

## 第4章

# 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

## 第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

### 4 - 1 現地調査の背景と目的

前章では、これまで世界、特に途上国における人口の諸課題や、わが国のこれまでの人口援助政策に関し考察してきたが、本章では、途上国の人口問題の現状と援助の実態を調査・検証することにより、今後のわが国人口援助のあり方の提言に役立てることとしたい。現地調査にあたり、今回、調査対象国としてバングラデシュ、タイを選定したが、その背景と目的は、以下のとおりである。

#### (1) 人口・家族計画の進展と停滞

バングラデシュは、途上国の中でも最貧国(LLDC)に分類される代表的な国であるが、その経済成長の遅れ(国民1人あたりのGDP379.8ドル・99/00年)にもかかわらず、近年、政府の積極的な人口・家族計画の推進によって、国民の避妊実行率(CPR)は54%近くを示し、子ども数の指標となる合計特殊出生率(TFR)も1999年代の初頭までに3.3と途上国の中では比較優位の水準を達成している。今なお家族計画の普及率が低く、5以上のTFR水準を抱えて人口安定化に取り組んでいる途上国が多い中、その数値は注目すべきものである。しかし他方、1993、4年以降、約7、8年にわたってこの数字に改善が見られず、いわば「プラトー状態」になっており、この現象は、バングラデシュを支援するドナーの間でも“Demographic Mystery”(人口統計の謎)と言われているところ、バングラデシュの取組みを概観し、また関係者からの意見聴取も踏まえ、その原因と改善策について考察することとする。

#### (2) ドナー間の連携

開発途上国の中で積極的な人口政策を展開してきたバングラデシュに対しては、国連児童基金(UNICEF)をはじめ国連人口基金(UNFPA)、世界銀行などの国際機関や日本、米国を含むドナー国は大きな関心を示し、各種の援助を行ってきてい

る。そのためバングラデシュは当分野における「国際協力のショウ・ウインドー」とも称されている。最近では援助協調の場として、世界銀行を中心とした保健人口セクタープログラム(Health and Population Sector Programme = HPSP)の枠組みも形成され、日本側にも同プログラムへの貢献が期待されている。国際機関による多国間あるいは二国間の援助動向や援助協調の現状を探ることは、援助をめぐる当面の焦点である国際的な連携のあり方や問題点を把握する意味で重要である。

#### (3) プログラム援助の推進

わが国の協力を視点に移せば、バングラデシュに対する第一の援助国として、従来からの技術協力、無償資金協力に加え、近年は草の根無償、開発福祉支援、開発パートナーなどの各協カスキーム、さらに青年海外協力隊(JOCV)の活動を束ねた協力体制を組み、各スキームを超えた連携効果を期待する試みがなされている。バングラデシュにおけるこうした連携の実態を調査することは、世界の趨勢に合わせてプロジェクト型の援助から広範な分野別課題に対処するプログラム化への方向転換を図りつつあるJICAにとっても有効な教訓を引き出すことが期待される。

#### (4) HIV/エイズへの取組み

他方、タイでは1994年のカイロにおける国際人口開発会議(ICPD)以来、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康と権利)に基づく女性の健康と権利の観点からも、世界的な緊急課題となっているエイズに対する先進的な取組みが行われており、日本の協力プロジェクトを観察し、エイズ分野における直面する課題と今後の援助方針について考察することとする。

### 4 - 2 現地調査の概要

現地調査の日程、調査団員の構成、訪問機関は

表 4 - 1 現地調査の概要

日程	2002年3月29日～4月9日(バングラデシュ・タイ)		
調査団の構成	安藤 博文	団長・総括	日本大学 国際関係学部 教授(研究会委員)
	水田 加代子	開発協力	JICA 専門技術嘱託(研究会委員)
	鈴木 良一	人口連携協力	(財)ジョイセフ 理事・事務局長補(研究会委員)
	尾崎 美千生	人口協力	JICA 国際協力客員専門員(研究会主査)
	田中 章久	研究計画	JICA 調査研究第二課(研究会事務局)
	菊地 忍	業務調整	日本国際協力センター 研究員(研究会事務局)
訪問機関	【日本政府関係機関】 在バングラデシュ日本大使館、JICA バングラデシュ事務所		
	【バングラデシュ政府関係機関】 大蔵省経済関係局(ERD)、保健家族福祉省		
	【援助機関・国際機関】 世界銀行、国連人口基金(UNFPA)、国連開発計画(UNDP)、国連児童基金(UNICEF)、国際下痢研究所(ICDDR,B) ラップアップミーティング・参加ドナー(世界銀行、USAID、GTZ、EU、スウェーデン大使館、カナダ大使館)		
	【JICA プロジェクト関係機関】 リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト(MCHTI、プロジェクト方式技術協力)、地域住民参加型家族計画フェーズII(FPAB・開発福祉支援事業)、リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト(FPAB・開発パートナー事業)		
	タイ	【日本政府関係機関】 在タイ日本大使館、JICA タイ事務所	
		【タイ政府関係機関】 保健省	
【JICA プロジェクト関係機関】 エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト(パヤオ県保健省、プロジェクト方式技術協力)			

次の表 4 - 1 の通りである。

### 4 - 3 調査結果と考察

#### 4 - 3 - 1 バングラデシュ

##### (1) 人口増加の推移と現状

1951年に4,021万人であったバングラデシュの総人口は30年後の1981年に8,099万人に倍増した。2001年の人口は1億4,040万人、年間の人口増加率は2.1%と推計され、バングラデシュにとって、マクロの視点からも人口増加抑制策は、今後も政府の最重要課題のひとつであることに変わりはない。

他方で、バングラデシュの家族計画プログラムは、これまで成功裏に推移してきている。1975年に6.3であった合計特殊出生率 TFR は、1996年 - 1997年において3.3にまで低下した。これは、バングラデシュの社会経済状況の改善、保健状況の向上などの影響によるものである。TFR の推移は表 4 - 2 の通りである。

現在政府は、2005年に2.2を目指しているが、指標が示すとおり、1991年 - 1993年の3.4、1994年 - 1996年の3.3、1997年 - 1999年の3.3と8年間ほぼ平行線をたどっている。

また、避妊実行率CPR(表4-3)については、1975年に7.7%であったものが、1999年 - 2000年においては53.8%と順調に増加しているが、一方で1996年からの推移では、近代的避妊法の伸びが鈍化している。

##### (2) 出生増加率抑制に向けた政府の取組み

バングラデシュ政府が現在策定中の次期国家人口政策は、その焦点を国民に対する基礎保健ケアの確保、充実に置いており、あわせて生活水準の向上が人口増加に影響を与えている。国家人口政策、保健人口セクタープログラム(以下HPSP)、及び第6次5カ年計画(2002年 - 2007年)は、出生増加率抑制のため次のような政策を掲げている。

- a. 将来の人口増加は以下の3つの決定要因に

表4-2 合計特殊出生率(TFR)の推移

年	1971-75	1984-88	1986-88	1989-91	1991-93	1994-96	1997-99
TFR	6.3	5.1	4.8	4.3	3.4	3.3	3.3

出所：Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000

表4-3 避妊実行率(CPR)の推移(%)

年	1975	1983	1985	1989	1991	1993-1994	1996-1997	1999-2000
全ての方法	7.7	19.1	25.3	30.8	39.9	44.6	49.2	53.8
近代的避妊法	5.0	13.8	18.4	23.2	31.2	36.2	41.5	43.4

出所：Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000

- よって左右される。それらは、望まない出生、高い希望子ども数、人口モメンタムである。
- b. 農村都市を問わず、必要なリプロダクティブ・ヘルス・ケア及び家族福祉サービスを全てのレベルの人々に提供する。
- c. 1996年 - 1997年の人口保健調査によれば、希望子ども数は2.5人である。これはほぼ置き換え水準に近いものである。しかし、1999年 - 2000年の合計特殊出生率は3.3であった。これは、望まない妊娠により、ほぼ1人の子ども数を加算したことになる。人口政策は、このことを踏まえたうえで、1994年のカイロ会議の行動計画に明記されている人々を中心にした良質のリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供が必要であると強調している。
- d. 避妊の未充足ニーズ(unmet need)への対応が求められる。最新の人口保健調査では15%強が避妊サービスにアクセスできていない。これらのグループや新婚カップルへのアプローチが必要である。
- e. 現在、思春期(15 - 19才)年代の50%が既婚である。晩婚への奨励策が必要である。
- f. とりわけ思春期の最初の妊娠については、遅らせることを奨励する。さらに、全体に出産間隔の延長を奨励する。
- g. 男性及び女性の不妊手術、子宮内避妊器具(IUD、Intra-uterine Devices)、ノープラントなどの避妊方法の奨励。
- h. 小家族と宗教、教育、雇用などと関連づけたりプロダクティブ・ヘルス推進のためBCQ(行動変容のためのコミュニケーション)を実施する。
- i. 安全な母体保護(Safe Motherhood)の確保。
- j. 妊産婦死亡率、乳児死亡率を低減する。
- (3) TFR 改善の鈍化に対する考察
- (1)のごとく、過去7～8年におけるTFRに改善が見られていない理由や背景についてバングラデシュ政府関係者、関係ドナー等にインタビューをした結果、次のようなさまざまな証言を得た。
- まず直接的な要因としては
- a. 避妊実行率の分析不足、モニタリング体制の不備による過大評価(安藤団長)
- b. 長期間避妊法(不妊手術等)の激減。年間50万件ある不妊手術のうち5万件が減っている(ラウンドテーブルにおけるカナダ代表)
- c. 避妊実行率の上昇にもかかわらず妊産婦死亡率(MMR)、乳児死亡率(IMR)が低下しないことがTFRの低下につながっていない(マフムド大蔵省経済関係局次官)
- などの意見が寄せられたほか、保健行政のあり方や社会・経済的要因として関係者は次のような点を指摘した。
- d. 国民の健康福祉を担当する保健家族福祉省が保健サービス局と家族計画局に分断されており、その反目が総合的な健康政策を要請されるリプロダクティブ・ヘルスへの適応を阻害している。
- e. 1999年以来のアジア経済危機の影響で社会セクターへの財政支出の縮小
- f. ここ数年来の米国の人口援助の縮小、後退などである。
- 現時点では、これらの要因の中から単一の結論

を導き出すことはできない。むしろこれらの要因が複合的に影響しているとするのが妥当であると考えられる。したがって、今後もう一段の「ブレイクスルー」をもたらす前提条件としては、こうした複数の問題に対処するための為政者の確固たる政治的意思と、それを実行に移すための総合的な行政機構の整備が必要である。そのためにも人口間接分野である教育や雇用、一般医療、特にカイロ会議で打ち出された女性へのエンパワーメントと、NGOや地域住民を巻き込んだきめの細かなリプロダクティブ・ヘルス・サービスの一層の推進が重要であると考えられる。

さらに、この分野における前進を図るためには出来るだけ正確な各種データの整備と、プロジェクトの効果を絶えず点検するモニター制度及び評価システムの存在が不可欠であり、この面におけるわが国の貢献が求められよう。

#### (4) 家族計画の質の低下とその影響

また、(3)に関連し、ここでは特に要因a.及びb.に関連して、最近のUNFPAの専門家たちによるBangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000でのデータの再分析に注目したい。

それによると、(まだ暫定的な報告ではあるが)CPRが過去に比べてかなり高くなったとはいえ、最近では近代的避妊法の実行率が下がってきていると同時に、伝統的避妊法の実行率が増えてきている。また避妊効果の高い方法のドロップアウトの率が増えているうえ、永久避妊方法(不妊手術)の実行率が減少している。その反面(事実上人口妊娠中絶の効果をもつ)月経調節法(Menstrual regulation)の利用者が増えていると報告されている。したがって、実際には家族計画サービスの質及び範囲の低下、縮小がTFR、MMR、IMRなどが下がらないことの要因になっていることが類推される。この点では、“Demographic Mystery”(人口統計の謎)は存在せず、むしろ“Demographic Fallacy”(人口統計の誤り)の表現が適切と言える。ただしこの“Demographic Mystery”が広く各界の関係者の間で信じられていることは問題の本質を見極めず他に責任転嫁される可能性が危惧される。

その責任転嫁として懸念される考え方の一つは、

家族計画をこれ以上推進しても意味がないので、そのかわり「(家族計画無しの)リプロダクティブ・ヘルス」、あるいは「安全な母体保護(Safe Motherhood)」に重点を置くべきだと言う主張である。リプロダクティブ・ヘルス及び安全な母体保護を強化して、妊産婦死亡率ひいては乳児死亡率を減少させることももちろん重要であるが、同時にリプロダクティブ・ヘルスにおける家族計画の重要性を忘れるべきではない。妊産婦死亡率と密接に関係のある「望まない妊娠」、「早すぎる妊娠」、「多すぎる妊娠」、「産む間隔が十分でない妊娠」の減少を抜きにして、妊産婦死亡率や乳児死亡率の減少は望めないからである。

他方で、今回視察した、JICAが協力している3つのリプロダクティブ・ヘルス関係のプロジェクトについては、バングラデシュ家族計画協会(FPAB)との直接・間接的な協力のもとでリプロダクティブ・ヘルスの一環として家族計画が安全な母体保護と密接に関係づけられて提供されていた点は評価できる。わが国としても以上の点に留意しつつ、これまでの協力を再評価し、継続していくことが肝要である。

#### (5) 行動変容のためのコミュニケーション (Behavior Change Communication = BCC) にかかるとの考察

もう一つの責任転嫁の可能性は「被害者非難」(Victim Bashing)といわれる現象である。これは、家族計画の普及率が上がらないのは母親達、女性達が無知であり、モチベーションが欠如しているからだとの誤解(fallacy)から生じる。最近の人口援助では、無知な女性達に対しては情報を、すでに家族計画の必要性や有用性を知っている女性達にはさらに動機づけを行い、家族計画を実行するように行動を変える広報活動をすべきであるとする、「行動変容のためのコミュニケーション(Behavior Change Communication、以下BCC)」といわれる新しいアプローチが、「Information Education Communication(IEC)」に代わり登場している。

BCCの定義は、未だ確定的なものはないようだが、このアプローチの問題点は、BCCの活動の対象があくまでも行動変容が期待されている個人に

対してであり、サ・ビスが提供されているのか否か、提供されているとしても簡単に入手できるかどうか、またそのサービスの質がどうかといったサブライサイドの問題点が無視される傾向にある事である。特にバングラデシュのように、すでに少子希望はかなり定着化している場合には、必要とされる行動変容には、期待されている個人(女性)ではなく、サービスの質と量の向上が重要となる。また、BCCはサービスの質と量の向上のために、サービス提供者の行動改革を促進するアプローチに焦点を置くべきであり、具体的には、何時、何処で、誰によって、どんなサービスが受けられるのかをラジオ、テレビ、ピラ等で宣伝することにより、サービス提供者のアカウントビリティ“accountability”を高めることが重要である。本現地調査においても、BCCの定義について何人かの専門家に意見を求めてみたが、サービス提供者の責任について指摘したのはJICAのリプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクトの日本人専門家だけであった。今後、BCCはさらに行動変化を期待されている個人・女性の周りの人、特に男性(夫)、姑といった人達たちの意識改革に今まで以上に目を向けることが求められる。そうでなければBCCも家族計画を受け入れたいと思っている、あるいは続けたいと思っけていても、サービスが手に入らない人達、特に貧しい女性達(victims)を非難する(bashing)ことになり、効果が上がらないどころか逆効果となるおそれがある。

#### (6) 保健・人口セクタープログラム(HPSP)への対応について

HPSPは、1997年まで各ドナーが実施していた130以上のプロジェクトを、TFR、IMR、MMRの減少などを目標として、一つのプログラムに統合したもので、1998年から5年間の計画で開始されたセクター・プログラムである。

HPSPのもとで、ドナーはローカル・コンサルタティブ・グループ(Local Consultative Groups: LCG)を形成し、そのなかでも、特にコモン・ファンド<sup>1</sup>

を通じた援助を実施している世界銀行、英国などのグループは、「世界銀行コンソーシアム」と呼ばれている。メンバーの構成は以下のとおり。

#### 1) 世界銀行コンソーシアム

世界銀行  
ドイツ  
英国  
オランダ  
カナダ  
スウェーデン  
EU

#### 2) コンソーシアム以外

日本  
米国  
サウディ・アラビア  
フランス  
デンマーク  
ノールウェー  
アジア開発銀行  
イスラム開発銀行  
OPEC

#### 3) 国連機関

UNDP  
UNFPA  
UNICEF  
WHO  
UNAIDS

わが国は、バングラデシュに対し、リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト(MCHTI)を中心に、母親・子どもに医療サービスとサービス・プロバイダーへの研修を中心に協力している。HPSPとの関係では、プロジェクトの実施前にバングラデシュ政府とLCGに対し、HPSPの枠組みに沿ったプロジェクトであることを確認するなど調整を図っている。

HPSPでは、援助調整を目的に、精力的な議論が行われているが、バングラデシュでは、HPSPを含め、複数のセクター・プログラムが進行していることから、日本大使館、JICA側も11の重点セクター

<sup>1</sup> 各援助国・機関が開発援助資金の一部を特定セクターに拠出して出来る共有のアカウント。途上国給政府管理下で活用することにより、途上国側の事務処理負担などを軽減することを推進するもの。

**BOX 4 - 1 リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト**

協力期間：1999年9月1日～2004年8月31日

実施機関：保健家族福祉省官房、保健局卒後研修課技術研修室(IST-TTU)、家族計画局基礎保健サービス課(ESP)、母子保健研修所(MCHTI)

協力概要：わが国は、バングラデシュの母子保健セクターの重要課題である妊婦死亡率と乳幼児死亡率の改善のため、これまでに女性の健康、安全な母体保護のための産科病院機能と母子保健従事者の研修機能を合わせ持つ母子保健研修所(MCHTI)に対する無償資金協力を実施してきている。本プロジェクトは、この無償資金協力と連携し、MCHTIの機能強化を含むバングラデシュリプロダクティブ・ヘルス分野の人材開発を目的としたプロジェクト方式技術協力である。

本プロジェクトでは、主に日本人専門家によるMCHTI内の人材育成や機材供与を通じ、臨床サービスの質や病院管理体制の改善を図るほか、フィールドレベルを含めた他の関連研修機関との連携による幅広い協力を実施しており、バングラデシュ側のみならず、ドナーコミュニティの間でも評価が高い。

と、さらにその中で保健医療を含め5つの最重点セクターを設定し、セクタープログラムに対応する体制を整備しつつある。また、コモン・ファンドに関しては、世界銀行コンソーシアムからは、最大のドナーであるわが国に対し、参画を求める声強いが、わが国は、こうした財政支援型の援助手法の実施には制度的な制約も多く、これまで慎重な姿勢をとっている。

以上のようにセクター・プログラムによる援助協調が活発に進展する一方、わが国の対応に限界があることから、わが国援助関係者の中には、わが国協力のプレゼンスが低下するなど懸念の声もある。こうした状況の中で、わが国の「比較優位性」を出せるとすれば、家族計画プログラムと妊産婦死亡率と乳児死亡率の集中的なインテグレーション協力にあると考えられる。第2章で論じた日本の人口経験からも、人口分野では常に車の両輪のように「母子保健の向上と家族計画の推進」という両戦略の統合が必要であり、わが国が比較優位性を有するこの手法を推進するとの明確なポリシーを、ドナー会議などを通じ、積極的に提示・発信することにより、「顔の見える援助」のみならず「声の聞こえる援助」が実現するのではないだろうか。

**(7) プログラム・アプローチの必要性**

わが国は、現在、バングラデシュにおける人口分野の協力として、プロジェクト方式技術協力「リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト」(BOX 4 - 1)、開発福祉支援事業「地域住民参加型家族計画フェーズII」(BOX 4 - 2)、開発パートナー事業「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プ

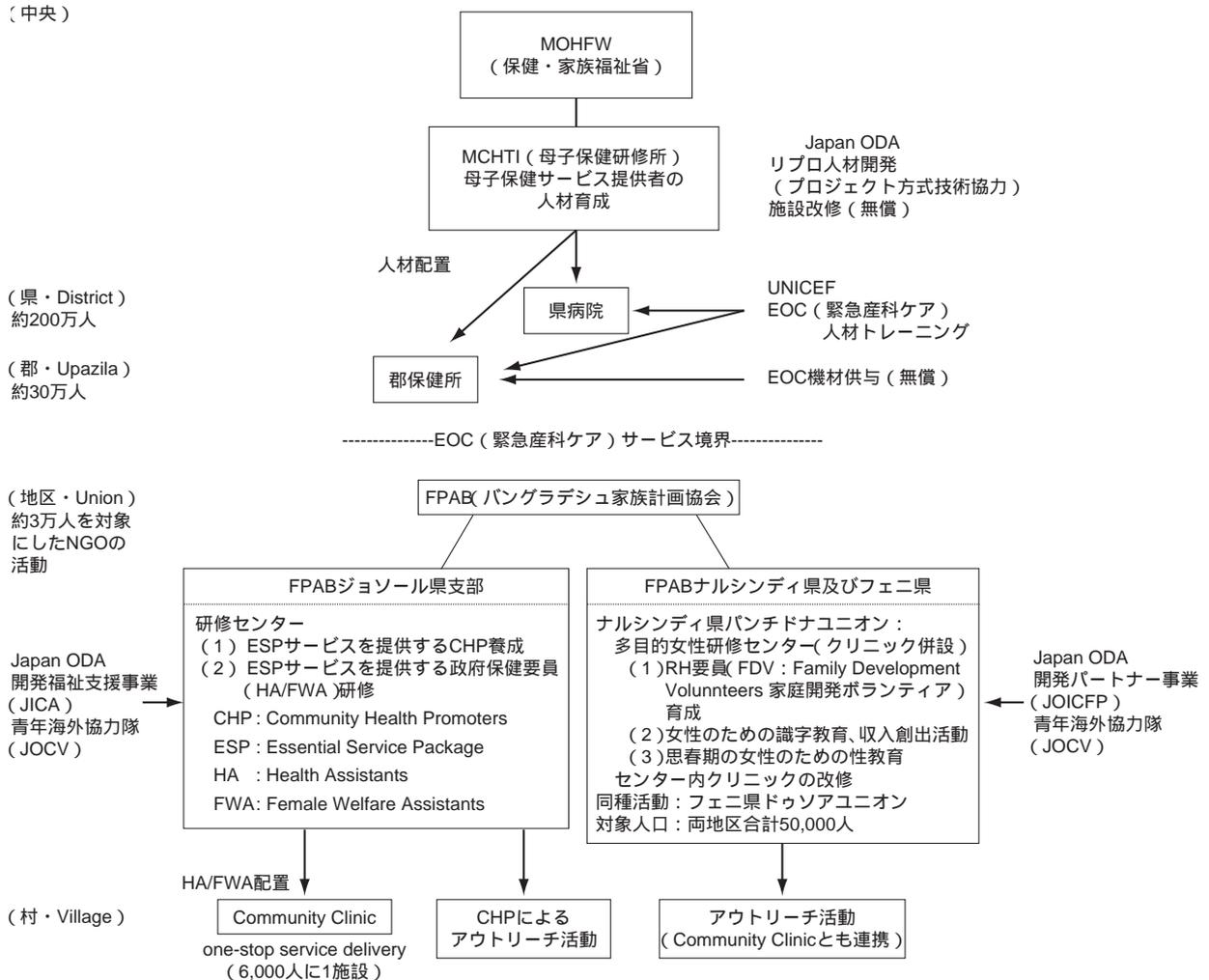
ロジェクト」(BOX 4 - 3)、青年海外協力隊員(保健婦隊員、1名が開発福祉支援事業、2名が開発パートナー事業に係る)、草の根無償資金協力などの協力を実施している。

現在 JICA 在外事務所及び JICA バングラデシュ国担当部(アジア第二部)では、このように同一の分野で、多岐に亘るスキームを活用した協力を実施しているという特色を活用し、図4 - 1のように MCHTI を中心とした各スキームの有機的な連携への取組みを図る動きがある。

現時点では、既存の協力を束ねている感が否めないが、今後、案件形成の段階からプログラムのなアプローチを推進し、政策的に一貫した明確なパッケージを構築することにより、個々の協力効果を相互に高める事が可能となる事が期待される。さらに、バングラデシュ政府や他のドナーにプログラム・パッケージを提示・発信することにより、日本のリプロダクティブ・ヘルス分野への貢献をより明らかにすることができる。そのためにも、各プロジェクトを統括・調整し、政策レベルに反映させるための保健家族福祉省など本省レベルへの政策アドバイザーの派遣が有効と考えられる。

このような政策的支援に加え、草の根の活動レベルにおいても、それを反映した協力が重要であり、特に住民に一番近い行政単位(ユニオン)では、政府・地方自治体と NGO の連携に向けた取組みを明確に戦略の中に取り込む必要がある。実施中の「開発パートナー事業」や「開発福祉支援事業」などのパイロット的の事業を通して得た多くの経験やノウハウを全国各地に提供できるものとするために

図4-1 母子保健分野における協働イメージ



出所: JICA アジア第二部資料

も、(財)ジョイセフ(日本側)やバングラデシュ家族計画協会(FPAB、バングラデシュ側)のようなNGOの役割が重要である。

(8) 女性の意識改革

草の根レベルにおける JICA - NGO 連携プロジェクトの事例として、今回の現地調査で訪問した、リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト(開発パートナー事業)及び地域住民参加型家族計画(開発福祉支援事業)では、ともにその成果としてリプロダクティブ・ヘルス・サービスが貧しい農村の女性の意識改革に重要な変化を与えはじめていることが観察された。これらのプロジェクトではその活動を通じ、家族以外の人達、特に同じ環境の女性達と話し合う機会を持つことがで

き、新しいことを学ぶきっかけとなっている。特に訪問した村で、女性の1人が村人達の前に立ち上がって、「いままで舅に『女性には教育が必要ない』と教えられ、そう信じていたがそれが間違いであることが分かった」との発言したことは印象深い。今後の重要課題として保健・衛生の面から、また人口活動の面から女性の行動変化ができるような社会環境や制度(system)をつくる援助が必要である。

4-3-2 タイ

(1) タイにおけるHIV/エイズの現状と対策の推移

タイにおいてエイズが初めて確認されたのは1984年であったが、当初は特殊なグループ間で感

BOX 4 - 2 地域住民参加型家族計画フェーズII

協力期間：2001年12月10日～2004年12月9日

実施機関：バングラデシュ家族計画協会(FPAB)

協力概要：バングラデシュでは、保健サービスと家族計画の統合が遅れており、地域レベルでのパッケージ化したサービスの提供が十分でない。本プロジェクトは、このような状況を踏まえ、総合的な地域保健サービスの提供者となる草の根レベルのコミュニティ・ヘルス・プロモーター育成、地域住民参加型予防保健活動を推進し、以て妊産婦死亡率、乳児死亡率の改善等に資することを目的とした開発福祉支援事業<sup>2</sup>である。

フェーズ1においては、1)住民の健康維持に関する自発的行動の促進、2)保健・家族計画ボランティアの育成に向けた活動を実施、フェーズ2では、3)コミュニティクリニックの政府保健要員養成、4)コミュニティ・ヘルス・プロモーター(女性)の地位活動推進への支援を実施している。

BOX 4 - 3 リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト

協力期間：2001年3月16日～2004年3月15日

実施機関：バングラデシュ側 保健家族福祉省、バングラデシュ家族計画協会(FPAB)  
日本側(財)ジョイセフ

協力概要：バングラデシュの家族計画プログラムは総じて成功裡に推移していると評価されているものの、特に農村地域などにおいては、女性の地位向上や家族計画における女性の自己決定権の確立など多くの課題が残されている。本プロジェクトは、(財)ジョイセフがFPABへの協力を通じ、地域社会全体のリプロダクティブ・ヘルス向上を目的とした開発パートナー事業<sup>3</sup>である。

具体的には、ナルシンディ県、フェニ県において地域参加型の活動を通じ、リプロダクティブ・ヘルスの状況改善や女性の地位向上のため、1)多目的女性研修センターにおけるリプロダクティブ・ヘルスの基本サービスパッケージの提供、2)農村女性の社会・経済活動への参加、3)FPABのキャパシティ・ビルディングと人材の養成を目的としている。活動としては、多目的女性研修センターの施設整備の他、教材作成、助税のための識字教育、収入創出活動やリプロダクティブ・ヘルス地域指導者の研修などその活動は多岐に渡っている。

染すると考えられていたこと、及び観光客の減少をおそれ、国としての対策は講じられなかった。その後、感染者の急増を受け、政府は、国の最優先課題として位置付け、1991年に国家エイズ委員会を設立した。同委員会は「エイズ予防対策国家5カ年計画(1997年 - 2001年)を策定するなど国を挙げて取り組んでいる。

2001年の疫学統計局のデータによると、タイのエイズ患者の推計は、累積患者数が約20万人、累計で感染者100.9万人、死亡者34.4万人、生存者66.5万人、前年の新感染者2.6万人、前年のエイズ発症者5.5万人、エイズ孤児5.5万人となっているが、実際は感染者120～130万人との見方もある。エイズ患者数のピークは1997年、1998年であったことから、感染のピークは7～10年前と推定される。患者数を年齢別に見ると、25～29才が一番多く、次

いで30～34才となり、出産期の層に感染者が多いと言える。また、感染経路は異性間性交の率が80%強で一番高い。地域としては、北タイがもっとも深刻で、北タイの人口が全人口の19.9%であるのに対し、HIV/エイズ感染者は全国の38.1%を占めている。

タイのエイズ対策は、第1フェーズとしての同性愛者等リスクグループを対象とした保健医療アプローチ(1984年 - 1990年)から第2フェーズ性産業従事者及び男性顧客を対象とした社会的アプローチ(100%コンドーム運動、エイズ教育など)(1990年 - 1996年)を経て、第3フェーズとして夫婦間、恋人間、母子間感染を視野に入れた社会的弱者、コミュニティを対象とした包括アプローチ(1997年 - )へと移行してきている。これまでのコンドーム100%運動が奏功し、売春を原因とした感染は著し

<sup>2</sup> JICA が途上国のローカル NGO にプロジェクトの実施を委託する協力形態。

<sup>3</sup> JICA が協力の現場状況に精通している日本の NGO、自治体、大学などの団体にプロジェクトの実施を委託する協力形態。

## BOX 4 - 4 エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト

協力期間：1998年2月1日～2003年1月31日

実施機関：保健省(バンコク、パヤオ県及び普及拡大地域9県)

協力概要：タイでは、1991年以降エイズ対策に積極的に取り組んできたが、エイズ感染率はすでに1%を超え、感染予防を中心に据えたこれまでの対策だけでなく、エイズ患者との社会的共存が可能なケアシステムの構築まで包括した対策の実施が求められている。このような状況を踏まえ、本プロジェクトは、わが国が1993年から3年間にわたり協力を実施した「エイズ予防対策プロジェクト」の成果を発展させ、郡レベルにおけるセクター横断的で継続的・包括的対策を可能とする各種ネットワークづくりを目的としたプロジェクト方式技術協力である。

本プロジェクトでは、1) HIV/エイズ関連の問題に対応できる人材開発、2) 母子保健を入口とした感染者、患者及び家族のケア体制の確立、3) コミュニティにおける HIV/エイズ対策活動の推進を通じ、Learning and Action Network on AIDS( LANA )をキーワードに HIV/エイズの予防とケア対策のモデルがパヤオ県を中心に開発され、その過程がプロセス・モデルとして他県に普及されること目指している。

く減少したが、最近では異性間(夫婦、カップルなど)や、母子感染の割合が増えているのが問題となっている。これは、タイでは一般的にカップル間のコンドーム使用に対する抵抗感が強いことが原因の一つであり、従来の対策も限界が見えてきている。このような状況を受け、感染症対策という対症療法を越えた包括的な社会的・経済的対応が必要な段階に入っている。

## (2) エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクトについて

(1)の課題を踏まえ、JICAは、タイの中でも HIV/エイズのもっとも深刻なパヤオ県を拠点に、1998年、エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクトを開始した。本プロジェクトは、ミクロ(地域、個人)に視点を置いた予防とケアとの連携地域ネットワークづくりを試みるもので、そのプロセスをモデルとして、同県内の他の地域に提供するとともに他県への普及が期待されている(BOX 4 - 4参照)。

同プロジェクトの視察により得られた示唆は以下のとおりである。

同プロジェクトでは、地元住民の間に育ってきた青年団、女性グループ、お年寄りグループなど伝統的な相互扶助組織を、地方政府がエイズ撲滅の「モデル地区」に指定し、地域に根ざした NGO と提携した支援を行うという工夫をしている。これには、貧困対策のプロジェクト

で活用されている参加型による地域の力を強化する手法が使われおり、限られた資源(人材、資金)の中で最大限の効果を挙げる対策として地域のエイズ対応能力を高める試みといえる。

プロジェクトが実施したエイズ感染者の家庭環境に関する詳細なケーススタディから、妻がエイズに感染しても夫や家族への体面から感染の事実を隠したがること、エイズで夫を失った妻は再婚、再再婚を繰り返すこと、夫に嫌われないためコンドームの使用を夫に求めることが出来ないことなどが共通項として浮かび上がっている。これら事例の多くは、女性が男性(夫)と離れては経済的に生きていけないという切実な境遇を反映していると推測され、「エイズ先進国」タイでさえ農村地域ではカイロ会議で打ち出された女性のエンパワーメント、自立の促進には今なお課題が多いと考えられる。

今後は、女性の地位の向上や男性も含め個人に届く行動変容(BCC: Behavior Change Communication)活動の重要性が再確認されるとともに、母子感染をすこしでも減らすためにも家族計画を含めた幅広い対応が必要と考えられる。また、エイズ対策としては、医療サービスの向上のみならず、地元における雇用機会創出など経済力を高めること、教育の

機会を与えるなど包括的な対応が重要である。

#### 4 - 4 現地調査より考察した JICA 援助の課題と提言

今回の現地調査による JICA プロジェクトへの視察、途上国政府機関、各ドナーとの打合せを通じ、団員それぞれの知見・経験と照らし合わせつつ、今後の JICA 援助のあり方について考察した結果を、以下のとおり課題及び提言として取りまとめた。

##### 4 - 4 - 1 課題

人口問題は、他の社会・経済的要因と密接な相互依存関係にある。例えば 1997 年にタイを襲ったいわゆるアジア経済危機は、タイばかりでなく他の開発途上国の保健・人口活動に負の影響を与えた。特に外貨を使わなければならない避妊器具薬品の供給はかなり大きな悪影響があったと考えられている。また、今回バングラデシュにおける考察の中心になった避妊実行率 (CPR)、合計特殊出生率 (TFR)、妊産婦死亡率 (MMR)、乳児死亡率 (IMR) なども教育水準、識字率、雇用等の問題と密接な関係があると言える。

人口問題解決には、このように多角的、学際的な視野から総合的な取り組みが求められるということからも、国家レベルの政治的コミットメントが必須であり、JICA が効果的な協力を推進する上で前提条件とも言える。本節では、以上のように人口問題解決には幅広い視野が必要であることを前提に、効果的な人口協力を実施するために現地調査によって得られた課題を、いくつかのキーワードを用いることによって整理したい。

##### (1) 同調 (Synchronization)

JICA を始めとした日本政府の保健・人口分野の協力はまず被援助国側の国家開発計画など長期戦略あるいは長期計画の枠内で企画され実施されるべきである。特にリプロダクティブ・ヘルスの向上は、子女の教育政策、女性の地位、雇用、農村開発とさまざまなセクターと密接な関係があるため、保健医療セクターの政策を越え、国家全体の開発戦略と整合性を取る必要がある。

##### (2) 協調・相乗効果 (Coordination・Synergy)

JICA 援助は他のドナー国の二国間援助ならびに国際機関 (UNDP、UNFPA、UNICEF、WHO 等の国連機関及び世界銀行、アジア開発銀行等) ならびに国際的 NGO の援助活動と共同で援助活動を行うか、あるいは少なくとも並行した形の協力体制で行われるべきである。それにより JICA 援助は他ドナー国あるいはドナー機関の援助活動との相乗効果 (Synergy) を狙うことがのぞましい。バングラデシュの例としては母子保健研修所 (MCHTI) と UNICEF との協力が良い例であろうし、小児麻痺 (ポリオ) ワクチン予防接種拡大計画 (EPI)、栄養、ヨード欠乏症予防活動における UNICEF との協力も好例である。

##### (3) 連携 (Linkage)

JICA 援助のなかでも、まず保健・人口分野のプロジェクト間の連携をはかることが効果的である。個々のプロジェクトが計画通りに能率よく実施されたとしても、実施地域も活動分野も限られてしまい、効果あるいは成果も限られてしまう可能性があるため、プロジェクト形成段階からプロジェクト間の連携を最大限に利用することが必要である。今回バングラデシュで視察したプロジェクト方式技術協力「リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト」と開発福祉支援事業「地域住民参加型家族計画」間の連携や同プロジェクトへの青年海外協力隊員の参画のような連携事例を参考にさらに推進していくべきである。さらに同国で開発パートナー事業として実施されている「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」にも連携の効果が期待できる。

##### (4) 統合・再統合 (Integration・Reunification)

バングラデシュでの保健・人口活動分野での問題のひとつは、これまで保健サービス局と家族計画局が分離・独立していたことである。カイロ会議以降、政府は統合されたリプロダクティブ・サービスを国民に提供することになっているが、現状の行政機構ではこれを実現するのは難しい。こうした問題はバングラデシュばかりでなく、多くの途上国が抱えている問題である。一義的にはこの

問題は途上国自身が解決すべきで、外部者が介入すべき問題ではないが、JICAは他のドナー国、ドナー機関と協力しつつ、途上国政府と積極的に政策対話を持ち、統合への働きかけに努めることが望ましい。ただし再統合については、タイにおいて成功した例のように機能の専門化(specialization of function)のもつ有意義な点も認識し、必ずしも行政的あるいは制度的再統合でなく、機能的統合を考慮すべきであろう。また、このための技術的アドバイス・人材養成等を通じて政府関係者間の対話の場を作ることも必要である。

#### (5) モニタリング(Monitoring)

今回のバングラデシュでの現地視察、バングラデシュ政府ならびにドナー国及び国際機関の関係者との協議の中で共通の関心事のひとつは、家族計画実行率(CPR)が過去数年かなり上昇した(伝統的方法を含め約60%)にもかかわらず、子どもの数増減の指標である合計特殊出生率(TFR)にはそれが反映されていないという、ミステリー的な矛盾であった。先に考察したように、この原因のひとつには途上国の保健・人口活動のプログラム・モニタリング能力の欠如、保健人口関係統計体制の不備を意味していると考えられ、またもう一つには、モニタリングの不備のために、実際に家族計画の量と質が低下している実態が正確に把握されていなかった事が考えられる。特にこの分野では、データ収集・分析ならびにそれを適時にマネジメントに反映できるシステムをつくるための行政機構、人材養成、機材の整備が必要であるが、同時に日本の得意な分野でもあるので、さらなる協力が期待させる。

#### (6) リプロダクティブ・ヘルス(Reproductive Health)と安全な母体保護(Safe Motherhood)との関係

TFRがこの数年間引き続き低下していないことと平行して出てきている問題は、妊産婦死亡率(MMR)と5才以下の乳児死亡率(IMR)が依然高水準であることである[MMRは約44(対10万出生)

でIMRは約7(対出生千)<sup>4</sup>]。無論このような保健・衛生問題は出来るだけ早く改善すべきで安全な母体保護の導入は一つの適切な医学的手順と考えられるのであるが、リプロダクティブ・ヘルスの重要な項目の一つであり、MMRとIMRを低下させる重要な役割を果たす家族計画が忘れられるのは好ましくない。特にバングラデシュの場合のように、家族計画の普及率が上がったといわれているにもかかわらず、出生率、MMR、IMRがともに低下していないために、家族計画からSafe Motherhood、中でも緊急産科ケア(Emergency Obstetric Care: EOC)にだけ重点を移そうとする傾向には留意すべきである。タイ等の成功例が示すように、実際に家族計画が普及すればMMRとIMRの低下に大きく寄与することは確実であり、症状を解決するような対策ではなく、少々時間がかかっても望まない妊娠や出産など根本的な要因を除去することを目的とすることが必要である。家族計画は、人権のみならず女性の健康をまもる観点からも重要な役割を担っている。また、女性の健康・リプロダクティブ・ヘルスへの投資は、女性の健康・リプロダクティブ・ヘルス向上そのものをもたらすばかりでなく、大きな社会・経済的な利潤を生み、開発に大きな貢献をすることが期待される。

#### (7) 協力(Partnership)

今回の現地視察で考察したバングラデシュでのJICAプロジェクトが円滑に実施されていた背景には非政府機関(NGO)との協力(partnership)が大きな役割を果たしていたことが挙げられる。これは長く現地で活動を続けてきた、経験豊富なNGO、特にバングラデシュ家族計画協会(FPAB)の組織、人材の活用が奏功していると考えられる。

#### (8) 維持・継続(Sustainability)

しかしながら、今回視察したバングラデシュの案件については、支援期間中には効果的に実施されても、そのパイロットプロジェクトとしての性格上、他の事業に比べ、資金、人材、政治的支援が

<sup>4</sup> Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000。

多く投入されている傾向にあるため、支援終了後にもはたして活動が継続されるかどうかには留意が必要である。JICAは、案件形成の段階から終了後の活動維持・継続のことを念頭に置いて実施することが必要であり、それは、活動維持・継続には援助受け入れ側政府がどの程度オーナーシップ(主体性)を自覚しているかにかかっている。この点で、案件が政府の開発計画の枠の中でどれほどの比重をもっているかが重要であるので、事前に政策対話の中で確認をしておくことが求められる。

#### 4 - 4 - 2 提言

上記の課題・問題点に関する対応策として、すでにJICAが始めている取組みも含め、制度上、機構上の改革ならびに改善について以下に列挙することとする。

- a. 上記の特に(1)(2)の点に関しては、JICA援助の立案、施行、評価の過程を「プロジェクト・アプローチ」から、すでに始められているように「プログラム・アプローチ」への積極的な転換を図るべきである。これにより個々の援助活動が孤立せず、総合的に連携をもたせることができる。さらに保健・人口セクターは他のセクター、例えば教育、農村開発などと相互依存関係があるのでセクター間の連携がとれ、総合的な支援ができるようになり、援助を受け入れる国側と合意された共通の目的達成の方向に進むことが出来るようになる。ただしこのためには援助計画作成の段階で今まで以上に援助受け入れ国側との政策対話が必要になるであろう。また、これにより上記の支援終了後の活動維持・継続の問題にも益することになる。
- b. (2)の点に対しては、JICAは現行の国別事業実施計画を強化すべきである。保健・人口問題は各国独自の社会・経済・政治・文化の要因と相互

依存の関係があり、とりわけ家族計画の普及、妊産婦死亡率、乳児死亡率等は、女子の教育、女性の地位と密接な関係がある。したがって特に援助受け入れ国政府の社会開発計画及び他のドナーの教育分野での援助計画をも十分吟味した上で日本の技術、物資援助等の比較優位(competitive edge)な分野の計画を作成すべきである。なお具体的には、受け入れ国の五ヵ年計画等と同時に、国連機関や世界銀行等の統合された総体的な援助計画との協調が必要である。<sup>5</sup>

- c. 国別事業実施計画の策定及び実施にあたり、さらに必要な制度的改革として、単年度から、少なくとも3年あるいは5年単位の複数年度計画立案制度(ローリングプラン)の強化が求められる。これは特に効率ばかりでなく、効果ならびにインパクトを評価する場合には是非必要な時間的な枠である。国家予算の一部であるODAである以上、単年度予算制度の制約があるのは確かだが、多年度制の採用はJICA援助が、近視眼的な援助に終わる可能性を無くし、同時に各年度間の援助量の急激な変化や実質上の援助ストップあるいはスロー・ダウンを避けることが出来ると考えられる。
- d. JICA支援の実施にあたっては、被援助国政府の了承のもとに、適切かつ経験豊富なNGO/NPOを実施機関として積極的に活用することを検討すべきである。また、これとともに長期的に受け入れ国側の現地専門家の起用も行うことが効果的である。これにより援助終了後も活動が維持・継続される可能性が強くなる。
- e. 国別事業実施計画、プログラム・アプローチ、複数年度計画方式の強化を効果的に実施する上で、もう一つ必要な制度的改革はJICAの現地事務所にプログラム実施における権限を委譲する

<sup>5</sup> 開発関係の国連機関はUNDP、UNICEF、UNFPA等を中心に総合的な援助計画を作成し始めている。先ず被援助国の必要としていることを政府との政策対話を通して把握し、国連全体が支援するための枠組み、United Nations Development Assistance Framework(UNDAF)を作成している。また、世界銀行も同様な枠組み、Comprehensive Development Framework(CDF)を作成している。EUも最近では人口を含めた社会開発分野の大規模な支援をはじめているので参考にすべきであろう。

事である。ただし、この現地事務所への権限の委譲/拡大は、あくまで本部において認可されたプログラムの枠内であって、プログラムそのものを変更することが出来ない範囲にとどめ、プログラム及びJICA援助の重点、優先順位の決定は現地事務所の提案に基づいて本部で行われるべきである。換言すれば「政策レベルの権限委譲」(“political decentralization”)あるいは“policy decentralization”ではなく、「実施レベルの権限委譲」(“administrative decentralization”)である。この権限委譲により、実施当初は現地事務所にとって事務的な負担は増加するかも知れないが、終局的には重複、不必要な事務連絡等の仕事は解消できると考えられる。

- f. 現地事務所への権限委譲を十分活用するためには将来現地事務所に社会開発分野、特に保健・人口関係の専門家の増員、強化が必要になってくるであろう。このJICA職員の専門性の育成のためには、現在進行している分野課題ネットワークの本格的実施が大いに貢献することが期待される。また、この分野において貴重な経験を積んでいる青年海外協力隊(JOCV)の経験者の起用も有効であると考えられる。さらに将来は特にプロジェクト、あるいはプログラム終了後の維持・継続(sustainability)のためにも、邦人専門家のほかに現地専門家の起用も考慮されるべきであろう。この現地の専門家雇用の人事政策はかなり多くの国連機関(UNDP、UNFPA等)が行っているため、国連の経験ならびに雇用基準等を参照することも一考である。
- g. リプロダクティブ・ヘルスの分野での支援でこれからも人口抑制ではなく、女性の健康向上、エンパワーメントを目的とした家族計画は、引き続き重要な活動である。したがって、将来のJICA支援の専門家(医者をも含めて)は、十分に家族計画の専門的知識あるいは技能を持った人選を行うべきである。特に保健婦、助産婦の専門家は、可能であれば以前のように家族計画指導員の資格をもつことが望まれる。いち早く人口転換が行われ、出生率も急激に低下している

日本では最近では家族計画が鳴りを潜めている感があるが、特に保健衛生関係派遣人員(JOCVも含めて)の研修には是非家族計画の項目を入れるべきである。

- h. 人口援助におけるJICAプロジェクトの中には、世界に誇るべきプロジェクトが数多くあるにも関わらず、日本国内ばかりか他国にもあまり知られてはいないのが現状である。一つには「不言実行」型の日本的文化の現れだと思われるが、これからは、「顔のみえる援助」ならびに「声の聞こえる援助」にすべく努力が求められる。そのためにはJICAは進んで現地事務所を通じて援助社会(Donor community)との政策対話を持つべきである。特に途上国における世界銀行及びUNDPが中心として行っているLCGには積極的に参加し、JICAの重点支援分野ではLCGの分科会で指導的役割を果たし、JICA支援プロジェクトを積極的に紹介、説明することが有効である。外からの高い評価は日本国内におけるJICA支援活動の理解を高めることにも繋がるであろう。