

第2章

日本の人口経験

第2章 日本の人口経験

2 - 1 日本の人口転換¹

日本はいま世界一低い乳幼児死亡率と世界一の長寿を享受している。本章ではまず最初に、現在の低死亡率と長寿の状態に至った日本の近代以降の人口転換について、簡単に概観する。

2 - 1 - 1 日本の人口転換プロセス

日本の人口転換の歴史を大まかに時代区分すると、多産多死の時代(- 1870年)、多産少死の時代(1870年 - 1960年)、少産少死の時代(1960年 - 現

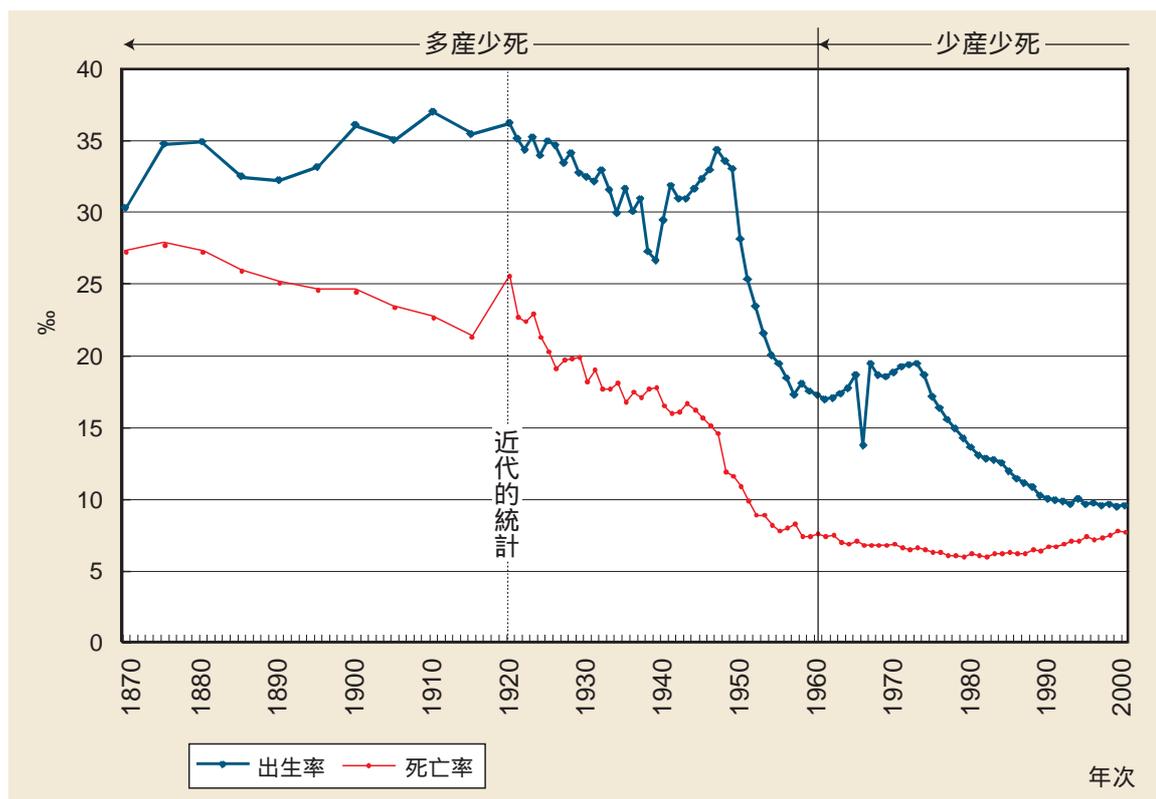
在)の3つに分けられる。

図2 - 1は明治初年以降現在までのおよそ1世紀の間の出生率と死亡率の推移である²。

1870年(明治時代初期)頃までは出生率も死亡率も相当に高い「多産多死」の状態であった。その後、まず死亡率の低下が始まった。他方、出生率のほうは、明治初年から大正期まではやや上昇傾向にあったと推定されているが、その後は緩やかに低下してきた。この期間が「多産少死」の時代である。

そして、第二次大戦と敗戦によって日本の人口趨勢に混乱がみられた。すなわち、戦時中は兵員・

図2 - 1 日本の人口転換

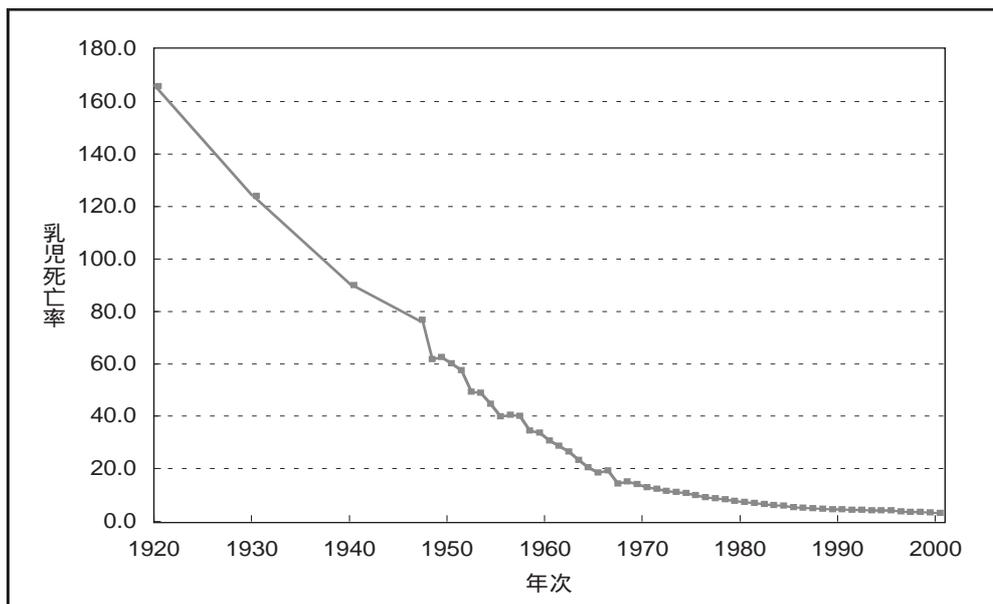


出所：1870年 - 1920年は、岡崎陽一(1995)、1920年 - 1997年は、厚生省大臣官房統計情報部『人口動態統計』各巻。

¹ 本節は、岡崎陽一、1995年、『現代日本人口論(改訂版)』(古今書院)を参考に、大部分を阿藤誠(2000年)第7章「日本の人口転換」、『現代人口学』日本評論社、をもとに構成した。

² 日本で近代的な人口調査が「国勢調査」として最初に実施されたのは1920年(大正9年)であり、それ以前の人口統計については、さまざまな手法によって推計が試みられている(岡崎陽一、1995年、『現代日本人口論(改訂版)』(古今書院))。

図2 - 2 乳児死亡率の変遷(1920年 - 2000年)(出生千対)



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

民間人を含めた195万人の人命が失われた反面、戦後は復員ならびに植民地・占領地からの引き揚げによって合わせて470万人(1945年 - 1946年)の社会的人口増加が起こった。また、戦後の1947年 - 1949年になると、「ベビーブーム(baby boom：赤ちゃん好況)(第1次ベビーブーム)³」が起こり、年間出生数は270万人を超え、合計特殊出生率は4.4前後を記録した。ところが、1949年を境にして、出生率は一挙に低下し、特に1949年 - 1957年には「ベビーバスタ(baby bust：赤ちゃん不況)」と呼ばれるほどの急激な減少をみせた。また、この時期、死亡率も大きく低下した。日本は、この時期に「人口転換」を達成したといえる。

現在は死亡率・出生率ともに低水準に落ち着き「少産少死」の時代となっている。終戦前後の混乱期を除くと、日本の出生率と死亡率の動きは西欧諸国が近代化の過程でみせたいわゆる「人口転換」の型と同じ型を描いている(岡崎, 1995)。人口転換のスピードが速かったところに日本の特徴がある。

2 - 1 - 2 死亡率低下の要因

明治初年以降の死亡率低下の要因は、18 - 19世

紀の西欧社会の死亡率低下と同様に十分に解明されているとはいいがたいが、政府主導による近代医薬・公衆衛生の発達・普及、経済成長に基づく生活水準・栄養水準の改善、義務教育の普及による衛生観念の浸透などが複合的に作用した結果(阿藤)と分析されている。

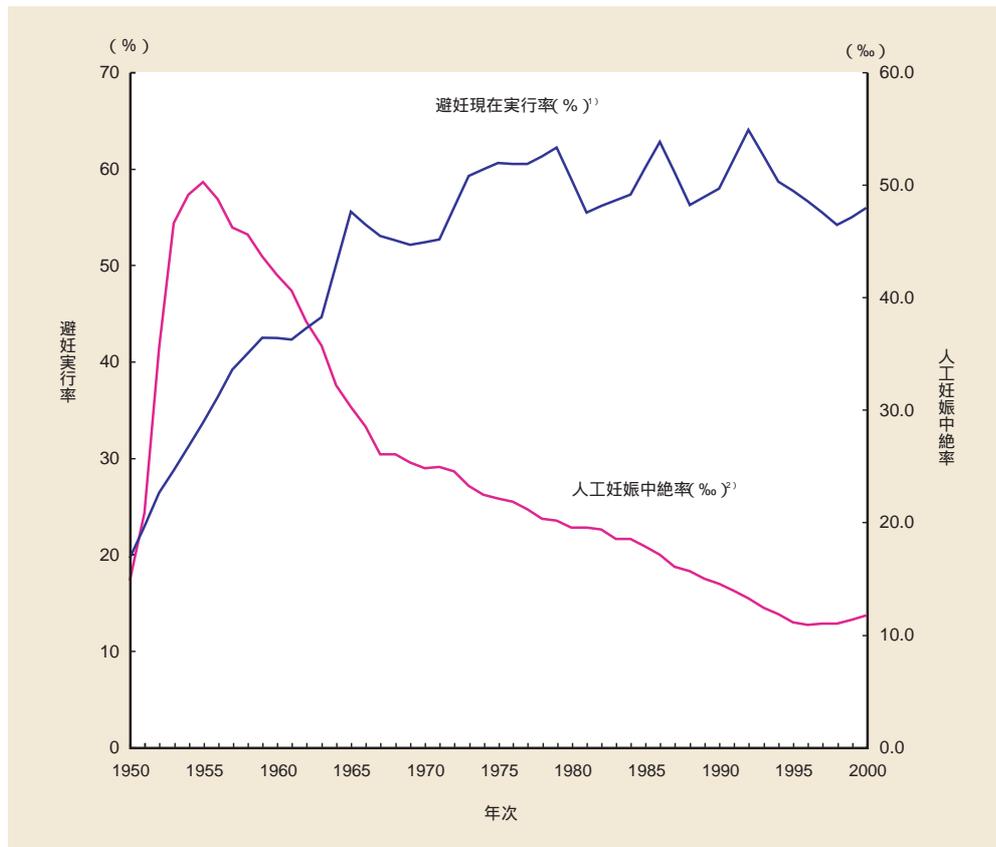
戦後のベビーバスタ期には、死亡率も急激に低下した。1947年 - 1960年に乳児死亡率は77(出生千対)から31(同)へ低下し(図2 - 2)、青年期の死亡率も急低下した。これは、戦後の抗生物質、DDTの普及などにより、肺炎、胃腸炎、結核などの感染性疾患による死亡が激減したからである。これにより平均寿命も伸び、1960年には男子65才、女子70才に達し、ほぼ当時の欧米先進諸国の最低水準に追いついた。

2 - 1 - 3 出生率低下の要因

大正期以降の緩やかな出生率の低下については、主として、産業化・都市化の進展による結婚年齢の上昇によるものであった。これに対して、戦後のベビーバスタ期の出生率の低下は、結婚したカップルの出生抑制によるものであった(阿藤,

³ この1947年 - 1949年の3年間に生まれた世代を、堺井屋太一が「団塊の世代」と命名し、以後、戦後日本の各節目に主役として登場し、常にムーブメントを起こす世代となる。なお、団塊の世代が結婚・出産年齢に達した1970年代初頭に「第2次ベビーブーム」が出現する。

図2-3 人工妊娠中絶と避妊実行率



注：1) 避妊現在実行率は50才未満の有配偶女子を対象にした調査回答者総数のうち、調査時現在避妊を実行している者の割合。

2) 人工妊娠中絶率は、(母体保護統計による)15-49才の女子人口千人に対する中絶件数。

資料：毎日新聞人口問題調査会「日本の人口 - 戦後50年の軌跡 - 全国家族計画世論調査」2000年。厚生省大臣官房統計情報部「母体保護統計報告」2002年。

出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

2000)。その背景としては、いくつかの要因が考えられる。

第一には、何といても1948年(昭和23年)に制定された優生保護法による人工妊娠中絶の実質的な合法化である。これによって避妊行動の普及を待たずに一挙に望まない出生を抑制することが可能となった。ただし、この時期同時に避妊の普及も始まり、1960年頃には避妊実行率は43%に達した。中絶と避妊の出生抑制効果はこの頃逆転したとされる(図2-3)。

第二に、潜在的には戦前の経済成長に基づく産業化、都市化、教育水準の向上、乳幼児死亡率の低下などの近代化の進行が、子ども数制限の動機をすでに育んでいたと考えることができる。

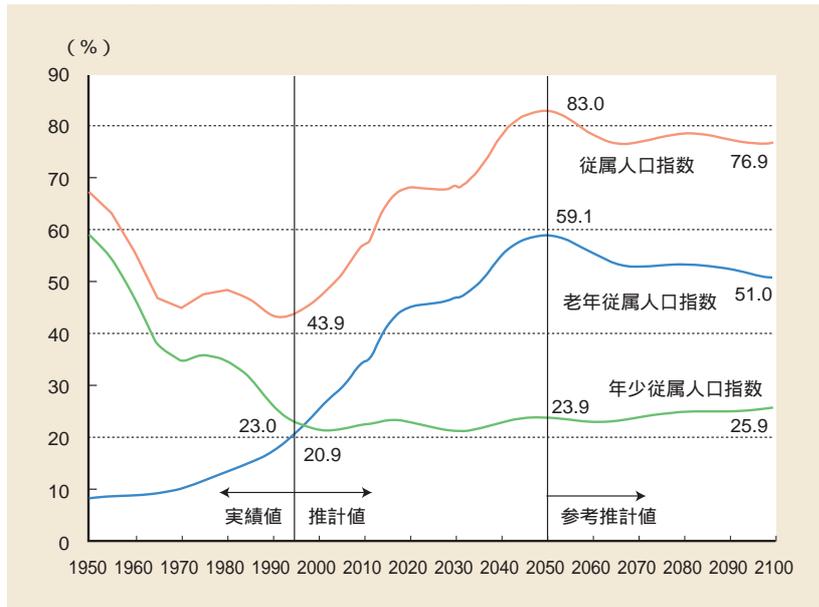
第三に、敗戦による生活水準の極度の低下であ

る。ベビーブーム時に直面した食糧の絶対的不足は、子ども数制限の直接的要因となった可能性はある。

第四に、戦後の平等化政策である。占領軍による財閥解体、財産税、農地改革、民法改正、中等教育の大衆化などは、今日の途上国における社会開発政策に相当するもので、農民、労働者層の間に自分たち及び子世代のための生活改善意欲をもたらし、子ども数制限の動機を生み出したものと考えられる。

第五に、敗戦により戦前の権力構造と価値体系が崩壊したことも重要で、個人の欲望追求が是認され、そのなかで中絶の利用による出生抑制が受け入れられていったと考えることができる。

図2 - 4 戦後日本における従属人口指数の変遷



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

2 - 1 - 4 人口ボーナスと人口高齢化

歴史的にみれば、戦後のベビーバスター期は日本の1920年代に始まった出生力転換の後半期にあたる。この時期までに人口転換を達成し、人口増加の抑制に成功したものとみることができる。経済的にみれば、本稿第1章補足論文で小川が論じているように、1950年代末以降子ども数の減少により家計及び国家の扶養負担が急低下し、その結果、家計貯蓄及び国家貯蓄が増大し、増大した貯蓄は市場経済へ再投資され、経済成長の機動力となった。一方で、第一次ベビーブーム世代が勤労世代に達し豊富な労働力を提供した。このような出生力転換に伴う人口構造の変化が経済成長にプラス要因として働いた一連の現象を「人口ボーナス (population bonus)」⁴と呼ぶ。

人口ボーナスは社会の扶養負担の側面からも捉えることができる。働き手(生産年齢人口:15~64才とする)にとって、高齢者(老年人口:65才以上とする)と子ども(年少人口:14才以下とする)の扶養負担を表す指標として、従属人口指数がある。従

属人口指数は、老年人口/生産年齢人口(=老年従属人口指数)+年少人口/生産年齢人口(=年少従属人口指数)で求められる。日本においては、1950年に従属人口指数がピークに達しその後下降をはじめ、1990年を谷として上昇を始めた(図2-4)。このピークから谷までの時期は日本の高度経済成長期とその後の安定経済成長期と重なる。つまり、社会的な扶養負担が減少した時期に、開発戦略を進め社会経済発展を達成したと考えることもでき(嵯峨座、2001)、日本はこの40年間に人口ボーナスを活用したと言うこともできよう。

しかし、人口転換の達成は、表裏の関係にある人口高齢化の開始を意味した。日本の場合は出生力転換が急速であったことが、将来(特に2020年代に向けての)急速な高齢化を運命づけることになった。高齢化によって、前述した従属人口指数、特に老年従属人口指数が高まり、生産年齢人口への扶養負担が高まりつつあることが、高齢化問題の大きな課題として議論されているところである。

⁴ 国連人口基金 (UNFPA) の1998年と1999年の世界人口白書に相次いで「人口ボーナス」という言葉が登場した。白書によると、人口ボーナスというのは、「今後の数10年間に、開発途上国では出生率が低下することによって、生まれる子どもの数が減る。その一方で、現在の子どもたちが成長して、労働力の一部を担うようになる。十分な雇用機会が創出できれば、新しい労働力は生産性を高め、経済開発を促す力となり、ヘルスケア、社会保障のための多額の歳入をもたらす」としている。

BOX 2 - 1 外れた人口学者の予測

第二次世界大戦後、連合国軍総司令部のマッカーサー元帥の人口部門アドバイザーを務めたことのある米国の著名な人口学者ウォーレン・トンブソン氏は、1950年に発表した「日本における人口と資源」という論文の中で、こんな趣旨のことを述べている。

「日本は過去にそうだったように、貿易を通して資源を増大できることは疑いが無い。マラヤ(現在のマレーシア)は鉄鉱石、ゴム、スズを輸出する代わりに、日本からある程度の繊維製品、自転車、ゴム靴、懐中電灯などを入手できるだろう。同じような貿易はインドネシア、フィリピンなどとも可能になる。」

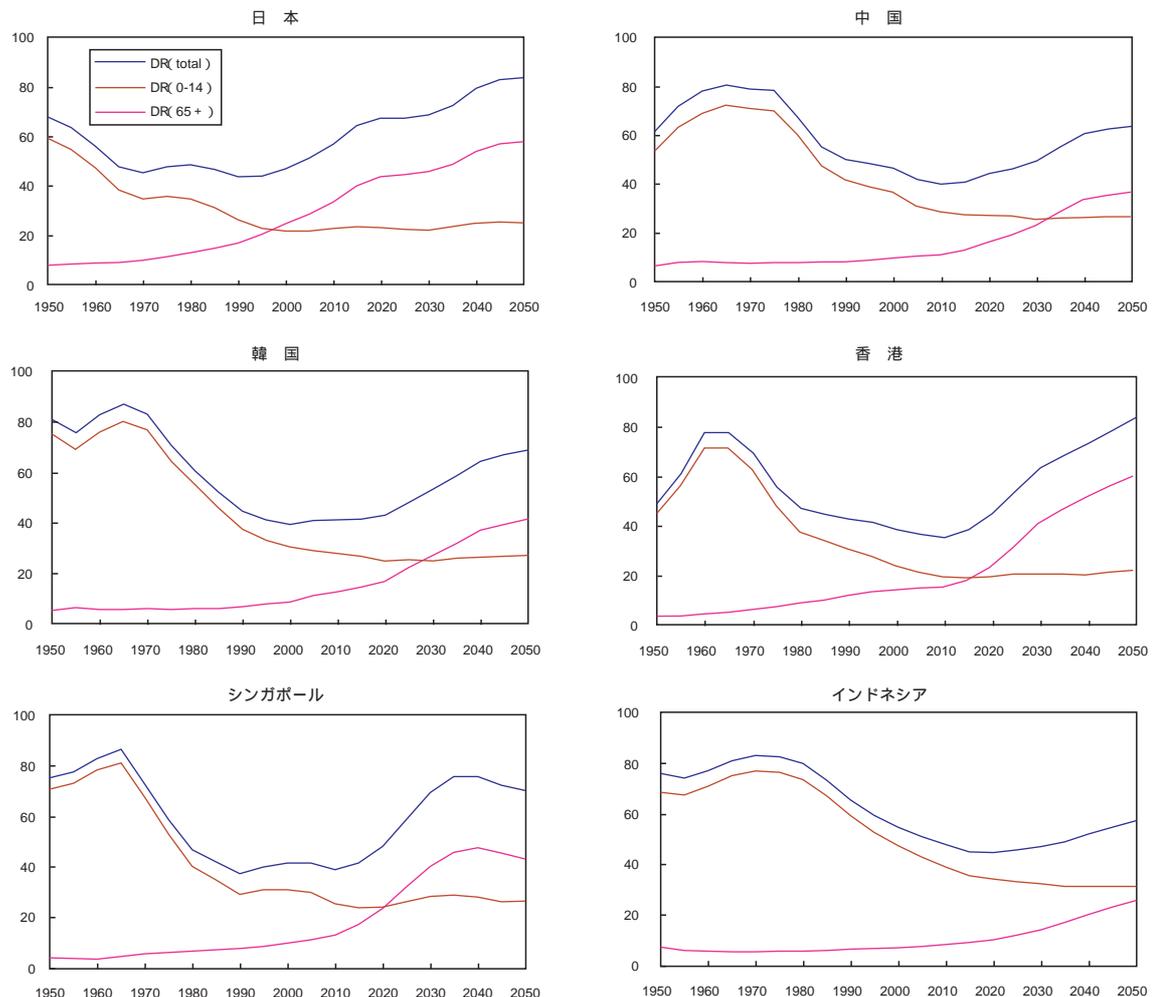
「一方、日本の工業の効率化が増すにしたがって、外国貿易の競争力は改善するだろう。しかし、その改善が急速であるかどうか、最適な機械、優秀な労働力、そして低価格の商品を維持するためにより低い賃金でヨーロッパや米国との競争に並ぶことができるかどうかは、決して確かではない。私は、資源に対する人口の圧力が次の10年、20年の間に日本を助けることになるとは思わない。」

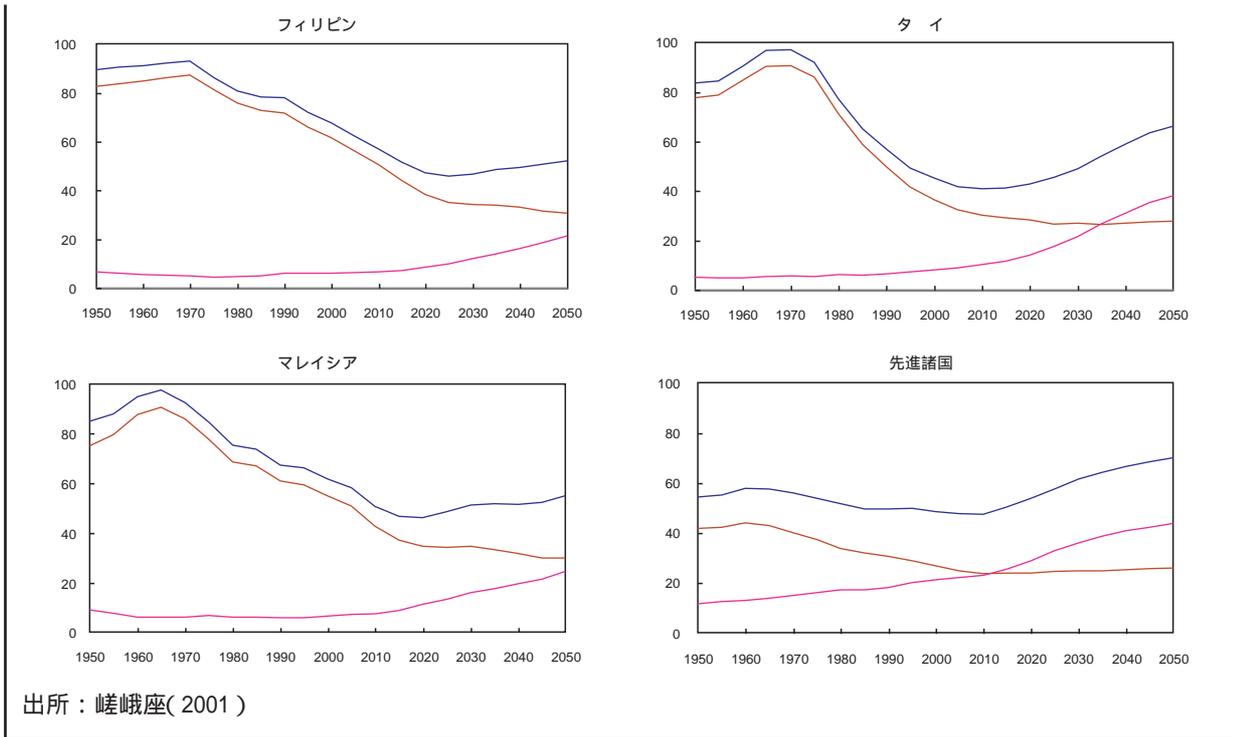
つまり、戦後のベビーブームによって起きた人口急増の圧力が続き、経済は簡単には回復しないとトンブソン氏はみていたことを示している。

ところが実際は1950、1960年代の日本の経済成長は目覚ましかった。1929年の「世界人口の危機地帯」で日本が人口圧力から戦争に突入することを予見したトンブソン(本報告書の主査緒言参照)の、戦後日本の復興についての見通しが、なぜ外れたのだろうか。

日本大学人口研究所の小川直宏次長(本研究会委員)らの論文によると、その要因の第1は、ベビーブーム以降の10年間で出生率が半減するという「日本の奇蹟」が起きることを予測できなかったこと、第2は戦前から日本人が身につけていた高い技術力を持つ労働力の質を、低く見積もり過ぎたためではないかという。人口の将来を予測することの難しさを、考えさせられる。

BOX 2 - 2 アジアの従属人口指数の変遷(1950年 - 2050年)





2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの

戦後の日本においては、連合国軍最高司令官総司令部(GHQ)の指導の下で強力な民主化政策が押し進められた。その結果、行政組織、地域社会においてさまざまな改革が展開された。日本の人口転換に貢献した主な動きとしては、政府の家族計画政策、保健行政の改革、その中でも特に母子保健の向上に関するアプローチ、民間団体や企業主導の家族計画運動、農村における生活改善運動などが挙げられる。本節では、これらの動きを検証し、今日の途上国支援に資する諸点を考察する。

2 - 2 - 1 政府の家族計画政策

(1) 優生保護法の成立

先述したとおり、日本は戦後、1947年 - 1949年の3年間に空前のベビーブーム期を迎えた。その一方で、当時は避妊についての正しい知識を持つ者も少なく、また避妊用の器具や薬品を入手することも困難であったために、望まない妊娠も多く、やむなく出生抑制の手段として人工妊娠中絶が行われた。しかし当時は1882年(明治15年)制定の旧刑

法による墮胎罪が適用されており(現在もそのまま適用)、非合法のいわゆる「ヤミ中絶」が激増した。劣悪な環境下で行われたヤミ中絶が原因で死亡したり、後遺症に悩む女性も多く見られるようになった(西内, 2001, 連載6)。

こうした事態から母体を守ろうという国会議員の動きにより、1948年(昭和23年)9月「優生保護法」が施行された。この法律はその目的として、「母性の生命・健康を保護すること(第一条)を挙げている。これによって、条件付きではあるが専門医による人工妊娠中絶が認められ、「中絶天国」と言われるほど人工妊娠中絶が増える結果となった(本報告書の主査緒言参照)。翌1949年(昭和24年)には、一部改正され、母体保護による人工妊娠中絶を考慮する場合に、身体的理由と並んで「経済的理由」が追加されたことにより人工妊娠中絶の適応がさらに拡大された。この改正の際に、全国の保健所に受胎調節の相談・指導を行う機関として「優生保護相談所」の設置が義務づけられた。しかし、この相談所は現実にはほとんど利用されなかった(村松, 2002)。

さらに政府は1952年5月「優生保護法」を改正し、人工妊娠中絶に伴う女性の肉体的、精神的負担を

軽減するため、受胎調節にかかる事業を盛り込んだ家族計画政策を打ち出した。この主な改正点は、これまで煩雑であった公的機関の審査を待つことなく担当医師独自の判断で中絶を実施できるようになったことと、「受胎調節実地指導員」制度の導入である。この結果、中絶の届け出数は激増し、1955年(昭和30年)には117万件を数えるに至った(図2-3)。しかしながら、受胎調節実地指導員制度の充実と活動の拡がりによって、2-1-3で前述したように、その後、避妊実行率が急激に上昇し、一方、人工妊娠中絶率は降下し、両者の割合が逆転していった。

(2) 受胎調節実地指導員制度

受胎調節実地指導員制度によって、助産婦、保健婦、看護婦が再教育され、受胎調節の質の高い技術的指導を行う専門グループが育成された。特に開業助産婦においては、業として家族計画に関する相談・指導の対価としての金銭的報酬を得ることのできるシステムが構築されたことにより、持続可能な受胎調節の実地指導が行えるようになった。再教育は、厚生省の基準に添って都道府県知事が講習を実施し、その講習を修了したものを「受胎調節実地指導員」として認定した。それまでの保健婦教育においては受胎調節についての教育はなされておらず、現場の保健婦にとっても初めての知識となり(大峽)有効であった。この受胎調節実地指導員がその後の家族計画の普及に果たした役割は大きい。

以上のような政府事業の姿勢について、村松は「政府事業について注目されることは、当初から人口政策としての意義を極力抑えて、公衆衛生、母体保護を前面に出した点である。終戦から1950年代にかけて、世間の論議は圧倒的に“人口”が主体であったが、政府としては批判される危険のない“健康”をイデオロギーの基盤に選んだということであろう」と指摘している(村松, 2002)。

(3) 計画出産モデル村⁵

戦後は「産めよ、殖やせよ」から一転して「計画出産を」の時代となったが、その考え方も手段も国民の間にすぐに浸透することは難しかった。そんな中で、国立公衆衛生院の研究者たちは積極的に全国各地に出向き、計画出産と受胎調節の指導に努めた。その活動の中でも、1950年(昭和25年)から7年間、3つの「計画出産モデル村」において行われた指導は、日本にはどの避妊方法が適しているのか、人工妊娠中絶をどのくらい減らすことができるのか、などを知る上でも貴重な情報を得ることとなり、日本の家族計画普及に重要な指針を与えることとなった(西内, 2001, 連載6)。

3つのモデル村は、米作農村/神奈川県上府中村(当時307世帯)、畑作農村/山梨県源村(当時459世帯)、漁村/神奈川県福浦村(当時332世帯)である。国立公衆衛生院のアプローチは、最初にその地域の人々全体に対する啓蒙運動(講演・映画など)、全体の中から受胎調節実行希望者を選び、その対象者に対して集団教育、次に1組1組の夫婦に定期的に行う個人指導、の3つのプロセスからなる。

この過程で強調されたのは、家族計画とはどういうことか、どうして大切なのかという理解を進めるという点であった。また、プロセスとして成功の鍵となったのは、最初に村全体に啓蒙し、夫や舅姑など、実際に受胎調節を希望する女性を取り巻く周囲の人々の理解と協力を得た点である。このように、住民1人1人の行動変容を起こすためには、その阻害要因の1つである環境的制約を取り除くことが重要であり、現在、リプロダクティブ・ヘルス分野を支援するドナー社会において大きな課題となっているが、戦後の日本ではすでに体系化されたモデルが確立されていたことは、特筆に値する。

モデル村の一つ福浦村では、国立公衆衛生院の専門家の指導の前に、地元の保健婦が一軒一軒の家庭を回って事前調査を行ったと報告されている。

⁵ 本節は、西内正彦「連載6日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く 動き出した産児制限『世界と人口』ジョイセフ」、「連載7日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く モデル村で指導が始まる」同、「連載8日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く 政府が受胎調節指導に乗り出す」同を参考にまとめた。

福浦村における記録によると、女性たちはこの指導に積極的に参加しているが、男性たちは指導開始当初は、「...村でうまくいかないことがあると、家族計画をしているせいにしてしまう」ほど否定的な風潮が強かった。女性を取り巻く人々の理解を得るために、地域全体に対する啓蒙活動の重要性を示す一例である。活動に参加した主婦たちによる座談会では、「母のように8人も子どもを産み育ててへとへたになりたくなかった」、「結婚してから自分で避妊法を研究していたので先生方に指導して頂けるようになって本当に嬉しかった」、「保健所でも受胎調節の指導をやっているけれど、あんなところでは大事なことはとても話せない」、「長く顔見知りの保健婦さんだからこそなんでも話せる」等、高く評価しており、最後は「家族計画は女子を解放する」という発言もあり(西内, 2001, 連載7)。女性たちが家族計画によってエンパワーメントされた様子がうかがえる。

受胎調節の指導の成果は確実に表れ、指導初年の1951年と最終年の1957年の手法別避妊実行割合をみると、コンドームが32%から38%に増え、コンドームとオギノ式の併用は1%から12%に、またペッサリーは4%から12%とより確実な方法が増加していることが分かる。出生率(人口千対)も指導前の26.7から、3年目には14.6まで下がり、最終年には13.6と低率になった。これは全国平均よりも低く、さらに全国平均が人工妊娠中絶によってもたらされたものであるのに対して、モデル村では家族計画によってもたらされたと分析されている。また、どの村でも、「考えて産みなさい」とか「出産間隔をあけてはどうか」という受胎調節指導を受けた妊婦たちは最初は「産まない方がいいのだろう」と短絡的に理解し、指導後1~2年は人工妊娠中絶が増えるが、その後減少に転じるという、同一のパターンをとることが報告されている(西内, 2001, 連載8)。

2 - 2 - 2 保健行政の拡充⁶

GHQによる民主化政策の一環として、日本においては保健行政の改革も行われた。すなわち、中央・地方の保健行政制度の改革、伝染病対策としての「予防接種法」の制定(1948年)、旧陸海軍病院等の一般国民への開放のための国立病院・療養所化、医療施設の充実や医療従事者の質の向上をなどの対応が図られた。さらに、1948年(昭和23年)の米国の調査団の勧告⁷を受けて1949年(昭和24年)に「社会保障制度に関する勧告」を行い、日本の社会保障制度の整備の方向が示された。

(1) 保健所の整備と強化

戦時下に設置された保健所⁸が、戦後はGHQの指導によって保健所網の整備・業務強化が行われ、地方における公衆衛生上の拠点機関となった。

戦後の混乱期、発疹チフス、種痘、コレラ、性病の蔓延、食糧の不足等により日本の公衆衛生水準はきわめて低い状態にあった。この公衆衛生状態の改善のために、1947年(昭和22年)9月に「保健所法」の全面改正が行われた。その主な内容は、保健所は都道府県または政令に定める市に設置し、公衆衛生のほとんど全分野にわたる指導を行う(衛生思想の普及・向上、人口動態統計、栄養改善・食品衛生、水道・清掃等環境衛生の改善、保健婦に関すること、公共医療事業の向上・増進、母性・乳幼児の衛生、歯科衛生、衛生上の試験・検査、結核・性病等の疾病予防等)というものである。保健所には医師はじめ保健婦等の必要なスタッフが配置され、検査設備など設置された。保健所はおおむね人口10万人に1か所設置され、さらに各都道府県には1か所「モデル保健所」を設定するよう指示された。保健所の運営にあたっては、地区住民の意思を尊重し反映することが適切とされ、地区の代表・有識者で構成する運営委員会を置き、保健所長の諮問に応じて審議することとなった。

⁶ 本節は、『厚生省50年史』による。

⁷ ワンデル勧告(W. H. Wandel)を団長とする米国社会保障制度調査団の報告書。1948年7月発表。

⁸ 大正期から結核・乳幼児死亡率の高いこと、トラコーマ・寄生虫病・性病等の蔓延、国民の体力の低下、栄養状態の貧しいことが認識されるようになり、保健指導の重要性がうたわれ保健所制度の導入が検討されてきたが、日中戦争の開始とともに、人口の増強と資質向上を図るはかることを直接目的として、1937年7月に保健所制度が導入された。

表2 - 1 戦前・戦後の保健・人口政策・民間運動の主なあゆみ(1937年 - 1960年)

年(昭和)	項目
1937(12)	保健所法施行
1938(13)	母子保護法施行 厚生省誕生
1939(14)	人口問題研究所(厚生省付属機関)設置
1940(15)	国民体力法施行
1941(16)	国民優生法施行 人口政策確立要綱決定(産めよ、殖やせよの時代に)
1942(17)	保健婦制度開始
1945(20)	第二次大戦敗戦 婦人参政権
1946(21)	農地解放
1947(22)	農業協同組合創設 妊産婦手帳が母子手帳に改称 <1947年 - 1949年・第一次ベビーブーム到来>
1948(23)	優生保護法施行 農地改良助長法施行
1949(24)	生活改良普及員第1期採用 優生保護法改定(経済的理由による人工妊娠中絶を許可)
1950(25)	国立公衆衛生院「計画出産モデル村」指導開始 ユニセフ、援助物資供与(～1964年)
1952(27)	優生保護法改定 新生活運動始まる
1954(29)	日本家族計画協会設立 日本家族計画連盟設立 8月～9月 世界人口会議(ローマ)に、日本は途上国の代表として招聘
1955(30)	<全国の中絶件数ピークに> 受胎調節実地指導員に、避妊具の販売特例 10月 IPPF 第5回世界大会開催(東京)
1956(31)	経済白書「もはや戦後ではない」
1960(35)	池田内閣発足「所得倍增計画」(金の卵、農村の過疎化)

(2) 母子保健対策の進展

終戦を境として、日本の母子保健対策は、それまでの富国強兵策の一環から一変し、新しく、妊産婦と乳幼児の福祉の観点から見直されることとなった。

母子保健の強化のために、昭和22年3月、厚生省社会局から児童局が分離し、新たに母子衛生局が設置された。また、同年12月には、「児童福祉法」が制定され、母子衛生の基盤が固められた。すなわち、児童福祉法の下に、保健所を中心として、(ア)妊産婦、乳幼児の保護者に対する妊娠、出産、育児についての保健指導の実施、(イ)乳幼児の健康診査の実施、(ウ)生活困窮者に対する保健指導に要する費用の代負担、(エ)妊娠の届け出と届け出者に対する母子手帳(妊産婦手帳の改称)〔BOX 2

- 3参照〕の交付、(オ)経済的理由により入院助産を受けることのできない妊産婦の助産施設への入所措置、等の制度化が図られた。さらに母子衛生対策の一環として、1949年(昭和24年)から母親学級、赤ちゃんコンクール、全国母子衛生大会等が開催され、乳幼児の保健指導に大きな効果を上げた。

以上のような施策により、特に乳幼児の保健指導については、着々とその成果がみられ、戦後の乳幼児死亡率は着実に低下していった。すなわち乳児死亡率は昭和25年の60.1(出生千対)から昭和30年には39.8(同)に低下した。これに対して、妊産婦死亡率ははかばかしい改善がみられない状態で、昭和25年と昭和30年で変わらず178.8(出生10万対)⁹であったため、その対応として、1954年(昭

⁹ 同時期、米国のそれは26.4、スイスは26.5、スウェーデンは17.4であった。

BOX 2 - 3 妊産婦手帳

母と子の健康の記録として持ち歩くことができる「母子健康手帳」の前身、「妊産婦手帳」が発足したのは、日本が第二次世界大戦に突入して間もない1942年(昭和17年)7月だった。

1940年の日本産婦人科学会の調査によると、全国で200万と推定される受胎のうち、自然流産・死産が28万、人工流産が6万、早産が6万という状況だった。これを防ぐには、妊娠を届け出てもらい、妊娠中に少なくとも3回は医学的検診を受けることや妊婦に対する指導、食料の配給をすべきだ と厚生省母子課に勤務していた瀨木三雄氏(後に東北大学名誉教授、故人)が提案、実現したのだった。瀨木氏がドイツ・ハンブルグ大学に留学中に知った、妊婦が自分の健康の記録を携行するシステムがヒントになった。

当時の手帳制度では、妊娠したら市町村に届け手帳を受け取り、出産までに3回は産婦人科医や助産婦の診察を受け、「診察、指導年月日」「妊娠月数等」記事(診察、検査の所見)「分娩記事欄」といった妊婦の状態や、出産時の経過・異常の有無、などを記録し、次回の出産時の参考にするとというものであった。当時、助産婦による自宅分娩が大半だったが、ベテランの助産婦には、血圧や赤ちゃんの体位など簡単な記述であっても、次のお産の時の重要なデータになったという。

手帳制度発足の目的は、「丈夫な赤ちゃんを産んでもらおう」という政府の狙いがあり、戦時色の強いものだった。戦時下の食糧難の時期にも、手帳を持っている妊婦は、出産用の衛生綿、ガーゼ、石けん、鶏卵など特別配給が受けられた。

この妊産婦手帳は、戦後に引き継がれ、1947年(昭和22年)「母子手帳」、1965年(昭和40年)「母子健康手帳」と名称を変え、内容も充実し、母と子の健康教育の教材にもなっている。

和29年)に「妊産婦保健指導の強化について」という厚生省通知が出された。

この通知では、(ア)衛生教育、社会教育、地域組織活動の活用を図ること、(イ)保健所及び母子保健委員による保健指導機構を確立すること、(ウ)助産婦の再教育を行うことなどにより妊産婦対策の強化を図るよう指示が行われた。同時に母子愛育会(後述)と連携し、母子衛生地区組織の育成強化を図ることとなった。この一連の指導は、妊産婦対策において地域社会を大いに活用しようという姿勢が強く打ち出されている。

(3) ケーススタディ:ある保健婦の記録(長野県高甫村)¹¹

終戦当時の全人口の7割を占めた農村において、保健婦や開業助産婦が母子保健・家族計画に果たした役割は計り知れない。ここでは、実際に戦中・戦後の日本の農村において活躍した1人の保健婦の体験を通じて、保健婦の活動が戦後日本の家族計画・母子保健に及ぼした貢献について整理してみたい。長野県高甫村(現・須坂市)において、1944年(昭和19年)保健婦として赴任した大峽美代志^{おおぼ みよし}氏の体験をもとにまとめた。

1) 高甫村の概略

大峽氏が着任した1944年(昭和19年)当時、高甫村は人口2,000人強の村であった。その頃生糸の暴落によって村全体が一斉に貧困に陥り、畳を敷いている家はなく、家には「差し押さえ」の張り紙が貼られていた。トイレは屋外の「溜め」式であり、お尻を拭く紙もなく木の葉で拭いたりもしていた。ノミやシラミが子どもの頭の中に蔓延し、全村人に寄生虫が寄生し頻りに腹痛を引き起こしていた。同村を訪問した当時の平沼総理大臣は、「こんな貧乏なところを見たことがない」と評したほどである。

2) 大峽氏の業務

大峽氏の活動は、たまたま空席があった村役場の国民健康保険係として採用され、診療報酬明細書(レセプト)の計算から始まった。この業務により、村人の疾病状況を把握することができた。午前中は役場での業務、午後は保健婦として、医師と一緒に患者宅を往診したり、その後一人で薬を配達したり、簡単な薬の処方や夜間の往診などで、夜中まで村人の依頼で駆け回るという生活であった。

¹⁰ 同時期、米国のそれは47.0、フランスは61.1、スウェーデンは49.4であった。

¹¹ 本節は、「第二次人口と開発分野別援助研究会(第二回意見交換会)講演をもとにまとめたものである。

当時、村では青年団が貧困から脱出しようと自ら勉強会を開いており、そこに参加して衛生思想の普及を図った。また、各集落には「国防婦人会」と呼ばれる婦人会があり、出征兵士の送別や亡くなって帰還した兵士の村葬の手伝いを行っていたが、婦人会の集まりにも参加し、栄養摂取や衛生教育を行った。また一方的に指導するだけでなく婦人会の活動を手伝うなど、村のさまざまな活動には積極的に参加し、村人の懐に飛び込んでいく努力をした。一方、村での活動では村長の協力を得ることが重要であると考え、村人を集めて行う衛生教育には必ず村長に同行を願い、「外堀」から村人の理解を得る工夫もした。そのような活動を通じて、逆に婦人会が保健活動の手伝いを申し出てくれるほどの信頼関係を築くことが出来た。

3) 保健補導員制度

村の保健活動をさらに推進するため、保健婦の下部組織として保健補導員会を作った。これは、かつて神奈川県で見学した母子愛育会の愛育班(2-2-34参照)からヒントを得たもので、乳児検診、妊婦検診の手伝いを行う女性による奉仕団体のことである。1944年(昭和19年)12月、高甫村に保健補導員制度が発足した。

婦人会の協力により、保健補導員には婦人会の役員経験者をお願いした。婦人会の役員は各家庭を訪問し、人の世話をすることに慣れており、また、役員の任期である2年を終えてからも何か人のためになる活動に意欲的な者が多く、保健補導員になったことで本人も喜び、まさに適任であった。村長からも保健補導員会は名案だと賛同を得た。保健補導員には秘密と時間の厳守が徹底され、また、白いエプロンの着用、爪を切っておくこと、手をきれいに洗うことなどを徹底させた。

4) 検便の実施・寄生虫撲滅

高甫村に着任した年に須坂保健所が開設し、すぐに村民の検便を実施した。結果は、被験者の100%に成長卵が発見された。そこで、被験者を集め、小判のように黄金色に輝く成長卵を見せて、寄生虫対策が必要であるとの認識を持たせた。村民を公会堂に集め駆虫薬である「海人草」を釜で炊き、

その場で一齐に飲ませた。薬を飲むと虫は体外に排出され、中には、170匹出てきた例もある。検便は一度行くと3ヶ月後に検便が必要であり、1年に2回の検便を実施した。検便・寄生虫駆除は成果が目で見え村人の理解を得やすく、専門家としての尊敬も得ることができた。この活動を通じて保健補導員の活動も定着していった。1945年(昭和20年)の終戦を迎え、日本に民主主義が導入されたことによって、保健補導員会は「(保健婦の)下部組織」から「地区組織」へと変更された。これ以降、活動は「指示」ではなく「皆の総意」で決定されるようになり、「民主主義は手間がかかる」と感じることもあった。

5) 乳幼児健診・妊産婦健診

1947年(昭和22年)からは、東京での保健所の活動例を参考にして、高甫村でも保健所と連携して定期的な乳幼児検診と妊産婦検診を開始した。医療器具・資材などが乏しい中で、保健所の所長(医師)、開業助産婦、保健婦の3者が協力しあって定着していった。当時換金のために行われていた「卵貯金」を妊婦はせずに自分で食べるよう勧めたり、妊婦の栄養摂取向上のために、どうしたら姑が栄養価の高いものを嫁に出してくれるかなどの細かい助言もした。このようにして、母子の健康を守るように努めた。このような活動の結果、1956年(昭和31年)には、高甫村の乳児死亡は0になった。

6) 人工妊娠中絶の増加

高甫村では、1951年(昭和26年)に中絶が増加し始め、1953年(昭和28年)にはその数値がもっとも高くなった。当時、1回の中絶には、3万円から5万円という多額の費用がかかったので、殺鼠剤を飲んで中絶を試み、結果、母子ともに死亡するという悲惨な例もあった。母親は家族には内緒で中絶に行くことが多く、中絶後に休むまもなく田植えなどの仕事を始めていた。そこで、とにかく中絶後の母親を1日休ませるために、当時の外出着として一般的だった紺色のスカートに白のブラウスを目印に、誰が中絶に行ったかを村人の協力者を得て確認してもらい、中絶から帰宅した母親の家を訪れ、「顔色が悪いから貧血ではないか、休んだ

BOX 2 - 4 愛の小箱

人工妊娠中絶は刑法の墮胎罪で禁止されていたが、1948年(昭和23年)に制定された優生保護法(現在の母体保護法)によって適応条件が緩められたため、件数はうなぎ登りに急増した。中絶が母体に及ぼす影響を減らすための提言が相次ぎ、政府は1951年(昭和26年)10月、受胎調節の普及について閣議で了解した。

翌1952年(昭和27年)6月、優生保護法が改正され、受胎調節実地指導員制度が設けられた。助産婦、保健婦、看護婦の資格を持つ人が知事の開催する認定講習会を終了すると、指導員の資格が与えられるものだ。6月には厚生省から都道府県知事に「受胎調節普及実施要領」が通達され、実地指導員による集団指導、個別指導は次第に普及していった。

静岡県、浜名湖の北にある三ヶ日保健所には、指導員の組織「若草会」があった。指導の対象を、主婦だけではなく夫や、農家の実権を握っている姑にも向けた。「姑教育」のきっかけは、「いくら指導員からいい話を聞いても、器具をどうやって買うだね」という主婦たちの不満がきっかけだった。主婦は自由に使えるお金を持たせてもらえず、買い物に行くにもいちいち姑から受け取っていたからだ。

「お孫さんがたくさんいたら、世が大変でしょう。お嫁さんが子どもの欲しいときに産み、欲しくない時は産まない方法があるの。それにはお嫁さんにお小遣いを上げること」。こんな話を繰り返し、次第に姑の理解を深め、小遣いを手にした主婦が町の薬局でコンドームなどを買うようになった。しかし恥ずかしがる人も多かった。そこで小さな木箱にコンドームや衛生用品と料金表を入れて、家庭を順に回す「愛の小箱」が登場した。取り出した分だけ料金を入れ、5、6軒回すと若草会の事務所へ戻すもので、好評だった。このアイデアは各地へ広がっていった。

ほうがいい」などといって家族を説得し、代わりに田植えをしたことも何度もあった。また、妊婦の健康のために保健補導員に依頼して、妊娠中のお嫁さんの家族に対して妊婦には田植えをさせないよう話をしてもらった。このとき保健補導員には、隣近所にも聞こえるような大きな声で話してもらい、近隣の監視の目も育てていった。

7) おしどり会

急増する中絶に対応するために、村の医師を筆頭に、夫婦で参加する受胎調節講習会「おしどり会」を1953年(昭和28年)に組織し、避妊についての勉強会を月1回程度実施した。おしどり会には、民生委員、村長、医師、消防団長の夫婦といった地域の有力者を取り込み、「あの人たちが入るのであれば」と村人が続いて参加する効果を狙った。同時に、若夫婦が会に参加することを舅や姑の年寄衆に了承してもらうために、「人には勉強が必要であり、それは若夫婦だけにではなく高齢者にも同じこと。高齢者に対しては何か別な勉強を考えるから」と言って説得した。また、夫たちに対しては「会に入らなくて、奥さんが死んでもいいのか」と説き伏せた。勉強会には必ず夫婦で参加するよう促した。

「おしどり会」では、保健婦がスライドを操作し、医師がコンドームの使用法などを説明し、皆で使い方を練習した。しまう場所は枕の両側(熱がこない)置いておく数は2個と指導し、使用後の始末の仕方は、使用済みのものを紙でくるみ、火を起こし、火が盛んになった時に火にくべる、などキメ細かい指導を行った。当初の「おしどり会」での最大の問題は、コンドームが手に入らない、あるいは農協や薬局に買いに行くのが恥ずかしいということであった。そこで、薬局に手に取りやすい場所に置いてもらうように依頼した。また、1954年(昭和29年)より、コンドームの回覧販売「愛の小箱」(BOX 2 - 4 参照)を開始した。

月経の記録を付ける指導も行った。村人にとってこれが記録を付ける初めての経験で、この経験をもとに農業の肥料の調合や散布時期の記録づけに発展させるなどのインパクトもあった。

(4) 開業助産婦の受胎調節指導¹²

1952年(昭和27年)6月に導入された受胎調節実地指導員制度によって、開業助産婦も家族計画の普及・指導の重要な戦力として位置付けられることになった。

1950年当時の出産は、ほとんどが自宅分娩で、開

¹² 本節は、「第2回人口と開発分野別援助研究会(第10回研究会)講演をもとにまとめたものである。

BOX 2 - 5 無医地区の健康を支えた配置薬

無医村など医療体制の整っていない町や村の各家庭を回って、常備薬を置いてゆき、緊急の場合に使ってもらう「配置薬」という制度が江戸時代から始まり、日本人の保健衛生の向上に貢献した。

常備薬は回虫駆除薬、胃痛・腹痛薬、風邪薬、産前産後の回復や生理不順に効く薬、子どもの夜泣きなどの疳の薬、頭痛薬など。江戸時代から歴代藩主が薬の製造を奨励した歴史があり、配置薬の生産高が多い富山の薬屋が特に有名で、「越中富山の薬売り」と呼ばれた。

こんな薬の詰まった柳行李を黒い布で背負って1年に1、2度、薬屋が回って来る。薬箱を点検して、使った分の代金を集金する方式で、「先用後利(せんようこうり)」と呼ばれた。客と売り手の間で信頼関係があるからこそ成立する、世界でも珍しい商法だ。特に現金の持ち合わせの少ない開拓民や貧しい農民にはありがたがられた。有効期限の切れた薬は回収され、必要な薬が補充された。

薬屋の中には、家庭を訪問すると「体の調子はよいか」「体重は減ったか」「食事の具合はどうか」を尋ねて健康状態をチェックした上で、置いてくる薬の中身を変える人もいたという。薬の販売員というだけではなく、健康相談員としての役割も果たしていた。

行商のように思われているが、現在は薬事法の中で、配置薬販売業として位置付けられている。

表2 - 2 出産場所の推移

		1950	1960	1970	1980	1990	1995	1997	1998
施設内	計	4.6	50.1	96.1	99.5	99.9	99.9	99.8	99.8
	病院	2.9	24.1	43.3	51.7	55.8	54.5	54.2	54.1
	診療所	1.1	17.5	42.1	44.0	43.0	44.4	44.7	44.7
	助産所	0.5	8.5	10.6	3.8	1.0	0.9	1.0	1.0
自宅・その他		95.4	49.9	3.9	0.5	0.1	0.1	0.2	0.2
総計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：厚生労働省「人口動態統計」

業助産婦の手によって行われていた(表2 - 2)。日本においては江戸時代から伝統的産婆がいたが、それが明治時代に再教育され医療従事者と位置付けられ、地方にいけば助産婦はその土地の名士であった。また当時の多くの助産婦は60才～70才代で、取り上げた赤ん坊の数は1万以上にのぼる者も珍しくなかった。同じ助産婦が母子二代にわたって取り上げたなどというのは一般的であったといわれている。そのため、開業助産婦は土地の人々から尊敬される存在であった。また開業助産婦は、各家庭の家族構成や経済状況まで知り尽くしていたため、出産の経費が払えなければ「お金があるときに持ってきてくれればいいよ」とかお米や作物で代換えしたりと、地域住民の精神的支えともなっていた。また、戦時下の母子保健政策下では、助産婦は育児に関する再教育を受け、巡回保健婦の仕事を行うなど、乳幼児保健指導の人材として活用されていた(厚生省)。

農村においては、1960年(昭和35年)に池田内閣が発足した後、日本経済が急速に発展するなかで、働き手である若い男性が都会へ出たため、「じい

ちゃん」「ばあちゃん」「かあちゃん」のいわゆる「三ちゃん農業」といわれる現象が各地で見られるようになった。このため「かあちゃん」の労働負担は重くなり、「田植え」や「稲刈り」の時につわりや出産にぶつかると一家の収入に大きな支障をきたすため、中絶するしかないという状況におかれていた。助産婦にとって自分の手で取り上げた赤ん坊が大人になって子どもを墮ろすというのは耐えられないことであった。

このような現状を目のあたりにして開業助産婦は、母体の健康を守るという使命感から受胎調節の普及に本気で取り組んだ。開業助産婦は自営業であり、受胎調節指導によって分娩が減れば自分の収入が減るという損得を度外視して、受胎調節指導に取り組んだ。当時、指導料として助産婦に対して、月50円(1960年頃には1,000円)が支払われていたが、助産婦にしてみればほとんどボランティア的な業務であった。

一方、1955年(昭和30年)受胎調節実地指導員によるコンドームの販売が法制化され、助産婦にとってもその販売マージンが指導料という名目で

収入となった。当時コンドームは男性が薬局などで購入することが一般的であったため、恥ずかしさもあって躊躇するという傾向があったが、助産婦による販売の解禁によって必要な人へ必要な量が届けられるようになり、さらに使用方法などの指導も伴って販売されたことの意義は大きい。

この開業助産婦の活躍に、専門の知識と集団への教授法を身につけた保健婦が加わった。保健婦が集団に対して知識や情報を的確に伝え、助産婦が避妊具等の提供や使用方法の個別指導を行うという連携ができあがった。この両者の連携による家族計画普及活動が全国的に行われたことは、日本の家族計画の成功の重要な鍵となったといわれている。これらの、農村における助産婦・保健婦による家族計画普及活動は、今日いわれているリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方に通じるものがあつた。

指導を受ける側からみると、夫婦生活という他人には知られたくない部分ではあるが、自分のお産の時に全力を尽くしてくれた助産婦の勤めであれば、と避妊を始めたという動機付けも大きく、住民との強い信頼関係がある開業助産婦の介入によって行動変容が起こったという点は、BCQ(行動変容のためのコミュニケーション・第5章5-1-7参照)の原点が「信頼関係」であるという重要性を再認識させられる。

また、避妊用具の有料化は今日の途上国では一部のNGOや民間支援を除いてほとんど政府プログラムでは実施されていないが、避妊用具の販売は日本の経験においては開業助産婦の普及活動のインセンティブを高め、地域での家族計画活動が拡大・定着していく要因となった。また国民側も受益者負担を当然のものとして受け入れていった結果、自立発展性(持続性)を確保するための大きな要因として、その意義は大きかったといえる。

2-2-3 民間団体の活躍

戦後、人口・家族計画に関する民間団体の活動も盛んで、その家族計画、母子保健の向上における貢献は大きなものがあつた。その主な団体を紹介する。

(1) 日本家族計画連盟

1950年以降、日本では多くの家族計画関連の民間団体が設立され、その数は20を下らなかった(村松)。人口増加対策を重点課題とするもの、母体保護を主張するもの、人工妊娠中絶を認めるものと否認するものと、その主義・見解は大きく分かれ、まさに群雄割拠の状態であつた。

こうした状況を改め民間家族計画組織をまとめる必要が米国のギャンプル博士によって示唆され、これを受けて、各団体を束ねる親組織として、1954年(昭和29年)4月に「日本家族計画連盟」が正式に発足した。日本家族計画連盟は、翌1955年10月、世界の家族計画運動家たちが立ち上げた国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation: IPPF)の第5回国際家族計画会議を東京に誘致し、国内外に家族計画の重要性を訴えるとともに、最新の受胎調節に関する科学情報を発表する機会を設けた。同大会は、16カ国の代表と国内・外約5,000人が集まり、戦後初めて日本で開催された国際会議として、政財界からもトップが出席し、マスコミも大きく報道するなど国内世論に大きな影響を与え、家族計画への関心は大いに高まった。

政府による家族計画政策は、1960年(昭和35年)の池田内閣発足によって、「所得倍増計画」が打ち出され、政財界において「家族計画無用論」が台頭し始めたころからは急速に衰退していき、この頃から、日本の家族計画サービスは民間主導となり、政府は後方から民間を支援するという立場が今日まで続いている(近, 2000)。

(2) 日本家族計画協会

1954年(昭和29年)4月、日本家族計画連盟と同時期に、日本家族計画普及会(1962年に日本家族計画協会に改称)が発足した。同会は、1949年(昭和24年)以来東京都内から寄生虫を撲滅するための啓蒙・検査、駆虫運動を行っていた国井長次郎(初代・日本家族計画協会会長)が、人工妊娠中絶があまりにも安易に行われている実情を憂い、中絶を少なくするための啓発活動を行うために設立した団体である(近, 2000)。避妊用器具・薬品の販売、家族計画の宣伝広報活動、教育用機材の開発・普及、関連分野の指導員の養成に力を入れている。ことに

BOX 2 - 6 おぎゃー献金

1963年(昭和38年)の梅雨のころだった。鹿児島県大口市で産婦人科を開業していた遠矢医師は、2間の長屋に住む夫婦と子ども4人の家族の存在を知った。そのうちの3人姉妹は重症心身障害児で、電器商から送られたテレビの映像を見ているだけだった。

当時、経済力のある家庭に障害児が生まれると、世間体を気にして家の中に閉じこめておくのが一般的だった。だが、3姉妹の母親は地方回りに芝居が来ると、娘たちを連れて行った。この姿を見た遠矢医師は「これが本当の母親なのだ」と感動、3姉妹を受け入れる施設を紹介してもらおうと上京した折に厚生省を訪れた。しかし当時、重症心身障害児を受け入れる施設がないことを知らされた。遠矢医師は、こうした子どもたちに少しでも幸福を分けたいと献金制度を考えて日本母性保護医協会に提案、1964年(昭和39年)7月に「おぎゃー献金」が発足した。

健康な赤ちゃんを出産した母親、それに立ち会った医師、看護婦が「幸せの気持ち」を産婦人科に置かれた募金箱に入れたり、財団法人日母おぎゃー献金基金に郵便振替する仕組みだ。2001年12月までの献金総額は44億793万円にも上り、全国にある延べ907の心身障害児施設へ贈られた。

「国際障害者年」の1981年、この献金のことが、途上国の人口問題の解決を支援している(財)ジョイセフの英文機関紙に掲載された。それを読んだ国連児童基金(ユニセフ)のインドネシア駐在事務所のビクター・ソラサラ所長が飛びついた。母子保健、栄養などの向上、障害児の保護には住民参加が必要で、それには自主的に参加できるおぎゃー献金の考え方を導入するのがいい、と考えたからだ。翌年、インドネシア児童福祉財団が母体になって「OGYAA DONATION」が発足した。

その機関紙(月刊「家族計画(現、家族と健康)」)の発行は今日でも続いており、貴重な歴史的文献となっている(村松)。

さらに、日本家族計画協会の中に「家族計画研究委員会」が設置され、政府・専門家(学識者)・民間団体の関係者がメンバーとなり、毎月1回定例会を開催した。主なメンバーとして厚生省公衆衛生局、国立公衆衛生院、神奈川県保健所、東京都衛生局、日本家族計画協会、厚生省人口問題研究所などの当時のキーパーソンが参加し、所属機関の垣根を超えて日本の家族計画のあり方を活発に議論する場となり、日本の家族計画の流れを決定する重要な役割を担った。またこれらの活動は、政府事業と連携しながら実施された。

同会では、コンドーム等避妊器具薬品の廉価販売等によって草の根の現場とのネットワークづくりを図りながら、団体としての資金確保を実現している(近, 2002)。特に発足当初はコンドーム等の廉価販売による売り上げによって経済的自立を確保したことは意義があった。最近では、国内の最大の課題は10代の望まない妊娠であり、1984年(昭和59年)に思春期相談事業が「健全母性育成事業」として予算化されて以降は、思春期に対応する事業が中心となっている(近, 2000)。

(3) 母子愛育会¹³

1933年(昭和8年)12月、皇太子(現天皇陛下)の誕生を祝い、天皇陛下から恩賜が下された基金をもとに「恩賜財団母子愛育会」が創設され、母子の保健と福祉のための事業を実施することとなった。同会では、児童及び母性の養護、教育に関する総合的な研究を行うと同時に、臨床施設として愛育病院を併設した。総合的な調査の結果、当時の日本においては農漁村において乳幼児死亡率が著しく高いことが判明し、村ぐるみで根本的にその低下に取り組もうという考えで考案したのが「愛育村」事業で、「愛育班」はその愛育村事業の中核となる基礎的な単位組織である。この愛育村を1936年(昭和11年)に全国で5か所指定し、地域の婦人が奉仕的に愛育班員となり、実践活動を通じて自身を教育するとともに、愛育思想の普及啓蒙に努めた。愛育班は、地域内全世帯を対象にし、1名の班員が10世帯程度を受け持ち、町内会や字の範囲で分班をつくり、小学校区、旧町村の単位で1つの班を構成した。活動の主なものは班員の家庭訪問と、話し合い学習(分班長会議と分班ごとの班員会議)であり、いずれも月1回は実施することとした。また、1939年(昭和14年)から、「愛育村」事業は厚生省の補助を受けて「愛育指定村事業」として

¹³ 本項は、社会福祉法人恩賜財団愛育会のホームページによる。

BOX 2 - 7 日本鋼管川崎製鉄所での新生活運動

企業の新生活運動のモデルケースとして知られるのが、1953年4月から開始した日本鋼管川崎製鉄所である。その動機はこんなことだった(「職場の新生活運動」人口問題研究会 1958年3月)。1952年10月、圧延工場に所属する勤続12年の熟練工が機械に手を挟まれ、重傷を負って入院した。この前日、5人いる子どもの末の子が発熱したため、徹夜で看病し、出勤2時間後に事故に遭ったのだった。

10月だけで197件の労災事故が起き、94人が欠勤していた。見舞いに行った労務部長は、事故の7割は機械の老朽化などやむを得ない原因ではなく、作業員自身の不安や疲労、突き詰めれば家庭生活内部の不安、子どもたちへの責任感から生じているのではないかと考えた。これが福利厚生の場合、従業員だけではなく、家族を含む日々の生活にまで広げる新生活運動の開始につながった。

1952年の従業員数は1万4,300人。そのほとんどが25-35歳の独身者や妻帯者で、年間1,400人以上の出産があり、約700人の新婚世帯がこれに加わりつつあるという事情もあって、運動の重点は家族計画に置かれた。

まず、月2回発行される社内新聞に「家庭版」を設けて、主婦向けに運動の趣旨を説明。その上で、社宅や近接している従業員家庭を5世帯単位を1グループとして、助産婦などの資格のある受胎調節実地指導員が集団で家族計画の意義、具体的な避妊の方法、中絶の弊害などを説明する。その後でたんねんに一軒一軒回って個別指導する、という方法で次第に浸透していった。指導の時に、会社がまとめて購入した避妊器具・薬品を安く買え、市内で買うような恥ずかしさを覚えなくて済むというメリットもあった。

モデル地区では1年後に出生数が半減

日本鋼管川崎製鉄所の新生活運動は、指導を通して同じ職場に働く従業員家庭の相互の親睦や、助け合いの雰囲気生まれるという効果ももたらした。労働組合がストライキでピケットラインを張っている最中も、家族計画実地指導員だけは社宅に笑顔で迎えられたというエピソードにも、この運動の効果が示されている。モデル地区での1年間の実績は、こうだった(「企業体における新生活運動の進め方」アジア家族計画普及協会・1959年1月)。家族計画実行率は、指導前の40.7%に対し、指導後は70.8%と飛躍的に上昇。これは「大都會の知識階級の実行率50%を超え、欧米諸国の実行率に匹敵する」との解説がある。

また指導前はコンドームが半数以上と圧倒的に多かったのに、個別指導の結果、ゼリー、ペッサリーなど女性が主体的に使用する方法の割合が著しく伸びた。出生抑制効果も著しく、出生数は47%減少。中絶件数は79%も激減したなどの効果が示されている。

ほかの企業の報告を見ると、栄養教室、料理講習会、家計簿の付け方の講習会から、貯蓄の奨励まで幅広い活動が行われている。企業にとってこの運動は、家族計画の普及で出生数が減る分だけ、扶養手当や分娩費が軽減できるとか、中絶を少なくすることで医療給付が軽減できるなどのメリットがあったことも見逃せない。

展開された。これらの結果、戦前には46都道府県に1,200余りの愛育村を指定し、地域の和と連帯が生み出され、母子保健衛生の向上に貢献した。また、戦後は、厚生省の母子保健事業とも連携し、地域における母子衛生に関する地区組織の強化にも貢献した(厚生省)。

(4) 毎日新聞社人口問題調査会

1949年(昭和24年)7月、毎日新聞社は人口問題に関する調査組織を作り、原則として、隔年に家族計画に関する知識、態度、実行に関する調査、「全国家族計画世論調査(いわゆるKAP調査)」を実施してきている。時系列の長さの点できわめて貴重な資料となっている。

2 - 2 - 4 企業による家族計画運動

(1) 新生活運動

政府の家族計画事業と並行するような形で、1952年(昭和27年)から財団法人人口問題研究会を中心とする民間団体の指導・支援のもと、さまざまな企業で「新生活運動」が盛んになった。その中心的なねらいは家族計画の普及であったが、人口問題研究会は、その実現のためには、計画的に出産することによって主婦を解放すること、生活の安定を目指し家計の予算を立てることで貯蓄の増強を図ること、保健衛生を普及して健康を増進すること、育児と子どもの教育に力を入れること、教養を高めて文化的な生活を送ることなどを同時に行わなくては、実を結ばないと、考えていた。人口問題研究会は新生活運動指導員養成講習会を開催

し、助産婦を再教育し指導員に加え、指導員を養成した。実際の運動の内容としては、教養、保健衛生、生活合理化（衣食住、貯蓄、相互扶助）、受胎調節、女子の教育、慰安、親睦などに関するものであった。

家族計画の指導は、集団としてまとまった企業体職員には行いやすいという利点から急速に拡大し、造船、石炭、電気、化学工業、製紙、国鉄、私鉄、電電公社、通運会社、警察、消防なども加わり、ピーク時には55企業・団体、124万人が参加したという記録もある（BOX 2-7 参照）。

（2）炭鉱でのモデルケース

先に紹介した国立公衆衛生院による「計画出産モデル村」の成果がきっかけとなって、企業でも従業員に対する家族計画指導への関心が高まった。その先駆けが福島県の常磐炭鉱株式会社の社宅におけるモデルケースである。常磐炭鉱付属病院の産婦人科医師からの申し出を受けて、国立公衆衛生院の指導の準備を開始したのが1952年（昭和27年）で、実際にモデル社宅（716世帯、人口3,632人）において指導が始まったのが1953年（昭和28年）2月であった。産婦人科医師はその動機として、従業員とその家族の明日の幸福のため、あまりにも多い人工妊娠中絶の弊害から女性を救うための2点であったと報告している。また、実行にあたっては、女性の自覚を求め、女性の主体的参加に任せることに留意された。指導を希望した女性は352人で、これは受胎調節をした方が望ましいと判断された対象の94%にあたり、女性側の関心の高さがうかがえる。

方法としては、基本調査の後、主婦会、労務担当者、労働組合に呼びかけて講習会、座談会、映画会を開催し、またパンフレットや新聞などによる広報活動から始まった。そして、次第に小規模なグループ指導、さらに個別指導へと展開していった。同時に月1回の家庭訪問指導も実施、そのために専属の指導員として助産婦1名を雇用した。こうした手法はモデル村での経験が生かされている。

2年目における成果を手法別避妊実行数で見ると、指導開始当初はコンドーム185、スポンジ50、コンドームとオギノ式併用41、ペッサリー1であったものが、2年目には、コンドームとオギノ式併用190、スポンジ2、ペッサリー18、オギノ式30、抜去法23などと変化が見られる。また、出生行動の変化は、当初妊娠数は200台であったものが、1年目には177、2年目には105へ、出生数は当初130であったものが1年目77、2年目53へ、人工妊娠中絶は当初63が1年目は91に増えたものの、2年目には53に減少するなど（この傾向はモデル村でも同様）顕著な改善が見られた。

この家族計画指導による副産物として、会社にとっては家族数の増加による広い社宅の提供等福利厚生費の負担の軽減、子ども数の減少により子どもの進学率の上昇、母親のPTA参加率の上昇、小学校の出席率の上昇、さらにゆとりが生まれた母親たちは自分のために使う時間が増え身ざれいになる、などの正の波及効果があったことが報告されている。

2 - 2 - 5 農村における生活改善運動¹⁴

（1）農村の民主化

GHQの民主化政策は「農村の民主化」も強力に押し進めた。GHQは因習と旧来の社会構造を温存している村を民主化するためには通常のやり方では不可能であると考え、これまでもっとも虐げられてきた女性に焦点を当てて彼女らの「解放」のエネルギーを社会変革に活用しようと考えた。その最前線に、女性の「生活改良普及員」が育成され配属された。

農業改良のために各県に「農業改良普及所」が設置され、そこに「農業改良普及員（農業生産の指導を受け持つ。主として男性）」と「生活改良普及員」（農村生活の改善を受け持つ。全て女性）が配属された。生活改良普及員は、1949年（昭和24年）4月に第1期が採用され、家政学を修めたものあるいは教員経験者等から選考され、東京で徹底した米国

¹⁴ 本節は、「農村生活改善協力のあり方に関する研究」検討会報告書（2002年3月）（国際協力事業団）及び公開研究会の発表をもとに構成した。

式の研修を行い、米国式の普及システム、「参加型社会開発手法」を教育された。トップダウン的な目標は一切なく、全て生活改良普及員が現場に飛び込んで行って、農民自身が自分たちの問題を認識し、その解決策を検討するためのファシリテーター(助言者)役に徹した。生活改良普及員は生活の全ての側面に関わり、農民たちの悩みを解決していく中で、台所改善、布団干し、布団打ち直し、作業着の改善、主婦は一時間早く帰宅する運動、栄養改善、家族計画、家計簿つけなどに携わっていった。

生活改良普及員には「緑の自転車」が供与され、当時の農村では女性が自転車に乗ること自体珍しく、農村に「モダン」を持ち込み、農村女性の憧れの対象(モデル)となった。

(2) マルチセクター的展開

農村における生活改善運動は、農林省が行った「生活改良普及事業」だけを指すのではなく、厚生省管轄下の「栄養改善」、「家族計画」、「母子保健」、文部省管轄下の「社会教育」、「新生活運動」、それ以外にも自治体を中心となって推進した「環境衛生」など、当時の農村で展開されたさまざまな事業・活動が含まれ、「生活改善」は一種の国民的スローガンであった。それぞれの活動には、担い手があり、例えば、栄養改善であれば保健所の栄養士、食生活改良推進員(村人から選出されたボランティア)、家族計画なら母子愛育班の班員、青少年活動では4Hクラブ(農林省所管・農村青少年を育成するための地域クラブ。4Hとは、ヘッド、ハンド、ハート、ヘルスの頭文字)や生活学級などがあつた。生活改良普及員は、活動内容によってこれらの担い手と連携した。例えば、保健婦と連携して健康診断を実施したり、栄養士とともにキッチンカー(栄養改善車)に乗って料理講習を実施したり、公民館の社会教育主事と協力し社会学級で問題提議をしたり、4Hクラブのキャンプに参加したりするなど、さまざまな地域活動と連携した。それはまさに「総合的農村開発」であり、マルチセクターの取り組みであった。

(3) 既存の人的資源の活用

生活改良普及員は、地元の有力者・既存グループと連携し、地域としての拡がりを実現していった。新しいことを実施するときには古い勢力の反対があつては成功しないことを経験則で学んでいたからである。町村役場、学校、公民館などの公的組織との協力体制づくり、従来の地元有力者の妻などが取り仕切っていた「婦人会(全戸参加)」などとの連携は必須であった。前述したように生活改善運動がマルチセクター的に展開していったのはこの生活改良普及員たちの「触媒」としての働きがあつたからと考えられる。

生活改善運動の成功に寄与した今ひとつの戦略は「グループ活動の奨励」であつた。「婦人会」とは別に「気のあつたもの同士」が集まって「生活改善グループ」を作り、「料理講習」、「食品加工」、「作業着づくり」などに取り組んだ。生活改善グループの組織状況をみると、1956年(昭和31年)3月末現在全国で5,461グループ(13万992名)となっている。これらのグループが取り組んでいる改善内容は、グループ数の多い順で第1位がカマド改善、第2位が保存食の利用、第3位が改良作業衣の着用となっている。特に弱い立場にある若い主婦のグループ活動(例えば「若妻会」)が奨励された。グループ活動の利点は、「ひとりでできないこともグループで力を合わせれば可能になる」、「集まって話をする事自体が力づけになる」などと女性たち自身が好むものとなつた。またカマドの改善などは廉価とはいえお金がかかり、当時自由になるお金が一切なかった農村女性たちは、共同で養鶏をし「卵貯金」をしたり、薪拾いのアルバイトをしたり、つもり貯金(を買ったつもりでそのお金を貯金)頼母子講をするなど、共同で必要な資金を調達する試みも盛んに行われた。

また、グループのリーダーには、近隣の町などで開催される「料理講習会」、「栄養講習会」などに参加したり、成功事例とされる村町に視察に行くなど、さまざまな研修機会が提供されていたが、その成果を他のメンバーに伝達しなければならないという「復伝」という規範が義務付けられ、実行されていたことも、特筆すべき点である。

(4) エントリーポイント(導入口)としての「改良カマド」

生活改善運動の特徴の一つに「なるべくお金をかけない」、「手元にある資源を工夫する」ということがある¹⁵。それは貧しい農民にも実行可能な改善を目指していたからである。改良カマドは、旧来型のカマドの煙によるトラコーマの害から女性の目を守れること、粘土といくらかのブロックがあれば自分たちでつくれるという低廉さ、生活改良普及員の指導が受けられるということで、もっとも多くの農村グループで取り入れられた。1956年(昭和31年)度の全国調査結果によると、カマドの改良を「すでに改良した農家」が全農家の38%、「生活改善活動以降に改善した農家」が同27%、「向こう1か年以内に改善するつもり」が同25%と高い達成率を見せている。

生活改良普及員は改良カマド指導のために、自ら左官屋についてカマドの壁塗りの技術を習得し、またカンナかけの実習も受け、自力でカマドや流しを据え付けられるように教育された。このような手作りカマドは、農家の主婦一人一人の体格にあったものがつくれるという利点もあった。BOX 2-8の岡成集落の事例のように、多くの地域でこの改良カマド事業を「エントリーポイント」として、さまざまな生活改善運動に発展していった。この時期、エンパワーされた農村女性たちが今日においても村おこしの中心的役割をになっている例は少なくない(佐藤, 2002)。そういう意味では、GHQが意図した女性の解放のエネルギーを農村の変革に当てるといふ戦略は見事に的中したといえる。

(5) 農民主体の問題解決手法

生活改良普及員の成功のもっとも大きな要因は、生活改良普及員になった女性たちの献身的ともいえる活動であった。閉鎖的な農村社会を歩き回り、時には農家に泊まり込み寝食をともにし、農村女性の生活を体感しながら、村人たちとの信頼関係を構築していった。生活改良普及員は農業に関する具体的な技術と知識を持つ農業改良普及員に比べて、具体的な技術がなく、また対象が「生活」と

いう漠然としたものであったため、どのような事業に取り組めばよいのか大きなとまどいがあった。こうした中でかなり意図的に「ボトムアップ手法」が取られた。生活改良普及員は村の女性たちに比べ比較的 education 程度が高い場合が多かったが、決して高圧的・指導的態度をとらないよう教育され、「まず村を歩き回り、女性たちと話をし、村の生活を把握する」というフィールドワークを繰り返した。そして、自分たちの日常生活にあるさまざまな問題点を女性たち自身が気づき、これを問題として認識するまで促した。そしてその解決の糸口を一緒に探すことに徹した。従来のカマドは煮炊きに時間がかかり、立ったり座ったりの動作が女性たちに負担であること、薪を多く使用すること、煙は眼病の元であること、などを女性たちの声としてまとめ、その解決には「改良カマド」という方法がある、ということ伝える、という手法である。同様な方法で、着物では農作業がやりにくいとの気づきから、着物を改良した手作りの作業着「改良作業着」を作製したり、農繁期には多くの主婦の体重が減ることを体重の記録を付けることによって発見し、「共同炊事」による栄養価のある料理作りを行ったりと、新しい活動が広まっていった。

2-2-6 まとめ

日本の戦後における人口転換は、中央省庁、自治体、民間団体、企業を巻き込み、都市から農村まで日本全国津々浦々で展開されたさまざまな活動によって、達成されたといえる。その証拠に、図2-3に明らかなように、人工妊娠中絶は1955年を境にして急減し、代わって避妊実行率が1950年(昭和30年)の19.5%から1959年の42.5%、1967年の53.0%と顕著に上昇していった。

このような日本の戦後の経験を、今日の開発戦略の文脈で整理してみると、以下のようにまとめられよう。まず外部の指導による強力な民主化路線に沿って、行政自体が構造改革を行った点が大い。この改革によって「キャパシティ・ビルディング(能力構築)」が醸成された。強化された行政の

¹⁵ この運動は初期の段階にはいわゆる補助金制度が整備されていなかった。

BOX 2 - 8 生活改善運動 - 愛媛県・野村村岡成集落の経験

岡成集落は、周囲を急峻な山々に囲まれ、集落には井戸らしい井戸もなく、飲み水のために毎日谷間の坂道を上り下りしており、年間の水汲み所用時間は8,000時間に及んだ。これが女性の負担となっており、また薄暗くどぶ臭い台所、夏は蚊の大群に悩まされ、近隣村からは「岡成には嫁にいくもんじゃない」と言われた。昭和22年、終戦でふるさとに戻った5人の青年が「岡成集落はこのままではいけない。みんなで楽しく生きていくためには、農業と生活を改善しなければならない」と、新妻たちと「松葉会」を組織し話し合いを続けた。これが中心となって全戸参加による「文化振興会」を結成した。文化振興会では、寿命80年(当時の平均寿命はおよそ60才)を想定し、向こう30年の集落改造計画を策定した。いまで言えば総合地域計画のようなものである。同計画は10年ごと計3期に分けられ、最初の10年では、まず飲料水の確保に取り組んだ。若者らは竹筒による簡易水道の試作から始めた。この成果をてこに町の補助を受け簡易水道が敷設された。何事も自力更正の精神で、生活学級、青年学級で学びあい、それらの技術的、精神的指導には農業改良普及員や生活改良普及員があたった。

「ばっかり食」の改善

当時の岡成では、食生活の80%を麦飯中心の炭水化物に偏っていた。そこで、5名の青年たちは山羊を飼って山羊乳を飲もう、油をとろうという活動を始めた。山羊飼育は昭和22年には10戸であったものが、昭和24年には全戸導入するに至り、またその翌年には菜種栽培が全戸で始まり、それによって年間の油使用量が1人864ccから、2年後には2,340ccに増加した。

改良カマド

青年たちが、集落に広がった山羊乳と小麦粉を使ってパンを焼きたいと、生活改良普及員に相談したところ、早速、県の農産加工の専門技術員の指導書が届き、自分たちで小屋の片隅に試験的にパン釜を築き、パンを試作した。これを知った松葉会の女性たちは、パンのおいしさもさることながら、煙らず、すすもでない釜に感激し「自分の家にもこのカマドを築いてもらいたい」ということになった。しかし、最初、夫たちは妻たちが毎日煮炊きしているカマドの実態(軒下にあり、煙出しがなく、すすけてしまう)についてさして関心もなく、この話にあまり積極的ではなかった。相談を受けた生活改良普及員は、従来のカマドの構造上の問題点を整理し、カマドを改良した場合の薪消費量の減少、薪集めにかかる日数の短縮、煮炊き時間の短縮等について、科学的論拠を整理した。また、妻たちも煙らないカマドを母屋の中に設置した場合に、主婦の台所での一日の動線がどれくらい削減されるかを予測し、その浮いた時間をどれくらい農作業に充てられるかを算出した。これらの結果を、「無駄のない暮らし」の研究部会で発表した。この時、舅・姑への説得力を得たのは、「薪集めの日数が半減し、その時間が田畑の手入れにまわせる」というデータだった。生活改良普及員は、このように科学的根拠を示し、反対者を説得していく手法を得意とした。岡成で独自に開発した岡成カマドは、業者に依頼した場合の半値位でできること、研究・改善が加えられたことにより、ほぼ全戸に導入された。さらに、軒下にあったカマドが母屋に設置され、窓を付けて明るくし、セメントで流しを作り、調理台も設置し、電灯を配線するなど、不便な箇所を次々と改良していった。このカマドの改善は、接客本意に作られていた当時の農村の住居を「家族員の生活をより大切に考える」方向へ向け、さらにこれまで暗く不衛生な場所を家事の中心としていた女性たちの位置付けに大きな変化をもたらしたと言われている。

個の問題から地域課題へ

住民は、次第に地域の問題に目がいくようになった。月3回農業の休日を設け休養、慰安、教養にあてる「農休日」を設定し、またお祭りを返上して公民館と食品加工場を建設した。公民館は集落文化センターとして、大型パン釜を設置した食品加工場は、農繁期の共同炊事、貯蔵食品の加工場、豆腐作りの場として活用されてきた。

農業経営改善にも積極的で、荒地7.2ヘクタールを共同で開田し、リヤカーの入らない道には農道を作り、麦・甘藷を中心とする農業から酪農・葉たばこなど換金作物への転換を積極的に進めていった。

トップダウン的指導の下、地域においては徹底した民主的手法、すなわちボトムアップ手法が取られた。あくまで(参加型というよりも)住民主体であり、知恵もマンパワーも資金も外部者に頼るのではなく、自分たちの地域資源の活用を第一義とした。さらに、住民主体の問題解決手法(日本版参加型農村アプレイザル:PRA)の手法をとったことによって、結果的に、産業(農業)、衛生、保健、教育、余暇といったマルチセクター的アプローチと

なった。このような活動展開の過程において、地域住民の「オーナーシップ(自助努力)」、「自立発展」が醸成された。また、女性の指導者としての登用・育成及び女性の全員参加アプローチの効果は大きく、女性のエンパワーメントによる開発戦略がいかに有効であるかを実証しているといえる。加えて、住民、特に女性の行動変容を促すさまざまな方法を実践的に体得していった点も特筆すべき点である。

補論 ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP) 途上国における保健と家族計画の統合

(財)ジョイセフ

事務局長補 鈴木 良一

戦後の家族計画運動の経験を生かして途上国の人口・家族計画・母子保健に協力するために、1968年(昭和43年)家族計画国際協力財団(財)ジョイセフが発足した。発足当時の一番重要な役割は、IPPFに対する日本政府からの資金援助の実現であったが、1969年には10万ドルの拠出が実現し、さらに1971年にはUNFPAへの拠出金100万ドル(IPPFと合わせて150万ドル)もはじまった。以来、ジョイセフは両機関と日本政府の調整役の役割を果たしてきた。これと並行してジョイセフは、日本家族計画協会などの日本における経験を生かして途上国における人口・家族計画分野への独自の支援を実施している。1974年、国井長次郎(当時ジョイセフ常任理事・日本家族計画協会初代会長)は、「人間的家族計画」の推進方法として、家族計画・栄養・寄生虫予防のインテグレーション・プロジェクト(IP)を提唱し、これまで27カ国で、地域に根ざした住民参加型プロジェクトを展開している。

また、1997年度からは、これまでの海外での援助実績を生かして、JICAとの協力事業としてプロジェクト方式技術協力「ヴェトナムリプロダクティブ・ヘルスプロジェクト(フェーズI:1997-フェーズII:2000-)」にも参加している。

ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP)

1970年代当時のアジア地域で行われてきたトップダウン式な家族計画推進の方策に反対し、人間本意のボトムアップ方式を主張したジョイセフの国井長次郎は、住民たちの参加を促し関心を呼び起こす手法の一つとして、寄生虫(回虫)の検査駆虫活動から入る、いわゆるインテグレーション・プロジェクト(IP)をジョイセフの唯一の国際協力プロジェクトとして、またアジアにおけるIP運動として事業を開始した。1974年のことである。

当初は、なぜ寄生虫が家族計画と結びつくのか、

といぶかる声もでたが、時間の経過の中でIPの理念が理解され、アジア、中南米、アフリカのプロジェクト地域の中に浸透していった。そして、いまでは数多くの国際機関の中でジョイセフの活動は評価されるにいたっている。現在、アジア6カ国(中国、バングラデシュ、フィリピン、ネパール、ラオス、ヴェトナム)で実施しているIPはUNFPAのほかIPPF、日本政府外務省、そして国際ボランティア貯金援助を含む日本国内の資金によって賄われている。中南米及びカリブ海地域ではメキシコとグアテマラの2カ国で、アフリカ地域で、UNFPA、IPPFとの三者協力により、現在3カ国(ガーナ、タンザニア、ザンビア)でIPが推進されている。

なぜ寄生虫なのか

運動の創始者である国井長次郎は、寄生虫予防、特に土壌伝播寄生虫(回虫など)の予防は、非常に良い健康教育の教材になるということを経験的に知っていた。寄生虫は、最近の言葉で言えばIEQ(広報教育)教材である。こんなにわかりやすい、生きた教材はない。今日、虫下しを飲めば明日の朝には大量の回虫が排出される。そして、大量の回虫は実物教育の教材として人々に「ショック」を与える。即効性のあるショック療法である。アフリカのプロジェクト地区ではひとりの子どもから230匹も排出されたことがある。それまで栄養失調でおなかを大きくし、歩くことも出来ない状態であった子どもが寄生虫の排出後すぐ元気になる。この寄生虫をエントリーポイント(導入口)として、次に、感染しないための方法、衛生観念の向上につなげる。トイレを一か所にまとめてしっかり寄生虫の再感染を断つような努力をするようになる。また、水は沸かして飲むようになる。用を足したときに手を洗うようになる。寄生虫のために散々栄養を取られてしまった子どもたちの、健康や栄養について考えるきっかけにもなる。

そして、この虫下しを持ってきてくれたのは、誰なのか。彼らは自分たちの健康を考えてくれている人たちだ。こんな信頼関係が、家族計画の話題へと広がっていく。これが、保健との統合の具体的なプロジェクトになったのである。その後、ジョイセフはこの手法に、地域のニーズや状況に応じたIPを提唱し、各国に合わせた、人間中心の保健戦略を構築し、家族計画を、住民の生活に根付かせる努力をしてきた。

これらのジョイセフの経験から、保健の援助介入を考えると、対策的なものの考え方でなく、地域における衛生教育や環境改善、ひいては地域の参加を促して地域発展に寄与することを考える。地域展開性の強いコンポーネントをパートナーとして選別することが効果的である。

その際にもう一つ重要なことは、政府機関にしても、NGOにしても住民の視点からの組織をもつことである。いわゆるインスティテュショナル・インテグレーション(組織的な統合)が配慮されるべきである。あわせて、政策もパーティカル(縦割り)でなく、ホリゾンタル(横断的)なものへと構築することが肝要である。そうすれば、現在、プライマリ・ヘルス・ケア、HIV/エイズ、母子保健などの縦割りで分かれているプロジェクトも、横断的に連携させることが可能となり、分野別援助の戦略にダイナミズムが生まれることになる。

女性のエンパワーメント・ジェンダーの視点

ジョイセフは、アドボカシー活動を実施しているが、あくまでも草の根の視点から発信しようと努めている。家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルスを考えるうえでも、住民のニーズが高い、子どもの健康や住民の健康を考えるプライマリ・ヘルス・ケアの視点は、常に構想の中に入れておくべきであると強調してきた。

また、途上国女性の健康の向上を目指すときには、単に保健のみでなく、地域で活動するフロントラインワーカーにはリプロダクティブ・ヘルスの協力を行うと同時に、ジェンダーの視点もあわせて訓練している。また、女性のエンパワーメントのためにマイクロ・クレジットを通じた経済活動の推進、基礎教育の充実も、横断的に実施し

ている。男性の巻き込みも重要なプロジェクトの一環となっている。

地方行政のオーナーシップと連携強化

さらに重要なのは、地方行政のオーナーシップと連携である。住民に一番近いところに位置する地方行政と、質の高いサービスの共有と社会全体で持続する方向への流れをしっかりとつくるためにも、政府のモデル事業であれ、NGO事業であれ、常に計画の段階から地方政府を巻き込み、プロジェクトのオーナーシップを高めていくことが求められる。行政のトップを常にプロジェクトの総責任者にし、コミットメントをしっかりとってもらうことから始めなければならない。サービスの統合と行政の統合化が推進されて初めて、地域社会全体に根付くものとなるからである。

そのときに、配慮しなければならないのは、EPI(予防接種拡大計画)、避妊具、避妊薬の供与などが縦割り(パーティカル)のサービスになるのではなく、包括的なパッケージ・サービスとして住民に提供されることである。

しかし、現実としては、開発途上国でもっとも弱い政府が、地方行政である。日本政府も「地方行政のキャパシティ強化」への協力と支援を合わせて行うことが必要である。

インテグレーションのコンポーネントはニーズに合わせて

ジョイセフは、戦後の日本の経験を基礎にした家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野の国際協力をNGOとして展開している。現在までアジア、中南米、アフリカ各地域の27カ国で協力活動を実施している。インテグレーションのコンポーネント(中国では、結合項目と呼称)は、国の事情によって多様な項目との結合を試行してきた。初期のIPでは、寄生虫を統合項目として実施し駆虫薬をもつ家族計画ワーカーが住民との信頼関係を高め、家族計画の受け入れ率も高まった経験を持つ。

中国におけるIP

中国におけるジョイセフのIPは、特に「地域の

人々の健康と福祉の向上を図り、地域住民の生活改善を促進させ、家族計画が地域住民に歓迎され自然と受け入れられること」を目指している。IPPFの資金協力を得て、1983年から母子保健・寄生虫予防等の健康教育と保健サービス活動を組み合わせたIPとしてこれまで18年間にわたって実施してきた。その間、プロジェクト対象エリアは全国31省(自治区、特別市)の42県(市)に拡大した。地域に根ざし、ニーズと効果に注視し、プロジェクト地区住民の多くから歓迎を受け、農村の生活改善・生計向上のインセンティブを織り込みながら総合的な農村改造を推進していることが特徴で、結果としてリプロダクティブ・ヘルスの顕著な向上が認められている。

プロジェクトの主な活動内容は、各レベル(行政、村民委員会、小学校の校長から学級担任)ごとの普及のための研修、学校保健における寄生虫予防教育、児童やアウトリーチによる家庭保健教育、ニーズに基づいた安全な飲料水確保のための給水塔の設置、衛生トイレの普及(トイレの浄化層内のメタンガスを活用したバイオガスによる電灯、炊事用コンロの開発と普及)、女性グループを支援し家畜の飼育・植林や飲食業開業などによる生計向上を実現し、その結果女性の地位の向上と独立心の醸成をうながすという効果があらわれている。特筆すべき点は、このプロジェクトが完全に中国側のオーナーシップの下で主体的に発展している点、非常に緻密で精度が高くかつ多面的な評価を実施している点(もちろん成果把握のためのベースライン調査が綿密に実施されている)、中国側の官学民、なかでも学者の関心の高いことである。

中国側がIPを完全に自分たちのものとして受け入れ、さらに「三結合」、すなわち家族計画と村の経済発展、農民の勤労による豊かになること、文化的で幸福な家庭を築くこと」の3つをインテグレーションさせるといふ、家族計画の活動を通じた総合的アプローチに発展させている点は、世界のリプロダクティブ・ヘルス/ライツのアプローチのモデルとなりうると思われる。

1995年からの5年間は外務省の日本政府開発援助海外技術協力推進民間団体補助金を得て、この

人口・家族計画分野の国際協力モデルプロジェクト推進事業として中国の4地区でIPを展開した。その5年間のプロジェクトの最終年に評価調査が実施されている。評価結果では人々の行動変容が確実に実現していることを統計的に実証している。