

要約版

第二次 人口と開発 援助研究

— 日本の経験を活かした人口援助の新たな展開 —

2003年1月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研

JR

02-57

本報告書の内容は、研究会(座長：阿藤誠国立社会保障・人口問題研究所長)の見解をとりまとめたもので、必ずしも国際協力事業団の統一的な公式見解ではありません。

本報告書及び他の国際協力事業団の調査研究報告書は、当事業団ホームページにて公開しております。

URL: <http://www.jica.go.jp/>

なお、本報告書に記載されている内容は、国際協力事業団の許可無く転載できません。

発行：国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課

〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町 10-5

FAX: 03-3269-2185

E-mail: jicaic2@jica.go.jp

序 文

1950年に約25億人であった世界人口は、現在60億人を超え、2000年版国連人口推計によると2050年には93億人に達すると予測されています。このような急激な人口増加を安定化させるために、国連はこれまで10年ごとに人口問題に関する世界的な国際会議を開催しておりますが、1994年のカイロでの「国際人口・開発会議(ICPD)」においては、「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ」という概念が初めて登場しました。この結果、人口政策の焦点がこれまでのマクロ(国レベル)からミクロ(個人レベル)に転換し、人口問題解決のためのアプローチが大きく変化しました。

これまでわが国は、開発途上国の人口問題の解決に向け、技術協力や国際機関への拠出金などを通じ貢献しており、特に1994年以降は、「地球規模問題イニシアティブ(GII)」に基づき、人口・エイズ問題に30億ドル以上の支援を行ってきています。また、当事業団では、1992年に人口と開発分野別援助研究会を設置し、人口分野に係る援助のあり方について提言しました。

しかしながら、その後も、環境、食糧、開発などと密接な関係を有する人口問題は、依然として人類、とりわけ開発途上国の人々にとって大きな課題となっており、さらに複雑化、深刻化しています。当事業団としても、このような状況に鑑み、カイロ会議をはじめとする近年の人口会議の大きな潮流の変化を踏まえた、新たな援助方針を策定するために、2001年8月に第二次人口と開発分野別援助研究会を設置いたしました。

本研究会は、国立社会保障・人口問題研究所 阿藤誠所長を座長に9名の委員、アドバイザー及び6名のタスクフォースで構成され、計13回の研究会を開催いたしました。この他、研究会及びその準備会合や報告書執筆には、国内外より計28人の有識者の協力も得ることができました。本報告書は、これらの研究の成果として取りまとめたものであり、今後のわが国の人口分野における協力の実施にあたり、十分な活用を図るとともに、関係機関における、より広い活用に使いたいと考えています。

本報告書の取りまとめの任にあたられた阿藤誠座長、委員各位、アドバイザー及びタスクフォースのご尽力に厚く感謝申し上げますとともに、本研究会での討論にご参加いただいた関係の方々には深甚の謝意を表する次第です。

平成15年1月

国際協力事業団
総裁 川上隆朗

座長緒言

本報告書は、国際協力事業団(JICA)において組織された「第二次人口と開発分野別援助研究会」が2001年8月から2002年10月にかけて行った研究成果の報告書である。

「人口と開発」に関連する援助分野については1992年に第一次の分野別援助研究会が組織され、報告書が出されている。しかしながら、それからすでに10年が経ち、その間、世界の人口情勢ならびに国際的人口援助戦略には大きな変化がみられた。本研究会は、第一次の援助研究会の研究成果を踏まえつつも、1990年代の新しい潮流を正確に把握するとともに、それに基づいて、今後、政府及びJICAがとるべき人口開発援助戦略を再検討することを目指した。

1990年代の新しい人口潮流としては、(1)全般的な出生率と人口増加率の低下傾向の一方で、サハラ以南のアフリカと南・西アジアが人口問題のホット・スポットとして浮かび上がってきたこと、(2)特にサハラ以南のアフリカにおけるHIV/エイズの蔓延による寿命の縮小傾向、(3)ソビエト連邦崩壊後の東欧圏の少子化と寿命の停滞、(4)出生力転換後の一部途上国における高齢化の開始などが指摘できる。

国際的な人口援助戦略の新潮流としては、何と云っても1994年のカイロ会議(国際人口開発会議)で打ち出された「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)アプローチの登場がある。

カイロ会議の「行動計画」を特徴づけたこの新しいアプローチは、人々(とりわけ女性)の人権としてのリプロダクティブ・ライツの尊重を前提とし、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの実現を図ることを目指し、それを通じて間接的に人口転換を促す人口戦略である。これは、1974年にブカレスト会議で合意された「世界人口行動計画」における、経済開発推進のために人口抑制を目指し、そのために家族計画を普及させる必要があるとする人口戦略に対する強力なアンチテーゼであり、「人権アプローチ」へのパラダイム転換などと呼ばれた。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツ・アプローチについては、国連人口基金(UNFPA)、国際家族計画連盟(IPPF)などの活動を通じて国際的に定着が図られつつあるが、なお人口戦略展開上の混乱も少なくないとみられる。本研究会では、途上国の実態、援助の現場での観察をふまえつつ、人口変動というマクロ現象が経済、社会、環境に及ぼす影響 - 人口問題 - の大きさを正確に認識したうえで、人口問題解決への具体的取組み、とりわけ家族計画の普及という点ではリプロダクティブ・ヘルス/ライツ・アプローチに徹するべきであるという立場をとり、それに基づいて各種の提言を行っている。標語的に言うならば「地球規模で考え、個人からのアプローチ」ということになるうか。

本研究会が当初から企図したことは、日本における人口開発分野の歴史的経験を掘り起こし、これを日本の人口開発援助の戦略として生かせないか、ということであった。そのために、第二次大戦直後における日本の出生力転換、母子保健ならびに家族計画の普及、生活改善運動、NGO活動などについてヒアリングを行い、それらに基づいていくつかの有益な提言を導き出した。人口・家族計画についての国家的プログラムや国際協力なしに人口転換を達成した点で、日本の経験がそのまま今日の途上国の参考になりにくいことは勿論である。しかしながら、日本の経験を振り返ってみると、今日、人口活動ならびに人口援助の分野で新しい名前と呼ばれているアプローチが、別の名の下ですでに過去の日本において実施されていた例、例えば、政府とNGOのパートナーシップ、コミュニティに基盤をおくアプローチ(CBA)なども少なくない。さらには、母子保健における母子手帳の活用、家族計画普及における伝統的助産婦の再訓練と活用、日本の国際

NGOによるインテグレーション・アプローチなど、今日の人口援助活動においても大いに活用されうる日本独自の経験に基づくプログラムもある。

我々の試みは、日本の人口援助活動が、国際的人口戦略の潮流をふまつつも、単なる模倣に終わらず、日本の独自性、創意工夫を発揮しうる可能性の有無を探ったものであるが、本報告書の提言にとどまることなく、今後もJICAならびに日本のNGOは、人口援助活動自身から常に有益な教訓をひき出し、誰にも分かる形でプログラム化していく努力が必要であろう。

本報告書の提言は多岐にわたっているが、問題を家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス分野の活動にしばって、「セクター別アプローチからマルチ・セクター・アプローチへの転換」ということになる。従来、JICA内ではこの分野の国際協力は、医療協力という単一セクター内での保健協力活動の一部とみなされてきた。確かに性、避妊、中絶、出産、産前・産後のケアなど人間の再生産に関わる保健分野は、医療・保健関係の専門家なしには協しにくい分野ではある。しかしながら、日本自身の歴史的経験、日本のNGOの経験、カイロ会議の「行動計画」からも分かる通り、家族計画の普及というのは保健医療分野にとどまらず、特に女性の教育、発言権、意思決定権、その裏付けとなる経済力などと深く関わるとともに、コミュニティ全体の生活改善(農村開発、公衆衛生水準など)の動きとも密接に結びついている。このような認識に立ってJICAでも、すでにいくつかの開発要素と結びつけた家族計画普及プロジェクトが実験的に進められているが、これからは、むしろそのような包括的アプローチこそが主流となるべきであろう。

本研究会は9人の委員、アドバイザー、JICA内のタスクフォースならびに事務局スタッフで構成されたが、ほぼ月一回のペースで開催された会合には国際協力総合研修所所長、JICA前理事、その他の外部有識者が常時参加し、活発な討論を行うことができた。委員の構成は国際的人口研究者、国際人口援助機関ならびに国際的人口啓蒙NGOの経験者、日本における国際的人口援助NGOの現役担当者、JICAの人口協力分野の第一線で活動する担当者、人口報道分野のエキスパートと多彩であり、人口開発分野の援助というものを理論と実践、マクロとミクロ、国内的視点と国際的視点、プログラム遂行と啓蒙・宣伝活動など、さまざまな角度から検討することができた。

人口開発の分野は、通常のJICAの援助分野とは異なり、テーマが広範囲にまたがるため、研究会の最初の数ヶ月間は9人の委員はもちろん、国内外の多くの専門家から各専門分野についてのヒアリングを行うとともに、客員研究員の研究報告書を活用し、さらにはバングラデシュとタイで人口家族計画分野の援助の現場を視察する機会をもった。これらのヒアリング、客員研究員報告書、視察の結果は本報告書のなかで色々な形で生かされている。さらに提言の作成にあたっては、本研究会の委員だけでは十分にカバーしきれない分野について、2～3の外部専門家に特に寄稿をお願いした。多忙のなか本研究会のために快く御協力頂いた国内外の専門家の方々、客員研究員諸氏、バングラデシュとタイの関係者の方々にはこの場をかりて厚く御礼を申し述べたい。

本報告書が、日本における人口開発分野の援助活動の立案・実施の第一線で活躍する方々の御努力に資するとともに、日本の援助活動の質的向上を通じて、最終的には途上国の住民一人一人の福祉向上にいささかでもつながることを念願するものである。

平成 15年 1月

第二次人口と開発分野別援助研究会
座長 阿藤 誠

主査緒言

なぜいま人口問題か

- 21 世紀の危機管理のために -

I. はじめに

人類が通過したばかりの 20 世紀は「戦争の世紀」と呼ばれた。確かに第一次、第二次、さらに「冷戦」という名の第三次世界大戦まで含めると軍人、民間を合わせた犠牲者は数千万人に及ぶだろう。人の犠牲だけでなく、動植物を含めた地球環境に与えた影響も計り知れない。「戦争は最大の環境破壊」と言われる通りである。

しかし、人々は 20 世紀に付けられるべきもう一つの名称を忘れがちである。

それは疑いもなく「人口爆発の世紀」であったと言う事実である。世紀の初めに 16 億 5,000 万人であった地球の住民は、20 世紀の間にいつのまにか 60 億人と 4 倍近くに膨れ上がったのである。人類が最初の 10 億人に到達(1804 年)するのに 1,800 年間もかかったことを思えば、この百年間における人口の急成長ぶりは眼を見張るものがある。

技術の進歩に伴う人類の生産力の向上によって、それだけ地球が人間を扶養する力を拡大したと言うこともできよう。しかし、今日のアフリカで象徴的に現実化しているように、この世紀の間に貧困がもたらす飢餓や栄養不足や疾病によってどれだけの人々が死んでいったであろう。また、人口増がもたらす人間活動の拡大で、地球の環境にどれだけの犠牲を強いてきたであろう。それらの数字を正確に検証することはできないが、人口爆発の 20 世紀が残した甚大な損害は「もう一つの戦争」と呼んでいいかもしれない。

21 世紀を「戦争の世紀」から「共存と平和の世紀」にするためには、人口がもたらすさまざまな問題への関心と処方箋を持つことが、人類の危機管理(リスク・マネジメント)上の大きな課題である。特に 21 世紀は前世紀の人口爆発が分母となってその勢いが持ち込まれると同時に、人口の地域分布と人口構造の変化が国際関係に大きな変革をもたらす要因になることが予測され、開発問題にも深い係わり合いが不可避である。

60 億 + 30 億人の重し

1960 年代半ばから爆発的な人口増加が始まった後も国際的な舞台では 1970 年代までは「開発か家族計画か」という選択をめぐって、開発途上国と先進国間で激しい論争が行われてきた。しかし、「人口大国・中国」をはじめ開発途上国の間にも開発政策に占める人口要素の重要さが次第に認識されるようになり、1979 年には中国が「一人っ子政策」に踏みきるなど、各国で NGO を含めて家族計画の普及活動が積極的にすすめられるようになった。

その結果、世界の人口は増加率に関する限りすでに下降線をたどっており、21 世紀もこの傾向は続くと言われている。しかしながら、20 世紀の人口爆発の勢い(人口のモメンタム)は 21 世紀に引き継がれ、当分は年間 7,000 万人以上が増え続け、2050 年には現在の家族計画の普及率の向上を前提としたうえで 93 億人(中位推計)に達するだろうと予測(2000 年国連将来人口推計)されている。

地球の人間扶養能力については、人間の生存レベルに拠るところが大きいので、研究者の推測の域を出ないものが多い。しかし、現在の「宇宙船地球号」の乗組員 60 億人に新たに 30 億人が加わることがほぼ確実とすれば、資源、環境、食糧など人間活動の基本的な生存条件に大きな負担をかけることになることはいかなる楽観論者も否定できないだろう。「20 世紀後半と 21 世紀前半の 100 年間の爆発的な人口増加にどう取り組むかが、今後の人類生存のカギである」(黒田俊夫・日大人口研究所名誉所長)という言葉を重ねて受け止めたい。

ヨーロッパとアフリカの大逆転

世界人口が開発分野にもたらす影響は膨大な地球人口の規模だけではない。出生、死亡、移動という人口動態の三要素の変化は現実の世界秩序に大きなインパクトを与える。現在新しい生命の誕生の 90% は開発途上国で起きているが、この出生のメカニズムは将来、先進国と途上国のいろいろな意味での力関係にも影響を及ぼしかねない。

先進諸国の人口は 1950 年には世界人口の 3 分の 1 (32.3%) を占めていたが、50 年後の 2000 年には 20% を割り、2050 年にはさらに減少して 13% になる。逆に見れば途上国人口は 1950 年の 68% が 2000 年には 80% となり、2050 年には 87% を占めるに至る。以上のことを実数でみれば 2050 年の先進国人口は 12 億人に満たないが、途上国人口は 81 億人を超えると予想される。50 年後の話ではあるが、100 人のうち 10 人余りが豊かな暮らしを送り、8 割以上の人引き続き貧困の中で喘いでいるという社会の持続的生存は考えられるだろうか。

こうした人口分布の変化は地域間の関係にも影響を与えずにはおかないだろう。例えばかつては植民地と宗主国との関係が多かったアフリカとヨーロッパの将来人口を比べてみる。ヨーロッパ人口は 2000 年の 7 億 2,400 万人が、2050 年には 6 億 300 万人へと減少する。他方、最貧国の多いアフリカの人口はこの 50 年間に 7 億 9,400 万人から 20 億人へと 2.5 倍の勢いで増加する。ヨーロッパとアフリカの関係において現在のほぼ同等の人口規模から、人口比が 1 対 3 になった時の政治・経済社会関係にはどんな変化が現れるだろうか。

2001 年 9 月 11 日に起こった米国における同時多発テロの直後、米国の人口学者ポール・ケネディ・エール大学教授が「世界人口白書」(2001 年版)で、50 年後にアラブ地域諸国の人口がけた違いに膨れ上がる統計数字を発見して、驚愕の声を上げた(2002 年 5 月 6 日付け読売新聞朝刊 1、2 面「地球を読む」)のも記憶に新しい。

各国の長期的な開発計画を検討する際には、世界人口動態の変化のダイナミクスに対する理解が不可欠であろう。

未知の世界(高齢化の波)

世界的な人口秩序のダイナミックな変化は、引き続く人口規模の拡大や、人口分布の塗り替えに止まらない。先進国で先行した出生率の低下がもたらす高齢化の波は、新しい世紀に入って途上国にも本格的に押し寄せる。

先進国では 65 才以上の高齢人口は 1950 年には 8% に過ぎなかったが、2000 年には 14% と 2 倍近くになった。2050 年には総人口の 4 分の 1 を越えて 26% に達するだろうと予測されている。これに伴って、高齢者 1 人を扶養する生産年齢人口(15 才 ~ 64 才)は 1950 年にはほぼ 9 人に近かった

が、2000年には5人未満に、さらに2050年にはわずか2人余に落ち込む見通しである。

開発途上国では出生率低下の遅れによって高齢化水準は先進国より低かったが、それでも65才以上人口の割合は1950年の3.9%から2000年には5.1%へ、さらに2050年には15%台に乗ると予測されている。これに伴い高齢者1人あたりの生産年齢人口は1950年の15人から2000年には12人へ、さらに2050年には4人で1人を支える勘定になる。

このように人類の長い歴史の中で、子どもと青年人口を中心とするピラミッド型、成長型人口構造は不変の基礎構造のごとく考えられ、全ての社会制度がその前提の上に組み立てられてきた。しかし、逆ピラミッド型の高齢期人口が基軸となる人口構造になると、これまでの全ての政治・経済・社会のシステムは再検討を迫られ、根本的な転換を余儀なくされることになる。

先進国の中でも、急激な人口転換に成功したために高齢化の速度では世界一のスピードで未知の世界を経験中の日本は、その果たすべき国際的な役割を自覚すべきであろう。

II. 新たな援助潮流の中で

貧困と人口

国際協力事業団(JICA)が、1992年9月「人口と開発分野別援助研究会」(座長・西川潤早大教授)から報告書の提出を受けてから10年が経過した。この間、当時54億人であった世界の人口は約8億人増えて、2002年年央には62億人に達した。さらに20世紀後半に開発途上国で起きた「人口爆発」の勢い(モメンタム)は21世紀に持ち越され、世界の人口問題は貧困、環境、食糧問題といった人類の生存を左右するクロスカッティング(横断的)な課題としてますます重要度を増している。

一方、人口問題に取り組む世界の動向は、「人口と開発分野別援助研究会」の報告書提出2年後(1994年)カイロで開かれた国際人口開発会議(ICPD)を契機にコペルニクスの転回を遂げ、従来の経済発展を阻害する要因としての人口増加を抑制するためのマクロ的な国の人口政策から、個々人、特に女性の健康(リプロダクティブ・ヘルス)や地位向上(エンパワーメント)を目標とする人権的なアプローチが主流を占めるに至った。カイロ会議は世界人口の安定化を個人個人、特に女性の健康と権利・自立の実現の中に期待するという「急がば回れ」路線を選択したのである。

他方、人口問題を含む地球規模の課題に対する世界の開発援助の動向にも新たな潮流が起こりつつある。冷戦終結後の世界を律しつつあるグローバル化の勢いは、ITをはじめとする通信手段の革命的発展の助けを借りて、市場経済の網の目を世界規模に拡大する一方で、南北間の経済格差を拡大し、開発途上国に膨大な貧困層を生み出している。2000年9月に開かれた「ミレニアム・サミット」を受けて翌2001年9月の国連総会が、今後15年間に達成する「開発目標」(MDGs)の冒頭に1日1ドル以下で暮らす「貧困人口」(約12億人)の半減を掲げたのもそのためである。「開発目標」の中には貧困削減のほか、初等教育の普及、ジェンダーの平等と女性のエンパワーメント(地位向上)、乳幼児死亡率及び妊産婦死亡率の低減、HIV/エイズの蔓延防止など1994年の国際人口開発会議で合意に達した多くの人口関連指標を挙げていることは、開発の基礎としての人口ファクターの重要性を裏書したものといえる。

21世紀初頭の2001年9月11日、米国を襲った同時多発テロは、テロの背景にある膨大な貧困

の存在に人々の目を引き付け、MDGsの促進や世界銀行・IMFなどが主導してきた「貧困削減」戦略にアクセル役を果たした。2002年3月、メキシコのモンテレイで開かれた国連開発資金国際会議は、米国における同時多発テロを背景に各国がテロと貧困を関連づけて開発の重要性を強調、米国はODAの増額を、またEUはODAの対GNP比の引き上げを図るとのコミットメントを表明した。東西冷戦の終焉とともに「援助疲れ」に陥っていた先進国諸国の中で、米国とEUが「貧困削減」を合言葉に再び対外援助資金強化の意向を表明したことは、世界的な援助動向に大きな刺激を与える新たな潮流としてきわめて注目される。

2002年8月末から9月初めにかけて、アフリカのヨハネスブルグ(南ア)で小泉首相も出席して「持続可能な開発に関する世界首脳会議」(環境・開発サミット)が開催された。リオデジャネイロでの「地球サミット」から10年目を期に開かれたこの会議には世界各国から空前の6万人が参加した。席上、国連人口基金(UNFPA)を代表してスピーチを行った和気邦夫事務局次長は「世界人口と環境問題、リプロダクティブ・ヘルス・ライツは相互依存の関係にある」と前置きして、「世界の人口は毎年7,700万人、一日20万人の勢いで増えており、その人口増加の大部分は開発途上国、最貧国で起きている。そうした地域ではすでに飢餓と水の欠乏、エイズ、環境悪化が深刻な事態に陥っている」と警告、カイロ会議で各国が誓約した資金の拠出を訴えた。

会議は採択された「実施計画」で、「ミレニアム・サミット」で打ち出された貧困撲滅を最大目標とすることを確認するとともに、「ヨハネスブルグ宣言」では「我々はきれいな水、公衆衛生、エネルギー、健康、食糧安全保障、生物多様性の保全などへのアクセスを急速に増加させることを決意した」と宣言、いずれも人口増による人間活動の拡大でもたらされる人類的危機への共同行動を呼びかけた。

「人口と貧困」との相関関係については、貧困が人口増を招くのか、急速な人口増加が貧困の原因なのか、その因果関係は議論のあるところであろう。しかし両者の間には単なる人口の数をめぐる量的因果関係のみならず、カイロ会議の「行動計画」が指摘するように、「貧困は人々を失業、栄養不良、非識字、地位の低さ、環境からの危険に晒させることを伴い、また家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスへのアクセスを結果として制限させていることが多い」(第3章3.13)という質的な面でも密接な因果関係を持っていることは明らかである。「人口・リプロダクティブ・ヘルス分野への取組みによって、人々の健康、特に女性の健康を増進させ、教育や雇用の機会を増やすことが出来れば、結果として出生率が下がり、急激な人口増加にも歯止めがかかり、貧困が大幅に軽減されるだろう」(ジョイセフ「国会議員のための人口ファイル・4」)という指摘がある。カイロ会議を境に人口問題が量から質へと大きく方向転換を行ったことで、現在国際的に大きく提起されている貧困問題に取り組むことは、同時に人口問題に取り組むこととほとんど同義になったと言ってよいであろう。

人間の安全保障と人口問題

さらに国連を舞台に世界の安全保障観が国家間のそれから、新しい視点として「人間の安全保障」という概念が提起されたことは人口問題の観点からも大いに注目される。国連開発計画(UNDP)によって提唱された「人間の安全保障」の背景には、冷戦の終焉によって近代国民国家の枠組みが緩む一方、貧困、環境破壊、エイズなどの感染症、麻薬、国際犯罪、難民、地雷などの

地球規模問題が人類共通の課題として登場してきたことがある。

これに対して日本政府は小渕内閣以来、積極的な対応を示し、「人間の安全保障」を日本外交の一つの支柱に掲げてきた。ノーベル賞受賞者のアマルティア・セン・ケンブリッジ大教授と緒方貞子・前国連難民高等弁務官を共同議長とする「人間の安全保障委員会」が発足し、国連に日本政府の出資による「人間の安全保障基金」が設けられた。同基金を使って日本のNGOによってすでにフィリピン・カピス州では「リプロダクティブ・ヘルス/家族計画プロジェクト」が実施されている。「人間の安全保障」の枠組みの中には、貧困、環境、エイズなどの感染症、難民(国際人口移動)など人口関連の主要課題が取り上げられていることに注目したい。

III. 日本の経験を活かす

ODAの重点化と日本の比較優位性

援助をめぐる世界的な新潮流の中で日本の国内に目を転じれば、バブル崩壊に続く不況の長期化により、国民の間に政府開発援助(ODA)に対する見直し機運が高まり、それを受けて予算削減が継続されるなど欧米とは異なる逆流傾向が起きている。このためわが国の援助関係者の一部に国際協力の前途に不安感や悲観的な空気が漂っていることは否めない。

しかし、国際紛争を解決する手段としての軍事力の行使に自ら歯止めをかけ、しかも資源に恵まれない国情からして、わが国にとってODAはほとんど唯一の外交手段であることは動かしがたい事実である。外交の主要手段としてのODAの役割については粘り強く国民の理解を求める努力が必要であることはもちろんだが、現状の中で私たちがとりうる選択肢はそう多くはない。すでに多くの識者や関係者が指摘しているように、これまでのODAの用途や援助方法を再点検し、限られたリソースを被援助国の真のニーズに応えるべく有効で効率的な援助に洗練していくことが至上命題となっている。その意味で重要なことは援助分野を他のドナー国に対してわが国が比較優位性を有する分野に重点化していくことであろう。

中絶から避妊へ

国際社会の中で日本が比較優位性を発揮することのできる援助案件を形成するために、わが国が第二次世界大戦の焼け跡の中から立ち上がった復興の足跡を振り返り、その経験の中から開発途上にある国々に役立つツールを見出し、相手国住民のニーズに合わせて国づくり、人づくりに貢献する道を探ることは賢明な方法であろう。ともすれば今日までの経済的繁栄の中で、戦後日本を襲った人口過剰と貧困、食糧難、寄生虫や結核などの感染症など、日々人々の命と暮らしを不安に陥れた記憶は忘れられがちだが、わが国もわずか5～60年前までは「りっぱな」開発途上国だったからである。

その重要な経験の一つは戦後わが国を襲った食糧難と人口の過剰状態を克服した「人口転換」のプロセスである。わが国の「国土狭小にして人口過剰」な国情は近代国家の成立過程から大きな難題として為政者の強い関心を引き付けてきた。米国の人口学者・トムソン(Thomson, W.S.)は1929年に著した『世界人口の危険地帯』で、その一つに日本周辺を挙げ、人口圧力が領土、資源に対していかに大きいかという観点から、いち早く戦争ばっ発の危険性を予測していた。不幸にしてそ

の予測は的中し、「生命線の確保」を旗印に太平洋戦争が戦われた。

日本の敗戦によって戦争は終結したが、旧植民地からの引き上げと、平和の訪れで起こったベビーブーム(昭和22年~24年)で、戦後日本は旧に倍する人口急増に襲われ、食糧難と過剰人口の克服が戦後復興期の最初の重要課題となった。

しかし、戦後初めて本格的な民主主義の洗礼を受けた国民は、地域ぐるみで家族計画運動に組織はじめた。もっとも当初の家族内における人減らしの主たる手段は、人工妊娠中絶であった。「優生保護法」の改正によるいわゆる「経済条項」の弾力的運用で、多くの女性たちは中絶手術を受けた。ピーク時の昭和30年(1955年)には届出件数だけでも年間117万人に上り、「国際会議に出る度に日本は外国の代表から“中絶天国”だ、と白い目で見られ肩身の狭い思いがした」(故加藤シヅエ・前家族計画連盟会長)という。しかし、中絶の身体的、精神的弊害の認識が広まるにつれ、近代的避妊法が次第に普及し、中絶を代替していった。

欧米の学者を驚かした戦後日本の「人口転換」

運動の中心になったのは行政機構の末端組織である保健婦であり、民間の開業助産婦(産婆さん)がその家族計画推進のアシスト役を務めた。これは今日強調される官民間の「パートナーシップ」を地で行く活動であった。戦後最大の懸案であった過剰人口圧力が次第に減ずると並行して農業の生産性を高めるために配置された農業改良普及員や生活改良普及員の活動、さらに企業内で進められた「新生活運動」などが相乗効果を発揮して日本の社会は戦後復興から1960年代後半からの経済成長への基盤を整備していった。

こうした官民挙げての活動の結果、わが国の人口は「多産少死」から「少産少死」への「人口転換」をわずか10年間で成し遂げ、欧米の研究者からは「統計上のミスがあるのではないか、との疑念の声があがったほど」(黒田俊夫・日大人口研究所名誉所長)だという。

わが国が現在、世界最低の乳児死亡率と世界一の長寿を実現した歴史的背景には、国家による人口政策ではなく、医療や教育の普及と、保健婦、助産婦らを中心とした草の根の人々による母子保健、家族計画に負うところが大きい。このような草の根の活動を政府が後押しした運動の展開は、今日にも通じる貴重なモデルと言えるであろう。このさまざまな困難と試練を乗り越えて戦後日本の復興と成長の基礎条件をつくった足跡は、時空を越えた異なる条件のもとにある今日の開発途上国にそのまま「輸出」できるものではないだろう。しかし、人口圧力のなかで貧困からの脱却に取り組んでいる途上国の人々に、大きな示唆と勇気を与える可能性をもっている。その意味で、欧米型とは異なる日本の人口転換のプロセスは比較優位性を持っていると言えるだろう。

「人口ボーナス」

欧米の経験から定説化されている「人口転換論」では、産業振興に伴って生活水準が向上し、その結果として「少産少死」状態が実現し、人口安定化がもたらされるとされる。この過程で年齢構造の変化は経済成長に大きな影響力を及ぼす。生産年齢人口(15才~64才)が多くの従属人口(子どもと高齢者)を支える必要がある場合、貯蓄率と経済成長率は落ち込む。出生率が低下すると生産年齢人口が支えなければならぬ従属人口は減少し、上昇した貯蓄率は財政投融资などを通じて経済成長を促進する原資として活用が可能となる。これを「人口ボーナス」と呼ぶ。しかしやが

て高齢化が進行するにつれて生産年齢人口に対する従属人口の割合が再び上昇し、「ボーナス」が生じうる条件に終止符が打たれる。

戦後日本の場合、産業振興を図る一方、官民一体となった家族計画の普及運動で人口の安定化を急ぎ、そのプロセスで生じた「人口ボーナス」のタイミングをうまくつかみ、出生率の低下で生み出された財政余力を経済成長に活かした。

わが国の人口転換が10年間という短期間で完了した背景については「日本はすでに第二次世界大戦前に一定の経済レベルを達成しており、戦前レベルへの回帰願望が出生率低下への動機付けとなった」（村松稔・元国立公衆衛生院人口部長）という見解もある。しかし、今日なお人口増加の圧力の渦中にある開発途上国の開発計画策定にあたっては、家族計画の推進による「人口ボーナス」の好機を活かした日本の経験は一定の示唆となるであろう。

国連への貢献

われわれ日本人は戦後の急速な経済復興と、その後の高度経済成長によって1960年代後半から世界の援助国の仲間入りを果たし、1990年代には米国をも凌駕する世界第一の「援助大国」の地位を確保した。しかし、人口分野では、戦前、戦中の強兵政策「産めよ、増やせよ」への苦い経験や、「他国の人口政策に対する内政干渉」の非難をおそれて二国間援助には慎重であり、当初はもっぱら国連人口基金(UNFPA)及び国際NGOである国際家族計画連盟(IPPF)への拠出という形で、マルチ(多国間援助)に重点がおかれた。1963年から開始されたわが国の国連への拠出金はODAの伸びとともに着実に増え、1986年以来、2000年にオランダに首位の座を明け渡すまでは世界第一位の地位を占めてきた。この間わが国は国連では世界の人口分野における最大の援助国として国際的な評価と声望を勝ち得てきた。

しかし、近年におけるわが国の経済不況は国民のODAに対する厳しい姿勢を反映して削減され、それに伴って国連人口基金に対する拠出金も頭打ちの傾向が続いている。同基金に対しては人工妊娠中絶に対する米議会の拒否反応を反映してブッシュ政権は拠出金を停止する措置をとっている。このためカイロ会議で合意に達していた人口・リプロダクティブ・ヘルス分野に対する資金計画は米国を含む先進国側の消極姿勢によって大きな蹉跌に見舞われている。こうした現状の中でこれまで人口分野で大きな貢献を果たしてきた日本への期待には根強いものがある。平和的な手段で国際社会に貢献する道を選んだ日本の外交政策の観点からも、国連を通じて開発の基礎条件である人口分野でこれまで果たしてきた実績のうえに、日本のイニシアティブを発揮することは賢明な方策である。とりわけODAの総額が減少する趨勢の中で、ODAの一律カットではなく、日本の実績を活かした援助の重点化が「顔の見える援助」としてのプレゼンスにつながることになる。

他方、わが国の人口分野における戦後経験は日本のNGOや、JICAとNGOとの連携の下で、例えばベトナムにおけるリプロダクティブ・ヘルス・プロジェクトのように優良案件として効果を発揮しつつある。いま世界の開発途上国が人口の量と質の面で課題を抱えているとき、わが国が戦後の過剰人口を克服し、経済、民生両面で先進国の仲間入りをした経験を多国間及び二国間援助、さらに「マルチ・バイ」の形で活かすべきであろう。その場合、相手国の「オーナーシップ」の尊重と信頼関係が大前提であることは言うまでもない。

ラファエル・サラス氏の想い

Afghanistan to Zimbabwe, Each mission thins
soles of the soft shoes

アフガニスタンからジンバブエへ
私の仕事の旅は、ソフトシューズの底をすり減らす

1987年、訪問先のワシントンのホテルで58才の若さで客死した国連人口基金の初代事務局長、ラファエル・サラス氏はその第二の句集・「フットプリント(足跡)の中でこう詠んだ。アルファベットのA(アフガニスタン)からZ(ジンバブエ)まで、世界中の国々を人口問題の重要性を訴えて走り回ったフィリピン生まれのサラス氏、その懸命な息ぶきが聞こえてきそうである。

同氏が例示として挙げたアフガニスタンがいま、打ち続いた紛争の拳句に人口増加と貧困問題で世界の焦点に浮かび上がっているのは象徴的である。

A salmon jumping upstream,
Force, with eyes and scales, to breed the roe

鮭が上流へ向って飛び掛かる
眼(まなこ)と鱗(うろこ)は卵産む必死の力に満ちて

この句には「国連人口基金と人口問題」という脚注がついている。かつてはマルコス大統領の片腕としてフィリピン政界で活躍したサラス氏が、同政権の腐敗とともに国連に飛び出し、ウタント事務総長のもとで人口基金の創設に関わったことはよく知られている。そのサラス氏が俳句に託したのは、有限な地球と、人間の「種を残したい」という生物としての本能や、民族存続の欲求とをどう折り合いをつけていくかという板挟みの役回りであったのだろう。

IV. JICA と人口問題

縦割りから総合的対応へ

技術協力を通じて、開発途上国の社会経済開発を支援することを主たる業務としている国際協力事業団(JICA)にとって、従来「人口問題」という枠組みでプロジェクトが形成されることはまれであった。確かに人口教育に関わるIEC(Information Education Communication)活動や母子保健などの協力案件は実施されてきた。しかし、その主力はハードな無償資金協力や機材供与中心であり、総合的な視点で人口問題が意識されたのは、1994年のカイロ会議を反映して日米間で打ち上げられた「人口とエイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII・Global Issues Initiatives)関連プロジェクト以降である。担当部署は医療協力部であり、医療技術を主体とする縦割りの域に止まるが多かった。

しかし今、人口問題がカイロ会議以後、人口コントロールというマクロ的、国家的政策から個々人、特に女性の健康向上(リプロダクティブ・ヘルス)や地位向上(エンパワーメント)をめざすミクロ的視点に「パラダイム・シフト」が行われたことによって、医療協力部といった単独部署の枠

組みを越え、社会開発、農村開発部門などとも連携した総合的対応が必要となっている。

プロジェクトからプログラム・アプローチへ

JICAは現在、世界的な援助協調の趨勢に対応して、従来からのスキームごとのプロジェクト型の援助を再編成し、プログラム・アプローチへの移行を模索している。JICAが2002年度から複数のスキーム(プロジェクト方式技術協力、専門家派遣、第三国研修など)を統合した予算項目として「海外技術協力事業費」を創設したのもプログラム・アプローチへの試みである。日本の戦後経験からも学べるように人口問題への取組みは、官民のパートナーシップのもとで、国家レベルから草の根レベルまで活動が一体となって協調し合うことが、開発の目標を達成するうえで必須条件である。人間開発を最終目標とする人口問題としての取組みは、まさにプログラム・アプローチに対応する分野であると言える。

NGOとの連携

リプロダクティブ・ヘルス、エイズ・マラリア・結核などの感染症、国際人口移動、難民、貧困、環境など、人間活動に関係する地球規模の課題に対処するためには国家間の協力だけではなく、NGOとの連携が不可欠である。例えばアフガニスタンの復興支援でも見られるように、草の根レベルの協力においては各国や地域に固有な文化や風土に対するNGOの知見や、政府レベルでは捉えきれない社会的弱者の視点を取り入れることができる。NGOはすでにそうした視点から母子の健康やジェンダーに配慮した事業の経験を有しており、人口問題という広い視野から途上国との協力案件を進めることでNGOとの協力関係を強化することができる。

すでにアジアやアフリカ、南米その他の国々でこうした分野で活動しているわが国の民間団体は多い。わが国政府及びJICAも国内のNGO活動を支援するため従来からの開発パートナー事業や、海外のNGOを援助するための開発福祉支援事業に代えて2002年度から「国民参加協力推進費」の名の下に、より柔軟な仕組みで内外のNGOと提携協力する方途が追求されている。

人口問題が量から質へ、マクロからミクロへ、人口抑制から個人の自発性開発へと大きく変化する中、NGOの果たす役割は一層強まることになる。JICAの役割が被援助国における人づくり、国づくりを支援することにあるなら、病気や栄養、特に女性の出産、教育、雇用機会の創出、財産形成などカイロ会議によって再定義された人口問題の課題に対して、NGOと連携を強めて行くことは必然的な方向と言える。

第二次人口と開発分野別援助研究会 委員一覧

座 長

あ どう まこと
阿 藤 誠 国立社会保障・人口問題研究所 所長

アドバイザー

くろ た とし お
黒 田 俊 夫 (財)ジョイセフ(家族計画国際協力財団) 理事長
日本大学 人口研究所 名誉所長

委 員

あん どう ひろ ふみ
安 藤 博 文 日本大学 国際関係学部 教授

お がわ なお ひろ
小 川 直 宏 日本大学 人口研究所 次長

すず き りょう いち
鈴 木 良 一 (財)ジョイセフ(家族計画国際協力財団) 理事・事務局長補

やなぎ した ま ち こ
柳 下 真知子 城西国際大学 ジェンダー・女性学研究所 助教授

主査兼委員

お ぎき み ち お
尾 崎 美千生 国際協力事業団 客員国際協力専門員

委 員

みず た か よ こ
水 田 加代子 国際協力事業団 専門技術嘱託

はし ぐち みち よ
橋 口 道 代 国際協力事業団 医療協力部 医療協力第二課 課長
(平成14年3月まで)

や え がし なり ひろ
八重樫 成 寛 国際協力事業団 医療協力部 医療協力第二課 課長
(平成14年4月より)

第二次人口と開発分野別援助研究会 関係者一覧

タスクフォース

わた なべ さとる 渡 邊 学	国際協力事業団 企画・評価部 援助協調室 室長代理
おお の ゆかり 大 野 ゆかり	国際協力事業団 国際協力総合研修所 人材養成課 課長代理(平成13年12月より)
さい とう り こ 斉 藤 理 子	国際協力事業団 医療協力部 医療協力第一課 職員 (平成14年3月まで)
あお き つね のり 青 木 恒 憲	国際協力事業団 医療協力部 医療協力第一課 職員 (平成14年4月より)
たいら とも こ 平 知 子	国際協力事業団 企画・評価部 環境・女性課 職員 (平成14年2月まで)
みや はら ち え 宮 原 千 絵	国際協力事業団 企画・評価部 環境・女性課 職員 (平成14年3月より)

オブザーバー

くに い おさむ 國 井 修	外務省 経済協力局調査計画課 課長補佐
さ とう ひろし 佐 藤 寛	日本貿易振興会アジア経済研究所 主任研究員
あ べ ひで き 阿 部 英 樹	国際協力事業団 非常勤嘱託

事務局

お ばた とし ひろ 小 幡 俊 弘	国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課 課長(平成14年9月まで)
はん や りょう ぞう 半 谷 良 三	国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課 課長(平成14年10月より)
さ とう かず あき 佐 藤 和 明	国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課 課長代理

た なか あき ひさ
田 中 章 久

国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課
職員(平成14年2月より)

いそ べ りょう すけ
磯 辺 良 介

国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課
職員(平成14年2月まで)

きく ち しのが
菊 地 忍

国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課
(財)日本国際協力センター研究員

コンサルタント

こま さわ まき こ
駒 澤 牧 子

株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション

第二次人口と開発分野別援助研究会 リソースパーソンズ一覧

いけ 池	がみ 上	きよ 清	こ 子	国連人口基金(UNFPA)東京事務所 所長 前(財)ジョイセフ(家族計画国際協力財団) 企画開発事業部 部長
おお 大	さき 崎	けい 敬	こ 子	国連経済社会局 人口部 職員
おお 大	ば 峡	みよし 美代志		日本看護協会 長野県支部 常任理事
おお 大	ばやし 林	せん 千	いち 一	総務省 統計局 統計調査部 部長
か 加	とう 藤	ひさ 久	かず 和	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 第四室長
かわ 川	しま 島	ひろ 博	ゆき 之	東京大学大学院 農学生命科学研究科 助教授
きた 北	たに 谷	かつ 勝	ひで 秀	NPO2050 理事長
こう 河	の 野	しげ 稔	み 果	麗澤大学 国際経済学部 教授
こ 小	まつ 松	りゅう 隆	いち 一	国立社会保障・人口問題研究所 人口動向研究部 研究員
こん 近		やす 泰	お 男	(財)ジョイセフ(家族計画国際協力財団) 常任理事・事務局長
さい 齋	とう 藤	やす 安	ひこ 彦	日本大学 人口研究所 教授
さ 嵯峨座	が ざ	はる 晴	お 夫	早稲田大学 人間科学部 教授
さ 佐	とう 藤	りゅうび 龍三郎	ざう 郎	国立社会保障・人口問題研究所 情報調査分析部 部長
たか 高	はし 橋	みち 径	こ 子	オイスカ 海外グループ調査計画担当主任
ち 千	とせ 年	よし しみ		国立社会保障・人口問題研究所 国際関係部 第一室長
なか 中	むら 村	やす 安	ひで 秀	大阪大学 人間科学研究科 教授
にし 西	うち 内	まさ 正	ひこ 彦	共同通信 客員論説委員
は 長谷川	せがわ がわ	とし 敏	ひこ 彦	国立保健医療科学院 政策科学部 部長

はや せ やす こ
早 瀬 保 子

日本貿易振興会アジア経済研究所 経済協力研究部
研究主幹

ふじ た じゅん こ
藤 田 純 子

相模女子大学 講師

め ぐろ より こ
目 黒 依 子

上智大学 文学部 教授

よし だ あき ひこ
吉 田 昭 彦

株式会社ワールドグリーンクラブ 代表取締役

Dirk J. van de Kaa

アムステルダム大学 名誉教授

Gayl. D Ness

ミシガン大学 名誉教授

Jay Satia

International Council on Management of Population Programmes(ICOMP)
事務局長

John Bongaarts

Population Council 副総裁

Joseph Chamie

国連経済社会局 人口部 部長

Nafis Sadik

前国連人口基金(UNFPA) 事務局長

Peter Donaldson

Population Reference Bureau(PRB) 所長

(五十音順、アルファベット順)

目 次

序文

座長緒言

主査緒言

研究会委員・関係者一覧

第1章 21世紀の人口問題(総論).....	1
1 - 1 世界の人口動向：人口問題のホット・スポット	1
1 - 1 - 1 世界人口の動向 - 人口爆発のゆくえ	1
1 - 1 - 2 途上地域の人口動向：サハラ以南のアフリカと南・西アジアが焦点	2
1 - 2 百億人の地球 - 人口増加と持続可能な開発 -	3
1 - 2 - 1 人口増加と経済開発、そして持続可能な開発	3
1 - 2 - 2 人口増加と再生可能資源の供給	3
1 - 3 人権アプローチへのパラダイム転換：カイロ会議の「行動計画」.....	5
1 - 3 - 1 ブカレスト会議からメキシコ会議へ	5
1 - 3 - 2 カイロ行動計画の意義 - 人口戦略の転換 -	5
1 - 3 - 3 カイロ行動計画の評価	6
1 - 3 - 4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題	7
1 - 4 グローバル・エイジング	7
1 - 4 - 1 世界ならびに先進・途上地域の高齢化	7
1 - 4 - 2 途上地域における高齢化の諸問題	8
1 - 5 HIV/エイズ	9
1 - 5 - 1 人口問題としてのHIV/エイズ	9
1 - 5 - 2 世界のHIV/エイズ流行状況	10
1 - 6 国際人口移動と都市化の勢い	11
1 - 6 - 1 国際人口移動	11
1 - 6 - 2 都市化	12
第2章 日本の人口経験	15
2 - 1 日本の人口転換	15
2 - 1 - 1 日本の人口転換プロセス	15
2 - 1 - 2 死亡率低下の要因	15
2 - 1 - 3 出生率低下の要因	16
2 - 1 - 4 人口ボーナスと人口高齢化	16
2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの	16
2 - 2 - 1 政府の家族計画政策	16
2 - 2 - 2 保健行政の拡充	18

2 - 2 - 3	民間団体の活躍	20
2 - 2 - 4	企業による家族計画運動	20
2 - 2 - 5	戦後の農村生活改善運動	21
2 - 2 - 6	まとめ	21
第3章	人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績	24
3 - 1	人口と開発を巡る国際的な潮流と日本の取組み	24
3 - 1 - 1	1980年代まで	24
3 - 1 - 2	1990年代以降	25
3 - 1 - 3	JICAの人口分野に関する協力の変遷	26
3 - 2	JICAにおけるGIIの取組み	27
3 - 2 - 1	GIIの概要	27
3 - 2 - 2	GIIの実績	27
3 - 2 - 3	GIIの成果	29
3 - 2 - 4	GIIからIDIへ	29
第4章	現地調査報告(バングラデシュ・タイ)	31
4 - 1	現地調査の概要	31
4 - 2	バングラデシュの調査結果概要	31
4 - 3	タイの調査結果概要	32
4 - 4	考察	33
第5章	21世紀の人口戦略(提言)	34
地球規模で考え、個人からのアプローチ		34
5 - 1	人口分野の諸課題に関する提言	36
5 - 1 - 1	リプロダクティブ・ヘルス協力を活かす日本の経験	36
5 - 1 - 2	人口変動と経済開発の新たな課題	37
5 - 1 - 3	マクロとミクロのバランス	37
5 - 1 - 4	人口高齢化と高齢者支援	38
5 - 1 - 5	国、地域の特色を踏まえた戦略策定	39
5 - 1 - 6	HIV/エイズ	39
5 - 1 - 7	IECからBCCへ	40
5 - 1 - 8	避妊具(薬)の確保	40
5 - 1 - 9	人口統計、基礎研究への支援	41
5 - 2	JICAの援助に関する提言	42
5 - 2 - 1	わが国政策レベルへの提言	42
5 - 2 - 2	JICA人口分野協力に対する提案と具体的方策	42
5 - 2 - 3	他機関との連携	44

5 - 2 - 4 南南協力	45
参考文献	46

図リスト

図 1 - 1 世界人口の推移と見直し	1
図 1 - 2 世界の主要地域別合計特殊出生率の推移	2
図 1 - 3 世界ならびに先進・途上地域の高齢化	8
図 1 - 4 2001 年末 HIV/ エイズ感染者数推計	10
図 2 - 1 日本の人口転換	15
図 2 - 2 人工妊娠中絶と避妊実行率	17
図 3 - 1 GII 実績の推移	27
図 3 - 2 GII の分野別実績	28
図 3 - 3 GII における援助形態別実績	28
図 5 - 1 提言の位置付け	35
図 5 - 2 「人口と開発」の 3 つのフェーズ(日本の経験を参考にして)	36

BOX リスト

BOX 1 - 1 日本の人口変動と経済発展	13
BOX 1 - 2 リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人口問題	13
BOX 1 - 3 中東イスラム世界の人口・家族・経済	14
BOX 2 - 1 妊産婦手帳	18
BOX 2 - 2 愛の小箱	19
BOX 2 - 3 無医地区の健康を支えた配置薬	19
BOX 2 - 4 モデル地区では1年後に出生数が半減	20
BOX 2 - 5 生活改善運動 - 愛媛県・野村村岡成集落の経験	22
BOX 2 - 6 ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP) 途上国における保健と家族計画の統合	23
BOX 3 - 1 主なプロジェクト方式技術協力の事例	30
BOX 4 - 1 地域住民参加型家族計画フェーズII	32
BOX 4 - 2 リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト	32
BOX 4 - 3 エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト	33

第1章 21世紀の人口問題(総論)

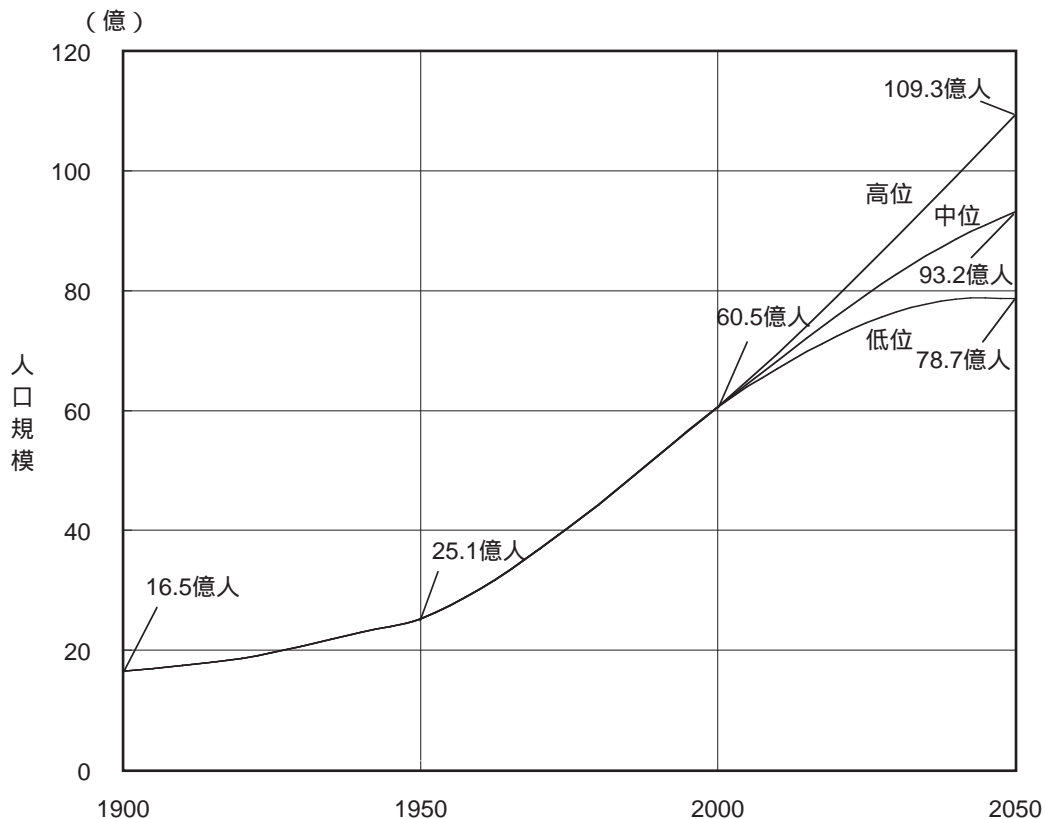
1 - 1 世界の人口動向：人口問題のホット・スポット

1 - 1 - 1 世界人口の動向 - 人口爆発のゆくえ

20世紀の世界は一方で科学技術の発展と経済成長の時代として特徴づけられるであろうが、人口の面では爆発的な人口増加の世紀として人類史に記録されるであろう。世界人口は、18世紀半ば頃に先進地域の人口転換の開始を契機として増加率を高め始め、1800年には9億5,000万人、1900年には16億5,000万人となった。20世紀の前半、世界人口の年平均増加率はおよそ1%に高まり、1950年の人口は25億1,000万人となった。以降、20世紀後半の世界人口はまさに“爆発”と呼ぶに値する増加を続けた。年平均人口増加率は1950 - 1955年に1.79%にはねあがり、そのまま上昇を続けて1965 - 1970年にはおそらく人類史上最大の2.04%に達した。世界人口の増加率は、(世界人口の5分の1を占める中国の人口増加率が低下したことにより)その後低下に転じたが、1987年には50億人を突破、1999年には60億人に達した(図1 - 1)。

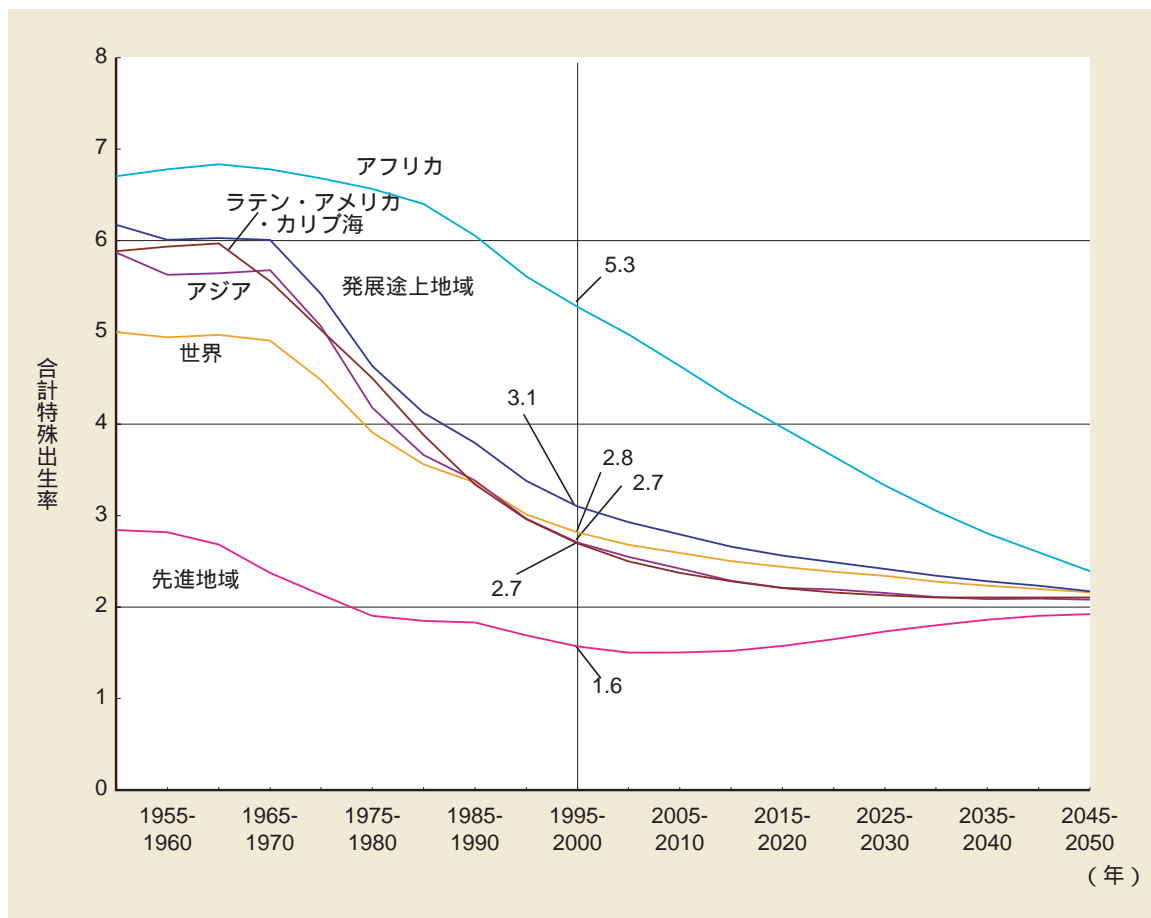
1990年代に入って、世界人口の増加率は予想外に低下した(1995年 - 2000年で年率1.35%)。国連の1990年における世界人口の将来推計では、2050年の世界人口は100億人と推計されていたが、

図1 - 1 世界人口の推移と見直し



出所：United Nations(2001a)

図1 - 2 世界の主要地域別合計特殊出生率の推移



出所：United Nations(2001a)

その後2年ごとの改訂で2050年の世界人口見通しは下がり続け、1998年推計では89億人の見通しとなった。ただし2000年の世界人口推計では増加率がやや上方修正され、2050年の世界人口は93億人と見込まれた。この最新の推計結果は、過度の楽観論に対する一種の警告を意味するものである。世界人口の増加率は明らかに減速傾向を示しているものの、年々ベースとなる人口が大きくなっているため、年間の人口増加規模は1995年 - 2000年で年平均なお7,900万人に達し、今後2025年頃まで7,000万人台が続くとみられている。地球規模での人口爆発は依然として続いているのである。

1 - 1 - 2 途上地域の人口動向：サハラ以南のアフリカと南・西アジアが焦点

世界ならびに途上地域の人口の増加率が近年予想外に低下してきた大きな理由は、途上地域の出生率の急激かつ全面的低下である(図1 - 2)。しかし、途上地域の出生率(以下、合計特殊出生率(TFR)の意味で用いる)の地域間の差はむしろ拡大してきている。アジア、ラテン・アメリカの出生率は1970年以降に順調に低下を続け、1995年 - 2000年にはともに2.7となり、全体として出生力転換の最終段階に達したとみられる。ただし、アジア内の地域差は大きく、中国を含む東アジアはすでに出生力転換を終え(TFR = 1.8)、東南アジアは最終段階に近づいているのに対し(TFR = 2.8)、南アジアと西アジアはなお転換の中間段階にある(TFR = 3.6と3.9)。他方、アフリカは

全体として出生力転換のなお初期段階にあるが(TFR = 5.3)、北・南アフリカはすでに転換の中間段階にあるのに対し、中部、東部、西部アフリカの出生率はなお6.0を超える高水準にある(サハラ以南のアフリカのTFRは5.8)。このように出生率と人口増加率の高さからみた世界の人口問題のホットスポットは、第1にアフリカ、とりわけサハラ以南のアフリカであり、第2に南・西アジアである。

以上のように、出生力転換の途上にあるアフリカ、とりわけサブサハラ(47カ国)では、なお引き続き高い出生率が貧困の温床となっている。南アフリカでは、9人に1人が感染者というエイズの流行により、リプロダクティブ・ヘルスの観点ではもちろんのこと働き盛りの労働力不足という開発の側面からも人口問題のもっとも深刻な対象地域ということが出来る。

また、インド、パキスタン、バングラデシュを含む南アジアでは、総体としては東アジア、東南アジアで進んできた転換プロセスが未だに及んでいない。特に2050年までには中国を抜く「人口大国」となるインドは、人口のホットスポットとして貧困、教育、社会制度のあり方が問われていくことになる。

1 - 2 百億人の地球 - 人口増加と持続可能な開発 -

1 - 2 - 1 人口増加と経済開発、そして持続可能な開発

第二次大戦後の途上地域における、人類史上稀にみる急速な人口増加は、人口増加と経済開発の関係についての大きな関心を引き起こした。この問題に関して経済学の正統派(orthodoxy)は、高出生率により人口増加が続くと、増大する子ども人口を養うために資源が消費され、貯蓄 = 投資が妨げられるため経済開発が進まないと論じた。また1970年代に入ってこうした議論に「環境への配慮」が加わった。さらに1972年にローマ・クラブが発表した「成長の限界」においては、1960年代並の人口増加と経済成長が続けば、“大破局(catastrophe)”(経済生産の行きづまり、死亡率上昇による人口の急減)を迎えることが提示された。正統派の議論は一見自明の理のように思われたが、1960年代、1970年代の途上地域では、人口増加率と経済成長率が必ずしも負の関係にはないという事実が観察され、修正主義派(revisionists)の議論を生み出した。人口増加自体が技術進歩を促し生活水準の向上につながっていくという人口増加の積極的側面の強調や、人間こそが「究極の資源」であり、人口増加は短期的にはマイナスでも長期的には経済開発にとってプラスであるなどの主張がなされた。

人口増加と経済成長の関係については経済学者の間で必ずしも決着がついているわけではないが、途上地域のなかでもっとも速く経済発展を成し遂げたアジアNIEsやいくつかのASEAN諸国では、出生率の低下が貯蓄の増加と資本形成に結びつき「資本の深化」(労働者1人あたりの資本装備率の増大)をもたらし、これが経済成長につながったとみることができる(小川、BOX参照)。

1 - 2 - 2 人口増加と再生可能資源の供給

人間の生活を維持するためのもっとも基礎的な資源は、水と食糧である。爆発的な人口増加と経済開発が続く21世紀の世界、とりわけ途上地域において、この2つの資源は十分に供給されるのであろうか。

(1) 人口と水

ファルケンマーク(M. Falkenmark)は、水の供給状況の考え方を、「水不足のない」状態、「水ストレス」状態、「水不足」状態という3つの状態に区分し、定義した¹。この定義に従うと、世界全体では今日も50年後もまったく「水不足のない」状態にある。しかし、地域別にみると、北アフリカ、西アジアの大部分は「水不足」、南・中央アジアはすでに「水ストレス」の状態にあり、今後の人口増加、都市化、食糧増産、工業化の進展によってますます水不足状態が悪化し、そのような水不足が経済開発の制約条件となる可能性がある。また人口大国のインドと中国は今日「水不足のない」状態にあるが、前者はやがて「水ストレス」状態に陥り、後者は50年後には「水ストレス」状態に近づくものと予想される。これらの国々においては、ダム建設や運河の設置などにより取水効率を高め、農業ならびに工業を水使用効率の高いものに転換し、水質の汚染を防ぐなどの政策努力が必要であろう。

(2) 人口と食糧

世界人口が顕著に増加し始めて以来、「地球が一体どれだけの人口を養えるか」という問題は多くの人々の関心事であり、近年に至るまでさまざまな人口と食糧に関する推計の試みが行われてきた。世界全体で見れば、今日の穀物作付面積(およそ7億ha)において西ヨーロッパ並の単位面積あたりの穀物収穫量があれば、100億人の人口を養うとしても、今日の1人あたりの穀物供給を上回る収穫が可能となる。したがって、少なくとも理論的には、地球は21世紀半ば以降に到達するであろう100億人の人口を扶養することは可能である。今日の食糧問題は、水問題と同様むしろ地域的問題である。サハラ以南のアフリカや南アジアでは1人あたり食糧生産が伸び悩んでおり、今日、栄養不良人口の割合は、サハラ以南アフリカでは30%、南アジアでも20%を超えている。これらの地域のほとんどの国は、食糧増産を阻む多くの制約条件、すなわち、可耕地の拡大の難しさ、人口増による家族農場の規模縮小、土壌劣化による耕作地の減少、前述の水不足・水質悪化、非効率的な灌漑方法、食糧の保存・輸送時の浪費、などの問題を抱えている。これら諸国では、安定した政権の下で土地改革を進め、海外からの支援を得て、水と農地・牧草地の効率的な管理、灌漑方法の改善と穀物の品種改良などによる食糧増産を図ることが求められている。

(3) 人口と環境

地球環境問題としては、酸性雨、熱帯林破壊、野性生物種の減少、砂漠化、海洋汚染、オゾン層の破壊などがあるが、何といたってもその影響の大きさと拡がり、解決の難しさからみて最大のものは地球温暖化問題である。地球温暖化の影響の全てが分かっている訳ではないが、少なくとも海洋の温暖化・氷河の溶解による海面上昇(100年間で0.88m)、それによる島嶼国・海岸地帯の町村の水没、温帯から熱帯に至る農業・漁業の生産性低下、異常気象(暴風雨、洪水、干ばつ、熱波など)の頻発、感染症の拡大、熱帯雨林の減少、砂漠化、野性生物種の減少などにつながると考えられている。温暖化問題は現代社会の経済活動全体を支えるエネルギー消費と密接に関わっているだけに、国際的に真に有効な対策がとられるまでにはなお相当の時間がかかるであろう。

¹ 年間更新可能淡水有効水量が1人あたり1,700トン(m^3)以上ある国を「水不足のない」状態、1,700トン未満1,000トン以上の国を「水ストレス」状態、1,000トン未満の国を「水不足」状態にあるとしている。

(4) 人類は「大破局」を免れるか

21世紀末に訪れるであろう100億人に近い地球人口は、水と食糧だけを基準に考えればおそらく扶養可能であろう。しかしながら、地球環境の悪化、とりわけ地球温暖化は、対応を誤れば「成長の限界」モデルが示したように、人類と現代文明を“大破局(catastrophe)”に陥れるかもしれない。それを免れるためには省エネ技術の開発とその広汎な適用、化石燃料に替わる効率的代替エネルギーの開発と利用、全ての国が参加する温室効果ガス削減に関する国際的合意の形成と早期の実施が何よりも求められる。加えて、開発途上国は、早急に人口転換を達成し人口の安定化を図ることが、自国の経済開発を容易にし、水・食糧を安定的に確保し、社会開発を促進するばかりでなく、長期的には地球環境問題の解決にも資することになると認識すべきであろう。

1 - 3 人権アプローチへのパラダイム転換：カイロ会議の「行動計画」

1 - 3 - 1 ブカレスト会議からメキシコ会議へ

1974年にルーマニアのブカレストにおいて、人口問題に関する初の政府間会議としての世界人口会議(World Population Conference)が開催された。途上国における人口爆発がその経済発展を阻害するとの認識の下、政府による人口増加の抑制とそのため家族計画プログラムの実施を求める米国を筆頭とする西側先進諸国と、「開発は最良の避妊薬」として人口抑制よりも経済発展こそが重要とする多くの途上国及び社会主義圏諸国とが対立した。両者の妥協の結果採択された「世界人口行動計画」は、一部では開発優先派の主張をとり入れているものの、全体的には、政府による人口抑制政策の推進を勧告した内容となった。

その10年後の1984年にメキシコ・シティで開かれた国際人口会議(International Conference on Population)において採択された「世界人口行動計画を継続実施するための勧告」は、家族計画プログラムに関する勧告を多く盛り込んだ文書となっており、家族計画が国際的に認知された初めての政府間会議であったと言える。

この2つの会議における人口政策の戦略は、急激な人口増加は、資源の制約を生み出し、経済開発を阻害するため、経済開発を進めるには、人口の増加を抑制しなければならず、そのための有力な手段は政府による大規模な家族計画プログラムであるというものであった。

1 - 3 - 2 カイロ行動計画の意義 - 人口戦略の転換 -

1994年にエジプトのカイロで開催された国際人口開発会議(ICPD)は、「世界人口行動計画」に替わる、新しい20年間の「行動計画(Program of Action)」を採択した。この「ICPD行動計画」は、1. リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(reproductive health/reproductive rights)の新概念の導入、2. 男女平等と女性のエンパワーメントの重要性の強調、3. 数値目標と資金調達目標の盛り込みの3点において、それまでの人口戦略とは明確に一線を画するものであり、人口政策における「人権アプローチ」へのパラダイム転換と呼ばれた。

リプロダクティブ・ヘルスの概念は、WHOが1972年以来続けてきた特別プログラムのなかで、人間の再生産過程に関わる保健ニーズを総合的に把握するために生み出した概念である。リプロダクティブ・ヘルスの下で取り扱われる保健分野には、(1)出生調節(fertility regulation)、(2)不妊、

(3)性に関する保健(sexual health)、(4)母性保護(safe motherhood)、(5)乳幼児の生存、成長、発達がある。具体的には、家族計画(避妊)、各種避妊法の有効性ならびに安全性、新しい避妊法の開発、望まない妊娠、人工妊娠中絶一般の問題、不法な中絶に伴う問題、二次的不妊の原因対策、不妊治療、女性性器切除(FGM : female genital mutilation)、性行為感染症(STD : Sexually Transmitted Disease)、特に HIV/ エイズ、妊産婦死亡、母子保健が含まれる。

一方、リプロダクティブ・ライツの方は、医学・保健分野とは無関係に、1970年代のフェミニスト運動に端を発し、1985年の国連国際女性会議を通じて国際的に広まった考え方である。この概念の根幹は、女性が出産の有無、タイミング、子ども数についての決定権をもつことを意味しており、その権利の行使に必要な手段についての情報、教育、質の高いサービスが十分に与えられることが条件となる。また男女の性的関係は平等、相互の尊敬、責任の原則に基づくべきであり、女性は性的関係を強要されないという意味で「性に関する権利(sexual rights)」をもつことも合わせて主張される。

カイロの「行動計画」においてリプロダクティブ・ヘルス/ライツが中心概念となったことによって、人口政策の焦点がマクロ(国レベル)からミクロ(個人レベル)へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ女性に大きくシフトした。具体的には、家族計画は政府の人口増加抑制目標を達成するための手段ではなく、人々(とりわけ女性)が自らの妊娠・出産を決めるための手段として位置付けられた点、従来は家族計画は夫婦の避妊行動と同一視されていたが、結婚前の若者(思春期の若者)の性、妊娠、出産、避妊などの行動にまで視野が広げられた点、中絶を女性の健康問題として取り扱うことを勧告するなど中絶に対する寛容な姿勢が強調されている点などが挙げられる。また、カイロ行動計画は、リプロダクティブ・ライツの実現に加えて、「ジェンダー間の平等達成が人口開発問題解決の基盤である」という原理を提示すると同時に、男女の平等・公平を達成し、女性のエンパワーメント(empowerment 地位向上)を図ることを行動計画の重要な目標のひとつに掲げた。このようなジェンダー間の平等達成と、女性のリプロダクティブ・ライツの尊重、リプロダクティブ・ヘルスの達成は相互依存の関係にある。

1 - 3 - 3 カイロ行動計画の評価

カイロ行動計画にみられる国際的人口戦略の「人権アプローチ」へのパラダイム転換については、会議開催の当時はもちろん今日に至るまでさまざまな評価がある(柳下、BOX 参照)。しかしながら、この行動計画の中心概念であるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの導入が、従来からの政府主導の家族計画プログラムにしばしばみられた“行き過ぎ”(女性のニーズよりもプログラム上の目標優先、家族計画の受容者の数(量)を優先しサービスの質を軽視したプログラム遂行など)の是正に貢献したことは間違いない。

ただし、多くの途上諸国にとって、家族計画がより一層普及し、出生力転換(さらに人口転換)が促進され、できるだけ早く人口の安定化が図られることが、その国の経済の発展・貧困の解消、教育の普及向上、環境・資源の保全にとって望ましいことは明らかである。カイロ行動計画もこの点を無視しているわけではないが、全体的には、この面でのメッセージが従来の文書に比べて弱まったことは否めない事実であろう。

1 - 3 - 4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの主要要素のうち、家族計画とそれ以外の要素に分けて、途上地域の現状と課題を概観する。

(1) 家族計画の普及と課題

まず家族計画の現状についてみると、途上地域では近年の急速な避妊の普及にも関わらず、避妊を必要としていながら実際には避妊を実行していない女性の割合を示す「未充足ニーズ」(unmet need)の水準が依然高いことが、1980年代後半から実施された人口保健調査(DHS)の解析結果によって明らかにされている。「未充足ニーズ」の把握とそれを満たすためのサービスの提供は、現代の途上国における家族計画プログラムの中核部分である。この「未充足ニーズ」アプローチに対しては、避妊実行率を高めることに目を奪われ、利用者(ことに女性)の視点が不十分ではないかという批判がある。この点については、避妊を実行している男女であっても、副作用を被っている場合、使い方が効果的でない場合も未充足ニーズに含めるといった提案が最近なされている。また、避妊実行率上昇にとって、家族計画サービスのアクセスが容易になること(供給面)はさほど重要ではなく、希望子ども数の減少(需要面)の方が重要ではないかという指摘もあるが、家族計画プログラムの実施が出生コントロールについての知識を広げることに寄与し、そのことが出生力転換において決定的な役割を果たすという見方の方が強まっている。

(2) 家族計画以外の主要な課題

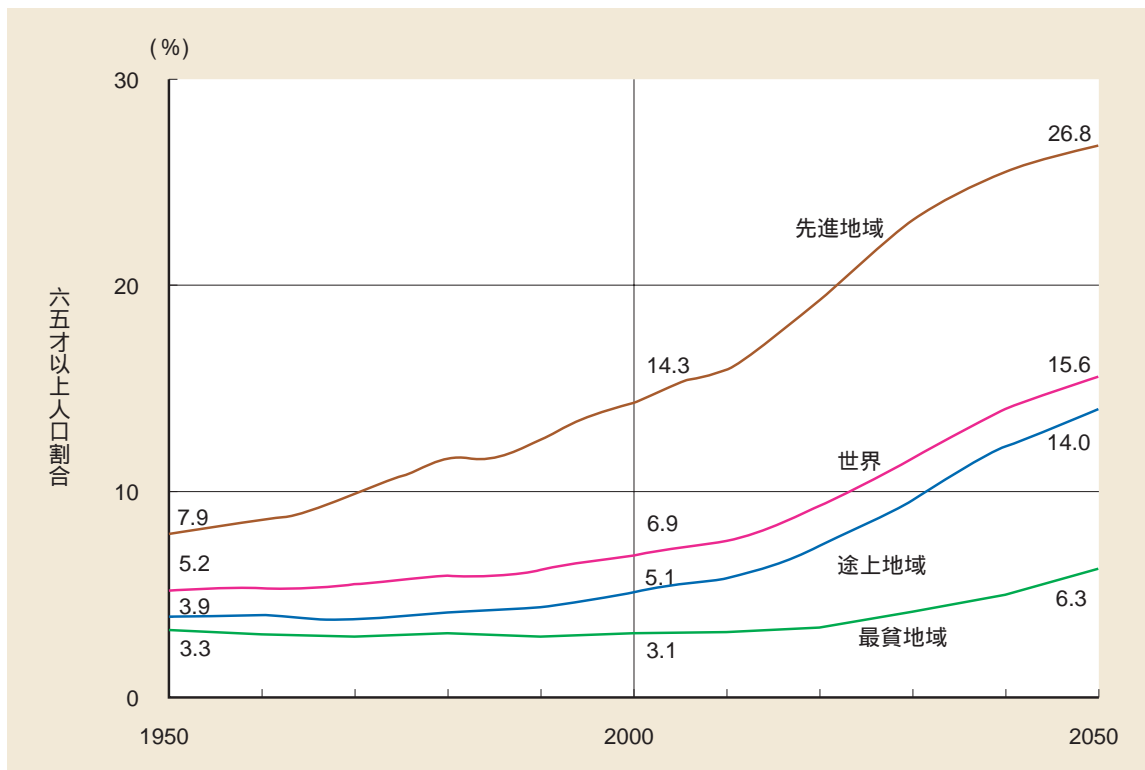
次に家族計画以外の課題(母性保健、人工妊娠中絶、思春期のリプロダクティブ・ヘルス、性感染症、性差別と性暴力)についてみると、全世界で毎年60万件近くにのぼる妊産婦死亡のほとんどが途上国で起こっており、母性保健の向上は急務である。人工妊娠中絶に関しては、「安全でない中絶」は、全世界で毎年2,000万件にものぼり、その90%は途上国で行われているという見積もりがあり深刻な問題となっている。また、思春期のリプロダクティブ・ヘルスニーズに応えることは、同時に妊娠・出産の開始年齢を高めることにより、高出生率の途上地域において出生率低下も期待できる。性感染症に関しては、毎年世界で約3億件の治療可能な性感染症(淋病、梅毒、クラミジアなど)が発症しており、その大部分は途上国で起こっているとみられる。女性の性罹患率は男性の5倍も高く、不妊のおよそ3分の2は性感染症が原因ともいわれており、これも大きな問題である。最後に性差別と性暴力については、とりわけ性に関する暴力の中でも、甚だしく有害な伝統的慣習として最近注目を集めている女性性器切除(FGM)がある。これについては現在でも毎年200万人が危険にさらされているといわれるが、最近になって廃止を求める女性の運動も高まり、カイロ会議「行動計画」においてもFGM廃絶が明記された。

1 - 4 グローバル・エイジング

1 - 4 - 1 世界ならびに先進・途上地域の高齢化

世界人口の高齢化率(65才以上人口割合)は20世紀の半ばでも5.2%にとどまり、その後目立った変化がなかったが、1980年代半ば以降に上昇を始め、2000年には6.9%となった(図1-3)。国

図1 - 3 世界ならびに先進・途上地域の高齢化



出所：United Nations(2001a)

連の予測によれば21世紀に入るとともに世界人口の高齢化は加速し、21世紀の半ばには今日の先進地域の平均水準をやや上回る15.6%にまで高まる。先進地域の人口の高齢化率は1950年(7.9%)、2000年(14.3%)と進行してきたが、今後も一段と進行し、21世紀半ばには高齢化率は25%を突破するものとみられている。途上地域全体の高齢化率は1950年(3.9%)、2000年(5.1%)にとどまっており、高齢化は今日、ようやく緒についたばかりである。しかしながら21世紀には途上地域の高齢化率は上昇を続け、2050年には現在の先進地域並の14.0%に達するであろう。

グローバル・エイジングの状況をもう少し詳しくみると、主として先進国からなるヨーロッパ、北部アメリカ(北米)、オセアニアの3地域の高齢化状況にもかなり大きな差がある。ヨーロッパの高齢化率はもっとも高く、今日でも14.7%であり、今後50年間で29.2%まで高まるものと見込まれているのに対し、オセアニアの高齢化率は現在9.9%、2050年でも18.0%にとどまり、北米は両者の中間に位置する。一方、アジア、ラテン・アメリカは途上地域平均をやや上回る高齢化傾向を示し、2050年にはオセアニアの水準に近づくと予想されるが、アフリカのみは2020年まで高齢化水準が3%台を続け2050年でもようやく6.9%になる程度である。

1 - 4 - 2 途上地域における高齢化の諸問題

人口高齢化がもたらす中心的な社会問題は、誰がどのように増大する高齢者を扶養するかという問題であり、その限りでは先進国と途上国の間に違いはない。

(1) 高齢化のスピード

ヨーロッパの先進諸国は少なくとも50年かけて出生力転換を達成したため、高齢化のスピードも緩やかであった。しかるに先進国のなかでも日本は、戦後の出生力転換をわずか10年足らずで達成したため、先進国中もっとも速い高齢化が運命づけられた。同様に、近年、出生力転換を達成した日本以外の東・東南アジア諸国(韓国、香港、台湾、中国、シンガポール、タイ)の転換のスピードはヨーロッパ諸国よりもはるかに速かったため、これらの国の高齢化のスピードもヨーロッパ諸国よりもはるかに速いことが予想される。今後出生力転換を経験する途上国の多くも、将来の高齢化のスピードはヨーロッパ諸国を上回る可能性が大きい。

言うまでもなく、高齢化のスピードが緩やかであるほど、高齢化への対応(高齢者の扶養・介護のための社会システムづくり)も時間をかけて進めることができるが、高齢化のスピードが速いと、それだけ対応が困難になると考えられる。

(2) 経済発展と同時に進む高齢化

途上国の多くは、急速な出生力転換後の20～30年間、若い労働力人口が相対的に豊富にあり、子どもと高齢者の扶養負担の小さい人口状況 - これは出生力転換による“人口ボーナス(population bonus)”と呼ばれる - を経験する。これらの国が、日本の高度経済成長期と同様に、この時期をうまく利用して経済発展を推し進めることができれば、十分に発展した経済の下で高齢化対策に取り組むことができる。しかし、それに失敗すると、経済発展と高齢化対策という二重の政策課題を抱え込むことになる。

(3) 拡大家族の有効性と限界

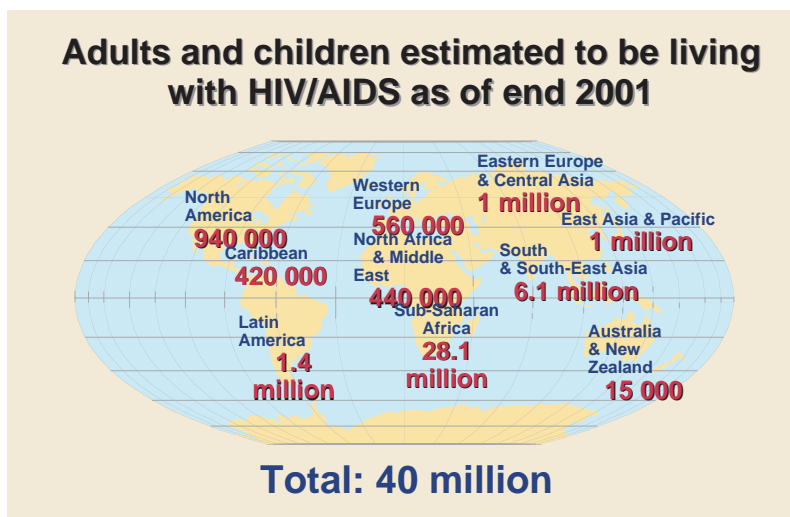
日本を含めて非欧米諸国の伝統的家族制度は拡大家族である。これらの国の高齢者は、老後の生活を同居する息子夫婦ないし娘夫婦に依存することが一般的である。しかし、経済発展の進展によって、農村から都市への若者の移動が続き、農村では残された親世代の核家族世帯化、都市では子世代の核家族世帯形成が進み、農村の親世代が高齢化した時、もはや家族だけでは高齢者の扶養・介護機能を十分に果たせなくなる。日本でも、1970年代までは、“家族は福祉の含み資産”と呼ばれ、高齢者の扶養と介護の担い手は家族に期待されていた。しかし1980年代になると家族だけでは高齢者の扶養・介護を十分に果たせないという見方が強まり、公的な高齢者扶養・介護システムの整備・強化が強く求められるようになった。したがって途上国でも、経済発展、都市化、高齢化が同時進行するなかで、公的な高齢者扶養・介護のシステム - 社会保障制度 - を整備・発展させることが求められていくであろう。

1 - 5 HIV/エイズ

1 - 5 - 1 人口問題としてのHIV/エイズ

HIV/エイズは、個人の健康と人権を重視するリプロダクティブ・ヘルスの観点からはもちろんのこと、労働力人口の減少という開発の側面からも大きな問題となっている。なぜなら、感染者のほとんどが生産年齢人口(15～49才)に集中しており、長い潜伏期間の後にこれらの感染者が

図 1 - 4 2001 年末 HIV/ エイズ感染者数推計



出所：UNAIDS(2001)

エイズを発症し、ほとんどが死亡することによって、生産年齢人口が減少し、人口ピラミッドがきわめていびつに変化するためである。例えば、生産年齢人口(15～64才)の3～4人に1人がHIVに感染している国においては、近い将来、この年齢層が激減することが予測されている。生産年齢人口の激減により、一国の経済においてもまた家計においても大きな損失を引き起こすこととなり、社会的影響がきわめて大きい。

一方、家計における主な働き手の病気と死亡は、子どもや老人の手によるエイズ発症者のケアや生活維持の必要性を意味する。その結果、教育の機会を逸する子どもや、低賃金で危険な労働に従事する子どもと老人が増加するだろう。両親がエイズを発症して死亡すれば「エイズ孤児」となり、児童労働やストリートチルドレンの増加など社会的な影響も大きい。世界の「エイズ孤児」はすでに累積1,400万人いると推計されている。

1 - 5 - 2 世界の HIV/ エイズ流行状況

2001 年末の推計によれば、世界の HIV 感染者数は合計で 4,000 万人だったと考えられている(図 1 - 4)。この年に新たに感染した数は世界中で 500 万人であり、累積で 3,000 万人が死亡したと考えられている。また、世界の HIV 感染者の約 95% が発展途上国に集中している。

なかでももっとも深刻な状況にあるのが、世界の HIV 感染者の 70% 以上が居住しているサハラ以南アフリカの国々である。この地域には、15 才から 49 才の成人の HIV 有病率(prevalence)が 2001 年末時点で 10% を超える国が 12 カ国あり、このなかには成人の 3 人から 4 人に 1 人が感染するほどの国もあらわれている。これらサハラ以南アフリカ諸国は、異性間性行為による感染を主とした一般的流行²であり、その結果男性よりも女性のほうが多く感染していること、女性の高い感染

² 国連エイズ合同計画(UNAIDS)を中心としたチームによる世界の国別感染者数推計では、HIV 流行の類型として集中的流行(concentrated epidemic)と一般的流行(generalized epidemic)の 2 つにわけて考えられている。集中的流行とは注射薬物使用者(injecting drug user: IDU)や男性同性愛行為者(men who have sex with other men: MSM)などの「ハイリスク行為者集団」で 5% 以上の有病率が観察されるが、それ以外の「一般」の間では 1% 未満で HIV 感染はあまり観察されない段階である。一般的流行段階は「一般」の人々の間の有病率が 1% 以上と高いことで、「ハイリスク行為者集団」の有病率はすでに高いことが多い。

率のために母子感染した乳幼児のエイズ死や、親がエイズによって死亡した「エイズ孤児」が急増していることなどの特徴がある。この地域の多くの国々では、新規感染のピークそのものはすでに越えたと考えられているが、高いレベルでの新規感染が今なお続いている。なお、死亡数、粗死亡率、平均余命においても、これらの地域では劇的な変化が生じている国々がある。

いまだにHIV/エイズに対する偏見が人々の間に根強く存在する。差別や困難を克服して国や共同体が一丸となってHIVの予防と感染者のケアに力を注がなければ、今後も感染は増えつづけ、未来は暗いものとなるだろう。エイズは途上国自身と先進国が解決に向けて協力すべき大きな課題である。

1 - 6 国際人口移動と都市化の勢い

1 - 6 - 1 国際人口移動

国連人口部の試算³によると、世界全体でみた在留外国人の総数は、1965年からの四半世紀で著しく増加した。その数は、全世界で、1965年には7,500万人であったが、1975年には8,400万人、1985年には1億500万人へと加速度的に増え、1990年には1億2,000万人に達した。今世紀当初には、約1億5,000万人が、外国人として、自分の出生国以外の国で生活しているとの推計もある。

国際人口移動はどの地域で活発化しているのかという観点では、世界の主要な人口流入地域はヨーロッパ、北アメリカ及びオセアニアといった先進地域に集中しており、主要な人口流出地域はアジア、アフリカ、南米といった開発途上地域である。

国際人口移動の理由・性格の異なるさまざまな形態を整理すると、個人の自由意思に基づく移動としては、永久的または半永久的な定住を前提とする移民(permanent settlers)、一時的な契約労働者(migrant workers)、受け入れ国で法的に流入・滞在を認めていない非合法移民(illegal migrants)などが挙げられる。反面、明確な目的地を持たず、移動を強いられた人々として難民(refugees)がある。難民とは、人種、宗教、国籍もしくは特定の社会集団の構成員であること、又は政治的意見を理由に、迫害を受けるおそれを有するために国籍国の外で居住している人々をさす。

国際人口移動は、いわゆるグローバル化によって生じた必然の結果である。どの程度どのような人間を受け入れるのかといった問題に対しては、国家の主権と個人の権利が複雑に絡み合っており、容易に回答はでない。まずは、国際人口移動の実態の把握を優先し、その上で、送出国、受け入れ国双方にとってどのような影響があり何が問題なのかを議論する必要がある。また、ヨーロッパは高齢化と少子化が進んでおり、経済活動を維持するために一定の移民を受け入れざるを得ないという実状があるが、日本においても近い将来同様の状況となることは避けられない。そのような状況では、例えば高齢者介護のための人材を海外から受け入れるなどの相互協力が考えられる。

³ 国際人口移動は統計の整備が著しく遅れている分野であり正確な把握は困難であるが、移動の規模の目安として一国内に在留する外国人の数(ストック)が使用されている。

1 - 6 - 2 都市化

(1) 都市化の進展

世界の総人口は、1950年の25億人から2000年の61億人へと50年間で2.4倍(年平均増加率1.8%)になった。同時期、都市人口は7億5,000万人から27億人と3.6倍(年平均増加率2.6%)に増加した。この結果、世界の都市化率(都市に居住する人口が総人口に占める割合)は1950年の30%から2000年には44%に上昇した。今や世界の人口の半分近くが都市に居住していることになる。

最新の国連の都市人口推計によると、2000年から2030年までの間に世界の都市化はますます進展する。この間、世界人口の年平均増加率は1.0%と推定されているが、都市人口は倍の2.1%のスピードで増加する。2000年 - 2030年の間に途上国の都市人口は、年平均2.4%増加すると予測されている。その反面、先進国における農村人口は、年平均1.1%で減少する。その結果、1950年には3割であった世界の都市化率は、2030年には倍の6割になる。

なお、今後の途上国の都市化に付随する問題を考える上で考慮に入れておきたいのは、都市人口の年平均増加率よりも絶対的な人口増加数である。途上国で都市人口増加率が年4%とピークに達した1950年 - 1975年においてさえ、増加した人口は5億人であった。2000年 - 2030年の30年間では、増加率こそ2.4%と減少するものの、人口は20億人増加する。この間に世界の人口は22億人増加すると推定されている。つまり事実上そのほとんどが途上国における都市人口の増加である。

(2) 都市化の課題と対策

一般に考えられているように、途上国の都市化の最大の要因は必ずしも農村から都市への人口流入によるものではなく、1980年代のアジアを除いては都市での自然増加である。特に経済成長率の低い国においてその傾向が強い。したがって、都市における自然増加に影響を与える政策が必要であろう。

加えて、経済成長を伴わない都市化に付随するもっとも大きな社会問題は、都市の貧困層の増大である。近い将来、貧困者の多くが都市に集中することになるのは間違いないと言われている。また今後心配されるのは、都市におけるHIV感染者の増加であろう。途上国の大都市では、都市の方が農村より死亡率が低い、という長年見られた図式がくつつがえされつつある。

これまで、都市化を制限するような政策がことごとく失敗し、また、大都市が一国の経済・社会・文化に果たす役割の重要性に対する認識が浸透してきた結果、都市化に対する政策は、都市問題を対象としたより包括的な政策へと転換しつつある。つまり、移動者の都市への適応を援助するような政策の方が望ましい、という方向になりつつある。

BOX 1-1 日本の人口変動と経済発展

日本大学 小川直宏

先進国の経験から出てきた歴史法則として、「人口転換論」がある。経済発展をすることによって、人口は高死亡率、高出生率から、低死亡率、低出生率へと移行するという理論である。日本の戦後の経済成長に対してもこれまで、日本の経済学者においてはそのような理解がなされるのが一般的であった。しかし実際は、出生率が下がったことにより経済発展が起こったのではないが、日本の経済体質を変更させたのは人口ではないのか、というのがここでの主旨である。すなわち、日本は10年で出生率を半減させることによって、家計の経済状態に余裕が生まれ、貯蓄率が向上し、それが財政投融資ならびにその他の投資として日本の経済の復興に役立ったのではないかと。そして1960年代初頭にベビーブーム世代が大量に労働力市場に参入し、経済復興を労働力としてささえていたのではないかとということである。

このような出生抑制によりもたらされる経済的ゲインのことを人口経済学者の間では、“人口ボーナス”と呼んでいる。人口ボーナスは、(1)出生力の低下が急激なほど、家計消費が抑えられる程度が大きくなり、その結果として家計貯蓄が大きくなり、投資が増大するというプロセスと、(2)出生力の低下にも関わらず、生産年齢人口はしばらく増加するという状況、の2つの要素が組み合わされて作り出される。この“人口ボーナス”の活用が開発途上国の経済開発のプロセスできわめて重要である。

人口ボーナスを効率的に活用した東アジア及び東南アジアの6つの国・地域(日本、韓国、シンガポール、タイ、台湾、インドネシア)は急速な経済発展を20世紀後半に経験したが、そのプロセスの中で、健康、教育投資、労働市場などにおける女性の地位向上、所得分布の均等化、家族計画プログラムなどの要素が複雑に絡み合ったのである。特に、最新の人口経済学者らの研究では、アジアにおける所得分布が平等化していたことにより、義務教育やプライマリー・ヘルスなどの普及を促進し、人的投資の増強を引き起こし、これが経済成長の大きな要因として捉えられている。

これらアジアの6つの国・地域における現在の状況は、インドネシアが人口ボーナスの収穫にこれからさしかかり、タイと台湾ではピーク期を迎えており、日本はボーナスの時期を終えて末期である。これから人口ボーナスを迎える国々では、ボーナスが得られる時期が比較的短いことを考え、効率よくその果実を経済開発に向けることが肝要となる。

BOX 1-2 リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人口問題

城西国際大学 柳下真知子

リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、1960年代から国連の文書などにも登場してきた、女性の健康と人権にとって重要な概念である。リプロダクティブ・ヘルスは、単に母性に関連した健康だけではなく、生涯を通しての性と生殖に関する健康であり、思春期保健、HIV・エイズをふくむ性感染症の予防とケア、危険な人工妊娠中絶への取り組み、更年期障害をも含むものである。また、リプロダクティブ・ライツは、自由にかつ責任をもって、子どもの数と生む間隔を決定する基本的権利と、安全で効果の高い個人のニーズに合った避妊方法とその知識とサービスにアクセスできるという権利であるが、それにとどまらず、女性の性と生殖に悪影響を及ぼす文化的慣習や暴力の廃絶もその課題となっている。

これらの概念が人口開発分野に登場してきた背景の一つに、女性の人権をめぐる国際的な流れがある。リプロダクティブ・ライツは、「女性差別撤廃条約宣言」(1969年) 女性の地位向上を目指す「国連女性の10年」(1975年 - 1985年)、そして1970年代のフェミニズムの台頭、「女性と健康」運動、さらには1990年代に入って、女性への暴力や伝統的慣習に対する人権侵害への認識の高まりのなかで次第に明確化されてきた。1994年のカイロ会議では、「リプロダクティブ・ヘルス(セクシュアル・ヘルスを含む)を享受すること」が新たにリプロダクティブ・ライツの一つとして採択された。

もう一つの流れは、開発分野における、経済開発から人間開発へという流れである。経済成長がおこれば貧困はおのずと解消されるといった経済開発理論が破綻し、社会開発重視、住民参加が叫ばれるようになったことがある。一般の人々への投資、特に保健、教育、男女間の公正・平等が基礎となることが確認され、途上国の人口問題解決においても、マクロの視点による人口コントロールだけではなく、途上国における低い女性の地位を捉えるジェンダーの視点、女性の自立の支援、女性のエンパワーメントが必要不可欠であるという認識が強まった。

こうした状況下で、人口問題解決におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの重要性が浮かび上がってきたのであるが、この人口開発援助におけるアプローチの転換をめぐっては、カイロ会議以降多くの議論をよんだ。リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念および女性のエンパワーメントが、実際にカップルの希望する子ども数を下げるか、ミクロのレベルでのアプローチが地球規模での緊迫した人口問題へのタイムリーな解決策となるのか、マクロレベルの人口コントロールはやはり必要なのではないか、西側フェミニスト・グループが世界の人口政策に多大な影響力をもたらしているのではないかと、女性の健康や人権の問題は貧困の問題にあ

り貧困問題の解決が先決なのではないか、援助国の財政難の中、限られた資金をリプロダクティブ・ヘルスという広範囲な保健分野に配分することになり、これまでの避妊実行率を高める努力を弱めることにならないか、新しいアプローチは実践レベルの方法論の難しさだけでなく、効果の評価も困難にするのではないかといった様々な指摘である。しかしながら、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念は、多くの論議を呼びながらも、その視点は、出生力の主体としての女性のニーズ、権利、健康の問題を、人口開発問題の中心におくことを明確にした、歴史的に必然的な方向性を示すものであったといえよう。

BOX 1 - 3 中東イスラーム世界の人口・家族・経済

相模女子大学 藤田 純子

現在われわれが人口爆発の危険にさらされていることは、紛れもない事実である。それを回避するための人口政策は、必要不可欠であるが、ただしそれにあたっての思想的背景は、これまでのような画一的なものであってはならない。イスラーム世界は、構造的にウンマ(共同体)中心の世界であり、そこでは国家のシステムはあくまでも二次的な存在である。この点国家が社会の第一の基礎であって、共同体が二の次といった欧米型の社会とは本質的に異なっている。

その相違をもっともよくあらわしているのは、伝統経済の分野であろう。例えばこの世界の伝統的市場において、通商は交渉経済で行われ、資本主義市場における一物一価の定価経済によるものではない。それは経済の分野における差異性の強調、同一律の強い拒否を意味している。また、経済行為で介在するヒト、モノ、カネにおいて、この経済ではそれぞれ差異的なヒトの優位が常に維持され、資本主義の場合のように等価で換算されうるモノ、カネがヒトの優位を脅かすことは絶対はない。

彼らにとって個人、家族は社会生活の基盤であり、その自然の要求が他の尺度、基準によって軽視されることは全くない。つまり、個人の差異性、それに基づく家庭生活こそが彼らの生活の基盤であり、この点を考慮しない人口政策論議は、中東イスラーム世界では構造的に受け入れられないはずである。

人口問題の解決にあたって、人々の発想の根源は、新しく外側から与えられた思考法、ライフスタイルの所産ではなく、伝統的な観点によるのである。そもそもヒトやモノの差異的側面を重視するこの世界は、世界の貧困、社会的窮状を解決するために、子どもの数の制限を先行させるという論理は通用し難い地域であろう。物事の判断、決定にあたって先行するのは個人、家族であり、国家の命令などは他の文化圏に比してもっとも軽んじられる傾向が強いのも、この地域の特性である。また、イスラーム社会における基本的な単位は家族であり、個人は生まれてから死ぬまで家族という構成単位の一員であるという認識に立っている点も重要である。

ただし中東イスラーム世界でも、さまざまな国々は周囲の環境に応じて独自の政策を講じている。例えばエジプト現行刑法は妊娠中絶を禁止しており、これに違反したときは妊婦ならびに施術者は処罰されるが、母体が危険な場合は認める旨規定している。一方チュニジア、トルコにおいては初期中絶は妊婦の要請のみで無条件に認められている。チュニジアにおいて5人以上の子どもを持つ女性に対して、妊娠中絶を容認したのは1965年であり、1973年には妊娠3ヶ月以内であれば無条件に容認することを規定した。トルコでは1983年、妊娠10週以内の中絶を容認した。以上の事例は法解釈上大きな差異が存在することを明らかにしている。これらの国家はそれぞれ、社会的・政治的・歴史的・宗教的伝統に立脚したイスラーム法解釈を実践しているのであり、この点に鑑みてもわれわれは現地の特殊事情により良く通じる必要があるであろう。そのためにはイスラーム法の性質、機能の仕方を弁えると共に、それによって作り上げられてきた文化、社会的伝統の特殊性を与えられた主題を中心に包括的に理解することが不可欠であると思われる。

第2章 日本の人口経験

2 - 1 日本の人口転換

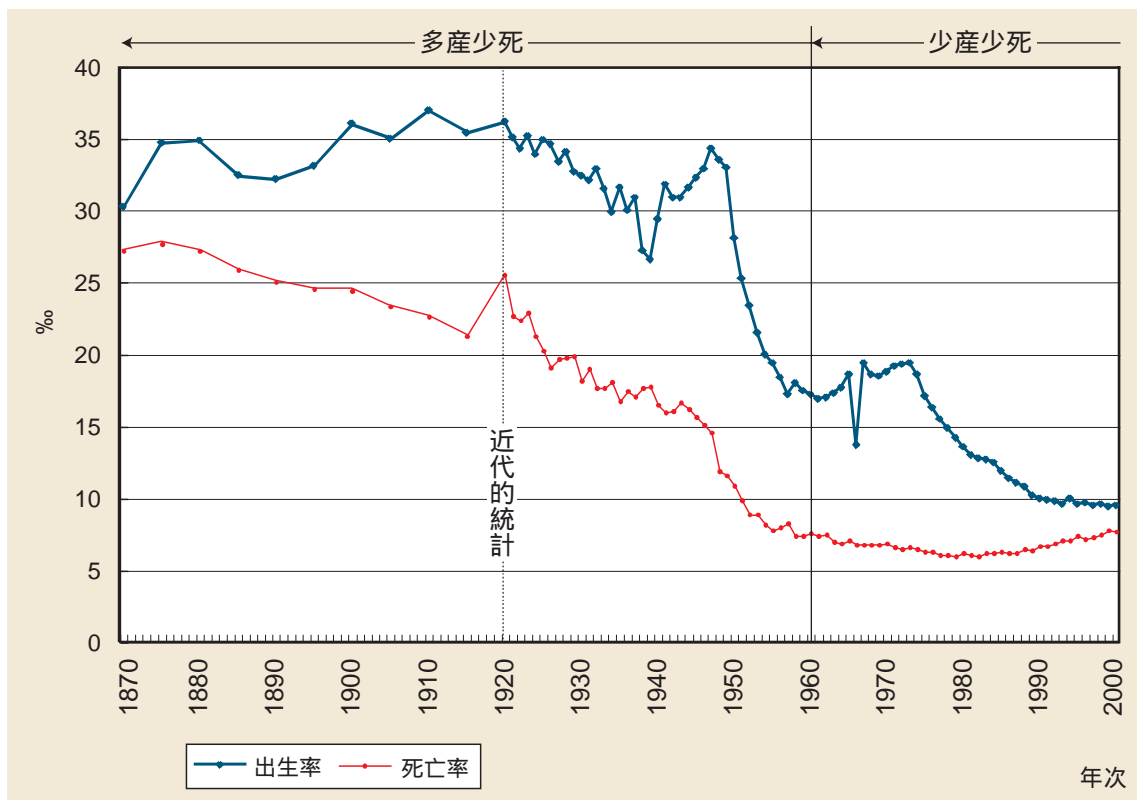
2 - 1 - 1 日本の人口転換プロセス

日本はいま世界一低い乳幼児死亡率と世界一の長寿を享受している。わが国の人口転換の歴史を大まかに時代区分すると、多産多死の時代(- 1870年)、多産少死の時代(1870年 - 1960年)、少産少死の時代(1960年 - 現在)の3つに分けられる。1870年頃(明治時代初期)までは出生率も死亡率も相当に高い「多産多死」の状態であった。その後、まず死亡率の低下が始まり、「多産少死」の時代に入った。その後1920年頃から出生率の緩やかな低下が始まり、第二次大戦後に急速な低下が起こり「人口転換」を達成した。現在は死亡率・出生率ともに低水準に落ち着き「少産少死」の時代となっている。日本の「人口転換」の型はほぼ西欧諸国と同じ型を描いているが、そのスピードが速かったところに日本の特徴がある。

2 - 1 - 2 死亡率低下の要因

明治初年以降から戦前までの死亡率低下の要因は、18 - 19世紀の西欧社会の死亡率低下と同様に十分に解明されているとはいいがたいが、政府主導による近代医薬・公衆衛生の発達・普及、経

図2 - 1 日本の人口転換



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

済成長に基づく生活水準・栄養水準の改善、義務教育の普及による衛生観念の浸透などが複合的に作用した結果と分析されている。

戦後のベビーバスト時期(後述)には、死亡率も急激に低下した。これは、戦後の抗生物質、DDTの普及などにより、肺炎、胃腸炎、結核などの感染性疾患による死亡が激減したからである。これにより平均寿命も伸び、1960年には男子65才、女子70才に達し、ほぼ当時の欧米先進諸国の最低水準に追いついた。

2 - 1 - 3 出生率低下の要因

第二次大戦後の1947年 - 1949年の3年間は「ベビーブーム(baby boom: 赤ちゃん好況)」が起こり、年間出生数は270万人を超えた。ところが、1949年を境にして出生率は一挙に低下し「ベビーバスト(baby bust: 赤ちゃん不況)」と呼ばれるほどの急激な低下をみせた。日本は、この時期におおむね「人口転換」を達成したといえる。

1949年以降の出生率の急激な低下の要因はいくつか分析されているが、まずは1948年(昭和23年)に制定され3回にわたって改正された優生保護法がある。これによって人工妊娠中絶が比較的容易に受けられるようになり、結婚した夫婦の産児制限の主な手段として一時的に用いられた。しかしその後、官民をあげての家族計画の普及によって、出生抑制の主たる手段は中絶から避妊へと逆転していった(図2 - 2)。

2 - 1 - 4 人口ボーナスと人口高齢化

この戦後の急激な出生率の低下が、第1章Boxで小川が論じている「人口ボーナス」を生み出した。日本は結果的に1950年からほぼ40年間、人口ボーナスをうまく活用して高度経済成長を達成したと分析することができる。しかし、人口転換の達成は、表裏の関係にある人口高齢化の開始を意味した。日本の場合は出生力の低下が急速であったことが、将来の急速な高齢化を運命づけることになった。高齢化によって、生産年齢人口への扶養負担が高まりつつあることが、高齢化問題の大きな課題として今日議論されているところである。

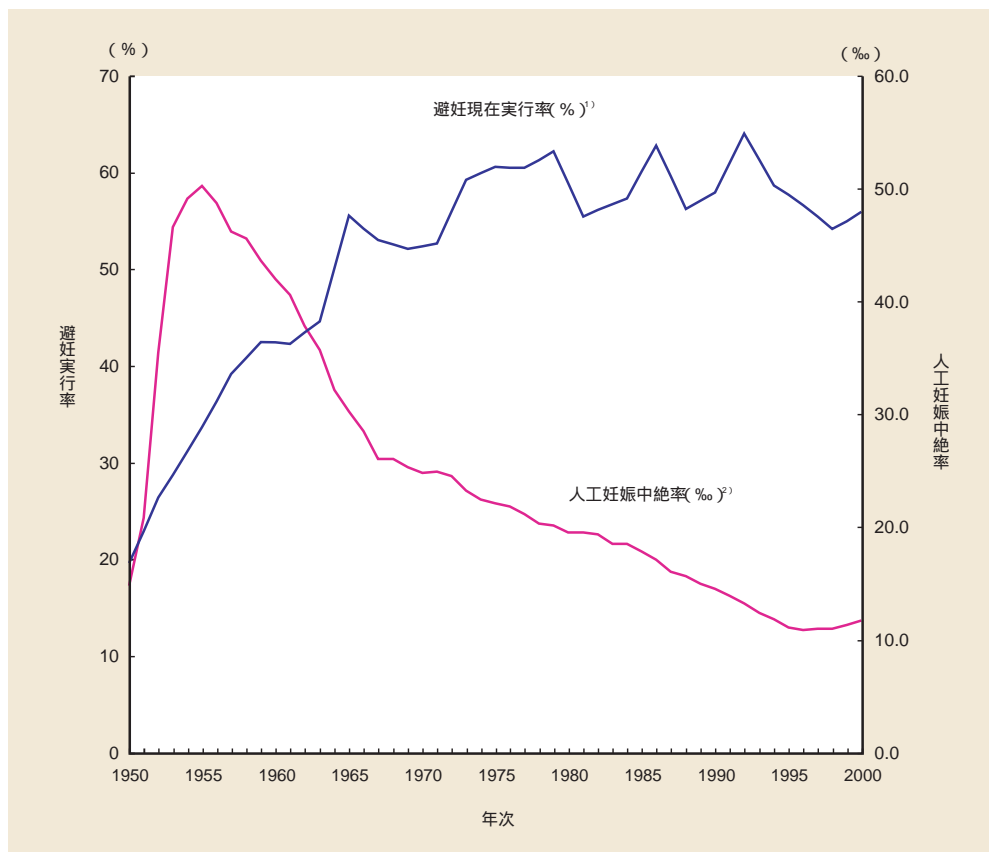
2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの

戦後の日本においては、連合軍最高司令官総司令部(GHQ)の指導の下で強力な民主化政策が推し進められた。その結果、行政組織、地域社会においてさまざまな改革が展開された。日本政府は戦後の人口激増期においても出生抑制のための明確な人口政策は打ち出さなかったが、保健行政の改革、保健婦や助産婦による家族計画指導、民間団体や企業の家族計画運動、農村における生活改善運動などが多層的・多角的に繰り広げられた結果、日本の人口転換は達成したといえる。

2 - 2 - 1 政府の家族計画政策

1947年 - 1949年の3年間に空前のベビーブーム期を迎えたが、その一方で、当時は避妊についての正しい知識を持つ者も少なく、また避妊用の器具や薬品を入手することも困難であったために、望まない妊娠も多く、やむなく行う非合法のいわゆる「ヤミ中絶」が激増した。劣悪な環境下

図2 - 2 人工妊娠中絶と避妊実行率



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

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

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

出所：国立社会保障・人口問題研究所

で行われたヤミ中絶が原因で死亡したり、後遺症に悩む女性も多く見られるようになった。こうした事態から母体を守ろう、という国会議員の動きにより、1948年(昭和23年)9月「優生保護法」が施行された。翌1949年(昭和24年)には、一部改正され、身体的理由と並んで「経済的理由」が追加されたことにより人工妊娠中絶の適応が拡大された結果、中絶の届け出数は激増し、1955年(昭和30年)には117万件を数えるに至った(図2-2)。

その後、政府は「受胎調節実地指導員制度」を導入し、助産婦、保健婦、看護婦を再教育し、受胎調節の技術的指導を行う専門グループを育成した。受胎調節実地指導員は各家庭に足で回り、まさに草の根において母子保健・家族計画の教育・普及活動に専心した。特に開業助産婦においては、業として相談・指導の対価としての金銭的報酬を得ることのできるシステムが構築されたことにより、持続可能な受胎調節の実地指導が行えるようになった。この受胎調節実地指導員がその後の家族計画の普及に果たした役割は大きい。

戦後は「産めよ、殖やせよ」から一転して「計画出産を」の時代となったが、その考え方も手段も国民の間にすぐに浸透することは難しかった。そんな中で、国立公衆衛生院の研究者たちは積極的に全国各地に出向き、計画出産と受胎調節の指導に努めた。その活動の中でも、1950年(昭和25

BOX 2 - 1 妊産婦手帳

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

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

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

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

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

年)から7年間、3つの「計画出産モデル村」において行われた指導は、日本にはどの避妊方法が適しているのか、人工妊娠中絶をどのくらい減らすことができるのか、などを知る上でも貴重な情報を得ることとなり、日本の家族計画普及に重要な指針を与えることとなった。3つのモデル村でのアプローチで強調されたのは、家族計画とはどういうことか、どうして大切なのかという理解を進めるという点であった。また、プロセスとして成功の鍵となったのは、最初に村全体を啓蒙し、夫や舅姑など、実際に受胎調節を希望する女性を取り巻く周囲の人々の理解と協力を得た点である。このように、住民一人一人の行動変容を起こすためには、その阻害要因の1つである環境的制約を取り除くことが重要であり、現在、同様の問題がリプロダクティブ・ヘルス分野を支援するドナー社会において大きな課題となっているが、戦後の日本ではすでに体系化されたモデルが確立されていたことは、特筆に値する。モデル村の女性たちはこの指導に積極的に参加し高く評価し、指導の成果は避妊手段の変化、人工妊娠中絶の減少という形で如実に表れた。

2 - 2 - 2 保健行政の拡充

GHQによる民主化政策の一環として、日本においては保健行政の改革も行われた。すなわち、中央・地方の保健行政制度の改革、伝染病対策としての「予防接種法」の制定、官立病院・療養所等の再編、医療施設の充実や医療従事者の質の向上などの対応が図られた。特筆すべきは、戦時下に設置された保健所が、ネットワークの拡充・業務強化を通じ、地方における公衆衛生上の拠点機関となったことである。

また、母子保健対策は新しく妊娠婦と乳幼児の福祉の観点から見直されることとなった。また、厚生省に新たに母子衛生局が設置され、「児童福祉法」が制定され、母子衛生の基盤が固められた。具体的には、保健所を中心として、(ア)妊娠婦、乳幼児の保護者に対する妊娠、出産、育児についての保健指導の実施、(イ)乳幼児の健康診査の実施、(ウ)生活困窮者に対する保健指導に要する費用の代負担、(エ)妊娠の届け出と届け出者に対する母子手帳(妊産婦手帳の改称)(BOX 2 - 1参照)の交付、(オ)経済的理由により入院助産を受けることのできない妊産婦の助産施設への入

BOX 2 - 2 愛の小箱

受胎調節実地指導員制度によって助産婦、保健婦、看護婦の資格を持つ人が実地指導員として再教育され、各地域の家族計画普及にあたった。静岡県、浜名湖の北にある三ヶ日保健所には、指導員の組織「若草会」があった。指導の対象を、主婦だけではなく夫や、農家の実権を握っている姑にも向けた。「姑教育」のきっかけは、「いくら指導員からいい話を聞いても、器具をどうやって買うだね」という主婦たちの不満がきっかけだった。主婦は自由に使えるお金を持たせてもらえず、買い物に行くにもいちいち姑から受け取っていたからだ。

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

BOX 2 - 3 無医地区の健康を支えた配置薬

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

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

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

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

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

所措置、等の制度化が図られた。さらに母子衛生対策の一環として、母親学級、赤ちゃんコンクール、全国母子衛生大会等が開催された。その結果、乳幼児死亡率は着実に低下していった。

(1) 保健婦の活躍

当時の農村の保健婦の主な活動メニューは、例えば長野県でみると、婦人有志による保健衛生のボランティア組織「保健補導員」の設立と支援、検便・寄生虫撲滅運動、乳幼児健診・妊産婦健診の実施、夫婦で参加する受胎調節講習会「おしどり会」の開催、である。これらは、全て住民の合意と協力のもとで進められ、男性や地域の意思決定者を巻き込んだところに大きな特長がある。

(2) 助産婦の活躍

1950年当時の出産は、ほとんどが自宅分娩で、開業助産婦の手によって行われ、しかも母子2代にわたって同じ開業助産婦にとりあげてもらったということは普通であった。そのため住民の開業助産婦に対する信頼感は大きく、「あの助産婦のいうことならば聞く」という風潮の中で、夫婦生活にまで踏み込む家族計画の普及が可能となっていった。

当時、避妊方法としてもっとも普及していたコンドームであるが、受胎調節指導員(保健婦や開業助産婦等)による指導時の販売が認められ、これによって受胎調節指導員のインセンティブが高まると同時に、住民の利用者負担の意識が定着していった。

BOX 2 - 4 モデル地区では1年後に出生数が半減

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

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

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

2 - 2 - 3 民間団体の活躍

戦後、20を下らない数の家族計画関連の民間団体が設立され、群雄割拠の状態であったため、それらの団体を束ねる組織として、1954年に「日本家族計画連盟」が発足し、翌年に国際家族計画連盟の第5回世界大会を東京に誘致し、家族計画に関する国内世論に大きな影響を与えた。

同年、「日本家族計画普及会(現・日本家族計画協会)」が発足し、中絶を少なくするための啓発活動・避妊用器具・薬品の販売、教育用機材の開発・普及、関連分野の指導員の養成に力を入れてきた。同会は、政府・専門家(学識者)・民間団体の関係者で構成される「家族計画研究委員会」を設置し、毎月1回定例会を開催し、日本の家族計画の流れを決定する重要な役割を担った。

1933年、恩賜基金をもとに創設した「恩賜財団愛育会」では、当時の農村漁村の乳幼児死亡率を下げるために地域の婦人が奉仕的に参加する「愛育班」を村ごとに組織し、実践活動を通じて婦人たちが自身を教育するとともに、愛育思想の普及啓蒙に努めた。戦後は厚生省の母子保健事業とも連携し、地域における母子衛生に関する地区組織の強化に貢献した。

毎日新聞社は1949年に人口問題に関する調査組織を作り、原則として隔年に家族計画に関する知識、態度、実行に関する調査「全国家族計画世論調査」(いわゆるKAP調査)を実施し、貴重な統計資料を提供してきた。

2 - 2 - 4 企業による家族計画運動

政府の家族計画事業と並行する形で、1952年から財団法人人口問題研究会を中心とする民間団体の指導・支援のもと、さまざまな企業で「新生活運動」が盛んになった。その中心的なねらいは家族計画の普及であったが、その実現のために、家計を安定させ、健康を増進し、子どもの教育に力を入れること、さらに教養を高めて文化的な生活を送ることを目指した。家族計画の指導は、集団としてまとまった企業体職員には行いやすいという利点から急速に拡大し、造船、石炭、電気、化学工業、製紙、国鉄、私鉄、電電公社、通運会社、警察、消防なども加わり、ピーク時には55企業・団体、124万人が参加した(BOX 2 - 4参照)。

先に紹介した国立公衆衛生院による「計画出産モデル村」がきっかけとなって、企業でも従業員に対する家族計画指導への関心が高まった。従業員とその家族の明日の幸福と、人工妊娠中絶の弊害から女性を救うこととを目的に、福島県の常磐炭鉱の付属病院の産婦人科医師は国立公衆衛

生院の協力を得て、社宅(716世帯、人口3,632人)を対象に指導を始めた。指導を希望した女性は受胎調節をした方が望ましいと判断された者の94%に当たり、女性側の関心の高さがうかがえる。この結果、避妊方法の改善や妊娠数の減少など顕著な改善が見られた。

2 - 2 - 5 戦後の農村生活改善運動

GHQの強力な指導のもと展開された「農村の民主化」政策は、これまでもっとも虐げられてきた女性のニーズを掘り起こし、女性たち自らが解決していくという農民主体の問題解決手法(今でいうPRA:参加型農村アプレイザル)を取り入れ、女性のエンパワーメントと農村の生活向上に大きく貢献した。その中心的役割を担ったのが生活改良普及員という女性たちである。生活改良普及員は、1949年に第1期が採用され、東京で徹底した米国式の研修を行い、米国式の普及システム、「参加型社会開発手法」を教育された。トップダウン的な目標は一切なく、全て生活改良普及員が現場に飛び込んでいって、農民自身が自分たちの問題を認識し、その解決策を検討するためのファシリテーター(助言者)役に徹した。ニーズに基づくPRAの手法を採ったことによって、結果的に、厚生省管轄下の「栄養改善」、「家族計画」、「母子保健」、文部省管轄下の「社会教育」、「新生活運動」、それ以外にも自治体を中心となって推進した「環境衛生」など、マルチセクター的展開となった。

生活改良普及員は、地元の有力者・既存グループと連携し、地域としての拡がりを実現していった。また、グループのリーダーには、近隣の町などで開催される「料理講習会」、「栄養講習会」などに参加したりとさまざまな研修機会が提供されていたが、その成果を他のメンバーに伝達しなければならないという「復伝」という規範が義務付けられた点も特筆すべき点である。これらの女性リーダーの育成と活用を通じて、女性がエンパワーメントされ、行動変容につながっていった。

また、生活改善運動の特徴の一つに「なるべくお金をかけない」、「手元にある資源を工夫する」ということがあるが、安価な材料で成果が大きい改良カマドはもっとも多くの農村グループが取り入れた。この改良カマドの成果をきっかけに(エントリーポイント:導入口)、農民たちがさらに積極的に生活改善運動に関わるようになったという傾向も報告されている(BOX 2 - 5参照)。

2 - 2 - 6 まとめ

日本の戦後における人口転換は、中央省庁、自治体、民間団体、企業を巻き込み、都市から農村まで日本全国津々浦々で展開されたさまざまな活動によって、達成されたといえる。その結果、避妊実行率は1950年(昭和30年)の19.5%から1967年には53.0%と顕著に上昇していった。

このような日本の戦後の経験を、今日の開発戦略の文脈で整理してみると、まずGHQによる強力な民主化路線に沿って、行政組織がキャパシティ・ビルディング(能力構築)を実現した点が大い。この行政のトップダウン的指導の下、地域においては徹底した民主的手法、すなわちボトムアップ手法が取られた。あくまで住民主体であり、知恵もマンパワーも資金も外部者に頼るのではなく、自分たちの地域資源の活用を第一義とした。さらに、自分たちのニーズに基づく農民主体の問題解決手法(今日のPRA手法)をとったことによって、結果的に、産業(農業)、衛生、保健、教育、余暇といったマルチセクター的アプローチとなった。このような活動展開の過程において、地域住民の「オーナーシップ(自助努力)」、「自立発展」が醸成された。また、女性の指導者

としての登用・育成及び女性の全員参加アプローチの効果は大きく、女性のエンパワーメントが開発戦略に有効であることを実証しているといえる。

BOX 2 - 5 生活改善運動 - 愛媛県・野村村岡成集落の経験

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

改良カマド

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

BOX 2 - 6 ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP) 途上国における保健と家族計画の統合

(財)ジョイセフ 鈴木 良一

・ジョイセフの活動

戦後の家族計画運動の経験を生かして途上国の人口・家族計画・母子保健に協力するために、1968年(昭和43年)財)家族計画国際協力財団(ジョイセフ)が発足した。発足当時の一番重要な役割として、IPPFに対する日本政府からの資金援助の実現があった。さらに1971年にはUNFPAへの拠出金100万ドル(IPPFへの50万ドルと合わせて150万ドル)もはじまり、以来、ジョイセフは両機関と日本政府の調整役の役割を果たしてきた。

これと並行してジョイセフは、日本家族計画協会などの日本における経験を生かして途上国における人口・家族計画分野への独自の支援を実施している。

・インテグレーション・プロジェクト(IP)

1970年代当時のアジア地域で行われてきたトップダウン式な家族計画推進の方策に反対し、ジョイセフの国井長次郎(当時ジョイセフ常任理事・日本家族計画協会初代会長)は「人間的家族計画」の推進のアプローチとして、1974年に地域に根ざした家族計画・栄養・寄生虫予防のインテグレーション・プロジェクト(IP)を提唱し、以降、途上国への協力事業に積極的に関わってきた。現在、アジア8カ国(中国、バングラデシュ、フィリピン、ネパール、ラオス、ヴェトナム、ミャンマー、カンボディア)、中南米及びカリブ海地域2カ国(メキシコとグアテマラ)アフリカ地域3カ国(ガーナ、タンザニア、ザンビア)などでIPが推進されている。

IPの特徴は、寄生虫をエントリーポイント(導入口)としている点、女性のエンパワーメントの重視、地方政府のオーナーシップと連携の強化、国・地域のニーズに合わせた多彩な展開、などが挙げられる。

・中国におけるIP

中国におけるジョイセフのIPはリプロダクティブ・ヘルス/ライツアプローチのモデルとなりうると思われる。中国ではIPを“三結合”、すなわち家族計画と村の経済発展、農民の勤労による豊かになること、文化的で幸福な家庭を築くことの3つを結合させ、最終的には「家族の幸福の実現」とでもいえるような包括的アプローチとして展開している。ジョイセフはIPPFの資金協力を得て、1983年から18年間にわたり全国31省(自治区、特別市)の42県(市)を対象に活動してきた。地方政府と連携し、ニーズと効果に注視し、プロジェクト地区住民の多くから歓迎を受け、農村の生活改善・生計向上のインセンティブを織り込みながら総合的な農村改善を推進し、結果としてRHの顕著な向上が認められている。プロジェクトの主な活動内容は、各レベル(行政、村民委員会、小学校の校長から学級担任)ごとの普及のための研修、学校保健における寄生虫予防教育、児童やアウトリーチによる家庭保健教育、ニーズに基づいた安全な飲料水確保のための給水塔の設置、衛生トイレの普及(トイレの浄化層内のメタンガスを活用したバイオガスによる電灯、炊事用コンロの開発と普及)、女性グループを支援し家畜の飼育・植林や飲食業開業などによる生計向上を実現し、その結果、女性の地位の向上と独立心の醸成をうながすというインパクトが発現している。

第3章 人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績

3 - 1 人口と開発を巡る国際的な潮流と日本の取組み

3 - 1 - 1 1980年代まで

第二次世界大戦が終結した1945年に国連が創設され、その翌年1946年に国連人口委員会が設置された。国連人口委員会では、各国の人口統計の収集、人口問題の意見交換が行われた。日本は1956年に国連に加盟し、その2年前の1954年にはODAによる技術協力を開始した。しかし、1960年頃までは、国際社会において人口政策が正面から議論される雰囲気はなかった。

これに対して民間では、個人の人権、特に女性の人権を守るという観点から家族計画運動が活発になり、1952年にボンベイにおいて国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation : IPPF)が産声を上げた。家族計画運動のパイオニアとして世界的ネットワークを持つNGOが誕生し、現在まで途上国の家族計画運動の推進役となっている。この動きと呼応して日本でも1954年に日本家族計画協会が発足し、現在まで日本の家族計画運動の中核として活動している。

また、初の世界人口会議が1954年にローマで開催された。国連が主催し国際人口学会が協力した専門家による会議であった。

1960年代から1970年代にかけては、「国連開発の10年」が発表され世界中が「開発」に邁進した時代である。一方で1960年に世界の人口は30億人に達し、さらに1960年代後半には途上国の人口増加率は史上最高の年率2.4%に達した。

こうした状況の下、1965年に専門家による「世界人口会議」(ベオグラード)が開催され、この頃から国際社会でも人口政策について議論されるようになり、台湾、韓国等で家族計画が成功し始めたことにより、経済社会の発展に伴う人口転換論だけでなく、政策によって出生水準を低下させることが可能であることが議論された。1967年には、国連人口活動信託基金(1969年にUnited Nation Population Fund : UNFPAへ改組)が設立された。

1972年に、ローマ・クラブの報告書「成長の限界」が発表され、人口の増加が続くと資源の枯渇、環境汚染、食糧不足によって、破局的局面を迎えると予測、世界に強い衝撃を与えた。1974年に「世界人口会議」がブカレストで開催され、人口抑制を唱える西側先進諸国と人口抑制よりも経済発展こそが重要とする途上国及び東側諸国とが対立した。しかし、全体的には政府による人口抑制政策の推進を「世界人口行動計画」として勧告する結果となった。

日本のODAは、1970年代に入ると貿易黒字に支えられて拡大路線を進んだ。また、援助の内容も経済インフラ整備中心から基礎生活分野(BHN : Basic Human Needs)や人づくりの援助の拡充が行われ、また対象地域もそれまでのアジア中心から中近東、アフリカ、中南米、大洋州地域にまで広がった。そうした背景のもと、1974年8月にOTCAと海外移住事業団が統合・拡大され、国際協力事業団(JICA)が誕生した。

人口・家族計画分野の協力では、1971年に国連人口基金への拠出を開始した。JICAの技術協力

支援は1970年代後半から、人口抑制を側面的に援助するアプローチから、母子保健を中心とした統合的アプローチへと転換していった。

1984年、「国際人口会議」がメキシコ・シティで開催された。前回のブカレスト会議と異なり、途上国も含めて将来の世界人口の安定化の重要性についてのコンセンサスが得られた。また、急速な都市化、国際人口移動、人口高齢化等、新たな人口問題に関心が注がれるとともに、女性の地位の向上と役割の拡大、基礎データの収集と研究の重要性が強調された。さらに、1989年に「21世紀の人口フォーラム」(アムステルダム)が開催され、開発における女性の役割の重要性、家族計画の再認識と新技術、難民や国際人口移動の他、HIV/エイズが人口問題の新たな課題として認識された。

日本においては外務省が1989年に国別援助実施指針(のちの国別援助計画)の策定を、JICAが国別事業実施基本方針(のちの国別事業実施計画)の策定を開始し、ODAにおける国別の援助の方向性を示すこととなった。一方、援助スキームの多様化にも配慮し、「草の根の無償」事業の創設など被援助国のNGOとのパートナーシップにも道を開いた。人口保健分野では、1986年にUNFPAへの拠出金額が一位となり1999年までトップドナーの地位を保っている。また、人口分野に直結する医療協力分野の国内の人材不足が顕著となり、国立病院医療センターに国際医療協力部を設置するなど、同分野の国際協力における人材育成にも取り組むようになった。

3 - 1 - 2 1990年代以降

国際的なドナー社会では、1980年代末から1990年代にかけて、十分に成果が上がらないこれまでの経済成長に偏重した援助を反省し、貧困削減を中心課題に据えて「個の重視」へと大きく舵をとった。1990年には世界銀行が「世界開発報告」で貧困を特集し、1992年リオの「世界環境サミット」で貧困打開が地球環境保護とのバランスにおいて盛り込まれた。このような世界的潮流の中で、1994年9月、カイロにおいて「国際人口開発会議(International Conference on Population and Development : ICPD)」が開催され、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが中心概念となった。その結果人口政策の焦点がマクロ(国レベル)からミクロ(個人レベル)へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ女性に大きくシフトとした。

1999年、「国連人口開発特別総会(International Conference on Population and Development + 5 : ICPD+5)」(ニューヨーク)が開催され、新たな目標として1990年時点の女性と女児の非識字率を2005年までに半減させる、2005年までに世界全体で出産の80%が専門技能者の立ち会いにより行われなければならない、などが設定された。

他方、1996年のDAC上級会合において「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」(通称「DAC新開発戦略」)が採択され、この流れを受け、米国国際開発庁(USAID)、カナダ国際開発庁(CIDA)、UNDPを始めとする欧米・国際機関は成果重視主義(Result Based Framework)に転換していった。また、世界銀行等では1999年1月にこれまでの個々のプロジェクトやプログラムを積み上げていくアプローチを超える包括的な枠組みとして「包括的開発のフレームワーク(Comprehensive Development Framework : CDF)」を提唱した。さらに、同年9月の世界銀行・国際通貨基金総会において重債務貧困国イニシアティブ(HIPCイニシアティブ)の適用及び国際開発協会(IDA)融資の判断材料として「貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper : PRSP)」の策定を義務付

け、当該国政府機関の主体性と援助機関間の協調関係を強化する方針をとっている。

日本は1989年(暦年)に米国を抜き「世界最大の援助供与国」となり、以後2000年まで(ただし1990年を除く)ODAのトップドナーの位置を占めた。人口・保健分野をみても、UNFPAへの拠出額が1986年-1999年においてトップの座を占めてきた。また、日本のODA政策は1990年代に入り新しい局面を迎えた。すなわち、1992年6月「政府開発援助大綱(通称:ODA大綱)」を閣議決定し、日本としての援助の基本理念と原則を発表した。これに続いて1993年、日米両政府は「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)」を打ち出し、多数の課題のうち2分野として「人口」及び「エイズ」問題に両国が協力して取り組むことに合意した。翌1994年2月、日本政府は「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)」を発表した。GIIは日本が初めて国際社会に対して特定分野の国際協力戦略を発表したものである。また成果重視主義の国際的流れの中で、日本においてもODA改革の動きが活発化する中、JICAでもより効果的・効率的な事業の形成、実施、評価体制の拡充に力を入れている。その一環として、事業形態の枠を超えた国別・地域別アプローチを強化すべく2000年1月から地域部体制を発足させた。また、重点セクター別・課題別の統一要望調査が開始され、国別・セクター別への援助体制に変更されつつある。さらに、より効果的・効率的な援助の促進を目指し、評価事業の強化も進めている。

3 - 1 - 3 JICAの人口分野に関する協力の変遷

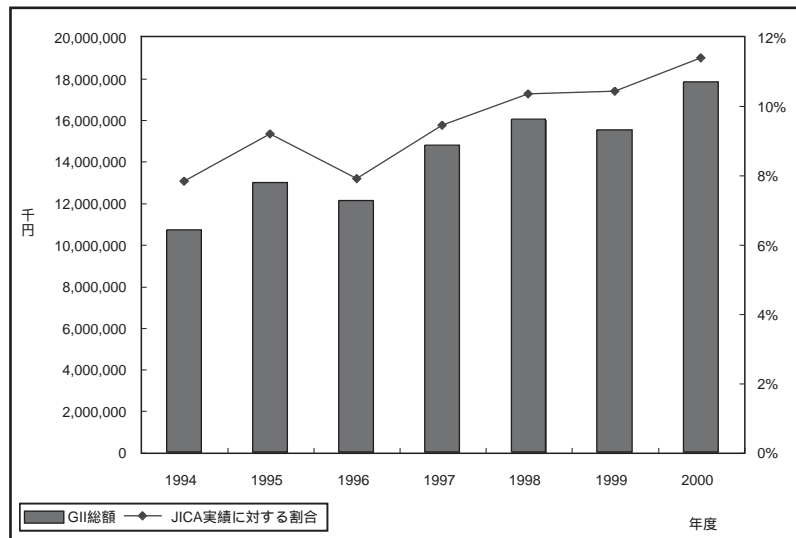
日本の人口分野における協力は、1967年に研修員集団受入(「家族計画セミナー」)に始まる。その後1969年には、海外技術協力事業団(OTCA)により初の技術協力プロジェクト「インドネシア家族計画プロジェクト」が始まるが、1970年代までは、人口分野における技術協力プロジェクトの数は少なく、地域もアジアのみであった。1980年代に入るとアジア5件に対して、中近東・アフリカ3件、中南米3件と総数、地域とも拡大している。

技術協力案件の内容は、1980年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という、裨益国の人口抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材などの資機材供与が中心であった。1980年代後半から1990年代初めにかけては、家族計画・母子保健が統合されたプロジェクトが主流となった。

1991年に「人口と開発分野別援助研究会」を設置し、今後のJICAにおける人口分野の援助戦略についての検討を行った。1993年の日米両政府による日米コモンアジェンダ発表、翌1994年のGIIの発表を受けて、JICAとしても人口・エイズ分野に対して、包括的アプローチを重視する方向へと展開していった。さらに、1994年のカイロ会議の議論を受け、人口・家族計画分野の協力にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの概念を取り入れた案件が増えてきた。例えば、家族計画と女性の生計向上支援を盛り込んだ「ジョルダン・家族計画・WIDプロジェクト」、日本の戦後の経験を生かしたジョイセフによる「ヴェトナム・リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」、青少年のリプロダクティブ・ヘルス教育を目的とした「テュニジア・リプロダクティブ・ヘルス教育強化プロジェクト」などがある(BOX参照)。

GII以降、包括的アプローチを重視する姿勢も強まり、異なる協力形態を複合的に組み合わせる手法もとられるようになった。さらに「マルチバイ協力」(二国間協力であると同時に国際機関と連携

図3 - 1 GII 実績の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

し物資・機材供与を行う援助形態)を拡充したり、USAID との援助協調も積極的に実施している。

JICA における人口分野の予算の変遷を、人口分野の大きな部分を占める医療協力部の予算で概観すると、JICA 設立の1974年の約13億円から2000年の約91億円と約7倍の規模に拡大している。

3 - 2 JICA における GII の取組み

3 - 2 - 1 GII の概要

1994年2月に発表したGIIでは、2000年度までの7年間でODA総額30億ドル(有償・無償含む)を目途に人口・エイズ分野での援助(無償・有償を含む)を推進していくことを表明した。GIIでは、1)人口直接分野(家族計画、母子保健、人口統計等)、2)人口間接分野(基礎的保健医療、初等教育、女性を対象とした職業訓練等)、3)エイズ分野の3つを対象分野とし、セクターを超えて包括的なアプローチを目指した。また、12の重点国(フィリピン、インドネシア、インド、パキスタン、バングラデシュ、タイ、ケニア、ガーナ、タンザニア、セネガル、エジプト、メキシコ)を設定し戦略的な取組みとなっている。各分野の案件形成も活発で、2000年度までにプロジェクト形成調査団をのべ18回派遣した。

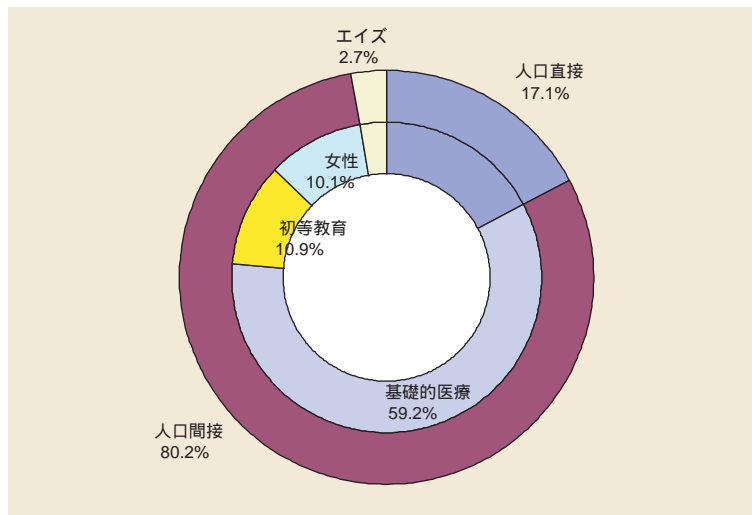
3 - 2 - 2 GII の実績

JICA としても GII の達成に前向きに取組み、1994年 - 2000年度までの GII 関連分野の協力実績は1,000億円となった(図3 - 1)。その内訳は、人口直接分野が17%、人口間接分野が80%、エイズ分野が3%と、人口間接の比重が高いが、その中でも特に基礎的保健医療分野が全体の約6割と大きな割合を占めている(図3 - 2)。

また、援助形態別で見ると、プロジェクト方式技術協力(以下、プロ技)が圧倒的に多く全体の42%を占めている(図3 - 3)。また、人口直接分野でプロ技が多いのも特徴である。

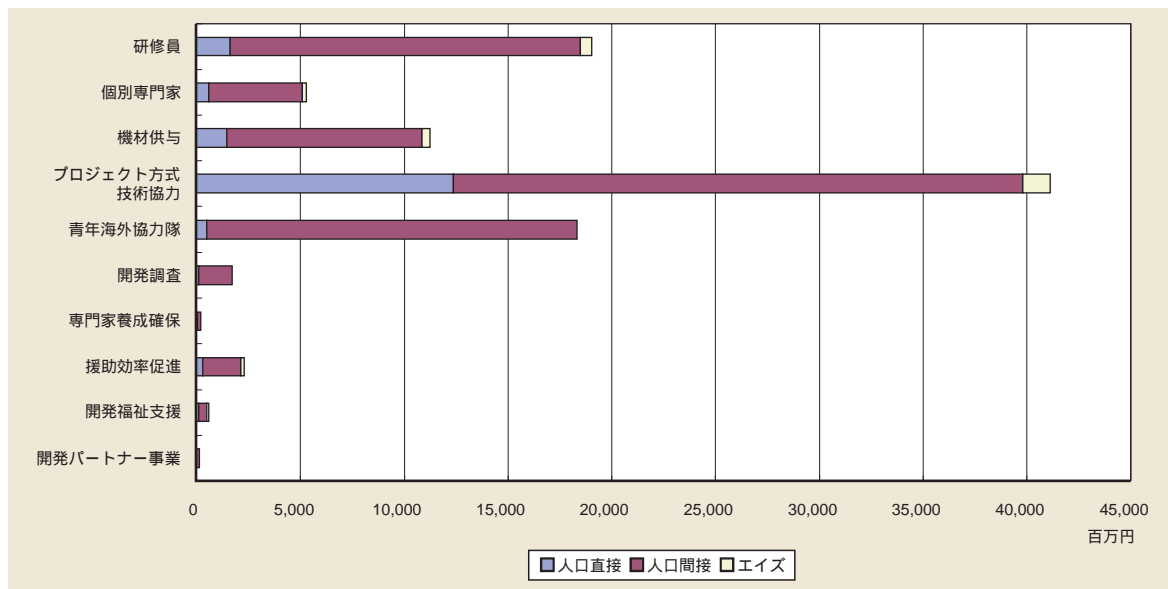
この他、青年海外協力隊事業において、GII やカイロ会議以降、地域における多様なニーズにキ

図3 - 2 GIIの分野別実績



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 3 GIIにおける援助形態別実績(千円)



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

メ細かく対応できる青年海外協力隊の役割が注目されつつあり、人口直接分野で村落開発と女性のエンパワーメントと母子保健を統合したグループ派遣「家族計画・母子保健フロントライン計画」がフィリピン、ラオス・バングラデシュ・タンザニアの4カ国で実施されている。

また、開発途上国のニーズが多様化するなか、小規模できめの細かい対応ができ、日本のNGOなど市民社会の協力を得るために、JICAは1997年度より「開発福祉支援事業」を、1999年度より「開発パートナー事業」を、また2000年度より「小規模開発パートナー事業」を創設した。さらに、2002年度よりこれらを「草の根技術協力事業」として一本化し、NGOや地方自治体とのパートナーシップを強化している。

他方、わが国は南南協力の重要性を国際社会においてアピールしてきた。JICAにおける南南協力の主要な援助形態は、途上国が実施する研修コース開催を支援する「第三国研修」と、途上国専

門家を他の途上国へ派遣する「第三国専門家」がある。人口分野に直接関連する第三国集団研修としては、リプロダクティブ・ヘルス分野(タイ、メキシコ)、IEC分野(インドネシア、チュニジア、トルコ)、エイズ診断分野(フィリピン、ケニア)に実績がある。一方、第三国専門家派遣については、HIV/エイズカウンセリング分野でタイからカンボディア(母子保健プロジェクト)に派遣されている他、公衆衛生分野でタイから周辺国への派遣実績がある。また、南南協力促進のためのさまざまな国際会議開催を支援している。

3 - 2 - 3 GIIの成果

GIIの成果として、わが国のODA戦略のプレゼンスの強化という点に加えて、2つの大きな意義が整理されている。1点目は、これまでの協力形態別の計画ではなく、「人口とエイズ」という大きなテーマの下に、包括的アプローチを打ち出した点である。2点目は、ODAにおいてNGOとの連携を大きく取り込んだ点である。外務省における民間との連携の本格的始動という点に加えて、NGOのネットワーク(人口・保健分野だけでなく、農業開発、都市問題、環境、女性などの分野で活動するNGOが参加)を結成し、2002年3月時点で41団体が加盟している。これらの活動は、日本の国際協力NGOのキャパシティ・ビルディングにもつながっている。

3 - 2 - 4 GIIからIDIへ

わが国は、GII終了に引き続き、2000年7月の九州・沖縄サミットにおいて「沖縄感染症対策イニシアティブ」を表明した。これは、途上国の主体的取組み(オーナーシップ)の強化、人材育成、市民社会組織・援助国・国際機関との連携、南南協力の支援、研究活動の促進、及び地域レベルでの公衆衛生の推進を基本的な柱としたものであり、HIV/エイズ、結核、マラリアに関し、2010年までに達成すべき数値目標を示している。その実現のためにG8、途上国、国際機関、NGOや民間企業を含む市民社会という感染症対策の関係者による「新たなかつ革新的なパートナーシップ」を構築することが合意された。同イニシアティブにおいては、今後5年間で総額30億ドルを目途として協力を行うことが約束された。

BOX 3 - 1 主なプロジェクト方式技術協力の事例

ジョルダン・家族計画・WIDプロジェクト(1997.7～2000.6、2000.7～2003.6)

<女性のエンパワーメント>

ジョルダンは人口増加率が高く、低迷状態にある経済状況の中、人口の急増は経済復興を図る意味でも大きな問題となっている。ジョルダン政府は人口問題を重要な国家課題ととらえ、保健医療、婦人問題、教育分野などを包括した総合的な家族計画プログラムを推進している NGO への技術支援を要請してきた。このプロジェクトでは WID 配慮を行いつつモデルエリアにおける総合的な家族計画実施体制強化を支援し、農村女性のエンパワーメント、男性の家族計画への参加促進をめざしている。

2000年7月から開始されたフェーズ2においては、プロジェクト対象地域を拡大し、ジョルダン側 NGO と政府(保健省、国家人口審議会)の三者を実施機関として、より家族計画等についての啓発活動、母子保健サービスの強化、女性の収入創出活動をプロジェクト活動の中心とした、より包括的なプロジェクト実施をめざしている。

ヴェトナム・リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト(2000.5～2005.8)

<妊産婦死亡率の削減>

カイロ会議で採択された「行動計画」では、各国のプロジェクトの効率的な推進を図るため NGO とのパートナーシップが強調されているが、本プロジェクトは JICA と家族計画で実績のある NGO のジョイセフがそれぞれの利点を生かし、協力して実施している。ジョイセフが1980年代から蒔いてきた種、すなわち寄生虫駆除を糸口に母子保健や栄養改善を通じて家族計画にまでつなげる独特の方式(IP: Integrated Project)を JICA がプロジェクトとして大きく育もうという試みで、ヴェトナムの貧困な農村地帯で住民を巻き込んだ「安全で清潔なお産」ができる環境づくりが進んでいる。

プロジェクトの直接的な目的は村の保健所(CHC: コミュニティ・ヘルス・センター)で安全なお産ができるようにすること。そのために CHC の施設を改善し、戦争のために十分な教育を受けていない助産婦や補助医師などのスタッフの再教育のため、日本から分娩助産技術の向上や助産婦養成のための専門家が派遣され、日本でも研修が行われている。

プロジェクトの特徴は、1)住民参加、2)高度な技術ではなく地域に根差したプライマリー・ヘルス・ケアの推進、3)既存の人材・資源を最大限に活用、4)他地域への拡大及び継続可能なサービスの実現、である。

チュニジア・リプロダクティブ・ヘルス教育強化プロジェクト(1999.9～2004.9)

<青年期のリプロダクティブ・ヘルス>

チュニジアはイスラム圏の中で人口家族計画の優等生と言われカイロ会議で示されたリプロダクティブ・ヘルスの指標をすでに達成している。そこで、チュニジアでは人口政策はより広く「リプロダクティブ・ヘルス」と捉えなおし、女性の健康や思春期・青年期の性に関する活動を強化している。また、地方における家族計画普及には遅れがある一方、人口が集中する都市部においては青年層を中心とした性感染症も大きな課題となっている。このような背景でプロジェクトでは特に、青年層を対象としたリプロダクティブ・ヘルス教育活動を強化することを目標に実施されている。

第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

4 - 1 現地調査の概要

本章では、途上国の人口問題の現状と援助の実態をバングラデシュとタイをケース・スタディとして現地を調査・検証することにより、今後のわが国人口援助のあり方の提言に役立てることとしたい。調査は、バングラデシュ(2002年3月29日 - 4月5日)、タイ(2002年4月5日 - 4月9日)の日程で行われた。調査団は本研究会委員である安藤博文・日本大学国際関係学部教授を団長とし、研究会委員2名、研究会主査1名、研究会事務局2名の団員により構成し、実施した。

4 - 2 バングラデシュの調査結果概要

バングラデシュは、最貧国(LLDC)に分類される代表的な国であるが、政府の積極的な人口・家族計画の推進によって、避妊実行率は54%近くを示し、女性が一生に産む子ども数(TFR)も3.3と、途上国の中では注目すべき水準を達成している。しかし、1993、4年以降、7～8年にわたってこれらの指標の向上は鈍化している。その直接要因として、避妊実行率の統計の不備・分析不足、確実な避妊手段から非確実な避妊手段への転向の増加、間接的要因として、リプロダクティブ・ヘルスを担当する保健家族福祉省の2つの局の縦割り体制、社会セクターへの財政支出の減少、米国の人口援助の縮小・後退などが指摘されている。

バングラデシュ政府は、国家政策としてリプロダクティブ・ヘルスの推進に力を入れており、その実現のために包括的なセクターワイド・アプローチといえる「保健人口セクタープログラム(HPSP)」を展開している。これは1997年まで各ドナーが個々に実施していた130以上のプロジェクトを、TFR、乳児死亡率、妊産婦死亡率の減少などを目標に掲げ、1つのプログラムに統合したもので、1998年からの5年間の計画で実施されている。

各ドナーは、コモン・ファンド⁴を通じた援助を実施している「世界銀行コンソーシアム」、それ以外(日本、ADB、米国、イスラム開発銀行、OPEC、フランス、デンマーク等)、国連機関、といったローカル・コンサルタティブ・グループ(LCG)を形成し、LCGを通じて政府との調整を図っている。このようなセクター・ワイドの援助協調が着実に進展する中で、わが国のODAが財政支援を始めとした新たな援助手法に対し実施面での制度的制約があることによるプレゼンスの低下を懸念する声が聞かれる。

日本はバングラデシュにおける最大の二国間援助ドナー国であり、これまで人口分野においてもさまざまな援助形態を駆使して多彩な援助を実施してきた。現在も、プロ技、草の根技術協力事業(開発福祉支援事業、開発パートナー事業を2002年度に統合)、青年海外協力隊、草の根無償を実施している。また、これらの個々の活動は、現場において有機的な連携への取組みを図る動きがある。

JICAとしては、今後は個々のプロジェクトを計画段階からプログラム化(パッケージ化)し、協力効果をさらに高めると同時に、日本の協力の比較優位性を凝縮し、プレゼンスを高めようとする

⁴ 各援助国・機関が開発援助資金の一部を特定セクターに拠出して出来る共有のアカウント。途上国給政府管理下で活用することにより、途上国側の事務処理負担などを軽減することを推進するもの。

BOX 4 - 1 地域住民参加型家族計画フェーズII

協力期間：2001年12月10日～2004年12月9日

実施機関：バングラデシュ家族計画協会(FPAB)

協力概要：バングラデシュでは、保健サービスと家族計画の統合が遅れており、地域レベルでのパッケージ化したサービスの提供が十分でない。本プロジェクトは、このような状況を踏まえ、総合的な地域保健サービスの提供者となる草の根レベルのコミュニティ・ヘルス・プロモーター育成、地域住民参加型予防保健活動を推進し、以て妊産婦死亡率、乳児死亡率の改善等に資することを目的とした開発福祉支援事業⁵である。

フェーズ1においては、1)住民の健康維持に関する自発的行動の促進、2)保健・家族計画ボランティアの育成に向けた活動を実施、フェーズ2では、3)コミュニクリニックの政府保健要員養成、4)コミュニティ・ヘルス・プロモーター(女性)の地位活動推進への支援を実施している。

BOX 4 - 2 リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト

協力期間：2001年3月～2004年3月

実施機関：バングラデシュ側 保健家族福祉省、バングラデシュ家族計画協会(FPAB)

日本側 (財)ジョイセフ

協力概要：バングラデシュの家族計画プログラムは総じて成功裡に推移していると評価されているものの、特に農村地域などにおいては、女性の地位向上や家族計画における女性の自己決定権の確立など多くの課題が残されている。本プロジェクトは、(財)ジョイセフがFPABへの協力を通じ、地域社会全体のリプロダクティブ・ヘルス向上を目的とした開発パートナー事業⁶である。

具体的には、ナルシンディ県、フェニ県において地域参加型の活動を通じ、リプロダクティブ・ヘルスの状況改善や女性の地位向上のため、1)多目的女性研修センターにおけるリプロダクティブ・ヘルスの基本サービスパッケージの提供、2)農村女性の社会・経済活動への参加、3)FPABのキャパシティ・ビルディングと人材の養成を目的としている。活動としては、多目的女性研修センターの施設整備の他、教材作成、助税のための識字教育、収入創出活動やリプロダクティブ・ヘルス地域指導者の研修などその活動は多岐に渡っている。

る構想がある。

バングラデシュにおいては行政サービスが末端まで張り巡らされておらず、一番末端の行政単位(ユニオン)と住民をつなぐ橋渡しとしてNGOの存在は非常に重要であり、その中核的役割を担っているNGO「バングラデシュ家族計画協会」との連携をいかに戦略的に取り込んでいくことが重要な鍵となっている。

4 - 3 タイの調査結果概要

タイにおいてエイズが初めて確認されたのは1984年であるが、その後の対応は早くエイズ対策の先進国と目されている。

当初は同性愛者や性産業従事者等ハイリスクグループにおけるHIV/エイズの感染が中心であったが、最近では夫婦間や恋人間、母子感染へと移行している。それにしたがって、タイのエイズ対策は、同性愛者等のリスクグループを対象とした第1フェーズ(1984年 - 1990年)、性産業従事者及び男性顧客を対象とした第2フェーズ(1990年 - 1996年)及び社会的弱者やコミュニティを対象とした包括的アプローチである第3フェーズへと移行してきている。

JICAは、1998年にタイの中でもHIV/エイズのもっとも深刻な県の一つであるパヤオ県を対象と

⁵ JICAが途上国のローカルNGOにプロジェクトの実施を委託する協力形態。

⁶ JICAが協力の現場状況に精通している日本のNGO、自治体、大学などの団体にプロジェクトの実施を委託する協力形態。

BOX 4 - 3 エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト

協力期間：1998年2月1日～2003年1月31日

実施機関：保健省(バンコク、パヤオ県及び普及拡大地域9県)

協力概要：タイでは、1991年以降エイズ対策に積極的に取り組んできたが、エイズ感染率はすでに1%を超え、感染予防を中心に据えたこれまでの対策だけでなく、エイズ患者との社会的共存が可能なケアシステムの構築まで包括した対策の実施が求められている。このような状況を踏まえ、本プロジェクトは、わが国が1993年から3年間にわたり協力を実施した「エイズ予防対策プロジェクト」の成果を発展させ、郡レベルにおけるセクター横断的で継続的・包括的対策を可能とする各種ネットワークづくりを目的としたプロジェクト方式技術協力である。

本プロジェクトでは、1)HIV/エイズ関連の問題に対応できる人材開発、2)母子保健を入口とした感染者、患者及び家族のケア体制の確立、3)コミュニティにおけるHIV/エイズ対策活動の推進を通じ、Learning and Action Network on AIDS(LANA)をキーワードにHIV/エイズの予防とケア対策のモデルがパヤオ県を中心に開発され、その過程がプロセス・モデルとして他県に普及されること目指している。

して、プロ技「エイズ予防・地域ケアネットワーク・プロジェクト」を開始した。本プロジェクトはミクロ(地域、個人)に視点をおき、地域における伝統的な相互扶助組織(青年団、女性グループ、お年寄りグループ)を活用し住民によるHIV/エイズ対策活動の推進を図るとともに、患者ネットワークを構築し、ピアカウンセリングを実施するなど、感染者のための地域サポートシステムを試行している。プロジェクトが実施した調査によると、妻がエイズに感染していることを対面的に隠したがること、エイズで夫を失った妻は再婚・再々婚を繰り返すこと、コンドームの使用を嫌がる夫に意見できない妻たちなど、女性の経済的自立の問題に起因すると考えられる実態が報告されている。これら報告からもエイズ対策として医療サービスのみならず、女性の雇用機会創出や教育機会の向上など包括的な取組みが必要であることが考えられる。

4 - 4 考察

現地調査より考察したJICA援助の課題と提言をまとめると以下のとおりである。

- ・被援助国側の国家計画など長期戦略との同調が必須
- ・他の二国間ドナー・国際機関・国際的NGOとの援助協調による相乗効果を狙う
- ・JICAの保健・人口分野の援助の連携を強化する
- ・被援助国側のリプロダクティブ・ヘルス政策に関する行政機構の改善への政策対話を強化
- ・保健人口関係の統計の整備と関係するプログラムのモニタリング力の強化を支援
- ・リプロダクティブ・ヘルスの達成のために家族計画の重要性を再確認(家族計画は女性の健康向上とエンパワーメントにも重要な役割を担っている)
- ・女性の行動変容につながらないのは、知識やインセンティブが低いためだという誤解への対策(女性を取り巻く環境やサービス提供者の質の改善が必要)
- ・リプロダクティブ・ヘルスやエイズ対策には、女性の雇用機会創出や教育機会の拡大など包括的な取組みが必要
- ・現地の住民組織の取り込みや、実績のあるNGOとのパートナーシップが鍵
- ・全ての援助案件は、支援終了後の自立発展を念頭において実施すべき

第5章 21世紀の人口戦略(提言)

地球規模で考え、個人からのアプローチ

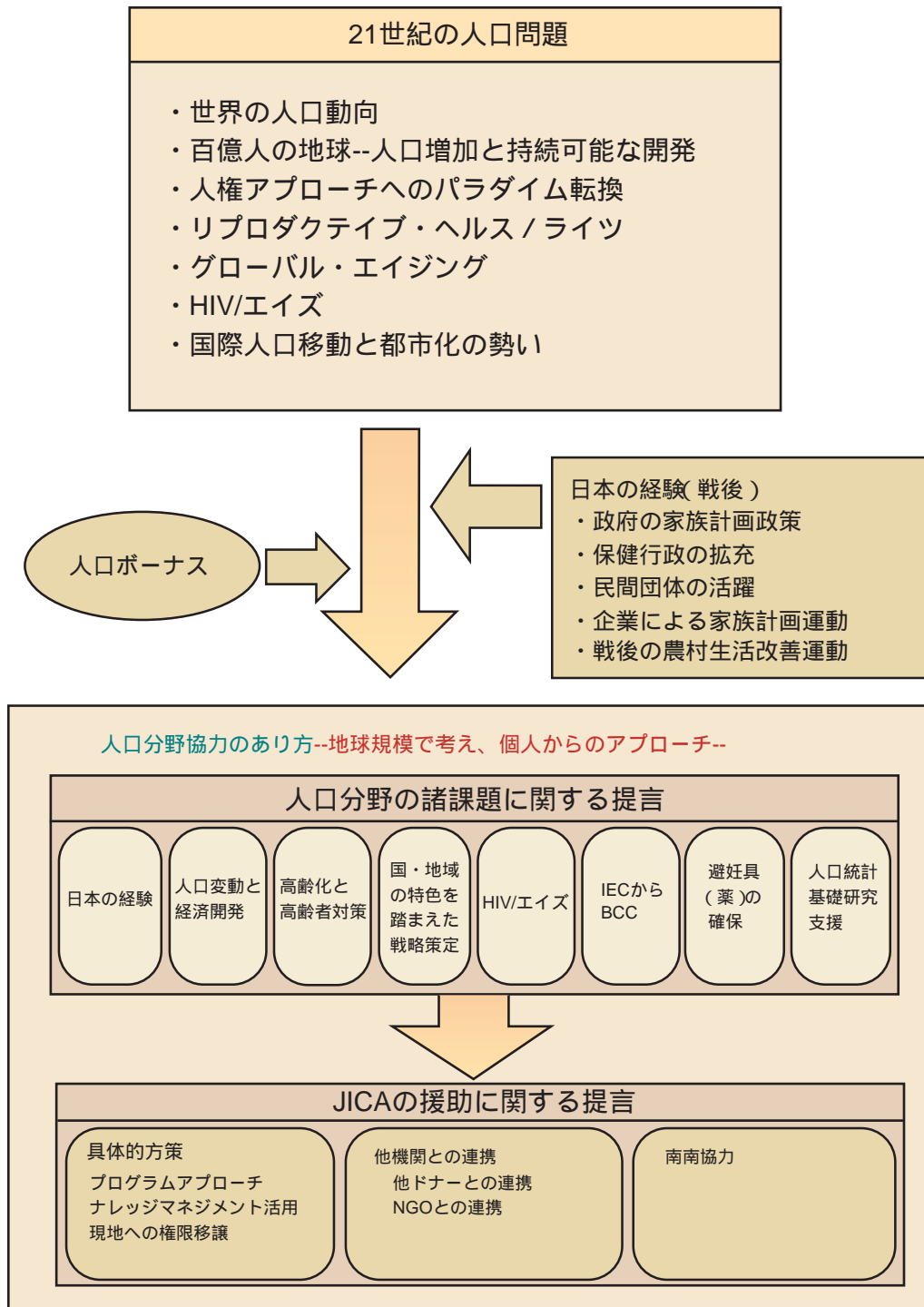
21世紀、世界人口は安定しつつあるが、増加率のベースとなる分母が大きくなっているため人口増加の問題は依然として続く。21世紀末には100億人近くになるとも予想される地球人口を維持するための資源、特に食糧・水については現在の技術力をもってすると総量としては供給可能とされているが、地域間格差が大きく、必要な地域に必要な量をどうやって分配していくかが大きな課題となっている。また、エイズの問題もこれからは地球規模的な問題としてマクロの視点で考えなければならない。

1994年のカイロ会議以降のリプロダクティブ・ヘルスに代表されるミクロ・アプローチの人口援助は、その対象を政府から個人、とりわけ女性にシフトした意味で画期的であった。反面、それは、人口変動がマクロレベルの経済や環境に与える影響については、ともすれば軽んじる傾向にあった。しかしながら、わが国の戦後の「母子保健」活動による急激な出生力の低下が結果的に「人口ボーナス」と言われる経済的ゲインを生み出し、経済発展に繋がったとの考察を、リプロダクティブ・ヘルス分野の協力において一般化するならば、一定の条件の下では、ミクロのアプローチが生み出す人口変動がマクロの開発にも資することが期待できるといえよう。特に開発問題に携わる実務者にとっては、ミクロのアプローチにより一人一人の健康、幸福を達成することを目的とすることに加えて、長期的には開発途上国の持続的な発展の成否を左右する問題へと繋がっていくことをビジョンとして持ち、またそれを相手国と共有していくことが必要ではないだろうか。

以上のような観点から本研究会では、21世紀に地球が直面する人口分野の課題を考える時、マクロで問題をとらえる重要性を強調しつつ、ミクロのアプローチで対応するという立場をとり、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」を提案する。その考え方をベースに、まず「人口の諸課題に関する提言」として、途上国に対する協力の留意点を幅広く検討したうえで、それら協力を効果的・効率的に実施するための援助実施体制面での提言を「JICAの援助に対する提言」としてまとめた。報告書全体の中での提言の位置付けと、提言それぞれの関係は図5-1のとおりである。

ミクロ・アプローチとマクロへの影響を日本の経験を参考に、途上国の発展段階に応じ40年、50年という長期間の開発過程に当てはめたモデルが図5-2である。このモデルは欧米先進諸国型の開発モデルとは違い、戦後日本を含む東アジア諸国が短期間に歩んできた、急激な出生率の低下とそれがもたらす開発への影響、またその後の高齢化社会の到来を図式化したものである。多くの途上国が、本図の「人口安定化フェーズ」において、人口政策が奏功し、出生率の低下を実現した場合、適切な政策・支援メニューがあれば、将来「人口ボーナス活用フェーズ」、次に「高齢化フェーズ」という軌道に乗る可能性を有していることを示している。現在、リプロダクティブ・ヘルスを中心とした援助を実施している南アジア、サハラ以南のアフリカにおいては、本モデルに描かれているような長期の戦略の中でミクロレベルの活動を位置付けておくことが、また、経済的離陸を達成しつつある東アジア諸国、一部東南アジア諸国においては、人口ボーナスのゲ

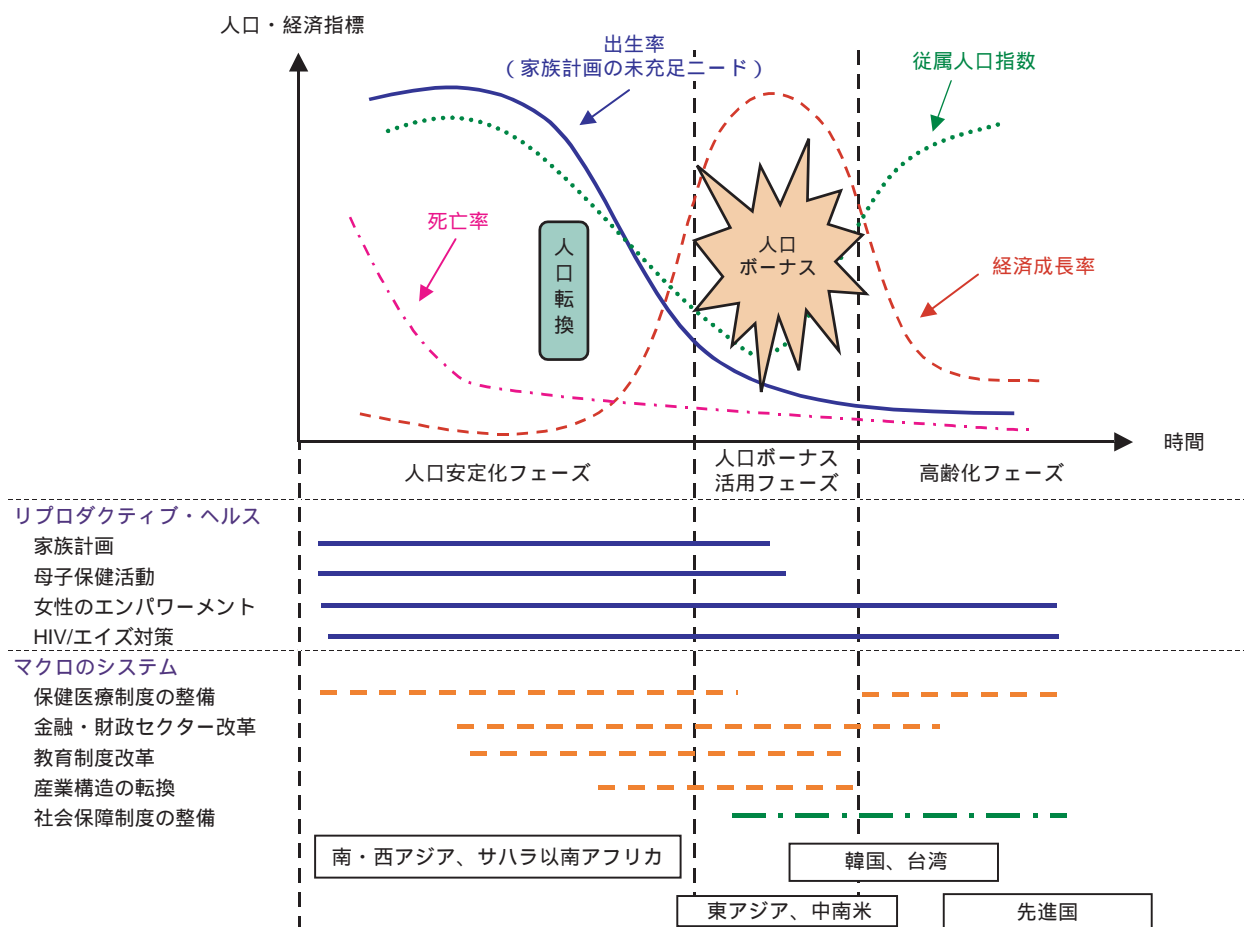
図5-1 提言の位置付け



インを蓄積し、いずれ訪れる「高齢化フェーズ」のために社会保障制度の整備などの準備をしておくことが重要となる。

「人口安定化フェーズ」にある多くの途上国に対し、リプロダクティブ・ヘルスの分野における効果的な協力の実施に関しても、日本の経験が参考となる。本章の提言においては、日本の経験から学んだエッセンスを途上国に活かすことを念頭に、従来の人口援助として位置付けられてい

図5-2 「人口と開発」の3つのフェーズ(日本の経験を参考にして)



出所：研究会の議論に基づき田中作成(2002)。

る保健医療分野の協力に加え、社会開発、農業などを包括したマルチセクター・アプローチの必要性や、またその活動の主体として行政府から、地方自治体、NGO、企業など幅広いプレイヤーを包含することの必要性を強調している。

また同時に、JICAにおいても、特定の課題に対しさまざまなスキームを柔軟に組み合わせるためのプログラムアプローチの創設や、NGOとの連携スキームの整備など、こうした包括的アプローチに対応できるような改革に取り組んでいることから、より戦略的かつ積極的にこの新しい動きを活用し、推進すべきとの提言を行っている。

5-1 人口分野の諸課題に関する提言

「地球規模で考え、個人からのアプローチ」のために、以下の9つの提言を掲げた。

5-1-1 リプロダクティブ・ヘルス協力を活かす日本の経験

日本は第二次世界大戦後の貧困の中で、母子保健、生活改善運動、NGO活動などを通じて、出生力転換を実現した。戦前からの基礎教育の普及、社会的・人的資源、行政能力などの潜在的な基盤があったという日本の特殊性を差し引いても、日本の経験を途上国援助に活用することが可能であろう。

日本の戦後のアプローチは、政府主導のアプローチとボトムアップのアプローチの大きく2つに分けられる。政府主導のアプローチとしては、徹底した民主化政策の一環として、中央の厚生省と地方の都道府県・市町村がトップダウンの指示系統を確立させると同時に、地方分権化を進め地方保健行政の強化が行われた。また、医療機関の少ない地方へのサービス強化のために、保健所の整備とサービスの多角化を進めた。この保健所を拠点として、母子保健サービスを展開し、その重要なマンパワーとして、保健婦、開業助産婦を位置付けた。トップから草の根まで、きめ細かく張り巡らされた保健サービス網の完成が、第一の必要条件であった。

行政サービスの一環として位置付けられた保健婦、開業助産婦であるが、何より彼女達が住民との強い信頼関係を築いたこと、そして住民のニーズに基づいたお仕着せではないサービスを提供していったことが、住民の主体性を引き出し、母子保健の向上、家族計画の普及に大きく貢献した。彼女らの地域における活動では、地域に密着した村長や婦人会長など地域のリーダーの活用から始まり、既存の地域資源と知恵を総動員し、外部の資金的・技術的支援に頼らなかったことによって、自立発展を可能にした。また、日本の経験の中で重要な点は、政府・学界・民間(NGOや開業助産婦)の3者の役割分担と協力体制を確立していったことである。

日本の戦後の農村開発の現場において実践された活動は、貧困者、特に意思決定権を持たなかった女性たちの行動変容を促した点に大きな特長がある。途上国の農村における行動変容をもたらすアプローチに具体的に役立つと思われる留意点としては、「自分のためになる」成果が目に見えやすいことから始めること、グループアプローチの効用、本人を取り巻く制約への対応、サービス受益者と提供者との信頼関係の構築、継続的支援と見守り、等が挙げられる。

5 - 1 - 2 人口変動と経済開発の新たな課題

人口変動と経済開発のタイミングについては、出生力転換がマクロレベルの経済や環境に与える影響について再確認し、途上国援助において前述した被援助国の人口と開発の三つのフェーズを勘案することの重要性を強調したい。日本が人口ボーナスをいかに活用したかという分析はこれまでほとんどなされていないが、少なくとも結果的には短期間で達成した出生力転換によって、家計のレベルで消費が低くなり、貯蓄が増え、増加した郵便預金などが大蔵省の資金運用部に流れ、財政投融资に繋がった後、増大した生産が輸出の増加に結びついたと分析することが可能であろう。

また、人口ボーナスは、貯蓄・投資、労働力、健康・教育、女性の地位、所得分布の状況、家族計画政策(出生政策)などの要素と密接に関係を持っている。人口ボーナスを活用し、経済発展に結びつけるためには、これらのコンポーネントをパッケージ化して開発計画を構築する必要がある。

さらに、人口ボーナスというごく限られた期間に得られる経済的ゲインをいかに有効に活用して、その後続く高齢化社会への体制を整えるかが、今後は途上国においても重要な課題となる。この点においも、わが国の経験が有益な情報となる可能性がきわめて高い。

5 - 1 - 3 マクロとミクロのバランス

1994年のカイロでの国際人口開発会議(カイロ会議)で採択されたリプロダクティブ・ヘルスの

アプローチは、個人のニーズ・人権に焦点を置くことによって、個人個人の自立意識と責任感が明確になった。したがって、人口問題を解決していく上では、これまで広く行われてきた縦割りの単一機能的な家族計画でなく、女性の地位向上、教育の普及などを含めた、より包括的な社会開発プログラムが必要となってきた。

他方、リプロダクティブ・ヘルス路線への方向転換は、各国における実際の運用にあたってはさまざまな混乱をもたらしたことは否定できない。特に、リプロダクティブ・ヘルスそのものが新しい概念であったために、その定義や内容についての理解不足から一時的にせよ人口・家族計画活動の不活発化を招いた。また、カイロ会議以前は途上国の政府ではどちらかというとなら家族計画を推進するために担当部局の分業化・専門化を進めていたが、リプロダクティブ・ヘルス・アプローチでは、組織横断的な取組みが求められ、その転換が遅れた国も少なくない。今後、家族計画を含んだ形でのリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを推進するためには、活動の専門化 (specialization of function) と活動の統合化 (integration of functions) という二つの機能のバランスをどうとるのが大きな課題である。

さらに、カイロ会議以前は多くの途上国が保健省から独立した人口問題を専門に扱う「国家家族計画委員会」などの行政機構を設立しており、政治的にも財源的にも強い権限をもっていたが、カイロ会議以降は、これらの機能が保健省に移行しつつあり、その結果、人口・家族計画活動に対する政治的コミットメントの減少と財政支援の後退を招いていることである。これに伴って、援助コミュニティへのアピールも弱まった。

加えて、リプロダクティブ・ヘルス・サービスと権利の問題に重点が置かれ過ぎた傾向があることも問題である。極端に言えば保健・衛生セクター以外、特に多くの人口学者の関心と支持が失われつつあることは否定できない。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチへの転換が、マクロレベルの問題を軽視しているわけではないことに注意を喚起すべきである。

結論的に言えば、リプロダクティブ・ヘルスを中心とした人口・家族計画はこれからも推進しなければならないが、人口活動全体の面から言えば、バランスのとれたマクロ的視野とミクロ的視野が必要である。

5 - 1 - 4 人口高齢化と高齢者支援

途上地域における高齢化率は2000年で5.1%であり、今日ようやく緒についたばかりである。しかしながら、21世紀前半には高齢化率は上昇を続け、2050年には現在の先進地域並の14.0%に達することが予想されており、今後は途上国においても大きな問題になると考えられる。東アジアをはじめ急速に出生力転換を終えた途上国では、同様に急速な高齢化が予想され、そのような高齢化を達成した最初の国として、日本の経験を生かした高齢化問題に関する支援が可能である。

具体的には、途上国における高齢化及び高齢者対策の必要性について、まず日本のこれまでの経緯を、失敗も含めて取りまとめ、情報発信していくことが第一歩である。それから、現在はまだ「人口ボーナス活用フェーズ」や「人口安定化フェーズ」にある途上国に対して、「高齢化フェーズ」が必ずやってくることを強調し、そのための基盤作りを今からでも始めるよう説明していくことが重要である。また、平均寿命の伸びに関し、健康に過ごした年数と不健康な年数に分ける「健康状態別寿命」の考え方が注目されており、この面での途上国に対する研究・人材支援が考えられ

る。

さらに、高齢期の生きがいづくりやジェンダーの問題、NGOとの連携などの分野では、日本のこれまでの試行錯誤を活かしながら、途上国と一緒にあって解決策を見いだしていくことが求められている。

5 - 1 - 5 国、地域の特色を踏まえた戦略策定

これからのJICAの人口分野での支援は、もっとも援助を必要としている途上国に重点的、優先的に提供されるべきであり、そのためには援助要請国の人口分野での問題の深刻性を考慮に入れた援助戦略を作成すべきである。

援助国選定については、一つのモデルとして国連人口基金(UNFPA)の援助対象国の決定方法が参考となる。カイロ会議の行動計画の達成目標に基づいて、リプロダクティブ・ヘルスへのアクセスに関する3つの指標、死亡率減少に関する2つの指標、初等教育に関する2つの指標と、開発途上国の定義の基礎となる経済指標である国民1人あたりの年間GNPを加え、合計8つの指標を組み合わせて、より目標値から離れている国から優先的に援助資金を配分していく方法である。

次に優先援助分野の選定については、基本的に1994年以降UNFPAがとっている方法を参考にしたいと考える。すなわち人口活動を大きく「リプロダクティブ・ヘルス」、「アドボカシー」、「人口と開発」の3つに分け、総支援額の約3分の2までを「リプロダクティブ・ヘルス」に、残りを他の2つの分野に配分してきている。「リプロダクティブ・ヘルス」の分野の重要性を維持しながらも、他の2つの分野に対しても十分資金援助をすべきという考え方である。特に「人口と開発」の分野に含まれている基礎的人口データの収集(国勢調査も含めて)と分析、人口動態の変化とその社会経済的な影響、あるいはリプロダクティブ・ヘルスの経済的効果についての研究等に対する支援の強化が必要である。また各地域にある国際人口研究所あるいは途上国国内の大学、研究所及び研修所の組織・機構の強化を通じて、途上国の人材養成を支援することも望まれる。

5 - 1 - 6 HIV/エイズ

HIV/エイズへの取組みについては、予防が一番の優先課題であり、またそのためにはHIV感染をできるだけ早期に発見するためカウンセリングとセットになった自発的HIV検査(VCT: Voluntary Counseling and Testing)の普及が最重要課題である。さらに、エイズ発症を遅らせるための抗レトロウイルス剤によるケアについても、途上国でも使用できるような調達・供給・投与体制の確立が世界的な課題となっている。

このようなHIV/エイズに対する予防・ケアに加えて、成人の1割以上がHIVに感染しているようなサハラ以南アフリカなどの諸国においては、エイズ発症者に対するサポートも重要となっている。これらの国では、コミュニティ単位で住民参加による取組みが重要である。また、日本はHIV/エイズにおいて技術的な比較優位性はさほど高くはなく人材も限られていることから、日本における体系的・組織的なノウハウを蓄積する場として、さらに人材確保と育成を行う場として国内に拠点施設を設けることが望まれる。加えて、サハラ以南アフリカの日本の医療協力の3拠点である、野口記念研究所(ガーナ)、ケニア医学研究所(ケニア)、ザンビア大学教育病院研究所(ザンビア)が連携を強化し、情報交換を進めれば、広域圏を視野に入れた対策が可能となり、戦

略的な第三国研修や南南協力へつながるであろう。

また、HIV/エイズの対策における留意点として、薬物使用や売買春などの是非を問わず、注射器具やコンドームの配布と使用の徹底を促す、「ハーム・リダクション(harm reduction)」の考え方の導入が必要である。さらに、現在 HIV/エイズ対策において、あらゆる状況で絶対的な効果が期待できる方法はなく、コミュニティや人々の実状と感染の状況に応じて対策を立てなければならないため、参加型アプローチによる計画立案とモニタリング・評価が有効である。また、そうすることで当該国の当事者意識の高まりにつながり、自助努力を促し、ひいては自立発展性につながる。

5 - 1 - 7 IEC から BCC へ

本調査研究で実施したバングラデシュの現地調査報告では、バングラデシュにおいては、家族計画の普及率が上がらないのは母親達・女性たちの知識が一向に向上しないためであるという誤解に根ざした、「被害者非難」(Victims Bashing)に遭遇したことが報告されている。この誤解は、「理解」から「行動」に進むステップの間に大きな隔たりがあることへの無理解によるものである。この問題意識から、リプロダクティブ・ヘルス分野においては、従来より保健分野で活用されてきた「情報・教育・コミュニケーション」(Information, Education and Communication : IEC)手法を一步進めて、「行動変容のためのコミュニケーション」(Behavior Change Communication : BCC)の考え方を適用する必要性を提案する。具体的には、女性が行動を変える(例えば、避妊を実行する)ためには女性のみならず周囲の意識や行動を変容させるアプローチが必要であること、知識から行動にかえる(避妊する)ために必要な避妊具へのアクセスへの支援を強化すること、継続的な支援とモニター、問題(障害)があればいつでも対応できる体制の整備、が挙げられる。

加えて、人口分野の援助は個人の生活に立ち入る非常にセンシティブな分野であるだけに、サービス受益者と提供者との間に確固たる信頼関係がなければならず、その意味で現場のサービス提供者等の態度や意識改革が必要であることを強調しておきたい。

5 - 1 - 8 避妊具(薬)の確保

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現のためには、避妊具(薬)やその処置に必要な機材、妊産婦に必要な検査薬や栄養補助剤等のリプロダクティブ・ヘルス必需品(Reproductive Health Commodity)が、必要とされる人々に適切に供給されることが必要である。とりわけ、必要不可欠な避妊具(薬)及び HIV/エイズ予防用のコンドームについては、今後の必要量増加に対する資金不足が大きな問題となっている。これら避妊具(薬)の確保(Contraceptive Security)について、日本としても協力の拡充の可能性や方向性について積極的に検討を進めるべきであろう。

避妊具(薬)の確保(Contraceptive Security)への協力を進めるためには、以下を提言する。(1)関連する国際会議に継続的に出席し、世界的な潮流を常に把握しておくと共に、各国レベルでも避妊具(薬)確保やロジスティクス関連のドナー会議に参加する必要がある。(2)避妊具(薬)確保のためには、需要予測や適切な管理・配布などのためのロジスティクス強化への支援も重要である。加えて、民間との連携も重要であることから、官民の役割分担やそれぞれの適性な価格の設定、品質の確保等、関係者間の連携強化や必要な調整能力の向上についての支援も必要である。

(3)途上国で使用されている避妊法や家族計画の手段については、ホルモン薬を中心に日本国内で未認可のものが多く、日本としてそれらに関わる協力をどのように行うかの方針の整理が必要である。しかしながら、この分野の専門知識や技術を有する人材は国内に少ないため、人材育成とともに第三国専門家の活用も考える必要がある。

なお、避妊具(薬)は今後使用量の増加が見込まれることから、使用後のコンドームや注射針などの適正な処理方法や、避妊薬の環境ホルモンとしての影響など、基礎的な研究が必要となってくるであろう。

5 - 1 - 9 人口統計、基礎研究への支援

人口の現状と動向を把握することはもっとも基本的な事柄であり、いずれの国にとっても人口統計の整備は必須の課題である。人口統計を大別すれば、ある時点での人口の規模、構成、地理的分布などを把握する人口静態統計と、人口の変動要因である出生、死亡、移動などを把握する人口動態統計に分けられる。前者については人口センサス(国勢調査)が中心的なものである。一方、人口動態統計は、本来、出生、死亡等の登録や届出に基づき作成するが、このような体制が未整備な国においては、人口センサス(国勢調査)や標本調査をもとに、国全体や各地域での各種の出生率、乳児死亡率を含む各種死亡率などを推計することも多い。人口センサスは、一国の統計システムを整備する上で中心的位置を占めるため、国連においても1950年代から各国における人口センサス実施を促進する努力が続けられてきた。以上を踏まえれば、人口センサス、さらには標本調査の実施を通じた人口統計の整備のため、開発途上国への技術協力がさらに積極的に推進されるべきである。

他方で、統計に関する技術的な支援等は、国際的な枠組みでも行われていることから、その動向にも配慮することが必要である。例えば、国連等においては、適切な新技術のセンサス活動への応用、センサスにおけるマネジメントの改善、センサス・標本調査・登録等に基づく行政記録からのデータの総合的利用や、ジェンダー、子どもと若者、高齢者についての統計の作成などが新たな重要課題として認識されるようになってきており、協力にあたってはそれらの視点に留意することが必要である。それに関連し世界出生力調査(World Fertility Survey)や人口保健調査(Demographic and Health Survey)のような、国際機関が提唱する開発途上国を対象とした国際比較調査が行われる場合には、そのようなプロジェクトへの支援も有用である。さらには日本として、例えばアジア地域の人口・保健・家族計画などに関する広域比較調査などを提唱・推進していくことも考えられる。この他、人材の育成も重要であり、日本政府が協力しているアジア・太平洋統計研修所等への研修生の受け入れなども、一層積極的に行っていく必要がある。

さらに、特に開発途上国においては、利用できる統計が不十分であったり、統計が利用できてもその精度に問題があったりする場合が多く、各種指標の算出についても不完全なデータから推計するなど特別な工夫が必要とされる。また、各国の文化・歴史・社会・経済的な背景の違いも大きく、それらの点を踏まえた基礎研究への支援も必要である。さらに、高齢化の問題や国際人口移動などグローバルな課題に対応するためには、国際的人口研究団体(例えば国際人口学会(IUSSP))への支援や、多国間での広域比較調査の実施を含めた広域的研究への支援も有用であると考えられる。

5 - 2 JICA の援助に関する提言

5 - 2 - 1 わが国政策レベルへの提言

- 日本としての統一方針の明確化

日本政府として人口分野において統一した取組み方針が明確にされておらず、各省庁がそれぞれプロジェクトを実施する形になっているため、省庁間、援助実施機関間においてプロジェクトの重複などがあり、効果的・効率的にプロジェクトが実施されているとは言い難い面がある。したがって、第一に、わが国政府として人口分野における対途上国援助をどうするかの方針を示し、その中長期開発支援対策の一環として人口に関する支援の戦略と目的を明文化していくことが求められる。

また、人口問題は保健・医療分野(家族計画)、経済、教育、ジェンダー、貧困、村落開発といった分野全てに関わるいわゆる「クロスカッティングイシュー(分野横断的課題)」である。そのため、わが国が人口に関する開発政策を立案する際には、各省庁の垣根を超え、日本国内の人口分野の専門家と開発分野の専門家が協力して対応策を検討することが求められる。一つのグッド・プラクティスとして、1994年 - 2000年度に実施されたGII(人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ)が挙げられる。GIIの最大の成果は、人口問題という分野横断的課題について、日本のODAにおいてはじめて包括的なプログラム・アプローチの概念を正式に取り入れた点にある。今後もGIIで推進された包括的なプログラム・アプローチの流れを止めることなくさらに促進するような協力が期待される。

5 - 2 - 2 JICA 人口分野協力に対する提案と具体的方策

(1) 人口分野における JICA 事業の課題と提案

JICA はこれまで「援助形態」いわゆる「スキーム」ごとの協力を実施してきたが、効率的でかつ大きな成果を生み出すための各スキームの連携は組織的に行われたことは少なかった。こうした現状を踏まえ、現在 JICA では、外務省策定の国別援助計画に基づき「国別事業実施計画」を策定し、それぞれの異なった部署が行う事業が現地で無駄なく連携されるよう取り組んでいる。また、同計画を受けて、地域部においては、スキーム、セクターの柔軟な組み合わせによる「プログラム・アプローチ」も積極的に推進している。さらに、予算に関しても 2002 年度から「プロジェクト方式技術協力事業費」を廃止し、「海外技術協力事業費」に一本化することによりスキーム間の垣根を低くする等の改善をしてきている。今後は、このような新しい取組みをさらに推し進め、同時に職員の意識を改革していくとともに、プログラム・アプローチについて関係機関・関係者・裨益国側への理解・周知徹底を推進し、具体的な成果につなげていくことが重要となるであろう。

さらに、人口に関する開発において効果的な支援を行うためには、分野横断的な視点が重要であり、案件の計画策定の際に、貧困、エイズ、農村開発計画における栄養改善等を複合的に捉える必要がある。そのような計画作りを支援するためにも、多様なバックグラウンドを持つ支援委員会の設置が必要となる。併せて、従来の個々の部署もしくは個人に止まっている人口に関する

協力の知識と経験の蓄積を、「人口分野」という枠組みでJICA内に集積を行うこと、いわゆるナレッジ・マネジメントは有益である。

加えて、人口援助は社会変化や人々の行動変容を伴う分野であるだけに、地域のニーズに根ざした視点が重要であり、かつ、国際機関、他ドナー、NGOとの援助協調や連携を効果的に実施する必要がある。そのためには、現地主導のプロジェクト立案・実施の枠組みが必要であり、東京サイドの連携(各省庁間、JICA事業部間等)を進めると同時に、現地への権限委譲をさらに押し進める必要がある。

(2) 課題に取り組むための具体的な方策

1) 長期的なデザインの作成

人口に関する支援は、社会変革や行動変容の実現を必要とする分野であり、効果の発現には長い時間を要することから、通常の単一プロジェクトでは達成することが難しい。まずJICAの人口分野取組み計画を作成し、さらに、国・地域ごとに長期的スパンを持った総合的デザインを作成する必要がある。2002年度から「人口・保健医療」分野・課題別ネットワークが本格導入されているが、人口はさまざまセクターに関わる問題であることに鑑みれば、「人口」の分野・課題別ネットワークを独立させ、開発経済や農業、環境、教育、都市計画等の専門性を持つ職員も含むネットワークとすることも検討すべきであろう。

2) プログラム・アプローチの拡充

JICAの機構改革に伴い、2002年度から本格的にプログラム・アプローチが採用され、既存スキーム間の連携が始まっている。この好機を生かし、さらに部署間の連携を活発にし、調査部門、青年海外協力隊事務局、無償資金協力との整合性、本部と現場レベルとの連携等を包括的に検討していくとともに、世界規模かつマルチ・セクター・アプローチの検討も望まれる。

3) 人材育成及び人的ネットワークの構築

わが国の人口と開発分野における協力実施上での最大の課題の一つは、人材不足である。特に人口と開発分野における人材育成、及び人的ネットワークの構築という観点からの提案は以下のとおりである。(1)専門家派遣に係る制度上のネックを明確にし、専門家や青年海外協力隊の派遣についての検討対象を広げる、(2)第三国の専門家、内外のNGOの専門家、国際機関の専門家が容易にJICAプロジェクトに派遣されるシステムを構築する、(3)特にNGOとの連携については、草の根技術協力事業を活用し、NGOの海外展開を積極的に支援していく、(4)世界の人口問題のホットスポットに関心のある職員や専門分野としている職員に対して人口問題について特に研修を検討する、(5)協力の計画、実施については、それら業務に携わる者(JICA職員、専門家など)が日本の経験について十分に理解し、協力活動に役立てるような研修機会を作る、(6)研修員受け入れなどをさらに有効に活用し、途上国における人口問題について包括的にアプローチできる人材を育成する、(7)途上国の人口専門家の育成に対して支援する、(8)帰国した青年海外協力隊員の有効活用を目指し、特に人口と開発分野での海外長期研修を設定する、(9)日本国内における人

口分野人材ネットワークを構築する、(10)JICA 職員に新たに「人口と開発」の専門区分を作り、人材育成計画を作成する、(11)専門家の公募制度を活用する。

4) 国内支援体制

国内支援体制の強化として、「人口と開発」分野別支援委員会を立ち上げ、その際に、保健・医療分野だけに限らず、ジェンダー、貧困削減、社会・農村・コミュニティ開発等の分野の専門家を広く委嘱することや、国内の人口分野の NGO や研究機関との定期協議会の設置、ナレッジ・マネジメント・システムの拡充とその JICA 外への幅広い提供などを提案する。

5) 在外支援体制

在外支援体制の強化として、在外事務所における分野別政策アドバイザー的な「専門家チーム」の配置、人口分野とそれ以外のプロジェクトの連携を進めるためのコーディネーター(企画調査員等)の派遣、人口のホットスポットと言われている国や地域に人口と開発分野について知見のある職員を増員、現地 NGO、大学機関等との連携促進など、総合的な支援体制の形成を提案する。

6) 国際機関への拠出金による事業との協調

人口分野については、日本政府は各国際機関へ多額の任意拠出を行っており、JICA の事業もこれらの国際機関が実施しているプログラムとの協調を促進すべきである。例えば、世界銀行へ拠出している PHRD(政策人材育成基金)、JSDF(日本社会開発基金)及び PRSTF(貧困削減信託基金)、UNDP へ拠出している人づくり基金(南南協力基金を含む)及び WID 基金、UNFPA へ任意拠出金等と JICA 事業との協調などが考えられる。

5 - 2 - 3 他機関との連携

(1) 他ドナーとの連携・協調

今日途上国の協力現場、特に保健・人口分野においてはドナー間の援助協調が急速に進展しつつある。この背景の1つに、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDG)や、貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP)やセクター・ワイド・アプローチ(SWAP)に代表される国別、セクター別戦略の策定や実施が進められていることがあり、JICA としてもこれらへの十分な配慮・調整や貢献が不可欠な状況となっている。

過去において、日本を含め多くのドナーが実施してきたサブ・セクターごとの協力は、現在 SWAP の中で統合する形で進められることが多い。JICA においてセクター横断的な協力を実施するにあたっては、途上国自身を中心とした他ドナーとの対話に積極的に加わり、保健人口の全体計画の中で整合性のとれた協力を実施していく必要がある。そのためには各分野の専門性ととも、国ごとに計画を策定していく開発に関する「知識」が求められる。また、外務省では2001年度より無償資金協力の「セクター無償」の枠でコモン・ファンドへの投入が認められた。今後こういった資金を活用することにより、日本の協力がより効果的に途上国の保健・人口分野の発展に寄与することが可能となると思われる。

(2) 政府と市民社会のパートナーシップ

人口・リプロダクティブ・ヘルス分野の協力において「個人からのアプローチ」をとる場合、戦後の日本の経験及び現地調査の考察からも、NGOの連携が不可欠である。国内のNGOや現地のNGOとの連携に加えて、多くの実績を積んでいる国際的NGOとの連携、情報の共有が有用であり、そのシステム作りが望まれる。

5 - 2 - 4 南南協力

人口分野の幅広い協力ニーズに対して、限られた援助資源の中でより効果的な援助を行うためには、南南協力の活用が重要である。人口分野の協力は、文化、伝統、宗教、慣習、言語、社会環境等への配慮が不可欠であり、そういった社会環境に近い途上国間で行うことは効果的であるといえる。とりわけ、イスラム教やカトリックなど、避妊や女性のリプロダクティブ・ライツに規制的な宗教を持つ国に対しては、南南協力が有用であろう。

具体的には、日本自身には経験が少ない「HIV/エイズ対策や思春期性教育」の分野、広域圏による展開によってより効果的な対応が考えられる「ITを活用した地域間協力」、高齢化、都市化、国際人口移動といった地域間で共通する課題に対処するための「人口政策・経済開発の共同研究」、アジアの人口と開発の経験をアフリカへ伝える「アジア・アフリカ間協力」などが考えられる。

参考文献

- 朝日新聞、2002年5月3日朝刊、「アジアへの発信NGOに期待」
- アーサー・ハーブ/トーマス・ケイン(河野稔果日本語監修)1998『人口ハンドブック』財団法人大竹財団
- 芦野由利子・戸田清(1996)『人口危機のゆくえ』岩波書店
- 阿藤誠(1994)『国際人口開発会議(カイロ会議)の意義 新行動計画とその有効性』『人口問題研究』50巻2号 pp.1~17.
- 阿藤誠(1999a)『ICPD+5 - カイロ行動計画:5年目の評価』『人口問題研究』55-3.
- 阿藤誠(1999b)『世界人口の制約条件としての水資源』APDA『発展の制約 - 中国・インドを中心に - 』APDA.
- 阿藤誠(2000)『第7章 日本の人口転換』、『現代人口学』日本評論社
- 阿藤誠(2000)『現代人口学』、日本評論社
- 荒木光弥(2001)『半世紀に及ぶODAの歴史から何を学べばいいのか 欧米の借りものではない日本独自の理念をもと』『国際開発ジャーナル』NO.35. pp.6-7. 国際開発ジャーナル社
- 池上清子/高橋径子(2002)『第二次人口と開発分野別援助研究会(第7回研究会)講演録及び配付資料エイジング総合研究センター、2002年、「第二回高齢化に関する世界会議に参加して』『エイジング』夏号、エイジング総合研究センター
- 岡崎陽一(1995)『現代日本人口論(改訂版)』古今書院
- 岡崎陽一(2002)『戦前の人口政策』『人口大辞典』培風館
- 岡崎陽一・他(1984)『国連国際人口会議の概況』『人口問題研究』172.
- 小川直宏、「出生抑制の経済的ゲイン」、『経済集志』、第50巻、1980年、pp. 35-60.
- 小川直宏(2002)本研究会報告書
- 尾崎美千生/橋口道代(1999)『国連人口開発特別総会報告』
- 外務省監訳(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 - 』
- 外務省経済協力局(2000)『我が国の政府開発援助の実施状況(1999年度)に関する年次報告』
- 外務省経済協力局(2001)『我が国の政府開発援助』上巻・下巻. 財団法人国際協力推進協会
- 川島博之・他(2001)『21世紀における世界の食糧生産』、上智大学地球環境研究所『地球環境と科学技術』。上智大学出版会.
- 北村邦夫(1999)『「低用量ピル」ってどんな避妊薬なの?』『笑顔』1999年9月号 通商産業関係特殊法人健康保険組合
- 久保秀史(1997)『日本の家族計画史 - 明治/大正/昭和』社団法人日本家族計画協会
- 黒田俊夫(1974)『国連世界人口会議報告 - 混乱から妥協、そして認識へ - 』『人口問題研究』132.
- 河野稔果(1997)『フェミニズムは地球を救うか?: カイロ・プログラム再考』『人口学研究』第20号 pp.37~46.

- 国連人口基金(1995)『世界人口白書1995』世界の動き社
- 国連人口基金(2000)『世界人口白書2000 - 男女共生と見えない格差 変革の時』世界の動き社
- UNFPA(2000)『世界人口白書2000』
- UNFPA(2001)『世界人口白書2001』
- 小早川隆敏(国際協力事業団監修)(1998)『国際保健医療協力入門』国際協力出版会
- 小早川隆敏編(1998)『国際保健医療協力入門』国際協力出版会
- 小松隆一(2000)HIV/エイズが人口に与える影響,人口学研究,(27)52-56.
- 小松隆一(2001)アジアでのエイズ予防と行動学研究:タイの事例を中心として,日本エイズ学会誌,3(1)
- 厚生省(1988)『厚生省50年史(記述篇)』財団法人厚生問題研究会
- 近泰男(2000)『わが国の家族計画運動のあゆみ』家族計画便覧2000 - 少子高齢社会とリプロ・ヘルス』社団法人日本家族計画協会、15-23
- 近泰男(2002)『第2回人口と開発分野別援助研究会(第10回研究会)講演録』
- 草野厚(1997)『ODAの正しい見方』筑摩書房
- 国際協力事業団(1992)『人口と開発分野別援助研究会報告書』国際協力事業団
- 国際協力事業団(2001a)『国際協力事業団年報2001』国際協力事業団
- 国際協力事業団(2001b)『事業評価年次報告書2001』国際協力事業団
- 国際協力事業団(2002)『JICA評価セミナー:JICA-USAID援助協調評価』配付資料
- 国際協力事業団医療協力部(2001)『保健医療分野技術協力プロジェクト概要表(OTCA時代~2001年7月1日)』
- 国際協力事業団医療協力部『海外医療協力委員会会議議事録』第1回~第33回
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2001)『貧困削減に関する基礎研究』国際協力事業団
- 国際協力事業団国際協力総合研修所(2002)『開発課題に対する効果的アプローチ(HIV/AIDS対策)』国際協力事業団
- 国立国際医療センター(2001)『国際保健医療協力ハンドブック』国際開発ジャーナル社
- 財団法人国際開発センター(外務省委託)(2002)『人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)評価調査』
- 嵯峨座晴夫(2000)『人口高齢化と社会変動』石南国・他編『アジアの人口問題』大明堂.
- 嵯峨座晴夫(2001)『第二次人口と開発分野別援助研究会(第4回研究会)講演録及び配布資料』
- 嵯峨座晴夫、2002年、第二次人口と開発分野援助研究会・第4回研究会議事録
- 財団法人厚生統計協会(2002)『国民衛生の動向』(2002年第49巻第9号)財団法人厚生統計協会
- 佐藤龍三郎(2000)『リプロダクティブ・ヘルス/ライツと現代社会』阿藤・早瀬編『ジェンダーと人口問題』大明堂
- 佐藤寛(2002)『戦後日本の生活改善運動』戦後日本の農村開発と途上国の農村開発に関するシンポジウム(2002年4月24日)講演録
- GII懇談会NGOグループ(2001)『GII国内広報キャンペーン報告書』
- ジョイセフ(1998)『"Chance and Challenge 新しいジョイセフをめざして、- 30 Years 1968-1998"』
- ジョイセフ(2000)『平成11年度外務省海外技術協力推進団体補助金による人口・家族計画モデルプロ

- ジェクト推進事業 - 中国プロジェクト評価調査報告書 - 海南省瓊海市・陝西省大荔県プロジェクト』ジョイセフ
- ジョイセフ(2000)『平成11年度外務省海外技術協力推進団体補助金による人口・家族計画モデルプロジェクト推進事業中国プロジェクト評価調査報告書』ジョイセフ
- ジョイセフ(2002)『人口・家族計画・リプロダクティブヘルス分野国際協力事業・中国IP評価論文報告集』ジョイセフ
- ジョイセフ(2002)人口・家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野国際協力事業『中国IP評価論文集 - 母子保健・寄生虫予防等の健康教育・保健サービス活動による家族計画・リプロダクティブ・ヘルスのインテグレーション・プロジェクト18年の経験 - 』
- 鈴木良一(1994)『世界に広がるジョイセフのIP』『家族計画便覧1994』社団法人日本家族計画協会、217-226
- 鈴木良一(2002)『人口・リプロヘルス国際協力を考える』『人口学研究(第30号)』2002,5,76-81
- T.G.アウトロー他(1998)『水をいつまでも：人口と再生可能な水供給の将来 - 改訂データ』Population Action International.
- D.H.メドウズ・他著(大来佐武朗監訳)1972『成長の限界』ダイヤモンド社.
- D.H.メドウズ・他著(松橋隆治・他訳)1992『限界を超えて』ダイヤモンド社.
- 地球規模的問題『JICAの取り組み』JICAホームページ
- 日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
- 西内正彦(2001)『連載6日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く 動き出した産児制限』『世界と人口』ジョイセフ
- 西内正彦(2001)『連載7日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く モデル村で指導始まる』『世界と人口』ジョイセフ
- 西内正彦(2001)『連載8日本のリプロヘルス/ライツのあけぼの - 久保秀史、村松稔に聞く 政府が受胎調節指導に乗り出す』『世界と人口』ジョイセフ
- 西潟範子(2002)『生活改善活動の実践経験：「考える農民」の育成から集落のインフラ整備まで』『戦後日本の農村開発と途上国の農村開発に関するシンポジウム』(2002年4月24日)講演録
- 西川潤(2001)『社会開発の理論的フレームワーク』西川潤編『社会開発：経済開発から人間中心型発展へ』岩波書店
- ノールウェー外務省(国際協力事業団企画部評価管理課訳)1996『開発援助の評価 - 評価のためのハンドブック』国際協力事業団
- 長谷川敏彦(2001)『第二次人口と開発分野別援助研究会(第3回研究会)講演録』
- 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』原・根村編『健康とジェンダー』明石書店
- 平成12年度国際協力事業団客員研究員報告書(2001)『人口問題に関する総論と課題(前編) - 総論、出生率とリプロダクティブ・ヘルス/ライツ、死亡率とHIV/エイズ - 』
- 平成12年度国際協力事業団客員研究員報告書(2001)『人口問題に関する総論と課題(後編) - 人口高齢化、国際人口移動、都市化/国内人口移動 - 』
- 平成13年度国際協力事業団客員研究員報告書(2002)『中東イスラーム世界の人口・家族・経済 - 多角

- 的視座導入の試み - 』
- ポーランド、リード(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』(房野桂訳)明石書店
- 間壁さよ子(2002)『避妊のすべてがわかる本』講談社
- 村松稔(2002)『戦後の過剰人口と産児制限』『人口大辞典』培風館
- 村松安子(1996)『エンパワメントに向けて』村松安子・村松泰子編『エンパワメントの女性学』有斐閣
- 水田委員 / 橋口委員(2001)『第二次人口と開発分野別援助研究会』(第3回研究会)講演録及び配付資料
- 目黒依子(1986)『女役割 性支配の分析』垣内出版
- 柳下真知子(2001)『人口問題とジェンダー』佐藤誠編『社会開発論 南北共生のパラダイム』有信堂
- ヤンソン柳沢由美子(1997)『からだ性と、わたしを生きる』『リプロダクティブ・ヘルス/ライツ』国土社
- 読売新聞、2002年5月21日朝刊、「途上国でも問題深刻・着実に進む対策策定」
- リプロダクティブ法と政策センター編(1997)『リプロダクティブ・ライツ 世界の法と政策』(房野桂訳)明石書店
- 我妻堯(2002)『リプロダクティブヘルス』南江堂
- 渡辺真知子(2000a)『都市化と労働移動』石南國・早瀬保子編『アジアの人口問題』大明堂
- 渡辺真知子(2000b)『都市化・経済開発と人口移動 アジアを例として』『アジア研ワールド・トレンド』第58号7
- Ahlburg, Dennis A.(1998)"Julian Simon and the Population Growth Debate," *Population and Development Review*, 24-2.
- Alan Guttmacher Institute(AGI)(1998) *Into a New World : Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, AGI.
- Alan Guttmacher Institute(AGI)(1999) *Sharing Responsibility: Women, Society and Abortion Worldwide*, The Alan Guttmacher Institute, New York.
- Andreev, E.(1999)"The Dynamics of Mortality in Russian Federation," in United Nations, *Health and Mortality Issues of Global Concern, Proceedings of the Symposium on Health and Mortality*(Brussels, 19-22 November 1997), United Nations.
- Ashford, S. Lor(2001)"New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights," *Population Bulletin* Vol. 56, No. 1.
- Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000
- Becker, Charles, M. and Andrew R. Morrison(1999)"Urbanization in Transforming Economies." in Paul Cheshire and Edwin S. Mills(eds.) *Handbook of Regional and Urban Economics Vol 3. Applied Urban Economics*, New York: Oxford University Press, pp.1673-1790.
- Bobak, Martin.(1999)"Health and Mortality Trends in Countries with Economies in Transition," in United Nations, *Health and Mortality Issues of Global Concern, Proceedings of the Symposium on Health and Mortality*(Brussels, 19-22 November 1997), United Nations.

- Bongaarts, John(1992)"Population Growth and Global Warming," *Population and Development Review*, 18-2.
- Bongaarts, John(1997)"The role of family planning programmes in contemporary fertility transitions "In G.W. Jones, et al.(eds.)*The continuing demographic transition*, Clarendon Press, Oxford.
- Boserup, Ester(1965)"The Conditions of Agricultural Growth : The Economics of Agrarian Change under Population Pressure, Aldine.
- Brown, Lester R. et al(1998)"Chinese Water Shortage Could Shake World Food Security, World-Watch Institute.
- Brundland, G. H.(1987)"Our Common Future, World Commission on Environment and Development, Oxford University Press.
- Brockerhoff, Martin(1998)"Migration and the Fertility Transition in African Cities." in Bilsborrow, Richard (ed)*Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues*. New York: United Nations Population Fund and Kluwer Academic Publishers, pp.357-390.
- Brockerhoff, Martin(1999)"Urban Growth in Developing Countries: A Review of Projections and Predictions." *Population and Development Review* 25(4): 757-778.
- Brockerhoff, Martin(2000)"An Urbanizing World.", *Population Bulletin* 55(3). Washington, DC: Population Reference Bureau.
- Brockerhoff, Martin and Ellen Brennan(1998)"The Poverty of Cities in Developing Regions." *Population and Development Review* 24(1): 75-114.
- Caldwell, John C. and P
- chwartländer B, Stanecki KA, Brown T, Way P.O., Monasch R, Chin J., Tarantola D., and Walker N.(1999) "Country-specific estimates and models of HIV and AIDS: methods and Limitations", *AIDS*, 13-17, pp.2445-2458.
- Cleland, J. G. and Wilson, C.(1987)"Demand Theories of Fertility Transition: An Iconoclastic view ", *Population Studies*, 41-1.
- Coale, Ansley et al., 1958. *Population Growth and Economic Development in Low Income Countries : A Case Study of India's Prospects*, Princeton University Press.
- Cohen, J.(1995)"How Many People Can the Earth Support? W.W. Norton.
- Conly, S.R. and S.de Silva(1998)"Paying Their Fair Share? : Donor Countries and International Population Assistance, Population Action International.
- Chen, Nancy, Paolo Valente, and Hania Zlotnik(1998)"What Do We Know About Recent Trends in Urbanization?" in Bilsborrow, Richard(ed)*Migration, Urbanization, and Development: New Directions and Issues*. New York: United Nations Population Fund and Kluwer Academic Publishers, pp.59-88.
- Coale, A.J., and E.M. Hoover(1958)" *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Crimmins, Eileen M., Mark D. Hayward, and Yasuhiko Saito(1994)"Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status of Life Expectancy of the Older Population," *Demography*, 31:159-175.
- Des Jalais D.C., Marmor M., Paone D., et al.(1996)"HIV incidence among injecting drug users in New York City syringe-exchange programmes", *Lancet*, 348(9033): 987-91.
- Dixon-Mueller, Ruth(1993)"Population policy and women's rights: transforming reproductive choice, Westport,

- Connecticut: Praeger.
- Dixon-Mueller, Ruth and Germain(1992)" Stalking the Elusive“ Unmet Need ”for Family Planning“ Studies in Family Planning, 23-5.
- Ehlich, Paul R. et al.(1971)"Impact of Population Growth" Science, 171.
- Ehlich, Paul R. 1990. The Population Explosion, Simon and Schester.
- Ellen Grant(1985)今西春彦監訳(1992)" The Bitter Pill"メデイカ出版
- Enke, S.(1966)"The economic aspects of slowing population growth," *Economic Journal* 76: 44-56.
- Falkenmark, Malin(1991) Rapid Population Growth and Water Scarcity: The Predicament of Tomorrow's Africa, K. Davis et al.(eds.) Resources, Environment and Population: Present Knowledge, Future Options, Oxford U.P.
- Falkenmark, Malin et al.(1992), Population and Water Resources: A Delicate Balance, Population Bulletin, Population Reference Bureau.
- FAO(1999)The State of Food Insecurity in the World, FAO.
- Findley, Sally E(1993)"The Third World City: Development Policy and Issues" in Kasarda J.D. and Parnell, A. M.(eds.)Third World Cities: Problems, Policies, and Prospects. Newbury Park: Sage, pp.1-31.
- Fleming D.T. and Wasserheit J.N.(1999)From epidemiological synergy to public health policy and practice, Sexually Transmitted Infection, 75(1) 3-17.
- Gelbard, Alene, Carl Haub, and Mary M. Kent(1999)"World Population Beyond Six Billion." Population Bulletin, 54(1).
- Guay L.A, Musoke P., Fleming T., et al.(1999)"Intrapartum and neonatal Single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda, Lancet", 354 (9181) 795-802.
- Harris, John R., and Michael P. Todaro(1970)"Migration, Unemployment and Development: A Two-Sector Analysis." American Economic Review 60: 126-142.
- Harris, J.R., and Michael P. Todaro(1970)"Migration, unemployment, and development: a two sector model", American Economic Review, No.60.
- Hartmann, Betsy(1995)Reproductive Rights & Wrongs(revised edition), Boston: South End Press.
- Hasegawa T.(2001)"Challenging Inequities in Health from Ethics to Action," Oxford University Press
- ICMOP Newsletter on Management of Population Programmes Vol.XXVI No.3.2001 International Council On Management Of Population Programmes
- Im-em W.(1999)Mortality trends and levels to verify the AIDS Epidemic in Thailand, Institute for Population and Social Research, Mahidol University; Nakhon Pathom, Thailand.
- International Organization for Migration(IOM) 2000), World Migration Report 2000. Geneva.
- IPCC(2001)Summary for Policymakers: Climate Change 2001: Impacts, Adaptation and Vulnerability, IPCC.
- Jain, Anrudh; Judith Bruce(1993)"Implications of reproductive health for objectives and efficacy of family planning programs," Programs Division Working Paper, No. 8, 1993, New York: Population Council.
- Jain, Anrudh, et al.(1992)" Setting Standards of Quality in Family Planning Programs ", Studies in Family Planning, 23-6.

- Johnson, s.p.(1994)World Population - Turning the Tide: Three Decades of Progress, Cambridge: Graham & Trotman.
- Jones, G.W.(1988)"Consequences of rapid fertility decline for old age security," presented at the IUSSP Seminar on Fertility Transition in Asia: Diversity and Change, Bangkok.
- Kasarda, John, D. and Allan M. Parnell(ed)(1993)Third World Cities: Problems, Policies, and Prospects. Newbury Park: Sage.
- Kelley, A.C.(1988)"Economic consequences of population change in the Third World," Journal of Economic Literature 26: 1685-1728.
- Khauna, J, et al.(eds.)(1992)Reproductive Health - a Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991: Special 20th Anniversary Issue, WHO.
- Knodel, J. and van de Walle, E(1979)"Lessons from the Past: Policy Implications of Historical Fertility Studies "; Population and Development Review, 5-2
- Knodel, John and Gavin W. Jones(1996)"Post-Cairo Population Policy: Does Promoting Girl's Schooling Miss the Mark?" *Population and Development Review* 22(4).
- Lamb, Vicki L.(1999)"Active life expectancy of the elderly in selected Asian countries," NUPRI Research Paper Series No. 69. Tokyo, Japan: Nihon University Population Research Institute.
- Lee, R.D., A. Mason, and T. Miller(2001)"Saving, wealth, and the demographic transition in East Asia." In A. Mason ed., *Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized*, pp. 155-184. Stanford: Stanford University Press.
- Lewis, W. Arthur(1954)"Economic Development with Unlimited Supplies of Labor.", *Manchester School of Economic and Social Studies* 22: 139-91.
- Mason, A., ed(2001)*Population Change and Economic Development in East Asia: Challenges Met, Opportunities Sized*. Stanford: Stanford University Press.
- Mason, A., N. Ogawa, and T. Fukui(2001)"Aging, intergenerational transfers, and saving in Japan," presented at the NUPRI/IUSSP Seminar on Population Aging in the Industrialized Countries: Challenges and Responses, Tokyo.
- Massey, Douglas S.(1996)"The Age of Extremes: Concentrated Affluence and Poverty in the Twenty-First Century.", *Demography* 33(4): 395-412.
- Mazur, L. A.(ed.)(1994)Beyond Numbers, Island Press.
- McDonald(1981)"Influence of Maternal Education on Infant and Child Mortality : Levels and Causes," International Population Conference : Manila, IUSSP. Vol.2.
- McNicoll, Geoffrey(1995)"On Population Growth and Revisionism," *Population and Development Review*, 21-2.
- Moser, Caroline(1992)*Gender Planning and Development*, London & New York: Routledge.
- Nelson K et al(1996)"Changes in sexual behaviour and a decline in HIV infection among young men in Thailand." *New England Journal of Medicine*, 335:297-303.
- OECD(1999)Trends in International Migration. Annual Report 1999 Edition.
- Ogawa, N., and D. Suits(1982)"Lessons on population and economic change from the Japanese Meiji experience,"

- The Developing Economies* 20: 196-219.
- Ogawa, N., G. Jones, and J. Williamson, eds.(1993)*Human Resources in Development along the Asia-Pacific Rim*. Singapore: Oxford University Press.
- Oppong, Christine(1983)"Women's Roles, Opportunity Costs, and Fertility," Bulatao, A.B. et al.(ed.), *Determinants of Fertility in Developing Countries*, Vol.1, Academic Press.
- Palloni, Alberto, 2001. "Living Arrangements of Older Persons," United Nations Population Division, United Nations Technical Meeting on Population Aging and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses, New York, 8-10 February, 2000.
- Peter Bromwich&Tony Parson Contraception川越厚監訳(1995)『避妊革命』かまわぬ書房
- Pitchett, L.H.(1994)『Desired Fertility and the Impact of Population Policies』, *Population and Development Review*. 20-1.
- Presser, B. Harriet(2000)『Demography, Feminism, and the Science-Policy Nexus』, in *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* by H. Presser and G. Sen , New York: Oxford University Press.
- Preston, Samuel H.(1979)"Urban Growth in Developing Countries: A Demographic Reappraisal.", *Population and Development Review*, 5(2) 195-215.
- Preston, Samuel(1994)Population and the Environment, IUSSP, Distinguished Lecture Series on Population and Development.
- Romer, P.M.(1986)"Increasing returns and long-run growth," *Journal of Political Economy* 94: 1002-1037.
- Schiff, Maurice(1996)"Trade policy and international migration: substitutes or complements?," In *Development Strategy, Employment and Migration: Insights from Models*, J. Edward Taylor, ed., Paris, OECD.
- Sen, Gita and Srilatha Batliwal(2000)"Empowering women for reproductive rights," in *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo* by H. Presser and G. Sen , New York: Oxford University Press.
- Simon, J.L.(1959)"The value of avoided births in underdeveloped countries," *Population Studies* 23: 61-68.
- Simon, Julian(1981)*The Ultimate Resource*, Princeton University Press.
- Sjaastad, Larry A.(1962)"The costs and returns of human migration", *Journal of Political Economy*, No.705.
- Stalker, Peter(1994)*The Work of Strangers: A Survey of International Labor Migration*, Geneva, ILO.
- Stark, Oded, and David E. Bloom(1985)"The New Economics of Labor Migration." *American Economic Review*, 75(2) 191-106.
- Suits, D., and A. Mason(1978)"Measuring the gains to population control results from an econometric model," presented at the annual meeting of the Population Association of America, Atlanta, Georgia.
- Suzan Wysock, Ann J.Davis Handbook for Nurse Practitioner堀口雅子監訳(2000)『女性の健康を守るための臨床活動』性と健康を考える女性専門家の会
- UN(2000)*World population prospects: The 1998 Revision, Volume III: Analytical report*, United Nations, New York.
- UN and UNAIDS(1999)"The demographic impact of HIV/AIDS, Report on the technical meeting", New York, 10 November 1998, UN Population Division.

- UNAIDS(1998)Relationships of HIV and STD declines in Thailand to Behavioural Change: A Synthesis of Existing Studies, UNAIDS.
- UNAIDS(2000a)Report on the Global HIV/AIDS Epidemic; June 2000, UNAIDS.
- UNAIDS(2000b)Voluntary Counselling and Testing(VCT), UNAIDS Technical update.
- UNAIDS(2002)Report on the Global HIV/AIDS Epidemic; 2002, UNAIDS.
- UNAIDS and WHO(1997)Report on the Global HIV/AIDS Epidemic: December 1997, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO(1998a)AIDS Epidemic Update: December 1998, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO(1998b)Report on the Global HIV/AIDS Epidemic; June 1998, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO(1999)AIDS Epidemic Update: December 1999, UNAIDS and WHO.
- UNAIDS and WHO(2000)AIDS Epidemic Update: December 2000, UNAIDS and WHO.
- UNFPA(1993a)Population Growth and Economic Development, UNFPA.
- UNFPA(1993b)Report of the Executive Director reviewing the Fund's experience in implementing the priority-country system. DP/1993/33.
- UNFPA(1995)The State of World Population 1995 - Decisions for Development: Empowerment and Reproductive Health, UNFPA.
- UNFPA(1996)A Revised Approach for the Allocation of UNFPA Resources to Country Programmes, Report of the Executive Director. DP/FPA/1996/15, 5 February 1996.
- UNFPA(1997)The State of World Population 1997 - Reproductive Health and Reproductive Rights, UNFPA.
- UNFPA(1998)The State of World Population 1998 - The New Generations, UNFPA.
- UNFPA(2001)The State of World Population 2001 - Population and Environmental Change, UNFPA.
- UNFPA Donor Support for Contraceptives and Logistics(2000)
- UNFPA Reproductive Health Essentials(2002)
- United Nations(1956)The Aging of Population and Its Economic and Social Implications.
- United Nations(1980)Patterns of Urban and Rural Population Growth. New York: United Nations.
- United Nations(1994)AIDS and the Demography of Africa. New York: United Nations.
- United Nations(1994)Population and Development: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September. 外務省監訳, 1996. 『国際人口・開発会議「行動計画」』世界の動き社.
- United Nations(1995)"Population and Development: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo, 5-13 September 1994. ST/ESA/SER.A/149, New York: United Nations.
- United Nations(1998)World Population Monitoring 1997: International Migration and Development, New York.
- United Nations(1998)World Population Prospects: The 1998 Revision, New York.
- United Nations(1998)World Population Monitoring, 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health, United Nations, New York.
- United Nations(1998)Department of Economic and Social Affairs. National Population Policies. ST/ESA/SER.A/171
- United Nations(1999-a)The World at Six Billion, New York, United Nations.

- United Nations(1999-b)Long-Range World Population Projections : Based on the 1998 Revision, New York.
- United Nations(1999-c)Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, 21st Special Session of the General Assembly, June 30 - July 2, 1999.
- United Nations(1999)*World Abortion Policies* 1999, ST/ESA/SERA/178, New York: United Nations(<http://www.un.org/esa/population/publications/abt/fabt.htm>).
- United Nations(1999)World population prospects: The 1998 Revision. New York: United Nations
- United Nations(2000)The World's Women 2000: Trends and Statistics,
- United Nations(2000a)Population Division Department of Economic and Social Affairs. World Urbanization Prospects: The 1999 Revision Data Tables and Highlights.
- United Nations(2000b)Department of Economic and Social Affairs. Urban and Rural Areas 1999., ST/ESA/SER.A/185.
- United Nations(2001)The World Population Prospects: The 2000 Revision, Highlight, New York: United Nations ESA/P/WP 165.
- United Nations(2001a)World Population Prospects : 2000 Revision, Vol.1, New York, United Nations.
- United Nations(2001b)World Population Monitoring 2001: Population, Environment and Development.
- United Nations(2001c)HIV/AIDS: Population Impact and Policies, 2001.
- United Nations(2002)World Urbanization Prospects: The 2001 Revision.
- United Nations(2002)World Population on Aging 1950-2050.
- United Nations(2002)International Plan of Action on Aging.
- United Nations(forthcoming)Levels and Trends in International Migration in Asia.
- United Nations High Commissioner for Refugees(UNHCR)(2000)Refugees and Others of Concern to UNHCR, 1999 Statistical Overview.
- United Nations Secretariat(1988)"Global Trends and Prospects of Aging Population Structure," United Nations, Economic and Social Implications of Population Aging.
- United Nations Population Fund(1996)The State of World Population 1996, Changing Places: Population Development and Urban Future. New York: United Nations.
- US Bureau of Census(2000)International data base.
- Van de Kaa, Dirk J.(1987)"The Second Demographic Transition," Population Bulletin, 42-1.
- Van de Kaa(1999)"Europe and its Population : The Long View," in European Population Conference, European Population : Unity in Diversity, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, pp. 1-50.
- WHO(2000)"The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance"(online version, <http://www.who.int>).
- World Bank(2000)Entering the 21st Century World Development Report 1999/2000, Washington D.C.: World Bank.
- World Commission Urban21(2000)World Report on the Urban Future 21 published in conjunction with the Global Conference on the Urban Future(Bonn: Federal Ministry for Transport, Building and Housing, Federal Republic of Germany, 2000). Accessed on line at: www.urban21.de/english/

World Resource Institute(1994)World Resources 1994-5, Oxford University Press.

Williamson, J.G.(1993)"Human capital deepening, inequality, and demographic events along the Asia-Pacific rim." In N. Ogawa, G. Jones, and J. Williamson, eds., *Human Resources in Development along the Asia-Pacific Rim*, pp. 129-58. Singapore: Oxford University Press.

Zaidan, G(1968)*The Foregone Benefits and Costs of a Prevented Birth: Conceptual Problems and an Application to the U.A.R.* International Bank for Reconstruction and Development, Economics Department Working Paper No. 11.

Zeng Yi t al.(2001)"Extremely Rapid Aging and the Living Arrangements of Older Persons," United Nations Population Division, United Nations Technical Meeting in Population Aging and Living Arrangements of Older Persons: Critical Issues and Policy Responses, New York, 8-10 February, 2000.