

第6章

乳幼児の保育と教育をめぐる取組み

太田 仁志



はじめに

2011年の国勢調査によると、インドで乳幼児の年齢と位置づけられる0～6歳の子どもの人口は1億6452万人に上る⁽¹⁾。乳幼児は後年、その国の社会、政治、経済を担うから、乳幼児の育成・発達はその国の将来／発展を左右する重要なものであることは明らかである。日本の総人口以上の規模を誇るインドの乳幼児の育成は、インドのみならず国際的なインパクトももつ。

一方、平均余命が半世紀以上もある乳幼児という時期＝幼少期は、人生でもっとも可能性を秘めた時期である。しかし同時に、自分たちが兼ね備える意思、力、資源は人の一生のなかでもっとも弱く、周りの環境に意のままに働きかけることが一番困難な時期でもある。人生でもっとも脆弱(vulnerable)なこの幼少期をどのように過ごすかは、その人のその後(ライフコース)を左右するといっても過言ではない(Heckman 2013)。乳幼児の保育と教育(Early Childhood Care and Education, 以下 ECCE とする)⁽²⁾に関する取組みは、身体、情緒、また認知面の発達に重要な意味をもつ時期のプログラムである(杉本・小原・門松 2013, 73)。

そのような幼少期は義務教育がはじまる前の時期であることもあり、その過ごし方は基本的には家庭・家族に委ねられている。より正確には、家庭に委ねられているとともに、家庭が最大の責任を負うことになる。しかし私たちは、家庭が経済面でも社会的な地位の面でも平等な様態にあるわけではないこと、また等しく好ましい影響を与えることができるわけではないことを知っている。経済・社会・政治的発展の促進に加えて、ここにも国が福祉・社会政策として乳幼児の育成に介入する余地がある。また、世界的にもインドの乳幼児の発育・健康状況の悪さは、インドに貧困世帯が多いことと関連している。したがって公共サービスとしてのインドの ECCE に関する政策と取組みは、開発政策と福祉・社会政策という性格をあわせもち、かつ貧困対策でもある。

本章では、そのようなインドの ECCE に関する取組みを明らかにする。取組みが大きく動き出したのは 1975 年で、その旗艦事業が「乳幼児の統合的発達サービス」(Integrated Child Development Services : ICDS) である。ICDS はインド最大であるだけでなく、世界最大規模の ECCE プログラムでもある。本章では ICDS を中心に据えつつ、2000 年(ゼロ年代)代(以下、2000～2009 年の 10 年間を「ゼロ年代」と表記する)後半以降の展開に注意を払いながら、ECCE に関する取組み・政策を概観する⁽³⁾。以下、まず第 1 節で ECCE に関する現状を統計で確認する。続く第 2 節ではインドの ECCE 政策の展開を追い、またゼロ年代後半以降の乳幼児の健康指標の改善の要因・背景を指摘する。それらのいくつかは関連・先行研究では明示的にはあまり注目されていない諸点である。そして第 3 節で ECCE 政策の実施、とくに ICDS を中心に検討する。本章では国際機関のインドにおける取組みへの言及は最小限であることをお断りしておく。

第 1 節 乳幼児の保育と教育の状況

表 6-1 はインドと南アジア諸国、日本および中国との ECCE に関する状況を比較したものである。5 歳未満乳幼児の死亡率 (U5MR) について、

表6-1 ECCE に関する指標

	5歳未満児の死亡率 (U5MR) (単位:人 [1000人当たりの推定人数])						就学前教育参加率 ²⁾ (%, 2009~2012年)	
	1970年	1990年	2000年	2013年	男児 ¹⁾	女児 ¹⁾	男児	女児
インド	213	126	91	53	51	55	57	60
バングラデシュ	224	144	88	41	44	38	26	25
パキスタン	188	139	113	86	89	82	87	77
スリランカ	71	21	16	10	10	9	89	89
ネパール	271	142	82	40	42	37	83	81
日本	18	6	5	3	3	3	—	—
中国	113	54	37	13	14	12	70	70
南アジア	213	129	94	57	56	57	55	56
東アジア・大洋州	117	58	41	19	21	17	67	67
世界	147	90	76	46	47	44	55	53

(出所) UNICEF (2015) 第2章表1, 表5, 表10より筆者作成。

(注) 1) U5MRの男児, 女児は2013年。

2) 就学前教育参加率は, 2009~2012年のうち各国・地域の最新の数値。

インドは2013年に1000人当たり53人と、依然としてきわめて高い水準にある。それでも1970年のU5MRは213人で、また、その年間減少率は1970~1990年の20年が2.6%であったのに対し、1990~2000年の10年が3.2%、2000~2013年の13年が4.2%と、乳幼児の健康状況は近年ほど改善している、すなわち取組みが進んでいることがわかる。2000年以降の減少率は42%である。なお、2012年のインドの新生児死亡率は1000人当たり29人、1歳未満の乳児死亡率は同41人であった(UNICEF 2015)。

またインドの就学前教育参加率は、バングラデシュを除いて南アジア諸国と比べて見劣りする。女児の参加率の方が男児より高いのがインドの特性である。時系列でインドの就学前教育粗参加率をみると、1999年に18%だったのが2005年は39%、そして2010年は55%となっている⁽⁴⁾。

つぎに、インドで実施された標本調査である全国家族保健調査(National Family Health Survey: NFHS)を用いて状況を確認する。NFHSはこれまで1992-93年、1998-99年、2005-06年、2014-15年の4回実施されているが、最新の2014-15年調査の集計結果は2016年1月21日現在、13州およびふたつの連邦直轄領のものしか公表されていない。したがってNFHSでは直近の状況を明らかにできないが、2013~2014年にICDSの

表6-2 乳幼児の栄養状態

(%)

	3歳未満児			5歳未満児	
	1992-93年	1998-99年	2005-06年	2005-06年	2013-14年
発達障害	—	51.0	44.9	48.0	38.7
衰弱	—	19.7	22.9	19.8	15.1
低体重	51.5	42.7	40.4	42.5	29.4

(出所) 3歳児未満はIIPS (2007a), 5歳児未満の2005-06年はIIPS (2007b, 267-274), 2013-14年はGovernment of India (2015b, 5) より筆者作成。

(注) 1) それぞれの栄養状況の概念は本文を参照。いずれも中央値より-2標準偏差未満の中・重度の栄養不良の比率である。

2) 「—」はデータがないことを示す。

実態等を把握すべく、女性・子ども発達省がユニセフの協力を得て「子どもの速報調査」(Rapid Survey on Children: RSOC) を実施している。RSOCは標本規模がNFHSほど大きくないなど、両者の単純比較には注意を要するものの、趨勢を確認することはできるものと思われる。

まず栄養状態について、NFHSおよびRSOCともに発育阻害(stunted)、衰弱(wasted)、低体重(underweight)という3つの指標を用いて調べている。年齢と身長から測る発育阻害は長期の栄養不良の指標とされる。それに対して身長と体重の釣り合いを指標とする衰弱は、干ばつや疾病などといった短期、急性の栄養不良を一般に示す。低体重は年齢と体重からみる指標である。栄養状態をまとめた表6-2では調査による集計基準年齢が異なるが、趨勢をつかむことは可能であろう。1992-93年調査で唯一尋ねている低体重をみると、1998-99年から2005-06年にかけて改善が停滞していることがわかる。短期の栄養不良である衰弱については状態が悪化している。しかし長期の状態を表す発達障害については6パーセント・ポイントほど改善している。その後、ゼロ年代後半から2013-14年にかけて、いずれの指標でも栄養状態の大幅な改善が示されている⁽⁵⁾。ただし改善しているとはいえ、長期の栄養不良はいまだに高い水準にある。短期の栄養不良の理由を干ばつや疾病に求めるなら、それらの発生頻度が以前より低下していること、またインドの食糧支援体制や医療体制の機動性がこの時期に高まってきていることを示唆しているかもしれない。

表6-3 5歳未満児の栄養状態（男女別，都市部農村部別，社会階層別）

		(%)									
		インド全体	男児	女児	農村部	都市部	SC	ST	OBC	その他	不明
発達不全	2013-14年	38.7	39.5	37.8	41.6	32.0	42.4	42.3	38.9	33.9	—
	2005-06年	48.0	48.1	48.0	50.7	39.6	53.9	53.9	48.8	40.7	45.8
衰弱	2013-14年	15.1	15.6	14.5	15.1	15.0	15.5	18.7	14.8	13.6	—
	2005-06年	19.8	20.5	19.1	20.7	16.9	21.0	27.6	20.0	16.3	14.1
低体重	2013-14年	29.4	30.0	28.7	31.6	24.3	32.7	36.7	29.3	23.6	—
	2005-06年	42.5	41.9	43.1	45.6	32.7	47.9	54.5	43.2	33.7	35.1

(出所) 表6-2に同じ。

(注) 1) SCは指定カースト，STは指定部族，OBCはその後進階層，その他はそれ以外を表す。

2) それぞれの栄養状況の概念は本文を参照。

いずれも中央値より-2標準偏差未満の中・重度の栄養不良の比率である。

3) 「—」はデータがないことを示す。

栄養状態について，男女別，居住地の都市部農村部別，社会階層別にみたのが表6-3である。すべての分類で2013-14年の状態は改善しているが，性別では男児が，居住地別では農村部の方が，そして社会階層別では指定カースト(SC)と指定部族(ST)の乳幼児の栄養状態が相対的に悪い。インドでの女性の男性に対する社会的な地位の低さを考えると，女児の方が男児よりも栄養状態が良好というのは筆者には意外であった。農村部およびSC，STの栄養状態の相対的な悪さは，貧困層が相対的に多いことと関連している。

予防接種の受診についてはつぎのようになっている。BCG，はしか，三種混合およびポリオの4つすべての予防接種を受けた生後12～23カ月(1歳～2歳未満)の乳児の比率は，1992-93年の35.5%から1998-99年の42.0%に改善したのち，2005-06年は43.5%と停滞した(IIPS 2007a)。しかし2013-14年にはその状況は65.3%(Government of India 2015b, 4)と，表2でみた栄養状態と同じく大きく改善している。3歳未満児と5歳未満児というデータの接合に問題はあるが，栄養状態，予防接種実施状況ともにゼロ年代前半に停滞していた乳幼児の健康状況の改善が，ゼロ年代後半以降に進んだことだけは指摘できる。先にみた5歳未満児の死亡率も2000年代以降の状況改善が示唆されたが，それがゼロ年代後半以降である可能性も示唆している。

表6-4 各州の5歳未満児の栄養状態の変化

州	発達障害 (5歳未満児) (%)			衰弱 (5歳未満児) (%)		
	2005-06年	2013-14年	この間の 削減率	2005-06年	2013-14年	この間の 削減率
ジャンム&カシミール	35	32	9	15	7	53
ヒマチャル・ブラデーシュ	39	34	13	19	10	47
パンジャープ	37	31	16	9	9	0
ハリヤーナー	46	37	20	19	9	53
デリー	42	29	31	15	14	7
ラージャスターン	44	36	18	20	14	30
ウッタラカンド	44	34	23	19	9	53
ウッタル・ブラデーシュ	57	50	12	15	10	33
ビハール	56	49	13	27	13	52
ジャールカンド	50	47	6	32	16	50
オディシャ	45	38	16	20	18	10
西ベンガル	45	35	22	17	15	12
マディヤ・ブラデーシュ	50	42	16	35	18	49
チャットティースガル	53	43	19	20	13	35
グジャラート	52	42	19	19	19	0
マハラーシュトラ	46	35	24	17	19	-12
ゴア	26	21	19	14	15	-7
アーンドラ・ブラデーシュ	43	35	19	12	19	-58
カルナータカ	44	34	23	18	17	6
ケーララ	25	19	24	16	16	0
タミルナドゥ	31	23	26	22	19	14
アルナーチャル・ブラデーシュ	43	28	35	15	17	-13
シッキム	38	28	26	10	5	50
アッサム	47	41	13	14	10	29
ナガランド	39	29	26	13	12	8
メガラヤ	55	43	22	31	13	58
マニプル	36	33	8	9	7	22
トリプラ	36	31	14	25	17	32
ミゾラム	40	27	33	9	14	-56
インド	48	39	19	20	15	25

(出所) IFPRI (2015) 図 2.9 (p.20) および図 2.10 (p.21) より筆者作成。

- (注) 1) 出所元 IFPRI (2015) が利用するのは Government of India (2015b) のデータであるが、そこには 2005-06年のデータの記載はない。この数値はおそらく IIPS (2007b) からのものと思われる。
- 2) (衰弱の) 削減率のマイナスは増加すなわち2期間中の状態の悪化を示す。
- 3) アーンドラ・ブラデーシュ (AP) 州は 2014年6月に AP州とテランガーナ州に分割されている。本表の AP州は分割前の旧 AP州であると考えられる。
- 4) 州名で網掛けのものは 2013-14年の両栄養指標の状態がインド平均よりも良好なものを、同イタリックの太字は両指標および削減率から総合的に勘案して良好ではない州を示す。
- 5) 表内の数値で網掛けのものは 2013-14年の状態がインド平均よりも相対的に大きく良好であることを、同イタリック太字は平均よりも大きく劣ることを示す。

発達阻害と衰弱を指標に、州別に栄養状態をみたのが表6-4である。長期の栄養不良である発達阻害についてはすべての州で栄養状態が改善している。それでも2013-14年にインド平均より状態が悪いのはウッタル・プラデーシュ州、ビハール州、ジャールカンド州、チャッティースガル州、メガラヤ州、グジャラート州、マディヤ・プラデーシュ州、そしてアッサム州の8州である。それに対して相対的に良好な州として、ケーララ州、ゴア、タミルナドゥ州、ミゾラム州、アルナーチャル・プラデーシュ州、シッキム州、およびデリーとナガランド州を挙げることができる。

衰弱による栄養状態からは発達阻害と若干異なる趨勢が確認できる。まず、ジャールカンド州、マディヤ・プラデーシュ州、そしてグジャラート州は、発達阻害だけでなく衰弱についてもインド平均より状況が悪い⁽⁶⁾。アーンドラ・プラデーシュ州とミゾラム州では衰弱の比率が5割以上も悪化しているなど、計5州で状況が悪くなっている。ケーララ州とタミルナドゥ州は発達阻害ではインド平均よりはるかに良好な状態だが、衰弱についてはインド全体を下回っている。乳幼児を取り巻く状況は州ごとにちがいが大きい。

州間格差や州のちがいはこのように大きく、また農村部、社会階層ではSCとSTの状態が相対的に悪い。それでもインド全体でみて、ゼロ年代後半以降に乳幼児の栄養状態の改善、より広くは、ECCEに関する改善がなぜもたらされたのだろうか。そこにECCE政策が貢献していることは間違いないだろう(Drèze and Sen 2013)。そのECCE政策を次節以降みていく。

第2節 ECCE政策の展開

インドのECCE政策は、国家政策の指導原則のなかで憲法第45条で規定されている。憲法制定当初、無償の義務教育の供与は14歳以下の子どもが対象であったが、初等教育を基本的人権と位置づける2002年の第86次憲法改正で6～14歳という年齢規定が挿入された。そこで妥協として

今日、「国は6歳を終了するまでのすべての子どもに、ECCEを供与するよう努める」と規定している（Kaul and Sankar 2009, 15）。以下では中央政府によるものを中心に、ECCE政策の展開をみる。

1. 栄養補給プログラムから統合的発達サービス（ICDS）へ

1947年の分離独立後もしばらくのあいだ、インドでECCEのニーズに対応するのはおもにボランティア組織や民間部門だった。国としての取組みがはじまったのは1953年だが、これも中央社会福祉委員会の設立というボランティア組織に資金援助を行うことを主たる目的とするものである（NIPCCD 2006, 4）。中央社会福祉委員会はおもに農村部での活動を支援するものであった。その後、1963～1964年に子どもや妊婦を対象にした限定的、試験的な栄養補給プログラム（Applied Nutrition Programme）が実施されている（Government of India 2011, 3）。しかし政府の積極的な関与は1960年代末まで待つことになる。

1968年に就学前教育への政府の積極的関与を求めたガンガ・シャラン・シンハ委員会の提言の流れを受ける形で、5カ年計画でもECCEに関する指針が示されるようになる（杉本・小原・門松 2013, 75）。その後、人びとの栄養への関心を高めることなどを目的とした「特別栄養プログラム」（1970～1971年）、低所得世帯の3～5歳を対象に栄養補給を行う「パールワディ栄養プログラム」（同年）など、栄養面をはじめ乳幼児の福祉に関するスキームが多く生まれていった。しかし1972年の関係省庁による調査では、資源制約やスキームの捕捉が十分でないこと、また断片的で調整がなされていないアプローチのため、望ましい成果を上げていないことが浮き彫りになった（Government of India 2011, 3; Awofeso and Rammohan 2011, 243）。

そこで政府は1974年に「全国子ども政策」を策定し、子どもを「最高に重要な資産」と宣言する（Government of India 2011, 3）。そして子どもの健康状況改善への十分な配慮、乳幼児および妊婦と授乳中の母親への栄養補給、孤児・貧困世帯の子どもへの養育・教育の実施、働くある

いは病を患っている母親の子どもをケアする託児所等の導入などを進めることをめざす。これを受け、「乳幼児の統合的発達サービス」(ICDS) が導入されることとなった。

ICDSは1975年に、33の郡で試験的に開始された⁽⁷⁾。その後、実施地域が拡大され、1983年には357郡、1990年には2426郡、2002年には4608郡、そして開始から30年後の2005年には5422郡まで拡大されている。2001年の国勢調査時に郡は6000弱あったので(Government of India 2011, 3-4)、ゼロ年代前半のカバー率は8割程度である。ICDSは今日、普遍化(universalization)されている。ICDSの目的は、①0～6歳の乳幼児の栄養および健康状況を改善すること、②子どもの総体的、統合的な育成・発達のための基盤をつくること、③死亡、疾病、栄養失調、学校からのドロップアウトを減らすこと、④乳幼児の保育促進にかかわる政策と履行に関する省庁間の効果的なコーディネーションを行うこと、そして⑤栄養と健康に関する教育を通じて、それらの日常のニーズに対処できるよう母親の能力を向上させること、である。

ICDS受益者は生後3カ月～6歳の乳幼児と、妊婦および授乳中の母親である。提供されるサービスは、①補助的な栄養補給、②3～6歳を対象の就学前の非公式教育、③15～45歳の女性対象の栄養と健康に関する教育、④予防接種(immunization)にかかる業務、⑤健康診断、⑥保健施設等への紹介サービス、の6つである。6つのサービスがパッケージで提供されるようになっているのは、その方が効果的であるという配慮からである。保健に関連する④、⑤、⑥は保健・家族福祉省が全国農村保健ミッション(National Rural Health Mission: NRHM)を通じて提供している。これらのサービスはアンガンワディ・センターで提供される。「アンガンワディ」は「中庭の施設、シェルター」の意で、アンガンワディ・センターは日本の保育所・幼稚園と母子保健センターをあわせたようなイメージといえる。サービスを提供する人たちはアンガンワディ労働者で、アンガンワディ・ヘルパーは調理など補助的な役割を果たす。アンガンワディ労働者とヘルパーはほとんどが女性である。

2. 発達・教育アプローチから権利アプローチへ

ICDS が学校からのドロップアウトの削減をめざしていることは前項でみたが、第6次5カ年計画が始まる1980年代には、ECCEが初等教育の普遍化を実現するうえで重要であるという位置づけがいっそう強まった(杉本・小原・門松 2013, 75-76)。1982年にはその目的で、アッサムやオディシャ、ラージャスターンといった教育後進州である9つの州において、ボランティア組織が運営を担う「幼児教育スキーム」が開始された(Kumar 2004, 86-87)。翌1983年には同じく9州で、政府や民間運営の初等学校に付属する就学前教育センターを運営するNGOに資金援助を行う「初等教育普遍化プログラムのもとで3～6歳の子どもに幼児教育を行うボランティア組織への資金援助スキーム(改訂版)」が開始されている⁽⁸⁾。同じく1983年に発表された「全国保健政策」は、子どもや母性に関する保健の拡充、また乳幼児にもかかわる予防接種の早急な必要性を指摘している。

1986年には1968年に続く2度目の全国教育政策が策定された。ECCEはこの全国教育政策において、人的資源戦略における不可欠な要素として、初等教育につながりまたそれを補助するプログラムとして、そして、働く女性への支援サービスとして位置づけられている。これ以降、このような総体的、統合的な視野がインドのECCE政策とそれらのプログラムを導いている(NUEPA 2008, 10)。

1992年にインドは国連の「児童の権利に関する条約」(子どもの権利条約)を批准した。条約に勢いづけられるように同年、「全国行動計画：子どもへのコミットメント」を策定する。また10年以上あとのことだが、この子どもの権利条約の批准が「全国子ども憲章」の2004年の採択(2003年策定)、および2007年の「子どもの権利保護のための全国委員会」の設置につながっている(Das 2003, 3; NUEPA 2008, 10; Kaul and Sankar 2009, 17)。実際に政策や取組みで顕著になるのは2000年代以降であるものの、ECCEを権利の問題からとらえる「権利を基盤とするアプローチ」(以下、「権利アプローチ」とする)の幕開けは1990年代である⁽⁹⁾。1990年代には

また、「全国栄養政策」も発表されている（1993年）。全国栄養政策では開発の文脈から栄養政策をとらえる必要性を指摘し、短期にとるべき行動として ICDS や他の栄養補給関連諸プログラムの拡充を訴えるなど、幼少期の保育と栄養面に関する国のかわりを改めて提言している（Government of India 2013, 3）。

2000年代に入ると、権利アプローチが5カ年計画や政策において重視されるようになる。2001年発表の「全国女性エンパワメント政策」では、職場の託児所等の育児施設の提供にも言及されている。第10次5カ年計画（2002～2007年）ではインドのすべての子どもの生存、保護、そして発達の保証を主要な関連戦略で描くとともに、働くまたは病を患う母親の子どもをケアする託児所やデイケア・センター関連のサービスの必要性を強調している（Kaul and Sankar 2009, 16-17）。2004年採択の全国子ども憲章は、保健や栄養面での十分な配慮、安全な飲料水、環境衛生等の確保など、子どもに対する国の責任を再確認するものである。また、2002年の「全国保健政策」、2005年の「子どものための全国行動計画」、そして同2005年「全国カリキュラム・フレームワーク」での ECCE への言及はいずれも、乳幼児政策の追い風になった（Government of India 2013, 4）。

3. 2000年（ゼロ年）代後半以降の展開

乳幼児の保育に関する指標が改善をみせたゼロ年代後半以降の展開をみよう。まず2006年に、決定的な最高裁判所（最高裁）命令が出されている。それは「食糧への権利」をめぐる一連の訴訟のなかで、ICDSの普遍化を求める最高裁命令である⁽¹⁰⁾。2001年にICDSの取組みを実現しよう訴える訴訟が提起され、最高裁判所は同年11月に、中央政府および州政府にICDSの普遍化に取り組むことを命ずる中間命令を出している。2004年10月にも中間命令が再度出されるが事態は大きく進展していなかった。この訴訟で最高裁判所は2006年12月に、ICDSの6つのサービスすべてを普遍化すること（すべての乳幼児が利用できるようにすること）、ICDSを実施する場所としてアンガンワディ・センターの数を最低140万とするこ

と、補助的な栄養補給として乳幼児1人当たり1日2ルピー相当、とくに栄養状態が悪い乳幼児には2.7ルピー相当を割り与え、中央政府はその費用の半額（順に1ルピー、1.35ルピー）を負担すること、等を命じた。これまではおもに農村部や山間部、貧困層を対象としてきた、限定的であった ICDS が普遍化された意義は大きい。

また同じく2006年には「働く母親のためのラジーヴ・ガンディー全国託児所スキーム」が開始されている（杉本・小原・門松 2013, 76）。これは既存の託児所プログラムを統合したものである。

2007～2012年度の第11次5カ年計画では権利アプローチが引き続き重視され、子どもの発達を5カ年計画の中心に据えるとしている（Kaul and Sankar 2009, 17）。2005年の「子どものための全国行動計画」が強調した ICDS、就学前教育、そして女兒と子どもの保護に力を入れることを、五カ年計画でも再確認している。また、初等教育の無償義務教育を法制化した無償義務教育に関する子どもの権利法（The Right fo Childern to Free and Compulsory Education Act, 2009）が成立したのは2009年である（2010年施行）。乳幼児についても同法の第11条で、「3歳以上の子どもに初等教育に備えさせ、また6歳を終えるまでのすべての子どもに保育と教育を提供することを視野に、政府は無償の就学前教育を提供するのに必要な取組みを行う」とし、政府に対する指針を法律で明示した。

一方、2006年の最高裁命令を受けて ICDS の普遍化に取り組む過程で、その急激な拡大が ICDS プログラムや制度、また運営面での問題を際立たせることになった。同時に、いまだに改善の余地を大きく残す栄養に関する取組みの重要性にかんがみ、ICDS の強化と再構築の必要性が強く認識されるようになる。栄養状態の課題をめぐる全国協議会の決定や計画委員会委員が主導する省庁間グループの ICDS に関する2011年の提言（Government of India 2011a; 2011b）を受け、2012年に「ICDS ミッション：履行のための大きなフレームワーク」と題される、文字どおり今後の ICDS 履行のフレームワークが発表された（Government of India 2012）。これを受けて ICDS は「サービス」から、遂行されるべき「ミッション」（重要な任務）に変わった。ECCE 政策の柱である ICDS を運営するアンガン

ワディ・センターについては、より積極的に貢献するよう、活動的(vibrant)な乳幼児発達センターとして再位置づけを図るとしている。ICDS ミッションは今日のICDSに関する取組みの指針として重要である。

2012～2017年度の第12次5カ年計画では、ECCEに関する系統的な改革が求められる領域に、ICDS、アングンワディ・センターにかぎらず政府、民間部門、そしてNGOを含むあらゆる経路を用いて対処する必要性を強調している(Government of India 2013, 4)。このスタンスは2013年9月に採択された「全国ECCE政策」でも明確に示されている。全国ECCE政策はECCEに関する初めての国の政策で、今日の最新の行政の見解であり、総合的、統合的な子どもの発達というビジョンを引き続き重視している。ECCE政策と同時に、保育と教育に確保すべき基本的な質に関するスタンダードを提示する「ECCEに関する質規格」と、子どもの発達段階に適した教育カリキュラムの作成指針である「乳幼児教育カリキュラム・フレームワーク」も採択された。全国ECCE政策が取り組む主要領域は、サービス提供者が誰かにかかわらず公正かつ包摂的な(保育・教育への)アクセス・普遍化の実現、質の改善、機関、個人、家族、そしてコミュニティの能力強化、モニタリング・管理、改善のための調査、人々の支援と理解の促進、などである。アングンワディ・センターについては、引き続き活動的かつフレンドリーな場とするとしている。

近年の動向として最後に、2015年8月にインド法律委員会は「乳幼児の発達と法律に基づく権利に関する報告」を公表し、6歳未満の子どもの特別な状況とニーズが憲法の基本権と国家政策の指導原則の枠組みにおいても反映されるべきであるとの提言をまとめた。そこでは、子どものための法定の権利として既存のスキームや政策に保証を与えるべきで、また、健康、栄養、保育そして教育が乳幼児発達の主要なインプットであることを絶えず確認し、子どもの権利保護のための統合的かつ全体的なアプローチが伴うべきとしている。これが権利を重視する動向をめぐる現時点の到達点である。

4. 2000年（ゼロ年）代後半以降に何が起きているのか

以上のような ECCE 政策の展開について、その背景、要因を補足する。政府が ECCE に関して動きだした 1960～1970 年代の政策や取組みは、乳幼児に福祉を供するというアプローチであった（Kaul and Sankar 2009; 杉本・小原・門松 2013）。同時に、1970 年前後の首相はインディラ・ガンディーであったことから、このような福祉アプローチの背景にポピュリズム的なスタンスがあったこともうかがわれる。さらにインディラは貧困追放「ガリービー・ハタオ」も掲げており、貧困対策との関連も指摘できる。

それ以降、ゼロ年代までの ECCE 政策の流れについて、Kaul and Sankar (2009) は福祉から発達／開発、そして権利重視のアプローチへのシフトととらえる。また杉本・小原・門松 (2013) は政策として、福祉政策から教育政策、そして人権保護政策へのシフトとする。規範的にも、根源的な欲求である生きること／生存にかかわる栄養・保健の重視（貧困との関連）、ついでより豊かな人生をもたらすための手段としての教育あるいは発達／開発への関心、さらにそれらを満たしたのちに、民主主義の深化や成熟した社会の創造とも並行する権利アプローチへの移行は、理にかなっているように思われる。もちろんこのように段階的に進むというわけでは必ずしもない。

そして第 1 節でみたように、ゼロ年代後半以降、乳幼児の保育に関する指標が改善の趨勢にある。ではゼロ年代後半以降、何が起きているのだろうか。重要度の順序は脇におき、以下の背景・要因を見落とすことはできない。第 1 に、「権利」を旗印とする取組みの進行である。とくに開発運動家・活動家などが主導する社会運動では顕著で、大きな困難を克服して政府の政策に結実しているものもある。社会運動・社会活動家の積極的な働きかけは子どもの権利だけでなく、教育や食糧への権利に関する運動が大きくなうねりを起こしている⁽¹¹⁾。

これに加えて、権利へのアプローチをより広くとらえ、司法積極主義を特性とするインドの司法の権利にかかわる判断が重要である。とくに

2001年と2004年の中間命令、そして決定的なのが2006年の最高裁判断であった。司法はこの時期の権利アプローチへの援護射撃にもなっている点は強調すべきである⁽¹²⁾。

第2に、2004年5月に誕生し10年にわたって政権を担った、統一進歩連合(UPA)政権の政策スタンスである。第1次UPA政権(2004～2009年)では共産党系の政党も閣外協力したこと、また2004年までの国民民主連合(NDA)政権のどちらかという経済活動の活性化に重きをおくような、人びとに自助と自立を期待するような、ともすれば成長政策に「前のめり」にも映るようなスタンスへの反動で⁽¹³⁾、UPA政権下では「普通の人びと」「社会的弱者」への配慮が政策に意識されることとなった。それは権利を旗印とする社会運動と補完関係にある。教育への権利(前項参照、2010年)および食糧への権利(2013年全国食糧安全保障法施行)はともに、UPA政権が法制化している。

第3に、2000年以降の高い経済成長である。2004～2010年度のあいだ、インドは分離独立以降まれにみる、平均8%以上という高い経済成長率を記録している。この間、少なくとも金銭・財政面でインドは間違いなく豊かになった。その結果、それまでサポートが届いていなかった領域にも少しずつ、偏りを伴いながらも政策的な配慮がなされはじめた。個々の世帯でも豊かになれば当然、それまで以上に栄養や教育に支出が向く。

第4に、長らく内向きだったインドの国際化の進展や、2015年までの国連のミレニアム開発目標(MDGs)の達成に向けた内外からの取組み支援という「国際」面、国際的な動向を指摘できる。インドの乳幼児の栄養不良は世界最大規模である。乳幼児は環境汚染にもっとも脆弱な年齢層であるから、環境衛生の取組み全般も乳幼児支援になる。世界銀行やユニセフをはじめとする国際機関はMDGs等の目標達成に、インドの取組みを技術面でも財政面でもサポートしている⁽¹⁴⁾。他方、国際社会でインドが発言権を拡大させるには、国内の栄養や環境衛生という生きることの基盤にある、国力にもかかわる諸問題の解決が必須である。国際面からも問題解決の「機」が訪れたのがゼロ年代後半以降であったと考えられる。

加えて、NFHSの2005-06年調査結果の発表で、取組みの停滞が明らか

になった。これが政府や国際機関の危機感をあおることになったとしても不思議はない。また、第1節で干ばつ、疾病の発生頻度の低下や、食糧支援体制、医療体制の機動性の高まりの可能性に言及した。それらの実現はここでみた権利アプローチ・権利を旗印とする運動の進行、司法、(福祉重視の)政策、経済成長・発展、そして国際化という諸要因からなる力学と無関係ではない。

第3節 ECCE 政策の履行、ICDS をめぐって

本節では ECCE 政策の施行・運営についてみる。ECCE 政策を中央(全国)レベルで主導する省庁は女性・子ども発達省である。しかし女性・子ども発達省だけでなく、人的資源開発省や保健・家族福祉省、社会正義・エンパワメント省などでも関連する政策や取組みを行っている。託児所については、労働・雇用省が履行を監督する古くは1948年工場法や1966年鉱山託児所規則などで、また農村開発省が監督する2005年マハトマ・ガンディー全国農村雇用保証法でも、託児所の設置を規定している。

ECCE 政策だけでなく、高齢者政策や障害者政策など、ある領域の社会福祉政策への取組みが複数の省庁にまたがるのがインドの特性だが、他方に関係省庁・諸機関間の調整や、かぎられた資源の分散という点で問題なしとはいえない。また社会政策は一般に、履行は州政府が担う。したがって州間で取組み状況にちがいが生ずるのもインドの特性である。もっともこの点は、栄養状態をはじめとする福祉・社会指標が示す状況が州ごとに異なるため、より現場の実態を反映させる取組みの実施=機動性を確保するための分権化の視点から、(成果はともあれ)評価できるものでもある。

本節では女性・子ども発達省が主導する ECCE 政策、なかでもインドの ECCE 政策の最大の取組み=旗艦事業である ICDS を中心にみる。ICDS は全国的なプログラムだが、実際の履行を担うのは州政府である。ECCE に関する州独自の取組みも行われている。

1. ECCE プログラムの分類、履行の担い手、対象とする乳幼児層

前節までの議論をもとに ECCE 主要関連プログラムを整理すると、保育プログラム（栄養補給や予防接種等の健康関連の事業など）、3～6歳を対象とする就学前教育、そして乳幼児を預かる託児所プログラム、に分けられる。就学前教育には小学校に付属するものと単独で運営されるものがある（杉本・小原・門松 2013, 76-78）。これらに妊婦あるいは若い女性を対象とする健康関連のプログラムを加えることができる。もちろんこのように明確にプログラムが分離しているわけでは必ずしもなく、複数事業の統合的な運営も当然みられる。そもそも ICDS がすでにみたように、統合的なサービスを提供するものである。

また運営主体について、先例にしたがって公共部門、民間部門、そして非政府組織（NGO）に分けると、ECCE プログラムのインド最大の担い手は公共部門である。正確な統計は存在しないが、公共部門のつぎに規模が大きいのがおそらく民間部門、そして NGO の順と考えられる（Government of India 2013, 4-7）。

女性・子ども省が提示した 2011 年現在の指標によると、6歳以下の乳幼児数約 1 億 6000 万人のうち、48%強という約半分が ICDS にカバーされている（Government of India 2013, 4-7）。また RSOC（Government of India 2015b）によると、公的施設のアンガンワディ・センターがカバーする地域に限定すると、3～6歳の就学前教育については、幼児の 37.9%が同センターで、30.7%が民間による運営施設での参加であった（26.9%はどこにも参加しておらず、残りの 4.5%については未記載）。この民間施設には、民間部門と NGO によるものの両者が含まれているものと考えられる。

民間部門は日本でいう私立校のような（学校）法人（とくに就学前教育に関して）や、社会的企業を含む民間企業などである。民間による施設は都市部だけでなく、近年は農村部にも広がりを見せつつあるが、サービスの質にばらつきがあること、施設へのアクセスの面で偏りがあること、また政策面では進みつつある商業化（保育費の上昇）といった点に問題がある

(Government of India 2013, 5-6)。

NGO は信託や（慈善関連等の）協会，宗教団体，企業，また外国 NGO などに財政支援を受けて運営されている。もちろん（裕福な）個人の支援や、「働く母親のためのラジーヴ・ガンディー全国託児所スキーム」などを利用して政府から資金を得るものもある。ECCE に携わる NGO がカバー，支援する乳幼児の数は統計がなく不明で，数百万～数千万人といういささか信頼性を欠く幅広い人数が紹介されることがある。NGO の ECCE へのかかわり方として，独自に保育施設や就学前教育施設を運営するものもあれば，政府プログラムである ICDS の業務の一部を担うものもある。ICDS 事業のひとつである補助的栄養補給サービスに提供される食事に NGO が携わる地域もあるし，2012 年発表の ICDS ミッション以降，10% のプロジェクトの運営を NGO に委託する方向で進んでいる。立場によって官民連携（PPP）や民営化と呼ばれる動きである。

対象とする乳幼児層については，2006 年の最高裁命令以降，ICDS は普遍化，すなわちすべての乳幼児を対象とするプログラムになっている。しかしそれまでの歴史もあり，主として農村部，（都市部）スラム，山間部でのアンガンワディ・センターの運営が中心で，対象乳幼児は貧困層や低所得者層が結果的に多くなる。相対的に不利な立場におかれている SC や ST の人たちの比率も高くなる。公立の小学校付属の就学前教育に参加する乳幼児についても相対的に低所得者層が多いが，中間層ももちろん参加する。要はその地域の代替施設の有無，つまり，私立校・私立施設がなければ所得水準にかかわらず公立のものに通うということである。所得層に関係なく，就学前教育は義務教育ではないから，「通えない」ではなく「通わない」という積極的な選択も当然ある。

貧困・低所得者層，また SC や ST，さらには特別な支援を必要とする乳幼児への保育や教育では NGO が大きな役割を果たすことも多い。乳幼児一人ひとりやその家庭，またその地域社会への影響や貢献は計り知れないことは間違いないが，しかしインド全体でみればまばらな状況といえる。

私立（学校等）法人や民間企業は，相応の保育費や学費を負担できる世帯の乳幼児が対象となることが少なくない。近年は農村部や山間部で事業

を展開する組織も出てきているが、いずれにしても、若年層の多いインドでは市場としての潜在性が大きく、規制されなければ、私立校や民間企業の参入は今後も続くものと考えられる。

本項で確認したいのは、今日のインドの ECCE において果たす公共部門の役割の大きさである。第1節でみた乳幼児に関する指標の改善趨勢は、当初から貧困層を対象とする ICDS の改善なくしては達成できなかったものである。そして同時に、いまだにそれらの水準は満足いくものでなく、また他国に比べて劣っているのだから、ICDS が今日も問題を抱えていることは明白である。そして ICDS の問題の解決は ICDS 自体を変えていく必要があるという認識のもと、その動きがはじまったのがゼロ年代後半である。次項では ECCE 政策の最大の事業であるその ICDS を検討する。

2. 乳幼児の統合的発達サービス (ICDS) の現状

第2節1. でみたように、1975年に開始された ICDS が提供するサービスは、①補助的な栄養補給、②3～6歳を対象の就学前の非公式教育、③15～45歳の女性対象の栄養と健康に関する教育、④予防接種にかかる業務、⑤健康診断、⑥保健施設等への紹介サービス、の6つで、対象者は生後3カ月～6歳の乳幼児と、妊婦および授乳中の母親である。ICDS は2006年の最高裁命令を経て今日、普遍化するわちインド全土が対象となっている。ICDS サービスの提供はアングンワディ労働者がアングンワディ・ヘルパーのサポートを受けアングンワディ・センターにおいて行う。

運営の費用負担は、つぎのようになっている。2005年度より前は補助的栄養補給の提供は州政府の責任で、運営にかかる管理費用は中央政府が全額負担していた。しかし州政府の資源制約のもと、十分な栄養補給がなされない状況が続いた。そこで2004年に政権が交代したのち、中央政府は2005年度に、それまで州政府が負担していた補助的栄養補給に関して州政府を支援すべく、中央政府と州政府の費用負担の比率を50:50とした(北東諸州については2009年度以降、中央政府が90%を負担)。2012年の ICDS ミッション以降では、既存部分を90:10に、また新しい取組みに

については75:25と、中央政府の負担を増やしている（Government of India 2015a, 22）。

アンガンワディ・センターの設置基準は現在、人口400人～800人につき1センターで、以降800人ごとに1センターずつ増える。人口規模150～400人の場合はミニ・アンガンワディ・センターが設置される。ただし部族住居地、山間部、河畔地区、そして砂漠地区では400人ではなく300人を超えると1センターの設置となる（ミニ・アンガンワディ・センターは150～300人）。アンガンワディ・センター未設置地区に6歳以下の乳幼児が40人以上いる場合は、求めに応じてセンターが開設される（Government of India 2015a, 22）。2006年の最高裁命令で140万施設を設置することとなったアンガンワディ・センターは、1975年開始時の4891センターから、2015年3月現在で134万6186センターまで拡大している⁽¹⁵⁾。

アンガンワディ・センターの拡大にともない、諸々のサービスの提供ベースも拡大している。センター自体は2001～2012年度に2.45倍に増加しているが、この間に補助的栄養補給サービスを提供するセンター数は2.88倍、また就学前教育を提供するセンター数は2.38倍に増加している。ICDSを通じた補助的栄養補給サービスの利用乳幼児数は同じくこの間に2.46倍に、6カ月～2歳児にかぎっては2.90倍にも受益者が増加している。また、アンガンワディ・センターでの就学前教育の3～6歳の幼児受益者は2.12倍の増加であった（NUEPA 2014, 14）。

NUEPA（2014, 15-16）から受益者の増加年率を算出するとつぎのようになる。まず補助的栄養補給サービスについて、2001年度～2005年度の年増加率は10.4%であるが、2006年度は前年度比で24.6%と2倍以上の伸び率を記録している。2007年度も前年度比19.6%の増加で、以降2012年度までの平均増加年率は2%強である。就学前教育についても2006年度の受益者の増加率は前年度比22.9%と高い。ちなみに、アンガンワディ・センターの前年度比増加率は、2005年度が5.9%、2006年度が12.9%、2007年度が20.0%と、2006年の最高裁命令を反映させた2007年以降がとくに大きい。

ただし状況が改善する兆しをみせるなかで、第1節でみた州間格差が示

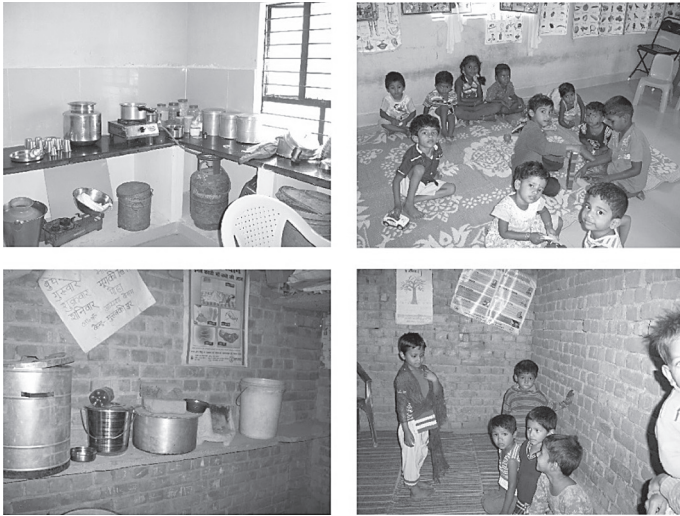


写真6-1 アンガンワディ・センターの様子。

施設の状態はセンターによって異なる（上段：ベンガルル市内 [2015年10月], 下段：ラクナウ市近郊農村[2013年11月]）、いずれも筆者撮影。

峻するように、州ごとに状況が異なる。たとえば省庁間グループ評価報告書（Government of India 2011a）が2009年に実施した調査をもとに推定し、つぎの点を明らかにしている。本調査は小規模な標本調査で、また推定比率が実際の比率よりも大きく算出されているため注意が必要だが、インド全体でみると ICDS に氏名が登録されている乳幼児で、補助的栄養補給や予防接種などすべてのサービスを受けた子どもの推定比率は64%であった。州別ではアーンドラ・プラデーシュ、アッサム、チャッティースガル、グジャラート、ヒマーチャル・プラデーシュ、ジャンムー&カシミール、ジャールカンド、カルナータカ、ケーララ、タミルナードゥ、ウッタラカンド、そして西ベンガルの各州でその比率が70%以上と、全国平均64%を上回っている。それに対してビハール州（53%）、ハリヤーナー州（52%）、ラージャスターン州（56%）、そしてウツタル・プラデーシュ州（41%）での実施率が低い。補助的栄養補給サービスにかぎると、年300日の提供が求められるところ、ハリヤーナー、カルナータカ、ケーララ、マハーラー

シクトラ、オディシヤ、タミルナードゥ、そして西ベンガルの各州で提供日数が80%（240日）以上であったのに対し、アッサム、ビハール、マディヤ・プラデーシュ、ラージャスターン、ウッタル・プラデーシュ、そしてウッタラカンドの各州では64%を下回った。どの指標で測るかで異なるものの、状況に州間格差があること、またビハール州、ラージャスターン州、ウッタル・プラデーシュ州のアンガンワディ・センターを通じた取組みに大きな改善の余地があることは指摘できる。

以上、インド全体でみれば2006年度を境目に受益者数が増加したのは、2005年度に中央政府の費用負担が拡大したことが理由と考えられる。加えて翌2006年の最高裁命令によるICDSの普遍化が動きを強く後押しした。そしてこのような急拡大によって際立ってきたICDSをめぐる問題を解消すべく、ICDSミッションが策定された。

3. 改革の動向

普遍化に向かって進みだしたゼロ年代後半以降のICDSの急拡大の結果として、省庁間グループ評価報告書はその達成に関し、つぎの問題点を指摘している（Government of India 2011a）。まず、ICDSの普遍化が困難な理由として、膨大なインフラや資源を必要とすること、もっともひどい栄養不良への関心が薄れてしまうこと、対象者の漏れが必ず発生してしまうこと、を挙げる。また、ICDS各サービスを担うアンガンワディ労働者は仕事が多すぎるうえ、十分な報酬を得ておらず（コラム参照）、また大部分が十分なトレーニングを受けておらず、非熟練であることも問題である。さらにアンガンワディ・センターに水道施設やトイレが備わっておらず、また施設も粗悪などというインフラ面にも問題がある。健康配慮に関する業務はICDSが担うだけでは不十分で、草の根の医療サービス機関との連携が重要である、などとしている。加えて、乳幼児の栄養状況は改善されてきてはいるが、センターで提供される食事の質が問題視されることも少なくない。

こうした問題に対処するようICDSミッションが策定されたが、その伏

線になっているのが世界銀行の2006年の改革提言である（Gragnotati et al. 2006）。世界銀行はMDGs達成に向けてインドの栄養問題に関心を示し、ゼロ年代中盤からそれまで以上にICDSに対して積極的に関与する姿勢をみせ、またインド政府も流れとしてはそれを受け入れる方向に進んだ。世界銀行の改革提言では、乳幼児の栄養問題は今日インド全体のものでなく局所的なもので、問題のある地域のみを対象としたプログラムに変更すべきとの立場を示す。このような地理的なターゲティングだけでなく、受益者に関するターゲティングも提起した。関連して、現金直接給付の有効性にも言及している。取組みとしては乳幼児の成長、補助的栄養補給の提供、安全で衛生的なICDS環境の確保、アンガンワディ労働者のトレーニングや仕事量の軽減、また労働条件の改善、ICDSとリプロダクティブ・ヘルスおよび子ども医療プログラムとの連携、モニタリングと評価、情報システムや数値的データの重視、などを提案している。また、ICDS以外の関連プログラムとの連携や地域ベースの介入、母親を組織してプログラムに関与する機会を与える「母親委員会」の導入なども参照や検討すべきとする。世界銀行の提案は、当然ながら目標・成果達成と経済効率を重視するアプローチである。

2012年に発表されたICDS ミッション（Government of India 2012）も基本的にはそのアプローチを踏襲しつつ、ICDSの強化と再構築を財政制約のもとで行おうとするものである。ICDS ミッションでは、アンガンワディ・センターを活動的な乳幼児発達センターとして再位置づけし、水道など必要な設備を備えたセンターの建物を建設すること、ECCEを強化し、また3歳未満の乳児および乳児をもつ母親への配慮をこれまで以上に強調している。政府の費用負担を改定して補助的栄養補給サービスを改善し、また事業に携わる人々への訓練も拡充するとする。管理体制についても分権化と構成の柔軟化、責任の明確化、またいっそうの改善の努力が必要な200県への人員補強、ガバナンスの強化などにも取り組むとしている。通常は4時間半のアンガンワディ・センター開設のところ、開設時間の延長や託児所あるいはデイケア・センターのようなサービスの提供といった提案もある。新しく取り組む領域としては、ICDSの6つのサービスの

パッケージング再設計、インパクトやアウトカム、結果指標への注視、ICDSのサービス基準の明確化、プログラムやテーマごとの取組みの統合、これまで以上の地域コミュニティの参加、自発的参加やNGO・諸機関とのパートナーシップによる栄養や乳幼児発達プログラムの促進、モニタリングなどがある。

管理運営体制に関連して、ICDS ミッションは各州の事業の10%を上限に、NGO等の「市民社会」への委託を基準として促している。それ以前からももちろん、ICDSの運営やアンガンワディ労働者のトレーニング、また乳幼児へのビスケットの供給などにNGOや民間企業が携わることはあったが(Drèze and Sen 2013; 杉本・小原・門松 2013; 渡部 2014)、これによってより具体的な形で進み出した。近年の大きな動きとしては、鉱物・資源グループ王手民間企業であるバダンタ・リソーシズの社会福祉財団がラージャスターン州で4000のアンガンワディ・センターをアップグレードする契約を州政府と締結したことが発表されている(*Business Line* June 25, 2015)。

このような業務委託の動きは、業務参加を希望するNGO等の組織には歓迎されている。しかしECCE政策や取組みは政府の責務であると考えられる人たちにとって、NGOのかかわりやPPPの進行は国が遂行すべき責務の放棄で、業務委託＝民営化は許されない。加えて、ICDSの効率的履行をめざし、また、達成後は打ち切りの可能性すら示唆される事業のミッション化／「ミッション・モード」という位置づけも、ECCEを権利と考える人たちは問題視する。権利を擁護するのも国の責務だからである。時間軸上の区切りの有無(ミッションには区切りがあり、権利にはない)、そして(経済)効率と権利という理念的な両者の隔たりはインドでは大きい。

民営化やミッション化に反対する最大の勢力がアンガンワディ労働者とヘルパーを組織するインド共産党(マルクス主義)(CPI(M))系の労働組合であるインド労働組合センター(CITU)傘下の全インドアンガンワディ労働者・ヘルパー連合(All India Federation of Anganwadi Workers and Helpers: AIFAWH)である。AIFAWHは公称で50万人以上が加入している。AIFAWHは民営化やミッション化に伴う事業終了の結果、アンガ

ンワディ労働者やヘルパーが雇用を失うおそれを問題視している。また、ECCEに関する問題の解決に十分な成果を上げてきたとはいえなくとも、アンガンワディ・センターがこれまで果たしてきた役割は決して小さくない。それはすなわち、低賃金での就労というアンガンワディ労働者とヘルパーの貢献の大きさを意味している⁽¹⁶⁾。いずれにしても、AIFAWH等の労働組合だけでなく、権利を旗印とする一部の開発・社会運動家と、同じく「市民社会」を構成するNGOは、必ずしも協調関係にあるわけではなく、ときに対立する構図にある。

このようなミッション化の動きが出されたのは、社会福祉に配慮するとしたUPA前政権下であった。2014年に誕生したNDA現政権は、ICDSなど国が関与する大規模なプロジェクトを権利というより単なるスキーム(事業)と位置づけ、その所管を州政府に移管させる、すなわち財政負担を州に担わせようとする方向にある。中央政府がスポンサーとなる60超のスキームを10程度に削減するという発表もなされ、ICDSの存続にも一部で危機感をもたれている⁽¹⁷⁾。また、2015年度予算では社会福祉関連への支出の削減がみられた。これらはいずれも財政負担の軽減をめざしてのものだが、政府の財政負担軽減は、PPPやNGO等への業務委託の導入にも関連している。

最後に、オディシャ州のECCEに関する状況に言及する。オディシャ州のICDS／アンガンワディ・センターの取組みを2014年に実施した標本調査を用いて検討したKhera(2015)は、本章での繰り返しの指摘と同じく、ゼロ年代後半以降の状況改善を明らかにしている。Khera(2015)はオディシャ州での乳幼児の栄養状況改善の背景のひとつとして、アンガンワディ労働者と同ヘルパー、また全国農村保健ミッションの業務に携わるASHA労働者⁽¹⁸⁾というスキームワーカー(太田2015, コラムも参照)および准看護助産師の4者が、現場でチームになって取り組んだことがあるようだと言及する。また聞き取りから状況改善の背景として考えられるものとして、つぎの諸点を挙げている。第1に、担い手のあいだに仕事は現場で行われるべきものであるという認識が広がり、その結果アンガンワディ労働者が、定期的に規則正しく業務に携わるようになったことである。

第2に、当初は参加する乳幼児の数が少なく仕事量が少ないと考えられ、その結果、楽な仕事だからと取り組むようになった可能性である。第3に、仕事の増加にともなってモニタリングがはじまり、また労働者に支払われる謝礼金も増加し、それが改善に資することになったことである。しかし他方で、アンガンワディ・センターの予算の一部（謝礼金の2割程度）が私的に流用されている可能性、つまり、汚職がICDS事業のインセンティブになっている可能性もあるとする。政治や行政の取組みが進んだこともオディシャ州での状況改善の背景であるが、改善すべき点として、そうした汚職の撲滅や、インフラの整備を挙げている。

ゼロ年代中頃までにすでにICDSに関する取組みが成果を上げていたタミルナードゥ州については、現場での創造的かつ積極的行動が鍵となったという指摘がある。人びとの理解を深めることや社会行動を含む「民主的行動」(democratic action)が、同州で社会福祉政策が一般にうまくいっている理由である (Drèze and Sen 2013, 166-177)。

じつのところ、長きにわたってインドでICDSが十分な成果を上げてこなかった理由のなかで、運営資金が届かない・どこかで搾取されてしまうといった、運営に関する問題がある。タミルナードゥ州にももちろん汚職はあるが、2011年にインド全土で大きなうねりを起こした反汚職運動の例もあるように、その撲滅には行政機構的な監督だけでなく、民主的行動も重要である。

おわりに

本章では公共サービスとしての乳幼児の保育と教育 (ECCE) に関する取組みを概観した。ECCEに関する取組みでインドの最大の柱は乳幼児の統合的発達サービス (ICDS) である。しかし開始から40年以上が経過しているにもかかわらず、インドの乳幼児の栄養不良は今日も世界最大規模で、就学前教育の普及も進んでいるとは言い難い。本章の最後に、まずいまだに問題の解決には程遠い点を強調する。

それでも2000年（ゼロ年）代後半以降、乳幼児の健康指標は改善趨勢にある。そこでどのような取組みがなされてきたか、本章ではECCE政策の展開を追いながら考察した。改善趨勢の背景・要因として、権利アプローチの定着・強化、10年間にわたるUPA前政権の政策スタンス、ゼロ年代中盤以降の高い経済成長、そしてインドの国際化の進展やミレニウム開発目標（MDGs）等の「国際」面の動向、は見落とすことはできない。

また、大きく改善の余地を残すECCE政策と取組みについて、近年の改革方向も確認した。開発運動・社会運動や活動家、また司法が権利重視のスタンスを強めるなかで、成果を上げること、また目標達成にむけた経済効率の確保が政策的には重視・意識されてきている。インドもようやく「普通の国」になりつつある。改革に携わるアクターとして、民間部門や非営利団体のかかわり・参加も重要だが、公共部門、とりわけ公的施設であるアンガンワディ・センターでのICDS業務と、業務を遂行するアンガンワディ労働者およびヘルパーの役割の重要性は、現在の仕組みが続きかぎりは小さくなることはない。非効率や汚職をなくすためには、住民を巻き込んだ取組みが重要と考えられる。

ECCEに関する質の確保・向上は必須で、そのためには資金の十分な確保のみならず、インフラ設備の不備の改善、そして担い手の能力の向上は不可欠である。また、アンガンワディ労働者／ヘルパーの処遇の改善も必要である。担い手の能力向上に関して、個々人については費用負担がない（もしくは最小限）という条件づきで何らかの資格制度を、運営主体については何らかの認証制度の導入を、長期的には検討してもいいかもしれない。

【注】

- (1) 下記の国勢調査公式ホームページ掲載集計表、2016年1月26日閲覧（<http://www.censusindia.gov.in/2011census/C-series/C-13.html>）。
- (2) Early Childhood Care and Education (ECCE) に関連する用語として Early Childhood Education (ECE), Early Childhood Development (ECD), Early Childhood Care and Development (ECCD) 等がある（浜野・三輪 2012）。本章ではそれらが表す包括的な取組み・概念を ECCE とする。これは 2013 年発表の全国 ECCE 政策（Government of India 2013）がとる立場と同じである。
- (3) インドの ECCE 政策をわかりやすく整理している文献として Kaul and Sankar

- (2009), 杉本・小原・門松 (2013) がある。
- (4) NUEPA (2014, 17-18)。元の数値はユネスコの統計。
 - (5) 先行公表された諸州の結果に限定すると, 2014-15 年実施の NFHS-4 でも発達障害と低体重は 2005-06 年に比較して大きく改善している (EPW 2016, 7)。
 - (6) グジャラート州はこの間, ナレンドラ・モディ現首相が州首相として産業誘致を積極的に進め, 高い経済成長率を記録しているにもかかわらず乳幼児の栄養状態はこのように問題を抱えている状況にある。モディ時代のグジャラート州の偏りのある経済発展については Sood (2012) 参照。
 - (7) 本章の ICDS に関する記述は, 女性・子ども発達省のホームページによるものである (<http://icds-wcd.nic.in/icds.htm>, 2015 年 12 月 14 日閲覧, および <http://icds-wcd.nic.in/icds/icds.aspx>, 2016 年 1 月 28 日閲覧)。
 - (8) 杉本・小原・門松 (2013, 75-76) および女性・子ども発達省ホームページ (<http://dictionary.goo.ne.jp/ej/74321/meaning/m0u/scheme/>, 2016 年 1 月 28 日閲覧)。本スキームは ICDS の普遍化を目的として 2001 年度末で終了している (Kaul and Sankar 2009, 18; 杉本・小原・門松 2013)。
 - (9) 権利アプローチの重要性が児童労働の撤廃に関する取組みにおいて高まるのも 1990 年代 (の終わり頃) からである (甲斐田 2013, 35-37)。
 - (10) People's Union For Civil Liberties v. Union of India and Others (Writ Petition (civil) 196/2001, Date of Judgement: 13/12/2006) (<http://judis.nic.in/supremecourt/imgs1.aspx?filename=29882>, 2016 年 1 月 25 日閲覧)。「食糧への権利」をめぐる公益訴訟について, 詳しくは本書第 7 章を参照。
 - (11) 権利を旗印とする運動は, インドでは重層的である可能性をもつ。一般に語られる「人権」は, 貧困層に相対的に多い旧不可触民 (ダリト, 指定カースト) への差別を解消できていないのが現状である。権利アプローチは今日の世界的な潮流だが, インドではまだ動きがありそうである。
 - (12) 権利を旗印とする活動家らの取組みと権利にかかわる司法の判断は, 公益訴訟 (第 7 章参照) で結びつく。
 - (13) このようなスタンスを端的に表すのが, 2004 年下院議会選挙時の NDA 政権のキャンペーン・コピー「輝くインド」(“India Shining”) である。ただし, 前のめりに「映る」のであって, 必ずしも分配・厚生に配慮をしていなかったということではない。したがって, UPA 政権の政策スタンスは重要だが, 選挙や政権交代という民主主義プロセスの意義もおさえるべきである。
 - (14) 世界銀行は 2000 年代中盤以降, とくに MDGs 達成との関連でインドに注目しており (たとえば Gragnolati et al. 2006), ICDS にも 1980 年代からかかわっている。現在は「ICDS システム強化および栄養状態改善プログラム」(ISSNIP, 旧称 ICDS-IV) が進行中である。また, ユニセフがインドで小規模ながらも活動をはじめたのは 1949 年で, 1963 年の栄養補給プログラムも支援している。1960 年代後半からは水と環境衛生の改善プログラムも開始した。現在, 2013 ~ 2017 年の国別計画行動計画 (CPAP) が進行中である (ユニセフ・インドのホームページ (URL: <http://unicef.in/>) 2016 年 2 月 9 日閲覧)。
 - (15) 中央政府 ICDS のホームページより統計資料を閲覧 (2015 年 12 月 14 日, <http://>

- icds-wcd.nic.in/icdsimg/QPR0315-for%20upload-17-8-2015.pdf)。設立認可ベースでのアンガンワディ・センターの数は目標どおり 140 万に達している。
- (16) もちろん、乳幼児に日々接する彼女たちがつ「現場の知」も重要である。なお、アンガンワディ・センターは農村部や山間部など、いわゆる津々浦々に配置されている。そのため政治家にとっては、アンガンワディ労働者を味方につけるあるいは支配することが選挙時に有効となることがある。政治的な道具とされてしまう懸念があるが、本来の趣旨とは関係ないこの点でもアンガンワディ労働者の存在意義は大きい。
- (17) CITU 副会長で元 AIFAWH 事務局長のカンディクッパ・ヘマラタ氏への聞き取り (2015 年 1 月 2 日)。AIFAWH は ECCE への国の関与の継続を求め、2014 年より「ICDS を救おう」キャンペーンを展開している。
- (18) ASHA は Accredited Social Health Activist (認定社会保健活動家) の頭文字だが、その労働者性 (太田 2015) にかんがみ、ASHA 労働者とする。

〔参考文献〕

<日本語文献>

- 太田仁志 2015. 「スキームワーカーという働き方」佐藤創編『インドの公的サービスに関する中間成果報告』アジア経済研究所 89-105.
- 甲斐田万智子 2013. 「児童労働と子どもの権利ベース・アプローチ」中村まり・山形辰史編『児童労働撤廃に向けて——今、私たちにできること——』アジア経済研究所 33-66.
- 杉本均・小原優貴・門松愛 2013. 「南アジアにおける就学前の保育と教育 (ECCE) プログラムの展開—政府, NGO, 民間によるイニシアチブの検討—」『京都大学大学院教育学研究科紀要』(59) 73-97 (URL: http://repository.kulib.kyoto-u.ac.jp/dspace/bitstream/2433/173255/1/eda59_073.pdf, 2015 年 6 月 23 日閲覧).
- 浜野隆・三輪千明 2012. 『発展途上国の保育と国際協力』東進堂.
- 渡部智之 2014 「育児支援ネットワークの構築と市民社会の役割——デリー・スラム地域における総合的乳幼児発達支援事業と NGO の働きを中心に——」『南アジア研究』(26) 73-99.

<英語文献>

- Awofeso, Niyi and Anu Rammohan 2011. “Three Decades of the Integrated Child Development Services Program in India: Progress and Problems.” In *Health Management - Different Approaches and Solutions*, edited by Krzysztof Smigorski, InTech 243-258 (<http://cdn.intechweb.org/pdfs/24990.pdf>, 2015 年 3 月 11 日閲覧).
- Das, Deepa 2003. *Case Study of the Status of India's Early Childhood Care and Education Services*. New Delhi: UNESCO (http://portal.unesco.org/education/en/file_download.php/20bd37d284a34d514aef4611b6b88ad8India.pdf, 2015

- 年6月25日閲覧).
- Drèze, Jean and Amartia K. Sen 2013. *An Uncertain Glory: India and its Contradictions*. Princeton: Princeton University Press.
- EPW (Economic and Political Weekly) 2016. “Some Good News”. *Editorial, Economic and Political Weekly* 51(5), Jan. 30: 7-8.
- Government of India 2011a. *Evaluation Study on Integrated Child Development Services Volume I*. (PEO Report No. 218) New Delhi: Programme Evaluation Organisation, Planning Commission, (http://planningcommission.nic.in/reports/peoreport/peoevalu/peo_icds_v1.pdf, 2016年1月25日閲覧).
- Government of India 2011b. *Report of the Inter Ministerial Group on ICDS Restructuring*, Chaired by Member Planning Commission Dr. (Ms.) Syeda Hameed, New Delhi (http://planningcommission.nic.in/reports/genrep/rep_icds2704.pdf, 2014年11月28日閲覧).
- 2012. *ICDS Mission: The Broad Framework for Implementation*. New Delhi: Ministry of Women and Child Development (<http://wcdsc.ap.nic.in/ICDS/References/IcdsMission.pdf>, 2014年11月28日閲覧).
- 2013. “National Early Childhood Care and Education (ECCE) Policy.” New Delhi: Ministry of Women and Child Development (<http://www.arnec.net/wp-content/uploads/2014/07/India.pdf>, 2015年2月16日閲覧).
- 2015a. *Annual Report 2014-15: Ministry of Women and Child Development*, Ministry of Women and Child Development (<http://wcd.nic.in/sites/default/files/AR2014-15.pdf>, 2015年11月26日).
- 2015b. “Rapid Survey on Children 2013-2014.” New Delhi: Ministry of Women and Child Development (<http://wcd.nic.in/sites/default/files/India%20fact%20sheet.pdf>, 2015年12月10日ダウンロード).
- Gragnotati, Michele, Caryn Bredekamp, Meera Shekar, Monica Das Gupta, and Yi-Kyoung Lee 2006. *India's Undernourished Children: a Call for Reform and Action*. Washington, D.C.: World Bank (<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/7241/368050REVISED0101OFFICIAL0USE0ONLY1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, 2016年2月14日閲覧).
- Heckman, James J. 2013. *Giving Kids a Fair Chance*, MIT Press (A Boston Review book).
- IFPRI (International Food Policy Research Institute) 2015. *Global Nutrition Report 2015: Actions and Accountability to Advance Nutrition and Sustainable Development*, Washington, D.C.: IFPRI (<http://ebrary.ifpri.org/utills/getfile/collection/p15738coll2/id/129443/filename/129654.pdf>, 2015年12月14日閲覧).
- IIPS (International Institute for Population Sciences) 2007a. “Key Indicators for India from NFHS-3” (<http://rchiips.org/NFHS/pdf/India.pdf>, 2015年12月7日閲覧).
- 2007b. *National Family Health Survey (NFHS-3) 2005-06 Volume I*, Mumbai (URL: <http://rchiips.org/NFHS/pdf/India.pdf>, 2015年12月7日閲覧).

- Kaul, Venita and Deepa Sankar 2009. *Education for All – Mid Decade Assessment: Early Childhood Care and Education in India*, National University of Education Planning and Administration, New Delhi (<http://www.educationforallindia.com/early-childhood-care-and-education-in-india.pdf>, 2016年6月25日閲覧).
- Khera, Reetika 2015. “Children’s Development: Baby Steps in Odisha.” *Economic and Political Weekly* 50(40) October 3: 44-49.
- Kumar, Shashi 2004. *New Dimensions for Economic Growth*. New Delhi: Atlantic Publishers and Distributors.
- NIPCCD (National Institute of Public Cooperation and Child Development) 2006. *Select Issues concerning ECCE India: Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, Strong Foundations: Early Childhood Care and Education*. 2007/ED/EFA/MRT/PI/23 (<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147474e.pdf>, 2016年1月22日閲覧).
- NUEPA (National University of Educational Planning and Administration) 2008. *Education for All: Mid-Decade Assessment, Reaching the Unreached*. New Delhi: NUEPA (<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001817/181775e.pdf>, 2015年6月25日閲覧).
- 2014. *Education for All: Towards Quality with Equity*. New Delhi: NUEPA (<http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002298/229873E.pdf>, 2015年6月25日閲覧).
- Sood, Atul ed. 2012. *Poverty amidst Prosperity: Essays on the Trajectory of Development in Gujarat*. Delhi: Aakar Books.
- UNICEF 2015. *The State of the World’s Children 2015: Reimagine the Future* (http://www.unicef.org/publications/files/SOWC_2015_Summary_and_Tables.pdf, 2014年11月25日閲覧).

<日刊紙>

Business Line (<http://www.thehindubusinessline.com/>)

コラム アンガンワディ労働者の仕事、スキームワーカーの貢献、インド型開発モデル

アンガンワディ労働者は通常の ICDS 関連業務のほか、何らかの調査や選挙時の補助・管理業務、また貧困対策のための自助組織（SHG。公共のマイクロ・ファイナンス関連業務）へのサポートなど、行政の各種末端業務を担わされている（担う業務は州や地域によって異なる）。労働時間は本来 4 時間半（4 時間のセンター業務＋ 30 分の家庭訪問）であるはずのところ、現在は 7～8 時間になることもあり、長時間労働が常態化している。これらの業務負担のために、本来の ICDS 関連の業務に時間と労力を割くことができなくなっている状況にある。

一方、アンガンワディ労働者やヘルパーは諸業務の履行に不可欠な担い手であるにもかかわらず、「名誉労働者」（*honorarium workers*）であって労働者としての地位を与えられていない（唯一例外として、プディチェリー連邦直轄領で旧採用者のみ公務員と認められている）。また仕事の対価として受け取るのも賃金ではなく、最低賃金を通常大きく下回る小額の謝礼金（*honorarium*）である。2015 年末現在の謝礼金の水準は、中央政府からのアンガンワディ労働者に月額 3000 ルピー、ヘルパーに同 1500 ルピーに加え、州政府が独自に上乘せする額の合計である。アンガンワディ労働者の合計月額が 5000 ルピーを超える州は多くない。労働者ではないので、最低賃金法をはじめ労働関連法の適用を受けない。

アンガンワディ労働者／ヘルパーは ASHA 労働者やミッドデイ・ミール労働者などとともに、「スキームワーカー」と称される（太田 2015）。スキームワーカーとは、政府が福祉、医療、教育等に関して実施する各種のスキームのもとで、それらの公共サービスの履行業務を低賃金で担いながらも、労働者としての地位を与えられていない人たちのことである。スキームワーカーはインド開発行政の重要な一端を担い、その働きは決して小さくないにもかかわらず、相応の報酬を得ていない。このことによって恩恵を得ているのは、スキームワーカーが実際にサポートする人たちだけでなく、国や社会であることも疑いはない。労働力人口の 1% を優に上回る、一部の推定では 1000 万人にも上るとされる労働者の働きがこれまで、そして今日の開発行政を支えているという点も、インド型開発モデルの重要な一側面として認識しておく必要がある。