

タイの家族計画

西岡和男*

Family Planning Activity in Thailand

Kazuo NISHIOKA*

Since 1974, through the Japan International Cooperation Agency (JICA), the Japanese Government has been assisting the Thai National Family Planning Program (NFPP) by sending experts, supplying equipment and goods, and training Thai personnel. From September 1980 to February 1981, I was sent by JICA to work with the Thai NFPP as a planner-coordinator.

Thailand has shown a remarkable decrease in fertility since the late 1960s. The total fertility rate dropped from 6.3 in the period 1965-1969 to 3.5 in 1978, while the crude birth rate fell

from 41 per 1,000 population in 1970 to 32 in 1980. Active users of contraceptives rose from 14.4% in 1969/70 to 52.2% in 1981.

These results are mainly due to the Thai Government's efforts. Government officials have shown great resourcefulness in employing non-physicians for the extension of family planning services, in utilizing existing health facilities for these services, and in effective use of technological and financial assistance.

It seems probable that by 1986, Thailand will achieve its target of 1.5% population increase.

はじめに——タイ国家家族計画プログラム (NFPP, National Family Planning Program) との出合い——

2 国間援助としてのわが国からタイの家族計画事業への援助は、1974年度に始まった。援助は機材供与（現在年間1億円相当）と、タイ保健職員の日本国内での研修からなっていた。1980年度から専門家派遣が援助内容に含まれるようになった。もっとも、本筋からいうと、専門家による技術移転がわが国の2国間技術援助の本質であり、機材供与、相手

国職員の研修は、それに付随するものなのである。

私は、もともと公衆衛生の分野で、主として小児保健に長く携わってきた。1975年に米国ミシガン大学で人口計画学（Population Planning, School of Public Health, University of Michigan）に接して以来、母子保健の立場から人口問題を考えてきた。開発途上国で人口政策や、家族計画事業を担当している人々と議論したこともあった。その議論の中で、自分自身が実際に家族計画事業をやれるようになれば、人口問題も単に文献上、統計資料上得られる以上によく理解できるのではないかと考えた。国際協力事業団（JICA, Japan International Cooperation Agency）が私にタイでの仕事を依頼してきたのは、私

* 国立公衆衛生院；The Institute of Public Health, 6-1, Shirokanedai 4 chome, Minato-ku, Tokyo 108, Japan

にとってもタイミングの良い仕事の誘いであったといえる。

企画調整員 (program planner-coordinator) として、タイから JICA への要請書にある義務、役割は次のとおりである。

- (1) 日本政府からの援助に関する全般的モニタリング。
- (2) 家族計画プログラムの衛生教育機材作製に関する助言。
- (3) タイと日本政府の間の調整連絡 [国際協力事業団 1980]。

1974年に始まったこの援助事業について、1980年になって調整員がなぜ (形の上で) タイ政府から要請されるようになったのか、JICA やタイ政府の私の仕事の相手 (カウンターパート) に聞いても、いまだによくはわからない。

日本の受胎調節の方法は大部分コンドームだから、経口避妊薬 (ピル)、子宮内挿入避妊器具 (IUD, intrauterine contraceptive device)、不妊手術については、タイ人の方がよく知っている。まして注射法 (DMPA, デポ・プロベラ) については、タイではもう長い大きな経験があるという自信、自負が、タイの家族計画の専門家にはある。¹⁾ 日本の

工業技術を高く評価しながらも、家族計画については日本人の専門家は特に必要としないという気持ち (タイ政府の中には) ないわけではない。しかし、援助が始まって5年、日本政府との間で電話や文書だけの連絡だけでは諸事うまくいかないと、タイ政府は感じ始めてもいた。また、日本の中でも、一般的に对外援助は物でなく人だということも認識されてきていたし、供与した機材が適切に使用されているかどうかをチェックする必要があるという声もあった。人口政策実施上の専門家が、わが国には多くない事情がこれまでであったせいもある。あれやこれや調整員要請の真の背景はよくはわからない。要請書に記された建前の使命、はっきりしない本音の役割を一応ふまえた上で、自分自身はタイの人々、JICA の担当者の出方をみながら仕事をしていこうというのが、タイへの出発前の私の気持ちであった。ここでは、1980年9月から1981年2月までの6カ月間、JICA の委嘱で、NFPP 企画調整員としてタイでみたこと、感じたことを中心にしてタイの家族計画について述べてみたい。

I タイの人口動態と保健水準

I-1 タイ一般概況

タイは、ビルマ、ラオス、カンボジア、マレーシアと国境を接する東南アジアの立憲王国である。北緯 6~20° に位置し、気候は高

1) デポ・プロベラ (Depo-Provera) は、プロジェステロン (17α -hydroxy-6 α methyprogesteron) 150 mg (1cc) を皮下または筋肉内に注射して、90日間の避妊効果を持続させるものである。アメリカ、アプジョン社が生産している避妊薬の商品名でもある。妊娠率は100婦人年あたり 0~1.2 と低い。副作用として、無月経が50~40%の使用者にみられたり、点状出血を起こしたりであるが、あまり重篤なものはない。

しかし、子宮癌の可能性、実験動物への乳房腫瘍、胎児の男性化、先天異常の危険など、いまだに種々の議論がありながらも [Rinehart 1975; Sciarra 1978]、タイでは政府がすすめる4大受胎調節法の一つとして広くこれが使用されていることは、ユニークなことである。その理由としては、チェンマイのマコーミック病院で Dr. Edwin McDaniel が精力的にこの注

射法を行ってきたこと、保健省のコンサルタントである Mr. Tony Bennet が編集者となって Newsletter, *Injectable Contraceptives* を年4回発行していることにみられるように、デポに対する政府の信頼が強いこと、“Good medicine comes through needles.” というタイ国民の薬好き、注射好きにこの注射法が適合していたこと、母乳には影響しないこと、また何よりも手技が簡単であることが住民、政府の両方にとって便利であることなどがあげられる [Seitz 1979: 32]。

温多湿である。人口は1978年でおおよそ4,500万人。国土は514,000 km² で日本のおおよそ1.36倍である [Nortman 1980:10]。タイの耕作可能な土地は全土のおおよそ4分の1で、米作が中心である。しかし、土地はすでにほとんど開発されていて、新たに耕地となるべき余地は残されていない。現在、農民1人あたりの耕地は3エーカー (12,000 m²) であるが、1990年には半分に減少すると予測されている。森林はビルマと国境を接する北部および南部の一部にしかない。国土は全般に平坦で、海拔もあまり高くないため、雨期には川の水位の方が高くなる土地もある。

I-2 人口動態

NFPP の始まった1970年における公式の基礎データを、表1に示す。

出生率は35，死亡率は9（人口1,000対，1978年）[*ibid.*]。出生・死亡の届出は，1917

表1 基礎データ (1970)

全人口	36,000,000
バンコク・トンブリ地区人口	3,270,000
15～44歳有配偶女子数	4,599,000
15歳以下人口	15,900,000
人口密度	1 km ² あたり70人
粗出生率	1,000人あたり41
粗死亡率	1,000人あたり10
自然増加率	3.1%
年間人口増(1970)	1,200,000
農村人口の割合	85%
仏教徒人口の割合	94%
農業従事人口の割合	80%
労働力人口	17,000,000
女子労働力人口	8,000,000
県 (changwat) の数	71*
郡 (amphur) の数	500
行政村 (tambon) の数	5,000
集落 (muban) の数	50,000

* これにバンコクを加えて72県とする場合もある。
資料：NFPP [1971]

年以来国民の義務である。出生は15日以内，死亡は24時間以内に届け出られなければならない。

しかし，Das Gupta の推計によれば，1960年においては，出生の届出はおおよそ75～76%，死亡の届出はおおよそ57～61%にすぎない。国立統計局の調査でも，1964年から1965年にかけて，出生では15%，死亡では30%が届けられていないという。1歳以下の死亡については62%，1～4歳の死亡については54%が未届けであるともいう [NESDB 1974]。このような統計上の不備は何もタイに限らないが，そのことを承知で私たちはタイの動態統計を読まなければならない。

タイの人口増加は，すでに19世紀の後半にみられる。

人口センサスによる人口は次のようである。

1911年 8.3×100万，1919年 9.2×100万，
1929年11.5×100万，1937年14.5×100万，
1947年17.4×100万，1960年26.3×100万，
1970年34.2×100万

大ざっぱにみて，1947年から1970年の23年間で，人口は倍増している。この間の年間人口増加率は3%を超えている。移民の人口増加に占める割合は，19世紀の後半には2分の1を超えるほどであった。多くは中国からの移民であった。移民は20世紀に入って徐々に減り，移民の人口増加に占める割合は，1920年代に6分の1，1930年代に20分の1，1947～1960年では16分の1となっている [Chaiwat 1976]。1970年のセンサスでは，98.8%がタイ生まれ，1%が中国生まれであった [NESDB 1974]。

人口のうち，都市（といってもバンコクに都市人口の3分の2以上が住んでいる）に住んでいるのは，1960年の12.5% [Chaiwat 1976] から，1978年には18%に増加している [Nortman 1980]。この人口増加は，死亡率

が急激に下がったのに、高い出生率が高いまま続いたためである。出生率は、20世紀に入り、第2次大戦中を除いて、1960年ごろまで45～50（人口1,000対）、合計特殊出生率（TFR, Total Fertility Rate）はおよそ6.5であった〔NESDB 1974〕。それ以前にもチェンマイ地方で一部出生力の低下がみられたが、タイ全体として出生力が低下し始めたのは、1960年代のおわりごろからである〔IFPP 1978〕。1969年から1972年にかけて農村では、希望子供数は変わらないのに、受胎調節実行率が増えて、婚姻内出生力は減少したとされる〔IFPP 1980〕。

Knodel は、1969～1975年にかけての調査から、この出生力の低下の前に、受胎調節の実行があったこと、しかも、それは組織化された家族計画サービスによったものであり、サービスを受け入れるに至った、そのような態度の変容は必ずしも社会経済発展とは関係のない場合もあったこと、などを述べている〔IFPP 1978〕。

TFR の推移を表2に示す。1960年代の6.3～6.5のTFRは、1970年代に入ると徐々に減少し始め、1975年で4.1（1960年代の65～63%へ）、1978年で3.5（1960年代の56～54%へ）となっている。TFRの減少は、農村においてより著明であった。

結婚年齢は、1970年で女22歳、男24歳であるが、実際には、もっと若い年齢で事実上の性生活を始めている人たちは多いようであ

表2 合計特殊出生率（TFR）の推移

年 次	TFR	出 典
1965-1969	6.3	WFS
1970-1974	4.9	WFS
1975	4.1	WFS*
1978	3.5	CPS**

* WFS, World Fertility Survey

** CPS, Contraceptive Prevalence Survey

資料: IFPP [1978]; Morris [1981]

る。あとに述べるように、受胎調節を始める女性の平均年齢が27～28歳であることを考えれば、若い人に妊娠の危険（可能性）はきわめて高いといえる。既婚再生産年齢婦人（married women of reproductive age）の数は、1960年350万、1970年480万（表1では460万となっているが）、1977年550万と増えつつある。未婚を含めた再生産年齢婦人は1977年970万〔Nortman 1980〕であるから、実際に妊娠のおそれのある婦人（women at risk of pregnancy）の数は550万を超えると思われる。なお、既婚のうち、再婚は11～14%である〔People 1980〕。

1966～1970年と1971～1975年の年齢別特殊出生率を表3でみると、この期間では、高い年齢の婦人に出生力の減少が著明にみられる。また、いくつかの機関によるタイ人口の予測がなされているが（ESCAP [n.d.] 参照）、政府の予測は、中位で2000年に7,360万である。タイは、実現可能な現実的な目標をたてる国だから、7,000万程度には人口を抑えられるし、その程度までは増えてもかまわないのかもしれない。2000年への具体的な人口政策はまだ発表されていないようである。

なお、年齢構成は、0～14歳41.1%、15～

表3 年齢階級別特殊出生率

	1966-1970	1971-1975	B/A
	A	B	
10-14歳	.001	.001	
15-19	.083	.069	83 %
20-24	.260	.210	81 %
25-29	.286	.220	77 %
30-34	.235	.177	75 %
35-39	.192	.149	78 %
40-44	.118	.068	58 %
45-49	.055	.020	36 %
(15-44)	5.870	4.465	76 %

資料: ESCAP, *Asian-Pacific Population Program News* 10 (1,2), 1981

64歳 55.5%，65歳以上 3.3%（1980年），従属人口指数（dependency ratio）は79.9である。1990年の予測では，0～14歳33.4%，15～64歳 62.5%，65歳以上 4.0%と若年層が減少している。従属人口指数は55.9となる [Chamnorn 1981：3]。

I-3 保健水準

粗死亡率は（20世紀に入って1950年代まで人口1,000対およそ50であったという Bourgeois-Pichat の推計もあるが）1950年代の半ばごろから，人口1,000対30から急に減少し始め，1960年代には1,000対11までになった。20世紀の前半は，マラリア，結核，天然痘などによる感染症に低栄養が加わって，タイは高い死亡率を呈していた。その後，感染症による死亡は，徐々に減っていった。たとえば，マラリアによる死亡は，1943年の人口10万対351から1966年の14へ，というように [NESDB 1974]。しかし，近年におけるタイの3大死因が，結核，下痢症（疾患名でなく，症状名でしか死因が明らかでない），事故であるのをみると，まだ感染症による死亡は大であるといえる。

表4に年齢別死亡率（1964～1965年）を示す。比較のために，日本の年齢別死亡率，1979年と1950年のものをあわせて載せた。1964/1965年のタイの粗死亡率10.9は日本の1950年のそれと同じであるが，乳児死亡率はタイではかなり高い。しかし，この指標についても届出の不完全さから十分に信頼に足るものがない。あくまで一つの目安というところである。

乳児死亡率，妊産婦死亡率は，1970年でそれぞれ出生1,000対85と4である。1940年からみると，およそ3分の2に減少しているという。1975年には乳児死亡率は68と，1970年に比較して著明ではないが明らかな減少を示している。0歳の平均余命は，1937年35，

表4 年齢階級別死亡率

タイ 年齢階級 (1964/ 1965)		日本		
		年齢階級 (1979)		(1950)
0	89.3	0	7.868	60.855
1-9	6.9	0-4	2.001	19.897
		5-9	.279	2.073
10-19	2.4	10-14	.192	1.172
		15-19	.528	2.482
20-29	3.8	20-24	.644	4.650
		25-29	.719	5.338
30-39	4.7	30-34	.846	5.092
		35-39	1.239	5.578
40-49	8.0	40-44	2.020	6.542
		45-49	3.318	8.480
50-59	11.6	50-54	4.696	11.890
		55-59	6.813	17.658
60-	49.5	60-64	11.127	33.653(60-69)
		65-	45.811	76.957(70-79)
				176.873(80-)
計	10.9	計	5.973	10.876

注：いずれも人口1,000対。

資料：Renu Srismith, *Country Report of Thailand* 1980；厚生省，『人口動態統計』昭和25年；厚生統計協会，『厚生 の指標 国民衛生の動向』昭和56年

1947年50，1964～1965年男56，女64 [ibid.]，1975～1980年男60，女63年である [Nortman 1980]。

分娩は多く自宅で行われる。全国の助産所，保健所では分娩介助が第1の仕事であるが，医師，助産婦，訓練を受けた補助助産婦（auxiliary midwife）の介助を受けるのは都市でも56%，農村では8%にすぎない [Taylor 1971]。その後施設内分娩の割合は増えていると思われるが，母子保健センター（Maternal and Child Health Center）のある地域でも，現在その割合は20%程度である。病院分娩は，多くの場合，陣痛が始まって入院し，お産の次の日に退院する。お産後，不妊手術を受けると，入院が4～5日に延びる。設備とスタッフに恵まれた教育病院

であるラマティボディ病院では、1978年に、産婦人科外来患者数30,371人、分娩数およそ6,500で、病院内妊産婦死亡は出産1,000対0.1、周産期死亡は出産1,000対13と、きわめて良い状態にある [Kamheang 1981: 257]。しかし、バンコク市内のホテルの上水も飲用に適さない衛生状態であるから、一般には、分娩環境はそれほど清潔とはいえない。とはいえ、妊婦には破傷風の予防注射が義務づけられており、全般的に分娩にかかわる衛生状態は改善されつつある。

II NFPPのしくみ

II-1 NFPP の目的

もともとタイは人口増加を好む国であった。第2次大戦中は「1956年までには1億の人口が必要であり、大家族には報奨が与えられる」[Chaiwat 1976: 33] という首相の言明があったほどである。1959年、世界銀行が人口増加のタイ経済に及ぼす負の影響を警告して以来、タイ政府は家族計画サービス実施の準備を始めた。家族計画サービスは、1970年に正式に次のような政府声明を出して以来、国家政策の一つとされ、以後順調に普及している。「タイ国政府は、国の経済社会発展の重大な妨げとなる非常に高い人口増加率に関する種々の問題を解決するために、家族計画を支持する政策を有するものである」[小林1980]。

政府が実行したプログラムは

- (1) 1970年当時3%であった人口増加率を1976年までに2.5%に抑えること。
- (2) あらゆる情報伝達の手段を使って、必要な人々に、家族計画の意味を知らせ、その実行をうながすこと。
- (3) 国のどこでも、家族計画サービスが受けられるようにすること。
- (4) 家族計画サービスを、既存の母子保健

サービスに統合し、相互にその事業を発展させていくこと。

の四つであった [IGCC/IPPF 1978]。

1960～1965年の間から、1970～1975年に至るおよそ5ないし15年の間に、10%を超える出生率低下が、アジアの3分の1の国々で記録されている。その中で特に、台湾、韓国、シンガポールでは、その低下が著しく、タイは、インドネシア、マレーシアなどとともに、穏やかな低下を示したと評価されてきた。しかし、近年のタイでの出生力の低下は、革命的 (Thailand's reproductive revolution) といわれるほど [Knodel 1978] 顕著なものである。

国家経済社会開発委員会 (NESDB, National Economic and Social Development Board) によって提案された第5次の計画 (1982～1986年) では、1986年9月までに人口増加率を1.5%に抑えることになっている。その目標達成のために、受胎調節を始める人 (新規実行者, new acceptor) を約460万増やし、そのうち政府のサービスによるものを90%としている。行動計画として、出生力の高い地域を重点とする、情報・教育活動を改善強化する、保健職員の能力を高める、調査研究を行う、私的機関の活動を援助するなどがあげられている。

II-2 NFPP の組織

NFPP は、保健省、保健局におかれ、家庭保健部 (Family Health Division, Ministry of Public Health) がその事業を行なっている。

私のカウンターパートは、公報・情報課の女性の課長である。調査・評価課、訓練・教育・監督課の課長も、それぞれ米国の人口問題の領域で修士の学位を得てきた30代の女性であった。専門家として、7人ほどの医師がおり、その多くも女性であった。

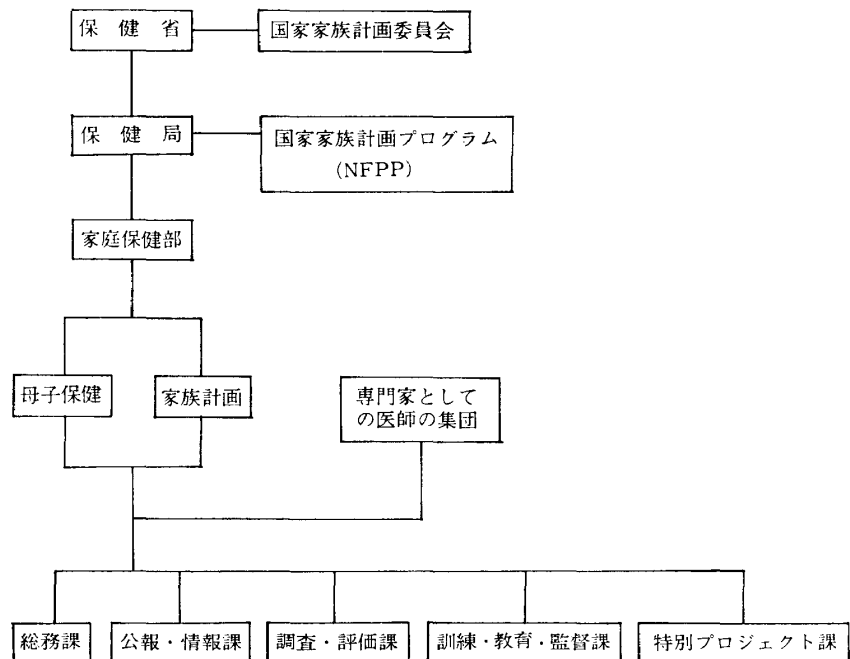
西岡：タイの家族計画

この家庭保健部は常勤職員 300 人をかかえる大きな部である。役人にとっては、この部長のポストは、陽のあたるエリート・コースなのである。幸いなことに、部次長を初め、この部の幹部 3 人と NESDB の人口担当官が、ミシガン大学の同窓生であり、私の存在が比較的タイの役人の間で受け入れられたのは、そのよしみがあったかもしれない。調整員というのは必ずしも相手国に受け入れられない場合もある。国際機関から派遣されていたある調整員が、援助の機材の流

れのしきみを従来とは異なる方式に変えようと試みて、“彼はタイに益をもたらさない”と、タイ政府に判断され更迭されたのは、ちょうど私がタイに赴任したころであった。国際機関にはタイもその分担金を支払っていることから、調整員の資格、仕事ぶり、タイへの態度には、ことさらタイ政府は厳しいようであった。

図 1, 2 に、NFPP とタイ保健省の機構を、表 5 には農村部の保健医療施設の役割を示す。

この保健行政組織は、中央集権的、縦割り行政である。家族計画サービスの場である助産所、保健所、郡保健部は、郡医務官の官轄下にあり、家族計画サービスを中央でとり扱う保健局、家庭保健部の直接命令系統下にはない。郡医務官の上には県保健部長がおり、県の保健部長は内務省が任命する県知事の命令に服することになる。だから、保健組織の先端にいる助産婦にとって、その多彩な仕事の中での優先度は、県の保健部長の指示、命



資料：国際協力事業団 [1980]

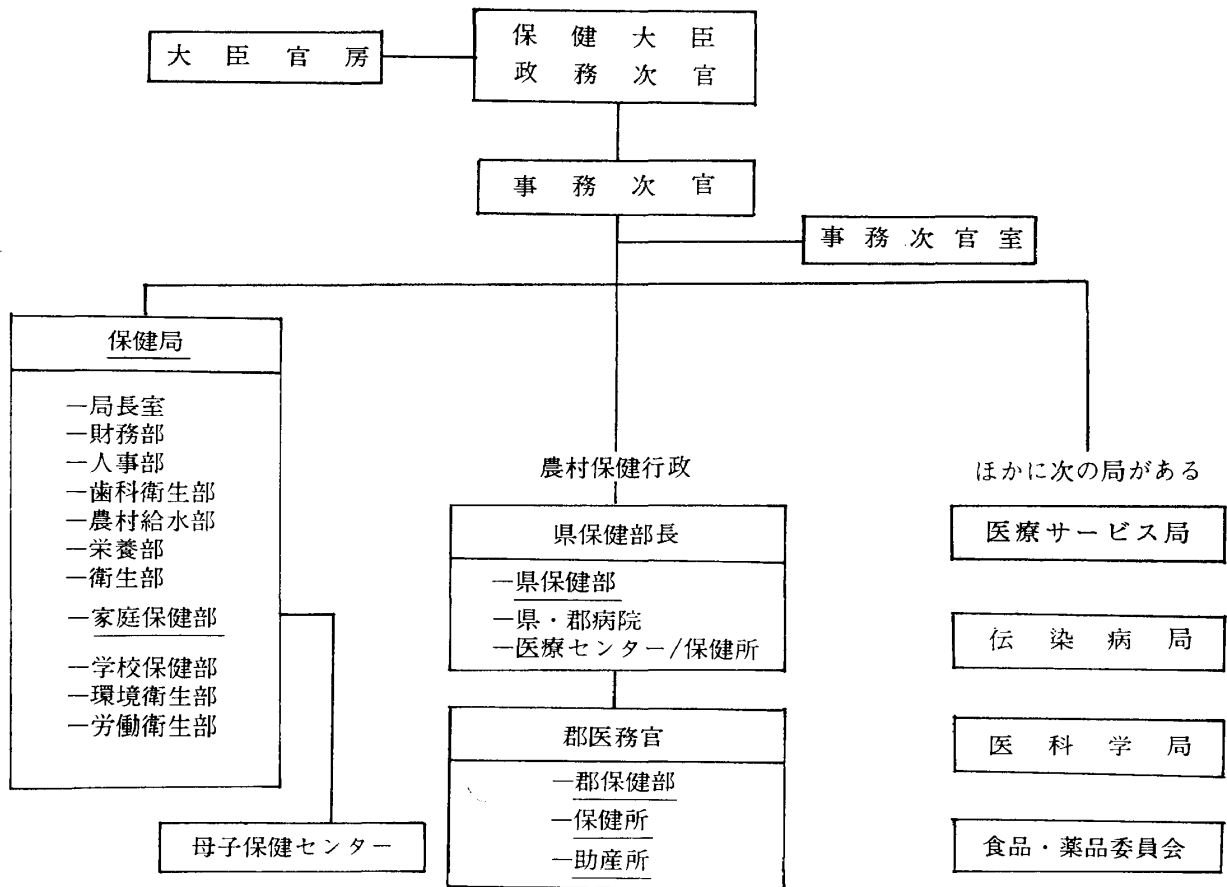
図1 タイ国家家族計画プログラムの機構図

令の強さ、住民のニーズ、本人の好み、価値観などによるため、家族計画サービスが必ずしも最優先で行われるとは限らないのである。だから、助産婦に家族計画サービスへのインセンティブとしてモーターサイクルを供与するのも、家庭保健部にとっては意味のあることとなる。

母子保健センターは、分娩用ベット 150 を有する母子病院である。現在 4 カ所あり、5 番目がいま建設中である。中の設備の一部は日本政府から供与されることになっている。ゆくゆくは 8 カ所に増やすのが国の目標であるが、6 番目以降の建設はまだ目途がついていない。センターは、その周辺地区の分娩のおよそ 20% をとり扱っている。また、助産婦学校が併設されている。家族計画、母子保健上で期待されるところは、大変大きいのである。

II-3 KAP スタディー

1970 年に、家族計画が国家政策の一つとさ



家族計画はもともと、機構上からしても母子保健の一環として扱われている。主管しているのは家庭保健部 (Family Health Division) であり、その中に 5 課 (section) と、四つの母子保健センター (MCH Center) がある。

家族計画サービスの場としての県病院、郡病院、保健所、助産所は県衛生部に属し、直接には家庭保健部の管轄下にはない。

資料：国際協力事業団 [1980]

図 2 タイ保健省の機構図

れる前に、家族計画に対する KAP スタディー (家族計画ないしは受胎調節への知識、態度、行動に関する調査) が行われた。それによると、イスラムの婦人を除いて、大部分のタイの婦人たちは、もうこれ以上は子どもを欲しくないと思っており、しかも受胎調節について知りたいし、それを実行したがっていた。しかし、実際にはほんの少数の人たちしか受胎調節を実行していないことがわかった。そこで、家族計画サービスを普及させる上で最も基本的な動機づけ (保健従事者へも住民へも) ももちろん重要であるが、ここで

は家族計画のサービスが行われる場所とその従事者の数を増やすことの方がより重要と考えられるに至った。

II-4 保健医療従事者の訓練

国家家族計画実施に先だって、すでに1968年に家庭保健プロジェクトが始まり、県病院の医師、看護婦、保健所の助産婦、補助助産婦の1週間の訓練が始まっていた。1968年から1970年までの期間に訓練を受けた職種と数は次のとおりである。

医 師 330人

表5 農村部の保健医療施設の役割

	地 域	ス タ ッ プ	サ ー ビ ス
助 産 所 midwifery center (2,032カ所)	a. 人口 2,000以上のいくつかの村の中心にあり, b. 郡病院, 保健所, あるいは, 他の助産所から少なくとも 4km の距離にある。	レギュラー・スタッフは補助助産婦 (auxiliary midwife) で, 時に assistant health worker が加わることもある。	a. 助産 b. 家族計画サービス(ピル, コンドーム, IUD, 注射) c. 予防医学, 健康増進 d. 簡単な治療行為 (保健省の規則に基づく) e. 地域に根ざした保健活動および家族計画サービスの技術的な監督 f. 上級機関への患者の紹介
保 健 所 health center (3,483カ所)	a. 人口 5,000以上の村にあり, b. 郡病院はなく, c. 隣接する保健所とは 8 ~15km の距離にある。	レギュラー・スタッフは 3 人 (senior sanitarian, auxiliary midwife, それに practical nurse midwife) である。	上記 a ~ f に加えて g. 環境衛生
郡 病 院 10-bed district hospital (30-bed district hospital とあわせて317カ所)	a. 人口30,000以上の郡の中心にある。	レギュラー・スタッフは技術者 (医師を含む) 17 人と, 9 人の作業員。	上記 a ~ g に加えて h. 不妊手術 i. 入院分娩 j. 短期の入院治療 k. 医師による医療 l. 保健所と助産所の技術的監督
郡 病 院 30-bed district hospital	a. 人口50,000以上の郡にあり, b. 県病院または他の郡病院から40km以上離れている。	レギュラー・スタッフは技術者が33人 (医師, 歯科医師, 薬剤師を含む) と作業員22人。	上記 a ~ l に加えて m. 24時間の入院治療 n. 歯科, レントゲン, 臨床検査

注：このほかに、最上級病院として県病院 (provincial hospital) が72、主としてバンコクにいくつかの大学病院がある。また、家庭保健部 (Family Health Division) の管轄下に母子保健センターがある。
資料：International Bank for Reconstruction and Development [1978]; *Report from Family Health Division* 1981; Personal Communication with Staffs in Family Health Division による。

看護婦・助産婦 700人
補助助産婦 3,090人
衛生士 (sanitarian) 1,985人
家族計画ワーカー (family planning worker) 20人

[NFPP 1971]

正式に NFPP が始まった1970年には、ほとんどの県で、家族計画サービスについての訓練を受けた人がすでに働いていたのである。たとえば、1969年 NFPP は、ピル配布のために補助助産婦の教育を始めた。それは1週間で、避妊薬としてのピルについてその副作用、禁忌も含めた教育をしたものであっ

た。あわせて、その他の受胎調節法一般についての教育もあった。この訓練期間のあと、補助助産婦は医師の監督指導なしにピルを処方することができるようになった。この訓練が行われた四つの県では、それ以来初めの6カ月で、新規実行者が1,129人から5,570人へと、400%の増加となった [Wortman 1975: J-92]。

ピル配布にあたっては禁忌者スクリーニングのためのチェックリスト (Morris [1981] 参照) が用意されていて、禁忌者は医師に紹介されることになっている。ちなみに、わが国では、ピルの処方も、IUD の挿入も、まして

不妊手術も、医師にのみ許された行為である。しかし、タイでは事情は異なる。ピルの処方 は前述の補助助産婦だけでなく、現在ではたとえば国境警備官といった人たちにまで、医師以外の職種の人々に広く許されている。1978年、タイのパタヤで開かれた国際家族計画連盟(IPPF, International Planned Parenthood Federation)と東南アジア人口・家族計画政府間協力委員会(IGCC, Inter-Governmental Coordinating Committee South-East Asia Regional Cooperation in Family and Population Planning)共同のワークショップの際には、すでにタイでは、注射による避妊薬であるDMPAの注射は一部の看護婦に、IUDは6週間の訓練を受けた看護婦に、男の不妊手術については9カ月の訓練を受けたパラメディカルに、女の不妊手術については10カ月の訓練をおえた看護婦に許されていた[Paxman 1978: 17]。さらに1979年には、助産婦もDMPAの注射とIUDの取り扱いが許されるようになった。しかも、タイの行政の巧みな点は、これらの行政措置の前に、必ず時間をかけてパイロット・スタディーを行い、その結果が有効で、かつ安全であることを証明しているところである。たとえば女子の不妊手術についても、法律によれば医師のみに許されている行為であるが、よく訓練を受けた看護婦の不妊手術は、その効果、合併症とも、経験ある医師による手術の場合と差がないという学術的データさえ出ている。訓練さえ良ければ医学部3年生でさえも、男性の不妊手術を安全に、有効にできるというデータもある[Dusitsin 1980: 638]。だから、卒業後の医師がすぐ不妊手術に携わることができるようにとの目的で、医学部の教育カリキュラムの中で不妊手術の手技が重視され、すすめられている[Bunyaravej 1981: 316]。

この国での訓練におけるもう一つの特徴は、教育・訓練を受ける人々が従来のいわゆ

るパラメディカルにとどまらないことにある。タイの国境は、隣国との争い、ゲリラや強盗団の出没によって、きわめて危険な状態にある。だから、国境近辺では、一般のパラメディカルが家族計画サービスを行うのは困難な状況にある。こういうところでは、国境警備隊が家族計画サービスに従事することになる。また村では、村長はいわゆるオピニオン・リーダーとして、村民の行動に対してある影響力をもっている。だから、村長を管轄する内務省を通して、彼らにも家族計画サービスの教育が行われる。

1981年度の日本政府からの援助予算の中に「中堅技術者養成計画」が新しく組まれることになった。この中では、小学校の校長が、生徒の母親に対して家族計画サービスをすすめるべく、教育・訓練を受けるよう計画されている。タイの社会を語る時にしばしば“結合のゆるい”(loosely structured)という表現が使われる。タイの人々の間では共同意識、仲間意識がそれほど強くないから、あらゆる人のつながりを通して家族計画サービスを普及させていこうと努力しているとも考えられるのである。

家族計画サービス従事者を訓練し、その技術レベルを監督指導するのは国の役目である。そのため、NFPPを管轄している家庭保健部には、訓練・教育・監督課がおかれている。その課の主催による訓練教育のスケジュールの一部を表6に示す。

訓練の基本は“誰でも訓練者になり得る”(Anyone can be the trainer.)ということである。表によって、きわめて多彩な職種の人々に訓練教育が行われていることがわかるだろう。訓練のタイプは、大きく二つに分けられる。一つは、この表にある短期のコースである。カリキュラムの内容、受講者の質によって多少の期間の長短はある。いま一つは、助産婦教育である。助産婦学校は6カ所

表6 訓練・教育・監督課の活動一覧表（1980年1-6月）

プロジェクト	場 所	期 間	教習生数
1. IUD Insertion Training Course for Nurse-Midwives 5グループ	Chulalongkorn Hp. MCH Center	6 週	100
2. Military Medical Unit Officers 6グループ		5 日	127
3. Auxiliary Midwives Refresher Training Course 22グループ	MCH Center	2 週	454
4. The Officer Housewife of Local Police 4グループ		5 日	137
5. Nurse-Midwife Training Course 3グループ	Family Health Division	2 週	104
6. Seminar on FP and MCH for Agriculture Education, and Public Health 4グループ	Chiangmai 他2県	3-5日	280
7. Industrial Factories Employees	Rajburi Prov.	3 日	280
8. Border Patrol Police		2 週	28
9. Traditional Midwife Training Course 7グループ		5 日	747
10. Traditional Tambon Doctor 4グループ		5 日	291
11. Tambon Trainer 6グループ		5 日	189
12.-15. Health Assistant 4グループ	MCH Center	4-6週	224
16. Preservice Training for New Nurse-Midwives Staff in FP and MCH	Mahidon Univ.	2 週	108
17. Workshop on Teaching Aids and Educational Materials		5 日	31
18. Workshop on Curriculum Development for Auxiliary Midwives	Family Health Division	5 日	21
19. Team Building 4グループ		5 日	160
20. Security Guard		7 日	104

資料：Ministry of Public Health, Thailand

ある。少なくとも初等・中等10年の教育が受けたあとで、18カ月の正規の教育を受ける。毎年600人ほどの新しい助産婦が生まれる。彼女たちは、郡病院、保健所、助産所で働く家族計画サービスの基本的人材である。

家庭保健部主催の研修会、教育・訓練があまりに多いから、他の省、局から、会議、研修のやりすぎだという非難もあるほどであるが、実際にサービスに従事している人たちからは、もっと研修、訓練の機会を増やしてほしいという声きがわめて強い。

医師以外の職種の人々を、このように広く家族計画サービスに従事させるという政府の方針は、タイ以外の開発途上国において多く

みられる。タイにおけるこの政策の背景には、農村における医師の不足と、在来の保健職員を活用するという基本方針がある。

もともと、母子保健水準の向上が家族計画プログラムの目的の一つであり、これまですでに存在している保健職員を訓練して家族計画サービスに従事させることが、家族計画事業の基本方針である。それゆえ、家族計画サービスは、母子保健活動とインテグレート（統合）された形、というより母子保健活動の一つとして位置づけられているのである。しかも、助産所、保健所のパラメディカルや、とりあげ婆さん（traditional birth attendant）として代々村にいる人は、村のオピニ

オン・リーダーとして、村民の信望も厚い。そういう人に家族計画サービスをすすめてもらえば、村民の受入れも良いということもある。医師以外の保健職員の活用は、だから、単に医師不足だけに由来したものではない。²⁾

このような、タイの国家家族計画全体を通して、タイの官僚の、ことに課長、部長以上のキイ・パーソンとなっている上級官僚の優秀さをうかがい知ることができる。タイ国内で、また外国で学んで身につけた彼ら自身の知識、技術を、彼ら自身の力でさらに高めていく、いわば知識、技術の再生産は、必ずしも良好であるとはいえない。しかし、国家家族計画の初期に投入された外国からの経済援助と、専門家の技術をうまくタイのために活

2) 多くの開発途上国において共通してみられるように、タイにおいても医師は絶対的にも相対的にも不足している。タイの医師数はおよそ6,000人、医師対の人口比はおよそ1対8,000となる。医師のうち70%以上がバンコクで働いているので、バンコク内では医師対人口比はおよそ1対1,000となり、わが国での1対820に近くなる。しかし、このような医師の都市（バンコク）集中のため、バンコク以外ではその比は1対3万となる。さらに各県の県庁所在地の町ないし市を除くと、つまり、タイ国民の80%以上が住んでいる農村地帯では、医師対人口比は1対15万ともなる。土地の広さ、交通機関などの不便さを考えれば、タイの農村には、医師はほとんどいないといっているほどである。医師は卒後、義務として少なくとも2年間は農村で働かねばならない。そうでなければ200万円ほどの罰金を支払わねばならない。卒後医師の初任給が月約4万円であるのを考えれば、この罰金は決して軽くない。彼らが勤務する県病院、郡病院は、人口3万以上の人口の密な地域にある。しかも都市にある医学校で育った医師が、義務年限終了後に再び都市にもどるのは、避けられない傾向である。

1978年の時点でタイにはおよそ8,000人の医師がいるはずである。しかし、そのうち1,600人は米国にいて、4,000人がバンコクにいる。本当の意味で農村にいる医師は、タイ全体でおよそ300人しかいないという人もいる [Bangkok Post 1980]。

用できた能力、技術は、その優れた点の一つに数えてよいだろう。また、チュラロンコン大学を初めとして、タイの医学部が、受胎調節、不妊手術などの技術開発、教育・訓練にはたしている役割は、きわめて大きいと考えてよい。

II-5 サービスの場の確保

在来のものを活用するという方針は、人材に限らない。NFPPのサービスは、一つには従来農村部にあった助産所、保健所を通して行われる。いま一つは、病院、母子保健センターの母子への医療保健サービスとインテグレートした形で、家族計画サービスが行われている（表5）。

乳児死亡率や、妊産婦死亡率の減少といった母子保健水準の向上は、出生レベルの減少にとっては必要な条件であるといわれる。³⁾

しかし、タイ政府の国家家族計画の真の目的は、高い人口増加率を減少させることであり、母子保健事業との統合は、理論は理論として、その方が住民にとって受胎調節が受け入れられやすく、サービスのための人材と場

3) 人口転換理論においては、死亡率（なかんずく乳児死亡率）のかなりの減少が、出生レベル低下の前提条件である [IFPP 1979 b (Zachariach)] とされている。またマクナマラは、出生レベル減少のための第1段階は、乳幼児死亡率を早く下げることでありといっている [ESCAP 1979]。しかし逆に、子供がたくさん生まれれば、死亡率は高くなるというのも広く認められていることではある [IFPP 1979 b (Taylor)]。だから、母子保健水準の向上は出生レベルの減少にとっては必要な条件といえる。もっとも最近では、これまでとは異なった意見がないわけではない。世界出生力調査 (World Fertility Survey) によれば、出生レベルの減少は死亡率の減少がなくとも起こり得るという [IFPP 1980]。また、乳児死亡率の高いところでは代償的に子供をたくさん産むとこれまでいわれてきたことも、パキスタンやバングラデシュにおける調査によって必ずしも正しくないことが知られてきた [IFPP 1979 a]。

が容易に確保できるという、政府にとって現実的な利点が強かったためである。母子保健事業との統合は、家族計画サービスを中央で管轄している保健省、家庭保健部がもともと母子保健を担当したことにも由来している。これまで母子保健のサービスを行なってきた助産婦、看護婦に家族計画サービスを行わせること、および助産所、保健所、病院（産科）、母子保健センターなど、これまで母子保健サービスの場であったところも、家族計画サービスの場として活用していくということである。ちなみに、家族計画サービスの統合は、単に母子保健事業にとどまらず、内務省関係（村長に対する教育・訓練）、文部省関係（学校長に対する教育）、農業関係（ソクラ県）など多方面に及んでいる。表6の教育・訓練の対象者をみても、それがわかる。これらサービスを提供できる人材の豊富さと、サービスの場の数の多さは、タイ国内での交通・通信の便利さとともに、タイでの受胎調節実行者を増やす良い要因となり得ている。住民がピルまたはコンドームを受けとりに行くには、20分で十分だし、IUD または不妊手術でさえも1時間あればそのサービスが受けられる。

サービスを受けるために必要な時間（メジアン）を表7に示す。ピルの使用者で、都市では（メジアンの）時間が11分、農村では14分、と差はあるが、われわれの日常とくらべても、タイの農村で特に不便という感じもしない。また、受胎調節をまだ行っていない

人についても、ピルのサービスの場までの時間は、都市で11分、農村で16分である。サービスの場が時間的に遠いから受胎調節を受けないという理由は、この国ではあてはまらないように思われる。しかし、それでもなお、受胎調節実行対象者の15%は、サービスの場所が不便だと考えている [Morris 1981]。また、このようなサービスの場の不適切さ、サービスの質の悪さを指摘する声もある。だから政府は、サービスを受けやすく（時間的に短く）するため、移動診療車（モバイルと呼ばれるもの）の活動を強くすすめているし、地域に出かけて活動をするために助産婦にモーターサイクルをインセンティブとして与えてもいる。援助の一環として日本から供与されたモーターサイクルだけで、すでに2,000台を超えている。このように、活動の場をこれまでのクリニック中心から地域の中に求めていくことが、今後のタイ政府の課題である。場の数としては保健所、助産所が約5,500カ所で最も多い。サービスも、だから多くそこで行われる。しかし、その他の病院は、数こそ多くはないが、サービスの数としては、ことに不妊手術の数でかなり多くを占める。また、母子保健センターも4カ所ではあるが、そのサービスの数は決して少なくはない。表8に、受胎調節方法別、施設別の受胎調節新規実行者の数を示す。国立病院、大学病院などのその他の病院は数こそ多くはないが、317カ所の郡病院と同じように、不妊手術、注射法で大きな実績をあげている。保健所、助産所はピル、コンドームの配布で大きく貢献している。

表7 家族計画サービスを受けに行くのに要する時間（メジアン）

経口避妊薬（ピル）	14分
コンドーム	20分
IUD（子宮内挿入避妊器具）	61分
不妊手術（女性）	49分
不妊手術（男性）	50分

資料：Morris [1981]

II-6 家族計画予算と日本からの援助

タイにおける家族計画予算は、1978年度で政府予算340万米ドル、国際機関（国連人口基金 UNFPA がほとんど）200万米ドル、2 国間政府援助170万米ドルである。援助機

表8 方法別、施設別受胎調節新規実行者数 (1980年3月)

		計	県病院	郡病院	母子保健 センター	保健所・ 助産所	その他の病院
受 胎 調 節 方 法	ピ ル	54,968 (61)	1,289	3,898	494	26,969	22,318
	子宮内避妊具	5,929 (6)	920	2,242	606	356	1,805
	注 射 (DMPA)	11,049 (12)	781	4,768	359	1,891	3,250
	不 妊 手 術	13,839 (15)	3,945	4,124	589	1	5,180
	コ ン ド ー ム	3,777 (4)	219	742	60	1,802	954
	そ の 他	18 (0)	0	11	0	7	0
計		(100) 89,580 (98)	(8) 7,154	(18) 15,785	(2) 2,108	(35) 31,026	(37) 33,507

注：① その他の病院とは、国立病院、大学病院などである。② () 内の数字はパーセント。
資料：Report from Family Health Division 1981 ; Personal Communication with Staffs in Family Health Division による。

関としてはその他 CIDA (Canada), International Bank for Reconstruction and Development (World Bank), 英国, ベルギー, オーストラリアなどあるが、国連, 米国, 日本の3機関でほとんどを占める。なお、1981年度、UNFPA は中国への援助のため、タイへの援助を1億円分削減することになった。その穴をどうしてうめるか、タイ政府は苦慮していた。それらを全部ひっくるめた国民1人あたりの家族計画予算は15.8米セント、政府予算のみでは7.5米セントである。日本が2国間協定に基づいて家族計画の分野で援助している、フィリピン、バングラデシュ、インドネシアの国々での国民1人あたりの家族計画予算が、それぞれ（全部ひっくるめた場合、政府のものだけの場合で）、(フ) 51, 38, (バ) 18, 6, (イ) 29, 19 (バングラのみ1976年, 他は1978年, いずれも米セント) であるから、タイにおいて予算が他の国に比して多いということもない。タイの家族計画政府予算は、国家予算全体の0.07%、保

健省予算の1.7%、また保健省予算は国家予算全体の4.2%である。フィリピンにおいてのそれが、それぞれ0.4%, 11.8%, 3.6%, インドネシアでは、それぞれ0.2%, 23.2%, 1.0%, バングラデシュでは(1976年), それぞれ2.4%, 45.1%, 5.3%であることをみると、タイにおいての家族計画予算規模は、国全体からみても大きくはない [Nortman 1980]。

もっとも、母子保健事業や他の事業で家族計画にインテグレートされているものの予算はこれに含まれていないので、実質的な家族計画予算はこれよりも多いことは確かである。なお、タイへの援助は、必ずしも政府向けだけでない。1980年のタイへの船積み荷物の宛先は、表9のようである。しくみとして、政府以外の宛先の家族計画援助機材も、事務手続上、必ず保健省を経由することになっている。

1973年に日本政府からタイへ基礎調査団が派遣され、1974年に R/D (討議議事録) の

表9 タイ国外からの家族計画事業援助
船積み荷物の宛先 (1980)

Family Health Division	55
McCormic Hospital	19
Community Based Family Planning Program, PDA	11*
Thailand AVS	6**
ASIN	5***
Planned Parenthood Association of Thailand	4
Siriraj Hospital	1
Chulalongkorn Hospital	1
Thai Nurses Association	1
計	103

* PDA, The Population and Development Association

** AVS, Association for Voluntary Sterilization

*** ASIN, The Association for Strengthening Information in Support of the NFPP

資料: Ministry of Public Health, Thailand, 1981 (unpublished)

署名がなされ、その年度分から援助が始まった。1980年度までは、現金による援助はなく全額供与機材である（詳細は国際協力事業団[1980]参照）。1981年度に、中堅技術者養成予算として、講師謝金、受講者の日当、交通費などを含めて、約1千万円が供与されたのが、いわば現金の形としてはわが国最初のものである。

2 国間援助の金額としては、米国(USAID)が1980年に4億円で最も大きく、日本がこれに次ぐ。その他は合計しても大きな金額にならない。米国は、機材のほかに保健職員の日当、旅費、補助金、研究費なども供与している。国連も物のほかに保健省内に家族計画情報センター(Documentation Center)をつくり、その管理・維持の費用をも供与している（金額は文献によって多少異なる。政府のデータだからといって必ずしもあてにならないものもあり、援助ということばの意味しているものが、人によってちがうこともある。定義が明確でない場合が多いので、これらの金額は、いわば一つの目安でしかない）。

現在、日本からの供与機材は一部プロジェクト地域としてのナコンサワン県に集中されているが、原則としてタイ全体に、平等に分配される。タイ自身の行政方針にしたがって、他の機関からの援助と同じように扱われるため、日本からの援助だけの効果を評価することはできない。もっとも、家族計画サービス受入れ、出生率の低下、また乳児死亡率の改善などについては、これを単一の努力の効果として評価することは、一般論としても困難である。経済、政治、生活、文化など全体としての社会の変化を考慮しなければならないからである[Maturan 1979:191]。

なお、ちなみに、1979年度の日本からタイへの経済協力は、円借款8プロジェクト、493億円、無償資金協力19プロジェクト、100億円、技術協力部門では、受入れ研修生241人、派遣専門家158人、機材供与約9億円、協力プロジェクト11、開発調査事業20である[Embassy of Japan 1980]。1980年度においては、派遣専門家の数は、米国からのそれよりも多かったという。

Ⅲ NFPPの目標と実績

Ⅲ-1 家族計画の国家目標

NFPPの始まった1970年の統計数値は、すでに表1に示した。1970年には出生率は41（人口1,000対）、死亡率は10（人口1,000対）であった。自然増加率は3.1%であった。移民の数は、この当時には、自然増加に比べて無視し得るほどに小さかった。第3次経済・社会・発展計画(1972~1976)にのっとった当初の国家目標は、1976年までに人口増加率を2.5%までに抑えるということであった。これは順調に達成された。次の目標は、1981年(9月)までに増加率を2.1%に抑えるということであった。昭和52年に在タイ日本大使から外務大臣への報告書によれば、1981年

までの家族計画事業は、より遠隔の地で、家族計画を受け入れる下地の乏しい者を対象とするので、2.1%の目標を達成するのはかなり困難と予想されていた（第335号）。国連統計によれば、1980年の出生率は32、死亡率は9（いずれも人口1,000対）であるので、自然増加率は、1980年においては2.3%であるが、いくつかの資料を総合して考えてみると、1981年9月の段階では2.1%の目標は達成していると考えてよい。1986年の人口増加率目標は1.5%、政府目標の受胎調節実行者は416万人、うちピル202万（49%）、不妊手術165万（40%）、IUD 29万（7%）、注射20万（5%）である。

Ⅲ-2 受胎調節実行

現在、タイが強くすすめている受胎調節の方法は、大きく分けて4種類ある。ピル、IUD、DMPAと不妊手術である。現在はピルが最も普及している。概していえば、年齢の若い人にピルが多く、年齢が高くなるにつれて不妊手術が増える。現在、政府は不妊手術（ことに男性の）に力を入れている。不妊手術の男女比はほぼ1:4である。他の国にくらべると、男の割合は高い。

表8に示したように、不妊手術は多くは医師のいる病院、母子保健センターで行われている。しかし、それらの施設は、助産所や保健所とはちがって、比較的人口の密なところにある。だから、人口の疎な地域では、不妊手術を受ける機会に恵まれない人もいる。そこで、病院以外でも不妊手術が受けられるようにするため、移動診療車が1976年から使用され始めた。1980年には、その数は94になり、男性の不妊手術に大いに貢献している。現在一部で医師以外の職種の人に不妊手術の施行が許されている一方、全般的に手術そのものはまだ技術的に問題があり、不妊手術のための研修・訓練の必要性が医師の間で叫ば

れている。

表10に、1965年から1980年までの受胎調節新規実行者の方法別、地域別割合を示す。タイ南部は、受胎調節に非積極的なイスラムが多いこと、共産ゲリラの活動のため、政府のサービスが一般的に普及していないことなどのため、実行率は低い。タイでは、地区、あるいは72の県別の実行率に、きわめて大きな差がある。

たとえば、1981年8月の段階で全国平均の実行率は52.2%である。それが80%を超している県は、72の県のうちチェンマイ県を初めとして4県あるが、20%以下というのも2県ある。実行率の低いところは家族計画サービス重点県として、予算も機材も多く配分されるが、使いきれずに家庭保健部に返されることもある。結局、実行率の県による差は、宗教、治安の要因はあるにしても、県保健部長の仕事に対するやる気によるところが大きいようである。保健部長の態度は、管轄下の病院、保健所、助産所の活動に影響する。政府の家族計画サービスの良い県は、伝染病予防を初めとする医療保健事業全般にも優れた活動実績を示している。概して、実行率は農村より都市において、より高い。有職者と無職者では前者に、初等教育以上の者と初等教育までの者とでも前者に、実行率が高いという結果が出ている[Morris 1981]。しかし、調査統計にあらわれたこのような結果とはちがって、タイの国民の差別出生力は、必ずしも従来の常識のようではない、つまり、タイでは、経済面でいえば、貧しい人ほど家族計画サービスを受け、実行率も教育の期間には関係していない、と話すタイの家族計画サービスに長年従事してきた官僚もいる。

新規実行者の中の方法別割合を年次別にみると、ピルは1965年からずっと1位で、新規実行者の半分以上を占めている。IUDは、初期には多かったが最近是不妊手術が伸

表10 避妊方法別にみた新規実行者の割合、および地域別にみた新規実行者の割合 (1965-1980)

方法 年次	IUD	ピル	女性不妊法および 精管切除手術	DMPA	コンドーム その他
1965 - 1971	35.5	53.4	11.1	—	—
1972	20.0	72.7	7.3	—	—
1973	22.7	66.3	12.0	—	—
1974	18.1	61.7	14.9	—	5.3
1975	13.4	61.4	14.7	4.4	6.1
1976	10.8	56.7	14.3	11.0	7.2
1977	9.0	58.9	15.2	8.3	8.6
1978	8.3	59.3	17.9	9.2	5.3
1979	7.5	59.2	16.7	11.3	5.3
1980	7.1	58.3	16.3	13.4	4.9

地域 年次	Bangkok	Central	Northeast	North	South
1965 - 1971	23.4	18.3	27.0	23.8	7.5
1972	10.1	20.1	36.1	26.2	7.6
1973	12.6	20.5	34.8	24.6	7.5
1974	13.5	19.7	36.5	22.7	7.6
1975	12.3	20.1	34.2	25.8	7.6
1976	11.6	20.5	32.8	26.6	8.4
1977	11.0	20.9	33.3	24.8	10.1
1978	13.8	20.1	32.0	24.7	9.4
1979	13.0	20.0	32.2	25.6	9.2
1980	13.8	21.3	31.0	24.5	9.4

資料：Ministry of Public Health, 1980

びている。DMPA は1975年から始まり、最近
は IUD よりも多い。

表11に、1969年から1981年までの政府の
サービスによる新規実行者の数、(NFPP 報
告の) 既婚再生産年齢婦人における実行率
(active user の率) と、その他の資料によ
る同実行率を示す。新規実行者は近年は毎年
100 万人ほどである。新規とはいっても、中
断したあとの再開の人たちも含まれる。実行
率は、調査によれば、1969/1970 の 14.4%か
ら1980年の48.5%へと、きわめて大きな伸び
を示している。この実行率の伸びが、出生率
の減少、TFR の減少(表2)に結びついて
いる。なお、調査結果による1978年の53.1%

表11 新規実行者数および15～44歳有配偶
女子の避妊実行率

年次	新規実行者数 (100万人)	避妊実行率 (%) NFPP報告	サーベイ
1969/1970			14.4
1972/1973			26.0
1974	0.5		
1975	0.6		36.8 (WFS)
1976	0.7		
1977	0.8		
1978	0.9	36.9	53.1 (CPS)
1979	1.0	41.2	
1980	1.1	46.9	48.5
1981 (8月まで)	0.8	52.2	

資料：Family Health Division, Ministry of
Public Health, Thailand; *People* [1980]

と1980年の48.5%は、サンプリングの差によるものと考えられている [Knodel 1980 : 84]。この実行率、新規実行者にみられる家族計画サービスのうち、80~85%は政府の機関（病院、保健所、助産所など）によるものである。⁴⁾ このほかにも民間組織がいくつかあり、タイの家族計画事業の普及に貢献している。その主なものは次の四つである。

1. Planned Parenthood Association of Thailand (PPAT)
2. The Thai Association for Voluntary Sterilization (TAVS)
3. The Association for Strengthening Information in Support of the NFPP (ASIN)
4. The Population and Development Association (PDA)

ことに、PDA のボス、ミチャイ氏はコンドームの普及に大いに貢献し、ミスター・コンドームの別名がある。1980年1年間に、タイ国内で配布されたコンドームは800万個、そのうち450万は彼の組織によっている。受胎調節が恥ずかしいことでなくて、一つのファッションとしてタイ国内で受け入れられるようになったのは、彼の力によるところもあるといわれている。PPAT、PDA はイスラム、高地の民族など、少数民族、難民キャンプ、遠隔地など政府のサービスの届きにくい

- 4) サービスについては、政府によるものが37%、私的なものおよび公的援助のある私的な機関のサービスが50%以上というデータもある [Morris 1981]。しかし、タイにおける外国からの援助は、相手が私的機関でも全て政府を通過することになっているし、政府からの公的援助もあって政府は私的機関の活動をかなり把握していると考えられる。この点での政府のデータは十分に信頼してよいと考えるので、全体の家族計画サービスのうち、85%は政府によるものという方をここではとりあげる。1981年8月の政府のデータでは、新規実行者のうち、保健省によるもの77.6%、保健省以外の国の機関（大学病院など）8.1%、私的機関14.4%である。

ところで、そのサービスを広げつつある。ASIN は、不妊手術を行う私的医療機関に財政援助し、TAVS は、不妊手術に携わる人の訓練と、住民への教育を主として行なっている。

バンコク市内では、受胎調節の方法としてのピル、IUD、DMPA、および不妊手術は有料である。概して、IUD は1,000円、ピルは1サイクル150円、コンドームは1ダース250円、不妊手術1,500円と、それほど高くはない。しかし、農村部では、DMPA の注射が1回約300円である以外は、不妊手術を含めて全て無料であることで、その普及が著しくなっているのである。受胎調節の実行に対して、現金や品物などのインセンティブは、この国では与えられていない。

III-3 今後実行者を増やす

望まない妊娠のおそれのある既婚再生産年齢婦人、つまり、現在妊娠していなくて、妊孕力はある、しかも妊娠を望んでいないにもかかわらず、有効な避妊法を使用していない、性活動のある既婚再生産年齢婦人は、全体の10%である（1978年）。だから少なくとも、受胎調節実行率は、10%は増える可能性はある。また、表12にみるように、産み遅らせたものと、もう子供は欲しくないものを加えると、89%となる。だから、受胎調節実行率は、89%まではいき得るとも考えられる。

さらに、表13に示すように、産み遅らせた

表12 15~44歳有配偶女子中、現在子供を欲しい者、将来子供を欲しい者、および子供を欲しくない者の割合（1978）

	現在 欲しい	将来 欲しい	いら ない	不明	計
全パリティ	9	24	65	2	100
パリティ≤3	15	36	47	2	100
パリティ4+	1	5	92	1	100

資料：Morris [1981 : M-172]

表13 パリティ別および子供希望状況別にみた15～44歳有配偶女子の避妊実行率 (1978)

	全 女 子		現 在 欲 し い		将 来 欲 し い		い ら な い		
	実行し ている	してい ない	実行し ている	してい ない	実行し ている	してい ない	不妊法	回復可能 不妊法	実行して いない
全 パリ ティ	53	47	21	79	44	56	25	36	39
パリティ ≤ 3	49	51	22	78	45	55	25	36	39
パリティ 4 +	58	42	—	—	36	64	25	36	39

資料：Morris [1981：M-174]

表14 受胎調節新規実行者の平均年齢および生存子供数 (1974-1980)

年 次	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
平 均 年 齢 (歳)	28.3	28.3	28.2	28.1	27.7	27.3	27.1
生 存 子 供 数 (人)	3.3	3.1	2.9	2.8	2.6	2.6	2.4

資料：NFPP [n. d.]

もののうち56%，もう子供は欲しくないもののうちでも39%が、避妊を実行していない。これらを対象として強力に受胎調節をすすめていけば、実行率はもっとあがるはずである。表14にみるように、新たに受胎調節を始める人の年齢は、1980年で27.1歳であり、1974年にくらべてあまり若返っていない。また、始める時にはすでに子供が2.4人おり、この点についても受胎調節のすすめ方を改めていかねばならないだろう。新規実行者の数、実行率の伸びは、もう頭打ちではないかとのおそれは確かにある。しかし、上に述べてきたように、必要としている人で、受胎調節を実行していない人は、まだまだ多いのであるから、今後実行率を高め得る可能性は大いにある。

IV 出生力低下にかかわるその他の要因

IV-1 人工妊娠中絶

タイにおける人工妊娠中絶は、妊娠が母親の健康を脅かす場合と、強姦または近親相姦の結果としての妊娠以外は違法である。政府の調査によれば、少なくとも毎年約30万件の

違法な中絶が行われている。違法な中絶は分娩4ないし5に一つの割合となる [Narkavonakit 1979]。

違法な中絶の件数は年を追って増えており、農村の婦人にとっては、中絶はもうあたり前のこととなっている。この中絶は、マッサージ法あるいは圧迫法と呼ばれ、医師でない者によって行われている。その4分の1が合併症を起こしている [IFPP 1980]。スタッフと施設の良いラマティボディ病院においてさえ、妊娠婦死亡の4分の1は、院外で行われた違法な中絶の結果である [Kamheang 1981：257]。そこで、経済的理由、社会的障害、個人的理由、避妊の失敗、精神衛生上の問題などの全ての場合を含めて、女性が母親になる準備ができていなければ、人工妊娠中絶を許可する旨の刑法の改正案が、国会の保健環境委員会によって議会に提案されている。近々成立する見込みであるという [The Japan Times 1981]。

一方、現状のままで、中絶を中絶と称せず、安全に行おうとする動きもある。それは、月経調節 (menstrual regulation) という方法で、予定の月経期をすぎたもの、6週

間までのものを妊娠反応を行なった上で、病院の医師が、人工妊娠中絶としてではなく、月経調節として、子宮内容物を吸引、排除するものである。

月経調節には、子宮穿孔、出血、感染などの重篤な合併症、および胎芽の残存、つまり手技の失敗は3%ほどみられるが [Sciarra 1978]、非合法中絶の害にくらべると、とるに足りないとして、医師の間では一部受け入れられ始めたようである。

IV-2 その他

これまで、タイの出生力低下に大きくかわっていると思われる要因として、主にタイ官僚の優秀さについて述べてきた。それは、質の高い家族計画サービスのための場と人材をより多く確保し、外国からの人や物、資金の援助を有効に利用し、また国内の私的機関の活動をも支持して、広く国民に受胎調節を実行させやすくしてきたという点によくあらわれているが、その他の要因について少しふれておきたい。

<女性の社会経済活動が盛んなこと>

タイでは、女性の社会経済活動への従事率が高い。上級の学校へいく女性も多いし、一般に働いている女性は多い。かつ、彼女たちはよく働く。このことは、男性にくらべて女性の地位が相対的に高いこと、女性の義務教育就業率の高いこと（7～13歳、男86%，女79%，1976年）、識字率の高いこと（10歳以上で、男89%，女75%，1970年）とともに、social setting の高いこととして、出生力の低下の一つの要因と考えられる [Nortman 1980]。

<タイ国民は仏教徒であること>

タイ国民のおよそ94%は仏教徒である。タイ国内では決して王室と仏教の悪口をいってはならないといわれるように、国民の仏教に対する傾倒ぶりはきわめて大きい。この仏教

は、受胎調節に対してはきわめて寛大である。「タイ国民が仏教徒であることは、タイの家族計画事業の成功の要因ではない」と考えるタイの役人もいないわけではない。しかし、キリスト教徒やイスラム教徒の一部の国におけるようには、少なくとも家族計画サービスを普及させる上で宗教が障害となっていないという点で、タイが仏教徒の国であるということは成功の一つの要因となっていると考えてよい。このことは、タイ国内でも一部少数民族、仏教徒以外では、受胎調節実行上問題があるという点にあらわれる。

イスラム教徒の多い南部の諸県では、全般的に家族計画実行率が低い。ことに多くのイスラム教徒で構成されている郡があれば、その郡内では実行率はいっそう低いのである。

<子供は必ずしも息子でなくてもよい>

ハワイ大学の調査によれば、タイでは、特に農村部では、まだ息子を欲しがむ傾向が強いという [Buripakdi 1977]。理想的な子供の数は、息子1.7人、娘1.4人、と男の子を好む傾向は明らかである。しかし、息子を好むこの傾向は、いくつかの他のアジアの国々と比較すると、決して強くはない。極端には、タイ人は、子供の性への好みが少ない (male preference が少ない) ため、男の子が生まれるまで子供を産み続けるということがないといってもよいほどである。このことも、タイの出生力減少の一つの要因となっている。しかし、male preference が少ないことは、ある意味では、女の子も男の子も欲しがるといえないこともない。このことは、家族計画をすすめる上で、また障害ともなり得る。

V 今後の課題——1986年9月までに、人口増加率を1.5%に抑えること——

NESDB の1986年の人口予測は5,200万である。その際の粗出生率は22.9，粗死亡率は

7.3 (いずれも人口1,000に対し)と予測されている。増加率は1.5%である [ESCAP 1981]。粗出生率と受胎調節実行率との関係からみると、粗出生率22.9を達成するには、少なくとも60~65%の実行率が達成されなければならない (Nortman [1980: 94]参照)。

毎日新聞社の調査では [Mainichi Newspapers 1978], わが国での実行率 (いずれも既婚再生産年齢婦人の中の割合) は60%, 世界出産力調査の結果では [厚生省 1974] 63% (1974年), 米国やヨーロッパ諸国では70%以上であるといわれている。増加率1.5%が達成されるかどうかということは、つまり、タイでの実行率が、わが国や欧米諸国のそのレベルにまで達し得るかどうかということである。

確かに、表11にみるように、これまでの実行者の割合の伸びからみれば、60~65%の実行率達成は可能であるように思える。先にも述べたように、既婚再生産年齢婦人について実行率を伸ばす要因は、いくつかみられるのである。また、タイの家族計画サービスの担当者は、今後、実行率が高まる要因として、次のような点をあげている。

- (1) 近年の経済不況、ことに石油輸入による貿易赤字のため、子供を多くはもちたくないとする夫婦が増えたこと。
- (2) 受胎調節は、タイ国内ではもう恥ずかしいことではなく、ファッショナブルであったり、あるいは流行病的 (epidemic) でさえあること。
- (3) 人工妊娠中絶の合法化が近いこと。

しかし、何よりも、人口増加目標設定と、その後の家族計画サービス事業の経過から判断すると、政治上手のタイ政府は、実現可能な範囲でしか目標をたてていないようである。1976年までに2.5%, 1981年までに2.1%という初期の目標も、外部からは危惧の念を抱かれながらも、これまで順調に達成されて

きている。ある意味では、今後、タイ政府がどんな人口増加目標をたてようと、それはきっと、達成される見込みが十分あると考えてよさそうである。

参 考 文 献

- Bangkok Post. 1980. November 27.
- Bunyaravej Pichai *et al.* 1981. Comparison of Vasectomy Performed by Medical Students and Surgeons in Thailand. *Studies in Family Planning* 12 (8/9): 316-318.
- Buripakdi, C. 1977. *The Value of Children, A Cross-National Study, Volume Four Thailand*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Chaiwat Panjalhongse; and Narong Tiensong. 1976. *Thailand: Population and Population Education*. Bangkok.
- Chamnorn. 1981. *Country Report of Thailand* (prepared for the Seminar on Medical and Health Aspects in Family Planning, sponsored by JICA 1980, Tokyo).
- Dusitsin, N. *et al.* 1980. Postpartum Tubal Ligation by Nurse-Midwives and Doctors in Thailand. *The Lancet* 1 (8169): 638-639.
- IGCC/IPPF. 1978. *Joint IGCC/IPPF Workshop on the Exchange of Experience through Encouragement, Identification and Extension of Innovations in Family Planning*. Jakarta.
- International Bank for Reconstruction and Development. 1978. *Thailand Appraisal of a Population Project*.
- International Family Planning Perspectives* (IFPP). 1978. 4 (2).
- . 1979 a. 5 (2).
- . 1979 b. 5 (3).
- . 1980. 6 (3).
- Kamheang, C. *et al.* 1981. Abortion: An Epidemiologic Study at Ramathibodi Hospital, Bangkok. *Studies in Family Planning* 12 (6/7): 257-262.
- Knodel, J.; and Debavalya, N. 1978. Thailand's Reproductive Revolution. *International Family Planning Perspectives and Digest* 4: 34.
- . 1980. Thailand's Continuing Reproductive Revolution. *IFPP* 6 (3): 84-97.
- 小林和正. 1980. 『世界と人口』No. 75: 28.
- 国際協力事業団. 1980. 『タイ国家家族計画プロジェクト計画打合せチーム (含専門家チーム) 報告書』国際協力事業団医療協力部.
- 厚生省大臣官房統計情報部. 1974. 『世界出産力調

査報告』

- Mainichi Newspapers*. 1978. Summary of Fourteenth National Survey on Family Planning, The Population Problems Research Council. Tokyo.
- Maturan, E. G. 1979. Implications for Health and Family Planning Promotion; Bohol Culture. *Studies in Family Planning* 10 (6/7).
- Morris, L.; Lewis, G.; Powell, D.; Anderson, J.; Way, A.; Cushing, J.; and Lawless, G. 1981. *Population Reports*. Series M, Number 5.
- Narkavonakit, T. 1979. Abortion in Rural Thailand: A Survey of Practitioners. *Studies in Family Planning* 10 (8/9).
- Nortman, D. L.; and Hoffstatter, E. 1980. Population and Family Planning Programs. *A Compendium of Data through 1978, A Population Council Fact Book 10th Edition*. The Population Council.
- Paxman, John, ed. 1978. *Joint IGCC/IPPF Workshop on the Policies and Programmes for the Utilization of Non-Physicians in the Delivery of Family Planning Services*. Kuala Lumpur: IGCC.
- People*. 1980. 7 (4).
- Rinehart, W.; and Winter, J. 1975. Injectables and Inplants. *Population Reports*. Series K, Number 1. The George Washington University.
- Sciarra, J. J. et al. 1978. *Risks, Benefits and Contraversies in Fertility Control*. Hagerstown: Harper & Row Publication.
- Seitz, Ruth. 1979. A Filipino Push for Depo. *People* 6 (2): 32.
- Taylor, H. C. et al. 1971. Comprehensive Family Planning Based on Maternal and Child Health Services. *Studies in Family Planning* 2: 21-54.
- Thailand, Embassy of Japan. 1980. *Japan's Economic Cooperation to Thailand*.
- Thailand, National Family Planning Program (NFPP), Ministry of Public Health. 1971. *Family Planning in Thailand 1965-1970*.
- . 1977. *Review on the National Family Planning Program*.
- . 1978. *The 1977 Continuation Rate Survey for Pill and IUD Acceptors during 1974 to 1976*. Aug.
- . n.d. *The Target of New Acceptors by Province for the Year 1980*.
- . n.d. *Five-Year Plan for Family Planning (1982-1986)*.
- Thailand, The National Economic and Social Development Board (NESDB), The National Statistical Office; and The Institute of Population Studies, Chulalongkorn University. 1974. *The Population of Thailand*. Bangkok.
- The Japan Times*. 1981. Aug. 7.
- United Nations, Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP). 1979. *Asian-Pacific Population Program News* 8 (3).
- . 1981. *Asian-Pacific Population Program News* 10 (3).
- . n.d. *Illustrative Population Projections for Thailand 1970-2100*. United Nations.
- Wortman, Judith. 1975. Training Nonphysicians in Family Planning Services and a Directory of Training Programs. *Population Reports*. Series J, Number 6. The George Washington University.