

c. 死 因

死因統計は埋葬許可のために必要とされる各地区事務所で作成された死亡証明書に基づいて作成される。作成された死亡証明書は統計局に送付され、毎月、国際分類に従って分類し、刊行される。

表Ⅱ-18に示したのは、1980年における上位10位の死因別死亡数と全死亡に占める比率を示したものである。注目すべきは、第2位に乳児に関連する死亡、第3位に妊娠、分娩による死亡があげられている点であり、これを改善するためには、母子保健分野での対策が急務となるであろう。妊産婦死亡については、母集団の特定が現在入手された資料では不明なので、計算することはできないが、施設分娩以外の出産が多い地域ではこの比率はさらに高くなると考えられる。

表Ⅱ-18：死因別死亡数（1980年）

死 因	件数	全死亡数に対する比率
高血圧性疾患 虚血性心疾患 その他の心疾患	38,198	29.2%
出生時損傷、難産、無酸素症および低酸素病/ その他周産期死亡	30,302	23.1%
流産/ 妊娠、分娩および産じよくの合併症、合併症の記載のない分娩	13,506	10.3%
肺炎	11,227	8.6%
リンパ組織および造血組織の新生物を含む悪性新生物	8,711	6.6%
脳血管疾患	6,683	5.1%
腸炎/その他下痢性疾患	4,895	3.7%
呼吸器系結核および後遺症を含むその他の結核	1,714	1.3%
先天異常	1,567	1.2%
自動車事故 その他すべての事故	1,532	1.2%

資料) Stete Institute of Statistics, Statistical Yearbook 1987.

d. 婚姻（配偶関係別人口比率の推移）

1) 配偶関係別人口

配偶関係別人口は、表Ⅱ-19に示す通りである。1975年における12歳以上人口の有配偶人口比率は、男子は57.43%であり、女子は61.24%である。1980年における12歳以上人口の有配偶人口比率はそれぞれ、59.08%、62.94%である。

表Ⅱ-20は、1975年、1980年における配偶関係別人口について年齢別、男女別に示したものである。わずか5年間についての変化なので、大きな変動はみられないが、2時点間を比較すると15-29歳年齢階級における未婚比率が、1980年において高いことから、若干ではあるが、晩婚化がすすんでいるのではないかと考えられる。

表Ⅱ-19：配偶関係別人口およびその比率（1975年、1980年）

婚姻関係	1975年			1980年		
	男子	女子	計	男子	女子	計
未婚	5,287,177 (38.2)	3,775,988 (28.8)	9,063,165 (33.6)	5,962,225 (38.7)	4,273,679 (28.2)	10,235,904 (33.5)
有配偶	7,938,830 (57.4)	8,035,780 (61.2)	15,974,610 (59.3)	9,099,677 (59.1)	9,525,043 (62.9)	18,624,720 (61.0)
死別	252,592 (1.8)	1,034,377 (7.9)	1,286,969 (4.8)	262,340 (1.7)	1,229,588 (8.1)	1,491,928 (4.9)
離別	66,584 (0.5)	107,059 (0.8)	173,643 (0.6)	77,578 (0.5)	109,491 (0.7)	187,069 (0.6)
不明	278,287 (2.0)	169,050 (1.3)	447,337 (1.7)	-	-	-
合計	13,823,470	13,122,254	26,945,724	15,401,820	15,137,801	30,539,621

出所) Statistical Yearbook of Turkey, 1987.

表II-20(1):配偶別係別人口比率-1975年

年 齡	男 子					女 子				
	未婚	有配偶	死別	離別	不明	未婚	有配偶	死別	離別	不明
15~19	91.2	8.3	0.2	0.0	0.3	78.1	21.2	0.2	0.1	0.4
20~24	58.6	40.7	0.2	0.2	0.4	24.0	74.6	0.5	0.5	0.4
25~29	18.4	80.7	0.3	0.5	0.2	6.7	91.3	0.8	0.8	0.3
30~34	6.1	92.6	0.3	0.6	0.3	3.4	94.0	1.6	0.8	0.2
35~39	3.6	95.0	0.7	0.5	0.2	2.1	93.9	3.0	0.9	0.1
40~44	2.3	95.8	0.8	0.8	0.3	2.1	91.1	5.7	0.9	0.3
45~49	1.8	96.1	1.3	0.6	0.2	1.7	87.5	9.1	1.5	0.2
50歲以上	1.7	88.3	8.7	0.9	0.4	1.6	59.7	36.8	1.3	0.6
年齡不詳	17.3	71.3	1.5	0.2	9.8	16.1	20.0	4.5	0.6	58.7

表II-20(2):配偶別係別人口比率-1980年

年 齡	男 子			女 子		
	未婚	有配偶	離・死別	未婚	有配偶	離・死別
15~19	91.8	8.0	0.2	78.3	21.4	0.4
20~24	61.0	37.3	1.7	27.1	71.6	1.4
25~29	17.1	82.1	0.8	7.3	91.1	1.6
30~34	5.2	94.0	0.8	3.4	94.0	2.5
35~39	3.0	95.9	1.1	1.9	94.2	3.9
40~44	2.1	96.6	1.3	1.5	91.8	6.6
45~49	1.7	96.5	1.8	1.5	89.9	8.6
50歲以上	0.9	90.3	8.8	1.1	62.4	36.5
年齡不詳	36.6	51.0	12.3	19.7	58.7	21.6

資料) 國際連合、『世界人口年鑑 1982年』、1984年。

2. 女子初婚年齢について

婚姻届けは、各自治体に報告される。農村部における届出は、1982年から農村部における結婚についても婚姻に関する情報収集が開始された。表Ⅱ-21に示したのは、1986年における婚姻数である。ここでは、同時に、再生産年齢にあたる15-49歳の年齢についての婚姻数および平均年齢を示した。

表Ⅱ-22は標本調査による結婚初婚年齢を示したものである。表Ⅱ-22は比較すると結婚年齢が低くなっている。近年の結婚年齢の上昇は、東部地域で顕著であり、これは宗教による婚姻を正式の婚姻とする行政的措置によるものである^D。

1) Prime Ministry State Institute of Statistics, 1986 Marriage Statistics, 1987, pp. 2-3.

表Ⅱ-21：年齢階級別婚姻数とその平均年齢（1986年）

年齢階級	男子	女子
15-19	34,582	141,685
20-24	170,393	170,642
25-29	127,054	49,586
30-34	30,797	12,221
35-39	8,579	4,098
40-44	4,074	2,400
45-49	2,957	1,489
全年齢	378,436	382,121
平均年齢	25.3	22.0

資料) Prime Ministry State Institute of Statistics, 1986 Marriage Statistics, 1987

表Ⅱ-22：既婚女子年齢階級別平均初婚年齢

年齢	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	25-49
1978年	18.4	18.1	17.6	18.0	18.3	18.1
1983年	18.3	18.2	17.9	18.0	18.1	18.1

出所) Hacettepe University, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1987

e. 域内移動

移動に関するセンサス項目は出生地および前住地に関し質問が行われている。表Ⅱ-23は1975年、80年の住所に基づいた人口である。表側に示したのが1975年の住所、表頭が1980年の住所である。5年間の移動については、農村部から郡中央への男子移動が最も多く、次いで郡中央から県中央への比率が高くなっている。男子に対し、女子の移動率は若干低いようである。

表Ⅱ-24は、1970-75年移動データであるが、人口集中地区であるアンカラ、イズミール、イスタンブールを除いた各地域別の純移動率が示されている。これらの地域を除くと各地域における純移動は流出超過の傾向が示されている。

表Ⅱ-25はアンカラ、イズミール、イスタンブールへの流入人口を地域別に示したものである。アンカラ、イズミールについては近県からの移動が中心であり、イスタンブールに関しては、前住地が両者と比較して多様である。

表Ⅱ-23：1975年の前住地に基づく1980年人口

		1980 (%)					
1975	1980	県中央		郡中央		農村部	
		男子	女子	男子	女子	男子	女子
	県中央	92.10	93.20	4.21	3.24	2.00	1.26
	郡中央	4.28	3.71	91.33	93.00	1.87	1.33
	農村部	3.58	3.06	4.40	3.75	96.10	97.40
	不明	0.04	0.03	0.06	0.03	0.02	0.02
	計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

資料) State Institute of Statistics, Census of Population 1980: Migration by Permanent Residence.

表Ⅱ-24：1970-75年純移動率

地域名	純移動率	全移動人口に対する比率	全人口に対する比率
中央北部 ¹⁾	-8.62	13.5	14.6
エーゲ海 ²⁾	-5.64	11.25	14.43
マルマラ海 ³⁾	-1.74	2.36	16.78
地中海	-0.15	0.34	11.71
北東部	-11.35	12.37	5.69
南東部	-8.93	14.25	8.32
黒海	-8.76	20.5	12.21
中央南部	-6.44	10.37	8.4
中央東部	-9.97	15.0	7.85
トルコ全国 ^{1. 2. 3.}	-6.54	100	100

注) 1. アンカラを除く、2. イズミールを除く、3. イスタンブールを除く
出所) Rainer Doh, "Inter-Provincial Migration in Turkey and Its Socio-Economic Background: A Correlation Analysis", The Turkish Journal of Population Studies, Vol.6, 1984.

表 II-25 : 生涯人口移動

(%)

出身地域	流入人口 ^a		
	イスタンブール	イズミール	アンカラ
中央北部 ¹⁾	10.5	10.9	33.0 ^b
エーゲ海 ²⁾	7.0	34.0 ^a	6.0
マルマラ海 ³⁾	11.5 ^d	6.6	6.7
地中海	4.2	5.1	4.6
北東部	10.5	9.4	10.4
南東部	4.4	6.4	3.2
黒海	30.8	6.8	11.1
中央南部	5.7	13.8	12.1
中央東部	15.4	7.1	12.9
トルコ全国	100	100	100

注) a. イスタンブール、イズミール、アンカラ居住人口

b. アンカラを除く、c. イズミールを除く、d. イスタンブールを除く

出所) Rainer Doh, "Inter-Provincial Migration in Turkey and Its Socio-Economic Background: A Correlation Analysis", *The Turkish Journal of Population Studies*, Vol. 6, 1984.

f. 将来人口推計

将来人口推計については、5つの推計値について表 II-26 に示した。国連推計については中位推計を用い、そのほかは SPO による推計である。SPO の推計は、

a. 全国の出生率水準が西部地域の出生率のレベルを達成することを仮定、

b. 過去5年間の出生率の低下率 12.88% が継続すると仮定、

c. 1975 - 80 年の出生力水準が継続すると仮定、

d. 現在のイスタンブール市の出生率を目標に設定して推計、

以上4つの仮定をもとに人口推計が行われているが、SPO が採用している推計値は政策目標も含めた a である。

表 II-26 : 将来人口推計

(千人)

	1980	1985	1990	1995	2000
国連推計	44468	49974	56013	62352	68466
SPO-a	44736.9	49840.5	55401.1	61258.9	66907.6
SPO-b	44736.9	49509.2	54502.1	59451.6	64060.0
SPO-c	44736.9	50361.1	57273.2	65348.4	74437.8
SPO-d	44736.9	49711.8	55036.8	60402.2	65433.8

出所) 国連推計: United Nations, *World Population Prospects: Estimates and Projections as assessed in 1982*, New York, 1985.SPO推計: Tuncer Kocaman (Expert at the SPO), *Structure of Turkish Population, Population Policy and Future Prospects*, 1987

Ⅲ 保健医療サービスの現状

1. 保健医療分野の政策

a. 方針・戦略（PHCと家族計画との関係）

保健医療分野における基本方針として、第5次5カ年開発計画（1985－1989）には、『医療の一般的水準を向上させ、すべての国民に、すべての地域に医療サービスを提供すること』があげられている。これを実践するための政策の原則は下記の通りである。

- ① 予防的かつ基本的医療サービスがすべての地域に適切に、効率的に行き渡ること
- ② 環境改善のための医療環境の整備
- ③ 労働者が健康に働けるための労働環境の整備
- ④ 各自の社会経済水準に応じた希望子供数を得るための適切で効果的な家族計画サービスの提供
- ⑤ 乳児死亡率の低下
- ⑥ 医療サービス向上のための有床の医療機関との連携を計ること
- ⑦ すべての医療レベルにおける適切な人材の雇用と訓練
- ⑧ 国民に対する医療健育
- ⑨ 需要に応じた医薬品の生産
- ⑩ 建物、医療器具等の維持、保全に関する新しいガイドラインの構築

上記の政策原則を第5次5カ年開発計画期間中に達成するためには

- ① 効率的で、信頼でき、容易な医療サービスが提供されること
- ② 治療的医療から予防的医療への転換
- ③ 医療サービスにおける地域格差の是正
- ④ 有床の医療機関の拡充
- ⑤ 乳児死亡率の低下
- ⑥ 医療サービスの効率を図るため、国家、大学、病院間の協力体制を強化
- ⑦ 患者の大都市集中傾向を排除するため、各地域医療機関の拡充を計ること
- ⑧ 治療後のリハビリテーション・システムの充実
- ⑨ 医薬器具の維持・管理を計るための人材教育
- ⑩ 医療サービスを適切に行うための人材の質と人員の確保
- ⑪ 民間部門の医療機関の充実
- ⑫ 健康保健制度への移行

等が、政策目標として挙げられている。

上記の基本方針、政策は次のように要約されると考えられる。第一は、医療の質的側面も含めた医療サービスの地域格差の是正である。第二は、乳児死亡率の低下にも関連すると考えられるが、予防的医療への転換であり、第三は、医療サービス充実のための人材の拡充とそれを達成するための訓練・教育である。

第一の医療の地域格差については、社会経済的にも後進地域である東部地域の医療改善に重点がおかれている。同地域に関しては、東部17県を対象としたUNFPAプロジェクトも行われている。また、医療従事者の人材の確保については1981年8月（アンカラ大学医学部、フェルダ・オズユルダン助教授 Dr. Ferda Ozyurdanからの聴取）以降、6年間の医学部コース終了の後、2年間の僻地医療従事が義務付けられ、これにより、後進的な地域を含めた各県の保健センターにおける人員確保が行われている。第二の乳児死亡率低下については、1985年末以降、乳児死亡率改善のための全国的予防接種キャンペーンが行われている。第三の人材の確保については、業務内訓練としてのイン・サービストレーニングをはじめとして3.bに後述するような訓練が行われ、サービス拡大が行われている。PHCと医療行政の具体的な関連については、『2.保健・医療機構のモデル』の項で、市・郡レベルの医療機構として、ヘルス・ユニットとヘルス・ハウスの機能を中心として説明する。

b. 目 標

第5次5カ年開発計画（1985-1989）期間中に医療サービス向上のため、建設が予定されている医療施設は表Ⅲ-1に示す通りである。医療施設の建設目標は人口1万人あたりに1つの診療機関を設置することである。

表Ⅲ-1 医療施設建設目標

年次	医療ユニット数	施設院の数
1984 (現状)	2,754	7,452
1985	658 (21県)	613 (38県)
1986	658 (29県)	948 (58県)
1987	—	949 (58県)
1988	—	955 (59県)
1989	—	750 (67県)

注) ここでいう医療ユニット(Health Unit)は直接家庭に医療サービスを提供する機関である。通常、1専門医、1一般医が勤務し、3つのヘルス・ハウス(Health House)を管轄している。State Institute of Statistics, Statistical Yearbook of Turkey 1987, p.91

出所) State Planning Organization, Fifth Five Year Development Plan 1985-89, p.167

また、厚生省母子保健・家族計画局によれば政策方針にあげられている乳児死亡率の改善については、1990年までに乳児死亡率を出生1000に対し50に低下させることを目標としており、死亡率改善が最も容易である下痢疾患の治療と予防に力を入れているとのことである。

c. 予 算

主な省庁における予算額は表Ⅲ-2に示す通りである。

表Ⅲ-2：主な省庁の予算額および全予算に対する比率

省名	(単位：10億TL、()内は%)					
	1981	1982	1983	1984	1985	1986
国防省	287.6 (19.4)	317.7(18.5)	444.0(18.1)	583.6(18.9)	860.8(15.9)	1,307.0(18.4)
内務省	6.0 (0.4)	6.6(0.4)	10.6(0.4)	14.1(0.5)	17.6(0.6)	21.4(0.3)
文部省	148.1 (9.9)	188.5(11.0)	287.7(11.7)	341.5(11.1)	465.9(8.6)	618.4(8.8)
厚生省	55.4 (3.7)	50.1(2.9)	75.2(3.1)	100.1(3.2)	137.5(2.5)	192.7(2.7)
農業省	30.8 (2.2)	34.6(2.0)	56.5(2.3)	73.1(2.4)	83.2(1.7)	115.8(1.6)
工業省	8.1 (0.5)	16.2(0.9)	22.7(0.9)	24.5(0.8)	26.0(0.5)	31.9(0.4)
工種-省	9.0 (0.6)	8.8(0.5)	13.2(0.5)	18.9(0.6)	22.3(0.4)	28.8(0.4)

注) 1.()内は総予算に占める比率:%

2.1986年度予算については暫定

出所) The Turkish Daily News, Turkey 1986 Almanac, p.203

d. 外国援助に対する対応

近年、医療行政向上のため、外国からの援助プロジェクトが増加するにつれ、国家計画庁社会計画局 (Social Planning Division, State Planning Organization) も厚生省関係局からの立案書に対し、他の省庁との関連で効率を計ったり、全省的展望を加味して修正、助言がフィードバックされる。同じく、国家計画庁内の外国資本局も審議過程に参入する可能性があると思われたが、社会計画局長イラン・ドウルゲル (Mrs. Ilham Sulger, Director) の下で働いた経験をもつアンカラ大学経済学部ガジ・オジュハン (Dr. Gazi Ozhan) によれば、外国資本局内で審議対象となるプロジェクトは、通常100万ドル以上の外国人投資を伴う案件についてのみであり、それ以外についての審議は、社会計画局で行われるとの情報を得た。

医療分野の外国援助について、乳児死亡率改善に関する援助は下記に示す通りである。また、医療スタッフの訓練を含めた外国援助については、家族計画との関連性が強いので、IV-3-Cで述べる。

1) EPI (予防接種普及計画)

1985年末、トルコ政府は高い乳児死亡率(出生1000に対し90)を低下させるため予防接種を受けていない、または部分的にしか予防接種をしていない5歳以下の乳幼児510万人の少なくとも80%に対し予防接種を行う全国的キャンペーンを実施した。キャンペーンは1986年1月から3カ月、さらに同年4月に7日間のミニ・キャンペーンが行なわれ、保健省を中心とし、内務省、文部省、トルコ赤十字の協力、および予防接種の知識普及のため学校教師、宗教者、各コミュニティー・リーダー等のネットワーク、TRT(トルコ・テレビ局)も活用された。

主な援助機関はUNICEFであり、NGOとしてトルコ・ロータリークラブから10万ドル、また国際ロータリークラブからポリオ・ワクチンとして210万ドル寄付された。EPIキャンペーン中には予防接種を行うスタッフの訓練も同時に行われた。1987年6

月現在における予防接種率（対象生後23カ月）は、DPT75%、麻疹50%である。しかしながら、普及率を地域別にみると、農村部については接種率が低く、これを改善するために母親に対して予防接種の認識を高める必要がある。

参考資料) UNICEF, Noted Project Proposal, 1987.

2) CDD（下痢疾患予防計画）

CDDは、1986年にEPIに引き続きORT（経口補水治療）強化のため、行なわれた。同年3月、小児科医、保健担当官、県知事、薬剤師等を招聘し、児童健康会議が大統領により開かれた。ORTユニットがハジェテベ小児科病院および6県に設立された。1987年には70以上のユニットが設置された。

WHOと協力して、275人の医療担当員の訓練が行われ、ヘルスセンターの医師の監督の下に、ORTを行う看護婦、助産婦の指導が行われた。ORT普及のため、テレビ、ラジオ、新聞、雑誌等のマス・メディアが利用された。ドイツ連邦共和国、ロータリー財団からの資金を得て、ORSの1リットル袋765万個が輸入され、国内でも200万個生産された。

参考資料) UNICEF, Noted Project Proposal, 1987

3) CARI（急性呼吸器系疾患予防計画）

1986年、トルコ政府はUNICEFとWHOに対しCARIのための技術、資金協力を要請した。1986年冬、予防と早期治療を啓蒙するマス・メディアプログラムが組まれた。1987-88冬季、UNICEFは、東部および東南アナトリア地方の肺炎にかかっている児童の50%に対し無料診療を行った。

優先地域2県におけるマス・メディアを利用した普及計画を行ったが、その費用は放映時間に換算すると500万ドルを越えた。

優先地域についての活動は、ドイツ連邦共和国の資金を用い、主としての助産婦の質的向上に充てられている。助産婦に関しては、母子保健と家族計画の関連でUNFPAが保健省のカウンターパートとなり、その指導にあっている。このプロジェクトの中でUNICEFは助産婦活動に必要な器具および教材提供を行い、これを支援している。

参考資料) UNICEF, Noted Project Proposal, 1987.

4) 1988年以降のUNICEF援助

今年度（1988年）から開始されるUNICEFプロジェクトは下記に示す通りである。

表Ⅲ-3 : 1988年以降のUNICEF援助

プロジェクト名	トルコの優先地域における子供の生存と開発に関する総合サービス	トルコの都市貧困層の子供の生存と開発に関する総合サービス
期間	1988-1992	1988-1992
予算	US\$2,190,000	US\$1,310,000
政府予算	US\$45,000,000	US\$30,000,000
対象地域	東、東南部の28県（人口1800万人） 農村貧困地域	イズミール、アンカラ、イスタンブールの 都市貧困層、中都市ゲジュコンド住民
実行機関	保健省、内務省、文部省、宗教庁、TRT	保健省、内務省、文部省、宗教庁、TRT 都市自治体、大学
プログラム 内容	乳児予防接種、破傷風予防接種、呼吸器系 疾患予防、乳幼児の食物改善、母子保健の ための出生間隔指導、母親の教育	乳児予防接種、破傷風予防接種、呼吸器系 疾患予防、母子保健のための出生間隔指導 母親の教育
受益者	0-5歳時300万人、再生産年齢女子410万	0-5歳時130万人、再生産年齢女子230万

出所) UNICEF, Noted Project Proposal, 1987.

2. 保健医療機構のモデル

a. 中央レベル

1920年5月組織された在アンカラ臨時トルコ政府には11の省が設けられたが、厚生省はその一つであった。この当初からの厚生省設立は、国民全体の健康・福祉が大蔵、国防、内務、教育等と並んで国家の重要課題であることを立証している。建国当初から保健医療が国家主導により行われたため、民間医療体制の発展はほとんど見られなかった。しかし、1950年代後期の人口爆発、急激な都市化とともに、都市部でクリニックが開設され、慈善篤志家の寄付による無医村地域の総合病院が僻地にも開設された。ことに、80年代以降の経済自由化の波は医療にも波及し、大学病院スタッフの診療所開設が進み、公務勤務中の個人の診療所での診療報酬受け取りが社会問題となって表面化してきた。

各機関別の病院数およびベット数は表Ⅲ-4に示す通りである。これによれば1985年現在における民間医療の割合は2%以下であり、医療の政府主導体制が存在しているともいえる。しかも現存の私立病院の過半数が三大都市の外人居住者に向けられたものであり、進行中の第5次5カ年開発計画でも私設保健医療体制の促進・充実が述べられている。

表に示したように病院は98%が政府管轄であり、大半が厚生省ないし大学医学部社会保険庁の予算で管理運営されている。三種の総容量に対し、図Ⅲ-1に示した厚生省の調査計画調整委員会において、地域格差を是正するための病床数、新設病院の県別割当が行われている。

表Ⅲ-4：機関別病院数，ベッド数（1985年）

機関名	病院数	ベッド数
厚生省	477	62,123
国防省	44	15,100
その他の省庁	3	990
社会保健庁所管	77	17,820
国営企業体	16	2,058
大学医学部	20	14,274
都市自治体	7	920
各種団体	7	414
外国人病院	8	681
少数民族病院	5	934
民間企業	97	2,612
合計	761	118,226

出所)The General Directorate of Press and Information of The Republic of Turkey, Turkey 1987.

b. 県レベル

県レベルの行政機構については、県知事までは、中央内務省の任命制であり、県知事の監督の下に県庁衛生局が本省策定計画に従って、予算を実行に移す。県レベル医療行政は中央と直結する県衛生部の県民医療行政全般の監査と、県内の本省直轄病院の管理運営である。

県税民はなく、従って県立病院は存在しない。県衛生部の組織図は図Ⅲ-2に示す通りであるが、各課に定員不足のための兼任化が多くみられる。1962年以来、市、郡レベルのヘルス・ユニットが直ちに、厚生省、月例報告をしているため、県衛生部は監査・管理の他は、緊急時の医療機関調整に大切な役割を演じる。

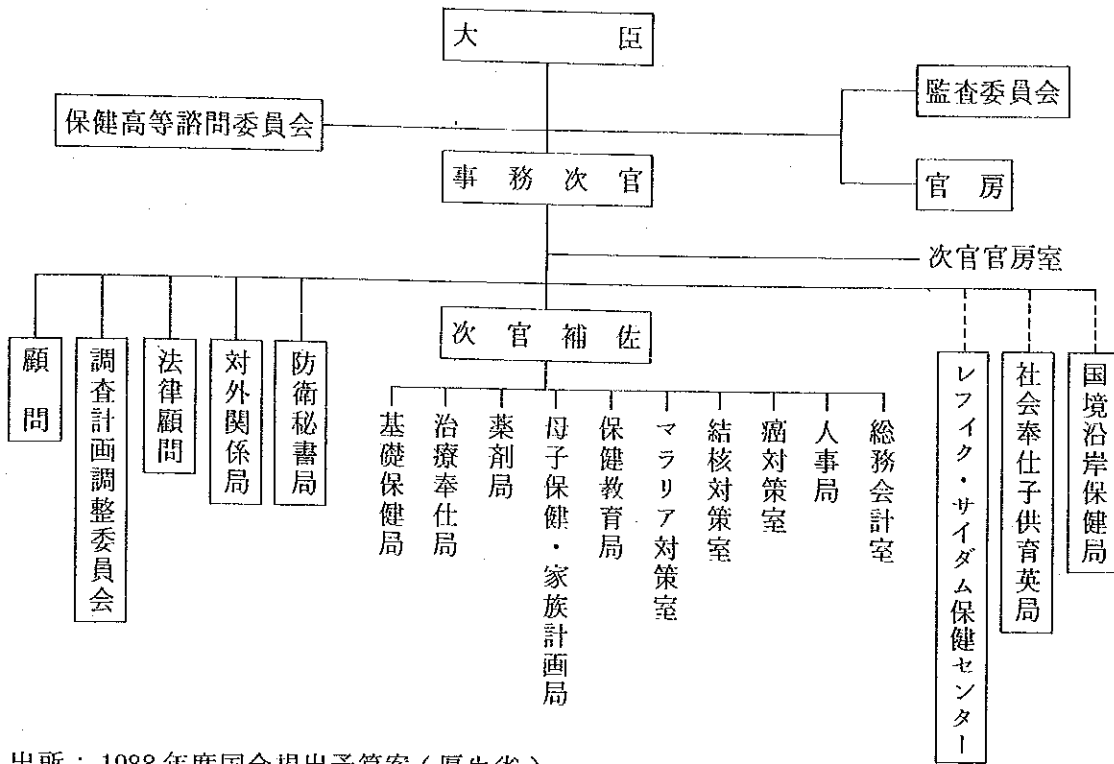
c. 市・郡レベル

市レベルにおいては、市制を敷く1700余りの都市においては徴収された市民税により私立病院を経営している所もある。しかしながら、その数は大都市の7カ所に限られており、主流は国立病院または大学病院である。

市・郡レベルでは3000余りのヘルス・ユニットがあり、医療サービスを行っている。トルコ語のユニット（OCAGI = 炉端）という名称は僻地医療に灯をともしという語感をもっている。この医療サービスの中核となっているヘルス・ユニットはPHC、診療産前・産後の検診、予防接種等をするための医療サービスとして定着してきている。

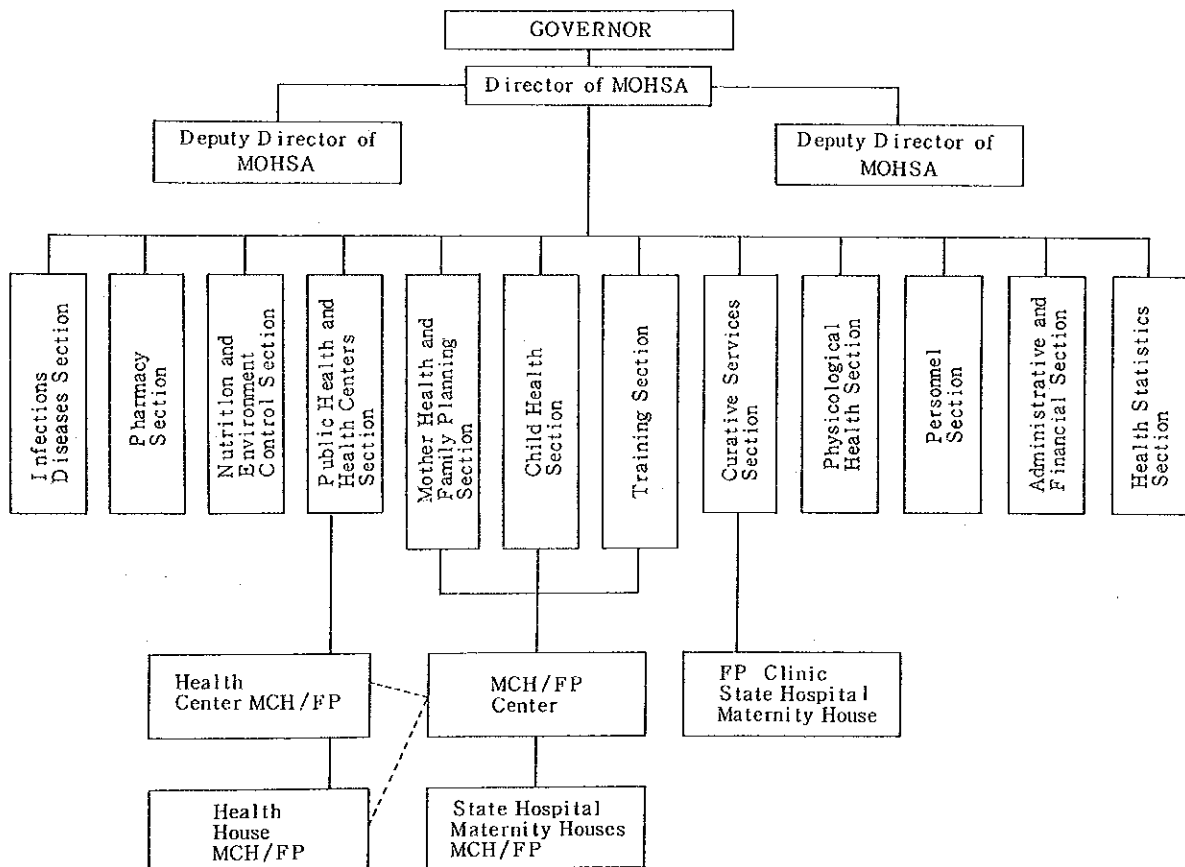
ヘルス・センターは、全国20の医学部と係りし、ヘルスセンター（医療機モデルの中では県レベルと市・郡レベルの合間に介在することになる）では、それぞれ受け持ち地域の世帯住民十数万人の患者カルテが完備されているが、この約一万人を対象とする地方のヘルス・ユニットでは、この個人ベースの患者カルテが存在していないようである。（ヘルス・センターについてはエティスメグット・ヘルス・センター所長、アンカラ大学のアクテペ（Aktepe）両センターからの聴取、ヘルス・ユニットについては1984年のAkedere, Sincan両ユニットの観察、および今回の保健省における聴取による）スタッフ不足により現在は、患者の診療のみに追われている。ヘルス・ユニットが多いようである。そこで個別訪問はさらに下位の

図 III - 1 : 厚生省中央部の組織図



出所：1988年度国会提出予算案（厚生省）

図 III - 2 : 県レベルの組織図



ヘルス・ハウスに譲るとしても、地域住民の特性に応じた活動、PHCを通しての従来の機能（図Ⅲ-2で示した左半分の課の掌握）の充実に加えて保健普及活動のポテンシャルにおいて、他の医療行政単位をはるかに抜きん出ている。

d. 末端レベル（ボランティアを含む）

保健医療行政機構の末端に位置しているのは、ヘルス・ハウスである。図Ⅲ-3に示すように、一つのヘルス・ユニットが3つのヘルス・ハウスを管轄している。大学病院およびヘルス・センターがある20大都市においては、広域圏病院として7～30のヘルス・ユニットが置かれているため、末端レベルの医療についてはヘルス・ユニットの管轄となっている。一方、ヘルス・ハウスは、山村部を中心とする末端医療単位といえることができる。人口2000～3000を対象として設置されるヘルス・ハウスの医療要員は、助産婦と看護婦であり、妊婦の定期検診と出産補助、乳幼児の医療が中心となっている。僻地のヘルス・ハウスは助産婦資格を持った婦人の家とその役割を果たしている場合もある。また、過疎地においては、ヘルス・ユニットへの距離が遠い場合、助産婦、看護婦がヘルス・ユニットの業務を肩代りする場合もある。こうした場合を考慮し、今後のヘルス・ハウスの機能は幅広いPHC機能への転換も必要とされる。

尚、ヘルス・ユニット、ヘルス・ハウスの組織と人員構成については『Ⅳ-1-d. 組織人員』で述べることにする。

3. 保健医療要員について

a. 職種別従事者

表Ⅲ-5に、職種別の医療要員（医師、看護婦、助産婦等）の実数、および人口1万人当りの人数を地域別、県別に示した。表は人口1万人当りの医師数によって多い順に並べ換えたものであるが、ここには明らかな地域格差が観察される。表にはE：東部、S：南部、W：西部、N：北部、C：中央部の記号により、県の地域を示したが、1万人当りの医療要員が少ない地域は東部に集中する傾向が観察される。すなわち医療水準に関して、西高東低の傾向がみられる。

b. 職種別養成システム・年間養成数・再教育システム

医師については、1981年8月の改正以降、大学で6年間の医学コース終了後、2年間の僻地勤務があり、その後専門試験をうけ、各専攻に応じ4～6年の大学または政府病院勤務を行う。（アンカラ大学医学部、フェルダ・オズユルダン助教授からの聴取）

医師以外の訓練システムについては、『Ⅳ人口家族計画関連分野の実施体制』の分野とも関連性をもつ医療要員全体の訓練計画について、以下において説明する。

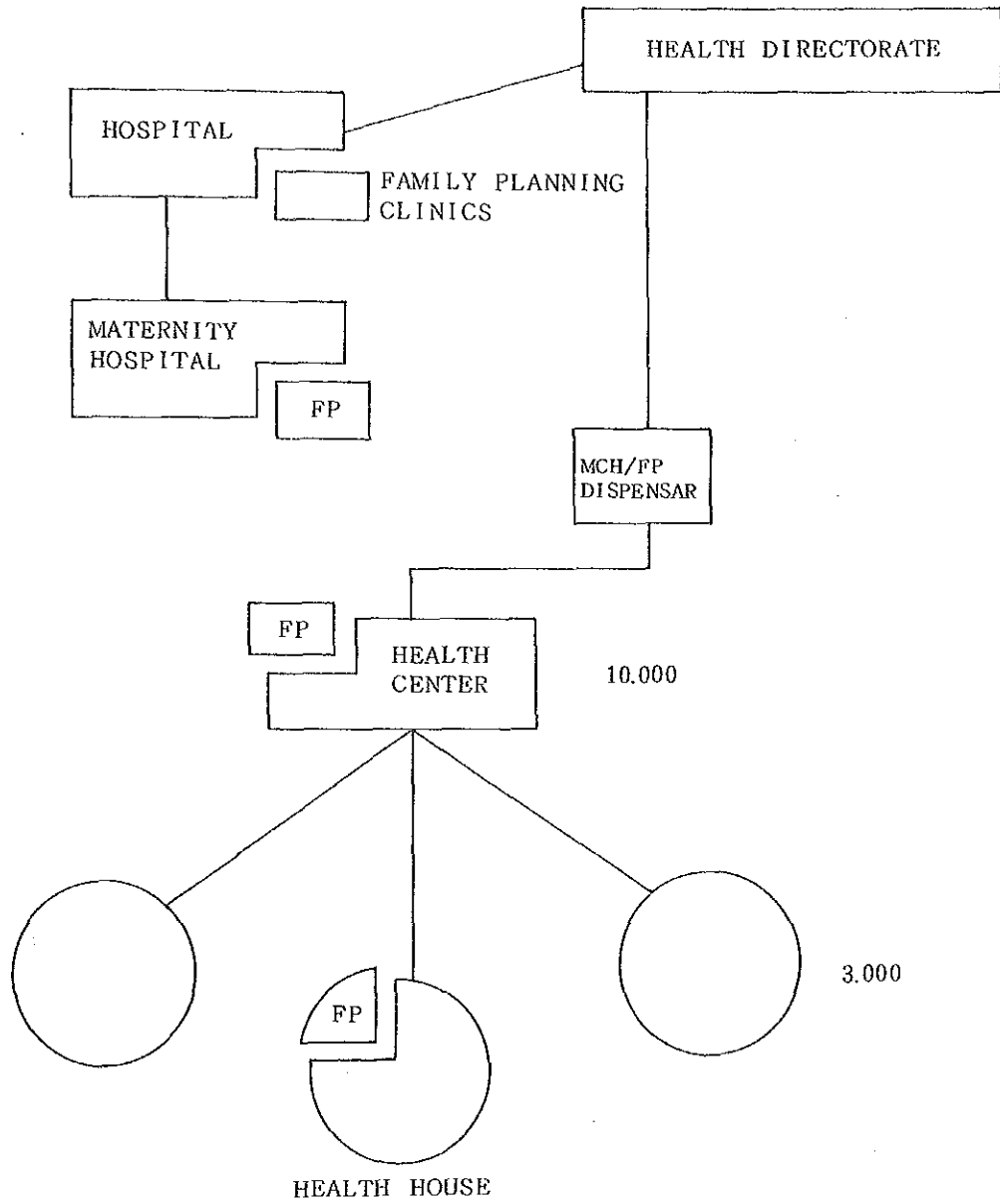
A. 医療従事者訓練

① 内科医の訓練

* 女子不妊手術訓練

産婦人科専門医に対して、家族計画に対する診療、治療、外科的処方について21日

図Ⅲ-3：保健・医療機構



注) 図Ⅲ-3は厚生省、母子保健・家族計画局で入手したものであるが、図中の数値がそれぞれ医療機関の管轄人口とすると、調査時の聴取、他の資料との整合性を考慮した場合、ヘルス・センターをヘルス・ユニットと読みかえる方が適切と考えられる。

日間の訓練を行う。

* IUD 挿入訓練

内科医に対して骨盤検査，IUD 挿入法について3週間の訓練を行う。

* IUD および生理周期に関する訓練

内科医に対しては3週間，産婦人科専門医に対しては2日間の訓練を行う。

* PHC 訓練

MCH/FP についてヘルス・センター*の医師に対して2週間の訓練を行う。

(* 外来・入院設備を持った病院よりも小規模の医療機関)

* 産科的顕微外科訓練

おもに不妊症解消法に関する訓練で，産婦人科専門医に対して2週間の訓練を行う。

② 準医療従事者（助産婦，看護婦）訓練

* IUD 挿入訓練

理論，技法を含めた5週間の訓練

* 女子不妊手術訓練

医師が不妊手術をする際の補助のための訓練を1週間行う。

* 本部訓練士の訓練

本部訓練チームはMCH/FP局で組織される。訓練チームは，フィールド経験，能力，資質を考慮し選考される。チームは2人の医師，3人の訓練士によって構成され，外国人コンサルタントによる訓練法およびPHCの知識についての訓練を受ける。

* 県訓練士の訓練

県の訓練チームは助産婦，看護婦，厚生技官（Health Officer），保健訓練士の4人で構成され，能力およびその地域に長期に滞在することを条件とし，中央部より選考される。県訓練士は本部訓練士による訓練法およびPHCの知識についての訓練を受けるとともに，本部とのコーディネーションにあたる。

* 助産婦訓練

県レベルで2週間，一回の人員15人で，MCH/FPおよび公衆衛生に関する訓練を行う。訓練においては，各地域性を考慮した医療・保健問題の討論および視聴覚教材による訓練が行われている。今回のカウンターパートである保健省・母子保健・家族計画局長によれば，この訓練は2月と8月を除く毎月行われているとのことである。1936年開設の助産婦高等専門学校以前に認定資格をとった助産婦等には豊かな経験を持つものも少なくなく，ヘルス・ハウス内においては新任の看護婦が彼らを再教育，監督する例もある。

資料) Dr. Cagatay Guler, Ana Sagligi Aile Planlamasi, 1987.

B. 学校における訓練（助産婦に対する家族計画訓練）

17の助産婦学校においてMCH/FP関連のカリキュラムが組まれている。すでに述べたように，僻地においては，ヘルス・ハウスの助産婦等がヘルス・ユニット業務を代行す

表Ⅲ-5：保健医療要員，県別，職種別従事者数及び人口比（1985年）

地域	県名	医療従事者実数（人）					人口1万人当り医療従事者数				
		専門医	開業医	看護婦	保健技師	助産婦	専門医	開業医	看護婦	保健技師	助産婦
C	アヲカ	3795	2703	4029	1279	996	11.5	8.2	12.2	3.9	3.0
W	イヌノノ	6955	3666	4950	1134	956	11.9	6.3	8.5	1.9	1.6
W	イヌシ	2121	1344	2324	940	1107	9.2	5.8	10.0	4.1	4.8
W	イヌシ	150	191	234	77	227	4.1	4.9	6.0	2.0	5.8
C	イヌシ	268	205	528	145	194	4.5	3.4	8.8	2.4	3.2
W	イヌシ	149	143	225	83	185	3.7	3.6	5.6	2.1	4.6
W	イヌシ	565	330	919	521	499	4.3	2.5	6.9	3.9	3.8
S	イヌシ	586	499	778	239	624	3.4	2.9	4.5	1.4	3.6
E	イヌシ	277	235	670	81	282	3.2	2.7	7.8	0.9	3.3
C	イヌシ	270	237	502	207	281	3.1	2.7	5.8	2.4	3.3
C	イヌシ	163	251	378	113	250	2.1	3.3	4.9	1.5	3.2
C	イヌシ	151	115	395	91	213	3.0	2.3	7.8	1.8	4.2
S	イヌシ	108	88	426	128	244	2.8	2.3	11.1	3.3	6.4
S	イヌシ	240	200	369	159	362	2.7	2.2	4.1	1.8	4.1
W	イヌシ	216	111	315	185	292	3.2	1.7	4.7	2.8	4.4
N	イヌシ	25	82	140	44	205	1.1	3.6	6.5	1.9	9.1
N	イヌシ	304	225	764	213	386	2.7	2.0	6.9	1.9	3.5
N	イヌシ	196	176	508	133	331	2.5	2.2	6.5	1.7	4.2
W	イヌシ	243	105	456	204	314	3.3	1.4	6.1	2.7	4.2
W	イヌシ	66	75	143	56	155	2.2	2.5	4.8	1.9	5.2
W	イヌシ	245	171	573	228	365	2.7	1.9	6.3	2.5	4.0
C	イヌシ	15	54	82	44	91	0.9	3.4	5.1	2.7	5.7
S	イヌシ	267	158	287	101	331	2.7	1.6	2.9	1.0	3.3
S	イヌシ	99	114	351	168	262	2.0	2.3	7.2	3.5	5.4
S	イヌシ	306	119	542	157	353	3.0	1.2	5.2	1.5	3.4
W	イヌシ	77	102	232	123	199	1.8	2.4	5.6	2.9	4.8
C	イヌシ	375	347	634	252	477	2.1	2.0	3.6	1.4	2.7
N	イヌシ	79	73	154	43	189	2.1	2.0	4.1	1.1	5.1
W	イヌシ	216	207	571	233	443	2.1	2.0	5.4	2.2	4.2
W	イヌシ	152	97	243	139	227	2.5	1.6	4.0	2.3	3.7
S	イヌシ	37	63	144	97	149	1.5	2.5	5.8	3.9	6.0
C	イヌシ	51	53	199	75	148	1.9	2.0	7.3	2.8	5.5
C	イヌシ	36	64	102	73	100	1.4	2.4	3.9	2.8	3.8
E	イヌシ	127	223	532	157	147	1.4	2.4	5.7	1.7	1.6
E	イヌシ	9	49	97	26	111	0.6	3.2	6.4	1.7	7.3
S	イヌシ	210	149	363	96	163	2.2	1.5	3.8	1.0	1.7
E	イヌシ	95	76	335	64	177	2.0	1.6	6.9	1.3	3.7
W	イヌシ	166	107	316	144	220	2.2	1.4	4.3	1.9	3.0
C	イヌシ	87	103	290	128	160	1.6	1.9	5.3	2.4	2.9
C	イヌシ	31	66	114	45	120	1.1	2.4	4.1	1.6	4.3
E	イヌシ	46	57	194	53	130	1.5	1.9	6.5	1.8	4.3
N	イヌシ	57	94	266	98	162	1.3	2.1	5.9	2.2	3.6
N	イヌシ	30	64	132	42	118	1.1	2.3	4.7	1.5	4.2
N	イヌシ	192	170	593	197	294	1.8	1.6	5.7	1.9	2.8
C	イヌシ	33	50	78	46	116	1.3	1.9	3.0	1.8	4.5
C	イヌシ	51	60	201	59	185	1.4	1.7	5.6	1.6	5.2
E	イヌシ	82	112	365	48	316	1.2	1.7	5.5	0.7	4.7
N	イヌシ	62	86	277	91	267	1.2	1.7	5.5	1.8	5.3
C	イヌシ	81	110	313	168	342	1.2	1.6	4.7	2.5	5.1
C	イヌシ	80	100	242	148	431	1.2	1.5	3.6	2.2	6.3
C	イヌシ	65	92	290	120	190	1.1	1.5	4.8	2.0	3.2
N	イヌシ	43	97	144	66	201	0.8	1.8	2.6	1.2	3.7
E	イヌシ	90	107	419	150	326	1.2	1.4	5.5	2.0	4.3
E	イヌシ	14	46	80	36	100	0.6	1.9	3.3	1.5	4.1
E	イヌシ	51	86	162	59	188	0.9	1.5	2.9	1.1	3.4
E	イヌシ	14	53	109	43	114	0.5	1.9	3.8	1.5	4.0
E	イヌシ	71	108	188	87	191	0.9	1.4	2.4	1.1	2.4
E	イヌシ	74	110	239	109	391	0.9	1.3	2.8	1.3	4.7
E	イヌシ	31	117	290	78	397	0.4	1.6	4.1	1.1	5.5
E	イヌシ	23	103	164	70	136	0.4	1.6	2.5	1.1	2.1
E	イヌシ	29	52	134	66	158	0.7	1.2	3.1	1.5	3.7
E	イヌシ	17	63	121	49	127	0.4	1.5	2.9	1.2	3.0
E	イヌシ	13	44	92	30	97	0.4	1.5	3.1	1.0	3.2
E	イヌシ	8	28	59	38	60	0.4	1.5	3.2	2.1	3.3
E	イヌシ	46	57	191	57	148	0.8	1.0	3.5	1.0	2.7
E	イヌシ	22	68	163	57	157	0.4	1.3	3.1	1.1	3.0
E	イヌシ	17	39	118	35	110	0.5	1.1	3.5	1.0	3.2

注) E：東部、S：南部、W：西部、N：北部、C：中央部
資料) Prime Ministry State Institute of Statistics, Statistical Yearbook 1987.

ることもあり、看護婦、助産婦の高等専門学校においては、こうした事態に対処するための教育が行われている。

C. 公衆衛生訓練

厚生省内公衆衛生訓練部 (Public Health Training Department, MOHSA) で実施。

* 保健訓練士 (Health Trainer) は、中学校終了後 4 年間の保健訓練研修所 (Health Training Institute) へ出席し、3 年間のフィールド研究を経て、保健教育研修所の試験に合格した人をいう。保健教育研修所は、MCH, 治療, 公衆衛生, 環境衛生, 研究所の 5 部門によって構成されている。

* 保健訓練技術士 (Health Training Technician) は、医学専門高等職業学校 (Health College) を卒業後、2 カ月間訓練技術, 教材等についての教育を受けた者をいう。訓練の過程においては、教材としてテレビ, ラジオ, 新聞等を利用している。

1979 年 - 86 年にかけて、看護婦数は 23,797 人から 32,382 人に 1.36 倍増加し、助産婦数は 15,904 人から 19,127 人に 1.2 倍増加している。自宅での分娩率、すでに述べたように末端機構であるヘルス・ハウスにおけるこれら医療要員の業務内容を考慮すると、これらの要員の拡充が今後の母子保健分野のサービス向上を含めた医療サービス実施上の課題となると考えられる。1988 - 1995 における医師以外の医療要員の予定養成数は表 III - 6 に示す通りである。

表 III - 6 : 1988-1995 における医師以外の医療要員の養成予定数

	(人)								
医療要員名	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	計
助産婦	1,913	2,328	2,892	3,362	2,480	2,000	2,000	2,000	18,975
看護婦	1,212	1,311	1,433	2,003	1,550	1,500	1,500	1,500	12,009
厚生技官	374	272	289	231	420	240	240	240	2306
環境衛生技師	213	126	155	135	275	120	120	120	1264
研究所技術員	140	92	128	79	160	60	60	60	779
放射線技師	83	48	97	52	110	60	60	60	570
麻酔技師	29	28	34	28	40	30	30	30	249
整形療法師						30	30	30	90
計	3,964	4,205	5,028	5,890	5,035	4,040	4,040	4,040	36,242

出所) 厚生省保健教育局

参考資料) Nuran Ustunoglu and Tandogan Tokgoz, Information, Education and Communication Management in Population Programme, 1985

Ⅳ 人口家族計画分野の実施体制

1. 現行の人口家族計画分野の政策

a. 方針・政策

1) 開発計画における位置付け

トルコにおける人口家族計画分野の政策に関して、各5カ年開発計画における政策をおい、これを概観することとする。特に、第1次5カ年開発計画当初から、それまで禁止されていた避妊にたいして法的に支持する措置がとられる等、開発計画の中で人口政策の重要性は、高まっていったと考えられ、この5カ年開発計画の変遷を追うことはトルコにおける人口政策の位置を知るうえで重要であると思われる。

2次世界大戦前、長期間の戦争と高い死亡率により人口増加率は極めて低く、政策としては人口増加推進の方向をとっていた。第2次世界大戦後、死亡率の改善により急速に人口は増加し、センサス間人口増加率は、1955、1960年に最高となった。

トルコにおいて、人口増加が医療、経済、社会問題に与える影響が考慮され始めたのは、第1次5カ年開発計画（1963－68）においてであった、この時期における希望しない妊娠は約30万件であり、人工妊娠中絶による避妊は特に貧困層においては原始的な方法がとられ、それによる年間妊婦死亡数は1万件であった。また、乳児死亡率は出生1000に対し134であった。このような状況下において、家族数のコントロールの要請に応える形で、人口妊娠中絶率を低下させ、乳児死亡率を低下させることが、政府の基本政策の1つとなった。第1次5カ年開発計画における人口政策に関する基本方針は下記の通りである。

- ① 人口家族計画禁止の撤廃。
- ② 家族計画は民主主義の手続きに従い、希望する子供数を得られる形で推進。

上記の政策により提言された対策として。

- ① 家族計画に関する広報教育、避妊具、薬の輸入、国内販売を禁止する法律の撤廃。
- ② 家族計画に携わる保健、医療関連要員の訓練。
- ③ 避妊具の配布および広報についての訓練された医療員の活用。
- ④ 大衆教育プログラムの推進。
- ⑤ 低価格の避妊具輸入およびその生産。

等がとられている。

第1次5カ年開発計画期間中、1963年6月の議会に「人口計画に関する法律草案」が提出され、1965年4月に法律557条人口計画に関する法律（Law No. 557, The Law Regarding Population Planning）が公布された。主な内容は下記の通りである。

- ① 個人は、個人が望むとき、望むだけの子供を持つことができる。但し、避妊に関しては、予防的手段のみを認め、医学上の理由以外の人工妊娠中絶は禁止する。
- ② 家族計画サービスの実施は他の省庁、民間団体の協力の下に保健省が行う。

第2次5カ年開発計画（1968－72）においては、基本方針として下記の項目が追加された。

- ① 家族計画プログラムは、母子保健を推進し、社会経済発展に対する人口急増の圧力を軽減し、人口の質的向上を図る。
- ② 出生抑制を希望する家族に対しては、避妊薬、避妊具を提供する。
- ③ 家族計画活動は、公衆教育、診療サービスからなり、僻地においても利用可能な状態とする。

上記の政策により提言された対策は、

- ① 県レベルにおける監督局を設立し、総合的MCH/FPサービスを行う。
- ② NGOに対し、家族計画活動に参加することを呼びかける。
- ③ 家族計画サービスにおける研究およびフォローアップを定期的に行うシステムを確立する。
- ④ 県、郡レベルにおけるヘルス・ユニット、ヘルス・センターを通しての家族計画サービスの提供および施設のない所では巡回診療を実施する。
- ⑤ 農村部におけるサービス提供においては、他の諸機関を利用し、家族計画情報の普及についてはマス・メディアを利用する。
- ⑥ 安価または無料の避妊具、避妊薬を提供する。

第3次5カ年開発計画（1973-77）においては、人口増加による従属負担人口の比率の増加、また、インフラストラクチャーの整備、食糧供給、教育、保健サービスの低下等の諸問題が憂慮され、「保健医療の社会化」（社会化=Socializationは保健サービスが無料サービスまたは一部を負担することによりすべての国民に平等かつ容易に行き渡ることを目的としている）において、MCH/FPサービスと他の保健分野の統合、他の省庁、NGOの参加が実現した。

第4次5カ年開発計画（1979-83）においては、「資源の利用」が強調され、人口増加と人口移動が社会経済発展に与える影響が注目された。家族計画関連分野については、医療協力が重要視され、これらの分野の質的向上が図られた。しかしながら「保健医療の社会化」が緩和期に入り、家族計画サービスの向上は鈍速化している。

この間、1982年改正憲法には、家族計画の概念が入れられ、また、1983年に発布された人口計画に関する法（Law No. 2827, The Law Concerning Population Planning）により、条件付きではあるが人工妊娠中絶が認められたことは、家族計画の重要性が高まってきている証左であると考えられる。

第4次5カ年開発計画（1985-89）においては、出生率の高い地域および人口流入地における教育、保健、栄養状態の向上および社会福祉サービスの拡大が基本政策としておかれた。同期間には、MCH/FPサービスを実施する上で、他の医療サービスとの協力が行われた。また家族計画実施上の課題として、乳児死亡率を低下させることに政策重点がおかれている。

（参考資料）Necdet Erenus, Report on a Limited IUD Experiment June 1963 to July 1964.

Environmental Problems Foundation of Turkey, Population Policy of Turkey, 1983.

Sosyal Planlama Baskanligi, Turkiye" de Planli Donemde Nufus ve Aile Planlamasi calismalari, 1983

Nuran Ustuooglu and Tandogan Kokgoz, Information, Education and Communication Management in Population Programme, 1986

State Planning Organization, Fifth Five Year Development Plan (1985 - 1989), 1987.

2) 政策担当者の発言

今回の調査から得た家族計画に対する政策担当者の家族計画に対する方針は、人口増加を直接的に抑制する方法を普及していくことにより出生力低下を図るというよりもむしろ乳児死亡率の低下、一般的な医療水準の向上により、家族計画のモチベーションを形成するという緩やかなものであるという印象を受けた。

オザール (Turgut Ozal) 首相は、憲法に明記されている家族がトルコ社会の基本的単位であるという前提にたち、国家は家族計画実行のための手段をとり、この分野における教育を行い、母子の健康擁護のための特別な手段をとることを強調している。これに関しては実質的改正が取られている。さらに、保健医療家族計画の実施にあたっては、辺境地域までサービスを拡大するための手段をとること、人口増加については経済発展との関連で、経済成長と急速な社会発展を伴った人口増加率を維持することを表明している。その他の人口政策に関する政府見解としては、第4次5カ年計画の中で、人口政策は経済社会政策から派生するものであり、人口問題は社会経済計画を通じた間接的なものとして指摘されている。訓練された医療技術助手による診療および家族計画の実行が必要とされており、政府は人口増加率とを考慮し、女性の地位と家族福祉を向上させる家族計画政策によって人口増加率を低下させる手段をとっている。

以上に示された見解から考えると、政策の枠組みはすでに述べたように社会・経済環境の整備を計ることにより、小産化を希望する環境づくりにその焦点をあてているように思われる。今回の調査時から少しさかのぼるが、理想子供数として1981年5月に当時の厚生大臣ネジミ・アヤンオール (Necmi Ayanoglu) は、「一家族に対し2人の子供で十分である」との見解を示している (日刊紙 Gunaydin, May 2, 1981)。「すべての家庭に2人の子供」がスローガンとなったことを考慮すると、2人が政府の意図する所の理想子供数ではないかと考えられる。

参考資料) UNFPA, Population Programmes and Projects, Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World 1984 / 85, PP. 522 - 523.

Environmental Problems Foundation of Turkey, Population Policy of Turkey, 1983

3) 予算の重点配分事項

MCH/FP局においては、経常予算とは別に児童保健サービスとして独立した予算枠が取られている。1986年からの3カ年におけるこの項目の予算比率は、それぞれ6.97%、5.08%、4.4%である。

資料) 1988年度国会提出の厚生省予算案

b. 目標

人口家族計画分野の政策に関し、5カ年開発計画においては出生率、家族計画実行比率等についての直接的目標は示されていない。開発計画の中には、人口計画に関する具体的な指標よりも、増加する人口に対する対策が示されている。第5次5カ年開発計画終了時には、人口増加率2.12、人口5,430万人に達するであろうという予測から、この増加人口に対応した教育、雇用、医療対策がたてられている。教育に関しては、農業部門で生じるとされる余剰労働力の質的向上を含めた教育水準の上昇が必要とされており、初等教育レベルの就学率100%、中等教育55%、中等技術学校20%、高等職業学校20%、高等学校18.8%の就学率が目標とされている。医療分野では、人口1万人あたりのベッド数を26とし、人口の50%に社会保障制度を適用することがその目標とされている。

c. 予算

国家予算、保健省予算、人口計画予算については表IV-1に示す通りである。人口計画予算に関しては、1973-81年の間における比率が落ち込んでいる。これは、『3.家族計画の実施体制』で述べるが、保健省内の組織上の改編によるためである。表に示した通り、1968-72年は人口計画と母子保健の合計予算、1973-81年は人口計画局のみの予算、1982-87年は母子保健家族計画局の予算である。

表IV-1：国家予算、保健省予算、人口計画予算(1968-1987)

(単位：1000TL)

年次	国家予算	保健省予算	比率(%)	人口計画予算	比率(%)	
1968	21,612,211	795,249	3.7	23,338	2.9	人口計画と 母子保健の 合計予算
1969	25,696,975	912,125	3.5	27,591	3.0	
1970	28,860,265	880,081	3.0	17,660	2.0	
1971	37,092,900	427,844	1.2	3,828	0.9	
1972	50,312,079	2,158,031	4.3	50,034	2.3	
1973	61,023,304	2,543,312	4.2	24,482	1.0	人口計画局 予算
1974	82,411,411	3,406,110	4.1	29,934	0.9	
1975	107,680,515	3,815,162	3.5	29,975	0.8	
1976	153,637,352	5,330,924	3.5	41,771	0.8	
1977	222,949,004	6,505,498	2.9	47,114	0.7	
1978	262,753,178	7,897,750	3.0	53,314	0.7	
1979	409,430,671	17,529,562	4.3	95,525	0.5	
1980	756,687,182	31,822,605	4.2	346,530	1.1	
1981	1,540,965,037	55,431,852	3.6	496,170	0.9	
1982	1,780,640,059	50,098,445	2.8	1,839,094	3.7	
1983	2,558,902,500	75,226,785	2.9	2,681,123	3.6	
1984	3,211,982,000	100,106,514	3.1	2,140,600	2.1	
1985	5,412,082,049	137,462,000	2.5	3,908,497	2.8	
1986	7,104,111,000	193,763,000	2.7	7,177,012	3.7	
1987	10,885,668,000	304,420,000	2.8	7,874,000	2.6	

出所) 保健省母子保健家族計画局

表IV-2：1987年度保健省予算内訳

(単位：TL)

項目	予算額	比率(%)
人件費	180,000,000	58.6
一般経費	65,570,000	21.3
設備投資金	52,257,000	17.0
転出金	9,593,000	3.1
合計	307,420,000	100.0

出所) 保健省母子保健家族計画局

d. 組織・人員

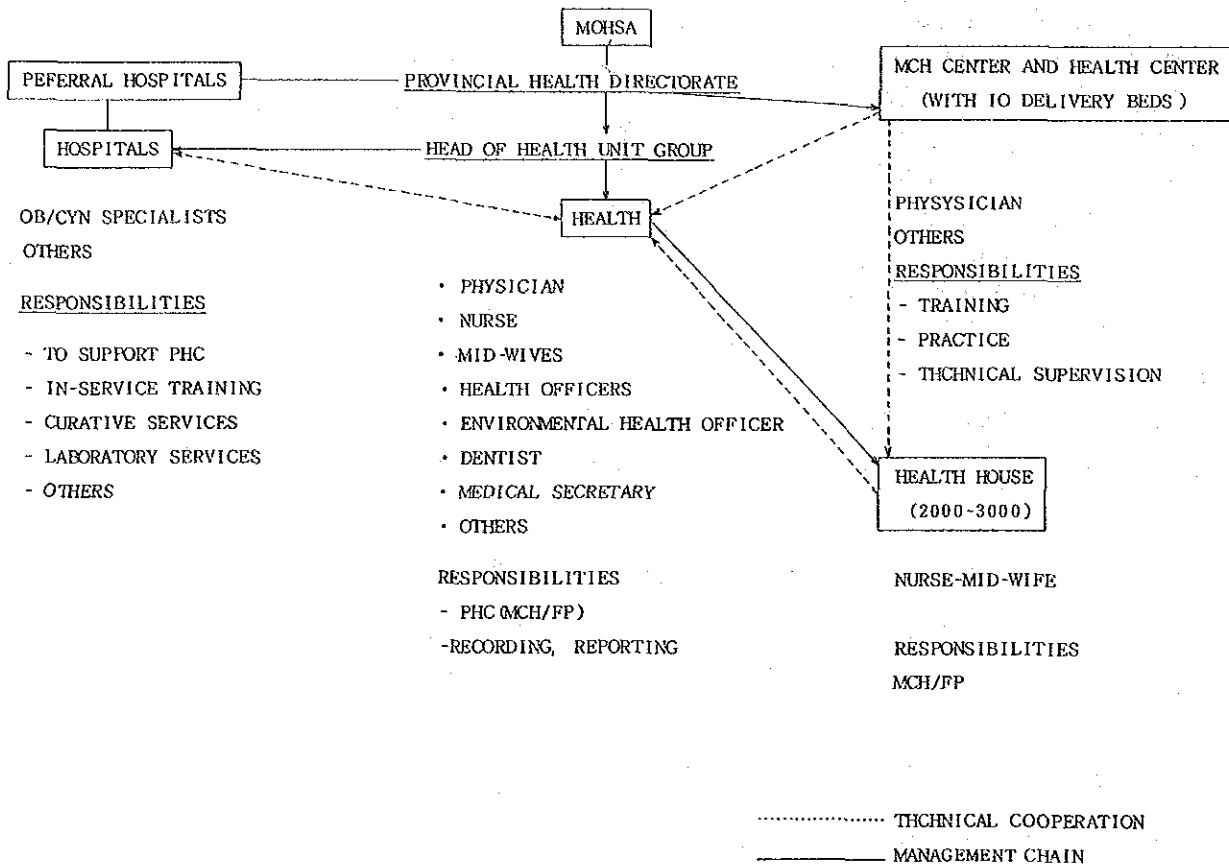
ヘルス・ユニットとヘルス・ハウスをてこに、医療サービスを山村僻地にまで浸透させるための組織化は、1961年1月の『保健サービス社会化法』によって始められた。第4次5カ年開発計画までの人口・家族計画政策を評価した調査によれば、4回の計画期を終了した1983年の段階で、この社会化過程は、家族計画については既に緩和期に入り、実行を上げるためには、これまでにない発想、計画立案の必要性を述べている。

1983年から調査時である1988年までの新しい変化は、次の『外国援助の対応』の項で述べるが、厚生省の母子保健局の具体的なプログラムの中に、外国援助による個別プロジェクトが推進されている。

現組織体系においては、ヘルス・ユニット、ヘルス・ハウスの組織面での改組にはすぐ取り組むとは考えられず、運用面での可動性導入が考えられる。図IV-1に医療サービスの中核をなすヘルス・ユニットの人員構成を示す。

図IV-1：ヘルス・ユニットを中心とした組織図と人員構成

STRUCTURE OF HEALTH ORGANIZATION



e. 外国援助への対応

外国援助に関しては、各省庁からのプロポーザルに従ってSPO（国家計画局）で審議される。2国間援助の場合は、SPOから外務省を経て、大使館へ提出される。

人口家族計画分野の援助の主な受皿である厚生省の母子保健・家族計画局では、すでに述べたように、1983年以降、具体的なプログラムの中に、国際機関ないし二国間援助を取り込み個別のプロジェクトを局長補佐のレベルで推進しているという事実がみられる。外国援助には必ず本省からの持分費用分担が本省予算にも計上されている。今回、母子保健局の他に保健教育局とも接触の機会を持ったが、ここでは、医療高等専門学校の所管局として、従来の局内組織の中で外国からのプロジェクト誘致のための機動的なスタッフ形成を室長間で調整しているようであった。

国家計画庁イラハン・ドゥルゲル社会計画局長によれば、現在審議中の人口分野のプロジェクトは、①家族計画のための教材開発と②情報システム管理の2件であるとのことであった。

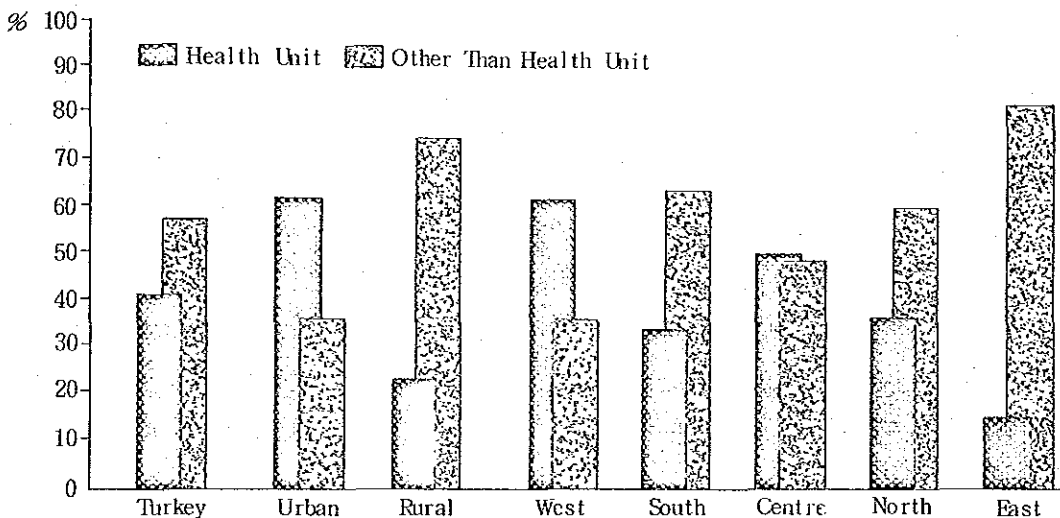
2. 人口家族計画分野の指標

a. 自宅分娩と施設分娩の比率

出産場所のデータについては1983年に行われた標本調査結果から紹介する。

全国レベルでみると出産の42%については、ヘルス・ユニットで出産し、残り52%は、ヘルス・ユニット以外の出産である。しかしながら、これには地域格差があり、農村部では76%が、また東部地域では84%がヘルス・ユニット以外の出産である。これに対し、都市部、西部地域では、ヘルス・ユニットでの出産率が高くそれぞれ60%をこえている。この地域格差はすでに示した医療水準と同じ傾向、すなわち西部地域において医療環境がより良いことを示している。出産環境の相違は乳児死亡率にも反映し、東部地域が82.48%であるのに対し、東部地域は高く137.37%である。以上の地域格差は図IV-2に示す通りである。

図IV-2：地域別、都市・農村別出産場所の比率



出所) Hacettepe University, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1987, p. 77

b. 受胎調節法の内訳

避妊方法に関する1963年以降の標本調査結果に基づく実行者比率の変化は表IV-3に示す通りである。避妊実行者の比率は増加傾向にあるが、その内訳は伝統的による方法が依然として高く、ピル、IUDによる避妊方法の比率は高くない。避妊実行率に関しても、医療水準、出産場所で示したのと同様の地域格差が観察される。1983年のトルコ人口・保健調査(Turkish Population and Health Survey)によれば、避妊を実行していない人の比率は都市部では29%であるのに対し、農村部では49%である。地域別にみると西部地域が最も低く23%であり、東部地域は最も高く69%である。すなわち、医療水準が低い東部地域においては、高い乳児死亡を補う形で出産行動が継続するため、避妊に対するニーズが少ないものと思われる。

表Ⅳ-3：避妊方法別実行者比率の年次変化

単位：%

年次	避妊実行者	避妊非実行者	IUD	ピル	コンドーム	引抜法	その他
1963	22.0	78.0	0	1.0	4.3	10.4	12.0
1968	32.0	68.0	1.6	2.2	4.4	18.0	12.9
1973	38.0	62.0	2.3	4.8	4.7	23.6	10.1
1978	50.0	50.0	4.0	8.0	4.0	22.0	12.0
1983	61.5	38.5	8.9	9.0	4.9	30.1	8.6

出所) Nuran Ustunoglu and Tandogan Kokgoz, Information, Education and Communication Management in Population Programme, 1986

人工妊娠中絶の合法性の有無

1965年に避妊を認める法律が発布されたことは既に述べた通りであるが、1982年に人口増加低下が理想的水準に達していないこと、妊娠中絶、乳児死亡数が増加していること、妊産婦死亡の半数以上が人工妊娠中絶であることに鑑み、法改正が提案された。新しい法律 (Law No :2827, The Law Concerning Population Planning) は、人口計画の方針を示しており、人工妊娠中絶に関しては10週まで要請に応じて行うことが示されている。但し、この法の制定に至るまでは、宗教省大臣から「夫婦の希望に基づく避妊についてはイスラム法で許可されているが、法的根拠のないままに生命に干渉することは、宗教的見解からいえば罪であると考えられる。」という見解が出されたこと、人工妊娠中絶の妊婦に与える心理的、また母体に与える医学的な影響も同時に議論されたこと等を考えると法制定にいたるまでには困難があったことが想像される。また、法律制定に際しては、これが不法な人工妊娠中絶による高い妊産婦死亡率を改善するための法律であり、避妊方法の一手段とし認めるものではないという意見があったことを付記しておく。以上の法律英訳については別添の資料参照 (参考資料) Environmental Problems Foundation of Turkey, Population Policy of Turkey, 1983.

c. 生殖生理学 (受胎調節研究) の研究の進行度

(病院・大学の医師と家族計画運動との関連性)

すでに述べたように、医学部6年コース終了後、ヘルス・センター勤務が義務付けられている。最終年次において各11医療診療科目についての実習が行われるが、家族計画は公衆衛生学の一環として教えられる。今回訪問したアンカラ県エティムスグウト (Etimesgut) のヘルス・センターは、ハジェテペ大学医学部から医療スタッフが派遣され、また、アンカラ大学医学部公衆衛生科では6年次実習がヘルス・センターの活動を兼ねて行われている。避妊方法の普及と同時に不妊症治療のための研究も行われている。フェルダ・オズユルダン助教授によれば、昨年イスタンブールにおいて試験管ベビーが誕生したとのことであった。

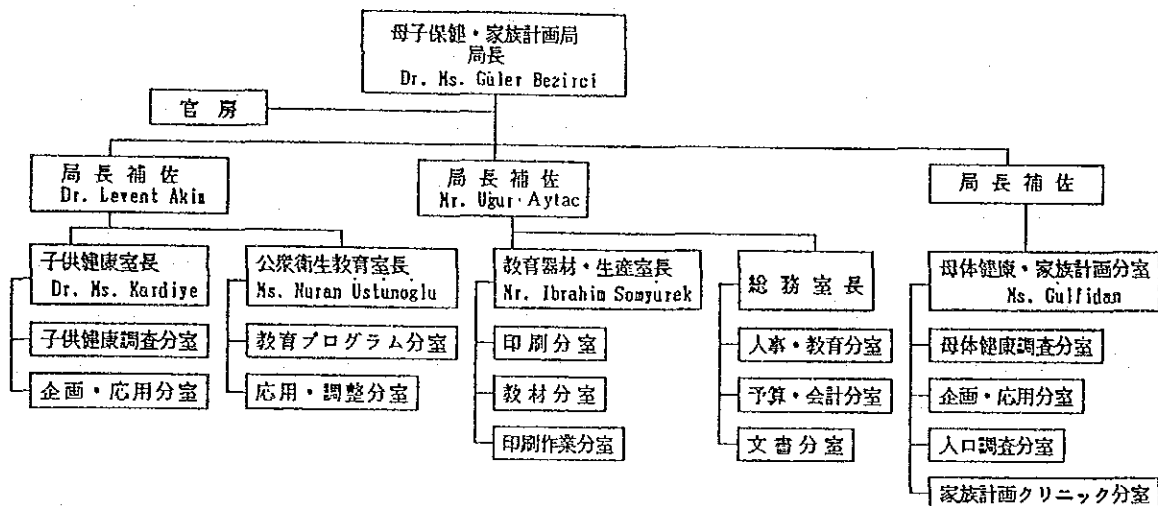
3. 人口家族計画分野の実施体制

a. 政府関連機関の各々の役割と相互関連レベル別

1) 中央レベル・セクター間の協力

1965年に発布された人口計画法に従って、同年厚生省内に人口計画局が設立された。1982年以降、母子保健家族計画局が新たに設置され、人口計画局はこれに吸収された。局組織図および担当者名は図IV-3に示す通りである。

図IV-3：母子保健家族計画局組織図



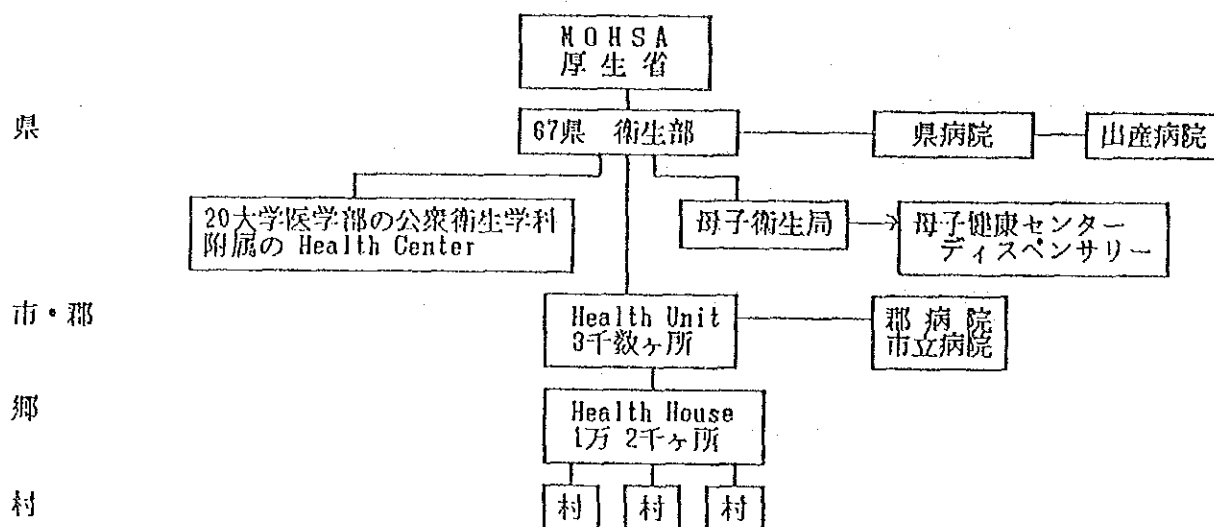
医療スタッフ拡充が急務である現行の厚生行政では、文部省との協力体制を密接にするほか、母子保健家族計画に関するプロジェクトの実施にあたっては、総理大臣直轄であるSPO・社会計画局、国家統計局人口統計局、科学技術庁、宗教庁、基金運営庁が参入することが予想される。

2) 県レベル・郡レベル・末端レベル

県衛生部の管轄下にある機関は、病院、ディスペンサリー、ヘルス・ユニット、ヘルス・ハウスである。その関連は図IV-4に示す通りである。

但し、村のレベル家族計画実施においては、コミュニティーにおけるオピニオン・リーダーとなっているイスラム寺院僧と村長の役割を重視すべきである。

図IV-4：厚生省母子保健家族計画局・公衆衛生センター局の中央周辺関連機構図



b. NGOの役割と政府機関との関係（予算配分，連絡調整，人的交流）

今回訪問したNGOの事務所は，トルコ家族計画協会 (Family Planning Association of Turkey)，トルコ産婦人科協会 (Turkish Gynecological Association)，トルコ環境問題基金 (Environmental Problems Foundation in Turkey) である。上記のうち活動内容が最も積極的であったトルコ家族計画協会について紹介する。

トルコ家族計画協会は1963年に設立され，元厚生大臣ケマル・デミール (Dr. Kemal Demir) が会長，保健省次官タンドアン・トッキョス (Dr. Tandogan Tokgoz) が事務局長となっており，保健省との関係は密接である。専務理事であるセンラ・コラル (Dr. Senra Koral) によれば，トルコ家族計画協会の活動は厚生省のコントロールの下にあり，昨年度の政府補助金は5000万トルコリラであった。その他の資金は，IPPF, UNFPA, ILO等の諸機関からプロジェクト・ベースで得ている。援助プログラムについては，トルコ家族計画協会→保健省→国家計画局の順に従って申請される。現在保健医療，家族計画分野におけるNGO間のコーディネーションはできておらず，5月の25周年記念大会においてNGO間の連絡調整のきっかけを作りたいとのことであった。

1987年度年次報告書に示されたこれまでに実施されたプロジェクトは下記の通りである。

- ① 家族生活教育 (1983 - 1984 に行われた「家族生活教育」のフォローアップ)
- ② ファミリー・カウンセリング (1987年アンカラ大学医学部との協力)
- ③ 工場労働者に対する家族計画教育 (1987年37工場で実施，UNFPAとILOからの資金援助)
- ④ トルコ家族計画協会支部の再編 (USAID→RONCOとの共同プロジェクト)
- ⑤ 宗教指導者に対する家族計画教育
- ⑥ FPクリニックと病理研究 (婦人に関するプロジェクトからの援助)
- ⑦ 婦人に関するプロジェクト (SIDAとIPPF援助)

c. 外国援助の動向

人口分野の外国援助においては、UNFPAの占める確率が高いが、トルコにおける活動については、UNDPは第3次5カ年計画（1973－1977）における人口活動に関する政府活動を支持するため、UNFPAが最大限1000万ドルの援助をすることを是認した。UNFPAが援助を行う分野は、母子保健家族計画サービスの向上、生化学研究、人口基礎データの収集と分析、教育・コミュニケーション活動等である。また、緊急目的として、

- ① 医療サービス一般の中でMCHと家族計画サービス統合のための政府政策援助と全国的保健サービス提供の促進。
- ② プログラムの地域的拡大のための中心となるプロジェクト計画策定
- ③ 県レベルでのプログラム実行強化のための基準設定
- ④ プロジェクト選定地区におけるMCH・家族計画サービスの提供が行われている。

そのほかの国際機関としては、UNESCO, WHO, ILOの援助が行われている。すでに述べたように、政府の保健医療分野の方針は、医療サービスの地域格差の是正、医療要員質的、量的向上であり、これを反映した形での援助プログラムが組まれている。UNFPAの場合、後進的といわれている東部17県において、出生率低下と母子保健向上のための医療要員訓練プロジェクトが行われている。また、1982年憲法改正で家族計画概念が初めて憲法に取り入れられたことが示すように、この新しい概念を一般に普及することが必要とされている。これに関しては、おもにILO, UNESCOにより普及のためのプロジェクトが組まれている。

その他民間機関援助としては、家族計画国際援助（Family Planning International Assistance）、パツファインダー基金（Pathfinder Fund）、ノースカロリナ大学国際保健訓練計画（University of North Carolina, Programme for International Training in Health）等により、

- ① 工場の保健・避妊サービスを行うための訓練計画（1982.8－85.12）。
- ② 家族計画関連用品配布報告システム（1985.4－86.3）。
- ③ 人口問題に関するワークショップ（1984.3－1985.6）。
- ④ 組織部門労働者に対する人口政策開発プログラム（1984.10－1985.12）
- ⑤ 家族計画サービス提供に関する訓練（Sivas県, 1985.4－1987.3）。
- ⑥ 職場における家族計画と母子保健教育（Adana, Diyarbakir県, 1985.5－86.10）。
- ⑦ トルコ人口に関するブックレットの出版（1984.3－11）。
- ⑧ 家族計画診療サービス（1984.12－86.11）。
- ⑨ 新婚夫婦に対する家族計画ブックレットの配布（1985.8－86.11）。
- ⑩ 助産婦学校におけるカリキュラム改善（1983.10－87.8）。
- ⑪ MCH/FPのためのインサービス・トレーニング：農村部の助産婦活動支援のためのヘルス・センター拡充（IcelとKayseri県, 1983.1－84.6）。

等が行われてきた。

国家計画庁での聴取によれば、現在行われている人口分野のプロジェクトは下記の4項目

である。

- ①東部 17 県を対象とした訓練計画 (UNFPA)
- ②家族計画に対する成人教育 (文部省)
- ③組織部門労働者に対する家族計画教育 (トルコ家族計画協会)
- ④家族計画教育に対する総合的成人教育

WHO の駐トルコ代表 (Dr. Umberto B. Tommasi, Director) によれば, WHO では, VNI
ICEF 等との共同プロジェクトに加えて, 医療要員の海外研修の一環として, タイ, イ
ンドネシア, ハンガリーへの派遣プロジェクトを行っているとのことであった。

人口調査関連分野においては, 主としてハジェテペ大学人口研究所によるセンサス間一
尾が 3 と 8 の年一における出生力, 家族計画に関する調査が行われている。前回 1983 年調査
(1983 Turkish Population and Health Survey) に関していえば, 学術審議会 (High Co-
rporation Public Applied System) から財政的援助を受け実施された。

現行のプロジェクトについては, 各機関の報告書を入手できたものについてのみ表にま
とめて示した。プロジェクトタイプに示された記号は次の通りである。

- a. 人口教育
- b. 人口情報
- c. 保健サービスの提供
- d. 人口調査・研究
- e. 関連産業振興
- f. 保健要員訓練教育

単独目的型プロジェクトと複合型プロジェクトの別

現行の人口・家族計画プロジェクト一覧表 (含外国援助)

	プロジェクト名	期間	プロジェクトタイプ		担当/援助機関	対象地域
1	Integrated MCH/FP Services in 17 Provinces	1984-89	f	複合加外	政府 WHO UNFPA UNICEF	東部17県
2	Turkish FP campaign	1987.5-1988.6	b	単独加外	TFHPPF JHU.	全国
3	Endoscopy Programme for OB/GYN	1980-	f	単独加外	厚生省 JHIPIEGO	*
4	Family Planning Training for Midwives at School & Village	1983-	f	単独加外	厚生省 Pathfinder Fund	* 2県
5	FP Education for Industrial Workers	期間記載なし	a	単独加外	UNFPA ILO FPAT	*
6	FP Education for Religious Leaders	期間記載なし	a	単独加外	FPAT	*
7	Woman to Woman Project	1985.1-	a	単独加外	IPPF SIDA FPAT	*
8	Integrated Child Survival & Development in Poor Urban Neighbourhoods in Turkey	1988-1992	a c	複合加外	厚生省/内務省 文部省/宗教庁 大学/TRT UNICEF	都市部
9	Integrated Services for Child Survival & Development in the Priority Provinces of Turkey	1988-1992	a c	複合加外	厚生省/内務省 文部省/宗教庁 大学/TRT UNICEF	東部 28県

注) * 特に地域記載なし。

TFHPPF: Turkish Family Health & Planning Foundation.

JHU: John Hopkins University

JHIPIEGO: John Hopkins University, Training Programme Center for International OB/GYN Specialist

FPAT: Family Planning Association of Turkey

SIDA: Swedish International Development Authority

出所) 1: UNFPA, Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World, 1984/85.

2: The John Hopkins Univ., Proposal for the Foundation for the Advancement and Recognition of Turkish Women,

3, 4: N. Ustunoglu & T. Tokgoz, Information, Education and Communication Management in Population Programme, 1985. (尚、現在の継続の有無については、MCH/FP局での聴取による)

5, 6, 7: Family Planning Association of Turkey, 1987 Annual Report.

5、6については期間の記載がなかったが、1987年プロジェクトとして報告されていたので表に加えた。

8, 9: UNICEF, Noted Project Proposal, 1987.

プロジェクト名	主な援助機関	カウンターパート	援助期間	予算額
新婚夫婦のための家族計画ブックレットの配布	The Pathfinder Fund	N. S.	1986.3	1987.3-1989.2 \$65,639
家族計画サービス監督システム	同上	ジェブハル・ネシバ保健大学	1986.6-1988.5	\$70,000
工場労働者に対する家族計画サービス提供（5県）	同上	トルコ家族計画協会	1986.11-1988.10	\$133,932
医療要員訓練計画	同上	カラデニッツ大学医学部	1987.6-1988.11	\$92,461
低所得層に対するFP/MCHサービス	同上	N. S.	1986.8-1989.5	\$66,145
都市貧困層のための保育所建設	同上	N. S.	1986.10-1988.9	\$57,172

注) N.S.: 記載無し

出所) UNFPA, Population Programmes and Projects, Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World, 1986-87, ドラフト

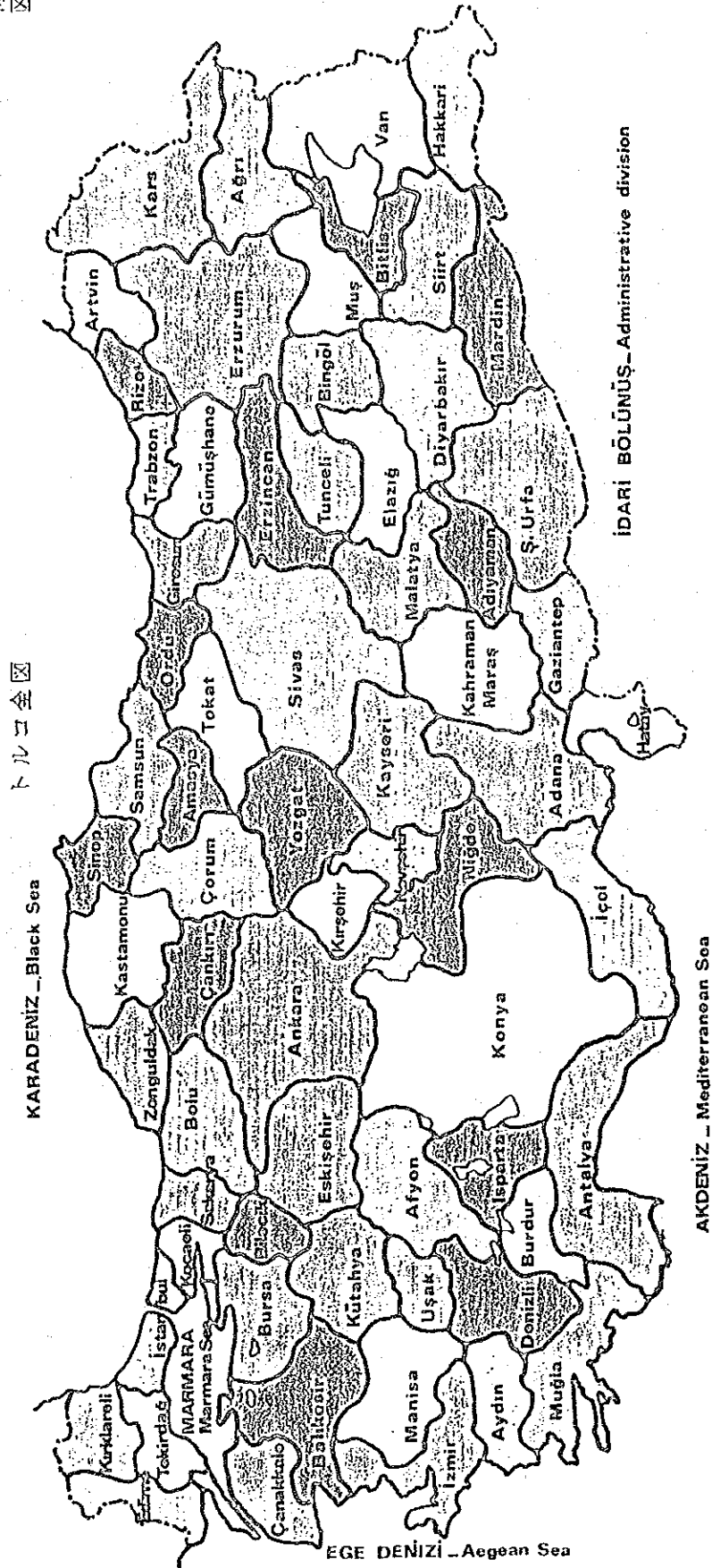
人口関連分野の国際機関援助

プロジェクト名	主な援助機関	カウンターパート	援助期間	予算額	
人口・住宅センサス (訓練・技術・アドバイス)	国連	人口計画局	1979-	1986までの累積額 \$1,545,897 1987予算 \$17,650	
学校外教育 (人口に関する成人教育)	UNESCO UNDP	文部省	1983-	1986までの累積額 \$37,578	
17県MCH/FP総合プロジェクト (医療要員訓練)	WHO/UNFPA/ UNICEF	N. S.	1984-	1986 政府 :\$507,983 UNICEF:\$192,099 UNFPA :\$428,517 WHO :\$ 93,006	1987 \$98,099 \$76,422 \$55,396
労働者のためのFP教育	ILO	N. S.	1985-	1986:\$53,763,1987:\$32,297, 1988:\$23,696	
人口関連活動 (国際会議出席、研修旅行、 研究等の補助)	UNFPA	N. S.		1986:\$18,710, 1987:\$2,000	
評価ミッション	UNFPA	N. S.	1986-	1986:\$27,308, 1987:\$24,100	
出生力調節のための調査助成	WHO	ハジェテベ大学	1986/7	\$87,750	
家族計画の一環としての避妊 手術に関するサービス	Assoc. for Vol Voluntary Surgical Contraception	アンカラ産科病院	1987.3-1988.4	\$36,458	
家族計画に関するIEC (人材教育)	FP International Assistance	Tuck-Is 社会保障省	1982.8-1986.12	総額	\$389,000
家族計画サービス提供	同上	母子保健家族計画 局	1985.4-1986.12	\$45,000	
家族計画関連品供与	同上	N. S.		1987.6までの累積額\$4,030,072	
医師・看護婦の訓練	JHPIEGO	母子保健家族計画 局	1981.6-1987.1	総額	\$64,000
家族計画普及キャンペーン	ジョン・ホプキ ンス大学	トルコ家族計画協 会	1987.5-1988.6	総額	\$130,000
人口関連刊行物出版	同上	ハジェテベ大学	1986.3-1987.8	総額	\$76,000

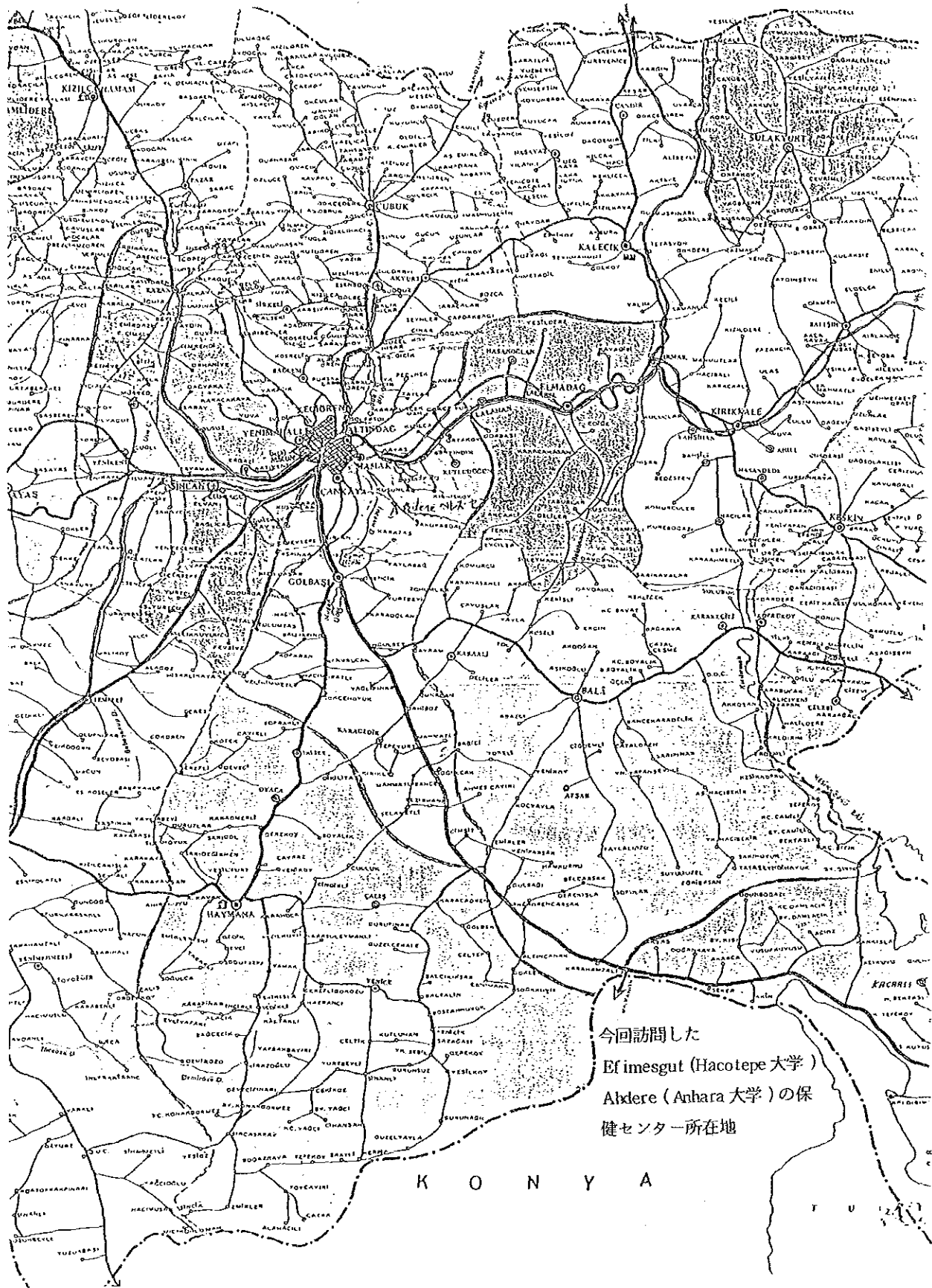
ビデオ・リスト (Bureau of MCH/FP, Producing Training Material Division)

1. 家庭における下痢対処法
2. 自宅での分娩 (トルコ語)
3. イズミール義歯センター
4. サムソン公衆衛生センター
5. イスタンブル『サイト農家』公衆衛生センター
6. 人形劇による人口家族計画
7. 下痢
8. 健康維持のための予防接種
9. 下痢病に打ち勝つには
10. 下痢 (ユニセフ)
11. 結核 (トルコ語アニメ・日本製)
12. ヨヌカット県 (劇場フィルム)
13. 17 県のプロジェクトに関するフィルム
14. トルコ赤十字の献血週間キャンペーン
15. ヌムネ病院の手術に関するフィルム
16. 家族計画に関するドキュメンタリー
17. 家族計画に関するドキュメンタリー
18. 歴史におけるトルコ音楽コンサートのフィルム

1. トルコ全図



2. 訪問した保健センターの位置



Training, Education and Implementation Services
Relating to Population Planning

Environmental Problems Foundation of Turkey
Population Policy of Turkey, 1983.

Article 3. Informing the people of the need for population planning, and the training, education and implementation services relating to this shall be carried out by the Ministry of Health and Social Welfare according to the principles of a directive to be prepared jointly by the Ministries of Defense, Education and Social Security, under the coordination of the Ministry of Health and Social Welfare, and to be promulgated by the decree of the Council of Ministers, through a cooperation with the universities, the Turkish Radio and Television Association, the social security organizations and all state agencies and organizations, as well as the relevant professional and voluntary organizations which are public in nature.

For this purpose, the Ministry of Health and Social Welfare is authorized to establish special organizations, to obtain or have obtained or to manufacture or to have manufactured contraceptive drugs and devices and to distribute or have distributed free of charge or sell or have sold at inexpensive prices these drugs and devices to those who need them. The manufacture of such drugs and devices or their importation into Turkey shall be subject to the permission of the Ministry of Health and Social Welfare.

The nature of the drugs and devices to be used in population planning shall be determined by the Ministry of Health and Social Welfare by soliciting the written opinion of a commission, among whose members will be included faculty members of medical schools. Drugs and devices not so determined shall not be used on human beings by any individual, organization or institution, including the medical schools of universities.

LAW NO: 2827

The Law Concerning Population Planning

(Published in the Official Gazette dated 27 May 1983
and No. 18059)

Purpose

Article 1. The purpose of this Law is to set forth the principles of population planning, to define the terms "termination of pregnancy", "sterilization" and "emergency situation requiring medical intervention", and to regulate matters concerning the procurement, manufacture and official recognition of contraceptive drugs and devices

Population Planning

Article 2. Population planning means an individual's having children at the times and in the numbers he wants.

The State will take the measures necessary to ensure the implementation of population planning through education. Population planning will be provided for through contraceptive measures.

Sterilization and termination of pregnancy will be performed under government supervision and control.

Pregnancies will not be terminated nor sterilization or castration operations performed apart from the conditions envisaged by this Law.

The establishment and functioning of the commission, the methods relating to prevention of pregnancy, and, from the point of view of implementation, the principles and methods of training and employing physicians, nurses and midwives, as well as the points specifying their authority in practice, shall be governed by a directive to be issued by the Ministry of Health and Social Welfare.

Physicians, nurses and midwives, without being bound by the conditions of special laws, shall implement the methods of contraception in keeping with the conditions specified in this directive.

Termination of Pregnancy

Article 4. Sterilization means the intervention which is undertaken in order to remove a man's or woman's ability to have children without preventing the satisfaction of his or her sexual needs.

Sterilization surgery shall be performed on an adult with his or her consent as long as no medical drawbacks are involved.

In cases when castration is deemed necessary, during the course of an operation, for medical reasons in the treatment of an illness, castration surgery may be performed without obtaining the person's permission.

Sterilization and Castration

Article 5. The uterus may be evacuated upon request through the end of the tenth week of pregnancy as long as no medical drawbacks regarding the mother's health are involved.

If the period of the pregnancy is longer than ten weeks, the uterus may only be evacuated in cases in which pregnancy threatens or is going to threaten the mother's life, or is going

to cause a serious infirmity in the child to be born or in successive generations, and then only on the basis of reports, containing a statement of justification based on objective findings, of an obstetrician-gynecologist and a specialist in the relevant branch of medicine.

In emergency cases in which life or one of the vital organs will be threatened unless intervention is undertaken immediately, the uterus may be evacuated by the necessary intervention undertaken by the authorized physician who diagnosed the situation. However, the physician is required to report, before undertaking such intervention or, if this is impossible, within at most twenty-four hours following the intervention, the name of the woman, the type of intervention undertaken and the reasons it was required to the directorates of health and social welfare in the provinces and to the government health office in the subprovincial administrative districts.

The following points shall be specified in a statute to be issued later: what constitutes an emergency situation requiring intervention, the form and nature of the report to be made, the form of the authorization document required from those who agree to undergo sterilization or abortion and the principles of filling it in, the places where such operations may be performed, the health and other conditions required in these places and the points regarding the control and supervision of such places.

Authorization to Perform Abortions

Article 6. The intervention defined in Article 5 is dependent on the permission of the pregnant woman; in the case of minors, on the minor's consent and the permission of her guardian; in the case of persons who are either under age and in the care of a legal guardian or are incapable of distinguishing between

right and wrong, on the consent of the under age person and her guardian and the permission of a justice of the peace. However, in the case of a pregnant woman who does not possess freedom of conscience owing to a mental defect, the woman's consent shall not be required for evacuation of the uterus.

If the persons specified in the second paragraph of Article 4 and the first paragraph of Article 5, and whose consent is to be sought, are married, the consent of their spouses shall also be required for sterilization or abortion.

Obtaining the permission of the guardian or a justice of the peace shall not be a condition in emergency cases in which life or a vital organ will be threatened unless intervention is undertaken immediately and if it can be shown that obtaining such permission would take time.

Actions in Conflict with the Provisions Regarding the Manufacture, Advertising and Publicity of Drugs and Devices

Article 7. Those who manufacture or distribute in any way whatsoever, or bring into the country or possess for commercial purposes any drugs and devices not recognized as contraceptive by the Ministry of Health and Social Welfare according to Article 3 of this Law, shall be punishable by prison sentences of seven months to two years and heavy fines of thirty thousand to one hundred and fifty thousand liras, and their factories shall be closed down and the drugs and devices confiscated.

Advertising and publicity of the drugs and devices recognized as contraceptive in nature by the Ministry of Health and Social Welfare according to Article 3 of this Law shall be carried out according to Article 13 of Law No. 1262 dated 21 May 1928. Those who act in conflict with this Law shall be punishable by prison sentences of one to six months and

heavy fines of seven thousand five hundred to thirty thousand liras.

The Use of Unrecognized Drugs and Devices

Article 8. Persons and organization officials who act in conflict with paragraph three of Article 3 of this Law shall be punishable according to Article 456 of the Turkish Penal Law, as long as their acts do not require heavier penalties. Even if the act falls under paragraph four of Article 456, the agent shall be prosecuted directly.

Those who act in conflict with the provisions of paragraphs four and five of Article 3 and with Articles 5 and 6 of this Law shall be punishable by heavy fines of not less than fifty thousand liras, unless their crimes involve heavier penalties.

The Legal Provisions that are Modified by this Law

Article 9. Article 468 and the heading of the fourth section of chapter nine of Book Two of Turkish Penal Law no. 765, dated 1/3/1926 have been modified as follows:

Crimes of Performing and Undergoing Abortions

Article 468. A person who aborts a woman's child without her consent shall be given a heavy prison sentence of seven to twelve years.

A person who aborts the child of a woman who has been pregnant for more than ten weeks with her consent and without medical reasons shall be given a prison sentence of two to five years. The same sentence shall be given to the woman who consented to the abortion.

If the act described in the first paragraph causes the woman's death, the agent shall be punishable by a prison sentence of fifteen to twenty years, and if it causes physical injury by a prison sentence of eight to twelve years.

If the act described in paragraph two causes the woman's death, the agent shall be punishable by a prison sentence of five to twelve years, and if it causes physical injury by a prison sentence of three to eight years.

A person who performs certain acts for the purpose of abortion on a woman thought to be pregnant without the woman's consent shall be punishable according to the provisions of Article 452 and 456 if this causes the woman's death or physical injury.

Article 10. The first paragraph of Article 469 of Turkish Penal Law no. 765 dated 1/3/1926 has been modified as follows:

A woman who voluntarily aborts her child after the tenth week of pregnancy shall be given a prison sentence of one to four years.

Article 11. Article 470 of Turkish Penal Law no. 765 dated 1/3/1926 has been modified as follows:

Article 470. If a person not authorized to perform abortions evacuates the uterus of a woman pregnant less than ten weeks with the woman's consent, he shall be punishable by a prison sentence of two to four years. If this act causes woman's death or any physical injury, the agent shall be punishable according to the provisions of Articles 452 and 456.

If a person not authorized to perform abortions performs any of the acts envisaged in the first, second, third and fourth paragraphs of Article 468, his punishment shall be increased by a factor of three.

If a person not authorized to perform abortions provides a woman thought to be pregnant with drugs or devices for the purpose of aborting the child or if he performs certain acts on a woman thought to be pregnant for the purpose of abortion without the woman's consent and in so doing causes death or physical injury to the woman, he shall be punished according to the provisions of Articles 452 and 456. If the act is performed with the woman's consent, the punishment shall be reduced by one-third.

Article 12. Article 471 of Turkish Penal Law no. 765 dated 1/3/1926 has been modified as follows:

Article 471. A person who performs sterilization on a man or woman without his or her consent shall be punishable by a prison sentence of two to five years. If this act causes the man's or woman's death or any physical injury, the agent shall also be punished according to Articles 452 and 456. If this act is performed by a person not authorized to perform sterilization operations, the punishment shall be increased by a factor of three.

If someone not authorized to perform sterilization operations performs such an operation without the consent of the person concerned, he shall be punishable by a prison sentence of one to three years. If this act causes death or physical injury to the person, the agent shall also be punishable according to the provisions of Articles 452 and 456.

The Law and Provisions that are Invalidated by this Law

Article 13 Paragraph two of Article 472 of Turkish Penal Law no. 765 dated 1/3/1926 is invalidated by Family Planning Law no. 557 dated 1/4/1965.

Temporary Article

Until the statutes and regulations, which will be promulgated within at most three months of the issue date of this Law, become effective, the articles of the "Statute concerning termination of pregnancy on grounds of medical necessity", "The Population Planning Regulations" and "The Population Planning General Directorate's on-the-job training activities regulations" (all implemented according to Population Planning Law no. 557), which do not conflict with the new law, shall remain in effect.

Effectiveness

Article 14. This Law shall become effective on the date it is promulgated.

Enforcement

Article 15. The provisions of this Law shall be enforced by the Council of Ministers.

JICA