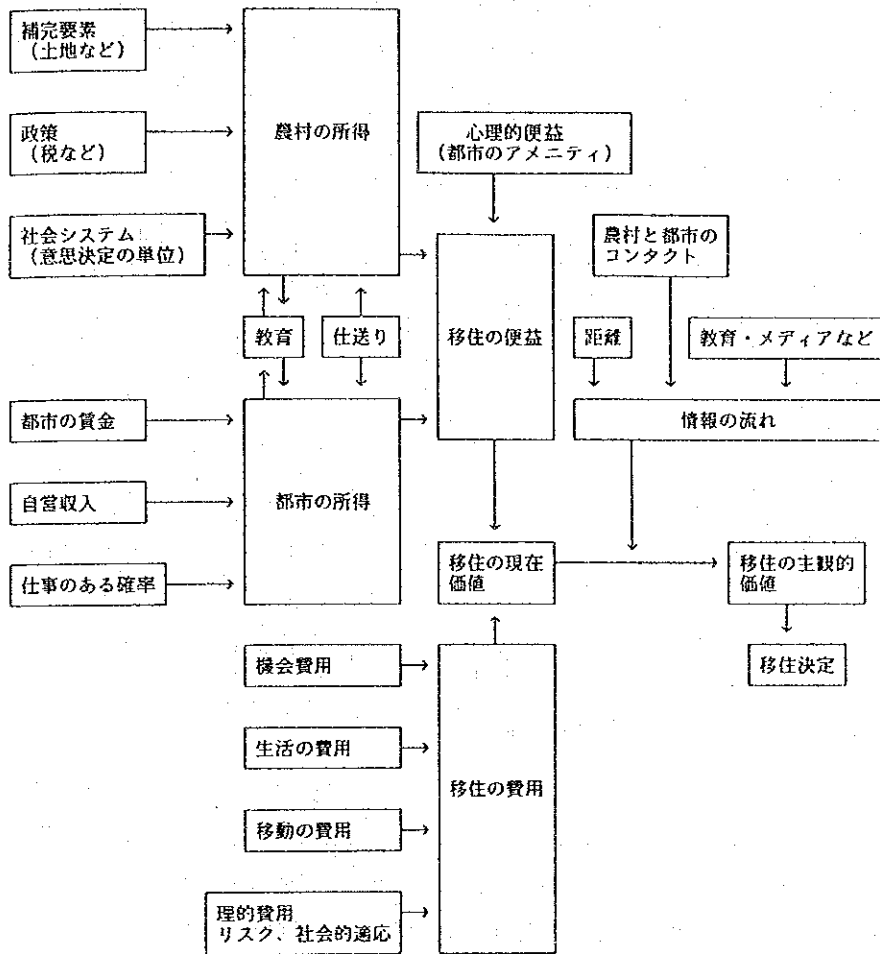


図6-1 農村から都市への移住の決断分析の枠組み



出所: Michael P Todaro, *Economic Development in the Third World*, Longman, 1985.

表6-4 人口数による都市化 (百万人)

都市名	2000年の予測人口
メキシコ市 (メキシコ)	26.3
サンパウロ (ブラジル)	24.0
東京/横浜 (日本)	17.1
カルカッタ (インド)	16.6
大ボンベイ (インド)	16.0
ニューヨーク/東北ニュージャージー (アメリカ)	15.5
ソウル (韓国)	13.5
上海 (中国)	13.5
リオデジャネイロ (ブラジル)	13.3
デリー (インド)	13.3
大ブエノスアイレス (アルゼンチン)	13.2
カイロ/ギザ/インババ (エジプト)	13.2
ジャカルタ (インドネシア)	12.8
バグダット (イラク)	12.8
テヘラン (イラン)	12.7
カラチ (パキスタン)	12.2
イスタンブール (トルコ)	11.9
ロスアンゼルス/ロングビーチ (アメリカ)	11.2
ダッカ (バングラデシュ)	11.2
マニラ (フィリピン)	11.1

出所: UNFPA, 『世界人口白書』、1986.

- (1) 住居：都市からあふれ出た人々は、俄か作りの集落であるスラムを形成する。スラムは、都市周辺部の川べり・低湿地帯・地滑りしやすい丘陵など危険な地帯で形成され、上下水道・ゴミ処理等の保健衛生・交通等の公共サービスが最悪であり、そこで生活する権利の保証もない。エチオピアのアジスアベバでは、1980年現在でインフォーマル居住区の人口が85%にも達している（表6-5）。

表6-5 都市人口に占めるインフォーマル居住区人口の割合、1980年

	都市総人口 (1000人)	インフォーマル居住区人口	
		(1000人)	(%)
アディスアベバ (エチオピア)	1,668	1,418	85
ルアンダ (アンゴラ)	959	671	70
ダルエスサラーム (タンザニア)	1,075	645	60
ボゴタ (コロンビア)	5,493	3,241	59
アンカラ (トルコ)	2,164	1,104	51
ルサカ (ザンビア)	791	396	50
チュニス (チュニジア)	1,046	471	45
マニラ (フィリピン)	5,664	2,666	40
メキシコシティ (メキシコ)	15,032	6,013	40
カラチ (パキスタン)	5,005	1,852	37
カラカス (ベネズエラ)	3,093	1,052	34
ナイロビ (ケニア)	1,275	421	33
リマ (ペルー)	4,682	1,545	33
サンパウロ (ブラジル)	13,541	4,333	32

出所：世界の資源 1991 世界資源研究所

- (2) 保健衛生：一般に都市では農村より保健衛生環境は良好であるが、スラムでは農村より環境も劣悪な場合もある。スラムの乳幼児死亡率は農村よりも高く、栄養失調、下痢性疾患の子供たちも多い（かこみ6-5）。これらの多くは、清浄水の不足や保健衛生設備の不備が原因である。WHOの報告によると、1980年の開発途上地域における都市部人口の25%（18億2,500万人）が清浄水を使えない。しかも清浄水を使おうと思っても、その入手には公共水道料金の数倍から100倍もの費用が必要である（表6-6）。

かこみ6-5 スラムの現状

最も重要なことは、都市の統計数字の合算したものには、多くの重要な変則的な事実が隠されているということである。信頼すべき情報によれば、都市貧民の健康状態は、農村のそれよりも悪いことがあるのである。ポルトープランス（ハイチ）のスラムにおける乳児死亡率は農村の3倍にもなる。またサンパウロのファヴェラス（スラム）の一部では、乳児死亡率は、出生1,000人当たり100人を上回っている。また、デリーのスラムにおける乳児死亡率は1,000人当たり221人で、これは他のカーストの2倍である。マニラのスラムにおける乳児死亡率は非スラム地区の3倍であり、結核感染率は9倍、下痢性疾患感染率は2倍であり、貧血患者は2倍、栄養失調児は3倍である。パナマ市では下痢性疾患病児1,819人のうち、45.5%はスラムの子供であり、22.5%が郊外の俄か作り集落の子供たちであった。一方、最良の住居地域に住んでいる子供には下痢性疾患は皆無であった。また、ある調査によれば、ボゴタ郊外にある俄か作りの集落では、都市部のどの地区よりも栄養失調児ははるかに多いということである。

水道がないということは、衛生に対する配慮が欠けていることを意味している。樽やドラム缶に、ふたのないまま蓄えられた水は汚染を招き、蚊の絶好の培養源となる。貧弱な配水設備は溜め池や湿地を作り

出し、そこでは蚊やその他の病原菌媒介虫を育てることになる。またごみや芥は蓄積されてねずみや害虫を養うことになる。

出所：UNFPA、『世界人口白書』、1986

表6-6 水売り業者による水の価格、1970年代半ば～1980年

都市	国	公共水道料金に対する倍数
カンバラ	ウガンダ	4～9
ラゴス	ナイジェリア	4～10
アビジャン	コートジボワール	5
ロメ	トーゴ	7～10
ナイロビ	ケニア	7～11
イスタンブール	トルコ	10
ダッカ	バングラデシュ	12～25
テグシガルバ	ホンジュラス	16～34
リマ	ペルー	17
ポルトーフランス	ハイチ	17～100
スラバヤ	インドネシア	20～60
カラチ	パキスタン	28～83

出所：世界の資源 1991 世界資源研究所

また、工業化を伴う開発途上国の多くの都市は、大気汚染や水質汚染等の公害が深刻化している。都市住民の多くは大気及び水中の有害汚染物質による呼吸器系疾患や重金属の蓄積、水中の病原菌による下痢性疾患等の健康障害に悩まされている。

(3) 食糧：食糧の生産・供給には、政治的要因が大きく関与している。都市の住民は、安価な食糧を望むため、政府は農産物価格を低く抑さえ、農民の食糧生産意欲を低下させてしまう。その結果、食糧輸入の拡大を余儀なくされ、外貨準備が枯渇化するだけでなく、雇用を求めて周辺農村から人口が流入してきてしまう。

(4) 燃料：1970年代以降の石油価格の上昇、外貨準備の不足により開発途上国においては調理用燃料に薪が今まで以上に利用され始めた。都市は周辺地域の森林やマングローブ林に燃料源を頼り森林やマングローブ林を消失させるだけでなく、薪の価格までも上昇させて低所得層の人々に経済的な負担を強いている（表6-7）。

国際環境開発研究所（I I E D）のジョージ・ハーディやデビッド・サクスウェイトが「第三世界の都市を訪ねてみればスモッグや煙が目にしみ、ゴミ収集と処理は不十分で、下水道はあってもその蓋はなく、垂れ流しに近い排水で有害なまでに汚染された川や湖や海岸などがすぐに目につき、環境問題は一目瞭然である。」と述べているように、都市の生活環境は公共サービスの提供者である市当局を悩ませている。急増する人口に対処する財源が乏しいからである。そのため、市当局の手が届かない住居・水・保健衛生・公共サービス等の生活環境を改善する組織「インフォーマルセクター」が、公的機関の不足分を補い始めている（かこみ6-6）。

表6-7 インドにおける主要都市の薪の価格（1960～84年）

都 市	トン当たり価格（1960年の値）			年間価格変動率の平均（％）	
	1960	1977	1984	1960～77	1977～84
アーメダバード	90	94	114	0.2	2.8
バンガロール	47	69	94	2.3	4.5
ボンベイ	84	111	180	1.6	7.2
カルカッタ	93	94	140	0.1	5.9
コインバトール	73	74	103	0.1	4.9
デリー	100	122	162	1.2	4.1
ハイデラバード	66	74	106	0.7	5.3
ジャイプル	78	91	113	0.9	3.1
マドラス	85	87	117	0.1	4.4
ナーグプル	60	48	99	-1.3	10.9

出所：レスター・R・ブラウン、『地球白書』、ダイヤモンド社、1987。

かこみ6-6 インフォーマルセクター「ある不法占拠居住地区のリーダーに聞く」

中南米のある国の首都に、ひとつの大きな不法占拠居住地区がある。家屋はたいてい非常に劣悪で、ダンボールや金属のスクラップで作られている。家と家を隔てる路地は約3メートルの幅しかないが、まっすぐ続いている。1区画は長方形で、標準並の広さがある。共同水栓がいたるところに等間隔で設置されている。多くの家の前に雨水を流すための排水溝が敷設してある。この地区の「大統領（President）」は、インタビューの中で、地区の将来計画と住民組織について語っている。（中略）

▼住民を組織化する

（中略）真冬までに30から50所帯がここに住み始めたらしい。春には、幅数百メートル、長さ約3キロの居住区ができていた。住む人が増えるにつれて、いくつかのコミュニティができた。現在ここに、約3万人が住んでいる。（中略）数名の住人が、私を他人の世話に熱心な人間と見て、この地区の役員になるように頼んできた。最初の仕事は、それぞれのコミュニティに町内会を組織することだった。私自身の町内会はもっとも古く、50から100所帯からなる分会が38ほどあった。分会はそれぞれ2人あるいは3人の代表を選出した。すべての町内会が加入している、現在「町内会連合会」と呼ばれる組織が作られた。連合会は、設立1年後に公認された。法的に認知された後は、それぞれのコミュニティで、より多くの住民を組織する仕事に力を入れた。「国境なき医師団（Doctors Without Boundaries）」という医師の国際的な民間団体の協力で最初の医療保健センターを設立した。各地区の女性グループが運営する総合保健委員会という組織も作られた。昼でも夜でもいつでも呼ぶことができる助産婦のグループもでき、妊婦は病院へいなくてもすむようになった。

医療保健センターに続いて、学校や体育館を建設した。最初は、掘っ建て小屋で授業をしていた。しかし、市内のある私立学校から建築資材をもらって、私たち自身の手で学校を建てた。体育館には二つの役割がある。第1に、子供たちが体育の授業で使う。第2にレスリング場として使われており、地域の娯楽施設となっている。また青年の娯楽団体とサッカーチームができた。サッカーチームは、地区のすべてのチームが参加する大会にむけて練習している。美人コンテストも何回か開かれた。

▼水を獲得する

（中略）私たちはあらゆる手段を使って、当局がこの地域に水道を敷設するように頼んだ。しかし彼らは、私たちは不法占拠者だから水供給を受ける権利はないと決めつけた。そこで私たちは集会を開き、そ

それぞれの地区に水管を設置することを決めた。そして私たちはそれを実行し、近くの町に水を供給している配水管に私たちの水管を連結した。この間に合わせの処置で、38分会のうち24分会の所帯が水を確保できた。私たちは地区のいたるところに約 150の共同水栓を設けた。主要配水管に連結しても、25～30%の水栓しか役に立たなかった。しかし私たちにとってはそれで十分だった。

私たちが盗水していることを水道局が知ると、彼らは私たちとの会合を呼びかけ、ここに飲料水を供給するプロジェクトを提案してきた。私たちが1万 1,000ドル負担すれば、3,000メートルの水道設備を敷設することを約束した。私たちは各所帯に20ドルの負担をお願いした。この額は多くの貧困所帯にとって、とても払える額ではないことがすぐに分かったので、建設に必要な基本的な資材をカバーするための6ドルに負担額を下げた。当初の予定額であった1万 1,000ドルは集まらなかったが、5,000ドルを何とか集めた。建設資材と水量計を用いて、自分たちの労働でこのプロジェクトを実行に移した。飲料水の問題は、多くのさまざまな問題の一部にすぎない。下水設備も計画しなければならない。今のところ、一時的にしろ汚水を処理できる排水設備を作る作業が、土曜日と日曜日に進められている。

出所：世界の資源、1991 世界資源研究所

6-3 社会・経済が資源・環境・食糧に及ぼす影響

6-3-1 消費形態と資源・環境・食糧

消費形態は、社会・経済の発展に伴い変化する。消費主義を前提とする多くの先進国の消費形態は、木材・消費材・食糧を無駄にしてゴミ処理問題等の近代文明の罠に陥っている。しかも、これらの資源の大部分は開発途上国に頼っているのである。

- (1) 木材：熱帯や温帯における産業用木材の伐採は、原生林破壊の主要因となっており、その伐採量は年間約17億 m^3 （全伐採量の約半分）である。1985年における世界の木材輸出量の割合を見ると、マレーシアの輸出では丸太が73.7%、製材でも34.6%と突出しており、日本の輸入では丸太が52.0%、製材でもシンガポールの14.3%に次いで8.8%を占め、マレーシアが世界最大の木材輸出国であるのに対し、日本は世界最大の木材輸入国である（表6-8）。

世界の産業用木材の約半分が製材に、1/4が製紙用パルプ、1/8が合板・チップボードなどのパネル材製造に向けられている。このうち、建築業界が大口の消費者であり、日本では1978年に合板の1/3はコンパネに向けられ、使い捨てにされてきた。また、事務、包装、新聞、雑誌等で紙の消費が伸びる中で、日本ではその約半分はリサイクルされているとはいえ、残りは使い捨てられており、日本における木材の節約・製造効率の向上・紙のリサイクルの強化等が世界の木材使用を減らすうえで直接的に貢献できる分野である。

森林は無限の木材供給資源であり、人間の経済活動を支えるだけの産業用木材も十分に供給可能であると考えられてきたが、急速化する熱帯林の減少により、産業用木材の供給量の限界が示唆され、消費を優先させてきた経済構造の変革が余儀なくされている。また、木材供給地域における木材の伐採は、森林資源の減少・消失を進行させるだけでなく、その地域の住民の生活様式を変える場合もあり、この問題に気付いた開発途上国の人々は、森林保護のための地域活動を展開しているほか（かこみ6-7）、日本においても紙のリサイクル運動や企業による建築用材の節約等が実施されている。

表6-8 世界の木材輸出入国(1985年)(単位:%)

<丸太>

輸 出		輸 入	
マレーシア	73.7	日本	52.0
象牙海岸	5.0	中国	14.8
パプアニューギニア	4.3	韓国	12.8
ガボン	4.1	フランス	3.5
カメルーン	2.8	イタリア	2.0
フィリピン	2.5	ホンコン	2.0
ソロモン諸島	1.2	その他	12.9
インドネシア	1.1		
その他	5.3		

<製材>

輸 出		輸 入	
マレーシア	34.6	シンガポール	14.3
インドネシア	27.4	日本	8.8
シンガポール	8.5	オランダ	7.4
フィリピン	6.4	イギリス	5.3
ブラジル	5.3	ブラジル	4.5
象牙海岸	5.2	中国	4.3
パラグアイ	4.5	米国	4.3
その他	8.1	その他	51.1

出所: JOICPF、『目で見る世界人口』、1990.

かこみ6-7 森林保護の地域活動-チプロ(Chipko)

世界で最も有名な森林保護のための地域活動であるチプロは、インドのウッタル・プラデシュ州のガルワール(Garhwal)の丘で生まれた。その運動の発端は、今や伝説的物語となって語り継がれている。1973年3月、材木会社が貧しいゴベシュワール村(Gopeshwar)の木々を倒す用意をしていると、地元の男が、女が、子供達が、森にやって来て木々を抱き締め、木を切るくらいなら自分たちの背中に斧をふるうがいい、と訴えたのである。

あまり知られていないが、チプロはその背水の陣を敷くような戦いから更に前進して、エコロジカルな理解を深めている。運動に参加するバンダナ・シバ(Vandana Shiba)の言葉を借りると、「木々を抱き締めることから山や水を抱き締めることへと広がった」ということだ。例えば1987年には、ドゥーン渓谷(Doon Vallay)の生態系を破壊する石灰石採石場を、運動家が七か月封鎖した。地理的に手の届くすべての地点へと広がったチプロは、資源保全を超えて、生態系の管理や修復、そしてメンバーのいう「エコロジカルな開発(eco-development)」へと進んだのである。初めに木こりから木を守った女性が、今植林をし、土砂崩れの防壁を作り、村の森林計画を立てている。

出所: レスター・R・ブラウン、『地球白書』、ダイヤモンド社、1989-90.

- (2) 消費材: 先進国における使い捨て文明の顕著な例は消費材の浪費である。日本の例では家庭電化製品の大多数が6~8年で廃棄され、自動車は四半世紀に約2,500万台がスクラップとなった。産業廃棄物の排出量は、1973年の1億3,632万トンから1983年の2億2,055万トンへと11年間で6割強に増えたという。この廃棄物は、資源の無駄と同時にその処理が問題であるが、近年両者の問題を解決するための一方策として官民あげてリサイクル運動が活発化している(かこみ6-8)。

新聞や雑誌などの紙の回収・再生利用は、「ちり紙交換」などでよく知られていると思われるが、現在のところ、牛乳紙パックも禁忌品になっている。しかし、牛乳パックは、コーティングをはがして、紙すきをしたり、葉書や名刺を作ったりすることができ、実際に地域でこのような取り組みを行っている例もある。牛乳パックの回収・資源化を通して、ゴミの減収、リサイクル、森林資源など自然と人間との関わりを考えていこうという運動が展開されており、昭和60年6月には「牛乳パック再生利用を考える連絡会」が結成されている。

また、新聞紙、雑誌、ぼろ切れ、ビン、空き缶など資源回収運動は、壮年会、婦人会、子供会といった地域レベルの団体が活動の核になっている場合が多く見受けられる。単なる資源回収運動に留まらず、地域造りの活動に発展していることもある。このような背景に、地方公共団体の補助金がある場合もある。例えば、町田市では、回収した廃品の売り上げは街づくりの基金とされ、これまでに廃バス利用の子供図書館や藤の台ホールなどが完成し、今までこの基金は図書書の充実や祭の太鼓の購入、映画会のフィルムの使用料等に充てられ、地域の文化の振興に役立てられたりしている。

リサイクルを推進するには、バザー、ガレージセールやフリーマーケットなどのように、流通の機会を設けることも必要である。例えば、各家庭の死蔵されている衣類、アクセサリー、器具の類は、都内で開かれるフリーマーケットで売ったとして、平均約25万円に上がるという。

出所：地球環境と暮らしに関する研究会、『地球環境にやさしいライフスタイルへの提言』、第一法規、1990。

(3) 食糧：計算上では、1985年現在の穀物収穫量で120億人は養えるとされているが、実際には、穀物のすべてが人間の食用に向けられたわけではなく、約4割が家畜の飼料に向けられた。所得水準の高い地域の人々ほど肉類を含めた食糧が豊富に入手できる飽食状態になっている一方、所得水準の低い地域の人々ほど食糧不足となり飢餓状態に置かれている。そのため、所得の低い開発途上国の多くの人々は、動物性蛋白質の不足も伴う栄養不良に陥っている。

6-3-2 政治・経済政策と資源・環境

人類の経済・社会の活発化に伴う化石燃料の燃焼や窒素酸化物・温室効果ガス等の自然界への放出は、大気汚染・海洋汚染・地球の温暖化・酸性雨の発生・オゾン層の破壊・有害廃棄物の移動の原因とされている。先進工業国は世界人口の25%でありながら、エネルギー資源の75%を利用し、フロンガスも83%放出しており、温室効果ガス放出の54%（エネルギー資源の燃焼が34%、フロンガスが20%）以上が先進工業国に由来する。しかし、開発途上国においてもエネルギー資源の利用が増大しており、1980-85年の平均では、二酸化炭素放出量の45%を占め、30年間でその排出量が4.6倍になっている。

このように排出された温室効果ガスは、地球を僅かずつではあるが確実に暖めている。世界の気温は、100年間で0.6℃も上昇しており、21世紀には1.5~2.8℃上昇すると推測されている。地球上の過去12万年の歴史の中で最も暑くなるわけであり、その変化の速度が気候の変化に及ぼす影響は計り知れない。現在推測される影響は(a)生態ゾーンが40年間で極地に向かって100~150kmずれる、(b)かなりの種が絶滅する、(c)森林の減少と砂漠化の拡大、(d)海水面の上昇、等が考えられる。このうち、21世紀の半ばまでに7~67cm上昇するとさ

れる海水面は、1mの上昇でバングラデシュの国土の1/8（約2,000km²）を沈め、人口の10%以上を難民と
 してしまふ。エジプトでは、僅か50cmの上昇で穀倉地帯の半分が失われる。いずれにせよ、地球の温暖化は地
 球全体のバランスを崩す最大の要因の一つであり、このままで進行すると生物の生存をも脅かしかねない。

このように、温室効果ガスの放出による地球の温暖化、オゾン層の破壊、酸性雨、熱帯林の消失、砂漠化、
 野生生物の減少等の環境問題は、人類生存への脅威だけでなく、長期的な経済開発をも困難にしてしまふ。今
 やこの認識は、ほとんどの国家指導者に理解され、「持続可能な開発」を実行する段階に達したといっても過
 言ではない。

世界の環境問題に関する主な動きは、1970年代に始まり、オゾン層の破壊や温暖化の防止、森林の保全と今
 日まで多くの国際会議が開催されてきたが、これらの会議は1992年6月にブラジルで開催される「地球サミッ
 ト（国連環境開発会議）」で大詰りを迎える。この会議は、「温暖化防止枠組み条約」、「あらゆる森林の環
 境保全についての国際的合意」そして可能であれば、「生物学的多様性に関する枠組み条約」の締結を目的と
 している。地球サミットの成功には、先進国と開発途上国との意志統一が前提であるが、1991年6月北京で開
 催された「環境と開発に関する開発途上国会議」では、地球環境を破壊し途上国を貧困に陥れた責任は産業革
 命以来の先進国の工業化である、という主旨の宣言を採択した。また、1991年9月ナイロビで開催された「温
 暖化防止枠組み条約」の交渉会議では、開発途上国側では、新たな資金援助を前提とし、資源を自由に使う権
 利や温暖化ガスの排出を増やす権利を求めているほか、石油産油国も特別な配慮を要求している上、先進国間
 でも意見が分裂してきており、地球環境問題の解決には、この開発と環境に関する新たな南北対立をどう解決
 するかにかかっている（かこみ6-9）。

このような状況の中、UNFPAは、21世紀に向けて持続可能な社会を地球規模で維持するには、人口問題
 を環境問題とともに解決する必要があるとの観点から「地球サミット」に人口問題を中心議題にするよう呼び
 掛けている。

かこみ6-9 人口と環境に関する国際的な主な動き

年月	人口関係	環境関係
1972. 3		ローマクラブ「成長の限界」を発表—地球資源の 有限性をアピール
1972. 6		国連人間環境会議（ストックホルム）—「人間環 境宣言」及び「行動計画」採択
1972. 11	第2回アジア人口会議（東京）—「開発の ための人口戦略」採択	
1972. 12		国連環境計画（UNEP）設立
1974	国連「世界人口年」	F. S. ローランド教授（カリフォルニア大学）— 「フロンガスによるオゾン層破壊」予言
1974. 8	第3回国連世界人口会議（ブカレスト）— 「世界人口行動計画」採択	
1974. 11		世界食糧会議（ローマ）—「飢餓及び栄養不良撲 滅に関する世界宣言」採択
1977. 8		国連砂漠化防止会議—「砂漠化防止行動計画」採 択
1979. 4		世界気候会議：WMO（ジュネーブ）—「世界気 候計画」採択
1979. 4	「資源・環境・人口並びに開発の関連性に関する国際シンポジウム」（UNEP/UNCTA D)	

1980. 3		IUCN/WWF共同で「世界環境保全戦略」発表
1980. 7		アメリカ政府「西暦2000年の地球」発表-21世紀にむけての環境問題の深刻化を予測
1981. 7		オタワ・サミット(カナダ) - 「共同宣言」に初めて環境協力に関する事項を盛り込む
1982. 6		第2回国連人間環境会議(ナイロビ) - 「ナイロビ宣言」採択
1984. 3		酸性雨に関するカナダ・ヨーロッパ大臣会議 - 「硫黄酸化物の30%削減宣言」採択
1984. 8	国連国際人口会議(メキシコシティ) - 「世界人口行動計画の継続実施のための勧告と人口と開発に関するメキシコ市宣言」を採択	
1984.12		ロンドン・サミット環境大臣会議(イギリス) - 「THE WAY FORWARD」
1985. 3		オゾン層保護全権会議(ウィーン) - 「オゾン層保護のためのウィーン条約」採択(日本1988.12発効)
1985. 6		FAO第7回熱帯林開発委員会 - 「熱帯林行動計画」採択
1987. 2		国連環境特別委員会(WCED:環境と開発に関する世界委員会)最終会合(東京) - 「東京宣言」採択
1987. 4		WCED報告書「Our Common Future」発表
1987. 5		世界銀行、環境部を新設
1987. 7	世界人口50億人を突破	
1987. 9		モントリオール外交会議 - 「オゾン層を破壊する物質に関するモントリオール議定書」採択(日本1989.1月発効)
1987.12		国連総会(WCED報告書を支持する決議) - 「持続的開発」を中心的な指導原則とするよう各国政府などに要請
1988. 6		トロント・サミット(カナダ) - 経済宣言に「地球環境問題を優先的課題として取り上げること」を提言
1988. 6		大気変動に関する国際会議(トロント) - 「二酸化炭素排出量20%削減を含む具体的な行動計画」提唱
1988. 9		世界銀行・IMF合同開発委員会 - 「援助政策における環境保全の重要性」強調
1989. 3		オゾン層保護に関するロンドン会議 - フロンに代わる無公害化学物質の早急な開発を産業界・科学者に呼び掛け。
1989. 3		ハーグ環境サミット(オランダ) - 「ハーグ宣言」採択
1989. 4		オゾン層保護条約国会議(ヘルシンキ) - 「ヘルシンキ宣言」(西暦2000年までに5種のフロンと3種のハロンの全廃を決定)
1989. 7		アルシュ・サミット(パリ) - 「経済宣言」(地

		球環境問題を最重要課題とし、緊急の国際協力をアピール)
1989. 8	国際シンポジウム「人類生存への道」(東京)	開催 - 「'89 東京宣言」採択
1989. 9		地球環境保全に関する国際会議 - 「東京宣言」採択
1989. 11	「21世紀の人口」に関する国際会議(アムステルダム) UNFPA	
1989. 11		大気汚染と気候変動に関する国際会議(ハーグ)
1990		第2回オゾン層保護条約国会議(ロンドン)
1990		第4回IPCC(UNEP/WMO気候変動に関する政府間パネル) - 中間報告のまとめ(スウェーデン)
1990		第2回世界気候会議(ジュネーブ)
1991. 6		環境と開発に関する開発途上国会議(中国) - 「北京宣言」採択(地球環境の悪化と途上国の損害の責任は先進国にあると宣言)
1991. 7		ロンドン・サミット(イギリス) - 地球環境問題の対策に関する基本的合意できず
1992. 6		国連環境開発会議(リオデジャネイロ)
1994	世界人口会議(予定)	

出所：毎日新聞社編、『地球環境の危機 - 人口・環境・開発』、毎日新聞社、1989。

6-3-3 政治・経済政策と食糧

世界の食糧生産は1989年で18億 6,400万トンで、1961年の約2倍である。しかし、1985年以降は、その生産量は年率0.24%の増加に過ぎない。これは、耕地面積が1980年以降減少して1989年には1961年とほぼ同様の面積に戻ってしまったこと、単位面積当たりの収量の伸び率が低下したこと(1980-85:3.8%/年、1985-89:0.88%/年)等が原因と考えられる。また、一人当たりの穀物生産量は、1989年の時点で1961年の僅か18%しか伸びておらず、特に、1985-89年の4年間の年率で、1.48%も減少している。地域別に見ると、アフリカ(サブサハラ)が1989年で122.3kgしかなく、1961年の値よりも17%も下回っている。このことは、1985-89年の人口増加率(1.8%)が穀物生産量の増加率(0.24%)及び単位面積当たりの収量の増加率(0.88%)を上回っていることや、耕地面積の低下(0.6%)等に原因がある(表6-9)。

一方、栄養面を見ると、世界的には改善の傾向が見られるが、アフリカやアジアでは約2,200kcalであり、栄養不足の指標である基礎代謝率(BMR)の1.4倍以下の人口は、1983-85年の時点でアフリカ(サブサハラ)、アジアのそれぞれで1億4,000万人、2億9,000万人であり、2000年には世界で5億9,000万人もの人口が食糧不足になると推定されている。多くの開発途上国は常に食糧自給率の低下に悩んでおり、1988年現在では、アジア8,900万トン、アフリカ2,800万トンそしてラテンアメリカが1,100万トンと食糧を輸入している。これに対する食糧輸出国はアメリカが中心であり(1988年119万トン輸出)、アメリカの食糧生産が世界の食糧事情を大きく左右するといっても過言ではない。そのため、1988年のアメリカにおける旱魃は、前年の世界の穀物在庫量を64%も減少させ、世界食糧安全保障の最低水準の17%である2億9,000万トンまで落ち込んだ。

表6-9 世界の食糧生産指標における増減割合

	実績値			年平均増加率 (%)	
	1980	1985	1989	80-85	85-89
穀物生産量 (1000t)	1,561,005	1,847,118	1,864,852	+3.66	+0.24
耕地面積 (1000ha)	726,266	722,377	704,732	-0.14	-0.64
単位面積当たり収量 (kg/ha)	2,149	2,557	2,646	+3.80	+0.88
人口 (1000人)	4,450,392	4,854,342	5,205,242	+1.82	+1.81
一人当たりの穀物生産量 (kg)	350.8	380.5	358.2	+1.70	-1.48
一人当たりの耕地面積 (ha)	0.163	0.149	0.135	-1.72	-2.35

出所：FAO, Production Yearbook

世界の食糧生産は、現実には世界の人口を養うだけの潜在生産力はあるが、耕地面積の減少を主因とする穀物生産量の増加率の低下等により必ずしも食糧増産が積極的に推進されているとはいえない。これは、各国の政治・経済政策が自国の農業政策を中心に行っている結果であり、決して世界の食糧問題を視点に置いた食糧・農業政策は実施されていないからである。したがって、今日の地球では旱魃や飢饉等で食糧不足に苦しんでいる開発途上国が存在する反面、食糧過剰による減反政策を実施している先進国も存在している。

また、食糧を国際政治の道具としている国もある。「世界のパン箆」といわれるアメリカの政治戦略は、食糧を外交・政治の道具として用い、ガットのウルグアイ・ラウンド等で農産物の自由化を謳って、世界の農産物国家を目標としている。一方、多くの開発途上国は農産物（特に商品作物）価格の低迷による外貨不足、食糧購買力の低下による食糧分配の不足、等の世界の政治・経済政策を背景とした食糧貿易体制の不均衡により慢性的な食糧不足に陥っている。とりわけアフリカにおける食糧不足は、自然だけでなく、世界貿易及び各国の食糧政策が要因とされている（かこみ6-10）。

かこみ6-10 アフリカの飢饉

1983年及び1984年の2年間、サブサハラアフリカ地域は史上最悪の食糧危機を経験した。エチオピアその他の諸国の栄養失調や飢えた人々の痛ましい光景は、世界中の人々に行動を起こす契機を与えた。国際的な連帯感の下に集められ食糧援助は、何百人もの命を救った。しかし、なお、数千人もが餓死した。生き残ったが生計の手段を失い、故郷を追い立てられ、基本的な必要すら満たすことのできなくなった人々の多くにとって、その犠牲も大きかった。

危機の広がり 1983年、アフリカ南部は2年目の旱魃に見舞われた。山火事がアフリカ西岸諸国を一掃した。西アフリカのキャッサバベルトは深刻な病害に襲われた。畜産は牛疫の大発生による打撃を受けた。アフリカの他の地域における難民や内戦は、国内食糧供給に対する緊張を高める結果となった。食糧危機がサヘル地域とエチオピアに限定されていた1968-72年当時と異なり、1983年、1984年の食糧危機は、アフリカの北、西、東、南の各地域を包み込み、人間と家畜の双方を襲った。1984年の1年間、アフリカ地域の開発途上国51か国の約半数の国が極端な食糧不足を経験した。これら諸国の合計約2億4,000

万人の総人口のうち、少なくとも 3,000万人が飢餓と栄養失調に悩まされたと推定された。このうち、1,000万人ちかくの人々が食糧、水及び家畜用の草地を求めて家や自分の土地を捨てることとなった。

この飢餓は、一過性の非常事態以上のものであった。悲劇の原因の多くは、過去20年来、またはそれ以上以前から続いていたものである。これは、自然的な要因と人為的な要因が重なった結果である。連続して起きた旱魃は、遅かれ早かれ起きたであろう悲劇の引き金の役を果たしたにすぎない。旱魃の発生以前にも一人当たり食糧生産は段々と低下していた。アフリカ諸国が十分な食糧を生産していなかったという事実は、自然環境の厳しい制約、不均衡な世界的貿易構造及び政府の食糧生産軽視の政策に起因したものである。

出所：FAO, 『2000年の世界農業-1988年改訂版-』

6-4 人口・資源・環境・食糧の相互関係

6-4-1 女性と資源・環境

女性は、世界人口の約半数を占めている。開発途上国の女性の置かれている状況は、政治・経済・社会・宗教等によりさまざまである。開発における女性の役割は周辺的な役割であり、中心的な役割であるという認識はなかった。これは、計測が困難な家庭内や自給的農業における女性の労働が多くの場合除外されてきたためであるが、実際は世界中で労働に費やされる総時間の3分の2は女性によるものなのである。

開発途上国の女性の約8割が農村地域に住んでいる。その女性は、周辺の森林からの薪の採取や水の運搬、そして自給用作物や換金作物の栽培・貯蔵・加工等の農作業、さらには家事と、毎日かなりの労働に従事している(表6-10)。その労働量は、家族が増えて、薪・水・食糧への需要が増えるほど、そして薪や水の入手場所が遠くなるほど増加する。アフリカでは、近隣の森林がなくなると女性が数キロメートルも歩いて薪を採取して(表6-11)。その当事者である女性は、日々の生活だけでも労働負担量が増大している被害者であると同時に、環境を徐々に破壊していくという加害者という二つの立場に立たされている。今、開発途上国の女性には、資源・環境に対する被害者と加害者という矛盾した立場を断ち切り、資源・環境の管理者としての意識を高め、環境保全に積極的に参加することが望まれている(かこみ6-11)。

表6-10 アフリカにおける農村労働の配分、作業別、性別(%)

	男	女
森林伐採、圃場の杭打ち	95	5
耕起	70	30
播種	50	50
耕起と刈り取り	30	70
収穫	40	60
圃場からの作物運搬	20	80
作物の貯蔵	20	80
作物の加工	10	90
余剰の販売	40	60
水と燃料の運搬	10	90
家畜の飼育	50	50
狩猟	90	10
家族への食事提供とその世話	5	95

出所：ECA, Handbook on Women in Africa, United Nations, UN, 1975.
COAG, Follow-up to WCARRD: The Role of Women in Agricultural Department, 1983.7.

表6-11 農村地域の燃料材収集に必要な歩行距離 (km)

	国名	距離 (片道)	年	
燃料材	ボツワナ	7.5	1980	
	カメルーン (ヤウンデ)	2.0-6.0	1980	
	ケニア	1.6-7.0	1979	
	マラウイ	0-3.6	1980	
	スーダン (バラ)	1.0-10.0	1977	
	タンザニア	1.0-5.0	1980	
	ブルキナファソ (ポウレンガ)	5.0	1977	
	ブルキナファソ (コンドウゴウ)	5.0-10.0	1979	
	木炭	ケニア (マチャコス)	3.0	1979
		スーダン (バラ)	16.0-25.0	1977-78

*): 人口の90%。残りの10%の人口は、燃料収集に3.6km以上必要とする。

出所: World Bank, Population Growth and Reproduction in Sub-Saharan Africa, 1990.

かこみ6-11 林業における女性の役割

女性は労働における伝統的なジェンダー (性差) の違いのため、しばしば林業プロジェクトの計画段階で無視されたきたが、林業に特別なニーズと興味を持っていた。ほとんどの農村地域では、女性と子供は、食用作物・薬用植物・各種の原料・商品性のある非林産物と同様に、調理や暖房のための家庭用燃料を採取している。女性は、男性が知識を持たない林産物・植物の特質・伝統的な木の管理方法についての知識を豊富に持っている。

世銀が支援している社会林業プロジェクトにおいては、アジア・アフリカそしてラテンアメリカの女性は、燃料材の管理・家畜用の飼料そして商品性のある非林産物について、男性より興味を持ち続けてきたということを理解しなければならない。世銀の資金によるプロジェクトでは、女性に対してある程度注意を払ってきたが、更に協調性を持った努力が将来的には必要となってくる。女性のニーズに関して意識しない林業計画は、投資に対する見返りの増加のための機会をかなり失っていることになり、女性と家族の立場をも弱めてしまうことになる。

もし、林業プロジェクトが恩恵を受ける女性の参加に成功することになれば、準備段階でより精練され、ジェンダーを基本とした計画が必要となってくる。例えば、女性の土地保有権と新たな植林は強化されなければならない。女性のグループは彼女たち自身の植林と復興活動の実施を支援されるべきである。管理計画における女性の直接参加は、燃料材と飼料採取が原因である森林破壊を減少させることができる。女性に対する奨励策を推進するために、彼女たちの収入は、林産物の販売を拡大するための手段を獲得することを支援することにより、そして一次林産物の付加価値を向上する過程を請け負うことにより、持続的に向上されていかねばならない。

女性の参加は、プロジェクトの目的と戦略の中で総合的に位置づけられるべきであり、このためには、監督と評価を総合的な部分にとりくまねばならない。プロジェクトの中には、女性のためのより技術的な林業トレーニングが必要である。世銀のプロジェクトが、どうすれば女性の採取時間の減少が生産性の向上につながるかという意識喚起を考案するとき、薪炭材と換金に有利な林産物を生産するという地域的な傾向は増加する。

出所: World Bank, A World Bank Policy Paper-The Forest Sector, World Bank, 1991

6-4-2 食糧生産が環境に及ぼす影響

人口の増大にともない、食糧需要も増加していく。農地の拡大が困難で人口増加による一人当たりの栽培面積が減少していく中で、単位面積当たりの収量を増加させるという土地生産性の向上を図ることが目標とされている。そのため、灌漑面積の増大、化学肥料及び農薬の多量使用、高収量品種の育成等が積極的に推進されてきたが、その反面、不適切な灌漑排水管理による塩類集積（表6-12）、化学肥料の多投による土壤肥沃度の減少と土壤劣化、農薬の多投による飲料水・土壌・農作物の農薬汚染等の問題が生じている。

表6-12 灌漑面積上位5か国における塩分集積の被害（1980年代半ば）

国	被害面積(100万ha)	全灌漑農地に対する割合(%)
インド	20.0	36
中国	7.0	15
アメリカ	5.2	27
パキスタン	3.2	20
ソ連	2.5	12
5か国合計	37.9	24
世界合計	60.2	24

注：世界の他の諸国の被害面積の割合を上記5か国と同一と仮定して算出

出所：レスター・R・ブラウン、『地球白書』、ダイヤモンド社、1990-1991.

塩類集積は、灌漑排水技術、とりわけ水路漏水防止や排水の効率化等の水管理の徹底が主な対策の一つである。土壤肥沃度の減少と土壤劣化については、作付方式（等高線栽培、混作、輪作、アグロフォレストリー等）による新たな土壤保全様式が求められよう。農薬による水・土壌・作物への汚染は、食品を通して直接人体に悪影響を及ぼすため見逃すことはできない。農薬の普及は、農業技術の拡大にともない先進国、開発途上国のいずれの地域にも見られるが、一般的には農薬規制の緩やかな開発途上国のほうが、毒性の強い農薬が普及している。このため、水・土壌等の環境を保全し、安全な農作物を生産していくことが、先進国、開発途上国のいずれの消費者の間でも関心を集めている。

アメリカでは、「持続可能な農業」を目指して、「有機食品生産法」（かこみ6-12）が制定された他、有機農産物の流通システムの一形態としてCSA（Community Supported Agriculture、農業生産者と消費者が長期間にわたる会を作り、そこで食料品の供給・購入とを直接行うもので、会によっては農地を持ったり、農業労働者を雇ったりしている他、レクリエーション・調査研究活動を行っている）が注目を集めている。また、日本でも消費者と生産者との「提携」を含んだ有機農業運動が展開されている（かこみ6-13）。

かこみ6-12 有機食品生産法

「有機食品生産法」の制度

アメリカでは5年ごとに農業政策・国民栄養政策全般にわたって議会で審議をし、それを包括的に農業法として採択している。昨年制定された有機農産物全国基準は、その「1990年農業法」の中の一つの章として盛り込まれた（第21章「有機農産物の基準認証」）。単独では、「1990年有機食品生産法」（Organic Foods Production Act of 1990）と呼称される。

この法律は、有機農産物生産者や有機農産物取扱業者が「有機で生産された農産物」として農産物や家

畜飼料を販売したり表示したりする場合の基準を定めている。なお、この場合、農産物(agricultural product)とは、生鮮野菜・果物や穀物ばかりだけでなく、加工食品も含み、また、肉類・牛乳・卵・鶏肉などの畜産物も含む広範囲の食品を対象としている。また、この場合の取扱業者(handler)とは、製造・加工・包装・販売などにたずさわる業者をさす。ただし、加工されない生鮮有機農産物の末端小売業者は除く。そしてまた、年間販売額が 5,000ドル以下の零細な生産者・取扱業者はこの法律の適用から除外される。

「有機」の三基準

同法は、「有機農産物全国基準」(National Standards for Organic Production)として、次の三点を条文の中に掲げている。すなわち、「有機で生産された農産物として販売したり表示したりする」には、①合成化学物質を使わないで生産したり製造・加工・調理等したもの(ただし、本法に基づき認可された合成化学物質は除く)、②収穫前3年間にわたり、本法の定める栽培方法であること(畜産物、田畑でとれないものを除く)、③認証機関が合意した有機計画で生産されたり製造・加工・調理等したもの。

そして、全部で23条にわたって、栽培方法、家畜の飼育方法、製造・加工方法や、記録保持と情報開示の義務付け、全国有機農産物基準委員会の設置とその審議内容等、認証機関、罰則などの具体的に詳細に規定している。ただし、家畜の飼育方法や製造・加工方法の基準などはまだ細部まで詰められていない。また、基準の①で、合成化学物質での例外として使用するもの、及び天然物でも使用を禁じられるものについては、各利害関係団体や学識者等15人からなる「全国有機農産物基準委員会」が「全国リスト」としてそれらの物質のリストを作成し、それを農務長官が承認して決定することになっている。

出所：『土と健康』、日本有機農業研究会、1991.9, No. 229.

かこみ6-13 日本有機農業研究会結成趣意書(抜粋)

現在の農法は、農業者にはその作業に因っての傷病を頻発させるとともに、農産物消費者には残留毒素による深刻な脅威を与えている。また、農薬や化学肥料の連投と畜産排泄物の投棄は、天敵を含めての各種の生物を続々と死滅させるとともに、河川や海洋を汚染する一因ともなり、環境破壊の結果を招いている。そして、農地には腐食が欠乏し、作物を育成させる地力の減退が促進されている。これには、近年の短い期間に発生し、急速に進行している現象であって、このままに推移するならば、企業からの公害と相まって、遠からず人間生存の危機の到来を思わざるをえない。事態は、我々の英知を絞っての抜本的対処を急務とする段階に至っている。

この際現在の農法において行われている技術はこれを総点検して、一面に、効能や合理性があっても、他面に、生産物の品質に医学的安全性や食味の上での難点が免れなかったり、作業が農業者の健康を脅かしたり、施用する物や排泄物が地力の培養や環境の保全を妨げるものであれば、これを排除しなければならない。同時に、それに変わる技術を開発すべきである。これが間に合わない場合には、一応旧技術に立ち帰るの他はない。

とはいえ、農業者がその農法を転換されるには多かれ少なかれ困難をとまなう。この点について農産物消費者からの相応の理解がなければ、実行されにくいことはいうまでもない。食生活での習慣は近年著しく変化し、加工食品の消費が増えているが、食物と健康との関係や食品の選択についての一般消費者の知識と能力は、極めて不十分にしか啓発されていない。したがって、食生活の健全化についての消費者の自

覚に基づく態度の改善が望まれる。そのためにも、まず食物の生産者である農業者が、自らの農法を改善しながら、消費者にその覚醒を呼びかけることにこそ何よりも必要である。

出所：『土と健康』、日本有機農業研究会、1991.9, No. 229.

参考文献

COAG, Follow-up to WCARRD: The Role of Women in Agricultural Department, 1983.7.

ECA, Handbook on Women in Africa, United Nations, UN, 1975.

FAO, Production Yearbook

Michael P Todaro, Economic Development in the Third World, Longman, 1985.

National Development Plan, 1989-1993, Kenya

UNFPA, Population and The Environment: The Challenges Ahead, 1991.8.

World Bank, Desertification in the Sahelian and Sudanian Zones of West Africa, 1987.

_____, Population Growth and Reproduction in Sub-Saharan Africa, 1990.

_____, A World Bank Policy Paper-The Forest Sector, World Bank, 1991.

エスター・ボーズラップ、『農業成長の諸条件』、ミネルヴァ書房、1975.

エスター・ボーズラップ、『人口と技術移転』、大明堂、1991.

家族計画国際協力財団、『目で見る世界人口』、1990.

国際開発ジャーナル社、『国際開発ジャーナル』、1991.10, No. 416.

国際協力事業団、『分野別（環境）援助研究 [現状分析]』、1988.

国際協力事業団、『分野別（開発と女性）援助研究会報告書』、1991.

国連食糧農業機関、『世界農業白書』、国際食糧農業協会、1989, 1990.

_____, 『2000年の世界農業-1988年改訂版-』

国連人口基金基金、『世界人口白書』、1986\$1991.

世界資源研究所、『世界資源研究所報告書』、1991.

地球環境と暮らしに関する研究会、『地球環境にやさしいライフスタイルへの提言』、第一法規、1990.

西川潤、『世界経済入門 第二版』、岩波書店、1991.

日本有機農業研究会、『土と健康』、1991.9, No. 229.

毎日新聞社編、『地球環境の危機-人口・環境・開発』、毎日新聞社、1989

レスター・R・ブラウン、『地球白書』、ダイヤモンド社、1984~91.

渡辺桂、『社会林業の進展-ケニアの例-』、『熱帯農業』、日本熱帯農業学会、1991.6 Vol. 35, No. 2

渡辺弘之、『アグロフォレストリー-東南アジアの事例を中心に-』、国際農林業協力協会、1990.

7. 人口援助分析

7-1 人口援助総論

7-1-1 人口援助の分類

(1) 人口援助の定義

UNFPAが編集・発行している「国際人口援助機関ガイド第6版(Sources of International Population Assistance, Sixth Edition)」においては、「国際人口援助とは何か」という問いに対して、以下の説明が示されている。

「… それは、途上国の政府や非政府機関が行うデータ収集、人口政策、家族計画、情報教育活動、訓練、研究など人口分野に該当する幅広い活動の全体または一部に対する直接的な贈与や貸し付けからなる。人口援助は、途上国や途上国内の機関への他機関を経由した間接的な贈与の形もとりうる。また、物品や車両の提供、技術的な支援をも含む。さらに、訓練プログラムや専門的助言を提供したり、研究を行う諸機関の活動も人口援助である。これらの機関が提供する『人口のノウハウ』や情報は、人口政策やプログラムの形成にとって極めて重要である。」

すなわち、開発途上国または開発途上地域の、人口分野の活動に対して、資金援助または知的支援を行うことを「国際人口援助」と定義し、このような援助・支援を実施している政府・機関を「国際人口援助機関」としているのである。

(2) 人口援助の分類

人口援助を構成する活動の種類については、各援助機関ごとに異なる基準によって分類されているため、横断的な比較は容易ではない。UNFPAでは、1977年に国連行政調整委員会(UNACC)が採択した「人口活動の標準分類」により、活動を以下の8つのカテゴリーに分類している。また、「国際人口援助機関ガイド」においても、国連機関、二国間援助機関、NGO等の援助の概要をこのカテゴリーにそって取りまとめている。

1) 人口援助の分野(Areas in which assistance is provided)

- | | |
|-------------------------------------|---|
| ①基礎データ収集
(Basic Data Collection) | 国勢調査、各種人口調査、登録システムを通じた基礎的なデータの収集とデータ収集能力の強化。 |
| ②人口動態
(Population Dynamics) | 人口データ分析、出生力・死亡率・人口移動の決定要因、その他の人口動向に関する決定要因、人口動向のもたらす諸結果、モデル作成や人口推計を含む人口学的および社会経済的諸変動要因の相互関連に関する調査、訓練、組織強化、情報提供。 |

③人口政策とプログラムの策定・評価 (Formulation and Evaluation of Population Policies and Programs)	法制定を含む政策の策定、政策とプログラムの評価、人口要素の社会経済開発計画への統合。
④政策の実施 (Implementation of Policies)	家族計画以外による出生力、不妊症、疾病と死亡、国内・国際移動に関する政策の実施。
⑤家族計画プログラム (Family Planning Programs)	家族計画サービスのシステムの普及と強化、管理と評価、安全で効果的な避妊方法の開発と評価。 母子保健サービスと生物医学的研究を含む。
⑥コミュニケーションと教育 (Communication and Education)	人口問題に関する理解・意識の向上のためのコミュニケーション。学校および学校外の教育システムのなかでの人口教育。
⑦特別プログラム (Special Programs)	女性、子供と青年、老人、経済活動人口、社会的弱者、自然災害の被災者など特定の対象集団の向上のプログラム
⑧多分野にわたる活動 (Multisector Activities)	複数分野にまたがるプログラムの開発（一般活動、訓練・研究、事業支援のための広報活動と情報の普及、行動プログラム）

この分類でUNFPAが1989年の人口援助の内訳を推計した結果、⑤家族計画プログラムに援助資金全体の69.7%、⑥情報・コミュニケーションに13.2%が支出され、この二つの項目が援助金額の80%以上を占めていた。その他の項目では、①基礎データ収集と②人口動態がそれぞれ5%強、③人口政策とプログラムの策定・評価は3.3%であった。

「国際人口援助機関ガイド」には、上記の分野別分類の他に、各援助機関が提供する人口プログラムの種類と人口援助の形態についても記載されている。人口プログラムの種類は、1975年の世界人口行動計画において決定された項目にはほぼそって分類されている。ただし、「エイズ予防」と「人口プログラムの文化社会的側面」は、最近の版から追加された項目である。

2) 人口プログラムの種類(Selected Program Area)

① 人口と開発:

人口成長と社会経済開発の関連、開発計画への人口の組み入れに関する研究。

② 人口と環境:

人口成長と自然資源、持続的開発、食糧生産の関係の研究。

③ 女性、人口と開発:

性別データの収集と分析、開発過程への女性の統合。家族、社会における女性の地位に影響する文化的価値観と社会変動。早婚や思春期の妊娠の減少の推進、女性差別的法律の撤廃、人口プログラムにおける女性の権利促進。

④ 人口成長と構造:

人口の動向、人口成長の目標設定、高齢化と政策策定、などの研究。

⑤ 死亡と疾病:

乳幼児・妊産婦死亡の減少、不妊症・非合法の妊娠中絶等の減少の推進、妊娠・出産に関わる女性の健康の向上、性行為感染症（STD）の抑制。

⑥ 人口の分布と移動：

都市化の研究、地域開発、移住の研究。

⑦ 意識喚起：

基礎的人口データの収集と提供、人口動態研究・訓練、IEC、政府人口部門の強化、人口政策評価。

⑧ エイズ予防、コントロール：

エイズに関するデータ収集、エイズ関連情報・教育、医学研究、母子保健・家族計画への組み込み。

⑨ 人口プログラムの文化社会的側面：

出生力の社会文化的決定要因の研究、比較研究、男性の家族計画への参加促進。

3) 人口援助の形態(Support activities which can be provided)

- ① 評価（実証評価、比較評価、インパクト評価）
- ② 訓練（研修、奨学金、ワークショップ、セミナー）
- ③ 専門家・アドバイザー
- ④ 現地要員給与、手当
- ⑤ 管理、管理のための情報システムサービス
- ⑥ 車両、車両維持費
- ⑦ 機材（データ処理、臨床、検査、視聴覚教育、印刷、製造、事務）、機材維持費
- ⑧ 物資（避妊薬、避妊具、臨床、検査、教育、事務）

上記の3種類の人口援助の分類は、互いに重複していると考えられる点もあり、項目ごとの中身が必ずしも明確に定義されているとは言えない。また、援助機関のなかには、米国やスウェーデンのように、独自の分類方法に従って自らの援助内容を回答しているものもあり、完全なものとは考えられないが、人口援助の状況を横断的に概観するには有用であろう。

(3) DAC援助分類における人口援助

先進援助国の政府開発援助を取りまとめているOECD（DAC）の開発援助の目的別分類においては、人口分野は、教育、保健、水供給・衛生、公共行政、開発計画等の分野と共に、社会・行政インフラストラクチャーの大項目のもとに分類され、この分類にしたがって各国の二国間援助の内訳が分析されている。（表7-1）毎年発表されるDAC議長報告書においては、人口と保健をまとめた各加盟国の援助金額が発表されている。ただし、この分類では、プログラム援助やNGO助成金の中で実施される人口援助が別項目として計上されている。1990年に開催した人口に関する専門家会合では、各国・機関の人口援助への取り組みを援助金額の面から分析・比較する場合には、UNFPAが取りまとめた数字が用いられている。

表7-1 DAC援助分類項目

I. 社会・行政インフラストラクチャー	III. 生産
1. 1 教育	3. 1 農業
1. 2 保健	3. 2 鉱工業・建設
1. 3 水供給・衛生	3. 3 貿易・金融・観光
1. 4 人口	3. 4 その他
1. 5 公共行政	IV. マルチ・セクター
1. 6 開発計画	V. プログラム援助
1. 7 その他	VI. 債務救済
II. 経済インフラストラクチャー	VII. 食糧援助
2. 1 運輸	VIII. 緊急援助
2. 2 通信	IX. 行政経費
2. 3 河川開発	X. 民間組織への援助
2. 4 エネルギー	XI. 分類不能
2. 5 その他	

出所：外務省経済協力局編「我が国の政府開発援助 1990」

ただし、UNFPAで取まとめられている人口援助の金額は、(2)で述べられた分類に該当する「狭義の人口援助」とでもいうべきもので、人口と開発に関わる他の関連セクターへの取り組みや、間接的に人口動態に影響を及ぼすことを期待して実施される「広義の人口援助」については、数量的にこれを把握し、比較することは難しい。

7-1-2 人口政策と人口援助の歴史的変遷

(1) 人口援助のアプローチ

FinkleとCrane (1988)によれば、国際人口政策（および人口援助）の歴史はだまかに、a) 人口抑制アプローチ期、b) 人口計画アプローチ期、c) 互いに競合する多様なアプローチ期の3期に分類することができ、各時代を特徴づける主流的な国際人口政策・援助へのアプローチがあったという。これらのアプローチは、それぞれに複数の団体が構成される国際的な「同盟(coalition)」とでもいうべきグループによって推進された。

(2) 人口抑制アプローチ期（1965～74年）

1950年代から、途上国の人口問題に対する研究や活動を行う専門の民間機関が設立され活動を開始した。また、フォード財団やロックフェラー財団などのその他の民間機関も人口プログラムを開始したのもこの時期である。同じころ、スウェーデンなど北欧諸国はアジアの国々の活動に対して二国間援助を行った。これが、開発援助の一分野としての人口援助の始まりである。国連においても、1960年代半ばから開発途上国に対する人口分野の技術援助が開始されるに至ったが、この時期の人口援助の主流は、これらの米国を中心とする諸団体からなるグループの考え方や活動に強く影響されたものであった。その特色としては以下の諸点があげられる。

1) 特徴

途上国の急激な人口増加が、将来地球規模の生活の質の低下と社会的不安定をもたらすとの危機感のもとで推進された。避妊サービスを中心とする大規模な家族計画サービスと支援的な方策としてのIECを推進した。

実際の家族計画プログラムにおいて保健サービスとのインテグレーションを行うことについては、長期的な方策として認められてはいたが、緊急性の高い人口問題への対策としては推進されなかった。従って保健省とは別に途上国に設立された民間家族計画団体や、家族計画専門の政府機関を通じたサービスの提供への援助が主流であった。

2) 主な推進者

米国に本拠地をおく人道援助団体、国際家族計画連盟（IPPF：本部英国）など以前から家族計画運動に携わってきたグループ、米国の大学に籍を置き国際的な活動にも携わる人口学者や社会学者などが中心であった。途上国の国際的発言力、交渉力は弱く、開発プログラムの策定も西欧に依存している状況であった。国連では人口問題への国連の関与に関するコンセンサスがいまだ形成されておらず、その役割は限られたものであった。

3) 援助機関の対応

USAIDは1965年にPopulation Branchを設置し、人口援助を開始した。1967年にはウ・タント国連事務総長が、UNFPAの前身である人口活動特別信託基金を創設した。日本でも、1967年にJICAがアジア諸国からの参加者を対象とする家族計画研修を開始した。1970年には世銀に人口プロジェクト部（Population Projects Division）が設置されている。

4) 評価

1970年代前半になると、人口抑制アプローチに対する批判が高まった。避妊サービス拡大を主眼とした家族計画プログラムが最貧国の出生力にはほとんどインパクトを与えなかった。保健専門家グループからは、人口統計上の目的の達成をあせるあまり、サービスの安全・品質を犠牲にしているという批判が提起された。途上国からもラテンアメリカ諸国と一部のアジア諸国のから反発が表明された。

人口抑制アプローチが上記の批判を受けたのは、以下の諸点に関してあまりにも楽観的であったり、理解が不足していたためである。まず、家族計画にたいする途上国の女性のモチベーションの存在を前提として、サービスと情報を提供すれば家族計画実行率が上昇すると楽観していた点である。途上国社会における子供の社会・経済的な価値に対する理解が不足しているとともに、子供数決定に対する意志決定や夫婦間の出産・避妊に関するコミュニケーションなど社会的な要素が軽視されていた。

(3) 人口計画アプローチ期（1974-81年）

1974年のブカレスト世界人口会議を区切りとして、国際人口政策に対するアプローチは人口活動を縦割りのセクター・プログラムとして実施する人口抑制アプローチから、幅広い開発計画のなかに位置付ける考え方に移行する。こうした移行の背景として、OPEC加盟国を中心とする開発途上国の交渉力の上昇、新国際経済秩序（NIEO）を求める途上国の主張、開発におけるベーシック・ヒューマン・ニーズ（BHN）戦略の台頭、国際婦人年（1975年）以降の女性の権利と地位の向上を目指す運動などの影響も見逃せない。

1) 特徴

急激な人口増加を開発の阻害要因と見る点では、人口計画アプローチも抑制アプローチと同様であったが、それは地球規模の平和と安全保障への脅威としてではなく、各開発途上国の貧困の深刻化への影響が

問題であるとした。人口関係活動は、包括的な社会経済計画、プログラムに統合されるべきであるとした世界人口行動計画に基づき、人口統計学上の目標達成に向けた広義の方策（乳幼児死亡抑制、女性の地位向上、所得分配の公平、結婚年齢の上昇等）が重視されるようになった。このような考え方に基づいて、農村開発やプライマリ・ヘルスケア等の総合開発プロジェクトと家族計画との統合が強調された。

家族計画においては、モチベーションを高めることに注目し、人権を侵害しない範囲で経済的なインセンティブの提供を認めた。

また、政策実施主体として各国中央政府の役割を強調し、民間団体の役割に対しての否定的・消極的な態度は、人口抑制アプローチ期と対照的であった。

2) 主な推進者

この時期には多国間機関（特に国連機関）の役割が相対的に大きくなり、米国の民間団体の相対的な役割は減少した。総合開発的アプローチは北欧等一部西欧諸国が強く推進し米国政府・研究機関は、政策研究や理論の面で貢献した。また、第三世界政府の国際的交渉力が上昇した。

3) 援助機関の対応

USAIDは人口関連の援助実施の権限を米国本部の人口部から各地域局に移し、人口プログラムと他の地域・国家計画とのインテグレーションの方針を採用した。世界銀行は、人口部門を保健・栄養部門に統合した。

4) 評価

人口上の目標達成という点では、特に際だった結果は見られなかった。USAID人口部などの人口抑制派の立場からは、「開発計画への統合」と言う抽象的な概念を特定のプログラムやプロジェクトに反映させる可能性について疑問が提示されている。複数のセクターにまたがるプログラムの実施は運営の複雑さ、コストの上昇など多くの問題を伴うことが明らかになった。

一方では後述のいろいろな立場から（女性の権利擁護、宗教者、保健サービスの品質保障）人口政策や家族計画プログラムへの批判が大きくなった。

(4) 互いに競合する多様なアプローチ期 （1980年代）

1980年代の人口援助は、様々な立場から人口抑制・人口計画アプローチを批判するグループが台頭し、これまでの開発計画と人口援助には余り見られなかった局面をつけ加えることになった。また、米国ではレーガン政権のもとで、保守的グループを中心とする人口援助への国内の反対が高まるとともに、社会サービスとしての家族計画サービスのなかでも民間セクター重視が打ち出されてきている。

1) 特徴

この時期は人口計画アプローチが依然として主流ではあるが、その他の様々な立場からの主張の影響力が相対的に大きくなった。それらこれまでのアプローチに対する批判勢力が、個々に（互いに連合することなく）影響を行使し始めた。出生力低下の前提条件としての近代化・社会変化をあまり強調せず、地元の価値観や文化を尊重しつつ家族計画を望む人へのサービスを提供するという限定的なコミットメントが主張されるとともに、利用者・需要側（demand side）の視点をより重視した、政策形成への広範な参加

が強調されるようになった。女性、思春期の少女、強い宗教的アイデンティティを持つ集団など、対象グループが多様化し、それに伴う多様な政策対応が求められるようになった。プログラムの実施面では、先進国・途上国のNGOや営利団体の役割が増加した。

2) 主な推進者

歴史的に人口援助の推進者であった米国は、全体的な援助疲れと国内保守派の台頭による人口援助反対勢力の拡大のために、相対的な影響力が弱めた。また、開発途上諸国でもNIEO陣営の分極化や、債務危機などによって途上国の集団的影響も弱まった。女性の生殖にかかわる権利（リプロダクティブ・ライツ）の擁護を求めるグループ、カトリック教会、生命尊重・中絶反対（プロ・ライフ）を主張するグループ、プライマリ・ヘルスケアと子供の生存などを主張するグループの影響が大きくなった。

3) 援助機関の対応

子供数を制限するのではなく、十分な出産間隔を確保する（birth spacing）ことによって母子の健康を護る手段として家族計画を推進するプログラムが実施された。近代的な避妊法の実施を認めない宗教規範に抵触しない「自然的家族計画法（natural method）」関連活動への援助が実施され始めた。また、すべてを政府が実施するという立場ではなく、民間機関の役割を見直し、市場経済メカニズムによる効率化を図ろうとする立場から、ソーシャル・マーケティングなどの手法が導入されてきている。

(5) 1990年代の人口援助

1989年の12月に開催されたDAC上級会合で採択された1990年代の開発援助政策書は、多くの途上国の持続的開発を脅かすほどの急激な人口増加率を減速させることを基本的重点事項のひとつとしている。そして、1990年4月には、UNFPA、IPPF、ポピュレーション・カウンシル、世銀およびIMFと共に、人口と開発に関する専門家会合を開催した。この会合の結果取りまとめられた提言は以下のようなものであった。

1) 人口成長を減速させるための新しいイニシアティブの必要性

DAC諸国は「人口、環境、食糧、エネルギーは、地球規模の意味を持つ問題であり、その影響が世界的な環境の悪化や移住への圧力の増加として現れることを認識」する。このような認識のもとで、これまでDAC諸国が行ってきた開発援助全体が、取り分けPHC、WID、教育等の援助が人口増加率の引き下げに間接的な貢献をするものであった点は認めつつも、出生率に対してより直接的なインパクトを持ちうる自発的家族計画の推進への協力の強化が図られるべきである。

2) 途上国の人口分析と人口政策に関する能力強化のための援助の必要性

開発途上国政府が自国の人口の状況を分析し、適切な政策やプログラムのオプションを立案・形成し、これを実施するための専門家や組織・制度を含めた能力をもつことが、重要であり、この分野の国際援助に優先度をおくべきである。分析・政策形成能力の向上のための手段としては、援助国と被援助国の政策対話、研究の実施が重要である。

3) 人口プログラムの支援のための援助調整の必要性

人口プログラムの効果的な実施のためには、国際機関やNGOとの協力が不可欠であり、援助資金の有

効利用の観点からも情報交換と援助調整が必要である。国レベルでは、当該国政府が中心となるべきであるが、現在援助国調整の行われていない場合はUNFPAまたは世銀の現地駐在事務所が中心となってこれを進めるべきである。

4) 人口援助へのより高い優先度

人口プログラムの需要に対する途上国政府の自己予算の不足、現在の人口援助額の不足を解消するため、人口援助への資金の配分を大幅に引き上げ、特にリカレント・コストの援助への要請に対してはより柔軟な対応を行うべきである。

7-1-3 援助金額と配分の動向

(1) 人口援助金額の動向

国際人口援助の金額は、1989年には世銀貸付を含めて7億5,680万ドルに上っている。表7-2に見るごとく、人口援助資金の約4分の3はDACメンバー諸国の援助であり、国連と民間の資金がそれぞれ約5%、残りが世銀資金という内訳になっている。

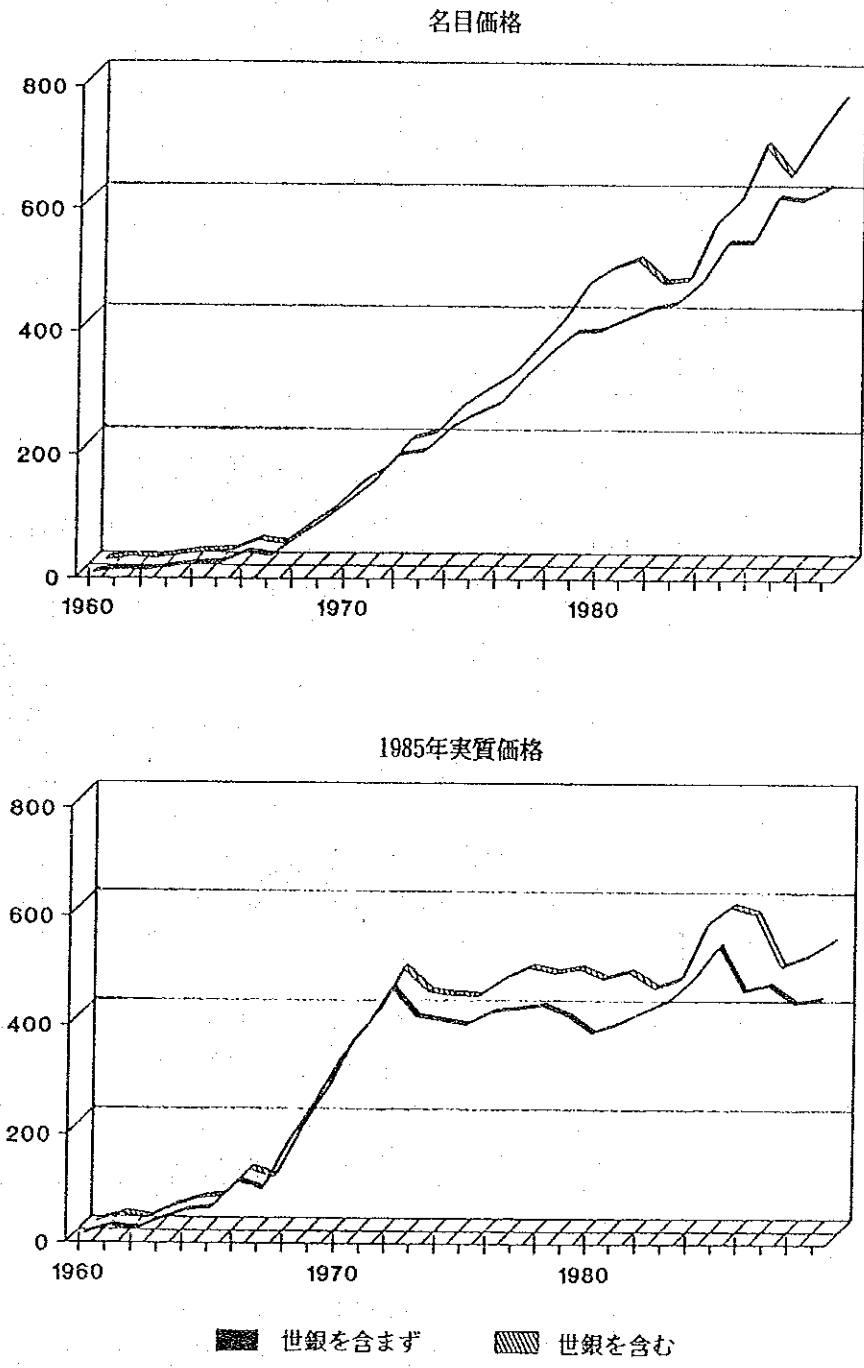
1952年からの援助総額は、額面では1960年代後半から着実に増加しているが、1985年の米ドルでデフレートした金額では、1960年代後半から70年代前半にかけて急激な伸びをみせてはいるもののそれ以降は1985年を除いて実勢価格で4億ドル前後と停滞している。(図7-1) UNFPAは今世紀末までに家族計画実施率が1990年の51%(3億8,100万組)から59%(5億6,700万組)に増加すると仮定して、家族計画と人口プログラムの支出をまかなうためには2000年までに約90億ドルが必要と見積もっている。そのためには、1990年代にODA総額を倍増し、うち4%を人口援助に充てねばならないとのことである。

表7-2 主なドナーによる人口援助金額(約束額) 1952-1989年(百万米ドル)

ドナー	1952-59	1960-69	1970-79	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	合計
先進国	0.4	114.0	2123.3	354.3	373.9	378.0	360.7	415.3	472.5	484.7	542.3	543.2	561.0	6,743.6
国連	-	-	-	-	-	29.1	30.8	30.7	33.1	20.8	24.3	30.4	31.1	230.3
民間資金	6.3	191.5	394.0	41.3	39.9	23.9	28.6	29.5	34.5	34.6	47.5	35.8	39.3	946.7
合計	6.7	305.5	2,517.3	395.6	413.8	431.0	440.1	475.5	540.1	540.1	614.8	609.4	631.4	7,920.6
1985 \$	23.1	954.7	4,146.0	349.3	394.8	417.2	437.0	480.4	540.1	456.6	467.5	435.3	441.9	9,573.9
世界銀行	-	-	196.6	80.3	77.3	23.0	18.2	71.9	47.7	139.3	15.2	86.2	125.4	881.1
1985 \$	-	-	273.4	77.0	73.8	22.3	18.1	72.6	47.7	117.8	12.5	61.3	83.9	860.4
総計	6.7	305.5	2,713.9	475.9	491.1	454.0	458.3	547.4	587.8	679.4	629.3	695.6	756.8	8,801.7
1985 \$	23.1	954.7	4,419.4	456.3	468.6	439.5	455.1	553.0	587.8	574.4	480.0	496.6	525.8	10,433.4

出所: UNFPA, Global Population Assistance Report 1982

図7-1 人口援助総額の推移 1960-1980年 (百万米ドル)



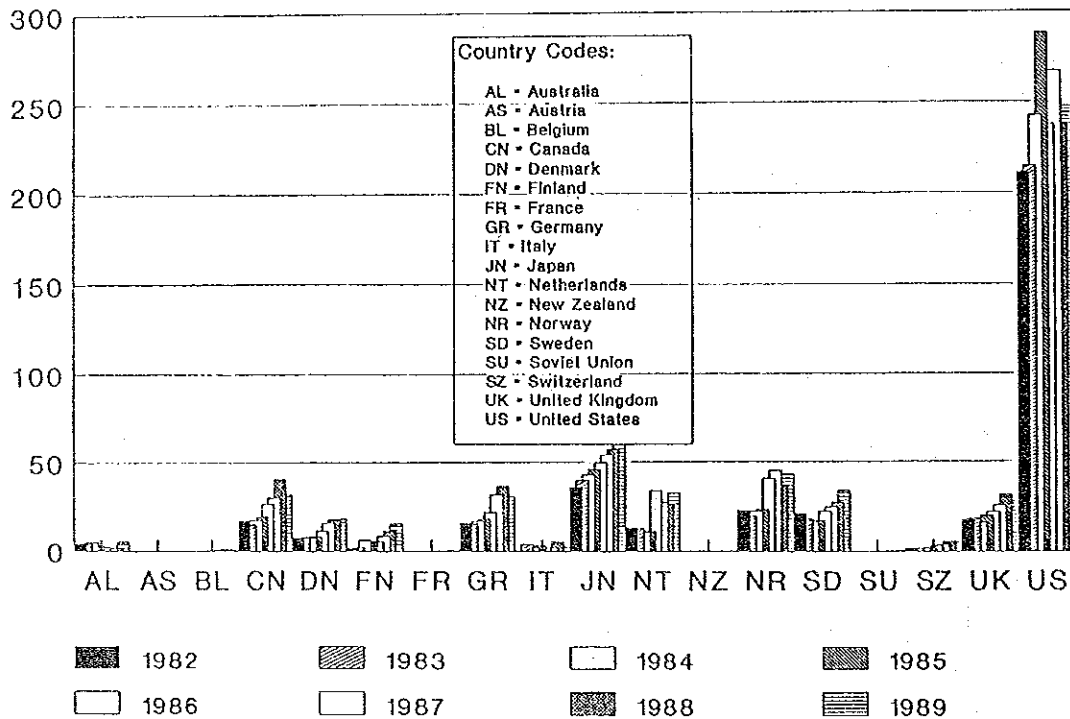
出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

(2) DAC加盟国の人口援助額の比較

DAC加盟18か国のなかでは、アイルランドを除く17か国が人口援助を実施している。金額では、米国が一か国で全体の約45%を支出し、他国を引き離している。我が国は第2位の支出国であるが、他にノルウェー、スウェーデン、ドイツ、カナダ、英国がほぼ同じレベルの支出をしている。(図7-2)

ODA全体に占める人口援助の比率では、ノルウェーが5%近い比率でもっとも高く、米国が約3%、スウェーデン、フィンランド、デンマークの北欧とカナダが約2%と続いている。わが国はここ数年1%以下で平均値を下回っている。人口援助の比率がとくに低い国としては、まったく行っていないアイルランドのほかに、フランス、オーストリア、ベルギー、イタリアがある。(図7-3)

図7-2 主要援助国の人口援助金額 1982-1989年(百万米ドル)



出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

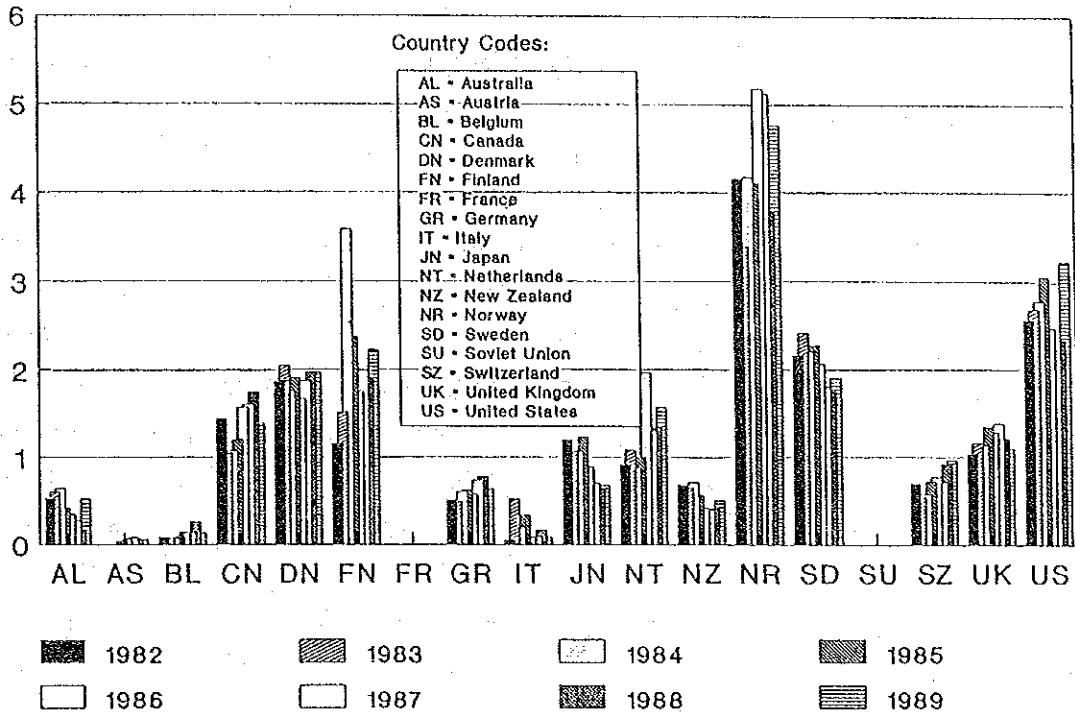
(3) 人口援助の地域別配分

人口援助資金の地理的配分を見ると、世界人口の半分以上を占めるアジアに圧倒的に多くの資金が向けられていることが分かる。しかし、人口一人当たりの援助額はむしろ低いものとなる。80年代には、援助金額は増額していないが、人口の規模を反映してか減少もしていない。

アジア地域への配分額が頭打ちであるのと対照的に、アフリカ地域への人口援助は1980年代後半から総額でも一人当たりの援助額でも急激に増加している。これは、サブサハラアフリカの人口増加率が世界でもっとも高い水準で変化のきざしが少ないことと、近年アフリカ諸国政府が人口増加率の抑制の必要性を認め、政策を転換したことによるものと考えられる。

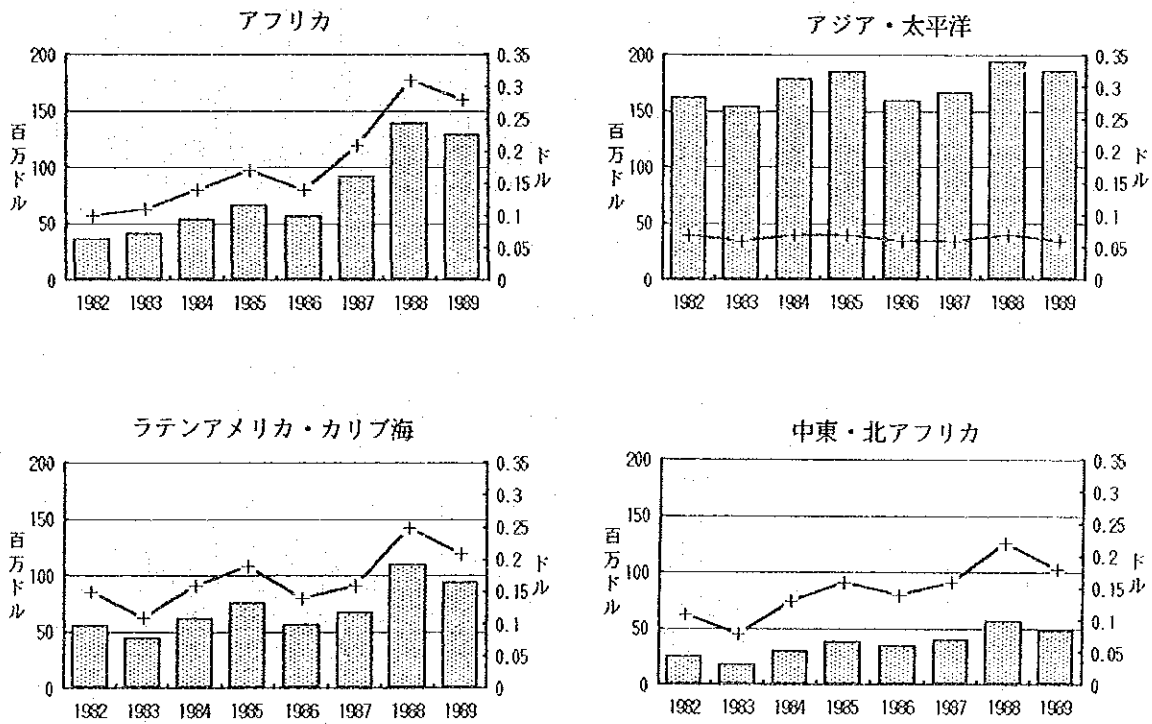
ラテン・アメリカと中東・北アフリカ地域でも、アフリカほどではないが一人当たりの人口援助額は増加の傾向にある。(図7-4)

図7-3 主要援助国のODAに占める人口援助の割合 1982-1989年 (%)



出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

図7-4 人口援助の地域別支出額 (百万米ドル) と一人当たりの援助額 (米ドル) 1982-1989年



出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

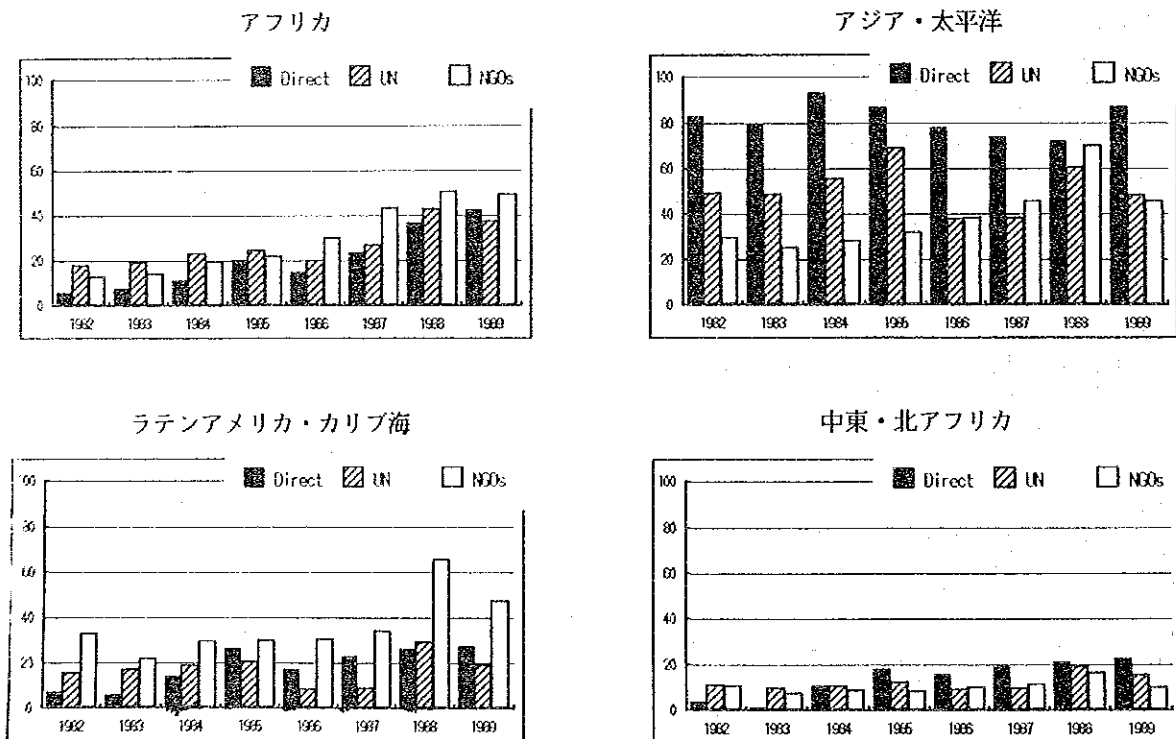
(4) 援助のチャンネル別に見た地域配分

各地域への人口援助を二国間援助、多国間援助、NGOというチャンネル別に比較してみると、明らかな違いが認められる。アジア地域は伝統的に二国間援助の比率が高い。その理由として、アジア地域の人口の規模の大きさが援助国の注意を引きつけたこと、アジア諸国の多くが比較的早い時期から人口政策を策定し、人口プログラムを実施してきたため、援助の受け皿が整っていたこと、他地域に比較して政治的に安定しており人口援助に限らず二国間開発援助を受入れ易い条件を形成したことなどが考えられている。

アフリカ地域では、80年代初頭まで国連を通じた援助が約半分以上を占めていた。これは、アフリカ各国の政治的、政策的状況がどちらかと言えば上に述べたアジアの状況と反対であったことや、人口データの収集や現状の把握と分析といった方面のニーズが高かったことと関係があると推測される。しかし、1985年以降は他の2つのチャンネルを通じた援助の比率が高まり、特にNGOを通じた援助の伸びが著しい。

ラテン・アメリカ地域では、常にNGOが人口援助のチャンネルの半分以上を占めている。これは、家族計画に反対するカトリック教会との対立を恐れて、政府が公的な人口政策を避けていることと関連がある。ラテン・アメリカの場合は、保健関係者が、貧困・高出生率・非合法の墮胎による生命と健康の危険という問題を解決するために家族計画の普及を民間組織を中心に実施している。また、この地域の貧富の格差の大きい国々では、行政ルートではサービスを提供することが極めて困難な最貧困層に対して、NGOが極めて効果的にサービスを普及することが認められている。ただし、母子保健や国勢調査などの分野では、二国間援助や国連の援助が徐々に増加しつつある。(図7-5)

図7-5 地域および援助チャンネル別人口援助支出額 1982-1989年(百万米ドル)



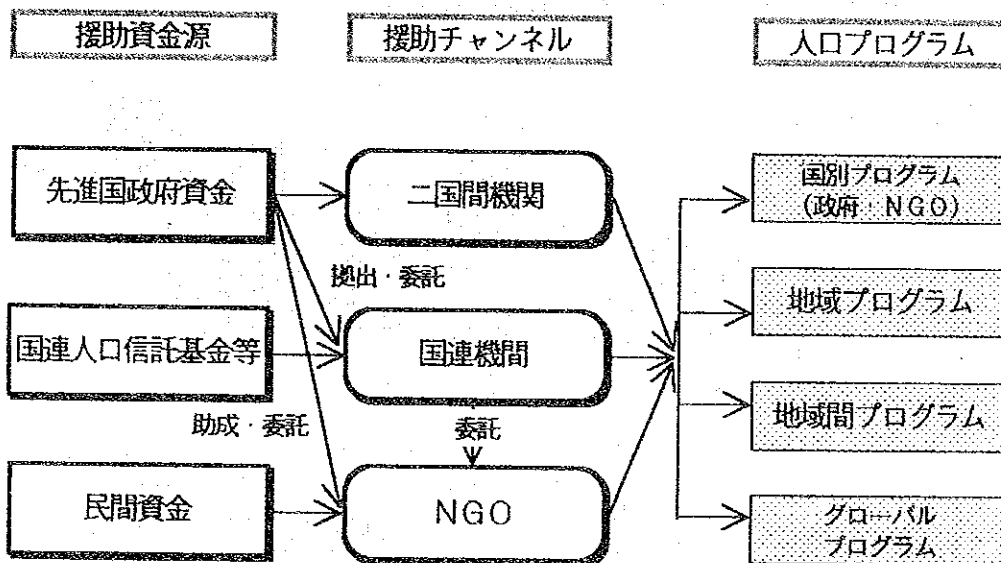
出所: UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

7-1-4 人口援助機関

(1) 人口援助機関の種類

人口援助の動向を援助資金の流れから分析しているUNFPAの「世界人口援助レポート(Global Population Assistance Report 1982-89)」は、人口援助機関を、援助資金を提供するドナーである「援助資金源(Source)」と、人口援助がドナーから受益国(機関)に到達する際の「援助チャンネル(Channel)」に分けている。(図7-6)「援助資金源」としては先進援助国(DACメンバー)、国連の基金、民間資金の三つに分類されている。世銀の貸し付けについては、いずれ返済されるべき資金であることと、データが貸し付け合意額であって支出額ではないこと等の理由によって、参考として示されているのみである。また、この3者以外の援助国・機関については、相対的な金額が小さいため分析の対象としていないが、OPEC諸国やソ連(当時)等も関連の分野で過去に援助を実施している。表-2に見るごとく、1989年には世銀貸付を含めた人口援助資金総額の約4分の3はDACメンバー諸国からの資金であり、国連と民間の資金がそれぞれ約5%、残りが世銀資金となっている。

図7-6 人口援助の流れ



出所: UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89

「援助のチャンネル」としては、二国間の直接援助、国連機関、NGOの3つが主なものである(世銀の貸付を除く)。それぞれのチャンネルを経由する援助資金は、1980年代を通じてほぼ3分の1ずつ均等に配分されている。これは、DACメンバー国の資金の約40%が国連機関に拠出され、また約25%がNGOに補助金・助成金として支出されているためである。(表7-3、図7-7)

国連機関への拠出のほとんどは、国連人口基金への拠出であり、UNFPAをはじめ国連専門機関等の活動資金を提供している。活動資金に占める先進政府機関からの資金援助の比率が大きいIPPFやポピュレーション・カウンシルに対して資金を提供している国も多い。また、北欧諸国やオランダのように、ODAの1割以上をNGOへの助成金として支出したり、プロジェクトごとの実施契約の形で委託している政府もある。

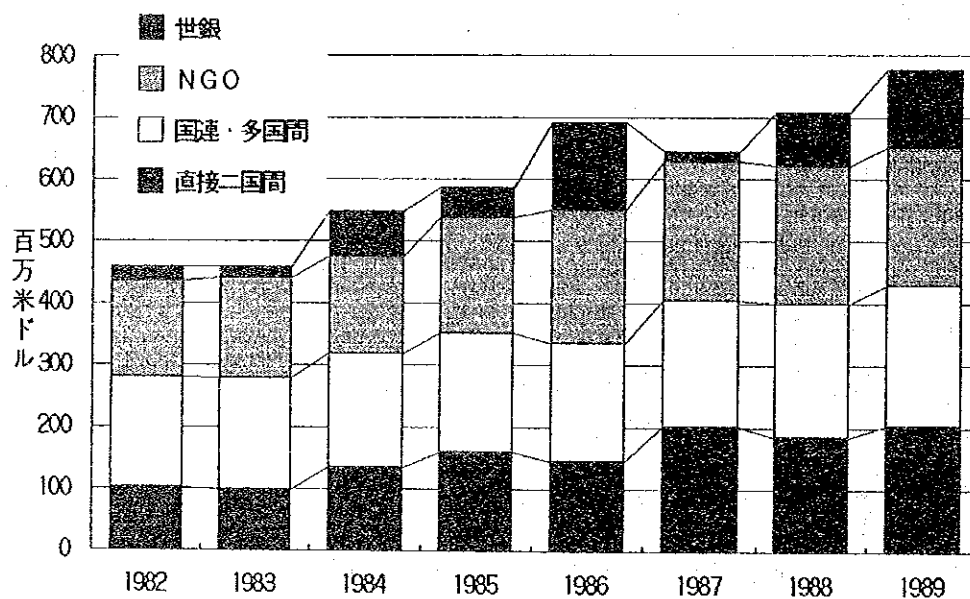
「援助のチャンネル」のなかには、援助活動のための財源をすべて他のドナーから得ている組織も含まれる。例えば、UNFPAの活動の多くは、ILOやWHOに委託されており、この場合プロジェクトの費用

表7-3 援助チャンネルごとの人口援助の金額 1982-1989年 (百万米ドル)

援助チャンネル	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
直接二国間 先進国からの資金	101.1	98.0	135.5	159.4	145.1	200.7	184.7	202.0
国連/多国間 先進国からの資金	179.4	181.6	182.7	192.5	190.1	203.3	215.1	227.5
国連人口基金	149.8	150.8	152.0	159.4	169.3	179.0	184.7	196.4
国連からの資金	24.8	26.0	24.6	27.6	6.5	7.2	15.5	16.0
他の国際機関の資金	4.8	4.8	6.1	5.5	14.3	17.1	14.9	15.1
NGO 先進国からの資金	155.1	161.8	158.3	187.4	216.0	224.8	222.5	221.8
先進国からの資金	123.6	128.2	123.2	145.3	169.3	162.7	168.4	162.7
国連からの資金	7.6	5.0	5.6	7.6	12.1	14.6	18.3	19.8
民間からの資金	23.9	28.6	29.5	34.5	34.6	47.5	35.8	39.3
世界銀行	23.0	18.2	71.9	47.7	139.3	15.2	86.2	125.4

出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

図7-7 チャンネル別人口援助額 1982-1989年 (百万米ドル)



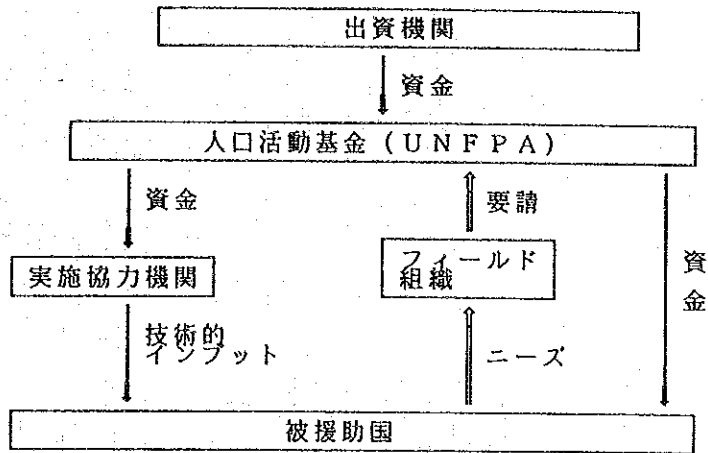
出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-89.

はILOやWHOの専門家の費用を含めてすべてUNFPAから提供される。例えばILOの場合、人口プログラムのための支出のうち通常予算からの支出は20%以下で、80%以上は予算外の財源（ほとんどがUNFPA資金）からの支出である。UNFPAではこれらの援助機関を「実施協力機関 (executing agency)」とよび、途上国に直接援助する場合の「相手国実施機関 (implementing agency)」と区別している。(図7-8)

(2) マルチ・バイ援助

北欧諸国が人口援助において数多く採用している援助の方法として、多国間援助と二国間援助の組み合わせや協調による人口プログラムの実施がある。

図7-8 UNFPA活動図



出所：R. M. Salas, 'People: an International Choice' 1976

国際開発センター「家族計画国際協力に関する調査報告書」（昭和52年）から引用

UNFPAとの間で実施されているいわゆるマルチ・バイ援助は、約10年前から実施されている援助の方式である。これは、特定のプロジェクトを実施するのに必要な資金を一般拠出金とは別に二国間援助資金から信託基金に供託し、プロジェクトの実施をUNFPAが行うというものである。

一般的な手続きは、UNFPAまたは二国間ドナーが発掘したプロジェクトについて、上記二者と受益国（政府）が合意に達した後、援助国から信託基金に費用が振り込まれ、プロジェクトが実施される。プロジェクトの実施期間中には、年1～2回援助国に対してUNFPAからレポートが提出され、年2回のコンサルテーションが行われる。

現在、カナダ、オランダ、ノルウェーなどの国々がこの方式でマルチ・バイ援助を実施している。マルチ・バイ方式を採用する理由としては、自国における当該分野や地域での経験や人材の不足、二国間援助の実施が政治的にセンシティブな場合、UNFPAの援助のやり方を調べてみたいなどである。

この援助の問題点としては、まず、各援助機関ごとの規則が異なるため、行政手続きが煩雑でそのためのコストがかさむことがある。また、プロジェクトの選定にあたってUNFPAの作成したプロジェクト・リストの中から選ぶ場合のほかに、ドナーが指定したプロジェクトを実施することを要請する場合もあり、両者の調整は容易ではない。

7-2 人口援助各論

7-2-1 UNFPA

(1) 概観

UNFPAは1967年総会の決議により国際連合人口活動信託基金(United Nations Trust Fund for Population Activities)として設立された。2年後の1969年、国連人口活動基金 (UNFPA: United Nations Fund for Population Activities)に、さらに1987年、国連人口基金 (UNFPA: United Nations Population Fund)と改称され、現在にいたる。UNFPAは国連総会によって直接設立された機関であるが、その管理理事はUNDPの管理理事会に委ねられている。また一般的な政策上の指針については、国連経済社会理事会からの助言をうけることとされている。

表7-4 人口援助の分類

	UNFPA	UNDP	UNICEF	WFP	ILO	FAO	WHO	WB	UNIDO	UNESCO	ECA	ESCAP	ECLAC	カナダ	アメリカ	ノルウェー	日本
1. 人口プログラムの種類																	
11. 人口と開発	○				○				○	○	○	○	○	○	○	○	○
12. 人口と環境	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
13. 女性、人口と開発	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	
14. 人口成長と構造	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○
15. 死亡と疾病	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○
16. 人口の分布と移動	○	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○		○	○
17. 意識喚起	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
18. エイズの予防とコントロール	○			○	○		○	○						○	○		
19. 人口プログラムの社会文化的側面	○				○		○	○		○				○	○		
20. その他												○					
2. 人口援助の分野																	
21. 基礎データ収集	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
22. 研究	○	○	○		○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○
23. 人口政策とプログラムの策定・評価	○	○			○	○		○	○		○	○	○	○	○	○	
24. 人口政策の実施	○	○						○				○	○				
25. 家族計画	○	○	○	○	○		○	○	○	○	○	○		○	○	○	○
26. IEC	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
27. 多分野にわたる活動	○	○															
28. 組織・制度の支援と開発	○				○	○		○			○	○	○	○	○	○	
29. その他				○													
3. 人口援助の形態																	
31. 評価	○	○			○	○	○		○	○	○	○		○		○	
32. 訓練	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
33. 専門家・アドバイザー	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
34. 現地要員給与、手当	○				○			○						○	○	○	
35. 管理、MIS (管理のための情報システムサービス)	○											○	○				
36. 車両	○	○			○		○	○		○					○	○	○
37. 機材	○	○			○	○	○	○	○	○				○	○	○	○
38. 物資	○	○			○	○	○	○						○	○	○	○
39. その他			○	○													

注) この表は、UNFPA の Guide to Sources of International Population Assistance 1991 掲載の、各援助機関から出されたアンケート結果に基づいて作成されたものである。

1) 基本的機能

- ① 国家レベル、地域レベル、地域間レベルおよび全地球的レベルにおける人口・家族計画分野のニーズに応えるための知識および能力を国連システムの関連機関の助力を受けつつ、国際的に培うこと。計画及びプログラム策定に当たっての調整をすすめる、すべての関係機関と協力する。
- ② 先進国および開発途上国の双方において、次の点について、各国の計画及び優先順位に基づきつつ、意識の高揚を図ること。
 - a. 国レベルおよび国際的な人口問題が社会・経済および環境に対して持つ意味について。
 - b. 家族計画が持つ人権にかかわる側面について。
 - c. それらの問題に関して取りうる戦略について。
- ③ 要請に基づき、途上国の人口問題への取り組みに対してシステムティックかつ継続的な援助を行なうこと。そのような援助は被援助国の要請に基づき、それらの国々の個別のニーズに合致した形態および手段により提供される。
- ④ UNFPAの支援を受けている人口プログラムを促進し、さまざまなプロジェクトの間の調整を図ること。

2) 援助の優先分野

UNDPの管理理事会（UNFPAのそれを兼ねる）の了解のもと、UNFPAはつぎの分野（優先順位順）において活動している。

- ① 家族計画
- ② 人口教育、コミュニケーションと動機づけ、および家族計画についての情報の配布
- ③ 基礎的情報収集
- ④ 人口動態
- ⑤ 人口政策の実施と評価

3) 援助実施の基本方針

UNFPAは人口問題に対処するための政策およびアプローチに関しては中立的立場を取っている。UNFPAが人口活動に関して援助を行なうにあたり準拠してきた二つの基本原則は次のようなものである。

- ① すべての国家は自国の人口政策及びプログラムを決定する不可侵の権利を有すること。
- ② あらゆるカップル及び個人は自分達の子供の数および出生間隔を自由に決定する基本的権利と責任を有すること。そのためにとられる手段の選択は自発的になされなければならない、強制的なものであってはならない。

4) 家族計画の実施根拠

UNFPAは次のような実施根拠にもとづく家族計画活動を支援している。

- ① 人権としての家族計画。
- ② 家族の健康の増進のための家族計画。
- ③ 人口に変化をもたらすための手段としての家族計画。
- ④ 社会経済的発展への補完 (adjunct) としての家族計画。

5) プログラムの実施

プログラムの主要な部分は国レベルで行なわれる。リソースが限られているため、貧しい国々の緊急かつ重要な援助需要を満たすことに高い優先順位を置いている。このため、いくつかの開発途上国を「援助主要対象国」として選定している。しかしすべての国が基金の支援をえられるという原則は堅持している。現在、56の国々が「援助主要対象国」に指定されている(表7-5)。

UNFPAのプロジェクトは通常、国連システムの各専門機関によって実施される。そのような機関としては、国連、UNDP、UNICEF、ILO、FAO、UNESCO、WHOなどがある。その他、国連システム以外の機関であっても人口関連分野において類似の活動を行なっている機関に対しても支援を行なっている(表7-5)。

UNFPAは、一義的には無償資金供給機関である。したがって、プログラムの実施責任は資金の供給を受ける国、また地域プログラム/地域間プログラムの場合は実施に当たる国連専門機関またはNGOに帰属する。プログラムのオペレーションはUNDPとの緊密な協調の上に行なわれ、UNDPの現場組織(常駐代表およびカントリーディレクター等)が各国での実施主体となる。基金の活動としては、プロジェクト及びプログラムの発掘・形成、各種調整、モニタリング及び評価である。

近年、UNFPAは、世界全体の人口援助の効率を高めるため、プログラム評価および調整の強化に力を入れている。その一つのあらわれは、1988年に、過去のプロジェクトの教訓を集めたデータベース(Lessons Learned Data Base)を作成したことである。このデータベースは、セクター別評価、カントリーレビューおよびその他のUNFPA報告書から1000以上の教訓を集めたものであって、それら教訓は、問題点別および事業形態別に区分されている。このデータベースは継続的に更新され、主要な人口問題についての内部から、あるいは外部からの照会に対応するようになっている。

UNFPAはそのほか、プログラムの成功・失敗を決定する要因を特定するため、過去20年にわたる事業経験の蓄積を見直し評価する作業を2年間にわたり行なってきたが、それが1989年に完成した。これはセクター別および地域別分類による分析といくつかの国についてのケーススタディを含み、ポリシーの在り方に関連したいくつかのポイントを結論部分において整理している。

このような大がかりな評価活動から得られた問題点と所見は、1989年11月オランダのアムステルダムで開催された「21世紀のための国際人口フォーラム」における議論の素材となった。同フォーラムにおいて79か国の政府関係者によりアムステルダム宣言が採択された、そこでは西暦2000年までの人口プログラム及び援助の国際社会にとっての具体的到達目標と必要資金量が明らかにされている。現在、UNFPAは、1994年に予定されている国際人口会議のための準備作業の調整を行なっている。

UNFPAの予算は100か国あまりの政府の任意拠出金によってまかなわれている。任意拠出金の総額は、70年代にはかなりの伸びを示したが、80年代には米国の拠出停止もあり、深刻な財政難を経験している。1969年以来UNFPAから途上国に供与された援助の累積額は20億ドルを越えており、途上国からの援助要請は今後ますます高まっていくことが予想される。現在途上国向け人口援助総額の約3分の1がUNFPAを経由して供与されており、1989年にUNFPAからの援助を受けた国々は138ヶ国にのぼっている。

UNFPAの設立にあたっては米国のリーダーシップが強かったが、米国は1986年以来拠出を停止した。したがって、現在では日本がUNFPAへの最大の拠出国となっている。しかし拠出がプログラムの急速な拡大においつかず、予算面でかなりの無理を強いられている。こうした予算上の制約もあって、援助の配分にあたっては「援助主要対象国」を中心に、国別のアプローチが強まっている。

1990年末の段階において、先進国および開発途上国からのUNFPAに対するプレッジは計158国から22億ドルに上っている。1990年、UNFPAは499の新規プロジェクトを含めて2億1090万ドルの資金配分を行なった。1990年末までに、UNFPAの援助対象のプロジェクトは約3790プロジェクトとなっている。

(2) アプローチとプライオリティ

1) 地域配分の基準

1970年代の半ばより一定の地域配分の基準を設定し、それに基づいて重点国を設定している。被援助国の選定に当たっては、国家の歳入、家族員数、人口成長率、乳児死亡率、農村の人口密度、女性の識字率を考慮ファクターとし、これらにもとづいて「援助主要対象国」を決めている。UNFPAは現在、150あまりの国々で人口にかかわる広範な活動を支援・実施しているが、そのうち56か国（うち半数はアフリカ諸国）が援助主要対象国となっている。1993年までに、UNFPAの基金中、80%をこれら援助主要対象国に振り向けることが目標とされている（表7-5）。

最近のUNFPAの地域別配分ではアジア・アフリカへの配分が増加する一方、地球全域にまたがるプログラムが減少し、89年にはその支出がゼロになっている。アフリカに対する援助は1980年の14.2%から89年の25.8%へと増加している（表7-6）。このアフリカへの重点の移行は、80年代におけるアフリカの経済危機、およびこの地域における急激な人口増加率を考慮した政策決定の結果である。

表7-5 UNFPA「援助主要対象国」の数および割合

1975		1980		1985	
数	%*	数	%*	数	%*
24	42.2	53	67.6	56	74.6

注) * 国別プログラム/プロジェクト全体に配分された財源のうち、「援助主要対象国」に振り分けられた分のパーセンテージ内訳
出所: UNFPA Report 1980, 1985, 1989

表7-6 UNFPA援助の受け取り地域別配分

	1975		1980		1985		1989	
	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)
アフリカ	12.3	14.4	21.4	14.2	27.9	19.8	50.1	25.8
アラブ諸国・ヨーロッパ	9.2	10.7	18.1	12.0	14.1	10.0	23.5	12.1
アジア・太平洋諸国	25.6	29.9	55.8	37.1	60.6	43.0	70.3	36.2
ラテンアメリカ・カリブ諸国	18.1	21.1	26.8	17.8	19.0	13.5	25.8	13.3
地域間 (interregional)	8.4	9.8	13.8	9.2	16.1	11.4		
全域 (global)	12.1	14.1	14.6	9.7	3.3	2.3	24.5*	12.6*
合計	85.7	100.0	150.5	100.0	141.0	100.0	194.2	100.0

注) 1989年の統計は全域に地域間の援助も含む

出所: UNFPA Report 1975, 1980, 1985, 1989

2) プロジェクトの規模とタイプ

UNFPAの協力は原則としてプロジェクト単位で行なわれる。したがって、直接的財政支援型協力は行なわない。UNFPAのプロジェクトのサイズはさまざまである（例えば、機材供与のみの協力も行なっている。）

UNFPAのおこなう援助を内容別に分類すると家族計画プログラムに支出される金額が常に全体の約半分ほどを占めている。これと同時に基礎データ収集の比重も下がりつつある。家族計画は1981年以前には減少傾向にあったが81年を境に再びその重要性が強調されるようになった。このほか、人口政策の形成・評価、人口動態に関する調査・研究の分野でも拠出が増大しつつある（表7-7）。

表7-7 UNFPAの活動分野別支出内訳
(Allocations in millions of US dollars)

年次	1975		1980		1985		1989	
	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)
基礎データ収集	16.6	19.4	28.9	19.2	11.5	8.2	21.2	10.9
人口動態	8.1	9.4	17.2	11.4	15.8	11.2	24.3	12.5
人口政策の形成・評価	1.8	2.1	7.5	5.0	9.6	6.8	13.4	6.9
政策の実施	0.0	0.0	1.3	1.0	0.6	0.4	0.0	0.0
家族計画プログラム	38.6	45.0	62.8	41.7	72.3	51.3	89.9	46.3
広報・教育	11.2	13.1	17.4	11.6	20.3	14.4	32.6	16.8
特別プログラム	5.7	6.7	2.5	1.6	1.7	1.2	7.4	3.8
多分野にまたがる活動	3.7	4.3	12.9	8.5	9.2	6.5	5.4	2.8
合計	85.7	100.0	150.5	100.0	141.0	100.0	194.2	100.0

出所：UNFPA Report 1975, 1980, 1985, 1989

(3) 自立への支援

1) 財務的支援—経常経費支援

UNFPAは経常経費に関する支援については柔軟である。必要経費がすべて経常経費というプロジェクトを除き、多くのプロジェクトのコストのかなりの部分は経常経費によって占められている。通常、プロジェクトドキュメントには、受益国政府がこれら経費を負担することが謳われるが、受益国側にその能力のない場合には必ずしも固執しない。しかし、近年、財政事情が逼迫しつつあることも反映し、UNFPAは経常経費の支出に対してより厳しい態度をとり始めている。

経常経費の主要なものは給与または給与補助である。UNFPAは、ローカルの専門家がいる限り、それらローカルの専門家を登用することは受益国の自立能力を高めるだけでなく、プログラムの効果を高めることになると考えている。

2) 管理能力上の支援

UNFPAはいくつかの国において人口問題に携わる部局の強化に積極的に協力している（例：エジプト）。個別のプロジェクトレベルにおいてはUNFPAの協力は既存の実施機構を活用して行なわれる。UNFPAはカウンターパートのはりつけを要求するが、しかし必ずしも固執するものではない。人的資源の限られている国にあっては、カウンターパートのはりつけが名目のみになったり、一人の人間が複数のカウンターパートとして指名されたりすることがしばしばあることを認識しているからである。

UNFPAがコンサルタントを派遣する場合、T/Rは受益国政府によって作成される。また可能な場

合には、被援助国はUNFPAからコンサルタント候補者（複数）の提示を受け、その中から選択する機会を与えられる。

(4) プロジェクトの形成

1) 形成プロセス

近年、UNFPAではプログラム形成における事務手続の遅れを解消し、プログラムの本質的な内容の決定権を現場に持たせるため、現地事務所への様々な権限の委譲を強力に推し進めている。一方で、各国ごとにPRSD (Program Review and Strategy Development)と呼ばれる5ヵ年計画を作成し、それを基にカントリープログラム、さらには個々のプロジェクトを決定するシステムを取っている。PRSDは、各援助対象国における人口分野の援助を行ううえでの概念および計画の枠組を示すもので、現在、主要援助対象国56ヵ国のうち33ヵ国で作成済あるいは作成中である。PRSD作成にあたっては、UNFPA本部からの調査団に加えて現地事務所長もその調査に加わり、予算枠も含めた最終決定は本部のプログラム委員会で作成される。このPRSDレポートに基づいて個々のプロジェクトが形成されるわけだが、前述の現場への権限委譲の一環として、50万ドル分のプロジェクトについては現地事務所長の承認によって実施することができる。

2) プロジェクトの実施と現地代表

UNFPAは独立した地域事務所を持たないが、UNDPの現地常駐代表がUNFPAの常駐代表も兼任している。そのほか、UNDPの地域事務所にはUNFPAの地域調整官が人口問題の上級アドバイザーとして配置されている。

表7-8 UNFPAへの政府拠出金総額 (\$ millions)

年	拠出額	年	拠出額
1970	14.88	1980	125.38
1971	28.44	1981	120.99
1972	28.47	1982	128.27
1973	39.81	1983	129.60
1974	49.56	1984	132.43
1975	57.98	1985	135.88
1976	73.52	1986	133.49
1977	85.43	1987	149.36
1978	100.88	1988	167.33
1979	111.72	1989	180.86
1980	125.38	1990	210.00 (est.)

出所: A Programme Strategy for the Nineties UNFPA 1991

表7-9 UNFPAへの拠出国

先進国		途上国
日本	イギリス	中国
アメリカ*	デンマーク	インド
ドイツ	オーストラリア	エジプト
オランダ	フィンランド	インドネシア
ノルウェー	イタリア	
カナダ	その他	

(*1986年より停止)

出所: UNFPA Report 1975, 1980, 1985, 1989

表7-10 UNFPA援助の実施機関別内訳(Allocations in million US \$)

	1975		1980		1985		1989	
	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)	(\$)	(%)
各国政府プロジェクト	-	-	-	-	33.1	23.5	54.0	27.8
国連	22.1	25.8	31.1	20.7	17.2	12.2	31.4	16.2
地域経済委員会	-	-	6.8	4.6	7.6	5.4	9.7	5.0
ILO	3.9	4.6	6.0	4.0	7.1	5.1	12.0	6.2
FAO	2.2	2.5	3.9	2.6	2.2	1.6	4.1	2.1
UNESCO	5.0	5.9	6.6	4.4	7.3	5.2	12.2	6.3
WHO	12.4	14.5	23.8	15.8	28.6	20.3	28.4	14.6
UNIDO	0.1	-	0.1	-	-	-	-	-
UNICEF	13.7	16.0	10.2	6.8	2.2	1.6	-	-
UNDP	18.9	22.1	-	-	0.1	0.5	1.6	0.8
UNFPA	7.4	8.6	42.2	28.0	20.3	14.4	20.8	10.7
NGO	-	-	19.8	13.1	14.3	10.2	19.8	10.2
UNEP	-	-	-	-	-	-	0.2	0.1
全体	85.7	100.0	150.5	100.0	141.0	100.0	194.2	100.0

出所：UNFPA Report 1975, 1980, 1985, 1989

7-2-2 世界銀行

(1) 概観

1) 人口援助の背景と関心分野

1968年、世界銀行が人口援助の領域に参入することとした決断の背景には、多くの途上国にとって急激な人口増加が社会経済発展への大きな障害となるとの確信がある(1968年のマクナマラ総裁演説)。世銀は同年、人口計画局(Population Projects Department)及び経済局に人口研究課(Population Studies Division)を設置した。また、1987年に世銀総裁は1990年度までに人口・保健・栄養分野に対する貸与を2倍にすると演説し、1988年度の貸与額(304.9百万ドル)を1989年度には623百万ドルとした。その後も1992年度までに貸与を増加させることを表明して、1990年度には933.4百万ドルの貸与を実施した。また1990年の世銀年次報告によると、世銀はアフリカに人口問題の重点を置き、特別贈与プログラム、人口・保健・栄養部門の分析、人口に関する政策対話の推進等、援助プロジェクトを増加させたとしている。

世銀が関心を持つプロジェクトは、長期の、幅広い内容を持つ、マルチコンポーネントのプロジェクトであって国家の人口プログラムへの支援として位置づけをもつものである。他の援助ソースからの援助がない場合、世銀は人口プログラムの実施に関連する広範な活動に対して協力を行なう。

2) プログラム実施のステップ

世銀のプログラムは次の三つのステップを踏む。

- ① 人口増加が開発に及ぼす影響の評価であり、これは世銀の定期的レビューの一部を構成する。
- ② 要請のある場合にセクター別分析。
- ③ 具体的プロジェクトに対して資金援助を行なう(融資条件は通常の世界銀行の融資条件が適用される場合と、とくに経済条件の悪い国に対して譲許性の高いソフトローンの融資条件が適用される場合とがある)。

3) 援助の内容

今日まで、世界銀行(IBRDまたはIDA)による人口関係の援助は31の開発途上国に対して供与さ

れてきた。援助の内容はいわゆるハードウェア（建物、車両、設備・機材など）案件と、ソフトウェア案件（訓練、研究、パイロットプロジェクト、技術協力など、および場合により経常経費支援など）の双方をカバーしている。1990年末までの時点において世銀は総計15億2790万ドルをコミットしている。

7-2-3 UNICEF

(1) 概観

1) 主要な活動とその方法

UNICEFは127の開発途上国の、0歳から15歳までの、約10億の貧しい子供たちがおかれている状況の改善をめざして活動している。その基本的な方法であるIntegrated Basic Approachは、プログラムの計画、実施および評価プロセスにおけるコミュニティの参画に依拠するものである。

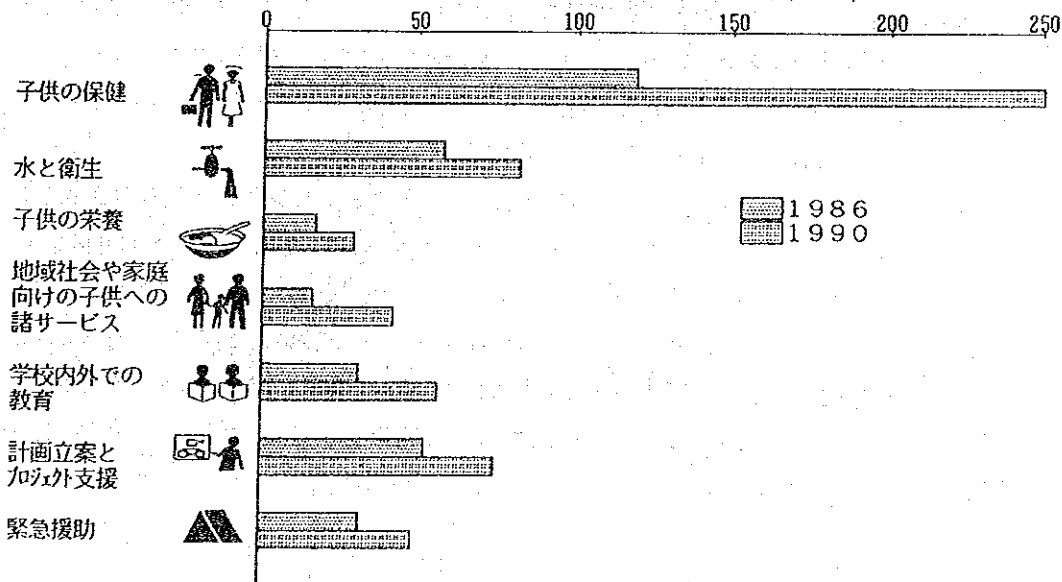
2) プログラム

UNICEFのカバーするプログラムは、保健・栄養、安全水、環境衛生、公的・非公的教育、家族内の食料生産と分配、家族計画（Responsible Parenthood）および女性と子供への支援サービス等である。

UNICEFの人口活動は子供の健康、子供の生存、子供の福祉および子供の発育への関心に根ざすものである。子供の死亡を減少させることは出生率を低減させるプロセスのもっとも重要な一部分である。これは、出産間隔、子供の生存および母性の安全（safe motherhood）の間の連関に焦点をあてた『世界子供白書1991』において強調された点である。同白書はまた、女性の教育が子供の健康と生存を改善するために重要な役割を担っていること、そして教育水準の高い女性は小さな家族をもつ傾向にあることを強調している。

近年における乳幼児死亡率低減に向けての世界的支持の高まりを受け、過去10年間に於いてUniversal Child ImmunizationはUNICEFの主要プログラムであった。このプログラムは幅広い内容を持つPHCプログラムの一部として実施されるものである。UNICEFは毎年5億人の子供に対して予防接種を行なっている。これらのプログラムは子供の健康と発育を高めるだけでなく、女性の健康増進にも貢献している。このようなプログラムにより子供の生存と発育についての見通しが大幅に改善されることは、長期的には人口増加を安定化させることに役立つと考えられる。（図7-9）

図7-9 ユニセフ 1986/1990年の部門別の事業支出(100万米ドル)



出所：ユニセフ年次報告書1991。

3) Integrated Basic Approach と人口活動

UNICEFのIntegrated Basic Approach はさまざまな面で人口問題関連活動を包含するものとなっている。特に①女兒と女性の教育により、健康、栄養、家族計画の改善を図ること、彼らのコミュニティ内の社会プログラムへの参加を通じて、コミュニティのおかれている状況の全体的な改善を図ること、および②男児、男性および思春期の男女に対して、よりよい家族生活と家族計画の意味について教育すること、において人口問題との関連が強いといえる。

1990年秋に開催された世界子供サミットにおいて採択された行動計画は、「早すぎる妊娠、間隔の短すぎる妊娠、遅すぎる妊娠、または多すぎる妊娠を防ぐための情報とサービスに対して、すべてのカップルがアクセスをもつこと」が、人口増加の低減につながると言明している。

4) 女性の地位向上

UNICEFはまた、母親としての女性がおかれている状況の改善だけでなく、個人としての女性がおかれている状況の改善にも積極的に取り組んでいる。出産間隔の調整や生まれた子供の福祉の向上は女性の所得向上、教育水準の向上、新しい技術の獲得、家族およびコミュニティにおける役割の増大などに結びつく。このような観点からUNICEFは90年代における主要な活動領域として、教育および保健プログラムを通じて女兒のおかれている状況を改善することをあげている。

7-2-4 WHO

(1) 概観

1) 活動目的

WHOの活動の目的は、すべての人間が可能な限り高い健康レベルを達成できるよう支援することである。特に西暦2000年までに、世界中の国民が社会的、経済的な面で生産的な生活を送れるような健康レベルに到達できるよう目標を設定し、このためのPrimary Health Care を重視している。

2) 人口分野とのかかわり

WHOの人口分野、特に家族計画における関与については、UNICEF同様、当初様々な論議をよんだ。1965年の世界保健総会で17ヶ国の代表が、家族計画プログラムの企画、実施、評価におけるWHOの積極的関与を求めたが、当時のWHO事務局長(Dr. Candau)の介入によって、より消極的な内容にとどめられることになった。つまり、WHOはそのメンバー国が要請した時にのみ、保健サービスの一環としての家族計画に関する助言を与えることができるとした。その後事務局長は、家族計画に携わる教師や専門スタッフの研修について、要請のあった政府に対して援助を与えられることとした。

1967年のUNICEFとの保健政策に関する共同委員会に引き続き、1968年にWHOの事務局長が世界保健総会に提出したレポート「人口動態における保健的側面(Health Aspects of Population Dynamics)」によると、家族計画は保健サービス、特に母子保健との関連で位置づけられるべきであり、家族計画の導入によって、通常の予防と治療に関わるWHOの保健サービスに支障が起ころうであってはならないとされた。WHOは人間の生殖という問題は社会および家族という単位と深いつながりを持つものであり、また家族の大きさはその家族内の個々人の自由意志による選択であるとの認識から、独自に特定の人口政策を推進することは避けている。

(2) 協力・活動内容

1990年から1995年をカバーするWHOの第8次 General Program of Work は、PHC（家族計画はその中の基本的部分のひとつ）を最重要項目としている。同プログラムは同時に、次の2点を重視している。すなわち、第一に保健と他の社会的・経済的変数（人口の増加はそのひとつ）との関連であり、第二に、特に農民及び社会的弱者を重点とした社会的公正さと健康面での平等の推進である。

人口に関連した分野におけるWHOの具体的活動分野としては次のものが挙げられる。

- ① PHC
- ② 家族の健康（母親の健康、子供及び青少年の健康、家族計画を含む）
- ③ ヒト生殖に関する研究と研究者の訓練
- ④ 予防接種
- ⑤ 保健統計
- ⑥ その他保健向上活動

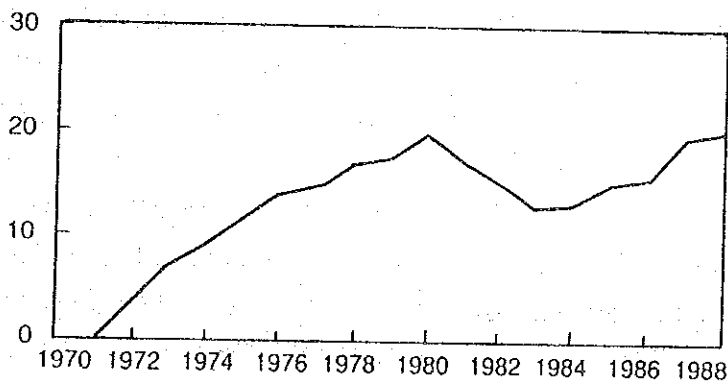
1) ヒト生殖研究事業（HRP）

HRPは1972年にUNDP、UNFPA、世界銀行、およびWHOの共同事業として始まった。その目的は、①新しい避妊法の開発と改善を含むヒト生殖に関する知識の向上、②開発途上国における出産、不妊、性病他、生殖に関わる健康についての研究能力向上のため、生物医学や社会科学の訓練および研究機関への支援を通しての研究能力の強化の二つである。

このプログラムの実施はWHOの加盟国が共同で行うことを基本としているが、1988～89年度には、途上国54ヵ国を含む80ヵ国からの科学者がこのプログラムで活動し、以下の国および国際機関が主に資金を拠出した。

アルゼンチン、オーストラリア、中国、キューバ、デンマーク、ドイツ、フィンランド、インド、メキシコ、オランダ、ノルウェー、スウェーデン、スイス、タイ、UNDP、UNFPA、世界銀行、IDRC（カナダ）、ロックフェラー財団、ファミリーヘルス・インターナショナル、旧ソ連（現物供与）、また、1990年度予算はおよそ2200万ドルであった。（図7-10）

図7-10 WHO ヒト人生殖研究事業費の推移(100万米ドル)



出所：Commission on Health Research for Development, Health Research, Oxford University Press, 1990.

2) Safe Motherhood Initiative (SMI)

SMIは1987年、ケニアのナイロビにおいて、WHO、世界銀行、UNFPAおよびUNDPによって共同開催された国際会議において打ち出された。現在の妊産婦死亡率を、2000年までに少なくとも半分にすることを目標としているが、その背景には他の保健指標と比較しても、開発途上国の妊産婦死亡率が著しく高い（欧米先進諸国の200倍以上）ことがある。実際には、PHCの基本的考え方に基づいて、地区（District）レベルでの妊産婦死亡率を減少させるために、①PHCの充実、女性の栄養、家族計画の情報・サービスの提供、②妊産婦ケアの提供、③訓練を受けた介助者による分娩の促進、④ハイリスク妊産婦に対する基本的な産科ケアの提供、の4点を軸にした活動の推進を唱えている。特に④については、末端の病院や診療所で基本的な産科サービス（帝王切開、輸血など）を可能にすることを目標としている。

1988～89年度はオーストラリア、イタリア、ノルウェー、スウェーデン、米国、UNDP、UNFPA、世界銀行、ロックフェラー財団、カーネギー財団、A. W. メロン基金などが資金を拠出した。

7-2-5 国連地域経済委員会

国連の5つの地域経済委員会の役割は、それぞれの地域における経済活動の水準の向上をはかり、それぞれの国が地域内外の国々との経済関係を維持・強化するよう支援することである。5つの地域経済委員会とは、ヨーロッパ経済委員会（ECE）、アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）、ラテンアメリカ・カリブ諸島経済委員会（ECLAC）、アフリカ経済委員会（ECA）、西アジア経済委員会（ECWA）、である。これら5つの委員会はすべて国連の経済社会委員会の下部機構なので、国連の経済・社会政策にのっとった政策をそれぞれの地域において実施することになっている。人口分野の活動についても同様である。以下5委員会を代表してアジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）とアフリカ経済委員会（ECA）について説明する。

(I) アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）

1947年に設立されたESCAPは1954年の人口増大と経済成長との関係についての研究により開始された。同委員会の人口活動は次の二つの基本原則に依拠している。

- 1) メンバー国政府が将来において直面するであろう人口問題についての規模、複雑性および重要性についての問題意識と理解を増進する必要があること。
- 2) 社会経済開発の不可決の一部としての人口問題に対処する必要があること。

域内メンバー国の間の交流・協力を高めるため、ESCAPはアジア太平洋人口会議を10年おきに開催している。第3回人口会議は1982年、スリランカにおいて「人口およびその他の開発問題に対する統合化アプローチ」をテーマに開催された。これは1963年（インド）および1972年の会議へのフォローアップとしての意味を持つものである。4回目の会議は1992年ジャカルタにおいてUNFPAとの共催のもとに開催される予定である。

ESCAPはUNFPAとの緊密な連携のもと、「アジア太平洋人口プログラム」を実施している。このプログラムはESCAPが1968年に定めたもので、域内の人口問題に対して分析と十分な検討を加え、またそれら諸問題を域内協力により解決することを目的とするものである。主たる活動分野は人口一般、出生および家族計画および人口情報である。これら活動の成果は、アジア人口研究シリーズとして頻繁に刊行されている。

なおESCAPは地域人口情報センターを設立している。これは人口情報の収集整理および研究と人口に関係する様々な刊行物の出版をおこなうセンターである。1990年におけるESCAPの予算は、ESCAP

通常予算から約60万ドル、特別予算としてUNFPAから約240万ドル、UNDPから45000ドルとなっている。

この他、ESCAPは他の地域経済委員会に先がけて1976年に「途上国間技術協力(TCDC)」に関する会議をUNDPと共催するなど、途上国相互の技術協力を推進することに力をいれている。

(2) アフリカ経済委員会(ECA)

ECAは1958年設立。人口部、統計部および女性センターが中心となって、次の4点について努力を続けている。

- ①人口問題に関して情報を提供する。
- ②メンバー国に対してデータ収集及び分析ならびに訓練などの人口活動上の支援を与える。
- ③メンバー国の人口と開発の関係についての意識の喚起をはかる。
- ④人口関連の研究をおこなう。

現在におけるECAの主要なプログラム領域と関心テーマは次の分野である。

- ①人口予測
- ②人口移動
- ③死亡・出生に関する研究
- ④訓練
- ⑤人口情報の提供

7-2-6 アメリカ合衆国

(1) 米国の人口援助の概観

米国では、1950年代からフォード財団やロックフェラー財団などの民間機関による家族計画運動が開始され、ポピュレーション・カウンスルなどの専門機関が設立された。政府開発援助が人口援助を開始したのは、1965年(年間予算200万ドル)からで、それ以来米国は、最大の人口援助国として1990年までに約40億ドルを支出してきた。これは、先進国中第一位であるのみならず、世界の人口援助全体の半分近い額である。

ODAに占める人口援助の比率は、常に2%台と、北欧諸国と共に高い比率を維持している。しかし、米国の開発援助が全体として停滞ぎみの近年においては、援助金額は増加せず、むしろ実質減少の傾向にある。

(表7-11)

援助のチャンネル別配分では、世界第一位であった国連人口基金への拠出が1986年に中止された後は直接二国間援助とNGOを通じた援助がほぼ同率となっている。

(2) 人口援助政策

米国の人口援助に関する政策は、1982年(レーガン政権の2年目)に発表されたAID人口援助政策書と、1984年のメキシコ国際人口会議の際に発表された「メキシコ・シティー政策」に基づいている。

1) 国際開発庁(AID)人口政策書

A. 基本認識

AID政策書においては、人口援助を行う前提として、以下のような基本認識を述べている。

- ① 個人や夫婦は家族規模を決定する自由を有すべきである。

表7-11 USAIDの人口援助金額(全財源)
1965-1989(単位百万ドル)

年次	65-75	76-85	1986	1987	1988	1989	合計
人口部	272.4	932.0	133.5	115.0	111.0	111.0	1,674.9
地域プログラム							
アフリカ	35.0	91.2	41.4	38.1	32.0	38.9	276.6
アジア・近東	194.0	643.6	89.5	68.9	76.4	71.5	1,143.9
ラ米・カリブ	92.2	108.5	30.2	24.6	24.1	29.1	308.7
UNFPA	97.0	315.9	-	-	-	-	412.9
その他	41.7	12.3	0.9	4.5	1.1	2.0	62.5
合計	732.3	2103.5	295.5	251.1	244.6	252.5	3,879.5
ODAに占める%	-	-	2.46	2.99	2.34	3.23	-

注1) 金額は、次の開発予算費目を含む：人口、サヘル開発プログラム、アフリカ開発基金、経済支援基金。

注2) 1989年は暫定値。1987年合計金額は、前年度の変更に伴う減額を除く。

出所：Agency for International Development, "USERS GUIDE TO THE OFFICE OF POPULATION" 1990
UNFPA, "Global Population Assistance Report 1982-1989", 1991

- ② 第三世界の住民は自発的家族計画プログラムを必要としており、これを望んでいる。
- ③ 途上国政府が経済開発を達成し、その住民が自分自身と子供の生活の向上を達成する努力を支援することは、米国の政略的かつ人道的な利益にかなうものである。
- ④ 持続的経済開発と、途上国の国民の生活水準の向上は、人口増加率が経済開発の度合いを上回らなくなって初めて可能である。
- ⑤ 開発資源の効果は、近代的家族計画サービスの提供によって、教育や雇用、特に女性の就業の機会を拡大する政策や計画と調和して働いたときに最大になる。
- ⑥ 米国は、国際開発援助において独自の強さを持っている。

これらの基本認識に基づいて、AIDの人口援助は以下の二つを目標に掲げている。

- ① 開発途上国の個人が、自発的に子供の数と間隔を決定する自由を拡大する。
- ② 人口成長のペースが、経済的資源と生産性の成長と一致することを促進する

B. 禁止条項

家族計画サービスに対する支援においては、自発的であること(voluntarism)と十分な情報を得た上での選択であること(informed choice)の二つを原則としており、強制的な家族計画プログラムや、特定の避妊法を押しつけるプログラムへの支援を禁止している。これは、1978年に制定された海外援助法第104条1項の定めによるものである。さらに、自発的な不妊手術の場合にも以下の6項目のすべてを満たしている場合に限りこれを支援すると定めている。(Policy Determination 3)

- ① 手術を受ける患者自身の言語による手術手順、危険と便益、手術の非可逆性についての説明が行われ、立ち会い人の前で本人が同意書に署名すること。この同意書は3年間保存すること。
- ② 患者が自由に選べる他の避妊法が入手可能であること。
- ③ 不妊手術を受け入れるためのインセンティブの支払いに援助資金を使用しないこと。また、他の方法に比べて不妊手術が有利になるような価格設定をしないこと

- ④ 手術を行う人員を十分に訓練し、入手しうる最高の機器を使用して、サービスの品質を保つこと。
- ⑤ 可能な限り自発的不妊手術プログラムを受益国の保健サービスの一部として実施すること。
- ⑥ 実施国の政府担当者との完全な協力によって実施し、民族的、政治的、宗教的な少数者集団が特定の対象とされないように十分注意すること。

妊娠中絶に関しては、1974年以来家族計画の一手段としての妊娠中絶サービスのほか、関連の援助（機材供与・配布、要員訓練など）が禁止されている。さらに1981年からは、家族計画の一手段としての妊娠中絶に関する研究に対する資金援助も打ち切られた。ただし、中絶の現状とその影響に関する疫学的研究は継続して支援している。AIDの資金援助を受ける途上国政府や民間機関に関しても、中絶に関する活動に従事している団体への助成や委託を一切禁止している。

上記の禁止条項に基づいて、AIDは1985年からIPPFへの補助金を、1986年からはUNFPAへの拠出金を打ち切った。IPPFについてはその中絶への関与に反対してであり、UNFPAについては強制的な不妊手術や中絶を含む一人っ子政策を実施する中国への援助を理由とする。

これらの中絶、強制的家族計画への強い反対は、国内の中絶反対派や家族計画そのものに対する反対を表明する保守派の強い影響力を受けており、極めて政治的な問題となっている。更に、思春期の男女を対象とする性教育についても、同様の思想的立場から強い抵抗があり、実施が困難とのことである。

また、農村から都市への移住と難民に関しては、この人口政策書では扱わず、他の政策書の中で別に取り上げている。

2) メキシコ・シティ政策

上記政策文書が発表された2年後の1984年にメキシコ市で開催された国際人口会議において発表された米国政府の政策文書（Policy Statement）は、それまでの人口と開発に関する基本的認識を覆す見解を示した。

同文書は、急激な人口増加が経済開発の障害となるという考え方に反対し、人口増加そのものは経済開発にとって中立的な要素であると述べている。人口増加を問題視する考え方の背後には、①自由な市場経済活動を歪める途上国政府の経済政策によって、人口増加率の減少をもたらす自然のメカニズムが働かなくなっていることと、②西側先進国の環境悪化への悲観主義があると断じている。このような間違った2つの要素が組み合わさった結果、1960年代から70年代にかけての「人口学的過剰反応」が生まれたというのが過去の人口援助に対する見解である。

したがって、短期的には急激な人口圧力を緩和するための方策の必要性は認めるものの、人口抑制プログラムよりも経済改革を行い、経済成長を通じて「自然に」人口増加を抑制すべきであるというのが同文書の結論である。

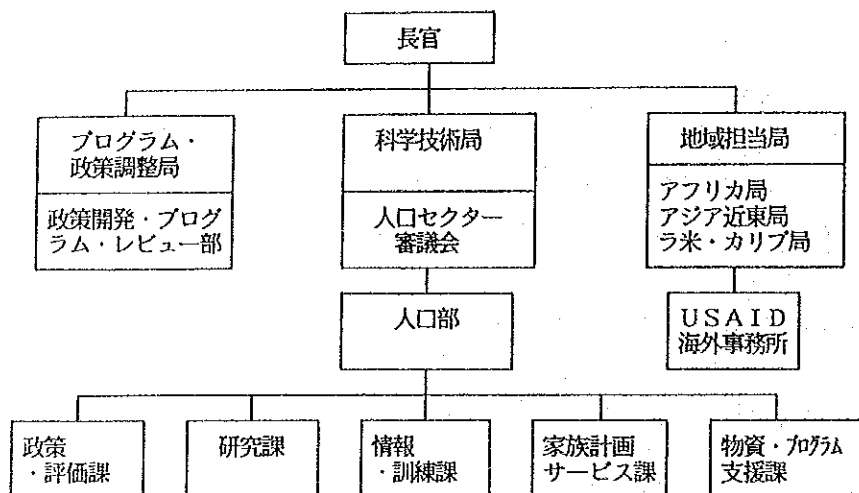
この政策文書が、現在の米国の開発援助に関してどれだけの影響をもっているのか、また、相互に矛盾すると考えられるAID人口政策書との関係などについてはあいまいである。1990年に発行されたAID人口部の手引きには、両方の文書を人口援助の基本文書であると述べている。

こうしたあいまいさは、米国の援助に影響を与える、いろいろなグループ（議会、大統領府、AID、民間専門機関、保守派、リベラル派、女性グループ等）の間での見解の相違が引き続き存在し、人口援助が政治的な論争の大きなテーマであることを示しているものと推察される。

(3) 援助実施機関と組織

米国の人口援助は、極めて多数の組織によって実施され、影響されているが、政府開発援助の資金は国際開発庁が二国間および多国間援助の支出を行っている。A I Dの人口援助実施部門は、図7-11の通りで、1965年に設置された科学技術局人口部と、各国別、地域別援助プログラムを担当する三地域局および各国事務所 (USAID Missions) とに大別される。

図7-11 米国国際開発庁 (USAID) の人口援助組織図



出所: Agency for International Development, "USERS GUIDE TO THE OFFICE OF POPULATION", 1990

人口部は、世界にまたがるプロジェクトを実施するとともに、地域局と在外事務所によって実施される国別プログラムを補完する役割を担っている。1990年には人口援助予算の44%が人口部に割り当てられ、米国内の政府機関や民間組織と48のプロジェクト契約や協定が結ばれている。(表7-12)

二国間プログラムは在外事務所において実施され、予算の48%、(37プロジェクト)が割り当てられている。これらの国別プログラムは各国に対する国別援助計画策定の一環として実施されている。また、地域プログラムは各地域局の管轄で、予算の約7%を割いている。

科学技術局内に設置された人口セクター審議会は、人口部長が議長を勤め、政策・プログラム調整局と各地域局の代表をメンバーとする委員会で、人口援助に関する政策とプログラムに関する検討を行うことになっている。

人口部は5つの課と、部長の直属で他の局との予算・執行の調整を行うスタッフとに別れている。

① 政策・評価課

人口学的研究やデータ収集を通じて、途上国の政策立案者や研究者が人口増加の経済開発へのインパクトを理解し、適切な政策を立案することを支援する。また1990年からは、これに評価が加わった。組織内の他の部署やプロジェクトとともに評価プログラムにかかわることとなった。

② 研究課

新しい避妊法 (NORPLANT、LNG IUDなど) の開発にかかわる生物医学研究、家族計画サービスの管理・運営の改善のためのオペレーションズ・リサーチ、社会科学・人口学研究を支援する。

③ 情報・訓練課

家族計画手段の入手可能性と使用に関する意識の向上と途上国の家族計画・保健人員の技術向上

表7-12 USAID人口部の実施するプロジェクト一覧 (1989年度)

単位: 1,000 ドル

プロジェクト	契約・助成相手方	人口部予算	バイ・イン
政策		11,220	2,594
①人口・保健サーベイ (DHS)	Institute for Resource Development	10%	12%
②人口政策イニシアティブ	US Bureau of the Census	5,150	115
③人口データイニシアティブ	East-West Population Institute	3,100	642
		2,970	1,837
研究		24,875	1,252
①サービス・デリバリー改善戦略	Columbia Univ. 他	22%	6%
②自然家族計画法イニシアティブ	Georgetown Univ.	6,480	459
③ファミリー・ヘルス・インターナショナル	Family Health Int'l	2,500	0
④避妊具研究開発 (CONRAD)	Eastern Virginia Medical School	8,067	355
⑤人口協議会 フェーズ II	Population Council	3,428	0
		4,400	438
情報・訓練		18,625	7,065
①人口コミュニケーションサービス	Johns Hopkins Univ.	17%	31%
②バグディカル・コミュニティ 従事者向家族計画訓練	Africa: INTRAH,	3,535	2,885
	Asia: Development Associates, Inc.	4,855	201
③人口情報プログラムIII	Johns Hopkins Univ.	2,150	330
④人口サービス研修プログラム	Univ. of Michigan	450	611
⑤家族計画マネジメント訓練	Management Science for Health	2,250	1,083
⑥生殖保健訓練 II	JHPIEGO	5,385	1,955
家族計画サービス		39,205	11,259
①ファミリー・プランニング・インターナショナル助成	Family Planning Int'l	35%	49%
②人口技術援助	Dual and Associates	9,425	772
③家族計画エンタープライズ	John Snow Inc.	1,336	1,304
④女性を通じた家族計画サービス普及	Center for Development and Population Assistance	5,000	825
		1,700	378
⑤パスファインダー家族計画サービス	The Pathfinder Fund	2,700	3,269
⑥ラミ・カリブ家族計画プログラム拡大改善	IPPF/Western Hemisphere	3,150	50
⑦家族計画サービス拡大と技術支援	John Snow Inc.	4,400	0
⑧自発的避妊手術協会	Association for Voluntary Surgical Contraception (AVSC)	7,800	1,579
⑨避妊具ソーシャル・マーケティング II	The Futures Group	3,694	3,082
避妊具/プログラム・サポート		15,193	412
①避妊具調達	Syntex Lab. Inc., Weyeth Int'l 他数社	14%	2%
②家族計画ロジスティック・マネジメント	John Snow Inc.	13,066	0
		2,127	412
人口プログラム開発・支援	Center for Disease Control 他	1,878	0
		2%	0%
系念言十		113,596	22,582
うち 人口		100%	100%
うち AIDS		110,996	22,582
		2,600	0

注) バイ・インの予算は、各国・地域予算から支出される

と拡大を支援する。

④ 家族計画サービス課

民間セクターの家族計画サービス提供への関与を奨励し、家族計画活動の評価を支援する。

⑤ 資材・プログラム支援課

避妊具（薬）の集中調達を行うとともに、人口プロジェクトと避妊具（薬）援助のデータベースを管理する。

人口部の活動費の約75%は、家族計画サービスに関連した政策、プログラム実施、人員訓練、避妊具（薬）供給、IEC活動などに充てられ、残りの約25%は研究に充てられている。

(4) 地域別配分

1989年度のAID人口援助の実績を地域別に見ると、総額では、アジアが約40%を占めており、アフリカ26%、ラテン・アメリカ22%、グローバル・プログラム8%となっている。（表7-13）アジア・近東地域への支出は地域局支出の半分以上を占めているが、人口部の支出に占める割合では、アフリカやラテン・アメリカ地域を下回っている。これは、アジア（バングラデシュ、パキスタン、インドネシア）や近東（エジプト）では大型の二国間合意があるためである。また、パキスタンとエジプトに対しては、米国の戦略的財政支援ODAである経済支援基金（Economic Support Fund）からも人口活動に対する資金が拠出されている。

表7-13 1989年度地域別AID人口援助支出額（単位：1,000ドル）

対象地域 \ 予算出所	地域局・ミッション	人口部	合計
アフリカ	38,990	29,890	68,880
アジア・近東	84,094	19,311	103,405
ラ米・カリブ	27,783	30,770	58,553
全世界	-	21,070	21,070
小計	150,867	101,041	250,908
その他	-	10,051	10,051
合計	150,867	111,092	261,959

注) エイズ防止プログラムのために供与されたコンドーム調達費450万ドルを含まない
出所：Office of Population, Agency for International Development, "Overview of A.I.D. Population Assistance FY 1989", April 1990

アフリカの場合は、ケニアとナイジェリアが合計で37%を受け取り、他の国々を引き離している。ラテン・アメリカではペルー、ブラジル、メキシコ、グアテマラ、ホンデュラス、エルサルバドル、コロンビア、ハイチの7か国が75%を受け取っている。

AIDの援助を受け取った国は、国内活動を実施した国が72か国、物資等のみの援助を受けた国が19か国にのぼっているが、中国やベトナムなどへの援助は行われておらず、インドへの援助額も、その人口規模に比べると少額である。

避妊具（薬）の供与だけをみると、バングラデシュ（全体の28%）、パキスタン（11%）を始めとして、エジプト、インド、ジンバブエ、フィリピン、メキシコ、トルコ、ペルー、モロッコの10か国で全体の約73%を占めている。残りの約4分の1を66か国が受け取るという集中を示している。

(5) 活動別配分と援助形態

1) 予算の配分

AIDは、UNFPAの援助分類による人口援助のほぼすべてのカテゴリーの援助を実施している。人口部の予算と、地域局の予算のうち人口部で契約や助成手続きを取り扱い、米国内の大学やNGO等から専門的支援を得るバイ・イン(Buy-in)制度による人口援助の内訳については、表7-12のような配分になっている。更にこの人口部とバイ・インによるプロジェクトのうち約4,570万ドルは、1,123のサブ・プロジェクトに支出された。サブ・プロジェクトとは、米国内のAID元請け契約機関や、助成金受領機関とのサブ・プロジェクト契約に基づいて当該国の機関によって実施されるプロジェクトである。サブ・プロジェクトの地域的な配分はアジア・近東27.5%、アフリカ25.2%、ラ米・カリブ36.5%、全世界10.8%であり、分野別の金額内訳は、家族計画が49.8%、訓練15.9%、研究12.7%、IEC11.8%、人口統計4.4%、政策3.8%、物資1.7%となっている。

避妊具(薬)の援助額は1989年度に全体で4,360万ドル(うち人口4,050万ドル、エイズ300万ドル)が調達され、途上国76カ国の他WHOエイズプログラムなどに送られた。この金額は、人口援助全体の約17%で、調達費のうち80%は地域局予算から20%は人口部予算から支出された。主な受取り国は表7-14のとおりである。

表7-14 AIDの避妊具援助の主要受取り国

国名	金額(ドル)	%
バングラデシュ	11,454,453	28.3
バキスタン	4,466,108	11.0
エジプト	3,501,246	8.6
インド	2,319,016	5.7
ジンバブエ	1,628,662	4.0
フィリピン	1,321,258	3.3
メキシコ	1,296,984	3.2
トルコ	1,293,424	3.2
ペルー	1,174,758	2.9
モロッコ	946,947	2.3
上位10か国合計	29,402,856	72.6

出所: Office of Population, A. I. D., "Overview of A. I. D. Population Assistance FY 1989", April 1990.

2) 他の開発計画との統合

AID人口援助政策書においては、社会、経済、文化が出生率に影響を及ぼす直接的要因として健康、女性の教育、雇用・収入、および都市化をあげているが、「人口援助」の枠組の中でこれらの分野との統合をどのように進めていくかについては具体的な記述がない。

ただし、バングラデシュの保健・人口プロジェクトの事例で見られるように、一つのプロジェクトに対して「人口予算」と「保健予算」、「子供の生存(child survival)予算」を組み合わせる援助を行っている事例が見られることから、母子保健やプライマリー・ヘルス・ケアとの国別プログラムレベルでの統合は進められているものと思われる。

環境に関するプログラムは、1) 環境政策の開発、2) 組織・制度の強化、3) 地域ごとの優先分野へ

の集中を重点としており、人口については、簡単に触れられているに過ぎず、この二つの分野を以下に結び付けていくかは今後の検討課題であるとしている。

7-2-7 ノルウェー

(1) 概観

1) 援助実施機関

ブルントラント政権のもとで1984年に外務省開発協力局を独立させ、開発協力省(MDC)を創設した。MDCは援助政策、援助戦略の策定、多国間援助、マルチ・バイ援助、災害援助を担当している。1989年には二国間援助を担当する開発援助庁(NORAD)が開発協力省から独立した。独立と同時に、それまでのセクター別組織を国別組織に改めている。

2) ノルウェーの開発援助の特徴

ノルウェーのODAの特徴は、先ずその高いGNP比(1989年に1.02%で世界1位)と贈与比率(1987~88年に99.6%で世界6位である。)である。

援助対象国としては、9カ国のメインパートナー国(タンザニア、バングラデシュ、モザンビーク、ケニア、ザンビア、インド、スリ・ランカ、ボツワナ、パキスタン)が全ODAの35~40%、二国間ODAの60%を占めている。ただしケニアに関しては1990年にすべての援助中止を決定し、人員も上げた。地域配分ではアフリカが二国間ODAの60%、アジアが27%を占めている。

3) 援助の形態

二国間援助の約半分がプロジェクト援助で、ほかに輸入支援、商品援助、プログラム援助、技術援助などがあるが輸入支援と商品援助の総額が三分の一を越えないというガイドラインがある。

NGOに対する支援も大きな比率を占めるが、ノルウェーの場合、支援は各プロジェクトごとに行われ、ブロック・グラントの形態を取っていない。リカレント・コストを含めたプロジェクト・コストの80%までをODAから補助することができる。このNGO補助金の約80%はノルウェーのNGOに、約15%が途上国のNGOに、残り5%はNORADのために援助を実施するノルウェーのNGOに対して支給されている。

多国間援助機関とのマルチ・バイ援助に関しては、約半分が世銀との協調で、その他地域開発銀行や国連機関とも連携している。家族計画分野もその重点分野の一つとして上げられている。

(2) 人口援助の特徴

1) 援助額とチャンネル

ノルウェーの国会は1974年に全ODAの10%以上が家族計画・母子保健プログラムに支出されることを求める決議を行った。この決議に基づいた予算措置が行われているので、UNFPAが取まとめた人口援助のODA比率はほかの援助国に比べて飛び抜けて高い。

1984年10月、開発協力省がノルウェーの開発援助に関する主要な質問についての白書を提出。人口政策についてこの白書は、以前に規定された10%は家族計画プログラムに対する最低限の貢献として解釈されるべきであると述べている。ノルウェーも出席した1984年のメキシコにおける国際人口会議の当然の帰結として人口に関する援助の強化はさらに高まった。したがって、マルチ同様バイでも、家族計画、母子保

健及び関連分野のプログラム及びプロジェクトはノルウェーの開発途上国への援助政策の上位に位置づけられている。ODAに占める各分野別の配分は表7-15のとおりである。援助のチャンネルは約50%が国連を通じた援助、30%内外が二国間援助、残りの約15%がNGOを通じたものである。

表7-15 ノルウェーの二国間援助の分野別配分 (1987年)

分野	比率 (%)
農業	16.2
漁業	2.7
鉱業	10.2
水電	12.0
交通	16.3
保健	8.7
教育	7.3
その他	26.6
合計	100.0

出所：Hans H. Lembke, Norway's Development Cooperation Policy, German Development Institute, 1989

2) 協力・活動内容

二国間援助の主なものとしては、インドの「全インド産後プログラム (All India Post partum Program) 1971～85」や「統合的幼児発育サービス計画 (the Scheme of Integrated Child Development Services) 1982～90」、ペルーの「コミュニティー・センターにおける性教育導入のパイロット・プロジェクト」がある。

また、他機関との協調プログラムとしては、世銀を中心とするコンソーシアムによる人口プロジェクトに多数参加しており、バングラデシュ、ケニア、ボツワナ、チュニジア、イエメン、ジンバブエで実績がある。UNFPAとのマルチ・バイ援助は、ケニア、タンザニア、ボリヴィア、中国、エチオピア、ネパール、ニカラグアで実績がある。

7-2-8 スウェーデン

(1) 概観

1) 援助実施機関

外務省が多国間援助を、1965年に設置された国際開発庁 (SIDA) が二国間援助を担当している。このほかに、研究協力を行う開発途上国の研究協力庁 (SAREC、1975年設立) の役割も大きい。

2) スウェーデンの開発援助の特徴

スウェーデンの開発援助は、1978年に議会で決定された4つの目標を持っている。これらは、①経済成長、②社会的・経済的公平、③民主主義と人権、④経済的・政治的独立である。さらに1988年に、⑤環境保全が追加されている。

1978年以降贈与比率は100%となっており、その援助対象国は、長期開発協力協定を結んだ約20カ国のプログラム・カントリーを中心としている。

(2) 人口援助の特徴

1) 基本方針

スウェーデンは、国連において極めて早い時期から人口援助の推進を実施してきた国であり、1960年以来約25ヵ国に対する二国間援助を実施してきた。1984年にはS I D Aから「人口援助ガイドライン」が発表されている。この中では人口問題に関連している各セクターの活動のためのガイドラインを設定するとともに、PHC、農村開発、開発と女性(W I D)の重視を打ち出している。

S I D Aでは、母子保健の一環として家族計画を捉え、幅広い家族計画、または家族福祉(特に農村の)プログラムを支援している。避妊具(薬)の供与やリカレント・コストの援助も行っている。ただし、援助にあたってはガイドラインの中で倫理的原則として述べられている以下の諸点を尊重することが述べられている。

- ① インセンティブの支払いによる特定の避妊法の推進を行わない
- ② 自由な選択を保証するための情報の提供
- ③ 提供されるサービスの品質の確保

また、未婚の女性や未成年、思春期の女性など、一般に行政サービスの行き届きにくいグループへのサービスの提供を重視している。

2) 協力・活動内容

人口援助のODA比率は漸減傾向にあるとはいえ、約2%で平均を上回る。援助は約6割が国連、4割弱がNGOをチャンネルとしており二国間援助の比率は小さい。二国間援助の場合も、S I D Aは計画立案、モニタリング、評価を実施するのみで、プロジェクトの実施は原則として対象国内の機関に任されている。

S I D Aを通じた二国間援助においては、バングラデシュの世銀コンソーシアムによる保健・人口プロジェクトがあるが、これは第一次と第二次のプロジェクトには参加したものの、第三次はバングラデシュ政府の家族計画政策の実施方法を問題ありとし参加していない。ケニアでは、世銀コンソーシアムの人口プロジェクトに参加しているほか「保健人口プロジェクト」に参加している。

UNFPAとのマルチ・バイ援助では、メキシコの「国家性教育プログラム」、ケニアの「県レベルの人口計画と政策実施」などがある。

WHOの「ヒト生殖研究特別プログラム」や「安全な母性(Safe Motherhood Initiative)」を初めとする全世界や地域プロジェクトにも資金を拠出している。

1986/87年、スウェーデンの人口・家族計画分野の援助額は総計30.8百万ドルにのぼり、うち4百万ドルがS I D Aを通じて支出され、26.8百万ドルが外務省を通じてUNFPA、I P P F、WHO Expanded Programme に支出された。1990/91年の人口活動に対する予算措置は2百万ドルとなっている。

7-2-9 カナダ

(1) 概観

カナダ政府の援助を担当する機関は国際開発庁(C I D A)である。C I D Aは援助重点事項として、①食料生産と分配、②農村開発、③教育および訓練、④公衆衛生および人口、⑤難民保護、⑥エネルギーの6つを上げている。またこれら援助の地域配分においては、二国間の開発プログラムを限られた数の国、地域に集中して取り組むことを推進、支援し、その資源と技術的専門性を世界の中でもっとも貧しい国々に直接

向ける政策を実施している。

(2) 人口援助額の動向

カナダ政府はカナダ国際開発庁(CIDA)が1970年に国連人口基金(UNFPA)と国際家族計画連盟(IPPF)への拠出を開始して以来人口分野の援助を実施してきている。カナダ政府の人口援助の実施機関としては、CIDAの他にカナダのODAによって1970年に設立された開発問題の調査研究機関である国際開発研究センター(IDRC)が人口に関連した調査研究の支援をしている。

CIDAとIDRCの援助金額の推移は表7-16および表7-17のとおりである。1989年の援助額の規模は3,190万米ドルで米国、日本、ノルウェー、スウェーデンに次いで5番目である。人口援助の金額の伸び率は、80年代を通じてODA全体の伸び率の約2倍で増加してきた。しかし、89年には前年実績を割る金額となっている。援助資金のチャンネルは、当初は国連(全体の約65%)と国際NGOへの拠出・補助が中心で、二国間援助の比率は1970年代を通じて10%以下であった。しかし、1980年代以降は途上国からの要請の増大に伴って二国間援助額が急速に増大し、約半分を占める(1990-91年度45.7%)ようになっている。

国連機関への資金援助としては、UNFPAへの拠出が中心である。通常の拠出のほかに、プロジェクトを指定した特別活動資金の提供も行っている。特別活動支援の最近の事例には、女性に関するデータベースの開発やサハラ以南アフリカ諸国の人口センサス強化に関する活動が含まれる。また、人口政策や国家プログラム策定の支援はマルチバイ方式でUNFPAを媒介して行う方針を取っている。UNFPA以外の国連・国際機関への援助としては、WHOのヒト生殖特別研究プログラムやOECDの人口関連活動への援助が含まれる。

国際NGOへの援助は、IPPFを始めとする11の団体に対して共同援助方式(co-funding)で行われている。そのほかには、国際家族生活向上連盟(IFFLP)という避妊薬・避妊具を用いない自然家族計画法の普及活動を行っている団体、国際人口学会(IUSSP)、ポピュレーション・カウンシルなどへの援助が含まれる。カナダ国内のNGOへの援助は特別プログラム部を通じて実施されている。カナダ家族計画連盟によるアフリカやラテン・アメリカでの所得向上、母子保健、人口教育など多様な活動や、プレスビテリアン教会のインド母子保健・家族計画などの活動に対して資金援助が行われている。最近ではカナダ国内の大学も開発NGOと共同で人口プロジェクトに参加するようになって来ているが、公衆衛生や人口学の高等教育機関の数は少ない。CIDAではデータ収集・分析や計画・調査を除いては国内の専門的な人材や組織が不足していること、特に家族計画分野での不足が著しいとの認識にたつて、援助の大部分の実施を国際機関や国際NGOに委ねているとしている。

(3) 人口援助の定義と政策

CIDAでは人口援助を一つのセクターとしているが、実際には複雑に関連しあう社会経済開発の広範な諸活動が含まれるのでセクターの明確な定義は困難であることを認めている。ただし、原則として問題の同定(problem identification)、意識の向上、政策などが人口活動の中心であり、家族計画以外の介入(intervention)・活動は他のセクターに分類することとしている。家族計画の場合には単独のプログラムとして行われる場合のほかに母子保健、コミュニティー開発、女性の訓練・所得向上プログラム等と統合されて行われる場合もあるため、人口セクターの特別部門とされている。家族計画以外では、センサス等基礎データ収集、人口を統合した開発計画、人口移動の研究、IECなどが人口セクターの援助として行われている。難民や定住は、家族計画のコンポーネントが含まれていない場合には人口セクターでは取り扱われていない。

表7-16 CIDAのチャンネル別人口分野援助

単位：1,000 カナダドル

会計年度	多国間 UNFPA (1)	国際NGO	二国間	その他 (2)	合計 (3)
1970-71	1,000	510	—	—	1,510
1971-72	2,000	770	—	—	2,770
1972-73	2,000	900	186	10	3,106
1973-74	2,000	1,500	104	1,020	4,624
1974-75	2,500	2,000	68	1,320	5,888
1975-76	3,500	2,510	43	1,500	7,553
1976-77	5,000	2,770	3	1,500	9,273
1977-78	7,000	3,295	—	1,300	11,595
1978-79	8,000	3,695	643	1,100	13,468
1979-80	8,000	3,715	2,760	850	15,326
1980-81	7,000	3,656	2,209	—	12,865
1981-82	8,700	4,267	1,160	—	14,127
1982-83	9,500	5,564	5,943	—	21,038
1983-84	10,250	5,625	1,457	—	17,296
1984-85	10,400	7,120	4,008	—	21,528
1985-86	10,250	8,004	8,408	—	26,662
1986-87	14,910	9,668	12,265	—	36,820
1987-88	13,150	10,469	16,534	—	40,153
1988-89	13,100	10,357	23,805	—	47,267

(1) UNFPAへの拠出 (特別活動資金を含む)

(2) WHOヒト生殖特別研究プログラムとOECD人口プログラム

(3) カナダ国内のNGOを除く

出所：Canadian International Development Agency.

Development Special Issue, February 1989

表7-17 IDRCの人口研究支援

単位：1,000 カナダドル

会計年度	金額
1971-72	794
1972-73	1,904
1973-74	2,731
1974-75	2,496
1975-76	4,575
1976-77	2,429
1977-78	3,432
1978-79	3,382
1979-80	1,267
1980-81	2,664
1981-82	4,628
1982-83	5,336
1983-84	4,876
1984-85	4,561
1985-86	6,066
1986-87	6,672

(1) 社会科学、保健科学、情報科学

各部の実績合計

出所：Canadian International Development Agency.

Development Special Issue, February 1989

カナダの開発援助政策の中で人口が重点課題として明文化されたのは、ブカレスト世界人口会議（1974年）後に策定された「1975-80年の国際開発協力戦略」で、その中で今後強化すべき課題として人口(demo-

graphy) が取り上げられ、世界的な貧困問題の一側面として人口活動が定義された。その後1976年に発表された人口セクター・ガイドラインは「保健と教育の分野の活動の強化が世界人口行動計画の目標達成のもっとも効果的な方策である」として、乳児死亡の減少と出産間隔の拡大および学校での家族生活教育と地元の人的資源基盤の強化を重視した。さらに1981年には家族計画に関する政策が発表されている。そこでは、途上国政府の主権の尊重、人権としての家族計画と個人の決定権の尊重を基本とし、これに基づいて、強制的なプログラムや中絶サービスへの直接援助は行わないとしている。メキシコ会議後の1985年には当時のマロリー首相の人口に関する宣言が発表され、人口動向の(開発)計画への統合の必要性、女性の地位の重視、環境の保護を謳っている。その中では、開発だけでは(人口)問題を解決することが出来ないとの認識が明らかにされている。これらの流れをふまえて1987年には、CIDAにおいて「人口に関する政策のフレームワーク」が採択され、二国間援助の指針となっている。これは、カナダ国際開発庁(CIDA)に対して二国間人口援助の増額をバランスの取れた控え目な(low-profile)アプローチで行うことを提言している。また、人口政策の決定における各国の主権、家族計画プログラムにおける自発性(voluntarism)、説明に基づいた自由な選択の原則を尊重したうえであらゆるチャンネルを通じた人口活動の支援を拡大すべきであるとしている。家族計画プログラムにおける自発性と情報に基づく選択の尊重は、カナダが人口援助を行う際の条件(conditionality)となっている。

(4) 援助の形態

1) 援助実施の方法

二国間援助においてCIDAは援助プロジェクトの実施を外部の営利団体や公益団体に委託する方式を取っている。委託は、定められた条件(Terms of Reference)に基づいて競争入札で行われるのが原則である。CIDAの内部ではプロジェクト・チームがチーム・リーダーのもとでプロジェクト・サイクルの監督を行い、プロジェクト・デザイン、モニタリング、エバリュエーションに対して責任を負う。ただし、これらのデザインや評価活動に関しても外部組織に委託契約を行っている。

2) リカレント・コスト負担

CIDAの定義によるリカレント・コストとは、プロジェクト維持・管理に必要な材やサービスを購入するために必要な内貨支出としている。CIDAでは、最貧国のうち国内予算の手当てををするだけの財政基盤に欠けているが、開発へのコミットメントと達成において良好な国に対してのみリカレント・コストを援助するとしている。その場合も、開発の展望が良好でプロジェクト終了後の財政的な自立可能性の高いプロジェクトに優先的に援助を行う。マクロ・レベルではリカレント・コスト支援は短期的な財政支援の一形態と位置付けられている。NGOの支援においても二国間援助の場合と同様に開発プロジェクトの重要性和運営組織の能力を勘案のうえ、コストの支援が実施されている。ただし、このようなコスト支援が受益国の自己資金調達努力に対してディスインセンティブとならないよう確認することが求められている。

リカレント・コスト負担の例としては、セネガルの1988年センサスの実施における調査員給与、バングラデシュの世銀コンソーシアム人口プロジェクトにおける女性フィールド・ワーカー(female family welfare assistants)約5,500人の給与と世銀・CIDAプロジェクト・オフィス経費の援助などがある。CIDAの広報誌「DEVELOPMENT」1982年2月号によれば、バングラデシュのフィールド・ワーカー給与支払はカナダから援助された炭酸カリウムを売却した見返り資金(counterpart fund)を財源として行

われたとのことである。

3) 避妊具・避妊薬の供与

近年のカナダの二国間援助において避妊薬（ピル及び注射薬）の供与先はバングラデシュとタイのみである。避妊薬の援助は「商品援助(commodity assistance)」に分類され、調達先はカナダの企業・製造者に限られるタイド援助となっている。バングラデシュの場合は、経口避妊薬の供与に、その受容と副作用の研究および流通システム改善のための技術援助を含めて1990-91年度の援助実績額は210万米ドルとなっている。

CIDAとしては、米国という大量の避妊薬を援助する国があるので、自国の援助資金は家族計画サービス・デリバリーの改善や運営管理のための情報システム(Management Information System)の強化などの分野に振り向けたい意向があるという。

4) 研究協力

IDRCは、開発途上国の科学技術研究能力の向上に資するために設立された。1970年の設立以来人口はIDRCの4重点分野の一つとして、社会科学部、保健科学部、情報科学部の各部で実施され、1970年から88年までに合計5,780万カナダドルが支出されている。80年代後半から最近までの研究プロジェクトの重点テーマとしては、避妊に関する生物学的研究と新しい避妊法の開発、家族計画プログラムの運営と評価、避妊法の受容に関する社会・文化的要因の研究、10代の妊娠・出産に関する研究など広い範囲にわたっている。

参考までにカナダの最近の人口援助の実績を表7-18に示す。

7-2-10 英国

(1) 概要

政府の援助政策は1980年以来大きな変更はないが、開発の基本方針として特に最貧国に対し援助を供与している。

政府は開発の過程における人口プログラムの重要性を認識しており、海外プログラムの中で人口プログラムには高い優先順位をつけている。人口プログラムを実施する際の政府の総合的な目的は、途上国政府が人口問題について十分な理解を得、これに対処するのを補佐し、途上国の個人が自由意志で子供の数や出産間隔を選択できるようにし、利用可能な経済的、社会的、物理的資源と調和したレベルでの人口増加を推進することである。個人に家族計画、特別なタイプの避妊を強制するようなプログラムは援助しない。英国海外開発庁(ODA)は、人口の規模、構造、増加率、分布や移動はすべからず経済及び社会開発に基本的な影響をもたらすため、人口プログラムは他の開発努力と切り離して実施すべきではないとしている。

1980年に政府は援助プログラムの中の他の優先分野と共に人口活動に対する援助レベルを維持するよう努力することを約したが、実際、人口に対する支出は1980年の11.5百万ドルから1986年には19.2百万ドルに増加している。

(2) 援助の基本方針

人口セクターにたいするイギリスの援助の基本原則は1974年の世界人口行動計画(WPPA)の原則、そして1984年メキシコシティの世界人口会議で保障された原則を反映している。ODAは、急速な人口増加が

表7-18 カナダの人口援助プロジェクト

国・地域	プロジェクト名	概要
バングラデシュ	第3次世銀コンソーシアム人口プロジェクト	女性のプログラム、女性家族福祉アシスタントの給料、世銀およびCIDAのプロジェクト・オフィス経費
	家族計画支援プログラム (UNFPAと共同)	経口避妊薬供与、避妊法の受入れと副作用モニタリング研究、政府の流通改善技術援助
	国際下痢症研究センター、人口サーベイランス・システム・プログラム	ICDDR, Bの人口サーベイランス継続実施とコンピューター・データベースの作成
	カナダ世界大学サービス/ICDDR, B	家族計画の普及支援および人材派遣、カウンターパート研修
	家計調査強化プログラム	バングラデシュ統計局の継続的・統合的な家計調査 (household survey) プログラムの開発
	インター・プレス助成	アジア女性保健ネットワーク活動における各国の人口抑制/家族計画政策と実施の比較
エチオピア	早産再定住プロジェクト	計画省中央統計局の再定住者に関する人口、社会経済、保健データ収集のための資金援助
インド	プレスビテリアン教会	栄養保健教育プロジェクトの家族計画コンポーネント
ケニア	UNFPA共同プロジェクト	1) 1989年センサス、2) 農業普及サービスへの人口教育統合 3) 家族生活教育プログラム、4) マザレ地区雇用母子保健
マリ	センサス	統計情報局の1987年センサスの処理分析支援
メキシコ	カナダ家族計画連盟助成	ポトシ州サン・ルイス地区の低所得層を対象とする家族計画サービス
パキスタン	国家家計調査強化プログラム	国連統計部およびUNDとのマルチ・バイプロジェクト 女性に関する信頼性の高いデータベースの作成に特に重点をおいた政府の家計調査実施強化
	社会セクター基金プロジェクト	政府および現地NGO家族計画を含む社会セクター活動支援。
	NGO調整会議・人口福祉	最貧層を対象としてNGOによって運営されている家族福祉センターのコスト支援
ペルー	カナダ家族計画連盟助成	カンテ・グランド地域の貧困地区での地域母子保健家族計画活動
ルワンダ	センサス支援5か年計画	UNFPAを通じて1991年人口センサス支援
セネガル	インター・プレス助成	出産間隔拡大に関する視覚教材作成
タイ	総合農村開発プロジェクト	貧困地域の農村の家族所得向上 (の家族計画コンポーネント)
アフリカ	UNFPA人口教育	人口教育・コミュニケーション訓練
	センサス訓練	センサス実施の人材養成。海外・国内訓練、地域ワークショップ
	CERPO支援5か年計画	サヘル地域人口と開発教育研究所強化。モントリオール大学と協力。 1) 人口学者訓練、2) 組織強化、3) 移住、都市化、出生率の研究
	ワークショップ支援	セーフ・マザーフード、西アフリカ移住研究
ラテン・アメリカ カリブ地区	CELADE III	国連の地域人口学センターであるラテン・アメリカ人口学センター (CELADE) への支援

CERPOD: Centre d'études et de recherches sur la population et développement

CELADE: Centro Latino Americano de Demografía

出所: CIDA. Inventory of Population Projects in Developing Countries around the World. 1990/91 (mimeo)

社会経済的發展に加える抑圧、個人やカップルが自分の子供の数や出産間隔を自由に十分な情報を得たうえで決める権利、fertility regulationの基本的な重要性とそれが母子にもたらす健康上の利益、ひいては家族と地域社会の集合的な幸福につながることを認識している。したがって、政府は途上国政府が人口政策を立案し、そのプログラムを実施するのを積極的に援助するのである。ODAは人口は多方面にわたる主題であることを認識し、広範囲の活動を支援することになっている。

7-3 我が国の人口援助

7-3-1 概観

(1) 歴史的経緯

わが国は、1969年、人口・家族計画分野における二国間協力の手始めとして、インドネシアに対してプロジェクト方式技術協力を開始して以来、13ヶ国に対して協力を行ってきた。またそれに先立つ1967年、人口・家族計画分野の専門家を対象とした「家族計画セミナー」（研修員集団受入）を初めて開催し、パキスタン、フィリピン、タイなどアジア地域から6名が参加した。以後この分野における技術協力予算は年々増加を続けている。（表7-19、図7-12）

表7-19 JICA人口・家族計画協力事業費の推移

年 度	JICA総予算 (百万円)	人口家族計画協力 事業費 (百万円)	構成比 (%)	対前年度 比 (%)
1980	62,768	460	0.7	-
1981	70,756	519	0.7	113
1982	76,955	661	0.9	127
1983	83,128	775	0.9	117
1984	88,703	814	0.9	105
1985	95,339	829	0.9	102
1986	102,591	910	0.9	110
1987	110,528	950	0.9	104
1988	115,762	967	0.8	102
1989	124,220	991	0.8	102
1990	134,405	1,021	0.8	103
1991	143,248	1,101	0.8	108

注) 研修員受入にかかわる費用は含まれていない

出所: 国際協力事業団、『1990年度国際協力事業団事業実績』、1991.

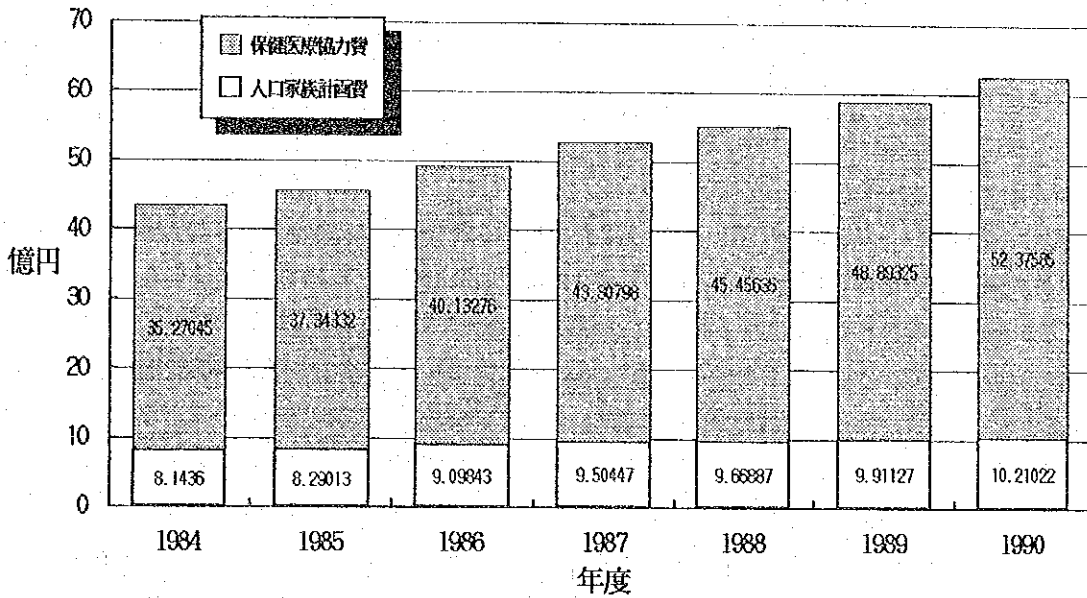
国際機関を通じる協力については、1969年に国際家族計画連盟（IPPF）に対する10万米ドルの拠出を端緒に、71年に国連人口基金（UNFPA）に対する150万米ドルの拠出をもって本格的に開始した。以後、UNFPAに対する拠出は飛躍的に増加し、90年度は5,578万米ドルに上っている。（表7-20）

(2) ODA全体の中での人口援助の位置付け

1) 基本的考え方

わが国は人口問題に対して、「開発途上国における人口増加は、深刻な食糧難、疾病の発生、貧困問題等を招いており、ひいては、開発途上国の発展及び安定の大きな阻害要因となっている。したがって、これらの国々の経済発展を考える場合、人口問題は避けては通れない重大な課題となってきている」（国際

図7-12 JICA医療協力部関係予算の推移



出所：国際協力事業団医療協力部『第22回海外医療協力委員会会議事録』，1990。

表7-20 UNFPA, IPPFへの政府拠出状況(単位：万ドル)

年度	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	
総額	10	10	150	200	250	500	700	900	1100	1450	1950	2350	2950	3350	3635	4010	4290	4593	4893	5213	5503	5578	5680	
増額率(%)	0	0	1400	33.3	50.0	66.7	40.0	28.6	22.2	31.8	34.5	20.5	25.5	13.6	10.0	8.82	6.98	7.06	6.53	6.54	5.56	1.36	1.83	
UNFPA 拠出額 対前年増額率(%)	0	0	100	135	170	340	460	600	740	950	1230	1625	2150	2450	2635	2955	3160	3373	3620	3825	4020	4083	4170	
IPPF拠出額 対前年増額率(%)	10	10	50	65	80	160	230	290	350	480	700	700	800	900	950	1055	1115	1195	1273	1373	1473	1495	1510	
IGCC ¹⁾ 拠出額	0	0	0	0	0	0	10	10	10	20	20	25	- ²⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pop. Council 拠出額	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	0	0	
特別枠(UNFPA)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15 ³⁾	10 ⁴⁾	0	0
特別枠(IPPF)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15 ⁵⁾	25 ⁶⁾	0	0	0	0	0	0

注：IPPF, IGCC, Pop. Council への拠出は、1971年以降すべてUNFPA からの分割譲渡方式がとられている。

¹⁾ IGCC: Inter-Governmental Coordinating Committee, Southeast Asia Regional Cooperation in Family Planning and Population Planning, (東南アジア人口・家族計画政府間調整委員会)

²⁾ IGCCが解散され、ASEAN 人口部が継承。ASEAN の要求によりUNFPA は250,000 ドル以内で資金援助する。

³⁾ 人口賞、⁴⁾ サラス基金、⁵⁾ 総会、⁶⁾ 15+10: 総会

出所：1969-1983 セクター別・特定課題別援助指針策定のための基礎調査-人口問題・家族計画- (国際開発センター:1987)

1984 Inventory of Population Projects in Developing Countries Around the World 1984/1985 (UNFPA)

1985-1991 外務省国連局社会協力課

協力事業団資料)との基本的認識に立っている。また人口援助に対しても、「わが国の戦後の急激な人口増加の低下と、それを支えた保健医療水準(とりわけ母子保健分野)の高さについては、人口問題解決の成功例とされている。このような背景の下で、わが国に対して本分野における協力を要望する声が強まっている」(国際協力事業団資料)と位置付けている。

2) 人口援助のプライオリティ

ODA全体での、人口援助のプライオリティを示唆する資料は無い。各年のODA予算に占める人口援助関連事業予算の割合で推測したい。ここで言う人口援助関連事業予算とは、1) JICA人口・家族計画協力事業費、2) UNFPAに対する拠出金、3) 有償資金協力、4) 無償資金協力、5) JOICFPへの補助金¹⁾のことである。1)のJICA予算については、80年度より人口家族計画協力事業費として計上されているもので、それ以前は保健医療協力事業費に含まれていたため、詳細は不明である。また人口援助関連の研修員受入については、技術研修員受入事業費に計上されているので、これには含まれていない。2)のUNFPAに対する拠出金には、IPPFへの補助金が毎年約30%含まれている。4)及び5)については他に比べて少額なので、ここでは無視する。表7-21より、予算のうえからは、ODAに占める人口援助関連事業費Eは1%前後と、決してプライオリティが高いとは言えない。(1)JOICFP予算総額の約1%)

表7-21 JICA予算と人口援助関連事業予算

年度	全ODA 予算 (百万円) A	JICA予算 ¹⁾ (百万円) B	B/全JI CA予算 (%)	UNFPA 拠出 金(百万 円) C	有償資金協 力(百万 円) D	B+C+D/ A (%) E
'80	749,100	460	0.7	5,328	0	0.8
'81	699,300	519	0.7	6,505	2250	1.3
'82	752,900	661	0.9	8,343	0	1.2
'83	893,300	775	0.9	8,752	0	1.1
'84	1,025,800	814	0.9	9,524	0	1.0
'85	905,700	829	0.9	10,234	0	1.2
'86	949,500	910	0.9	7,740	0	0.9
'87	1,078,200	950	0.9	7,077	0	0.7
'88	1,170,500	967	0.8	6,680	0	0.7
'89	1,236,800	991	0.8	7,592	0	0.7

¹⁾JICA人口・家族計画協力事業費

出所：A, C, D, 外務省経済協力局編、『我が国の政府開発援助1990』、国際協力推進協会
B, 国際協力事業団、『1990年度国際協力事業団事業実績』、1991。

3) マルチとバイの比率

表7-21のB+DとCを比較すると、概ねマルチとバイの比率がうかがえる。各年度毎に多少のばらつきがあるが、およそ9:1の比率となっている。(表7-22)

UNFPAのGlobal Population Assistance Report 1982-1989に掲載されている表からも、その比率が概ね9:1となっていることが分かる。(表7-23)

表7-22 我が国の人口関連援助におけるマルチとバイの比率

年 度	'80	'81	'82	'83	'84	'85	'86	'87	'88	'89
マルチ (%)	92.1	70.1	92.7	91.8	92.2	92.5	89.4	88.2	82.3	88.2
バイ (%)	7.9	29.9	7.3	8.2	7.8	7.5	10.6	11.8	12.7	11.8

出所：表7-21より算出

表7-23 日本の人口援助におけるマルチとバイの割合

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
total (\$1000)	36,311	40,131	43,479	46,533	50,187	54,327	57,720	59,946
by Channel %								
UN	92	92	93	92	91	90	¹⁾ 66	²⁾ 67
Direct	7	8	7	7	8	10	10	8
NGOs	0	0	0	0	1	0	24	25

注) ¹⁾ ²⁾ : '88 '89 年度についてマルチの数字が異なっているが、これはUNFPA 拠出金に含まれる約30%のIPPFへのイヤーマークをUNFPAの資料ではNGOに回したためと推測される。

出所：UNFPA, Global Population Assistance Report 1982-1989.

4) 今後の展望

我が国の人口援助は今まで、人口問題が文化・宗教をも含む複雑な問題であるため、UNFPAなどの国際機関を通じる協力が主流であった。しかし「我が国が量的に世界第一の援助国となった今日、世界的規模の重要問題として取組が求められている人口問題については、従来からの国際機関を通じる援助に加えて、二国間援助においてもより積極的な対応を行うべきであろう」（我が国の政府開発援助1990）という姿勢に変わってきている。また、「援助実施に際しては、人口増加と環境悪化の関係を十分考慮に入れる必要があるし、家族計画の充実のみならず、教育の改善、保健衛生状況全体の改善、社会における女性の地位の向上など幅広い視野が必要となっている」（我が国の政府開発援助1990）ともいっている。

7-3-2 アプローチと考え方

(1) 地域的配分

1) 対象国の選定

我が国の人口・家族計画協力対象国の選定には、UNFPAが掲げるような明確な選定基準は無い。無償資金協力対象国の選定基準に関しては、「我が国の政府開発援助」によれば、1990年度は、88年の一人当たりGNPが1070ドル（世銀統計）以下が一応の目安となっている。人口援助では、現時点のJICA技術協力事業実績で見ると中国がもっとも多く、以下フィリピン、タイ、インドネシア、メキシコ、コロンビアと続く。ここ数年の実績では、コロンビア、ネパール、スリランカなどが多くなっている。

2) 数字から見た地域的配分

JICA人口・家族計画協力事業費と、人口・家族計画協力専門家派遣数の地域別実績の推移を表したのが表7-24、25である。これまでの協力実績ではアジアが傑出しているが、ここ数年の数字では、中近

東とアフリカへの援助が増えてきているのが目立っている。これはほかの援助実施機関の傾向と一致しており、アフリカ地域の世界最高水準の人口増加率とその政策の転換に起因すると考えられる。

表7-24 JICA人口・家族計画協力事業費地域別実績（百万円）

年度	合計	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
アジア	5379.7	391.2	555.9	606.7	775.5	644.6	527.7	653.4	574.2	375.6	274.9
中近東	254.9	0.0	0.0	0.0	0.0	4.7	0.0	0.0	17.6	34.7	197.9
アフリカ	224.8	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	12.5	7.1	39.3	166.0
中南米	1168.2	0.0	0.0	4.7	13.5	66.7	209.5	308.1	181.6	294.3	89.9

出所：国際協力事業団、『1990年度国際協力事業団事業実績』、1991.

表7-25 JICA人口・家族計画協力専門家派遣人数地域別実績（人）

年度	合計	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
アジア	127	7	16	9	15	16	13	19	9	11	12
中近東	12	0	0	0	0	0	0	0	0	1	11
アフリカ	11	0	0	0	0	0	0	0	0	2	9
中南米	71	0	0	0	4	20	13	11	11	8	4

注：新規派遣のみで、継続して派遣されている専門家の人数は含まない。

出所：国際協力事業団、『1990年度国際協力事業団事業実績』、1991.

(2) 人口関連援助における技術協力

1) 形態

我が国の技術協力はJICAによって実施されているが、その形態は基本的には、①専門家の派遣、②研修員受入れ、③機材供与、の三つの形態に区分される。これら3形態の技術協力は、単独、あるいは相互の組み合わせによって実施されるが、特に、3形態をひとつの事業形態として統合し、事業計画の立案から実施、評価までを一貫して計画的かつ総合的に運営・実施する協力形態をプロジェクト方式技術協力と呼んでいる。人口関連援助ではこのプロジェクト方式技術協力を中心に協力を行っているが、その協力分野はJICAのガイドラインによれば五つの分野にわけられる。

①人口ダイナミクス分野：人口に関するデータ収集・分析システムの整備、データベースの構築等を行う。

②家族計画・母子保健サービス分野：地域における「母と子」の保健活動を向上させ、家族計画の必要性を認識させる。

③IEC（情報・教育・コミュニケーション）分野：人口家族計画に関する情報の提供、教育の実施、コミュニケーション方略の策定と運用を行う。

④人材養成分野：人口家族計画分野における人づくりプログラムを提供する。

⑤研究協力分野：ヒト生殖生理学に関する基礎的並びに臨床的研究について協力する。

以上五つの分野が相互に関連しあって、いくつかの形態で協力を行っているが、現状では②の家族計画・母子保健サービス分野が多くを占めている。JICAが1990年現在実施中の8件のプロジェクトをその内容から分類すると次のようになる。

1) 母子保健・家族計画；5件（ペルー、コロンビア、エジプト、ネパール、インドネシア）

2) 人口教育（IEC）；2件（ケニア、トルコ）

3) 人口統計情報；1件（スリ・ランカ）

また、これまでの協力実績は表7-26のとおりである。

表7-26 プロジェクト方式技術協力実績（千円）

国名	プロジェクト名	協力期間	事業費実績 ¹⁾
バングラデシュ	家族計画	1976. 3-1985. 3	226,711
インドネシア	家族計画	1969.10-1985. 3	674,107
中国	家族計画	1982.11-1987.11	1,336,757
フィリピン	家族計画	1974. 7-1989. 3	1,209,534
タイ	家族計画	1974. 7-1989. 3	1,141,873
スリ・ランカ	人口情報	1987.11-1990.11	364,619
ネパール	地域母子保健、家族計画	1985.10-1990.10	381,152
トルコ	人口教育促進	1988.11-1991.11	196,917
メキシコ	人口活動促進	1984. 7-1988. 9	608,422
コロンビア	家族計画／母子保健	1985.11-1990.11	525,249
インドネシア	家族計画／母子保健	1989.11-1992.11	44,991
エジプト	家族計画／母子保健	1989. 9-1992. 9	57,986
ケニア	人口教育促進プロジェクト	1988.12-1991.12	224,831
ペルー	人口家族計画	1989.10-1994.10	34,533

¹⁾すべて1989年度までの実績

出所：国際協力事業団、『1990年度国際協力事業団事業実績』、1991。

2) その他の協力形態

人口関連援助における技術協力以外の協力形態としては、有償資金協力と無償資金協力があげられるが、有償資金協力の実績はインドネシアの1件のみである。（表7-27）無償資金協力としては、1989年度から導入された小規模無償資金協力で実績が見られる。（表7-28）

表7-27 有償資金協力実績

国名	案件名	援助額	E/N締結日
インドネシア	家族計画（コンドーム工場）	2,250 百万円	1982.1.23

出所：国際協力事業団、『国際協力事業団年報1982』、1983。

表7-28 小規模無償資金協力実績

	国名	案件名	援助額、円	締結日
89	インドネシア	寄生虫、家族計画、母子保健統合計画	4,109,061	1990.2.20.
	バングラデシュ	母子保健総合計画	5,624,700	1990.3.8.
90	ギニア	カマラヤ村無料産院整備計画	2,585,904	1991.2.22.

出所：外務省資料

小規模無償資金協力は、従来的一般無償資金協力においては対応が困難であった、比較的小規模なプロジェクトで、開発途上国の要請に対し、日本の在外公館が迅速かつ的確に対応することにより、多様なニーズに答えていくため創設されたものである。

7-3-3 我が国の人口援助の特徴

(1) 母子保健とのかかわり

1960及び1970年代、開発途上国は家族計画を人口抑制という概念で捉えていた。70年代後半になり、家族計画は家庭設計の一つとして、また母子保健との統合、更に地域社会の財産（生まれてくる子供、母親は社会の財産）という広範な概念としての捉え方をするようになった。このような、家族計画に対する国際的な認識の変化に伴って、日本の人口援助の取り組み方も変化してきている。1969年、わが国は初めての人口・家族計画協力事業として、インドネシアに対して避妊器具及び普及活動用軽車両を供与した。これは「インドネシア国の人口抑制策のための家族計画5ヶ年計画の実施を側面的に援助することを目的として」（国際協力事業団年報）いた。しかしその六年後に始まるバングラデシュに対する協力は、「母子保健推進活動と啓蒙教育広報活動を統合化した形により、家族計画の普及を図ることを目標として」（国際協力事業団年報）開始された。このような一連の流れに沿って1970年代後半からは、JICAはそれまで行っていた避妊具の供与も中止した。当初、保健医療分野の一部であった人口・家族計画協力事業は、80年度から予算的に独立した分野になり、以後、また徐々に保健医療分野と近づきつつある。つまり始めは1)Populationで始まったものが2)家族計画になり、3)家族計画を主体にしたプロジェクトの結果として母子保健に役立つものになり、更に4)母子保健を主体として家族計画にも関係してくるという形に変化してきている。今後これらの流れに更にNutrition やEPI、教育といった分野も関係してくると思われる。

(2) 援助形態における特徴

わが国の人口関連援助の形態については先に触れたが、技術協力の形態を更に細かく見てみると次のように分けられる。

- 1) 研修員受入事業
- 2) 専門家派遣事業
- 3) 調査団派遣事業
- 4) 青年海外協力隊派遣事業
- 5) 機材供与事業

これらの形態別の経費実績を分野別に見た1990暦年の統計が表7-29である。この統計はあくまでもJICAの技術協力事業の統計であって、無償資金協力などの事業は含まれていないが、大まかな特徴はつかめると思う。人口・家族計画分野で、最もその特徴を顕著に表しているのが機材供与である。機材供与事業費の総事業費に対する割合が、ほかの分野では1%から多くても30%であるのに比べ、人口・家族計画分野のそれは58.9%と突出している。この分野では研修員受入事業費と青年海外協力隊派遣事業費が著しく少なく、そのため機材供与事業費の割合が特に大きくなっているとも言える。また保健医療分野でも機材供与事業費の割合は28.2%と比較的大きく、人口・家族計画分野を含めた保健医療分野は、総じて機材供与、ハード面での援助が多いといえる。機材供与の中身については、巡回診療車、普及活動用車両、医療器具、視聴覚機材などが中心で、避妊具などの消耗品は含まれていない。わが国は人口・家族計画分野においては、ほかの援助国に比べて知識や経験が少ないとされる。そのため直接的なノウハウの移転については限界があり、機材供与が主体とならざるを得ないとも考えられる。

表7-29 1990暦年 JICA分野別技術協力事業費形態別実績(%)

	合計	社会インフラ							経済インフラおよび関連サービス					生産セクター					多目的 その他
		教育訓練	保健	水供給衛生	人口計画	公共行政	開発計画	その他	交通航行	通信	河川開発	エネルギー	その他	農業	工業	鉱業	貿易輸出入振興	観光	
研修員受入れ	19.0	29.5	28.4	4.7	5.6	74.2	26.2	19.2	7.4	30.0	4.4	14.3	50.8	16.5	29.1	16.5	27.6	53.6	0.1
専門家派遣	24.7	27.8	25.3	8.2	31.4	19.5	12.9	20.4	21.0	30.7	10.7	13.5	29.4	35.4	20.4	39.4	67.1	45.4	16.7
調査団派遣	27.2	4.8	7.1	81.9	4.1	4.4	45.7	13.5	64.2	16.5	84.1	63.8	3.4	26.7	17.8	8.5	1.7	0	16.6
協力隊派遣	8.6	17.5	10.9	1.2	0	0	13.4	26.8	0.1	8.8	0	0.4	8.3	6.0	15.5	0	0	0	0.2
機材供与	14.6	20.3	28.2	4.0	58.9	1.9	1.7	19.2	7.3	14.0	0.8	8.0	8.1	15.3	17.2	35.6	3.6	1.0	4.1
その他	5.9	0.1	0.1	0	0	0	0.1	1.2	0	0	0	0	0	0.1	0	0	0	0	62.3
総計 百万円	108952	13055	9552	4769	1147	635	5806	6035	8918	4509	2399	3018	615	25321	10491	2654	405	264	9960

注) この統計は暦年で区切ってあり、この資料中の他の統計とは一致しない。

出典：1990暦年経費協力事業費事務費実績表

(3) ローカルコスト支援

わが国は、「援助に当たって途上国の自助努力を支援することを重視し、援助の内容についても、わが国自身の考え方を押しつけるのではなく、先方の要請をベースにわが国が取捨選択するという対応を基本とする」(我が国の政府開発援助1990)といているように、プロジェクトの施設及び運営費(所謂ローカルコスト)については本来相手国政府が負担すべきという立場に立っている。しかし最近ではJICAでも、「技術協力の円滑な実施と効果的な運営の観点から、国際的にも援助国に対し、協力相手国の自助努力を損なわない形でのローカルコスト負担の要請が強まっている」(「プロジェクト方式技術協力の手引き」国際