業育成のための貧困層向け小規模クレジットの拡大などが考えられる。しかし、こうした対策のみでは不十分であり、貧困層や貧困地域が抱える問題 (低い教育水準、社会、経済インフラの未整備など) が同時に解決されなければならない。

例えば、仮に所得水準が向上しても、女性の教育水準が向上しなければ、栄養状態の改善には繋がりにくい。また、栄養状態が改善されても予防接種率が向上しなければ、子供の健康状態の改善は図れない。

こうした視点を念頭に置き、政府の貧困対策の内容と問題点を、特に社会セクターと雇用対策に焦点を絞り検討してみたい。

4-1 社会セクター

高い経済成長率にもかかわらず、社会セクターにおけるパフォーマンスの指標は極めて低い。近年、社会セクター改善の必要性に対する認識が高まったため、1992年度より、政府はSocial Action Program (SAP)を策定し、社会セクター拡充のための特別な予算の枠組みを作った。政府の第8次5ヶ年計画においても、SAP支援の姿勢が打ち出されている。

SAPは、初等教育、プライマリーヘルスケア、保健、家族計画、飲料水供給、衛生の質と量の改善を目標としており、これを通じて、貧困緩和、男女格差の是正、社会サービスへのアクセスの改善、環境の質の改善を目指すものである。

SAPは、プログラム実施上の改善のため、社会セクターにおけるリカレントコストの確保、及びデリバリーの改善を目指している。すなわち、分権化を推進し、プログラムの実施主体として、ローカルコミュニティやNGOを積極的に活用することで、政府の政策やプログラムを州、地方レベルで効果的に実施しようとするものである。また、ローカルコミュニティの参加を重視している。

SAP以前の社会プログラムは、セクターごとに関連がなく、また、対象が住民組織ではなく、個々の家計であることが批判されている。例えば、職業訓練だけでローンの供与がなければ、生

活の向上にはつながらないし、民主的な住民組織がなければ、効果的な社会サービスのデリバリーや施設の維持運営管理は望めない。こうした反省に基づき、SAPでは、プログラムにおけるローカルコミュニティやNGOの役割を重視している。

例えば、SAPを実施するNGOとしては、National Rural Support Program (NRSP)が1992年より政府の支援の下、活動を開始した。これは、Aga Kahn Rural Support Programをモデルにしたものであり、主体的に開発プログラムを実行できるローカルコミュニティの確立を支援するものである。また、現地のニーズを考慮した学校建設や、コミュニティヘルスワーカーの育成プログラムなどが行われている。

また、州政府は、NGO支援のために保健・教育基金を設立した。

SAPの主要なターゲットは、1997/98までに、女性、女生徒、男性の識字率を各々40%、81.6%、66%まで引き上げる、人口増加率を2.7%まで減らす、飲料水を農村人口の70.5%に供給する、平均寿命を70.5歳まで引き上げる、乳幼児死亡率を1000人中5人までにするというものである。93/94の予算は、17億4千9百万ルピーである。

SAPの下で、政府の取組にかなりの改善が見られたものの（SAPセクターへの国家支出が、93年度の対GNP比1.7%から2.0%に上昇、さらに95年度には2.6%の予算が計上されている。）、その達成度はまだ満足のいくものにはなっていない。93/94のSAPの実施状況は、緊縮財政や公務員採用の抑制などの影響でバランスを欠く内容となっている。93/94の支出は、基礎教育、保健、農村飲料水供給、衛生改善で、予算の80~90%、家族計画で69%となっている。リカレントコストの支出は、95~100%とまだ良いが、非人件費の項目については目標に達していない。社会セクターの支出は、92/93でGDPの1.7%から94/95にはGDPの2%に増加した。しかし、賃金の上昇で圧迫されているリカレントコストにおける非人件費の支出を増加させる必要がある。

4-2 雇用対策

政府はこれまで、高い経済成長率の達成により雇用を創出できるとの考えから本格的な雇用対策における取り組みを行ってこなかった。

1980年代は、年平均6.4%（農業5.4%、製造業8.2%）を記録したが、高い人口増加率によって相殺され、平均3.51%の失業率に終わった。90年代には、経済的に停滞し成長率は平均4.8%（農業3.6%、製造業5.8%）にとどまっている。これに伴い、雇用状況も悪化し、93/94には失業率は6.7%に達している（表4-1参照）。失業者は、90/91の約1万人から、現在では約2万人と推定されている。これに、不完全就業者の数を加えるとその数はさらに大きくなる。

ちなみに、パキスタンにおける失業の特徴として、失業者のなかに教育を受けたものがかなり含まれること、労働者の1/4は生存維持に必要な賃金を得ていないことがあげられる。

経済成長率を高めることは、こうした状況の改善に必要であるが、81年から92年までの雇用の弾性値は0.2にすぎない（農業で0.08、製造業で-0.05）（表4-2参照）。高い人口増加率も一因であろうが、Kemal（1994）によれば、これはある程度資本集約的投資の増大に起因している。

現在の雇用創出における問題点としては、1)公共部門における雇用が飽和状態であること、2)組織化された工業セクターにおける雇用成長率がマイナスであること、3)海外への出稼ぎの減少、

4)教育、訓練を受けた女性の労働市場参入の増加、があげられている (Ghayar,1994)。¹⁵

こうした状況の中で、第8次5ヶ年計画において雇用は重要な政策課題の一つとして取り上げられた。計画は、5ヶ年で572万人の雇用を創出することを狙いとしており(表4-3参照)、こうした目標の達成のために9つの要素を含む戦略をたてている。

すなわち、1)高い経済成長率の達成、2)人口増加の抑制、3)労働集約的技術の促進、4)技術教育、職業訓練のための施設の拡充、5)自営のための金融制度の拡充、6)労働移民の促進、7)特に農村地域における、社会サービスの拡充、8)女性のための技術訓練、雇用の拡大、9)障害者に対する特別な雇用計画の立案、実施、である。

具体的には、94/95年度の計画においては、次のような目標が設定された。すなわち、1)連邦政府における30,000人の雇用(単純労働)、2)33,000人の女性ヘルスワーカーの訓練、3)10,000人の教育水準の高い失業者の教員としての訓練、4)自営プログラム(Youth Investment Promotion SocietyやPrime Minister's Self-Employment Scheme等—詳細は表4-4の通り)を通じた小規模ローンを50,000ルピーから300,000ルピーに拡大、である。

各セクター別に計画の内容を見てみると、まず、製造業においては、0.63百万人の雇用創出を見込んでいる。しかし、産業の重点が、エンジニアリングや重工業に移っており、こうした分野では雇用の弾性値が低いため、達成は難しいと予想されている(Haq,1994)。また、小規模工業育成による雇用の創出も、先進技術や融資、市場情報へのアクセスが限られているため収益が低く、低賃金たらざるを得ない。このため貧困緩和へのインパクトが限られてしまう。

建設業においては、公共事業の多くは、資本集約的(高層ビル、空港、ハイウェイ等)であるため、1970年代のThe People's Works Programmeでさえ、賃金の支出に占める割合は1.6%にすぎなかった。同様に今次計画における建設セクターにおいても貧困層に支払われる賃金は、全体の10-15%にもいかないであろうと予想されている(Haq,1994)。

インフラ分野は、マーケット道路、水供給、電力供給、小規模灌漑などを含み労働集約的であるので貧困緩和に役立つ(Haq,1994)。

海外への出稼ぎ労働者の数は1981年の168,000人をピークに低下、1986年には、62,568人の最低を記録したが、その後上昇し、92年には191,506人に増加した。しかし、出稼ぎ先での失業、低賃金のため、送金額は下落した。したがって、計画における500,000人の出稼ぎは達成困難と思われるし、たとえ達成しても送金額の上昇は望めないと予想される(Haq,1994)。

海外への出稼ぎ労働は、貧困層の資産・所得の向上に効果的であるが、出稼ぎ先における経済状況に依存するため、貧困対策のなかに取り入れるのは難しい。

最後に、農業セクターでは、1.88百万人の追加雇用の創出を見込んでおり、百万ヘクタールの灌漑開発、高付加価値労働集約技術へのシフト、果樹、畜産、水産業の発展、農加工業の開発などをめざしている。(しかし、追加雇用の数字の中には農業機械化による失業者の増加(1.5百万人)は考慮されていない。)

ZaidiとDevos(1994)によれば、貧困家庭の84%は農村にあるが、フォーマルセクターにおける雇用はほとんど都市部に位置する。農村地域には組織化された労働市場がなく、農村部からと市

¹⁵ さらに、政策上の問題(経済自由化政策と雇用対策を如何に兼ね併せるかといった問題、民間セクターの政策立案過程への参加の欠如等)や実施上の問題(雇用促進プログラムや人的資源開発プログラムを立案する制度上のメカニズムの欠如)が指摘されている。

部への継続的な人口流失がある。

第8次5ヶ年計画は貧困対策の戦略として、必要なカロリー摂取を確保するための農業開発、とりわけ食料増産を重視している。The National Commission on Agricultureは、雇用創出能力が少なく、非効率的な工業セクターより農業を重視し、バランスのとれた開発を目指すべきであるとしている。NCAによれば、農業活動にはいまだに潜在的な雇用機会が多く残されており、マーケティングや運輸交通も含め前方・後方連関が強いとしている。

このように、政府は雇用の創出、貧困対策として農業セクターを重視しており、事実、貧困層は農村部に多くいることから判断しても、貧困対策において農業セクターは重要であると思われるが、一方で、以下の様な問題もある。

Adams, Jr.(1994)によるパキスタン農村家計データの分析結果(表4-5参照)によれば、貧困層の収入の多くは非農業所得によっている。また、非農業所得は、農業所得、賃貸料収入、所得移転収入、家畜収入に比べ、ジニ係数が低く、所得格差を削減する効果のある一方で、農業所得は不平等性が高く、所得格差を拡大させる効果があることを明らかにしている(Adams, Jr. 1994)。さらに、Adams, Jr.は非農業所得のうち、未熟練労働による収入、自営による収入が最貧層の所得構成にしめる割合が最も高く、所得格差是正に効果があると論じている。前述のように、農民、地主優位の身分階層制や農業開発に必要な資産や土地の不平等な分配状況を考えれば、農業開発を通じた雇用の創出が、直ちに貧困緩和に効果があるかは疑問の余地がある。

また、農業開発を通じて食料増産を達成しても、それが必ずしも貧困層に裨益するとは限らない。

Adams, Jr.の議論に従えば、貧困緩和における取り敢えずの対策としては、非農業セクターにおける未熟練労働の分野での雇用の創出がまず考えられる。前述のHaqの指摘にもある通り、インフラ分野での雇用の創出は貧困緩和に役立つ。

しかし、この分野での雇用は、恒常的な所得源とはなり得ない。安定的な雇用の創出のためには、やはり、農村近郊における投資の拡大のための対策を実施していく必要がある。この点において、社会インフラ、基礎インフラの整備事業は、一時的な雇用創出効果があるだけでなく、新たな投資を生み出す環境整備の役割も果たす。農村産業の振興にあたっては、NGOや民間セクターの役割が重要であり、政府としてNGO、民間セクターへの支援を積極的に行っていく必要があると思われる。¹⁶

また、小規模クレジットスキームの拡大、地域に密着した金融機関の設立支援を通じて貧困層の自営活動を支援する事も重要な対策の一つである。ただし、この場合には、貧困層への経営技術のトレーニング、ビジネスや市場の情報を提供する機関の設立もあわせて行なう必要がある。こうした対策は、前述のように小規模ローンの拡大等徐々にとられつつあるが、まだ予算面でも、実施体制の面でも十分とは言えず、援助機関の支援が必要な分野と思われる。

また、貧困層に対する初等、中等教育の充実もあわせて行う必要がある。

¹⁶ 例えば、Rural Industries Support FoundationというNGOは農村地域での産業開発を促進する活動を行っており、また、地域の地主の産業開発への投資を促すべく、地主に対する技術的、物的支援を行っている。

4-3 その他プログラム

(1) 所得移転プログラム

低所得者の48%は私的な所得移転（親類からの援助等）の純受益者であり、移転は平均で総消費支出の48%を占める。低所得者層で所得移転を受けていない家計は、年間の消費支出が、所得移転を受けている家計の64%にすぎず、所得移転効果は大きい。

こうした状況のなかで、政府は、私的支援を受けられない貧困家庭に対し、公的資金による所得移転プログラム（The Zakat and Ushr Programme, The Bait-ul-Maal Programme）を導入した。

The Zakat and Ushr Programmeは1980/81に開始されたプログラムで、個人の一定の金融資産と地主の一定の生産物に課税し、その資金をムスリムの未亡人、孤児、障害者等に与えるものである。このプログラムは財政省内の中央ザカート局の管理のもと全国115の地方ザカート委員会により実施されている。

The Bait-ul-Maal Programmeは食糧補助プログラム及び前者のプログラムの対象とならない非ムスリムの貧困層に対する資金援助プログラムよりなる。実施機関は社会福祉省である。

しかし、世銀の報告書によれば、前者については、税の徴収率の向上、資金の非貧困層への流失の防止などの改善が必要であり、後者については、プログラムへの依存度を少なくするため、食糧補助プログラムに雇用プログラムを組み合わせる必要があるとしている。

いずれにせよ、所得移転プログラムは貧困の一時的な緩和には効果があるが、恒久的な貧困緩和のための対策とはなりえないと思われる。

(2) 社会福祉プログラム

連邦政府、地方政府を合わせて、社会福祉局の予算は、94/95でGDPの0.04%である。連邦社会福祉局は12000のNGOを管轄する責任があり、近く年間の会計検査を始める予定である。州の社会福祉局は実際にプログラムを実施しており、地方のNGOへの資金の配分も行っている。パンジャープでは、前述のZakatプログラムやNGOと密接に連携して社会的弱者の救済を行っており、また職業訓練なども行っている。しかし、パンジャープについていえばNGOの活動規模のほうが大きい。

(3) 一般向け政府補助

この予算は、94/95で約300億ルピー、GDPの1.6%に当る。しかし、貧困層への裨益は少ない。

(4) 女性向けプログラム

パキスタンにおける女性の平均寿命、識字率、就学率、乳幼児死亡率は、パキスタンの男性と比較しても、また、他の南アジア諸国の女性と比較しても低い。

更に、労働市場における女性の地位も低く、以下のような特徴を有している。1)インフォーマルセクターに集中、2)特に家事労働に集中、3)インフォーマルセクターのなかで特に低賃金の仕事に集中している、4)教育の機会が限られているため、フォーマルセクターやホワイトカラーの仕事は主に男性によって占められている（Bilqees and Mahmood, 1994）。

第5次5ヶ年計画のもとで、1979年に政府内に女性課が設けられ、女性のニーズにあった政策

の立案や、女性の教育や訓練のためのプログラムの計画、実施を行っている。NGOへの資金援助も行っている。女性課以外にも、州政府の福祉課が独自のプログラムを実施しているが、女性課の活動規模が最も大きい。1979-80と1987-88で15,000のプロジェクトを実施し、その46%は教育、訓練関係、31%がコミュニティーデベロップメント、19%が社会福祉となっている。

しかし、女性向けプログラムの拡大が図られてはいるが、文化的、宗教的理由から、一部都市地域を除き女性の地位向上に改善は見られない。

4-4 留意点

- (1) SAPにおける取り組みなど、パキスタン政府は社会セクターの改善を重視し始めているが、社会セクターにおける予算は他の南アジア諸国と比べても低い。
- (2) 貧困対策の実施に当っては、NGOとの連携を今後さらに積極的に図ってゆく必要がある。また、後述するが、NGOに対する規制を緩和し、NGOが活動しやすい環境作りを行う事も重要である。
- (3) 社会セクターに対する取り組みに比べ、貧困層の雇用対策においては、十分な検討・取り組みがなされていない。繰り返しになるが、貧困層の雇用対策を考える場合、非農業セクターを重視すべきであり、その対策としては、①基礎インフラの整備における雇用の創出、②民間セクターの農村産業投資の促進支援、③小規模クレジットスキームの拡大、地域に密着した金融機関の設立支援、④貧困層への経営技術のトレーニング機関、ビジネス情報を提供する機関の設立などが挙げられる。

5. 現地 NGO による貧困対策の内容と問題点

5-1 パキスタンにおける NGO

NGOは、一般論としては、住民に近く、柔軟なプロジェクトの実施体制を有しているため、貧困緩和においては政府よりも効果的なアプローチを取りうると言われている。しかし、パキスタンではNGOは最近の現象である。現在、パキスタンにはおよそ13,000のNGOが存在するといわれ、その40%が過去5年間の間に設立されたものである。パキスタンにおけるNGOの多くは、小規模で、リソースが限られ、福祉重視型で、都市地域に活動が集中している。経済開発に直接関わるよりむしろ、貧困緩和に関心を示しており、ほとんどがターゲットグループに対する参加型のアプローチを採用している。運営体制が整っているNGOのなかには、国際機関や外国援助プロジェクトの枠組みに入り活動を行っている機関が多い。対象分野としてはSAPを対象とするものが増えている。ここ10年の間で、NGOは開発における政府の潜在的なパートナーと看做されるようになってきた。もちろん一部には未だに相互不信が存在するが、1991年に設立されたNGOであるNational Rural Support Programに対する政府の支援など、NGO-政府の連携が実際に行なわれるようになってきている。ただし、現在NGOの活動に対する地方、州政府レベルでの様々な規制が存在しており、中央政府は、法令、基準の統一化を検討しているが、NGOの効果的な活動を推進す

るためにも、NGOへの規制は、年次報告書の提出、会計検査など最小限に留めるべきであろう。

代表的なNGOとしては、Aga-Khan Foundation, Red Crescent Society, All Women's Association, Deaf Education and Welfare Associationなどがある。

5-2 NGOによる貧困対策プログラム—Aga-Khan Rural Support Program (AKRSP) ^{注7}

NGOプロジェクトとしては、たとえば、Aga-Khan Rural Support Programが代表的で、ギルギット、チトラル、バルチスタンの北部農村地域で実施されており、13年の実績がある。生産投資や農道の建設などのインフラ整備、及び訓練、技術・金融サービスの提供等を行ってきた。アプローチとしては、村落コミュニティー (Village Organization—VO) や女性組織 (Women's Organization—WO) を形成して、主体的にプロジェクトを形成、運営せしめるというものである。

スキームとしては、生産インフラストラクチャー整備 (PPI) プログラム、自然資源管理 (NRM) プログラム、人的資源開発プログラム、マーケティングプログラム、貯蓄・融資プログラムがある。

AKRSPに係る世銀の評価報告書 (1995) によれば、1982年から1991年の間でプログラム実施地域における一人当たり所得は2倍となった。PPIプログラムの実施により、灌漑用水の供給が強化され、野菜、果樹等商品作物の生産地面積は大幅に増大した。

プログラムを通じて、生産手段を購入し、生産物を販売する能力が強化されたために、生産性が上昇し、単位当りの生産コストを下げる事ができた。融資は容易に受けられるようになったため、より多くの生産手段を購入し、より付加価値の高い農産物を生産できるようになった旨同報告書は指摘している。

しかし、すべてのプロジェクトが成功しているわけではない。また、AKRSPは農業開発プログラムを中心に行ってきたが、農村の貧困層の多くは収入のかなりの部分を非農業所得に依存しているため、より長期的な見通しに立って戦略を立てる必要がある。

また、同報告書は、PPIプログラムにおける地域間、コミュニティー間、家計間での平等な開発機会の分配についても、ほぼ目標を達成していると評価している。ただし、援助の裨益効果については、資産の保有状況や個人の能力の差によって異なってくる。また、WO (女性組織) の組織化は進んではいるものの、家庭内での男女間の格差、機会の不平等の是正には十分な成果を挙げていない。女性の低い識字率や宗教的、文化的な要因が女性の伝統的な役割の変化を妨げている。

さらにここで留意すべきことは、北方地域では他の地域と異なり、大多数の農村住民は農地を保有し、収入は農業に依存しているため、VO (村落組織) の構成員間での新規開発農地、灌漑用水等の平等な分配は概ね達成できたわけであるが、一方で、土地を保有していない貧しい農村住民も一部に存在し、彼等は本プログラムの恩恵を受けていないという事実がある。今後こうした階層にも援助の利益が行き渡るようなプログラムを行ってゆく必要がある。

VOの組織化については、一定の成果を上げてきており、ギルギットでは農村家庭の3/4、チトラルとバルチスタンでは2/3がVOのメンバーとなっている。また、一部のVOについては自主運営の能力が備わってきている。政府も開発におけるVOの役割の重要性を認識しはじめており、北方地域においてSAPを効果的に実施する上でVOを活用することにしている。しかし、未だに、自主

^{注7} The World Bank (1995b) による

運営能力の強化、生産・社会インフラ整備のための資金源の確保、自然資源管理能力の向上、企業能力の向上など多くの課題が残されている。

前述の世銀の報告書によれば、VOの組織化に限らず、AKRSPの他のプログラムにおいても解決すべき問題は多く残されているが、プログラムの成果は貧困緩和の点からも評価に値するものであるとしている。

ただし、ここで留意すべき点は、AKRSPの成功が特定の条件の下でもたらされたということである。特定の条件とはすなわち、同地域にカラコルムハイウェイが開設されたこと、1972年に封建領主が廃止され同地域に権力の空白が生じたこと、アガ・カーンという精神的指導者の指導をイスラームの村々が受け入れたこと、アガ・カーンの力によって、妨害なしに政府の支援が得られたこと、AKRSPの初代の会長であるショアイブ・スルタン・カーンにカリスマ的指導力があつたこと、プログラムスタッフがヘリコプターを使用できたこと、農家に有利な市場価格が生じたことである。

このことは、AKRSPモデルをそのままパキスタンの他の地域に適用しても、必ずしも成功するとは限らないことを示している。しかし、同時にこれは、AKRSPのアプローチや考え方の有効性を否定するものではない。事実、AKRSPによって試みられた諸原則や方法は、パキスタン国内や他の南アジア諸国における幾つかのプログラムに用いられている。

現在、パキスタンには、“農村支援プログラムネットワーク”（スタッフ同士が経験・知識をシェアするためのネットワーク組織）の下に7つのプログラム（AKRSPを含む）があるが、それら7つのプログラムには幾つかの共通点がある。すなわち、村落コミュニティーの形成、インフラ整備等開発の阻害要因を相殺するプロジェクトの実施、小規模融資プログラムの実施、村落組織の指導者に対するトレーニングプログラムの実施などである。さらに、これらのプログラムは、しばしば政府の資金援助を受けてはいるが、すべてNGOによって組織されている。

7つのプロジェクトのうち、Balochistan Rural Support Program (BRSP)とPak-German Self Help Project (IRDP)はAKRSPと同時期の1980年代の初頭に開始されたものであり、AKRSPのモデルには基づいてはいないが、AKRSPの考え方やアプローチの影響を受けている。上記の2プログラムより後に設立されたNWFPのKalam Integrated Development Project (KIDP)とSwabi Irrigated Agriculture Project (SIAP)は、現地の状況にあわせてプログラムの内容をかなり変更しているものの、AKRSPの基本的な考え方、原則を採用している。Sahad Rural Support Corporation (SRSC)については、1990年に、AKRSPのモデルに基づいて始められ、AKRSPからの人的及びマネジメント上の支援を受けたが、満足いく結果が得られなかったため、現地の状況に合わせプログラムを変更し、状況を改善した。1992年に開始されたNational Rural Support Program (NRSP)は7つのプログラムの内で最大の全国規模のプログラムであり、AKRSPの原則の採用、普及に最も野心的に取り組んだ。AKRSPとのスタッフの交流等AKRSPの経験の活用を図ってきたが、AKRSPモデルは採用せず、基本的な考え方と、移転可能な手法のみ採用している。

世銀やADB、IFADの融資によるパキスタン政府のプロジェクトにおいても、その幾つかは、村落コミュニティーの組織化などAKRSPの原則や手法を採用している。しかし、トップ・ダウンでかつ供給中心の開発アプローチに慣れた政府のスタッフでは参加型の手法に馴染めないため、最

近ではこれらのプロジェクトにNGOやコンサルタントを受け入れ始めている。^{注8}

このように、AKRSPの具体的な手法については現地の状況に合わせてかなりの変更が加えられる必要があるが、その基本的な考え方やアプローチについては、貧困対策に有効であるとの認識が広がりつつある。

しかし、地域の事情によって異なるものの、一般的には、身分階層制と内婚集団の存在により分断され、大土地所有者が政治権力を握っている既存の農村の社会・権力構造のもとでは、民主的な村落コミュニティの形成は容易なことではない。

従って、AKRSPのように、プロジェクトの成功しやすい比較的条件の整ったところから始めて、少しずつ貧困層の生活・地位の向上の実績を積み重ねて行くことが重要であると思われる。

5-3 留意点

- (1) NGOの抱える問題点は、規模の小ささと、資金の不足であり、プロジェクトのインパクトは極めて限定的にならざるを得ない。
- (2) 開発資金においては、NGOは、AKRSPのような大きなNGOは別にして政府や外国の援助機関にある程度依存せざるを得ないが、NGOの主体性が阻害されないように留意しなければならない。NGOは貧困緩和のための援助資金を効果的かつ平等に分配しうる受け皿（村落組織等）作りにおいて最大の貢献がなしうると思われる。また、国内のNGO同士及び海外のNGOとのネットワーク作りも重要である。
- (3) パキスタンのNGOの農村地域における所得向上プログラムは農業開発が中心であったが、今後は、非農業所得向上のためのプログラム（非農業分野での投資の拡大等）を拡充する必要がある。

6. 開発援助の現状とこれからの課題

6-1 現状

- (1) パキスタンに対する開発援助は、80年代後半以降拡大傾向にある。（ODA par capita：86年—8.3ドル、91年—10ドル）
91年から93年にかけての援助のセクター別実績を見ると、農業が19—23%と最も高く、次いでエネルギー（15—17%）、SAP（12—10%）となる。
SAPについて見ると、91年から93年にかけて、基礎教育への援助が最も増大し（3千万ドル）、累計額でも他のセクターに比べ最高である（9千2百30万ドル）。保健、衛生の分野では、92年から93年にかけて逆に減少した。

^{注8} また、インドやバングラデシュでもアガ・カーン財団が支援しているプロジェクトにおいてAKRSPの経験が活かされている。また、UNDPは南アジア諸国でパイロットプロジェクト（Institutional Development at Grassroots for Poverty Alleviation）を始めたが、ネパールのパイロットプログラムにおいては、元AKRSPのショアイブ・スルタン・カーンが責任者となっている。

(2) 主要なパイのドナーは、93年で、供与額順に、日本、アメリカ、フランス、オランダとなる。92年では、アメリカ、日本、イギリス、オランダとなる。先進国NGOの援助フローは、92年では2%であったが、93年には1%に減少した。主要なマルチのドナーは、92年、93年とも、ADB、世界銀行、UNHCRである。

(3) 最近の援助動向を見ると、従来型のインフラ整備等のプロジェクト型援助の他に、大きく分けて2つの流れがあると思われる。一つは構造調整プログラムであり、一つはSAP支援に見られる社会セクター支援である。

構造調整については、1980年代より、IMF・世銀によって開始され、現在でもパキスタンのマクロ経済運営は、ほぼIMF・世銀の意向に沿って行われている。また、規制緩和（特に輸出入部門）、民営化（電力部門等）も進展している。

構造調整関連融資では、94年度に2億5千万ドルの公共セクター構造調整融資(PSAL)を世銀がコミットし、IMFは3年間で14億円の拡大構造調整ファシリティー及び拡大信用供与措置に合意、OECDも1億5千万ドルのPSAL協調融資をコミットした。

こうした構造調整政策が経済効率性の改善には役立った一方で、貧困層に及ぼした影響については、パキスタンにおいてもネガティブであったといわれている。しかし、この分野での研究はまだ十分なされておらず、詳細は今後の研究の成果を待たなければならない。

ただし、理論的にいえば、（たとえば農業セクターにおいて）たとえ構造調整政策により農産物価格が上昇しても、貧困農家においては土地、資産へのアクセスが限られ、また経営能力が低いなどの理由から、貧困農家における農産物の供給の増大、ひいては所得向上に繋がらないことは明らかであると思われる。構造調整政策が成果を取めるためには、市場が正常に機能し、個人が価格に対して適正に反応しうる経済社会体制が確立される必要がある。そのためにはまず、国民の教育水準が向上し、現在の社会・権力構造がより民主的なものに変化しなければならない。

開発援助機関が直接一国の社会・政治体制に介入することは不可能であるが、体制変化に間接的な影響を及ぼす事は可能であり、そのための方途を検討していく必要がある。

(4) 1990年代に入ると、構造調整政策が貧困層に打撃を与えているとの批判が高まり、教育、保健・医療等の社会セクター支援へのドナーの関心が高まった。こうした背景のなかで、パキスタン政府は、前述の社会行動計画(SAP)を92年に、また人間開発重視の新たな戦略を取り入れた第8次5ヶ年計画を94年に策定した。

SAPの策定にあたっては、UNDPやオランダ政府、世界銀行が技術協力を行った。特にUNDPは「Balanced Development: An Approach to Social Action in Pakistan」と題するレポートをSAPに先立ち発表し、SAPの内容に影響を及ぼした。右を受け、CIDAとUNICEFも社会セクター支援、貧困対策に係るレポートを発表した。¹⁹

政策提言のみならず、プロジェクト・プログラムレベルでの取り組みも各ドナーで積極的に行われている。マルチのドナーでは、UNDPはもとより、世界銀行、ADBも社会セクターの改善、貧困対策を最重点項目の一つとしており、世界銀行とADBはそれぞれSAPの3年間の

¹⁹ CIDA (1992) *Improving the Efficiency and Effectiveness of Spending in the Social Sectors and Increasing Resource Mobilization in the Provinces*. UNICEF (1992) *Just Adjustment: Protecting the Vulnerable and Promoting Growth*.