

# 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

02-56

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](mailto: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て、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」ということになるのか。

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えつつも、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ぼっていうと、「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力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」と言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いうこともできよう。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」という選択をめぐる、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国連は予測している。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でほぼ確実とすれば、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割以上の人を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

ピラミット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utting(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リゼーションの勢いは、ITをはじめとする通信手段の革命的発達を借りて、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見える。

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



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淵内閣以来、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の使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、いち早く戦争勃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取組みはじめた。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(故加藤シヅア・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れた足跡は、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、例えばヴェ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、打ち続いた紛争の挙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ことが多かった。

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。

## 用語・略語解説

用語	解説
人口分野	
アンメット・ニーズ( Unmet-Needs )	産む子どもの数、出産間隔を調整したいと望んでいるにもかかわらず、避妊方法を知らない、避妊具などへのアクセスを持たないなど何らかの理由により、その望みがかなえられていない状態をいう。
家族計画( Family Planning )	カップルが、子どもの数や出産間隔を調整する意図をもって行う努力で、普通、避妊のための産児調節をいうが、妊娠を促す努力も含まれる。
合計特殊出生率 ( TFR : Total Fertility Rate )	一人の(あるいはグループの)女性が、再生産年齢( 15才～49才 )を通して、特定の年の、年齢別特殊出生率にしたがって子どもを産むと仮定した場合に、生涯で産むとされる平均子ども数をいう。
高齢化( Aging )	若年層人口が減少すると共に、高齢者人口の割合が増加する過程をいう。国連の定義( 1956年 )によれば、総人口の中で65才以上の占める割合が7%を越えたとき、その国、地域は“ 高齢化 ”したという。
5才未満児死亡率 ( Under 5 Mortality Rate )	出生1,000に対する5才未満の死亡の比率。より具体的には出生時から、満5才になるまでに死亡する確率。5才未満死亡率は乳児死亡率に比べて信頼性の高い統計数値が得られるので、ユニセフ「子供白書」では福祉の水準とその変動を示す主要指標として用いている。
ジェンダー( Gender )	生物学的な性別をさすセックス( sex )と区別して、社会・文化的に作られる男女の差異をいう。人口学的及び社会経済的変数における男女差は、長く人口学研究の対象となってきた。性別は人口構造の主な要素であるだけでなく、死亡・出生・移動・結婚など人口動態の重要な関数でもある。1960年代後半に米国をはじめとする欧米先進諸国で、フェミニズム運動が盛んになり、女性学が科学的研究領域の一つとして認められたことで、社会・文化的概念としてのジェンダーが注目されるようになった。さらに、1975年の「国際婦人年」にはじまる国連を中心とした一連の国際的動きをきっかけとして、ジェンダーは「女性の社会的地位」をめぐる事柄として包括的にとらえられるようになった。1994年の「国際人口開発会議(カイロ)前後から、ジェンダーはまた「女性のエンパワーメント」の視点からも脚光を浴びるようになった。
女性と開発 ( WID : Women in Development )	女性は開発の担い手として、開発のあらゆる段階で積極的な参加の機会を与えられなければならないという開発援助のコンセプトである。WIDとは Women in Development の略でウィッドと読む。
女性のエンパワーメント ( Empowerment )	女性の社会的、経済的、政治的、な力を付けるということ。妊娠・出産について女性が選択できることは、女性の健康を向上させ、教育・結婚・就業・移住に関する選択の幅を広げる。男女平等の考えに基づく女性のエンパワーメントが個人の発展、社会全体の発展にもつながるという考えである。
人口置き換え水準(の出生率) Replacement Level( of Fertility )	人口移動はゼロと仮定したうえで、一定の死亡率の下で静止人口を可能にする合計特殊出生率の水準。1人の女子が次世代の1人の女子(娘)に置き換わるためには、(出生性比を男:女=105:100とすると)少なくとも平均して2.05人の子どもを産む必要がある。しかし、その子どもたちのなかでさらに次世代の子どもを生むまでに 人が死んでしまうとすると、1人の娘を手に入れるには(2.05+ )人の子どもを生む必要がある。つまり、人口置き換え水準は死亡率によって異なることになり、死亡率が低い今日の先進国では、おおむね2.08人と計算されている。(例えば、死亡率が高かった1950年頃の日本では、人口置き換え水準は2.4人であった。)
人口保健調査 ( Demographic and Health Survey: DHS )	人口(出生力や家族計画)と母子保健に関する大規模な国際的調査。1984年より、USAIDの資金提供と各国の統計局、保健省、大学など研究機関の調査協力を受け、米国の民間機関Macro International Inc(開始時は、Institute for Resource Development)により実施されている。調査対象国は2001年5月現在で発展途上国68カ国に及んでいる。主要目的としては、政策立案に役立つ人口・保健データの提供、人口と保健に関する国際的データの普及、調査方法論の発展、発展途上国がより高質な人口保健調査を実施するのに必要な技術と資源の開発といったことが挙げられている。主な調査対象は、15才から49才の女性で、質問項目は出生力、その近接要因、乳幼児死亡率、家族計画、母子保健のほか、全出産歴、避妊知識とその実行に関する情報、母乳保育、妊娠ケア、回答者や配偶者の属性、そして子どもの予防接種歴、病気治療や栄養状態(体格)などが含まれている。標本数は国により異なるが、平均5,000世帯で、層別多段抽出により選ばれる。また、1990年代以降、20～55才の男性を対象とした調査も一部実施されている。詳細は、 <a href="http://www.measuredhs.com">http://www.measuredhs.com</a> を参照。
乳児死亡率 ( IMR : Infant Mortality Rate )	特定期間の出生数(通常1,000)に対するその期間の生後1年末満の死亡の比率。より具体的には、出生時から満1才になるまでに死亡する確率。
妊産婦死亡率 ( MMR : Maternal Mortality Rate )	特定期間における女性の妊娠分娩及び産褥の疾病による死亡の、その期間の出生に対する比率。通常出生(出産)10万に対する死亡数で示される。
平均余命( Life Expectancy )	生命表においてある年齢の生存者がそれ以降に生存する平均年齢を、その年齢の平均余命という。特に出生時の平均余命を平均寿命( Life Expectancy at Birth )と呼んでいる。
リプロダクティブ・ヘルス ( RH : Reproductive Health )	人間の生殖システムと、その機能、活動の全ての中で、単に疾病や障害がないというだけでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好であること。

リプロダクティブ・ライツ (RR : Reproductive Rights)	全てのカップルや個人が、何人の子どもをいつ持つかということについて、責任を持って自由に決定すること、そしてそのための情報と知識と手段について、自由に選択決定をするという権利。
開発援助・ODA	
オーナーシップ(Ownership)	開発途上国の自助努力をいう。DACの新開発戦略では、その基本理念として、開発途上国の自助努力(オーナーシップ)と、それを支援する先進国との連帯(パートナーシップ)の概念を中心に据え、具体的な達成目標を一定の年限を区切って提示している。
開発パートナー事業	JICAが、多様化する開発途上国の地域レベルのニーズへの対応、住民に対する草の根レベルのきめ細やかな援助を実施する方法として、そうした国際協力の経験やノウハウを持つ日本のNGO、地方自治体、大学などに委託して行う事業。2002年度より「草の根技術協力事業」として統合された。
開発福祉支援事業	1996年のリヨン・サミットにおいてわが国が提唱した「世界福祉イニシアティブ」に基づき、1997年度から開始された事業。母子保健、高齢者・障害者・児童の福祉、貧困対策などの関連の援助を、JICAが対象地域を基盤として活動しているNGO(ローカルNGO)に委託して実施する。
キャパシティ・ビルディング (Capacity Building)	組織・制度づくり( Institution Building )に対して、それを実施・運営していく能力を向上させること。実施主体の自立能力の構築をいう。
草の根無償資金協力(草の根無償)	開発途上国の地方公共団体やNGOなどからの要請により、一般の無償資金協力では対応が難しい小規模案件を支援することを目的に、わが国の在外公館を通じて行われる無償資金協力。
グッド・ガバナンス( Good Governance )	「良い統治」のことで、政治や行政において、効率性、効果、透明性、法の支配、市民社会との会話、過度な軍事支出の削減などを確保することをいう。わが国のODAにおいては、そうした側面を助長する援助に配慮するほか、さらに、環境と開発との両立、基礎生活分野( BHN )への援助なども、グッド・ガバナンスへの協力に含める。
現地国内研修( 第二国研修 )	JICAが行う研修事業の形態のひとつ。開発途上国におけるさらなる技術の移転・普及を図るため、わが国の技術協力を通じて養成された人材が中心となって、その国の関係者を対象として実施する研修をいう。
小規模開発パートナー事業	JICAが、社会開発や政策・制度支援などの分野で国際協力の経験やノウハウを持つ日本のNGO、地方自治体、大学などに委託して援助を実施する事業。「開発パートナー事業」との相違点は、より規模の小さい団体を広く対象とし、事業規模が1,000万円以下、事業期間が1年以下であるなど、より小規模できめ細かい協力事業としている。2002年度より「草の根技術協力事業」として統合された。
セクター・ワイド・アプローチ ( SWAPs : Sector Wide Approaches )	教育、保健・医療などの分野(セクター)ごとの全体的な開発計画を、途上国と援助国・機関などが協議・調整して策定し、多様な援助主体がそれぞれの援助をその計画に沿って実施すること。
第三国研修	JICAの研修事業の一形態で、わが国が開発途上国に移転した技術を、その国を通じて周辺国に移転・普及させるための研修をいう。わが国を第一国としたとき、技術を移転された国は第二国、周辺の開発途上国は第三国となる。
第三国専門家	JICAの専門家派遣の一形態で、南南協力支援の一環として、協力対象の開発途上国に他の開発途上国の人材を、技術協力専門家として派遣するもの。派遣先国と専門家の所属国との環境、技術水準、文化・言語などの同一性または類似性により、技術移転がより適切に、効率的に行える。
南南協力	開発途上国間で、地域経済協力などを通じて相互の経済発展を図っていくこと。従来、開発途上国の発展には、先進国からの資金・技術の援助に依存せざるを得ないとの考えが主流だったが、1970年代の石油輸出国機構、NIEsの出現に見られるように、開発途上国の多様化が進み、途上国相互間の協力の重要性が認識されるようになった。特に技術面では、先進国の最新の資本・知識集約的技術は、開発途上国の実情、ニーズに適合せず、むしろ労働集約的・中間技術の移転が求められることも多い。こうした背景から、1970年代後半以降、国連貿易開発会議( UNCTAD )の場などを通じ、南南協力の推進が図られている。
日米コモン・アジェンダ( Common Agenda )	地球的展望に立った開発途上国への開発協力のため、日米で定めた共通課題。環境、人口、エイズなど、地球的規模の対応を要する問題への日米共同の取組みを定めた。
貧困削減戦略ペーパー ( PRSP : Poverty Reduction Strategy Paper )	当該国のオーナーシップの下、幅広い関係者(ドナー、NGO、市民社会、民間セクター等)が参画して作成する、貧困削減に焦点を当てたその国の重点開発課題とその対策を包括的に述べた、3年間の経済・社会開発計画。重債務貧困国( HIPC )に対する債務救済問題に関して、1999年の世界銀行・国際通貨基金( IMF )の総会で発案・合意された。債務救済措置により生じた資金が、適切に開発と貧困削減に充当されることを目的として、債務救済措置の適用を求める途上国政府はその策定が義務づけられている。
プロジェクト方式技術協力	開発途上国の社会・経済開発に必要な人材の育成、技術の開発、技術の普及などを支援するとともに、開発に必要な制度を整備し、実施を担当する組織の能力を強化することを目的とし、それを実現するために、専門家派遣、研修員受け入れ、機材供与などを有機的に組み合わせ、計画の立案から実施、評価までを一貫して実施する技術協力の形態。社会開発協力、保健医療協力、農業開発協力、森林・自然環境協力、鉱工業開発協力の5分野に分類され、5つのプロジェクト担当事業部がプロジェクトを推進している。2002年度より「技術協力プロジェクト」となる。

ミレニアム開発目標 (MDGs : Millennium Development Goals)	経済協力開発機構(OECD)開発援助委員会(DAC)は1996年わが国が主導的な役割を果たして、7つの具体的な国際開発目標(IDGs : International Development Goal)を掲げたDAC新開発戦略「21世紀に向けて：開発協力を通じた貢献」を発表した。このIDGsの目標を拡充し、2000年9月の国連総会において、149カ国の国家元首の支持を得て採択された開発目標を指す。目標(Goal)として、「極度の貧困と飢餓の撲滅」、「初等教育の完全普及」、「ジェンダーの平等、女性のエンパワーメントの達成」、「子どもの死亡率削減」、「妊産婦の健康の改善」、「HIV/エイズ、マラリアなどの疾病の蔓延防止」、「持続可能な環境作り」、「グローバルな開発パートナーシップの構築」の8つが掲げられ、これら8目標の2015年までの数値目標(Target)として18項目が定められ、48の具体的な指標が設定されている。
無償資金協力	学校・病院などの施設の建設、教育訓練機材や医療機材などの資機材の調達、災害の復興などに必要な資金を供与するもの。その形態から、一般無償、水産無償、文化無償、緊急無償、食糧援助及び食糧増産援助の6種類に分類される。

略語	名称
ADB	Asian Development Bank : アジア開発銀行
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome : エイズ(後天性免疫不全症候群)
AusAID	Australian Agency for International Development : オーストラリア国際開発庁
CIDA	Canadian International Development Agency : カナダ国際開発庁
CPR	Contraceptive Prevalence Rate : 避妊普及率
DAC	Development Assistance Committee : 開発援助委員会
EPI	Expanded Programme on Immunization : 予防接種拡大計画
ESCAP	Economic and Social Commission for Asia and Pacific : アジア・太平洋経済社会委員会
EU	European Union : ヨーロッパ連合
GII	Global Issues Initiative on Population and AIDS : 人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (German Agency for Technical Cooperation) : ドイツ技術協力公社
HIPC	Heavily Indebted Poor Country : 重債務貧困国
HIV	Human Immunodeficiency Virus : ヒト免疫不全ウイルス
ICPD	International Conference on Population and Development : 国際人口開発会議
IDI	International Okinawa Infection Disease Initiative : 沖縄感染症イニシアティブ
IEC	Information, Education and Communication : 教育・広報活動
IMF	International Monetary Fund : 国際通貨基金
IPPF	International Planned Parenthood Federation : 国際家族計画連盟
IUD	Intra-Uterine Device : 子宮内避妊具
JICA	Japan International Cooperation Agency : 国際協力事業団
JOCV	Japan Overseas Cooperation Volunteers : 青年海外協力隊
JOICFP	Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning : (財)家族計画国際協力財団
MCH	Maternal and Child Health : 母子保健
NDHS	National Demographic and Health Survey : 全国人口健康調査
NGO	Non Government Organization : 非政府組織
NIEs	Newly Industrializing Economics : 新興工業経済地域
ODA	Official Development Assistance : 政府開発援助
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development : 経済協力開発機構
PHC	Primary Health Care : プライマリー・ヘルス・ケア
STD	Sexually Transmitted Disease : 性感染症
STI	Sexually Transmitted Infection : 性感染症
TB	Tuberculosis : 結核
TBA	Traditional Birth Attendant : 伝統的産婆
TICAD	Tokyo International Conference on African Development : アフリカ開発会議
UNAIDS	The Joint United Nations Development Programme on HIV/AIDS : 国連エイズプログラム
UNDP	United Nations Development Programme : 国連開発計画
UNFPA	United Nations Population Fund : 国連人口基金
UNICEF	United Nations Children's Fund : 国連児童基金
USAID	United States Agency for International Development : 米国国際開発庁
WHO	World Health Organization : 世界保健機構



# 第二次人口と開発援助研究報告書

## 目次

序文	
座長緒言	
主査緒言	
用語・略語解説	
目次	
研究会委員・関係者一覧	i
報告書要旨	vi
<b>第1章 21世紀の人口問題(総論)</b>	<b>1</b>
1-1 世界の人口動向：人口問題のホット・スポット	3
1-1-1 世界人口の動向 - 人口爆発のゆくえ	3
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	4
1-2 百億人の地球 - 人口増加と持続可能な開発 -	7
1-2-1 人口増加と経済開発、そして持続可能な開発	8
1-2-2 人口増加と再生可能資源の供給	9
1-2-3 人口と環境 - 地球温暖化問題 -	11
1-2-4 人類は「大破局」を免れるか	12
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」	13
1-3-1 ブカレスト会議からメキシコ会議へ	13
1-3-2 カイロ行動計画の意義 - 人口戦略の転換 -	13
1-3-3 カイロ行動計画の評価	17
1-4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題	17
1-4-1 家族計画の普及と課題	17
1-4-2 家族計画以外の主要な個別課題	19
1-5 グローバル・エイジング	20
1-5-1 世界ならびに先進・途上地域の高齢化	20
1-5-2 世界の主要地域別高齢化	20
1-5-3 先進諸国の高齢化	22
1-5-4 途上地域における高齢化の諸問題	23
1-6 HIV/エイズ	24
1-6-1 人口問題としてのHIV/エイズ	24
1-6-2 世界のHIV/エイズ流行状況	26
1-7 国際人口移動と都市化の勢い	30
1-7-1 国際人口移動の動向	30
1-7-2 国際人口移動の課題	32
1-7-3 都市化の勢い	33
1-7-4 都市化の要因	36
1-7-5 都市化の課題と政策	37

< 補足記名論文 >

日本の人口変動と経済発展

【日本大学 小川 直宏】.....	39
はじめに .....	39
人口成長率と経済成長率のネクサス .....	40
人口変動のスピードと資本の深化 .....	42
アジアにおける富の分布と教育投資 .....	44
出生抑制の経済的ゲイン測定のためのフレームワーク .....	44
わが国における出生抑制の経済的ゲイン：Onus から Bonus へ .....	46
ミクロデータに基づく東アジア型シミュレーション・モデル .....	47
明治・大正期モデルのアジア開発途上国への適用性 .....	49
人口ボーナスの活用 .....	51

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】.....	53
はじめに .....	53
定義 .....	53
リプロダクティブ・ライツ及びリプロダクティブ・ヘルスが登場してきた背景 .....	55
人口問題とリプロダクティブ・ライツ/ヘルスとの接点 .....	58
人口問題とリプロダクティブ・ヘルス・アプローチの問題点と課題 .....	59
むすび .....	64

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】.....	67
---------------------	----

**第2章 日本の人口経験** ..... 71

2 - 1 日本の人口転換 .....	73
2 - 1 - 1 日本の人口転換プロセス .....	73
2 - 1 - 2 死亡率低下の要因 .....	74
2 - 1 - 3 出生率低下の要因 .....	74
2 - 1 - 4 人口ボーナスと人口高齢化 .....	76
2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの .....	78
2 - 2 - 1 政府の家族計画政策 .....	78
2 - 2 - 2 保健行政の拡充 .....	80
2 - 2 - 3 民間団体の活躍 .....	86
2 - 2 - 4 企業による家族計画運動 .....	88
2 - 2 - 5 農村における生活改善運動 .....	89
2 - 2 - 6 まとめ .....	91

< 補 論 >

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】.....	93
ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP).....	93
なぜ寄生虫なのか .....	93
女性のエンパワーメント・ジェンダーの視点 .....	94

地方行政のオーナーシップと連携強化 .....	94
インテグレーションのコンポーネントはニーズに合わせて .....	94
中国における IP .....	94
<b>第3章 人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績 .....</b>	<b>97</b>
3 - 1 人口と開発を巡る国際的な潮流と日本の取組み .....	99
3 - 1 - 1 人口と開発を巡る変遷 .....	99
3 - 1 - 2 成果主義とマネジメント .....	104
3 - 1 - 3 日本のプレゼンス .....	105
3 - 2 JICA の人口分野に関する協力の変遷 .....	105
3 - 2 - 1 1980 年代まで .....	105
3 - 2 - 2 1990 年代以降 .....	106
3 - 2 - 3 予算の変遷 .....	106
3 - 3 JICA における GII の取組み .....	106
3 - 3 - 1 GII の概要 .....	106
3 - 3 - 2 GII の実績 .....	109
3 - 3 - 3 援助形態別の実績 .....	112
3 - 3 - 4 GII の成果 .....	118
3 - 3 - 5 GII から IDI へ .....	118
<b>第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ) .....</b>	<b>121</b>
4 - 1 現地調査の背景と目的 .....	123
4 - 2 現地調査の概要 .....	123
4 - 3 調査結果と考察 .....	124
4 - 3 - 1 バングラデシュ .....	124
4 - 3 - 2 タイ .....	129
4 - 4 現地調査より考察した JICA 援助の課題と提言 .....	132
4 - 4 - 1 課題 .....	132
4 - 4 - 2 提言 .....	134
<b>第5章 21 世紀の人口戦略(提言) .....</b>	<b>137</b>
地球規模で考え、個人からのアプローチ .....	139
5 - 1 人口分野の諸課題に関する提言 .....	143
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 .....	143
5 - 1 - 2 人口変動と経済開発の新たな課題 .....	146
5 - 1 - 3 マクロとミクロのバランス .....	148
5 - 1 - 4 人口高齢化と高齢者支援 .....	150
5 - 1 - 5 国、地域の特色を踏まえた戦略の策定 .....	152
5 - 1 - 6 HIV/ エイズ .....	154
5 - 1 - 7 IEC から BCC へ .....	156
5 - 1 - 8 Contraceptive Security(避妊具(薬)の確保)に対する協力 .....	157
5 - 1 - 9 人口統計、基礎研究への支援 .....	158

5 - 2	JICA の援助に関する提言 .....	161
5 - 2 - 1	わが国政策レベルへの提言 .....	161
5 - 2 - 2	JICA 人口分野協力に対する提案と具体的方策 .....	162
5 - 2 - 3	他機関との連携 .....	166
5 - 2 - 4	南南協力 .....	170

< 補 論 >

思春期の若者

【国連人口基金 池上 清子】.....	172
問題意識 .....	172
世界的な流れ .....	172
オランダの事例 .....	173
日本の課題と国際協力の課題 .....	175

高齢化が進むアジア諸国における健康状態別余命研究の実態と援助の必要性

【日本大学 齋藤 安彦】.....	177
アジアの高齢化の現状 .....	177
人口高齢化と健康の関係 .....	177
健康状態別余命 .....	177
アジア諸国における健康状態別余命研究の実態 .....	178
援助の必要性 .....	178

リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保と避妊法を取り巻く問題

【国際協力事業団 大野 ゆかり】.....	180
1. リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保( reproductive health commodity security )とは .....	180
2. リプロダクティブ・ヘルス必需品の需要見込みと供給不足への対応 .....	180
3. 日本の協力実績と課題 .....	182
4. 避妊法 / 家族計画を巡る問題 .....	184
まとめ .....	186

資 料 編 .....

資料 1	人口・開発に関する援助のあゆみ(世界と日本)【年表】.....	193
資料 2 - 1	世界の人口指標 .....	196
資料 2 - 2	世界の人口・環境・開発に関する指標 .....	203
資料 2 - 3	世界の国際人口移動に関する指標 .....	212
資料 3	人口統計資料集(2001/2002).....	221
3 - 1	世界の主要地域別人口：1950年 - 2050年 .....	221
3 - 2	世界の主要地域別人口割合及び人口増加率：1950年 - 2050年 .....	222
3 - 3	主要国の人口及び人口増加率：1950年 - 2050年 .....	223
3 - 4	人口の多い国：1950、2000、2050年 .....	224
3 - 5	世界の主要地域別、年齢(3区分)別人口：1950、2000、2025、2050年 .....	225
3 - 6	世界の主要地域別従属人口指数：1950、2000、2050年 .....	226
3 - 7	主要国の年齢(3区分)別人口割合及び年齢構造に関する主要指標：最新年次 .....	227
3 - 8	世界の主要地域別普通出生率、死亡率及び自然増加率：1950年 - 2050年 .....	228
3 - 9	主要国の合法的人工妊娠中絶数：最新年次 .....	228

3 - 10	主要国の乳児死亡率：最新年次 .....	229
3 - 11	世界の主要地域別乳児死亡率：1950年 - 2050年 .....	229
3 - 12	主要国の性別平均寿命：1950年 - 2050年 .....	230
3 - 13	主要国の妊産婦死亡率：最新年次 .....	231
資料4	JICAのGII(1994年度 - 2000年度)実績とりまとめ詳細表 .....	232
4 - 1	援助形態別協力実績(金額) .....	232
4 - 2	援助形態別協力実績(件数) .....	233
4 - 3	援助形態別協力実績：人口間接分野内訳(金額) .....	233
4 - 4	人口直接分野のプロジェクト方式技術協力の歩み(1960年代～現在) .....	234
4 - 5	人口直接分野のプロジェクト方式技術協力実施期間一覧 .....	237
4 - 6	人口間接・エイズ分野のプロジェクト方式技術協力(GII該当分) .....	238
4 - 7	プロジェクト方式技術協力の連携(1996年 - 1998年度) .....	240
4 - 8	人口直接・間接分野の協力隊チーム派遣・グループ派遣 .....	241
4 - 9	人口直接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度 - 2000年度) .....	242
4 - 10	人口間接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度 - 2000年度) .....	243
4 - 11	開発福祉支援事業一覧 .....	249
4 - 12	開発パートナー事業一覧 .....	252
<b>参考文献</b> .....		<b>255</b>

## 第二次人口と開発分野別援助研究会 委員一覧

### 座 長

あ とう 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 だ 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 ざき 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 へ 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 へ 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 しのぶ  
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	りゅうぞう 龍三郎		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 よしみ		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 敏	とし 敏	ひこ 彦	国立保健医療科学院 政策科学部 部長

はや 早	せ 瀬	やす 保	こ 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 藤	た 田	じゅん 純	こ 子	相模女子大学 講師
め 目	ぐる 黒	より 依	こ 子	上智大学 文学部 教授
よし 吉	だ 田	あき 昭	ひこ 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)

# 報告書要旨

## 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

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1965年 - 1970年にはおそらく人類史上最大の2.04%に達し、1987年には50億人を突破、1999年には60億人に達した。しかし1990年代に入って、世界人口の増加率は予想外に低下した。その主な理由として挙げられるのが、途上地域の出生率の急激かつ全面的低下である。しかし、年々分母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、今後2025年頃まで7,000万人台が続くとみられており、地球規模での人口爆発は依然として続いている。

他方で途上地域の出生率(以下、合計特殊出生率(TFR)の意味で用いる)の地域格差は依然大きい。アジア、ラテン・アメリカの出生率は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(TFR = 2.8)に近づいているのに対し、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)。他方アフリカでは、北・南アフリカはすでに転換の中間段階にあるのに対し、サハラ以南のアフリカの出生率はなお高水準にある(TFR = 5.8)。このように出生率と人口増加率の高さからみた人口問題のホットスポットは、第1にサハラ以南のアフリカであり、第2に南・西アジアである。

人口増加と経済開発の関係について、経済学の正統派(orthodoxy)は高出生率により経済開発が進まないと論じているが、修正主義派(revisionists)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主張しており、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。ただし、1980年代 - 1990年代の状況では人口増加率と経済成長率が負の関係にあったことや、国連人口基金(UNFPA)が出生力転換に伴って経済成長にプラスの要因として働く現象に対し「人口ボーナス」という概念を用いたことが注目を浴び、出生率の低下が人口開発問題の解決を容易にするとみる主張が強まっている。

### 1-2 百億人の地球 人口増加と持続可能な開発

ところで、21世紀末に訪れるであろう100億人に近い地球人口の生活を維持するための資源は十分に供給されうるのだろうか。人間の生活を維持するための最も基礎的な資源は水と食糧である。水においては取水効率を高め、農業ならびに工業を使用効率の高いものに転換することによって、総量としては扶養可能であろうが、地域格差の問題は残されている。食糧については、現在の世界の穀物作付面積(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量が可能であれば、100億人の人口を扶養することは少なくとも理論的には可能であるものの、水と同様、地域格差が問題である。また、地球環境の悪化、とりわけ地球温暖化は、対応を誤れば、人類と現代文明を“大破局(catastrophe)”に陥れるかもしれない。

### 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」

1994年のカイロ会議の最大の特徴は「行動計画(Program of Action)」において、リプロダクティブ・ヘルス(reproductive health)ならびにリプロダクティブ・ライツ(reproductive rights)という新しい言葉が中心的概念として用いられるようになったことである。

リプロダクティブ・ヘルスの概念は、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

に生み出された概念である。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。

一方、リプロダクティブ・ライツの方は、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。

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。

#### 1 - 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/ライツの主要要素は、途上地域における家族計画の普及である。現在、避妊実行率は世界平均で62%であるが、アフリカでは25%と著しく低い。途上地域では近年の急速な避妊の普及にも拘わらず、避妊を必要としていながら実際に避妊を実行していない女性の割合を示す「未充足ニーズ」の水準が依然高いのが問題である。また、家族計画以外の主要な要素として妊産婦死亡、人工妊娠中絶、思春期の性、性感染症、性差別と性暴力などがあり、今後の重要な取組み課題となっている。

#### 1 - 5 グローバル・エイジング(途上国の高齢化)

途上地域全体の人口構造は現在もなお年少人口割合が32.8%を占める「若い人口」である。その高齢化率は2000年でも5.1%にとどまってきたが、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。

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、速いスピードで出生力転換を達成した東・東南アジア諸国(韓国、香港、台湾、中国、シンガポール、タイ)も高齢化のスピードが速いことが予想される。高齢化のスピードが速いと、それだけ高齢化への対応(高齢者の扶養・介護のための社会システムづくり)が困難になると考えられる。しかも、途上国では、経済が十分に発展していないうちに高齢化が進行する可能性が高く、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り、それだけ困難な政策選択を迫られることになる。

#### 1 - 6 HIV/エイズ

2001年末の推計によれば世界のHIV感染者数は合計で4,000万人であり、この年に新たに感染した数は500万人で、累計で3,000万人が死亡したと考えられている。またHIV感染者の95%が途上国に集中している。現在、HIV/エイズが人口問題としてきわめて重要となっている理由は、HIV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からである。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。またHIV感染者の問題は、人口の量的問題のみならず、生活の質を確保する上からも、つまり人口の質の上からも重大な課題となる。

## 1 - 7 国際人口移動と都市化の勢い

国際連合人口部の試算によると、世界全体でみた在留外国人の総数は、1965年には7,500万人であったが、1990年には1億2,000万人に達した。今世紀初頭には、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、いわゆるグローバル化によって生じた必然の結果であり、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関しては、国家の主権と個人の権利が複雑に絡み合っているため、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、受入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、わが国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。

世界の都市化率<sup>1</sup>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数近くが都市に居住していることになる。加えて途上国の都市化は激しく、2030年には世界の都市人口の8割が途上国に集中する。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。これまで都市化を制限するような政策がごとごとく失敗してきたこと、そして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の浸透から、現在、都市化に対する政策の方向は、都市における自然増加に対応する政策へと、あるいは移動者の都市への適応を援助するというような包括的な都市問題への対策へと転換しつつある。

## 第2章 日本の人口経験

### 2 - 1 人口転換プロセスと人口ボーナス

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、その後出生率が緩やかに低下してきた。戦前の死亡率低下の要因は、政府主導による近代医薬・公衆衛生の発達・普及、経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。

そして、第二次大戦後の1947年 - 1949年の3年間には「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いきよに低下し「ベビーバスタ(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。また、この時期死亡率も大きく低下した。これは、抗生物質、DDTの普及などにより感染性疾患が激減したことによる。日本は、この時期に「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、1960年頃まで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置き換わった。

<sup>1</sup> 都市に居住する人口が総人口に占める割合。

この戦後の急激な出生率の低下が、「人口ボーナス」といわれる経済ゲインを生み出し、日本は結果的にその人口ボーナスをうまく活用して高度経済成長をなしとげたと分析することが可能である。

## 2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの

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。したがって戦後の人口転換は、連合軍総司令部(GHQ)の強力な民主化政策の下、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達成したといえる。

### (1) 政府の対応

政府が1948年に施行した「優生保護法」は、非合法的な中絶から母体を守ることを目的としていた。その後、「受胎調節実地指導員制度」を導入し、助産婦・保健婦等による草の根における家族計画の普及を促進した。また、その技術的サポートとして国立公衆衛生院による全国的な指導、及び計画出産モデル村での集中的な研究・指導が行われた。

保健行政の強化のために、まず中央から地方への保健行政網の強化が行われ、その拠点として保健所が全国に整備され、機能の強化も図られた。また、母子保健推進のために厚生省内に独立した部署が設置され、保健所を中心とした妊産婦や乳幼児の検診や指導、母子手帳の交付、母親学級、赤ちゃんコンクール等のサービスが提供された。その結果、乳幼児死亡率は着実に低下していった。

### (2) 保健婦・助産婦の活躍

保健婦や開業助産婦が受胎調節実地指導員として、母子保健・家族計画に果たした役割は大きい。

当時の農村の保健婦の主な活動メニューは、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。

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にあった。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。

### (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。毎日新聞社は人口問題に関する調査組織を作り、隔年に家族計画に関する知識、態度、実行に関する調査(いわゆるKAP調査)を実施し、貴重な統計資料を提供して

いる。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。

#### (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、さまざまな企業で新生活運動が盛んになった。新生活運動は家族計画の普及を通じて、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。その一方で、企業にとっては福利厚生費の軽減というメリットもあり、ピーク時には55企業・団体、124万人が参加した。

#### (5) 農村における生活改善運動

GHQの強力な指導のもとで展開された「農村の民主化」政策は、これまで意思決定への参加が抑え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)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。ニーズに基づくPRAの手法を採ったことによって、生活改良普及員の運動は結果的に保健・教育・生計向上などのマルチセクター的展開となった。加えて、住民、特に女性の行動変容を促すさまざまな方法を生活改良普及員が実践的に体得していったことも特筆すべき点である。

#### (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・ビルディングを実現した点が大きいと言える。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。これらは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。

### 第3章 人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績

#### 3 - 1 1980年代まで

わが国の人口分野における協力は、1967年「家族計画セミナー(集団研修員受入)」に始まる。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。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

ともに拡大している。1990年代に入るとさらに総数が増え対象地域も多様化した。1990年 - 1994年の5年間は総数7件(アジア2件、中近東・アフリカ4件、中南米1件)、つづく1995年 - 1999年の5年間は総数13件(アジア7件、中近東・アフリカ3件、中南米3件)、また2000年は総数5件(アジア2件、中近東・アフリカ2件、中南米1件)となっており、特にカイロ会議以降の増加が目立つ。

技術協力案件の内容も、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が、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る。他方、人口統計・基礎調査に関するプロジェクト実績は少なく、「スリ・ランカ人口情報」、「メキシコ人口活動促進」、「アルゼンティン人口統計」の3件のみとなっている。

### 3 - 2 1990年代以降

1970年代以降日本のODAは、貿易黒字に支えられ拡大路線を進んだが、人口分野の協力でも、1971年に開始したUNFPAへの拠出金が1986年には第一位となり、1999年までトップドナーの地位を保ち、量の上で大きなプレゼンスを発揮した。

しかし1990年代に入ると、ODAの量から質への転換と日本の戦略性の提示が大きな課題となり、日本政府は1992年「政府開発援助大綱(ODA大綱)」を閣議決定した。これにつづき、1993年には日米コモンアジェンダを発表、翌1994年には「人口・エイズに関する地球規模問題イニシアティブ(GII)」を発表するなど、人口・エイズ分野への積極的な協力姿勢を国際社会に示してきた。

GIIの達成目標は1994年 - 2000年度の7年間でODA総額30億ドル(有償・無償含む)を目途に援助(無償・有償を含む)を推進することであったが、5年間で当初目標を上回る約37億ドルを達成した。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、セクターを越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、このうち4回は日米合同調査団である。

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。その内訳は、人口直接分野<sup>2</sup>が17%、人口間接分野<sup>3</sup>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。また、援助形態別でみると、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。また、人口直接分野でプロ技が多いのも特徴である。さらに、研修員受入数がGII期間に急激に伸びているのは、現地国内研修の増加による。エイズ分野で研修員受入が比較的多いのも特徴で、わが国における専門家数が少ない分野であり現地に日本人長期専門家を派遣することの難しさがある原因の一端にあると考えられる。GIIの成果として、ODA戦略のプレゼンスの強化、包括的アプローチの推進、ODAにおけるNGOとの連携強化とNGOのキャパシティ・ビルディングにつながった点などが挙げられる。

さらに1994年のカイロ会議でのリプロダクティブ・ヘルス/ライツ・アプローチの国際的合意を受け、JICAとしても人口・家族計画分野の協力にリプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点を入れることが不可欠となった。カイロ会議以降、プロ技や開発福祉支援、開発パートナー事業などでリプロダクティブ・ヘルス分野の案件が非常に増えているのも特徴である。

<sup>2</sup> 直接家族計画の普及に関わる協力(母子保健、家族計画、家族計画教育・広報、人口統計)

<sup>3</sup> 保健・教育分野など間接的に人口抑制に繋がる協力(基礎的な保健医療、初等教育、女性を対象とした職業訓練・女子教育)



## 第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

### 4 - 1 現地調査の目的

途上国における人口問題の現状を概観し、各ドナーやJICAの援助の実態と課題を把握することにより、わが国人口援助のあり方に対する提言に資するために、バングラデシュとタイにおいて現地調査を実施した。

### 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、7~8年前頃から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つの局の縦割り体質、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、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が、コモン・ファンド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)国連機関に分類される。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が財政支援方式の援助実施に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。

わが国はバングラデシュにおける最大の2国間援助ドナー国であり、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平成14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わが国の協力の比較優位性を集約し、プレゼンスを高めようとする構想がある。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

タイは「エイズ先進国」といわれる。タイにおいてエイズが初めて確認されたのは1984年であり、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。こうした動きに対応してタイのエイズ対策は、第1フェーズ(1984年 - 1990年)・第2フェーズ(1990年 - 1996年)はハイリスクグループを対象としたアプローチ、第3フェーズは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へと移行してきている。

JICAは、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1998年に開始した。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。したがってエイズ対策としては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り組みが必要である。

#### 4 - 4 考 察

- ・ 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2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り組みが必要
- ・ 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 -

#### 5 - 1 人口分野の諸課題に関する提言

##### (1) 21世紀の人口問題

21世紀、世界人口は落ち着きつつあるが、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100億人に近く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、世界の援助の潮流はリプロダクティブ・ヘルス/ライツという「人権アプローチ」に大きくパラダイム転換している。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、今一度、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。

##### (2) 日本の経験：「人口と開発」の3つのフェーズ

2章で見たように、日本がたどった人口転換と開発のプロセスをモデル化すると図5 - 2(141ページ)

のようになる。すなわち、死亡率の低下に始まり出生率が低下し人口転換が完了する「人口安定化フェーズ」、出生力の低下により起こる経済的ゲイン(人口ボーナス)を活用し高い経済成長が期待できる「人口ボーナス活用フェーズ」、その後訪れる高齢化により社会の扶養負担が高まる「高齢化フェーズ」の3フェーズに分けられる。日本を含む先進国は現在「高齢化フェーズ」に、人口転換が完了した東アジア諸国などは「人口ボーナス活用フェーズ」に、未だ出生率が高いサハラ以南アフリカや南・西アジアは「人口安定化フェーズ」に各々位置付けられる。

### (3) 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、具体的には、日本の経験の活用、人口変動と経済開発のタイミングの重要性、途上国における高齢化と高齢者対策の必要性、国、地域の特色を踏まえた戦略策定、HIV/エイズへの取組み、リプロダクティブ・ヘルス分野支援のための行動変容(BCC)アプローチの質的向上、避妊具(薬)の確保、人口統計・基礎研究支援の強化、を掲げた。

日本の経験の活用については、日本の戦後の経験と知恵を今一度見直し、途上国援助に活用することが求められている。本研究会による現地調査と日本の経験を比較すると、日本にあってバングラデシュに欠けているものは中央政府から全国に津々浦々張り巡らされた保健行政網である。日本の場合は人口10万あたりに1か所保健所を設置し、この保健所と住民と結ぶ架け橋役を保健婦と助産婦が担った。またバングラデシュもタイも住民組織の結成と活用の試みは行われているが、日本の住民組織と異なり自立発展性に乏しいのは主体性の弱さによるのではないかと考えられる。また女性の教育機会の低さ、経済的自立への機会が低いことなど、女性のエンパワーメントの向上への道のりも険しい。さらに、本質的な改善のためには、早く人口転換を完了し、人口ボーナスを享受し経済的自立が待たれるところであり、そのための支援も重要であろう。日本の戦後の経験は、住民とりわけ女性のエンパワーメントという点で、また人々の行動変容を促すノウハウという点で、今日の途上国における援助に役立つことが多い。

人口変動と経済開発のタイミングについては、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再確認し、途上国援助において被援助国の人口フェーズを勘案することの重要性を強調したい。特に、出生率の低下によって限られた短期間に訪れる「人口ボーナス活用フェーズ」を途上国の開発に活かすためにも、貯蓄・投資、労働力、健康・教育、女性の地位、所得分布の状況、家族計画政策などのコンポーネントをパッケージ化して開発計画を構築していく必要がある。また、21世紀前半にはほとんどの国が高齢化することを考えると、人口転換と開発のプロセスの各フェーズに合致した長期的な援助戦略が採られることが重要である。

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は、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。

国、地域の特色を踏まえた戦略策定については、国連人口基金(UNFPA)が使用している資金援助対象国の決定方法が参考となる。その大きな方向性としては、JICAの援助は後発開発途上国を中心に人口のホットスポットであるサハラ以南アフリカや南・西アジアの国々に優先的に向けられるべきであると要約できる。UNFPAの国レベルの援助内容は「リプロダクティブ・ヘルス」、「アドボカ

シー、 「人口と開発」の3つに分かれている。JICAとしてもまずリプロダクティブ・ヘルスが中心に行われるべきであり、アドボカシーと人口と開発の分野も引き続き支援されるべきである。特に人口・環境・資源、人口・食糧安全保障、人口移動などに関する政策対話の支援、それらの問題を把握・分析し開発政策に反映していけるよう途上国内の人材養成、組織の構築並びに維持も強化されるべきである。

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、途上国の感染者であっても使用できるような調達・供給・投与体制の確立は世界的な課題である。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。

バングラデシュの現地調査の考察から、リプロダクティブ・ヘルス分野における女性の行動変容のためのコミュニケーション( BCC )を高めるためには、さまざまな改善が必要であることが導き出された。例えば、行動変容の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 )ために必要な適切な避妊具へのアクセスへの支援が不足していること、継続的支援と見守りを続け、問題( 障害 )があればいつでも対応できる体制作りの必要性、が挙げられる。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。

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。具体的には、1) 関連する国際会議に継続的に出席し、援助協調に積極的に参加すること、2) 避妊具( 薬 )確保のための需要予測や管理・配布などのためのロジスティックス強化への支援、3) 途上国で普及している避妊法が日本では認可されていないものなどがあり、日本としてそれらに関わる協力をどのように行うかの検討等、が必要である。

人口統計は人口分野協力の礎といっても過言ではない。途上国の人口統計の整備は必須であり重要な支援分野である。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、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、開発途上国の人口問題を主に研究している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。いずれせよ人口統計の整備と人口関連の基礎研究については長期的な視野に立った支援が望まれる。

## 5 - 4 JICAの援助に関する提言

### (1) わが国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・効率的に人口分野のプロジェクトが実施されているとは言い難い。まず、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一貫した方針を示し、その中長期開発支援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utting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、GIK(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。

### (2) JICA人口分野協力に対する提案と具体的方策

上述したように、人口問題は「クロスカuttingイシュー」であることから、セクターの垣根を超えた、プログラムアプローチへのさらなる推進が求められる。国内の人口分野の専門家は多くなく、かつ協力に関する知識と経験がこれまでは個々の部署もしくは個人に蓄積されてきたが、今後は「人口分野」という枠組みでナレッジ・マネジメントを進めていく必要がある。加えて、マルチセクター的展開のためには、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推し進め、JICAの方針に基づいた事業を、現地レベルで柔軟に形成・計画・実施できる仕組みを立ち上げることも検討すべきであろう。

人口援助分野は社会変革や行動変容を期待する分野であり、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。平成14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、人口はマルチ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べきである。

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るべきである。例えば、世界銀行へ拠出しているPHRD(開発政策・人材育成基金)、JSDF(日本社会開発基金)及びPRSTF(貧困削減戦略信託基金)、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事業との協調である。

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 )達成や、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と貢献が不可欠な状況となっている。

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と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、認知度の高い国際的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待たれる。

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、言語等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が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。

# 第1章

## 21世紀の人口問題(総論)

## 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

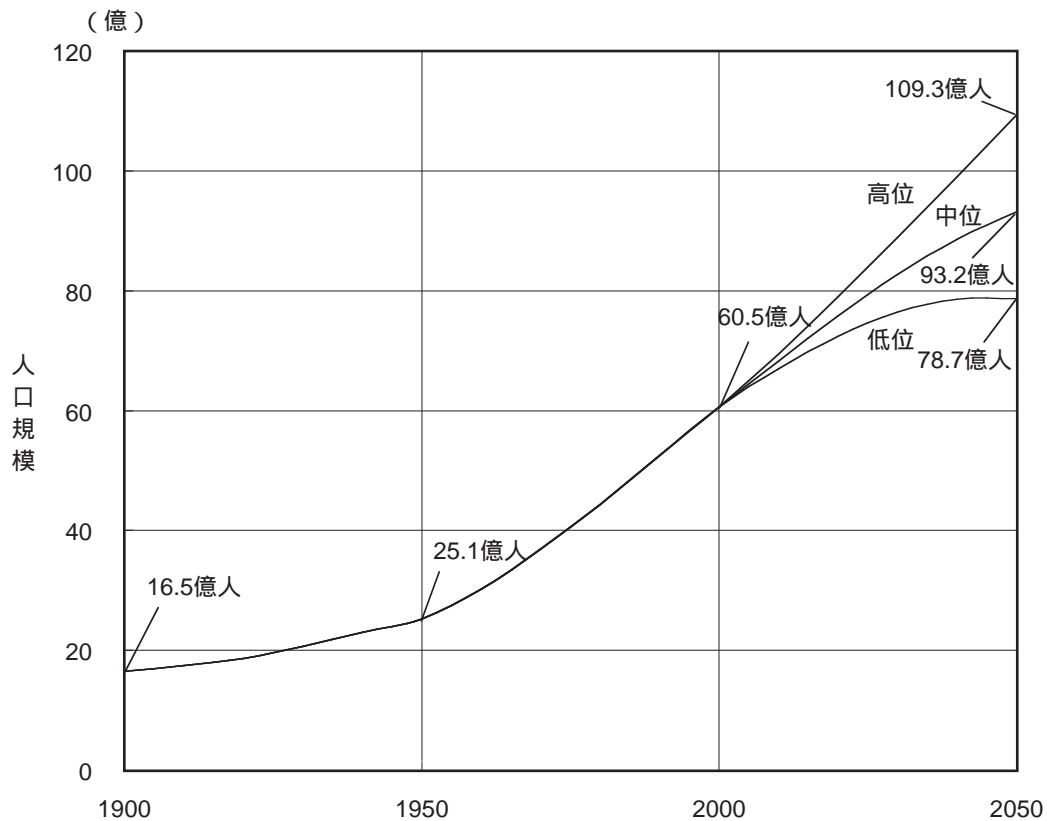
20世紀の世界は一方で科学技術の発展と経済成長の時代として特徴づけられるであろうが、人口の面では爆発的な人口増加の世紀として人類史に記録されるであろう。世界人口は、18世紀半ば頃に先進地域の人口転換の開始を契機として増加率を高め始め、1800年には9億5,000万人、1900年には16億5,000万人となった。20世紀の前半、世界人口の年平均増加率はおよそ1%に高まり、1950年の人口は25億1,000万人となった(図1-1)(United Nations, 1999-a; United Nations, 2001a)。

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年 - 1955年に1.79%にはねあがり、そのまま上昇を続けて1965年 - 1970年にはおそらく人類史上最大の2.04%に達した(図1-2)。

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(United Nations, 2001a)。

1990年代に入って、世界人口の動向に新しい兆候が見え始めた。それは、世界人口の増加率の予想外の低下である(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

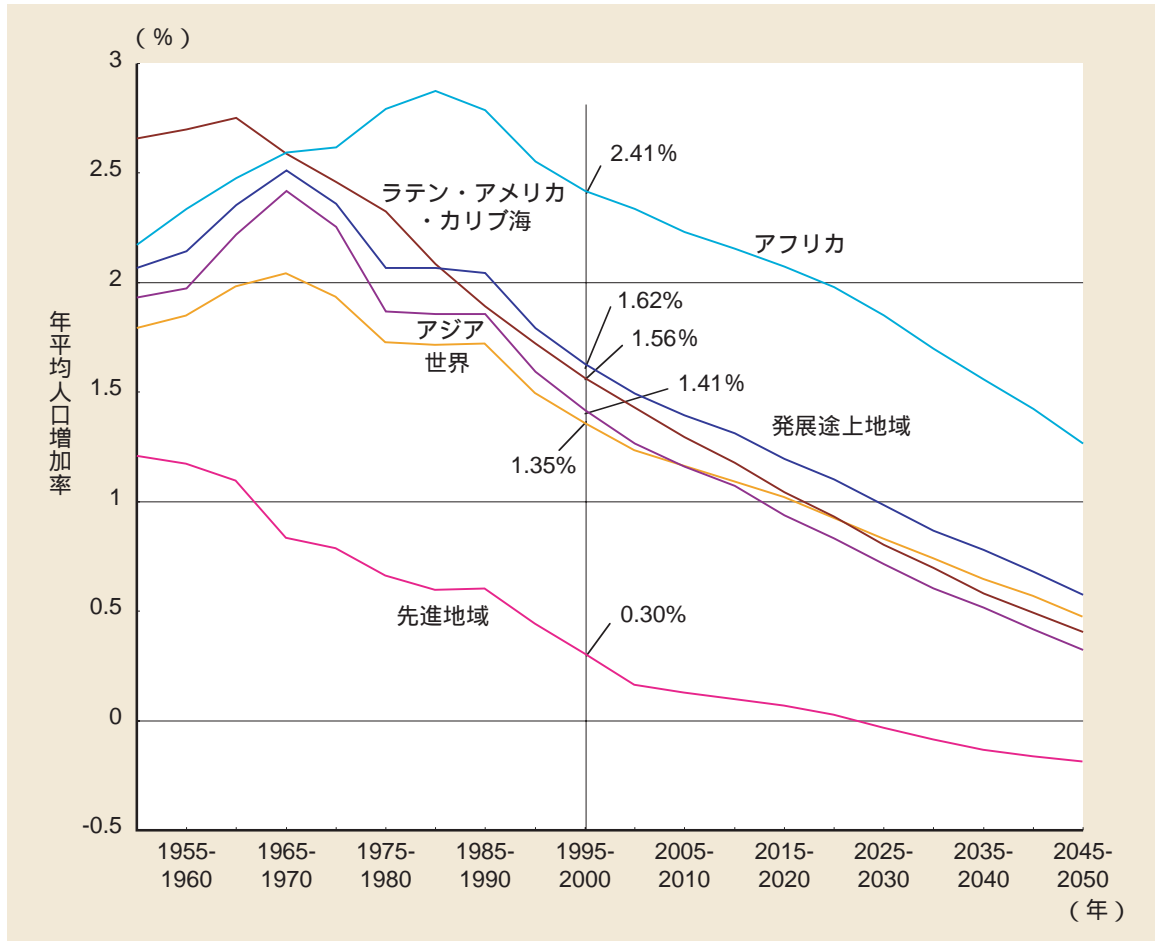
図1-1 世界人口の推移と見直し



出所：United Nations(2001a)



図1 - 2 世界の主要地域別年平均人口増加率の推移



出所：United Nations(2001a)

た。しかるに、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(2100年の世界人口は94億6,000万人の見通し(United Nations, 1999-b))。このような国連による世界人口推計の下方修正の理由は、出生率の全世界的な低下傾向とサハラ以南のアフリカ及びロシア・東欧圏における死亡率の低下停滞あるいは上昇である。

ただし2000年の世界人口推計では、1998年推計に比べて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(United Nations, 2001a)。国連推計では出生率の将来について高位・中位・低位の3つのシナリオを用意しているが、今後の出生率が中位推計ほど順調に低下しない場合を想定した高位推計では、2050年の世界人口は109億人と見込まれている(逆に、きわめて順調な低下

を想定した低位推計では79億人)。世界人口の増加率が近年低下傾向にあるのは確かであるが、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。世界人口は21世紀前半になお、1965年当時の世界人口に匹敵する30億人が付け加わる。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

18世紀半ば以降の世界人口の増加は先進地域が

中心であったが、20世紀半ば以降の世界の人口爆発の中心は途上地域であった。途上地域の人口は、すでに1950年 - 1955年に、その年平均増加率が2.06%と先進地域の最高値(約1.5%)を超えていた(図1-2)。しかし、途上地域の人口増加率はその後も加速し、1965年 - 1970年に2.51%とピークに達した。1970年代以降、人口増加は減速し、1995年 - 2000年には1.62%となった。戦後、途上地域の人口増加率は先進地域のそれを大きく上回ったため、途上地域の人口が世界人口に占める比率は、1950年の67.7%から2000年の80.3%へと高まった。

途上地域の年齢別人口構造は、戦後、人口増加率が上昇を続けたため若返りを続け、1965年には15才未満人口が41.7%を占めた。その後は人口ピラミッドの「底辺からの高齢化」が始まっているものの、2000年現在、15才未満人口はなお32.9%を占める。このような「若い人口構造」は人口増加に有利に働くため、出生率が低下し始めた途上国が高い人口増加率を維持する大きな理由となっている。

途上地域の人口増加率の低下は各地域で例外なく起こっている。1950年 - 1960年代に年率2.5%前後の増加を記録したアジア、ラテン・アメリカ(カリブ海を含む)の人口増加率はその後低下を続け、1995年 - 2000年には各々1.41%と1.56%になった。アフリカの人口増加率は1980年代前半に実に2.87%まで高まったが、その後低下して1995年 - 2000年には2.41%(サハラ以南のアフリカでは2.55%)となった。

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理由のひとつは途上地域の出生率の急激かつ全面的低下である(図1-3)。1950年代、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)の地域間の差は小さく、おおむね6~7の水準にあった。しかるにアジア、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

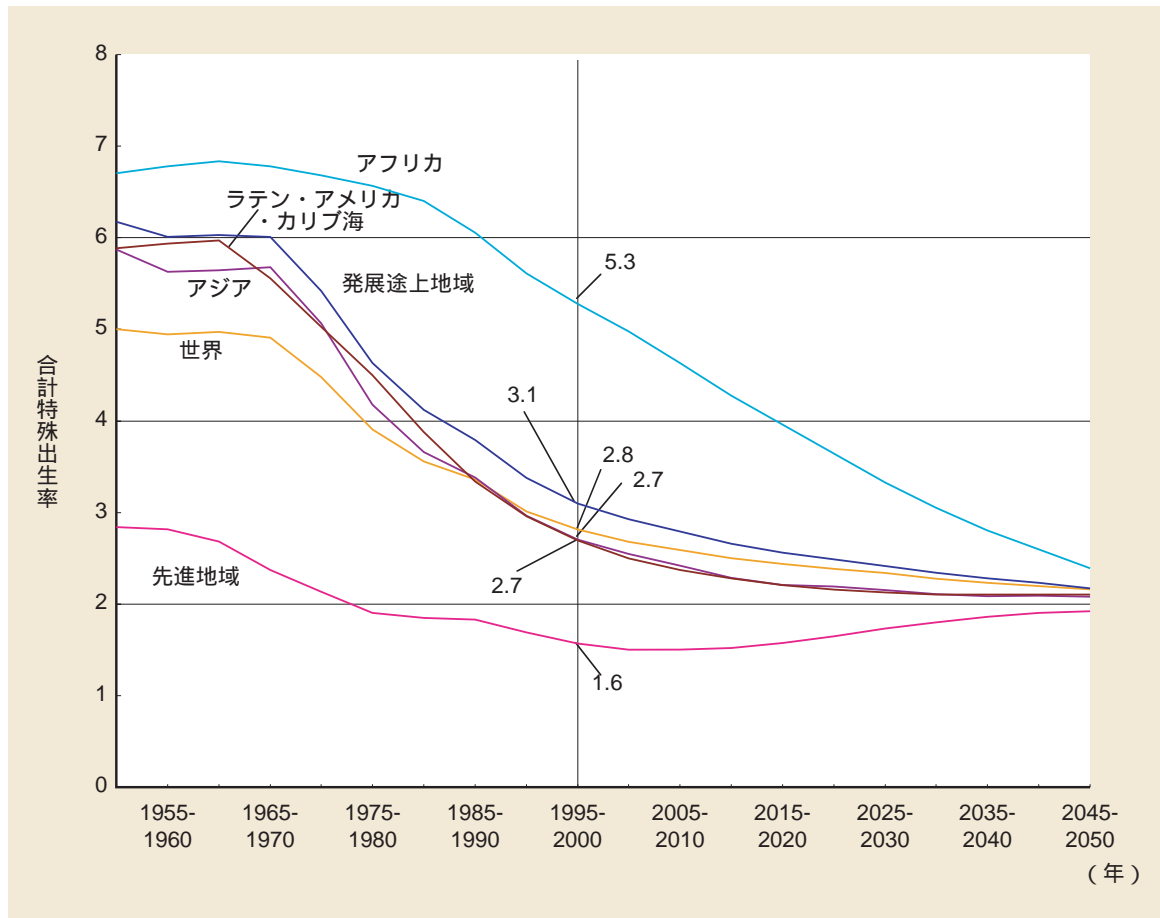
中間段階にある(TFR = 3.6と3.9)。他方、アフリカは全体として出生力転換のなお初期段階にあるが(TFR = 5.3)、北・南アフリカはすでに転換の中間段階にあるのに対し、中部、東部、西部アフリカの出生率はなお6.0を超える高水準にある(サハラ以南のアフリカのTFRは5.8)。このように出生率と人口増加率の高さからみた世界の人口問題のホットスポットは、第1にアフリカ、とりわけサハラ以南のアフリカであり、第2に南・西アジアである。

出生力転換の途上にあるアフリカ、とりわけサハラ以南アフリカ(47カ国)では、なお引き続き高い出生率が貧困の温床となり、1人あたりの国内総生産(GDP)は約496ドルで、世界平均の10%にも満たない。重い債務を抱える世界の最貧国42カ国のうち、アフリカが33カ国を占めている。加えて南アフリカでは9人に1人が感染者というエイズの流行は、個人の健康というリプロダクティブ・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。

インド、パキスタン、バングラデシュを含む南アジアでは、特にバングラデシュのように経済開発の立ち遅れの中でも積極的な人口政策・家族計画の推進によってTFRの引き下げにある程度の成功を収めている国もある。しかし、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。特に一時は「家族計画先進国」であったインドにおいて、行き過ぎた人口政策が住民の反発を招き、その後の政策遂行にブレーキをかけた経緯は同国内ばかりでなく、人口開発分野に関わる関係者にとっての反省材料となっている。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。

アラブの国々が多い西アジアは、米国における同時多発テロ事件によってイスラム過激派の背景に広がるイスラム社会の貧困が国際社会に大きくクローズアップされた。特に識者の間では出生率が高く、雇用の機会に恵まれない若い世代の欲求不満がテロの土壌になりやすいとの指摘がなされている。イスラム教国でもジョルダンや北アフリ

図1 - 3 世界の主要地域別合計特殊出生率の推移



出所：United Nations(2001a)

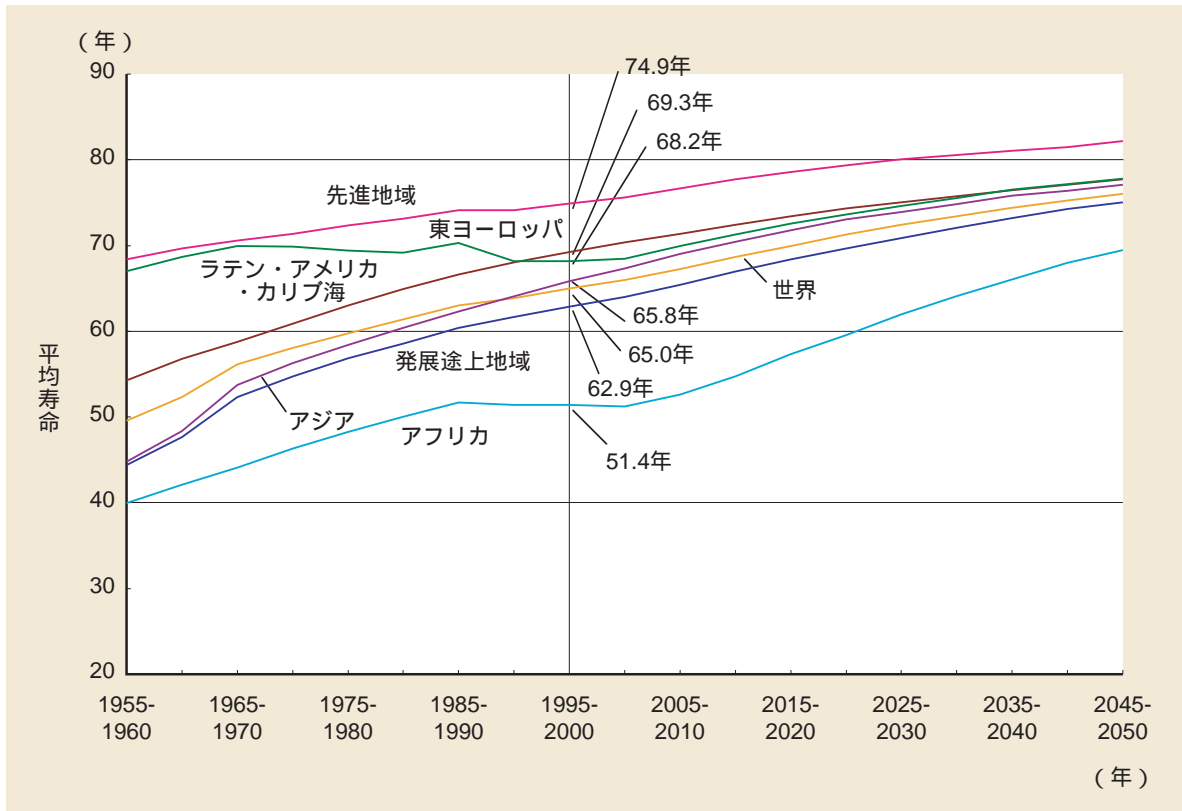
力のチュニジアのように人口・家族計画政策を積極的に取り入れ、JICAやNGOとの協力のもとで実効を挙げている国もある。しかし、本章末稿で藤田論文が明らかにしているように、今後この地域での協力を進める場合は、イスラム社会を律する価値観を十分理解した上での協力が不可欠であろう。

世界ならびに途上地域の人口増加率が近年予想外に低下したもうひとつの理由は、サハラ以南のアフリカにおける死亡率の低下停滞(あるいは上昇)である(図1 - 4)。その主たる理由はエイズの蔓延である(UNAIDS, 2002)。2001年現在、世界全体のHIV感染者の総数は4,000万人であったが、サハラ以南のアフリカはそのうち2,810万人を占めた。サハラ以南のアフリカでもっともエイズの影響を受けている35カ国の平均寿命は1995年 - 2000年で男女平均48年であるが、これはエイズ禍がなかった場合よりも約7年短いと計算されている

(United Nations, 2001a)。エイズ禍はまた死亡率を通して人口増加率にも大きな影響を与えている。国連は、1994年推計においてはアフリカの人口は2050年に21億8,000万人(世界人口の21.8%)になるものと推計していたが、2000年推計では20億人(同21.5%)へと下方修正した。これはエイズ禍のアフリカ人口への影響を見直したためである。

死亡率の低下停滞(または上昇)は、1990年代に入って市場経済への移行期にあるロシア・東欧諸国でも進行している(図1 - 4)。これらの地域では体制転換以前から寿命の伸びが停滞気味であったが、体制転換後はむしろ悪化する傾向にある。1995年 - 2000年の東欧の平均寿命(男女込み)は68.5年で、ラテン・アメリカの69.2年を下回る。これらの地域の寿命の悪化には、経済混乱による生活水準の悪化、保健・医療サービスの質の低下、体制転換に伴う社会混乱によるストレスの増大などが関

図1 - 4 世界の主要地域別平均寿命(男女込み)の推移



出所：United Nations(2001a)

係していよう(Bobak, 1999 ; Andreev, 1999 )。

世界の人口増加率が予想外に低下した理由をもうひとつ付け加えるとすれば、それは先進地域で続く「少子化」、すなわち「人口置換水準以下への出生率の低下による子ども数の減少」である。先進地域の出生率は、1930年代にいったん人口置換水準に達した後、戦後、予想外に長期のベビーブームがあり、置換水準を大きく上回った。しかるに1960年代半ばを境にして出生率は再び低下を始め、1970年代には、ほぼ全ての先進国で置換水準を下回った。その後すでに四半世紀以上にわたって先進国の出生率は低下を続けており、特に南欧諸国、ドイツ語圏諸国、日本などはTFR = 1.2 ~ 1.4の低さである。またロシアを含む東ヨーロッパ諸国ではソ連の体制崩壊後に出生率が急低下した。

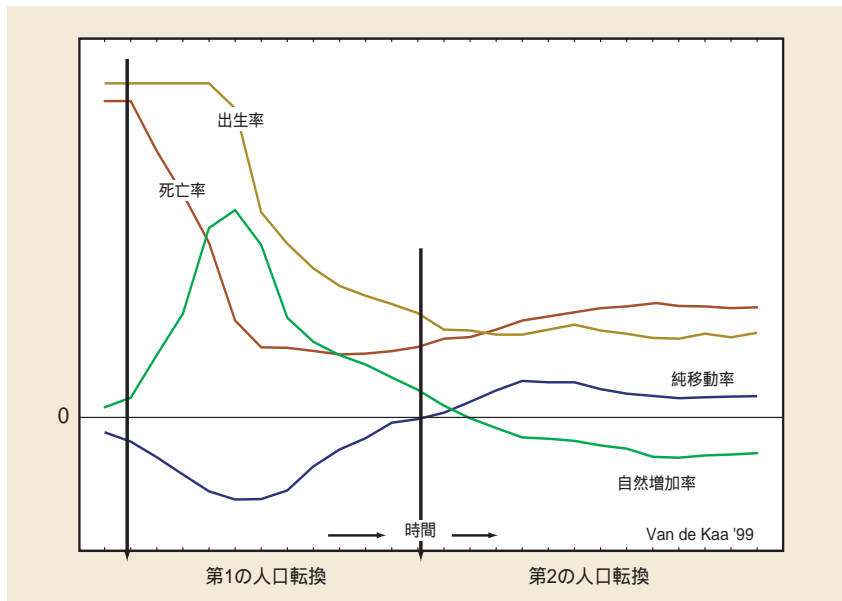
このように先進地域における長期にわたる予想外の出生率の低下状況を踏まえて、一部の論者は、先進諸国の人口は「第2の人口転換(the second demographic transition)」を経験しつつあると主張す

る(Van de Kaa, 1987 ; 1999 )。それによれば、先進諸国においては価値観の転換(世俗化 = 個人主義化、「子どもは王様」から「カップルは王様」への転換など)によって、出生率は恒常的に人口置換水準を下回ることになる。そのため普通出生率(CBR)は普通死亡率(CDR)を恒常的に下回るため、自然増加率も恒常的にマイナスとなる。自然減による人口減少を補うべく、先進諸国は恒常的な移民受入れ国に転化する、とみる(図1 - 5)。

## 1 - 2 百億人の地球 - 人口増加と持続可能な開発 -

世界(ならびに開発途上地域)の人口が、戦後爆発的な増加を続け、今後50年間でなお30億人の増加を続ける見通しの下で、(1)開発途上地域の人口増加と経済開発は両立しうるので、(2)人間の生活に不可欠な資源は十分に供給されうるので、(3)人口の増加自体が経済活動の活発化と結びついて地

図1 - 5 「第1の人口転換」と「第2の人口転換」



出所：Van de Kaa(1999)

球環境にどのような影響を及ぼすのか、といった問題への関心が喚起されてきた。以下、これら3つの問題について考えてみたい。

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( Coale et al., 1958 )。これは、人口増加が続くかぎり、資源(土地)の制約により生活水準は低下せざるをえないとみたマルサスの議論に通ずるものがあった。

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。修正主義派の祖ボズラップは、人口増加は資源の制約により一方的に規制されるとみるマルサスの考え方を排し、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を強調した( Boserup,

1965 )。サイモンは人間こそが「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と主張するとともに、市場経済こそが経済成長を促し、人口環境問題を自ずと解決すると主張した( Simon, 1981 )。

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。しかしながら途上地域のなかでもっとも速く経済発展を成し遂げた国を多く含む東アジア・東南アジアについてみると、人口増加と経済成長の関係は近年になるほど負の関係がはっきりしてきている。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, 章末稿)。また1990年代には、全般的にも人口増加率が低いほど人口開発問題の解決が容易になるとみる主張が強まっている( Ahlberg, 1998 )。

1970年代に入って、人口と経済開発の関係をめぐる議論に「環境への配慮」が加わった。1972年にローマ・クラブが発表した「成長の限界」は、コンピュータ上に世界モデルを構築したうえで、1960年代並の人口増加と経済成長が続けば、世界システムはやがて資源の枯渇、環境汚染により「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)を迎えることを提示した(メドウズ他, 1972)。ローマ・クラブは1992年の第2報告書において、1人あたりの産業生産の目標値(現状の50%増)をたて、出生率を人口の置換水準(TFR=2.1)に引き下げ、そのうえで省資源、汚染防除技術を全世界的に適用し、農業生産増加に努力するならば、世界人口は77億人で静止し、世界システムは安定化し、少なくとも21世紀中は現在よりも高い生活水準を享受しつづけることができることを示した。しかし同時に、これらの行動が20年遅ければ人類は21世紀中にやはり破局に直面せざるをえないとも警告した(メドウズ他, 1992)。

同様の思考法で、生物学者のアーリック等は、環境問題を中心にすえたうえで、環境、人口、経済、技術の関係を環境負荷(Impact)=人口(Population)×豊かさ(Affluence)×技術(Technology)のように定式化した(Ehrlich et al., 1971)。(この式は、 $A = C/P$ (1人あたりの資源消費量)、 $T = I/Q$ (資源消費1単位あたりの環境負荷)とすれば、 $I = P \times (C/P) \times (I/C)$ であるから恒等式として成立する。)この恒等式に基づいて、彼らは、人口増加が地球環境に大きな負荷を与え続けており、したがって早急に世界人口のゼロ成長を達成しなければならないと警告してきた(Ehrlich et al., 1990)。

「成長の限界」モデルもアーリック等の議論も、人口増加自体が経済活動量の増大と結びついて、資源消費、環境破壊につながり、それが結局開発の成果自体を損ねるという見方であり、これまたマルサスの思考法の延長線上にある。これらの「正統派(あるいは警告派alarmist)の見方に対しては、環境破壊の原因として人口増加に過大なウェイトを置きすぎている、資源・環境の問題も「市場メカニズム」が解決できるという修正主義派からの批判があることは言うまでもない。

### 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発展が続く21世紀の世界、とりわけ途上地域において、この二つの資源は十分に供給されうるので

あろうか。

#### (1) 人口と水

人間の生活にとって淡水は必要不可欠な資源である。淡水は、飲料水を含む生活用水として用いられ、食糧生産にとってもなくてはならない。さらに工業生産の多くも淡水を必要とする。淡水の需要は人口の増加、都市化、農業の灌漑化、工業化の進展によって増大する。しかるに淡水の供給量(年間更新可能淡水有効水量)は、水の循環システムによって毎年降水の形で陸地に供給される水のうち、河川、湖沼に注ぐ地下水となる部分によって決められており、大きな変化はない(世界全体では約41,000km<sup>3</sup>(World Resource Institute, 1994)。問題は、この固定的な水の供給量が21世紀に増大する水需要に応えることができるか否かである。

ファルケンマーク(M. Falkenmark)は年間更新可能淡水有効水量が1人あたり1,700トン(m<sup>3</sup>)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」状態にあると定義している(Falkenmark, 1991; Falkenmark et al., 1992)。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(各々6,700トンと4,400トン)にある。しかしながら、水問題は、それぞれの国・地域の気候・風土に左右されるものであり、大陸間をまたがる水の大量運搬・海水の淡水化は容易でない。

そこで世界の主要地域別に水の需給状況をみてみると、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」の状態にある。これらの地域に属する国々は、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、逆に、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」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(表1-1)。

国別にみると、1995年時点では、「水ストレス」の国は11カ国(2.70億人)、「水不足」の国は18カ国(1.66億人)であるが、2050年には前者は15カ国(23

表 1 - 1 世界の主要地域別、年間更新可能な淡水の有効水量、人口、1人あたりの淡水量

地 域	淡水量 (km <sup>3</sup> )	2000年の 人口(百万)	淡水構成比 (%)	人口構成比 (%)	1人あたり淡水量(1000m <sup>3</sup> )		
					2000年	2025年	2050年
世 界	40,673.0	6,056.7	100.0	100.0	6.7	5.1	4.4
アフリカ	4,184.0	793.6	10.3	13.1	5.3	3.1	2.1
アジア	10,781.0	3,672.3	26.5	60.6	2.9	2.3	2.0
中 国	2,800.0	1,275.1	6.9	21.1	2.2	1.9	1.9
インド	1,850.0	1,008.9	4.5	16.7	1.8	1.4	1.2
ラテン・アメリカ 及びカリブ海	11,943.0	518.8	29.4	8.6	23.0	17.1	14.8
北米	5,379.0	314.1	13.2	5.2	17.1	14.0	12.3
ヨーロッパ	6,438.0	727.3	15.8	12.0	8.9	9.4	10.7
ロシアを除く	2,395.0	581.8	5.9	9.6	4.1	4.3	4.8
ロシア	4,043.0	145.5	9.9	2.4	27.8	32.2	38.8
オセアニア	2,011.0	30.5	4.9	0.5	65.9	50.2	42.6

注：淡水量は2000年～2050年について不変と仮定する

出所：人口は United Nations(2001a)、淡水は World Resource Institute(1994)

億人)、後者は39カ国(17億人)に達するものと予想される。世界人口に占める比率は、前者は5%から24%へ増加し、後者は3%から18%へと増加するものと見込まれる(アウトロー他,1998)。また水問題は単に量の問題だけではなく水質の問題もあり、特に飲料水を含む生活用水として清潔な水を利用できない人口が、今日、世界人口の6分の1に達するという事実も、あわせて認識しておく必要がある(UNFPA, 2001)。

中国とインドの人口は今日、合わせて23億人(世界人口の38%)であり、2050年には30億人(同33%)に達する。両国の水不足問題は、その食糧増産、工業開発の足かせとなるおそれがあるばかりか、穀物市場の需給を通じて世界の食糧事情にも大きな影響を及ぼす可能性がある(Brown et al., 1998)。

中国とインドは生活水準の向上を目指して市場経済化に踏み切り、経済開発を急速に推し進めようとしている。その過程で両国は、人口増加と生活水準の向上に伴う食糧需要の増大、工業化・都市化に伴う工業用、民生用の水需要の増大により、急激に水ストレス、水不足に陥る危険がある。両国とも、今後の開発戦略を策定するにあたっては、ダム増設、運河の設置など取水効率を高め、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を組みこんでいく必要がある(阿藤, 1999)。

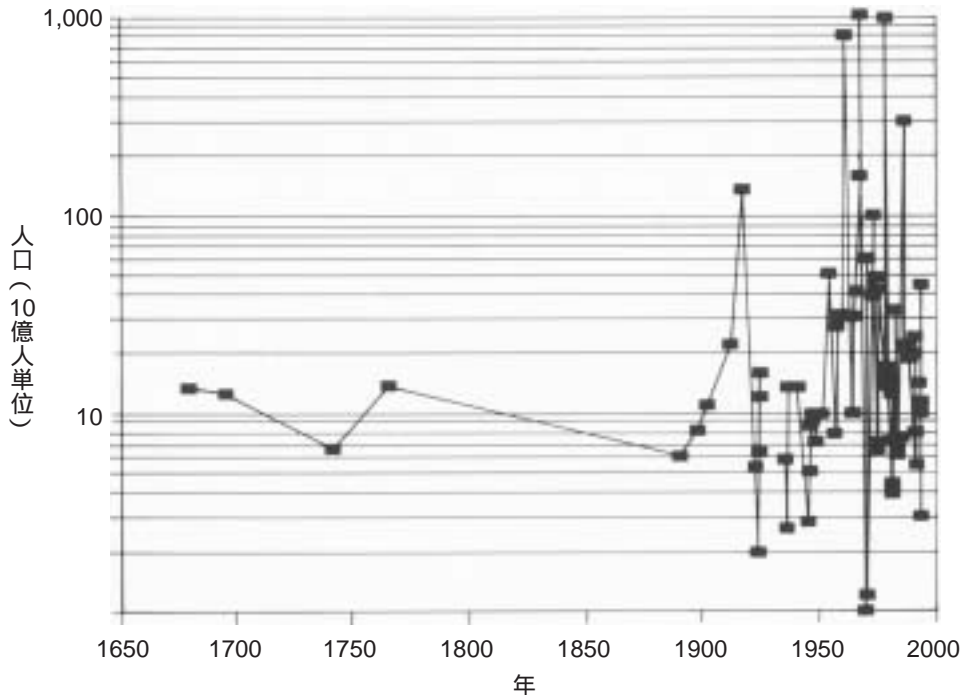
## (2)人口と食糧

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推計の試みが行われてきた。これらをレビューしたコーエン(J. Cohen)は、人口扶養力の推定値の幅は20億人から1兆人まで大きな幅があり、簡単な答えは導き出せないとの結論に達したが、それらの推定値の平均値がほぼ100億人であったことは興味深い(図1-6)(Cohen, 1995)。

世界全体で見れば、今日、穀物作付面積はおおよそ7億haある。かりに、これだけの土地で西ヨーロッパ並の単収(単位面積あたりの穀物収穫量)6トン/haがあれば、42億トンの穀物の収穫が可能である。これで100億人の人口を養うとすれば、1人あたり420kgの穀物となるが、これは今日の1人あたり330kgを上回るものである(川島・他, 2001)。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おそらく可能であろう。もちろん、そのためには、東アジア、西ヨーロッパ以外の単収の低い地域で西ヨーロッパ並の集約農法が適用可能であることが条件であることは言うを俟たない。

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では1970年代以降食糧生産の伸びが人口増加の伸びを下回ったため、1人あたり食糧生産が低下してきた。南アジア

図1-6 扶養可能な世界人口の各種推計値



注：図上の点は、ある研究者・組織による「扶養可能な世界人口」の推計値を示す(ただし、最大・最小が示されている場合には最大値のみを示す)。

出所：Cohen(1995)

アもまた1人あたり食糧生産が伸び悩んだ。栄養不良人口の割合は、今日、南アジアでは20%、サハラ以南アフリカでは30%を超える(United Nations, 2001b)。これらの地域のほとんどの国は、食糧農業機構(FAO)が定義する食糧安全保障(food security)、すなわち「全ての人がいかなる時にも、健康で活動的な生活を維持するために、安全で栄養価に富んだ食糧を入手できる状態」を欠いている(FAO, 1999)。

食糧安全保障を欠く国々は、食糧増産を阻む多くの制約条件をもつ。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・輸送時の浪費などである(UNFPA, 2001)。

サハラ以南のアフリカ、南アジアを中心として途上国が食糧安全保障を確保するためには、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。

### 1-2-3 人口と環境 - 地球温暖化問題 -

人間の活動が自然環境に大きな影響を与え始めたのは18世紀末の産業革命以降である。産業化による環境汚染は当初国内的な「公害問題」であったが、やがて国際間にまたがる環境問題、さらには地球規模的な「地球環境問題」にまで広がってきた。国内的環境問題であれば一国の政府の努力で解決することも可能であるが、国際間にまたがる地球規模的環境問題は国際間の協力なしには解決しえない。その意味で地球環境問題は、今日、人類的な政治課題となった。

地球環境問題としては、酸性雨、熱帯林破壊、野生生物種の減少、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広がり、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。

地球の気温は産業革命の開始以来ゆっくりと上昇を始め、過去100年間でおよそ0.6度上昇したものと見積られるが、国際的に強力な規制努力をしなければ、一説には今後100年間でさらに5.8度上昇するものと予想されている(IPCC, 2001)。この



ような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(UNFPA, 2001)。

地球温暖化の直接の原因は、大気中の温室効果ガス、すなわち二酸化炭素、窒素酸化物、メタン、フロンガスなどの濃度が上昇したことであるが、なかでも二酸化炭素(CO<sub>2</sub>)の影響が大きい。このCO<sub>2</sub>濃度の上昇は、主として産業化に伴う化石燃料(石炭、石油)の燃焼の増加によるものであった。世界のCO<sub>2</sub>の年間排出量はこの100年間で約12倍になった(1900年の5億3,400万トンから1997年の65億9,000万トン)。そのうち、1970年代半ば頃までは、CO<sub>2</sub>排出量の増加の大部分は先進地域で起こった。これは明らかに、先進地域の長期的な経済成長に伴うエネルギー消費の増大によるところが大きい。しかるに1970年代半ばから今日まで先進地域のCO<sub>2</sub>排出量はそれほど大きく変化していない。これは1974年の石油危機を契機として先進地域の経済成長が減速したことと、省エネ技術の開発・応用が進み、工業生産に伴うエネルギー効率が著しく高まったためである。他方、開発途上地域では1960年代まではCO<sub>2</sub>排出量はきわめて低水準にとどまっていたが、1970年代に入って以降上昇を続け、今日では、先進地域の約8割近くまで接近している(UNFPA, 2001)。これには、開発途上諸国の産業化の進展と人口増加が関わっていると考えられる。

CO<sub>2</sub>排出量の増加に対して、1人あたりの経済活動量の増加と人口増加がどの程度関わっているかを厳密な意味で測定することは難しい。少なくともこれまでの100年間については、先進地域における産業化に伴う1人あたりの経済活動量の増大が中心的原因であり、人口増加の影響は小さかったと言えよう。プレストン(S. Preston)は前述のI = PATモデルを一時点の少数の国別データに適用し、環境汚染物質の排出量(I)に及ぼす人口(P)、豊かさ(A)、技術(T)の各々の効果と交互作用効果を測

定したが、国連は同じ方法を国の数を拡大して適用した結果を発表している(Preston, 1996; United Nations, 2001)。世界108カ国のデータを用いた国連の分析結果によると、CO<sub>2</sub>排出量に人口規模が及ぼす影響(人口の効果、人口と豊かさの交互効果、人口と技術の交互効果の合計)はわずか5%にすぎず、技術、ついで豊かさが圧倒的な影響を及ぼしていることが見出された。

他方、将来については、1985年から2100年まで政策介入なしに世界のCO<sub>2</sub>排出量が増大し続けるというシナリオに基づいて、ボンガーツ(J. Bongaarts)が同じくI = PATモデルに基づいて、先進・途上地域別データに成長率分析を適用した分析の結論は、CO<sub>2</sub>排出量の増加に対して1人あたりの経済活動量(CO<sub>2</sub>排出量)の増加が約65%、世界(それは同時に途上地域)の人口増加が約35%寄与するというものであった(Bongaarts, 1992)。これは今後途上地域で経済成長に伴う産業化が進展することが期待され、しかも途上地域のみで人口増加が続くと予想されているからである。

地球環境の点で地球温暖化と並んで心配されたオゾン層の破壊については、原因の特定化(主としてフロンガス)と技術的代替が容易だったこともあり、問題の認識から国際的合意形成と実際の対応まで比較的短期間で済んだ(現在は、オゾン・ホールはほぼ止まったが、その修復には相当年月がかかるとみられている)。しかしながら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とみられる。それは、1992年のリオ・サミットで調印された「気候変動に関する国際連合枠組み条約」に基づいてCO<sub>2</sub>削減目標を定めた1997年の京都議定書には途上国の削減目標は含まれておらず、さらに先進国の間でもその批准をめぐる昨年から今年にかけて大きな混乱がみられたことにもよく表れている。

#### 1 - 2 - 4 人類は「大破局」を免れるか

産業化が始まって200年、経済成長に伴う資源・エネルギー消費の増大と人口転換に伴う人口増大とが重なって、人類は今いや応なしに「成長の限

界」に直面せざるをえなくなった。現代の産業文明と有限な地球をいかに共存させていくことができるか。21世紀は、前世紀末に生み出された「持続可能な開発(sustainable development)」の哲学、ブルントラント報告の言葉をかりれば、「未来の世代のニーズ達成能力を犠牲にすることなく、今日の世代のニーズを満たす開発(Brundland, 1987)を全人類的に実践せざるをえない時代である。

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、対応を誤まれば「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の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。それに加えて、開発途上国の全てが早急に人口転換を達成し人口の安定化を図ることは、自国の経済開発を容易にし、水・食糧の安全保障を確保し、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

第二次大戦直後の途上地域における人口爆発は、西側先進諸国を中心とする人口学者、家族計画の運動家、有識者の注目するところとなり、米国を中心とする非政府組織(NGO)、西側先進諸国の政府が相次いで家族計画普及のための人口援助を開始した。1969年には国連人口活動基金(UNFPA:現在の国連人口基金)が設立され、1974年にはそのUNFPAが中心となり、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。

このブカレスト会議では、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の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(Johnson, 1994; 黒田, 1974)。両者の妥協の結果採択された「世界人口行動計画(1975年から20年間についての計画)は、「人口政策は社会経済政策の代替物ではなく、不可分の一部である」と開発優先派の主張を取り入れているものの、全体的には、(それを望む国という条件つきではあるが)政府による人口増加抑制政策と量的目標に言及し、出生率低下に役立つ開発目標を列挙し、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)は、世界人口行動計画をその中間年において再検討するという意味をもった。そこで採択された「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を採用する途上国がブカレスト会議以降に大幅に増加した状況を反映して、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た。メキシコ会議は、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(Johnson, 1994; 岡崎・他, 1984)。

ブカレスト会議とメキシコ会議における人口政策の戦略は、マルサスからコール＝フーバーを経てローマ・クラブにつながる、人口論における「正統派」の考え方に沿ったものであった(UNFPA, 1993; McNicoll, 1995)。すなわち、急激な人口増加は、資源の制約を生み出し、経済開発を阻害し、豊かさの実現を妨げる。したがって経済開発を進め、豊かさを増大させるためには、人口の増加を抑制しなければならない。そのための有力な手段が、政府による大規模な家族計画プログラムの推進、それによる出生率の低下であった。

#### 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( United Nations, 1994 ; 外務省 , 1996 )。この「ICPD行動計画」は、1. リプロダクティブ・ヘルス/ライツの新概念の導入、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。

### (1) リプロダクティブ・ヘルス/ライツ

まず、ICPD行動計画における最大の特徴は、リプロダクティブ・ヘルス( reproductive health )ならびにリプロダクティブ・ライツ( reproductive rights )という新しい言葉が中心的概念として用いられるようになったことである。

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された概念である。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、発達である。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 ) 性感染症( STD ) 特にHIV/エイズ、妊産婦死亡、母子保健が含まれる( Khauna, 1992 )。

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 )」を持つことも合わせて主張される

( Mazur, 1994 )。

カイロ会議の「行動計画」においては、リプロダクティブ・ヘルスは次のように定義された。「人間の生殖システム、その機能と活動過程の全ての側面において、単に疾病、障害が少ないというばかりでなく、肉体的、心理的、社会的に完全に健康な状態にあることを指す。したがってリプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力を持ち、子どもを持つか持たないか、いつ持つか、何人持つかを決める自由を持つことを意味する。この条件のなかには、男性と女性が自ら選択できる、安全かつ効果的、経済的に入手可能で受け入れ易い家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法について知らされ、利用できる権利、女性が安全に妊娠・出産でき、カップルが健康な子どもをもてる最善のチャンスが与えられるよう適切な保健サービスを受ける権利が含まれる」。またリプロダクティブ・ライツは、「全てのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を責任をもって自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができるという基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康及びリプロダクティブ・ヘルスをえる権利( カイロ行動計画第7章 )のうえに成り立つと定義されている( United Nations, 1994 )。

この両者の定義からも分かる通り、リプロダクティブ・ライツを実現することはリプロダクティブ・ヘルスの一部であり、リプロダクティブ・ヘルスを達成することがリプロダクティブ・ライツの実現につながるというように、カイロ「行動計画」においては両者は不可分の関係にある。

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。ブカレスト・メキシコ会議においては国の経済発展を阻害する人口増加が問題とされ、政府が中心になって人口増加を抑制することが求められた。カイロ会議においては、個々人、とりわけ女性が自己のリプロダクティブ・ライツを実現し、リプロダクティブ・ヘ

ルスを享受することが目標となり、政府にはその実現を支援することが求められた(阿藤, 1994)。

また家族計画の意味づけも大きく変わった。ブカレスト・メキシコ会議では、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と位置付けられた。しかるにカイロ会議では、家族計画は、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、すなわちリプロダクティブ・ヘルス/ライツの一部として位置付けられた。

さらに従来文書では家族計画が夫婦の避妊行動と同一視されていたため、結婚していない人々への関心は稀薄であった。しかしながらカイロ行動計画では個人ならびにカップルの性、妊娠、出産、避妊などの行動をカバーするリプロダクティブ・ヘルスの概念が導入されたことで、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、それに関する多くの提言が盛り込まれた(池上, 第5章補論)。

またカイロ会議では中絶の是非を巡って大論争があり、最終的には「中絶を家族計画の一方法として促進してはならない」というメキシコ会議の文章が再確認された。しかしながらカイロの行動計画全体としては、望まない妊娠や中絶の経験者に対するカウンセリングを重視し、安全でない中絶で生命を落としたり後遺症を患ったりする女性が多い現実を踏まえて、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、リプロダクティブ・ライツの理念に沿って、中絶に対する寛容な姿勢が強調されている(カイロ行動計画第8章)。

## (2) ジェンダー間の平等

カイロ行動計画は、女性のリプロダクティブ・ライツの実現を人口増加抑制に優先させることによって、人口政策の「コペルニクスの転回」を図った。これに加えて、この行動計画は「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(カイロ行動計画第2章)」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(United Nations, 1994)。そして、その目標を達成するための雇用・経済取引における女子差別の撤廃、女性に対する

暴力の排除、教育・雇用面での女性の能力開発と政治・行政への女性の一層の参加、仕事と家事の両立を可能にする施策の充実を求めている。それと並んで、特に女兒について、女兒への差別撤廃、女兒の価値の見直しと福祉向上、そのための家庭内ならびに社会における女兒の見方を改めさせ、結婚年齢を高め、女兒に関する悪習を禁止することを求めている(カイロ行動計画第4章)。

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。すなわち、女性の社会的役割が出産・育児と家事に限られ、社会的にも家庭内でも女性の地位が低いと、早婚、若年出産、避妊開始の遅れ、多産の傾向につながる。他方、そのような結婚・出産行動をとる女性は、学校を続けられず、自立可能な職業に就く機会を奪われ、家庭内での発言権も弱く、伝統的な社会慣習にしたがって生きることを余儀なくされる(Oppong, 1983)。

男性は職業労働に従事し、女性は家庭内での活動、とりわけ出産・育児に専念するという考え方と、それに基づく性別役割分業、それと結びつく女兒の軽視と男児の尊重などの考え方は、経済開発に伴う近代化の過程で変化する面もあるが、社会開発、とりわけ女性の教育水準の向上政策によって変化する可能性が大きい。教育は女性に、伝統社会の女性の役割とは異なる生き方があることを教え、新しい社会的役割(とくに職業)を与えるための知識と技術を身につけさせ、家庭内での発言権を強めるからである。

教育が女性自身ならびに子どもの健康に与える影響をみると、より高い教育を受けた女性ほど妊娠・出産の回数が少なく、出産間隔も広いため妊娠・出産に伴う疾病にかかりにくく、したがって妊産婦死亡率も低い(UNFPA, 1995)。またより高い教育を受けた母親の子どもほど乳児死亡率も幼児死亡率も低い(Caldwell et al., 1982)。女性の教育と妊娠・出産の関係をみると、より高い教育を受けた女性ほど、性行為の開始年齢は遅く、結婚年齢、出産年齢は高く、希望子ども数は小さく、避妊実行率は高く、計画外出産は少なく、出生児数は少なくなる(UNFPA, 1995; AGI, 1998)。また教育が

妊娠・出産を遅らせることが、さらに教育の継続を可能にし、女性の自立性を高め人生の選択肢を増やすことにつながるものと考えられる。

### (3) カイロ「行動計画」の数値目標と資金調達目標

カイロ会議の「行動計画」には、国連側の強い要望もあり、途上地域の人口動向改善の重要なメルクマールとなる数値目標が設定され、それらを達成するための資金調達の努力目標が盛り込まれた。またカイロ会議から5年後にこの「行動計画」をモニターするために行われた国連人口特別総会(カイロ+5)の合意文書(United Nations, 1999-c)では、カイロ会議の数値目標の中間年次における到達目標を定め、若干、新しい指標に基づく目標を追加した(阿藤, 1999b)。ここでは、今日の国際社会において、人口問題を解決するためにどのような指標が重視されているかを知るために、2つの会議で合意に達した数値目標を列挙しておこう。

遅くとも2015年までに、リプロダクティブ・ヘルスを、プラリマリー・ヘルス・ケアを通じて必要とする全ての人々に行き渡らせる(カイロ行動計画)。

(1-1) 2005年までに、プラリマリー・ヘルス・ケアと家族計画のサービス提供施設の60%が、できるだけ幅広い安全で効果的な家族計画の手段、基礎的な産科ケア、STDを含む生殖器系感染症(RTI)の予防と管理、それらの感染を防ぐ避妊のためのバリア法を提供できるようにすること。これらのサービスを2010年までには80%の施設が、2015年までには全ての施設が提供できるようにすること(カイロ+5「提言」)。

家族計画の未充足ニーズ(unmet need)を測定し、そのニーズに応え、2015年までに家族計画の方法が誰にでも利用できるようにすべきである(カイロ行動計画)。

(2-1) 出産間隔を開けたい、あるいは子どもの数を制限したいと考えている人口の割合と避妊実行者の割合とのギャップを、2005年までに少なくとも50%、2010年までに75%、2015年までに100%解消すること。ただし、そのよ

うな目標を達成するために、政府の目標値が家族計画サービスの提供者に対して、利用者の獲得目標や割り当て目標の形で押しつけられてはならない(カイロ+5「提言」)。

2005年までに、人々の自由な選択を妨げる家族計画のプログラム上の全ての制約を取り除くよう努めるべきである(カイロ行動計画)。全ての国が2015年までに平均寿命が75才になることを目指す(カイロ行動計画)。

(4-1) 2005年までにHIV感染に対する無防備状態を減らすために、15才から24才の男女の少なくとも90%が女性用・男性用のコンドームなどの予防法の提供、自主的診断、カウンセリング、追跡検査・検診などのサービスを利用できるようにし、それに関する情報・教育を与えられるようにすること。2010年までにその比率を95%にすること。また15才から24才の男女のHIV感染率を、もっとも感染率の高い地域で2005年までに25%減らし、世界全体で2010年までに25%減らすこと(カイロ+5「提言」)。

乳児死亡率と5才未満死亡率を2015年までに各々出生1,000あたり35以下と45以下に低下させることを目指す(カイロ行動計画)。

2015年までに妊産婦死亡率を出生10万人あたり60以下(高死亡率国は75以下)に低下させることを目指す(カイロ行動計画)。

(6-1) 2005年までに、妊産婦死亡率の非常に高い国においては、全出産のうち少なくとも40%、世界全体では80%に、熟練した助産者の立ち会いをつけるようにする。2010年までには、この数字を各々50%と85%、2015年までには各々60%と90%まで引き上げること(カイロ+5「提言」)。

2015年までに初等教育の普遍化を達成すべきである。(カイロ行動計画)。

(7-1) 初等教育の就学率を2000年の85%から2005年までに少なくとも90%に引き上げること。初等・中等教育の男女差を2005年までに解消すること(カイロ+5「提言」)。

(7-2) 男女の非識字率を引き下げること。特に2005年までに女性・女兒のそれを半減する

こと(カイロ+5「提言」)。

つぎに資金調達目標についてふれておこう。

カイロ行動計画では、2015年までに途上諸国と東欧諸国においてリプロダクティブ・ヘルス・ケアを全ての人々に行き渡らせ、家族計画の未充足ニーズに応えるためには、人口とリプロダクティブ・ヘルス関連のプログラム総費用として、2000年に170億ドル(家族計画に102億ドル、家族計画以外のリプロダクティブ・ヘルス・ケアに50億ドル、STDとHIV/エイズの予防に13億ドル、人口・開発データの収集に5億ドル)、2005年には185億ドル、2010年には205億ドル、2015年には217億ドル(各々、138億ドル、61億ドル、15億ドル、3億ドル)が必要になると見積もっている。そしてこの総費用のうち、3分の2は途上国と東欧諸国自身が負担し、3分の1は先進国が負担するよう求めた。

たとえ概算とは言え、このように人口問題解決のための必要経費を「行動計画」に盛り込み、途上国、先進国の双方に人口・開発プログラムに対して現状の数倍の努力を促したことは画期的なことであった。ただし、その後のUNFPAの報告によれば、途上国・東欧諸国は全体としてみると相当な努力を傾注しているものの、先進諸国の協力は、カイロ会議直後のモメンタムが失われ、UNFPAの試算値(57億ドル)の3分の1にとどまる(Conly, 1998)。

### 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, 章末稿)。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。また、それが夫婦の避妊実行率の向上に加えて、未婚の若者の性行動、性感染症、とりわけHIV/エイズ、妊娠、出産に伴う疾病・死

亡、母子の健康などを一体的に扱う政策的視点を提供したことも忘れてはならない。さらにジェンダー間の平等原則の強調は、妊娠、出産、避妊の中心的担い手としての女性の置かれた社会経済環境の改善の重要性に政策担当者の眼を向けさせた意義も大きい。

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(カイロ行動計画6章) 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。

## 1-4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題

本節では、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの主要要素のうち、途上地域における家族計画の普及状況とその課題を検討するとともに、家族計画以外の主要な要素(妊産婦死亡、人工妊娠中絶、性感染症、性差別・性暴力)をとりあげ、同じく途上地域におけるそれらの現状について若干検討を加えておきたい。

### 1-4-1 家族計画の普及と課題

#### (1) 避妊法とその普及

表1-2は2001年国連推計による最近(1995年頃)の世界の地域別避妊実行率を示したものである。避妊実行率とは女性が生殖年齢(一般に15~49才)にある夫婦またはカップルのうち、調査時点で何らかの避妊を実行している夫婦またはカップルの割合をいう。途上地域の中でもラテン・アメリカの避妊実行率(69%)は先進地域の平均値に近く、アジア(日本を含む)もこれに近いが、アフリカ(25%)は著しく低い。方法別にみると、ラテン・アメリカでは女性不妊手術(30%)、ピル(14%)などの割合が高い。ことにラテン・アメリカで男性不妊手術に対する女性不妊手術の比が著しく高い(95対

表 1 - 2 世界の主要地域別避妊実行率(2001年)

	再生産年齢 カップル数 (千人)	避妊実行率(%)							
		全方法	不妊手術		ピル	IUD	コン ドーム	保健医療 により供 給される 他の方法	保健医療 により供 給されな い方法
			女	男					
世界	1,047,499	61.9	20.1	4.1	7.8	14.9	5.1	3.6	6.3
先進地域	170,277	70.4	10.4	7.2	17.3	7.6	15.0	1.7	11.2
開発途上地域	877,233	60.2	22.0	3.6	5.9	16.3	3.1	3.9	5.4
アフリカ	116,618	25.2	2.2	0.1	7.1	4.9	1.1	4.3	5.3
アジア	691,671	65.6	24.1	4.3	4.7	19.0	4.7	3.9	5.0
ラテン・アメリ カ・カリブ海	83,665	68.8	29.5	1.6	13.8	7.4	4.2	3.4	8.9
ヨーロッパ	106,090	70.1	4.8	4.9	22.0	11.9	10.5	1.3	14.9
北アメリカ	45,263	76.2	24.5	13.4	15.5	0.9	12.9	3.6	5.4
オセアニア	4,192	65.3	20.8	8.7	18.4	3.6	4.5	4.9	4.4

出所：United Nations, World Contraceptive Use, 2001( Wall Chart )

5)ことが注目されるが、これはこの地域に強い男尊女卑(男らしさの顕示)の気風と関連があるものと思われる(この比がヨーロッパではほぼ互角であることと対照的である)。アジアでは女性不妊手術(24%)に次いでIUD(19%)の割合が高いが、これは人口の多い中国でこれらの方法の普及度が高いことを反映している。先進地域に比べ、途上地域全体の避妊実行率はより低いにも関わらず、不妊手術、IUD、ピルなど近代的方法ないし医療を介する方法の割合がより高いのは、家族計画普及の歴史が比較的新しいことによる(IUD及びピルの開発・実用化は1960年代のことである)。

(2) 未充足ニーズとその充足

しかし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。すなわち北アフリカ(4カ国)、サハラ以南アフリカ(20カ国)、アジア(8カ国、中国は含まれない)、ラテン・アメリカ・カリブ諸国(11カ国)において、望まない妊娠(unwanted pregnancy)あるいは出産延期の失敗による妊娠(mistimed pregnancy)の危険にさらされているにもかかわらず避妊を実行していないカップルの割合は、おのおの22%、29%、18%、20%を占め、全体では24%を占める(United Nations,

1998)。また、全ての妊娠件数の約3分の1(年間8000万件)は望まない妊娠か、または望まない時期の妊娠であるという推測もある(AGI, 1999)。

このように「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における家族計画プログラムの中核部分をなすが、家族計画の課題はそれに尽きるものではない。以下、「未充足ニーズ」アプローチへの主要な2つの批判を手がかりに今日における家族計画プログラムの課題について考えてみよう。

(3) サービスの質とインフォームド・チョイス

今日の家族計画プログラムのあり方、とりわけ「未充足ニーズ」アプローチへの批判の第1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、というものである。この点については、家族計画に対する未充足ニーズの定義・概念を修正し、避妊を実行している男女であっても、副作用を被っていたり、使い方が効果的でなかったり、方法が最適でない場合も未充足ニーズに含めるという提案が最近なされている(Dixon-Muller and Germain, 1992)。

また避妊へのアクセスを容易にしさえすれば、避妊の未充足ニーズが減少するのかという疑問もある。多くの地域でサービスへのアクセスに困難があることは依然問題であるが、避妊を用いない主な理由は、知識不足、健康面の不安、家族(ことに夫の)不同意、の3つといわれている。これ

らを解消するために、広範囲のリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供し、避妊法の選択肢を広げ、ケアの質を保證することが、同時に避妊の実行率も高めるという認識が強まっている(Jain, et al., 1992)。

#### (4) 家族計画プログラムの役割

批判の第2は、避妊実行率上昇(ひいては出生率低下)にとって、家族計画サービスへ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である(Pitchett, 1994)。このような指摘は一理あるものの、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拡げることにより、そのことが出生力転換において決定的役割を果たしたという見方が強まっている(Knodel et al., 1979; Cleland et al., 1987)。また家族計画プログラムは、人々に小さな家族をもつことを奨励する情報、教育、コミュニケーション(IEC)キャンペーンが含まれるとき、希望子ども数自体を減らす効果があり、出生率低下にもつながると考えられる(Bongaarts, 1997)。

#### 1 - 4 - 2 家族計画以外の主要な個別課題

一般に保健医療水準が低く社会開発基盤も弱く、女性の地位が低い途上地域では、家族計画以外のリプロダクティブ・ヘルス/ライツも十分に実現していない場合が多い。本節では、家族計画以外の、途上国におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの主要な課題について概観する。

##### (1) 母性保健

WHOなどの推計(1990年時点)によれば、全世界で毎年60万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、途上国の妊産婦死亡率は出生10万対48(もっとも高いアフリカ地域は870)と推計されている(United Nations, 1998)。妊産婦死亡のおよそ8分の1(件数にして5万ないし10万)は「安全でない中絶」の合併症の結果かもしれないとみられており、ヤミ中絶は途上国の高い妊産婦死亡率と深く関わっている。国連は前節で示したとおり妊産婦死亡率低下への取組みの指標として、

全世界で2005年までに分娩の80%、2010年までに90%が熟練した介助者の立ち会いによって行われるようになることを目標に掲げている。

##### (2) 人工妊娠中絶

1999年時点で途上地域の15～44才の女性(11.3億人)を中絶が許される理由に関してどのような条件に置かれているかということで分類すると、32%の女性は中絶がまったく許されないが、母体を救う場合のみ認められる国に、13%の女性は身体的・精神的健康を守る目的でも中絶が許される国に、22%の女性は加えて社会経済的理由で中絶が許される国に、33%の女性は理由については問われずに中絶が受けられる国に住んでいるとみられる(AGI, 1999)。このように途上地域では中絶が非合法の国がかなり多いにもかかわらず、実際の件数は少なくないとみられる。全世界で年間4,600万人もの女性が中絶を行っているとは推定されているが、このうち3,600万人(78%)は途上国の女性とみられる(AGI, 1999)。「安全でない中絶」(unsafe abortion) すなわち必要な技術を欠く者によって、あるいは最小限の医療設備も備わっていない環境で行われる中絶は、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もある(United Nations, 1998)。

##### (3) 思春期

前述のとおりカイロ『行動計画』では「思春期の若者たち(adolescents)」という一節をもうけており、人口・開発問題における思春期の重要性を喚起している。従来未婚の男女は家族計画サービスの対象外とされ、意図しない妊娠、性感染症などのリスクにさらされることが多かった。若者のリプロダクティブ・ヘルスニーズに応え、適切な教育とサービスならびにケアが行われることは、若者(特に女性の)の健康と自己決定権を保證するのみならず、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効果も期待できる。

##### (4) 性感染症

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に起こっているとみられる。女性の罹患率は男性の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る( UNFPA, 1997 )。また前述のとおり UNAIDS( 国連合同エイズ計画 ) によれば、エイズウイルス( HIV )の感染者数は2001年末現在全世界で4,000万人に達し、その大多数はサハラ以南アフリカ、南・東南アジア、ラテン・アメリカなど途上国で占められており、ことにサハラ以南アフリカ諸国の感染率は高い( UNAIDS, 2002 )。

### (5) 性差別と性暴力

リプロダクティブ・ヘルス/ライツは、単なる健康問題にとどまらず、セクシュアル・ハラスメント( sexual harassment : 性的嫌がらせ )、ドメスティック・バイオレンス( domestic violence : 夫や恋人からの暴力 )などを含めて、あらゆる性差別、強制、性暴力の撤廃を視野に入れている点に新しい展開があるといえる。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( female genital mutilation : FGM )は、主にアフリカとアラビア半島の28カ国で行われており、これまでに1億3,000万人の女性がこれを受けさせられ、現在でも世界で毎年200万人が危険にさらされているといわれる( 芦野・戸田, 1996 )。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FGM廃絶が明記されるとともに、禁止措置をとる国もでてきた( UNFPA, 1999 )。

## 1 - 5 グローバル・エイジング

20世紀後半、世界の人口問題に関心をもつ人々の眼はもっぱら世界人口、とりわけ開発途上地域の爆発的人口増加に注がれてきた。それは、人口の増加が経済開発の停滞、南北格差の拡大、食糧不足、資源の減少、環境悪化など、人類の危機あるいは地球の危機の重要な要因のひとつとなると考えればごく当然のなりゆきであった。しかしながら1990年代に入って世界ならびに途上地域の人口増加の勢いがしだいに沈静化の兆しをみせ始める

とともに、従来は先進地域に限られていた人口高齢化への関心が徐々に途上地域にも広がり始めている。そして今始まったばかりの21世紀の前半は、世界人口の増加はなお大きく続くものの、世界の高齢化( global aging )への関心が一段と強まっていくであろう。

### 1 - 5 - 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%( 世界人口の19人に1人 )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%( 同14人に1人 )となった( 図1 - 7 )。

国連の予測によれば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%( 同6人に1人 )にまで高まる。

先進地域の人口の高齢化率は1950年当時すでに7.9%に達していたが、その後も上昇を続け、2000年には14.3%に達した。先進地域の高齢化は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。先進地域の人口は1950年で世界人口の32.2%であったが、その後途上地域の人口が爆発的に増加したため、前者が世界人口に占めるシェアは低下を続け2000年には19.7%、2050年には12.7%となる。そのため、先進地域の高齢化動向が世界人口に及ぼす影響は一段と限られたものとなっていく。

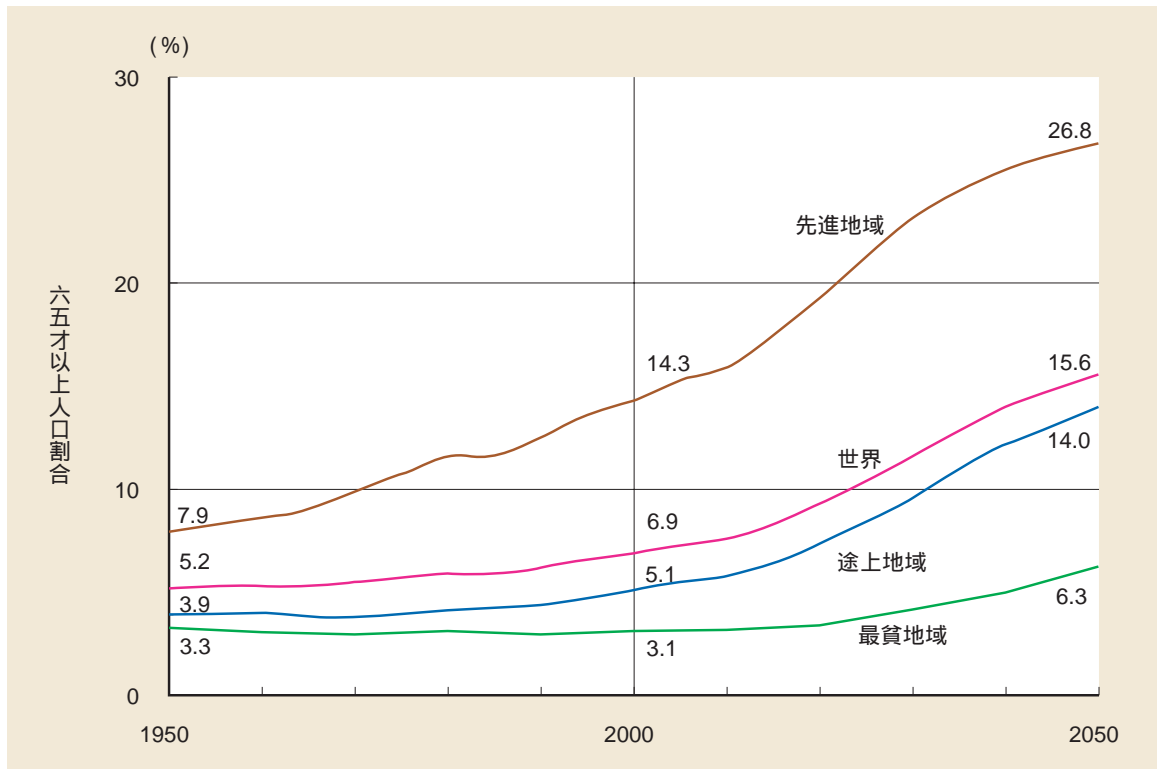
途上地域全体の人口構造は現在もなお年少人口割合が32.8%を占める「若い人口」である。その高齢化率は1950年で3.9%にすぎず、2000年でも5.1%にとどまってきた。途上地域の高齢化は今日、ようやく緒についたばかりである。しかしながら21世紀には途上地域の高齢化率は上昇を続け、2050年には現在の先進地域並の14.0%に達するであろう。

### 1 - 5 - 2 世界の主要地域別高齢化

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ことが分かる( 図1 - 8 )。

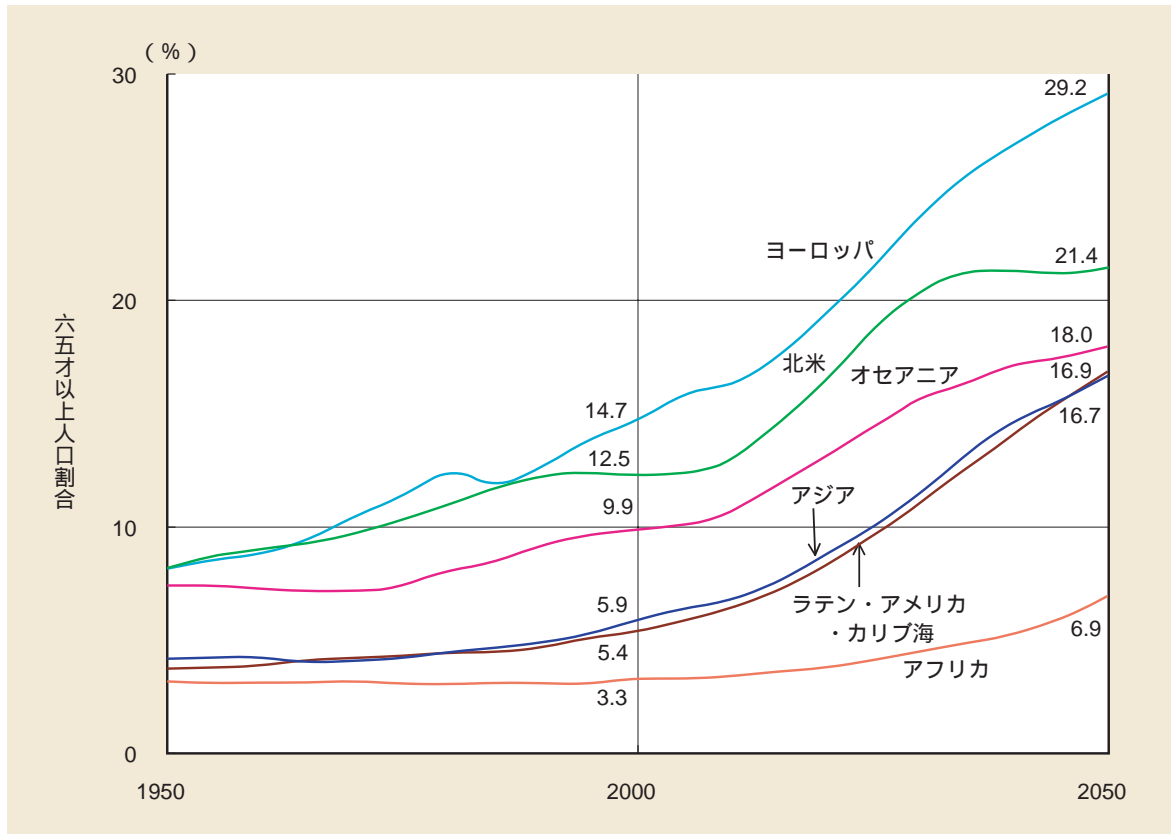
ヨーロッパの高齢化率はもっとも高く、今日で

図1-7 世界ならびに先進・途上地域の高齢化



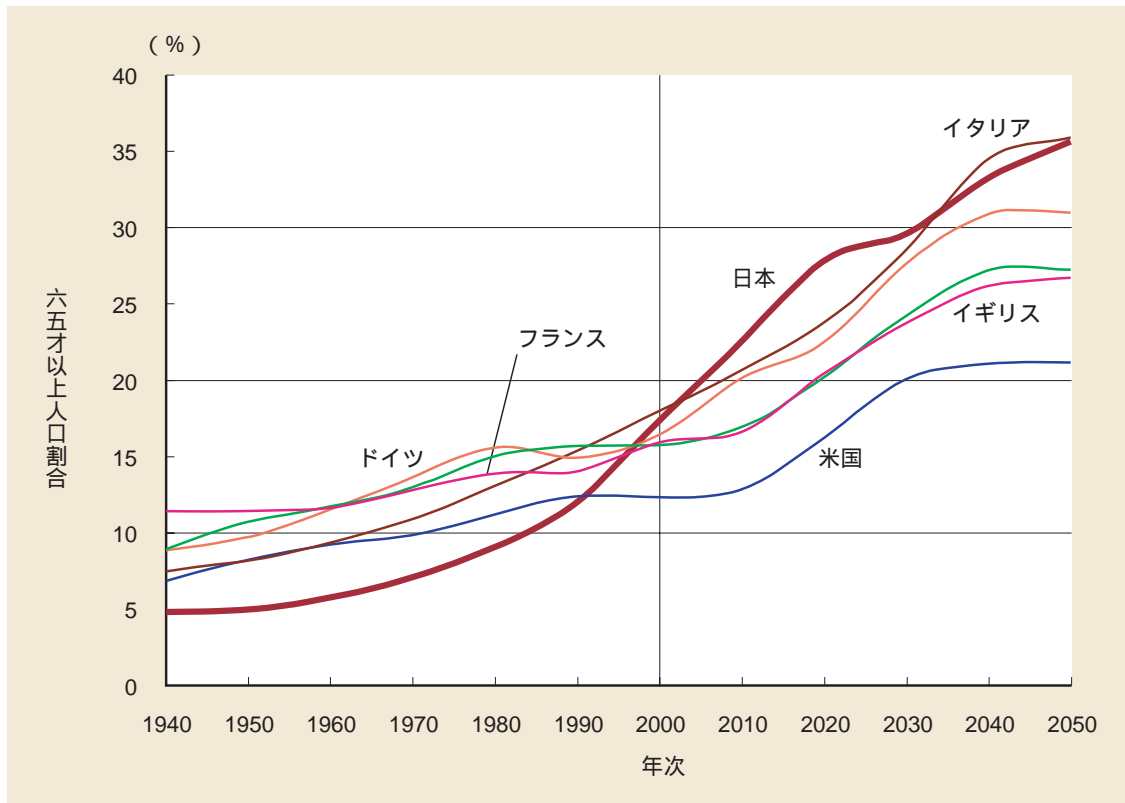
出所：United Nations(2001a)

図1-8 世界の主要地域別の高齢化



出所：United Nations(2001a)

図1 - 9 主要国の総人口に占める 65 才以上人口割合の推移



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

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。オセアニアには途上国が含まれるという違いもあるが、両地域を中心となるオーストラリア、米国の高齢化率がヨーロッパのそれに比べて低いことが大きな理由である。

一方、主として途上国からなるアジア、ラテン・アメリカ、アフリカを比較すると、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。

アジアの人口は今日世界人口の約6割を占め、世界の人口大国上位10カ国のうちアジアは6カ国を占める。そこで特にアジアの主要人口大国の高齢化状況をみると、日本を除けば2000年の段階では中国、韓国のみがようやく7%前後、タイが5%を超えたところであり、他は未だ5%以下である

(United Nations, 2001)。今後 50 年間についてみると、その3カ国は2015年頃から高齢化が加速し、2050年にはいずれも20%を超える高齢社会となる。インドを始めとする他の人口大国も今後高齢化が進むものの、2050年の高齢化率は8%(パキスタン)~17%(ヴェトナム)にとどまるものと予想されている。

### 1 - 5 - 3 先進諸国の高齢化

ヨーロッパ先進諸国の高齢化は、おおむね20世紀の初頭に始まったが、フランスのみは例外的に19世紀の初頭から、スウェーデンなどの北欧諸国は19世紀第4半期頃に始まっている(図1 - 9)。

それに対して日本の高齢化が始まったのは1960年頃であり、先進国中もっとも遅い。しかしヨーロッパ諸国や米国の高齢化はゆるやかに進んだのに対し、日本の高齢化は急激であった。2000年時点では日本、ヨーロッパ諸国の高齢化率はほぼ17%前後に収斂しているが、米国やオーストラリアの高齢化率は12%程度と低い。21世紀の前半には、

先進諸国の高齢化は一段と進み、2050年には米国、オーストラリアですら20%を超え、イタリア、日本、スペインなどでは35%を超えるものと予想されている。

国連は1956年の高齢化報告書において、65才以上人口割合が7%を超えたか否かをもって高齢化社会のメルクマールとした(United Nations, 1956)。いま高齢化率が7%から倍の14%に達するまでの年数をみると、フランスは115年、スウェーデンが85年と例外的に長い、他のヨーロッパ諸国の多くは40~70年である。日本は逆に例外的に短く、わずか24年にすぎない。全体としては高齢化が始まった時期が遅いほど高齢化のスピードが速いと言える。

#### 1 - 5 - 4 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社会問題は、誰がどの様にして増大する高齢者を扶養するの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。しかしながら、一般的に先進国と途上国の間では、高齢化の様相、及び高齢化が起こる社会経済環境に違いがあるため、両者の対応は異なってくるであろう。以下、両者の3つの違いに焦点を当てて途上地域の高齢化問題を考えてみたい。

##### (1) 高齢化のスピード

人口高齢化の原因は人口転換にある。人口転換前の「多産多死」状況の社会は、若い人口構造をもつ。通常、死亡転換が始まり出生率が高い水準を維持する「多産少死」の状況になると、人口構造は一段と若返りを経験する。しかるに出生力転換が進むとともに高齢化が始まる。しかも高齢化のスピードは主として出生力転換のスピードによって決められる(United Nations Secretariat, 1998; Coale, 1957)。

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(United Nations, 2002)。今日の途上国は、政府による強力な家族計画プログラムの遂行により出生率を下げることができるため、いったん出生力転換が始まると出生率はかなり急速に低下する可能性がある。したがって、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

ヨーロッパ諸国の出生力転換は、19世紀半ばから20世紀の30年代にかけて、経済発展とともに達成された。したがって、高齢化が始まったのは経済が十分に発展した20世紀初頭からであり、しかも、高齢化の進行は緩やかであった。ところが、途上国の出生力転換は、経済発展の初期段階に急激に進行し、達成される場合が少なくない。これらの国では高齢化もまた、経済が十分に発展していないうちに、しかも急速に進行する可能性が大きい。

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(UNFPA, 1998)。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り、それだけ困難な政策選択を迫られることになろう(United Nations, 2002)。

### (3) 拡大家族の有効性と限界

欧米諸国の伝統的家族制度は核家族(夫婦家族)であった。これらの国の高齢者は、老後の生活を息子・嫁夫婦に依存する度合いが低かった。しかるに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った。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った。

今日の途上諸国にとっても、この拡大家族の伝統は重要な「資産」であり、すでに出生力転換を終えた中国、タイでも、高齢者の圧倒的多数は子どもと同居している(Paloni, 2001; Zeng Yi, 2001)。急速な経済発展にやますると取り残されがちな高齢者は、拡大家族の伝統のなかで、老後の生活を保証され、家族による介護を期待することができる。高度経済成長期が終わる頃までの日本でも、家族(日本の場合は直系家族)は「福祉の含み資産」とみなされていた。

他方、経済発展が進む途上国では、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む。少なくとも韓国は、日本に続いてこのような核家族世帯化の方向に進んでいる(嵯峨座, 2000)。そのような状況が続くと、農村の親世代が高齢化した時に、家族はもはや高齢者の扶養・介護機能を十分に果たせなくなる。これに加えて女性の雇用労働力化が進むと、家族の介護機能はますます低下する。日本では、1980年代にこのような状況が顕在化し、家族を「福祉の含み資産」とみる見方は弱まり、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た。したがって拡大家族を高齢者扶養・介護の資産としてきた途上国でも、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 - 6 HIV/エイズ

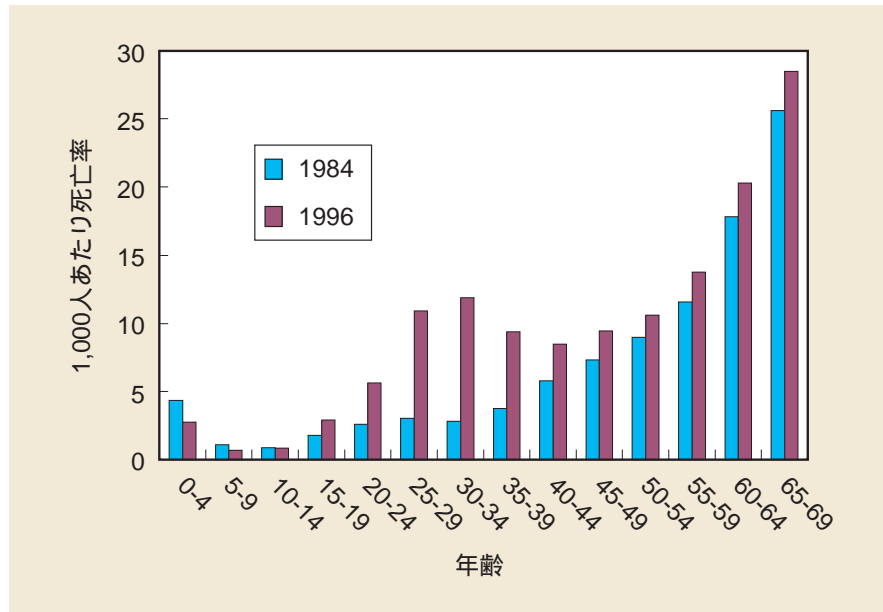
### 1 - 6 - 1 人口問題としてのHIV/エイズ

#### (1) HIVの性質

現在、HIV/エイズが人口問題としてきわめて重要となっている理由は、HIV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からである。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。また、人口の量的問題のみならず、一人一人の健康と人権が重視されるリプロダクティブ・ヘルスを確保する上からも、つまり人口の質の上からも重大な障害となるからである。

これらの深刻な状況をもたらしているのはHIV/エイズの性質にある。まず、第一には他の多くの感染症と異なり現段階では的確なワクチンがなく予防が困難であることである。第二に、HIVの感染経路は性感染、血液感染、母子感染の3種類あるが、今日の多くの途上国における感染のほとんどが異性間の性感染によって引き起こされている。したがって、他の多くの感染症が免疫力が弱く体力も十分ではない乳幼児や高齢者が罹患しがちなのと異なり、HIV感染者の多くは性行動の活発な再生産年齢期の成人であることである。第三に、HIVの潜伏期間は10年前後と長く、自覚症状のないまま感染を広める可能性が高いことである。さらに、流行が始まってから数年の間は感染流行が発見、認識されにくく、予防の実施や感染者数の推計と将来の影響の予測も困難な作業となる。第四に、HIV感染で一番深刻かつ特徴的なのがエイズの発症(免疫力の低下)であり、エイズ発症後は適切な処置がなされなければ1年から2年程度の間にはほとんどの発症者が死亡することである。エイズ発症の症状はさまざまな日和見感染症や結核、ガンなど多岐

図1 - 10 HIV 流行前(1984年)と流行後(1996年)のタイ北部地方の男性の年齢別死亡率



出所：Im-em(1999)をもとに作成。

にわたり、疫学的調査が行われないかぎり、各種の疾病増加の原因が実は同じウイルスであるということが認識しづらく、流行拡大以来数年を経てもHIV流行が無視されることになる。第五に、HIV感染率の高いサハラ以南アフリカ諸国では、先進国で多い血液製剤による感染や男性同性間性者や薬物依存者などハイリスク者による感染ではなく、一般の人の感染率が高く、感染源が特定されにくい。また特に女性の感染率が高く、その結果出産時の母子感染による乳幼児のエイズ死が急増している。

## (2) 死亡パターンの変化

年齢別の死亡率には大まかにいってJ字型のカーブを描く性質がある。乳幼児や5才児未満の子どもの死亡率はやや高く、その後30才代くらいまでは低い死亡率がつづき、やがて加齢とともに死亡率は急上昇していくのが典型的な死亡率の年齢ごとの変化である。HIV/エイズによるもっとも明白な影響である死亡の増加は、有病率が数%程度であっても、この基本的な死亡率パターンを大きく変化させる。成人の有病率が2%程度になったタ

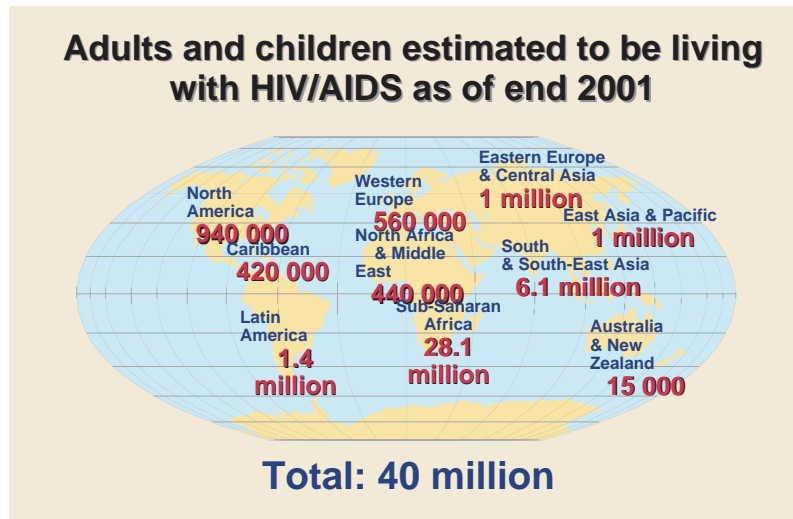
イ北部のHIV流行前と後の死亡率の変化を例にみとみる。死因を問わずに<sup>1</sup>年齢群ごとに図示すると(図1-10)、HIVが1990年ごろ流行し始めたタイ北部の男性の死亡率には流行前(1984年)と流行後(1996年)の時点できわめて明瞭な変化がみられる。HIV流行前には教科書どおりの典型的なJ字型の年齢別死亡率を示している。しかし、流行開始数年後にはエイズによってまったく異なる形になり、15才から上、とりわけ20才代から30才代での死亡率が著しく増加しているのである。ここでみられる5才未満の死亡率はこの間の保健医療や栄養状態の向上によるとものと考えられる。

一般に乳幼児の死亡率はしばしば保健衛生状態などを反映する重要な指標として使用されるが、成人のHIV流行は乳幼児の死亡率にまで変化を引き起こす。なぜなら、成人感染率が高い国では多くの妊婦がHIVに感染しているため母子感染が大きな感染源となり、適切な処置が取られなければ、感染している妊婦から生まれる子どもの約25%から35%がHIVに感染してしまうためである。

以上のように、HIV/エイズの流行のほとんどは人間の行動、それも性行動によるものであり、死

<sup>1</sup> 多くの途上国に比べてタイの死亡統計の精度はきわめて優れていることと、たとえ死因としてエイズを挙げることが忌避され、死因別にみると過小評価される危惧はあるとしても、死亡の事実そのものは行政機関にほぼ報告されるだろうということを前提としている。

図 1 - 11 2001 年末 HIV/ エイズ感染者数推計



出所 : UNAIDS( 2001 )

亡分布に質的な影響を与え、後述のように量的にも大きな影響を与えるため、人口問題としての深刻さは際立っている。

## 1 - 6 - 2 世界の HIV/ エイズ流行状況

### (1) 感染者数の世界推計の方法

まず簡単に感染者数の世界推計に触れた後、流行状況の解説と HIV/ エイズがもたらす影響について概説する。国連合同エイズ計画 (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 (Schwartländer et al. 1999)。

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」に感染が集中している流行状態を指す。つまり IDU、MSM、セックスワーカー (性産業従事者つまり「売春婦」など)、長距離トラック運転手、移民労働者、軍人など、なんらかの特定集団で 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。こうした国での基本的な推計方法はそれぞれの特定集団ごとの推計値を積み上げていく方法をとる。

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。こうした国での感染者数推計では産科クリニック (antenatal clinic) に来た妊婦のスクリーニングのデータが頻繁に活用されている。産科クリニックは世界中で広く利用されている保健サービスのひとつであり、「匿名非特定 (unlinked anonymous)」にスクリーニングを行うことで倫理的な問題も少なく、15 才から 49 才の年齢層の「ハイリスク行為者」ではない国民の HIV 流行状況を比較的安価に調査できるからである。これらのデータは質・量ともに十分とはいえないが、国際援助においても現地政府にとっても、流行を察知しその集団のニーズに応えた対応策を講じる施策のための基礎データとなる。

集中的流行では国民全体にすぐには広まらないが、一般的流行の国では異性間性行為が主な感染様態となるので国民全体に広まるという性質の違いがある。

### (2) 地域別状況・感染要因

次に、世界の地域別の疫学的推計データをもとに現状分析を提示したい。ここでは、国際機関の報告 (UNAIDS, 2001) に沿って、地域ごとに途上国の優先的課題は何かという点を概観する。最新の推計によれば、2001 年末には世界の 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 - 11)。この年に新たに感染した数は世界中で 500

表1-3 HIV/エイズの感染率の高いサハラ以南アフリカの国における HIV/エイズの主な指標(2001年末)

国名	感染者数	成人有病率(%)	エイズ孤児数	2001年のエイズ死亡数
全世界	40,000,000	1.2	14,000,000	3,000,000
ボツワナ	330,000	38.8	69,000	26,000
ジンバブエ	2,300,000	33.7	780,000	200,000
スワジランド	170,000	33.4	35,000	12,000
レソト	360,000	31.0	73,000	25,000
ナミビア	230,000	22.5	47,000	13,000
ザンビア	1,200,000	21.5	570,000	120,000
南アフリカ	5,000,000	20.1	660,000	360,000
ケニア	2,500,000	15.0	890,000	190,000
マラウイ	850,000	15.0	470,000	80,000
モザンビーク	1,100,000	13.0	420,000	60,000
中央アフリカ共和国	250,000	12.9	110,000	22,000
カメルーン	920,000	11.8	210,000	53,000
コートジボワール	770,000	9.7	420,000	75,000
ルワンダ	500,000	8.9	260,000	49,000
ブルンジ	390,000	8.3	240,000	40,000
タンザニア	1,500,000	7.8	810,000	140,000
コンゴ	110,000	7.2	78,000	11,000
シエラレオーネ	170,000	7.0	42,000	11,000
ブルキナファソ	440,000	6.5	270,000	44,000
エチオピア	2,100,000	6.4	990,000	160,000
ハイティ	250,000	6.1	200,000	30,000
トーゴ	150,000	6.0	63,000	12,000
ナイジェリア	3,500,000	5.8	1,000,000	170,000
アンゴラ	350,000	5.5	100,000	24,000
リベリア	-	-	-	-

出所：UNAIDS(2001)

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 HIV 感染はきわめて偏った分布をしていて、全体で約95%の感染は発展途上国に集中している。

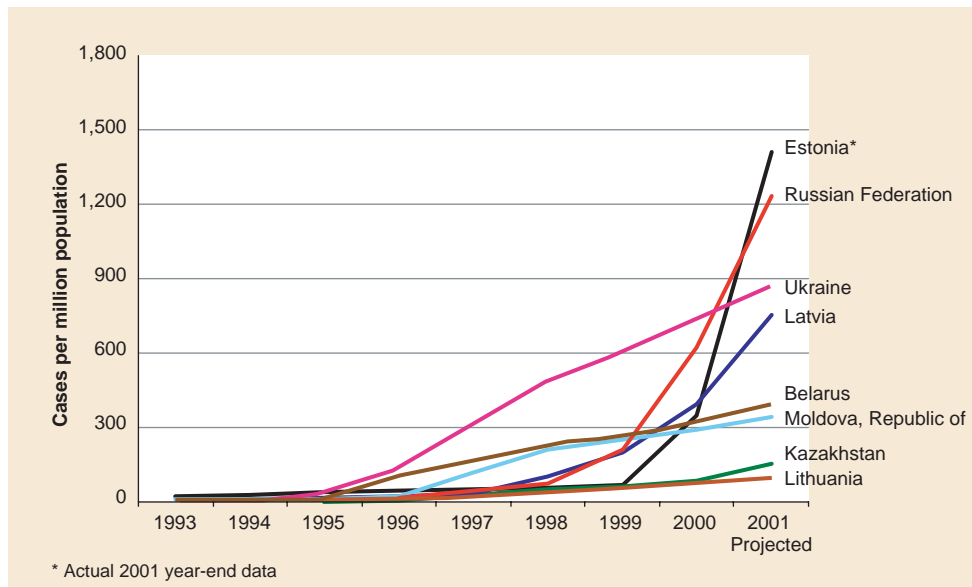
世界の HIV 感染の70%以上が居住していて、もっとも深刻な状況にあるのがサハラ以南アフリカの国々である。この地域には、15才から49才の成人の HIV 有病率(prevalence)が2001年末時点で10%を超える国が12カ国あり、このなかには成人の3人から4人に1人が感染するほどの国もあらわれている(表1-3)。これらサハラ以南アフリカ諸国は、異性間性行為による感染を主とした一般的流行である。男性よりも女性のほうが多く感染していること、女性の高い感染率のために、母子感染した乳幼児のエイズ死や、親がエイズによって死亡した「エイズ孤児」が急増していることなどの特徴がある。この地域の多くの国々では、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。これらの地域においては、HIV/エイズの影響を軽減するための政策が不可欠であり、医療的・社会的サポートの整備は急務である。しかし医療の整備が進んでいない地域も多く、在宅ケアやNGOなどによる地域支援の仕組みを充実させる必要があるだろう。老人や子どもだけの世帯の支援も不可欠である。すでに感染している人はエイズを数年のうちに発症して当面は疾病や死亡数が増加するので、労働力の不足、医療体制への過負荷、さらには社会不安といった問題に対処する必要も生じる。また、新たな HIV 感染も引き続き発生していることから、予防にも継続して力を入れなければならない。

アジアでは1980年代を通じて HIV の流行はきわめて限られていたが、タイでは1988年を境に、まず IDU の間に、そして直後にセックスワーカーとその客の間に HIV 感染が急速に広がるのが観測さ



図1 - 12 東欧における HIV 感染状況



出所：UNAIDS(2001)

れ、ついで買売春以外の性行為による感染も増加するという波状の流行が始まった。タイでの流行以降近隣諸国でもたちまち感染が拡大しはじめた。比較的最近まで流行が始まらなかったアジアでは人口に対する割合である有病率 (prevalence) は低く、感染者数もアフリカに比べて少ないが、人口の絶対数が大きいので将来 HIV に感染する人の数がきわめて大きくなる可能性もある。特にインドは成人有病率こそ 0.8% であるが、感染者数は世界最大の約 400 万人をかかえ、世界の感染者数の約 1 割がインドにいる計算となる。また次節で述べるようにアジアは他の地域と比較して経済成長に伴う農村から都市への人口流入は盛んであるが、それらの流入者は比較的ハイリスクの行動をしがちであることや、社会の性に対する規範が変容してきている<sup>2</sup>ことなどから、これまで有病率が低かったのは単に流行の開始が遅かったためであり、今後大きく有病率が上昇する可能性を否定できない。現にインドネシアにおいては、2000 年からエイズの報告数が急増している (インドネシア保健省 2001)。アジアでは、有病率がごく低い状態を維持しなければ、HIV 感染者数が巨大になり社会・経済に深刻

な打撃を与えうる。したがって、確実に増加しつつある感染者のケアも重要だが、有病率が比較的低い今こそ予防が強調されるべきである。

ラテン・アメリカとカリブ海諸国では HIV/エイズは主に社会的弱者の間に広がっているが、流行の状況はきわめて多様である。ラテン・アメリカとカリブ海の諸国では、MSM や IDU などの間での感染が多いが、徐々に異性間性行為による女性の感染が増えている。これらの国々では、多様な立場にある社会的弱者の支援や予防と同時に、一般の人々に向けての予防策が強化されなければならない。また、変化していく疫学状況に対応できるような包括的なサーベイランスによって疫学状況をモニターしていく必要がある。ブラジルで効果をあげている抗レトロウイルス剤の価格を下げる政策はさらに推進されるべきであろう。

旧共産圏の東欧地域や新興独立国家には輸血や買売春、薬物注射などによる感染が劇的に増加している国がある。また、セックスワーカーの間に注射薬物を使用する人が多いため、セックスワーカーやその相手の中で性感染による HIV が急増する国が現れ始めている (図 1 - 12)。これらの状況

<sup>2</sup> 例えば、過去 1 年間に買春した男性は、タイ：22% (1990 年)・10% (1993 年以降)、カンボディア：既婚者 15%・未婚者 21% (2000 年)、日本：11% (1999 年)、フィリピン：7% (2000 年)、香港・シンガポール：約 5% (1990 年代初頭) というデータがある (Brown 2001)。

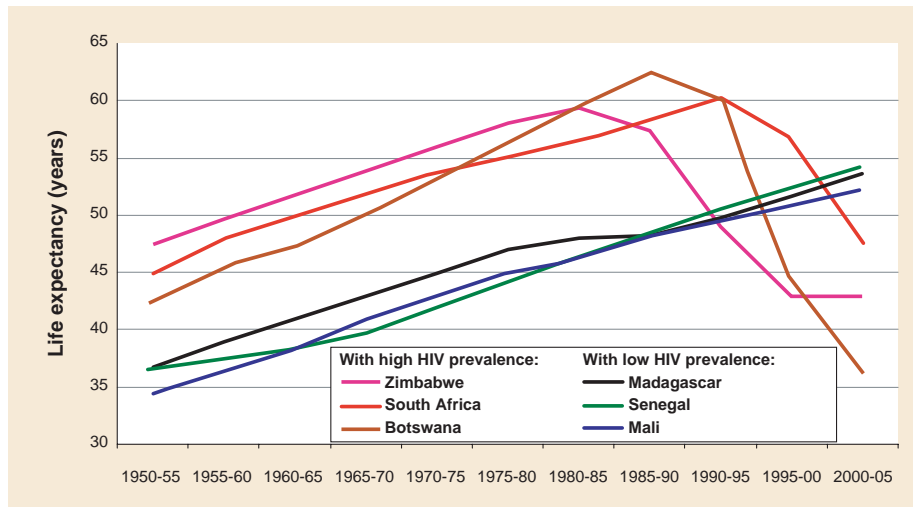
表1-4 HIV/エイズの影響の大きいアフリカ29カ国でHIV/エイズが死亡と人口数に与える影響

年		1985-1990	1990-1995	1995-2000	2000-2005	2005-2010	2010-2015
死亡数(千)	エイズ有り	29,650	34,084	38,557	43,289	44,393	42,548
	エイズ無し	28,783	30,901	31,007	31,587	32,304	32,826
粗死亡率 (千人あたり)	エイズ有り	16.2	16.3	16.2	16.2	14.9	12.8
	エイズ無し	15.7	14.6	12.8	11.4	10.2	9.2

年		1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
人口数(千)	エイズ有り	340,454	392,019	446,459	503,891	562,796	627,010	697,782
	エイズ無し	340,573	393,263	451,820	518,750	592,697	673,452	759,252

出所：UN and UNAIDS(1999)

図1-13 HIV感染がアフリカの国々の平均余命に与える影響



出所：UNAIDS(2001)

に対処するため、十分な数の使い捨ての注射器具やそれを配布する方法が必要である。また大きな見地からいえば、この地域の問題の多くは社会体制の不備や貧困に起因すると考えられるので、経済活動の建てなおしと社会活動の維持が買春や薬物の使用を抑止するために不可欠であろう。

中東や北アフリカのHIVの疫学状況については、限られた状況しかわかっていない。現在までのところ感染者数はそれほど多くないが、リスク行動がないわけではなく、注射器具の共有による感染の占める割合が多いと考えられている(UNAIDS and WHO 1999)。今後はより詳細なデータが得られる環境を整えていく必要がある。

### (3) 人口への影響

1998年の国連の人口推計において、人口の大きさ(1995年に100万人以上の人口数)と流行の深刻さ(インドなどを除き成人有病率2%以上)という観

点から選ばれたアフリカの29カ国について将来の死亡に与える影響が推計された(表1-4)。死亡数においては、もしエイズがなければ1985年-1990年の2,900万人から2005年-2010年には3億2,200万人に増加するが、実際にはエイズによって4億2,400万人にまで増加すると考えられている。これらの国で予測される1995年から2015年までの死亡数を合計すれば、エイズなしの場合より4,100万人の死亡数が増えて約1億6,900万人になる。

国連の将来推計で検討された国々では粗死亡率にも影響が大きくあらわれる。サハラ以南アフリカの29カ国では1985年-1990年に1,000人あたり16の粗死亡率だったが、エイズがなければ2010年-2015年には1,000人あたり9まで減ると推定されている。だが、エイズによる死亡の増加の影響で粗死亡率は2000年-2005年も1,000人あたり16の粗死亡率が続き、2010年-2015年にやっと1,000人あたり13まで減少しはじめる。このように

粗死亡率は今後低下するとしても、死亡数についてはたとえエイズがなくても人口構造のために増加するが、実際にはエイズのために急増すると考えられている。また平均余命においても、劇的な低下が生じている国々がある(図1 - 13)。

このようにエイズは死亡数に対して大きな影響を与えるが、途上国の人口増加に歯止めをかけるからよいというような単純化された議論には決して与えることはできない。たしかにHIVの流行がもっとも深刻なくつかの国では人口増加率が減少することが予測されていて、例えばボツワナでは1990年 - 1995年の人口増加率は2.9%であったが、2000年 - 2005年には1.2%にまで減ると考えられる(UN and UNAIDS, 1999)。しかし、アメリカセンサス局による将来推計(US Bureau of Census, 2000)によると、ボツワナではHIV/エイズのために今後20年間にエイズによる死亡がとりわけ30才代と40才代できわめて多く発生する結果、「人口ピラミッド」はきわめていびつな形になり、40才代や50才代よりも60才代の人数がやや多く煙突が乗っているかのような形「人口煙突(Population Chimney)」になると推計されている。このようにいびつな形で人口が減少することになれば、社会の大きな混乱は避けられないであろう。

#### (4) 社会的影響

エイズ感染者の多くは、10才代後半から40～50才代にかけての経済的にまた社会的に貢献するはずの年代である。したがって彼らがエイズの発症のために仕事ができなくなりついには死亡にいたる事態は、感染者自身の生活の質が低下し早期に死亡することはもとより、社会においても家計においても大きな損失を引き起こすことになる。例えば教育や訓練を受けた労働力は減少していく。一方、家計においての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は大きい。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。

いまだにHIV/エイズに対する抵抗感が人々の間に根強く存在する。性行為と注射器具の共有が主たる感染経路であることと症状の深刻さや致死性のため、自分や自分の近親者のHIV感染を表立って認めたがらないのである。また、エイズは免疫力の低下を引き起こす病気であり、個人や、地域によっても、顕現する症状自体はさまざまであることもHIV感染の現実の否認を助長している。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率先して協力して努力すべき大きな課題である。

### 1 - 7 国際人口移動と都市化の勢い

#### 1 - 7 - 1 国際人口移動の動向

##### (1) 世界の国際人口移動の動向

国際連合人口部の試算<sup>3</sup>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(IOM 2000)。

国際人口移動はどの地域で活発化しているのかをみると(表1 - 5)、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、中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

<sup>3</sup> 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。

表1-5 純移動者数及び純移動率：1990～1995年及び1995～2000年

主要地域	年間純移動者数(1,000人)		純移動率(人口1,000対)	
	1990-1995	1995-2000	1990-1995	1995-2000
アフリカ	-249	-287	-0.4	-0.4
アジア	-1,312	-1,207	-0.4	-0.3
ヨーロッパ	1,047	950	1.4	1.3
ラテン・アメリカ及びカリブ	-571	-471	-1.2	-0.9
北アメリカ	989	930	3.4	3.1
オセアニア	94	81	3.4	2.8

出所：United Nations(2000)

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。

## (2) 地域別の国際人口移動の動向

次に、それぞれの地域に特徴的な人々の移動の形態に注目しながら、地域別に、最近の国際人口移動の動向を概観する。

### ・ 伝統的移民受け入れ国

米国、カナダ、オーストラリア、ニュージーランドといった国々では、移民国家と称されるが如く、建国の歴史のなかで移民の果たした役割を十分に評価した上で、長年にわたり大量の定住型移民を受け入れてきている。これら伝統的移民受け入れ国では、先住民の家族の呼び寄せを中心として、難民、庇護希望者が受け入れの多くを占める。それと同時に、最近では、産業の国際競争力強化の観点から、専門労働者、熟練労働者の移民や、専門職、ビジネス関連の短期滞在者の受け入れ数も多い。また、かつてはヨーロッパ出身者が移民の主流であったが、最近では、次第にアジア、特に東・東南アジア地域からの移民が大きな比率を占めるようになっている。

### ・ ヨーロッパ地域

西ヨーロッパの先進工業国は、1960年代の高度

経済成長期に積極的に外国人労働者を受け入れた歴史がある。しかし1970年代前半、オイルショックを契機に外国人労働力の流入は制限され、定住外国人労働者の家族呼び寄せという限定的な形で移民を受け入れてきた。外国人人口はフランス、ドイツ、イギリスなどに多く集中しており、ルクセンブルク、スイス、オーストリア、ドイツ、ベルギー等では、外国人人口が総人口のなかで占める割合が高い(OECD 1999 Table A.1.6)。また現在EU域内の人口移動は自由化されているが、外国人不法滞在者の問題等から、EU域外からの新たな人口流入の動きに対しては慎重な姿勢を見せている。

旧ソ連、旧ユーゴスラヴィアの解体、そしてコソヴォ紛争等、相次ぐ政治混乱と地域紛争は、1990年代を通じて大量の難民、国内避難民を発生させることとなった。2000年初めの時点で、ヨーロッパは、約260万人の難民を抱えている(UNHCR, 2000)。

### ・ 中東地域

中東では、1970年代半ば、いわゆるオイルマネーの蓄積を背景に中東産油国が大型建設プロジェクトを実施して以来、近隣非産油国とアジアの開発途上国から大量の外国人労働者が流入している。これら中東産油国は概して人口が希少なために、外国人労働者に対する依存度がきわめて高い。またイスラエルでは、1948年の建国以来、宗教的同質性を求めて世界各地からユダヤ人の入植者が絶えない。最近では、旧ソ連の崩壊と共に、同地域から数多くのユダヤ系移民が流入した。イスラエル建国の過程、及びその後の中東戦争によって発生した大量のパレスチナ難民の存在は、今なお地域和平達成の不安定要因となっている。

・アジア地域

アジアは、長い間、中東への労働力供給地、及び伝統的移民受け入れ国への移民の出身地域とみられてきた。しかし、1980年代以降、アジア諸国間の経済格差が広がるにつれ、域内での国際人口移動が急速に活発化している。アジア域内の国際人口移動の活発化は、同域内にあってもっとも経済的に富裕な日本にとっても無関係ではなく、日本に入学し、在留する外国人の数は、1980年代後半以降著しく伸びている。専門的な技術・知識を持って働く外国人、南米からの日系人の流入、アジア地域からの研修生などに加えて、観光客等を偽装して入学し不法に就労する外国人労働者も後を断たない。また、忘れてならないのは、西アジア地域に分散するアフガニスタン難民の存在である。20年に及ぶ内紛、政情不安から、国外流出した難民は数百万人にのぼるといわれており、1980年代及び1990年代を通して、世界でもっとも大規模な難民人口となった( UNHCR, 2000 )。2001年12月、タリバン政権の消滅・暫定政権発足にともない、パキスタン、イラン、中央アジア諸国から現在150万人以上が予想以上の早さで帰還している。しかし、その受け入れ態勢は十分なものではなく、政治的・社会的混乱も解消されたと言うにはほど遠い状態であり、今後も平和構築のための国際的な支援が不可欠である。

・中南米地域

中南米は、かつて米国に次ぐヨーロッパからの移民の受け入れ地域であった。しかし、第二次大戦後、徐々に移民吸収力を失い、今日では主として北米への人口流出地域に転じている。また、1980年代に続発した中米諸国( エル・サルヴァドル、グアテマラ、ホンデュラス、ニカラグア )の地域紛争は、同地域内に数多くの難民を発生させた。事態の沈静化した今日、ゆっくりではあるが、徐々に難民の帰還が確認されている。

・アフリカ地域

広大なアフリカは、地域によってかなり特色の違う国際人口移動がみられる。まず北アフリカは、ヨーロッパや中近東での経済活動を目的とした

人々の流出が特徴的である。西アフリカでは、沿岸諸国の象牙海岸、ガボン等へ、プランテーション産業における雇用機会を求めて近隣内陸諸国から人々が流入している。一方南アフリカ地域では、南アフリカ共和国、ボツワナで大量の外国人鉱業労働者が雇用されている。また民族紛争や内紛が相次いだ結果、アフリカの難民、国内避難民の数は著しく増加した。アフリカには、いまだ全土で、330万人近い難民が生活している( UNHCR, 2000 )。

1 - 7 - 2 国際人口移動の課題

国際人口移動は、いわゆるグローバリゼーション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、受入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、わが国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。

海外からわが国への入国者に対しては、人道的観点から日本人と平等な扱いがなされなければならない。しかし、日本は受け入れてからの健康保険、生活保護、教育等の社会サービスの整備は遅れており、早急な対応が必要である。また同様に、規定が明確でない難民認定申請者に対する支援体制の改善も必要である。

難民に対する支援は、難民発生時の物資供与を中心とした緊急援助だけでなく、本国帰還後の生活の再建も視点に入れた包括的な取り組みが必要であろう。庇護国での滞在が長期化する難民に対しては、滞在地における基本的な生活知識の習得を促し、職業訓練を行って、社会的統合を促進する支援を提供すべきであろう。帰還民に関しては、必要物資の提供のみならず、教育、医療保健や流通機構の再建などコミュニティ開発、社会的インフラ復興に対する協力が考えられる。また、難民を

表1-6 世界の人口 都市・農村別の分布と推移 1950～2030年(10億人、%)

	世界				先進国				途上国			
	総人口	都市人口	農村人口	都市化率	総人口	都市人口	農村人口	都市化率	総人口	都市人口	農村人口	都市化率
1950	2.52	0.75	1.77	29.8	0.81	0.45	0.37	54.9	1.71	0.30	1.40	17.8
1975	4.07	1.54	2.52	37.9	1.05	0.73	0.31	70.0	3.02	0.81	2.21	26.8
2000	6.06	2.68	3.19	44.3	1.19	0.90	0.29	75.4	4.87	1.96	2.90	40.4
2030	8.27	4.98	3.29	60.2	1.22	1.00	0.21	82.6	7.05	3.98	3.08	56.4
年平均増加率												
1950-2000	1.77	2.58	1.19		0.77	1.41	-0.45		2.12	3.80	1.47	
1950-1975	1.93	2.92	1.43		1.02	2.01	-0.62		2.31	3.99	1.84	
1975-2000	1.61	2.24	0.95		0.51	0.81	-0.27		1.93	3.61	1.10	
2000-2030	1.04	2.09	0.10		0.07	0.38	-1.08		1.25	2.38	0.20	

出所：United Nations(2001)<sup>4</sup>より作成。

注：先進国は、北米、欧州、オーストラリア、ニュージーランド、日本を含む。途上国はそれ以外の国。

受け入れる地域コミュニティは、非常に大きな経済社会的負担を強いられることが多いが、こういった受け入れ地域の負担を軽減するような支援も考えられてよい。

### 1-7-3 都市化の勢い

#### (1) 世界の都市化の動向

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(表1-6)。同時期、都市人口は7億5000万人から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<sup>5</sup>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(United Nations, 2001)。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。また1950年には世界の都市人口の4割は途上国の人口であったが、2030年にその割合は8割に上昇する。それでも、2030年時点で途上国における都市化率は5割を多少上回るレベルであり、将来的にはさらに都市化が進むと予想される。

次に、「都市」の内訳を人口規模から概観する(表1-7)。まず人口が大都市に集中する傾向が強まる。1975年には、人口100万人以上の都市に居住する人口は世界の都市人口の34%であったが、2015年には40%に増加する。同じく1975年から2015年の変化を先進国と途上国と比較すると、人口100万人以上の都市に居住する人口の都市人口に占める割合においては、先進国の「33%から38%へ増」に対し途上国は「34%から41%へ増」、100万人以上の都市数においては、先進国の「85から128都市へ増」に対し途上国は「110から426都市へ増」であり、この傾向は特に途上国で強いことがわかる。また、途上国においては、人口500万人以上の都市に居住する人口は2000年から15年で1.6倍になる計算であり、今後途上国は急速な都市化によってさまざまな問題に直面することは間違いない。

<sup>4</sup> 国連は各国の「都市」の定義に基づいて都市化を計測している。したがって国連の統計をみるにあたっては、国によって異なる都市の定義に注意しなければならない。国連がデータを把握している228カ国のうち約半数が、その人口規模にかかわらず政府の行政区分に従い都市を定義、51カ国は人口規模や密度から都市を定義、39カ国は地域の機能面から定義、22カ国は「都市」の定義を持たず、8カ国は全人口を都市または農村と区分している。したがって、国連の統計上ではA国の方がB国より都市化率が高くても、共通の指標(例えば100万人以上の都市に住む人口が総人口に占める割合)を用いて都市化を比較した場合、順位が逆になる可能性もある。

<sup>5</sup> 都市に居住する人口が総人口に占める割合。

表 1 - 7 世界の人口 都市の規模別分布と推移 1975 ~ 2015 年(千人、%)

	世界			先進国			途上国		
	1975年	2000年	2015年	1975年	2000年	2015年	1975年	2000年	2015年
1,000万人以上									
都市の数	5	16	21	2	4	4	3	12	17
人口	68,118	224,988	340,497	35,651	67,403	70,641	32,467	157,585	269,855
都市人口に占める割合	4.4	7.9	8.8	4.9	7.5	7.4	4.0	8.0	9.3
500万 ~ 1,000万人									
都市の数	16	23	37	8	5	6	8	18	31
人口	122,107	169,164	263,870	62,173	39,157	45,476	59,934	130,007	218,395
都市人口に占める割合	7.9	5.9	6.8	8.5	4.4	4.8	7.4	6.6	7.5
100万 ~ 500万人									
都市の数	174	348	496	75	104	118	99	244	378
人口	331,576	674,571	960,329	145,409	216,080	242,537	186,167	458,491	717,792
都市人口に占める割合	21.5	23.6	24.8	19.8	24.1	25.4	23.0	23.3	24.6
50万 ~ 100万人									
都市の数	248	417	507	95	109	107	153	308	400
人口	176,414	290,113	354,448	68,607	77,461	74,199	107,807	212,652	280,249
都市人口に占める割合	11.4	10.1	9.2	9.3	8.6	7.8	13.3	10.8	9.6
50万未満									
人口	844,296	1,502,920	1,950,323	422,129	497,652	521,547	422,167	1,005,268	1,428,776
都市人口に占める割合	54.7	52.5	50.4	57.5	55.4	54.6	52.2	51.2	49.0

出所：United Nations(2001)より作成。

注：先進国は、北米、欧州、オーストラリア、ニュージーランド、日本を含む。途上国はそれ以外の国。

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、基となる人口規模が大きいため人口は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) 途上国における地域別の都市化の動向

今後30年間における世界の都市化は事実上、途上国の都市化であることから、途上国の地域別にその都市化傾向の動向と特徴(表1-8・表1-9)を述べる。

### ・ラテン・アメリカ地域

ラテン・アメリカは、途上国の中でもっとも都市化の進んだ地域である。都市化率は2000年現在すでに75%に達しており、ヨーロッパや米国な

どの先進国と同レベルにある。2000年から2030年の間にラテン・アメリカの都市化は北米とほぼ同じスピードの1.4%程度で進行し、2030年には人口の8割が都市の居住者になると予測されている。

ラテン・アメリカにおける都市化の特徴は、他の途上国に比べて大都市に人口が集中する度合いが高く、1つの大都市に集中する傾向も強いことである。2000年時点で南米の都市人口の20%が500万人以上の都市居住者であり、ドミニカ、コスタリカは都市人口の半分以上、チリ、パラグアイ、ウルグアイにおいては都市人口の40%以上が1つの大都市に居住している。

### ・アジア地域

アジアの特徴は一言で言えばその多様性であろう。例えば、世界の中でももっとも高度に都市化した国(クウェート、香港、シンガポール等)、農村人口が90%近くを占める国(ブータン、ネパール等)、人口大国(中国、インド、バングラデシュ、インドネシア、パキスタン等)を含んでいる。アジアの都市化率が2000年で37%程度なのは、人口大国の都市化率が低いためである。しかし人口規模が

表1-8 途上国の人口 地域別都市・農村人口の分布と推移 1950～2030年(百万人、%)

	ラテン・アメリカ				アジア				アフリカ			
	総人口	都市人口	農村人口	都市化率	総人口	都市人口	農村人口	都市化率	総人口	都市人口	農村人口	都市化率
1950	167	70	97	41.9	1,399	244	1,155	17.4	221	32	188	14.7
1975	322	198	124	61.4	2,397	592	1,805	24.7	406	102	304	25.2
2000	519	391	127	75.4	3,672	1,376	2,297	37.5	794	295	498	37.2
2030	723	608	116	84.0	4,950	2,679	2,271	54.1	1,489	787	702	52.9
年平均増加率												
1950-2000	2.29	3.50	0.55		1.95	3.52	1.38		2.59	4.52	1.96	
1950-1975	2.66	4.24	0.99		2.18	3.61	1.80		2.46	4.71	1.92	
1975-2000	1.93	2.77	0.10		1.72	3.43	0.97		2.72	4.32	2.00	
2000-2030	1.11	1.48	-0.33		1.00	2.25	-0.04		2.12	3.32	1.15	

出所：United Nations(2001)より作成。

表1-9 世界の人口 都市の規模別分布と推移 1975～2015年(千人、%)

	ラテン・アメリカ			アジア			アフリカ		
	1975年	2000年	2015年	1975年	2000年	2015年	1975年	2000年	2015年
1,000万人以上									
都市の数	2	4	4	2	10	13	0	0	2
人口	21,024	58,705	66,390	31,214	136,337	214,172	0	0	27,496
都市人口に占める割合	10.6	15.0	13.1	5.3	9.9	10.7	0.0	0.0	5.5
500万～1,000万人									
都市の数	2	3	5	6	12	23	1	3	3
人口	17,106	19,681	35,515	46,593	87,145	161,776	6,079	23,181	21,103
都市人口に占める割合	8.7	5.0	7.0	7.9	6.3	8.1	5.9	7.9	4.2
100万～500万人									
都市の数	17	43	69	78	173	258	7	32	56
人口	32,388	85,822	139,425	147,415	318,013	466,244	12,132	64,225	123,373
都市人口に占める割合	16.4	21.9	27.5	24.9	23.1	23.3	11.8	21.8	24.5
50万～100万人									
都市の数	26	56	64	111	216	276	19	39	63
人口	17,826	39,050	45,380	77,958	149,538	193,426	14,142	26,445	43,441
都市人口に占める割合	9.0	10.0	8.9	13.2	10.9	9.6	13.8	9.0	8.6
50万未満									
人口	109,310	188,083	220,708	288,751	684,486	969,475	70,134	181,376	287,844
都市人口に占める割合	55.3	48.1	43.5	48.8	49.8	48.4	68.4	61.4	57.2

出所：United Nations(2001)より作成。

大きいためアジアの都市化動向は世界の都市化動向に影響を及ぼす。例えば今後30年の間に増加すると予測されている世界の都市人口20億人のうち、13億人はアジアにおいてである。

アジアはまた、途上国の中でもっとも大きな都市が集中している地域でもある。2000年において人口500万人以上の都市はアフリカで3都市、ラテン・アメリカで7都市なのに対し、アジアでは22都市を数える。

#### ・アフリカ地域

アフリカの2000年時点での都市化率は37%とア

ジアよりやや高い程度であるが、都市化は他に類を見ない速度で進展してきた。20世紀後半を通じてアフリカの都市人口は年平均4%を超える勢いで増加し、都市人口は50年前と比べて9倍になった。増加趨勢は21世紀初頭も続き、2030年に都市化率は5割を超えると予測されている。

他の地域と比べてアフリカの都市人口は比較的小規模の都市に集中する傾向が強い。2000年の人口500万人以上の大都市に居住する人口の割合は1割にも満たず、都市人口の61%は人口50万人以下の都市に居住している。



表1 - 10 途上国・地域別都市化の要因推計(千人)

	1960年代 中国を除く	1970年代 中国を除く	1980年代 中国を除く	1980年代
途上国				
自然増加の寄与率(%)	59.7	55.9	59.9	45.7
移動の寄与率(%)	40.3	44.1	40.1	54.3
都市の年平均自然増加率(%)	2.49	2.37	2.14	1.82
農村からの人口流出率(%)	0.61	0.87	1.47	1.14
ラテン・アメリカ				
自然増加の寄与率(%)	59.9	59.5	66.1	
移動の寄与率(%)	40.1	40.5	33.8	
都市の年平均自然増加率(%)	2.7	2.28	1.85	
農村からの人口流出率(%)	1.92	2.65	2.28	
アジア				
自然増加の寄与率(%)	59.2	53.3	51.1	36.4
移動の寄与率(%)	40.1	46.7	48.9	63.6
都市の年平均自然増加率(%)	2.31	2.39	2.46	1.71
農村からの人口流出率(%)	0.36	0.66	1.37	1.07
アフリカ				
自然増加の寄与率(%)	58.8	59.4	75.1	
移動の寄与率(%)	41.2	40.6	24.8	
都市の年平均自然増加率(%)	2.63	2.61	2.79	
農村からの人口流出率(%)	1.07	0.77	0.5	

出所：Chen et al.(1998)

注：移動の寄与率には、行政区域の変更も含まれる。  
途上国の4分の1の国々における推計である。

### 1 - 7 - 4 都市化の要因

#### (1) 都市化の人口学的要素

都市化の要因としては、人口の自然増加、農村から都市への人口移動、今まで農村であった場所が人口増加により「都市」に再分類される場合(行政区域の変更や都市の定義の変更も含まれる)の3つがある。この3つの要素<sup>6</sup>のうち、どれが都市化に大きな影響を与えているかを、年代別、地域別に概観する。

1980年代以前のデータに中国は含まれていないため、まず中国を除いた発展途上国全体を概観する(表1 - 10)。1960年代では移動の寄与率が40%、都市の自然増加が60%であり、移動の都市化に対する寄与率に地域による大きな違いは見られない。しかし、アジアにおいて移動の寄与率が徐々に上昇していく一方、1980年代に入ってからのアフリ

カ<sup>7</sup>とラテン・アメリカでは移動の寄与率は減少するなど、地域間格差が拡大してきている。これは、アジアにおいて都市の自然増加率が減少傾向にありかつ農村からの流出率が上昇していること、アフリカにおいては都市の自然増加率が継続的に高く経済的状況あまり芳しくないため、農村からの流出率が下がっていること、ラテン・アメリカでは、都市の自然増加率は減少傾向にあり、同時に農村からの流出率も1970年代と比較して低下していることの表れである。一方、中国は1980年代における経済成長と一人っ子政策のため都市の自然増加が都市化に貢献した割合はわずかに28%に過ぎず、移動の都市人口への寄与率は72%に達した(Chen et al. 1997)。そのことが、1980年代の途上国全体における都市化に対する移動の寄与率を、50%以上に押し上げている。

一般に考えられているように、途上国の都市化

<sup>6</sup> 得られたデータは、移動の寄与率に行政区域の変更が含まれたものであったため、「 $\Delta$ 」と「 $\Delta +$ 」の2つの要素間で比較を行った。

<sup>7</sup> ただしここで注意しなければならないのは、この推計を行うのにデータの得られたアフリカ諸国は数少なく、しかも都市人口増加率の高い国がデータに入っていないことである。

## BOX 1 - 1 移動の要因

移動の要因についての研究では、新古典派経済学が大きな役割を果たしてきた。ルイス(Lewis, 1954)の2部門モデルに代表されるが、近代部門の成長過程で都市の企業家が増大する労働需要の不足分を因習的な低賃金で農村から吸収し、それによって超過利潤の再投資による資本蓄積・拡大再生産が可能になるという経済成長メカニズムを説明している。この枠組みから見ると、人口移動は経済成長に伴う産業構造変化の過程で生じる現象であり、それ自体は経済発展の健全さを表しているといえる。

しかし、途上国の都市化は経済成長の一過程というよりも、高い人口増加率と都市における雇用機会の不足から「過剰都市化」を引き起こしているケースも多い。都市に十分な雇用吸収容量がないにもかかわらず継続的に観察される農村 都市の労働移動のメカニズムを説明したのが有名なハリス＝トダロ・モデル(Harris and Todaro, 1970)である。ルイスらの2部門モデルは都市での失業は存在しないという前提の上で都市への労働力プル現象を説明しているが、ハリス＝トダロ・モデルは農村では十分な雇用機会がないということをも前提にして農村から都市への労働供給という労働力プッシュ現象を説明している。ハリス＝トダロ・モデルでは、農村賃金と都市期待賃金の差が移動の規定要因とされている。したがって、このモデルから示唆される政策目標は、農村所得上昇による2地域の所得格差の是正である。具体的施策として、農業生産性の向上を目的とした農業技術の普及や農業生産基盤の整備、農村加工業の育成など農村での経済開発事業の実施が挙げられる。

1980年代に入り途上国の移動を説明する新しい理論として、スタークらの提唱する「移動に関する新しい経済学」(The New Economics of Migration)が注目に値する(Stark and Bloom, 1985)。途上国の農村では農業基盤施設が未整備の上、銀行や保険市場が発達しており、農民は生産活動を行う上で大きなリスクを負っているが、そのリスクを分散化するための手段として、農村世帯はその世帯員を都市に送り他の所得源を得ようとするという考え方である。たとえ都市で得られるであろう賃金が農村での賃金より低くとも、リスク分散の観点から見れば、農村 都市移動は合理的な行動なのである。移動が農村における経済活動のリスク分散のための一手段であるならば、その政策的含意は途上国の農村における保険や融資などのサービスの導入や生産基盤の整備の必要性である。

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。したがって都市人口の増加率を抑えることが政府の目的であるならば、都市での自然増加の抑制を目的とした政策により力を入れるべきであろう。ただし、今後途上国において出生率がさらに低下してくると、都市化率の上昇は農村から都市への流入によるものになることは明らかである。人口転換と急速な経済成長が同時進行したならば、人口移動の都市化に対する寄与率が大きくなることは間違いない。

途上国の都市では、都市人口の増加に伴い貧困層の増大の他にも、大気や水の汚染、交通渋滞や交通事故の増加などの環境問題も深刻化している。特に健康上の問題は、人口密度が高く生活環境の劣悪なスラムの住人に顕著である。最近の途上国を対象とした研究(Brockerhoff and Brennan, 1998)によると、居住している都市の人口が多く人口増加率が高いほど、乳幼児死亡率が高いという結果が出ている。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。

## 1 - 7 - 5 都市化の課題と政策

## (1) 都市化の課題

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ろう。しかも途上国の都市では貧困層が増加してきており、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(Brockerhoff, 2000)。

## (2) 都市化に対する政策

前述したように多くの途上国において都市化の主要な要因は農村 都市間の移動よりも、都市における自然増加である。都市化のペースを遅らせることが主要な政策目標であり、都市化の要因として都市の自然増加の方が都市への移動よりも大きいのなら、都市における自然増加に影響を与える政策への転換が必要であろう(Chen et al., 1998)。ただ、都市の成長を促進する要因を探るためには、

純粹に人口学的な要素よりもその背後にあるより大きな社会・経済的な状況・政策に注目する必要がある。例えば都市化の要因となる農村 都市移動に影響を及ぼしているのは、農村の貧困と都市に偏重した政策の存在であろう( World Bank, 2000 )。

現在、都市化とそれに付随する問題に関する政策の方向は、人口に焦点を合わせ、農村 都市の移動量や方向に影響を及ぼそうとする政策から、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。その背景には、都市化を制限するような政策がことごとく失敗してきたこと、そして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の浸透がある( Kasarda and Parnell, 1993 )。したがって農村 都市移動の量や方向性に影響を与えるような政策よりも、むしろ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。

近年、途上国の都市問題に対処する上でもっとも期待されているのが、地方の分権化と政府・民間両部門による共同体作りである( Chen et al., 1998; World Commission Urban 21, 2000; World Bank, 2000 )。なかでも地方自治体による都市開発と管理に関する権限と能力の向上は急務であろう。また近年では、中・小規模の都市の経済基盤を強化し、大都市との交通・情報通信ネットワークを整備することも大都市の都市化の速度を遅らせる上で有効と考えられている( Brockerhoff, 2000 )。

本稿は、国際協力事業団平成12年度客員研究員報告書(阿藤誠、佐藤龍三郎、小松隆一、加藤久和、大崎敬子、千年よしみ著『人口問題に関する総論と課題(前編・後編)』)を主な参考とした。

## 日本の人口変動と経済発展

日本大学 人口研究所  
次長 小川 直宏

## はじめに

18世紀末に古典派経済学者であるマルサスが『人口論』を発表したが、それ以降150年以上にわたり、人口は経済学の体系外に置かれ、経済学では“人口は与件”として外生的に扱われという不遇な時代を送った。ところが、第二次大戦後に、深刻な貧困にあえぐ開発途上国の経済発展を取り扱う開発経済学が誕生し、その中で経済的離陸を可能にする基本的条件の一つとして人口変動に注目が集まり、特に、出生率の変動と経済変数との関係の解明に研究上の関心が高まったのである。その結果、1957年のライベンシュタインによる出生の経済理論が誕生し、その後はベッカーやイースタリンといった学者によってより精緻な経済理論に基づく出生理論も構築されるに至ったのである。そして、1992年にベッカーがノーベル経済学賞を受賞することにより、応用経済学の一つの分野として確固たる地位を人口経済学は得たと言えよう。

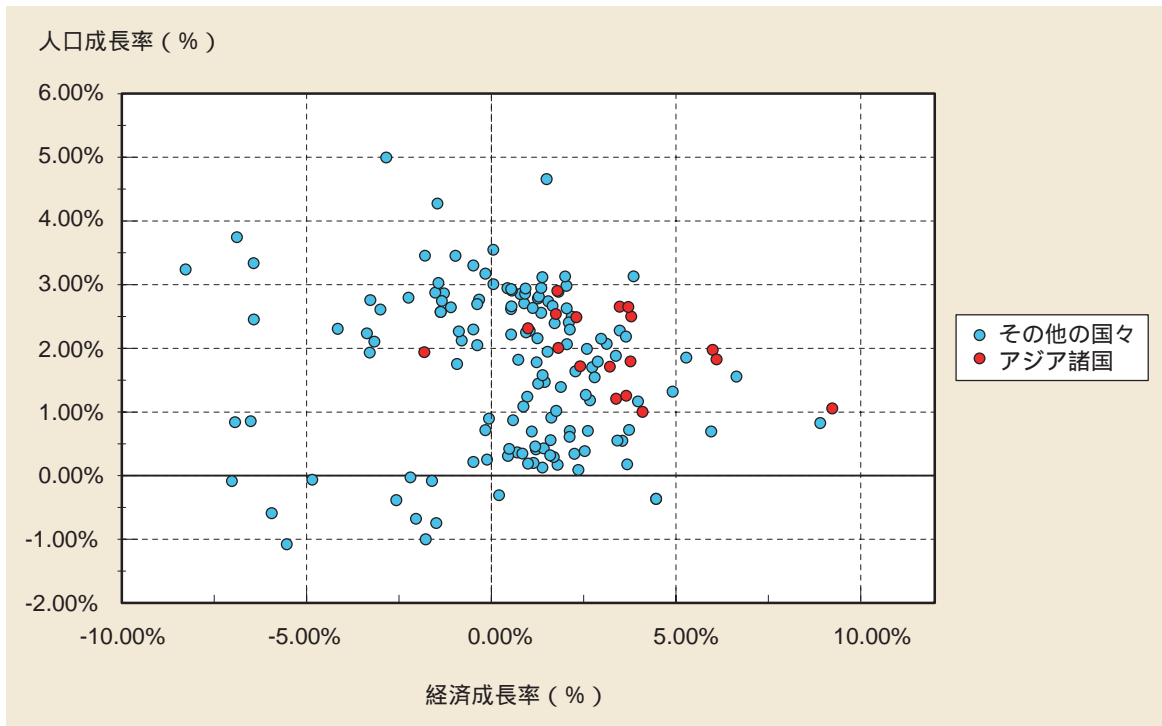
人口経済学の出発点となった開発経済学の分野では、過去50年間で開発途上国の開発目的が著しく変化するとともに、新しい開発理論が次々と構築されてきた。1950年代では、“ビッグ・プッシュ”や“トリックル・ダウン”などの開発理論に代表されるように、経済を離陸させ、GNPを大きくすることに主眼が置かれていた。そして1960年代では、GNPの成長のみならず、国際収支や雇用など開発途上国でボトルネックとなっていた分野の克服に開発目的がシフトするとともに、経済構造のデュアリズムを扱った理論モデルや、バランス成長の概念をベースにした開発理論が生まれた。さらに70年代には、地域間移動、伝統的セクターへの総合的アプローチなどの問題が開発理論で扱われ、それまでの成長一辺倒から分配問題へ、そして貧困緩和などに開発の中心が移っていった。また、1980年代に入ると、市場開放、民営化などを通じて経済安定を目指すという開発政策がとられたと同時に、人的資本の役割を重視した内生的発展理論が誕生し、技術の進歩・効率の向上が開発

目的となった時代であった。そして1990年代では、グローバル化による構造調整が経済を安定化させるための鍵を握る時代となってきている。

これら半世紀にわたる途上国における開発目的やそれに関連した開発理論の変遷を振り返ると、その理論的フレームワークの対象が一国からやがて多国間に、そしてグローバル規模まで拡大するとともに、開発目的も量の確保から質の向上へ移行してきていることが理解できる。このように開発の理論や理念が時代とともに変化したこれら半世紀の間に、目覚ましい経済発展を遂げた途上国が数多くあるが、それらの多くはアジア、特に東アジア・東南アジアに集中している。例えば、東アジアに属するわが国の場合をみると、1950年ではわが国は戦後の復興期にあり、1人あたりGNPは153ドルであり、メキシコの181ドル、フィリピンの172ドルよりも下であった。その時の世界第一位が米国であり、その1人あたりのGNPは1,883ドルで、わが国の12倍であった。しかし、1990年ではわが国の1人あたりGNPは24,000ドルとなり、米国やドイツと肩を並べる水準まで経済成長を遂げたのである。さらに、1970年代に輸出促進政策をとって成功したシンガポールを始めとするアジアNIEs諸国、1980年代に半導体輸出の世界No.1の地位を得たマレーシア、そして1980年代から1990年代にかけて、日本への食料品や繊維製品の輸出で成功したタイ、さらに最近では中国などの国々が経済的に国際競争力をつけてきている。

これらの東アジア・東南アジア諸国は、それぞれ経済的に成功を収めた時期やその開発戦略も異なるが、成功した要因として概ね次の5つが共通項として浮かび上がってくる(Ogawa, Jones, and Williamson, 1993)。すなわち、高貯蓄率に支えられ、活発な投資活動による公共部門・民間部門におけるインフラの整備、先進国から導入した技術の有効な活用、比較的安定した政情、高い水準の教育を受けた質のよい労働力の存在、世界経済が好調時に採用された輸出促進政策、など

図1 人口成長率と経済成長率との関係(1990-1998)



出所：World Bank(2001)

の5つの要因である。勿論、成功した東アジア・東南アジア諸国のケースを国別にみると、これらの要因の重要度が相当に異なっていることは容易に理解できよう。

さらに、ここで重要な点は、これらの要因の多くが密接に人口変動と結び付いていることである。すなわち、経済的に成功したこれらの東アジア・東南アジア諸国では、すでに第1章で触れられたように、出生率が目覚ましいスピードで低下しており、その結果、人口の年齢構造が労働供給と資本形成の両面において有利に作用しているのである。また、乳児死亡も大幅に改善されたことにより、人的資本の損失が最小限に止められている。さらに、これらのアジア諸国では、ラテン・アメリカなどの他の開発途上地域と異なり、教育を中心とする人的資源の拡充が特に顕著な現象として観察されるのである。

本稿では、これらの人口変動と経済成長との関係を、日本を中心とする東アジアのケースについて検討し、その分析結果を他のアジア諸国と比較・吟味してみることにする。そして、わが国が人口変動と経済開発の領域において国際協力が可能と

なる分野を探ることとする

### 人口成長率と経済成長率のネグサス

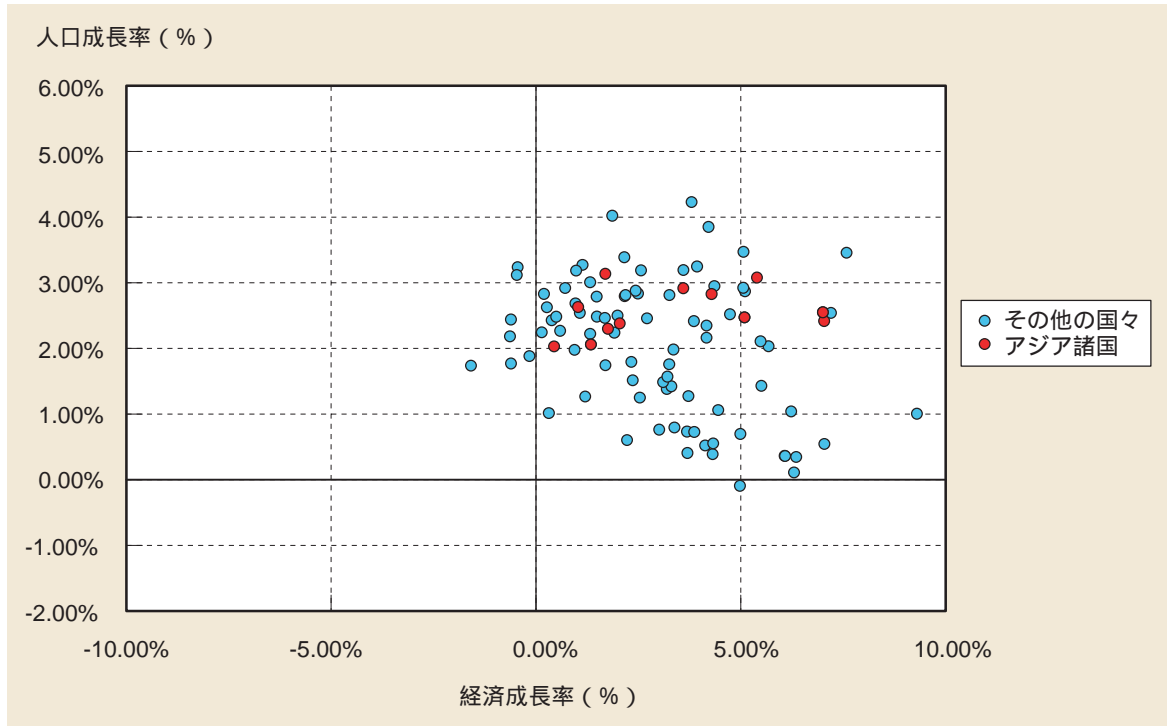
図1は、世界の166カ国で1990年 - 1998年に観察された人口の年平均成長率と1人あたり実質GNPの年平均成長率との関係をプロットしたものである。

この図では、赤色の丸がアジア諸国(18カ国)であり、青色の丸が他の国々(144カ国)を示している。166カ国についての相関係数は0.023であり、全体的には相関関係はゼロに等しいと言えよう。しかも、このような結果は、1980年代後半にケリー(Kelley, 1988)によって指摘された結果と全く同じものとなっている。

しかしながら、赤色の丸で示されたアジア諸国だけに注目してみると、様相は著しく異なる。すなわち、相関係数は-0.35であり、人口成長率と1人あたりGNP成長率との間で右下がりの関係が存在していることが読み取れるのである。

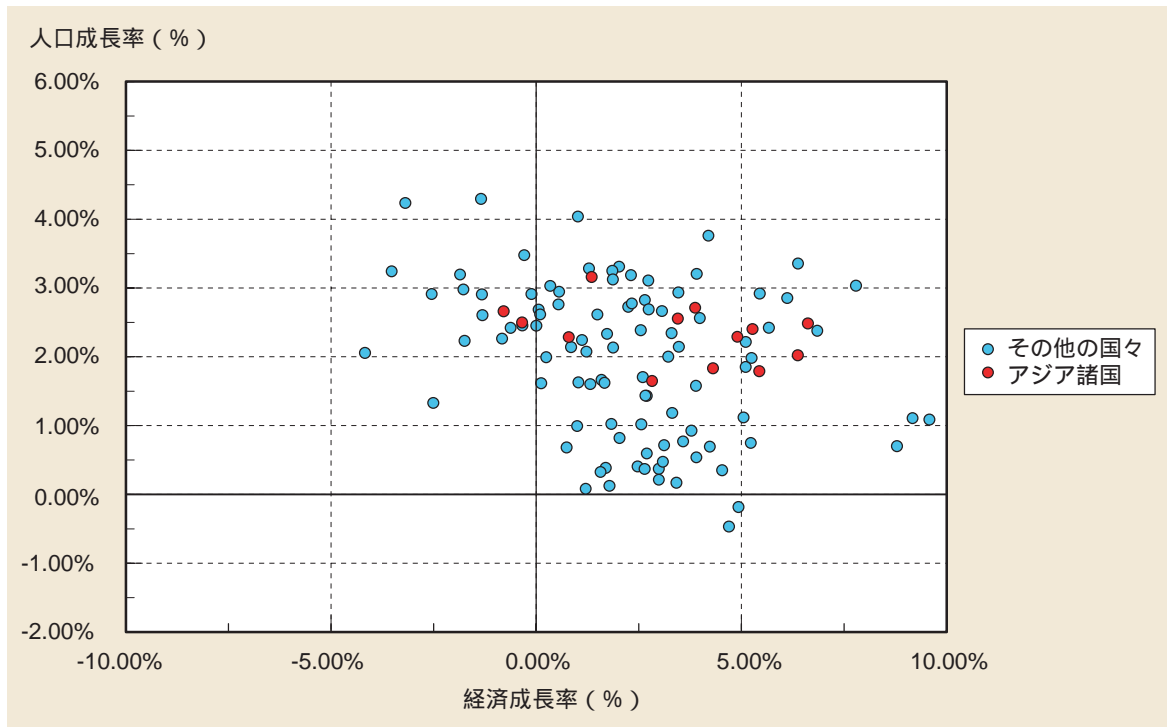
さらに重要な点は、図2~4に示されているように、アジアにおける人口成長率と1人あたりGNP成長率との関係が時間の経過とともに変化してき

図2 人口成長率と経済成長率(GNP)との関係(1960-1970)



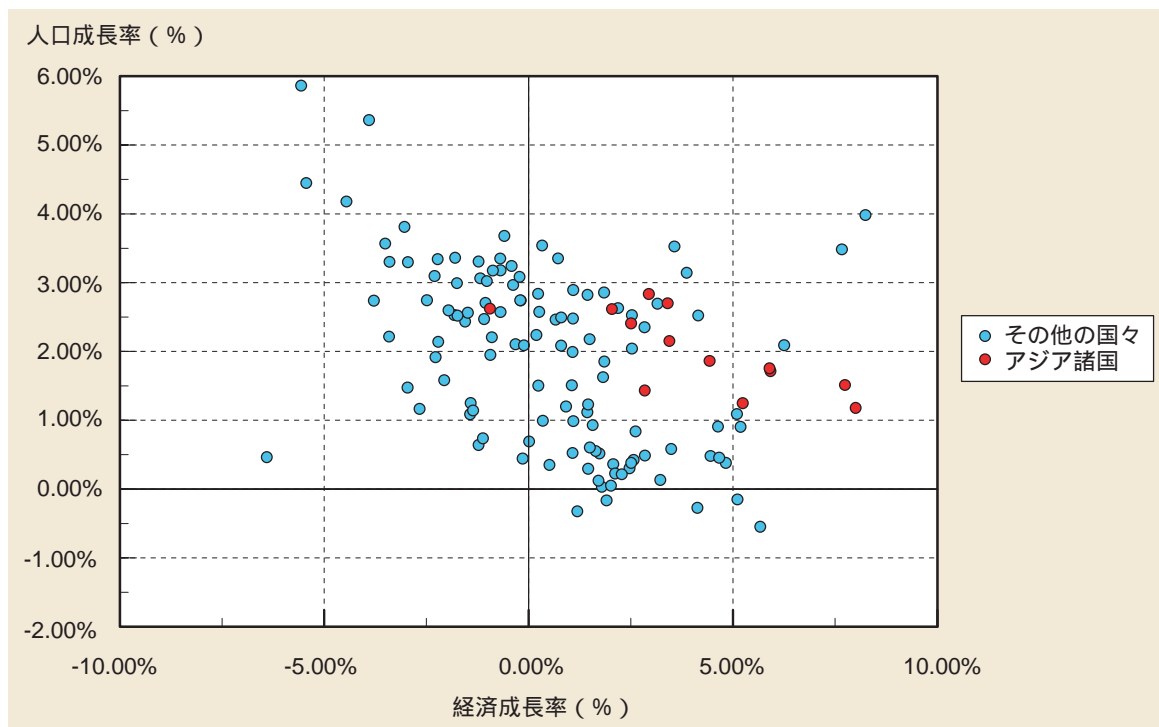
出所：World Bank(2001)

図3 人口成長率と経済成長率(GNP)との関係(1970-1980)



出所：World Bank(2001)

図4 人口成長率と経済成長率( GNP )との関係( 1980-1990 )



出所：World Bank( 2001 )

ていることである。1960年 - 1970年ではアジア諸国の相関係数は0.29とプラスであったが、1970年 - 1980年ではサインが変わり、-0.39となり、1980年 - 1990年では-0.74となったのである。つまり、アジア諸国での出生転換が本格化するのに従い、人口成長率と1人あたりGNP成長率との間で統計的に右下がりの関係が顕著になってきたのである。

また、1990年代に入ってからケリーが行ったアフリカ諸国だけについての同様な分析結果では、1960年 - 1990年の間で10年ごとに相関関係が逆転するのみならず、相関係数もゼロに等しいケースが観察されており、ここで検討した図1~4におけるアジア諸国の結果とはかけ離れたものとなっている。しかし、これらの限られた実証分析結果だけで、人口成長率と経済成長率との間で観察されるマイナスの関係がアジアだけに見られる特異な現象であると断言するには無理があろう。

#### 人口変動のスピードと資本の深化

一般に、経済成長率と人口成長率との間で次のような単純な算術的關係が存在することが知られ

ている。すなわち、

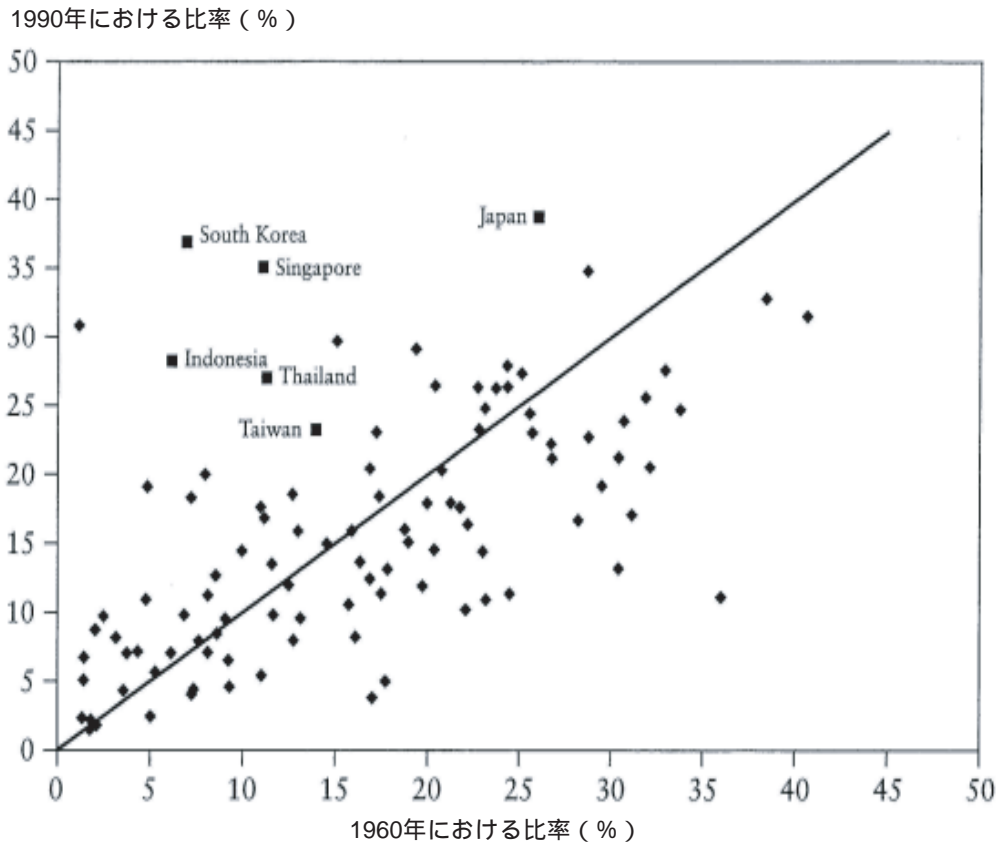
1人あたり所得成長率

$$\text{マクロ経済成長率} - \text{人口成長率} \dots (1)$$

である。(1)式によれば、全てが不変ならば(ceteris paribus) 高い人口成長率は低い所得成長率や貧困に通じることを意味している。しかしながら、(1)式のような状況下では、人口変化と経済成長との間に存在するさまざまなリンケージが考慮されおらず、非現実的な関係式と言える。

実際には、出生率の低下による人口変化が起こると、1人あたり消費量が変わらないと仮定すると、家計レベルで消費量が抑えられ、家計貯蓄が増大する。また、1人あたりの支出が変わらなると仮定すれば、教育を始めとする政府支出も抑えられ、政府貯蓄も増大する。そして、増大した貯蓄は、資本市場での貸付資金の増加に繋がり、政府投資や民間投資の増加となり、資本形成が促進されるのである。さらに、労働力は出生低下が開始されても20年間ほどは減少せず、しかも労働者1

図5 1960年と1990年におけるGDPに対する投資比率



人あたりの資本装備率は上昇するので労働者1人あたりの生産性は上昇することになる。この労働者1人あたりの資本装備率の上昇を「資本の深化 (capital-deepening)」と呼んでいる。

この資本が深化する現象は、出生低下のスピードが急速であればあるほど顕著となり、労働者1人あたりの資本装備率の増大ペースも加速され、経済成長率へのインパクトも強いものとなる。図5は、1960年と1990年との2時点で、世界の104カ国におけるGDPに対する投資の比率を比べたものである。

なお、この図における斜線は原点を通る45度線である。この図より、1960年に比べて、1990年における投資比率の方が高くなっている国々の中に多くのアジア諸国が含まれているのである。しかも、これら2時点の間で出生転換のペースが顕著であった国ほど45度線より上に乖離しており、資本装備率が高くなっていることを示唆している。すなわち、この図でプロットされている韓国、台湾、

シンガポールなどでは資本の深化のプロセスが30年間で急速に進行したことが読み取れ、1990年代の半ばに世界銀行によって“Asian Economic Miracle”と呼ばれるほど驚異的な経済成長がこれらの国々で実現したことを裏付けているのである。

ただし、この図は、あくまでも比較静学的な性質を有するものであり、2時点間で起こったダイナミズムは示されていない。特に、日本の場合については、45度線よりも上に位置しているものの、1960年以前に出生転換を終了していたために45度線からの乖離度は、韓国やシンガポールに比べて、それほど大きくはなっていないのである。もし1950年の時点と比べれば、わが国に乖離度は一層顕著となることは容易に想像できよう。

ここまでは出生低下による人口変動がもたらす資本の深化の可能性について検討してきたが、寿命の延びによる人口変動がもたらす貯蓄増大効果も見落とすことはできないのである。経済学でもっともよく援用される貯蓄理論としてライフ・



サイクル仮説 (life-cycle hypothesis) がある。この仮説に基づくと、高齢者の生存率が改善すると、長期化した老後の生活を維持するために貯蓄率が上昇することが知られている。日本の場合についてはすでにいくつかの実証研究がなされており、その効果は大きいことが示されている (Mason, Ogawa, and Fukui, 2001)。東アジア・東南アジアでも近年において寿命の伸長が目覚しく、その効果が大きいことが実証研究からも示唆されている (Ogawa, Jones, and Williamson, 1993; Mason, 2001)。これらの実証研究から、死亡率の改善による人口変動も貯蓄率・資本装備率にプラスの効果をもたらしていることが理解できるであろう。

### アジアにおける富の分布と教育投資

わが国における教育投資の水準の高さはすでに世界的によく知られているところである (Ogawa, Jones, and Williamson, 1993)。しかし、わが国におけるこのような傾向は、多くのアジア諸国でも見られるのである。例えば、他の発展途上地域とアジア地域とを比較してみると、教育投資に関する行動に著しい相違が存在していることが見出せる。特に、この点に関するウィリアムソンの実証研究 (Williamson, 1993) は注目に値するのである。ウィリアムソンによれば、アジアとラテン・アメリカ地域における中等教育の就学率をクロス・セクションのデータで分析してみると、アジアを表すダミー変数がきわめて高い統計的有意性を示すのである。ウィリアムソンは、このような結果が得られる背景として、アジアにおける富の分布の均等性を挙げている。アジアにおける富の分布は均等とは言い難いものの、ラテン・アメリカのような発展途上地域と比べると遥かに均等性が保たれており、この違いは両地域の植民地統治の時代まで遡る歴史的要因によって説明されるのである。

このようにアジアにおける経済発展の初期的条件 (initial endowment) の特異性もアジアにおける教育投資を高い水準に保つ1つの要因であるが、さらに、1980年代半ば以降における発展途上にあるアジア諸国での人的資本の強化を目指した政策の導入も見落とすことができないのである。元来、アジア諸国では、フィリピンの例に見られるように、

教育投資に力点を置いてきたが、1970年代のオイルショックによる経済不況・財政危機で人的資本の強化政策はしばらく軽視されてきた。しかし、1980年代半ば以降それが復活されてきているのである。その背景には、景気の回復のほかに、労働力の質に注目した内生的成長モデル (endogenous growth model) の重要性が経済成長理論の分野で脚光を浴び (Romer, 1986)、アジアの途上地域における長期開発計画の中に取り込まれたことも一因となっている。

いずれにしても、日本を始めとして、これまで経済開発で成功を収めてきているアジア諸国で教育投資の重要性が強く認識されていることは、他の開発途上国も十分に教訓とすべき点であることは明らかである。

### 出生抑制の経済的ゲイン測定のためのフレームワーク

20世紀半ば以降でのアジア諸国における出生低下が資本の深化のプロセスを通じて、現実にとどの程度の経済効果を産み出したのであろうか。勿論、各国によって出生低下のスピードや低下の幅、経済社会システムなどの違いがあり、経済効果の大きさは国ごとに異なってくることは容易に考えられる。このような不確定要素はあるものの、筆者が第二次大戦後の日本のケースについて出生抑制の経済的ゲインに関して分析した実証研究をここで簡単に紹介してみることにするが、その前に出生抑制の経済的ゲインの測定法について考察を加えておくことにする。

経済的なゲインを測定するためにはさまざまな方法が存在しているが、もっともよく知られた方法がエンケによる費用便益・投資計画モデル (cost-benefit investment planning model) と呼ばれるものである (Enke, 1966)。エンケはこのモデル分析の一環として、出生抑制をすることにより、どの程度の経済的価値があるかを計算している。エンケの経済的価値とは、出生数を抑制することにより節約された消費量を適正な割引率 (discount rate) を利用して現在価値 (present value) に換算したものである。ただし、出生低下に伴う女子の労働参加率などの経済的メカニズムは彼の分析に含まれていないと

いう制約はある。このエンケの計量分析に使用された式は次のように表すことができる：

$$V_t = \sum_{t=0}^{\infty} [GNP_t^* - (GNP/N)_t N_t^*] e^{-it} \quad \dots (2)$$

上式では  $V$  = 出生抑制による経済的ゲインの現在価値、 $N$  = 総人口、 $GNP$  = 国民総生産、 $t$  = 時間、 $*$  = 出生抑制が行われている場合、 $i$  = 割引率、である。

エンケはこのような出生抑制による経済的ゲインの測定法に基づき、人口500万で1人あたりの国民所得が100ドル、貯蓄率が10%という開発途上国を想定した場合、出生数を1,000件抑制することにより、割引率を15%とすると15年間で抑制された出生数1件につき280ドル節約され、10%の割引率の場合には384ドル、20%の場合212ドル節約されるとしている。このような便益サイドに加えて、出生抑制のために必要な費用サイドの数値を算出し、これらに基づきエンケは一般の投資効果の数値と比較して、出生抑制投資は100倍あるいはそれ以上の効果があると結論付けたのである。そして、エンケの研究はザイダン(Zaidan, 1968)によって更に精緻化されている。ザイダンは、アラブ共和国のデータを使用して分析した結果、出生予定児数を1人減らすことにより、出生抑制を実行する家族に帰する便益は、実行時点の1人あたり所得の4倍程度に等しくなることを示している。

エンケらによる投資計画モデルに続いて、マクロ経済成長モデル(macroeconomic growth model)による方法もよく知られている。エンケなどに代表される投資計画モデルでは、マクロ経済における重要な経済変数間の相関関係が十分考慮されておらず、1変数のもたらすインパクトを広くかつ詳細に分析することができないという欠点がある。それに比べて、マクロ人口経済モデルのアプローチでは、このような経済変数間の関係を理論的に組み立てることにより、人口変数の長期的インパクトを数量化することを目的としている。このような研究アプローチの先駆者としてコール及びフーパーを挙げることができるが、彼らはインドの経済及び人口に関する研究のための分析手段としてコール＝フーパー・モデルを構築した( Coale and

Hoover, 1958)。このモデルでは、出生の上昇は家計貯蓄と政府の税収入の減少を引き起こし、政府投資を低下させ、その結果として資本形成のプロセスが遅れるというシステムが組み込まれているのである。そして、この資本への効果は一定の資本係数を通じて国民総生産レベルへと影響を与えている。

このコール＝フーパー・モデルによれば、高出生と低出生が与える経済・社会効果の相違は相当に大きくなるのである。すなわち、1956年 - 1980年の期間において、前者の場合は1人あたりの所得は38%増加するに過ぎないが、後者の場合は95%も増加する。また、国民所得ベースでも、高出生に比較して、低出生では資本形成がより速く促進され、その結果として総生産量がより大きくなることを示している。

さらに、コール＝フーパー・モデルのようなマクロ人口経済モデルを活用して出生抑制の経済的ゲインを計測する研究も行われてきている。例えば、サイモンの研究(Simon, 1959)が挙げられるが、彼はエンケの投資計画モデルの不完全さを指摘する一方で、出生抑制から生ずるゲインは私的な家計レベルで享受される部分が多くあり、出生抑制の公共部門にとっての現在価値は国民総生産の付加分に相当するに過ぎないとして次のような関係式を考えた。

$$V_t = \sum_{t=0}^{\infty} (GNP_t^* - GNP_t) e^{-it} \quad \dots (3)$$

サイモンは、(3)式をコール＝フーパー・モデルの計算結果に適用してみたが、出生率が高水準で不変の場合と、出年率が25年で50%低下する場合を比較すると、割引率15%の下では、出生数を1件減少させることにより114ドルの経済的ゲインが得られることを示したのである。

次に、スーツとメイソンもマクロ人口経済モデルを構築して、それに基づき出生抑制効果を測定している(Suits and Mason, 1978)。彼らの場合は、エンケの考案した(1)式に、年齢別に異なるウェイトを与え、年齢構成の変化を経済的ゲインにより現実的に反映させようと試みている。これらのウェイトを仮にEAQ(equivalent adult consumers)と

呼ぶとすると、出生抑制の経済的ゲインの現在価値は次式で示される。

$$V_t = [GNP_t^* - (GNP/EAC)_t^*] e^{-it} \dots (4)$$

スーツ = メイソンの計測結果は、出生力の変化を2つのケースに分けて考察している。高出生の場合は、合計特殊出生率が6.2の高レベルで不変であり、低出生のケースは50年間に連続的に2.6まで低下すると仮定している。82カ国のクロス・セクションデータに基づきモデルに内蔵される構造方程式を推定しているが、この推定されたモデルでは、出生抑制により出生予定児数を1人減らすことにより、割引率10%の場合では846ドル、そして15%の場合では915ドルの経済的ゲインが生み出されることを示している。

さらに、スーツ = メイソンの研究では、これらの経済的ゲインの社会へ帰する部分と家計へ帰する部分の割合を計測している。つまり、家計レベルで享受できるゲイン(capturable gain)と享受出来ないゲイン(non-capturable gain)に分けているのである。前者は、出生数の減少により家計で享受できる所得増加分と、低出生に伴う女子労働参加率上昇による所得増加分から構成されており、後者は経済的ゲインの総額から家計が享受できるゲインを差引いたものとなっている。計測結果は、割引率10%では総ゲインはおよそ50%ずつ分けられるが、割引率15%では社会へ帰するゲインはわずか11%に低下するのである。

#### わが国における出生抑制の経済的ゲイン: Onus から Bonus へ

上で検討した出生抑制の経済的ゲインのさまざまなアプローチ方法を念頭に置きながら、第二次大戦後のわが国における急激な出生率低下がもたらした経済的ゲインを計量化したシミュレーション作業の結果を以下で考察してみることにする。ただし、このモデリングの詳しい解説・分析はすでに刊行されているので、ここではその一部を抜粋し、それについての簡単な要約に止めることにする(小川, 1980)。

この計量化作業で使用した人口部門では、1950

年 - 1970年における出生率低下ペースを現実起こったケース(PROJ II)に加え、現実に観察された速度の半分の速度で出生低下が起こったと仮定したケース(PROJ I)の2つのケースを取り上げる。なお、1970年以降2025年までの出生変動は、厚生省人口問題研究所(現国立社会保障・人口問題研究所)が行った1969年の人口推計による変動径路をPROJ IIについては想定し、PROJ Iについては1970年以降の変動幅がPROJ IIと同一であると仮定した。また、これら2つの出生率の変動における違いは、人口学的投資関数に基づき必要な避妊実行のレベル・中絶数などに変換され、それらをベースに出生抑制のコストも計算されている。そして、死亡変動は、厚生省の1969年の推計値をPROJ IとPROJ IIの双方に適用しており、出生率変動の違いによる死亡率変動への影響は考慮されていないのである。

使用したシミュレーション・モデルの経済部門では、人口の変化は長期現象であるので、経済モデルは開放体系をもつ新古典派の成長モデルを主軸とし、ケインズの特徴も同時に織込んだシステムである。この経済部門の変数間の相互関係は逐次的であるので、通常の最小自乗法(ordinary least squares)により1951年 - 1971年の期間にわたり推定された。しかし、ダービン = ワトソン検定(Durbin-Watson test)で、自己相関(autocorrelation)が認められた時には、一般最小自乗法(generalized least squares)を使用してパラメータが推定された。

このシミュレーション・モデルでは、2つの主要チャンネルを通じて出生変化が経済部門に影響を与えている。第1のチャンネルでは、出生力減退が消費及び政府支出の減少を引き起こし、その結果、貯蓄及び資本蓄積が増大する。第2のチャンネルは、出生力低下が労働力供給サイドに影響を与えるプロセスであり、ここでは労働力供給量が男女の労働参加率と生産年齢人口の積により求められる。つまり、この経済部門では、完全雇用と、資本及び労働の完全代替性を仮定し、出生力低下に伴う資本ストックの増加と縮小する労働力とがどのように総産出量に影響するか、という点を数量化する機能をもつのである。経済部門体系は10本の推定された構造式と18本の定義式及び恒等式より

成立している。これらの推計された構造式やモデルに含まれるその他の諸式の関係は図6に表されている。

シミュレーション結果を分析してみると、いくつかの興味ある結果が見出せる。第1点は、出生抑制による経済的ゲインの大きさである。2つの出生経路で異なった所得水準が生み出され、抑制された出生数1件あたりの経済的ゲインも異なってくる。それらのゲインをエンケの測定法とスーツ=メイソンの測定法で計測してみると、出生抑制を1950年の出生水準から実際に観察された出生力の低下の場合と、その半分のスピードで出生力が同期間低下した場合は、エンケ法によれば出生数を1件抑制することにより、1965年不変価格で41万円から170万円の範囲の値をとり、スーツ=メイソン法によれば79万円から197万円の範囲の値をとる。

第2点は、スーツ=メイソンの測定法の延長として、経済的ゲインを社会と家計との間にどのように配分されるかを考察してみたが、使用する割引率、出生抑制開始後の期間及び出生抑制のパターンにより異なった数値が算出されたが、特に留意すべき点としては、出生抑制の経済的総ゲインの家計への配分率が出生抑制後時間の経過とともに上昇し、25年では94%が家計に配分されている。

第3点は、これらの異なる人口成長経路を導き出す人口学的投資量は、それぞれの径路により、著しく異なるパターンを示す。出生抑制の厳しい場合は、出生抑制開始後30年間は高い投資額が必要である。対照的に出生低下がより緩やかな場合は、徐々にその額が単調増加する。また、これらの出生抑制のために費やされた資源と出生抑制により産み出された経済的ゲインとの比率をみると、出生抑制が他の一般的経済投資よりもはるかに有利な投資であることが示された。このような結果は、すでに上で検討したように、日本以外の国について行われた研究結果と一致するのである。しかし、本研究で得られた数値は他の国について計算された数値よりも相当に高くなっている点は注目に値しよう。

第4に、これらの異なる出生力低下の経済効果を実質国民総生産で見ると、出生抑制開始後の25年

間ほどは、出生抑制による資本形成効果が労働力効果を上回る。しかし、時間の経過とともに次第に労働力効果が資本形成効果を凌ぎ、出生抑制の厳しい場合の実質国民総生産は緩やかな出生抑制のそれより小さくなる。

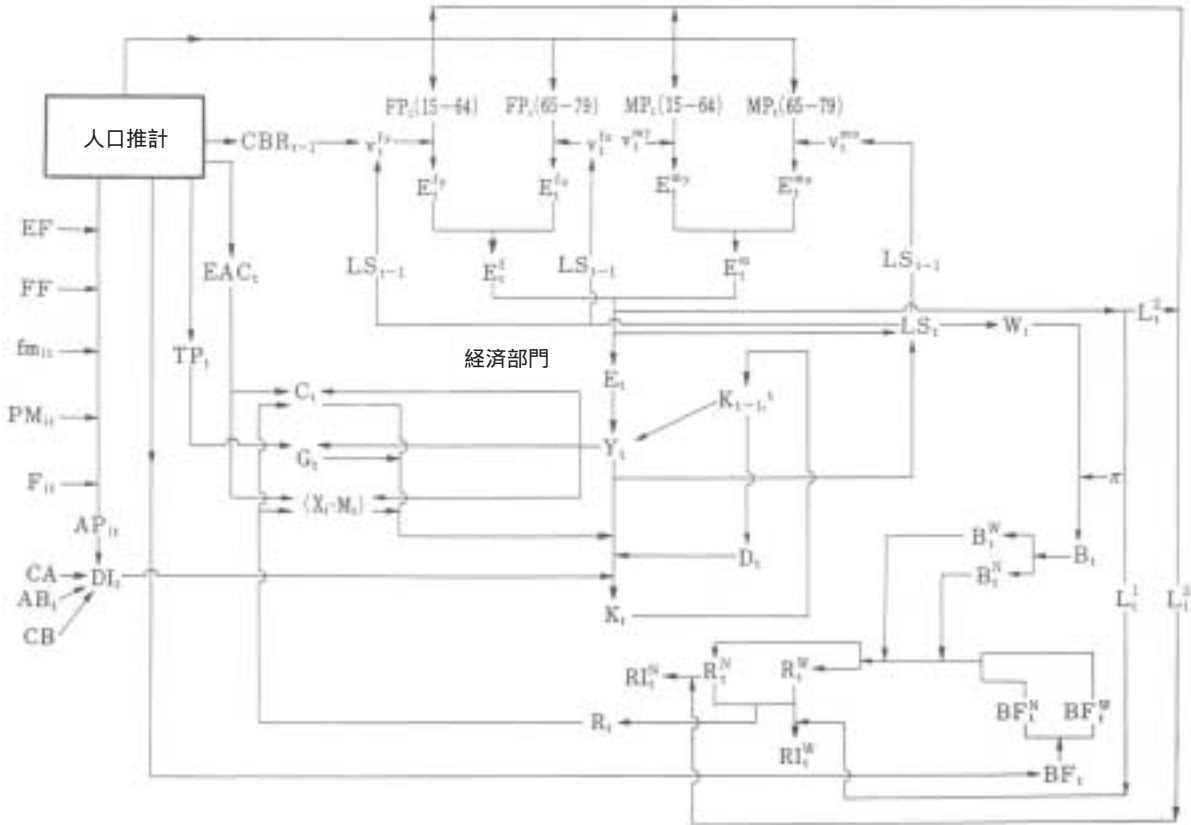
第5は、このような実質国民総生産の規模の逆転にも拘わらず、EAC1人あたりの実質国民総生産は、厳しい出生抑制の場合に高い数値を常に示し、しかもその相対的格差は時間の経過につれて拡大するのである。

人口経済モデルに基づくこれらのシミュレーション結果(特に第1点に述べられている結果)から、第二次大戦後のわが国での出生抑制による出生率低下は、確実に日本経済の戦後復興に貢献したことが裏付けられたと言えよう。特に、1件あたりの出生抑制による経済的ゲインを中絶や避妊による抑制数(中絶数だけでも、ピーク時には申告されなかったケースも含め300万件を超えるとも言われ、それに避妊による出生抑制数を加える)で掛け合せると、そのトータル・ゲインは膨大なものとなり、これらのゲインは戦後の日本における高貯蓄を支え、それらの資金が財政投融資を通じて公共投資を支え、市中の金融機関を通じて企業投資を促進し、1960年代の高度成長期を産み出したのである。厳しい出生抑制を行うことで、敗戦の廃墟の中で起こったベビーブームを、日本経済にとってのonus(重荷)からbonus(思いがけない恵み)へと転換させることに成功したと結論付けても過言ではなからう。

### マイクロデータに基づく東アジア型シミュレーション・モデル

前々説と前節では、マクロデータを駆使して構築された人口経済モデルをベースに、出生抑制が産み出す経済効果の測定に関する分析を検討した。このようなマクロモデルによるアプローチとは別に、近年、マイクロデータをベースに人口経済モデルが構築されて注目を浴びている。この脚光を浴びているマイクロデータに基づくシミュレーション・モデルは台湾のケースを取り扱っているが、台湾の人口転換は韓国や日本などとも似通っており、これらの国々の経済発展パターンも類似している

図6 モデルの図式化



記号

- Y = 国民総生産 (10億円、1965年価格)
- C = 個人消費 (10億円、1965年価格)
- G = 政府支出 (10億円、1965年価格)
- X = 輸出 (10億円、1965年価格)
- S = 粗貯蓄 (10億円、1965年価格)
- I = 粗投資 (10億円、1965年価格)
- K = 年度末資本ストック (10億円、1965年価格)
- D = 減価償却 (10億円、1965年価格)
- E = 労働力 (1,000人)
- TP = 総人口 (1,000人)
- EAC = EACで調整された総人口 (1,000人)
- R = 厚生年金及び国民年金への拠出金 (10億円、1965年価格)
- LS = 実質賃金 (100万円、1965年価格)
- w = 公的年金の標準報酬額 (1965年価格)
- $v^{my}$  = 男子年齢15 - 64才の労働参加率
- $v^{mo}$  = 男子年齢65 - 79才の労働参加率
- $v^{fy}$  = 女子年齢15 - 64才の労働参加率
- $v^{fo}$  = 女子年齢65 - 79才の労働参加率
- CBR = 普通出生率
- DI = 人口学的投資
- CA = 避妊実行者1人あたりの費用
- AP = 避妊実行者数 (1,000人)
- CB = 妊娠中絶費用

- AB = 妊娠中絶の数 (1,000件)
- fmi = 年齢グループ i の女子の有配偶出生率
- PMi = 年齢グループ i の女子の結婚している割合
- Fi = 年齢グループ i の女子の数
- FF = 出生力調整の係数
- EF = 避妊の効率
- N = 国民年金
- W = 厚生年金
- B = 平均年金受給額 (1965年価格)
- BF = 年金受給者数 (1,000人)
- L<sup>1</sup> = 厚生年金加入者数 (1,000人)
- L<sup>2</sup> = 国民年金及び厚生年金以外の公的年金への加入者数 (1,000人)
- L<sup>3</sup> = 国民年金加入者数 (1,000人)
- RI = 厚生年金及び国民年金の給付支払額 (10億円、1965年価格)
- f = 女子
- m = 男子
- y = 年齢15 - 64才
- o = 年齢65 - 79才
- FP = 女子人口
- MP = 男子人口
- = 厚生年金の受給額と勤労者の平均収入の比率
- t = 時間 (1951年が0の値を取り、その後毎年1ずつ値が増加)

ので、このモデルは東アジア型モデル(East Asian model)と呼ばれており、世界銀行の“Asian Economic Miracle”のプロジェクトの一環として、リー、メイソン、ミラーの共同作業によって構築されたものである(Lee, Mason, and Miller, 2001)。

この東アジア型モデルによるシミュレーション分析では、出生抑制による経済的ゲインのみならず、貯蓄や資産の長期的変動にも光が当てられている。特に、貯蓄に関しては、前述したように、年齢構造の変化による影響に加え、寿命の延びに伴うライフサイクルの変化がもたらす影響も明示的にモデル化されている。シミュレーション分析結果のなかで次の点は特に重要であろう。すなわち、出生転換の開始時と相当な年数が経過した後の定常状態での2時点の間における貯蓄率の変動パターンをみると、逆U字型となるのであるが、途中ではかなりの高水準となり、最終時点でも開始時よりも高い貯蓄率となるのである。さらに、最終時点に到達するまでに、1人あたりの資産が顕著に大きくなるのである。このようなシミュレーション結果は、高齢化社会が到来してもそれほど貯蓄率は低下しないことを意味しており、これまでの一般的な説と著しく異なっている。(この点に関しては、わが国の『全国消費実態調査』のマイクロデータを使用した最近の実証研究(Mason, Ogawa, and Fukui, 2001)でも同様な結果が得られている。)ただし、貯蓄率が高い水準に止まる期間は比較的短いことに注意すべきであり、それぞれの国が出生抑制で得たゲインをどのように経済開発に活用するかがポイントとなることを示唆している。また、資産の蓄積が大きくなることを考えると、その活用次第では一般的に想像されている以上に豊かな高齢化社会を築き上げることが可能となる。

このように、東アジア型モデルからは、従来から考えられていた人口と貯蓄・資産の長期的関係に疑問符が付けられただけでなく、出生抑制を開始するには長期経済開発戦略も併せて構築しておくことが肝要であることが教訓として得られるのである。この点は、本格的な高齢化社会を迎えつつあるわが国にとっても、そして、これから10~20年後に高齢化社会を迎えるアジアNIEsにとってもきわめて重要な情報であろう。いずれにしても、

東アジア型モデルの妥当性を、整備されているわが国のデータを使用して追跡的に吟味する必要があると思われ、その研究成果を日本発の情報として他のアジア諸国に伝えることはきわめて意義深いものとなるだろう。

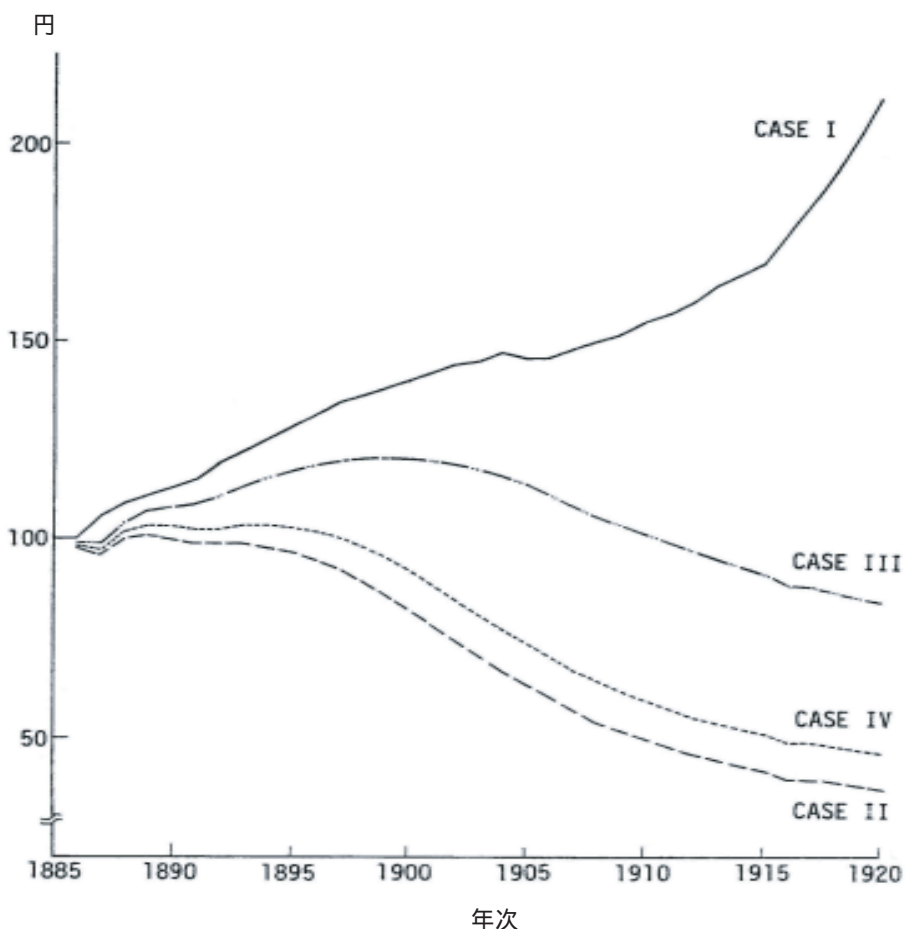
### 明治・大正期モデルのアジア開発途上国への適用性

本節では、わが国が未だ経済発展の離陸期にあった明治・大正期(1885年 - 1920年)を対象とした人口経済モデル(Ogawa and Suits, 1982)のシミュレーション分析結果に触れて置くことにする。この計量モデルでは、明治・大正期の出生・死亡変動パターンと現代のアジア開発途上国との出生・死亡変動パターンの違いが経済発展にどの程度の違いをもたらすかを計測している。すなわち、計量モデルを使ったシミュレーション(counterfactual)から、もし明治・大正期のわが国に現代のアジア開発途上国で見られる出生メカニズムをあてはめたならば、そして現代アジア開発途上国で起こっている死亡メカニズムをあてはめたならば、わが国の経済離陸は可能であったか否かを考察するのである。

このシミュレーション分析では次の4つの人口変動に関するシナリオを想定している。Case I = 出生・死亡とも明治・大正期の実績値を使用、Case II = 出生・死亡とも現代のアジア途上地域で観察されるメカニズムを明治・大正期に導入、Case III = 出生は現代のアジア途上地域で観察されるメカニズムを明治・大正期に導入し、死亡は明治・大正期の実績値を使用、Case IV = 死亡は現代のアジア途上地域で観察されるメカニズムを明治・大正期に導入し、出生は明治・大正期の実績値を使用、の以上4つである。

これらの4つのシナリオを計量モデルに導入した結果は図7のようになる。このグラフでは、1人あたり実質GDPの35年間の変動が示されており、Case Iは1885年 - 1920年における1人あたり実質GDPの変化を示しており、1885年の99円(1934年 - 1936年不変価格)から1920年には212円へと増加している。これに対して、現代のアジア途上国での出生率と明治・大正期の死亡メカニズムを想定したCase IIIの場合、35年間で99円から84円へ

図7 4つのシミュレーション結果の比較



出所 : Ogawa and Suits( 1982 )

と減少する。また、現代のアジア途上国での死亡率を明治・大正期の出生メカニズムを想定した Case IV の場合、同じ期間に 99 円から 46 円へと下降するのである。さらに、現代のアジア途上国での出生・死亡メカニズムが明治・大正期のわが国に存在した場合である Case II の場合では、35 年間で 1 人あたり実質 GDP は 99 円から 40 円へと大幅に減少することになる。

このようなシミュレーション結果から、わが国の明治・大正期の経済システムに現代のアジア途上地域での出生・死亡メカニズムが存在したとすると、経済的離陸は不可能であったと結論付けられよう。すなわち、明治・大正期の出生・死亡変動は現代のアジア途上地域の出生・死亡変動に比べて緩やかなプロセスであったことを示唆しているのである。

このような結果を産み出した背景には、わが国

の明治・大正期における出生・死亡の転換は経済発展のプロセスとして起こったのに対して、現代のアジア途上地域の出生・死亡転換は、先進地域からの近代的な家族計画プログラムの導入や先進医療技術などの輸入によって誘発されたという相違がある。特に、出生メカニズムよりも死亡メカニズムの違いがきわめて大きく、現代のアジア途上地域での乳児死亡率の改善ペースは目覚しいため、年少人口が急増し、資本の深化という現象がなかなか起こりにくくなっているのである。

では、現代のアジア途上地域では、わが国の明治・大正期に見られた経済的離陸を期待することは不可能なのであろうか？そのようなことは決してない。もし現代のアジア途上地域の国々に人口急増による onus を軽減するために経済的支援を行うとすれば、資本の深化のメカニズムが作動して経済的離陸が可能となり、経済的bonusがもたらさ

れるのである。Case Iにおける1886年 - 1990年のわが国の貯蓄率は9.07%であったが、この時期にCase IIの場合に22.24%の貯蓄率が海外からの援助で可能となれば、現代のアジア途上地域の諸国もわが国の1886年 - 1990年におけるような経済成長が達成可能となるのである。

しかも、1960年代から1970年代にかけての韓国、タイなどのアジア途上国の貯蓄率をみると20%前後となっており、強力な国際的経済援助が与えられたこれらの国々は現実に経済的離陸が可能となり、その後は順調な経済成長径路に乗ることができたのである。このような状況から判断すると、これから本格的に人口圧力に対処し、経済発展を目指すアジアの発展途上国には、人口問題に対する支援とともに経済支援も視野に入れた総合的な国際協力が必要となろう。

### 人口ボーナスの活用

これまで論じてきた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”と呼んでいるが、本稿のこれまでのさまざまな議論から、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ことが読み取れよう。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のである。すなわち、増大する資本と豊富な労働力から総生産量が増加するのみならず、労働者1人あたりの資本量が拡充(これが資本の深化)されるために生産性も伸びるのである。

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カ国(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、所得分布の均衡化、家族計画政策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均衡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たことが、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カ国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。

### <参考文献>

- Coale, A.J., and E.M. Hoover(1958) *Population Growth and Economic Development in Low-Income Countries*. Princeton: Princeton University Press.
- Enke, S.(1966) "The economic aspects of slowing population growth," *Economic Journal* 76: 44-56.
- 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.
- Kelley, A.C.(1988) "Economic consequences of population change in the Third World," *Journal of Economic Literature* 26: 1685-1728.
- 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.
- 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.

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.

Romer, P.M.( 1986 )"Increasing returns and long-run growth," *Journal of Political Economy* 94: 1002-1037.

Simon, J.L.( 1959 )"The value of avoided births in underdeveloped countries," *Population Studies* 23: 61-68.

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.

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.

World Bank( 2001 )"World Development Indicators 2000

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.

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.

## 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 ジェンダー・女性学研究所  
助教授 柳下 真知子

### はじめに

リプロダクティブ・ヘルスとリプロダクティブ・ライツという言葉が耳にするようになって久しい。といっても一般にはあまり耳慣れない言葉かもしれない。日本語では「性と生殖に関する権利と健康」と訳されている( Box 1・2参照)。これらの言葉が国際的に注目を浴びるようになったのは、1994年のカイロ国際人口開発会議(以後、カイロ会議と略す)であった。それまでの国際人口会議というと、発展途上国の経済発展をはかるというマクロレベルの視点に基づく人口コントロール、家族計画プログラム、人口政策論議がその中心課題であった。しかしカイロ会議に至って、人口安定化と持続可能な開発のためには、女性の権利、健康、ニーズに焦点を当てたリプロダクティブ・ヘルス/ライツの充足、女性のエンパワーメント(力をつけること)と自立が必要不可欠であるという視点が大々的に登場して来た。カイロ会議が、世界の人口問題への取組みを、マクロからミクロレベルのアプローチへ、量から質へ(量的目標達成から質的向上へ)とシフトさせたと云われる所以である。この「突然」のシフトを、フェミニストの政治的動きだとみる人口学者や開発関係者は多い。そして、このシフトが、果たして世界の人口問題及び持続可能な開発のタイムリーな解決策になり得るのかという論争に未だ結論は出ていない。本稿では、リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスという概念と、これらの概念が登場してきた

背景とその意義について検証する。さらに世界の人口安定化へのリプロダクティブ・ヘルス・アプローチに対する疑問や批判をふまえながら、人口開発援助のあり方を展望してみたい。

### 定義

以下は1994年カイロ会議「行動計画」(以後、「行動計画」と略す)にあるリプロダクティブ・ヘルスの定義である(外務省監訳)。

リプロダクティブ・ヘルス( Reproductive Health )とは、人間の生殖システム、その機能と、(活動)過程の全ての側面において、単に疾患がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることを指す。したがってリプロダクティブ・ヘルスは、人々が安全で満ち足りた性生活を営むことができ、生殖能力をもち、子どもを産むか産まないか、いつ産むか、何人産むかを決める自由をもつことを意味する。この最後の条件で示唆されるのは、男女とも自ら選択した安全かつ効果的で、経済的にも無理がなく、受け入れやすい家族計画の方法、ならびに法に反しない他の出生調節の方法についての情報を得、その方法を利用する権利、及び、女性が安全に妊娠・出産でき、またカップルが健康な子どもを持てる最善の機会を与えるような適切なヘルスケア・サービスを利用できる権利が含まれる。上記のリプロダクティブ・ヘルス定義に則り、リプロダクティブ・ヘルス

#### BOX 1 リプロダクティブ・ヘルス

人間の生殖システム、その機能と、(活動)過程の全ての側面において、単に疾患がないというばかりでなく、身体的、精神的、社会的に完全に良好な状態にあることをさす。(カイロ会議「行動計画」第7章7.2)

#### BOX 2 リプロダクティブ・ライツ

全てのカップルと個人が、自分たちの子どもの数、出産間隔、出産する時期を責任を持って自由に決定し、そのための情報と手段を得ることができる権利、及び最高水準の性と生殖に関する健康を得る権利をさす。(カイロ会議「行動計画」第7章7.3)

ルス・ケアは、リプロダクティブ・ヘルスに関わる諸問題の予防、解決を通して、リプロダクティブ・ヘルスとその良好な状態に寄与する一連の方法、技術、サービスの総体と定義される。リプロダクティブ・ヘルスは、個人の生と個人的人間関係の高揚を目的とする性に関する健康(セクシュアルヘルス)も含み、単に生殖と性感染症に関連するカウンセリングとケアにとどまるものではない。(カイロ行動計画第7章7.2)

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る。よって、リプロダクティブ・ヘルス・ケアには、母性保健(産前産後のケア・栄養・危険な人工妊娠中絶への取組みなど)、乳幼児の生存・成長・発達、思春期保健、HIV・エイズをふくむ性感染症の予防とケア(セックスに関する行動変容のキャンペーンプログラム、エイズ患者やその家族への社会的偏見への啓蒙、エイズ孤児のケアも含む)、不妊の予防と治療、老人のリプロダクティブ・ヘルス、さらには女性性器切除<sup>1</sup>などの伝統的慣習の問題も含まれるのである。

上記の「行動計画」にあるリプロダクティブ・ヘルスの定義は、1988年の世界保健機関(WHO)の定義をほぼそのまま踏襲したものであるが、“法に反しない他の出生調節方法”という部分が、カイロ会議で加えられた部分である。単に「出生調節方法」と言ってしまうと人工妊娠中絶も含むことになるため、人工妊娠中絶(以後、中絶と略す)を認めないバチカンやイスラム諸国からの反発に配慮してこのような表現となっている。「行動計画」では、中絶を家族計画の手段として普及を図ることが

あってはならないとする一方で、リプロダクティブ・ヘルスの観点から、安全な中絶への取組みの必要性を強調している)。

以下は「行動計画」にあるリプロダクティブ・ライツの定義である(外務省監訳)。

リプロダクティブ・ライツは、国内法、人権に関する国際文書、ならびに国連で合意したその他関連文書ですでに認められた人権の一部をなす。これらの権利は、全てのカップルと個人が自分たちの子どもの数、出産間隔、ならびに出産する時を責任を持って自由に決定でき、そのための情報と手段を得ることができる基本的権利、ならびに最高水準の性に関する健康及びリプロダクティブ・ヘルスを得る権利を認めることにより成立している。その権利には、人権に関する文書にうたわれているように、差別、強制、暴力を受けることなく、生殖に関する決定を行える権利も含まれる。...中略...全ての人々がこれらの権利を責任を持って行使できるよう推進することが、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスの分野において政府及び、地域が支援する政策とプログラムの根底になければならない。...中略...世界の多くの人々は、以下のような諸要因からリプロダクティブ・ヘルスを享受できないでいる。すなわち、人間のセクシュアリティに関する不十分な知識、リプロダクティブ・ヘルスについての不適切または質の低い情報とサービス、危険性の高い性行動の蔓延、差別的な社会慣習、女性や少女に対する否定的な態度、多くの女性と少女が自らの人生の中の性と生殖に関し限られた権限しか持たないことである。思春期

<sup>1</sup> 女性性器切除(FGM: female genital mutilation)は世界で約1.3億人の女性や少女が受けていると考えられている。主にアフリカや西アジアの各地に多く、その形態はさまざまである。FGMは陰核やその他の外性器の一部または全部を切除するもので、もっとも重度のものでは、性器封鎖と呼ばれ尿と月経血の排出のための小さな隙間だけを残して陰門の両側を縫合してしまうものがある。多くのFGMが不衛生な環境で行われていて、女性に深刻な出血や感染症、精神的な外傷、慢性的な合併症(排尿障害、腰痛、性交痛、難産、繰り返される感染による骨盤内感染症、卵管の炎症からくる不妊)などさまざまな苦痛をもたらす。これは女性のセクシュアリティは管理されなければならない(性的欲望を抑え結婚までの処女性を守るなど)という根強い考え、或いは男性の性的快感をたかめるためとかいった考えに基づくといわれる(国連人口基金 1995: 12)。リプロダクティブ・ヘルス/ライツ及び女性のエンパワメントの観点からFGM廃絶のための国際的な活動がある一方で、FGMは文化的伝統的慣習であり、それが広く行われている社会においては、女性はFGMを受けることで、そのコミュニティにおいてステータスを確立するのであるから、外からFGMを悪習と決め付けるのはおかしく、外部の者が介入することではないという意見も根強い。

の若者は特に弱い立場にある。これらは大部分の国では情報と関連サービスが不足しているためである。高齢の男女は性に関する健康及びリプロダクティブ・ヘルスについて特有の問題を抱えているが、十分な対応がなされていない場合が多い。(カイロ行動計画第7章7.3)

リプロダクティブ・ライツとは、安全で効果の高い個人のニーズに合う、かつ安価な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、女性の生涯を通して性と生殖において悪影響を及ぼすあらゆる形態の慣習や暴力の廃絶もリプロダクティブ・ライツの課題となっている。上記に「差別的な社会的習慣」とあるのは女性性器切除(FGM)、女嬰殺し、出生前の性別選択による人工妊娠中絶、人身売買、子どもの結婚、ダウリ殺人や「名誉」殺人<sup>2</sup>、レイプなどを含んでいる。

### リプロダクティブ・ライツ及びリプロダクティブ・ヘルスが登場してきた背景

カイロ会議で一躍注目を浴びたりプロダクティブ・ライツ及びリプロダクティブ・ヘルスだが、その起源はカイロ会議よりずっと以前になる。ここでは、リプロダクティブ・ライツの登場の背景について、国際的な2つの流れからみてみたい。

一つは女性の人権をめぐる国際的な流れである。1945年の国連憲章に「全ての人は人種、性、言語、宗教の区別無く、人権と基本的自由を有する」と、人は性別による差別があってはならないことが明記されている。1969年には、国連女性差別撤廃条約宣言が出され1979年に採択されている。この条約は「女性条約」とも呼ばれ、女性の人権に対する国際的態度の形成に重要な働きをしたのである。これにより世界は女性に対するあらゆる形態の差別を撤廃する努力へと動き出した。条約の批准国

は、「性に基づくあらゆる差別・排除・制限」を撤廃するための法律の採択、差別を助長するような法令の改正、廃止を含む方策をとることが求められている。批准国は1985年までに81カ国に、1995年までに148カ国に、2000年現在161カ国となっている。日本の批准は1985年である(UN 2000: 171-175)。1982年には女性差別撤廃委員会(CEDAW: Convention for Elimination of All Forms of Discrimination against Women)が設置され差別撤廃の進捗状況をモニターしている。そして、1985年のナイロビ世界女性会議では、暴力が女性の人権を侵害する重要事項であることが確認された。しかし、ドメスティック・バイオレンス(DV)など私的領域での女性に対する暴力に、この「女性条約」が適用されることになるのはずっと後になってからのことである(ポーランド 1997: 114-115)。

これらの動きと前後して、生殖に関する権利、リプロダクティブ・ライツが、1968年のテヘラン国際人権宣言で、国連の会議において最初に出てきている。「両親は自由にかつ責任を持って子どもの数と生む間隔を決定する基本的権利と、これを行うための、適切な教育を受け情報に接する権利を有する」と宣言している。このリプロダクティブ・ライツという概念は、1970年代のフェミニズムの台頭と、女性の地位向上を目指す「国連女性の10年」を経て、1985年ナイロビ世界女性会議を通じて世界に広まって行く。そのはじめは、「家族」の権利とされていたリプロダクティブ・ライツは、テヘランの人権宣言 1968年で「両親」の権利とされ、カイロ会議に先行する1974年ブカレスト世界人口会議及び1984年のメキシコシティー国際人口会議では、「全てのカップルと個人」の権利というように進化してきた。そして、カイロ会議では、「リプロダクティブ・ヘルスを享受すること」が新たにリプロダクティブ・ライツの1つとして採択された。しかしここでは、元来リプロダクティブ・ライ

<sup>2</sup> ダウリとは、南アジア諸地域にみられる花嫁が持つゆく持参金のことであるが、その額が少ないという理由で婚家から虐待を受けたり殺されたりすることが今でもみられる。「名誉」殺人は、女性や女兒がレイプされたあるいは無断に外出したといった「不名誉」のために、その家族によって殺されるというものである。このような殺人はコミュニティによって是認され、裁判所からも軽い刑をうけるにとどまることが多い。こうした理不尽な女性への暴力は、家族やコミュニティが女性に貞節や処女性を要求していることに関連しているといわれる。「名誉」殺人はイスラム教徒が多数を占める諸国に多くみられるが、イスラム教の指導者はこれを禁じている(国連人口基金 2000: 29-30)。

ツに含まれるべきセクシャルライツ<sup>3</sup>を女性の人権として明確化されていないという問題がある。セクシャルライツは、Dixon-Mullerがリプロダクティブ・ライツの3番目の権利としてあげている「自分の体をコントロールする権利」と深く結びついている。Dixon-Mullerは1993年の著書で、この3番目の権利は、他の2つの権利「産む子どもの数とタイミングを自由に決定する権利」と「そのための情報と手段を得る権利」とは一線を画し、女性の生殖(性交を含む)における主体性を主張するフェミニズムの基本理念のなかから必然的に出現して来たものだとしている。それはセクシャルライツをも問うもので、従来の男女の位置関係とのあつれきをはらむものだと指摘している(Dixon-Muller 1993: 12-14)。実際、1994年のカイロ会議、1995年の北京世界女性会議、その5年後の会議においても明確化されていない。(国連文書で、セクシャルに言及するに至るのは、翌1995年の「北京世界女性会議」での「行動綱領」になる。しかしその後の2000年「カイロ+5」、2001年「北京+5」においても、この部分については、「婚姻関係内での生殖を目的とした性行為以外は認めない」とするカソリックやイスラム諸国の反対で必ずしも進展をみていないようである。またこのことは、行動計画の中で触れられている若者のリプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルス・サービスの重要性(3頁)についても同様なことが言える。未婚である若者(特に女性)の活発な性行動を直視し適切な対応をとろうとする動きに対して、親権などを持ち出して反対するカソリック諸国の動きがあるために、若者が「性に関する決定権の主体」であることについては明確にされていないのである(兵藤 2000: 137-141)。

リプロダクティブ・ライツは、このように国際社会の中で繰り返し確認されていたが、こうした女性の権利は国際的人権の論議にあっては傍流であり、人権といえば公的なことがらであり、女性の人権は私的な活動に関するという認識が一般的であった。例えばドメスティックバイオレンス(パートナーからの暴力)については、1980年のコペンハーゲン世界女性会議にも出てきているが、その扱いは、家庭内のこと、夫婦間でのこととして、人権というレベルで討議されることが無かった。また、こうした条約の批准にあたっては、しばしば、文化的・宗教的・伝統的慣習を根拠にした留保条件がつけられるというのが現状であった。人権とは普遍的なものではなく相対的なもので、国特有であり、宗教、文化、社会的なものに依拠しているといった「文化相対主義」ともいうべき考えにより、例えばFGMといった人権侵害も、文化と伝統を理由に肯定されてしまうのである。しかし1993年のウィーン人権宣言に至って、こうした「文化相対主義」は否定されている。人権の公的側面に焦点を当ててきた点も改め、人権に公的/私的側面をもたせることも拒否された。こうして女性の権利が人権の基本的な部分であるという原則がウィーン会議で力強く支持されたのである(ポーランド 1997: 31-34)。

もう一つの背景は、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。経済成長がおれば社会の底上げができて、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、1980年代に入ると、貧困問題は軽減出来ないばかりではなく貧富の格差はますます拡大していることが明らかになってきた。開発援助は教育や保健といった人間の基礎的ニーズ(Basic Human Need)を中

<sup>3</sup> セクシュアリティに関することからにおける決定を、自由かつ責任を持ってコントロールする権利をさす。男女は性的関係と生殖に関して平等な関係を有し、それは相互の尊厳と同意をもとに、性行動とその結果に対等な責任を分かち合うものとしている。この権利は性的なウェル・ビーイングに必要な情報とサービスを得ることを含み、年齢や性、配偶関係、セクシャル・オリエンテーション(異性間、同性間のセクシュアリティ)に関らず認められる権利としている(Sen et.al 2000: 22-23)。カイロ会議「行動計画」では、パチカンなどの保守派への配慮から、抜け落ちた部分である。

<sup>4</sup> 2002年8月に開催された「持続可能な開発に関する世界首脳会議(World Summit on Sustainable Development: WSSD)」においては、女性の人権は宗教的、文化的、伝統的見地から捉えるべきものという「文化相対主義」を提唱する者があり、1993年のウィーン人権宣言で支持された、女性の権利は人権の基本的部分という考えへの反発という逆行の流れがあった。

心とした社会開発重視、住民参加型の開発、そして一般の人々への投資といった人間開発へとシフトがなされた。人口開発援助においても、人口問題の解決、出生力低下は、マクロの視点だけでは解決できず、地域をベースにした女性そして男性もが自ら力をつけていかなければならないという認識が強くなった。

従来の人口開発プログラムといえば、家族計画中心の避妊具の配布、避妊実行率の上昇、各種避妊法の有効性や安全性に関する研究、新しい避妊法の開発であった。その分、従来のアプローチは数値的に目標を示しやすく、プログラムやプロジェクトのモニターや評価がし易いものであったが、時に数値的目標に追われ、そこには個人のニーズを配慮した各種の避妊法を提供するという態度が薄かった。例えば、インドやバングラデシュの人口政策初期における非可逆的な避妊手術の奨励策、中国における「一人っ子政策」という国家的出産抑制策などがあげられる。またバングラデシュでの家族計画プロジェクトは避妊実行率を上げ、出生率を下げ、危険な中絶による死亡率を下げる効果はあったものの、そのプロジェクトは他の基礎保健と統合されておらず、他の健康指標や死亡率の改良はもたらせていない。

そうした従来のアプローチに対して登場してきたリプロダクティブ・ヘルス・アプローチは、前述したように、家族計画の普及にとどまらない、他の基礎医療との統合と、個人のニーズを考慮した質の高いサービスであることが求められている。提供する避妊法の幅を広げ、個人のライフステージにあった避妊法の提供と、その副作用に関する正しい情報が与えられなければならない。そして、家族計画の実行においては男性の参加と責任分担も強調される。またエイズも含めた性感染症の知識や治療にもアクセスできるようにしなければならない。サービスの提供者の質も高めなければならない。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチは従来の人口プログラムへの援助国側からの批判と見直し、同時に途上国の援助される側からの声でもあった。

リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスは、日本ではリプロダクティブ・ヘルス/

ライツと、スラッシュを入れ一語のように使われることがしばしばである。しかし以上みたように、この二語は勿論相互に関係してはいるが、違う次元のことを扱っていることは注意に値する。リプロダクティブ・ヘルスの起源については、WHOが1972年以来始めていた「人間の生殖分野における研究・開発ならび研究者養成に関する特別プログラム」のなかで、生殖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されてきた概念(阿藤1994: 13)だという。一般的に、保健ニーズあるいは「健康」に関することがら、「権利」とくらべ人道的な部分を含んで中立的なことがらを扱う概念である。その分、リプロダクティブ・ヘルスはライツと比べ比較的容易に国際的に受け入れられているといえる。とはいっても、性や生殖に関することはジェンダーやさまざまな文化、宗教の問題を含み、その推進は必ずしも簡単ではない。例えば、FGM<sup>1</sup>の慣習は、男性による一方的な女性のセクシュアリティの管理ともいえる伝統的慣習であり、明らかにリプロダクティブ・ヘルスにとって有害であるにもかかわらず、その廃絶は簡単ではない。今でもそれが広く行われているアフリカや西アジアの国々においては、女性とその家族にとってFGMを受けることは、コミュニティからある種のステータスを得ることである。その慣習が与える痛みを知る母親たちもまた、社会の規範にとらわれ、娘にFGMを受けさせることになる。その廃絶のための活動は、政治や宗教の指導者への働きかけだけでなく、地域レベルでの男性も巻き込んだ地道な活動が必要となる。

また安全な中絶は、リプロダクティブ・ライツとヘルスの両方の観点から重要であるが、健康のためという観点(母親の生命あるいは身体的健康を守る目的)から中絶を認める国は現在193カ国中122カ国(うち、生命を救うという理由でのみ認められている国は67カ国)あるものの、経済的・社会的・理由で中絶を許可する国となると63カ国、さらに本人の希望という理由で中絶を認める国はヨーロッパを中心に52カ国と減少する(UN 1999)。しかしリプロダクティブ・ライツの原点に立てば、中絶は女性の生殖への自己決定権という観点から何ら条件をつけられることなく認められるべきはず

**BOX 3 女性のエンパワーメント推進のための行動指針**

1)政治プロセス及び公的生活のあらゆるレベルでの意思決定への女性の参加、2)女性の健康、教育、技能開発、3)雇用の推進を通して女性の潜在的能力の完全な発揮、4)リプロダクティブ/セクシュアルライツを含む女性の人権に対する認識の高揚、5)経済的自立、労働市場及び社会保障制度に対する男女平等な機会の拡大、6)女性に対する暴力の排除、7)出産、授乳、育児と就業の両立に関する法整備( UN 1995: 18 )。

のものであろう。「北京世界女性会議」の「行動要綱」においては、各政府は不法の中絶を受けた者を罰する法律がある場合、その見直しをすべきことがうたわれ、中絶が健康の問題から人権の問題に前進したともいわれている( Sen et al. 2000: 17 )。

**人口問題とリプロダクティブ・ライツ/ヘルスとの接点**

カイロ「行動計画」の中で、人口問題とリプロダクティブ・ライツ/ヘルスの関係はどのように捉えられているであろうか。まず人口増加の問題であるが、持続可能な開発にとって世界の人口増加の早期安定化がきわめて重要であるという認識を持つ。そして人口増加の早期安定化は単独で取り組んでも解決できず幅広い開発戦略に統合することが必要だとしている。この目標は、個々の人権、ニーズ、希望をふまえた政策とプログラムによって達成されること、持続可能な経済成長と開発にとって一般の人々への投資、特に保健、教育、男女間の公正・平等をはかることが基礎となることが確認されており、ここに人口問題解決におけるリプロダクティブ・ライツ/ヘルスの重要性が浮かび上がってくる。

「行動計画」では、さらにもう一つの重要な概念として女性のエンパワーメントと自立( autonomy ) をかけ、国内及び国際的人口・開発政策において、女性のエンパワーメントが基盤になることを明確にしている。以下は「行動計画」が示す「女性のエンパワーメント」について述べた一節である( 外務省監訳 )。

女性のエンパワーメントと自立、及び政治、社会、健康に関わる地位改善は、それ自体きわめて重要な目標である。さらに、持続可能な開発を達成する上で不可欠となっている。育児や家族の維持に対する共同責任をはじめとして、生産及び生

殖生活には男女双方の完全な参加と協力が必要である。世界のあらゆる地域で、過剰労働や権力及び影響力の欠如のために、女性は生命、健康、及び良好な状態の面で脅威に晒されている。世界の多くの地域で、女性が受ける学校教育の程度は男性よりも低く、また同時に、女性自身の知識、能力、及び物事への対処法は認められていないことが多い。健康的で、充足された生活を女性が手に入れることを妨げる力関係は、もっとも個人的なものから、きわめて公的なものまで、社会の多くのレベルで作用している。変化を達成するためには、女性が生計と経済的資源を確保する方法を改善し、家事に対する女性の過度の責任を軽減し、公的生活への参加を阻む法的障害を取り除き、効果的な教育プログラムとマスコミを通じて、社会の意識を高めていく政策と行動計画が必要である。さらに、女性の地位向上は、生活のあらゆる側面、特にセクシュアリティ及び生殖の分野において、あらゆるレベルで女性の意思決定能力を強化することになる。そしてこれはまた、人口計画の長期的成功にも不可欠である。過去の経験から、人口及び開発プログラムは、女性の地位を向上させるための措置が同時にとられると、もっとも効果的であることがわかっている。(カイロ行動計画第4章 4.1)

ここに示された女性のエンパワーメントとリプロダクティブ・ライツの推進と出生率低下の関係は重要である。基本認識として、世界の人口増加の根底には開発途上国の女性の低い地位があるということである。社会そして家族の中にあって差別され、女性が経済的にも社会的にも地位が低く、限られた役割と機会しか与えられていないという問題意識である。女性のエンパワーメントと自立なくしては、リプロダクティブ・ライツの確立は実現できない。リプロダクティブ・ライツの行使

が人口計画の成功と出生率の低下のための鍵であり、つまりは持続可能な開発、人口の安定化に不可欠であると言う。「行動計画」では、リプロダクティブ・ライツの行使は、女性の地位及び権利の改善なくしては起こり得ないことを明確にしている(Sen et.al. 2000: 18)。

しばしば見受けられる解釈に「ジェンダー間の平等達成の前提として、女性のリプロダクティブ・ライツの尊重とリプロダクティブ・ヘルスの達成がある」、あるいは「女性のエンパワーメントのためにはリプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスの確立が必要不可欠である」というものがある。女性のエンパワーメントとリプロダクティブ・ライツはもちろん相互作用するもので、どちらが先であるかというものではないが、しかし、これらの解釈にみられる、エンパワーメントの前提にリプロダクティブ・ライツがあるという捉え方には、女性の弱い立場の現状認識において誤りがあると考えられる。リプロダクションにおける自己決定の権利や選択の自由は、その内容を問う以前に、力がない女性にとっては、その意義さえほとんど意味のないものであり、エンパワーメントがなければ、リプロダクティブ・ライツの行使はありえないと考えるのが妥当だと思われる。

### 人口問題とリプロダクティブ・ヘルス・アプローチの問題点と課題

リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスはこれまでみてきたように、女性の生活のウェル・ビーイングにとってきわめて重要で有効な概念である。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチでは、家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルスは、基礎医療制度に統合してゆくことをめざし、アンメット・ニーズ<sup>5</sup>の充足、広範で自由な避妊手段へのアクセスとサービス、HIV/エイズの予防と治療、15-24才のHIV感染率の低減、乳児及び幼児の死亡率の低減、妊産婦死亡率の低減、専門家立ち会いによる出産の推進などを扱う包括的ものである。

これは、「女性のエンパワーメント」がめざしていることがら(BOX 3 参照)と同様、それ自体は誰の目にも望ましいことであり、これらに真っ向から反対するものは少ない。「行動計画」においても、女性のエンパワーメントの条項については、パチカンなどの保守派からも議論が出されなかったという。しかしその分、リプロダクティブ・ライツやセクシュアルライツなどの権利を扱う条項と比べ、その解釈や認識についての議論が十分なされておらず、その実践においては不明確なところが多いという重要な指摘もある(Sen et.al. 2000: 17-18)。カイロ会議以降、リプロダクティブ・ヘルス・アプローチ及び女性のエンパワーメントが、世界の人口開発援助の中で主流、あるいは目指す目標とされている。しかし、これらの概念が、果たして国際的人口問題解決のための有効策であるかという議論も根強くある(河野 1997)。ここでは、リプロダクティブ・ヘルス・アプローチと女性のエンパワーメント・アプローチの問題点についてみると同時に、人口開発援助のあり方を検討してみたい。

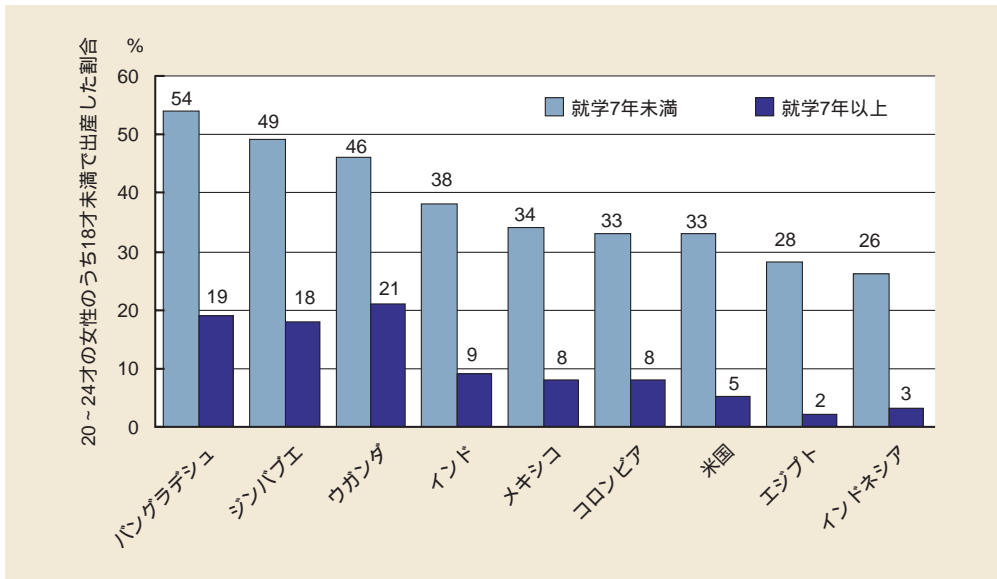
人口増加は、現在でも世界の多くの人々のウェル・ビーイングを脅かしている早急に解決しなければならない問題である。リプロダクティブ・ヘルス中心のミクロレベルでのアプローチよりも、マクロレベルでの人口コントロールがやはり必要であるという主張がある。現在、途上国地域の90%は出生率低下を経験あるいはその兆しをみせているが、未だ世界人口の約30%はこれから子どもを産む世代、つまりこれまでの高出生率の結果生まれた人口ピラミッドの幅広い底辺をなす15才未満の人口なのである。そのため、世界の人口は今後もしばらくは増え続けることは避けられず、今世紀半ばまでには、世界人口は現在の60億人から93億人まで増加すると予測されている(UN 2001)。地球規模における人口増加の問題はまだ終わっていないわけではなく、一刻の猶予もなく、世界の出生率の低下を実現すべきなのだという主張である。

現在までに国際的に認識されていることは、いかなる人口政策も人権無視や差別があってはなら

<sup>5</sup> 未充足のニーズと訳されることもある。子どもをもう産みたくない、あるいは次の出産までの間隔をあけたいと望みながら、避妊手段をも持たない状態をさす。

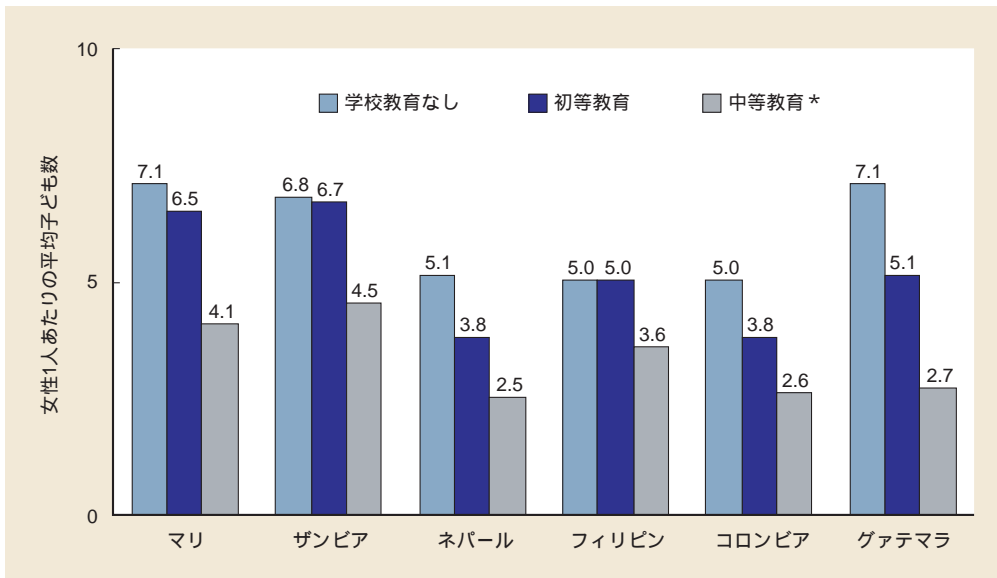


図1 母親の教育レベルと10代の出産



出所：Into a New World: Young Women's Sexual and Reproductive Lives (New York: Alan Guttmacher Institute, 1998).

図2 母親の教育レベルと出生率



出所：Demographic and Health Surveys.

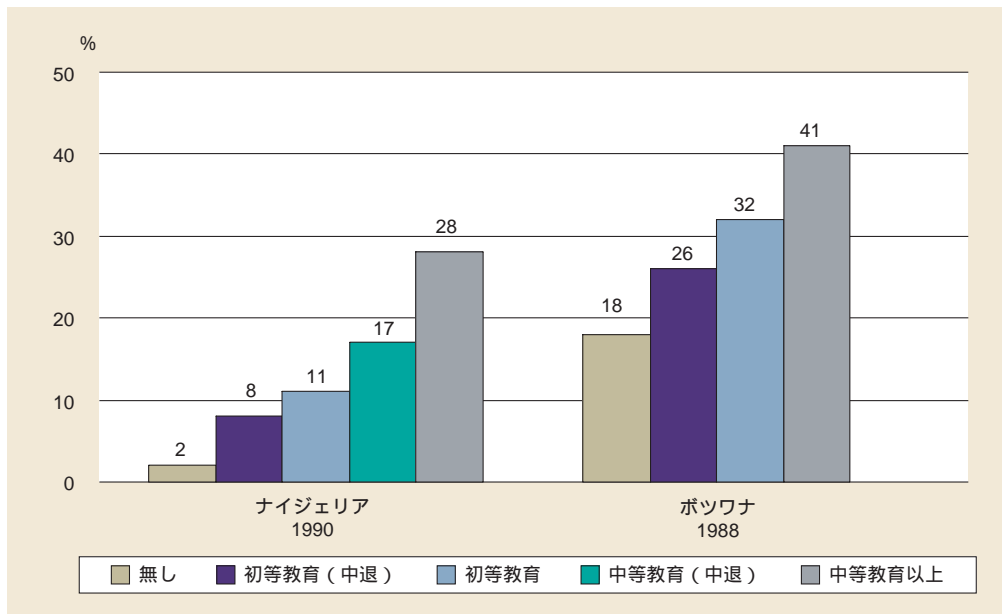
\* マリ、ザンビア、ネパールは中等教育以上も含む。

ないということであるが、各国の国策に見合った人口政策を設定することは認められている。しかしそうした人口政策は(出生抑制策であろうと出生奨励策であろうと)、金銭的報酬や社会的罰則を伴うことで、ある社会的経済的グループ(ときには民族グループ)の人々にとって強制を意味したり差別を意味することは避けがたいという一面を持つ。人口政策の策定過程において重要なことは、それ

によってもっとも影響を受ける人々をその過程の中に参加させることである(Dixon-Muller 1993: 19-20)。

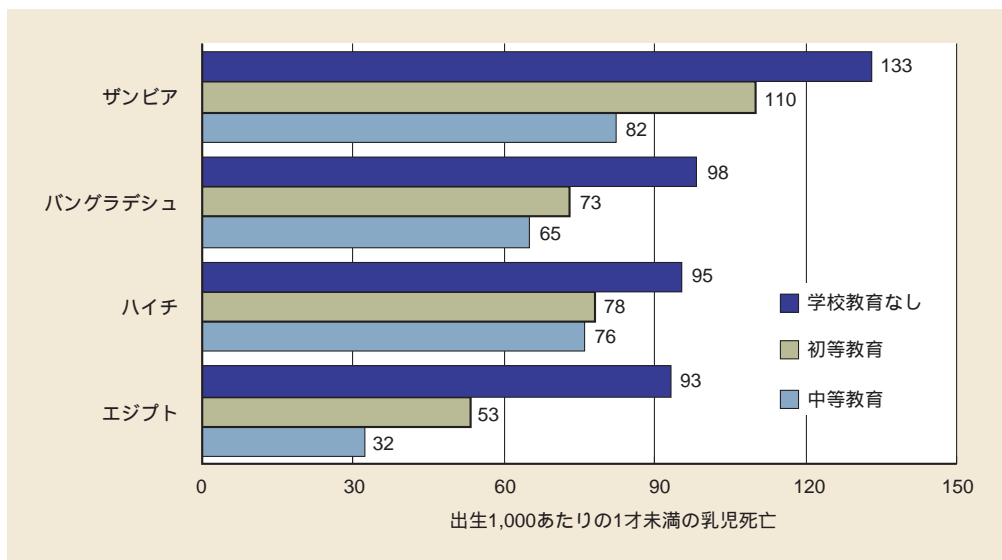
リプロダクティブ・ヘルスや女性のエンパワメントの実現が、カップルの希望する子どもの数を下げるかという疑問がある。女性のエンパワメントが男女の不平等とリプロダクティブ・ヘル

図3 母親の教育レベルと避妊実行率



出所：Demographic and Health Surveys.

図4 母親の教育レベルと乳児死亡率



出所：Demographic and Health Surveys.

スを改善し、それがさらには人々の人口学上の行動を変化させ、小さな家族指向を促すという科学的な証拠はほとんど無い( Presser 2000: 378 )。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチというマイクロレベルでの達成が、マクロレベルでの出生率低下という目的と同方向であるとは限らないという主張である。

しかし、このことはリプロダクティブ・ヘルス

や女性のエンパワーメントのアプローチの方向性自体に疑問をはさむものではない。図1～図4にもみるように、多くの調査(古くは1970年代後期から1980年代にかけての世界出生力調査(WFS)、その後の避妊実行率調査(CPS)、人口保健調査(DHS)などの出生力に関する科学的調査をさす)が示していることは、女性のエンパワーメントの1つのパラメーターである教育の上昇が、出生力に直接イン

パクトをもつ近接要因とよばれる初婚年齢(初産年齢)の上昇や避妊実行率の上昇をもたらす出生率の低下をもたらすこと、また教育を通じた健康や栄養・衛生の知識の向上が死亡率(女性自身及び乳幼児の死亡率)を低下させ、間接的に出生率の低下を導きだすことが示されていることを付け加えておきたい。

途上国の一部からは、西側の組織的フェミニスト・グループが世界の人口政策への多大な影響力をもたらしているのではないかという疑問がある。途上国の女性たちは自分たちの文化的な文脈のなかで問題を考え、自分たちの権利を考えていくことを望んでいる(Ashford 2001: 38)。これは重要な点であろう。

カイロ会議で大きく打ち出された「女性のエンパワーメント・アプローチ」という概念は、もともとは、先進国の女性によるWIDアプローチ<sup>6</sup>に対して、途上国の援助される側の女性たちから出てきたアプローチであるといわれる。それは、トップダウンの援助が、時に女性本位ではなく、女性自身の力を高めさせる方向にそぐわないものであったことへの不満・反省から出てきている。ここでは、地域の人々、とりわけ女性の自助・自立を通してのエンパワーメントにつながるボトムアップの形で女性の参加を促すことが重要になる。しかし、開発とジェンダーの研究家G. Senが指摘しているように、女性のエンパワーメントのプログラムが、本当の意味での女性の参加ではなく、しばしば援助機関を満足させるための、形ばかりの女性の「参加」に終わっていること注意しなければならない。Senは、女性たちがプロジェクトの立案の段階から参加し、そして実施、評価へ参加していくことで力をつけることができるという認識が援助側に薄いと指摘している(Sen et.al. 2000: 18)。また、ジェンダー・プランニングの主唱者C. Moserは、(西側のフェミニストの立場から)より改革的な戦略的ジェンダー・ニーズを正しく把握することが、

実践レベルできわめて重要であることを強調しているが、政策の実践が時に「文化」といった言い訳で実行出来ないことが多く、開発計画がどこまで中立であるべきなのか(Moser 1992: 7)と問うているのは興味深い。世界の人口問題解決において、北と南がどこまで問題を共有できるかという課題が残っているようである。

急激な人口増加が経済成長を阻害し、増え続ける若い被扶養人口が教育や保健医療への投資を難しくし、また1人あたりの所得を低下させるという観点がある。1960年代のコールとフーバーに代表される「新マルサス主義」に代表された考えである。貧困と急速な人口増加の関係について、後者を説明変数とし前者を被説明変数とする転換が米国で起こったのは、途上国の人口増加の危機感が叫ばれた1960年代で、当時そうした研究に財源も流れていた経緯があるという(Presser 2000: 380-384)。

これに対して、世界の多くの人々は貧困の中にあり、リプロダクティブ・ヘルス/ライツが扱う人権や健康の問題は貧困の問題にあるのであって、彼らの毎日の貧困の問題が解決されることが先決であり重要であるという視点がある。人口増加よりも貧困の解決が重要であるという視点である。実際、「行動計画」にみる貧困の捉え方は、これと同じく、「貧困の撲滅は人口増加を減速させ、早期の人口安定化達成に寄与するものである。〔「行動計画」第3章3.15)とある。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、またリプロダクティブ・ヘルス・サービス(家族計画を含む)を含む社会サービスや保健サービスへのアクセスが結果として制限させていることが多い(同3.13)とうたっている。人口問題におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの追求の重要性に異議を唱えるものではないが、貧困の中での人口問題の解決にあって、リプロダクションにおける権利や自由がどれほど追求できるかについては懐疑的な部分が残る。

<sup>6</sup> 経済学者ボズラップは、「経済開発における女性の役割」(Boserup 1970)の中で、それまで無視されていた開発における女性の役割の重要性に光を当てた。これに賛同した先進国の女性開発専門家により、雇用と市場へのアクセスを通して女性を開発過程の中に統合するアプローチが提唱された。WIDアプローチにおいては、女性を、開発の単なる受益者としてではなく、生産と再生産役割の両面から経済成長に貢献してゆく行動的参加者として位置付けている。

援助国の経済悪化による資金難のなか、限られた資金をリプロダクティブ・ヘルスという広範な保健分野に配分することは、従来の避妊実行率を上げてゆく努力を弱めることになるという主張がある。これまで家族計画中心の援助を行ってきた米国を中心にこうした疑問が強いようである。しかし、この分野における資金不足は1990年代になって始まったことではない。以前から援助国側は政治的、経済・財政的に資金難は始まっていて、リプロダクティブ・ヘルス・アプローチへの転換は、むしろ人口開発問題を健康・保健といった分野に枠を拡大することによって、国際的資金集めをしやすくしようとする意図も含んでいたともいわれ、実際にこの新しく打ち出された方向によって、スイスなどヨーロッパの国において人口開発援助への資金拠出があったという(Presser 2000: 401-402)。こうした経緯から、一方で現在のコントラセプティブ・セキュリティといった問題も生じてきているといえるだろう。また、被援助国側は、近年の国際金融機関からの、ヘルス・セクターのリフォームや地方分権の勧告にあって、リプロダクティブ・ヘルス全般への予算配分が資金的に難しいという事情がある(Ashford 2001: 38)。

国際人口会議にリプロダクティブ・ヘルス/ライツが登場したのはフェミニストによる政治的動きだという見方がある。これは、それまで国際人口会議のいわば主流であった人口学者らの声でもあるようだ。カイロ会議準備の初期の段階ではそのテーマに入っていなかったリプロダクティブ・ヘルス/ライツが、途中の準備委員会で女性環境開発組織(WEDO)のB.アブザックらの参画で急遽登場し、最終的には会議の中心課題となったという経緯がある(阿藤 1994: 38)。人口学者らはこの新しいアプローチ自体については、出生力低下への正統なものと認めながら、人口開発が取り組むべき枠を拡大せずに狭めていると批判する。著名な人口学者C.ウェストフは、フェミニスト・グループは人口政策分野で力と資金を持つことに成功したが、その主張は女性の権利追求に偏り、人口増加の問題とその影響力の重大性を無視あるいは過小化していると指摘している(Presser 2000: 398-399)。

しかし先に述べたように、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念はカイロ以前から国際開発機関の文書にも見られるものであり、カイロ会議において唐突に出現したものではない。人口政策と女性の人権、リプロダクティブ・ヘルスの意義などを論じた論文は、途上国からの文献も含め、女性研究者グループを中心にカイロ会議以前から論議されている。むしろ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会議の中心におくという視点が、カイロ会議に至ってようやく登場してきたと言えるだろう。また、女性に対する暴力(私的及び家庭内での暴力をも含む)が女性の人権侵害であるという認識も、リプロダクティブ・ヘルス/ライツという概念として国際的に確立し、大きく焦点を当てられてきたと考えられる。こうした点で、カイロ会議におけるフェミニスト・グループの動きは、評価されても批判されるものではないと思われる。

最後に人口政策や家族計画に対するフェミニスト・グループの解釈を付け加えると、その解釈は単一ではない。女性にとっての解放は、社会のあらゆる場面で男性と同等の機会を持ち女性が自らの生き方を自由に追求できることだと主張する自由主義フェミニストは、家族計画は女性の機会を拡大する手段であり女性の権利であると捉えている。ラディカル・フェミニストの中には、それを女性の解放の手段と考えるものから、女性の解放は家族計画などではなく基本的に性という生物学的事実の廃止・否定であると主張するグループもいる。またフェミニスト・グループの中には、女性の生殖を管理する人口コントロール反対の立場から家族計画普及活動を全面的に否定するものもいれば、人口問題は資源分配の社会的不平等によるものであるから、「人口問題」は存在せず、家族計画の必要性は全くないとするグループもある。リプロダクティブ・ライツの起源についての解釈もいろいろであるが、しばしばみられる解釈に、リプロダクティブ・ライツは、国家の人口政策によって性と生殖を管理される状態に対しての女性たちの「ノー」という「異議申立て」である(ヤンソン 1997: 12-13)といったものがある。しかしリプロダクティブ・ライツの概念と主張は、反国家権力に

表1 グアテマラ人口保健調査：1987年、1995年、1998年

人口指標		1987 DHS	1995 DHS	1998 DHS
合計特殊出生率 (女性1人あたりの平均子ども数)	全国	5.6	5.1	5.0
	農村/都市	6.5/4.1	6.2/3.3	5.8/4.1
	母親の就学0/7年以上	7.0/2.7	7.1/2.7	6.8/2.9
	先住民/白人混血	6.8/5.0	6.8/4.3	6.2/4.6
近代的避妊法の実行率(%)	全国	19	27	31
	農村/都市	11/36	17/42	22/43
	母親の就学0/7年以上	9/46	13/50	16/54
	先住民/白人混血	5/28	7/38	8/41
乳児死亡率 (出生1,000あたりの1才未満の死亡)	全国	79	57	49
	母親の年齢：<20/20-29	98/72	76/48	71/41
	農村/都市	85/65	63/45	49/49
	母親の就学0/7年以上	82/41	70/-	56/41
	先住民/白人混血	85/76	64/53	56/44
訓練を受けた立会い人のもとでの 出産の割合(%)	全国	29	35	41
	母親の年齢：<20/20-34	32/26	35/36	40/43
	農村/都市	18/60	21/63	25/66
	母親の就学0/7年以上	13/87	15/89	22/85
	先住民/白人混血	9/44	12/52	17/55

出所：Demographic and Health Surveys.

依拠し、そこに留まるものではない。それは、女性が自らの健康に対する自己決定権の主張(1960年代末の米国における「女性の健康」運動など)を経て発展してきた、女性自身のもっと内面に向けられた概念であり、女性の尊厳を深く問うものではないかと考える。

新しいアプローチには、実践レベルでの方法論の難しさだけでなく評価の難しさもあげられている。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチが広範な分野を含む包括的アプローチである点で、人口学的な変化への影響力や効果を測ることはきわめて難しい。従来の家族計画プログラムでの数量的インプット(避妊具・サービス)とアウトプット(避妊実行率や出生率の変化)をみるようにはいかない。出生率低下自体が、数多くの経済的、社会的、文化的要素が関係していることに加え、女性のエンパワーメントをどのように測定するかという指標の問題もある。例えば、女性の就学率や識字率、あるいはジェンダー開発指標(GDI)、ジェンダー・エンパワーメント測定(GEM)といった指標は、ある程度「女性のエンパワーメント」の進捗状況を示すことはできるが、「女性のエンパワーメント」における重要事項であるはずの、例えば世帯内における女性の地位、人間としての扱われ方と

いった女性の尊厳の問題を測定することは難しく、指標作りの研究も現在のところ乏しい。

効率の高い人口開発援助を実施し評価する上で、地域の現状とニーズを正確に把握するベースライン・データがきわめて重要になる。表1は、グアテマラにおける1980年代後半から1990年代後半にわたる3回の人口保健調査である。データを細かくみることによって、リプロダクティブ・ヘルス・サービスのニーズが、どの人口グループにあるかをみてとることが出来る。援助に則した質の高い調査、データ収集、分析が、効率の高い援助につながるだろう。

### むすび

人口問題への取組みにおけるマクロからミクロレベルへのシフトは、国際的な人権推進の流れと、経済開発理論から人間開発へという流れの中でおこった、歴史的に重要なかつ当然の帰結であったといえよう。カイロ国際人口開発会議の意義のひとつは、リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスといった概念を前面に据えることで、それまでのどの人口会議よりも、出生力の主体としての女性のニーズ、権利、健康に焦点を当てた点にあると言ってよいだろう。そこには開発

に携わる女性たちの声と努力と政治的な動きがあった。本稿でみた、リプロダクティブ・ライツとリプロダクティブ・ヘルスに焦点を当てた援助アプローチは、マイクロレベルでの質を問う援助だといえるだろう。こうしたアプローチを実施してゆくためには、被援助国の実態とニーズを正しく把握し、地域のコミュニティの人々と共にプログラムを展開してゆくことが重要であろう。

### <参考文献>

- 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.
- 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-』
- 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
- 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.
- 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
- 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
- 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
- 村松安子(1996)『エンパワーメントに向けて』村松安子・村松泰子編『エンパワーメントの女性学』有斐閣
- 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
- 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
- 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
- Ashford, S. Lori(2001) "New Population Policies: Advancing Women's Health and Rights," *Population Bulletin* Vol. 56, No. 1.
- Dixon-Mueller, Ruth(1993) *Population policy and women's rights: transforming reproductive choice*, Westport, Connecticut: Praeger.
- Hartmann, Betsy(1995) *Reproductive Rights & Wrongs*( revised edition ), Boston: South End Press.
- 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.
- 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).
- Moser, Caroline(1992) *Gender Planning and Development*, London & New York: Routledge.

Sen, Gita and Srilatha Batliwala( 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.

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.

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( 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( 2000 )"The World's Women 2000: Trends and Statistics,

United Nations( 2001 )"The World Population Prospects: The 2000 Revision, Hilight, New York: United Nations ESA/P/WP 165.

## 中東イスラーム世界の人口・家族・経済

相模女子大学

講師 藤田 純子

現行の人口政策は、端的に言って人口抑制政策が基本となっているが、その根拠としては人口増大による人口爆発により、貧困、環境問題等が深刻化し、全人類にとってきわめて重大な結果をもたらすことが危惧される点が挙げられる。ただし子どもを持つか否かという問題一つをとってみても、先進国の場合と、途上国の場合を同一に論ずることはできない。普遍的真理とされている大前提も、立場を異にすれば結果に大きな差が生ずるのである。例えば先進国の場合には、少数の子どもに対して良い教育を授ければ、より良い将来が保証されるような国家、社会体制が用意されている。一方途上国の場合、確かに子どもの増加はそれだけ余分の食糧を必要とするが、他に多くの選択肢を持たない貧しい家族にとって、彼らは日常の仕事の軽減や、新しい収入源が期待され、同時に老後の生活の安全弁といった利益をもたらす存在である。社会保障が整備されていない社会において、子どもは家族にとりまさに富なのである。

もっとも確実に富を保証するのは国家、ないしは社会制度なのか、それとも個人、ないしは家族なのかという点では、一般に先進国、途上国の間に大きな相違がある。現在われわれが人口爆発の危険に曝されていることは、紛れもない事実である。したがってそれを回避するための人口政策は、必要不可欠である。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。上述のように個人、ないしは家族が生活維持のために依拠しうるものに関しては、先進国と途上国の場合には基本的に相違がある。ところでこの点に関しては、イスラーム世界の場合はさらに際立った伝統的な特徴がある。簡単にいえばイスラーム世界は、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。表現を変えれば、欧米型の社会がデジタル型であると

すれば、この世界はアナログ型であるといった具合に、社会編成の原理が根本的に異なっているのである。

その相違をもっともよく現しているのは、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。それは次のような事柄にも反映している。経済行為においてはヒト、モノ、カネが介在するが、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ない。

中東世界には現行の資本主義におけるような経済発展を、真の社会的発展とはみなさず、むしろそれがもたらす矛盾を根本的に規制しようとする社会システムが存在する。例えばイスラーム法に依拠して、財を必要以上に蓄積し、それを権力の源泉とするような経済行為を志向することに歯止めがかけられている。財の退蔵や利子の禁止などはその一部にすぎない。従来の開発政策においては、このような社会システムが後進性の証とされてきた。しかし植民地時代からの経済的劣位から脱却しえず、劣化し、活気を失ったこの社会を支え続けてきたのは、実のところこの伝統的な社会システム、経済制度なのである。人口問題の解決にあたっては、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、歴史的に彼らの生活の実質的な維持、存続に貢献してきた、伝統的な観点によるのである。

以上の理解を容易にするために、この世界に顕著な経済活動の特殊性について指摘し、人々の思想、行動の考えの基本的な特徴と心性の傾きを示唆したが、この例からも明らかなように、彼らにとって個人、家族は社会生活の基本的単位であり、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。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礎であり、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。

登場以来15世紀にわたる歴史を持ち、確固たる伝統を築き上げてきたイスラームは、宗教であると同時にこの地の人々にとって掛け替えのない文化的、社会的伝統の構成要因である。この教えが文化的、社会的伝統を築き上げるにあたっては、イスラームに基本的な世界観であるタウヒード、イスラームの法であるシャリーア、イスラーム共同体のありようを指示したウンマという三つの基本的柱が大きく貢献している。とりわけわれわれが考察しようとしている、現代イスラーム社会との関連における宗教的要因の重要な役割としては、それらが民衆に伝統的にNGO的な社会参加を行わせている点が挙げられるであろう。そのような観点からすれば、国家的視点にもっぱら依拠した現行の人口政策の思想的背景は、彼らを十分に説得させる論理を持ち合わせていないのである。

中東イスラーム世界における現行の政策を、とりわけ出生率に対する認識と、それに依拠する政策に基づいて概観してみると、出生率を満足と認識し、出生率を維持する政策をとっているのは、クウェート、オマーン、カタル、サウディ・アラビア等の諸国であり、また「直接介入せず」といった態度をとっているのはリビア、レバノン、シリア、アラブ首長国連邦である。一方出生率を高いと認識して抑制政策を採用しているのは、エジプト、イラン、トルコ、ジョルダンなどである。

30年前途上国において避妊を行った夫婦は、10%であったが、世界人口白書2001年版によれば、この避妊実行率が60%以上に上昇している。中東世界に限定すれば、約5割となっている。とりわけ女性のエンパワーメントが強調されるカイロ会議以降も効果的な出生率抑制方法は、女性に対する教育の普及であることが指摘されてきた。女性の就学期間の伸張、女性への教育の徹底などは、女性の多様なライフコースの選択などにより、出生率の低下に寄与しており、多くの国において、政策決定する上で重要視されている。

人口問題の解決にあたっては、人々の発想の根源は、歴史的に彼らの生活の実質的な維持、存続

に貢献してきた伝統的観点によるのである。それには確たる理由が存在しているが、これを説明するためには文化的な組成の相違を指摘せざるをえない。すでに簡単に触れたが、イスラーム文化は、他のそれに比べて(とりわけ現在進行中の現代文明の場合に比べて)きわめてアナログ的であるといえるであろう。この問題は、厳密に議論するならばかなり多くの紙数を要するので、ここでは簡単に類比的な説明を行っておくことにする。

人口問題との関連でまず重要なのは、社会観の問題である。歴史的には決してこの限りではなかったが、現代社会において個人は、個人として社会的に独立の単位である。しかし伝統的な社会、とりわけイスラーム社会においては、個人はあくまでも家族の中の一員にすぎない。生まれてから死ぬまで、個人は家族という基礎単位の一部である。個人は両親の息子、娘であり、この属性は終生変わらない。家族は同じ権利を共有する、数人の構成員からなるモザイクの集団のようなものとしてではなく、例えば両親にとっては息子であり、妻にたいしては夫であり、息子、娘にとっては父親であるような、属性の異なる異質の者の補完的な関係を分かち合う構成員のアラベスク的な集団である。共同体の基本的単位が個人であるか、家族であるかはきわめて重要な問題であるが、この差異はさまざまな文化の相違を示すには重要な点である。性差をなくそうと試みる傾向が強い現代文明のモザイク的な価値尺度は、AとBを等質な者とすることによって、差別を払拭することに努める余り、両者の差異について熟慮しない傾向を強めてはいないであろうか。将来生まれてくる子どもをどこに位置付けるかという問題は、既存のわれわれがなじんでいる考えと、イスラーム世界の考え方の基本的な相違を明らかにしてくれるであろう。子どもが生まれる場合、その子どもが個体そのものであるか、それとも他との連結手を持つ存在であるかという認識の相違は、子どもに対する対応に質的な相違をもたらすのである。

すでに指摘したように、中東イスラーム世界には、人口抑制を望む国、その必要がない国、人口増加を望む国等さまざまである。そもそも人やもの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。

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。一方テュニジア、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。テュニジアにおいて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。当然これらはイスラーム法に依拠するものであるが、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。

総じて中東イスラーム世界における人口と開発に関する方策の提示には、個別的地域の研究がきわめて重要である。人口政策ひとつ取りあげても、人口増加政策をとっている国、人口抑制政策をとっている国、現状維持政策をとっている国、統計調査すら機能不可能なアフガニスタンなど多様であると言わざるを得ない。筆者は、家族、経済構造と相互に関連しあっている人口問題を、文化、社会的伝統に基づいた特殊性の観点からも指摘した。

以上、対外援助に関する政策立案は、きめ細かな対処が必要であることは言うまでもないが、現地の人々が自ら開発の主体となるような支援を実施するために、多角的視座からの研究の蓄積が肝要である。とりわけ当該社会における人口と開発分野の研究者育成は急務であろう。

本稿は、国際協力事業団平成13年度客員研究員報告書(藤田純子著『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 - 』)の要旨である

## 第2章

# 日本の人口経験

## 第2章 日本の人口経験

### 2 - 1 日本の人口転換<sup>1</sup>

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。本章ではまず最初に、現在の低死亡率と長寿の状態に至った日本の近代以降の人口転換について、簡単に概観する。

#### 2 - 1 - 1 日本の人口転換プロセス

日本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

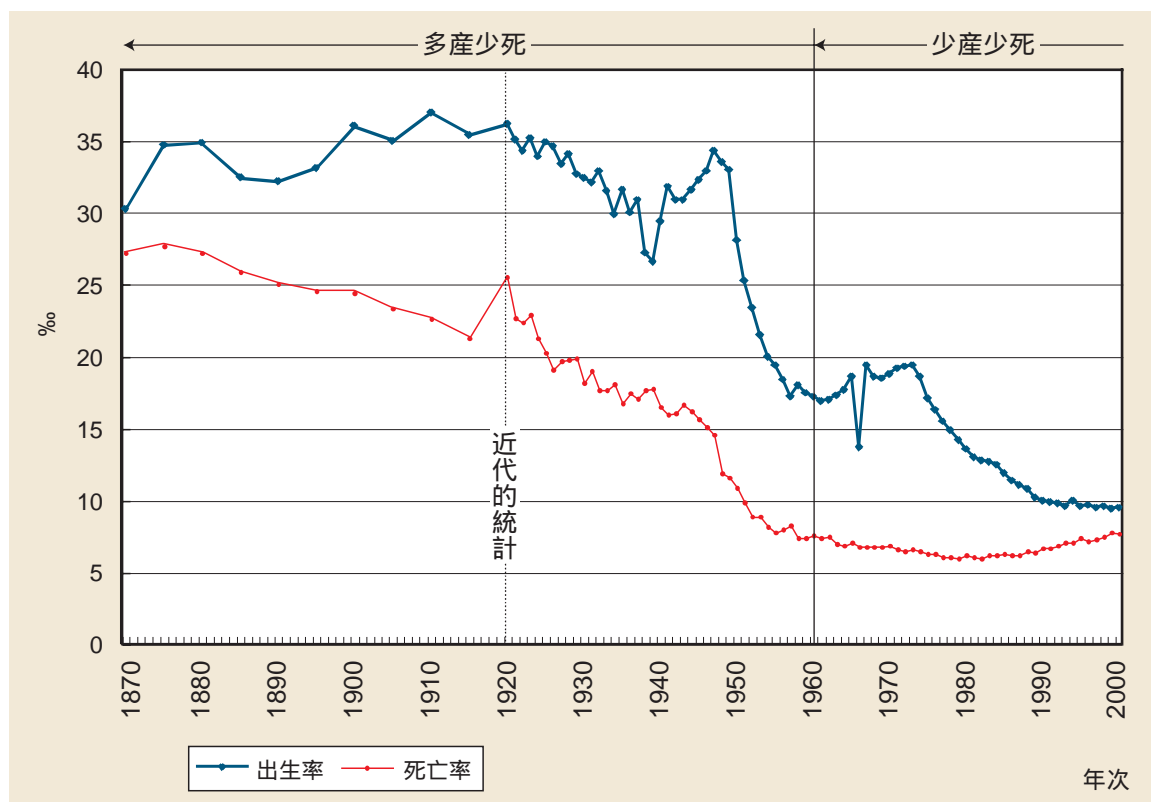
在)の3つに分けられる。

図2 - 1は明治初年以降現在までのおよそ1世紀の間の出生率と死亡率の推移である<sup>2</sup>。

1870年(明治時代初期)頃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った。他方、出生率のほうは、明治初年から大正期まではやや上昇傾向にあったと推定されているが、その後は緩やかに低下してきた。この期間が「多産少死」の時代である。

そして、第二次大戦と敗戦によって日本の人口趨勢に混乱がみられた。すなわち、戦時中は兵員・

図2 - 1 日本の人口転換

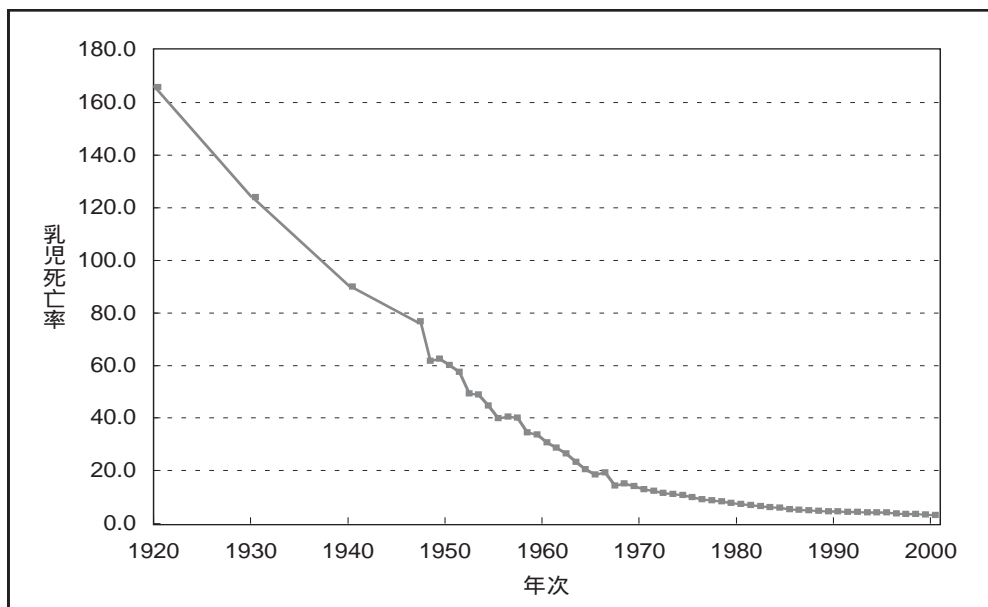


出所：1870年 - 1920年は、岡崎陽一(1995)、1920年 - 1997年は、厚生省大臣官房統計情報部『人口動態統計』各巻。

<sup>1</sup> 本節は、岡崎陽一、1995年、『現代日本人口論(改訂版)』(古今書院)を参考に、大部分を阿藤誠(2000年)第7章「日本の人口転換」、『現代人口学』日本評論社、をもとに構成した。

<sup>2</sup> 日本で近代的な人口調査が「国勢調査」として最初に実施されたのは1920年(大正9年)であり、それ以前の人口統計については、さまざまな手法によって推計が試みられている(岡崎陽一、1995年、『現代日本人口論(改訂版)』(古今書院))。

図2-2 乳児死亡率の変遷(1920年-2000年)(出生千対)



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

民間人を含めた195万人の人命が失われた反面、戦後は復員ならびに植民地・占領地からの引き揚げによって合わせて470万人(1945年-1946年)の社会的人口増加が起こった。また、戦後の1947年-1949年になると、「ベビーブーム(baby boom:赤ちゃん好況)(第1次ベビーブーム)<sup>3</sup>」が起こり、年間出生数は270万人を超え、合計特殊出生率は4.4前後を記録した。ところが、1949年を境にして、出生率は一挙に低下し、特に1949年-1957年には「ベビーバスタ(baby bust:赤ちゃん不況)」と呼ばれるほどの急激な減少をみせた。また、この時期、死亡率も大きく低下した。日本は、この時期に「人口転換」を達成したといえる。

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。終戦前後の混乱期を除くと、日本の出生率と死亡率の動きは西欧諸国が近代化の過程でみせたいわゆる「人口転換」の型と同じ型を描いているが(岡崎, 1995) 人口転換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(阿藤)と分析されている。

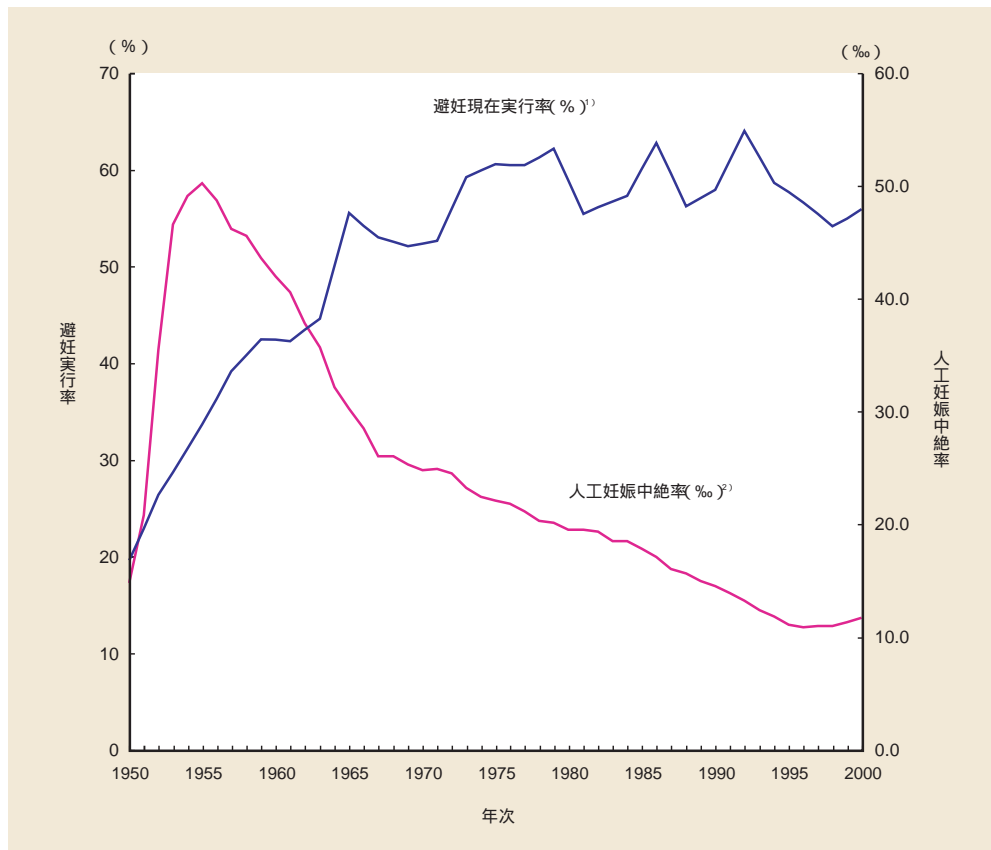
戦後のベビーバスタ期には、死亡率も急激に低下した。1947年-1960年に乳児死亡率は7(出生千対)から31(同)へ低下し(図2-2)、青年期の死亡率も急低下した。これは、戦後の抗生物質、DDTの普及などにより、肺炎、胃腸炎、結核などの感染性疾患による死亡が激減したからである。これにより平均寿命も伸び、1960年には男子65才、女子70才に達し、ほぼ当時の欧米先進諸国の最低水準に追いついた。

### 2-1-3 出生率低下の要因

大正期以降の緩やかな出生率の低下については、主として、産業化・都市化の進展による結婚年齢の上昇によるものであった。これに対して、戦後のベビーバスタ期の出生率の低下は、結婚したカップルの出生抑制によるものであった(阿藤,

<sup>3</sup> この1947年-1949年の3年間に生まれた世代を、堺井屋太一が「団塊の世代」と命名し、以後、戦後日本の各節目に主役として登場し、常にムーブメントを起こす世代となる。なお、団塊の世代が結婚・出産年齢に達した1970年代初頭に「第2次ベビーブーム」が出現する。

図2-3 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(2002)

2000)。その背景としては、いくつかの要因が考えられる。

第一には、何といても1948年(昭和23年)に制定された優生保護法による人工妊娠中絶の実質的な合法化である。これによって避妊行動の普及を待たずに一挙に望まない出生を抑制することが可能となった。ただし、この時期同時に避妊の普及も始まり、1960年頃には避妊実行率は43%に達した。中絶と避妊の出生抑制効果はこの頃逆転したとされる(図2-3)。

第二に、潜在的には戦前の経済成長に基づく産業化、都市化、教育水準の向上、乳幼児死亡率の低下などの近代化の進行が、子ども数制限の動機をすでに育んでいたと考えることができる。

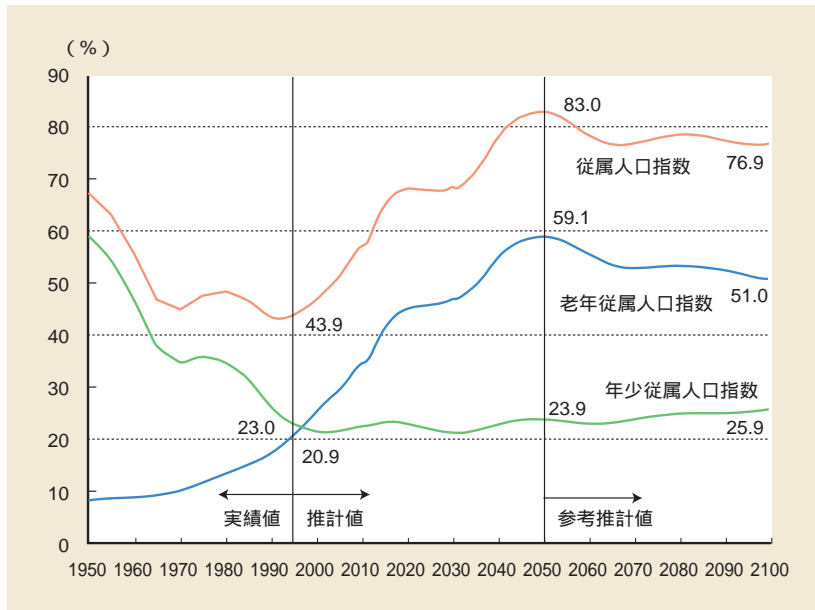
第三に、敗戦による生活水準の極度の低下であ

る。ベビーブーム時に直面した食糧の絶対的不足は、子ども数制限の直接的要因となった可能性はある。

第四に、戦後の平等化政策である。占領軍による財閥解体、財産税、農地改革、民法改正、中等教育の大衆化などは、今日の途上国における社会開発政策に相当するもので、農民、労働者層の間に自分たち及び子世代のための生活改善意欲をもたらし、子ども数制限の動機を生み出したものと考えられる。

第五に、敗戦により戦前の権力構造と価値体系が崩壊したことも重要で、個人の欲望追求が是認され、そのなかで中絶の利用による出生抑制が受け入れられていったと考えることができる。

図2 - 4 戦後日本における従属人口指数の変遷



出所：国立社会保障・人口問題研究所(2002)

#### 2 - 1 - 4 人口ボーナスと人口高齢化

歴史的にみれば、戦後のベビーバスター期は日本の1920年代に始まった出生力転換の後半期にあたる。この時期までに人口転換を達成し、人口増加の抑制に成功したものとみることができる。経済的にみれば、本稿第1章補足論文で小川が論じているように、1950年代末以降子ども数の減少により家計及び国家の扶養負担が急低下し、その結果、家計貯蓄及び国家貯蓄が増大し、増大した貯蓄は市場経済へ再投資され、経済成長の機動力となった。一方で、第一次ベビーブーム世代が勤労世代に達し豊富な労働力を提供した。このような出生力転換に伴う人口構造の変化が経済成長にプラス要因として働いた一連の現象を「人口ボーナス (population bonus)」<sup>4</sup>と呼ぶ。

人口ボーナスは社会の扶養負担の側面からも捉えることができる。働き手(生産年齢人口:15~64才とする)にとって、高齢者(老年人口:65才以上とする)と子ども(年少人口:14才以下とする)の扶養負担を表す指標として、従属人口指数がある。従

属人口指数は、老年人口/生産年齢人口(=老年従属人口指数)+年少人口/生産年齢人口(=年少従属人口指数)で求められる。日本においては、1950年に従属人口指数がピークに達しその後下降をはじめ、1990年を谷として上昇を始めた(図2-4)。このピークから谷までの時期は日本の高度経済成長期とその後の安定経済成長期と重なる。つまり、社会的な扶養負担が減少した時期に、開発戦略を進め社会経済発展を達成したと考えることもでき(嵯峨座、2001)、日本はこの40年間に人口ボーナスを活用したと言うこともできよう。

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転換が急速であったことが、将来(特に2020年代に向けての)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、前述した従属人口指数、特に老年従属人口指数が高まり、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議論されているところである。

<sup>4</sup> 国連人口基金 (UNFPA) の1998年と1999年の世界人口白書に相次いで「人口ボーナス」という言葉が登場した。白書によると、人口ボーナスというのは、「今後の数10年間に、開発途上国では出生率が低下することによって、生まれる子どもの数が減る。その一方で、現在の子どもたちが成長して、労働力の一部を担うようになる。十分な雇用機会が創出できれば、新しい労働力は生産性を高め、経済開発を促す力となり、ヘルスケア、社会保障のための多額の歳入をもたらす」としている。

BOX 2 - 1 外れた人口学者の予測

第二次世界大戦後、連合国軍総司令部のマッカーサー元帥の人口部門アドバイザーを務めたことのある米国の著名な人口学者ウォーレン・トンブソン氏は、1950年に発表した「日本における人口と資源」という論文の中で、こんな趣旨のことを述べている。

「日本は過去にそうだったように、貿易を通して資源を増大できることは疑いが無い。マラヤ(現在のマレーシア)は鉄鉱石、ゴム、スズを輸出する代わりに、日本からある程度の繊維製品、自転車、ゴム靴、懐中電灯などを入手できるだろう。同じような貿易はインドネシア、フィリピンなどとも可能になる。」

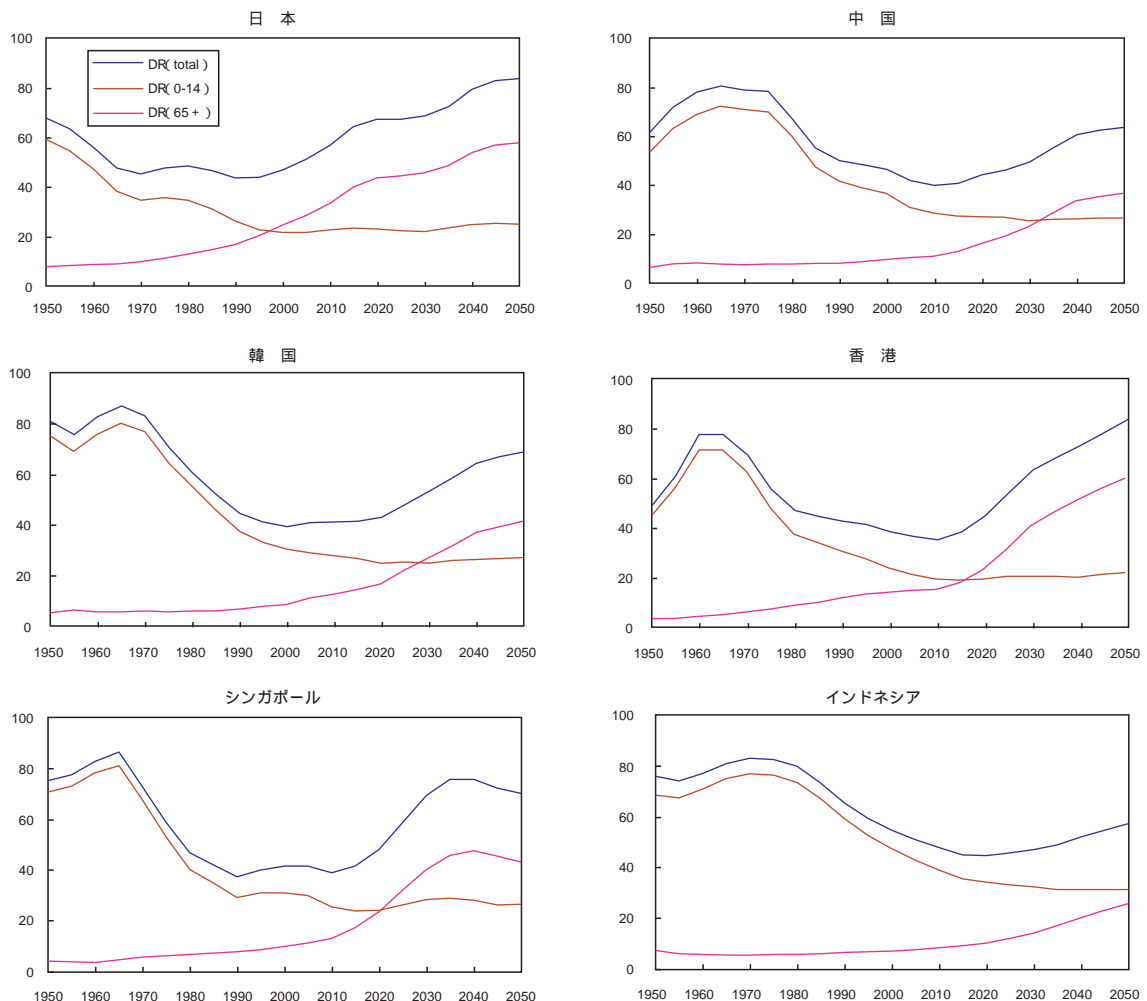
「一方、日本の工業の効率化が増すにしたがって、外国貿易の競争力は改善するだろう。しかし、その改善が急速であるかどうか、最適な機械、優秀な労働力、そして低価格の商品を維持するためにより低い賃金でヨーロッパや米国との競争に並ぶことができるかどうかは、決して確かではない。私は、資源に対する人口の圧力が次の10年、20年の間に日本を助けることになるとは思わない。」

つまり、戦後のベビーブームによって起きた人口急増の圧力が続き、経済は簡単には回復しないとトンブソン氏はみていたことを示している。

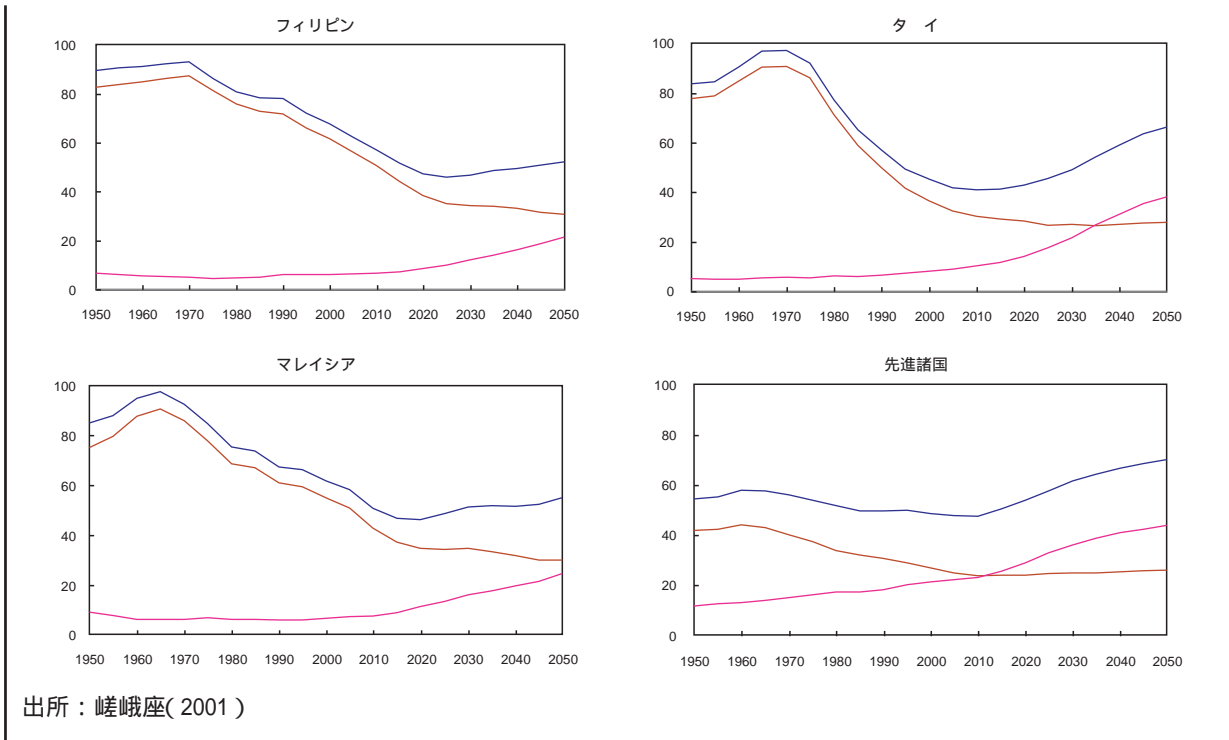
ところが実際は1950、1960年代の日本の経済成長は目覚ましかった。1929年の「世界人口の危機地帯」で日本が人口圧力から戦争に突入することを予見したトンブソン(本報告書の主査緒言参照)の、戦後日本の復興についての見通しが、なぜ外れたのだろうか。

日本大学人口研究所の小川直宏次長(本研究会委員)らの論文によると、その要因の第1は、ベビーブーム以降の10年間で出生率が半減するという「日本の奇蹟」が起きることを予測できなかったこと、第2は戦前から日本人が身につけていた高い技術力を持つ労働力の質を、低く見積もり過ぎたためではないかという。人口の将来を予測することの難しさを、考えさせられる。

BOX 2 - 2 アジアの従属人口指数の変遷(1950年 - 2050年)







## 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、連合国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押し進められた。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。日本の人口転換に貢献した主な動きとしては、政府の家族計画政策、保健行政の改革、その中でも特に母子保健の向上に関するアプローチ、民間団体や企業主導の家族計画運動、農村における生活改善運動などが挙げられる。本節では、これらの動きを検証し、今日の途上国支援に資する諸点を考察する。

### 2 - 2 - 1 政府の家族計画政策

#### (1) 優生保護法の成立

先述したとおり、日本は戦後、1947年 - 1949年の3年間に空前のベビーブーム期を迎えた。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、やむなく出生抑制の手段として人工妊娠中絶が行われた。しかし当時は1882年(明治15年)制定の旧刑

法による墮胎罪が適用されており(現在もそのまま適用)、非合法のいわゆる「ヤミ中絶」が激増した。劣悪な環境下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(西内, 2001, 連載6)。

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。この法律はその目的として、「母性の生命・健康を保護すること(第一条)を挙げている。これによって、条件付きではあるが専門医による人工妊娠中絶が認められ、「中絶天国」と言われるほど人工妊娠中絶が増える結果となった(本報告書の主査緒言参照)。翌1949年(昭和24年)には、一部改正され、母体保護による人工妊娠中絶を考慮する場合に、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さらに拡大された。この改正の際に、全国の保健所に受胎調節の相談・指導を行う機関として「優生保護相談所」の設置が義務づけられた。しかし、この相談所は現実にはほとんど利用されなかった(村松, 2002)。

さらに政府は1952年5月「優生保護法」を改正し、人工妊娠中絶に伴う女性の肉体的、精神的負担を

軽減するため、受胎調節にかかる事業を盛り込んだ家族計画政策を打ち出した。この主な改正点は、これまで煩雑であった公的機関の審査を待つことなく担当医師独自の判断で中絶を実施できるようになったことと、「受胎調節実地指導員」制度の導入である。この結果、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2-3)。しかしながら、受胎調節実地指導員制度の充実と活動の拡がりによって、2-1-3で前述したように、その後、避妊実行率が急激に上昇し、一方、人工妊娠中絶率は降下し、両者の割合が逆転していった。

## (2) 受胎調節実地指導員制度

受胎調節実地指導員制度によって、助産婦、保健婦、看護婦が再教育され、受胎調節の質の高い技術的指導を行う専門グループが育成された。特に開業助産婦においては、業として家族計画に関する相談・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。再教育は、厚生省の基準に添って都道府県知事が講習を実施し、その講習を修了したものを「受胎調節実地指導員」として認定した。それまでの保健婦教育においては受胎調節についての教育はなされておらず、現場の保健婦にとっても初めての知識となり(大峽)有効であった。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。

以上のような政府事業の姿勢について、村松は「政府事業について注目されることは、当初から人口政策としての意義を極力抑えて、公衆衛生、母体保護を前面に出した点である。終戦から1950年代にかけて、世間の論議は圧倒的に“人口”が主体であったが、政府としては批判される危険のない“健康”をイデオロギーの基盤に選んだということであろう」と指摘している(村松, 2002)。

## (3) 計画出産モデル村<sup>5</sup>

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(西内, 2001, 連載6)。

3つのモデル村は、米作農村/神奈川県上府中村(当時307世帯)、畑作農村/山梨県源村(当時459世帯)、漁村/神奈川県福浦村(当時332世帯)である。国立公衆衛生院のアプローチは、最初にその地域の人々全体に対する啓蒙運動(講演・映画など)、全体の中から受胎調節実行希望者を選び、その対象者に対して集団教育、次に1組1組の夫婦に定期的に行う個人指導、の3つのプロセスからなる。

この過程で強調されたのは、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、最初に村全体に啓蒙し、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1人1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、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。

モデル村の一つ福浦村では、国立公衆衛生院の専門家の指導の前に、地元の保健婦が一軒一軒の家庭を回って事前調査を行ったと報告されている。

<sup>5</sup> 本節は、西内正彦「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、「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 モデル村で指導が始まる」同、「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」同を参考にまとめた。

福浦村における記録によると、女性たちはこの指導に積極的に参加しているが、男性たちは指導開始当初は、「...村でうまくいかないことがあると、家族計画をしているせいにしてしまう」ほど否定的な風潮が強かった。女性を取り巻く人々の理解を得るために、地域全体に対する啓蒙活動の重要性を示す一例である。活動に参加した主婦たちによる座談会では、「母のように8人も子どもを産み育ててへとへとなりたくなかった」、「結婚してから自分で避妊法を研究していたので先生方に指導して頂けるようになって本当に嬉しかった」、「保健所でも受胎調節の指導をやっているけれど、あんなところでは大事なことはとても話せない」、「長く顔見知りの保健婦さんだからこそなんでも話せる」等、高く評価しており、最後は「家族計画は女子を解放する」という発言もあり(西内, 2001, 連載7)。女性たちが家族計画によってエンパワーメントされた様子がうかがえる。

受胎調節の指導の成果は確実に表れ、指導初年の1951年と最終年の1957年の手法別避妊実行割合をみると、コンドームが32%から38%に増え、コンドームとオギノ式の併用は1%から12%に、またペッサリーは4%から12%とより確実な方法が増加していることが分かる。出生率(人口千対)も指導前の26.7から、3年目には14.6まで下がり、最終年には13.6と低率になった。これは全国平均よりも低く、さらに全国平均が人工妊娠中絶によってもたらされたものであるのに対して、モデル村では家族計画によってもたらされたと分析されている。また、どの村でも、「考えて産みなさい」とか「出産間隔をあけてはどうか」という受胎調節指導を受けた妊婦たちは最初は「産まない方がいいのだろう」と短絡的に理解し、指導後1～2年は人工妊娠中絶が増えるが、その後減少に転じるという、同一のパターンをとることが報告されている(西内, 2001, 連載8)。

## 2 - 2 - 2 保健行政の拡充<sup>6</sup>

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(1948年)、旧陸海軍病院等の一般国民への開放のための国立病院・療養所化、医療施設の充実や医療従事者の質の向上をなどの対応が図られた。さらに、1948年(昭和23年)の米国の調査団の勧告<sup>7</sup>を受けて1949年(昭和24年)に「社会保障制度に関する勧告」を行い、日本の社会保障制度の整備の方向が示された。

### (1) 保健所の整備と強化

戦時下に設置された保健所<sup>8</sup>が、戦後はGHQの指導によって保健所網の整備・業務強化が行われ、地方における公衆衛生上の拠点機関となった。

戦後の混乱期、発疹チフス、種痘、コレラ、性病の蔓延、食糧の不足等により日本の公衆衛生水準はきわめて低い状態にあった。この公衆衛生状態の改善のために、1947年(昭和22年)9月に「保健所法」の全面改正が行われた。その主な内容は、保健所は都道府県または政令に定める市に設置し、公衆衛生のほとんど全分野にわたる指導を行う(衛生思想の普及・向上、人口動態統計、栄養改善・食品衛生、水道・清掃等環境衛生の改善、保健婦に関すること、公共医療事業の向上・増進、母性・乳幼児の衛生、歯科衛生、衛生上の試験・検査、結核・性病等の疾病予防等)というものである。保健所には医師はじめ保健婦等の必要なスタッフが配置され、検査設備など設置された。保健所はおおむね人口10万人に1か所設置され、さらに各都道府県には1か所「モデル保健所」を設定するよう指示された。保健所の運営にあたっては、地区住民の意思を尊重し反映することが適切とされ、地区の代表・有識者で構成する運営委員会を置き、保健所長の諮問に応じて審議することとなった。

<sup>6</sup> 本節は、『厚生省50年史』による。

<sup>7</sup> ワンデル勧告(W. H. Wandel)を団長とする米国社会保障制度調査団の報告書。1948年7月発表。

<sup>8</sup> 大正期から結核・乳幼児死亡率の高いこと、トラコーマ・寄生虫病・性病等の蔓延、国民の体力の低下、栄養状態の貧しいことが認識されるようになり、保健指導の重要性がうたわれ保健所制度の導入が検討されてきたが、日中戦争の開始とともに、人口の増強と資質向上を図るはかることを直接目的として、1937年7月に保健所制度が導入された。

表2 - 1 戦前・戦後の保健・人口政策・民間運動の主なあゆみ(1937年 - 1960年)

年(昭和)	項目
1937(12)	保健所法施行
1938(13)	母子保護法施行 厚生省誕生
1939(14)	人口問題研究所(厚生省付属機関)設置
1940(15)	国民体力法施行
1941(16)	国民優生法施行 人口政策確立要綱決定(産めよ、殖やせよの時代に)
1942(17)	保健婦制度開始
1945(20)	第二次大戦敗戦 婦人参政権
1946(21)	農地解放
1947(22)	農業協同組合創設 妊産婦手帳が母子手帳に改称 <1947年 - 1949年・第一次ベビーブーム到来>
1948(23)	優生保護法施行 農地改良助長法施行
1949(24)	生活改良普及員第1期採用 優生保護法改定(経済的理由による人工妊娠中絶を許可)
1950(25)	国立公衆衛生院「計画出産モデル村」指導開始 ユニセフ、援助物資供与(~1964年)
1952(27)	優生保護法改定 新生活運動始まる
1954(29)	日本家族計画協会設立 日本家族計画連盟設立 8月~9月 世界人口会議(ローマ)に、日本は途上国の代表として招聘
1955(30)	<全国の中絶件数ピークに> 受胎調節実地指導員に、避妊具の販売特例 10月 IPPF 第5回世界大会開催(東京)
1956(31)	経済白書「もはや戦後ではない」
1960(35)	池田内閣発足「所得倍增計画」(金の卵、農村の過疎化)

## (2) 母子保健対策の進展

終戦を境として、日本の母子保健対策は、それまでの富国強兵策の一環から一変し、新しく、妊産婦と乳幼児の福祉の観点から見直されることとなった。

母子保健の強化のために、昭和22年3月、厚生省社会局から児童局が分離し、新たに母子衛生局が設置された。また、同年12月には、「児童福祉法」が制定され、母子衛生の基盤が固められた。すなわち、児童福祉法の下に、保健所を中心として、(ア)妊産婦、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

- 3参照〕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、1949年(昭和24年)から母親学級、赤ちゃんコンクール、全国母子衛生大会等が開催され、乳幼児の保健指導に大きな効果を上げた。

以上のような施策により、特に乳幼児の保健指導については、着々とその成果がみられ、戦後の乳幼児死亡率は着実に低下していった。すなわち乳児死亡率は昭和25年の60.1(出生千対)から昭和30年には39.8(同)に低下した。これに対して、妊産婦死亡率ははかばかしい改善がみられない状態で、昭和25年と昭和30年で変わらず178.8(出生10万対)<sup>9</sup>であったため、その対応として、1954年(昭

<sup>9</sup> 同時期、米国のそれは26.4、スイスは26.5、スウェーデンは17.4であった。

BOX 2 - 3 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瀨木三雄氏(後に東北大学名誉教授、故人)が提案、実現したのだった。瀨木氏がドイツ・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。

和29年)に「妊産婦保健指導の強化について」という厚生省通知が出された。

この通知では、(ア)衛生教育、社会教育、地域組織活動の活用を図ること、(イ)保健所及び母子保健委員による保健指導機構を確立すること、(ウ)助産婦の再教育を行うことなどにより妊産婦対策の強化を図るよう指示が行われた。同時に母子愛育会(後述)と連携し、母子衛生地区組織の育成強化を図ることとなった。この一連の指導は、妊産婦対策において地域社会を大いに活用しようという姿勢が強く打ち出されている。

(3) ケーススタディ:ある保健婦の記録(長野県高甫村)<sup>11</sup>

終戦当時の全人口の7割を占めた農村において、保健婦や開業助産婦が母子保健・家族計画に果たした役割は計り知れない。ここでは、実際に戦中・戦後の日本の農村において活躍した1人の保健婦の体験を通じて、保健婦の活動が戦後日本の家族計画・母子保健に及ぼした貢献について整理してみたい。長野県高甫村(現・須坂市)において、1944年(昭和19年)保健婦として赴任した大峽美代志<sup>おおぼ みよし</sup>氏の体験をもとにまとめた。

1) 高甫村の概略

大峽氏が着任した1944年(昭和19年)当時、高甫村は人口2,000人強の村であった。その頃生糸の暴落によって村全体が一斉に貧困に陥り、畳を敷いている家はなく、家には「差し押さえ」の張り紙が貼られていた。トイレは屋外の「溜め」式であり、お尻を拭く紙もなく木の葉で拭いたりもしていた。ノミやシラミが子どもの頭の中に蔓延し、全村人に寄生虫が寄生し頻りに腹痛を引き起こしていた。同村を訪問した当時の平沼総理大臣は、「こんな貧乏などころを見たことがない」と評したほどである。

2) 大峽氏の業務

大峽氏の活動は、たまたま空席があった村役場の国民健康保険係として採用され、診療報酬明細書(レセプト)の計算から始まった。この業務により、村人の疾病状況を把握することができた。午前中は役場での業務、午後は保健婦として、医師と一緒に患者宅を往診したり、その後一人で薬を配達したり、簡単な薬の処方や夜間の往診などで、夜中まで村人の依頼で駆け回るという生活であった。

<sup>10</sup> 同時期、米国のそれは47.0、フランスは61.1、スウェーデンは49.4であった。

<sup>11</sup> 本節は、「第二次人口と開発分野別援助研究会(第二回意見交換会)講演をもとにまとめたものである。

当時、村では青年団が貧困から脱出しようと自ら勉強会を開いており、そこに参加して衛生思想の普及を図った。また、各集落には「国防婦人会」と呼ばれる婦人会があり、出征兵士の送別や亡くなって帰還した兵士の村葬の手伝いを行っていたが、婦人会の集まりにも参加し、栄養摂取や衛生教育を行った。また一方的に指導するだけでなく婦人会の活動を手伝うなど、村のさまざまな活動には積極的に参加し、村人の懐に飛び込んでいく努力をした。一方、村での活動では村長の協力を得ることが重要であると考え、村人を集めて行う衛生教育には必ず村長に同行を願い、「外堀」から村人の理解を得る工夫もした。そのような活動を通じて、逆に婦人会が保健活動の手伝いを申し出てくれるほどの信頼関係を築くことが出来た。

### 3) 保健補導員制度

村の保健活動をさらに推進するため、保健婦の下部組織として保健補導員会を作った。これは、かつて神奈川県で見学した母子愛育会の愛育班(2-2-3参照)からヒントを得たもので、乳児検診、妊婦検診の手伝いを行う女性による奉仕団体のことである。1944年(昭和19年)12月、高甫村に保健補導員制度が発足した。

婦人会の協力により、保健補導員には婦人会の役員経験者をお願いした。婦人会の役員は各家庭を訪問し、人の世話をすることに慣れており、また、役員の任期である2年を終えてからも何か人のためになる活動に意欲的な者が多く、保健補導員になったことで本人も喜び、まさに適任であった。村長からも保健補導員会は名案だと賛同を得た。保健補導員には秘密と時間の厳守が徹底され、また、白いエプロンの着用、爪を切っておくこと、手をきれいに洗うことなどを徹底させた。

### 4) 検便の実施・寄生虫撲滅

高甫村に着任した年に須坂保健所が開設し、すぐに村民の検便を実施した。結果は、被験者の100%に成長卵が発見された。そこで、被験者を集め、小判のように黄金色に輝く成長卵を見せて、寄生虫対策が必要であるとの認識を持たせた。村民を公会堂に集め駆虫薬である「海人草」を釜で炊き、

その場で一斉に飲ませた。薬を飲むと虫は体外に排出され、中には、170匹出てきた例もある。検便は一度行くと3ヶ月後に検便が必要であり、1年に2回の検便を実施した。検便・寄生虫駆除は成果が目で見え村人の理解を得やすく、専門家としての尊敬も得ることができた。この活動を通じて保健補導員の活動も定着していった。1945年(昭和20年)の終戦を迎え、日本に民主主義が導入されたことによって、保健補導員会は「(保健婦の)下部組織」から「地区組織」へと変更された。これ以降、活動は「指示」ではなく「皆の総意」で決定されるようになり、「民主主義は手間がかかる」と感じることもあった。

### 5) 乳幼児健診・妊産婦健診

1947年(昭和22年)からは、東京での保健所の活動例を参考にして、高甫村でも保健所と連携して定期的な乳幼児検診と妊産婦検診を開始した。医療器具・資材などが乏しい中で、保健所の所長(医師)、開業助産婦、保健婦の3者が協力しあって定着していった。当時換金のために行われていた「卵貯金」を妊婦はせずに自分で食べるよう勧めたり、妊婦の栄養摂取向上のために、どうしたら姑が栄養価の高いものを嫁に出してくれるかなどの細かい助言もした。このようにして、母子の健康を守るように努めた。このような活動の結果、1956年(昭和31年)には、高甫村の乳児死亡は0になった。

### 6) 人工妊娠中絶の増加

高甫村では、1951年(昭和26年)に中絶が増加し始め、1953年(昭和28年)にはその数値がもっとも高くなった。当時、1回の中絶には、3万円から5万円という多額の費用がかかったので、殺鼠剤を飲んで中絶を試み、結果、母子ともに死亡するという悲惨な例もあった。母親は家族には内緒で中絶に行くことが多く、中絶後に休むまもなく田植えなどの仕事を始めていた。そこで、とにかく中絶後の母親を1日休ませるために、当時の外出着として一般的だった紺色のスカートに白のブラウスを目印に、誰が中絶に行ったかを村人の協力者を得て確認してもらい、中絶から帰宅した母親の家を訪れ、「顔色が悪いから貧血ではないか、休んだ

## BOX 2 - 4 愛の小箱

人工妊娠中絶は刑法の墮胎罪で禁止されていたが、1948年(昭和23年)に制定された優生保護法(現在の母体保護法)によって適応条件が緩められたため、件数はうなぎ登りに急増した。中絶が母体に及ぼす影響を減らすための提言が相次ぎ、政府は1951年(昭和26年)10月、受胎調節の普及について閣議で了解した。

翌1952年(昭和27年)6月、優生保護法が改正され、受胎調節実地指導員制度が設けられた。助産婦、保健婦、看護婦の資格を持つ人が知事の開催する認定講習会を終了すると、指導員の資格が与えられるものだ。6月には厚生省から都道府県知事に「受胎調節普及実施要領」が通達され、実地指導員による集団指導、個別指導は次第に普及していった。

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。

ほうがいい」などといって家族を説得し、代わりに田植えをしたことも何度もあった。また、妊婦の健康のために保健補導員に依頼して、妊娠中のお嫁さんの家族に対して妊婦には田植えをさせないよう話をしてもらった。このとき保健補導員には、隣近所にも聞こえるような大きな声で話してもらい、近隣の監視の目も育てていった。

## 7) おしどり会

急増する中絶に対応するために、村の医師を筆頭に、夫婦で参加する受胎調節講習会「おしどり会」を1953年(昭和28年)に組織し、避妊についての勉強会を月1回程度実施した。おしどり会には、民生委員、村長、医師、消防団長の夫婦といった地域の有力者を取り込み、「あの人たちが入るのであれば」と村人が続いて参加する効果を狙った。同時に、若夫婦が会に参加することを舅や姑の年寄衆に了承してもらうために、「人には勉強が必要であり、それは若夫婦だけにではなく高齢者にも同じこと。高齢者に対しては何か別な勉強を考えるから」と言って説得した。また、夫たちに対しては「会に入らなくて、奥さんが死んでもいいのか」と説き伏せた。勉強会には必ず夫婦で参加するよう促した。

「おしどり会」では、保健婦がスライドを操作し、医師がコンドームの使用法などを説明し、皆で使い方を練習した。しもう場所は枕の両側(熱がこない)置いておく数は2個と指導し、使用後の始末の仕方は、使用済みのものを紙でくるみ、火を起こし、火が盛んになった時に火にくべる、などキメ細かい指導を行った。当初の「おしどり会」での最大の問題は、コンドームが手に入らない、あるいは農協や薬局に買いに行くのが恥ずかしいということであった。そこで、薬局に手に取りやすい場所に置いてもらうように依頼した。また、1954年(昭和29年)より、コンドームの回覧販売「愛の小箱」(BOX 2 - 4 参照)を開始した。

月経の記録を付ける指導も行った。村人にとってこれが記録を付ける初めての経験で、この経験をもとに農業の肥料の調合や散布時期の記録づけに発展させるなどのインパクトもあった。

(4) 開業助産婦の受胎調節指導<sup>12</sup>

1952年(昭和27年)6月に導入された受胎調節実地指導員制度によって、開業助産婦も家族計画の普及・指導の重要な戦力として位置付けられることになった。

1950年当時の出産は、ほとんどが自宅分娩で、開

<sup>12</sup> 本節は、「第2回人口と開発分野別援助研究会(第10回研究会)講演をもとにまとめたものである。

## BOX 2 - 5 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「体の調子はよいか」「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。

表2 - 2 出産場所の推移

		1950	1960	1970	1980	1990	1995	1997	1998
施設内	計	4.6	50.1	96.1	99.5	99.9	99.9	99.8	99.8
	病院	2.9	24.1	43.3	51.7	55.8	54.5	54.2	54.1
	診療所	1.1	17.5	42.1	44.0	43.0	44.4	44.7	44.7
	助産所	0.5	8.5	10.6	3.8	1.0	0.9	1.0	1.0
自宅・その他		95.4	49.9	3.9	0.5	0.1	0.1	0.2	0.2
総計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

出所：厚生労働省「人口動態統計」

業助産婦の手によって行われていた(表2 - 2)。日本においては江戸時代から伝統的産婆がいたが、それが明治時代に再教育され医療従事者と位置付けられ、地方にいけば助産婦はその土地の名士であった。また当時の多くの助産婦は60才～70才代で、取り上げた赤ん坊の数は1万以上にのぼる者も珍しくなかった。同じ助産婦が母子二代にわたって取り上げたなどというのは一般的であったといわれている。そのため、開業助産婦は土地の人々から尊敬される存在であった。また開業助産婦は、各家庭の家族構成や経済状況まで知り尽くしていたため、出産の経費が払えなければ「お金があるときに持ってきてくれればいいよ」とかお米や作物で代換えしたりと、地域住民の精神的支えともなっていた。また、戦時下の母子保健政策下では、助産婦は育児に関する再教育を受け、巡回保健婦の仕事を行うなど、乳幼児保健指導の人材として活用されていた(厚生省)。

農村においては、1960年(昭和35年)に池田内閣が発足した後、日本経済が急速に発展するなかで、働き手である若い男性が都会へ出たため、「じい

ちゃん」「ばあちゃん」「かあちゃん」のいわゆる「三ちゃん農業」といわれる現象が各地で見られるようになった。このため「かあちゃん」の労働負担は重くなり、「田植え」や「稲刈り」の時につわりや出産にぶつかると一家の収入に大きな支障をきたすため、中絶するしかないという状況におかれていた。助産婦にとって自分の手で取り上げた赤ん坊が大人になって子どもを墮ろすというのは耐えられないことであった。

このような現状を目のあたりにして開業助産婦は、母体の健康を守るという使命感から受胎調節の普及に本気で取り組んだ。開業助産婦は自営業であり、受胎調節指導によって分娩が減れば自分の収入が減るという損得を度外視して、受胎調節指導に取り組んだ。当時、指導料として助産婦に対して、月50円(1960年頃には1,000円)が支払われていたが、助産婦にしてみればほとんどボランティア的な業務であった。

一方、1955年(昭和30年)受胎調節実地指導員によるコンドームの販売が法制化され、助産婦にとってもその販売マージンが指導料という名目で



収入となった。当時コンドームは男性が薬局などで購入することが一般的であったため、恥ずかしさもあって躊躇するという傾向があったが、助産婦による販売の解禁によって必要な人へ必要な量が届けられるようになり、さらに使用方法などの指導も伴って販売されたことの意義は大きい。

この開業助産婦の活躍に、専門の知識と集団への教授法を身につけた保健婦が加わった。保健婦が集団に対して知識や情報を的確に伝え、助産婦が避妊具等の提供や使用方法の個別指導を行うという連携ができあがった。この両者の連携による家族計画普及活動が全国的に行われたことは、日本の家族計画の成功の重要な鍵となったといわれている。これらの、農村における助産婦・保健婦による家族計画普及活動は、今日いわれているリプロダクティブ・ヘルス/ライツの考え方に通じるものがあつた。

指導を受ける側からみると、夫婦生活という他人には知られたくない部分ではあるが、自分のお産の時に全力を尽くしてくれた助産婦の勤めであれば、と避妊を始めたという動機付けも大きく、住民との強い信頼関係がある開業助産婦の介入によって行動変容が起こったという点は、BCQ(行動変容のためのコミュニケーション・第5章5-1-7参照)の原点が「信頼関係」であるという重要性を再認識させられる。

また、避妊用具の有料化は今日の途上国では一部のNGOや民間支援を除いてほとんど政府プログラムでは実施されていないが、避妊用具の販売は日本の経験においては開業助産婦の普及活動のインセンティブを高め、地域での家族計画活動が拡大・定着していく要因となった。また国民側も受益者負担を当然のものとして受け入れていった結果、自立発展性(持続性)を確保するための大きな要因として、その意義は大きかったといえる。

### 2-2-3 民間団体の活躍

戦後、人口・家族計画に関する民間団体の活動も盛んで、その家族計画、母子保健の向上における貢献は大きなものがあつた。その主な団体を紹介する。

#### (1) 日本家族計画連盟

1950年以降、日本では多くの家族計画関連の民間団体が設立され、その数は20を下らなかった(村松)。人口増加対策を重点課題とするもの、母体保護を主張するもの、人工妊娠中絶を認めるものと否認するものと、その主義・見解は大きく分かれ、まさに群雄割拠の状態であつた。

こうした状況を改め民間家族計画組織をまとめる必要が米国のギャンプル博士によって示唆され、これを受けて、各団体を束ねる親組織として、1954年(昭和29年)4月に「日本家族計画連盟」が正式に発足した。日本家族計画連盟は、翌1955年10月、世界の家族計画運動家たちが立ち上げた国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation: IPPF)の第5回国際家族計画会議を東京に誘致し、国内外に家族計画の重要性を訴えるとともに、最新の受胎調節に関する科学情報を発表する機会を設けた。同大会は、16カ国の代表と国内・外約5,000人が集まり、戦後初めて日本で開催された国際会議として、政財界からもトップが出席し、マスコミも大きく報道するなど国内世論に大きな影響を与え、家族計画への関心は大いに高まった。

政府による家族計画政策は、1960年(昭和35年)の池田内閣発足によって、「所得倍増計画」が打ち出され、政財界において「家族計画無用論」が台頭し始めたころからは急速に衰退していき、この頃から、日本の家族計画サービスは民間主導となり、政府は後方から民間を支援するという立場が今日まで続いている(近, 2000)。

#### (2) 日本家族計画協会

1954年(昭和29年)4月、日本家族計画連盟と同時期に、日本家族計画普及会(1962年に日本家族計画協会に改称)が発足した。同会は、1949年(昭和24年)以来東京都内から寄生虫を撲滅するための啓蒙・検査、駆虫運動を行っていた国井長次郎(初代・日本家族計画協会会長)が、人工妊娠中絶があまりにも安易に行われている実情を憂い、中絶を少なくするための啓発活動を行うために設立した団体である(近, 2000)。避妊用器具・薬品の販売、家族計画の宣伝広報活動、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いる。ことに

## BOX 2 - 6 おぎゃー献金

1963年(昭和38年)の梅雨のころだった。鹿児島県大口市で産婦人科を開業していた遠矢医師は、2間の長屋に住む夫婦と子ども4人の家族の存在を知った。そのうちの3人姉妹は重症心身障害児で、電器商から送られたテレビの映像を見ているだけだった。

当時、経済力のある家庭に障害児が生まれると、世間体を気にして家の中に閉じこめておくのが一般的だった。だが、3姉妹の母親は地方回りに芝居が来ると、娘たちを連れて行った。この姿を見た遠矢医師は「これが本当の母親なのだ」と感動、3姉妹を受け入れる施設を紹介してもらおうと上京した折に厚生省を訪れた。しかし当時、重症心身障害児を受け入れる施設がないことを知らされた。遠矢医師は、こうした子どもたちに少しでも幸福を分けたいと献金制度を考えて日本母性保護医協会に提案、1964年(昭和39年)7月に「おぎゃー献金」が発足した。

健康な赤ちゃんを出産した母親、それに立ち会った医師、看護婦が「幸せの気持ち」を産婦人科に置かれた募金箱に入れたり、財団法人日母おぎゃー献金基金に郵便振替する仕組みだ。2001年12月までの献金総額は44億793万円にも上り、全国にある延べ907の心身障害児施設へ贈られた。

「国際障害者年」の1981年、この献金のことが、途上国の人口問題の解決を支援している(財)ジョイセフの英文機関紙に掲載された。それを読んだ国連児童基金(ユニセフ)のインドネシア駐在事務所のビクター・ソラサラ所長が飛びついた。母子保健、栄養などの向上、障害児の保護には住民参加が必要で、それには自主的に参加できるおぎゃー献金の考え方を導入するのがいい、と考えたからだ。翌年、インドネシア児童福祉財団が母体になって「OGYAA DONATION」が発足した。

その機関紙(月刊「家族計画(現、家族と健康)」)の発行は今日でも続いており、貴重な歴史的文献となっている(村松)。

さらに、日本家族計画協会の中に「家族計画研究委員会」が設置され、政府・専門家(学識者)・民間団体の関係者がメンバーとなり、毎月1回定例会を開催した。主なメンバーとして厚生省公衆衛生局、国立公衆衛生院、神奈川県保健所、東京都衛生局、日本家族計画協会、厚生省人口問題研究所などの当時のキーパーソンが参加し、所属機関の垣根を超えて日本の家族計画のあり方を活発に議論する場となり、日本の家族計画の流れを決定する重要な役割を担った。またこれらの活動は、政府事業と連携しながら実施された。

同会では、コンドーム等避妊器具薬品の廉価販売等によって草の根の現場とのネットワークづくりを図りながら、団体としての資金確保を実現している(近, 2002)。特に発足当初はコンドーム等の廉価販売による売り上げによって経済的自立を確保したことは意義があった。最近では、国内の最大の課題は10代の望まない妊娠であり、1984年(昭和59年)に思春期相談事業が「健全母性育成事業」として予算化されて以降は、思春期に対応する事業が中心となっている(近, 2000)。

(3) 母子愛育会<sup>13</sup>

1933年(昭和8年)12月、皇太子(現天皇陛下)の誕生を祝し、天皇陛下から恩賜が下された基金をもとに「恩賜財団母子愛育会」が創設され、母子の保健と福祉のための事業を実施することとなった。同会では、児童及び母性の養護、教育に関する総合的な研究を行うと同時に、臨床施設として愛育病院を併設した。総合的な調査の結果、当時の日本においては農漁村において乳幼児死亡率が著しく高いことが判明し、村ぐるみで根本的にその低下に取り組もうという考えで考案したのが「愛育村」事業で、「愛育班」はその愛育村事業の中核となる基礎的な単位組織である。この愛育村を1936年(昭和11年)に全国で5か所指定し、地域の婦人が奉仕的に愛育班員となり、実践活動を通じて自身を教育するとともに、愛育思想の普及啓蒙に努めた。愛育班は、地域内全世帯を対象にし、1名の班員が10世帯程度を受け持ち、町内会や字の範囲で分班をつくり、小学校区、旧町村の単位で1つの班を構成した。活動の主なものは班員の家庭訪問と、話し合い学習(分班長会議と分班ごとの班員会議)であり、いずれも月1回は実施することとした。また、1939年(昭和14年)から、「愛育村」事業は厚生省の補助を受けて「愛育指定村事業」として

<sup>13</sup> 本項は、社会福祉法人恩賜財団愛育会のホームページによる。

## BOX 2 - 7 日本鋼管川崎製鉄所での新生活運動

企業の新生活運動のモデルケースとして知られるのが、1953年4月から開始した日本鋼管川崎製鉄所である。その動機はこんなことだった(「職場の新生活運動」人口問題研究会 1958年3月)。1952年10月、圧延工場に所属する勤続12年の熟練工が機械に手を挟まれ、重傷を負って入院した。この前日、5人いる子どもの末の子が発熱したため、徹夜で看病し、出勤2時間後に事故に遭ったのだった。

10月だけで197件の労災事故が起き、94人が欠勤していた。見舞いに行った労務部長は、事故の7割は機械の老朽化などやむを得ない原因ではなく、作業員自身の不安や疲労、突き詰めれば家庭生活内部の不安、子どもたちへの責任感から生じているのではないかと考えた。これが福利厚生の場合、従業員だけではなく、家族を含む日々の生活にまで広げる新生活運動の開始につながった。

1952年の従業員数は1万4,300人。そのほとんどが25-35歳の独身者や妻帯者で、年間1,400人以上の出産があり、約700人の新婚世帯がこれに加わりつつあるという事情もあって、運動の重点は家族計画に置かれた。

まず、月2回発行される社内新聞に「家庭版」を設けて、主婦向けに運動の趣旨を説明。その上で、社宅や近接している従業員家庭を5世帯単位を1グループとして、助産婦などの資格のある受胎調節実地指導員が集団で家族計画の意義、具体的な避妊の方法、中絶の弊害などを説明する。その後でたんねんに一軒一軒回って個別指導する、という方法で次第に浸透していった。指導の時に、会社がまとめて購入した避妊器具・薬品を安く買え、市内で買うような恥ずかしさを覚えなくて済むというメリットもあった。

**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「大都會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。

また指導前はコンドーム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の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。

ほか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。

展開された。これらの結果、戦前には46都道府県に1,200余りの愛育村を指定し、地域の和と連帯が生み出され、母子保健衛生の向上に貢献した。また、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も貢献した(厚生省)。

**(4) 毎日新聞社人口問題調査会**

1949年(昭和24年)7月、毎日新聞社は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)」を実施してきている。時系列の長さの点できわめて貴重な資料となっている。

**2 - 2 - 4 企業による家族計画運動****(1) 新生活運動**

政府の家族計画事業と並行するような形で、1952年(昭和27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、人口問題研究会は、その実現のためには、計画的に出産することによって主婦を解放すること、生活の安定を目指し家計の予算を立てることで貯蓄の増強を図ること、保健衛生を普及して健康を増進すること、育児と子どもの教育に力を入れること、教養を高めて文化的な生活を送ることなどを同時に行わなくては、実を結ばないと、考えていた。人口問題研究会は新生活運動指導員養成講習会を開催

し、助産婦を再教育し指導員に加え、指導員を養成した。実際の運動の内容としては、教養、保健衛生、生活合理化（衣食住、貯蓄、相互扶助）、受胎調節、女子の教育、慰安、親睦などに関するものであった。

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、124万人が参加したという記録もある（BOX 2-7 参照）。

## （2）炭鉱でのモデルケース

先に紹介した国立公衆衛生院による「計画出産モデル村」の成果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。その先駆けが福島県の常磐炭鉱株式会社の社宅におけるモデルケースである。常磐炭鉱付属病院の産婦人科医師からの申し出を受けて、国立公衆衛生院の指導の準備を開始したのが1952年（昭和27年）で、実際にモデル社宅（716世帯、人口3,632人）において指導が始まったのが1953年（昭和28年）2月であった。産婦人科医師はその動機として、従業員とその家族の明日の幸福のため、あまりにも多い人工妊娠中絶の弊害から女性を救うための2点であったと報告している。また、実行にあたっては、女性の自覚を求め、女性の主体的参加に任せることに留意された。指導を希望した女性は352人で、これは受胎調節をした方が望ましいと判断された対象の94%にあたり、女性側の関心の高さがうかがえる。

方法としては、基本調査の後、主婦会、労務担当者、労働組合に呼びかけて講習会、座談会、映画会を開催し、またパンフレットや新聞などによる広報活動から始まった。そして、次第に小規模なグループ指導、さらに個別指導へと展開していった。同時に月1回の家庭訪問指導も実施、そのために専属の指導員として助産婦1名を雇用した。こうした手法はモデル村での経験が生かされている。

2年目における成果を手法別避妊実行数で見ると、指導開始当初はコンドーム185、スポンジ50、コンドームとオギノ式併用41、ペッサリー1であったものが、2年目には、コンドームとオギノ式併用190、スポンジ2、ペッサリー18、オギノ式30、抜去法23などと変化が見られる。また、出生行動の変化は、当初妊娠数は200台であったものが、1年目には177、2年目には105へ、出生数は当初130であったものが1年目77、2年目53へ、人工妊娠中絶は当初63が1年目は91に増えたものの、2年目には53に減少するなど（この傾向はモデル村でも同様）顕著な改善が見られた。

この家族計画指導による副産物として、会社にとっては家族数の増加による広い社宅の提供等福利厚生費の負担の軽減、子ども数の減少により子どもの進学率の上昇、母親のPTA参加率の上昇、小学校の出席率の上昇、さらにゆとりが生まれた母親たちは自分のために使う時間が増え身ざれいになる、などの正の波及効果があったことが報告されている。

## 2 - 2 - 5 農村における生活改善運動<sup>14</sup>

### （1）農村の民主化

GHQの民主化政策は「農村の民主化」も強力に押し進めた。GHQは因習と旧来の社会構造を温存している村を民主化するためには通常のやり方では不可能であると考え、これまでもっとも虐げられてきた女性に焦点を当てて彼女らの「解放」のエネルギーを社会変革に活用しようと考えた。その最前線に、女性の「生活改良普及員」が育成され配属された。

農業改良のために各県に「農業改良普及所」が設置され、そこに「農業改良普及員（農業生産の指導を受け持つ。主として男性）」と「生活改良普及員」（農村生活の改善を受け持つ。全て女性）が配属された。生活改良普及員は、1949年（昭和24年）4月に第1期が採用され、家政学を修めたものあるいは教員経験者等から選考され、東京で徹底した米国

<sup>14</sup> 本節は、「農村生活改善協力のあり方に関する研究」検討会報告書（2002年3月）（国際協力事業団）及び公開研究会の発表をもとに構成した。

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行って、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。生活改良普及員は生活の全ての側面に関わり、農民たちの悩みを解決していく中で、台所改善、布団干し、布団打ち直し、作業着の改善、主婦は一時間早く帰宅する運動、栄養改善、家族計画、家計簿つけなどに携わっていった。

生活改良普及員には「緑の自転車」が供与され、当時の農村では女性が自転車に乗ること自体珍しく、農村に「モダン」を持ち込み、農村女性の憧れの対象(モデル)となった。

## (2) マルチセクター的展開

農村における生活改善運動は、農林省が行った「生活改良普及事業」だけを指すのではなく、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、当時の農村で展開されたさまざまな事業・活動が含まれ、「生活改善」は一種の国民的スローガンであった。それぞれの活動には、担い手があり、例えば、栄養改善であれば保健所の栄養士、食生活改良推進員(村人から選出されたボランティア)、家族計画なら母子愛育班の班員、青少年活動では4Hクラブ(農林省所管・農村青少年を育成するための地域クラブ。4Hとは、ヘッド、ハンド、ハート、ヘルスの頭文字)や生活学級などがあつた。生活改良普及員は、活動内容によってこれらの担い手と連携した。例えば、保健婦と連携して健康診断を実施したり、栄養士とともにキッチンカー(栄養改善車)に乗って料理講習を実施したり、公民館の社会教育主事と協力し社会学級で問題提議をしたり、4Hクラブのキャンプに参加したりするなど、さまざまな地域活動と連携した。それはまさに「総合的農村開発」であり、マルチセクターの取り組みであった。

## (3) 既存の人的資源の活用

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。新しいことを実施するときには古い勢力の反対があつては成功しないことを経験則で学んでいたからである。町村役場、学校、公民館などの公的組織との協力体制づくり、従来の地元有力者の妻などが取り仕切っていた「婦人会(全戸参加)」などとの連携は必須であった。前述したように生活改善運動がマルチセクター的に展開していったのはこの生活改良普及員たちの「触媒」としての働きがあつたからと考えられる。

生活改善運動の成功に寄与した今ひとつの戦略は「グループ活動の奨励」であつた。「婦人会」とは別に「気のあつたもの同士」が集まって「生活改善グループ」を作り、「料理講習」、「食品加工」、「作業着づくり」などに取り組んだ。生活改善グループの組織状況をみると、1956年(昭和31年)3月末現在全国で5,461グループ(13万992名)となっている。これらのグループが取り組んでいる改善内容は、グループ数の多い順で第1位がカマド改善、第2位が保存食の利用、第3位が改良作業衣の着用となっている。特に弱い立場にある若い主婦のグループ活動(例えば「若妻会」)が奨励された。グループ活動の利点は、「ひとりでできないこともグループで力を合わせれば可能になる」、「集まって話をする事自体が力づけになる」などと女性たち自身が好むものとなつた。またカマドの改善などは廉価とはいえお金がかかり、当時自由になるお金が一切なかった農村女性たちは、共同で養鶏をし「卵貯金」をしたり、薪拾いのアルバイトをしたり、つもり貯金(を買ったつもりでそのお金を貯金)頼母子講をするなど、共同で必要な資金を調達する試みも盛んに行われた。

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、成功事例とされる村町に視察に行くなど、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、実行されていたことも、特筆すべき点である。

#### (4) エントリーポイント(導入口)としての「改良カマド」

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<sup>15</sup>。それは貧しい農民にも実行可能な改善を目指していたからである。改良カマドは、旧来型のカマドの煙によるトラコーマの害から女性の目を守れること、粘土といくらかのブロックがあれば自分たちでつくれるという低廉さ、生活改良普及員の指導が受けられるということで、もっとも多くの農村グループで取り入れられた。1956年(昭和31年)度の全国調査結果によると、カマドの改良を「すでに改良した農家」が全農家の38%、「生活改善活動以降に改善した農家」が同27%、「向こう1か年以内に改善するつもり」が同25%と高い達成率を見せている。

生活改良普及員は改良カマド指導のために、自ら左官屋についてカマドの壁塗りの技術を習得し、またカンナかけの実習も受け、自力でカマドや流しを据え付けられるように教育された。このような手作りカマドは、農家の主婦一人一人の体格にあったものがつくれるという利点もあった。BOX 2-8の岡成集落の事例のように、多くの地域でこの改良カマド事業を「エントリーポイント」として、さまざまな生活改善運動に発展していった。この時期、エンパワーされた農村女性たちが今日においても村おこしの中心的役割をになっている例は少なくない(佐藤, 2002)。そういう意味では、GHQが意図した女性の解放のエネルギーを農村の変革に当てるといふ戦略は見事に的中したといえる。

#### (5) 農民主体の問題解決手法

生活改良普及員の成功のもっとも大きな要因は、生活改良普及員になった女性たちの献身的ともいえる活動であった。閉鎖的な農村社会を歩き回り、時には農家に泊まり込み寝食をともにし、農村女性の生活を体感しながら、村人たちとの信頼関係を構築していった。生活改良普及員は農業に関する具体的な技術と知識を持つ農業改良普及員に比べて、具体的な技術がなく、また対象が「生活」と

いう漠然としたものであったため、どのような事業に取り組めばよいのか大きなとまどいがあった。こうした中でかなり意図的に「ボトムアップ手法」が取られた。生活改良普及員は村の女性たちに比べ比較的 education 程度が高い場合が多かったが、決して高圧的・指導的態度をとらないよう教育され、「まず村を歩き回り、女性たちと話をし、村の生活を把握する」というフィールドワークを繰り返した。そして、自分たちの日常生活にあるさまざまな問題点を女性たち自身が気づき、これを問題として認識するまで促した。そしてその解決の糸口を一緒に探すことに徹した。従来のカマドは煮炊きに時間がかかり、立ったり座ったりの動作が女性たちに負担であること、薪を多く使用すること、煙は眼病の元であること、などを女性たちの声としてまとめ、その解決には「改良カマド」という方法がある、ということ伝える、という手法である。同様な方法で、着物では農作業がやりにくいとの気づきから、着物を改良した手作りの作業着「改良作業着」を作製したり、農繁期には多くの主婦の体重が減ることを体重の記録を付けることによって発見し、「共同炊事」による栄養価のある料理作りを行ったりと、新しい活動が広まっていった。

#### 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。その証拠に、図2-3に明らかなように、人工妊娠中絶は1955年を境にして急減し、代わって避妊実行率が1950年(昭和30年)の19.5%から1959年の42.5%、1967年の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、以下のようにまとめられよう。まず外部の指導による強力な民主化路線に沿って、行政自体が構造改革を行った点が大い。この改革によって「キャパシティ・ビルディング(能力構築)」が醸成された。強化された行政の

<sup>15</sup> この運動は初期の段階にはいわゆる補助金制度が整備されていなかった。

## BOX 2 - 8 生活改善運動 - 愛媛県・野村村岡成集落の経験

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。いまで言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。

## 「ばっかり食」の改善

当時の岡成では、食生活の80%を麦飯中心の炭水化物に偏っていた。そこで、5名の青年たちは山羊を飼って山羊乳を飲もう、油をとろうという活動を始めた。山羊飼育は昭和22年には10戸であったものが、昭和24年には全戸導入するに至り、またその翌年には菜種栽培が全戸で始まり、それによって年間の油使用量が1人864ccから、2年後には2,340ccに増加した。

## 改良カマド

青年たちが、集落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。

## 個の問題から地域課題へ

住民は、次第に地域の問題に目がいくようになった。月3回農業の休日を設け休養、慰安、教養にあてる「農休日」を設定し、またお祭りを返上して公民館と食品加工場を建設した。公民館は集落文化センターとして、大型パン釜を設置した食品加工場は、農繁期の共同炊事、貯蔵食品の加工場、豆腐作りの場として活用されてきた。

農業経営改善にも積極的で、荒地7.2ヘクタールを共同で開田し、リヤカーの入らない道には農道を作り、麦・甘藷を中心とする農業から酪農・葉たばこなど換金作物への転換を積極的に進めていった。

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(参加型というよりも)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、住民主体の問題解決手法(日本版参加型農村アプレイザル:PRA)の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による開発戦略がいかに有効であるかを実証しているといえる。加えて、住民、特に女性の行動変容を促すさまざまな方法を実践的に体得していった点も特筆すべき点である。

## 補論 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

事務局長補 鈴木 良一

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)家族計画国際協力財団(財)ジョイセフが発足した。発足当時の一番重要な役割は、IPPFに対する日本政府からの資金援助の実現であったが、1969年には10万ドルの拠出が実現し、さらに1971年にはUNFPAへの拠出金100万ドル(IPPFと合わせて150万ドル)もはじまった。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。1974年、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」の推進方法として、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、これまで27カ国で、地域に根ざした住民参加型プロジェクトを展開している。

また、1997年度からは、これまでの海外での援助実績を生かして、JICAとの協力事業としてプロジェクト方式技術協力「ヴェトナムリプロダクティブ・ヘルスプロジェクト(フェーズI:1997-フェーズII:2000-)」にも参加している。

### ジョイセフの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、人間本意のボトムアップ方式を主張したジョイセフの国井長次郎は、住民たちの参加を促し関心を呼び起こす手法の一つとして、寄生虫(回虫)の検査駆虫活動から入る、いわゆるインテグレーション・プロジェクト(IP)をジョイセフの唯一の国際協力プロジェクトとして、またアジアにおけるIP運動として事業を開始した。1974年のことである。

当初は、なぜ寄生虫が家族計画と結びつくのか、

といぶかる声もでたが、時間の経過の中でIPの理念が理解され、アジア、中南米、アフリカのプロジェクト地域の中に浸透していった。そして、いまでは数多くの国際機関の中でジョイセフの活動は評価されるにいたっている。現在、アジア6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)で実施しているIPはUNFPAのほかIPPF、日本政府外務省、そして国際ボランティア貯金援助を含む日本国内の資金によって賄われている。中南米及びカリブ海地域ではメキシコとグアテマラの2カ国で、アフリカ地域で、UNFPA、IPPFとの三者協力により、現在3カ国(ガーナ、タンザニア、ザンビア)でIPが推進されている。

### なぜ寄生虫なのか

運動の創始者である国井長次郎は、寄生虫予防、特に土壌伝播寄生虫(回虫など)の予防は、非常に良い健康教育の教材になるということを経験的に知っていた。寄生虫は、最近の言葉で言えばIEQ(広報教育)教材である。こんなにわかりやすい、生きた教材はない。今日、虫下しを飲めば明日の朝には大量の回虫が排出される。そして、大量の回虫は実物教育の教材として人々に「ショック」を与える。即効性のあるショック療法である。アフリカのプロジェクト地区ではひとりの子どもから230匹も排出されたことがある。それまで栄養失調でおなかを大きくし、歩くことも出来ない状態であった子どもが寄生虫の排出後すぐ元気になる。この寄生虫をエントリーポイント(導入口)として、次に、感染しないための方法、衛生観念の向上につなげる。トイレを一か所にまとめてしっかり寄生虫の再感染を断つような努力をするようになる。また、水は沸かして飲むようになる。用を足したときに手を洗うようになる。寄生虫のために散々栄養を取られてしまった子どもたちの、健康や栄養について考えるきっかけにもなる。



そして、この虫下しを持ってきてくれたのは、誰なのか。彼らは自分たちの健康を考えてくれている人たちだ。こんな信頼関係が、家族計画の話題へと広がっていく。これが、保健との統合の具体的なプロジェクトになったのである。その後、ジョイセフはこの手法に、地域のニーズや状況に応じたIPを提唱し、各国に合わせた、人間中心の保健戦略を構築し、家族計画を、住民の生活に根付かせる努力をしてきた。

これらのジョイセフの経験から、保健の援助介入を考えると、対策的なものの考え方でなく、地域における衛生教育や環境改善、ひいては地域の参加を促して地域発展に寄与することを考える。地域展開性の強いコンポーネントをパートナーとして選別することが効果的である。

その際にもう一つ重要なことは、政府機関にしても、NGOにしても住民の視点からの組織をもつことである。いわゆるインスティテュショナル・インテグレーション(組織的な統合)が配慮されるべきである。あわせて、政策もパーティカル(縦割り)でなく、ホリゾンタル(横断的)なものへと構築することが肝要である。そうすれば、現在、プライマリ・ヘルス・ケア、HIV/エイズ、母子保健などの縦割りで分かれているプロジェクトも、横断的に連携させることが可能となり、分野別援助の戦略にダイナミズムが生まれることになる。

### 女性のエンパワーメント・ジェンダーの視点

ジョイセフは、アドボカシー活動を実施しているが、あくまでも草の根の視点から発信しようと努めている。家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルスを考えるうえでも、住民のニーズが高い、子どもの健康や住民の健康を考えるプライマリ・ヘルス・ケアの視点は、常に構想の中に入れておくべきであると強調してきた。

また、途上国女性の健康の向上を目指すときには、単に保健のみでなく、地域で活動するフロントラインワーカーにはリプロダクティブ・ヘルスの協力を行うと同時に、ジェンダーの視点もあわせて訓練している。また、女性のエンパワーメントのためにマイクロ・クレジットを通じた経済活動の推進、基礎教育の充実も、横断的に実施し

ている。男性の巻き込みも重要なプロジェクトの一環となっている。

### 地方行政のオーナーシップと連携強化

さらに重要なのは、地方行政のオーナーシップと連携である。住民に一番近いところに位置する地方行政と、質の高いサービスの共有と社会全体で持続する方向への流れをしっかりとつくるためにも、政府のモデル事業であれ、NGO事業であれ、常に計画の段階から地方政府を巻き込み、プロジェクトのオーナーシップを高めていくことが求められる。行政のトップを常にプロジェクトの総責任者にし、コミットメントをしっかりとってもらうことから始めなければならない。サービスの統合と行政の統合化が推進されて初めて、地域社会全体に根付くものとなるからである。

そのときに、配慮しなければならないのは、EPI(予防接種拡大計画)、避妊具、避妊薬の供与などが縦割り(パーティカル)のサービスになるのではなく、包括的なパッケージ・サービスとして住民に提供されることである。

しかし、現実としては、開発途上国でもっとも弱い政府が、地方行政である。日本政府も「地方行政のキャパシティ強化」への協力と支援を合わせて行うことが必要である。

### インテグレーションのコンポーネントはニーズに合わせて

ジョイセフは、戦後の日本の経験を基礎にした家族計画・リプロダクティブ・ヘルス分野の国際協力をNGOとして展開している。現在までアジア、中南米、アフリカ各地域の27カ国で協力活動を実施している。インテグレーションのコンポーネント(中国では、結合項目と呼称)は、国の事情によって多様な項目との結合を試行してきた。初期のIPでは、寄生虫を統合項目として実施し駆虫薬をもつ家族計画ワーカーが住民との信頼関係を高め、家族計画の受け入れ率も高まった経験を持つ。

### 中国におけるIP

中国におけるジョイセフのIPは、特に「地域の

人々の健康と福祉の向上を図り、地域住民の生活改善を促進させ、家族計画が地域住民に歓迎され自然と受け入れられること」を目指している。IPPFの資金協力を得て、1983年から母子保健・寄生虫予防等の健康教育と保健サービス活動を組み合わせたIPとしてこれまで18年間にわたって実施してきた。その間、プロジェクト対象エリアは全国31省(自治区、特別市)の42県(市)に拡大した。地域に根ざし、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造を推進していることが特徴で、結果としてリプロダクティブ・ヘルス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効果があらわれている。特筆すべき点は、このプロジェクトが完全に中国側のオーナーシップの下で主体的に発展している点、非常に緻密で精度が高くかつ多面的な評価を実施している点(もちろん成果把握のためのベースライン調査が綿密に実施されている)、中国側の官学民、なかでも学者の関心の高いことである。

中国側がIPを完全に自分たちのものとして受け入れ、さらに「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つをインテグレーションさせるといふ、家族計画の活動を通じた総合的アプローチに発展させている点は、世界のリプロダクティブ・ヘルス/ライツのアプローチのモデルとなりうると思われる。

1995年からの5年間は外務省の日本政府開発援助海外技術協力推進民間団体補助金を得て、この

人口・家族計画分野の国際協力モデルプロジェクト推進事業として中国の4地区でIPを展開した。その5年間のプロジェクトの最終年に評価調査が実施されている。評価結果では人々の行動変容が確実に実現していることを統計的に実証している。

## 第3章

# 人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績

## 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 人口と開発を巡る変遷

##### (1) 第二次世界大戦後 - 民間から始まった家族計画分野の協力

第二次世界大戦が終結した1945年に国際連合(以下国連)が創設され、その翌年1946年には早くも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。1951年には、国連人口部から初めて世界人口推計が公表された。日本は1956年に国連に加盟したが、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。これは、第二次世界大戦前のナチスによる人口増強政策の禍根の記憶が鮮明であり、人口政策は人権に抵触すると考えられていたことや、人口政策は各国の内政の問題であるとの認識があったためである。

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った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)<sup>1</sup>

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一翼を担っている。

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。

##### (2) 1960年代 - 開発の10年

1960年に「国連開発の10年」が発表されるなど1960年代から1970年代にかけては世界中が「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。

#### BOX 3 - 1 1954年 世界人口会議(ローマ)

この会議は世界の人口学者を集めて開催したきわめて専門的な会議であり、国連と国際人口学会の主催によるものである。人口に関するデータも少なく、人口学という領域もまだ十分に確立されていない時代のことであったが、世界の人口増加のもつ重大性についても討議され、比較的穏やかな勧告がまとめられている。日本は開発途上国の一員として招待され、日本の戦後の経験に注目が集まった(74カ国から455人が参加)。

参考：人口ハンドブック日本語版(第3版)ポピュレーション・レファレンス・ビューロー日本

<sup>1</sup> IPPFは、米国のマーガレット・サンガー、インドのラマ・ラウ、日本の石本静枝(加藤シヅエ)らの提唱によって設立された国際NGO。その目的は、「世界中の全ての人々の幸せのために、人種、宗教、政治体制の相違を乗り越えて家族計画を広く普及し、また、その一連の運動を通して国際間の融和に貢献すること」。現在、加盟国は152カ国134団体。日本からは1954年に日本家族計画連盟(FPFJ)が加盟。国連経済社会理事会の諮問機関で、1995年に国連人口賞を受賞している。

BOX 3 - 2 1965年 世界人口会議(ベオグラード)

ローマに引き続き、国連と国際人口学会の主催で行われた。この会議では、急速な世界の人口増加を反映して、途上国における出生率低下と家族計画の必要性がはじめて開発政策の関連で討議されたが、政府間会議ではなく、学術的な会議にとどまった(88カ国より852人が参加)。

参考：人口ハンドブック日本語版(第3版)ポピュレーション・レファレンス・ビューロー日本

BOX 3 - 3 1974年 世界人口会議(ブカレスト)

初の国連による政府間レベルでの人口会議で、人口問題が知識の交換から開発政策の問題へと移行した会議となった。開発途上国では経済開発が停滞し貧困問題が噴出していたが、先進国による途上国の人口コントロールの提唱に対して、開発途上国側から相当な反発が起きた。人口増加と経済開発に関する議論が盛んに行われ、先進国と途上国との妥協の結果採択された「世界人口行動計画(1975年からの20年間についての計画)」は、「人口政策は社会経済政策の代替物ではなく、不可分の一部である」と開発優先派の主張を取り入れてはいるものの、全体的には政府による人口抑制政策と量的目標に言及し、政府による人口抑制政策の推進を勧告した内容となっている。「経済開発が最良の避妊方法である」という言葉がでたのもこの会議であった(136カ国の代表が参加。109のNGOが初めてオブザーバーとして参加)。

参考：人口ハンドブック日本語版(第3版)ポピュレーション・レファレンス・ビューロー日本

日本においては、1960年代半ばになると、経済の目覚ましい発展にともなって、日本からの援助・協力を求める国際的世論が急速に広まり、1963年にJICAの前進である海外技術協力事業団(OTCA)が発足し、翌1964年、アジアで初めて経済協力開発機構(OECD)に加盟し、援助国の仲間入りを果たした。また1965年には青年海外協力隊事業が、また1969年には無償資金協力事業が開始されるなど、この時期、日本のODAスキームの骨格が形成されたといえる。

人口・家族計画分野に関しては、戦後20年足らずの短期間に、乳幼児死亡率や出生率の著しい低減及び家族計画の高い普及率を実現した経験・ノウハウを、開発途上国に移転する国際的要望の高まりを受け、日本において同分野の国際協力が開始された。1967年に、国際家族計画研修事業が始まり、人口・家族計画分野のソフト支援が開始された。1968年に家族計画国際協力財団(Japanese Organization for International Cooperation in Family Planning: JOICFR(財)ジョイセフ、初代会長は岸信介元首相)が設立され、同研修事業の実施が引き継がれた。さらに、1969年には、初めて人口・家族計画分野の二国間協力事業としてインドネシアに

対して機材供与<sup>2</sup>を始めた。また、日本政府はIPPFに対して拠出(10万ドル)を開始した。1960年代の後半の3年間(1967年 - 1969年)は、まさに日本の人口・家族計画分野の政府及び民間の国際協力の創世期といえる。

(3) 1970年代 - 人口抑制か、開発か

1972年3月、ローマクラブの報告書「成長の限界」が発表された。これは、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、人口現象が破局的局面を迎え、人口が減少に転ずることをシミュレーションしたもので、世界に強い衝撃を与えた。

1974年、初の政府間会議となった「世界人口会議」がブカレストで開催された。途上国における人口爆発がその経済発展を阻害するという認識の下、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。両者の妥協の結果採択された「世界人口行動計画(1975年からの20年間についての計画)」は、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ている。

<sup>2</sup> 避妊器具、普及活動用軽車両等。

## BOX 3 - 4 1984年 国際人口会議(メキシコシティ)

この会議では、1974年世界会議の行動計画を、新しい調査や研究、それまでの世界人口動向、そして政府の家族計画政策の経験などをもとに評価、訂正あるいは再確認した。今回は前回と異なり、各国とも人口問題の認識が深まり、将来の世界人口の安定化の必要性について、コンセンサスが得られたとよい。採択された「新世界人口行動計画」においても「人口の要因が開発計画・開発戦略に非常に重要であり、開発目標達成に主要なインパクトを与えることを考慮し」という立場で一致した。各国の発言では、中国が前回会議と打って変わって「一人っ子政策」の成果を強調したことが注目された。他方、従来人口増加抑制のリーダー国であった米国が、レーガン政権の登場によって人工妊娠中絶に反対するなどそれまでのリーダー的立場から一歩退いた形になった(146カ国の代表が参加。139のNGOがオブザーバーとして参加)。

参考：人口ハンドブック日本語版(第3版)ポピュレーション・レファレンス・ビューロー日本

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。1977年のボンサミットで、福田首相は第一次中期目標として1978年からODAの「3年倍増計画」を国際約束したことをきっかけに、3～5年倍増の拡大基盤が作られた。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。1974年8月、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。二国間協力では、1975年のバングラデシュに対する協力から「母子保健推進活動と啓蒙教育広報活動を統合した形により、家族計画の普及を図ることを目標(JICA年報)とし、それまで行ってきた避妊具供与を中止した(第一次人口と開発分野別援助研究会)。これは1970年代後半から、JICAの支援は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されたことを意味する。

#### (4) 1980年代 - 人口の安定化へ向けて世界のコンセンサス

1984年、「世界」から「国際」と名前を変えて、「国際人口会議」がメキシコシティで開催された。これは途上国のイニシアティブで開催され、147カ国が参加している。今回は前回と異なり、各国とも人口問題の認識が深まり、将来の世界人口の安定化

の必要性についてコンセンサスが得られたとよい。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ている。

世界人口行動計画は5年ごとに評価と見直しが行われることとされており、1989年に3回目の見直し、国連人口委員会で行われた。また、同年には国連人口基金の主催・オランダ政府の協力により、「21世紀の人口フォーラム」が開催され、「アムステルダム宣言」が採択された。これらの会議における新しい動向として、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ている。

一方、環境と人口の観点から、国連環境計画は1988年の国連総会で、人口圧力に対して環境を保護するために、資源の有効利用、都市計画の必要性、中規模都市への人口分散、公共政策の策定等を決議し、「人口政策は人口を制限するためだけでなく、より広い視点を持たなければならない。また、各国政府は人口静止を達成するために多面的活動を行うべきである」と決議している。

日本においては外務省が1989年に国別援助実施指針(現、国別援助計画)を、JICAが国別事業実施基本方針(現、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、小規模無償(後に草の根無償に改称)事業を開始し被援助国のNGOとのパートナーシップに道を開いた。

BOX 3 - 5 1994年 国際人口開発会議(カイロ)

参加者数の上でも、討議された問題の広範さからいっても、もっとも注目を浴びた世界人口会議となった。「世界人口行動計画」に替わる、新しい20年間の「行動計画」が採択された。この行動計画は、1.男女平等と女性のエンパワーメントの重要性の強調、2.リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康/権利)の新概念の導入、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、人口政策のパラダイム転換と呼ばれた。リプロダクティブ・ヘルス、ジェンダー、女性のエンパワーメントなどといった問題が世界人口安定化の鍵を握るものとして、広く討議された。さらに、同会議では中絶の是非を巡って大論争があり、最終的にはリプロ・ライツの理念に沿って、中絶に対する寛容な姿勢が強調されている。(180カ国の代表が参加。1,200のNGOが参加)。

「行動計画(目次)」

- 第1章 前文
- 第2章 原則
- 第3章 人口と持続的な経済成長と持続可能な開発の相関関係
- 第4章 性別間の平等
- 第5章 家族・その役割・構成・構造
- 第6章 人口増加と人口構造
- 第7章 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ、家族計画
- 第8章 健康と死亡
- 第9章 人口の分布、都市化、人口の国内移動
- 第10章 国際的な人口移動
- 第11章 人口問題に関する情報、教育及びコミュニケーション
- 第12章 技術と研究及び開発
- 第13章 国別行動
- 第14章 国際協力
- 第15章 非政府団体とパートナーシップ
- 第16章 フォローアップ

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(図3-1)。また、BHN分野に直結する医療協力分野に関する途上国からの協力要請が増加するのにもない国内の人材不足が顕著となり、政府は1986年に当時の国立病院医療センターに国際医療協力部を設置した。その後、1993年に同医療センターが国立国際医療センターに改組されるのにもない、国際協力を行う中枢組織として同センター内に国際医療協力局を創設した。

(5) 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。1987年に国連児童基金(UNICEF)が「人間の顔をした構造調整」を提唱し、1990年には世界銀行が

「世界開発報告」で貧困を特集し、国連開発計画(UNDP)でも「人間開発報告」の初版を刊行した。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)」が開催された<sup>3</sup>。人口増加を低下させるために重要なのは経済開発か家族計画かといった議論は陰を潜め、むしろどちらもが同時に必要という点で、人口問題への包括的なアプローチが同意された。個人レベルのニーズに応える必要性など、人口問題がマクロの視点からミクロの視点へ、数の問題から質の問題へといったパラダイム転換が起きたのもこの会議である。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

<sup>3</sup> この会議から名称に「開発」が加えられた。

## BOX 3 - 6 DAC 新開発戦略による国際開発目標

- 2015年までに極端な貧困人口の割合を1990年レベルの半分に削減する。
- 2015年までに全ての国で初等教育を100%普及する。
- 2005年までに初等・中等教育における男女格差を解消する。
- 2015年までに乳児死亡率を1990年の3分の1に削減する。
- 2015年までに妊産婦死亡率を1990年の4分の1に削減する。
- 2015年までに性と生殖に関する基礎保健サービスを普及する。
- 2005年までに全ての国で持続可能な国家戦略を策定し、2015年までに環境資源の減少傾向を逆転させる。

出所：「貧困削減に関する基礎研究」(2001)JICA

女性に大きくシフトとした。また、家族計画の意味づけも、それまでの人口増加抑制のための手段から、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、すなわちリプロダクティブ・ヘルス/ライツの一部として位置付けられた。

1995年、アジアで初の「世界女性会議」が北京で開催された。採択された行動綱領では、女性のエンパワーメントをキーワードに、貧困、教育、健康など12の重大関心分野において、女性の権利尊重を求めている。

1999年、カイロの行動計画を評価・検討するとともに、新たな基準を策定するために「国際人口問題特別総会」(ハーグ)が開催された。ここで、新たな目標として、1990年時点の女性と女兒の非識字率を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、1995年のコペンハーゲン「世界社会開発サミット」では「人間中心の社会開発」を目指し、地球上の絶対貧困を半減させるという貧困対策に対する数値目標を初めて提示した。このような流れを受けて、1996年のDAC<sup>4</sup>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、2015年までに達成すべき7つの国際開発目標が提示された。これは従来の援助額により貢献の度合いを判断する考え方<sup>5</sup>から、投入の結果としての成果を目標とする援助概念へ大きく転換させる意味を持っている。この流れの中、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・国際機関も成果重視主義(Result Based Framework)に転換している。また、世界銀行等では政策立案能力や案件形成能力が高くない国等において「貧困削減戦略ペーパー」(Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP)の策定を進めており、その実施にあたり、特にアフリカ地域では当該国政府機関、各国大使館、援助実施機関、主要NGOが集まり共通の開発計画書の策定を行っており、この策定に関わった各国政府、援助実施機関等が各事業の実施責任と結びつく傾向を強め、援助機関間の協調関係が強化される方向にある。

日本のODA政策が新しい局面を迎えたのは、1992年6月「政府開発援助大綱(通称：ODA大綱)」を閣議決定したことによるといえる。このODA大綱では、普遍的な日本としての援助の基本理念と原則をまとめ、発表したことに大きな意義がある。

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<sup>6</sup>の課題のうちの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みことに合意した。翌1994年2月に、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(詳細は3-3-1 GIIの概要、参照)。GIIはわが国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り、それが人口・エイズ分野であったことは、包括的アプローチを打ち出した点で現在のセクター・ワイド・

<sup>4</sup> 経済協力開発機構(OECD)の主要委員会である開発援助委員会(DAC)。

<sup>5</sup> 援助額の目標を、対GNP比でとらえていた。

<sup>6</sup> 当初は15分野であったが、何度かの統廃合による数は変動している(GII中間評価報告書)。



BOX 3 - 7 ODA 援助評価改革の主な取組み

- 1998年 1月 外務省「21世紀に向けてのODA改革懇談会」が最終報告書を発表
- 2000年 3月 外務省「援助評価検討部会」が『「ODA評価体制」の改善に関する報告書』を発表
- 2000年 7月 外務省「援助評価検討部会」の下に「ODA評価研究会」が設置される
- 2001年 2月 同上研究会がODA評価制度の改善に関する提言を行う
- 2001年 1月 総務省が「政策評価に関する標準ガイドライン」を発表
- 2001年 6月 行政評価法案が国会にて可決(2002年4月より施行)
- 2001年 7月 ODA関係省庁評価部門連絡会が発足
- 2001年 11月 JICAが『JICA事業評価ガイドライン』を発表

出所：「事業評価年次報告書2001」(2001年12月) (JICA)

アプローチ(SWAP)にも通じる先見的視点であった。

また、外務省は、草の根のレベルへの支援、NGO等非政府機関との連携を重視したスキームの拡充にも努めている。1989年度に始まった草の根無償は、特にBHN分野において住民の生活に直接届く協力スキームとして、また足の速い援助スキームとして高い評価を得ている。初年度に3億円で始まった予算額が、2000年度では85億円まで増大し、BHN分野の重要なスキームとなっており、各国のNGOからも高い評価を得ている。

3 - 1 - 2 成果主義とマネジメント

1990年代初めから各国ドナーの「援助疲れ」の現象が顕著となるなかで、援助の効率性をこれまで以上に求め、既存の援助手法の見直しを求める機運が高まってきた。

援助手法の見直しとして、1999年1月に世界銀行は「包括的開発のフレームワーク(Comprehensive Development Framework: CDF)」を提唱し、途上国のオーナーシップの下、開発に関わる関係者が連携して開発途上国のマクロ経済・金融、政治・社会構造調整、人的資源開発等の重要開発側面を総合的に調和させた国別開発計画を策定しようと呼びかけた。さらに1999年9月の世界銀行・国際通貨基金合同総会において、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(PRSP)」の策定を途上国に求めることが決定された。PRSPは当該国政府のオーナーシップの下、幅広い開発関係者が参画して作成する、貧困削減に焦点を当てた3年間の経済・社会開発計画である。PRSPではそれぞれの課題に対して達成目標を設定することになっており、「成果重視」の開発計画となっている<sup>7</sup>。

日本でも外務省を中心として、ODA援助改革の一連の動きが活発化している。JICAでもこのような国際的な議論を踏まえ、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。これに伴い、これまで援助形態別に実施されていた要望調査の手法を改め、重点セクター別・課題別に、スキーム横断的な統一要望調査が実質的に開始され、国別セクター別の実施に変更されつつある。また、2001年度より、開発調査のなかで分野全体を網羅した開発計画を途上国政府、さらにほかのドナーと対話を進めながら策定し、それを実施していくための「セクター・プログラム開発調査」を創設した<sup>8</sup>。

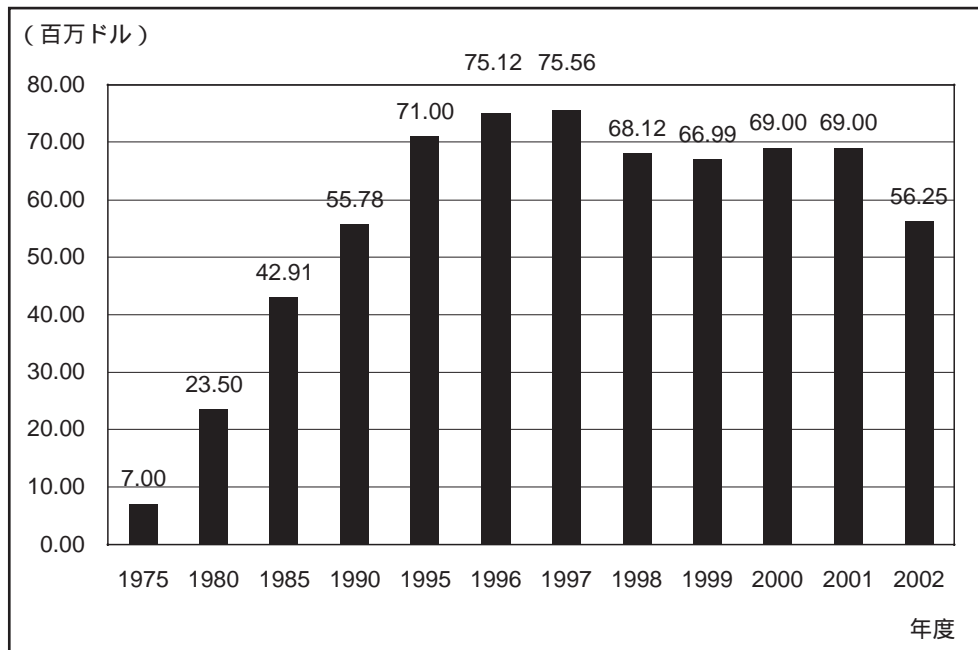
また、より効果的・効率的な援助の促進を目指すもう一方の動きとして、援助評価の強化がある。DACでは、1991年にDAC評価方針を発表し、その中で、援助事業の評価を行う視点として「評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)」を提唱した<sup>9</sup>。これを受けてJICAでも、

<sup>7</sup> PRSPに関する情報の多くは「貧困削減に関する基礎研究」(2001年4月) (JICA)を参照した。

<sup>8</sup> 「国際協力事業団年報2001」(2001年10月) (JICA)。

<sup>9</sup> 「開発援助の評価」(1996年3月) (ノールウェー外務省)。

図3 - 1 日本のUNFPAへの拠出金( IPPF分を含む)<sup>10</sup>



出所：ジョイセフ

FASID が開発した PCM 手法を 1994 年から段階的に導入し、一貫した計画立案・モニタリング・評価のマネジメントの体系化と評価制度の充実に力を入れている。特に、国内における政策評価導入の動きと相まって、ODA の評価に関する動きは加速している。援助実施機関である JICA としては、評価結果をフィードバックすることによってより効率的・効果的な援助を実施し、国民の理解を得ることが大きな課題となっている。

### 3 - 1 - 3 日本のプレゼンス

“ 経済大国日本 ” は世界から “ 貿易黒字の独り占め ” とバッシングを受け、1989 年から 1993 年の 5 年間に 650 億ドル以上を資金環流すると発表した。その内、約 435 億ドルが世界銀行など国際機関への拠出を占めた。この結果、1989 年( 暦年 ) に日本は米国を抜き “ 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。この間、日本は援助分野で国際的に中心的役割を求められるようになった。

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

( 図 3 - 1 )。

また、前述したように、ODA 大綱の策定で ODA の戦略を明示し、後述するように GII の実現、IDI の発表などによって、これまでには見られなかった日本のプレゼンスを国際社会に発表する姿勢が鮮明になったといえるが、それが人口・保健分野であったことは非常に意義深い。

しかしながら、これまでのところ残念ながら日本のプレゼンスは援助額によるところが大きく、援助の方法論や成果について個々の案件では評価を得ているものもあるが、国際援助コミュニティ全体に対して高いプレゼンスを発揮できていないのが現状である。

### 3 - 2 JICA の人口分野に関する協力の変遷

#### 3 - 2 - 1 1980 年代まで

わが国の人口分野における協力は、1967 年 「 家族計画セミナー ( 研修員集団受入 ) 」 に始まる。その後、JICA の前身である OTCA により、1969 年に初の技術協力プロジェクトとして 「 インドネシア家族

<sup>10</sup> IPPF への拠出は UNFPA を通じて実施されている。

計画プロジェクト」が始まる。内容は家族計画普及のための視聴覚教育用ソフトの製作・避妊具の供与が中心であった。その後1974年にJICAが発足し技術協力活動が引き継がれた。その後の技術協力プロジェクトは、家族計画普及と母子保健を組み合わせた協力、人口統計を中心とした事業に発展していった。

また並行して人口分野に関するJICAの協力のあり方についても活発な議論がなされており、JICA設立の翌年1975年に海外医療協力委員会の中に家族計画専門部会(部会長:村松稔)が発足し、同年8月に「家族計画におけるわが国の国際協力の基本方針について」をJICA 総裁に対して意見具申している。その基本的理念として「家族計画は、よりよい生活・健康のための一つの手段であって、数量的な出生の増減は直接の目的ではない」などが掲げられており、先見的な内容となっている。

### 3 - 2 - 2 1990 年代以降

1990年代にはいると、1991年に「第一次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年の日本政府による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年のカイロ会議でのリプロダクティブ・ヘルス/ライツの議論を受け、JICAとしても人口・家族計画分野の協力をリプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点は不可欠となった。その結果、プロジェクト方式技術協力においても人口分野の案件が増え、またリプロダクティブ・ヘルス/ライツを取り入れた多彩なプロジェクトが形成・実施されている(表3-4参照)。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」、青少年のリプロダクティブ・ヘルス教育を目的とした「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」、日本の戦後の経験を生かしたジョイセフによる「ヴィエトナム・リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」などがある(BOX 3 - 8 参照)。

また、包括的アプローチを重視する姿勢も強ま

り、プロジェクト方式技術協力と青年海外協力隊チーム派遣・グループ派遣事業・機材供与との組み合わせなど、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。

国際機関(WHO、UNICEF、UNFPA、UNAIDS)との連携による物資・機材供与事業「マルチバイ協力」も拡充している。マルチバイ協力とは2国間協力(Bilateral Cooperation)であると同時に、国際機関が実施しているプログラム(Multilateral Cooperation)と連携して実施するものである。1989年に感染症対策特別機材供与(UNICEFとWHOと連携)を開始し、その後、1994年、人口家族計画特別機材供与(UNFPAと連携)、1996年、エイズ対策・血液検査特別機材供与(UNAIDSと連携)、1997年、母と子どものための健康対策特別機材供与(UNICEFと連携)が順次創設されている。

さらに、GII以降、USAIDとの協調が進み、日米連携によるプロジェクト形成調査団の派遣(表3-1参照)、評価調査の実施、現場レベルでの協調・連携などが実施されている。

### 3 - 2 - 3 予算の変遷

JICAにおける人口分野の予算の変遷を、GII実施前まで人口分野のほとんどを担当していた医療協力部の予算で概観すると(図3-2)、JICA設立の1974年から1997年度まで一貫して増加し、開始当初の約7倍に達している。しかし1998年のODA予算の削減によって初めて減少に転じている。

## 3 - 3 JICA における GII の取組み

### 3 - 3 - 1 GII の概要

1993年7月の日米首脳会談において、「日米コモンアジェンダ(地球的展望に経った協力のための共通課題)」を打ち出し、15分野のうちの2分野として「人口」及び「エイズ」問題について、両国が協力して取り組むことに合意した。翌1994年2月に、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、2000年度までの7年間でODA総額30億ドル(有償・無償含む)を目途にこの分野での援助(無償・有償を含む)を積極的に推進

## BOX 3 - 8 主なプロジェクト方式技術協力の事例

**インドネシア・母と子の健康手帳プログラム(1998.10 ~ 2003.9)**

&lt; 乳幼児死亡率の削減 &gt;

アジアでは中国、インドに次ぐ人口大国(2億1,200万人)であるインドネシア。政府の熱心な人口政策が効を奏して人口急増には歯止めがかかったが、母子保健の基本的な健康指標である妊産婦死亡率や乳幼児死亡率は他のアセアン諸国と比べても高く、母子保健は国家開発計画の中でも重点項目の一つに掲げられている。

JICAは1989年から5年間にわたり、乳幼児、妊産婦の保健衛生の質的向上を目指す「家族計画・母子保健プロジェクト」を実施した。このプロジェクトで日本の母子保健向上に大きく寄与した母子健康手帳のインドネシア版の開発・普及を強く希望する声があがった。この要請を受けて、試行地域において1年余りをかけてインドネシアの実状に合わせた母子健康手帳が開発され、母親たちの需要度も高いことが実証された。その後、インドネシア政府の予算獲得能力と世界銀行との連携が実を結び、母子健康手帳プログラムが拡大している。これらを背景として1998年より母子健康手帳プログラムを通じた母子保健サービスの改善のためのプロジェクトを実施している。

**アルゼンティン・人口統計プロジェクト(1995.9 ~ 2000.9)**

&lt; 人口インフォメーションシステムの構築、センサスの実施 &gt;

効果的な人口政策、開発政策の基礎には正確な統計データの存在が前提となる。技術協力プロジェクトとしては地味だが、レベルの高い日本の統計技術の提供は国際協力の分野では貴重な貢献である。アルゼンティン政府の要請に基づき、1995年に開始されたこのプロジェクトは、2000年のセンサスの準備、統計職員の教育・訓練、人口統計データのバンクという三つの事業内容となっている。

人口センサスの歴史は日本よりアルゼンティンの方が古い。しかし、人口センサスの命である正確性と迅速性という点では改善すべき点が多い。また、1980年代に同国を襲った経済破綻が統計作成機能を破壊してしまったと言われている。

同国の保健や経済の基本的な指標は比較的高いが、財政赤字や高い失業率など改善を迫られている課題が多い上、社会福祉や医療サービスの向上も重点課題として抱えている。こうした政策決定と実施に不可欠な人口情報を中心とした基本的な統計システムの整備のため、日本に協力を求めたもので、中央レベルから地方自治体レベルまで全国に存在する国民全体のデータ整備作業が進められている。

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

&lt; 女性のエンパワーメント &gt;

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)**

&lt; 妊産婦死亡率の削減 &gt;

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の家族計画国際協力財団(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(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、日本から分娩介助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)**

&lt; 青年期のリプロダクティブ・ヘルス &gt;

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。

表3 - 1 人口・エイズ分野におけるプロジェクト形成調査実績

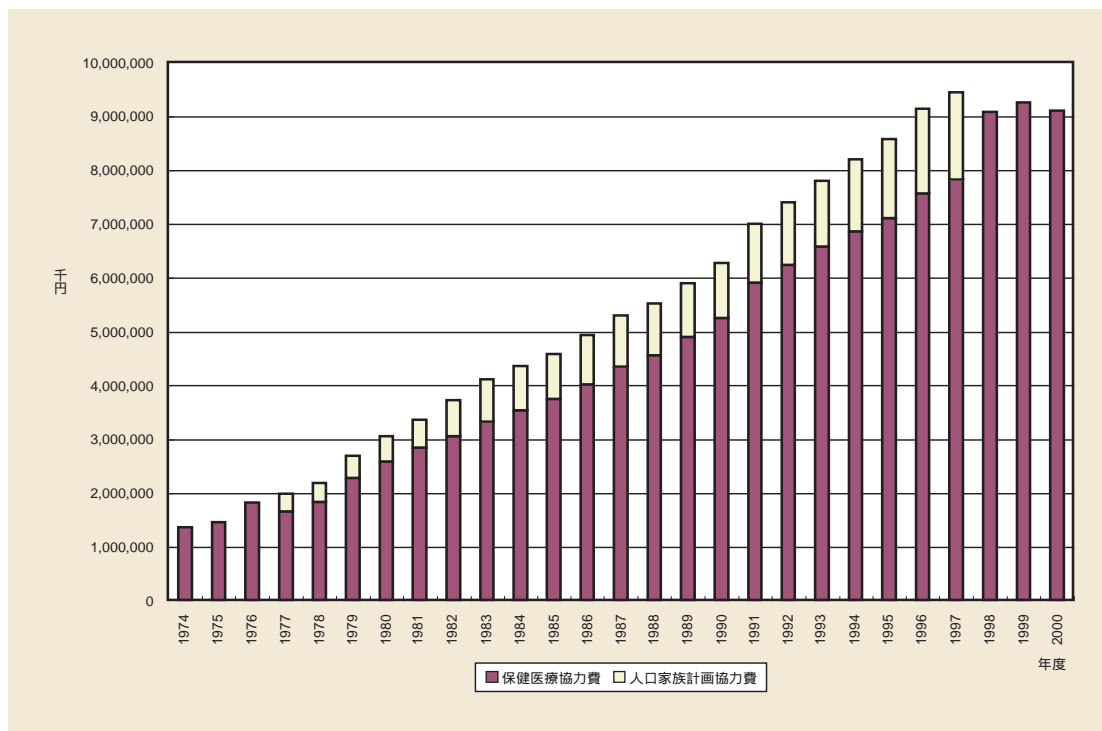
年	月	国	形態
1994	11	インドネシア、 <span style="border: 1px solid black;">フィリピン</span>	調査団派遣(第1フェーズ)
	12	エジプト <sup>*1</sup>	調査団派遣
	12	ケニア	在外で調査(～1995年2月)
1995	6	<span style="border: 1px solid black;">バングラデシュ</span>	調査団派遣
	7	インドネシア、 <span style="border: 1px solid black;">フィリピン</span>	調査団派遣(第2フェーズ)
	10	インド	調査団派遣
1996	1	<span style="border: 1px solid black;">ガーナ</span>	調査団派遣
	3	パキスタン	調査団派遣
	6	<span style="border: 1px solid black;">タンザニア</span> 、 <span style="border: 1px solid black;">ケニア</span>	調査団派遣(ケニアにはNGO参加なし)
	10	タイ <sup>*2</sup>	調査団派遣
1997	1	メキシコ	在外で調査(～3月)
	3	セネガル	調査団派遣(GII重点国への調査団派遣終了)
	7	ヴェトナム、ラオス	調査団派遣
1998	2	ジンバブエ	調査団派遣
	12	ザンビア	日米合同調査団派遣
2000	2	<span style="border: 1px solid black;">バングラデシュ</span>	日米合同調査団派遣
	6	カンボディア	日米合同調査団派遣
2001	1	<span style="border: 1px solid black;">タンザニア</span>	日米合同調査団派遣

注：ゴシック：日本の重点国 □：日米の重点国

\*1：人口分野のみ \*2：エイズ分野のみ

出所：外務省資料より作成。

図3 - 2 医療協力部の予算の推移：1974年度 - 2000年度



注1：災害援助協力費(1986年度～)及び難民等緊急医療協力費(1980年度 - 1985年度)を除く。

注2：1998年度より保健医療協力費と人口家族計画協力費が統合された。

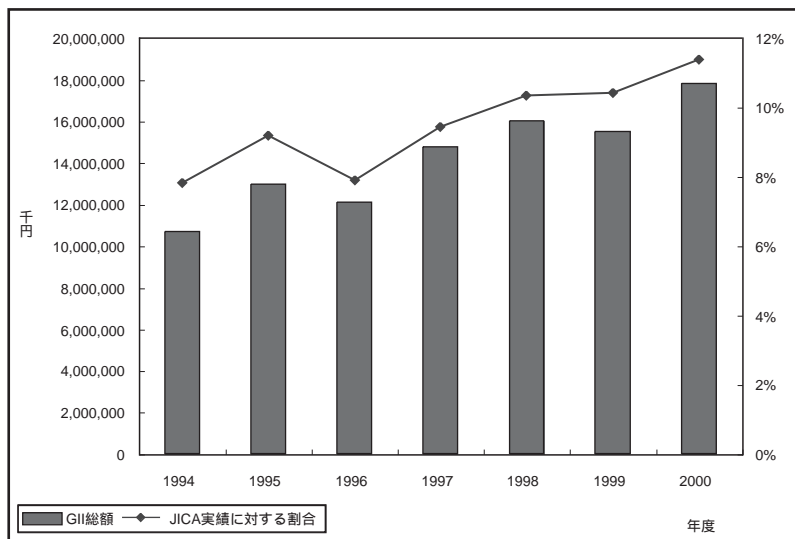
出所：海外医療協力委員会議事録(第1～34回)。「人口家族計画協力費」が計上されはじめたのは1980年からであるが、1977年度 - 1979年度に関しては「海外医療協力委員会議事録第13回」のデータによる。

表3 - 2 GIIの対象分野

分類	対象分野	具体例
人口直接	人口抑制・家族計画推進のための直接的協力	母子保健、家族計画 家族計画教育・広報 人口統計
人口間接	保健・教育分野を間接的に人口抑制につながる協力	基礎的な保健医療分野 初等教育 女性を対象とした職業訓練・女子教育
エイズ	エイズ分野への協力	予防に関する啓発・教育 検査技術の移転(機材供与を含む) エイズに関する調査・研究

出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 3 GII実績の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

していくことを表明した。

GIIでは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)<sup>11</sup>を設定している。

また外務省・JICAでは、GII重点国12カ国を中心に人口・エイズ分野の協力案件の発掘、実施に努め、2000年度までにプロジェクト形成調査団をのべ18回派遣している(表3 - 1)。USAIDと連携して協力事業の拡大を図るため、このうちの4回は日米合同調査団となっている。

JICAでは、GII以降外務省の定義に従い、人口・エイズ協力分野に対し、1)人口直接分野、2)人口間接分野、3)エイズ分野の3つを含む「包括的アプ

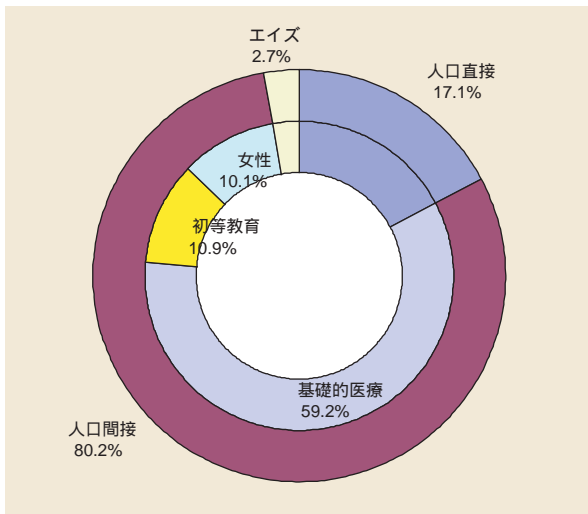
ローチ」をとることを基本理念としている(表3 - 2)。これは人口問題の解決には、家族計画等の人口分野に直接的な協力だけでなく、基礎保健、基礎教育、女性の地位向上といった人口問題に間接的に影響を与える分野への援助も並行して行うことが必要であるとの考えによるものである。

### 3 - 3 - 2 GIIの実績

1994年度 - 2000年度までのJICAにおけるGII関連分野における協力実績総額は1,000億円であった。GIIの実績及びJICA実績総額に対するGIIの実績割合は、1996年度に一度谷があるもののGIIの活動期間7年間を通じて増加傾向にある(図3 - 3)。またその内訳をみると(図3 - 4)、人口直接分野が

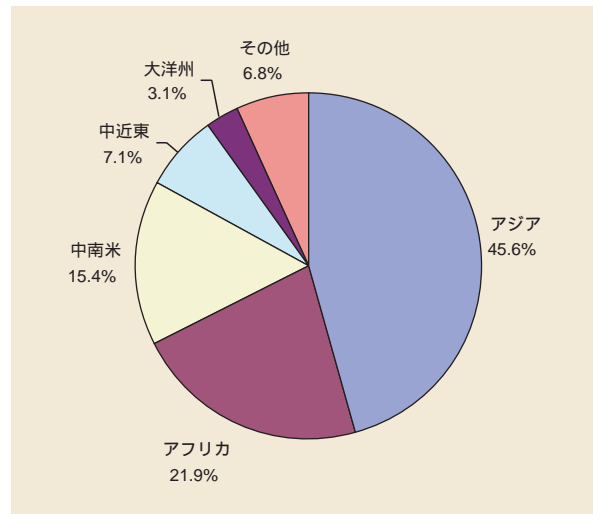
<sup>11</sup> 後に、ヴェトナム、ジンバブエ、ザンビア、カンボディアが加わり16カ国となった。

図3-4 GIIの分野別実績



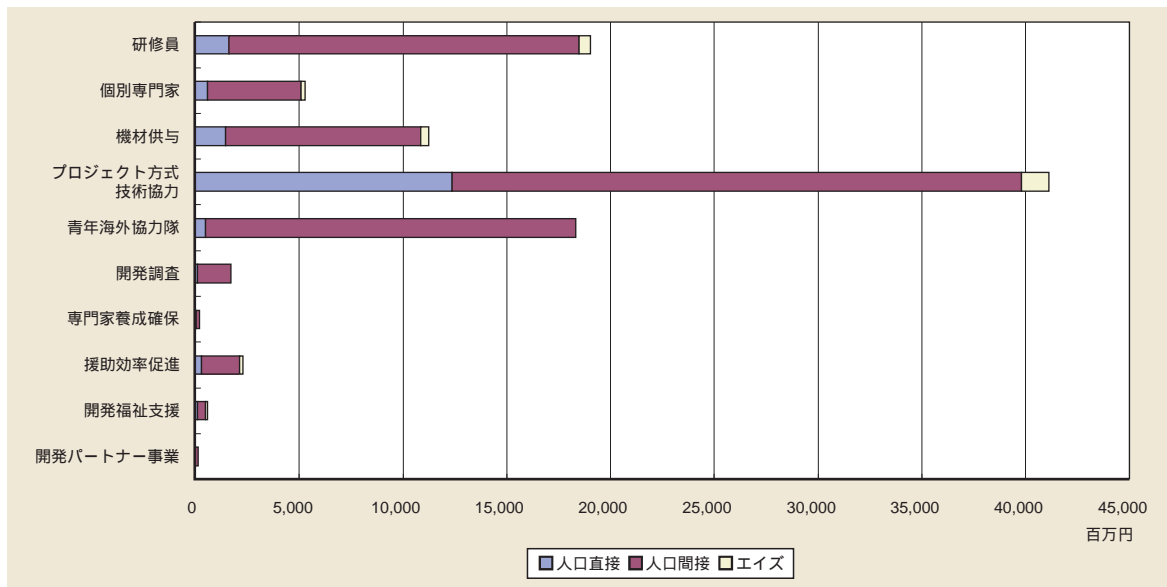
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3-5 GIIの地域別実績(2000年度)



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3-6 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。

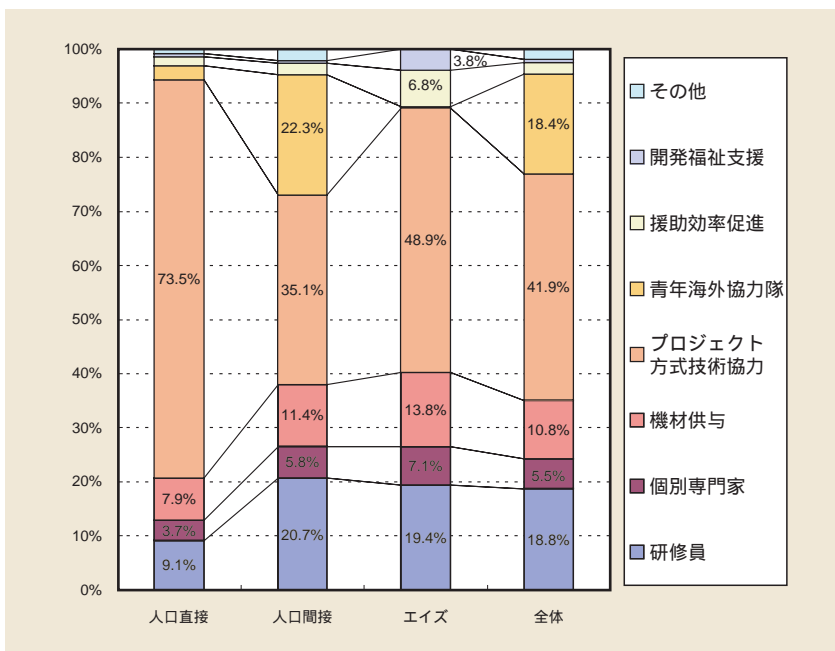
17.1%、人口間接分野が80.2%、エイズ分野が2.7%である。さらに人口間接分野の詳細をみると、基礎的な保健医療分野が59.2%、初等教育分野が10.9%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野が10.1%となっている。また、2000年度の地域別実績をみると(図3-5)、アジアへの協力が45.6%と半分近くを占めており、以下アフリカ(21.9%)、中南米(15.4%)、中近東(7.1%)、大洋州(3.1%)等となっている。

援助形態別に実績を比較すると(図3-6)、プロ

ジェクト方式技術協力が圧倒的に多く全体の42%を占めている。次が研修員(19%)、青年海外協力隊(18%)と続く。また、プロジェクト方式技術協力においては人口直接分野が多いことも特徴である。

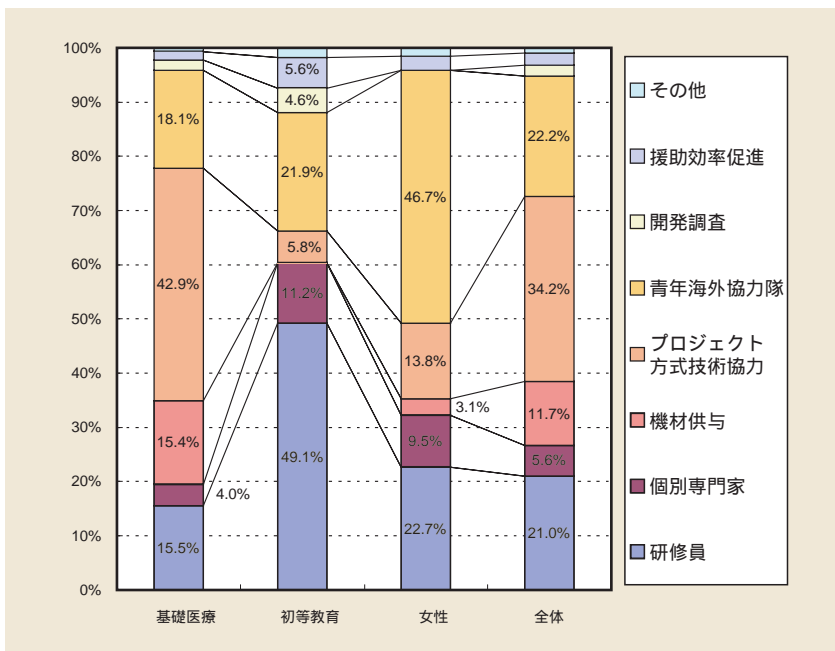
次に各協力分野における援助形態別の内訳を示す(表3-7)。全体ではプロジェクト方式技術協力が41.9%であるが、人口直接分野では73.5%とかなりの割合を示しているが、人口間接分野では35.1%、エイズ分野では48.9%である。人口間接分野で割合の高いのは、青年海外協力隊(22.3%)、研修員

図3-7 各分野における援助形態別内訳



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3-8 人口間接分野の3分野における援助形態別内訳



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

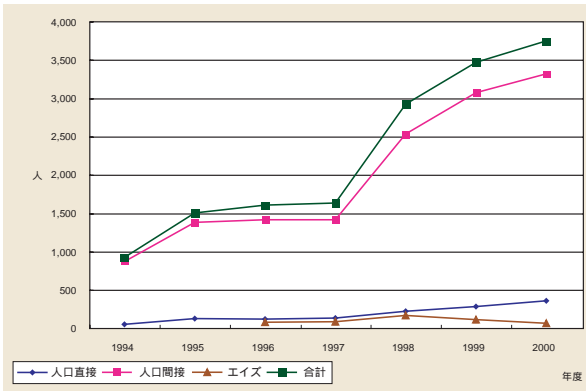
受入(20.7%)などである。またエイズ分野において割合の高いのは、研修員受入(19.4%)等であるが、援助効率促進が6.8%、開発福祉支援が3.8%を示していることも他の分野ではみられない特徴である。

人口間接分野の3分野における援助形態別内訳をみると(図3-8) 基礎的な保健医療分野にお

いてはプロジェクト方式技術協力が42.9%、初等教育分野においては研修員受入が49.1%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野においては青年海外協力隊が46.7%を占めるなど、分野によって主な援助形態が異なっている。

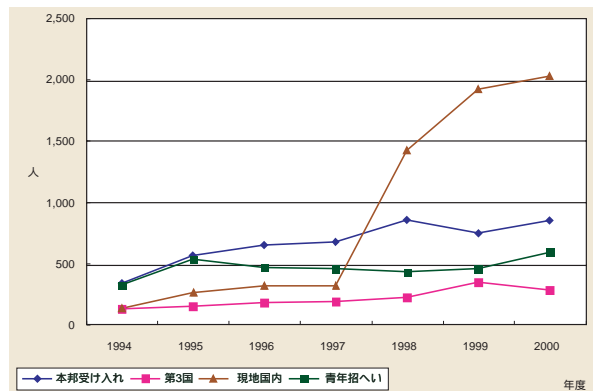


図3 - 9 GIIにおける研修員受入の  
研修員数の推移



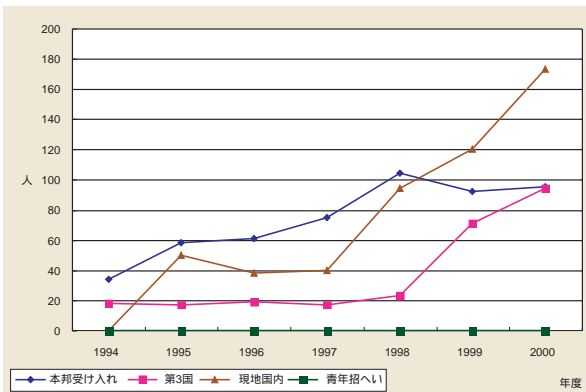
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 10 GIIにおける研修員受入の  
形態別研修員数推移



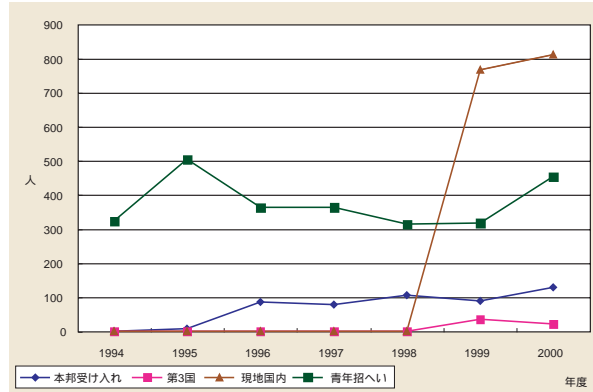
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 11 GIIにおける研修員受入の形態別  
研修員数推移(人口直接分野)



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 12 GIIにおける研修員受入の形態別  
研修員数推移(初等教育分野)



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

### 3 - 3 - 3 援助形態別の実績

#### (1) 研修員受入

GIIにおける研修員受入の研修員数の推移をみると(図3 - 9)、GIIの期間全体において順調に研修員数が伸びており、特に1998年度に急増している。また分野別の割合では、人口間接がかなりの部分を占めている。

また、形態別研修員数推移をみると(図3 - 10)どの形態でも増加傾向にあるが、特に現地国内研修は1998年度から急増し、その後高い研修員数を保っている<sup>12</sup>。人口直接分野の形態別研修員数推移をみると(図3 - 11)、1998年度から現地国内研修

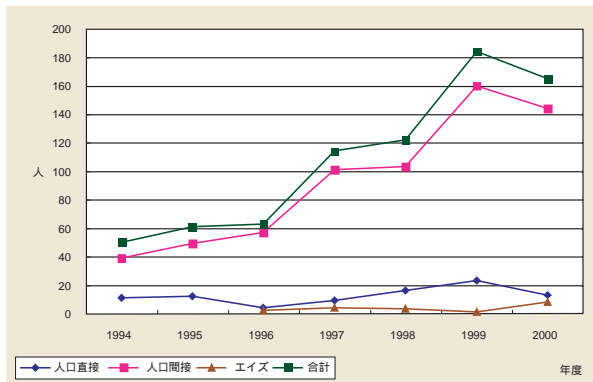
が急増しているのは全体的傾向と同じであるが、第三国研修が1999年度より急増しているのが特徴的である。他に特徴的なものとしては、初等教育分野において青年招へいが多く活用されている点などが挙げられる(図3 - 12)。

#### (2) 専門家派遣

GIIにおける派遣数の推移をみると(図3 - 13)、人口間接分野においては2000年度に幾分下降するものの増加傾向にある。人口直接分野及びエイズ分野においては絶対数が少なく、また大きな変化もない。

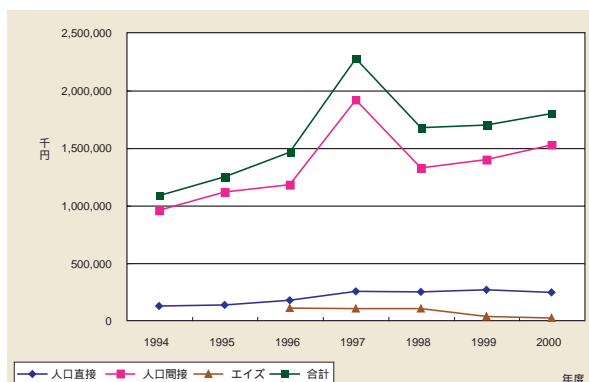
<sup>12</sup> 急増の主な原因は、インドネシアにおいて1案件で1999年に767名、2000年に812名を受け入れた結果。

図3 - 13 GIIにおける単独専門家派遣数の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 14 GIIにおける機材供与額の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

表3 - 3 マルチバイ協力の種類とその被援助国

名称	被援助国数	被援助国名
感染症対策特別機材(EPI)	19	ラオス、ヴィエトナム、カンボディア、ブータン、モンゴル、ミャンマー、バングラデシュ、エチオピア、ガーナ、中央アフリカ、ケニア、マラウイ、ザンビア、マダガスカル、セネガル、カメルーン、ギニア、カリブ諸国、南太平洋諸国
感染症対策特別機材(ポリオ根絶)	14	中国、ヴィエトナム、カンボディア、ラオス、フィリピン、パプア・ニューギニア、インドネシア、スリ・ランカ、ブータン、ネパール、ミャンマー、イエメン、タンザニア、マラウイ
人口家族計画特別機材	13	フィリピン、ヴィエトナム、インドネシア、インド、スリ・ランカ、パキスタン、トルコ、エジプト、タンザニア、ガーナ、セネガル、モロッコ、メキシコ
エイズ対策・血液検査特別機材	7	フィリピン、インド、パキスタン、ブラジル、タンザニア、ガーナ、ケニア
母と子どものための健康対策特別機材	2	カンボディア、ミャンマー

出所：JICA 環境・女性課資料とJICA 医療協力部パンフレット「自立への支援」より作成。

(3) 機材供与

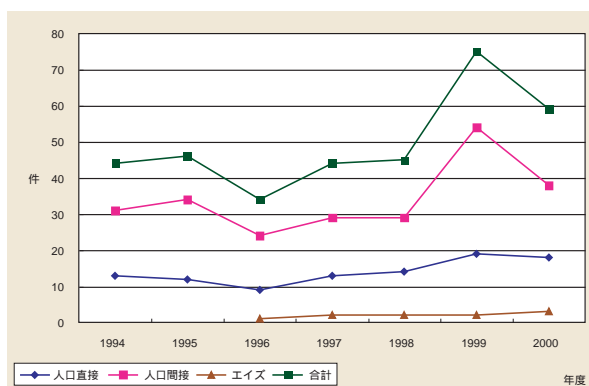
GIIにおける機材供与額の推移をみると(図3 - 14) 人口間接分野は増加傾向にある。また人口直接分野も緩やかではあるが増加傾向にある。

これらの協力の多くはマルチバイ協力として実施されている。マルチバイ協力には「感染症対策特別機材」、「人口家族計画特別機材」、「エイズ対策・血液検査特別機材」、「母と子どものための健康対策特別機材」があり、それぞれ表3 - 3の国々での実績がある。

(4) プロジェクト方式技術協力

GIIにおけるプロジェクト方式技術協力の案件数の推移(図3 - 15)をみると、1994年 - 1998年度まで大きな変化はないが、1999年度に急増し2000年度に幾分下降している。全体的には案件数は増加

図3 - 15 GIIにおけるプロジェクト方式技術協力の案件数の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

傾向にある。

次に人口直接分野について GII の活動期間以前までさかのぼって概観する。1970年代までは、人

表3 - 4 プロジェクト方式技術協力の実績(人口直接分野)

年代	国名	案件名	開始時期	終了時期	
1960年代	インドネシア	家族計画	1969年 1月	1985年 3月	
1970年代	タイ	家族計画	1974年 7月	1989年 3月	
	フィリピン	家族計画	1974年 7月	1989年 3月	
	バングラデシュ	家族計画	1976年 3月	1985年 3月	
1980年代	中国	家族計画	1982年 11月	1987年 11月	
	メキシコ	人口活動促進	1984年 7月	1988年 9月	
	韓国	母子保健	1984年 8月	1990年 7月	
	ネパール	地域母子保健対策・家族計画	1985年 10月	1991年 10月	
	コロンビア	家族計画・母子保健	1985年 11月	1990年 11月	
	スリ・ランカ	人口情報	1987年 11月	1990年 11月	
	トルコ	人口教育促進	1988年 11月	1993年 11月	
	ケニア	人口教育促進	1988年 12月	1991年 12月	
	エジプト	家族計画・母子保健	1989年 9月	1994年 3月	
	ペルー	家族計画・母子保健	1989年 10月	1994年 10月	
	インドネシア	家族計画・母子保健	1989年 11月	1992年 11月	
	1990年代	タイ	家族計画・母子保健	1991年 6月	1996年 5月
		フィリピン	家族計画・母子保健	1992年 4月	1997年 3月
メキシコ		家族計画・母子保健	1992年 4月	1998年 3月	
テュニジア		人口教育促進	1993年 3月	1999年 3月	
トルコ		人口教育促進フェーズ2	1993年 11月	1998年 11月	
ケニア		人口教育促進フェーズ2	1993年 12月	1998年 12月	
タンザニア		母子保健	1994年 12月	2001年 11月	
カンボディア		母子保健	1995年 4月	2000年 3月	
アルゼンティン		人口統計	1995年 9月	2000年 9月	
ブラジル		家族計画・母子保健	1996年 4月	2001年 3月	
パキスタン		母子保健	1996年 6月	2001年 6月	
フィリピン		家族計画・母子保健フェーズ2	1997年 4月	2002年 3月	
ヴェトナム		リプロダクティブ・ヘルス	1997年 6月	2000年 5月	
ガーナ		母子保健医療サービス向上計画	1997年 6月	2002年 5月	
ジョルダン		家族計画・WID	1997年 7月	2000年 6月	
モンゴル		母と子の健康	1997年 10月	2002年 9月	
インドネシア		母と子の健康手帳	1998年 10月	2003年 9月	
メキシコ		女性の健康	1999年 7月	2004年 6月	
バングラデシュ		リプロダクティブ・ヘルス人材開発	1999年 9月	2004年 8月	
テュニジア		リプロダクティブ・ヘルス教育強化	1999年 9月	2004年 9月	
2000年以降	カンボディア	母子保健フェーズ2	2000年 4月	2005年 3月	
	ホンデュラス	第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上	2000年 4月	2005年 3月	
	ジョルダン	家族計画・WIDフェーズ2	2000年 7月	2003年 6月	
	ヴェトナム	リプロダクティブ・ヘルスフェーズ2	2000年 9月	2005年 8月	

口直接分野におけるプロジェクト方式技術協力全体の数が少なく、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(表3 - 4)。1990年代に入ると、1990年 - 1994年の5年間は、総数7件で、アジア2件、中近東・アフリカ4件、中南米1件と特に中近東において増えている。続く1995年 - 1999年の5年間は、総数13件(アジア7件、中近東・アフリカ3件、中南米3件) また2000年は総数5件(アジア2件、中近東・

アフリカ2件、中南米1件)と1995年以降、総数が急増している。つまりカイロ会議以降、人口直接分野のプロジェクト方式技術協力を積極的に形成・実施してきた結果とみてとれる。

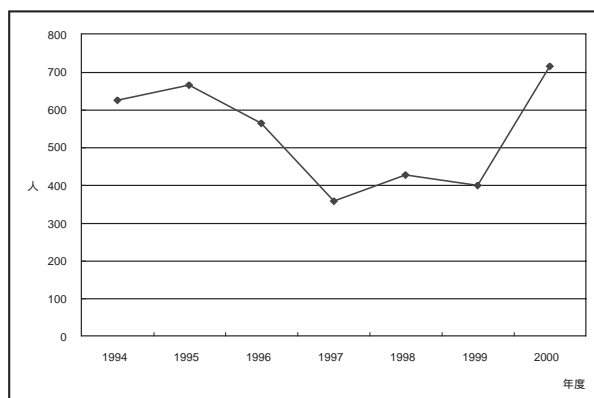
案件の内容も、1980年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という、裨益国の人口抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材などの資機材供与が中心であった。つづく1980年代後半から1990年代初めにかけては家族計画・母子保健が統合されたプロジェクトが主流と

## BOX 3 - 9 特定テーマ評価「フィリピン人口・健康セクター / USAID 連携 PART I (母子保健・家族計画分野)」

フィリピンはGIIの重点国の1つであり、JICAはフィリピンの人口・健康分野における協力の蓄積があったことから、今後の協力プログラムの形成・実施に資するためにプログラムの評価を実施した。

1992年以降、同国のリージョンIIIにおいてJICAはプロジェクト方式技術協力(「家族計画・母子保健プロジェクト」フェーズI、II)、青年海外協力隊(1994年度から暫定的な「フロントライン計画」)、現地国内研修(「家庭福祉に関わる開発と女性」)、UNFPAとのマルチバイ協力、開発福祉支援(3件)、無償資金協力(「地域保健施設改善・機材整備計画」)、草の根無償など、多様な援助形態を投入してきた。これらの案件群は当初から「プログラム」として計画されたものではないが、現場においてゆるやか連携が行われていることが確認された。例えば、プロジェクト方式技術協力と青年海外協力隊、プロジェクト方式技術協力と開発福祉支援、プロジェクト方式技術協力とUSAIDやUNFPAとの連携、草の根無償や開発福祉支援と青年海外協力隊との連携などである。また、プロジェクト方式技術協力を中心として本邦NGO・現地NGOとの連携・協力も活発に展開されていた。しかし、当初からプログラムとして実施され専門の調整機関(機能)を設置しおけば、さらにその成果は高まったものと推察される。USAIDやUNFPAとの連携は現地における専門家の個人的努力に負うところが大きく、より効果的・効率的な協力、及びJICAのプレゼンスを高めるためには、JICA全体としてドナー間の調整や意見交換などを行える場を設定するなどの努力が求められる。

図3 - 16 GIIにおける青年海外協力隊の派遣数の推移



出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

なる。カイロ会議以降、1997年に初めてリプロダクティブ・ヘルスを冠するもの(ベトナム、バングラデシュ、チュニジア、ホンデュラス)やWIDに配慮したプロジェクト(ヨルダン)が登場するようになった。また、地域保健の強化(フィリピン、メキシコ)、地方保健行政の強化(ベトナム、インドネシア、タンザニア)、保健従事者の能力向上(ガーナ、ブラジル、ホンデュラス、セネガル)など、キャパシティ・ビルディングの向上を支援するプロジェクトが増えているのも特徴である。

一方、人口統計・基礎調査に関するプロジェクト方式技術協力は少なく、「スリ・ランカ人口情報」、「メキシコ人口活動促進」、「アルゼンティン人口統計」の3件のみとなっている<sup>13</sup>。

#### (5) 青年海外協力隊事業

保健医療分野は、青年海外協力隊事業における重点分野として位置付けられており、要請の拡充・適格者の確保に努めている。人口・エイズ分野に関する取組みとしては、1994年度 - 2000年度の実績で、のべ3,747名を派遣している。その推移をみると1997年度 - 1999年度は派遣数が幾分下降しているが2000年度に急増している。

青年海外協力隊に関しては職種の区分しがなく、具体的な活動内容で人口直接・間接別実績を把握することは難しいため、GIIの実績ではほとんどが人口間接に分類されている。しかし、グループ派遣「家族計画・母子保健フロントライン計画」は、人口直接分野に分類されている。これはフィリピンにおいて1994年度<sup>14</sup>から暫定的に始まった事業で、その後、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。

これ以外の人口間接分野としては、基礎的保健

<sup>13</sup> インドネシアにおける1999年の無償資金協力3.62億円、1999年 - 2000年の専門家チーム派遣等は含めていない。

<sup>14</sup> 1994年 - 1997年度の間は、隊員間のゆるやか連携をとりながら、年間1,000万円まで機材供与を活用して、協力が実施されている。1998年9月にフィリピン政府と調印が交わされ正式なグループ派遣となった。2002年9月までの実施。メンバーの連携・カウンターパート機関との調整を図るためシニア隊員がリーダーとして派遣されている、機材供与がある点、プロジェクト方式技術協力との連携を図っている点などに特徴がある。

表 3 - 5 開発福祉支援( 件数 )

	人口・エイズ分野					小 計	その他
	人口直接	人口間接			エイズ		
		基礎医療	初等教育	女性			
1997	2	1	-	-	-	3	2
1998 <sup>*1</sup>	4	8	1	1	3	17	12
1999	1	2	1	3	2	9	6
2000 <sup>**2</sup>	1	-	1	3	1	6	8
2001	2	6	2	5	2	17	15
計	10	17	5	12	8	52	43

注 1：人口直接とエイズ両分野に係る 1 案件があり、重複してカウントした。

注 2：人口間接 と に関する 1 案件があり、重複してカウントした。

出所：JICA アジア第一部資料より作成。

表 3 - 6 開発パートナー( 件数 )

	人口・エイズ分野					小 計	その他
	人口直接	人口間接			エイズ		
		基礎医療	初等教育	女性			
1999	1	2	2	-	-	5	8
2000	1	1	-	-	-	2	7
2001	-	-	1	-	1	2	3
計	2	3	3	0	1	9	18

出所：JICA アジア第一部資料より作成。

医療分野において看護師、助産婦、保健士、臨床検査技師、理学療法士、薬剤師、栄養士、作業療法士、歯科医師、診療放射線技師、村落開発普及員などの業種の隊員が派遣されている。また、基礎教育分野はまだ数が少ないが、体育、青少年活動、視聴覚教育、小学校教諭、幼稚園教諭、保育士などが派遣されている。女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野は、食品加工、野菜、家政、手工芸、婦人子ども服の業種の隊員が派遣され、女性のエンパワーメントを含めた活動を行っている。

カイロ会議やGII以降、地域における多様なニーズにキ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、特に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などの成果が期待されている。また、2001年度から青年海外協力隊事業も国別事業実施計画の中に組み入れられ、技術協力プロジェクトや開発福祉支援事業、また草の根技術協力(後述)などの他援助形態に対する相互補完的な役割の期待も高まっている。

#### (6) NGO・市民社会とのパートナー事業

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必要な社会開発分野や政策・制度支援型の協力を進めるにあたり、JICAは1997年より現地のNGOはじめ草の根の活動を支援する「開発福祉支援事業(表3-5)を、1999年度より、社会開発分野で協力のノウハウを持つわが国のNGOや地方自治体をODA事業のパートナーとして、これらの団体と連携して事業を進める「開発パートナー事業(表3-6)を、また2000年度には「小規模開発パートナー事業」を創設した<sup>15)</sup>。

これらの援助形態は、現地や日本のNGOのノウハウをODAに生かし、また草の根でのきめの細かい対応を求められる人口・エイズ分野での協力を適しており、また関心も高く、開発福祉支援事業の全91件中50件(56%)が、また開発パートナー事業では全27件中9件(33%)が人口・エイズ分野の案件である。

これらのニーズの高まりと定着を受け、JICAでは2002年度より「開発パートナー事業」、「小規模開

<sup>15)</sup>「国際協力事業団年報 2001(2001年10月)(JICA)。

表3-7 JICAにおける南南協力の実績(2000年度)

活 動	内 容	2000年度実績 (概算金額)	派遣国など
第三国研修	研修を実施する途上国が、JICAの支援のもと、周辺国などから研修員を受け入れて技術を移転・普及する。	130 コース 研修員 2,246 名 (16.7 億円)	インドネシア、シンガポール、タイ、アルゼンティン、ブラジル、エジプト、チュニジア、ケニアなど
第三国専門家	日本の技術の補完・支援、または日本が実施した技術協力の成果の普及・発展のための、途上国からほかの途上国へ専門家を派遣する。	専門家 125 名 (1.17 億円)	インド、タイ、アルゼンティン、チリ、メキシコ、タンザニアなど
パートナーシッププログラム	南南協力実施国と共同で、周辺の裨益国への協力を行うための総合的な枠組み。JICAは実施国と共同で、研修・専門家派遣を実施。また、援助のノウハウを実施国の援助機関に技術移転する。	7件(-) (注)現時点での実績	タイ、シンガポール、エジプト、チュニジア、チリ、ブラジル、アルゼンティン
機関間のネットワーク構築	経験の共有のための機関間のネットワーク構築に対する支援。	1件(1.11 億円)	ケニアのジョモ・ケニヤッタ農工大学(JKUAT)を「人づくり拠点(AICAD)」と位置付け、周辺諸国の大学・政府機関等と連携しながら協力を展開
三角協力プロジェクト	日本がほかの援助国・援助機関と共同で途上国における協力事業を実施する。	1件(2.13 億円)	カンボディアにおいて、UNDP、UNOPS、アセアン諸国との共同による農村開発の専門家派遣などを実施
その他の活動	メキシコの南南協力の実施体制強化を目的とした専門家チームの派遣 アルゼンティンに対する技術協力の運営・実施にかかる研修の実施		

発「パートナー事業」、「民間提案型プロジェクト形成調査」などの事業を統合し、「草の根技術協力事業」と一本化した。これにより、NGOをはじめ市民参加によるさらにきめの細かい対応が期待できると同時に、国際協力の場に広く市民の参加を促進することが期待されている。

### (7) 南南協力

JICAにおける南南協力の主な援助形態としては、途上国が実施する研修を支援する第三国研修(集団、個別)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(表3-7)。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

がある程度である。実は、保健医療分野の第三国専門家派遣実績は、1996年度以降全分野総数475人に対して29人であり、農林水産分野や鉱工業分野に比較して非常に少ないのが現状である。

これらの協力開始当初は日本の技術協力のカウンターパート機関がその成果を活用して実施される案件が中心であったが、最近では、外国援助を実施する専門の部署や機関が独自に実施する協力を支援することもある。シンガポール、フィリピン、タイ、エジプト、チュニジア、ブラジル、チリ、アルゼンティン等「新興援助国」との間には、「パートナーシップ・プログラム」を締結され、それらの国が実施する南南協力への総合的な支援が行われている。

また、わが国は国際社会において南南協力の重要性をアピールしてきたが、JICAにおいてもさまざまな国際会議開催に協力している。「南南協力支援会合(外務省/JICA共催、1998年5月)では、世界各地の新興援助国15カ国(シンガポール、マレーシア、タイ、インドネシア、フィリピン、韓国、

中国、トルコ、エジプト、チュニジア、ケニア、メキシコ、ブラジル、チリ、アルゼンティン)を招き、新興援助国が直面する共通の課題を明らかにし、南南協力を実施するために必要な制度や体制を強化するための対応策につき意見交換を行った。なお、本会合の場でのインドネシアからの提案は、同国の南南協力技術センターを活用した研修事業に繋がった。さらに、2001年9月には、JICA/UNDP共催で「21世紀の開発協力 南南協力支援のあり方」を開催するなど、本協力分野でイニシアティブをとっている。

### 3-3-4 GIIの成果

GIIの成果については、外務省の評価にとりまとめられており、その中では先に述べたわが国の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。わが国のODAにおいてこれまで例をみないことであり、その意義は大きい。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、外務省からの働きかけで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多様なNGOが参加。2002年3月時点で41団体が結成された。この結果、NGO側にはODAにおける自分達の役割を認識する機会となり、またNGO間で情報交換・連携が進むなど、NGO側のキャパシティ・ビルディングにつながっている。このNGOネットワーク結成を契機に、他分野のNGOの連携・ネットワーク化が始まったことのインパクトも大きい。

### 3-3-5 GIIからIDIへ

GII終了に引き続き、わが国は2000年7月の九州・沖縄サミットで「沖縄感染症対策イニシアティブ」を表明した<sup>16</sup>。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。同時に、同分野における支援ではNGOの役割が重要であるとし、NGOを支援するための取組みを国連に設置した「人間の安全保障基金」を活用して強化することとした。

さらに、同サミットで合意された感染症対策に関する具体的目標を実現するために、2000年12月には、援助国、国際機関、途上国さらにはNGO等の参加を得て「感染症対策沖縄国際会議」を開催した。この会議では、G8、途上国、国際機関、NGOや民間企業を含む関係者が、その特性・役割を踏まえ、パートナーシップをいかに機能させ強化させていくかについて討論された。

2000年12月時点での取組み状況は以下のとおりである<sup>17</sup>。

#### (1) HIV/エイズ対策

- ア 市民社会、援助国及び国際機関との連携
  - ・IPPFの「HIV/エイズ信託基金」に100万ドル
  - ・タンザニアへの日米合同調査団の派遣
- イ 途上国の主体的取組みの強化
  - ・ヴェトナムのHIV/エイズ予防プロジェクトに364万ドル
  - ・スリ・ランカの血液供給システム改善プロジェクトに1,436万ドル
  - ・コンゴ(民)、ハイティ、ケニアのHIV/エイズプロジェクトに14.4万ドル
  - ・ザンビアにHIV/エイズ及び結核対策プロジェクトを開始

<sup>16</sup>「我が国の政府開発援助2000(上巻)」(外務省経済協力局編)。

<sup>17</sup>外務省ホームページによる。

- ウ 人材育成
    - ・ FASID エイズ・マネジメント・コース
    - ・ カンボディアのHIV/エイズキャパシティビルディング支援に 60 万ドル
  - エ 南南協力( 途上国間の知見の共有 )
    - ・ 保健医療分野アフリカ開発支援セミナーの開催
  - オ 研究活動の促進
    - ・ タイの HIV/ エイズ研究・開発協力
  - (2) 結核対策
    - カ 途上国の主体的取組みの強化
      - ・ フィリピンの国立結核研究所設立プロジェクトに 395 万ドル
      - ・ 南部イエメン結核対策プログラムに 545 万ドル
      - ・ 中国に結核対策調査団を派遣
  - (3) マラリア・寄生虫対策
    - キ 人材育成
      - ・ 国際寄生虫対策ワークショップの開催
    - ク 途上国の主体的取組みの強化
      - ・ 太平洋地域のリンパ系フィラリア対策に 200 万ドルの支援
  - (4) ポリオ対策
    - ケ 市民社会、援助国及び国際機関との連携
      - ・ 西太平洋地域ポリオ根絶京都会議の開催
    - コ 途上国の主体的取組みの強化
      - ・ 南アジア及びアフリカのポリオ撲滅計画に 3,000 万ドル
  - (5) 人間の安全保障基金を通じた支援
    - サ NGO 活動支援
      - ・ わが国は、国連に設置した「人間の安全保障基金」を通じて NGO 活動支援を強化していく考えである。
      - ・ フィリピンのリプロダクティブ・ヘルス/家族計画プロジェクトに 48 万ドル
      - ・ タジキスタンの医療研修プロジェクトに 18 万ドル
      - ・ モンゴルのプライマリー・ヘルス・ケア促進
- と感染症防止プロジェクトに 53 万ドル
- ・ 南アフリカの HIV/エイズ対策に支援を検討中
- (6) その他
    - シ コミュニティ・レベルでの公衆衛生の推進
      - ・ 基礎教育、安全な水の供給、地域保健サービス関連プロジェクトの実施
    - ス 国際機関との連携
      - ・ マルチバイ協力
      - ・ 国際機関への拠出
- GIIでは包括アプローチというセクター横断的な戦略を全面に打ち出したが、次のIDIでは感染症対策という、いわば従来実施されてきた垂直的なアプローチに逆戻りする危惧が関係者間では指摘されており(池上・高橋, 2002)、GIIの経験をIDIへも繋げていく努力が求められる。



## 第4章

# 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

## 第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

### 4 - 1 現地調査の背景と目的

前章では、これまで世界、特に途上国における人口の諸課題や、わが国のこれまでの人口援助政策に関し考察してきたが、本章では、途上国の人口問題の現状と援助の実態を調査・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。現地調査にあたり、今回、調査対象国としてバングラデシュ、タイを選定したが、その背景と目的は、以下のとおりである。

#### (1) 人口・家族計画の進展と停滞

バングラデシュは、途上国の中でも最貧国(LLDC)に分類される代表的な国であるが、その経済成長の遅れ(国民1人あたりのGDP379.8ドル・99/00年)にもかかわらず、近年、政府の積極的な人口・家族計画の推進によって、国民の避妊実行率(CPR)は54%近くを示し、子ども数の指標となる合計特殊出生率(TFR)も1999年代の初頭までに3.3と途上国の中では比較優位の水準を達成している。今なお家族計画の普及率が低く、5以上のTFR水準を抱えて人口安定化に取り組んでいる途上国が多い中、その数値は注目すべきものである。しかし他方、1993、4年以降、約7、8年にわたってこの数字に改善が見られず、いわば「プラトー状態」になっており、この現象は、バングラデシュを支援するドナーの間でも“Demographic Mystery”(人口統計の謎)と言われているところ、バングラデシュの取組みを概観し、また関係者からの意見聴取も踏まえ、その原因と改善策について考察することとする。

#### (2) ドナー間の連携

開発途上国の中で積極的な人口政策を展開してきたバングラデシュに対しては、国連児童基金(UNICEF)をはじめ国連人口基金(UNFPA)、世界銀行などの国際機関や日本、米国を含むドナー国は大きな関心を示し、各種の援助を行ってきてい

る。そのためバングラデシュは当分野における「国際協力のショウ・ウインドー」とも称されている。最近では援助協調の場として、世界銀行を中心とした保健人口セクタープログラム(Health and Population Sector Programme = HPSP)の枠組みも形成され、日本側にも同プログラムへの貢献が期待されている。国際機関による多国間あるいは二国間の援助動向や援助協調の現状を探ることは、援助をめぐる当面の焦点である国際的な連携のあり方や問題点を把握する意味で重要である。

#### (3) プログラム援助の推進

わが国の協力を視点に移せば、バングラデシュに対する第一の援助国として、従来からの技術協力、無償資金協力に加え、近年は草の根無償、開発福祉支援、開発パートナーなどの各協カスキーム、さらに青年海外協力隊(JOCV)の活動を束ねた協力体制を組み、各スキームを超えた連携効果を期待する試みがなされている。バングラデシュにおけるこうした連携の実態を調査することは、世界の趨勢に合わせてプロジェクト型の援助から広範な分野別課題に対処するプログラム化への方向転換を図りつつあるJICAにとっても有効な教訓を引き出すことが期待される。

#### (4) HIV/エイズへの取組み

他方、タイでは1994年のカイロにおける国際人口開発会議(ICPD)以来、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)に基づく女性の健康と権利の観点からも、世界的な緊急課題となっているエイズに対する先進的な取組みが行われており、日本の協力プロジェクトを観察し、エイズ分野における直面する課題と今後の援助方針について考察することとする。

### 4 - 2 現地調査の概要

現地調査の日程、調査団員の構成、訪問機関は

表 4 - 1 現地調査の概要

日程	2002年3月29日～4月9日(バングラデシュ・タイ)		
調査団の構成	安藤 博文	団長・総括	日本大学 国際関係学部 教授(研究会委員)
	水田 加代子	開発協力	JICA 専門技術嘱託(研究会委員)
	鈴木 良一	人口連携協力	(財)ジョイセフ 理事・事務局長補(研究会委員)
	尾崎 美千生	人口協力	JICA 国際協力客員専門員(研究会主査)
	田中 章久	研究計画	JICA 調査研究第二課(研究会事務局)
	菊地 忍	業務調整	日本国際協力センター 研究員(研究会事務局)
訪問機関	【日本政府関係機関】 在バングラデシュ日本大使館、JICA バングラデシュ事務所		
	【バングラデシュ政府関係機関】 大蔵省経済関係局(ERD)、保健家族福祉省		
	【援助機関・国際機関】 世界銀行、国連人口基金(UNFPA)、国連開発計画(UNDP)、国連児童基金(UNICEF)、国際下痢研究所(ICDDR,B) ラップアップミーティング・参加ドナー(世界銀行、USAID、GTZ、EU、スウェーデン大使館、カナダ大使館)		
	【JICA プロジェクト関係機関】 リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト(MCHTI、プロジェクト方式技術協力)、地域住民参加型家族計画フェーズII(FPAB・開発福祉支援事業)、リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト(FPAB・開発パートナー事業)		
	タイ	【日本政府関係機関】 在タイ日本大使館、JICA タイ事務所	
		【タイ政府関係機関】 保健省	
【JICA プロジェクト関係機関】 エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクト(パヤオ県保健省、プロジェクト方式技術協力)			

次の表 4 - 1 の通りである。

### 4 - 3 調査結果と考察

#### 4 - 3 - 1 バングラデシュ

##### (1) 人口増加の推移と現状

1951年に4,021万人であったバングラデシュの総人口は30年後の1981年に8,099万人に倍増した。2001年の人口は1億4,040万人、年間の人口増加率は2.1%と推計され、バングラデシュにとって、マクロの視点からも人口増加抑制策は、今後も政府の最重要課題のひとつであることに変わりはない。

他方で、バングラデシュの家族計画プログラムは、これまで成功裏に推移してきている。1975年に6.3であった合計特殊出生率TFRは、1996年 - 1997年において3.3にまで低下した。これは、バングラデシュの社会経済状況の改善、保健状況の向上などの影響によるものである。TFRの推移は表4 - 2の通りである。

現在政府は、2005年に2.2を目指しているが、指標が示すとおり、1991年 - 1993年の3.4、1994年 - 1996年の3.3、1997年 - 1999年の3.3と8年間ほぼ平行線をたどっている。

また、避妊実行率CPR(表4 - 3)については、1975年に7.7%であったものが、1999年 - 2000年においては53.8%と順調に増加しているが、一方で1996年からの推移では、近代的避妊法の伸びが鈍化している。

##### (2) 出生増加率抑制に向けた政府の取組み

バングラデシュ政府が現在策定中の次期国家人口政策は、その焦点を国民に対する基礎保健ケアの確保、充実に置いており、あわせて生活水準の向上が人口増加に影響を与えている。国家人口政策、保健人口セクタープログラム(以下HPSP)、及び第6次5カ年計画(2002年 - 2007年)は、出生増加率抑制のため次のような政策を掲げている。

- a. 将来の人口増加は以下の3つの決定要因に

表4-2 合計特殊出生率(TFR)の推移

年	1971-75	1984-88	1986-88	1989-91	1991-93	1994-96	1997-99
TFR	6.3	5.1	4.8	4.3	3.4	3.3	3.3

出所：Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000

表4-3 避妊実行率(CPR)の推移(%)

年	1975	1983	1985	1989	1991	1993-1994	1996-1997	1999-2000
全ての方法	7.7	19.1	25.3	30.8	39.9	44.6	49.2	53.8
近代的避妊法	5.0	13.8	18.4	23.2	31.2	36.2	41.5	43.4

出所：Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000

- よって左右される。それらは、望まない出生、高い希望子ども数、人口モメンタムである。
- b. 農村都市を問わず、必要なリプロダクティブ・ヘルス・ケア及び家族福祉サービスを全てのレベルの人々に提供する。
- c. 1996年 - 1997年の人口保健調査によれば、希望子ども数は2.5人である。これはほぼ置き換え水準に近いものである。しかし、1999年 - 2000年の合計特殊出生率は3.3であった。これは、望まない妊娠により、ほぼ1人の子ども数を加算したことになる。人口政策は、このことを踏まえたうえで、1994年のカイロ会議の行動計画に明記されている人々を中心にした良質のリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供が必要であると強調している。
- d. 避妊の未充足ニーズ(unmet need)への対応が求められる。最新の人口保健調査では15%強が避妊サービスにアクセスできていない。これらのグループや新婚カップルへのアプローチが必要である。
- e. 現在、思春期(15 - 19才)年代の50%が既婚である。晩婚への奨励策が必要である。
- f. とりわけ思春期の最初の妊娠については、遅らせることを奨励する。さらに、全体に出産間隔の延長を奨励する。
- g. 男性及び女性の不妊手術、子宮内避妊器具(IUD、Intra-uterine Devices)、ノープラントなどの避妊方法の奨励。
- h. 小家族と宗教、教育、雇用などと関連づけたりプロダクティブ・ヘルス推進のためBCQ(行動変容のためのコミュニケーション)を実施す

る。

- i. 安全な母体保護(Safe Motherhood)の確保。
- j. 妊産婦死亡率、乳児死亡率を低減する。

### (3) TFR 改善の鈍化に対する考察

(1)のごとく、過去7～8年におけるTFRに改善が見られていない理由や背景についてバングラデシュ政府関係者、関係ドナー等にインタビューをした結果、次のようなさまざまな証言を得た。

まず直接的な要因としては

- a. 避妊実行率の分析不足、モニタリング体制の不備による過大評価(安藤団長)
- b. 長期間避妊法(不妊手術等)の激減。年間50万件ある不妊手術のうち5万件が減っている(ラウンドテーブルにおけるカナダ代表)
- c. 避妊実行率の上昇にもかかわらず妊産婦死亡率(MMR)、乳児死亡率(IMR)が低下しないことがTFRの低下につながっていない(マフムド大蔵省経済関係局次官)

などの意見が寄せられたほか、保健行政のあり方や社会・経済的要因として関係者は次のような点を指摘した。

- d. 国民の健康福祉を担当する保健家族福祉省が保健サービス局と家族計画局に分断されており、その反目が総合的な健康政策を要請されるリプロダクティブ・ヘルスへの適応を阻害している。
- e. 1999年以来のアジア経済危機の影響で社会セクターへの財政支出の縮小
- f. ここ数年来の米国の人口援助の縮小、後退などである。

現時点では、これらの要因の中から単一の結論

を導き出すことはできない。むしろこれらの要因が複合的に影響しているとするのが妥当であると考えられる。したがって、今後もう一段の「ブレイクスルー」をもたらす前提条件としては、こうした複数の問題に対処するための為政者の確固たる政治的意思と、それを実行に移すための総合的な行政機構の整備が必要である。そのためにも人口間接分野である教育や雇用、一般医療、特にカイロ会議で打ち出された女性へのエンパワーメントと、NGOや地域住民を巻き込んだきめの細かなリプロダクティブ・ヘルス・サービスの一層の推進が重要であると考えられる。

さらに、この分野における前進を図るためには出来るだけ正確な各種データの整備と、プロジェクトの効果を絶えず点検するモニター制度及び評価システムの存在が不可欠であり、この面におけるわが国の貢献が求められよう。

#### (4) 家族計画の質の低下とその影響

また、(3)に関連し、ここでは特に要因a.及びb.に関連して、最近のUNFPAの専門家たちによるBangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000でのデータの再分析に注目したい。

それによると、(まだ暫定的な報告ではあるが)CPRが過去に比べてかなり高くなったとはいえ、最近では近代的避妊法の実行率が下がってきていると同時に、伝統的避妊法の実行率が増えてきている。また避妊効果の高い方法のドロップアウトの率が増えているうえ、永久避妊方法(不妊手術)の実行率が減少している。その反面(事実上人口妊娠中絶の効果をもつ)月経調節法(Menstrual regulation)の利用者が増えていると報告されている。したがって、実際には家族計画サービスの質及び範囲の低下、縮小がTFR、MMR、IMRなどが下がらないことの要因になっていることが類推される。この点では、“Demographic Mystery”(人口統計の謎)は存在せず、むしろ“Demographic Fallacy”(人口統計の誤り)の表現が適切と言える。ただしこの“Demographic Mystery”が広く各界の関係者の間で信じられていることは問題の本質を見極めず他に責任転嫁される可能性が危惧される。

その責任転嫁として懸念される考え方の一つは、

家族計画をこれ以上推進しても意味がないので、そのかわり「(家族計画無しの)リプロダクティブ・ヘルス」、あるいは「安全な母体保護(Safe Motherhood)」に重点を置くべきだと言う主張である。リプロダクティブ・ヘルス及び安全な母体保護を強化して、妊産婦死亡率ひいては乳児死亡率を減少させることももちろん重要であるが、同時にリプロダクティブ・ヘルスにおける家族計画の重要性を忘れるべきではない。妊産婦死亡率と密接に関係のある「望まない妊娠」、「早すぎる妊娠」、「多すぎる妊娠」、「産む間隔が十分でない妊娠」の減少を抜きにして、妊産婦死亡率や乳児死亡率の減少は望めないからである。

他方で、今回視察した、JICAが協力している3つのリプロダクティブ・ヘルス関係のプロジェクトについては、バングラデシュ家族計画協会(FPAB)との直接・間接的な協力のもとでリプロダクティブ・ヘルスの一環として家族計画が安全な母体保護と密接に関係づけられて提供されていた点は評価できる。わが国としても以上の点に留意しつつ、これまでの協力を再評価し、継続していくことが肝要である。

#### (5) 行動変容のためのコミュニケーション (Behavior Change Communication = BCC) にかかるとの考察

もう一つの責任転嫁の可能性は「被害者非難」(Victim Bashing)といわれる現象である。これは、家族計画の普及率が上がらないのは母親達、女性達が無知であり、モチベーションが欠如しているからだとの誤解(fallacy)から生じる。最近の人口援助では、無知な女性達に対しては情報を、すでに家族計画の必要性や有用性を知っている女性達にはさらに動機づけを行い、家族計画を実行するように行動を変える広報活動をすべきであるとする、「行動変容のためのコミュニケーション(Behavior Change Communication、以下BCC)」といわれる新しいアプローチが、「Information Education Communication(IEC)」に代わり登場している。

BCCの定義は、未だ確定的なものはないようだが、このアプローチの問題点は、BCCの活動の対象があくまでも行動変容が期待されている個人に

対してであり、サ・ビスが提供されているのか否か、提供されているとしても簡単に入手できるかどうか、またそのサービスの質がどうかといったサブライサイドの問題点が無視される傾向にある事である。特にバングラデシュのように、すでに少子希望はかなり定着化している場合には、必要とされる行動変容には、期待されている個人(女性)ではなく、サービスの質と量の向上が重要となる。また、BCCはサービスの質と量の向上のために、サービス提供者の行動改革を促進するアプローチに焦点を置くべきであり、具体的には、何時、何処で、誰によって、どんなサービスが受けられるのかをラジオ、テレビ、ピラ等で宣伝することにより、サービス提供者のアカウントビリティ“accountability”を高めることが重要である。本現地調査においても、BCCの定義について何人かの専門家に意見を求めてみたが、サービス提供者の責任について指摘したのはJICAのリプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクトの日本人専門家だけであった。今後、BCCはさらに行動変化を期待されている個人・女性の周りの人、特に男性(夫)、姑といった人達たちの意識改革に今まで以上に目を向けることが求められる。そうでなければBCCも家族計画を受け入れたいと思っている、あるいは続けたいと思っけていても、サービスが手に入らない人達、特に貧しい女性達(victims)を非難する(bashing)ことになり、効果が上がらないどころか逆効果となるおそれがある。

#### (6) 保健・人口セクタープログラム(HPSP)への対応について

HPSPは、1997年まで各ドナーが実施していた130以上のプロジェクトを、TFR、IMR、MMRの減少などを目標として、一つのプログラムに統合したもので、1998年から5年間の計画で開始されたセクター・プログラムである。

HPSPのもとで、ドナーはローカル・コンサルタティブ・グループ(Local Consultative Groups: LCG)を形成し、そのなかでも、特にコモン・ファンド<sup>1</sup>

を通じた援助を実施している世界銀行、英国などのグループは、「世界銀行コンソーシアム」と呼ばれている。メンバーの構成は以下のとおり。

#### 1) 世界銀行コンソーシアム

世界銀行  
ドイツ  
英国  
オランダ  
カナダ  
スウェーデン  
EU

#### 2) コンソーシアム以外

日本  
米国  
サウディ・アラビア  
フランス  
デンマーク  
ノールウェー  
アジア開発銀行  
イスラム開発銀行  
OPEC

#### 3) 国連機関

UNDP  
UNFPA  
UNICEF  
WHO  
UNAIDS

わが国は、バングラデシュに対し、リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト(MCHTI)を中心に、母親・子どもに医療サービスとサービス・プロバイダーへの研修を中心に協力している。HPSPとの関係では、プロジェクトの実施前にバングラデシュ政府とLCGに対し、HPSPの枠組みに沿ったプロジェクトであることを確認するなど調整を図っている。

HPSPでは、援助調整を目的に、精力的な議論が行われているが、バングラデシュでは、HPSPを含め、複数のセクター・プログラムが進行していることから、日本大使館、JICA側も11の重点セクター

<sup>1</sup> 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 リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト**

協力期間：1999年9月1日～2004年8月31日

実施機関：保健家族福祉省官房、保健局卒後研修課技術研修室(IST-TTU)、家族計画局基礎保健サービス課(ESP)、母子保健研修所(MCHTI)

協力概要：わが国は、バングラデシュの母子保健セクターの重要課題である妊婦死亡率と乳幼児死亡率の改善のため、これまでに女性の健康、安全な母体保護のための産科病院機能と母子保健従事者の研修機能を合わせ持つ母子保健研修所(MCHTI)に対する無償資金協力を実施してきている。本プロジェクトは、この無償資金協力と連携し、MCHTIの機能強化を含むバングラデシュリプロダクティブ・ヘルス分野の人材開発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、主に日本人専門家によるMCHTI内の人材育成や機材供与を通じ、臨床サービスの質や病院管理体制の改善を図るほか、フィールドレベルを含めた他の関連研修機関との連携による幅広い協力を実施しており、バングラデシュ側のみならず、ドナーコミュニティの間でも評価が高い。

と、さらにその中で保健医療を含め5つの最重点セクターを設定し、セクタープログラムに対応する体制を整備しつつある。また、コモン・ファンドに関しては、世界銀行コンソーシアムからは、最大のドナーであるわが国に対し、参画を求める声強いが、わが国は、こうした財政支援型の援助手法の実施には制度的な制約も多く、これまで慎重な姿勢をとっている。

以上のようにセクター・プログラムによる援助協調が活発に進展する一方、わが国の対応に限界があることから、わが国援助関係者の中には、わが国協力のプレゼンスが低下するなど懸念の声もある。こうした状況の中で、わが国の「比較優位性」を出せるとすれば、家族計画プログラムと妊産婦死亡率と乳児死亡率の集中的なインテグレーション協力にあると考えられる。第2章で論じた日本の人口経験からも、人口分野では常に車の両輪のように「母子保健の向上と家族計画の推進」という両戦略の統合が必要であり、わが国が比較優位性を有するこの手法を推進するとの明確なポリシーを、ドナー会議などを通じ、積極的に提示・発信することにより、「顔の見える援助」のみならず「声の聞こえる援助」が実現するのではないだろうか。

**(7) プログラム・アプローチの必要性**

わが国は、現在、バングラデシュにおける人口分野の協力として、プロジェクト方式技術協力「リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト」(BOX 4 - 1)、開発福祉支援事業「地域住民参加型家族計画フェーズII」(BOX 4 - 2)、開発パートナー事業「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プ

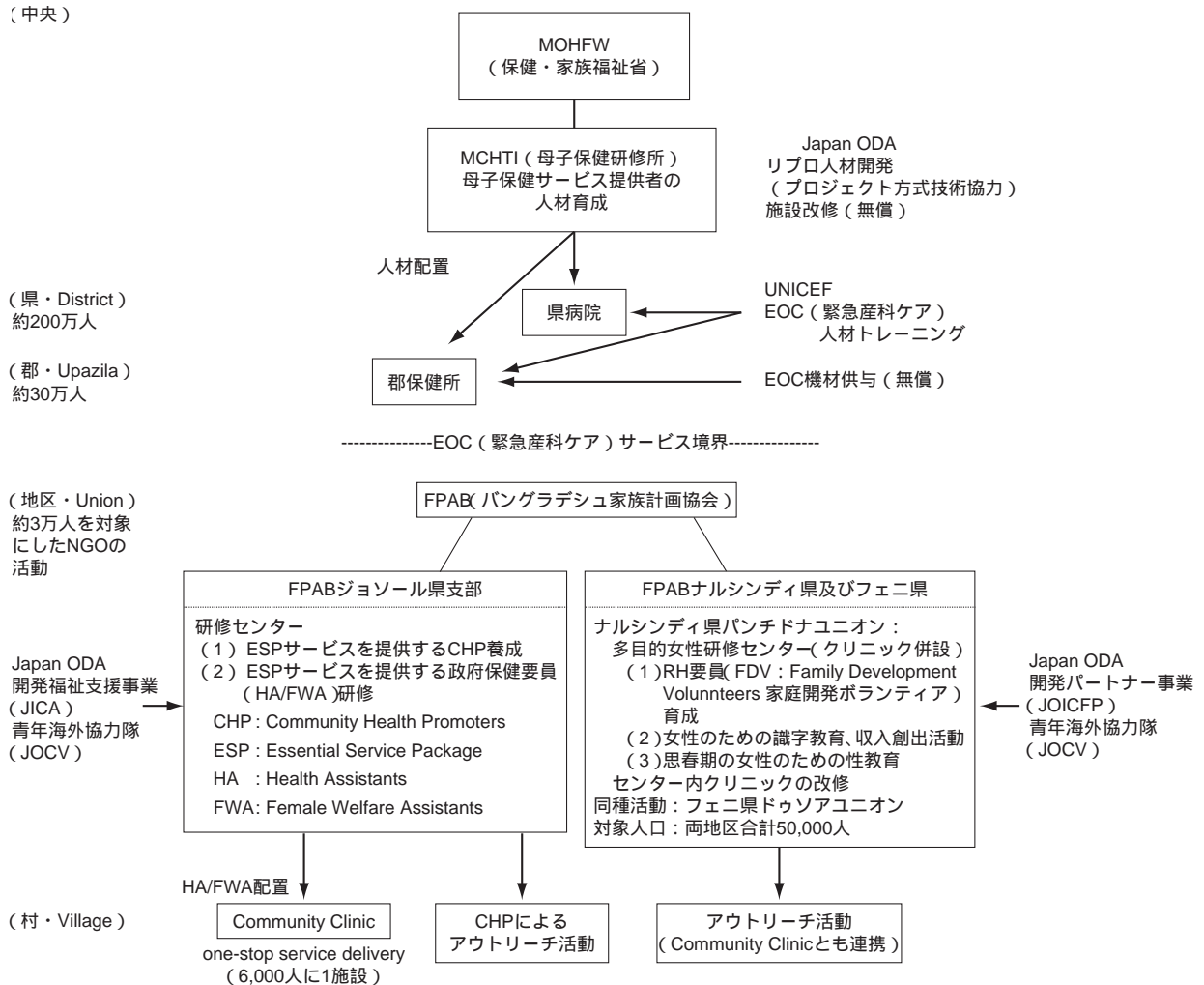
ロジェクト」(BOX 4 - 3)、青年海外協力隊員(保健婦隊員、1名が開発福祉支援事業、2名が開発パートナー事業に関係)、草の根無償資金協力などの協力を実施している。

現在 JICA 在外事務所及び JICA バングラデシュ国担当部(アジア第二部)では、このように同一の分野で、多岐に亘るスキームを活用した協力を実施しているという特色を活用し、図4 - 1のように MCHTI を中心とした各スキームの有機的な連携への取組みを図る動きがある。

現時点では、既存の協力を束ねている感が否めないが、今後、案件形成の段階からプログラムのなアプローチを推進し、政策的に一貫した明確なパッケージを構築することにより、個々の協力効果を相互に高める事が可能となる事が期待される。さらに、バングラデシュ政府や他のドナーにプログラム・パッケージを提示・発信することにより、日本のリプロダクティブ・ヘルス分野への貢献をより明らかにすることができる。そのためにも、各プロジェクトを統括・調整し、政策レベルに反映させるための保健家族福祉省など本省レベルへの政策アドバイザーの派遣が有効と考えられる。

このような政策的支援に加え、草の根の活動レベルにおいても、それを反映した協力が重要であり、特に住民に一番近い行政単位(ユニオン)では、政府・地方自治体と NGO の連携に向けた取組みを明確に戦略の中に取り込む必要がある。実施中の「開発パートナー事業」や「開発福祉支援事業」などのパイロット的の事業を通して得た多くの経験やノウハウを全国各地に提供できるものとするために

図4-1 母子保健分野における協働イメージ



出所: JICA アジア第二部資料

も、(財)ジョイセフ(日本側)やバングラデシュ家族計画協会(FPAB、バングラデシュ側)のようなNGOの役割が重要である。

(8) 女性の意識改革

草の根レベルにおける JICA - NGO 連携プロジェクトの事例として、今回の現地調査で訪問した、リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト(開発パートナー事業)及び地域住民参加型家族計画(開発福祉支援事業)では、ともにその成果としてリプロダクティブ・ヘルス・サービスが貧しい農村の女性の意識改革に重要な変化を与えはじめていることが観察された。これらのプロジェクトではその活動を通じ、家族以外の人達、特に同じ環境の女性達と話し合う機会を持つことがで

き、新しいことを学ぶきっかけとなっている。特に訪問した村で、女性の1人が村人達の前に立ち上がって、「いままで舅に『女性には教育が必要ない』と教えられ、そう信じていたがそれが間違いであることが分かった」との発言したことは印象深い。今後の重要課題として保健・衛生の面から、また人口活動の面から女性の行動変化ができるような社会環境や制度(system)をつくる援助が必要である。

4-3-2 タイ

(1) タイにおけるHIV/エイズの現状と対策の推移

タイにおいてエイズが初めて確認されたのは1984年であったが、当初は特殊なグループ間で感



BOX 4 - 2 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<sup>2</sup>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)コミュニティ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 - 3 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16日～2004年3月15日

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<sup>3</sup>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。

染すると考えられていたこと、及び観光客の減少をおそれ、国としての対策は講じられなかった。その後、感染者の急増を受け、政府は、国の最優先課題として位置付け、1991年に国家エイズ委員会を設立した。同委員会は「エイズ予防対策国家5カ年計画(1997年 - 2001年)を策定するなど国を挙げて取り組んでいる。

2001年の疫学統計局のデータによると、タイのエイズ患者の推計は、累積患者数が約20万人、累計で感染者100.9万人、死亡者34.4万人、生存者66.5万人、前年の新感染者2.6万人、前年のエイズ発症者5.5万人、エイズ孤児5.5万人となっているが、実際は感染者120～130万人との見方もある。エイズ患者数のピークは1997年、1998年であったことから、感染のピークは7～10年前と推定される。患者数を年齢別に見ると、25～29才が一番多く、次

いで30～34才となり、出産期の層に感染者が多いと言える。また、感染経路は異性間性交の率が80%強で一番高い。地域としては、北タイがもっとも深刻で、北タイの人口が全人口の19.9%であるのに対し、HIV/エイズ感染者は全国の38.1%を占めている。

タイのエイズ対策は、第1フェーズとしての同性愛者等リスクグループを対象とした保健医療アプローチ(1984年 - 1990年)から第2フェーズ性産業従事者及び男性顧客を対象とした社会的アプローチ(100%コンドーム運動、エイズ教育など)(1990年 - 1996年)を経て、第3フェーズとして夫婦間、恋人間、母子間感染を視野に入れた社会的弱者、コミュニティを対象とした包括アプローチ(1997年 - )へと移行してきている。これまでのコンドーム100%運動が奏功し、売春を原因とした感染は著し

<sup>2</sup> 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。

<sup>3</sup> 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 - 4 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。

く減少したが、最近では異性間(夫婦、カップルなど)や、母子感染の割合が増えているのが問題となっている。これは、タイでは一般的にカップル間のコンドーム使用に対する抵抗感が強いことが原因の一つであり、従来の対策も限界が見えてきている。このような状況を受け、感染症対策という対症療法を越えた包括的な社会的・経済的対応が必要な段階に入っている。

## (2) エイズ予防・地域ケアネットワークプロジェクトについて

(1)の課題を踏まえ、JICAは、タイの中でも HIV/エイズのもっとも深刻なパヤオ県を拠点に、1998年、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)に視点を置いた予防とケアとの連携地域ネットワークづくりを試みるもので、そのプロセスをモデルとして、同県内の他の地域に提供するとともに他県への普及が期待されている(BOX 4 - 4参照)。

同プロジェクトの視察により得られた示唆は以下のとおりである。

同プロジェクトでは、地元住民の間に育ってきた青年団、女性グループ、お年寄りグループなど伝統的な相互扶助組織を、地方政府がエイズ撲滅の「モデル地区」に指定し、地域に根ざした NGO と提携した支援を行うという工夫をしている。これには、貧困対策のプロジェクト

で活用されている参加型による地域の力を強化する手法が使われおり、限られた資源(人材、資金)の中で最大限の効果を挙げる対策として地域のエイズ対応能力を高める試みといえる。

プロジェクトが実施したエイズ感染者の家庭環境に関する詳細なケーススタディから、妻がエイズに感染しても夫や家族への体面から感染の事実を隠したがること、エイズで夫を失った妻は再婚、再再婚を繰り返すこと、夫に嫌われないためコンドームの使用を夫に求めることが出来ないことなどが共通項として浮かび上がっている。これら事例の多くは、女性が男性(夫)と離れては経済的に生きていけないという切実な境遇を反映していると推測され、「エイズ先進国」タイでさえ農村地域ではカイロ会議で打ち出された女性のエンパワーメント、自立の促進には今なお課題が多いと考えられる。

今後は、女性の地位の向上や男性も含め個人に届く行動変容(BCC: Behavior Change Communication)活動の重要性が再確認されるとともに、母子感染をすこしでも減らすためにも家族計画を含めた幅広い対応が必要と考えられる。また、エイズ対策としては、医療サービスの向上のみならず、地元における雇用機会創出など経済力を高めること、教育の

機会を与えるなど包括的な対応が重要である。

#### 4 - 4 現地調査より考察した JICA 援助の課題と提言

今回の現地調査による JICA プロジェクトへの視察、途上国政府機関、各ドナーとの打合せを通じ、団員それぞれの知見・経験と照らし合わせつつ、今後の JICA 援助のあり方について考察した結果を、以下のとおり課題及び提言として取りまとめた。

##### 4 - 4 - 1 課題

人口問題は、他の社会・経済的要因と密接な相互依存関係にある。例えば1997年にタイを襲ったいわゆるアジア経済危機は、タイばかりでなく他の開発途上国の保健・人口活動に負の影響を与えた。特に外貨を使わなければならない避妊器具薬品の供給はかなり大きな悪影響があったと考えられている。また、今回バングラデシュにおける考察の中心になった避妊実行率(CPR)、合計特殊出生率(TFR)、妊産婦死亡率(MMR)、乳児死亡率(IMR)なども教育水準、識字率、雇用等の問題と密接な関係があると言える。

人口問題解決には、このように多角的、学際的な視野から総合的な取り組みが求められるということからも、国家レベルの政治的コミットメントが必須であり、JICAが効果的な協力を推進する上で前提条件とも言える。本節では、以上のように人口問題解決には幅広い視野が必要であることを前提に、効果的な人口協力を実施するために現地調査によって得られた課題を、いくつかのキーワードを用いることによって整理したい。

##### (1) 同調(Synchronization)

JICA を始めとした日本政府の保健・人口分野の協力はまず被援助国側の国家開発計画など長期戦略あるいは長期計画の枠内で企画され実施されるべきである。特にリプロダクティブ・ヘルスの向上は、子女の教育政策、女性の地位、雇用、農村開発とさまざまなセクターと密接な関係があるため、保健医療セクターの政策を越え、国家全体の開発戦略と整合性を取る必要がある。

##### (2) 協調・相乗効果(Coordination・Synergy)

JICA援助は他のドナー国の二国間援助ならびに国際機関(UNDP、UNFPA、UNICEF、WHO等の国連機関及び世界銀行、アジア開発銀行等)ならびに国際的 NGO の援助活動と共同で援助活動を行うか、あるいは少なくとも並行した形の協力体制で行われるべきである。それにより JICA 援助は他ドナー国あるいはドナー機関の援助活動との相乗効果(Synergy)を狙うことがのぞましい。バングラデシュの例としては母子保健研修所(MCHTI)と UNICEF との協力が良い例であろうし、小児麻痺(ポリオ)ワクチン予防接種拡大計画(EPI)、栄養、ヨード欠乏症予防活動における UNICEF との協力も好例である。

##### (3) 連携(Linkage)

JICA 援助のなかでも、まず保健・人口分野のプロジェクト間の連携をはかることが効果的である。個々のプロジェクトが計画通りに能率よく実施されたとしても、実施地域も活動分野も限られてしまい、効果あるいは成果も限られてしまう可能性があるため、プロジェクト形成段階からプロジェクト間の連携を最大限に利用することが必要である。今回バングラデシュで視察したプロジェクト方式技術協力「リプロダクティブ・ヘルス人材養成プロジェクト」と開発福祉支援事業「地域住民参加型家族計画」間の連携や同プロジェクトへの青年海外協力隊員の参画のような連携事例を参考にさらに推進していくべきである。さらに同国で開発パートナー事業として実施されている「リプロダクティブ・ヘルス地域展開プロジェクト」にも連携の効果が期待できる。

##### (4) 統合・再統合(Integration・Reunification)

バングラデシュでの保健・人口活動分野での問題のひとつは、これまで保健サービス局と家族計画局が分離・独立していたことである。カイロ会議以降、政府は統合されたリプロダクティブ・サービスを国民に提供することになっているが、現状の行政機構ではこれを実現するのは難しい。こうした問題はバングラデシュばかりでなく、多くの途上国が抱えている問題である。一義的にはこの

問題は途上国自身が解決すべきで、外部者が介入すべき問題ではないが、JICAは他のドナー国、ドナー機関と協力しつつ、途上国政府と積極的に政策対話を持ち、統合への働きかけに努めることが望ましい。ただし再統合については、タイにおいて成功した例のように機能の専門化(specialization of function)のもつ有意義な点も認識し、必ずしも行政的あるいは制度的再統合でなく、機能的統合を考慮すべきであろう。また、このための技術的アドバイス・人材養成等を通じて政府関係者間の対話の場を作ることも必要である。

#### (5) モニタリング(Monitoring)

今回のバングラデシュでの現地視察、バングラデシュ政府ならびにドナー国及び国際機関の関係者との協議の中で共通の関心事のひとつは、家族計画実行率(CPR)が過去数年かなり上昇した(伝統的方法を含め約60%)にもかかわらず、子どもの数増減の指標である合計特殊出生率(TFR)にはそれが反映されていないという、ミステリー的な矛盾であった。先に考察したように、この原因のひとつには途上国の保健・人口活動のプログラム・モニタリング能力の欠如、保健人口関係統計体制の不備を意味していると考えられ、またもう一つには、モニタリングの不備のために、実際に家族計画の量と質が低下している実態が正確に把握されていなかった事が考えられる。特にこの分野では、データ収集・分析ならびにそれを適時にマネジメントに反映できるシステムをつくるための行政機構、人材養成、機材の整備が必要であるが、同時に日本の得意な分野でもあるので、さらなる協力が期待させる。

#### (6) リプロダクティブ・ヘルス(Reproductive Health)と安全な母体保護(Safe Motherhood)との関係

TFRがこの数年間引き続き低下していないことと平行して出てきている問題は、妊産婦死亡率(MMR)と5才以下の乳児死亡率(IMR)が依然高水準であることである[MMRは約44(対10万出生)

でIMRは約7(対出生千) ]。無論このような保健・衛生問題は出来るだけ早く改善すべきで安全な母体保護の導入は一つの適切な医学的手順と考えられるのであるが、リプロダクティブ・ヘルスの重要な項目の一つであり、MMRとIMRを低下させる重要な役割を果たす家族計画が忘れられるのは好ましくない。特にバングラデシュの場合のように、家族計画の普及率が上がったといわれているにもかかわらず、出生率、MMR、IMRがともに低下していないために、家族計画からSafe Motherhood、中でも緊急産科ケア(Emergency Obstetric Care: EOC)にだけ重点を移そうとする傾向には留意すべきである。タイ等の成功例が示すように、実際に家族計画が普及すればMMRとIMRの低下に大きく寄与することは確実であり、症状を解決するような対策ではなく、少々時間がかかっても望まない妊娠や出産など根本的な要因を除去することを目的とすることが必要である。家族計画は、人権のみならず女性の健康をまもる観点からも重要な役割を担っている。また、女性の健康・リプロダクティブ・ヘルスへの投資は、女性の健康・リプロダクティブ・ヘルス向上そのものをもたらすばかりでなく、大きな社会・経済的な利潤を生み、開発に大きな貢献をすることが期待される。

#### (7) 協力(Partnership)

今回の現地視察で考察したバングラデシュでのJICAプロジェクトが円滑に実施されていた背景には非政府機関(NGO)との協力(partnership)が大きな役割を果たしていたことが挙げられる。これは長く現地で活動を続けてきた、経験豊富なNGO、特にバングラデシュ家族計画協会(FPAB)の組織、人材の活用が奏功していると考えられる。

#### (8) 維持・継続(Sustainability)

しかしながら、今回視察したバングラデシュの案件については、支援期間中には効果的に実施されても、そのパイロットプロジェクトとしての性格上、他の事業に比べ、資金、人材、政治的支援が

<sup>4</sup> Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000。

多く投入されている傾向にあるため、支援終了後にもはたして活動が継続されるかどうかには留意が必要である。JICAは、案件形成の段階から終了後の活動維持・継続のことを念頭に置いて実施することが必要であり、それは、活動維持・継続には援助受け入れ側政府がどの程度オーナーシップ(主体性)を自覚しているかにかかっている。この点で、案件が政府の開発計画の枠の中でどれほどの比重をもっているかが重要であるので、事前に政策対話の中で確認をしておくことが求められる。

#### 4 - 4 - 2 提言

上記の課題・問題点に関する対応策として、すでにJICAが始めている取組みも含め、制度上、機構上の改革ならびに改善について以下に列挙することとする。

- a. 上記の特に(1)(2)の点に関しては、JICA援助の立案、施行、評価の過程を「プロジェクト・アプローチ」から、すでに始められているように「プログラム・アプローチ」への積極的な転換を図るべきである。これにより個々の援助活動が孤立せず、総合的に連携をもたせることができる。さらに保健・人口セクターは他のセクター、例えば教育、農村開発などと相互依存関係があるのでセクター間の連携がとれ、総合的な支援ができるようになり、援助を受け入れる国側と合意された共通の目的達成の方向に進むことが出来るようになる。ただしこのためには援助計画作成の段階で今まで以上に援助受け入れ国側との政策対話が必要になるであろう。また、これにより上記の支援終了後の活動維持・継続の問題にも益することになる。
- b. (2)の点に対しては、JICAは現行の国別事業実施計画を強化すべきである。保健・人口問題は各国独自の社会・経済・政治・文化の要因と相互

依存の関係があり、とりわけ家族計画の普及、妊産婦死亡率、乳児死亡率等は、女子の教育、女性の地位と密接な関係がある。したがって特に援助受け入れ国政府の社会開発計画及び他のドナーの教育分野での援助計画をも十分吟味した上で日本の技術、物資援助等の比較優位(competitive edge)な分野の計画を作成すべきである。なお具体的には、受け入れ国の五ヵ年計画等と同時に、国連機関や世界銀行等の統合された総体的な援助計画との協調が必要である。<sup>5</sup>

- c. 国別事業実施計画の策定及び実施にあたり、さらに必要な制度的改革として、単年度から、少なくとも3年あるいは5年単位の複数年度計画立案制度(ローリングプラン)の強化が求められる。これは特に効率ばかりでなく、効果ならびにインパクトを評価する場合には是非必要な時間的な枠である。国家予算の一部であるODAである以上、単年度予算制度の制約があるのは確かだが、多年度制の採用はJICA援助が、近視眼的な援助に終わる可能性を無くし、同時に各年度間の援助量の急激な変化や実質上の援助ストップあるいはスロー・ダウンを避けることが出来ると考えられる。
- d. JICA支援の実施にあたっては、被援助国政府の了承のもとに、適切かつ経験豊富なNGO/NPOを実施機関として積極的に活用することを検討すべきである。また、これとともに長期的に受け入れ国側の現地専門家の起用も行うことが効果的である。これにより援助終了後も活動が維持・継続される可能性が強くなる。
- e. 国別事業実施計画、プログラム・アプローチ、複数年度計画方式の強化を効果的に実施する上で、もう一つ必要な制度的改革はJICAの現地事務所にプログラム実施における権限を委譲する

<sup>5</sup> 開発関係の国連機関はUNDP、UNICEF、UNFPA等を中心に総合的な援助計画を作成し始めている。先ず被援助国の必要としていることを政府との政策対話を通して把握し、国連全体が支援するための枠組み、United Nations Development Assistance Framework(UNDAF)を作成している。また、世界銀行も同様な枠組み、Comprehensive Development Framework(CDF)を作成している。EUも最近は人口を含めた社会開発分野の大規模な支援をはじめているので参考にすべきであろう。

事である。ただし、この現地事務所への権限の委譲/拡大は、あくまで本部において認可されたプログラムの枠内であって、プログラムそのものを変更することが出来ない範囲にとどめ、プログラム及びJICA援助の重点、優先順位の決定は現地事務所の提案に基づいて本部で行われるべきである。換言すれば「政策レベルの権限委譲」(“political decentralization”)あるいは“policy decentralization”ではなく、「実施レベルの権限委譲」(“administrative decentralization”)である。この権限委譲により、実施当初は現地事務所にとって事務的な負担は増加するかも知れないが、終局的には重複、不必要な事務連絡等の仕事は解消できると考えられる。

- f. 現地事務所への権限委譲を十分活用するためには将来現地事務所に社会開発分野、特に保健・人口関係の専門家の増員、強化が必要になってくるであろう。このJICA職員の専門性の育成のためには、現在進行している分野課題ネットワークの本格的実施が大いに貢献することが期待される。また、この分野において貴重な経験を積んでいる青年海外協力隊(JOCV)の経験者の起用も有効であると考えられる。さらに将来は特にプロジェクト、あるいはプログラム終了後の維持・継続(sustainability)のためにも、邦人専門家のほかに現地専門家の起用も考慮されるべきであろう。この現地の専門家雇用の人事政策はかなり多くの国連機関(UNDP、UNFPA等)が行っているため、国連の経験ならびに雇用基準等を参照することも一考である。
- g. リプロダクティブ・ヘルスの分野での支援でこれからも人口抑制ではなく、女性の健康向上、エンパワーメントを目的とした家族計画は、引き続き重要な活動である。したがって、将来のJICA支援の専門家(医者をも含めて)は、十分に家族計画の専門的知識あるいは技能を持った人選を行うべきである。特に保健婦、助産婦の専門家は、可能であれば以前のように家族計画指導員の資格をもつことが望まれる。いち早く人口転換が行われ、出生率も急激に低下している

日本では最近では家族計画が鳴りを潜めている感があるが、特に保健衛生関係派遣人員(JOCVも含めて)の研修には是非家族計画の項目を入れるべきである。

- h. 人口援助におけるJICAプロジェクトの中には、世界に誇るべきプロジェクトが数多くあるにも関わらず、日本国内ばかりか他国にもあまり知られてはいないのが現状である。一つには「不言実行」型の日本的文化の現れだと思われるが、これからは、「顔のみえる援助」ならびに「声の聞こえる援助」にすべく努力が求められる。そのためにはJICAは進んで現地事務所を通じて援助社会(Donor community)との政策対話を持つべきである。特に途上国における世界銀行及びUNDPが中心として行っているLCGには積極的に参加し、JICAの重点支援分野ではLCGの分科会で指導的役割を果たし、JICA支援プロジェクトを積極的に紹介、説明することが有効である。外からの高い評価は日本国内におけるJICA支援活動の理解を高めることにも繋がるであろう。

## 第5章

### 21世紀の人口戦略(提言)

## 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

1994年のカイロ会議以降、人口政策がリプロダクティブ・ヘルスの視点に立ったアプローチ、つまりミクロ・アプローチに大きく転回してきたなかで、依然として、南・西アジア、サハラ以南のアフリカを中心に、貧困、食糧、環境、水など人口が関連するマクロの問題が深刻化していることを踏まえ、本研究では、これまでマクロからミクロの課題まで、幅広い人口分野の諸課題を対象に考察を行った。またその過程で、わが国が戦後に歩んできた経済開発と母子保健の経験も参考にしつつ、そうした経験の途上国への適用可能性を探った。

これらの検討の結果として、本研究が、JICAの人口援助に係る提言としてもっとも重要と考えるメッセージを一言で表現するならば、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」に集約することができる。

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、日本の経験が示すように、リプロダクティブ・ヘルスの原点とも言えるわが国の「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例からも分かる通り、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。第1章及び同章末の小川論文からも分かるように、「人口」とは、開発に多大な影響を与え、かつ長期的に予測可能な変数であることを忘れてはならない。「人口」は、単にその時点の「数」を表すのみならず、「人口構造」として社会のあり方を決定し、また時間の経過とともにダイナミックに変化して

いくなかで、開発の諸側面に様々な影響を及ぼしていくことに、我々は改めて注目すべきである。特に開発問題に携わる実務者にとっては、人口援助を実施する際に、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だけでなく、その活動が、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ヴィジョンとして持ち、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。

このような観点から、本章では、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」という考え方をベースに、まず「人口の諸課題に関する提言」として、ミクロの課題であるリプロダクティブ・ヘルス協力のあり方から、マクロの課題である経済開発を実現するための方策まで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。

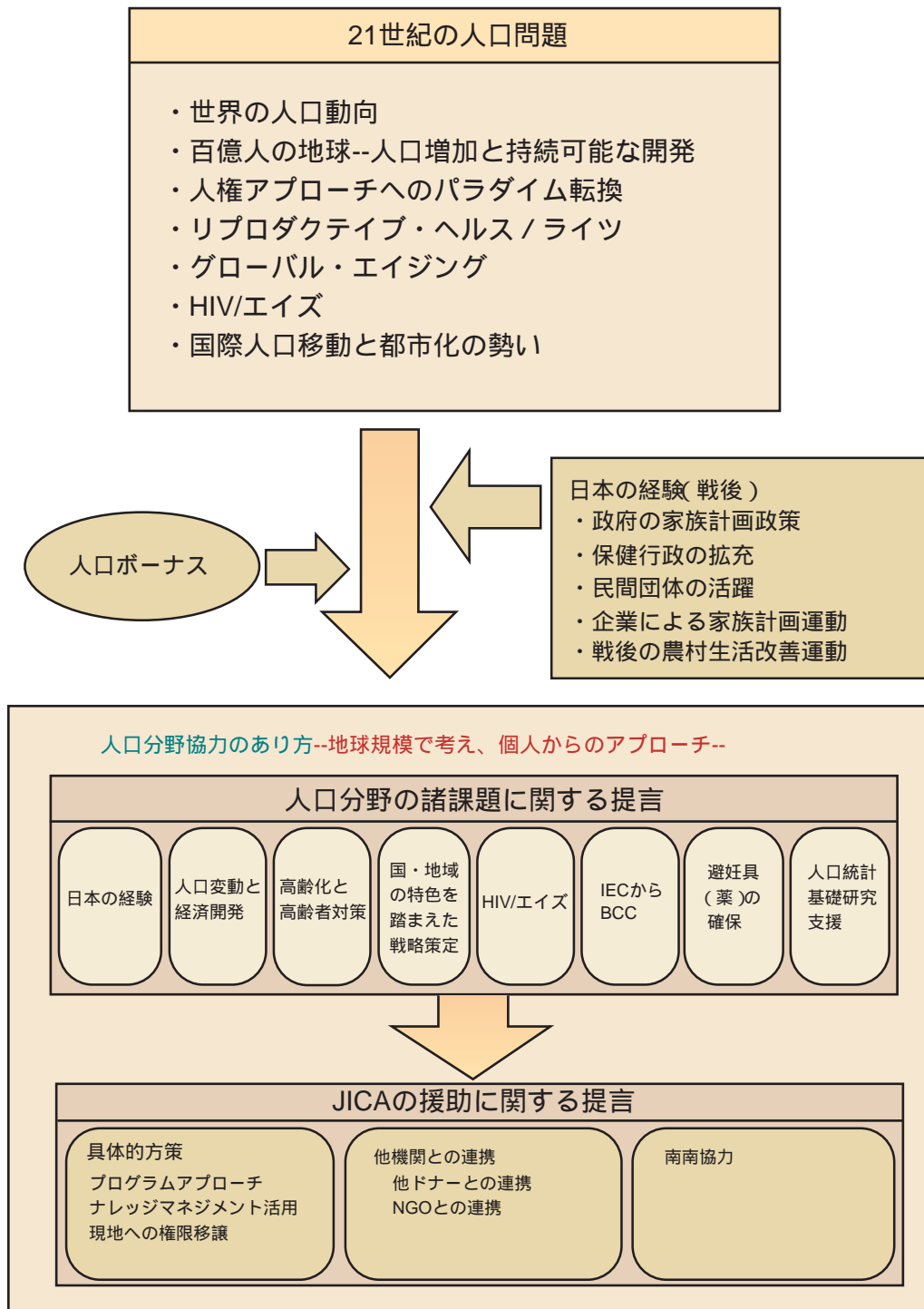
また、以上に述べたようなミクロ・アプローチとマクロへの影響を日本の経験を参考に、途上国の発展段階に応じ40年、50年という長期間の開発過程に当てはめたモデルが図5-2である。このモデルは、政策介入のない緩やかな人口転換と経済発展の経験から導き出される欧米先進諸国型の開発モデルとは違い、戦後日本を含む東アジア諸国が短期間に歩んできた、急激な出生率の低下とそれがもたらす開発への影響、またその後の高齢化社会の到来を図式化したものである。

このモデルは、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



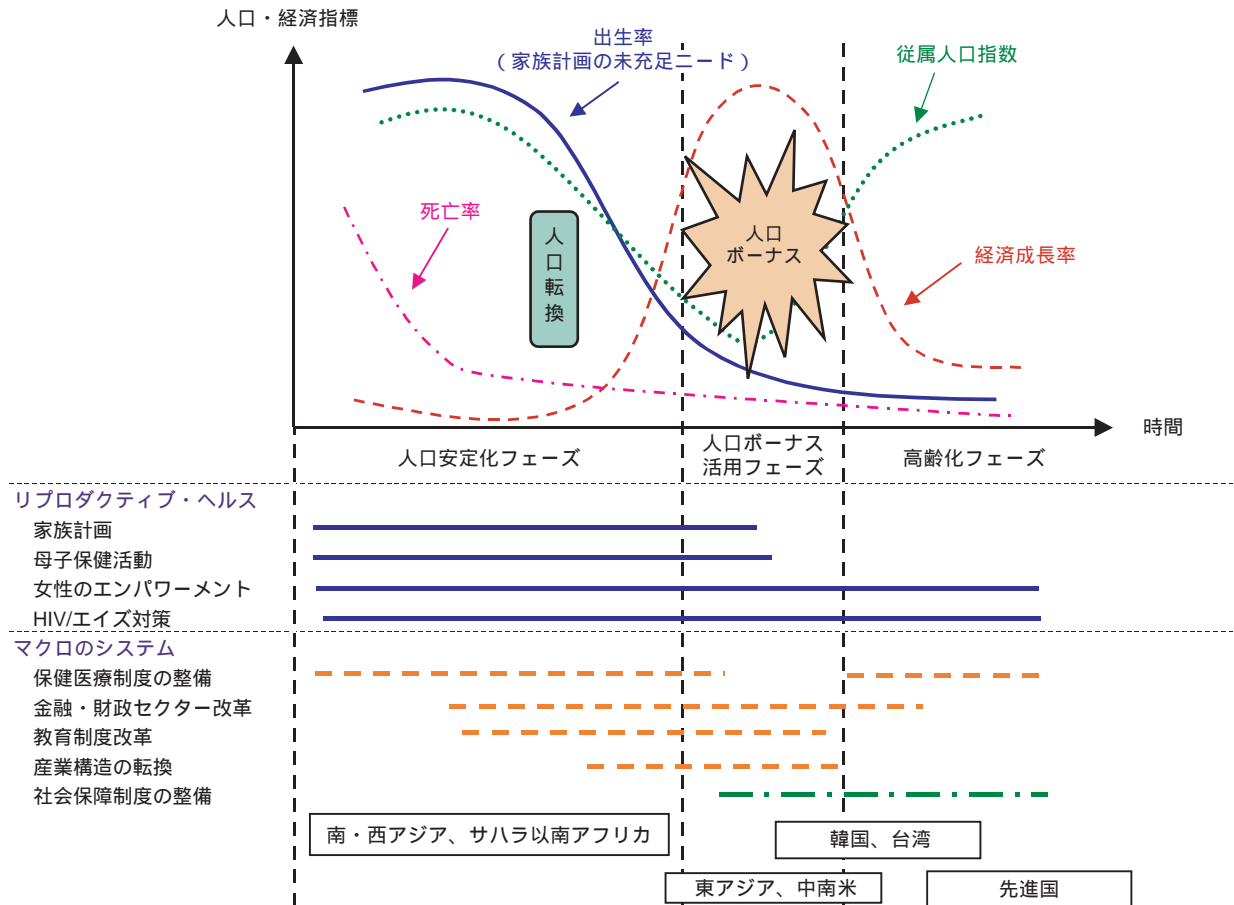
図5-1 提言の位置付け



リカにおいても、本モデルに描かれているような長期の戦略の中でマイクロレベルの活動を位置付けておくことが、開発政策の中心的担当者の人口に対するコミットメントを誘導するうえで重要である。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も、人口ボー

ナスのゲインを蓄積し、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である。さらに、特にアフリカで深刻なHIV/エイズについては、より緊急の対応が必要であることを強調しておきたい。HIV/エイズは、個人のリプロダクティブ・ヘルス/ラ

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)

イツの観点から重要であるばかりでなく、経済開発を担う生産年齢人口の激減という形で人口構造そのものに多大な影響を与えているからである。

開発の最初のステップとなる「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・ヘルスの分野で効果的な協力を実施するにはどのようにすればよいのだろうか。

我々の研究では、この観点からも日本の経験の活用に着目した。第2章「日本の人口経験」においては、第二次大戦直後の日本が、経済的にみて現在の途上国と同等か、より深刻な状況に直面したなかで、母子保健アプローチに加え、生活改良普及員などの活動を草の根レベルで有機的に融合してきたことが、女性のエンパワーメントや行動変容、母子の健康に直接・間接的に貢献したという事実が観察された。またその基盤として、厚生省や農林水産省などが草の根の活動を支えるための政策

的枠組みや制度を十分に整備していたことや、それに応える形でNGOや企業が活発な活動を行うという、「官民のパートナーシップ」が成立していたことも、わが国の出生率低下や母子保健の改善に大きく貢献したと考えられる。

本章の提言においては、このような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、特定の課題に対し様々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、このような新たな取組みを紹介しつつ、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。

本報告書が提言している、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」とは、それが示すとおりマクロ、ミクロどちらか一方の重要性を説くものではない。開発途上国に対する人口分野の協力は、以下に示していく提言を参考に、マクロ・ミクロそれぞれの重要性に着目し、特定セクターにとらわれない広い視野で、かつ長期の時間軸を検討の対象として実施していくことが求められよう。

## 5 - 1 人口分野の諸課題に関する提言

### 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

日本は現在の主要援助供与国の中で、唯一「途上国であった歴史」、「開発援助を受けた歴史」を持つ国である。第二次世界大戦後、日本国民は食べる物も着る物も住み家もない今日の途上国以上の貧困状態にあった。そして、その貧困状態から脱出しつつ、死亡率と出生率を下げ、人口転換を達成した。このような日本の人口転換のプロセスを整理し、再考することは、今日の途上国における人口問題への支援に対して有意義である。

しかし、第二次世界大戦後の日本の状況と現在の途上国の状況とは、あまりに違いすぎて参考にならないという声をよく耳にする。そこで、ここではまず日本の特殊性を整理しておく。

日本は経済的に壊滅したといっても、潜在的な社会的・人的資源、行政能力があった。それは、1900年時点ですでに小学校就学率が男女ほぼ100%に達していたという基礎教育の充実、江戸時代から数回にわたって起こった農村生活改善運動の流れ、明治以降伝統的助産婦の再教育、明治以降の行政統計の整備、性病防止のためのコンドームの普及等である。当時の先進国との間の技術的格差も、現在の途上国に比べたら有利な点である。また、日本政府が直接的な人口政策に関与したのは1952年から1960年頃までのわずか10年足らずであり、その後はほとんどを民間団体の運動に任せ、政府は後方支援に回った。さらに、日本政府は、ほぼ一環して出生抑制というよりも母子保健の向上というアプローチで、出生率の低下をめざしたことや、カトリック、イスラム教にみられる宗教的タブーが比較的少ないことが特筆される。このような点は現在の途上国の状況と大きく異なる点と考えられる。

しかしながら、このような日本の特殊事情を差し引いても、戦後の厚生行政、家族計画運動、生活改善運動の経験は、現在の途上国におけるリプロダクティブ・ヘルス/ライツの分野の活動に役立つシステムやアプローチが多い。以下に、その諸点をまとめる。

### (1) 保健行政システムの強化

日本の経験においては、外部からの指導による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システム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アクセス強化のために、保健所の整備とサービスの多角化を進め、地方の母子保健サービスの拠点機関とした。また、各保健所を核として、その下に保健婦、助産婦を配置し、母子保健サービスが直接母子まで届くサービス網を確立した。トップから草の根まで、保健行政の骨格がきめ細かく張り巡らされたサービス網の完成が、まず第一の必要条件であった。さらに、末端にサービスを届ける、地域の住民と信頼関係を築ける保健サービス従事者、つまり保健婦や助産婦の発掘及び育成が大きな成功要因であった。これらは言い換えれば、今日、開発援助の分野でその重要性が叫ばれている「キャパシティ・ビルディング」の達成であったといえることができる。わが国のODAの支援としては、当該国の保健行政システムの点検、地方保健行政の強化、地域に根ざした人材の発掘・育成分野で協力する必要がある。また、キャパシティ・ビルディングの視点は全ての人口分野の案件において不可欠なものであり、案件形成時にこれらを検証し、不安があればプロジェクトのコンポーネントとして取り込むことが必要であろう。

### (2) 開業助産婦の活用

(1)に関連して、日本では開業助産婦が母子保健に果たした役割は計り知れない。この土壌には、明治時代以前からあった伝統的な産婆に対して、1900年から明治政府が近代的医学教育を提供したという背景があった。今日、途上国でも多くの伝統的産婆(TBA: Traditional Birth Attendant)が母子保健の重要な役割を担う者として再教育されているが、その成果は今一つであると言われている。日本の開業助産婦の経験を生かそうとするならば、ここでさらに深く開業助産婦と途上国の伝統的産婆の違いを、検証する必要がある。

また、日本では地域の婦人たちを母子保健教育

のリーダーとする「母子愛育班(保健補導員)」が組織化され、官のサービスと連携した。今日途上国でも、地域における保健ボランティアの組織化が行われている。しかし、これも日本の事例ほど活躍していないように見受けられる。これにも、日本の母子愛育班との違いについて検証する必要がある。

### (3) ボトムアップ・アプローチ

日本の農村における活動は、政府主導の事業であっても徹底したボトムアップのアプローチ(下からのアプローチ)で実施された。まず住民のニーズを聞き、住民の関心のあるトピックをエントリーポイントとし、住民全員参加のインセンティブとした。日本における寄生虫駆除や改良カマドは成果が目に見えやすいという意味で格好のエントリーポイント(導入口)であった。また、日本においては現場での援助者(保健婦・生活改良普及員・NGO等)があくまでファシリテーター(推進役)に徹し、活動の主体は住民においた点も、後にオーナーシップ(主体性)や自立発展性が育まれた必須要件となった。住民自身の問題認識、解決策の検討、実施というプロセスは今日援助の分野で一般化しつつあるPRA( Participatory Rural Appraisal : 参加型農村アプレイザル )の手法であったといえる。その形成段階、実施段階の各プロセスは、モノがない時代に知恵だけで問題解決をしていった方法論が見え、現在の途上国における地域住民が主体の人口家族計画活動に対する支援に役立つものが多い。今一度、途上国援助の視点で整理し、適用方法を検討することが必要であろう。

### (4) マルチセクター的アプローチ

日本の農村においては、徹底したボトムアップによって住民のニーズに対応していく中で、保健医療、農業など複数のセクターを包含したマルチセクター的アプローチになった。農林水産省が行った「生活改善普及事業」に加えて、厚生省の「栄養改善」、「産児制限」、「母子保健」、文部省の「社会教育」、「新生活運動」、さらに各自治体を中心となって推進した「環境衛生」などが、農村という舞台で融合(インテグレーション)され、拡大して

いった。つまり、住民のニーズに基づくと、必然的に産業(農業)、生活向上、衛生、保健、余暇など、マルチセクター的アプローチとなる。住民の普遍的なニーズは「生活を良くしたい」ことである。人口分野の協力においても、この住民の「生活向上意欲」を触媒として、「変わりたい」、「変わることができる」という行動変容につなげるアプローチをこれまで以上に積極的に取り入れていくことが必要である。現在、青年海外協力隊の農村開発隊員の多くはこの手法を無意識に実践している。彼らの試みを手法として確立し、他のスキームにも応用していくことが期待されている。

### (5) 地域資源の活用・自助努力の徹底

日本の母子保健活動や生活改善運動の発展性・持続性の大きな要因として、外部の資金的・技術的支援に頼らなかったという点が挙げられる。地域に密着した助産婦や婦人会長など地域のリーダーの活用から始まり、改良カマドなど既存の資源を最大限に活用して母子保健や生活改善を行っていた。自分たちの地域の人材、既存の資源、知恵を総動員することによって解決した時の達成感・自信こそが、次の新しい活動へと展開していった原動力であったように思われる。今日の途上国の援助現場において、援助慣れや援助が終了すると活動が停滞していく様子と比べると、その違いが大きいように思われる。真のエンパワーメントのためには、援助者はファシリテーターに徹し、辛抱強く見守り続けることが求められる。

また、日本の経験では、地域における活動では住民組織を主体とし、まず住民組織を作る、あるいは既存の住民組織の体質改善を行うといった活動から始めた。アジアやアフリカなど多くの途上国においても必ずといってよいほど住民組織が存在することが多い。JICAのプログラムにおいてもこれらの既存の住民組織の戦略的活用を積極的に考える必要がある。

### (6) 官・学・民の3者協力体制の構築

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である。政府だけでも十分でなく、民間だけでも

十分ではない。また、学者による学問的裏づけもなく相手も信用しない。しっかりとした、科学的データと科学的な知識をもって、住民へアプローチする。この3者の役割分担と協力関係の構築が重要になってくる。その場合、日本では、コーディネーター役を民間(NGO等)が担うことが経験的にもっとも効果的であったといわれている。日本では日本家族計画協会の役割がそのことを証明している。政府は政策を立案し制度を構築し、学界は常に調査に基づく分析を提供しモニターし、新しい手法を開発し、住民に一番近い市町村や保健所が末端のサービス提供者であるNGOや民間につないだ。このことが家族計画事業を発展させ継続させた大きな原動力にもなったといえる。

途上国で援助を実施する場合も、まずこの3者の協力体制の構築が求められる。ステアリングコミッティ(運営委員会)などを構成するときにも、この3者が平等の立場で参加し協力できる関係をつくるのが重要である。

#### (7) 女性のエンパワーメント・ジェンダーの視点

日本の戦後の経験においてもっとも印象深い点は、女性の積極的な参加を中心に据えた点であった。保健婦、助産婦、生活改良普及員、婦人会会長など、女性を指導者として登用・育成し、さらに多くの活動の中心に女性を置いた。家族の幸せ、家族の健康、子どもの健全な成長を何よりも真剣に考えていた女性たちが、その問題に目覚めた時に、真に持続的な活動が展開される。リプロダクティブ・ヘルス/ライツのプロジェクトにおいても「家族の幸せ」を中心テーマに据えて、女性たちを中心に据えれば女性の目覚めがあり、活動を通じて女性のエンパワーメントがなされる。

そこで、家族計画を含めたリプロダクティブ・ヘルス/ライツを考えるうえでは、女性のニーズが高い、家族の幸せ、子どもの健康のコンポーネントを構想の中に入れておくべきである。例えば、子どもの健康教育、女性の自立、生計向上、基礎教育の充実、余暇活動などのコンポーネントを含めて包括的に実施すると、成果が出やすいと考えられる。また、男性・年長者・地域の意思決定層の巻き込みも、不可欠なアプローチの1つである。

#### (8) 行動変容を促すヒント

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。日本での成功事例をもとに、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を整理すると、以下のようになる。

##### 1) 「住民一人一人の利益になる」ことから始める

人は誰でも「生活をよくしたい」という基本的欲求がある。他方、人は概して新しいことにチャレンジすることに億劫である。理想的なことを言われても実際に「自分のためになる」、「よくなる」という具体的成果が理解されなければ、なかなか新しい行動に踏み込まない。そこで、「自分のためになること」から始めることが、行動変容のアプローチの第一歩となる。「住民一人一人の利益になる」から始めるとは、つまり自分たち自身の問題点の整理から始めることである。そのためには、必然的に、自発的・自主的参加が原則となる。

また、理解から行動へ移行し、より多くの参加(伝播)を促すためには、すぐ目に見える手段をエントリーポイントとする手法が有効である。日本のそれは、保健分野においては寄生虫駆除であり、農村生活改良においては「改良カマド」であった。

家族計画はもとより家族全体の行動変容を必要とする普及活動は、できるだけ夫婦単位とするのがよい。「生活をよくしたい」という人間の共通の課題に対して夫婦一緒に解決策を見つけていく過程で、男性の女性に対する平等意識が醸成され、また女性はエンパワーメントされる。

##### 2) グループアプローチの効用

1人で始めるには自信がないこと、不安があることもグループならば可能となることが多い。グループによって、「自分たちにもできる」という自信につながる。日本の元生活改良普及員は、グループアプローチの適用によって、最初はグループ員の意見は「賛成1:どちらでもない18:反対1」であったものが、次に「賛成2:どちらでもない16:反対2」に、さらに普及活動を進めると「賛成6:どちらで

もない3：反対1」に変遷していったと報告している。日本の保健婦や生活改良普及員は、人がグループ活動を通じて意識・行動を変えていくメカニズムを体験的に習得し、活用しており、この手法は途上国での支援においても是非、取り入れられるべきである。

グループ活動においてはリーダーの質も大きな要因である。日本の生活改良普及員は、各グループリーダーに、成功した村を訪問させたり、近隣で開催される講習会へ参加させるなど、リーダー育成にも熱心だった。JICAのフィリピン母子保健プロジェクトでも、先進的な保健所において研修を実施したところ、多くの研修参加者が先進的な保健所のよい点を取り入れ、自分の保健所に導入している事例がある。途上国において、交通のアクセスの悪さ、交通費が捻出できないなどの事情がある場合などは、援助者側が「学ぶ」機会を多く提供することが有効である。

さらに、日本の生活改良普及員の事例で秀逸なところは、視察にいった者は他のグループ員にその視察の成果を必ず伝えなければならないという「復伝」といわれる規範を設けていた点である。今日、途上国でグループの代表者に研修を実施しても、他のメンバーに伝わらないという問題がよく指摘されるが、この点も日本の「復伝」の仕組みが参考となろう。

### 3) 本人を取り巻く環境的制約への対応

後述の「IECからBCCへ」の節でも指摘しているように、本人(特に女性)の参加を促し行動変容をもたらす大きな阻害要因として環境的制約がある。日本の経験でも多くの専門家・元保健婦・生活改良普及員がその対応への重要性を指摘している。日本の経験では、新しい考え方を普及させる時には、最初に地域全体への啓蒙活動、次に意思決定権のある地域の有力者、男性・年寄の啓蒙、最後に直接的対象者である本人(女性)へ、という手順を踏んで成功した例が多く挙げられる。この、「地域全体へのアプローチ」は今日、援助供与国によって注目されている手法である。また、周囲の反対勢力を説得するためには、行動変容によって反対勢力に有利となる変化を予測し強調することが有効

である。例えば、女性の家事の軽減によって農作業への就業時間が拡大するなどの予測は、説得力が大きい。

### 4) サービス受益者と提供者との信頼関係が大原則

人口分野の援助は、家族計画など特に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信頼関係がなければ、成果は期待できない。日本の事例では、地域社会においてすでに人間的信頼関係のあった開業助産婦の活用、及び信頼関係構築を築くうえで多大な努力を払った保健婦、生活改良普及員のアプローチが注目に値する。

### 5) 継続的支援と見守り

日本の経験では、地域保健の向上は保健婦・助産婦を中心として展開し、また農村生活改善運動は生活改良普及員を中心として展開していった。これらは基本的に地域に根ざした信頼関係のある人材が長期的・定期的に活動を支援・見守っていくことができたという幸運な特長があった。途上国援助においては、援助国側の事情によって必ずしも援助事業としては継続的な支援・フォローができないことがある。そのような制約があることを念頭に置き、計画段階から地元のリソースをできるだけ活用した、継続的支援・見守り体制を組み込んでいくことが重要である。

## 5 - 1 - 2 人口変動と経済開発の新たな課題

### (1) 人口変動と経済開発の関係

人口転換と経済発展との間における因果関係に関して様々な見解がある。開発経済学者の一般的な見方は、経済発展が先行することによって生活が豊かになり、その結果、物的資本が増加する。そして、労働力としての子どもの効用が低下し、出生率の低下につながるとしている。これに対して、人口経済学者の多くは、出生率の低下 資本の深化 生産量増加 生活の豊かさの改善、の経済発展がもたらされると説く。これら2つの相対する議論の他に、人口転換と経済発展が同時に進行する

という見方がある。これらの説のどれがもっとも妥当であるかは判断できない。しかしながら、1970年代後半から人口変化が経済開発をリードするという考え方が次第に主流になってきており、さらに1980年代後半から人口転換と経済発展のプロセスが同時に進行するという見方もしばしば登場するようになってきている。このように人口変化と経済発展との間には未だ確立された因果関係は見出されていないが、本報告書の第1章章末の小川論文では、次第に主流となりつつある人口変化が経済発展をもたらすという考え方で出生率低下がもたらす経済的ゲインを求めている。日本を始め、東アジア諸国などの計量結果から、出生率低下は、一般的な投資と比べても、投資としてきわめて高い利回りが期待できるのみならず、経済的離陸を可能にするので、開発を促進させるための必要条件の一つであるとも言えよう。

他方で、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。日本では人口ボーナスを十分に意識した政策はなかったが、少なくとも結果的には、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繋がったのである。最近の学術的な潮流では、工業化と人口変動とは日本の経済発展の要因として切り離して分析することはできず、この2つがいかに融合されたのかの分析は重要である。すなわち、生産年齢人口の増加や資本の深化をベースに産業構造を効果的に変化させていくことが経済発展に繋がるのである。

## (2) 人口ボーナスの活用のために

このような日本の出生率低下と高度経済成長の経験を途上国への支援に活用できる点は次の2点であろう。(1)日本を含め、人口ボーナスを活用した東アジアにおける共通点を整理してまとめあげることにより、これから人口ボーナス期を迎える南アジアへのレッスンとする。(2)人口ボーナスの後に続く高齢化問題に直面している日本の経験を、今後、高齢化を迎える東アジアに活用する。

また、出生率低下により作り出される人口ボー

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。出生率低下がもたらす経済的ゲインを利用できるのは“a window of opportunity”と言われるように、それほど長い間ではない。したがって、出生率低下を開始する時点から、その経済的ゲインを経済発展に十分に活用できるような長期的視野に立った開発戦略を策定する必要がある。

なお、一般的に開発途上国は、経済政策は優先させるが、人的資源のための保健医療、教育、家族計画等の社会政策は、経済状況の変化によって優先度を低くさせることが多々あるのには留意が必要である。経済政策は短期的であるが、人的資源の確保など社会政策の影響は確実に且つ長期にわたるので、この面でわが国から途上国への支援が必要となろう。

すでに第1章を始めとして、この報告書の中でも繰り返して指摘されているように、人口高齢化問題はアジアやその他の途上地域でも今後は重要な政策課題となることが確実である。高齢化問題への対応は、人口ボーナスというごく限られた期間に得られた経済的ゲインをいかに「富」として社会に蓄積しておくかに大きく影響される。アジア諸国にとって、わが国のこの分野での経験は有益な情報となる可能性がきわめて高いと言えよう。しかしながら、中国を始めとしてアジアの途上国が高齢化国に仲間入りする時に、その経済社会環境はわが国がこれまでに経験した経済・社会状況とは著しく異なったものとなることが予想されている(Jones, 1988)。特に、アジアには、植民地統治の影響の有無、複雑な宗教・文化の構造、都市と農村のバランス、人口政策の相違などの面で著しい相違が存在している。このようなアジアにおける多様性を十分に考慮しながら、日本とアジア諸国の人口高齢化問題の本格的な比較分析と政策研究が行われるべきであるが、現時点ではそのような本格的な研究は未だ存在していないと言ってもよいであろう。その第一歩として、わが国のリーダーシッ



ブにより、この分野における研究者や政策担当者の国際交流を促進することは大いに意味があることであろう。

今後、わが国の人口問題と経済開発に関する経験を役立たせる機会が必ず訪れる可能性があり、この点に関して人口分野におけるわが国の国際協力の長期的戦略に入れておくことが肝要である。

### 5 - 1 - 3 マクロとミクロのバランス

#### (1) リプロダクティブ・ヘルス・アプローチの意義

1994年のカイロでの国際人口開発会議(カイロ会議)では、以前とは根本的に異なる女性の健康や権利を基礎としたリプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチが採択された。これは人口戦略におけるいわゆる「パラダイム転換」と呼ばれたもので、今までのマクロ経済学的な視点からの人口問題解決の戦略でなく、個人個人、特に女性の人権、人間性を尊重し、リプロダクティブ・ヘルスのニーズを満たすことによって、究極的にはマクロレベルの人口問題を解決しようとするものである。この背景には、少なくとも一部の途上国において、援助国の後押しであまりにも「数量中心」で政府主導型、人口増加抑制型、そして男性主導型の人口政策・家族計画が実施されてきた実態がある。このような「パラダイム転換」は、こうした人口増加抑制型の家族計画が、女性の人権を侵害してまで進められたことに対する反動であった。「量」から「質」への転換は国際社会の過去30年にわたる人口活動の経験に基づいた反省でもあった。

リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチは、人口問題を解決していく上では有意義であり、かつ必要である。特に個人のニーズ・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るからである。これなくして子どもを産むか産まないか、そして産む場合には「何時」、「何人」産むのかを自発的に決定する権利を定着させることは不可能である。このためには、これまで広く行われてきた、縦割りの、単一機能的(unifunctional)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くる。さらにリプロダク

ティブ・ヘルス中心のアプローチは、今までの人口・家族計画・母子保健活動で犠牲にされがちだった「産む性としての女性」に、以前よりももっと注意を払うことになった。女性の健康、教育、社会的地位の向上は、それ自体が開発の重要な一面であると同時に、リプロダクティブ・ヘルスの向上にとって不可欠な条件である。言い換えるとこの画期的なアプローチには、長期的で総合的で統合された開発プログラムが必要である。

#### (2) リプロダクティブ・ヘルス・アプローチの問題点

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様々な混乱をもたらしたことは否定できない。ここではリプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチを、1994年のカイロ会議以降の途上国での経験をもとに、主として実施面での問題点について考察してみたい。

第一の問題は、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が大きな問題となった。実際に途上国でリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを実行する場合に、リプロダクティブ・ヘルスは具体的に何を含むのかといういわゆる実施上の定義(operational definition)が問題になった。家族計画だけでなく、高価な医療器材と高度な医療技術が必要とするもの、例えば乳ガン、子宮ガンの検査及び治療まで含まれるのか、果して家族計画そのものも含まれるのかどうかに至るまで議論が及んだ。UNFPAでもリプロダクティブ・ヘルス援助の実施にあたり、カイロ会議直後から本部と各地域において、政府関係者をも含めた専門家会議を何度も開催し、リプロダクティブ・ヘルスに何を入れるかを討議した。その結果、カイロ会議からほぼ2年を経てようやく、リプロダクティブ・ヘルスはやはり家族計画を中心としたプライマリー・ヘルスのレベルで提供できるサービスであるとの結論に達した。このリプロダクティブ・ヘルスの実施過程での不明確さが、一時的にせよカイロ会議以降の人口・家族計画活動の不活性化の要因の一つとなったことは否めないであろう。

またこれに関連した第二の問題は、今まで家族計画を専門に行ってきた政府の担当部局が、家族計画だけでも十分な成果が上がっていなかったところに、突然、他のサービスも提供しなくなることである。しかも新たな人材、機材も提供されず、特別の研修もなしに行われたところが多く、リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチへの転換が遅れた国も少なくなかった。これまで、活動の分業・専門化により組織の能率は増加するという考えに基づいて、単一機能で「縦系」的な家族計画を推進する仕組みが強化されてきた。しかしながら、分業化・専門化が過度に進行すれば、横の連携が失われて組織全体の機能が低下するおそれがある。そこで組織全体としては、「横系」的な形態が必要となってくる。リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチは、ちょうどこの「横系」的な形態であるといえよう。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かが大きな課題である。

第三の問題は、専門性と統合性の問題にも関連するが、1994年頃までは人口問題が緊急性を帯びていたために、多くの途上国が保健省から独立した家族計画を専門に扱う「国家家族計画委員会」などの行政機構・事務所を設立してきたことである。しかもこの様な機関は政治的にも脚光を浴びる立場にあり、財源もかなり豊富であった。そのため、保健省とこうした専門行政機関の間には、政治的対立も生じがちであった。カイロ会議以降、家族計画を犠牲にせずに、いかにしてその活動を行政機構上、また政治的に能率よく統合していくかが制度上の大きな問題となった。

第四の問題は、家族計画がリプロダクティブ・ヘルス・サービスの一環として提供されることになり、所轄官庁が保健省あるいは厚生省に移行したことである。カイロ会議までは、人口プログラムが、一般的に強力な権力を有する経済企画庁あるいは大蔵・財務省の管轄下にあったことからすると、途上国内でも人口活動が政治的に強力な支持層あるいは地盤(constituencies)を失ったことを意味

している。これによって起こってくる影響の一つは、国内的には、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である。またもう一つの影響は、援助国並びに援助社会に対しての人口・家族計画の持つ重要性が大きくなることである。

第五の問題は、カイロ会議でのリプロダクティブ・ヘルスを中心としたアプローチがあまりにも新鮮で、革新的であったために、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である。もちろんこのアプローチの重要性と正当性は無視すべきものではないが、リプロダクティブ・ヘルス偏重になりつつあるために、極端に言えば保健・衛生あるいは厚生セクター以外からの関心と支持が失われつつあることは否定できない。特に多くの人口学者の離反を招いていることは大きな損失である。カイロ会議の行動計画はリプロダクティブ・ヘルスを含めながら人口問題をミクロの面からもマクロの面からも広範囲に論じている。例えば人口と食糧、人口と環境、人口と雇用、人口と教育、人口移動と都市化などの問題である。リプロダクティブ・ヘルス・アプローチへの転換は、あくまでマクロの問題をミクロのレベルに焦点を置き変えた活動で解決しようとしているのであって、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。

### (3) バランスのとれたマクロ的視野とミクロ的視野

結論的にいえば、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。特に女性の健康の向上、社会・経済的地位の向上、教育の向上そのものが「開発」の不可欠の要素だからである。しかし、人口活動全体の面からいえば、カイロ会議の行動計画が示すように、もっと広い視点から人口活動を見直す必要がある。すなわちバランスのとれたマクロ的視野とミクロ的視野が必要だということである。そしてこのようなバランスの取れた人口活動を助成するための資金・技術援助を日本政府・JICAは積極的に行っていくべきであろう。その援助の中に

は家族計画を含むリプロダクティブ・ヘルス・サービスの拡充のみならず、マクロレベルの人口・開発問題を理解するためのデータの収集・分析の能力の拡大、人口問題に関する政策対話への支援も入るべきである。さらに、行政機構上の改革・改善についても、政策対話を通じて支援を行うべきである。

#### 5 - 1 - 4 人口高齢化と高齢者支援

本稿第1章で論じられているとおり、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いる。

2002年4月、マドリードにおいて開催された「第2回高齢者問題世界会議 The 2nd World Assembly on Ageing」においても、参加した途上国数、また途上国からの参加者数は前回の第1回会議に比べて大幅に増え、途上国特にアジア諸国における高齢化問題に関する関心の高さがうかがえた(エイジング総合研究センター, 2002)。これまで高齢化は主に先進国の問題であったが、今後途上国においても大きな問題になりつつあることの一つの表れである。途上国の特殊性を考慮しながら、日本の経験を生かして高齢化問題に対する途上国への支援分野、方法、留意点等をまとめる。

##### (1) 情報発信

途上国の高齢化問題の特徴として、家族計画や人口政策によって出生率を下げるために欧米先進国に比べ高齢化のスピードが非常に速いことが挙げられる。日本はそのような人口転換を経験した最初の国として、その情報の提供だけでも十分な国際貢献になりうる。20年前オーストリアのウィーンで開催された「第1回高齢者問題世界会議」では家族に見守られた幸せな高齢者像を語った日本政府が、その後なぜ介護保険が必要となったのかを語ることは重要である。事実2002年台湾で「日本の介護保険に学ぶ」というテーマで高齢化に関するアジアの専門家会議が開催され注目を集めるなど、日本の経験への関心は高まっている。すぐ目

前に高齢化が迫っている東アジアの国々をはじめ途上国に対して、日本の経験を成功と失敗に整理し、情報発信していくことは、日本に課せられた最大の課題である。そのための方策としては、以下が考えられる。

- ・日本の人口分野における研究実績等のデータベース構築
- ・公的年金、介護保険に関する制度、設立プロセス、課題のとりまとめ
- ・高齢化に先立つ人口ボーナス期についての日本の知識・経験のとりまとめ
- ・収集した情報を発信・共有するための国際会議の開催

##### (2) 高齢化に対処するための基盤作り

途上国の高齢化の特徴として次に挙げられるのが、高齢化と経済発展が同時進行していることである。高齢化は単に老年人口割合が上昇するだけではなく、老年人口数の増加によって保健・医療サービス、福祉サービスの需要が増加する。経済発展が実現した後で高齢化による財政面の負担増を迎えた先進諸国でも、高齢化は大きな問題となったが、途上国においては高齢化率が低い現在の準備が必要である。国連の調べによると何らかの形で社会保障制度を持っている国は加入国の3分の1であることから、セーフティーネットとしての社会保障制度の整備は急務である。途上国においては高齢者の数が物理的に多いことから考えても、社会保障制度がないまま高齢化を迎えることは深刻な状況を生み出しかねない。

先進国の「家族の力は衰えていくからバランスをとりながら公的サービスを入れていかなければならない」という主張に対して、これまで途上国は「家族のつながりが強いから先進国のようにはならない」として猛反発してきた。しかし2002年の第2回高齢者問題世界会議では、途上国においても家族構造の変化で家族だけでは支えきれない高齢者が増加してきていることの認識が示された。日本においても高齢化に関する急激な進行については1970年代から指摘されていたにもかかわらず、その対応が本格的に実行に移されたのは1990年代半ばからであり、そのため、今日の医療保険や年金

の財政難に直面している。このような日本における反省点なども含め、途上国に公的サービス導入の必要性への認識を深めさせ、その設立を支援していくべきである。特にHIV/エイズの大流行に見舞われているサハラ以南のアフリカにおいては、介護者である家族自体を喪失する危機に立たされており、公的なサポートは必須である。主な公的サポートへの支援策としては以下のような項目が考えられる。

- ・ 医療保険、公的年金、介護保険の構築支援
- ・ 財務・産業関係の政策立案者対象の研修の実施
- ・ 高齢者福祉の構築(地方自治体における福祉プランの策定支援、モデル的老人施設の設定支援等)
- ・ 介護者へのケア(家族介護を担うもの、特に女性に対する精神的ケア、リフレッシュサービス提供モデルの提示)
- ・ 草の根のコミュニティ・ケア・システムへの支援(NGO支援)

### (3) 健康状態別余命の研究(齋藤補論・参照)

長寿は長年の人類の夢であった。しかし、長くなった老後を必ずしも幸せな状態で過ごせるとは限らない。平均寿命の伸びは、延命治療や医療技術の進歩によるところも大きく、その結果一命は取りとめても障害が残ったり、あるいは寝たきりの生活を余儀なくされている高齢者の増加などが、新たな問題として指摘されている。したがって、平均寿命を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、先進国の間では研究が進んでいる。しかし、その定義や健康を計る尺度等にまだ定説はなく、その基礎的な研究分野に日本が積極的に参加することが、まずは求められている。さらに、途上国の中でも比較的高齢化が進んでいるアジア諸国においては、まだこの分野の研究はほとんど手が付けられていないのが現状である。日本は、途上国における研究助成、必要なデータ収集に関する支援、研究者の育成などの面での支援が考えられる。

### (4) 高齢期の生きがいづくり

先進国において数年前までは「ヘルシー・エイジング」つまり「健康に老いよう」ということがテーマとして取り上げられていたが、最近は「アクティブ・エイジング」つまり「健康ではなくてもいきいきと老いよう」というふうに変ってきている。これは、高齢期においては病気や身体に不自由なところが出てくるのはむしろ自然であり、そうであってもアクティブに生きようというメッセージである。第2回高齢者問題世界会議においても「アクティブ・エイジング」が大きなテーマとなった。この分野において日本にはこれまでさまざまなアイデアと経験が蓄積されてきており、これらをメニュー化して、途上国の人々がすぐに試せるような形で発信していくことが重要である。以下に日本が支援可能な具体的なメニューを挙げる。

- ・ 高齢者の社会参加を促す活動のメニュー化とナレッジ・マネジメントの構築
- ・ 元気なうちは働き続けることを「善」とする意識改革、高齢者の就業の場の確保
- ・ ボランティア活動などを通じた社会参加の場の拡充支援。

### (5) ジェンダーの視点

高齢者問題にはジェンダーの視点が欠かせない。なぜなら、一般的に女性の方が長寿でかつ経済的に脆弱であるために、高齢の貧しい女性が生み出され、かつその期間が長いからである。また介護の担い手も文化的背景から「嫁(あるいは娘)」が引き受けることが多いこともその理由の1つである。また女性は社会的発言権が弱く、その実体がなかなか明らかにならないことからジェンダーの視点は重要である。これは、日本においても今なお課題とされているところであり、途上国でも同じ状況であるところから、日本は途上国と力を合わせてその解決策を見いだしていく必要がある。この点に関しては、現在、日本のNGOがアジアのNGOとのネットワーク構築に向けて動き出しており、これらを後方支援する形が、まず最初の一步としては望ましいのではないだろうか。

表 5 - 1 UNFPA 資金援助対象国決定基準

目標・指標	基準
目標：リプロダクティブ・ヘルスへのアクセス 1. 訓練を受けた保健要員による出産の割合 2. 避妊実行率 3. 基本的な保健サービスを受けている人口	60%以上 55%以上 60%以上
目標：死亡率の減少 1. 乳児死亡率 2. 妊産婦死亡率	出生 1,000 対 50 以下 出産 10 万対 100 以下
目標：初等教育 1. 初等教育における女子の就学率 2. 成人女性の識字率	就学年齢者 100 人あたり 75 人以上 50%以上

(6) NGO との連携

日本の介護保険導入にあたってNGOの尽力が大きかったことからわかるように、この分野における日本のNGOはかなり成熟してきている。第2回高齢者問題世界会議にあわせて開催されたNGOフォーラムにおいて日本のこれらのNGOを束ねる「高齢社会NGO連携協議会」主催のワークショップが開催され、それをきっかけとしてアジアにおけるNGO間のネットワークがすでに生まれつつある。高齢化問題に関する国際協力にあたっては、これらのNGOとの連携が有効である。またこれに付随する協力としては以下が考えられる。

- ・ 現地高齢者支援 NGO の設立支援・活動支援
- ・ 経験を有する日本の NGO の現地活動支援

5 - 1 - 5 国、地域の特色を踏まえた戦略の策定

ここで国家レベルでの人口活動援助をすすめる場合の基本的な原則を確認したい。まず第一に人口・開発援助は被援助国が自国の人口問題解決に対し、政治的に国家計画等を通じ十分にコミットしていることが重要である。第二に人口問題は個人の最もプライベートな問題あるいは人間の最も基本的な問題に関することであるため、ICPDの行動計画にも強調されているように人権侵害につながるような活動は支援すべきではない。そして第三に被援助国に限られた援助を有効に活用できる

行政機構及びNGOを含めた人材を有していることである。

これらの原則を踏まえ、以下に優先援助国、優先援助地域、優先援助分野を検討する際に必要となる視点について考察する。

(1) 優先援助国

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る。そのためにはドナー側も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。一つのモデルとして考えられるのがUNFPAが使用している資金援助対象国の決定方法である。1996年以前までは「Priority Country System」<sup>1</sup>と呼ばれていたが、1996年以降は修正が行われた<sup>2</sup>。簡単に紹介すると表5-1にあるように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、合計7つの指標を組み合わせることで人口分野のニ - ズを測定して、一番ニ - ズの高い国、すなわち目標からもっとも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。これによって援助要請国が大きく3つのグループに優先的に分類されている。

以上の7つの指標のほかに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

<sup>1</sup> United Nations Population Fund. Report of the Executive Director reviewing the Fund's experience in implementing the priority-country system. DP/1993/33.

<sup>2</sup> United Nations Population Fund. A Revised Approach for the Allocation of UNFPA Resources to Country Programmes, Report of the Executive Director. DP/FPA/1996/15, 5 February 1996.

GNP(750ドル)の基準を加え、合計8つの指標の組み合わせを使って援助要請国を必要度によって3つに分類して援助資金の配分を行っている。援助最優先国はカイロ会議目標の指標を3つ以下しか達成していない国、さらに国民1人あたりの年間GNPが750ドル以下の場合である。これらの国はAグループとして分類されている。次に優先的に扱われる国はBグループに分類され、カイロ会議の目標を4つから6つまで達成しているか、国民1人あたりの年間GNPが750ドル以上の場合である。最後にもっとも優先度の低い国がCグループに属すが、これらはすでにカイロ会議の目標の7つの指標全部を達成している国である。この配分方式だと後発開発途上国(LDCs)を優先的に支援することになる。3つのグループの支援の配分は、Aグループは65 - 69%、Bグループは22 - 24%、Cグループは5 - 7%の枠のなかで行われている<sup>3</sup>。この方法はJICAの援助資金の配分にも応用可能と考えられる。その場合BグループとCグループを1つにして、Aグループの「優先援助国」と「それ以外の被援助国」の2つのグループ制に簡素化することも考えられる。

## (2) 優先援助地域

前述のように、地域ごとの援助の特色は主に域内の個々の国の人口活動とそれに対する支援の累積から出てくるものであるが、UNFPAの援助資金配分方式によるとAグループの60の国のうち37カ国がサハラ以南のアフリカの国であり、16カ国がアジア・太平洋地域の国である。中南米・カリブ海地域の国は2カ国、アラブ地域の国は5カ国である。Bグループにおいては、6カ国がサハラ以南のアフリカ、7カ国がアジア太平洋地域、18カ国が中南米・カリブ海地域、8カ国がアラブ地域の国である。Cグループはサハラ以南のアフリカからは1カ国、アジア・太平洋地域からは7カ国、中南米・カリブ海地域からは6カ国という配分になっている。出生率、人口増加率の非常に高いサハラ以南のアフリカ、人口増加率の減少が起こりつつあるが絶対人口数と増加数の大きいアジア地域が優先的に資金

援助を受けるようになっている<sup>1</sup>。こうしたUNFPAの援助資金配分方式は、日本が援助国の重点化を進める場合も参考になるものと考えられる。

## (3) 優先援助分野

次に国別援助(Country program)の中での援助資金の配分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ていよいと考えられる。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つに区分けして、管理理事会の勧告により、約3分の2までの総支援額を「リプロダクティブ・ヘルス」の分野に使い、残りを他の2つの分野に配分してきている<sup>4</sup>。ここで留意すべきなのは前述のように「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に資金援助をすべきということである。特に「人口と開発」の分野に含まれている基礎的人口のデータの収集(国勢調査も含めて)と分析、人口動態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。UNFPAが中心となって築き上げ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がこれからも望まれる。さらに途上国の組織を活用することにより、“南南協力”が推進されることにもなる。

「アドボカシー」の分野は、以前には人口教育、マスコミを通じての情報活動が主な活動であったが、カイロ会議以降は特にリプロダクティブ・ヘルスばかりでなく、人口と持続可能な開発、食糧安全保障、環境等の問題の政策対話の促進が必要となってきている。したがってこの2つの分野への再投資によって、1994年以後に失われつつある重要な支持層(Constituencies)を呼び戻すことも出来るであろうし、人口問題の重要性が保健・衛生以外の視野からも今まで以上に見直されうるであろう。

以上のようなUNFPAが採ってきた資金援助の配分方法は、かなり数量化される傾向があるが、実

<sup>3</sup> Ibid., pp. 11-13.

<sup>4</sup> Ibid., pp. 15-16

際には柔軟に使用されるべきである。特に援助要請国内での援助資金の分配はかなりダイナミックに行われる必要がある。例えば、他の援助国あるいは機関が十分にリプロダクティブ・ヘルスの分野に支援をしている場合は、JICAの援助は他の2つの分野に集中すべきであろう。その場合JICAの援助はリプロダクティブ・ヘルス分野では0%、残りの2つの分野が100%ということもある。また完全に逆の場合もあり得ることになる。もっとも重要なことは援助要請国の人口活動全体のプログラムがカイロ会議の行動計画の目標達成のためにバランスがとれたものであるかどうかである。このためにも人口援助が被援助国により能動的に開発戦略の一部として採用され、援助国との間で本当の意味での協力(パートナーシップ)を通じて自分達のものである(オーナーシップ)と考えられる必要がある。

要約すると将来のJICA援助は後発開発途上国を中心にアジア・アフリカの国々に優先的に向けられることが重要である。国レベルの援助内容は「リプロダクティブ・ヘルス」が中心に行われるべきであるが、「アドボカシー」と「人口と開発」の分野も引き続き支援されることが重要である。特に人口・環境・資源、人口・食糧安全保障、人口移動などに関する政策対話の支援、それらの問題を把握・分析し開発政策に反映していけるよう途上国内の人材養成、組織の構築並びに維持も強化されるべきである。さらに南南協力を通じての人材の養成及び組織の能力拡大はこれからも推進する必要があるが、このためには特定の国に配分されないJICA援助の一部が地域内・地域間、世界規模(inter-country)の活動支援としてあてられるべきであろう<sup>5</sup>。特に修士・博士課程の研修の場合には必ずしも日本の大学だけでなく、前述のようにこれまで国連が構築してきた各地域にある国際人口研究所、特に博士課程の場合には欧米での大学院での学習が有効である。ただしこの場合には少なくとも短期のオリエンテーションは日本で行う必要がある。

## 5 - 1 - 6 HIV/エイズ

### (1) HIV/エイズの予防に重点を

途上国においてHIV/エイズ対策としては、予防が一番の優先課題であるといえる。日本はエイズ研究における専門性はさほど高くはなく、また予防やケアの実績も限定的であり、日本の成功例に基づいて途上国を援助するという従来型の協力形態は難しい。しかしながら予防に関しては、基本的に母子保健や感染症対策と同様のアプローチが適用可能であり有効であると考えられる。HIV/エイズの流行のほとんどは人間の行動、それも性行動によるものであることから、IEC教材等を利用した知識の向上やコンドームの普及などの環境整備によって行動変容をうながすことを目的とした手法は、公衆衛生一般の手法と同じであり、日本においてもノウハウと人材の蓄積がある。

### (2) ケア・サポート体制の拡充

エイズ発症を遅らせることができる抗レトロウイルス剤は、高価であり投薬管理も難しくかつ投薬の途中放棄による薬剤耐性の問題はあるが、開発途上国の感染者であっても使用できるような枠組みの設立は世界的な課題である。また、その前提となるのがHIV感染をエイズ発症以前に発見することであり、かつHIV感染の実体を把握することで適切な対応策が可能となることから、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。VCT促進のためのキャンペーン活動、血液検査体制(施設/人材)の整備、検査技術の確立、検査技術の教育、カウンセリング手法教育などの協力が可能である。またエイズ発症者に対して必要なのは日和見感染を含む身体症状を含む苦痛の軽減であるが、日和見感染に対して現在において確立されている医療技術の移転や、薬剤の供与等の協力が可能である。

HIV/エイズとともに生きる人々(PHA: People living with HIV/AIDS)に対する支援の実施や問題解

<sup>5</sup> UNFPAの場合には総援助額の3分の1までいわゆる“inter-country”活動に当てられているが、これは一つには世界各地域に八つの技術支援集団(Technical Support Service)が置かれており、その人件費も含めた活動費が含まれているからである。

決のために、法整備を含め、保健医療システム、NGOを含めた保護団体の充実やネットワーク化等による家庭や地域を巻き込んだ包括的なケアが必要である。そのようなシステムの整備は、VCTへの受診行動を促進することにもつながる。JICAにおいては、この分野における協力の経験は少ないが、タイにおけるプロジェクト方式技術協力では、コミュニティにおけるHIV/エイズ対策活動の推進による精神的・社会的ケアサービス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が実施されており、今後もこの経験を踏まえた類似案件が実施可能であろう。

### (3) HIV/エイズ対策の拠点

日本におけるHIV/エイズ支援に対する戦略的な人材確保と育成が必要である。そのためには、エイズ関連の国際協力のノウハウが蓄積され、専門家がエイズ問題に対して短期間で知識を身につけることができる場である、HIV/エイズ研究の拠点を日本国内に設けることが望まれる。そのことにより、体系的・組織的なHIV/エイズ対策のノウハウ蓄積が可能となり、現場の情報を分析し世界へ発信する拠点となりうる。

また、HIV感染者が集中しているアフリカにおいて、日本の医療協力の3拠点として、ガーナ(野口記念研究所)、ケニア(ケニア医学研究所)、ザンビア(ザンビア大学教育病院研究所)がある。これらが情報交換できる場を積極的に提供し連携を推進することは、広域圏を視野に入れた対策の可能性が生まれるほか、戦略的な第三国研修や南南協力の実施へつながることが期待できる。また、2002年ザンビアで開催された「南部アフリカ地域 HIV/エイズ対策ワークショップ」においては、南部アフリカ全体のHIV/エイズ対策に関するニーズを国際機関、ドナー、NGOなどが実施しているプロジェクトの実状も考慮しながら総合的に把握し効果的・効率的新規案件を発掘するために、JICA南アフリカ共和国事務所へエイズ対策に特化した「広域エイズ企画調査員」を派遣することの必要性が提言されている。

### (4) 統計・調査の整備

HIV感染者のうち約95%が発展途上国に集中しているが、これらの国では人口保健統計が十分でなく、またその方法も確立されていない場合が多い。HIV/エイズへの対応策を考える上でHIVの流行状況の推計データや人口保健統計等は必須であり、これらの統計データの整備に対する協力が必要である。とりわけ流行状況や、行動調査による流行可能性の把握は、当該国の当事者意識の高まりにつながり、自助努力を促すことにもなる。また、国内移動者・国際移動者の存在がHIV流行に大きく影響していることから、これらの実態を把握し予防活動に結びつけるような協力が考えられる。

### (5) 留意点

薬物使用や売買春などは、教育や社会的な環境の整備によって抑制は可能だが、根絶は簡単ではないので、リスクのある状況をできるだけ減らすという「ハーム・リダクション(harm reduction)」の考え方の導入が必要である。使用目的の是非を問わずに注射器具を無料交換することで注射器具の共有によるHIV感染を効果的に防ぐことや、メサドンと呼ばれる物質を代用に処方し医療的にコントロールすることで薬物依存による感染リスクを減らす方法である。同様に売買春においても、売買春の是非の判断をせずにコンドーム使用を100%にすることで安全性を高めれば、HIVや性感染症の罹患を減少させることができる。実際タイでは売買春は禁止されているが、売春宿でコンドームを100%使う限り営業を黙認、100%使っていないことがわかったら即座に営業を中止させるという政策によって、一気にコンドームの使用率が向上した。また国境地域における長距離トラック運転手とセックスワーカーに対する啓発・教育活動を主とした対策(CBI: Cross-border Initiative)もHIV/エイズ予防として多くの国で有効であり、ザンビアにおいても日米共同で実施されているが、今後も推進すべき対策である。

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。このため、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。また感染者は、「何故感染したのか」という現実をもっともよく知っていることから、HIV/エイズ対策の計画から実践の段階まで参加することは大きな意味がある。

援助国からの協力は期間が限定されるが、HIV/エイズの予防とケアは持続的で継続性がなくてはならない。前述したように、流行状況や行動調査による流行可能性の把握は、当該国の当事者意識の高まりにつながり、自助努力を促すことにもなるため重要である。

#### (6) 全ての案件に HIV/ エイズ予防の観点を

HIV 感染のハイリスク層は、性産業従事者やその家族、薬物依存者であるが、その根本的な問題は貧困にあるといわれている。そのような HIV 感染の背景にある社会の構造を考えると、一見エイズとは関連が薄くみえる他の分野の援助事業においても、HIV/エイズやジェンダーに配慮した事業計画の促進が必要である。例えば、建設工事を伴う事業では作業従事者に HIV/エイズ予防についての教育を受ける機会を設ける、女性の収入機会を増やすために収入向上事業には一定割合以上の女性が参加する、などである。また開発によって急速に経済活動が活発化し、そのために性産業が増大し HIV 感染のリスク行動が助長されることもあり得るが、プロジェクト実施においてはこのような負のインパクトを最小限に抑える手段をあらかじめ講じておくことも重要である。

#### 5 - 1 - 7 IEC から BCC へ

4章のバングラデシュ現地調査における報告で、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。特に、人口分野の協力は、人々が生まれてから培われてきた認識や行動パターンを、教育によって望ましいものに変えてい

くことを最終的な目的としている。言い換えれば、人々の「生」そのものを変容させることである。また、本人の知識・認識が変わっても、周囲の意識や行動が変わらなければ、本人の行動の変化には繋がらない場合も多い。

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)」手法は、正しい知識を与え、人々の認識を変えるための、情報提供側の手法を規定する概念であった。

しかし、米国をはじめとする保健分野の先進ドナー国は、IEC手法で適切な教材を用い、よい情報を提供して人々の知識や認識が変わっても、人々の行動(パフォーマンス)にまで至らないジレンマに遭遇した。そのようなジレンマの中で生まれたのが「行動変容のためのコミュニケーション (Behavior Change Communication: BCC)」の考え方である。

社会的認知理論学者Banduraによれば、人が行動変容に成功するための鍵は2つあるという。

行動変容の対象となっている行動がその人にとって望ましい成果をもたらすだろうと考えること (outcome expectancy belief : 結果期待感)。

その人自身が実際にその行動を起こすことができる自信を持つこと (self-efficacy belief : 自己効力感)

仮に「自分のためになる」と「自分もできる」という2つの鍵をクリアしても、人口分野における行動変容には、次なる2つの壁がある。

まず、未充足ニーズ (unmet need) 避妊を必要としながら実際に避妊を実行していない女性の割合) という直接的な壁である。バングラデシュの報告では、子どもが少ない方がよいと理解していながら実際の子どもの数は多いという調査結果がある。これは、妊娠を望まないにも関わらず避妊を実行していない人の割合が相当に高いことによる。この原因としてはまず必要な避妊具が手に入らないこと (未充足ニーズ) が挙げられている。本章末の補論でも検証されている通り、避妊具だけでも 2000 年度において世界の必要量の 27% しかドナーによって援助されていない。また必要量は今

後さらに増大することが予測されているが、資金不足が喫緊の課題となっている。避妊具の絶対的量の不足に加えて、サービス提供者側の質の問題も指摘されている。バングラデシュの事例では、住民にサービスを提供者するスタッフの質が低いために、住民がアクセスしづらいという現象も報告されている。サービスを提供する人材の質の向上も、行動変容を促すための課題である。

次の壁は、家族、親戚、地縁社会、職場、文化的背景、宗教など、本人を取り巻く環境的制約である。米国の疾病予防センター( Center for Disease Control and Prevention: CDC )によると、これまでのIECにおいては、情報提供のみで必要なサービスの提供をしていなかったり、環境的制約に気づいていないという点に失敗の原因があるとしている。負の環境を克服し、「知識」から「行動」に変えるには、強い希望と変わるという個人の意志を高めることによって、変わることができるのだということを繰り返し説く活動が必要であるとしている。また、CDCの成功事例から導き出されたBCC戦略のための2つの基本的原則として、モデルの提示：どのように変わったかを成功事例により見せる、継続的支援と見守り：行動変容する過程をずっと見守り続け、問題(障害)があればいつでも対応できる体制作り、が挙げられている。換言すれば、個々の行動を変えるためには、情報・サービスの提供、変わるという強い希望と意志の定着、それを支え続ける支援体制が、一体となって行われる必要があるということである。

BCCの手法は、個人レベルから社会レベルの変容まで適用できると考えられる。社会的な行動変容においても、受け入れた集団を見て他の集団が真似して拡散していくという現象は高い頻度で起こる。例えば、日本の事例では、愛媛県・岡成集落で開発した「改良カマド」を近隣の住民が視察に来て、近隣村落にも波及したというものがある。このように、日本では、家族計画普及運動や農村生活改善運動は、民主化という構造的なフレームワークと、従来からある親族間・地域内のインフォーマルな拡散メカニズムが融合し、社会全体の行動変容メカニズムになっていったといえる。JICAのプロジェクトでは、全国的な普及を前提と

したモデル地区でのプロジェクトが実施されることが多いが、普及のための方法論が確立されているとはいえない。BCCの手法の視点から、日本の戦後の経験をもう一度分析し直し、方法論を確立し、JICAの人口・家族計画分野の支援に役立てることが求められよう。

最後に、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、成果は期待できない。現状のBCCの環境的制約の大きな要因の一つに、サービス提供者スタッフ等の態度・姿勢があることを、再度、強調しておきたい。

#### 5 - 1 - 8 Contraceptive Security(避妊具(薬)の確保)に対する協力

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、妊娠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)類の確保( Contraceptive Security )は、UNFPAやUNAIDSを中心に関係者による対策が協議され、各国の一層の支援が求められている。今後、日本としてもこの分野の協力の拡充の可能性や方向性について具体的な検討を進めるべきであろう。

##### (1) 関連会議への出席

何よりもまず、この分野については経験も情報も少ないため、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。この種の会議は、援助額や供与内容や量のコミットを求められることが多いため、援助スキームに制約のある日本側関係者も出席をためらいがちであるが、直接的な物品供与以外にも協力すべきことは数多くある。また、中央レベルで避妊具(薬)供給の口

ジスティックス管理を行っている担当者は、現場の状況を十分に把握していないことも多いが、少なくとも人口・リプロダクティブ・ヘルス分野の協力を行っている国については、関連する会議には積極的に参加し、現場の活動から把握されるリプロダクティブ・ヘルス・サービス供給上の問題点や最終受益者である女性達のニーズについてフィードバックすることが大切である。

### (2) ロジスティックス、民間との連携に係る協力

避妊具(薬)確保については、ロジスティックス面のキャパシティ・ビルディングについての協力も重要である。需給量のより正確な算出、適切な保管やタイムリーな配布に必要な体制の確立や人材の育成、必要機材の供与が考えられる。また、民間との連携や役割分担も重要であり、民間市場に委ねる部分と政府ベースで無償ないしは廉価で供給すべき部分の範囲やそれぞれの適正な価格の検討、また品質の確保等について、関係者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。民間との連携については、中小企業振興の分野で良質な避妊具(薬)の現地生産を促進したり、品質管理技術の協力を行うことも検討すべきである。

### (3) 避妊法に対する協力方針の整理

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。国内で認可されていないのは安全性がまだ確認できないからなので、日本として積極的な協力はできないとするのか、途上国におけるニーズを優先するのかの基準を明確にすべきである。ただし、仮に前者の判断がなされたとしても、リプロダクティブ・ヘルスの観点からは、途上国の現場で使用されている各種避妊法に対する予後の管理や副作用への対処についての協力を行うべきであると思われる。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)に関連して、使用後のコンドーム

や注射法で使用した針などを医療廃棄物と同様に適正な処分を行うことや、避妊薬についての環境ホルモンとしての影響の調査など、環境の観点から、今後使用量の増加が見込まれる避妊具(薬)に係る問題の有無について、基礎的な研究や対策の検討を行うことも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

#### (1) 人口静態統計と人口動態統計

社会・経済統計は、各国の中央政府・地方政府が諸施策を立案・実施し、さらにその実施結果の社会・経済あるいは国民の生活への効果や影響を評価する上で、欠くことのできないものである。なかでも、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といえる。

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が、二つのセンサスには含まれた時点における実態把握のため、あるいは人口センサスで全数調査することが適切でないような事項の調査を行うなどのために、世帯を対象とした標本調査が行われることも多い。しかし、このような標本調査を行うためには、効率的に標本を抜き出すための情報が必要であり、人口センサスの結果はこのような情報を得るためにも必要とされるものである。

人口動態統計については、出生、死亡等の登録や届出に基づき作成するのが本来的である。ただし、出生、死亡等の分析に際しては、出生率など発生率の形で使うことが多く、そのためには人口静態統計が利用可能になっていなければならない。また、登録・届出制度が未整備か、制度があっても十分機能していない国も多いといわれており、そのような場合は人口センサスや標本調査で例えば過去の特定期間内での世帯内での出生や死亡の状況を調べ、それをもとに、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。

## (2) 人口センサスをはじめとした統計整備支援の重要性と留意点

このように、人口センサスの実施は、人口統計を整備する上で中心的位置を占めており、一国の統計システムを整備していくために不可欠のものとなっている。このため、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、調査事項に係る基準の設定、ハンドブックの作成、アドバイザリー・サービスなどが行われている。現在は2000年世界人口・住宅センサス・プログラム(1995年 - 2004年を対象期間)を推進するとともに、これに続く10年間(2005年 - 2014年)に向けた人口・住宅センサス推進のための計画が策定されている。また、二国間での協力なども様々な形で行われており、日本にあっては2000年ラウンドの期間には、JICAを通じ、インドネシアとアルゼンティンへの技術協力が行われ、両国からも高い評価を得たところである。

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り、そのことがまた、各国における統計システム全体の向上につながるものと期待される。

その際問題となるのは、人口統計に限ったことではないが、ある国で統計作成機関が技術支援を受けることを必要としている場合でも、統計整備については援助要請国内での政策上のプライオリティが低くなりがちなことがある。そのため、人口統計、とりわけ人口センサス・データは、人口政策のみに使われるのではなく、地域開発計画、貧困対策など、あらゆる行政を進める上での基礎的な資料となることが理解されるよう、支援国側からも働きかける努力をしなければならない。

また、一般に統計調査は、企画・準備、調査員を含む調査組織の設置と調査員の訓練、実地の調査、結果の集計・検証・分析・公表・提供など、多くの段階を経て完了するものであり、特に人口センサスについては、大きな調査組織や集計のための体制を必要とし、長い期間を要する国家的事業となる。そのため、援助要請国側が一定の実施体制を確保できることや、どの部分に支援が必要なのか

を明確にしていくことも不可欠である。

## (3) 国際的動向への配慮

さらに、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。最近、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、センサスにおける地図作成とそのため地理情報システム(GIS: Geographic Information System)の開発と維持などが、新たな重要課題と認識されるようになってきている。また、人口センサスにおけるジェンダー、子どもと若者、高齢者についての統計の作成についてもその重要性が指摘されており、センサスが詳細な分布等のデータを提供できることを念頭に、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。関連して、世界出生力調査(World Fertility Survey)や人口保健調査(Demographic and Health Survey: DHS)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り、さらには日本として例えばアジア地域の人口・保健・家族計画などに関して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。

このほか、人口統計を着実に提供できる体制を構築していくためには、人材の育成が重要であり、日本政府が協力しているアジア・太平洋統計研修所やその他の場への研修生等の受け入れなども、一層積極的に行っていく必要がある。

## (4) 基礎研究支援の必要性

人口統計の十分な整備と活用のためには、適切な各種指標の開発や推計方法等に係る人口学的研究など、基礎的な研究が不可欠である。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、そのための研究が不可欠とされる場合も多い。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研究も必要である。一方、これらの基礎的な研究の結果は、各国の人口センサスや標本調査における調査事項や集計すべき事項の設定・改善に資することになるものであり、その観点からも人口関連基礎研究への支援の推進が望まれるところである。

研究支援については、まず開発途上国の人口研究機関の研究基盤整備が挙げられよう。その中では、各国における人口専門家の養成も重要課題であり、日本の大学・研究機関への受け入れはもとより、日本以外の大学・研究機関への派遣、あるいは特定のテーマについて日本との共同研究を行えるような枠組みの可能性についても検討される必要がある。また、人口学・保健・家族計画などに関連した現地語の教科書や、マニュアル作りへの支援も、基礎研究の底辺を広げていくためにも重要である。

さらに、人口問題がグローバルな事柄であることを踏まえれば、開発途上国の人口問題を主に研究している国際的人口研究団体(例:国際人口学会(IUSSP))の活動への支援や、例えば高齢化の問題や国際人口移動について、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。

人口統計の整備と人口関連の基礎研究については、いずれも継続性が要求されるものであり、長期的な視野に立った開発途上国への支援が望まれる。

## 5 - 2 JICA の援助に関する提言

5 - 1では、人口分野の諸課題に関し、今後の開発援助のあり方をミクロからマクロまで幅広く検討してきたが、本節では、これら提言を実際の援助現場に効果的に反映し、途上国の開発の実現に活かしていくための「援助政策」やプログラム・アプローチなどの「援助手法」、また NGO、他のドナーなどさまざまな機関との「連携・協調」の必要性などについて、検討することとする。

### 5 - 2 - 1 わが国政策レベルへの提言

わが国政府ベースの国際協力は、政府(関係各省)が自らその設置法に基づいて実施する部分と、国際約束に基づいて政府(主に外務省)の指示によってJICAが実施する部分に分けられる。しかしながら、援助実施方法に共通する日本政府としての統一の方針があるわけではなく、各省庁が計画を立案し、それぞれの権限の中でプロジェクトを実施しているのが現状であり、この状況は人口分野においても大差はない。このため、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生ずる場合があり、効果的・効率的な人口分野のプロジェクトの実施体制が確保されているとはいえない面がある。

このような状況から、ODAの一実施機関であるJICAが人口分野でどのような事業を実施するか、という提言を行う前に、まず、わが国が人口分野においてどのような視点で、また、どのような目標をもって取り組むかという政策を明確にすることが重要になる。つまり、カイロ会議の結果等を十分に反映させつつ政府としての統一の方針を示し、その中長期開発支援策の一環として、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。さらに、人口に関する開発の方針は、国別/地域別、セクター別戦略にも反映させるべきである。

また、人口分野といういわば縦軸の戦略に対して、国別/地域別の戦略は横軸の戦略といえるが、これについては、2000年度より外務省が中心と

なって、主要被援助国ごとにわが国の統一な援助政策を「国別援助計画」として策定してきており、省庁横断的な取組みを推進する観点からもこの枠組みをさらに強化するとともに、その中にわが国としての人口分野の援助政策を縦軸の項目として盛り込んでいくべきであろう。それにより、「国別援助計画」の下でのJICAのアクションプランである「国別事業実施計画」においても、人口分野に関する取組みの具体化が図られると考える。

さらに、人口分野に関する開発については、その問題点や課題、文化的背景が地域全体に共通して存在することが多く、二国間協力に加えて国を越えた、地域協力強化のために拠点施設を置くことも一考の価値がある。例えば、エイズの拠点施設をサハラ以南アフリカに、イスラム圏のリプロダクティブ・ヘルス推進役としての拠点を中近東に、そして国際人口移動など研究施設を南アジアに置くことが考えられる。このように、政府としての取組み方針が確定されれば、現場レベルで実施していくJICAの人口分野の取組みや重点分野も自ずと決定されるものと思われる。

加えて、人口問題は、開発支援の枠組みで捉えた際に、保健・医療分野(家族計画)の問題と考えられがちであるが、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、各省庁の垣根を越えて人口分野の専門家と開発専門家が協力して対応策を検討することが求められる。グッド・プラクティスの一例として、日米コモンアジェンダの枠組みの中で1994年度から2000年度に実施されたGIK(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。GIIが終了し、2000年7月に打出されたIDI(感染症イニシアティブ)では、「感染症」への取組みをクローズアップするフレームワークが発表された<sup>6</sup>が、GIIで推進された

<sup>6</sup> 「人口」及び「女性の地位向上」に関連する協力の重要性については、IDIフレームワークの文面上言及されていない。(ODA中期政策<99.8>には「GIIに基づく人口直接・間接分野の協力推進」としか謳われていない)。

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今後期待されている。

また、人口に関する協力を実施する上でのわが国の最大の課題の一つは、人材に限りがあることである。そのため、各プロジェクトや新しいアプローチが、必ずしも正しく機能しないという危険をはらんでいる。人口と開発を総じて検討しうる人材の育成は急務であり、そのためには、各省庁が別々に持つ予算を戦略的に活用する方策を検討する必要がある。既存のシステムや予算枠の中でも、長期的な視点から予算配分を行えば、人材の育成は可能であろう。

欧米の大学では主な大学に人口研究センターが設置されており、アメリカの場合11の大学に設置され、これらのセンターが人材育成面でも大きな貢献をしている。一方、日本の大学では日本大学1校が人口研究所を設置しているのみ、という状況である。人口問題を解決するためには国を越えたグローバルな取組みが不可欠であり、そのための基礎的な研究のために、日本が国際的人口開発問題研究機関を設置し、同時に国際人口研究団体への支援や他国にまたがる人口問題(国際人口移動、エイズなど)の基礎的研究への支援を行うことは、結果的には日本国内の人材育成にも貢献することになるであろう。

また、海外の大学、国際機関、NPOなどには経験を積んだ人材が豊富に存在しており、国内の人材が育成されるまでは、これら人材を活用する方策を考える必要がある。

## 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の協力においては、保健・医療は医療協力部、教育は社会開発協力部、村落開発は農業開発協力部等、それぞれの分野を担当する部署が個々のプロジェクトを実施してきたため、現場レベルでこれらの協力を効率的に実施し、より大きな成果を生み出すための連携が必ずしも確保されてきたとは言い難い。

また、個別の事業には、年度の途中で個々の指示を受ける開発調査と無償資金協力の他、実施前年度中に全体の実施方針が決まる研修員受入、技術協力プロジェクト、青年海外協力隊員の派遣などがあり、時間的にも形態別にも実施されている。そのため、異なる形態の援助を政策・方針策定の段階で総合的に調整することが難しく、多くのプロジェクトが個別に実施されている。

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、異なった部署が行う事業が現地で効果的・効率的に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、スキームやプロジェクト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。予算に関しては、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いる。今後は、このような新しい取組みをさらに推し進め、プログラム・アプローチに係る職員の意識改革とともに、関係機関・関係者・裨益国側への理解・周知徹底の推進が、具体的な成果につなげるために重要であろう。

JICAにおいてもこれまで、人口問題に関わる分野では、人口家族計画及び公衆衛生概念の普及のみならず、食糧供給、安全な水供給、環境保全等の直接的・間接的な協力により、母子の死亡率の低下等に関する豊富な経験を蓄積してきた。今後はこうした経験をふまえ、農業、環境、医療セクターを超えて地球規模の問題に対処していくことが必要である。また、マクロとミクロのバランスという観点からは、家族計画プログラム・母子保健衛生等のいわゆるリプロダクティブ・ヘルスと経済開発にかかる政策的援助のブレンド化(統合的支援)も同時に進めていく必要がある。

さらに、人口に関する開発において効果的な支援を実施するためには、分野横断的な視点が重要であり、プロジェクトの案件策定の際に、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。あわせて、現在は

プロジェクトごとに国内委員会が設置されており、過去の類似プロジェクトの成功や失敗例が十分共有されていない等、組織的な知識と経験の蓄積が必ずしもなされてこなかったが、今後は「人口分野」という枠組みでナレッジ・マネジメントを進めていく必要がある。人口分野においては、国内の専門家も少ないことから、JICA内でナレッジの集積を行うことは有益である。今後は、このようなデータベースをいかに有効活用するかが、成功への鍵となるであろう。

加えて、人口分野のみならず、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強化し、JICAの方針に基づいた事業を現地レベルで調査、計画、実施できる仕組みを予算のあり方も含め検討する必要がある。人口に関する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る。また、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ためにも、現地主導のプロジェクト立案、実施の枠組みが必要である。これにより、現地ですでに起こっている良い活動を見つけだし、支援するといった草の根レベルの協力がより早い段階で可能となるであろう。もちろん、関係国政府との十分な政策対話が必要であることは言うまでもない。あわせて、現地のNGO、研究機関、住民組織、キーパーソン等と連携するための総合的な支援体制を形成することによって、息の長い自立発展につなげることができるであろう。

他方、現地主導の案件形成促進の制約となっているのは、援助のリソース、とりわけ人材の確保の問題であり、日本国内の人材や技術が不足している分野については、現地のニーズが高くても協力が困難になることが実際には多い。そうした分野に対しては、今後、日本からの協力にとらわれず、第三国専門家などの南南協力や経験豊富な国際的なNGOとの連携など、さまざまな協力形態を工夫する必要がある。南南協力は日本の「顔」が見え難くなると懸念されることがあるが、プログラム・アプローチの中で、他の日本からの投入と組み合わせる南南協力を位置付ければ、日本の協力の一貫であることがより明確になるであろう。た

だし、南南協力を効果的に実施するためには、実施国と受益国との適切なマッチングが必要であり、そのためには、在外事務所への権限移譲の一方で、本部における情報集約、調整機能を確保し、グローバルなレベルでの人口分野の課題と協力の実施状況を把握する体制が必要である。

## (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

人口に関する支援には社会変革や行動変容を期待するという特徴がある。このような効果の発現には長い時間を要するため、通常の単一プロジェクトでは達成することが難しい。また、5年程度の実施期間のプロジェクトがそれぞれ連携されずに実施されても効果的・効率的に成果を上げることが困難であることから、まずJICAの人口分野取組み計画を作成し、さらに、国・地域ごとの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。また、今後のプロジェクト実施期間を5年間という枠にとらわれず計画、実施する必要がある。

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、人口は医療分野に限らず、さまざまな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。その下で、本研究会における提言を受け、JICAにおける人口に関する開発の長期的な取組み方針を作成・明文化し、同時に人口問題対応予算を設定し、関連プログラムを実施することが望まれる。

課題別指針策定においては本研究会の提言を十分考慮すると共に、下記についても特に配慮することが望まれる。

- ・ JICAとして人口問題に取り組む必要性の明文化
- ・ 人口における支援に係るJICA内統一方針の策定
- ・ 連携(プロジェクト間、スキーム間、他省庁、関係機関、NGO等)方法の提示
- ・ 緊急的、短期的、中長期的課題等に対する考え



方と優先順位の付与

- ・ 特定のテーマやプログラムに対する方針の策定
- ・ 地域別アプローチの策定(特に人口問題のホットスポットへの対応)
- ・ 社会変革や行動変容をもたらすことを可能とするための「インフォーマルな拡散(イスラム圏では親族のネットワークなど)のメカニズムを開発援助プログラムに取り込んでいく手法の開発
- ・ JICAの人口分野における協力で貢献度を定数評価するために必要な指標の設定(ベースライン調査方法も含む)とモニタリング手法の開発
- ・ 途上国における人口研究機関への支援方法と、人材育成の手法
- ・ 人口統計整備関連に関する支援の方策
- ・ リプロダクティブ・ヘルス/ライツの定義とその分野での取り組み方針の明確化

また、作成した指針に関しては、その達成度を評価し、その評価結果を世界的にアピールすることが期待される。さらに、人口に関連する国際会議や地域会議に積極的かつ継続的に出席したり、関係ドナーとの定期協議を設け、人口分野におけるJICAの取組み及び貢献について情報交換を行うことにより、世界的にもJICAの人口分野における貢献が明らかになり、評価されるであろう。

## 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。その上で、人口分野においてマルチ・セクターやプログラム・アプローチを実施するための具体的方策としては下記を提案する。

- ・ プログラム・アプローチについてJICA職員の意識を高めるための研修等の機会を増やす。
- ・ 各国の人口・保健・栄養5ヶ年計画などに合わ

せたプログラムを作成する。もしくは国別事業実施計画において、人口と開発に係る特記事項欄を設ける。

- ・ プログラム・アプローチについて、関係機関・関係者・受入国側から理解を得るため、プログラム化の目的、関連機関などについて、英語・フランス語・スペイン語でも概要を作成し、派遣された国で活動しているドナーとプログラムとがどう連携できるかをまず現場で検討する機会を持つ。
- ・ プロジェクトに関するウィークリー・レポートまたはマンスリー・レポートを作成し、関係機関に配信する。
- ・ わが国/JICAがマルチ・セクターの連携がうまくとれた場合も、受入国側の態勢が縦割り省庁ベースでは、プロジェクトの実施において十分に成果が波及しないことから、政策アドバイザーを派遣し、受入国における省庁間の連携がスムーズに行われるような方策を考える。
- ・ 青年海外協力隊員や開発福祉支援や草の根技術協力等で連携するNGOも含め、人口分野の協力を携わるあらゆるスキームの関係者間の情報共有をより密接に行い、草の根レベルの活動で把握された現場での問題点や成功事例を、政府レベルの活動や政策、さらに日本側の援助実施方針に反映させるようにする。

## 3) 人材育成及び人的ネットワークの構築

人口に係る開発の協力実施上での最大の課題の一つは、国内の人材不足にある。また、人材源の一つである政府機関の現役専門家を海外に長期派遣しにくいことも問題となっている。この供給側の問題点をプログラム・アプローチなどと同時に考えない限り、プログラムの支援も実現できなくなる恐れがある。人口に係る開発における人材育成、及び十分な人材の確保、という点について、以下を提言する。

- ・ 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等の派遣についての検討対象を広げる。
- ・ 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。

- ・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。
- ・世界の人口問題のホットスポットは サハラ以南のアフリカ、南・西アジア、アラブ圏であることから、当該地域への関心のある職員に対して人口問題に係る研修を検討する。特に、各地域の文化的背景を理解しうる家族計画関連の専門家の育成が必要である。
- ・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。
- ・研修員受入などをさらに有効に活用し、途上国において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。
- ・途上国の人口専門家の育成に対して支援する(例えば人口と開発研究において水準の高い欧米の大学・研究機関への留学支援等)。
- ・帰国した協力隊員の有効活用を目指し、特に人口と開発に関する海外長期研修を設定する。
- ・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。
- ・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。
- ・数少ない人口専門家をわが国の開発援助において有効に活用するために、専門家の公募制度を活用する。

#### 4) 国内支援体制

- ・「人口と開発」分野別支援委員会を立ち上げ、保健・医療分野のみならず、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含めた広く「人口」と「開発」の観点からアドバイスできる支援体制を構築する。
- ・日本国内の人口分野のNGOや研究機関と定期協議会などを設け、情報交換を行うと共に、必要あれば人材の供給源としての可能性を検討する。
- ・ナレッジ・マネジメント・システムを有効に利

用し、知識と経験を一本化して共有できる体制を構築する。

#### 5) 在外支援体制

- ・在外事務所における分野別政策アドバイザー的「専門家チーム」を配置する。
- ・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現場の状況に精通したコーディネーター(企画調査員等)を派遣する。
- ・在外事務所への権限委譲を推進すると同時に、人口のホットスポットと言われている国や地域には人口に係る開発について知識のある職員を増員する。
- ・現地NGO、大学機関等との連携を促進し、総合的な支援体制を形成する。

#### 6) 国際機関への拠出金による事業との協調

日本国政府が各国際機関へ提供している任意拠出金による事業との協調を促進する。世界銀行へ拠出している「PHRD(開発政策・人材育成基金)」、「JSDP(日本社会開発基金)」及び「PRSTF(貧困削減戦略信託基金)」、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」等は、人口・リプロダクティブ・ヘルスに関する事業を実施する際に活用を検討しうる基金であろう。留意すべき点は、

- ・各国際機関側にとっては、一般的にこれらの基金は日本政府からの拠出された資金であり、日本側が用途について制限することを好まない。そのため、あくまでそれぞれの機関の主体性を保った形で案件形成を行う必要がある。
- ・一般的に各機関の現地事務所が案件形成の実権を持っており、JICA在外事務所による先方現地事務所との対話が重要である。
- ・途上国政府により計画される全体計画の中で整合性を保った資金活用を計画することにより、説得性が増す。

表5 - 2 日本から国際機関への主たる拠出金(コア・ファンドをのぞく)

機関名	基金名	金額	年	担当省	簡単な説明
世界銀行	PHRD(開発政策・人材育成基金)	100億円	2001	財務省	技術援助、政策立案と実施を担う人材育成
	JSDF(日本社会開発基金)	100億円	2000	財務省	途上国の貧困削減のための具体的対策を実施するための資金。主としてNGOが実施主体となる。
	PRSTF(貧困削減戦略信託基金)	1千万ドル	2002	財務省	PRSPプロセスに関係する政府機関及びNGOのキャパシティの強化
ADB	TASF(技術援助特別基金)	4.771千万ドル	~1999総額	財務省	技術協力資金
	JSF(日本特別基金)	37億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、調査研究、人材育成、技術援助
	JFPR(貧困削減日本基金)	100億円	2000	財務省	経済危機の影響を受けた途上国における貧困対策の支援
AfDB, AfDF	ジャパンファンド	1.23億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、人材育成
IDB	ジャパンファンド	9.6億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、人材育成
EBRD	日本・欧州特別基金	約10億円	2000	財務省	EBRDが行う技術協力の活動支援等
UNDP	人づくり基金	910万ドル	2001	外務省	人的資源開発
	WID基金	200万ドル	2001	外務省	女性支援
	日本・パレスチナ開発基金	785万ドル	2001	外務省	中東和平プロセス支援
世界銀行 UNDP UNEP	GEF	4億1,260万ドル (GEF2)	1998年から 4年間分	外務省	地球環境問題への取組み支援
UNESCO	文化遺産保存日本信託基金	累計3,799.8万ドル	1989-2000	外務省	文化遺産の保存・修復
	無形文化財保存振興日本信託基金	累計237.2万ドル	1993-2000	外務省	無形文化財の保存・振興
	青年交流信託基金	12億円	2000	文部科学省	学生・教員の相互交流推進、国際理解の深化
	人的資源開発信託基金	13億円	2000	外務省	人づくり支援事業
UNIDO	工業開発基金	2億66百万円	2000	外務省	途上国への投資促進
	信託基金	83万ドル	2000	外務省	工業開発に関するプロジェクト実施
WFP	緊急対応口座	70万ドル	2001	外務省	緊急事態発生時の食料援助の迅速な対応
UNICEF	女子教育のためのサブリメンタリー・ファンド	100万ドル	平成7年度より	外務省	女子教育分野における活動支援(就学率向上、教材開発、教員訓練等)
FAO	FAO信託基金	900万ドル	2000	農水省	フィールド事業支援、準専門家の派遣
IFAD	日・IFAD・WID基金	累計495万ドル	2000	外務省	WID関連の調査、技術訓練

出所：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、外務省ホームページ他

5 - 2 - 3 他機関との連携

(1) 他ドナーとの連携・協調

1) JICA にとっての援助協調の意義

本節では、現在途上国において特に保健・人口分野の協力現場で急速に進展しつつある、ドナー間の援助協調の動きに対するわが国援助のあり方

について考察することとしたい。

一般に他ドナーとの援助協調はドナーにとって、援助メカニズム、言語の違い等から一定の労力がかかるものである。しかしながら、今日、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDG)達成の必要性が声高に叫ばれ、現場においては貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper = PRSP)や後述するセクター・プログラムに

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。こういった過程は途上国政府自身のオーナーシップの下に関係ドナー全てが加わって行われていることから、JICAの協力もこれらの戦略の中に然るべく位置付けられる必要が生じている。他方、事業の一層の重点化、成果重視、効果と効率の一層の向上に基づく発信力の強化が厳しく求められている。

このような状況に対応していくために、

- 世界の開発援助の潮流を把握し、その結果をJICA内にフィードバックすること
- 国際機関と他ドナーとの関係を強化し、開発専門機関として世界的なネットワークを広げていくこと
- これらを通じJICA事業の向上に資することにより国際場裡における発信力の向上を図ること

が大変重要な援助協調上の課題となっている。

## 2) 保健セクター・ワイド・アプローチ(SWAP)と人口・リプロダクティブ・ヘルス協力

元々セクター・ワイド・アプローチ(Sector Wide Approach:以下BOX 5 - 1参照)はセクター投資計画(Sector Investment Program:以下SIP)としてサブ・サハラ・アフリカにおいて1990年代半ばより開始された。SIPとして開始されたもっとも古いものはタンザニアにおける道路セクターで1995年に政府とドナー間の合意が為されている。その後、SIPはセクター・プログラムもしくはSWAPと名前を変え、主に保健・人口分野や教育セクターにおいてアフリカ各国を中心に発展してきた。近年では、ネパール、カンボディアといったアジアの国々においても教育や保健セクターのSWAPが開始されている。石井他によれば<sup>7</sup>保健分野のSWAPは、アジアにおいてはカンボディア、ネパール、アフリカにおいてはLLDCとLDCほぼ全ての国で、また中南米においてはニカラグア等において実施されており、JICAの協力もSWAPの動向を無視しては実施しにくくなりつつある。また、PRSPのような国家の全体計画との関係については、Program

Based Management(以下PBM BOX 5 - 1参照)では各分野ごとのSWAPがPRSPのようなその国の全体計画と整合性を保つことが重要であるとしている。一般的に人口・リプロダクティブ・ヘルスは保健SWAP全体のなかで位置付けられており、その内容は国によって様々である。

一般的に途上国の保健省や人口省は感染症対策、EPI(Expanded Program on Immunization:予防接種拡大プログラム)、医療、家族計画、地域保健といったようにそれぞれのサブ・セクターごとに省内の局が分かれており、これまではほとんどが、それぞれの局ごとに(サブ・セクターごとに)計画立案、実施をしていた。また、ドナー側もこれに対応する形で協力を行ってきた。EPIであればワクチン、冷蔵庫やワクチンキャリアー、車等の輸送手段の供給体制を整えた上で、ワクチン接種とサバイランスに関する人材育成、EPIに特化したIEC等による住民教育を行う。家族計画であれば、避妊具の供給、アクセス・ポイントの確保、普及員やサービス・プロバイダーの育成、IEC等を実施する。救急産科は、助産婦の育成と配置、安全な血液供給体制の確保、出産施設と産科病棟の設置等が行われる。

これに対し、日本を含めた多くのドナーが過去において実施してきているサブ・セクターごとの協力は、現在保健SWAPの中で統合する形で進められることが多い。一般的なSWAPにおいては、末端におけるサービス・デリバリーの効率化を目指し、統合できる投入はなるべく統合するといった政策が見られる。例えば、ワクチン、必須医薬品、地方保健所や第一次保健医療機関で使われる消耗品は、まとめて購入し、一緒に地方保健医療機関に配布する。マラリア対策、家族計画、EPIそれぞれのサブ・セクターで、各保健所に車両が一台ずつ必要であるという計画策定を保健所の機能に着目した上で、全国で車が何台足りないかといったニーズ調査に基づき計画策定を行う。人材育成に関しても同様であり、末端の行政機関、医療機関になればなるほど限られている人材を効率的に育成することを目的として、一人の人材に集中して

<sup>7</sup> 石井浩三他「PRSPとSWAP」2002.3

BOX 5 - 1 SWAP とは

世界的な援助の流れとして、1980年代から続いていた構造調整の限界や冷戦構造が崩壊した後の先進援助国の援助疲れといった状況から、1990年代半ばぐらいから、より効果的な援助手法を巡る議論が世界銀行やいくつかのヨーロッパの援助機関を中心に行われた。その中のもっとも主たる議論がプロジェクトベースの協力の限界とセクター・プログラムもしくはSWAP( Sector Wide Approach )への移行であった。

SWAP の定義としては世界銀行のピーター・ハロルドの定義( 1995 )<sup>9</sup> が有名である。

1. セクター全体が対象となる
2. 明確で首尾一貫したセクター政策がある
3. 途上国側利害関係者( 政府、地域社会、NGO 等 )が主導する。
4. 全ての( 主要 )ドナーがこの途上国主導のプロセスに参加し、調整・合意すること。
5. プロジェクト実施に係る共通の手続き( 会計、予算編成、調達、モニタリング、報告等 )を確立すること( 手続きの調和化 )。
6. 外部からの長期技術支援を必要最小限にし、出来る限り現地の人材を活用すること。

また、JICA が実施した「貧困削減に関する基礎研究」<sup>10</sup> によれば、「途上国政府、ドナーの調整の下に策定されたセクター・イシューごとの開発戦略に基づいて行われるプロジェクト、コモンファンド、直接財政支援、さらに NGO 支援までを含めた集合体」と定義づけている。近年になって、ドナーの間では PRSP や SWAP といった全体プログラムにより計画を進めるアプローチを Program Based Management( PBM )と呼ぶようになりつつある<sup>11</sup>。

なお、ここで言う「プログラム」を「プロジェクト」と相反する概念としていわれることが多いが、実はいかなるプログラムであっても個別の「活動」は必要であり、重要なことは個別の活動が全体プログラムと整合性( Alignment )がとれていることである。全体プログラムとは政策であり、個別活動、つまりプロジェクトは政策に基づいて実施されるものであるということ再認識することが重要である。最近の国際的議論<sup>12</sup>では個別活動がセクター・プログラムの中に位置付けられる必要があるのみならず、PRSP/MTEF<sup>13</sup>等の国全体の開発計画とセクター・プログラムの関係についても整合性( Alignment )が求められている。外務省、JICA は PBM が動いているところでは原則として個別の案件は全体プログラムの中で位置付けられるべきとしている<sup>14</sup>。

いくつかの異なった訓練を実施するといったことを計画する。こういった各サブ・セクターの統合は、医療機関レベルのみならず住民レベルにおいても然りで、IECにおいてもバラバラに行うのではなく、なるべく統合し実施する。時には、マイクロ・クレジットや収入手段の確保までを含めた計画内容となる。

このような各サブ・セクターを統合して協力を実施するにあたり、途上国政府と各ドナーは共同してニーズ調査と計画策定を実施し、時として計画を合意文書( Memorandum of Understanding: MOU )<sup>8</sup>として署名を行ったり、コモン・バスケット

のようなプール化した資金により統合した部分の投入を実施していく手段をとっている。カイロ会議の後、保健省から分かれ各国で設立された人口担当省は現在インドネシアを残して、保健省に吸収されつつある。

JICAの協力においても、フィリピン家族計画プロジェクトでは地域住民に焦点を当て、投入を統合し多角的な側面から協力を実施しているケースがある。しかしながら一般的には、国家全体の保健人口政策を見た上で、各個別案件の内容を決定しているケースは少ない様に思われる。より効果的な協力を目指していくためには、途上国自身を

<sup>8</sup> MOUへの署名は日本の協力が今後排斥されない様にしていくために大変重要な課題であるが、これまで国際約束を形成するものである可能性があることから、現在まで署名されていない。しかしながら今後、外務省は国際約束を形成するものではないことを前提条件に署名することを前向きに検討している。

<sup>9</sup> ( P. Harrold and Associates, The Broad Sector Approach to Investment Lending: Sector Investment Programs: World Bank Discussion Papers( Africa Technical Department Series )no.302. Washington, D.C.: The World Bank. 1995 )

<sup>10</sup> JICA, 2001. 4

<sup>11</sup> LENPA 報告 : 本田俊一郎、渡辺学、2002. 6

<sup>12</sup> 前出 LENPA 報告

<sup>13</sup> Medium Term Expenditure Framework : 中期支出枠組。途上国政府が PRSP に基づき作成する 3 年間の財政・資金手当計画

<sup>14</sup> 外務省「援助協調マニュアル」2002. 3

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取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それらを統合して計画を策定していく開発に関する「知識」が求められることになる。

また、外務省が有する無償資金協力のセクター無償は2001年度にコモン・ファンドに対して全体供与額の3分の1もしくは2億円のどちらか少ない方を上限として直接投入が認められている。これまでこの資金は活用されたケースが無いが、今後途上国の政策の中でこういった資金も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

### 1) GII の果実

GIIの経験による大きな成果の一つとして、日本のODAとNGOの協調関係の強化が挙げられる。ODA側とNGO側が連携し、共通の課題を達成するために真剣に取り組むというプロセスを通じ、相互のパートナーシップの強化が図られた。さらに、GII/IDI NGO懇談会の設立など、NGO間の協力体制の構築も挙げられる。これらの土壌を今後も育てていくことが重要である。

### 2) ODAとNGOの連携体制

近年、日本国内では市民による草の根レベルや地方自治体レベルでの国際協力活動が活発化している。このような背景を受け、ODA事業においても国民参加による国際協力の一層の推進が期待されている。一方、途上国においても社会経済開発における現地NGO、住民組織などいわゆる市民社会の役割が増大しており、わが国のODAに対しても、住民参加型の社会開発や政策形成に関する知的支援など、協力ニーズの多様化が進んでいる。

人口分野においては、早くから国内・国際的NGOが活躍してきており、今後さらにその重要性は高まることが予想される。NGOにODAのパートナーとしての役割を期待するためには、従来の

「NGOは慈善団体」という日本的NGO観を捨てて、米国国際開発庁(USAID)のように正規の委託団体(あるいは専門家集団)として扱うことが望まれる。その場合、その対価としての正当な経費支給を行うことが求められる。

これらの状況を受け、JICAでは2002年度より従来の「開発パートナー事業」、「小規模開発パートナー事業」、「民間提案型プロジェクト形成調査」などの事業を統合し、NGO等の発意をより尊重した「草の根技術協力事業」を創設した。これは、日本の団体等が参加する開発途上地域に対する技術協力を実施し、国民の国際協力に対する理解を促進し、開発途上地域に対する国際協力に取り組む日本の団体等の活動を支援するもので、「国民参加協力推進」として予算化されたものである。この新規事業によって、これまで開発パートナー事業などで義務づけられていた国際約束は不要となり、また事務手続きの簡略化、予算運営上の便宜等が大幅に改善されることが期待されている。

さらに、よい事業を行っていても財政的になかなか自立できないNGOが少なからずある。このような団体に対して、より効果的な活動を行ったもらうために、インキュベーター(孵化器)的支援(人件費、維持費等)の道を検討することが今後の課題である。

### 3) 国際的NGOとの連携、情報の共有

人口協力分野においては、多くの実績を積んでいる国際的NGOが多い。わが国のODAがこのような国際的NGOから学ぶことは多い。例えば、JICAの技術協力プロジェクト「ヴィエトナム・リプロダクティブ・ヘルスプロジェクト」においては、そのベースライン調査を米国の「The Population Council」という人口統計研究機関として有名なNGOに依頼した。これにより信憑性の高い調査が実施できた事に加えて、国際的に著名なこの研究機関を通じてJICAのプロジェクトが世界的に知られるようになったという副次的効果もあった。特にこのように外部の専門機関による公平な評価がなされることは、日本のODAのアカウンタビリティを高める上でも有意義である。

もう1つのアイデアとして、国際NGO等の多彩

## BOX 5 - 2 効果的な援助協調・連携の事例

## ～ザンビア「ハイリスクグループに対するエイズ予防対策」～

1998年12月、ザンビアに日米合同プロジェクト調査団が派遣され、その成果の一つとしてザンビアにおける「ハイリスクグループに対するエイズ予防対策」が2000年3月より日米合同で開始された。当該プロジェクトは、HIV感染リスクのもっとも高いと推定された国境地域において、ハイリスクグループ（長距離トラック運転手、性産業従事者）を対象とした啓蒙・教育活動を行い、性病クリニック受診行動の増加と性行動の変容により、HIV感染率を低下させることを目的としている。この日米合同プロジェクトにおいては、JICAとUSAIDの援助協調はもちろんのこと、NGO、JICAの複数のスキーム間など、非常に多数の機関の間で連携が実現している。世界的NGOの下部組織であるワールドビジョン・ザンビアは指導員の研修、ピア・エデュケーターの育成、トラック運送会社の教育・啓蒙等の活動を行っているが、日本はこれに対し開発福祉支援事業による資金協力や、モニタリング・評価の日本人専門家派遣などの支援を実施している。また、USAIDが支援しているNGOのSFH（Society for Family Health）は、コンドームをソーシャルマーケティングで供与し、啓蒙普及活動を行っているが、これに対しても日本は草の根無償によって啓蒙活動用車両を供与している。またUSAIDが支援しているNGOのFHI（Family Health International）は、モニタリング・評価を担当し行動変容の調査を実施している。連携している機関がお互いの比較優位を有効活用した結果、単独では成し得なかった規模と分野の支援が可能となり、裨益対象者も拡大した。またNGOとの連携によって、日本のエイズ分野の協力におけるノウハウが限定的であっても、日本が協力実施することを可能にしたともいえる。USAIDからも、当該プロジェクトは「日本のエイズ協力の方向性を変えた」とまで評価されている。なお他に関連案件としては、ザンビア大学付属教育病院において研究色の強いプロジェクト方式技術協力「エイズ及び結核対策プロジェクト」が2001年3月から開始されており、プロジェクトはさらに多岐にわたるものとなりつつある。

今後の課題としては、以上のような連携がJICAの専門員の個人的な努力に負う部分が大きかったことから組織的なシステムや環境を整えていく必要があること、ドナーとNGO間で経理的な仕組みに対する理解が不十分であり相互に努力が必要なことなどが挙げられる。

な取組みに対する情報収集が挙げられる。人口分野においては、ユニークで効果の高い活動を実践している国際NGOや現地NGOが数多くある。例えば、国際NGO「Population Communication International」は主婦の視聴率の高い昼間の時間帯に放映されるドラマ「ソ・ブ・オペラ」を通じて青少年に対するリプロダクティブ・ヘルス・家族計画及びHIV/エイズ予防の啓蒙活動を中国、インド、メキシコ等で行い、IEC手法としての有効性が高く評価されている。しかし、このアプローチは日本ではあまり知られていない。これらの国際NGOや外国のNGOの成功事例を収集・更新し、援助関係者がいつでも利用できるようなシステム作り（ナレッジ・マネジメント）が望まれる。

## 5 - 2 - 4 南南協力

人口分野の幅広い協力のニーズに対して、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。人口や家族計画は、それぞれの社会の価値観や人々のもっともプライベートな生活に深く関わるものであるため、他の一般的な技術分野にも増して、援助活

動における対象地域の文化、伝統、宗教、慣習、その他社会規範等への配慮が不可欠である。そういった観点から、人口分野の協力を文化や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、同じ宗教を信仰する国における家族計画の実践例を紹介することが、自国へも適用しやすく参考になるであろう。さらに言語が同じであれば、微妙なニュアンスを含めて理解が深まり、協力効果の高まりが期待できる。

これまでJICAが実施してきた人口分野の南南協力は、プロジェクト方式技術協力を前身とした第三国研修が中心であり、その内容は日本の経験を生かして技術移転を行ってきた母子保健やIEC（視聴覚教材作成）、またHIV/エイズの診断技術が主であった。しかしながら、日本の技術を移転するという従来の援助から、途上国や地球規模の開発課題に共に取り組む国際協力へという変化や、国際機関やNGOとの連携、協調の必要性が高まる中で、南南協力の内容やあり方も今後多様化していくべきであり、効果的な援助を行うためには、以

下のような様々な形の南南協力や地域間協力を推進していく必要がある。

#### (1) HIV/エイズ対策や思春期性教育(ピアエデュケーション)

若い世代が増大するため、援助ニーズが高まる課題であるが、日本自身には経験が少ない分野であるので、途上国へのエイズ対策や母子保健の協力の中で取り組んだ活動の成果や失敗例から他国へも適用可能なノウハウを導き出し、南南協力を通じて普及することが考えられる。また、経験豊富なローカルNGOや国際NGOの経験を活用すべき分野でもある。

#### (2) ITを活用した地域間協力

例えばプロダクティブ・ヘルスや、人口情報・データの統計分析に係る研修をITを活用して地域間で行うことや、関連情報をITを活用して地域で共有し、効果的な対策策定の基盤整備を図ることが考えられる。

#### (3) 人口政策・経済開発の共同研究

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や地域レベルの課題についての共同研究を第三国専門家や第三国個別研修の枠組みを活用して実施することも考えられる。これらの研究を、UNFPAが中心となって築き上げ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、研究所及び研修所において行うことで、これら組織・機構の強化や人材の養成がなされることも期待できる。

#### (4) アジア・アフリカ間協力

これまでの社会文化等が類似する同一地域内の協力を主としてきた南南協力に加え、地域をまたがったアジア・アフリカ間協力も拡充される見込みである。1998年の第2回アフリカ開発会議(TICAD II)で採択された「東京行動計画」ではアジア・アフリカ間の南南協力が重点課題とされており、2002年8月に外務大臣がアフリカ諸国を訪問した際にもアジア・アフリカ間協力の拡充が表明された。社会環境や文化が異なるため、技術移転

の容易さというメリットは少ないかもしれないが、アジアの人口と開発の経験を伝えることはアフリカ諸国にとっても視野を広げ参考になる部分が数多くある。とりわけサブ・サハラ・アフリカ諸国は人口問題のホットスポットであり、母子保健、家族計画、HIV/エイズ等の援助の必要性が高いものの、物理的な距離もあって日本からの直接協力がなかなか拡充できない地域でもある。すでにアジアで実施されている第三国集団研修にはアフリカ諸国も割り当て国に追加されているが、東南アジアやインドシナ諸国には日本の技術協力で成果をあげている案件も多く、それらの経験を生かしたアジア・アフリカ間協力の促進が必要である。

最後に、南南協力の案件形成や実施にあたっては、受益国となる途上国の援助ニーズや、その背景となる人口分野の諸状況の把握のみならず、適切な実施国とマッチングさせるために、グローバルなレベルでの人口分野の協力の実施状況を把握し、それぞれの比較優位性の十分な検証を行うことが必要である。さらに、近年の国別・地域別アプローチに基づく要望調査の流れの中では、南南協力の受益国において当該国の優先課題に人口分野が位置付けられていることに加えて、援助供与国側においても南南協力の推進ないしは人口分野が開発課題に位置付けられていることが重要となってくる。そうした中で効果的な案件形成を行うためには、分野の専門家、とりわけ政策アドバイザーや援助調整を行う専門家と、要望調査、案件検討を行う外務省やJICA担当者との緊密な連携と木目細かな調整が大切である。



## 補論 思春期の若者

国連人口基金 東京事務所 所長  
前(財)ジョイセフ 企画開発事業部 部長  
池上 清子

### 問題意識

世界の人口が50億に達した1987年7月11日に、世界人口デーが設立されたことはよく知られている。それから15年後の現在、63億に近い人口を抱えている地球上に、15 - 24才の10億以上<sup>1</sup>の若い人が暮らし、また多くの開発途上国では20才未満の人口が全人口の50%を占めている。若い年齢層<sup>2</sup>はどの国にとっても次世代を担う重要な人たちであり、この人たちのエネルギー・知性・意欲を結集することができれば、他のどのような資源にも勝ることも事実である。しかし、同時に、若い層はリプロダクティブ・ヘルス関連の情報やサービスが届きにくい年齢層であることも事実である。具体的なデータを見てみよう<sup>3</sup>。

1. 15 - 24才のHIV感染率は高く、新規HIV感染者の50%を占めている。
2. 15 - 24才の新規性感染症(STD)患者は毎年1億1千万以上である。
3. 性交渉を持つ若い人のうち、17%だけが避妊をしている。
4. 15 - 19才の思春期女子には、毎年1,700万の出産がある一方、440万の妊娠中絶があり、その40%は安全でない中絶である。
5. 毎年200万以上の女性性器切除(FGM)がある。

そこで、若い人たちに焦点をあてながら、世界的に形成されたリプロダクティブ・ヘルス関連の合意文書を見直し、若い人に対する情報とサービスの面では先進国であるオランダの事例を分析し、人口・リプロダクティブ・ヘルス分野の国際協力の課題を探る。

### 世界的な流れ

NGOである各国の家族計画協会(FPA)は、望まない妊娠やエイズ予防などの性の健康に関連して若い人への取組みを1980年代後半から始めていた。しかし、これはかなり革新的な活動であったため、どの国でも「寝た子を起こす」という親や保健政策担当者からの反発があったことも事実である。国際的に若い人の重要性が認知されたのは1994年に開催された国際人口開発会議(ICPD:カイロ会議)の場であった。

国連人口基金(UNFPA)は若い人に関して、カイロ会議で採択された「行動計画(Programme of Action)」を具体的に7つの分野に分けている<sup>4</sup>。

- (a) 若い人の将来を保障するための思春期保健  
「行動計画」第7章44項  
「...、責任ある健全なリプロダクティブ・ヘルス行動を促進することにより、望まない妊娠・安全でない中絶・HIV/エイズを含む性感染症などの思春期保健の問題を認識する...」
- (b) 身体的にも精神的にも成熟するまで妊娠を遅らせることができるように女子に力をつけること  
「行動計画」第6章7項  
「自己能力の開発・雇用の機会・政治への参加・教育や健康へのアクセスなどの観点から若い人、特に若い女性のニーズに応えること...」  
「行動計画」第4章16項  
「...、特に保健・栄養・教育の点から、女兒の福祉を改善すること...」

<sup>1</sup> UNFPA, "A Time Between---Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People", New York, 1999, p3

<sup>2</sup> UNFPA, "Expanding Reproductive Health Choices for Young People", New York, p1によれば、若い層の定義はWHOの定義として、以下のように区分されている。思春期(adolescent)は10 - 19才、ユース(youth)は15 - 24才、若い人(young people)は10 - 24才を指す。ここでは年齢を限定しない限り、10 - 24才を想定している。

<sup>3</sup> Ibid., p1

<sup>4</sup> op.cit., "A Time Between", pp3-24

- (c) 少年や若い男性が責任のある父親や友人になる準備をすること  
 「行動計画」第7章41項  
 「若い人が自分の性について理解したり、望まない妊娠・性感染症を防ぐために情報とサービスが提供されるべきである。これは、若い男性が女性の自己決定を尊重し、性に関して女性とその責任を共有できるような教育の一環として実施されるべきである。」  
 「行動計画」第7章34項  
 「責任ある性行動やジェンダー意識は、、、調和のとれた男女関係を構築する。」
- (d) 大人(特に親)が若い人の声を聞き、その声に応えられるようにすること  
 「行動計画」第7章45項(以下詳細省略)  
 「行動計画」第7章48項
- (e) 正確で時期を得た情報を持つ教育を実施すること  
 「行動計画」第7章46項
- (f) 若い人の状況や関心事に適するサービスを提供すること  
 「行動計画」第7章45項  
 「行動計画」第7章6項
- (g) 若い人が自分の人生を決めるプロセスに関与すること  
 「行動計画」第6章15項

カイロ会議の「行動計画」を見直す会議が5年後の1999年に開催された。このICPD + 5と呼ばれたプロセスは、各国レベルでの政策変更や実施上の経験に焦点を当て、共有できる経験をまとめることや、また、問題点を明らかにしながら、その問題点を解決するための主な行動を提言することであった。その結果、ICPDで設定された目標が正当であること、リプロダクティブ・ライツの認識が強化されたこと、人口問題を開発戦略に統合するプロセスが進んだこと、リプロダクティブ・ヘルスに関するサービスの質が向上したことが確認された。一方、妊産婦死亡の低下や若い人のリプロダクティブ・ヘルスサービスの必要性、HIV/エ

イズの予防などの問題に関しては、さらなる行動が必要であることも明らかになった。

180カ国が採択した「主な行動(Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the ICPD)」<sup>5</sup>の中では、若い人に関する見直しが若者(Adolescents)の項目の下で、まとめられている。

(a) 各国政府がとるべき行動

「行動計画」第7章45項と46項に照らしながら、若い人を巻き込み、若い人のリプロダクティブ・ヘルスを優先事項としてあらゆる努力を払うべきである。

(b) 国連機関やドナーが資金提供をするべきであること。

(c) 各国政府、国連機関、NGOが一体となり、若い人に対するリプロダクティブ・ヘルスのプログラムを評価し、情報や経験を共有すること。

以上概観したように、年齢の正確な区分は別として、カイロ会議で若い人口に対するリプロダクティブ・ヘルスの情報やサービスの提供が必要であることが確認され、1999年には、そのためには、政府・国連機関・NGOなどが実施されたプログラムを評価すること、またその経験を共有することが求められている。

### オランダの事例

若者に対するリプロダクティブ・ヘルスに関する情報提供や教育・サービスの実施は一定レベルに達したとして、オランダではすでにユース・クリニックを一般のクリニックに統合している。世界の多くの国で、これからユース(概ね10 - 24才を指す)のための特別クリニックを作ろうとしている状況下、オランダは一步先を進んでいる。ヨーロッパ諸国のなかでも一番低い出産率や世界最低を誇る中絶率の記録がその現状を証明している。

しかしながら、このオランダでさえ1960年代には避妊は一般的ではなかったうえに、避妊薬(具)の販売は制限され、医学界は家族計画の役割を認めていなかったのである。これが10年もしないう

<sup>5</sup> UNFPA, "Key Actions for the Further Implementation of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development---adopted by the twenty-first special session of the General Assembly, New York, 30 Junw-2 July 1999", New York, 2000, pp26-28

ちに性の意識変革が起きたことは、「オランダの制御された自由」<sup>6</sup>として知られているところである。この背景には大きく5要因がかかわっていると分析されている。農業国から工業国への転換、経済成長をもとにした福祉国家への脱皮(社会保障や保健医療体制の充実)、宗教による影響力の低下、高学歴化、マスコミの役割(特にテレビの開始)である。

1969年に避妊薬(具)の販売とコンドームの自動販売機の設置が合法化され、1971年にはピルの費用が公的健康保険でカバーされるようになり、1981年には中絶が合法化された。当時のオランダでは、すでに避妊は安全な性との関連で一般化していて、その結果、中絶率は他の近隣国よりも低かったのである。しかし、政府はさらに性の健康を推進するために、民間の協力を仰いだ。オランダ家族計画協会(Rutgers Stichting)<sup>7</sup>に対して性の健康関連事業を委託し、他の民間団体(NGO)に対しても資金協力をしながら、性教育の教材開発を委託したのである。また、12から18才の若者に対する性教育やカウンセリング、避妊のサービスには中央政府の保健省のみならず地方政府も、モラルサポートや資金援助の形で支援を続けたのである。

一般的にリプロダクティブ・ヘルス・ケアは家庭医と連携を取る体制が確立していたが、ユースは取り残されていた。そこで取られた政策が民間団体(NGO)との連携であったと言える。オランダ家族計画協会はユースへのアプローチにあたり、3つの戦略<sup>8</sup>の下に実施したが、20年経た今でもなお効果的な戦略と思われる。

クリニックでのサービスは医療的アプローチに偏ることなく、親への守秘義務を守り、モラルや価値観を押し付けないこと。

避妊相談ができることや18才以下のユースは廉価で避妊サービスを受けられることなどを、パンフレットやユースのピアを通じて伝えて

いくこと。

7つのユース・クリニックは地域や学校(教師、親を含む)でのアウトリーチ型性教育の核として機能する。

具体的には、若者がクリニックに来やすくするために、クリニックが学校の近くや駅の近くに設けられ、開所時間も夜まで延長しているが、サービスは有料である。自分でも性の責任を考えてもらうために1回の診察料は約1,000円をとる。支払えない人には救済措置がある。7つのクリニックで適用されたユースフレンドリー原則は、ユースの性や性行動を認めること、相談された秘密を守ること、避妊薬(具)の処方の際し、自動的に子宮内診やスミアテストを実施しないこと、良い悪いの判断をしないこと、書類は必要最低限に抑えること、親の合意は必要としないことであり、全ての職員に徹底された。書類は氏名、住所、電話番号、健康保険番号のみで、この簡素化された書類は若者に好評であったといわれる。毎日4時間半オープンしているが、時間外はアウトリーチ活動に振り向けられた(電話相談は24時間体制)。

性教育については、1980年から学校における性教育の推進者向け養成講座を健康教育推進センター(NGO)と共同して大学のコースの中に作り、教師のトレーニングにもあたってきた。こうして性教育の実施が可能となったのである。オランダ家族計画協会が掲げる性教育の指針<sup>9</sup>は、

学校の内外を問わずその教育内容は避妊教育、性感染症(HIV/エイズを含む)、強姦を含む性暴力の防止をカバーすること

生徒からの個人相談やその後のケアは、教師でなく、学校のカウンセラーや学校医/看護婦、ソーシャルワーカーと連携すること

学校を取り巻く環境(親、学校が属する地域)を、性教育が実施しやすいように整えること

<sup>6</sup> Ketting E, Visser AP, "Contraception in the Netherlands", Patient Education and Counseling, No 23, 1994, pp161-171

<sup>7</sup> オランダ最大の家族計画推進団体で、国際家族計画連盟の一員。現在の活動は対国内では情報やサービスが行き届きにくい人(移民など)を対象に、対国外では経験共有するためのトレーニング(108カ国の人材を養成した)が中心となっている。

<sup>8</sup> Braeken D: Sex Education in the Netherlands, presentation paper on 1 November 1994, p3, Rutgers Stichting, Utrecht, 1994

<sup>9</sup> Ibid., p7

であった。また、クリニック職員とピアとの共同作業として、アウトリーチ活動があるが、公共放送テレビのユース番組が教材として使われることが多い。若者にとって興味ある話題だからこそ性教育の入り口として最適であるのみならず、マスコミを通じたキャンペーンを定着させる意味で二重の効果があった。

### 日本の課題と国際協力の課題

以上、世界的な流れとオランダにおける若い人への取組みの事例を見たが、日本国内における政策の観点からは次の3点が課題であると思われる。これらの課題に対する取組みの緊急度はかなり高いというべきであろう。つまり、15 - 19才の中絶件数だけが、今の日本で増加していることに加え、新規HIV感染率は、先進国の中で、日本だけが増加しているのである。

まず、オランダの場合には、公的健康保険(ほぼ100%の人が公的健康保険に加入している)がピルだけでなく、現在は全ての避妊法<sup>10</sup>に適用できることである。これはリプロダクティブ・ヘルス・ケアが他の医療的治療や公衆衛生という予防と同等と考えられているからであろう。一方、日本では避妊薬(具)には健康保険がきかない。また、ピル処方には事前検査が必要であり、そのための費用がかなり高いので、若い人の経済的な負担が大きくなっている。望まない妊娠を避けるためにはその人にあう避妊法が提供されることが前提となる。これは結果として、中絶を減少させることにもつながるはずである。

第2は性教育の体制である。オランダでは1993年までは性教育は義務ではなかったが、それ以前でも90%の学校が実施していたという事実に基づき、現在では全ての中学・高校及び小学校の半分で実施されている<sup>11</sup>。保健省と文部省との協力体制

を示している。一方、日本では、性教育が実施されているとはいいながらも、十分ではないと多くの若い人が感じている。ある大学での調査によれば、若い人のリプロダクティブ・ヘルスの問題点を20 - 22才の学生に挙げてもらった結果、一番多かったのが、性教育の不足であった<sup>12</sup>。日本は途上国とは異なり、十代の若い人のほとんどは学生である。したがって、学校教育の場で、性教育が実施されれば、情報は少なくとも行き渡らせることが可能である。にもかかわらず、性の相談ができない・相談できる場所や人がわからないという学生の声に耳を傾けるべきであろう。

最後の点はマスコミとの連携キャンペーンである。オランダでは性の問題を公の場に公衆衛生や保健の話題として持ち出したことである。さらに学ぶべき点は事前のリサーチを緻密に行い、オランダ家族計画協会のような専門団体の意見に耳を傾け、実施した後、その効果を研究者が評価し、その教訓は次のキャンペーンに生かしていることであろう。

国際協力の観点からは、以下の課題があると思われる。

- ・ 性の問題を政治課題として扱うことは危険であるにもかかわらず、米国はGlobal Gag Ruleとして、中絶に関する情報やサービスに関わる米国外の団体(NGO)に対する資金をカットしている。このような資金カットは、途上国における若い人への情報とサービス提供を不可能にすることになり、ひいては、望まない妊娠やHIV感染の増加を引き起こすと予測される。リプロダクティブ・ヘルスはあくまでもオランダのように公衆衛生の観点から考慮されるべき課題であろう。
- ・ 日本では国内の高齢化問題に注目が集まり、

<sup>10</sup> 避妊薬(具)、緊急避妊、中絶、妊娠検査、性感染症の検査、産前・分泌・産後ケア、HIV/エイズの検査と治療などが含まれる。

<sup>11</sup> Ketting E, Visser AP: op. cit., pp161-171

<sup>12</sup> フェリス女学院大学の3年生に対して、筆者が家族計画の授業をした後、アンケートをした結果である。問題として指摘があった内容が多かったのは、以下の順であった。(25人による3つの問題点を書き出すという調査)

性教育不足、避妊の情報・サービス不足、性感染症・HIV/エイズの情報不足、中絶の増加、ドメスティック・バイオレンス、ポルノ・セックスツアー、性に関して相談できる場所がない、高年齢出産・若年出産、性交の低年齢化、思春期やせ症など。

途上国の状況への関心が薄れがちである。しかし、地球規模の問題としては、人口問題は開発にとって、常に基本的な課題であることを踏まえて、国際協力における人口・リプロダクティブ・ヘルス分野への優先度を高めていくこと、さらに、人口・リプロダクティブ・ヘルスに関する援助政策の策定が急がれる。特に若い人に対するケア、HIV/エイズ、情報やサービスの質の向上はその中心的な課題であろう。

- ・若い人へのリプロダクティブ・ヘルス関連の情報とサービス提供は、国際的には認知されたとはいえ、まだ国によって文化的・社会的な制約が存在する場合がある。このような制約をなくすような活動(アドボカシー活動)を通して、若い人が必要な情報とサービスにアクセスしやすい環境をつくる協力にも日本が関わることを望まれる。途上国の保健省がやりにくい分野であればあるほど、マスコミ、大学、NGOなどローカルな民間組織との連携を考え、そのための新しい援助方針を打ち出す姿勢が必要であろう。若い人へのプログラムは必ず、若い人が計画段階から関与することが保障されていないと効果が少ない。つまり、「ハードからソフトへ」というシフトのみならず、ソフトへの資金供与の割合を増やすことを始めるべきであろう。
- ・情報とサービスを提供するローカルキャパシティを強化すること、特に性教育を実施する人材を養成することとユース・クリニックのような医療施設の拡充がセットとなるような協力が重要である。さらに保健医療分野への援助だけでなく、若い人の職業訓練や識字教育などとの組み合わせも考えたプログラムアプローチを採用していくことが必要となる。

## 補論 高齢化が進むアジア諸国における健康状態別余命研究の実態と援助の必要性

日本大学 人口研究所

教授 齋藤 安彦

### アジアの高齢化の現状

アジア諸国において、人口高齢化が社会に及ぼす影響は今後徐々に大きくなるのが人口推計から推測できる。アジアにおける人口高齢化には二つの特徴がある。一つは高齢者の数が多いことである。アジアには中国とインドという世界で1番と2番目に人口の多い国が含まれている上に、人口が1億人を超える国が日本を除いて3カ国ある。したがって現在高齢者の割合がそれほど高なくても高齢者の数は非常に大きい。65才以上を高齢者と定義すると中国では2000年に総人口の約7%、約9千万人生活していることになる。インドにも約5千万人の高齢者が存在している。この二つの国で世界の65才以上人口の約3分の1を占める。二つ目は高齢化のスピードがヨーロッパなどと比較して速いことである。ヨーロッパ諸国では高齢者の割合が7%から14%になるのに40年から60年かかっている。これに対して、国連の人口推計(United Nations, 1999)によるとアジアでは25年から35年で高齢者の割合が倍増する国が多い。

### 人口高齢化と健康の関係

人口高齢化の要因として出生数の低下や高齢者の死亡率の低下等が挙げられる。出生数の低下は相対的に人口の高齢化を進め、高齢者の死亡率の低下は絶対的に高齢者数を増加させ人口高齢化を促す。出生率がすでに低いレベルにある先進諸国では後者が人口高齢化の大きな要因となっているが、アジア諸国では今後2つの要因が働き人口高齢化が進んでいくと考えられる。しかしながら、先進諸国から医療技術を導入することが可能であることなどから、アジア諸国でも高齢者の死亡率の低下が予想され、その影響が大きくなるのが考えられる。ただし、ここで考慮しなければならないことは死亡率の低下が必ずしも国民の健康状態の改善を意味するとは限らないことである。クリミンズら(Crimmins, et. al., 1994)による研究に見られるように死亡率の低下が結果として国民全体の

健康状態を悪化させていることもある。延命医療や医療技術の進歩により一命を取りとめたものの障害を伴いながら、ときには寝たきりの状態で生活している高齢者の増加などが原因と考えられる。

人口高齢化の要因の一つである死亡率をもとに計算されるのが平均寿命で、死亡率が低くなれば平均寿命は高くなる。これまで、平均寿命は健康の指標として用いられてきた。つまり、生存することが健康の証であり生存している間は健康であるとみなしていたわけである。感染症による死亡率が高い場合は罹患してから死亡するまでの時間が比較的短く平均寿命を健康の指標とみなすことも可能である。しかし、現在の先進諸国で見られるように慢性病による死亡率が高い場合には平均寿命が健康の指標とは考えにくい状況になってきている。罹患してから死亡するまでの期間が長期化し、その間の健康状態を加味した指標が必要となってきたのである。

### 健康状態別余命

健康状態別余命は死亡率と健康度の両方を表すことの出来る指標で Health Expectancy の日本語訳である。平均余命(出生時の平均余命を平均寿命と称する)をある健康を計る尺度を用い2つ以上の範疇に分け、それぞれの範疇での平均余命を表す指標の総称である。例えば2001年の女性の平均寿命を健康な年数と不健康な年数に分けることが出来る。平均寿命と健康状態別余命の関係は以下のように表される。

$$\begin{aligned} \text{平均寿命} &= \text{健康寿命} + \text{不健康寿命} \\ \text{例 } 84.6 \text{ 年} &= 80 \text{ 年} + 4.6 \text{ 年} \end{aligned}$$

ここで注意することは、不健康寿命の4.6年というのはあくまでも84.6年の平均寿命のうち健康でない期間の合計であり、死亡する直前の4.6年ということではない。あくまで平均で見たものであり、若い世代のけが、中年期の高血圧症、そして高齢

期での心臓麻痺などによる健康でない状態での時間を全て含んだ年数である。量、つまり長さを表す平均余命に対して長寿の質をも含めた指標である健康余命は、あと何年(連続した年数とは限らない)健康な状態で生きることが出来るかを表す。

加えて、何をもち健康と定義するかに留意する必要がある。WHOによる健康の定義は肉体的・精神的及び社会的に健全な状態とされているが、実際にどのように計れば良いか考えなくてはならない。疾病の有無がもっとも一般的な健康の尺度であるが、これでは社会的に健全かどうか判断することは出来ない。基本的に健康状態別余命の研究では健康の定義を明確にする必要があり、健康を計る尺度、または定義により健康余命は平均自立期間、活動的平均余命、障害のない平均余命等と称されている。

### アジア諸国における健康状態別余命研究の実態

アジア諸国における健康状態別余命の研究は日本を除いてはあまり行われていなかった。理由としては健康状態別余命の研究自体比較的新しい研究領域でありアジア諸国の研究者にあまり知られていなかったことが挙げられる。REVESE(健康状態別余命を研究する研究者の国際的ネットワーク)や日本大学人口研究所等の努力により健康状態別余命の概念がアジア諸国の研究者に理解されるようになりつつあるが、まだその研究者の絶対数は少ない。また、アジア諸国において研究に使用できる調査データの不足が研究の遅れの一因となっていた。いまだ不十分ではあるが、1990年代にはアジアのいくつかの国で同じ調査対象者を追跡して調査をする縦断調査によるデータ収集が行われ、研究手法の発達とともに健康状態別余命の研究が活発化してきている。

健康状態別余命の研究は大きく分けて2つのタイプがある。1つは横断調査のデータと既存の生命表を用いて健康状態別余命を計算するサリバン法と呼ばれる手法による研究である。サリバン法を用いて健康状態別余命が推計されたアジアの国は中国、韓国、台湾、シンガポール、タイ、マレーシアである。また、ラム(Lamb, 1999)はWHOのデータを用いてマレーシア、フィリピン、韓国、マン

マー、インドネシア、北朝鮮、スリ・ランカの健康状態別余命の推計を行っている。2つ目は縦断調査のデータと多相生命表の手法による推計を用いた研究である。縦断調査が行われた中国、台湾、シンガポール、フィリピンで推計がなされている。一般的な結果として女性のほうが男性より平均余命・健康余命ともに長い健康余命の平均余命に対する割合は男性のほうが大きい傾向がある。つまり、平均で考えると男性のほうが一生のうち健康に生活する時間の割合が大きく、女性より早く死亡するということになる。

### 援助の必要性

全米科学アカデミーの機関である全米研究評議会による報告書にも述べられているように、アジア全体の現在の高齢化率(総人口のに対する65歳以上人口の割合)はそれほど高くはないが2050年までには3倍になると予測している。そして、人口高齢化の問題が表面化してから高齢化対策等の政策を実行するのでは手遅れになり、人口の高齢化の影響が少ない今、高齢化に関する研究を積極的に進め、高齢化対策を立案する必要があるとしている。

高齢化の問題の中でもとりわけ高齢者の健康に関する研究は大変重要な研究課題である。高齢者数の多さと人口高齢化の速さがアジア地域の人口高齢化の特徴であることは先に述べたが、高齢者の健康状態の変化によっては人口高齢化の社会への影響はさらに大きくなる可能性がある。もし、高齢者の健康状態が悪くなっているとすれば、人口高齢化による国民医療費の増加や要介護者の増大のみならず健康状態の悪化が招く増加も加味しなくてはならない。その反対に健康状態が改善されていけば、人口高齢化による医療費や要介護者の増加を抑える働きがある。どのような変化が起きるにしてもアジア諸国の高齢者の健康状態を正確に把握し、健康状態の変化の傾向をある程度長期にモニターする必要がある。そのための指標として健康状態別余命が適している。アジア諸国の健康状態別余命の研究ではこれまで余命の計算が中心でその変化や決定要因の研究はあまりなされていない。健康状態別余命の変化の傾向と決定要因

を明らかにして初めて研究の成果を政策に反映することが可能となる。

確かに、現在のアジア諸国の中で人口高齢化を政策の最重要課題として取り組む必要がある国は数少ない。また、調査等から研究の成果がでるまである程度時間がかかるため、高齢化の研究にはあまり予算が割り当てられないのが現状である。しかし、健康状態別余命の計算には健康調査のデータが必要であり、そのためには定期的な横断

的健康調査と、ある程度大きなサンプルで縦断的健康調査を行わなくてはならない。今、研究を始めなければ人口高齢化が社会問題となったときに、高齢者の健康がどのように変化してきたか正確に理解することは不可能である。健康状態別余命研究に対する助成、必要なデータ収集に対する助成、及び研究者の育成への助成はアジア諸国の将来にとって大変重要である。

#### <参考文献>

- 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.
- 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.
- United Nations( 1999 )"World population prospects: The 1998 Revision. New York: United Nations



## 補論 リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保と避妊法を取り巻く問題

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 大野ゆかり

### 1. リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保

(reproductive health commodity security)とは

1999年の国連人口特別総会(ICPD + 5)において、カイロ会議で合意された「全ての個人のリプロダクティブ・ヘルス・ケアへのアクセスの確保」のために、2015年までに全てのプライマリ・ヘルス・ケアや家族計画に関わる施設が幅広い種類のリプロダクティブ・ヘルス・サービスの提供を行うとの行動計画が打ち出され、2005年までにはその6割、2010年までに8割といった達成目標が定められた。サービスの具体的な内容とは、安全で効果的な家族計画の手段、基礎的な産科ケア、性感染症を含む生殖器系感染症の予防と管理、感染防止のための男性、女性用コンドームや抗生剤、感染治療用としてこれら施設での使用が可能な場合等である。

この目標達成に不可欠な要素として、リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保(reproductive health commodity security=RHCS)がある。つまり、良質な避妊具(薬)やリプロダクティブ・ヘルスの必需品が、全ての個人の需要に応じて必要な時に必要な場所で入手できるよう、その供給や選択肢を確保することが必要とされる。しかしながら、その必要量が今後急激に増加するにも関わらずこの分野の援助が伸び悩んでいることに、UNFPAが警鐘を発している。

リプロダクティブ・ヘルスの必需品として挙げられるものには、避妊具(薬)、HIV/エイズ予防のためのコンドーム、IUDの装着脱や不妊手術に必要な家族計画用器材類、鉄剤、妊娠中に必要な検査試薬や予防接種、安全なお産や中絶合併症の処置に必要な医薬品や器材、性感染症治療薬、エイズ治療用の抗ウイルス薬、その他広報普及用視聴覚教材等がある。とはいえ、その範囲や必須品目の具体的な内容について世界的に合意された基準があるわけではなく、UNFPAも各国の状況に応じて定めるとしているが、少なくとも、避妊具(薬)とHIV/エイズ予防のためのコンドームは不可欠な

ものと理解されている。なお、ここで避妊具(薬)とエイズ防止用コンドームが区別されているのは、多くの途上国において家族計画とエイズ対策とが別々のプロジェクトとして異なる所管や体制により実施されているからだと思われる。また、避妊具とエイズ等感染症防止用では使用方法が異なり、感染防止のためには他の避妊法を実行中であつたり妊娠中であつてもコンドームの使用が必要である。もちろん避妊具(薬)にもコンドームが含まれている。(表1参照)

### 2. リプロダクティブ・ヘルス必需品の需要見込みと供給不足への対応

リプロダクティブ・ヘルス必需品の必要量が増加する背景には、これまでの家族計画普及促進の結果、多くの人々がより少ない子どもの数を理想としたり、出産の間隔を空けようとするようになり、避妊しようとする人々が増えたことがある。にもかかわらず、避妊手段が入手できないために避妊を実行できない状況、すなわち未充足のニーズ(unmet needs)が生じている。その他に、人口転換水準まで出生率を下げるためには、さらに避妊の実行率を高める必要がある。加えて、過去の高出生率の結果、性活動の活発な若者人口が増大していくため、避妊具(薬)や性感染症治療薬等の必要量が今後著しく増加する。

UNFPAはリプロダクティブ・ヘルス必需品の需要を示す以下の指標を公表している。(2000年時点の推計値)

- \* 1億5百万人の既婚女性が避妊に対して未充足のニーズを有している。
- \* 人口転換水準まで出生率を下げるために必要な避妊実行率75%を達成するためには、さらに5千万人の女性が避妊を行う必要がある。
- \* 年間60万人の女性が妊娠に関連する原因で死亡している。
- \* 46万件の人工妊娠中絶(妊娠全体の22%)が行われており、中絶の合併症で8万人が死亡して

表1 ドナー供与分の避妊具(薬)内訳 1992年 - 2000年(単位:百万ドル)

避妊法	Method	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	Totals	Per cent
コンドーム	Condom	20.8	40.1	39.9	60.6	73.3	50.9	51.4	37.9	46	420.9	44.18
経口避妊薬	Oral	33.7	48.3	44.1	46.9	64	30.2	34.4	44.4	71	417	43.77
注射薬	Injectable	10.5	15.8	16.8	18	21.8	37.8	34.3	31.5	29.5	216	22.67
子宮内避妊器具	IUD	9.5	5.6	8.7	5.3	9.2	6.3	9.7	6.5	2.9	63.7	6.69
膣内洗浄剤	VFT	2.5	2.8	3.4	3.4	4	3	2.6	1.9	1.7	25.3	2.66
埋め込み薬	Implant	1.6	1.5	3.9	2.9	3.3	4	10.4	8.5	2.8	38.9	4.08
発泡剤、ゼリー、その他	Foam/Jelly/Others	4.2	2.7	1.3	2.1	1.7	5.3	0.4	0.1	0.2	18	1.89
合計	Totals	82.8	116.8	118.1	139.2	177.3	137.5	143.2	130.8	154.1	952.7	100.00

出所: UNFPA(2000)

表2 避妊具(薬)及びエイズ等感染症防止用コンドームの必要量予測 2000年 - 2015年  
(単位:百万ドル)

Year	STI/HIV Requirements	Family Planning Requirements	Total	Donor Support at 41%
2000	239	572	811	331.7
2001	268	614	882	360.7
2002	297	657	954	390.2
2003	325	702	1,027	419.9
2004	354	748	1,102	450.6
2005	383	795	1,178	481.8
2006	400	840	1,240	507.2
2007	417	887	1,304	533.1
2008	434	933	1,367	559.0
2009	451	979	1,430	584.9
2010	468	1,027	1,495	611.3
2011	486	1,071	1,557	636.9
2012	504	1,116	1,620	662.8
2013	521	1,161	1,682	687.9
2014	539	1,200	1,739	711.1
2015	557	1,249	1,806	738.7
Total	6,643	14,550	21,193	8,667.8

出所: UNFPA(2000)

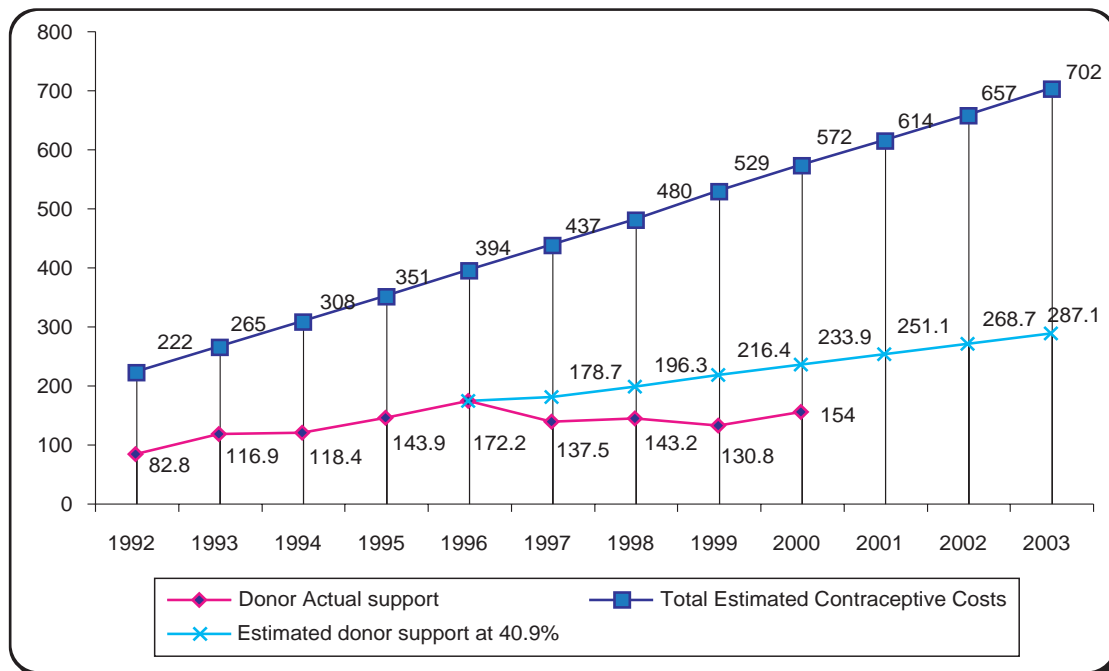
いる。

- \* 3億件近い性感染症が発生し、性行為によらない生殖関連の感染症によってかなりの女性が死亡している。
- \* 現在4千万人がHIVに感染しておりその約半分が15から24才の若年層である。
- \* 10億人を超える若者層のごく一部のみが適切なリプロダクティブ・ヘルスの教育とサービスを受けている。
- \* その他、不妊や生殖器官のガン、更年期障害、高齢者の性と生殖の問題、女性に対する暴力が存在する。

\* 避妊具(薬)が100万ドル分不足すると、360万件の望まない妊娠、15万件の中絶、800人以上の妊産婦死亡と1万1千人以上の乳児死亡をもたらす。さらに避妊具(薬)不足がリプロダクティブ・ヘルス分野のその他の投入や活動の効果や信頼性を著しく損なうことは明白である。

UNFPAの見込みでは、避妊具(薬)だけでも1992年の需要が222百万ドルであったものが、2000年で572百万ドルと2.5倍になっており、2015年にはさらにその倍以上に増加する。しかしながら、2000年度に必要とされた572百万ドル分に対して、ドナーの援助実績は、過去の実績から予測されていた233.9百万ドルに対して154百万ドルにしかならず、資金不足が喫緊の問題となっている。(表2、3

表3 避妊具(薬)についての必要量と援助実績の傾向 1992年 - 2003年(単位:百万ドル)



出所: UNFPA(2000)

参照)

このような状況に対して、UNFPAによる地球規模の行動の呼びかけが2001年4月になされ、その後2001年5月のトルコでの避妊具(薬)やエイズ防止用コンドームの確保にかかる国際会議、2001年6月のインドでの保健必需品の確保にかかる南南協力の促進についての会議等で、人口関連ドナー、NGO、途上国政府等の関係者によるこのリプロダクティブ・ヘルス必需品確保の問題が協議されている。

具体的な対策としては、なによりもまず、この問題の重要性が広く知られることが必要であることと、宣伝、広報の促進が謳われている。避妊具(薬)類の供給確保については、民間組織、市場の活用も含めたあらゆる関係者の連携の必要性が強調されている。民間市場での購入が可能な層、自立発展性確保のための費用の一部負担が可能な層、無償配布が必要な貧困層それぞれの需要に対して、民間市場、NGO、政府の役割分担を明確にした供給体制を確立させることが必要である。そのため需要予測や供給体制にかかるロジスティクス面についての途上国政府のキャパシティ・ビル

ディングが非常に重要であることが強調されている。

### 3. 日本の協力実績と課題

わが国の協力は、1960年から1970年代にはコンドームの供与を行っていたものの、その後は、UNFPAへの拠出が中心であった。1994年に人口家族計画特別機材供与によるコンドームの供与が開始され、2000年度にはインドネシアに対して無償資金協力によるピルの供与を行ったが、他のドナーに比べると貢献度は低い。(表4参照)

リプロダクティブ・ヘルス必需品確保のその他の側面については、ほとんど協力がなされておらず、関係者の認識も十分とは言えないのが実状である。(上述の一連の国際会議についても、IPPFと密接な協力を行っているNGOであるジョイセフは動向を把握していたものの、JICAや外務省では情報を収集しきれていない)その背景には、日本のODAが、消耗品や運転資金を原則として相手国政府の責任としてきたこと、援助形態や予算制度上の制約が、全体の必要量に対して資金を募りそれを割り振るといった国際機関主導の避妊具(薬)供給体制に馴染みにくかったこと、さらに、コンドー

表4 ドナー別避妊具(薬)援助実績 1992年 - 2000年(単位:千ドル)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	TOTAL	% of Total
BMZ/KfW			10,798	18,312	11,350	9,317	38,071	13,305	8,627	7,976	35,482	153,238	11.21
CIDA					1,385	4,514	7,249	0	1,036	2,885	4,808	21,877	1.60
DFID			4,125	4,712	7,192	10,924	9,205	13,149	7,807	13,188	7,317	77,619	5.68
DKT						177	0	N/A	3,759	5,148	4,868	13,952	1.02
European Union				180	6,122	6,510	9,215	7,435	644	13,109	48	43,263	3.17
IPPF	5,843	5,410	6,204	6,165	6,258	6,746	6,003	11,148	3,416	3,016	3,814	64,023	4.68
Japan					28	315	300	838	36	159	1,657	3,333	0.24
Netherlands						102		3,749	2,700	2,584	N/A	9,135	0.67
Others <sup>1</sup>			2,565	2,865	873	2,292	750	1,439	61	732	N/A	11,577	0.85
PSI			418	1,210	2,323	7,419	7,239	2,885	200	264	456	22,414	1.64
UNFPA <sup>2</sup>	14,752	21,499	18,534	27,817	34,087	37,857	37,610	39,861	32,200	14,395	16,720	295,332	21.61
USAID	57,636	59,892	39,575	55,142	47,848	51,059	46,481	39,383	63,087	45,522	58,093	563,718	41.25
WHO	957	975	628	483	968	1,663	2,099	2,673	481	1,078	N/A	12,005	0.88
World Bank						5,000	7,930	1,662	19,137	20,718	20,781	75,228	5.50
TOTAL	79,188	87,776	82,847	116,886	118,434	143,895	172,152	137,527	143,191	130,774	154,044	1,366,714	100.00

Notes: N/A = Not ascertained.

出所: UNFPA(2000)

ム以外の避妊具(薬)については、途上国で使用されているものには日本国内で未認可のものが多く、この分野の専門家が少ないことなどがあるのではないかとと思われる。

ODAの制約について言えば、具体的には、人口家族計画特別機材供与についても、実施上はドナー協調や効率性の観点から多くの問題点がある。まず、金額のコミットの問題。本件機材も一般の機材供与と同じ枠組みで実施されるため、先方政府からの要請を数量ベースで取り付け、日本側がその円貨相当額で供与限度額を確定し購入を行うという手続きとなり、見積もり単価や為替の変動により当初提示した予算枠と結果的な供与量、金額が異なることが生じてしまう。また、日本側が調達主体となることの問題もある。これは、汚職や資金流用を減じる効果はあるものの、途上国政府が調達するものと異なる製品が供与され、ロジスティックスの現場に負担をかけることもある。それに、大量に現地調達を行う場合には品質管理の不安も生じる。必須医薬品や予防接種薬につい

ては、JICAはUNIPAC(UNICEF調達部門)と協定を結び、購入手続きの効率化とともに、品質管理のUNICEF委託を行っているが、避妊具(薬)はこの中に含まれていない。日本製であれば品質上の問題はないが、価格面では桁が異なるほど競争力のないのが実状である。ちなみにコンドームの規格についても、多くの途上国が、WHOがエイズ感染防止の基準とする0.05mm以上の厚さを採用しており、日本国内で一般的に流通している極薄のコンドームは汎用性がないものである。

その他の避妊具(薬)については、以下に述べるとおり日本の実状との違いが大きく、今後日本が物品供与自体に積極的に協力していく妥当性は低いと思われる。しかし、他ドナーとの連携やリプロダクティブ・ヘルス分野の協力の現場において避妊法や避妊具(薬)を巡る状況を把握しておく必要性は高いと言え、人口分野の一環として継続的な情報収集を図るとともにこの分野の専門家の育成が必要ではないかとと思われる。

<sup>1</sup> Others include Marie Stopes International( MSI ), Pathfinder, SIDA and UNAIDS.

<sup>2</sup> UNFPA figures present the procurement from the UNFPA Country Programme budget. In 2000, UNFPA also procured and supplied contraceptives on behalf of CIDA, the World Bank and the European Union.

#### 4. 避妊法 / 家族計画を巡る問題

途上国で使用されている避妊法には、コンドーム、経口避妊薬(ピル)、注射法、皮下埋込法、子宮内避妊器具(IUD)、洗浄法、ゼリー、発泡剤等の殺精子剤などがあるが、日本で使用が許可されていないものも多い。また、日本で使用されているものであっても、国内では一般的ではなかったり、途上国の現場では使用環境が異なるので注意が必要である。これまでの家族計画・母子保健分野のプロジェクトにおいても、妊婦検診や周産期医療改善のための技術移転が中心であり、不妊手術やIUDの装着脱の技術、ホルモン剤服用管理方法、副作用への対処法といった避妊についての直接的な技術協力はほとんどなされておらず、この分野の経験が蓄積されていないのが現状である。

なお、国内で認可されていない医薬品については、途上国で一般的な医薬品であっても供与すべきではないとの考えもある。実際に、例えば結核対策において、短期化学療法を用いた直接監視下治療(DOTS)で服用する複数種類の抗結核薬について、途上国では、患者の服薬管理や薬の運搬、保管に簡便な合剤の使用が一般的であるにもかかわらず、日本国内では合剤が認可されていないために、単剤を組み合わせる供与せざるを得なかった事例がある。確かに、効果や副作用が十分に検証されていないために未認可となっているのであるから、途上国において使用されていたとしても、安易に是認して援助を進めるべきではないと言える。しかしながら、現場で普及している避妊手段についての実態や問題点を、援助関係者として把握しておくことは、リプロダクティブ・ヘルスの観点からも必要ではないかと思われる。

以下は、国内未認可の避妊法を含め、途上国で避妊や家族計画の手段として実施されている手法についての留意点である。

尚、途上国においては、経済性やサービス供給側にとっての効率性も、避妊法の選択にあたっての重要な要素とならざるを得ないが、ここでは主に個々の使用や処置上の留意点の説明とした。

##### ア) 経口避妊薬(ピル)

ホルモンの錠剤を毎日服用することで、排卵を

抑制したり、頸管粘液の性状を精子が通過しにくいように変化させて、きわめて高い避妊効果を得られる避妊薬である。副作用が少なく世界中で広く使用されている低用量ピルの認可が、日本では1999年まで遅れたため、国内ではその内容や使用法がまだ十分知られていない。一口にピルといっても様々な種類があり、大きく黄体ホルモン(プロゲステロン)と卵胞ホルモン(エストロゲン)の混合型と黄体ホルモン単体型に分けられる。ただし、プロゲステロン単独ピル(ミニピル)については日本ではまだ認可されていない。混合型ピルはホルモンの含有量や種類により、高～中～低用量、第1～3世代及び1～3相性の区別があり、また飲み方にも1サイクル21錠か28錠の違いがある。多相性のピルや28錠型のピルは、1周期中のホルモン含有量が異なるので、指定の順番通りに間違えずに服用する必要がある。副作用が少ないとはいえ、高血圧、糖尿病、高脂血症や35才以上で喫煙している場合等に、脳卒中や心筋梗塞等のリスクが高まると言われている。代謝機能や微量栄養素のバランスを崩し、ピル服用後の妊娠に悪影響を与えるとの研究発表もある。服用中に併用すべきでない薬剤もあり、日本では購入に医師の処方と定期的な診察が必要である。

医師の診察を受け身体に合ったピルを正しく服用することができれば、安全で信頼性の高い避妊法ではあるが、途上国の現場においてはピルが必ずしも有効ではない。というのは、ピルは毎日規則正しく服用することができなかった場合、つまり、のみ忘れてたり、嘔吐や下痢によりピルの成分が排出されてしまった場合には排卵が始まる可能性が生じるため、服用サイクルを中断してまた最初から服用する必要があり、さらに、避妊効果が生じるまでの間は他の避妊法を併用する必要がある。このように服用管理が複雑であるため、識字率の低い貧困層の女性たちにとっては、十分理解して正しく服用することが困難な場合が多いのである。

##### イ) 注射法

プロゲステロンを単独で2～3ヶ月ごとに注射する避妊法で、日本では認可されていない。

プロゲスチン・アセテートを3ヶ月ごとに150mgずつ注射するDMPA(デボ・プロベラ)とノルエチステロン・エナントートを2ヶ月ごとに200mgずつ注射するNET, ENの2種類がある。

避妊効果は高いが、不正出血や無月経、頭痛、うつといった副作用があり、また、妊孕性の回復に6~12ヶ月が必要といった問題がある。とはいえ、注射法は看護師レベルでも処置可能であり、IUDや皮下埋没法に比べて衛生的であるため、途上国においては、一時的避妊法として広く普及している。

### ウ) 皮下埋込法

プロゲスチンを単独で使用する避妊法でありこれも国内未認可。ノルプラントの商品名で知られており、黄体ホルモンの一種のレボノルゲストレルの結晶を詰めた細長いカプセルを上腕に6本埋め込むもの。避妊効果が5年間と長い、無月経や不正出血といった副作用がある。また埋め込んだカプセルが外に出てくることもある。

カプセルの埋込や摘出の手術にあたって医師の技量が問われることや、摘出/再埋込までの期間が長いことから、患者が時期を忘れたり、転居した場合の対応が問題である。1990年代半ば以降に普及しはじめた避妊法であるため、まだ摘出/再埋込の対象者が少ないが、今後問題が大きくなるのではないかと見込まれる。

### エ) 子宮内避妊器具(IUD)

日本の太田医師が世界に先駆けて発明した避妊器具ではあるが、現在世界で主流となっている銅付加IUDについては、日本ではピル同様1999年まで認可されていなかった。また、避妊効果がより高い黄体ホルモンを含有するIUDも開発されているが、わが国では認可されていない。

非薬物付加IUDについては、月経出血量の増加に伴う貧血、疼痛、子宮内膜や骨盤内の炎症といった副作用、子宮外妊娠や自然脱出の可能性があるが、そういった問題が生じなければかなり長期間(10年以上。ただし日本では3年程度での交換が推奨されている)の装着が可能である。薬物付加のものは、より小型で形状が工夫されているため副作用は少なくなった反面、避妊効果に期限があり、銅

付加が2~3年、黄体ホルモン付加が1年程度とされている。そのため定期的な交換が必要である。

IUDの留意点は、装着脱にあたって医師の技術や衛生管理が必要であることや、やはり子宮内に異物を挿入しているため感染症の危険性が高まるので、非衛生的な環境や複数の相手と性交する場合には好ましくない。また、未産婦は子宮口が狭く挿入が難しいので、IUDは経産婦で性交相手が特定されかつエイズ等に感染していない場合に適した避妊法であるといえる。

### オ) 緊急避妊法

性交後に排卵を遅らせたり受精卵の着床を阻止して妊娠を防ぐ方法で、性交後72時間以内に銅付加IUDを装着する(ただし、レイプなど性感染症の危険性が高い場合は注意が必要)、中・高用量ピルまたはプロゲスチン単独ピルを通常より多く服用する。「モーニングアフター・ピル」として一般に市販されている国もあるが、国内ではプロゲスチン単独ピルは未認可であり、中・高用量ピルも緊急避妊用として処方を行っているのは一部の医師に限られている。

### カ) MR(Menstrual Regulation)

バングラデシュ等、一部の途上国においては、ごく初期(8週以前)の人工妊娠中絶を「月経の調節」として家族計画の一手段として扱っている。大型の注射器の様な器具を用い、子宮内膜を吸引することで中絶を行うもので、そう爬より技術的に簡易であるとして、医師以外のスタッフにより処置されていることもある。

しかしながら、下記の中絶薬についてもそうであるが、子宮外妊娠でないことの確認が不可欠であるし、完全に妊娠が終了したかどうかの確認、流産同様事後の感染防止や母体の安静が重要であり、避妊法として手軽に実施されることには問題がある。

### キ) 中絶薬

やはりごく初期の妊娠の場合に、子宮内膜の増殖や胎盤の生育を抑制し流産を誘引するホルモン剤が中絶薬であり(ミフェプリストン(RU486)が有

名)すでに先進国を含め一部の国では認可されている。非合法の途上国においても実際はかなり出まわっていることが想像されるが、詳細は不明である。

### ク) 不妊手術

多くの途上国においては、不妊手術が避妊の手段として重要な位置を占めている。女性の卵管、男性の精管を結さく又は一部を切断するという原理は同じであるが、その方法については電気焼灼やクリップ、ゴムバンド、薬物注入による閉塞、開腹によらない腹腔鏡手術など様々なものが開発されている。

途上国では不妊手術が不完全なために妊娠してしまう例もかなりあるといわれ、技術の向上に対する支援の必要性も高い。

日本国内では、女性が分娩直後(子宮が大きく腹壁直下にあるので手術が容易)や人工妊娠中絶後に実施することが多いが、子どもが確実に育つ保証がない途上国の場合には分娩直後の実施はあまり現実的ではない。女性の不妊手術は入院が必要であることに比べて、男性の不妊手術はより簡便であるので、不妊手術の実行率は男性の方が高い国も多い。当然のことながら、不妊手術は不可逆的なものなので、十分な説明を行い、もう子どもは欲しくないという本人の意思をよく確認した上で実施されるべきである。

### ケ) バリア法

精子が卵子と出会うことを物理的に防ぐ避妊法で、コンドーム(男性用、女性用)、ペッサリー、子宮頸管キャップ(国内未認可)膈内殺精子剤がある。男性用コンドームについては、日本でもっとも普及している避妊法であるが、途上国においては感染症予防の目的で使用されることが多い。また、厚さ(WHOのエイズ感染防止基準は0.05mm以上)や口径、長さの規格が日本と異なる場合がある。女性用コンドームは女性主導で感染症予防ができる避妊法として1992年に開発され、日本でも2000年4月に輸入販売が許可されている。男性用コンドームとの併用は破損の危険があり不可。

ペッサリーは子宮口を覆うように膈内に挿入し、

精子の侵入を防ぐもの。殺精子剤と併用することで避妊効果が高まる。子宮頸管キャップ(サージカルキャップ)は子宮頸管に吸着させるもので、トキシック・ショック症候群のリスクがあるとされる。他の避妊方法に比べて避妊効果は劣るが、女性が主体的に実施できる避妊法の中で、女性用コンドームとともに副作用の心配がもっとも少ない避妊法であるといえる。しかし、装着時に自身の膈に触れることへの抵抗感や、自分に適したサイズを内診により測ってもらう必要があることから、必ずしも広く普及はしていない。

殺精子剤には、ゼリー、錠剤、発泡剤、フィルムタイプ等があるが、効果が発揮できる時間が限られており、単独での避妊効果は低いので、他のバリア法との併用が必要。殺精子剤には感染症を軽減する効果もあるとの説もあるが、膈内に薬剤を挿入することは自浄作用を阻害するとの考えもある。なお、国内で普及していたフィルムタイプは、含有成分に問題があったため、現在は製造中止になっている。

### コ) 周期法 / 排卵期測定法

オギノ式、リズム法、カレンダー法と呼ばれる月経周期からの算出や、基礎体温や、頸管粘膜の変化を観察して排卵期を判定する方法により、妊娠しやすい時期を推定し、その期間の性行為を避ける(定期禁欲法)か、バリア法を組み合わせる避妊法。排卵の正確な予測、測定は困難である上、方法についての正しい知識や学習が必要であったり、記録をつけるなど継続に困難が伴うため失敗率は高いが、カトリック等避妊を認めない宗教の影響力が強い国でも、宗教指導者の抵抗を受けない方法であるので、WHOでは、試験紙を使って唾液や尿から排卵の有無を測定する方法など、より簡便で正確な排卵期測定法の開発を支援している。

### まとめ

望ましい避妊法の条件には、1)避妊の効果が高く、失敗妊娠がないこと、2)方法が容易で実行しやすいこと、3)性行為のムードを壊さず性感を損なわないこと、4)費用が安いこと、5)使用者にとって副作用がなく、安全で長期の使用に耐えられる

こと、6)万一避妊に失敗して妊娠した場合にも、児に悪影響を及ぼさないこと、7)使用をやめれば妊娠できること、8)妊娠、出産の当事者である女性が主体的に実行できることなどがあげられるが、これらを全て満たす理想的な避妊法は未だに存在しない。そのため、個人個人の状況に応じて適切な方法が選択できることがリプロダクティブ・ライツ/ヘルスの実現のために重要である。しかし

ながら、ライフステージやパートナーの協力の程度、健康状態といった先進国でも共通する事柄以上に、開発途上国においては、貧困や教育の程度、女性をとりまく慣習や宗教上の制約に加え、医療設備、人材、技術の不足といったサービス供給側の問題やドナーの援助動向といった要因が、避妊法の選択に大きく影響せざるを得ない現状があることに注意が必要である。

#### <参考文献>

UNFPA(2000)Donor Support for Contraceptives and Logistics

UNFPA(2002)Reproductive Health Essentials

ICMOP(2001)Newsletter on Management of Population Programmes Vol.XXVI No.3. International Council On Management Of Population Programmes

我妻堯(2002)『リプロダクティブヘルス』南江堂

間壁さよ子(2002)『避妊のすべてがわかる本』講談社

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

小早川隆敏編(1998)『国際保健医療協力入門』国際協力出版会

Peter Bromwich&Tony Parson Contraception川越厚監訳(1995)『避妊革命』かまわぬ書房

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

Ellen Grant(1985)今西春彦監訳(1992)『The Bitter Pill』メディカ出版



# 資料編

## 資料編目次

資料1	人口・開発に関する援助のあゆみ(世界と日本)【年表】	193
資料2 - 1	世界の人口指標	196
資料2 - 2	世界の人口・環境・開発に関する指標	203
資料2 - 3	世界の国際人口移動に関する指標	212
資料3	人口統計資料集(2001/2002)	221
3 - 1	世界の主要地域別人口：1950年 - 2050年	221
3 - 2	世界の主要地域別人口割合及び人口増加率：1950年 - 2050年	222
3 - 3	主要国の人口及び人口増加率：1950年 - 2050年	223
3 - 4	人口の多い国：1950、2000、2050年	224
3 - 5	世界の主要地域別、年齢(3区分)別人口：1950、2000、2025、2050年	225
3 - 6	世界の主要地域別従属人口指数：1950、2000、2050年	226
3 - 7	主要国の年齢(3区分)別人口割合及び年齢構造に関する主要指標：最新年次	227
3 - 8	世界の主要地域別普通出生率、死亡率及び自然増加率：1950年 - 2050年	228
3 - 9	主要国の合法的人工妊娠中絶数：最新年次	228
3 - 10	主要国の乳児死亡率：最新年次	229
3 - 11	世界の主要地域別乳児死亡率：1950年 - 2050年	229
3 - 12	主要国の性別平均寿命：1950年 - 2050年	230
3 - 13	主要国の妊産婦死亡率：最新年次	231
資料4	JICAのGII(1994年度 - 2000年度)実績とりまとめ詳細表	232
4 - 1	援助形態別協力実績(金額)	232
4 - 2	援助形態別協力実績(件数)	233
4 - 3	援助形態別協力実績：人口間接分野内訳(金額)	233
4 - 4	人口直接分野のプロジェクト方式技術協力の歩み(1960年代～現在)	234
4 - 5	人口直接分野のプロジェクト方式技術協力実施期間一覧	237
4 - 6	人口間接・エイズ分野のプロジェクト方式技術協力(GII該当分)	238
4 - 7	プロジェクト方式技術協力の連携(1996年 - 1998年度)	240
4 - 8	人口直接・間接分野の協力隊チーム派遣・グループ派遣	241
4 - 9	人口直接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度 - 2000年度)	242
4 - 10	人口間接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度 - 2000年度)	243
4 - 11	開発福祉支援事業一覧	249
4 - 12	開発パートナー事業一覧	252

## 資料1 人口・開発に関する援助のあゆみ(世界と日本【年表】)

西暦	世界			日本
	人口指標	開発関連の会議	人口関連の会議	ODA・JICA・民間団体等の動向
1920年代	27 世界人口 20億人へ		28 IUSSP 設立	
1930年代				
1940年代		45 「第二次世界大戦終結」 45 国連発足	46 国連人口委員会設置	
1950年代			51 国連人口部による世界人口推計の開始 52 PPF 設立( ボンベイ ) 52 Population Council 設立 54 世界人口会議( 専門家会議 ) ( 国連 / 国際人口学会共催 ) ( ローマ )	51 日本 WHO へ加盟  54 コロンボ計画に加盟 54 初の ODA 技術協力開始 54 日本家族計画協会設立 56 日本、国連加盟
1960年代	世界人口 30 億人へ  60 年代後半、途上国の人口増加率史上最高( 年率 2.4% )	国連開発の 10 年( 61-70 ) 61 OECD 発足	60 米国でビル発売  63 第1回アジア人口会議( ニューデリー )  65 世界人口会議( 専門家会議 ) ( ベオグラード ) 67 国連人口活動信託基金設立 67 USAID FP 協力開始 68 国連人権会議( テヘラン ) 69 国連人口基金( UNFPA )に改組	61 海外経済協力基金設立 63 海外技術協力事業団( OTCA )発足  64 日本、OECD 加盟 65 青年海外協力隊事業開始 67 人口分野初の研修員受け入れ事業開始( 国際家族計画研修 ) 68 JOICFP 設立 69 無償資金協力事業開始 69 IPPF への任意拠出金( 10 万ドル )開始 69 人口家族計画協力として初の二国間援助実施( インドネシア機材供与 )
1970年代	74 世界人口 40 億人到達	第二次国連開発の 10 年( 71-80 )  72 国連人間環境会議( ストックホルム )( 6 月 ) 72 国連環境計画 UNEP 設立( 12 月 ) 72 ローマクラブによる「成長の限界」発表( 3 月 )  74 世界食糧会議  78 WHO、UNICEF 国際会議( アルマーアタ )アルマーアタ宣言採択	72 第 2 回アジア人口会議( 東京 )( 1 月 )  74 国連世界人口年 74 世界人口会議( ブカレスト )( 8 月 )( 政府間会議・以下同 )	71 国連人口基金への拠出開始( 150 万ドル、内 50 万ドルが IPPF へ )  73 人口問題協議会設立 74 国際協力事業団( JICA )発足( 8 月 )  75 第三国研修開始( 3 月 ) 77 ODA「5 年間倍増計画」発表 78 ボンサミットにて「ODA 第 1 次中期目標発表」( ODA の 3 年倍増計画 )

西暦	世界			日本
	人口指標	開発関連の会議	人口関連の会議	ODA・JICA・民間団体等の動向
1980年代	87 世界人口50億人突破	80 国連世界国勢調査年 82 第2回国連人間環境会議(ナイロビ)(6月)(ナイロビ宣言採択) 85 国際婦人の10年 85 国連国際女性会議(ナイロビ) 86 WHOがWell-beingの定義発表	82 国連世界高齢会議(ウィーン) 82 第3回アジア人口会議(コロンボ) 84 国際人口会議(メキシコ・シティ)(8月) 89 「21世紀の人口フォーラム」開催(アムステルダム)	81 ODA 第2次中期目標発表 86 国立病院医療センター内に国際医療協力部設置 89-93 大蔵省、ODA・国際機関への拠出による650億ドル以上を環流 89 小規模無償(草の根無償の前身)事業開始 89 感染症対策特別機材事業開始 89 ODA 実績世界一に 89 国別援助実施指針及び国別事業実施基本方針策定開始
1990年代	97 AIDS 推定感染者数3060万人 99 世界人口60億人突破	90 子どものための世界サミット(ニューヨーク)(9月) 92 国連環境開発会議(リオデジャネイロ)(6月) 93 世界人権会議(ウィーン)(6月) 95 世界社会開発サミット(コペンハーゲン)(3月) 95 第4回世界女性会議(北京)(9月) 96 DAC「新開発戦略」採択(5月) 96 リヨンサミット(橋本首相・世界福祉イニシアティブ提唱)(6月) 97 国連環境開発特別総会(ニューヨーク)(6月) 97 タイ通過切り下げ、アジア金融不安 99 世界子どもサミット	92 第4回アジア人口会議(バリ島) 94 国際人口・開発会議(ICPD)(カイロ)(9月)(行動計画採択) 94 人口委員会が、人口開発委員会へ改称。 99 国連人口開発特別総会(ICPD+5)(ニューヨーク)(6月)	90 国際開発高等教育機関設立(FASID)(4月) 90 シニア海外ボランティア事業開始 92 ODA 大綱閣議決定(6月) 92 「人口と開発分野別援助研究会」報告書発表 92 JICA、PCM 手法の試行的導入開始 93 日米コモンアジェンダ(7月)発表 93 ODA 第5次中期計画(6月)(環境・人口など地球的問題盛り込む) 93 国立国際医療センター発足 93 第一回アフリカ開発会議(10月) 93 JICA 環境・女性課新設(4月) 94 「人口・エイズに関する地球規模の問題イニシアティブ(GII)」発表(94.2~2001.3) 94 人口家族計画特別機材供与開始 94 連携協力推進室新設(10月) 95 小規模無償を草の根無償に改称 95 JICA ホームページ立ち上げ(6月) 96 エイズ対策血液検査機材供与開始 96 JICA、アジア開発銀行と定期協議開始 97 開発福祉支援事業開始 97 母と子どものための健康対策特別機材供与開始 98 第二回アフリカ開発会議(10月) 99 ODA 第6次中期政策策定 99 国際協力銀行(JBIC)設立(10月) 99 開発パートナー事業開始

西暦	世界			日本
	人口指標	開発関連の会議	人口関連の会議	ODA・JICA・民間団体等の動向
2000年代		00 世界教育フォーラム(ダカール)(4月) 00 国連女性特別総会(ニューヨーク)(6月) 00 国連ミレニアムサミット(8月)  01 国連エイズ特別総会(7月) 02 開発資金国際会議(モントレイ、メキシコ)(3月) 02 持続可能な開発に関するサミット(ヨハネスブルグ)(9月)	02 第2回高齢者問題世界会議(マドリッド)(4月) 02 第5回アジア太平洋人口会議(12月)	00 外務省国別援助計画策定開始(4月) 00 九州・沖縄サミット(沖縄感染症イニシアティブ発表)(8月) 00 日本評価学会設立(9月) 00 感染症対策沖縄国際会議(12月) 00 JICA 大幅な機構改革(地域部制の導入)(1月) 00 小規模開発パートナー事業開始 01 「第二次人口と開発分野別援助研究会」発足 02 JICA 技術協力を技術協力プロジェクトに1本化 02 草の根技術協力事業開始 02 「第二次人口と開発分野別援助研究会」報告書発表

資料2 - 1 世界の人口指標

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>a</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
全世界	6,215	21	9	1.3	46	7,859	9,104	54	2.8	30	7	67	65	69		47	1.2	61	55		7,140
先進工業地域	1,197	11	10	0.1	3	1,249	1,231	7	1.6	18	15	76	72	79		75	0.4	68	58		22,060
開発途上地域	5,018	24	8	1.6	57	6,610	7,873	60	3.1	33	5	65	63	67		40	1.5	60	54		3,580
開発途上地域(中国除く)	3,737	27	9	1.9	73	5,156	6,479	64	3.5	36	4	63	61	64		41	1.9	48	41		3,470
アフリカ	840	38	14	2.4	120	1,281	1,845	86	5.2	43	3	53	52	54		33	6.6	26	20		1,961
サハラ以南アフリカ	693	40	15	2.5	132	1,081	1,606	91	5.6	44	3	49	49	50		30	9.0	19	13		1,540
北アフリカ	180	27	7	2.0	68	249	302	55	3.5	36	4	66	64	68		45	0.5	49	43		3,500
アルジェリア	31.4	23	5	1.8	63	43.0	51.3	54	2.8	35	4	70	68	71	B	49	0.1	64	50	H	5,040
エジプト	71.2	27	7	2.0	62	96.1	115.4	44	3.5	36	4	66	65	68	B	43	Z	56	54	H	3,670
スーダン	32.6	36	12	2.4	95	49.6	63.5	82	4.9	40	3	56	55	57	C	27	2.6	10	7	H	1,520
チュニジア	9.8	17	6	1.2	24	11.6	12.2	26	2.1	30	6	72	70	74	B	63	Z	60	49	H	6,070
西サハラ	0.3	46	17	2.9	123	0.4	0.6	140	6.8						D	95					
モロッコ	29.7	25	6	1.9	63	40.5	48.4	50	3.1	32	5	69	67	71	B	55	0.1	58	49	H	3,450
リビア	5.4	28	4	2.4	101	8.3	10.8	30	3.7	36	4	75	73	77	B	86	0.2	45	26	S	
西アフリカ	247	42	15	2.7	145	403	605	87	5.8	45	3	51	50	51		35	5.0	14	8		1,030
ガーナ	20.2	32	10	2.2	58	26.5	32.0	56	4.3	43	3	58	56	59	C	37	3.0	22	13	H	1,910
カーボ・ヴェルデ	0.5	37	7	3.0	81	0.7	0.8	31	4.0	43	7	69	66	72	B	53		53	46	H	4,760
ガンビア	1.5	42	13	2.9	186	2.7	4.2	82	5.8	45	3	53	51	55	C	37	1.6	10	9	H	1,620
ギニア	8.4	45	18	2.7	147	14.1	20.7	119	5.5	44	3	48	47	48	C	26	1.5	6	4	H	1,930
ギニア・ビサオ	1.3	45	20	2.5	161	2.2	3.3	126	6.0	44	4	45	43	46	C	22	2.8	8	4	H	710
コートジボアール	16.8	36	16	2.0	112	25.6	35.7	95	5.2	47	2	45	44	47	B	46	9.7	14	7	H	1,500
シエラ・レオネ	5.6	49	25	2.4	166	10.6	14.9	153	6.5	44	3	39	38	40	D	37	7.0	4	4	H	480
セネガル	9.9	38	12	2.6	129	16.5	22.7	68	5.2	44	3	53	52	55	C	43	0.5	9	8	H	1,480
トーゴ	5.3	40	11	2.9	84	7.6	9.7	80	5.8	47	2	55	53	57	C	31	6.0	23	7	S	1,410
ナイジェリア	129.9	41	14	2.7	134	204.5	303.6	75	5.8	44	3	52	52	52	C	36	5.8	15	9	H	800
ニジェール	11.6	55	20	3.5	346	25.7	51.9	123	8.0	50	2	45	45	46	C	17	1.4	14	4	H	740
ブルキナ・ファソ	12.6	47	17	3.0	172	21.6	34.3	105	6.8	49	3	47	46	47	B	15	6.5	12	5	H	970
ベニン	6.6	41	12	2.9	173	12.1	18.1	85	5.6	46	3	54	53	56	B	39	3.6	18	7	S	980
マリ	11.3	49	19	3.0	221	21.6	36.4	113	6.8	47	3	47	46	48	B	26	1.7	8	6	H	780
モーリタニア	2.6	34	14	2.0	175	5.1	7.2	74	4.7	44	3	53	53	55	B	55	0.5	8	5	S	1,630
リベリア	3.3	49	17	3.1	204	6.0	10.0	139	6.6	43	3	50	49	52	D	45	2.8			H	
東アフリカ	260	41	16	2.4	120	396	572	97	5.7	45	3	47	47	48		20	9.7	21	16		880
ウガンダ	24.7	48	18	3.0	241	48.0	84.1	88	6.9	51	2	43	42	44	B	16	5.0	22	18	H	1,210
エチオピア	67.7	40	15	2.5	155	117.6	172.7	97	5.9	44	3	52	51	53	B	15	6.4	8	6	H	660

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>a)</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c)</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d)</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e)</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f)</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
エリトリア	4.5	43	12	3.0	198	8.3	13.3	77	5.9	43	3	56	53	58	C	16	2.8	8	4	H	960
ケニア	31.1	34	14	2.0	20	33.3	37.4	74	4.4	44	3	48	47	49	B	20	15.0	39	32	H	1,010
コモロ	0.6	47	12	3.5	199	1.1	1.8	86	6.8	46	5	56	54	59	C	29	0.1	25	22	H	1,590
ザンビア	10.0	42	22	2.0	104	14.3	20.3	95	5.7	48	3	37	37	37	B	38	21.5	26	14	H	750
ジブチ	0.7	39	19	2.0	64	0.8	1.1	117	5.9	43	3	43	42	44	D	83	11.8			H	
ジンバブエ	12.3	29	20	0.9	-18	10.3	10.1	65	4.0	44	3	38	39	36	B	32	33.7	54	50	H	2,550
セイシェル	0.1	18	7	1.1	6	0.1	0.1	10	2.1	29	8	70	67	73	C	63				H	
ソマリア	7.8	48	19	2.9	229	14.9	25.5	126	7.2	44	3	47	45	48	D	28	1.0	8	1	S	
タンザニア	37.2	40	13	2.7	137	59.8	88.3	99	5.6	45	3	52	51	53	C	22	7.8	25	17	H	520
ブルンジ	6.7	43	21	2.2	202	12.4	20.2	116	6.8	48	3	41	40	41	C	8	8.3			H	580
マダガスカル	16.9	43	13	3.0	178	30.8	47.0	96	5.8	45	3	55	53	57	B	22	0.3	19	10	H	820
マヨット	0.2	41	10	3.1	241	0.4	0.6	75	5.0	47	2	60	57	62	C						
マラウイ	10.9	46	22	2.4	38	12.8	15.0	104	6.5	46	3	38	37	38	B	20	15.0	29	26	H	600
モーリシャス	1.2	16	7	1.0	22	1.4	1.5	13.7	1.9	26	6	72	68	75	A	43	0.1	75	49	S	9,940
モザンビーク	19.6	43	23	2.0	17	20.6	22.9	135	5.6	45	3	38	38	37	B	28	13.0	5	5	H	800
ルワンダ	7.4	42	21	2.2	20	8.0	8.9	107	5.8	44	3	39	39	40	C	5	8.9	13	4	H	930
レユニオン	0.7	20	5	1.5	35	0.9	1.0	8	2.3	27	7	75	70	79	B	73		67	62		
中部アフリカ	102	45	15	2.9	218	191	324	100	6.4	47	3	49	48	51		33	6.3	11	4		1,000
アンゴラ	12.7	48	20	2.9	319	28.2	53.3	122	6.8	48	3	45	44	47	D	32	5.5	7	4	S	1,180
ガボン	1.2	32	16	1.6	47	1.4	1.8	57	4.3	40	6	50	49	51	B	73	4.2	31	12	L	5,360
カメルーン	16.2	37	12	2.5	114	24.7	34.7	77	4.9	43	3	55	54	56	C	48	11.8	26	8	H	1,590
コンゴ共和国	3.2	44	14	3.0	235	6.3	10.7	72	6.3	46	3	51	49	53	D	41	7.2			H	570
コンゴ民主共和国	55.2	46	15	3.1	229	106.0	181.9	102	6.9	48	3	49	47	51	D	29	4.9	8	2	S	680
サントメ・プリンシペ	0.2	43	8	3.5	195	0.3	0.5	50	6.1	48	4	65	64	67	C	44				H	
赤道ギニア	0.5	43	17	2.7	185	0.9	1.4	108	5.9	44	4	51	49	53	D	37	3.4			S	5,600
チャド	9.0	49	16	3.3	270	18.2	33.3	103	6.6	48	3	51	49	53	C	21	3.6	8	2	S	870
中央アフリカ共和国	3.6	38	18	2.0	75	4.9	6.4	98	5.1	44	4	44	42	46	C	39	12.9	14	3	S	1,160
南アフリカ	50	26	15	1.1	-19	42	41	51	3.1	35	5	50	50	51		50	21.6	53	52		8,610
スワジランド	1.1	41	20	2.0	80	1.4	2.0	109	5.9	46	3	40	40	41	C	25	33.4	21	19	H	4,600
ナミビア	1.8	35	20	1.6	35	2.0	2.5	72	4.9	43	4	43	44	41	B	27	22.5	27	26	H	6,410
ボツワナ	1.6	31	22	0.8	-27	1.2	1.2	60	3.9	41	4	39	39	40	D	49	38.8	44	42	H	7,170
南アフリカ	43.6	25	15	1.1	-25	35.1	32.5	45	2.9	34	5	51	50	52	B	54	20.1	56	55	H	9,160
レソト	2.2	33	15	1.8	29	2.4	2.8	84	4.3	40	5	51	50	52	C	16	31.0	30	30	H	2,590
北アメリカ	319	14	9	0.6	41	382	450	6	2.1	21	13	77	74	80		75	0.6	76	71		33,410
アメリカ合衆国	287.4	15	9	0.6	44	346.0	413.5	6.6	2.1	21	13	77	74	80	A	75	0.6	76	72	S	34,100

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>a</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
カナダ	31.3	11	7	0.3	17	36.0	36.6	5.3	1.5	19	13	79	76	81	A	78	0.3	69	68	S	27,170
ラテンアメリカ・カリブ海諸国	531	23	6	1.7	53	697	815	30	2.7	32	6	71	68	74		75	0.7	70	62		6,860
中央アメリカ	140	27	5	2.2	61	188	225	28	3.1	35	5	74	71	76		67	0.5	65	57		7,490
ベリーズ	0.3	29	6	2.3	137	0.4	0.6	21	3.7	41	5	72	70	74	B	49	2.0	47	42	S	5,240
コスタ・リカ	3.9	21	4	1.7	49	5.2	5.9	11	2.5	32	6	77	75	79	B	45	0.6	80	72	S	7,980
エル・サルヴァドル	6.6	30	7	2.3	89	9.3	12.4	30	3.5	36	5	70	67	73	B	58	0.6	60	54	H	4,410
グアテマラ	12.1	36	7	2.9	125	19.8	27.2	41	4.6	44	4	66	63	69	B	39	1.0	38	31	H	3,770
ホンデュラス	6.7	33	6	2.8	81	9.6	12.2	42	4.4	43	4	66	64	68	B	46	1.6	50	40	H	2,400
メキシコ	101.7	26	5	2.1	48	131.7	150.7	25	2.9	33	5	75	73	78	B	74	0.3	69	60	H	8,790
ニカラグア	5.4	34	5	2.8	117	8.6	11.6	40	4.1	43	3	68	66	71	B	57	0.2	60	57	H	2,080
パナマ	2.9	23	4	1.9	46	3.8	4.3	17	2.6	32	6	74	72	77	C	62	1.5			S	5,680
カリブ海諸国	37	21	8	1.3	35	45	50	43	2.6	30	7	69	67	71		61	2.4	61	57		
アンティグア・バーブーダ	0.1	22	6	1.6	3	0.1	0.1	17	2.4	28	8	71	68	73	C	37				S	10,000
オランダ領アンティラ	0.2	14	6	0.7	12	0.2	0.3	12	1.9	25	8	76	73	79	B	70					
キューバ	11.3	12	7	0.5	-1	11.8	11.1	6	1.5	21	10	76	74	78	C	75	0.1	73	72	S	
グアドループ	0.5	17	6	1.2	21	0.5	0.6	8.4	1.9	25	9	77	73	80	B	48					
グレナダ	0.1	19	7	1.2	-16	0.1	0.1	14	2.4	38	8	71			C	34		54	49	H	6,960
ジャマイカ	2.6	20	5	1.5	46	3.3	3.8	24	2.4	31	7	75	73	77	B	50	1.2	66	63	H	3,440
セントクリストファー・ネイビス	0.04	19	9	1.0	33	0.05	0.1	24	2.4	30	9	71	68	74	C	43				H	10,960
セントビンセント・グレナディーン	0.1	20	8	1.2	-21	0.1	0.1	21.6	2.3	31	6	72	71	74	A	44				H	5,210
セントルシア	0.2	18	6	1.2	47	0.2	0.2	13.4	2.0	32	6	71	69	74	A	30				H	5,400
ドミニカ	0.1	16	8	0.8	14	0.1	0.1	16.1	1.8	33	9	73	71	76	B	71				S	
ドミニカ共和国	8.8	26	5	2.1	70	12.1	14.9	47	3.1	35	5	69	67	71	B	61	2.7	64	59	H	5,710
トリニダード・トバゴ	1.3	14	8	0.7	6	1.4	1.4	17.1	1.7	26	7	71	68	73	A	72	2.5			H	8,220
ハイチ	7.1	33	15	1.7	68	9.6	11.9	80	4.7	43	4	49	48	51	C	35	6.1	28	22	H	1,470
バハマ	0.3	18	5	1.3	45	0.4	0.5	15.8	2.1	29	5	72	70	75	A	84	3.5			H	16,400
バルバドス	0.3	15	8	0.6	11	0.3	0.3	13.2	1.8	23	9	73	70	76	A	38	1.3			S	15,020
プエルトリコ	3.9	15	7	0.8	7	4.1	4.1	10.6	1.9	24	11	76	71	80	A	71		78	68		
マルチニーク	0.4	14	6	0.8	14	0.4	0.4	7	1.8	23	10	79	76	82	C	93					
南アメリカ	354	22	6	1.5	52	463	540	29	2.5	31	6	70	67	74		79	0.6	74	65		7,070
アルゼンティン	36.5	19	8	1.1	49	47.2	54.5	17.6	2.6	28	10	74	70	77	A	90	0.7			S	12,050
ウルグアイ	3.4	16	10	1.7	25	3.8	4.2	14.1	2.2	25	3	75	71	79	A	92	0.3			L	8,880
エクアドル	13.0	28	6	2.2	76	18.5	22.9	30	3.3	37	4	71	68	73	B	61	0.3	66	50	H	2,910
ガイアナ	0.8	24	8	1.5	-34	0.7	0.5	56	2.5	32	5	63	59	67	D	36	2.7			S	3,670
コロンビア	43.8	22	6	1.7	63	59.7	71.5	21	2.6	33	5	71	68	74	B	71	0.4	76	64	S	6,060



	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2050年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>b)</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c)</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d)</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e)</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f)</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
スリナム	0.4	24	7	0.7	-11	0.5	0.4	26	2.8	33	5	71	68	74	D	69	1.2	42		S	3,480
チリ	15.6	18	6	1.2	43	19.5	22.2	11.6	2.4	28	7	77	73	79	A	86	0.3			S	9,100
パラグアイ	6.0	31	5	2.7	149	10.1	15.0	37	4.2	39	5	71	69	73	B	54	0.1	57	48	H	4,450
ブラジル	173.8	20	7	1.3	42	219.0	247.2	33	2.2	30	6	69	65	73	B	81	0.7	76	70	S	7,300
フランス領ギアナ	0.2	26	5	2.1	186	0.3	0.5	17	3.6	33	5	76	72	79	C	79					
ヴェネズエラ	25.1	24	5	1.9	63	34.8	41.0	19.6	2.8	34	4	73	71	77	A	87	0.5			S	5,740
ペルー	26.7	26	7	2.0	60	35.7	42.8	33	2.9	34	5	69	66	71	B	72	0.4	68	50	H	4,660
ボリヴィア	8.8	32	9	2.3	95	13.2	17.1	61	4.1	40	4	63	61	64	B	64	0.1	48	25	S	2,360
<b>アジア</b>	<b>3,766</b>	<b>20</b>	<b>7</b>	<b>1.3</b>	<b>41</b>	<b>4,741</b>	<b>5,297</b>	<b>53</b>	<b>2.6</b>	<b>30</b>	<b>6</b>	<b>67</b>	<b>66</b>	<b>69</b>		<b>38</b>	<b>0.4</b>	<b>64</b>	<b>59</b>		<b>4,280</b>
アジア(中国を除く)	2,485	24	8	1.6	57	3,287	3,904	59	3.1	34	5	66	64	67		38	0.5	52	44		4,470
西アジア	197	27	7	2.0	105	298	404	45	3.9	36	5	68	66	70		65	Z	51	30		5,920
アゼルバイジャン	8.2	14	6	0.8	59	10.2	13.0	13	1.9	32	5	72	69	75	B	51	Z	55	16	S	2,740
アラブ首長国連邦	3.5	17	2	1.5	47	4.5	5.1	19	3.5	26	1	74	72	77	B	78	0.2	28	24	L	19,410
アルメニア	3.8	8	6	0.2	-17	3.7	3.2	16	1.1	27	9	72	70	74	B	67	0.2	59	22	L	2,580
イエメン	18.6	44	11	3.3	282	39.6	71.1	75	7.2	48	3	59	57	61	B	26	0.1	21	10	H	770
イスラエル	6.6	21	6	1.5	67	9.3	11.0	5.3	2.9	28	10	78	76	81	A	91	0.1			L	19,330
イラク	23.6	35	10	2.5	154	41.2	60.1	103	5.4	47	3	58	56	59	D	68	Z			S	
オマーン	2.6	33	4	2.9	189	5.1	7.4	17	4.7	35	2	73	72	75	B	72	0.1	24	18	H	
カタール	0.6	31	4	2.7	39	0.8	0.9	12	3.9	26	1	72	70	75	B	91	0.1	43	32	S	
キプロス	0.9	12	7	0.6	9	1.0	1.0	5	1.7	22	10	77	75	80	C	66	0.3			L	20,780
クウェイト	2.3	32	3	2.9	140	3.9	5.5	9	4.3	26	1	76	74	78	B	100	0.1	52	39	S	18,690
グルジア	4.4	9	9	0.0	-44	3.6	2.5	18	1.2	20	14	73	69	77	B	56	Z	41	20	L	2,680
サウディ・アラビア	24.0	35	6	2.9	152	40.9	60.3	19	5.7	43	3	72	71	73	B	83	Z	32	29	S	11,390
シリア	17.2	31	6	2.6	101	26.5	34.4	24	4.1	41	3	70	70	70	B	50	Z	40	28	S	3,340
トルコ	67.3	22	7	1.5	44	85.0	96.9	35	2.5	30	6	69	67	72	B	66	Z	64	38	H	7,030
バハレーン	0.7	22	3	1.9	328	1.7	2.9	9	2.8	28	3	74	73	75	B	87	0.3	62	31	S	14,410
パレスチナ	3.5	40	4	3.5	223	7.4	11.2	26	5.9	46	3	72	71	74	B	57	Z	51	37		
ヨルダン	5.3	28	5	2.3	122	8.7	11.8	31	3.6	40	5	70	69	71	B	79	Z	53	38	H	3,950
レバノン	4.3	21	7	1.4	34	5.4	5.8	33	2.4	28	7	73	72	75	C	88	0.1	61	37	S	4,550
<b>南・中央アジア</b>	<b>1,521</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>1.8</b>	<b>63</b>	<b>2,047</b>	<b>2,474</b>	<b>69</b>	<b>3.3</b>	<b>37</b>	<b>4</b>	<b>63</b>	<b>62</b>	<b>63</b>		<b>30</b>	<b>0.6</b>	<b>49</b>	<b>42</b>		<b>2,370</b>
アフガニスタン	27.8	43	19	2.4	142	45.9	67.2	154	6.0	43	3	45	46	44	D	22	Z			H	
イラン	65.6	18	6	1.2	47	84.7	96.5	32	2.5	33	5	69	68	70	B	66	0.1	74	56	H	5,910
インド	1,049.5	26	9	1.7	55	1,363.0	1628.0	68	3.2	36	4	63	62	64	B	28	0.8	48	43	H	2,340
ウズベキスタン	25.4	22	5	1.7	52	37.2	38.6	20	2.7	38	4	70	68	73	C	38	Z	67	63	S	2,360
カザフスタン	14.8	15	10	0.5	-5	14.7	14.0	20	1.8	29	7	66	60	71	B	56	0.1	66	53	L	5,490

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>a</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
キルギスタン	5.0	20	7	1.3	51	6.5	7.5	23	2.4	35	6	69	65	72	B	35	Z	60	49	S	2,540
スリ・ランカ	18.9	18	6	1.2	20	22.1	22.7	17	2.0	27	6	72	70	74	C	30	Z	66	44	S	3,460
タジキスタン	6.3	19	4	1.4	35	7.8	8.5	19	2.4	42	4	68	66	71	C	27	Z	34	27	H	1,090
トルクメニスタン	5.6	19	5	1.3	42	7.2	7.9	25	2.2	38	4	67	63	70	C	44	Z	62	53	S	3,800
ネパール	23.9	31	11	2.1	82	36.1	43.4	64	4.1	41	4	58	58	57	B	11	0.5	39	35	H	1,370
パキスタン	143.5	30	9	2.1	131	242.1	332.0	86	4.8	42	4	63	63	63	B	33	0.1	28	20	H	1,860
バングラデシュ	133.6	30	8	2.2	54	177.8	205.4	66	3.3	40	3	59	59	59	B	23	Z	54	43	H	1,590
ブータン	0.9	34	9	2.5	122	1.4	2.0	61	4.7	39	5	66	66	66	D	16	Z		31	H	1,440
モルディブ	0.3	23	4	1.9	137	0.5	0.7	37	3.4	41	4	67	67	66	C	27	0.1	18		H	4,240
東南アジア	536	22	7	1.5	51	706	811	41	2.7	32	5	67	65	70		36	0.6	57	50		3,450
インドネシア	217.0	22	6	1.6	46	281.9	315.8	46	2.6	31	5	68	66	70	B	39	0.1	57	55	H	2,830
カンボディア	12.3	28	11	1.7	78	18.4	21.9	95	4.0	43	4	56	54	58	B	16	2.7	24	19	H	1,440
シンガポール	4.2	12	4	0.8	145	8.0	10.4	2.2	1.4	21	7	78	76	80	A	100	0.2	65		L	24,910
タイ	62.6	14	6	0.8	15	72.1	71.9	20	1.8	24	6	72	70	75	B	31	1.8	72	70	S	6,320
東チモール	0.8	29	15	1.5	81	1.2	1.4	135	4.4	43	5	48	47	48	C	8					
フィリピン	80.0	28	6	2.2	82	115.5	145.7	26	3.5	37	4	68	65	71	B	47	Z	47	32	H	4,220
ブルネイ	0.4	22	3	2.0	69	0.5	0.6	15	2.7	32	3	74	71	76	C	67	0.2			S	24,910
ヴェトナム	79.7	19	5	1.4	47	104.1	117.2	30	2.3	31	6	68	67	70	B	24	0.3	74	61	H	2,000
マレーシア	24.4	23	4	1.9	90	35.6	46.4	8	3.2	33	4	73	70	75	C	57	0.4	55	30	H	8,330
ミャンマー	49.0	25	12	1.3	40	60.2	68.5	90	3.1	33	5	56	54	59	D	27	2.0	33	28	S	
ラオス	5.5	36	13	2.3	107	8.6	11.3	104	4.9	43	4	54	52	55	B	17	0.1	32	29	H	1,540
アジア	1,512	13	7	0.7	6	1,690	1,608	29	1.7	22	8	72	70	74		44	0.1	82	81		6,280
韓国	48.4	13	5	0.8	3	50.5	50.0	8	1.5	22	7	76	72	80	B	79	Z	81	67	S	17,300
北朝鮮	23.2	18	10	0.7	14	25.7	26.4	42	2.1	27	6	64	62	67	C	59	Z	62	53	S	
台湾	22.5	11	6	0.6	12	25.3	25.2	6.1	1.4	21	9	75	73	78	A	77					
中国	1,280.7	13	6	0.7	9	1,454.7	1,393.6	31	1.8	23	7	71	69	73	B	38	0.1	84	83	S	3,920
香港特別行政区 <sup>g</sup>	6.8	7	5	0.2	10	8.4	7.5	3.1	0.9	17	11	79	77	82	A	100	0.1	86			25,590
マカオ特別行政区 <sup>g</sup>	0.4	7	3	0.4	80	0.6	0.8	4	0.9	22	7	77	75	80	B	99					18,190
日本	127.4	9	8	0.2	-21	121.1	100.6	3.2	1.3	14	18	81	78	85	A	78	Z	56	48	L	27,080
モンゴル	2.4	23	8	1.5	60	3.3	3.9	37	2.5	34	4	63	61	65	B	57	Z	60	46	S	1,760
ヨーロッパ	728	10	11	-0.1	-11	718	651	8	1.4	17	15	74	70	78		73	0.4	67	52		16,150
北ヨーロッパ	96	11	10	0.1	7	103	103	5	1.6	19	15	78	75	80		83	0.1	70	67		22,960
アイスランド	0.3	15	6	0.9	32	0.3	0.4	3.0	2.0	23	12	79	78	81	A	93	0.2			S	28,710
アイルランド	3.8	14	8	0.6	20	4.5	4.5	5.9	1.9	21	11	77	74	79	A	58	0.1			S	25,520
イギリス	60.2	11	10	0.1	9	64.8	65.4	5.6	1.6	19	16	78	75	80	A	90	0.1	72	71	S	23,550

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 <sup>b)</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c)</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳) HIV/AIDS 感染率 (%)	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 (%) <sup>d)</sup>	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) <sup>e)</sup>	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f)</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
エストニア	1.4	9	14	-0.4	-36	1.2	0.9	9	1.3	18	15	71	65	76	B	69	1.0	70	56	L	9,340
海峡諸島	0.2	12	10	0.3	-17	0.1	0.1	2.8	1.5	17	15	78	75	80	A	30					
スウェーデン	8.2	10	11	-0.0	10	9.5	9.8	3.4	1.6	18	17	80	77	82	A	84	0.1			S	23,970
デンマーク	5.4	12	11	0.1	20	5.9	6.4	5.3	1.7	19	15	77	75	79	A	85	0.2			S	27,250
ノールウェー	4.5	13	10	0.3	15	5.0	5.2	3.8	1.8	20	15	79	76	81	A	74	0.1			S	29,630
フィンランド	5.2	11	10	0.2	-8	5.3	4.8	3.7	1.7	18	15	78	74	81	A	61	0.1	79	78	S	24,570
ラトヴィア	2.3	8	14	-0.6	-25	2.2	1.8	11	1.2	17	15	71	65	76	B	68	0.4	85	60	L	7,070
リトアニア	3.5	9	12	-0.3	-10	3.5	3.1	8	1.3	19	14	73	68	78	B	67	0.1	47	30	L	6,980
西ヨーロッパ	184	11	9	0.1	-3	187	178	5	1.5	17	16	78	75	82		78	0.2	77	73		25,300
オーストリア	8.1	9	9	0.0	1	8.4	8.2	4.9	1.3	17	15	78	75	81	A	54	0.2	68	65	L	26,330
オランダ	16.1	13	9	0.4	12	17.7	18.0	5.1	1.7	19	14	78	76	81	A	62	0.2	79	76	S	25,850
スイス	7.3	10	8	0.2	1	7.6	7.4	5.0	1.4	17	15	80	77	83	A	68	0.5	82	78	L	30,450
ドイツ	82.4	9	10	-0.1	-18	78.1	67.7	4.4	1.3	16	16	78	75	81	A	86	0.1	75	72	L	24,920
フランス	59.5	13	9	0.4	9	64.2	65.1	4.5	1.9	19	16	79	76	83	A	74	0.3	80	74	L	24,420
ベルギー	10.3	11	10	0.1	6	10.8	11.0	5.3	1.7	18	17	78	75	82	A	97	0.2	78	74	S	27,470
モナコ	0.03	23	16	0.6	15	0.04	0.04			15	23				D	100				S	
リヒテンシュタイン	0.03	12	7	0.5	15	0.04	0.04	7.9	1.4	19	11				A	23				S	
ルクセンブルグ	0.5	13	9	0.5	32	0.6	0.6	5.1	1.8	19	14	78	75	81	A	88	0.2			L	47,470
東ヨーロッパ	301	9	14	-0.5	-23	279	231	13	1.2	18	13	68	63	74		68	0.6	64	42		7,550
ウクライナ	48.2	8	15	-0.8	-20	45.1	38.4	12	1.1	17	14	68	62	74	B	67	1.0	68	38	L	3,700
スロヴァキア	5.4	10	10	-0.0	-12	5.2	4.7	8.6	1.2	19	11	73	69	77	A	57	Z	74	41	L	11,040
チェコ共和国	10.3	9	11	-0.2	-9	10.3	9.4	4.0	1.1	16	14	75	72	78	A	77	Z	67	58	L	13,780
ハンガリー	10.1	10	13	-0.4	-21	9.2	8.1	9.2	1.3	17	15	72	67	76	A	64	0.1	77	68	L	11,990
ブルガリア	7.8	9	14	-0.5	-32	6.6	5.3	13.4	1.3	16	16	72	68	75	A	69	Z	41	26	L	5,560
ベラルーシ	9.9	9	14	-0.5	-14	9.4	8.5	9	1.3	18	14	69	63	75	B	70	0.3	50	42	L	7,550
ポーランド	38.6	10	10	0.0	-12	38.6	33.9	8.1	1.3	19	12	74	70	78	B	62	0.1	49	19	L	9,000
トンガ	0.1	27	6	2.1	81	0.1	0.2	19	4.2	41	4	71	70	72	C	32				S	
モルドヴァ	4.3	9	10	-0.1	-0	4.5	4.2	18	1.3	24	9	68	64	71	B	46	0.2	62	43	S	2,230
ルーマニア	22.4	10	12	-0.2	-24	20.6	17.1	18.4	1.2	18	14	71	67	74	A	55	Z	64	30	L	6,360
ロシア	143.5	9	16	-0.7	-29	129.1	101.7	15	1.3	18	13	65	59	72	B	73	0.9	67	49	L	8,010
南ヨーロッパ	147	10	9	0.1	-5	149	139	6	1.3	16	17	78	75	81		70	0.4	64	47		17,820
アルバニア	3.1	17	5	1.2	51	4.1	4.7	12	2.1	32	6	74	72	76	B	46	Z	58	15	S	3,600
アンドラ	0.1	11	4	0.7	118	0.1	0.1	4	1.2	15	13				C	93				S	
イタリア	58.1	9	9	0.0	-10	57.5	52.2	4.6	1.3	14	19	80	77	83	A	90	0.4	60	39	L	23,470
ギリシャ	11.0	10	10	-0.0	-12	10.4	9.7	6.1	1.3	15	17	78	76	81	A	59	0.2			L	16,860

	2002年 中央人口 (百万人)	出生率 (人口千対)	死亡率 (人口千対)	自然 増加率 (%)	推定人口 変動率 2002- 2050年 (%)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	将来推計 人口 2025年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対) <sup>a</sup>	合計特殊 出生率 <sup>b</sup>	15歳未満 人口(%)	65歳以上 人口(%)	出生時 平均余命 合計	出生時 平均余命 男	出生時 平均余命 女	データの 有効性 コード <sup>c</sup>	都市人口 (%)	成人 (15-49歳 HIV/AIDS 感染率 (%))	成人女性 避妊実行 率何らか の方法 <sup>d</sup> (%)	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 <sup>e</sup> (%)	現出生率 に対する 政府見解 <sup>f</sup>	国民一人 あたり GNIPPP 2000年 (USドル)
クロアチア	4.3	10	12	-0.2	-17	4.1	3.6	7.4	1.4	20	13	74	70	77	A	54	Z			L	7,960
サンマリノ	0.03	11	8	0.3	11	0.03	0.03	3.3	1.2	15	16	80	76	83	C	89				S	
スペイン	41.3	10	9	0.1	2	44.3	42.1	4.5	1.2	15	17	79	76	83	A	64	0.5	72	67	L	19,260
スロヴェニア	2.0	9	9	-0.0	-15	2.0	1.7	4.9	1.3	16	14	76	72	79	A	50	Z	71	57	S	17,310
ボスニアヘルツェゴビナ	3.4	12	8	0.4	-1	3.6	3.4	11	1.6	20	8	68	65	72	D	40	Z	48	16	L	
ポルトガル	10.4	12	10	0.2	-18	9.7	8.6	5.5	1.5	16	16	76	73	80	A	48	0.5			L	16,990
マケドニア <sup>1</sup>	2.0	15	9	0.6	3	2.2	2.1	11.8	1.9	22	10	73	70	75	A	59	Z			H	5,020
マルタ	0.4	11	8	0.3	-4	0.4	0.4	6.1	1.7	20	12	77	74	80	B	91	0.1	86	43	S	16,530
ユーゴスラヴィア	10.7	12	11	0.2	-4	10.7	10.2	13	1.7	20	14	72	70	75	C	52	0.2	58	33	S	
<b>オセアニア</b>	<b>32</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>1.0</b>	<b>47</b>	<b>40</b>	<b>46</b>	<b>30</b>	<b>2.5</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>77</b>		<b>69</b>	<b>0.2</b>	<b>59</b>	<b>56</b>		<b>18,770</b>
オーストラリア	19.7	13	7	0.6	27	23.2	25.0	5.2	1.7	20	12	80	77	82	A	85	0.1	67	65	S	24,970
キリバス	0.1	32	8	2.4	144	0.2	0.2	62	4.5	42	3	62	59	65	C	37				H	
グアム	0.2	24	4	2.0	68	0.2	0.3	8.7	3.4	30	5	77	75	80	A	38					
サモア	0.2	30	6	2.4	40	0.2	0.2	25	4.5	41	5	68	65	72	C	21				H	5,050
ソロモン諸島	0.5	41	7	3.4	204	0.9	1.5	25	5.7	43	3	67	67	68	C	13				H	1,710
トバル	0.01	21	8	1.4	90	0.02	0.02	29	2.4	34	3	67	64	70	D	42				H	
トンガ	0.1	27	6	2.1	81	0.1	0.2	19	4.2	41	4	71	70	72	C	32				S	
ナウル	0.01	23	5	1.8	92	0.02	0.02	13	4.4	40	2	61	57	65	B	100				S	
ニューカレドニア	0.2	21	6	1.6	77	0.3	0.4	7	2.6	30	5	73	70	76	B	71					21,820
ニュー・ジーランド	3.9	14	7	0.7	28	4.6	5.0	5.3	2.0	23	12	78	76	81	A	77	0.1	74	72	S	18,530
バブア・ニューギニア	5.0	34	11	2.3	118	8.0	10.9	77	4.8	39	4	57	56	58	B	15	0.7	26	20	H	2,180
パラオ	0.02	21	7	1.4	30	0.02	0.03	19	2.6	27	5	67	65	69	C	71				S	
ヴァヌアツ	0.2	36	6	3.0	123	0.4	0.5	45	5.3	42	3	67	66	69	C	21			20	S	2,960
フィジー	0.9	25	6	1.9	10	1.0	0.9	20	3.3	35	3	67	65	69	C	46	0.1			S	4,480
フランス領ポリネシア	0.2	21	5	1.6	54	0.3	0.4	8	2.6	31	4	72	69	74	C	53					23,340
マーシャル諸島	0.1	42	5	3.7	370	0.1	0.3	37	5.7	49	2	68	66	69	C	65				H	
ミクロネシア連邦	0.1	31	6	2.5	108	0.2	0.2	45	4.9	44	4	66	65	67	C	27				H	

出所：Population Reference Bureau, 2002 World Population Data sheet (NPO2050 訳「2002世界人口データシート」)

注： はデータが入手可能だったか不適当だったことを示す。

Zは0.5%未満だったことを示す。

<sup>a</sup> 乳児死亡率(出生千対)は、小数点第一位まで表示されている数値は、国の登録システムが完全であることを、また小数点のない数値はそれが上記機関による推定値であることを示している。また、乳児死亡数が50件以下である場合の乳児死亡率は表中に斜体で示されており、したがって年ごとのバラツキが大きい。

<sup>b</sup> 一人の女性が生涯に産むとされる平均子ども数。

<sup>c</sup> A=完全なデータ～D=データがほとんどまたは全くない

<sup>d</sup> H=高すぎる、S=満足できる、L=低すぎる

<sup>e</sup> 特別行政区

<sup>f</sup> 旧ユーゴスラヴィア共和国

\* 1996年以前のデータは斜体で示す。

資料2 - 2 世界の人口・環境・開発に関する指標

地域・国	人口 <sup>a</sup>					一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000 (6)	水ストレス <sup>g</sup> 1990s (7)	森林カバー 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000 (8)	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998 (9)	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998 (10)	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s (11)	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> {Int'l\$}) 1998 (12)	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997 (13)	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s (14)	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997 (15)
	総数 <sup>c</sup> (1000人) 2001 (1)	人口密度 <sup>b</sup> (人口/km <sup>2</sup> ) 2001 (2)	年平均増加率 (%) 2000-2005												
			総数 <sup>c</sup> (3)	都市 <sup>d</sup> (4)	農村 <sup>e</sup> (5)										
<b>世界全体</b>	6,134,135	45	1.2	2.0	0.4	7,113	LOW	-0.2	0.26	..	..	6,380	1,671	124	4.2
先進工業地域	1,193,861	23	0.2	0.5	-0.8	10,852	..	0.1	0.51	..	..	19,069	4,741	473	11.3
開発途上地域	4,940,274	60	1.5	2.7	0.6	6,196	..	-0.5	0.20	18	..	3,243	838	30	2.1
後開発途上諸国	674,954	33	2.5	4.5	1.6	7,065	..	-0.8	0.22	39	..	1,017	300	5	0.2
<b>アフリカ</b>	812,603	27	2.3	3.7	1.2	5,157	LOW	-0.8	0.28	27	..	1,905	733	26	1.1
東アフリカ	256,673	40	2.4	4.6	1.4	3,351	..	-1.0	0.21	46	..	857	442	7	0.2
ブルンディ	6,502	234	3.0	5.9	2.2	538	LOW	-9.0	0.17	68	..	570	..	5	0.0
コモロ	727	325	2.9	4.4	1.7	..	..	-4.3	0.18	..	..	1,398	..	10 <sup>q</sup>	0.1
ジブティ	644	28	1.0	2.4	0.8	..	..	0.0	..	..	..	..	..	28	0.6
エリトリア	3,816	32	4.2	4.6	2.0	727	..	-0.3	0.12	65	..	833	..	2	..
エチオピア	64,459	58	2.4	5.0	1.8	1,758	LOW	-0.8	0.18	49	31.3	574	294	2	0.1
ケニア	31,293	54	1.9	4.1	0.3	672	MED	-0.5	0.16	43	26.5	980	497	14	0.2
マダガスカル	16,437	28	2.8	4.8	1.7	21,139	LOW	-0.9	0.21	40	60.2	756	..	5	0.0
マラウイ	11,572	98	2.2	7.3	0.5	1,605	LOW	-2.4	0.20	32	..	523	..	5	0.1
モーリシャス	1,171	574	0.8	1.6	0.3	..	..	-0.6	0.09	6	..	8,312	..	92	1.5
モザンビーク	18,644	23	1.8	4.1	0.0	5,081	LOW	-0.2	0.18	58	37.9	782	416	1	0.1
レユニオン	732	292	1.3	1.9	-0.8	..	..	-0.8	0.06	..	..	..	..	322	2.3
ルワンダ	7,949	302	2.1	4.2	2.0	815	MED	-3.9	0.17	39	..	..	..	3	0.1
セイシェル	81	179	1.3	2.2	-1.2	..	..	0.0	0.09	..	..	10,600	..	118	2.6
ソマリア	9,157	14	4.2	5.2	3.0	594	MED	-1.0	0.12	75	..	..	..	3	0.0
ウガンダ	24,023	102	3.2	5.7	2.8	1,791	LOW	-2.0	0.34	30	36.7	1,074	..	4	0.0
タンザニア	35,965	38	2.3	5.4	0.6	2,387	LOW	-0.2	0.15	41	19.9	480	454	5	0.1
ザンビア	10,649	14	2.1	2.6	1.7	8,747	LOW	-2.4	0.61	45	72.6	719	697	23	0.3
ジンバブエ	12,852	33	1.7	2.9	-0.2	1,208	LOW	-1.5	0.30	37	36.0	2,669	885	31	1.6
<b>中央アフリカ</b>	98,151	15	3.0	4.3	2.0	20,889	..	-0.3	0.28	50	..	1,154	388	9	0.2
アンゴラ	13,527	11	3.0	4.9	2.1	14,288	LOW	-0.2	0.30	43	..	1,821	585	20	0.4
カメルーン	15,203	32	2.1	4.0	1.0	17,766	LOW	-0.9	0.51	29	..	1,474	413	12	0.2
中央アフリカ	3,782	6	1.6	3.0	0.9	39,001	LOW	-0.1	0.59	41	66.6	1,118	..	1	0.1
チャード	8,135	6	3.1	4.2	2.1	1,961	LOW	-0.6	0.50	38	..	856	..	8	0.0
コンゴ	3,110	9	3.0	3.7	0.9	75,387	LOW	0.0	0.08	32	..	995	459	20	0.1
コンゴ民主共和国	52,522	22	3.3	4.5	2.3	18,101	LOW	-0.4	0.16	61	..	822	303	6	0.0
赤道ギニア	470	17	2.8	4.5	0.3	66,275	LOW	-0.6	0.55	..	..	..	..	..	1.5
ガボン	1,262	5	2.5	3.1	-2.3	133,754	LOW	0.0	0.44	8	..	6,353	1,438	29	2.9

地域・国	人口 <sup>a</sup>					一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバ 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 <sup>b</sup> (人口/km <sup>2</sup> ) 2001	年平均増加率												
			総数 <sup>c</sup> (%) 2000-2005	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)		
サントメ・プリンシペ	140	145	1.8	3.3	0.5	..	..	0.0	0.30	..	..	1,470	..	26 <sup>q</sup>	0.6
北アフリカ	177,391	21	1.8	2.9	0.7	495	..	-1.3	0.28	7	..	3,265	718	41	1.8
アルジェリア	30,841	13	1.8	3.2	0.4	442	MED-HI	1.3	0.28	5	<2.0	4,792	901	52	3.2
エジプト	69,080	69	1.7	2.3	1.2	34	HIGH	3.4	0.05	4	3.1	3,041	611	30	1.7
リビア	5,408	3	2.2	2.6	0.0	143	HIGH	1.4	0.41	..	..	..	2,896	209	8.0
モロッコ	30,430	68	1.8	2.8	-0.2	1,058	MED-HI	0.0	0.37	5	<2.0	3,305	345	48	1.2
スーダン	31,809	13	2.3	4.5	0.6	1,187	HIGH	-1.4	0.61	18	..	1,394	414	10	0.2
チュニジア	9,562	58	1.1	2.3	-0.6	367	HIGH	0.2	0.54	..	<2.0	5,404	739	64	1.8
西サハラ	260	1	3.0	3.3	-4.2	..	..	0.0	0.01	..	..	..	..	..	0.8
南アフリカ	50,129	19	0.8	1.5	0.2	1,289	..	-0.6	0.39	29	..	7,901	2,766	133	7.2
ボツワナ	1,554	3	0.5	2.2	0.1	1,788	LOW	-0.9	0.22	27	33.3 <sup>q</sup>	6,103	..	45	2.2
レソト	2,057	68	0.7	4.6	0.8	2,430	LOW	0.0	0.16	29	43.1	1,626	..	17	..
ナミビア	1,788	2	1.7	2.8	0.5	3,592	LOW	-0.9	0.51	31	34.9	5,176	..	82	..
南アフリカ	43,792	36	0.8	1.3	0.1	1,110	MED-HI	0.0	0.41	..	11.5	8,488	2,766	146	8.2
スワジランド	938	54	0.9	4.0	2.3	..	..	1.2	0.19	..	..	3,816	..	45	0.4
西アフリカ	230,259	38	2.7	4.2	1.2	4,803	..	-1.6	0.32	16	..	996	702	19	0.5
ベナン	6,446	57	2.8	4.4	1.3	1,689	LOW	-2.3	0.33	14	..	867	388	8	0.2
ブルキナ・ファソ	11,856	43	3.0	5.6	2.0	1,466	LOW	-0.2	0.31	32	61.2	870	..	5	0.1
カーボ・ヴェルデ	437	108	2.1	4.0	-1.1	..	..	9.3	0.10	..	..	3,233	..	32	0.3
象牙海岸	16,349	51	2.1	3.4	0.9	5,187	LOW	-3.1	0.52	14	12.3	1,598	398	28	0.9
ガンビア	1,337	118	2.4	4.5	1.5	2,298	LOW	1.0	0.17	16	53.7	1,453	..	17	0.2
ガーナ	19,734	83	2.2	4.2	1.7	1,499	LOW	-1.7	0.27	10	..	1,735	370	7	0.2
ギニア	8,274	34	1.5	4.5	1.4	30,416	LOW	-0.5	0.20	29	..	1,782	..	5	0.2
ギニア・ビサオ	1,227	34	2.4	4.0	1.5	13,189	LOW	-0.9	0.31	..	..	616	..	10	0.2
リベリア	3,108	28	5.5	4.9	2.5	63,412	LOW	-2.0	0.16	46	..	..	..	13	0.2
マリ	11,677	9	2.9	4.6	1.6	5,341	LOW	-0.7	0.45	32	72.8	681	..	5	0.0
モーリタニア	2,747	3	3.0	4.3	0.1	150	HIGH	-2.7	0.20	13	3.8	1,563	..	12	1.2
ニジェール	11,227	9	3.6	5.5	2.4	326	MED	-3.7	0.51	46	61.4	739	..	5	0.1
ナイジェリア	116,929	127	2.6	4.1	0.7	1,982	LOW	-2.6	0.30	8	70.2	795	853	26	0.8
セント・ヘレナ・アセンシオン	6	52	0.8	2.3	-3.1	..	..	0.0	0.65	..	..	..	..	..	1.0
セネガル	9,662	49	2.5	4.0	1.1	2,784	LOW	-0.7	0.26	..	26.3	1,307	316	14	0.4
シエラ・レオーネ	4,587	64	4.5	4.0	1.1	32,960	LOW	-2.9	0.12	43	57.0 <sup>q</sup>	458	..	6	0.1
トーゴ	4,657	82	2.6	4.2	1.6	2,484	LOW	-3.4	0.55	18	..	1,372	..	27	0.2
アジア	3,720,705	117	1.3	2.5	0.4	3,159	MED	-0.1	0.16	..	..	3,798	926	41	2.5

地域・国	人口 <sup>a</sup>		年平均増加率			一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバー 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数	人口密度 <sup>b</sup>	%												
	(1000人)	(人/km <sup>2</sup> )	総数 <sup>c</sup>	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
	2001	2001	2000-2005												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)		
東アジア	1,491,772	127	0.7	1.9	-0.1	2,306	..	0.9	0.10	12	..	5,317	1,260	65	3.7
中国	1,284,972	134	0.7	2.3	-0.1	2,201	MED	1.2	0.11	11	18.5	3,105	883	8	2.8
香港 <sup>r</sup>	6,961	6,661	1.2	1.1	0.0	..	..	..	..	..	..	20,763	..	77	3.5
マカオ <sup>s</sup>	449	24,924	0.9	0.6	-0.6	..	..	..	..	..	..	..	..	101	3.3
北朝鮮	22,428	186	0.7	1.6	0.4	2,787	MED-HI	0.0	0.09	57	..	..	1,015	..	11.0
日本	127,335	337	0.1	0.3	-0.7	3,393	MED-HI	0.0	0.04	..	..	23,257	4,085	560	9.2
モンゴル	2,559	2	1.1	2.3	0.1	13,073	LOW	-0.5	0.52	45	13.9	1,541	..	30	3.0
韓国	47,069	475	0.7	1.4	-2.6	1,384	MED-HI	0.0	0.04	..	<2.0	13,478	3,856	226	9.3
南・中央アジア	1,506,727	140	1.7	3.0	1.0	1,465	..	0.2	0.19	22	..	2,132	494	9	1.2
アフガニスタン	22,474	34	3.7	6.9	4.2	2,421	HIGH	0.0	0.39	70	..	..	..	..	0.0
バングラデシュ	140,369	975	2.1	4.0	0.9	813	MED	1.3	0.07	38	29.1	1,361	198	1	0.2
ブータン	2,141	46	2.6	6.0	2.4	44,728	LOW	0.0	0.08	..	..	1,536	..	..	0.2
インド	1,025,096	312	1.5	2.8	0.8	1,244	MED-HI	0.0	0.18	21	44.2	2,077	477	7	1.1
イラン	71,369	43	1.4	1.8	-0.4	1,898	HIGH	0.0	0.29	6	..	5,121	1,676	36	4.5
カザフスタン	16,095	6	-0.4	0.2	-0.5	4,649	HIGH	2.2	1.86	5	1.5	4,378	2,346	82	7.5
キルギス	4,986	25	1.2	0.9	0.9	9,884	MED	2.6	0.31	17	..	2,317	605	32	1.4
モルディヴ	300	1,006	3.0	3.5	2.4	..	..	0.0	0.01	..	..	4,083	..	..	1.2
ネパール	23,593	168	2.3	5.1	1.8	8,282	MED	-1.8	0.13	28	37.7	1,157	321	..	0.1
パキスタン	114,971	182	2.5	4.1	1.5	541	HIGH	-1.1	0.15	20	31.0	1,715	394	8	0.7
スリ・ランカ	19,104	291	0.9	2.8	0.4	2,656	MED	-1.6	0.10	25	6.6	2,979	392	34	0.4
タジキスタン	6,135	43	0.7	1.3	1.3	10,714	MED	0.5	0.15	32	..	1,041	571	2	1.0
トルクメニスタン	4,835	10	1.9	2.1	1.3	305	HIGH	0.0	0.40	10	20.9	..	2,878	..	7.3
ウズベキスタン	25,257	56	1.4	1.6	1.6	672	HIGH	0.2	0.21	11	3.3	2,053	1,833	..	4.4
東南アジア	529,762	118	1.4	3.2	0.2	11,027	..	-1.0	0.18	14	..	3,392	803	41	1.6
ブルネイ	335	58	1.8	2.4	-0.2	..	..	-0.2	0.02	..	..	16,765	..	589	17.6
カンボディア	13,441	74	2.4	4.2	1.3	10,795	LOW	-0.6	0.36	33	..	1,257	..	6	0.0
東チモール	750	50	3.9	2.2	1.4	..	..	-0.6	0.09	..	..	..	..	..	..
インドネシア	214,840	113	1.2	3.6	-0.6	13,380	LOW	-1.2	0.15	6	15.2	2,651	682	22	1.2
ラオス	5,403	23	2.3	4.9	1.7	35,049	LOW	-0.4	0.17	29	..	1,734	..	4	0.1
マレーシア	22,633	69	1.7	2.8	0.0	26,074	LOW	-1.2	0.36	..	..	8,137	2,310	172	6.2
ミャンマー	48,364	71	1.2	2.9	0.4	19,306	LOW	-1.4	0.23	7	..	..	296	1	0.2
フィリピン	77,131	257	1.9	3.1	-0.1	6,305	MED	-1.4	0.14	21	..	3,555	536	31	1.0
シンガポール	4,108	6,647	1.7	1.0	0.0	..	..	0.0	0.00	..	..	24,210	7,843	168	23.4
タイ	63,584	124	1.1	2.7	0.3	3,420	MED	-0.7	0.34	21	<2.0	5,456	1,339	103	3.5





地域・国	人口 <sup>a</sup>					一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバー 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数	人口密度 <sup>b</sup>	年平均増加率												
	(1000人)	(人/km <sup>2</sup> )	総数 <sup>c</sup>	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
	2001	2001	(%) 2000-2005												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
デンマーク	5,333	124	0.2	0.2	-0.4	1,134	MED	0.2	0.45	..	..	24,218	4,016	413	10.7
エストニア	1,377	31	-1.1	-1.0	-1.0	9,105	LOW	0.6	0.79	6	4.9	7,682	3,839	372	13.0
フェロー諸島	47	33	1.0	0.6	-1.7	..	..	..	0.07	..	..	..	..	..	14.4
フィンランド	5,178	15	0.1	0.9	-1.5	20,673	LOW	0.0	0.42	..	..	20,847	6,433	448	10.9
アイスランド	281	3	0.7	1.0	-1.3	605,049	LOW	2.2	0.02	..	..	25,110	8,516	522	7.7
アイルランド	3,841	55	1.0	1.2	0.0	13,136	LOW	3.0	0.37	..	..	21,482	3,415	314	10.0
マン諸島	76	129	0.9	1.6	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ラトヴィア	2,406	37	-0.6	-1.0	-1.4	7,104	LOW	0.4	0.74	4	<2.0	5,728	1,812	237	3.3
リトアニア	3,689	57	-0.2	-0.1	-0.8	4,239	LOW	0.2	0.81	..	<2.0	6,436	2,377	293	4.0
ノルウェー	4,488	14	0.4	0.9	-1.0	85,560	LOW	0.4	0.21	..	..	26,342	5,511	498	15.4
スウェーデン	8,833	20	-0.1	0.3	-0.3	19,977	LOW	0.0	0.32	..	..	20,659	5,864	468	5.4
英国	59,542	244	0.2	0.2	-0.6	2,465	MED	0.8	0.11	..	..	20,336	3,894	439	8.8
南ヨーロッパ	145,050	110	0.0	0.4	-0.9	3,704	..	0.5	0.31	..	..	16,987	2,459	445	6.2
アルバニア	3,145	109	0.6	2.0	-0.4	8,646	LOW	-0.8	0.22	3	..	2,804	335	40	0.5
アンドラ	90	198	4.1	3.5	3.5	..	..	..	0.01	..	..	..	..	..	..
ボスニア・ヘルツェゴヴィナ	4,067	80	1.1	2.3	0.4	8,938	..	0.0	0.18	10	..	..	497	26	1.3
クロアチア	4,655	82	0.0	0.6	-1.2	8,429	LOW	0.1	0.33	..	..	6,749	1,706	250	4.3
ジブラルタル	27	4,428	-0.1	-0.7	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	746	8.6
ギリシャ	10,623	80	0.0	0.5	-0.7	5,073	MED	0.9	0.37	..	..	13,943	2,418	328	7.6
ヴァチカン <sup>1</sup>	1	1,770	0.0	0.0	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
イタリア	57,503	191	-0.1	0.1	-0.7	2,804	MED-HI	0.3	0.19	..	..	20,585	2,846	591	7.1
マルタ	392	1,240	0.4	0.9	-1.4	..	..	0.0	0.03	..	..	23,306	..	544	4.6
ポルトガル	10,033	109	0.1	1.7	-3.8	3,747	MED	1.7	0.27	..	<2.0	14,701	2,068	347	5.0
サン・マリノ	27	440	1.1	1.1	1.1	..	..	..	0.04	..	..	..	..	..	..
スロヴェニア	1,985	98	-0.1	0.3	-0.5	9,317	LOW	0.2	0.14	3	<2.0	14,293	3,197	440	7.6
スペイン	39,921	79	0.0	0.2	-1.2	2,821	MED-HI	0.6	0.48	..	..	16,212	2,709	467	6.2
マケドニア <sup>2</sup>	2,044	79	0.3	1.3	-0.6	2,965	..	0.0	0.33	7	..	4,254	1,430	156	5.4
ユーゴスラヴィア	10,538	103	-0.1	0.6	-0.5	4,135	..	0.0	0.38	3	..	..	1,491	188	4.6
西ヨーロッパ	183,407	166	0.1	0.4	-0.8	2,215	..	0.3	0.19	..	..	22,109	4,299	514	8.5
オーストリア	8,075	96	-0.1	0.5	-0.2	6,699	LOW	0.2	0.18	..	..	23,166	3,428	521	7.5
ベルギー	10,264	336	0.1	0.1	-2.2	1,181	HIGH	..	..	..	..	23,223	5,641	458	10.2
フランス	59,453	108	0.4	0.6	-0.7	3,047	MED-HI	0.4	0.33	..	..	21,175	4,233	530	5.8
ドイツ	82,007	230	0.0	0.2	-1.5	1,301	HIGH	0.2	0.15	..	..	22,169	4,232	522	10.2
リヒテンシュタイン	33	206	1.1	3.1	0.6	..	..	1.2	0.13	..	..	..	..	..	..

地域・国	人口 <sup>a</sup>					一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバー 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 <sup>b</sup> (人口/km <sup>2</sup> ) 2001	年平均増加率												
			総数 <sup>c</sup> (%) 2000-2005	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
ルクセンブルグ	442	171	1.2	1.1	-3.4	..	..	..	..	..	33,505	..	686	18.9	
モナコ	34	22,641	0.9	1.0	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
オランダ	15,930	390	0.3	0.3	-0.6	697	HIGH	0.3	0.06	..	22,176	4,798	421	10.4	
スイス	7,170	174	-0.1	0.6	0.1	5,416	LOW	0.4	0.06	..	25,512	3,616	516	5.6	
<b>中南米・カリブ海</b>	<b>526,533</b>	<b>26</b>	<b>1.4</b>	<b>1.9</b>	<b>0.0</b>	<b>27,354</b>	<b>..</b>	<b>-0.5</b>	<b>0.32</b>	<b>12</b>	<b>..</b>	<b>6,572</b>	<b>1,180</b>	<b>92</b>	<b>2.7</b>
カリブ海	38,329	163	1.0	1.6	0.0	2,640	..	0.2	0.20	31	..	3,616	1,106	72	3.2
アンギラ	12	122	2.6	3.6	0.9	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
アンティグア	65	148	0.3	1.3	0.0	..	..	0.0	0.12	..	9,277	..	358	5.1	
アルバ	104	539	3.3	..	..	..	..	..	0.02	..	..	..	..	20.8	
バハマ	308	22	1.2	1.9	-1.1	..	..	0.0	0.03	..	14,614	..	289	6.0	
バルバドス	268	624	0.4	1.5	-0.7	..	..	0.0	0.06	..	..	..	187	3.4	
英領バージン諸島	24	159	2.5	3.9	0.2	..	..	0.0	0.20	..	..	..	368	2.9	
ケイマン諸島	40	153	3.2	3.4	0.0	..	..	0.0	..	..	..	..	579	8.3	
キューバ	11,237	101	0.3	0.5	-0.5	3,393	MED	1.3	0.40	19	..	1,290	32	2.3	
ドミニカ	71	94	-0.1	0.5	-1.2	..	..	-0.7	0.21	..	5,102	..	170	1.1	
ドミニカ共和国	8,507	175	1.5	2.3	-0.3	2,472	MED-HI	0.0	0.19	28	3.2	4,598	673	45	1.7
グレナダ	94	273	0.3	1.8	-0.5	..	..	0.9	0.12	..	5,838	..	..	2.0	
グアドループ島	431	253	0.8	1.2	-9.1	..	..	2.1	0.06	..	..	..	297	3.5	
ハイティ	8,270	298	1.6	3.4	0.6	1,473	LOW	-5.7	0.12	62	..	1,383	277	12	0.2
ジャマイカ	2,598	236	0.9	1.7	-0.3	3,640	MED	-1.5	0.11	10	3.2	3,389	1,575	48	4.3
マルチニーク	386	350	0.5	0.9	-3.5	..	..	0.0	0.06	..	..	..	307	5.2	
モンテセラト	3	33	3.5	2.5	-0.8	..	..	0.0	0.19	..	..	..	..	3.9	
オランダ領アンティル諸島	217	271	0.9	1.4	-0.2	..	..	0.0	0.04	..	..	..	..	32.1	
プエルトリコ	3,952	444	0.9	1.2	-0.7	..	..	-0.2	0.02	..	..	..	280	4.3	
セント・クリストファー・ネイヴィーズ	38	146	-0.7	-0.1	-0.9	..	..	-0.6	0.18	..	10,672	..	223	2.6	
セント・ルシア	149	240	1.1	2.0	0.9	..	..	-4.9	0.11	..	5,183	..	166	1.4	
セント・ヴィンセント	114	294	0.6	2.6	-2.0	..	..	-1.4	0.10	..	4,692	..	108	1.2	
トリニダード・トバゴ	1,300	253	0.5	1.1	-1.1	..	..	-0.8	0.10	13	12.4	7,485	6,419	108	17.2
タークス・カイコス諸島	17	40	3.2	4.2	2.5	..	..	..	0.07	..	..	..	..	0.0	
米領バージン諸島	122	352	1.1	0.1	-1.4	..	..	0.0	0.07	..	..	..	..	121.6	
<b>中米</b>	<b>137,480</b>	<b>55</b>	<b>1.6</b>	<b>2.0</b>	<b>0.9</b>	<b>8,306</b>	<b>..</b>	<b>-1.2</b>	<b>0.28</b>	<b>9</b>	<b>..</b>	<b>6,626</b>	<b>1,267</b>	<b>120</b>	<b>3.1</b>
ベリーズ	231	10	1.9	3.4	0.5	66,470	LOW	-2.3	0.40	..	4,566	..	..	1.7	
コスタ・リカ	4,112	80	2.0	2.6	1.5	27,936	LOW	-0.8	0.14	6	9.6	5,987	710	130	1.3
エル・サルヴァドル	6,400	304	1.8	2.7	1.1	2,820	LOW	-4.6	0.14	11	25.3	4,036	693	61	0.9

地域・国	人口 <sup>a</sup>		年平均増加率			一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均 m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバ 率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数	人口密度 <sup>b</sup>	総数 <sup>c</sup>	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
	(1000人) 2001	(人口/km <sup>2</sup> ) 2001	(%) 2000-2005												
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)		
グアテマラ	11,687	107	2.6	3.4	2.0	11,805	LOW	-1.7	0.18	24	39.8 <sup>q</sup>	3,505	535	17	0.7
ホンデュラス	6,575	59	2.3	4.2	0.4	14,818	LOW	-1.0	0.34	22	40.5	2,433	532	37	0.7
メキシコ	100,368	51	1.4	1.7	0.6	4,136	MED	-1.1	0.29	5	17.9	7,704	1,501	144	3.9
ニカラグア	5,208	40	2.6	3.4	1.8	37,484	LOW	-3.0	0.59	31	3.0	2,142	550	34	0.7
パナマ	2,899	38	1.4	2.0	0.7	51,616	LOW	-1.6	0.24	16	10.3	5,249	855	102	2.8
南米	350,724	20	1.4	1.9	-0.7	36,988	LOW	-0.4	0.35	11	..	6,733	1,153	83	2.5
アルゼンティン	37,488	14	1.2	1.5	-1.3	9,721	LOW	-0.8	0.76	..	..	12,013	1,730	176	3.9
ボリヴィア	8,516	8	2.2	3.0	0.6	37,941	LOW	-0.3	0.27	23	11.3	2,269	547	52	1.4
ブラジル	172,559	20	1.2	1.8	-1.4	31,849	LOW	-0.4	0.40	10	5.1	6,625	1,051	77	1.8
チリ	15,402	20	1.2	1.5	-0.5	61,007	LOW	-0.1	0.16	4	4.2	8,787	1,573	110	4.0
コロンビア	42,803	38	1.6	2.2	0.1	50,400	LOW	-0.4	0.10	13	11.0	6,006	761	40	1.7
エクアドル	12,880	45	1.7	3.0	-0.9	34,952	LOW	-1.2	0.25	5	20.2	3,003	713	45	1.7
フォークランド(マルビナス)諸島	2	0	1.2	1.2	-6.5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	23.6
仏領ギアナ	170	2	3.2	4.3	2.5	..	..	0.0	0.08	..	..	..	..	235	5.5
ガイアナ	763	4	0.2	2.3	-0.5	279,799	LOW	-0.3	0.59	18	..	3,403	..	40	1.2
パラグアイ	5,636	14	2.5	3.6	0.9	17,102	LOW	-0.5	0.45	13	19.4	4,288	824	24	0.7
ペルー	26,093	20	1.6	2.1	0.2	68,039	LOW	-0.4	0.17	18	15.5	4,282	621	42	1.2
スリナム	419	3	0.4	1.3	-2.1	479,467	LOW	0.0	0.16	10	..	..	..	161	5.1
ウルグアイ	3,361	19	0.7	0.9	-1.6	17,680	LOW	5.0	0.40	4	<2.0 <sup>q</sup>	8,623	883	169	1.7
ヴェネズエラ	24,632	27	1.8	2.1	-0.1	35,002	LOW	-0.4	0.15	16	14.7	5,808	2,526	110	8.2
北米	317,068	15	0.9	1.0	-0.3	16,801	..	0.1	0.74	..	..	28,998	7,947	746	19.6
バミューダ	63	1,196	0.6	0.8	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	410	7.4
カナダ	31,015	3	0.8	1.1	0.3	87,971	LOW	0.0	1.51	..	..	23,582	7,864	560	16.2
グリーンランド	56	0	0.2	0.4	-1.1	..	..	..	..	..	..	..	..	59	9.3
サンビエール・ミクロン	7	29	0.7	0.4	-1.0	..	..	..	0.46	..	..	..	..	..	6.6
米国	285,926	31	0.9	1.0	-0.4	8,838	MED	0.2	0.66	..	..	29,605	7,947	767	20.0
大洋州	30,915	4	1.2	1.2	1.2	53,711	LOW	0.0	1.94	..	..	17,423	5,354	498	12.2
オーストラリア/ニュー・ジーランド	23,146	3	0.9	1.0	0.6	29,849	..	0.0	2.51	..	..	21,583	5,354	601	15.7
オーストラリア	19,338	3	1.0	0.9	0.7	18,638	LOW	0.0	2.84	..	..	22,452	5,543	605	17.3
ニュー・ジーランド	3,808	14	0.7	1.0	0.1	84,673	LOW	0.5	0.87	..	..	17,288	4,434	579	8.3
メラネシア	6,627	12	2.2	3.7	1.6	..	..	-0.3	0.19	29	..	2,600	..	44	0.9
フィジー	823	45	1.1	2.9	-0.2	..	..	-0.2	0.36	..	..	4,231	..	129	1.0
ニューカレドニア	220	12	1.9	2.8	-3.4	..	..	0.0	0.06	..	..	..	..	420	8.7
バブア・ニューギニア	4,920	11	2.2	4.0	1.7	166,644	LOW	-0.4	0.15	29	..	2,359	..	27	0.6

地域・国	人口 <sup>a</sup>					一人当たり 水資源 <sup>f</sup> (年平均m <sup>3</sup> ) 2000	水ストレス <sup>g</sup> 1990s	森林カバ ー率 <sup>h</sup> (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 <sup>i</sup> (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 <sup>j</sup> (%) 1996-1998	貧困率 <sup>k</sup> (%) 1990s	一人当たり GDP <sup>l</sup> (PPP <sup>m</sup> Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 <sup>n</sup> (kg) 1997	自動車保有量 <sup>o</sup> (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 <sup>p</sup> (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 <sup>b</sup> (人口/km <sup>2</sup> ) 2001	年平均増加率												
			総数 <sup>c</sup> (%) 2000-2005	都市 <sup>d</sup>	農村 <sup>e</sup>										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
ソモロン諸島	463	16	3.3	5.6	2.2	..	..	-0.2	0.15	..	..	1,940	..	..	0.4
ヴァヌアツ	202	17	2.5	4.0	1.9	..	..	0.1	0.68	..	..	3,120	..	54	0.3
ミクロネシア	528	171	2.3	3.4	1.7	..	..	..	0.22	..	..	..	..	..	8.9
グアム	158	292	2.2	2.5	1.0	..	..	0.0	0.08	..	..	..	..	728	25.8
キリバス	84	116	1.3	2.7	0.6	..	..	0.0	0.46	..	..	1,891	..	..	0.3
マーシャル諸島	52	286	1.3	3.7	1.3	..	..	..	0.05	..	..	..	..	..	..
ミクロネシア	126	179	2.4	3.2	1.5	..	..	-4.5	0.32	..	..	..	..	..	..
ナウル	13	596	2.3	1.8	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	12.6
北マリアナ諸島	76	164	4.0	5.6	5.1	..	..	0.0	0.15	..	..	..	..	..	..
パラオ	20	43	2.1	2.7	1.2	..	..	0.0	0.55	..	..	..	..	..	..
ポリネシア	613	72	1.2	2.3	1.2	..	..	..	0.37	..	..	..	..	..	1.9
米領サモア	70	351	3.2	4.4	2.3	..	..	0.0	0.05	..	..	..	..	95	4.6
クック諸島	20	84	0.7	1.0	0.2	..	..	0.0	0.37	..	..	..	..	..	1.1
仏領ポリネシア	237	59	1.6	1.6	1.6	..	..	0.0	0.13	..	..	..	..	..	2.5
ニウエ	2	8	-1.2	-0.6	-2.1	..	..	0.0	3.53	..	..	..	..	..	1.5
ビトケアン	0	14	0.0	0.0	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
サモア	159	56	0.3	2.8	1.6	..	..	-2.1	0.71	..	..	3,832	..	40	0.8
トケラウ	1	121	0.0	0.0	0.0	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
トンガ	99	133	0.4	1.8	-0.7	..	..	0.0	0.49	..	..	4,101	..	174	1.2
トゥヴァル	10	397	1.3	4.3	0.5	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
ワリス・フテュナ諸島	15	73	0.6	0.0	0.7	..	..	..	0.35	..	..	..	..	..	..

UN, Population, Environment and Development・2001による。

注：「先進地域」とは、ヨーロッパおよび北アメリカ全域、オーストラリア/ニュー・ジーランド、日本を指す。「途上地域」とは、アフリカ全域、アジア(日本を除く)、ラテン・アメリカ、カリブ地域、メラネシア地域、ポリネシア地域を指す。1994年に国連総会で定義された「後発開発途上国(LDC)」は48カ国あり、その内訳はアフリカ33カ国、アジア9カ国、ラテン・アメリカ1カ国、オセアニア5カ国で、これらの国は「途上地域」にも含まれている。

点2つ(・・)はそのデータがすぐに入手できるものではないことを表している。

<sup>a</sup> 2001年人口：事実上の定義に基づいた(2001年の)年央の人口。<出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 2000 Revision*(ESA/P/WP.165)>

<sup>b</sup> 人口密度：1km<sup>2</sup>当たりの人数。<出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 2000 Revision*(ESA/P/WP.165)>

<sup>c</sup> 人口増加率：総人口の年平均増加率(%)。<出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 2000 Revision*(ESA/P/WP.165)>

<sup>d</sup> 都市増加率：都市人口の年平均増加率(%)。<出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 1999 Revision*(ESA/P/WP.161)>

<sup>e</sup> 農村人口増加率：農村人口の年平均増加率(%)。<出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 1999 Revision*(ESA/P/WP.161)>

<sup>f</sup> 年平均一人当たりの国内の再生可能な水資源：国内の降雨のうち河川および地下水に入る水量の一人当たりの年平均水量。多国間で比較する際には注釈をつける必要がある。というのは、それが異なる情報源やデータをもとに出された推定値のためである。また年間平均には大幅な季節変動や年間変動や長期変動が表れない。<出典：World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme and World Bank, *World resources 2000-2001*(New York, Oxford University Press, 2000)>

<sup>g</sup> 水ストレス：水ストレスのレベルは再生可能な水資源の総量に占める人間が取水する水量により測定される。本資料のLOWは10%以下、MEDは10から19%以下、MED-HIは20から40%以下、HIは40%以上を指す。取水量の総量には貯水池(Storage Basin)からの蒸発分は含まれない。再生不可能な帯水層や淡水化プラントからの取水が行われているところや、水の再利用が多く行われているところでは、取水量が総再生可能な水資源量の100%を超えることもある。ほとんどのデータは1990年代のもので、さらに古いものもある。<出典：World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme and World Bank, *World resources 2000-2001*(New York, Oxford University Press, 2000)>

- <sup>h</sup> 森林カバ率の年平均変化：森林地帯の年間平均変化の割合。この数値が減少している場合は、森林伐採( ネット値 )を表し、移動耕作、永年農業( permanent Agriculture )、牧場( ranching )、居住地、他インフラストラクチャー、鉱業といった他の利用目的で恒常的に森林伐採が行われていることを意味する。 < 出典：Food and Agriculture Organization of the United Nations, *Global Forest Resources Assessment 2000*. オンラインデータ：<http://www.fao.org/forestry/fo/fra/index.jsp> >
- <sup>i</sup> 一人当たり耕地面積( 耕作可能地及び常時作付け地 )：一人当たりの作付けヘクタール数。ここでは、一時的作付け地( 二毛作の土地は一回として勘定する )、一時的な採草地・放牧地、売り出し中の土地( land under market )、家庭菜園、休閑地、長期に渡って土地を使用し、収穫後毎回植える必要のない作物が植えられている土地を含む。 < 出典：Food and Agriculture Organization of the United Nations. オンラインデータ：<http://apps.fao.org/> >
- <sup>j</sup> 栄養不良：エネルギーやたんぱく質や他の栄養素の不足、過多、アンバランスによる心身の異常な状態。罹患率は総人口に対する割合で算出。 < 出典：Food and Agriculture Organization of the United Nations, *The State of Food Insecurity in the World 2000* (Rome, 2000) >
- <sup>k</sup> 貧困率：1993年の国際価格において1日1.08ドル以下で暮らす人口の割合。(この1.08ドルは1985年の国際価格で1日1ドルに相当し、購買力平価で調整されている。) < 出典：World Bank, *World Development Indicators 2000* (Washington DC, 2000) >
- <sup>l</sup> 一人当たり国内総生産(購買力平価)：国内総生産は一国の領土内での最終利用のための財・サービスの総産出額の合計であり、国内消費か海外輸出かは問わない。国内総生産は購買力平価レートを用いて時価での国際ドルに換算され、その後、年央の人口で割って値を出す。国際ドルはアメリカ合衆国のUSドルと同等の購買力をもつ。 < 出典：World Bank, *World Development Indicators 2000*, CD-ROM >
- <sup>m</sup> 購買力平価
- <sup>n</sup> 一人当たりエネルギー消費量：固形、液体、ガス燃料、核電力、水力、地熱、太陽熱、再生可能な燃料( combustible renewables )、廃棄物、ヒートポンプによる現地生( indigenous )熱生産を含むすべての資源の一人当たり使用量。 < 出典：World Resources Institute, United Nations Environment Programme, United Nations Development Programme and World Bank, *World Resources 2000-2001* (New York, Oxford University Press, 2000) >
- <sup>o</sup> 1000人当たりの自動車数：1000人当たりの自動車、バス、貨物車両(二輪は含まない)台数。 < 出典：World Bank, *World Development Indicators 2000* (Washington DC, 2000)および *Statistical Yearbook, Forty-fourth issue, 1997* (United Nations publication, Sales No. E/F.99.XVII.1) >
- <sup>p</sup> 一人当たりCO<sub>2</sub>排出量：工業過程から生じた二酸化炭素排出量の一人当たりの量(単位：トン)。固体、液体、気体燃料の消費やガスの燃焼およびセメント製造に伴う二酸化炭素排出量を合算したもの。排出量は石油化学総平均値( global average fuel chemistry )および酸化率( oxidation rates )に基づく換算係数( conversion factor )を用いて算出される。二酸化炭素排出量は基本炭素含有量( content of elemental carbon )によって表される。この値は炭素質量( carbon mass )に3.664を掛けて、現在の二酸化炭素質量( mass of carbon dioxide )に換算される(炭素質量率を二酸化炭素質量率にする)。 < 出典：G. Marland, T.A. Boden and R.J. Andres, *Global, Regional, and National Annual Carbon Dioxide Emission from Fossil-Fuel Burning, Cement Production and Gas Flaring: 1751-1997* (Oak Ridge, Tennessee, 1997) Carbon Dioxide Information Analysis Center, Environment Sciences Division, Oak Ridge National Laboratory. オンラインデータ：<http://cdiac.esd.ornl.gov/ftp/ndp030/nation97.ems> >
- <sup>q</sup> 1980年代
- <sup>r</sup> 中国の香港特別行政区
- <sup>s</sup> 中国のマカオ特別行政区
- <sup>t</sup> 原典では、Holy See と表記
- <sup>u</sup> 旧ユーゴスラヴィア共和国

資料2-3 世界の国際人口移動に関する指標

地域・国	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000 (1)	外国人人口 <sup>b</sup>		難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000 (4)	年間純移動者 <sup>c</sup>		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>				
		数 (1000人) 2000 (2)	総人口 に占める 割合 <sup>c</sup> (3)		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000 (5)	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対) (6)	総額 <sup>g</sup> (100万米ドル) 2000 (7)	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup> (8)	2001		2001		1951C (13)	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>	
									政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>l</sup>	政策 <sup>m</sup>					
		(9)	(10)		(11)	(12)											
<b>世界全体</b>	6,056,715	174,781	2.9	15,868	0	0.0	62,239	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
先進工業地域	1,191,429	104,119	8.7	3,012	2,321	2.0	12,535	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
開発途上地域	4,865,286	70,662	1.5	12,857	-2,321	-0.5	49,704	0.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
後開発途上諸国	667,613	10,458	1.6	3,066	-306	-0.5	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>アフリカ</b>	793,627	16,277	2.1	3,627	-447	-0.6	8,755	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>東アフリカ</b>	250,318	4,515	1.8	1,662	278	1.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルンディ	6,356	77 B	1.2	27	-80	-12.9	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1963	1971			
コモロ	706	18 B	2.6	0	0	0.0	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention					
ジブティ	632	28 I	4.5	23	4	6.8	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1977	1977			
エリトリア	3,659	13 I	0.4	2	2	0.6	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention					
エチオピア	62,908	660 B	1.0	198	-7	-0.1	53	0.8	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1969	1969			
ケニア	30,669	327 B	1.1	206	-3	-0.1	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1966	1981			
マダガスカル	15,970	61 C	0.4	0	-1	0.0	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1967				
マラウイ	11,308	280 B	2.5	4	-9	-0.8	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1987	1987			
モーリシャス <sup>p</sup>	1,161	8 B	0.7	0	-2	-2.0	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention					
モザンビーク	18,292	366 B	2.0	0	14	0.8	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1983	1989			
レユニオン	721	106 B	14.7	..	2	2.5	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ルワンダ	7,609	89 B	1.2	28	395	62.8	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1980	1980			
セイシェル	80	5 B	5.6	..	..	..	4 <sup>q</sup>	0.7	Satisfactory	Maintain	Too high	Maintain	1980	1980	1994		
ソマリア	8,778	22 I	0.2	1	14	1.7	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1978	1978			
ウガンダ	23,300	529 B	2.3	237	-14	-0.6	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1976	1976	1995		
タンザニア	35,119	893 B	2.5	681	-47	-1.4	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1964	1968			
ザンビア	10,421	377 B	3.6	251	14	1.4	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	Lower	1969	1969			
ジンバブエ	12,627	656 B	5.2	4	-3	-0.2	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1981	1981			
<b>中央アフリカ</b>	95,404	1,490	1.6	603	-332	-3.7	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アンゴラ	13,134	46 B	0.4	12	-17	-1.4	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1981	1981			
カメルーン	14,876	150 B	1.0	44	1	0.1	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1961	1967			
中央アフリカ	3,717	59 C	1.6	56	2	0.5	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	No intervention	1962	1967			
チャード	7,885	41 I	0.5	18	20	2.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1981	1981			
コンゴ	3,018	197 B	6.5	123	-1	-0.3	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1962	1970			
コンゴ民主共和国	50,948	739 C	1.5	333	-340	-7.1	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1965	1975			
赤道ギニア	457	1 C	0.3	0	0	0.0	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1986	1986			
ガボン	1,230	250 C	20.3	18	5	4.3	2 <sup>q</sup>	..	Too high	Lower	Too high	Lower	1964	1973			

地域・国	外国人人口 <sup>o</sup>			難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>o</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>				
	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占め る割合 <sup>c</sup>		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対)	総額 <sup>g</sup> (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup>	移民受入レベル		移民送出レベル		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>	
									政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>j</sup>	政策 <sup>m</sup>					
																	2001
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)					
サントメ・プリンシペ	138	7 C	5.3	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1978	1978				
北アフリカ	174,150	1,945	1.1	606	-261	-1.6	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
アルジェリア	30,291	250 C	0.8	170	-52	-1.8	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1963	1967				
エジプト	67,884	169 B	0.2	7	-80	-1.2	2,852	3.1	Satisfactory	Lower	Too low	Raise	1981	1981	1993		
リビア	5,290	570 C	10.8	12	-2	-0.4	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Maintain					
モロッコ	29,878	26 C	0.1	2	-44	-1.5	2,161	6.6	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	Lower	1956	1971	1993		
スーダン	31,095	780 B	2.5	415	-77	-2.6	638	5.8	Satisfactory	Raise	Too high	Lower	1974	1974			
テュニジア	9,459	38 C	0.4	0	-8	-0.8	700	3.6	Satisfactory	Lower	Satisfactory	Maintain	1957	1968			
西サハラ	252	113 I	44.9	..	2	8.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
南アフリカ	49,567	1,544	3.1	47	-13	-0.3	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ボツワナ	1,541	52 C	3.4	4	-1	-0.6	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1969	1969			2002
レソト	2,035	6 C	0.3	0	-7	-3.4	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1981	1981			
ナミビア	1,757	143 B	8.1	27	1	0.6	6 <sup>q</sup>	0.2	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1995				2002
南アフリカ	43,309	1,303 B	3.0	15	-5	-0.1	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1996	1996			
スワジランド	925	42 B	4.5	1	-1	-1.2	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	2000	1969			
西アフリカ	224,189	6,782	3.0	710	-119	-0.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ベナン	6,272	101 B	1.6	4	-19	-3.2	70 <sup>q</sup>	3.0	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1962	1970			
ブルキナ・ファソ	11,535	1,124 B	9.7	1	-60	-5.5	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	1980	1980			2002
カーボ・ヴェルデ	427	10 B	2.4	0	-1	-2.5	72 <sup>q</sup>	13.2	Satisfactory	No intervention	Too low	Maintain		1987	1997		
象牙海岸	16,013	2,336 B	14.6	121	12	0.8	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1961	1970			
ガンビア	1,303	185 B	14.2	12	11	9.1	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1966	1967			
ガーナ	19,306	614 B	3.2	13	-22	-1.2	32	0.7	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1963	1968	2000		
ギニア	8,154	741 C	9.1	427	-48	-6.2	6 <sup>q</sup>	0.2	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1965	1968	2000		
ギニア・ビサオ	1,199	19 B	1.6	8	-3	-2.9	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	1976	1976			
リベリア	2,913	160 B	5.5	69	90	36.5	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	No intervention	1964	1980			
マリ	11,351	48 C	0.4	8	-50	-4.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1973	1973			2002
モーリタニア	2,665	63 C	2.3	0	8	3.4	2 <sup>q</sup>	0.3	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1987	1987			
ニジェール	10,832	119 B	1.1	0	-1	-0.1	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1961	1970			
ナイジェリア	113,862	751 C	0.7	7	-19	-0.2	1,301 <sup>q</sup>	5.0	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1967	1968			2001
セント・ヘレナ・アセンション <sup>r</sup>	6	1 B	15.2	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セネガル	9,421	284 B	3.0	21	-10	-1.1	130 <sup>q</sup>	2.7	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1963	1967	1999		
シエラ・レオーネ	4,405	47 C	1.1	7	-33	-7.8	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1981	1981			
トーゴ	4,527	179 B	4.0	12	25	6.1	4 <sup>q</sup>	0.3	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1962	1969			
<b>アジア</b>	<b>3,672,342</b>	<b>49,781</b>	<b>1.4</b>	<b>9,121</b>	<b>-1,311</b>	<b>-0.4</b>	<b>24,505</b>	<b>0.3</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

地域・国	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	外国人人口 <sup>b</sup>		難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>				
		数 (1000人) 2000	総人口 に占める 割合 <sup>c</sup> 2000		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対) 2000	総額 <sup>g</sup> (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup>	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>	
									政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>l</sup>	政策 <sup>m</sup>					
		(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		
東アジア	1,481,075	5,769	0.4	299	-257	-0.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
中国 <sup>s</sup>	1,275,133	513	I	0.0	294	-381	-0.3	556	0.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1982	1982		
香港 <sup>t</sup>	6,860	2,701	B	39.4	1	99	15.1	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
マカオ <sup>u</sup>	444	294	B	66.1	0	3	6.5	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
北朝鮮	22,268	37	I	0.2	..	0	0.0	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
日本	127,096	1,620	C	1.3	4	56	0.4	505	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1981	1982		
モンゴル	2,533	8	C	0.3	..	-16	-6.5	7 <sup>q</sup>	0.8	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention				
韓国	46,740	597	B	1.3	0	-18	-0.4	63	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1992	1992		
南・中央アジア	1,480,868	20,407	1.4	4,290	-810	-0.6	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アフガニスタン	21,765	36	I	0.2	0	16	0.8	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower				
バングラデシュ	137,439	988	B	0.7	22	-60	-0.5	1,958	3.9	Satisfactory	Lower	Too low	Raise				
ブータン	2,085	10	I	0.5	0	-1	-0.5	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	Lower				
インド	1,008,937	6,271	B	0.6	171	-280	-0.3	9,034	1.9	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
イラン	70,330	2,321	C	3.3	1,868	-91	-1.4	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Lower	1976	1976		
カザフスタン	16,172	3,028	B	18.7	21	-200	-12.2	64	0.3	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1999	1999		
キルギス	4,921	572	B	11.6	11	-2	-0.5	2	0.2	Too low	Raise	Satisfactory	Lower	1996	1996		
モルディブ	291	3	I	1.1	..	0	0.0	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
ネパール	23,043	619	B	2.7	129	-24	-1.1	111	2.1	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
パキスタン	141,256	4,243	B	3.0	2,001	-70	-0.5	1,075	1.7	Satisfactory	Lower	Satisfactory	Raise				
スリ・ランカ	18,924	397	C	2.1	0	-31	-1.7	1,142	7.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain			1996	
タジキスタン	6,087	330	B	5.4	15	-61	-10.3	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	No intervention	1993	1993	2002	2002
トルクメニスタン	4,737	223	B	4.7	14	10	2.2	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	No intervention	1998	1998		
ウズベキスタン	24,881	1,367	B	5.5	38	-16	-0.7	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	No intervention				
東南アジア	552,121	4,126	0.8	294	-352	-0.7	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ブルネイ	328	104	B	31.7	..	1	2.6	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
カンボディア	13,104	211	C	1.6	0	8	0.7	17	0.5	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1992	1992		
東チモール	737	5	I	0.7	..	-32	-40.6	..	..	-	-	-	-				
インドネシア	212,092	397	C	0.2	123	-180	-0.9	1,190	0.8	Satisfactory	Lower	Too low	Maintain				
ラオス	5,279	16	I	0.3	0	-1	-0.3	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower				
マレーシア	22,218	1,392	B	6.3	50	9	0.4	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention				
ミャンマー	47,749	113	C	0.2	..	4	0.1	73	0.2	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
フィリピン	75,653	160	C	0.2	0	-190	-2.6	125	0.2	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1981	1981	1995	2002
シンガポール	4,018	1,352	B	33.6	0	74	19.6	..	..	Satisfactory	Raise	Too high	Lower				
タイ	62,806	353	C	0.6	105	-5	-0.1	..	..	Too high	Lower	Too low	Raise				



地域・国	外国人人口 <sup>o</sup>			難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>g</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>			
	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占める割合 <sup>c</sup> (%)		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対) (%)	総額 <sup>h</sup> (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 <sup>i</sup> (%)	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>
									政府見解 <sup>j</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>l</sup>	政策 <sup>m</sup>				
	(1)	(2)	(3)		(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		
ヴェトナム	78,137	22 C	0.0	16	-40	-0.5	..	..	Satisfactory	Lower	Too low	Raise				
西アジア	188,277	19,480	10.3	4,237	109	0.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アルメニア	3,787	133 B	3.5	281	-9	-2.5	15 <sup>q</sup>	0.8	Too high	Lower	Too high	Lower	1993	1993		
アゼルバイジャン	8,041	148 B	1.8	0	-7	-0.8	57	1.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1993	1993	1999	
バハレーン	640	254 C	39.8	0	4	6.6	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention				
サイプラス	784	49 B	6.3	0	3	3.9	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Lower	1963	1968		
グルジア	5,262	219 B	4.2	8	-30	-5.7	95	3.1	Too high	Lower	Too high	Lower	1999	1999		
イラク	22,946	147 C	0.6	128	8	0.4	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower				
イスラエル	6,040	2,256 B	37.4	4	52	9.1	..	..	Satisfactory	Raise	Satisfactory	No intervention	1954	1968		
ジョルダン	4,913	1,945 C	39.6	1,611	-3	-0.7	1,664 <sup>q</sup>	22.5	Too high	Lower	Too low	Raise				
クウェイト	1,914	1,108 C	57.9	3	20	11.1	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention				
レバノン	3,496	634 B	18.1	383	16	4.8	..	..	Too high	Lower	Too high	Lower				
パレスチナ	3,191	1,665 B	52.2	1,429	4	1.4	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
オマーン	2,583	682 C	26.9	..	4	1.7	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Maintain				
カタール	565	409 C	72.4	0	2	3.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention				
サウディ・アラビア	20,346	5,255 C	25.8	5	80	4.3	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Maintain				
シリア	16,189	903 C	5.6	391	-2	-0.2	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower				
トルコ	66,668	1,503 B	2.3	3	-54	-0.8	4,560	2.3	Too high	Lower	Satisfactory	Raise	1962	1968		
アラブ首長国連邦	2,606	1,922 C	73.8	1	20	8.1	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention				
イエメン	18,349	248 C	1.4	61	2	0.1	1,288	15.1	Too high	Lower	Satisfactory	Raise	1980	1980		
ヨーロッパ	727,304	56,100	7.7	2,310	769	1.1	11,854	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-
東ヨーロッパ	304,172	24,812	8.2	41	124	0.4	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ベラルーシ	10,187	1,284 B	12.6	0	15	1.5	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	Lower	2001	2001		
ブルガリア	7,949	101 I	1.3	1	-40	-4.9	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1993	1993		2001
チェッコ	10,272	236 C	2.3	1	10	1.0	..	..	Too high	Lower	Too high	Lower	1993	1993		
ハンガリー	9,968	296 B	3.0	5	-7	-0.7	53	0.1	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1989	1989		
ポーランド	38,605	2,088 B	5.4	1	-20	-0.5	639	0.4	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1991	1991		
モルドヴァ	4,295	474 B	11.0	0	-11	-2.5	3	0.3	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	2002	2002		
ルーマニア	22,438	94 B	0.4	2	-12	-0.5	2	..	Satisfactory	Lower	Too high	No intervention	1991	1991		
ロシア	145,491	13,259 B	9.1	26	287	2.0	..	..	Too low	Raise	Satisfactory	Lower	1993	1993		
スロヴァキア	5,399	32 I	0.6	0	2	0.3	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1993	1993		
ウクライナ	49,568	6,947 B	14.0	3	-100	-2.0	..	..	Too low	Raise	Too high	Lower	2002	2002		
北ヨーロッパ	95,076	7,453	7.8	413	134	1.4	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
チャネル諸島	144	11 B	7.8	..	0	0.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-

地域・国	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	外国人人口 <sup>b</sup>		難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>					
		数 (1000人)	総人口 に占める 割合 <sup>c</sup>		数 <sup>o</sup> (1000人)	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対)	総額 <sup>g</sup> (100万米ドル)	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup>	2001		政府見解 <sup>i</sup> 2001	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>j</sup> 2001	政策 <sup>m</sup>	1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>
									2000									
		(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)			
デンマーク	5,320	304 B	5.7	71	14	2.7	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1952	1968				
エストニア	1,393	365 B	26.2	..	-12	-8.0	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1997	1997				
フェロー諸島	46	5 B	10.0	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-		
フィンランド	5,172	134 B	2.6	13	4	0.8	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1968	1968				
アイスランド	279	16 B	5.6	0	0	0.2	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1955	1968				
アイルランド	3,803	310 B	8.1	3	18	4.9	55	0.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1956	1968				
マン諸島	75	36 B	48.4	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-		
ラトヴィア	2,421	613 B	25.3	0	-5	-2.0	61	0.9	Too high	Lower	Satisfactory	Maintain	1997	1997				
リトアニア	3,696	339 B	9.2	0	0	0.0	2	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1997	1997				
ノルウェー	4,469	299 B	6.7	48	9	2.0	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1953	1967				
スウェーデン	8,842	993 B	11.2	157	9	1.0	161	0.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1954	1967				
英国	59,415	4,029 B	6.8	121	95	1.6	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1954	1968				
南ヨーロッパ	144,935	4,999	3.5	578	229	1.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-		
アルバニア	3,134	12 I	0.4	1	-60	-19.0	531	14.1	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1992	1992		2002		
アンドラ	86	70 C	80.9	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain						
ボスニア・ヘルツェゴヴィナ	3,977	96 I	2.4	38	100	27.0	549	12.9	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	1993	1993	1996	2002		
クロアチア	4,654	425 B	9.1	22	0	0.0	537	2.8	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	1992	1992				
ジブラルタル	27	8 B	29.4	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-		
ギリシャ	10,610	534 C	5.0	7	35	3.3	1,613	1.4	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1960	1968				
ヴァチカン <sup>v</sup>	1	1 I	100.0	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1956	1967				
イタリア	57,530	1,634 B	2.8	7	118	2.0	359	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1954	1972				
マルタ	390	9 C	2.2	0	1	1.4	1	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1971	1971				
ポルトガル	10,016	233 B	2.3	0	13	1.3	3,179	3.0	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1960	1976				
サン・マリノ	27	9 B	34.9	..	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention						
スロヴェニア	1,988	51 C	2.6	3	1	0.5	14	0.1	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1992	1992				
スペイン	39,910	1,259 B	3.2	7	37	0.9	3,417	0.6	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1978	1978		2002		
マケドニア <sup>w</sup>	2,034	33 C	1.6	9	1	0.5	80	2.4	Too high	Lower	Too high	Lower	1994	1994				
ユーゴスラヴィア	10,552	626 B	5.9	484	-20	-1.9	..	..	Too high	Lower	Too high	Lower	2001	2001		2001		
西ヨーロッパ	183,121	18,836	10.3	1,277	282	1.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-		
オーストリア	8,080	756 C	9.4	15	5	0.6	305	0.2	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1954	1973				
ベルギー	10,249	879 C	8.6	19	13	1.3	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1953	1969				
フランス	59,238	6,277 B	10.6	133	39	0.7	679	0.1	Too high	Lower	Satisfactory	Raise	1954	1971				
ドイツ	82,017	7,349 C	9.0	906	185	2.3	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1953	1969				
リヒテンシュタイン	33	12 C	35.9	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1957	1968				

地域・国	外国人人口 <sup>a</sup>			難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>			
	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占め る割合 <sup>c</sup> (%)		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対) 2000	総額 <sup>e</sup> (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 <sup>g</sup>	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>
									政府見解 <sup>h</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>h</sup>	政策 <sup>m</sup>				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)				
ルクセンブルグ	437	162 C	37.2	1	4	9.4	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1953	1971		
モナコ	33	23 B	68.9	..	..	..	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	Maintain	1954			2001
オランダ	15,864	1,576 B	9.9	146	32	2.1	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1956	1968		
スイス	7,170	1,801 B	25.1	58	4	0.6	124	0.1	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1955	1968		
<b>中南米・カリブ海</b>	<b>518,809</b>	<b>5,944</b>	<b>1.1</b>	<b>38</b>	<b>-494</b>	<b>-1.0</b>	<b>17,131</b>	<b>0.8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
カリブ海	37,941	1,071	2.8	2	-72	-2.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アンギラ	11	4 B	35.6	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アンティグア	65	16 B	25.5	..	..	..	..	..	Too high	Maintain	Too high	No intervention	1995	1995		
アルバ	101	31 B	30.8	..	..	..	1	..	-	-	-	-	-	-	-	-
バハマ	304	30 B	9.8	0	0	0.0	..	..	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1993	1993		
バルバドス	267	25 B	9.2	..	0	-0.9	84	3.2	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
英領バージン諸島	24	8 B	35.5	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ケイマン諸島	38	15 B	39.1	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
キューバ	11,199	82 B	0.7	1	-20	-1.8	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
ドミニカ	71	4 B	5.3	..	..	..	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1994	1994		
ドミニカ共和国	8,373	136 B	1.6	1	-11	-1.4	1,689	6.8	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1978	1978		
グレナダ	94	8 B	8.5	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower				
グアドループ島	428	83 B	19.4	..	-1	-2.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ハイティ	8,142	26 B	0.3	..	-21	-2.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1984	1984		
ジャマイカ	2,576	13 B	0.5	0	-19	-7.4	789	10.9	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	1964	1980		
マルチニーク	383	54 B	14.2	..	-1	-2.6	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
モンテセラト	4	.. B	4.9	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
オランダ領アンティル諸島	215	55 B	25.3	..	0	0.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
プエルトリコ	3,915	383 B	9.8	..	7	1.9	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
セント・クリストファー・ネイビス	38	4 B	11.2	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	2002			
セント・ルシア	148	8 B	5.5	0	-1	-7.0	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
セント・ヴィンセント	113	8 B	6.7	..	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1993			
トリニダード・トバゴ	1,294	41 B	3.2	..	-4	-3.1	45 <sup>q</sup>	0.7	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	2000	2000		
タークス・カイコス諸島	17	3 B	16.2	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
米領バージン諸島	121	35 B	28.8	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>中米</b>	<b>135,129</b>	<b>1,070</b>	<b>0.8</b>	<b>28</b>	<b>-347</b>	<b>-2.7</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
ベリーズ	226	17 B	7.5	1	-1	-2.3	22	2.9	Too high	Lower	Satisfactory	No intervention	1990	1990	2001	
コスタ・リカ	4,024	311 B	7.4	6	20	5.3	101 <sup>q</sup>	0.6	Too high	Maintain	Satisfactory	No intervention	1978	1978		
エル・サルヴァドル	6,278	24 B	0.4	0	-8	-1.3	1,751	13.3	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1983	1983		

地域・国	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	外国人人口 <sup>b</sup>		難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>				
		数 (1000人)	総人口 に占める 割合 <sup>c</sup>		数 <sup>o</sup> (1000人)	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対)	総額 <sup>g</sup> (100万米ドル)	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup>	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>	
									政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>l</sup>	政策 <sup>m</sup>					
		(1)	(2)		(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)		
グアテマラ	11,385	43	B	0.4	1	-30	-2.8	563	3.0	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1983	1983		
ホンデュラス	6,417	44	B	0.7	0	-4	-0.7	410	6.9	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1992	1992		
メキシコ	98,872	521	B	0.5	18	-310	-3.3	6,572	1.1	Satisfactory	Maintain	Too high	Lower	2000	2000	1999	
ニカラグア	5,071	27	B	0.5	0	-12	-2.5	320	13.2	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1980	1980		
パナマ	2,856	82	B	2.9	1	-3	-1.0	16	0.2	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1978	1978		
南米	345,738	3,803	1.1	9	9	-75	-0.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アルゼンティン	37,032	1,419	B	3.8	2	24	0.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Lower	1961	1967		
ボリヴィア	8,329	61	B	0.7	0	-7	-0.9	101	1.2	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1982	1982	2000	
ブラジル	170,406	546	B	0.3	3	0	0.0	1,113	0.2	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1960	1972		
チリ	15,211	153	B	1.0	0	-10	-0.7	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1972	1972		
コロンビア	42,105	115	B	0.3	0	-40	-1.0	1,578	1.9	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1961	1980	1995	
エクアドル	12,646	82	B	0.7	2	0	0.0	1,317	9.6	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1955	1969	2002	2002
フォークランド(マルビナス)諸島	2	1	B	45.2	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
仏領ギアナ	165	74	B	44.9	0	1	8.7	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ガイアナ	761	2	B	0.2	0	-8	-10.6	..	..	Satisfactory	Maintain	Too high	No intervention				
パラグアイ	5,496	203	B	3.7	0	0	0.0	152	2.0	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1970	1970		
ペルー	25,662	46	B	0.2	1	-28	-1.1	718	1.3	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1964	1983		2002
スリナム	417	6	C	1.5	0	-4	-10.3	..	..	Too high	Lower	Too high	Lower	1978	1978		
ウルグアイ	3,337	89	B	2.7	0	-3	-1.0	..	..	Too low	Raise	Too high	Lower	1970	1970	2001	
ヴェネズエラ	24,170	1,006	B	4.2	0	0	0.0	115	0.1	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention		1986		2002
北米	314,113	40,844	13.0	635	1,394	4.6	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
バーミューダ	63	17	B	27.5	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
カナダ	30,757	5,826	B	18.9	127	144	4.8	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1969	1969		2002
グリーンランド	56	11	B	20.4	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
サンピエール・ミクロン	7	1	B	17.7	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
米国	283,230	34,988	B	12.4	508	1,250	4.5	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention		1968		
大洋州	30,521	5,835	19.1	69	90	3.0	293	0.1	..	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア/ニュー・ジーランド	22,916	5,555	24.2	63	103	4.6	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
オーストラリア*	19,138	4,705	B	24.6	58	95	5.1	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1954	1973		
ニュー・ジーランド	3,778	850	B	22.5	5	8	2.1	228	0.4	Satisfactory	Maintain	Too high	No intervention	1960	1973		2002
メラネシア	6,482	85	1.3	6	6	-6	-1.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
フィジー	814	16	B	2.0	0	-7	-8.8	..	..	Satisfactory	Lower	Too high	Lower	1972	1972		
ニューカレドニア	215	41	B	19.0	..	1	5.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
バブア・ニューギニア	4,809	23	C	0.5	6	0	0.0	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention	1986	1986		

地域・国	外国人人口 <sup>a</sup>			難民数 <sup>d</sup> (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 <sup>e</sup>		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 <sup>n</sup>			
	総人口 <sup>a</sup> (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占める 割合 <sup>c</sup>		数 <sup>e</sup> (1000人) 1995-2000	純移動率 <sup>f</sup> (人口1000 対) 2000	総額 <sup>g</sup> (100万ドル) 2000	GDPに 占める 割合 <sup>h</sup>	移民受入レベル		移民送出レベル		1951C	1967P	1990C	2000P <sup>o</sup>
									政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>k</sup>	政府見解 <sup>i</sup>	政策 <sup>m</sup>				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)				
ソロモン諸島	447	4 B	0.8	0	0	0.0	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1995	1995		
ヴァヌアツ	197	1 B	0.7	..	0	-0.9	19 <sup>q</sup>	8.2	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention				
ミクロネシア	516	116	22.6	0	-2	-4.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
グアム	155	97 B	62.3	..	-1	-9.5	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
キリバス	83	2 B	2.9	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
マーシャル諸島	51	2 B	3.2	..	..	..	..	..	Satisfactory	Lower	Satisfactory	No intervention				
ミクロネシア	123	3 B	2.8	..	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	No intervention				
ナウル	12	5 C	37.3	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
北マリアナ諸島	73	5 B	7.0	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
パラオ	19	3 B	13.6	..	..	..	..	..	Too high	No intervention	Too high	No intervention				
ポリネシア	606	79	13.0	0	-5	-8.2	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
米領サモア	68	34 B	50.0	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
クック諸島	20	2 B	12.0	..	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower				
仏領ポリネシア	233	31 B	13.2	..	0	0.0	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
ニウエ	2	.. B	7.0	..	..	..	..	..	Satisfactory	No intervention	Too high	Lower	-	-	-	-
ビトケアン <sup>y</sup>	..	.. I	8.8	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
サモア	159	8 B	5.0	..	-4	-22.8	45 <sup>q</sup>	18.7	Too high	Maintain	Satisfactory	Maintain	1988	1994		
トケラウ	1	.. B	12.3	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
トンガ	99	2 B	1.6	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain				
トゥヴァル	10	.. C	3.2	..	..	..	..	..	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1986	1986		
ワリス・フテユナ諸島	14	2 B	13.0	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-

UN, International Migration 2002 による。

注：「先進地域」とは、ヨーロッパおよび北アメリカ全域、オーストラリア/ニュー・ジーランド、日本を指す。「途上地域」とは、アフリカ全域、アジア(日本を除く)、ラテン・アメリカ、カリブ地域、メラネシア地域、ポリネシア地域を指す。2001年3月に国連総会で定義された「後発開発途上国(LDC)」はアフガニスタン、アンゴラ、バングラデシュ、ベナン、ブータン、ブルキナ・ファソ、ブルンディ、カンボディア、カーボ・ヴェルデ、中央アフリカ、チャド、コモロ、コンゴ民主共和国、ジブティ、赤道ギニア、エリトリア、エチオピア、ガンビア、ギニア、ギニア・ビサオ、ハイティ、キリバチ、ラオス人民民主共和国、レソト、リベリア、マダガスカル、マラウイ、モルディブ、マリ、モーリタニア、モザンビーク、ミャンマー、ネパール、ニジェール、ルワンダ、サモア、サントメ・プリンシペ、セネガル、シエラ・レオーネ、ソロモン、ソマリア、スーダン、トーゴ、トゥバル、ウガンダ、タンザニア、ヴァヌアツ、イエメン、ザンビアの49カ国である。

点2つ(・・)はそのデータは使えない、または意味を成さないあるいはゼロを示す。

ハイフン(-)は項目が適切でないことを示す。

ダッシュ( )は条約が批准されていないことを示す。

<sup>a</sup> 総人口：事実上の定義に基づいた年央の人口。< 出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2000 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*, Sales No.E.01.XIII.8, 2002. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >

<sup>b</sup> 移民ストック(外国人人口の意)：数：多くの国において、外国で生まれた者の年央の推定数。出生地データのない国においては市民権を持たない者の推定数。両ケースにおいて移民ストックには難民と外国生まれではない難民も含む。次の記号はデータのタイプを表す：B(出生地)外国で生まれの者のデータを参考に行っている。C(Citizenship)市民権を持たない者のデータを参考に行っている。(imputed)データがなく、モデルにより推定したことを示す。

<sup>c</sup> 総人口に占める割合：総人口に占める移民ストックの割合。< 出典：Population Division of the United Nations Secretariat オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >

- <sup>d</sup> 難民数：1951年の「難民の地位に関する条約」あるいは1969年の「アフリカにおける難民問題の特殊な側面を規定するアフリカ統一機構条約(OAU難民条約)」により難民と認定された者、国連難民高等弁務官事務所 (UNHCR) 規定の合意で難民とみなされた者、また現在滞在している土地の政府により人道的身分あるいは一時的保護を与えられているもの、また、国連パレスチナ難民救済事業機関 (UNRWA) に認定されているパレスチナ難民も含む。本資料は2000年12月31日時点での数値を示す。また、ゼロ(0)は難民500人以下を示す。＜出典：UNHCR, *Refugees and Others of Concern to UNHCR, 2000 Statistical Overview*. オンラインデータ(2002年8月29日より) <http://www.un.org/unrwa/pr/index.htm> >
- <sup>e</sup> 純移動者：数：年平均の純移民数。年間移民入国者数から年間移民出国者数を引いたもの。市民権の保有者も非保有者も共に含む。
- <sup>f</sup> 率：純移民数を受け入れ国の平均人口で割った値。人口1000人に占める移民数として表される。＜出典：Population Division of the United Nations Secretariat, *World Population Prospect: The 2000 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*, Sales No. E.01.XIII.8. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >
- <sup>g</sup> 労働移民の送金額：在住者であるときみなされている場所の経済の中で一年以上雇用されている、あるいは雇用され続けようとする移民者による金銭の送金。データは国際ガイドラインに準拠して出されており、ここでの労働者の送金は各国の実算(national practices)とは異なることもある。この項目は国が報告した受領高を表す。データは時価でのUSドル。
- <sup>h</sup> 預金額(Credit)のみ。報告データのない国に関しては地域および世界合計(個々の国は表されない)から推定値が出される。地域概算は国連人口局により算出された。「国際組織犯罪条約」の補足議定書である2000年の「陸路、海路及び空路により移民を密入国させることの防止に関する議定書」と2000年の「人、特に女性及び児童の取引を防止し、抑止し処罰するための議定書(2000P)」。ヴェネズエラを除き、一方の議定書に調印した全ての国がもう一方の議定書を同日批准した。批准には承諾、承認、受諾あるいは継承を含む。
- <sup>i</sup> GDPに占める割合：労働移民の送金額の国内総生産に占める割合。＜出典：International Monetary Fund, *Balance of Payment statistics Yearbook, 2001*(Washington DC, 2001) <http://www.imf.org/external/np/sta/bop.htm> 参照。Statistics Division of the United Nations Secretariat <http://unstats.un.org/wisd/nationalaccount/default.htm> 参照。>
- <sup>j</sup> 移民受入レベルに関する政府見解：現在の国の移民受入レベルに対する政府の評価。「非常に低い」「十分」「非常に高い」の3つのカテゴリーに分けられる。＜出典：Population Division of the United Nations secretariat, *National Population Policies 2001*, Sales No. E.02.XIII.2. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >
- <sup>k</sup> 移民受入政策：現在の永住移民の受入レベルに関する政策。移民受入レベルを「上げる」「維持」「下げる」「介入しない」の4つのカテゴリーに分けられる。＜出典：Population Division of the United Nations secretariat, *National Population Policies 2001*, Sales No. E.02.XIII.2. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >
- <sup>l</sup> 移民送出レベルに関する政府見解：国から出て行く場合の移民送出レベルに対する政府の評価。「非常に低い」「十分」「非常に高い」の3つのカテゴリーに分けられる。＜出典：Population Division of the United Nations secretariat, *National Population Policies 2001*, Sales No. E.02.XIII.2. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >
- <sup>m</sup> 移民送出政策：国民の国外流出に対する政策。移民送出レベルを「上げる」「維持」「下げる」「介入しない」の4つのカテゴリーに分けられる。＜出典：Population Division of the United Nations secretariat, *National Population Policies 2001*, Sales No. E.02.XIII.2. オンラインデータ：<http://www.unpopulation.org> >
- <sup>n</sup> 国連組織への参加：この項目は、国が、関連文書を批准したかどうかを示しており、批准した場合はその批准年を表している。関連文書は1951年の「難民の地位に関する条約(1951C)」、1967年の「難民の地位に関する議定書(1967P)」、1990年の「すべての移民労働者及びその家族構成員の権利の保護に関する国際条約(移民労働者条約)(1990C)および「国際組織犯罪条約」の補足議定書である2000年の「陸路、海路及び空路により移民を密入国させることの防止に関する議定書」と2000年の「人、特に女性及び児童の取引を防止し、抑止し処罰するための議定書(2000P)」。ヴェネズエラを除き、一方の議定書に調印した全ての国がもう一方の議定書を同日批准した。批准には承諾、承認、受諾あるいは継承を含む。批准とは条約に対して義務を負うことに国家が同意することである。批准によって、当事者は同意しているということを示すことができる。＜出典：United Nations Treaty Collection オンラインデータ(2002年9月1日より) <http://untreaty.un.org/> >
- <sup>o</sup> 2000年の「陸路、海路及び空路により移民を密入国させることの防止に関する議定書」及び2000年の「人、特に女性及び児童の取引を防止し、抑止し処罰するための議定書」を批准した国を指す。両議定書は2000年の「国際組織犯罪条約」の補足議定書。ヴェネズエラを除き一方の議定書を批准した全ての国は同日他方の議定書も批准した。
- <sup>p</sup> アガレガ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。
- <sup>q</sup> 1998年または1999年のデータ。
- <sup>r</sup> アセンション島、トリスタン・ダ・クーニャ島を含む。
- <sup>s</sup> 統計の目的上、中国のデータには香港特別行政区およびマカオ特別行政区は含まない。
- <sup>t</sup> 中国の香港特別行政区
- <sup>u</sup> 中国のマカオ特別行政区
- <sup>v</sup> 原典では、Holy See と表記
- <sup>w</sup> ユーゴスラヴィア共和国
- <sup>x</sup> クリスマス島、ココス(キーリング)諸島、ノーフォーク島を含む
- <sup>y</sup> 2000年のビトケアの人口は68人。

## 資料3 人口統計資料集(2001/2002)

## 資料3 - 1 世界の主要地域別人口：1950年 - 2050年

(1,000人)

地域	1950年	1970年	1990年	2000年	2005年	2025年	2050年
世界全域	2,519,495	3,690,925	5,254,820	6,056,715	6,441,001	7,936,741	9,322,251
先進地域 <sup>1)</sup>	813,574	1,008,273	1,148,365	1,191,429	1,201,109	1,218,834	1,181,108
発展途上地域 <sup>2)</sup>	1,705,921	2,682,652	4,106,455	4,865,286	5,239,892	6,717,907	8,141,143
アフリカ	220,888	356,340	619,477	793,627	891,690	1,358,118	2,000,383
東部アフリカ	65,278	107,971	193,123	250,318	282,512	446,538	691,116
中部アフリカ	26,316	40,266	70,588	95,404	110,824	198,902	340,645
北部アフリカ	53,302	85,965	143,166	174,150	190,643	249,826	303,555
南部アフリカ	15,581	25,599	41,442	49,567	51,586	51,738	56,942
西部アフリカ	60,411	96,538	171,157	224,189	256,126	411,114	608,125
米国	338,610	516,682	722,952	832,922	885,277	1,078,439	1,243,180
ラテン・アメリカ	166,995	284,750	440,354	518,809	557,077	694,761	805,560
カリブ海	17,039	24,853	33,907	37,941	39,858	46,453	49,817
中央アメリカ	36,961	67,503	111,409	135,129	146,709	187,538	220,229
南アメリカ	112,995	192,393	295,037	345,738	370,510	460,770	535,515
北部アメリカ	171,615	231,932	282,598	314,113	328,200	383,678	437,619
アジア	1,399,170	2,142,049	3,164,081	3,672,342	3,910,660	4,776,599	5,428,170
東部アジア	672,483	986,777	1,349,961	1,481,075	1,531,096	1,685,206	1,665,197
南部・中央アジア	498,367	783,295	1,224,531	1,480,868	1,610,715	2,095,462	2,538,781
南東部アジア	178,073	285,847	440,463	522,121	559,418	692,228	800,302
西部アジア	50,247	86,130	149,126	188,277	209,430	303,704	423,888
ヨーロッパ	548,207	656,655	721,981	727,304	720,898	683,533	603,328
東部ヨーロッパ	220,199	276,419	310,770	304,172	295,946	266,434	222,740
北部ヨーロッパ	78,094	87,325	92,478	95,076	95,701	96,971	92,801
南部ヨーロッパ	108,997	127,237	142,643	144,935	144,927	136,713	116,871
西部ヨーロッパ	140,916	165,673	176,091	183,121	184,324	183,414	170,916
欧州連合 <sup>3)</sup>	296,151	340,679	365,041	376,502	378,123	371,349	339,314
オセアニア	12,620	19,200	26,330	30,521	32,477	40,052	47,191

UN, *World Population Prospects: 2000* による。

- 1) ヨーロッパ、北部アメリカ、日本、オーストラリア及びニュー・ジーランドからなる地域。地域区分は、4ページ参照。
- 2) 先進地域以外の地域。
- 3) 1995年1月現在欧州連合を構成する15カ国(ドイツ、フランス、イタリア、ベルギー、オランダ、ルクセンブルグ、デンマーク、アイルランド、イギリス、ギリシャ、スペイン、ポルトガル、オーストラリア、スウェーデン、フィンランド)の合計。

資料3 - 2 世界の主要地域別人口割合及び人口増加率：1950年 - 2050年

地域	割合 (%)						年平均人口増加率 (%)		
	1950年	1970年	2000年	2005年	2025年	2050年	1950～55年	2000～05年	2045～50年
世界全域	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	1.80	1.24	0.47
先進地域 <sup>1)</sup>	32.3	27.3	19.7	18.6	15.4	12.7	1.21	0.16	-0.19
発展途上地域 <sup>2)</sup>	67.7	72.7	80.3	81.4	84.6	87.3	2.08	1.49	0.57
アフリカ	8.8	9.7	13.1	13.8	17.1	21.5	2.20	2.36	1.26
東部アフリカ	2.6	2.9	4.1	4.4	5.6	7.4	2.27	2.45	1.42
中部アフリカ	1.0	1.1	1.6	1.7	2.5	3.7	1.82	3.04	1.61
北部アフリカ	2.1	2.3	2.9	3.0	3.1	3.3	2.30	1.83	0.57
南部アフリカ	0.6	0.7	0.8	0.8	0.7	0.6	2.31	0.80	0.58
西部アフリカ	2.4	2.6	3.7	4.0	5.2	6.5	2.17	2.70	1.31
米国	13.4	14.0	13.8	13.7	13.6	13.3	2.20	1.23	0.42
ラテン・アメリカ	6.6	7.7	8.6	8.6	8.8	8.6	2.69	1.43	0.40
カリブ海	0.7	0.7	0.6	0.6	0.6	0.5	1.79	0.99	0.10
中央アメリカ	1.5	1.8	2.2	2.3	2.4	2.4	2.79	1.66	0.42
南アメリカ	4.5	5.2	5.7	5.8	5.8	5.7	2.79	1.39	0.43
北部アメリカ	6.8	6.3	5.2	5.1	4.8	4.7	1.72	0.88	0.45
アジア	55.5	58.0	60.6	60.7	60.2	58.2	1.95	1.27	0.32
東部アジア	26.7	26.7	24.5	23.8	21.2	17.9	1.77	0.67	-0.26
南部・中央アジア	19.8	21.2	24.5	25.0	26.4	27.2	2.06	1.70	0.57
南東部アジア	7.1	7.7	8.6	8.7	8.7	8.6	2.10	1.39	0.38
西部アジア	2.0	2.3	3.1	3.3	3.8	4.5	2.68	2.15	1.12
ヨーロッパ	21.8	17.8	12.0	11.2	8.6	6.5	0.99	-0.18	-0.59
東部ヨーロッパ	8.7	7.5	5.0	4.6	3.4	2.4	1.49	-0.55	-0.79
北部ヨーロッパ	3.1	2.4	1.6	1.5	1.2	1.0	0.39	0.13	-0.25
南部ヨーロッパ	4.3	3.4	2.4	2.3	1.7	1.3	0.83	0.00	-0.80
西部ヨーロッパ	5.6	4.5	3.0	2.9	2.3	1.8	0.66	0.13	-0.38
欧州連合 <sup>3)</sup>	11.8	9.2	6.2	5.9	4.7	3.6	0.60	0.09	-0.47
オセアニア	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	2.21	1.25	0.53

UN, *World Population Prospects: 2000* による。年平均人口増加率 (%) は、 $(\sqrt[n]{P_1/P_0} - 1) \times 100$  によって算出。ただし、 $P_0$ 、 $P_1$  はそれぞれ期首、期末人口、 $n$  は期間。地域区分は、4ページ参照。

- 1) ヨーロッパ、北部アメリカ、日本、オーストラリア及びニュー・ジーランドからなる地域。
- 2) 先進地域以外の地域。
- 3) 1995年1月現在欧州連合を構成する15カ国(ドイツ、フランス、イタリア、ベルギー、オランダ、ルクセンブルグ、デンマーク、アイルランド、イギリス、ギリシャ、スペイン、ポルトガル、オーストラリア、スウェーデン、フィンランド)の合計。



資料3 - 3 主要国の人口及び人口増加率：1950年 - 2050年

国名	年央推計人口(1,000人)					年平均人口増加率(%)		
	1950年	1955年	2000年	2025年	2050年	1950～55年	1995～2000年	2045～50年
エチオピア	18,434	55,385	62,908	113,418	186,452	2.04	2.58	1.64
ケニア	6,265	27,315	30,669	44,897	55,368	2.71	2.34	0.74
ウガンダ	5,210	20,108	23,300	53,765	101,524	2.65	2.99	1.94
タンザニア	7,886	30,868	35,119	60,395	82,740	2.48	2.61	1.04
コンゴ民主共和国	12,184	44,834	50,948	114,876	203,527	2.23	2.59	1.61
アルジェリア	8,753	27,655	30,291	42,728	51,180	2.11	1.84	0.48
エジプト	21,834	61,991	67,884	94,777	113,840	2.49	1.83	0.55
モロッコ	8,953	27,213	29,878	42,002	50,361	2.51	1.89	0.48
スーダン	9,190	27,952	31,095	49,556	63,530	2.03	2.15	0.83
南アフリカ	13,683	40,033	43,309	43,772	47,301	2.37	1.59	0.54
ナイジェリア	29,790	99,278	113,862	202,957	278,788	2.27	2.78	1.10
メキシコ	27,737	91,138	98,872	130,194	146,651	2.73	1.64	0.24
アルゼンティン	17,150	34,768	37,032	47,160	54,522	1.99	1.27	0.44
ブラジル	53,975	159,481	170,406	218,980	247,244	3.10	1.33	0.32
コロンビア	12,568	38,542	42,105	59,161	70,862	2.94	1.78	0.52
ペルー	7,632	23,532	25,662	35,518	42,122	2.59	1.75	0.46
ヴェネズエラ	5,094	21,844	24,170	34,775	42,152	4.11	2.04	0.56
カナダ	13,737	29,354	30,757	36,717	40,407	2.75	0.94	0.30
米国	157,813	268,744	283,230	346,822	397,063	1.63	1.06	0.47
中国	554,760	1,219,349	1,275,133	1,470,787	1,462,058	1.88	0.90	-0.26
北朝鮮	10,815	21,373	22,268	25,872	28,038	-0.89	0.82	0.26
日本	83,625	125,472	126,926	121,136	100,593	1.44	0.12	-0.85
韓国	20,357	44,952	46,740	52,065	51,560	1.03	0.78	-0.25
アフガニスタン	8,151	19,073	21,765	45,193	72,267	2.01	2.68	1.44
バングラデシュ	41,783	123,612	137,439	210,823	265,432	1.99	2.14	0.70
インド	357,561	927,102	1,088,937	1,351,801	1,572,055	2.02	1.71	0.41
イラン	16,913	64,630	70,330	99,343	121,424	2.45	1.70	0.63
ネパール	8,502	20,439	23,043	38,706	52,415	1.39	2.43	1.02
パキスタン	39,659	123,648	141,256	250,981	344,170	1.98	2.70	1.04
ウズベキスタン	6,314	22,785	24,881	34,203	40,513	2.82	1.78	0.47
インドネシア	79,538	197,622	212,092	272,911	311,335	1.68	1.42	0.35
マレーシア	6,110	20,017	22,218	31,326	37,850	2.76	2.11	0.54
ミャンマー	17,832	44,352	47,749	60,243	68,546	1.80	1.49	0.31
フィリピン	19,996	68,341	75,653	107,073	128,383	3.04	2.05	0.48
タイ	19,626	58,729	62,806	77,480	82,491	3.01	1.35	0.01
ヴェトナム	27,367	72,841	78,137	105,488	123,782	1.89	1.41	0.45
イラク	5,158	20,049	22,946	40,298	53,574	2.76	2.74	0.97
サウディ・アラビア	3,201	17,091	20,346	40,473	59,683	2.34	3.55	1.23
トルコ	20,809	61,493	66,668	86,611	98,818	2.77	1.63	0.34
ポーランド	24,824	38,595	38,605	37,254	33,370	1.91	0.01	-0.47
ルーマニア	16,311	22,681	22,438	20,585	18,150	1.40	-0.22	-0.58
ロシア	102,702	148,141	145,491	125,687	104,258	1.64	-0.36	-0.82
ウクライナ	37,298	51,531	49,568	39,569	29,959	1.46	-0.77	-1.25
イギリス	50,616	58,606	59,415	61,243	58,933	0.23	0.27	-0.25
イタリア	47,104	57,301	57,530	52,364	42,962	0.64	0.08	-0.98
スペイン	28,009	39,737	39,910	37,395	31,282	0.84	0.09	-0.95
フランス	41,829	58,139	59,238	62,753	61,832	0.75	0.38	-0.16
ドイツ	68,376	81,661	82,017	78,897	70,805	0.56	0.09	-0.52

UN, *World Population Prospects*: 2000 による(日本も含めて)。ここには2000年央時において人口2,000万人を超える全ての国、及びそれ未満の主要国を国連資料掲載の順に配列した。なお、日本に関するデータは国立社会保障・人口問題研究所の推計人口は表1-5を参照。年平均人口増加率(%)は、 $(\sqrt[n]{P_1/P_0} - 1) \times 100$ によって算出。ただし、 $P_0$ 、 $P_1$ はそれぞれ期首、期末人口、 $n$ は期間。

資料3 - 4 人口の多い国：1950、2000、2050年

(1,000人)

順位	1950年		2000年		2050年	
	国名	総人口	国名	総人口	国名	総人口
1	中国	554,760	中国	1,275,133	インド	1,572,055
2	インド	357,561	インド	1,008,937	中国	1,462,058
3	米国	157,813	米国	283,230	米国	397,063
4	ロシア	102,702	インドネシア	212,092	パキスタン	344,170
5	日本	83,625	ブラジル	170,406	インドネシア	311,335
6	インドネシア	79,538	ロシア	145,491	ナイジェリア	278,788
7	ドイツ	68,376	パキスタン	141,256	バングラデシュ	265,432
8	ブラジル	53,975	バングラデシュ	137,439	ブラジル	247,244
9	イギリス	50,616	日本	127,096	コンゴ民主共和国	203,527
10	イタリア	47,104	ナイジェリア	113,862	エチオピア	186,452
11	フランス	41,829	メキシコ	98,872	メキシコ	146,651
12	バングラデシュ	41,783	ドイツ	82,017	フィリピン	128,383
13	パキスタン	39,659	ヴェトナム	78,137	ヴェトナム	123,782
14	ウクライナ	37,298	フィリピン	75,653	イラン	121,424
15	ナイジェリア	29,790	イラン	70,330	エジプト	113,840
16	スペイン	28,009	エジプト	67,884	日本	109,220
17	メキシコ	27,737	トルコ	66,668	ロシア	104,258
18	ヴェトナム	27,367	エチオピア	62,908	イエメン	102,379
19	ポーランド	24,824	タイ	62,806	ウガンダ	101,524
20	エジプト	21,834	イギリス	59,415	トルコ	98,818
21	トルコ	20,809	フランス	59,238	タンザニア	82,740
22	韓国	20,357	イタリア	57,530	タイ	82,491
23	フィリピン	19,996	コンゴ民主共和国	50,948	アフガニスタン	72,267
24	タイ	19,626	ウクライナ	49,568	コロンビア	70,862
25	エチオピア	18,434	ミャンマー	47,749	ドイツ	70,805
26	ミャンマー	17,832	韓国	46,740	ミャンマー	68,546
27	アルゼンティン	17,150	南アフリカ	43,309	スーダン	63,530
28	イラン	16,913	コロンビア	42,105	フランス	61,832
29	ルーマニア	16,311	スペイン	39,910	サウディ・アラビア	59,683
30	カナダ	13,737	ポーランド	38,605	イギリス	58,933
31	南アフリカ	13,683	アルゼンティン	37,032	ケニア	55,368
32	コロンビア	12,568	タンザニア	35,119	アルゼンティン	54,522
33	コンゴ民主共和国	12,184	スーダン	31,095	イラク	53,574
34	北朝鮮	10,815	カナダ	30,757	アンゴラ	53,328
35	オランダ	10,114	ケニア	30,669	ネパール	52,415
36	ハンガリー	9,338	アルジェリア	30,291	ニジェール	51,872
37	スーダン	9,190	モロッコ	29,878	韓国	51,560
38	モロッコ	8,953	ペルー	25,662	アルジェリア	51,180
39	チェコ共和国	8,925	ウズベキスタン	24,881	モロッコ	50,361
40	アルジェリア	8,753	ヴェネズエラ	24,170	南アフリカ	47,301
41	ベルギー	8,639	ウガンダ	23,300	マダガスカル	47,030
42	ネパール	8,502	ネパール	23,043	ブルキナ・ファソ	46,304
43	ポルトガル	8,405	イラク	22,946	イタリア	42,962
44	オーストラリア	8,219	ルーマニア	22,438	ヴェネズエラ	42,152
45	アフガニスタン	8,151	北朝鮮	22,268	ペルー	42,122
46	タンザニア	7,886	マレーシア	22,218	マリ	41,724
47	ベラルーシ	7,745	アフガニスタン	21,765	ソマリア	40,936
48	ペルー	7,632	サウディ・アラビア	20,346	ウズベキスタン	40,513
49	ギリシャ	7,566	ガーナ	19,306	カナダ	40,407
50	スリ・ランカ	7,483	オーストラリア	19,138	ガーナ	40,056

UN, World Population Prospects: 2000 に掲載されている 228 カ国のうちの順位。

資料3 - 5 世界の主要地域別、年齢(3区分)別人口：1950、2000、2025、2050年

(1,000人)

地 域	1950年			2000年		
	0～14才	15～64才	65才以上	0～14才	15～64才	65才以上
世界全域	863,803	1,524,743	130,949	1,814,525	3,823,770	418,420
先進地域 <sup>1)</sup>	222,489	526,965	64,120	217,944	803,155	170,330
発展途上地域 <sup>2)</sup>	641,314	997,778	66,830	1,596,581	3,020,615	248,090
アフリカ	92,638	121,075	7,176	338,192	429,621	25,814
東部アフリカ	28,344	35,021	1,913	113,312	129,862	7,144
中部アフリカ	10,842	14,475	999	44,999	47,430	2,974
北部アフリカ	21,985	29,474	1,844	62,084	104,957	7,109
南部アフリカ	6,080	8,936	565	17,334	30,460	1,772
西部アフリカ	25,387	33,170	1,854	100,462	116,911	6,815
米国	113,493	204,836	20,281	230,977	535,111	66,834
ラテン・アメリカ	66,802	94,013	6,179	163,560	327,137	28,112
北部アメリカ	46,690	110,823	14,102	67,417	207,975	38,722
アジア	510,499	831,150	57,521	1,110,563	2,346,014	215,765
東部アジア	229,548	412,913	30,022	353,284	1,013,062	114,729
南部・中央アジア	192,345	287,478	18,544	520,584	892,526	67,758
南東部アジア	69,244	102,077	6,752	169,126	328,660	24,335
西部アジア	19,362	28,681	2,204	67,568	111,767	8,942
ヨーロッパ	143,422	359,741	45,044	127,040	493,269	106,995
オセアニア	3,752	7,940	928	7,753	19,755	3,012
地 域	2025年			2050年		
	0～14才	15～64才	65才以上	0～14才	15～64才	65才以上
世界全域	1,931,414	5,180,668	824,659	1,954,569	5,910,239	1,457,444
先進地域 <sup>1)</sup>	183,034	776,147	259,653	183,487	681,124	316,497
発展途上地域 <sup>2)</sup>	1,748,380	4,404,521	565,006	1,771,082	5,229,115	1,140,946
アフリカ	500,802	801,180	56,136	559,222	1,303,464	137,697
東部アフリカ	178,362	253,698	14,478	207,114	447,524	36,478
中部アフリカ	86,934	106,148	5,820	107,374	218,540	14,731
北部アフリカ	63,004	169,364	17,459	62,419	198,340	42,796
南部アフリカ	14,698	33,516	3,524	13,535	38,071	5,336
西部アフリカ	157,804	238,454	14,855	168,779	400,989	38,357
アメリカ	234,652	705,499	138,288	241,559	771,610	230,011
ラテン・アメリカ	164,419	463,657	66,685	161,328	507,817	136,415
北部アメリカ	70,234	241,842	71,603	80,230	263,793	93,595
アジア	1,094,260	3,204,962	477,378	1,060,501	3,462,606	905,063
東部アジア	300,975	1,140,149	244,082	268,310	1,003,086	393,802
南部・中央アジア	538,995	1,402,082	154,385	527,299	1,677,202	334,280
南東部アジア	162,621	471,772	57,836	158,815	512,529	128,958
西部アジア	91,669	190,960	21,075	106,077	269,790	48,022
ヨーロッパ	92,899	443,553	147,081	84,143	343,013	176,171
オセアニア	8,801	25,475	5,776	9,144	29,545	8,502

UN, *The Sex and Age Distribution of the world Population*: 2000 による。

1) ヨーロッパ、北部アメリカ、日本、オーストラリア及びニュー・ジーランドからなる地域。

2) 先進地域以外の地域。

資料3 - 6 世界の主要地域別従属人口指数：1950、2000、2050年

(%)

地 域	1950年			2000年			2050年		
	総 数	年 少	老 年	総 数	年 少	老 年	総 数	年 少	老 年
世界全域	65.2	56.7	8.6	58.4	47.5	10.9	57.7	33.1	24.7
先進地域	54.4	42.2	12.2	48.3	27.1	21.2	73.4	26.9	46.5
発展途上地域	71.0	64.3	6.7	61.1	52.9	8.2	55.7	33.9	21.8
アフリカ	82.4	76.5	5.9	84.7	78.7	6.0	53.5	42.9	10.6
東部アフリカ	86.4	80.9	5.5	92.8	87.3	5.5	54.4	46.3	8.2
中部アフリカ	81.8	74.9	6.9	101.1	94.9	6.3	55.9	49.1	6.7
北部アフリカ	80.8	74.6	6.3	65.9	59.2	6.8	53.0	31.5	21.6
南部アフリカ	74.4	68.0	6.3	62.7	56.9	5.8	49.6	35.6	14.0
西部アフリカ	82.1	76.5	5.6	91.8	85.9	5.8	51.7	42.1	9.6
米国	65.3	55.4	9.9	55.7	43.2	12.5	61.1	31.3	29.8
ラテン・アメリカ	77.6	71.1	6.6	58.6	50.0	8.6	58.6	31.8	26.9
北部アメリカ	54.9	42.1	12.7	51.0	32.4	18.6	65.9	30.4	35.5
アジア	68.3	61.4	6.9	56.5	47.3	9.2	56.8	30.6	26.1
東部アジア	62.9	55.6	7.3	46.2	34.9	11.3	66.0	26.7	39.3
南部アジア <sup>1)</sup>	73.4	66.9	6.5	65.9	58.3	7.6	51.4	31.4	19.9
南東部アジア	74.4	67.8	6.6	58.9	51.5	7.4	56.1	31.0	25.2
西部アジア	75.2	67.5	7.7	68.5	60.5	8.0	57.1	39.3	17.8
ヨーロッパ	52.4	39.9	12.5	47.4	25.8	21.7	75.9	24.5	51.4
オセアニア	58.9	47.3	11.7	54.5	39.2	15.2	59.7	30.9	28.8

UN, *The Sex and Age Distribution of the World Population: 2000* による。

1) 南部・中央アジア。

資料3 - 7 主要国の年齢(3区分)別人口割合及び年齢構造に関する主要指標：最新年次

国(年)	人口割合(%)			平均年齢 (才)	中位数年齢 (才)	従属人口指数(%)			老年化指数 (%)
	0～14才	15～64才	65才以上			総数	年少	老年	
エジプト (1996)	37.67	58.93	3.39	25.10	20.40	69.69	63.93	5.76	9.01
エチオピア(1995)	44.03	52.52	3.44	22.55	17.67	90.39	83.83	6.56	7.82
南アフリカ (1996)	33.92	60.10	4.77	26.40	22.64	64.37	56.44	7.93	14.05
テュニジア (1997)	33.41	60.98	5.61	27.14	23.07	63.99	54.79	9.20	16.80
カナダ (1998)	19.72	67.95	12.33	36.78	35.98	47.18	29.03	18.15	62.54
メキシコ (1995)	35.39	59.96	4.42	25.66	21.63	66.40	59.03	7.37	12.48
米国 (1998)	21.51	65.77	12.73	36.24	35.23	52.05	32.70	19.35	59.18
アルゼンティン(1995)	28.90	61.69	9.41	31.33	27.37	62.09	46.84	15.25	32.55
ブラジル (1998)	30.19	64.86	4.96	28.16	25.01	54.19	46.55	7.64	16.41
コロンビア (1999)	33.13	62.21	4.66	26.99	23.78	60.74	53.25	7.49	14.06
ペルー (1998)	34.41	60.96	4.63	26.34	22.48	64.04	56.44	7.60	13.46
中国 (1997)	24.98	67.99	7.09	31.87	29.78	47.17	36.74	10.43	28.40
インド (1999)	35.93	59.64	4.43	26.24	22.14	67.68	60.25	7.43	12.34
インドネシア(1997)	31.20	64.34	4.46	27.55	24.09	55.43	48.50	6.93	14.30
イラン (1996)	39.51	56.12	4.32	24.61	19.42	78.10	70.40	7.70	10.94
日本 (2000)	14.55	67.93	17.34	41.45	41.53	46.95	21.42	25.52	119.12
韓国 (1999)	21.77	71.39	6.84	32.59	31.15	40.08	30.50	9.58	31.40
ミャンマー (1997)	33.30	61.63	5.06	27.25	23.67	62.25	54.03	8.22	15.21
フィリピン (1995)	38.32	58.16	3.52	24.51	20.44	71.95	65.90	6.05	9.18
シンガポール(1998)	22.49	70.37	7.14	33.23	32.93	42.12	31.97	10.15	31.75
タイ (1999)	26.02	68.34	5.64	30.30	27.94	46.33	38.08	8.25	21.67
トルコ (1998)	30.72	64.18	5.09	27.83	24.43	55.81	47.87	7.94	16.58
ヴェトナム(1992)	39.55	55.40	5.05	24.77	19.79	80.50	71.39	9.11	12.76
オーストラリア(1998)	17.09	67.48	15.44	39.17	37.50	48.20	25.32	22.88	90.36
ベルギー (1995)	17.91	66.06	16.03	39.05	37.64	51.38	27.12	24.26	89.47
ブルガリア (1997)	16.99	67.53	15.48	39.18	38.57	48.09	25.17	22.92	91.09
デンマーク (1998)	18.09	66.99	14.92	39.03	38.06	49.28	27.00	22.27	82.48
フィンランド(1998)	18.56	66.78	14.66	38.84	38.75	49.74	28.78	21.96	79.02
フランス (1993)	19.93	65.64	14.53	37.39	35.43	52.58	30.40	22.17	72.94
ドイツ (1997)	15.96	68.24	15.80	40.39	39.13	46.55	23.39	23.16	98.99
ギリシャ (1998)	15.59	67.68	16.73	39.92	38.34	47.76	23.04	24.72	107.30
ハンガリー (1998)	17.38	68.13	14.49	38.43	37.84	46.78	25.52	21.26	83.34
イタリア (1998)	14.56	68.04	17.39	40.83	39.25	46.96	21.40	25.56	119.44
オランダ (1998)	18.46	68.04	13.85	38.20	37.00	47.48	27.13	20.35	75.02
ノルウェー(1998)	19.81	64.63	15.57	38.16	36.55	54.73	30.65	24.09	78.60
ポーランド (1997)	21.51	66.93	11.56	35.47	34.37	49.41	32.14	17.27	53.74
ポルトガル (1997)	17.16	67.87	14.97	38.21	36.16	47.34	25.28	22.06	87.28
ロシア (1995)	21.22	66.80	11.98	36.12	35.10	49.70	31.77	17.93	56.43
スペイン (1998)	15.46	68.27	16.27	39.16	36.79	46.48	22.65	23.82	105.18
スウェーデン(1997)	18.70	63.87	17.43	39.88	38.94	56.57	29.28	27.29	93.23
スイス (1998)	16.99	67.47	15.54	39.75	38.63	48.22	25.18	23.04	91.51
イギリス (1997)	19.28	65.01	15.71	38.51	36.75	53.82	29.66	24.16	81.47
ユーゴスラビア(1997)	20.96	66.19	12.85	36.44	35.10	51.07	31.66	19.41	61.30
オーストラリア(1998)	20.92	66.90	12.18	36.06	34.61	49.47	31.27	18.20	58.21

UN, *Demographic Yearbook*, 1999年版による。ただし、日本は総務省統計局『国勢調査報告書』による。各指標についての説明は表2 - 6の注記を参照。各指標は、年齢5才階級別データに基づき国立社会保障・人口問題研究所が算定したもの。

資料3 - 8 世界の主要地域別普通出生率、死亡率及び自然増加率：1950年 - 2050年

(%)

地域	普通出生率			普通死亡率			自然増加率		
	1950 ~ 55年	1995 ~ 2000年	2045 ~ 50年	1950 ~ 55年	1995 ~ 2000年	2045 ~ 50年	1950 ~ 55年	1995 ~ 2000年	2045 ~ 50年
世界全域	37.5	22.5	14.4	19.7	9.0	9.7	17.8	13.5	4.7
先進地域 <sup>1)</sup>	22.4	11.2	10.3	10.3	10.2	13.7	12.1	1.0	-3.4
発展途上地域 <sup>2)</sup>	44.6	25.4	15.1	24.1	8.8	9.1	20.5	16.6	5.9
アフリカ	49.0	38.7	19.8	26.8	14.1	7.2	22.2	24.7	12.7
ラテン・アメリカ	42.0	23.1	13.7	15.6	6.5	9.3	26.3	16.6	4.4
北部アメリカ	24.6	14.2	12.5	9.4	8.4	10.9	15.2	5.8	1.6
アジア	43.0	22.3	13.4	23.8	7.9	9.9	19.2	14.4	3.5
東アジア	40.8	15.6	10.5	23.1	7.0	13.0	17.7	8.6	-2.5
南部・中央アジア	45.3	27.9	14.6	25.1	9.2	8.7	20.1	18.7	5.9
南東部アジア	43.9	23.8	13.6	23.3	7.4	9.3	20.6	16.4	4.3
西部アジア	46.3	28.9	17.6	21.8	6.7	6.4	24.6	22.2	11.2
ヨーロッパ	21.5	10.1	9.1	10.8	11.5	15.7	10.7	-1.4	-6.6
オセアニア	27.5	18.2	13.3	12.4	7.5	9.7	15.1	10.6	3.6

UN, *World Population Prospects: 2000* による。

- 1) ヨーロッパ、北部アメリカ、日本、オーストラリア及びニュー・ジーランドからなる地域。  
 2) 先進地域以外の地域。

資料3 - 9 主要国の合法的人工妊娠中絶数：最新年次

国(年次)	実数	実施率 (%)	対出生比 (%)	国(年次)	実数	実施率 (%)	対出生比 (%)
カナダ (1995)	70,549	0.9	18.7	ドイツ (1995)	97,937	0.5	12.8
キューバ (1995)	83,963	2.8	57.1	ハンガリー (1998)	68,971	2.7	70.9
米国 (1991)	1,388,937	2.1	33.8	ギリシャ (1994)	12,608	0.5	12.2
アルメニア (1997)	25,266	2.5	57.5	アイスランド (1996)	858	1.2	19.8
グルジア (1993)	45,131	3.4	73.3	イタリア (1995)	134,137	0.9	25.5
イスラエル (1995)	17,627	1.3	15.1	ラトビア (1998)	19,964	3.3	108.4
シンガポール (1998)	13,838	1.5	31.6	リトアニア (1998)	21,022	2.2	56.8
カザフスタン (1998)	148,799	3.7	66.9	オランダ (1998)	24,141	0.6	12.1
キルギス (1995)	27,111	2.5	23.1	ノールウェー (1998)	14,028	1.3	24.0
ベラルーシ (1998)	145,339	5.4	156.9	スロヴァキア (1991)	45,919	3.4	58.4
ブルガリア (1997)	87,896	4.3	137.1	ポーランド (1997)	3,171	0.0	0.8
チェコ (1997)	45,022	1.7	49.7	スウェーデン (1997)	31,433	1.6	34.7
デンマーク (1996)	18,135	1.4	26.8	ルーマニア (1998)	271,496	4.7	114.4
エストニア (1997)	16,615	4.6	131.6	ロシア (1995)	2,766,362	7.3	202.8
フィンランド (1998)	10,744	0.9	18.8	イギリス (1997)	184,143	1.3	25.4
フランス (1993)	157,886	1.1	22.2	ニュー・ジーランド(1998)	15,029	1.5	27.2

UN, *Demographic Yearbook*, による。人工妊娠中絶実施率は15～49才女子人口について。対出生比は出生100に対する中絶数。

資料3 - 10 主要国の乳児死亡率：最新年次

(‰)

国(年次)	乳児死亡率	国(年次)	乳児死亡率	国(年次)	乳児死亡率
エジプト (1998)	29.1	フィリピン (1996)	19.0	イタリア (1997)*	5.5
カナダ (1997)	5.5	シンガポール (2000)*+	2.9	ルクセンブルグ(2000)*	5.1
キューバ (1999)	6.4	スリ・ランカ (1996)*+	17.3	オランダ (1999)	5.0
グリーンランド(1999)	16.9	タイ (1999)*	6.5	ノルウェー (1999)	3.9
メキシコ (1999)	14.5	トルコ (2000)*	36.6	ポーランド (2000)*	8.4
プエルトリコ (1999)	10.6	オーストラリア(2000)*	4.8	ポルトガル (2000)*	5.6
米国 (2000)	7.0	ベルギー (1998)	5.5	ルーマニア (2000)*	18.7
アルゼンティン(1999)	17.6	ブルガリア (1999)	14.5	ロシア (1999)	17.1
ブラジル (1996)	29.1	チェコ (1999)	4.6	スロヴァキア (2000)*	8.3
チリ (1999)*	10.6	デンマーク (1999)	4.2	スロヴェニア (1999)	4.5
インドネシア (1997)*	65.0	フィンランド (1998)	4.2	スウェーデン (2000)*	3.2
イラン (1999)	33.3	フランス (2000)*	4.4	スイス (1999)	3.2
イスラエル (1999)*	5.8	ドイツ (1999)*	4.5	イギリス (2000)*	5.6
日本 (2000)	3.2	ギリシャ (2000)*	5.4	ユーゴスラビア(1998)	13.9
マレーシア (2000)	7.9	ハンガリー (2000)*	9.2	オーストラリア(2000)*+	4.9
パキスタン (1994)	100.4	アイルランド (2000)*+	5.9	ニュー・ジージーランド(2000)*+	6.1

UN, *Statistical Papers* による。日本は、厚生労働省統計情報部『人口動態統計』による。乳児死亡率は、出生数1,000に対する0才児死亡数の比率。\*概数。+発生時ではなく登録時によって集計されたデータ。

資料3 - 11 世界の主要地域別乳児死亡率：1950年 - 2050年

(‰)

地域	1950 ~ 55年	1970 ~ 75年	1980 ~ 85年	1990 ~ 95年	1995 ~ 2000年	2000 ~ 2005年	2010 ~ 15年	2020 ~ 25年	2045 ~ 50年
世界全域	157.2	93.7	78.6	64.2	59.6	54.5	43.4	34.7	19.4
先進地域	59.1	21.4	15.0	10.3	8.3	7.8	6.7	5.7	4.5
発展途上地域	180.2	105.3	87.7	70.7	65.3	59.4	47.0	37.5	20.9
アフリカ	181.1	134.7	112.8	97.8	91.2	83.0	66.8	52.3	26.2
ラテン・アメリカ	126.2	80.8	57.6	40.1	35.6	32.0	25.2	19.5	9.9
北部アメリカ	28.6	17.9	11.2	8.4	7.4	6.7	5.8	5.2	4.4
アジア	182.4	99.4	83.4	65.2	59.3	53.0	40.6	32.2	19.5
東部アジア	181.2	56.3	47.6	43.1	38.5	33.8	26.7	20.7	12.4
南部・中央アジア	187.9	132.6	108.3	82.3	76.1	68.6	53.8	43.3	26.9
南東部アジア	168.2	108.5	79.5	55.4	47.5	40.6	29.4	21.7	12.1
西部アジア	189.8	112.5	79.4	60.3	48.9	39.4	26.8	19.9	10.5
ヨーロッパ	72.4	24.8	18.0	12.3	9.8	9.4	8.1	6.7	4.9
オセアニア	60.3	42.3	35.5	29.1	26.1	24.3	20.3	16.0	8.4

UN, *World Population Prospects: 2000* による。出生数1,000に対する0才児死亡数の比率。

資料3 - 12 主要国の性別平均寿命：1950年 - 2050年

(年)

国	男					女				
	1950 ~ 65年	1970 ~ 75年	1995 ~ 2000年	2020 ~ 25年	2045 ~ 50年	1950 ~ 55年	1970 ~ 75年	1995 ~ 2000年	2020 ~ 25年	2045 ~ 50年
エジプト	41.2	50.8	64.7	71.7	75.6	43.6	53.4	67.9	75.7	80.1
カナダ	66.8	69.7	75.7	78.1	80.1	71.6	76.8	81.3	83.6	85.6
メキシコ	48.9	60.1	69.5	73.6	76.5	52.5	65.2	75.5	79.7	82.7
米国	66.1	67.8	73.6	78.0	80.0	72.0	75.4	79.4	83.3	85.3
ブラジル	49.3	57.4	63.5	69.5	73.6	52.7	62.0	71.4	77.3	81.3
中国	39.3	62.5	67.9	73.3	76.7	42.3	63.9	72.0	77.9	81.3
インド	39.4	51.2	61.9	68.9	73.5	38.0	49.3	62.6	72.2	77.4
インドネシア	36.9	48.0	63.3	70.7	75.1	38.1	50.5	67.0	75.2	79.8
日本	61.6	70.6	77.0	80.7	83.5	65.5	75.9	83.8	89.1	92.4
韓国	46.0	59.3	70.6	76.0	79.1	49.0	66.1	78.1	82.5	85.0
パキスタン	42.3	49.5	59.2	68.2	72.6	39.8	48.6	58.9	68.9	74.8
フィリピン	46.0	56.4	66.5	72.4	76.0	49.6	59.9	70.7	76.6	80.8
ベルギー	65.0	68.2	74.7	78.6	81.1	70.2	74.7	81.1	84.2	86.7
フランス	63.7	68.6	74.2	78.1	80.6	69.5	76.3	82.0	84.8	87.3
ドイツ	65.3	67.9	74.0	78.2	80.7	69.6	73.8	80.3	83.7	86.2
ギリシャ	64.3	70.6	75.4	77.9	79.9	67.5	74.2	80.7	83.1	85.1
イタリア	64.3	69.2	75.0	77.5	79.5	67.8	75.2	81.4	83.6	85.6
オランダ	70.9	71.1	75.1	77.6	79.6	73.4	77.0	80.5	82.9	84.9
ポーランド	58.6	67.0	68.6	73.8	76.9	64.2	74.1	77.0	80.9	83.3
スペイン	61.6	70.2	74.6	77.4	79.4	66.3	75.7	81.8	83.9	85.9
スウェーデン	70.4	72.1	76.8	79.6	82.1	73.3	77.5	81.8	84.6	87.1
スイス	67.0	70.8	75.4	77.9	79.9	71.6	77.0	81.8	84.0	86.0
イギリス	66.7	69.0	74.7	78.6	80.6	71.8	75.2	79.7	83.6	85.6
オーストラリア	66.9	68.4	75.9	78.3	80.3	72.4	75.2	81.5	83.7	85.7

UN, *World Population Prospects: 2000* による。



資料3 - 13 主要国の妊産婦死亡率：最新年次

(出生10万対)

国(年次)	妊産婦死亡率	国(年次)	妊産婦死亡率
エジプト (1992)	48.0	デンマーク (1996)	5.9
モーリシャス (1998)	20.6	エストニア (1998)	16.4
南アフリカ (1995)	61.6	フィンランド (1998)	5.3
バハマ (1995)	64.0	フランス (1997)	9.6
カナダ (1997)	5.5	ドイツ (1998)	5.5
キューバ (1996)	36.4	ギリシャ (1998)	6.9
メキシコ (1995)	52.9	ハンガリー (1999)	4.2
米国 (1998)	7.1	アイスランド (1990)	21.0
アルゼンティン (1996)	49.6	アイルランド (1996)	6.0
チリ (1994)	25.3	イタリア (1997)	4.3
エクアドル (1995)	93.8	ラトヴィア (1999)	41.0
ヴェネズエラ (1994)	69.9	リトアニア (1999)	13.9
アゼルバイジャン (1999)	43.4	ルクセンブルグ (1995)	18.4
ホンコン特別行政区 (1996)	3.1	オランダ (1997)	7.8
イスラエル (1997)	9.6	ノールウェー (1997)	1.7
日本 (2000)	6.6	ポーランド (1995)	9.9
韓国 (1997)	9.8	ポルトガル (1998)	7.9
クウェート (1997)	16.3	ルーマニア (1998)	40.5
キルギス (1998)	33.6	ロシア (1998)	44.0
フィリピン (1996)	96.3	スロヴェニア (1999)	11.4
シンガポール (1998)	13.7	スペイン (1997)	2.2
オーストラリア (1999)	1.3	スウェーデン (1996)	5.2
ベラルーシ (1997)	25.7	マケドニア (1997)	3.4
ベルギー (1995)	9.5	ウクライナ (1998)	27.2
ブルガリア (1999)	23.2	イギリス (1998)	6.8
クロアチア (1999)	11.1	オーストラリア (1997)	4.7
チェコ (1999)	6.7	ニュー・ジーランド (1998)	5.4

UN, *Demographic Yearbook*, 1999年版による。ただし、日本は厚生労働省統計情報部『人口動態統計』による。出生10万人についての妊産婦死亡で分娩を要因とするもの、及び妊娠・出産・産褥期の合併症を原因とするもの。

資料4 JICAのGII(1994年度-2000年度)実績とりまとめ詳細表(p.253)

資料4-1 援助形態別協力実績(金額)

		研修員 (新規)	個別専門家 (新規・継続)	機材供与 (新規・継続)	プロジェクト 方式技術 協力	青年海外 協力隊 (新規・継続)	開発調査 (S/W以降)	専門家 養成確保	援助効率 促進	開発福祉 支援	開発パート ナー事業	合計 (金額:千円)
94年度	人口直接*1	99,872 7%	19,778 9%	125,847 12%	1,252,286 26%	0 0%	0 0%		68,999 32%			1,566,782 15%
	人口間接	1,421,344 93%	199,202 91%	957,257 88%	3,570,230 74%	2,782,416 100%	65,562 100%		145,703 68%			9,141,714 85%
	エイズ	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%		0 0%			0 0%
	小計	1,521,216 14%	218,980 2%	1,083,104 10%	4,822,516 45%	2,782,416 26%	65,562 1%		214,702 2%	0	0	10,708,496 100%
95年度	人口直接*1	173,139 7%	35,051 11%	132,631 11%	1,722,325 32%	82,501 3%	0 0%	0 0%	132,143 65%			2,277,790 18%
	人口間接	2,212,189 93%	274,461 89%	1,116,261 89%	3,621,234 68%	3,155,238 97%	245,748 100%	17,383 100%	72,704 35%			10,715,218 82%
	エイズ	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%		0 0%			0 0%
	小計	2,385,328 18%	309,512 2%	1,248,892 10%	5,343,559 41%	3,237,739 25%	245,748 2%	17,383 0%	204,847 2%	0	0	12,993,008 100%
96年度	人口直接	194,530 7%	68,403 13%	177,516 12%	1,459,634 33%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%			1,900,083 16%
	人口間接	2,443,719 90%	428,189 81%	1,178,369 81%	2,906,874 65%	2,621,328 100%	12,810 100%	26,076 96%	213,803 75%			9,831,168 81%
	エイズ	89,135 3%	31,315 6%	105,707 7%	84,186 2%	0 0%	0 0%	983 4%	72,497 25%			383,823 3%
	小計	2,727,384 23%	527,907 4%	1,461,592 12%	4,450,694 37%	2,621,328 22%	12,810 0%	27,059 0%	286,300 2%	0	0	12,115,074 100%
97年度	人口直接	235,208 8%	82,168 8%	252,664 11%	1,857,668 31%	0 0%	0 0%	9,897 43%	15,778 4%			2,453,383 17%
	人口間接	2,481,856 89%	847,249 86%	1,917,408 84%	4,039,696 67%	1,989,918 100%	238,129 100%	13,281 57%	331,826 83%			11,859,363 80%
	エイズ	80,196 3%	57,510 6%	104,064 5%	175,473 3%	0 0%	0 0%	0 0%	51,922 13%			469,165 3%
	小計	2,797,260 19%	986,927 7%	2,274,136 15%	6,072,837 47%	1,989,918 13%	238,129 2%	23,178 0%	399,526 3%	0	0	14,781,911 100%
98年度	人口直接	342,463 10%	176,752 15%	249,251 15%	2,191,371 33%	0 0%	0 0%	10,394 31%	15,531 4%			2,985,762 19%
	人口間接	2,821,723 85%	931,857 79%	1,325,957 79%	4,178,628 62%	2,368,134 100%	386,150 100%	22,670 69%	313,568 90%			12,348,687 77%
	エイズ	145,270 4%	70,189 6%	99,926 6%	360,287 5%	0 0%	0 0%	0 0%	19,484 6%			695,156 4%
	小計	3,309,456 21%	1,178,798 7%	1,675,134 10%	6,730,286 42%	2,368,134 15%	386,150 2%	33,064 0%	348,583 2%	0	0	16,029,605 100%
99年度	人口直接	272,398 10%	112,249 11%	266,253 16%	1,938,272 28%	0 0%	0 0%	9,283 19%	52,187 12%	62,801 20%		2,713,443 17%
	人口間接	2,453,563 87%	887,022 89%	1,394,319 82%	4,667,729 67%	2,034,178 100%	178,080 100%	39,925 81%	364,759 87%	225,847 70%		12,245,422 79%
	エイズ	101,036 4%	1,818 0%	35,585 2%	375,666 5%	0 0%	0 0%	0 0%	2,884 1%	33,189 10%		550,178 4%
	小計	2,826,997 18%	1,001,089 6%	1,696,157 11%	6,981,667 45%	2,034,178 13%	178,080 1%	49,208 0%	419,830 3%	321,837 2%	0	15,509,043 100%
00年度	人口直接	300,817 9%	90,406 8%	248,433 8%	1,936,128 29%	411,976 13%	120,876 21%	11,600 22%	15,724 4%	53,497 18%	621 0%	3,190,078 18%
	人口間接	3,032,568 88%	962,893 89%	1,524,849 85%	4,445,802 66%	2,873,455 87%	468,547 79%	40,851 76%	385,025 88%	177,305 59%	158,229 100%	14,069,524 79%
	エイズ	102,695 3%	28,679 3%	22,603 1%	313,540 5%	4,485 0%	0 0%	1,497 3%	34,604 8%	68,080 23%	0 0%	576,183 3%
	小計	3,436,080 19%	1,081,978 6%	1,795,885 10%	6,695,470 38%	3,289,916 18%	589,423 3%	53,948 0%	435,353 2%	298,882 2%	158,850 1%	17,835,785 100%
合計	人口直接*1	1,618,427 9%	584,807 11%	1,452,595 13%	12,357,684 30%	494,477 3%	120,876 7%	41,174 20%	300,362 13%	116,298 19%	621 0%	17,087,321 17%
	人口間接	16,866,962 89%	4,530,873 85%	9,414,420 84%	27,430,193 67%	17,824,667 97%	1,595,026 93%	160,186 79%	1,827,388 79%	403,152 65%	158,229 100%	80,211,096 80%
	エイズ	518,332 3%	189,511 4%	367,885 3%	1,309,152 3%	4,485 0%	0 0%	2,480 1%	181,391 8%	101,269 16%	0 0%	2,674,505 3%
	小計	19,003,721 19%	5,305,191 5%	11,234,900 11%	41,097,029 42%	18,323,629 18%	1,715,902 2%	203,840 0%	2,309,141 2%	620,719 1%	158,850 0%	99,972,922 100%

\*1: 94～95年度は「人口直接」に「エイズ」を含む。  
注: 人口直接・人口間接・エイズはそれぞれのスキーム内での割合、小計は全スキーム内での割合。

合計	人口直接*1	人口間接	エイズ	小計
1,699,084 9%	687,935 4%	1,462,317 8%	13,656,184 74%	494,477 3%
18,450,207 21%	5,162,532 11%	10,115,486 11%	31,187,693 35%	19,814,243 22%
518,332 19%	189,511 7%	367,885 14%	1,309,152 49%	4,485 0%
20,667,623 19%	6,039,978 5%	11,945,688 11%	46,153,029 42%	20,313,205 18%

注: 全スキーム内での割合。  
出所: JICA 環境・女性課資料より作成

資料4-2 援助形態別協力実績(件数)

		研修員 (新規)	個別専門家 (新規・継続)	機材供与 (新規・継続)	プロジェ クト方式技術 協力	青年海外 協力隊 (新規・継続)	開発調査 (S/W以降)	専門家 養成確保	援助効率 促進	開発福祉 支援	開発パート ナー事業	合 計
94 年度	人口直接 *1	52	11	2	13	0	0		4			82
	人口間接	872	39	29	31	624	1		18			1,614
	エイズ											0
	小計	924	50	31	44	624	1	-	22	-		1,696
95 年度	人口直接 *1	125	12	3	12	17	0	0	9			178
	人口間接	1,382	49	36	34	648	1	2	16			2,168
	エイズ											0
	小計	1,507	61	39	46	665	1	2	25	-		2,346
96 年度	人口直接	118	4	11	9	0	0	0	0			142
	人口間接	1,412	57	62	24	563	2	6	20			2,146
	エイズ	78	2	3	1	0	0	1	7			92
	小計	1,608	63	76	34	563	2	7	27	-		2,380
97 年度	人口直接	132	9	15	13	0	0	1	2			172
	人口間接	1,417	101	84	29	357	2	5	40			2,035
	エイズ	85	4	7	2	0	0	0	4			102
	小計	1,634	114	106	44	357	2	6	46	-		2,309
98 年度	人口直接	221	16	14	14	0	0	1	3			269
	人口間接	2,531	103	65	29	426	2	3	72			3,231
	エイズ	169	3	5	2	0	0	0	3			182
	小計	2,921	122	84	45	426	2	4	78	-		3,682
99 年度	人口直接	283	23	19	19	0	0	1	6	8		359
	人口間接	3,069	160	69	54	398	3	8	73	17		3,851
	エイズ	115	1	3	2	0	0	0	2	2		125
	小計	3,467	184	91	75	398	3	9	81	27		4,335
00 年度	人口直接	362	13	12	18	92	1	3	5	5	1	512
	人口間接	3,318	144	68	38	621	8	5	61	18	2	4,283
	エイズ	67	8	1	3	1	0	1	7	5	0	93
	小計	3,747	165	81	59	714	9	9	73	28	3	4,888
合計	人口直接 *1	1,293	88	76	98	109	1	6	29	13	1	1,714
	人口間接	14,001	653	413	239	3,637	19	29	300	35	2	19,328
	エイズ	514	18	19	10	1	0	2	23	7	0	594
	小計	15,808	759	508	347	3,747	20	37	352	55	3	21,636

\*1: 93 - 95 年度は「人口直接」に「エイズ」を含む。

出所: JICA 環境・女性課資料より作成

資料4-3 援助形態別協力実績: 人口間接分野内訳(金額)

		研修員 (新規)	個別専門家 (新規・継続)	機材供与 (新規・継続)	プロジェ クト方式技術 協力	青年海外 協力隊 (新規・継続)	開発調査 (S/W以降)	専門家 養成確保	援助効率 促進	開発福祉 支援	開発パート ナー事業	合 計 (金額: 千円)
94 年度	基礎医療	722,821	149,690	957,257	3,445,890	1,417,962	65,562		104,026			6,863,208
	初等教育	521,316	29,412	0	0	321,048	0		29,031			900,807
	女性	177,207	20,100	0	124,340	1,043,406	0		12,646			1,377,699
	小計	1,421,344	199,202	957,257	3,570,230	2,782,416	65,562	0	145,703	0	0	9,141,714
95 年度	基礎医療	1,284,280	158,891	1,093,368	3,496,894	1,514,924	245,748	10,959	6,606			7,811,670
	初等教育	728,896	49,530	0	0	417,358	0	0	35,692			1,231,476
	女性	199,013	66,040	22,893	124,340	1,222,956	0	6,424	30,406			1,672,072
	小計	2,212,189	274,461	1,116,261	3,621,234	3,155,238	245,748	17,383	72,704	0	0	10,715,218
96 年度	基礎医療	1,273,718	224,336	1,064,959	2,780,013	1,503,888	12,810	12,527	57,954			6,930,205
	初等教育	808,796	76,628	0	0	386,448	0	0	123,508			1,395,380
	女性	361,205	127,225	113,410	126,861	730,992	0	13,549	32,341			1,505,583
	小計	2,443,719	428,189	1,178,369	2,906,874	2,621,328	12,810	26,076	213,803	0	0	9,831,168
97 年度	基礎医療	1,344,240	407,520	1,828,936	3,904,057	1,343,334	238,129	2,352	168,251			9,236,819
	初等教育	785,657	255,268	0	0	211,812	0	0	124,039			1,376,776
	女性	351,959	184,461	88,472	135,639	434,772	0	10,929	39,536			1,245,768
	小計	2,481,856	847,249	1,917,408	4,039,696	1,989,918	238,129	13,281	331,826	0	0	11,859,363
98 年度	基礎医療	1,594,328	464,417	1,245,214	4,059,286	1,656,582	386,150	13,251	173,917			9,593,145
	初等教育	763,744	228,444	0	0	272,391	0	0	102,340			1,366,919
	女性	463,651	238,996	80,743	119,342	439,161	0	9,419	37,311			1,388,623
	小計	2,821,723	931,857	1,325,957	4,178,628	2,368,134	386,150	22,670	313,568	0	0	12,348,687
99 年度	基礎医療	1,389,648	491,196	1,390,563	4,022,224	1,507,745	112,588	11,462	259,536	198,171		9,383,133
	初等教育	704,077	211,300	0	214,008	194,218	65,492	11,515	45,829	3,704		1,450,143
	女性	359,838	184,526	3,756	431,497	332,215	0	16,948	59,394	23,972		1,412,146
	小計	2,453,563	887,022	1,394,319	4,667,229	2,034,178	178,080	39,925	364,759	225,847	0	12,245,422
00 年度	基礎医療	1,590,419	446,111	1,523,143	3,690,524	1,764,973	34,384	8,992	184,156	117,765	0	9,360,467
	初等教育	1,064,220	375,514	0	420,447	597,964	434,163	14,106	153,229	3,002	158,229	3,220,874
	女性	377,929	141,268	1,706	334,831	510,518	0	17,753	47,640	56,538	0	1,488,183
	小計	3,032,568	962,893	1,524,849	4,445,802	2,873,455	468,547	40,851	385,025	177,305	158,229	14,069,524
合計	基礎医療	9,199,454	2,342,161	9,103,440	25,398,888	10,709,408	1,095,371	59,543	954,446	315,936	0	59,178,647
		16%	4%	15%	43%	18%	2%	0%	2%	1%	0%	100%
	初等教育	5,376,706	1,226,096	0	634,455	2,401,239	499,655	25,621	613,668	6,706	158,229	10,942,375
		49%	11%	0%	6%	22%	5%	0%	6%	0%	1%	100%
	女性	2,290,802	962,616	310,980	1,396,850	4,714,020	0	75,022	259,274	80,510	0	10,090,074
		23%	10%	3%	14%	47%	0%	1%	3%	1%	0%	100%
	小計	16,866,963	4,530,873	9,414,420	27,430,193	17,824,667	1,595,026	160,186	1,827,388	403,152	158,229	80,211,098
		21%	6%	12%	34%	22%	2%	0%	2%	1%	0%	100%

出所: JICA 環境・女性課資料より作成

資料4 - 4 人口直接分野のプロジェクト方式技術協力の歩み(1960年代～現在)

1960年代

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
アジア	1969.01-1985.03	インドネシア・家族計画	ジョイセフ	家族計画普及活動のための視聴覚教育用ソフトウェアの製作(～82年)。成果品を用いてのジャカルタ市での宣伝教育活動	避妊器具、普及活動用軽車両、視聴覚機材の供与が中心。

1970年代

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
アジア	1974.07-1989.03	タイ・家族計画	ジョイセフ	モデル地域での家族計画、母子保健(広報、教育)	医療機器供与が中心
	1974.07-1989.03	フィリピン・家族計画	ジョイセフ	モデル地域での家族計画啓蒙・普及	
	1976.03-1985.03	バングラデシュ・家族計画	ジョイセフ	モデル地域での住民に対する啓蒙教育、広報活動、フィールドワーカーへの教育訓練、母子保健活動を通じた家族計画普及	

1980年代

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
アジア	1982.11-1987.11	中国・家族計画	ジョイセフ	家族計画宣伝網の整備充実、統計評価技術レベル向上	IEC機材供与が中心。
	1984.08-1990.07	韓国・母子保健	母子愛育会、慶応大学、厚生省	順天郷大学・母子保健センターに対するNICU、周産期管理、生殖医学分野への技術協力	
	1985.10-1991.10	ネパール・地域母子保健対策・家族計画	文部省、厚生省	モデル地域での家族計画強化、医療従事者の訓練	
	1987.11-1990.11	スリ・ランカ・人口情報	文部省、厚生省、総務庁	人口と保健データベースの作成、人口センサス等の精度向上	
	1989.11-1992.11	インドネシア・家族計画・母子保健	母子愛育会、国立公衆衛生院	中部ジャワをモデル地域とし、家族計画と母子保健の促進、レファラルシステム向上	日本の母子手帳の経験を生かす
中近東・アフリカ	1988.11-1993.11	トルコ・人口教育促進	日本視聴覚教育学会、国立公衆衛生院	家族計画推進のためのラジオや学校教材を通じたIEC活動の実施	第三国研修へ発展。
	1988.12-1991.12	ケニア・人口教育促進	文部省、国立公衆衛生院	「望ましい家族規模に関する価値観」に改革をもたらすことを目指したIEC活動の強化	
	1989.09-1994.03	エジプト・家族計画・母子保健	国立病院医療センター	農村地域での家族計画普及・改善、検診車を使つての診療技術向上や広報活動	
中南米	1984.07-1988.09	メキシコ・人口活動促進	文部省、厚生省、総務庁、日本大学人口研究所	人口予測、人口教育のための基礎調査及び実施、統計手法の確立への協力	
	1985.11-1990.11	コロンビア・家族計画・母子保健	文部省、厚生省、慶応大学	都市周辺地域、国境地域に居住する国民への家族計画普及、母子保健活動促進	
	1989.10-1994.10	ペルー・家族計画・母子保健	国立公衆衛生院他	モデル地区(リマ市南部)での、母子保健サービス推進による乳幼児・妊産婦の保健衛生向上と家族計画の普及	

1990年代

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
アジア	1991.06-1996.05	タイ・家族計画・母子保健	国立公衆衛生院	東北タイ地域での家族計画、母子保健活動推進	
	1992.04-1997.03	フィリピン・家族計画・母子保健	厚生省、母子愛育会、国立病院医療センター	第3地域タラック州内のモデル地区での地域保健活動推進と母子保健サービスデリバリーシステム強化	USAID、ジョイセフとの現場レベルでの連携、地元NGOの連携
	1995.04-2000.03	カンボディア・母子保健	国立病院医療センター	国立母子保健センター改修(無償資金協力)とセンター職員への教育(管理運営能力向上、研修活動強化、診断治療能力向上)	

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
	1996.06-2001.06	パキスタン・母子保健	国立病院医療センター	妊産婦罹患率、死亡率低下を目指し、母子保健センター(第三次医療機関・無償資金協力)の確立、妊産婦疾患・死亡原因調査、研修を行う	
	1997.04-2002.03	フィリピン・家族計画・母子保健フェーズ2	京都大学、大阪大学、AMDA	フェーズ1の成果をもとに、大3地域全域へ対象地域を拡大し、保健従事者、地方自治体職員の能力向上、住民参加による母子保健活動を核とした家族計画改善を目指す	JOCV、無償、草の根無償との連携。地元NGOの育成と連携。RHの概念を取り込み、WID、男性・青少年アプローチを導入。現地国内研修に発展
	1997.06-2000.05	ヴェトナム・リプロダクティブ・ヘルス	ジョイセフ	北中部ゲアン省をモデル地域として妊産婦ケアに関わる保健行政強化、村でのサービス向上	
	1997.10-2002.09	モンゴル・母と子の健康	東京大学、千葉県、文部科学省、厚生労働省	モンゴルの母と子の健康を向上させるためヨード欠乏症撲滅と予防接種拡大計画の推進をめざす	学校保健教育、住民参加による普及手法の導入
	1998.10-2003.09	インドネシア・母と子の健康手帳	東京大学、大阪大学、埼玉県健康福祉部	「家族計画・母子健康プロジェクト」の成果を受け、全国版母子健康手帳の導入を通じ、母子保健サービスの改善をめざす	日本の母子手帳の経験を生かす
	1999.09-2004.08	バングラデシュ・リプロダクティブ・ヘルス人材開発	厚生労働省、日本助産婦会、国立国際医療センター	母子保健研修所等の研修機能の強化	開発パートナー(ジョイセフ実施)、JOCVとの連携
中近東・アフリカ	1993.03-1999.03	テュニジア・人口教育促進	国際基督教大学他	家族計画実行率向上のためのIEC活動の強化	
	1993.11-1998.11	トルコ・人口教育促進フェーズ2	国際基督教大学	フェーズ1での視聴覚教材をもとに地域ニーズに基づくIEC活動モデル作り	
	1993.12-1998.12	ケニア・人口教育促進フェーズ2	国立公衆衛生院、大阪大学他	モデルコミュニティでのIEC活動とサービスデリバリー・コミュニティ活動との統合	
	1994.12-2001.11	タンザニア・母子保健	三重大学医学部	母子疾病率、死亡率を低下させることを目的にムヒンビリメディカルセンター小児科レベル向上、同センターのEPI疾患ウイルス学的診断能力向上、タンガ州(モデル地区)での母子保健活動強化	
	1997.06-2002.05	ガーナ・母子保健医療サービス向上計画	東京大学、長野県立厚生農業挙動組合連合会佐久総合病医院、国立国際医療センター	同国の保健医療従事者人材養成計画の見直し、再訓練制度の強化	
	1997.07-2000.06	ジョルダン・家族計画・WIDフェーズ1	ジョイセフ、国立社会保障人口問題研究所、国立国際医療センター	ターゲット地域での家族計画実践促進のため、住民組織の機能強化、母子保健サービスの強化、収入創出活動を通じた女性の地位向上を図る(カラク県南ゴール郡)	WID配慮、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、現地NGOとの連携等、総合的な家族計画アプローチ
	1999.09-2004.09	テュニジア・リプロダクティブ・ヘルス教育強化	大阪大学、ジョイセフ、東京都	青少年のRHについてのIEC戦略強化	青年層に対するRH教育活動に焦点
中南米	1992.04-1998.03	メキシコ・家族計画・母子保健	母子愛育会、沖縄県中部病院	モデルエリア(ゲレロ州、ベラクルス州)での住民参加促進による母子保健・家族計画活動の改善と同活動を支援するリファレルシステム強化	
	1995.09-2000.09	アルゼンティン・人口統計	総務庁統計局	国家開発計画、人口政策の立案を可能とするため中央政府・地方自治体レベルの統計データの整備	
	1996.04-2001.03	ブラジル・家族計画・母子保健	東京大学医学部国際保健計画学教室	ブラジル東北部セララ州における保健従事者の能力強化	「人間らしいお産」(帝王切開から自然分娩へ)の普及
	1999.07-2004.06	メキシコ・女性の健康	沖縄県	早期子宮けい癌の発見数が増加するよう、検診受診率向上と細胞診断システムの改善を図る	

2000 年以降

地域	実施時期	国名・案件名	日本協力機関	協力概要	特筆すべき点
アジア	2000.04- 2005.03	カンボディア・母子保健フェーズ2	国立国際医療センター、九州生産産業協会	国立母子保健センター(トップリファレル)や地域の病院、ヘルスセンターの母子保健に関する能力が向上する。保健省、国立病院、地方の病院/ヘルスセンターの連携が強化される	
	2000.09- 2005.08	ヴェトナム・リプロダクティブ・ヘルスフェーズ2	ジョイセフ	ゲアン州の女性のリプロダクティブ・ヘルス改善	
中近東・アフリカ	2000.07- 2003.06	ジョルダン・家族計画・WIDフェーズ2	国立社会保障人口問題研究所、国立国際医療センター、ジョイセフ	フェーズ1の成果を受け、対象地域をカラク県全域に拡大し、家族計画実践促進のため、住民組織の機能強化、母子保健サービスの強化、収入創出活動を通じた女性の地位向上を図る。	フェーズ1の成果を踏まえ、より包括的な家族計画アプローチを志向。
中南米	2000.04- 2005.03	ホンデュラス・第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上	国立国際医療センター、公衆衛生院、聖マリア病院、アジア経済研究所	保健医療従事者の質が高いリプロダクティブ・ヘルスサービスを提供する。	

出所：JICA 医療協力部（2001年9月）「保健医療分野技術協力プロジェクト概要表（OCTA時代～2001年7月1日）」

資料4 - 5 人口直接分野のプロジェクト方式技術協力実施期間一覧

年代	国名	案件名	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05								
60年代	インドネシア	家族計画																																													
70年代	タイ	家族計画	1月					7月																																							
	フィリピン	家族計画						7月																																							
	バングラデシュ	家族計画							3月											3月																											
80年代	中国	家族計画																																													
	メキシコ	人口活動促進																																													
	韓国	母子保健																																													
	ネパール	地域母子保健対策・家族計画																																													
	コロンビア	家族計画・母子保健																																													
	スリ・ランカ	人口情報																																													
	トルコ	人口教育促進																																													
	ケニア	人口教育促進																																													
	エジプト	家族計画・母子保健																																													
	ペルー	家族計画・母子保健																																													
	インドネシア	家族計画・母子保健																																													
	90年代	タイ	家族計画・母子保健																																												
		フィリピン	家族計画・母子保健																																												
		メキシコ	家族計画・母子保健																																												
チュニジア		人口教育促進																																													
トルコ		人口教育促進フェーズ2																																													
ケニア		人口教育促進フェーズ2																																													
タンザニア		母子保健																																													
カンボディア		母子保健																																													
アルゼンティン		人口統計																																													
ブラジル		家族計画・母子保健																																													
パキスタン		母子保健																																													
フィリピン		家族計画・母子保健フェーズ2																																													
ヴェトナム		リプロダクティブ・ヘルス																																													
ガーナ		母子保健医療サービス向上計画																																													
ジョルダン		家族計画・WID																																													
モンゴル		母と子の健康																																													
インドネシア		母と子の健康手帳																																													
メキシコ		女性の健康																																													
バングラデシュ	リプロダクティブ・ヘルス人材開発																																														
チュニジア	リプロダクティブ・ヘルス教育強化																																														
カンボディア	母子保健フェーズ2																																														
2000年以降	ホンデュラス	第7保健地域リプロダクティブ・ヘルス向上																																													
	ジョルダン	家族計画・WIDフェーズ2																																													
	ジョルダン	家族計画・WIDフェーズ2																																													
	ヴェトナム	リプロダクティブ・ヘルスフェーズ2																																													

出所：JICA 医療協力部（2001年9月）「保健医療分野技術協力プロジェクト概要表（OCTA時代～2001年7月1日）」

資料4 - 6 人口間接・エイズ分野のプロジェクト方式技術協力(GII 該当分)

人口間接

基礎的保健医療分野

年代	地域	国名	件名	開始時期	終了時期
1980	アジア	タイ	国立衛生研究所	1985年8月	1994年7月
		パキスタン	イスラマバード小児病院	1986年7月	1993年6月
		ネパール	結核対策	1987年4月	1994年4月
		スリ・ランカ	国立医学研究所	1989年1月	1995年12月
		ネパール	医学教育	1989年6月	1996年6月
		インドネシア	生ワクチン製造基盤技術	1989年9月	1996年8月
		中国	中日医学教育センター	1989年11月	1994年11月
	中近東・アフリカ	エジプト	カイロ大学小児病院	1983年7月	1989年6月
		イエメン	結核対策	1983年9月	1992年8月
		ガーナ	野口記念医学研究所	1986年10月	1991年9月
		トルコ	生物製剤品質管理	1988年11月	1993年11月
		ザンビア	感染症	1989年4月	1995年3月
		エジプト	カイロ大学小児病院フェーズ2	1989年7月	1996年6月
	1990	アジア	インド	サンジャイ・ガンジー医科学研究所	1990年8月
タイ			公衆衛生	1991年9月	1996年8月
中国			ポリオ対策	1991年12月	1999年12月
フィリピン			公衆衛生	1992年9月	1997年8月
ラオス			日本・WHO 公衆衛生	1992年10月	1998年9月
マレーシア			熱帯病院研究	1993年1月	1995年12月
ネパール			プライマリ・ヘルス・ケア	1993年4月	1999年3月
ネパール			結核対策フェーズ2	1994年7月	2000年7月
インドネシア			ストモ病院救急医療	1995年2月	2000年1月
中国			中日医学教育センター臨床教育プロジェクト	1995年4月	2000年4月
ヴェトナム			チョーライ病院	1995年4月	1999年3月
スリ・ランカ			看護教育	1996年10月	2001年9月
インドネシア			南スラウェシ地域保健強化	1997年4月	2002年3月
フィリピン			結核対策	1997年9月	2002年8月
インド			新興下痢症対策	1998年2月	2003年1月
ラオス			小児感染症予防	1998年10月	2001年9月
タイ			国立衛生研究所機能向上	1999年3月	2004年2月
中国			安徽省プライマリ・ヘルス・ケア訓練センター	1999年8月	2004年7月
カンボディア			結核対策	1999年8月	2004年7月
ラオス			セタティラート病院改善	1999年10月	2004年9月
大洋州・その他		ソロモン諸島	プライマリ・ヘルス・ケア推進	1991年9月	1996年8月
中近東・アフリカ		ケニア	感染症研究対策	1990年5月	1996年4月
		ガーナ	野口記念医学研究所フェーズ2	1991年10月	1997年9月
		イエメン	結核対策フェーズ2	1993年2月	1998年2月
		エジプト	カイロ大学看護学部	1994年4月	1999年3月
		マラウイ	公衆衛生	1994年9月	2000年8月
		ザンビア	感染症対策	1995年4月	2000年3月
		ケニア	感染症研究対策フェーズ2	1996年5月	2001年4月
		ジンバブエ	感染症対策	1996年7月	2001年6月
		ザンビア	ルサカ市プライマリ・ヘルスケア	1997年3月	2002年3月
		トルコ	感染症対策	1997年10月	2002年9月
		ケニア	医療技術教育強化	1998年3月	2003年2月
		ガーナ	野口記念医学研究所感染症対策	1999年1月	2003年12月
	エジプト	小児救急医療	1999年4月	2002年3月	
	イエメン	結核対策フェーズ3	1999年8月	2004年8月	



年代	地域	国名	件名	開始時期	終了時期
	中南米	ドミニカ共和国	消化器疾患・臨床	1990年1月	1994年12月
		ホンデュラス	看護教育強化	1990年9月	1995年8月
		グアテマラ	熱帯病研究	1991年10月	1998年9月
		パラグアイ	地域保健強化	1994年12月	1999年11月
		ボリヴィア	サンタ・クルス医療供給システム	1994年12月	1999年12月
		ブラジル	東北ブラジル公衆衛生	1995年2月	2000年2月
		ブラジル	カンピーナス大学臨床研究	1997年4月	2002年3月
		エル・サルヴァドル	看護教育強化	1997年6月	2002年5月
		ジャマイカ	南部地域保健強化	1998年6月	2003年5月
		ドミニカ共和国	医学教育	1999年10月	2004年10月
		ブラジル	BC ワクチン製造・品質管理		
		ブラジル	シャーガス病等寄生虫症研究		
2000	アジア	タイ	国際寄生虫対策アジアセンター	2000年3月	2005年3月
		ミャンマー	ハンセン病対策基礎保健サービス改善	2000年4月	2005年3月
		中国	予防接種事業強化	2000年6月	2005年5月
		ヴェトナム	バックマイ病院	2001年1月	2005年1月
		ケニア	感染症研究対策フェーズ3	2000年4月	2000年4月
		タイ	外傷センター	2000年7月	2005年6月
		ネパール	地域の結核及び肺の健康	2000年9月	2005年9月
	中近東・アフリカ	エチオピア	ポリオ対策	2001年4月	2004年4月
	中南米	ニカラグア	グラナダ地域統合保健サービスシステム強化	2000年12月	2004年11月
		パラグアイ	南部看護・助産継続教育強化	2001年2月	2006年2月

## 初等教育分野

1990	アジア	フィリピン	理数科教師訓練センター	1994年6月	1999年5月
		インドネシア	初・中等理数科教育拡充計画	1998年10月	2003年9月
		カンボディア	理数科教育改善計画	2000年8月	2003年7月
	中近東・アフリカ	ケニア	中等理数科教育強化計画	1998年7月	2003年6月
		ガーナ	小中学校理数科教育改善計画	2000年3月	2005年2月
		エジプト	小学校理数科教育改善		

## 女性を対象とした職業訓練・及び女子教育

1990	アジア	フィリピン	農村生活改善研修強化計画	1996年6月	2001年6月
		フィリピン	地方生計向上計画		
	中近東・アフリカ	エチオピア	地下水開発・水供給訓練計画	1998年1月	2003年1月

## エイズ

1990	アジア	フィリピン	エイズ対策	1996年7月	2001年6月
		タイ	エイズ予防対策	1993年7月	1996年6月
		タイ	エイズ予防・地域ケアネットワーク	1998年2月	2003年1月
2000	中近東・アフリカ	ザンビア	エイズ及び結核対策	2001年3月	2006年3月

出所：JICA 医療協力部（2001年9月）「保健医療分野技術協力プロジェクト概要表（OCTA時代～2001年7月1日）」JICA 環境・女性課資料より作成

資料4 - 7 プロジェクト方式技術協力の連携(1996年 - 1998年度)

国名	案件名	国際機関	他先進国	地方自治体	本邦NGO等	現地NGO	その他民間機関
フィリピン	家族計画・母子保健	UNFPA	USAID		AMDA	あり	
メキシコ	家族計画・母子保健			沖縄県	愛育会		
トルコ	人口教育促進フェーズ2	UNFPA					あり
ケニア	人口教育促進フェーズ2					あり	あり
カンボディア	母子保健					あり	
ブラジル	家族計画・母子保健					あり	
パキスタン	母子保健					あり	
フィリピン	家族計画・母子保健フェーズ2	UNICEF	USAID		AMDA	あり	
ヴェトナム	リプロダクティブ・ヘルス	UNFPA			JOICEF		
ガーナ	母子保健医療サービス向上計画			長野県 厚生連			
ジョルダン	家族計画・WID				JOICEF	あり	
モンゴル	母と子の健康	UNICEF		千葉県			
インドネシア	母と子の健康手帳	世界銀行 UNICEF		埼玉県		あり	
ネパール	結核対策				結核予防会	あり	
ガーナ	野口記念医学研究所フェーズ2	WHO					
中国	ポリオ対策	WHO UNICEF					
ラオス	日本・WHO公衆衛生	WHO				あり	
イエメン	結核対策フェーズ2				結核予防会		あり
ネパール	プライマリ・ヘルス・ケア			埼玉県			
パラグアイ	地域保健強化					あり	
ボリヴィア	サンタ・クルス医療供給システム			愛知県			
ザンビア	感染症対策	WHO		宮城県			
ケニア	感染症研究対策フェーズ2			滋賀県 北海道			
ジンバブエ	感染症対策	WHO					
ザンビア	ルサカ市プライマリ・ヘルスケア			新潟県	AMDA		
インドネシア	南スラウェシ地域保健強化					あり	
エル・サルヴァドル	看護教育強化			静岡県			
フィリピン	結核対策				結核予防会	あり	
ジャマイカ	南部地域保健強化			青森県			
ラオス	小児感染症予防	WHO UNICEF				あり	
ガーナ	野口記念医学研究所感染症対策	WHO					
ネパール	母子保健(単発専門家)				日本医師会	あり	
フィリピン	エイズ対策		USAID			あり	
タイ	エイズ予防・地域ケアネットワーク	UNAIDS				あり	
インドネシア	耳科(単発専門家)					あり	

出所：海外医療協力部委員会議事録(第29～31回)

## 資料4 - 8 人口直接・間接分野の協力隊チーム派遣・グループ派遣

## 人口直接

国	案件名	形態	実施期間	連携スキーム
フィリピン	家族計画・母子保健フロントライン計画	グループ派遣	1998.10-2002.9	医療協力特別機材、プロ 技、無償、草の根無償、開 発福祉支援
バングラデシュ	家族計画・母子保健フロントライン計画	グループ派遣	1996.7-99.6	医療協力特別機材
ラオス	家族計画・母子保健フロントライン計画	グループ派遣		医療協力特別機材
タンザニア	家族計画・母子保健フロントライン計画	グループ派遣		医療協力特別機材

出所：JIICA 青年海外協力隊事務局

## 人口間接

国	案件名	形態	実施期間	連携スキーム
タンザニア	母子福祉センタープロジェクト	チーム派遣	1992.3-1997.2	
バングラデシュ	ポリオ対策グループ派遣	(グループ派遣的)	1999.3-	医療協力特別機材
ケニア	ポリオ対策グループ派遣	グループ派遣		
ニジェール	ポリオ対策グループ派遣	グループ派遣	1999.2-	
セネガル	グディリ医療プロジェクト	チーム派遣	1992.4.1-1998.3.31	
グアテマラ	女子初等教育プロジェクト	グループ派遣		専門家、単独機材供与、 無償、草の根無償
ジャマイカ	保健省病院予防保守プロジェクト	グループ派遣	シニア派遣 1995.7-、 調査団派遣 1998	

出所：JIICA 青年海外協力隊事務局

資料4-9 人口直接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度-2000年度)

(億円)

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
アジア	アゼルバイジャン	1998年度	平成10年度	母子病院医療機材整備計画	5.07	5.07	131.44
	インドネシア	2000年度	平成12年度	家族計画プログラム	3.66	3.66	
	ウズベキスタン	1997年度	平成9年度	中部地域母子保健病院医療機材整備計画	6.76	8.80	
		2000年度	平成12年度	小児用ワクチン供給計画	2.04		
	カンボディア	1995年度	平成7年度	母子保健センター建設計画	17.61	21.24	
		1998年度	平成10年度	母子保健サービス改善計画	3.63		
	中国	1996年度	平成8年度	南京母子保健医療機材整備計画	17.28	17.28	
	パキスタン	1996年度	平成8年度	母子保健センター建設計画(1/2期)	19.05	28.44	
		1997年度	平成9年度	母子保健センター建設計画(1/2期)	5.59		
		2000年度	平成12年度	新生児破傷風予防接種拡大計画(2/3期分)	3.80		
	バングラデシュ	1998年度	平成10年度	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画 (子供の健康無償)	2.56	14.33	
		1998年度	平成10年度	母子保健研修所改善計画(B国債)	2.22		
		1999年度	平成11年度	母子保健研修所改善計画(2/3期)	8.76		
		2000年度	平成12年度	母子保健研修所改善計画(国債3/3期)	0.79		
	フィリピン	1999年度	平成11年度	地域保健施設改善・機材整備計画	11.97	11.97	
	ブータン	2000年度	平成12年度	母子保健・基礎医療器材整備計画	2.05	2.05	
	ミャンマー	1998年度	平成10年度	母子保健サービス改善計画	3.30	16.00	
1999年度		平成11年度	第二次母子保健サービス改善計画	5.97			
2000年度		平成12年度	第三次母子保健サービス改善計画	6.73			
ラオス	1998年度	平成10年度	マラリア対策計画(子供の健康無償)	2.60	2.60		
中近東・ アフリカ	アンゴラ	2000年度	平成12年度	子供の健康改造計画	4.76	4.76	23.59
	イエメン	1998年度	平成10年度	ワクチン保管体制整備計画(子供の健康無償)	2.26	6.50	
		1999年度	平成11年度	地方病院母子保健医療機材整備計画	4.24		
	ジブティ	2000年度	平成12年度	母子保健強化計画	1.27	1.27	
	スーダン	2000年度	平成12年度	乳幼児感染症予防計画	1.90	1.90	
	セネガル	2000年度	平成12年度	母子保健強化・マラリア対策計画	3.90	3.90	
	中央アフリカ	2000年度	平成12年度	母子保健強化・疾病対策計画	5.26	5.26	
中南米	エル・サルヴァドル	1999年度	平成11年度	乳幼児疾病対策計画	5.89	5.89	47.48
	ニカラグア	2000年度	平成12年度	第2次児童保健強化計画	4.86	4.86	
	ハイティ	1999年度	平成11年度	第2次児童保健維持計画	5.19	18.61	
		1997年度	平成9年度	アスンシオン大学病院日本・パラグアイ友好母子センター整備計画(詳細設計)	0.63		
		1998年度	平成10年度	アスンシオン大学病院日本・パラグアイ友好母子センター建設計画(A国債)	2.50		
		1999年度	平成11年度	アスンシオン大学病院日本・パラグアイ友好母子センター建設計画(1/2期)	11.28		
	パラグアイ	1999年度	平成11年度	アスンシオン大学病院日本・パラグアイ友好母子センター建設計画(2/2期)	4.20	9.98	
		1998年度	平成10年度	ラパス母子保健病院医療器材供与計画(詳細設計)	0.37		
		1999年度	平成11年度	ラパス母子保健病院医療器材供与計画	0.34		
		2000年度	平成12年度	ラパス母子保健病院医療器材供与計画(国債2/3期)	9.27		
	ホンデュラス	1999年度	平成11年度	子供の疾病対策計画	2.95	2.95	
大洋州	パプア・ニューギニア	2000年度	平成12年度	母子保健サービス強化計画	1.13	1.13	1.13
計							203.64

注：人口直接(母子保健、家族計画、人口統計などの分野)、人口間接(基礎的な保健医療の分野)、人口間接(初等教育)、人口間接(女性を対象とした職業訓練・女子教育の分野)

出所：海外医療協力委員会会議事録資料(各年分)

「我が国の政府開発援助 下巻 2000」 外務省経済協力局編

「政府開発援助(ODA)国別データブック 2001」 外務省経済協力局編

## 資料4 - 10 人口間接分野の無償資金協力(GII対象年：1994年度 - 2000年度)

(1)基礎的保健医療分野

(億円)

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
アジア	インド	1994年度	平成6年度	オスマニア総合病院医療機材整備計画	7.57	54.93	
		1995年度	平成7年度	カラワティ・サラン国立小児病院改善計画(1/2)	12.17		
		1996年度	平成8年度	ポリオ撲滅計画	7.68		
		1997年度	平成9年度	カラワティ・サラン国立小児病院改善計画 (2/2・1期)	4.94		
		1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画(2/2)	3.92		
		1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅計画	9.09		
		2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	9.56		
	インドネシア	1994年度	平成6年度	食品・薬品品質管理地方試験所強化計画	4.48	30.38	
		1994年度	平成6年度	ブルサハバタン病院医療機材整備計画	2.59		
		1996年度	平成8年度	アイルランガ大学熱帯病センター建設計画	8.56		
		1997年度	平成9年度	南北スラウェシ地域医療従事者訓練センター (1/2)	12.24		
		1998年度	平成10年度	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画	2.51		
	ヴェトナム	1994年度	平成6年度	ハノイ市医療機材整備計画(2/2)	11.26	90.08	
		1994年度	平成6年度	チョーライ病院改善計画(3/3)	8.77		
		1995年度	平成7年度	ワクチン接種体制整備計画	2.38		
		1997年度	平成9年度	バックマイ病院改善計画(詳細設計)	2.82		
		1998年度	平成10年度	バックマイ病院改善計画(A国債)	11.17		
		1999年度	平成11年度	バックマイ病院改善計画(2/3)	37.52		
		2000年度	平成12年度	バックマイ病院改善計画(国債3/3)	11.69		
		2000年度	平成12年度	麻疹抑制計画	4.47		
	ウズベキスタン	1994年度	平成6年度	小児科医療機材整備計画	6.50	8.54	
		2000年度	平成12年度	小児用ワクチン供給計画	2.04		
	カザフスタン	1999年度	平成11年度	アスタナ市小児病院医療機材整備計画	9.95	16.43	
		2000年度	平成12年度	セミバラチンスク地域医療機材整備計画	6.48		
	カンボディア	1995年度	平成7年度	ワクチン接種体制整備計画	0.84	9.99	
		1999年度	平成11年度	国立結核センター改善計画	8.03		
		1999年度	平成11年度	シアムリアップ病院医療機材整備計画	1.12		
	キルギス	1995年度	平成7年度	国立小児病院医療機材整備計画	5.32	5.32	
	グルジア	1998年度	平成10年度	医療機材整備計画	6.38	6.38	
スリ・ランカ	1997年度	平成9年度	スリ・ジャヤワダナプラ国立看護学校設立計画 (A国債)	2.65	19.51		
	1998年度	平成10年度	スリ・ジャヤワダナプラ国立看護学校設立計画 (A国債)	11.80			
	2000年度	平成12年度	マータラ総合病院医療機材整備計画	3.62			
	2000年度	平成12年度	ラトナプラ総合病院整備計画(2/2、国債1/3)	1.44			
中国	1994年度	平成6年度	ポリオ撲滅計画(2/3)	2.02	84.96		
	1994年度	平成6年度	天津代謝病防治センター機材整備計画	5.04			
	1994年度	平成6年度	チベット結核病治療センター機材整備計画	7.09			
	1994年度	平成6年度	ワクチン接種体制整備計画	1.43			
	1995年度	平成7年度	ポリオ撲滅計画(3/3)	2.42			
	1997年度	平成9年度	病原体検査機材整備計画	1.04			
	1997年度	平成9年度	内モンゴル自治区医療機材整備計画	13.64			
	1997年度	平成9年度	四川・湖北・大連救急センター医療機材整備計画	18.48			
	1998年度	平成10年度	最貧困県医療機材整備計画	3.60			
	1999年度	平成11年度	貴州省フッ素症対策医療機材整備計画	10.10			
	1999年度	平成11年度	全国救急人員訓練センター機材整備計画	3.03			
	2000年度	平成12年度	貧困地域結核抑制計画	3.21			
	2000年度	平成12年度	陝西省人民医院医療機材整備計画	13.86			
	ネパール	1994年度	平成6年度	カンティ小児病院拡充計画(2/2)		4.18	9.55
2000年度		平成12年度	ヨード添加塩保管施設整備計画(1/2)	5.37			

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計	
中近東・ アフリカ	パキスタン	1994年度	平成6年度	北西辺境州医療機材整備計画	8.97	43.40		
		1995年度	平成7年度	ラン医科大学医療機材整備計画	4.88			
		1996年度	平成8年度	ポリオ撲滅計画	2.31			
		1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画	2.05			
		1998年度	平成10年度	ポリオ撲滅計画	4.16			
		1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅計画	6.36			
		1999年度	平成11年度	新生児破傷風予防接種拡大計画(1/3)	1.02			
		2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	9.85			
		2000年度	平成12年度	新生児破傷風予防接種拡大計画(2/3)	3.80			
	バングラデシュ	1995年度	平成7年度	ポリオ撲滅計画(1/2)	3.06	36.45		
		1996年度	平成8年度	ポリオ撲滅計画(2/2)	4.46			
		1997年度	平成9年度	第二次ポリオ撲滅計画(1/2)	3.88			
		1998年度	平成10年度	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画(1/2)	2.56			
		1998年度	平成10年度	第二次ポリオ撲滅計画(1/2)	3.99			
		1999年度	平成11年度	新生児破傷風・はしか予防接種拡大計画(2/2)	0.89			
		1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅	5.37			
		1999年度	平成11年度	ヨード欠乏症対策計画	2.75			
		2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	9.49			
	フィリピン	1997年度	平成9年度	ベンゲット州医療システム改善計画 (1/2・詳細設計)	3.80	53.16		
		1997年度	平成9年度	マラリア対策計画	4.69			
		1998年度	平成10年度	ベンゲット州医療体制改善計画(A国債)	12.40			
		1999年度	平成11年度	地域保健施設改善・機材整備計画	11.97			
		1999年度	平成11年度	ベンゲット州医療システム改善計画(2/2)	11.68			
		2000年度	平成12年度	ダバオメディカルセンター整備計画(国債1/2)	3.41			
		2000年度	平成12年度	ダバオメディカルセンター整備計画(詳細設計)	1.06			
		2000年度	平成12年度	国立結核研究所設立計画	4.15			
	ミャンマー	1995年度	平成7年度	看護大学拡充計画	16.25	18.50		
		2000年度	平成12年度	ヤンゴン総合病院医療機材整備計画	2.25			
	モンゴル	2000年度	平成12年度	地方医療施設整備計画	11.92	11.92		
	ラオス	1995年度	平成7年度	ワクチン接種体制整備計画	0.94	17.05		
		1999年度	平成11年度	新セタティラート病院建設計画	3.09			
		2000年度	平成12年度	新セタティラート病院建設計画(国債2/2)	13.02			
	アンゴラ	アンゴラ	1996年度	平成8年度	ジョシナ・マシエル病院医療機材整備計画	1.66		8.88
			1999年度	平成11年度	ルクレシアバウム産婦人科病院医療機材整備計画	3.41		
			2000年度	平成12年度	ルアンダ州保健センター機材整備計画	3.81		
		イエメン	2000年度	平成12年度	南部イエメン結核対策拡充計画	5.64		5.64
		エジプト	1995年度	平成7年度	カイロ大学小児病院改修計画(1/2)	7.06		13.04
			1996年度	平成8年度	カイロ大学小児病院改修計画(2/2)	5.98		
		エチオピア	1995年度	平成7年度	診療所施設改善計画	5.86		12.47
			1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅計画	3.30		
			2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	3.31		
		ガーナ	1997年度	平成9年度	野口記念医学研究所拡充計画(1/2)	4.53		25.87
			1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画(1/2)	2.18		
1998年度			平成10年度	野口記念医学研究所拡充計画(2/2)	8.07			
1998年度			平成10年度	ポリオ撲滅計画(2/2)	1.43			
1999年度			平成11年度	ポリオ撲滅計画	2.06			
2000年度			平成12年度	ポリオ撲滅計画	1.09			
2000年度	平成12年度		地方基礎医療改善計画	6.51				
ギニア	2000年度	平成12年度	予防接種拡大化計画	2.15	2.15			
ケニア	1995年度	平成7年度	医療訓練学校改善計画(2/1)	7.75				
	1995年度	平成7年度	医療訓練学校改善計画(D/D)	0.62				
	1996年度	平成8年度	ポリオ撲滅計画	2.75				
	1996年度	平成8年度	医療訓練学校改善計画(2/2・A国債)	2.48				

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計	
		1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画(2/2)	2.55	37.42		
		1997年度	平成9年度	医療研究所改善計画	2.34			
		1997年度	平成9年度	コースト州総合病院改善計画(1/2)	3.57			
		1998年度	平成10年度	コースト州総合病院改善計画(2/2)	8.52			
		1999年度	平成11年度	予防接種体制強化計画	5.47			
		2000年度	平成12年度	西部地域保健センター整備計画(1/2)	1.37			
	コンゴ民主共和国	2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	2.74	2.74		
	ザンビア	1994年度	平成6年度	ルサカ市基礎医療機材整備計画	4.51	4.51		
	ジョルダン	1994年度	平成6年度	医療機材整備計画	8.00	15.99		
		1997年度	平成9年度	ジョルダン大学病院医療機材整備計画	7.99			
	ジンバブエ	1996年度	平成8年度	ハラレ中央病院小児科建設計画	12.32	24.41		
		1997年度	平成9年度	ムピロ中央病院小児科建設計画(詳細設計)	0.75			
		1998年度	平成10年度	ムピロ中央病院小児科建設計画(A国債)	5.17			
		1999年度	平成11年度	ムピロ中央病院小児科建設計画(2/2)	6.17			
	スワジランド	1997年度	平成9年度	医療サービス向上計画(1/2)	4.15	5.76		
		1999年度	平成11年度	医療サービス向上計画(2/2)	1.61			
	セネガル	1998年度	平成10年度	ティエス地方病院整備計画(1/2)	7.88	10.97		
		1999年度	平成11年度	ティエス地方病院整備計画	3.09			
	タンザニア	1994年度	平成6年度	中核病院医療機材整備計画	7.94	18.34		
		1996年度	平成8年度	ポリオ撲滅計画(1/2)	4.05			
		1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画(2/2)	2.29			
		1999年度	平成11年度	予防接種拡大及び栄養素欠乏症対策計画	4.06			
	ナイジェリア	2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	5.30	5.30		
	パレスチナ	1995年度	平成7年度	ガザ医療機材整備計画	12.57	41.67		
		1996年度	平成8年度	ジュリコ病院建設計画	19.52			
		1998年度	平成10年度	アル・コドゥス大学医学部機材整備計画(1/2)	5.06			
		1999年度	平成11年度	ワクチン接種拡大計画	1.75			
		2000年度	平成12年度	第二次ワクチン接種拡大計画	2.77			
	ブルキナ・ファソ	1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅計画	1.06	1.95		
		2000年度	平成12年度	ポリオ撲滅計画	0.89			
	マダガスカル	1994年度	平成6年度	トリアニ地方病院センター医療機材整備計画	3.42	7.10		
		1999年度	平成11年度	マジュンガ大学病院センター医療機材整備計画	3.68			
	マリ	2000年度	平成12年度	予防接種拡大化計画	4.79	4.79		
	南アフリカ共和国	1997年度	平成9年度	病院医療機材整備計画	15.31	15.31		
	象牙海岸	1994年度	平成6年度	ココディ大学センター拡充計画(1/2)	11.29	46.83		
		1995年度	平成7年度	ココディ大学病院センター拡充計画 (2/2、国際1/3)	15.20			
		1996年度	平成8年度	ココディ大学病院センター拡充計画 (2/2、国債2/3)	10.51			
		1997年度	平成9年度	ココディ大学病院センター拡充計画(国債3/3)	0.84			
		1997年度	平成9年度	ポリオ撲滅計画(1/2)	2.26			
		1998年度	平成10年度	ブアケ大学病院センター医療機材整備計画	4.28			
		1998年度	平成10年度	ポリオ撲滅計画	1.40			
		1999年度	平成11年度	ポリオ撲滅計画	1.05			
	中南米	エクアドル	1994年度	平成6年度	主要病院医療機材整備計画(2/2)	9.41		20.33
			1996年度	平成8年度	国立衛生熱帯医学研究所機材整備計画	10.92		
		グアテマラ	1995年度	平成7年度	第二次国立病院網機材整備計画	6.11		31.73
			1996年度	平成8年度	第二次国立病院網機材整備計画(2/2)	4.02		
1998年度			平成10年度	医療従事者訓練校整備計画	9.55			
1999年度			平成11年度	第三次国立病院医療機材整備計画	9.92			
2000年度			平成12年度	医療従事者訓練校改修計画	2.13			
コロンビア		1996年度	平成8年度	主要病院機材整備計画	7.51	12.78		
		2000年度	平成12年度	キンディオ県医療体制復旧計画	5.27			
スリナム		1996年度	平成8年度	パラリボ大学病院医療機材整備計画	9.93	9.93		

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
	ドミニカ共和国	1998年度	平成10年度	日本・ドミニカ共和国友好医療教育センター建設計画	10.16	14.15	
		2000年度	平成12年度	予防接種拡大化計画	3.99		
	ニカラグア	1996年度	平成8年度	グラナダ病院建設計画(1/2)	8.23	17.63	
		1997年度	平成9年度	グラナダ病院建設計画(国債1/2)	7.92		
		1998年度	平成10年度	グラナダ病院建設計画(国債2/2)	1.48		
	ハイティ	1996年度	平成8年度	医療機材整備計画	5.34	5.34	
	ペルー	1994年度	平成6年度	リマ市国立病院医療機材整備計画	5.54	39.10	
		1996年度	平成8年度	第二次リマ市国立病院医療機材整備計画	9.12		
		1998年度	平成10年度	日本・ペルー友好病院建設計画	0.94		
		1999年度	平成11年度	日本・ペルー友好病院建設計画(1/2)	5.10		
		2000年度	平成12年度	日本・ペルー友好病院建設計画(国債2/2)	18.40		
ホンデュラス	1996年度	平成8年度	首都圏病院網拡充計画	9.98	9.98		
大洋州	ヴァヌアツ	1994年度	平成6年度	国立病院機材整備計画	5.00	5.00	5.00
その他	アルバニア	2000年度	平成12年度	ティラナ大学付属マザー・テレサ小児科病院医療機材整備計画	3.92	3.92	
		ウクライナ	2000年度	平成12年度	オフマディット小児専門病院医療機材整備計画	7.29	7.29
	ボスニア・ヘルツェゴビナ	1997年度	平成9年度	主要病院医療機材整備計画	17.91	45.41	
		1997年度	平成9年度	一次医療施設医療機材整備計画	14.09		
		1998年度	平成10年度	第二次医療施設医療機材整備計画	13.41		
	マケドニア	1995年度	平成7年度	医療機材整備計画	5.50	30.31	
		1998年度	平成10年度	シュティープ総合病院医療機材整備計画	8.05		
		1999年度	平成11年度	ビトラ総合病院医療機材整備計画	7.74		
2000年度		平成12年度	一次医療施設医療機材整備計画	9.02			
計						1,080.59	

注：人口直接(母子保健、家族計画、人口統計などの分野)、人口間接(基礎的な保健医療の分野)、人口間接(初等教育)、人口間接(女性を対象とした職業訓練・女子教育の分野)。

出所：海外医療協力委員会会議事録資料(各年分)

「我が国の政府開発援助 下巻 2000」 外務省経済協力局編

「政府開発援助(ODA)国別データブック 2001」 外務省経済協力局編

(2)初等教育分野

(億円)

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
アジア	インドネシア	1998年度	平成10年度	初等・中等理科教育改善計画(1/3)	5.49	26.67	
		1999年度	平成11年度	初等・中等理科教育改善計画(2/3)	13.24		
		2000年度	平成12年度	初等・中等理科教育改善計画(3/3)	7.94		
	ヴェトナム	1994年度	平成6年度	第一次初等教育施設整備計画	14.46	95.10	
		1995年度	平成7年度	第二次初等教育施設整備計画	16.60		
		1996年度	平成8年度	第三次初等教育施設整備計画	19.98		
		1997年度	平成9年度	第四次初等教育施設整備計画(1/3)	22.42		
		1998年度	平成10年度	第四次初等教育施設整備計画(2/2)	21.64		
		1999年度	平成11年度	第四次初等教育施設整備計画(1/2)	10.12		
	スリ・ランカ	1998年度	平成10年度	初等・中等学校施設改善計画(1/2)	13.29	23.41	
		1999年度	平成11年度	初等・中等学校施設改善計画(2/2)	10.12		
	ネパール	1994年度	平成6年度	小学校建設計画(1/2)	3.12	33.82	
		1995年度	平成7年度	小学校建設計画(2/2)	2.75		
		1996年度	平成8年度	第二次小学校建設計画(1/2)	5.87		
		1997年度	平成9年度	第二次小学校建設計画(2/2)	5.71		
		1999年度	平成11年度	第二次基礎初等教育プログラムにおける小学校建設計画(1/2)	8.27		
2000年度		平成12年度	第二次基礎初等教育プログラムにおける小学校建設計画(2/2)	8.10			
パキスタン	1994年度	平成6年度	北西辺境州初等教育改善計画	4.06	7.86		
	1995年度	平成7年度	北西辺境州初等教育改善計画(国債2/3)	7.86			



地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
	フィリピン	1996年度	平成8年度	北西辺境州初等教育改善計画(国債3/3)	2.24	14.16	303.03
		1994年度	平成6年度	第二次教育施設拡充計画	28.57		
		1995年度	平成7年度	第三次教育施設拡充計画	14.30		
		1996年度	平成8年度	第四次教育施設拡充計画(1/2)	12.33		
		1997年度	平成9年度	第四次教育施設拡充計画(2/2)	12.28		
		1998年度	平成10年度	第五次教育施設拡充計画(1/2)	12.36		
		1999年度	平成11年度	第五次教育施設拡充計画(2/2)	12.04		
	モンゴル	1999年度	平成11年度	初等教育施設整備計画(1/3)	9.69	91.88	
		2000年度	平成12年度	初等教育施設整備計画(2/3)	8.30	17.99	
中近東・ アフリカ	ウガンダ	1996年度	平成8年度	学校施設改善計画	3.24	3.24	
	カメルーン	1997年度	平成9年度	小学校建設計画(1/3)	11.04	32.98	
		1998年度	平成10年度	小学校建設計画(2/3)	11.88		
		1999年度	平成11年度	小学校建設計画(3/3)	10.06		
	ギニア	1998年度	平成10年度	小学校建設計画(1/2)	5.26	11.50	
		1999年度	平成11年度	小学校建設計画(2/2)	6.24		
	ギニア・ビサオ	1997年度	平成9年度	小学校建設計画(1/2)	7.39	7.39	
	ザンビア	1998年度	平成10年度	ルサカ市小学校・中学校建設計画(1/2)	10.01	19.12	
		1999年度	平成11年度	ルサカ市小学校・中学校建設計画(2/2)	9.11		
	ジブティ	1998年度	平成10年度	小学校建設計画(1/2)	5.34	11.86	
		1999年度	平成11年度	小学校建設計画(2/2)	6.52		
	セネガル	1994年度	平成6年度	小学校教室建設計画(1/3)	9.97	56.91	
		1995年度	平成7年度	小学校教室建設計画(2/2-1)	2.17		
		1996年度	平成8年度	小学校教室建設計画(2/2-2)	14.22		
		1997年度	平成9年度	小学校教室建設計画(国債3/3)	4.83		
		1998年度	平成10年度	小学校教室建設計画(国債1/3)	2.55		
		1999年度	平成11年度	小学校教室建設計画(国債2/3)	16.94		
		2000年度	平成12年度	小学校教室建設計画(国債3/3)	6.23		
	ニジェール	1996年度	平成8年度	小学校建設計画	6.76	6.76	
	パレスチナ	1997年度	平成9年度	ガザ流域小学校建設計画	17.45	54.70	
		1998年度	平成10年度	ガザ地域小中学校建設計画	8.57		
		1999年度	平成11年度	西岸地域小中学校建設計画(1/3)	17.79		
		2000年度	平成12年度	西岸地域小中学校建設計画(2/3)	10.89		
	ブルキナ・ファソ	1995年度	平成7年度	小学校建設計画	6.25	28.05	
		1997年度	平成9年度	第二次小学校建設計画	10.47		
		1998年度	平成10年度	第二次小学校建設計画	11.33		
	ベナン	1996年度	平成8年度	小学校建設計画(1/2)	6.28	22.46	
		1997年度	平成9年度	小学校教室建設計画(国債1/3)	4.44		
		1998年度	平成10年度	小学校教室建設計画(国債2/3)	9.38		
		1999年度	平成11年度	小学校教室建設計画(国債3/3)	2.36		
	マダガスカル	1997年度	平成9年度	小学校建設計画(1/2)	11.01	19.98	
		1998年度	平成10年度	小学校建設計画(2/2)	8.97		
	マリ	1997年度	平成9年度	小学校建設計画(1/2)	11.09	31.33	
		1998年度	平成10年度	小学校教室建設計画(国債1/3)	3.66		
		1999年度	平成11年度	小学校教室建設計画(国債2/3)	10.39		
		2000年度	平成12年度	小学校教室建設計画(国債3/3)	6.19		
	南アフリカ	1998年度	平成10年度	東ケープ州小・中学校建設計画(1/2)	9.63	16.80	
		1999年度	平成11年度	東ケープ州小・中学校建設計画(2/2)	7.17		
	モーリタニア	1997年度	平成9年度	又アショット小学校建設計画	4.49	24.89	
		1998年度	平成10年度	又アショット小学校教室建設計画(国債1/3)	1.07		
		1999年度	平成11年度	又アショット小学校教室建設計画(国債2/3)	12.92		
		2000年度	平成12年度	又アショット小学校教室建設計画(国債3/3)	6.41		
	象牙海岸	1995年度	平成7年度	小学校建設計画(1/3)	8.69	31.24	
		1996年度	平成8年度	小学校建設計画(2/3)	10.25		
		1997年度	平成9年度	小学校建設計画(3/3)	12.30		
							379.21

第二次人口と開発援助研究

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
中南米	エル・サルヴァドル	1995年度	平成7年度	初等・中等学校建設計画	2.32	22.45	
		1996年度	平成8年度	初等・中等学校建設計画(国債2/2)	4.03		
		1996年度	平成8年度	第二次初等・中等学校建設計画(国債1/2)	4.73		
		1997年度	平成9年度	第二次初等・中等学校建設計画(国債2/2)	4.08		
		1998年度	平成10年度	第三次初等・中等学校建設計画(国債1/2)	3.91		
		1999年度	平成11年度	第三次初等・中等学校建設計画(国債2/2)	3.38		
	グアテマラ	1996年度	平成8年度	小学校建設計画(1/2)	3.21	10.11	
		1997年度	平成9年度	小学校建設計画(2/2)	6.90		
	ドミニカ共和国	1996年度	平成8年度	初等学校建設計画(詳細設計)	0.38	13.00	
		1997年度	平成9年度	初等学校建設計画(国債1/2)	1.41		
		1998年度	平成10年度	初等学校建設計画(国債2/2)	11.21		
	ニカラグア	1995年度	平成7年度	初等学校建設計画	0.24	18.47	
		1996年度	平成8年度	初等学校建設計画(国債1/2)	2.84		
		1997年度	平成9年度	初等学校建設計画(国債2/2)	6.16		
		1999年度	平成11年度	第二次初等学校建設計画(国債1/2)	5.46		
		2000年度	平成12年度	第二次初等学校建設計画(国債1/3)	3.77		
	ペルー	1995年度	平成7年度	教育施設修復計画	3.48	3.48	
	ボリビア	1998年度	平成10年度	小学校建設計画(1/3)	7.55	22.54	
		1999年度	平成11年度	小学校建設計画(2/3)	6.48		
		2000年度	平成12年度	小学校建設計画(3/3)	8.51		
計							90.05
							772.29

(3)女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野

(億円)

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
アジア	パキスタン	1994年度	平成6年度	北西辺境州女子教員養成校設立及び教育機材整備計画	8.57	8.57	34.77
		1996年度	平成8年度	女性職業訓練センター建設計画(1/2)	21.15	26.20	
	1997年度	平成9年度	女性職業訓練センター建設計画(2/2)	5.05			
計							34.77

注：人口直接(母子保健、家族計画、人口統計などの分野)、人口間接(基礎的な保健医療の分野)、人口間接(初等教育)、人口間接(女性を対象とした職業訓練・女子教育の分野)。

出所：海外医療協力委員会会議事録資料(各年分)

「我が国の政府開発援助 下巻 2000」 外務省経済協力局編

「政府開発援助(ODA)国別データブック 2001」 外務省経済協力局編

エイズ分野の無償資金協力(GII対象年：1994～2000年度)

(億円)

地域	国	年度 (西暦)	年度	案件名	供与額	国別 小計	地域別 小計
アジア	ヴェトナム	2000年度	平成12年度	エイズ防止計画	3.82	3.82	3.82
計							3.82

出所：海外医療協力委員会会議事録資料(各年分)

「我が国の政府開発援助 下巻 2000」 外務省経済協力局編

「政府開発援助(ODA)国別データブック 2001」 外務省経済協力局編

資料 4 - 11 開発福祉支援事業一覧

		国名	案件名	団体名称	人口・エイズ
平成9年度	1	バングラデシュ	地域住民参加型家族計画	バングラデシュ家族計画協会	人口直接
	2	ネパール	チサバニ村落開発住民防災計画	ネパール赤十字社	
	3	パナマ	先住民地区共同組合育成	プロジェクト・ノヘブグレ	
	4	メキシコ	グアナファト州公衆衛生改善計画	メキシコ家族計画協会	人口間接
	5	ガーナ	家族計画、栄養改善、寄生虫予防総合	ガーナ家族計画協会	人口直接
平成10年度	6	フィリピン	貧困層結核患者救済	フィリピン結核協会(PTS)	人口間接
	7	フィリピン	地域保健強化事業(レジナルメリ)	レジナルメリ大学	人口間接
	8	フィリピン	地域保健強化事業(フィリピン小児病院)	フィリピン小児病院	人口間接
	9	フィリピン	HIV感染者社会復帰訓練施設活動支援	ビノイ・プラス	エイズ
	10	フィリピン	エイズ・性感染症・母子保健対策	ポピュレーション・サービス・ピリピナス	人口直接 エイズ
	11	フィリピン	包括的リプロダクティブ・ヘルス促進支援事業	PNGOQ(人口・健康・福祉NGO協議会)	人口直接
	12	タイ	北部タイ・コミュニティー組織エイズ予防とケア	ラックス・タイ財団(ケア・タイランド)	エイズ
	13	タイ	障害児に対するコミュニティーに根ざしたりハビリテーションプロジェクト	タイ障害児財団	
	14	タイ	都市内スラム住民に対する意識向上事業	シーカ・アジア財団(曹洞宗ボランティア会)	
	15	インドネシア	南スラウェシ州離島へのPHC普及	遠隔沿海地域調査会	人口間接
	16	インドネシア	東ヌサンテガラ州サブ島ソーシャルセーフティネット	ワールド・ビジョン	
	17	インドネシア	南スラウェシ州貧困生活者エンパワーメント	環境におけるパートナーシップ機関	
	18	インドネシア	東スンパ県住民参加型飲料水揚水計画	住民を中心に置いた事業・経済協会(IBAKA)	
	19	インドネシア	西ジャワ州農民参加型小規模灌漑排水施設修復事業	インドネシア・オイスカ帰国研修生会	
	20	インドネシア	ウジュンパンダン市貧困者層援助食料及び保健サービス供給計画	インドネシア家族計画父母の会南スラウェシ支部	人口間接
	21	マレーシア	サバ州農業研修センター	OISCA International	
	22	マレーシア	少年に対する職業訓練	モントフォート・ボーイズ・タウン	
	23	マレーシア	パツケーブ地域インド系居住区における小学校前教育促進計画	ディバインライフ協会	人口間接
	24	マレーシア	キアウ・トブリ重力式水供給システム	アドベンティスト開発・救援機構サバ支部	
	25	ヴェトナム	子供の栄養改善事業	セーブ・ザ・チルドレン・ジャパン	人口間接
	26	ヴェトナム	フエ市児童福祉総合支援	ベトナムの「子供の家」を支える会	
	27	カンボディア	社会的弱者の自立のためのソーシャルサービス	カンボディア・ソーシャルサービス(SSC)	
	28	カンボディア	女性のためのリプロダクティブ・ヘルス向上	アフエダ/クメール女性ヴォイスセンサー	人口直接
29	ミャンマー	メッティーラ母子保健プロジェクト	AMDA	人口直接	
30	ラオス	ウドムサイ県収入向上活動	ウドムサイ県地域開発事務所		
31	ラオス	女性自立向上事業	ラオスの子供と女性を支える会	人口間接	
32	ラオス	コミュニティー衛生環境改善事業	ヴィエンチャン県農村開発協議会	人口間接	
33	ラオス	ラオス赤十字血液事業	ラオス赤十字社血液センター	人口間接	
平成11年度	34	東チモール	東チモール保健システム復興事業	ワールドビジョン・ジャパン	人口間接
	35	東チモール	東チモール稲作農家復興開発事業	ケア・オーストラリア	
	36	東チモール	ディリ県市場施設復興事業	アドラ・日本支部	
	37	東チモール	ラウテム県公衆衛生及び医療復興事業	東チモール医療友の会	人口間接
	38	タイ	障害者ネットワーク整備計画	タイ障害者評議会	
	39	タイ	ソックラ湖マングローブ保全	マングローブ再生・保全ユニオン	

	国名	案件名	団体名称	人口・エイズ
	40	ザンビア HIV ハイリスクグループ啓蒙活動	ワールドビジョン・インターナショナル・ザンビア事務所	エイズ
	41	ザンビア ルサカ市住民参加型給水事業	ケア・インターナショナル・ザンビア事務所	
	42	ジンバブエ ビンガ地区青少年HIV予防/人口計画	セーブ・ザ・チルドレン(UK)	エイズ
	43	エチオピア オロミア州ノン・フォーマル教育支援	カンガルー青少年育成協会	人口間接
	44	ガーナ シェアバタープロジェクト女性生活支援	クリスチャン・マザーズ協会	人口間接
	45	南アフリカ 起業家支援プロジェクト	エイキャット(アフリカン・コーポラティブ・アクション・トラスト)	
	46	南アフリカ バーグビル地区女性スモール ビジネス支援	リマ・ルーラル・デベロップメント・ファウンデーション	人口間接
	47	ペルー 貧困女性のための生計向上事業	プリズマ	人口間接
	48	タンザニア ダルエスサラーム公害における青少年のためのリプロダクティブ・ヘルス&職訓	タンザニア家族計画協会	人口直接
平成12年度	49	インドネシア 東ヌサテンガラ州におけるマルチセクターアプローチによる開発モデル事業	東ヌサテンガラ NGO コンソーシウム	
	50	東チモール 東チモール農漁村経済復興プログラム	Yayasan Hak	
	51	東チモール 東チモール環境保全プログラム	HABURAS	
	52	フィリピン セブ州北西部地域開発プロジェクト	ラモン・アボイティス基金	
	53	カンボディア シェムリアップリハビリテーションセンターの整備による障害者支援	ハンディキャップ・インターナショナル・ベルギー	
	54	ラオス 社会安全保障事業	コンソーシウム、ラオス	
	55	メキシコ ストリートチルドレンのための性の健康プロジェクト	カサ・アリアンサ	人口直接
	56	ホンデュラス 貧困女性エンパワーメント・プロジェクト	ADRA 国際援助機構	人口間接
	57	ボリヴィア 教育分野における住民参加促進支援プロジェクト	アンデス通信・開発センター	
	58	ブラジル 保育園教育者の人材育成を通じたコミュニティ開発(児童の教育支援、地域保健衛生改善と女性の自立推進)	モンチ・アズール・コミュニティ協会	人口間接 人口間接
	59	ガーナ アッパーイースト州ボウクイースト女性生活向上プロジェクト	カレオバプティスト女性開発プログラム	人口間接
	60	セネガル 地域の水と衛生、運営能力向上	ワールドヴィジョン	
	61	南アフリカ 青少年 HIV エイズ教育開発	ナショナルプログレッシブプライマリーヘルスケアネットワーク	エイズ
平成13年度	62	インドネシア 北スマトラ州ランカット県における害虫駆除、家畜飼育技術向上に伴う農産品生計向上のための住民エンパワーメントプログラム	インドネシア家族計画組合 北スマトラ支部	
	63	インドネシア 地域に根付いた農村女性を対象とした生産性向上及び組織化及びガイダンスとプロモーション	テンゴ・シテウル財団	人口間接
	64	インドネシア マングローブ林のリハビリを通じた沿岸住民の経済面へのエンパワーメント	インドネシア自立発展財団(南スラウェシ州)	
	65	インドネシア 天然資源、自然を活用した地域コミュニティのエンパワーメントプロジェクト	パトラ・パラ基金(ジョグジャカルタ)	
	66	インドネシア インドネシア国児童の健康改善プロジェクト(学校基点の寄生虫駆除)	財団法人 クスマの世界(クスマ:花の名前)	人口間接
	67	インドネシア 地域NGOの育成・強化による地域開発プログラム	財団法人 村のともだち	
	68	インドネシア 西チモール地域復興と女性開発プロジェクト	WOMINTRA(西チモール NGO コンソーシウム代表)	人口間接
	69	東チモール 東チモールエルメラ県プライマリーヘルスケアプロジェクト	SHARE	人口間接

	国名	案件名	団体名称	人口・エイズ
70	フィリピン	地域保健開発プロジェクト	ニュートリリンク	人口間接
71	タイ	障害者の自立生活研修計画	レデンプトリスト障害者職業訓練校	
72	カンボディア	HIV 予防・エイズ在宅介護のための技術支援プロジェクト	クメールHIV/エイズ NGO連合(カーナ)	エイズ
73	カンボディア	心理社会的・精神保健ケア(予防とリハビリテーションへのコミュニティーアプローチ)	トランスカルチャラル・サイコソーシャル・オーガニゼーション(TPO)カンボディア	
74	ラオス	少数民族地域における教育開発プロジェクト	ゾア・ラオス	人口間接
75	ラオス	HIV/AIDS/STD 啓発普及プロジェクト	ケア・インターナショナル・ラオス	人口間接
76	ヴィエトナム	クアンチ省障害者・児童支援事業-第1期	ワールド・ビジョン・ベトナム	
77	ミャンマー	四肢障害者のための職業訓練校の運営	難民を助ける会	
78	パプア・ニューギニア	地域開発農村青年育成プログラム	オイスカ・エコテック研修センターラバウル	
79	バングラデシュ	バングラデシュ国地域住民参加型家族計画フェーズII	バングラデシュ家族計画協会	人口直接
80	パキスタン	女性自立支援計画	パキスタン社会福祉協会	人口間接
81	メキシコ	助産婦教育プロジェクト	グループ・ティシメ	人口間接
82	コロンビア	専門職業研修を通じた被害女兒福祉向上計画	ファニータの家	人口間接
83	パラグアイ	地場産業活性化戦略推進	開発のためのアクションを起こそう(NGO)	
84	ペルー	観光資源を活用した住民参加型生計向上プロジェクト	スイスコンタクト	
85	モロッコ	エイト・ワグザネ村落開発計画	チチョウカ・アトラス村落開発協会	
86	ガーナ	アッパーウエスト州カレオコミュニティー女性支援プロジェクト	カレオバプテイスト女性開発プログラム	人口間接
87	ケニア	農民参加型小規模灌漑園芸農業	エクロフ	
88	タンザニア	HIV のボランティア・カウンセリング及び検査センター支援	ムヒンビリ大学健康科学部	エイズ
89	タンザニア	キゴマ州カスル県南部農村地域保健・医療サービス改善計画	Christian Outreach Relief and Development (CORD)	人口間接
90	セネガル	マカ郡コミュニティーヘルス改善計画	アフリケアー	

出所：JICA アジア第一部資料より作成

資料4 - 12 開発パートナー事業一覧

	国名	団体名	プロジェクト名	人口・エイズ
平成11年度採択案件				
1	インドネシア	(財)北九州国際技術協力協会	スマラン市モデル河川環境改善プロジェクト	
2	インドネシア	長崎大学熱帯医学研究所	マラリアコントロール対策	人口間接
3	カンボディア	シャンティ国際ボランティア会	住民参加による基礎教育の改善並びに農村開発計画	人口間接
4	ケニア	ICA文化事業協会	農村地域総合開発(水資源の確保、農業、保健衛生、小規模ビジネスの推進)	人口間接
5	ケニア	株式会社 国際開発アソシエイツ	貧困層の生活改善プロジェクト	
6	ジョルダン	社団法人 日本国際民間協会	ジョルダンにおける持続可能な総合畜産開発及び環境保全	
7	バングラデシュ	シャプラニール=市民による海外協力の会	貧困層の能力育成と地方行政との連携を通じた参加型農村開発	
8	バングラデシュ	家族計画国際協力財団(ジョイセフ)	リプロダクティブ・ヘルス地域発展プロジェクト	人口直接
9	フィリピン	財団法人 オイスカ	東ネグロス養蚕プロジェクト	
10	ヴェトナム	社団法人 日本ユネスコ協会連盟	ヴェトナム社会主義共和国北部山岳地域における持続可能な村落開発のための成人識字教育振興計画	人口間接
11	ヴェトナム	昭和女子大学	ヴェトナム全国木造民家文化財保存プロジェクト	
12	ミャンマー	ブリッジエーシアジャパン	乾燥地帯における生活用水供給計画	
13	ラオス	難民を助ける会	国立メディアカレッジリハビリテーションにおける車椅子製造支援事業	
平成12年度採択案件				
14	インドネシア	アジア民間交流ぐるーぷ	排水処理適正技術センターの創設と運営計画	
15	フィリピン	財団法人 国際環境技術移転研究センター	地方自治体における環境保全計画策定と重点施策推進事業	
16	タイ	特定非営利活動法人さをりひろば	タイ国障害者創造活動と就労機会及び山岳民族の手紡ぎ系ほか商品開発	
17	タイ	文教大学	タイ南部における生ゴミを含むリサイクルシステム構築の試み	
18	ミャンマー	AMDA International	母と子のプライマリーヘルスケア	人口直接
19	バングラデシュ	アジア砒素ネットワーク	飲料水砒素汚染の解決に向けた移動砒素センタープロジェクト	
20	パプア・ニューギニア	東京女子医科大学	マラリア防圧に関わる総合研究協力	人口間接
21	メキシコ	鳥取大学	乾燥地域における農業及び農村振興	
22	タンザニア	地球緑化の会	持続可能なマルチ稲作栽培	
平成13年度採択案件				
23	カンボディア	日本弁護士連合会	カンボディア王国弁護士会司法支援プロジェクト	
24	ラオス	ASPB ラオスに絵本を送る会	読書推進運動支援プロジェクト	
25	スリ・ランカ	(財)ケアジャパン	プランテーション居住者生活改善事業	
26	パプア・ニューギニア	ソニー(株)	ライブ授業放送を利用した遠隔地教育	人口間接
27	タンザニア	ワールド・ヴィジョン・ジャパン	モロゴロ HIV/エイズ対策事業	エイズ

## JICAの人口・エイズ分野の分類基準

人口・エイズ分野の協力実績は、大きく『人口直接』、『人口間接』、『エイズ』の3つに分けることができる(下表参照)。

外務省作成の選定基準を参考に「人口間接」は、更に 基礎的な保健医療分野、 初等教育分野、 女性を対象とした職業訓練及び女子教育、に分類される。

表 人口・エイズ選定基準表

分類	基準	具体例	備考
人口直接	直接家族計画の普及に係わる案件	母子保健、家族計画教育(IEC等)・広報、人口統計等。	
人口間接	基礎的な保健医療分野 女性及び子どもがこれらの受益者の主たる対象となっており、健康の増進に寄与すると思われる案件	公衆衛生(保健所整備等)、小児病院・産婦人科病院、小児外科・内科、看護婦等養成、感染症対策(ワクチン供与、生産・品質管理、コールドチェーンを含む)、総合的保健医療制度の整備等。	以下は含まない： 老人医療、成人病医療、身障者リハビリ、歯科・聴力・水銀中毒・皮膚病、精神治療、居住環境整備(下水道整備など)等。
	初等教育分野 人間の基礎的能力向上のために必要な教育と認められる案件	初等・中等教育(学齢期の子どもに対する初等・中等教育一体となっている案件を含む) 初等教育の教員養成・訓練、識字教育、初等教育を主とした放送設備、初等教育行政、初等教育用教科書・副読本の作成、小学校等の教育施設の建設等。	以下は含まない： 中等教育(中等教育のみであれば、より高度な教育となり、単に識字率向上を図る以上のレベルである)、理数科教育(高等レベル)、障害児教育、理学療法士、作業療法士等。
	女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野 女性の社会的地位向上(生活の質、権利の擁護等)を直接の目的とする案件	女性教員養成、女子学校に対する協力(学校建設等)、女性を対象とした職業訓練及び農業協力(女性農民を対象とする農業技術普及、生計向上)等。	
エイズ	エイズに対する予防、検査・研究部門への案件	予防に関する教育・普及、検査技術の移転(機材供与を含む)、エイズに関する調査・研究への協力等。	

## 参 考 文 献



---

## 参考文献

---

### <第1章参考文献>

1 - 1 - 1 - 5

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』50-3.

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.

岡崎陽一・他(1984)『国連国際人口会議の概況』『人口問題研究』172.

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.

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.

国立社会保障・人口問題研究所(2002)『人口統計資料集2001/2002』

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.

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.

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 - 』

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.

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.
- Caldwell, John C. and P
- McDonald( 1981 )'Influence of Maternal Education on Infant and Child Mortality: Levels and Causes," International Population Conference : Manila, IUSSP. Vol.2.
- 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.
- 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.
- 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.
- IPCC( 2001 )Summary for Policymakers: Climate Change 2001: Impacts, Adaptation and Vulnerability, IPCC.
- 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.
- Khauna, J, et al( eds. )( 1992 )'Reproductive Health - a Key to a Brighter Future, Biennial Report 1990-1991: Special 20th Anniversary Issue, WHO.
- Mazur, L. A.( ed. )( 1994 )Beyond Numbers, Island Press.
- McNicoll, Geoffrey( 1995 )"On Population Growth and Revisionism," Population and Development Review, 21-2.
- Knodel, J. and van de Walle, E( 1979 )' Lessons from the Past: Policy Implications of Historical Fertility Studies ", Population and Development Review, 5-2
- 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.
- Pitchett, L.H( 1994 ) "Desired Fertility and the Impact of Population Policies ", Population and Development Review, 20-1.
- Preston, Samuel( 1994 )Population and the Environment, IUSSP, Distinguished Lecture Series on Population and Development.
- Simon, Julian( 1981 )The Ultimate Resource, Princeton University Press.
- UNFPA( 1993 )Population Growth and Economic Development, UNFPA.
- UNFPA( 1995 )The State of World Population 1995 - Decisions for Development: Empowerment and Reproductive Health, UNFPA.
- 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.
- United Nations( 1956 )The Aging of Population and Its Economic and Social Implications.
- 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( 1998 )World Population Monitoring, 1996: Selected Aspects of Reproductive Rights and Reproductive Health, United Nations, New York.
- 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( 2002 )World Population on Aging 1950-2050.
- 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 Secretariat( 1988 )"Global Trends and Prospects of Aging Population Structure," United Nations, Economic and Social Implications of Population Aging.
- United Nations( 2002 )International Plan of Action on Aging.
- 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.
- World Resource Institute( 1994 )World Resources 1994-5, Oxford University Press.
- 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.
- 1 - 6
- 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 )
- 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.
- Flemming D.T. and Wasserheit J.N.( 1999 )From epidemiological synergy to public health policy and practice, *Sexually Transmitted Infection*, 75( 1 ): 3-17.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- US Bureau of Census( 2000 )International data base.
- WHO( 2000 )"The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance"( online version, <http://www.who.int> ).

1 - 7

- Harris, J.R., and Michael P. Todaro( 1970 )"Migration, unemployment, and development: a two sector model", *American Economic Review*, No.60.
- International Organization for Migration( IOM )( 2000 ), *World Migration Report 2000*. Geneva.
- OECD( 1999 )Trends in International Migration. Annual Report 1999 Edition.
- 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.
- 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.
- 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( 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( 2002 )World Urbanization Prospects: The 2001 Revision.
- 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
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Gelbard, Alene, Carl Haub, and Mary M. Ken( 1999 )"World Population Beyond Six Billion." Population Bulletin, 54( 1 ).
- Harris, John R., and Michael P. Todar( 1970 )"Migration, Unemployment and Development: A Two-Sector Analysis." American Economic Review 60: 126-142.
- Kasarda, John, D. and Allan M. Parnell( ed )( 1993 )Third World Cities: Problems, Policies, and Prospects. Newbury Park: Sage.
- Lewis, W. Arthur( 1954 )"Economic Development with Unlimited Supplies of Labor.", Manchester School of Economic and Social Studies 22: 139-91.
- Massey, Douglas S.( 1996 )"The Age of Extremes: Concentrated Affluence and Poverty in the Twenty-First Century.", Demography 33( 4 ): 395-412.
- Preston, Samuel H.( 1979 )"Urban Growth in Developing Countries: A Demographic Reappraisal.", Population and Development Review, 5( 2 ): 195-215.
- Stark, Oded, and David E. Bloom( 1985 )"The New Economics of Labor Migration." American Economic Review, 75( 2 ): 191-106.
- United Nations Population Fund( 1996 )The State of World Population 1996, Changing Places: Population Development and Urban Future. New York: United Nations.
- 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( 1998 )Department of Economic and Social Affairs. National Population Policies. ST/ESA./SER.A/

171

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.

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/](http://www.urban21.de/english/)

## < 第 2 章参考文献 >

Hasegawa T.( 2001 )"Challenging Inequities in Health from Ethics to Action," Oxford University Press

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 - 』

阿藤誠( 2000 )『第7章 日本の人口転換』、『現代人口学』日本評論社

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

小川直宏( 2002 )本研究会報告書

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

厚生省( 1988 )『厚生省50年史( 記述篇 )』財団法人厚生問題研究会

国立社会保障・人口問題研究所( 2002 )『人口統計資料集2001/2002』

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.

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

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 )講演録および配布資料

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

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

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

- 日本人口学会編(2002)『人口大事典』培風館
- 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.
- 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
- 村松稔(2002)『戦後の過剰人口と産児制限』『人口大辞典』培風館

### < 第3章参考文献 >

- GII懇談会NGOグループ(2001)『GII国内広報キャンペーン報告書』
- UNFPA(2000)『世界人口白書2000』
- UNFPA(2001)『世界人口白書2001』
- アーサー・ハーブ/トーマス・ケイン(河野桐果日本語監修)(1998)『人口ハンドブック』財団法人大竹財団
- 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
- 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う』『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)講演録および配付資料
- 尾崎美千生/橋口道代(1999)『国連人口開発特別総会報告』
- 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
- 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
- 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』
- 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)講演録および配付資料

地球規模的問題『JICAの取り組み』JICAホームページ

**< 第4章参考文献 >**

Bangladesh Demographic and Health Survey 1999-2000

**< 第5章参考文献 >**

UNFPA( 1993 )Report of the Executive Director reviewing the Fund's experience in implementing the priority-country system. DP/1993/33.

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.

阿藤誠、2000年、『現代人口学』、日本評論社

朝日新聞、2002年5月3日朝刊、「アジアへの発信NGOに期待」

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

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』

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

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

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」