

東南アジア諸国等人口・開発
基礎調査報告書

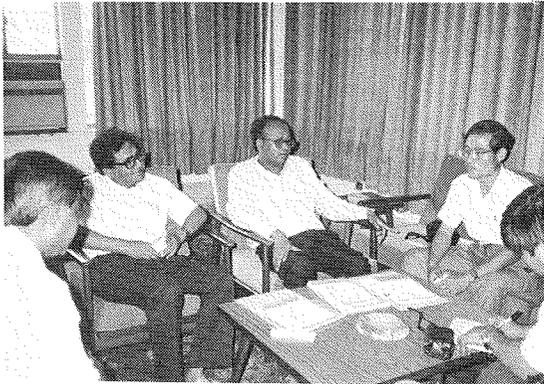
— バングラデシュ国 —

平成3年2月

財団法人 アジア人口・開発協会
(APDA)

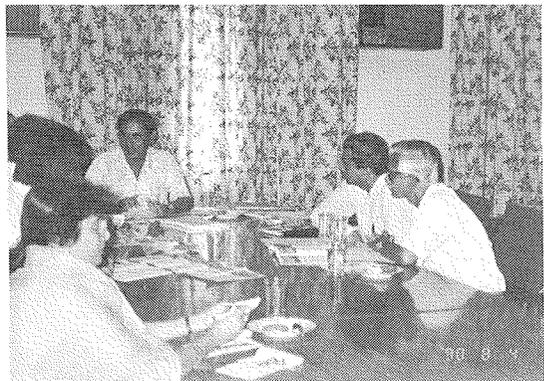


◀ 日本大使館表敬
右から井口武夫大使
鷲尾宏明団長
大塚友美団員



◀ Bangladesh Institute of
Development Studies (BIDS)
右から鷲尾宏明団長
M. Hassain, Director General
M. Rahaman Khan, Research
Director

Bangladesh Shishu
Academy ▶
中央 M.G. Kibria,
Director

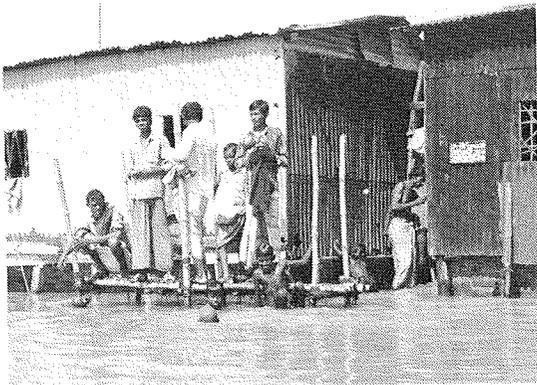




◀University of Dhaka
左から Nazul Islam,
Professor
鷲尾宏明団長



Gazaria Upazila▶
Health Complex
左, M. Habibur
Rahman



◀Dhaka 市内のスラム

はじめに

本報告書は、財団法人アジア人口・開発協会が、平成2年度厚生省・社団法人国際厚生事業団委託事業「東南アジア諸国等人口・開発基礎調査」を受託し、バングラデシュ国で実施したものである。調査及び取りまとめ等については、本協会内に設置した国内検討委員会（主査黒田俊夫 日本大学人口研究所名誉所長）委員を中心に行った。

調査の目的は、「東南アジア諸国等における人口問題等に対する対策が十分な成果をあげようためには、それぞれの国の人口増加、疾病と死亡、人口再生産、人口分布と国内移動等の人口動向並びに、家族構成、年齢構造等を含む人口構造の静態を詳細に把握し、これが各国の生活・福祉及び保健医療に与える影響、相互の関係等について、検討を進めることが必要である。このため、東南アジア諸国等の人口動態の詳細な動向、生活・福祉及び保健医療の現状等について調査分析を行い、アジア諸国の人口と環境問題の解決に寄与することを目的とする」ことにある。

調査に当たり現地では、在バングラデシュ国日本大使館、井口武夫大使、太田武志一等書記官、野田亮二等書記官ならびに M. Habibur Rahman 人口・家族計画省家族計画副部長に計画全体にわたるご指導・ご協力をいただいた。

国内では、厚生省大臣官房政策課並びに外務省経済協力局政策課関係各位に調査実施にあたりご指導・ご便宜をいただいた。

ここに深甚なる謝意を表する次第である。

この報告書が今後バングラデシュ国の人口と開発プログラムと日本政府の有効な協力の進展に役立つことを願うものである。

尚、本報告書は、本協会の責任において作成したものであり、厚生省あるいは日本政府の見解や政策を反映するものではないことを付記したい。

平成3年3月

財団法人 アジア人口・開発協会
理事長 佐 藤 隆

目 次

はじめに	5
第1章 総括 — 人口激増と貧困の悪循環の国・バングラデシュ —	9
第2章 一般概要	13
1 国土, 国民	13
2 政 府	14
3 経 済	15
4 国家計画と財政	17
第3章 バングラデシュの人口・家族計画	25
1 バングラデシュの人口と人口動態の趨勢	25
2 出生率, 死亡率を規定する諸要因	26
3 バングラデシュの家族計画	27
4 社会・経済・文化的要因	28
5 人口問題	29
6 悪循環と対応策 — 家族計画と母子保健 —	31
7 まとめ	33
第4章 保健医療の概要	47
1 保健医療	47
(1) 環境衛生	47
(2) 栄養状態	48
(3) 補水液	48
(4) 予防接種状況	49
2 医療機関, 医療従事者	49
3 死因と疾病構造	50

(1) 死 因	50
(2) 罹患状況	50
第 5 章 現地調査報告：バングラデシュの保健医療機関の活動	57
1 厚生行政と保健医療機関	57
2 保健医療機関の活動と問題点	58
3 都市化とスラム	61
(1) 貧困と都市化	61
(2) 都市問題とスラム	62
(3) 人口移動と農村のプッシュ要因	65
4 女性の社会的地位と母子保健	67
(1) バングラデシュ女性の現状	67
(2) 重要な女性の社会的役割	69
(3) 女性に対する社会経済的制約	69
5 まとめ（課題と対策）	71
(1) 人口、保健医療行政サービスの向上を図る	71
(2) 教育の普及と国民の基礎体力の向上を図る	73
(3) 女性の経済力向上によって母親の役割向上を図る	74
(4) 都市、農村での身近な生活改善運動	75
第 6 章 国際協力の課題 — 人口分野での日本の協力の意義 —	81
第 7 章 調査団メンバー及び日程	83

第1章 総括

一人口激増と貧困の悪循環 の国・バングラデシュ

バングラデシュは人口増加と貧困の悪循環に苦悩している典型的な開発途上国である。人口増加は高い出生率と低下する死亡率の差としてあらわれるが、とくにバングラデシュの場合、普通出生率は今日でも40を越えており、合計特殊出生率は5.4人と著しく高い。普通死亡率は低下をみせているとはいえなお高い。普通死亡率は15.0、乳児死亡率は130と異常な高さにある。したがって、平均寿命も50歳未満である。男の平均寿命49.1年に対して女のそれは48.1年となっている¹⁾。女の平均寿命が男より短いのは南アジアのパキスタン、インドにもみられるが、貧困な社会での女性の苛酷な労働と栄養不良の結果として注目される。

人口増加率は年当たり2.7%（1987年政府統計では2.18%）という高水準にあり、経済的、社会的発展を著しく阻害している。絶対的貧困の状態にある人口は約85%、識字率は26%、労働力人口の約3分の1は仕事にありつけない、といわれる²⁾。バングラデシュの貧困を端的にあらわしている。

人口転換は近代化の水準と密接な関係をもっている。高出生率・高死亡率は低開発を、低出生率・低死亡率は高度発展を反映している。どの程度出生率低下が達成され、どの程度死亡率が改善されたかを示す人口転換指数（demographic transition index）によってみると、バングラデシュは30%にすぎず、なお70%の出生率低下と死亡率の改善への努力が残されていることになる。アジアでは日本、香港、シンガポールが人口転換過程を完了し、低出生率、低死亡率を達成しており、韓国、中国が最終段階へと接近している³⁾。バングラデシュの近代化への路はなお遠い。

バングラデシュは人口地理学的にみて日本と類似しているところがある。国土面積は日本の40%ぐらいにすぎないが、人口規模は日本の1億2,200万人に対して1億260万人（1987）で接近しており、世界各国の人口の大きさでは日本が第7位でバングラデシュが第8位と続

いている。普通人口密度では1平方キロ当たりバングラデシュが712人で世界第1位の高密度を示しており、日本は323人（1987）でバングラデシュの半分以下で世界第4位である。バングラデシュは平地が大部分であるのに対して、日本は山地が多いためである。しかし、その結果として農用地面積1平方キロ当たりの特殊人口密度では日本が2,200人を越え、バングラデシュの1,000人の2倍以上と高くなっている。この特殊人口密度を世界的にみると、日本は世界第1位、バングラデシュは第4位となる。普通人口密度の順位とはちょうど反対になる。経済的にみると、バングラデシュは最低開発国（least developed countries）に属しており、1人当たりGNPは160米\$と著しく低い（1988, 世界銀行推計）。日本は反対に先進国の範疇に属し、1人当たりGNPは16,000米\$（1988, 経済企画庁）であって、バングラデシュのちょうど100倍の高い水準にある。

バングラデシュは上述の如く、異常な人口増加を主因とする経済的、社会的開発のおくれが目立つが、加えて天然災害と政治不安定という人災がこの国の自立を阻害している。しかし、この国においても期待をもたせるような政策もみられる。たとえば、貧困な農民を対象とするRural Poor Program はなお小規模で局地的の範囲を出ないが、企業家精神を育成、強化することと共に、生活水準の向上に貢献しつつあることが明らかにされている⁴⁾。開発途上国における農民、貧困者の生産意欲を向上させる対策として国際的にも評価されつつある。

バングラデシュに対する国連その他先進国による国際的援助、協力も活発に行われている。バングラデシュ政府も、人口激増と貧困との悪循環の罟を断ち切ることに懸命の努力を払っている。本研究は、このようなバングラデシュの政府、国民の努力と国家協力がどのように成果をあげつつあるか、そしてまたどこにこの罟を断ち切る戦略を見出すべきかについての私どものささやかな調査結果の一部を示したものである。

(注)

- 1) United Nations : World Population Prospects 1988, United Nations, New York, 1989, p.290. この増加率はバングラデシュ公表統計より高い。この点については本書の第3章バングラデシュの人口・家族計画参照。
- 2) M. Mosleh Uddin : Rural Development and Poverty in Bangladesh, V.R.F. Series No. 169, Institute of Developing Economies, February 1990, pp.70-71.
- 3) 人口転換指数の計算方法およびアジア諸国についての計算結果は、The Asian Population and Development Association : Structural Change in Population and Development - Japan's Experience in Aging -, "Population and Development Series No.11, February 1990, p.16. 参照。
- 4) 前出 Uddin の論文参照。

追記：M. Mosleh Uddin 氏の論文引用については著者の快諾を得たことを記し，同氏に感謝を申しあげる。

第2章 一般概要

1 国土、国民

最貧国であるバングラデシュ人民共和国は、ベンガル湾に面したインド亜大陸の東端に位置し、インド、ミャンマー（旧ビルマ）と国境を接している。国土面積は約14万4千平方キロメートルで、わが国の4割程度の狭隘さである。しかも、海拔高度の高い丘陵地帯はわずかに東部のチッタゴン丘陵と北部のシレット丘陵だけで（海拔60～90メートル程度）、国土の大部分はガンジス（Ganges）川、ブラマプトラ（Brahmaputra）川、そしてメグナ（Meghna）川の沖積地から成る平坦な低地である。とりわけ、国土の南半分は200を越える中小支流が網の目状に走り、湿地帯が多い。気候は熱帯モンスーン気候で、アガニ（Aghani）期（雨期、6～10月）、ラビー（Rabi）期（冬期、11～2月）、バドイ（Bhadai）期（夏期、3～5月）の3季から成る。年間降雨量は全国平均で1,600ミリ程度であるが、大半（およそ80%）は雨期に集中している。

こうした自然条件のために、バングラデシュは洪水の打撃を頻繁に被る。国土の20%前後が冠水する程度の洪水は毎年のように起こっており、むしろ洪水のない年の方が異常、ともいえるほどである（表1参照）。この国では、天災（洪水）は「忘れた頃」にやってくるのではなく、「毎年」やってくるのである。洪水がもたらす被害は甚大で、農業生産、工業生産といった経済活動ばかりでなく、住宅、交通、教育、医療、公衆衛生などの社会活動をも含め、国民生活全般に及ぶ広範なものである。とくに、国土の6割が水面下に没した1988年の大洪水が、社会経済に及ぼした深刻な影響は、我々の記憶にも新しい。

しかしながら、治水対策は遅々として進展していないのが実情である。というのも、洪水の主たる原因はガンジス川、ブラマプトラ川といった国際河川の上流に降った雨であるために¹⁾、バングラデシュ1国では対処の仕様がなないのである。

平坦な低地、流入する国際河川、頻発する洪水。こうした悪条件下にある狭隘な国土にもかかわらず、バングラデシュは1987年現在で1億53万の大規模な人口を抱えている²⁾。したがって、1平方キロ当たりの人口密度は、現時点でさえ690人強と世界有数の高さである。しかも、国連の推計によれば、この大規模な人口は今後も年率2%を上回る速さで急増する、と考えられている³⁾。将来の人口密度は上昇こそすれ、低下することはないであろう。また、人口密度の上昇は既に高水準にある人口圧力をよりいっそう高めるために、今後、この国の社会経済問題は深刻の度合いをますます高めるであろう（第3章で詳述）。この急増するバングラデシュ人（ベンガル人）、は人種的にはドラヴィダ系、アーリア系、モンゴル系人種、そして有史以前からの先住民族の混血である。また、その多く（国民の87%パーセント）はイスラム教徒である（表2参照）。

バングラデシュの教育制度は初等教育（5～9歳）、中等教育（10～14歳）、高等教育（15～24歳）から成っている。政府は教育の普及に力を入れており、就学率は初等、中等、高等教育とも緩慢ながら上昇してきた。各段階での就学率は、1986～87年現在でそれぞれ84.0%、24.2%、3.3%である（表3参照）。なかでも政府がとくに初等教育の充実に力を入れていることは、これからの指標から読み取れよう。しかしながら、就学年限を全うせずにドロップ・アウトする者も相当多いので⁴⁾、就学率はかなり割り引いて考えた方がよいであろう⁵⁾。全般的に見るならば、教育の普及は必ずしも順調には進んでいないようである。1981年においてさえ、5歳以上人口の識字率が23.8%と低水準にあることは⁶⁾、こうした実情を示している。今日、教育分野での立ち遅れは、社会経済開発の遅れをきたす大きなボトルネックとなっている。この問題を克服するためにも、今後よりいっそうの努力が必要になるであろう。

2 政 府

1941年のインド・パキスタンの分離独立から1971年にいたるまで、バングラデシュは東パキスタン州としてパキスタンに属していた。しかし、西パキスタン中心の政策によって生じた東西間の社会経済格差の拡大、そして政治、経済面での圧迫に対して東パキスタン住民の不満が高まり、1971年3月16日、彼らはずいに分離独立を宣言した。その後、東パキスタン動乱（同年3月）と第3次インド・パキスタン紛争（同年11月）を経て1971年12月16日に独立

を達成、東パキスタンは新生バングラデシュとなった。独立以降は経済情勢の悪化、大洪水による飢饉、悪性インフレ、失業、政治腐敗などの理由からクーデターが幾度か生じ、その過程で現職大統領2名が暗殺されるなど、政治的に不安定な時期が続いた。しかし、1982年にクーデターを起こしたエルシャド（Hussain Muhammad Ershado）陸軍参謀長が、大統領として全権を握って以来、激しい政争も幾度か見られたが、全般的には安定した政情が続き今日に至っている。主な政党には与党の人民党（Janadal）、野党にはバングラデシュ民族主義者党（Bangladesh Nationalist Party）、アワミ連盟（Awami League）などがある。

バングラデシュにおける政権の安定は、国民のおよそ9割が居住する農村地域をいかに掌握するかにかかっている。このために、独立以降、農村地域の開発が重大な政治課題となってきたが、治安維持や徴税に主眼をおいた旧来の地方行政制度では、これへの対応に支障が生じるようになってきた。このため、エルシャド政権は地方行政制度の改革に着手し、現在は全国を4つの地方（ディビジョン;Division）、21の地域（リージョン;Region）、64の県（ディストリクト;District）、492の準県（ウパジラ;Upazila）とタナ（Thana）⁹⁾、4,401の行政村（ユニオン;Union）、そして60,315の村（ユニット;Unit）へと順に分割する制度を採用している。なかでも準県（ウパジラ）は、農村地域の社会経済開発や地方行政の重要な基礎単位となっている。

3 経 済

バングラデシュは、1987年でさえ1人当たり国内総生産（GDP）が160ドルしかないアジア屈指の最貧国である⁹⁾。この国の経済の大きな特徴は、成長が順調でないこともさることながら（表4参照）、農業部門が国民経済全般に対して隠然とした影響力を有している点にある。表5に示されているように、農業部門のGDPに占める割合は低下してきているが、1987～88年においてさえ38.7%と他部門に比べて格段に大きい⁹⁾。他方、製造業部門のGDPに占める割合は9.7～10%の水準で停滞しており（1984～1988年）、工業化は遅々として進展していないことがわかる。その結果、バングラデシュ経済の動向は、農業部門の成長の如何に大きく左右されることになる。すなわち、製造業部門の成長が思わしくなくとも農業部門の生産が増大していればGDPの成長は好調である（1985～86年）が、製造業部門の成長が順調でも農業部門の成長が思わしくなければGDPの成長率は低下するのである（表4参照）。

農業部門は、国際貿易の面でも重要な役割を有している。輸出総額は1981～82年の145億

4,500万タカ (Taka) から1986～87年の370億4,500万タカへと順調に増加している。バングラデシュの輸出商品は、ジュート、ジュート製品、茶、皮革製品などから成る伝統的品目と、エビ・魚介類、衣料、その他から成る非伝統的品目とに大別される。輸出額の増加をになっているのはそのうちの皮革製品、衣料、エビ・魚介類であるが、衣料とエビ・魚介類の貢献はとくに顕著である (表6参照)。国際的にも有名なジュートおよびジュート製品の輸出は輸出額、輸出に占める割合ともに減少してはいるが、依然として総輸出額の4割以上 (1986～87年) を占めており、外貨の獲得に顕著な貢献している (表6参照)。

しかしながら、こうした輸出努力にもかかわらず、輸入額が常に輸出額を上回っており、しかもその総額は483億4,900万タカから1986～87年の839億3,200万タカへ増加した。このために、国際収支は慢性的赤字に陥っており、現段階でさえ改善の目処は立っていない。

雇用分野においても、農業部門は重要である。労働力調査 (Labour Force Survey) によれば、失業率は1984～85年で1.8%、1985～86年で1.1%ときわめて低い。しかし、この統計指標は、失業者・準失業者が巷にあふれている実状と大きく乖離している。ある推計によれば、失業・準失業率は37.4%にも達する、とされている。失業問題は、人口増加を考慮に入れると、きわめて深刻な問題と化す。バングラデシュの人口は年2%以上の速度で急増しており、人口抑制を行うことも容易ではない (第3章参照)。したがって、生産年齢人口 (15～64歳人口) も、今後2%を上回る高率で急増することになる¹⁰⁾。この急増する生産年齢人口に見合った雇用機会を創出できなければ、失業問題は将来さらに深刻化するであろう。この問題を解決する鍵を握っているのは、工業開発もさることながら、おそらく農村地域の開発であろう¹¹⁾。というのも、巨大な人口に「職」と「食」を提供し、これまでなんとか養ってきたのは農業部門であり (第3章参照)¹²⁾、また今日の貧困、失業問題に直撃されているのも人口のおよそ9割を抱える農村地域だからである。

以上で見てきたように、農業部門は経済成長、外貨の獲得、雇用機会、食糧供給などの面で、バングラデシュ経済に大きく貢献している。しかし、ここで想起すべきは、農業生産が自然条件に大きく左右される点である。毎年のごとく洪水がおこるバングラデシュでは、農業部門が被る被害は深刻である。また、農業部門は国民経済に大きな比重を占めているため、農業部門の被災度は国民経済の動向を大きく左右することになる。また、仮に治水に成功したとしても、別の問題が生ずる可能性すらある。というのも、農耕地の肥沃さの相当部分は洪水が運んでくる沃土によって保たれているからである。すなわち、治水の成功が地味の悪化を招くことも考えられるのである。バングラデシュの農業生産は、洪水がもたらす沃土とダメージとの微妙なバランスの上に成立している、といっても過言ではない。こうした観点

から見るならば、バングラデシュの国民経済は天災に対して脆弱な構造を有している、といえよう。

4 国家計画と財政

これまで最貧国バングラデシュの一般概況を述べてきたが、バングラデシュは社会、経済など様々な面で、多くの弱点を抱えていることがわかっていく。政府もこれらの点を認識しており、社会経済開発政策を精力的に推進している。その中心的なものが、第3次5カ年計画(The Third Five Year Plan; 1985~1990)である。この計画では、(1)人口増加の抑制、(2)生産的雇用の拡大、(3)初等教育の普及と人的資源の開発、(4)長期的な構造変化をもたらす技術的基盤の開発、(5)食糧の自給、(6)人々の最低限の基本的ニーズの充足、(7)経済成長の加速化、(8)自力更正、といった目標が掲げられている。

これらをより具体的にいえば、(1)5.4%のGDP成長率、(2)灌漑の拡充による2,000万トンの穀物生産、(3)初等教育進学率の70%への引き上げ、(4)労働市場への参入者400万人に対する500万人年(man-year)の新規雇用機会の提供、そして(5)人口増加率の1.8%への引き下げ、などを計画の最終年度までに達成することである¹³⁾。

これらの諸目標は従来の5カ年計画と大差はないともいえるが、農村開発を通じて農村の貧困階層に雇用機会を提供しようとする構想は、第3次5カ年計画の大きな新機軸であろう。国民経済における農業部門の貢献度と重用性を考慮に入れるならば、この構想の出現はむしろ当然である、といえよう。しかし、残念ながら、計画期間(1985~1990年)の半ばを経過した頃から、この5カ年計画の目標の多くは、事実上達成不可能であることが明らかになった¹⁴⁾。こうした経験を踏まえた上で、現在、政府は新たな計画を作成しているようであるが、現段階では公表されていない。

以上の説明からわかるように、バングラデシュ政府が開発政策に取り組む熱意と苦労は並大抵のものではない。このことは、表7に示された政府予算から読み取れよう。政府の支出総額のおよそ半分は開発支出、食糧備蓄、フード・フォー・ワーク計画(Food for Work Program)¹⁵⁾に充てられている。なかでも、開発支出はその圧倒的な部分を占めている。このことは、社会経済開発や自然災害(洪水)からの復旧に対して政府が相当な努力を払っていること、またそうした支出が必要であることを示している。

しかし、こうした政策努力も、重大な困難に直面している。バングラデシュ政府の歳入総額は年々増加し、1983~84年の3,000万タカから1987~88年には5,100万タカに達している。

しかしながら、社会経済開発、自然災害（洪水）対策、食糧備蓄等を積極的に推し進めているバングラデシュ政府は、毎年、歳入総額の2倍以上を支出せざるを得ない。すなわち、1983～84年には6,600万タカ、1987～88年には1億300万タカを支出しているのである。その結果、政府は慢性的な財政赤字に悩むことになる。この赤字額は、3,650万タカ（1983～84年）から5,220万タカ（1987～88年）へと増大しているのである。これまでのところ、財政赤字は外国からの援助によって補填されてきた。しかし、こうした外国への依存体質は自力更正という第3次5カ年計画の計画目標に抵触することになり、慢性的赤字の解消と財政の健全化を図ることが政府にとって当面の急務となっている。

以上の説明からわかるように、バングラデシュ政府は、(1)多額の資金を要する社会経済開発を促進しなければならないが、(2)慢性的な赤字を解消して財政の健全化を図らなければならないが、しかも、(3)財政赤字の補填を外国からの援助に頼ることは自力更正に反する、という三重苦の実況に陥っている。そこで、政府は公営企業の独立採算制、食糧関連補助金の減額、徴税の強化等の一連の政策を打ち出している。しかし、残念ながら、その効果は、現段階では明らかになっていないようである。

(注)

- 1) 洪水の専門家の意見によれば、洪水を引き起こした水量の80%は外国からのものである、といわれている。また、別の見解によれば、ヒマラヤ山脈周辺での森林の乱伐が原因である、ともいわれている。
- 2) この人口は、バングラデシュ政府の推計値である。
Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Pocket Book of Bangladesh 1989*, p.61.
- 3) United Nations, *World Population Prospects (1982)*.
- 4) ドロップ・アウトする割合は、およそ下記の通りである。

第1学年	第2学年	第3学年	第4学年	第5学年
13.76%	9.51%	14.69%	13.68%	15.05%

- 5) たとえば、世界銀行およびユネスコの統計によると、就学率は初等教育、中等教育とも低下している。このことから、バングラデシュの教育統計の信頼性を直ちに云々することはできないが、教育の実態が政府の発表ほど楽観的ではないことを示している、といえよう。
- 6) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh (1989)*.
- 7) これは、360の準県と準県に相当する32のタナ (Thana) とを加えた数である。
Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh (1989)*.
- 8) World Bank, *World Development Report 1988*.
- 9) 農業部門のGDPに占める割合は、世銀の推計ではさらに高くなり、およそ5割程度となる。
World Bank, *World Development Report 1988*.

10) このことは、コンピュータ推計によって容易に確かめることができる。また、国連の推計にも、このことは示されている。

11) バングラデシュでは、総雇用者数の6割近くが農林水産業に従事しており、製造業に従事しているのは1割にも満たない。残りの3割の大半は、サービス業に従事している。こうした雇用形態からするならば、製造業に多くの雇用機会の創出を期待はできないと、と考えられる。

Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh* (1989).

12) バングラデシュの農業生産は、およそ1,700万トンである。しかし、近年は、農業部門の生産だけでは国内の需要をまかないきれず、毎年200万トン程度の穀物の不足分を外国から調達しているのが現状である。

13) Planning Commission, *Mid-Term Review of The Third Five Year Plan 1985—90*.

14) この結果、政府は計画目標の抜本の見直しに着手したという見解は、1988年の時点においてさえ、一部の学識経験者等から聞かれた。しかし、この見直し策に関する資料はいまだに提示されていない。

15) フード・フォー・ワーク計画とは、1974年の洪水を契機として開始され、その後、急速に成長した計画である。その目的は、道路や灌漑施設などの建設・修復作業を通じて貧困層に雇用機会と食糧とを提供することにある。一種の救貧政策である。

Planning Commission, *Mid-Term Review of The Third Five Year Plan 1985—90*.

表1 バングラデシュ(東パキスタン)の洪水

年	被災面積 (千km ²)	対国土比率 (%)	年	被災面積 (千km ²)	対国土比率 (%)
1954	36.92	25.6	1973	29.90	20.7
1955	50.70	35.2	1974	52.72	36.6
1956	35.62	24.7			
			1975	16.57	11.5
1960	28.60	19.9	1976	28.42	19.7
1961	28.86	20.0	1977	12.55	8.7
1962	37.44	26.0	1978	10.83	7.5
1963	43.16	30.0			
1964	31.20	21.7	1980	33.08	23.0
1965	28.60	19.9	1982	3.15	2.2
1966	33.54	23.3	1983	11.11	7.7
1967	25.74	17.9	1984	28.31	19.7
1968	37.44	26.0			
1969	41.60	28.9	1985	11.43	7.9
			1986	4.59	3.2
1970	42.64	29.6	1987	57.49	39.9
1971	36.48	25.3	1988	81.80	56.8
1972	20.80	14.4			

出所) 佐藤宏, 「洪水に翻弄されるバングラデシュ」, 『アジア研究』No.109, 1990年2月10日, 28ページ

表2 宗教別の人口比率 (単位: %)

宗 教	1961年	1974年	1981年
イスラム教	80.4	85.4	86.6
ヒンズー教	18.5	13.5	12.1
そ の 他	1.1	1.1	1.2
合 計	100.0	100.0	100.0

出所) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh (1989)*.

表3 就学率 (単位：%)

教育段階	1985年	1986年	1987年
初等教育	76.2	80.9	84.0
中等教育	22.4	22.9	24.2
高等教育	2.68	3.08	3.32

出所) Bangladesh Bureau of Statistics,
Statistical Pocket Book of Bangladesh
 (1989).

表4 部門別生産の増加年率¹⁾

(単位：%)

	1985-86	1986-87	1987-88
農 業	3.28	0.40	-1.07
鉱 業 ・ 採 石	-25.00	3.33	-50.00
工 業	2.60	7.89	-0.17
建 設 業	1.73	6.81	2.28
電気・ガス・水道・下水	2.52	1.76	6.45
輸 送 ・ 通 信	5.18	8.52	3.26
商 業 ・ 貿 易	4.00	2.13	1.54
住 宅	3.05	3.29	3.22
行 政 ・ 防 衛	2.79	7.52	-1.20
銀 行 ・ 保 險	6.29	5.52	1.44
そ の 他 サ ー ビ ス	8.04	6.92	1.12
G D P	4.21	3.85	2.18

注1) 1984-85年価格表示の部門別生産の増加率である。

出所) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh* (1989).

表5 部門別生産シェア¹⁾
(単位：%)

	1984-85	1985-86	1986-87	1987-88
農業	41.74	41.37	40.00	38.73
鉱業・採石	0.001	0.001	0.001	0.001
工業	9.86	9.71	10.09	9.86
建設	5.53	5.40	5.55	6.10
電気・ガス・水道・下水	0.58	0.62	0.73	0.90
輸送・通信	10.55	10.64	11.12	11.24
商業・貿易	9.16	9.14	9.00	8.94
住宅	7.97	7.80	7.84	7.92
行政・防衛	4.35	4.27	4.44	4.29
銀行・保険	1.69	2.05	2.08	2.07
その他サービス	8.58	8.90	9.16	9.96
G D P	100.00	100.00	100.00	100.00

注1) 1984-85年価格表示の部門別国内生産のシェアである。
出所) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh*
(1989).

(単位：%)

表6 商品別輸出構成比

年	製	ジュート	茶	皮	革	冷凍食品	ナフサ 精製油 ビニロン メ	縫製品	新聞用紙 ・紙製品	化学 ・医薬品	農産物	手工芸品	その他	計
1972/73	51.5	38.4	2.8	4.6	0.9	0.0	0.0	0.0	0.9	0.0	0.2	0.0	0.7	100.0
1973/74	53.2	34.4	3.9	4.3	1.2	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.3	0.0	1.5	100.0
1974/75	58.6	24.0	6.2	7.0	0.8	1.2	0.0	0.0	1.0	0.1	0.2	0.1	0.7	100.0
1975/76	47.7	33.3	4.7	8.1	2.9	1.1	0.0	0.0	0.6	0.1	0.6	0.2	0.8	100.0
1976/77	42.9	28.2	8.9	9.4	4.2	3.6	0.0	0.0	0.7	0.0	0.6	0.2	1.2	100.0
1977/78	50.4	19.6	9.2	9.2	3.9	2.4	0.0	0.0	1.8	0.1	0.8	0.4	2.3	100.0
1978/79	45.8	23.5	6.7	12.4	5.6	1.5	0.0	0.0	1.2	0.1	0.7	0.4	2.2	100.0
1979/80	54.0	19.8	4.5	9.0	5.1	3.2	0.1	0.1	2.0	0.0	0.4	0.5	1.5	100.0
1980/81	51.6	16.8	5.7	18.0	5.6	6.8	0.5	0.5	1.3	1.5	0.3	0.5	1.4	100.0
1981/82	46.5	16.2	6.1	10.1	8.4	6.8	1.1	1.1	1.0	0.1	1.7	0.5	1.5	100.0
1982/83	46.6	16.0	6.8	8.5	10.5	4.5	1.6	1.6	0.7	1.7	1.0	0.4	1.9	100.0
1983/84	44.0	14.5	8.5	10.5	9.5	3.2	3.9	3.9	1.1	1.2	1.1	0.3	2.3	100.0
1984/85	41.7	16.1	6.5	7.5	9.3	2.2	12.4	12.4	1.1	0.7	1.0	0.2	1.2	100.0
1985/86	35.8	15.1	4.0	7.4	13.8	2.1	16.1	16.1	0.9	0.7	2.5	0.2	1.5	100.0
1986/87	31.2	9.8	3.4	12.1	14.3	1.0	23.6	23.6	0.8	0.7	2.0	0.3	0.8	100.0

出所) Ministry of Finance, *Bangladesh Economic Survey, 1986/87*.

表7 バングラデシュの財政

(単位：100万タカ)

年 度		'83-84	'84-85	'85-86	'86-87	'87-88
歳入	総 額	30.3	34.8	40.8	47.1	51.5
	税 収	24.4	28.5	32.3	38.5	43.7
	そ の 他	5.9	6.3	8.5	8.6	7.8
歳出	総 額	66.8	71.7	80.1	92.8	103.7
	開 発 支 出	36.4	37.2	42.4	46.1	47.2
	食糧備蓄純支出	3.4	3.0	0.0	3.8	5.2
	フード・フォーワーク・計画	2.0	2.2	3.5	3.3	4.0
	そ の 他 支 出	25.0	29.3	34.2	39.6	47.3
財 政 赤 字		36.5	36.9	39.3	45.7	52.2
赤字補填	総 額	36.5	36.9	39.3	45.7	52.2
	外 国 援 助	34.6	33.1	40.2	43.7	50.9
	国 内 調 達	1.9	3.8	-0.9	2.0	1.3

資料) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Pocket Book of Bangladesh* (1989).

第3章 バングラデシュの人口 ・家族計画

第2章で見てきたように、苛酷な自然、低迷する経済活動、生活水準の低さといった悪条件にもかかわらず、バングラデシュには1億人を上回る人々が住んでいる。しかも、この大規模な人口は、現在も年2パーセントを上回る高率で増加し続けている。常識的に見れば、これはきわめて異常な現象である。こうした人口状況は、今後、バングラデシュの社会経済に大きな負担をもたらすであろう。そこで本章では、(1)バングラデシュにおける人口動向とその要因、そして(2)これに対する対応策の2点を考察しよう。

1 バングラデシュの人口と人口動態の趨勢

まず、総人口の歴史の変遷を概観しよう。表1が示しているのは、バングラデシュの総人口と人口増加率の推移である。この表からわかるように、人口増加の趨勢は1901年から1951年までの期間（前期）とそれ以降の期間（後期）との2期に大別できる。前期における人口増加は、非常に緩慢である。人口増加率は1941年を除けば1パーセント以下と低い水準にあり、総人口は50年間に1,500万人（=4,400万—2,900万）しか増加していない。

これに対して、後期には、各年次の人口増加率は2パーセント以上（最高は1971年の2.5パーセント）という高水準に達し、1985年の人口は1億に達している。総人口は、1951年から1985年までの34年間に、実に2倍以上になっている。すなわち、バングラデシュの人口急増は、1951年以降に増加率が加速度的に上昇したことによるのであって、人口が1億の大台に達したのはここ数年のことにすぎないのである。

では、1951年以降の人口急増は、なぜ生じたのであろうか。表2、図1に示されているの

は、バングラデシュの出生率と死亡率の推計値である。これらの資料から、1950年以降(1)死亡率は着実に低下してきたが、(2)出生率は高水準にあり、またその低下は緩慢であったために、(3)自然増加率(=出生率-死亡率)が上昇した、という3点がわかる。

また、表3が示しているのは、1881年から1987年までの死亡率と出生率の推移である。このデータには、欠けている年次も多分にあるが、次の3点は確実に読み取れよう。(1)1881年から1951年まで死亡率は40%という高水準にあったこと。(2)出生率の趨勢から1951年以前の出生水準を推し量るなら、これは少なくとも40%を幾分か上回る水準にあった、と思われること。その結果、(3)1951年以前の自然増加率は低水準にあった、と思われること。

以上の議論からするならば、1950年頃を境として、それ以降のバングラデシュでみられる人口の急激な増加は、(1)それまで高水準にあった死亡率が着実に低下したにもかかわらず、(2)出生率は依然として高水準に留まっており、またその低下速度もきわめて緩慢であったために、(3)自然増加率が急速に上昇した結果もたらされた、といえよう¹⁾。

2 出生率、死亡率を規定する諸要因

次に、出生率と死亡率にこうした推移が生じる理由を見よう。

先ずは、死亡率である。人口理論によれば、死亡率や出生率の低下は社会経済の発展によって生じる、と考えられている²⁾。ところが、前章でも見たように、バングラデシュの社会経済は多くの困難に直面しており、順調に発展しているとはいえない。こうした状況にもかかわらず、死亡率は1950年以降、着実に低下している(図1参照)。つまり、同国の死亡率の低下には社会経済以外の要因が大きく影響している、と考えられる。

そうであるならば、こういった要因が死亡率を低下させたのであろうか。有名な人口学者のキングスレー・デービス(Davis, K.)は、開発途上国で生じた死亡率の急激な低下を分析した結果、次のように述べている³⁾。

「…1940年以降の開発途上地域における死亡率の大幅な低下が、主に手頃な費用で利用できる新たな疾病治療法の発見、国際機関や学問分野での交流によるそれらの先進国から開発途上国への伝播、…によってもたらされたことは、一般に明らかであると思われる。死亡率の低下は急速であった。というのは、その低下が開発途上地域の一般的な経済開発にも、社会の近代化にも依存していなかったからである。」

こうした考え方は、今日では定説となっている。バングラデシュの社会経済状況を想起す

るならば、同国の死亡率低下には国際医療協力や医学の発展が大きく貢献している、といっても差し支えないであろう。

同じことは、出生率の低下についてもいえる。図1からわかるように、バングラデシュの出生率は全般的としては高水準で停滞している。しかし、詳細にみるならば、1950～75年期には若干上昇し、次いで1975～85年期にわずかながら低下している。多産から少産へのこうした動きは社会経済の発展、生活水準の向上に伴って生ずる、と考えられている⁹⁾。

しかし、経済成長の停滞、高失業率、広範な貧困、農業労働者世帯の増加といったバングラデシュの今日の社会経済状況に鑑みれば（第2章参照）、この出生率の低下が社会経済の発展によって生じたとは考え難い。むしろ、人口分野、とくに家族計画などに対する国際協力が相当貢献している、と考える方が適切であろう。

以上のことから、次のように結論づけることができよう。バングラデシュでは、1950年以降死亡率は着実に低下してきた。他方の出生率は、ようやく近年になって、わずかながら低下傾向を示し始めた。しかし、バングラデシュの社会経済状況に鑑みると、同国の出生率、死亡率の推移が社会経済の発展によって生じたとは考え難い。むしろ、国際協力などの外部からの刺激によって引き起こされた、といった方が適切であろう。この意味からするなら、バングラデシュにおける出生率、死亡率の推移は他動的な性格を有している、と考えられる。

ここでとくに重大な問題は、出生率に低下傾向がみられるとはいっても、それはきわめて緩慢なものであって、出生率それ自体は依然として高水準にある反面、死亡率が着実に低下していることである。このために生ずる人口増加は⁹⁾、今後も社会経済に大きな圧力を及ぼすことになるであろう。

3 バングラデシュの家族計画

では、出生率が容易に低下しないのは、一体なぜであろうか。この問題を、(1)出生抑制手段の普及と、(2)出生抑制に対する人々の意識の両面から考察しよう。

出生抑制手段には、(1)各種避妊法、(2)人工妊娠中絶、(3)結婚パターンの変更⁹⁾、(4)母乳哺育⁹⁾の4種類がある⁹⁾。図2と表4に示されているのは、この4手法のうちどの手法が、出生をどの程度抑制した結果、現実の出生水準がもたらされているのかを、バングラデシュ(1985年現在)について計算した結果である⁹⁾。

この図と表の見方は、きわめて簡単である。1985年におけるバングラデシュの現実の出生

水準（合計特殊出生率¹⁰⁾）は5.7である。わかりやすく表現すれば、バングラデシュの女性は、平均6人程度の子供を産んでいることになる。他方、女性の生物学的な出産能力の上限は、平均15.3人である¹¹⁾。この図と表が示しているのは、両者の差である9.6人がどの手法によって、どの程度抑制されているかである。

さて、図2および表4からわかるように、母乳哺育の出生抑制効果が6.2人、避妊の抑制効果が2.2人、結婚パターンが0.8人、人工妊娠中絶が0.2人抑制したことによって、現実の出生水準がもたらされていることになる（これらの合計は9.4人であり、先の9.6人とは0.2人異なるが、これは計算上の誤差である）。つまり、母乳哺育の出生抑制効果が最も大きく、それ以外の手法の効果はさして大きくないことがわかる。

とくに留意すべき重大なことがらは、バングラデシュ政府の努力や海外からの多額の人口援助にもかかわらず、避妊の抑制効果が以外と小さいことである。これは、家族計画が普及していないことを示している。事実、表5が示しているように、家族計画の実施率は、1986年においても29.8%でしかない。出生率が依然として高水準にあり、また低下が緩慢であるのは、家族計画の普及率が低いからである、といえよう。

4 社会・経済・文化的要因

バングラデシュで家族計画がさほど浸透していないのは、家族計画に対する人々の意識と、これを規定する社会的要因、経済的要因、文化的要因に原因がある、と考えられる。この点について、簡単に述べておこう。

貧しい開発途上国では、一般的に、男性や男児の経済的価値が非常に高い。これは、男子は少年時から労働力として活動するし、社会保障の完備していない社会では、長じて老親の経済的保障の源泉となるからである¹²⁾。

こうした風潮は、2つの結果をもたらす。第1は、男性や男児を優遇するあまり、女性や女児の社会的あるいは世帯内での立場が弱められることである¹³⁾。開発途上国において、数多くの女性が義務教育も満足に受けられず、疾病時に十分な医療機会も与えられず、そして栄養不良に陥っているのは、このためである。第2は、労働力として、また老後の経済的保障のために必要とおもわれる男児数を確保するまで、夫婦は出生行動を継続しようとするために、出生率を結果的に高めてしまうことである¹⁴⁾。

こうした社会的特性は、そのままの形でバングラデシュに当てはまる、といって差し支え

ないであろう。

さて、夫婦のこうした出生行動に、乳幼児死亡率が拍車をかける。夫婦が必要と思う男児数を確保しても、乳幼児死亡率の高い社会では、全員が順調に育つ保障はない。このため、夫婦が望む子供数（希望子供数）は多くなり、これを追求する結果、出生率が高まることになる¹⁹。図3に示されているのは、世界出生力調査（WFS；World Fertility Survey）に基づく乳幼児死亡率と希望子供数との関係である。乳幼児死亡率の高い国ほど、希望子供数の多いことがわかるであろう。さて、バングラデシュの乳児死亡率がどの程度かという点、1987年においてさえ人口1,000人当たり111という高水準にある（1987年における日本の乳児死亡率は、5.0である）。乳児死亡率の高いこの国で出生率が高いのは、当然のことである。

不幸なことには、栄養不良の女性が出産を頻繁に行うと、体重の少ない子供（低体重児）が生まれがちである。疾病に対する抵抗力の弱い彼らは、乳幼児死亡を増大させ、これが次の出生を招くのである。また、栄養不良と頻繁な出産は母体の消耗（母体消耗性症候群；Maternal Depletion Syndrome）を、ひいては妊産婦死亡の増大をもたらすだけでなく、一家の支柱である彼女らの死亡は、世帯の貧困化に拍車をかけることになる。

また、バングラデシュには、他にも宗教という大きな要因がある。イスラム教が支配的な社会では、社会規範はイスラム法によって規定されている。この法律では、遺産相続や財産の分与など様々な面で、男性の地位は女性よりも優位に置かれている。そこで、夫婦の男児に対する選好はさらに強まり、これがより多くの出生を招くのである。

これまでの議論を要約するならば、バングラデシュで家族計画が普及しないのは、貧困のゆえに子供、とくに男児の経済的な価値がきわめて高く、しかも乳幼児死亡率が高水準にあるために、多産を歓迎する通念が社会の隅々にまで行き渡った結果、産児制限への理解が得られないからである、といえよう。

5 人口問題

人口急増の人口学的要因は、これまでの説明から理解できよう。しかしながら、人口の増加を持続させ得た条件は何か、という問題が残る。

出生率が容易に低下しない理由は、先にも幾つか挙げた。しかし、1平方キロメートルの人口密度が690人強という数値が示すように、人口圧力が極限ともいえるほどの高水準に達した場合、常識的に考えれば、そうした要因はもはや作用しなくなり、社会規範や人々の価

値観・意識は多産から少産へと変化し、人口増加率は大幅に低下するはずである。ところが、現実の出生率、自然増加率の動向からわかるように（図1参照）、そうした顕著な動きは出現していない。

この問題について、ある研究者は次のように述べている。「バングラデシュの貧困の要因として頻繁に引用される人口密度の高さは、実際には土地の肥沃さの証しでもある。歴史的には、バングラデシュ・デルタの高人口密度は、ナイル川沿岸のそれと同様に、十分な農業供給によって可能だったのである。…都市化率の低さが、このことを明らかにしている。バングラデシュ人の9割は農村に住んでおり、そのほとんどは土地から生活の糧を得ているのである。」¹⁶⁾

また、別の学者は、次のようにも述べている。「バングラデシュの文化は、生物学的な観点から定義するならば、高度な成功を収めている。資源の基盤を破壊することなく、これほど過重な人口が土地を頼りに生活していけるような社会は、たぶん他には存在しないであろう。」¹⁷⁾

これらの説によるならば、バングラデシュの苛酷な自然条件に適応し、「黄金のベンガル」(Golden Bengal)といわれる農業の豊かさ、人口扶養力の高さを十二分に活用してきたことが、人口の急増を支えてきた主要因である、ということになる。このような条件がごく最近まで続いてきた、といえよう。

しかしながら、近年、状況は大きく変わりつつあるように思われる。イスラム法によれば、農地は男児の間で均分相続される。また、人口増加率を都市農村別に見ると、国民の9割近くが居住する農村地域の人口の自然増加率は高い¹⁸⁾。この2要因の相乗作用によって、農地は増加する男児の間で世代ごとに細分化され、ついには農業だけでは生計を立てることが困難な群小な農家が生み出されている。

こうした状況の下で、土地の売却、貸借関係や担保関係と社会階層とが複雑に結び付き、土地保有の不平等化、そして農業労働者(Landless Labour)の増大が進展することになる。土地所有の不平等化の進展は、図4のローレンツ曲線から読み取れよう。また、農業労働者の増大は、今日、すでに深刻な社会問題となってきた¹⁹⁾。

上記のプロセスを通じて、農村地域の失業者、準失業者は増大し、その結果、農村一都市間人口移動が促進される。彼らは、農村地域の高人口圧力、農地の喪失、低賃金といったプッシュ要因に促され、また都市の雇用機会、高賃金といったプル要因に引かれて、農村から都市へと移動する。バングラデシュの都市化が近年になって急速に進展しているのはこのためであって、その推移は表6から読み取ることができよう。また、世銀の推計によれば、

1951～61年には年平均4万人であった農村―都市間人口移動が、1961～74年には5倍の20万へと増加した、とされている²⁰⁾。

急激な人口の都市化は、深刻な社会問題をもたらす。都市の住宅問題、雇用問題、交通問題、上下水道の充実、電力供給などは、すでに深刻な状況に陥っている。流入者の大半は正業につけず、インフォーマル・セクター (Informal Sector) に吸収される。そして、流民 (Floating Population) と化した彼らはスラムに沈没し、貧困、栄養不良、保健衛生、といった都市の貧困問題を深刻化させている²¹⁾。その一端を示すならば、図5に示されるように、スラムはダッカ市内に広まっているのである。

そればかりではない。人口の過度な増加は、経済開発や経済成長にとっても大きな障害となっている。表7は、バングラデシュの経済成長率 (GNP成長率)、人口増加率、および生活水準の指標である1人当たりGNPの増加率を示している。GNPだけを見ると、年次によって変動はあるが、ともかくも成長を継続している。しかし、1人当たりGNPに目を転ざると、成長率はGNPより低くなり、マイナス成長さえ散見される。つまり、人口の急増が経済成長の成果を打ち消してしまい、一時的にせよ生活水準が低下したことになる。

このことからわかるように、バングラデシュで経済開発や生活水準の向上が容易に進展しない原因には、経済成長が低水準にあることもさることながら、人口の急増による部分も相当程度ある、といえよう。

6 悪循環と対応策 ― 家族計画と母子保健 ―

これまで述べてきたことから、バングラデシュの社会、経済、そして人口は、ある種の悪循環に陥っている、といえよう。その概要は、およそ次の通りである (図6参照)。

多産は人口の急増をもたらす、これが経済全体にとっては経済活動の停滞、世帯にあっては貧困の大きな原因となる。しかも、社会に蔓延する貧困状況とそれに伴う女性の地位の低さは、女性の栄養不良、教育水準の低さの大きな原因となる。この栄養不良の状況下での頻繁な出産は、疾病に対する抵抗力の弱い低体重児、母体の激しい疲弊からくる母体消耗性症候群をもたらす。

しかも、医療施設は往々にして完備していない。たとえ完備している場合でも、貧困や教育水準の低さからくる無理解ゆえに、利用しないことが多い。その結果、乳幼児死亡と妊産婦死亡が多くなる。貧しい社会にあっては、子供の経済的価値の高さは、乳幼児死亡の多さ

とあいまって、家族計画に対する認識を弱め、家族計画の普及を阻害する。その結果、多産と人口の急増が生ずる。この多産こそが、母体の消耗をもたらす一大要因となる。他方、妊産婦、言い換えるなら、家族の紐帯でもある主婦の死亡は、世帯の貧困化に拍車をかけることになる。

もちろん、この国が貧しく発展が遅々として進展しない原因を、急速に増加する大規模な人口のみに求めることができないのは当然のことである。この問題には、我々の想像をはるかに越えた様々な要因が、複雑に絡み合っていることであろう。しかしながら、人口要因が大きな原因の1つであることも、また紛れもない事実なのである。バングラデシュの社会、経済、文化には「多産が貧困をもたらし、貧困が多産をよぶ」という悪循環が組み込まれている、といっても過言ではないであろう。

悪循環はどこかで断ち切る必要がある。バングラデシュ政府もこの点を認識しており、第3次5カ年計画の中で、1990年までに家族計画の普及率を40%まで上昇させる、といった政策目標を掲げている。また、国際援助機関や先進諸国政府も、家族計画分野での援助に力を注いできた。しかしながら、家族計画の普及が容易に進展していないことは、すでに見てきた通りである。

その原因は、心理的にせよ物理的にせよ住民側に受入準備が整わないうちに、家族計画を推進してきたことにある。人々が多産を歓迎するには、それなりの背景がある。家族計画の実施に際しては、この背景を十分に考慮する必要がある。悪いことには、一部の援助機関が不妊手術を強引に押し進めてきた結果、一部の住民に家族計画への悪印象さえ植え付けてしまっている。

最近、バングラデシュ政府や国際援助機関は家族計画への動機づけを重視し始めているが、これには長時間を要するであろう。

こうした状況の下で、近年、注目されつつあるのが、乳幼児生存仮説（Child Survival Hypothesis）と母子保健（Maternal and Child Health）である。すでに述べたように、乳幼児死亡の多さが多産の原因となっているのであれば、乳幼児死亡を減らすことによって出生を少なくできるはずである²⁰。

この仮説に関しては、これまで数多くの調査研究が行われ、その妥当性が明らかになってきている。この仮説の命題を実行に移す場合、中核となる政策が母子保健であり、母子保健には次のような家族計画には見られない優れた特徴がある。

乳幼児の死亡が多く、子供の経済的価値が高い貧しい社会では、産児制限への理解と協力は容易に得られない。これに対して、子供の健康を願わない親はいないし、妊産婦の健康は

家族の切実な願いである。したがって母子保健に関しては、積極的な理解と協力を期待できる。また、場合によっては生死の危険を伴う出産は、どの家庭においても幸不幸の分岐点である。母子ともに健康である場合の幸福はいうまでもないが、母子ともに死亡した場合、もしくはいずれかが死亡した場合の家族の悲嘆は大きい。母子保健はこうした決定的な場面で大きな威力を発揮する。しかも、医療行為の効果は人々の目に直接訴えるために、絶大な信頼を勝ち取ることができる。その結果、子供の死亡が少なくなった、あるいは減少しつつあると人々が一度確信すれば、これは次には家族計画の大きな促進要因、ひいては出生率を引き下げる一大要因となる。

バングラデシュにおける今後の人口動向の鍵を握っているのは母子保健である、といっても過言ではないであろう。

7 ま と め

現在、幾つかの援助機関は、母子保健のもつこうした長所に、気付き始めている。ユニセフは、家族計画に関するトレーニングばかりでなく、出産時の伝統的な立ち合い人であるTBA (Traditional Birth Attendants:わが国の「取り上げ婆さん」に相当) に対する基礎的な医学知識のトレーニングに着手しはじめたようである²⁰⁾。

また、アメリカ国際開発局 (USAID) は、乳幼児死亡を減らすことによって出生を少なくしようとする明確な意図の下に、『乳幼児生存の戦略』(Child Survival Strategy) なる内部資料を作成している。その中では、次のように述べられている²¹⁾。「USAIDは『乳幼児生存の戦略』を、出生率を低下させようとする…USAIDの活動の重要な構成部分とすべきである。それゆえ、母子保健サービスの提供は、我々の人口および保健分野に対する援助の重要な一部になるであろう」

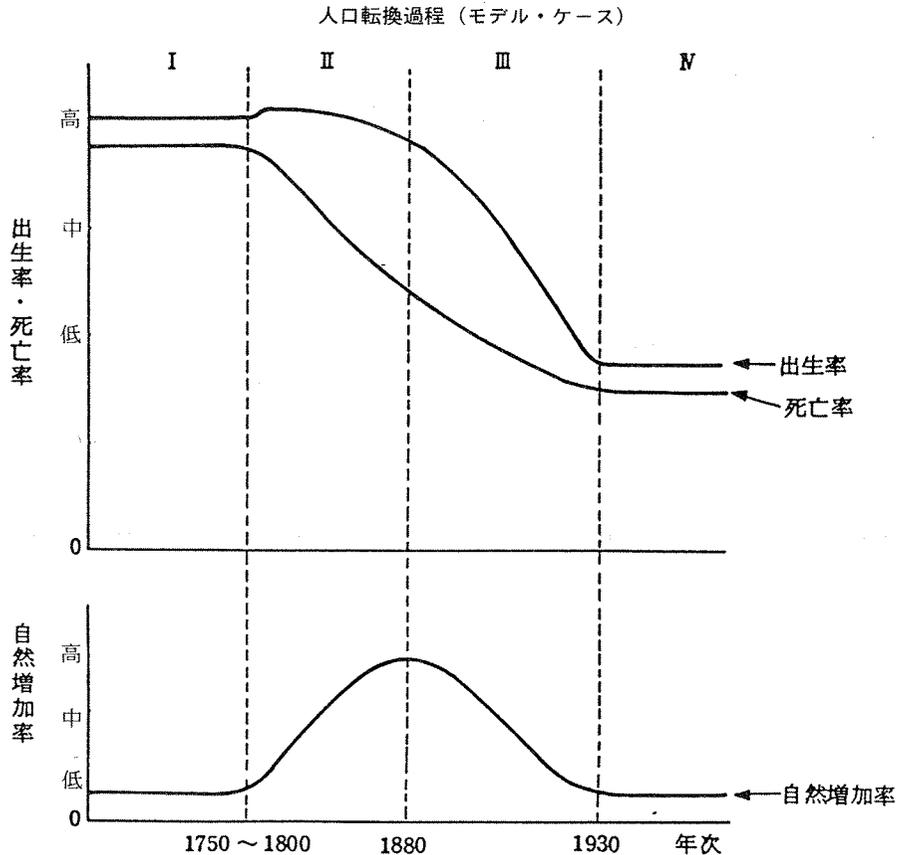
ここで想起すべきは、わが国の経験であろう。わが国は、これまでの経済的に困難な時期にも一貫して母子保健を推進し、妊産婦死亡、乳幼児死亡を減少させてきた貴重な経験を有している。しかも、先に触れた乳幼児生存仮説に鑑みれば、乳幼児死亡の減少は出生減少の前提条件ともなるのである。わが国の経験は、人口増加の急増、高出生、高乳幼児死亡に悩むアジアに資するところ大である、といえよう。

(注)

1) 人口および出生率と死亡率（人口動態）のこうした推移は、人口転換理論(theory of demographic transition) によって説明できる。人口転換理論とは、一国の人口趨勢とこれを規定する出生率と死亡率の動向を、社会経済の発展段階と関連づけて体系的に説明した仮説である。その概要は、下記の図に示されている。

出生率と死亡率は、社会経済の発展段階が高まるにつれて、高出生高死亡率から低出生低死亡率へと推移する。これを人口転換といい、その過程は4段階から成る。第1段階では、出生率、死亡率とも高水準にある（低発展段階）。第2段階では、死亡率の急速な低下と出生率の停滞もしくは若干の上昇、そしてそれに続く若干の低下が生ずる（発展の始動段階）。第3段階では、出生率が死亡率を追うように急速に低下する（発展の進展段階）。そして、最後に第4段階の低出生低死亡率の段階に達する（高発展段階）。そこで、出生率と死亡率の差である自然増加率は、低水準(第1段階)、上昇して高水準へ(第2段階)、高水準からの低下(第3段階)、低水準(第2段階)の順に変化する。

ちなみに、これまで述べてきたバングラデシュの人口状況の推移を人口転換理論によって説明するならば、1951年以前は第1段階に、そして1951年以降は第2段階に相当する。このことは、下記の図と図1とを比較するならば、容易に理解できることであろう。ただし留意すべきは、後述するように、バングラデシュの人口転換は社会経済の発展によって生じたのではない、と思われることである。



大塚友美,「バングラデシュの人口転換」,『日本大学創立百周年記念論文集』,勁草書房,1989年10月4日。

- 2) この点に関しては,注(1)の人口転換理論の概要を参照されたい。
- 3) K. Davis, "The Amazing Decline of Mortality in Underdeveloping Area," *American Economic Review*, Vol.46, No.2 (May.1956), pp.305-318.
- 4) この点に関しては,注(1)を参照されたい。
- 5) このことは,国連の各種の将来人口推計によって確かめることができる。
- 6) このことは,晩婚を連想すれば,容易に理解できる。女性の妊娠可能年齢は15歳から49歳までである。さて,避妊や中絶などの出生抑制手段を全く利用できない条件の下で,15歳で結婚した女性と25歳で結婚した女性がいたと仮定した場合,後者が一生涯に産む子供の数は,当然のことながら前者よりも少なくなる。結婚パターンの変更には,こうした出生抑制効果がある。
- 7) 母乳哺育には,出生抑制効果がある。すなわち,出産後に乳幼児を母乳で育てている場合,乳幼児の乳首への刺激が排卵抑制ホルモンの分泌を促すので,分娩後の閉経期間(Postpartum Amenorrhea)は母乳哺育期間に応じて長くなる。このために,出産間隔が長期化し,その分だけ妊娠可能期間内(15歳~49歳)の出生数が減少するのである。
山本高次郎,『母乳』,岩波書店,1983年,125~153ページ。
- 8) これらはまとめて近因(proximate detrimnants)と呼ばれている。ちなみに,人間の出生変動の96%は,これらの4変数だけで説明できることがわかっている。
- 9) この指標は,アメリカの人口学者ボンガーツが開発した出生力デコンポジション法によって,簡単に計算することができる。
John A. Bongaarts, "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables," *Studies in Family Planning*, Vol.13, No.6/7, June/July, 1982, pp.179-189.
- 10) この指標が意味しているものは,現行の年齢別特殊出生率によって示される出生パターンが将来も変わらず,また女性がこの出生パターンにしたがって子供を産んでいくと仮定した場合に,女性が妊娠可能期間内(15歳~49歳)に産む子供数である。
- 11) John A. Bongaarts, "The Fertility-Inhibiting Effects of the Intermediate Fertility Variables," *Studies in Family Planning*, Vol.13, No.6/7, July, 1982, pp.179-189.
- 12) 大塚友美,「乳幼児生存仮説の検証;日本の経験との関係において」,『経済集志』,第55巻第3号,1985年10月。
- 13) Constantina Safilios-Rostchaïd, *Socioeconomic Development and the States of Women*, The Population Council, No.112, May 1985.
- 14) このような男児選好が多産をもたらすことは,経験的にも実証的にも広く認められている。
- 15) 大塚友美,「乳幼児生存仮説の検証;日本の経験との関係において」,『経済集志』,第55巻第3号,1985年10月。
- 16) Betsy Hartmann and James K. Boyce, *A Quiet Violence*, The University Press Limited, Dhaka, 1983, p.12.
- 17) Clarence Maloney, *Behavior and Poverty in Bangladesh*, University Press Limited, Dhaka, 1986, p.1
- 18) Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Pocket Book of Bangladesh 1989*.
- 19) Nasir Uddin Ahmad, *Landlessness in Bangladesh*, University Press Limited, Dhaka, 1988.
- 20) Abdul Hye Mondal, "Rural Industrialization as a Tool for Rural-Urban Integration in Bangladesh," *BIDS Research Report*, No.84, December 1988, pp.13.
- 21) こうした状況の厳しさは,下記の文献から知ることができる。
Bangladesh Bureau of Statistics (BBS), *A Case Study on Floating Population in Dhaka City 1986*, BBS, June 1988.

Bangladesh Bureau of Statistics (BBS), *Report on the Slum Area Census 1986*, June 1988.
Bangladesh Bureau of Statistics (BBS), *Socio-Economic & Demographic Survey of Slum Dwellers of Dhaka SMA 1987*, BBS, May 1989.

Md. Abdul Quader Miah, et al., *Upgrading a Slum Settlement in Dhaka*, Asian Institute of Thechnology, Bangkok, 1988.

22) 大塚友美, 「乳幼児生存仮説の検証 ; 日本の経験との関係において」, 『経済集志』, 第55巻第3号, 1985年10月。

大塚友美, 「乳幼児生存仮説の検証 ; ポンガーツ法の適用」, 『経済集志』, 第57巻第4号, 1988年1月。

23) このことは, 現地での聞き取り調査によって確認している。

24) USAID, *USAID/Bangladesh Child Survival Strategy*, mimeo.

表1 バングラデシュの総人口と人口増加率

国勢調査実施年月日	人 口 (人)	増 加 率 (%)
1901年3月1日	28,927,786	—
1911年3月10日	31,555,056	0.94
1921年3月18日	33,254,096	0.60
1931年2月26日	35,604,170	0.74
1941年3月1日	41,997,297	1.70
1951年3月1日	44,165,740	0.50
1961年2月1日	55,222,663	2.26
1971年3月1日	76,398,000	2.48
1981年3月5日	89,912,000	2.32
1985年 ¹⁾	100,500,000	

注1 1985年人口は、バングラデシュ政府の推計値。
 出所 Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Pocket Book of Bangladesh 1989*.
 Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh(1989)*.

表2 国連推計によるバングラデシュの出生率、死亡率、自然増加率
 (単位：‰)

期 間	出 生 率	死 亡 率	自然増加率
1950-55	40.2	24.2	16.0
1960-65	46.7	22.0	24.7
1965-70	47.5	21.0	26.5
1970-75	48.5	20.6	27.9
1975-80	47.2	18.9	28.3
1980-85	44.8	17.5	27.3

出所 United Nations, *World Population Prospects and Projections as Assessed in 1982*.

表3 バングラデシュの出生率、死亡率、自然増加率

(単位：‰)

年次	普通出生率	年次	普通死亡率	年次	自然増加率
		1881-1891	41.3		
		1891-1901	44.4		
		1901-1911	45.6		
		1911-1921	46.3		
		1921-1931	41.7		
		1931-1941	37.8		
		1941-1951	40.7		
		1951-1961	29.7		
1961	47.0	1961-1965	18.5		
1963	44.0				
1964	42.0				
1965	37.0				
1968-69	42.0				
1975	49.9	1961-74	19.4		
1978	37.0				
1980	33.4	1980	10.2	1980	23.2
1981	34.6	1981	11.5	1981	23.1
1982	34.8	1982	11.9	1982	22.9
1983	35.0	1983	12.3	1983	22.7
1984	34.8	1984	12.3	1984	22.5
1985	34.6	1985	12.0	1985	22.6
1986	34.4	1986	11.9	1986	22.5
1987	33.3	1987	11.5	1987	21.8

出所 Bangladesh Bureau of Statistics, *Statistical Yearbook of Bangladesh*(1989).

表4 バングラデシュの出生力デコンポジション法による分析結果

指数名	指数値	抑制児数
婚姻指数	0.785	0.8
避妊指数	0.747	2.2
中絶指数	0.983	0.2
母乳哺育指数	0.592	6.2
抑制児総数		9.4

表5 避妊手法別の家族計画の実施状況

手 法	1983	1984	1985	1986
男性不妊手術	2.50	2.91	3.34	3.80
女性不妊手術	6.21	6.81	7.37	7.89
注 射 剤	0.22	0.30	0.40	0.51
I U D	1.00	1.13	1.26	1.39
ピル	3.00	3.86	4.45	5.08
コンドーム	2.69	3.11	3.54	3.99
伝統的手法	0.31	0.31	0.30	0.28
性交中絶	5.49	5.98	6.44	6.85
合 計	21.70	24.00	27.11	29.80

出所：USAID, *Family Planning and Health Service Project Research and Evaluation Findings*, August 1988.

表6 バングラデシュの都市化傾向

(単位：%)

国勢調査 年 次	総人口に占める割合		年 平 均 増 加 率		
	都 市	農 村	都 市	農 村	全 国
1901	2.43	97.57	—	—	—
1911	2.55	97.45	1.39	0.85	0.94
1921	2.64	97.36	0.85	0.51	0.60
1931	3.02	96.98	2.00	0.64	0.74
1941	3.66	96.34	3.59	1.58	1.70
1951	4.33	95.67	1.69	0.00	0.50
1961	5.19	94.81	3.75	1.83	2.26
1974	8.78	91.22	6.62	2.33	2.48
1981	15.18*	84.82	10.63*	1.28	2.32

注 * 1974-1981年の総増加の約30%は、1981年に拡大された都市の定義によって説明できる。

出所 Abdul Hye Mondal, "Rural Industrialization as a Tool for Rural-Urban Integration in Bangladesh," BIDS *Research Report*, No.84, December 1988, p.8.

表7 バングラデシュの経済と人口の増加率

(単位：%)

年次	1977-78	78-79	79-80	80-81	81-82	82-83	83-84	84-85	85-86
経済の成長率	6.7	4.6	1.6	6.5	0.2	3.5	4.6	3.5	4.2
人口増加率	2.3	2.3	2.3	2.6	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5
1人当たりGNP	4.2	2.3	-0.7	3.8	-2.3	0.9	2.0	0.9	1.6

注 人口増加率の算定は、次式による。

$$r = [(Pt - Po) / t] / [0.5 \cdot (Pt + Po)]$$

ただし r は人口増加率、P は人口、o と t は時間を示すサフィックスである。

資料 World Bank, *World Tables 1987*.

図1 バングラデシュ出生率、死亡率、自然増加率

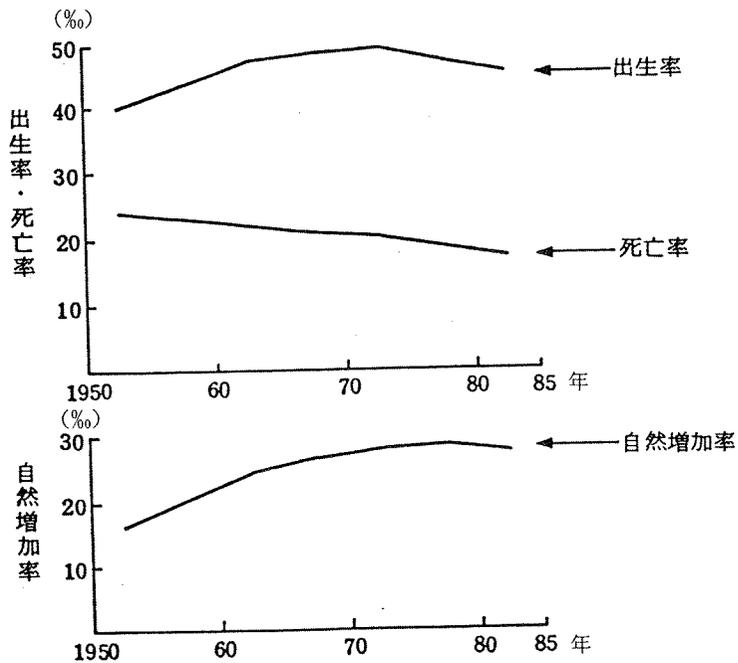


図2 バングラデシュの出生力デコンポジション法による分析結果

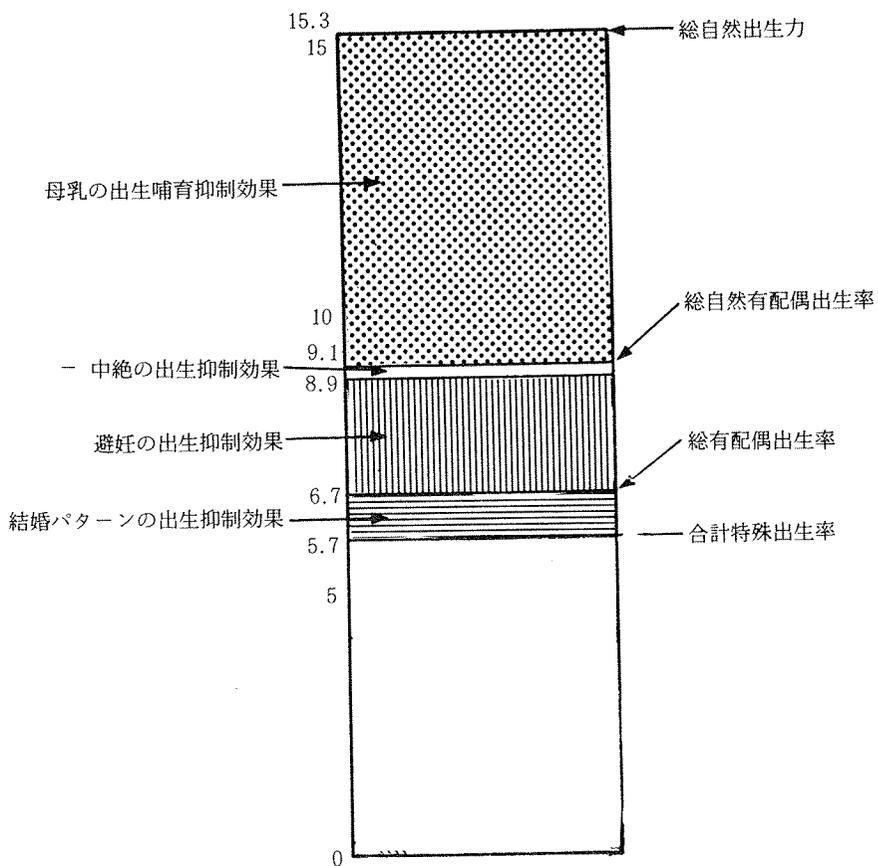
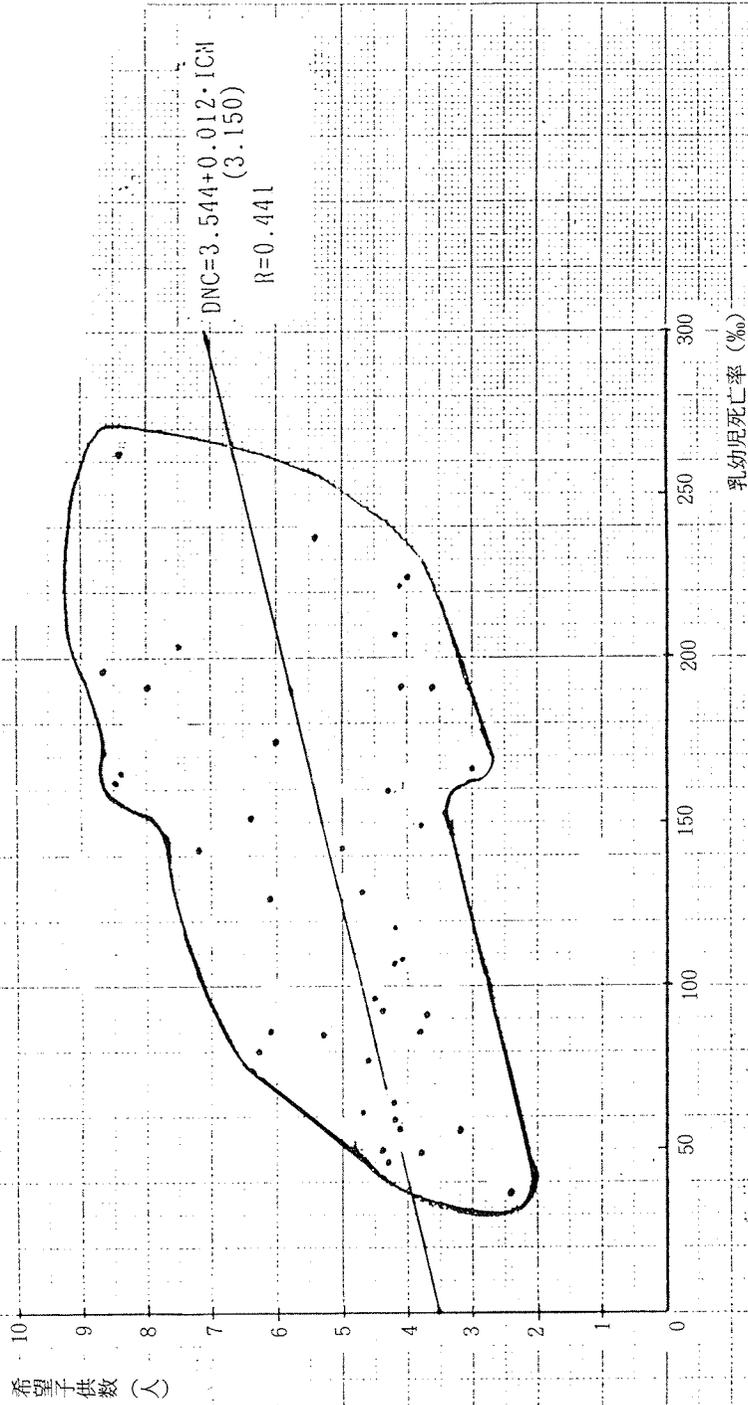
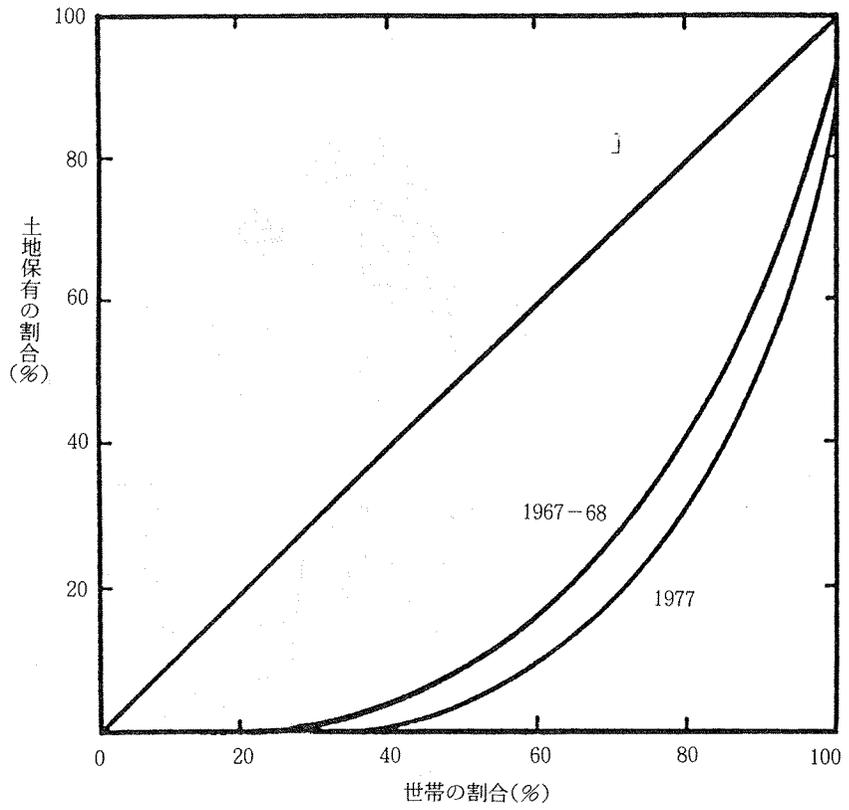


図3. 乳幼児死亡率と希望子供数



注) 図中の回帰式において、DNCは希望子供数を、ICMは乳幼児死亡率を示す。Rは相関係数を示す。またカッコ内の数値はt値である。さらに図中の点は、各国の数値を示している。

図4 土地保有の不均等度



出所 Mushtaq Ahmed, *Bangladesh Agriculture*.

図5 ダッカ市内のスラムの分布

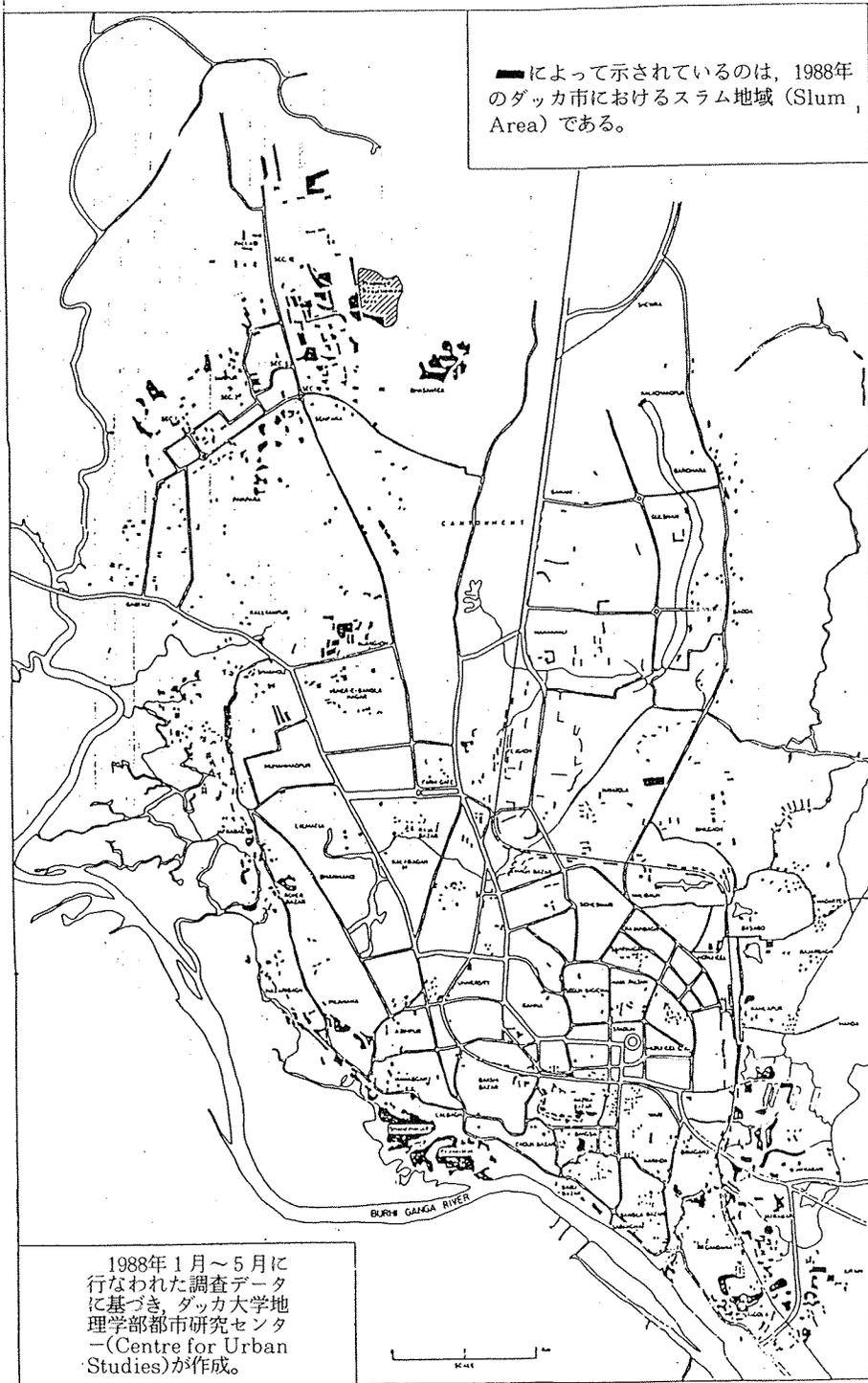
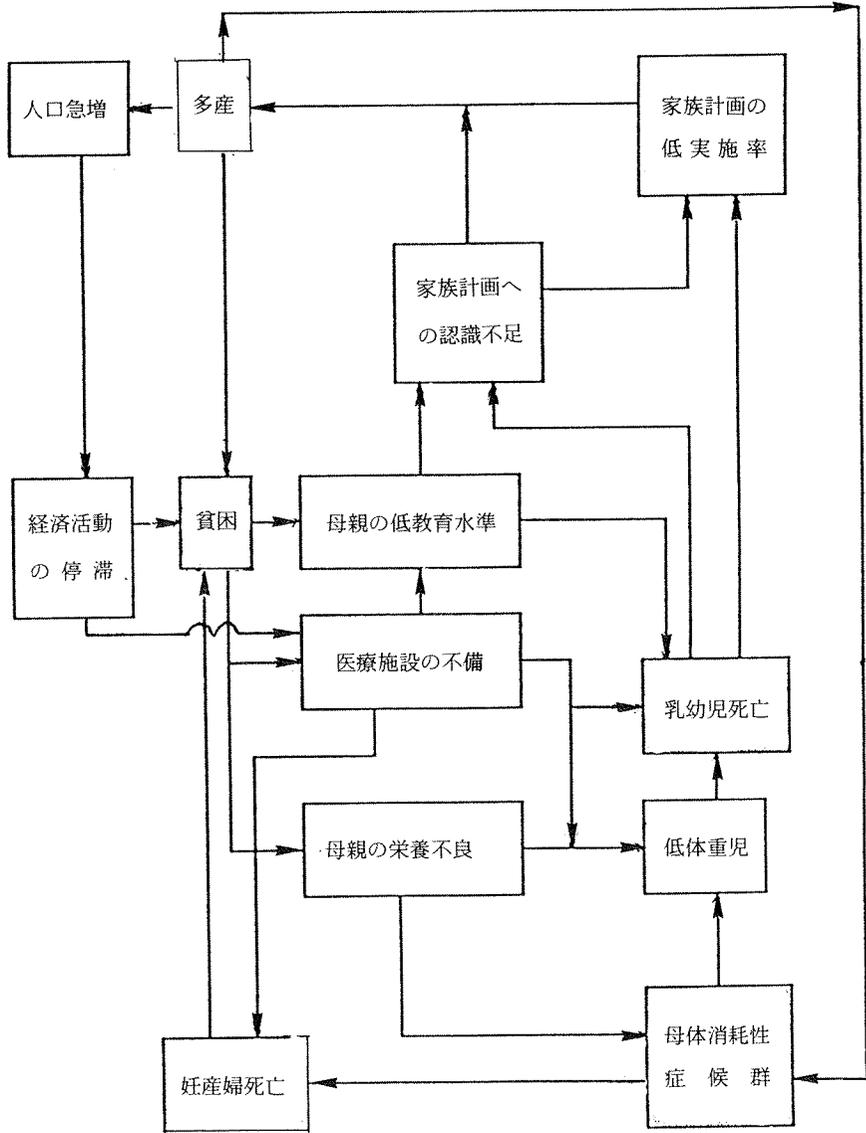


図6 バングラデシュにおける悪循環



第4章 保健医療の概要

バングラデシュの保健医療をまとめるにあたり、収集した資料から得られる情報はきわめて少ない。得られた情報も資料として十分な情報量が含まれていないため、或いは誤った判断をする危険性もある。群盲が象をなでるが如き感をぬぐえない。国の保健医療の真の姿を知るためには、各種保健統計を得るための登録システムの整備が必要であると思う。正確な情報を得ることにより初めて正しい対策が立案できることになる。ここでは限られた資料をもとに述べることとする。

1 保健医療

(1) 環境衛生

① 飲料水について (表1参照)¹⁾

死因や罹病状況からみて、この数値が全国統計でないためバングラデシュ全体を評価することはできないものの、わずかな地域の数値に過ぎないが、下痢や消化器系感染症が多いことは飲料水に問題があると考えられる。原水を濾過して飲料水にすることで消化器系感染症はもちろん、その他の疾病も大幅に減少させることができることを1890年代に米・独で同時に報告されている (Mills-Reincke現象) ことから明らかなように、飲料水の衛生的な供給が重用である。水道が都市部で26.2%とあるが、水質が問題である。まして簡易水道となると十分に消毒がなされているかが重要と思われる。

② 尿尿処理について（表2参照）¹⁾

飲料水と並んで尿尿処理は伝染病予防の観点から重要である。尿尿処理の不完全さは、飲料水の汚染と表裏一体をなすものである。表から明らかなように、少なくとも衛生的な処理を行っているのはきわめて少ない。その他という点が不明であるが、戸外や藪内での排泄が広く行われていることから、この面での改善が急務である。

(2) 栄養状態

乳幼児の発育は母体の影響を強く受けるため、妊娠中からの母体の健康管理が重要であると同時に、出産後の乳幼児の栄養管理等も大切である。

12～59月齢乳幼児の栄養状態の指標の1つとして前腕周囲長が12.5cm以下の出現率をみると²⁾、全国で14.4%（男11.5，女17.6），都市部9.9%（男8.1%，女11.8），農村部14.9%（男11.9，女18.4），で、農村部女兒の発育の悪いことがわかる。

表3，4に急性栄養失調（wasting）の出現率を示した³⁾。期待身長に対する実測体重の割合でみたもので、6～71月齢の全国の子供の8.1%に不足を認める。とくに6～23月齢で高く、月齢が進むにつれ低下する。全国で1,300万人がこの様な状態にある²⁾。下痢や食料不足が原因と考えられ、解決には、母乳栄養、疾病の予防が重要である。

表5，6⁴⁾に慢性栄養失調（stunting）の出現率を示した。年齢相当地に身体が達していない割合でみたもので、都市より農村部に20%位高率、また月齢が進むにつれて高くなる傾向があり、全国で約900万人の子供が該当する²⁾。解決には、母親の高学歴化、母親の衛生教育（排便後の手洗い）、予防接種の普及、上水道の普及が必要である。

成人の栄養状態に関するデータはないが、栄養指標として1日平均摂取カロリー（Kcal）をみると⁵⁾、1981～82年で全国1,925であったが、1985～86年には2,191となり、都市部と農村部での差もほとんどない。また1日平均蛋白摂取量（g）は⁶⁾、1981～82年56であったが、1985～86年には64となっている。都市と農村の差も1981～82年当時10gであったが、1985～86年には2gとなった。

(3) 補水液

下痢はバングラデシュ国の死因や罹病の重要な疾患の1つであり、その原因は不潔な飲料水、尿尿設備の未発達、環境衛生状態の劣悪さ、衛生教育の不徹底（識字率の低さや低学歴が原因）などがある。下痢と嘔吐は脱水状態を招き、特に発熱がある場合には皮膚からの蒸発と相まって乳幼児ではただちに死に結び付く。したがって下痢症状の子供に対しては水分

の補給が重要な対症療法の1つとなる。

この目的のため簡便な補水液が用いられている。経口的補水塩（Oral rehydration salt）として500mlの水に溶解して経口摂取させるものである。成分は塩化ナトリウム175mg、塩化カリウム0.75g、無水三塩化クエン酸145mg、グルコース10mgからなる。ただし、溶解に用いる水を沸騰消毒するなり、活性炭処理するなど十分に滅菌消毒された水を用いることが重要である。

(4) 予防接種状況³⁾

表7に接種率を示した。限られた人数の中での接種状況のため全国での値はもっと低率と思われる。都市と農村では都市の方が高く、たとえば麻疹では（0歳）2.7倍、DPTは5.5倍、ポリオ5.8倍、BCG6.5倍となっている。母親の関心度、医療機関の数等も影響すると考えられる。

2 医療機関、医療従事者

医師の供給源となる歯科・医科大学および教員と学生数は、1986～87年で9医大（1大学院大学を含む）と1歯科大である¹⁾。9医大の教員数は756人（男603人、女186人）、学生数8,396人（男6,032人、女2,364人）で、歯科大の教員は33人（男23人、女10人）、学生数278人（男193人、女85人）である。

医療機関は表8に示すように、高度な医療機関からhealth postまで含めても1,839機関しかない¹⁾。各種指標について表9に示した¹⁾。（ ）内に参考までに日本の値を記入した⁹⁾。

どのパラメータについても不足は明白である。このような状況では医療の質を高めることはきわめて困難である。我が国の看護婦数は約70万人、ほぼ総人口が同じにもかかわらずバングラデシュでは7,000人前後で、明らかに看護婦不足である。宗教上の理由もあろうが、それ以上に売春婦に次いで低い社会的地位であることが大きな原因となっており、この認識が変わらない限り看護婦不足の解消は困難であろう。また医師の地域分布は都市に90%、地方に10%という現状も⁵⁾、地方における医療サービス水準の低下を招いているといえる。

分娩に誰が立合うかは、妊産婦死亡数や新生児死亡数を改善する上で重用である。登録産婆は¹⁾、日本での助産婦と同等とは思えないが、ある程度の教育を受け資格を有する者と思われる。農村での分娩で医療機関や資格のある者による場合は365例中52例（14.2%）⁹⁾しか

ない。都市では50%位になるが、母子保健上登録産婆の養成も重要かと思われる。

3 死因と疾病構造

(1) 死因

死因に関する全国レベルでの統計は入手できない。177例の農村における死因統計がある⁹⁾。表10に年齢層別を示した。破傷風や下痢等感染症による死亡が乳幼児に高い。

成人では心血管系、老齢によるものが多くみられる。男女別（表なし）にみても大差はない。他の報告では都市と農村との差は9歳以下では認められなかった⁹⁾。乳幼児～学童にかけての死因の基礎疾患としては栄養不良が大きいものと思われる。また環境衛生、とくに水が大きな要因とも考えられる。

(2) 罹患状況

全国レベルでの罹患率統計は入手できず、1,920人（男937人、女983人）の集計がある⁶⁾。表11は都市、農村を合計した年齢層別罹患状況である。下痢、呼吸器疾患、発熱疾患が若年者に高く、この3疾患だけで6～7割を占めている。男女別にはほぼ類似した値を示しているが、都市・農村別にみると（いずれも表はなし）下痢は農村部の方が1.5倍高く、寄生虫症（1.7倍）、呼吸器疾患（1.9倍）も同様である。感染症は寄生虫、マラリアについては農村部に高いが、ジフテリア、百日咳、ポリオ、麻疹は都市の方が若干高い。心・血管系疾患（4倍）、糖尿病（11.2倍）、悪性新生物（2.5倍）、消化器系潰瘍（1.4倍）、事故（2.1倍）、腎・尿路系疾患（10倍）等は都市部の方が高かった。農村部では医師数も少ないが、近代医学、特に治療法の面で十分に手が届かないと思われる。

（参考文献）

- 1 Statistical Pocket of Bangladesh 1989, Bangladesh Bureau of Statistics, Statistics Division, Ministry of Planning, Dhaka, Bangladesh.
- 2 Report of the Child Nutrition Status Module, Bangladesh Household Expenditure Survey, 1985-86. Bangladesh Bureau of Statistics, January, 1987.
- 3 M.A. Mannan

Research Report No.117

Mother and Child Health in Bangladesh Evidence from Field Data,
Bangladesh Institute of Development Studies,
Dhaka, Bangladesh., February, 1990.

- 4 国民衛生の動向36：9厚生統計協会，1989.
- 5 経済協力評価報告書，外務省経済協力局，経済協力評価委員会。平成2年6月
- 6 Bangladesh Health Finance and Expenditure Study, Final Report of a Study Conducted for the Director General of Health Services, Government of Bangladesh. Bangladesh Unnayan Gobeshuna Protisthan, (Bangladesh Institute of Development Studies) Bangladesh, Jul. 1988.
- 7 1989 Bangladesh Population Data Sheet.

表1 飲料水の水源別・地域別供給世帯の割合(%)

(1981年)

地 域	全世帯	水 道	簡易水道	池や浅い井戸	川や運河
全 国	100	3.6	53.1	37.5	5.8
都市部	100	26.2	54.1	17.4	2.3
農村部	100	-	53.0	40.7	8.3

文献 1)

表2 トイレの地域別・屎尿処理方法別世帯の割合(%)

(1982年)

地 域	全世帯	水 洗 (市営・ 下水処理)	水 洗 (浄化槽)	市 営 下水処理	公衆便所	そ の 他	な し (戸外や藪)
全 国	100	0.52	1.04	1.04	3.55	44.94	48.91
都市部	100	3.64	7.66	8.11	21.05	46.35	13.20
農村部	100	0.11	0.17	0.11	1.25	44.76	53.60

文献 1)

表3 性別・地域別いそ率(%)

(1985~1986)

	全 国	都 市 部	農 村 部
男	6.8	6.7	6.8
女	9.5	7.1	9.8
合 計	8.1	6.9	8.2

文献 1)

表4 年齢別(月)・地域別いそ率(%)

(1985~1986)

月 齢	全 国	都 市 部	農 村 部
6-11	10.0	9.5	10.7
12-23	16.8	11.8	22.4
24-35	9.6	8.0	11.2
36-47	5.2	4.2	6.3
48-59	5.1	4.9	5.2
60-71	4.6	4.9	4.1
合 計	8.1	6.8	9.5

文献 1)

表5 性別・地域別発育不良の割合(%)

(1985~1986)

性 別	全 国	都 市 部	農 村 部
男	54.8	42.4	56.3
女	57.6	46.1	59.1
合 計	56.1	44.2	57.6

文献 1)

表6 年齢別(月)・地域別発育不良の割合(%)

(1985~1986)

月 齢	全 国	都 市 部	農 村 部
6-11	24.1	23.2	25.4
12-23	53.6	47.5	60.6
24-35	53.9	54.9	52.7
36-47	61.4	61.4	61.5
48-59	61.5	63.5	59.4
60-71	63.0	60.5	65.9
合 計	56.1	54.8	57.6

文献 1)

表7 ワクチン接種状況

年 齢	対 象 人 口	接 種 率 (%)			
		麻 疹	D P T	ポリオ	B C G
0	338	2.2	7.4	7.1	13.0
1 - 4	1,832	8.2	12.3	12.2	14.6
0 - 4	2,170	7.3	11.5	11.4	13.1
5 - 9	2,251	5.6	7.6	7.9	26.8
10-14	2,072	5.3	5.5	5.5	44.7

文献 3)

注) D P T : ジフテリア, 百日咳, 破傷風

表8 各種病院と外来・入院患者数(1987年)

病院および health post	数	ベッド数	入院患者数	外来患者数
大学院医科研究所病院(IPGMR)	1	400	13,350	174,306
胸部疾患研究所病院 (IDCH)	1	500	4,828	-
循環器疾患研究所(ICVD)	1	100	5,289	36,477
身障者リハビリ研究所病院(RIHD)	1	450	5,667	60,662
国立眼科病院 (NIO)	1	100	1,735	33,385
大学病院	9	4,920	185,486	177,200
郡病院	59	3,850	216,152	3,680,014
他の総合病院	2	275	7,695	29,519
UHC/RHC	363	11,121	336,998	28,612,298
結核病院	12	556	2,610	-
結核診療所	44	-	-	437,437
らい病院	3	130	493	14,099
感染症病院	5	180	10,380	8,005
精神病院	1	400	1,025	5,219
学校保健診療所	22	-	106,708	-
都市施療所	35	106,708	-	-
組合準センター/家族福祉センター	1,275	-	-	12,453,992
労災病院	3	110	-	-
国家公務員病院	1	50	-	-
合 計	1,839	129,860	898,416	45,988,215

文献 1)

表9 各種指標

指標項目	1985年	1986年	1987年	1989年
登録医数	14,591	16,090 (18.3万)	16,929	-
医師当りの人口	6,886	6,393 (632)	6,219	5,210
登録看護婦	6,418	6,912 (69.4万)	70,000	- (70万)
看護婦当りの人口	-	-	-	12,142 (177)
登録産婆	4,399	5,199 (2.3万)	5,837	-
全病院ベッド数	27,645	28,077	33,038	-
病院ベッド当り人口	3,635	3,664	3,187	3,204

文献 1), 1989年のみ 7)

注) () 内は日本の値

表10 農村における年齢層別死因

疾病	() 内死亡数			
	1歳未満	1～4歳	5～14歳	45歳以上
ジフテリア	-	2.7(1)	-	-
破傷風	20.5(9)	13.5(5)	8.3(1)	-
ポリオ	-	-	8.3(1)	-
結核	-	-	-	2.8(2)
麻疹	9.1(4)	2.7(1)	-	-
下痢	13.6(6)	37.8(14)	41.7(5)	2.8(2)
寄生虫	-	-	8.3(1)	-
呼吸器病	13.6(6)	2.7(1)	-	1.4(1)
黄疸	-	5.4(2)	8.3(1)	4.2(3)
マラリア	-	-	-	2.8(2)
腸チフスを含む発熱	2.3(1)	13.5(5)	-	2.8(2)
腎・尿路系	-	-	-	1.4(1)
心・血管系	-	-	-	21.1(15)
糖尿病	-	-	-	1.4(1)
悪性腫瘍	-	-	-	7.0(5)
妊娠, 出産に関するもの	6.8(3)	-	-	-
消化器潰瘍	-	-	-	1.4(1)
事故	-	2.7(1)	-	-
老年によるもの	-	-	-	42.2(30)
突然死	6.8(3)	5.4(2)	-	1.4(1)
栄養失調	-	-	8.3(1)	1.4(1)
その他	27.3(12)	13.5(5)	16.7(2)	7.0(5)
合計	100.0(44)	100.0(37)	100.0(12)	100.0(72)

文献 6)

表11 年齢層別罹患状況(%) (全地域)

()内は実数

疾 患	1歳未満	1～4歳	5～14歳	15～44歳	45歳以上
ジフテリア	—	—	—	0.3(2)	—
百日咳	1.9(1)	2.5(9)	1.9(8)	0.2(1)	—
破傷風	—	0.3(1)	—	—	—
ポリオ	—	0.3(1)	0.2(1)	—	—
結核	—	0.3(1)	—	0.2(1)	1.5(7)
麻疹	3.8(2)	3.0(11)	0.5(2)	0.2(1)	—
夜盲症	—	0.3(1)	0.7(3)	—	0.6(3)
眼疾患	3.8(2)	2.2(8)	4.2(18)	2.8(18)	2.4(11)
下痢	30.8(16)	33.7(123)	29.0(124)	12.1(74)	9.7(45)
寄生虫症	—	3.2(12)	2.3(10)	—	—
呼吸器疾患	21.2(11)	13.4(49)	16.2(69)	11.1(68)	6.7(31)
黄疸	—	1.6(6)	1.9(8)	3.6(22)	8.2(38)
マラリア	—	4.1(15)	2.8(12)	1.3(8)	0.6(3)
他の発熱疾患	25.0(13)	20.5(75)	27.2(116)	19.1(117)	9.7(45)
皮膚病	5.8(3)	5.5(20)	3.3(14)	2.8(17)	1.7(8)
腎・尿路系	—	—	0.2(1)	1.0(6)	0.4(2)
心・血管系	—	—	—	4.9(30)	14.9(69)
糖尿	—	—	—	1.1(7)	3.9(18)
悪性新生物	—	0.5(2)	—	0.7(4)	0.6(3)
妊娠・出産障害等	—	—	0.2(1)	1.5(9)	—
女性の疾患	—	—	—	4.4(27)	0.9(4)
消化管潰瘍	—	—	—	11.8(72)	9.7(45)
精神病	—	—	—	1.1(7)	—
事故	—	—	0.5(2)	1.3(8)	0.6(3)
薬物中毒	—	—	—	0.2(1)	—
リウマチ	—	—	0.2(1)	3.9(24)	10.1(47)
老人性疾患	—	—	—	—	10.3(48)
栄養失調	1.9(1)	1.1(4)	1.6(7)	5.6(34)	1.7(8)
その他	5.8(3)	7.4(27)	7.0(30)	8.8(54)	5.6(26)
合 計	100.0(52)	100.0(365)	100.0(427)	100.0(612)	100.0(464)

文献 6)

第5章 現地調査報告：バングラデシュの保健医療機関の活動

1 厚生行政と保健医療機関

すでに第2章で述べてきたように、バングラデシュは全国を4つの地方（ディビジョン; Division）、21の地域（リージョン; Region）、64の県（ディストリクト; District）、492の準県（ウパジラ; Upazila)¹⁾、4,401の行政村（ユニオン; Union）、60,315の村（ユニット; Unit）へと順に分割する行政制度を採っている。同国の公的な保健医療機関は、その役割に応じてこの地域区分にそって設置されている（表1参照²⁾）。

同国の保健医療機関は、プライマリーヘルスケア（Primary Health Care）を担当する行政村保健・家族福祉センター（Union Health and Family Welfare Center）と準県総合保健所（Upazila Health Complex）、およびより上位の県病院（District Hospital）と医科大学（付属病院）から成る。行政村保健・家族福祉センターは行政村に、準県総合保健所は準県に、県病院は県に、医科大学（付属病院）は地方に置かれている。

各保健医療機関の役割であるが、行政村保健・家族福祉センターは一般的で単純な傷病の外来治療、伝染病の予防、そして母子保健、栄養、家族計画の指導を行う。準県総合保健所はより重い傷病の入院・外来患者の治療と同時に、母子保健、家族計画の実施を受け持っている（訪問サービスも含む）。さらに重い傷病は県病院が担当する。また、医科大学（付属病院）は研究、教育、治療を受け持つ、名実ともに最高の保健医療機関である。

このことからわかるように、同国の保健医療機構は、医科大学を頂点とする階層構造を成している。ちなみに、行政村より下の村には医薬品配布所（Dispensary）が置かれているよ

うである(表1参照)⁹⁾。

バングラデシュ政府は地方、県、準県、行政村ごとに、それに対応する保健医療機関を1機関設置しようと努めているが、現段階ではすべての行政地区に設置されているわけではない。現在、医科大学(大学付属病院)はすべての地方にあり(設置率100%)、県病院があるのは64県のうち59県である(設置率92.1%)。しかし、準県総合保健所があるのは492ある準県のうち363であり(設置率73.8%)、また、行政村保健・家族福祉センターが設置されているのは4,401行政村のうち約2,200だけである(設置率50.0%)。これがバングラデシュにおける、保健医療制度の現状である(表1参照)⁹⁾。

各種の保健医療機関の設置率は、地方から行政村へと地域区分を下るにしたがって低下している。こうした状況は、地域住民にとって決して好ましいものではない。この問題を解消するために、バングラデシュ政府は行政村保健・家族福祉センターや準県総合保健所を建設し、プライマリーヘルスケアの充実に勢力を注いでいる。なかでも、多目的な活動を行っている準県総合保健所は(詳細は後述)、地域社会における保健医療活動の中核的存在となっている。

2 保健医療機関の活動と問題点

これまでの説明からわかるように、バングラデシュ政府のプライマリーヘルスケア重視政策の根幹を成しているものが、行政村保健・家族福祉センターと準県総合保健所である。しかし、両者の規模は様々であり、一概には論じることができない。そこで、ここでは、標準的と思われる形態と機能について紹介する⁹⁾。

行政村保健・家族福祉センターの建物は全般に小規模であるが、診察室、分娩室、調剤室、教室のおよそ4室は備わっているようである。また、ここに設置されている医療器材は、体重計、血圧計、注射器、煮沸消毒器、基本的な薬剤、避妊器具といった必要最小限度のものである。同センターの要員は少なくとも4名程度で、内訳は医療担当官(Medical Officer)、医療担当官助手(Medical Assistant)、薬剤師(Pharmacist)、用務員などである。

この要員、施設、設備の構成からわかるように、同センターでは一般的で単純な傷病の外来患者にしか対応できない。しかしながら、教室においては、保健、母子保健、家族計画、予防接種、栄養など多方面に渡る精力的な指導が、地域住民を対象に定期的に行われている。つまり、全体としてみるならば、行政村保健・家族福祉センターは治療よりはむしろ予防策

に、とくに地域住民の衛生教育・啓蒙活動に力点を置いているといえよう。

準県総合保健所の規模は様々であるが、多くの場合、診察室、手術室、歯科治療室、分娩室、調剤室、入院病棟、そして当直要員用の住居等を備えているようである。医療器材や医薬品も、行政村保健・家族福祉センターに比べれば整っている。また、要員に関していえば、最も数の多い総合保健所（これは31のベッド数を有している）の標準的な要員編成は、所長（Upazila Health and Family Planning Officer）1名、行政管理要員6名、医療要員40名である（図1参照）。医療要員は医療専門家7名（うち外科、婦人科、歯科専門家が各1名）、技師・支援要員33名（うち5名は看護婦）から成る。

この設備と要員の編成からわかるように、準県総合保健所は、行政村保健・家族福祉センターが対応できない傷病にも、また外来患者だけでなく入院患者にも対応できる。

バングラデシュではヘルス・コンプレックス（Health Complex）と呼ばれていることからわかるように、総合保健所の活動は保健所における保健医療行為のみにとどまらず、多岐に渡っている。行政村や村といったフィールド・レベルでは、保健所に所属する保健指導員（Health Assistant）が戸別訪問を行い、保健教育、伝染病の予防、経口補水液療法（Oral Rehydration Therapy）の指導などを行っている（図1参照）⁹⁾。

以上は準県総合保健所の保健サイドにおける活動であるが、総合保健所は家族計画分野の活動も行っている。総合保健所の中には、家族計画官（Family Planning Officer）が統括する別系列の組織集団があり、家族計画、母子保健等の普及教育活動を戸別訪問によって行なっている。この組織は、家族計画副官（Assistant Family Planning Officer）、医療担当官（Medical Officer）、そして家庭福祉訪問員（Family Welfare Visitor）、家族計画指導員（Family Planning Assistant）、そして家庭福祉指導員（Family Welfare Assistant）から構成されている（図1参照）⁹⁾。なかでも、家庭福祉指導員は、戸別訪問活動の主要な戦力となっている。

これまでバングラデシュにおける保健医療制度を説明してきたが、ここでその主要な問題点とこれへの対応策を挙げておこう。

まず第1は、各種の保健医療機関の相互の関係である。同国の医療機関は、医科大学（付属病院）を頂点とする階層構造を成している（表1参照）。しかし、それらの間の関係は、希薄であるように思われる。保健医療制度のよりいっそうの充実を図るためには、各機関の運用面において創意と工夫を重ねることによって、プライマリーヘルスケアから高度医療に至るまでの密接かつ有機的な関係を築く必要があると思われる。

第2点は、地域住民の参加である。先に述べたように、行政村保健・家族福祉センターや

準県総合保健所では、プライマリーヘルスケアの一環として、母子保健、予防接種、栄養等に関する指導・啓蒙活動が地域住民に対して行われている。しかし、全般的には、地域住民の参加は活発ではないように思われる。この分野における教育・啓蒙活動の成果をさらに高める上でも、住民のよりいっそうの参加を促す何らかの方策が必要であろう。

第3点は、準県総合保健所の整合性のある運用である。バングラデシュ政府の厚生行政は、保健部門と家族計画部門とに2分されている。地域医療活動の中核である準県総合保健所は、この障壁を受けている。すなわち、準県総合保健所の所長は、同じ保健所内にいる家族計画官、および彼を長とする組織の活動を統括できないのである(図1参照)。

このため、(1)総合保健所の指揮命令系統が複線化し、組織の系統だった運用ができない、(2)保健サイドの訪問活動と家族計画サイドの訪問活動がまったく個別に行われているために、保健指導員と家庭福祉指導員とが同じ家を重複して訪問する、(3)訪問活動の記録は別々に保存される、(4)保健所長は家族計画に無関心になり、家族計画官は家族計画の普及に必要な支援を所長から得られない、といった深刻な問題が生じている。

こうした状況は、国民にとってまことに不幸なことである。この問題を解決するためにも、バングラデシュ政府は何らかの機構改革を早急に行う必要があろう。

第4点は、施設、器材、要員の充実である。バングラデシュ政府は、プライマリーヘルスケアの充実に務めているが、設置率からみても、行政村保健・家族福祉センターや準県総合保健所が各地区に行き渡っている、とはとてもいえない(表1参照)。これらの施設が有する器材も、全般的に見ればかなり貧弱である。しかも、大半の施設で要員の補充が十分でなく、欠員がかなり目立っていることは周知の事実である。にもかかわらず、保健・家族福祉センターや総合保健所は、歴大な地域住民の健康を守らなければならない⁹⁾。

このような状況を幾分なりとも改善するには、これまで以上の努力がバングラデシュ政府に求められるであろう。しかし、それと同時に、バングラデシュ側の国際協力への期待も当然高まるであろう。というのも、同国の現在の財政状況がきわめて厳しいことはすでに見てきた通りであり(第2章参照)、自助努力にも限界があるからである。

しかしながら、ここでとくに留意すべきは、協力する側の姿勢である。これまで述べてきたように、バングラデシュの保健医療制度は、地域密着型のプライマリーヘルスケアを目指している。したがって、協力する側が従来のように大病院の建設と、高度な医療器材の提供とに多額の資金を投入したとしても、それに見合った効果はあがらないであろう。むしろ小額であっても、プライマリーヘルスケアを直接支えている保健・家族福祉センターと総合保健所の施設や器材の充実、そうしてこうした機関の医療従事者の育成に的をしばった協力の

方が効果的である、と思われる。

第5点は、看護婦をはじめとする中堅要員の養成である。1987年現在、同国の登録医師数は16,929名しかなく、さらに登録看護婦数は7,000名にすぎない。通常、医療従事者の構成は、医師を頂点とするピラミッド型のはずである。ところが、バングラデシュの場合には、これとはまったく逆の現象が生じている。これには、女性が外で働くのを忌み嫌うイスラム教の習慣が大きく影響していると思われる。また、医師と中堅要員との逆転現象は、他の医療従事者にも見られる。つまり、医療活動を支える中堅要員が、決定的に不足しているのである。いずれにしても、医療機関を円滑に運営するためには、看護婦をはじめとする中堅要員を早急に育成する必要があるだろう。

3 都市化とスラム

(1) 貧困と都市化

バングラデシュの都市人口は、1981年で16%を占めるにしか過ぎない。この都市人口割合から見る限り、都市化問題がバングラデシュの社会経済上の緊急課題となっているようには見えない。しかし、首都ダッカ市には282万人の人口が集中し、ナラヤンガンジ市、グルシャーン市、ミルプール市、及びトンギ市の近郊4市も含めたダッカ首都圏には344万人（全都市人口の25%）が集中している。しかも、これら5市を含むダッカ県（Region）には、1974年から81年までの7年間に、114万人の生涯流入人口があった。バングラデシュ第2の都市は東南部に位置するチッタゴン市であり、1981年の人口は139万人であった。人口約1億人のバングラデシュにおいて、人口50万人以上の都市はダッカ首都圏とチッタゴン市および西南部のクルナ市（65万人）の3都市しかない。そして、これら3都市への人口流入は急速に増加しており、大都市への人口集中がはじまりつつある。

また、バングラデシュの1人当たり国民所得は、1987/88年度で全国平均5,249タカ（163米ドル）ときわめて低い水準にある。地域別ではチッタゴン県が最も高く8,748タカ（271米ドル）であったが、首都のあるダッカ県においては5,481タカ（170米ドル）、最も水準の低いパブナ県においても3,700タカ（115米ドル）と、所得の地域格差はそれほど大きなものとなっていない。このことは、首都も含めて、バングラデシュ全体が一様に低所得水準にあり、広く絶対的貧困状況に置かれていることを意味する。しかし、ダッカ市や近郊のナヤンガンジ

市を見る限り、その都市景観と商業活動、物価水準などにおいて、1人当たり国民所得500～1,000米ドル水準の東南アジア諸国と大差のない側面が多く見られる。詳しい統計データは得られないが、バングラデシュの所得格差は、地域よりも所得階層間の格差が大きいものと予想される。

バングラデシュの一般的所得水準の低さは、家屋構造にも表れている。全国世帯の46%が竹や小木を素材として作られたものであり、都市部においてもその34%が竹や小木を編んだり組合せたもので作られている(1981年センサス)。いわば、きわめて簡素で、風雨に耐えきれない家屋に、国民の約半数が居住している姿が浮かんでくる。現地調査においても、その状況ははっきりと観察でき、ダッカ市内におけるそのような家屋の建築資材費は1戸当たりわずか1,000タカとのことであった(しかし、これは1人当たり国民所得の約5分の1に相当する)。このような家屋への居住が可能であるのは、11月～3月までの5カ月間は温暖でほとんど雨が降らないことと、4月～10月までの7カ月間が高温多湿であることに支えられているためと思われる。

また、バングラデシュは国土の地理的位置および形態から、大規模な洪水と強力なサイクロンに常襲される国である。サイクロンの被害は、南部海岸に近い数県に限られる場合が多いが、定期的な年1回の洪水は、ひどいときには国土の3分の1が水に覆われる。このため、平屋住宅や簡易住宅は洪水やサイクロンのたびに大きな被害を受けることになり、そのたびに家屋の修理や再建のために大きな費用が必要となる(バングラデシュでは高床式住居は一般的ではない)。

このように見てくると、バングラデシュは一部の大都市で都市化が急速に進みはじめているものの、全国的にきわめて低い所得水準に平準化されており、都市・農村を問わず、全国的にスラム状況が多く残されている国といえる。

(2) 都市問題とスラム

バングラデシュの都市問題およびスラム問題を、ダッカ市に例をとって分析してみよう。ダッカ市は、ブラマプトラ河の旧河川の1つであるブリガンガ川の自然堤防の上に発達した都市である。このため、河川との標高差があまりなく、そればかりか土砂の堆積によって河床が常に高まっており、雨季の増水時には市域のかなりの部分が浸水する。政府はダッカ市周囲に堤防を建設し、大型排水ポンプを設置して、輸中都市的な方法でダッカの洪水防止を図ろうとしている。このことからわかるように、ダッカの第1の問題は、首都機能を恒例的な洪水からどう守るかにある。

ダッカ市の都市問題の第2は、各種都市インフラの不足である。本来であれば各種インフラについて個別にとりあげて問題としなければならないが、ダッカの場合、幹線道路を除く他の都市インフラのほとんどが、不足している状況にある。すなわち、上下水道、電力、中小生活道路、通勤通学輸送手段、事業用物資の輸送手段（とくにトラック）、電話その他の通信手段、テレビ・ラジオ・新聞・雑誌などのマスメディア、映画館など教育娯楽施設、市場・商店・倉庫などの流通施設、政府機関事務所施設（民間ビルの一部を賃借した事務所も多い）、保育所、小中学校、保健所、公的病院、個人病院など、東南アジアの国々に一般的に存在する程度の都市インフラすら、ダッカには未整備なものが多い。このため、市内における人や物資の移動量に比して、自動車、マスメディアその他の機械類から発する騒音が非常に少なく、静かな都市となっている。また、市内ダウン・タウンの市場地域では、中世を想像させるような零細な商店や鍛冶屋、その他の職人の職場が多数存在する。これに隣接して仮設テントの大規模な市場もあり、工業製繊維製品や雑貨品を売っている。また、ダッカのビジネス・センターやメイン通りには、高層オフィスビルや高層マンションが林立しているのに対して、その裏地や近隣地には竹製やテント製のスラム住宅が広がっており、きわめて対照的に貧富の差が存在する。すなわち、市民が平等に利用できる公共的な都市インフラの多くが不足しているために、古い機能・施設と新しい機能・施設が混在し、富裕社会と貧困大衆社会が混在し、都市システム間の摩擦がきわめて大きい都市状況を生じているのである。ダッカ市都市問題の第3は、広範に存在するスラム問題である。とくに、バングラデシュの場合、スラム・コミュニティがきわめて不安定な状況に置かれていることと、スラムが、バングラデシュにおける都市の貧困再生産構造の1つの目になっていることにおいて特徴がある。まず、ダッカにおけるスラムの分布を見ると、成立経緯から分けると①国公有地のスコッター、②独立戦争や宗教的対立紛争による難民集落、③民有地の賃貸スラム、④老朽建物の賃貸スラム、⑤植民地時代またはそれ以前の旧市街にある中世的商業店舗や住居、⑥純季節労働用の仮設スラム、の6つに大きく区分することができる。このうち、本論の主たる対象は①、③および④のスラムである。なぜなら、⑥は季節的作業が完了すれば自動的に消滅する性格のものであり、⑤は店舗や住居こそ水準以下のものであっても、ダッカのみならずバングラデシュ経済の重用な商業機能を果たしており、裕福であり、都市計画や経済システムの転換が行われるときには、自分の力で十分転換して行ける階層の居住区だからである。また、②は難民という特殊条件下のスラムであり、その存否は政治的解決を要する性格のものだからである。

次に、ダッカ市のスラムは、ダッカ大学都市研究センターが行った1983年のデータによる

と771カ所存在した。そのうち国公有地のスラムが109カ所、民有地のスラムが643カ所、権利係争中の土地のスラムが19カ所となっており、件数において民有地のスラムが83%を占めている。その土地面積においても民有地のスラムが64%を占めており、圧倒的に民有地スラムが多いことがわかる(表2参照)。その後ダッカ市のスラムは1988年には1,125カ所に増加したとされる(ダッカ市調査)。1988年におけるスラムの地理的分布を見ると、図2のようになる。これを見ると、一見ダッカ市内全域にスラムが発達しており、比較的市の周辺部に偏在しているかのように見える。しかし、ビジネス・センターがある市の中心部にも多くのスラムがある。実は、図2に、1987年の洪水浸水地域図の図3を重ね合わせると、スラム分布の基本的性格が明確になる。すなわち、ダッカ市のスラムは恒例的な洪水の浸水地域に位置しているのである。そして、例外的に、市北西部の国会議事堂や最高裁判所、公務員宿舎やスポーツセンターが建設されている、独立後の新市街地にある国公有地に新しいスラムが発達した。この国公有地の新しいスラムは、公共施設の建設が行われる際などに、しばしば強制立ち退き措置がとられ、政府および市当局とスコッターの「いたちごっこ」が繰り返されている。現地調査においても、かつて市当局から強制的にスラム・クリアランスが行われ、再びスコッターが増加してきたアガルガオン地区において、スラムの半分以上が午前の数時間で取り壊され、スコッター住民が抗議集会を開催していた。

このように、ダッカ市のスラムは、その大部分が民有地に立地し、しかも洪水常襲地に立地しているのが特徴である。民有地のスラムは賃貸であり、土地の場所によって借料が異なる。浸水の少ない場所は高く、浸水の深い場所は乾期のみの季節的賃貸も行われる。賃貸は空地を区画してさら地のまま行われ、賃借人は家屋材を自分で購入して、簡易住宅を建てる。たとえば、地主は1区画(約10㎡)当たり1カ月200タカの賃料を取り、約400区画賃貸すると、1カ月8万タカ(約2,286米ドル)の高収入になる。住宅不足の深刻なバングラデシュでは、スラム経営が割の良いビジネスになっている。しかし、もともと地主と賃借人との力関係は地主に優位であることが一般的であり、地主の都合で立ち退かされる場合があり、より高い賃借料を受け入れる者が優先される。また浸水の深い場所は、増水時の数カ月は必ず避難しなければならない。さらに、火災や放火でスラムは簡単に炎上してしまう(色々な理由による放火事件も多い)。このように、スラム住民の居住は、民有地においても国公有地においてもきわめて不安定な状況に置かれているのが特徴である。

1988年のダッカ市調査によると、スラム人口は878,300人あり、調査対象外の10世帯以下の小規模スラムの人口を合わせると約100万人のスラム人口があるとされる。彼らの主たる職業は力車運転手、その他の運送助手、建設労働者、工場の日雇労働者、港や駅の荷役労働者、

その他の雑業であったとされる。このため、所得は不安定でしかも低賃金であることが一般的である。バングラデシュの場合、商工業が未発達で、農業以外の雇用吸収力が低い。しかも、前述したように、ダッカ市内においても中世的な店舗によるきわめて古い形のビジネスが多く残されている。それは一面で低所得経済、低賃金労働に支えられている側面もあるが、他方で、少ない雇用機会の多人数によるワーク・シェアリング・システムが存在していると見ることができる。中小企業における商品の生産や運送において、少量を多人数で扱うシステムになっている。このような経済システムにおける非効率性は、ワーク・シェアリングと低賃金を固定化することになる。また、バングラデシュは一般に早婚であり、女性の労働力率がきわめて低い。このため若年労働者でも一定の所得が得られるようになると結婚するため、妻や子供の扶養負担が大きくなっている。さらに、最近、便利な工業製品が市場に普及したため現金支出の機会が増加し、そのうえ弱いバングラデシュ通貨のために輸入品の物価は高めになっている。そうして、洪水、火災、立ち退きなどによる不安定な住居が家計貯蓄の足を引っばる。現金所得を求めて都市に流入する人口が増加すればするほど、現在のバングラデシュの社会経済システムでは、生産性の低いワーク・シェアリングが増加し、扶養負担が増加し、スラムが増加し、生活コストの増加で蓄積が進まないという都市の貧困再生産メカニズムが働くことになる。そして、このしわよせは社会的弱者に向かうことになり、スラムの女性と子供たちの生命と健康を蝕むことになる。女性の労働力率が低いバングラデシュにおいて、建設現場や石割り作業で働く多くの女性は、バングラデシュでは貧困の限界的就労となっている。

(3) 人口移動と農村のプッシュ要因

バングラデシュの国内人口移動について、1981年センサスでは生涯移動について調査を行っている。これによると、全人口に対する県間生涯移動率は4.5%であった。都市化率の低さと合わせて考えると、バングラデシュの社会はきわめて停滞的であるように思われる。確かに、鉄道をはじめ、道路にしても水路にしても未発達であり、平地帯と大小無数の河川によって地域間の交通が阻害されている。このため物資の輸送も人の移動も容易ではない状況にある。

しかし、バングラデシュは第2次世界大戦後、2回の大きな国内動乱があった。1つは1947年の英国からの独立に際してであり、2回目は1971年のパキスタンからの独立に際してである。これらの動乱に際して、主として宗教の違いに基づく民族的大移動があった。いずれもヒンズー教徒がインドへ移り、イスラム教徒がバングラデシュへ流入するものであった。

したがって、国民として、人口移動の経験が少ない国ではない。さらに、1979年の第2次オイル・ショック以降、中近東への海外出稼ぎのための労働移動は50万人にも達している。

歴史的に大きな人口移動を経験している国民であるにもかかわらず、移動率が低いことにはいくつかの要因がある。まず①前述したように陸路、水路とも交通手段が未発達であること。雨期は増水によって各地で通交が遮断され、小舟の利用も少なく、船着場の設備も少ない。乾期は河川の水深が浅く、中・長距離交通が困難となる。また土地争いが激しく、他人の土地を通交することは危険を伴う。次に②農業生産技術が低いため、農作業に多数の男子労働力が必要とされることである。東アジアや東南アジアでは、生産技術水準が低い時代でも、農業部門における女性の家族従業者としての労働参加が一般的であるのに対して、バングラデシュの女性は家事労働のみで、屋外労働はほとんど行わない。わずかにジュート繊維のはぎ取り作業などが例外的に行われているのみであり、田畑における女性の労働はほとんど見られない。自宅外で労働を行う女性は、貧困による生存のための限界的労働とされているのが社会的通念である。生産技術が低いことと、女子労働力の参加がないことが、バングラデシュの農村に多数の男子労働力を固定化させる要因となっている。さらに③農村における治安の悪さと土地所有権の不安定性が、家族の安全と土地所有権保持のために、男子労働力の必要性を高めている。土地争いが広範に存在し、しかも政府機関による調停・解決制度が確立していない状況下で、男子の少ない家族は権利の侵害に対して対抗する手段がない。このため一族内により多数の男子がいることを必要とする。そして④バングラデシュでは都市と農村の経済的結合度が弱く、都市はより海外指向であるのに対し、農村は自給自足経済の性格が強い。このため、商品および情報の都市・農村間交流は非常に少ない。東南アジアの農村は早くからバッテリー付ラジオを持ち、電化が進むにつれてテレビが急速に普及し、国内・国外の様々な情報を入手していた。これと比較して、バングラデシュの農村はラジオの普及も少なく、電気、道路、水路などのインフラが発達しておらず、都市とも他の農村とも相互に疎遠な関係にある。それだけ外部情報に基づく移動の動機付けが弱い。戦乱や天災など非常時の人口移動を除いて、平時のバングラデシュでは上記4つの要因を中心として、人口移動は比較的低い状況にあったといえる。

しかし、最近、このような状況を変えるいくつかの新しい要因が大きくなりつつある。それは、第1に、農村における貧困が人口扶養力を制約しはじめてきていることである。とくに、バングラデシュの広範な低湿地地帯の農村では、前に指摘した家族の生命と財産を守るために必要とされる男子の数が、増加すれば増加するほど相続において土地の細分化が進むことになる。戦後2回の独立時の動乱後についても、現在、土地の相続は2代目および3代目が

進行中である。平均寿命が短く、早婚のバングラデシュでは相続のサイクルは短い。このため、農村は急速に相続による土地の細分化が進み、1家族当たりの生産手段が縮小している。そして、現在、土地の細分化による所得の縮小と余剰労働力の発生という農村貧困の再生産メカニズムが進行し、加速化している。既存農村におけるこのようなプッシュ要因の高まりは、一方で新たな農地を求める流れと、他方で都市への流出を余儀ないものとしている。

第2に、政治の安定と政治・経済の国際化の進展とによって、首都ダッカを中心に大都市の経済発展が加速化していることである。とくに1988年以降、外国からの投資や生産委託の受入れが増加したことにより、製造業および商業部門の発展が著しい。中でも繊維産業では過去3年間の雇用増加が20~30万人に達しているとされる。このような中で都市と農村の雇用機会および所得格差が広がり、近距離地方からの労働力移動が増加している。

第3に、援助を主とする経済開発の進展である。バングラデシュ政府の財政に占める外国援助は50%に達しており、インフラ建設、食糧援助、医療改善など援助プロジェクトが実施されている。その中で、関連事業の発生や関連雇用機会の発生、および援助プロジェクトの集中など、開発の利益を最も受けているのが首都ダッカである。このため、ダッカ市の経済発展は突出した形で進んでいる。

上記3点の最近の新しい要因によって、人口移動は増加傾向にあり、従来型の新たな農地（主として畑作）を求める農村 → 農村移動と、ダッカ首都圏を中心とする農村 → 都市移動の大きな流れがはじまっている。

4 女性の社会的地位と母子保健

(1) バングラデシュ女性の現状

国際的に見て、イスラム教国の女性は労働力率が低く、家庭外および戸外での就業がきわめて少ないといわれる。このことは公的統計データにも表れており、外国人が旅行などにおいて観察する場合にも実感されることである。しかし、バングラデシュの女性が、国家建設や家族の発展に大きな貢献を行っていることは誰も否定することはできない。とくに、人口資質の向上に関しては、母子保健の増伸が最も重要な要素となり、その中心的役割を果たすのが子供を生み育てる女性である。また、家計所得の不足を女性の労働や才能によって補完しているのが世界的傾向である。バングラデシュ女性の社会的役割を理解するため、まず政

府統計のいくつかのデータを見ることにしよう。

① 総人口の性比は、1987年人口センサスによると106.4となっており、1989年人口動態調査（BDSVRS）においても106となっており、若干男性のほうが多いようにも思えるが、ほぼ等しい状態にある。

② 平均寿命は、81年センサスでは女性54.4歳に対して男性55.3歳。85年人口動態調査では女性54.6歳に対して男性55.7歳である。いずれの調査においても女性の方が0.9～1.1歳短いものとなっている。

③ 結婚年齢については、女性の平均結婚年齢は1980年16.4歳、86年17.5歳となっており、国際比較するときわめ若年結婚であり、早婚がバングラデシュの特徴となっている。男性の場合は80年24.9歳、86年24.5歳である。

④ ③との関連で10歳から19歳の女性の有配偶率は、1981年31.9%と非常に高い。1974年には33.8%であったから7年間にわずかに少なくなったとはいえ、バングラデシュの女性は20歳未満で3分の1が結婚する。

⑤ バングラデシュ女性の若年結婚は当然他の関連指標に影響するが、結婚直後の離別状況を見ると、女性15歳～19歳の間に同年齢女子人口の2.5%がすでに離婚などによる離別を経験している（1981年センサス）。しかも、年齢階級別の離別は15歳～19歳が最も高く、15歳～24歳までを含めると総離別件数の61.5%を占める。若い夫婦の不安定な家庭が多いことがわかる。

⑥ 配偶者間の年齢差が大きいのもバングラデシュの特徴で、男子年齢30～54歳では10歳の差、男子55歳以上では10～15歳の差が年齢差の最多分布となっている。若い男子20～29歳層では、配偶者間年齢差は5歳がピークになり、最近の結婚では差が縮まってきた。

⑦ 女性の教育水準について見ると、10歳以上女性の文盲率は1981年センサスで81.0%となっており、国際比較においてもきわめて高く、バングラデシュにおける女子教育の遅れがわかる。女子の文盲率は農村において83.7%とより高く、都市部においては65.0%と少し改善される。

⑧ 女性の社会進出の指標の1つである労働力率は、1981年センサスで4.3%ときわめて低く、同じアジアのイスラム教国であるインドネシア（27.9%）やマレーシア（26.0%）と比較しても格段に低い。女子労働力率の低さは都市（5.5%）においても、農村（4.1%）においても変わるところはない。

⑨ このように少ない女子の労働力率において、バングラデシュの女性はどのような職業に従事しているのだろうか。1985/86年度の労働力調査によると、女子就業者の38.4%が

サービス業務で最も多く、次いで製造および運輸業務（26.3%）、農林漁業（11.0%）の順になっている。販売（4.4%）、事務（3.3%）、専門技術（3.3%）、行政・管理（0.1%）などの職業は、少ない就業者の中でさらに少ない数となっている。とくに、農業部門における女子就業者の少なさは、統計上の問題のみではなく、実際の農業労働において女性が少ないことの表れである。このことは現地調査においても確認された。

（2）重要な女性の社会的役割

上記のような各種統計データを見ると、バングラデシュ女性の一生は、子供時代にほとんど学校教育を受けることなく、成人しないうちに早くから、しかも10歳も年上の男性と結婚し、職業経験もなく、家庭内家事労働に専心し、生涯に約5人の子を生み、夫よりも早く死亡する。場合によっては若いうちに離別され、生活のために社会通念に棹さして職業につくという姿になる。結婚した女性が家事労働に専心することは、バングラデシュに特有なことではない。かつて、欧米においても日本においても発展途上の段階で経験したことである。しかし、女性であるがために基礎的な学校教育を受けさせる必要がないとする国は、歴史的にも数少なかったし、現代においてはいっそう小数である。女性の教育向上は、子供時代にあっては親の仕付けを良く理解し、様々な生活上の知識をいち早く修得し、時には親に代わって簡単な判断をし、家族の安全と利益を守ることができる。成人して結婚し、主婦となったときには、食事においてカロリーや栄養のバランスを考えて家族の体力向上に努めたり、保健衛生に注意して家族全員の健康を保持する。子供ができたときには、子供の保健衛生をはじめとして、幼児期の体力、知力および感性の発育に母親は最も重要な役割を果たす。発展途上国の国家建設において、国民の資質向上が最も必要であるが、体力においても知識においても優れた労働力が豊富になれば、社会経済発展は急速に進むことになる。すなわち、たんなる人口数ではなく、与えられた業務に対する判断力と適応力を備えた適格労働力の存在が重要である。しかも、国民の基本的資質は幼児、子供時代に形成される。したがって、家庭にとっても国家にとっても、母親になる女性は重要な役割を果たしており、それだけ女性の教育向上が必須・不可欠の問題である。

（3）女性に対する社会経済的制約

バングラデシュでは男女の社会的地位に大きな差がある。それは男女の果たす社会経済機能の分業関係の違いというよりも、あたかも男女の人間としての価値の違いと位置づけられているかのように思われる。この男女差別は、社会経済的な色々な要因に基づくものと思わ

れるが、ここでは①婚姻制度、②相続制度、③治安制度の3つの側面から分析してみよう。

① まず婚姻制度において、女性は多額の持参金（ダウリ Dowry）を持って行かなければならない。これに対して男性側には類似の出費はほとんどなく、女性側から一定の資産を受け取るのみである。婚儀においては女性側家庭での儀式と男性側家庭での儀式があるが、どちらかといえば女性側家庭での儀式の方に多額の費用がかかる。親の所得や社会的地位によってダウリの額や婚儀に費する金額は異なるが、ダウリが少ないと女性は良い結婚はできないし、結婚してからも男性側家族から冷遇される。結婚は本人の意思よりも双方の親の間で取り決められることが多く、約束されたダウリの支払を履行しない場合には、親も嫁も非難されるだけでなく、場合によっては嫁が迫害されたり、離婚されたりする。バングラデシュでは離婚された女性の再婚はほとんど不可能で、家族の名誉も傷つき、元の家族内でひっそりと暮らさなければならぬ。また、結婚した女性は男子を出産するまでは1人前の嫁として認めてもらえず、けっきょく男子を1人も出産しなかった嫁は冷遇される。このため父親にとっては、娘は子供時代の養育費、結婚させるためのダウリの費用、婚儀開催の費用、離婚された場合や男子を出産しなかった場合の援助費用など、生まれてから死ぬまで多額の費用がかかる存在となっている。このため、貧困家庭では娘にかかる費用をできるだけ少なくするために、養育費や教育費を節減し、さらに、できるだけ早く結婚させて、できるだけ早く男子を出産することを願う。このことがバングラデシュにおける女性の早婚、文盲率の高さ、未熟母体からの低体重児の出産などに影響している。

② 次に相続制度を見ると、男女差別がいっそう大きなものとなっている。バングラデシュでは、男子は均等の相続権を持っており、女子は男子の2分に1の相続権しかない。とくに、生産手段である農地は主として男子が相続する傾向が強いのにに対して、女子は動産（貴金属、商品、現金など）の相続が主となる。相続制度は色々なケースに応じて細かい定めがあるが、社会的慣行として女子が実際に相続できる遺産は法定量より少ないのが一般的である。しかも、バングラデシュは1人当たり国民所得が160米ドルにしか過ぎず、国民の85%が生活する農村は、小規模零細農家が大部分である。零細農家における均分相続は、すでに農業経営が成り立つ最小規模を割り込むほどの土地分割になっており、世帯単位ではなく、大家族制による一族の共同経営でやっと生活を維持することができる状態が多い。大家族制による相互扶助制度に依存しているのである。この中で、農家の持つ資産は田畑と住宅と農作物が主で、女性に相続させるべき資産は多くない。したがって、女性は所得を得る方法も財産を蓄積する機会も少なく、経済的にきわめて弱い立場に置かれている。

③ 治安制度の未確立も女性の立場を弱いものとしている。バングラデシュの全体的な貧

困と、農村部における土地権利の不安定性と、行政機構の未整備は、社会的経済的犯罪の多発を招いている。このような状況下で、大家族制の枠を離れると、女性は自立して生活することは困難である。自立するために少しでも資産を持つと強盗に会う。女性が他人に雇用されて労働することは社会通念上摩擦がある。女性の一人歩きや買物も一般的ではなく、その上危険が伴う。大家族制の生活圏内では、一族の男性が女性の財産と生命を保護してくれる。バングラデシュは政府による治安制度が確立していないために、こうした大家族の男性達による自警組織が必要であり、同様に村落や民間会社、その他の団体も自警団を組織して自らを守るのが一般的である。もし政府によって社会的治安が保障されるなら、死別や離別によってやむなく自立しなければならぬ女性や、より良い収入を求めて立派な職業につく女性の自立や発展を大いに助けることになるだろう。しかし、現在はその状態になく、弱い立場の女性をいっそう弱い立場に追いやっているのが治安問題である。

5 まとめ（課題と対策）

これまで見てきたように、バングラデシュに見られる人口問題の現状は、多様な側面において深刻な問題を抱えている。それは自然条件との関わりにおける生活様式の問題から始まり、人口政策の実効性を左右する政治・経済・社会制度の価値観と諸システムの問題にまで及ぶものである。それらの結果として集約されている最も深刻な現実とは、栄養不良の母体による低体重児の出生であり、これがバングラデシュの全般的な人口再生産メカニズムとなっている。人口指標では高い出生率と高い乳児死亡率に示されており、貧困の中での多産・多死要因が今だに残されている。そこで、本節では人口問題と国民の保健医療改善の側面から、今後の課題を検討するとともに、バングラデシュの現実を考慮したいくつかの改善策を提示してみたい。

(1) 人口、保健医療行政サービスの向上を図る

バングラデシュの独立は1971年であり、国家としては20年の歴史しかない。それ以前は、1947年まではイギリスの植民地下で、ヒन्दゥー教を介した政治・経済支配が行われた。1947～70年までは、伝統あるイスラエム教の後継者を自認した西パキスタンの政治・経済支配を受け、言わば半植民地的状況に置かれた。したがって、政治・経済の主要部分は、長い間、外部勢力によって占められてきた。しかし、ベンガル民族の歴史は長く、独自の文化

(ベンガル語など)と豊かな稲作社会を築いていた。このため、この地方の人口扶養力は高く、米を中心とした地域経済圏が形成されていた。それが植民地下で紅茶やジュートなどの商品作物が広められ、植民地型経済を強要された。

1971年の独立に際して、外部勢力による政治経済支配から解放されることになったが、その一方で、経済界や官界におけるトップ・マネイジメントやテクノクラートが国外に移り、バングラデシュには一時的な人材不足が生じた。しかも、1981年まで、たび重なるクーデタや大統領暗殺事件があり、政治的安定を欠き、行政組織は十分機能しなかった。また、1980年代に入って、積極的な経済開発政策が実施されるようになったものの、工業や産業インフラストラクチャーの開発が優先され、教育や保健医療など社会的インフラストラクチャーの開発は十分行なわれてこなかった。このような歴史的背景から、バングラデシュの保健医療行政組織は十分整備されておらず、基本的に植民地時代の医療機関と行政組織が点在するに過ぎない程度である。もちろん、1971年の独立以降、政府による新たな保健医療機関がいくつか建設され、それとは別に民間トラスト財団などによる病院やその他の医療施設が設立されたが、人口数に比して、余りにも少ない数でしかなかった。このため、バングラデシュでは、まず保健医療機関および末端行政組織の絶対数が大幅に不足している状態にある。したがって、多くの国民は近代的医療や保健行政にアクセスすることが困難で、公的統計にのることなく病や死に陥っている。しかしこのような状況は、現代の医療技術を利用すれば、政府・国民に改善のための共通意思さえあれば、容易に大幅な改善を行うことができる分野がたくさんある。末端保健医療機関の増設と基本的な保健医療行政の近代化が必要である。

次に、政府による国民に対する保健医療サービスは、財政上の理由ばかりでなく、様々な社会的理由によって、きわめて不十分なものとなっている。たとえば、世界常識としての資格有る看護婦の高い社会的評価がバングラデシュにはなく、したがって看護婦になる人が少なく、患者に対する専門的な看護がほとんど行われていない。また、人口の半数を占め、民族の次の世代を生み育てる女性に対して、科学的知識のある女性の保健衛生専門家による救護や教育が行われることも少ない。さらに、身分や貧富の差はあっても、等しく人間の生命と健康を保持することを医療の最大目的とする医師の任務が、現場で必ずしも実行されていない。日常の保健衛生行政においても、識字率の低い国民一般を対象にした絵や写真を利用した適切なメディアによる教育宣伝がほとんど行われていない。とくにラジオ、テレビ、新聞などのマスメディアが普及していないだけに、国民に理解されやすい方法による保健衛生教育の工夫が必要である。保健医療の行政サービスにおいて、質的側面においてきわめて不十分な水準にあるのがバングラデシュの現状である。生命と健康は人間の基本的なニーズで

ある。したがって、この面における政府の国民に対する行政サービスの向上は、国民の政府に対する信頼感を高める大きな意味もある。保健医療に高い価値観をおき、質的な近代化を計ることが緊急の課題である。

(2) 教育の普及と国民の基礎体力の向上を図る

バングラデシュの保健医療の現場を見るといくつかの連鎖的な悪循環が観察される。たとえば、貧困 → 食糧不足 → 栄養不良 → 病気, 病気 → 知識不足 → 治療の手遅れ → 死亡, 教育不足 → 不衛生 → 病気, 貧困 → 脆弱母体 → 低体重児 → 病気・死亡などの例である。これらの悪循環をどこで断ち切れれば、国民の保健衛生および医療を最も効果的に改善することができるかが検討されなければならない。貧困問題は社会・経済的な大きな問題であるため別の機会に論じるとして、これまでの世界的な経験からは、病気や死亡の原因発生源において対策を検討することが最も効果的である。その国の発展段階によって具体的な対策は異なるが、人的側面と環境的側面がある。環境的側面はマラリヤ蚊やコレラ菌の生息環境の撲滅などであり、人的側面は、悪い環境に対する防御知識を備えることと、身体に抵抗力を備えることである。環境的側面は、バングラデシュの経済力に依存するところが大きい。世界の保健医療技術水準からすれば対応困難な課題ではない。事実、多くの発展途上国で大きな成果をおさめている。

しかし、人的側面の対策はその国の社会状況によって、きわめて複雑な条件が関係しており、対応を誤ると予想しなかった別の社会的困難を発生させる場合がある。バングラデシュの現状からして、人々に病気や死の原因となる環境に対する防御知識と肉体的抵抗力を備えさせる最も効果的な方法は、初等教育の義務化と初等教育期間の無料学校給食制度を実施することである。現在の国民の識字率の低さや、小学校における高いドロップ・アウト率、そして児童の全国的な栄養不良状況は、バングラデシュの将来を担う重要な世代層に大きな損失をまねいている。初等教育における無料学校給食の導入は、たとえ1日の中の1食であっても、児童の栄養改善に大きく貢献し、国民の大多数を占める貧困家庭の児童の就学率を革命的に高める効果があり、さらに栄養・衛生知識を全児童が体験によって学ぶことができる。確かに、バングラデシュ政府には大きな財政負担となるかも知れない。しかし、学校給食制度は近い将来の良質な労働力を育て、潜在的な保健医療費用を軽減し、給食業務への女性の雇用機会を創造し、そのうえ、国民の政府に対する信頼感を高めることができる。無料学校給食制度の導入は、バングラデシュ政府に、人口・保健・医療政策とそれ以上の多くの政策的効果を可能とするであろう。

(3) 女性の経済力向上によって母親の役割向上を図る

バングラデシュは他の発展途上国と比較すると、家族計画の実施に長い歴史がある。にもかかわらず出生率や合計特殊出生率が高く、さらに乳児死亡率が高い。さらに、国民のカロリーおよび栄養の摂取が十分でなく、栄養不良や疾病を持った親からの低体重児の出生が多く見られる。全体的な平均寿命の短さに加えて、男性よりも1.1歳も少ない女性の平均寿命の短さは（1985年）、まさに、バングラデシュの人口問題の深刻さを象徴している。

バングラデシュでは、知識層や都市住民を除いて、一般に結婚年齢が早く、女性では13～15歳前後に結婚し、子供を産むことが多い。これは、体力的にも知的にも成熟しないまま母親になることであり、その後、自然に近い形で閉経まで妊娠し出産する。また、バングラデシュでは女性は結婚すると家庭内に留まり、出産と家内労働が中心で、外部で就業することが少ない。人口の80%以上を占める農村部においても、女性は屋敷周辺部での簡単な農作業はするものの、田畑での農作業の大部分は男性によって行われている。したがって、女性の社会・経済的活動はきわめて限られたものであり、家族外社会との接触や知識の習得が非常に狭いものとなっている。このような環境においては、本来、子を産み、子を育て、家族員の健康と衛生を守るべき母親が、無知、無教育、かつ世界の変化に取り残されながら、若年の頃から多産によって自らの体力を消耗して一生を送ることになる。そこでは近代科学や経済発展の恩恵を受ける機会が非常に少ない。

人口問題改善のためには、母親に大きな役割がある。その母親が本来の役割を果たすためにも、母親の家庭内での発言権が高まらなければならない。男児出生が一人前の女性の資格とされるバングラデシュ社会のなかで、経済力を持つことは女性の発言権を高めるもう1つの方法である。現代社会においては、専門知識を持ち、技能資格を有する女性が多く、職業について、経済力を持ち、社会的に重要な役割を果たしている。保育所の保母、小中学校の先生、保健衛生機関の検査技師や栄養士、病院の看護婦、銀行や商社のオフィス・レディー、航空会社のスチュワーデス、美容院の美容師、放送局のアナウンサー、ホテルのレセプションリストなど、その役割は男性と同等に、かつ相互補完的に大きな社会的貢献をしている。とくに、相手が子供や女性の場合、知識や資格を持つ女性の方がより適切な仕事ができる場合が多い。家族計画や婦人科系の保健衛生や医療は、まさに、女性の看護婦や医師、栄養士や保健婦の活躍が必要とされる。時代の変化は早く、技術の進歩は日進月歩である。女性が専門知識や技能資格を持ち、職業につき、所得を得ることは、国民生活や家計所得を向上させ、バングラデシュの社会・経済発展を飛躍的に促進する。このように、女性が自らの所得を得、

知識や財産を持ち、立派な子供を持つことによって、バングラデシュの人口問題は新たな時代を迎えることになる。

(4) 都市、農村での身近な生活改善運動

東南アジアの人々の生活様式とバングラデシュの生活様式を比較すると、類似の気候条件を有しながら、東南アジアの人々の方が上手な生活の工夫をしている面がいくつかある。たとえば、雨水を大きな水瓶やタン・タンクに溜めて生活用水に利用する。家屋の構造を高床式にし、洪水や病害虫から逃れる。洪水時や水路の交通手段として、2・3人乗の小舟を利用する。低地や増水時の足を確保するために、竹や板の簡単な板渡しを作る。農家の敷地内にパパイヤ、バナナ、マンゴウなどの果物を植えたり、ちょっとした野菜を作ったり、鶏やアヒルを飼い、食糧や栄養の足しにする。水性植物の茎や実を食用にする。所得が少し上がった段階では、裸足を止めてスリッパやズックを履く、などである。これらのことはバングラデシュでも十分工夫のできる事例である。これらのちょっとした工夫が、国民の栄養面や衛生面の改善を大きく促進するし、病害虫や感染症の大きな予防となる。バングラデシュ南部はサイクロンの強風などがあるが、それなりに新たな工夫をすればよい。類似地方との知識や経験の交流を行い、コストのあまりかからない、身近な生活改善運動を行うことが家計の実質所得を向上させ、家族の保健衛生を向上させることになる。そして、生活改善運動の全国的な広がりがあれば、それは国民的な実質所得の向上と保健衛生水準の向上となる。

(注)

- 1) 準県(ウバジラ)は460であるが、それに相当する行政区分のタナ(Thana)の32を加えると492になる。
- 2) 表1は、各種の統計資料や現地での聞き取り調査にもとづいて作成したものである。したがって、他の統計資料と比べた場合、当然、相違が生ずると思われる。しかし、統計指標の全般的趨勢やそこから導き出される結論の妥当性が、それによって失われることはないといえよう。
- 3) 医薬品配布所の配置の詳細とその数に関しては、資料が得られなかった。
- 4) 注(3)に示した理由から、医薬品配布所の設置率は求められない。
- 5) 行政村保健・家族福祉センターや準県総合保健所は、規模、器材、人員などの面で大きなバラツキがあるように見受けられる。しかしながら、準県総合保健所に関していうならば、ベット数が31の規模の総合保健所が最も多いようである。
- 6) 保健調査官(Health Inspector)、保健調査官助手(Assistant Health Inspector)、そして保健指導員(Health Assistant)の人数は、準県総合保健所がカバーしている住民の数に応じて異なる。
- 7) 家庭福祉訪問員、家族計画指導員は、各行政村に1名ずつ配置される。また、家族福祉指導員は、各村に1名ずつ配置される。
- 8) たとえば、1億の人口が全国に均等に分布していると仮定して、1準県当たりの人口を計算すると

およそ20万人になる(=1億/492準県)。この数値から、準県総合保健所がいかに多くの住民をカバーしなければならないかがわらう。

表1 保健医療制度¹⁾

地域区分	区分数(a)	保健医療機関の種類	現存する機関数(b)	設置率(%) (b/a)	目的と役割
全国	1	—	—	—	—
地方	4	医科大学および付属病院	8	100 ²⁾	* 最高の医療機関 * 研究, 教育, 治療
県	64	県病院	59	92	* より高度の治療
準県	492 ³⁾	準県総合保健所	363	74	* プライマリーヘルスケア * 一般的で簡単な傷病 (入院, 外来) * 訪問サービス (保健部門と家族計画部門)
行政村	4,401	行政村保健・家族福祉センター	約2,200	50	* プライマリーヘルスケア * 一般的で簡単な傷病 (外来) * 母子保健, 栄養指導, 家族計画
村	60,315	医薬品配布所	—	—	—

- 注 1) 本表における数値等は、各種の統計資料、現地での聞き取り調査の結果、各種の文献などを総合して作成したものである。
 2) 医科大学 (付属病院) は全国で8施設あるが、各地方に最低でも1施設あるので、設置率を100%とした。
 3) この数値には、準県に相当する行政地域のタナ (Thana) が32含まれている。

表2 ダッカ市スラムの土地所有形態

土地所有者	スラム数		面積	
	件数	%	エーカー	%
政府及び公的機関	90	11.7	176	29.3
ダッカ市	19	2.5	18	3.0
民間	643	83.4	384	64.0
権利係争中	19	2.4	22	3.7
合計	771	100.0	600	100.0

出所) ダッカ大学都市研究センター, 1983年

図1 準県総合保健所の概要

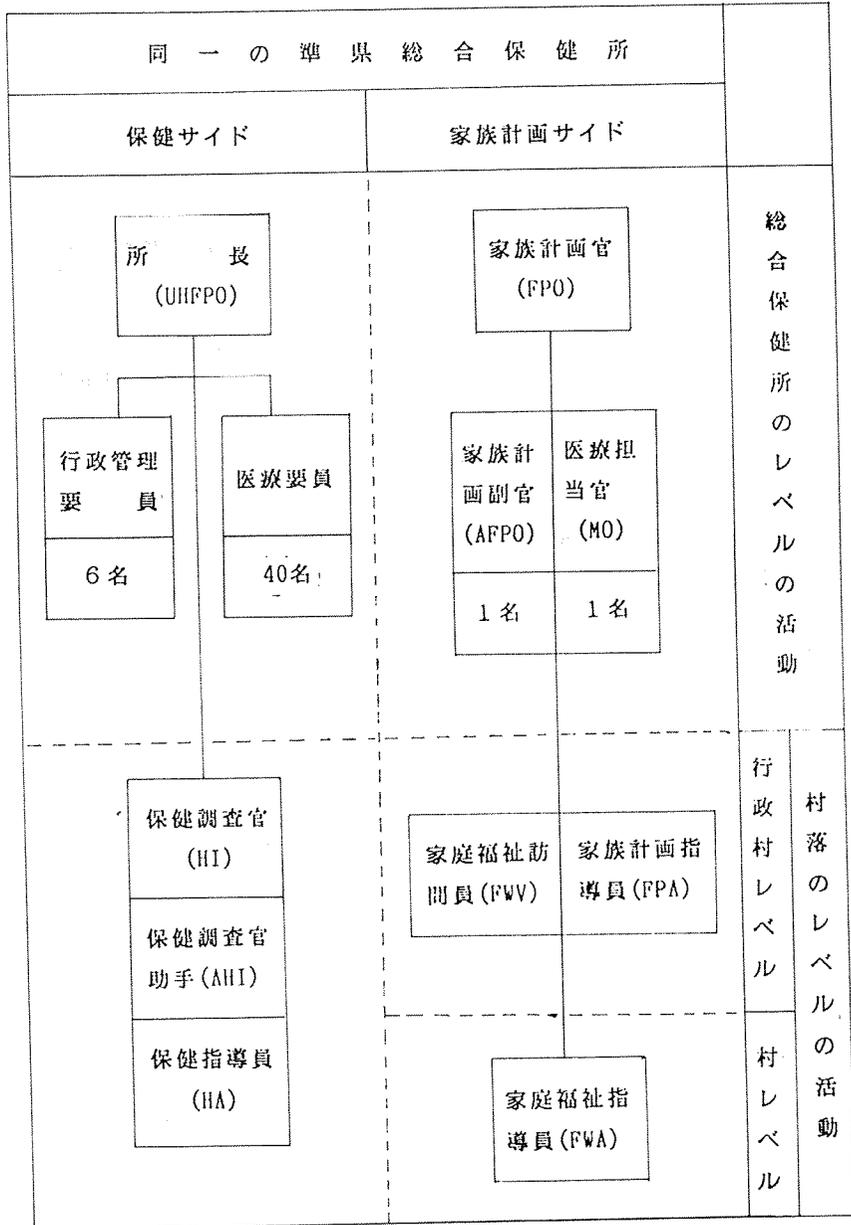
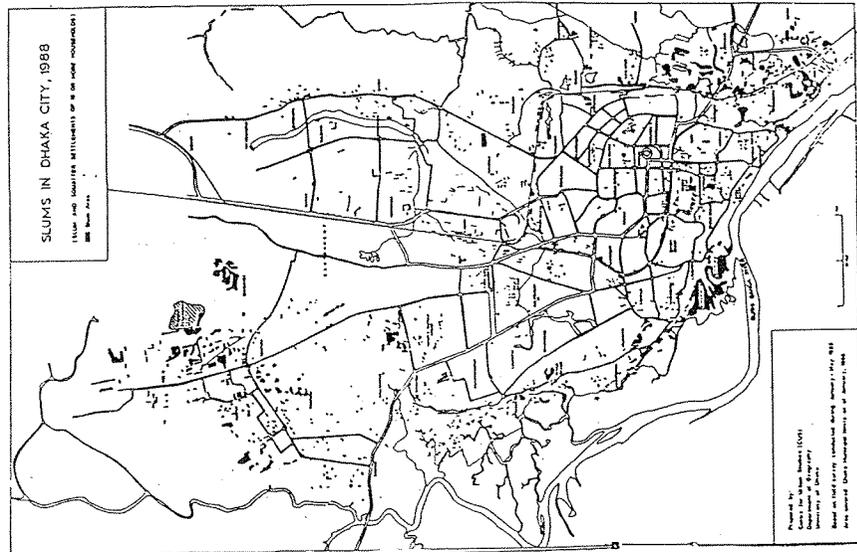
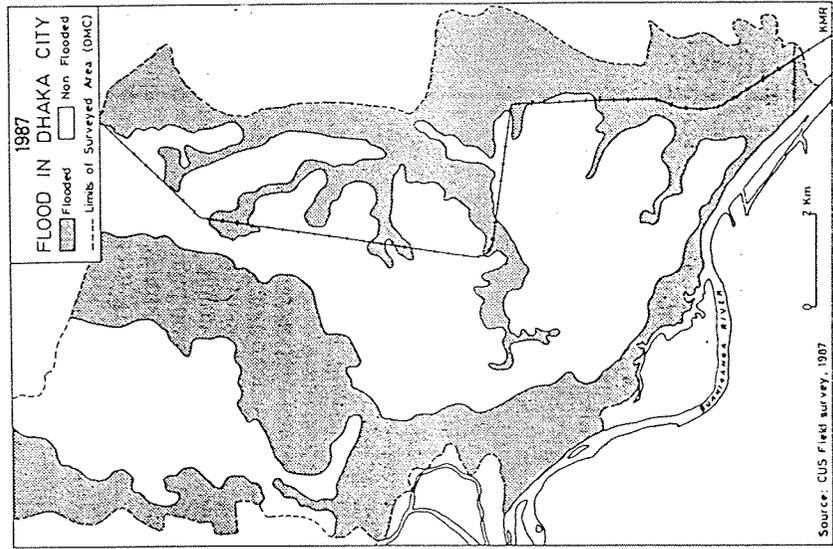


図2 ダッカ市スラムの分布図 (1988年)



Map 1 : Distribution of Slums in Dhaka City, 1988.

図3 1987年ダッカ市洪水地域



第6章 国際協力の課題

—人口分野での日本の協力の意義—

バングラデシュは、国連によって最低開発国、もっとも貧困な国の1つとして定義されている。しかも、ガンジス、ブラマプトラ等の河川の大洪水、さらに政治の不安定という天災・人災による発展への影響はきわめて大きい。同時に、とくに留意すべき点は人口の激増である。年増加率3%に近い人口激増は経済的・社会的開発の離陸を阻害している。

国民生活を貧窮のどん底におとし入れている要因はすべて重なりあって悪循環を形成している。絶対的貧困の状態にある人口は85%にも達し、文盲率は75%に近く、労働力人口の3分の1は定職にありつけない、といわれる。

国連も、また多くの先進諸国も経済的援助や社会開発のための多岐にわたる協力を行ってきていることも当然といえよう。しかし、残念ながら、これらの多様化した援助・協力も、バングラデシュ政府によって計画的に総合化された政策体系の中に位置付けられていないこと、また国連や先進国の援助・協力自体も多様化しており、それぞれの多くのプログラムが体系化されていない。それぞれの援助機関、それぞれの援助国の縦割り援助として断片的な政策に終わりがちである。

したがって、結果的には相当量の外側からの援助があってもその成果はなかなかあがらず、悲観論的な見解が内外にあらわれるのも避けがたいであろう。

しかし、バングラデシュのようなきわめて悪条件下にある国の経済的、社会的離陸のための効果的な戦略を見出すことができれば、その理論的、政策論的貢献はきわめて大きいといわれなければならない。それは、多くの開発途上国にとっての明るい発展の指針としての意義をもっているからである。国際的協力もこのような観点に立って行われるところに意義があるといえよう。経済的、社会的離陸のための特効薬や万能薬はない。しかし、国内的にも、国際協力、援助にもすべて限界がある以上、試行錯誤的にしる焦点をしぼった戦略に集

中することによって、悪循環の罟を切断する努力が必要である。バングラデシュに対するわが国の国際協力のありかたも、以上のような観点に立って次のような戦略をたてることが望ましい。

第1はもっとも基本的な戦略は、異例的な人口増加の抑制対策である。出生力低下がマクロ的にもミクロ的にも開発への基本的条件であることの政府、民間の徹底した認識が必要である。家族計画思想は、国連や先進国の援助によってすでにかかなりの成果があげられている。このような成果を背景として家族計画の実行を定着せしめるために必要なことは、異常に高い乳児死亡率の改善である。生まれた乳児が死亡する確率が高いようでは、少産の奨励も実効をあげることはできない。生まれた子供は無事に育つものだという実感は、文盲率の高い農村の主婦の家族計画への意識を高める第1歩の重要条件である。100を越える乳児死亡率を半減させることは、容易ではないとしてもそれほど困難なことではない。それは子供をもつ親の喜びとなることからであるから。乳児死亡率のみならず、死亡率の低下は一時的に人口増加率を高める影響はあるが、それは過渡的なものである。

第2は人口動態統計の整備への協力である。一般に開発途上国では出生、死亡等の登録はきわめて不完全である。登録が確実に行われることは、登録を行う国民自身の出生、死亡といった現象のもつ意義を理解する契機となる。中央政府、地方政府はまた人口動態統計の整備によって、人口現象と経済、社会施策との関連の重要性を理解することができる。また人口政策の具体化への出発点となる。人口動態登録という行動のもつ国民の教育効果はきわめて大きい。

第3は、以上の乳児死亡ならびに人口動態統計の2つの分野における日本のきわめてすぐれた経験は、バングラデシュにも十分に適用することが可能であると考えられることである。乳児死亡の改善について、小さな農村を選定し、重点的に乳児改善策を3年間継続するような二国間協力援助をすることによって、乳児死亡率を半減することは決して不可能ではないように思われる。そのような部分的経験を基礎として全国的普及のための政策を講じることができよう。

日本側がすでに行ってきた人口分野の援助、協力の評価を行い、その成果が十分具体化するに必要な新しいFollow up の援助、協力が望ましい。世界のデタント後における東欧、ソ連に対する国際的援助が強く日本に要請されている時、アジアに対する援助の減少、あるいは相対的低下が懸念される。

バングラデシュにも、農村の貧困者に対する生産的貸付けの新しい制度が企業家精神を培養しつつあり、その成果が国際的に評価され始めている。自立への新しい試みは、国際的協

力の強化につながるものとして期待される。

第7章 調査団メンバー及び日程

1 国内検討委員会（現地調査団メンバーを含む）

黒田俊夫	日本大学人口研究所名誉所長
鷺尾宏明	アジア経済研究所経済協力調査室研究主任（現地調査団長）
清水英佑	東京慈恵会医科大学公衆衛生学教室教授
大塚友美	日本大学経済学部助手（現地調査団員）
広瀬次雄	財団法人アジア人口・開発協会・理事、事務局長
遠藤正昭	財団法人アジア人口・開発協会業務課長（現地調査団員）

2 調査協力者（バングラデシュ国調査：1990年7月29日～8月11日）

(1) 日本大使館

井口武夫	大使
太田武志	一等書記官
野田亮二	二等書記官

(2) Government and Institute

Mr. Hussain Chowdhory	Director, Dhaka Child Hospital
Mr. Mahubub Hossain	Director General, Bangladesh Institute of Developmet Studies (BIDS)

Mr. Mashur Rahman Khan	Research Director, BIDS
Mr. Paisul Awal Mahmood	Senior Research Fellow, BIDS
Mr. Nazul Islam	Professor, Dept of Geography, University of Dhaka (U.D)
Mr. Nazmul Haq	Director General, Family Planning, Ministry of Health and Family Planning.
Mr. Nurul Islam Nazem	Assistant Professor, Dept of Geography, Jahangirnagar University
Mr. A.Q.M. Mahbub	Assistant Professor, Dept of Geography, UD
Mr. M.G. Kibria	Director, Bangladesh Shishu Academy
Mr. S.R. Chowdhury	Director, MIS. Ministry of Health and Family Planning
Mr. Sattendranth Adittaya	MBBS, FCPS, Civil Surgeon and Senior Consultant of General Hospital, Narayanganj.
Mr. Abdul Majid	Director, Narayanganj Hospital
Mr. Joyen Uddin Bhuiyan	Deputy Director, Family Planning, Munshiganj.
Mr. S.K. Alok	Country Director, UNFPA

Mr. Mohammd Habibur Rahman Deputy Director, MIS, Directorate of Family Planning, Ministry of Health and Family Planning

Mr. Abdur Rahin Director of Nutrition, Bangladesh Agriculture Research Council

Mr. Qasem Chowdhury Project Director, Institute of Health Science.

調 査 日 程

(平成2年7月29日～8月11日)

月 日	調 査 概 要
7月29日(日)	◦ 成田発, バンコク着。
30日(月)	◦ バンコク発, ダッカ着。
31日(火)	◦ 日本大使館訪問。井口武夫大使表敬。調査概要説明。 ◦ 現地専門家と調査概要協議, 並びにバングラデシュ国の人口, 家族計画, 保健の説明を受ける。
8月1日(水)	◦ Child Hospital 訪問。Hussain Chordhury, Director より同院の概要説明を受ける。 ◦ Bangladesh Institute of Development Studies (BIDS) 訪問。Mahabub Hossain, Director General よりバングラデシュ国の国家開発計画の説明を受ける。
2日(木)	◦ Center for Urban Studies University of Dhaka 訪問。Nazrul Islam, Director よりバングラデシュ国の都市化について説明を受ける。 ◦ Gazaria Upazila Health Complex 見学。
3日(金)	◦ Nabazram Union 訪問, Habibur, Head of Union より同区の説明を受ける。
4日(土)	◦ Child Academy 訪問。M.G. Kibria, Director より同所の活動の説明を受ける。 ◦ MIS, Ministry of Health and Family Planning 訪問。S.R. Chowdhury, Director, MIS よりバングラデシュ国の人口と開発の説明を受ける。
5日(日)	◦ Civil Surgeon, Narayanganj 訪問。D.S. Adittaya より同県の保健医療活動の説明を受ける。 ◦ Narayanganj Hospital 見学。 ◦ Narayanganj District Hospital 見学。
6日(月)	◦ Munshiganj 訪問。

	同区婦人活動見学。
7日(火)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ UNFPA 訪問。S.K. Alok Country, Director より同機関実施プログラムの説明を受ける。 ◦ BIRTAN 訪問。母子健康診断を見学。
8日(水)	◦ People's Health Center 訪問。Q. Chowdhry, Project Director より同所の動の説明を受ける。同所内, 病院, 職業訓練所等の見学。
9日(木)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 保健家族計画省訪問, Nazmul Haq, Director General, Family Planning に現地調査結果を報告。 ◦ 日本大使館訪問。現地調査結果報告。
10日(金)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 収集資料整理。 ◦ ダッカ発, バンコク着。
11日(土)	◦ バンコク発, 成田着。