

# 人口問題に関する国際会議の論点の評価・分析

—リプロダクティブ・ヘルス／ライツの議論を中心に—

平成13年3月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

総研

J R

00-67

# 人口問題に関する国際会議の論点の評価・分析

ーリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論を中心にー

藤掛 洋子

お茶の水女子大学大学院博士後期課程



「農作業へ」 パラグアイ共和国

(撮影：藤掛洋子)

平成13年3月

国際協力事業団  
国際協力総合研修所

本報告書は、平成 12 年度国際協力事業団客員研究員に委嘱した研究の成果を取りまとめたものです。

なお、本報告書に示されている様々な見解・提言等は、当事業団の意見を代表するものではないことをお断りします。

人口問題に関する国際会議の論点の評価・分析  
ーリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論を中心にー

目 次

写真

要約 .....	i
略語表 .....	iv
用語説明 .....	v
謝辞 .....	vii
1. はじめに .....	1
1-1 本研究の目的 .....	1
1-2 本研究の背景 .....	3
1-3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの英語表記と邦訳の変遷 .....	5
1-4 本稿の全体構成と概要 .....	6
2. 本研究で用いる方法 .....	7
2-1 文献研究に用いる方法 .....	7
2-1-1 国連国際会議における議論の検証に用いる方法 .....	7
2-1-2 日本政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムへの 取り組みの検証に用いる方法 .....	7
2-2 事例研究で用いる方法 .....	7
3. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ .....	8
3-1 人口問題からリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論へ 至る歴史的経緯（概観） .....	8
3-2 国連国際会議におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの 現出と議論になった用語 .....	12
3-2-1 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の現出 .....	14
3-2-2 国際会議において議論になった用語・表現 .....	19
3-3 リプロダクティブ・ヘルス/ライツにおける「ヘルス」の概念をめぐる課題 .....	24
3-4 まとめ .....	25
4. 日本政府の国内外におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題への取り組みと課題 ---	26
4-1 日本政府の国内に対する取り組みと課題 .....	26

4-1-1	国内の文書への反映	26
4-2	日本政府の国外に対する取り組みと課題	30
4-2-1	日米コモンアジェンダ	30
4-2-2	GII (Global Issues Initiative on Population and AIDS)	30
4-2-3	沖縄感染症対策イニシアティブ (GII/IDI)	30
4-3	国内外における日本政府の課題	31
4-4	まとめ	32
5.	南米パラグアイ共和国	33
5-1	パラグアイ国概況及び政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題の位置づけ	33
5-1-1	パラグアイ共和国の概況	33
5-1-2	パラグアイ国の女性政策と政府の リプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題の位置づけ	33
5-2	リプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムへの取り組み状況	34
5-3	女性たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する状況	35
5-3-1	女性たちの一般的な状況	36
5-3-2	人工妊娠中絶の状況	36
5-4	農村部の女性たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する諸問題とニーズ	38
5-5	リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わるプログラムへの支援	40
5-6	まとめ	41
6.	北アフリカチュニジア共和国	42
6-1	チュニジアの概況及び政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題の位置づけ	42
6-1-1	チュニジア共和国の概況	42
6-1-2	チュニジア政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ問題の位置づけ	42
6-2	ユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムへの取り組み状況	43
6-3	若者たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する状況	44
6-3-1	若者たちの一般的な状況	44
6-3-2	ピア・エデュケーターとしての教育を受けた若者の状況	45
6-3-3	ピア・エデュケーターとしての教育を受けていない若者の状況	46
6-3-4	NGOとの連携	46
6-4	若者たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する諸問題とニーズ	47
6-5	リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わるプログラムへの支援	47
6-6	まとめ	48
7.	本稿の総括とJICA、ODA事業への活用	49
7-1	リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の整理	49

7-2	リプロダクティブ・ヘルス/ライツに 関連するプログラムの支援に際し留意する事項	53
7-2-1	対象国の社会・ジェンダー調査	53
7-2-2	調査者と調査協力者と調査手法など	56
7-3	国家政策の把握及び国連諸機関（INGOを含む）との連携	58
7-4	住民の参加・参画による開発事業の実施と評価	58
7-4-1	参加・参画の概念	58
7-4-2	事業の実施と評価	59
7-5	まとめ	59
8.	おわりに	60
8-1	結論	60
8-2	本研究の限界と今後の課題	61
	引用・参考文献など	62

## 写真目次

写真1	第45回国連女性（婦人）の地位委員会女性のHIV/AIDSとジェンダーに関するパネル	2001/3/08（撮影：藤掛洋子）
写真2	第45回国連女性（婦人）の地位委員会HIV/AIDSとメンタルヘルスに関するパネル	2001/3/09（撮影：藤掛洋子）
写真3	パラグアイの農村	1998/04（撮影：藤掛洋子）
写真4	パラグアイの農村の女性と台所	1999/03（撮影：藤掛洋子）
写真5	チュニジア南部の村の女子たちとFGD	2000/09/20（撮影：藤掛洋子）
写真6	チュニジア南部のスカウトとFGD	2000/09/19（撮影：秋山明専門家）

## 表目次

表3-1	国連国際人口・開発会議に影響を与えた運動、国際会議及び日本国内の動き	9
表3-2	国連国際会議の歴史、開催期間及びリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する主な議論	12
表3-3	国際援助実施機関等によるユースやアドレセンスなどの諸定義	23
表7-1	リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念に関する広義と狭義の考え方	50
表7-2	リプロダクティブ・ヘルス/ライツのサービスに関する狭義と広義の分類	51
表7-3	ライフサイクルからみた リプロダクティブ・ヘルス/ライツとサービスの主たる主体となる人々	52
表7-4	ジェンダー平等指数	55

— 写 真 —



写真1 第45回国連女性（婦人）の地位委員会  
女性のHIV/AIDSとジェンダーに関するパネル  
2001/3/08（撮影：藤掛洋子）



写真2 第45回国連女性（婦人）の地位委員会  
HIV/AIDSとメンタルヘルスに関するパネル  
2001/3/09（撮影：藤掛洋子）



写真3 パラグアイの農村  
1998/04（撮影：藤掛洋子）



写真4 パラグアイの農村の女性と台所  
1999/03（撮影：藤掛洋子）



写真5 テュニジア南部の村の女子たちとFGD  
2000/09/20（撮影：藤掛洋子）



写真6 テュニジア南部のスカウトとFGD  
2000/09/19（撮影：秋山明専門家）



## 要 約

2000年の世界人口は60億6000万人であり、年間7500万人ずつ増加している。その95%は開発途上国で発生しており、この100年間で3.7倍に増加したことになる。今世紀が「人口爆発の世紀」、または「人口疲労の世紀」と言われる所以である。人口問題を解決するためには、ジェンダーに基づく差別の撤廃と、生涯を通じた全ての人々の健康と権利の確立が重要であり、このことを国際社会で合意したのが、1994年にカイロで開催された国際人口・開発会議（International Conference on Population and Development : ICPD）である。同会議で採択された「カイロ国際人口・開発会議行動計画」（カイロ行動計画）では、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」が公式に提唱されるとともに、翌年の第4回国際女性会議（北京会議）ではこの言葉がキーワードとなった。この時期を境に、国連諸機関を始め各国はリプロダクティブ・ヘルス/ライツの確立に向け諸政策の変更を行ってきた。一方、この概念の定義・解釈のされ方は、いまだ多様であると言える。なぜならば、国連の諸会議における文書は、多様な、時には相対立する立場の意見を包含しつつなんとか参加者全員が合意できる文書を作成していくという作業の所産であるため、曖昧さや両義性をしばしば含有することになるからである。

そこで、本稿は、国際社会へ浸透ししつつあるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ（Reproductive Health/Rights）の概念とその解釈について、ICPD前後に開催された国連国際会議から検証することとする。また、日本国内の動向を把握すると同時に、南米パラグアイ共和国及び北アフリカチュニジア共和国で実施されているリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラム及び人々の現実に抱える諸問題及びニーズを検証することを通じ、日本政府の当該分野におけるより効果的な支援の方策を考察する。

本論文は、次のように構成されている。第1章「はじめに」に続く第2章では、本研究に用いる方法を提示する。第3章では、人口問題と国連国際会議におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論を検証する。ICPD以前の国際人口会議において人口問題は数の問題として扱われてきた。つまり、「増加する人口をいかに抑えるか」という点に焦点が当てられ、いふなれば「量」の視点・マクロの視点でしかなかった。しかし、ICPDにおける合意文書の中には女性（人々）の人権、すなわち「質」の視点・ミクロの視点が入ってきている。このような議論の基礎は、1968年にテヘランで開催された第1回国際人権会議や1974年にブカレストで開催された世界人口会議などですでにみることができる。また、1984年のメキシコにおける国際人口会議では、国家による人口政策を重要課題と位置づける南北間の合意がゆるぎないものとなった。そして1994年のICPDにおいてジェンダーの公平・平等に基づいた女性（や個人）の地位の改善とリプロダクティブ・ヘルス/ライツの確立が今日の人口問題の解決に不可欠であるという世界的な合意がなされた。一方、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの解釈についてはホーリー・シー（バチカン）やカトリック諸国、先進諸国などの間で引き続き議論が行われており、2001年の現在でも未だに決着がつかない。「女性は『産む者』である」と限定し決めつける立場も存在するからである。つまり、産まない、産めない女性や女兒、高齢者、障害者、男性、同性愛者などはリプロダクティブ・ヘルス/ライツのサービスを享受できないという主張

である。また、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの「ヘルス」の部分は、WHOの「健康」の定義である「身体的・精神的・社会的に『完全に』『良好な状態』」を用いていることから、そもそもは国家による人口政策に疑義を呈してきたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念の根本が掘り崩されるとともに、優生思想に結びつく恐れがあるのではないかと、という指摘もある。

第4章では、日本政府の国内外におけるリプロダクティブヘルス／ライツ問題への取り組みを概観する。国内では、北京会議以降、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の精神を反映させた「男女共同参画ビジョン」など各種の文書が出されるとともに、優生保護法が母体保護法（1996年6月）へ改正されるなど、多くの動きがあった。途上国に対しては、日米コモンアジェンダやGII(Global Issues Initiative on Population and AIDS)、沖縄感染症対策イニシアティブなどに基づいた多様な支援を展開しており、内外におけるこれらの動きは高く評価できる。

第5章と第6章におけるパラグアイ及びチュニジアの事例研究では、両国のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの取り組みと人々の諸問題及びニーズを概観する。両国ともICPDで合意されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念には合意している。しかし、パラグアイは、権限を持った責任者の意向により、多くのリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムが実施されえなかった。ところが、農村部の女性たちは、「生活のために」、「子供に教育の機会を与えるために」「家族計画やリプロダクティブ・ヘルス／ライツの知識を得たい」と、また、「若者に対するHIV/AIDSなどの教育を村で行いたい」と考えていた。チュニジアは、国家としてユース・リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムを積極的に展開している。しかし、プロジェクトの対象者である若者たちの知識は狭義の知識とも言える「性についての科学的で不十分な知識」に留まったものであり、裨益者は特定の階層に偏る傾向があった。また、男性は性行動を積極的に起こすことが、その反対に女性は純潔を保つことが求められ、性の二重規範が社会に存在する。このような二重規範に対し、若者たちは男女関係のあり方や両親とのコミュニケーションなどをも包含した広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスを得ることを望んでいた。このように複雑に交錯した社会にある人々の諸問題とニーズを適切に把握するとともにプログラムに反映させるためには、実践的・戦略的ニーズによる分析やジェンダー平等指数などの視点を取り入れた社会・ジェンダー調査が必要である。

第7章では、日本政府のリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連する支援への本研究の活用について考察する。ICPDで合意されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念は広義の解釈であるが、しばしば狭義の解釈（表7-1）にも用いられる。また、サービスの主体となる対象地域の人々は、狭義のみならず、広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスも併せて望んでいることから、今後、日本政府は、狭義とともに広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの実現を視野に入れたプログラムの策定・支援を、地域のNGOや対象地域の住民と連携しながら実施していくことが望まれる。また、時間軸、すなわち誕生から老年までを視野に入れて（表7-3参照）プログラムは支援されるべきである。

第8章「おわりに」では、結論と限界を述べる。ICPDで合意されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツにおけるライツの部分は、「国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす」。そのため、リプロダクティブ・ヘルス／ライツが各国の法律、政策、プログラムの中に盛り込まれる必要がある。人々のリプロダクティブ・ヘルス／ライ

ツの享受の障壁となるジェンダーに関する諸要因については、これまでに多様な議論がなされてきたものの、現実の社会の変革には未だ至っていない。今後、人口問題の解決のためには、広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点に立ち、家庭内外における権力構造の転換と人々のエンパワーメントの実現に向けたプログラムの策定・支援が必要である。

尚、本稿では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツと環境、生殖技術の発展、HIV／AIDS 新薬の開発、高齢化社会、移民、グローバリゼーションなどは論じていない。今後の課題としたい。

—略語表—

\*アルファベット順

GII	人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ (Global Issues Initiative on Population and AIDS)
HIV/AIDS	ヒト免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群 (Human Immunodeficiency Virus／Acquired Immune Deficiency Syndrome)
IPPF	国際家族計画協会 (International Planned Parenthood Federation)
ICPD	国際人口・開発会議 (カイロ会議) (International Conference on Population and Development)
JUSCANZ	日本、アメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、ノルウェー、 スイスから構成され、国連などに対して交渉を行うグループ
NAPY	アジア太平洋地域のユースネットワーク (Network of Asia Pacific Youth)
NGO	非政府組織 (Non Governmental Organization)
ONFP	国家人口家族公団 (Office National de la Famille et de la Population National Family and Population Board)
STD	性感染症 (Sexually Transmitted Diseases)
SLAC	Some like minded Latin American and Caribbean countries
UNCED	国連環境開発会議 (リオ会議) (United Nation Conference on Environmental and Development)
UNFPA	国連人口基金 (United Nations Population's Found)
UNICEF	国連児童基金 (United Nations Children's Fund)

## －用語説明－

### \*五十音順

コーカス : Caucus	非公式連合
セクシュアリティ	1) 生物学的性別として「男」および「女」に分類されている個人が性別をどのように認識しているのか(性的指向)、さらに性別対象選択(性的志向)や性に関連する行動、傾向を指す総称 <sup>1</sup> 。 2) 性実践、性欲望、性幻想を全て含めた概念 <sup>2</sup> 。 3) 個人の性的行動に限定されるものではなく、その人の性についての知識や信念、態度、価値観すべてを包括する概念であり、個人の解剖学的・身体的レベル、社会的性役割、アイデンティティ、人格、思考、感情、行動、対人関係のすべてに関わる問題である <sup>3</sup> 。
セクシュアル・ライツ ジェンダー	妊娠を目的としない性行為など女性の多様な性の選択を認める権利 <sup>4</sup> 。 1) 社会的文化的に規定される性別分類概念 <sup>5</sup> 。 2) 社会の価値観によって決定される「社会的役割」は、価値規範の変化に伴って変わる。ジェンダーとは、男女の「社会的役割」と「相互関係」を示す。ここでの相互関係とは、生活を営む上で、男女が互いにどのように関わっているのかを示すもので、意思決定などの力関係に反映される <sup>6</sup> 。 3) ジェンダーは、また、経済状況や民族、階層、階級なども含めて考えられなければならない <sup>7</sup> 。 4) ジェンダーは、両性間に認知された差異にもとづく社会関係の構成要素であり、権力を表す第一義的方法である <sup>8</sup> 。
女性(婦人)の地位委員 (Commission on the Status of Women : CSW)	政治的、市民的、社会的及び教育の分野における女性(婦人)の権利を増進することに関し、国連経済社会理事会(経社理)に対して勧告及び報告を行い、また、男女平等の原則の実施を目的として、女性(婦人)の権利について緊急な措置を要する問題に関して経社理に勧告及び報告を行う。またそれらの報告の実施に対し提案を行う <sup>9</sup> 。
人口増加率	特定の人口が年ごとに増加する率を表している。それは、基準となる人口規模(すなわち、前年の人口規模)に対する比率として計算され、出生、死亡、移動の影響を反映している。

---

### (用語説明に用いた文献・資料など)

- 1 原ひろ子(1998)「ジェンダー、セックス、セクシュアリティをめぐって」、『学術の動向』1998年4月号:P.8-13.
- 2 竹村和子・上野千鶴子(1999)「ジェンダー・トラブル」、現代思想、1999(1):P.44-77.
- 3 東優子(2000)「セクシュアリティとリプロダクティブ・ヘルス/ライツ」、女性と健康ネットワーク(ed.)『「女性と健康」日本の実態と課題』女性と健康ネットワーク:p.56.
- 4 毎日新聞2000年6月10日夕刊(佐藤由紀担当)
- 5 原ひろ子(1998)「ジェンダー、セックス、セクシュアリティをめぐって」、『学術の動向』1998年4月号:P.8-13.
- 6 国際協力事業団国際協力総合研究所(1993)WID配慮における社会/ジェンダー分析手法調査報告書.
- 7 Yuval-Davis, Nira(1997)“Women and the Biological Reproduction of the Nation”, *Gender and Nation*, London・Thousand Oaks・New Delhi: SAGE Publications:26-37.
- 8 スコット、ジェーン、W.(1992)荻野美穂訳『ジェンダーと歴史学』平凡社.
- 9 国連NGO国内婦人委員会編(1997)「国連・女性・NGO-活動の手引き」:p.15.

合計特殊出生率 (Total Fertility Rate : TFR)	ひとりの女性が生殖年齢のあいだに出産する平均の子ども数と考えてよい。これは特定の女性ないし女性集団の実際の生涯経験を表すものではないという意味でも仮説的なものであるが、合成的な手法を示すものである。TFR はそれぞれの年齢集団の女性に特有の合計出産数として計算されるもので、それぞれのコホート（同年齢集団）の出産率は、「仮説上の女性」の生涯に対応するものと想定されている。
リプロダクティブライツ とリプロダクティブヘル ス	本文 pp.7-8 を参照されたい。
SLAC : Some like minded Latin American and Caribbean countries	意見を同じくするいくつかのラテンアメリカ及びカリブの国々 (Bolivia, Brazil, Chile, Peru, Colombia, Mexico, Ecuador Venezuela, El Salvador and Guatemala) の集まり、2000 年から活動している。
ナショナル・マシナリー (National Machinery)	女性の地位向上のための国内本部機構。「国連婦人の 10 年」の成果として策定された世界行動計画に基づき、各国で発足した国内組織のことをいう。女性の地位向上にかかわる女性局、女性省、政党の女性部会など、全国的な女性組織を指す <sup>10</sup> 。
フォーカス・グループ・ ディスカッション (FGD)	一人の司会者がいて、調査対象者の集団（グループ）に座談会形式で話し合ってもらい、その討論の過程に現れた意見、態度、またはその変化を観察し、分析する調査方法 <sup>11</sup> 。
ホーリー・シー (Holy see)、バチカン市国	別名、バチカンやローマ教皇庁（法王庁、聖庁）とも言われる。バチカン市国は、ローマ市のテベレ川右岸にあるローマ教皇を元首とする世界最小の国家である。1929 年 2 月のラテラノ協定に基づき、カトリック教会の首長たるローマ教皇が国際法上の主権と領土的基盤を持つことを認められて成立した。教皇が他の国家の制約をうけることなく、自由に宗教上の権限を行使するのを保障する目的で組織された国家で、通常の家とは機構も性格も違っている <sup>12</sup> 。本文 p.23 も参照されたい。
ユース、若者、アドレセ ンス (思春期層)、ヤング アダルト、子ども	UNFPA や WHO、UNICEF によるユースの定義は、15 歳から 24 歳である。アドレセンスは、UNFPA、WHO、UNICEF によると 10 歳から 19 歳である（表 3-3 を参照されたい）。

<sup>10</sup> 国際開発ジャーナル (1998)

<sup>11</sup> アーユス「NGO プロジェクト評価法研究会」編 (1995)『小規模社会開発プロジェクト評価—人々の暮らしは良くなっているか—』、国際開発ジャーナル p.157.

<sup>12</sup> 日立デジタル平凡社 (1998)

## 謝 辞

本稿は、国際協力事業団国際協力総合研修所（JICA・IFIC）における客員研究員委嘱研究として、藤掛洋子（お茶の水女子大学大学院博士後期課程人間文化研究科人間発達科学専攻）（筆者）により執筆された成果品である。研究課題は、「人口問題に関する国際会議の論点の評価・分析（指定課題）」であるが、人口問題に関する分析視点は多岐にわたるため、本稿ではリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連する議論を中心に論じることとした。リプロダクティブ・ヘルス／ライツは近年、人口問題のみならず女性政策などにおいても重要なキー概念として広く知られるようになった。しかしながら、未ださまざまな議論があり、個々の主張を多様な文脈にあわせて適切に理解していく必要がある。このような重要な課題に取り組む機会を与えて頂いた JICA・IFIC 所長加藤圭一氏をはじめ、担当課長宮本秀夫氏をはじめ、IFIC の方々には心より感謝したい。

委嘱期間は、2000年11月1日より2001年1月31日であった。しかし、1) 2001年3月に国連本部で開催された第45回国連女性（婦人）の地位委員会へ筆者の NGO オブザーバー参加が決定したこと、2) パラグアイでの現地調査（3～4月）が可能となったことから、これらで得た最新の情報を少しでも本研究に反映させたいと考え、成果品への補足修正の時間を頂いた。

本稿、第4章の日本政府の取り組みについては、外務省経済協力局調査計画課長駒野欽一氏や課長補佐永沢浩之氏、また NGO's の方々より「外務省／NGO 懇談会」などを通じて多くの情報を頂いた。記して感謝したい。第5章パラグアイと第6章チュニジアの事例研究においては、筆者の JICA 短期専門家時代に得たデータなどを用いている（本稿 2-2 を参照されたい）。パラグアイへの派遣は中南米部の宮崎桂氏に、チュニジアへの派遣は医療協力部の田中裕子氏に特にお世話になった。また派遣前、派遣中、帰国後を通して多くの方々にお世話になった。ここに全ての方々のお名前を記すことはできないが、心より感謝している。また、派遣中は村の女性や若者たち、政府職員など多くの方々に貴重な時間を割いて頂き、調査協力者となって頂いた。記して心より感謝したい。

最後に、本稿の土台となった、「国の内外の諸文書にみられるリプロダクティブ・ヘルス／ライツの表現」（藤掛洋子：2000b）は、原ひろ子放送大学教授、お茶の水女子大学名誉教授よりご指導を頂くとともに、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点についてはこれまでも多くのご教示を頂いてきた。記して感謝の意を表したい。本稿では、土台の議論をさらに発展させるべく努力を致したものの、筆者の力不足ゆえにまだまだ多くの課題を積み残している。みなさま方にご叱責を頂きながら、今後、さらに分析を深めることができれば幸いである。

誠にありがとうございました。

2001年3月吉日

藤掛洋子

# 1. はじめに

## 1-1 本研究の目的

本研究の目的は、第1に1994年にカイロで開催された国際人口・開発会議（International Conference on Population and Development : ICPD）においてはじめて公式に提唱された<sup>1</sup>リプロダクティブ・ヘルス／ライツ（Reproductive Health/Rights）の概念やその概念についての解釈を、ICPD前後に開催されたいくつかの国連国際会議<sup>2</sup>の議論などから検証することにある。このような作業を行う理由は、今日の人口問題を考えていくにあたりリプロダクティブ・ヘルス／ライツはキー概念になっているからである<sup>3</sup>。

第2に、当該分野における日本政府の今後の支援の適切な方策を考察する。まずICPD以降の日本国内の文書や政策動向を把握する。次に事例研究として南米パラグアイ共和国（República del Paraguay）（以下パラグアイ）及び北アフリカチュニジア共和国（La République Tunisienne）（以下チュニジア）において実施されているリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラム及び人々の現実に抱えるリプロダクティブ・ヘルス／ライツの諸問題とニーズを概観する。これらの作業を通じて、ICPD以降、キー概念として用いられているリプロダクティブ・ヘルス／ライツの理念を踏襲した日本政府の当該分野における適切な支援の方策を考察する。

本稿の議論の軸となるICPDで採択された「カイロ国際人口・開発会議行動計画」（「カイロ行動計画」）の第7章、リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス<sup>4</sup>を以下に紹介する。尚、この第7章以外にも、リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関わる表現は多く出現している<sup>5</sup>。

「カイロ国際人口・開発会議行動計画」（カイロ行動計画）（1994年9月）

尚、下線は筆者による。

### 第7章 リプロダクティブライツとリプロダクティブヘルス

#### A リプロダクティブライツとリプロダクティブヘルス

##### 行動の基礎 7.2

リプロダクティブヘルス（reproductive health）とは、人間の生殖システム、その機能と（活動）過程の

---

<sup>1</sup> 藤掛洋子（2000b）p.x1.

<sup>2</sup> 本稿で扱う国際会議には、国連主催でないものも含まれている。したがって、正確には、国連国際会議または国際会議、NGO国際会議などと標記することが望ましい。しかし、本稿では国際的な議論の潮流の把握を目的としており、国連国際会議と国際会議、NGOなどの議論の差異を考察するものではない。したがって、国連国際会議と便宜上記していくことについてご理解を頂きたい。

<sup>3</sup> リプロダクティブ・ヘルス／ライツの中で謳われている「女性に対する暴力」、「高齢者」、「グローバリゼーション」などについては別の機会で論じることとしたい。最終章における「本研究の限界と今後の課題」も合わせて参照されたい。

<sup>4</sup> 外務省（1996）p.35.

<sup>5</sup> 藤掛洋子（2000b）p.x1.



すべての側面において、単に疾病、障害がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。したがって、リプロダクティブヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを定める自由をもつことを意味する。この最後の条件で示唆されるのは、男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、および、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもを持てる最善の機会を与えるよう適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。上記のリプロダクティブヘルスの定義に則り、リプロダクティブヘルスケアは、リプロダクティブヘルスに関わる諸問題の予防、解決を通して、リプロダクティブヘルスとその良好な状態に寄与する一連の方法、技術、サービスの総体と定義される。リプロダクティブヘルスは、個人の生と個人的人間関係の高揚を目的とする性に関する健康（セクシュアルヘルス）も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウンセリングとケアにとどまるものではない。

### 7. 3

上記の定義を念頭に置くと、リプロダクティブライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任を持って自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康およびリプロダクティブヘルスを得る権利を認めることにより成立している。その権利には、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれる。この権利を行使するにあたっては、現在の子どもと将来生まれてくる子どものニーズおよび地域社会に対する責任を考慮に入れなければならない。すべての人々がこれらの権利を責任を持って行使できるよう推進することが、家族計画を含むリプロダクティブヘルスの分野において政府および、地域が支援する政策とプログラムの根底になければならない。このような取組みの一環として、相互に尊敬しあう対等な男女関係を促進し、特に思春期の若者が自分のセクシュアリティに積極的に、かつ責任を持って対処できるよう、教育とサービスのニーズを満たすことに最大の関心を払わなければならない。世界の多くの人々は、以下のような諸要因からリプロダクティブヘルスを享受できないでいる。すなわち、人間のセクシュアリティに関する不十分な知識、リプロダクティブヘルスについての不適切または質の低い情報とサービス、危険性の高い性行動の蔓延、差別的な社会慣習、女性と少女に対する否定的な態度、多くの女性と少女が自らの人生の中の性と生殖に関し限られた権限しか持たないことである。思春期の若者は特に弱い立場にある。これは大部分の国では情報と関連サービスが不足しているためである。高齢の男女は性に関する健康およびリプロダクティブヘルスについて特有の問題を抱えているが、十分な対応がなされていない場合が多い。

リプロダクティブ・ヘルス／ライツを扱う章は、カイロ行動計画の中において最も長文であるとともに内容も豊富である。また、この概念は行動計画全体を通じて基本概念として用いられている<sup>6</sup>。つ

---

<sup>6</sup> 阿藤誠（1994） p.53.

まり、リプロダクティブ・ヘルス／ライツはカイロ行動計画の中心的位置を占めているとすることができるのである。

カイロ行動計画におけるリプロダクティブ・ライツは、これを採択した各国政府の責務を法的に義務づけるものではない。しかし、上述の 7.3 にもあるように、「リプロダクティブ・ライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす」。このことから、世界的に承認された政策の規範や勧告を構成するものと考えることができ、また、強制力のある国際的法規範の設定にとってきわめて重要である<sup>7</sup>。事実、ICPD 以降、国連諸機関をはじめ、各国は、既存の家族計画のプログラムにリプロダクティブ・ヘルス／ライツの考えを取り入れ、内容を修正しつつある。また、リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連する新たなプログラムの展開も行われている。

## 1-2 本研究の背景

2000 年の世界人口は 60 億 6000 万人であり、年間 7500 万人ずつ増加している。その増加の 95% は開発途上国<sup>8</sup>で発生している<sup>9</sup>。1900 年における世界人口は 16 億 5000 万人であったことから、この 100 年の間に約 3.7 倍の増加を記録したことになり<sup>10</sup>、今世紀が「人口爆発の世紀」、または「人口疲労の世紀<sup>11</sup>」と言われる所以でもある。

一方、将来の人口とその増加率についての問題の解決は、ジェンダーに基づく差別の撤廃にかかっている<sup>12</sup>と言われている。なぜならば、女性が多くの選択肢を得ることができれば、母親よりも、規模が小さく健康で高い教育を受けた家族を、持つことができる<sup>13</sup>からである。安全な家族計画の方法を入手し、女性が望む人数の子どもだけを産むようになれば、多くの国々で出生率は 3 分の 1 に減少する<sup>14</sup>と言われている。しかし、社会的、文化的、経済的な力関係は、女性が出産回数を減らそうとする自由を厳しく制限する。そのため、世界の少なくとも 3 億 5000 万人のカップルは、近代的な家族計画の方法が依然利用できないままになっており、しかしながらその多くは次の妊娠を先に延ばす、または防ぐことを望んでいる<sup>15</sup>。より正確な情報と経済的にも無理がないサービスをもっと容易に得られるならば、また、配偶者や拡大家族、地域社会の支援がもっと得られるならば、近代的な家族計画の方法を、今実際利用している人々に加え、さらにおよそ 1 億 2000 万人の女性が世界中で利用す

---

<sup>7</sup> ラーマン、アニカ (1997) p.21.

<sup>8</sup> 途上国、発展途上国、後進国、南と北、第三世界（第三世界はもはや存在しないという議論もある）など様々な記述（や形容）の方法があるが、本稿では便宜上「途上国」と記すこととしたい。また、開発の意味は多様であり、その歴史は古くからみることができる。本稿では、西欧植民地支配にはじまり、各国の独立後は、冷戦下において始まったアメリカ主導の国連諸機関を動員した開発戦略を「開発」と定義する。

<sup>9</sup> UNFPA (2000) p.6.

<sup>10</sup> 早瀬保子 (2000) p.2. UNFPA (1999) p.1.

<sup>11</sup> Demographic Fatigue、黒田俊夫 (2001) p.2.

<sup>12</sup> UNFPA (2000) p.6.

<sup>13</sup> *Ibid.*

<sup>14</sup> *Ibid.*

<sup>15</sup> 外務省 (1996) p.39.

ることができるであろう<sup>16</sup>と推定されている。

ICPD 以前の国連国際人口会議において「人口問題」は、数の問題として扱われてきた<sup>17</sup>。つまり、「増加する人口をいかに抑えるか」という点に焦点が当てられ、いうなれば「量」の視点・マクロの視点でしかなかった<sup>18</sup>。しかし、ICPD における合意文書の中には女性の人権、すなわち「質」の視点・ミクロの視点が入ってきている<sup>19</sup>。つまり、従来の「人口政策」において「単なる対象」であった女性たちを主体的な存在として位置づけようとするパラダイム・シフトが起きてきたのである<sup>20</sup>。ここには、国家による人口管理に対する抵抗と産む性を持った女性（や全ての人々）にとっての人権という主張が強く表れている。そのことは、ICPD の「カイロ行動計画」の第 7 章のタイトルにおいて、「リプロダクティブライツとリプロダクティブヘルス」が分けて表記され、「ライツ」が「ヘルス」よりも先に表記されていることから理解できる<sup>21</sup>。また、リプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができるという表現を、はじめての公式文書への採択にもかかわらず加えている点から、「産む性」を持たない人々の人権でもあることが明らかである。

「カイロ行動計画」第 7 章の「行動」では、先進国のみならず「すべての国は、できるかぎり早急に、遅くとも 2015 年までに当該年齢のすべての個人がプライマリー・ヘルスケア制度を通してリプロダクティブ・ヘルスを得られるように努力しなければならない」<sup>22</sup>と定めている。

この「すべての国」の「すべての個人」についてのリプロダクティブ・ヘルス／ライツという考え方は、すなわち「女性の自己決定権を特に重んずることに加えて、男女ともどもの性と生殖に関する健康と権利（性感染症への対応を含む、一生涯を通じての人権の尊重を基盤としたトータルな健康）を重視する精神を貫く<sup>23</sup>」立場は、サディク、ナフィス (Sadik, Nafis)<sup>24</sup> 国連人口基金 (United Nations Population's Found:UNFPA) 元事務局長の見解<sup>25</sup>でもある。1980 年代後半から各地で進められた ICPD の準備会合及び本会議中の諸議論でも多くの個人や NGO などがこの考え方を支持してきた。ところで、このような議論の基礎となるものは、1968 年にテヘランで開催された第 1 回国際人権会議や 1974 年にブカレストで開催された世界人口会議などにすでにみることができる。また、1984 年のメキシコにおける国際人口会議では、国家による人口政策を重要課題とする南北間の合意がゆるぎ

---

<sup>16</sup> *Ibid.*

<sup>17</sup> 原ひろ子 (1995) p.208.

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Ibid.* (尚、下線は筆者による)

<sup>21</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x1.

<sup>22</sup> 外務省 (1996) p.36.

<sup>23</sup> 原ひろ子 (1995) p.217.

<sup>24</sup> サディク、ナフィスは、国連人口基金 (UNFPA) に 28 年間勤務 (内事務局長職 13 年間) し、2000 年 12 月末をもって退任した。氏は 1929 年に植民地時代の英領インド・ジャウンプールで生まれたパキスタン国籍の女性である。インド・カルカッタのロレート大学卒業後、カラチのダウ大学で医学博士を取得、米国・メリーランド州ボルチモア市立病院でインターン、後に複数のパキスタン軍病院で勤務した。パキスタン政府計画委員会保健部長、同政府中央家族計画審議会にて計画・教育部長、副総裁、総裁を歴任後、1971 年より UNFPA に勤務。1977 年に事務局長補、1987 年に女性では国連史上初めて事務局長に就任。1994 年の ICPD では、主導的立場に立ち会議を成功に導いた (国際協力事業団国際協力総合研修所 2000)。

<sup>25</sup> 1994 年 1 月 28 日サディク、ナフィス国連人口基金事務局長と ICPD 事務局長を囲む会「ICPD と女性」(東京プレスセンター10F) における発言より。

ないものとなった。この背景には、20世紀初頭より始まり、1960年代以降に活発になった女性たちのリプロダクティブ・ライツの獲得に向けた運動や、「国連女性の10年」(1976～1985年)により形成された南北間の女性たちのゆるやかな連帯とその顕著な活動がある。

しかしながら、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念の定義・解釈のされ方は、いまだ多様である<sup>26</sup>。なぜならば、第1に「国連の諸会議における文書は、多様な、時には相対立する立場の意見を包含しつつなんとか参加者全員が合意できる文書を作成していくという作業の所産であるため、そこには曖昧さや両義性を含有することになる」<sup>27</sup>からである。第2に人々は異なった社会的・文化的・宗教的・歴史的文脈の中でリプロダクティブ・ヘルス／ライツを解釈するからである。

国際社会において、日本政府はリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する分野の強力な支援を求められている。また、日本政府も、積極的な取り組みの姿勢を表明している。今後、国際社会の要請に応じた効果的な支援を日本政府がなし得るためには、ICPDで採択されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念を適切に把握することが求められる。また、サービスの提供者とも言える国際援助実施機関や対象国政府、対象国の地方行政などの政策とともに人々のニーズを個人として、またグループとして適切に把握することも併せて求められている。そのためには、社会・ジェンダー視点を含めて社会の諸事象を検証していくことが必要であろう。

### 1-3 リプロダクティブ・ヘルス／ライツの英語表記と邦訳の変遷

本稿では、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの英語表記を Reproductive Health/Rights と、邦訳の表記をリプロダクティブ・ヘルス／ライツとする。その理由は以下の通りである。

英語表記は、Reproductive Health/Rights や Reproductive Rights and Reproductive Health などと、若干の異なりが見られる。国際連合の専門下位機関であり人口問題に取り組んでいる UNFPA や家族計画分野に早くから取り組んできた世界最大の国際 NGO (Non Governmental Organization) IPPF (International Planned Parenthood Federation) などによる表記は、Reproductive Health/Rights であるため、それらにならうこととする。

Reproductive Health/Rights の邦訳には、「性と生殖に関する健康と権利」と、カタカナ表記の「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」などがある。

1993年頃の日本においては、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」とカタカナ表記が進められていた。しかし、「新聞などで『妊娠と出産に関する健康／権利』、『出産に関する健康／権利』というような表記が見られ、男女のトータルな生涯の健康と権利という意味が矮小化され、『女は産むもの』という限定されたジェンダー観が強化されるのみならず、産まない女、産めない女、更年期の女性、そして男性は排除される」<sup>28</sup>という危険性があった。また、この言葉からは幼児や少女、若者・思春期層(後述)、同性愛者なども排除される。そのため、「人々のトータルな生涯の健康と権利」という立場を示すために日本語訳として「性と生殖に関する健康と権利」と訳されるに至っている。ところが、

<sup>26</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x1.

<sup>27</sup> *Ibid.*

<sup>28</sup> 原ひろ子 (1995) p.216.

この表記では「わかりやすいとはいえない」<sup>29</sup>という指摘もあることから本稿では「性と生殖に関する全ての人々のトータルな健康と権利」という前提に立ちながら「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」というカタカナ表記を用いることとする。

#### 1-4 本稿の全体構成と概要

本稿は、次のように構成されている。第1章「はじめに」に続く第2章では、本研究に用いる方法を提示する。第3章では、人口問題と国連国際会議におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論を検証する。ICPD以降、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは人口問題を解決するためのキー概念となった。そして、人口問題を解決するには、個人を主体に据えたサービスの提供と家庭内外の権力構造の転換を図るプログラムの支援が必要であるという見解が出てきた。このような議論の過程を主要な研究や国連国際会議より確認していく。一方、この概念の解釈については、多くの議論がなされ、かつ2001年の現在においても引き続き行われている。そこで本章では具体的な用語をめぐる議論を取り上げて検証を行う。

第4章では、日本政府の国内外におけるリプロダクティブヘルス/ライツ問題への取り組みを概観する。国内では、北京会議以降、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」の精神を反映させた「男女共同参画ビジョン」など各種の文書が出されるとともに、「優生保護法」が「母体保護法(1996年6月)」へ改正されるなど、多くの動きがあった。途上国に対しては、日米コモンアジェンダやGII(Global Issues Initiative on Population and AIDS)、沖縄感染症対策イニシアティブなどに基づいた多様な支援を展開している。このような内外の動きは高い評価ができる。

第5章と第6章では、事例研究を行う。リプロダクティブ・ヘルス/ライツに国家として合意しているパラグアイ及びチュニジアの事例から、国家の解釈と人々の諸問題とニーズの齟齬について検証する。

第7章の「総括」においては、日本政府の当該事業に対する本研究の活用について考察し、第8章の「おわりに」では、結論と限界を述べる。

---

<sup>29</sup> 芦野由利子(1998) p.10.

## 2. 本研究で用いる方法

### 2-1 文献研究に用いる方法

#### 2-1-1 国連国際会議における議論の検証に用いる方法

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念については、ICPD 前後に開催された国連国際会議における議論や合意文書より確認する。これらは、文献とともに、国連諸機関などにより印刷されている資料や政府刊行物、各種報告書、インターネット、新聞などを用いる。しかし、書き手がどのような記事を求めているのか、また新聞などでは書かれた記事を誰が取捨選択し、新聞記事として位置づけていくかという点がしばしば議論となる。つまり、記述や編集行為はその権限を持つ人々のジェンダーが深く関係していると思われる<sup>30</sup>。そのため、上述の資料のみならず、筆者自身の会議への出席や会議に出席した人々（NGO 含む）の声、多様な参加者自身により記述された資料（NGO ニュースレター、報告書など）をも検証データに含めることとした<sup>31</sup>。

#### 2-1-2 日本政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムへの取り組みの検証に用いる方法

文献や政府刊行物、各種報告書、インターネット、筆者自身による外務省と NGO 間で実施されている「外務省/NGO 懇談会」への出席、その際に入手した資料、または参加した人々への聞き取り調査により得たデータなどを用いる。

### 2-2 事例研究で用いる方法

パラグアイのデータは筆者の以下の活動により得たものを用いる。1993年1月～1995年2月の青年海外協力隊活動（農牧省農業普及局）、1998年12月～1999年3月までの国際協力事業団（Japan International Cooperation Agency :JICA）短期技術協力専門家（家族計画）、筆者個人の3回の個人調査（1997年3月～4月、1998年4月、2001年3月～4月）。チュニジアのデータは、2000年8月～10月まで JICA 短期専門家（社会・ジェンダー調査）として派遣された際に得たデータを用いる。

両国とも、量的データは、政府や NGO などにより刊行されている 2 次データを、質的データは、参与観察や半構造インタビュー、フォーカス・グループ・ディスカッション（FGD:自由討論）などにより得たものを用いる。

---

<sup>30</sup> 村松泰子・藤原千賀（1996）p. 208.

<sup>31</sup> 筆者はジェンダーには中立であるよう最大限の努力をしたが、全てのバイアスを取り除くことは不可能であると考ええる。

### 3. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ

リプロダクティブ・ヘルス/ライツはICPDをきっかけに国際共通語になり、北京会議でもキーワードとなった<sup>32</sup>。しかしながら、しばしば、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人口問題は結びつきにくい」とも言われる。そこで、乱暴な試みではあることを十分承知しながら、3-1においてリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の現出の過程を人口問題との関係から検証する。3-2では、国連国際会議においてリプロダクティブ・ヘルス/ライツやその概念の基礎となる考え方がどのような歴史的経緯を経て立ち現れてきたのか、その過程を確認する。

#### 3-1 人口問題からリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論へ至る歴史的経緯 (概観)

人類の長い歴史の中で、人口増加は発展のシンボルであり、部族や一国の為政者にとって人口規模は国力そのものであった<sup>33</sup>。したがって、人口増加を意図的に抑制するという考え方、あるいは子ども数を意図的に制限するという考え方は、社会的、国家的には容易に受け入れられるものではなかった<sup>34</sup>。人口増加の抑制、あるいは子ども数の制限の必要性を説き、そのためのサービスの提供を行うことは、社会的タブーへの挑戦であったといえるが、その挑戦は19世紀のイギリスにおいて経済学者マルサス、トーマス (Malthus, Thomas Robert) によりはじまった<sup>35</sup>。マルサスは『人口論』(初版1798)<sup>36</sup>の中で人口増加と食糧増加のバランスについてすでに警鐘を鳴らしており、イギリスにおける労働者の貧困の根本原因を、高出生率、子たくさんによるものであると考えた。そして、出生の抑制のために晩婚を奨励した。マルサスは当時の社会道徳にしたがって、避妊を悪徳とみなし、出生抑制の手段としては排斥したが、その後、マルサスの影響を受けて、多くの社会運動家が産児制限の必要性を説き始めた<sup>37</sup>。

米国では、産児制限に関する広報はコムストック法(1873~1936年)により厳しく禁じられていたが、サンガー、マーガレット (Sanger, Margaret) らがこの法律に逆らって米国で最初に産児制限クリニックを1916年に開院した(表3-1参照)。またこの頃は、イギリスにおいてストープス、マリー (Stopes, Marie) が産児調節の重要性を説き始めた時期でもある。その後の1960年代には欧米諸国で「人工妊娠中絶(中絶)禁止反対運動」などが展開されていった。

20世紀は、人口論について多様な議論がなされてきた。これらの議論を、ムア・ラッペ、フランシ

<sup>32</sup> 芦野由利子(1998) p.10.

<sup>33</sup> 阿藤誠(2000) p.61.

<sup>34</sup> *Ibid.*

<sup>35</sup> *Ibid.*

<sup>36</sup> 人口の自然増加は幾何級数的だが生活資料の増加は算術級数的だと想定し、その結果、労働者人口の絶対的な過度増殖からその階級に貧困と悪徳とが発生するのは、永久的自然法則として不可避であるとした。

<sup>37</sup> 阿藤誠(2000) p.61.

ス (Moor Lappé, Frances) とシュアマン、レイチェル (Schurman, Rachel)<sup>38</sup>は大きく四つに分類している。以下に紹介したい。

第1番目に、1) 人口が多くても問題はないという観点である。人口増加は全く脅威ではなく、それどころか反対に、経済発展とより高い生活水準に貢献するという考え方である。例えばサイモン、ジュリアン (Simon, Julian) は、先進工業国では、人口増加はより高い生産性をもたらす、と論じている<sup>39</sup>。

表3-1 国連国際人口・開発会議に影響を与えた運動、国際会議及び日本国内の動き

	国連国際人口・開発会議に影響を与えた運動、国際会議及び日本の動き (●印はICPDの行動計画で言及されている会議)	日本国内のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する動きなど
1912	マーガレット・サンガー (米) バースコントロール運動を始める	
1945	国際連盟の精神を受け継ぎ国際連合の正式成立	
1946	女性の地位委員会 (CSW : Comission on the Status of Women) 設立	
1947		
1948	世界人権宣言 (国連総会決議)	
1949		
1950		
1951		サンフランシスコ講和条約への調印
1952		
1953		
1954	第1回世界人口会議 (ローマ)	コロombo・プランへの加盟、日本海外協会連合会発足
1955		日本海外移住振興株式会社 (JICAの前身) 発足
1956		国際連合への加盟
1957		
1958		
1959		
1960	「中絶禁止反対運動」が欧米諸国においてはじまる	
1961		
1962		海外技術協力事業団設立 (特別立法により)
1963		海外移住事業団設立 (海外移住審議会の答申を受けて)
1964		
1965	第2回世界人口会議 (ベオグラード)	青年海外協力隊事業発足 (外務省所管)
1966	国際人権規約採択	
1967	女子差別撤廃宣言 (国連総会採択)、国連人口活動信託基金設立 (のちにUNFPA)	
1968	第1回国際人権会議 (テヘラン)	
1969	国連人口活動基金設立 (その後改名して国連人口基金となる : UNFPA)	
1970	「第2次開発の10年のための国際開発戦略」第18パラグラフ (h) 「女性が全般的な開発努力に完全に統合されるよう奨励されるべきである」	
1971		
1972	1975年を「国際女性年」とする国連総会決議	
1973	国連環境会議	
1974	●第3回世界人口会議 (ブレスト)、緊急事態および武力紛争における女子および児童の保護に関する宣言 (国連総会採択)	国際協力事業団設立 (海外移住事業団や青年海外協力隊の事業を引き継ぐ)
1975	世界女性年、第1回世界女性会議 (メキシコ・シティー)	
1976	国際人権規約採択発行、国連婦人の10年、「国連女性の10年基金発足 (後のUNIFEM)」、国際女性調査訓練研修所 (INSTRAW) 設立、人権専門委員会設立	
1977		「国内行動計画」策定
1978	アルマアタ宣言	
1979	女子差別撤廃条約 (国連総会採択)、女子差別撤廃委員会 (CEDAW) 設立	
1980	第2回世界女性会議 (コペンハーゲン)	女子差別撤廃条約署名
1981	女子差別撤廃条約発効	
1982		
1983		

<sup>38</sup> ムア・ラッペ、フランシス&シュアマン、レイチェル (1998) p.11-19、尚、本文の1)~4)は脚注がない限り、ムア・ラッペ、フランシス&シュアマン、レイチェルに依拠している。

<sup>39</sup> Simon, Julian (1980) p.1434.



1984	●第4回国際人口会議 (メキシコ・シティー)	
1985	●第3回世界女性会議 (ナイロビ)	女子差別撤廃条約批准、男女雇用機会均等法公布
1986		
1987		
1988		
1989	子どもの権利条約採択	
1990	●子供のための世界サミット (ニューヨーク)、子どもの権利条約発効	
1991		
1992	●国連環境開発会議 (リオ会議、地球環境サミット)	
	●国際栄養会議 (ローマ)	
	●世界人権会議 (ウィーン人権会議)	
1993	●世界の先住民のための国際年	
1994	●国際人口・開発会議 (カイロ会議)	男女共同参画室設置、男女共同参画審議会設置、男女共同参画推進本部設置、子どもの権利条約批准
1995	●社会開発サミット (コペンハーゲン)	日本政府 WID イニシアティブ発表
	●第4回世界女性会議 (北京会議)	
1996		男女共同参画ビジョン答申、優生保護法→母体保護法、男女共同参画2000年プラン策定
1997		男女雇用機会均等法の改正
1998		
1999	ハーグ国際フォーラム、第21回国連特別総会特別委員会 (カイロ+5)	男女共同参画社会基本法公布、施行6月、テュニジア共和国リブログクティブ・ヘルス教育強化プロジェクト、低用量ビル認可
2000	女性2000年国連特別総会、第44回国連女性の地位委員会 (NY国連本部)	
2001	第45回国連女性の地位委員会 (3月)	内閣府男女共同参画局発足、「配偶者からの暴力防止、被害者保護法」国会成立、施行は6月

出所：以下の引用文献を基に2001年1月31日藤掛洋子作成

- 1：外務省（編）（1996）
- 2：社団法人日本家族計画協会（1994）
- 3：女性と健康ネットワーク（2000）
- 4：国際協力事業団青年海外協力隊事務局、青年海外協力隊事業概要。
- 5：5th Conferencia de esposas de Jefes de Estado y de gobierno de las Americas
- 6：国際女性法研究会（編）（1993）
- 7：阿藤誠（2000）

第2番目に、2) 人口増加により資源のアンバランスが生じるというマルサス的な観点である。つまり、人間と有限の資源を対立的に捉え、人口爆発が急速に進むと地球の許容量を突破してしまうという考え方である。この考え方は1968年に初版が出版されたエーリック、ポール (Ehrlich, Paul) の『人口爆弾』によって明確に人々の意識にのぼるようになった。ハーディン、ギャレット (Garrett, Hardin) は、マルサスの理論に多くを依拠し、人間の生物としての本性が、資源によって支えることができるよりも速い速度で生殖するように仕向けるため、それを阻止する政府の政策がなければ、人々は資源基盤を超えてしまうように運命づけられている。そして、悲劇的な結末は飢餓となるであろう、と結論づけている<sup>40</sup>。

第3番目は、3) 人口増加は複雑な社会背景があるとする観点である。社会学者は、なぜ、途上国で急速に人口が増えるのか、そして急速な人口増加と資源とはどのような関係があるのか、という問いを立てた。そして、その答えとして、途上国の出生率を高い状態に維持するものは、経済的、社会的、文化的諸力の複雑な相互作用であると指摘する。その指摘には、女性の地位の低さ、子どもたちの高い死亡率、老後の生活保障の欠如などが含まれる。この観点は、人口増加が1人当たりの資源量を減少させ、飢饉と環境破壊をもたらすという2)の人口増加と資源のアンバランスの観点に対して、強力な意義を申し立てるものである。このような観点においては、急速な人口増加と飢餓の両者

<sup>40</sup> ハーディン、ギャレット（1975）

をもたらすのは貧困という現実があるからであり、つまり高い出生率は、貧困と飢餓の原因というよりもむしろ結果である、という立場をとる。

最後に、4) ムア・ラッペとシュアマンは、3) の人口増加は複雑な社会背景があるという観点にさらに分析視角を加え、権力構造の観点から人口問題を考えようと試みる。まず、出生率を高い状態に保っている貧困と生活の不安定の背景に何があるのか、という問いを立てる。そして、そこには組織だった基本的人権の侵害があることを指摘するとともに、強制的なバースコントロール技術や、人々の健康と自己決定権を危険にさらすようなプログラムに警鐘を鳴らしている。ムア・ラッペとシュアマンは、権力関係の転換により、個人と家族の権利、とりわけ教育、避妊を含む保健医療、高齢者福祉などが保障されるとともに、収入をもたらす資源が保護されることによって人々が力を得たとき、生存のための家族と子たくさんに頼らなくてよくなる、という。また、このような変化が起これなければ、人々が小家族を選択することはできない、と指摘する。つまり、ムア・ラッペとシュアマンは、人口問題を解決するためには、家族から国際社会に至るまでの権力構造の転換がもつとも必要かつ重要であり、より民主的な構造への転換がなければ人口爆発に対する解決策はありえない<sup>41</sup>と結論づける。

Yuval-Davis<sup>42</sup>は、ムア・ラッペとシュアマン同様に国家の権力について言及し、“Women and the Biological Reproduction of the Nation” (1997) の中で、しばしば女性は国家形成のために、リプロダクティブ・ライツを奪われ、またその一方で、「子宮としての女性」の役割を担わされてきたことを指摘する。この指摘は、ICPD に先立って出版された *Oxfam Journal Focus on Gender* (1994) の中で議論された、夫婦や血族としての義務が女性の性と生殖に関する自己決定権に最も影響を与える、という視点に疑義を呈したものである。女性はしばしば国家のための生物学的再生産者として規定され、そのための国家政策がこれまで国家主導で実施されてきた。例えば、ユダヤの女性は子どもを持つように推奨され、10人以上の子どもを持った母親は「英雄の母」として賞金を与えられる。セオドア・ルーズヴェルト大統領は、不妊男性と結婚をしている子どもの産める白人女性は罪を犯していると 1906 年の演説で述べている。一方、ブラジルでは、45%の女性が承諾しない不妊手術を強いられている。

女性たちは、帰属する地域や集団、国家など多様な権力関係とその相互作用の中に位置付けられ、ある時はリプロダクション（再生産）を押しつけられ、またある時はリプロダクティブ・ヘルス／ライツを奪われてきた、というのである。

後藤浩子<sup>43</sup>によると途上国（南）の女性たちのリプロダクションは、開発援助と開発対象国の国家とが結びつくことにより管理されてきたという。「南の諸国家の開発は、世界銀行、IMF（国際通貨基金）、国連諸機関、アメリカ合衆国の国務省や国際開発庁（United State Agency for International Development: USAID）などの機関によって管理され実行されてきた。その際、南の人口増加の抑制は当初から開発戦略の一課題であり、人口抑制計画を同時に実行することは、各国がこれら機関の開発援助を受けるためには必要条件であった」。このような政策に対し、北と南の女性たちは、人口抑制

<sup>41</sup> ムア・ラッペ、フランシス&シュアマン・レイチェル (1998) p.106.

<sup>42</sup> Yuval-Davis, Nira (1997) pp.26-37.

<sup>43</sup> 後藤浩子 (1999) pp.120-122.

政策を女性の身体に関するコントロールとみなし、それへの抵抗として、「リプロダクティブ・ライツ」を主張してきた。また、リプロダクティブ・ライツは、障害を持った女性やマイノリティの人々からも同様に主張されてきた。

ここまで非常に簡単ではあるが、人口問題についてこれまでにどのような議論がなされてきたのかを確認した。その結果、人口問題を解決するためには、従来の国家主導型の政策策定・実施ではなく、個人が主体として位置づけられる政策への転換、すなわち権力構造の転換が重要であるという認識への変化が明らかになった。

### 3-2 国連国際会議におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの現出と議論になった用語

本節では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの基礎となる概念が国連国際会議においてどのように現出してきたのか、また争点について以下、概観する。尚、表 3-1「国連国際人口・開発会議に影響を与えた運動、国際会議及び日本国内の動き」及び表 3-2「国連国際会議の歴史、開催期間及びリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する主な議論」も併せて参照されたい。

表 3-2 国連国際会議の歴史、開催期間及び  
リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する主な議論

開催年	重要な国連会議(●)及びその会議に関する準備委員会(△)	その他のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連国際会議(★)	市民団体によるリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連の国際会議□	国連(国際)会議会議名及び(開催場所)	開催期間	リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する主な争点や会議の特徴
1954年				第1回ローマ会議		
1965年				第2回ベオグラード会議		
1968年				第1回国際人権会議(テヘラン)		女性の人権の重要性が議論された(4)pp.29-30。子どもの数と産む間隔を決定する権利である生殖に関する権利が初めて採択される(4) p.46
1974年	●			国連世界人口会議(ブカレスト)	1974年8月19日～30日	人口問題を解決し、経済的・社会的発展をはかるための指針となるべき、(世界人口行動計画)が採択された(5)
1975年				世界婦人年、第1回国際女性会議(メキシコ・シティー)	1975年6月19～7月2日	男女の地位及び役割の変化及び平等の達成にとつての障害などについて議題とされた(6)
1980年				第2回世界女性会議(コペンハーゲン)	1980年7月14日～30日	
1984年	●			第4回国際人口会議(メキシコ・シティー)	1984年8月6日～14日	リプロダクティブ・ヘルスやウーマンライツの概念の提唱
				女性健康国際会議(オランダ)		
1985年	●			第3回世界女性会議(ナイロビ)	1985年7月15日～26日	女性の地位向上のためのナイロビ戦略策定
1990年	●			子供のための世界サミット(ニューヨーク)	1990年	
1991年	△			国際人口・開発会議第3回準備委員会(ニューヨーク国連本部)	1991年3月	
				国際人口・開発会議に関する政府間準備会議		
1992年	●			国連環境開発会議(リオ・デ・ジャネイロ)	1992年6月3日～14日	環境と開発という双子の問題にとって女性が中心的存在であることを強調し、女性の参画が持続可能な開発に必要である、とリオ宣言にもりこまれた(4) pp.32-33。一方、明確な女性の人権の観点から女性の役割を論じてはいない(4) pp.32-33。それでも、強制的な人口抑制の要求を拒否する姿勢が文言の中から解釈される(4) pp.50-51
	●			国際栄養会議(ローマ)	1992年12月5日～11日	
1993年	△			国際人口・開発会議第3回準備委員会(ニューヨーク国連本部)	1993年5月	
	●			世界人権会議(ウィーン)	1993年6月14日～25日	女性の人権は「普遍的人権の不可侵、不可欠、不可分の部分である」という原則を強く支持している(4) p.40
				世界の先住民のための国際年	1993年	
			□	東南アジア地域女性と健康ネットワーク	1993年12月	

1994年	△			国際人口・開発会議第3回準備委員会（ニューヨーク国連本部）	1994年4月4日～22日	
	●			国際人口・開発会議（カイロ）	1994年9月5日～13日	女性の人権は人権の不可欠な部分であると断言されるとともに、女性の地位の改善を強調している。なぜならば、女性の地位の改善が人口計画の成功と出生率を低下させる、という確信の故である（4） pp.35-36
1995年	●			社会開発サミット（コペンハーゲン）	1995年4月	ウィーンとカイロにおける会議で支持された原則の強化（4） pp.36-37
	●			第4回世界女性会議（北京）	1995年9月	リオ、ウィーン、カイロ及びコペンハーゲンの会議で支持されたこれまでの文言を再確認し、女性の人権に関する様々な問題について国際的合意を進めている（4） pp.37-38
		★		第1回アラブ諸国リプロダクティブ・ヘルス及び人口問題会議（テュニス）	1995年1月10日～12日	
1996年	●			第2回国連人間居住会議（イスタンブール）	1996年6月	リオ、ウィーン、カイロ及びコペンハーゲン、カイロの会議の原則を個々の関心事に合わせて適合させている（4） p.39
1997年			□	女と健康国際会議（リオ・デ・ジャネイロ）		
				国連総会	1997年12月18日	
1998年				第31回国連人口・開発委員会（CPD）	1998年2月23日～3月7日	
				アジア太平洋経済社会委員会（ESCAP）会議（タイ）	1998年5月24日～27日	
1999年	●			ハーグ国際人口・開発会議（ICPD+5）（ハーグ）	1999年2月6～7日（NGOフォーラム）2月8日～12日（国際フォーラム）	カイロ行動計画が国レベルのプログラムや活動にどのように反映されたか、という評価及び今後に向けての計画の見直しを行う。これらの結果は、ICPD+5へ情報として提供される
				国連女性の地位委員会（NY国連本部）	2月28日～	「健康」と「国内本部機構」がテーマ。健康においては、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ及びメンタル・ヘルスが大きく取り上げられる（3）
				第32回国連人口・開発委員会（CPD）	3月22日～30日	国連加盟国と市民社会の代表が、カイロ行動計画の更なる実施に関する国連事務総長の報告案について検討を行う（3）
	●			第21回国連特別総会特別委員会：ICPD+5（ニューヨーク）	1999年6月30日～7月2日	ICPDの行動計画に対する成果の確認と今後に向けての計画の見直し。思春期やHIV/AIDSへの一層の取り組みが議論された（7）。採択文書の第16パラグラフで「行動計画」に述べられている人口関連の目標や政策が、環境や通商などの分野における国際合意（協定）に適切な形で反映される必要があるとの一文が盛り込まれたことは高い評価ができる（7）
2000年		★		日米コモンアジェンダCSOフォーラム（ハワイ）	2000年1月17日	
				国連女性の地位委員会（NY国連本部）	2000年2月28日～3月2日	北京行動綱領についての各国の取り組みに対する評価
		★		女性と健康に関する国際会議（WHO神戸センター）	2000年4月5日～7日	リプロダクティブ・ヘルス/ライツと健康
	●			国連総会ミレニアムフォーラム 女性2000年国連特別総会（「北京+5」）	2000年5月 2000年6月	女児の教育 北京行動綱領についての各国の取り組みに対する評価
		★		出産・出生のヒューマンゼーションに関する国際会議（セアラ）	2000年11月2日～4日	人間らしい出産
2001年		★		リプロダクティブ・ヘルス/ライツ（マニラ）	2001年2月16日～	
				第45回国連女性の地位委員会（国連本部）	2001年3月6日～16日	女性、女児のHIV/AIDS、あらゆる差別に対する不寛容、グローバリゼーション

出所：以下の文献を元に藤掛洋子作成（2001年1月31日）。

- 1：外務省（編）（1996）『国際人口・開発会議「行動計画」－カイロ国際人口・開発会議（1994年9月5日～13日）採択文書－』外務省。
- 2：International Planned Parenthood Federation, Arab World Region（1996）*First Arab Conference on Reproductive Health and Population*.
- 3：樋口恵子（1994）「この報告書を出すにあたって」、女性と健康ネットワーク『94カイロ国際人口・開発会議』資料
- 4：ラーマン、アニカ（ed.）（房野性訳）「性と生殖に関する権利－リプロダクティブ・ライツの推進－」明石書店。
- 5：日立デジタル平凡社（1998）『世界大百科事典』（CD-ROM版）。
- 6：現代史出版会編集部編（1975）『メキシコ会議の記録－国際婦人年－』、現代史出版会。
- 7：財団法人アジア人口・開発協会（1999）『国際人口・開発会議行動計画のさらなる実施に向けた主な行動－第21回国連特別総会特別委員会報告書「付録」－』、財団法人アジア人口・開発協会。

### 3-2-1 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の現出

国際・人口開発会議は単発的な出来事ではない。その行動計画は、1974年にブカレストで開催された世界人口会議及び1984年にメキシコシティで行われた国際人口会議以来発展がみられた幅広い国際的な総意の上に築かれている。

外務省（編）（1996）『国際人口・開発会議「行動計画」－カイロ国際人口・開発会議（1994年9月5日～13日）採択文書－』外務省：p.2。

リプロダクティブ・ヘルスは、1970年代にWHOが人々の保健ニーズを総合的に把握するために用いはじめた概念である<sup>44</sup>とも、1988年にヒト生殖生理学特別研究計画（Special Programme for Research, Development and Research Training for Human Reproduction）の局長、ファターラ（Fathalla）博士が提唱した概念である<sup>45</sup>、とも言われている。

国際規模で最初に人口会議が開催されたのは1954年のローマ会議であるが、その会議自体は、続く第2回のベオグラードにおける人口会議（1965年）までは人口学を対象とする学術会議にとどまっていた<sup>46</sup>。その後のテヘランで開催された1968年の第1回国際人権会議（テヘラン会議）において、女性の人権の重要性が議論されるとともに、この会議において子どもの数と産む間隔を決定する権利である生殖に関する権利が初めて採択されている<sup>47</sup>。採択文書の中で各国政府は「両親は自由にかつ責任を持って子どもの数と産む間隔を決定する基本的権利とこれを行うための適切な教育を受け情報に接する権利を有する」と宣言している<sup>48</sup>。このことから、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念や用語の確立はこの時期には見られなかったものの、基礎となる考え方は1968年以前からすでに存在していたと推察される。1974年には、ルーマニアのブカレストで世界人口会議（World Population Plan of Action: WPPA）が政府間会議として初めて開催され、人口政策が開発の問題として議論された。ここで採択された行動計画においては、テヘラン会議で議論された「両親は」という文言が「すべてのカップルならびに個人は」に修正され、「子供の数と出産間隔を自由にかつ責任を持って決める権利と、それを実現するための情報・教育・手段をもつ権利を有する」という原則に承認している<sup>49</sup>。

阿藤は、ICPDにおけるsexual and reproductive healthの概念は1974年のWPPAの基本的権利を性と生殖全般に関わるrights and healthとして拡張したものとみることができる<sup>50</sup>という。しかし、1912年に米国においてサンガーらにより始まったバースコントロール運動や、1960年代に欧米諸国で始まった「中絶禁止反対運動」などの社会運動ともいえる動きに鑑みると、リプロダクティブ・ヘ

<sup>44</sup> 阿藤誠（2000）p.67.

<sup>45</sup> Mundigo, Axel I.（1994）pp.2-6.

<sup>46</sup> 兵藤智佳（2000）

<sup>47</sup> ラーマン、アニカ（1997）pp.29-46.

<sup>48</sup> 「人権に関する国際会議最終行動、国際人権会議、テヘラン、イラン、1968年5月12日」、決議IX、国連文書A/会議32/41。下線は筆者による。

<sup>49</sup> 阿藤誠（1994）p.53.

<sup>50</sup> *Ibid.*

ルス／ライツという考えの源流、とくにライツの部分に関しては、20世紀初頭に遡ってみる<sup>51</sup>ことも十分に可能ではないだろうか。

1975年にメキシコ・シティーで実施された第1回世界女性会議や1980年にコペンハーゲンで実施された第2回世界女性会議、ナイロビにおいて1985年に実施された第3回世界女性会議は、先に実施された二つの人口会議で用いられた文言を引いている<sup>52</sup>。このように人口問題やリプロダクティブ・ヘルス／ライツの基礎となる議論は、単発的に出てきたものではなく、20世紀初頭に立ち現れた概念が多様な国際会議などで議論されることを通じ、国際社会の中に受け入れられるに至っていると言える。

1992年にリオ・デ・ジャネイロで実施された国連環境開発会議（United Nation Conference on Environmental and Development：リオ会議）においては、リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連する議論は一步退いた、と言われている。なぜならば、リオ会議のアジェンダ21の中では、各国政府は、「男女が子どもの数と産む間隔を自由にかつ責任を持って決め」、これを行うために「適宜、情報・教育・方法へのアクセスを得る」同等の権利を保障するための方策を実施しなければならない<sup>53</sup>と述べており、この「適宜」という曖昧な用語が、カップルまたは個人以外の誰かの決定に依存している、<sup>54</sup>というものであるという。事実、1960年代以降、国家から個人への主体の移行という考えが進展してきた国際社会においては、後退していると解釈することはできるだろう。しかし、リオ会議においては、環境と開発という双子の問題にとって女性が中心的存在であることが強調されるとともに、女性の参画が持続可能な開発に必要である、と「リオ宣言」に盛り込まれた点や「リオ宣言」と「アジェンダ21」で繰り返された「子どもの数と産む間隔を自由にかつ責任を持って決める権利」という文言は、家族の規模を制限する権利の確認であり、国家による強制的人口抑制の要求を拒否するものでもある<sup>55</sup>と解釈することが可能である。つまり、一概に後退ととることはできないのではないだろうか。また、リオ会議はNGOとの連携という意味において歴史に残る会議であった。この会議を境に会議の準備段階において各国の政府のみならずNGOも本会議事務局や各国代表に働きかけ、意見を述べるのが可能になったからである。各国の女性団体は、コーカス（Caucus:非公式連合）を組織し、行動計画などに対し女性の視点で働きかけを行っていった。このような女性たちの動きとその連携の背景には、1975年の「国際女性年」と1976年から1985年までの「国連女性の10年」<sup>56</sup>の中で形成されていったグローバルフェミニズム<sup>57</sup>の流れがある。この大きな流れは、「女性の権利は人権である」という認識を世界に広めるとともに、1993年の国連世界人権会議（ウィーン宣言）において、女性の権利は「普遍的人権の不可侵、不可欠、不可分の部分である」という世界的な共通理解

<sup>51</sup> 芦野由利子（2000）p.111.

<sup>52</sup> ラーマン、アニカ（1997）p.46.

<sup>53</sup> 「アジェンダ21」パラグラフ3.8（j）

<sup>54</sup> ボーランド、リード（1997）pp.50-51.

<sup>55</sup> *Ibid.*

<sup>56</sup> 国連女性の10年の主要なテーマは「平等・開発・平和」であった。この10年の間に国連女性調査訓練研修所（INSTRAW:1976年設立）や女子差別撤廃委員会（CEDAW:1979年設立）、国連女性開発基金（UNIFEM:1984年設立）などが設立され調査や議論が進められるとともに、女子差別撤廃条約（1979年国連総会採択、1981年発効）の発効と各国の批准（日本は1985年）などが同時進行でなされた。

<sup>57</sup> グローバルフェミニズムについては、伊藤るり（1995）、ブライドッチ、ロッシほか（1999）などを参照されたい。

を導き出すに至った。

ウィーンに続く ICPD の準備委員会と本会議では、女性の地位の向上が大きなテーマとなった<sup>58</sup>。本会議においても、ウィーン会議の合意を踏襲する形で、女性の人権は人権の不可欠な部分であると断言されるとともに、女性の地位の改善が強調された。また、これまで多様な議論がなされてきたリプロダクティブ・ヘルス／ライツ<sup>59</sup>が「カイロ文書」において、公式に採択された。つまり、全ての  
人々にとっての生涯を通じた健康と権利、すなわちリプロダクティブ・ヘルス／ライツの実現が人口  
問題を解決する、という認識が世界的に合意されたことになる。さらに、ここでは、ジェンダーの公  
平・平等に基づいた女性の地位の改善と向上が人口計画の成功と出生率を低下させるという確信か  
ら<sup>60</sup>、基本目標の一つには、「ジェンダーの公平・平等と女性のエンパワーメントを推進すること」が  
挙げられた。ここで言われる「全ての人々」とは、出産年齢にある女性のみならず、男性、女兒、思  
春期の若者、高齢者、障害者、マイノリティ（少数民族や移民、難民、同性愛者など）、子ども、HIV  
／AIDS（ヒト免疫不全ウイルス／後天性免疫不全症候群：Human Immunodeficiency Virus／  
Acquired Immune Deficiency Syndrome）などを含めた疾病を抱えた人々などのことを、すなわち全  
ての個人を指す。「生涯を通じた健康と権利」とは、質の高いヘルス・ケア・サービスや家族計画サー  
ビスを受ける権利、結核などの感染症、性感染、HIV／AIDS 予防のための情報やサービスを受ける  
権利、HIV／AID 発症後のジェンダー差別のない治療（後述）、高齢者の健康や生活の質を向上させる  
権利など多様な権利が含まれる。

国家の管理下に置かれてきたリプロダクションの問題への疑義の提示は、先述したように 20 世紀  
初頭に遡る。また、1960 年代以降の国連国際会議においてはリプロダクティブ・ヘルス／ライツの基  
礎となる様々な議論がすでに始められていた。これらの議論の結実が、ICPD のカイロ行動計画への  
リプロダクティブ・ヘルス／ライツの採択である。このリプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方  
は、従来の国家の管理による人口政策ではなく、個人を主体に政策を考えていくというものであり、  
また、人々の生涯を通じた健康と権利を保障するためには、社会的、文化的、経済的諸力により人々  
の自己決定権を危険にさらすことがないように社会の構築を目指すものである。つまり、マクロレベ  
ルからミクロレベルまでを貫いたパラダイムシフトであり、すなわち家庭内外の権力構造の転換を目  
指した社会の実現に向けて各国が合意した重要な会議であると言える。

1995 年にコペンハーゲンで実施された社会開発サミットにおいても、ウィーンとカイロにおける両  
会議で支持された「女性の人権は人権の不可欠な部分である」という原則が強化されるとともに「女  
性のエンパワーメント」が文書に多く用いられている<sup>61</sup>。

また、同年北京で実施された第 4 回世界女性会議（北京会議）では、リオ、ウィーン、カイロ及び  
コペンハーゲンの会議で支持されたこれまでの文言が再確認されている。そして、カイロ行動計画に  
おける「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」に関連する文言は、「C 女性と健康」の中で述べられ、

<sup>58</sup> 阿藤誠（1994） p.52.

<sup>59</sup> 近代の権利言説ということもできるリプロダクティブ・ヘルス／ライツは、北の文化的枠組みを前提としている部  
分が多い。そのため、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの解釈は北と南の女性たちにとって、さらに言えば、個  
人によって異なってしまうことに留意する必要がある（後藤浩子（1999）などを参照されたい）。

<sup>60</sup> ラーマン、アニカ（1997） pp.35-36.

<sup>61</sup> ラーマン、アニカ（1997） pp.36-37.

その内容はほぼ「カイロ行動計画」の**パラグラフ 7.2 (パラグラフ 94) と 7.3 (パラグラフ 95) を踏襲している<sup>62</sup>**。そして、この「北京行動綱領」について各国政府は、**すべて、その政治的・経済的・文化制度に関係なく、女性の人権の推進と保護に責任を有することを認めている<sup>63</sup>**。

1999 年は、カイロ会議の開催から 5 年目にあたり、ICPD+5 と称される一連の会議が開催された。会議の目的は、各国の「カイロ行動計画」の実施状況を評価するとともに、今後に向けての計画の見直しを図るものであった。ハーグでは、ハーグ国際人口・開発会議が実施され、NGO フォーラムにおける議論は政府間フォーラムへ情報として提供された。また国連本部においては、第 21 回国連特別総会特別委員会が開催された。そこでは「カイロ行動計画」のさらなる実施に向けた主な行動について、特に思春期や HIV/AIDS への一層の取り組みについて議論された<sup>64</sup>。HIV/AIDS は、カイロ会議以降、サハラ以南のアフリカの諸地域に拡大しているからである。ここでの議論での大きな進展は、これまでコンドームの利用をよしとしなかったホーリー・シー (Holy see) が HIV/AIDS の拡大に懸念を示し、ようやく「具体的な手段として文書に明記することを承認した<sup>65</sup>」ことである。さらに米国や EU は緊急避妊法<sup>66</sup>について「行動計画」へ記載することを求めてきたが、これは反対にあい、明記されなかった<sup>67</sup>。

ICPD+5 の採択文書では、第 16 パラグラフにおいて、人口関連の目標や政策が、環境や通商などの分野における国際合意 (協定) に適切な形で反映される必要があるとの一文が盛り込まれた<sup>68</sup>。今日の国際化の進展を反映して国際協定が益々重要性を持ってきており、それらの中身が直接的に私たちの生活に影響する時代である<sup>69</sup>。人口問題が 10 年、20 年という長期的視点に基づくのに対し、通商条約などは数ヶ月単位での利潤の極大化が中心的な課題となっている<sup>70</sup>。しかし、今後の国際社会を考えるに当たり、長期的な視点を国際協定に反映させることは重要であり、上述のような一文が盛り込まれたことは高い評価ができる<sup>71</sup>。

---

<sup>62</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x4.

<sup>63</sup> ラーマン、アニカ (1997) pp.37-38.

<sup>64</sup> 財団法人アジア人口・開発協会 (1999) p.5.

<sup>65</sup> 房野桂 (2000)

<sup>66</sup> 性交後 72 時間以内、続いて 12 時間以内に高用量の女性ホルモン剤を服用し、受精卵の着床を妨げる。

<sup>67</sup> 房野桂 (2000)

<sup>68</sup> 財団法人アジア人口・開発協会 (1999) p.13.

<sup>69</sup> *Ibid.* p.5.

<sup>70</sup> *Ibid.*

<sup>71</sup> *Ibid.*



◆ホーリー・シー (Holy see) とは？

ホーリー・シーは、別名、バチカンやローマ教皇庁 (法王庁、聖庁) とも言われ、カトリック教会の統治にあたる行政機構の総称である。すなわち、宗教機構を指すことになる。つまり、ホーリー・シーは通常の状態とは、機構も性格も違っている<sup>72</sup>。通常、World Council of Churches のような諸宗教団体は NGO という立場から国連の諸会議に参加しているが、ホーリー・シーは国連加盟国のパーマネント・オブザーバーステータスを所有することから国家と同様に投票権を持っている。そのため、国家ではないのに国家であるかのような国連におけるホーリー・シーの地位を検討すべきである<sup>73</sup>、とする議論もある。

本稿では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念について国連の諸会議で立ち現れた議論を検証するために、イスラム諸国やホーリー・シーを同列に、すなわち国家間の議論として便宜上比較するが、ホーリー・シーの立場に対する諸議論を軽視するものではない。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツをめぐる議論は、2000年6月に国連本部で開催された国連特別総会「女性2000年会議—21世紀に向けた男女平等、開発、平和」(北京+5)でも引き続き行われた。会議の目的は、「北京行動綱領」採択後の各国の進捗状況を検証するとともに、達成のための将来戦略を立案することであった。この会議においても、これまで同様に、ホーリー・シーやイスラム諸国、カトリック諸国から女性の権利を後退させるような強い動きがあり、文書の採択は時計の針を止めて真夜中まで行われたほどである<sup>74</sup>。議論になった用語は、「家族 (family/families)」、「中絶」、「多様性」、「セクシュアル・オリエンテーション (性的指向)」、「セクシュアル・ライツ」、「ポルノ」、「武力紛争」、「平和」、「相続」、「女兒」、「監視メカニズム」、「労働」、「人身売買」、「国家の主権」、「経済制裁」、「政治的意思」など多様であった<sup>75</sup>。「名誉殺人」、「女性に対するあらゆる暴力」、「グローバリゼーション」、「難民」の問題は進展がみられた。ホーリー・シーやイスラム諸国、カトリック諸国からの多くの反対にあった北京+5は、「十分な成果をあげることができなかった会議である」とも、「ICPD や北京会議よりも後退した」、ともしばしば言われるが、各国政府は政策に「北京行動綱領」を反映させる義務があることが再確認された<sup>76</sup>とともに、新たな視点として「高齢者の問題」、「ジェンダー視点を取り入れた HIV/AIDS や性感染症への対応」、「感染者へのメンタルヘルスケア」の重要性などが提起された。リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念は ICPD 以降、多様な議論の中でさらに精緻化されつつある。このような世界的な動きに対しては高い評価をなすべきであろう。

2001年に国連本部で実施された第45回国連の女性(婦人)の地位委員(Commission on the Status of Women : CSW)では、北京女性会議のフォローアップと中心テーマである女性・女兒と HIV/AIDS 及びジェンダーとあらゆる形態の差別など<sup>77</sup>について活発な議論がなされた。女性・女兒と HIV

<sup>72</sup> 日立デジタル平凡社 (1998)

<sup>73</sup> 詳細は、<http://www.cath4choice.org/>を参照されたい。

<sup>74</sup> 房野桂 (2000)

<sup>75</sup> *Ibid.*

<sup>76</sup> <http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/analysis.htm> 参照。

<sup>77</sup> グローバリゼーションの議論は別の稿に譲ることとしたい。

／AIDSが議論となった背景は以下の通りである。2000年の終わりには3億6100万人がHIV／AIDSに感染しており、その95%は途上国の人々であった。また、感染者の45%（1億6400万人）は女性であったが、女性の比率は増加しており、特に若者については、女子の方が男子よりも5倍から6倍も感染率が高い。また、女性や女兒の人権は普遍的なものであるが、とりわけ途上国においてはその権利が守られていない。

以下、女性・女兒とHIV／AIDSに関するNGOによるパネル発表を一部紹介したい（写真1、2参照）。

第45回CSWのNGOフォーラムのHIV／AIDSに関するパネル発表より  
（一部抜粋）

- HIV／AIDSの問題を考える際、「なぜ、ジェンダーの視点が必要であるか」というと、男性は「男性」というだけで治療の対象となるのに、男性よりも5～6倍も感染しやすい女性は「女性」というだけで治療や予防の対象にはなっていないからである。アフリカにはHIV／AIDSに感染した男性が処女の少女と性関係を持つと治癒するという俗信があり、幼児婚が行われている。このような社会的な文脈も今後は視野にいれていく必要がある。
- 夫婦間でHIV／AIDSに感染している場合、妻や女性パートナーは症状が重くても「妻」／「女性」というだけで家族の世話をしなければならない。女性自身が発症した場合は、残していく子供について思い悩み、受ける精神的な打撃は男性よりもはるかに大きい。しかし、このような女性患者の精神的なインパクトについては正しい理解がなされていない。
- これらの事例は一見するとHIV／AIDSの問題であり、ジェンダー問題ではないように思えるが、女性の性感染症はしばしば不平等なジェンダー関係が存在することが問題であることも多い。このことは正しく理解される必要があり、ジェンダー視点を主流化した形でのHIV／AIDSに関連したリプロダクティブ・ヘルス／ライツのプログラムの策定・支援が重要である。

藤掛洋子（2001年3月18日発行）女性と健康ネットワーク ニュースレター 第4巻第13号

第45回CSW開催中、女性、女兒のHIV／AIDSを含むいくつかの文書が留保されたため、2001年5月に再度会議が開催された。その結果、女性、女兒に関する2002年から2005年までの行動計画は、1) 女性のエンパワーメント、2) 予防、3) 治療と支援、4) ジェンダー視点を踏まえたローカルおよびグローバルな視点にたった協力について合意<sup>78</sup>がなされた。

### 3-2-2 国際会議において議論になった用語・表現

これまで、国際会議におけるリプロダクティブ・ヘルス／ライツの議論の潮流を概観してきた。その結果、ICPDで採択されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツは国連国際会議における議論の総意とも解釈できる。また、その後の会議ではリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念の精緻化が図られ、より多様な個人の諸状況に対応できるような枠組みが検討されつつある。一方、G77（開発途上

<sup>78</sup> <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/11mayhiv aids.pdf> 参照。

国の連合体)やEU(欧州連合)、JUSCANZ(日本、アメリカ、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、ノルウェー、スイスから構成される交渉グループ)、ホーリー・シーなどの間で引き続き議論が行われている。この背景には、産む、産まない、産めないに関わらず、生涯を通じた全ての人々の健康と権利という考え方、すなわち広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念が受け入れられず、女性は「産む者」であると限定的に決めつける立場も同時に存在する<sup>79</sup>からである。このことは、すなわち、男性を含む産めない、産まない人々をリプロダクティブ・ライツから排除することにつながる。ICPDで採択されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方は「北京行動綱領」に踏襲され、各国は政策への実施を義務づけられたものであるが、ホーリー・シーは、「C 女性と健康」の節全般について留保する立場を示していた<sup>80</sup>。

以下、いくつかの議論に的を絞り、ホーリー・シーやイスラム諸国、カトリック諸国、欧米諸国などの間でなされた議論を確認する。尚、会議は、1993年のICPD準備委員会(3回)、1994年のICPD、1995年の北京会議、1999年のICPD+5、第44回CSW、2000年の北京+5、2001年第45回CSWに限定する(方法については第2章を参照されたい)。

## (1) リプロダクティブ・ヘルス/ライツを享受できる人々

### 1) カップルか個人か?

1994年3月に実施されたICPDの準備委員会においてホーリー・シーとカトリック諸国(具体的にはグアテマラ、エクアドル、アルゼンティン、ホンデュラス、マルタ、コスタ・リカ、ヴェネズエラ)はリプロダクティブ・ヘルス/ライツの主体は男性と女性(というカップル)であり、個人は含まれないと主張し(1994年)<sup>81</sup>、ICPD本会議においても「カップル」か「個人」か、「カップルと個人か」について、長時間にわたる議論が行われた<sup>82</sup>。最終的に採択された「カイロ行動計画」の7.2のパラグラフでは、「カップルが健康な子どもを持てる最善の機会」とあるように、子どもを持つことに関して「個人」という表現は出現していない。しかし、議論の際中、紛争下などで強姦され、妊娠した女性の例などが挙げられた。強姦という状況は、カップルという定義には当てはまらないため、このような女性たちの産む、産まないの選択肢を守るためにも「個人」という表現は守られるべきであるという内容であった、という。このような議論が挙げられたことにより、7.3のパラグラフでは、「すべてのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任を持って自由に決定でき……」る、というように、「すべてのカップルと個人」が「人権」としての「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」を持つ<sup>83</sup>という表現になった、と言われる。

パラグラフ7.2の最後の文章は、「リプロダクティブ・ヘルスは、個人の生と個人的人間関係の高揚を目的とする性に関する健康(セクシュアルヘルス)も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウ

<sup>79</sup> 藤掛洋子(2000b) p.x1.

<sup>80</sup> 総理府男女共同参画室(1998) p.87.

<sup>81</sup> 阿藤誠(1994) p.54.

<sup>82</sup> 藤掛洋子(2000b) p.x2.

<sup>83</sup> 外務省(1996) p.35.

ンセリングとケアにとどまるものではない」と述べている<sup>84</sup>。このように、一見すると 7.2 の文章に整合性をみることができないが、相対立する各国の多様な意見を文書として取りまとめていくためには、このような「善意の目録」<sup>85</sup>ともとれる状況は避けて通れないのだろう。

## 2) 家族は Family か Families か？

1994 年の ICPD の準備会合においてホーリー・シーならびにカトリック教の影響の強い中南米諸国と主として先進諸国との間で、家族の多様性をめぐって議論があった<sup>86</sup>。前者は婚姻により結ばれる男女とその子どもからなる家族を一つの理想像とし、これを“the family”と表現することを主張し、後者は先進諸国で定着しつつある単身家族、途上国に多い合意婚、多世代家族、同性愛（オランダなどは同性愛のカップルを法的に認めている）などの現実をふまえて「家族の多様性」を主張し、これを表現するために“the family in all its forms”あるいは“families”の用語を用いることを主張した<sup>87</sup>。最終的には国際家族年の合意文書に沿って、実質的に家族の多様性を認める線で決着した<sup>88</sup>。北京+5 でも、2001 年の第 45 回 CSW においても同様の議論が起きている。このように、一旦決定された解釈について、二度三度と検討される作業が繰り返されていることになる。

## 3) 避妊は合法か？

カイロ会議においてホーリー・シーは、家族計画の手段として自然避妊法（natural method）、すなわち禁欲しか認められないと従来からの立場を強調してきた<sup>89</sup>。また、カトリックの影響の強い中南米諸国でも同様の立場を表明している。しかし、望まない妊娠の継続を中断するために行う非合法の中絶により命を落としたり、感染症などにかかる未婚の女性は増加しており（パラグアイについての第 5 章においても記述）、多様な避妊の方法を個々人の諸状況に合わせて選択することが可能となるような早急なサービスの提供が求められている。

## 4) 人工妊娠中絶にまつわるプロ・チョイスとプロ・ライフとの意見の相違

中絶を禁止する法律のあるなし<sup>90</sup>に関わらず、世界中で中絶は実施されている。この中絶という行為に対し、プロ・チョイスとプロ・ライフは常に議論を続けている。前者は、カイロ行動計画にも記されている通り、妊娠した女性が「子どもを産むか産まないか……を決める自由をもつことを意味する」。後者、つまりプロ・ライフは、精子と卵子が出合うことから受胎が起こり、この時点からが生命の始まりであり、ここから自然に死に至るまで、生命はあらゆる手段を講じて守られなければならない。そのため、女性の権利は立ち入る余地はない<sup>91</sup>、と考える立場である<sup>92</sup>。プロ・ラ

---

<sup>84</sup> Ibid.

<sup>85</sup> 原ひろ子（1995）p. 209.

<sup>86</sup> 阿藤誠（1994）p.53.

<sup>87</sup> Ibid.

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Ibid. p.54.

<sup>90</sup> 世界の中絶の法規制については、芦野由利子（1994）を参照されたい。

<sup>91</sup> 房野桂（1999）

イフの考え方はホーリー・シーやカトリック諸国の考えである場合が多いと一般的には理解されている。ところが、カトリック諸国であるフランスやスペイン、そしてバチカンのお膝下であるイタリアでは中絶はすでに合法化されている。一方、他のカトリック国では、本稿の第5章で扱うパラグアイなどでは非合法であり、中絶は妊婦の生命の危険時にのみ許可されることになっている。カトリック国であるフィリピンも同様であるが、貧困から多くの女性がヤミ中絶に走り、感染症にかかったり、生命を落とすことになっている<sup>93</sup>。また、中絶が禁止されている国々でも、経済的に豊かな国の女性や途上国でも経済的に豊かな階層に属する女性は安全な中絶を闇で実施しているのに対し、貧困な状況にある女性は、「焼け石で腹部を傷つけたり」、「屋根から飛び降りたり」<sup>94</sup>、「木から飛び降りたり（パラグアイの農村）」する事例も報告されている。また、強姦により妊娠した少女の中絶の権利が認められないなど、個人のリプロダクティブ・ヘルス/ライツが守られていないことも報告されている<sup>95</sup>。

中絶によって女性たちが自らのからだを傷つけた結果として、人口抑制に成功した日本の状況（本稿4-1-1を参照されたい）を省みると、望まない女性の妊娠と闇中絶の悲惨な状況を繰り返すことは許されない。

望まない妊娠と非合法中絶の防止は緊急なテーマである。対象社会の複雑な社会・ジェンダーを視野に入れながらプログラムを策定していくことが望まれる。

## 5) 女児のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

ミレニアム・フォーラム（2000年5月実施）<sup>96</sup>において、アナン、コフィー国連事務総長は、女児の教育に投資することは家族全体の栄養の改善、ヘルスケアの改善、出生力の低下、貧困の緩和、経済活動全体の改善に直接つながるものとして、女児の教育を強調している<sup>97</sup>。そして、成果文書には、男女平等を徹底し、女性と女児に対するあらゆる暴力を許さず、ウィーン、カイロ、北京で達成したリプロダクティブ・ヘルス/ライツに対する権利を含む女性と女児の権利を後退させないことなどが示されている<sup>98</sup>。

---

<sup>92</sup> 筆者によるこれまでの文献調査の結果、「着床か受精か」という議論は十分になされていないように思われるが、今後の継続した調査が課題である。

<sup>93</sup> 同国の女医から1994年に実施された集会でICPDに向けて報告がされている。ヤンソン柳沢由美子(1997)p.153.

<sup>94</sup> 1999年におけるCSWにおいて報告されている。房野桂、1999年3月6日作成資料より。

<sup>95</sup> 1999年におけるCSWにおいて報告されている。佐藤美穂・女性と健康ネットワーク事務局員への筆者による聞き取りより。

<sup>96</sup> アナン事務総長が国連改革の一環として提唱した「ミレニアム総会」とその直前に開かれる「ミレニアムサミット」にNGOと市民社会の声を反映させるべく、世界145ヵ国から1400名のNGOと市民社会の代表を集めてミレニアム・フォーラムが2000年5月に開催された。テーマは「21世紀の国連」であり、六つのサブテーマとして1) 平和・安全保障、軍縮、2) 負債の相殺と社会開発を含む貧困の撲滅、3) 人権、4) 持続可能な開発と環境、5) グローバリゼーションの課題に立ち向かう：公正・正義・多様性の達成、6) 国連と国際団体の強化と民主化である（房野桂『女性と健康ネットワークニュースレター』第25号）。

<sup>97</sup> *Ibid.*

<sup>98</sup> *Ibid.*

## 6) 思春期の若者・ユースのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ

思春期、若者、ユースという言葉の定義は国連諸機関などにより微妙なずれがある。

### ◆思春期の若者・ユースの定義とは？

WHO、UNICEF によるユース (youth) の定義は、15 歳から 24 歳である。アドレセンス (Adolescence) は、WHO、UNICEF によると 10 歳から 19 歳である。若者 (young people) は、WHO、UNICEF によると 10 歳から 24 歳を指している。尚、IPPF は、ヤングアダルト (young adult) を 25 歳から 29 歳と定義している。参考ではあるが、子どもの権利条約においては、0 歳から 18 歳を子ども (children) と定義している。

以下、参考に松本・高村<sup>99</sup> の思春期観を示しておく。

思春期とは、周囲の人に甘え、依存していた子ども時代から、“自分とはいったい何者なのか”と自我にめざめ、一人の自立した大人として社会に羽ばたく時期である。身体的にも精神的にも激しく揺れ動きながら、個人差はあれ、誰でもが一度必ず通過するものである。

表 3-3 国際援助実施機関等によるユースやアドレセンスなどの諸定義

	年齢の幅	定義を用いている国際機関や条約など
子ども/CHILDREN	0-18 歳	Convention of the Rights of the Child/子どもの権利条約
アドレセンス・思春期/ADOLESCENTS	10-19 歳	UNFPA、WHO、UNICEF
ユース/YOUTH	15-24 歳	UNFPA、WHO、UNICEF
若者/YOUNG PEOPLE	10-24 歳	UNFPA、WHO、UNICEF、IPPF
ヤング・アダルト/YOUNG ADULTS	25-29 歳	IPPF
ユース/YOUTH	17-24 歳	ONFP (注)
ユース/YOUTH	15-24 歳	ONFP が UNFPA の支援を受けて実施しているリプロダクティブ・ヘルスプログラム

出所：以下の文献を基に藤掛洋子作成 (2000.10.05)。

1：The center for Reproductive law and policy (2000) CRLP:2.

2：http://www.crlp.org

注：ONFP (Office National de la Famille et de la Population)：テュニジア国家人口家族公団

「カイロ行動計画」は、思春期の若者・ユースもサービスの重要な主体であるという位置づけから思春期層の若者への取り組みの重要性を喚起した初めての行動計画<sup>100</sup>でもある。ここでは、思春期の若者・ユースがリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する情報やサービスを受ける権利が強調されるとともに、彼/彼女ら自身の自己決定権が承認されている。また、1999 年の国連特別総会に向けた円卓会議では思春期の若者が人口・開発政策上の重要なテーマとして取り上げられるなど、その取り組みは国連レベル、政府レベルの動きとして理解されている<sup>101</sup>。

当事者である思春期の若者・ユースたちは ICPD 以降、草の根のネットワークを形成し、北京+

<sup>99</sup> 松本清一・高村寿子 (1999) p.10.

<sup>100</sup> 兵藤智佳 (2000)

<sup>101</sup> United Nations (1999)

5 などの国際会議で活躍をしている。特にアジア太平洋地域のユースネットワークである NAPPY (Network of Asia Pacific Youth) はワークショップを主催し、同地域の若い女性の権利をアピールした。自分自身の身体についての自己決定をアジア・太平洋地域の文脈で考えていこう、すなわち多様な個に対応する政策を考えていこうという趣旨で“Me and My Own Body: Young Women of Asia Pacific Talk about Control of their Bodies” というタイトルのパネルを開催し<sup>102</sup>、各国の注目を浴びている。

### 3-3 リプロダクティブヘルス/ライツにおける「ヘルス」の概念をめぐる課題

ICPD で採択されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの「ヘルス」の定義は、WHO が世界保健憲章で掲げた「健康」の定義に拠っている<sup>103</sup>。前出のファターラ博士によるリプロダクティブ・ヘルスの定義は、「生殖の過程に病気や異常が存在しないだけでなく生殖過程が身体的、精神的および社会的に完全に良好な状態をいう<sup>104</sup>」となっていることから、WHO のヘルスの定義に依拠していることが明らかである<sup>105</sup>。

しかし、この WHO の健康の定義への批判は早くからなされている<sup>106</sup>。その理由は、この定義「単に疾病がないとか虚弱でないというばかりでなく、肉体的、精神的、社会的に完全に良好な状態である」(Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity) の中に、「完全に (complete)」という言葉が含まれるからである<sup>107</sup>。キャラハン、ダニエル (Callahan, Daniel) によると、「身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態は、個人にとっても、社会にとっても束の間でも存在したのかは疑わしいし、今後についても疑わしい<sup>108</sup>」。その一方、WHO の「健康」の定義は、我々の「健康」の概念化においても「健康」に関わる諸実践においても、影響力が大きいと考えられる<sup>109</sup>。なぜならば、医学の分野において、WHO の「健康」の定義は、「健康」概念を考える際に最も基礎的なものとして取り扱われているとともに、今や 90%以上の日本の中卒者が進学する高等学校のレベルにおいて、WHO の「健康」の定義が広く浸透している<sup>110</sup>からである。したがって、この定義を踏襲している「カイロ行動計画」で謳われているリプロダクティブ・ヘルス/ライツを論じる時、以下の点に留意する必要があるであろう。

<sup>102</sup> 佐藤美穂 (2000)

<sup>103</sup> 根村直美 (2000a) p.84. 根村直美 (2000c) p.16.

<sup>104</sup> <http://member.nifty.ne.jp/m-suga/reprohealthl.html> (2001年2月12日アクセス) より引用。

<sup>105</sup> 尚、このホームページには、リプロダクティブ・ヘルスの基本的4大要素が、1) 女性自らが妊孕性を調節し、抑制できること、2) すべての女性にとって安全な妊娠と出産を享受できること、3) すべての新生児が健全な小児期を享受できること、4) 性感染症の恐れなしに性的関係をもてること (Sciarrà, 1993) とある。一方では「リプロダクティブ・ヘルス」は、「女性の生涯にわたる健康」と表現されるほうが適切である、と記載してある。ここに記されている基本的四大要素には女性のみならず男性も含まれることを示唆しており、また ICPD の理念を考えると「男女 (または人々) の生涯にわたる健康」と訳されるべきではないだろうかと考える。

<sup>106</sup> 根村直美 (2000c) p.155. 根村 (2000c) には、日野秀逸や一橋出版の教科書により論じられている批判も若干ではあるが、掲載されているので併せて参照されたい。

<sup>107</sup> 根村直美 (2000c) p.155.

<sup>108</sup> Callahan, Daniel (1973)

<sup>109</sup> 根村直美 (2000c) p.155.

<sup>110</sup> *Ibid.* pp.153-154.

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの「ヘルス」の部分に、「完全に」という言葉が含まれることから、生涯を通じた男性と女性の健康と権利の追求に「完全な」状況を求めることになり、好むと好まぬとに関わらず優生思想を再生産してしまうのではないかと。ところが、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方は、20世紀初頭に国家主導の健康保持政策や優生政策に疑義を呈する形で始まり、南の女性や障害を持った人々の立場から議論が重ねられてきた。したがって、リプロダクティブ・ヘルス/ライツがWHOの「健康」の定義に依拠するならば、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の根本が掘り崩されるのではないかと、という点である。

### 3-4 まとめ

20世紀初頭、国家主導による人口政策に疑義を呈する形でリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方は現出してきた。また、国連国際会議においても1960年代以降議論が始まった。その背景には、1960年代初頭に欧米諸国ではじまった第2波フェミニズムの動きと1976年に始まる国連女性の10年の動きがある。リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、その後のリオ会議などにおける官民双方の諸議論を経て、1994年のICPDにおいて公式文書として採択された。また、翌年の北京会議の「北京行動綱領」には、その考え方が踏襲されるとともに、各国の政策に反映していくことが確認された。

人口問題に対する近年の考え方は、国家政策によるマクロな視点ではなく、ミクロな視点、つまり個々の人々の生涯を通じた健康と権利に注目することでのみ解決できるという考え方に変化してきた。この考え方は、南北の女（男）性たち、障害を持った人々、政府事業に携わる人々、多くの理論家や活動家、研究者、NGOに関わる人々などの経験と議論の集大成とすることができる。

ところが、この概念は地域や階層・帰属する文化などにより異なった解釈がなされる。例えば、社会規範、政治体制、宗教などである。また、国家対個人、すなわち、国家政策を立案する立場と産む・産まない・産めない性を持った個々人の立場である。しかし、長期的な視野に立つ必要のある人口問題は、ジェンダー視点の主流化に基づいた全ての人々のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの確立によってのみ解決に導くことが可能であり、また、この考え方が今日の国際社会の合意である。今後、ICPDで合意されたように、2015年までに全ての人々がリプロダクティブ・ヘルス/ライツを享受する社会が達成されるよう、各国の政策や事例などを検証することを通じ、さらなる概念の精緻化と支援の枠組みを深めていくことが求められている。



## 4. 日本政府の国内外におけるリプロダクティブ・ヘルス／ライツ問題

### への取り組みと課題

全ての人々のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの享受は国際的な合意事項である。このような国際的な流れを受け、日本政府はグローバル・イシューの一つとして、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点に立った人口問題への多様な取り組みを行っている<sup>111</sup>。

#### 4-1 日本政府の国内に対する取り組みと課題

##### 4-1-1 国内の文書への反映

###### (1) 男女共同参画社会の実現に向けて作成された文書

総理府男女共同参画審議会は、「北京行動綱領」を受け、「男女共同参画ビジョン」を1996年に作成した<sup>112</sup>。この文書は、「カイロ行動計画」における「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」に関する精神を受け継ぐ<sup>113</sup>とともに、「ライフサイクルを通じて」という表現が入っていることから国際的に高い評価がなされている<sup>114</sup>、という。一方、「男女共同参画ビジョン」に比べ、1997年に出された「男女共同参画プラン」は、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」に関して後退しているように思われる<sup>115</sup>。しかし、ここでも「ライフサイクルを通じて」という表現が入っていることは、高く評価されるべきであろう<sup>116</sup>。

1997年度の第1回「男女共同参画白書」は、「1994年にカイロで開催された国際・人口開発会議においてリプロダクティブ・ヘルス／ライツという概念が提唱され、今日、女性の人権の重要な一つとして認識されるに至っている。(中略) このリプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点に立ち、すべての女性の生涯を通じた健康を支援するための総合的な施策の推進を図ることになっている<sup>117</sup>」とある。「男女共同参画2000年プラン」には「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の項目があるにもかかわらず、1999年5月21日の参議院総務委員会において可決された「男女共同参画社会基本法案に対する附帯決議」には、「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」の表現は出現しない<sup>118</sup>。そして、1999年6月23日公布・施行された「男女共同参画社会基本法」では、「男女共同参画社会の形成」につい

<sup>111</sup> <http://www.jica.go.jp/join/Index.html> (2001年1月31日アクセス) より引用。

<sup>112</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x5.

<sup>113</sup> *Ibid.*

<sup>114</sup> 原ひろ子放送大学教授・お茶の水女子大学名誉教授 (文化人類学、ジェンダーと開発、女性と健康) への筆者によるインタビュー (2000年8月17日) より。

<sup>115</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x6.

<sup>116</sup> *Ibid.*

<sup>117</sup> 総理府男女共同参画白書 (1997)

<sup>118</sup> 藤掛洋子 (2000b) p.x7.

て抽象的に述べるに留まっている<sup>119</sup>。

「男女共同参画社会基本法案に対する附帯決議」及び「男女共同参画社会基本法」を除いては、日本国内文書へリプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方が積極的に採用されていることは高い評価ができる。また、2001年1月、内閣総理大臣官房男女共同参画室は、内閣府男女共同参画局に変更になった。また男女共同参画会議も設置された。「男女共同参画社会基本法」に取り入れられなかったために生じるであろう諸問題は、NGO などとの連携により今後適切に把握する努力がなされるべきであろう。それらは、途上国支援の際にも有益な知見となるのでありと考える。

## (2) 「優生保護法」(改正後、「母体保護法」となる)に関連する諸議論

一部の国内文書へはリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念が迅速に反映されてきた一方、遅れている部分もある。その中の一つが旧優生保護法改め母体保護法である。

### 1) 「優生保護法の一部を改正する法律に対する附帯決議」(1995年6月8日)

受胎調節実施指導員が受胎調節用医薬品を販売することを認める法律は5年の時限立法であり、5年ごとに改正される。1995年の改正時の附帯決議は前年の1994年、ICPDでリプロダクティブ・ヘルス／ライツが国際的に合意されたことを受けて、衆参両院の議員の努力により文書に書き込まれた<sup>120</sup>。

国連の国際人口開発会議で採択された行動計画を踏まえ、リプロダクティブヘルス・ライツ(性と生殖に関する健康・権利)について、その正しい知識の普及に努めるとともに、きめ細かな相談・指導体制の整備を図ること。また、その調査研究をさらに推進すること。

このように「優生保護法の一部を改正する法律に対する附帯決議」においては、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念が含まれるようになった。しかしながら、「母体保護法」(「優生保護法」の改正)においては、女性の「リプロダクティブ・ヘルス／ライツ」を保障する要求は入れられなかった(後述)<sup>121</sup>。

### 2) 「母体保護法」(「優生保護法」の改正)(1996年6月)

ICPDにおいて日本政府がカイロ行動計画を採択したことを受けて、優生保護法の改正も行われた<sup>122</sup>。丸本によると、優生保護法にあった「不良な子孫の出生を防止する」という法の目的が、障害者は子どもを産むべきではないという優生思想を正当化してきた<sup>123</sup>という。そして、ナチズムの

<sup>119</sup> Ibid..

<sup>120</sup> Ibid..

<sup>121</sup> Ibid..

<sup>122</sup> Ibid..

<sup>123</sup> 丸本百合子・山本勝美(1997) p.19.

流れをくむ法律を有する国として、1994年のICPDで国際的な非難を浴びた<sup>124</sup>。その優生保護法が1996年に改正され母体保護法となった。今回の改正では、「不良な子孫の出生を防止する」ことを目的に優生（不妊）手術を行うことを認める条文のみが削除された。また、第3条第1項については、「……本人の同意並びに配偶者（届出をしていないが事実上婚姻関係と同様な事情にあるものを含む。以下同じ）があるときはその同意を得て、優生手術を行うことができる。」という部分が、「……本人の同意及び配偶者（届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様な事情にあるものを含む。以下同じ）があるときはその同意を得て、不妊手術を行うことができる。」という修正にのみ留まった<sup>125</sup>。

この法律の名称が「母体保護法」となったことから、母性を強調することで女性への抑圧を生み出し、またリプロダクティブ・ヘルス/ライツという世界の流れにも逆行する<sup>126</sup>と指摘されている。

日本は、戦後急激に増加する人口を中絶により抑制した世界に類のない国であり、人口学上の驚異とまで言われている<sup>127</sup>。しかし、その陰には、十分な避妊法を知らず、子育ての援助を要求する手段も持たない女性たちが、中絶によって自らの体を傷つけた結果として出生率が急激に減少してきたこと、そして、その背景には優生保護法の前身である国民優生法があった<sup>128</sup>ことを忘れてはいけないうらう。

今後、日本政府は、途上国への支援を実施する場合、これまでの経験から学びつつ、ICPDで採択されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツに、すなわち、マクロからミクロへ、量から質へ、国家から個人へとパラダイムシフトした支援の方策を模索し、展開していくことが期待される。

### 3) 刑法第212条墮胎罪（1880年制定、1907年改定～現在）の存在<sup>129</sup>

日本には、富国強兵政策の一環として明治時代に制定された刑法に墮胎罪が存在している。この存在によって、中絶は今なお犯罪とされている。妊娠した女性は理由を問わず、すべて産まなければならない、その意味においてこれは「出産強制法」とも解釈できると芦野由利子（2000）は指摘している<sup>130</sup>。妊娠は男女がいて成立するにもかかわらず<sup>131</sup>、処罰の対象は女性と施術者である医師である（パラグアイも同様であり、医師・助産婦・伝統的産婆などが処罰の対象となる）。このような墮胎罪は、日本が1985年に批准した女子差別撤廃条約の第2条g「女性に対する差別となる自国のすべての刑罰規定の廃止」という部分に照らしてみても、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの理念に反している<sup>132</sup>。このような墮胎罪の存在については今後議論がなされるべきではないだろうかと考える。

---

<sup>124</sup> *Ibid.*

<sup>125</sup> 藤掛洋子（2000b）p.x4.

<sup>126</sup> 「優生保護法」改正を考えるネットワーク 1999年6月12日資料

<sup>127</sup> 丸本百合子・山本勝美（1997）p.13.

<sup>128</sup> *Ibid.* pp.12-13.

<sup>129</sup> 芦野由利子（2000）p.119.

<sup>130</sup> *Ibid.*

<sup>131</sup> 近年の生殖技術の発達により、多様な妊娠の形態が出現してきているが、本稿では言及しない。

<sup>132</sup> 芦野由利子（2000）p.119.

### (3) 経口避妊薬：低用量ピル認可

日本における低用量ピル（ピル）の認可は、1999年6月であった。この時期までにピルが認可されていない国は、世界中を見渡しても北朝鮮（朝鮮民主主義人民共和国）と日本のみであったことから、わが国のピルの認可がいかに遅れていたかということが理解できる。ピルは1960年にアメリカで初めて認可され、高い避妊効果から世界各国の女性たちに利用されてきている<sup>133</sup>。一方、日本では、性道徳の乱れやエイズの拡大の恐れなどさまざまな理由をつけて認可が先延ばしにされ、認可に向けて調査が始まって以来40年が経過した<sup>134</sup>。ピルの使用においては、後進国と言われる所以である。そのため、日本から派遣される専門家（医者や助産婦、保健婦、看護婦、社会調査関係の専門家）などは、デポ・プロベラやノアプラントなど途上国では「一般的」に普及している多くのホルモン避妊薬の副作用に苦しむ患者と十分に接触していないのではないかとサディク、ナフィス元 UNFPA 事務局長により指摘されている<sup>135</sup>。つまり、氏によると日本からは多くの専門家が「ピル先進国」である途上国へ出かけているため、診療などを実施する際、避妊薬と避妊具の持つ副作用や個人差についての知識が乏しく、十分な対応が不可能な場合が想定されるのではないかと<sup>136</sup>、というものである。

また上述のように、日本におけるピルの認可は1999年6月であったことから、これまでピルの配布などを ODA 案件に組み入れることは不可能であった<sup>137</sup>という。例えば、日本政府がリプロダクティブ・ヘルス／ライツ分野における無償協力を実施しているアジアにおいて、相手国からピルの要請が出された。しかし、当時、日本国内ではピルが認可されておらず、ピルそのものを供与対象とすることを見合わせた<sup>138</sup>、という。

ピルは認可されたものの、第25回全国家族計画世論調査<sup>139</sup>によると、コンドーム75.3%に対しピルの使用率は1.5%と日本国内における使用状況は以前として低い。その一方、4人に1人の女性が望まない妊娠を中断しているという。不妊技術や多様な生殖技術に関する情報と同様に日本国内におけるピルなどを含めた避妊についての十分な情報の提供が早急になされるべきであろう。また、途上国に対しリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムの支援を行う場合は、上述のようなサディク元 UNFPA 事務局長の指摘についても十分に考慮されるべきであり、専門家の養成などに工夫がなされるべきであろう。

---

<sup>133</sup> 朝日新聞朝刊 1999年6月4日。

<sup>134</sup> *Ibid.*

<sup>135</sup> 女性と健康ネットワーク提供、Redacted paper about Interview to Dr. Nafis SADIK at SANGIIN-KAIKAN. 1998.10.10.

<sup>136</sup> *Ibid.*

<sup>137</sup> <http://member.nifty.ne.jp/m-suga/yokomitu.html> (2001年2月12日アクセス) より引用。

<sup>138</sup> *Ibid.*

<sup>139</sup> 毎日新聞人口問題調査会、2000年実施。

## 4-2 日本政府の国外に対する取り組みと課題

### 4-2-1 日米コモンアジェンダ

日米コモンアジェンダ（地球的展望に立った協力のための共通課題）は、日米共同のイニシアティブとして 1993 年 7 月に日米包括経済協議の一環として提示された。その目的は、将来の世代が直面することになる重大な地球的規模の課題に両国政府と民間が参加して取り組んでいく<sup>140</sup>というものであった。このイニシアティブを通じて「人口問題」や「エイズ問題」、「子供の健康」、「途上国の女性支援」などを含めた 18 分野で 70 件以上の事業をこれまでに実施してきている<sup>141</sup>。

### 4-2-2 GII (Global Issues Initiative on Population and AIDS)

日本政府は、人口・エイズ分野における途上国の深刻な状況に対し、1994 年 2 月に「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(Global Issues Initiative on Population and AIDS : GII) を打ち出した<sup>142</sup>。このイニシアティブは、1994 年度から 2000 年度までの 7 年間で、ODA 総額 30 億米ドルを目途に、人口・エイズ分野で途上国への協力を積極的に進めるというものであった<sup>143</sup>。GII を推進するにあたっては、人口・家族計画や母子保健といった直接的な協力だけでなく、女性と子どもの健康に関わる基礎保健医療、初等教育、女性の識字教育・職業訓練など、間接的な協力を含めた「包括的アプローチ」を採用している<sup>144</sup>。

JICA は、協力実績額が 24 億米ドルを超えるなど、積極的な支援を実施してきており<sup>145</sup>、このような日本政府のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連分野へ取り組みは高く評価されるべきであろう。

2000 年度に GII は終了した。今後は、これまでの支援の内容が ICPD のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念をどの程度反映させたものであるのか、支援の内容は地域のニーズに沿ったものであったか、適切な評価がなされるべきであろう。また、その評価は、2000 年 8 月に沖縄で実施された G8 沖縄サミットにおいて合意された「沖縄感染症対策イニシアティブ」の具体的措置の過程で反映されることが重要であると思われる。

### 4-2-3 沖縄感染症対策イニシアティブ (GII/IDI)

2000 年 7 月の九州・沖縄サミットにおいて、日本政府は「沖縄感染症対策イニシアティブ」を打ち出した。内容は、個別の感染症対策支援 (HIV/AIDS、結核、マラリア、寄生虫、ポリオ) や公

<sup>140</sup> <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/chikyuu/common/ondes.html>。2001 年 2 月 12 日アクセスより引用。

<sup>141</sup> 外務省パンフレット「U.S.-JAPAN COMMON AGENDA FOR COOPERATION IN GLOBAL PERSPECTIVE - 日米コモン・アジェンダ 地球的展望に立った協力のための共通課題 -」より引用。

<sup>142</sup> <http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/qa/q9.html> (2001 年 2 月 14 日アクセス) より引用。

<sup>143</sup> *Ibid.*

<sup>144</sup> *Ibid.*

<sup>145</sup> *Ibid.*

衆衛生の増進、研究ネットワークの構築、基礎教育、水供給等の分野における協力を強化するもので、日本政府は 2005 年までの 5 年間で総額 30 億米ドルを目途とする協力をを行う旨表明した<sup>146</sup>。2000 年 12 月には、具体的な対策を検討するために「感染症対策沖縄国際会議」が実施され、G8 及び欧州委員会、非 G8 諸国（ブラジル、インド、インドネシア、ケニア、ナイジェリア、フィリピン、セネガル、タイ、ウガンダ、ザンビア）、国際機関（WHO、UNAIDS、UNICEF、UNESCO、UNDP、UNFPA、世銀）、NGO、民間（主に製薬会社）などが参加している。この会議において、「人間を中心に据えた感染症対策」について議論され、この中でも女性だけに避妊手段を提供する人口政策や保健計画を見直し、男女共に保健及び性と生殖に関するサービスを享受することができるようなプログラム、すなわちリプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点に立った開発を支援する必要がある<sup>147</sup>と議論された。

#### 4-3 国内外における日本政府の課題

リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、生涯にわたる人々の健康と権利であり、その範囲は広い。日本国内では、多くの国内法にその概念が反映されるなど、高い評価ができるものの、男女共同参画社会基本法などには反映されておらず、今後の課題であろう。また、ピルの認可も遅れたため、日本女性の使用率は依然低く、今後はより多くの情報を提供することを通し、人々への多様な選択肢を提供していくことが望まれる。女性の健康に関しては、日本の行政が縦割の形態を残したまま未だ母子保健の枠を抜け切れていない<sup>148</sup>という指摘もなされている。その結果、思春期や更年期、老年期、性教育や避妊・中絶といった課題に対する対応が十分にできていないのではないかと<sup>149</sup>というものである。一方、日本政府は、今後も思春期などにも対応した人口・リプロダクティブ・ヘルス関連分野における支援を強力に進めることになっている。例えば、世界最大の国際 NGO、国際人口家族計画連盟（IPPF）が新設した「HIV/AIDS 信託基金」に日本政府はすでに 100 万米ドル拠出することが決定している<sup>150</sup>。この基金は、「沖縄感染症対策イニシアティブ」の最初の具体的措置の一つであり、草の根レベルでの HIV/AIDS 予防、性感染症対策といった HIV/AIDS に関する IPPF の活動を支援するために活用される<sup>151</sup>という。また、北京+5 における日本政府代表団首席代表演説において岩尾寿美子首席日本代表は、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツが女性の生涯にわたって確保されるようライフステージに応じた適切な保健医療サービスの提供に努めていくこと」を表明している<sup>152</sup>。サディック、ナフィス UNFPA 元事務局長は、国際機関への分担金を削減しようとする日本国内の動き

<sup>146</sup> [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko\\_2000/genoa/infection2.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko_2000/genoa/infection2.html) (2001 年 2 月 14 日アクセス) より引用。

<sup>147</sup> 『女性と健康ネットワークニュースレター第 4 巻第 7 号 (2000 年 12 月 15 日発信分) 及び佐藤美穂・女性と健康ネットワーク事務局員への聞き取りより。』

<sup>148</sup> 芦野由利子 (2000) p. 123.

<sup>149</sup> *Ibid.*

<sup>150</sup> [http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko\\_2000/genoa/infection2.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko_2000/genoa/infection2.html) 2001 年 2 月 12 日アクセスより引用。

<sup>151</sup> *Ibid.*

<sup>152</sup> 外務省 (2000) 国連特別総会「女性 2000 年会議」岩尾寿美子首席代表ステートメントより。

に対し、「節約の額は小さく、国際社会から受ける悪い影響は多大であるだろう」と日本政府に対しこれまで同様の支援を要請している<sup>153</sup>。

日本政府は、国際社会に向けて ICPD で採択されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を実現するための国内努力とともに、国際支援も表明している。したがって、立ち遅れている国内の若者や高齢者へのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムの実施やピルに関するさらなる情報の普及、各省庁との連携などが今後は期待されるとともに、これらの経験を途上国の支援の際に活用すべきであろう。

#### 4-4 まとめ

日本政府は、北京会議以降、国内文書にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を迅速に反映させるとともに途上国に対しては、GII などのイニシアティブを軸とし、リプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連分野における多くの貢献をなしてきた。この点は高い評価がなされるべきであろう。今後は「沖縄感染症対策」などの具体的措置の過程において、ICPD の理念に則ったさらに多様な支援を行うことが求められている。

しかし、日本国内におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現にはまだ多くの課題を残している。少子化対策基本法案の中には、「安心して子どもを産み育てることができる社会の実現」に対する「国民の責務」や「不妊治療に係る情報の提供、不妊相談、不妊治療にかかる研究に対する……施策」が謳われており、そのねらいが平成版「産めよ殖やせよ」にあるのではないかと指摘されている<sup>154</sup>。これまで見てきたとおり、リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、国家による人口政策に疑義を呈する形で台頭し、国際社会の中で合意されてきた。今一度、日本国内における政府の政策が ICPD のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念に沿ったものであるのか検証することこそが求められている。

---

<sup>153</sup> 国際協力事業団、国際協力総合研修所において 2000 年 11 月 28 日に実施されたセミナー「人口問題の潮流ーカイロ会議から 21 世紀へー」による会場からの質問に対する氏の回答。質問は、JICA 客員国際協力専門員杉下恒夫氏より発せられた。

<sup>154</sup> 芦野由利子 (2000) p.130.

第5章及び第6章では、パラグアイとチュニジアの事例から ICPD 以降の途上国のリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する政策を概観するとともに、人々の抱える諸問題やニーズを検証する。

## 5. 南米パラグアイ共和国<sup>155</sup>

### 5-1 パラグアイ国概況及び政府のリプロダクティブ・ヘルス／ライツ問題の位置づけ

#### 5-1-1 パラグアイ共和国の概況

南米大陸の中央南部に位置するパラグアイは、周囲をブラジル・アルゼンティン・ボリヴィアに囲まれた人口 504 万人<sup>156</sup>の国であり、1810 年に宗主国スペインより独立している。国民の 97% は先住民<sup>157</sup>グアラニー人とスペイン人の混血のメスティーソであり、残りはヨーロッパ系の移住者、先住民、東洋系などである。公用語はスペイン語と現地語のグアラニー語であるが、農村部ではグアラニー語が多く用いられており、高齢者はグアラニー語のみを解することも多い。

35 年間続いた軍事独裁政権は 1989 年に終焉し、1992 年に新憲法が制定された。新憲法では、信教の自由と政教分離が定められるとともに、男女の権利と義務の平等（第 48 条）や母性・父性の義務（第 55 条）、出産の自由（第 61 条）などが保障されている<sup>158</sup>。女性差別撤廃条約には 1986 年に批准している。国民の 90% はカトリック教徒であり、人工妊娠中絶は法律により禁止されている。国民 1 人当たりの 1995 年における平均所得は 1621 米ドルである。

#### 5-1-2 パラグアイ国の女性政策と政府のリプロダクティブ・ヘルス／ライツ問題の位置づけ

1993 年には「女性局」（Secretaria para la mujeres）がナショナル・マシナリーとして設置され、1997 年には「女性のための機会均等計画」（National Plan of Equal Opportunities for Women）が策定された。この計画では、女性のための法律をはじめ、パラグアイで社会問題として表面化しつつある女性や女兒に対する暴力の問題に取り組むことが言及されている<sup>159</sup>。このような動きを見ると同国は女性政策に対し積極的な取り組みをしていると受け取めることができる。

また、パラグアイは、ICPD や北京会議で採択されたリプロダクティブ・ヘルス／ライツにも合意するとともに、北京会議においてパラグアイ政府代表は、以下の声明書を提出している<sup>160</sup>。

<sup>155</sup> 尚、本章については藤掛洋子（1999）、（2000a）、（2001b）なども併せて参照されたい。

<sup>156</sup> M.S.P.yB.S./O.M.S（1998）Proyeccion de Población より引用、調査年 1995 年。

<sup>157</sup> 17 部族・5 言語に属する約 5 万人（1998 年）の先住民がおり、そのうち 94% が農村地帯で集落を形成している。

<sup>158</sup> Plamp de Egea, J.M.（1992）pp. 27-78.

<sup>159</sup> Corvalán, Graziella y Heikel, Maria Victoria（1997）。日本語訳は国際協力事業団（1998）より引用。

<sup>160</sup> 総理府男女共同参画室（1996）p.39.



パラグアイ政府は、「行動綱領」第IV章C項がその国家憲法、特に「国は、産もうとする子供の数並びに出産の間隔を自由に責任を持って決定する、すべての人の権利と認める。また、適切な諸機関との調整の取れた取り組みを通じて、彼らは教育、科学的な指導及び十分なサービスを受ける資格がある。低所得の人々のためには、リプロダクティブ・ヘルス及び母子保健を保障するための特別計画が実施される。」と規定した第 61 条の内容と合致している点に満足を表明する。

パラグアイ代表団は、「行動綱領」のパラグラフ 94 で言及されている「法律に反しないバースコントロールのための……方法」という概念はパラグアイの国内法に則って解釈されることになる旨、指摘する。

また、ICPD+5 において「違法な中絶を受けた女性に対する懲罰的措置を含む法律の再検討」という表現について議論された際（結果的には文書から削除されることとなったが）、パラグアイ政府はアメリカ合衆国、EU、スイス、ノルウェーなどの先進諸国やブラジル、ペルーなどいくつかの途上国と同様に「文書に残す」、という立場を表明した。このことから、「違法な中絶をした結果女性が墮胎罪などの存在により罰せられるということは、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの理念に反する」という立場を公式に表明していることになる。また、同国が 1986 年に批准している女子差別撤廃条約第 2 条 g 「女性に対する差別となる自国のすべての刑罰規定の廃止」に照らしてみても、同様のことが言えるであろう。

## 5-2 リプロダクティブ・ヘルス／ライツ関連プログラムへの取り組み状況

パラグアイでは、ICPD や北京会議を契機とし、既存の家族計画や母子保健のプログラムにリプロダクティブ・ヘルスの視点を加えた事業が展開されるようになっていった。保健医療の整備は他のラテンアメリカ諸国と比較すると遅れている<sup>161</sup>ことから、多国籍・二国間、国連も含めて多くの国際援助実施機関が保健分野における支援を行っている。厚生省と国連人口基金は 1997～2001 年の間、パラグアイ国内外の NGO と連携し、人々のリプロダクティブ・ヘルスに焦点を当てた事業を展開している<sup>162</sup>。

ICPD のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方に合意を示し、国際援助実施機関の支援を受け「多面的にリプロダクティブ・ヘルス／ライツ関連のプログラムに取り組んでいる」パラグアイであるが、パラグアイ政府の公式の見解と現実の社会には齟齬が見られた。

1993～1999 年頃のパラグアイは、保守派の影響が強く、家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムの実施は「公式」には殆どが見送られた、と言われている。プログラムの決定に当たった厚生大臣（当時）は敬虔なカトリック教徒であることから、人工的な避妊法を全て排除し、自然避妊法であるリズム法のみを積極的に推進していった<sup>163</sup>。フィリピンでは 1993

<sup>161</sup> 国際協力事業団（1997）p.7.

<sup>162</sup> 藤掛洋子（2001b）

<sup>163</sup> 藤掛洋子（1999）p.5.

年以降、リズム法は家族計画としては認められていないことから<sup>164</sup>、同じカトリック教国であるとはいえ対照的である。ユース・リプロダクティブ・ヘルス／ライツ関連のプログラムを担当していた国連職員によると、「厚生大臣に提出する資料に、家族計画やリプロダクティブ・ヘルス／ライツの名前は一切出さない」という。また、筆者の JICA における派遣時の業務内容は、日米コモンアジェンダに基づいた家族計画に関するデータの調査・指導などであったが、派遣先の厚生省の同僚たちから、活動を円滑に行うためには家族計画を意味する *Planificación Familiares* という用語は一切使用しないように、また、リプロダクティブ・ヘルス (*Salud Reproductiva*) という用語も多くの人々にとって家族計画と同義語であるから、統合的な健康 (教育) という意味で *Salud Integral* を用いるようにアドバイスを受け、それになった。

家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルス／ライツの知識の普及が必要であると考えている NGO's にとっても状況は同様であった。若者を対象に性教育のパンフレットを作った国際 NGO によると、表紙に可愛いペニスの挿絵があったため厚生省の上層部が納得せず、すでに配布を開始していたにも関わらず回収するとともに、それらはその後全てお蔵入りになってしまった。多くの国際援助実施機関やパラグアイにおける国際・国内 NGO は、国内の保守派の反対に対峙しないよう厚生省などと連携することなく、「独自でプログラムを展開していった」。

厚生省の地方病院は、1997 年頃から USAID の支援を受け、コンドームの配布や子宮内避妊器具 (IUD) の挿入を無料で実施していた。しかし、厚生省全体が上述のような理由からリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスの推進に積極的な姿勢を示していなかったこと、また、農村の人々にとって地方病院は決して「近い存在ではなかった」ことから、農村部の人々はリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスを十分に享受できているとは言い難い状況にあった<sup>165</sup>。

1999 年 3 月、副大統領の暗殺を機に政権が交代し、1999 年 4 月以降は、リプロダクティブ・ヘルスのプログラムが一部推進されるようになり、社会問題化している女性への暴力などを中心課題に沿ったプログラムが実施されているものの<sup>166</sup>、未だ十分であるとは言い難い<sup>167</sup>。

### 5-3 女性たちのリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する状況

本節は、筆者による農村 (表紙写真参照及び写真 3、4 参照) の人々への聞き取り調査 (女性 42 人、男性 25 人他多数) 及び厚生省や農牧省職員などへの聞き取り調査に基づいて検証を行う。調査期間は 2-2 で示した通りである。

---

<sup>164</sup> 中村安秀 (1997)。

<sup>165</sup> 藤掛洋子 (1999) p.5 及び筆者の村の女性代表への聞き取り調査 (2001 年 4 月) による。

<sup>166</sup> *Red de Centros de Iniciativas y Desarrollo de la Mujer, Convenio PRY/B7-310/95/141* 及び藤掛洋子の政府関係者への聞き取り調査 (2001 年 4 月) による。

<sup>167</sup> 藤掛洋子の政府関係者への聞き取り調査 (2001 年 4 月) による。

### 5-3-1 女性たちの一般的な状況

パラグアイの合計特殊出生率<sup>168</sup>は平均 4.17 人（農村部 6.0 人、都市部の約 3.5 人）である。6000 世帯を訪問し、出産可能年齢（15～44 歳）の女性 3600 人に対し実施されたアンケート調査（1998）によると、3 人以上の子どもを持つ女性の 51.6%が「子どもの数は 3 人以下でよい」、と回答している<sup>169</sup>。また、首都アスンシオン在住の 15 歳から 49 歳までの男女 400 人<sup>170</sup>を対象に実施された「望ましい子ども数」という質問に対する回答は、74.1%の人々が「子どもは 3 人以下でよい」と回答している。しかし、パラグアイは、他のラテンアメリカ諸国と同様にカトリック教会の影響力が顕著であり家族計画の考えは一般的でない<sup>171</sup>。そのため〈Hasta que Dios diga basta〉（神がもう十分とおっしゃるまで子どもは授かりつづけるもの）<sup>172</sup>という社会の言説がある。これは、子どもは与えられるまで生み続けるものであり、産児調節を行うことは神の意思に背くにつながるという教えである。国立大学助産学科教授（女性、45 歳、大学卒、既婚、子ども 5 人）によると、「カトリック教徒であるパラグアイの既婚女性は『夫からの性交渉を断ってはいけない』と教えられており、学生たちに家族計画の必要性をどのように教えていけばよいのかわからない<sup>173</sup>」とその葛藤を語る。「既婚女性に子供がいないと〈インコンプレタ〉（不完全）と言われ、未婚でも、子どもがいなくても、子どもがいる女性の方が上級の人間として扱われる、という<sup>174</sup>。このような諸言説は地方都市や農村部に行くほど強化されていく。また、「女性は、子どもを産むためのものであり、望んでいるのだ」という言説は人々の日常の語りの中で再生産されていく。

● *Kuña imembynte va'era voi* (La mujer está destinada a tener hijos).<sup>175</sup>

女性は子どもを産むためのものである（訳：藤掛洋子）。

● *Kuña rete mbohapy: mamadetra, criadero ha parque de diversions*

(El cuerpo de la mujer tiene tres partes: mamadera, criadero y parque de diversiones). 女性の体は三つの部分（機能）に分かれている、それは（母乳を与える）乳首、（子どもを育てる）子宮、そして（男性に）楽しみを与えることである（訳：藤掛洋子）<sup>176</sup>。

### 5-3-2 人工妊娠中絶の状況

中絶を行った場合は刑法墮胎罪により、妊婦と施術者である医者や伝統的産婆、助産婦などは罰せられる<sup>177</sup>。強姦などの場合も母体に生命の危険がない限り中絶はできないことになっている。

<sup>168</sup> M.S.P.yB.S. (1998) より引用、調査年不明。

<sup>169</sup> CEPEP/USAID/CDC (1999) pp.1-21.

<sup>170</sup> 性別毎の人数は分けられていない。

<sup>171</sup> 藤掛洋子 (2001) p.7.

<sup>172</sup> 藤掛洋子 (2001) p.7.

<sup>173</sup> *Ibid.*

<sup>174</sup> *Ibid.*

<sup>175</sup> Ponpa Quiros, Maria del Carmen (1996) pp.28-29.

<sup>176</sup> *Ibid.*

<sup>177</sup> Ediciones Libreria El Foro S.A. (1997) pp.102-103.

しかしながら、現実には望まない妊娠をした結果、非合法で中絶を行っている未婚・既婚女性は農村部・都市部を問わず増加している<sup>178</sup>。Dirección de Bioestadística (1997)<sup>179</sup>によると妊産婦死亡率は224人(対10万人)であり、原因は出血(30%)人工妊娠中絶(25%)、妊娠中毒症(16%)、敗血症(16%)、その他(13%)である。しかし、出血と人工妊娠中絶の多くは「望まない妊娠を中絶するものである」と指摘されている<sup>180</sup>。中絶の方法は、都市部では医療従事者による非合法の施術や妊産婦による自発的な中絶薬<sup>181</sup>の服用である<sup>182</sup>。農村部では伝統的産婆が「患者」に薬草を煎じて飲ませ、パセリの茎を膣の中に入れてたり、フォークで掻きだしたりすることで施術し、その結果出血多量を起こしたり、感染症を起こし、死亡するケースもあることが多く報告されている<sup>183</sup>。

- 事例1：17歳の娘が未婚で妊娠したことに気づき激昂した父親が、娘を伝統的産婆の元へ送り、中絶を依頼した。しかし、妊娠中期に入っていたことから母子ともに死亡してしまった。この場合、父親や死亡した娘のパートナーが罰せられることはなく、施術者のみが通報されると罰せられる<sup>184</sup>。
- 事例2：地方の村に住む23歳の既婚女性が村に伝わる薬草を服用した後に、木に登り、上から故意に落下し、打撲することで出血した。後に病院に運び込まれ妊娠を中断するための処置を受けた<sup>185</sup>。
- 事例3：妊娠6ヵ月になるとわかっていながらバレーボールを激しく行い、「故意に」転倒し、地区の保健センターに運ばれ不完全流産として処置された<sup>186</sup>。
- 事例4：17歳の高校生がCytotecという中絶薬(前述)を自宅などで服用することで出血多量を起こし病院に運び込まれた<sup>187</sup>。

少女や女性たちの処置にたずさわった医療従事者によると、「中絶は違法であるため、妊娠を中断するために意図的にやっているとしたかと思えない、これまでにこのような事例は何度も見られる」<sup>188</sup>と説明する。

若い男性は、「多くの女性とセックスとすること、そして妊娠させることが男の証である」と考えている場合もある。また、「コンドームの使用は男性にとって快楽を得にくい」ことや「男女双方の体によくない」と考えられていることから「男性たちは積極的に使用したがる」という。また、仮に避妊手段を入手したいと思っても、若い未婚女性が病院へ無料のコンドームやピルを受け取りにくいことは社会的な規範から困難であること、仮に女性がコンドームを入手しても、「所有している」ということで「経験豊富」で「性にルーズな女性」と思われることを嫌い、コンドームの使用についてパ

<sup>178</sup> 藤掛洋子 (1999) p.5.

<sup>179</sup> Ministerio de Salud Pública y Bienestar Sociales (M.S.P.yB.S.) (1997) 調査実施年及び調査対象者数は不明。

<sup>180</sup> 藤掛洋子 (1999) pp.5-6.

<sup>181</sup> 密輸により持ち込まれた Cytotec と呼ばれる薬を約 11 米ドル (1999 年 2 月 : 1 米ドル=約 2,800 グアラニー) で購入し、自宅などで服用することで出血多量を起こし病院に運び込まれる例が増加している (ABC 新聞 1999 年 3 月 6 日記事及び医療従事者への 1998 年における筆者の聞き取りによる)。

<sup>182</sup> 藤掛洋子 (1999) pp.5-6.

<sup>183</sup> *Ibid.* 及び筆者の聞き取り調査による (2001 年 4 月)。

<sup>184</sup> 2001 年における筆者の農村部での聞き取りによる。

<sup>185</sup> 藤掛洋子 (1999) p.5.

<sup>186</sup> 藤掛洋子 (1999) p.5.

<sup>187</sup> 医療従事者への 1998 年及び 2001 年における筆者の聞き取りによる。

<sup>188</sup> 藤掛洋子の 1998.12~1999.3 の聞き取り調査による。

ートナーと話すことは少ない、という。

このことは、既婚女性にも同様のことが言える。既婚者はその背景として、マチスモ (Matismo : 男性優位) 思想を挙げ、男性は、「快楽を求めるのでコンドームの使用を拒む」と意見を述べた。CEPEP/USAID/CDC (1998)<sup>189</sup>によると家族計画の実行率の平均は 50% であり、都市部は 56% (内近代的避妊法 47%、伝統的避妊法 9%)、農村部は 45% (内近代的避妊法 35%、伝統的避妊法 10%) となっていることから、一見すると決して低くない印象を受ける。しかし、この数字には「一度でも避妊をしたことのある女性」が含まれていることから、傾向をつかむことは可能であっても、女性たちの現実の状況を適切に示しているとは言い難い。

#### 5-4 農村部の女性たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する諸問題とニーズ

パラグアイの農村部にはマチスモ思想が未だ根強く残っている。より多くの子どもの色々な女性たちの間で持つことが男らしさの象徴であると考えている男性は年配になるほど多く、この意識は「長く続いた戦争の結果、多くの男性が戦死したことにより男女比が不均衡となり強化された」、と言われる。一方、女性たちの社会的地位は家族構成に強く規定され、母親であることが社会的な地位を高めている<sup>190</sup>。1960 年以前に生まれた農村部の女性たちは、「昔は近代的避妊法などなかった」と語り、5~13 人の子供を出産していた。しかし、1960 年以降に生まれた 1~11 人の子供がいる女性たちは、経済的な理由から子どもは 1~3 人で十分であると回答した。このような子どもの数を制限しようとする若い妻 (嫁) たちの考えに対し、家族や高齢の親戚、近所の女性たちは、「まだ若いだから子どもはもっと産み続けるべきだ (Hasta que Dios diga basta)」、と意見を述べることが多い。その結果、家族計画を行いたいと考える女性たちは、「このように考えるのは罪深いことなのか」と葛藤を味わうことになる<sup>191</sup>。

マチスモ思想の強いメキシコ農村部の診療所の医者は夫婦の状況を次のように述べている。「妻が食べさせなければならない家族の数を制限したいと思い、そうしようとすると……夫は怒り、彼女を殴ることさえあるだろう。彼は妻が自分で (子どもの数を) 決めることは容認できないと考えるのである」<sup>192</sup>。パラグアイ農村部の既婚女性も、夫からの性交渉を拒否すると、「それは (Sombbrero: ソンブレロ) (男の愛人) がいるからである」と言われ、「しばしば暴力をふるわれる」<sup>193</sup>。妻たちはその「暴力が恐ろしくて夫に抵抗することを諦める」のである<sup>194</sup>。

開発途上国の女性たちは数回出産したあとは、妊娠を避けるか遅らせるよう望むことが次々と報告されてきた。しかし、女性たちは自分の願望を実現する力やそれに見合った十分な情報を持っていな

<sup>189</sup> CEPEP/USAID/CDC (1998) pp.47-70 (調査年 1995-1996).

<sup>190</sup> Ostergaard, Lise (1992) p.122.

<sup>191</sup> 藤掛洋子の 1998.12~1999.3 の聞き取り調査による。

<sup>192</sup> Perdita, Huston (1978) p.119 (邦訳文はミア・ラッペ、フランシス&シュアマン、レイチェル (1998) より引用)。

<sup>193</sup> 藤掛洋子 (2001b) p.8.

<sup>194</sup> *Ibid.*

いのである。つまり、女性が男性に従属することにより産児調節能力を喪失してしまうのである。

ラポール形成後<sup>195</sup>、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する聞き取り調査をさらに進めると農村の女性たちは、子どもの数を制限したい理由として、「スペイン語が話せるように街の子どもたちのような教育や生活をさせてやりたい」と望んでいることが明らかになった<sup>196</sup>。また、「夫にも家族計画を学んで欲しい」とし、「若者に対する HIV/AIDS などを含めた性教育が村には必要である」と考えていたり、少女たちが若年妊娠で未婚の母になることはよくないので「男女交際のあり方についても学ぶべきだ」とも考えていた。そのためには、「家族同士でもっと自由に話すことが必要だし、父親と子どもとの関係も変えていくべきだ」と意見も述べ始めた。また、「これからの時代は男の子でも料理や洗濯ができるようになるべきだ」と性別役割分業についてもこれまでにない意見を述べ始めた<sup>197</sup>。

- “Ñande ra’y jaheco’ mbo’ éva’era (A nuestro hijo dememos educarlo)”  
(息子は学校に行かせなければならぬ (訳：藤掛洋子) <sup>198</sup>。
- “Oíma ojaojheimi va’erá ikvykuérape” (Ya hay quien que lave la ropa a los heremanos (Aragamos que esta en una expresión usado cuando nace una niña).  
(女兒が生まれた時の表現で) 兄弟の洋服を洗う人間ができた  
(訳：藤掛洋子) <sup>199</sup>。

これまで、男児は学校に行かせるべきで、女児には高い教育は不要であった。なぜならば女児は、兄弟や家族のために洗濯や料理をするものだと、特に農村部では考えられてきたからである。しかし、女性たちの性と生殖に関する意識や子どもの教育に関する考え方は変化している。女性たちはラジオや近隣で行われる様々なプロジェクトから得られる情報<sup>200</sup>、街へ出稼ぎに行った人々から得た情報などと村の社会規範や言説と折り合いをつけつつ新たな価値観を形成しているのである。「農業は大変だし稼ぎが(少)ない。「自分たちのように学校に行っていない(聞き取り対象者は小学校数ヶ月から6年まで)と農業以外の仕事はできない。「これからは男の子も女の子も学校に行っても農業以外でも生活ができるようにならなければいけない」。だから私たちは「子どもの数を制限したい」のだと言う。

パラグアイには未婚の母が多く、またそのことに対し社会は比較的寛容である。それは先述したように、子どもを持つ女性は持たない女性よりも社会的には高い地位につけるということが挙げられる。また、多くの農村女性が避妊についての十分な知識にアクセスする機会を持たないこと、中絶が法律上認められていないこと、女性は「産む性」であるという言説があること、男性のマチスモ思想が強いことなど多様な要因が複雑に交錯している。望まない妊娠で2児の未婚の母(父親はそれぞれ異なる)になった農村に住む女性は、「避妊については何も知らないし、コンドームなどは使ったことがな

<sup>195</sup> 1993年～1995年の青年海外協力隊隊員としての活動が村の女性たちとのラポール形成の土台になっており、さらにその後の4回の調査を実施している。

<sup>196</sup> *Ibid.* pp.119-133.

<sup>197</sup> *Ibid.*

<sup>198</sup> Ponpa Quiros, Maria del Carmen (1996) p.23.

<sup>199</sup> *Ibid.* p.34.

<sup>200</sup> 藤掛洋子(2001b)にも一部ふれられている。参照されたい。

い。これからは気をつけようと思う。でもどこで学べばよいのかよくわからない」<sup>201</sup>と語る。

小学校6年までの義務教育期間中（現在、義務教育は9年に移行中）に避妊などの知識を得ることはなく、また、カトリック教の教義の影響により女性たちが家族計画を話題に出すことは「何かいけないこと」を話すという罪悪感に駆られ、そのことがさらに女性自身による情報の入手を阻んでいると推察される。

さらに、家族計画のサービスを楽しみたいと思う農村女性にとって、病院へ行くことは決して容易なことではない。その理由には、地理的・経済的・精神的理由が挙げられる。地理的理由は、村から病院までの距離であり、経済的理由は、交通費の問題である。精神的理由は、現地語グアラニー語しか話すことができない、またはスペイン語が話せても自身では「上手に話すことができない」と思っている農村の人々にとって、「権威主義的な病院の医者」に対し、グアラニー語を話すことや、つたないスペイン語で受診することを「恥ずかしい」と感じている<sup>202</sup>。若者は、「若者」というだけで病院に行くことができないでいる。

若者を含めた女性たちが抱えるリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するニーズは多様である。それは、すぐに手の届くものである避妊具の入手などから、家庭内外の権力構造の転換を目指したもの、すなわち夫の価値観の転換、権威主義的な医者の対応の転換、若者でもサービスを受ける権利があるという社会規範の転換などである。これらは、ジェンダー分析でいうところの、実際的ニーズと戦略的ニーズに分類することができる<sup>203</sup>。また、前者は、狭義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツであり、後者は広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツという分類が可能となるかもしれない（表7-1、7-2に関しては第7章を参照）。

望まない妊娠と闇中絶により合併症などを引き起こし、しばしば死に至る女性たちが多いこと、また、子どもの数を制限したいという思いを抱くことは「よくないことではないか」と自身を責めること、しかしながら、家族計画やリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスを楽しみたいと考える女性たちの状況を考えると、農村部の人々にも届くリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関するプログラムの立案・支援が急務ではないだろうかと考える。

## 5-5 リプロダクティブ・ヘルス／ライツに関わるプログラムへの支援

パラグアイ農村部の女性たちのニーズには実際的ニーズと戦略的ニーズの双方があった。前者は、女性たちの家族計画のニーズや若者へのHIV／AIDSを含めた性教育のニーズなどである。後者は、夫の家族計画に関する意識の変革や、権威主義的な医者と患者との関係、若者に対する社会規範の変革を求めるニーズ、人間関係のあり方についてのニーズなどである。女性たちの実際的ニーズをみとすためには、まず、病院のサービスのあり方を検討する必要がある。

厚生省の管轄下にある地方病院の診療所の薬剤棚には二国間援助により贈与されたノルプラント、

<sup>201</sup> 藤掛洋子（2000a）p.127.

<sup>202</sup> 藤掛洋子（1999）p.3.

<sup>203</sup> モーザ、キャロライン（1996）などを参照されたい。

デポプロベラ、殺精子剤、IUD、などが多種陳列され使用されていた<sup>204</sup>。しかしながら、担当医はそれらの避妊薬の副作用について十分には知らされておらず、また知っていても不十分な情報であることが多かった。そのため患者に対するインフォームド・コンセントという概念を聞くことはできなかった。IUDなどを避妊目的で女性たちが挿入しても、その後病院に定期検査に来ることも、取り外しに来ることもないという。このようなサービスの質の向上や若者に対する対応についても検討がなされるべきである。今後は、医療従事者への教育プログラムなども検討されるべきであろう。

次に、男性への意識変革についてであるが、マチスモ思想の男性たちに家族計画について情報を提供するためには、日本において戦後実施されてきたインテグレートプロジェクトのようなアプローチの手法（養鶏や野菜栽培、農協の運営など、男性が多く関わる分野と統合する）を用いた多様なプログラムが検討されるべきであろう。

## 5-6 まとめ

パラグアイ政府はICPDのリプロダクティブ・ヘルス／ライツの概念に合意している。しかし、権限を持つ責任者の意向により、多くのリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムは実施されてこなかった。つまり、「権力」を行使することのできるレベルの人々によってプログラムが支援され、そこで分配の方式がかたちづくられてきたということが出来る<sup>205</sup>。農村部においては、カトリック教の教義やマチスモ思想、高齢の女性たちの意識が複雑に交錯することにより既婚女性の子産み意識や若者の行動様式を強く規定してきた<sup>206</sup>。しかし、女性たちは、家族計画のような狭義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツのみならず、家庭内外の権力構造の転換を目指した広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスを望んでいることが明らかになった。このようなニーズを充足するためにも、新たな環境づくりが求められる。

---

<sup>204</sup> 筆者の1999年12月、2001年4月の調査による。

<sup>205</sup> Kabber, Naila (1994) p.70.

<sup>206</sup> 藤掛洋子 (2001b) p.8.



## 6 北アフリカチュニジア共和国<sup>207</sup>

本章では、チュニジアにおける若者を対象にしたリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関するプログラムの一部を検証するとともに、若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観及びニーズを考察する。

尚、本章で扱う思春期のユース・若者のプログラムの記述に際しては、便宜上「若者」と表現することとする。

### 6-1 チュニジアの概況及び政府のリプロダクティブヘルス/ライツ問題の位置づけ

#### 6-1-1 チュニジア共和国の概況

北アフリカの地中海沿岸部に位置するチュニジアは、人口約 940 万人を有する国であり、1956 年にフランスの保護領より独立した。国民の 98% がスンニー派イスラーム教徒である。公用語はアラビア語であるが、フランス語が広く普及している。また、家庭内や農村部ではチュニジア語を用いることが多い、という。

チュニジアは、独立を契機に他のアラブ・イスラーム諸国に先駆けて、一夫多妻制を廃止し、1958 年には教育の男女平等を盛り込んだ憲法改正を行った。教育制度も 1991 年より義務教育年限を 6 年から 9 年に変更するなど、積極的な教育改革を進め、早い時期から女性の地位向上に関する政策を実施している<sup>208</sup>。女子差別撤廃条約には 1985 年に批准している。中絶は 3 ヶ月未満であれば可能であり、クリニックに勤務する医師などに施術してもらう。

1999 年度の国民 1 人当たりの国民所得は 2224 米ドルである。

#### 6-1-2 チュニジア政府のリプロダクティブヘルス/ライツ問題の位置づけ

チュニジアのナショナル・マシナリーは、女性・家族省 (Ministère des affaires de la femme et de la famille) であり、総理府の下に設けられている<sup>209</sup>。同省の下には、国家女性委員会 (National Commission for Women) と女性研究調査センター (Centre de Recherche et de documentation et d'information sur la femme: CREDIF)、ジェンダー平等事務局 (Office for Gender Equality)、女性調整庁 (Interdepartmental Agency on Women) がある<sup>210</sup>。そこでは、十分なジェンダー政策を立案・実施するとともに、若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連したユースガイドラインも作成

<sup>207</sup> 藤掛洋子 (2000c) を参照されたい。

<sup>208</sup> 詳細は国際協力事業団企画部 (1998) などを参照されたい

<sup>209</sup> *Ibid.*

<sup>210</sup> *Ibid.*

されている<sup>211</sup>。

チュニジアは、中東・北アフリカ諸国の中で最も早く、1964年に保健省を実施機関として家族計画プログラムを開始した<sup>212</sup>。1990年には、1) 出産後のモニタリングや2) 出産のための準備など、母子保健分野に重点を置いたプログラムが策定されている<sup>213</sup>。1994年以降、同国政府はICPDの考えを受け、家族計画をより広く「リプロダクティブ・ヘルス」と捉え直し、既存のプログラムにICPDで提唱されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの理念を積極的に反映させている。また、主に全人口の半数を占める若者層に対するリプロダクティブ・ヘルスに関する教育を強化する方針も打ち出している。

ICPDの翌年、1995年1月には首都テュニスに於いて「第1回リプロダクティブ・ヘルス・人口会議」が実施された。この背景には、ICPDの準備委員会にチュニジアが積極的に関わっていた<sup>214</sup>ことが関係している。このようにチュニジアは、「性を語ることはタブー」と一般的には考えられるイスラーム国でありながら、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの諸分野においては先進的な歩みをしている。

## 6-2 ユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツ関連プログラムへの取り組み状況

チュニジア政府は、ICPDのカイロ行動計画の中にある「(前略) 思春期の若者は特に弱い立場にある。これは大部分の国では情報と関連サービスが不足しているためである。(後略)」という考えを踏襲し<sup>215</sup>、ユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムに積極的に取り組んでいる。

国家家族人口公団 (Office National de la Famille et de la Population : ONFP) は、1997年より国連人口基金 (UNFPA) の、また1999年よりJICAの支援を受けてユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムを実施している。また、その他にもUNICEFなど国連援助機関をはじめ、IPPFなどの国際NGOとの連携によるユース・リプロダクティブ・ヘルスプログラムも各地で展開している。

---

<sup>211</sup> 女性・家族省大臣への筆者のインタビューより。2000年9月6日。

<sup>212</sup> 岩崎えり奈 (1997) p.95.

<sup>213</sup> *Ibid.*

<sup>214</sup> 女性・家族省及び国家家族人口公団職員への藤掛洋子による2000年9月の聞き取りによる。

<sup>215</sup> The Republic of Tunisia, Ministry of Public Health, National Family and Population Board (The Tunisian Reproductive Health Programパンフレット) p.16.

●チュニジアの ONFP が考える思春期の定義

思春期については、ONFP 側の明確な定義は存在しないようである。「ONFP が考えている思春期とはつまり第 2 次性徴 (puberty) の時期を指し、声変わり、体の変化、初潮などを見る年代をさすことから<sup>216</sup>」ユースを 17 歳から 24 歳と定義している。この前提として、「性的関係を持ち始める年齢等に考慮している」<sup>217</sup>。その一方、ONFP のユース・リプロダクティブ・ヘルスプログラムは資金供与機関である UNFPA の定義に基づいてユースを 15 歳から 24 歳と定義し、プロジェクトの対象者としている。

### 6-3 若者たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する状況

本節では、若者たち (男 27、女 40 人、合計 67 人) の協力を得て実施した 7 回のフォーカス・グループ・ディスカッションから得たデータ及び医療従事者などへの聞き取りに基づいて検証を行う。

#### 6-3-1 若者たちの一般的な状況

同国の初等教育への就学状況は、女子が 99.0%、男子が 99.1% (1998) とほぼ同数で、大学進学率は、女子が 45.0%、男子が 55.0% (1998) <sup>218</sup> となっている。大学進学率の格差は今後さらに減少するであろうと言われている。

男女共通に見られる進学率の上昇は、地方の男女が単身で首都テュニスに移動し一人暮らしや寮生活をしていることを意味する。しかし、チュニジアでは一般的に男子は調理をしない、という。地方都市や農村部から大学進学のために都市部に来た男子は、「食べていくための調理はする」が、「洗濯は農村から来ている女性に賃金を支払って依頼する」という。したがって同郷から出てきた女子と同居するケースも多くあり、それは「経済的な面と精神的な面の双方が理由である」という<sup>219</sup>。しかし、同居者の多くが「恋人同士」、つまり同棲カップルとなり、十分な避妊の知識を有しないまま性交渉を行うため多くの女子学生が望まない妊娠をする<sup>220</sup>。その結果、女子学生のみが妊娠中絶の相談のためにクリニックを訪問することになる。

チュニジアでは、性を語ることは「タブー」とよく言われる。また、若者の性の知識は十分ではない。その理由は多様であるが、例えば、「両親は子どもに対してセクシュアリティやセックス、生理などについて語ることはあまりなく、多くの若者はある日突然声が変わりびっくりした」や、「生理が突然はじまって驚いた」という<sup>221</sup>。しかし、性のことについて子どもから親に対し尋ねたりすることなく、その理由は、「恥ずかしさ」や「親への尊敬」などからであるようだ<sup>222</sup>。

<sup>216</sup> 筆者の専門家時代のカウンターパートであった Khelif, Sonia 氏の談。

<sup>217</sup> 畑中初音専門家のカウンターパートへの聞き取りによる。

<sup>218</sup> Tunisia National Report on Population 1994-1998 より引用。

<sup>219</sup> 筆者の医療従事者へのインタビュー (2000 年 8~10 月) による。

<sup>220</sup> Ibid.

<sup>221</sup> 藤掛洋子 (2001a) p.49.

<sup>222</sup> Ibid.

一方、都市部在住の若者からは、「性を語ることはタブー」や「イスラーム教の社会において婚前交渉はない」などの「一般的な社会の認識」とは少し異なった声も聞かれた<sup>223</sup>。「未婚者同士の性交渉はもちろんある」、「昔と今は違う」と語る<sup>224</sup>。それ故に親や学校から、「基本的なそして正しい性の知識を教えて欲しい」と望んでいる。若者が持っている性の情報は、「学校の科学の授業で2時間程度学んだもの(男女)」や「雑誌や衛星放送、友人同士から学んだ」不十分な情報である<sup>225</sup>。ところが、「衛星放送で時にはセックスなどのシーンも見る」ため、「実践してみたいと思い」、正しい知識を持たないまま「性交渉をし」、その結果、「望まない妊娠や出産をしている女性も多い」、のだと言う<sup>226</sup>。

テュニジアの都市部でも農村部でも「男性は結婚前に性交渉を経験すべきで、女性は純潔を保つべき」という性の二重規範が存在する<sup>227</sup>。男子は性交渉の経験などを男子の友人に自慢する一方、女子は性交渉の経験をひたすら隠す。そのことが、女子の望まない妊娠の早期発見を一層遅らせている。

### 6-3-2 ピア・エデュケーターとしての教育を受けた若者の状況

テュニジアではユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムが各地で展開されていることは先に述べた通りである<sup>228</sup>。そのプログラムの中で重要な位置を占めるものに、ピア・エデュケーターの育成がある。ピア・エデュケーターになるのは、ボーイスカウト活動をしている男女と専門学校の生徒の中から選抜された若者たちである。前者は比較的高学歴であり、大学生や、高校卒業後、大学に入るためのバカロレアの準備をしている学生たちもいる。後者は、中学を卒業後、専門学校に入った若者であり、仕事と専門学校の授業を掛け持ちしているものも多い。彼/彼女らへの教育トレーニングは3日間にわたる。生殖器の構造、生理の仕組み、性感染症、エイズ、避妊方法などについて学ぶとともに、これらに関するパンフレットなどが教材として渡される。彼/彼女らはこれらのパンフレットなどを自身の手持ち資料とし、友人に声をかけて、講習会で学んだことを説明するとともに、友人の質問などに答えていく。

多くの若者たちの学んでいる知識は、しかしながら上述のように「科学的な性の知識」すなわち、狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ(表7-2参照)であり、また、若者たちは、「友人への知識の普及」という奉仕の実践活動に「満足感」を感じながらも、実際には「さらなる知識の習得が必要である」と考えている。例えば「HIV/AIDSやSTDに感染するとどのような症状になるのか、質問されても答えられなかった(男女)」や「女性の生理の仕組みや妊娠の仕組みを知りたい、聞かれても答えられないから(男子)」などというものであった。また、「思春期とは何かと聞かれて答えられなかった」や、「マスターベーションをするとインポテンツや、性病になると信じている先輩にその知識は間違っていると信じてくれない、対人関係を学びたい(男)」というものもあった。また、「権威的な親や学校教師への教育が必要」という意見も挙げられた。若者たちは男女関係のあり方や両親

<sup>223</sup> Ibid.

<sup>224</sup> Ibid.

<sup>225</sup> Ibid.

<sup>226</sup> Ibid.

<sup>227</sup> Ibid.

<sup>228</sup> 詳細は藤掛洋子(2000c)を参照されたい。

とのコミュニケーションなど、狭義のみならず広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツのサービスを得ることで、家庭内外の権力構造の転換を望んでいるということが出来る。

今後は広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツも含めて継続的な知識の普及が必要であろう。また、若者自身が同世代のニーズを引き出すような仕組みづくり（洞察シアターの若者自身による実施など）も検討されるべきである。

### 6-3-3 ピア・エデュケーターとしての教育を受けていない若者の状況

当該プログラムの教育を受けていない若者たちは以下のような意見を述べた。家族の問題として、「親は子どもたちにリプロダクティブ・ヘルスに関係する説明義務はないと考えている（権威主義的な親）」ことや、「女子に教育は必要ないと考えている」という。それらを解決するためには、「組織による教育活動などを通して親の意識の変革を図る」ことや、「女性の権利と義務についての正しい理解の促進を進める」ことが必要であるという。また、病院などに対しても、「若者が期待するサービスを提供してくれない」、「妊婦のための病院と考えられているクリニックをもっと若者や男子が入りやすいようにしてほしい」と意見を述べた。教育システムについては、「リプロダクティブ・ヘルスについて学ぶ十分な時間がない」ことや、「権威主義的教師の問題」を挙げ、「学校の科学の時間の延長によりセクシュアリティやリプロダクティブ・ヘルスについて学べるような時間配分を考える」ことや、「中学3年以下で性について学べるようなカリキュラムの編成を行う」ことを挙げた。

彼／彼女らもまた、「科学的な知識」である狭義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツとともに、広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの知識を得ることにより、家庭内外における権力構造の転換を望んでいることがわかる。

ところで、チュニジアにおけるユース・リプロダクティブ・ヘルス／ライツのプログラムは、未婚の母や貧困層の少女などを救いあげることができていない。また、スカウトのピア・エデュケーターは8割が男性であるなど裨益者が特定の階層や性別に偏る傾向があった。このことから、今後、リプロダクティブ・ヘルス／ライツのプログラムの支援や実施に際し、社会・ジェンダーに配慮した調査や評価などを行うことが望まれる。

### 6-3-4 NGO との連携

近年、日本の ODA 事業においても NGO との連携が活発に行われ、重要な支援の一つになりつつある。チュニジアにおいても、すでにいくつかの NGO がユース・リプロダクティブ・ヘルス／ライツのプログラムにおいて連携して活動している。しかし、ボランティアで協力している医師や学校教諭より、「若者たちに配布する教材の不足」や「継続した教育の不足」などが指摘されており、「せっかく育てたピア・エデュケーターも途中で活動を行わなくなる」という。NGO は地域に密着した活動ができるものの、十分な予算を持っておらず、末端部へ行くほど、「手弁当」の状態になっている。このような末端の NGO が抱える問題にも支援できるような枠組みづくりが求められる。

今後は、NGO が抱える問題点を適切に把握するとともに、裨益者からこぼれ落ちてしまった階層

を対象に活動をしている NGO との連携により、上述したような若者たちのニーズや裨益者の偏重を減らすことが望まれる。

ところで、しばしば NGO においては、ICPD で合意されたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を十分に理解していないにもかかわらず、国連国際会議で議論されているテーマを先取り、計画書を作成することで国際援助実施機関からの支援が「容易」に得られることを熟知している組織も多く存在する。今後は、広義と狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツのプログラムを多面的に支援することのできる NGO の能力を見極める必要があるであろう。

#### 6-4 若者たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する諸問題とニーズ

チュニジアの一般の若者たちは、地中海沿岸という立地ゆえに西欧で繰り広げられる最新のニュースや情報を衛星放送などから入手できる。「チュニスはパリである」と語る何人もの若者に会った<sup>229</sup>。「衛星放送で時にはセックスなどのシーンも見ると」ため、「実践してみたいと思い」、正しい知識を持たないまま「性交渉をし」、その結果、「望まない妊娠や出産をしている女性も多い」。一方、イスラーム教の倫理観や既存の伝統的な男女の役割に規定されている若者たちもいる<sup>230</sup>。男性は性行動を積極的に起こすことを男子仲間から求められ、女性は結婚まで純潔を保つことが求められる、つまり性の二重規範が存在する。女性が性や避妊の知識を持つことは、パラグアイでもそうであったように性に対しルーズであると思われることから、パートナーに対し避妊の要求を行うことは少なく、その結果、望まない妊娠をすることも多い。望まない妊娠をした場合、多くの男性パートナーは責任を取りたがらず、「妊娠のショックというよりも恋人の態度にショックを受ける少女も多い」と言う。妊娠は女性の体にもみ起こることであり、また性感染症には男性よりも女性の方が感染しやすいため、責任ある性行動のあり方を若者たちと一緒に考えていくこと、そして男女間の権力関係の転換を目指したプログラムの推進が図られるべきであろう。

#### 6-5 リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わるプログラムへの支援

ピア・エデュケーティング活動は、若者同士で語り合うことを通して責任ある性行動について考えることが可能となる。また、若い女性は性的にルーズであると思われることなく、若者の性について語る利点がある。さらに若者たちは指導的な立場に立つ体験をすることから自身のエンパワーメントにも寄与する。今後は、プロジェクトの対象からこぼれ落ちている未婚の母や貧困の少年・少女などにサービスが届くための枠組みを模索すること、親や教師への支援の枠組みをつくること、クリニックなどの雰囲気とサービスの転換などが図られるべきであろう。

---

<sup>229</sup> 藤掛洋子 (2001a) p.51.

<sup>230</sup> *Ibid.*

## 6-6 まとめ

ICPD以降、チュニジアは、広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念に理解を示している<sup>231</sup>。また、同国はリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関するプログラムの実施においては先進国である。しかしながら、若者たちのリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する知識の多くは「科学的な知識」に偏った狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの理解であった。その結果、サービスの主体となる若者のリプロダクティブ・ヘルス/ライツ観も狭義のものとなり、本来国家プログラムが目指している広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの享受という目標には到達していなかった。今後は、若者たち自身が望むニーズの発掘（写真などの入った教材、ジェンダーの平等をメッセージに盛り込んだなど）と若者たちが望む親への広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの知識の普及などにより、権力構造の転換が必要である。

サデック、ナフィス元 UNFPA 事務局長は、1998 年、日本で実施されたインタビューの中で、ユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツとその重要性を以下のように言及している。

（前略）多くの国々において、若者の性行動は活発化しているが、正しい性教育を受ける機会に恵まれていない。ところが、性教育についての情報を与えることに対して、両親や学校の教師、政策策定者にとっては、気の進まないことである。なぜならば、性の情報を与えることは、若者に性行動を勧めていることになる、と考えているからである。その結果、情報を与えられない若者の性行動は無頓着なものになり、開発途上国における若年妊娠及び HIV/AIDS、性感染症への感染が増加している。

（中略）これらに対応するために各国における成功事例や経験から学んでいく必要がある。

サデック、ナフィス元 UNFPA 事務局長 1998 年 10 月 10 日、参議院会館<sup>232</sup>

この発言にもある通り、チュニジアの事例は新たな挑戦であるとともに、今後のモデルプロジェクトとしての可能性を秘めている。日本政府は、UNFPA の支援では十分に対応できていない貧困層に位置づけられる人々（最貧困層の少女、未婚の母など）への対応や、スカウト・ピア・エデュケーターの多くが男子であるというジェンダー問題を克服し、若者たちが望む、親世代への教育も含めた男女間の関係性を問い直す意味での広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツのプログラムの支援を行うことが期待される。

<sup>231</sup> 鈴木良一（1996）p.4.

<sup>232</sup> 女性と健康ネットワーク提供、Redacted paper about Interview to Dr. Nafis, SADIK at SANGIIN-KAIKAN. 1998.10.10.

## 7. 本稿の総括と JICA、ODA 事業への活用

### 7-1 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念の整理

リプロダクティブ・ライツは、人々の選択の権利を保障するために 20 世紀初頭より議論されてきた概念であり、1960-1970 年代の先進諸国における女性運動や国連婦人の 10 年の間に開催された世界女性会議などを通じて国際的に広まった。リプロダクティブ・ヘルスは、1970 年代に WHO が人々の保健ニーズを総合的に把握するために用い始めた概念である。この二つの概念の双方が重要であると世界的に認識されたのは、1994 年の国連国際人口・開発会議 (ICPD) であり、カイロ行動計画でリプロダクティブ・ヘルス/ライツが公式に採択されたことを受け、各国では人口政策の考え方に大きなパラダイムシフトが起きた。

これまで人口問題を解決するための政策は、国家主導で進められ、好むと好まざるとに関わらず「産めよ殖やせよ」と奨励されたり、選択的に「産むべき性」と「産んではいけない」性とに分類されてきた。しかし、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが国際的に合意されたことにより、出産や母子保健にまつわる保健ニーズのみならず、個人（や女性）が出産のタイミングや子どもの数について決定権を持つとともに、生涯を通じた全ての人々の健康と権利を保障する、そのことがひいては人口問題を解決することになる、という考え方が広く理解されたことになる。ICPD 以降、国連諸機関をはじめ各国は、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を政策に反映させ、プログラムを実施しており、このような動きは高く評価することができる。一方、狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの解釈、すなわち「産む性」を持った女性にのみ適用される概念として用いられる傾向もないこともない。

リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツのそれぞれの多くが重なり合っているため、広義と狭義にきれいに分類することはできないものも、今後のリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムの支援の際に有効であると考え、ここでゆるやかな分類を試みたい（表 7-1 参照）。

まず考え方であるが、教義の概念は、これまでの人口政策は国家によるものであった。しかし、広義の考え方は、女性や人々が主体となり人口問題やリプロダクティブ・ヘルス/ライツについて考えていくことが人口問題の解決に重要である、という立場をとる。次にサービスの主体となる人々の単位であるが、狭義の解釈においては、結婚をしているカップルや「産む性を持った出産年齢にある女性」などであり、同性愛者や高齢者、障害者、少女、男性など、産まない、産めない人々を排除してしまうことになっている。しかし、広義の解釈は、多様なカップル、多様な家族 (Families)、同性愛者、障害者、高齢者、女兒、若者など、全ての個人が含まれている。サービスの内容は、以前は、国家の管理下に置かれた特定のサービス、すなわち国家による強制的な避妊手術や避妊薬の投与などであったが、今日理解では、これまで述べてきたように個人の選択肢を最大限にする必要があるとともに、リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツの双方を享受することが求められている。

次にサービス内容という視点に立つとリプロダクティブ・ヘルスは以下のような分類が可能となる



表 7-1 リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念に関する広義と狭義の考え方

		狭義	広義
考え方		(過去) 国家による人口政策	(現在) 女性や人々が主体
サービスの主体となる人々の単位		Family、結婚しているカップル (ホーリー・シー、カトリックなど)	多様なカップル、多様な家族 (Families)、同性愛者、障害者、高齢者、女兒、若者など多様な人々、すなわち全ての個人 (先進諸国)
サービスの主体となる人々		産む性を持った女性、既婚女性 (ホーリー・シー、カトリックなど)	多様なサービス (表 7-2、7-3 を参照されたい)
サービスの内容	家族計画に関するサービス	避妊薬の投与、避妊具 (薬) の配布、国家による強制的な避妊手術など	賛成 (先進諸国)
	中絶に対する立場	反対 (ホーリー・シー、カトリックなど)	賛成 (先進諸国)
期間		出産可能年齢 (ホーリー・シー、カトリックなど)	生涯を通じて (先進諸国) 表 7-3 を参照されたい

出所：藤掛洋子 (2001.2. 20) 作成。

であろう (表 7-2 参照)<sup>233</sup>。

- 1) 生理機能：男女の違い、初経、月経、射精、夢精、
- 2) 処置：衛生、月経の手当て、避妊コンドームの使用法、避妊薬や女性用避妊具の知識、マスターベーション、エイズ、STD、
- 3) 生殖：性交、受精、妊娠、出産、女性特有の病気についての知識
- 4) 妊娠・出産・中絶：家族計画、避妊、安全な中絶、不妊治療、

などが挙げられる。

リプロダクティブ・ライツという視点に立つと、

- 1) 権利：両性の平等、自己決定権、セクシュアリティ、プログラムの企画への参加、サービスの享受、女性性器切除の拒否
- 2) 社会と性：性の商品化、性暴力、売買春、セクシュアルハラスメント、同性愛、障害者の性、家族関係、高齢者の性
- 3) 情操：人間関係、結婚観、死生観、愛

などが挙げられる。

上述のようなサービスを包括的に統合すること、そして女性を「産む性」と限定しないこと、さらに選択的に「産むべき性」と「産んではいけない性」を分別しないことが原則となるであろう。尚、表 7-2 は、先述した考え方と同様に厳密にリプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツを分断することを意味しているものではない。

最後に、リプロダクティブ・ヘルス/ライツには、時間軸の視点も当てはめられるべきである。狭義の意味においては、出産可能年齢を対象期間としているが、広義の意味においては表 7-3 に見る

<sup>233</sup> 尚、この分類の多く北沢杏子 (2000) に拠っているが、この冊子については、畑中初音 JICA 専門家より紹介頂いた。記して感謝したい。

表7-2 リプロダクティブ・ヘルス/ライツのサービスに関する狭義と広義の分類

		広義	
		狭義から広義へ	
		リプロダクティブ・ヘルス (狭義)	リプロダクティブ・ライツ (狭義)
知る・実行(行使)する権利	権利など		両性の平等、自己決定権、セクシュアリティ、プログラムの企画への参加、サービスの享受、女性性器切除の拒否
	生理機能など	体の仕組み、男女の違い、初経、月経、射精、夢精、閉経	
	処置など	衛生、月経の手当て、避妊コンドームの使用法、避妊薬や女性用避妊具の知識、マスターベーション、エイズ、STD	
	生殖など	性交、受精、妊娠、出産、女性特有の病気についての知識	
	妊娠・出産・中絶など	家族計画、避妊、安全な中絶、不妊治療	
	社会と性など		友人関係、親子関係、性の商品化、性暴力、売買春、セクシュアルハラスメント、同性愛、障害者の性、家族関係、高齢者の性
	情操など		人間関係、結婚観、死生観、愛

年少期、思春期、出産可能期、閉経後、老年など全ての人の生涯を通じたサービス。(表7-3)を併せて参照されたい。

出所：以下を基に藤掛洋子（2001.2. 20）作成

1. 北沢杏子（2000）『アーニー出版総合カタログ』、アーニー出版。この冊子は畑中初音 JICA 専門家より紹介頂いた。記して感謝したい。
  2. World Health Organization, WHO/FHE/RHP7, WHO/FHE/RHP9.
  3. 国連人口基金（1995）、『世界人口白書 1995』p. 45.
  4. 阿藤誠（2000）『現代人口学—少子高齢社会の基礎知識』、日本評論社
- 尚、この表は厳密にリプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツを分断することを意味しているものではない。リプロダクティブ・ヘルスやリプロダクティブ・ライツの中にも広義と狭義の分類は存在すると考えられるため、個人や社会の諸状況に即して解釈することが望まれる。

ように人々の生涯の健康を保障することがリプロダクティブ・ヘルス/ライツの解釈である。誕生から、思春期、出産可能期、閉経期と人々が直面する問題は当然のことながら異なり、また女性は出産の機能を有しているが故に男性にはない、女性特有の病気がある。そのため、対応するサービスも多岐にわたる。国際協力の現場では、人々の抱える諸問題やニーズ、相手国の要請、予算、期間、専門家の専門性、政治的な動き、国際援助実施機関との相互協調やすみわけなど多様な要素を含めて考えられなければならないが、そこには常に ICPD で合意された広義の概念に基づいたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念に基づいたプログラムの策定・支援が求められている。

しかし、多様な社会の諸問題とニーズ及び援助供与側の実行可能性の双方を検討することは容易なことではない。そこで、対象社会の状況を把握し、適切なプログラムの支援を行うために、社会・ジェンダー調査などを用いて 1) これまでの支援の適切な評価とその活用や、2) 今後協力を行う対象社会についてジェンダー視点に立った調査の実施が求められてくる。

表7-3 ライフサイクルからみたリプロダクティブ・ヘルス/ライツとサービスの主たる主体となる人々

問 題		対応するサービス	サービスの主たる主体となる人々
循環器系の疾患	老 年	早期発見、情報、治療	問題を抱える当事者（以下当事者）
脱肛、骨粗鬆症	閉経期	早期発見、情報、治療	当事者
生殖器系のがん・乳がん		STDの予防と治療、早期発見、情報、治療	当事者、パートナー
栄養不良・貧血（全年代を通して）		補助食、教育	当事者、家族・同居者など
不妊		カウンセリング、初期予防	当事者、パートナー
中絶の合併症		治療、カウンセリング、家族計画、 責任ある性行動を促す教育	当事者（、パートナー）
妊産婦の疾患及び死亡		家族計画、産前・分娩時・産後のケア、 緊急時の産科ケア、破傷風の予防接種	当事者
受胎調節		家族計画、避妊、情報、教育	当事者（、パートナー）
売買春		カウンセリング、法的、社会的変革	当事者（、買春を行う人々や売春を 斡旋する業者への対応）
薬物乱用 （アルコール、麻薬、タバコなど）	出産可能期	教育、治療、カウンセリング	当事者、家族・同居者など
性暴力（全年代を通して）		カウンセリング、法的、社会的変革、教育	当事者、加害者
有害な伝統的慣習、社会的規範 （全年代を通して）		エンパワーメント、法的、社会的変革、教育	当事者
STD、HIV （乳児、胎児への母子感染も含む*）		発見、治療、カウンセリング、教育、 予防、適切な避妊	当事者、パートナー
栄養（全年代を通して）		補助食、教育	当事者、家族・同居者
危険な性体験（高齢者も含む）	思春期	家庭内外における教育	当事者、家族・同居者
思春期の妊娠		家庭生活教育、カウンセリング、 家族計画、有害な慣習の変革	当事者、家族・同居者、学校教諭など
その他の疾患（全年代を通して）		健全な環境、健全な職場、プライマリ・ ヘルス・ケア、教育、予防接種	当事者、家族・同居者など
新生児の疾病と死亡		産前、分娩時・産後のケア、母乳育児	当事者（併せて母親）
低体重児	誕 生	補助食、教育、産前のケア、 保健教育の推進、疾病の予防	当事者（併せて母親）

出所：以下の文献を参照して藤掛洋子（2001.2.20）作成。

1. World Health Organization, WHO/FHE/RHP7, WHO/FHE/RHP9.
2. 国連人口基金（1995）、『世界人口白書1995』：p.45.

\* 引用資料の邦訳『世界人口白書1995』：p.45においては、垂直感染と表記されていたが、本表では宮澤豊（1998）「HIV感染症・後天性免疫不全症候群」、北村邦夫（ed.）『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ—性と生殖に関する健康と権利』メディカ出版pp.178-183 などにならって、母子感染と表記する。

## 7-2 リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムの支援に際し 留意する事項

リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する諸問題は、対象社会の社会・ジェンダーと複雑に交錯している。したがって、量的な2次データとともに質的なデータを参与観察や半構造インタビューなどから入手し、それら双方を突き合わせ、縦横斜めに検証する必要がある。そのことを通し、数字の背景や数字に表れない諸現象を解釈・検証する必要がある。さらに、その解釈や検証は、マクロレベルからミクロレベルまで行われることが望ましい。

### 7-2-1 対象国の社会・ジェンダー調査

人々は、マクロレベルでは、グローバリゼーションや、国家政策、市場経済などにより、メゾレベルでは地方分権化による地域の固有の政策、権力者の意向などにより、ミクロレベルでは地域や共同体の規範・慣習、家父長制、超ミクロでは家庭内の力関係（パートナーとの関係など）など、多様な側面から影響を受け、また影響を与えつつ日々の生活を送っている。マクロから（超）ミクロまでの人々のつながりは決して分断されるものではなく、連続していると考えることができる。そして、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わる諸問題は、このようなマクロから（超）ミクロ全般にわたるジェンダーの不均衡に拠っている部分が多い。

そのため、これまでも、対象社会の社会・ジェンダーの（不）均衡を把握するために、多様な試みがなされてきた。代表的なものとしては、1990年以來国連開発計画によって発表されてきた人間開発指数（Human Development Index : HDI）や、ジェンダー開発指数（Gender Development Index : GDI）、ジェンダーエンパワーメント測定（Gender Empowerment Measure : GEM）<sup>234</sup>であろう。このようなマクロ指標は、傾向としての社会状況を把握することには有効であろう。しかし、再生産労働などのいわゆるアンペイドワーク（un-waged、non-wage、without wage、unremuneratedなどと英語では表現される）やインフォーマルセクターの実態など市場に表れない数値、すなわち不可視化された数値を把握することは困難である。また、不可視化されたデータを可視化する多様な試みとしては国民経済計算体系（System of National Accounts : SNA）などがある。SNAは、1993年の改訂版において、世帯内自家消費のためのあらゆるモノの生産は、経済生産の中に含まれるべきであると初めて勧告している。しかし、SNAからは料理や掃除、育児、介護など世帯内サービス生産は除かれている。また、1994年の北京会議における北京行動綱領、156項、206項では、再生産労働の種類、範囲、分布を問題にし、量的測定のために生活時間調査や時間統計の必要性、生活行動の国際分類の開発の重要性を提起している<sup>235</sup>。このような試みと算出されたデータは重要であるものの、それでも複雑な相互作用により影響を受けている、また与えている対象社会の状況を適切に把握することはしばしば困難である。

<sup>234</sup> 国連開発計画（1995）

<sup>235</sup> 伊藤セツ（2000）p.139.

ここで、チュニジアの事例について今一度考えてみたい。

チュニジアのユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツのプログラムはスカウトと専門学校の生徒をピア・エデュケーターとして育成し、若者層にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの知識を普及するというものであった。若者層の人口や、若者層が所属する機関などを丁寧に拾い出し十分に検討したプログラムであると考えられ、裨益者層は下方に行くに従って拡大していると思われる。しかし、例えば、貧困層のユースはスカウト活動にも専門学校にも所属しておらず、すなわち無所属であるために、このプログラムの裨益者ではない。また、貧困家庭において近親相姦により妊娠をした少女などは最も緊急な対応が求められるべきであるが、プログラムの中には一切含まれていない。このように、本来ならばプロジェクトの対象者として最初の段階で設定される可能性の高い人々（しばしば「ハイリスク・グループ」という言葉で表現される）が、社会・ジェンダー調査が十分に行われていないなどの理由から対象者として設定されえない。したがって、プロジェクトの実施や支援の進展により、対象グループと非対象グループの知識格差やサービスを享受する機会には尚一層開きが出てくる。つまり、プロジェクトの進展は階層格差をより一層促すことにつながる危険性がある、ということになる。このような状況を避け、第45回CSWでも重要なテーマであったジェンダーに配慮したプログラムの支援・推進のためには、質的・量的な視点を含めた適切な社会・ジェンダー調査・分析がなされるべきであると考える。

社会・ジェンダー調査は、計画・実施・評価の全サイクルにおいて行われるべきである。社会・ジェンダー分析の手法は、『WID 配慮における社会/ジェンダー分析手法調査報告書』国際協力事業団国際協力総合研究所（1993）など<sup>236</sup>を参考にされたいが、特にリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連する事項として、以下のジェンダー平等指数（表7-4）などを追加するべきであると考え。また、これらの指標は当該対象社会の状況や日本政府の方針、派遣される専門家やプロジェクトの形態など個々の文脈に合わせて修正される必要のあることを補足しておきたい。

〈ジェンダー平等指数〉

- 1) 身体の自立性：①セクシュアリティのコントロール、②生殖のコントロール、③ジェンダーに基づく暴力に対し法的保護を求める知識
- 2) 家族・家庭内での自律性：①結婚あるいは離婚の自由、②離婚する場合の子どもの親権、③家庭内の資金・資源に対する意思決定権及びアクセス権、
- 3) 政治力：①家庭を超えたレベル（共同体、組合、地方自治体、議会、政府など）における意思決定への参画②上級管理職における女性の割合、
- 4) 社会的資源：①保健に対するアクセス、②教育に対するアクセス、③外部者（普及員、開発協力関係者など）へのアクセス、
- 5) 物質的資源：①土地に対するアクセス、②家屋に対するアクセス、③世帯所得に対するアクセス、④信用貸付に対するアクセス、⑤泉、小川、水、水道などへのアクセ

<sup>236</sup> 他にも国際協力事業団（1993）や、モーザ、キャロライン（1996）、March (eds.) (1999) など多数手引書は出版されている。

- ス、⑥作物へのアクセス、
- 6) 雇用および所得：①有償及び無償労働に占める割合、②男女の賃金格差、③フォーマルセクター及びインフォーマルセクターに占める割合、
- 7) 時間：①余暇時間、②家事労働時間、③睡眠時間

表 7-4 ジェンダー平等指数

問題領域	指数
身体の自律性	1) セクシュアリティのコントロール
	2) 生殖のコントロール
	3) ジェンダーに基づく暴力に対し法的保護を求める知識
家族・家庭内での自律性	1) 結婚あるいは離婚の自由
	2) 離婚する場合の子どもの親権
	3) 家庭内の資金・資源に対する意思決定権及びアクセス権
政治力	1) 家庭を超えたレベル（共同体、組合、地方自治体、議会、政府など）における意思決定への参画
	2) 上級管理職における女性の割合
社会的資源	1) 保健に対するアクセス
	2) 教育に対するアクセス
	3) 外部者（普及員、開発協力関係者など）へのアクセス
物質的資源	1) 土地に対するアクセス
	2) 家屋に対するアクセス
	3) 世帯所得に対するアクセス
	4) 信用貸付に対するアクセス
	5) 泉、小川、水、水道などへのアクセス
	6) 作物へのアクセス
雇用および所得	1) 有償及び無償労働に占める割合
	2) 男女の賃金格差
	3) フォーマルセクター及びインフォーマルセクターに占める割合
時間	1) 余暇時間
	2) 家事労働時間
	3) 睡眠時間

出所：以下の文献を基に補足を加え藤掛洋子作成（2001年2月20日）。

Wieringa, Saskia (1998), 藤掛洋子 (2000a)

また、パラグアイとチュニジア両国の事例からも明らかになったように、女性たちや若者たちは目の前にあるいわゆる実践的ニーズと権力構造の転換を目指したニーズである戦略的ニーズの双方を持っていることが明らかになった。前者は、「家族計画の手法を学ぶ」や「性の知識や体の仕組みについて学ぶ」、などであり、後者は、「夫が家族計画を実行する（ことに同意する）」や、「権威的な親に教育をする」、というものであった。このことは、先にも述べたように広義、狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方をモーザ、キャロライン (Moser, Caroline)<sup>237</sup>の指摘する実践的ニーズと戦略的ニーズの枠組みで解釈・検討できることを示唆している。社会・ジェンダー調査を実施する過程

<sup>237</sup> モーザ、キャロライン (1996)

で浮き彫りになる人々のリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関する多様なニーズを戦略的・実践的ニーズに分類する際、「誰が分類するのか」、ということが問題になるであろう。本来ならば、対象社会の人々が主体的に分類を行うことが望ましいが、戦略的ニーズに関してはしばしば人々の意識に強く表れない場合もある。そのため、現地の開発ワーカーなどと協力すること、いわゆる「外部者」の「介入」が求められることもあり、しばしばそれらは有効であることも起こりうる。

最後に、時間軸（表 7-3）の視点を加えることも補足しておきたい。リプロダクティブ・ヘルス／ライツは誕生から老年期までのトータルな健康の保障のための概念である。しかし、女性と男性では生涯の間でかかる病気の種類も異なる。女性と男性の病気の内容を比較した場合、女性の病気の5分の1は、妊娠や出産によるものである<sup>238</sup>。そのためプログラムの策定・支援の際には、ジェンダーに配慮した計画や目標を設定することが重要になってくるであろう。

対象社会のジェンダーを把握することは容易なことではない。そこで、先のように質的調査の重要性を提起するのであるが、それで全てが解決することにはつながらない。なぜならば、1) 身体の自立性であるセクシュアリティのコントロールや生殖のコントロール、ジェンダーに基づく暴力に対し法的保護を求める知識、2) 家族・家庭内での自律性などを含めた女性たちのリプロダクティブ・ヘルス／ライツの諸問題やニーズを「外部者」が把握することは容易ではないからである。そのため派遣される専門家をはじめ、相手国のカウンターパートや地域の調査協力者の資質、属性（好むと好まざるとに関わらず性別、年齢、所属などには配慮されるべきである）及び調査手法が重要となってくる。

## 7-2-2 調査者と調査協力者と調査手法など

### (1) 調査者

調査者とは、ここでは専門家やカウンターパート、現地のコンサルタントなどのことを指す。調査者のジェンダー（年齢や性別、階級などの諸属性）や調査者の使用言語などには十分な配慮がされるべきである。なぜならば、調査協力者（後述）である対象社会の人々は、社会的な規範などによりリプロダクティブ・ヘルス／ライツの状況について語らない、語りたくなく、語れない状況にあるからである。

### (2) 調査協力者

調査協力者はここでは以下の人々のことを指す。まず第1に、プロジェクトの裨益者と想定される人々、第2に、プロジェクトの実施に有益な情報を提供してくれるであろうリソース・パーソン（Resource Person）、すなわち現地コンサルタント、地方行政官、医療従事者、研究者、NGO'sなどの活動家、国連諸機関の職員、二国間援助に関わる職員などのことを指す。調査協力者は多様であることが望ましいが、農繁期など人々の事情、専門家が抱える時間的な制約、相手国や相手機関の手続きの遅れなどから、全てのジェンダーに配慮した調査協力者にコンタクトを取ることは不可能な場

---

<sup>238</sup> UNFPA (1995)

合も多い。遅れや調査協力者の減数を前提に、偏重を可能な限り避けるような調査協力者の設定が求められる。

### (3) 調査手法

#### 1) 個別聞き取り調査

参与観察を含めてインタビュー形式や半構造インタビューなど多様な聞き取り調査の方法がある。しかし、先述のように専門家や性別や使用言語により生じる制約などは事前に検討されるべきである。また、用いる調査手法により生じる利点・欠点を十分に把握する必要がある。個別インタビューは、個人に対し丁寧な聞き取り調査が可能となるが、ラポールの形成後でないトリプロダクティブ・ヘルス/ライツの問題を把握することは困難の場合も多い。また、個別聞き取り調査には人数に制限があり、調査協力者の属性やデータに偏りが生じる可能性が大きくなる。

#### 2) フォーカス・グループ・ディスカッション

個別インタビューと比較すると、まとまった調査者の意見や傾向を短時間で得ることが可能となる。当然、モデレーターの資質（話し好き、権威主義的、現地語に精通しているか否かなど）が大きく左右するが、技術的な面については、目的に合わせて事前に（ここでは日本人の専門家などと）話し合いを行っておくことが望ましい。

技術的な面とは、例えば、①どのような人々を調査協力者にするのか（性別、年齢、階層、職業、出身など）もしくは、どのような人々であれば調査に協力してくれるのか、②調査協力者の人数はどの程度が望ましいのか（たくさん協力者を得ることができた場合はどのようにグループ分けするのか）、③また、男女が混合になる場合は、①男女混合で最後まで議論を進めるのか否か、②男女別に進め最後に統合するのか否か、③年齢や階層、地域などをどのように考慮するのか、など多様である。これらはいくつかの場面を想定して、モデレーターと事前に話し合いがなされるべきであろう。また、調査者と調査者協力者の双方の抱える時間的制約なども考慮に入れられるべきである。

実際に FGD を始めると、状況によっては、オブザーバーであった年長者や長老などが主導的に意見を述べ始め、本来の調査協力者が発言をしたくても発言できなくなる場合があり、また、全く発言をしない人も必ずいる。そのため、いかに意見を述べてもらうか工夫が必要になってくる。簡易問題分析ツリーなどを参加者自身に作成してもらう（写真 5、6）など、「体を使って、参加者が主体となって問題を考える」空間を演出する工夫が必要であろう。

最後にテーマが微妙なためカメラマンや政府関係者の有無などは議論の進展に左右することが考えられる。距離を置く工夫をしたり、「重々しい雰囲気をつくらない」など事前に話し合うなど工夫が求められる。



### 7-3 国家政策の把握及び国連諸機関（INGOを含む）との連携

人々の諸問題やニーズと同時に、国家政策の把握や国内の法整備・法改正の動き、国内の NGO の動き、国連諸機関のプログラムなどの適切な把握も必要である。本稿のパラグアイの事例では、プロジェクトを決定する権力のある人々によりリプロダクティブ・ヘルス/ライツのプログラムが中止されてきた。一方、農村の女性たちは社会の言説に抵抗する形で狭義のみならず広義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツのサービスを得ることを望んでいた。

ここには二つの問題が横たわっている。一つは国家の国際社会に対する公式表明と国内の政策の実施に齟齬がある。このようにマクロとミクロの問題が並行してある場合は、メゾレベルで活動をする、また政府と直接関係のない国内の NGO などとの連携が有効である。小さな NGO はしばしば資金的な問題などから地方で活動を展開していない場合も多いが、外部からの資金を得ることによりこれまでの活動の経験を生かすとともに地域に密着したプログラムを策定・支援することは不可能ではないと考える。事実、チュニジアにおいては、国家と国際援助実施機関、現地の NGO、国際 NGO との連携によりユース・リプロダクティブ・ヘルス/ライツのプログラムが展開されている。しかし、先述したように若者層の全てをカバーしているわけではなく、また教材の不足なども指摘されている。今後は、プロジェクトの形成時期から国際・国内 NGO との連携や国連諸機関との「すみわけ」を行い、国際社会の合意の下に形成されてきたリプロダクティブ・ヘルス/ライツ達成に向けた効率的なプログラムづくりが望まれる。また、このような連携を通じ、各国の援助実施機関や国際援助実施機関、INGO、NGO 各々の特性や手法を互いに学び合い、補完し合えるような枠組みづくり、すなわち積極的な情報交換や援助実施機関間同士の技術移転や支援、人材の相互支援などリソース・モビライゼーションの枠組みが求められるのではないだろうか。そのためにも日本政府のこれまでのプログラムに対する取り組みや経験を評価し、今後の活動に反映していくことが重要であると考えられる。

### 7-4 住民の参加・参画による開発事業の実施と評価

住民参加・参画によるプロジェクトの計画・実施・評価の必要性が問われて久しい。今後は、さらに住民自身による参加・参画による事業の実施や評価が望まれる。

#### 7-4-1 参加・参画の概念

近年のキーワードである住民参加・参画であるが、この概念は今後、さらに精緻化される必要がある。なぜならば、参加・参画と「動員」を同義語として用いている場合がしばしば見受けられるからである。

参加・参画という考え方（用語）の「流行」により、人々を「動員」させることも参加として「解釈」され、プロジェクトの実施や評価が推し進められる事例も散見される。短時間（または短期間）

の調査の場合、「車で調査地域の人々を集めてくる」<sup>239</sup>という事態も起きるであろう。しかし、参加には、積極的参加と消極的参加があり、動員にも積極的動員と消極的動員がある。今後、参加・参画の概念についてはさらなる議論が求められる。

#### 7-4-2 事業の実施と評価

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念は、マクロからミクロへの視点の移動であり、政策のパラダイムシフトである。今後は、サービスの主体となる人々が中心に置かれ、人々がエンパワーすることのできる事業の実施が求められている。また、これまでの事業の評価は次なる計画・実施への重要な情報であり、評価は次の計画に反映されるべきである。また、評価と「評価」の違い、すなわち住民自身による事業の実施と評価とそれに対して「外部者」による「事業の実施」と「評価」、の違いは住民参加の概念と同様にさらに精緻化される必要がある。そして、従来のかたちでは評価することの困難であった住民自身のエンパワーメントなどを適切に評価できるような新たな枠組みが模索されるべきである<sup>240</sup>。

#### 7-5 まとめ

先進工業国も開発途上国もカイロ行動計画や北京行動綱領のさらなる実施が求められている。また、日本はGHIにおいて30億米ドルの資金を供与することになっている。今後、広義と狭義のリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を包含するとともに、対象社会の人々を主体に据えた、また家庭内外の権力構造の転換を図ることのできるプログラムを、ジェンダー視点を踏まえて策定・支援していく必要がある。しかしながら、本稿の事例からも明らかになったように、対象地域の人々が考えるニーズと、政府が実施しているプログラムにはしばしば齟齬が生じる。それらの要因は政治的なものから政策的なもの、実施段階におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツに関する解釈の相違など多様である。このような齟齬を最小限にするためにも、社会・ジェンダー調査は行われるべきである。また、既存のプログラムの評価と新たな計画への反映が重要である。最後に、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関連するプログラムは、女性たちの参画なしに事業の実施や評価がなされてはならない<sup>241</sup>だろう。

---

<sup>239</sup> 日本評価学会第1回全国大会(2001年2月17~18日、東京工業大学大岡山キャンパス)、「参加型評価の将来性」：「参加型インパクト評価の理論と実践」において、フォーカス・グループ・ディスカッションを行うために農村の人々を「車でかき集めてきた」という。この場合も「動員」なのか、「積極的参加」なのか「消極的参加」なのか、集まった人々の状況を参与観察などにより適切に理解する努力がなされるべきであり、これらを一元的に「参加」と論じることは不可能ではないだろうか。

<sup>240</sup> 藤掛洋子(2000a)において副産物としての成果を「成果三類型」に分類し論じている。評価についての議論は別項に譲ることとした。

<sup>241</sup> 藤掛洋子(2001a)

## 8 おわりに

### 8-1 結論

今日、人口問題は、生涯を通じて全ての人々の健康と権利を保障するリプロダクティブ・ヘルス／ライツの確立によって解決すると考えられている。このリプロダクティブ・ヘルス／ライツは、これまでに開催されてきた数多くの国連国際会議などで議論され、1994年の国連国際人口・開発会議（ICPD）において正式に文書として採択されたものである。すなわち、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの考え方は、国際的な総意の上に築かれていると言えるのである。また、採択された国際人口・開発会議「行動計画」（カイロ行動計画）の中でリプロダクティブ・ライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意されたその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなすと解釈されている。そのため、各国の法律、政策、プログラムの中に盛り込まれる必要がある。なぜならば、世界中の多くの女性（人々）がリプロダクティブ・ヘルス／ライツを今尚、享受していないからである。これまでも、人々のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの達成の障壁となるジェンダーに関する諸要因については、多様な議論がなされ大きな進歩があった。しかしながら、現実の社会の変革には未だ至っていない。リプロダクティブ・ヘルス／ライツを狭義の意味にのみ解釈し、女性を「産む性」と限定的に捉える立場もあるからである。

一方、対象社会の人々は狭義のみならず、広義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの享受をも求めており、その中には固有の文化や社会の言説に対抗するものもあった。地域の固有の文化は守られるべきであるとする文化相対主義に依拠した議論も過去には見られたが、1993年の世界人権会議において、このような考え方は人権の普遍性を損なうものであるという解釈が明確になされた。

カイロ行動計画は、2015年までに当該年齢のすべての個人がプライマリ・ヘルスケア制度を通してリプロダクティブ・ヘルスを得られるように努力しなければならない<sup>242</sup>と定めている。それに対し日本政府は2005年までの5年間でHIV/AIDSなどの支援を中心に、リプロダクティブ・ヘルス／ライツの分野で総額30億米ドルを途上国に対し負担することを決定している。日本政府はこれまでになし得てきたリプロダクティブ・ヘルス／ライツに関連するプログラムの適切な評価を行うとともにその評価を今後の活動に反映させていくことが望まれる。その際は、対象地域の人々が「主体」となった評価や、また人々が「参加・参画」した形でのプログラムの実施が工夫される必要があるであろう。事前調査や実施（支援）の段階では適切な社会・ジェンダー調査がなされるべきであろう。

全ての人々のリプロダクティブ・ヘルス／ライツの達成が今日の人口問題を解決すると考えられている。今後、日本政府は、当該分野において支援を行う場合、本稿で論じてきた広義と狭義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツと人々のエンパワーメントを視野に入れることで家庭内外の権力構造の転換を促すプログラムの支援につながるであろう。また、このような広義と狭義のリプロダクティブ・ヘルス／ライツやジェンダーの視点を用いることで、これまで見落とされてきた人々へのサービスの

---

<sup>242</sup> 外務省（1996）p.36.

提供を日本政府がなしうるのではないかと考える。

## 8-2 本研究の限界と今後の課題

本稿では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツに関わる以下の点については十分に論じていない。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツと 1) 環境問題、2) 生殖技術の発展による生命倫理の問題、3) HIV/AIDS 新薬などの開発により生じる途上国と先進国間の格差と支援の方策、4) 高齢化社会に対する移民の問題などである。

今後は、上述のような議論も併せて検討していくことが必要であり今後の課題としたい。

## 引用・参考文献など

### 邦文文献など（五十音順）

- アークス「NGOプロジェクト評価法研究会」編（1995）『小規社会開発プロジェクト評価—一人々の暮らしは良くなっているか』国際開発ジャーナル
- 芦野由利子（1994）「世界の妊娠中絶の動向」社団法人日本家族計画協会編『家族計画便覧』：77-88
- （1998）「リプロダクティブヘルス／ライツ概論」北村邦夫編『リプロダクティブヘルス／ライツ—性と生殖に関する健康と権利—』メディカ出版：10-22
- （2000）「日本におけるリプロダクティブ・ヘルス／ライツ政策」原ひろ子・根村直美編『健康とジェンダー—』明石書店：111-131
- 阿藤誠（1994）「カイロ会議への途—国際人口開発会議（ICPD）第3回準備委員会に参加して—」『人口問題研究』50巻1号：50-59
- （2000）『現代人口学—少子高齢社会の基礎知識』日本評論社
- 伊藤セツ（2000）「生活経済とアンペイドワーク」伊藤セツ編『ジェンダーの生活経済論』ミネルヴァ書房：126-141
- 伊藤るり（1995）「〈グローバル・フェミニズム〉と途上国女性の運動—WIDと女性のエンパワーメントをめぐる—」坂本義和編『世界政治の構造変動4 市民運動』岩波書店：47-83
- 岩崎えり奈（1997）「避妊にみる女性の行動選択—チュニジア南部タタウィーン県の事例—」『現代の中東』No.23：95-118
- エリック、ポール（原著1968）宮川毅訳（1974）『人口爆弾』河出書房新社
- 外務省編（1996）『国際人口・開発会議「行動計画」—カイロ国際人口・開発会議（1994年9月5日～13日）採択文書—』外務省
- 外務省パンフレット「U.S.-JAPAN COMMON AGENDA FOR COOPERATION IN GLOBAL PERSPECTIVE—日米コモン・アジェンダ 地球的展望に立った協力のための共通課題—」
- 北沢杏子（2000）『アーニー出版総合カタログ』アーニー出版
- 北村邦夫編（1998）『リプロダクティブヘルス／ライツ—性と生殖に関する健康と権利—』メディカ出版
- 黒田俊夫（2001）『人口疲労』と21世紀『世界と人口』2001.1：2
- 現代史出版会編集部編（1975）『メキシコ会議の記録—国際婦人年—』現代史出版会
- 国際開発ジャーナル（1998）『国際協力用語集 第二版』
- 国際協力事業団（1993）『WID配慮の手引書』
- 国際協力事業団企画部（1998）『国別WID情報整備調査—パラグアイ』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研究所（1993）『WID配慮における社会／ジェンダー分析手法調査報告書』
- 国際協力事業団国際協力総合研修所（2000）「人口問題の潮流—カイロ会議から21世紀へ—（仮題）」2000年10月31日付配布資料
- 国際協力事業団青年海外協力隊事務局「青年海外協力隊事業概要」
- 国際女性法研究会編（1993）『国際女性条約・資料集』東信堂

- 国連 NGO 国内婦人委員会編 (1997) 「国連・女性・NGO—活動の手引き—」
- 国連人口基金 (1995) 『世界人口白書 1995』
- 国連開発計画編 (1995) 『ジェンダーと人間開発』
- 国連人口基金 (2000) 『世界人口白書—男女共生と見えない格差、変革の時』
- 後藤浩子(1999) 『『開発』の中のリプロダクティブ・ライツ—性の自己決定権の裏側—』『現代思想』 1999年 11月号 : 120-137
- 財団法人アジア人口・開発協会 (1999) 『国際人口・開発会議行動計画のさらなる実施に向けた主な行動—第 21 回国連特別総会特別委員会報告書「付録」—』財団法人アジア人口・開発協会
- 佐藤美穂 (2000) 『女性と健康ネットワークニュースレター』 第 29 号、2000 年 6 月 15 日発行
- スコット、ジェーン、W.(1992) 荻野美穂訳 『ジェンダーと歴史学』 平凡社
- 総理府 (1997) 男女共同参画白書
- 総理府男女共同参画室編 (1996) 『北京からのメッセージ—第 4 回世界女性会議及び関連事業等報告書—』大蔵省印刷局
- 竹村和子・上野千鶴子 (1999) 「ジェンダー・トラブル」『現代思想』 1999 年 1 月号 : 44 - 77
- 田中由美子 (1995) 「開発と女性」国際協力事業団・国際協力総合研修所編 『国際協力概論 地球規模の課題』 : 96-97
- 男女共同参画審議会編 (1996) 「男女共同参画ビジョン—21 世紀の新たな価値を創造—」内閣総理大臣官房男女共同参画室編 『男女共同参画 2000 年プラン男女共同参画ビジョン』
- 内閣総理大臣官房男女共同参画室 (1997) 『男女共同参画プラン 男女共同参画ビジョン』
- 中村安秀(1997) 『フィリピンリプロダクティブヘルス報告書』 JOICFP(日本国際家族計画協会)
- (2000) 『業務報告書—リプロダクティブヘルス教育強化プロジェクト運営指導調査団—』国際協力事業団
- 根村直美 (2000a) 「リプロダクティブ・ヘルスと WHO の〈健康〉概念」女性と健康ネットワーク編 『「女性と健康」日本の実態と課題、NGO レポート 2000』 女性と健康ネットワーク : 83-85
- (2000b) 「WHO の〈健康〉の定義」『現代思想』 2000 年 9 月号 : 153-169
- (2000c) 「WHO の〈健康〉概念に関する哲学的検討—その「危うさ」の考察」原ひろ子・根村直美編 『健康とジェンダー』 明石書店 : 13-33
- ハーディン、ギャレット (原著 1974) (松井卷之助訳) (1975) 『地球に生きる倫理—宇宙船ビーグル号の旅から—』 佑学社
- 早瀬保子 (2000) 「途上国の人口爆発は収束するか」『アジア研ワールド・トレンド』 No.58 : 2-3
- 原ひろ子 (1995) 「国連と NGO の関係—発想の転換—」村松安子・村松泰子編 『エンパワーメントの女性学』 有斐閣選書 : 205-228
- (1998) 「ジェンダー、セックス、セクシュアリティをめぐって」『学術の動向』 1998 年 4 月号 : 8-13
- 東優子 (2000) 「セクシュアリティとリプロダクティブ・ヘルス/ライツ」女性と健康ネットワーク編 『「女性と健康」日本の実態と課題』 女性と健康ネットワーク
- 樋口恵子 (1994) 「この報告書を出すにあたって」『女性と健康ネットワーク 「94 カイロ国際人口・開発会

議」資料』

- 兵藤智佳（2000）「国際人口会議行動計画と思春期リプロダクティブ・ヘルス／ライツ—カイロ国際人口開発会議を中心として—」原ひろ子・根村直美編『健康とジェンダー』明石書店：133-147
- 房野桂（1999）ICPD+5 報告会資料（1999年7月29日、於東京都文京区女性センター）
- （2000）『女性と健康ネットワークニュースレター』第27号、2000年6月12日発行
- 藤掛洋子（1999）『パラグアイ共和国におけるリプロダクティブ・ヘルス（家族計画）にかかる総合報告書』国際協力事業団
- （2000a）『農村女性のエンパワーメントに関する考察—パラグアイ共和国 S 村の住民女性が実施した生活改善プロジェクトの事例より—』お茶の水女子大学大学院修士論文
- （2000b）「国の内外の諸文書にみられるリプロダクティブ・ヘルス／ライツの表現」女性と健康ネットワーク（編）『「女性と健康」日本の実態と課題』女性と健康ネットワーク：x1-11
- （2000c）『チュニジア共和国リプロダクティブ・ヘルス教育強化プロジェクト JICA/ONFP 総合報告書—社会・ジェンダー調査（ユース層などを対象にリプロダクティブ・ヘルス／ライツの視点から）』国際協力事業団
- （2001a）「チュニジアの若者の声を聞く」『世界と人口』2001年1月号：48-51
- （2001b）「農村女性の性と生殖に関する意識とその変化をめぐる—考察—パラグアイ共和国カアグアス県農村部 S 村の女性たちの事例から—」財団法人アジア女性交流・研究フォーラム編『アジア女性研究』第10号：6-12
- （2001c）『女性と健康ネットワークニュースレター』第4巻第13号、2001年3月18日発行
- ブラウン、レスター編（松下和夫監訳）（1989）『地球規模の家族計画、地球白書 88-89』ダイヤモンド社
- ブライドッチ、ロッシほか（壽福眞美監訳）（1999）『グローバル・フェミニズム—女性・開発・持続可能な開発』青木書店
- ボーランド、リード（ラーマン、アニカ編）（房野桂訳）（1997）『性と生殖に関する権利—リプロダクティブ・ライツの推進—』明石書店
- 松本清一・高村寿子（1999）『性の自己決定能力を育てるピア・カウンセリング』小学館
- ムア・ラッペ、フランシス&シュアマン、レイチェル（戸田清訳）（1998）『権力構造としての〈人口問題〉』新曜社
- 丸本百合子・山本勝美（1997）『産む／産まないを悩むとき—母体保護法時代のいのち・からだ—』岩波ブックレット No.426
- ミース、マリア（奥田暁子訳）（1997）『国際分業と女性—進行する主婦化—』日本経済評論社
- 宮澤豊（1998）「HIV 感染症・後天性免疫不全症候群」北村邦夫編『リプロダクティブ・ヘルス／ライツ—性と生殖に関する健康と権利』メディカ出版：78-183
- 村松安子（1997）「女性と開発—理論と政策的課題—」西川潤編『社会開発—経済成長から人間中心型発展へ—』有斐閣選書：137-170
- 村松泰子・藤原千賀（1996）「北京女性会議はどう報道されたか」田中和子・諸橋泰樹編『ジェンダーからみた新聞のうら・おもて—新聞女性学入門—』現代書館：188-209
- 「優生保護法」改正を考えるネットワーク（1999）1999年6月12日資料

モーザ、キャロライン (久保田賢一、久保田真弓訳) (1996) 『ジェンダー・開発・NGO—私たち自身のエンパワーメント—』 新評論.

モハンティ、チャンドラ・タルペード(ホーン川嶋瑤子訳) (1993) 「フェミニズム研究と植民地主義言説：西洋の目」『日米女性ジャーナル』 No.15 : 91-116

ヤンソン柳沢由美子 (1997) 『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ—からだと性、わたしを生きる—』 国土社

#### 外国語文献など (アルファベット順)

Ayad, Mohamed (1996) “Demographic Changes in the Arab World during the Last Fifteen Years”, *First Arab Conference on Reproductive Health and Population*, International Planned Parenthood Federation, Arab World Region :7-36.

Callahan, Daniel(1973) “The WHO Definition of “Health” in *the Hasting Cent Studies* Vol.1 No.3.

The Center for Reproductive Law and Policy(2000)Implementing Adolescent Reproductive Rights through the Convention on the Rights of the Child,CRLP:2

CEPEP/USAID/CDC(1999) *Encuesta nacional de salud materno infantil:1998 Informe final Noviembre de 1999.*

CMP(n.d.)Coordinación de las mujeres en Paraguay.

Corvalán, Graziella y Heikel, María Victoria (1997) *Estudio del perfil nacional sobre la mujer en el desarrollo*, Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA .

Ediciones Libreria El Foro S.A.(1997)*Codigo penal 1160/97.*

Fujikake, Yoko (1999) *Informe análisis situacional sobre salud reproductiva en Paraguay*, Agencia de Cooperación Internacional del Japón JICA .

Faruqee and Gulhati (1983) “Rapid Population Growth in Sub-Sahara Africa, Issues and Policies”, World Bank Staff Working PaperNo. 559, Washington D. C., World Bank.

Harcourt, Wendy(1997) “An Analysis of Reproductive Health: Myths,Resistance and New Knowledge”, Harcourt, Wendy (ed.) *Power, Reproduction and Gender—The Inter-Generational Transfer of Knowledge*, London and New Jersey, Zed Books: 8-34.

Kandiyoti, Deniz (1985) *Women in Rural Production Systems: Problem and Policies*, UNESCO.

Maeda, Benjamin (ed.) (1987) Don't Be Afraid, Going: A Honduras Women Speaks from the Heart, Food First Books:47.

March, Candida; Smyth, Ines; Mukhopadhyay, Maitrayee (1999) *A Guide to Gender-Analysis Frameworks*, Oxfam.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Sociales(M.S.P.yB.S.)(1998)*Atlas sanitario e Indicadores básicos de salud.*

Mundigo, Axel I.(1994) *Reproductive Health: Definition and Research Challenges*, Tokyo: Nihon University Population Research Institute.

National Board of Family and Population *Tunisia National Report on Population 1994-1998.*



- Ostergaard, Lise (1992) "Health", Ostergaard, Lise (ed.) *Gender and Development: A Practical Guide*, London and New York, Routledge: 110-134.
- Perdita, Huston (1978) *Message from the Village*, New York, The Epoch B Foundation.
- Ponpa Quiros, Maria del Carmen (1996) *Kuna imembynte vaera voi, Valores tradicionales y pantas reproductivas*, FUNAP.
- Plamp de Egea, J.M. (1992) *La constitucion de la Republica del Paraguay-Con sus Fundamentos*, Latindata.
- Ruben, Gloria (1997) *Los derechos que ignoramos*, Departament de Estudios de Poblacion y Desarrollo(DEPyD).
- Simon, Julian(1980) "Resources, Population, Environment : An Oversupply of False Bad News", *Science* 208:1431-1437.
- United Nations (1995) *Population and Development: Program of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994* (外務省編 (1996) 『国際人口・開発会議「行動計画」—カイロ国際人口・開発会議 (1994年9月5日~13日) 採択文書—』外務省)
- (1999) *Reports of the Round Table on Adolescent Sexual and Reproductive Health & Rights, Key Future Action*.
- WHO (1997) Annual Technical Report 1996, UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Program of Research, Development & Research Training in Human Reproduction, WHO.
- Wieringa, Saskia (1998) Women's Empowerment in JAPAN: Towards an Alternative Index on Gender Equality", *Journal of Gender Studies*, Ochanomizu University:24-47.
- World Health Organization, WHO/FHE/RHP7, WHO/FHE/RHP9.
- Yuval-Davis, Nira (1997) "Women and the Biological Reproduction of the Nation", *Gender and Nation*, London・Thousand Oaks・New Delhi: SAGE Publications:26-37.

## その他

朝日新聞朝刊 1999年6月4日

毎日新聞朝刊 2000年6月10日 (佐藤由紀)

朝日新聞夕刊 2001年1月24日 (加藤洋一)

堂本暁子元参議院議員・女性 2000年会議政府代表団顧問議員への筆者によるインタビュー (2000年6月12日) より

原ひろ子放送大学教授・お茶の水女子大学名誉教授への筆者によるインタビュー (2000年8月17日) より

日立デジタル平凡社 (1998) 『世界大百科事典』 (CD-ROM版)

藤掛洋子 フィールドノート

インターネットによる検索（アルファベット順）

<http://member.nifty.ne.jp/m-suga/reprohealth1.html> 2001年2月12日アクセス

<http://member.nifty.ne.jp/m-suga/yokomitu.html> 2001年2月12日アクセス

<http://www.cath4choice.org/> 2000年1月20日アクセス

<http://crlp.org>

<http://www.jica.go.jp/join/Index.html> 2001年1月31日アクセス

<http://www.mofa.go.jp/mojaj/gaiko/chikyu/common/ondes.html>. 1998年10月22日アクセス

<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/11mayhivaid.pdf> 2001年5月19日アクセス

<http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/analysis.htm> 2000年8月18日アクセス

[http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko\\_2000/genoa/infection2.html](http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/economy/summit/ko_2000/genoa/infection2.html) 2001年2月12日  
アクセス

<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/qa/q9.html> 2001年2月14日アクセス