

序

「開発と社会」について

1. 社会開発 (Social Development) への援助

わが国の援助は、他の先進国グループと比べると経済インフラ分野に重点が置かれてきた。近年減少傾向にあるとはいえ、二国間 ODA のトップで 31% のシェアをもつ。対象分野は運輸関係 (道路・港湾・鉄道、空港建設)、発電所、電気通信等である。これに対して増加の傾向にあるのがいわゆる社会インフラで、内容は教育、保健・医療・衛生、WID、水供給、人口問題等である。

二国間 ODA の約 20% のシェアをもつ。本書の「開発と社会」——社会開発 (Social Development) への援助は、ほぼこの 社会インフラへの援助 と同じ対象である。

社会インフラは、農業・林業、農村開発とともに基礎生活分野 (Basic Human Needs) を構成し、被援助国の貧困層の生活と福祉に深い関わりをもつ。この分野への援助要請は最近増大しており、主として無償資金協力と技術協力の形で援助を実施している。

2. 教育への協力

社会インフラのなかで「教育」分野は社会開発の主体となる人間・人材を育成するもので、途上国の自立のためにも不可欠の分野である。教育は経済成長を促進し、それによって開発の目標を達成可能にするという見地で、Human Resources Development : H. R. D. という用語が約 25 年にわたって使われてきたが、最近、教育の進展はそれ自体を目的として追求すべきであり、1人1人の個人を尊重する「人間の開発」(Human Development) という見方が重視されるようになった。教育が 3RS (読み書きと計算力) を中心とした知識・技能の伝達とともに、価値観・行動様式の形成を役割としているのであってみれば、Human Development という言葉 (UNDP 提唱) は含意の深いものといつてよい。

学校教育の拡大が識字率の向上を導く最も効果的なものであることは言うまでもない。開発途上国の初等教育就学率は下のように大幅に増加してきた (中国・インドを除く)。

1960	1980	1990
38%	67%	77%

しかし途上国には、小学校へ入りたくても入れない子供が 1 億 1000 万人あり (1990 年)、成人の非識字者は過去の不就学によって 9 億 3000 万人に累積されている (同年)。

サハラ以南のアフリカの 6 カ国は、現在も就学率が 1960 年の途上国の平均より低く (30%内外)、タンザニア、ザイールのような高就学率国 (それぞれ 93%、94%=1980 年) も、この 10 年就学率を下げている。

途上国の女性では、アジアでは 2 人のうちの 1 人が読み書きができず、アフリカでは 3 人のうち 2 人が非識字者である。

開発途上地域の非識字状況および教育状況を地域別にみると第1表・第2表のように分類できよう。

こうした実態の深刻さによって、1990年3月、タイ国のジョムティエンにおいて「万人のための教育世界会議」(EFA: Education for All)が開催され

第1表 世界の非識字率(非識字者数)

(単位:%, カッコ内:100万人)

	1960	1970	1980	1990 (推計)
世界	39.3 (735)	34.2 (783)	32.2 (932)	26.9 (963)
先進国	4.9 (33.9)	3.5 (27.3)	2.3	4.4
発展途上国	59.2 (701.1)	50.2 (756)	43.6	35.1
アフリカ	81.0 (124)	73.7 (153)	64.6 (169)	52.7 (サハラ以南) (139)
アジア	55.2 (542)	46.8 (579)	43.3 (695)	24.0 (東アジア) 53.8 (南アジア)
ラテンアメリカ	32.5 (40)	23.6 (38.6)	21.0	15.2

(出所) 豊田俊雄『第三世界の教育』, アジア経済研究所, 1987年に加筆。

第2表 地域別にみた発展途上地域の教育状況

グループ	経済発展	識字率	小・中就学率	中途退学率
アジア・グループ ①	低	低	低	高
②	低・中	高	高	中
③	中	高	高	低
アフリカ・グループ①	低	低・中	低・中	中・高
②	低・中	中	中・高	低・中
中南米グループ	中	高	中・高	中・高

(注) アジア・グループ①バングラデシュ, パキスタン, ネパール

②フィリピン, スリランカ

③タイ, マレーシア

アフリカ・グループ①大部分のアフリカ諸国

②やや経済水準の高い国

た。

152 カ国, 20 の国際機関, 150 の NGO からの参加者は 1500 人を超える大規模なものであり, 基礎教育を中心とした万人への教育普及へ強い意欲を表明した (第3表)。

第3表 万人のための教育世界宣言抜粋

私たち「万人のための教育世界会議」の参加者は、

- ・教育が世界の全ての年齢の全ての男女の基本的権利であることを想起し、
- ・教育が個人の向上や社会の改善にとって、十分な条件ではないにせよ不可欠な鍵であることを認識し、
- ・現在の教育の普及が全体として著しく不十分なものであり、教育がより適切なものにされ、質的に改善され、しかも全ての人に利用できるものにされなければならないことを認め、

ここに、次に掲げる

“万人のための教育世界宣言：基礎的な学習のニーズを満たすための行動の枠組み”を宣言する。

- 第1条 子供, 青年, 成人を含み全ての人は基礎的な学習のニーズを満たすための教育の機会から恩恵を得ることができなければならない。
- 第2条 基礎的な学習のニーズを満たすには、通常教育手段を越えるより広い展望が必要である。
- 第3条 基礎教育は全ての子供, 青年, 成人に提供されなければならない。
- 第4条 教育機会の拡大が意味のある開発につながるには、人々がその教育機会をいかに活用し、有用な知識・能力を身につけるかどうかにかかっている。
- 第5条 基礎教育の手段や範囲は場合によって柔軟に拡大すべきものである。
- 第6条 学習のための環境を充実させるべきである。
- 第7条 全てのレベルで教育の新しいパートナーシップを生み出し、強化すべきである。
- 第8条 教育政策改革や制度の強化に必要な支援的政策環境を生み出すべきである。
- 第9条 基礎的な学習のニーズを幅広く満たすには、既存のものだけでなく新しい資金・人的資源を動員すべきである。
- 第10条 国際的連帯を強化して、これらの目標を満たすことができる条件を生み出すべきである。

(出所) 『万人のための教育世界宣言 (仮訳)』, ユニセフ駐日事務所。

3. 保健・衛生・医療への協力

世界銀行(以下、世銀とする)は1993年の「世界開発報告」を「健康」(Health)を主題として報告した。「人々の健康に対する投資——Investing in Health」である。開発における健康の重要性に焦点を当て、途上国の保健・医療の状況を分析し、その改善に向けた提言を行った。

過去40年間に世界の保健状態は人類史上空前の改善を示した。教育状態の改善も目を見張るものがあったが、Health面の改善はさらに大きかった。開発の最も秀でた進歩の分野である。

途上国の出生時の平均余命は、この40年間(1950年→90年)に、40歳から63歳に向上した。かつては5歳の誕生日を迎える前に死亡する子供の数は、10人のうちほぼ3人であったが、現在では10人に1人に減少した(5歳未満死亡——1950年28%、90年10%)。天然痘も根絶された。1950年代初期に毎年500万人の生命を奪っていたのである。

しかし途上国の保健の水準は先進諸国に比べれば依然として低い。最貧国の5歳未満死亡率は最も豊かな国の10倍も高い。毎年約40万人の女性が、妊娠・出産時の併発症で生命を失う(妊産婦死亡率は高所得国の30倍にも達する場合がある)。このほか呼吸疾患、栄養失調、結核等による死亡率もきわめて高いのである(第4表ならびに第2章第2節「保健・医療」参照)。

途上国政府の保健支出の見直しと保健・医療制度の改革が重要であり、今後はエイズ、耐性菌症、高齢化医療に対処しなければならない。

1950年代、60年代は病院建設、治療技術の向上への協力が主流であったが、70年以降は保健教育、医薬品の整備等、地域での予防医学を中心とした「基礎医療」(Primary Health Care: PHC)の考え方が強くなり、保健協力の新しい分野となっている。

1978年のアルマ・アタ宣言は爾後20年間の国際保健戦略を提示した画期的なものであった。2000年を目標にHealth for All (HFA) “すべての人に健

第4表 地域別人口、経済指標、健康指標の変化
(1975~90年)

	人口	死亡者数	1人当たり所得	5歳未満児死亡数		平均余命		
	1990	1990	1990	年平均伸び率 1975~90(%)	1975	1990	1975	1990
	(100万人)	(100万人)	(ドル)					
サハラ以南アフリカ	510	7.9	510	-1.0	212	175	48	52
インド	850	9.3	360	2.5	195	127	53	58
中国	1,134	8.9	370	7.4	85	43	56	69
アジア(インド・中国除く)	683	5.5	1,320	4.6	135	97	56	62
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	444	3.0	2,190	-0.1	104	60	62	70
中近東	503	4.4	1,720	-1.3	174	111	52	61
旧社会主義経済圏(東欧)	346	3.8	2,850	0.5	36	22	70	72
先進国	798	7.1	19,900	2.2	21	11	73	76
発展途上国*	4,123	39.1	900	3.0	152	106	56	63
欧州計	1,144	10.9	14,690	1.7	25	15	72	75
世界計	5,267	50.0	4,000	1.2	135	96	60	65

(注) 5歳未満児死亡数は、誕生から5歳までの幼児1000人当たりの死亡者数。

* 発展途上国とは、サハラ以南アフリカ、インド、中国、その他アジアおよび島嶼国、ラテンアメリカおよびカリブ海諸国、中近東である。

(出所) 世界銀行『開発報告1993年版』。

康を”のスローガンを掲げた。教育の分野で、ジョムティエン会議でEFA (Education for All) が提示されたが、HFAは保健・医療開発の先駆であったわけである。

教育と保健との間には密接な関連がある。例えば、母親の教育は幼児死亡率の決定要因として非常に重要であり、特に医療施設がない地域では重要である。女性が十分に教育を受けている場合、夫婦は避妊をより多く行う(世銀報告書)。

世銀は経済成長と教育が、保健状態の改善に寄与するものであるとの見地から、貧困対策を重視したマクロ経済政策を遂行するとともに、基礎学校教育とりわけ女子教育を拡充するよう勧告している(1993年「世界開発報告」)。

4. 「開発と社会」と国際機関

1990年は途上国の開発と援助戦略の方向転換において画期的な年であった。前述のジョムティエン会議に四つの国際機関——世銀、国連開発計画（UNDP）、ユニセフ、ユネスコ——が共同主催者となって、EFAを宣言したのはその端的な現れである。同年が国連の決めた「国際識字年」であり、4機関は「教育」という社会開発分野に結集した。

1990年、世銀の「世界開発報告」のテーマは「貧困」であった。途上国は開発に努力しているにもかかわらず、なお「10億人以上の人々が貧困のなかにある」ことを問題にした。80年代は貧困層にとって「失われた10年」と呼

第5表 人間開発指数（1993年）

	人間開発指数 (順位)		1人当たり実質 GDP(購買力平価) (ドル)	成人識字率 (%)	平均就学年数 (年)
	①		②	③	④
日本	0.963	1位	17,616	99.0	10.7
韓国	0.872	33	6,733	96.3	8.8
シンガポール	0.849	43	15,880	88.0	3.9
アルゼンチン	0.832	46	4,295	95.3	8.7
メキシコ	0.805	53	5,918	87.6	4.7
マレーシア	0.790	57	6,140	78.4	5.3
ブラジル	0.730	70	4,718	81.1	3.9
タイ	0.715	74	3,986	93.0	3.8
フィリピン	0.603	92	2,303	89.7	7.4
中国	0.566	101	1,990	73.3	4.8
インドネシア	0.515	108	2,181	81.6	3.9
インド	0.309	134	1,072	48.2	2.4
ナイジェリア	0.246	142	1,215	50.7	1.2

(注) ①人間開発指数 (HDI) — ②所得 (購買力平価による) 実質 GDP
 — 教育水準 — 成人識字率③
 — 平均就学年数④

(出所) 国連開発計画 (UNDP), *Human Development Report 1993* より作成。

ばれているが、サハラ以南のアフリカと、ラテンアメリカ諸国では貧困層が増大したのである。

UNDP の 1990 年の報告書は「人間開発」(Human Development) と名づけた膨大な報告書である。過去 30 年間における途上国の人間開発の進捗を述べ、経済(1人当たり実質 GDP)と教育(平均就学年数および成人識字率)にまたがる人間開発指数(HDI)を提示した(第5表)。

これに次いで WHO(世界保健機構)も OECD, DAC も社会開発につらなる会議を開催している。

(豊田俊雄)