

トルコ国
人口家族計画基礎調査
報告書

1988年10月

国際協力事業団

医 業

J R

88-39

序 文

昭和62年12月のコンタクトミッションによる調査の結果を踏まえ、当事業団は63年2月26日から3月12日まで、トルコ国の人口家族計画分野における基礎データの収集とI E C分野での技術協力の可能性に係る調査を目的に、基礎調査団を派遣した。

本報告書は、この基礎調査の結果をとりまとめたものである。

調査団員各位ならびに本調査団派遣にご協力いただいた関係各位、在トルコ日本国大使館に対し、深甚なる謝意を表す次第である。

国際協力事業団

理事 末 永 昌 介

目 次

I 総 論	1
I-1 調査の目的	1
I-2 調査団員，調査期間及びスケジュール	1
II 調査事項と結果	6
II-1 人口家族計画の現状	6
II-2 視聴覚メディアセンター	6
III 新規プロジェクトについての考察	11
III-1 有効なプロジェクトの方向/事項	11
III-2 プロジェクト実施にあたっての課題	11
III-3 日本側の投入試案	13
IV トルコ側からの要請書	16
V その他の参考資料	28
V-1 エジプト・トルコ人口家族計画プロジェクトコンタクトミッション報告書 (トルコ分のみ)	28
V-2 基礎調査調査項目	35
(資料編)	
I 地域特性，社会状況の把握	45
1. 経 済	45
a. 生 産	45
国内総生産・部門別GDP・部門別成長率	45
農業生産と食料生産	52
b. 貿 易	55
c. 雇 用	61
d. 所得分布(部門別)	64
2. 社会経済開発計画	65
a. 担当機関	65
b. 方針と戦略	67
開発計画の概略	67
部門別投資	69
主要プロジェクト	69
進捗状況と外国援助動向	73
3. 社 会	77

a. 政治制度	77
b. 民族・宗教・言語	77
c. 社会制度	77
家 族	77
相続制度	77
婚姻制度	77
出産・育児制度	78
d. 教育制度	78
e. 保健医療制度	80
f. 女性の地位	81
II 人口・家族計画に関するニーズの把握	82
1. 人口構造の推移	82
a. 人口とその推移	82
b. 男女別人口と性比の推移	83
c. 人口年齢5歳階級割合の推移	85
d. 民族別人口構成の推移	88
e. 宗教別人口構成の推移	88
f. 労働力人口の推移	88
g. 産業別人口の推移	90
h. 行政地区別人口，人口密度，人口比重の推移	91
i. 都市化率の推移	93
2. 人口動態の推移	94
a. 出生力水準の推移	94
b. 死亡率の推移	98
c. 死 因	101
d. 婚姻（配偶関係別人口比率の推移）	102
e. 域内移動	105
f. 将来人口推計	106
III 保健医療サービスの現状	107
1. 保健医療分野の政策	107
a. 方針・戦略（PHCと家族計画との関係）	107
b. 目 標	108
c. 予 算	108
d. 外国援助に対する対応	109
2. 保健医療機構のモデル	111
a. 中央レベル	111

b. 県レベル	112
c. 市・郡レベル	112
d. 末端レベル（ボランティアを含む）	114
3. 保健医療要員について	114
a. 職種別従事者	114
b. 職種別養成システム，年間養成数，再教育システム	114
IV 人口・家族計画分野の実施体制	119
1. 現行の人口家族計画分野の政策	119
a. 方針・政策	119
開発計画における位置付け	119
政策担当者の発言	121
予算の重点配分事項	122
b. 目 標	122
c. 予 算	122
d. 組織・人員	123
e. 外国援助への対応	124
2. 人口家族計画分野の指標	125
a. 自宅分娩と施設分娩の比率	125
b. 受胎調節法の内訳	125
人工妊娠中絶の合法性の有無	126
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）	126
3. 人口家族計画分野の実施体制	127
a. 政府関連機関の各々の役割と相互関連レベル別	127
1. 中央レベル・セクター間の協力	127
2. 県・郡・末端レベル	127
b. NGOの役割と政府機関との関係	128
c. 外国援助の動向	129
V 現行の人口・家族計画プロジェクト一覧表（含外国援助）	131
付録資料	
1. トルコ全地図	135
2. 訪問した保健センターの位置	136
3. 人口計画に関する法律（Law № 2 8 2 7）	137

I 総 論

I-1 調査の目的と背景

基礎調査の目的は、①トルコ国の人口家族計画に関する基礎的資料の収集をおこなうとともに、②人口家族計画分野における技術協力可能な活動と、その内容を特定することである。なお、この報告書は、標記の基礎調査のうち、「②技術協力可能な活動と内容」に関するものである。「①基礎調査資料の収集」に関しては、別添資料編として取りまとめられている。

昭和62年12月に行われたJICAによるコンタクト・ミッションによる『エジプト・トルコ人口家族計画プロジェクトコンタクトミッション報告書』によると、「先方(トルコ)の第一の希望としては厚生省の広報センターで母子保健・家族計画・教育・指導のためにビデオを撮影制作するスタジオがあり、その機材が老朽化しているのでこれを最新のものに更新すること、ビデオ作制指導の専門家の派遣、研修員の日本への受入れが提案された」と記されている。

そこで、この度の調査のねらいを、ビデオ製作、配布、利用活動を含む人口家族計画に見られるIEC活動の活性化と、これに必要な厚生省広報センター改善のための具体的方策の検討に焦点を置くこととした。このために、主として厚生省母子保健・家族計画局、同局公衆衛生教育室、教育機材・制作室の責任者との面談、および関連する諸施設の訪問による調査を行うこととした。望ましい作業手順からすれば、まずトルコにおける人口家族計画に関する基礎的資料を収集し、これをもとにして有効なIEC計画を立案し、この枠組みの中での厚生省所属の視聴覚メディア・センターの改善プロジェクトを吟味すべきであろう。しかし、調査日数の関係から、二つの作業を同時に並行して進めた。

I-2 調査団員、調査期間及びスケジュール

1) 調査団構成

団長 中野 照海(国際基督教大学教授)	3月 1日～3月12日
渡辺 正夫(JICA医療協力特別業務室室長代理)	2月26日～3月12日
内海 成治(JICA国際協力専門員)	2月27日～3月 7日
*石川 克彦(アジア人口開発協会嘱託職員)	2月26日～3月12日
*西川由比子(アジア人口開発協会職員)	2月26日～3月12日

*コンサル契約

2) 調査内容と業務分掌

(1) 協力可能分野と協力上の留意点	<中 野>
(2) 要望分野について	<渡 辺>
ア. 目 的	
イ. 背 景	
ウ. 規 模	

- | | |
|-----------------------------|---------|
| (3) 担当機関 | <渡 辺> |
| ア. 必要度 | |
| イ. 実行力 | |
| ウ. 優先度 | |
| (4) 受益者 | <内 海> |
| ア. 必要度 | |
| イ. 効 果 | |
| (5) 日本からの可能な投入 | <内 海> |
| ア. 機 材 | |
| イ. 専 門 家 | |
| ウ. 研 修 員 | |
| * (6) 基礎データの収集（社会・経済・地域特性等） | <石川・西川> |
| * (7) F/Pでのニーズの把握（人口関連情報） | <石川・西川> |
| * (8) 人口政策（政策と実施体制） | <石川・西川> |
| * (9) 人口家族分野の実施体制 | <石川・西川> |
- *コンサル契約書付属書にて規定の調査担当事項による

3) スケジュール

月 日	訪 問 機 関 等
2月26日 (金)	東京発 (20:55 SR-170)
27日 (土)	チューリップに着 (06:05)
28日 (日)	チューリップ発 (11:40 SR-320) アンカラ着 (15:40)
29日 (月)	在トルコ日本国大使館表敬 公使 浜野美智夫 一等書記官 深沢淳志 Ministry of Health and Social Assistance Producing Training Material Division 教材開発室室長 H. Ibrahim Somyürek 印刷技術担当責任者 Huseyin Ertan ビデオスタジオ担当責任者 Mustafa Göhgündüz 写真スタジオ担当責任者 Kenan Dewirhan
3月 1日 (火)	Hacettepe University, Institute of Population Studies Dr. Ergül Tungkilek, Director Dr. Aykut Toros, Deputy Director, Associate Prof. of Demography Ministry of Health, Bureau of Family Planning Dr. Güler Bezirici, General Director Dr. Levent Akin, Deputy Director Ms. Nuran Üstünoğlu, Head of Health Education Department Mr. H. Ibrahim Somyürek, Head of Producing Training Material Department Ms. Aybegin Fındır, Interpreter
3月 2日 (水)	Ankara University Prof. Dr. Necdet Serin, Rector Prof. Dr. Hayati Ekmen, Faculty of Medical Science Prof. Dr. Yaşar Bilgin, Faculty of Medical Science Prof. Dr. Ali Gürgüç, Faculty of Medical Science Associate Prof. Dr. Gülşen Vardar, Faculty of Medical Science Associate Prof. Dr. Ferda Ozyurdan, Faculty of Medical Science Prof. Dr. Nermin Abanda Unal, Faculty of Political Science Prof. Dr. Özer Ozankaya, Faculty of Political Science Associate Prof. Dr. Orhan Türkay, Faculty of Political Science Producing Training Material Division Interview to Associate Prof. Dr. Orhan Türkay, Department of Political Science

月 日	訪 問 機 関 等
3日 (木)	<p>Producing Training Material Division</p> <p>State Planning Organization Mrs. Ilhan Dülger, Director of Social Planning Division Mr. Tuncer Kocaman, Expert (Population) Mr. Muharren Varlik, Expert (Health) Ms. Senay Eser, Expert (Technical Cooperation)</p> <p>Regional Office of Ministry of Health, Etimesgut, Ankara Dr. Dogan Benli, Chief, Regional Office</p> <p>State Institute of Statistics Mr. Cemil Ergene, Director of the Social Statistical Department Mr. Ibrahim Özgür, Assistant Director Ms. Tomris Ökman, Head of the Demographic Statistics Division Mr. Baki Akin, Head of the Population Division</p>
4日 (金)	<p>Interview to Prof. Dr. Sina Aksin, Department of Political Science, Ankara University</p> <p>WHO, European Region Dr. Umberto B. Tommasi, Director, Special Representative for Turkey</p> <p>UNFPA Mr. Dieter Ehrhardt, UNFPA Deputy Representative</p>
5日 (土)	資料整理/ 収集
6日 (日)	<p>Health Directorate, Nevsehir Province Dr. Bestami Ute, Director</p>
7日 (月)	<p>UNICEF Mrs. Sarojini Abraham, Representative Dr. Gary R. Gleason, Senior Project Officer Ms. Incila Diker, Programme Officer</p> <p>Turkish Gynecological Association Dr. Necdet Erenus, President</p>
8日 (火)	<p>Interview to Associate Prof. Dr. Ferda Ozyurdan, Public Health Department, Faculty of Medical Science, Ankara University</p> <p>Interview to Dr. Aykut Toros, Deputy Director, Associate Prof. of Demography Hacettepe University, Institute of Population Studies</p>

月 日	訪 問 機 関 等
9日 (水)	Ministry of Health, Bureau of Family Planning 最終打ち合わせ Environmental Problems Fundation in Turkey 資料収集 Turkish Family Planning Association Dr. Senra Koral, Excecutive Director Interview to Ms. Sibel Nart, Faculty of Political Science, Ankara Univ.(政治社会学専攻)
10日 (木)	アンカラ発 (16:10 AF-611) パリ着 (20:25)
11日 (金)	パリ発 (20:10 JL-406)
10日 (土)	東京着 (15:55)

II. 調査事項と結果

II-1. 人口家族計画の現状

トルコにおける人口は、1985年現在50,664,458である。年間増加率は、約2.5%（1980-85年の平均）である。この水準が続けば、ほぼ2010年には、人口が2倍となる。現在は、第5次5カ年国家開発計画（1985-89年）の過程にあるが、この終了時には、人口増加率を2.12%に留め、これを基準とした雇用、教育、医療対策が立てられている。つまり、国家の社会・経済開発計画の基本条件として、人口急増の圧力を軽減する必要性が挙げられている。このために、避妊を認める法律（1963年）から、条件つきではあるが、人口中絶を可能とする法律（1983年）が公布されている。そして、他方では、母子の保健の観点からも、家族計画実施のための諸活動が強調されるようになってきた。

II-2. 視聴覚メディアセンター

1) トルコ保健省視聴覚メディアセンターの現状

トルコ保健省の視聴覚メディアセンターは母子保健家族計画局に属しているが、同局のメディア制作のみを行っているのではなく、保健省全体のメディア制作を担当している。しかし中心は母子保健家族計画関係であり、仕事の割合は局関係が30から40パーセントと思われる。職員は局に属しており、嘱託もふくめて37名である。視聴覚メディアセンターは3つの部門に分けられる。すなわち印刷、写真およびビデオである。

① 印刷部門

現在最も力を入れているのは印刷部門である。昨年度7億5千万リラ（7,500万円）を投入して、カラーオフセット機器を導入した。ここには50年以上前の活版印刷機から最新のカラーオフセット機まで十数台の機器が2つの部屋で稼働している。活版は活字を作成する機器があり、連日使われているとのことであった。我々が視察した日も大きな音を立てて活字がつくられ活版印刷機が働いていた。新しいカラーオフセットは日本製（SAKURAI）だが、現地で購入され、このスタッフが使いこなしていた。

印刷室に付属してグラフィック室があり3人のデザイナーがポスターや出版のデザインやレイアウトを行っている。

② 写真部門

写真部門は保健省の別の建物の一室を、小スタジオと暗室に改造して使っている。撮影、照明機材や暗室用品はニコン、リンホフ、ベスラー、フォコマー等定評のあるものが使われ、整備、整理がゆきとどいている。

ポスターや出版用の写真の他にスライドの制作を行っている。多くはスライドセットだが、ビデオ部門との共同で音声テープを作成するものもある。

③ ビデオ部門

ビデオ部門は印刷部門と同様視聴覚メディアセンター内にある。約70m²のビデオスタジオ

オと同じ大きさの編集ダビング室がある。機材はUNFPAから供与されたものを中心にしたものだが、編集機器等センターで購入したものも多い。ビデオのグレードはUマチックローバンドである。主な機材は次のとおりである。

ビデオカメラ	D X C - 1800 P	2台	
ポータブルVTR	V O - 4500 P S	2台	
編集用VTR	V O - 2865 P	2台	V O - 2850 P 2台
編集コントロールユニット	R M - 400		R M - 440
特殊効果機	S E G - 1210 P		
音声機器	音声ミキサー, オープンリールデッキ, カセットデッキ		
ダビング用VTR	V H S およびベータマックス	2台	
その他の機器	ビデオプロジェクター, テレシネ用映写機 音声高速ダビング機		

ビデオ部門での仕事は大きく2つに分けることができる。制作と配付である。制作は情報提供, 広報, 訓練等のテレビ番組やビデオであるが家族計画にとどまらず, 母子保健, 血液, 予防接種に関するキャンペーン, 青少年週間用番組等が作成されている。昨年作成されたものは17本である。

作られた作品は, カセットにして各保健センターに配付されたり, 放送される。カセットの送付は67県の健康センターをはじめとして, 各関係機関に配付する場合があります, ダビングの本数はまちまちだが, 年間数千本にのぼる。放送は国营放送のトルコラジオテレビ局(T R V)で行われるが, ニュースの素材やスポットとして流したり, 番組の形で放送する場合とがある。

2) 今後の課題

家族計画の推進にとって, 第1次(1963-68年)開発計画の策定以来, 「広報活動の推進」, 「家族計画に携わる保健・医療関係要員の訓練」, 「大衆教育プログラムの推進」, さらに「マス・メディアの利用」などが, 重点的に考えられるようになった。現在, 厚生省「教育機材・制作室」の所管する視聴覚メディアセンターは, 開発計画の趣旨にのっとり, 教育・広報活動のための教材・キャンペーン資料の製作を行っている。家族計画推進のためのポスターや, 調査期間当時, 政府機関をはじめ, 各地で多く見られる, 例えば「禁煙キャンペーン」のポスターは, このセンターの印刷部門で製作されたものである。

印刷部門の活況に較べると, ビデオ部門の活動は, その施設・機器の老朽化もあって, やや低調である。家族計画, 母子保健, 予防接種などに関するビデオ教材が, 昨年17本制作され, イスタンブールをはじめとする地方のヘルス・ユニット(この報告書では, 県衛生部, 母子保健センターなど厚生機関・施設の総称として, この用語を使う)に配付されている。さらに, ここで作られた教材や, テレビ用スポット番組は, トルコ放送協会によって週平均10本が提供されている。これらを勘案すると, ビデオ教材・番組の量的・質的向上は, 人口・家族計画の推進にとって, 重要な働きをするものと思われる。

このセンターの機能を考えるにあたり、VTR教材の質を高め、これらを各地のヘルス・ユニットに提供するとともに、トルコ放送の電波による、良質な番組提供の機能は、より重要であると考えられる。

- 3) 既存のメディア・プログラムメディア制作・配付の機関としての厚生省視聴覚メディア・センター（印刷部門、写真部門、ビデオ部門）があり、利用機関として、県衛生部（67）、公立病院、母子保健センター、大学医学部公衆衛生科（かなり初期の段階で病院での実習がある）、ヘルス・ユニット（3千以上）、ヘルス・ハウス（1万2千）など、既にIECを推進する機関・施設がある。しかし、2カ所の地域センターの視察のみであるが、ここでの活動が十分とは思われなかった。ここでは、スライド、OHP、VTRなどの視聴覚機器があり、メディア・センター製作になるVTRパッケージを見ることができた。

視聴覚メディア・センターにおいては、印刷部門の充実に較べて、ビデオ／スタジオ部門は、機器の不適切さ、老朽化などから、劣るといわざるをえない。しかし、昨年度17本のビデオ教材を制作し、そのコピー数千本を配付したという。センター制作のスポットプログラムなどが、全国放送網にのせるための番組供給施設として十分ではない。なお、中央メディア・センターと地方ヘルス・ユニットととの、ネットワーキングも今後の重要な課題である。特に、地方ユニットにおける活動を促進するために、教材の効果的利用法、メディア・プログラムの運営などに関するマニュアルの作成は、早急に行なわれるべき作業であろう。

4) 施設の性能の水準

視聴覚センターの設備・器材の性能の程度は、印刷部門、写真部門、ビデオ部門の順位である。特に、スタジオ部門の性能向上が必要である。全国を対象とするスタジオ設備であるが、わが国の県立の教育センターなどのそれに劣っている。特に、放送との関係を考えると、現在のUmatic Low-Bandによるセッティングは改善されるべきであり、ヘルス・ユニットに配付されるビデオ教材のコピー機器の性能向上が必要であろう。

5) 職員の能力・技能水準

職員の技術水準は、率直に言って、不明である。メディア・センターの責任者である Ibrahim 氏は、医療関係専門学校の教師であったが、厚生省に移ったのち、ドイツで2カ年間（言語訓練を含む）のメディア関係の訓練を受けて現職に就任した。そして、間もなく、ドイツでの再教育を受ける予定であるという。しかし、いずれにしても、新たな機器の操作、保守、制作技法に関する要員の訓練は必須であろう。なお、センターの要員は、比較的長期にその任にあると思われ、中核となる要員の訓練は将来的にも継続的な成果が期待できると思われる。

6) 制作の水準と維持のシステム

職員の技術水準と制作機器とに関係するが、ビデオ作品の水準は、文化的背景もあって、評価は困難である。しかし、制作技術の水準は高いとはいえない。地域センターで見たVTR作品の質も、トルコ放送による一般テレビ放送番組についても、同様に良質とはいえないというのが、率直な感想である。

7) 利用場所の状況

アンカラ近郊の Cubuk Health Center-Hospital, および Nevsehir 衛生部での観察であるが, VTR, スライドなどの機器は保有されているが, 活発な利用が行われているとは言い難い。Nevsehir 衛生部では, 確かにセンターで制作された VTR 番組は保管され, 利用の態勢にあるが, 利用活動が活発なようには思われなかった。利用にあたっての指導者の指導・利用方法のマニュアルなども見あたらず, 利用促進の方策を立てる必要がある。

メディア・センターからの教材の供給はあるが, これの利用状況は不明である。利用促進のために, まず利用状況調査から始めなければならないであろう。

8) 機器の保守と部品等の補給

機器の保守の問題は, 今後の IEC プロジェクトを進める場合の重要な要件になると思われる。この問題は, 一方では, 機器等の修理部品等の供給システムが不完全なことである。また他方では, 練達の機器の保守要員の訓練が皆無に近い状態にあることである。センターの円滑な活動にとって, 器材の保守は必須であるが, 「教育機材・制作室」の意見では, 保守のための要員の確保, または教育が必要であるという。このためには, わが国からの技術専門家の一定期間の派遣が望まれ, センターと地方の利用施設で, 巡回しつつ保守の実際を OJT の必要性が表明された。このような技術指導は, 比較的容易に現地に根付くものと思われる。

9) 外国援助機関等の動向

人口家族計画のプロジェクトが, 国連関係諸機関等との共同で, 現在幾つか実施されている。主なものに, 「東部17州統合母子保健・家族計画サービス」(WHO/UNFPA/UNICEF), 「労働者のための家族計画教育」(UNFPA/ILO/トルコ家族計画協会) などがある。将来予想される人口家族計画推進のための支援教材の制作, 配付を改善するためのプロジェクトは, これら進行中のものと競合することはないといえる。むしろ, 他のプロジェクトへの支援, または相互補強が可能である。

なお, 教材の利用方法や教材改善のための資料を得るなどのために, 数箇所の実験的な「パイロット・センター」の設置をおこなったとしても, 進行中のプロジェクトととの競合関係は生じないと思われる。

10) 政府上層部による支援

少なくとも, 厚生省, 母子保健・家族計画局とも視聴覚メディア・センターの改善に関して熱意を持っているように思われる。局長, 局次長との面談において, この感触を得た。さらに, 国家計画局の担当官との面談においても, 人口家族計画関連活動の優先順位の高いことを示していた。なお, 厚生省事務次官は先の母子保健・家族計画局長であり, 人口家族計画の必要性に関する理解は深いとのことである。

11) 厚生省/局内関係部局との協調

母子保健・家族計画局において, 視聴覚メディア・センターを直接的に推進するのは教育機材・制作室であるが, これと同局内の「子供健康室」, 「公衆衛生教育室」, 「家族計画

分室」との連絡・調整は良好のように思われる。特に、教育機材・制作室を担当する局次長 Ugur氏は、同時に総務、人事、予算などを担当していることから、内部調整を行うには格好の位置にあるといえる。

12) 改善実施の規模

現在のスタジオは、施設の更新を考える場合、少し手狭まである。活発な活動を続ける、印刷部門には、必要なスペースがある。センターは、国立衛生研究所の建物の、半地下にあり、採光などの条件は決して良好とはいえない。スタジオ施設の改善にあたって、十分なスペースの確保が必要であろう。現在、倉庫をつぶしてスタジオ拡張への転用、新たなスペースを建物の1階に求める、あるいは現在駐車場になっているスペースへの拡張などが、責任者によって挙げられたが、いずれも仮定の段階である。

13) センターと地方ユニットとの関係

地方衛生部、ヘルス・ユニット等と中央メディア・センターとのコミュニケーション・システムは、中央集権的な国家・官僚組織がうかがえ、良好である。このことは、アンカラ近郊の Cubuk Health Center - Hospital, および Nevsehir 衛生部の訪問に際して感じたことである。いわゆる、トップダウン方式が効果的に機能している印象である。しかし、その反面、利用実態や教育改善のための基礎資料を得る、実態調査、意向調査などは行われていない。また、地方センターからの利用に関する定期的な報告もないようである。このような状況にあって、地方の要望を製作に反映させる回路、逆にメディア・センターの指導・助言の方法など、実際の推進活動にあたっての問題への技術指導も重要であろう。

Ⅲ. 新規プロジェクトについての考察

Ⅲ-1. 有効なプロジェクトの方向／事項

前記調査結果、およびトルコ国における①進行中の人口家族計画事業の強化、②外国の援助機関等の活動との競合を避けるという観点から、次の事項で、わが国の技術援助が有効のように思われる。それぞれの事項は、単一でも可能であるが、統合して行うとき、一層の効果が認められると予想される。

1) センター施設の更新

厚生省母子保健・家族計画局、視聴覚教育メディア・センター（教育機材・制作室）に所属する制作スタジオの製作器材の性能の更新を行う。この場合、教材の地方センターへの配付ばかりでなく、放送局による放映も行われていることを考えると、「Umatic Hi-Band」による製作の水準に施設・器材を整備するのが妥当であろう。援助の対象としても、この事業がもっとも有効であろう。

2) センターの統合的機能の開発

センターには、印刷部門、写真部門、ビデオ部門があるが、これらを統合的に機能させることによって、よりIECプログラムが充実することと思われる。主としてビデオ部門の改善から、統合的なマルチ・メディア・プログラムの活性化のための技術援助が望ましい。具体的には、センターの運営の合理化と、三部門の施設の点検と機能的統合連関に関する示唆、および均衡のよい施設・器材の整備である。

3) センター／地方ヘルス・ユニット職員の技術指導

ビデオ教材の制作、機器の保守、利用の推進方法などの分野で中核となる要員の研修が望ましい。この場合、制作と利用推進に関してはわが国での研修が、機器の保守に関しては現地での技術指導が適切であろう。

4) 地域パイロット・センターを設置

地方ヘルス・ユニットに、IECユニットを実験的に設けて、教材の利用促進のモデル・プランを実施して、将来の全国ネットワークへの拡大の参考にする。さらに、このセンターは、周辺地域の家族計画に携わる保健・医療関係要員の訓練機関の機能も果たすことが望ましい。

Ⅲ-2. プロジェクト実施にあたっての課題

1) センターの施設について

厚生省視聴覚メディアセンター施設のリノベーションにあたっては、制作機材・施設の更新と、関係要員への指導・訓練が挙げられる。

まず施設については、印刷部門は広さ環境ともに十分あると思われるが、ビデオ部門とスライド部門には問題がある。現在のビデオ部門の設置されている建物は、狭く、半地下室で天井が低く、今後の発展を考えると不適當である。またスライド部門はビデオ部門に隣接し

ておかれるべきであろう。面積，環境ともに適当な建物の確保はトルコ側の課題であろう。当面現在のスタジオで制作を実施するにしても間取，内装の手直しが必要でもある。つまり，ビデオ撮影スタジオとは別に音声スタジオ，ビデオ編集室，ビデオダビング室が必要になる。

2) 機材について

機材に関してはビデオ関係機材が主要なものとなる。現在すでに放送番組や放送用スポットの制作が実施されているところから，トルコ放送局の機器との互換性が重要である。ビデオはU-maticハイバンド仕様とし，A Bロール編集が可能なものが適していよう。周辺機器として高性能キャラクタージェネレーターが必要となろう。カメラは三管式（三板式）をスタジオ用に複数導入し，野外での撮影に対応させるため小型軽量カメラが必要となる。また放送用の音声集録，編集機器（マイク，マルチトラックテープレコーダー等）が必要となる。音声関係のソフトも重要である。

写真スライド部門への機材としてはマルチプロジェクタースライドの制作および上映機材等が，印刷部門にはワードプロセッサ等が必要になる。

3) プロジェクト要員について

現在の印刷部門は機材，人材，活動のいずれの面でも充実しており，早急に手をつけねばならないものはない。ビデオ部門と写真部門は人材の補充と活性化が必要である。少なくとも2名のビデオ制作プロデューサーが必要であろう。また現在の職員の技術向上も重要である。テレビおよびビデオ制作だけではなく，印刷部門と協同して，総合的なメディア戦略を構想実施できる人材の育成が目標となろう。ビデオ，写真部門の活動はマスメディアを利用や教材の配付と同時に，訓練プログラムのための教材開発が大きな比重をしめることになる。そのなかで印刷部門もポスターや単発の教材，報告書の制作から，マルチメディアを前提としたコース開発やモジュール開発を行うことが期待される。

4) 専門家の派遣

長期専門家として家族計画母子保健におけるメディア利用に関する研究開発のアドバイザーと調整員，短期専門家として，ビデオ制作技術専門家，家族計画母子保健のメディア利用技術，メディア利用の評価技術，ビデオメンテナンス技術の専門家が必要であろう。研修員としては家族計画母子保健の教材開発，家族計画母子保健メディア利用技術，ビデオ制作技術の受入が必要である。

上記の長期専門家は，我が国に専門家が少ない部門であり，リクルートに困難が予想される。また任期についてもプロジェクトの開始から終了まで派遣することは難しいであろう。またトルコにはJICA事務所がないため，本プロジェクトにおいては調整員に人材を得ることが重要な課題である。

5) 地域パイロット・センターの設置

地方ヘルス・ユニットにIECユニットを実験的に設置し，IEC戦略のうちの教材の利用のモデルプランを試行し評価を行う。パイロットセンターの設置場所に関して，地方（中央部または東部）がまず第1に考えられる。しかし，訓練するスタッフの能力，試行や評価

の実施が容易なこと、影響が大きいことを考慮して、まず都市のヘルスユニットをパイロットセンターとし、その後の展開として地方へパイロットセンターを広げていくことも考えられる。先方の要望では、パイロット・センターの一つにイスタンブールが挙げられていたが、都市化と人口密度とを考えると、適切な方向でもあろう。

Ⅲ-3. 日本側の投入試算

1) 機材

センターの施設の更新に必要な機材

I E Cセンター用機材

スタジオビデオ機材	Uマチック(ハイバンド)VTRシステム	3式
	映像ミキサー	1式
	3管式ビデオカメラ(スタジオ用セット)	3式
	照明機器(スタジオ用ライト)	1式
	スタジオ用音声機器(マイク, 音声ミキサー)	1式
	ビデオモニター	
取材用ビデオ機器	Uマチック(ハイバンド)ポータブルVTR	2式
	ポータブル3管式ビデオカメラセット	2式
	バッテリーライト	2式
	マイク	2式
	ポータブル録音機	1式
	ポータブルミキサー	1式
	ポータブルモニター	
ビデオ編集機器	Uマチック(ハイバンド)VTR編集システム	1式
	(A Bロール編集可能, 特殊効果機等を含む)	
	キャラクタージェネレーター	1式
	デジタル効果機	1式
	ダビング用VTR	1式
	ビデオモニター	
音声機器	マルチトラックテープレコーダー	1式
	音声ミキサー	1式
	マイク(スタンド付)	3式
	デジタル録音機	2式
	CDプレーヤー	1式
音声ソフト	BGM用CD	1式
	効果音CD	1式
スライド制作機器	1眼レフカメラ	2式

	同上用レンズ	1 式
	スライド複写機	1 式
	大型コピースタンド	1 式
	大型ストロボ	1 式
	スライドプロジェクター	4 式
	マルチスライドコントローラー	1 式
取材用車両	ランドクルーザー	2 台
複写機	倍率変換複写機	1 式
印刷機器	ワードプロセッサ	1 式
	カラー製版機	1 式
訓練研修用機器		
	V T R セット (V T R とテレビ)	2 台
	O H P	2 台
	O H P トラペン作成機	2 式
	スライドプロジェクター	2 式
	家族計画訓練キット	1 0 式
	音響設備	1 式
	スクリーン	4 式
ヘルスセンター用機材		
	取材用ビデオカメラ (V H S タイプ)	5 式
	V H S ビデオ編集機 (V T R とモニター)	5 式
	V T R セット (V T R とテレビ)	5 台
	スライドプロジェクター	5 式
	O H P	5 式
	スクリーン	5 式
	自動車	5 台
	家族計画訓練キット	2 0 式
	音響設備	5 式
	複写機	5 式
	ジェネレーター	5 式
2) 研 修 員		
各年 4 名	家族計画・母子保健訓練計画	1 名
	家族計画・母子保健教材開発	1 名
	I E C 技術 (視聴覚技術)	2 名
3) 専 門 家		
長期専門家	チームリーダー / 教育訓練研究開発アドバイザー	1 名 (3 年)

	調整員	1名(3年)
短期専門家	家族計画・母子保健教材制作指導	3名(毎年1名)
	I E C技術(機器のセット)	1名(1年目)
	(ビデオ制作)	5名(1, 2年目2名, 3年目1名)
	(スライド制作)	1名(2年目)
	I E C評価	2名(2, 3年目)

IV トルコ側からの要請書

THE IMPROVEMENT OF COMMUNICATION CENTER TO SUPPORT
MOTHER CHILD HEALTH AND FAMILY PLANNING ACTIVITIES

PROJECT PROPOSAL BETWEEN REPUBLIC OF TURKEY AND
GOVERNMENT OF JAPAN

COUNTRY : TURKEY
PROJECT NO :
NAME OF THE PROJECT : Improvement of Communication Center to
Support MCH/FP Activities
RESPONSIBLE ORGANIZATION : General Directorate of Mother Child Health
and Family Planning
MANAGING ORGANIZATION : GOVERNMENT
WORK CALENDAR OF JICA :
DATE PRESENTED : June 1988
INITIAL DATE : October 1988
CONTRIBUTION OF JICA :
CONTRIBUTION OF GOVERNMENT :

1. INTRODUCTION

Turkish Government gives great emphasize to the improvement of MCH/FP activities in order to develop the child and mother health level and to decrease the child and mother health mortality rates.

According to the studies carried out, the demand for FP activities, both in rural and urban areas of Turkey, is very high. However, we cannot account that services are sufficient.

In order to meet this demand, Turkish Government tries to increase the quality and quantity of FP services and at the same time, to improve the existing resources and to manage them. For this reason, various projects have been implemented.

By the help of this project, which is planned to be conducted in collaboration with Government of Japan, Communication Center will be strengthened and also selected 5 provincial sites for becoming a training center for their regions, will be established and strengthened.

The selected provinces: Tekirdağ, Denizli, Kayseri, Mardin and Rize. By this project, training centers will be established in these provinces; in-service training on how to use the training materials and training technologies will be conducted for health personnel, and materials produced at the center will be tested.

2. OBJECTIVES

2.1 Long-term Objective:

The long-term objective of this project is, to reinforce the family planning and mother-child health activities by the producement of training materials by upgrading the equipment and facilities for the producement of the audio-visual materials in communication center in order to use these training materials for in-service and school training and to develop training materials continiously.

2.2 Short-term Objective:

2.2.1 To upgrade the Communication Center which is giving services to MOHSA although it is under the authorization of GDMCH/FP, with modern technical equipment.

2.2.2 To provide external recording, studio recording, moutage and dublication units to this communication center in order to give services at Turkish Radio Television (TRT) level.

2.2.3 Having consultancy services for fulfilling the necessities of Communication Center.

2.2.4 To give chance to the key personnel related with the activities, to attend in-service training programs at abroad.

2.2.5 By improving the collaboration between sectors, to provide support for the production of training materials and exchange of knowledge and skills.

2.2.6 For the maintenance and repairment of the equipment to develop a Repairment-Maintenance Center.

2.2.7 To establish a training center at the selected 5 provinces, in order to provide necessary materials and equipment, to give in-service training on using the materials effectively and training technology, and to test the training materials produced.

3. BACKGROUND

Our commitment stated that, each person has the right of continuing living both in physical and psychological health and to provide this, is one of the responsibilities of the government. This responsibility foresees close collaboration between health sectors as being the principle of public involvement to health related subjects and also emphasize the preventive health services form the nucleus of our health policy. In order to accomplish this purpose, qualified, dependable and easily reached health services are tried to be disseminated throughout the country equally and in a balanced way.

By decreasing the child mortality rate which is still a big problem in our country (although developed countries solved this problem), we try to improve the health status of 0-6 age children and 15-49 age reproductive women.

Since 1965, FP training and practice services has been practiced under the responsibility of GDMCH/FP through health houses, health centers, MCH Centers and Dispensaries and FP units established at the hospitals. As a result of this, the proportion of people utilizing the FP Services increased in time.

In 1986, 22% of reproductive married women were using a contraceptive method, this was 50% in 1978 and 61.5% in 1983. In fact, this is an important situation but mainly increase in using effective methods between women seems more important than this fact. Although none of the women had IUD in 1963, in 1983, 8.9% of the method users started using this method.

Although the case was like this, in our country unwanted pregnancies and due to this fact, abortion rates which was a big fright for women health, increased day by day. The abortion rate was 7.6% in 1963; this rate was 16.7% in 1978 and reached up to 20% in 1983. This figures show that out of 5 married woman under 45 had an abortion. 7% of them had abortion due to medical reasons but, 93% of them had abortion because of social and economic reasons like short spacing, having too many children etc.

It is known that abortion was legalized in recent years; but before the legalization, woman living in urban areas and whose socio-economical conditions were good had the chance of having abortion by going to a private doctor. On the other hand, women at the rural areas do not have these opportunities and they tried to have traditional abortions. Due to this

fact, most of them injured or become unable for their whole life. Because of this reason nearly 8 to 10 women had lost their lives in a day.

It was understood that the Law enacted in 1965 could not serve equally to everything; and brought some obstacles for the dissemination of FP activities all through the country and for having a healthy pregnancy termination born because of the failure of FP methods. As a conclusion, a new Law was enacted depending on these facts.

The changes brought up by the new Law. No.2827 are like the following:

- Sterilization was legalized as being a FP method.
- to utilize the support of trained midwives and nurses.
- pregnancy termination up to 10 weeks.
- to utilize the trained physicians who had MR training.

Production of Public Education and Training materials are continuing since the date of the establishment of MOHSA.

The effectiveness, continuity and dissemination of the training all through the country is emphasized. Especially visual training materials and equipments produced, and distributed.

16 mm films were produced on FP and General Health. These films were duplicated and an archives for these films were developed.

A training team was sent to the provinces along with the provinces on a rotation basis. Necessary training materials and equipment supplied for the Health Directorates, Training Section, MCH/FP Center, and MCH/FP Dispensaries initiated with the provinces which are given priority in development.

Public education and FP training is continuing according to the health calendar and annual programs and the activities conducted reported to MOHSA by the help of related forms.

The offset Printing Shop, photography and video studios which are under the authorization of GDMCH/FP, accelerated the production of training materials and other printed materials.

In 1982, Departments of Public Health Education and Production of Training Materials were established in GDMCH/FP structure.

By the help of this, responsible Departments started to conduct their activities on the name of MOHSA on public education, in-service training and production of audio-visual training materials.

By this way, production of training materials and equipment gathered under one hand; so the utilization of offset printing shop, type printing shop, video and photography studio, film archive and graphic studio is increased.

However, daily technological developments and system changes created a necessity to update the above mentioned units.

The transfer of technical development to these units will increase the quality and gives a room for inter-sectoral collaboration.

At the training centers of the provinces, given priority in development, Public Health Education and in-service training programs are continuing. The necessary equipment and materials for these training centers are being provided. And there is a need for establishing training centers at the other provinces.

Collaboration between mass-medias like TV and radio, and information and material exchange is continuing.

The material exchange holds a place in this collaboration. However, for making collaboration with TRT is only possible by producing the films on TRT's technology level. And this can be only achieved by providing the necessary equipment to video studio and personnel training.

Department of Prodcement of Training Materials and Communication Center is conducting musical composition, synchronization, sound recording, recording and development of film archieve for the Ministerial Meetings.

However, all these efforts are insufficient. The budget allocation of GDMCH/FP from the General Health Budget is only 2.58%.

Besides the activities carried out with this little budget allocation, some other kind of activities are going on with international organizations. With all these activities, it is thought to be able to place the FP services, to increase the number of the users and to improve the mother-child health level.

4. ACTIVITIES TO BE IMPLEMENTED

- 4.1. to establish U.Matic Hi 3/4 inch tape and PAL system in order to produce new audio-visual materials in Department of Prodcement of Training Materials and Communication Center.
- 4.2. to provide new materials and equipment for the Center.
 - 4.2.1. Video external recording set.
 - 4.2.2. Studio recording set with double cameras.
 - 4.2.3. Set of synchronization, efect and musical composition.
 - 4.2.4. Dublication of 10 Betamax and 10 VHS at the same time.
 - 4.2.5. Reproduction set for photography studio.
 - 4.2.6. Set of slide dublication.
 - 4.2.7. Comphrigraphic composition, graphic equipment and its related parts for offsett printing shop.
 - 4.2.8. Colour distinguisher equipment and its necessary parts for offsett printing shop.
- 4.3. To improve the physical status of the Communication Center for the installment of the newly arriving equipment and to enlarge it.
- 4.4. To give in-service training to key personnel for the utilization of the equipment on camera techniques, sincronization, montage and scnario preperance.
- 4.5. To produce new training materials with the new producement system.
 - 4.5.1. To prepare short metric video films for the public motivation and information within the general health calender framework in order to be broadcasted on TRT.
 - 4.5.2. To prepare various spot films to be broadcasted on TRT.
 - 4.5.3. To prepare films emphasizing FP services, films to be used in in-service training of health personnel.
 - 4.5.4. To prepare video films according to the curriculum of Health Colleges.
- 4.6. After testing the public motivation and information video films, to dublicate them and distribute them to health units and other sectors.
- 4.7. To give in-service training to health personnel who are going to be responsible for the training at the provinces on training technology, practice of training equipment and their maintenance.
- 4.8. To provide senior consultancy services:

- 4.8.1. To provide consultancy services to the Development of Production of training Materials and Communication Center, for the installment of new equipment.
- 4.8.2. To provide consultancy services for making production with the new equipments.
- 4.8.3. To provide consultancy services for the best utilization of the materials produced.
- 4.8.4. To provide training for the responsables on the field of Public Education and producement of training materials in Turkey or in Japan.
- 4.9. To establish training centers:
 - 4.9.1. To establish training centers at the selected provinces; to provide training equipments to health centers and houses and MCH centers.
 - 4.9.2. To supervise, evaluate and report the activities of the training centers and health facilities which are equipped.
 - 4.9.3. To provide a caravan which is equipped with training materials, in order to be used as a center for public education.

Government of Turkey will take the necessary precautions for increasing the number of health personnel working for MCH/FP services at the selected provinces and also give great emphasize to the project areas where the number of midwives are inadequate.

While personnel assignment is continuing, the training centers that the equipment will be used are going to be identified by an inventory and this inventory is going to help the identification of the plan of implementation and the missing equipment/materials (including vehicles). By this inventory the missing equipment/materials are going to be provided for personnel training and public education to center and provincial level and this will cause an effective program implementation.

One of the ways of increasing the effectiveness of preventive, curative services, is training. Health education, personnel in-service training and vocational training programs are the major areas of training.

Fruitfullness of the training/education depends on the immense usage of training materials/equipments. By this way, to gain skills and knowledge become easy and the change in unwanted behaviours will become possible.

In order to produce, the modern public education materials to test and distribute them, improvement of Department of Producement of Material and Communication Centers becomes an obligation for MOHSA.

The materials produced by the Department of Producement of Materials and Communication Center will be used by MOHSA, other Ministries and TRT.

There is a great need for the dissemination of training centers at provincial level which are equipped by modern training equipments for giving public education and personnel training.

In this way, health services will become qualified, reliable and easily reached and as a result of this, the health services will be disseminated and health level will be increased.

5. JUSTIFICATION

The emphasize given to in-service training in the context of this project, will provide knowledge and skills to the nurses and midwives who are still working on MCH/FP activities. If we could bridge this gap in a short time, this will lead us to use the project inputs effectively for the MCH/FP training activities.

According to the 1983 Family and Health Survey, 62% of the families are using a contraceptive method. Since 1965, contraceptive usage rate increases steadily. In 1968 22% of fertile age women were using a contraceptive method; in 1978 50% and in 1983 62% started to use a contraceptive method. Although this can be accepted as a successful achievement, the number of people using traditional methods is higher than the ones using modern contraceptive method.

In our country we have some important problems related to child health. Every year 95 children out of 1000 die before reaching 1 year of age. 50% of the total deaths were formed by the children under 5 years of age.

A series of programs are initiated in order to decrease the death rate and to increase the prevention rate. These programs are:

- Control of Diarrhoeal Diseases
- Control of Acute Respiratory Diseases
- Mother-milk and healthy nutrition
- Monitoring of development and grow-up of children
- Prevention of vaccine preventable diseases.

Public Education holds a big note in giving these services and the dissemination of their usage. Public education is being carried out for improving the health level; to give the necessary information on health to public by using various technical methods; to provide public involvement and to be able to transfer the knowledge gained into positive behaviours and attitudes.

This service planned to be given to public in selected provinces will be possible by the help of this project.

6. Phases of the Project

Phase	Input			Output
	Expertise/ Consulta- tion Services	Man-Power Training	Equipment Facilities	
1 Project Preperation	X			Foundation of Cooperation Project
2 Instrment of Equipment (Built up of Infra- structure)	X	X	X	Expansion of Productivity
3 Quality grade-up of Media Production	X	X		Better Quality of the Production
4 Utilization of the media in the selected rural areas	X	X	X	Expansion of FP/MCH activities in the selected rural areas
5 Evaluation of the Project	X			Recommendation for future activities

7. Bacground Information (Appendix)

1 Justification of the Project

Relationship Between Sector Goal- Individual Project

V その他参考資料

V-1. エジプト・トルコ人口家族計画プロジェクト・コンタクトミッション報告書(トルコ分のみ)

1) 目的

現在人口家族計画分野では6件(タイ, フィリピン, ネパール, メキシコ, コロンビア, 中国)のプロジェクトが行われているが, 近い将来その内の何件かが終了することが予想される。その際に新しいプロジェクトを開始するための準備として新しい国の人口問題・家族計画・母子保健の実状を予備調査し協力の可能性に就いて検討することとした。

2) 調査方法

- ① 相手国関係者と協議し関連データを収集するとともに人口問題・家族計画のその国における政治的, 宗教的, 社会的な意義, 考え方, 認識などに就いても実情を把握することに努めた。
- ② JICAの人口家族計画分野の他国における実績に就いて紹介し, 相手国の実状に適した援助計画立案の参考に供した。
- ③ 病院, 母子保健センター, 人口研究所などの現場を視察した。

3) 調査結果

① 訪問施設と討議した相手

Ministry of Health and Welfare

General Directorate of Mother and Child Health and Family Planning

General Director : Dr. Guler Bezirci

Deputy G. D. : Dr. Ugur Aytac

Head of Public Health Education Division

Mr. Nuran Ustsnoglu

Deputy G. D. : Dr. Leveut Akin

State Planning Organization (国家計画省)

: Mr. Tuncer Kocaman

厚生省広報センター

Dept. Obstetrics and Gynecology, Hacettepe Univeristy

: Professor Husnu A. Kisnisci

Institute of Demographic Study, Hacettepe University

Family Planning Training Center, Ankara Numune Hospital

: Dr. Erol Alpay

Public Health Institute

Family Planning Training Center, Ankara Maternity Hospital

: Dr. Ziya Durmus

Cubuk Research and Training Center

: Dr. Ayse Akin

Turkish Family Planning Association

米国大使館 : Mr. C. S. Matthews

UNFPA : Mr. D. Ehrhardt

② 人口に関する基本的事項

人口増加率は過去10年間で2.7%から2.1%まで低下したが、2.4%という統計もありいずれにしても更に低下を必要とする。28年で人口は倍に増加し2000年には66Millionに到達すると推定される。平均子供数は4.57。

粗出生率は約35 / 1,000でこれを30 / 1,000まで引き下げる必要がある。

初婚平均年齢は女性が17歳、男性が19歳。

5歳以下の人口は35%。乳児死亡率は147 / 1,000、母体死亡率は20 / 10,000。

病院分娩は33%、67%は自宅分娩で54%はTraditional Birth Attendants、

13%が資格のある助産婦による。

トルコ全体で避妊実行率は61.5%、但し49%は中絶性交による。

東部の地域は実行率が22%と低く、希望する子供の数も西部は2～3人であるが、東部は4人と多い。文盲率も東部は高い。

アンカラやイスタンブールなどの都会に人口が集中して居り、東部の農村地帯や山岳地帯から都会へ流入した低所得者層が都会の周辺にスラムを形成している。

③ トルコ政府の人口政策

1965年に家族計画に関する法律が改正され、政策が変更された。更に1983年に母子保健・家族計画に関する法律が改正され、次のように重要な事項が決定された。

A) 夫婦の同意があれば妊娠10週迄の人工中絶は要求に応じて許可される。

B) 夫婦の同意があれば不妊手術も許可される。

C) 助産婦・看護婦も一定の期間の研修を受ければIUDの挿入が出来る。

D) 大学医学部を卒業した医師に対して2年間、地方のヘルスセンターに勤務する義務を設けた。専門医になるためには更に2年間の義務期間がある。

この様な法律改正から見ても、政府が積極的に人口問題に取り組んでいることは理解される。またその基本路線は母子保健政策との組合せである。

④ 宗教的問題

トルコは早くから政教分離を行って居り、欧州諸国と同じく日曜日が休日である。家族計画に対して特に大きな反対は無いが、地方では未だ自然主義的、保守的傾向が強いことは当然予想される。アンカラから少し離れると婦人は大部分伝統的な服装をして居り、公的な場所では婦人の姿を見ることは少ない。

⑤ 他の国や国際機関による援助

USAID 直接の援助はないが、次のようなagencyは間接的にUSAIDの費用で援助

を行っている。

Family Planning International Assistance

コンドーム、ピル、IUDなどの受胎調節器具の無償供与が主体。

The Pathfinder Fund

助産婦の研修教材などの援助。

The University of North Carolina at Chapel Hill

IUD挿入と家族計画指導のための助産婦教育の援助。

The Johns Hopkins University (JHPIEGO)

専門医を対象とした腹腔鏡による不妊手術技術指導と器材の供与。

UNFPA

現在もっとも大規模な援助プロジェクトが施行されている。

東南部の17のProvince（県に相当か）を対象としてヘルスハウスを設け、母子保健・家族計画サービスをPHCとインテグレートして実行するプロジェクトである。ヘルスハウスに器材を供与し、17の地区の病院にPopulation Planning Unitを設置する。新たに大学を卒業した医師、GP、Health Officer、助産婦に対してIUD挿入技術、家族計画指導技術、安全出産対策などを研修或いは再教育する。それらの費用や受胎調節器具などを供与している。

このプロジェクトについては、UNFPAのMr. D. Ehrhardtに面会して進行状況を質問したが、総て順調で成功しており、1988年1月より更に11のProvinceで同様のプロジェクトを新たに開始することを決定したとのことである。トルコ全体の67 Provinceの中で合計28のProvinceで行うことになる。

実際の地域活動を視察したわけではないから詳細は良く判らない。プロジェクトの内容はかなり困難な要素を含んでいるから、もし成功しつつあるとすれば素晴らしいことであろう。追跡調査が十分行われていないと言う批判もある（詳細は参考文献を参照）。

WHO

資金援助は無し。研究援助はInstitute of Demographic Study, Hacettepe UniversityにHRPから資金が出ている。

⑥ 母子保健・家族計画サービスの行政機構と問題点

General Directorate of Family Planning and Mother - Child Healthが最高責任であるが、Directorate of Primary Health Careとも密接に協力して行っている。末端にはヘルスハウスがあり、現在は人口2,000～2,500人をカバーしており、助産婦が1名いる。これを将来は人口1,000人に一つのヘルスハウスを設けるようにしたいが、助産婦などのヘルスマンパワーが不足して居り、更に地方に勤務することを嫌う傾向があって仲々人が集まらない。ヘルスハウスの助産婦の仕事は助産の他にPHC、MCH、家族計画、更に出生や死亡、伝染病等のデータ集計と報告であるが、移動が激しいのでデータの信頼性が低い。

ヘルスハウスの上部機関がHealth Centerで、これには二つのタイプがある。

Village Type (Rural Type)

G. P. (義務年限中の医師) 1 名。 Nurse 1 名。 Midwife 1 名。
Sanitary Technician 1 名。 Medical Secretary 1 名。
Driver 1 名と車 1 台。

Town Type

G. P. (義務年限中の医師) 2 名以上。 Nurse 2 ~ 3 名。 Midwife 2 名。
Sanitary Technician 2 名。 Medical Secretary 1 名。
Driver 1 名と車 1 台。

ヘルスセンターは人口 10,000 ~ 15,000 に一つで、その下にヘルスハウスが 4 ~ 5 ということになる。PHCの他に環境衛生・食品衛生・統計・衛生教育等も行うから、わが国の保健所活動も行っていることになる。地方のヘルスセンター勤務の医師は、卒業後の義務期間の若い医師が派遣されるわけで、その場合に場所の選択権はないが、コネや何等かの運動をして都会に戻るものかいたり、このシステムは必ずしも旨く機能していないようである。

ヘルスセンターの上部機関が病院で専門医が居り国営である。

開業医はクリニックを持っているが病院は持てない。

一般的に保健担当の人材の質が良くないことと、中央の都会には多いが地方に少なく分布が悪いこと、医師も地方の医師の質が悪いことが問題である。

地方各県 (Province) の Medical Director (衛生部長 ?) の質が悪く、家族計画運動の妨げになっている例がある。一般に政府の Service Delivery が悪く、中央で決定しても仲々末端の地方までは及ばないという批判が多い。トルコ政府の官僚主義も障害になっているようである。

⑦ 病院視察の印象

Hacettepe Univeristy Hospital, Ankara Numune Hospital

Ankara Maternity Hospitalの3か所を視察したが、共通することは設備が古く医療器械も古いか殆ど無い状態である。分娩数はいずれも極めて多く、1か月に100から250もある。アンカラは施設分娩が98%と言われるから病院に集中しているのであろうが、それにしても多い。Ankara Maternity Hospitalは欧州最大の産院であると自慢して居り、従って外来患者数も一年間に15万人、入院患者数も一年間に3万8千人と多い。放射線治療以外の全ての産婦人科医療を引き受けている。

C/S率はAnkara Maternity Hospitalは8%だがHacettepe Univeristy Hospital, Ankara Numune Hospitalはそれぞれ20から25%と紹介病院としても高過ぎる。患者の数に比して超音波診断装置や分娩監視装置がせいぜい1台しかないことも理由かも知れない。医師達は臨床には非常に熱心だが、あまり研究、特に基礎的な研究には関心が無いようである。臨床的研究も受胎調節よりも体外受精やマイクロサージェリーに関心を

持っているのが印象的であった。

これらの病院には全てFP Training Centerが設けられて居り、家族計画外来のサービスと共に同時にそこで医師(GP)、医学生、助産婦に対してIUD挿入、MR(医師のみ)、人工妊娠中絶(医師のみ)などの指導研修を行っている。

IUD挿入やピルは無料、MRや不妊手術(主として腹腔鏡による)は2~3ドルである。産婦人科の専門医達は口では人口問題・家族計画に関心があると言うが、むしろ臨床そのものに深い関心を持っていると言う印象を受ける。公衆衛生的な考え方に対して理解と関心が低いようである。その点昔のドイツやわが国の大学教授的タイプの医師が多いのではないか。

分娩数の多い産院でも産褥期間を利用して家族計画指導をすると言うアイデアはもっていないし、混雑した家族計画外来で待時間を利用して受胎調節指導のスライドを見せることも可能と思うが、余りそういう意見は聞かれなかった。

病院に附属しない都市型のMCH・FPセンターは妊婦検診、乳幼児検診、家族計画指導(IUD挿入とピルの配布)、予防接種、栄養指導などを行っている。但し不妊手術と人工妊娠中絶は病院附属の所でなければ行わない。

アンカラ市内は98%が病院分娩であるが、出産施設とその後に通うはずのMCHセンターの間に組織的な連絡はない。

Cubuk Health Center, Hospitalはアンカラから約30KMの郊外にある病院とヘルスセンターで、所長のDr. Ayse Akinが非常に熱心な産婦人科医であると共に、優秀な公衆衛生学者であるため、いわばモデル病院である。上述のヘルスセンターの隣に50床の病院があり、内科と産婦人科で20床づつ、残りを小児科と外科で使用しているが、病床の占有率は50~60%とあまり高くない。

一般に産婦人科の専門医は8時から4時迄、国立病院で働いた後は自分のPrivate Clinicで、私費の患者を診てPrivate Clinicで手術も出産も取り扱う。

⑧ 具体的な受胎調節方法

ピル、IUD、コンドーム、不妊手術、人工妊娠中絶と全ての手段を供給することになってはいるが、農村地帯ではIUDに重点がおかれて居り、方法の選択に使用者の意志がどの程度働いているかは相当疑問である。農村婦人は受胎調節の動機が少ないからIUDが良いと一方的に決めているところは20年ぐらい前の東南アジアを思い出す。AIDS騒ぎの為に輸入コンドームが不足したことがある。また米国でLippes Loopの製造が中止された際にもIUDが不足して農村地方で非常に困ったことがあるらしい。

IUDは以前はLippes Loopで、最近はT-Cu 200かT-Cu 380A、ピルはサールの低用量ピルが用いられている。

⑨ 産婦人科専門医の人口問題に関する認識と受胎調節に関する研究

既に述べたが、専門医特に大学教授は公衆衛生的な考え方あまり理解と関心が無い。研究についても外国や国際機関から援助を受けた経験が無いためか、WHOのプログラム

も知らないし研究実績も乏しい。但し研究の為に新しい薬品の輸入手続きをする場合、政府の許可を取るのに手間と時間がかかるという不満も聞かれた。官僚主義の為であろうか。

⑩ NGOの活動状況に就いて

トルコ家族計画協会の設立は1963年で全国に支部が26ある。

最近における主要なプロジェクトは次の通り。

- A) 15万人の工場労働者とその家族に家族計画普及教育を行い、工場内のクリニックに避妊器具を供給し、IUDやピルは近くのクリニックで供給を受けるように指導した。活動の資金はUNFPAから。
- B) 人口5万人の農村地域で影響力のある女性18人を選んでFP・MCHの教育を施し、仲間の女性達にFP・MCHの教育をやらせた。更に家庭訪問により家族計画指導を行い、コンドームとフォームタブレットを無料で配布した。今後SEDAがIPPFを通じて資金援助をしてくれるので、同様のプロジェクトを別な地区で行う予定。
- C) 宗教指導者の研修に指導者を派遣してFP教育を行った。
- D) Volunteerによるカンセリングサービスも実施中。
- E) 今後の計画として、病院出産後の褥婦や中絶手術前後の婦人を対象にした家族計画指導を実施したい。
- F) 各支部の職員に対する研修・教育が必要であるが、費用が不足しているとの意見が出された。

⑪ 先方との討論及び各施設視察中に受けた印象と問題点

- A) 人口研究所のスタッフ、家族計画協会の事務局次長、Cubuk Health CenterのDr. Ayse Akinは現状に対する批判、問題点を指摘してくれたが、その他の人々は全て「我々は現在旨くやって居り余り問題はない」と言う発言が多く問題意識が非常に乏しい。その理由としては次のようなことが考えられる。

モデル地域のモデル施設で働く政府職員である為。

トルコ国民は誇りが高く失敗を認めたくない為。

外国の援助を受けるのに慣れていない為。

不平を言わない忍耐強い国民である為。

政府指導で家族計画運動を開始したのが1983年で未だ日が浅く、効果の評価が充分行われていないので反省の機会が無い為など。

- B) 一般的な印象として、東南アジアで家族計画運動が開始された当初と良く似た状況がみられるが、関係者の間に過去の経験から学ぼうとする態度が感じられないのは残念である。
- C) トルコにはJICAの事務局がなく、協力の実績が少ないために、JICAを知らないものが多い。特に医療協力は過去に少量の器材供与を除いては行なわれていない。そのためにJICAの説明から無償資金協力、プロジェクトタイプ技術協力などの詳細を説明し、先方の理解をうるのに非常に時間がかかった。

⑫ 先方側当事者の援助に対する希望

上記のように J I C A の技術協力に関する先方の理解が十分に得られないままに、短期間で詳細な希望が提出されることは期待できない状況であった。ただ先方の第一の希望としては、厚生省の広報センターで母子保健・家族計画・教育・指導のためにビデオを撮影製作するスタジオがあり、その器材が老朽化しているのでこれを最新のものに更新すること、ビデオ作製指導の専門家の派遣、研修員の日本への受け入れが提案された。

参 考 文 献

- 1) Family Planning : Structural and Cultural Barriers to change.
World Health Organization, Regional Office for Europe.
ICP/MCH 025 1985.
- 2) UNFPA プロジェクトの合意書

V-2. 基礎調査調査項目

調査項目	資料(文献番号)	現地調査内容(訪問機関等)
<p>I. 地域特性、社会状況の把握 (社会・経済の現状)</p> <p>1. 経済</p> <p>a. 生産</p> <p> 部門別GDP</p> <p> 部門別成長率</p> <p> 農業生産</p> <p> 食糧生産</p> <p>b. 貿易</p> <p> 主要輸出品</p> <p> 主要輸入品</p> <p>c. 雇用</p> <p> 就業者</p> <p> 失業者</p> <p>d. 所得</p> <p> 所得分布(部門別)</p> <p>2. 社会経済開発計画</p> <p>a. 担当機関</p> <p> 組織図</p> <p> 決定メカニズム</p> <p>b. 方針と戦略</p> <p> 開発計画の概略</p> <p> 部門別投資</p> <p> 主要プロジェクト</p> <p> 進捗状況</p> <p> 外国援助動向</p> <p>3. 社会</p> <p>a. 政治制度</p> <p>b. 民族・宗教・言語</p> <p>c. 社会制度</p> <p> 家族</p> <p> 相続制度</p> <p> 婚姻制度</p> <p> 出産・育児制度</p> <p>d. 教育制度</p> <p>e. 保健医療制度</p> <p>f. 女性の地位</p> <p> 女子就業者</p> <p> 識字率</p>	<p>6、12</p> <p>3</p> <p>3、6、7</p> <p>(所得階層別所得分布)</p>	<p>①</p> <p>②</p> <p>⑦、⑤</p> <p>⑤</p> <p>⑤</p> <p>6.</p> <p>6.</p>

調査項目	資料(文献番号)	現地調査内容(訪問機関等)	
II. 人口・家族計画に関するニーズの把握			
(人口関連情報)			
1. 人口構造の推移			
a. 人口とその推移	5. 9.	①、④	
b. 男女別人口と性比の推移	9.		
c. 人口年齢5歳階級割合の推移	9.		
d. 民族別人口構成の推移	全国レベル公表データなし		
e. 宗教別人口構成の推移	全国レベル公表データなし		
f. 労働力人口の推移	9.		
g. 産業別人口の推移	6.		
h. 行政地区別人口/ 人口密度/人口比重の推移	5. 5.		
i. 都市化率の推移	5.		
2. 人口動態の推移			
a. 出生力水準の推移	9.	①、③、④	
b. 死亡率の推移	9. 粗死亡率 乳児死亡のみ		
粗死亡率/周産期死亡			
新生児死亡/乳幼児死亡			
妊産婦死亡			
c. 死因	6.		
d. 婚姻	11.		
(配偶関係別人口比率の推移)			
e. 域内移動			①
f. 人口将来推計	9.		③
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	⑩	
b. 目標			
c. 予算			
d. 外国援助に対する対応	7. (予防接種について)		
WHO・EPIの現状等	8.		③、⑥
2. 保健医療機構のモデル			
a. 中央レベル			
b. 県レベル			
c. 郡レベル			
d. 末端レベル(ボランティアを含む)			
3. 保健医療要員について			
a. 職種別従事者	6.	③	
医師、看護婦、助産婦、 保健婦の実数、人口比			
b. 職種別養成システムと年間養成数			
c. 再教育システム			

調査項目	資料(文献番号)	現地調査内容(訪問機関等)
<p>IV. 人口家族計画分野の実施体制 (人口家族計画分野の政策と実施体制) (現行の人口家族計画分野の政策)</p> <p>1. 現行の人口家族計画分野の政策</p> <p> a. 方針・政策 開発計画における位置付け 政策担当者の発言 予算の重点配分事項</p> <p> b. 目標</p> <p> c. 予算</p> <p> d. 組織・人員</p> <p> e. 外国援助への対応</p> <p>2. 人口家族計画分野の指標</p> <p> a. 自宅分娩と施設分娩の比率</p> <p> b. 受胎調節法の内訳 人口妊娠中絶の合法性の有無</p> <p> 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</p> <p>3. 人口家族計画分野の実施体制</p> <p> a. 政府関連機関の各々の役割と 相互関連レベル別 中央レベル 県レベル 郡レベル 末端レベル セクター間の協力</p> <p> 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</p> <p> c. 外国援助の動向 実施プロジェクトの特色 援助機関の連絡事務所・ 連絡員・援助調整会議</p> <p>(現行の人口・家族計画プロジェクト一覧表(含外国援助))</p> <p>1. タイプ別の分類</p> <p> a. 人口教育</p> <p> b. 人口情報</p> <p> c. 保健サービスの提供</p> <p> d. 人口調査・研究</p> <p> e. 関連産業振興</p> <p>2. 単独目的型プロジェクトと複合型プロジェクト</p> <p>3. 対象地域別</p>	<p>4. (但し5ヶ年計画中心)</p> <p>1. 2.</p> <p>8. (活動内容のみ)</p> <p>8. (活動内容のみ)</p> <p>8.</p>	<p>③、⑦</p> <p>②</p> <p>⑧</p> <p>③</p> <p>④</p> <p>⑨、⑩</p> <p>⑪</p> <p>③、④、⑪</p>

参考文献

1. Institute of Population Studies, Hacettepe Univeristy, Turkish Fertility Survey 1978, Ankara
2. Institute of Population Studies, Hacettepe Univeristy, 1983 Turkish Population and Health Survey, Ankara, 1987
3. OECD, Economic Surveys 1986/87: Turkey, Paris, 1987
4. Sosyal Planlama Baskanligi, Turkiye'de Planli Donemde Nufus ve Aile Planlamasi Calismalari, Aralik, 1983
5. State Institute of Statistics, Census of Population by Administrative Divison, Ankara, 1986
6. State Institute of Statistics, Statistical yearbook of Turkey, Ankara, 1985
7. The Turkey Daily News, Turkey 1986 Almanac, Ankara, 1986
8. UNFPA, Population Programmes and Projects, Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World, 1984/85, New York, 1986.
9. United Nations, World Population Prospects: Estimates and Projections as assessed in 1982, New York, 1985.
10. 日本貿易振興会、海外経済情報センター訳、『トルコ第5次五カ年計画』、昭和61年 3月
11. 国際連合、『世界人口年鑑 1982 年』、1984年
12. 世界経済情報サービス、『トルコ：経済・貿易の動向と未通し』、1986年
13. 世界銀行、『世界開発報告1986年』

Questionnaire on Population and Family Planning Survey

Preliminary Survey Team by JICA

(1) Socio-economic Conditions

Item	Organization in charge	Availability
<p>1. Economy</p> <p>a) Production GDP by sector Growth rate of GDP by sector Agricultural production Food crop production</p> <p>b) Trade Major exports (value, quantity) Major imports (value, quantity)</p> <p>c) Employment status Number of persons employed Number of persons unemployed</p> <p>d) Income Income distribution by sector</p> <p>2. Socio-economic development plan</p> <p>a) Organization for planning Planning chart Decision making process</p> <p>b) Policy and strategy Outline of development plan Investment by sector Major projects Implementation Foreign assistance</p> <p>3. Social background</p> <p>a) Political structure</p> <p>b) Ethnic group, religion and languages</p> <p>c) Social norms Family structure Inheritance marriage system and pattern Customs regarding birth and child bearing</p> <p>d) Educational system</p>		

Item	Organization in charge	Availability
e) Health and medical care system		
f) Status of women Female employment Literacy rate		

(2) Information concerning population

Item	Organization in charge	Availability
1. Population composition (Current figures and time series data)		
a) Total population		
b) Population by sex and sex ratio		
c) Composition of population by age (single and 5-year age group)		
d) Population by ethnic group		
e) Population by religious group		
f) Population of labour force		
g) Employed persons and its proportion by industry		
h) Population by administrative unit, population density		
i) Proportion of urban population		
2. Vital statistics (Current figures and time series data)		
a) Fertility (crude birth rate, TFR, etc.)		
b) Mortality (crude death rate, perinatal mortality rate, neonatal mortality rate, infant and child mortality rate, maternal mortality rate, etc.)		
c) Causes of death		
d) Marital status Proportion of population by marital status		
e) Internal migration		
f) Population projection in future		

(3) Current situation of health and medical care service

Item	Organization in charge	Availability
<p>1. Policies related to health and medical care</p> <p>a) Policy and strategy Relation between PHC and family planning</p> <p>b) Target</p> <p>c) Budget</p> <p>d) Response to foreign aid Current conditions of aid by WHO, EPI etc.</p> <p>2. Model of health and medical care organization</p> <p>a) Central level</p> <p>b) Provincial level</p> <p>c) County level</p> <p>d) Community level (incl. voluntary activities)</p> <p>3. Staff of health and medical care service</p> <p>a) Number of health personnel and their number per population (doctor, nurse, public health nurse, midwife etc.)</p> <p>b) Training system of health personnel and number of trainees per year</p> <p>c) Retraining system</p>		

(4) Policy and implementation of population and family planning

Item	Organization in charge	Availability
<p>1. Current policy of population and family planning</p> <p>a) Policies Position and role of family planning among development planning Opinion of the persons in charge Priority of budget allocation</p> <p>b) Target</p>		

Item	Organization in charge	Availability
<ul style="list-style-type: none"> c) Budget d) Organization and staff e) Response to foreign aid Current conditions of aid by WHO, EPI etc. 		
<p>2. Indicators related to population and family planning</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Proportion of births by type of medical attention b) Proportion of family planning acceptors by methods (legitimacy of induced abortion) c) Progress in researches on human reproduction relation between family planning activities and doctors in hospital and university 		
<p>3. Implementation of population and family planning</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Role of each governmental organization <ul style="list-style-type: none"> Central level Provincial level County level Community level Cooperation system among sectors b) Role of NGO and its relation to governmental organization <ul style="list-style-type: none"> Budget allocation Coordination Interchange personnel c) Movements of foreign aid <ul style="list-style-type: none"> Characteristics of operating projects Liaison offices and staff of foreign agencies Coordination committee for foreign aid 		

(5) List of current population and family planning project (incl. foreign aid)

Item	Organization in charge	Availability
<p>1. Classification by topic of project</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Population education b) Demographic information 		

Item	Organization in charge	Availability
c) Health services d) Population education survey and research e) Promotion of allied industries 2. Independent typed project and joint project 3. Project by covering area		

資 料 編

I 地域特性、社会状況の把握

〔1〕社会経済の現状

1. 経 済

a. 生 産

i 国内生産・部門別GNP別・部門別成長率

トルコの社会状況を把握する為、先ず中東の一国という視点から隣接諸国との、人口及び一人当たりDNP比較を行なう。

第一次大戦敗戦により最大版図 250 万km²を誇ったオスマン帝国が分解し、新生トルコ人一千百万人が小アジアの 78 万km²の国土に共和国を作る。かくして国土の広さではペルシアエジプトの後にまわるが、人口規模では首位を譲らず、この状態は揺ぐことなく今日へ受け継がれている。

第二次大戦突入を前にしての地域での石油採掘ラッシュが始まり、以来半世紀、砂漠と瘦土の地域に世界で最も富貴な国とアフリカ諸国に次いで貧しい非産油国とが隣合わすコントラストを生んでいる。地層、鉱床から見てトルコでも大油床に当たってしかるべきと、幾つかの米国油田開発会社は今日もなお Sirt, Diyarbahir 両県でトルコ国営石油会社と共に試掘を繰返している。しかしトルコの石油自給率は、14%前後にすぎない。

トルコの一人当たりGNPは、'79年に1,360ドルに達してから五年続けて下降した。これを成長率の低下と読む訳にはいかない。輸出振興の為、ドル高トルコリラ安を狙っての公定レート操作の側面があるからである。従ってドル表示GNPが低くなる。'80年に導入された新安定化政策以降、それ迄の、公定レートでリラを実勢レートの倍に迄高く設立して輸入を安価にする方針は除々に消えゆき、現在はややもすると実勢以下に抑える気配さえ窺える。

1987年度の国民総生産は、8%という1971年来の高成長を遂げた前年に引続いて、6.8%の高レベルを記録したようである。(国家計画庁11月末現在予想。)

1986年の急成長は、農業生産・工業生産部門に見られた進展によっていた。1987年度の農業部門の成長率は、悪天候と穀物類、果実、ナッツ類の周期的不作年に当たったことから前年の7.6%から2.6%に落ちた。一方製造部門は数年来の急成長ぶりを維持できたことから、— とりわけ鉱業・エネルギー部門での連続した成長は重要である — 前年を上回る勢いで高成長振りを発揮した。

1987年達成のこの成長率には、前年に比べて重要な質的差違が認められる。'86年は全面的に国内需要によりかかった成長であったが、'87年度になり、国外需要にも呼応する複眼的成長を身につけ始めているからである。つまり'86年度、外国貿易の国民総生産成長への貢献度はマイナス3.4%であったが、'87年度は1.7%と僅かではあるがプラスに転じている。

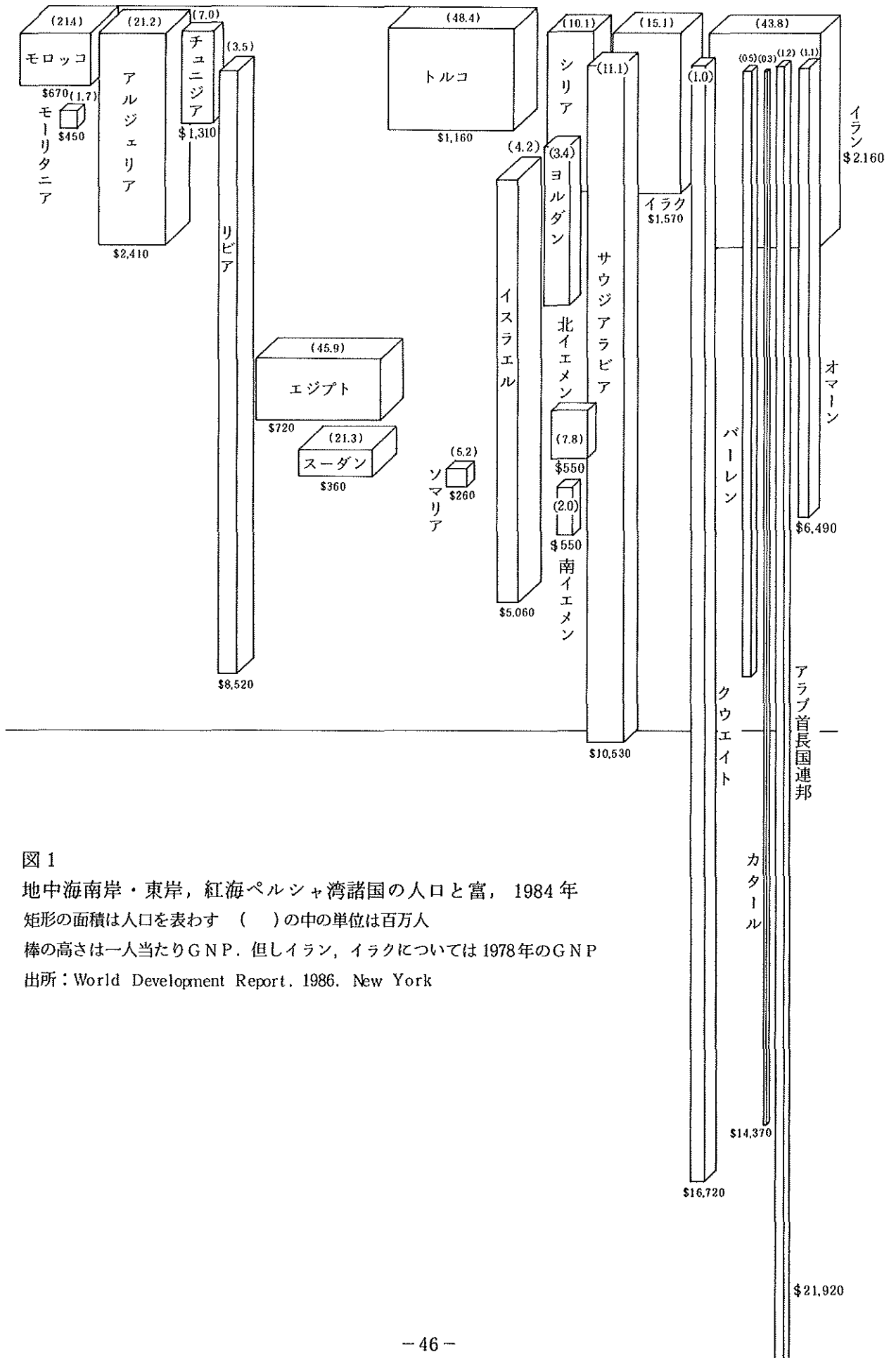


図1
 地中海南岸・東岸，紅海ペルシャ湾諸国の人口と富，1984年
 矩形の面積は人口を表わす ()の中の単位は百万人
 棒の高さは一人当たりGNP. 但しイラン，イラクについては1978年のGNP
 出所：World Development Report, 1986, New York

表 1 部門別国内総生産

部門別国内総生産の実質成長率（1968年価格を規準として）

SECTORS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987 (1)
AGRICULTURE	10.9	7.7	-1.3	2.7	2.9	1.7	0.1	6.4	-0.1	3.5	2.4	7.6	2.6
INDUSTRY	9.0	10.0	10.2	6.6	-5.6	-6.0	7.4	4.9	8.0	10.1	6.3	8.7	9.1
MINING	11.8	5.0	39.2	26.7	-16.3	-1.1	-7.3	-5.5	7.5	7.9	11.9	-6.3	4.3
MANUFACTURING	8.1	9.8	7.3	3.6	-5.3	-6.4	9.5	5.4	8.7	10.2	5.5	9.6	9.3
ENERGY	17.1	18.4	10.6	12.4	8.0	-4.5	7.0	11.6	7.2	11.1	7.8	15.5	10.9
SERVICES	7.9	9.0	5.6	4.1	0.2	0.8	3.7	3.5	3.9	3.3	4.0	4.4	6.7
CONSTRUCTION	8.5	8.3	5.5	4.1	4.2	0.3	0.4	0.5	0.6	1.9	2.9	8.3	6.4
TRADE	9.5	9.6	4.9	3.9	-2.3	-2.4	7.4	4.6	6.9	3.0	4.6	9.7	8.7
TRANSPORT & COMMUNICATION	8.1	9.6	6.7	2.5	-4.4	-0.6	-0.9	2.2	3.2	7.7	4.3	4.3	7.0
PUBLIC SERVICES	5.8	7.0	6.0	6.2	1.2	5.8	4.0	5.4	4.2	2.6	3.7	5.7	5.6
OTHER SERVICES	7.5	9.6	5.2	3.8	1.7	1.6	3.2	3.3	2.6	2.6	3.7	5.7	4.9
GDP AT FACTOR COST	8.9	8.9	4.9	4.3	-0.6	-0.5	3.6	4.5	3.9	6.0	4.2	7.2	5.4
NET FACTOR INCOME FROM ABROAD	-24.1	-29.8	-30.0	4.9	52.8	-24.2	-15.4	-47.4	-27.4	40.7	2.7	-92.9	33.1
INDIRECT TAXES-SUBS.	3.5	7.0	-1.1	-11.6	-4.2	-3.4	13.4	10.4	1.7	2.7	15.3	18.5	9.9
GDP AT MARKET PRICES	8.0	7.9	3.9	2.9	-0.4	-1.1	4.1	4.5	3.3	3.9	5.1	8.0	5.8

SOURCE: SIS-SPO.

(1) SIS ESTIMATE DATED NOVEMBER, 1987

国内総生産の部門別シェア

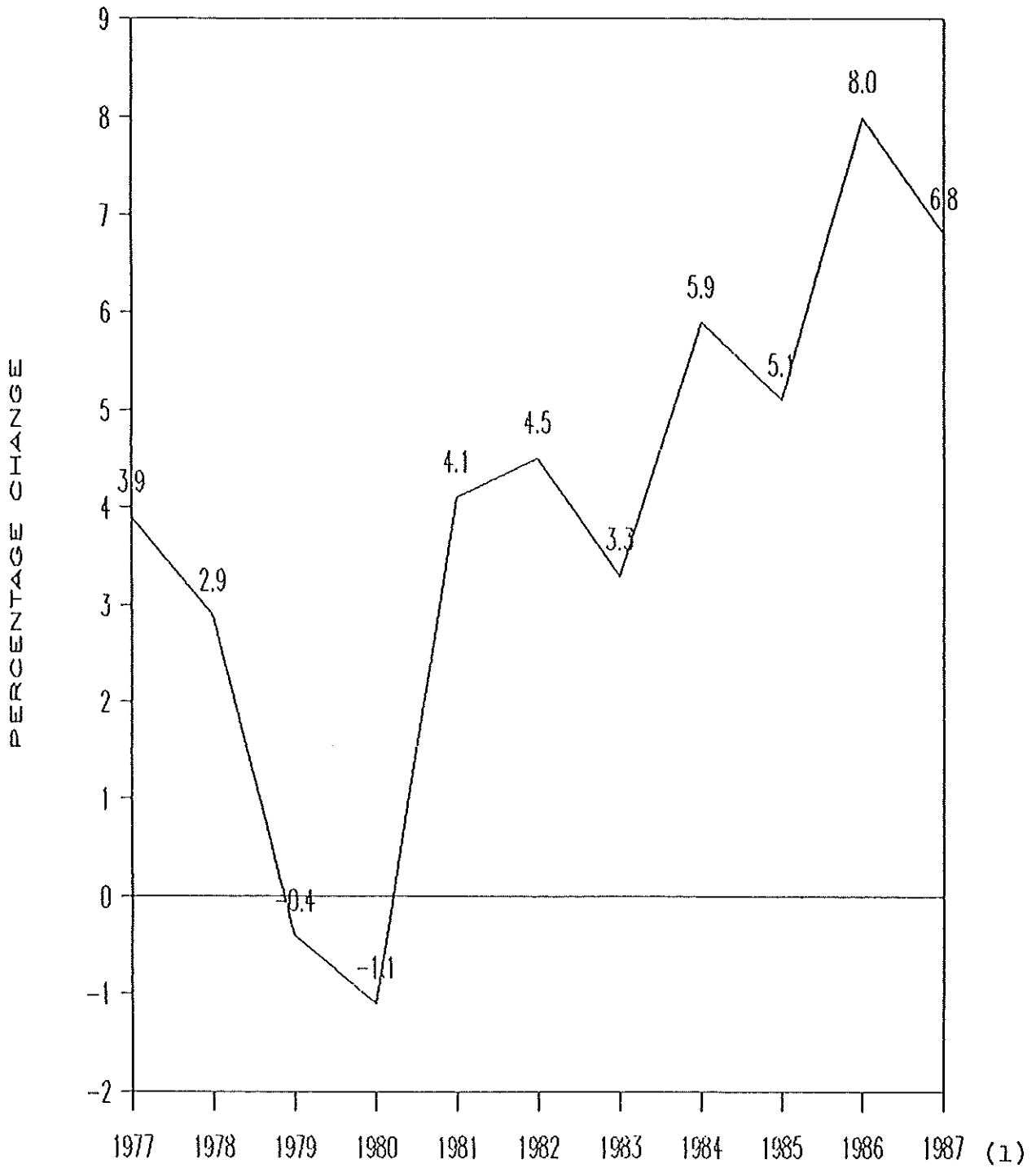
SECTORS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987 (1)
AGRICULTURE	29.1	29.6	27.6	25.3	23.1	22.6	22.0	20.3	19.6	19.5	18.3	16.2	17.9
INDUSTRY	20.0	19.2	19.8	23.0	23.9	25.0	25.1	27.1	23.4	29.2	31.6	32.0	32.1
MINING	1.3	1.2	1.8	1.7	1.5	1.3	2.2	2.1	2.3	2.2	2.5	2.1	2.2
MANUFACTURING	17.0	16.3	16.3	19.5	20.7	21.1	21.7	22.4	23.9	24.7	25.1	25.3	25.7
ENERGY	1.7	1.6	1.9	1.8	1.6	1.1	2.1	2.6	2.4	3.0	3.9	4.5	4.2
SERVICES	51.0	51.2	52.5	51.7	53.1	52.4	51.9	52.1	51.8	51.0	49.7	49.8	50.0
CONSTRUCTION	5.3	5.2	5.3	5.4	5.2	5.2	4.7	4.4	4.1	4.0	3.7	4.0	4.1
TRADE	13.8	13.6	13.4	13.9	12.0	15.9	16.8	17.0	17.6	19.1	17.2	17.1	17.0
TRANSPORT & COMMUNICATION	9.2	9.1	9.1	9.2	9.9	10.3	10.4	10.4	10.5	10.3	10.6	10.3	10.1
PUBLIC SERVICES	10.8	11.1	12.7	11.2	11.7	9.2	8.0	8.5	8.0	6.1	5.6	5.8	6.4
OTHER SERVICES	11.9	12.2	12.0	12.0	11.4	11.9	12.0	11.8	11.4	12.5	12.4	12.5	12.4
GDP AT FACTOR COST	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

SOURCE: SIS.

(1) SIS ESTIMATE DATED NOVEMBER, 1987

出所) SPO Fundamental (Economic Indexes, December 1987)

図2 国民総生産成長率の変遷



(1) SIS ESTIMATE DATED NOVEMBER- 1987

図3 製造業分野の公私企業分野別生産成長率
(1981年を100として)

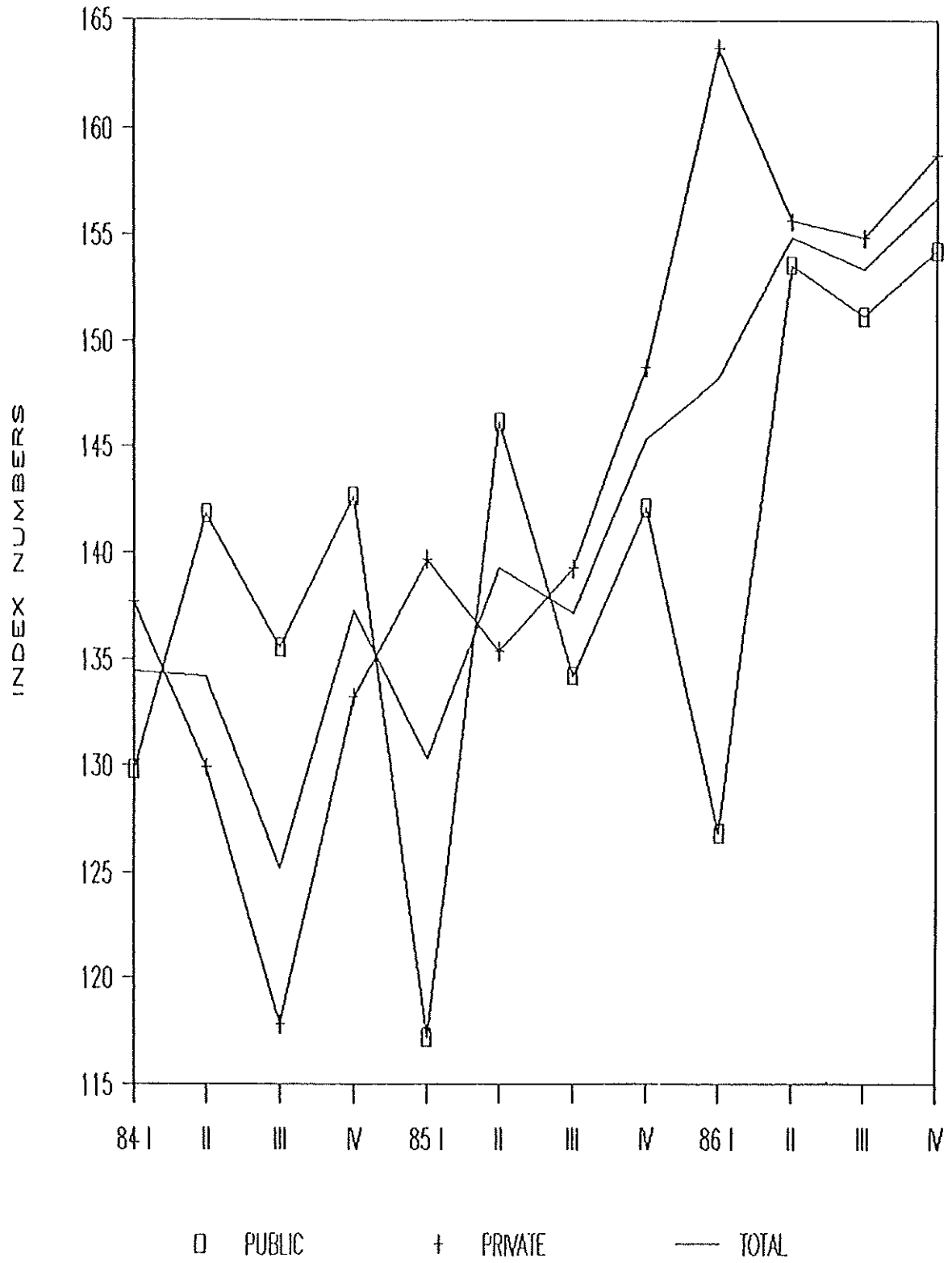


図4 国内総生産の構成比

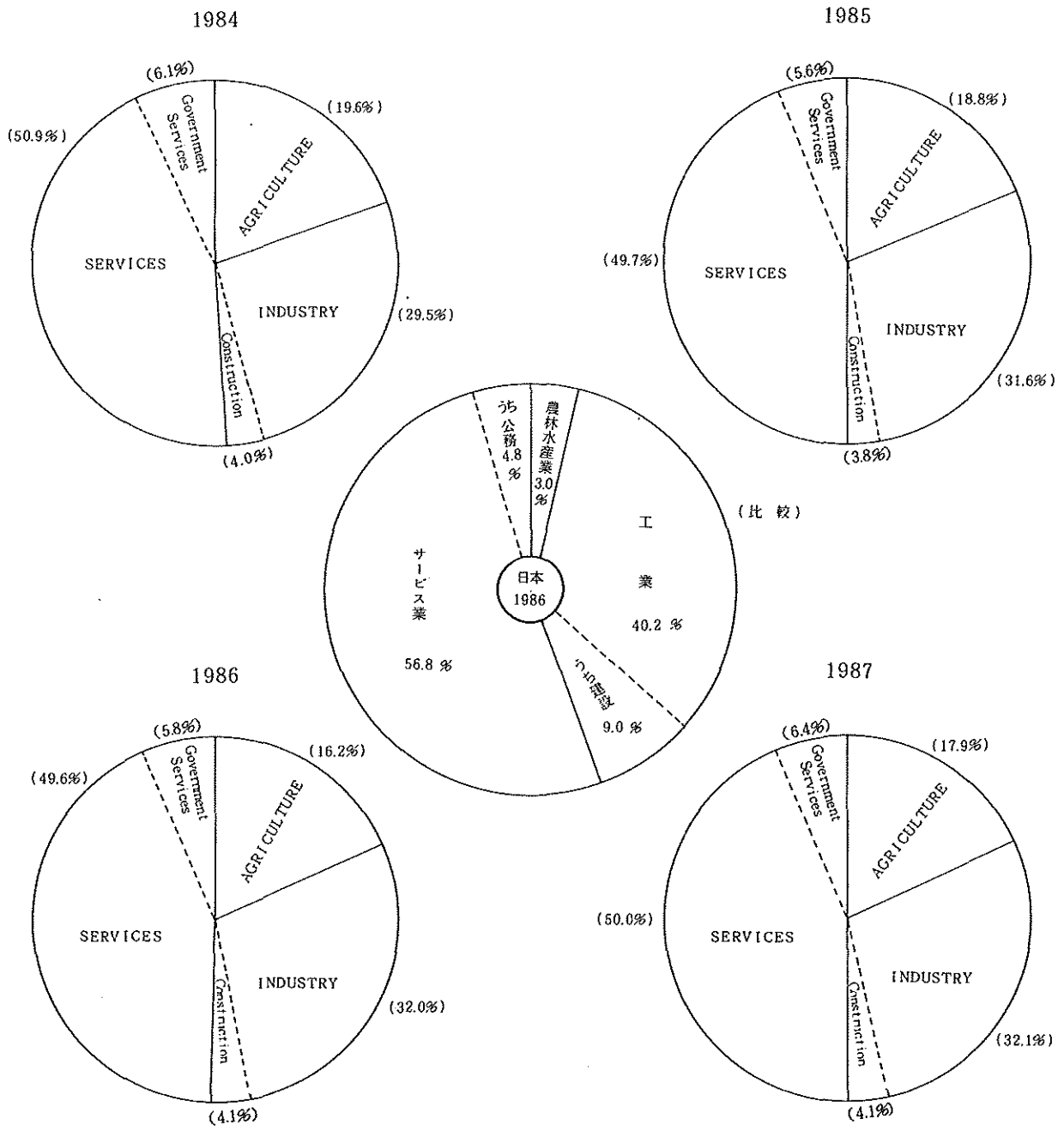


表2 部門別国内総生産額

部門別国内総生産数 (1975~87) (各国)

(単位十億リラ)

SECTORS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987 (1)
GROSS VALUE ADDED													
AGRICULTURE	136.1	177.3	219.8	301.3	465.9	925.0	1 325.4	1 678.9	2 119.1	3 397.1	4 790.3	6 474.0	9 010.4
INDUSTRY	93.5	115.0	158.0	273.4	477.5	1 024.2	1 572.3	2 191.5	3 096.4	5 110.1	9 060.5	11 352.3	16 139.3
MINING	5.9	7.5	14.3	19.9	31.0	74.6	134.5	170.8	255.4	328.1	650.4	756.0	1 096.9
MANUFACTURING	79.9	97.9	127.7	232.1	416.7	965.1	1 399.3	1 812.8	2 522.9	4 306.7	6 408.6	8 997.8	12 923.3
ENERGY	7.7	9.6	14.0	21.5	32.2	74.3	128.2	207.9	240.1	315.6	1 001.5	1 515.7	2 115.1
SERVICES	239.7	307.8	418.3	615.4	1 089.6	2 142.7	3 126.3	4 210.4	5 603.0	8 941.9	12 675.3	17 663.7	25 172.5
CONSTRUCTION	24.6	31.0	42.1	64.0	103.9	215.9	285.4	357.1	447.6	697.4	951.2	1 410.5	2 494.6
TRADE	54.8	91.6	107.0	165.9	301.5	550.8	1 011.5	1 370.1	1 906.4	3 139.9	4 357.0	6 081.6	8 551.1
TRANSPORT & COMMUNICATION	43.3	54.9	72.2	110.1	198.6	421.1	623.4	841.9	1 132.3	1 755.4	2 711.2	3 659.5	5 074.2
PUBLIC SERVICES	30.5	55.5	101.5	132.1	235.2	377.5	491.1	686.6	840.9	1 056.5	1 441.0	2 073.3	3 216.5
OTHER SERVICES	55.5	73.3	95.5	142.3	229.1	434.2	724.5	954.8	1 251.5	2 462.3	3 175.0	4 441.9	6 246.1
GDP AT FACTOR COST	468.3	595.6	796.1	1 190.1	2 015.3	4 095.6	6 024.6	8 050.8	10 917.4	17 346.1	25 526.1	35 495.4	50 322.2
NET FACTOR INCOME FROM ABROAD	16.6	11.0	9.9	15.9	41.5	107.2	140.0	114.6	20.1	162.9	237.6	21.8	172.7
INDIRECT TAXES-SUBS.	50.8	54.3	65.8	94.7	140.5	250.0	399.6	539.6	714.4	965.0	2 025.7	3 650.0	5 302.3
GDP AT MARKET PRICES	535.7	675.0	872.8	1 290.7	2 199.5	4 452.2	6 563.6	8 735.0	11 551.9	18 374.6	27 769.4	39 177.2	55 757.2

SOURCE: SIS.

(1) SIS ESTIMATE DATED NOVEMBER, 1987

部門別実質国内総生産 (1968年価格)

(単位十億リラ)

SECTORS	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987 (1)
GROSS VALUE ADDED													
AGRICULTURE	39.7	42.7	42.2	43.3	44.5	45.3	45.3	48.2	48.1	49.8	51.0	54.9	56.3
INDUSTRY	35.6	39.2	43.1	46.0	43.4	40.8	43.9	46.0	49.7	54.7	58.1	63.2	69.9
MINING	3.0	3.2	4.4	5.6	4.7	4.5	4.2	3.9	4.2	4.6	5.1	4.9	5.0
MANUFACTURING	30.2	33.1	35.5	36.8	34.9	32.7	35.7	37.7	40.9	45.1	47.6	52.2	57.0
ENERGY	2.4	2.9	3.2	3.6	3.9	3.7	4.0	4.4	4.5	5.0	5.4	6.2	6.9
SERVICES	84.6	92.2	97.4	101.3	101.6	102.4	106.2	109.9	114.3	120.3	125.1	133.1	142.0
CONSTRUCTION	10.3	11.2	11.8	12.3	12.8	12.9	12.9	13.0	13.1	13.3	13.7	14.9	15.9
TRADE	23.0	25.2	26.4	27.4	26.8	26.2	28.1	29.4	31.4	33.9	35.5	38.6	42.2
TRANSPORT & COMMUNICATION	16.3	17.8	19.0	19.5	19.6	18.5	18.7	19.1	19.7	21.2	22.2	23.2	24.9
PUBLIC SERVICES	15.5	16.6	17.5	18.6	19.4	20.5	21.4	22.5	23.5	24.1	24.9	25.8	27.2
OTHER SERVICES	19.6	21.5	22.6	23.5	23.9	24.3	25.1	25.9	26.6	27.8	28.8	30.4	31.9
GDP AT FACTOR COST	159.9	174.1	182.7	190.6	189.5	188.5	195.3	204.2	212.1	224.9	234.3	251.2	267.3
NET FACTOR INCOME FROM ABROAD	3.6	2.5	1.8	1.9	2.9	2.2	1.8	1.0	0.1	0.6	0.5	0.0	0.2
INDIRECT TAXES-SUBS.	17.9	19.1	18.9	16.7	16.0	15.4	17.5	19.3	19.7	20.2	23.3	27.6	30.3
GDP AT MARKET PRICES	181.4	195.8	203.4	209.2	208.3	206.1	214.7	224.4	231.9	245.6	258.2	278.8	297.8

SOURCE: SIS.

(1) SIS ESTIMATE DATED NOVEMBER, 1987

出所: Fundaniental Economic Indexes. December. 1987

1985年後半から活気を呈し始めた製造業部門の生産増強傾向は、'86年も継続し10%の生産増強率を示した。1987年の第3四半期を終えた段階で、'87年度通年の製造業部門成長率は、公的企業分野で12.3%、私企業分野で7.3%と予想されている。前年度はちなみに公・私分野それぞれ12.6%、11.2%の成長率を示した。

進行中の投資政策の当然の帰趨として、住宅、インフラ整備関連投資の機材受注と、公的企業体の主要化学製品、石油関連製品製造分野で著しい成長率増が見られる。一方、'86年に経験した国外需要の収縮が本年は姿を消し輸出志向の製造業生産分野でも、前年に比べて顕著な生産増大が見られる。製造業分野の稼働率は前年の72.7%から本年度は76.3%へ上昇した。

図4に国内総生産の最近四年間における部門別シェアの変化を図表化し、あわせて日本の国内総生産の部門別シェアを表記した。

表1でも読みとれるように、農業のシェアの漸減化はここ両三年極めて緩やかになり、これに歩調を合わすかの様に、50%のサービス業を筆頭にして生産構成比の一定化がみられる。

最後に部門別の国内総生産額を、名目と'68年価格規準で二通り表記する。

ii 農業生産と食糧生産

1987年度に達成された農業部門の生産力は、実質2.3%の成長と推定されている。内訳は作物生産が1.2%畜産が4.3%、水産が7.7%の増産に対し、林業ではマイナス1.9%の減産が見込まれている。

本年度の各生産物価格を規準として、前後一年づつに本年度の交易条件をそのままあてはめて、表2で見た部門別国内総生産を組み直すと下記の様になる。

結びに主要農作物の過去六年の生産量の増減をしてみる。

表3 1987年価格を規準として国内総生産の部門別内訳

(単位十億リラ)

	1986			1987			1988 (Program)			1987/86	1988/87
	生産額	部門別 シェア	部門内 シェア	生産額	部分別 シェア	部門内 シェア	生産額	部門別 シェア	部門内 シェア		
I 農業	14234.9	15.9	100.0	14562.0	15.1	100.0	15024.1	14.8	100.0	2.5	3.2
a 作物	7869.5		55.3	7966.7		54.7	8164.0		54.3	1.2	2.5
b 畜産	4845.3		34.0	5050.8		34.7	5274.0		35.1	4.3	4.4
c 林業	984.6		6.9	965.7		6.6	962.2		6.4	-1.9	-0.4
d 水産	537.4		3.8	578.7		4.0	623.9		4.2	7.7	7.8
II 工業	42330.5	47.4	100.0	46615.0	48.5	100.0	50262.0	49.4	100.0	10.1	7.8
a 鉱業	1427.2		3.4	1473.9		3.2	1544.1		3.1	3.3	4.8
b 製造業	38968.1		92.0	42977.1		92.2	46363.3		92.2	10.3	7.9
1. 消費財	16853.0			18710.9			19414.1			0.7	6.0
2. 中間財	16319.3			18228.9			19399.1			11.7	9.2
3. 資本財	5795.8			6437.3			7050.1			11.1	9.5
c 電気, ガス, 水	1935.1		4.6	2162.9		4.6	2354.6		4.7	11.8	8.9
物質的生産合計	56565.2			61175.0			65206.1			0.2	6.7
III サービス	32777.8	36.7		35049.6	36.4		36451.6	35.8		6.9	4.0
総計	89345.0	100.0		96225.5	100.1		101737.7	100.0		7.7	5.7

Keymak: DPT.

表4 主要農産物の生産高推移

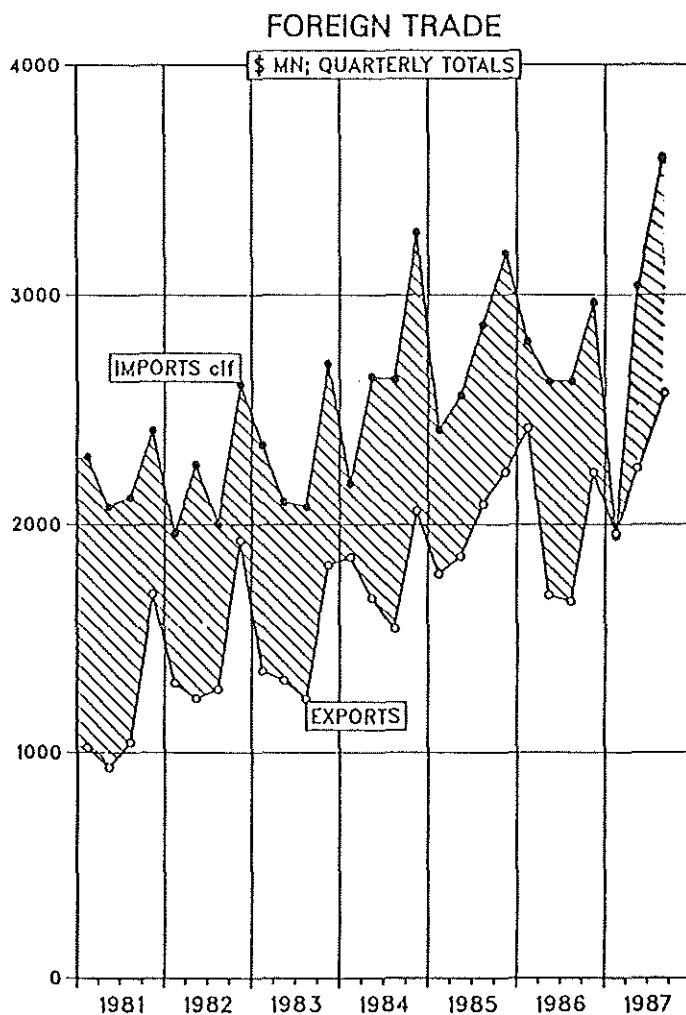
		(IN THOUSANDS OF TONS)						PERCENTAGE CHANGE				
		1982	1983	1984	1985	1986	1987 (1)	1983	1984	1985	1986	1987
穀物		17 500	16 400	17 200	17 000	19 000	18 900	-6.3	4.9	-1.2	11.8	-0.5
小麦		6 400	5 425	6 500	6 500	7 000	6 900	-15.2	19.8	0.0	7.7	-1.4
とうもろこし		1 360	1 430	1 590	1 900	2 300	2 600	8.8	1.4	26.7	21.1	13.0
豆類		550	650	570	618	850	950	18.2	-12.3	8.4	37.5	11.8
レンズ豆		280	290	335	400	630	750	3.6	15.5	19.4	57.5	19.0
エジプト豆		165	175	164	170	170	190	6.1	-6.3	3.7	0.0	11.8
産業用植物		12 733	12 770	11 100	9 830	10 662	12 000	0.3	-13.1	-11.4	8.5	12.5
砂糖大根		469	520	602	577	542	542	6.3	15.8	-4.2	-6.1	0.0
綿花		209	225	179	170	170	177	8.8	-21.2	-4.2	-0.3	4.4
煙草												
油		782	832	964	923	867	866	6.3	15.8	-4.2	-6.1	0.0
綿の実油		600	715	710	800	940	1 200	19.2	-0.7	12.7	17.5	27.7
ひまわり油		50	50	48	59	50	80	0.8	-5.8	24.2	-15.3	60.0
落花生油												
果物・ナッツ類		3 930	3 730	3 630	3 640	3 370	3 370	-5.1	-2.7	0.3	-7.4	0.0
ぶどう・いちぢく		1 203	1 279	1 334	983	1 396	1 396	8.0	2.7	-26.4	42.1	0.0
柑きつ類		220	392	300	180	300	260	78.2	-23.5	-40.0	66.7	-13.3
ヘービルナッツ		1 600	1 750	1 900	1 950	1 965	1 650	9.4	8.6	2.6	-4.4	-11.5
りんご												
農業分野の付加価値 (1983年価格を規準, 単位百萬TL)		48 202	48 145	49 840	51 030	54 898	56 349	-0.1	3.5	2.4	7.6	2.6

出所: 国家統計局 Temel Ethonornih Cgostergoler December 1987
11月末現在の推定値

b. 貿易

1986年、ドル換算で6.3%減少した輸出（FOBベース）は、1987年度は、36.7%増と持ち返し、100億2,260万ドルに達した。1986年度の、石油価格の予想以上の下落による中東産油国の買い控えがもたらした一時的減少要因の解消、運用中の輸出振興政策が功を奏したお蔭である。

図5 輸出入金額の四半期毎の推移と開き



出所：The Economist Intelligence Unit. 5 March 1988
SPO. Fundamental Economic Indexes. December, 1987

工業製品輸出の全体の輸出に占める割合は1987年度、前年度の落ち込みを回復し79.1%といよいよ八割の壁を突破する勢いである。

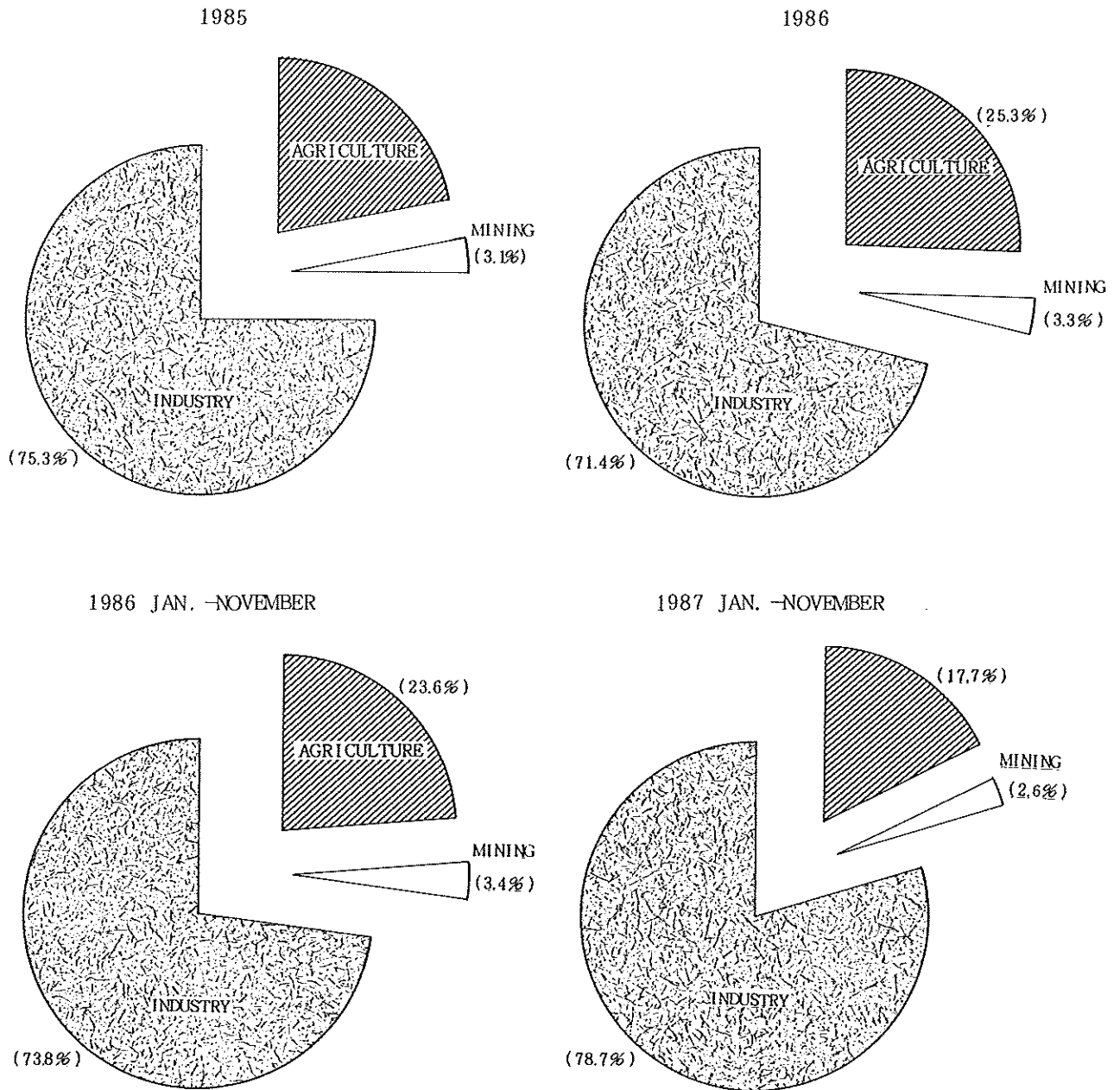
表 5 主要輸出品

	(IN MILLIONS OF \$)											PERCENTAGE CHANGE				
	(ANNUAL)			(NOVEMBER)			(JAN-NOVEMBER)			(ANNUAL)		(NOVEMBER)		(JAN-NOV.)		
	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997/86	
AGRICULTURE AND LIVESTOCK	1 890.6	1 749.2	1 719.4	1 895.6	226.4	228.7	1 557.9	1 594.6	-7.0	-1.7	9.7	1.0	2.4			
CROPS	1 484.4	1 381.9	1 441.5	1 546.8	197.5	197.0	1 254.8	1 263.8	-6.9	4.3	7.3	-0.3	0.7			
COTTON	194.5	168.1	169.8	138.8	23.9	3.2	73.6	18.0	-14.5	1.0	-18.3	-21.5	-75.5			
TOBACCO	237.8	216.4	230.1	270.2	28.9	18.0	192.2	284.1	-9.0	52.5	-18.1	-37.7	19.9			
HAZELNUTS	246.0	304.8	255.4	378.0	50.0	37.6	379.0	347.2	23.9	-16.2	48.0	-4.0	5.5			
RAISINS	71.4	62.3	74.9	102.9	13.8	17.2	87.9	69.4	-12.7	20.2	37.4	24.6	1.7			
OTHERS	732.7	630.3	611.3	656.9	70.9	101.0	572.1	523.1	-14.0	-3.0	7.5	42.5	-9.5			
LIVESTOCK PRODUCTS	362.1	323.3	244.2	285.3	23.7	26.5	258.4	281.0	-10.7	-24.5	15.8	11.9	8.7			
FISHERY PRODUCTS	20.3	20.3	21.0	39.7	4.3	3.7	32.1	39.3	0.0	3.4	89.2	-14.0	22.4			
FORESTRY	13.8	23.7	12.7	13.7	0.9	1.5	12.6	10.5	71.7	-46.4	8.3	66.7	-16.7			
MINING AND QUARRY PRODUCTS	168.9	239.8	243.3	246.9	21.3	21.7	224.9	229.8	26.9	1.7	1.3	1.9	2.2			
INDUSTRIAL PRODUCTS	3 658.3	5 144.6	5 994.9	5 334.3	435.1	552.5	4 809.0	7 161.5	40.6	16.5	-11.2	95.9	48.9			
PROCESSED AGRICULTURAL PRODUCTS	669.7	808.2	666.6	666.7	82.4	87.3	596.1	664.2	20.7	-20.0	3.1	5.9	45.0			
PETROLEUM PRODUCTS	232.4	408.8	372.0	178.2	18.4	31.0	166.4	180.0	75.9	-9.0	-52.1	68.5	9.2			
OTHER INDUSTRIAL PRODUCTS	2 754.2	3 927.6	4 976.3	4 479.4	334.3	734.2	4 046.5	6 117.3	42.5	26.7	-10.0	119.6	51.2			
CEMENT	80.6	56.0	43.7	25.9	1.8	0.3	24.2	6.5	-30.5	-22.0	-35.4	-53.3	-72.1			
CHEMICALS	170.3	172.6	265.6	350.2	25.0	38.6	315.4	455.6	45.5	53.9	31.8	134.4	44.5			
RUBBER AND PLASTIC	78.9	97.4	107.9	140.3	11.1	34.3	123.8	272.5	28.7	10.8	30.2	209.0	59.9			
HIDES AND LEATHER PRODUCTS	192.1	460.7	484.4	345.2	37.9	93.8	304.3	647.7	108.6	20.9	-23.7	147.3	112.5			
FORESTRY PRODUCTS	14.8	23.7	105.8	51.7	0.4	1.3	50.5	20.7	50.1	346.4	-51.1	225.0	-39.2			
TEXTILES	1 299.2	1 875.4	1 789.5	1 850.7	163.1	273.2	1 550.5	2 408.6	44.4	-4.6	3.4	67.5	55.9			
GLASS AND CERAMICS	108.2	146.0	189.6	157.9	13.1	32.9	142.3	155.4	34.9	29.9	-13.7	151.1	30.3			
IRON AND STEEL	407.2	576.4	958.8	803.6	47.2	55.9	723.8	748.1	41.6	58.1	-17.1	34.1	3.4			
NON-FERROUS METAL	79.9	85.5	115.5	111.2	5.7	13.8	101.1	120.1	8.4	35.1	-3.7	166.0	18.8			
METAL PRODUCTS	18.4	18.3	72.7	60.4	2.6	11.3	58.1	64.3	-16.0	346.0	-15.9	334.6	35.1			
MACHINERY	102.8	118.2	377.7	292.5	4.4	69.4	193.8	634.7	15.0	219.5	-48.4	1477.3	227.7			
ELECTRICAL APPLIANCES	69.0	99.6	113.9	129.6	4.7	18.6	123.5	272.6	41.3	19.4	9.0	225.7	120.7			
MOTOR VEHICLES	126.3	134.9	146.6	82.4	4.2	8.0	78.0	37.4	6.8	8.7	-43.8	90.5	15.0			
OTHERS	60.5	124.9	189.6	166.5	12.1	31.8	156.7	223.1	106.4	51.3	-12.2	162.8	42.4			
TOTAL	5 727.8	7 133.6	7 958.1	7 456.7	682.8	1 102.9	6 591.8	8 935.9	24.5	11.6	-6.3	61.5	36.3			

SOURCES : SIS,SFO

出所 : Fundamental Economic Indexes, December 1987

図6 輸出の部門別シェア



輸入は、前年度、石油価格の暴落を受けて'85年に比べ3.6%減少し111億48万ドルに留まった。本年度は27.6%の上昇を示し142億843万ドルに達するものと推定される。前年18億78万ドルに半減した原油代金は、本年50%増大して27億111万ドルと見込まれている。石油工業製品を含めた石油関連の輸入代金と輸入総額をグラフ化したのが図7である。

表 6 主要輸入品

	(IN MILLIONS OF \$)								PERCENTAGE CHANGE				
	(ANNUAL)				(NOVEMBER)		(JAN-NOVEMBER)		(ANNUAL)			(NOVEMBER)	(JAN-NOV.)
	1983	1984	1985	1986	1986	1987	1986	1987	1984/83	1985/84	1986/85	1987/86	1987/84
AGRICULTURE AND LIVESTOCK	138.1	417.7	375.3	457.4	33.2	62.2	411.3	705.5	202.8	-10.2	21.9	87.3	71.5
WHEAT	2.0	144.2	119.9	97.9	0.0	0.0	91.8	32.8	7 110.0	-16.9	-18.3	0.0	-64.5
RICE	4.8	29.5	27.2	21.9	1.9	2.0	18.9	33.3	514.6	-7.6	-19.5	5.3	76.2
MERINO WOOL	55.8	62.4	60.5	57.2	3.6	6.4	50.4	66.2	11.8	-3.0	-5.5	77.8	31.3
OTHERS	75.5	181.6	167.7	286.4	27.7	53.8	250.2	573.4	140.5	-7.6	67.2	94.2	129.2
MINING AND QUARRYING	3 441.5	3 644.1	3 626.3	2 145.4	202.8	338.6	1 970.1	2 750.9	5.9	-0.5	-40.8	67.0	39.6
CRUDE OIL	3 242.2	3 373.2	3 321.4	1 867.8	168.0	299.7	1 807.7	2 479.4	4.0	-1.5	-45.6	76.4	37.2
COAL	65.2	129.4	134.8	155.5	17.4	25.1	131.4	161.9	98.5	4.2	15.4	44.3	23.2
OTHERS	134.1	141.5	170.1	122.1	17.4	13.8	31.0	109.6	5.5	20.2	7.1	-26.7	253.5
INDUSTRIAL PRODUCTS	5 655.4	6 695.1	7 342.0	8 502.0	787.1	1 191.2	7 641.2	8 929.3	18.4	9.7	15.8	51.3	16.5
PROCESSED AGRICULTURAL PRODUCTS	285.2	433.5	457.2	479.5	45.3	50.5	437.0	636.3	111.3	12.4	-1.4	11.5	44.2
SOYA BEAN OIL	41.1	98.0	66.7	32.5	1.2	7.7	31.9	47.2	138.4	-31.9	-51.3	541.7	48.0
OTHER VEGETABLES OILS	37.9	106.9	121.1	84.2	6.1	3.9	80.8	49.5	162.1	13.3	-30.5	-36.1	-38.7
CIGARETTES	0.0	26.4	55.7	115.2	17.9	3.7	86.0	157.8	(+)	111.0	106.8	-79.3	79.3
OTHER	126.2	202.2	243.7	247.6	20.1	35.2	236.3	375.8	60.2	20.5	1.6	75.1	59.0
PETROLEUM PRODUCTS	422.9	263.8	290.2	199.7	18.2	21.3	182.8	205.2	-37.6	10.0	-31.2	17.0	12.3
OTHER INDUSTRIAL PRODUCTS	5 027.3	5 977.8	6 584.6	7 822.8	723.6	1 119.4	7 021.4	8 093.8	19.3	9.5	19.2	54.7	15.3
CEMENT	0.4	1.2	1.0	2.7	0.7	6.8	2.2	41.3	200.0	-16.7	171.4	871.4	1777.3
CHEMICALS	1 154.0	1 340.0	1 294.4	1 421.9	106.3	210.8	1 291.9	1 697.8	16.1	-3.4	9.8	98.3	31.4
RUBBER AND PLASTIC	251.6	358.6	342.9	372.3	31.3	49.9	333.1	429.1	42.5	-4.4	8.6	59.4	26.8
HIDES AND LEATHER PRODUCTS	1.5	5.5	16.0	25.1	3.2	10.7	21.0	63.5	266.7	190.9	57.1	234.4	262.4
FORESTRY PRODUCTS	2.7	4.1	7.5	5.5	0.2	0.3	4.8	5.4	51.9	82.9	-28.5	50.0	12.5
TEXTILES	98.0	117.3	146.0	161.1	14.5	23.4	149.0	179.0	19.7	24.5	10.3	61.4	20.1
GLASS AND CERAMICS	57.8	62.5	62.5	95.8	9.2	13.4	84.8	102.3	8.1	0.0	53.3	45.7	20.6
IRON AND STEEL	678.8	861.8	1 059.8	1 028.3	93.0	202.5	936.9	1 355.1	27.3	23.0	-3.0	117.7	44.6
NON-FERROUS METAL	195.4	220.3	223.9	230.0	15.6	54.3	207.6	348.5	12.7	1.6	2.7	299.3	67.9
METAL PRODUCTS	33.4	34.4	37.8	50.6	3.8	5.9	43.0	48.8	2.4	9.8	33.9	55.3	13.5
MACHINERY	1 449.4	1 618.3	1 550.5	2 303.8	243.1	301.5	2 026.8	2 067.0	11.7	-4.2	48.6	24.0	2.0
ELECTRICAL APPLIANCES	401.6	572.8	663.5	891.6	97.6	120.5	783.5	819.0	42.6	15.8	34.4	23.5	4.5
MOTOR VEHICLES	496.0	517.3	812.9	767.7	65.4	51.9	718.5	430.8	4.3	57.1	-5.6	-20.6	-35.9
OTHERS	208.5	283.7	345.9	466.4	41.7	67.5	418.3	476.2	36.1	21.9	34.8	61.9	13.8
TOTAL	9 235.0	10 756.9	11 343.6	11 104.8	1 023.1	1 592.0	10 022.6	12 385.7	16.5	5.5	-2.1	55.6	23.6

SOURCES : SIS,SPD

図7 石油関連の輸入額と総輸入額

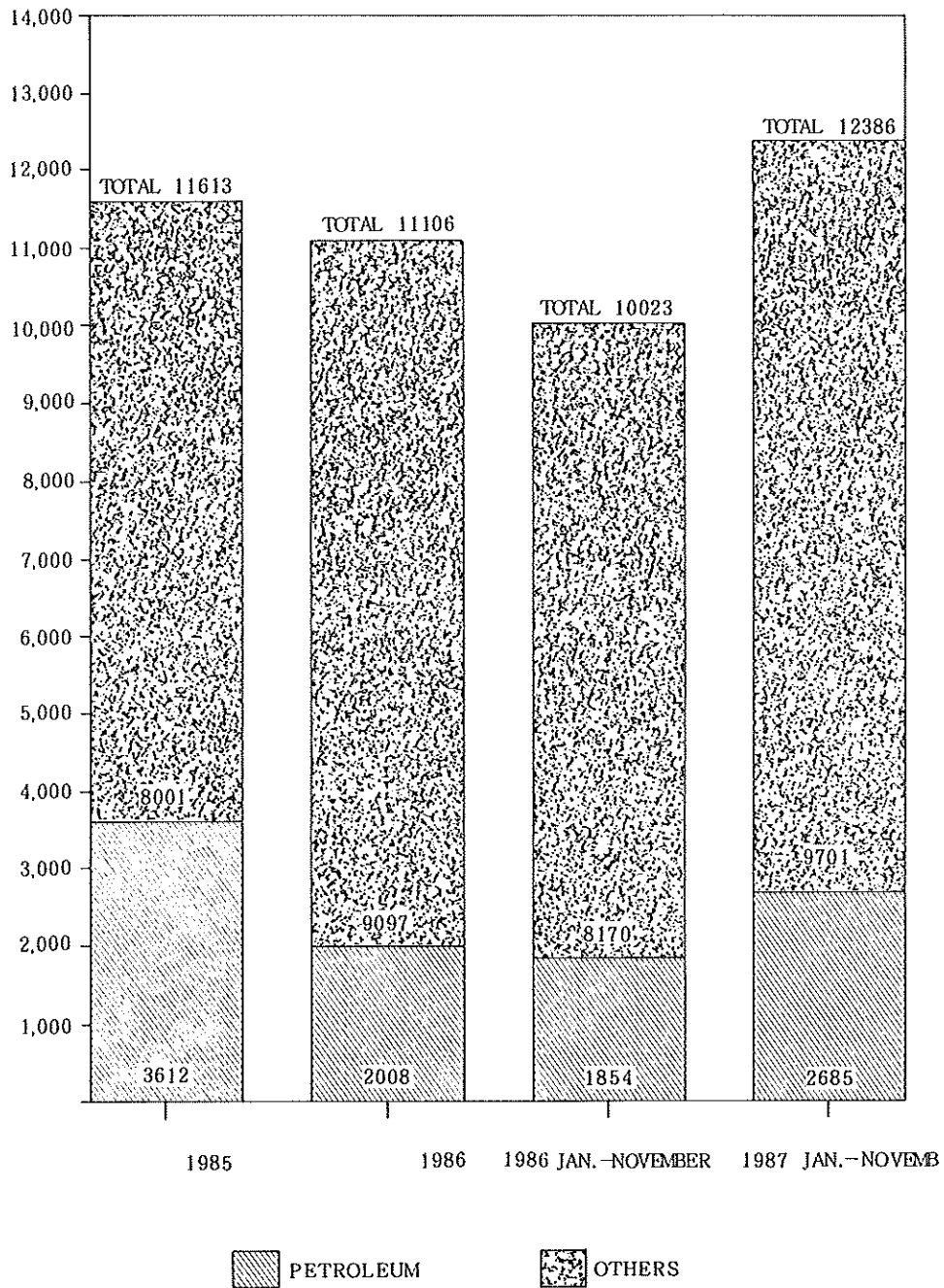
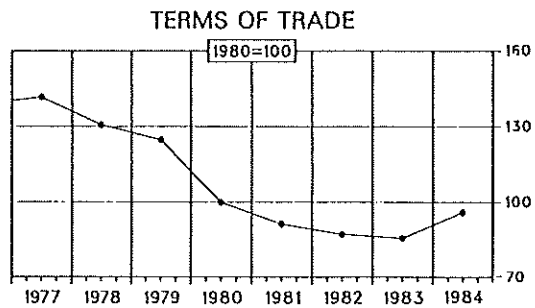
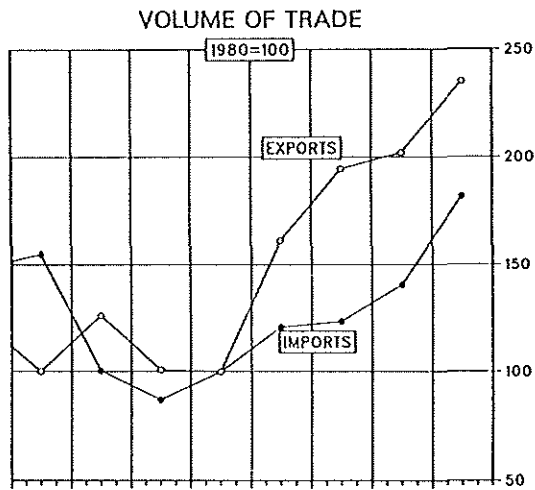
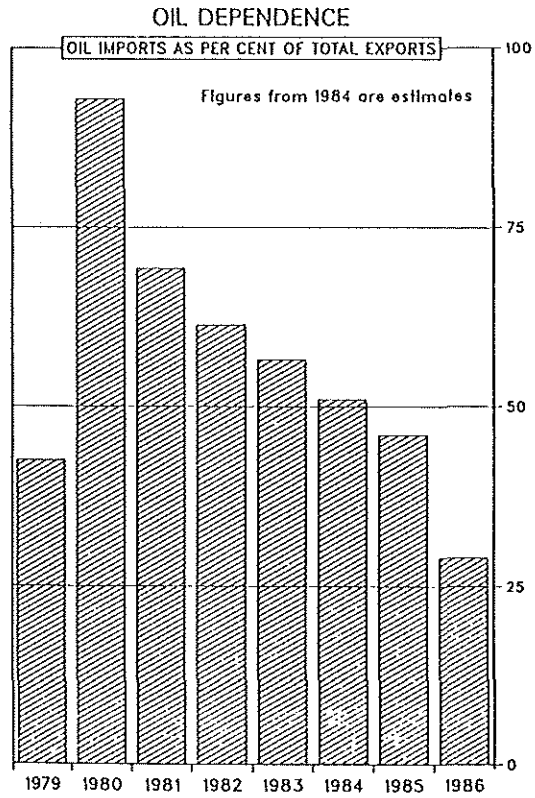


表6で見てとれるように石油が輸入産品リストの第一位を占めている。OECD諸国が78年から80年迄、3次にわたり54.8億ドルの債務返済リスクを組み79年から82年迄の4次にわたり38.7億ドルの新規借款を供与したのも、非産油国の工業化努力の故である。一方、同時期に始まる輸入代替政策から積極的な工業製品輸出ドライブは、同じく石油を買いながら工業化テイク・オフを成功させたアジアNICSの輸出攻勢へトルコを駈りたてている。

下に輸出受取りの93%を石油の支払いに当てていた1980年最悪時から現在の25%に至る間の、交易条件の逆境化を背景にした輸出攻勢努力の成功振りを示す。

図8 輸出攻勢努力と交易条件の変化



c 雇 用

建国以来のエタティズムの伝統から、労働と言えば農業か政府サービス機関で働くことを意味したが、1949年、労働省ができ公務員ならびに私企業勤労者を含めた“雇用”という社会政策概念がトルコで市民権を得る。

しかし今日、内閣の年度報告を見ても、労働力の項は民間・軍と二つに分かれているように、1987年度は、千八百八十万の“民間労働人口”と共に、六十万の徴兵人口も一年半ないし二年の生活費現物支給の無給一時雇用についてことになる。

農業分野での潜在失業の他に、組織労働者率が二割程度、若年労働者の就学就業兼職といったことから、労働者・商工会議所・経営団体の発表する雇用関係データには大きなバラツキがある。ここでは日本の白書にあたる内閣の年度報告中の数字を基に記述する。

表7 労働人口（満15才以上の非就学者）と失業率

	1984	1985	1986	1987 (1)	1988 (2)
I 民間労働人口	118,016.0	18,269.0	18,512.0	18,804.0	19,085.0
II 民間就業人口	15,776.2	15,955.1	16,243.7	16,548.1	16,854.0
III 農業部門 余剰労働者数	2,239.8	2,313.9	2,268.3	2,255.9	2,231.0
IV 衣業部門 余剰労働者数	665.0	665.0	652.0	600.0	530.0
V 余剰人口計 (前年比増)	2,904.8 1.5	2,978.9 2.6	2,920.3 -1.9	2,855.9 -2.2	2,761.0 -3.3
a) 余剰人口率	16.1	16.3	15.8	15.2	14.5
b) 非農業部門 余剰人口率	12.4	12.6	12.3	12.0	11.7
職安登録の 潜在失業者	4.7	5.2	5.8	6.4	—
未登録・就労 意欲なし(3)	7.7	7.4	6.5	5.6	—
c) 農業 余剰人口率	3.7	3.6	3.5	3.2	2.8
VI 新規雇用機会数	199.2	178.9	288.6	304.4	305.9

(1) 1987年8月現在のデータによる

(2) 推定値

(3) 職安はトルコ語では“職業・雇用者斡旋協会”。現行の労働政策では未登録者には登録が勧められる。登録済みでいてかつ未就職者が潜在失業者範ちゅうに入る。

'86年以降2年続けて失業率低下に成功している。全余剰人口率で0.5ポイント、非農業部門余剰人口で0.3ポイント落とす一方、職安登録を推進して0.6ポイント潜在失業者率を上げた。未登録・就労意欲なしの比率も1ポイント落とした。

表8 就業人口構成

(単位 千人)

産業部門	1984	1985	1986	1987 (1)	1988 (2)	増加率% 1985/84	増加率% 1986/85
衣業	9,420.4	9,390.0	9,364.0	9,357.0	9,352.0	-0.3	-0.3
工業	1,984.1	2,052.5	2,174.5	2,281.3	2,270.0	3.4	5.9
鋳業	111.7	118.6	127.8	129.1	—	6.2	7.8
製造業	1,748.2	1,802.0	1,904.2	1,999.8	—	3.1	5.7
エネルギー	124.2	131.9	142.5	152.4	—	6.2	8.0
サービス	4,371.7	4,512.6	4,705.2	4,909.8	5,132.0	3.2	4.3
建設	605.6	623.0	657.7	686.3	—	2.9	5.6
商業	730.5	762.8	813.6	861.2	—	4.4	6.7
銀行保険	223.7	229.0	234.5	240.4	—	2.4	2.4
不動産	522.6	541.4	566.4	594.9	—	3.6	4.6
運輸	2,289.3	2,356.4	2,433.0	2,527.0	—	2.9	3.3
その他サービス							
合計	15,776.2	15,955.1	16,243.7	16,548.1	16,854.0	1.1	1.8

1) 1987年8月現在のデータによる。

2) 推定

経済の活性化は1987年の雇用にも良い影響を及ぼした。特に観光・建設分野で顕著な雇用拡大が見られた。農業を除く全産業分野で雇用が拡大した。

エネルギー、運輸・通信、農業—インフラ等の分野での投資増大、延滞していた投資を再開させた一時的溢路の解消、職業高等専門学校の振興、充実、市場の競争原理を導入した開放経済政策等は、元々経済成長の為にとられた政策であるが、雇用増大に自ずと貢献している。

労働力市場での需要に応じて、短期間で特定の職能を身につけさせる“職能修得講座”が37県から67県で開設されるようになった。この為“職能養成基金”から'86年度9億6,100万リラ、本年'87年度は、45億リラが供出され、110種の職能分野で総計877の講座がもたれた。このうち358件が終了し、6,714人が受講したが、そのうちの60.4%が就職し、12%は自営を始め、他の12%はパートで就労の機会についている。進行中の519件の講座では14,061人が受講している。職能養成基金の他の組織が行っている職

能修得講座全体をひっくるめて、1987年度約80万人が受講した。

これらは一面、現政権の積極経済拡大政策が見落としがちな雇用の拡大・安定を中小企業家内工業の技術者育成で計ろうとしていることを窺わせる。自営・中小企業促進の為“中小企業振興協会”が設立され、これに登録する業者、職人、企業主は1986年8月現在百万人前後を数える。山村部の女性には手織り絨毯の生産に携わるべく協会から貸しつけ、技術教育、アトリエの提供等について援助が計られている。また、TUBITAK(=科学技術庁)内で、技術援助センターのモデルが作られ、中小企業主に情報提供、コンサルティングサービスが行われている。

雇用喪失者が若年層に集中する傾向は依然続いている。求職運動を展開している潜在失業者の年齢グループ別分布を次に掲げる。

表9 潜在失業者の年齢グループ別分布

	1982	1983	1984	1985	1986
14	0.4	0.4	1.7	0.2	0.1
15-19	9.3	4.1	12.9	13.8	13.0
20-24	29.6	29.3	40.4	40.8	42.0
25-29	19.2	15.6	24.9	24.5	24.9
30-34	35.4	31.3	11.4	11.4	11.4
35-39	3.6	5.3	5.2	5.4	5.1
40-44	1.5	2.5	2.3	2.5	2.3
45-64	1.0	1.4	1.1	1.2	1.1
65	0.0	0.1	0.1	0.2	0.1
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

20-24歳組が42%と筆頭で、これを25-29歳組が24.9%で追う。つまり20歳代の潜在失業者が全体の潜在失業者の3分の2を占める。この多くは、中学・高校を出て社会に巣立って行くが手に職が着く間もなく、職場から職場へ、そして大都市へ又、郷里へ職種を転々と渡り歩く、雇用市場万年新参入者達である。

彼らの教育程度別の分布を次に見てみると、小学校卒が52.9%と半数強の最大グループをなし、それに17.3%で普通高校卒が続く。職業高校、高等専門学校、大学等の修了者の失業については、彼らの雇用機会については常にI. I. B. K(=職業・雇用者斡旋協会)で求人応募を抱えていることから、この統計上の潜在失業状態は、その個人の職場の所在地給与その他の雇用条件について選り好みの結果生じていると見るのが穏当と思われる。

表 1 0 潜在失業者の教育程度による分布

	1 9 8 2	1 9 8 3	1 9 8 4	1 9 8 5	1 9 8 6
文 盲	2.0	2.9	2.6	2.5	2.3
識 学 者	33.1	7.5	6.5	5.9	4.8
小 学 校 卒	42.0	53.3	53.2	52.1	52.9
中学及び同等学校卒	6.6	11.0	11.2	12.1	13.0
手芸中等学校卒	0.0	0.3	0.1	0.1	0.1
高等学校及び同等レベル卒	10.3	15.6	16.5	17.3	17.3
職業高等学校及び技術高等学校卒	5.0	7.6	7.9	7.9	7.5
高等専門学校卒	0.0	0.2	0.2	0.1	0.4
大 学 卒	1.0	1.6	1.8	2.0	1.7
	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：職業・雇用者斡旋協会調べ

d 所得分布（部門別）

要案費用表示の国民純生産から、一般政府・消費者負債利子等を控除したものが、雇用者・家計・企業主間にどのように分配されたかをみたのが分配国民所得（National Income Distributed）である。回収、閲覧した資料（世銀のCountry Economic Mecnoidum, OECDのEconomic Sarveys, トルコSPOのFundamental Economic Indexes 5-year plan, SISのSstatistical year book, 内閣の年間計画）のどれをとっても、この分配国民所得について記載はない。

2 社会経済開発計画

a 担当機関

建国の父、アタチュルクが軍人、政治家であったことは知られても、経済開発の仕掛人であった事はあまり知られていない。ソ連の計画経済にならって1934年第一次5カ年計画に着手する。Sumerbankが綿糸・織細工業、Ftibankが鉱業開発、Ziraat Bankasıが砂糖生産、Devlet Demiryoluがアナトリア半島横断の鉄道網敷設と、それぞれの国営企業が自国の人的・物的資源を活用してインフラの整備、生活必需品の自前生産化を計った。

農業産品の自給から始まるトルコの計画経済 — 130年代は3種の白、つまり小麦、砂糖、綿花 — は、61年憲法で“計画経済により、社会・経済・文化的開発を引き出す”という国冠に明文化され、'83年憲法にも受継がれている。62年以来、総理大臣直轄になる国家計画庁が設立され、翌年から新たに第一次5ヶ年計画（'63～67）に着手する。トルコの社会経済開発について、基礎的データの収集、立案、計画案が承認されて後は実施のフォロー、そして政府に諮問・進言する唯一の計画担当機関である。

長官は、最低6年間SPOの中で働いた幹部職員の中から首相が任命する。前政権ではトルゴット・オザル首相は、弟ユースフ・オザルを長官に任じていた。'87年11月選挙でユース氏もマラチア県選出国會議員に選出され、今度は、SPOと財務外国貿易庁を監督・教導する国務大臣となった。

i SPOの組織

○高等計画審議会

SPO内の経済計画、社会計画、調整の三国務大臣と共に高等計画審議会のメンバーでもある。この審議会の職務は経済・社会の目標設定と、計画遂行の為の戦略を明示することである。後者については三局長原案を提示する。目標と戦術が決まったら、審議会議長及び三国務大臣が閣議に上呈、そこで最終文が作成される。閣議はこれをSPOに、主要指令と共に送る。これを基にSPO内で目標に合った短期・長期の実施プランが作成され、再度審議会経由で閣議に報告される。そこで承認されたのち国会の審議を経て、国会議決文として法制化される。

○経済計画局

短期・長期計画作成、年間計画、広域地域計画の作成

○社会計画局

社会問題の優先順位の設立

○調整局

計画実行に当たり政府の関係各省庁及び民間との連繫

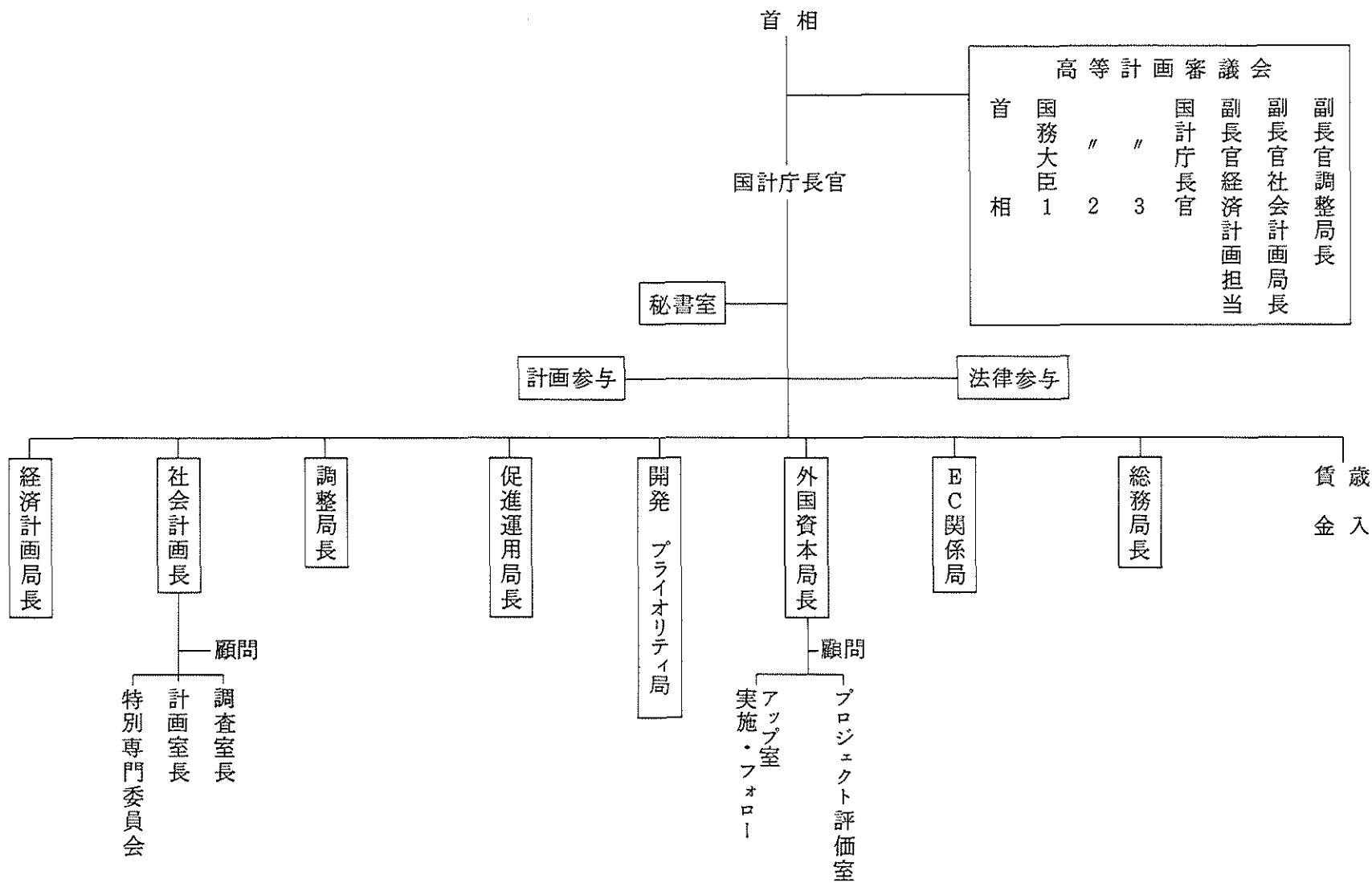
○促進、運用局

通産省と連繫して技術面の協力について中央より指令する体制の準備

○開発プライオリティ局

1972年以来、県間の開発調整と共に県内での開発調整を行い、先行性とバランス

図 9 国家計画庁の組織図



性の勘案

○外国資本金

1980年の外国資本誘致法の施行による利潤，資本移転に関する事務処理。大蔵省，商業省，通産省が実施している優遇措置や，特許，商標，ロイヤリティ使用に関する合併企業への許可。

初出の三局には常に特別専門委員会が設けられ，SPOの内外から業種細目別に委員会を作り，各業種の目録調べと共に，SPO経由のプロジェクトの進捗状況，財源確保についてその都度進言する。

ii 決定メカニズム

開発計画作成にあたり，専門特別委員会が担当業種のデータを前年度計画に合わせて評価する。

経済・社会目標の設定と戦略明示が高等計画審議会でなされる。

首相は閣議決定に伴い長期計画と年次計画の作成をSPOに指令する。長期計画案試案が内局で作成され首相に提出されると，高等計画審議会が招集され，内容が目標・戦略にそったものかをチェックする。その後試案は閣議決定され国会に向う。

長期計画案は，国会の予算・計画委員会で審議を開始し，最大20日以内に審議を終える。その後議員本会議に回附され，8日以内に採決される。

b 方針と戦略

オザル政権の経済政策の主要骨子は，市場の自由化と経済での政府介入の削減である。具体的にはトルコリラの完全な自由為替相場市場参入を期している。

私企業化政策も，資本市場の同調的發展があり，ついに軌道に乗り出した。また，国民の貯蓄比率を上げるための措置 — 例えば手持ちの金を放出して証書を買う — が現実的に功を奏し始めている。

一方，教育・保健サービスの強化が強調された。政府投資計画でも両分野での実質増額が見てとれる。政府は88年以降5ヶ年間で輸出は倍増して総額200億ドル，観光収入を50億ドル，年間外国人直接投資を10億ドルと見込んでいる。一方，失業を押し込むため，5%強の国内総生産増に努める予定である。

これまでの成長の弾みを堅持しようとしてきた努力や，輸入の自由化を意味するEC加盟からみて，政府の当面目標は輸出攻勢を継続させる等，外貨収入獲得に励み，外債の支払いに応じていくことであろう。しかし，一方政府支出は急激に増えている。予算の赤字は税収の増額，国営企業の私企業化等で補填されねばならない。通貨量の抑制も真剣になされているが，40%のインフレ率の低下は容易ではあるまい。

i 開発計画の概略

国定資本投資で見られる過去数年の増加傾向は，1987年も継続して見られた。'86年に総固定資本投資は12.1%の伸びを示した。公共部門の固定資本投資増加率が9.9%で

民間部門のそれは15.3%である。87年度は総固定資本投資が3.6%、民間部門固定資本投資が15.4%の伸びを示したが、公共部門のそれは4.5%のマイナスに終わったものと推定される。公共部門投資では、経済・社会インフラ整備に重点が置かれた。公共部門総固定資本投資のインフラ整備シェアは、'86年度81.6%、'87年度は88.6%であったと推定される。全投資中、民間投資にウェイトを置く投資政策が実施され、'86は41.9%であったが、87年度は45.6%に上昇した。

第五次5ヶ年計画四年次の1988年度計画の基本目標は、安定の中の成長、インフレ抑制、生産要素の最大限の稼働の三つである。そこで'88年度は、総固定資本投資の伸びについて8.0%（公共部門4.8、民間部門11.8%）を見込んでいる。公共部門投資は、'86年同様、経済・社会インフラ整備に重点が置かれている。運輸・通信に35.7%、エネルギーに18.8%、その他のサービスに14.4%、農業に14.4%が各部門の公共投資シェアである。

'87年投資計画では、地方自治体の個別投資を除いて総額29兆894億リラにのぼる7,191件のプロジェクトが組まれた。海外からの資金と特別基金による流用調達分を除いて総額4兆7825億リラが支払われた。上記の海外資金・特別基金調達分を含めた場合総額5兆7,197億リラに達した。

'87年の投下資本のうち31.8%は新規のプロジェクトであり、残りの68.2%は継続プロジェクトである。

表11 1987年度公共部門固定資本投資プロジェクトの開始年代別による分布

(単位 百万リラ)(名目)

開始年	プロジェクト総経費		総計中のシェア				
	数	海外調達分	総コスト	1987 支払い分	1987 支払い分 (1)	総コスト	1987 支払い分
1968 (以前)	35	66280	523959	48099	57651	1.0	1.0
1969	14	59333	341078	53301	56301	1.2	1.0
1970	10	6005	40401	7690	7790	0.2	0.1
1971	14	8302	85677	17303	17303	0.3	0.3
1972	30	471108	1101106	20012	69579	3.8	1.2
1973	21	336240	671732	37605	39605	2.3	0.7
1974	74	93643	974542	78622	85115	3.4	1.5
1975	79	627456	1636755	199811	215068	5.6	3.8
1976	62	810177	2412310	149162	275947	8.3	4.8
1977	167	395123	1742762	201081	206464	6.0	3.6
1978	175	616311	2351435	254043	273608	8.1	4.8
1979	69	529014	1015726	139934	140934	3.5	2.5
1980	124	268176	620959	90541	90561	2.1	1.6
1981	79	110500	442048	82405	285405	1.5	5.0
1982	62	423282	994100	86944	121444	3.4	2.1
1983	198	169308	1100666	152157	156073	3.8	2.7
1984	341	40030	676759	122570	129015	2.3	2.3
1985	794	1451433	3345740	570281	627548	11.5	11.0
1986	1124	699745	2512250	387104	439872	8.6	7.7
1987	1525	818666	3276328	460071	506269	11.3	10.6
1987	2194	951131	3215090	1623429	1817373	11.1	31.8
総計	7191	8960063	29089431	4702465	5719725	100.0	100.0

(1) 海外からの資金と特別基金調達分も含む

ii 部門別投資

下に第五次5ヶ年計画で組まれた固定資本投資目標と去年と今年の実績を合わせて載せ

表12 SECTORAL FIXED CAPITAL INVESTMENTS

(At 1003 Prices, in Billion TL.)

Sectors	4th Plan Period (Realisation)				5th Plan Period (Target)				Index 4th Plan Period = 100
	Public	Private	Total	Perc. Share	Public	Private	Total	Perc. Share	
Agriculture	543.3	618.0	1,059.3	10.00	709.0	840.1	1,038.1	11.37	154.7
Mining	535.2	31.2	560.4	5.35	771.1	71.3	882.4	6.12	155.8
Manufacturing	1,469.8	1,255.0	2,714.8	25.82	1,288.0	1,728.8	3,015.7	20.02	111.1
Energy	1,585.5	30.2	1,615.7	15.25	2,094.8	50.5	2,145.3	14.80	132.8
Transportation	1,172.0	720.4	1,892.3	17.05	1,035.4	1,041.8	2,077.2	18.57	140.7
Tourism	30.8	34.0	64.8	0.61	89.1	54.5	123.8	0.80	180.7
Housing	118.7	1,557.7	1,670.4	15.82	158.4	2,034.0	2,190.4	15.20	130.7
Education	240.4	0.0	250.3	2.30	320.5	13.2	330.7	2.30	135.7
Health	101.8	10.3	112.1	1.00	130.0	13.7	144.3	1.00	120.7
Other Services	410.2	223.1	633.3	6.00	800.4	260.0	1,255.2	8.71	180.2
TOTAL	8,228.0	4,368.0	10,595.4	100.00	8,278.2	6,134.7	14,412.0	100.00	138.0

SEKTÖRLER	1986			1987			前年比変化率		
	KAPM	ÖZEL	TOPLAM	KAPM	ÖZEL	TOPLAM	KAPM	ÖZEL	TOPLAM
Tarım	354.8	234.1	588.9	681.8	418.0	1099.7	92.2	78.6	86.8
Madencilik	349.2	51.4	400.5	286.2	90.8	382.9	-18.0	60.4	-4.4
İmalat	515.8	1271.4	1787.2	461.5	1650.3	2111.8	-10.5	29.8	18.2
Enerji	1255.6	48.0	1303.6	1038.7	59.0	1097.7	45.4	22.9	45.6
Ulaştırma	1619.2	548.2	2167.4	2462.1	746.8	3208.9	52.1	36.2	48.1
Tuizm	131.8	115.0	246.8	180.9	241.0	422.0	37.3	109.6	71.0
Konut	98.3	1355.6	1453.9	113.1	2795.1	2908.2	15.0	106.2	100.0
Eğitim	182.3	16.4	198.7	240.2	37.0	277.3	31.8	125.7	39.5
Saglık	72.2	23.4	95.6	105.2	46.1	152.4	47.1	97.4	59.4
Diğer Hizmetler	720.2	157.8	878.0	1179.3	246.0	1425.3	65.7	55.9	62.3
TOPLAM	5299.4	3821.2	9120.7	7550.1	6336.1	13886.2	42.5	65.8	52.3

Kaynak: DPT.

た。製造業の投資を一番低く押えた第五次計画であり、三年目の本年度で実際公共部門では投資を減額した。工業製品輸出攻勢を唱った現政権ではあるが、どんなに製造業に投資をはかっても既に頭打ちであること、競争力を高めるには電力、輸送などのインフラ整備が追いつくことの方がもはや先決であるとの政策転換が明らかにかがえる。

iii 主要プロジェクト

開発政策の目玉にあるのは、南東アナトリア計画 (=GAP) である。総経費56億リラ(1985年価格)のこのトルコ史上最大規模のプロジェクトGAPは、チグリス・ユーフラテス川の流れる6県(ジャンルウルフ県, マルディン県, ガズィアンテップ県, アドヤマン県, ディヤルバクル県, スイルト県)にわたる。発電所建設, 灌漑を中心とした13の大型プロジェクトの統合名称である。この中には両河上に21のダム, 17の水力発電所が含まれる。この大規模灌漑完成の暁には, ハラン原野が現在アダナを中心とするチュクロバ平野の綿花栽培をそっくり受継ぎ, ギェイハン川が地中海に注ぐ平野地ではEC向け栽培農業に転換するという夢をかけている。

13の大型プロジェクトを次に列記する。

1. ○ アタチュルクダム水力発電所（ 87年完）

総設備能力 2,400 MW

年間発電量 89億 kwh

○ シャンル・ウルファトンネル

全長 25.4 Km, 直径 7.6 m のパイプが 40 m 間隔で 2 本走る。この灌漑水用トンネルが潤す新農地面積 476,474 ヘクタール

○ シャンル・ウルファ水力発電所

設備能力 50 MW

年間発電量 1.24億 kwh

○ シャンル・ウルファーハラン灌漑事業

147,866 ヘクタールの農地化

○ マルディン・ジェイランブナル灌漑事業

328,608 ヘクタールの農地化

○ シベレック・ヒルヴァンポンプ灌漑事業

○ ボズオバ・ポンプ灌漑工事

55,300 ヘクタールの農地化

2. カラカヤダム発電所（ '88年完）

設備能力 1,800 MW

発電量（年） 73.4億 kwh

3. ユーフラテス国境計画（ 1992年完成予定）

○ ビレジックダム水力発電所

設備能力 672 MW 年間発電量 25.1億 kwh

○ カラカムシュダム水力発電所（ 1992年完成予定）

設備能力 180 MW 年間発電量 6.5 kwh

4. スチル・バスキキ計画

146,500 ヘクタールの農地化

5. アドヤマン・キャータ計画

4つのダムと5つの発電所で合計設備能力 196 MW, 年間発電量 5.0億 kwh

77,409 ヘクタールの農地化

6. アドヤマン・ギョクス・アラバン計画（ 1996年完成予定）

71,598 ヘクタールの農地化

7. ガズィアンテップ計画

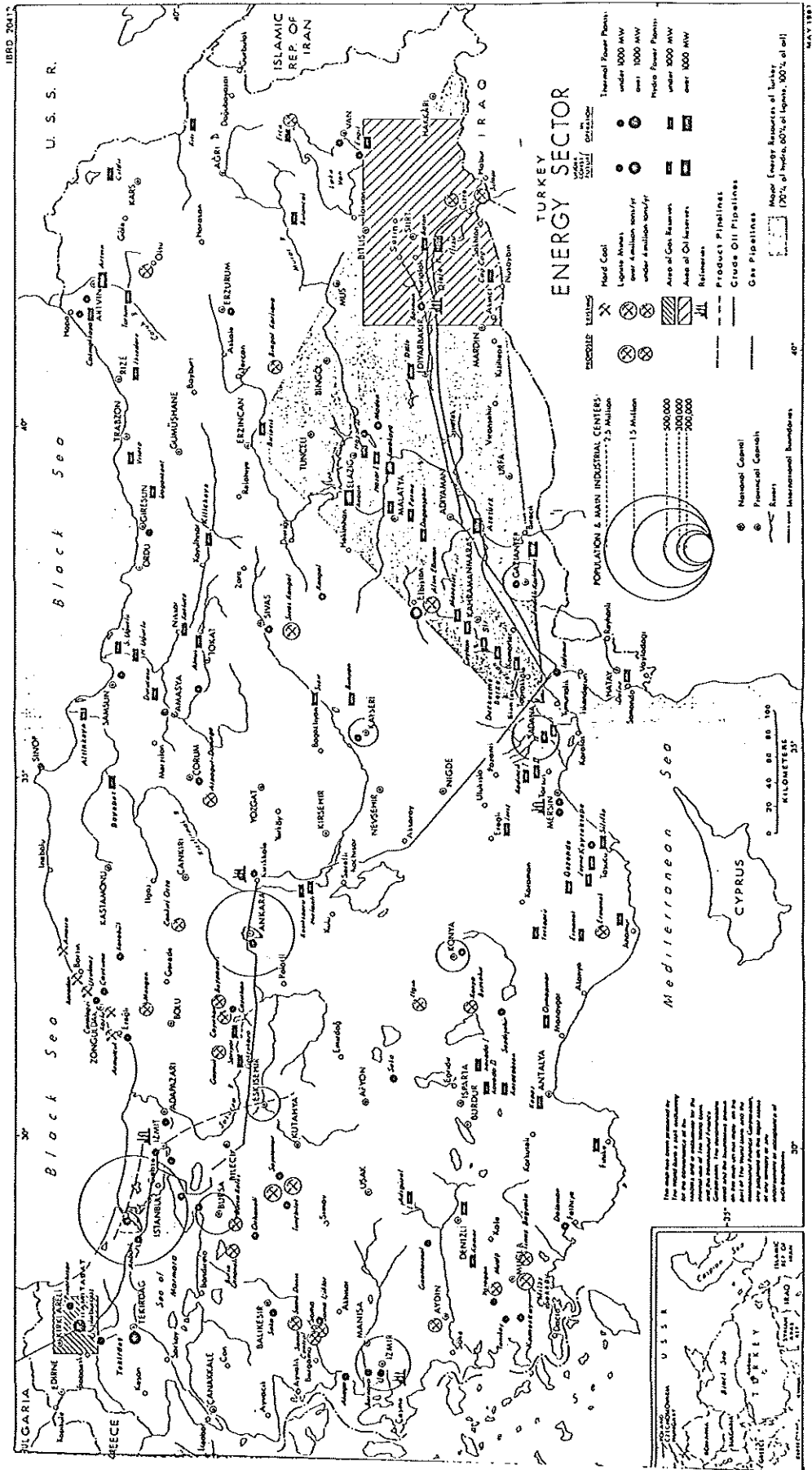
3つのダムで合わせて 89,000 ヘクタールの農地化

8. チグリス・クラルクズ計画（ 1997年完成予定）

設備能力 90 MW 年間発電量 1.4億 kwh

○チグリスダム水力発電所			
設備能力	110 MW	年間発電量	2.9 億 kwh
126,000ヘクタールの農地化			
9. バットマン・スィルバン計画			
総設備能力	300 MW	年間発電量	1.5 億 kwh
213,000ヘクタールの農地化			
10. バットマン計画			
設備能力	185 MW	年間発電量	4.83 億 kwh
37,744ヘクタールの農地化			
11. ガルザン計画			
設備能力	90 MW	年間発電量	3.1 億 kwh
60,000ヘクタールの農地化			
12. イリス計画			
設備能力	12 MW	年間発電量	3.8 億 kwh
13. ジズレ計画			
○ジズレダム水力発電所(1994年完成予定)			
設備能力	240 MW	年間発電量	3.83 億 kwh
○シロピ峡谷計画			
30,000ヘクタールの農地化			
○ヌサビオン・ジズレ・イディレ計画			
89,000ヘクタールの農地化			

図 10 トルコのエネルギー資源マップ



IV 進捗状況と外国援助動向

88年度60億ドルという対外債務の支払い重荷に拘らず(この額はIMF報告によれば十五番目の重荷負担国)外国資本は引続き、トルコに流れている。産業構造を国際競争力のある体質に転換していく為、エネルギー、インフラ以外の政府事業(SEE)を民間に移渡する政策は、87年2月末のTELETASの政府持株(全株の4割にあたる)売却により、実現の第一歩をみた。今年中にスモールバンクー繊維・日用雑貨のSEE—それにペトロキミア公団の政府持株が売却される予定である。

現政権は外国資本に対する投資インセンティブを、輸出インセンティブから切離し、投資優先地域を設定して、同時に後替地活性化の一助として活用している。

第1開発優先地域(17県)・アダヤマン、アルトピン、ディヤルバクル、エラズーウ、エルジンジャン、シルズルム、カフラヌンマラシ、マラチャ、マルディン、スバス、チャンクル、チョルム、カスタモヌ、スノップ、シャンルウルファ、トカット、ヨズガット。

第2開発優先地域(10県)・アール、ビンギョル、ビトリス、ギュムシャーネ、ハッカリー、ムシュ、スィルト、トンジェリ、カルス、ヴァン。

通常地域・どの地域にも含まれない35県

先進地域(5県)・イスタンブル、コジャエリ、アンカラ、イズミール、ブルサ

上のランクに従って外国資本の比率を高めたり、輸出義務の軽減、税金控除、電気代割引、輸入税の免除、国有地の無償供与が段階的に定められている。

国内製造業者のインセンティブとしてある『輸出払い戻し税制』も、製造業の輸出振興策の要として税制制度に組込まれ、売上高の6%から最高20%迄が契約成立後、財勢外国貿易庁から支払われる。

表13 1987年公共部門固定資本投資プログラムのプロジェクトの性格別による分類と外国資金

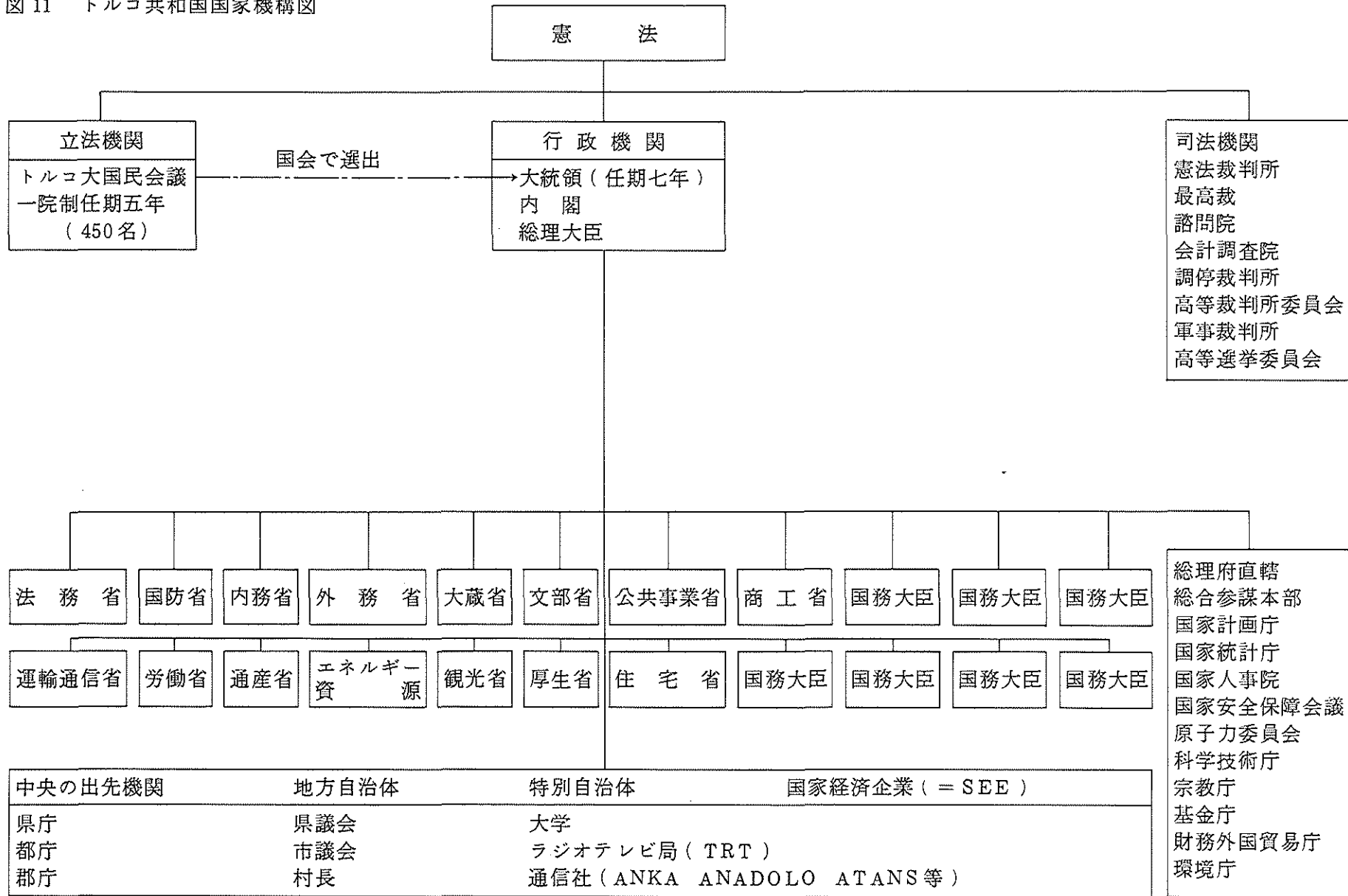
プロジェクトの性格	総経費	単位百万リラ(名目)			
		1987年 支払分	1987年 支払分 (1)	総計中の シェア 1987年 総経費 支払分(1)	
調査計画	1,577,181	108,101	121,764	5.4	2.1
継続	713,271	301,856	308,606	2.5	5.4
調査・開発	603,919	61,847	101,827	2.1	1.8
輸送車購入	88,472	52,232	54,847	0.3	1.0
機械購入	1,018,765	339,248	511,000	3.5	8.9

プロジェクトの性格	総経費	1987年	1987年	総計中の	
		支払分	支払分	シェア	1987年
			(1)	総経費	支払分(1)
建設	3,782,848	732,903	820,736	13.0	14.3
港湾施設	91,145	18,383	19,663	0.3	0.3
・排水	2,378,241	226,041	247,250	8.2	4.3
土地改良	133,064	23,529	26,779	0.5	0.5
林業・植林	298,060	65,892	65,892	1.0	1.2
倉庫	74,815	34,488	34,488	0.3	0.6
鉱床探索	91,241	79,487	79,487	0.3	1.4
鉱石	14,954	14,954	14,954	0.1	0.3
鉱石抽出	816,878	125,699	125,699	2.8	2.2
フィールド技術	134,186	21,084	21,084	0.5	0.4
石油採掘投資	200,337	9,330	9,330	0.7	0.2
製造設備	1,940,808	189,691	189,691	6.7	3.3
工場施設拡大	545,574	45,944	45,944	1.9	0.8
220 KW中継線	2,300	2,000	2,000	0.0	0.0
配電設備	67,800	25,000	25,000	0.2	0.4
都市内電線網	373,261	108,850	108,850	1.3	1.9
154 KWトランスセンター	134,300	29,348	29,348	0.5	0.5
切断・遮断器	4,600	1,400	1,400	0.0	0.0
地熱発電	2,629,182	291,200	291,200	9.0	5.1
水力発電・ダム	3,303,760	167,130	358,520	11.4	6.3
380 KW中継線	157,617	33,881	33,881	0.5	0.6
154 KW中継線	58,350	18,409	18,409	0.2	0.3
山村電気化	62,775	36,500	36,500	0.2	0.6
380 KWトランスセンター	75,482	16,500	16,580	0.3	0.3
フィーダー	16,231	5,467	5,467	0.1	0.1
国道舗設・補修	379,525	27,996	53,496	1.3	0.9
県道 " "	1,025,657	29,500	47,500	3.5	0.8
村道 " "	36,000	36,000	36,000	0.1	0.6
自動車道	1,036,430	44,220	379,274	3.6	6.6

プロジェクトの性格	総経費	1987年	1987年	総計中の	
		支払分	支払分	シェア	1987年
			(1)	総経費	支払分(1)
光道	74,100	5,785	5,785	0.3	0.1
林業道	30,000	30,000	30,000	0.1	0.5
橋梁舗設・補修	62,957	12,910	12,910	0.2	0.2
鉄道敷設	240,097	45,960	45,960	0.8	0.8
信号化	87,359	21,165	21,165	0.3	0.4
駅開設・補修	35,205	3,900	3,900	0.1	0.1
鉄道網整備	55,313	6,615	6,615	0.2	0.1
鉄道車輛購入	119,945	39,945	39,945	0.4	0.7
埠頭敷設	13,394	1,250	2,250	0.0	0.0
船の倉口	10,500	400	4,516	0.0	0.1
海上輸送車購入	249,281	44,427	44,427	0.9	0.8
通信網整備	103,873	103,873	103,873	0.4	1.8
化	85,139	6,270	6,270	0.3	0.1
ラヂオ・テレビ送信所敷設	69,400	24,630	24,630	0.2	0.4
ラヂオ・テレビプロダクションセンター	48,050	11,700	11,700	0.2	0.2
電話交換所	156,743	156,368	156,368	0.5	2.7
遠距離電話システム	63,642	63,642	63,642	0.2	1.1
村内有線電話	31,665	31,665	31,665	0.1	0.6
都市内技術インフラ整備	2,416,315	257,851	271,619	8.3	4.7
公共施設整備	15,265	7,265	7,265	0.1	0.1
人件費	169,403	169,403	169,403	0.6	3.0
限定作業会計	8,245	6,952	7,052	0.0	0.1
その他	1,076,511	406,299	406,299	3.7	7.1
総計	29,089,431	4,782,465	5,719,725	100.0	100.0

(1) 外国資金と特別基金調達分を含む

図 11 トルコ共和国国家機構図



3. 社 会

a) 政治制度

1923年10月29日に共和制を宣言して以来、共和国制を堅持している。

b) 民族, 宗教, 言語

国勢調査の報告によれば90%の国民自らトルコ人と称している。少数民族としては、ギリシャ人, アルメニア人, クルド人があげられる。ギリシャ人, アルメニア人は, それぞれトルコ国外で独自の共和国を持っているが, クルド人はそうではない。東部のディヤルバクル県を中心に住みついているが彼らの多くはトルコ人と同化し, クルド人というアイデンティティは, 国家下の自らの生まれとして内で秘めたる意識である。

95%の国民がイスラム教スンニ派を信仰しているが, 他の宗教に大変寛容である。ギリシャ人アルメニア人はそれぞれキリスト教内でギリシャ正教アルメニア教会をなしているが, クルド人の文化的アイデンティティについては古代のアッシリア人であり宗教的独自性はない。しかしクルド語は話し言葉として今日でも広く家庭内で使用されている。又, アルメリア語, ギリシャ語はそれぞれ独自の文字をも持っている

c) 社会制度

家 族

1923年10月成立のトルコ共和国は, 1926年2月に, 当時のスイス民法を殆んどトルコ語に移し変える形で民法を制定し, 大筋それを守って今日に至っている。イスラム社会で従来経済力が許せば四人まで妻帯が許されていたが, 一夫一婦主義へ転換がなされた。

しかし, この法転換にもかかわらず, 多妻を続け社会に私生児がはびこり始めたため, 政府は1933年, 共和国樹立十周年の大赦に, 二番目, 三番目, 四番目の婚姻も追認する恩赦を盛り込み, 私生児の嫡子化を計った。

相続制度

民法では配偶者が半分, 残り半分を子女間で均等分割する様決められている。しかし山村部では, 長男への財産集中の慣習として定着している。更には, 男性優位のあかしくも窺える“家庭の長は男である”という民法規定が伝統的父系社会での寡婦の遺産相続権を無視させるに至り, 長男が父親なき後の唯一家督相続者となり, 自分の弟妹に対しても実質上の親権者として子供の進路を決定し, 家事分担等の宰配を下す例は, 都市部以外ではさほど例外的な事ではない。

女子は家族中に男子がいれば他家に嫁ぐのが常識であるから一般的に後継りの生活を脅かす程度に不動産を分割することは先ず考えられない。従って嫁入り時に嫁入り道具として法的相続額を明らかに下回る動産・貴金属を親権者から授かる事で満足する。

婚姻制度

民法における婚姻条項を眺めると婚姻最低年齢を男子17才, 女子15才(判事の許可がある場合はそれぞれ15才と14才), 結婚直前の健康証相互交換義務, 二親等以内の結婚禁止, イスラム法宗教儀式による四人迄の妻帯の禁止と一夫一婦制採用等が唱われている。

都市での婚姻形態について言えば、明文規定がなくとも“両性の合意”に基づいて、更に双方の両親の同意の下に、挙式を迎えるのが普通である。この挙式とは市役所の結婚式場に、婚姻登録係と公証人が立会い両人が婚姻登録証に署名する形で行われる。

山村部での婚姻も基本的には役場に行って婚姻登録に新郎新婦が調印することで成立するが、これに続く披露宴、ないし直前の結納・嫁受取り金の授与も婚姻の儀の一部となっており新郎側が婚姻を決定する際の勘案要因（＝財政的負担）となって重くのしかかる。

出産・育児制度

民法規定には、嬰兒出産後二週間以内に内務省管轄の市役所、村役場へ出生届出義務がある。これに基づき内務省から“本人のIDカード”が親権者に送付されて来、親権者はそれに、氏名、字名、父親名、母親名、出生場所、生年月日を記入し、右隣の写真添付の箇所のみを残して役所へ持参し、内務省の印を押して貰うことにより、新生児が内務省に登録される。この“IDカード”により生後数週間目から始まる各種予防接種を無料で受けられることを始めとして一切の市民権の享受が始まる。しかしながらこの出生届出義務の規定にも拘らず、統計局の各種のサンプリング調査や、五年に一度の国勢調査で、“出生の約半分が登録されていない”（統計局標本抽出室人口統計係 Ms Tomri's Ahmar）という実情がある。

d) 教育制度

i 初等教育

満六才から始まる五年間の義務教育が教育制度の基幹であり、初等教育制度に変化はない。1950年代半ばから見られた児童数の増大に朝昼二部制が都市部で見られ、70年代後半からの第二時ベビー・ブームには、小学校の朝昼夕の三部制さえ、アンカラ・イスタンブル・イズミールの三大都市では見られた所もあった。

近年有料の私立学校がつつぎと建立され、中には小・中・高と一貫体制を敷いている学校もあるが、教育のアタチュルク主義には公立学校と何ら変りはない。

1983年以来、欧米先進国並に義務教育期間を初期中等教育迄延長する企画がなされ、大都市地域の幾つかの学校で既に軌道に乗っている。これは現在約50%の中学校進学率を第五次五ヶ年計画終了時の1989年に75%に上げるべく努力中であるが新たに中学校を新設するのではなく、現存の小学校に更に三年の中等教育を追加する形でプロジェクト指定校で実験されている。中卒後五年間の高等師範教育を受けたこれ迄の小学校教師に、大卒中学校教師と同様の教科を担当させる為に、現場の師範卒教師の質の向上が計られている。二部制授業時には朝八時半から夕方五時半迄、教師は教壇に立ちつくしであったが、二部制授業が次第に解除される方向に向う今、小学校に勤務しながら大学へ通って大学卒の資格、つまり中学校の専任教育科目担任の資格を得るよう助成を受け始めている。

義務教育五年後の三年間を小学校教育に追加をさせる努力と共に、小学校入学前一年間の予備教育も1980年以降、拡がっている。これは元々大都市地域の共働き勤労者が、新設大学、その他の公共事業所で託児所を設け始めるのを見て、私設託児所に預ける費用を捻出できない事を理由に文部省に五歳児の小学校就学を要求したことに始まる。出生届の自

己報告率が五割見当の当国では、出生後、就学年齢の始まる迄の期間、予防接種等で国が新生児を“発見”しても人口カードを作成することはない。ただ五年毎のセンサスで発見される新生児の登録はセンサス実施員によって促され、幼児の年齢が誕生後数年経って内務省登録がなされるのが現状である。

表3 第五次5ヶ年計画に見る、中等教育レベルでの普通・職業学校登録率

NUMBER OF GENERAL, OCCUPATIONAL, TECHNICAL STUDENTS
AND ENROLMENT RATES AIMED AT IN SECONDARY
SCHOOLS IN FIFTH PLAN PERIOD

(1000 People)

Years	(12-14 age group)	General Second. Schools		Occup. Tech. Org. Extend. Second. Schools		Total	
		Student Number	Enroll. Rate	Student Number	Enroll. Rate	Student Number	Enroll. Rate
1983-84	3.357	1.390	% 41.4	201	% 6.0	1.591	% 47.4
1984-85	3.377	1.480	43.8	236	7.0	1.716	50.8
1985-86	3.396	1.590	46.8	305	9.0	1.895	55.8
1986-87	3.417	1.680	49.2	410	12.0	2.090	61.2
1987-88	3.439	1.790	52.0	550	16.0	2.340	68.0
1988-89	3.464	1.900	55.0	693	20.0	2.593	75.0

Source : SPO

全児童数の半分が小学校止りで、山村では家事手伝いに就き、都会では様々な職業の丁稚奉公を始める。

近年産業化を進める過程での大卒のエリートエンジニアと現業労働者との間の進め難いギャップがあらゆる面で明白化し、それが生産性向上の為の大きなハンディになっている事に気が始めた。そこで小学校卒の工員と大卒エンジニア間をとり持つ、職業中学・職業高校教育の充実を力を入れ始めた。進行中の第五次5ヶ年計画では大学進学用の普通高校の定員増は年率0.5%に溜めているのに対し、職業訓練高等学校は各年1~2%の定員増と、専門特殊化を進めることに意を注いでいる。そして五ヶ年計画終了時には、計画開始時の三割の高校進学率を四割に到達させる目論みである。

表4 第五次5ヶ年計画に見る高等学校就学者数増強プラン

NUMERICAL TARGETS IN LYCEES IN FIFTH PLAN PERIOD

(1000 People)

Years	(15-17) Age Group	Normal Lycees		Occup. Tech. Lycees		Total	
		Students	Enroll.	Students	Enroll.	Students	Enroll.
1983-84	3.230	560	% 17.3	433	% 13.4	993	% 30.7
1984-85	3.284	575	17.5	473	14.4	1.048	31.9
1985-86	3.321	590	17.7	521	15.7	1.111	33.4
1986-87	3.346	610	18.2	579	17.3	1.189	35.5
1987-88	3.367	625	18.5	646	19.2	1.271	37.3
1988-89	3.387	636	18.8	698	20.6	1.334	39.4

Source: SPO

N. B The layout and pattern set forth in the «Manpower» chapter in the Plan will be taken as a basis for the occupational breakdown.

e) 保健医療制度

19世紀中葉近代化の緒についた時は、多くの他のアジア各国で今日見られるとおりの伝統医学、地域毎の種々な薬草治療や治療の全てであったが、今日、トルコは西洋近代医学を100パーセント採用し、伝統的医療は制度としても実施の形でも全く見られない。しかも先進国のような総合医療保険制度はなく、又社会主義国で見られる100%国家管轄の社会医療制度がある訳でもない。

初代の厚生大臣レフィク・サイダムは傷病兵の治療、一般治療と共に遅れた当時の伝染病対策に取り組み第二次大戦終了時までには治療の為の病院組織化と予防の為の保健所組織化について政府の権限・責務であることを明確にした。戦後、新設の労働省が労働者保険制度に着手し、労働災害救済の為初めて厚生省一括体制が崩れ、一方50年代の急激な社会的変化の中で大都市クリニックの開設が始まる。こうして厚生省・病院・大学病院・保健所組織と、半官半民の企業体労災病院・私設クリニックからなる今日の混合医療体制の根幹ができた。

61年“社会化法”でそれ迄の保健所組織を重層化（ヘルスユニットとヘルスポストの分化・強化し）、67全県の各市町村に医療網の拡充が計られた。六つしかなかった医学部が70年代末には15にふくれ上がり、医師以外の専門医療、各種学校の中堅地方都市への分化が見られたのも60・70年代の発展である。一方、大学病院は、ヘルスユニットの上位でヘルスセンターを設けて、都市単位の医療体制をさらに広域化した。医学部のキャンパス敷地内に併存していた大学病院が都市部と農村部の分岐地点や主要自動車道の脇に建設された。これらヘルスセンターは医療の効果を上げる為、大学自治の原則に立って外国研究者・医療協力団体と進んで共同作業を始めるようになった。

81年迄延期された“社会化計画”の後を継いで実施に移される今日に続いているのが、“医師のローテーション制”である。今日、医学部新卒の研修医は僻地のヘルスセンターに配属され一年間医療奉仕に努める。僻地度によって、最高、本俸の七割迄を僻地手当として支給される。その後、大きな医療施設で働き、専門医試験にパスすると、又二年間の僻地医療

奉仕が義務づけられている。医療奉仕の面では高く評価された新政策であるが、医学の専門化、質の高度化を阻害する制度として非難する向きもある。

医薬分立が行われ、大学病院・厚生省病院でも外来患者には処方を書くだけである。トルコ固有の三大製薬会社がこの薬局網をしっかりと握っている。79労災病院が自からの組織で大量使用する為独自の製薬工場を作り始めたが、大製薬会社の圧力で工事半ばで頓座した。一方、労災病院の運営については、その管理・人件費が高くて患者の薬代その他の治療費の割合が低く問題となっている。監査体制が充分でないこと、又雇用者負担分が常に滞納の状態に延納課徴金についても高く設定できないという問題がある。組織労働者率20%のトルコで厚生省からの割当てが充分なされなく、この種の病院経営の困難さがうかがえる。

f) 女性の地位

61年憲法で、第三章“社会・経済に関する権利ならび義務”の筆頭が“国家の基礎をなす家族、とりわけ母子の保全に、国家は政策を講じ、組織作りに励む”という第35条であった。82年の新憲法では、“母子の保全に”という直後に、“家族計画を説きその実践を指導する為”という一文が追加された（新憲法第41条）。

又、1935年の第五回総選挙以来、女性の社会的平等が国是として定まっている。政策としての女性登用は、従って半世紀以上の慣習を生み、各分野での女性進出が見られる。イスラム信仰が女性の社会的活躍を制している多くのアラブ・イスラム諸国と違って、トルコでは信仰が個人の良心の問題として扱われ、そのように教育されているので、信仰が女性の地位を下位にとどめていることはない。

しかし、山村部では、家庭の長としての父親の権威が女性をして、幼年時から分離した環境で育てる為、なかなか進学して職を身につけることはむづかしいと言える。都市での男女識学率には差はないが山村部で女性の識学率はめっきり落ちる。

マネスコ文化統計年鑑1985年によると、トルコの識字率男女合計は74.2%、男子85.9%女子62.5%である。

Ⅱ 人口・家族計画に関するニーズの把握

1. 人口構造の推移

a. 人口とその推移

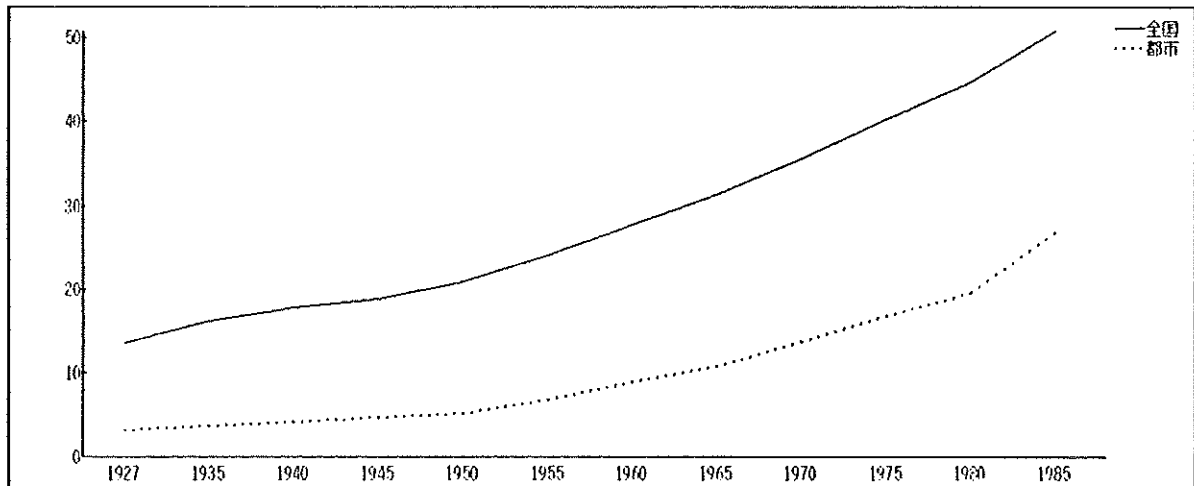
1985年センサスによるトルコ人口は、約5,066万人であり、1980－85年にかけてのセンサス間年率増加率は約2.5%である。この増加率が継続すると、約28年後には現在の人口は倍加する。表Ⅱ－1に各センサス人口の時系列変化およびセンサス間の年率増加率を示した。1975－80年の人口増加率に若干の落ち込みが観察されるが、1965年以降のセンサス間人口年平均増加率は、ほぼ2.5%の水準で推移している。

ここで、『i.都市化率の推移』にも関連することであるが、都市・農村間の人口増加率をみると、都市人口増加率ははるかに高い傾向を示している。人口動態率については後述するが、都市・農村間の出生率を比較すると、農村部の出生率が都市部を上回っていることから都市部の人口増加は、都市流入人口の貢献によることが多いと考えられる。

表Ⅱ－1：人口および人口増加率（都市・農村）

年次	全 国		都 市		農 村	
	人 口 (人)	センサス間年人口増加率 (%)	人 口 (人)	センサス間年人口増加率 (%)	人 口 (人)	センサス間年人口増加率 (%)
1927	13,648,270	-	3,305,879	-	10,342,391	-
1935	16,158,018	21.10	3,802,642	17.50	12,355,376	22.23
1940	17,820,950	19.59	4,346,249	26.72	13,474,701	17.34
1945	18,790,174	10.59	4,687,102	15.10	14,103,072	9.12
1950	20,947,188	21.73	5,244,337	22.47	15,702,851	21.49
1955	24,064,763	27.75	6,927,343	55.67	17,137,420	17.48
1960	27,754,820	28.53	8,859,731	49.21	18,895,089	19.53
1965	31,391,421	24.62	10,805,817	39.71	20,585,604	17.14
1970	35,605,176	25.19	13,691,101	47.33	21,914,075	12.51
1975	40,347,719	25.00	16,869,068	41.75	23,478,651	13.79
1980	44,736,957	20.65	19,645,007	30.47	25,091,950	13.29
1985	50,664,458	24.88	26,865,757	62.61	23,798,701	-10.59

図Ⅱ－1：人口の推移（都市・農村）



資料) Census of population by administrative division, 1985.

b. 男女別人口と性比の推移

表Ⅱ－2は、各人口センサスにおける男女別人口と性比の推移を示したものである。1940年以前の2時点を除き、男子人口が女子人口を超過している。

一般に封鎖人口においては、男女別構造を決定する要因は、出生性比と死亡性比であるが、出生性比は一般的に男子において高く、死亡性比は乳幼児期と中高年期において男子の方が高いため、相対的には男女の人口はほとんど均衡がとれている。表に示すように、トルコ人口は男子人口が超過しているわけであるが、これは調査対象となる女子人口が過小報告の傾向にある国、女子死亡率の高い国—例えば、南アジア諸国等にも観察される現象である。

表Ⅱ－3は1975年、1980年の年齢階級別性比の変化を示したが、1980年の方が1975年と比較して男女人口は均衡している。2時点に共通するのは、10歳位までは出生時の性比を反映しているが、その後はさらに男子人口が超過する傾向がみられる。年齢階級による例外があるが、ほぼ再生産年齢を終了する年齢階級すなわち、50歳位で男女人口が均衡し、その後女子人口比率が高まっていく傾向がみられる。この傾向は、再生産年齢における女子の死亡率が高いこと、前述のように高年期—50歳以降の男子死亡率が高くなっているためである。また、1975年の35～40歳階級、1980年における35～44歳階級における性比の低下については、男子の海外労働力移動等の原因が考えられる。

トルコの海外労働力移動に関して、年次別、国別の労働者数は表Ⅱ－4に示す通りである。

表Ⅱ－2：男女別人口と性比の推移

年次	総人口	男子人口	女子人口	性比*
1927	13,648,270	6,563,879	7,084,391	93
1935	16,158,018	7,936,770	8,221,248	97
1940	17,820,950	8,898,912	8,922,038	100
1945	18,790,174	9,446,580	9,343,594	101
1950	20,947,188	10,527,085	10,420,103	101
1955	24,064,763	12,233,421	11,831,342	103
1960	27,754,820	14,163,888	13,590,932	104
1965	31,391,421	15,996,964	15,394,457	104
1970	35,605,176	18,006,986	17,598,190	102
1975	40,347,719	20,744,730	19,602,989	106
1980	44,736,957	22,695,362	22,041,595	103

*女子人口100に対する男子人口の比率

出所) State Institute of Statistics, Statistical Yearbook of Turkey 1987.

表II-3：年齢別性比の変化

年齢階級	1975	1980
0～4	105	105
5～9	105	105
10～14	114	109
15～19	110	107
20～24	111	105
25～29	110	104
30～34	106	104
35～39	95	96
40～44	104	93
45～49	110	108
50～54	102	99
55～59	100	106
60～64	98	90
65+	85	83

資料) State Institute of Statistics, *Statistical Yearbook of Turkey 1987*.

表II-4：トルコ人移民労働者数

	1961～65	1966～70	1971～75	1976～80	1981～85	1986	合計
西ドイツ	136,411	276,266	237,220	7,544	432	17	657,890
オーストラリア	—	2,263	3,944	2,246	1,022	391	9,866
オーストリア	4,504	13,780	18,902	2,276	221	52	39,735
ベルギー	13,917	431	1,575	220	27	—	16,170
フランス	88	9,227	46,653	66	23	3	56,060
オランダ	5,390	10,378	9,126	301	41	12	25,254
スイス	351	2,246	4,762	1,808	930	137	10,234
イラン	—	—	—	—	72	—	72
イラク	—	—	—	—	30,782	2,160	32,942
クウェイト	—	—	—	—	880	—	880
リビア	—	111	3,944	45,321	106,735	8,381	164,492
サウジアラビア	—	430	328	26,218	107,994	23,771	158,741
ヨルダン	—	—	—	—	1,065	—	1,065
その他 ¹⁾	24	4,979	7,667	14,357	3,549	684	31,260
合計	160,685	320,111	334,121	100,357	253,779	35,608	1,204,661

(注) 1) アメリカ、イギリス、デンマーク、スウェーデン、ノルウェー、アラブ首長国連邦など。

(出所) İis ve İsci Bölme Kurumu, *İstatistik Yıllığı 1985*, Ankara, 1987, p. 79.

1986: T. C. Merkez Bankası, *Yıllık Rapor 1986*, 1987, p. 112.

c. 人口年齢5歳階級割合の推移

1) 人口ピラミッドの変化

5歳階級別人口の推移については、1960年、1980年また将来推計も含めた形で2000年における人口ピラミッドで示した¹⁾。図Ⅱ-2に示したように、0～4歳階級、5～9歳階級人口比率は、減少傾向にあるが、3時点とも山型の人口ピラミッドを示している。一般的には山型の人口ピラミッドは、高い出生率と比較的低い死亡率の組み合わせが継続した場合に観察される。人口動態率については後述するが、国連推計による出生率、死亡率は1980-85年において、それぞれ30%、8%前後であり、死亡率の水準と比較し、高い出生率水準を示しており、人口ピラミッドは山型が継続されている。

2) 年齢構造の変動

ここでは、後述する人口政策において、増加する人口に対する、教育、医療の充実および雇用対策がその中心となっている。従って、経済活動の中心となる15-64歳人口、および従属人口の動向を知るため、年齢構造の変動に関し、年少人口(0-14歳人口)、生産年齢人口(15-64歳人口)、老年人口(65歳以上人口)の3区分の年齢階級によりトルコ人口の構造を考察する。

図Ⅱ-3に示したのは、1950年から2000年に至るまでの従属人口指数²⁾、年少人口指数³⁾、老年人口指数⁴⁾のトレンドである。1950年近傍において観察される低い年少人口指数は、高い乳幼児死亡率を反映し低くなっている。その後、高出生率は持続しているが、乳幼児死亡率が徐々に改善されたため、60年代、70年代に年少人口指数はピークを迎える。さらに出生率の低下に伴い、すでに人口ピラミッドでも示したように、0～9歳階級人口比率は徐々に低下し、年少人口指数もまた、低下傾向を示している。老年人口指数は、ほぼ横ばい状態であるが、この傾向は60年代、70年代の出生コーホートが、生産年齢人口に入り65歳以上の老年人口へ退出するまでの通過する間、しばらく継続する。以上のように60年代、70年代の出生コーホートが、70年代後半より生産年齢人口に入るわけであるが、これを反映し、生産年齢人口は急速に増加する。表Ⅱ-5に示したのは1985年と2000年における年齢3区分の人口とその比率である。これによれば、2000年までに15-64歳人口比率は、59.26%から61.95%に増加し、今後、雇用機会拡大の必要性にせまられることとなる。

注：

1) 長期時系列データ関しては、国連中位推計を用いた。

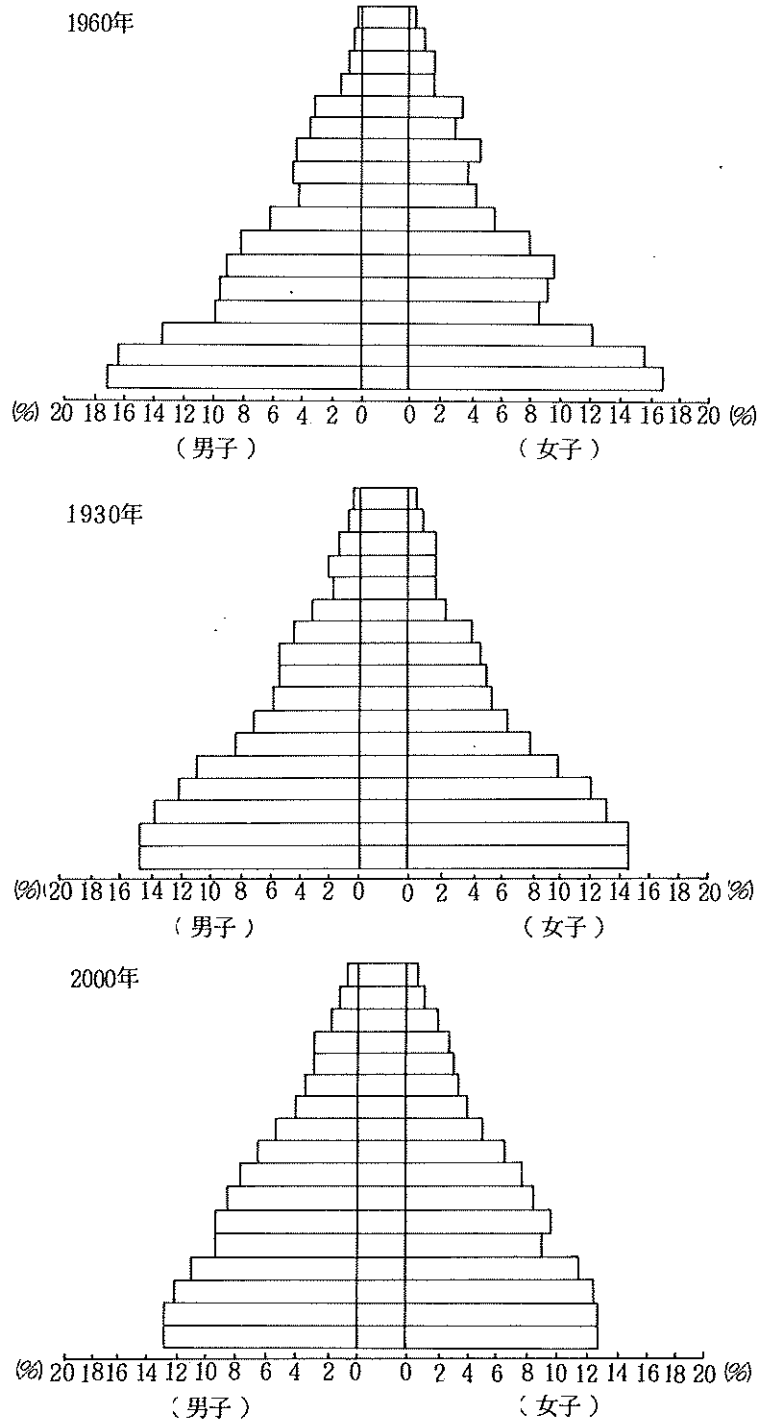
United Nations, World Population Prospects, Estimates and Projections As Assessed in 1982, New York, 1985.

2) $\{ \text{年少人口} (0-14 \text{ 歳人口}) + \text{老年人口} (65 \text{ 歳以上人口}) \} / \text{生産年齢人口} (15-64 \text{ 歳人口}) \times 100$

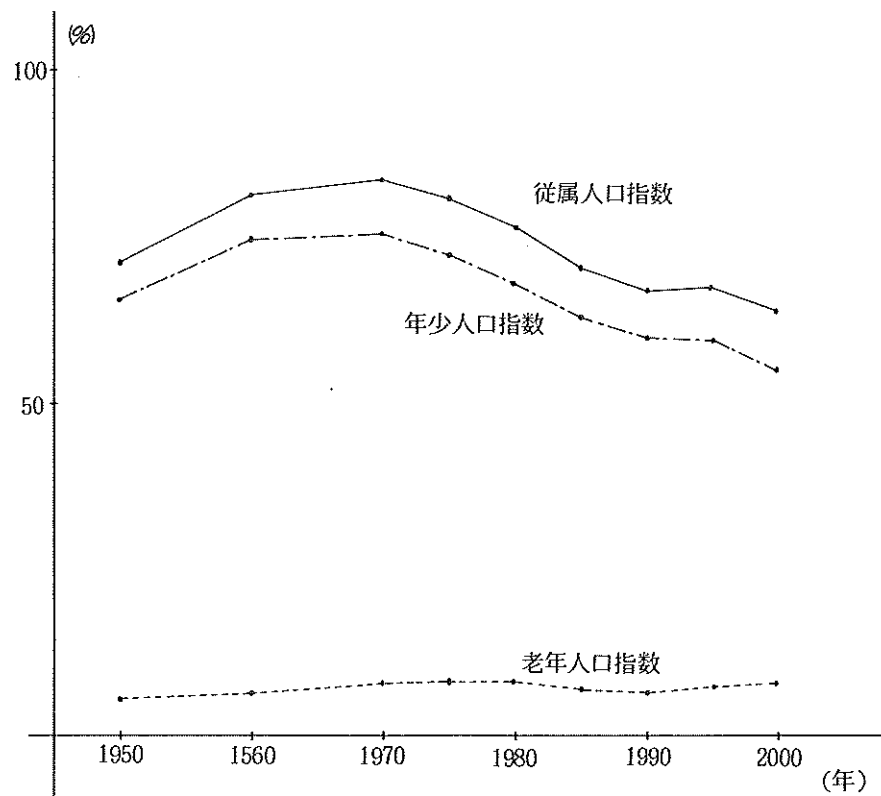
3) $\text{年少人口} (0-14 \text{ 歳人口}) / \text{生産年齢人口} (15-64 \text{ 歳人口}) \times 100$

4) $\text{老年人口} (65 \text{ 歳以上人口}) / \text{生産年齢人口} (15-64 \text{ 歳人口}) \times 100$

図Ⅱ－２：人口ピラミッドの変化



資料) United Nations, World Population Prospects, Estimates and Projections As Assessed in 1982, New York, 1985.



United Nations, World Population Projects Estimation and Projections as Assessed in 1982, New York, 1985.

表 II - 5 : 年齢区分人口分布と人口推計および従属人口比率

年齢区分	人口 (千人)	比率 (%)	従属人口比率 (%)	人口 (千人)	比率 (%)	従属人口比率 (%)	人口増加率 (%)
0-14	18,236	36.6	617	21,939	32.8	529	20.3
15-64	29,537	59.3	687	41,447	62.0	614	40.3
65+	2,067	4.2	70	3,522	5.3	85	70.4
計	49,840	100.0	-	66,908	100.0	-	34.2

資料) State Planning Organization, in Tuncer Kocaman, Structure of Turkish Population, Policy and Future Prospects, 1987.

d. 民族別人口構成の推移

センサス項目の中には民族に関する質問は含まれていない。トルコにおいてはトルコ人が90%以上を占めている。主な少数民族としては、クルト族が東部に集中し、アラブ人がシリアとイラクの国境付近に居住している。その他は、ギリシャ人、アルメニア人、ユダヤ人等である。

資料) 世界経済情報サービス、『トルコ：経済・貿易の動向と見通し』，昭和61年。

e. 宗教別人口構成の推移

宗教に関するセンサス項目は、キリスト教徒に対しては、カソリック、ギリシア正教、プロテスタント、グレゴリアンの別を質問し、回教徒、ユダヤ教徒、その他の宗教については宗教名だけを明示する形式となっている。集計結果について入手できなかったのが、概観すると、回教徒は宗教人口の99%以上を占めている。回教はスンニ派と少数のシーア派にわかれ、さらに株式会社組織が多数あって、政治的社会的結束度は高い。トルコ政府は宗教を理由とする差別を禁じている。カソリックとグレゴリアンは、回教に次ぐがそれぞれ全体の0.2%を占めるに過ぎない。

資料) 世界経済情報サービス、『トルコ：経済・貿易の動向と見通し』，昭和61年。

f. 労働力人口の推移

1965年以降のセンサスにおける労働力人口の推移は表Ⅱ-6に示す通りである。労働力率の変化をおうと、女子労働力率はほぼ一定であるが、男子のそれは増加傾向にある。男子人口増加率と労働力人口増加率を比較すると、1970-75年、1975-80年において労働力人口の増加率は、男子人口増加率を上回っている。

図Ⅱ-4は、1980年における年齢別、男女別労働力率を示したものである。男子の労働力率プロフィールは逆U字型を示している。すなわち、15-20歳年齢階級の学令期終了後に労働市場に参入し、30-35歳に労働力率はピークに達し、60歳をすぎる頃から職業活動からの引退が増加し、労働力率は低下する。男子の場合、このような労働力率プロフィールはどの国においてもほぼ同様の形状を示している。

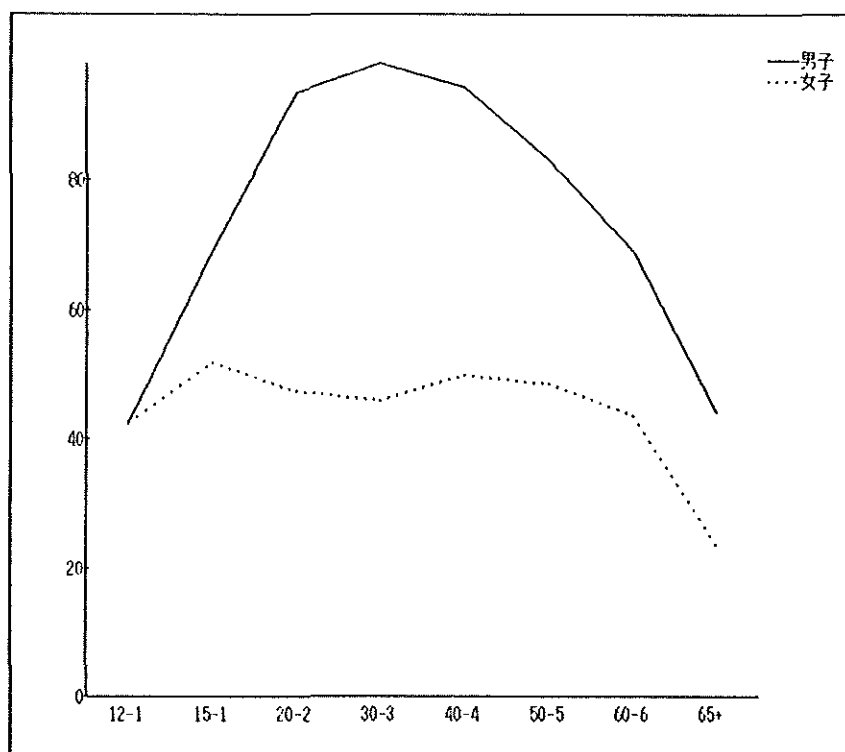
一方、女子の労働力率プロフィールは男子のそれと異なる。トルコの場合、ゆるやかなM字型を示している。15-19歳年齢階級において女子の労働力率はピークに達し、その後20-35歳階級において労働力率は低下傾向を示している。トルコにおいてはほぼ20歳台で結婚し、この時期に非労働力化するものが多くなる。その後、出産、育児のため労働力率は低下するが、40歳台に入り子供が成長し、ある程度育児が解放された年齢において第二のピークが観察される。すなわち、女子のライフ・サイクルをたどる形で労働力率が変化していく。こうしたM字型の低い労働力率は多くの場合、非農業型の産業社会に観察される。

表II-6：男女別労働力人口の推移、1965-1980年

年次	男子人口			女子人口		
	人口(増加率%)	労働力人口(増加率%)	労働力率	人口(増加率%)	労働力人口(増加率%)	労働力率
1965	15,996,964 (-)	8,420,829 (-)	52.6	15,394,457 (-)	5,137,031 (-)	33.4
1970	18,006,986 (12.6)	9,306,342 (10.5)	51.7	17,598,190 (14.3)	5,812,545 (13.1)	33.0
1975	20,744,730 (15.2)	11,179,506 (20.1)	53.9	19,602,989 (11.4)	6,204,322 (6.7)	31.6
1980	22,695,362 (9.4)	12,284,257 (9.9)	54.1	22,041,595 (12.4)	6,927,936 (11.7)	31.4

資料) State Institute of Statistics, Statistical Yearbook, 1987.

図II-4：年齢別、男女別労働力率



資料) State Institute of Statistics, Statistical Yearbook, 1987.

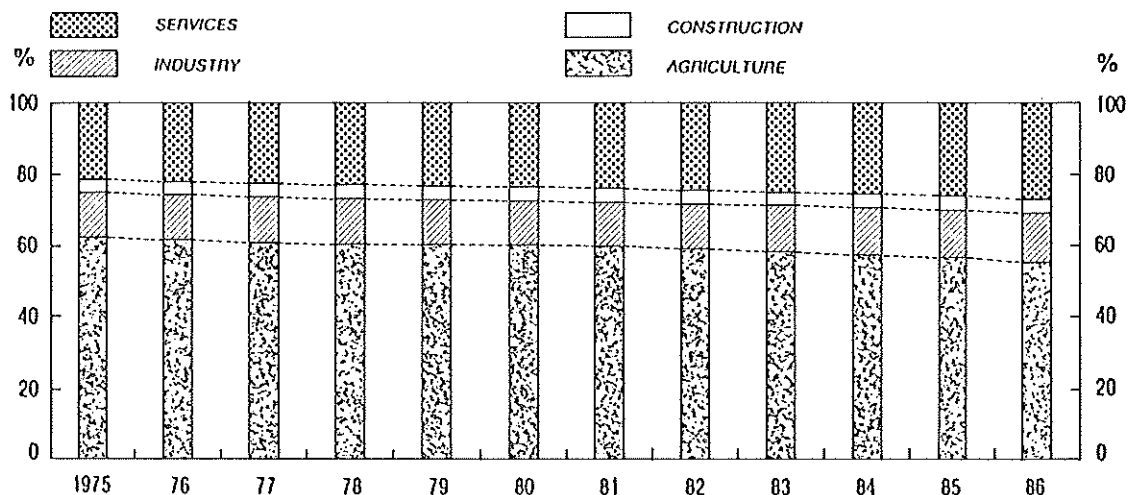
g. 産業別人口の推移

過去12年間の産業別人口の推移は図Ⅱ-5に示す通りである。12年間の傾向として、農業就業人口比率が徐々に低下し、サービス業就業人口比率が上昇傾向にあることが読み取れる。

サービス産業部門の雇用は経済活動の強化によるものであり、運輸、商業、その他のサービス部門は、就業人口が20万人増加しており、民間部門雇用増加分-32万9000人のほぼ3分の2に相当する。工業および建設業の就業人口増加率はそれぞれ5.8%、4.7%である。

参考資料) OECD, OECD Economic Surveys 1986/1987: Turkey, 1987.

図Ⅱ-5: 産業別人口の推移 (1976-86年)



1. Seasonal unemployment in agriculture is included.
 Source: Data submitted by the State Planning Organisation.

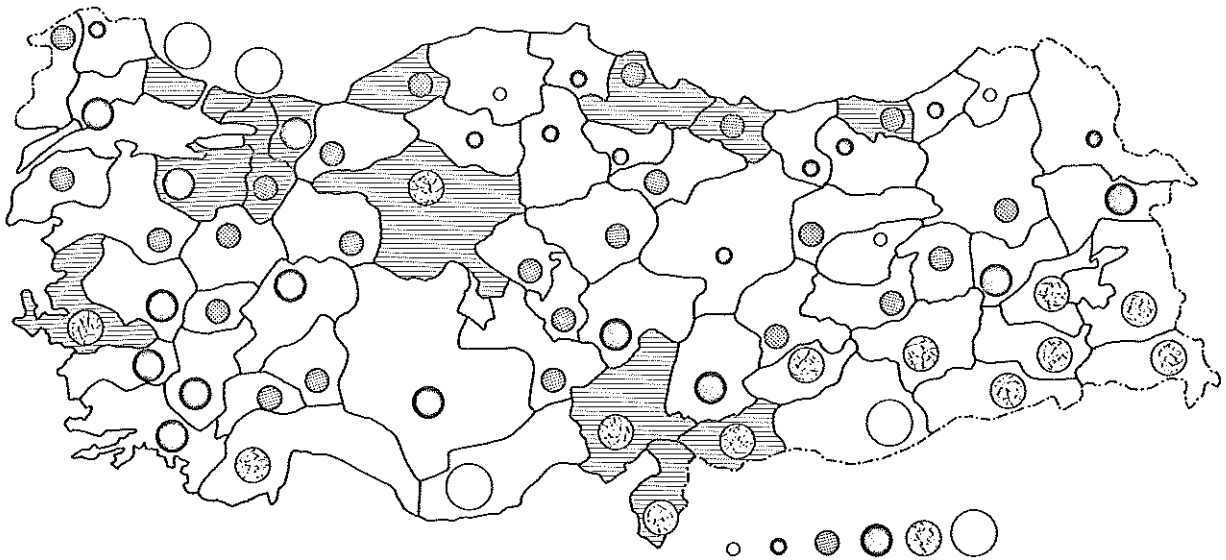
出所) OECD, OECD Economic Surveys 1986/1987: Turkey, 1987.

h. 行政地区別人口，人口密度，人口比重の推移

1980年，1985年センサスにおける県別の人口，人口密度，それぞれの5年間における変化率は表Ⅱ-7に示す通りである。表Ⅱ-7は，各地域間（5地域：西部，中央部，北部，南部，東部）格差が大きいことから，それぞれの地域ごとにまとめ，さらに，県別の増加率が高い順に並び換えを行ったものである。これにより地域格差をみると，西部黒海沿岸地域，エーゲ海沿岸地域，北部黒海沿岸地域，南部地中海沿岸地域が人口密集地帯となっている。これに対して，内陸部はアンカラを例外として，低い人口密度を示している。

人口比重の推移であるが，図Ⅱ-6に，1980年から1985年の5カ年における人口の変化率および斜線部分に1985年センサスに基づいた人口密度100人/Km²以上の県を示した。人口の変化率をみると東南部地域において高い人口増加率が観察されるが，この地域を例外として他の地域に目を向けると，人口稠密な地域において，人口増加率は高くなっており，こうした地域への一層の人口集中が観察される。

図Ⅱ-6：県別人口の変化率（1980-1985年）および人口密度100人/Km²以上の県



資料) State Institute of Statistics, Statistical Yearbook of Turkey 1987.

表II - 7 : 県別、人口および人口密度 (1980年、1985年)

地区名	県名	人 口			人 口 密 度		
		1980年	1985年	年平均増加率、%	1980年	1985年	変化率(%)
西 部	ゴジャリ	596899	742245	4.35	165	205	24.2
	イスタンブール	4741890	5842985	4.17	830	1023	23.3
	イズミル	1976763	2317829	3.18	165	194	17.6
	ブルサ	1148492	1324015	2.84	104	120	15.4
	アイドゥン	652488	743419	2.61	81	93	14.8
	テケ	360742	402721	2.20	58	65	12.1
	マニサ	941941	1050130	2.17	68	76	11.8
	ウカリ	548747	610500	2.13	114	127	11.4
	チニリ	603338	667478	2.02	51	56	9.8
	エルズルム	363286	389638	1.40	58	62	6.9
	バルイック	853177	910282	1.30	60	64	6.7
	オラズ	391568	417121	1.26	40	43	7.5
	カラコム	283408	297098	0.94	43	45	4.7
中 央 部	アンカラ	2854689	3306327	2.94	93	100	16.1
	イゾト	1562139	1769050	2.79	33	37	12.1
	アタナ	597516	666978	2.20	42	47	11.9
	カイト	778383	864060	2.09	46	51	10.9
	イスタンブール	543802	597397	1.88	40	44	10.0
	ウシタク	247224	271261	1.86	46	51	10.9
	ビレジック	147001	160909	1.81	34	37	8.8
	ニク	512071	560386	1.80	36	39	8.3
	ウズルム	350116	382844	1.79	39	43	10.3
	エウラ	497089	543384	1.78	42	46	9.5
	イカ	624508	679071	1.68	63	68	7.9
	ウシエ	240497	260156	1.57	37	40	8.1
	ネフシェ	256933	278129	1.59	47	51	8.5
	ユズク	504433	545301	1.56	36	39	8.3
	イニ	471751	504778	1.35	43	46	7.0
アタナ	341287	358289	0.97	62	65	4.8	
イニ	571831	599204	0.94	45	47	4.4	
イニ	258436	263964	0.42	31	31	0.0	
北 部	サムン	1008113	1108710	1.90	105	116	10.5
	ウズルム	954512	1044945	1.81	111	121	9.0
	トラブゾ	731045	786194	1.45	156	168	7.7
	イニ	713535	763857	1.36	119	127	6.7
	イニ	480083	502151	0.90	69	72	4.3
	イニ	361258	374206	0.70	92	95	3.3
	イニ	276242	280140	0.28	47	48	2.1
	イニ	450946	450353	-0.03	34	34	0.0
	イニ	228997	226338	-0.23	31	30	-3.2
南 部	イニ	843931	1034085	4.06	53	65	22.6
	イニ	808697	966490	3.52	106	126	18.9
	イニ	748706	891149	3.48	36	43	19.4
	イニ	856271	1002252	3.15	158	185	17.1
	イニ	1485743	1725940	3.00	86	100	16.3
	イニ	438145	486290	2.09	33	36	9.1
	イニ	235009	248002	1.08	34	36	5.9
東 部	ウルファ	602736	795034	5.54	32	43	34.4
	イニ	778150	934505	3.66	51	61	19.6
	イニ	445483	524741	3.27	40	48	20.0
	イニ	155463	182645	3.22	16	19	18.8
	イニ	367595	430728	3.17	48	57	18.8
	イニ	468646	547216	3.10	25	29	16.0
	イニ	257908	300843	3.08	38	45	18.4
	イニ	564967	652069	2.87	44	51	15.9
	イニ	368009	421131	2.70	32	37	15.6
	イニ	738032	840472	2.60	52	59	13.5
	イニ	302406	339492	2.31	37	41	10.8
	イニ	440808	483715	1.86	48	53	10.4
	イニ	606996	665809	1.85	49	54	10.2
	イニ	801809	856175	1.31	32	34	6.3
	イニ	282022	299985	1.23	24	25	4.2
	イニ	228702	241548	1.09	28	30	7.1
	イニ	700238	722431	0.62	38	39	2.6
	イニ	275191	283753	0.61	27	28	3.7
	イニ	750144	772209	0.58	26	27	3.8
イニ	157974	151906	-0.78	20	20	0.0	
全 国		44736957	50664458		58	65	12.1

資料) Prime Ministry State Institute of Statistics, Census of Population by Administrative Division, 1983.

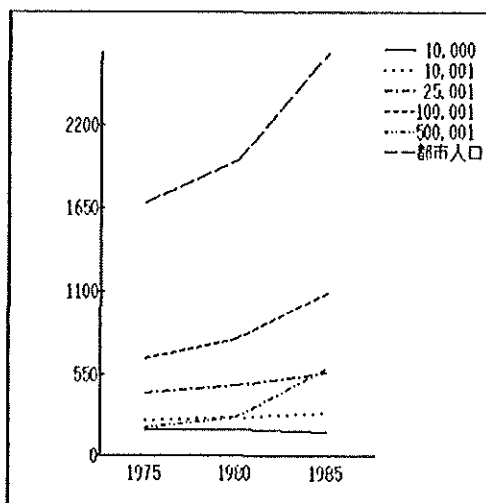
i. 都市化率の推移

すでに表Ⅱ-1で示したように都市人口は急速に増加している。表Ⅱ-8は都市人口比率の推移を示したものであるが、1985年センサス時において、都市人口は50%を越えており、今後もこの増加傾向は継続されると考えられる。表Ⅱ-9は、都市の規模別による過去10年間の人口増加率を示したものである。人口1万から10万都市における人口増加率はあまり高くない。一方、人口10万以上の都市の増加率は高く、この規模の都市への集中傾向が顕著となっている。

表Ⅱ-8：都市人口の推移

年次	都市人口(人)	比率(%)
1927	3,305,879	24.2
1935	3,802,642	23.5
1940	4,346,249	24.4
1945	4,687,102	24.9
1950	5,244,337	25.0
1955	6,927,343	28.8
1960	8,859,731	31.9
1965	10,805,817	34.4
1970	13,691,101	38.5
1975	16,869,068	41.8
1980	19,645,007	43.9
1985	26,865,757	53.0

図Ⅱ-7：都市人口の推移



資料) Census of population by administrative division, 1985.

表Ⅱ-9：都市規模別人口

人口規模	1975	1980	1985	75-85年平均 増加率(%)
10,000 以下	1,781,857	1,729,691	1,572,667	-39.60
10,001 ~ 25,000	2,371,436	2,617,861	2,915,218	20.60
25,001 ~ 100,000	4,229,515	4,800,203	5,588,626	27.90
100,001 ~ 500,000	6,574,736	7,862,102	10,889,572	50.50
500,001 以上	1,911,524	2,635,150	5,899,674	112.70
都市人口	16,869,068	19,645,007	26,865,757	46.50

資料) Census of population by administrative division, 1985.

2. 人口動態の推移

a. 出生力水準の推移

1) 普通出生率

出生データに関しては、登録制度が十分に機能していないこと、特に後進的といわれる東南地域におけるデータの信頼性が低いことから、現在登録制度による出生データを得ることを中止している。従って、現段階の出生率は、厚生省で集計された出生データ、その他の標本抽出調査による推計により求められている¹⁾。

従って、現在の出生数に関するデータは入手していないが、国連統計年鑑による1980年近傍の出生数は表Ⅱ-10に示す通りである。

国連推計による普通出生率の時系列変化は図Ⅱ-8に示す通りである。出生率は低下傾向を示しているものの、1985-90年現在における普通出生率は30%を超える高い水準を示している。図には同時に国家計画庁によって推計された結果を示した。(尚、参考としてそれぞれの数値を表Ⅱ-11に示した。)

2000年にむけての推計についてはSPOの推計値の方が下回っている。SPOの推計は今後の出生率低下についての目標値も考慮された推計である。すなわち、推計の基準として、現在、最も出生率の低い西部地域の出生率を基準としており、2000年における出生率がこの水準に達することを目標として、推計されている。²⁾

すでに述べた通り、出生率については正確な統計を得ることは現時点では不可能であるが、センサスから得られる年齢別、生存子供数別女子人口および出生力の代理指標として婦人・子供比率を算出する資料としての男女別各歳別人口は表Ⅱ-12に示す通りである。
注)

1) Prime Ministry State Institute of Statistics での聴取による。

2) Tuncer Kocaman (Expert at SPO), Structure of Turkish Population, Policy and Future Prospects, 1987.

表Ⅱ-10：出生数，出生率（‰）

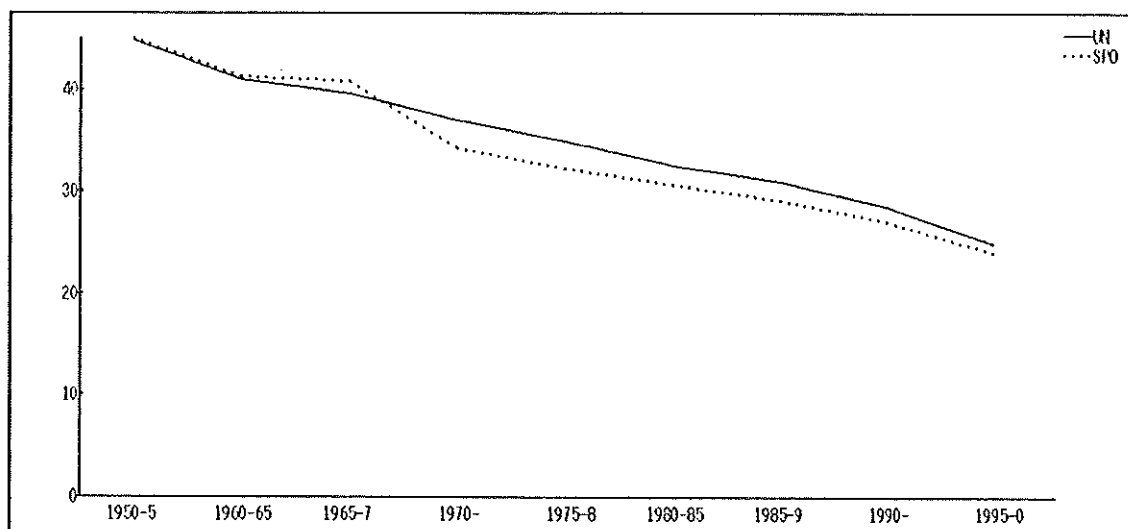
年次	1978	1979	1980	1981
出生数 ¹⁾	2,040,218	1,075,285	1,077,000	1,062,238
出生率		32.3 ²⁾		22.4

注1) 登録データについては不完全データ(90%未満)とみなされるデータである。

注2) 国連推計部による1975-80年の推計

出所) 世界人口年鑑 1982年

図II-8: 普通出生率の推移



出所) UN: United Nations, World Population Prospects: Estimates and Projections as assessed in 1982, New York, 1985.

SPO: 1955-60 年はF.Karaday による推計、1960-80:SPO 推計を用た。Sosyal Planlama Baskanligi, Sosyal Yapi-1 Turkiye'de Nufus Yapisindaki Gelismeler ve Uluslararası Karsilastirmalar, 1986.

1985-2000 年:Tuncer Kocaman(Expert at SPO), Structure of Turkish Population, Policy and Future Prospects, 1987.

表II-11: 出生率の推計値

年次	出生率の推計値 (%)								
	1950-55	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-2000
国連推計 ¹⁾	44.9	41.0	39.6	37.0	34.9	32.5	30.9	28.5	25.0
F.Karaday ²⁾	46.7	45.0	41.2	38.4	-	-	-	-	-
D.P.T. ³⁾	-	-	41.3	40.8	34.2	32.2	-	-	-
Kocaman ⁴⁾	-	-	-	-	-	30.6	29.1	27.1	24.1

出所) 1: United Nations, World Population Prospects: Estimates and Projections as assessed in 1982, New York, 1985.

2.3.:Sosyal Planlama Baskanligi, Sosyal Yapi-1 Turkiye'de Nufus Yapisindaki Gelismeler ve Uluslararası Karsilastirmalar, 1986

4.:Tuncer Kocaman(Expert, SPO), Structure of Turkish Population, Policy and Future Prospects, 1987

表 II - 12 年齡別・男女別人

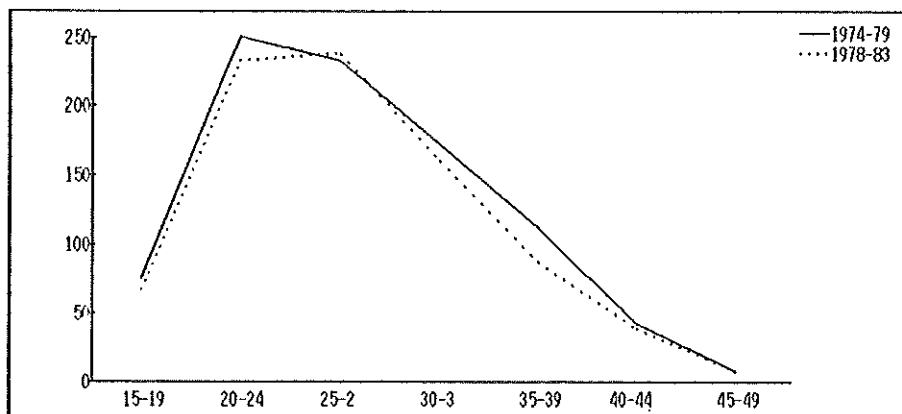
		A. Toplam B. Erkek C. Kadın — A. Total B. Male C. Female					
		Sayım yılı — Census year					
		1975			1980		
Yaş — Age		A	B	C	A	B	C
Toplam — Total		40 347 719	20 744 730	19 602 989	44 736 557	22 695 352	22 041 205
0—4	.....	5 701 249	2 917 461	2 783 788	5 950 823	3 050 769	2 900 054
0	.....	1 267 197	625 005	642 192	1 060 175	541 653	518 522
1	.....	916 789	494 835	421 954	1 057 372	549 602	507 770
2	.....	1 128 208	694 834	433 374	1 259 119	644 677	614 442
3	.....	1 149 869	679 076	470 793	1 259 822	637 955	621 867
4	.....	1 239 388	633 842	605 544	1 314 135	676 682	637 453
5—9	.....	6 380 116	2 789 870	2 620 235	5 970 478	3 062 688	2 907 808
5	.....	1 115 665	670 868	544 939	1 252 711	645 492	607 219
6	.....	1 048 951	631 744	515 207	1 155 119	608 676	546 443
7	.....	1 128 639	694 014	614 665	1 259 519	638 310	621 209
8	.....	1 148 670	695 918	652 744	1 278 463	651 627	626 836
9	.....	939 930	487 270	452 660	1 044 654	638 653	605 991
10—14	.....	5 248 839	2 600 002	2 448 837	5 502 813	2 869 819	2 632 994
10	.....	1 334 851	706 661	627 930	1 279 809	662 457	617 352
11	.....	985 960	637 328	446 852	988 428	517 648	470 780
12	.....	1 056 937	671 215	485 722	1 147 167	603 976	643 191
13	.....	983 420	612 082	451 358	1 012 687	624 041	488 626
14	.....	907 851	472 738	435 115	1 026 842	661 757	615 085
15—19	.....	4 284 459	2 232 661	2 031 838	4 567 307	2 582 865	2 404 442
15	.....	1 051 333	547 235	604 038	1 142 842	634 663	648 179
16	.....	855 920	438 191	417 735	1 071 863	653 445	618 418
17	.....	731 893	370 174	381 809	913 655	478 944	446 711
18	.....	944 471	482 799	481 672	1 027 188	635 274	616 814
19	.....	660 266	394 162	286 624	751 759	402 639	349 220
20—24	.....	3 632 144	1 857 034	1 674 610	4 049 679	2 073 844	1 975 835
20	.....	1 202 371	580 238	622 135	1 217 614	582 040	635 574
21	.....	633 305	310 881	227 424	669 210	389 608	289 604
22	.....	658 300	343 709	312 694	738 273	386 971	369 802
23	.....	612 446	337 471	274 876	652 368	340 723	311 593
24	.....	622 722	285 340	237 382	774 218	414 254	359 482
25—29	.....	2 832 682	1 486 652	1 348 030	3 376 328	1 719 181	1 656 146
25	.....	460 697	269 458	211 139	1 010 648	470 203	439 443
26	.....	516 851	288 603	228 848	690 839	383 728	327 611
27	.....	463 247	264 917	218 330	653 884	317 160	278 534
28	.....	514 238	270 611	243 617	631 935	322 899	309 058
29	.....	338 959	182 663	146 098	448 222	245 161	203 041
30—34	.....	2 284 771	1 178 659	1 116 102	2 694 716	1 373 541	1 321 174
30	.....	959 804	441 015	418 789	958 390	441 453	416 937
31	.....	289 679	171 103	138 478	438 212	260 202	185 516
32	.....	367 207	198 842	170 265	601 169	261 665	239 494
33	.....	374 193	204 294	189 699	422 084	221 828	200 260
34	.....	303 888	165 315	138 873	378 855	197 893	180 962
35—39	.....	2 139 659	1 040 819	1 038 730	2 188 081	1 078 798	1 109 283
35	.....	801 769	354 816	446 954	899 277	309 268	350 009
36	.....	337 054	178 674	160 430	404 250	207 487	195 763
37	.....	314 177	172 089	162 091	351 682	182 341	188 741
38	.....	400 081	194 412	205 669	440 232	216 372	223 860
39	.....	268 478	142 892	123 688	302 740	162 330	140 410
40—44	.....	2 148 189	1 091 915	1 054 284	2 058 948	988 818	1 069 130
40	.....	654 877	344 061	310 818	752 285	304 114	448 171
41	.....	271 176	161 781	109 395	294 807	164 118	130 689
42	.....	410 168	238 817	171 249	385 223	203 038	192 125
43	.....	344 619	198 927	147 692	322 883	169 681	152 602
44	.....	265 381	150 229	116 132	291 848	147 607	144 241
45—49	.....	1 683 685	881 216	802 470	2 007 755	1 043 459	964 296
45	.....	269 970	169 126	160 446	645 884	218 230	326 134
46	.....	257 230	145 079	112 141	343 711	189 981	153 750
47	.....	244 861	137 270	107 691	416 022	243 673	172 349
48	.....	298 258	162 069	136 189	420 814	227 659	192 765
49	.....	213 876	127 672	86 004	281 744	163 038	118 708
50—54	.....	1 341 677	676 681	664 936	1 729 260	862 109	867 151
50	.....	634 249	294 096	400 163	641 627	284 968	356 659
51	.....	173 244	106 434	86 810	249 844	143 970	105 874
52	.....	187 560	108 870	78 596	302 683	161 491	141 172
53	.....	158 600	93 378	85 224	276 349	151 699	124 653
54	.....	128 018	73 805	64 213	258 727	139 768	116 941
55—59	.....	767 148	382 853	384 235	1 160 828	692 130	568 498
55	.....	381 614	168 241	203 690	435 443	180 827	254 616
56	.....	116 023	64 639	61 490	230 087	127 208	102 879
57	.....	90 848	60 831	39 617	174 224	87 560	77 364
58	.....	111 144	67 493	63 651	191 018	101 680	89 338
59	.....	87 619	51 742	36 777	129 358	75 055	54 303
60—64	.....	1 083 873	535 632	648 341	782 661	376 309	417 352
60	.....	678 718	240 268	338 450	352 834	139 439	213 395
61	.....	119 344	74 163	46 191	100 804	67 744	43 050
62	.....	138 336	80 603	67 833	104 283	55 235	48 648
63	.....	137 687	77 816	69 772	116 869	69 984	66 925
64	.....	111 888	62 793	49 096	117 851	62 427	55 424
65 +	.....	1 853 261	850 652	1 002 609	2 113 247	855 360	1 187 887
Bilinmeyen — Unknown	.....	78 028	52 264	25 764	167 440	88 652	80 788

source) Prime Ministry State Institute of Statistics, Statistical Yearbook of Turkey 1987.

2) 出生力水準

出生力の水準に関してさらに、合計出生率をみてみると、1974 - 79年から1978 - 83年の2時点間において、4.61から4.17へ低下している。この2時点についての年齢別出生率の比較は図II-9に示す通りである。図で明らかなように、25 - 29歳年齢階級を除き各年齢階級において低下傾向が観察される。特に30歳台後半に低下傾向がみられる。

図II-9：年齢別出生率の比較



資料) Institute of Population Studies, Hacettepe Univ., 1983 Turkish Population and Health Survey, 1987.

3) 家族計画へのモチベーション

表II-13に、家族計画のモチベーションの一つとして、既婚女子に関して、地域別に、現存子供数と希望子供数を示した。家族計画実行のためのモチベーションは次のように考えられる。

平均現存子供数 - 希望子供数 < 家族計画のモチベーション < TFR - 希望子供数 TFR, ANCS, ANCD は東部地域において最も高い。これは、再生産年齢終了期までに希望する子供数を達成するため、低い子供の生存率を補う形で出産行動が継続しているためであると考えられる。しかしながら、各地域において、合計出生率と希望子供数との差、および現存子供数との差がそれぞれ観察されることから、家族計画へのモチベーションは形成されつつあると考えられる。

表II-13：合計出生率，平均生存子供数，平均死亡子供数，希望子供数

地域	合計出生率 (TFR)	平均現存子供数 (ANCS)	平均死亡子供数 (ANCD)	希望子供数 (ANCW)	TFR-ANCW	ANCS-ANCD
西部	2.68	2.37	0.40	2.36	0.32	0.01
南部	4.59	3.30	0.64	2.94	1.65	0.36
中央部	4.01	3.10	0.80	2.60	1.41	0.50
北部	3.88	3.25	0.73	2.68	1.20	0.57
東部	6.52	3.92	0.98	3.32	3.20	0.60
全国	4.05	3.04	0.67	2.61	1.44	0.43

資料) Institute of Population Studies, Hacettepe Univ., 1983 Turkish Population and Health Survey, 1987.

b. 死亡率の推移（普通死亡率／周産期死亡率／新生児死亡／乳幼児死亡・妊産婦死亡）

国家統計局では、死亡統計についても出生統計と同様に届出もれが多く、死亡率が実際よりも低い数値を示していることが、指摘されている。法律によれば『埋葬許可証』が義務づけられているが、大部分の県および郡では実施されていない¹⁾。従って、死亡率関連統計に関しては、各推計結果及び標本調査結果を中心として説明する。

表Ⅱ-14に示したのは、国連統計に示された2000年までの普通死亡率、乳幼児死亡、平均余命である。死亡率に関して、成人の死亡率は既に低下しており、今後の低下速度はゆるやかになると思われるが、乳児死亡率に関しては急速な改善が期待されている²⁾。このような動向を反映し平均余命も延びている。

年齢別死亡については0歳、1-4歳、5-14歳、15-24歳、25-34歳、35-44歳、45-54歳、55-64歳、65歳以上の各年齢階級についての死亡数が集計されている。但し、年齢階級別人口については、最も新しい統計が1980年センサスによるものなので、表Ⅱ-15には1980年の年齢別死亡率を示した。

表Ⅱ-16は、1980-82年における標本調査による新生児死亡、乳児死亡についての地域格差を示したものである。後述の『Ⅲ. 保健医療サービスの現状』において説明するが、医療関連の水準については東部地域は著しく遅れている。また、『人口家族計画の指標』においても示すが、施設分娩の比率が他の地域と比較して低いこと等も高い乳児死亡率の原因となっていると考えられる。

図Ⅱ-10に示したのは、1972-77年と1979-82年の2時点間における新生児死亡率と後期乳児死亡率に関する変化である。乳児死亡率に関しては、先天的なものと後天的なものに分類されるが、早期新生児死亡に関しては、先天的なものが多い。これに対し、生存期間が長くなると、感染症または事故による死亡が増加するが、その防止は比較的容易である。従って、乳児死亡に関しては、まず、後期の乳児死亡から改善されることになる。図Ⅱ-10で明らかなように、2時点間の比較をすると、後期乳児死亡が周産期死亡と比較し、低くなっている傾向がみられる。また、地域間でみると最も乳児死亡率の低い西部地域においては後期乳児死亡率の比率は、周産期死亡率より低くなっている。

妊産婦死亡については、次の『死因』の項で述べるが、現在入手している資料は死亡統計と同様のものである。表Ⅱ-17に示したのは、妊娠、分娩および産後よく熱の合併症、合併症の記載のない分娩による年齢別の死亡数を年次別に示したものである。

注) 1. State Institute of Statistics, Death Statistics 1986.

2. Tuncer Kocaman, Structure of Turkish Population, Policy and Future Prospects, 1987, p. 8.

表II-14: 死亡率與連指標

死 亡	1950-55	1960-65	1965-70	1970-75	1975-80	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00
普通死亡率(%)	17.515.0	13.6	11.7	10.2	9.0	7.9	7.0	6.3	
乳兒死亡率*	233	176	155	140	131	110	90	75	62
平均余命(年)	47.6	51.7	54.4	57.6	60.5	63.0	65.5	67.6	69.2

* 對出生1000
 出所) United Nations, World Population Prospects: Estimates and Projections as assessed in 1982,
 New York, 1985.

表II-15: 年齡階級別死亡率(1980年)

齡	年齡階級別人口(人)			年齡階級別死亡數(人)			年齡階級別死亡率(%)		
	男 子	女 子	計	男子	女子	計	男子	女子	計
0	541,853	518,322	1,060,175	17,353	14,196	31,549	3.20	2.74	2.98
1-4	2,508,916	2,391,532	4,900,448	3,389	2,988	6,377	0.14	0.12	0.13
5-14	5,932,547	5,540,742	11,473,289	1,784	1,210	2,994	0.03	0.02	0.03
15-24	4,636,709	4,380,277	9,016,986	2,573	1,287	3,860	0.06	0.03	0.04
25-34	3,092,702	2,977,339	6,070,041	2,840	1,351	4,191	0.09	0.05	0.07
35-44	2,067,616	2,187,411	4,255,027	3,393	1,736	5,129	0.16	0.08	0.12
45-54	1,905,568	1,831,447	3,737,015	7,178	3,122	10,300	0.38	0.17	0.28
55-64	967,439	975,850	1,943,289	8,757	4,310	13,067	0.91	0.44	0.67
65+	955,360	1,157,887	2,113,247	24,789	25,658	50,447	2.59	2.22	2.39
不明	86,652	80,788	167,440	1,217	931	2,148	1.40	1.15	1.28
合計	22,695,362	22,041,595	44,736,957	73,273	56,789	130,062	0.32	0.26	0.29

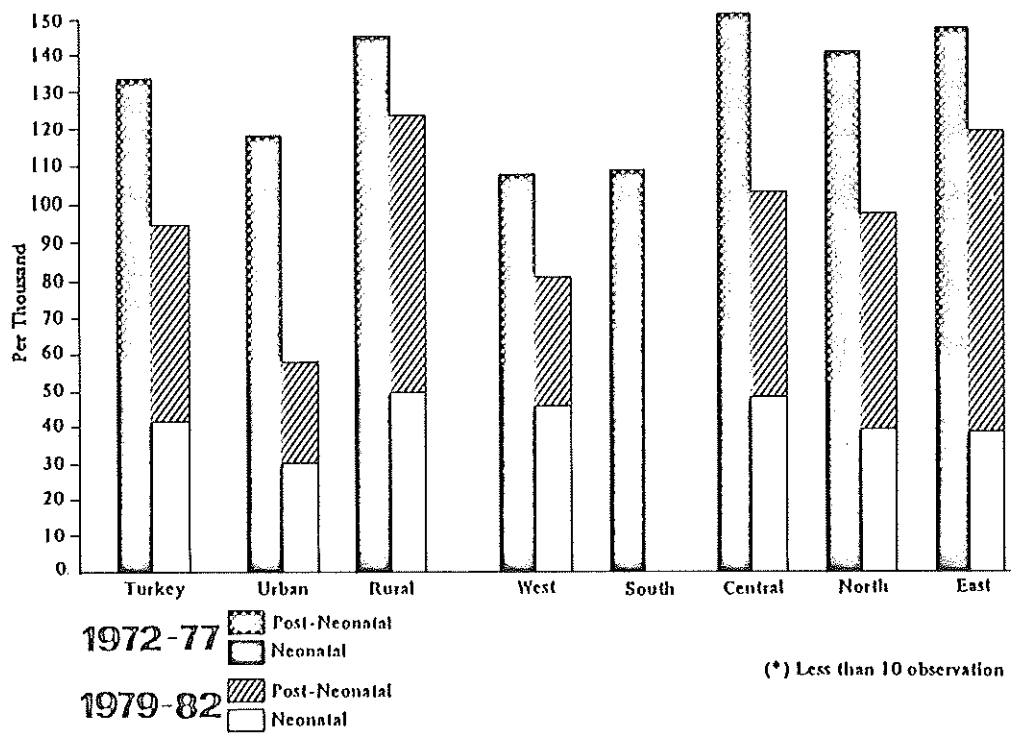
出所) Statistical Yearbook of Turkey 1987

表II-16: 地域別乳兒死亡率

地 域	新生兒死亡	後期乳兒死亡	乳兒死亡率
	(1-4週) %	(5-52週) %	(1年未滿) %
西 部	51.65	30.83	82.48
南 部	--*	--*	---**
中央部	50.01	47.63	97.64
北 部	52.14	60.31	112.45
東 部	46.54	90.83	137.37
全 國	47.88	52.68	101.57

注) * 死亡數10以下、 ** : 死亡數20以下

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



出所) Institute of Population Studies, Hacettepe University, 1983 Turkish Population and Health Survey, 1987.

表II-17: 年齢別、年次別死亡数

年次	15-24	25-34	35-44	45-54	不明	計
1979	14	29	21	7		71
1980	19	10	13	2	3	47
1981	18	28	15	6	7	74
1982	21	13	10		6	50
1983	21	22	11	2		56
1984	19	67	22	1		109
1985	24	55	18			97
1986	37	40	9	6	4	96

出所) Statistical Yearbook of Turkey, 1987.

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、分娩および産じょくの合併症、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):配偶關係別人口比率-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):配偶關係別人口比率-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

		(%)					
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 ^c	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、

- 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、
- 過去5年間の出生率の低下率12.88%が継続すると仮定、
- 1975-80年の出生力水準が継続すると仮定、
- 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	診療院の数
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

(単位: 10億TL、()内は%)

省名	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)
工社省	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性がある。

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。

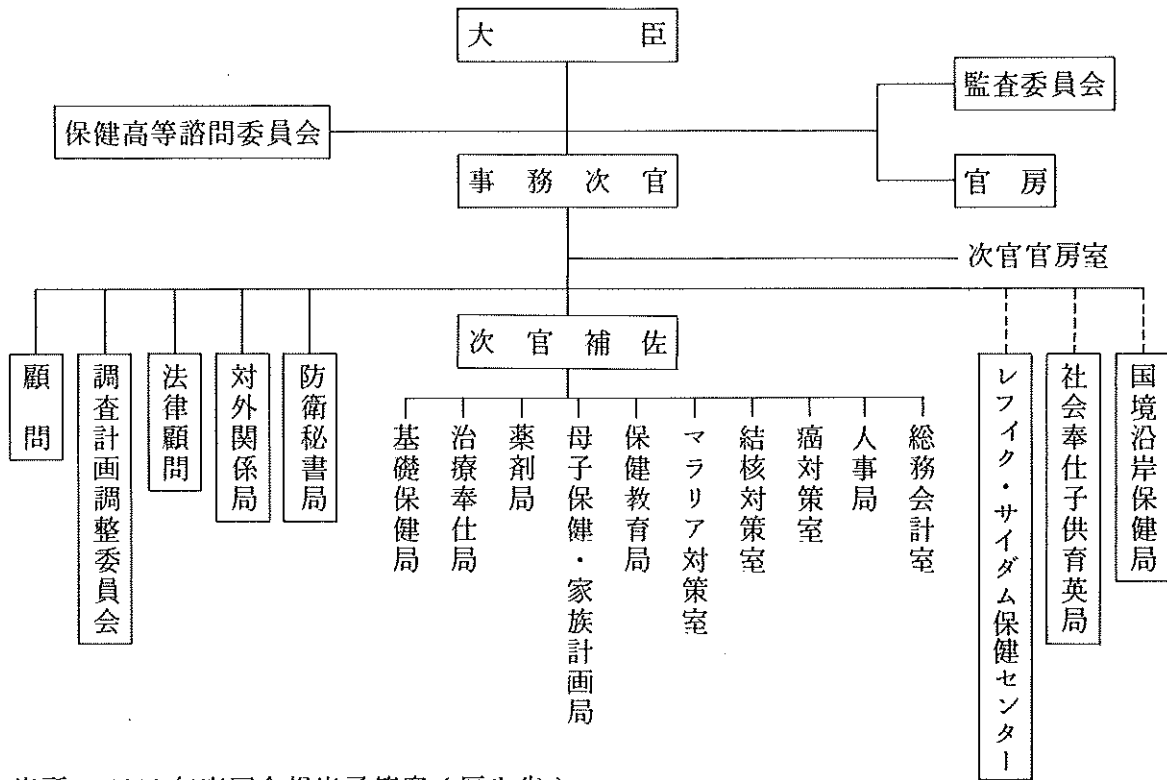
c. 市・郡レベル

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。

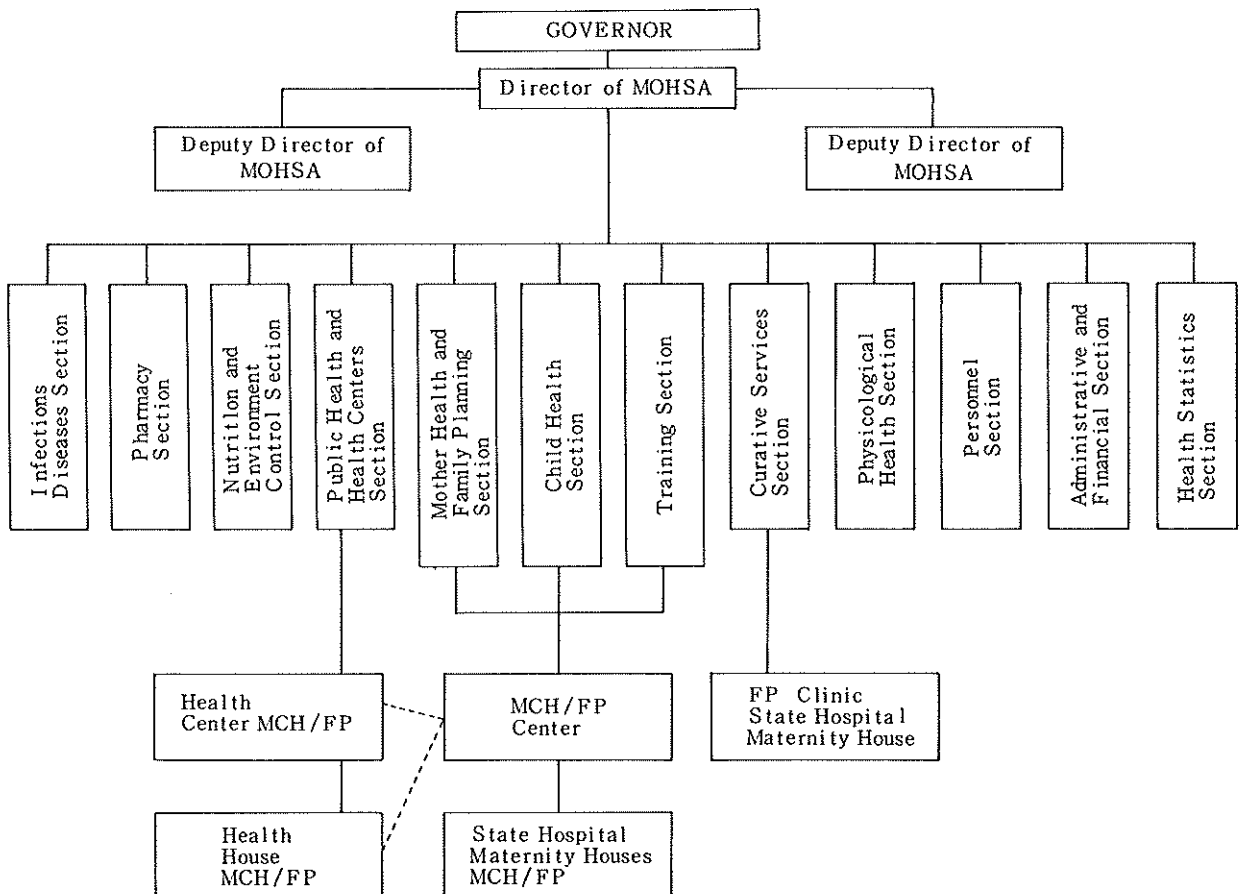
ヘルス・センターは、全国20の医学部と関係し、ヘルスセンター（医療機モデルの中では県レベルと市・郡レベルの合間に介在することになる）では、それぞれ受け持ち地域の世帯住民十数万人の患者カルテが完備されているが、この約一万人を対象とする地方のヘルス・ユニットでは、この個人ベースの患者カルテが存在していないようである。（ヘルス・センターについてはエティスメグット・ヘルス・センター所長、アンカラ大学のアクテペ（Aktepe）両センターからの聴取、ヘルス・ユニットについては1984年のAkedere, Sincan両ユニットの観察、および今回の保健省における聴取による）スタッフ不足により現在は、患者の診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

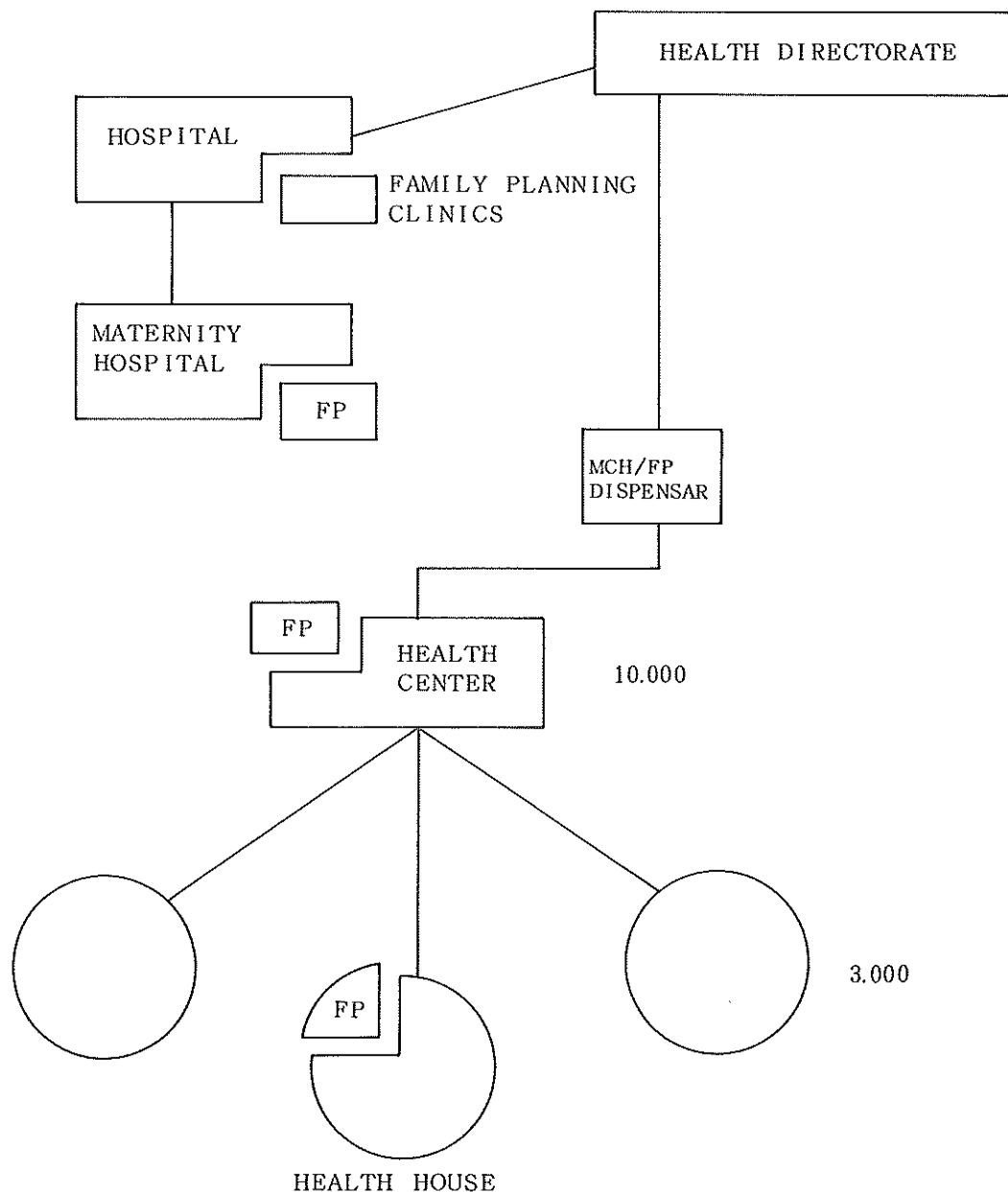
A. 医療従事者訓練

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	アノカ	3795	2703	4029	1279	996	11.5	8.2	12.2	3.9	3.0
W	イスタンブール	6955	3666	4950	1134	956	11.9	6.3	8.5	1.9	1.6
W	イズミル	2121	1344	2324	940	1107	9.2	5.8	10.0	4.1	4.8
W	イギジール	158	191	234	77	227	4.1	4.9	6.0	2.0	5.8
C	イスタンブール	268	205	528	145	194	4.5	3.4	8.8	2.4	3.2
W	イスタンブール	149	143	225	83	185	3.7	3.6	5.6	2.1	4.6
W	アムル	565	330	919	521	499	4.3	2.5	6.9	3.9	3.8
S	アタナ	586	499	778	239	624	3.4	2.9	4.5	1.4	3.6
E	イスタンブール	277	235	670	81	202	3.2	2.7	7.8	0.9	3.3
C	カイトリ	270	237	502	207	281	3.1	2.7	5.8	2.4	3.3
E	シグナス	163	251	378	113	250	2.1	3.3	4.9	1.5	3.2
C	イスタンブール	151	115	395	91	213	3.0	2.3	7.8	1.8	4.2
C	ウスハルカ	108	88	426	128	244	2.8	2.3	11.1	3.3	6.4
S	アノカ	240	200	369	159	362	2.7	2.2	4.1	1.8	4.1
W	チニスリ	216	111	315	185	292	3.2	1.7	4.7	2.8	4.4
N	アリクイン	25	82	148	44	205	1.1	3.6	6.5	1.9	9.1
N	イスタンブール	304	225	764	213	386	2.7	2.0	6.9	1.9	3.5
N	トラヴリン	196	176	508	133	331	2.5	2.2	6.5	1.7	4.2
W	アイトウン	243	105	456	204	314	3.3	1.4	6.1	2.7	4.2
W	カルクラレリ	66	75	143	56	155	2.2	2.5	4.8	1.9	5.2
W	イスタンブール	245	171	573	228	365	2.7	1.9	6.3	2.5	4.0
C	ビロシツク	15	54	82	44	91	0.9	3.4	5.1	2.7	5.7
S	ハタイ	267	158	287	101	331	2.7	1.6	2.9	1.0	3.3
S	ムラ	99	114	351	168	262	2.0	2.3	7.2	3.5	5.4
S	イチュル	306	119	542	157	353	3.0	1.2	5.2	1.5	3.4
W	チナツカ	77	102	232	123	199	1.8	2.4	5.6	2.9	4.8
C	コント	375	347	634	252	477	2.1	2.0	3.6	1.4	2.7
N	リベ	79	73	154	43	109	2.1	2.0	4.1	1.1	5.1
W	マニヤ	216	207	571	233	443	2.1	2.0	5.4	2.2	4.2
W	チカリト	152	97	243	139	227	2.5	1.6	4.0	2.3	3.7
S	チカドゥル	37	63	144	97	149	1.5	2.5	5.8	3.9	6.0
C	ウシトク	51	53	199	75	148	1.9	2.0	7.3	2.8	5.5
E	チンクル	36	64	102	73	100	1.4	2.4	3.9	2.8	3.8
E	チイトルバクル	127	223	532	157	147	1.4	2.4	5.7	1.7	1.6
E	チンシヨリ	9	49	97	26	111	0.6	3.2	6.4	1.7	7.3
S	カセアノツチ	210	149	363	96	163	2.2	1.5	3.8	1.0	1.7
E	ムラ	95	76	335	64	177	2.0	1.6	6.9	1.3	3.7
W	コジトリ	166	107	316	144	220	2.2	1.4	4.3	1.9	3.0
C	イヨフト	87	103	290	128	160	1.6	1.9	5.3	2.4	2.9
C	チンシヨル	31	66	114	45	120	1.1	2.4	4.1	1.6	4.3
E	イスタンブール	46	57	194	53	130	1.5	1.9	6.5	1.8	4.3
N	カスチス	57	94	266	98	162	1.3	2.1	5.9	2.2	3.6
N	シノ	30	64	132	42	118	1.1	2.3	4.7	1.5	4.2
N	ツンクルク	192	170	593	197	294	1.8	1.6	5.7	1.9	2.8
C	クシヒル	33	50	78	46	116	1.3	1.9	3.0	1.8	4.5
C	アマスト	51	60	201	59	185	1.4	1.7	5.6	1.6	5.2
E	マシトク	82	112	365	48	316	1.2	1.7	5.5	0.7	4.7
N	イスタンブール	62	86	277	91	267	1.2	1.7	5.5	1.8	5.3
C	アソソ	81	110	313	168	342	1.2	1.6	4.7	2.5	5.1
C	トカ	80	100	242	148	431	1.2	1.5	3.6	2.2	6.3
C	イスタンブール	65	92	290	120	190	1.1	1.5	4.8	2.0	3.2
C	イスタンブール	43	97	144	66	201	0.8	1.8	2.6	1.2	3.7
N	イスタンブール	90	107	419	150	326	1.2	1.4	5.5	2.0	4.3
E	ピンフォ	14	46	80	36	100	0.6	1.9	3.3	1.5	4.1
C	ニチ	51	86	162	59	188	0.9	1.5	2.9	1.1	3.4
E	イスタンブール	14	53	109	43	114	0.5	1.9	3.8	1.5	4.0
E	クルフ	71	108	188	87	191	0.9	1.4	2.4	1.1	2.4
E	カワマンマラン	74	110	239	109	391	0.9	1.3	2.8	1.3	4.7
E	カス	31	117	298	78	397	0.4	1.6	4.1	1.1	5.5
E	マルティン	23	103	164	70	136	0.4	1.6	2.5	1.1	2.1
E	アウットマン	29	52	134	66	158	0.7	1.2	3.1	1.5	3.7
E	アール	17	63	121	49	127	0.4	1.5	2.9	1.2	3.0
E	ビトリス	13	44	92	30	97	0.4	1.5	3.1	1.0	3.2
E	アツカリ	8	28	59	30	60	0.4	1.5	3.2	2.1	3.3
E	ウアン	46	57	191	57	148	0.8	1.0	3.5	1.0	2.7
E	シイル	22	68	163	57	157	0.4	1.3	3.1	1.1	3.0
E	ヒシ	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・センターを通過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た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幼児死亡率の低下、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法制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 indeveloping Countries Around the World 1984 / 85, PP. 522 - 523.

Environmental Problems Foundation of Turkey, Populationpolicy 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)

年次	(単位：1000TL)					
	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		母子保健 家族計画局 予算
1983	2,558,902,500	75,226,785	2.9	2,601,123	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

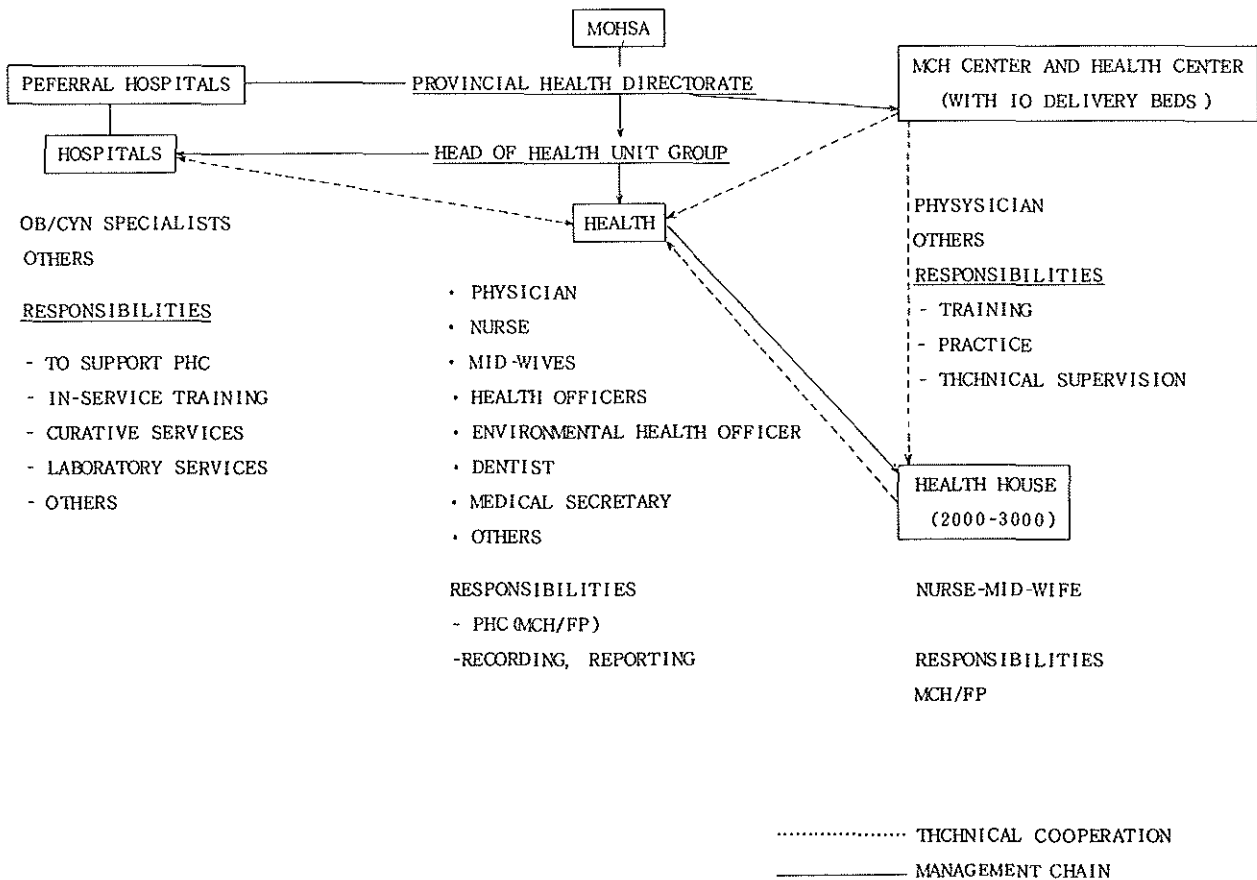
ヘルス・ユニットとヘルス・ハウスをてこに、医療サービスを山村僻地にまで浸透させるための組織化は、1961年1月の『保健サービス社会化法』によって始められた。第4次5カ年開発計画までの人口・家族計画政策を評価した調査によれば、4回の計画期を終了した1983年の段階で、この社会化過程は、家族計画については既に緩和期に入り、実行を上げるためには、これまでにない発想、計画立案の必要性を述べている。

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。

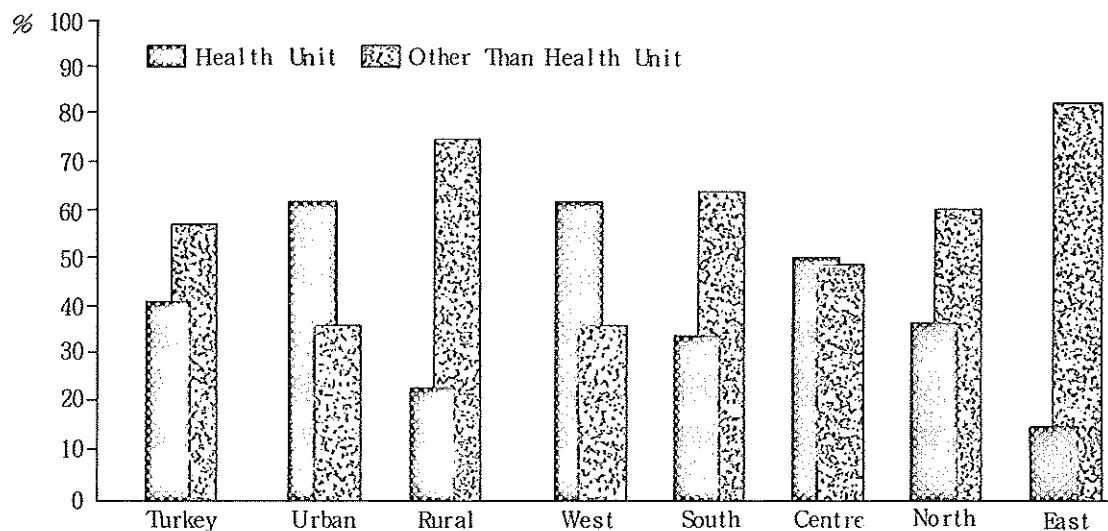
2. 人口家族計画分野の指標

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。

全国レベルで見ると出産の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、西部地域は高く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、高い乳児死亡率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公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.

e. 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・オズブ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。

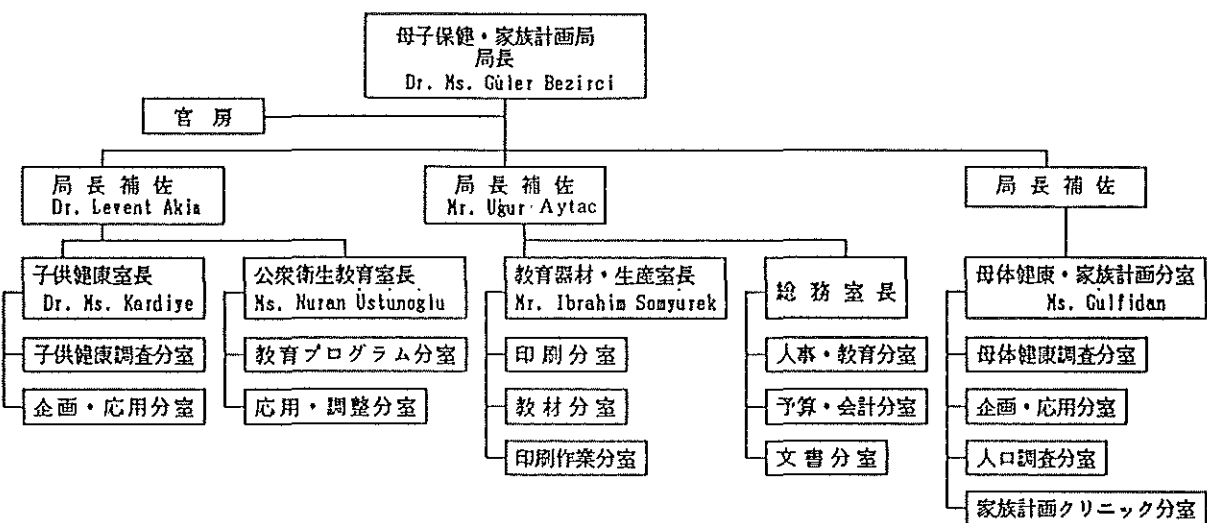
3. 人口家族計画分野の実施体制

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



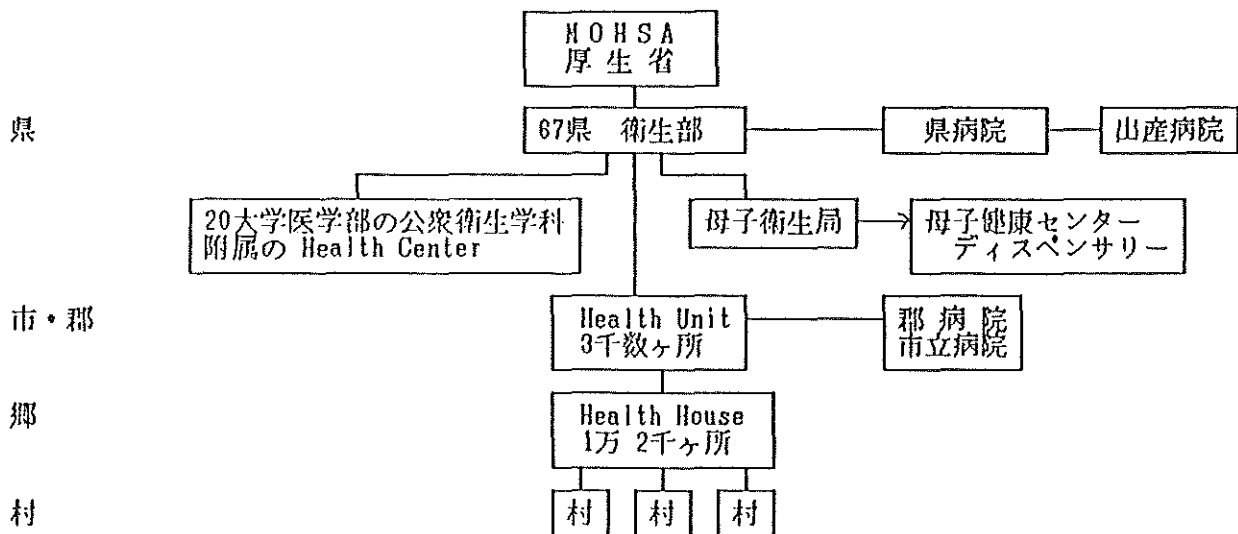
医療スタッフ拡充が急務である現行の厚生行政では、文部省との協力体制を密接にするほか、母子保健家族計画に関するプロジェクトの実施にあたっては、総理大臣直轄であるSPO・社会計画局、国家統計局人口統計局、科学技術庁、宗教庁、基金運営庁が参入することが予想される。

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 Fundation 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, VN I C E F 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, 主としてハジエテペ大学人口研究所によるセンサス間一末尾が 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 Corporation 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 ₂ 外	政府 WHO UNFPA UNICEF	東部17県
2	Turkish FP campaign	1987.5-1988.6	b 単独加 ₂ 外	TFHPP JHU.	全国
3	Endoscopy Programme for OB/GYN	1980-	f 単独加 ₂ 外	厚生省 JIPIEGO	*
4	Family Planning Training for Midwives at School & Village	1983-	f 単独加 ₂ 外	厚生省 Pathfinder Fund	* 2県
5	FP Education for Industrial Workers	期間記載なし	a 単独加 ₂ 外	UNFPA ILO FPAT	*
6	FP Education for Religious Leaders	期間記載なし	a 単独加 ₂ 外	FPAT	*
7	Woman to Woman Project	1985.1-	a 単独加 ₂ 外	IPPF SIDA FPAT	*
8	Integrated Child Survival & Development in Poor Urban Neighbourhoods in Turkey	1988-1992	a c 複合加 ₂ 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 ₂ 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。
 TFHPP: Turkish Family Health & Planning Foundation.
 JHU: John Hopkins University
 JIPIEGO: 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あったので表に加えた。

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・ネシベ保健大学	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

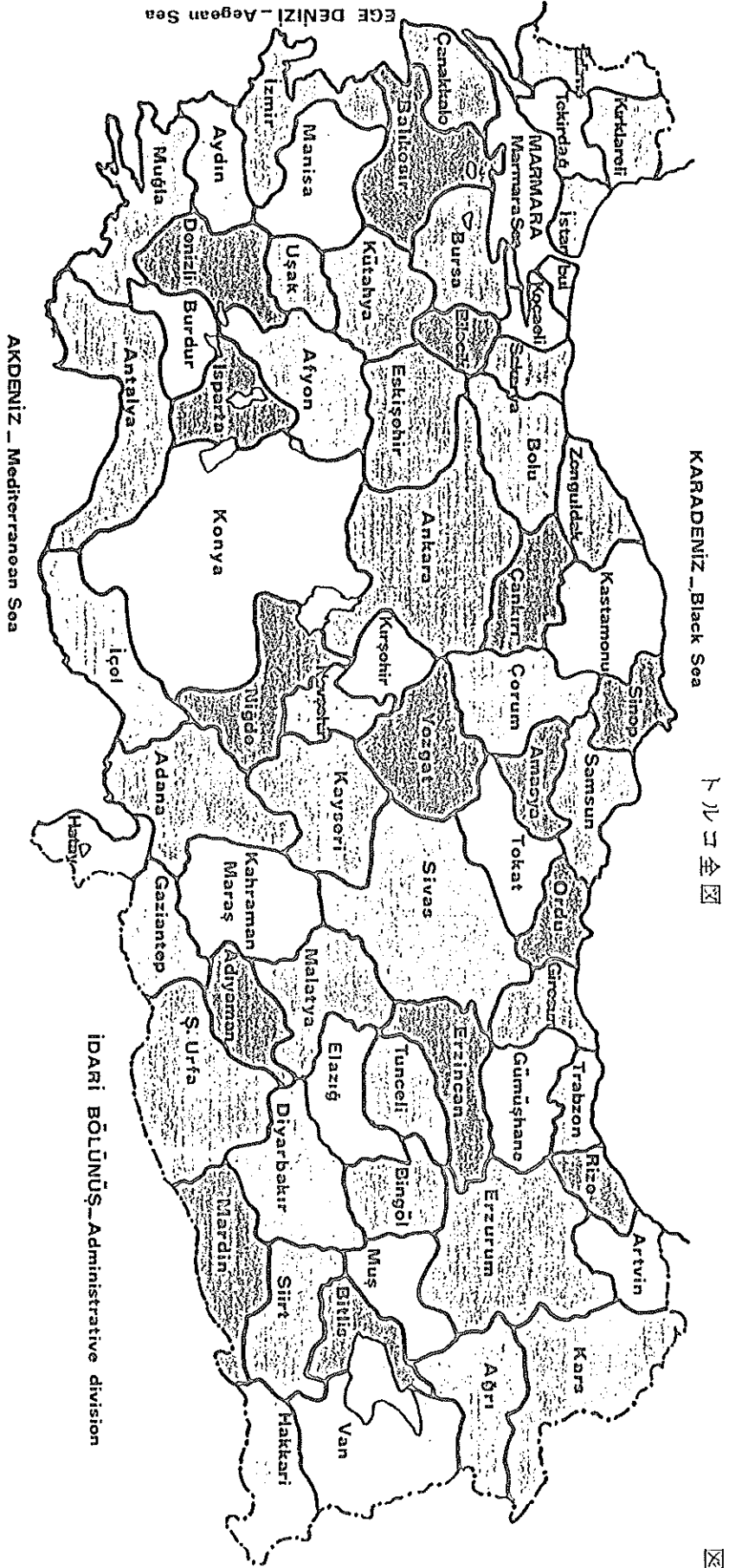
出所) UNFPA, Population Programmes and Projects, Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World, 1986-87, ドラフト

人口関連分野の国際機関援助

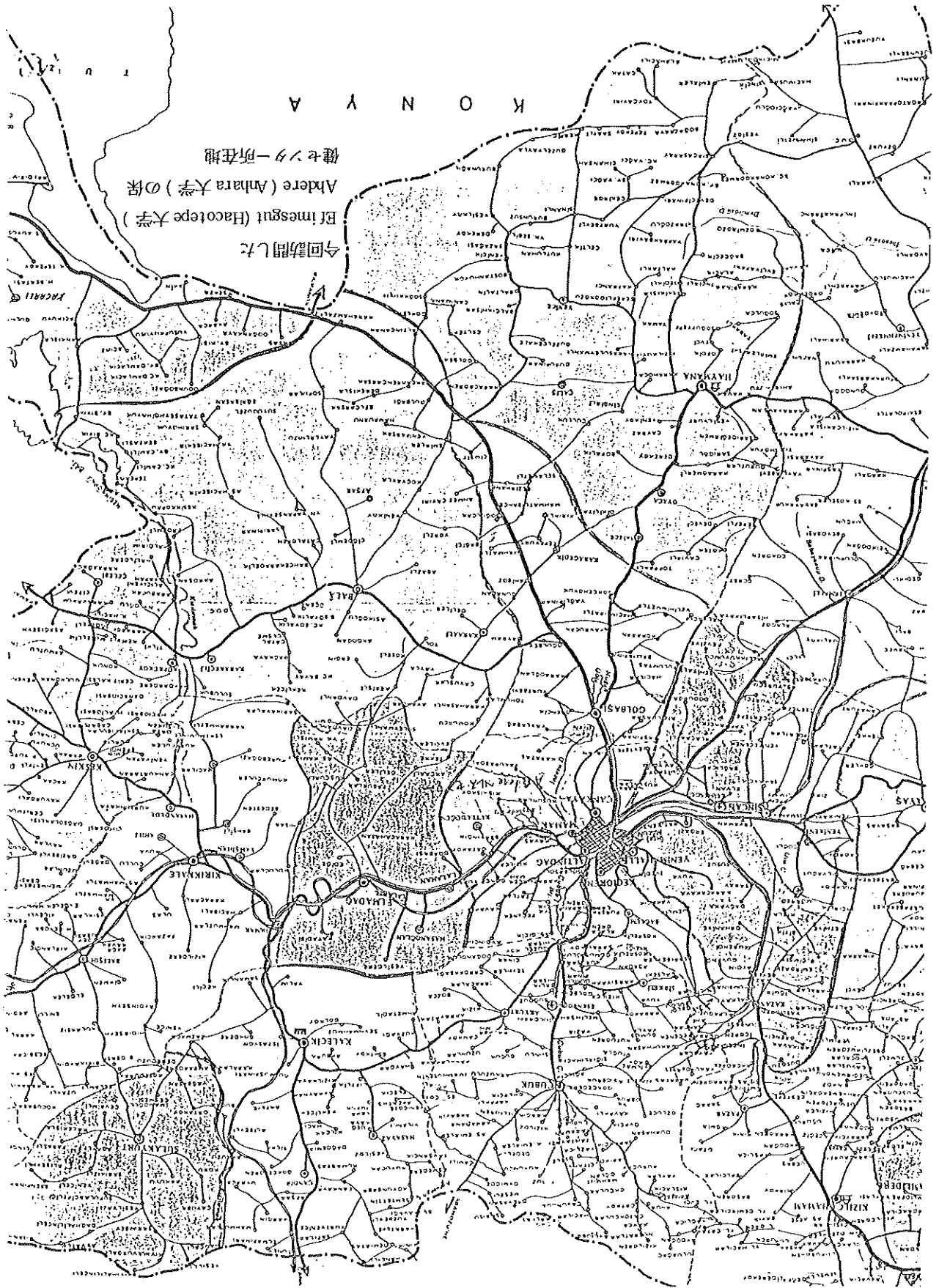
プロジェクト名	主な援助機関	カウンターパート	援助期間	予算額	
人口・住宅センサス (訓練・技術・アドバイス)	国連	人口計画局	1979-	1986までの累積額 \$1,545,897 1987予算 \$17,650	
学校外教育 (人口に関する成人教育)	UNESCO UNDP	文部省	1983-	1986までの累積額 \$37,578	
17県MCH/FP総合プロジェクト (医療要員訓練)	WHO/UNFPA/ UNICEF	N. S.	1984-	1986 政府 :\$507,983 UNICEF:\$192,099 UNFPA :\$428,517 WHO :\$ 93,006	1987 \$98,099 \$76,422 \$55,396
工場労働者のための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	Tuek-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・ホブキ 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

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

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.

Training, Education and Implementation Services
Relating to Population Planning

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.

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 women'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 undertaken 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