

家族計画プログラムと女性の人権

——インドネシア及び東ティモールの事例を中心に——

古 沢 希代子

1. はじめに～人口政策に人権の視点を

1994年9月、エジプトのカイロで国連主催の「国際人口開発会議」が開催される。1995年には北京で「国連世界女性会議」が開催され、1992年の「国連環境開発会議」、1993年の「国連世界人権会議」と、国際社会にとってきわめて重要なテーマが、「冷戦後の仕切り直し」のごとく連続して議論されることになる。

これらの会議における議論は相互に密接な関連をもっているが、人口の会議の直前に人権の会議が開催されたことは重要である。なぜなら、人権という考え方は人口という「マス」(総計)の議論に「個」の視点を持ち込むからである。今回の人権会議には世界中から非常に多くの女性団体が参加し、本会議でステートメントを発表したりロビー活動を行なった。彼女たちは、従来の男女関係や政府の人口政策において負担を強いられてきた女性が、「自らの身体に関する自決権(自己決定権)」を回復する必要性を主張し、また80年代の市場メカニズム及び経済成長万能主義にもとづく開発理論が「人間への投資」を軽視し、栄養、健康、教育に対する女性のニーズは満たされなかったことを指摘した。⁽¹⁾

その結果、人権会議の最終文書である「ウィーン宣言」では、II. B. 第3章「女性の平等な地位及び権利」が強化され、「女性が身体的及び精神的健康を享受することの重要性を認識」し「男女の平等に基づき、利用しやすくかつ十分なヘルスケア及び広範囲な家族計画サービス、並びにあらゆるレベルの教育への平等なアクセスに対する女性の権利」も確認された。⁽²⁾

女性の権利がいまだに確立されておらず、一方、避妊ワクチン⁽³⁾や堕胎薬⁽⁴⁾などの新しい生殖コントロール技術が次々と生み出されている現在、9月の人口会議において、政府による家族計画プログラムが総括され、プログラムの推進において女性

の人権を保障する具体的施策が打ち出されることが望まれる。⁽⁵⁾ 本稿ではこれらの作業の一端として、インドネシアと1975年以来インドネシアの軍事占領下にある東ティモールにおける家族計画事業を取り上げたい。

2. インドネシア政府の家族計画プログラム

(1) 歴史的経緯

インドネシアの人口は、現在約1億8千万で世界第5位である。このインドネシアにおいて、組織的な家族計画事業が開始されたのは、1952年12月に、ジョクジャカルタで家族福祉協会（Yayasan Kesejahteraan Keluarga）が組織されたことによる。その後活動は、ジャカルタ、バンドゥン、スマランなどの都市にひろがった。高い乳幼児死亡率と妊産婦死亡率、そして多産による女性の負担を深刻に受けとめた医師たちは、出産の間隔をあけるようにアドバイスを行なった。⁽⁶⁾ 1957年にはインドネシア家族計画協会（Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia）が設立され、健康チェック、不妊問題の相談、とともに家族計画の情報・サービスの提供が行なわれた。⁽⁷⁾ しかし、当時のスカルノ大統領が掲げた政治的、経済的、外交的目標が人口拡大政策に結びついたため、⁽⁸⁾ 協会の活動を取りまく環境はきわめて厳しいものであった。⁽⁹⁾

1965年の9・30事件（共産党のクーデター未遂、関係者の虐殺、非合法化）後、スハルト将軍が政権を握ると、インドネシアの政策は一変し、外資導入や西側諸国の援助による経済開発が開始された。家族計画に関する政策も一変した。人口と生産力の発展にバランスを取るため、出生率は削減されるべきとされ、「人口及び家族計画プログラム」は「幸福で豊かな小家族」という考えか方とともに国家開発の一部と位置づけられた。⁽¹⁰⁾

1968年に組織された政府系の国家家族計画協会による試行の後、70年、初めて政府の公式機関として国家家族計画調整委員会（BKKBN : Badan Koordinasi Keluarga Berencana National）が設立され、72年には大統領直属の機関になった（第33号大統領令）。78年、BKKBNの強化令が出され（第38号大統領令）活動は全州に拡大した。⁽¹¹⁾ BKKBNは現在、26州と東ティモールに州事務所を設け、その下に、300以上の県事務所を置き、さらに3,350以上の郡事務所にはPPLKB（家族計画指導員スーパーバイザー）を、村にはPLKB（家族計画指導員）を配置し、家族

計画に関する広報・教育・コミュニケーション活動を行なっている。避妊薬や器具の供給は、原則的に無料で病院・家族計画クリニック・車による家族計画移動クリニック、家族計画指導員・村の避妊具供給センターを通じて行なわれ、個人の開業医・開業助産婦にも協力を求めている。⁽¹²⁾ この結果、1970年と90年を比較すると、避妊を行なっている既婚者の割合は10%から45%へ上昇し、出生率は1970年の43/1000から28/1000へ低下した。⁽¹³⁾ 新規避妊実行者の獲得目標達成率は1989年で114.7%、90年で93.5%である。⁽¹⁴⁾ 1989年、スハルト大統領は「自発的家族計画によって人口増加率の抑制及び乳幼児死亡率の低下を成功させた功績」により、国連人口基金より国連人口賞を受賞した。

(2) 家族計画プログラムと人権

インドネシアの家族計画に対する一般的評価は、「相対的に穏やかな方法で推進され高い効果を達成している」ことである。根拠としては、卵管や輸精管の結紮といったいわゆる不妊手術を強力に推進しないこと、避妊の方法については広範囲の可能性から自由に選択できる「カフェテリア方式」であること、子供の数については「ふたりで充分」がキャッチフレーズとなっているが、まもられない場合にも経済的制裁はないことなどがあげられる。また、第4次5ヵ年開発計画（1984～89年）において、乳幼児死亡率と出生率の低下のための戦略として、POSYANDU（村のボランティアによって運営される保健総合サービスセンター。1985年の大統領令によって開始。母子保健、予防接種、家族計画、下痢症対策、栄養改善指導などを統合して行なう。運営の中心はLKMD：村の指導者と社会組織の長から構成される開発支援組織、及びPKK：群長や村長夫人が会長をつとめる婦人組織）が推進され、家族計画がプライマリーヘルスケアと統合された⁽¹⁵⁾ ことも指摘される。

しかしこれらポイントは慎重に検討される必要がある。まず避妊方法に関してであるが、インドネシアでは長期間有効な避妊方法としてIUD（子宮内リング）や黄体ホルモンの注射やインプラントタイプ（上腕部に埋め込まれる黄体ホルモン含有シリコンチューブ）などが推進されており、女性にとってこれらが精神的・身体的に「穏やかな方法」であるかどうかは疑問である。次に、推進のしかたに関しては、家族計画に関係する公然・非公然の強制、方法の限定、避妊に関する事故の発生についての訴えが続いている。数年前、オランダ政府はこれらを取りあげ、インドネシア政府との関係を悪化させる一因ともなった。⁽¹⁶⁾

これらの問題は公式資料にあらわれないため、量的に実態を把握することは困難

であるが、インドネシアのNGOその他によるファインディングをもとに家族計画プログラムの構造的問題点をさぐってみたい。

①目標値達成のための巨大な管理機構

インドネシアの家族計画プログラムは住民の社会関係すべてをまきこんだ巨大なマシンのようなものである。

調整されるべき産児数の目標値は国家開発5ヵ年計画の人口増加シュミレーションによって設定され、BKKBNを中心にプログラム参加者（継続実行者の維持及び新規実行者の獲得）の目標値が決まる。その目標値は各州ごとにふりわけられ、県、郡、村へと下ろされる。⁽¹⁷⁾同時に避妊方法の内わけに関する目標も設定される。BKKBNは既存の官僚組織と密接な関係を持っている。1974年以来、地方行政（州、県、郡、村）の長はその他の開発計画と同様に家族計画の進展に責任をおうこになり、州知事、県知事、郡長はそれぞれBKKBNの州本部、県本部、PPLKBの責任者となった。⁽¹⁸⁾その結果、必然的に村長の妻が組織するPKKや村の社会組織の指導者によるLKMDは村レベルの家族計画推進を助けることになった。PLKBは日常的に村の個別調査を実施し、どの家がどのような種類の家族計画を実施しているかということまで把握する。⁽¹⁹⁾PLKBの日常業務は上級組織によって監督され、目標数の達成度は村、郡、県、州へ定期的に報告される。ポシアンドゥに家族計画が統合されたといっても、それは一部であり、また公的資金保障のないポシアンドゥの活動には地域差がある。

「家族計画マシン」には多くの省庁も組み込まれている。情報省はマスメディアのプログラムによって小家族と家族計画のメリットを宣伝し、国内移住省は入植地における家族計画に協力し、教育文化省は小中学校のカリキュラムで人口問題を取り上げ、宗教省は宗教界の指導者に小家族と家族計画の考えを支持するようはたらきかけ、労働力省は企業に家族計画の教育とサービスの提供を行なうことを奨励し、国軍も軍人と家族に家族計画の教育とサービスを行なっている。⁽²⁰⁾保健省は避妊の指導や避妊具供給を行なうクリニックを管轄し、BKKBNとともにポシアンドゥを指導する。⁽²¹⁾「マシン」における保健省のポジションは重要なので後述する。

さて、公務員にとって家族計画のノルマ達成は昇進の条件であるといわれている。ここで指摘しておかなければならないことは、ノルマ達成の決め手として「サファリ」が地方でいまだに行なわれていることであり、このサファリに軍が関与していることである。「サファリ」とは、国軍の日、独立記念日、母の日など特別の日に、ミニバスで家々をまわって家族計画を行なっていない女性を集め、仮設のクリ

ニックでインプラントやIUDなどを装着するという方法である。サファリは、通常、軍、PKK、行政が一体となって実行される。標的にされるのは、教育を受けていない貧困層の女性である。例えば、彼女たちはPKKのメンバー（村長、村役人、軍人の妻）によって、役人（往々にして兵士）の待つ村長の家へ連れてこられる。⁽²²⁾ 1991年9月にジャティサリ村で行なわれたプログラムは、まず軍人のスピーチで始まった。丁重なジャワ語で「ご足労」と「人口爆発問題への取り組みへの協力」を感謝するスピーチが終わると、彼女たちは血圧を測られ、広間の隅に用意された仮設のクリニックで、何の説明もないまま、また選択の余地もないまま、ノルプラントやIUDを挿入された。女性たちは拒否することはできなかった。もし拒否すれば、彼女たちは「国家への忠誠にける」とみなされるからである。貧しく教育も受けていない女性には、役人や軍人の言葉は逆らうことのできないものになっている。⁽²³⁾

次に、プログラムの全体像を明確にするために西ジャワのある郡についての実証研究を紹介したい。⁽²⁴⁾

第5次5ヵ年計画では人口増加率を2.1%から1.8%に落とす目標が設定された。そのためには、インドネシア全体で現在の家族計画実行者2146万人を維持し、さらに新規実行者2211万人の獲得が必要となった。つまり、毎年、新たに450万人をリクルートしなければならいのである。その結果、1990年から91年にかけて西ジャワのクンバンワンギ郡には、1990人のリクルート割り当てが与えられた。BKKBNの郡事務所は、方法別のうちわけをIUD1524人、埋め込み式117人、ピル78人、注射234人と決めた。IUDは郡が推進を宣言している方法であり、注射は「体重増加の副作用ゆえ」歓迎されているため確保され、インプラントはサファリで挿入された女性が病気になり人気急落したので減少し、不妊手術がないのはこの地区が西ジャワ最大の都市、バンドゥンにバスでつながっており、人口の移動と離婚が多いことを考慮してのことである。

人口56,767人（1991年2月）のクンバンワンギ郡では、医療部門としては、保健所が2ヶ所、保健支所が1ヶ所、それぞれ医者ひとりと看護婦ふたりそれに事務職員、そして郡全体をカバーする4人の助産婦がいる。ポシアンドゥはふたつで、それぞれ29ヵ村をカバーしている。一方、家族計画の分野ではPLKB（指導員監督者）が9名、PPKBD（家族計画指導員）が29名、副指導員が89名、おり、実行組織として367の家族計画グループと737のダナ・ウィスマ（PKKに組織された10世帯ごとのグループ）がある。この郡では、ほとんどのPPKBD、PPKBD補佐、ボラ

ンティアスタッフは、村長、副村長、その部下、PKKの組織者であるその妻、青年組織のメンバーである娘がつとめている。

さて、1900人のリクルートであるが、この郡では新規参加者獲得のために三種類の方法が取られた。それらは、IEC（情報・教育・伝達）という指導員による従来の啓発活動、サファリ、そして目標値がサファリで達成できなかった場合に村ごとにフォローする Rapsus（Penggaraman Khusus）である。

IECはPLKBによって月間スケジュールが決められる。まず第1週目に会議が開かれ目標値が設定され、2週目に指導員が村へ入り個別にまたはグループに話を行なう。このような集まりにおいて指導員はさまざまな避妊方法を説明するが、往々にして説明にはバイアスがかかり、例えば「コンドームはオランダ植民地時代に娼婦と寝る時に使った方法」だと述べたり、IUDがもっとも安全な方法であると誘導する。また「勧誘が困難な村」と分類されたところでは、「拒否するものはジャワ以外の島に移住させられる」と脅しをかけたりもする。第3週目には同意した住民をIUDの挿入のために保健所に連れていき、第4週には報告書を書く。

次にサファリだが、クンバンワンギでは、3月にLKMD、7月から9月に国軍、11月には公務員団体、そして12月から1月には婦人組織によってサファリが行なわれる。方法はジャティサリの事例と同様であるが、ここでは村人が召喚に応じようとしないと、軍や警察が連行する場合がある。スカルワンギという村のサファリでは警察と軍と家族計画指導員がいっしょに村へやってきて女性も男性も家から引き出され、IUDを挿入する場所に連れて行かれた。チワンギでは軍は拒否する人々を「共産黨員」と非難した。当然、すべてのサファリの中で最も強力なのは国軍が行なうものであり、クンバンワンギでは90年の4月～9月の第一期において目標数の65.5%が国軍サファリで達成された。

この時、国軍サファリを逃れた144名はラプススで補足される。ラプススは三段階の訪問からなる。初日は村長、副村長、警察、軍、家族計画指導員から構成されたチームが、翌日はPKKチームが訪問し、最後は召喚命令を携えたPKKの女性によって連行される。このラプススを逃れられる女性は少ない。

BKKBN郡事務所によると、さらに残りのノルマは、国家公務員団186、婦人組織（ダルマ・ワニタ及びPKK）366、ポシアンドゥ193、LKMD170、OKT 205にふり分けられた。

産児制限に関して一般の人々が感じている圧力を象徴する事件が、1992年の2月に発生した。2月22日付けのジャワポス紙によると、中部ジャワのボヨラリ県トロ

表1 インドネシアと東ティモールで使用されている避妊手段のうちわけ

1. 新たに家族計画を始めた者

年	IUD	ピル	コンドーム	注射	その他	推計家族計画 実行者数
(インドネシア)						
3/1988	21.9	30.5	2.4	33.5	11.7	4,284,316
3/1989	21.4	36.5	3.2	33.3	5.7	5,375,252
3/1988	21.9	36.0	3.4	33.7	5.0	5,185,674
(東ティモール)						
1989/90	7.6	18.8	2.5	64.2	6.8	7,615
3/1987	6.4	18.7	1.3	73.5	0.1	374

2. 継続して家族計画を行なっている者

年	IUD	ピル	コンドーム	注射	その他	推計家族計画 実行者数
(インドネシア)						
3/1990	27	41.4	2.6	20.5	8.5	18,525,304
3/1989	22.4	50.4	3.8	17.2	6.2	18,768,596
3/1988	22.5	50	3.9	18.8	6.2	18,309,634
3/1987	24.1	48.5	4.4	19.0	4.0	16,680,373
3/1986	27.8	47.9	4.2	16.4	3.7	15,319,158
3/1985	27.7	53.9	4.4	11.2	2.9	15,694,832
1983/84 ⁽¹⁾	27.0	55.4	4.9	9.6	3.1	14,422,551
1982/83	25.9	59.8	5.4	5.9	3.0	11,211,285
1981/82	26.9	64.4	5.8	0.9	2.0	8,809,020
1980/81	25.9	64.1	6.1	1.4	2.5	7,791,537
1979/80	26.9	63.5	6.3	1.0	2.3	6,497,382
1978/79	27.0	64.4	5.5	1.1	2.0	5,541,517
1977/78	32.2	60.1	4.4	1.2	1.7	4,687,723
1976/77	34.0	59.8	4.2	0.8	1.2	3,808,890
1975/76	31.6	62.3	5.0	0.3	0.8	3,202,305
1974/75	34.6	59.3	5.6	0.1	0.4	2,469,484
1973/74	45.6	51.5	2.0			1,680,665
1972/73	53.5	44.5	2.0			1,025,472
1971/72	55.3	43.2	1.5			366,669
(東ティモール)						
3/1989	10.9	24.2	1.6	56.0	7.3	23,023
3/1987	12.6	23.0	1.4	59.7	3.3	7,075
1986 ⁽²⁾	10	29		57	4	
1985 ⁽³⁾	8	56.8	2.1	31.7		
1983/84 ⁽⁴⁾	0.71	65.9	2.3	23.4	1.3	4,598

(出所) Biro Pusat Statistik, Profil Statistik Ibu dan Anak di Indonesia, 1990

Biro Pusat Statistik, Profil Statistik Ibu dan Anak di Indonesia, 1987 (BKKBNによる統計)

(1) (4) 1984年以前のデータは、JAICA, Country Report for the Seminar on Family Planning Administration for Senior Officers, 1987. (BKKBN Bureau of Reporting and Evaluationの統計) による。

(2) インドネシア家族計画協会が国際家族計画協会の問い合わせにこたえて提出したBKKBNのデータ。

(3) TAPOL (the Indonesian Human Rights Campaign) Bulletin, No.73, January 1986

ソボ村である母親が双子の娘を殺した後、自らの命を絶った。彼女はふたりの娘が生まれたことによって子供の数が8人になり、子供の数を少なくしている他の家との違いを苦にしていたという。⁽²⁵⁾

②東ティモールにおける実態

東ティモールは、1975年12月、ポルトガルからの独立の過程でインドネシア軍の全面侵攻を受け、以来インドネシアの軍事占領下にある。インドネシアは76年7月に東ティモール併合を宣言し、第27番目の州とし、行政をおこなっているが、国連はこれを承認していない。⁽²⁶⁾

東ティモールでは、85年4月に世界銀行の融資で首都ディリに「新家族計画センター」が建設されたが、この頃、すでに422村のうち183村に家族計画センターが設置されており、事業は本格化していた。⁽²⁷⁾ 東ティモールで採用されている避妊方法も、コンドーム、ピル、ホルモン剤注射、インプラント、IUDなどであるが、表1でも明らかなようにインドネシアの他の地域と比べて、注射の割合が著しく高い。そしてそれは当局による強制と無縁ではない。東ティモールで看護夫をしていたある難民によると、86年頃から病院で無断で避妊注射が打たれたり、係官が村を巡回する際に内容をかくして避妊注射を行なっているという訴えが多くなった。彼は、注射やピルの副作用として貧血、不正出血、ふるえなどの訴えがあったと話している。さらに精神に異常をきたすという例もあったという。⁽²⁸⁾ 実際、ある難民の従姉は看護婦をしていた時に、患者に避妊注射を打たされていたと述べている。⁽²⁹⁾ 患者に無断で打つことの必然的結果であるが、ある病院では、規定では投与を禁じられている妊娠中の女性にも注射を行なってしまった。⁽³⁰⁾

筆者の問いあわせに対しインドネシアの保健省は、東ティモールで注射の割合が高い理由として、交通の便が悪いためピルの安定供給が困難なこと、大多数がカトリックである住民がIUDの使用を嫌うことをあげている。確かにIUDは不人気であるが、それはジャワ人の女医がかつてIUDの挿入ミスを行い、被害が発生したためである。⁽³¹⁾

東ティモール人の女性たちによると、当局によってある方法が勧められる場合、それを拒否することは不可能に近いという。都市から離れるほど行政と軍は一体であり、「非協力者」は「フレテリン（東ティモール独立革命戦線）のシンパ」として軍にマークされるからである。ある村では「家族計画」を非難した男性が行方不明となった。女性たちの苦情で共通するのは、禁忌や副作用に関する説明はほとんどないことである。また、必要なのは信頼できる医療機関や定価で買える薬であり、

家族計画センターではないという訴えである。ちなみに国連の「世界の女性 1970 - 1990 その実態と統計」によると、東ティモールにおける乳幼児死亡率は 166/1000 (インドネシア、84/1000) となっており、女性の平均寿命もインドネシアより十歳以上低い。東ティモールでもインプラントは導入されたが、ある女性の場合、インプラントの挿入箇所から細菌が入り炎症を起こしたので医者へ行くと、手術のためにはジャワに行く必要があると言われ、泣き寝入りせざるをえなかった。⁽³²⁾

世界銀行の実情認識に関する筆者の質問状に、担当者は、「当初は熱意のあまり一部に行きすぎがあったかもしれないが、現在は BKKBN の指導がなされているはずだ」と答えた。世界銀行も国連人口基金も独自に東ティモールの実態調査を行なったことはない。

こういった状況の中、インドネシアによって推進されている「家族計画」は、東ティモール人の目に、大挙して到着するインドネシア人移民を将来的に多数派にすることをねらった一種の民族絶滅策と映っている。

③「より強力な避妊方法」の奨励

もうひとつの問題は技術そのものの性格である。軍の関与や強制の問題とともに NGO が懸念していることは、近年、政府によって奨励されている方法が、輸精管や卵管結紮など永続的なものや、副作用が問題となっている注射やインプラントなど長期間効果が持続するものに限定されていることである。⁽³³⁾ 表 1 を見ると注射と「その他」の伸びは顕著である。「その他」はインプラント、不妊手術などで構成されている。一方、80 年代のはじめに国産化されたコンドームは、使用率の低下し工場の稼働率は低迷している。

インドネシアや東ティモールでおもに使用されている注射液は、米国のアップジョン社が開発したデポ・プロベラである。⁽³⁴⁾ デポ・プロベラは酢酸メドロキシプロゲステロンを主成分とした合成黄体ホルモン剤である。これは結晶体で筋肉から血液にゆっくりひろがり、脳下垂体から分泌される FSH (卵胞刺激ホルモン：卵巣に入って卵成熟を促し、卵胞からエストロゲンという卵胞ホルモンを分泌させる) と LH (黄体形成ホルモン：卵胞から卵子をとび出させるはたらきをし、排卵直前に分泌される) の分泌を止め、あるいはその速度を落とさせることによって、通常毎月起こる卵胞成熟と排卵自体を止める。⁽³⁵⁾ 一回の投与で避妊効果は 3 ヶ月継続し、最後の注射から受胎するまでの平均時間は約 1 年であるが、2 年ということもありえる。⁽³⁶⁾ デポは乳癌や子宮癌の治療薬として使われてきたが、⁽³⁷⁾ 1972 年、FDA (米国食品医薬品局) は、発癌性や催奇形性などの副作用に関して安全性が確認されないとし、避

妊薬としての製造・販売認可をみおくった。その後、この決定に関する見直し作業も行なわれたが、母乳を通して乳児に与える影響なども含めデータが不十分であることからFDAの決定は変わらなかった。⁽³⁸⁾一方、WHOは独自の調査で発癌性や催奇形性の可能性を否定し、血栓症、月経異常、不正出血、脱毛、発疹、吐き気、抑鬱、疲労感などその他の副作用については、避妊薬としてのメリットの方がこれらデメリットをうわまわるとし、推進の立場を取った。⁽³⁹⁾すでに65年からデポプロベラを輸出しているアップジョン社は第三国での製造によって第三世界を中心に販路を拡大した。そして米国は一方で国連人口基金や国際家族計画協会などを通じてデポプロベラの普及を助けた。現在、デポプロベラはインドネシアを含む世界90ヵ国によって承認されている。⁽⁴⁰⁾

1992年10月29日、FDAは19年の論争の末に、発癌性を否定してデポプロベラを避妊薬として認可した。同時にFDAは、医師は女性が妊娠していないことを確認すること、肝臓の病気をもっている女性には投与しないことを要請している。⁽⁴¹⁾妊娠中の投与を禁じていることは催奇形性の疑いが解消されていないということである。FDAがあげているこれらは従来から知られたデポプロベラの禁忌であるが、禁忌には血栓静脈炎、血栓塞栓症、診断未確定の腔出血などもある。その他、心疾患、腎疾患のまたはその既往歴者には慎重投与が必要であるとされている。⁽⁴²⁾

日本の国際協力事業団による「北スマトラ地域保健対策プロジェクト」の報告書はデポプロベラの副作用について、使用者の約半数が何らかの副作用を訴え（表2参照）、その内容は月経異常、不正出血、消化器疾患などであったと述べている。⁽⁴³⁾プロジェクトの担当医師はこの薬はすすめずに、かわりにIUD（子宮内リング）の挿入技術向上のための助産婦研修を援助した。IUDは挿入時の不適切な処置によって子宮穿孔が生じたり、上行感染により骨盤感染症を起こすことがある。インドネ

表2 ティンギ・ラジャ村における避妊による副作用の発生

	IUD	ピル	コンドーム	注射	不妊手術	排卵期をさける	その他	合計
実行者数	101	166	20	20	31	27	3	368
副作用の訴え	6	25	0	9	1	0	0	41
副作用発生率 (%)	5.94	15.06	0	45.0	3.23	0	0	11.14

(出所) Dr. Yasuhide Nakamura, Dr. Armansyah Siregah, Dr. Anas. Z. Hasibuan, A.M. Marpaung, MPS, Drs. B. Coloksaribu, Community-Based Household Health Survey at Tinggi Raja Village, 1988 North Sumatra Health Promotion Project, JAICA

シアで使用されているインプラントタイプは、商品名をノルプラントとという。80年代の終わりにインドネシアに導入されてから、急速に拡大し、89年には世界で生産されるインプラントの約半分がインドネシアで消費されている。ノルプラントは6本の針のようなシリコンチューブにレボノゲストレルという黄体ホルモンの結晶体がつまったもので、簡単な外科手術で上腕部に挿入され、一定量のホルモンが長期間しみでる。これが血液にのって脳下垂体へ送られると、1日から2日のうちにFSHの分泌が止まり卵胞成熟が停止するとともに、子宮頸部粘液が変化し子宮への精子の侵入もくいとめる。⁽⁴⁴⁾ プロゲステロンは元来月経周期の後半に分泌され、増殖期の子宮内膜をいっそう厚く栄養豊かなものにするホルモンであるが、デポプロベラもノルプラントもこのホルモンを人口的に増加させることによって従来のホルモンバランスをくずし、毎月おこるはず卵の成熟をを阻止するのである。副作用は、不正出血や貧血、体重増加、にきびなどである。また、手術と術後の管理が適切でない場合は挿入箇所から感染する場合がある。クンバンワンギ郡では36.1%の女性が途中でノルプラントをはずしている。

ノルプラントを開発したポピュレーションカンシルの1989年報告は、ノルプラントはすで100万人の女性に埋め込まれたが、彼女らから保健婦は埋め込むのには熱心でも除去にはしぶるという訴えが出ていることを認めている。カンシルのシニアアソシエート、ジュディス・ブルースによるとインドネシア政府はこれらの非難を受けて、おくれればせながら「要求に応じて除去する」権利を与えたという。⁽⁴⁵⁾

問題はふたつある。ひとつは、社会的に弱い立場にある女性の発言力である。インドネシアでのある研究は、ノルプラント使用者で副作用を訴える女性の割合は教育を受けていない女性より教育を受けている女性の方が高いことを指摘している。⁽⁴⁶⁾ もうひとつは、女性を取り外してほしいと願った時、利用可能な医療機関にアクセスできるか、またその時に費用は誰が負担するのかという問題である。

技術が複雑になればなるほど、その安全管理は複雑になる。当事者の手をはなれ、専門家の助けが必要になる。副作用をどう判断するかは当事者の権限であるので、他に利用可能な方法がある場合は当然考慮されるべきである。もし、IUDやデポやノルプラントが選択されたなら、「安全運行」のためには、装着にミスがあってはならないし、それ以前に禁忌や慎重投与をチェックしなければならない。利用者の身体の状態が明らかになるためには診断が必要である。当事者から必要な情報を引き出すためには、まず方法と副作用についての正しい情報を提供しなければならない。そしてトラブルが発生した時のためにアフターケアの体勢を整えなければな

らない。こういった場合、医療・保健分野のサポートが決定的であるが、インドネシアに関して従来より指摘されていることは、保健省予算冷遇による深刻な医師・看護婦不足である。家族計画プログラムの方がマンパワーの点でも予算面でも保健省よりはるかに恵まれた環境にある。例えば1988/89年年度の予算案において、歳出29兆ルピアに対して、保健関係は1651億ルピア、人口問題・家族計画関連が1069億ルピアとなっている。インドネシアでは軍人や公務員以外に健康保険の制度はなく、医療費は基本的に自己負担である⁽⁴⁷⁾。国連の1991年度「人間開発報告」で、ASEAN諸国の保健予算の対GNP比を見てみると、1960年と1987年において、マレーシアではそれぞれ1.1%と1.5%、シンガポールでは1.0%と1.3%、タイでは0.4%と0.7%、フィリピンでは0.4%と1.1%、そしてインドネシアでは0.3%と0.5%である。

3. 結びにかえて

世界銀行は90年代のインドネシアの家族計画プログラムの課題の中で、次のようなポイントをあげている。

- ①20年のプログラムの展開によって最後に大家族志向の強い「困難な層」が残っている。彼らは都市貧困層や農村周辺部の住民で小学校教育を受けていない。
- ②スペーシング（出産の間隔をあける）の奨励から「妊娠の停止」へ重点を移す。
- ③より長期継続的な強力な避妊方法の採用。
- ④調査では「貧困層に望まれている」と結論される不妊手術やインプラントの普及。
- ⑤公的なプログラムは依然として中心であるべきだが、「ブルーサークル」活動など自己負担の拡大は奨励されるべきである。

予想されることは、今後、例えば都市の中産階級に自己負担で避妊を行なうことが奨励され、彼らが公的プログラムから離れることによってある一定の自由を獲得していく反面、都市や農村の貧困層に対する圧力が地域や職場でこれまで以上に増すことである。

一方、インドネシアの女性団体や東ティモールの女性たちは家族計画プログラムに最も必要な要素は「人権」とであると主張している。女性が自らのリプロダクティブシステムを尊重し、正確な情報をにアクセスして、自由に決定するという原則は基本的人権である。この人権が保障されるためには、「産む産まないの選択」、「産む場合は人数や時期、産まない場合は避妊方法の選択」の決定において、「男性との対

等な関係」「専門家／プログラムオフィサーの倫理、能力、彼らとの対等な関係」「国家との対等な関係」が成立していなければならぬ。現在のインドネシアで女性のリプロダクティブライツ確立の障害となっているのは、軍の関与と言論の自由の抑圧、保健・医療部門の弱体と女性の経済的社会的地位の低さ⁽⁴⁸⁾である。

最後にインドネシアと東ティモールの女性を側面支援する国際的動きにふれた。ひとつは、地球環境サミットの「アジェンダ21」において、行動第五項で「女性中心に女性が管理する」「利用しやすく身近で信頼のおける家族計画及び健康管理を含む」「予防、医療健康施設を設立、強化するプログラム」が提案されていることである。インドネシアでは他のASEAN諸国と比べてはるかに高い妊産婦死亡率の問題も抱えている。もうひとつは、世界人権会議の「ウィーン宣言」が女性の地位向上委員会に国連人権センターと協力して「女性であるがゆえに受ける虐待」を定期的に取り上げるシステムをつくるよう求めていることである。このしくみは家族計画プログラムに関係する人権侵害の通報にも活用できると思われる。また、国連人権基金は国連人権センターから定期的に問い合わせを受けているので、人口政策における人権侵害の情報について人口基金への通報も有効である。現在、このルートはほとんど使われておらず、人口政策における人権侵害の問題に関する国連人口基金の取り組みもきわめて弱い。

60年代以来の女性の健康のための運動の中ですでに提唱されたことであるが、「デ・メディカライゼーション」（医師や技術者の手から技術を自分たちの手に取り戻して行くこと）は重要である。現在東ティモールでは、地方のカトリック教会を中心にオルタナティブな家族計画プログラムや女性の所得獲得能力とプライマリーヘルスケア向上のためのプロジェクトが計画されている。

注

- (1) 同様の見解は、開発理論の興亡と人口政策の関連を示し、環境保護主義者とフェミニストの連帯の手がかりを提案する、Gita Sen, “Women, Poverty and Population – Issues for the Concerned Environmentalist”, Center for Population and Development Studies, Harvard University, December 1992 でも見られる。
- (2) 国連世界人権会議の評価については、日本弁護士連合会『自由と正義』の1993年11月号の特集を参照。また、国連環境開発会議では、「アジェンダ21」の「第24章：持続可能かつ公平な開発に向けた女性のための地球規模の行動」で

目標第7項項：「緊急課題として、各国特有の状況にあわせて、男女が同等の権利に基づいて自由かつ責任をもって子供の数および出産の間隔を決定することを保証する政策を実施すること。また男女両性の自由、尊厳、価値観に調和した形で、この権利を行使するために必要な情報、教育、手段が適切に入手できるよう保証する政策を実施すること」が採択されている。

- (3) 性月泉刺激ホルモンhCGの抗体をつくり受精卵の着床を妨げる。Boston Globe, October 10, 1993.
- (4) フランスなどで市場化されてRU486はナラドールという合成プロスタグランディン（脂肪酸、ホルモンに似た物質）を主成分とし、プロゲステロン（子宮内膜に受精卵を受け入れいれる準備をさせるホルモンの生産を止めるはたらきをする。フランスでは1991年4月に最初の死亡事故が発生している。Renate Klein, Janice G. Raymond, Lynette J. Dumble, *RU 486 Misconceptions Myth and Morals*, Spinifex Press, Australia, 1991, を参照。
- (5) 男性の人権も尊重されるべきであることは当然である。
- (6) Bureau of Population Data, BKKBN, *Basic Information on Population and Family Planning Program*, p.9
- (7) Ibid.,
- (8) 経済的要因としては輸入代替工業化と国内資源開発のための労働力供給増加の必要性、政治的外交的要因としては民族主義の高揚とマレーシア対決政策や西イリヤン「奪還闘争」などが考えられる。
- (9) “The Integrated Service Delivery Approach in the Indonesian Context, presented by Dr. P.P. Sumbung, Vice Chairman of BKKBN at National Workshop on MCH/FP Services, China, 4-15 November 1984,” p.2
- (10) Ibid., p.5
- (11) BKKBN, Opcit., p.24~26
- (12) 小長井春雄「インドネシア国家家族計画事業調査報告書」、日本家族計画協会、1988年
- (13) A World Bank Country Study, *Indonesia – Family Planning Perspectives in the 1990s*, p4
- (14) Biro Pusat Statistik, *Profile Statistik Ibu dan Anak di Indonesia*, 1990, p. 98

- (15) Dr. P.P. Sumbung, *Opcit.*, p.15
- (16) 1992年3月、インドネシアはオランダからの援助受け取りを拒否し、オランダを議長とするインドネシア援助国会議は解散した。これは直接には、1991年11月に占領下の東ティモールで発生した市民に対するインドネシア軍の無差別発砲事件を非難してオランダが新規援助を停止したことが引き金になっているが、以前からオランダが政治犯の処刑や家族計画などを問題にしたことが遠因している（ファイナンシャルタイムズ紙、1992年3月27日、参照）。
- (17) World Bank, *Op. cit.*, p.123
- (18) World Bank, *Ibid.*, p.121 公務員は20歳以下では結婚できないし、20歳以下の女性との結婚も禁止されている。家族計画の指導項目に早婚を避けることがあるためである。（中村安秀「インドネシアにおけるプライマリー・ヘルス・ケア」、国際協力事業団、1988年12月、34ページ）
- (19) 中村、同書、34ページ。小長井、前掲、写真2～3（1985年・87年のスレマン村の世帯別避妊方法）。
- (20) World Bank, *op. cit.*, p.57～59,
- (21) World Bank, *op. cit.*, p.121～122
- (22) 1992年3月、日本で開催されたインドネシア国際NGOフォーラムの非公式プログラムで、インドネシアの女性団体、Yayasan Kalyanamitra は「KB（家族計画）サファリ」に関するスライドプログラムを上映した。
- (23) Nirwan Dewanto, “Coertion in Family Planning Still Exist in the Era of Family Planning Movement, presented to INGI Conference, Odawara, March 1992.”
- (24) Wardah Hafidz, Adrina Taslim, Sita Aripurnami, “Family Planning Programin Indonesia : A Plight for Policy Reorientation, prepared for the INGI Conference, Washington D. C., 29 April – 2 May 1991.” 1990年9月と1991年1月に現地調査が、またBKKBN、PKBI（家族計画協会）、IDI（医師会）、ジャワ内外の保健所に勤務する医師、研究者などへのインタビューも行なわれた。
- (25) Kalyanamitra Foundation, “The Family Planning Program in Indonesia : A Plight for Policy Reorientation retold, prepared for the Eighth INGI Conference, 21-23 March, 1992.”
- (26) 詳しくは古沢希代子・松野明久『ナクロマー東ティモール民族独立小史』、日

本評論社、1993年を参照。

- (27) 古沢希代子「国連が表彰したスハルト大統領の民族絶滅策」『朝日ジャーナル』1989年7月21日。
- (28) 1992年3月、ポルトガルリスボンにおける筆者のインタビューによる。
- (29) Sydney Morning Herald, October 30, 1988.
- (30) 1987年11月、日本における筆者のインタビューによる。
- (31) 1989年3月、ポルトガルリスボンにおける筆者のインタビューによる。
- (32) メリノール会のシスター（90～91年東ティモールに滞在）からの筆者の聞き取り（1992年3月、ニューヨーク）
- (33) Terence H. Hull, "An Investigation of Reports of Coercion in the Indonesian Vasectomy Program," Australian International Development Assistance Bureau, August, 1991
- (34) その他にNET-ENという黄体ホルモンを使用した Norigest という商品も使用されている（中村、前掲、36ページ）。東ティモールで使用されている注射薬がデポ・プロベラであることは1986年7月29日付けのIPPA（インドネシア家族計画協会）から英国リージェンツ大学のパラン氏（ESEAO地域事務局長）への書簡での確認できる。IPPAはBKKBNからデータを得た。
- (35) Boston Globe, March 5, 1984
- (36) *Injectables and Implants, Population Reports Series K, 2*, Population Information Program, The John Hopkins University, May 1983, p.29、清藤英一編著『催奇形性等発生毒性に関する薬品情報第二版』、東洋書店、891頁
- (37) 日本で乳癌や子宮癌の治療薬として服用した患者のうち、1年7ヵ月の間に33人が副作用による脳梗塞や心筋梗塞などを引き起こし、うち11人が死亡し、残る22人にも後遺症があることが厚生省の「医薬品副作用情報」で明らかになった（朝日新聞、1989年6月1日）
- (38) "Report of Public Board of Inquiry on Depo-Provera," 17 October, 1984 西村・清藤、前掲、890～891ページ。
- (39) *Bulletin of the World Health Organization*, 60, 2, 1982, p.199
- (40) Boston Globe, October 30, 1992
- (41) Ibid.,
- (42) 大阪府病院薬剤師会『医薬品要覧第四版』、薬業時報社、1988年。

- (43) 中村、前掲、35～36頁。
- (44) Washington Post, January 7, 1991。
- (45) Boston Globe, May 25, 1992
- (46) Firman Sivin, Joedo Priharto, Tina Agoestina, Biran Affandi and HerminiSutedi, "One-Year Experience with NOPLANT in Indonesia," Studies of Family Planning, Vol.14, Num. 6/7, June/July 1983, p.183
- (47) 中村、前掲、15～17ページ。
- (48) インドネシアにおける女性の一般的状況とリプロダクションに関する決定権の関係は、改めて展開されなければならない課題である。