

第3章 リプロダクティブヘルス及び子どもの健康に関する現状と課題

3 - 1 妊産婦の保健医療

3 - 1 - 1 妊産婦死亡

WHO の報告によると現在インドの妊産婦死亡率は440(対10万)で200～250の出産につき1人の女性が死亡している。表3-1で示すとおり、ケララ(Kerala)州の130からマディープラデシュ(Madhya Pradesh)州の1,370まで約10倍の格差がある。一般に北インドに位置するヒンドゥベルトと称されるウッタルプラデシュ(Uttar Pradesh)、ビハール(Bihar)、アッサム(Assam)、マディープラデシュ(Madhya Pradesh)、オリッサ(Orissa)の諸州は保健状況が悪く、妊産婦死亡においても高い数値を示している。

表3-1 主要州における妊産婦死亡率(1992～1993年)

	州名	妊産婦死亡率(/ 10万)
	インド全体	500
北部	デリー	240
	ハリヤナ	320
	ヒマーチャルプラデシュ	580
	パンジャープ	200
	ラージャスターン	640
	マディープラデシュ	1370
中央部	ウッタルプラデシュ	1120
	ビハール	1490
東部	オリッサ	1110
	ウエストベンガル	780
	アルナチャルプラデシュ	340
東北部	アッサム	1210
	トリプラ	500
	グジャラート	800
	マハーラーシュトラ	180
	アンドラプラデシュ	100
南部	カルナータカ	400
	ケララ	130
	タミルナードウ	230

International Institute for Population Sciences, Bombay
National Family Health Survey 1992-93

3 - 1 - 2 妊産婦死亡の主要原因

妊産婦死亡の原因を見ると各州とも格差はなく、出血(24%)、貧血(19%)、妊娠中毒症(15%)、人口妊娠中絶による合併症(12%)、敗血症(8%)の順になっている。第2位の貧血に関しては直接的な死因とはならないが、死因を同定できない場合に状態として貧血があったということで診断名となることが考えられる。一般的に妊産婦死亡の原因としては出血が全体

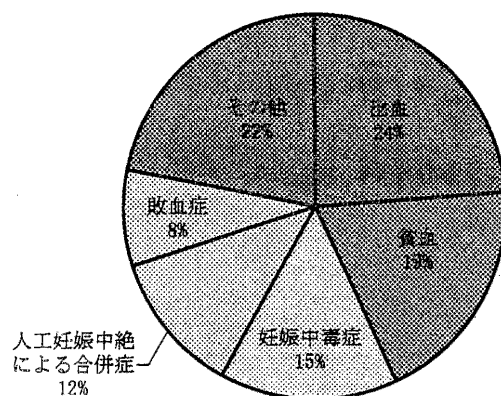


図3 - 1 妊産婦死亡原因割合(1991年)
(出典: Annual Report 1999 - 2000)

の約3分の1を占めることから貧血のなかには出血による死も多く含まれていると考えられる。第3位の妊娠中毒症は原因として慢性的な栄養不良、過度のストレス、体力の消耗などが発症の大きな因子になっていることが多い。敗血症は母体自体の栄養不足もあるが分娩時の不衛生な処置とその後の治療体制が整っていないことによることが考えられる。これらの死亡原因となっているものはいずれも妊産婦ケアを改善することで予防できるものである。

3 - 1 - 3 産前のケア

(1) 妊産婦検診

妊産婦検診は、産前の異常の早期発見や合併症予防、母体の栄養改善やハイリスク妊婦を鑑別するために重要であるとされている。政府はCSSMプログラムのなかで3回の検診を受けることを推進している。マディアプラデシュ州を図3 - 2で見ると1~2回受診した妊婦は58.8%、3回受けた妊婦は9.2%であり、いずれも全国の平均を下回っている。残り約30%の妊婦は全く検診を受けていないということになる。妊産婦検診は主に住民に身近なSCsでANMあるいは女性のMPWにより体重・血圧測定、胎児心音聴取や触診、貧血検査、浮腫等の合併症の診断が行われる。

(2) 貧血対策

UNICEFの報告によるとインドにおける15歳~49歳までの貧血の妊婦の割合(1975~1991年)は88%にもものぼるといわれる。妊婦の鉄欠乏性貧血は妊娠・分娩時の母体への影響はもちろん、低体重児の出生率が高くなり、乳幼児の精神運動機能の発達を遅らせることがある。また、葉酸不足は乳児の先天性異常を引き起こすこともある。政府はCSSMプログラムの一環として、全州のサブセンターに鉄・葉酸補給剤(IFA)を供給している。妊産婦の破傷風(第1回予防接種)の際にIFAを支給し、1日2回(約100日間)服用するよう処方を行っている。しかし、保健教育や広報不足もあり、慢性的な貧血に慣れきって生活している住民にその重要性が認識されておらず、思うように効果が出ていないのが現状である。

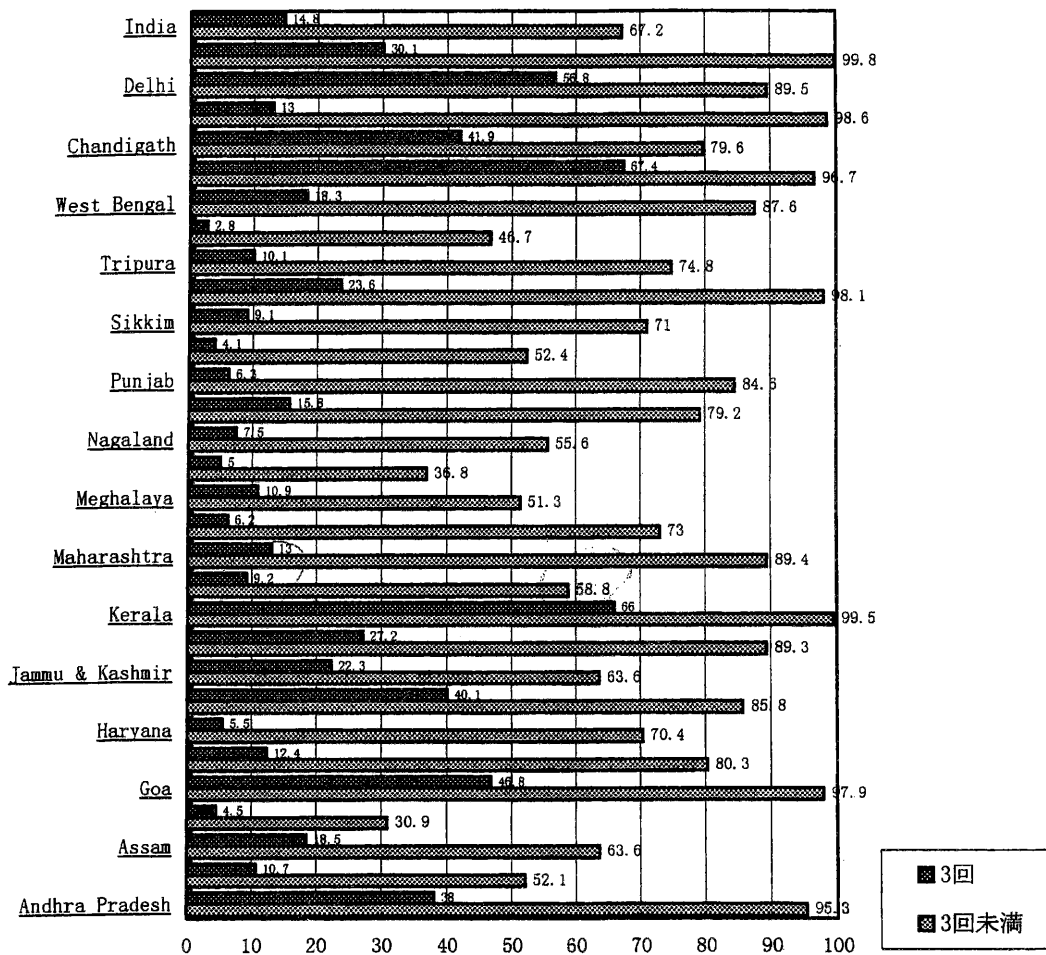


図3 - 2 各州別妊婦検診状況 (1999年)

(出典: Annual Report 1999 - 2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

産前産後の合併症

妊婦検診率と合併症の発症率の図を比較すると、妊婦検診率の低いミゾラム (Mizoram) 州、ビハール (Bihar) 州において合併症の発症率が高くなっている。この結果からも妊婦検診が合併症予防に効果があることが分かる。マディヤプラデシュ州において合併症率は妊娠中が 34.4%、分娩時 49.7%、産後 47% で全国平均を上回っている。

図3 - 3 に示すような合併症と称される何らかの症状は産前、産後を通して妊産婦の約半数に出現している。一般的に、健康な女性に比べ栄養不良の妊婦は合併症を発症しやすいといわれていることからインドの女性の栄養状態が良好とはいえないことが考えられる。

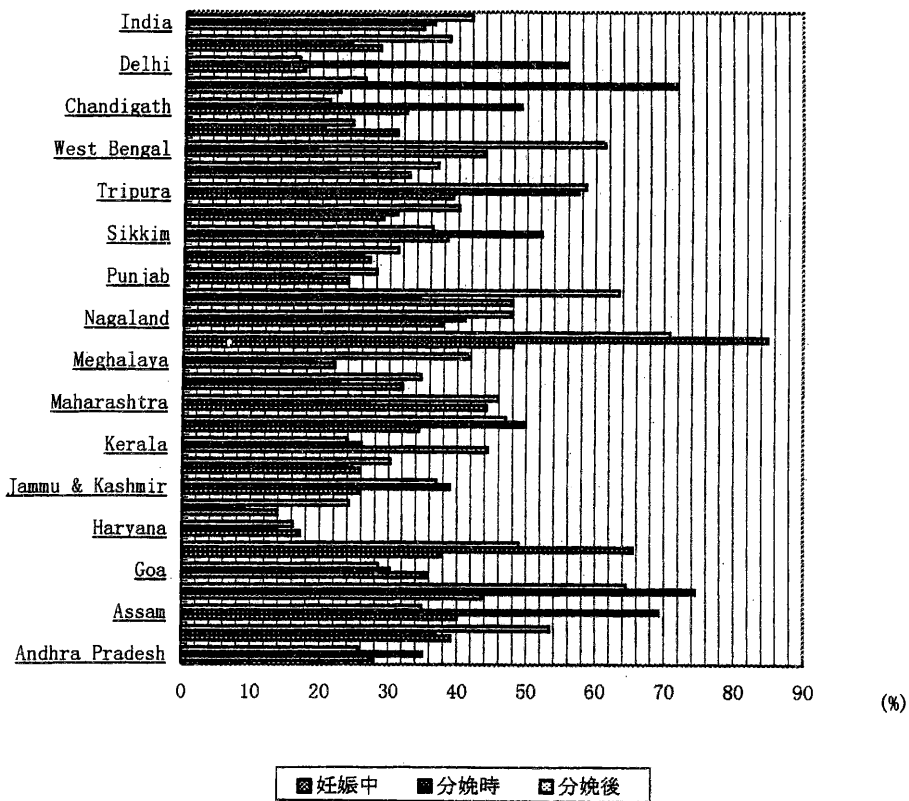


図3 - 3 各州別妊娠合併症の状況(1999年)

妊娠中の合併症：下肢、手指の浮腫、視覚障害、性器出血、痙攣、微弱胎動・無胎動、異常胎位など

分娩時の合併症：早産、分娩障害、遷延分娩など

産後の合併症：高熱、下腹部痛、悪臭を伴う帯下・不正出血、多量出血、めまい、頭痛など

(出典：Annual Report 1999 - 2000年、Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3 - 1 - 4 分娩施設

図3 - 4の中での「安全な分娩」とは「施設分娩」及び「医師又は看護婦かANMの介助による自宅分娩」をいうと定義されている。分娩の状況も州によって大きな格差がありケララ州のように「安全な分娩」が100%に近い州もあればビハール、ウッタルプラデシュ州など20%前後にとどまっている州もある。マディヤプラデシュ州においても安全な分娩(30.2%)、施設分娩(24%)の比率は低く、全国でもワースト5に入っている。自宅分娩時はTBA又は近所の素人の女性が介助する場合も多いが、介助なしで出産するケースもある。施設分娩率が伸び悩むなか、政府は1974年よりTBAの訓練プログラムを開始し、現在までに60万人を超えるTBAが受講している。また、TBAには使い捨て分娩キットを配給し、より衛生的な分娩介助ができるようめざしている。

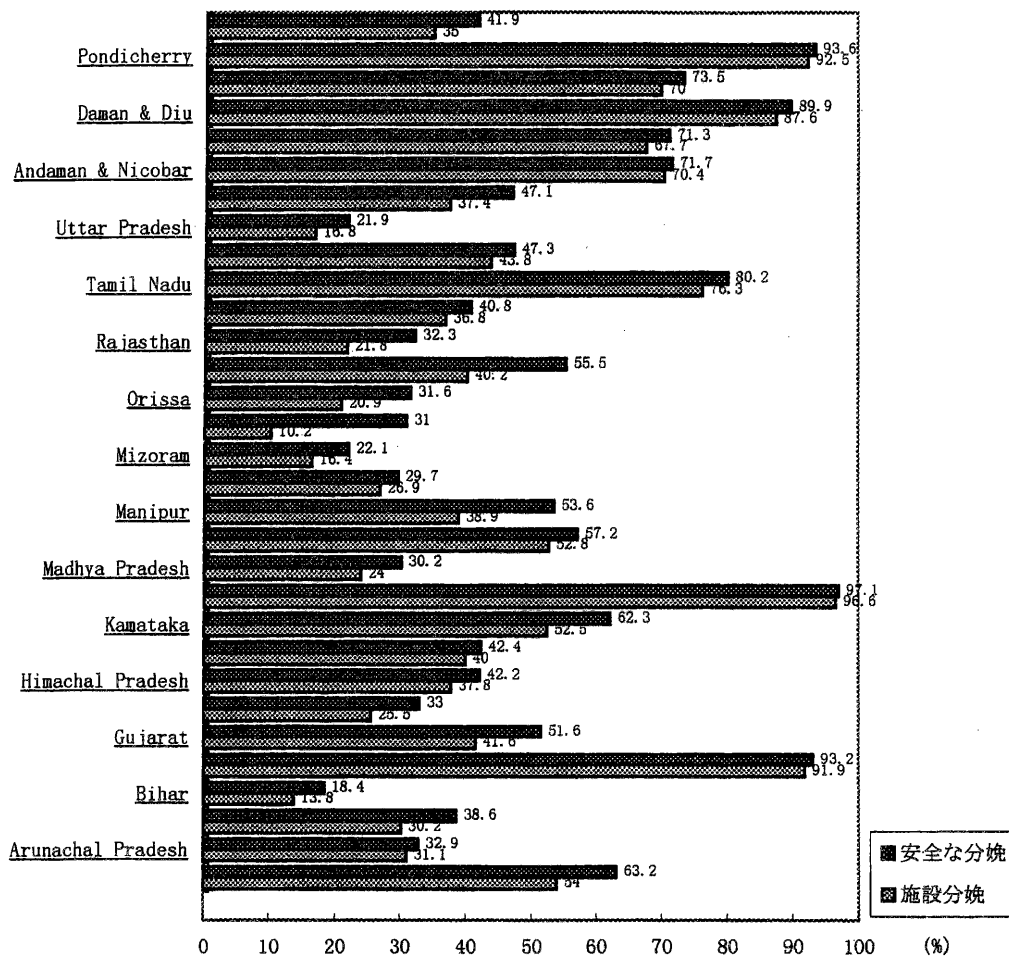


図3 - 4 各州別分娩の状況(1999年)

(出典: Annual Report 1999 - 2000年、Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3 - 2 家族計画

3 - 2 - 1 家族計画の概要

人口約10億人を抱えるインドにおいて人口抑制対策は保健政策のなかでも重要な政策の一つであり、CSSM(The Child Survival and Safe Motherhood)プログラムのなかでもスペーシングを奨励し、合計特殊出生率の低減することを戦略の一つに掲げ、避妊具の配布や広報活動を実施している。またカイロ会議以降「産む、産まないに関する女性の選択権」が主張されるようになり、望まない妊娠に対応するための出産調節の方法も多く紹介された。しかし、インドにおいては先進国なみのケララ州の1.7からウッタルプラデシュ州の5.5とその格差は大きい。マディヤプラデシュ州においても4.4(1992年)と高く、推移表を見ても1985年からはほぼ横ばい状態で、粗出生率も他の州と比べて高い。これは、家族計画のプログラムが住民に浸透していないことも考えられるが、いまだ女性の地位が低く子どもの数や出産間隔に決定権がもてないことや、男児を産むまで出産を続けるなどの男性優位の社会的な背景が影響していることも考えられる。

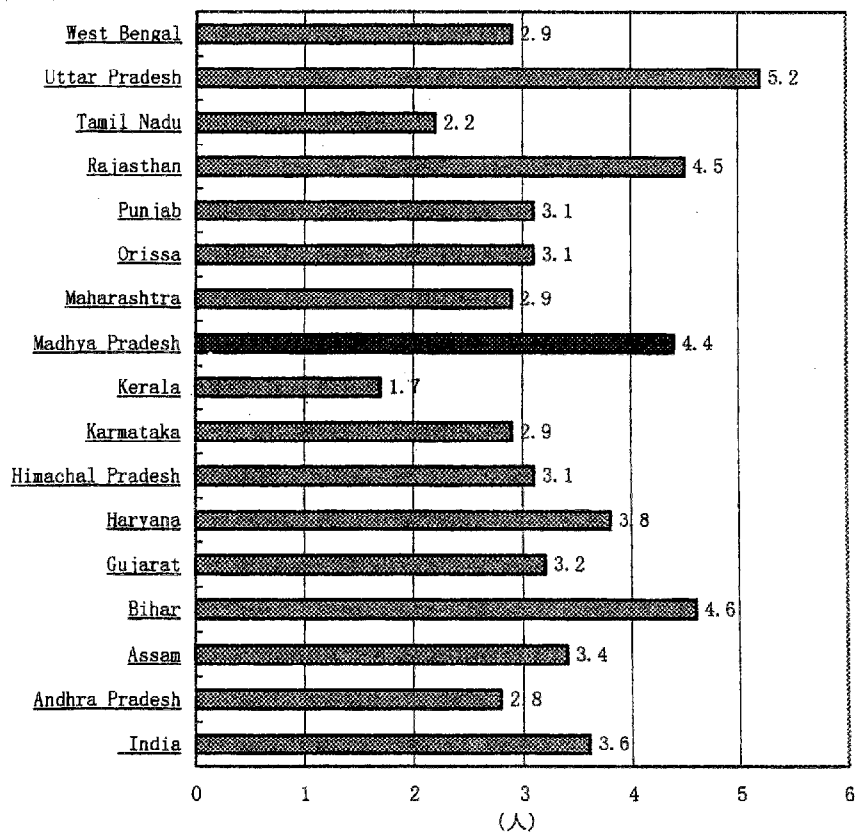


図3-5 インド・主要州の合計特殊出生率(1992年)

(出典: Annual Report 1999-2000年、Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

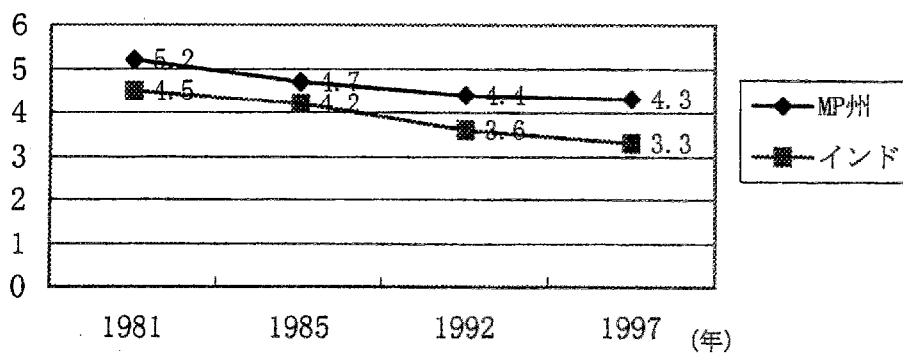


図3-6 マディアプラデシュ州における合計特殊出生率の推移

(Annual Administrative Report 1999-2000, State of Government MP より作成)

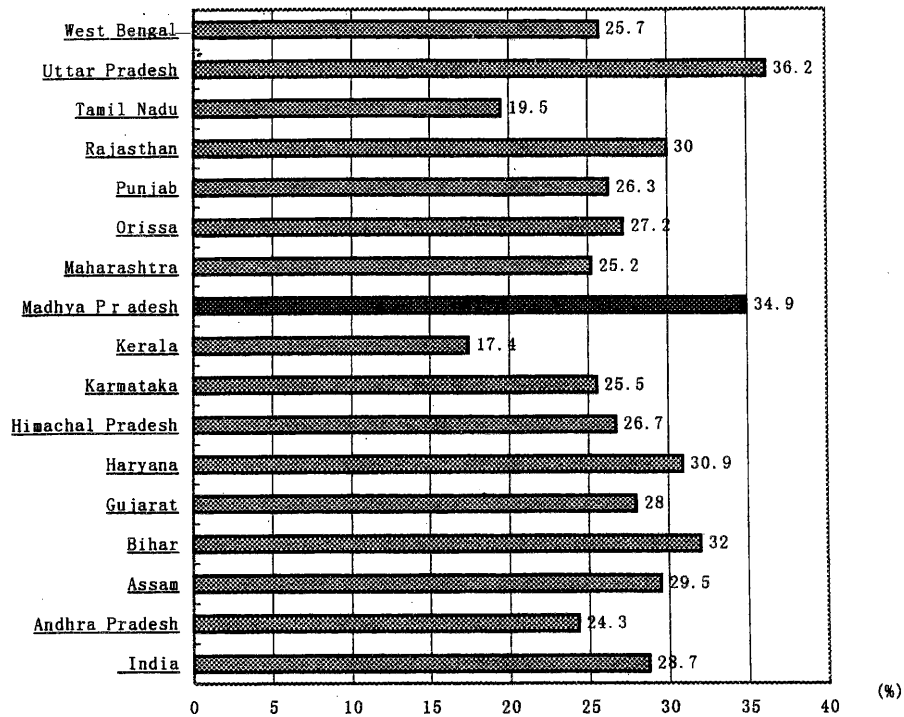


図3 - 7 インド・主要州の粗出生率(1993年)

(出典: Annual Report 1999 - 2000年、Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3 - 2 - 2 避妊率

1991年と1997年の避妊率を比較すると全国的にも少しずつ増加している。マディヤプラデシュ州でも40.3%から47.4%に上昇している。インドでは既婚女性の96%は何らかの避妊方法を知っているといわれる。コンドームやピル等の近代的避妊具も市場に出回り住民のアクセスも容易になっているがいまだに不妊手術が圧倒的に多い。

表 3 - 2 各州の避妊率

州名		避妊率 (%)	
		1991 年	1997 年
インド全体		44.1	45.4
北部	デリー	40.4	33.9
	ハリヤナ	56.6	53.9
	ヒマチャルプラデシュ	52.1	55.3
	ジヤムカシュミール	21.1	17.6
	ハジーク	75.8	76.9
	ラーシヤスターン	29	32.6
中央部	ウッタラプラデシュ	40.3	47.4
	ウッタラプラデシュ	35.5	37.2
東部	ビハール	26	22.1
	オリッサ	41	39.5
	ウエストベングール	33.7	34.2
東北部	アルナチャルプラデシュ	10.5	12.1
	アッサム	28.2	19.1
	マニプル	26.2	23.7
	メガラヤ	5	4
	ミゾラム	41.4	44.2
	ナガランド	4.8	8.1
	トリプラ	17.6	26.3
西部	ゴア	30.2	36.8
	グジャラート	57.8	57.4
	マハラシュトラ	56.2	51
南部	アンドラプラデシュ	44.3	46.9
	カルナータカ	46.9	55.6
	ケーララ	55.6	46.7
	タミルナドゥ	57.3	51.7

(Annual Report 1999-2000 年、Ministry of Health and Family Welfare, Government of India より作成)

3 - 2 - 3 避妊方法の内訳

インドにおいては避妊といえば女性の不妊手術を意味するといわれるほど不妊手術の割合が高い。マディヤプラデシュ州においても避妊法の内訳を見ると不妊手術が最も多く、全体の65%を占め、次いでIUD(17%)、コンドーム(10%)、ピル(8%)となっている(図3-8)。表3-2から1991年と1997年を比較すると避妊率は上昇しているが、図3-9の利用状況の推移を見てもほとんど横ばい状態である。不妊手術の場合、手術を受けるのは女性側がほとんどで男性は2~3%程度である。IUDも女性側が医療施設で処置を受けなければならない女性の身体に悪影響を及ぼす可能性がある。夫婦間の避妊法の決定権も女性にあるとは考えにくい。

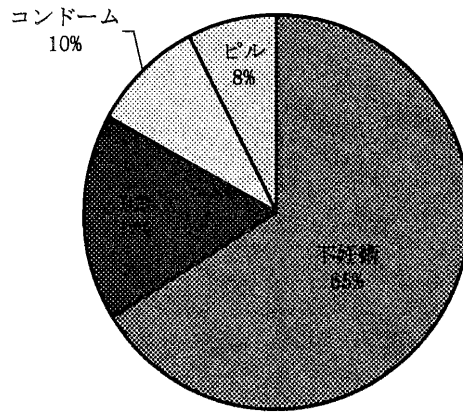


図3 - 8 マディアプラデシュ州における避妊法の内訳(1991年)
 (Annual Administrative Report 1999 - 2000, State of Government MP より作成)

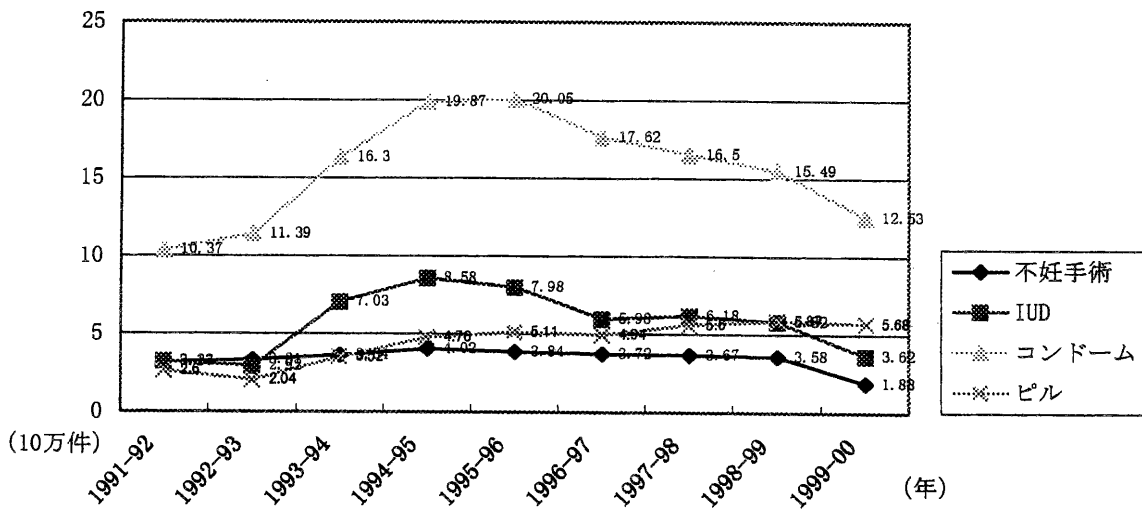


図3 - 9 マディアプラデシュ州における各避妊法の利用状況の推移
 (Annual Administrative Report 1999 - 2000, State of Government MP より作成)

3 - 2 - 4 人工妊娠中絶

出産のコントロール法として人工妊娠中絶があるが、インドにおいて人工妊娠中絶は1971年に合法化されている。現在、マディアプラデシュ州に正規の処置ができる施設は334か所あり、年間約3万件数が報告されている。しかし、これはあくまでも正規の中絶件数であり、非合法的な処置はその2～3倍にのぼるともいわれる。その際、伝統的な医術や闇中絶を利用するケースが多く、その安全性は保障されず合併症を引き起こす可能性も高く、妊産婦死亡の原因の1つとなっている。

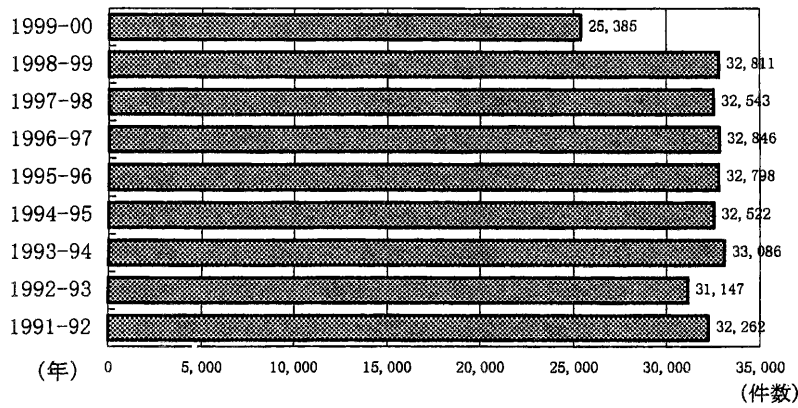


図3 - 10 マディアプラデシュにおける人工妊娠中絶件数
(Annual Administrative Report 1999 - 2000, State of Government MP より作成)

3 - 3 女性の結婚、出産年齢

インドには「The Child Marriage Restraint」(早婚抑制法 1978年)があり、女性の18歳以下の結婚は禁止されている。しかしながら、表3 - 3でも分かるように女性の結婚年齢は若い。図3 - 11ではマディアプラデシュ州では48%が15～19歳で結婚しているが、別の報告では10～19歳が80%にもものぼる。しかしこれは州全体の平均であり、今回本格調査の対象地域となっているディストリクトにおいては結婚平均年齢が16歳以下という結果である。結婚年齢が若ければ妊娠・出産も早くなり、まだ成長途中である10代の思春期に妊娠・出産することになる。

罰則まで明記された法律が公布されていながらも徹底されていないのは住民側及び行政側双方に問題があると考えられる。結婚登録台帳を見ても15歳や16歳と堂々と記され、住民に法を破っている後ろめたさは感じられない。また、それを当たり前のように容認している行政側の態度も理解しがたいが、インドにおいては女性にとって結婚は「最高の幸せ」とされ、父親は娘を嫁がせることを聖なる義務とし、年頃の娘を早く結婚させようとする社会的通念が今なお根強く残っている。

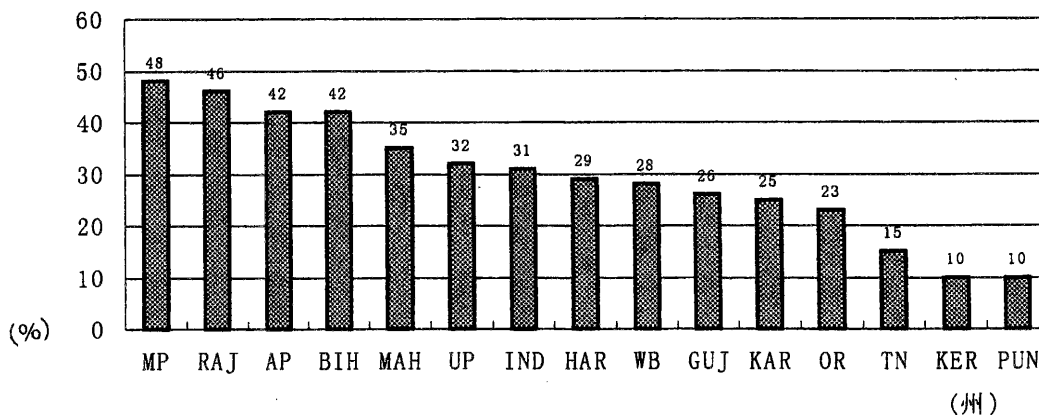


図3 - 11 15～19歳の女性の結婚割合(1991年)
(出典: India Issues in Women's Health 1996, World Bank)

表3-3 マディアプラデシュ州における各ディストリクト別の女性の結婚年齢

No	県名	10歳～14歳で結婚した女性の割合 (%)	15歳～19歳で結婚した女性の割合 (%)	10歳～19歳までに結婚した女性の割合	結婚平均年齢	既婚女性100人あたり年間出産した人数
1	JHABUA	3.7	65.2	68.9	18.4	14.3
2	BASTAR	4.6	65.2	69.8	18.4	12.0
3	RAIGARH	3.6	75.3	78.9	17.9	10.4
4	BHOPAL	11.2	61.1	72.3	17.7	12.1
5	BETUL	6.2	70.6	76.8	17.7	12.4
6	CHINDWARA	6.0	73.3	79.3	17.6	11.9
7	BALAGHAT	8.7	70.5	79.2	17.5	9.5
8	WEST NIMAR	6.7	70.5	77.2	17.4	11.9
9	INDORE	13.3	59.6	72.9	17.3	7.7
10	EAST NIMAR	9.3	71.2	80.5	17.3	7.7
11	SEONI	6.9	75.1	82.0	17.3	11.8
12	DHAR	10.0	68.9	78.9	17.2	14.2
13	RAIPUR	9.8	73.4	83.2	17.1	11.1
14	MANDRA	10.4	71.2	81.6	17.0	9.3
15	GWALIOR	12.5	67.0	79.5	16.9	11.6
16	JABALPUR	14.8	63.9	78.7	16.8	9.9
17	HOSHANGABAD	11.6	70.6	82.2	16.8	12.0
18	SARGUJA	16.2	66.7	82.9	16.6	9.2
19	DURG	17.8	63.2	81.0	16.5	10.2
20	BILASPUR	15.8	67.0	82.8	16.5	11.7
21	NARSIMHAPUR	12.1	72.7	84.8	16.5	10.2
22	SEHORE	16.7	61.0	77.7	16.3	12.3
23	RAJNANGAON	20.0	57.8	77.8	16.3	13.1
24	RAILAM	22.3	53.7	76.0	16.2	11.6
25	RAISEN	17.2	67.2	84.4	16.2	16.0
26	DEWAS	19.4	60.1	79.5	16.1	12.1
27	PANNA	17.9	66.1	84.0	16.1	13.0
28	GUNA	17.5	66.5	84.0	16.1	11.0
29	UJJAIN	22.9	53.6	76.5	16.0	8.8
30	VIDISHA	18.2	66.2	84.4	16.0	14.9
31	DATIA	15.6	71.8	87.4	16.0	11.5
32	DAMOH	18.3	71.3	89.6	16.0	13.4
33	SHAHDOL	22.1	59.9	82.0	15.9	11.4
34	SATNA	21.7	60.4	82.1	15.9	11.8
35	MORENA	16.8	68.6	85.4	15.9	11.7
36	BHIND	16.1	71.7	87.8	15.9	10.9
37	SAGAR	21.0	67.2	88.6	15.9	14.8
38	SIDHI	22.2	57.6	79.8	15.8	13.3
39	SHIVPURI	21.1	64.6	85.7	15.8	12.6
40	MANDSAUR	24.6	53.7	78.3	15.7	9.8
41	REWA	24.7	56.3	81.0	15.7	11.2
42	CHHATTARPUR	24.0	59.8	83.8	15.6	12.9
43	RAJGARH	29.1	49.8	78.9	15.4	12.0
44	TEKAMGARH	25.7	62.7	88.4	15.4	13.1
45	SHAJAPUR	31.6	46.9	78.5	15.1	12.8
	MP平均	15.4	65.2	80.6	16.6	11.6

(出典：Census of India 1991, Madhya Pradesh Tables, F series, Sanket-MPHDRO)

■は調査対象ディストリクト (Sagar Division)

3 - 4 乳児及び乳幼児(5歳未満児)の保健医療

3 - 4 - 1 乳幼児死亡

乳児及び乳幼児(5歳未満児)死亡も妊産婦死亡の状況と同様に各州の経済状況、保健政策により格差が大きく、ケララ州の16からオリッサ州の112まで大きな開きがある。ウッタルプラデシュ、ビハール、アッサム、マディヤプラデシュ、オリッサの北インドの諸州では高い数値を示している。都市部と農村部を比較すると倍以上の差がある州もある。これまでもインドは子どもの死亡率を改善するために予防接種プログラム、下痢症コントロール、マラリアコントロール、急性呼吸器感染症対策など様々なプログラムを実施しているが、依然として乳幼児死

表3 - 4 乳児死亡率(1998年)

Major States		Rural	Urban	Total
1	Andhra Pradesh	75	38	66
2	Assam	82	36	78
3	Bihar	68	51	67
4	Gujarat	71	46	64
5	Haryana	72	58	69
6	Karnataka	70	25	58
7	Kerala	15	17	16
8	Madhya Pradesh	103	56	97
9	Maharashtra	58	32	49
10	Orissa	101	66	98
11	Punjab	58	40	54
12	Rajasthan	87	60	83
13	Tamil Nadu	58	40	53
14	Uttar Pradesh	89	65	85
15	West Bengal	56	41	53
Smaller States				
1	Arunachal Pradesh	49	12	47
2	Goa	24	30	26
3	Himachal Pradesh	70	38	68
4	Jammu & Kashmir	46	44	45
5	Manipur	20	26	21
6	Meghalaya	56	21	53
7	Mizoram	31	15	25
8	Nagaland	NA	NA	NA
9	Sikkim	51	41	51
10	Tripura	49	31	47
Union Territories				
1	Anadaman & Nicobar Islands	35	6	28
2	Chandigarh	41	26	28
3	Dadra & Nagar Haveli	66	13	63
4	Daman & Diu	34	74	54
5	Delhi	37	33	33
6	Lakshadweep	22	53	37
7	Pondicherry	40	17	26
	India	77	45	72

(出典：Annual Report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare India)

亡率は高水準である。

3 - 4 - 2 周産期死亡

周産期死亡とは妊娠 28 週以降の死産と生後 7 日未満の早期新生児死亡を合わせたものをいう。1991 年の統計によるとインドの周産期死亡は 56.7 (/ 1,000) であり乳児死亡 78.5% の約 75% は周産期に死亡していることになる。マディヤプラデシュ州においては乳児死亡の約 81% が周産期に死亡している。乳児死亡率を減らすためには周産期死亡を減らすことが重要なキーポイントであることは間違いない。

周産期死亡が多い背景には

施設分娩が少なく、不衛生な分娩が多いこと

分娩介助者の技術的・能力的な問題

緊急時の体制を含めた医療施設の対応の不備

妊婦検診率が低く、ハイリスク妊婦の鑑別が困難である

などが主な原因として考えられる。

表 3 - 5 主要州別の周産期死亡割合 1991 年 (/ 1,000)

	州名	死産	早期新生児死亡
	インド全体	10.7	46.0
	ハリヤナ	11.3	37.9
	パンジャブ	24.7	45.6
	ラージャスターン	5.9	39.5
中央部	マディヤプラデシュ	11.4	58.2
	ウッタルプラデシュ	8.5	50.0
東部	ビハール	5.1	35.0
	オリッサ	17.8	62.0
	ウエストベンガル	12.4	41.9
東北部	アルナチャル・プラデシュ	13.7	40.8
	アッサム	13.8	48.7
	グジャラート	5.8	37.5
	マハーラーシュトラ	11.4	40.1
南部	アンドラ・プラデシュ	14.7	55.9
	カルナータカ	20.4	61.7
	ケーララ	9.2	18.0
	タミルナードウ	9.9	43.4

(出典: MCH division, "National Child Survival and Safe Motherhood Program")

3 - 4 - 3 予防接種

UIP (Universal Immunization Programme) は 1985 年に開始され、1997 年以降は RCH プログラムに組み込まれている。その目標は、

1. 三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)、ポリオの 3 回接種、BCG の 1 回接種、妊婦へ

の破傷風2回接種を行う。

2. ワクチンの保存・運搬を確実にするコールドチェーンの確立

実施率は1998～1999年ではDPTが92.8%、ポリオ94.3%、BCG97%、麻疹87.3%で全国平均の統計でも高く、マディヤプラデシュ州においても好成績を収めている。

表3-6 マディヤプラデシュ州における予防接種実施率

	DPT	ポリオ	BCG	麻疹
1995-96年	86.2	86.8	87.9	74.4
1997-98年	95.1	95.5	103.7	93.5
1998-99年	101.2	102.0	100.1	96.4

(出典：Annual report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

表3-7 妊婦の破傷風ワクチン接種率

1995-1996年	1996-1997年	1997-1998年	1998-1999年
80.33%	78.7	78.5	82.9

(出典：Annual report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3-5 性行為感染症

3-5-1 RTI / STD

インドでは成人人口の約15%がSTD患者であるといわれ、診療所を訪れた妊産婦の1～3%が梅毒に感染しているといわれ、淋病、軟性下疳の罹患率も高いといわれている。表3-8を見るとマディヤプラデシュ州で女性の25%はRTI / STDの症状を訴えている。特に女性の感染は不妊症の原因となったり、新生児の障害など母子ともに影響が大きい。世界的にAIDSやRTI / STDの流行が話題となり問題が深刻化しているにもかかわらず、それに対する知識をもっている者が男性で45.3%、女性が23.5%しかないということは、知識もなく症状をもったまま放置している人々が数多く潜在していると予想される。

表3-8 性行為感染症に関する調査結果

	1995年以降出産経験のある 15～44歳までの女性		20～54歳までの男性	
	RTI/STIの症状がある 者 (%)	HIV/AIDSについての 知識がある者 (%)	RTI/STIの症状が ある者 (%)	HIV/AIDSについての 知識がある者 (%)
Madhya Pradesh	25	23.5	8.5	45.3
India	28.8	41.1	12.7	57.4

(出典：Annual report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3 - 5 - 2 HIV / AIDS

インドにおいては1986年に最初のHIV / AIDS発症が報告されて以降エイズ対策が開始されたが報告数は年々増加し、1998年の統計によると全国のHIV感染者は約300万人にのぼっている。しかし、これらの数値は公式に確認された数値であり、実数は未知数である。マディヤプラデシュ州においても約14万人のHIV / AIDS患者が報告されている。感染経路は配偶者からの感染、同性愛を含め全体の8割以上が性的接触によるものである。表3 - 8を見るとHIV / AIDSについての住民の認知はいまだ低く男性で約半分、女性は半数にも満たない。情報の少ない農村部においては更に認知度は低くなることが考えられ、感染者数は更に拡大することが予

表3 - 9 HIV感染者数(1998年)

	州	HIV感染者数 男性	HIV感染者数女性	HIV感染者合計
1	Maharashtra	430,481	316,568	747,049
2	Karnataka	179,134	130,638	309,772
3	Andhra Pradesh	329,220	237,858	567,078
4	Tamil Nadu	177,883	130,111	307,994
5	Manipur	2,347	1,732	4,079
6	Goa	5,406	4,034	9,440
7	Delhi	13,735	5,677	19,412
8	Himachal	2,247	1,071	3,318
9	Gujarat	56,507	25,366	81,873
10	West Bengal	80,698	36,382	117,080
11	Nagaland	2,372	892	3,264
12	Mizoram	1,131	513	1,644
13	Pondicherry	2,319	1,112	3,431
14	Andaman & Nicobar	468	126	594
15	Arunachal Pradesh	805	215	1,020
16	Assam	22,666	6,487	29,153
17	Chandigarh	3,394	891	4,285
18	Daman & Diu	61	18	79
19	Haryana	26,836	7,451	34,287
20	Kerala	126,583	42,757	169,340
21	Madhya Pradesh	106,837	30,976	137,813
22	Meghalaya	612	169	781
23	Orissa	34,489	10,286	44,775
24	Punjab	33,961	9,773	43,734
25	Rajasthan	40,018	10,452	50,470
26	Sikkim	110	27	137
27	Tripura	3,244	970	4,214
28	Uttar Pradesh	85,419	23,212	108,631
29	Bihar	88,436	25,575	114,011
30	Jammu & Kashmir	11,255	3,334	14,589
31	Dadra & NH	121	36	157
32	Lakshadweep	178	52	230
	合計	1,868,973	1,064,761	2,933,734

(出典：Annual report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

想される。政府は国家エイズ対策プログラムのなかで疫学調査、検査・診断、治療法の確立、保健教育に取り組んでいる。

3 - 6 サーガルディヴィジョンの状況

3 - 6 - 1 サーガルディヴィジョンの概要

1991年のCensusによるとサーガルディヴィジョン(Sagar Division)の5ディストリクト(ティカンガル、チャタルプール、パンナ、サーガル、ダモ)の人口及び町村数は表3-10のとおりである。サーガルが最も規模が大きくディヴィジョンの中心となっている。5ディストリクトの人口の総数はマディアプラデシュ州全体の約8.06%を占める。Tribal人口はティカンガル4.1%、チャタルプール3.8%、パンナ14.9%、サーガル8.5%、ダモ12.4%である。男女比はいずれのディストリクトも男性の方が多い。

表3-10 サーガルディヴィジョンにおける各ディストリクト別人口及び各町村の数

	男性	女性	総数	町の数	村の数
Tikamgarh	502,822	438,007	940,829	12	973
Chhatarpur	623,878	534,198	1,158,076	14	1,192
Panna	362,727	325,218	687,945	6	1,048
Sagar	876,079	771,657	1,647,736	13	2,081
Damoh	471,384	426,741	898,125	5	1,399
5ディストリクトの総数	2,836,890	2,495,821	5,332,711	50	6,693
州全体	34,267,293	31,913,877	66,181,170	—	—

(参考資料：Census-91, Government of Madhya Pradesh)

「The Madhya Pradesh Human Development Report 1998」の報告によると、各ディストリクトの人間開発指数(Human Development Index : HDI)は表3-11のとおりでマディアプラデシュ州45ディストリクトのなかでの順位を見ても下位を占め、3つの基本的側面(寿命、知識、生活水準)を通してマディアプラデシュ州のなかでも厳しい環境にあることは間違いない。

乳児死亡率、乳幼児死亡率はマディアプラデシュ州自体がインド各州と比較しても高いうえ、サーガム地区においてはそれと比べても更に高い数値を示しており、サハラ以南のアフリカ諸国とも大差ない統計結果が報告されている。

成人識字率を見ると州平均58.4%を上回っているディストリクトもあるものの、女性は20%に満たないディストリクトもあり男女の教育レベルには大きな較差がある。これは女性の早い結婚とも関係していると思われ、本来であればまだ就学年齢である10歳~14歳で結婚している女子が20%近くおり、平均16歳で結婚している。合計特殊出生率も5~6と高い。貧困状態のなかで、教育も受けず、若くして結婚し、栄養不足のなかで妊娠・出産を繰り返すという、女性にとって悪影響を及ぼす条件がそろっている厳しい環境を強いられている。

表3 - 11 サーガルディヴィジョンにおける各ディストリクト別社会開発・保健指標

項目		Damoh	Tikamgarh	Panna	Sagar	Chhatarpur	MP
HDI	1998	0.456	0.457	0.426	0.494	0.435	—
HID順位	1998	35	34	43	29	40	—
乳児死亡率	1991	123	132	133	116	150	117
乳幼児死亡率	1991	194	187	204	172	199	130.3
粗出生率	1991	38.1	43.2	39.4	39.2	36.8	35.8
合計特殊出生率	1991	5.1	6.2	5.7	5.5	5.6	4.6
平均寿命(歳)	1991	53.1	51	50.8	54.4	47.3	53.8
女性の結婚年齢(歳)	1989-93'	16.0	15.4	16.1	15.9	15.6	17.4
識字率—男性(%)	1991	60.5	47.5	46.3	67	46.9	58.4
—女性(%)	1991	30.5	20.0	19.4	37.8	21.3	28.8
電気なし(%)	1991	63.9	70	79.2	52.7	68.3	—
安全な水なし(%)	1991	61.6	75	72	56.9	77.3	—
トイレなし(%)	1991	89.9	93.8	93.8	84.4	91.3	—
上記3つともなし(%)	1991	43.7	56.2	59.6	35.1	55.5	—

(The Madhya Pradesh Human Development Report 1998 より作成)

3 - 6 - 2 サーガルディヴィジョンの保健状況

各ディストリクトには第二次医療施設である District Hospital をトップレファラルとして CHCs、PHCs、SCs の順にピラミッド構造になっている。

1SC 当たりのカバー人口は各ディストリクトとも基準の 5,000 人よりも極端に少なくはなく数的にはさほど問題はないが、村の有力者の力関係で SC を設置することも多く、近距離に 2 つの SC が設置されていたり、ある地域には全く SC がないなどの不公平が生じているのも現実で、施設の分布は必ずしも平均していない。また、保健医療サービス供給者は表 3 - 13 で示すとおり PHC、SC の数よりも医師、MPW の数の方が少ないディストリクトもある。建物はあってもスタッフがいないことには医療施設としての機能は全く果たしていない。そのうえ、現地踏査の結果でも述べたとおり施設・機材は貧弱で質の高い十分なケアを提供しているとはいえない状況である。さらに、最低 1 人の医師が常勤することになっている PHC は数的にも不足しており、100 平方キロメートルに PHC が 1 か所もないという状況である。ようやく PHC にたどり着いても医師が不在で診療を受けられない現状もあり、地域住民の生活の厳しさが分かる。

表3 - 12 各ディストリクトの保健医療施設数(1996-97)

	District Hospital	CHCs	PHCs	SCs
Damoh	1	4	15	199
Tikamgarh	1	3	20	156
Panna	1	1	17	132
Sagar	1	4	34	245
Chhatarpur	1	1	43	180
MP州	42	197	1,814	11,938

(出典：Directorate of Health Services, GOMP, 1997, Madhya Pradesh Mein Chikitsa Sansthayen)

表3 - 13 各ディストリクトの保健医療サービス供給者(1996-97)

	Class I Doctors	Class II Doctors	Total No of Doctors	MPW(Fe)	MPW(Ma)
Tikamgarh	11	39	50	150	150
Chhatarpur	11	71	82	179	179
Panna	5	36	41	127	122
Sagar	20	112	132	240	238
Damoh	6	23	29	166	191
MP州	553	4,152	4,705	10,555	10,399

(出典：Directorate of Health Services, GOMP, 1997, Madhya Pradesh Mein Chikitsa Sansthayen)

表3 - 14 保健医療サービスの農村地域におけるインフラ状況(1996-97)

	1995年以降出産経験のある 15~44歳までの女性		20~54歳までの男性	
	RTI/STIの症状がある 者 (%)	HIV/AIDSについての 知識がある者 (%)	RTI/STIの症状が ある者 (%)	HIV/AIDSについての 知識がある者 (%)
Madhya Pradesh	25	23.5	8.5	45.3
India	28.8	41.1	12.7	57.4

(出典：Annual report 1999-2000, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India)

3-7 リプロダクティブヘルス分野におけるマディヤプラデシュ州の問題と課題

前述した保健指導や様々な統計資料を見てもマディヤプラデシュ州の保健状況は他の州と比較しても悪い数値を示していることは明確である。リプロダクティブヘルス分野の問題点として以下のことが考えられる。

(1) 高い妊産婦死亡と周産期死亡

1) 妊婦検診率が低い

妊婦検診は死亡主要原因の早期発見、ハイリスク妊婦の鑑別又は貧血の予防対策や栄養改

善を行い、合併症を最小限に抑えることができる。しかしいまだに妊婦検診率が低いということは住民がその重要性を認識していないことにある。住民は何らかの症状、異常がない限り医療施設を訪れることはないため村の Panchyat や TBA、VHG (ボランティアヘルスガイド) を巻き込んだコミュニティへの働きかけを強化する必要がある。

2) 施設分娩が少なく自宅分娩が多い

1999 年の報告でもマディープラデシュ州における施設分娩は 24%、訓練を受けた介助者による分娩は 30.2% で、州によっては 90% 以上が施設分娩を行っていることからするとはるかに低い。自宅での分娩は清潔とはいえ母子ともに分娩中の感染率も高くなるうえに異常が発生したときの対応が困難である。TBA のトレーニングプログラムは行われているが、TBA が世襲制で娘に自分の技術を実践的に指導しており、彼らの技術レベルを評価することができない。また今次調査で、自宅分娩時 TBA の介助ではなく近所の経験のある主婦の介助によって出産するケースも多いという情報を得た。彼らは医学的知識もなく自身の経験だけである。

3) 医療施設の不備

今次調査中の現地踏査においても各医療施設の貧弱さは露呈された。老朽化したベッド、わずかな機材だけのサブセンター、清潔を保持しているとはいいがたい病院の手術室、また救急車や患者移送のための車両の不備、血液銀行の不備はレファラル施設として機能しているとはいえず、救える患者も救えない状況である。

4) 医療施設への人材配置が不適切である

医師をはじめとする医療スタッフの慢性的不足は途上国においては共通の問題であるが、今次現地踏査においてもそれは明白であった。人口 17 万人をカバーする地域の CHC に専門医が 1 人もおらず手術もできない状況では、たとえ下位施設であるサブセンター、PHC のサービス強化を進めても何も効果的な成果は得られないであろう。レファラル体制が整ってもサービスを供給する者がいなければ診断・治療は不可能である。

5) 女性の早すぎる結婚と出産

インドでは「The Child Marriage Restraint」(早婚抑制法) が公布され、そのなかで結婚は男性 21 歳以上、女性 18 歳以上と定められている。にもかかわらず、全国的にもいまだ思春期層の結婚は多く、マディープラデシュ州の女性の結婚平均年齢も 18 歳であるが、これはあくまでも平均値であり、村レベルでは初潮を迎える以前の少女が結婚させられるケースもあるという。女性がまだ成長途中で妊娠すると栄養不良となりやすく、骨盤も十分發育していないため狭骨盤による子宮破裂を起こしやすく出産のリスクは高い。問題は法遵守しない国民の側にもあるが、この法を徹底しようとする行政側にもあろう。

6) 女性の栄養状態が悪い

インドにおいては食習慣として家族そろって食事をするのではなく、成人男子(家長)、男の子、女の子、母親と食事の順番が決まっている。そのために母親である女性は残り物しか摂取できない。国民の57%が貧困層(1日1ドル以下の生活)であることを考慮すると最後に食事を摂る女性がバランス良い食生活をするのは困難な状況であり、慢性的な栄養不良や貧血は持続するであろう。妊婦の栄養不良・貧血は未熟児・低体重児を産む確率も高く、さらに出産時の出血が多量ではなくても母体にとって致命傷ともなり得ることもある。

(2) 高い乳幼児死亡率

1) 女性の識字率が低い

直接乳幼児の養育にかかわる母親(女性)の教育レベルは衛生・医療知識につながり、子どもが病気をしたときの早期発見や適切な処置をとれるか、また予防接種を受けさせる、常備薬を準備するなどの予防体制はとれるかなど子どもの健康に大きく関与している。さらに教育レベルの高い女性は様々な指導を容易に理解し、積極的に医療サービスを受けることができると思われる。

2) 子どもの数が多く出産間隔が短い

一般的に子どもの数が多ければ乳幼児死亡率は高くなり、出産間隔が短ければ乳幼児死亡率は高くなるといわれている。マディヤプラデシュ州の合計特殊出生率は4.4で全国平均よりも高く、避妊率の低さ(47.4%)から見ても受胎調節を行っているとは思われず出産間隔も短いことが予想される。多産と出産間隔の短縮化は母体の栄養不良を引き起こし、未熟児や低体重児で産まれる可能性が増え、死亡する可能性も高くなる。また、間隔の短い出産は兄弟間の競争で乳児の早い乳離れを促進させ、そのために子どもの感染症の罹患率が高くなる。

3) 公衆衛生設備の不備

乳幼児死亡の主要疾患である下痢症や感染症の因子として不衛生な環境がある。特に水と汚物処理の問題とは密接につながりがある。地方においては下水道の設備はなく、屋外での排尿・排便や排泄後の処置を左手で行うという独特の習慣をもつインドにおいては、いかに安全な水を確保し衛生環境を改善するかは重要かつ難しい問題である。

(3) 性感染症に対する知識不足

AIDSを含む性感染症は世界的にも大きな問題となり、インドにおいても1997年から開始されたRCHプログラムのなかに新たにAIDS及び生殖器系感染症、性感染症の拡大を抑制する項目を加えた。しかしながら、住民がその問題を十分認識し対策を練るまでには至ってい

ないのが現状である。性感染症は女性、子どもの健康に影響を及ぼすが初期診断が難しく治療が遅れることもある。淋病は女性の不妊症の原因となったり子宮外妊娠の頻度が高くなったりする。また他の感染症によっては骨盤内感染症を引き起こしたり、新生児の障害、先天異常の原因となっていることが報告されている。

(4) 社会インフラの不備

特に地方においては道路状況の悪さや交通手段がないことなどが住民の医療施設へのアクセスを阻害したり、交通網の不備で緊急時の対応ができないなど社会インフラの状況と保健医療は密接な関係がある。

(5) 女性の地位が低い

インドの特徴として女性に関する法律は数多くあり、法的には十分保護されているが、それに対する社会の変化が全く伴っていない。中絶法や早婚、持参金に対する法律の制度や Panchat の 1 / 3 の議席の確保など法環境は整っているものの、いまだに 18 歳以下で結婚させられ、持参金の習慣も続いているし、議会においても女性の発言権は弱い。妊娠・出産に関しても女性が出産の有無、タイミング、子どもの数について決定権をもつまでには至っていない。女性が自分たちで自分たちの状態・地位を変えていこうとする行動的で自立的な考え方をもちエンパワーメントを達成するには社会的変化がなければその現実には相当困難な状況である。

上述した問題を踏まえ、本格調査では以下の項目に配慮する必要があると思われる。

1. 受診行動 KAP 調査
2. 栄養摂取状況調査
3. コミュニティにおける保健状況の調査
4. 世帯・コミュニティ調査
5. 居住環境調査
6. 社会・経済インフラの整備状況
7. 社会学及び文化人類学的調査
8. ジェンダーに関する調査

第4章 社会学的視点から見たリプロダクティブヘルス

はじめに

1999年のインドの国民総生産の伸び率は6%と推計されている。また国民の数学的才能と英語力が相まって多くのIT技術者を国外に排出しており、国内においてもバンガロールなどでIT関係の産業が急成長している。インド人技術者を雇用する日本企業は増えており、IT革命が進行している限りインドの将来は非常に明るいという印象を与える。

しかしインドの1人当たりのGNPは400ドル(1999年)に過ぎず、これは途上国のなかでも低い水準である。国民の3分の1は貧困ラインの下で生活をしており、社会インフラの充実が急務となっている。また大都市を離れると英語話者は極端に少なくなり、インターネットどころか電気のない村が数多く存在する。インド社会を指して「多様性のなかの統一」ということがあるが、先端技術とトライブの伝統、核実験と旱魃におびえる農業といったように、明暗の差の極端に大きな国である。

本プロジェクトの対象となるマディヤプラデシュ州はリプロダクティブヘルス関連の指標が最も低い州の1つであり、経済的にも社会的にも最も近代化の遅れた地域ということができる。

マディヤプラデシュ州は、約44万平方キロメートルの面積をもつ内陸州であり、緩やかな丘陵地帯が広がっている。同州はインド国内最大の州でありインドの中心に位置すること、ゴンドワナ大陸に由来する世界最古の岩盤から構成されること、トライブ人口が最大であることなどの特徴をもっている。現在のマディヤプラデシュ州は1956年に編成されたもので、州内にはいくつかの地理的・歴史的なゾーンが存在している。

同州の主たる産業は農業であるが、本プロジェクトの対象地域である5ディストリクトのうち北部州境の3ディストリクトと南部の2ディストリクトでは産業構造がはっきりと異なっている。北部3ディストリクト(ティカンガル、チャタルプール、パンナ)では第一次産業従事者が80%以上いるのに対し、南部の2ディストリクト(サーガル、ダモー)では6割程度である。また南部では第二次産業従事者が約4分の1を占めるのに対し、北部では4~6%である。第三次産業はそれほど差はないが、地方の中心であるサーガルディストリクトは他の4ディストリクトに比べて従事者比率が高い(表1)。

サーガル地方5ディストリクトの北部と南部の差は、後に述べるように、識字率の差や生活インフラの充実度とも関連している。天水農業を中心とした第一次産業に依存し、生活インフラや社会インフラの整備が遅れた北部州境(辺境)州と、相対的に第二次・第三次産業が発展しインフラも相対的に整備された、地方の中心地適正核をもった南部2州ということができるかもしれない。

インドの農村は、伝統的に、上層カーストが土地を所有し、中低位カーストが小作や農業労働者として耕作してきた。また農業以外の様々な職種を担うカースト(ジャーティ)が地主にサービスを提供し、地主から食料などを与えられる関係(ザミンダール制)が行われてきた。1947年の独立以降、政府は土地改革を実施してきたが、改革の方法や成果は、州政権を担う政党や農業生産力などによって、大きな差が生じた。これについてM.ラオは、土地改革の結果や農業生産性の観点からインドの農村の地域類型を、ビハール型(後進地域)、カルナタカ型(中間地域)、西ベンガル型(共産党政権による土地改革)、パンジャープ型(「緑の革命」地域)の4つに分類している(河合 明宣「農村における対立」岡本・木村編『紛争地域現代史3 南アジア』同文館、1994年)。

マディヤプラデシュ州は上記のうち、ビハール型に分類されている。この型に属する各州は、この地域ではザミンダール(Appendix 参照)が有した土地所有権は廃止されたが土地所有制限を内容とする土地改革は実質的には行われなかった地域で、「自作地」を集積した大地主が勢力を維持しており、土地改革を実施するための障害は極めて大きい。大土地所有が農村社会に規定的影響力を有しているという特徴をもっている。

ビハール型の州は農業生産上も後進地域である。農業経済の動向から見ると、マディヤプラデシュ州は全体として農業生産の伸びは見られない(1962～1973年、1970～1983年)。一方1970年代には男子労働人口の増加率が農業生産の成長率を超えていた。また丘陵部が多く灌漑率が播種された土地の約24%と低いために天水に頼る農耕が行われ、生産量は現在でも非常に不安定である。米や小麦の単位面積当たり収量はインド平均よりかなり低い(表2)。主要産業である農業の生産性が低いため、貧困線以下の人口の比率が高い。農業的土地利用と農業生産の低さは、本案件で対象とする5ディストリクトのなかでも特に第一次産業従事者比率の高い北部州境の3ディストリクトで、生活全般に影響を与える大きな社会的要因となっていると考えられる。

これらの社会経済的特性が個別の村落でどのように発現しているかを把握し、リプロダクティブヘルス向上の面で何が問題となっているかを確認する。その問題解決を図る方向で、プロジェクトの対象とすべき集団(村落、トライブなど)や事業分野を選択していくことが必要である。

4 - 1 乳幼児死亡率と社会経済的要因

4 - 1 - 1 乳幼児死亡率に影響を与えている要因

リプロダクティブヘルスに影響を与えている要因について、インドではいくつかの研究調査が行われている。サーガル地方のリプロダクティブヘルスにかかわる社会経済文化状況を調査するにあたっては、これらの先行成果を踏まえることが効果的である。

インドの人口問題については、ムンバイにある International Institute for Population Sciences が様々な社会調査を行っており、一連の National Family Health Survey (NFHS) Sub-

ject Reports により結果を発表している。そのなかで“ Infant and Child Mortality in India ”が、インドの乳幼児死亡率を対象に調査を行い、死亡率に影響を与えていると見られる社会経済的な要因について検証している。乳幼児死亡率に影響を与えていると想定された要因には次のようなものがある。

- ・社会経済的特性(居住地、母親の識字水準、宗教と指定カースト/トライブ、マスメディアの影響、トイレ、清浄な調理用燃料、家財所有)
- ・人口学的要素(出産間隔、出生順、出産時の母親の年齢)
- ・出産前と出産にかかわる医療(出産前ケア、予防接種、出産場所)
- ・文化要因(男児願望)

<用語> neonatal period 新生児期 = 生後1か月まで、postnatal period 新生児後期 = 生後1か月から11か月まで、childhood 幼児期 = 生後12か月から59か月まで(満1歳から5歳未満)、Infant = neonatal と post neonatal の合計、乳児期(1歳未満)

<調査時期> 1992年～1993年。

<聞き取り対象者> インド全州の13歳から49歳までの既婚女性8万9,777人。

<分析対象者> 聞き取りを行った女性から産まれた子どものうち、生死を問わず1979年12月以降に出生した子ども(生存していた場合、調査時点で満12歳以下)

4 - 1 - 2 社会経済的要因のインド全体の傾向

(1) 母親の教育水準

発展途上国では母親の教育水準(識字状況で示される)は子どもの死亡率に大きな影響を与えているだけでなく、母親自身が識字者だと非識字者の母親よりも健康である傾向にある。加えて識字者の母親は非識字者の母親よりも、子どもに健康な環境と栄養のある食事を与えている。識字者の母親は保健医療施設や栄養についての情報を非識字者の母親よりもたやすく得ることができ、病気の子どもの処置についても家族のなかでもつ影響力が大きいと見られるからである。多くの議論が母親の識字能力と子どもの死亡率との直接の因果関係を支持しているが、母親の識字は子どもの死亡に直接影響を与える他の社会経済要素の指標にすぎないという研究もある。

インドでのこの調査結果によると、母親の教育程度、特に母親の識字程度は、子どもが産まれてからの5年間、特に生後1か月以降の死亡率と結びつく重要な要素である。生後1か月以降の乳幼児の死亡率への補正されない影響(識字程度と死亡率との間の相関関係)はほとんどすべての州で非常に大きく統計的にも有意である。マディヤプラデシュ州では、他の変数を補正した場合でも(他の要素の影響を排除した相関関係)、母親の識字程度は新生

児、新生児後期、幼児の死亡率に対する影響は重要でかつ統計的に有意である。

州内のディストリクトごとに見た母親の識字程度のデータはないが、州全体での女性の識字率は28.8%である(都市住民58.9%、村落住民19.7%)。また各ディストリクトごとの男女識字率を表3に示す。なお州内では、女性の地位向上をめざして活動しているSEWAなどのNGOが、それぞれ成人女性の識字教育活動を行っている。

(2) 宗教と所属社会集団

宗教と指定カーストないし指定トライブに属しているかということは、インドでの暮らしに大きな影響を与えているが、乳幼児死亡率の水準にも影響を与えていると想定されている。NFHSの調査では、宗教や社会集団の所属を、ヒンドゥー教徒で指定カースト/トライブでない、ヒンドゥー教徒で指定カースト/トライブ、イスラム教徒、他の宗教の4つに分類している。

1991年国勢調査結果によると、インド全体における各宗教の割合は次のとおりである。ヒンドゥー教82.00%、イスラム教12.12%、キリスト教2.34%、シーク教1.94%、仏教0.76%、ジャイナ教0.40%、トライブの固有宗教などを含むその他0.39%。また、マディヤプラデシュ州全体では、指定カースト/トライブの総人口に占める比率は指定カーストが14.55%、指定トライブが23.27%である。しかし本案件において対象となるサーガル地方Sagar Regionでは全般的に指定カースト率は州全体よりも高く、一方指定トライブ率は州全体よりも低い(表3)。また、州全体の宗教の分布は表2のとおりであるが、インド各州のなかでもヒンドゥー教徒の占める割合が高く、イスラム教徒の割合が低い州である。ディストリクトごとの宗教分布は不明であるが、相互に大きな差があるのではないかと考えられる。また、都市ではジャイナ教、村落ではトライブの人々が信仰する伝統宗教の影響が大きいのではないかと考えられる。

NFHSの調査結果を見ると、インド全体で見ると所属している宗教及びカースト/トライブが子ども(6歳未満)の死亡率に大きな影響を与えている。しかしマディヤプラデシュ州単独で見ると、世帯主がヒンドゥー教徒かつ指定カースト/トライブに属することは、幼児(1歳から6歳未満)の死亡率に大きな影響を与えているが、1歳未満の子どもには統計的な影響は見られない。これは、マディヤプラデシュ州においては他の宗教(トライブ固有の宗教など)への所属も新生児と乳児の死亡に影響を与えているからではないかと考えられる。

宗教とカースト/トライブの所属が死亡率に与える影響は、伝統と信仰に基づく生活様式の相違によっているのだろう。そのような相違は出産、授乳、健康管理に関連した慣習を含むであろうし、これらは他の変数から独立して乳幼児死亡率に影響を与えているに相

違ない。しかし宗教とカースト/トライブ所属が死亡率に与えている影響の一部は、他の社会経済的条件と関連しているのかもしれない。

指定カースト/トライブへの所属と、個別に見て乳幼児死亡率に影響を与えるという結果が出ている他の要素(貧困、低い教育水準、衛生設備のなさ)などとは、かなり強い相関関係をもっていると考えられる。相互に関連し合っているほど、これらの人々をプロジェクトのターゲットピープルとする必要性が高くなると考えられる。それにもかかわらず、統計的に他の変数によっては説明しきれない相違が残る。これらの結果から、子どもの世話に関連する指定カースト/トライブの慣習の詳細な研究を待つ必要がある。

国勢調査では各村落ごとのカースト/トライブ所属が調査されている。これらを利用して対象地域における村落ごとのカースト/トライブの所属確認と、出産育児にかかわる固有の文化的要素の検証が必要である。

(3) マスメディアの利用可能性

インド全体ではテレビの普及率は80%を超えているという。USAID等のドナー機関では、マスメディア、特にテレビやラジオは非識字者の母親にも直接的に影響を与えることのできる情報伝達手段の1つであるとみなし、マスメディアを利用した衛生保健教育は効果があがると考えている。インド全体でのテレビ普及率を考慮すると、確かにこの方法はインド全体としては効果があるかもしれない。

NFHSの調査では、マスメディアの利用可能性、つまり母親がラジオかテレビを見聞きしていることが子どもの死亡率に影響を与えるのではないかという仮説について検証している。

メディアブラデシュ州の結果を見ると、母親がラジオかテレビへ接することは、新生児のうち効果は低い、子どもの年齢が上がるに連れて効果が現れている。しかし他の要素で補正するとその影響は低くなる。これは、マスメディアに接することができることが家庭や居住地の経済状況ないし立地環境と密接に関連しているためであると考えられる。

この調査結果で見ると、マスメディアの利用可能性が幼児死亡率の低下に効果があり、かつマスメディアの利用自体が世帯や村落の社会経済条件に従属しているのであれば、最も衛生保健教育を普及すべき底辺の村ではマスメディアの普及率は低いと考えられる。

リプロダクティブヘルス向上の一環として衛生知識の普及を考慮する場合、マスメディアの利用状況を把握し、その知見を基に、マスタープランにおいてマスメディアに接近しやすい環境づくりに言及することも必要かもしれない。

(4) トイレの有無

世帯の衛生環境が子どもの死亡率に関係するのではないかということは、どこの国においても想定できる。NFHSの結果では、トイレがあることが子どもの死亡率に与える補正された影響は新生児期に強く、時期が経つに連れて弱くなっている。このパターンは、新生児が破傷風にかかる危険の増大のパターンと類似しているという。

新生児や乳児は自分ではトイレを使わないであろうが、家庭全体(特に母親)の衛生状況と関係していると想定される。対象地域における村落単位でのトイレ普及率の資料はないが、インド農村ではトイレがないことは普通である。しかし一方で、他の変数による補正を行った後にはトイレがないことが死亡率に与える影響は低下しているので、トイレの設置は社会経済状況と関連した事項であり、農村でも上層カーストや富裕な家庭ではトイレを設置している可能性があると考えられる。

(5) 調理用燃料

清浄な調理用燃料の利用が子どもの死亡率と関連しているかどうかを明らかにするために調査が行われた。この分析では、電気、ガス、石炭、木炭、ケロシンがきれいな調理用燃料、木(薪)と動物の糞がきれいでない調理用燃料とに分類されており、家庭で使うタイプの調理用燃料は乳幼児の死亡率に2つの点で影響を与える可能性があるとして予測された。

1つは、もし子どもが多く時間を調理の場で過ごすのなら、きれいでない、すなわち有害な煙を出す調理用燃料の利用は呼吸器疾患の危険を増大させるかもしれない。またもしこれが重大な危険であるのなら、調理用燃料が乳幼児の死亡に与える効果は、他の社会経済的変数を補正した後でも重大なものとして残る。第二に、使われる調理用燃料のタイプは一般的に世帯の経済的地位の指標である可能性があることである。もしそうであるならば、家庭で使われる調理用燃料と乳幼児死亡との間の強い、補正されない関係を期待しなければいけないが、(経済状況に關数で)補正された効果は大いに減じられる。

調査の結果、他の変数を調節したあとでは、清浄な調理用燃料を用いることは5歳以下の子どもの死亡率に特に強い影響は与えていないことが分かった。しかしこの結果は子どもの年齢と州によって大きく異なっていることも明らかになった。

マディアプラデシュ州では、新生児期、新生児後期、そして幼児期とすべての期間において、きれいでない燃料を用いて調理をする世帯の子どもの方が死亡率は高い(他の変数による補正の前)。そして乳児期には統計的にも有意な結果が出ている。ただ他の変数によって補正をしたあとでは、死亡率の差は非常に小さくなる。このことは、きれいでない燃料が死亡率に与える影響は、どちらかというとき世帯の経済的地位に従属しているということを示している。

ここできれいな燃料と規定されている燃料のうち、木炭は住民が生産して自給している可能性があるが、他はすべて購入しなければならないものである。一方、きれいでない燃料は通常村内で自給が可能である。貧しく市場からも遠い辺境地帯に住む世帯であるほど、自給可能なきれいでない燃料を用いるはずだからである。

(6) 家財の所有

マスメディアの利用可能性やトイレの有無、燃料など、直接子どもの死亡率に影響を与えているにしても、統計的には対象世帯(あるいは村落)の社会経済的特性に従属している変数が多いことが分かった。ここでは、家財(詳細は不明であるが、この調査の趣旨から見て生活するために最低限必要な物を多く含むと考えられる)の所有によって世帯の経済状況を把握することを目的としている。

その結果、家財の所有は幼児と子どもの死亡率の重要な決定要素となり得ることが分かった。これは特に子どもが成長するのに重要となる。インド全体では家財数値0の世帯の子どもと数値15の世帯の子どもとの間の補正された死亡率の差は、新生児期には出生1,000当たり8人の死亡率であるが、新生児期後期には出生1,000当たり14の死亡率、幼児期には出生1,000当たり29の死亡率と、上昇している。年齢が上がるほど、家財を多く所有する世帯と少ない世帯の間の死亡率の差が大きくなることの原因は分からない。疫学的な調査と他の社会文化要因との多変量分析を行うことにより、より具体的な要因が明らかになる可能性がある。

(7) 人口学的要因

社会経済文化的要因とは異なるが、人口学的な要素も5歳以下の死亡率に着実に本質的な影響を与えている。そのなかで、本人出生以前の出産間隔、兄姉の死亡率そして本人出生以降の出産間隔という3つの要素が特に乳幼児死亡率に大きな補正された効果をもつことが明らかになった。この発見は、女性が出産の始まりを遅らせることと出産間隔を拡大することを支援することにより、5歳未満の死亡率を減少させる可能性があることを示唆している。

調査結果のうち興味深い点の1つは、出生順、出産時の母親の年齢及び乳幼児死亡率が互いに関係していることである。他の変数を補正したあとでは出生順が増加するとともに(下の方の子どもになるほど)新生児死亡率は低下するが、一方で新生児後期と幼児の死亡率は上昇する。様々な年齢の母親から産まれた子どものうち、母親が20歳代後半のときに産まれた子どもが最も死亡率が低いのに対し、母親の年齢が20歳以下のときに産まれた子どもの死亡率は特に高い。

(8) 乳児 / 幼児死亡経験

さらにこの報告書の結果からは、既に乳児か児童の死を経験した世帯は他の世帯よりも、もう1人乳児か児童が死ぬ危険が非常に高い。家族健康計画 (The family health programme) はこのような家庭を特定し、彼らに集中した保健サービスとガイダンスを与えるべきである。

(9) 男児願望

乳幼児死亡率における死亡率の性差は、多くの州での男児願望の強さを反映している。新生児期の間、多くの州では男児の死亡率の方が高いがこれは生物学的な決まりである。しかし幼児期になると、タミールナドゥとケララを除くすべての州で女児の死亡率の方が高い。インド全体では、幼児の死亡率は女児の方が男児よりも40%も高い。乳幼児死亡率における性差は、男児願望と女児の差別が、南部インドよりも北部インド諸州の方がより一般的であることを示唆している。

男児願望とはインド社会に特有の社会文化要素であり、特に農村部では強いと考えられている。本案件の社会調査でも、乳幼児の男女比を確認したり両親の考えを聞くなど、実態を把握する必要があるだろう。

(10) 妊産婦に対する医療サービス

最後に、出産前の訪問ケア(検診)は、新生児死亡率の減少に大きな効果を上げている。また母親の十分な破傷風予防接種が新生児死亡に与える影響は、全インドで統計的に有意であり、19州のうち14州で統計的に有意であるか又は重要である。これら14州にはインドでも人口が多く死亡率が高い州を含んでいる。これらの結果から、インドにおいて産婦への破傷風の予防接種は、新生児死亡率を減少させる重要な計画的介入であると示唆することができる。

しかし出産前の訪問ケアの効果は、他の変数で補正したあとはそれほど大きくはない。これは、出産前ケアの訪問が都市 / 農村居住、母親の識字水準などの社会経済的な背景を示す変数に相関している傾向があるためである。辺境地帯では訪問ケアに行きにくいなど、居住地が訪問ケアの成果と相関することは理解可能であるが、母親の識字水準との相関関係は説明が難しい。別の社会経済的要因が介在している可能性がある。SHCが設置されていない村でも、巡回予防接種が行われれば効果が上がると考えられる。

4 - 1 - 3 NFHS で得られた結果のまとめ

(1) いくつかの社会経済的特性は、他の変数を補正したあとでも幼児と児童の死亡率に重要な

効果をもっている。これらの変数は母親の識字程度、世帯の水洗又は掘穴式のトイレへのアクセス、世帯主の宗教とカースト/トライブへの所属、消費財の所有で示される世帯の経済状況である。すべての特性に関して、補正された効果は補正されない効果よりも小さいが、それらはしばしば統計的に有意である。これらの社会経済的特性にとって、補正された効果は幼児死亡率で大きく、新生児死亡率で最も低い。

いくつかの社会経済的特性は補正されない効果を乳児と幼児の死亡率に強く与えているが、補正された効果は否定的である。これらの特性とは都市/農村居住、母親のマスメディアへの近づき具合、清浄な調理用燃料の使用である。

- (2) 教育水準(母親の識字状況)は、乳幼児死亡率の要因の1つである。衛生知識等についての知識を書かれたものから受け取ることができないためであろう。しかし教育水準は経済的要因とも文化的要因とも関連しているので、就学できない貧しさ、女性差別のなかでの母体や女兒へのケアの少なさ等も関係しているのではないかと考えられる。
- (3) 乳幼児死亡率の要因のうち経済的な要因は他の要素(マスメディア、トイレ、燃料、医療機関での出生)のかなりの部分と相関しており、それらの説明変数となっている。また社会的地位(カースト/トライブ)も、貧富の差という経済的な要因と関係しているはずである。
- (4) 村落単位で見た場合、経済力のある世帯にとっても医療機関利用やきれいな燃料購入、消費財購入の利便性の障害となるような、地理的要因も考慮に入れる必要がある(山岳地帯、密林、幹線道路から遠い、など)。
- (5) インドにおいて短期間のうちにすべての世帯の社会経済的地位を向上させるのは実現性がないにしても、家族健康計画(The family health programme)では、危険度の高い家族を目標とすることによって乳幼児の生存を改良するため、社会経済的特性の効果に関する情報を利用することができる。ここで報告された結果では、保健介入プログラムは「非識字者の母親、SC / ST の世帯主がいてトイレへのアクセスのない貧しい世帯に焦点を置くべき」であることを示している。このようなプログラムは男児と女児双方を確実に対象とすべきである。
- (6) また、NFHS で調査項目とはなっていないが、社会経済的要因では説明できない、乳幼児死亡率に影響を与えている残差要因として、文化的な要因(出産育児に関する慣習、食生活、衛生観念など)が考えられる。この要因は所属カーストやトライブによって異なる(宗教とも関連すると思われるが、ヒンドゥーという同一宗教のなかでも差が大きいと考えられるため)。これは、特に住民のアイデンティティの機微に触れるものであるため、調査にあっても十分配慮するとともに、この要因を改善するアプローチをとる際にも住民の反感を買わない配慮が必要である。
- (7) 医療サービス(出産前の訪問ケア及び母親への破傷風の予防接種)の受容状況は、新生児

死亡率の低さに強い影響を与えている。マディアプラデシュ州では、人口3,000～4,000人ごとに1か所SHCを設置しているはずであるが、ここで検証しなければならないのは、この数やその内容が十分であるかという点と、住民がそれを利用しやすいかどうかという点である。

既存医療サービス受容に強弱があるということの要因は、サービス内容の不備(予定どおり設置していない、医療スタッフが不足又は不在、技術不足、薬品や機材不足など)とともに、住民側のサービスへのアクセスの困難さ(居住地から遠い、交通条件が悪い、など)があげられる。前者については、今回の事前調査においてサーガルディストリクトでの現地調査である程度実態を把握することができたが、医療スタッフの不足と薬品や機材の不足は明らかである。一方、そこまで出向くことのできない妊婦や病人のために、村々を回る巡回サービスの必要があるかもしれない。村の立地条件や世帯の社会経済条件から、既存医療サービスの受容度の強弱を確認する必要がある。この具体的な資料はないので、対象地域の各村落で直接聞き取りを行う必要がある。

4 - 1 - 4 マディアプラデシュ州における状況

(1) 識字率(表3)

各ディストリクトの識字率については表1を参照のこと。

対象とする5ディストリクトは男女とも識字率の点で、南部の<サーガル+ダモー>と北部州境の<ティカンガル+チャタルプール+パンナ>の2地域で大きな差がある。この際は、産業構造の差と同じパターンである。サーガルはこの地方の中心ディストリクトで交通の結節点であるが、ダモーはそうでないため、2地域の差は必ずしも都市化率で説明できるものではない。またST/SC率とも相関していない。社会経済データ(表4)によれば、世帯の生活環境の傾向(電気・安全な水・トイレがすべてない世帯の比率)とも関連が見られるので、州境地帯での社会基盤の未整備状況を示しているということかもしれない。

マディアプラデシュの人間開発報告(1998)によれば、すべての居住地に小学校がある。しかし就学率(登録率)はサーガルを除いて男児が50%台、女児は30～40%台である。また就学しても中退する子どもも多く、州全体で小学校では男児2.6%、女児3.8%が中退している。特に指定トライブの子どもたちの中退率は高く、男児女児とも4.7%となっている。

(2) 社会集団(表5)

サーガル地方の指定カースト率は5ディストリクトとも州平均よりも高く、人口の5分の1余りを占めている。また指定トライブ率は州平均よりもかなり低く、パンナとダモー以外は一桁台である。表6は各ディストリクトに居住する指定カーストと指定トライブの名称

を示している。

サーガルディストリクト政府に提出した質問票への回答によれば、SC / ST の人々に対するリプロダクティブヘルスと安全な母性 (safe motherhood) にかかわる、サーガル政府の特別のプログラムは実行されていない。リプロと安全な母性のための (日常的な) サービスは、ディストリクト内の保健局以外の機関で日常的に行われているという。

サーガルディストリクトの保健医療担当者によれば、特にトライブ地域においては、リプロ関係のサービスを普及させるには、以下のような点が問題点として指摘されている。

- 1) トライブ地域は通常遠隔地であり、行くのが困難である。〔居住条件〕
- 2) トライブの人々は、緊急事態が生じるまで保健医療機関には行かない。〔保健医療機関との関係が悪いのか、理由不明〕
- 3) トライブの人々は普通、非識字者であり貧しい。〔教育水準、経済状況〕
- 4) トライブの人々には移動の手段も非常に少ない。そのため保健医療機関で利用可能な一般的な医療サービスを利用する立場にさえない。〔社会インフラ〕
- 5) トライブ地域で想定される文化社会的な障害については言及されていない。

(3) マスメディアの利用

対象地区でのマスメディア (テレビ、ラジオ、新聞) の普及状況に触れた資料はない。しかし、表 4 によれば、サーガルディストリクトでも 52%、他の 4 ディストリクトでは 6 割以上の世帯に電気がないので、これらの世帯での家庭でのテレビ、ラジオの利用は困難である (数値にはグリッド電線による電気だけでなく発電機による電気も含まれると考えられる)。少なくともテレビとラジオの利用は個人単位というよりは、金持ちや村の施設に人々が集まるという形であることが推測される。

(4) トイレ

対象となる 5 ディストリクトでトイレがない世帯の比率は表 4 のとおりである。地方の中心都市のあるサーガルを除き、ほぼ 9 割以上の世帯にトイレがない。このことは、この地域においてはトイレの有無は、ごく一部の上層世帯や都会の住民を除いて、単に貧富の差を示すというよりも、伝統に根ざした文化的事象 (トイレがないことを前提とした居住環境に適応) であると考えられる。

(5) 富の配分

メディアプラデシュ州作成の『人間開発白書』には、ディストリクトごとのジニ係数が

載っている。普通はジニ係数とは富の配分の均等 / 不均等を計る指標として使われているが、ここでは土地所有の均等 / 不均等を測定している。それによれば、ダモー 0.585、ティカムガル 0.473、チャタプール 0.551、パンナ 0.524、サーガル 0.566 (数値が大きいほど不均等の度合いが大きい)。

5 ディストリクトのなかではティカンガルディストリクトは土地所有が分散化されている。インド農村では伝統的に村落内の強力な上位カーストが土地を所有して下位カーストの者は小作農民あるいは農業労働者として地主の土地で働くという状況が存在してきた。独立後、土地改革が進められ農地解放が行われたが、マディアプラデシュ州は改革が遅れている。しかしながら経済力の観点から見て、土地所有と家財所有との間にどのくらい相関関係があるかは明らかではない。

(6)人口学的要素

出産間隔を開けることと母親の出産年齢を上げるとは、マディアプラデシュ州政府の人口政策において、特定目標として取り上げられている。

- ・スペーシングメソッドの拡大。妻の年齢が 15 ~ 24 歳の夫婦では最低 50%。
- ・女性の平均結婚年齢の底上げ。現在の 15 歳から 2011 年には少なくとも 18 歳に。
- ・第一子出産年齢の底上げ。現在の 16 歳から 2005 年には 20 歳、2011 年には 21 歳に。
- ・2005 年までに、第一子と第二子の出産間隔を 3 年かそれ以上に拡大。

しかし、これらの政策を実現するための具体的な方策は述べられていない。10 代前半での結婚・出産が文化的慣習である地域において、法律上の結婚年齢はほとんど知られておらず、また強制的に結婚年齢を上げようとするのは住民の反発を招く。本案件においては、いかに若年出産が危険であるという知識の浸透と住民の意識変革を行っていくかという手法検討が必要である。対象とする地域社会(村落あるいはトライブ)の社会組織や人間関係を把握したうえで、例えば女性組織、若手知識人など、リプロダクティブヘルスに理解を示し、行動力のある組織や個人をターゲットピープルとして普及を進めていくことなどが考えられる。

<APPENDIX>

以上、NFHS の調査結果に基づきリプロダクティブヘルスに影響を及ぼすと想定されるインド社会の社会経済文化を見てきたが、そのなかで経済的要因と並んで強い影響力をもつ州境と社会集団について、説明を加えたい。

カースト制度はインド社会に固有のもので、現在では都市部では規制が弱まってきているとは

いわれているが、特に農村部においてはすべての社会・経済・文化的行動を制約している要素である。またカースト・ヒンドゥーの枠外にいるトライブの人々も社会開発の対象として重要である。インド国会図書館連邦調査部による“Country Studies”は、これらの社会要素について、次のように述べている。現状認識の点でこの記述が完璧であるかどうかは不明であるが、インド人研究者の一般的な見解ではないかと考えられる。

【カースト制度】

カースト制度はインド社会を特徴づける社会要素である。インド憲法はカーストに基づく公的差別を禁じているが、カースト順位やカーストに基づく人間関係は現在も存在しており、とりわけ都市よりは村落部、そして親族関係や結婚の領域では、将来的にもすぐに消滅することはないと見られている。1991年の国勢調査によれば、インドには1億3,800万人の指定カーストの人々がおり、全人口の約16%を占めている。

カーストという語句は「血統、人種」を意味するポルトガル語が起源で、インドでヴァルナ、ジャーティと呼ばれているものを指す。ヴァルナは字義的には「色彩」を意味し、4つのカーストグループ(ブラーマン、クシャトリア、ヴァイシャ、スードラ)の1つを指している。ジャーティは字義的には「出生集団」を指し、カースト制度における基本的な同族の結婚単位である。現在ではおよそ3,000のジャーティが存在している。(ジャーティという語はさらに、民族、宗教、あるいは言語集団を指す言葉として用いられることもある。)

カーストは各単位が順位をもつ内婚職業集団で、どのカーストに属するかは出生によって決まっている。それぞれのカーストは特定の地域に根ざした集団同士の相互依存のシステムの一部で、特定の職業への特化という特徴をもち、地域を越えた広がりをもつネットワークに結びついている。

多くのカーストは、それぞれ特定の職業と伝統的に結びついている。例えば高い順位のブラーマン、中程度の農民と職人、非常に低い順位の「不可触民」の皮職人や肉屋、洗濯屋などである。農耕や商取引のような活動は誰にでもできることになっているが、普通はそれぞれ適切なカースト(ジャーティ)が、僧侶、床屋、壺作り、織り手ほか、職業技術を家庭内で受け継いでいきながら、技術の必要な職人として働いている。インドの社会構造の主要な特質の1つとして、職業の固定化は神によって決められた秩序と一致していると信じられている。

カースト制度における順位と経済的な豊かさとの間にはある程度の相関関係が見られる。高位のカーストに属する人々は全体として低位のカーストに属する人々よりも裕福な傾向にある。低位のカーストに属する人々は貧困と社会的不利益をより多く被っている。

カースト制度を構成する4つのジャーティの下に位置する第5の集団である「不可触民」の人々は、人の汚れや塵芥を扱う人々として非常に低く位置づけられてきた。1935年以来彼らは

「指定カースト」と呼ばれるようになったが、これは彼らのリストが政府の名簿あるいは予定表に指定されたからである。彼らはしばしばマハトマ・ガンディーが始めた「ハリジャン(神の子たち)」という名称でも呼ばれている。1990年代に入り、この集団の人々のなかで政治意識のある人々は自分たちを「ダリト dalit」と呼ぶようになった。ダリトとはもともとサンスクリット語で、爆発、分解などを意味するが、19世紀以降はしばしば抑圧された状況を意味するようになり、不可触民や他の零落した社会状況に住む人々を指すようになった。

【伝統的カースト像】

上位4つのヴァルナに属するカーストは、時折「淨いカースト」とみなされ、ダリトは「不淨」といわれる。ジャーティ間における不平等は、ヒンドゥー教信者によって、神によって定められた自然の秩序の一部とみなされており、清浄と汚れの概念によって表現される。村のなかではジャーティ間の総体的な上下関係は、すべての住民が招待される結婚式や葬儀のときに最もはっきりと示される。このときには、上位のジャーティメンバーの家庭では、その家族が全員受け入れられるような食事を作れるジャーティの人(普通はブラーマン)によって食事が用意される。式の参加者はカーストごとに列になって座る。ダリトの人々は、他の食事者と離れて座ることもある。一般的に、ダリトによって主催される祝祭と儀式には高位のジャーティの人々は参加しない。

信仰の厚いヒンドゥー教徒は、それぞれのカーストがそれぞれのダルマ(法、本性)すなわち神から与えられた適切な行いの基準をもっていると信じている。よって、しばしば異なったカースト間では生活の型が異なるが、それに対する寛容の度合いが非常に高い。ブラーマンは菜食主義者で禁酒主義者という僧侶としての伝統的な役割に即し、非暴力で精神的な生活を送る者と期待されている。クシャトリアは、戦士と支配者がそうあるべき者として強靱であり、肉食、飲酒嗜好をもつと考えられている。ヴァイシャは、伝統的に彼らが行ってきた商業に対応して、腕利きのビジネスマンというステレオタイプの印象をもたれている。シュードラはしばしば他の人々から、かなり好ましいがいくらか下品な行動をする人と評されている。一方ダリト、特に掃除人は、他の人々からしばしば粗野な生活スタイルをとっているとみなされている。逆に、低位のカーストの人々はしばしば高位の人々を横柄あるいは冷淡だと見ている。

女性の貞節はどのカーストに属するかに大きく関連している。一般的に高位のカーストでは女性は他のカーストの女性よりも性的に抑制しなければならない。ブラーマンの花嫁は処女であるべきであり、夫に忠実に暮らし、未亡人になった場合再婚はするべきではないとされている。対照的に、掃除人(SC)の花嫁は必ずしも処女でなければならないことはなく、婚外の性的関係にも寛容で、夫の死後あるいは離婚後の再婚が奨励されているという。高位のカーストにあって女性の性的抑制はリネージの純血を保つために必要なのである。

数十年の間、いくつかの地域(特に南部)のダリトは、高位の人々に極端な服従を示さなければならなかった。またインドの大部分ではダリトは、寺院に入ることや「清浄な」カーストが水を汲む井戸を使うこと、さらに学校に通うことさえ禁じられていた。

このような露骨な差別はイギリスの統治の間に制定された法律によって不法となり、またマハトマ・ガンディーやダリトのリーダーであるB.R.アンベドカルに率いられた改革運動による抗議の対象となった。ダリトはヒンドゥー寺院に入る権利と村の井戸を使う権利を求めて運動し、彼らが強いられている不平等の状態に退行するより強い法律の制定を求めた。独立後、アンベドカルが起草したインド憲法では、カーストに基づく差別を取り除く条項が含まれている。それにもかかわらず、ダリトに対する不平等な取り扱いは特に農村部の日常生活のなかに、現在でも残っている。

【カーストと社会階級】

あるカーストに属する者は広い地域にわたって居住している。どんなに小さな村でも複数のカースト(ジャーティ)に属する者が住んでいるのが普通である。ただし、ジャーティごとにまとまって居住しており、居住条件の良い所には高位のカーストの者が住んでいる。

村落部において、カーストと社会階級の所属は重なり合っている。農業労働者を雇うような大規模土地所有者は圧倒的に上位カーストの出身であり、一方で農業労働者は最も低いカースト(不可触民)の出身である(Miriam Sharmaによる)。また、家族労働を用いる土地所有者は中間の農業カーストの出身である。農地以外の資源や政治権力へのアクセスは、階級に付随するカーストの同様のパターンに従っている。この一致は強いものの、都会だけでなく農村でも、新たな階級が形成されつつあるという。

【現在のカースト】

カースト制度はいまだに機能しているが、変化も起こりつつある。インド憲法は基本的権利を保障しているが、そのなかには法の下での平等の権利が含まれている。不可触の慣行はカーストや人種、性、宗教などに基づく差別と同様に、法律上廃止された。しかしカーストは廃止されるどころか、インド法の下である程度の権利をもっている状況である。

法律上はどの社会階層出身の有権者も、カーストを縦断した利益集団を形成することができるが、実際にはカースト集団はより政治的になっており、社会的経済的な利益を求めて他の利益集団と競争するよう強いられている。

独立以後、ダリトは差別から守るため特別の利益が与えられることになり、「指定カーストSC」と呼ばれ、選挙や公務員のポスト、教育機会などに特別の枠が与えられることになった。また憲法によって州と国の立法府の7分の1のポストがSCの人に割り当てられることになった。教

育の面ではダリトの学生は奨学金を受けており、一般の人々の上昇率ほど高くはないが、SCの識字率も1961年の10.3%から1981年の21.4%へと上昇した。教育機会へのアクセスの改良は教育を受けたダリトがホワイトカラーの仕事に就き、また彼らの権利のために戦うことを容易にする結果となった。

これに対し、人口の16%を占めるにすぎないSCへの差別を継続するため、ダリト以外の人々からは大きな抵抗運動が起こった。またいわゆるバックワード階級(指定カースト、指定トライブ、その他低位ランキングと不利な立場にある集団の人々から成ると定義される。バックワード階級はインド人口のおよそ52%を占めると推定されている。バックワード階級に対する差別は憲法によって禁じられている)の人々のための同様の利益を与えるために努力が払われた。

ダリトの地位に関するいろいろな改善策が行われているにもかかわらず、1990年中期には彼らのうちの90%は村落地域に居住している。村落地域では人口の50%以上が土地なし農業労働者として働いており、この比率は増えつつある。中央政府や州政府は、土地の最高価格を設定し不在地主の慣習を撤廃することで土地をより広範に分配するよう試みているが、地主たちの戦略が効を奏して、州によっては小作人や労働者への土地の再分配は最少程度にとどまっている。

【トライブ】

1991年の国勢調査によれば、人口の約8%はトライブといわれる人々である。彼らは、ヒンドゥー教徒のカースト・ヒンドゥーとは民族的に異なる人々である。彼らは言語的にも宗教的・文化的にも、カースト・ヒンドゥーやイスラム教徒とは大きく異なっている。トライブの人々が多く居住するのはヒマラヤ山麓の北部インド地帯と、中央インドの丘陵地帯(マディアプラデシュを含む)の2地帯である。後者ではトライブの人々は山の斜面に分布している。中央インドのトライブは総人口の10%程度にすぎないが、実数はヒマラヤ地帯よりも多い。

インドの北東辺境部や森林地帯では、いくつかのトライブは他の集団と離れて住んでいる。いくつかのトライブは内部でサブ・カーストに似た集団に分かれている。しかし伝統的にはカースト・ヒンドゥーと異なるにもかかわらず、普通トライブと呼ばれている集団の多くは、様々な程度にカースト制度に組み込まれている。トライブの人々がトライブ以外の人々とともに農村に居住している所では、彼らは普通、カーストの上下関係における一種の低位のカーストとみなされている。

トライブの特徴には、言語、社会組織、宗教、経済パターン、地理的分布、アイデンティティが含まれる。典型的なトライブは、カーストの人々から少し離れた丘陵地帯に住み、トライブの言語と認識される言葉を話しているとされる。ステレオタイプなトライブ観では、村落内外のサービス授受関係で結ばれたカーストの人々とは異なり、トライブの人々は経済的に自給自

足の傾向にあることになっている。最も「トライブ的」な集団は、土地利用権は単にそのトライブの構成員であれば伝統的に得られることになっている。彼らの社会は平等的である傾向にあり、リーダーシップは親族関係と個人的な人柄によることが多い。彼らの宗教はトライブの外のどのような権威(ブラーマンのような)も認めない。

しかし、言語は決してトライブか否かの基準にはならない。特にカースト・ヒンドゥーの人々と混じって居住している所では、トライブの人々は母語を失ってしまっている。また、自己アイデンティティと自分の集団への忠誠も決して信頼できる指標ではない。階層化された社会をもつトライブでは、氏族、親族、家族への忠誠の方がトライブ全体への忠誠に優先することがある。また実際のところ、トライブは常に孤立して住む人々でもなく、またそれほど平等的な社会でもない。

インド中で573のコミュニティが政府によって「指定トライブ」とされており、これらのトライブの人々は特別の便益を得ることができ、議会と学校では彼らのために確保されている席をめぐって争っている。トライブの規模は、ゴンド(ほぼ740万人)やサンタル(およそ420万人)から、アングマン諸島のチャイマルの18人まで大きな差がある。しかしトライブであることにより経済的利益が得られ、またトライブであれば議席の特別枠があるため、厳密に法律的な基準以外に、どの集団と個人がトライブかを決定するのは微妙な問題である。

憲法に規定されたトライブへの保護政策のなかでは、初等教育はトライブの地域に拡大しており、さらに中学校と高等学校及び高等教育機関へのトライブの子女の就学数割り当てが中心となっている。しかしトライブの教育環境を改善するという努力は、複雑な結果をもたらしている。トライブ地域で働く優秀な教師の雇用や、教育に用いる言語の選択が困難な課題として残っている。また、公教育を子どもに受けさせるにあたってトライブがどのように関与しているかも、トライブによって異なっている。トライブによって、教育を肯定的に受け止めるかどうかの程度は様々である。

【ジャジマニ制度】

複数のカーストがともに居住している村落では、それぞれの職業と身分関係をカーストが結びつけたジャジマニ制度という一種のパトロン-クライアント関係が長い間存在してきた。ジャジマニ制度は、それぞれの職業をもつ複数のカーストのメンバーが、彼らのパトロン(上位の、村落内の最も強力な土地所有カースト)のために仕事をする関係である。

サービスを提供するカーストの世帯は、パトロンの世帯との先祖代々続いている紐帯を通じて、それぞれの伝統的な職業のサービスをパトロンに供給するという形で結びついている。よって、洗濯屋、理髪師、靴作り、大工、壺作り、仕立屋、僧侶などは習慣的にそれぞれの領分でサービスをパトロンに提供し、その見返りとして習慣的に季節ごとに穀物、布、金銭を受け取

る。理想としては、クライアントは世代を通じて労働だけでなく政治的な忠誠をパトロンに払うものと期待されている。

ジャジマニ制度に見られる相互関係は過度に理想化されてきたし、制度の様々な形態は見過ごされてきた。それに1960年代以降、この制度がもつ経済相互依存関係は弱まってきた。それにもかかわらず、異なるカーストの人々は農村部においては習慣的に、競争よりは共同を強調する多くの機能を担っていることは明らかである。一方で、ジャジマニ制度は経済力のある高位の社会集団による貧しく低位の社会集団を搾取する制度であるという考え方もある。

第5章 本格調査への提言

5 - 1 基本方針

(1)インドは中央政府、マディヤプラデシュ(MP)州政府ともにリプロダクティブヘルスを重要政策課題として取り組んでおり、開発調査を行う課題としては妥当である。また、マディヤプラデシュ州は1997年に人口政策を発表し(近く改訂の予定)、インド政府は国家人口計画2000を発表するなど、政策面での環境も整備されている。

インド政府は第9次開発計画(1997～2002年)のなかで、「開発と女性」関連の保健分野の目標として「保健サービスへのアクセス、リプロダクティブヘルスの確保、産む産まないに関する女性の選択権強化」をめざしている。また、マディヤプラデシュ州は国家プログラムであるReproductive and Child Health Programmeの対象6州の1つとして選定されている。中央政府は「国家人口政策2000」を策定し、2010年に向けての達成目標を掲げ、これに沿って各州政府にリプロダクティブヘルス施策を実施するように指導している。

(2)これに伴い主要ドナー並びに国際機関がリプロダクティブヘルス分野に参入しており、それらの地域と協力内容の補完・分担並びに重複について分析することが、本格調査の重要項目である。

マディヤプラデシュ州へも多くの国際機関がリプロダクティブヘルス支援で入っており、同州への日本の協力を考える場合、日本の協力の独自性を保ちつつ、また経験豊富な各種国際機関と協力関係を得つつ、お互いにどのような棲み分けを行うかが、本格調査の1つの課題である。中央政府、州政府(世銀のコンサルタントを通して展開)、UNFPA、UNICEF、DANIDA、USAID等のドナーがRCHプログラムやState Plan of Action for Women and Children等のプログラムを実施している。現在のところ、各国際機関がかなり独自性をもって支援を展開しており、必ずしも協調、統合されていない。したがってお互いが重複や拮抗をしないことに最大留意する結果として各活動対象地域が重ならないように配慮・選定されている。

(3)マディヤプラデシュ州保健省の本案件のキーパーソンであるアショーク・ダース次官は家族福祉省の局長も兼ねており、意欲と行動力に満ちていてC/Pとして申し分ない。しかし、可能な限り自分で仕切ってしまう傾向があり、担当責任者や各部署の担当者へのdelegationがどの程度行われて、現場の協力関係がスムーズに行われるかは今後の課題であろう。

また、同氏は上級政策官僚としてマディヤプラデシュ州に終身勤務が約束されている半面、所管セクターが保健以外に変更される可能性があり、今後の調査・実施のタイミングとの関連

で注意を要する。他の実務官僚の職掌についての分析も本格調査における重要項目であると思料する。

(4) リプロダクティブヘルスのマスタープランづくりにあたっては、インド政府及びマディープラデシュ州政府がこれまでとってきた政策内容とその成果と失敗をよく踏まえなければならない。インド政府及びマディープラデシュ州政府は1994年の国際人口会議(International Conference of Population and Development : ICDP)の後を受けて、それまでの目標指向型、期限設定型そして不妊手術指向型のプログラムから脱して、クライアント中心で選択の自由を保障し、かつ良質のサービスへのアクセスを保障する地域ニーズ優先のプログラム(Community Needs Assessment Approach : CNAA)に変更した。

その間、人口問題で悩んできた関係機関によって多くの調査研究・分析が行われ、その結果は各種報告書にまとめられ、基本的政策提言は「National Population Policy 2000」、そして「Madhya Pradesh Population Policy January 2000」にまとめられている。

極論すれば、政策やプログラムは既に相当レベルの高いものをもっており、問題はそれをいかに具体化するかがキーポイントである。具体的には組織体制づくりとその運営管理、予算の適正措置、人材養成、関係人材のモチベーションなどといった組織、体制の管理運営の持続的な発展に関する長期計画がマスタープランとして盛り込まれる必要がある。

(5) 開発調査にあたってはどの地域単位で、どのレベルの保健医療サービスを可能とするリプロダクティブヘルスシステムを構築するかは調査の中心課題となろう。マディープラデシュ州は広大で道路事情も悪く、村落は比較的広く分散している。住民の施設へのアクセスの悪さは問題解決を困難にしている大きな要因である。レファラルシステムや研修システムを考える場合、最低アクセス可能な地域単位を考えることは、その後のシステムの持続発展性を考えるうえで重要である。

(6) マディープラデシュ州ディストリクトレベルの施設のサービス強化は住民参加に基づくリプロダクティブヘルスに関する意識向上やシステム強化と並んで大きな課題となろう。サーガルディストリクトのサブヘルスセンター、プライマリーヘルスセンター、コミュニティヘルスセンター、サーガルディストリクト病院を視察したが、いずれも建物も機材も貧弱の一語につきる。どのレベルの施設をどの程度に整備するかも前項の住民のアクセスを配慮しつつ大きな課題である。このとき対象がどのレベルであれ、施設や機材の整備がコミュニティレベルの保健医療サービスの向上に益するような位置づけを行う必要がある。特定施設の整備が住民レベルに裨益しないようでは意義が薄い。

(7)調査対象地域に今後 JICA からの専門家派遣を考える場合、その地域が専門家の生活環境として適切かどうかを一応考えた地域選定が行われるべきである。各国際機関がインド人コンサルタントを雇って現場指導を行っている現状から、この点に関して州政府関係者はさほど重要に考えていない可能性があり、この点先方へ日本の協力の方法について十分理解を得る必要がある。

(8)JICA が行う開発調査の意義について、更にインド関係者の理解を得る必要がある。先方は開発調査の目的が日本が将来支援するための案件発掘という点は理解している。しかし開発調査の手法についてインド側 C / P に技術協力を行うものであることと、調査の最終的成果はマディヤプラデシュ州が自力で開発を進めていくためのマスタープランづくりであること、さらには、これが他のドナーへの協力要請の基本となり得ることについては、十分に了解しているとはいいがたい。

(9)焦点をリプロダクティブヘルスに絞る目的で、案件名称から「女性のエンパワーメント」を削除したが、内容的には本格調査から除外するのではなく、リプロに必要な社会調査の一部として積極的に取り込むこととする。

また、本案件ではまたインド政府の国家プログラム REPRODUCTIVE AND CHILD HEALTH の趣旨に添って、5歳未満の子どもの健康をも視野に入れることを双方確認した。

5 - 2 調査対象地域

マディヤプラデシュ州サーガル郡(チャタルプール、ダモー、パンナ、サーガル、ティカンガルの5ディストリクトから構成される)を調査対象地域とする。そのうち、ダモーディストリクト及びティカンガルディストリクトを重点調査地域とし M / P を策定する。

各ディストリクトの概要は次のとおりである。

県	人口(人)	ターシル*数	村落数	SC*率(%)	ST*率(%)
ダモー	898,125	7	1,399	20.08	12.37
ティカンガル	940,829	6	973	22.75	4.13
サーガル	1,647,736	11	2,081	21.09	8.46
チャタルプール	1,158,076	6	1,192	23.70	3.75
パンナ	687,945	5	1,048	20.40	14.90

ターシル：ブロック

SC：指定カースト(Scheduled Cast)

ST：指定トライブ(Scheduled Tribe)

5 - 3 調査項目と内容

< フェーズ I : 現状分析及び開発課題の把握 >

[国内準備作業]

(1) 既存関連資料の整理及び追加情報の収集

事前調査団収集資料及び既存の論文・レポート等の資料を整理・検討し、不足している資料・情報のリストを作成し、現地での収集作業の効率化を図る。対象とする主たる情報、データは、次のとおりとする。

- 1) 対象地域の自然状況
- 2) 社会・経済状況
- 3) 主要産業、農林業
- 4) 保健医療関連分野のデータ(法制度・組織体制、財政等も含む)
- 5) 既存の関連計画・他ドナーの援助動向、進捗状況
- 6) 保健医療サービスの現状及び需要(地域住民) の状況
- 7) 女性の現状とジェンダー関連情報
- 8) 住民参加及び官民協力体制
- 9) 組織、体制、運営状況
- 10) 国家・州の法規調査
- 11) 既存のプログラムの実施状況
- 12) 担当機関(州) と実務官僚の能力(学歴、経験年数等)

(2) 調査全体に係る基本方針・調査方法等の検討

調査対象地域における M / P 策定に必要な前提条件等を整理し、調査方針を策定するとともに、調査内容・方法等の詳細を検討する。

(3) インセプションレポートの作成

(2) での検討を基に、以下の内容を含んだインセプションレポートの作成を行う。また、現地又は国内再委託がある場合は、作業内容、工程を作業計画に記載する。

- 1) 調査の背景、経緯
- 2) 調査の目的
- 3) 調査の実施方針
- 4) 調査の内容と方法(作業項目、手法、結果及び全体概念図)
- 5) 作業計画(作業工程フローチャート、日程等)
- 6) 調査団の構成と各団員の担当作業及び作業期間

- 7) 調査実施体制(カウンターパート機関、国内支援体制)
- 8) 提出する報告書
- 9) 便宜供与依頼事項
- 10) 技術移転実施方針及び計画(ワークショップ、技術移転セミナー含む)
- 11) 付属資料(S / W、M / M)

[第1次現地調査]

(1) インセプションレポートの提出及び説明・協議

先方実施機関及び中央政府関係省に対し、インセプションレポートの説明及び内容に関する協議を行い、同レポート内容について関係各機関の合意を得る。また、便宜供与事項については、先方の実施機関の合意を得る。

(2) 保健財政

既存の資料、データ、調査報告書のレビュー及び関係者からの聞き取り調査により、中央政府から州・県レベルへの保健予算の割り当て、ディストリクトレベルでの予算の編成・執行・管理の現況を把握する。

(3) 主要懸案問題把握のためのワークショップの開催

各ディストリクトのインド側カウンターパート(ディストリクト保健家族福祉局、ディストリクト病院、その他関係者も含む)を対象にリプロダクティブヘルスにおける主要課題を把握するため、サーガルにてワークショップを開催する。

(4) 関連ドナー、NGO との協議及び動向把握のためのセミナー開催

マディープラデシュ州の保健医療分野を中心に支援を実施している各ドナーに対し、セミナーを開催し、本件調査の内容を説明の上、各ドナーやNGOの援助の動向等を把握する。特に、UNFPA、UNICEF、DANIDAは、本件対象調査地域であるサーガル郡で保健医療分野の各プロジェクトを実施しており、調査内容の重複を避け、必要に応じて連携の可能性を検討するため、十分な意見・情報交換を図ることとする。

(5) ウェブサイトの構築

UNFPAをはじめとするドナー機関が本調査に注目しているため、本調査で得た現況データ、各種レポートなどにつき、ウェブサイトを利用することにより、情報公開を図ることとする。

ウェブサイトの構築にあたっては、同サイトにより、ドナー機関等、関心を共有する者からの意見聴取、またそれに伴う意見交換が可能となるようにすること。調査終了後はカウンターパート機関において扱うことができるように技術の移転を図ることに留意する。

なお、公開する情報については、著作権の問題等を十分に考慮し、カウンターパート機関とよく協議・調整を行うこと。

(6) 現地踏査

既存資料等の収集・分析結果を踏まえ、現状把握及び情報収集の補足を行うことを目的として、以下の項目に係る現地踏査、関連聞き取り調査を実施する。

1) 保健行政組織・制度

ディストリクトレベルでの保健行政組織・制度について、現地踏査、聞き取り調査を実施する。

保健財政の状況

調査対象ディストリクトの組織、体制、運営管理状況

調査対象ディストリクトの担当機関・責任者の実力

2) 人口

対象地域の人口構造及び、人口動態(自然増減)の把握

人口政策と人口構造/人口動態との関連の分析

対象地域における人口構造/人口転換の人口学的位置づけ

人口政策における本案件の位置づけ

3) 保健医療管理状況

予防接種、妊産婦を対象とした定期検診、戸籍登録システムを含む保健医療情報管理の実態を調査し、問題点を明らかにする。

4) 保健医療従事者の人的資源調査

各レベルの保健医療施設：ディストリクト病院(District Hospital)、コミュニティヘルスセンター(CHCs)、プライマリーヘルスケアセンター(PHCs)、サブセンター(SCs)における各種別の人材確保状況、学歴、経験年数、研修実態等について調査を行う。

〔調査場所〕

県	SCs	PHCs	CHCs	県病院
ダモ	5	3	2	1
テイカungal	5	3	2	1
サーガル	5	3	2	1
チャクルフール	5	3	1	1
パンナ	5	3	1	1

〔調査対象者〕

総数：約 110 名

医師：約 20 名、助産婦：約 30 名、補助看護婦：約 60 名

〔調査方法〕

ディストリクト地方局の対象者への調査シートを用いた面接調査と各施設での現職者への聞き取り調査により行う。

5) 医療従事者の技術レベル調査

各レベルの保健医療施設における各種別医療従事者を業務内容に応じて、実際の業務を見ながら技術水準等を調査し、改善すべき課題を整理する。

本調査は、4) と同時に行い、調査場所、調査対象者、調査方法も同様とする。

6) レファラルシステム調査

SCs、PHCs、CHCs、ディストリクト病院間の連携状況等を把握するため、実際のレファラル成功例、及び失敗例等に関する聞き取り調査を行う。また、下位保健医療機関からの具体的なレファラル方法、患者管理・フォローアップ体制等の課題を抽出する。

本調査は、4) と同時に行い、調査場所、調査対象者、調査方法も同様とする。

7) 受診行動に関する KAP 調査

妊産婦の医療施設利用状況、満足度、意識調査等を行う。特に、妊産婦が医療施設を訪れた動機、きっかけあるいは受診行動への阻害因子、抵抗等に係る要因を調査する。

〔調査項目〕

医療施設選択基準

民間療法に対する信頼度

保健医療に関する情報源

移動距離・時間・交通手段・費用

医薬品入手手段・費用

医療サービスへの満足度

家族の受診行動決定者

医薬品、治療、診断に対する支払意志及び可能額等

〔調査場所及び対象人数〕

ダモーディストリクト	SCs	30 か所 × 3 人
ティカンガルディストリクト	SCs	30 か所 × 3 人
サーガルディストリクト	SCs	15 か所 × 3 人
チャタルプールディストリクト	SCs	15 か所 × 3 人
パンナディストリクト	SCs	15 か所 × 3 人
	(合計)	(315 人)

〔調査方法〕

上記 315 人に対し、調査シートを用いた面接調査とする。

8) 医療資材の供給体制

医薬品供給システム、必須医薬品 (WHO の基準による) の利用可能状況 (availability) 等について調査する。

9) 栄養摂取状況調査

SCs を訪れた妊産婦を対象に、食事回数、内容、家計に占める食費の状況等を調査し、栄養不良の発生率と栄養に関する危険因子を明らかにする。来院していない妊産婦又は健康者に対してはコミュニティにおける保健状況調査の際、調査する。

本調査は、7) と同時に行い、調査場所、調査対象者、調査方法も同様とする。

10) コミュニティにおける保健状況

公共施設以外で住民が健康を害したときに利用する施設、場所 (民間療法など) や SCs、PHCs 以外で出産する場合の分娩場所 (村の施設、自宅等) の衛生状況を調査する。

〔調査場所〕

ダモーディストリクト	20 か村 (10 世帯 / 村)
ティカンガルディストリクト	20 か村 (10 世帯 / 村)
サーガルディストリクト	5 か村 (10 世帯 / 村)
チャタルプールディストリクト	5 か村 (10 世帯 / 村)
パンナディストリクト	5 か村 (10 世帯 / 村)
	(合計 : 550 世帯)

〔調査方法〕

上記 550 世帯に対し、自宅訪問と調査シートを用いた面接調査及びコミュニティ内の関連施設訪問により行う。

11) 医療サービス受入調査

住民の医療施設へのアクセス状況や医療施設を利用しない理由、問題点を調査する。

本調査は、7)と同時に、調査場所、調査対象者、調査方法も同様とする。

12) 医療施設・機材の現状把握

各レベルの保健医療について、施設整備状況(質・量)、維持管理状況、使用方法の適切性を調査する。

〔調査場所〕

県	SCs	PHCs	CHCs	県病院
ダモ	6	3	2	1
ティカンガル	6	3	2	1
サーガル	6	3	2	1
チャルプール	6	3	1	1
パンナ	6	3	1	1

〔調査方法〕

上記60か所の立入検査及び聞き取り調査により実施する。

13) 地図、医療施設マッピング

地域住民の保健医療施設へのアクセスの難易度把握などヘルスマネジメント計画策定への活用可能性を図るため、調査対象地域でのGIS構築を行う。保健医療施設の位置、地形、道路状況、水源(井戸等)、人口密度等の情報をGISとして整備する。

本調査では、ダモディストリクト、ティカンガルディストリクトの2ディストリクトのみを対象とする。マッピングが想定される医療施設は以下のとおり。

県	SCs	PHCs	CHCs	県病院
ダモ	199	15	4	1
ティカンガル	156	20	3	1

他の3ディストリクトについては、技術移転後、C/P側で実施することを想定している。したがって、GIS構築にあたっては、維持管理のしやすさ、分かりやすいマニュアル作成に心掛けること。

14) 村落実態調査

地域住民(女性)が現況のリプロダクティブヘルスサービスからどの程度に裨益しているか(リプロダクティブヘルスの受け止め方を含む)、サービスへのアクセス障害は何か等を把握し、リプロダクティブヘルス向上のためのM/P策定のための基礎情報(資料)とする。あわせて、リプロダクティブヘルスに影響を与えると想定される社会環境、経済状況、女性の地位、出産育児慣習等についても状況を把握し、課題を抽出する。

a) 準備作業

村落調査に先立ち、対象地域の主要カースト、主要トライブの生業、社会構造、妊娠、結婚、育児に関する慣習、避妊や家族計画などリプロダクティブヘルスに関する文化を把握する。

b) 対象地域

ダモーディストリクト、ティカンガルディストリクトを対象とするが、残りの3ディストリクト(チャタルプール、パンナ、サーガル)についても、比較のため、同様の調査を簡易に実施する。

c) 対象村落の選定

ダモー、ティカンガル両ディストリクト内の人口分布、指定トライブ・指定カーストの分布、並びに地形を勘案し抽出する。ダモーディストリクト、ティカンガルディストリクトについては、最大で全村落の10%、サーガル、チャタルプール、パンナの3ディストリクトについては、各ターシルにつき、1村程度とする。なお、ディストリクト全体の状況を把握するため、町(town)も対象に含める。

d) 調査項目

対象村落の住民と社会にかかわる基礎情報

- ・ 民族・カースト・宗教の分布
- ・ 公共共益施設の分布(学校、ヘルスセンター等)
- ・ 教育普及率(初等教育就学率と修了状況)
- ・ 主要産業、経済状況
- ・ 生計維持単位、居住形態

リプロダクティブヘルスに関する社会文化状況

- ・ 結婚に関する慣習(結婚年齢、望ましい結婚相手、結婚後の居住形態等)
- ・ 第一子出産年齢
- ・ 出産状況(場所、介助者等)
- ・ 妊娠、出産、養育にかかわる儀礼と禁忌
- ・ 出産回数及び出産周期に関する評価

リプロダクティブヘルスにかかわる既存プロジェクトの需要状況

- ・ 当該村落を対象とした、政府又はドナー機関の既存プロジェクトの有無
- ・ 既存プロジェクトの認知、既存プロジェクトとのかかわり(利用、参加など)

保健医療施設/サービスへのアクセス状況

- ・ 存在の認知
- ・ 利用状況
- ・ 保健医療施設/サービスに対する対象者の評価

- ・アクセス阻害要因
- ・TBA など伝統的医療の利用状況
- ・伝統的医療に対する対象者の評価

社会組織

- ・家族構成と各人の役割
- ・村内の権力構造(公的事項の決定機構)
- ・既存組織について(所掌事項、運営体系、加入資格、実績、他組織との連携など)
- ・リプロダクティブヘルスに関するパンチャットの活動と評価
- ・マヒラ(女性)・スワスチ(自助)・サンガ(女性活動グループ)の活動と評価

女性のエンパワーメント関連事項

- ・家庭内の女性の役割
- ・村落社会での女性の役割
- ・女性の経済活動状況
- ・女性の就学と社会教育にかかわる情報
- ・対象村落におけるエンパワーメントを目的とする試みの有無
- ・村内の様々な組織における女性の役割と活動実績

生活環境

- ・村落内の住居分布
- ・居住環境調査(飲料水、排水、トイレ、燃料、電気等)

e) 調査方法

村長又は長老を対象とした質問表による調査及びリプロダクティブ年齢にある女性(及びその配偶者)を対象とした質問表による調査により実施する。

f) 調査協力者

村落調査を行う機関として、サーガル大学及び NGO が考えられる。

サーガル大学には地理学部があり、人口地理学、医療地理学の研究者がいる。村落調査の実施にあたっては、彼らを顧問とし学生を実施部隊として業務委託することを検討するとよい。

マディアプラデシュには FPAI などの NGO が活動しており、村落調査のアレンジを委託することも考慮してもよい。特に FPAI はボパールに事務所をもち、ボパール、ヴィディシャ、サーガルの 3 ディストリクトで community participation による家族計画や女性の自立支援のためのプロジェクトを実施している。ローカル NGO とともに村民とミーティングを実施。PRA に似た手法も用いており、レベルの高い活動を行っている。村落調査の委託を考慮してもよい。

ディストリクト内の各ブロック(ターシル)単位で優秀なローカルスタッフを雇用し、聞き取りを任せることも検討してもよい。

15) 社会インフラ

保健医療インフラ及び住居、学校、集会所、共同水場、道路、電気・通信設備等の社会経済インフラの位置を現地踏査により正確に把握し、地理情報として整備する。

[調査場所]

ダモーディストリクト 30 か村

ティカンガルディストリクト 30 か村

なお、両ディストリクトともに、トライブ地区を5か所ずつ含めることとする。

16) 女性を取り巻く状況及びリプロダクティブヘルスの現状分析・評価

これまでの資料収集・分析及び実態調査の結果に基づき、リプロダクティブヘルス及び女性を取り巻く状況における主要な問題点及び阻害要因を抽出する。本作業は、インド側カウンターパートと共同で行い、調査団とインド側が共通認識をもつように留意する。

17) 将来フレームの策定

改善目標を達成するためのM/Pのベースとして、2010年におけるフレームを策定する。

- a) 人口(人口増加、人口構成等)
- b) 社会・経済(生活形態の変化、都市化及び経済成長の予測)
- c) 疾病・死因構造(現行保健医療システムが改善されない、と想定する場合)

[第1次国内作業]

(1) インテリムレポートの作成

調査開始から第1次国内作業終了までの結果、進捗状況及び今後の調査の方向性についてまとめる。

< フェーズII: 基本方針及びマスタープランの作成 >

フェーズIの検討結果を踏まえ、2010年を目標年次とするリプロダクティブヘルスの向上に係るM/Pを策定する。

[第2次国内作業]

(1) リプロダクティブヘルスの向上に係るM/Pの基本方針策定

以下の要素を含むM/Pの基本方針を検討、策定する。

- a) M / P のための社会・経済的枠組みの策定
- b) PHC 体制の強化
- c) リプロダクティブヘルス及び小児ケアの向上
- d) IEC 活動の強化
- e) 女性の労働環境の改善
- f) 保健医療関連スタッフの質の向上
- g) 保健医療施設及び機材の整備・拡充
- h) 病院・トレーニングセンターを含む施設・組織の構築

[第 2 次現地作業]

(1) インテリムレポートの説明・協議

インテリムレポートをインド側に提出し、説明・協議を行い、その内容について合意を得る。

(2) 補足実査

第 1 次国内作業で実施した業務や策定した計画案の検証を行い、必要に応じ補足実査を行う。

(3) リプロダクティブヘルスの向上に係る M / P の策定

基本方針に沿い、サーガルディヴィジョンで解決すべき課題に対するリプロダクティブヘルスの向上に係る M / P をダモー及びティカンガルの 2 ディストリクトについて策定する。M / P の策定に際しては、次の点に留意しつつ行うこと。

1) 制約要因を排除し、目標年次における社会経済状況に対処するための定量的到達目標を可能な限り設定し、その目標達成に資する計画を策定すること。

2) マスタープランの内容

a) RCH 向上計画

- ・ RCH プログラム (ディストリクト別アクションプラン)
- ・ Population Policy 2000 (ディストリクト別アクションプラン)
- ・ 人材育成計画
- ・ 施設、資機材等拡充計画
- ・ IEC 促進計画
- ・ 組織体制整備計画

b) PHC サービス向上計画

(4) 優先プログラムの選定

リプロダクティブヘルス向上計画のなかから、実施の効率性、効果、緊急度、難易度等に応じ優先順位づけを行い、優先プログラムを選定する。

(5) 優先プログラムの概算事業費積算

選定した優先プログラムの概算事業費(投資額、運営経費、維持管理費)を積算する。

(6) 優先プログラムの総合評価

選定された優先プログラムを以下の観点から評価し、妥当性を確認する。

1) 社会評価

2) 経済評価(財源見込み、収支見込み等の財務計画を含む)

3) リプロダクティブヘルスの基本要素から見た評価(適正技術、住民参加、地域資源の活用)

(7) 優先プログラムの事業実施計画の策定

選定した優先プログラムについて、以下の内容を含む事業実施計画を策定する。

[第3次国内作業]

(1) ドラフトファイナルレポートの作成

これまでの調査結果をレビューし、すべての調査内容を取りまとめ、ドラフトファイナルレポートを作成する。

(2) 技術移転セミナーの準備

ドラフトファイナルレポート説明時に実施を予定している技術移転セミナーの企画・事前準備を行う。

[第3次現地作業]

(1) ドラフトファイナルレポートの提出・説明・協議

ドラフトファイナルレポートの説明及び内容に関する協議を行い、同レポート内容について関係機関の合意を得る。

(2) 技術移転セミナーの開催

本件調査の過程・調査結果について技術移転を目的としたセミナーを開催し、リプロダ

クティブヘルスの向上に係る手法等について広く関係者に説明・紹介する。また、調査結果はインド側関係者のみならず、各ドナーに対しても広く知らせ、可能な限り積極的に連携促進に努める。

[第 4 次国内作業]

(1) ファイナルレポートの作成

ドラフトファイナルレポートに対する先方政府からのコメントを検討の上、必要な箇所については改訂を施し、これをファイナルレポートとして取りまとめる。ファイナルレポートは、先方政府からコメントの提出を受けた日から 1 か月以内に提出する。

5 - 4 調査行程と要員計画

5 - 4 - 1 調査行程

調査行程については、平成 12 年 9 月下旬に開始し、18 か月間の調査期間を目途とする。全体調査行程は次のとおりである。

時期 事項	平成 12 年度												平成 13 年度											
	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
事前調査 (S/W協議)	■																							
実施調査																								
報告書																								

フェーズ 1: 平成 12 年度 9 月 - 平成 13 年度 3 月
 フェーズ 2: 平成 13 年度 4 月 - 平成 14 年度 3 月

IC/R: 9 月, IT/R: 3 月, DF/R: 12 月, F/R: 3 月

- IC / R : インセプションレポート
- IT / R : インテリムレポート
- DF / R : ドラフトファイナルレポート
- F / R : ファイナルレポート

5 - 4 - 2 要員計画

本件調査には、下記の分野を担当する団員を参加させることを基本とする。また、「母子保健 1 / 医療サービス」団員は「メディカルドクター」の資格を有し、豊富な臨床経験をもつ者とする。

- 1) 総括
- 2) 保健開発計画 / 組織・制度

- 3)人口問題
- 4)経済・財務
- 5)保健情報管理 / GIS
- 6)母子保健 1 / 医療サービス
- 7)母子保健 2 / 地域保健
- 8)施設・機材計画
- 9)ジェンダー / WID / 社会学 / 文化人類学

5 - 5 必要な調査用資機材

1)車両(4WD)	2台
2)インマルサット	2台
3)デスクトップパソコン	2台
4)UPS	2台
5)Office 2000	2組
6)コピー機	1台
7)ファックス	1台
8)スタビライザー	2個
9)GIS用アプリケーションソフト	1組
10)カラーレーザープリンター	1台
11)カラープロッター	1台
12)イメージスキャナー	1台
13)デジタイザー	1台

5 - 6 調査実施上の留意事項

- (1)本調査は、1994年の人口会議(International Conference of Population and Development : ICPD)のガイドラインに従って実施するものとする。
- (2)インド中央政府の「国家保健開発計画」、「RCHプログラム」、「National Population Policy 2000」では、達成目標・戦略とともにリプロダクティブヘルスの向上に関する具体的な行動計画が明記されていることから、マディヤプラデシュ州におけるM / P策定に際しては、それらの計画内容を十分検討したうえで調査対象地域における実施可能な計画を策定することとし、事業実施計画の策定に際しても具体的かつ、持続可能な対策を策定する必要がある。
- (3)インドにおいては保健分野・女性保護にかかわる関連法制度が数多く存在することから、M / P策定にあたっては事前に関連する法規の内容を十分把握し、計画に反映させること。

- (4) マディヤプラデシュ州における開発調査は、今次調査が初めてであることから、我が国開発調査の特色の1つとして、日本人が直接現場に赴き、C/Pとともに作業を行うことがあり、他の援助機関の実施方法とは異なること等を先方に十分説明・理解せしめ、本格調査団とともにC/Pも積極的に活動し、調査の円滑実施を図ること。
- (5) 本格調査において我が国の技術協力等がある程度想定した計画を策定する場合には、当該地域の生活環境及び治安状況等に配慮すること。
- (6) マディヤプラデシュ州において活動するにあたり英語・ヒンドゥー語の通訳及び翻訳は必須であり、英語によるコミュニケーションが可能なのは州政府の管理職レベル、地方局でもMedical Officerレベルに限られることから、調査の円滑な実施のためには、これらの点を十分勘案することが重要である。
- (7) 州都ボパール(Bhopal)から調査対象地域の中心地であるサーガル市までは車で約4時間かかり、サーガルからダモーまでは車で約2時間、ティカンガルまでは4時間を要する。また、主要幹線道路は舗装されてはいるが、舗装状況は劣悪であり、雨期には冠水等により交通が遮断される場合がある。さらに、ボパール・サーガル・ダモー間には鉄道があるものの、ティカンガルへの交通手段は車に限られ、村落へのアクセスは舗装道路もなく予想以上に時間を要することが考えられることから、かかる状況を十分に考慮に入れた、効率的な工程の作成に留意すること。
- (8) 対象地域における通信手段は電話で通常は問題ないが、実態調査等で村落に入った場合には電話による交信は極めて困難である。また、地域的に携帯電話の使用は不可能であり、無線使用についても使用許可の取得が困難であるところ、通信体制の確立には格別の配慮が必要となる。
- (9) 村落での実態調査等を行う際は、インド特有の社会状況により当該調査の趣旨及び目的等を村長や長老に十分理解してもらう必要がある。特に、トライブ地域では、リプロダクティブヘルスの意義や女性のエンパワーメントへの理解を得るよう配慮することが必要である。

付 属 資 料

- 1 .TERM OF REFERENCE
- 2 .QUESTIONNAIRE (回答)
- 3 .SCOPE OF WORK
- 4 .MINUTES OF MEETING
- 5 .主要面談者リスト
- 6 .略 語
- 7 .収集資料リスト

1. TERM OF REFERENCE



सत्यमेव जयते

भारत सरकार Government of India
वित्त मंत्रालय Ministry of Finance
आर्थिक कार्य विभाग Department of Economic Affairs

नई दिल्ली/New Delhi, 19

No. F. 9/3/96-Jap.

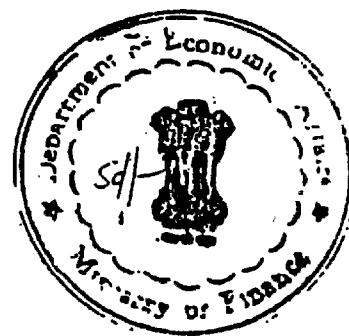
27.2.1997

NOTE VERBALE

The Ministry of Finance of India presents its compliments to the Embassy of Japan and, with reference to their Note Verbale No. 5/77/96 dated July 22, 1996 inviting proposals for preparation of detailed project reports under the Technical Cooperation Programme of the Government of Japan and has honour to say that this Ministry would be grateful if the Embassy of Japan could kindly consider and process the enclosed proposal on 'Support to formulation of Comprehensive Social Development Plan Focussing on Women in Rewa Division of Madhya Pradesh' under Development Study for the fiscal year 1996-97.

The Ministry of Finance of India avails itself of this opportunity to renew to the Embassy of Japan the assurance of its highest consideration.

The Embassy of Japan
New Delhi.



Copy also to :

1. Shri DM Mulay, Counsellor, Embassy of India, Tokyo
2. Shri Indrajit Pal, Director(P), Ministry of Health & Family Welfare, Department of Family Welfare, New Delhi w.r.t. their OM No.L.23011/2/95-AP dated 15.1.97.
3. JICA, New Delhi Office w.r.t their letter No. 2/DS-TC/96 dated 3.2.97.



(GS Grewal)
Under Secretary (Japan)
Tel: 301 2423

APPLICATION FOR DEVELOPMENT STUDY
BY THE GOVERNMENT OF JAPAN

1. Project Digest

(1) *Project Title*

SUPPORT TO FORMULATION OF COMPREHENSIVE
SOCIAL DEVELOPMENT PLAN FOCUSING ON WOMEN
IN REWA DIVISION OF MADHYA PRADESH

(2) *Location*

Rewa division of the state of Madhya Pradesh comprising of the
districts of Rewa, Satna, Shahdol and Sidhi. (Location map
attached).

(3) *Implementation Agency*

Name of the agency	Japan International Cooperation Agency D.I.C Centre (2nd Floor) Sansad Marg New Delhi - 110 001
--------------------	---

Number of staff

Budget allocated

Organizational chart

(4) *Justification of the Project*

Present condition of the sector. Population situation in India
requires immediate attention as it continues to grow at a high
rate. For the period 1995-2000, the average annual population
growth rate in India has been estimated to be 1.8 per cent per
year which is higher than the Asian average rate of 1.5 per cent
according to UNEPA. There is a projection that the population

of the country would be largest in the world at this rate of growth. It is therefore urgent to tackle issues related to population growth in India.

Sectoral development policy of the national/local government. Government of India as well as government of Madhya Pradesh are committed to tackle the problem of rapid population growth in a manner that is conducive to social and economic development and well-being of the society, especially the poor and the most deprived sections. The population stabilization programme is one of the top priority programme of the national and the state government.

Problems to be solved in the sector. One of the alarming facts in the population issues in India is the extremely low level of women's reproductive health. Maternal mortality rate in India, estimated on the basis of data collected from 109 hospitals in 23 districts, is 500 deaths per 100,000 live births. As long term solution to the India's population challenge, it is crucial to promote women's empowerment through improvement of their reproductive health among women in reproductive age, to raise awareness about health and to build an environment in which women themselves can control their reproductive health.

Outline of the project. The project will focus on the improvements in women's reproductive health through the expansion of services concerning safe motherhood. Specifically, it will focus upon

1. Strengthening pre-natal care services provided by Traditional Birth Attendant (TBA) and Auxiliary Nurse Mid-wife (ANM).
2. Strengthening essential obstetric care (EOC) at the community health centre level.
3. Formulating comprehensive development strategies integrating education, income generating activities and other social development activities to realize empowerment of women.

Purpose (short-term objective) of the project. The objectives of the study will be as follows:

- a. To review and analyze the existing programmes which aim to improve women's reproductive health and to empower women, and to support to formulate effective Implementation Plan at the district level from the aspect of comprehensive social development focusing on women.
- b. To formulate project profile for the individual projects of the master plan based on the expected cooperation from Japanese government.
- c. To promote participation of communities in the planning process through various workshops in the study.

Goal (long-term objective) of the project. The ultimate goal of the project is to improve the women's health status in the project area. It has been conjectured that improvements in the health status of women will lead to tackling of population issues in the project population.

Prospective beneficiaries. Women, especially in the reproductive age group.

Project priority in National Development Plan/Public Investment Programme. Population related issues as well as issues related to the health status of the women have got top-most priority in the Development Plans of the national as well as state governments.

(5) *Scheduled time of the commencement of the project*

The project is scheduled to start from January 1997 with the following time budgeting:

1	Inception report and workshop	January 1997
2	Interim report and workshop	September 1997
3	Draft final report	March 1998
4	Final report	June 1998

(6) *Expected funding source and/or assistance*

The entire cost of the development study will be borne by the Government of Japan.

(7) *Other relevant project, if any*

Nil

2. Terms of Reference for the Proposed Study

(1) *Necessity/Justification of the study*

In order to develop a need based programme of improving the health status of women in the project area, it is necessary that the existing situation is studied in detail and a decentralized planning process is evolved involving community of the project area. This situation analysis may focus on development issues regarding social and economic environment around women and social services, especially health, family welfare and education services.

(2) *Necessity/Justification of Japanese Technical Cooperation*

The government of Madhya Pradesh is constrained in providing additional inputs that are urgently required to tackle population issues prevailing in the state and is looking for the partners for its efforts to improve the health and family welfare status of the people of the state. It is in this context that external assistance from Overseas Economic Cooperation Fund (OECF) of Japan is being sought. Assistance from OECF requires a detailed development study as a pre-requisite for extending assistance. The Japan International Cooperation Agency has shown interest in the proposed development study.

(3) *Objective of the study*

- a. To review and analyze the existing programmes which aim to improve women's reproductive health and to

empower women, and to support to formulate effective Implementation Plan at the district level from the aspect of comprehensive social development focusing on women.

- b. To formulate project profile for the individual projects of the master plan based on the expected cooperation from Japanese government.
- c. To promote participation of communities in the planning process through various workshops in the study.

(4) *Aims to be covered*

Rewa division of the state of Madhya Pradesh comprising of the districts of Rewa, Satna, Shahdol and Sidhi.

(5) *Scope of the study*

- a. Situation analysis and review of development issues regarding social and economic environment around women and social services, especially health and education services.
- b. Review of on-going programmes.
- c. Understanding of current situation of the related organization system.
- d. Analysis of current situation of concerned human resources.
- e. Analysis of current situation of related infrastructures.
- f. Study on social aspects.
- g. Review of community issues affecting comprehensive social development for improvement of women's reproductive health and empowerment.

- h. Formulating of programmes relating to promotion of girl's and women's education; nutritional status; health status; working environment of girls and women etc.
- i. Review related to inter-linkages and coordination mechanism; budgetary systems and mechanisms; implementation time table and prioritization; sustainability etc. of each programme.
- j. Selection of prioritized/urgent projects
- k. Formulation and evaluation of project profile based on proposal format.
- l. Information sharing with the community on the outcome through study workshops and community participation in planning process.
- m. Review of possibility of cooperation from Japan.

(6) *Study schedule*

1997 ,	1	Inception report and workshop	January 1997
	2	Interim report and workshop	September
	3	Draft final report	March 1998
	4	Final report	June 1998

(7) *Expected major outputs of the study*

- * A detailed description of the existing situation regarding status of women in the project area.
- * Identification of priority issues in improving the health status, especially, reproductive health status of women.
- * Development of need specific decentralized plan of action to address the identified issues.

(8) *Request for the study to any other donor agency*

No

(9) *Other relevant information, if any*

Nil

3. Facilities and Information for the Study Team

(1) *Assignment of counter-part personnel of implementing agency*

The counter-part implementation organization for the study will be Government of Madhya Pradesh, Department of Public Health and Family Welfare. A Steering Committee will be formulated by the representatives of the implementing agency to decide direction of the study based on government policies and political decisions.

(2) *Available data, information, documents etc. related to the study*

Necessary information, documents etc. will be provided to the implementation agency as and when desired.

(3) *Information on security conditions in the study area*

There is no security problem in the study area. There are no social and political issues or un-rest in the project population.

4. Global Issues (Environment, Women in Development, Poverty, etc)

(1) *Environmental component*

No environmental component involved.

(2) *Anticipated environmental impact*

It is a situational analysis and planning study. There is no environmental impact of the proposed study.

(3) *Women as main beneficiaries or not*

Yes

- (4) *Project components which requires special consideration for women*

The entire project is directed towards women's health.

- (5) *Anticipated impacts on women caused by the project, if any*

The project will lead to significant improvements in the health status of women, especially reproductive health status of women.

- (6) *Poverty reduction components of the project, if any*

The project will include income generating activities for women which will directly lead to reduction in poverty.

- (7) *Any component against the low income people caused by the project*

5. Undertakings of Government of India

In order to facilitate a smooth and efficient conduct of the study, the Government of India shall take necessary measures:

- (1) to ensure safety of the study team.
- (2) to permit members of the study team to enter, leave and sojourn in India in connection with their assignments therein, and exempt them from alien registration requirement and consular fees.
- (3) to exempt the study team from taxes, duties and any other charges on equipments, machinery and other materials brought into and out of India for the conduct of the study.
- (4) to exempt the study team from income tax and charges of any kind imposed on or in connection with any emoluments or allowances paid to the members of the study team for their services in connection with the implementation of the study.

- (5) to provide necessary facilities to the study team for remittances well as utilization of the funds introduced in India from Japan in connection with the implementation of the study.
 - (6) to secure permission or entry into private properties or restricted areas for the conduct of the study.
 - (7) to secure permission for the study team to take all data, documents and necessary materials related to the study out of India to Japan.
 - (8) to provide medical services as needed. Its expenses will be chargeable to members of the study team.
6. The Government of India shall bear claims, if any, arises against member(s) of Japanese Study team resulting from, occurring in the course of or otherwise connected with the discharge of their duties in the implementation of the study, except when such claims arise from gross negligence or wilful misconduct on the part of the member of the study team.
7. Government of Madhya Pradesh, Public Health and Family Welfare Department shall act as counter-part agency to the Japanese Study team and also as coordinating body in relation with other governmental and non-governmental organizations concerned with the smooth implementation of the study.

The Government of India assures that the matters referred in this form will be ensured for a smooth conduct of the development Study by the Japanese Study Team.

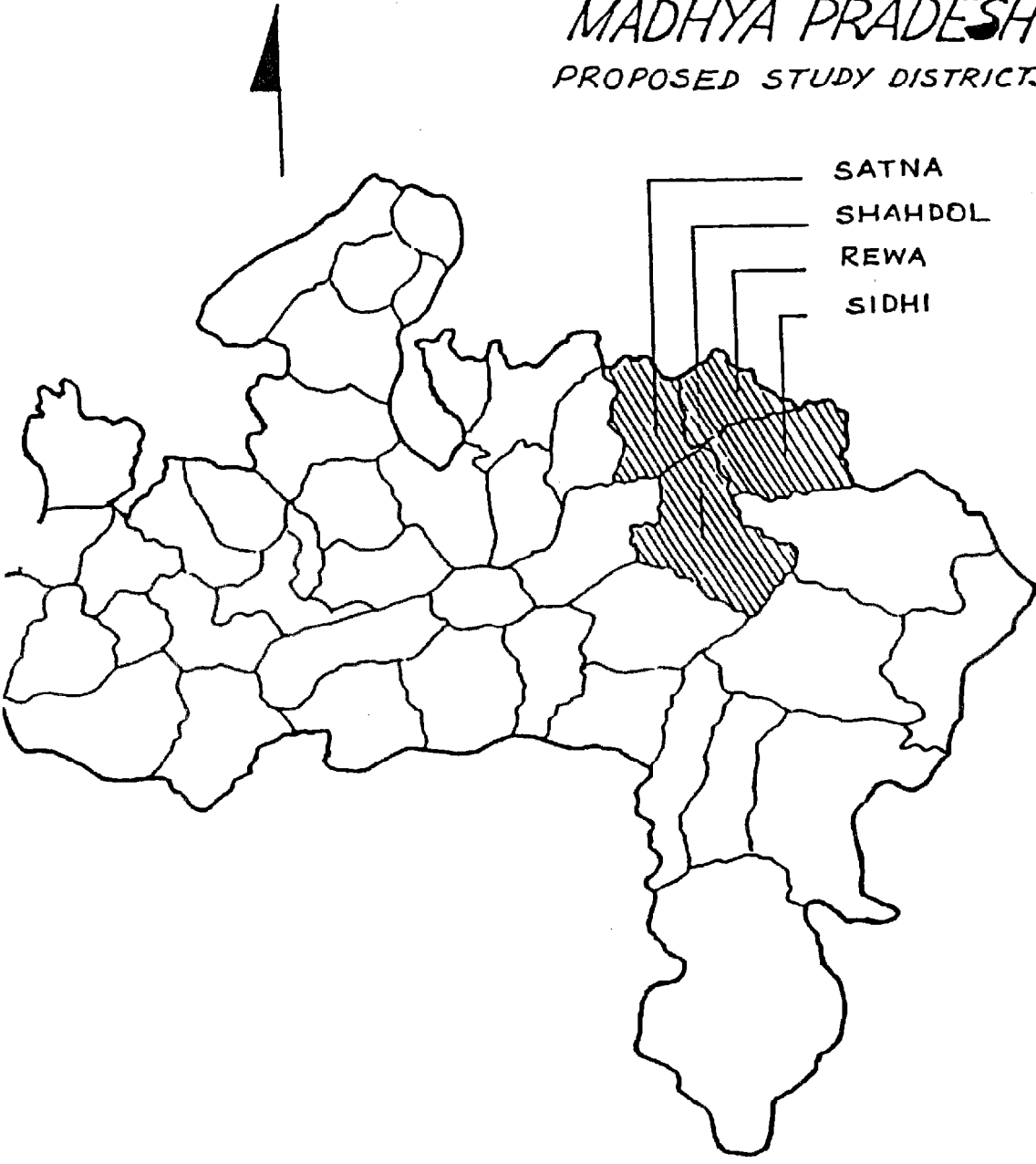
Signature:

Title:

On behalf of Government of India

Date:

MADHYA PRADESH
PROPOSED STUDY DISTRICTS



QUESTIONNAIRE

To The Ministry of Health and Family Welfare

Ministry of Health

1. Population and Health Policy, Strategies and Action Plans
 - 1-1 National Health Programme 2000~2004
 - 1-2 National Family Welfare Programme
 - 1-3 Maternal and Child Health Programme
 - (1) Child Survival and Safe Motherhood Programme (CSSM)
 - (2) Universal Immunization Programme (UIP)
 - (3) Safe Motherhood Programme
 - 1-4 The latest 5-year Public Investment Plan, if any
 - 1-5 Policy paper and/or strategic paper on NGO-GO collaboration if any
 - 1-6 Laws and guidelines on health and health related issues

2. General information
 - 2-1 National administrative structure with organization chart
 - 2-2 National health administrative structure and functions of each department with organization chart

General Background

3. Demographic data and information
 - 3-1 National population and housing census report (the latest one)
 - 3-2 Analytical report on the census data
 - 3-3 Any other population survey report which provides the following information:
 - (1) total population and population pyramid
 - (2) estimated future population
 - (3) population by sex, by age
 - (4) distribution of population by state
 - (5) birth rate and death data
 - (6) population growth rate and population doubling time

4. Socio-economic data and information
 - 4-1 Annual Report on Economics in India (1997/1998)
 - 4-2 National Revenue and Expenditure for last 5 years

4-3 Data and information on economic situation for last 5 years including:

- (1) GDP, GDP per capita, real growth rate of GDP
- (2) GNP, GNP per capita
- (3) Consumer price index
- (4) Labour force distribution by sex
- (5) Unemployment rate
- (6) Production industry, labor force by industry

4-4 Data and information on education for last 5 years including:

- (1) education system
- (2) adult literacy rate by sex and by state
- (3) enrollment ratio by sex and by state

4-5 Poverty Assessment report, if any

5. Infrastructure

5-1 Present condition in the following infrastructure :

- (1) Electricity
- (2) Water supply and sewerage (including well)
- (3) Telecommunication
- (4) Road

Health Status

6. Data and information and analytical report on Health Status

6-1 Annual report on health status in India (1997/1998)

6-2 Health indicators for last 10 years

- (1) birth rate and death rate
- (2) life expectancy at birth
- (3) infant mortality rate (IMR)
- (4) under 5 mortality rate (U5MR)
- (5) maternal mortality rate (MMR)
- (6) daily calorie intake

6-3 Data on reproductive health for last 10 years

- (1) life expectancy at birth by sex
- (2) total fertility rate
- (3) infant with low birthweight
- (4) contraceptive prevalence rate and method of contraception
- (5) pregnant women with anemia
- (6) age of first marriage and first birth
- (7) delivery by trained personnel

- (8) antenatal care
- (9) coverage of EPI for infant and pregnant women

6-4 Disease Structures (top 10)

- (1) Morbidity by age group, by sex
- (2) Mortality by age group, by sex
- (3) Maternal mortality
- (4) Childhood infection diseases

7. Data, information and assessment report on Hygiene and Sanitation

- 7-1 Drinking water
- 7-2 Latrine and other sanitary facilities
- 7-3 Waste disposal

8. Data, information and assessment report on NGOs and Community Participation in Population, Reproductive Health and Nutrition Sector

- 8-1 Regulation regarding NGO activities
- 8-2 List of NGOs and its activities in health and health related sectors
- 8-3 Status of community organization and NGO activities in health sectors
- 8-4 GO and NGO collaborations in health sector
- 8-5 Status of community participation programmes / projects in health sector
- 8-6 Medical anthropological survey report in India, if any

Health Services

9. Data, information and assessment report on Health Service Delivery System

- 9-1 Health administrative system
 - (1) Administrative organization chart
 - (2) Role and functions
 - (3) Staff distribution
- 9-2 Health financing system
 - (1) National and local health budget
 - (2) National and local revenue and expenditure
 - (3) Health insurance system
 - (4) User fee system and other cost of sharing / recovery system
 - (5) Financing system in non-profit and NGOs sectors
- 9-3 Health facilities and referral system

- (1) Number of facilities including NGO, missionary and private facilities
- (2) Category, services provided and staff at the above facilities
- (3) Standard and guidelines on services delivered and staff for each level of institution
- (4) Standard and guidelines on facilities and equipment for each service level, including standard design drawing and specification of state hospital and rural health facilities
- (5) The survey data for health facilities for planning and development, if any
- (6) Referral system

9-4 Health manpower status and human resource development

- (1) Health resource development plan for health sector
- (2) Health resource development plan for reproductive health sector
- (3) Number of health personnel by categories
- (4) Distribution of health personnel by categories, by sector and by facilities
- (5) Health manpower development system including community level
- (6) Number and type of training institutes (University, Nursing school, other expert training school etc.)
- (7) Number and type of retraining facilities and training method

9-5 Drug, equipment and other logistic system

- (1) National drug policy and essential drug programme
- (2) Logistics system: procurement, quality control, distribution and stock control, cold chain, use of drugs
- (3) Number and distribution of private pharmacy
- (4) Safe blood supply system
- (5) Maintenance / repairing system of medical equipment

Health Management

10. Data, information and assessment report on Health Management

- 10-1 Health management information system
- 10-2 Method of management and information collection regarding PHC
- 10-3 Supervision and monitoring system
- 10-4 Operation research activities
- 10-5 Management skill of health personnel in health sector, and in-service training system
- 10-6 Inter- sectoral coordination: with other ministries, programmes / projects and institutions

Status of Control Programmes

11. Status of on-going and planned health programme

11-1 Data, information and assessment report, if any

- (1) EPI
- (2) HIV/AIDS control programme
- (3) Communicable disease control programme
- (4) Nutrition and Micro-nutrition programme
- (5) Malaria control programme
- (6) Vector-borne disease programme
- (7) TB, leprosy programme
- (8) Health education

International Cooperation

12. Data, information and assessment report on International Cooperation

12-1 Indian Gov. and donor collaboration

- (1) ODA and technical assistance by donors and their budget
- (2) Projects / programmes in population, reproductive health and nutrition sector
- (3) NGO involvement and NGO programmes / projects

12-2 Donor coordination

- (1) Donor coordination body (committee or meeting) and its function
- (2) Donor coordination in specific areas
- (3) Donor coordination in specific states / districts

12-3 List of donor supported projects / programmes in health and health related sectors (see Attachment)