

タイ国家家族計画プロジェクト 巡回指導調査団報告書

1988年7月

国際協力事業団
医療協力部

JR
122
98.2
MCS
LIBRARY

医 業
J R
88 - 32

国際協力事業団

18336

JICA LIBRARY



1070946E7J

18376

はじめに

わが国のタイ国に対する家族計画プロジェクトは当初1974年4月に取りかわされたR/Dに基づき開始され、その後3回の延長R/Dが結ばれ1989年3月の終了までに協力期間は余すところ1年となった。

今後、プロジェクトの関係者に対し残る協力期間の協力計画について、指導と助言を行ない、又、政府関係者との協議、打合せを行なうため、本件巡回指導調査団が派遣された。ここに同調査団の調査結果をとりまとめ、今後のプロジェクト推進上の参考に供する次第である。

ここに本調査団にご協力いただいた関係各位に対し、深甚なる謝意を表すると共に、今後の本件プロジェクトの実施・運営にあたり関係各位の一層のご協力をお願いする次第である。

昭和63年7月

国際協力事業団

理事 末永昌介

目 次

は し が き

I 調査の目的・内容	1
I-1 目的・経緯	1
I-2 調査団の構成	1
I-3 調査団の日程	2
II 討議結果の概要	3
II-1 巡回調査団の対処方針	3
II-2 88年度の活動内容とスケジュール	4
II-3 評価の方法論と準備について	7
III 分野別の実態調査結果	8
III-1 母子保健部門	8
III-2 人口学部門	10
III-3 視聴覚教育部門	12
IV 評価への提言（過去の協力のとりまとめ）	16
IV-1 タイ国の人口と国家家族計画政策	16
IV-2 避妊の普及	17
IV-3 家族計画および母子保健に関する国家予算と海外援助	18
IV-4 家族計画の普及と避妊法の内容	20
IV-5 タイ国の母子保健の現状	20
IV-6 今回の視察における感想	21
V 参 考 資 料	23

I 調査団の目的・内容

I-1 目的・経緯

タイ家族計画プロジェクトに対する協力は1974年にR/D締結後、3度協力期間を延長しており、現在の協定期間は1989年3月迄である。当初モデル地区を設定し、その協力目的を達成、その延長で現在全国に6ヶ所ある母子保健センターの機能強化を図り、母子保健と統合した家族計画の広報活動への協力を重点的に行っている。

今回の調査目的は、a) プロジェクト実施状況を適格に把握し、タイ国の家族計画に最も効果的に貢献するよう、今後のプロジェクト運営のあり方、具体的協力内容を協議し、かつ、b) エバリュエーションの手法について打合せることである。

又、その際の調査事項は下記の通りとする。

- 現在のプロジェクト活動状況
- 今後の協力の方向性の確認及び具体的協力内容
 - (1) 母子保健センターへ投入する機材のレベル確認
 - (2) 供与機材の有効活用のための専門家派遣のあり方
- 中堅技術者養成研修の評価方向について
- プロジェクトエバリュエーションの為の投入実績確認と評価手法

I-2 調査団の構成

松山 榮吉 (総括, 産婦人科)	東京厚生年金病院産婦人科客員部長
水越 敏行 (視聴覚教育)	大阪大学人間科学部教授
西岡 和男 (人口学)	福岡市衛生局保健部長
安川 隆子 (小児保健)	国立公衆衛生院研究生
渡辺 正夫 (協力計画)	国際協力事業団医療協力部特別業務室室長代理

1-3 調査団の日程

- 4 / 4 (月) 東京 → バンコク
JL717
- 5 (火) 9:30 JICA タイ事務所打ち合せ
10:00 大使館打ち合せ
11:30 保健省打ち合せ
- 6 (水) 9:00 団内打ち合せ
(対処方針の確認とその運用)
- 7 (木) 9:00 保健省との打ち合せ
評価のあり方
過去の活動の総括
本年度活動計画について
- 8 (金) バンコク → サラヤ → ラップリ → チャーム
車輦による移動
8:30 PHCセンター視察
10:00 ラップリ健康増進センター(旧母子保健センター)視察
13:30 ラップリ県ポタラム郡病院視察
- 9 (土) チャーム → バンコク
車輦による移動
- 10 (日) 団内打ち合せ
- 11 (月) 9:00 保健省打ち合せ
打ち合せ内容の確認
14:00 JICA 大使館報告
- 12 (火) バンコク → 東京
TG740

II 討議結果の概要

II-1 巡回調査団の対処方針

調査団は、タイ側との討議に備えて、以下のような対処方針を用意した。

(a) 予想される問題点

1. プロジェクトの延長に関する件

タイ側は、『プロジェクトの協力期間の延長』をオファーする可能性が大きい。

*新プロジェクトについて DTEC をクリアする自信が無いと思われる。

2. 88年度の協力内容について

プロジェクト協力最終年であり、新機軸を打ち出すのは事実上難しい。

また機材供与額も減額である。

3. 15年にも及ぶ長期プロジェクトであったため、評価を行う場合に種々の問題点がある。

*どの期間の評価か？

*すべての協力期間の input/output を提示できるのか？

*プロジェクトの性格の変遷を評価の際、どうとらえるのか？

(b) 対処方針

1. 本プロジェクトの単純延長には応じられない。理由は、a) 15年にも及ぶ協力期間は JICA プロ技協としても最長であり、他セクターとのバランス上、一旦打ち切るのが望ましい。b) 人口家族計画プロジェクトの特性上、個別プロジェクトとしての『自立性』がとぼしく長期協力期間とも抱まって『タイ側の一般行政の肩がわり』のニュアンスが出てきているからである。一方、15年間の協力は『しっかりした評価』でしめくくることとする。

2. 各 論

問題点 1.

基本的には総論に述べた通りのラインを維持する。

但し、最近の『JICAの人口家族計画分野での協力のあり方』、とりわけプロジェクトのメニュー化を紹介し、しっかりした、かつ具体的な目標をかかげた新規条件が出た場合は、十分検討する旨は発言する。

問題点 2.

基本的には『プロジェクト別年間予定表』の内容で対処するがタイ側との協議の結果マイナーチェンジはありえる。

問題点 3.

今回、検討する評価期間は、現行 R/D 期間とする (1985 ~ 1988)。

但し、別添『プロジェクトの input/output 表』は内容確認の上、評価の材料の一部と

するよう提起する。

又、『プロジェクトの動向』の章で、プロジェクトの性格の変遷とその理由を考察する。

＊評価報告書のスケルトン

- a) input/output 実績
- b) プロジェクトの動向
- c) 評価手法
- d) 評価
- e) 今後への提言

II-2 88年度の活動内容とスケジュール

a) 専門家派遣

長期専門家については、派遣中の調整員をプロジェクトの協力期間中継続派遣する。

又、短期専門家としては、7月に想定される『母子保健セミナー』に講師として、3名派遣を検討する。以降、10月から11月にかけて、全国6ヶ所の健康増進センターに供与した機材の利用状況のチェックのため小児科、産婦人科各1名の派遣を検討する。

b) 研修員の受入れ

すでに3名の『受入れわく』がタイ側に提示されていたため（早期通報）、タイ側との打ち合わせは来日時期の希望聴取にとどまった。

分野的には母子保健2名、IEC1名の計3名である。

c) 機材供与

機材供与については日本側から、協力最終年であることから i) 新規分野の要請は認めない ii) 過去の供与機材の代替や必要なパーツ類、消耗品類優先の方針を通報した。

タイ側からは、日本側の主張は基本的には理解できるが、パーツ類についてはタイ側のローカルコストで処理するので、i) 全国6ヶ所のセンターの間に存在する機材のアンバランスの是正、ii) 助産婦等に供与するデリバリーキット等、iii) 中央ラジオスタジオ用機材、iv) 教育用AV、v) 中央用事務機器、vi) 保健所用オートバイの各分野について要請があった。

調査団から、いくつかの機材について補足説明を求めた後、各アイテムごとにプライオリティを付してJICAに正式要請（A4フォームの提出）するよう発言し、了解された。

d) 調査団の派遣

本年12月を目途に評価調査団を出すことで了解された。

e) 各種事業

フィリピン家族計画プロジェクトで計画中の母子保健ミニコンフェランス（9月～10月頃）に、技術交換費を利用して3名程度（調整員1名、母子保健分野のカウンターパート2

名) マニラに派遣予定。

又、母子保健セミナーの結果をとりまとめ“タイ国における母子保健活動の現状と問題点”
といったテーマで、技術普及広報費を利用する。

88プロジェクト別年間スケジュール表 プロジェクト名 タイ国家族計画プロジェクト

49.7.25 ~ 64.3.31

項目	月	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	備	考
専門家派遣															
長期専門家(1)															
短期専門家(5)															
研修員の受入れ(3)															
機材供与															
(50,000千円)															
調査団の派遣															
評価															
各種事業															
技術普及及広報費															
技術交換費															

業務調整

母子(3)セミナー

小児産婦人科(各1)機材評価

母子保健(2), IEC(1)

実施協議 購送請求

A4

タイファイリピン

評価

II-3 評価の方法論と準備について

協力プロジェクトの評価の方法論について、調査団は 87 年度に終了した『中国家族計画プロジェクト』の評価時に使用したインプット・アウトプット評価法を説明し原則了解を得た。

つまり、協力項目を整理・細分化した上で、インプット（投入）を明確にし、各々に対応するアウトプット（産出）を出来る限り定量評価（不可能な場合は定性評価）を行なう方法論である。

評価調査団の派遣時に実施される合同評価に先立ち以下の事項が本年度計画内に組み込まれることとなった。

a) 母子保健セミナーの結果とりまとめ

結果は、『タイ国における母子保健活動の現状と問題点』としてとりまとめる。

つまり、当該分野全体のマクロ評価をこの時点で行なうこととする。

b) 機材利用状況調査

短期専門家の派遣により、6ヶ所の健康増進センターに供与された機材の利用状況、機器間のマッチングの問題、機器のレベル設定の評価等を行なう。

c) メディアインパクトサーベイの実施

IEC分野の評価材料として、映画会について、その影響調査をタイ側が行なうことで合意した。

なお、この調査の骨子は実施以前に5月を目途にJICAに送られてくる予定である。

II-4 将来計画について

調査団は、対処方針のラインに添って、i) プロジェクト協力期間の単純延長は認め難い

ii) 但し、新規案件として要請があった場合は、PHCあるいは母子保健との統合の中で十分優良プロジェクトになりうると思われると発言した。

これに対し、タイ側から、現状では新規要請について外国援助の窓口であるDTEC（経済技術協力庁）のスクリーニング突破が難しいので、延長の形式をとりたいとの発言があった。

しかし、日本としては、過去15年間にも及ぶ協力はしっかりした評価でしめくくるべきであり、かつ新規プロジェクトの実施のためには現時点におけるタイ国政府全体の中での母子保健・家族計画分野の優先順位の確認が必要と発言した。

このように双方の主張にへだたりはあるものの、手続き論は別にして、タイ側の考える新規計画が取りまとめられ次第、内容を日本側に通報することとなった。

Ⅲ 分野別の実能調査結果

Ⅲ-1 母子保健部門

今回巡回指導のミッションの一員としてRATCHABURIのMCH CENTERを視察する機会を得たのでここに報告する。また、MCH CENTERは今年から名称をHEALTH PROMOTION CENTERと改め、学校保健、栄養等を統合して、包括的、予防的な母子保健活動を志す事になったので、その点についてもふれてみたい。

RATCHABURIのMCH CENTERはバンコクから西に自動車で1時間半ほど行った小都市にある。地方のMCH CENTERとしてはバンコクに最も近く、第3次医療を担う県病院に隣接して建てられている。街自体は商店が立並び、人の往来の中心になっているような賑やかさを見せているが、一歩手前までは農村が広がっている地域である。道路は、中央からの大動脈を連想させるほど整備のされたもので、交通の便が良くなって患者が遠くからも来るようになったという説明も領ずけた。

このMCH CENTERは位置付けで言えば、HEALTH CENTERが第1次、郡病院が第2次医療機関であることに対し、第3次医療を担当するという事になっている。しかし各REGIONに1つのMCHセンターというのは、カバーするにはあまりに地域が広すぎるのではないだろうか。RATCHABURIのMCH CENTERについて言っても、8県を含むREGIONをカバーすることになっているが、CENTERのあるRATCHABURI県だけでも自動車で1時間以上もかかる地域が多い。おのずとMCH CENTERの意義は、助産婦の養成以外では、そのREGION全体の母子保健水準の向上というよりは、保健医療活動のモデル的要素が強くなるのではないかと思われた。

a) 新生児、未熟児管理の観点から

(1) 地域における位置づけ

1987年の報告によると、RATCHABURIのMCH CENTERでは3月だけで349人の新生児が誕生している。そのうち、33人が体重2,500g未満の未熟児である。未熟児の出生率が9.5%となり、この値は日本の5%程度に対し高率である。日本の大学病院の未熟児室でも月30人以上入院があるときは、かなり忙しかったことを考えると、毎月30人の未熟児が新入院するという数字は、非常に大量の需要をこなしていると言える。

さらに、地域の他の医療機関では新生児、未熟児の管理をする場所はなく、隣の県病院をはじめとして、各地から新生児が搬送されてくるということである。

このように数からいっても、供給側の体制からいってもMCH CENTERは地域で重要な役割を果たしていると思われる。

(2) 施設、器材、利用状況、スタッフ

RATCHABURIのMCH CENTERでは新生児室は5部屋に分れていて、集中治療

(NEONATAL INTENSIVE CARE) の必要な未熟児、新生児の部屋が4つあり、うち2部屋が感染対策として隔離室となっている。残りの1室は一般新生児、集中治療のいらぬ未熟児の部屋で、ガラス越しに廊下からよく見えるようになっていた。このように部屋を分けて使い、スペース的にも余裕があるので、部屋の作りの上では理想的であるが、分娩室や手術室とは別棟で、外の渡り廊下を通過してこなければならないということは問題にはならないのだろうか。新生児の体温下降をあまり気にする必要がないのでこのような構造でもかまわないのかもしれないが、分娩室に近くすることはできないものかと思われた。しかしこの構造的な問題は、産科側と小児側が常に連携を取っている状態があれば、ある程度補える事であろう。

スタッフの体制で特に気づいた事は、夜間が手薄であるということである。看護は3交代性で、夜間は2人の看護婦だけで診るようである。しかもお産があればかりだされるということであった。補乳以外に4時間おきにバイタルチェックをするということであるが、この体制ではそれだけで精一杯で、呼吸管理や緊急状態への対応は困難ではなからうか。

私たちが訪問した時には集中治療室では数名が隔離室で点滴を受けている以外、ほとんどの児が光線療法を受けていた。センター長の説明でも黄だんの治療を受ける児が最も多いということであった。室内にはMICRO BILIBINO METERがあり、その場で検査ができるようになっていた。ただ、交換輸血に関しては供血体制の点や手術場の点、スタッフの手薄さを考えると難しい事のように思われた。

部屋に入って気づいた事の1つは、このような部屋につきもののピーピーというモニターの音が聞えないことである。ベビーバード等の人工呼吸器が異なった機種で3台置かれていたが、この時は使われていなかった。血液ガス分析や電解質の検査は隣の県病院に頼んでやってもらわなければならないということで、スタッフの体制等も考え合わせると、これらの器械が実働するにはまだ時間がかかりそうだと見受けられた。また血糖測定機も見当らなかつた。血糖検査は非常に重要な検査であるがその測定機は安価に手に入る物である。MICRO BILIBINO METERと同様に室内に置いておきたい検査器具である。

(3) 問題点と評価

これまで導入した器械がどの程度の頻度で、かつどの程度正確に使用されてきたかは数時間の訪問では正確なことはわからなかつた。しかしスタッフの体制や検査面でまだ不十分な所が見受けられ、そのために、それらの器械がうまく活用できていないという印象を受けた。従って、器械だけの評価をすることは難しいと思われたが、今後器械の評価をするには、狭い意味では正確に使えるかどうか、調子の悪さに気づくかどうか、ちょっとした不調はその場で直せるかどうか等の点を考慮する他、利用頻度を見ていくことは必要であろう。しかし全体のMOH CENTERの活動の中で捉えていくには、どのような問題を持った子どもたちが入院してどのような治療をし、その際何が治療の妨げとなったかについ

て知ることが重要であり、また今後のCENTERの充実のためにもそのような基礎的なデータが欲しいものと思われた。

MCH CENTERに対し、需要が高く期待も大きいので、このままで終わってしまうのはもったいない。設備、人材投資の価値はあるであろう。その際は適切な範囲の医療圏の設定も考慮したい。

b) PROMOTION CENTERへの移行について

今年からMCH CENTERがHEALTH PROMOTION CENTERに名称が改まり予防活動に重点を置く方針を出している。これまでいわば県病院の母子分院的に、分娩や新生児のケア等の医療行為を中心にしてきたので、その体制をそのまま予防活動に持ち込めるとは思われない。今回は今後体制をどのように整備していくかという方向性については具体的に聴くまでには至らなかったが、違った組織を作るほどの転換が求められるのではないだろうか。これはスタッフの教育や配分、揃える器材も変わってくるだろうが、なによりも各REGIONに1つという組織では地域に浸透させるような小回りのきいた活動は望めないと思われたのだ。サブセンターを設置し、地域への実際の働きかけはサブセンターで行ない、HEALTH PROMOTION CENTERは後方部隊としてスタッフの教育や教材、器材の普及にあたるといった数段階の構造になるのだろうか。今後の援助は視聴覚の分野の器材や技術指導が主になってくるものと推察されたが、お互いのコンセンサスを確かにするためにも継続的な話し合いが必要であると感じられた。また、地域からの要請も高く、かなり整備されている新生児医療を、他の予防活動と平行させて今後ともさらに発展させ得る余地が残されているかどうかにも気になるところであった。

Ⅲ-2 人口学部門

a) 人口構成

タイ国の人口構成は若い層に偏している。

1980年国勢調査	(日本 1986)
15 > 38.2 %	20.9 %
15 ≤ < 45 46.1 %	(15 ≤ < 64) 68.5 %
45 ≤ 15.7 %	(65 ≤) 10.6 %
総人口 44,278,400 人	
男 22,008,200	
女 22,270,200	

年少人口(15歳未満)が38.2%であることは、次の世代で出産可能な人口が多いこと、つまり出生数が多い可能性があることを意味する。

b) 合計特殊出生率

合計特殊出生率 (TFR) は 1960 年の 6 ~ 7 から近年 3 に近づいている。

最近のチュラロンコン大学の調査によると、すでに TFR は 3 を割っているともいわれる。

おきかえレベルの 2.1 に近づくのも速くないと思われる。

c) 出生率

出生率は 人口 1,000 対 20 ~ 21,

死亡率は " 5 ~ 6

したがって、人口増加は、人口 1,000 対 15, 1.5 %, となる。

1986 年の目標が 1.5 % であるので目標達成ということになる。

d) 避妊実行率

60 % 以上の婦人 (再生産年齢, $15 \leq < 45$) が避妊を実行している。

調査によれば 70 % の実行率というのものもある。

すでに日本での実行率に近くなってきた。

避妊サービスの 80 % は政府によるものである。

カウンターパートのパタマ氏によれば家族計画サービス (避妊サービス) も可能な範囲での最高のレベル (最大の普及度) にあり、今後はこのレベルを維持することが重要であると言う。

また、TFR が 3 以下になったことは (ないしは 3 に近づいたことは) 年少人口の割合が大きいのは忘れてはならないけれど、タイ国の National Family Planning (国家家族計画) が人口学的、人口政策上は成功であるとも言っている。国の重要なプロジェクトとしての Family Planning は一応の終結とのニュアンスであった。

e) 国家保健推進計画

第 6 次国家保健推進計画, 1987-1991, (the Sixth National Health Development Plan) に記されていることは、保健医療サービス、健康教育、伝染病対策、母子保健・家族計画、環境衛生、予防接種、薬剤供給、栄養対策、歯科保健などを緊急に統合化 (インテグレーション) する必要がある、ことである。さらに、これを含めた全ての政府のサービスを計画し、実行し、評価するに際してプライマリ・ヘルス・ケア (PHC) の技術を使うことが強調されている。

f) ま と め

タイの National Family Planning Program は順調な経過を示している。

タイ国政府、日本を含めた外国政府および NGO を含めての努力の成果だと思われる。個個にとり出すことは困難ではあるが日本の技術移転はトータルとして成功であると判断できる。

家族計画ないし家族計画・人口という立場からみれば JICA のこのプロジェクトは完結し

てもいいと考えられる。

しかしながら、母子保健の水準はまだ必ずしも良好でなく、問題点も多い。

the Sixth National Health Development Plan にもあるように PHC の中で統合化されたサービスが必要とされている。

64 年 3 月以降は、母子保健（広義の）の新らしいプログラムを検討してほしい。

補 1

英字誌 Nation によれば (63. 4. 11 日付)

平均寿命	男	61 歳
	女	64 歳

老年人口（65 歳以上）の割合は、現在 5.5 % であり、5 年以内に 7 % に達する見込みである。

老年者の増加に伴い老人の日が制定された。

National Elders' Day, April 13

III - 3 視聴覚教育部門

a) 従来に供与された視聴覚機器等について

- (1) 15 年間にわたるタイ国家族計画プロジェクトの中で、視聴覚機器等の占める比率は、高い。その視聴覚機器の中身を見てみると、16 ミリ映画フィルム、そして巡回上映用の車輛などが、供与機材の中心になっている。後は、OHP、スライド、移動用スクリーン、映写台、発電器といったもので、内容的にも、金額的にも副次的、補完的なものと言える。

要するにタイ全土の母子保健センターや、病院を巡回して、16 ミリ映画を中心に、家族計画や母子保健に関する情報を提供していく。映画を主幹教材にして、スライド、OHP、ポスター、パンフレット等を副次教材とした視聴覚教育によって、都市部だけでなく農山村や漁村にも、若者だけでなく広い年齢層にも、そして学歴のいかんに関わらずに、家族計画や母子保健、そして PHC について最低限の知識を獲得させる。

これが、15 年間にわたる本プロジェクトの、視聴覚教育に関する基本方針であったと見て良いだろう。

この基本方針は、タイ国のおかれた実情や状況を様々に考え合わせると、妥当なものであったと言えることができる。特に映画が人々に与える認知的、情意的 (cognitive and affective) なインパクト、それに何よりも地方の人たちにとっての映画の持つ魅力が、このプロジェクトではよく勘案されている。

- (2) しかしながら、ラジオ、テレビ、ビデオテープレコーダー、そしてパソコンといった新しい視聴覚機器の台頭と急速な普及は、タイ国においてもまた、例外ではない。

特にラジオとテレビについては、この15年プロジェクトの間に、都市部は申すに及ばず、農山漁村にも急速に普及したものと思われる。(詳しい統計資料がないので断定は出来ないが、今回のField Tripでも、国道沿線の農家、塩田や水田のかなたに、テレビのアンテナが林立している様子に驚かされた。)

ラジオやテレビは、同じ視聴覚機器といっても、映画とは質的な違いを多く持っている。同じマスメディアとは言っても、Broadcasting、つまり一つの局から広い範囲にわたって電波をばらまく「広播性」、いま現在おこっていることが、居ながらにして視聴できと言う「速報性」などは、映画というマス・メディアには無い特徴であろう。バンコクやチェンマイだけでなく、東北部や南部の農山村でも、同時に、同じ映像や音声が視聴できるという欲び、人びとが一度これを味わったら、どんな経済的犠牲を払っても、テレビやトランジスタラジオを手に入れようとするであろう。

さてこうなると、巡回映画を中心の柱にしてきた本プロジェクトが、現在においても以前同様の効果をあげうるであろうか。映画からテレビやラジオに、主幹教材の位置を次第に移行していくという処置は、すでにタイ側も試みていることがわかった。しかしそれは単に機材—ハードウェアが変わるとか移行するだけで済む問題であろうか。むしろ映画フィルムと、テレビやラジオ番組との間の違い、(パッケージ系と電波系の違いと言っても良いのだが)、このソフトウェアそのものも質変化するのだというところに、大きな、そして難しい問題がでてくるのでなかろうか。

b) 1988～89年度の視聴覚機材等の要請について

- (1) 保健局でラジオ番組を制作し、それをスタジオで録画し、各地の母子保健センター等にコピーしたテープを送り、というシステムが考えられ、それに沿った機材要求が中心になっている。地方へ行けば日常的に接触できるメディアはラジオであり、農作業にもトランジスタラジオを聴きながら、という実態なので、というのが一つの理由。また、番組制作といってもテレビの場合は、お金がかかるし、技術的にも無理があるが、ラジオならば既にスタジオを持ち、番組制作の経験もあるのでというのがもう一つの理由であった。

いずれも納得できる理由ではあるが、次のような問題があると思う。

- ① ラジオというのは代表的な電波系の広播メディアである。一つの番組が、放送局から送られて、同時に全土で受信できるというシステムが前提である。ところが今回の企画では、放送するキー局で、既にパッケージ系のものにして、地方のセンターへ分配していく計画になっている。地方のセンターではその地域一帯に放送(オン・エアで)できる施設があるはずもないので、更にそこでコピーして、病院とか保健所へ、または各家庭へ直接にテープを配るといことになるのでないか。これでは放送(Broad-Casting)にならないし、費用だけをとってみても、大変な額になる。
- ② それだけ金をかけて番組を制作し、録音して分配しても、果たして人びとはそれを視

聴してくれるか。その番組を聴くということは、その時に送られている他の番組（テレビ、ラジオを含めて）を捨てるということなのだが、それだけの魅力を持った番組を自作できるのか。

③ むしろ人気番組（特にドラマなど）のなかに、スポットとして家族計画や母子保健についての情報や知識を挿入するという方法（すでにタイ国で現在実施中）の方法が、はるかに有効であろう。つまりドラマなどの帯番組は、民間や軍の放送局が制作し、そこへ保健局の作ったスポット番組を挿入する形をとるわけである。

c) メディアの与えた影響（Media Impact）やアウトプットの調査と評価

これまで 16 ミリ映画については、視聴者がそれにどう反応したのかとか、視聴者の態度変様にどうつながったのかというような調査や評価が、全くなされていない。チェラロンコン大学の社会学の調査専門家が、評価をしているというのだが、調査項目にはたった一つ家族計画に役立つ映画か否かを問うだけである。たった一つの結論を Yes か No かの二分法で問うのでは、評価したことになる。しかもそのデータそのものは、保健局の手にはなく、我々もしたがって入手できなかった。

ところが一方、ラジオについては、1984 年の 10 月から 11 月にかけて、100 人対象に、面接法で実施した調査がある。これは保健局の手で実施されており、こどもの数や産児制限の方法などの実態調査と、ラジオ番組そのものについての番組評価を合せ持っており、面接法なのでデータも良くとれている。

このラジオ番組についての評価を、16 ミリ映画についても実施してもらうことで、了解がとりつけられた。6 月末までに JICA 経由で大阪大学へ質問項目のリストを届けてもらい、それに修正加筆してタイへ送りかえし、それを基にして、やはり面接法で、幾つかの地域にわたって、評価をしてもらうことになった。せめてこれを 2 年前にやれていたらと思うが、この昭和 63 年度にでもやれば最終の評価に加えることができよう。

d) 今回の Field Trip での印象

(1) Asean Traing Centre for Primary Health Care Development

マイコンでのデータ処理と、視聴覚機器、特に VTR による番組自作は、注目すべき水準にある。特に番組自作については、沖縄国際センター（OIC）に 6 カ月間、研修員として派遣された若い技術者が、自立して先頭に立って PHC の番組を作っていたのが目をひいた。保健局が制作する全国向けの番組（テレビ、ラジオ）と、従来からの 16 ミリ映画や、それをテレシネでビデオテープに入れたもの、それに地方のセンターレベルでつくる地域の実情をとり入れた番組、チラシや広告、パンフレット類、写真やイラスト画、これらのパッケージ化が、ぜひとも必要である。そのためにはこの ATC での自作番組などが、パッケージ化のかなめになると思われる。

保健局もビデオづくりは外注で、ラジオは自作でというような単純なわり切り方でなく、

地方のセンターとのソフトづくりの連けいをもっと考える必要があるろう。

(2) Community Hospital

医者が2人程度の農村地方のCommunity Hospitalでも、視聴覚機器はレントゲン並みの厳重な管理がされている。ビデオテープも30本程度持っていて、常時使用されている。金属製の枠を作り、その中へVTRとモニターテレビを入れて、車に積み込んで巡回するという方法がとられている。しかしながらこうした精密な電子機器を車に積んで、地方の道路を運ぶというのは、決して好ましいことではない。

理想的には、VTRやモニターテレビは、地方のCommunity HospitalやRegional Hospitalだけでなく、小学校や寺院や公民館などにも設置しておいて、ビデオテープのみを貸出しすることであろう。テープと共に医師や普及員が巡回指導できれば最上である。

(3) その他

① Health Centre, Community Hospital, それにRegional Hospital というような

BHS (Basic Health Service) のあらゆるレベルで、施設の中にモニターテレビとVTRを常設し、患者や付添いの家族らが、定期的に視聴できるようにしたい。そこで使うビデオテープについては、保健局やATCなどで制作したもの、16ミリ映画をビデオに移しかえたものなどのコピーが、まず使えるであろう。

② タイ国のテレビ番組で、日本の「一休さん」が好評であった。アニメーションまんが番組である。こうした視聴率の高い一般番組の中へ、商業的なスポットを入れる。それに家族計画や母子保健についての情報や知識を伝えるものをあてる。こうした商業・スポット番組については、外注して専門家に作らせてよい。

IV 評価への提言（過去の協力のとりまとめ）

IV-1 タイ国の人口と国家家族計画政策

1972年のタイ国の人口は37,399千人、人口の自然増加率は3.0%であった。面積は514,000km²であり、人口密度73は世界の国々に比較して必ずしも高いといえないが、自然増加率の3.0%が将来もそのまま継続すれば、計算上は23年毎に人口が倍増していくことになる。

そこで1972年から1976年までの5年間の第3次国家経済・社会発展計画（Third National Development Plan）に当たって、同じ期間に第1次国家家族計画政策（First National Family Planning Program, NFPP）を実施し、その期間に受胎調節による人口抑制を行って、その期間の終わりまでに自然増加率を2.5に引き下げることが達成目標とした。

この政策の目標は達成され、タイ国はさらに次期の国家経済・社会発展計画と並行して、第2次、第3次と国家家族計画政策を継続実施してきた。各次期の到達目標は次のとおりであり、今までつねにその目標は達成されているという。なお現在は第4次政策を実施中である。

表1. タイ国の国家家族計画政策と自然増加率の到達目標

次 数	期 間	年 数	到達目標
第1次国家家族計画政策	1972-1976	5	2.5
第2次 "	1977-1981	5	2.1
第3次 "	1982-1986	5	1.5
第4次 "	1987-1991	5	1.3

〔資料〕 保健省：Family Health in Thailand (1987)

その間のタイ国の人口は、次のようである。

表2. タイ国人口の最近の推移

年	人 口	備 考
1980	46,455千人	1980～1985 年平均人口増加率 2.0
1983	49,459	
1984	50,396	
1985	51,301	人口密度100
1986	52,900	人口密度103

〔資料〕 1980-1985はUnited Nations：Demographic Yearbook,
1986は保健省：Family Health in Thailand (1987)

すなわち国家家族計画政策の目標はつねに達成されてきたとはいえ、すでに人口は5千万人を超えている。国連の推計（United Nations：World Population Prospects as Assessed in 1984(1986)）によると、タイ国の年平均の人口増加率は2000～2005年に1.43、2020-2025年に0.81に下がっても、人口は2000年に65,503千人、2025年に85,929千人になると予測されている。したがってタイ政府にとって、今後もさらに強力な政策を推進する必要があることはいうまでもない。

Ⅳ-2 避妊の普及

タイ国民の避妊の普及を図るために、タイ政府は毎年到達目標を掲げ、その達成に努力してきた。1984年のUSAIDの調査によれば、生殖年齢の既婚婦人の60%以上が避妊を実行中であるという。またその80%は政府の施設または職員のサービスを受けている。

1987-1991年における避妊法別の年次別の新しい避妊実行者数の到達目標と、同期間の積極的避妊実行者数の到達目標はそれぞれ表3、表4のようである。

表3. 1987-1991年の新しい避妊実行者の到達目標

年次	ピル	注射法	IUD	不妊手術 (男・女)	その他	計
1987	583,000	230,000	200,000	180,000	100,000	1,293,000
1988	583,000	240,000	203,000	185,000	100,000	1,311,000
1989	583,000	250,000	207,000	190,000	100,000	1,330,000
1990	583,000	260,000	211,000	195,000	100,000	1,365,000
1991	583,000	270,000	215,000	200,000	100,000	1,368,000
計	2,915,000	1,250,000	1,036,000	950,000	500,000	6,651,000

〔資料〕 保健省：Family Health in Thailand(1987)

表4. 1987-1991年の積極的避妊実行者の到達目標

年次	ピル	注射法	IUD	不妊手術 (男女)	その他	計
1987	1,211,444	461,985	465,666	2,181,722	85,000	4,405,817
1988	1,365,777	501,890	562,277	2,321,237	144,500	4,393,681
1989	1,452,275	521,172	630,430	2,462,913	187,595	5,260,385
1990	1,474,195	531,103	686,528	2,606,704	197,557	5,498,067
1999	1,475,017	541,151	706,466	2,752,570	217,363	5,692,567

〔資料〕 保健省：Family Health in Thailand(1987)

このような数字を見ても、タイ国政府が家族計画の普及と実施のために、毎年いかに真剣に取り組んでいるかが分かる。

Ⅳ-3 家族計画および母子保健に関する国家予算と海外援助

1972年より1988年までの保健省における家族計画と母子保健の予算は、表5のようである。これを見ても、毎年予算を増加して、到達目標の達成に努力してきたことが伺われる。

表6は1972-1981年における国家家族計画政策(NFPP)の財源別予算を示す。また表7は1982-1986年の家族計画活動予算の財源を表す。

表5. 家族計画・母子保健関係予算(単位 Baht)

年次	家族計画	母子保健	助産婦再教育 研 修 費	助産婦学校	計
1972	10,000,000	29,495,000			39,495,000
1973	11,000,000	29,461,000			40,461,000
1974	12,496,600	31,883,600			44,380,200
1975	18,691,800	36,381,800			55,073,600
1976	22,878,800	38,551,200			61,430,000
1977	49,601,000	43,325,800			92,926,800
1978	57,382,960	57,212,010			114,594,970
1979	48,623,300	61,656,300			110,279,600
1980	51,972,900	72,308,200			124,281,100
1981	55,527,400	84,605,000			140,132,400
1982	196,988,600	107,748,400			304,737,000
1983	198,852,200	110,062,800			308,915,000
1984	195,292,850	97,042,200	2,160,200	16,499,900	310,995,150
1985	216,159,100	99,767,000	2,149,000	18,727,000	336,802,100
1986	210,492,500	101,735,500	2,162,500	19,174,000	333,567,500
1987	266,819,800	115,853,100	2,162,500	18,009,700	402,845,100
1988	278,147,700	125,077,500	2,840,800	16,735,400	422,801,400

[資料] 保健省: Family Health in Thailand (1987)

表6. 1972-1981年の国家家族計画政策の財源別予算

(単位 US\$ 1,000)

年次	合計 \$ (%)	タイ国政府 \$ (%)	USAID \$ (%)	UNFPA \$ (%)	UNICEF and JICA
1972	1,973 (100.0)	690 (35.0)	1,283 (65.0)	-	-
1973	3,609 (100.0)	693 (19.2)	1,706 (47.3)	1,210 (33.5)	-
1974	4,280 (100.0)	915 (21.4)	1,982 (46.3)	1,383 (32.3)	-
1975	3,883 (100.0)	1,153 (29.7)	830 (21.4)	1,900 (48.9)	-
1976	6,766 (100.0)	1,466 (21.7)	4,100 (60.6)	1,200 (17.7)	-
1977	7,524 (100.0)	2,986 (39.7)	3,277 (43.6)	1,215 (16.1)	46 (0.6)
1978	7,669 (100.0)	2,869 (37.4)	2,600 (33.9)	1,700 (22.2)	500 (6.5)
1979	8,601 (100.0)	2,431 (28.3)	2,700 (31.4)	2,970 (34.5)	500 (5.8)
1980	7,880 (100.0)	2,600 (33.0)	2,280 (28.9)	2,500 (31.7)	500 (6.3)
1981	8,076 (100.0)	2,776 (34.4)	1,900 (23.5)	2,900 (35.9)	500 (6.2)

〔資料〕 保健省保健局家庭保健課

表7. 1982-1986年の家族計画活動予算の財源

年次	海外援助 \$ (%)	タイ国政府 \$ (%)	合計
1982	4,889,454 (36.2)	8,602,122.3 (63.8)	13,491,576.3
1983	3,652,359 (29.6)	6,683,502.2 (70.4)	12,335,861.2
1984	4,605,861 (35.1)	8,528,072.1 (64.9)	13,133,933.1
1985	5,135,289 (39.1)	8,005,892.6 (60.9)	13,141,181.6
1986	6,508,596 (45.5)	7,796,018.5 (54.5)	14,304,614.5
計	24,791,559 (37.3)	41,615,607.7 (62.7)	66,407,166.7

〔資料〕 保健省：Family Health in Thailand (1987)

表6によると、1972-1981年の予算は、タイ国政府からの財源はつねに40%以下となっている。表7では1982-1986年の予算が示され、タイ国政府からの財源は55-70%の範囲となっている。資料の出所が同じではないので、同一のレベルで見てよいか分からないが、いずれにせよ海外援助による財源はかなり大きい部分を占めてきたことは間違いない。

今後海外からの財源が減少すれば、政策の遂行にかなり支障を来すことが想像される。

Ⅳ-4 家族計画の普及と避妊法の内容

タイ国は首都バンコクを中心とした陸地の国土であり、首都から地方への交通は比較的便利がよいため、中央からの指導の伝達も円滑に行える地理的条件に恵まれている。交通機関はほとんどが自動車に頼っている状況であるが、年ごとに道路が整備されつつあり、地方でも主要道路はかなりよくなったようである。道路の整備は、直接家族計画や母子保健の啓蒙運動に影響するところが多い。

保健省の資料(1987)によれば、タイ国の識字率は84%であるという。すなわち文盲率は16%ということになるが、若い世代の教育の普及率はよいようなので、視聴覚教材による啓蒙はよく受け入れられると考えられる。事実国家家族計画政策の効果が上がってきたのも、今までの視聴覚教材による知識の普及によるところが大きかったものと思われる。

タイ国民の95%は宗教心の厚い仏教徒であり、その政治への影響力も大きいので、人工妊娠中絶の立法化はしばしば議会で問題にされながら、いまだに合法化されていない。したがって合法的に家族計画を行うには、国内で認められた避妊法を実行する必要がある。

表4が示すように、タイ国で行われている受胎調節の方法の中で、もっとも多いのは不妊手術である。1987年の数値を基に計算すると、全体の49.5%を占める。次いでピル27.5%、IUD 10.6%、注射法10.5%、その他1.9%となる。注射法とはデボ・プロベラという黄体ホルモン剤の注射で、通常1回の注射で3か月間の避妊が可能であり、開発途上国でよく使用されているが、タイ国はその使用率のもっとも高い国の一つである。

なお最近ノルプラントという黄体ホルモン剤の入ったカプセルの移植による新しい避妊法が開発され、タイ国でも研究的に用いられている。本法は5~6年間有効という優れた長期避妊効果を示すが、注射法1回分13パーツに比べて、ノルプラントは1,000パーツと高価であり、価格がその普及の障害になっているという。

Ⅳ-5 タイ国の母子保健の現状

家族計画も母子保健の一部であることには間違いはないが、先進国が母子保健の向上によって必然的に家族計画が行われてきたのに対し、開発途上国では人口抑制政策が先行したため、家族計画の普及から開始された。タイ国もその例外でなく、家族計画の実施は目覚ましかつたが、母子保健が取り残された感が強い。

現在タイ国は母子保健の領域にも力を入れているが、先進国のレベルから見るとまだかなり遅れている状況にある。

先進国において出産の介助は医師または助産婦が行うが、開発途上国においては医師、助産婦、看護婦などの資格を持った者が少ないため、いわゆる取り上げ婆さんによって介助が行われる。これをtraditional birth attendant (TBA)と呼んでいる。タイ国も10年前まではTBAの介助による分娩が全体の75~80%を占めていたといわれるが、助産婦の養成によっ

て TBA の介助による分娩は著明に減少してきた。1987 年のマヒドン大学の調査によれば、TBA による分娩介助は全体の 10 % まで減少したという。もしそれが事実とするならば、その努力は高く評価される。

タイ国政府は助産婦養成の施設を作るために、各行政域 (region) に一つの母子保健センター (Maternal and Child Health Center, MCH Center) を作った。タイ国は 9 つの region に分かれており、実際には現在 6 つの region に完成しているが、三つの region はまだできていない。母子保健センターは助産婦の教育の場とともに、妊産婦の管理、分娩施設、新生児・乳児の管理も行っており、またその地域の母子保健に関する地域活動も活発である。分娩数も多いため、必然的にセンターの周辺の住民はその恩恵に浴することができる。

最近行政機構の改革により、母子保健センターは保健増進センター (Health Promotion Center) と名称を改めた。本センターの活動範囲をさらに家庭保健 (family health) の領域にまで広げる目的で実施されたと考えられ、その進歩は評価できよう。

しかし助産婦の介助による分娩は増えて、TBA によるものは激減したとはいえ、妊産婦や乳児の定期健診はまだきわめて不完全で、いわゆる未熟児の管理はまだまったく行われていないような状況にある。

家族計画の普及が順調に進行してきた反面、取り残された母子保健のレベルを、今後向上していくことが大きな課題として現れてきている。これからはこの領域に重点を置いた施策が要求されるであろう。母子保健レベルが向上すれば、必然的に家族計画は徹底するからである。

Ⅳ-6 今回の視察における感想

タイ国の家族計画あるいは母子保健は、政府の施策の中に多額の海外援助による協力が加わって実施されてきた。わが国の援助も UNFPA を介した多国間協力と、JICA による二国間協力が関与している。これらが総合した状態で行われてきたものに対し、JICA の援助によるものだけを切り離してその供与と効果を評価することは難しい。

しかしすでに述べたように、タイ国における家族計画の発展は目覚ましいものがあり、国際的にも大きく評価されていることも事実である。ただ今まで取り残された母子保健の領域の充実が、今後の大きな課題である。

われわれの援助も、今まで単に家族計画の分野に限定せず、助産用品の配布や母子保健センターの設備の充実など、母子保健の領域にも力を注いできた。このような援助は、今後ものなるかの形で存在することが望ましいと考えられる。

タイ国における今後の大きな問題の一つは、都会と地方における医療レベルの隔差であろう。保健増進センターや県病院、郡病院からも離れた地域では、現代医療の恩恵に浴することはきわめて困難であると思われる。われわれがその領域にまで援助の手を広げることには制約があるが、国全体の保健レベルを評価する場合には、そのような地域の存在は無視できない問題が

残る。

タイ国への15年間にわたるJICAの家族計画・母子保健の協力は、昭和63年（1988）度をもって一応終了しようとしている。その最終的な総合評価は改めて行うとしても、少なくとも協力の効果は十分にあったものと考えられる。

V 参 考 資 料

タイ国人口家族計画プロジェクト巡回指導班出張報告

1. 人口家族計画プロジェクト

(1) 現 状

当国におけるMCH/FPのサービス実施体制の整備は総じてかなり進んでおり、その成果も著しい。

しかし、地域格差がみられ、東部・東北部（最貧地域）及び南部（イスラム地域）は他部と比べかなりの後れをとっており、MCH/FPのいまだ初期段階にある。他方、進んでいる他部においては現体制の質的向上が課題となっている。

当該分野の主要ドナーであるAID/USA及びUNFPAは除々に撤退する計画であるため、わが国に肩代りを期待する意向が強い。

(2) 今後の対処方向

本プロジェクトは1989年3月に終了するため、この機会をとらえ、過去15年間に亘るわが国協力を評価・見直しをおこなうこととし、その結果を踏えて今後の方向を定めるようにすることがのぞましい。今回調査結果によれば、前述の「地域格差」を配慮し、後進地域においては従来通りのハード面拡充を主とするMCH/FPの体制整備を継続させることとし、一方、先進地域においては産婦人科及び小児科関係のMCHサービス質的向上を意図する諸協力を中心とした協力をおこなうことが考えられる。（但し、後者の場合は、人口家族計画事業よりも一般保健医療協力事業がなじむ部門であり、この間の調整が必要となる。）

2. 国際緊急援助隊関係（ADPG/AIT）

(1) Asian Disaster Preparedness Centre (ADPG) は1986年1月に開設され、UNDRO及びOFDA/AID-USAのアジア地域におけるCollaborating centreとして災害関係の訓練・情報活動をおこなっている。

(2) センターの現主要スタッフは4名のみであるが、必要な講師・専門家を外部の大学、研究所、国際機関等より招へいし、要員強化をおこなっている。

(3) 自主の訓練コースであるDisaster Managementコースのカリキュラムは、英国マサチューセツ大経営学科がコンピューター利用により開発したロールプレーを伴うシミュレーション学習であり、英国では警察関係においても使われており、大変効果的な訓練手法である。

本コース参加者は各国の防災責任官庁の中堅であり、帰国して習得知識技術の活用及び普及をおこなうため、コースの効果は非常に大きいといえる。

上記コースの他、防災技術（構造物耐震設計、都市計画等）、外国災害援助担当者に対する研修コース等もおこなっている。

- (4) 情報活動はいまだその緒についたばかりであるが、アジア・太平洋諸国の Historical Disaster Literature の整備、Asian/Pacific Disaster Information Network の設置等を計画している。
- (5) わが方としては、本センターの諸活動に積極的に係り合い、可能な限りの支援をおこなう、わが国国際緊急援助隊の最重要対象地域にあるアジア・太平洋州地域におけるひとつの拠点として活用できるようにすることが提言される。この支援方法については「第三国研修方式」も検討できよう。

JICA