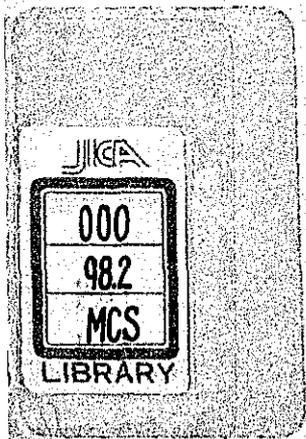


人口・家族計画プロジェクト
国内委員会議事録
(第二回)

昭和56年9月1日

国際協力事業団
医療協力部 特別業務室

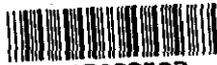


国際協力事業団	
受入 月日 584.5.21	000
登録No. 06200	98.2
	MCS

人口・家族計画プロジェクト国内委員会
(第 2 回)

1. 日 時 昭和56年9月1日(火)
午後13時30分から16時まで
2. 場 所 国際協力事業団
第2会議室(新宿三井ビル 48階)
3. 議事内容
- | | |
|--------------------------------|----|
| 1. 家族計画プロジェクトへの協力の基本方針策定 | 3 |
| 2. JICA事務局後記 | 21 |

JICA LIBRARY



1015633[9]

4. 出席者

国内委員会委員長

村 松 稔

国立公衆衛生院衛生人口学部長

国内委員会委員

片 桐 為 精

家族計画国際協力財団常任参与

国 井 長次郎

家族計画国際協力財団常任理事

小 林 和 正

京都大学東南アジア研究センター教授

橋 本 道 夫 (欠席)

筑波大学社会医学系教授

平 山 宗 宏

東京大学医学部母子保健学教授

松 山 栄 吉

厚生年金病院産婦人科部長

外 務 省

平 賀 慶 暉

経済協力局技術協力第二課長代理

家族計画国際協力財団

吉 田 成 良

業 務 部 長

薩摩林 康 彦

業 務 課 長

谷 口 裕

業 務 主 任

国際協力事業団

長谷川 正 男

理 事

中 澤 幸 一

医療協力部長

笹 野 暉 樹

医療協力特別業務室長

小 櫃 治 郎

〃 特別業務室長代理

長谷川 謙

〃 特別業務室

笹野

ただいまから、家族計画プロジェクトにかかる第2回国内委員会を開催させていただきます。開催にあたりまして、長谷川理事にご挨拶をお願いいたします。

長谷川理事

一言ご挨拶申し上げます。

各委員の皆様方にはご多用中ご出席いただきまして、誠にありがとうございます。家族計画プロジェクトにおきましては、今後中国においても新たな協力が開始されるわけですが、そういう状況のなかで、今後家族計画プロジェクトを有効に進めて行くためには、国内委員の方々に基本方針を十分に検討していただくことが必要ではないかと考えております。そういう意味において、本日は前回に引き続きまして、新たなご意見を賜りたいと思います。

村松委員長

第1回国内委員会を6月26日に開催いたしまして、その時には主として4ヶ国の実情の概要を記載したプロジェクト方式協力概要表に従って、一通り問題点や今後の方針を話し合いました。

その結果として、全体的に家族計画プロジェクトの基本方針を話し合っただけという要望があり、第2回国内委員会が開催されることになりました。

そこで、本日は基本方針について、国内委員の先生から忌憚のない意見をきかせてもらいたいと思います。

それでは、簡単に現在実施している家族計画プロジェクトの紹介を申し上げます。

現在、政府ベースで実施している本件プロジェクトは4ヶ国、インドネシア・タイ・フィリピン・バングラディッシュであります。

当然のことながら、それぞれの国の事情、熱意の持ち方、予算等によって進行しているため、各国ごとに細かい具体的なプログラムは違います。

従いまして基本方針についても、すべて一概にいえるわけではなく、それぞれの国によって違います。

インドネシアのプロジェクトについては、きわめてユニークな考え方としてジャカルタ市という都市部をとりあげて、プロジェクトを組んでいます。

タイはナコンサワン県を中心として比較的順調にプロジェクトが進行しておりますが、しいて言えば母子保健センターの建設が遅れているという問題があります。

それからフィリピンは、従来から実施していたプロジェクトの継続ではありますが、内容的には新しいプロジェクトのモデルエリアを選定し進めています。

バングラディッシュはすでに5年間プロジェクトを実施しており、ここにはDNDという有名なモデルエリアがあります。

ただ、問題の多い国であり、今後方針の建て方によって再検討の必要があるプロジェクトです。

以上4つのプロジェクトとも日本の専門家派遣の必要性が話題になっており、いくつかのプロジェクトについてはすでに派遣するコーディネーターが決っております。ただこれからもいくつかのプロジェクトで専門家、コーディネーターの派遣を決めなければなりませんので、派遣する専門家、コーディネーターの決定が討議の対象になっています。

そして、現在4ヶ国のプロジェクトの他に、新たに中国、メキシコのバイラテラルな協力を実施しているという状況のなかで、中国、メキシコのプロジェクトがどのような形で推移してきているのかについての説明があればと思います。

中澤部長

中国の計画生育の内容の調査及び日本で協力するならばこういう形であるということを通話し合うために、8月21日から27日までコンタクトミッションとして中国にいきました。

昭和55年11月に、中日友好病院への協力が決定し、計画生育についても、政府ベースの協力を行って欲しいといわれていました。そこで今年の3月、外務省技協2課の堀内課長と中日友好病院の事前調査に行った折にインフォーマルですが、中国側に家族計画に関する技術協力についての概要を述べ、中国が去年より強力に推し進めている一人っ子政策そのものに協力することはできないが、視聴覚教育については、日本の技術や経験を生かした協力をするにはできるだろうということを通話し、近いうちにミッションを派遣しましょうということになりました。

ただ、今年の3月時点では、なかなか中国側からリクエストが出てこないの所以在北京大使館を通じて話をしたところ、中国ではまず第1にコンドームが欲しいということでした。

そこで大使館の方からコンドームの生産についての協力は対応できないが、視聴覚教育の分野での協力ではどうかと話をもちかけたところ、中国側はその分野における協力を希望してきたので、モデル地区を選定し、そこで視聴覚教育を行うというのであれば、技術協力が可能であるということを通しました。そして在北京大使館からJICAにミッションを派遣してみてもどうかという話になり、8月21日に中国へ行ってきました。

8月21日には在北京大使館に行き、関公使らと打ち合せをしました。その折公使からコンドームの生産についての協力はできないということを通したという話があり、又、モデル地区の選定については、中国の面積、人口からみても狭い範囲のモデル地区選定よりも、北京にあ

る計画生育の宣伝教育の中心になる宣伝教育センターを通じて技術協力を行っていくことが良いであろうということを話し合いました。

22日の午前中は、中国計画生育委員会の表敬にいきました。計画生育委員会は今年の3月に正式に承認された委員会で、委員会の副主任である栗氏に会いました。

午後からは科学技術委員会へ表敬にいきました。

その際、計画生育委員会は科学技術委員会と同格の委員会であるといわれてはいますが、プロジェクトがはじまって中国の専門家等をカウンターパートとして日本に受け入れる時には、科学技術委員会において人数の調整等を行い、又プロジェクトの手續についても科学技術委員会を通じて行うことを確認しました。

24日から会談にはいり、計画生育委員会井公庁の主任^{ワン}関旺氏を中心に話をしました。

午前中は、日本のプロジェクト方式の協力について、ことこまかに話をし、午後からは、中国側より計画生育についての話がありました。計画生育は自力更生のものであるから、他の国や、国際機関からは今まで援助その他の協力を受けていないが、現在は受け入れる用意があり、一番最初に協力を受け入れたのが UNFPA とのことであった。

UNFPA の協力は、人口問題、家族問題を一連のものとして把え、国勢調査の協力を大きな事業として行っている。

中国は UNFPA からセンサスのためにコンピューターを供与してもらい、プランニング、実施上の問題点の解決についても協力を得ており、家族計画援助総額は5,000万ドルであり、このうち宣伝教育に85.3万ドルが割当てられている。そこで、日本の協力については、UNFPA との関連もでてくるため、その調整をどうするのが問題になりましたが、調整はつくであろうということになりました。

宣伝教育の分野で大きく力を持っているのが、北京にある宣伝教育センターであり、その他に同様のセンターが上海、成都にあります。そこで宣伝のためのマテリアル制作、家族計画指導者の養成の仕事を行っています。

とくに UNFPA の協力は、映画制作、テレビの VTR、スライド制作に対して指導、教育を行っています。

現在、この宣伝教育を実施する上で一番重要であると考えられているのは県です。中国は、国、省、市、自治区、専、県に分かれており、この県は全国で2,138あり、人口は8億人で農村地区です。1県の人口は、多い県で100万人、少ない県で2万人、平均30~40万人です。

UNFPA は県を主体にした宣伝教育の計画をたて、1,000県に対して85万ドルの機材

供与をしています。

スライド、オーバー・ヘッド・プロジェクター、録音機の3つを1セットにして、1つの県に供与しており、1県あたりでは850ドルとなります。

UNFPAの協力期間は4年間で、機材供与は1年目に行い、あとは宣伝教育センターを通じて他のプロジェクトに協力を行っています。

日本の協力は同センターでつくるマテリアルの作成過程での技術協力であり、政策面では協力できないということ了中国側に伝えました。

家族計画を行うに際して母子保健、健康、優生学の問題等、学問的な基礎にもとづいた問題をベースにして家族計画全体をとらえられるスライドを作ることに對して、協力したいとおきました。

これに對し中国側は、UNFPAが協力を行っていない残りの1,138県に對し、日本の協力をしたいということになり、我が国が他の国で行っている協力の話をしました。

日本の予算としては8千万円以内なので、県に對して協力をを行うといってもなかなかできません。そこで、宣伝教育センターへの技術協力をを行い、そのなかで県に機材供与を行っていくという話になりました。

ただ、中国の方から要請書ができませんと正式にとりあげることができませんので、視聴覚教育の分野で技術協力して欲しいという主旨の要請書を提出するよう申しまして、中国側もこれを了承しました。

今後の細かい点についての調整は、要請書ができた時点で、外務省と協議の上、事前調査団を遅くとも来年の3月までに派遣することにより対応し、来年度早々にはRDの締結をし、中国との協力を実際的には始めるということになりました。

村松委員長

1982年春からのスタートということですが、この件につきなにか追加事項はありませんか。

吉田

追加ではありませんが、中国に行つて一番感心したのは、中国は計画生育の宣伝教育を口こみで行っており、その裏付けとなる資料としてスライド、フィルムが必要であり、ビデオについては、宣伝教育センターで作ればよいと考えています。

とくに、田舎においては、スライドが最も効果的であり、誰にでもスライドを扱うことができるという話を聞きました。

村松委員長

小櫃さん、なにかありませんか。

小櫃

研修員の問題ができましたが、現在行っている4プロジェクトでは、2、3名のカウンターパートを受け入れています。中国の研修員をどの程度受け入れるかについてはベンディングになっており、今後、国内でも検討してゆきたいと思います。

村松委員長

委員の方で、なにか御質問はありませんか。

片桐委員

本日は、基本方針についてディスカッションするわけですが、中国に対する協力についても、将来どういう型に日本の基本的方針と中国の要請内容を調整していくかが今後残された問題で、メキシコのプロジェクトにもかかわってくる問題です。

村松委員長

それでは簡単にメキシコのプロジェクトの推移についてお願いします。

片桐委員

メキシコのプロジェクトが今日までどういう経過で進んできたかを簡単に述べます。まず第一にラテン・アメリカ諸国のなかで政府のナショナルプロジェクトとして人口・家族問題を取り上げている国はメキシコの他にはありません。

メキシコの家族計画プロジェクトはエチェベリーア前大統領の時に、ナショナル・プロジェクトとしてとりあげられ、さらにホルティリョ現大統領にもその方針が受け継がれ、ナショナル・ファミリー・プランニングとして強力に推し進められています。

とくに人口・家族計画の問題は文部省、労働省、農業省、保健省の各省にまたがっており、各省レベルでプロジェクトを実施しています。そこで、コーディネーション・ボディをつくらなければならないということで、インドネシアのBKKBNやフィリピンのCommission on Population（人口委員会）と同じような組織でコナボ（Consejo Nacional de Poblacion）という組織を作りました。

メキシコに対する日本の協力については、以前外務省経協局の中村参事官、市橋主席がメキシコに行かれた折に、“メキシコからリクエストがあれば、家族計画プロジェクトの協力をを行うことに問題はない”という話がありました。

そこで、ホテル・エル・ブラドにおいて、遠藤公使、コナボの事務局長のグスタホ・カブレラ氏、保健省のカストロ博士、そして政府のプロジェクトができる前から、活発に家族計画の

プログラムをナショナル・レベルで行っている FEPAO という民間機関の事務局長の各氏が集まって、第1回の会合をもちました。

その時、メキシコ側の考えでは、対外協力要請はマルチラテラルの UNFPA を通じて行っており、バイラテラルについては世論を考えると、受け入れることができないということでした。

ところがヘパックの家族計画プロジェクトにおける JOIOFP のソフトな客観性もった対応と更に墨日の友好関係を考えると、日本からのバイラテラルな技術協力を受け入れても良いという積極的な態度をメキシコ側は示しました。

そこで日本のアジアにおけるプロジェクトの概要を話しました。そして、遠藤公使、JICA の大山氏、JOIOFP からは私と山口君、大川君、及びカブレラ氏以下コナボのスタッフが集まって2回目の会合を持ちました。

ラテン・アメリカは、宗教の関係もあるので、基本的には家族計画への直接的なアプローチよりもむしろ保健をインティグレイションしたアプローチの方が良いと思われます。

そのなかでも、日本が経験もあり得意な IEC トレーニングの分野での協力ならば、メキシコ側としても受け入れられるであろうということになりました。具体的な細かい内容についてはもう一度メキシコ側が検討し、プライオリティをつけて正式な要請書として大使館に提出して欲しいということを書いてきました。

いずれにしても比較的早い時期にメキシコ側から正式な要請書を受けた段階で、ミッションを派遣することになるでしょう。

そこで日本側としては家族計画プロジェクトへの協力の基本の方針に基づいてメキシコ側とも話をしていく必要があると思います。

村松委員長

私も片桐さんの言われるように、ラテン・アメリカの国のなかでは、家族計画の分野に一番関心をもつ最先端の国がメキシコであると考えておりました。というのは、1977年の国際人口学会がメキシコ市で開催された際、ポルティエーリョ大統領が開会式に挨拶にこられて「メキシコは将来の人口増加に対して非常に懸念をもっている」ということを明言していましたが、私はラテン・アメリカの大統領からこういう言葉を始めて聞きました。

その背景には国連の出している人口推計の中の「世界の都市人口増加率」の筆頭に必ずメキシコ市の名前があり、2000年には3,000万人を越えるだろうという予測が常に言われているのです。

そこで、片桐さんの話のように、メキシコのプロジェクトがだんだん具体化していくなかで

日本の対応を考えなければなりません。

片桐委員

メキシコの政治の状況ですが、大統領の任期は6年でしかも再選が認められていません。そして次期大統領については、今年中に候補者の名前が出るということで、大使館も注意深く、注目していると思います。

そこで私の推測ですが、ポルティエーリョ大統領の任期が来年で終わりますので、カブレラ氏にとってもひとつの実績をそれまでに作っておきたいという気持があるのではないのでしょうか。

ところでJOICFPはメキシコで現在、2つのプロジェクトを行っており、一つは熱帯地域のベラクルス近くのテハダ(Tejada)という田舎町です。ここでは寄生虫予防を統合した家族計画を行っており、非常に評判が良いのです。

もう一つは、農村から流入した人々が居ついてしまって230万人近い人口を擁している、メキシコ市に隣接したネツェワルコジョルト市で、この市はルーラル・エリアとアーバン・エリアをあわせてルーバン・エリアと呼ぶ都市周辺地区です。

このように都市型と農村型の家族計画プロジェクトを実際行っており、メキシコ政府もその経緯を見守っています。

こういう状況のなかで、コナボは日本がIECの分野で能力があるとみており、性教育を含めたIEOでの協力要請を考えています。ただその前にまず市民への啓蒙の必要があります。

ある意味では、インドネシアのジャカルタ・プロジェクトと類似しており、ジャカルタで成功すれば、メキシコでも順調に推移すると思われます。

ただアスタ・マニャーナの国だけにアプローチの仕方は基本的には同じだが、その進行をもう少しゆっくり行って欲しいという気持がメキシコ側にはあります。

そのあたりに気をつけると順調に推移するのではないかと思います。

笹野

日本以外にバイラテラルの方式をもちこんだ国は他にありますか？

片桐委員

ありません。以前にスウェーデンとアメリカがアプローチしてきましたが世論のことを考えるとメキシコ側としては受け入れられなかったということを知っています。

又、JOICFPのプロジェクトについても、かなり討議をくり返した結果、日本の対応がソフトタッチなので受け入れたということを知ったことをヘバックの事務総長から聞きました。

そういう意味で、日本のバイラテラルを受け入れるのはメキシコにとって画期的なことです。

やはり、日墨の友好関係もあり、このプロジェクトについて相当、大使館も考えていると思

います。

村松委員長

では、そろそろ、基本方針策定について議事を進行していこうと思います。ただ基本方針ということになれば、あちこち話が飛びますので、多少私が整理してからお話しします。

人口・家族計画の技術協力は他の医療協力と比較してそもそもの人口・家族計画がもつ性質による複雑な要素があります。

そこで、とくに人口・家族計画の国内委員会が必要になったという、ある避けがたい事情があるように思います。

たとえば、コンドームやピルを生産するということは技術ですが、それを政府ベースで協力するという事は技術をはなれた思惑がからんできます。

そういう意味で、技術でありながら技術を離れたところに大問題があるということです。

公衆衛生活動、社会活動のなかで、このテーマほど典型的な例はないように思います。

それぞれの人が自分の哲学を論じているなかで、又は、多くの要素のなかで、最終的には妥協していかなければならないのです。

各国において考え方、事情、民度、宗教が違えば、当然国なり政府のアプローチも違っており、複雑な性格を人口・家族計画プロジェクトはもっています。

そこで各国の事情を幅広く知って対応していく必要があります。

それから日本政府が人口問題にタッチするのは危険であり、できるだけこの問題に乗り出さない方がよいというようなことが、かつて一時期論議されました。つまり、政府が積極的に協力した場合、相手国から“日本政府によって、わが国の人口増加を減らしにかかった”という揚足とりと思われる危険があるために、なるべく遅くゆっくりと対応した方が外交政策としては得策であるで一時期、強く言われました。

ただ現在は、正式な要請が有り次第、それに対応する方がむしろ時代の進展に伴った考え方ではないでしょうか。

常に断わり続けることが却って問題が生じるのではないかと思います。

更に付け加えると、国際連合も15年前までは、この問題に神経質で、この事に手を付けたがらなかったのです。ところが、ウ・タント事務総長が現われて以来、この考えを徐々に変更し、腰の重かったWHOすらもこの事に参加しなければならないような立場になり、国際機関もUNICEFを筆頭にして、積極的に参加するようになってきました。

このように国際機関の状況も変わってきており、時代の変化を認識すべき時に来ているような気がします。

それから、現在協力を行っている4ヶ国の他に中国・メキシコが加わりそうな形勢になっているなかで、今後日本政府が協力する国なり地域なりに限定を設けるか否かということです。

ただ、勿論この事は予算の問題との兼合いがあると思います。

どこまでこの事業の拡張が予想されるのか否か、予想される場合にはどういふ対応をするのかということは今思いつくままに3つの点をあげてきましたが、人口・家族計画プロジェクトは、外交チャンネルを通じて行なわれている協力の中でも複雑怪奇な物の一つだと思います。協力を受ける方も行方方も個人個人でかなり思惑が違っており、従って基本方針も各人が違い、仲々コンセンサスを得るのが難しいのです。

ただ政府ベースでやる時には、最大多数の意見の上ののってやって行くことに落ち付かざるをえないかと思っています。

それと第1回国内委員会議事録の最後のページに小櫃さんが“J I O A としては次のような疑問を感じている”と書いておられますが、家族計画の人口の分野で日本が政府ベースで要請に応じて協力している場合、相手国の行いたいと思っている方針と、日本が協力しようとしている方針との間にその考え方・思惑に相違がでてくることがあります。

具体的にいいますと、多くの開発途上国の場合、それぞれの国がそれぞれの分野で専門家なり一定の頭脳集団を持っており、ことに自立の精神に満ちている国の場合には、日本に対して技術援助を求める時に、技術に対して非常に狭い定義をはめて、全く技術的な事だけに要求をしぼってくる事があります。

日本の専門家のなかには、その要求を聞いていると、専門家の持っている思想や哲学というものと相手側の要求を考えると、とても受け入れ難いので、協力を与える立場だから“言いたい事は言うべきだ”という考えもあり、相手側の要求と日本の要求のずれが生じる事があります。小櫃氏の文章にも“受益国政府の国家家族計画政策と我が方の協力プロジェクトとの調和……、供与機材のモデル地区と他地区への配分比率、モデル地区設定の是非等”という問題提起が有りますが、恐らくその事を言っておられると思います。

この問題は家族計画の場合、他のプロジェクトよりも激しく出て来るような気がします。

客観的なおおむねの結論としては、そういう問題が生じるとどこかで妥協しなければなりません。

たとえば、中国の一人っ子政策というのは大多数の日本人の場合、ちょっと首をかしげるイデオロギーだと思いますが、しかし、これが中国からの正式な要請としてきた時、それに対して「おまえたちはけしからんことをしている」というわけには当然いきません。

このように、外交の問題が技術というものはるか上にあり、そのことが問題になります。

中国の場合、視聴覚教育で協力を求めてくる時、家族計画受胎調節の技術のスライドを制作する段階になったら、多分中国が技術的な内容を考えて、こういう筋書きで行って欲しいということをいってくるでしょう。そこで日本が技術スライドの内容をこうすべきだと言えば、中国は余りいい気はしないと思います。

つまり、中国が内容を作り、日本には外側の枠組を作ることを望み、スライド・プロジェクター・オーバーヘッド・プロジェクターを欲しいといってくるだろうと思います。

その際、多分専門家は「ただ機械を送るのが技術協力ではなく、我が方の哲学をのせた技術でなければならない」といってくる事もあると思います。そういう場合にも、やはり妥協せざるを得ないと思います。又、インティグレーションがファミリープランニングのパートナーであるという考え方も必ずしも国際的には固定していません。

そこで、相手国がある程度の目標を定めてアプローチしてきた場合、我が方ではあわないからと拒否していいのかが問題になるところであります。

なによりも、アジアの場合、ほとんどの国が出生や人口増加の問題について、国家目標を持っており、日本が政府ベースでアプローチする困難さの一つに、相手国政府がある程度の政府方針を持っているということでもあります。

相手国は、それを基礎にして日本に近づいてきますので、相手側からみて日本の協力が有効であるためには、我が方が好むと好まざるにかかわらず、相手国の思惑にある程度、従って協力しなければなりません。

日本側の意志と相手側の意志が全く一致している時は問題はありませんが、相手側政府のもっている国内事情、政治的宗教的事情から日本側としては受け入れられないという場合に、日本は相手国へどのように対処するかという問題が第1点としてあります。

それから第2点としては、派遣する専門家、コーディネーターのリクルートメントにおける問題や資格についても大きな問題が残っております。

この点については技術の専門家よりもむしろ調整員の方がより重要な意味をもっているのではないかと思います。

つまり、業務調整に専念する調整員が技術の専門家よりも先に行って、そのあとで専門家が行けば、仕事が円滑に行くと思います。

専門家イコール調整員という誤解を持つと間違いを生じる気がします。

第3点は、事後のエバリュエーションも必要ですが、できうれば事前の慎重な調査を行った上で、その国、その国にあった技術協力のアプローチを決めていくことが大切であります。

そうすれば、事後のエバリュエーションも基本線ができていますのでエバリュエーションもし

やすくなります。

後半に話しました3つの問題点はまず第1に相手側と日本側にもし多少の相違があった場合にどう対処するのか、第2については専門家なり調整員の問題であり、第3は事前調査が必要ではないかということであります。まだいろいろ問題点はあると思いますが、まず手始めとしてこのような問題点を申し上げました。

松山委員

場合、村松先生から問題点が指摘されましたが、私も中国に行ってきたと思うことは、他の発展途上国では先進国から教わった技術をそのまま導入していますが、中国では技術についても自立更生で中国で開発して中国方式で行っているわけです。

たとえば経口避妊薬についても、中国独特のものを多くもっており、事後処理ピルというセックスしたあとだけ飲めば良いというものや、休暇ピルという夫婦が休暇で会う時だけ飲めば良いというものなどがあります。又、卵管結索手術についても中国独特のものがあり、私も中国に行っているいろいろなものを見てきましたが、感心はしますが日本人にその方法を応用したいというものはありませんでした。

そこで、スライドなどを作る時に、ずいぶん抵抗を感ずることが出てくるように思います。中国においては妊娠することも許可制になっており、許可なしで妊娠した場合は、人工妊娠中絶を強力に押し進めています。そういうことが視聴覚分野における協力にかかわってくることはないでしょうか。

中澤委員

そういうことは一切ふれません。たしかに中国では、そういうことを強力に押し進めておりますが、我が方としてはそういうことには一切関知できないわけです。むしろ母と子の健康はどうすれば良いのか、あるいは結婚する時に、遺伝的な問題にこういうのがあるというような基礎的なことを教育するスライドを作ることを、日本は考えており、政策的なことは一切関知しないという提案を中国側にしました。

吉田

中国側は受胎調節、避妊についての協力は一切必要ないと言っております。

片桐

モチベーションをおこすためのスライドが欲しいということですね。

中澤委員

それは第1義的でしょうが、中国は今、メディカルケアを含んだ内容のものを作っており、日本としては母と子をいかに大事にすればいいかという事を中心にして作ってあげればよいと思

います。今後話し合いになると思います。

長谷川理事

母と子の健康が人口の抑制にどういふ風につながっているのかが問題であり、家族計画の問題が起こっている国においては、人口の増加に非常な危惧をもっており、人口の抑制をしなければならぬということが基本的な大前提になっていると思います。

その目標を達成するために、いったい日本の協力をどういふ方法で持っていったら最も有効に作用するのかということが必要なことではないかと思ひます。

もちろん各国とも宗教、民度、教育の相違が当然あるわけですから。共通的な一つの方法論というものはありえないでしょうか。

今の支配的な考え方は、一般民衆が受胎調節の必要性や可能性をいかに理解しているのかということが、唯一有効な手段ではないだろうかという方法論が前提になっていると思います。ところがそれでいいのかという問題があるのではないのでしょうか。それ自体についても、更につつこんだ方法があるのではないかと思ひます。

第1回国内委員会の時に、この問題に関連して民度の低いバングラディッシュにおいては、もはや家族計画プロジェクトは、有効ではないという考えが生まれましたが、その考えの前提には民度が低い、あるいは教育が普及していないということでありました。では、そういう国においてはもう打つ手はないのか、ということをもう一度議論検討した上でなんらかの手段を考える必要があるのではないのでしょうか。そのへんについてかねがね疑問を感じております。

松山委員

中国は今、一人っ子政策をとっているわけですが、親にとれば子供が死ぬと困るわけで、丈夫に育てて欲しいし、それ以前に、異常な子が生まれては困るわけです。そういう遺伝的な問題があると思ひます。

中国の計画生育ということには単に受胎調節とか家族計画ではなく子供を丈夫に育てるといふことまで含めた広い意味で考えていると思ひます。そういった意味で子供を丈夫に育てるといふことを含めた遺伝的な問題の分野での協力を行う必要があるのではないのでしょうか。

長谷川理事

中国が、当初コンドームという直接的な受胎調節の要請をしてきた背景には基本的に実際的な受胎調節ができない悩みがあったのではないのでしょうか。

しかしそのことに日本は協力できないならば、それ以外になんらかの方法をとる必要があるのではないのでしょうか。つまり、インドネシアにおいてはコンドーム工場の建設ということがあり日本においてもコンドームの使用が受胎調節に効果を生んだということも事実であり、そう

いうことをどうからみあわせていくかという点についても意見をきかせて下さい。

国井委員

基本的にいいまして、人口家族計画を、1つの単語としてとらえておりますが、人口問題と家族計画は全く別問題であり、人口問題は全体であり、それに含まれているものが家族であります。従って人口のおおもとは家族であり、家族計画は個人的な問題であります。

ところが人口の増加率を抑制するための方法として、従来政府は直接家族に命令してきました。しかし、子供は家族にとって、中心であり、又子供を産む産まないかの決定権は家族にあるわけです。

家族の概念は国、地域、文化、宗教や、又、知的水準によっても違います。そう考えますと人口学者なり政府の考え方が直接に家族にとって受け入れられる余地はないでしょう。

政府の政策と実施が違うのにもかかわらず、従来家族へ直接的にはたらきかけたわけです。

政府の政策と戦略が違うということを基本的に考えていかなければなりません、インドのようなことが起こります。

避妊をすすめる前にその避妊をどうしたら個人が納得するのかがまず第1番目の問題であります。

つまり、家族計画をどう考えるかということでありまして。しかし従来の考え方は一国の人口をコントロールするための家族計画でありました。しかし今後は個人の利益に立った家族計画を考える必要があります。家族にとっての一番の関心事は家族計画を行いながら、丈夫な子供を育てることです。

即ち、家族計画というのは避妊であり、丈夫な子供を育てるといのは保健であります。避妊プラス保健の計画が個人にとって最も重要な事ですので、もし政府がそれを考えないで人口の側面からだけとらえても、個人を納得させることはできません。

そこで、避妊と保健を統合することが個人にとって、受け入れやすくなるという考え方がJOICFPの方針です。

そして最近まで、戦略の論争はありませんでしたが、ここ4、5年前に世界人口会議で論争がおこってから個人に近づくためには戦略が必要であるということになり、そういう考え方にたって家族計画を進めていかなければならなくなりました。

ただ人口問題や家族計画の協力は、他の農業協力や医療協力のようにみんなに喜ばれる協力のかなり性格を異にしており非常に複雑であります。第2番目は、家族計画を政府主体で行っていますが、人口だけでとらえて協力をを行うと何が起こってくるかわかりません。

ただ保健に重点をおいて行えば、結果的には、相手国は人口問題でたすかるわけだから喜ば

れるわけです。

日本もそういう線を打ち出していくべきであり、統合した保健は日本の家族計画協力の特色だと考えています。IUDをくばるとか、印刷書を刷るとか墮胎をするという協力は日本は行いません。そういうことは相手国が主体的に行い、日本はその基盤を作っていくことが必要であります。

やはり日本の協力は、日本のもっとも得意とする分野・保健で行うべきで、少しの予算で多くの人に恩恵をほどこす考え方が大切であります。第3番目は、たとえばメキシコのようにまずJOICFPが現地の状況をさぐっていったり、目度のついた段階で日本政府が協力するという2段階の用心したアプローチのやり方が非常によいと思います。

民間と政府が協力して、日本的な特徴のある分野、IECやトレーニングの技術協力をを行い、その基礎的な観念を保健においていくのがよいように思います。

長谷川理事

基盤を整備する方向とは、具体的にどのような方法を行っているのかきかせて下さい。

国井委員

これは具体的にいうと、アジアの農村地域では農民は避妊を受けつけません。そこで、避妊を指導している家族計画指導員は、ピルとコンドームだけをもってそういう人達とアプローチするわけですが、それだけでは会話は生まれません。

そこでまず信頼関係をつくってから会話の場をつくらなければならないということです。家族計画指導員が虫くだしをもって住民にアプローチしますと、寄生虫によって貧血や腹痛で悩んでいる彼等にすぐ効果があらわれますので、同指導員は非常に感謝され、住民達との会話が生まれます。

そこでまず教える側と教えられる側に受け入れられ易い気持や信頼関係をどう作っていくかという考え方が必要だと思います。

村松委員長

相手国の正式の要請にもとづいて協力していくわけですが、相手国は出生率の低下をめざしており、それについて日本に協力を求めてきた時に、政策を助けるために戦略が必要であり、それがどれほど有効であるかということをおある程度証明して行かなければならないと思います。

政策と戦略が一致していくなかで仕事を進めますと非常に説得力があり、その説得力をつけるためのデータが必要であります。ただ家族計画の実行率が広がったというだけでなく、家族計画を行っている国、地域ではこれだけ違うということをお証明して行くことです。たしかに技術的には困難なところがありますが、具体的な効果を示していくことが大切であります。

国井委員

少なくとも多くの方が、家族計画を実行しているのだから現実にはある程度の影響があるでしょう。ただ避妊をやった時点と人口の結果としてあらわれるのには時間的なズレがあるということを考えなければなりません。

しかも、避妊の効果について民衆がどう思っているのかはなかなかわかりません。ところが、JOICFPの場合、民衆が喜んでくるわけです。家族計画の対象が喜ぶことは政府も喜ぶ。その結果として日本の外務省もJICAも喜ぶと言う仕組みが大切であり、相手に喜んでもらえることが国際協力の重要なことだと思います。寄生虫予防はひとつの例であります。公衆衛生・予防衛生の基礎であり、これを行うことによって次の水なりトイレなり栄養なり予防注射なりすべてがよくなります。

民衆というものを頭においた運動というものは原始的な、単純なものからだんだん時間をかけて効果の多いものにしていくのであればよいのではないのでしょうか。準医療従事者を養成する医療機関を徐々に養成して、拡大して、それを家族計画の傘の下に入れていけば庶民は喜びますから、実行率があがるというこの仕掛けが必要だと考えています。

長谷川理事

人口にどのような影響がでておりますか。

国井委員

一、二の実験地において、第三者のやったエバリュエーションのデータがありますが、それを見ても明らかによい結果がでております。

平山委員

今までのお話のなかから1、2点こういうことでもいいのかどうか知りたいのは、まず1つには、アジアにおける4ヶ国のプロジェクトの概要を拝見すると4ヶ国に共通してMCHを統合した家族計画プロジェクトということばがありますが、これはいったい具体的にどういうことをやろうとしているかということとMCHと一緒にやろうとすれば、こうした地域でMCHがおそらく第1目標としている子供の感染症対策を念頭において、かなり幅の広がりを感じて、どのようにプロジェクトを推しすすめていくのかということです。

第2に家族計画の教育をしていく上で政策の話になりますが、なぜこの国では家族計画をやらなければならないかという教育の説明の仕方というのを、こちらがもっていくのかあるいは、相手側が言うままに行うのが今後の問題になるのではないのでしょうか。

ただ、そうした政策的なことにはノータッチで、しかも方法として視聴覚教材を中心に行っていて、母子保健を統合していくとなると、母子保健の衛生教育というよりは、むしろMC

H教育というプロジェクトの名前でやった方がやりやすいのではないかと思います。

そうすれば家族計画の政策まで考えなくてもすみますが、ただ今後人口・家族計画プロジェクトの名前をだしていく必要があるとすれば、このあたりの考えをどうするのかということが気になりました。

国井委員

たしかに平山先生のいわれるように感染症対策は幅の広がりがあり、私どもにとっても難しい問題であります。そのことに対して相手国にどれだけ受け入れられ、どれだけ行ったら効果的であるのかというボーダーを今後つめていかなければなりません。ただ、MOHの言葉だけでは簡単だがその内容は膨大であるため、それを戦術的にどのようにボーダーをくんで、行っていくのが問題であります。

片桐委員

家族計画の評価というのは時間がかかり、3年実施したからといって効果がでる性質のものではありません。

たとえばインドネシアにおいても、センサスと行ったら相変らず、人口増加率が変わらないということでBKKBNは今非難されており、各国とも悩んでいるという状況であります。やはり家族計画は最低、民衆が喜ぶのが一つであり、プロジェクトが5、6年続かなければ効果的な増加率ということまではいえません。少なくとも増加率の効果があらわれるまで待とうというのであれば、プロジェクトそのものがなにもできません。

いろいろあるなかから1つの特徴をつけてプロジェクトを行っていくということが必要です。

国井委員

今、特徴ということばができましたが、私は日本の特徴として寄生虫をもちだしました。

トイレット、水といろいろ方法論はあるが、全部ユニセフやWHOで行っております。そこで日本的な特徴として寄生虫予防が一番よいということになりました。

長谷川理事

JOICFPの経験からして寄生虫を統合した方法がもっとも有効であるということが、この国内委員会のコンセンサスになれば、JICAのプロジェクトの進め方において1つの方法が確立できるのではないだろうかと思えます。

村松委員長

最初にも話しましたが、相手国の意志と日本のアプローチに違いがあった場合には、技術協力とはいいながらも外交のわくなかで行なわなければなりません。相手の政府が目的意識をもって政策を決め、その目的達成に日本が協力することは好むと好まざるに関係なくある程度

必要ではないでしょうか。水を求めているのに油を与えても役に立ちません。そういう点を考えていかざるを得ない場面が国際協力の中にはあるような気がします。

自分たちの思想にあわないものには協力しないというわけにはいきませんし、外交的な要素が国際協力に多いということを考える必要があります。

国井委員

以前、インド政府から墮胎をする医者を要求してきましたが、日本はできないと拒否したことがあります。

やはり、家族計画の実施について、家族計画と保健ということでかためてゆき、そのなかから戦略的に、日本の特徴となり得るものをどういう風に行えば、日本が良くみられるかという側面を考えながら家族計画分野の国際協力を行っていく必要があります。

相手国が墮胎や不妊手術を実施することや日本がその基盤を作るとは良いが、直接日本が墮胎等に手をつけることは嚴重に慎しむべきであり、相手国の言うがままに行うというのにもある程度問題があります。

村松委員長

たとえばバングラディッシュにおいて今までのアプローチをすてて、不妊手術という技術でアプローチしていけばある程度の成果はあがるだろうが、日本政府がそういうことにのりだすとすると心情的にもいろいろ問題が多いようです。

やはり、相手国が考えている家族計画の定義のなかでの仕事には、そういう複雑な問題が常についてきます。

片桐委員

日本が出来ることと出来ないことを討議し、問題を明確にして、相互信頼の上になつてプロジェクトを進める方策を今後とも努力していく必要があります。ただ不信任を増幅していつかは、援助して、うらまれることとなります。そういう意味で結果的には、相手国にも日本の立場を十分説明して認識してもらい、日本の基本方針にそつてプロジェクトを行っていく必要があります。

国井委員

避妊という行為は原始的な社会が発展し、一定の生活水準に達しなければ、個人にはそういう気持ちがおきないと思います。つまり、個人が物質的に目覚めると言う条件が備つた社会に達しないと、避妊はできません。

しかし開発途上国は、一定の生活水準に達する社会づくりを無視して、人口の面からだけ推し進めてきており、無理が多いと思います。今まで余りにも社会の発展と、家族計画の問題や

人口問題の関係についての研究が少なすぎます。人口の危機だけを取りあげて、どうしたら基本的に家族が避妊を受け入れることができるのかという究明が少なすぎます。

ただ人口問題に関する将来については、私は余り悲観的ではありません。これだけ地球において、コミュニケーションが発展し、地球が狭くなってくれば、科学の発展とともに人間のおかれた条件も急速に変化し、それにつれて人間の変わり方やめざめも早いと思います。

小 概

次回の国内委員会におきましては、基本的方針を、もっと具体的ににつめていただきたいと思えます。

村松委員長

それでは閉会いたします。

2. JICA事務局後記

1. 家族計画プロジェクトへの政府ベース協力の基本方針については、今回の委員のご意見を拝聴した結果、当局としては次の通り判断し、実施して行きたい。

被援助国の確立された人口・家族計画政策に基づく具体的プロジェクト内容を尊重し、これに対し協力可能な分野で協力することとし、いわゆる「インテグレーション」の対象は国情に応じ、又必要に応じて、ケース・バイ・ケースで考えてゆく。

2. 次回国内委員会においては次の点につきご意見を頂きたい。

家族計画分野の協力においては従来からプロジェクト方式による技術協力を実施している。しかしながら、これまでのところソフトウェア部門での専門家の派遣要請は殆んどない。各国関係者から得た感触では本件分野への技術協力は特に必要ないようである。この感触は中国についても同様であった。

これは何に起因するか定かではないが、次に述べる事項にも起因するかと推察される。家族計画普及の成否は一般大衆の自覚と避妊器具の入手可能性にかかっているかと思われる。このため各国とも視聴覚教育と訓練により、一般大衆の宣伝教育と指導者の養成を行っているが、宣伝教育用ハードウェア及び避妊器具等を十分に生産出来る段階には至っていないため、わが国に先ずこれの供与要請を行う。しかしながら、専門家に関しては、各国とも長年にわたり人口抑制に努力しており、この分野では日本より経験も知識もあると自負している一方、自国の人口問題であり第三者に中味につきとやかく言われたくないという心理も働くため派遣要請が出てこないと考えられる。いずれにしてもこの現実に対しては大蔵省当局からは家族計画プロジェクトは技術協力ではないとの批判があったかに聞いているのみならず、JICA内部からも疑問が提起されている。

については、この辺で家族計画分野への協力は必ずしも完全なプロジェクト方式はとれない特殊性を正当化し、関係者の理解を得る必要があると思料される。なお、これは上記1.の協力の基本方針に沿ったものである。

JICA