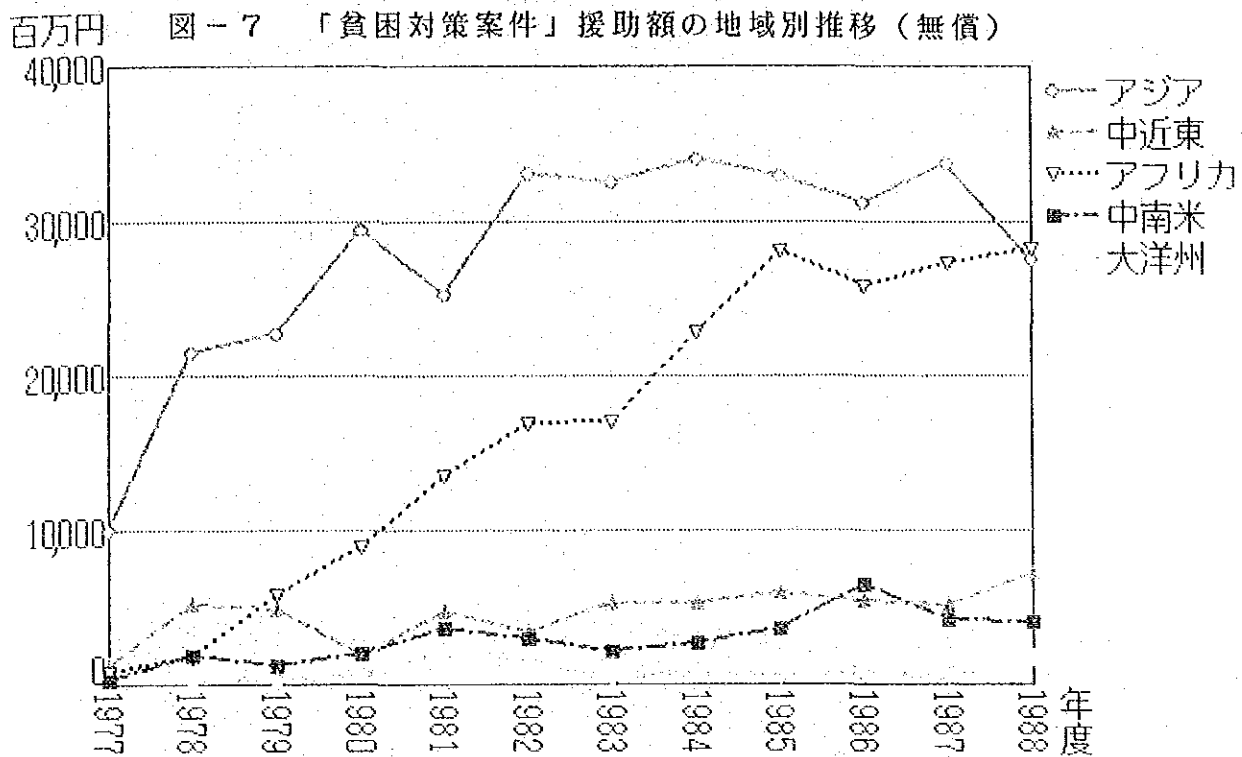


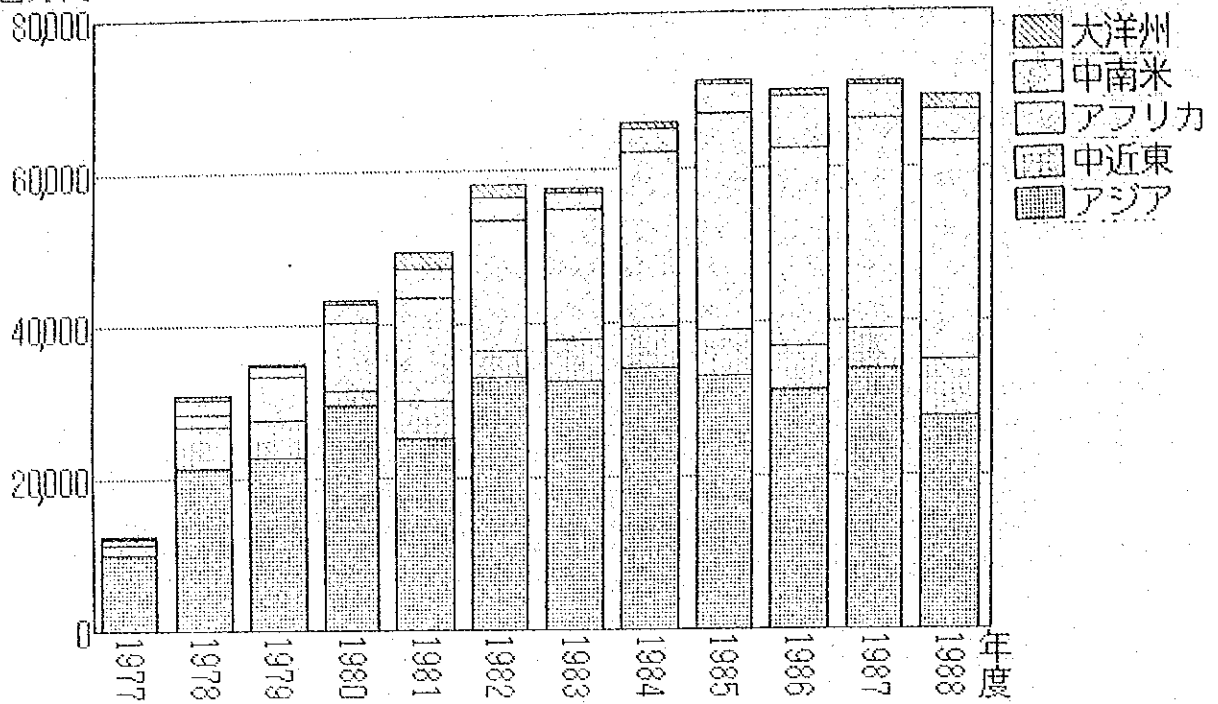
(3) 「貧困対策案件」の地域別配分の推移

「貧困対策案件」援助額の地域別推移は、図-7、8、9に示し、その傾向は以下のとおりである。

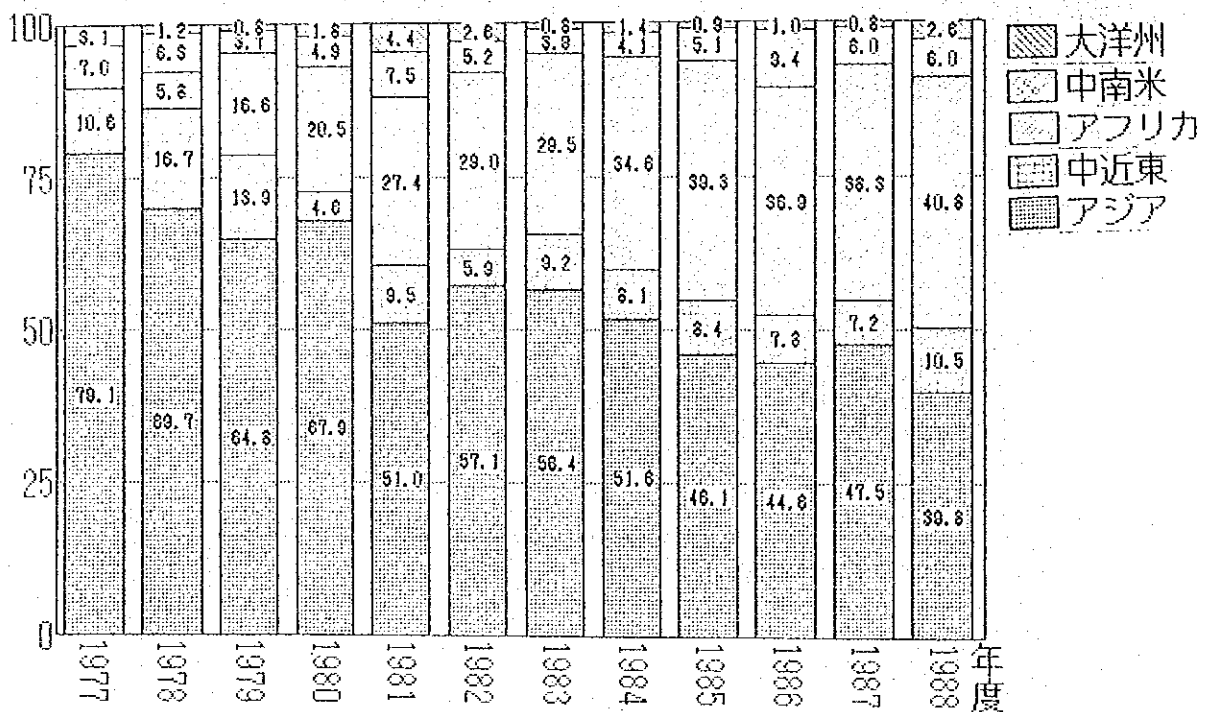
- (a) アジアは、1984年をピークに減少傾向にある。
- (b) アフリカは、大幅な増加傾向にある。
- (c) 中近東、中南米、大洋州は変動が少ない。



百万円 図-8 「貧困対策案件」援助額の地域別推移（無償）



% 図-9 「貧困対策案件」援助額の地域別シェアの推移（無償）

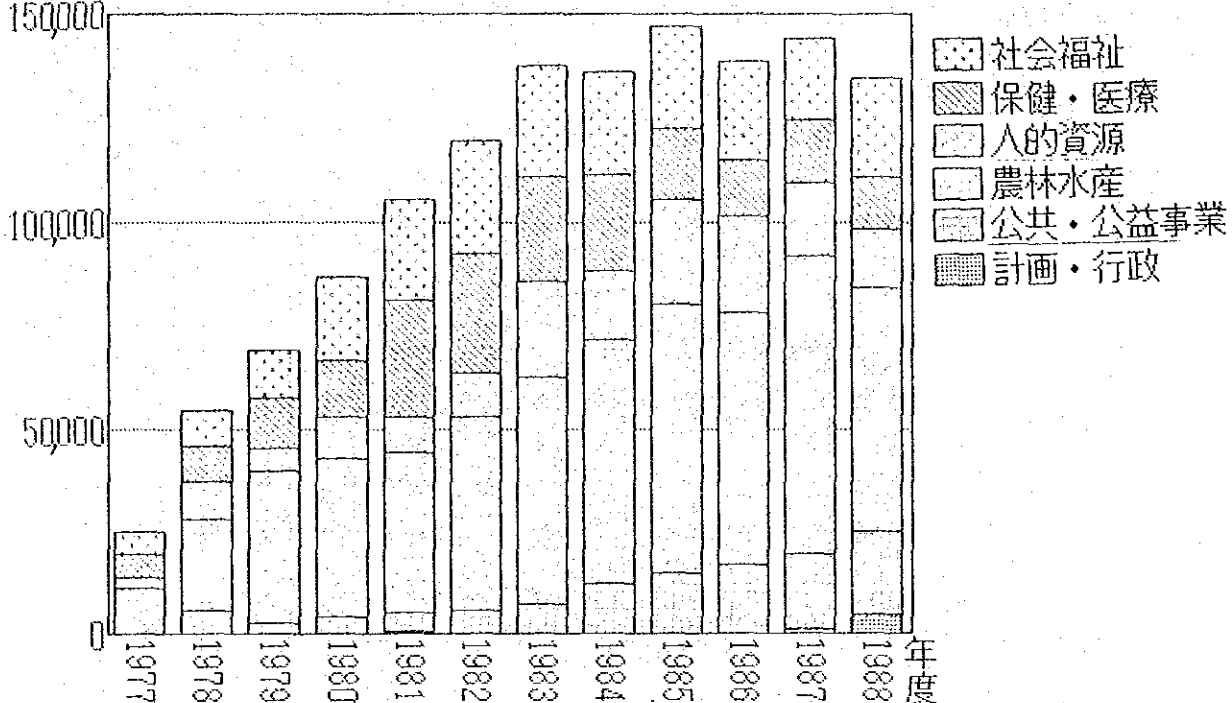


(4) 「BHN案件」援助額の分野別配分の推移

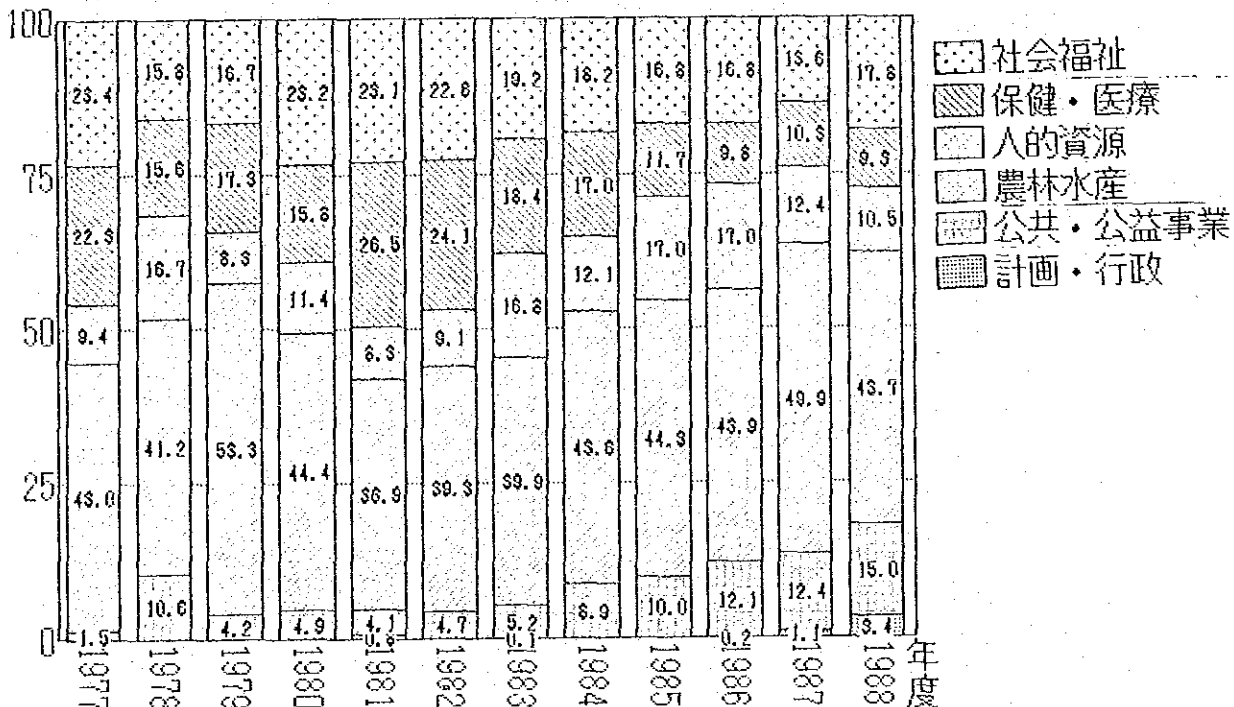
「BHN案件」援助額の分野別配分の推移は、図-10、11に示し、その傾向は以下のとおりである。

- (a) 農林水産が約1/2を占めている。
- (b) 公共・公益事業は、増加傾向にある。
- (c) 農林水産、人的資源、社会福祉は横ばいの傾向にある。
- (d) 保健・医療は若干減少傾向にある。

百万円 図-10 「BHN案件」援助額の分野別推移（無償）



% 図-11 「BHN案件」援助額の分野別シェアの推移（無償）

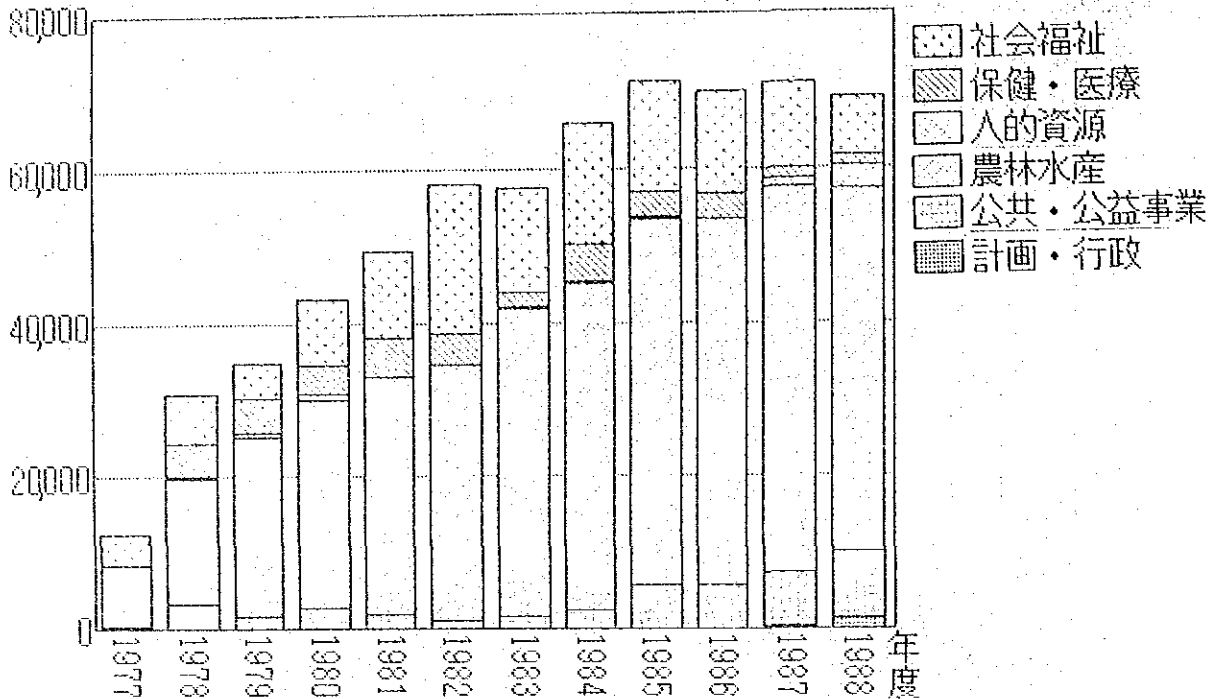


(5) 「貧困対策案件」援助額の分野別配分の推移

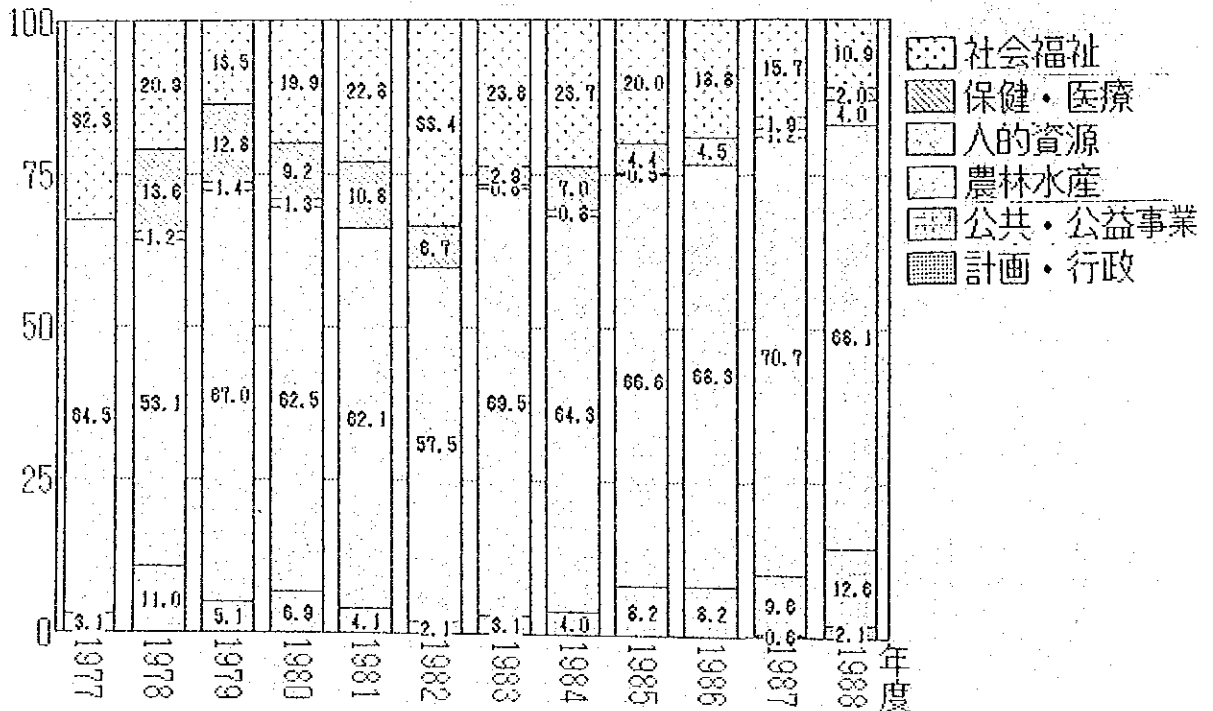
「貧困対策案件」援助額の分野別配分の推移は、図-12、13に示し、その傾向は以下のとおりである。

- (a) 農林水産が約70%を占めている。
- (b) 公共・公益事業は、増加傾向にある。
- (c) 農林水産、人的資源、は横ばいの傾向にある。
- (d) 保健・医療、社会福祉は減少傾向にある。

百万円 図-12 「貧困対策案件」援助額の分野別推移（無償）



% 図-13 「貧困対策案件」援助額の分野別シェアの推移（無償）

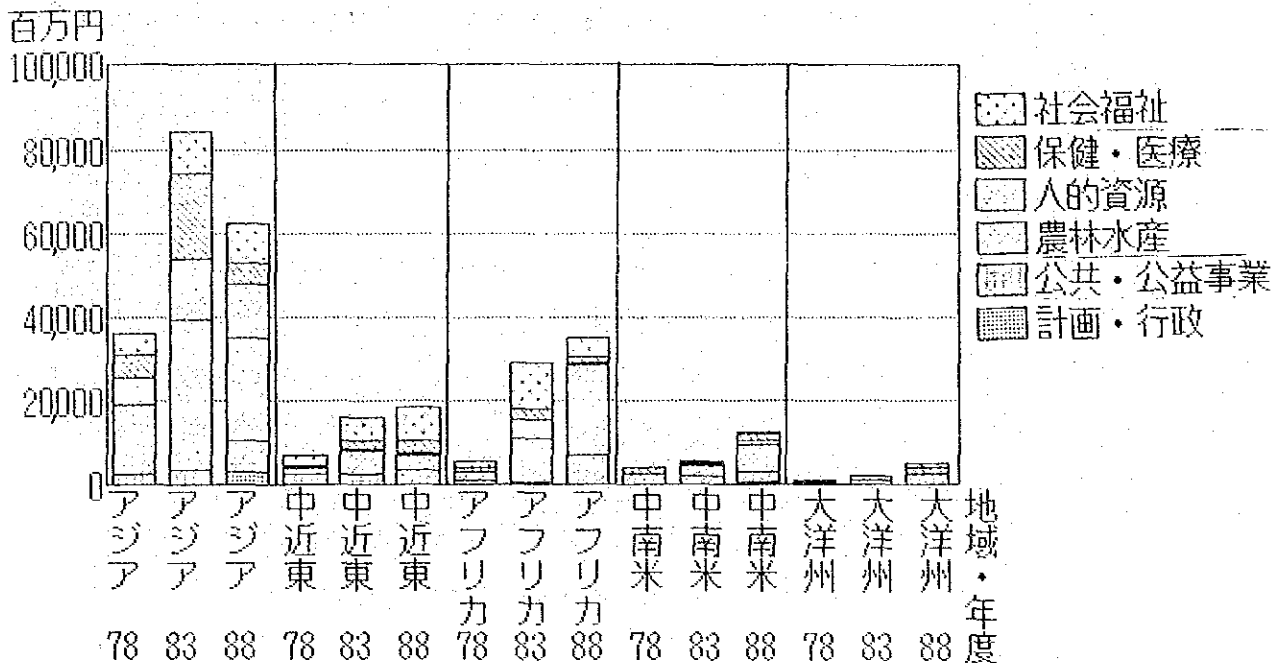


(6) 「BHN案件」援助額の地域別・分野別配分の推移

「BHN案件」援助額の地域別・分野別推移は、図-14に示し、その傾向は以下のとおりである。

- (a) アジアは、援助額は78年から83年にかけて増加し、83年から88年にかけて減少傾向にあり、分野別では農林水産が約40%を占める。
- (b) 中近東は、援助額は増加傾向にあり、分野別では社会福祉が約50%を占める。
- (c) アフリカは、援助額は大幅な増加傾向にあり、分野別では農林水産が約60%を占める。
- (d) 中南米、大洋州では、援助額は若干増加傾向にある。

図-14 「BHN案件」援助額の地域別・分野別シェアの推移（無償）

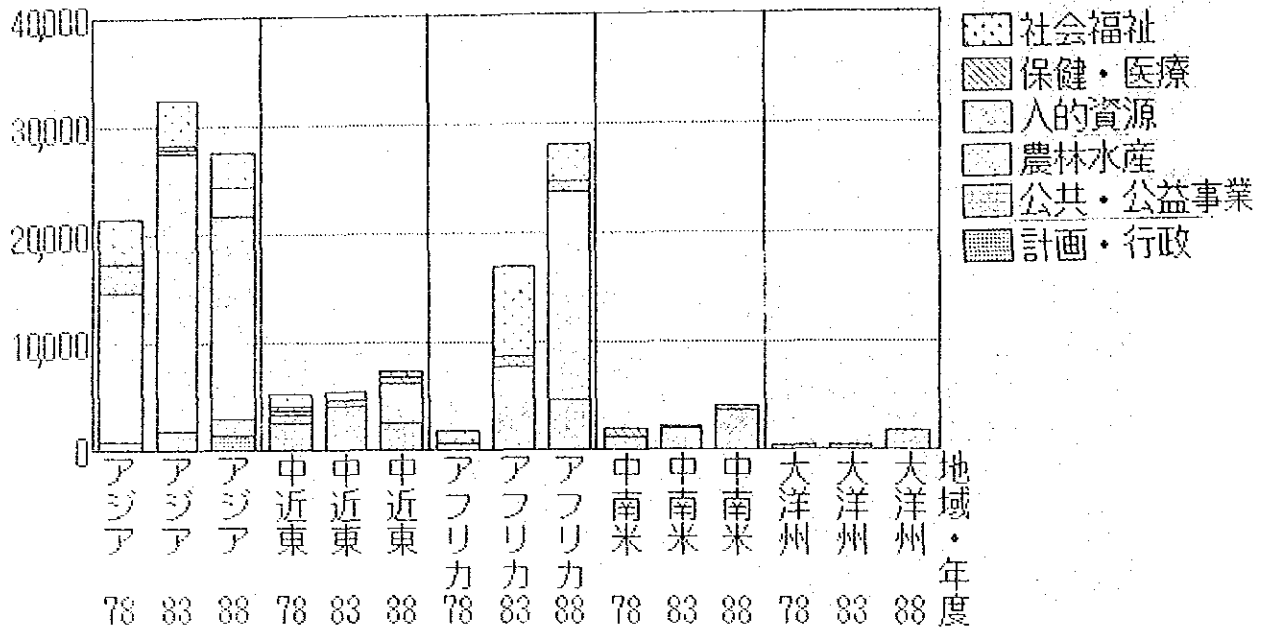


(7) 「貧困対策案件」援助額の地域別・分野別配分の推移

「貧困対策案件」援助額の地域別・分野別配分の推移は、図-15に示し、その傾向は以下のとおりである。

- (a) アジアは、援助額は78年から83年にかけて増加し、83年から88年にかけて減少傾向にあり、分野別では農林水産分野が約70%を占める。
- (b) 中近東は、援助額は増加傾向にあり、分野別では農林水産分野が約50%を占める。
- (c) アフリカは、援助額は大幅な増加傾向にあり、分野別では農林水産分野が約70%を占める。
- (d) 中南米、大洋州では、援助額は若干増加傾向にあり、分野別では農林水産分野が大部分を占める。

百万円 図-15 「貧困対策案件」援助額の地域別・分野別シェアの推移（無償）



## 1. 4 貧困対策援助の現状と課題

### (1) 無償資金協力事業予算額の拡大

図一2に示すとおり、無償資金協力事業予算の増加割合が小さくなってきており、全体予算額を拡大する必要がある。

### (2) 予算配分の「BHN案件」、「貧困対策案件」へのシフト

図一3に示すとおり、無償資金協力事業に占める、「BHN案件」、「貧困対策案件」の援助額の増加割合が小さくなっている傾向にあるので、これらの案件への予算配分のシフトが必要である。

### (3) 地域別シェアの調整

絶対貧困層の地域別分布は、南西アジア：37%（このうち、インドが3/4を占める）、東アジア：16%、中近東：10%、アフリカ：29%、中南米：8%といわれている。

絶対貧困層の分布と援助額のシェアを、単純に比較することは必ずしも適当ではないが、ここでは地域的傾向を把握するため、貧困層の分布シェアと、図一16に示す「BHN案件」援助額の地域別シェア、および図一17に示す「貧困対策案件」援助額の地域別シェアを比較すると図一18に示すとおりである。

これによると、「BHN案件」援助額の地域別シェアについては、南西アジアが少なくなっており、これは貧困層の大きな部分を占めるインドに対する我が国の援助が、有償を中心としていることによるものと考えられる。また、東アジアのシェアは大きく、アフリカ、中近東、中南米は同等となっている。

「貧困対策案件」援助額の地域別シェアについても、南西アジアが小さくなっている。また、アフリカは大きく、東アジア、中近東、中南米は同等となっている。

### (4) 分野別シェアの調整

貧困対策の基本は、雇用・所得創出と社会・生活基盤の整備であり、特に農村部での対策が重要である。したがって、図一11に示す「BHN案件」援助額の分野別シェア、図一13に示す「貧困対策案件」援助額の分野別シェアに示すとおり、農林水産分野が大きなシェアを占めていることは妥当である。しかし、人的資源分野の貧困緩和に占める位置づけが高まっていることを考えれば、今後は特に、初等教育への援助額を拡大する必要がある。また、保健・医療分野のシェアが低くなっているが、特にPHCの分野は、多くの人材を要することから、我が国が不得意としており、今後、対応方針を確立する必要がある。

図-16 「BHN案件」援助額の地域別シェアの推移（無償）

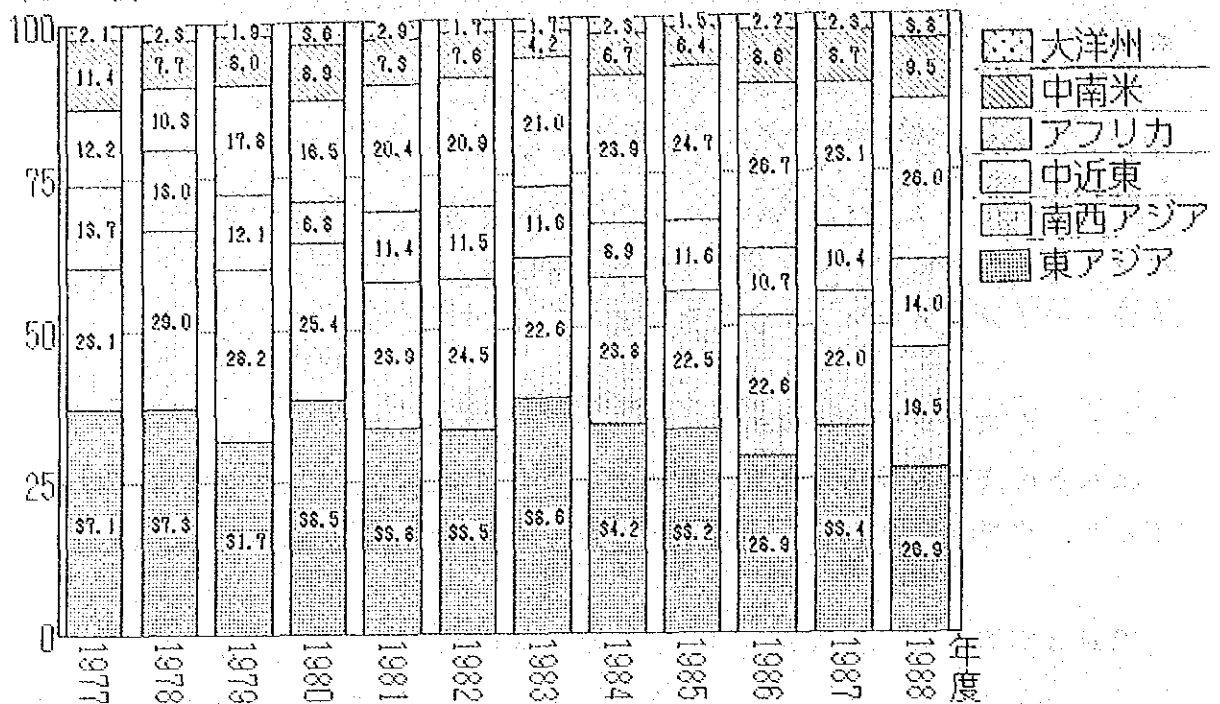


図-17 「貧困対策案件」援助額の地域別シェアの推移（無償）

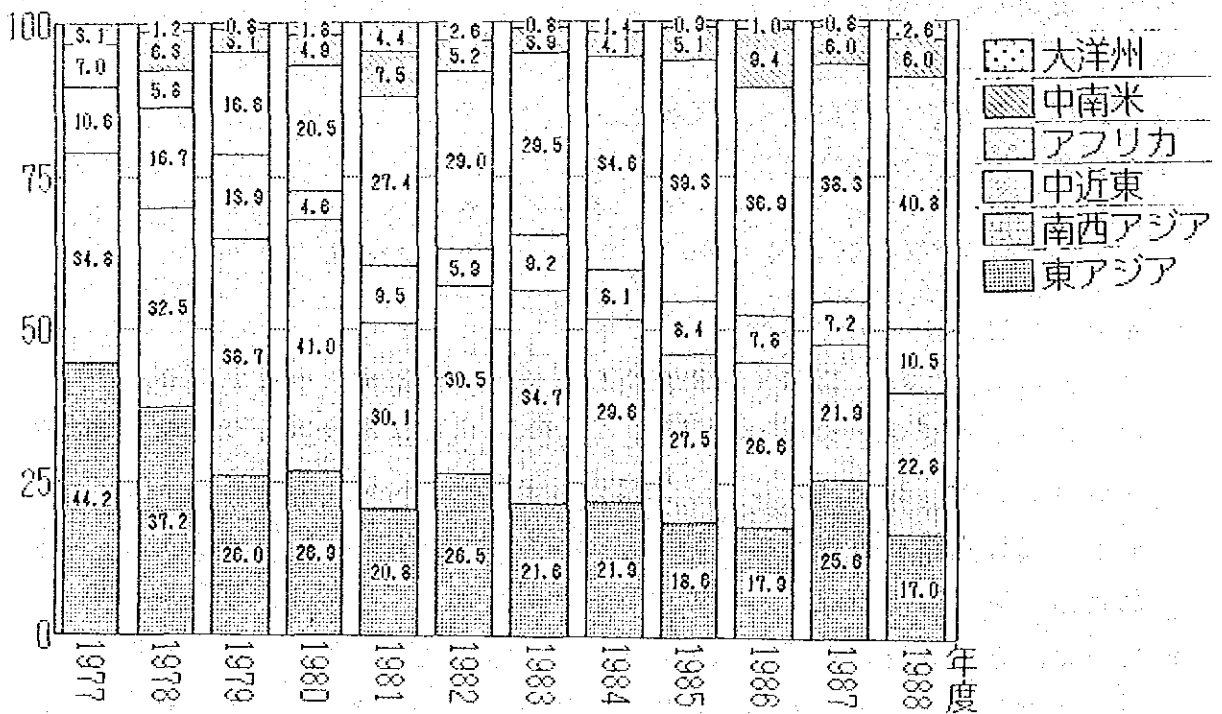
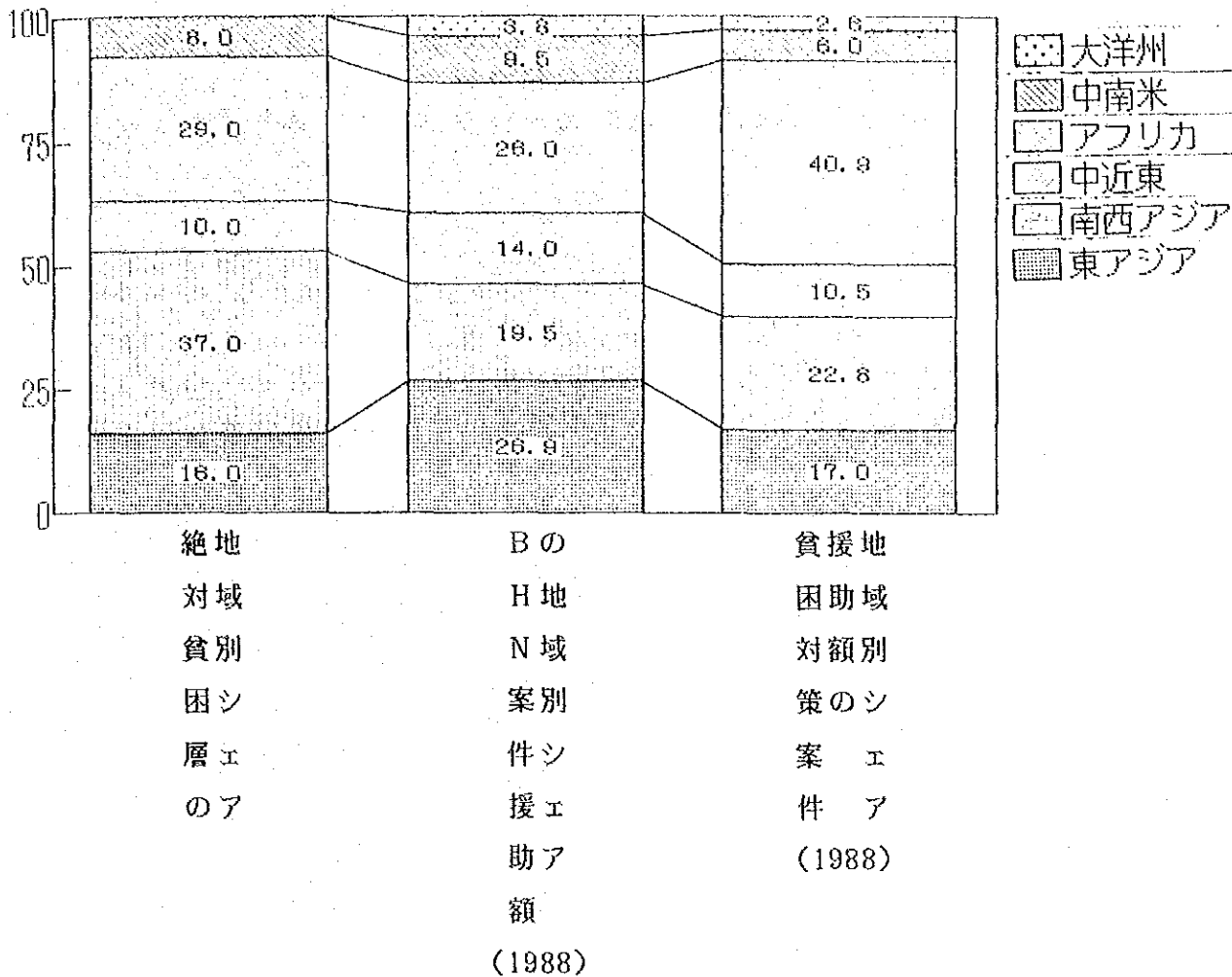




図-18 絶対貧困層と援助額の地域別シェアの比較（無償）





## I V . 付 論

### 2 . 地 域 別 重 点 事 項

#### < 目 次 >

2. 1	基本的考え方	p. 71
2. 2	貧困国の地域別分布	p. 74
2. 3	地域別基礎指標	p. 79
2. 4	地域別重点事項	p. 82



## 2. 地域別重点事項

### 2.1 基本的考え方

貧困状態、基礎指標及び貧困対策には、図-19に示すような関連がある。これは、事例国の基礎指標から、貧困状態の概要を把握することによって、優先すべき貧困対策を考えようとするものである。

ここで、貧困状態、基礎指標及び貧困対策とは以下のことを示す。

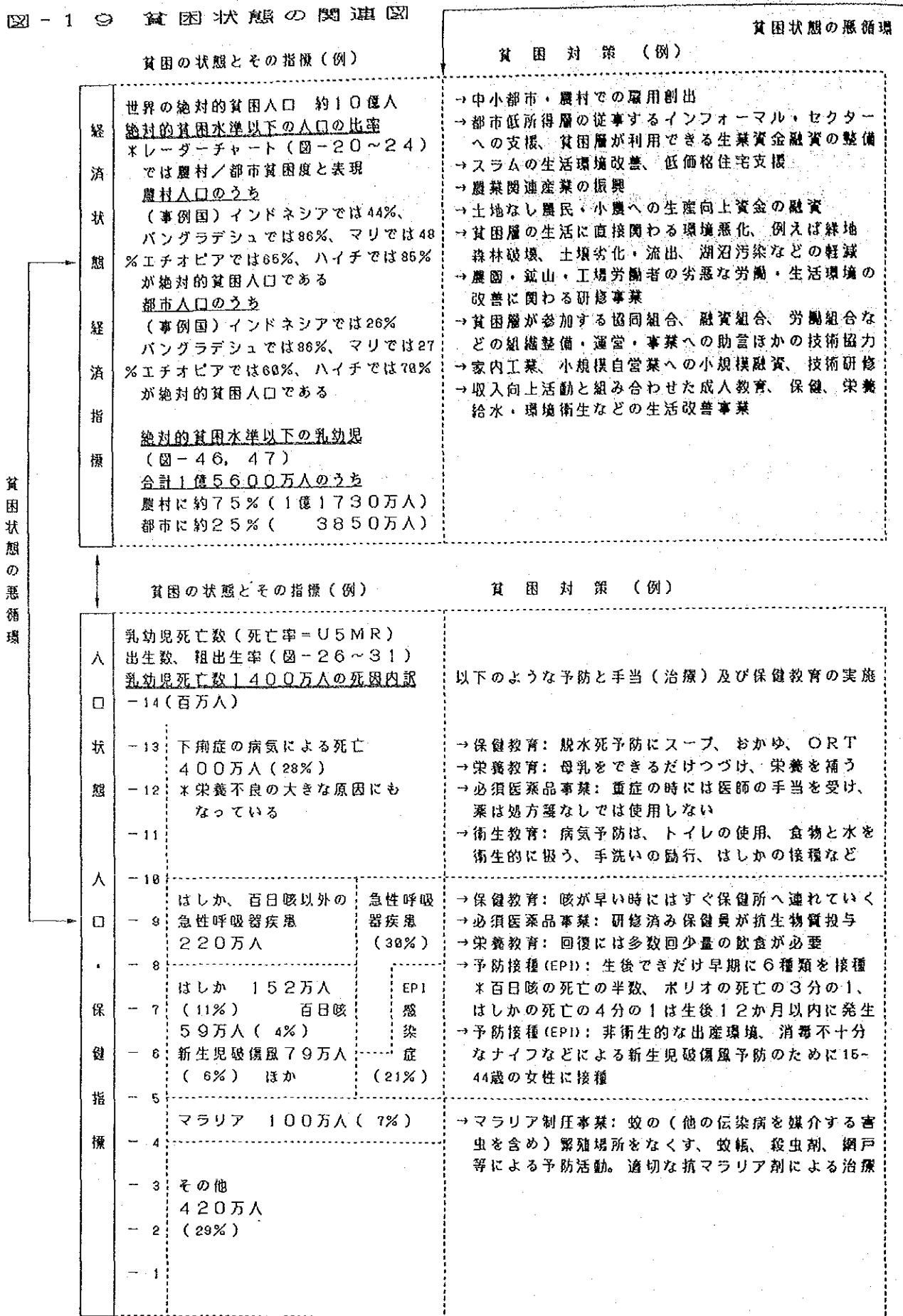
貧困状態：貧困の代表的状態を示す。

基礎指標：貧困状態に関連する指標を示す。

貧困対策：基礎指標から必要と判断される貧困対策を示す。

なお、基礎指標のみで、貧困状態とその対策を正確に把握できるものではなく、あくまで傾向を知ることが目的である。

図 - 1 貧困状態の関連図



貧困状態の悪循環

貧困の状態とその指標(例)

貧困対策(例)

貧困状態の悪循環

貧困状態の悪循環

保健状態指標	<p>安全な飲料水を入手できる人口の出率 (レーダーチャート：図-20~24)</p> <p>飲料水とトイレの地域別普及率 (図-34)</p> <p>出産時の有資格者立会い率が低い</p> <p>妊婦と乳児が検診を受けられる率が低い (図-35、36)</p>	<p>→子供の病気や死の半分以上が清浄な水の給水事業と衛生改善事業によって防げる</p> <p>→村落給水事業(低コストの簡易水道、井戸、手押しポンプ)の普及事業。トイレ・下水溝の普及事業</p> <p>→水と衛生に関する教育と水道・井戸などの維持・管理者に関する研修事業</p> <p>→基礎保健(母子保健・家族計画を含む)強化</p> <p>→保健員、助産婦、保健ボランティア再研修事業</p>
--------	---	---

栄養状態指標	<p>*開発途上国の5歳未満児4億2000万人のうち、1億5100万人(36%)が望ましい年齢相応体重からの標準偏差が2以上の栄養不良である。</p> <p>*栄養不良は1400万人の子供の死亡のたぶん3分の1の背後にひそむ原因のひとつである(家庭での食糧不足)</p> <p>低体重出生児率が高い(図-40、41)</p> <p>人口1人1日当り栄養摂取量が少ない</p> <p>タンパク質、脂肪、カロリー量 (図-37、38、39)</p> <p>微量栄養不足で発育・心身障害に陥る (図-42~45、表-11)</p> <p>ヨウ素欠乏症：2億人</p> <p>鉄分欠乏症(貧血)：女性と幼児の6割</p> <p>ビタミンA欠乏症：20~50国で50万人が毎年失明。さらに数百万人が感染症への抵抗力が弱くなり、貧血や発育遅滞</p>	<p>→月例体重測定による発育観察事業：栄養不良児の早期発見、保健・栄養指導事業</p> <p>→栄養欠乏症対策：低栄養問題が大きい地区、女性と幼児に集中して、ビタミンAカプセルの配布、鉄分錠剤の配布、ヨウ素塩の生産・流通、必要に応じてヨウ素油の注射、タンパク質・カロリーなどの食料補助などの事業</p> <p>→栄養サーベイランス(監視)体制整備事業：定期的な世帯調査や出生体重の記録、学校調査の結果をもとに、低体重児出生率、3歳未満児年齢相応体重、小学校入学年齢児の身長という3つの指標の整備。これを利用して栄養不良児の人口、多発地域・季節等を特定し、集中的な栄養対策の実施・普及事業</p> <p>→発育観察、母親教育、対象を限定した食料・栄養補助など直接的な低コストの対策などを有効に組み合わせる総合栄養事業。</p>
--------	---	---

教育状態指標	<p>*約10億の子供が教育を受けられない</p> <p>*教師給料が教育予算の9割まで占める国があり、最低限の教科書・筆記用具教材すらなく、授業の効率が低下</p> <p>*健康が悪く、教育を活用できない</p> <p>*40~50%の留年・退学率</p> <p>*貧困層の直接利益にあった内容、時間になっていない</p> <p>*健康・生活改善、農業生産性への貢献度に直接的な相関関係がある、女子の就学率と中途退学率が非常に高い</p> <p>小学校就学率が低い(図-33)</p> <p>成人識字率が低い(図-32)</p> <p>小学校修了率(図-20~24)</p>	<p>→「2000年までにすべての人に教育を」行動計画実施</p> <p>→初等教育の優先的な普及事業(中等・高等教育予算の再配分、貧困層の未就学と中途退学の最大要因である間接・直接的学費負担の補填、免除、奨学金)</p> <p>→教員の再研修、監督事業の強化</p> <p>→教科書・筆記用具・教材・備品等の供与</p> <p>→カリキュラム改善への技術協力</p> <p>→教材開発・製作・配布への支援事業</p> <p>→女子教育の普及、女性教員の養成のための技術協力</p> <p>→成人識字教育、特に生産性向上、健康・生活改善を十分に効果的に盛り込んだカリキュラム、教材改善</p> <p>→村落開発、収入向上事業の中に組み込まれた社会教育事業</p> <p>→教育・就学向上のための社会啓発事業</p>
--------	--	---

## 2. 2 貧困国の地域別分布

地域別に貧困状態の悪い国の分布を知るため、表-8に示すとおり、総合指標として乳幼児死亡率（U5MR、5歳未満児死亡率）を用いて、千人当たり95人以上の国を選定した。この結果66か国（うち一人当たりGNP500ドル以上の中所得国以上の国19か国を含む）が選択された。

さらに選択基準を絞り貧困状態が非常に悪い国を選ぶため、一人当たりGNPが500ドル未満の低所得国で、乳幼児死亡率（U5MR）が非常に高い（千人当たり170以上）国を選択したところ、表-9に示すとおり、各地域から合計32か国が選択された。

なお、ここでU5MRを貧困状態を表わす基礎指標として使用した理由は、第一に、一人当たりGNPのように平均の落とし穴に陥ることを避けるためである。例えば、一人当たりGNPや個人の所得は千倍の差が有り得るとしても、豊かな人々の子供だからといって、貧しい子供より千倍も長生きするわけでは無いからである。言い替えれば、豊かな少数者の存在による影響を少なくし、大多数の子供（同時に社会全体）の健康状態について、完全とはいえないまでも、より正確な状況を示すことができる。

第二に、U5MRは「多様なインプットの結果」、つまり栄養状態や母親の保健知識、予防接種や経口補水療法の使用水準、母子保健サービスの入手の可能性、所得、食糧入手状態、清浄な水や衛生設備の入手の可能性、子供を取りまく環境全体としての安全性など、いわば開発過程の状態を示すことができるからである。

表中の国は、地域ごとに、貧困状態の悪い国（U5MRが悪い）順に並べたものであり、貧困状態の悪い国が分布する状況は以下のとおりである。

	貧困状態が悪い 66か国の内	貧困状態が非常に悪い 32か国の内
(1) 西アフリカ	23	15
(うちサヘル経済圏諸国)	(8)	(7)
(2) 東アフリカ	19	10
(3) 南西アジア	5	3
(4) 東アジア	5	1
(5) 中南米	6	1
(6) その他	8	2



表-8によると、貧困国の地域別分布と優先地域は、貧困状態が悪い66か国の中では、サハラ以南アフリカ諸国が42か国（西アフリカ23か国、東アフリカ19か国）、アジア諸国が10か国（南西アジア、東アジア各々5か国ずつ）を占める。さらに、表-9の貧困状態が非常に悪い国、32か国のうちでは、西アフリカ、サヘル経済圏諸国を中心にアフリカ諸国が25か国も占め、ほかに南西アジア諸国、アフガニスタン、カンボジアなどの国がいずれも貧困関連指標が特に悪い。

したがって地域別にみた場合には、サハラ以南アフリカおよび南西アジアが貧困対策を優先的に必要とする国が多い地域といえる。

表 - 8 低所得国で幼児死亡率が高い国 (貧困状態が悪い 66 か国)  
 国の見方: U5MR 順位, 国名 (U5MR / GNP per capita)

地 域		5歳未満児死亡率が高い国 (U5MR 95 以上)	
		低所得国 GNP < 500	中所得国以上 GNP ≥ 500
西 ア フ リ カ	西アフリカ	5. シエラレオネ (266/300), 8. キニア (248/..), 23. ベニンの (185/310), 28. ナイジェリア (174/370), 35. トーゴ (153/290), 38. リベリア (147/450), 39. ガーナ (146/390)	40. コートジボワール (142/740)
	サヘル経済	3. マリ (292/210), 9. ブルキナファソ (233/190), 10. ニジェール (228/260), 11. チャド (223/330), 14. モリタニア (220/440)	42. セネガル (136/520)
	中部アフリカ	12. 中央アフリカ (223/330), 15. ルワンダ (206/300), 21. ブルンジ (188/250)	32. ガボン (169/2700), 36. カメルーン (153/970), 50. コンゴ (114/870)
東 ア フ リ カ	東アフリカ	7. エチオピア (259/130), 13. ユーゴスラビア (221/290), 24. マダガスカル (184/210), 25. スーダン (181/330), 26. タンザニア (174/180), 31. ウガンダ (169/260), 37. シンガポール (169/480), 41. サイロン (138/150), 47. エジプト (129/370), 52. ケニア (113/330)	
	南部アフリカ	2. センegal (298/170), 4. アンゴラ (292/470), 6. ブラジル (262/160), 27. ナミビア (176/..), 43. リト (136/370), 44. サントメ (127/250),	17. スリランカ (174/700), 51. シンガポール (113/580), 57. 南アフリカ (95/1890)

低所得国だが U5MR が低い国: サントメ・プリンシペ (91/280), カボ・ベルデ (91/500)  
 国名の前に U5MR 順位がない国は、人口百万人以下の国である。

地域		5歳未満児死亡率が高い国 (U5MR95以上)	
		低所得国 GNP < 500	中所得国以上 GNP ≥ 500
アジア	南西アジア	18.ネパール(197/160), 19.ブータン(197/150), 22.モンゴル(188/160), 33.パキスタン(166/350), 37.インド(149/300)	
	東アジア	16.カンボジア(199/...), 34.ラオス(159/170), 49.インドネシア (119/450), 59.ミャンマー(95/200), 67.マレーシア(.../...)	
中南米		30.ハイチ(171/360)	29.ベネズエラ(172/580) 46.ペルー(123/1470) 53.ホンジュラス(107/810), 55.キューバ(99/950) 58.ニカラガ(95/830)
その他		1.アフガニスタン(300/...), 17.イメンドPR(197/420)	20.イラン(190/590) 45.イジプト(125/680) 47.エジプト(119/610), 48.リビア(119/5460), 54. アルジェリア(107/2680), 56.サウジアラビア(98/6200)

低所得国だがU5MRが低い国:

アジア太平洋: エルサルバドル(.../...), ヨルダン諸島(.../420)

64.ベトナム(88/...), 83.スランカ(43/400), 84.中国(43/290)

中南米地域: 72.ガブナ(71/390)

注) 西アフリカ (大分類) に含まれる地域・国

西アフリカ: ECOWAS 16か国から下記サヘル諸国を除く

サヘル経済: 世銀報告(SUB-SAHARAN AFRICA, 1989)が分類した9か国

中央アフリカ: CEEAC 11か国からアンゴラ、チャド、ザイール除く

東アフリカ (大分類) に含まれる地域・国

ザイール、スーダン、南部アフリカ (南ア+ナミビア+SADCC 9か国) を含む

表-9 低所得国で幼児死亡率が非常に高い国  
(貧困状態が非常に悪い32か国)

地域	選択基準	5歳未満児死亡率が非常に高い国 U5MR > 170	
		低所得国	GNP < 500
西 ア フ リ カ	西アフリカ	5. シエラレオネ(266/300), 8. キーニア(248/..), 23. ハン(185/310), 28. ナイジェリア(174/370)	
	サヘル経済	3. マリ(292/210), ガンビア(245/220), キニアビサオ(223/160) 9. ブルキナファソ(233/190), 10. ニジェール(228/260), 11. チャド(223/330), 14. モリタニア(220/440)	
	中部アフリカ	12. 中央アフリカ(223/330), 赤道キーニア(214/180), 15. ルワンダ(206/300), 21. フランス(188/250)	
東 ア フ リ カ	東アフリカ	7. エチオピア(259/130), 13. ヲマーン(221/290), 24. マダガスカル (184/210), 25. スーダン(181/330), 26. タンザニア(174/180) 31. ウガンダ(169/260)	
	南部アフリカ	2. モザンビーク(298/170), 4. アンゴラ(292/470), 6. マラウイ(262/160), 27. ナミビア(176/..)	
ア ジ ア	南西アジア	18. ネパール(197/160), 19. パキスタン(197/150), 22. バングラデシュ(188/160)	
	東アジア	16. 中国(199/..)	
中南米		30. ブラジル(171/360)	
その他		1. パキスタン(300/..), 17. タイム DPR(197/420)	

数字の見方: U5MR 順位, 国名 (U5MR / GNP per capita)

例: 30. ブラジル(171/360)は、ブラジルはU5MR順位30番目で、U5MR=171, GNP=\$360である。

## 2. 3 地域別基礎指標

表-10に示すとおり、貧困に関連する基礎指標を選び、地域別に表-8から2つの事例国を選んで例示することにより、地域別の差、および同一地域内の国同士の差を比較しようとするものである。

### (1) 事例国の選定

地域別の各種指標を比較するため、次の2か国を選定した。

(a) 各地域の中で5歳未満児死亡率(U5MR)が最も高い国。

(b) 比較的人口が稠密な国、またはU5MRが非常に高い国。

### (2) 基礎指標

#### 総合指標

5歳未満児死亡率: U5MR。出生千人当りの5歳未満児の死亡率。(1988)

#### 経済指標

一人あたりGNP: 人口一人当りのGNP(米ドル)(1987)

政府支出中の比率: 政府支出中の保健/教育/防衛支出比率(%) (1986/87)

絶対的貧困人口率: 絶対的貧困水準以下の人口の比率(%) (1977-1987)

ただし、絶対的貧困水準とは、所得が栄養的に十分な最低水準の食事や食物以外の基本的需要を満たせない水準。

#### 人口指標

人口増加率: 人口の年間増加率(%) (1980-87)

都市増加率: 都市人口の平均年間増加率。都市人口とは、その国の最新の人口調査に使われた定義による「都市」地域で暮らす人口。(%) (1980-87)

平均余命: 出生時の平均余命。新生児がその人口集団の標準的な死亡の危険のもとで生きられる年数。(1988)

#### 教育指標

成人識字率: 15歳以上で読み書きのできる人の比率。(%) (1985)

初等教育総就学率: 総就学率は学齢人口集団への所属の有無に関わらず入学する子供の比率で、その学齢人口集団の児童の総数に対する比率。

(%) (1986-88)

**実就学率（男／女）：** 男女別の正味の就学率を提示した。正味の就学率は年齢人口集団に属しており就学年齢に入学する子供の比率で、その年齢集団の子供の総数に対する比率で示される。（％）（1986-88）

**就学児の修了率：** 初等教育修了児。小学校の第1学年に入った後、適切な期間内に初等教育を終える子供の比率。（％）（1985-87）

これらの指標を重視するのは、（a）教育に対する親の期待度、ひいては生活・収入の改善に対する期待度、（b）家庭をとりまく貧困などの通学への制約要因、（c）学校へのアクセスの困難度や施設分布、カリキュラム、教員、教材の適正度など、教育制度上の課題の大きさなどを反映すると考えられるからである。したがって「開発」に対するモチベーション、貧困の軽減、教育制度の改善など、その国の基礎的な人的資源開発を見る上での参考になる。

### 栄養指標

**低出生体重児率：** 低出生体重児の出生率。（％）（1982-88）

**低出生体重児：** 出生児の体重が2500グラムまたはそれ以下の子供。

**中度・重度／重度の低体重児（0-4歳）：** 栄養不良児の比率を表わす指標のひとつ。中・重度の低体重児は、望ましい年齢相応体重の60%～80%の体重である栄養不良児が、0～4歳児の中に占める割合。重度は望ましい年齢相応体重の60%以下の栄養不良児の割合。（％）（1980-87）

### 保健指標

**保健入手率：** 保健サービスを手に入れる人々の比率。通常交通手段によって1時間以内に地域の適切なサービスを利用できる人口の比率。（％）（1985-87）

**安全な飲料水入手：** 安全な飲料水を手に入れる人々の比率。（％）（1985-87）

**完全予防接種率：** 免疫に必要な回数の接種を生後12か月まで完了した乳児の割合。ここでは、接種可能期間（理論上、生後直後からでも可とされる）が最も長いBCG（結核）、3回の接種が必要なポリオ（生後6週目以降、三種混合とポリオは3回の接種が必要で、接種率はほとんどの場合と同じである）、生後9か月頃行なうのが望ましいはしか（接種期間が生後9か月から12か月と最も短い）、3歳まで接種する国もある）を提示することにより、保健サービスの普及度の質を見る参考とする。なお接種時期や回数は国によって異なる。（％）（1987-88）

表 10 地域別基礎指標

各地域毎に事例国を選び、貧困に関連ある指標を提示したものである。

基礎指標 (U5MR) 最悪事例国 その他の事例国	東アジア	南西アジア	東アフリカ	西アフリカ	中南米
	カンネツツア インドネシア	マハール パキスタン	エチオピア ケニア	マリ ニジェール	ペリビ ハイチ
<b>総合指標</b>					
5歳未満児死亡率 (U5MR)	199 119	197 188	269 113	292 228	172 171
<b>経済指標</b>					
一人あたりGNP	.. 450	160 160	130 330	210 260	580 360
政府支出中の比率 保健/教育/防衛	..../..../.. 2/9/9	5/12/6 10/11/10	..../..../.. 7/23/9	2/9/8 ..../..../..	1/12/6 ..../..../..
絶対的貧困人口率 都市/農村(%)	..../.. 26/44	66/61 86/86	60/65 10/55	27/48 ..../35	..../85 70/85
<b>人口指標</b>					
人口/都市増加率	2.6/3.8 1.8/4.5	2.6/7.2 2.7/5.5	1.8/4.8 4.1/8.2	2.9/3.9 2.9/7.8	2.7/4.3 1.8/4.8
平均余命	49 56	51 51	41 59	44 45	53 55
<b>教育指標</b>					
成人識字率(%)	75 74	26 33	66 68	17 14	75 38
識字率(男/女)	85/65 83/65	39/12 43/22	..../.. 70/49	23/11 19/9	84/66 40/36
初等教育総就学率	.. 118	76 70	37 96	23 29	91 78
実就学率(男/女)	..../.. 89/97	76/35 67/44	32/22 ..../..	23/14 ..../..	88/78 45/42
就学者の修了率%	58 88	28 28	41 62	39 75	.. 15
<b>栄養指標</b>					
低出生体重児率%	.. 14	.. 28	.. 15	17 15	12 17
中度・重度/重度の 低体重児(0-4歳)%	20/3 51/1	..../.. 60/9	38/.. ..../..	31/9 49/..	15/.. 27/3
<b>保健指標</b>					
保健入手率 全国/都市/農村	53/80/50 80/..../..	..../..../.. 45/..../..	46/..../.. ..../..../..	15/..../.. 41/99/30	63/90/36 70/80/70
安全な飲料水入手 全国/都市/農村	3/10/2 38/43/36	29/70/25 46/..../..	16/69/9 30/61/21	17/46/10 47/35/49	44/75/13 38/59/30
完全予防接種率 BCG/ポリオ/ポリオ	58/45/38 82/70/61	91/71/52 26/16/13	27/16/13 87/75/60	64/18/23 39/16/24	27/40/44 45/48/59

出所: 世界子供白書 1990, ユニセフ

## 2. 4 地域別重点事項

次に、各地域の貧困状況の特徴を把握し、優先されるべき貧困対策を考えるため、表-10に示した基礎指標を地域別のレーダーチャートに表示した。

これは各地域の傾向を見るためのものであり、貧困対策の地域別重点事項をすべて網羅するものではない。

### レーダーチャートの見方：

線が原点に近いほど、指標が悪く、貧困状態にあることを表わす。

例えば、東アジアの事例国として取り上げたカンボジアのように、線が原点に近くなるほど貧困状態は悪く、インドネシアのように、線が外側に近く円形になるほど状態が良いことを示す。

### 指標とその値についての備考：

データが入手できない場合には、レーダーチャートへの入力数値を0とした。

各指標は簡略して標記した。（2. 3項を参照）

ただし U5MR： 5歳未満児死亡率（乳幼児死亡率）。U5MR世界最悪の300（アフガニスタン，1988）をレーダーチャートの原点0に、U5MR100をレーダーチャート上の100に置き換えた。この範囲の中にアフリカ諸国、南西アジア諸国のほとんどを中心61か国が含まれる。なお実際のU5MR値を併記した。

$$\text{レーダーチャートのU5MR値} = -\frac{1}{2} \text{U5MR} + 150$$

成人識字率： 15歳以上で読み書きのできる人の比率。

就学率： 初等教育総就学率。

修了率： 就学者のうち初等教育修了児の比率。

水入手率： 安全な飲料水を入手できる人々の比率。

保健入手率： 保健サービスの入手率、サービスへの近さ。

農村・都市貧困度： 都市と農村の各々で絶対的貧困水準以下の人口の比率をレーダー上で原点に近いほど貧困度が高いように表わした。貧困度 = 100 - (都市または農村の) 絶対的貧困人口率



(1) 地域別重点事項 - 東アジア -

	カンボジア		インドネシア	
U5MR	(199)	51	(119)	91
成人識字率		75		74
就学率	(-)	0	(118)	100
修了率		50		80
水入手率		3		38
保健入手率		53		80
農村貧困度	(-)	0	(44)	56
都市貧困度	(-)	0	(26)	74

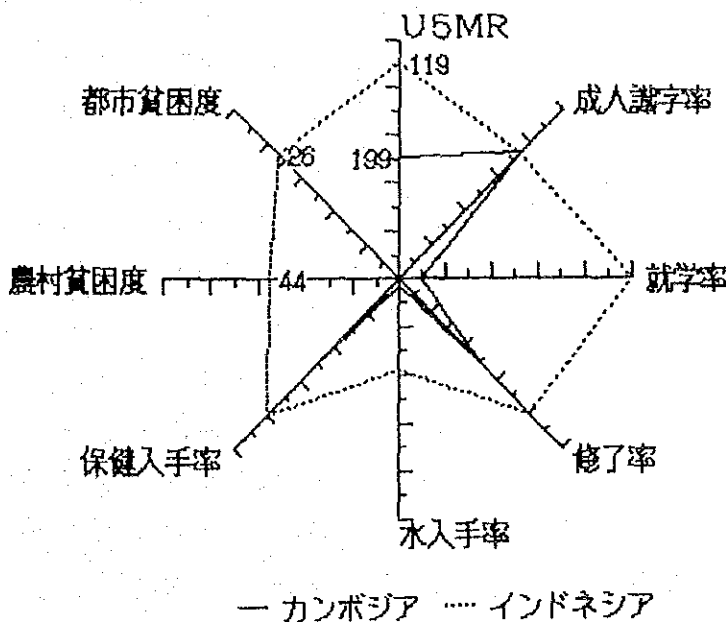
解決すべき問題点

教育： 小学校就学率が東南・東アジア（中国を除く）地域ではこの20年間に向上し、100%（男）/93%（女）になった（図-33）。しかし東アジア（中国を含む）の識字率は71%とはいえ、非識字成人人口は2,000万人以上にもなり、これは全アフリカの非識字成人人口と同等かそれ以上で、南西アジアに次ぐ第2の規模である（図-32）。この地域では特に課題が大きい国に対して、児童の就学率、成人識字率の改善、および修了率を改善し、さらに広範

囲な人的資源の開発するための協力が必要である。

保健： 通常の交通手段によって1時間以内に地域の適切なサービスを利用できる人口の比率は東アジア（中国）とASEAN諸国で改善されてきた。しかし東南アジアでは、保健指標、たとえば助産婦・看護婦など有資格者の出産立会い率は53%（図-35）と低い。栄養指標をみても、東南アジアでの低体重出生児の割合は生まれてくる子供の17%（200万人）で、ア

図-20・貧困状況の特徴  
東アジア



リカの14%より高い割合である(図-41)。人口1人1日当り摂取可能なタンパク質、脂肪、カロリーも、アフリカより低い可能性もある(図-37~39)。微量栄養素であるヨウ素不足危険地域に住む人口は推定2.8億人と多く、その結果甲状腺腫、クレチン症とも非常に発生が多い(図-42~44)。また安全な飲料水を手に入れる人口の比率が、ほとんどの国で人口の半数以下(インドネシアで4割、図-20)であり、以上のように東南アジアでは保健状況が悪い国や地区を重点に協力を集中する必要がある。

貧困度： 乳幼児死亡数地域別比較(図-26)からみると、この地域は世界の乳幼児死亡数の15.5%(240万人)を占めており、貧困の度合いが必ずしも楽観的ではないことがうかがえる。しかし出生数は東・東南アジアでほぼ横ばい状態で、粗出生率、乳幼児死亡数・U5MRはいずれも劇的に改善された。(図-27、28)

農村部の人口増加に伴う土地無し農民の都市への人口移動が進み、巨大化した都市での貧困人口も増大している。都市スラムの生活環境改善とともに、都市、農村双方での雇用創出が必要である。

## (2) 地域別重点事項 - 南西アジア -

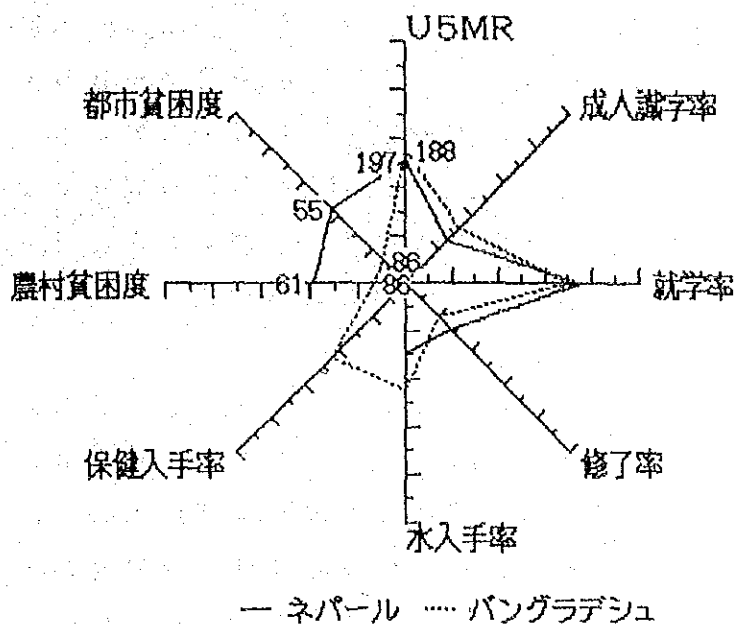
		ネパール	バングラデシュ
U5MR	(197)	51	(188) 56
成人識字率		26	33
就学率		76	70
修了率		28	20
水入手率		29	45
保健入手率	(-)	0	45
農村貧困度	(61)	39	(86) 14
都市貧困度	(55)	45	(86) 14

### 解決すべき問題点

教育： 小学校就学率が世界で最も低い上に修了率は極めて悪い。しかも女子の小学校就学率は男子の3分の2以下(図-33)である。成人識字率も最も低い44%で、非識字人口の3,600万人という人口数は、地域別には最も多く、全アフリカの非識字人口の倍近くになっている。(図-32)

基礎教育へのハード面、ソフト面での支援が優先課題である。

図-21・貧困状況の特徴  
南西アジア



保健： 通常の交通手段によって1時間以内に地域の適切な保健サービスを利用できる人口の比率、安全な飲料水を手に入れることができる人口の比率ともに極めて悪い。その結果、乳幼児死亡率が非常に高い。都市でも人口密集のために問題が増幅されており、解決にはあたっては、基礎サービスを普及する方法を特に工夫する必要がある。

貧困度： 世界の乳幼児死亡数の41.2% (図-26)、610万人 (図-47)、絶対的貧困水準以下の5歳未満児

の地域別分布では、南西アジアを主とするアジア都市に1,700万人、アジア農村に6,680万人と世界の半数以上 (図-46、47) とその絶対的貧困水準以下の人口の規模の大きさと貧困度は他地域を圧倒している。

土地無し農民の増大と都市貧困層の増大しており、雇用の創出、インフォーマルセクター、農業関連産業への支援が必要である。

### (3) 地域別重点事項 - アフリカ

次項以下に(4)東アフリカと(5)西アフリカに分けて記述するが、ここでは、統計・指標のとりまとめの便宜と比較のし易さを考えて、アフリカ全体として貧困の傾向をみる。

教育： 小学校就学率、成人識字率ともに南西アジアと同等かその次に低い状態である。男女の小学校就学率はそれぞれ80%と65%である (図-33) が、男子の就学率に対する女子の就学率の割合が6割から8割の国が多い。またアフリカ全体の成人識字率は46%である (図-32) が、男性の識字率に対する女性の識字率の割合が3割から5割程度の国も多くみられる。女性の教育が乳幼児の生存と発育、次世代の教育、保健等に大きな影響を持つことが統計的にも指摘されており、女性の教育指標の改善はアフリカの多くの国で貧困対策を進めていくために必須の目標のひとつである。

保健： 安全な飲料水を入手できる割合は31%と南西アジアと同等かそれ以上に非常に低い（図-34）。妊婦と乳児が検診や保健を受けられる割合はともに59%であるが、実際に出産時に研修を受けた有資格者が出産に立ち会う割合は34%と非常に低い。栄養指標をみるとカロリー摂取量だけでなく、脂肪、タンパク質摂取がこの20年にほとんど伸びず、グラフ（図-37～39）では明確ではないが、人口増加も考慮すれば実質的にはかなり減少していると考えらるべきであろう。また微量栄養素に関しても、ビタミンA欠乏が問題になっている国が27か国もあり、鉄分欠乏症は妊婦と乳幼児の6割にもみられ、食料不足や地域内の分配の問題とともに、これらの問題も貧困対策の中で考慮すべきである。

貧困度： 絶対的貧困水準以下の5歳児の地域別分布では、4,260万人がアフリカの農村に、900万人がアフリカの都市に集中しており、世界全体の当該年齢層の33.1%、地域内当該年齢層の49%が絶対的貧困水準以下の生活にある。また世界の乳幼児死亡数の30.9%を占める。この地域はU5MRの下降の速度が低下しており、この30年の間に出生数が2.3倍以上になって、乳幼児死亡数も増加した唯一の地域である。（図-30）。

#### （4）地域別重点事項 - 東アフリカ

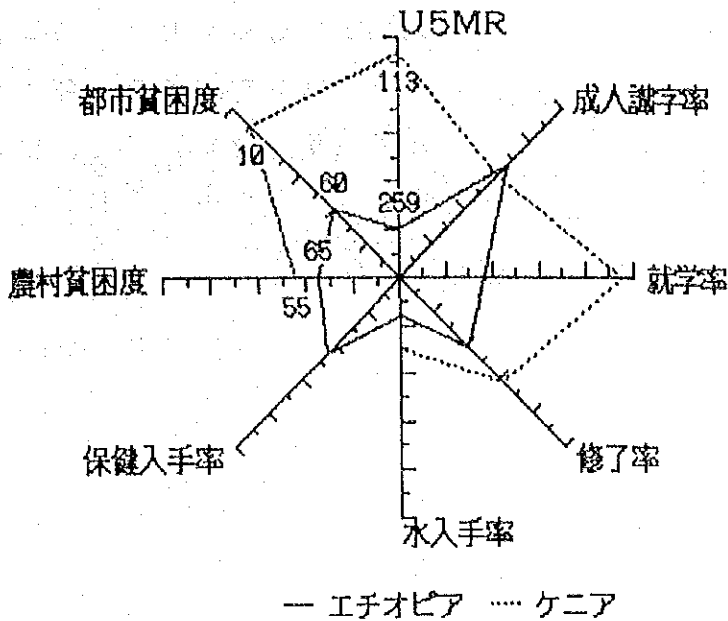
	エチオピア		ケニア	
U5MR	(259)	21	(113)	94
成人識字率		66		60
就学率		37		96
修了率		41		62
水入手率		16		30
保健入手率		46		0
農村貧困度	(65)	35	(55)	45
都市貧困度	(60)	40	(10)	90

#### 解決すべき問題点

教育： 就学率が比較的改善された国を除いて、就学率がきわめて低い国が多い。教材・教員の不足もみられ、修了率、成人識字率も低い。

保健： 保健サービスと安全な飲料水の入手率が非常に悪く、乳幼児死亡率が非常に高い。

図-22・貧困状況の特徴  
東アフリカ



貧困度： 小農を中心に低い生産性、農業以外での雇用創出が低く、潜在失業率が高い。森林破壊、土壌劣化、湖沼汚染などへの取り組みも必要である。農村の絶対的貧困水準以下の人口の比率が非常に高い。

(5) 地域別重点事項 - 西アフリカ

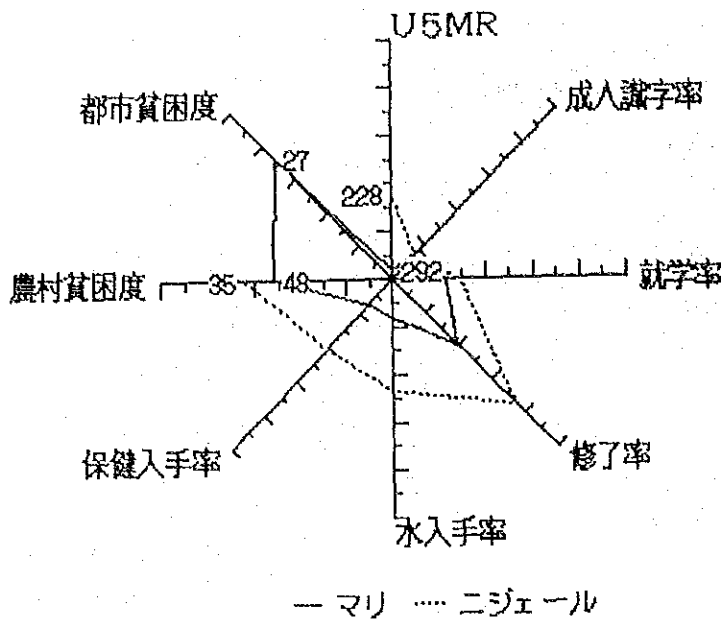
	マリ		ニジェール	
U5MR	(292)	4	(228)	36
成人識字率		17		14
就学率		23		29
修了率		39		75
水入手率		17		47
保健入手率		15		41
農村貧困度	(48)	52	(35)	65
都市貧困度	(27)	73	(-)	0

解決すべき問題点

教育： 就学率、修了率、成人識字率ともに非常に低い。

保健： 保健サービス、安全な飲料水の手入手率も極めて悪い。乳幼児死亡率は非常に高く、世界の中で最悪である。

図-23・貧困状況の特徴  
西アフリカ



貧困度： 都市の人口増加率が大きく、都市の貧困度が高い。降雨量が少なく、可耕地が少ない中で、乾期・乾燥地農業が立ち遅れている。緑地破壊、土壌流出、過剰放牧も問題となっている。

(6) 地域別重点事項 - 中南米

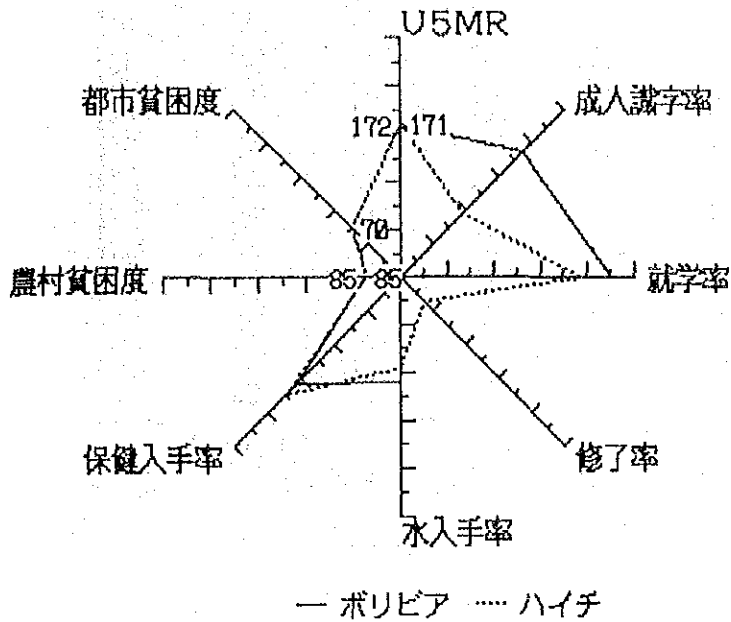
	ボリビア		ハイチ	
	(172)	64	(171)	65
U5MR	(172)	64	(171)	65
成人識字率		75		38
就学率		91		78
修了率		0		15
水入手率		44		38
保健入手率		63		70
農村貧困度	(85)	15	(85)	15
都市貧困度	(-)	0	(70)	30

解決すべき問題点

教育： 小学校修了率が低く、農村部では就学率も低い。

保健： 農村部を中心に安全な飲料水の入手可能率が悪く、南西アジアやアフリカと比べてほとんど変わらない状態である。また母子保健も東南アジアよりも少し高い程度で、6~7割程度の入手率と考えられる(図-35, 36)。栄養指標も他地域に比べれば中程度だが、地域内の出生児の10%、年間130

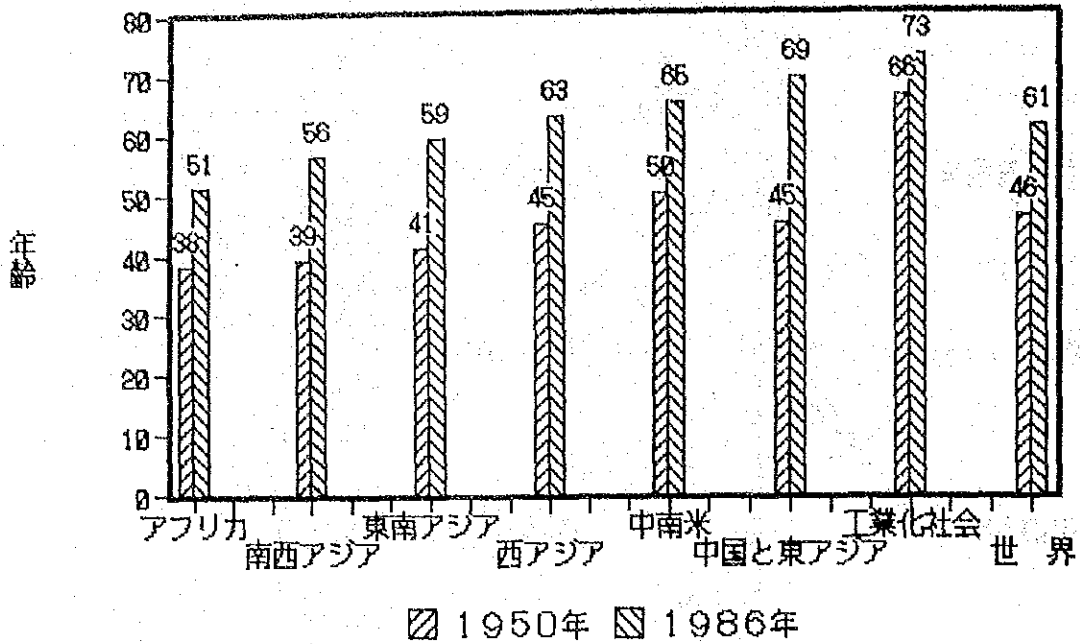
図-24・貧困状況の特徴  
中南米



万人が低体重出生児であり  
(図-41)、妊産婦と乳幼児の3割程度が鉄分欠乏症である(図-45)ことをみると、それが貧困層に一層高い割合で集中していることが予想される。ほかに蛋白源食糧の補給が問題となっている。貧困度：絶対的貧困水準以下の5歳児の地域別分布では、農村に790万人、都市に1,250万人と、都市の方が貧困層が多い(図-46)ことがわかる。また地域内の乳幼児の36%が絶対的水準以下の生活である(図-47)。都

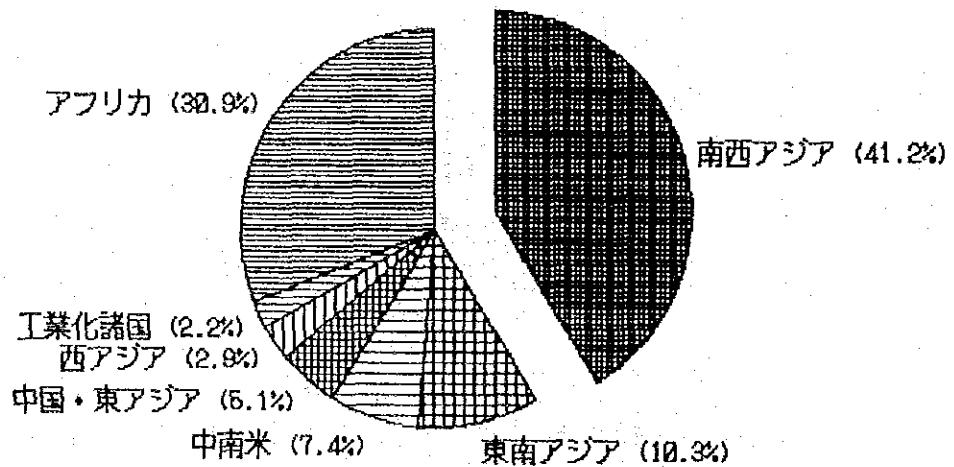
市部への人口流入とスラム化、低価格住宅の不足、貧困問題と結びついた麻薬関連産業への従事者の多さなどが大きな社会問題となっている。大規模農業の土地拡大に伴う自然破壊、劣悪な農園労働環境の中での貧困も問題である。

図-25 人口指標  
地域別出生時平均余命



Life expectancy at birth, by regions of the world, 1950 and 1986  
Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
Source: United Nations Population Division, (estimates, 1986).

図-26 乳幼児死亡数地域別比較  
年間乳児死亡数 1360万人(1986)



Child deaths (under 5 years) by regions of the world, 1986  
Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
Source: United Nations Population Division estimates, 1986.



図-27 人口指標 - 東アジア

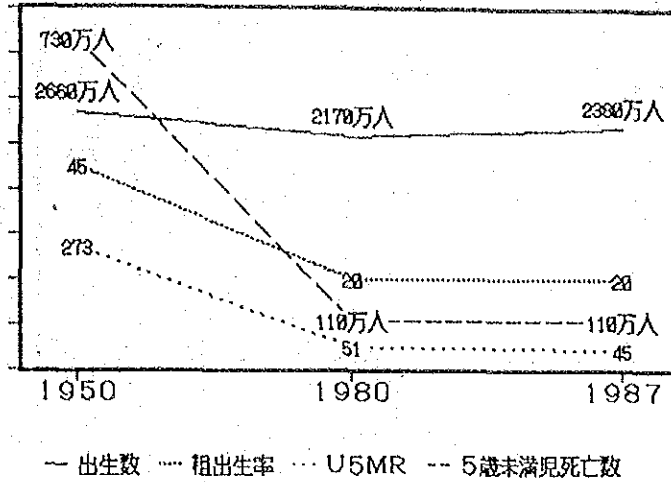
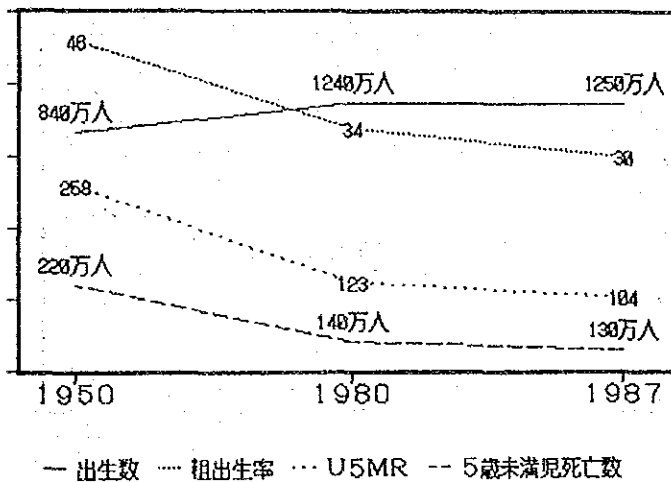


図-28 人口指標 - 東南アジア



世界の地域別の総出生数、出生率、U5MR（5歳未満児死亡率）とその低下率、5歳未満児死亡数（1950、1980、1985、1987）  
 国連人口局と国連統計部の推定をもとにした。出典：世界子供白書 1989

付論 2. 地域別重点事項で使った地域名（他の箇所の定義とは異なる）

中国とその他東アジア（作図の都合上東アジアとのみ記したものもある）  
 China, DPR of Korea, Hong Kong, Mongolia, Rep. of Korea

東南アジア  
 Brunei Darussalam, Myanma, Indonesia, Kampuchea, Lao PDR  
 Malayasia, Philippines, Singapore, Thailand, Viet Nam

南西アジア  
 Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, India, Iran, Maldives  
 Nepal, Pakistan, Sri Lanka

西アジア（中近東）  
 Bahrain, Cyprus, Democratic Yemen, Iraq, Jordan, Kuwait  
 Lebanon, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Syrian Arab Republic  
 Turkey, United Arab Emirates, Yemen

図-29 人口指標 - 南西アジア

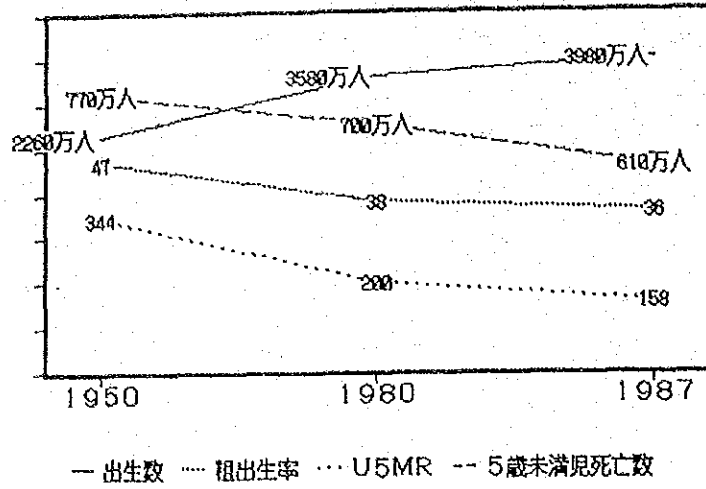


図-30 人口指標 - アフリカ

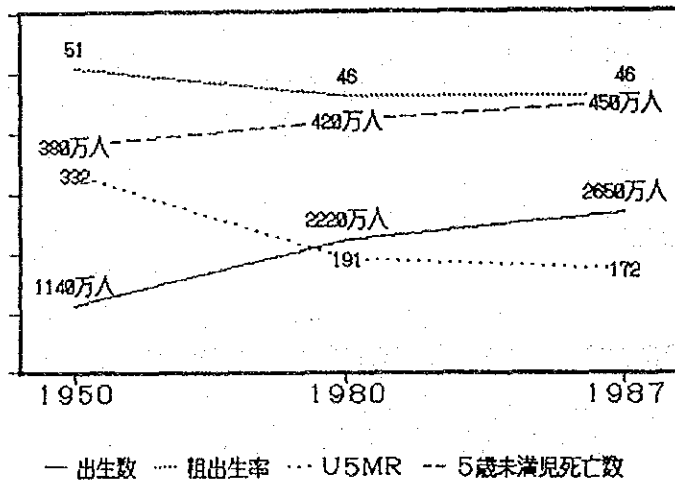


図-31 人口指標 - 中南米

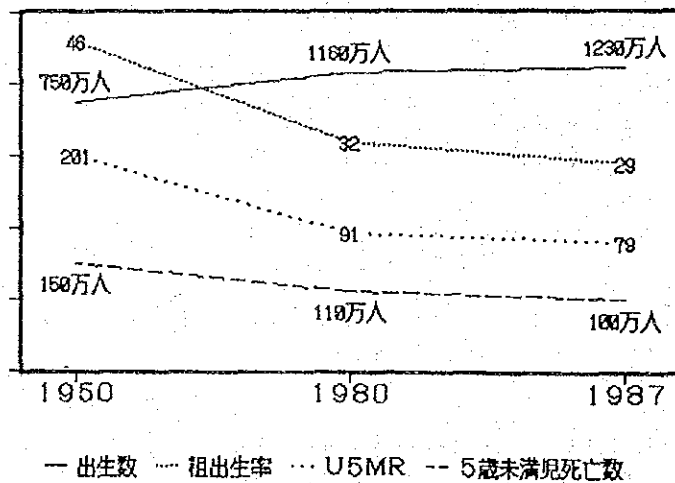
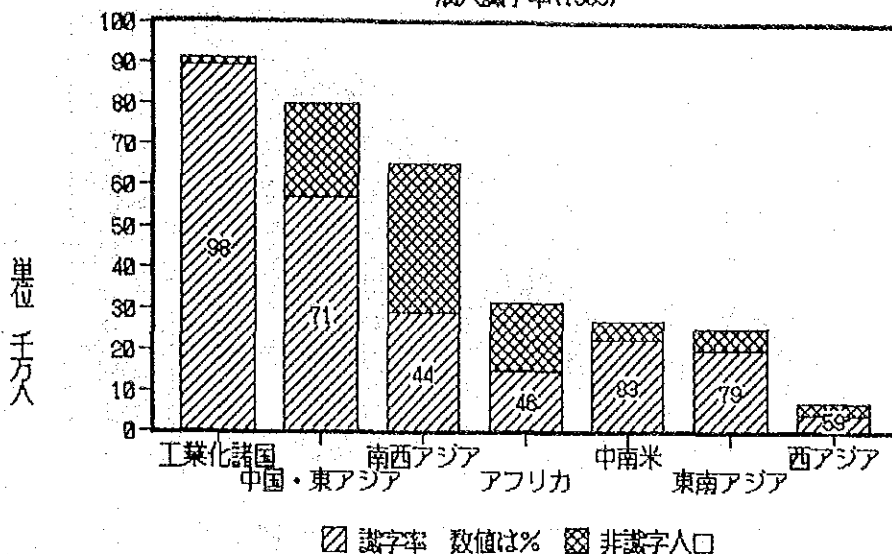


図-32 教育指標  
成人識字率(1985)



Literate population by region, 1960 - 1985

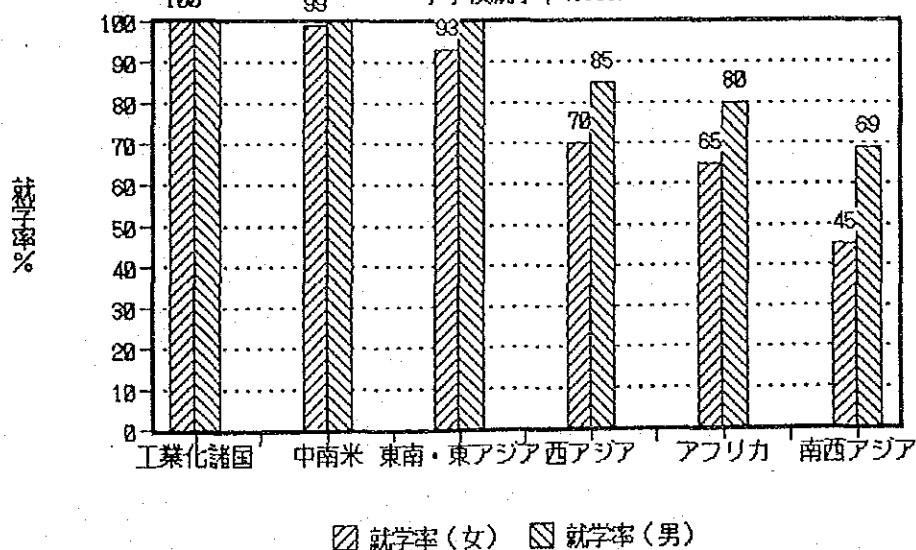
Note: Population over 15.

Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF

Sources: Population figures: UN Population Division estimates.

Literacy figures: "The current literacy situation in the world", ST-85/WS-9, UNESCO, Paris, July 1985. "Literacy 1969-1971: progress achieved throughout the world", UNESCO, Paris, 1982. "A summary statistical review of education in the world, 1960-82, UNESCO, Paris, ED/BIE/CONFINTED 39/Rev.1, 12 July 1984.

図-33 教育指標  
小学校就学率(1986)



Changes in the education pyramid, by sex and region, 1960-86

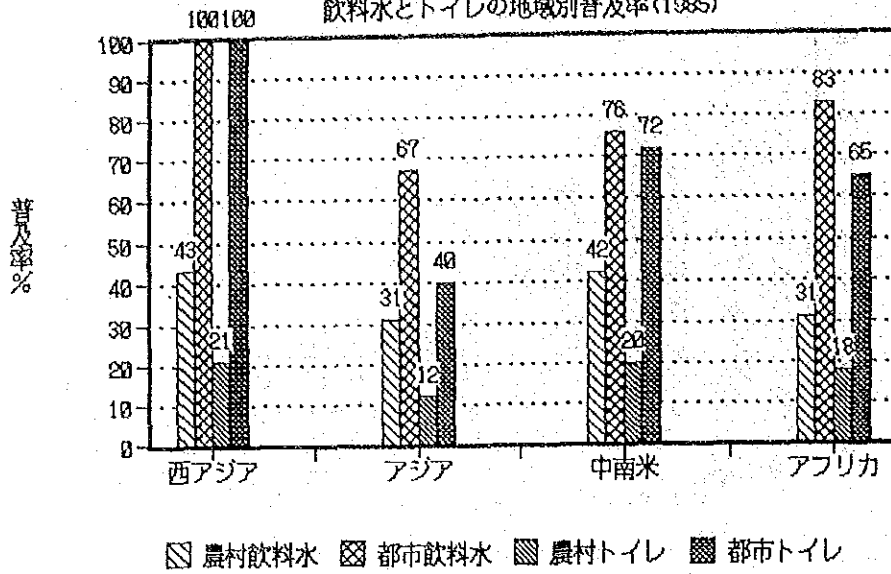
Note: Population 6 - 11 yrs = 100 東南・東アジアは中国を除く。

Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF

Sources: Population: UN Population Division estimates.

Enrolment: Based on estimates provided by UNESCO, Office of Statistics, May 1986.

図-34 保健指標  
飲料水とトイレの地域別普及率(1985)

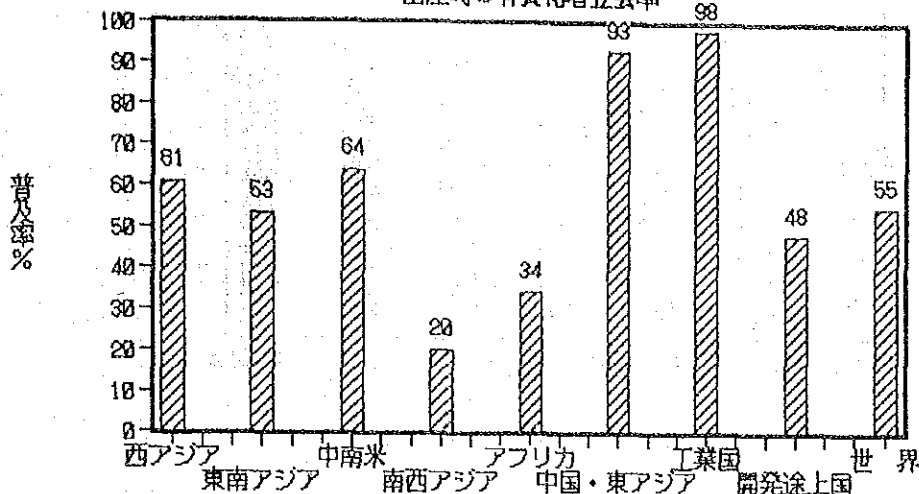


Safe water and adequate sanitation, by region, 1985

Note:	Africa	West Asia	C. & S. America
Children in rural areas	71 million	8 million	17 million
Children in urban areas	30 million	10 million	39 million
Asia: Excluding West Asia and China.			
Children in rural areas	163 million		
Children in urban areas	57 million		

Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
 Source: 1970 access estimates: "International Drinking Water Supply and Sanitation Decade, Mid-Decade Progress Review", WHO, A39/11, 21 March 1986. 1980 and 1985 access estimates: Most recent WHO estimates. Population estimates: UN Population Division.

図-35 保健指標  
出産時の有資格者立会率



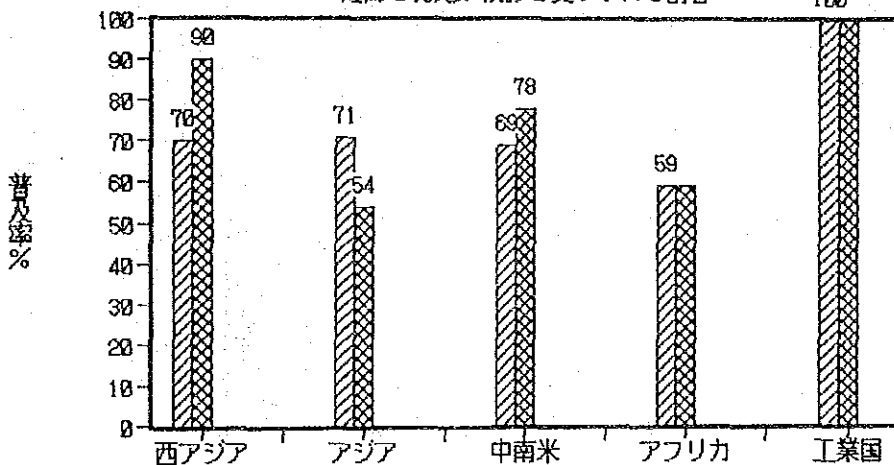
Estimated coverage of maternity care, 1986

Percentage of births attended by qualified personnel.

Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF

Source: Birth estimates: UN Population Division and UN Statistical Office, 1986. Maternity care estimates by region: "The Coverage of Maternity Care. A critical review of available information" by Erica Royston and Jane Ferguson, World Health Statistics Quarterly, 38 (85).

図-36 保健指標  
妊婦と乳児が検診を受けられる割合



▨ 妊娠中検診率    ▩ 乳児検診率

Availability of health care for pregnant women and infants, 1986

Note: Trained personnel available during pregnancy (not including childbirth, see chart on maternity care) and for children up to 1 year of age.

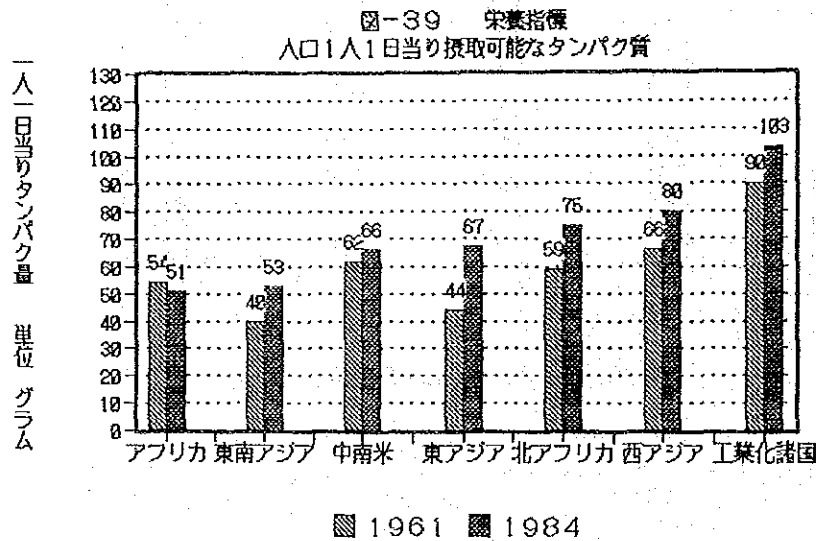
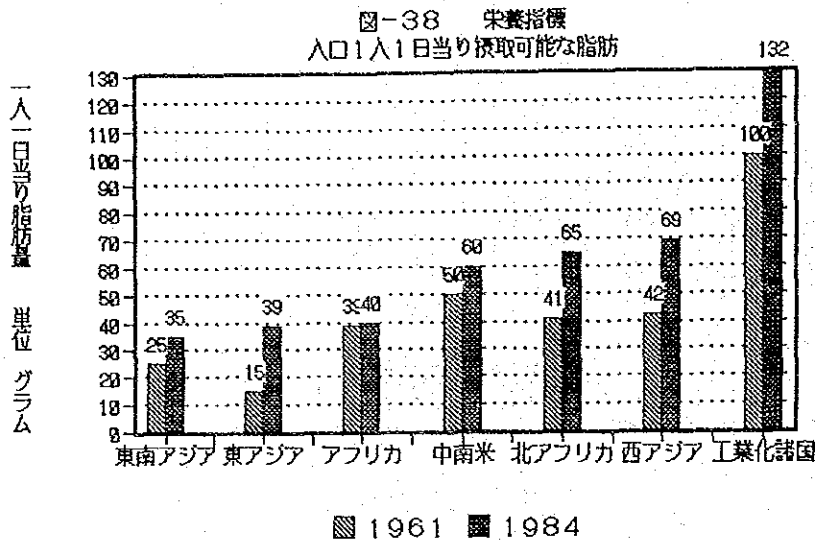
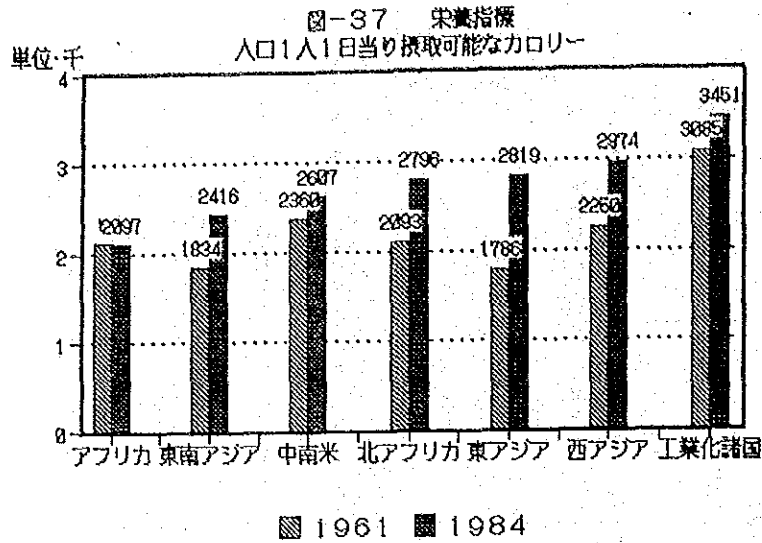
Prenatal care: Percentage of pregnant women covered.

101 countries, excluding China, Nigeria and Bangladesh.

Infant care: Percentage of under 1 covered. 72 countries, excluding China, Nigeria, Brazil, India and Bangladesh.

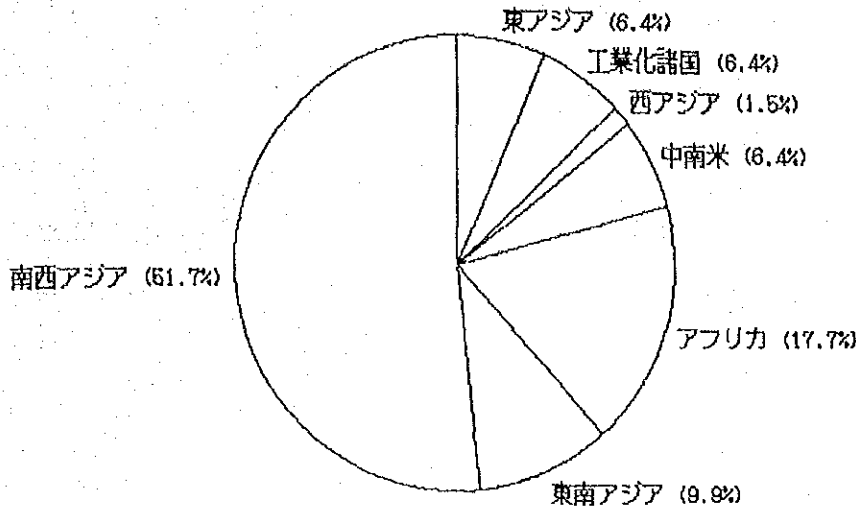
Adapted from "State of the World's Children 1987", UNICEF

Source: Health care availability (percent coverage): Median figures based on data supplied in 1985 by countries to WHO for evaluation of the Strategy for Health for All by Year 2000; 1986 population: UN Population Division and UNICEF Office estimates.



Daily availability of food per person, by region, 1961 and 1984  
 Note: 東アジアは中国を含む。アフリカはサハラ以南アフリカ諸国。  
 No assumption is made either about the distribution or consumption of food within the region, i.e., among the countries of the region or among the people within the countries comprising the region.  
 Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
 Source: FAO estimates, July 1986.

図-40 低体重出生児地域別分布(1986)  
低体重出生児 年間2030万人

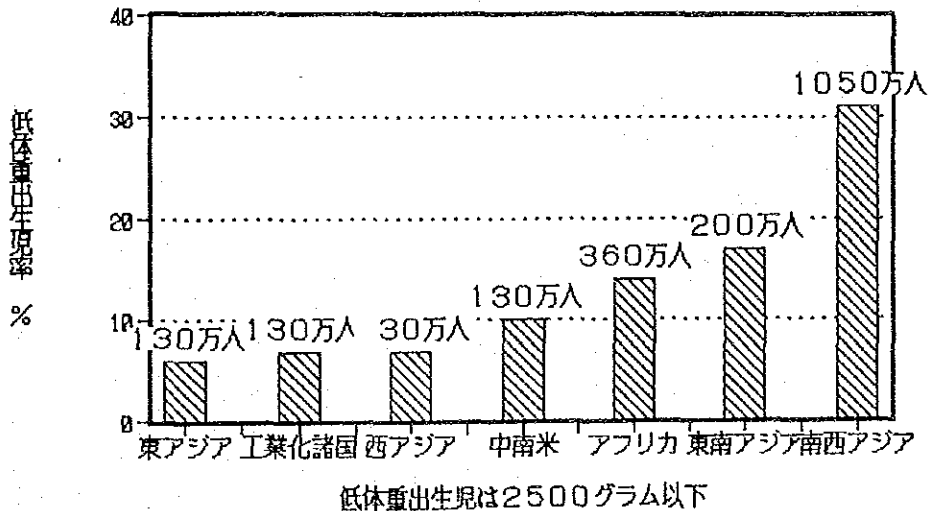


Regional distribution of low birth-weight, 1986

Note: Figures are based on 1982 surveys, updated using estimates of births in 1986. No account is taken of the impact of improved food supply in Asia or the deterioration in food supply in Africa since 1982.

Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
Source: "The Incidence of low birth-weight: an update", Weekly Epidemiological Record, WHO, no.27, 6 July 1984. UN Population Division estimates of 1986 births.

図-41 栄養指標  
地域別低体重出生児率(1986)



Percentage of low birth-weight infants, by region, 1986

Note: 東アジアは中国を含む。  
Figures are based on 1982 surveys, updated using estimates of births in 1986. No account is taken of the impact of improved food supply in Asia or the deterioration in food supply in Africa since 1982.

CHINA & EAST ASIA(6%), INDUSTRIALIZED COUNTRIES(7%), WEST ASIA (7%), CENTRAL & SOUTH AMERICA(10%), AFRICA(14%), SOUTHEAST ASIA (17%), SOUTH ASIA(31%)  
Adapted from "The State of the World's Children 1987", UNICEF  
Source: "The Incidence of low birth-weight: an update", Weekly Epidemiological Record, WHO, no.27, 6 July 1984. UN Population Division estimates of 1986 births.





表-1-1 ビタミンA欠乏症と眼底乾燥症が蔓延している地域 1986

毎年50万人以上の5歳未満児が失明する。しかも失明から数週間でこのうちの60~70%が死亡している。さらに600~700万人が中程度のビタミンA欠乏症になり、この結果として感染症（特に、はしかなどの呼吸器感染症）への抵抗力を弱めたり、貧血（鉄分欠乏）や発育遅滞を招いていることが少なくない。

地 域	重大な保健問題とされる国	監視を必要とする国
アフリカ	アンゴラ、ベニン、ブルキナファソ、チャド北部、イボリア、ガーナ北部、ケニア、マラウイ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ニジェール、ナイジェリア北部、スーダン、ウガンダ、タンザニア、ザンビア	アルジェリア、ボツワナ、ブルンジ、レソト、マダガスカル、モロッコ、ルワンダ、ソマリア、セネガル、ジンバブウェイ
中南米	ボリビア、ブラジル東北部、エルサルバドル、ハイチ、メキシコ	エクアドル、ペルー
南西アジア	アフガニスタン、バングラデシュ、インドネシア、スリランカ	パキスタン
東南アジア	ミャンマー、カンボジア、インドネシア、ラオス、ベトナム	マレーシア、タイ
西アジア	オマーン	イシフト、イラン、イラク、ヨルダン、シリア、トルコ、イエメン
東アジア		中国

Areas of high prevalence of vitamin A deficiency and xerophthalmia (literally "dry eye") among children, 1986

Adapted from "The State of the World's Children 1987"

Source: "Prevention and control of vitamin A deficiency, xerophthalmia and nutritional blindness: proposal for a ten-year programme of support to countries", World Health Organization (NUT/84.5 rev.1), February 1985 and most recent WHO/UNICEF assessments.

図-46 絶対的貧困の乳幼児の地域分布  
合計1億5600万人(中国を除く)1986

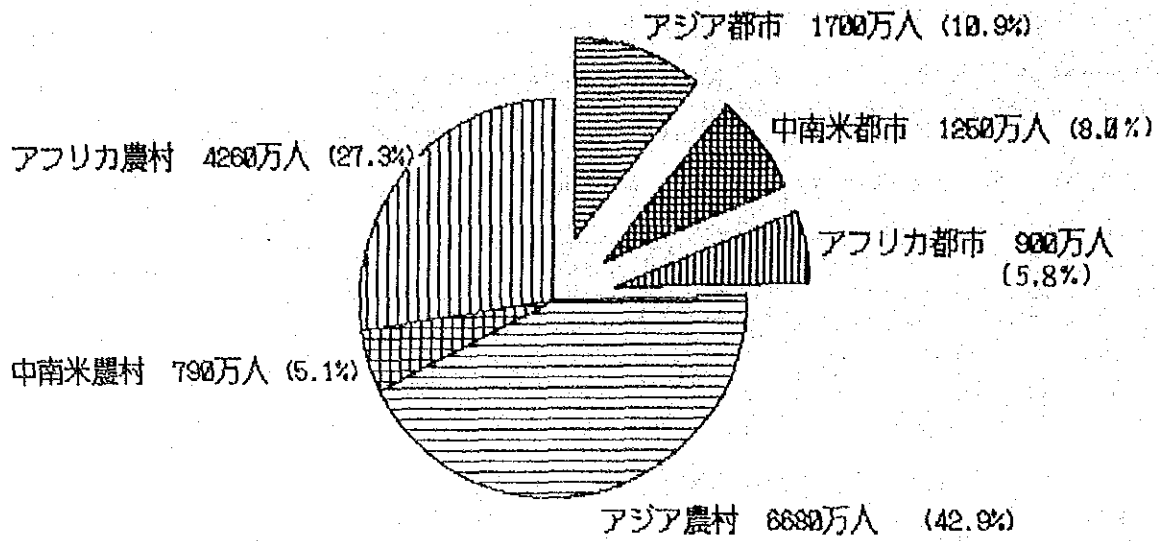
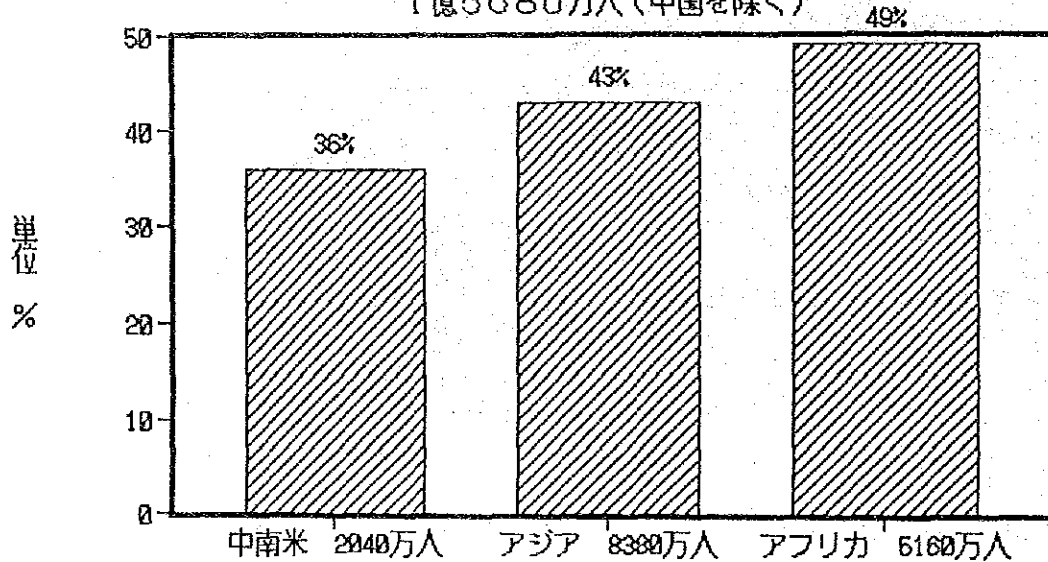


図-47 絶対的貧困水準以下の乳幼児  
1億5680万人(中国を除く)



Children under 5 living in absolute poverty in urban and rural areas, by region, 1986

Adapted from "The State of World's Children 1987", UNICEF

Source: Population of children under 5: UN Population Division estimates.

Percent of urban/rural population living below absolute poverty levels: based on latest available estimates from World Bank reports which appear in tables in the appendix of this report (Basic Indicators).

## I V . 付 論

### 3 . 貧 困 対 策 援 助 の 事 例 と 戦 略

#### < 目 次 >

3. 1	基本的考え方	p. 101
3. 2	貧困対策援助の特徴	p. 101
3. 3	貧困対策援助の形態	p. 103
	(1) 農山漁村部での形態	
	(2) 都市部での形態	
3. 4	貧困対策の優先分野	p. 110
3. 5	貧困対策の事例と戦略	p. 118
3. 6	貧困対策の事例と戦略の紹介	p. 121

#### < 生活基盤分野 >

#### 教 育

バングラデシュ	初等教育普及事業 (BRAC)	p. 122
インド	総合幼児発育サービス計画 (ICDS)	p. 129

#### 保健・医療

ネパール	共同栄養支援事業 (JNSP)	p. 134
タイ	PHC訓練センター	p. 137
ネパール	母子保健総合プログラム (SCF/UK)	p. 142

## 給水・衛生

ニジェール	村落給水計画	p. 146
-------	--------	--------

## 女性と開発

ブルキナファソ	地域灌漑用小規模ダム建設 (N A A M)	p. 148
ネパール	農村女性生業資金融資事業 (P C R W)	p. 153
ザンビア	J O C V (青年海外協力隊) による村落開発普及	p. 159

## 都市ベーシック・サービス

パキスタン	スラム住環境・インフラ改善事業 (O P P ほか)	p. 162
タイ	教育・職業訓練事業 (S V A)	p. 173

## <生産基盤分野>

ニジェール	地方分散型の穀物倉庫建設	p. 176
ジンバブエ	小農による食糧増産	p. 178
ネパール	J O C V 農業ミニ・プロジェクト	p. 180
ネパール	小農開発事業 (S F D P)	p. 186
バングラデシュ	グラミン・バンク	p. 196

## <社会開発戦略>

ネパール	ベーシック・ニーズ・プログラム (国家計画委員会)	p. 199
パキスタン	パキスタン政府経済局 (E A D)	p. 203
タイ	タイ開発研究所 (T D R I)	p. 207
ネパール	N G O の小規模案件発掘 (S A P ネパール)	p. 212
ケニア	N G O の教育、給水、職業訓練 (C A R E)	p. 217
エジプト	基礎保健の普及 (ソーシャル・マーケティング)	p. 219

## 3. 貧困対策援助の事例と戦略

### 3. 1 基本的考え方

ここでは、貧困対策援助の各事例を示すにあたり、その前提となる貧困対策援助の優先分野を示す。なお、以下に示した優先分野の実施にあたっては、貧困層や貧困地域の特殊な事情に基づいて、各々の計画のコンセプト、アプローチの選択、計画期間の設定、体制や運営条件の整備などが満たされることによって、初めて貧困対策援助として有効に機能するものである。貧困対策援助は、優先分野の特定以上に、援助アプローチと運営システムの如何が重要であることから、優先分野を特定する際には以下のことを考慮する必要がある。

### 3. 2 貧困対策援助の特徴

#### (1) 貧困対策援助の基本的性格

貧困層や貧困地域を対象にした援助においては、それらの既存の能力や社会環境を前提とした援助の投入による効果には自ずと限界がある。これは、貧困層や貧困地域社会がそれらの援助を有効に活用するための対応力や社会機能を十分に持ち得ていないという、いわゆる受け皿の問題である。また、多くの場合、投入される援助は、対象にとっては全く新たなアイデアであったり、社会機能であったりする。従って、貧困層や貧困地域を対象にした援助では、他のプロジェクトと比較して、貧困層や貧困地域社会の機能を新たに開発するという観点が重要視する必要が格段に高くなる。例えば、新たな知識の獲得、識字力や技術の獲得、会計実務やシステム開発などの運営・管理力量の向上、社会規範（Discipline）の理解と経験的学習などが新たに開発される機能として挙げられる。

つまり、貧困対策援助は、“社会開発”としての意味合いが濃いものであり、それらの特徴に対応した手法や運営を選択することが重視される。

#### (2) 計画のコンセプト—社会的弱者の視点、環境の観点の組み込み—

貧困層や貧困地域においても、社会的階層が存在することは明らかであるが、その階層構造が個人の潜在的能力の開発や社会的能力の向上に対してマイナスの作用をしていることも明らかにされている。一方、貧困はより社会的弱者においてその程度が厳しく、多くの場合、それらの状態は生命の危機に瀕するまでになっている。このことから、社会的弱い状態にあ

る女性、乳幼児、児童の観点を計画へ組み込むことが重要である。また、貧困と環境の相互関連を重視することが必要である。

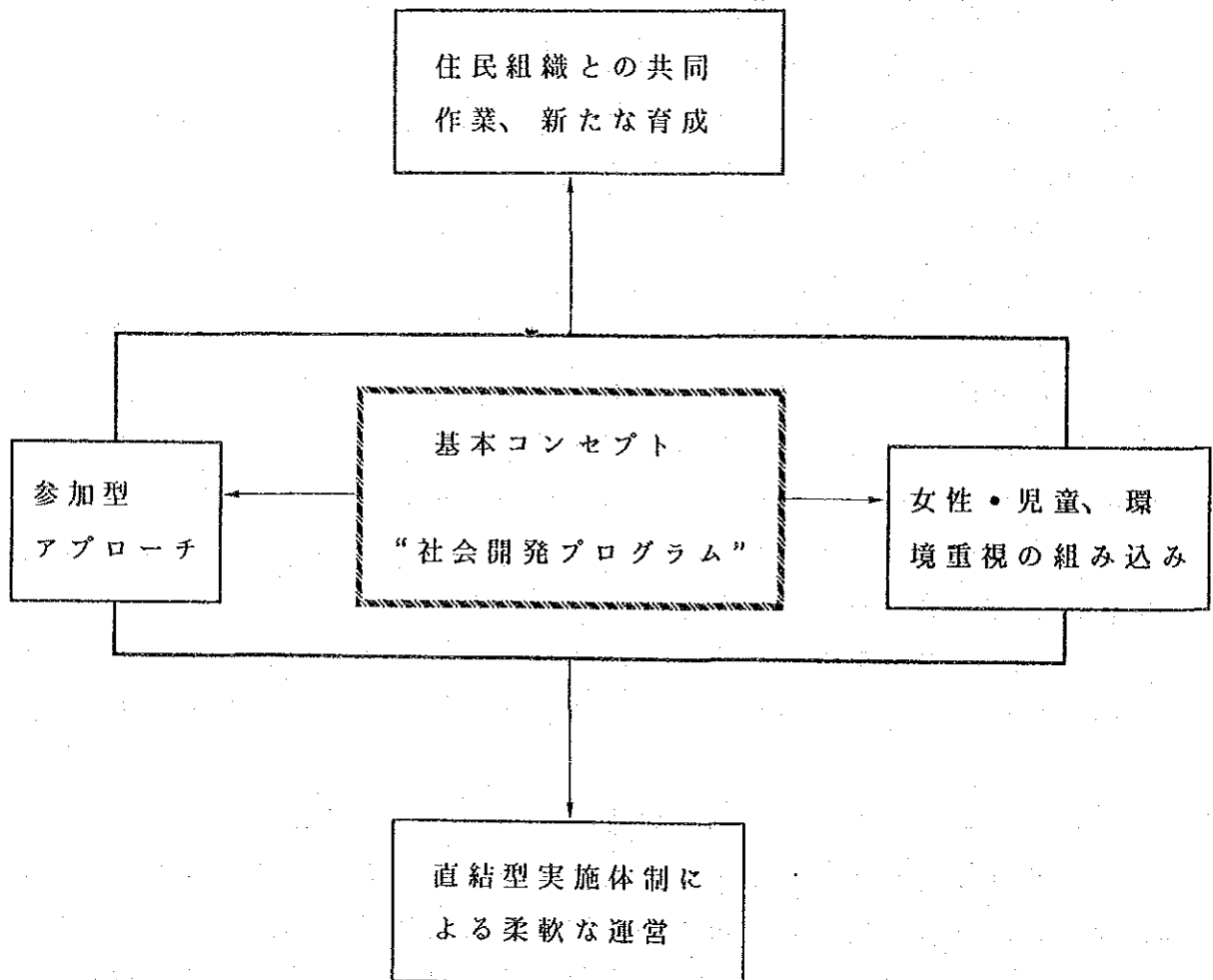
### (3) 参加型アプローチの選択

貧困対策援助の主要な要素の一つは、如何にして貧困層や貧困地域の“参加”を得るか、にある。従って、参加型アプローチを選択することによって初めてその効果を期待することができる。“参加”を重視することとは、実際的に表現すれば、“参加を可能とするような、実施プロセスを重視したアプローチの選択”である。

以上の相互関係を図-48に示す。

図-48

貧困対策援助の特徴

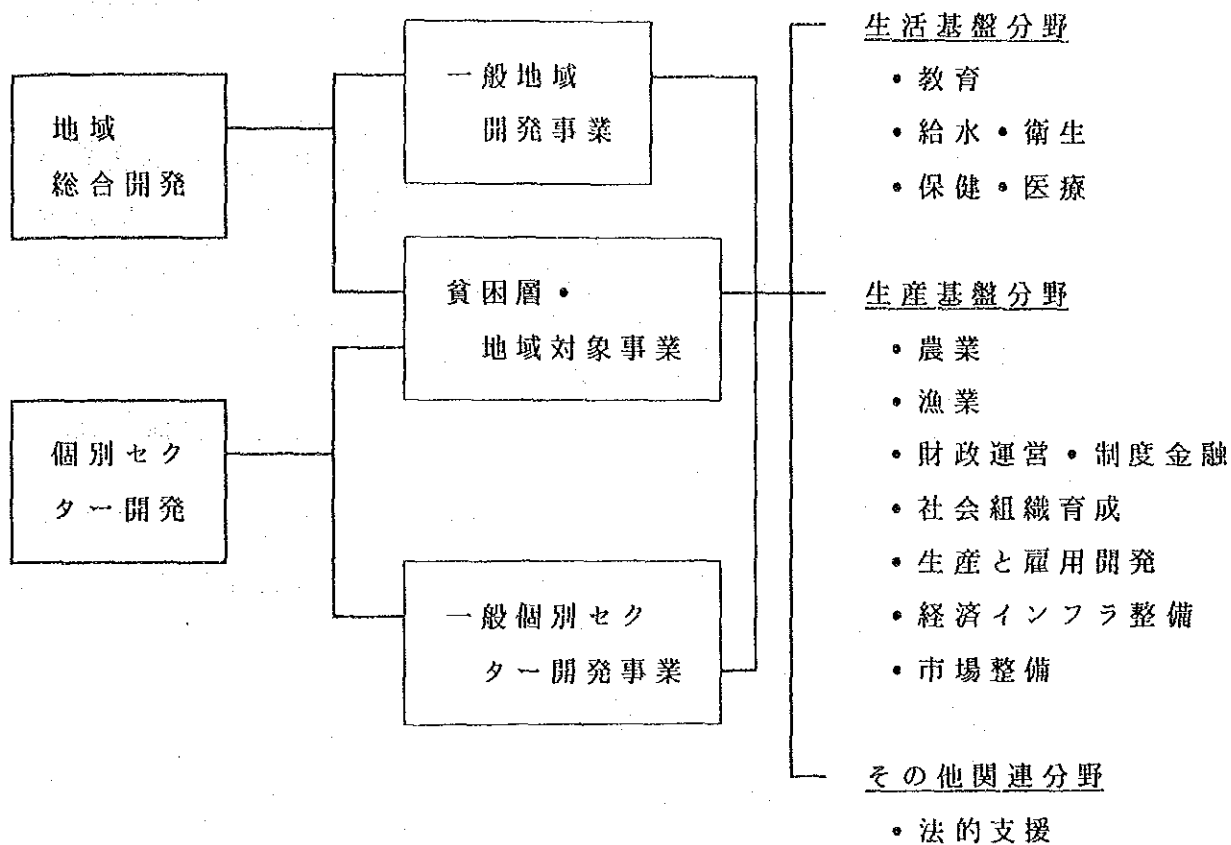


### 3. 3 貧困対策援助の形態

優先分野を示すにあたり、環境の違いを考慮した上で、対象地域を農山漁村部と都市部に分け、また、分野を大別して生活基盤分野と生産基盤分野に分け、その援助の形態をとりまとめた。

#### (1) 農山漁村部での形態

図-49 農山漁村部における援助の形態とその関連



#### <農山漁村部での具体的留意点>

##### 生活基盤分野（農山漁村部）

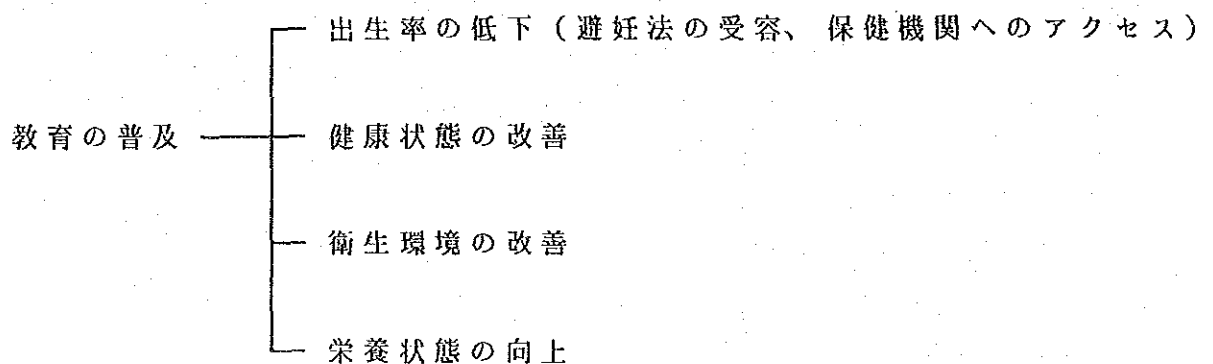
教育 — — — — — \*初等教育の普及、成人機能識字教育が特に重要である。  
 教材の開発と普及、教員の養成、教育施設・資材・備品の供給なども含めた援助を実施することが重要。特に貧困層対象には成人機能識字教育を他の開発プログラムと組み合わせることで効果をあげることができる。

給水・衛生 — — \*適切な飲料水の供給を可能にすることが重要で、そのことが健康状態の改善には非常に効果的であるが、同時に衛生教育を普及する必要がある。また、衛生的なトイレ（一般には簡易トイレで充分）が普及していないために、住居周辺が寄生虫疾患などの病原となっている場合が多い。

保健・医療 — — \*保健所や診療所の開設と巡回保健指導の組合せが有効であるが、村落保健員の養成や設備、機材・基礎医薬品などの提供と共に運営費も含めた援助が必要となる。また、普及技術として、ドラマや歌などを通じた手法の開発が効果的である。

以上の生活基盤分野への援助は、住民の相互扶助組織の育成と参加を組み合わせることで、相当の効果を上げることが出来る。それらを通じた栄養教育や結核、急性呼吸器疾患、ライ病、マラリア、その他の風土病など特定疾患に対する予防の他、母子保健制度の普及・開始、家族計画の普及、予防接種の普及などは、計画が効果を上げるための主要な要素となる。

なお、世銀、他の調査によれば、生活基盤分野における各項目間には、以下のような相関関係が認められている。



また、母親の学歴と子供の栄養状態、さらには子供の寿命との間には強い正の相関関係があることも調査の結果明らかにされている。さらには、教育と農民の生産性の向上、および新たな技術や農法の受容の間にも相関関係が認められている。したがって、生活基盤分野におけるこのような相互関連性に基づいた、より精度の高いアプローチが検討されることが、貧困対策援助を効果的に実施する上で重要である。



## 生産基盤分野（農山漁村部）

- 農業 ———— \* 土壌の改良、農業用水の確保、灌漑、農業技術の更新、貯蔵施設の確保と改善のほか、有畜複合農業やアグロ・フォレストリーなど労働集約度のより高度な生産サイクルの紹介と普及、それらのための研修などが重要である。
- 漁業 ———— \* 漁業技術・方法の改善、加工技術の普及、貯蔵施設の確保などが主な対象となる。
- 財政運営  
制度金融 ———— \* 貧困層を対象にした場合には、彼らは通常、制度金融の対象から除外されているため、資金の不足によって、上述した様々な生産活動の更新ができないことが大きな課題である。したがって、貧困層を対象にした制度金融の紹介と普及は生産部門の発展に対して大きな効果を持つのみならず、家内工業や小産業の育成によって、新たな雇用機会を創出する上でも効果的である。特に、これまでそのような機会に恵まれなかった女性層の生産活動への活発な参加が期待できる。また融資に際しては、継続的な財政運営指導が必要である。
- 社会組織育成 — \* 上述の制度金融で述べた意味と同じく、貧困層の生産活動停滞の背景には、独自の共同組織を持たない点が指摘されている。生産、販売、流通などの面での共同化は貧困層の生産活動をより有利に導く重要な手段である。
- 生産・雇用  
開発 ———— \* 小産業の育成による雇用創出は大きな課題であるが、同時にマーケティングが大きな課題である。従って、この場合、近隣地方都市との経済連携を十分に考慮することが重要である。マーケティングの課題はどれほど強調しても強調し過ぎることはない。
- 経済インフラ  
整備 ———— \* 近隣の地方都市との間の道路や橋梁の建設・整備は、地域外へのコミュニケーションや流通を促進するのみならず、農山漁村の生活に都市生活文化のインパクトを与え、刺激する意味でも重要である。そのほか、農閑期や漁閑期の失業対策としても貧困層にとっては重要な就業機会を提供する。さらに市場の整備は経済活動を活発化させる。

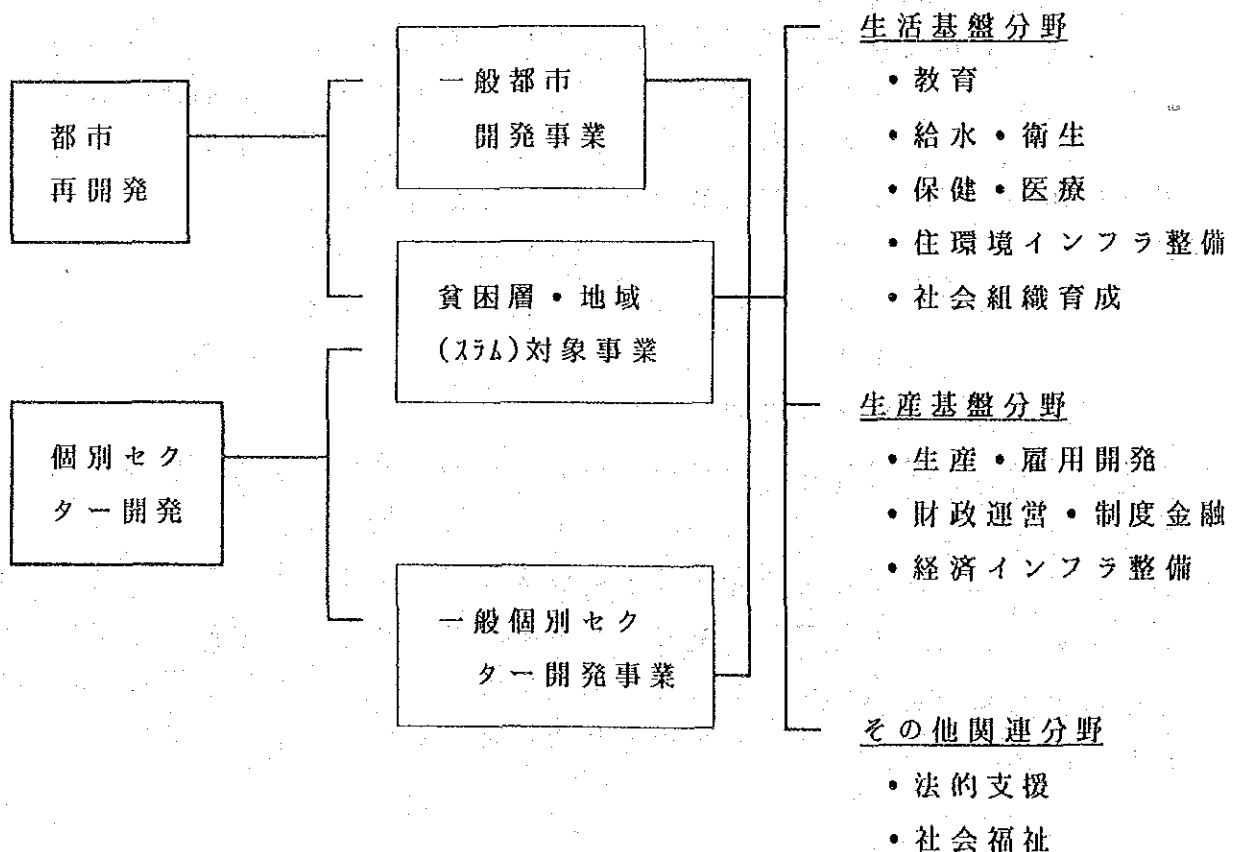
その他関連分野（農山漁村部）

法的支援 — — — \*社会的弱者である貧困層が、開発活動に参加しその活動圏を拡大することによって、さまざまな意味で社会的混乱を伴うケースが発生する。また、社会事情に通じていなかったり、文字が読めなかったりするために、契約事には不当に扱われるケースが応々にして発生する。このような場合、法的な保護以外に彼らを救う道はない。また、そのようなケースの発生は当事者のみなく、他の貧困層にとっても彼ら全体の社会的存在の意味を映す象徴的な出来事として理解される。このような例が積み重なる結果、その社会では、貧困層に共通してみられるアパシー（諦念）の温床となるのである。

開発計画が彼らにとっても意味があり、平等なものであることを示すためにも、法的保護は大変重要である。

(2) 都市部での形態

図-50 都市部における援助の形態とその関連



## <都市部での具体的留意点>

### 生活基盤分野（都市部）

教育 — — — — \* 初等・中等教育の普及、成人識字・機能教育が特に重要である。農山村部に較べると格段に中等・高等教育へのニーズ、及び職業教育へのニーズも高い。公教育の基本的な教育施設は整っているが、一方では都市貧困層の生活環境に適したカリキュラム開発が課題であると同時に、教師の養成などでも改善の余地が高い。

給水・衛生 — — \* 農山村部と違い、都市部の貧困地区の特徴はその人口密度の高さと立地条件の悪さである。その結果、衛生状態が極度に悪化し易く、上下水道の整備、家庭廃棄物の適切な処理が大きな課題である。場合によっては大規模な再定住・開発計画によってこれらの住環境そのものを総合的に改善することも必要であろう。

保健・医療 — — \* 都市貧困地区においては、保健・医療関係施設の貧弱が目立ち、また、行政の差別的な扱いを受け易い。このような場合には、保健・医療行政の充実に先んじて医療ソーシャル・ワーカーや福祉ソーシャル・ワーカーの重点的配置が最も効果的である。都市貧困地区の保健・医療活動において多くのNGOが、行政よりはるかに効果的な成果を上げているのは、上述したソーシャル・ワークの観点を重視していることや、行政オンブズマンとしての機能を持っているからである。

住環境・インフラ整備 — — \* 上下水道の整備については保健・医療の項で述べたが、ここでは特に貧困地区内の道路や他地域へのアクセスを可能にする道路の整備について強調する。地区内の道路は、単に人の移動や物資の流通に資するのみならず、生活・産業廃棄物の処理などにとっても大変重要なインフラであり、保健・衛生環境の改善のためには不可欠の施設である。また、他地域へのアクセスを可能にする道路、バスなど運輸路線の確保は人々の他地域での就業機会を拡大する上で重要な役割を果たす。また、女性の就業を促進する場合、地区に託児施設を整えることは大変有効である。この場合、

地区内に設置し、地域の人材を養成することがさまざまな障害を軽減する。

社会組織育成――＊一般に行政の配慮が様々な意味で行き届かない貧困地区の開発を進める場合、職業別、地区別相互扶助住民組織の存在は、貴重である。例えば、ネパールにおける青年クラブ、女性クラブなどが住民の保健・衛生活動、文化活動、社会教育活動、雇用創出活動などの分野で独自に果たしつつある機能は、地域住民にとって生活の重要な一部になりつつあるばかりでなく、住民側に立った行政とのパイプ役として無視できないものである。

### 生産基盤分野（都市部）

生産・雇用開発――＊雇用機会の創出を目的とした、既に地区にある小産業の技術的更新や新たな小産業の育成は必要ではあるが、実施可能な内容については既に過当競争状態であるか、開始後に、同様な状態になるなど、一般的には非常に困難である。しかし、家内工業レベルの生産・販売（生活製品）、既存の産業の生産・流通・市場活動の一部を担うような小規模自営業、インフォーマル・セクターを支援することが効果的である。

＊職業訓練においては製造業関連技術を中心にした内容が中心となるが、よく見られるケースは、卒業後の就職機会が無いといったものである。これについては、経済環境、産業政策から導き出される政策的コミットメントや開発計画の見通しと合致したカリキュラム編成が重要である。

財政運営――＊これらの職業は、小規模の回転資金が用意できれば即日可能となるものもある。

経済インフラ整備――＊他地域へのアクセスを可能にする道路、バスなど運輸路線の確保は人々の他地域での就業機会を拡大する上で重要。

### その他関連分野（都市部）

法的支援――＊都市部におけるこの分野は農山漁村部よりさらに重要度が高いが、基本的には同じである。犯罪、給与の未払い、開

発計画に伴う貧困層の権利保護など都市部特有のケースがある。また、女性の権利に関する法的保護は、さらに強調される必要がある。

生産・生活支援－＊児童労働、ストリート・チルドレン、孤児、捨て子、母子家庭などのほか、対象、分野は多岐にわたるが、優先すべきターゲットを絞ることが重要と思われる。また、住民組織の育成などを通じて間接的な効果を狙う戦術が検討されるべきである。

### 3. 4 貧困対策の優先分野

貧困対策を生活基盤分野、生産基盤分野、社会開発戦略の3つに分けて、直接的効果が得やすい、優先的な事業を列举すると表-12に示す通りである。

表-12 貧困対策対策事業一覧表

<p><b>生活基盤分野</b></p> <p><u>教育</u></p> <p>初等教育 社会教育 託児・幼児教育</p> <p><u>保健・医療</u></p> <p>基礎保健 第二次保健・医療</p> <p><u>給水・衛生</u></p> <p><u>女性と開発</u></p> <p><u>都市ベーシック・サービス</u></p> <p>住環境・インフラ整備 生産・生活支援</p>	<p><b>生産基盤分野</b></p> <p><u>貧困層が参加する農業</u></p> <p>土壌改良・保全 作物・家畜用の給水 農業と動力源開発 木材、かん木、森林開発 乾燥地農業開発 作物生産、収穫後貯蔵改善 牧畜 漁業 農業普及と研修 農業労働の研究事業</p> <p><u>貧困層が参加する経済開発</u></p> <p>生産・雇用開発 財政運営・制度金融 社会組織育成</p>
<p><b>社会開発戦略</b></p> <p><u>国家開発計画</u></p> <p><u>ベーシック・サービス戦略</u></p> <p><u>コミュニティ・デベロップメント</u></p> <p><u>貧困層が参加する研修事業</u></p> <p><u>開発コミュニケーション</u></p> <p>法的支援</p>	

## 生活基礎分野

### 教 育

#### 初等教育

カリキュラム改善への技術協力

教材開発・製作・配布への支援事業

教員の再研修・監督事業の強化

教科書、筆記用具、教材など資材・備品供与

女子教育普及のための技術協力

初等教育の優先的な普及事業（中・高等教育予算の再配分、貧困層の未就学と中途退学の最大要因である直接・間接の学費負担の軽減・補填・奨学金

#### 社会教育

識字教育（読み書き・算数）普及事業

成人機能識字（生活・生産技術）普及事業

貧困対策、村落開発の中に組み込まれた社会教育事業

ソーシャル・マーケティング（教育・就学推進のための社会啓発事業）

#### 託児・幼児教育

保育サービス事業

在宅共同保育事業

総合育児センター、工場・作業所内施設、付属施設（小学校・寺院など）

育児者に対する教育事業

家庭訪問、父母教育、保母育成、兄弟など年長児対象の育児指導（CHILD-TO-CHILD）、マス・メディアによる育児教育・相談事業

村落開発の中に組み込む託児・幼児教育

幼児教育制度の強化のための技術指導

モデル託児・幼児教育事業

人材養成、研修、普及のための技術協力

## 保健・医療

### 基礎保健

基礎保健政策の実施目標整備のための技術協力（データ整備・分析）

基礎保健補強（INSTITUTION BUILDING）のための中間技術者研修・機材供与  
人材育成（研修・監督方法改善）

看護婦・保健員・村落保健員対象の研修

在来助産婦（TBA）・祈禱師・保健ボランティア・住民対象の研修

保健所の建設・補強

保健所設備・機材の供与

巡回保健事業への支援（特に研修と保健員への資材供与）

都市基礎保健事業

基礎栄養改善事業

定期体重測定による発育観察事業

栄養・食料補助事業（貧困層の栄養不良児、妊婦などに対象を限定）

栄養教育事業

タンパク質欠乏対策

微量栄養素欠乏（鉄分・ビタミンA・ヨード）対策

栄養サーベイランス（監視）体制整備事業

総合栄養事業

必須医薬品供与

必須医薬品の生産設備建設・機材供与、原料・医薬品の輸入支援

必須医薬品の供給体制、共同購入制度（受益者負担）づくりへの技術協力

感染症対策

（AIDS、急性呼吸器疾患、結核、ライ病、眼病、マラリア、風土病）

予防接種普及事業（保健教育を含む）

下痢症コントロール（経口補水療法による脱水死予防のための保健教育ほか）

母子保健／家族計画事業

アルコール依存症対策

ソーシャル・マーケティング（保健教育推進のための社会啓発事業）

### 第2次保健・医療

地域（REGIONAL）保健・医療施設建設

県・郡レベル病院の建設・補修

病院設備・機材の供与



## 給水・衛生

適切な量と質の飲料水供給事業

衛生施設・トイレ普及事業

水の管理・衛生改善の教育・研修事業

計画立案・実施・維持管理・普及事業のための技術協力

コミュニティ、特に女性の参加促進のための研修事業

(設置計画・設置・管理・使用方法の決定への参加促進)

## 女性と開発

母子保健と家族計画事業

栄養教育普及事業

託児・幼児教育強化事業

採算のとれる収入向上事業

学校教育への女子就学促進事業

学校外女子教育事業

社会教育の内容・方法の改善への技術協力

家庭用の食料生産改善事業

家事労働の軽減のための適正技術普及事業

母子家庭への生業資金融資・職業訓練事業

開発による女性への社会経済的影響のモニター・研究事業

## 都市ベーシック・サービス

住環境・インフラ整備のための技術協力

住宅改善用資材の共同購入、低価格住宅づくりへの技術指導

中・小規模の再定住計画立案への技術協力

スラム改善事業

幹線上水・下水道から貧困地区への接続

幹線道路と路線バスの貧困地区への接続

生産・生活支援事業

基礎保健・母子保健・栄養事業

女性事業・幼児教育・託児所普及事業

児童虐待・捨子・被災孤児の一時収容及び自立指導施設  
児童労働、ストリート・チルドレンの雇用改善、生活支援福祉事業  
障害者の在宅リハビリ、職業訓練のための技術指導  
(CBR = COMMUNITY BASED REHABILITATION)  
学校外教育・成人教育への資材供与、技術協力  
小規模融資事業と職業訓練事業への資材供与、技術協力

国・地域行政機関の能力強化のための技術協力

## 生産基盤分野

### 貧困層が参加する農業

土壌改良・保全

土壌改善・土壌流失対策

肥料・農薬

作物・家畜用の給水

簡易井戸、井戸、手押しポンプ普及事業

灌漑

家畜用の給水（家畜による汚染等からの水源保護）

農業と動力源開発

人力、動物、風力、水力、火力、ソーラー、バイオガスなど

木材、かん木、森林開発

森林開発、共同管理林、植林事業（貧困層への配慮）

乾燥地農業開発

作物生産、収穫後貯蔵改善

作物種の選定のための技術指導

栽培方法、種子、収穫の改善のための技術指導

作物保護（病気、害虫駆除、除草）のための技術指導

貯蔵方法の改善のための技術指導

家庭での調理・保存方法改善のための技術指導

家庭菜園普及のための技術指導

マーケティング（流通経路開拓、販売促進）のための技術指導

## 牧畜

有畜複合農業のための技術指導

貧困層が活用できる動物（ラクダ、牛、水牛、羊、やぎ、豚ほか）、養蜂

家禽（養鶏、アヒル、ガチョウ）の飼育・病害虫対策指導

## 漁業

採取方法、養魚方法の改善指導

マーケティング（流通経路開拓、販売促進）のための技術指導

## 農業普及と研修

農民研修

農業普及員養成

再研修（農業普及員とトレーナー対象）

## 農業労働の研究事業

農村事業への参加の可能性分析（季節要因、労働力、性別分業）

新しい作物・肥料等の導入の可能性分析

女性の農作業の分析

## 貧困層が参加する経済開発

### 生産・雇用開発

農村開発と再定住計画への技術協力

都市開発の中での貧困層の居住改善に関する助言・技術協力

小産業育成、家内工業育成

職業訓練

マーケティング計画（流通経路開拓、販売促進）のための技術指導

## 財政運営・制度金融

貯蓄と融資（家内工業、小規模自営業、貧困層対象）への技術指導  
回転融資資金への技術指導

## 社会組織育成組織

貧困層が参加する協同組合、融資組合、労働組合インフォーマル・グループ  
などの組織整備、運営、事業、研修への助言、門戸拡大ほかの技術協力  
貧困層、社会組織を対象とする教育・研修専門グループ育成、技術指導

## 社会開発戦略

### ベーシック・サービス戦略

住民参加型の事業推進

優先地域を特定して事業を集中（マルチ・コンポーネント事業）

カバレッジの高さ・効率性・継続性を配慮する計画立案

最前線活動家の発掘・研修事業

開発計画・地域改善事業への組み入れ

適正技術の発掘・普及事業

### コミュニティ・デベロップメント

当該社会に適応した村落開発手法の開発のための技術協力

経済・社会に関する住民教育計画立案

### 貧困層が参加できる研修事業

雇用に直結した職業訓練事業

在来生産技術の改善事業（生産基盤分野の事業に必須）

生活改善事業に伴う研修事業（生活基盤分野の事業に必須）

成人教育事業（機能的識字教育を含む）

## 開発コミュニケーション

政策論議・世論喚起のための国際会議、社会啓発事業  
社会組織の分析と動員計画立案への技術協力  
開発推進のためのマス・コミュニケーション経路の調査・立案  
コミュニティ参加（民主的な住民参加計画立案への技術協力）  
ソーシャル・マーケティング（貧困対策・開発推進のための社会啓発事業）

## 法的支援

関連法律の理解、個別法律相談  
法的支援を必要とするコミュニティへの支援  
（役所などへの許・認可・届出などの支援、労働法関連、家庭法関連の支援）  
（住民票取得など法的証明書の取得、福祉補助受給資格、債務への対処、等）

参考資料：(1) UNICEF POLICY AND PROCEDURE MANUAL, PROGRAMME OPERATIONS  
BOOK D ( CHAPTER 1-4 ), JULY 1989  
(2) UNICEF PROGRAMME POLICY & PROCEDURES WORKSHOP, TRAINING  
PACKAGE, JANUARY 1987  
(3) THE FIELD DIRECTORS' HANDBOOK, OXFAM, 1985

### 3. 5 貧困対策の事例と戦略

以下の3ページは貧困対策プロジェクトの参考例である。ただし、その国、各プロジェクトについて、貧困対策としてのいかなる評価を行なうものではない。  
 表-13                     は3. 6に別途さらに詳しく紹介する事例である。

分野	国名	地域・プロジェクト
<b>生活基盤分野</b>		
<b>教育</b>		
初等教育	<span style="background-color: #cccccc;">パングラアシュ</span>	初等教育普及事業(BRAC)
	コロンビア	農村基礎教育事業
	グアテマラ	就学率向上基礎教育
社会教育	ホンジュラス	人材育成教育実践センター
託児・幼児教育	<span style="background-color: #cccccc;">インド</span>	総合幼児発育サービス(CDS)
<b>保健・医療</b>		
基礎保健	<span style="background-color: #cccccc;">ネパール</span>	JNSP
	ブラジル	アマゾン河流域マラリア駆除(WB)公衆保健運動機関
	中南米全域	チャイルド・サバイバル計画(USAID)
	コロンビア	母子保健・家族計画
	<span style="background-color: #cccccc;">タイ</span>	<span style="background-color: #cccccc;">PHC訓練センター</span>
第二次保健・医療	<span style="background-color: #cccccc;">ネパール</span>	<span style="background-color: #cccccc;">セイブ・ザ・チルドレンUK</span>
	ペルー	地域精神衛生向上
	ボリビア	地域病院医療機器整備
給水・衛生	<span style="background-color: #cccccc;">ニジェール</span>	<span style="background-color: #cccccc;">村落給水計画</span>
	ハイチ	ポルト・フランス市給水拡大(WB)
	メキシコ	水資源・女性開発計画(WB) 女性の保健教育・給水整備 貧困層の生産活動支援
	ペルー	ベントニージャ地区生活用水供給
	ペルー	チョコシーカ上水道整備

分野	国名	地域・プロジェクト
女性と開発	ブルキナファソ	地域灌漑用小規模ダム NAAM
	ネパール	農村女性生業資金融資 PCRW
	ガンビア	JOCVによる村落開発
都市ベーシック・サービス	パキスタン	スラム住環境インフラ改善
		オレンジ・パイロット・プロジェクト(OPP)ほか
	タイ	教育・職業訓練事業(SYA)
	ブラジル	パラナ地方自治体開発(WB)
		低価格自力住宅建設の促進
	チリ	第2次住宅計画(WB)
<b>生産基盤分野</b>		
貧困層が参加する農業		
土地		
作物・家畜用の水	ブラジル	農業灌漑排水(WB)
農業と動力源		
木材、かん木、森林		
乾燥地農業	ニジェール	ウワラム農業総合開発計画
作物生産、収穫後の貯蔵	ニジェール	地方分散型農村穀物倉庫
	ボリビア	食糧増産(肥料、農機具)
	シンバブエ	小農による食糧増産
牧畜	ホンジュラス	養豚技術センター(FAO)
		農村女性集団を対象に指導
漁業	ボリビア	淡水魚養殖センター
	チリ	零細漁民訓練センター
	エクアドル	沿岸漁業訓練普及
農業普及と研修	ネパール	JOCVミニ・プロジェクト
	ホンジュラス	農業開発普及センター
	ペルー	野菜生産技術センター
農業労働の分析		

分野	国名	地域・プロジェクト
<u>貧困層が参加する経済開発</u>		
生産と雇用	ブラジル	農業灌漑排水(WB)
	ペルー	職業訓練技術移転
財政運営	ネパール	農村女性生業資金融資(FGRW)
	ネパール	小農開発事業(SFDP)
	ホンジュラス	農業信用制度改善(WB)
	セントビンセント及び グレナダ諸島	農業部門貸付(世銀、小農 の所得配分改善)
貧困層が参加する組織	バングラデシュ	グラミン・バンク
	ホンジュラス	小農組織育成(USAID) 農業協同組合助成
<b>社会開発戦略</b>		
<u>国家開発計画</u>	ボリビア	政府企画調整省/UNDP 「貧困との戦い－国家戦略 の分野別考察」
	ネパール	バーサカ・アース・ワーカーズ
	パキスタン	パキスタン政府経済局
	タイ	タイ開発研究所(TDRI)
<u>ベーシック・サービス戦略</u>		ユニセフ国別協力計画策定
<u>コミュニティ開発</u>	ネパール	SAP(NGO)
	ケニア	CARE(NGO)
<u>貧困層が参加する研修事業</u>		
<u>開発コミュニケーション</u>	エジプト	基礎保健の普及
<u>法的支援</u>		

(注) ボリビア政府企画調整省/UNDP

「貧困との戦い－国家戦略の分野別考察」は別冊「現状分析編」に抄訳を掲載した。



### 3. 6 貧困対策の事例と戦略の紹介

<生活基盤分野>

<生産基盤分野>

<社会開発戦略>

事例事業(名) : 初等教育普及事業—バングラデシュ—  
応用・活用 : NGOによる初等教育普及—組織強化と経常費支援の重要性  
事業担当機関 : バングラデシュ農村振興委員会(BRAC)

## 1. 成果

バングラデシュ農村振興委員会(BRAC)が1985年に農村貧困層からの要望に応じて始めた、22か村の実験的な3年制小学校が、1989年末までには2,500校に拡大した。規模において予想をはるかに越える成功を収めただけでなく、出席率は95%を超え、脱落率も1.5%に留まっている。また生徒の95%が公立の初等教育の第4学年への編入試験に合格し、その大部分が公立の学校に移ったことが事業を見守っている人々を驚かせている。

## 2. 事業の概略

BRACでは村の親たちの要望に応じて、土地をもたない家族の子供に基礎的読み書きと算数をおしえ、社会意識をもたせる目的で実験的に22の村で学校を始めた。事業は1989年の末までに2,500村に学校を拡大し、さらに1991年までにさらに2,000校の学校が開かれる。

BRACの学校では8-10歳児を対象にして3年間、ベンガル語(国語)、算数、社会を教えている。教室は竹を織り合わせたり泥で固めた草ぶきやトタン屋根の建物で開かれる。子供は地面にしいたござの上に座って授業を受ける。子供にはそれぞれ石版、鉛筆、教科書、膝の上で書くための板が与えられる。教師には黒板、椅子、教材をしまうトランクが渡される。

生徒は土地の無い貧しい家庭の子供である。女子を学校に行かせることが特に重視され、生徒の63%までが女子で、目標は70%となっている。

生徒と教師の比率はきっちりと30人に1人と決められ、子供が積極的に学習活動に加われるようになっている。教師もきちんと構成された課程に従い、教材をつかい、BRACが永年の経験をもとにして作った教則本を使っている。

教師は専門の教師ではないが、十分な教育を受けた若い既婚の村民で、集中的な12日間の研修コースに参加して定期的な指導や監督、再訓練を受けている。毎日3時間、週に6日間教えて、毎月わずかだが手当をもらう。教師のうち75%が婦人である(公立学校では14%しか過ぎない)。

親や村の指導者もBRACの学校づくりや運営に積極的に参加している。教

室を提供し（BRACが小額の賃貸料をはらっている）、授業時間も決めている。父母の会合も毎月開かれ、たくさんの親が参加している。

教育課程は政府の学校の場合よりも実用的なものになっていて、算数には簡単な会計、計量、金の扱い方が含まれる。社会科も保健や近所との協力、早婚や持参金の問題など身近なものになっている。

費用は生徒一人当たり年間約15ドルでバングラデシュ農村振興委員会（BRAC）はこの事業でいくつかの資金協力を受けている。

BRACは1988年に第2のタイプの学校の実験を行なった。学校教育を受けたことの無い11-14歳児のための学校で、既に225のこの種の学校が開かれている。課程は8-10歳児の学校で使っているものを2年間で終了できるようにしている。

### 3. 課題

多くの開発途上国の場合と同様、バングラデシュ政府の初等教育はまだ十分ではない。子供の30%が学校にいかず、学校に行っても3年生になるまでに60%が学校に来れなくなる。貧しい人々の子供は学費の負担、近くに学校がない、就学が周囲の誰からも奨励されない、などの理由で学校に行けない。公立の学校はクラスの人数が多すぎ（第一学年では教師1人当たり70人）、教師はやる気を失い、監督も不十分で、教育課程が子供のニーズにあつたものになっていない。

公立小学校数が36,422校、私立小学校が7,290校（合計43,712校）がバングラデシュにはある。これに対してBRACが貧困層を対象に5か年で3年制のノン・フォーマル小学校は2,500校に拡大したが、さらに2年後の91年までに4,500校に拡大する。このほかに別々の協力機関から異なった年齢層を対象に、7,000校（8-10歳）、6,000校（11-14歳）という拡大計画の提案まで受けている。

BRACの小学校は政府の認知のもと、バングラデシュの初等教育の質・量の改善に取り組んで行くことになる。

### 4. 教訓

経験が証明するところによれば、注意深く、しかし短期集中の研修を受けた、わずかでも手当を受け取れるセミ・プロの教師が効果的な初等教育を行なえること、そして父兄とコミュニティの参加が成功するために重要であることが証

明された。村の若い女性や男性が慎重に選ばれて、よい基礎研修と継続的な再研修を受け、効果的で一貫性のある監督、そして構成のはっきりした、子供が何をどの様に学ぶのかという、わかりやすい指導要領の支援があれば、献身的で責任を果たす教師になれることも判った。

B R A C が実施している教師が 1 人だけの学校が、貧しい大多数の人々の子供が利用でき、そのニーズにぴったりの初等教育の新しいモデルのひとつとなっている。

## 5. 経常費への資金協力

生徒一人当たりのコストは年額 15 ドル (B R A C 負担分) である。この中には教室賃貸料、教師給料、研修、カリキュラム開発、運営管理費を含む事業経費がすべて含まれる。

次の表 - 1 4 はこのノン・フォーマル小学校 (3 年制) の経常費の内訳である。

表 - 1 4

### 経常経費の内訳

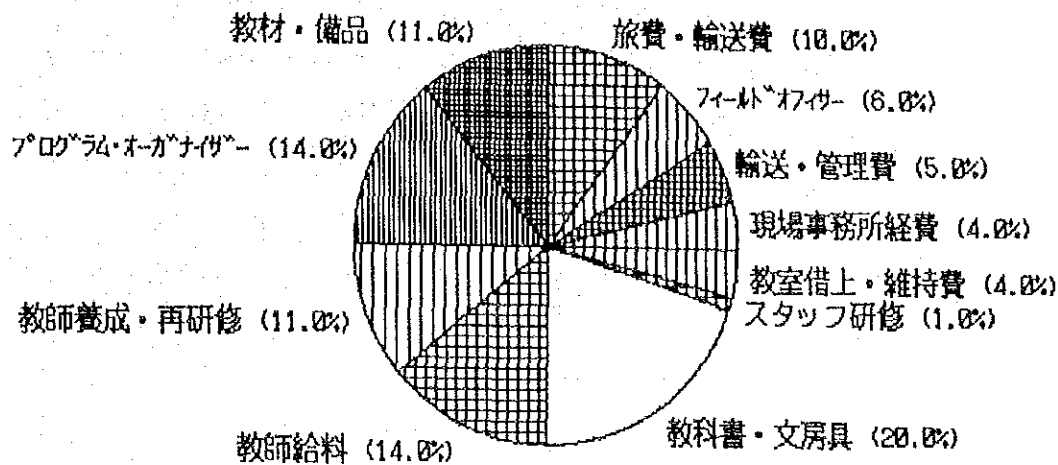
教科書・文房具	20%
教師給料	14%
教員養成 (事前研修)、中期研修	11%
教材・備品	11%
プログラム・オーガナイザー (P O)	14%
旅費、輸送費	10%
地区担当フィールドオフィサー (F O)	6%
ロジスティクス、運営費	5%
F O 地区事務所、P O 宿泊費	4%
教室賃貸料、維持費	4%
スタッフ研修	1%
	100%

父兄とコミュニティが負担するのは、教室備品の維持費と、子供の労働時間にかかる収入見込み分と父兄の学校運営に参加する負担である。

これ以上の経常費の受益者負担は極貧層に対しては無理である。バングラデ

図-51

小学校經常費(当初3年平均)  
 バングラデシュ農村振興委員会/BRAC



シユの公立小学校は国際機関などからの資金協力を得て無料であるはずだが、現実には教材費など様々な名目で学校を維持するための寄付を集める。これは援助機関が經常費を十分に負担する財政状況にない教育予算に配慮せず、行政と学校側は極貧層に対しても受益者負担の原則を無差別に適応するからである。貧困層にあってはこうした負担にさえ耐えられない家庭が広範囲に存在する。最近の資料によれば、BRACの小学校から公立小学校4年生に試験を受けて編入した非常に優秀な少女が、その後5年生への進級試験の受験費が払えずに進級できなかった例もある。

BRACの場合、經常経費がプロジェクト予算にきちんと見込まれていることで、文字どおり学費はすべて無料である。そのことによって、前述のようなわずかな寄付金(受験料、教材費など)が払えずに進級できない例を見るまでもなく、現金収入の少ない貧困層の子弟が中途退学せずに、95%が編入試験に合格して公立校の第4学年に進級できるという、高い効率性が確認できる。

BRACはこれらの小学校の支援に複数のドナーから資金協力を得た。当初の協力はカナダのINTERPARES(1985-1988)であった。引続きノルウェーのNORAD(1988-)とスウェーデンのSIDA(1989-)が資金協力を行なっている。そしてユニセフ(1988-)が920校の11-14歳対象の実験校のうちの200校が、ユニセフから政府・BRACとの三者合意に基づいて建設運営され、残りはBRACの他の資金から充当された。次の表-15は外部からの協力実績である。ほかにBRACの農村開発事業(一部上記からの協力を含む)からの資金も充当されている。

表-15

資金協力機関	内訳 (US\$ 概要) *
INTERPARES (カナダ)	200,800
NORAD (ノルウェー)	382,400
SIDA (スウェーデン)	715,000
UNICEF	57,886**

\* バングラデシュ・タカからの換算 (Tk 33 / US\$1) で複数年度にわたる正確な協力実績額ではない。

\*\* 11-14歳児対象事業、他に学校備品の供与があった。

## 6. 急速な事業拡大が成功している背景

その成功の第1の要因はBRACの農村開発15年の経験である。その持っているノウハウは、全国60か所の農村開発センターの指導員から、村の識字教師、貧農グループにまで分散して蓄積され、進行中のほかの活動とも連携して小学校普及がすすめられているといえよう。

### □ 農村開発15年の経験

\* 500万人を対象とする基礎保健事業が進行中。

\* 約5,000の住民組織と協力して2,500村で継続的事業が進行中。

\* 数万の機能識字学級の積み重ねと、数千人の成人識字教師の養成。

(ユネスコのNOMA賞を成人識字事業を対象に授賞)

\* 5つの研修センター (TRAINING AND RESOURCE CENTERS, TARC) が数万人の農民を対象に、収入向上とリーダーシップ向上の研修を行ってきた。同時にスタッフ研修、他のNGO、政府機関との研修も実施。

\* 村での試行錯誤と経験蓄積から学び、村人の価値観、行動様式、声を吸い上げる体制。

成功の第2の要因はBRAC自身の運営体制の充実である。以下を見ると組織体制が充実しているのが判る。それは外国からの支援が予算費目の中で、組織強化 (INSTITUTION BUILDING) のための経常費支援をしてきた成果である。

□ B R A C の既存の運営体制（組織強化のための経常費支援の積み重ねの成果）

\* 人事室：雇用能力・雇用記録の充実。

\* 経理課：現場経費、給料の支払い、外部資金の管理、予算能力など。

\* 物資調達室：教材配布、輸送、物資調達力。

\* 研修センター：熟練トレーナー、教師と現場スタッフ研修のノウハウ。

\* ワープロ・センター：事業提案書ほかの文書作成能力。

\* 教材開発ユニット：識字教科書、教材づくりの経験蓄積。

\* B R A C 印刷社：教科書印刷

\* 調査・評価部：フィードバックによって事業の改善・向上が図れる。

\* 農村開発センター：全国 60 か所。村に出張できる現場スタッフが常駐。

\* 農民グループ（土地無し）：過去に組織してきたグループが中核になる。

## 7. 成功要因に経常経費がしめる重要性

B R A C の 15 年の継続的な農村開発の無形の経験というのは、散発のプロジェクトだけでなく、総合的なプログラムの実施である。そのための組織強化（INSTITUTION BUILDING）を目標に、国際機関、二国間援助機関が国際協力の予算費目の中で経常経費をきちんと負担してきた成果が、以上にみてきたように「効率性の高い事業実施・拡大能力」と「自立」度の高い現地の持続的開発能力を育てた。無制限な経常費の拡大ができないのは当然の原則として国際的な合意があるが、貧困対策を考えようという時に、当該国、N G O の組織強化とこのような経常経費を支援できない我が国の援助体制こそが実に片手落ちなのである。

今回の事業のみを見ても経常経費支援が重要な役割を果たしている。

まず、質の高い事前研修・継続的な再研修の積み重ね、効果的で一貫性のある現場監督方法、農村の実状に沿ってよく構成された指導要領などが特に成功の要因として評価されている。これには研修センターの建物を建てることよりも、研修経費、現場監督活動への支援（給料、旅費を含む）が重要である。

次に、副次的な効果として女性の雇用が創出されたこと、さらにその仕事のゆえに村の中で地位が向上しているとの評価結果がある。それは女性教師の存在と村人への働きかけがあれば、女子が生徒の 63% という数字が示すとおり、女子が小学校に行ける機会も高くなる事例にもなった。こうした貧困援助の場合、人件費の支援でさえも、プロジェクトの質に極めて重要な影響をもたらす場合の例外として負担すべきなのである。

また経常経費がプロジェクト予算にきちんと見込まれていることで、文字ど

おり学費はすべて無料にできている。そのことによって、前述のようなわずかな寄付金（受験料、教材費など）が払えずに進級できない例を見るまでもなく、現金収入の少ない貧困層の子弟が中途退学せずに、95%が編入試験に合格して公立校の第4学年に進級できるという、質の高い効率性が確認できる。

## 系 吉 論

被援助国の財政状況、プロジェクトの性格・重要性等を勘案して、内貨分について負担費目・負担比率を拡大する必要がある。この場合は「協力効果の発現を早める」「協力の費用効率を高める」ために内貨分の経常費が不可欠である例である。

またこの場合、現行の小規模無償資金協力で1校ごとにまたは地区ごとに分割しても1案件として処理できない。また一般無償案件のように本邦法人が契約するのでは、1案件をどんなに細分化してもBRACの学校のような費用効率性は望めない。NGO補助金の新しい拡充方法が必要である。

---

資料：(1)「教育—バングラデシュ」、p.42、世界子供白書1990、ユニセフ  
(2)THE BRAC, NON-FORMAL EDUCATION PROGRAMME IN BANGLADESH,  
LOVELL C.H.(CALIFORNIA UNIV.) & FATEMA K.(BRAC), UNICEF 1989



事例事業（名）：総合幼児発育サービス計画　－インド－

ICDS (INTEGRATED CHILD DEVELOPMENT SERVICES)

応用・活用　　：幼児教育の普及を通じた保健・栄養・教育改善への援助形成

事業担当機関　：インド政府社会福祉省、社会福祉局

## 1. 成　果

発展途上国で毎年、何千ものプロジェクトが実施されるなかで、国民の生活に対して大きな継続的な影響を与えたというものは、ほとんどない。だが、インドで進められている総合幼児発育サービス計画（ICDS）は違っている。

ICDS地域での栄養不良は一般に、まだ計画が実施されていない地域に比べて、60%に減っていることが分かっている。幼児の死亡率も、全国の平均に出生千人当たり114に対して、90以下に減っている。ICDSが貧しい地域で実施されているにも関わらず、そうなのである。接種率や小学校への就学水準が高くなり、小学校中退の割合も低くなっている。出生率も、ICDSによって子供の健康や生存が改善されたところでは、少しではあるが既にはっきりと低下している。

## 2. 当該国の政策・事業

ICDSは10年ほど前（1975）に小さな規模で始まり、いまではこの計画のもとで20万人以上の人々が、最貧の20%の家族の基礎保健や、就学前教育の推進に従事するようになっている。1990年までには規模が倍増されて、恵まれない子供の40%をカバーし、今世紀の終わりには、インドのすべての村や地域の貧しい人々に奉仕することが計画されている。

ICDS計画の核心ともなっているのが、「アングンワディ」である。アングンワディというのは「中庭」といった意味で、この場所は育児のために、あるいは育児に関する情報センターとして、安く賃貸されて使われる。「アングンワディ」要員は、地域のコミュニティのなかから選ばれて（最低年齢は18歳）3か月の研修を受ける。彼女たちは毎週6日、1日4時間半働いて、毎月250ルピー（約20ドル）ほどの謝礼をもらう。

資格のある保健当局者が毎月、再訓練に訪れるなかで、アングンワディ要員は子供の発育を観察し、母親たちに一般的な病気の予防や治療について教え（経口補水療法の使い方も含む）、子供の順調な発育を促進するために親を教育

し、予防接種やビタミンAの配布を計画し、軽い傷の手当をし、補助給食を準備し、中・重度の栄養不良児や病気の子供など健康に重要な問題がある子供を、基礎保健センターに紹介したりする仕事をする。「アンガンワディ」センターでは、6歳以下の子供の就学前教育や早期の知能発育促進活動も行なわれる。

表-16 プロジェクト1件当り年間予算(1982年以降認可分推定)

	農村	都市	部族
1)スタッフ給与	338,000	358,000	198,000
2)基礎保健センター/サブセンター 補助スタッフ	-	50,000	-
3)家賃、医薬品、文房具ほか	83,000	236,000	54,000
4)家具、備品、車両ほか	108,000	107,500	57,000
経常経費小計	421,000	644,000	252,000
非経常経費小計	108,000	107,500	57,000
プロジェクト予算合計	529,000	751,500	309,000

1\$=10.5ルピー(当時)

(注) 上記予算見積には、州政府がそれぞれの財源で負担する補助給食の経費を含まない。子供一人当りの給食経費は1日あたり0.25ルピー、年間300日、子供一人当り年間約75ルピーである。

### 実施体制

ICDSプロジェクトは、地方政府と中央政府双方の連携と事前準備の継続から形成される。毎年プロジェクトは計画委員会と地方政府との年次討議を経て、社会福祉省(現在は人的資源開発省 = Department of Women and Child Development, Ministry of Human Resource Development)が決裁する。予算の割り振りは、ニーズ、実績、実施能力、地方政府の財政負担や積極性に基づいて決まる。財政が許す地方政府は全額負担で実施することもできる。その後アンガンワディを設置するスラムや村を決めて、サービス事業が始まるまでに12-18か月の準備期間が必要である。開設場所はニーズの最も高く、乳児

死亡率と重度の栄養不良率が高い、都市スラム、貧しい農村や指定部族の県、干ばつや洪水多発地域である。

プロジェクト・サイトが確認されて、中央政府に承認された後、地方政府が次の3段階のスタッフの雇用と研修を行なう。幼児発育プロジェクト・オフィサー（CHILD DEVELOPMENT PROJECT OFFICER, CDPO）、監督指導者（ムッキヤ・セビカ）、アングンワディ・ワーカー（AWW）は中央政府が決めた教育や経験などの基準にもとずいて選ばれる。監督指導者とAWWはコミュニティの中で働き、全員女性である。インド政府はCDPOも女性を採用するように提案しており、いくつかの州ではICDS担当者が全員女性になった。

事前および中期研修のカリキュラムは国立発育研究所（NATIONAL INSTITUTE OF PUBLIC COOPERATION AND CHILD DEVELOPMENT, NIPCCD）が開発してきた。事前研修期間は2～3か月、AWW対象の中期研修8日間で、既存の研究機関・大学・NGOとも連携して実施する。

#### 主なプロジェクト・スタッフの業務

##### アングンワディ・ワーカー（AWW）

- \* 地域に住む女性の中から選ばれた多目的活動家
- \* 母親と子供との直接の接触
- \* CDPOによるコミュニティと事業対象者の全戸調査を手伝う
- \* 成人教育、母親対象の識字教室の実施
- \* 母親対象の保健・栄養教育の実施
- \* 基礎保健センターのスタッフと連携
- \* 予防接種・給食・託児所への参加記録
- \* アングンワディ・センターの管理
- \* 地域行政・学校・保健員・地域社会との連絡
- \* その他のコミュニティ活動（家族計画を含む）

##### 監督指導者（ムッキヤ・セビカ）

- \* アングンワディ・センター20～25か所を担当
- \* アングンワディ・ワーカー（AWW）の監督指導
- \* AWWによる記録管理、コミュニティ訪問、保健員との連携を支援
- \* AWWの実務研修

## 幼児発育プロジェクト・オフィサー

(CHILD DEVELOPMENT PROJECT OFFICER, CDPO)

- \* ICDS とほかの地方政府行政との連絡
- \* 100 のアンガンワディと担当の4人の監督指導者を担当
- \* 受益対象人口の確認と給食・保健サービスを確保する
- \* プログラム全体をモニターして、州政府に報告する。

### 3. 課題

ICDS はその規模の故に、開発途上世界で最もよく調査されたプロジェクトの一つである。問題が多いことも指摘されているが、問題は通常、訓練の質がまちまちなこと、監督業務が不十分であること、基礎保健センターとの協力体制が必ずしもうまくとれず病人の紹介が効果的ではない、などに関するものとなっている。だが個別の研究は、ICDS が劇的な効果を上げていることを示している。

### 4. 教訓

「アンガンワディ」は患者に対する治療や、患者を有資格者に紹介するためのセンターではあるが、「アンガンワディ」で第一に強調されているのは、心身の円満な発育を促進することであり、家族に子供の正常な発育を守るための知識を与えて、家族を力づけることによって、目標を達成している。ICDS の様な「社会的前進」は、予防接種や母乳育児、経口補水療法、発育観察、離乳や出産間隔に関する知識の分野の前進と並んで、子供の死亡や栄養不良の問題を大きく改善する潜在力を持つことを示している。

ICDS はインドの20項目の開発計画の一環として、閣議の定期的な審査を受けている。ICDS は従って、国の貧困対策の中心的部分とみなされている。計画が最終的に、インドのすべての貧しい家庭を対象とするようになったとしても、費用はなおインドの国内総生産の1%にも満たないのである。

---

資料 : (1)「総合児童発育サービス (ICDS) - インド」、p. 22

世界子供白書 1987、ユニセフ

(2) ICDS INTEGRATED CHILD DEVELOPMENT SERVICES IN INDIA

UNICEF Regional Office For South Central Asia, 1984

図-52 ICDSの組織体制(1984)



母子対象

指定部族・カースト、スラム住民、干ばつなどによる緊急救援対象地区、貧困地区、一定収入以下の住民が優先される)

事例事業（名）：共同栄養支援事業－ネパール－

JNSP (JOINT WHO/UNICEF NUTRITION SUPPORT PROGRAMME)

応用・活用：国連機関による共同栄養支援事業－マルチ・コンポーネント事業の省・庁間調整の困難さを反映した事例

事業担当機関：WHO/UNICEF/

ネパール政府教育・農業・保健・パンチャヤット地方開発省

## 1. 当該国の政策・計画

この共同栄養支援事業が開始される以前のネパール国の健康水準に関連する指標は、一人当たり年平均所得＝130米ドル、識字率＝20%、平均寿命＝44歳、乳児死亡率＝千対100～130、等というように、いずれも他の国々と比べて低位の状態を示しており、また、死亡率や疾病の主な原因は、栄養不良、感染症、過密居住、頻回の妊娠、医療や社会的サービスの不足、といったような多くの問題をかかえていた。

1975年のネパール栄養状態調査によれば、ノーマルな栄養状態にあるとされたものは子供たちのわずれ7.3%にすぎなかった。

蛋白質エネルギーの栄養不足の50%は、貧困、不十分な土地保有、収入や食糧供給の不足に、他の35%は、下痢、はしか、寄生虫、百日せき、結核、呼吸器疾患等の感染や横行に、そして残りの15%は、誤った離乳や育児といった行動に原因があると推定された。

子供の栄養状態とその家族の土地保有の規模とは相関があり、栄養不足の50%は貧困に関連したものに起因するとされたのである。

これらの状態を改善するためには、単に保健衛生部局だけではなく、農業や教育や女性開発といった部門が十分な連絡や調整を行って、一体となって施策をすすめていくことの重要性が指摘されるようになってきたのであり、これらとの取り組みをめざしての共同栄養支援事業が1984年に計画され、1986年から事実上スタートした。共同栄養プログラムの最高方針の決定と調整の機関は全国計画委員会の中の全国栄養政策調整委員会である。

## 2. Donors の政策、援助

UNICEFの援助は管理運営と設備の費用、並びに各省庁の関連部局を強化することへの支出、そしてWHOの支援は、訓練、奨励金やオリエンテーシ

ン、および1985年の出発点での調査活動などに主として向けられてる。また、このプログラムの事業費は、開発途上国の栄養プログラムを支援しているイタリア政府が負担をしてすすめている。

さらに、WHOとUNICEFは、1988年にこのプロジェクトの中間評価を行ない、とりまとめを行なっている。

### 3. 事業の目的と方法

この共同栄養支援事業の目的は以下のように設定された。

- 乳幼児の死亡率や疾病や低栄養を減らすこと
- 母親の貧血症の減少を含めた母親の栄養改善
- ヨードやビタミンA不足を減らすこと
- この共同栄養支援事業の戦略上の目標としては、応用・普及可能な作業方法の明確化
- 真のPHCアプローチの確立
- マンパワーや施設の拡充と強化
- 中央の栄養計画の強化と、この事業の全ネパールへの拡大
- “行動を通して学習する”というプログラムの開発

このプログラムでは以下の戦略を通してその実現を図る。

- 他部門よりのアプローチ保健部門のみならず、他の関連部門をも介在させたプログラム
- 多次元的介在コミュニティ、郡、中央の各次元での取り組み地形上の難点や交通・通信上の問題などから、この共同栄養支援事業は5郡だけで行なわれた。この5郡は、1万人の人口を含んでいる。

### 4. 成果と課題

ネパールでのこの共同栄養支援事業に光をあてるとすれば、唯一の、そしてもっとも重要な成果は、低栄養という観念や問題への気づきや、それを解決するための計画的な介入の可能性を高めたということであろう。

しかしながら、このプロジェクトで設定された測定可能な目標はあまり達成されなかった。

確かに、このプロジェクトは、栄養に焦点をあてた調整機関を作るということには貢献した。しかしながらこの事業が目的とした各郡レベルでのインパクト

トという点では、ごくわずかなものしか達成されなかった。

このプロジェクトの資料では、ネパールでの低栄養問題における貧困との関連の重要性に焦点がおかれていたが、この点での取り組みは失敗した。このプログラムのうちでは農業と女性開発の2つの部門だけが貧困対策ということで意味をもった活動に含まれた。

プロジェクトの資料では、ネパールでの栄養不足の50%は貧困と関連しているとはっきり記述されていたのに、故意にこの貧困の問題は横道にはずされてしまった。食糧生産や貯蔵や分配、栄養と関連した教育問題、文化的問題や、所得や雇用といった栄養とからむ大きな問題は含まれなくなった。

(以上の取りまとめは、JICA分野別「貧困」援助研究会現地調査による、共同栄養支援事業(JNSP)調整官からの聴き取り、WHO/UNICEFのこの事業に関しての中間評価報告書より構成したものである。)



事例事業（名）：タイ国プライマリー・ヘルス・ケア訓練センター  
（現・ASEAN健康開発機構）  
ASEAN人造りプロジェクト

応用・活用：国家保健計画に連携したPHCワーカーの総合養成援助例  
事業担当機関：JICA／タイ政府保健省、内務省、教育省、農林省

## 1. 当該国の政策・計画

1965年当時のタイ国は、世界銀行のデータによれば、総人口約5,000万人の87%までが農村に居住し、出生時平均余命は男子=54歳、女子=58歳、そして乳児死亡率は人口千対88という状態で、なお、感染症が蔓延し、安全な水の供給設備の不足や栄養不良等の問題をかかえており、これらに対して保健医療施設は全人口の20%をカバーするにすぎないという段階であった。このように、そこでの保健医療問題は、収入、就労、食糧、栄養、教育、住宅、生活環境施設等の解決や向上と不可分に関連していて、それらと一体となった取り組みでなければ成果が得られないということも次第に理解されるようになってきた。

それゆえ、これらの Basic Human Needs への対応とか、人々の自主的で、主体的な解決への取り組みの助長ということをなによりも重視した Primary Health Care (PHC) の方式と、それを正面から打ち出したWHO/UNICEF主催の1978年のアルマアタ会議での宣言は、タイ国での施策にも大きな影響を及ぼすこととなった。

タイ国政府は、保健省、内務省、教育省、農林省を中心とする総合的な地域社会開発の一環として、第4次（1977-1981年）、第5次（1982-1986年）国家保健計画においてPHC事業を保健医療問題解決のための最優先政策の1つとして推進し、第5次国家保健計画終了時には、全国約5万6千の村の全てに草の根レベルのPHCワーカー（Village Health Volunteer, Village Health Communicator）を配備することを目標として掲げた。このようななかで、国家的な要請に応えるような、PHCに関連する広策な活動を担う総合的なPHCのセンターの設立が望まれていた。

## 2. Donors の政策、援助

これらの動きに日本政府が協力することになった経緯並びに日本の協力内容については「ASEAN人造りプロジェクト・タイ国プライマリー・ヘルス・

ケア訓練センター」の資料によれば以下のように説明されている。

1981年1月鈴木総理大臣がアセアン各国を歴訪しアセアン各国における人造りプロジェクト（総額1億ドル）の発足を提唱した。

タイ国はこれを受けて、同年6月、PHC訓練センター・プロジェクトを実施したい旨、日本側に表明した。

国際協力事業団（JICA）はPHC訓練センター計画の無償協力（建物および機材）と技術協力にかかる協議をタイ側と進め、無償協力については、1982年6月に、また、技術協力については、同年9月にそれぞれの内容についてタイ側と合意に達した。技術協力の期間は、1982年10月より5か年となった。（なお、この技術協力の期間は、87年9月で終了するところがその後2か年延長された）。

### 3. 日本の協力内容

#### （1）無償協力

無償資金協力によりATCをマヒドン大学サラヤ・キャンパスに、また、Regional Training Center（RTC）を保健省の管轄のもとに、コンケン、チョンブリ、ナコンシタマラート、ナコンサワンの4箇所に建設した。

第1期工事として、1982年2月より、ATCおよびコンケンのRTCの建設が開始され、1983年3月に完成した。また、第2期工事として、1984年4月より、チョンブリ、ナコンシタマラート、ナコンサワンでRTCの建設がそれぞれ始まり、1985年3月には全て完成した（ATCおよびRTCの4箇所の建設および機材に要する費用は27.4億円）。

#### （2）技術協力

1982年10月のプロジェクト開始以来、1986年1月末までの協力実績は次の通り。

- 1) 専門家派遣：長期専門家4名（チーム・リーダー、調整員、公衆衛生）と短期専門家24名（公衆衛生18、視聴覚教育2、技術協力4）が派遣された。
- 2) 調査団派遣：予備調査2回（1982年3月）、事前調査（1982年3月）、実施調査（1982年9月）、巡回指導2回（1983年10月、1984年10月）、計画打合せ調査（1985年11月）を実施した。
- 3) 研修員受入：1982年度4名、1983年度5名、1984年度5名、1985年度5名の研修員が日本で研修を行なった。

- 4) 機材供与 : 1982年度 4,200万円、1983年度 1,800万円、1984年度 1,700万円、1985年度 1,500万円の予算でプロジェクトに必要な機材をA T CおよびR T Cに供与した。
- 5) ローカル・ : (2) 活動内容の 1)~4) にかかる費用の一部をJICAがコスト負担 負担した。1982年度 3,800万円、1983年度 3,700万円、1984年度 4,400万円、1985年度 6,600万円であった。

#### 4. 事業目的

このプロジェクトの概要は、同じく前記の資料では次のようにまとめられている。

##### (1) 目的

本プロジェクトは“Health for All by the Year 2000”の標語のもとに、P H Cに関連する指導者、普及員に対する教育訓練、P H Cの研究、モデル開発等を通して、タイ国内の保健衛生水準の向上を計るとともに、その成果をタイ国のみならず、広くアセアン各国に資することを目的とする。

##### (2) 活動内容

本プロジェクトは、次の4つの活動分野からなる。

###### 1) Training and Seminar

National Training : タイP H C関係者を対象としたP H Cに関する理論、政策などの教育訓練を行う。

1982年度は、6コースに対し193名、1983年度は、8コースに対し483名、また、1984年度は、9コースに対し317名、1985年度は、8コースに対して706名の参加者を得た。

International Training: アセアン各国からの保健衛生関係者を対象としたP H Cの教育訓練を行う。

1984年度に第1回が開催され、日本を含めアセアン6か国より13名が参加した。1985年度も同様に19名が参加した。

International Seminar : アセアン各国より2名ずつ代表を招き、P H Cに関する問題について討議を行う。

(Consultative Meeting) アセアン6か国からの過去4回の参加者は、1982年度16人、1983年度14人、1984年度20人、1985年度15名であった。

## 2) Research

PHCの10の要素に関連する研究を行う。これにより、若手研究者の養成を計ると共に、その成果を地域社会のPHC活動に資する。

1982年度は21、1983年度は19、1984年度は22、1985年度は26の研究課題がそれぞれ実施された。

## 3) Model Development

PHCにおける母子保健(MCH)と必須医療(EMC)のモデル開発を目的として、1984年度よりチャンタブリ県で実施されており、Graduate Health Volunteerの養成とその活用を特徴とする。

## 4) Information and Documentation

PHCに関連した資料情報をタイ国内、およびアセアン各国より収集し、また、提供する。

## 5. 成果と課題

Primary Health Careの方式、とりわけそのための第一線の、コミュニティ・レベルのマンプワーや人づくりを重視し、草の根の、人々の理解と共同と参加を基本にすえたこのセンターの活動は、タイ国並びに開発途上国の農村の人々の健康水準の向上や、貧困問題の解決ということにおいても大きな役割を果たしてきていると評価できる。これは、その後における平均余命の急速な伸びや、乳児死亡率の大幅な低下などでも如実に現れてきているともいえる。

このような「成果」が挙がってきていることの背景や要因としては、センターの建物や機材や活動の費用は援助国である日本などに負ってはいないものの、センターの構想や運営そのものは、タイ国内から生まれ、「健康科学大学」を標榜するマヒドン大学の全学的な協力のもとに推進されてきていること、また、その後のタイの経済成長が、センターを維持し継続していく経費を自前で賄えるところまで発展してきていること、さらには、このセンターが1988年からマヒドン大学の正規の機関に組み入れられ、名称もThe ASEAN Institute for Health Developmentと改められ、組織的にも安定したことなどの点を挙げることができよう。

JICAの本プロジェクトへの援助は2年間の延長をも含めて1989年に終結した。日本よりの援助が打ち切りとなったあともここでの事業が継続しているということは、ある意味ではそれが「成功」とたケースであることを示しているともいえる。とはいえ、ここでの事業をさらに展開するためには、より一層

の資金や、人員が必要とされるわけであるし、現在すでにそれらを求めて、WHOやUNICEFやCIDAなど国際的機関への働きかけや外国の援助機関からの接触もすすめられている。

日本やJICAの対応も、このような新たな段階をふまえての、より現地の活動や期待に根ざした、相互的なアイデアやノウハウを交換しあうといった、さらにはそれらが可能となるような資金を提供するといった、援助のあり方が求められてきているといえよう。

---

資料：JICA分野別「貧困」援助研究会現地調査による聞き取りと収集資料

事例事業(名) : 母子保健総合プログラム—ネパール—  
応用・活用 : NGOによる地域母子保健プログラムの形成、運営、実施例  
事業担当機関 : SAVE THE CHILDREN FUND(UK)

## 1. 当該国の政策・計画

ネパールは、1988年現在でも、乳児死亡率(1才以下)は千対113人、幼児死亡率(1~4才)は千対165人という高い数字を示しており、死因としては、未熟児、低体重出産、新生児破傷風など出産に関したものが多く、急性呼吸器疾患や下痢なども多発している。人口増は年率2.6%、医師1人当たりの人口は22.651人で、アメリカの780人はもとより、インドの約5,000人と比べても著しく少ない。

このような健康状態、とりわけ母子に現われている問題を解決すること、そしてそのためにも母親の栄養状態や教育水準を高め、生活の条件や環境を改善して行くことが極めて急を要する課題となってきたのである。

## 2. Donors の政策・援助

1970年にイギリスで発足したSave the Children Fund(以下SCFと省略)がネパールでも活動を開始したのは1975年のことで、それは約800人の子供たちへの支援や、孤児や障害児の施設の援助を共に行なっていたNepal Children's Organizationの勧誘をうけてのものであった。

そして今日では、SCFは、ネパール政府保健省と連携して、ネパール国内の4郡での母子保健のプログラムと、カトマンズでの保健訓練施設、そして他の保健関連事業を行なっている。SCFは、300人の人々を庸しており、そのなかにはカトマンズ駐在の1人のfield directorと、各郡1人、計4人の医師という専門職を含んでいる。1988-89年に支出した経費は約57万ポントと推定されている。

4郡の農村母子保健プログラムは、SCF母子保健クリニックを拠点に、健康教育、家族計画、出生前のサービス、予防接種を含めた治療や予防のケアを提供する他に、政府の地域保健従事者や医学生の教育も含め、政府の地域保健機構を支援することも目指している。

援助が得られるまでに村人たちが1~2時間以上も歩かなくてもすむようにと、ネパール政府は村落レベルに保健所を設置したが、資材不足のため、これらの保健所は需要を満たすにたる薬や医療品を受けたことはなかった。SCFのチームはその郡の保健所を定期的に巡回し、その間に政府のスタッフの母子対策を支援

したり、医薬品を補充したり、保健所スタッフの現職訓練などを行なっている。

またSCFは、村落保健ボランティアの訓練プログラムでも先駆的な活動をしており、コミュニティの指導者たちに、簡単な応急処置や下痢といった普通の病気の治療法の技術訓練を行なっている。

けれども、最も重要なことは、4郡のSCFのプログラムのいずれにおいても、多くの村の人々が、自身や、子供たちが病気になった時にまず頼る伝統的な治療者や産婆たちを選定し、訓練するという同じようなコースを実現しているということなのである。

これらの他SCFは、教師の動機づけの訓練を通しての学校での健康教育の改善とか、学校の便所の建設や菜園への種の提供なども行なっている。

そして上記の4郡でのヘルス・サービスを拡充し、強化するため、1986年にはカトマンズに調整機関が設立され、イギリスの British Clothworker's Foundation の援助によりネパール政府の保健サービス従事者の訓練に責任をもつ機関も動きだした。

1988年夏のネパール南西部での地震の際には、災害救助の活動も行なわれた。

また、1977年には、とりわけ恵まれない子供たちへの支援プログラムも開始された。

### 3. 事業の内容

1987年6月中旬より1988年1月中旬の半年間の『半年期報告書』によれば、4郡での母子保健事業の概要は次の図-17のようになっている。

図-17 母子保健事業『半年期報告書』1987年6月中旬より1988年1月中旬

MCHクリニック の郡/地名	スルケット郡	ダンクタ郡	バクルン郡	フョウタラ (シト・ハル フョーク郡)
来所者	23,550 (前年同期 20,910)	7,685 (40~60人/ 1日来所)	11,558	5,506 (30~60人/ 1日来所)
保健所(巡回) 支援 (保健省の保 健所)	6保健所	4村10保健所	8保健所	7保健所
BCG接種	946人	486人	775人	1,130人
DPT第1回接種	911人	1,105人	718人	-
DPT第3回完了 (%)	489(54%)	488(44%) ホリ3回完了 50%	529(53%)	(40%)
スタッフ その他	医師1名 行政10名 SCF雇用24名	医師1名 行政7名 SCF雇用44名	医師1名 行政13名 SCF雇用27名	- - -

#### 4. 成果と課題

4郡の一つであるスルケット郡では、繁忙期には、一日の来所者が400人にも達したというように、SCFのクリニックは多くの住民たちから頼られ、利用されている。また、SCF自体のクリニック活動のみならず、郡・村レベルの地域保健機関と一体となって、予防や治療の活動に大きな役割を果たしている。



住民の指導層、そしてネパール全国には44万人もいるとされており、また住民からも頼られている伝統的治療者や産婆の教育訓練にSCFが果している役割も大きい。そしてその活動は、脱水、予防接種、栄養、環境衛生、家族計画といった分野での保健医療サービスを住民に普及させるうえでの第一線の提供者の知識や技術を高めるということのみならず、彼らを通して住民たちの病気の考え方や受けとめ方、さらには日常の意識の世界を理解し、把握して、それらをふまえての展開をはかるという重要な位置づけのもとにすすめられている。これらの取り組みは、今後の日本などの援助活動を拡げていく際にも、十分に学び、また参考とすべき活動やアプローチを含んでいるといえるであろう。

---

資料：(1)セイブ・ザ・チルドレン・ジャパン提供

(2)JICA分野別「貧困」援助研究会現地調査による聞き取りと収集資料

事例事業（名）：ニジェール村落給水計画  
応用・活用：生活基盤分野・村落住民の生活用水確保  
事業担当機関：ニジェール政府水利・環境省、農業省

## 1. 当該国の政策、計画（ドナーの政策・協力、成果と課題、評価）

（１）国土が砂漠、乾燥地、半乾燥地の何れかであり、降雨、河川の水資源に恵まれない同国は、新経済社会開発５カ年計画（１９８７～１９９１）において「村落住民の生活用水の確保」を、「食糧自給」、「砂漠化防止対策」等と共に最優先プログラムに掲げている。

（２）ニジェール政府は、１９９０年（国連提唱による「水と衛生の１０年」の最終年次）を目処に、国民１日１人当たり２５リットルを供給できる２１、８９４本の給水施設の確保を計画した。この計画には西ドイツ、フランス、カナダ、イタリア、欧州開発基金、イスラム開発銀行、西アフリカ経済共同体（CEAO）等の各ドナーの援助・協力が実施中であるが、「ニ」国政府は、我が国にも給水施設建設に係る協力の実施について要請した。

## 2. 協力の内容

### （１）昭和６２年度無償資金協力

ア. 供与限度額：６．９１億円

イ. 供与内容：ニアメ県、ドッソ県、タウア県における地下水源給水施設  
合計１００カ所分の建設用資機材の供与及び２５カ所の給水施設建設

### （２）昭和６３年度無償資金協力

ア. 供与限度額：２．２４億円

イ. 供与内容：前年度供与資機材を用いての、上記３県における７５カ所の  
給水施設建設

## 3. 協力の成果

### （１）現地適応性

日本側は、本プロジェクトを進めるにあたり現地適応性に配慮した。通常は小口径、ポンプ汲み上げ式の井戸が主流であるが、本件に関してはニジェールにおける伝統的なタイプの井戸（同国の地下水開発公社（OFEDS）開発の井戸

(OFEDS型井戸)に日本の技術を折衷した。この井戸は大口徑(直径1.8m)、つるべ汲み上げ式でポンプ等の機械的維持管理は不要である。

#### (2) サイト選定

107カ所(入札の差益により7本追加した)の給水施設のサイト選定にあたっては、担当省庁である水利・環境省との協議と共に、村落開発を担当する農業省とも協議した。村落内の具体的サイト決定に際しては、村落住民の意志も尊重した。

#### 4. 協力の課題

(1) 本件協力の現地適応型の井戸は、維持管理が極めて容易であるというメリットはあるも、つるべ汲み上げ式故に衛生管理(異物、小動物が井戸に入りやすい)に留意する必要がある、右に向けての関係住民の意識の高揚も肝要である。

事例事業（名）：地域灌漑用小規模ダム建設　－ブルキナファソ－  
応用・活用　：NGO／女性主導・住民参加型開発プロジェクト事例  
事業担当機関　：NAAM（CBO）、SIX S（NGO）

## 1. 実施地域民間団体（CBO）とその活動背景

ブルキナファソ北部のヤテング高原がこの事例の舞台である。ここに住む当国の主要民族である「モシ」は、かつて北アフリカやサハラ砂漠の通商路に沿った地域で馬、ろば、牛などの家畜を育て、商う民族であり、ヤテング高原は、かつて最も人口の集中した地域であった。しかし、フランスによる植民地統治によって地域の社会・経済的情勢が変化した結果、衰退してしまった。

約10年前には、綿花栽培や小麦栽培などの灌漑農業を導入する可能性が検討された地域であったにもかかわらず、現在では、幼児の高い死亡率、慢性的な栄養不良に加え、サハラ地域の砂漠化とともに家畜の飼育や米、アワ、とうもろこしなどの自給用の穀物の栽培さえも困難な状況に直面している。

このような地域環境を背景に、農民の自主的な参加と組織化を促進するためにNAAMの活動が組織された。NAAMとは、モシ語で“伝統的な相互扶助体制”全体を意味する言葉であり、現在では青年層、女性層などそれぞれのグループを最小単位とし、地区NAAMな組織され、個々独自に運営されるCBO（COMMUNITY BASED ORGANIZATION）である。識字教育、保健教育、家畜の共同飼育などの商品作物栽培や家畜飼育販売を部落共同体ベースで実施しているが、村落共同体の経済的自立を達成し農村で生活して行けるだけの基盤を整えることで、村民の近隣諸国への出稼ぎや移民流出を防ぐことをその大きな目標にしているためである。

このNAAM運動は、この地域の出身者であるベルナール・レディア・ウエドラゴ氏の提唱で開始され、同じく同氏の率いる Association Internationale SIX S（国際NGO）によって組織的にも支援されている。さらにイギリスのNGOのオクスファム（OXFAM）、世界キリスト教協議会（WCC）、ユニセフ（UNICEF）など国際機関によって資金、資材などの支援を得ている。近年、特に80年代に入って、その活動が近隣諸国にまで波及するくらいに影響力のある一大地域復興運動に発展し、約2,000の村をカバーしている。

## 2. 小規模ダム建設計画

1979年12月に開かれたNAAMグループ連合の会議で、初めて「灌漑問題」が各地域、地区、部落に共通した緊急、かつ实际的課題として取り上げられ、地域での積極的取り組みがNAAM女性グループによって提唱された。食糧の生産が低下し、家畜のための飼料は不十分で、樹木など建築資材にも事欠くといった、砂漠化に伴う諸課題の解決には、水問題の解決が不可欠であると認識されたからである。その提唱によって生まれた数々の試みの一つに、NAAM運動に参加するサエ村の一女性グループの提案によって実施された小規模ダム建設計画がある。

結果から云えば、サエ村のNAAM女性グループの提案（女性グループが提案した水の確保という優先順位の高いニーズによる活動決定）によって、近隣の3つの村人達が乾期の2ヶ月間を人海戦術の建設工事に費やし、資材その他の面で国際機関の協力を得つつ「小規模ダム」を完成させたのである。1981年のことである。ダムを建設し、灌漑農業を開始すること併せて、625本の薬用他の用途に有益な樹木をダムの周辺に植え、さらに周辺に野菜園を作るなど、地域住民の開発活動の中心的位置を与えた。

この様な小規模ダムを政府が計画し実施すると、約5億フラン（CFA）の予算が必要と推定されているが、このサエ村での小規模ダム建設は国際機関の資金や資材の供与も含めて、その約20分の一の僅か2,500万フラン（CFA）で日本円に換算すると約463万円であったことが報告されている。また、その内容は、以下の表-18の通りである。

表-18 建設資金の内訳（\$1=CFA460、\$1=¥150で換算）

外部からの援助	NAAM基金	村グループの負担
1,000万CFA (約326万円)	300万CFA (約98万円)	1,200万CFA (約391万円)
トラック、土嚢袋、 セメント、食糧他	セメント、運転手手当、 ガソリン、砂他	労務提供：@600CFA 100日X200人
40%	12%	48%