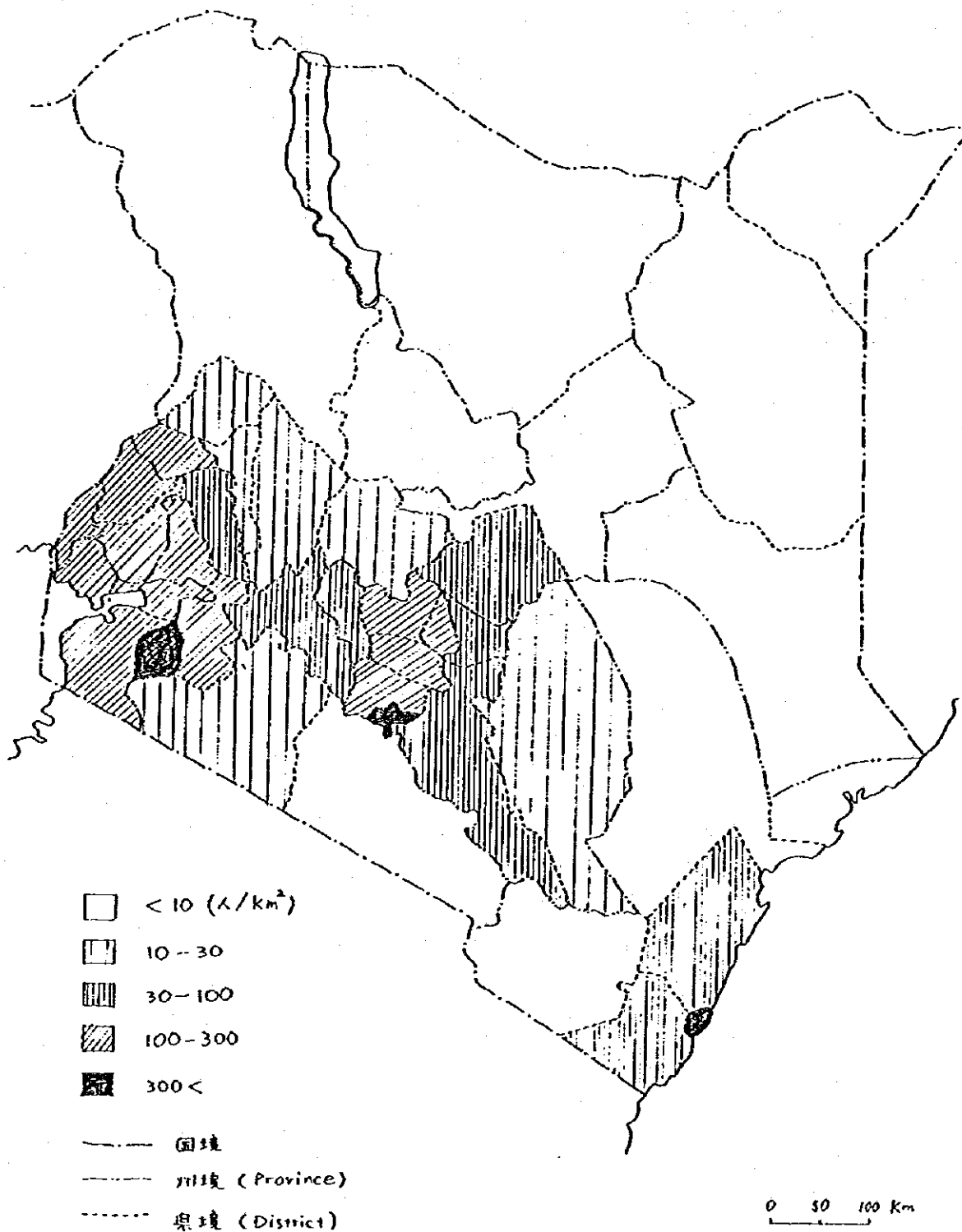


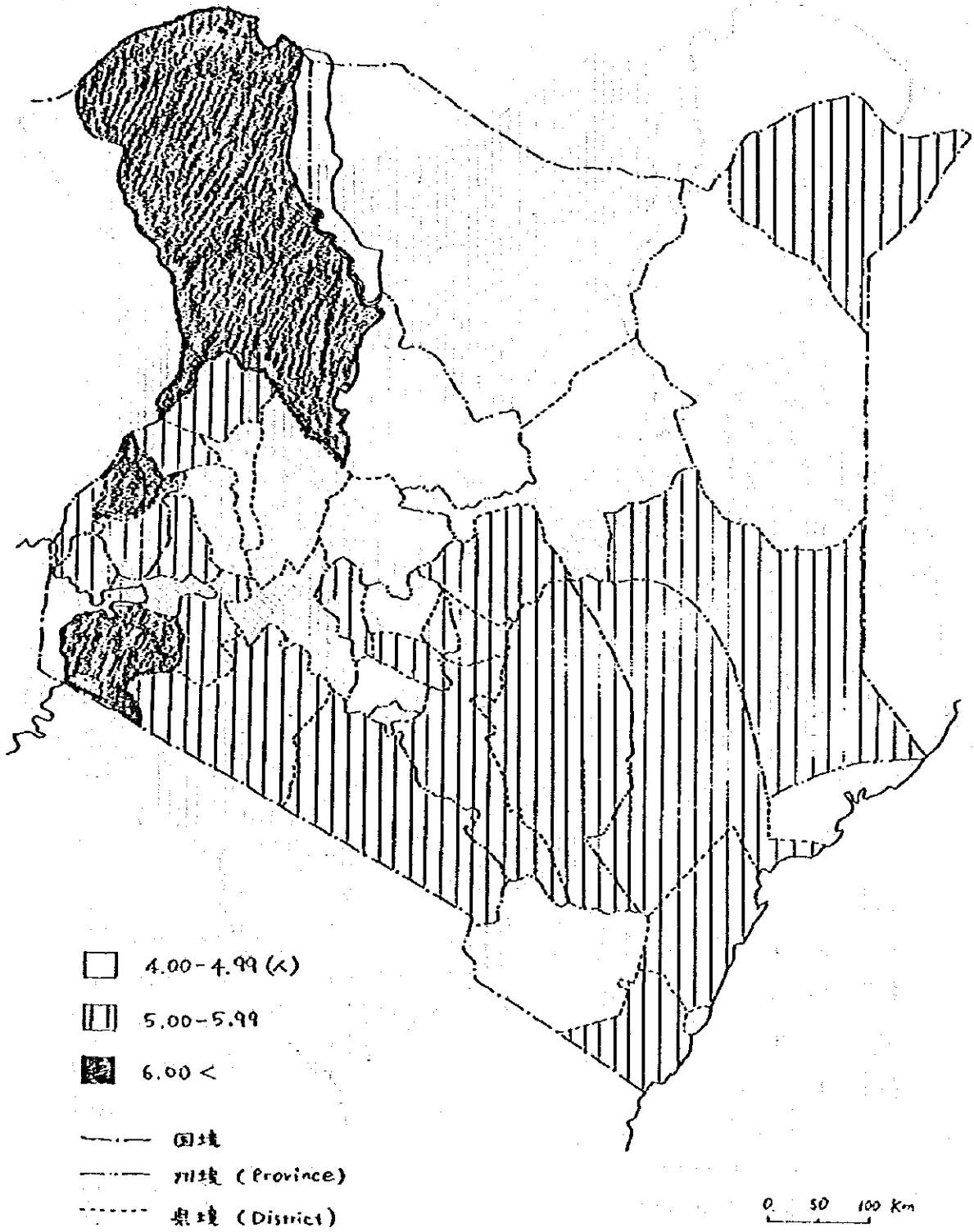
## Ⅶ. 資料編

人口、保険医療、避妊普及に関する基礎数値を中心に掲げた。

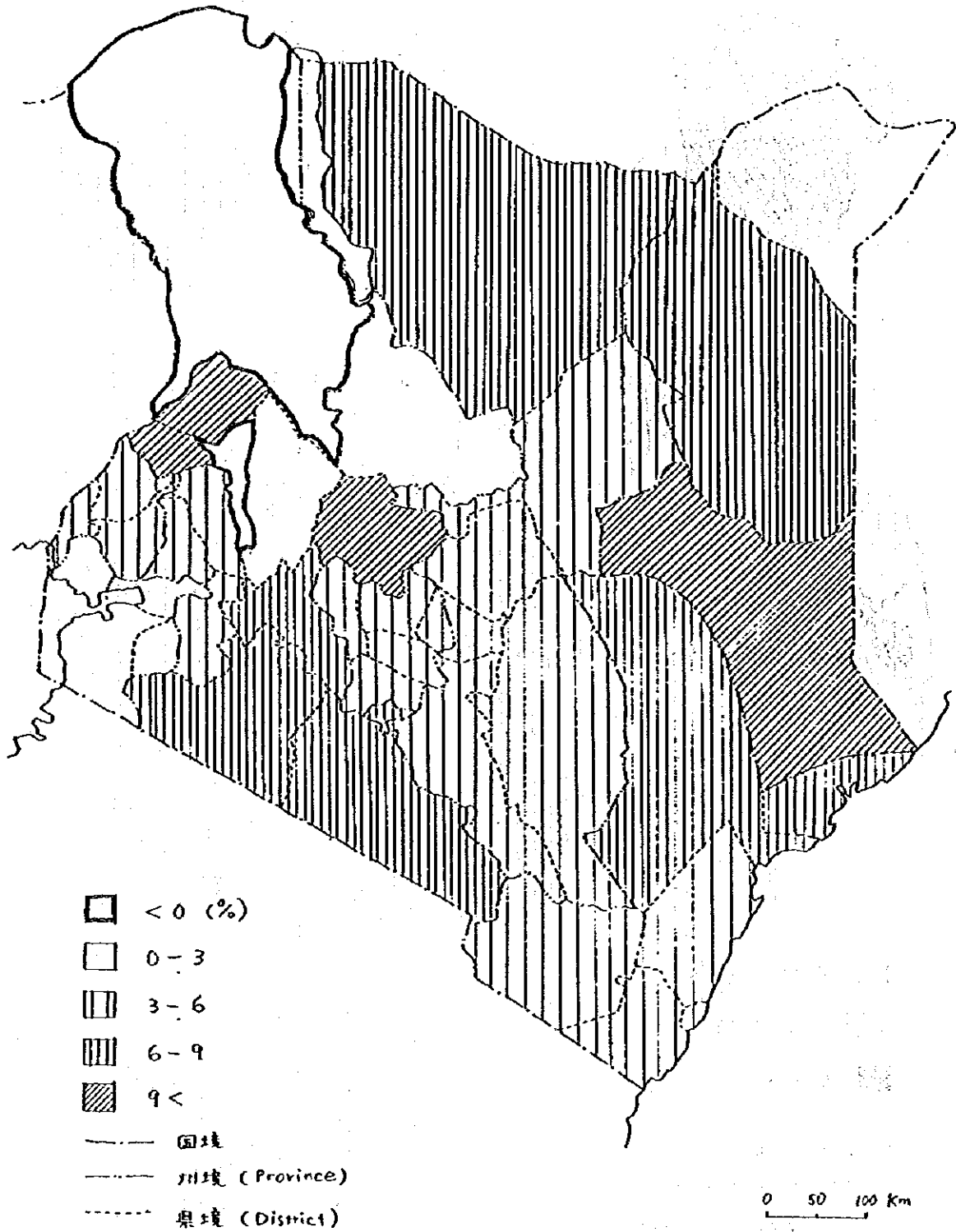
人口密度 (1979)



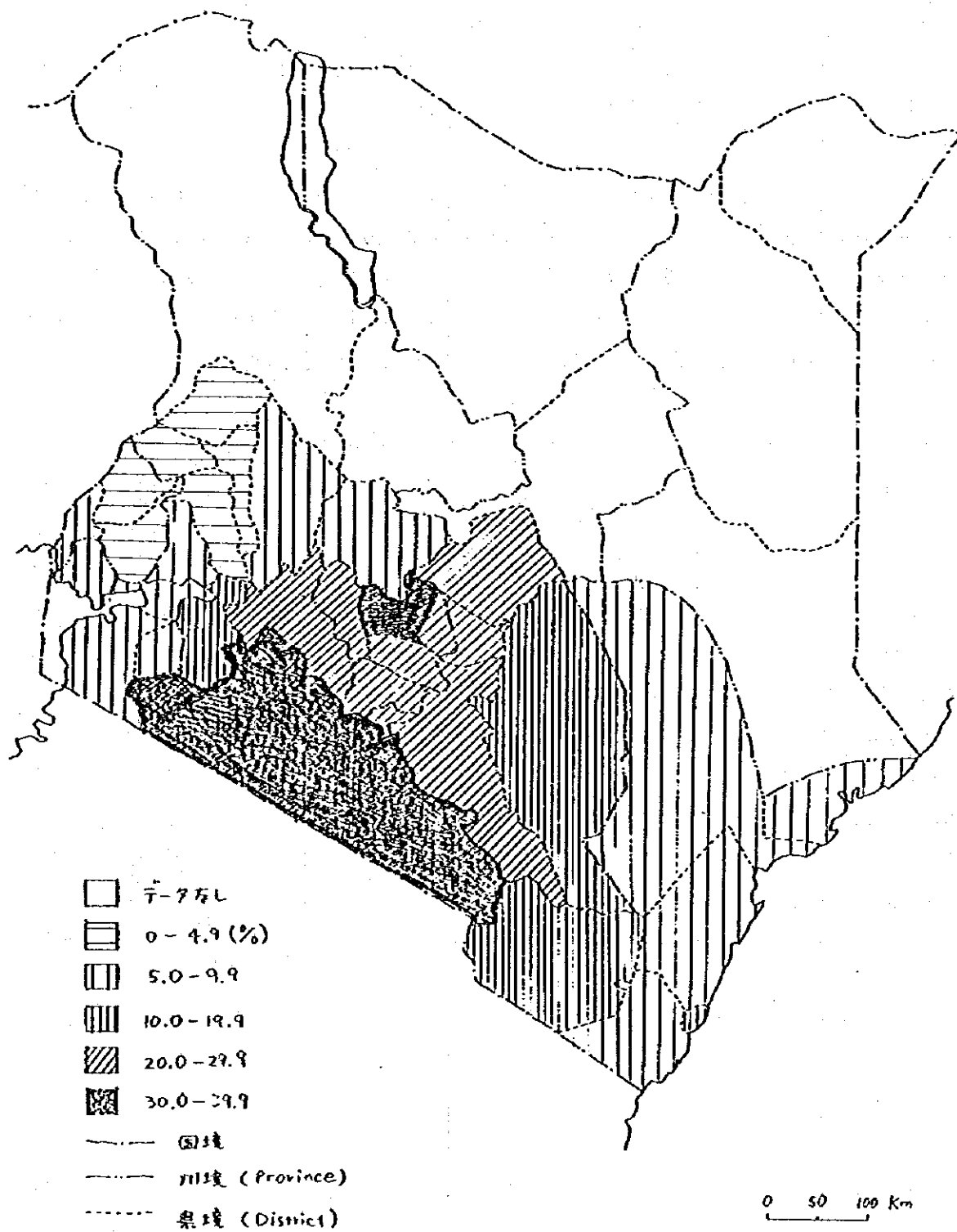
平均世帯規模 (1979)



年平均人口增加率 (1969-1979)



避妊実行者率 (1984)



techniques which have developed during the last two decades, discrepancies of this magnitude are no longer to be expected, and even one of 5% requires to be explained. The purpose of this article is therefore to examine the possible causes of the

There are in fact only three such possible causes:

- (1) Over-estimation of fertility, and/or under-estimation of mortality;
- (2) Relative under-estimation in 1979, and/or relative over-enumeration in 1969;
- (3) Emigration.

Before examining these possible elements, however, it may be helpful to localise the problem, and to distinguish those areas or peoples where the rate population growth between 1969 and 1979 was conspicuously below expectation. Thus Table 2 shows comparable figures for the eight provinces and all districts of Kenya.

Table 2: Population Changes by Province and District, 1969-79:

Province & District	1969	1979	% Increase	Rate of Growth
Nairobi	509,286	827,775	62.5	4.98
Kiambu	475,576	686,290	44.3	3.74
Kirinyaga	216,988	291,431	34.3	2.99
Murang'a	445,310	648,333	45.6	3.83
Nyandarua	176,928	233,302	31.9	2.80
Nyeri	360,845	486,477	34.8	3.03
Central Province	1,675,647	2,345,833	40.0	3.42

Province & District	1969	1979	% Increase	Rate of Growth
Kilifi	307,568	430,986	40.1	3.43
Kwale	205,602	288,363	40.2	3.44
Lamu	22,401	42,299	88.8	6.56
Mombasa	247,073	341,148	38.1	3.28
Taita	110,742	147,597	33.3	2.91
Tana River	50,696	92,401	82.3	6.19
Coast Province	944,082	1,342,794	42.2	3.59
Embu	178,912	263,173	47.1	3.93
Isiolo	30,135	43,478	44.3	3.73
Kitui	342,953	464,283	35.4	3.08
Machakos	707,214	1,022,522	44.6	3.76
Marsabit	51,581	96,216	86.5	6.43
Meru	596,506	830,179	39.2	3.36
Eastern Province	1,907,301	3,719,851	42.6	3.61
Garissa	64,521	128,867	99.7	7.16
Mandera	95,006	105,609	11.1	1.06
Wajir	86,230	139,319	61.6	4.91
North Eastern Province	245,757	373,787	52.1	4.28
Kisii	675,041	869,512	28.8	2.56
Kisumu	400,643	482,327	20.4	1.87
Siaya	383,188	474,516	23.8	2.16
South Nyanza	663,173	817,601	23.3	2.12
Nyanza Province	2,122,045	2,643,956	24.6	2.22
Baringo	161,741	203,792	26.0	2.34
Elegeyo Marakwet	159,265	178,868	-6.5	-0.63

Province & District	1969	1979	% Increase	Rate of Growth
Kajiado	85,903	149,005	73.5	5.66
Kericho	479,135	633,348	32.2	2.83
Laikipia	66,506	134,524	102.3	7.30
Nakuru	290,853	522,709	79.7	6.04
Nandi	209,068	299,319	43.2	3.65
Narok	125,219	210,306	68.0	5.32
Saiburu	69,519	76,908	10.6	1.02
Trans-Nzoia	124,361	259,503	108.7	7.63
Turkana	165,225	142,702	-13.6	-1.29
Uasin Gishu	191,036	300,766	57.4	4.64
West Pokot	96,254	158,652	64.7	5.11
Rift Valley	2,224,085	3,240,402	45.7	3.84
Bungoma	345,226	503,935	46.0	3.85
Busia	200,486	297,841	48.6	4.04
Kakamega	782,586	1,030,887	31.7	2.79
Western Province	1,328,298	1,832,663	38.0	3.27
Total Kenya	10,956,501	15,327,061	39.9	3.41

\* The total population figure shown in Table 2 for 1969 differs slightly from that shown in Table 1, due to the inclusion in Table 2 of the population of the Karapokot, which at the time of the 1969 census was administered by Uganda and was enumerated in the 1969 census of that country.

出所: CBS, Compendium to Volume L, 1979 Population Census, 1981



## PUBLIC HEALTH

## Notes and Definitions

The statistics in Table 184 must be read with caution. Since there is a single fee for registration, and no annual licence respective registers may include those who do not practice or who have left the country.

The statistics of diseases reported must also be read with caution. The bare statistics imply that relatively little progress is being made. In fact, the improvement in statistical coverage is obscuring the real progress which is taking place.

REGISTERED MEDICAL PERSONNEL, 1982-1984

Table 186

Type of Personnel	1982	1983	1984		In-Training	
	Number	Number	Number	No. per 100,000 Population	1983/1984	1984/1985
Doctors .. .. .	2,151	2,366	2,591	13.26	500	512
Dentists .. .. .	239	289	331	1.69	100	59
Pharmacists .. .. .	86	113	131	0.67	120	126
Pharmaceutical Technologists .. .. .	359	395	427	2.18	120	125
Registered Nurses .. .. .	7,675	8,547	9,165	45.91	895	898
Enrolled Nurses .. .. .	9,665	10,163	10,650	54.51	3,260	4,117
Clinical Officers .. .. .	1,321	1,921	2,001	10.24	360	477

HEALTH INSTITUTIONS AND HOSPITAL BEDS AND COTS BY PROVINCE, 1983

Table 187(a)

Province	Health Institutions				Hospital Beds and Cots	
	Hospitals	Health Centres	Health Sub-Centres and Dispensaries	Total	No. of Beds and Cots	No. per 100,000 Population
Nairobi .. .. .	17	7	71	95	5,598	514
Coast .. .. .	25	27	138	190	2,939	181
Eastern .. .. .	31	41	191	263	3,882	158
North Eastern .. .. .	3	6	21	30	365	79
Central .. .. .	43	45	207	295	4,112	160
Rift Valley .. .. .	50	79	377	506	5,212	132
Nyanza .. .. .	31	49	161	241	4,065	120
Western .. .. .	16	34	47	97	2,728	125
Total 1983 .. .. .	216	288	1,213	1,717	29,294	156

HEALTH INSTITUTIONS AND HOSPITAL BEDS AND COTS BY PROVINCE, 1984

Table 187(b)

Province	Health Institutions				Hospital Beds and Cots	
	Hospitals	Health Centres	Health Sub-Centres and Dispensaries	Total	No. of Beds and Cots	No. per 100,000 Population
Nairobi .. .. .	17	8	86	111	5,610	508
Coast .. .. .	25	26	142	193	3,005	178
Eastern .. .. .	31	39	227	297	4,287	125
North Eastern .. .. .	3	8	21	32	414	85
Central .. .. .	43	41	193	277	4,848	166
Rift Valley .. .. .	50	82	406	538	5,844	141
Nyanza .. .. .	28	55	150	233	4,114	117
Western .. .. .	16	34	48	98	2,764	122
Total 1984 .. .. .	213	293	1,213	1,779	30,856	158

Source: Health Information System (MOH).

出所: CBS, Statistical Abstract 1985

## ATTENDANCE AT FAMILY PLANNING CLINICS, 1975-1984

Table 190

Year	First Visits	Percentage Increase	Re-Visits	Percentage Increase
1975 .. .. .	53,472	3.9	244,244	3.3
1976 .. .. .	61,227	14.3	278,332	11.2
1977 .. .. .	67,978	11.0	849,839	212.9
1978 .. .. .	74,713	9.9	302,799	—
1979 .. .. .	64,806	—	308,257	1.8
1980 .. .. .	65,411	0.9	350,358	13.7
1981 .. .. .	58,697	—	296,876	—
1982 .. .. .	64,901	10.6	344,365	15.9
1983 .. .. .	63,400	10.2	354,437	2.9
1984 .. .. .	84,456	18.7	380,134	7.3

## ATTENDANCE AT FAMILY PLANNING CLINICS BY PROVINCE, 1981-1982

Table 191(a)

Province	First Visits		Re-Visits		Acceptors	
	1981	1982	1981	1982	1981	1982
Nairobi .. .. .	18,233	21,055	98,104	113,016	17,804	20,540
Coast .. .. .	4,291	6,371	24,688	33,037	4,255	6,351
North Eastern .. .. .	174	233	413	774	166	233
Eastern .. .. .	7,093	7,457	42,463	53,677	6,979	7,418
Central .. .. .	15,698	15,106	77,797	83,804	15,469	14,952
Rift Valley .. .. .	6,351	7,207	28,207	32,833	6,334	7,160
Nyanza .. .. .	3,418	3,594	12,338	12,883	3,365	3,565
Western .. .. .	3,439	3,625	12,890	13,316	3,414	3,604
Province not Stated .. .. .	—	293	—	985	—	293
Total .. .. .	58,697	64,941	296,900	344,365	57,787	64,116

## ATTENDANCES AT FAMILY PLANNING CLINICS BY PROVINCE, 1983-1984

Table 191(b)

Province	First Visits		Re-Visits		Acceptors	
	1983	1984	1983	1984	1983	1984
Nairobi .. .. .	19,198	197,791	122,820	115,929	21,221	19,514
Coast .. .. .	5,141	4,411	25,010	21,819	5,796	4,432
North Eastern .. .. .	215	283	766	799	243	285
Eastern .. .. .	9,122	14,253	58,434	68,933	10,220	14,268
Central .. .. .	13,993	20,547	81,070	94,809	15,656	20,527
Rift Valley .. .. .	7,129	10,751	36,465	36,444	7,991	10,692
Nyanza .. .. .	3,614	3,878	15,651	16,707	4,070	3,884
Western .. .. .	3,916	5,438	11,782	15,037	4,427	5,432
Province Not Stated .. .. .	1,022	3,104	2,429	9,617	1,147	3,018
Total .. .. .	63,400	84,456	354,437	380,134	70,771	84,102

Source: Health Information System (MOH).

出所: CBS. Statistical Abstract 1985

TABLE I Projected Demographic Indicators, Kenya - 1985 - 2000

Medium Variant	1985	1990	1995	2000
<u>Population by Sex</u>				
1 Total (In 000's)	20600	25413	31374	38534
2 Male (In 000's)	10252	12657	15637	19219
3 Female (In 000's)	10340	12756	15737	19315
<u>Age Indicators</u>				
4 Median Age:	14.1	14.0	14.1	14.3
5 Dependency: Age 0-14	115.0	115.4	114.6	112.1
6 Dependency: Age 65+	4.0	3.9	3.9	3.9
7 Dependency: Total	119.0	119.3	118.5	116.0
<u>Specific Age Groups</u>				
0-4 (Infants)	1515	5592	6820	8111
5-14 (Children)	6275	7779	9633	11888
15-24 (Youth)	3888	4845	6067	7552
9 Women:				
15-49 (In 000's)	4239	5224	6477	8046
10 Women: 15-19/15-49 (%)	25.16	26.1	26.2	26.1
11 Women: 20-24/15-49 (%)	20.3	20.4	20.7	20.8
12 Percent Urban (%)	16.7	19.5	22.7	26.2
13 Pop. Density (/SQ. KM.)	35	44	54	66
<u>Median Variant</u>	80-85	85-90	90-95	96-2000
<u>Average Annual Change</u>				
14 Pop. Increase (In 1,000's)	767	963	1192	1432
15 Births (In 1,000's)	1029	1247	1502	1765
16 Deaths (In 1,000's)	262	284	309	333
<u>Rate of Annual Change</u>				
17 Pop. Change Total (%)	4.12	4.20	4.21	4.11
18 Urban (%)	7.4	7.4	7.2	7.0
19 Rural (%)	3.5	3.5	3.4	3.2
20 Crude Birth Rate (In 1,000's)	35.1	54.2	52.9	50.5
21 Crude Death Rate (In 000's)	14.0	12.4	10.9	9.5
<u>Fertility &amp; Mortality</u>				
22 Total Fertility Rate	8.12	8.00	7.75	7.31
23 Infant Mortality: Rate	82	72	64	56
24 Life Expectancy: Male	51.2	53.5	55.7	57.8
25 Life Expectancy: Female	54.7	57.1	59.4	61.5
26 Life Expectancy: Total	52.9	55.3	57.5	59.6

Source: U. N.: Demographic Indicators of Countries. Estimates and Projections as assessed in 1982. N.Y.: United Nations 1985

出所: USAID, Sources of Information and Data on Mortality and Morbidity. 1986

TABLE V Estimates of the Proportions of children Dying  
in the First Five Years of Life by District and Province.

DISTRICT/PROVINCE	1979 NUMBER DYING PER 1000 LIVE BIRTHS			1982 ★
	TOTAL	MALES	FEMALES	TOTAL
GARISSA	156	151	161	—
MANDERA	166	169	163	—
NAJIR	159	150	169	—
NORTH-EASTERN PROVINCE	160	156	164	—
KISII	134	138	129	101
KISUMU	246	253	239	199
SIAYA	259	270	148	211
SOUTH NYANZA	266	270	263	216
NYANZA PROVINCE	220	226	214	—
BARINGO	197	205	188	(2)
ELGEYO-MARAKWET	150	158	142	(4)
KAJIADO	89	91	86	(3)
KERICHO	113	117	110	91
LAIKIPIA	96	102	89	(2)
RAKURU	120	126	114	97
RANDI	132	138	126	110
RAROK	120	126	114	(3)
SAMBURU	98	103	87	—
TRANS-NZOIA	138	146	129	114
TURKANA	164	159	170	—
UASIN GISHU	114	119	110	92
WEST POKOT	232	240	224	(4)
RIFT VALLEY PROVINCE	132	138	127	—

1. Mortality rate was 206 for the three districts.
2. Mortality rate was 128 for both districts in 1982.
3. Mortality rate was 87 for both districts in 1982.
4. Mortality rate was 160 for both districts in 1982.

出所: USAID, Sources of Information and Data on Mortality and Morbidity 1986

TABLE V Estimates of the Proportions of children Dying  
in the First Five Years of Life by District and Province.

DISTRICT/PROVINCE	1979 NUMBER DYING PER 1000 LIVE BIRTHS			1982 ★
	TOTAL	MALES	FEMALES	TOTAL
NAIROBI	104	110	98	—
KIAMBU	84	88	79	70
KIRINYAGA	115	119	111	82
MURANG'A	89	95	83	68
NYANDARUA	85	89	81	64
NYERI	62	65	60	49
CENTRAL PROVINCE	85	90	81	—
KILIFI	246	254	238	(1)
KWALE	226	232	221	190
LAMU	215	224	206	(1)
MOMBASA	142	147	137	—
TAITA-TAVETA	144	143	145	116
TANA RIVER	202	208	197	(1)
COAST PROVINCE	206	212	201	—
EMBU	111	115	107	83
ISIOLO	157	158	156	—
KITUI	181	187	175	148
MACHAKOS	122	127	117	98
MARSABIT	146	149	143	—
MERU	104	105	102	75
EASTERN PROVINCE	128	131	124	—
BUNGOMA	169	179	160	140
BUSIA	244	254	234	198
KAKAMEGA	177	186	168	143
WESTERN PROVINCE	187	196	178	—

Sources: CBS 1979 Census Analytical Report

★Number of children dying in the First 2 Years of life per 1000,  
based on 1979 Census estimates by Mr. Kibet.

出所: USAID, Sources of Information and Data on Mortality and Morbidity 1986

TABLE 1.2  
MORTALITY INDICATORS, 1948-1979

Year	Crude Death Rate*	Infant Mortality Rate**	Life Expectancy at Birth
1948	25	184	35
1962	20	NA	44
1969	17	119	49
1979	14	104	54

NA Not Available

\* Per 1,000 population.

\*\* Per 1,000 live births.

Sources: Anker and Knowles. 1977, p.3.;

Central Bureau of Statistics, No date, p.103;

Central Bureau of Statistics. 1977, p. 56;

Statistics Division. 1966, p. 75.

By 1979, the infant mortality rate had dropped to 104 per thousand births, and life expectancy had increased to 54 years.

Mortality levels in Kenya compare favourably on a global level. The world average life expectancy is around 62 years, 58 years for less developed countries and 50 on average for Africa (Population Reference Bureau, 1985). The impressive decline in mortality and increase in life expectancy testify to improved levels of health in Kenya.

### 1.3.2 Fertility

It is generally documented that fertility in Kenya is high, both in level and rate of increase. Table 1.3 shows the main fertility indicators from 1948 to 1979. From the 1948 census, a crude birth rate of 50 per thousand and a total fertility rate of between six and seven children were estimated. Although the crude birth rate has increased only slightly over the years to 52 per thousand in 1979, the total fertility rate has increased by well over one child per woman, to a level of 7.9 in 1979.

High levels of fertility recorded in Kenya have presumably resulted from a combination of young age at first marriage, high age-specific fertility rates, residence in rural areas for a large proportion of the population and low education among women.

### 1.4 THE KENYA CONTRACEPTIVE PREVALENCE SURVEY

In 1983, the Government of Kenya signed a contract with Westinghouse Health Systems (WHS) to carry out a survey of family planning in Kenya.

出所: USAID, Sources of Information and Data on Mortality and Morbidity, 1986

以下、出所はすべて

CBS, Kenya Contraceptive Prevalence Survey 1984, First Report

TABLE 1.3

## FERTILITY INDICATORS, 1948-1979

Year	Crude Birth Rate*	Total Fertility Rate	Rate of Natural Increase
1948	50	6.0-7.0	2.5
1962	50	6.8	3.0
1969	50	7.6	3.3
1979	52	7.9	3.8

\* Per 1,000 population.

Sources: Central Bureau of Statistics, 1977, pp.38 and 62;  
Central Bureau of Statistics, No date, p.88;  
Statistics Division, 1966, pp.69 and 77.

The survey was intended to provide the latest information on fertility levels and on the prevalence of family planning in the country in terms of knowledge, attitude, and use of family planning methods. This information on family planning would help policy makers to more effectively plan strategies regarding population goals and targets. Moreover, the survey results would enable Kenya's population dynamics to be compared with other countries participating in the worldwide Contraceptive Prevalence Survey (CPS) Programme. Funding for the KCPS was provided by the U.S. Agency for International Development and the Government of Kenya.

TABLE 3.8

PER CENT DISTRIBUTION OF ALL WOMEN AND CURRENTLY MARRIED WOMEN 15-49 BY RELIGION AND PLACE OF RESIDENCE, 1977-78 AND 1984

Religion	1977-78 KFS	All Women				Currently Married Women			
	All Women	Total	Nairobi/ Mombasa	Other Urban	Rural	Total	Nairobi/ Mombasa	Other Urban	Rural
Unwghtd No. Total	8,100 100.0	6,581 100.0	835 100.0	445 100.0	5,301 100.0	4,627 100.0	550 100.0	271 100.0	3,606 100.0
Catholic	36.2	36.5	37.3	35.2	36.5	35.6	36.2	34.6	35.6
Protestant	53.1	52.8	43.0	52.1	53.7	51.9	41.5	51.2	52.7
Moslem	4.8	3.7	14.2	4.7	2.7	4.0	16.2	5.2	3.0
No Religion	5.4	5.1	1.1	2.3	5.6	6.5	1.1	3.7	7.0
Other	0.4	1.9	4.5	5.5	1.4	1.9	4.9	4.9	1.4
Not Stated	0.1	0.1	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	0.4	0.1

SOURCE: Central Bureau of Statistics. 1980, Table 3.4.

respondents did not fit into any of these categories. The distribution by religion is almost identical to that reported in the KFS.

The distributions of these religious groups by place of residence are similar except for a higher concentration of Muslims in Nairobi/Mombasa compared to rural or other urban areas. The percentage of women who report no religion is somewhat larger in rural areas than in urban areas, while there is a slightly higher incidence of respondents who belong to other religions in urban than in rural areas.

The distribution of currently married women by religion is generally similar to that of all women. One difference is that among the currently married women the category 'no religion' assumes a slightly higher incidence (seven per cent) compared to five per cent of all women.

### 3.4 RESIDENCE IN CHILDHOOD

Table 3.9, which shows the distribution of women by childhood place of residence and current place of residence, indicates substantial rural to urban migration of women. For example, of the respondents currently living in Nairobi/Mombasa, only 21 per cent spent their childhood in these metropolitan areas, while 13 per cent lived in other urban areas, and 67 per cent spent their childhood in rural areas. Among women living in other urban areas, 67 per cent, 24 per cent and nine per cent of respondents lived as children in rural areas, other urban areas and Nairobi/Mombasa, respectively. In the rural areas, 92 of the respondents lived their childhood in rural areas while only one per cent lived in Nairobi or Mombasa, and only six per cent lived in other urban areas



TABLE 4.12

UNSTANDARDIZED AND STANDARDIZED MEAN NUMBER OF CHILDREN EVER BORN BY WOMEN 15-49 BY SELECTED BACKGROUND CHARACTERISTICS, 1984

	Mean Number of Children Ever Born	
	Unstandardized	Standardized*
Total	3.8	3.8
<u>Educational level</u>		
None	5.8	4.3
1-4 years	4.7	4.1
5-8 years	2.5	3.7
9+ years	1.4	2.9
<u>Literacy Status</u>		
Illiterate	5.6	4.3
Literate	2.8	3.6
<u>Literacy of Couple**</u>		
Both Illiterate	6.1	4.4
Both Literate	4.2	3.9
He Literate/She not	5.8	4.5
She Literate/He not	5.6	4.4
<u>Work Status</u>		
Currently Working	3.9	3.5
Worked in Past	4.0	3.7
Never Worked	3.7	3.9
<u>Ethnic Group</u>		
Kikuyu	3.5	3.5
Luo	3.7	3.9
Luhya	4.0	4.0
Kariba	3.8	3.7
Kisii	4.4	4.4
Meru-Embu	3.8	3.7
Mijikenda	3.6	3.6
Kalenjin	4.8	4.2
Taita-Taveta	3.1	3.3
Others	3.3	3.4
<u>Religion</u>		
Catholic	3.7	3.9
Protestant	3.8	3.8
Moslem	3.5	3.3
None	4.2	3.8
Other	3.2	3.3

\* Standardized for age using the age distribution of all women aged 15-49 in the 1984 KIPS as the standard.

\*\* Currently married women only.

TABLE 4.14

DIFFERENTIALS IN DIRECT ESTIMATES OF TOTAL FERTILITY RATES FOR THE 1977-78 KFS AND 1984 KCPS

Characteristics	1977-78 KFS	1984 KCPS
Total	8.2*	7.7
<u>Education Level</u>		
None	8.8	8.5
1-4 years	9.0	9.0
5-8 years	8.1	7.9
9+ years	7.3	5.4
<u>Place of Residence</u>		
Nairobi/Norbasia	5.7	4.7
Other Urban	6.8	5.3
Rural	8.4	8.1
<u>Province</u>		
Nairobi	6.1	5.6
Coast	7.2	6.7
Eastern	8.2	8.0
Central	8.6	7.8
Rift Valley	8.8	8.6
Nyanza	8.0	8.2
Western	8.2	6.3
<u>Ethnic Group</u>		
Kikuyu	8.4	7.8
Luò	7.6	8.3
Luhya	8.3	6.8
Karba	8.0	7.8
Kisii	8.7	7.6
Meru-Embu	8.2	8.0
Mijikenda	7.4	7.6
Kalenjin	8.9	8.6
Taita-Taveta	7.8**	8.1
Others		6.5
<u>Religion</u>		
Catholic	8.1	7.7
Protestant	8.3	7.8
Muslim	7.1	6.0
None	7.9	7.4

\* Based on births in the five years before the survey.

\*\* In the KFS (1977-78) Taita-Taveta was included in the other category.

SOURCE: Central Bureau of Statistics, 1980, Table 5.12.

In the KCPS, 90 per cent of ever-married women in urban areas indicated knowledge of at least one modern method compared to 82 per cent in rural areas. At least one traditional method is known to 70 per cent of ever-married urban women compared to 64 per cent of rural women.

As for knowledge of specific methods, it is apparent that the most widely recognized method by far is the pill, which is known to 73 per cent of all women and 78 per cent of ever-married women. Injection is the second most widely known method; 59 per cent of all women and 65 per cent of ever-married women know injection. The percentages knowing the remaining modern methods vary from 55 per cent in the case of intra-uterine devices and female sterilization to a low of 18 per cent in the case of male sterilization.

Among the traditional methods, rhythm is the most widely known, with 46 per cent of all women and 48 per cent of ever-married women indicating that they know this method. Forty-two per cent of all women know abstinence, while 25 per cent know withdrawal and 13 per cent know douche.

TABLE 6.4

PER CENT OF ALL WOMEN AND EVER-MARRIED WOMEN 15-49 WHO KNOW FAMILY PLANNING METHODS BY THE SPECIFIC METHOD KNOWN AND PLACE OF RESIDENCE, 1977-78 KFS AND 1984 KCPS

Knowledge of Methods	1977-78	1984	1984 KCPS Ever-Married Women			
	KFS All Women	KCPS All Women	Total	Nairobi/ Mombasa	Other Urban	Rural
Unweighted No.	8,100	6,581	5,116	599	310	4,207
Knows at least one method	88	81.0	84.0	90.7	91.8	83.0
Knows at least one modern method	84	79.7	83.0	89.2	90.9	82.0
Pill	74	72.7	77.5	85.2	88.6	76.2
Condom	40	41.5	45.1	60.5	59.0	43.0
Female scientific	20	26.3	29.4	40.4	42.3	27.7
Injection	55	58.9	65.0	77.0	74.1	63.4
IUD	49	55.2	60.7	72.7	75.4	58.8
Female sterilization	54	55.0	58.7	65.8	68.8	57.4
Male sterilization	14	18.1	19.0	28.0	30.3	17.6
Knows at least one traditional method	-	62.0	65.0	68.9	71.8	64.2
Rhythm	51	46.1	48.1	54.9	60.6	46.7
Douche	12	12.5	13.2	20.7	29.7	12.6
Withdrawal	24	24.6	27.6	28.6	31.5	26.8
Abstinence	45	41.9	45.2	45.4	49.8	44.9

SOURCE: Central Bureau of Statistics, 1980, Tables 7.2 and 7.4.

another seven per cent said that approval depended on the circumstances of the individual couple. Table 6.7 shows that, on the approval question, rural and urban women had similar opinions. These results imply that the vast majority of Kenyan women are not using family planning for reasons other than disapproval (see Section 7.7 for information on reasons for non-use).

Table 6.8 presents data on proportions approving of family planning for selected characteristics of ever-married women who do not use family

TABLE 6.8

PER CENT APPROVING OF FAMILY PLANNING AMONG EVER-MARRIED NON-USERS OF FAMILY PLANNING WHO KNOW AT LEAST ONE FAMILY PLANNING METHOD, BY SELECTED BACKGROUND CHARACTERISTICS, 1984

Characteristic	Per cent Approving
<u>Age</u>	
15-19	77.5
20-24	80.6
25-29	79.3
30-34	76.8
35-39	74.0
40-44	69.7
45-49	64.8
<u>Education Level</u>	
None	71.1
1-4 years	72.2
5-8 years	85.1
9+ years	82.2
<u>Education Level of Husband*</u>	
None	72.7
1-4 years	73.2
5-8 years	80.1
9+ years	81.5
<u>Desire for Children*</u>	
Want more	76.7
Want no more	77.0
Don't know	70.3
<u>Ever Use of Contraception</u>	
Ever used any	86.9
Never used any	73.0

\* Currently married women only.

TABLE 7.1

PER CENT OF ALL WOMEN WHO HAVE EVER USED SPECIFIC FAMILY PLANNING METHODS AND RATIO OF EVER USE TO KNOWLEDGE, ACCORDING TO KFS (1977-78) AND KCPS (1984)

Method	Percent Ever Used		Ratio of Ever Use to Knowledge	
	1977-78 KFS	1984 KCPS	KFS	KCPS
Any method	29	29	-	-
Pill	7	9	1:11	1:8
Condom	3	2	1:13	1:21
Female scientific	1	1	1:20	1:13
Injection	2	2	1:28	1:30
IUD	2	4	1:24	1:14
Female sterilization	1	2	1:55	1:28
Male sterilization	0	0	-	-
Rhythm	13	13	1:4	1:4
Douche	1	1	1:12	1:13
Withdrawal	4	4	1:6	1:6
Abstinence	13	10	1:4	1:4
Other	*	1	-	-

Source: Central Bureau of Statistics, 1980, Table 7.4.

\* Not reported.

### 7.3 CURRENT USE OF CONTRACEPTIVES

KCPS respondents who knew some contraceptive method were asked whether they were using or had used any method during the month prior to the interview. Their responses provide a measure of contraceptive prevalence in Kenya.

#### 7.3.1 Levels and Trends in Contraceptive Use

KCPS results indicate that 15 per cent of Kenyan women are currently using a method of family planning. Over half of these women (8.1 per cent) are using modern methods and just under half (6.9 per cent) are using traditional methods.

A comparison of the KCPS and KFS results indicates that, since 1977-78, a substantial increase in current use has occurred in Kenya. Among currently married women, use has more than doubled from seven per cent in 1977-78 to seventeen per cent in 1984 (see Table 7.8). A similar increase is apparent among currently married, fecund, non-pregnant women,

PER CENT DISTRIBUTION OF ALL WOMEN 15-49 WHO KNOW AT LEAST ONE FAMILY PLANNING METHOD AND ARE NOT CURRENTLY USING BY METHOD PREFERENCE AND PLACE OF RESIDENCE, 1984

Method	Total	All Urban	Rural
Total	100.0	100.0	100.0
Pill	36.2	38.1	35.1
Condom	2.0	3.6	1.8
Female Scientific	2.1	1.3	2.2
Injection	30.4	25.2	31.1
IUD	7.3	12.7	6.5
Female sterilization	9.0	7.9	9.1
Male sterilization	0.1	0.0	0.1
Rhythm	5.4	5.8	5.4
Douche	1.4	1.5	1.4
Withdrawal	0.6	1.0	0.6
Abstinence	4.3	2.3	4.8
Other	0.8	0.7	0.8

while the proportion preferring the pill (38 per cent) is somewhat higher. After the pill and injection, non-users in rural areas prefer female sterilization (9 per cent), while those in urban areas would like to use the IUD (13 per cent). The proportion of non-users in rural areas who would select the IUD is seven per cent and those interested in female sterilization in urban areas constitute eight per cent of the non-users. In urban areas, four per cent of the non-users show a preference for condoms which is twice the proportion preferring this method in rural areas. Traditional methods, except abstinence, are equally preferred in urban and rural areas. Rural women who are not using any method are twice as likely to want to use abstinence (five per cent) as their counterparts in urban areas.

#### 7.8 RISK OF UNPLANNED OR UNWANTED PREGNANCY

All KCPS respondents can be classified into two groups: those at risk and those not at risk of unplanned or unwanted pregnancy. It is easier to define women who are not at risk of unplanned or unwanted pregnancy. A woman is not at risk if she falls into at least one of the following categories:

- (1) She claims to be infecund.
- (2) She is currently pregnant.
- (3) She is using a contraceptive.
- (4) She is not currently married and says she is not likely to get pregnant in the next six months.
- (5) Her period has not returned since her last birth.
- (6) She wants to get pregnant soon.

TABLE 8.3

PER CENT DISTRIBUTION OF CURRENT USERS OF MODERN FAMILY PLANNING METHODS BY TIME TO REACH SOURCE OF SUPPLY, TRANSPORT TO SOURCE, CONVENIENCE OF SOURCE AND PLACE OF RESIDENCE, 1984

Accessibility Indicator	Total	All Urban	Rural
Unweighted No. Total	563 100.0	233 100.0	330 100.0
<u>Time to Source</u>			
0-14 Minutes	12.3	32.1	4.6
15-29 Minutes	13.6	21.2	10.7
30-59 Minutes	21.6	24.5	20.5
60 Minutes or more	48.3	20.0	59.3
Not sure/Don't know	3.6	2.3	4.1
Not stated	0.6	0.0	0.8
<u>Transport to Source</u>			
Walk	41.5	44.8	40.2
Use Transport	51.7	54.7	58.9
Not Sure	0.8	0.5	0.9
<u>Perceived Convenience of Source</u>			
Difficult to reach	15.9	5.7	19.8
Easy to reach	83.3	93.4	79.4
Don't know/Not stated	0.8	0.9	0.7

### 8.2.3 Mode of Transportation

Current users were further asked the means of transportation they used in obtaining family planning services from their source. It is clear from Table 8.3 that there is little difference between urban and rural users in the mode of transport. For example, about 45 per cent of urban women would walk to the family planning source, compared to about 40 per cent of rural users.

### 8.2.4 Access to Family Planning Sources

As is noticeable from Table 8.3, the vast majority of all women currently using contraceptive methods indicated that it was easy to get to the sources of family planning. About 93 per cent of urban users felt that it was easy to reach their sources as compared to about 80 per cent

APPENDIX 6: FPAK CBD プロジェクトサイト諸元 (既存+phase I 計画)

PHASE I. CBD SITES/AREAS.

AREAS WHERE DISTRIBUTORS EXIST, TRAINED BUT NOT DISTRIBUTING.\*

DISTRICT	GROWTH RATE	CONTRACEPTIVE PREVALENCE RATE(1984)	CURRENT DIVISION WITH DISTRIBUTORS - NOT DISTRIBUTION	POPULATION OF DIVISION (1979)	POPULATION DENSITY OF DIVISION	NO. OF HOUSEHOLDS IN DIVISION (1979)	EXISTING NO. OF FIELD EDUCATORS	EXISTING NO. OF DISTRIBUTORS	PROPOSED NO. OF NEW DISTRIBUTORS
1. MACHAKOS	4.11	24.5%	KANGUNDO	173,593	206	31290	2	15	22
2. KILIFI	3.92	5.1%	KALOLENI	151,544	168	217000	1	15	21
3. MERU	3.91	24.6%	NORTII/SOUTH INYENI	119,383	276	21104	1	15	22
4. KERICHO	3.74	14.9%	BELGUT	150,766	163	32437	1	15	21
5. NANDI	4.19	7.7%	MOSOP	69,783	98	12753	1	15	21
6. KISII	3.63	7.9%	MANGA	214,708	506	35,136	2	15	22
EXISTING CBD AREAS									
KAKAMEGA	3.46	3.4	VIHIGA	254,940	692	47,740	1	15	23
MWERI	3.65	30.9	TETU	138,026	360	29,237	1	15	23

\* Kaloieni in Kilifi. Distributors recruited but not trained.



APPENDIX 6: FPAK CBD プロジェクトサイト諸元 (既存+phase II 計画)  
 PHASE II. PROPOSED CSD PROJECT SITES

DISTRICT	GROWTH RATE	CONTRACEPTIVE PREVALENCE RATE (1984)	PROPOSED CBD DIVISION	DIVISION POPULATION (1979)	DIVISION POPULATION DENSITY	DIVISION NO. OF HOUSEHOLD	EXISTING NO. OF FIELD ED.	PROPOSED NO. OF NEW DISTRIBUTORS
1. KIRINYGA	3.65	25.8%	GICUNGU	89,993	420	16,912	1	20
2. EMBU	4.18	20%	RUNENJES	148,131	332	25,291	2	19
3. KWALE	3.94	6%	MATUGA	46,327	135	8,341	1	19
4. KIAMBU	4.00	23.6%	KIKOYU	109,146	639	21,251	1	20
5. NAKURU	5.18	22.1%	MOLO	217,648	119	44,856	1	19
6. TRANS NZOIA	5.67	4.2%	SABOTTI	72,551	151	12,959	1	19
7. SIAYA	3.42	9.2%	UKWALA	122,417	232	25,448	1	20
8. BUSIA	4.03	6.1%	HAKATI	77,579	180	14,146	1	19
9. KAKAMEGA	3.46	3.4%	HAMISI	94,747	612	17,073	1	20



## VIII. 文献資料リスト

### 1. 一般書

Mazingira Institute . 1985. A guide to women's organizations and agencies serving women in Kenya. Nairobi:Mazingira Institute.

ケニア国内女性グループ及び関連機関のリスト

Ominde, S. H., ed. 1984. Population and development in Kenya. Nairobi:Heinemann Educational Books.

ケニア人口学的分析.

Sivald, Ruth Leger. 1985. Women... a world survey.

Washington, D.C.: World Priorities.

女性をめぐる世界の現状と問題の簡潔なレビュー

Were, Gideon S, ed. 1985. Women and development in Africa. Nairobi: Gideon S. Were Press.

アフリカの女性と開発をめぐる研究。ケニアの事例多い。

O'Sullivan, Desmond. 1983. Family Planning and Kenya's future. N.P.

カトリック教の視点からする家族計画の批判

### 2. ケニア政府出版物、資料

Republic of Kenya. 1983. Development plan for the period 1984 to 1988.

Nairobi: Government Printer.

第5次開発計画

Republic of Kenya. 1986. Economic management for renewed growth.

Sessional Paper No. 1 of 1986. Nairobi:Government Printer.

第5次開発計画の中間見直し

Office of the President. 1986. Project implementataion review.

Project Status Report No. 2, 30th June, 1985. n.p.

各省庁の事業案件進捗状況のレビュー。MOHは成績が悪い。

Republic of Kenya. 1986. Guidelines for district population and family planning committees. District Focus Circular No. 2/86. Nairobi: Government Printer.

1985年に各districtに創設が要請されたDistrict Population and Family

Planning Committeeの目的、機能を明らかにするもの

National Council for Population and Development, Office of the Vice-President and Ministry of Home Affairs. 1984. Population policy guidelines.

Sessional Paper No. 4 of 1984. n. p.

ケニアの現在の人口、家族計画政策

Republic of Kenya. 1987. Proposed organisational structure of the Secretariat.  
Typewritten.

NCPDの実務担当部局である Secretariat の組織拡充計画

Republic of Kenya. 1987. Project proposal on community based distribution of  
contraceptives (CBD). Typewritten.

NCPDによるCPD プロジェクトのプロポーザル (対ドナー用)

Republic of Kenya. 1987. NCPD pilot project on social marketing of contraceptives  
(SMC). Typewritten.

NCPDによる避妊薬市販プロジェクトのプロポーザル草案

Ministry of Health. 1974. Annual report 1967. n. p.

詳細な統計つき。初期のMOH の医療システムの概況がわかる。

Republic of Kenya. 1985. Status of health 1980. n. p.

統計書。医療面中心であり充実していない。

Republic of Kenya. [1987?]. Project proposal for support of FP programme in Kenya.  
Typewritten.

Dr. Kigundu (Director, Div. of Family Health) によるドナー向けプロポーザル草案。

Republic of Kenya. n. d. Summary-rumours associated with family planning. Typewritten.

家族計画にまつわる誤解、噂をまとめたもの

Ministry of Labour. 1985. Sessional paper no. 2 of 1985 on unemployment.

Nairobi: Government Printer.

失業問題の短期、長期対策

Central Bureau of Statistics. 1985. Statistical abstract 1985. n. p.

ケニアの基本統計書。Public Health 関係データは少ない。

Republic of Kenya. 1986. Economic survey 1986. n. p.

ケニア経済の現況のかなり詳細なレポート (統計つき)。1984年避妊普及度調査 (後  
出) の概要に1章が当てられている。

Republic of Kenya. 1981. Kenya population census, 1979. 3 vols. n. p.

1979年センサスの結果。Vol. 1 は全体表、Vol. 2 はその分析、Vol. 3 は統計技術上の  
問題の解説

Republic of Kenya. 1984. Kenya contraceptive prevalence survey 1984. First Report.  
n. p.

避妊普及度調査。全国の統計表と分析

Republic of Kenya. 1986. Kenya contraceptive prevalence survey 1984. First Report.  
n. p.

同上、DISTRICT別個別表

Republic of Kenya. 1981. The integrated rural surveys 1976-79. Basic Report. n. p.  
南部農村地帯の総合的統計調査。営農規模、識字率、出生率など含む。

### 3. 公共、民間機関出版物、資料

National Centre for Research in Reproduction (NCRR). 1985. 5 th annual report.  
July 1983-June 1984 Nairobi:NCRR.

NCRRの構成機関別事業報告

Republic of Kenya. 1985. 6th annual report July 1984-June 1985. Nairobi:NCRR

同上

African Medical and Research Foundation (AMREF). [1986?] AMREF in action: annual  
report 1985. Nairobi:AMREF

AMREFの事業報告書。DONOR情報もあり詳細

Ministry of Health, Division of Family Health and AMREF. 1986. MCH/FP curriculum  
for nurses and clinical officers. Typewritten.

MOHの委託でAMREFが行っているMCH/FP訓練コースの目的、構成、科目内容などを述べたもの

Family Planning Association of Kenya (FPAK). n. d. 1984 annual report. Nairobi:FPAK

FPAKの事業報告。スタッフリストつき

Republic of Kenya. [1987]. Brief information concerning F. P. A. K. Western area.  
Typewritten.

Western Province. 内のFPAKの活動概況。VihigaのCBDプロジェクトの経緯がくわしい

Republic of Kenya. [1987]. Information, education and communication (IEC): five  
year strategic plan. Typescript.

FPAKのIEC分野における活動概況と今後の戦略：①家族計画知識の普及②コミュニティ開発活動との結合

Republic of Kenya. 1984. Njia moja ya kupanga uzazi. Nairobi:FPAK.

普及用ブックレット。絵物語になっている。スワヒリ語

Republic of Kenya. 1983. Niwanza olwibulo. Nairobi:FPAK.

避妊の基礎知識を説明するブックレット。ルヒア語

Republic of Kenya. n. d. Tetetab sigisio Nairobi:FPAK.

同上 カレンジン語

Maendeleo ya Wanawake Organisation. 1985. Projects: a profile in development.  
Nairobi: MYWO.

事業報告書 プロジェクトの内容紹介詳しい

#### 4. 援助供与機関出版物、資料

USAID/Kenya, Office of Population and Health, 1985. USAID Analysis and Strategy  
for Assistance in Family Planning and Fertility Reduction in Kenya.

(typescript)

ケニアの人口指標及び人口政策の現況、FPの目標、USAID の援助

Republic of Kenya. 1985. Family Planning Services and Support.

USAID のFP関連援助プロジェクトの概要、財務分析等

Republic of Kenya. 1986. Sources of Information and Data on Mortality and  
Morbidity, by T. N. S. Leifert.

死亡率、疾病率に関するデータ集

Republic of Kenya. 1986. Donor Inputs into the Health and Nutrition Sector, by  
T. N. S. Leifert.

援助供与機関別プロジェクト・リスト

UNFPA/Government of Kenya. 1986. Country Programme 1986/87-1991

UNFPAによる協力プログラムの概要、詳細なプロジェクト・リスト

SIDA, 1984. Guidelines for SIDA 's Activities in the Field of Population

SIDA, 1984. Evaluation of Swedish Assistance for Family Planning in Kenya, by Rita  
Liljestrom, et al.

FP分野の援助に関する調査調査

Republic of Kenya. 1986. Studies on the Local Context of Birth Control in Kisii  
District, Kenya, by M. Silberschmidt

Nyanzay kisii DistrictにおけるFP利用状況についての調査

IBRD, 1974. Kenya Population Sector Survey Report: The Five-Year Population  
Program FY 1975-79

世銀及びその他の援助機関によるFirst Population Project 融資のためのセクター  
調査

Republic of Kenya. 1981. Project Performance Audit Report: Kenya First Population  
Project

表記のプロジェクトの実施に関するクリティカルな分析評価

Republic of Kenya, 1980. Population and Development in Kenya

経済社会開発における人口問題についての総合的分析

Republic of Kenya, 1982. Staff Appraisal of an Integrated Rural Health and Family Planning

First Population Projectの事後評価を踏まえたFP関連プロジェクト、LEC 分野及び民間NGO を新たに加えている

[Ford Foundation], 1985. Population and Development in Kenya: Programme

Suggestions for the Ford Foundation, by A. Krystall

人口・FP関連政府機関、サービスデリバリー、IEC 要員研修、調査研究に関する評価





## IX 参考 第14回人口・家族計画プロジェクト 国内委員会会議録

(ケニア人口家族計画に関する部分を抜粋)

### 1 昭和62年度人口・家族計画プロジェクトの運営方針

#### 1-1 新規案件について

##### (a) ケニア人口・家族計画について

○渡辺室長代理 それでは、お手元の「説明レジュメ」と書かれているペーパーをご覧ください。

こちらに1-1としまして、「新規案件について」というものがございます。新規案件は、実は、私ども手持ちが3本あります。ケニア、インドネシア、スリランカでございます。

まず、冒頭に出ている「ケニア人口・家族計画プロジェクトについて」この件からご説明させていただきます。

実は、昨年度にケニア側からの要請は出ております。ただし、この要請書は、技術協力なのか経済協力なのか、その辺の特定が不十分な要請です。こういう状況ですので、JICA側としても、いきなり官ベースの事前調査、あるいはコンタクト調査がなし得るかどうかが、多少不安を持ちまして、ここに書いておりますように、基礎調査、つまりコンサルタントを使って基礎的なデータを収集する形の入り方をいたしました。

既にお手元にコピーをお届けしてございますように、この基礎調査のドラフトとしては、ここに書いてありますように、幾つかの点が報告されております。

まず第1点としては、協力可能なメニューとして、保健医療サービスの提供、IEC、要員訓練、研究協力型、統計、それから、人口・家族計画プロジェクトの推進に必要な組織強化などを並べ、各々についてケニアの現状を報告しております。

それから、翻りまして、日本としてケニアでどのような中身のプロジェクトを組み得るのかという、言うなれば選定基準として、3つほど挙げられております。まず、カウンターパート機関をどう特定するのか。2つ目として、日本の技術協力として、それがなじむかどうか。3つ目として、家族計画の実行率の向上に寄与し得るかどうか。この3つです。

メニュー及び選定に関する判断基準からして、この報告書では、協力可能な分野をIECと特定しております。それも、できれば地方レベルから開始したいという形で提起されております。

2ページ目にいきまして、このような報告が出ているんですが、基礎調査を全面に出した今回の調査の特色が、次に書いてあります。

まず第1点は、IDC（国際開発センター）のコンサルタントを使ってみたわけですが、かなり面白い視点からの報告書になっております。つまり、開発計画の中に人口・家族をどう取り組むかという、かなりグローバルな視点からの切り込み方のレポートが出ております。

もう1点は、JICAのケニア事務所が本件の取り扱いについて、かなり積極的にリードしております。本部側としては、ある意味では、事務所側の要求に対してフォローする形が取れたのが、今回の特色だと思います。

それ以降に、事務局案という方向性が付いておるんですが、これをご説明する前に、国内委員会の先生方のコメントをいただいてから、JICA案を出した方がよろしいかと思っておりますので、一旦ここで説明を切りたいと思います。

○村松委員長 それでは、今、簡単ではあったんですけども、新規案件の第1番目ということで、ケニアの人口・家族計画のご説明がありました。お読みになった方もおられると思うのですが、この分厚い基礎調査の中に入っている項目を整理して、説明していただいたということですけども、とりあえずケニアについて、何か質疑なりコメントがあれば、どうぞ。

どなたかございませんか。

○林委員 これを読ませていただいたわけですけども、1つ気がついたことは、ケニアは従来いろいろな組織からたくさんのプロジェクトが入っておりますね。特に IECとサービス供給にたくさん入っています。83ページの○印とか、●印を見ると、それが一目瞭然なわけですけども。しかも、この1つの特徴は、NGO が非常に地方レベルで盛んであるということですね。それから、その報告書の中にもありますように、プロジェクトが多過ぎて、政府当局がこなし切れないということが出ていたような記憶があります。そのことと、JICAの今までの方針のことを突き合わせて考えてみますと、地方レベルにいきなり入るということは、NGO とそのまますぐにくっついてしまって、JICAの案件が他のいろいろな国のプロジェクトとどう区別できるかということは、全く混沌とした形になってしまうということが1つです。

もう1つは、IEC だけで入っていくという考え方ですが、これもJICAの今までの経験からいきますと、機材供与だけになってしまうおそれも十分あるということですね。ですから、ちらっと見えた事務局案ですけども、中央の組織強化という考え方は、私は過去の経緯から考えて、報告書から見てマネジメント能力はないように見受けられるわけです。つまり、どのぐらいのプロジェクトをどこでやっているかさえも掴めていないということが報告書に書いてあるような気がしました。

ですから、プロジェクト倒れになっているということもあるし、今までたくさんプロジェクトが入ってきたにもかかわらず、何も効果を発揮していないということを考えますと、事務局案は確かに一つの筋だと思いますが、ただ、IEC だけで入っていったいいものかどうかということについて、若干の疑問があります。

○我妻委員 私も大体、林先生の意見に近いんですけども、それよりもまず、インターナショナル・デベロップィング・センターそのものの性格が、経済事情をよく調べるとか、そちらの方に頭があるから非常に報告書が偏っているんですね。ですから、研究という部門に関しては、割合さっさと流してありますけれども、ドクターももちろんいないわけだから、正直言って、

本当にこれそのものを調査したのかどうかは私は疑わしいと思います。その意味で、この報告書そのものを読む時に、この報告書が全体を調べたとは言えないということは、やっぱり意識しながら評価する必要があると思います。

例えば私、一生懸命見たんですけれども、これだけいろいろ国際機関からの援助を受けているというんですが、WHO のことが一言も出てこないのも、これは何を調べていらしたのかという感じがしないでもないですね。WHO のHRP からは、相当なお金が1967年あたりから入っているんです。

実は、5月4日にジュネーブから帰ってきたんですけれども、WHO の会議で、ケニアのナイロビのプロフェッサーにも会いまして、日本から調査団が来たよという話は聞いたんです。しかし、例えば研究の中で、ケニアでやる意味がよく分からないということが書いてあるんですが、あそこにはアフリカだけのプライマイト・センター（霊長類センター）があるんです。それは発展途上国だけじゃなくて、先進国からもプライマイト・センターを避妊の研究に使うために育てようということで、ケニア側も一生懸命 WHO に金をもらおうとしています。そのもらい方とか、過去の実績とかは、必ずしもいいとは言えませんが、相当な研究はやりつつあります。それが抜けていることになると、研究ということに関するこの調査団の調査については、ちょっと私がおかしいような感じがいたします。それに基づいての結論ということになると、ますますちょっと問題があるということが一つです。

それから、IEC も、この報告書の中では、IEC は非常に効果が上がっている。80%ぐらいまでは効果が上がっていて、非常に多くの人が避妊のことは知っている。しかし、実行率が低いのはIEC のやり方が悪いんだというふうになっているんですが、果たしてそう簡単に言えるかどうか。例えば、教育は十分行き届いているんだけど、アベイラビリティがないから、もう一つ実行までいかないんだとすると、それはIEC のやり方が悪いのではなくて、ここでは一生懸命避けようとしている供給部門の方が、やっぱり足りないからなんじゃないかなということも、どうしてももう少し考えないのかなという感じがしたんです。

その2つの点で、私はかなり不満があったものですから、一応言わせていただきました。

○渡辺室長代理 ちょっと今の点をお答えさせていただきます。

この報告書が、今、我妻先生ご指摘のように、偏りがあるのは、我々も分かっております。

その原因は、1つは、今おっしゃいましたように、このコンサルタントは、地域開発、経済開発のエキスパート集団です。逆に言いますと、医療関係についてのエキスパートじゃなかったわけです。従いまして、その点は、本来的に言えば、直営ベースでMDをどうしても付けたかったんです。ところが、そのフォローが事務局側の不手際で落ちてしまいましたので、ご指摘のように、研究部門が非常に弱い報告書ができております。

もう1点、この報告書は、あくまでドラフトとして我々は位置づけております。このまま最終稿として印刷まで持っていくつもりはございません。今この場での議論を付け加えるなり、補筆

するなりして、もう少しいい方向に持っていきたいというのが我々の今の立脚点でございます。

不十分ではございますが、今の2点、とりあえずお答えにさせていただきます。

○村松委員長 小林先生、何かありますか。

○小林委員 最初に、ケニア側からの要請に分野の特定がなかったわけですが、分野の特定なしに基礎調査を始められたというJICAの方針は、私は評価申し上げたいと思うんです。非常に積極性があると思うんです。

しかし、それだけに、基礎調査をやるにしても、向こう側が分野を特定することができなければ、非常に調査そのものも難しくなるし、やはりまず第1にやらなければならないのは、私の判断では、少しでもいいから向こう側が何か分野を特定するまで詰めてから始めるのが、一番あとの仕事をやりやすくするのではないかということをちょっと感じたわけです。はなはだ勝手な発言であります。

○池田室長 小林先生のご指摘は、非常にごもつもんなんですけれども、要請に関して2つの側面があるかと思えます。

1つはやはり、日本側、我が国のやりたいという部分——政治的なこともありますし、援助計画上の思惑もあって、やりたいという方向がこちら側にあったというのが、まず1つございます。

それから、その国で一体何をやってほしいか、日本に何を期待したいか。私も、最初の基礎調査にかかわり合って行った経緯もあって、ひりひりと肌を感じたんですが、彼らが求めているのは、ずばり、お金と避妊薬なんです。要請を真っ向から聞くと、それがバーンと返ってくる実態でして、そういう現実から事を起こしたというのが現実論でございます。ちょっと弁解になりますけれども、そういう意味で、広い意味での基礎調査を1つ打ったわけです。

それで、我妻先生のおっしゃる不足な点、これから大いに詰めていかなければいけない点は多々ありますし、その点は十分こちら意識しているつもりです。

○村松委員長 長田さん、何かありますか。

○長田委員 アジ研の宣伝をするわけじゃないんですけれども、こういう調査をおやりになる時は、ケニアの社会的な側面についても、もう少しバックグラウンドのある方をお連れになった方がいいんじゃないかなという気がするんですね。

つまり、開発計画とのつながりで家族計画を見るというのは、どなたが行っても恐らくそういうことはなさると思うんですけれども、開発計画というのは、バングラデシュも、パキスタンもそうなんです、ハーバート・グループだとか、何とかグループという、要するに欧米の大学で訓練を受けた人たちが帰ってきて計画を作るわけです。ですから、計画だけを見ると、とてもきれいなわけですね。これがどうして実行できないのかなど、いつも不思議に思うくらい非常に美しい計画なんですけれども、しかし、そういう人達は実態をあまり理解していないものだから、計画自体が実態経済から離れたものになり易い。家族計画も、何となくこれでいけそうな気がす

るけれども、いざやってみると、いろいろな障害があって、なかなかできないわけです。

そういうのはやはり、ケニアの社会的なことも少しバックグラウンドにあるような方とか、あるいは、そこに住んだことのある方とか、地方で仕事をしていらっしゃった方とか、そういう方を1人入れられると、もう少し幅の広い基礎調査ができたんじゃないかなろうかということが1つです。

もう1つは、我妻先生もおっしゃいましたけれども、90ページのところで、「特にケニアでは家族計画の知識は広く普及しながら実行率が低い現状にある」と書いてあって、そのギャップを埋めるためにIECへの協力が必要と言われると、はて、どういうことなんだろうかと思うんです。IECがあったために、家族計画の知識が広く普及したんだけど、しかし、何か足りないために実行率が低いんじゃないか。その何か足りないものは何なのかということについては、恐らく供給サービスだろうと思うんですけれども。それについては積極的な協力はしないというような感じがあって、非常に矛盾を感じる報告書だったんじゃないかなという気がするんです。

3つ目の質問としては、83ページに各国・機関による援助プロジェクトが書かれていますが、こういったプロジェクトの幾つか典型的な例を、各分野から1つぐらいずつ取り上げて、それがどうしてうまくいかなかったのか、あるいはうまくいったのか、その辺をもう少し掘り下げた、エバリュエーションといってもかっちりしたものでなくていいと思うんですけれども、何かそういう評価が入っていると、JICAでIECをやるのがいいのか、あるいはそうじゃなくて、供給サービスをした方がいいのかという判断の材料になるんじゃないかなという気がいたします。この3点が疑問に思いました。

○村松委員長 河野さん、何かありますか。

○河野委員 私は、あまりないですけれども、この報告書は割に短期間で集中的にまとめられたと思うんですけれども、それにもかかわらず良い報告書を作られた、その点は大変評価します。

やっぱり時間がないせいもあるんだと思いますけれども、ケニアというのは、国連や専門機関でかなりデータベースみたいなものを持っているわけですね。そういうのを事前にコンタクトされて、それをもらえれば、バックグラウンド的情報になるし、いきなり行ってやられるよりは良かったのではないかと。それだけじゃないと思いますけれども、ちょっとそういう感じがしないでもないんです。既存の情報を有効に使えば、このでのレポートは非常に周道的にかっちりするんじゃないかと思います。

○芦葉委員 私達が調査を命じられた時、主としてユネスコ関係なんですけど、その時には、調査方法を明確に書かないと全く信頼性を失いまして、内容がどうであろうとも取り上げられないんです。

これを読んだ時に、最初に目的が出ていて、3分の1ぐらい方法論が書いてあるのかと思ったら、方法論は全く書いてないものですから、どういう方法によってこれが出たかということが分からないので、その点が心配だったんです。恐らくちゃんとした方法をお取りになっていたのだ

ろうと思うんです。

それから、事実と意見が分離されてませんので、非常に読みにくい。事実といっても、いろいろな方々の意見は入っていると思いますが、調査団として考えられる事実と調査団としての意見を、できたら明確に分離して書いていただければ我々素人でも読めるかと、そんな気がいたします。

○村松委員長 ほかに。どうぞ。

○鈴木事務官（文部省学術国際局国際企画課） この人口・家族計画について、前回、前々回の会議でアフリカのケニアをやるということは承知しております。担当の方からも、今後詰めていくけれども、その時にどういう先生が参加するかということで、私どもとしては、しかるべき大先生もいらっしゃいますので、国内委員会の先生にご相談しながらやっていただければよろしいんじゃないですか、というサジェスションだけはしたわけです。

その点、アフリカで実際に短期間でこれだけご調査されたことは、大変素晴らしいことであって、評価するという点では先生方と同じ意見なんですけど、せっかく行くのならば、これだけ各界の大先生がいらっしゃるんですから、行く前に、どのぐらいご相談されていかれたのか。例えば、各界のWHO関係とか、ご友人とか、研究仲間もいらっしゃると思いますけれども、その辺どういうサジェスションを持っていたのか。もし今回あまりにもされてなかったらば、ぜひそうしてから行くべきじゃないか。普通、我々行政では、ソフトを持っていない場合には、専門家に知識をかりながら執行するというのが一般的な考え方で、最初がどうしても肝心じゃないかという気がするわけでございます。

○村松委員長 私自信は、この基礎調査を読ませていただいて、今まで出た意見と少し重なる印象をもったんです。

第1点は、林先生が言われたIECの場合の非常にあり得る危険は、資材供与に終わるということですね。これは私から申し上げる必要もないでしょうけれども、過去にこれで難航したケースが二、三あるわけです。

それで、冒頭に室長が言われたように、開発途上国から日本を見た場合には、IECの機材と日本円が目につくわけですから、そういう意味で、IECというサジェスションが出ているんですけども、もしこれを取り上げるのだったら、過去の、資材を流しただけでそれが例の大蔵省とのいろいろの問題にもなるという点は十分に注意する必要がある。これが1つですね。

もう1つは、いろいろな方がおっしゃっているようにアフリカのケニアを知っている人、あるいはそれについて知識のある人の知識なり意見をかりるべきだというのは、私もそう思いました。

ただ、JICAがケニアの事務所をお持ちのようで、この報告書が今どういう扱いになっているかわかりませんが、だんだん具体的にこれが進んでいくに従って、現地の事務所の方々も積極的に参加しておいでのようなようです。室長が別のところで書かれているレポートも拝見している

ので申し上げますけれども、既に関与しておいでになるのであれば、なおさらのこと、現地側の意見をできるだけ入れていただきたい。

もう1つは、ちょっと細かいんですけども、私は昔から言っているのですが、ここでも申し上げますけれども、訓練部門はもうよろしいと書いてあるのには、私は疑問を持ちます。資材的な意味での協力も、もちろん重要なんですけども、人に対する協力とか投資というものが、成果の最終的に残る重要な部分だと思っておりますから、これには私は疑問があるということだけ申し上げておきます。

ほかに何かセカンドラウンドの方は、おいでになりませんか。厚生省側がまだおっしゃってないようですが……。

○網野課長補佐（厚生省児童家庭局母子衛生課） 具体的にはないんですが、ただ、ちょっと気がついたところで申し上げますと、社会経済面の調査をする伝々というのは、そのあとの目的として人口・家族計画をやるからということで、改めてそれを人口・家族計画の予算あるいはその枠の中でやるというのも、考えてみれば、JICA全体としての経済協力という中で、農業なり何なりで当然ながらケニアの社会経済は調査されているはずだと思うんです。そういった意味では、人口・家族計画の中で、事改めて社会経済に絞ってやる必要があるのかなというふうなことは感じます。

そういった意味では、人口・家族という問題に社会経済的に迫るとか、あるいは、そことメディカルな面とをコンバインしたような格好でするとか、何かそういう形にしないと、特色といますか、ここでそれをやる意味というのは、あまりはっきりしないという感じもします。

それと、これは直接人口・家族と必ずしも結びつかないかもしれないんですけども、ケニアと言う場合、1つの問題なのは、エイズのことだろうと思うんです。アメリカのエイズとアフリカのエイズでは、専門の先生がおられますけれども、少なくともケニアの人口・家族計画、あるいはアフリカで最初のそういうものについては、そういう面について、何らかの形でフォローする必要性はないのだろうかということをちょっと感じるんですけども。

○池田室長 大変示唆に富んだ、いいご意見をいただいたわけですけども、その中には大変厳しいご意見が多々あって、非常に参考になりました。

一応このメモが箇条書きでストンとIEC分野、地方レベルという整理になっておりますので、とかくしゃにむにIECの方にいったという印象を持たれるかもしれませんが、かなりここまで来るに当たって基礎調査団と我々が議論した経緯があります。

それで、まず、長田先生のご指摘から若干答えていきたいと思うんですけども、決して十分だとは思わないが、社会的な側面に配慮……というような点、これはほかの先生もおっしゃったようですけども、我々も意識しておりまして、今回、基礎調査団にアフリカ学会の会長さんでいらっしゃる山田先生に最初から絡んでいただいて、直接・間接的に広い視野から、特に社会面からいろいろなご意見をいただいた経緯がございます。山田先生はケニアに何年かいらっしゃっ

て、ご経験がある方で、それから、JICA事務所プラス大使館のベテランの外交官がいて、その方々も積極的に参加していただいた経緯もございます。そんなことで、いろいろこの間の配慮は我々なりにしたというところが1点あります。

それから、IEC とサービス供給の問題が1つの大きなポイントだろうと思います。意識率が80%で、実行率が15%という非常な乖離がある実態について、我々も随分、現地でも、帰ってからも議論した経緯がございますけれども、非常にオペレーショナルな、実践的な IECが1つ欠けているのではないかと。ずばり言いますと、そんなようなニーズを我々も強く覚えた次第です。ですから、IEC 分野のこれからの協力も、大きなニーズがあるのではないかとという受け止め方が1つあります。

それから、サービス供給は、いろいろなところでサービス部門に対する協力を請われたわけですが、ケニアの実態を調べてみますと、なかなか外国援助が入りにくい諸事情をいたく我々は感じました。いろいろなところがいろいろなことをやっている情報がここに盛り込まれていますが、大部分がお金、ファンディングのみなんです。外人そのものが専門家の形で深く現地に入り込んで、実践的な援助をやっている経緯は少ない。

それから、サービス供給を実践している主機関が保健省で、それが非常に批判に立たされている。組織的に問題になっていまして、それでNational Committee for Population and Developmentというのが、人口問題機関として、副大統領をキャップとして一元化する方向で今動いているわけです。

そのような諸事情で、JICAの技術協力という形でサービス供給に最初から入るのはどうか。これは現地大使館もそのようなご意見でしたし、そういうような配慮が1つ我々にあったということです。

それから、方法論がないという芦葉先生のご指摘は、ごもっともなんですけれども、非常に強く我々が意識した点は、長期的にこのプロジェクトは運用していこう。それで、いろいろな関連部門をやらなきゃいけない手順をどうやったらいいかということ随分我々は意識した次第です。

それで、最も我々が配慮したのは、一番入りやすい、やりやすいところから入ろうということを実施者として意識しました。そうすると、べき論じゃなくて、現実論のエントリー・ポイントで、どこから入りましょうということが非常に我々の配慮が先行したということが1つございまして、その間の事情がここにあまり書いてませんので、その点がまともな方法論がここに盛り込まれなかった経緯にありまして、その間の説明をさせていただきました。

お伝えしたい調査研究の点も、若干触れて調査したわけですが、ここにあまり盛り込まれていません。各論になりますと、今後の方向性について意見を述べたいと思いますので、とりあえず先生方のご指摘に対するこちら側の若干の意見を述べさせていただきました。

○池田室長 ちょっと時間を取って恐縮なんですけれども、ケニアの太い方向性をここで1本か



2本、できるだけ出していただく議論をしていただきたいと思います。これだけの資料で恐縮なんですけれども、機関長会議でケニアの所長が来ておりまして、近々いろいろ話さなければいけないですし、事前調査の方向をもうそろそろやらなければいけないんです。事前調査をやるに当たって、決めつける必要はないんですけれども、一応の方向性を持っていたいということで、できたらケニアのその問題について、もう少し議論を深めていただいて、絞り込んでいただくと、ありがたいのですが……。

○村松委員長 ということは、この資料の2ページの、「今後の方向性について（事務局案）」というところで、組織としては、NCPDのことが書いてあって、内容は IECだということです。それから、中央から地方への拡大ということがメモ書きにしてあるんですけれども、できればもう少し具体的なものをということですね。

○渡辺室長代理 絞り込みの議論の前に、3本新規案件をご説明した中で、研究協力的な分野はまずインドネシアからというお話が出ていると思いますが、実はもう1つ、統計分野についてどうかという議論も、内々では我々はしております。

○村松委員長 インドネシアについてですか。

○渡辺室長代理 いいえ、そうではありません。絞り込みの前提で、ケニアでの統計はどうかと。これにつきましても、既に今、メキシコで進行中ですし、新たな案件として、できればスリランカに打ちたい。そうなりますと、3本の統計分野の絞り込みというのは、国内の支援団体の問題から見ても、ちょっときついただろうという実務的な判断がございまして、ケニアについては外したという経緯はございます。

そういうふうに論理的に絞り込んだというよりは、何ができ得るかという議論でケニアを見ていきますと、実質的には IEC分野が残るのではないかとこの点はございました。

ただ、このドラフト報告書にありますように、地域に絞り込んでの IECの実態そのものをやりたいという議論は、多少事務局としても奇異に感じるころがありまして、ここに今後の方向性として書いてありますのは、あくまでも組織強化、人口審議会というできたのケニアの組織を強化する一環として、日本からの協力を組み立てたい。その際に具体的な内容としては IEC分野に入る。

そうしますと、確かに、ほかから見ますと、機材供与中心のように見えるわけなんですけれども、それも組織強化の一環として位置づけ、それがどう使われるのか、プロダクションは何なのかという形で、最初からエバを機能的に組み込んでおけば、機材のやりっ放しという批判は避け得るのではないかと考えております。

それから、ここで「中央→地方への拡大」と書いてございますのは、中央というのは、申し上げましたように、審議会そのものの機能アップをまず図りたい。その中で出てきた成果品を保健医療サービスが実施されている地方に適用してみても、またフィードバックしたい。その流れを中央から地方へというふうに書いてあります。

それから、「次のステップは今後の課題」と言いますのは、実は、IEC だけでボンと3年なり5年で切っせしめると、何やら尻切れトンボという印象を持たれますので、拡大されたIEC 部門についての機能強化に続いて、どういう案件が次に考えられるのか。それはサービス供給であるのかもしれませんが、研究協力的なものであるのかもしれないわけですが、そういったものも最初のIECプロジェクトを組む中で、目的意識的に次は何をするのかも見ていきたいというのが、ここに書いてある中身でございます。

○村松委員長 そうすると、少なくとも事務局案としては、ここにも書いてありご説明にもあったんだけど、IEC というものを中心の柱に据えたいということですね。

○池田室長 とりあえずエントリーとしまして。

○村松委員長 先の第2次5ヵ年計画あたりでは、また別のこともあり得るということですね。

○池田室長 そういうことです。

○村松委員長 一応統計的な部門の強化は考えたけれども、今ご説明のような事情でケニアではここには出していないと、こういうような状況ですね。

○渡辺室長代理 はい。

○村松委員長 いかがでしょうか。

○林委員 先程申し上げたように、NCPDを組織強化するという一番ベーシックな考え方は、私は非常に良いと思います。というのは、先ほど言いましたように、マネージメント能力に問題がどうもありそうだとということですね。ただ、この報告書にもあるように、この組織は、現状ではどうもディスパッチ機関にしかすぎないような機能しか持っていない感じがします。

従って、IEC でも、何でもよろしいんですけども、どこかフィールドを設定しておいて、彼らのマネージメントがそのフィールドを通してうまくできるようなことを何か考えられたらどうですか。計画をどうやって作るかと、IEC とサービスの関係をどう持っていくかと、そういうマネージメントは考えられないわけですか。ちょっと漠然としておりますけれども、現地を見てないものですから、そこら辺ははっきり分からないんですが……。

○村松委員長 ほかに何かご意見ありますか。

私自信もケニアは知らないのですが、何ともコメントが言えないんですけども、ただ、さっきお話ししたことの繰り返しだけでも、IEC というのは、過去のいきさつから言うと日本もお家芸だと思われ、相手の国も日本という視覚教材というのが知れ渡っているわけですね。そういう意味で、結局は、ハードの部門に対する要求として出て来ることになる。

だから、そればかりやっていると、先程の話のように、ただ物を流しているだけではないか。もっと極論すれば、日本製の品物を体よく輸出していることにもならないかという批判にも通じてくるわけです。だから、それではそれに伴うソフトをどのように入れるかというのが、非常に問題になるわけです。

原則はこの通りだと、私はこの場合も思うんだけど、ただ、ケニアの事情がそこから先が

分からないから、あまり積極的なことは言えないんです。実際には、印刷物とか、スライド、映画、テレビ、ラジオというものが、どの程度進んでいるのか、その辺のところの実情を知った上で、それにかなり力が入られる可能性があるんだということであれば、私は、今ご説明のような事情から IECを取るというのは結構だと思います。

ただ、くれぐれも注意したいと思うのは、物からいっちゃって、中身の方は、あまり華々しくないということです。結局ソフトというと、ソフトを作る技術の技術的トランスファーもあるだろうし、でき上がったものについて、家族計画なら家族計画をどのようにソフトに入れていくかという問題もある。従って、人間の訓練の問題にも関係してくるし、場合によれば、向こうのソフトを作る人達、企画する人達、企画する機関に対する協力もあると思うんです。

いずれにしても、ちょっと事情が分からないので、原則的なことしか申し上げられないんですが、私はやっぱりその点が気になるので、それがかなり検討された上であれば、絶対にいけないという反論は持ちません。

芦葉先生、何かありますか。

○芦葉委員 83ページの今までの援助プロジェクトを見ますと、IEC に集中しているんです。何が問題で失敗したかということは、お調べいただいているのだらうと思うんですが、同じやり方をしたのでは、絶対また二の舞じゃないか。それから、その国自体が IECを受け入れるだけの組織の基盤がしっかりしていて、少なくとも避妊実行率が、ほうっておいても上がる。こういう可能性があれば、その向上の曲線、または直線を上向きにすることは IECで可能ですが、実行率が上がる可能性のないところに IECをやっても、基本的にはだめなんじゃないかと思うんです。

ですから、次の調査のところで、その辺の可能性をよく見きわめていただければ、カーブを上げることにはできると思いますので、よく調査していただければと思います。

○我妻委員 インドネシアも、前はたしか IECだったんでしょう。だから、それが成功と評価していらっしゃるのか、不成功だったと評価していらっしゃるのか。それが成功、不成功の理由。それでアフリカとインドネシアと比較して、こういうところが違うから今度は成功するだろうとか、そういう過去の経験というの、やっぱり出して比較していただくとかしない、ちょっとこれだけではあまりにもデータが少な過ぎるという気がします。インドネシアの IECは、私はあまり JICAとしては成功したと評価してないような気がするんですが、それはどうなんですか。(笑声)

それをあえて、これでまた IECでやっていくのは、今度はここがこうなんだからインドネシアと違って大丈夫なんだとか、そういうこともちょっと出していただかないと、また同じことになるんじゃないんですか。

○村松委員長 今の室長と室長代理には、過去のインドネシアについての責任はないから、よろしいと思うんですけども、(笑声) 我妻先生がおっしゃる IECに対するそういう意味での警戒論は、私も同じ気持ちがある。インドネシアの場合に一番問題になったのは、やはり日本の機材

が欲しかったんです。それを向こうはフルに使って IEC を展開するということで、向こうにかなりの大量の物が行ったのです。そして、視聴覚機材の使い方などについて、教育工学のエキスパートもおいでになったわけです。ですけれども、最終的には、インドネシアにおける IEC のソフト部門は、何も日本に教わらなくても我々はよく知っている、あなた方から教わることはないんだ、あなた方は物だけくれればいいんだ、というふうな態度になってきた。そこで、これに対する批判が出てきて、かなり激しいやりとりがあったのです。

ですから、IEC に入っていく時には、今のような前例はもう分かっているから、これを避けるべきだということになると思うんです。

○ 池田室長 では、ちょっと荒っぽいですが、ちょっとこちら側の考え方を整理させてもらいます。

この報告書によりますと、調査した分野が、サービス分野、IEC、訓練、調査研究、統計、組織強化という6部門に絞った形ですが、よく見ますと、訓練と組織強化はどの部門にもかかわる要素であって、セクターじゃないんですね。つまり、訓練と組織強化は、絶えずサービス部門にも IEC、調査研究、統計にもかかわり合っていて、総合的にやらなければいけないということなので、訓練、組織強化は、これはセクターとして我々は考えておりません。

それから、サービス供給部門をとりあえず強化しなければいけないというのが、実際の一番大きなケニアのニーズだという認識は我々も持っております。しかし、先程から申し上げており、なかなか入り込めない。最初からここに入るのはどうもよくない。現地の大使館、JICA 事務所も、最初の時点はサービス供給部門をやってくれ、どっぷりローカルに入り込んでという方向が強かったわけですが、それを待って、1つのステップ、手順を踏んで、入りやすいところから徐々に根を張って、将来の展望を踏まえて、1つずつやっていこうじゃないかという議論の中で IEC が浮かび上がってきたわけです。

それで、その過程において我々が迷ったのは、はっきり言いまして、調査研究なんです。それで、分からない点多々ありましたが、インドネシアの関係もあって、調査研究は、2段階か3段階に考えようじゃないか。それで、入りやすい IEC が出てきたのは、これで分かる通り、UNFPA が非常に歴史的に実践もあり、組織的にもしっかりして、根づいているんですね。ですから、組みやすいという事情があります。それから幸いに、AID や国連機関等も、NCPD をとにかく強化しよう。保健省はどうもだめだから、そこを一元化して、みんなでバックアップしようという雰囲気盛り上がっている現状でした。ですから、そこを通じて、NGO とリンクさせて、NCPD の Institution Building、組織強化にある程度将来の布石も考えて、そこを強化しながら、とりあえずは NGO と組んで IEC、それもオペレーショナルなものをやろうということです。

これを何も5年、6年、7年やるつもりはございませんで、これから芦葉先生、それから村松先生のご指摘の点は、事前調査の段階で、大いにしっかりと詰めていって、それで IEC をやらない結論が出るかもしれませんが、現実的な IEC 協力の1段階としてはどういう展開か、

それを事前調査でやって、それから発展の過程でいろいろこれから出てくるんじゃないか。最終的には、サービス供給部門に入りたいというデザインが我々の議論にあった次第です。それでよろしいかどうか。大きな太い方向です。

ケニア側には、これはコミットしていません。今はまだ内部で議論している時点ですので、それをご承知おき願いたいと思います。

○渡辺室長代理 それともう1点、インドネシアの事例と比べて、ケニアのIECは、過去の事例を踏まえているかというご質問があったので、それをちょっとラフにお答えしてみたいと思います。

インドネシアのIECが多少の評判が出たというのは、一番大きな点は、基本的に日本の協力がスタジオの内部にとどまって、IECをどう現場で使うのか、あるいはリサーチ部門等のリンクがなかった、その辺にあったと思うんですけども、この報告書の案の51ページをちょっとご覧になってください。

上の方KEMRI (Kenya Medical Research Institute)という組織があります。ここは医療協力部の方で、研究協力的なプロジェクトを組んでいるんですけども、ここが人口・家族計画についてのリサーチを現にやっております。ですから、もしケニアでうまくIECが軌道に乗るようであれば、KEMRIとの研究協力からのリンクも、ここで一応保証されます。

次に、報告書の52ページの後段をご覧になってください。ここはFPAK (ケニア人口・家族協会)——NGOですけれども、ここのやっている事業を紹介しているんですが、その中で後段の方に、CBD (Community Based Distribution)プロジェクトというのが出ております。これが今、パイロット的に実施されておるわけですけれども、これが拡大されつつあるという情報を得ています。

ですから、IECの機能強化で出てきたソフトについては、このようなフィールドで実際に下ろしてみたい。その上下を付けることによって、単なる機材供与だけではないかという批判を避けたいという絵姿は一応引いてあります。

○村松委員長 NDPD (National Council for Population and Development)は、計画を実施するのに、権限とか責任をかなり持った機関ですか。インドネシアにはBKKBNというのがありますね。これは非常に強力な機関で、全国を統一して、かなり権限、責任を持って仕事をするんですね。他方かつてフィリピンにあったポピュレーション・コミッションというのは、完全な外国からの資金の窓口だったんです。ケニアの場合のNational Councilというのは、フィリピンのポピュレーション・コミッションよりはむしろBKKBNに近いというふうに取ってよろしいですか。

○池田室長 建前はそうなんですけれど、実態は、やっぱり保健省の方が強いんですね。それで、これからここを強くしなければいけないというところですね。

ちなみに、我々は最初にナショナル・コミッティに行ったんです。そうしたら、保健省は怒って、我々にもう会わないというわけです。実態はそんなすごいところなんです。ですから、なか

なか思惑どおりいかない。だから、入りやすいところから徐々にやって、徐々に行くという現実です。

○村松委員長 そうすると、NCPDは入りやすいところですか。

○池田室長 入りやすいです。窓口的にやっていますから。

○村松委員長 厚生省が行くなと止めませんか。(笑声)余計なことを言ったかもしれませんが、国全体の統合機関というのが非常によく動く場合と、実は統合機関そのものが中でコーディネーションの要る場合と、両方あるんですよね。

○池田室長 リサーチもここで統合しています。

○村松委員長 それでは、時間が迫ってきましたので、一応そこまでにさせていただきます。



JICA