

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う観点から家族計画運動が活発になり、1952年にボンベイにおいて国際家族計画連盟(International Planned Parenthood Federation: IPPF)¹

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

¹ 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²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。

² 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回目の見直しが、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³。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

³ 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DAC⁴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⁵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⁶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・

⁴ 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)。

⁵ 援助額の目標を、対GNP比でとらえていた。

⁶ 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⁷。

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⁸。

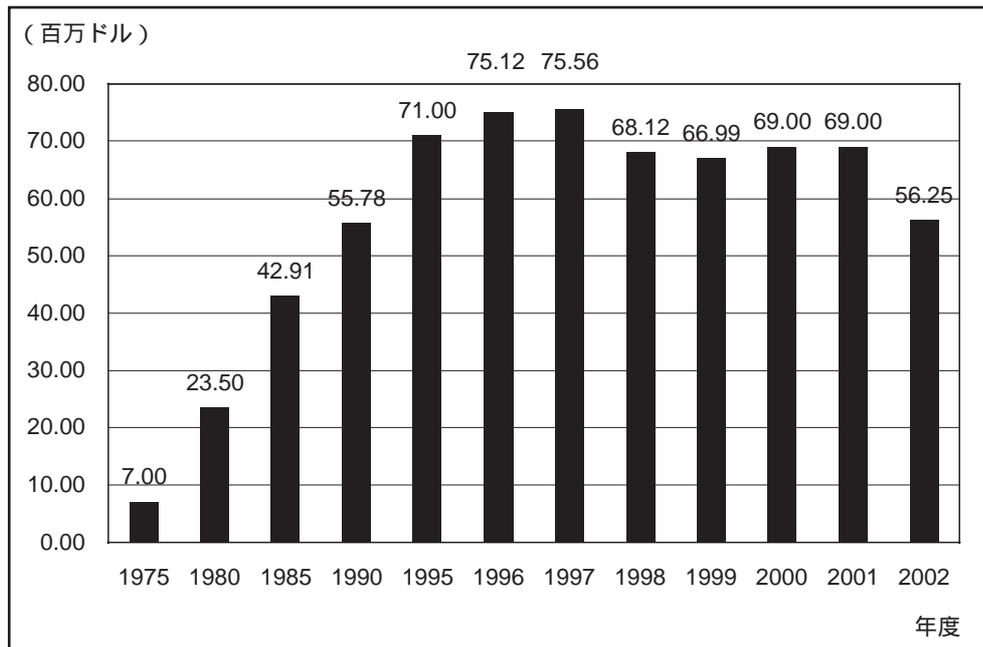
また、より効果的・効率的な援助の促進を目指すもう一方の動きとして、援助評価の強化がある。DACでは、1991年にDAC評価方針を発表し、その中で、援助事業の評価を行う視点として「評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)」を提唱した⁹。これを受けてJICAでも、

⁷ 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。

⁸ 「国際協力事業団年報2001」(2001年10月) (JICA)。

⁹ 「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)¹⁰



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

¹⁰ 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)

< 乳幼児死亡率の削減 >

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)

< 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 >

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)

< 女性のエンパワーメント >

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

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

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

< 妊産婦死亡率の削減 >

カイロ会議で採択された「行動計画」では、各国のプロジェクトの効率的な推進を図るためNGOとのパートナーシップが強調されているが、本プロジェクトはJICAと家族計画で実績のあるNGOの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)

< 青年期のリプロダクティブ・ヘルス >

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

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

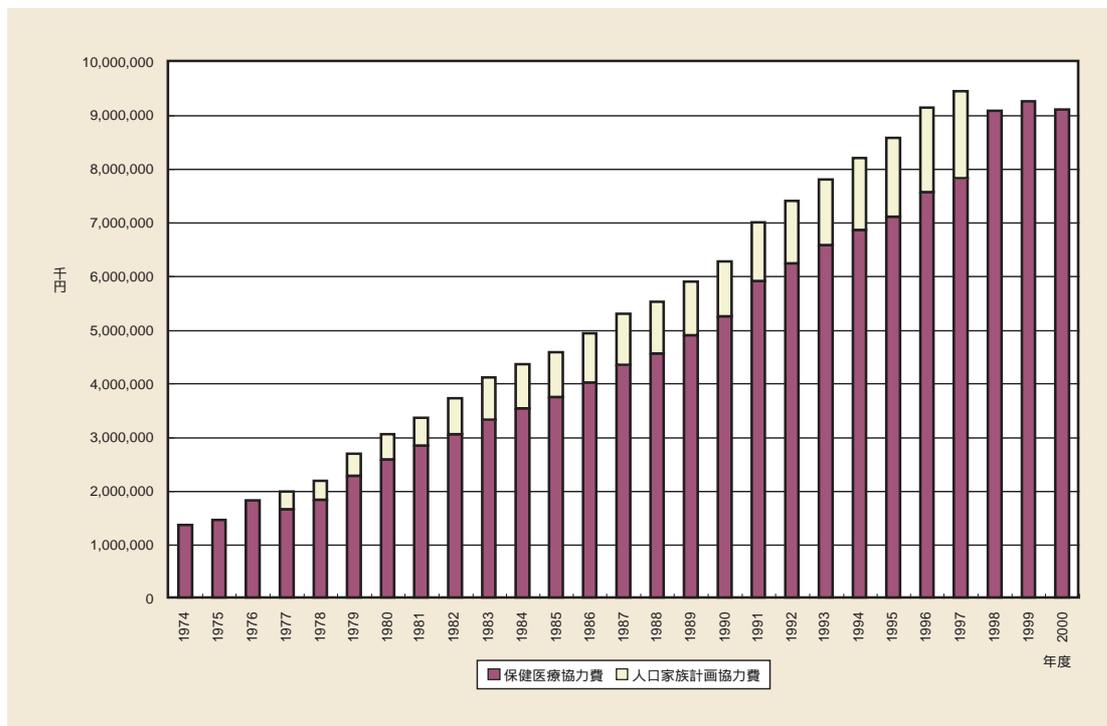
年	月	国	形態
1994	11	インドネシア、 フィリピン	調査団派遣(第1フェーズ)
	12	エジプト ^{*1}	調査団派遣
	12	ケニア	在外で調査(～1995年2月)
1995	6	バングラデシュ	調査団派遣
	7	インドネシア、 フィリピン	調査団派遣(第2フェーズ)
	10	インド	調査団派遣
1996	1	ガーナ	調査団派遣
	3	パキスタン	調査団派遣
	6	タンザニア 、 ケニア	調査団派遣(ケニアにはNGO参加なし)
	10	タイ ^{*2}	調査団派遣
1997	1	メキシコ	在外で調査(～3月)
	3	セネガル	調査団派遣(GII重点国への調査団派遣終了)
	7	ヴェトナム、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	バングラデシュ	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	タンザニア	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。

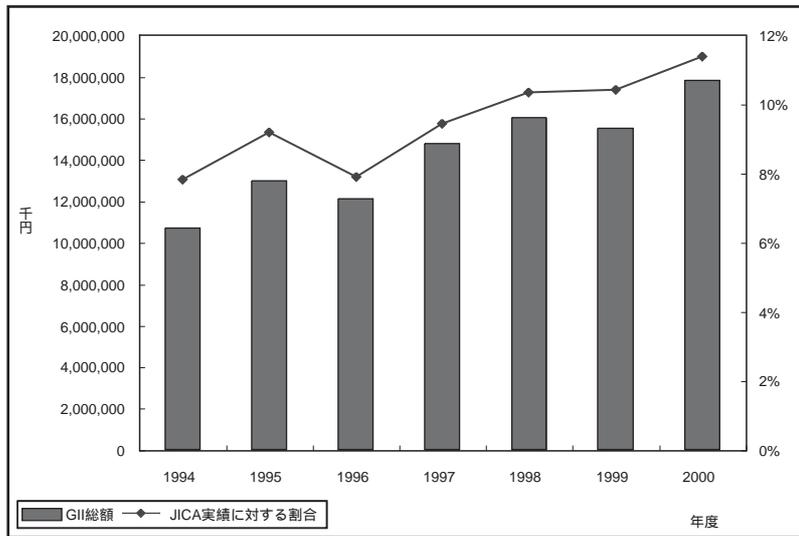
出所：海外医療協力委員会議事録(第1～34回)。「人口家族計画協力費」が計上されはじめたのは1980年からであるが、1977年度 - 1979年度に関しては「海外医療協力委員会議事録第13回」のデータによる。

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)¹¹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

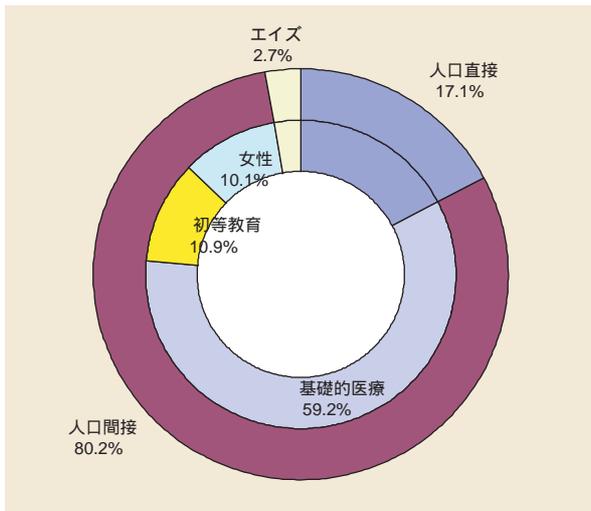
ローチ」をとることを基本理念としている(表3 - 2)。これは人口問題の解決には、家族計画等の人口分野に直接的な協力だけでなく、基礎保健、基礎教育、女性の地位向上といった人口問題に間接的に影響を与える分野への援助も並行して行うことが必要であるとの考えによるものである。

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

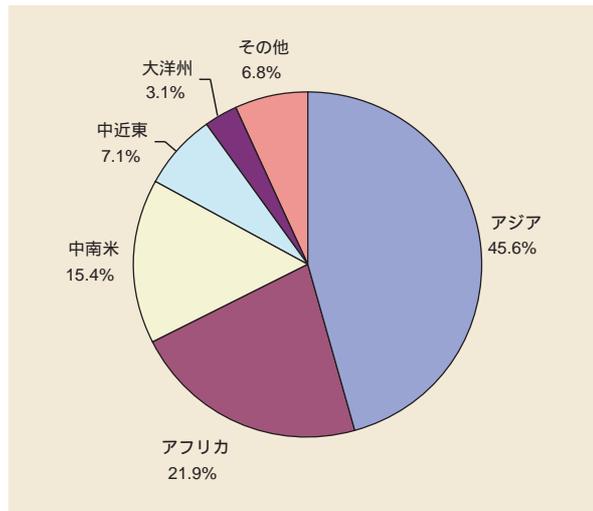
¹¹ 後に、ヴェトナム、ジンバブエ、ザンビア、カンボディアが加わり16カ国となった。

図3-4 GIIの分野別実績



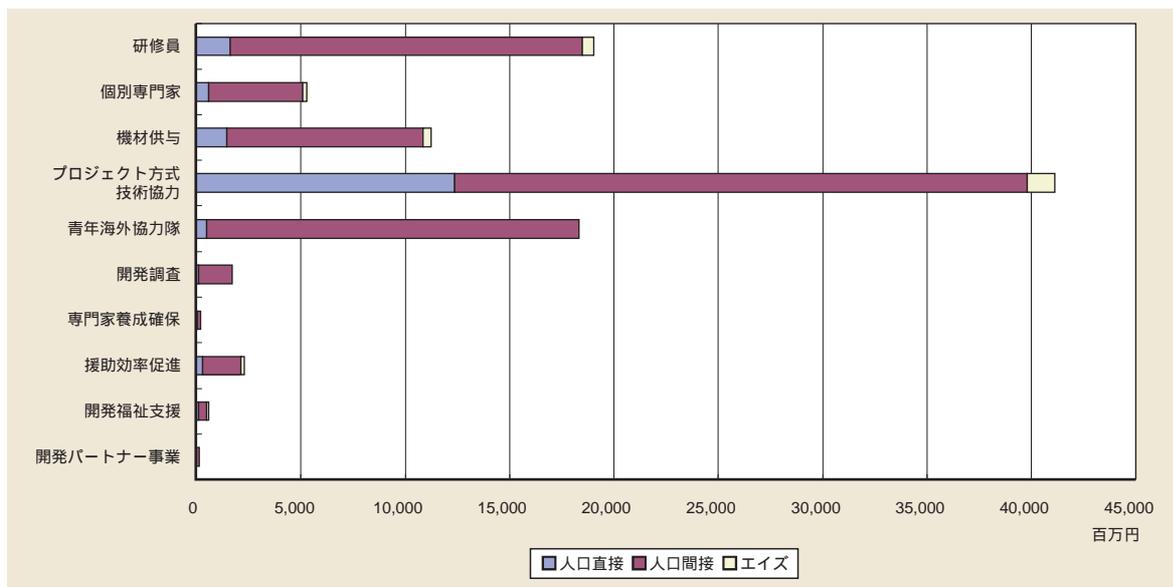
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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。

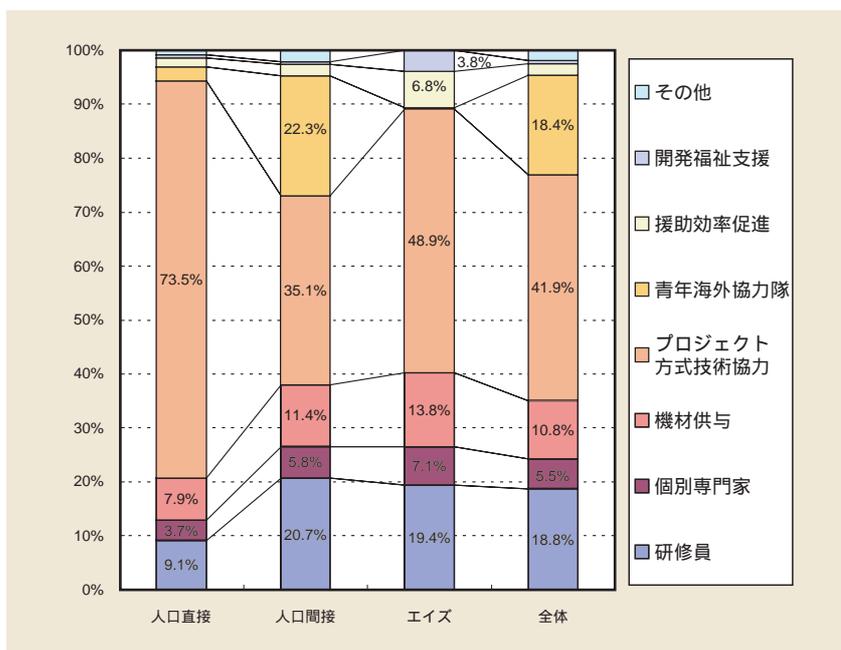
17.1%、人口間接分野が80.2%、エイズ分野が2.7%である。さらに人口間接分野の詳細をみると、基礎的な保健医療分野が59.2%、初等教育分野が10.9%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野が10.1%となっている。また、2000年度の地域別実績をみると(図3-5)、アジアへの協力が45.6%と半分近くを占めており、以下アフリカ(21.9%)、中南米(15.4%)、中近東(7.1%)、大洋州(3.1%)等となっている。

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。

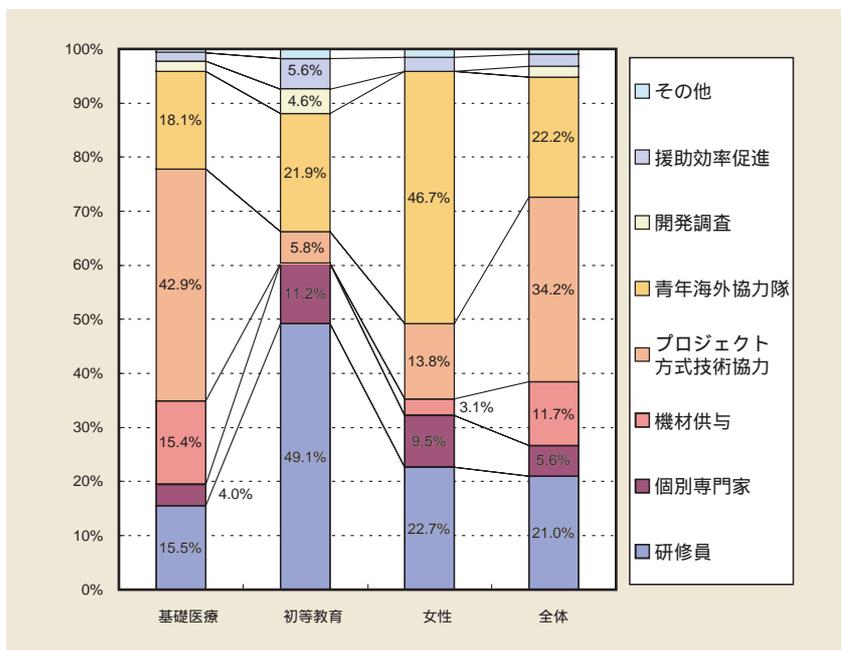
次に各協力分野における援助形態別の内訳を示す(表3-7)。全体ではプロジェクト方式技術協力が41.9%であるが、人口直接分野では73.5%とかなりの割合を示しているが、人口間接分野では35.1%、エイズ分野では48.9%である。人口間接分野で割合の高いのは、青年海外協力隊(22.3%)、研修員

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



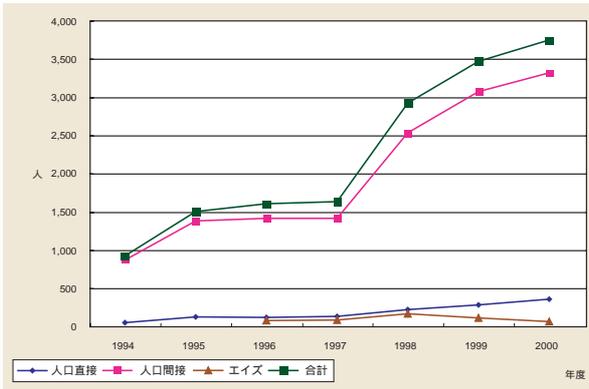
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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

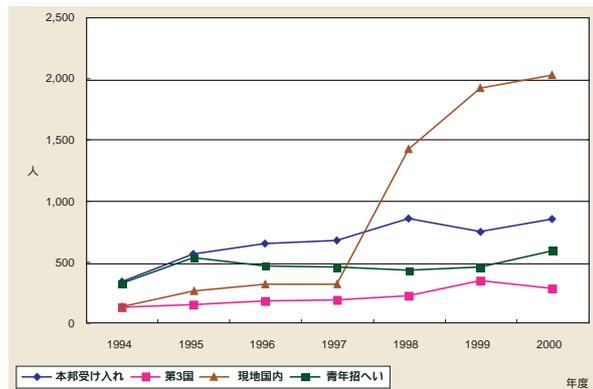
いてはプロジェクト方式技術協力が42.9%、初等教育分野においては研修員受入が49.1%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野においては青年海外協力隊が46.7%を占めるなど、分野によって主な援助形態が異なっている。

図3-9 GIIにおける研修員受入の
研修員数の推移



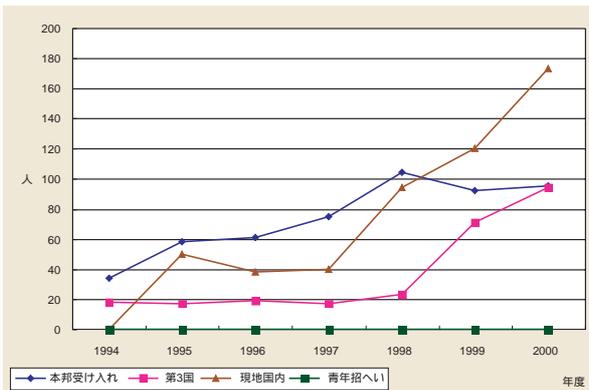
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3-10 GIIにおける研修員受入の
形態別研修員数推移



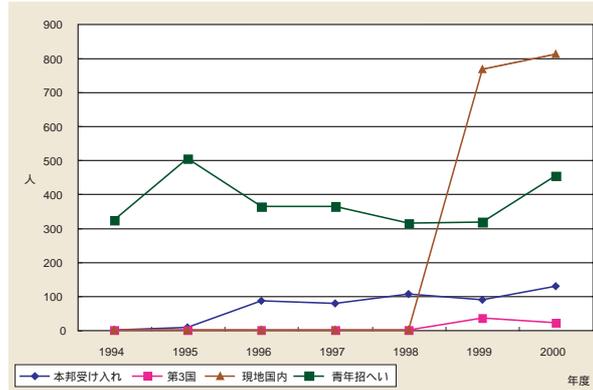
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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¹²。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

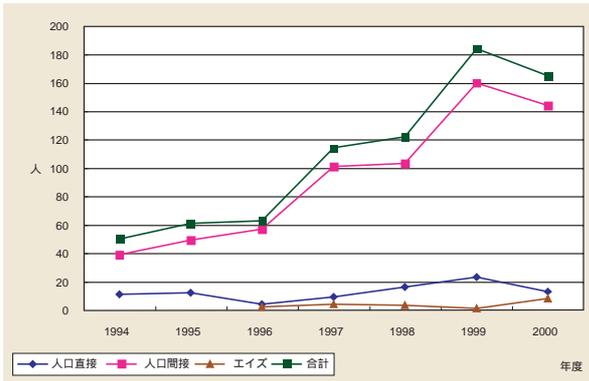
が急増しているのは全体的傾向と同じであるが、第三国研修が1999年度より急増しているのが特徴的である。他に特徴的なものとしては、初等教育分野において青年招へいが多く活用されている点などが挙げられる(図3-12)。

(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。

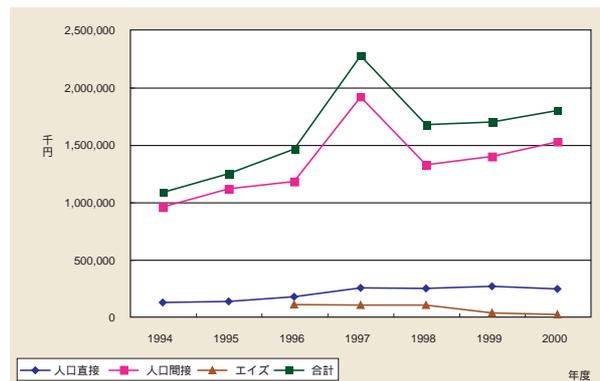
¹² 急増の主な原因は、インドネシアにおいて1案件で1999年に767名、2000年に812名を受け入れた結果。

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

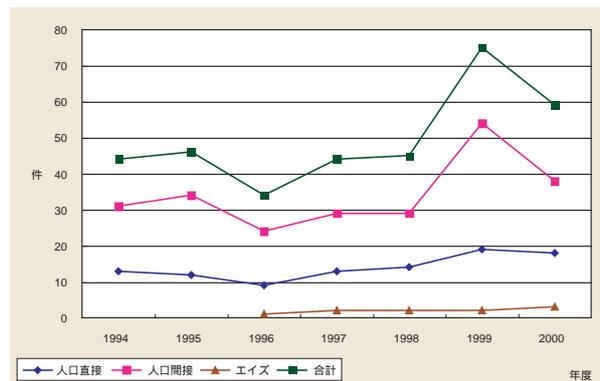
GIIにおける機材供与額の推移をみると(図3 - 14) 人口間接分野は増加傾向にある。また人口直接分野も緩やかではあるが増加傾向にある。

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。

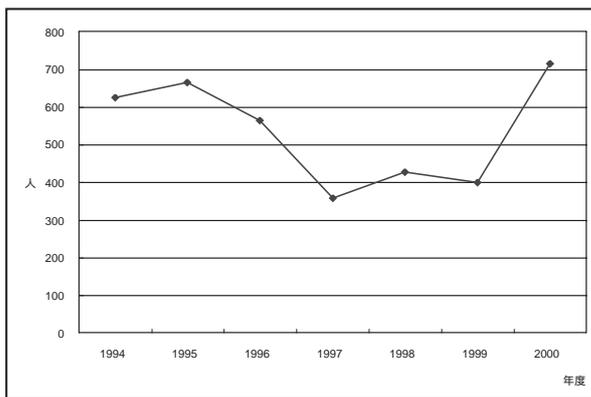
案件の内容も、1980年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という、裨益国の人口抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材などの資機材供与が中心であった。つづく1980年代後半から1990年代初めにかけては家族計画・母子保健が統合されたプロジェクトが主流と

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(「フィリピン、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(「フィリピン、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¹³。

(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¹⁴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

¹³ 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。

¹⁴ 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 ^{*1}	4	8	1	1	3	17	12
1999	1	2	1	3	2	9	6
2000 ^{*2}	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¹⁵⁾。

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

¹⁵⁾「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¹⁶。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¹⁷。

(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

¹⁶「我が国の政府開発援助2000(上巻)」(外務省経済協力局編)。

¹⁷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のかどうか、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¹

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

¹ 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

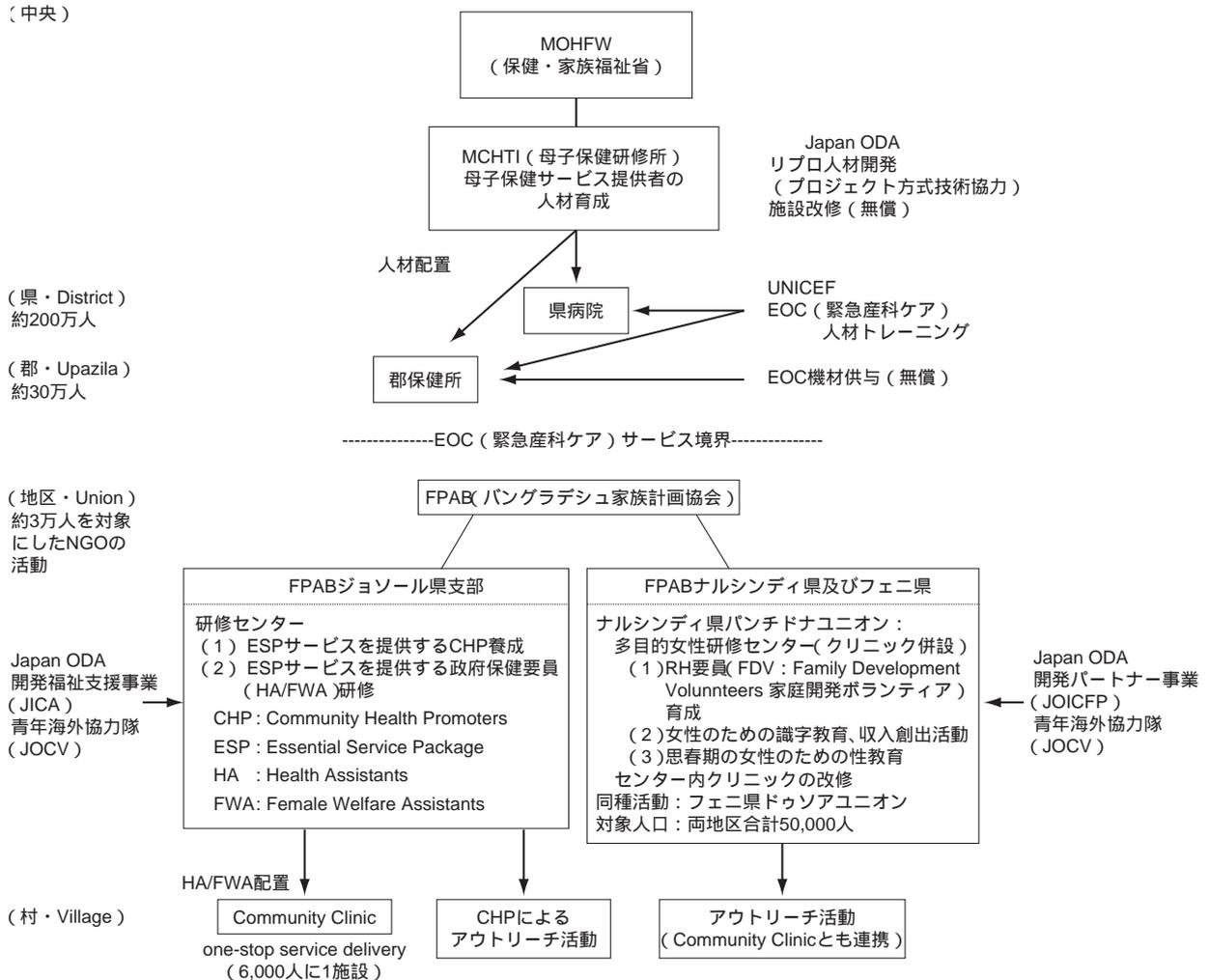
ロジェクト」(BOX 4 - 3)、青年海外協力隊員(保健婦隊員、1名が開発福祉支援事業、2名が開発パートナー事業に係る)、草の根無償資金協力などの協力を実施している。

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カイメージ



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²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³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。

染すると思われていたこと、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

² 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。

³ 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

⁴ 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。⁵

- 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

⁵ 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)が行っているので、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。

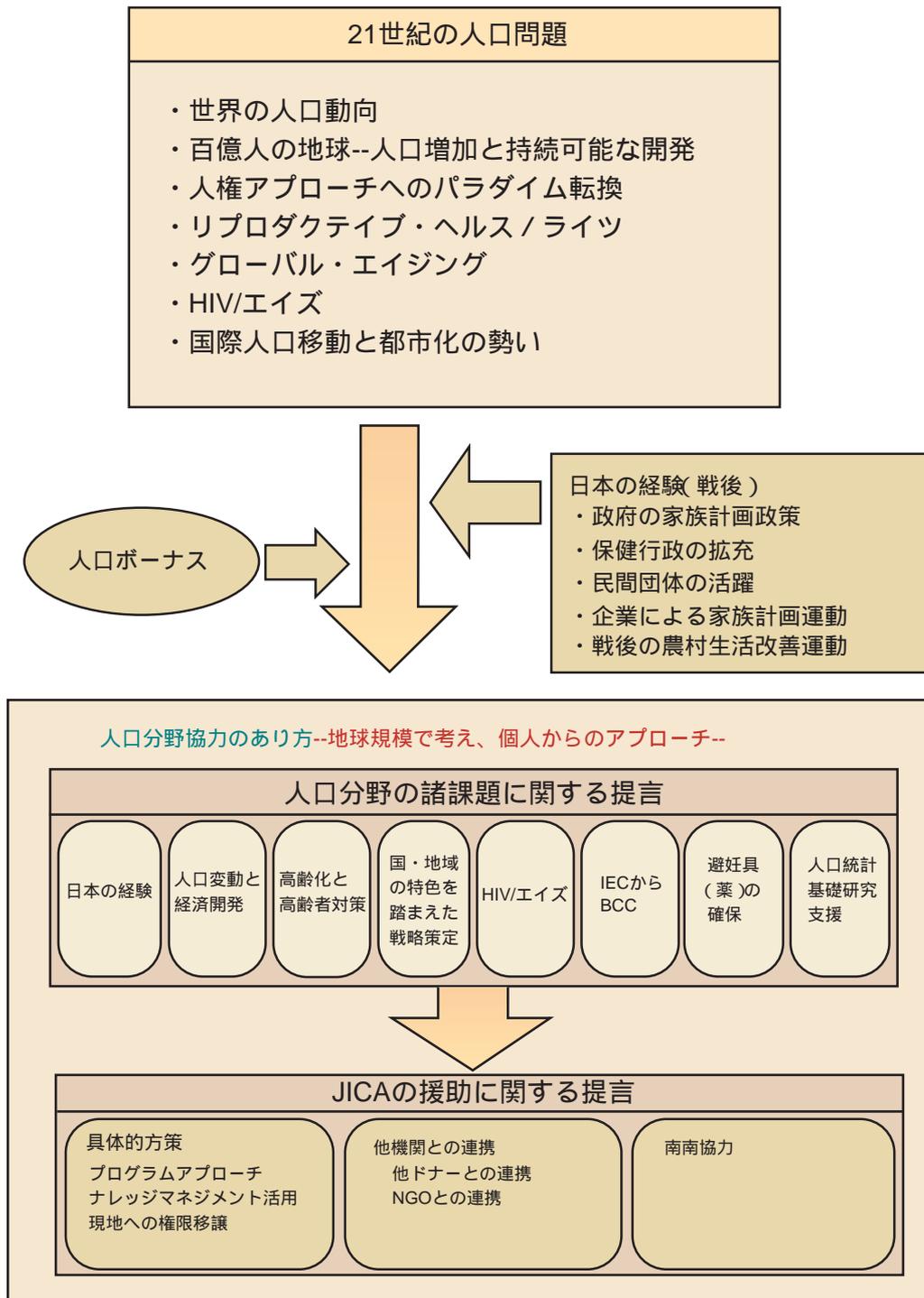
このような観点から、本章では、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」という考え方をベースに、まず「人口の諸課題に関する提言」として、ミクロの課題であるリプロダクティブ・ヘルス協力のあり方から、マクロの課題である経済開発を実現するための方策まで幅広く検討したうえで、それら協力を効果的・効率的に実施するための援助実施体制面での提言を「JICAの援助に対する提言」としてまとめた。報告書全体の中での提言の位置付けと、提言それぞれの関係は図5-1のとおりである。

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

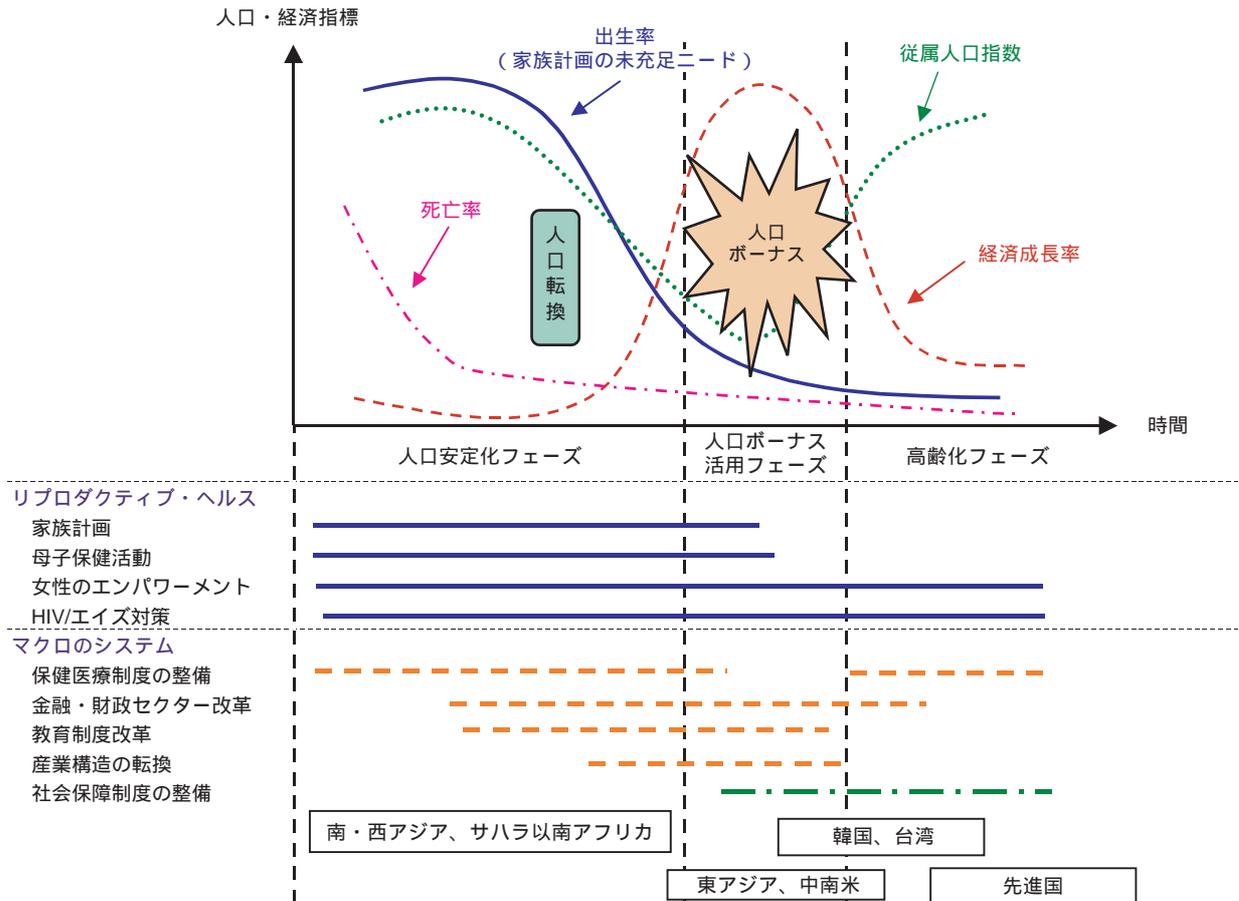
図5-1 提言の位置付け



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・ヘルス協力に活かす日本の経験

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、援助国の後押しでもあまりにも「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ければならなくなったことである。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の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っていないことである。

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は積極的にや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」¹と呼ばれていたが、1996年以降は修正が行われた²。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

¹ United Nations Population Fund. Report of the Executive Director reviewing the Fund's experience in implementing the priority-country system. DP/1993/33.

² 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³。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¹。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⁴。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

³ Ibid., pp. 11-13.

⁴ 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⁵。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がるが、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

⁵ 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

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⁶が、GIIで推進された

⁶ 「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、時間的にも形態別を実施されている。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ことで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の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、説得力が増す。

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 プロセスに係る政府機関及び 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のかかるものである。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⁷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

⁷ 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)⁹ 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」¹⁰ 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¹¹。

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¹² 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/MTEF¹³ 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¹⁴。

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)⁸ 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

⁸ 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。

⁹ (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)

¹⁰ JICA, 2001. 4

¹¹ LENPA 報告 : 本田俊一郎、渡辺学、2002. 6

¹² 前出 LENPA 報告

¹³ 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・資金手当て計画

¹⁴ 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¹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²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・意欲を集結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³。

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⁴。

- (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、女性の福祉を改善すること...」

¹ UNFPA, "A Time Between---Health, Sexuality and Reproductive Rights of Young People", New York, 1999, p3

² 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。

³ Ibid., p1

⁴ 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)」⁵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

⁵ 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」⁶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)⁷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⁸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⁹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

⁶ Ketting E, Visser AP, "Contraception in the Netherlands", Patient Education and Counseling, No 23, 1994, pp161-171

⁷ 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。

⁸ Braeken D: Sex Education in the Netherlands, presentation paper on 1 November 1994, p3, Rutgers Stichting, Utrecht, 1994

⁹ 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¹⁰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¹¹。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¹²。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、

¹⁰ 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。

¹¹ Ketting E, Visser AP: op. cit., pp161-171

¹² 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、ボルノ・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はなく、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るとすると、平均寿命と健康状態別寿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)

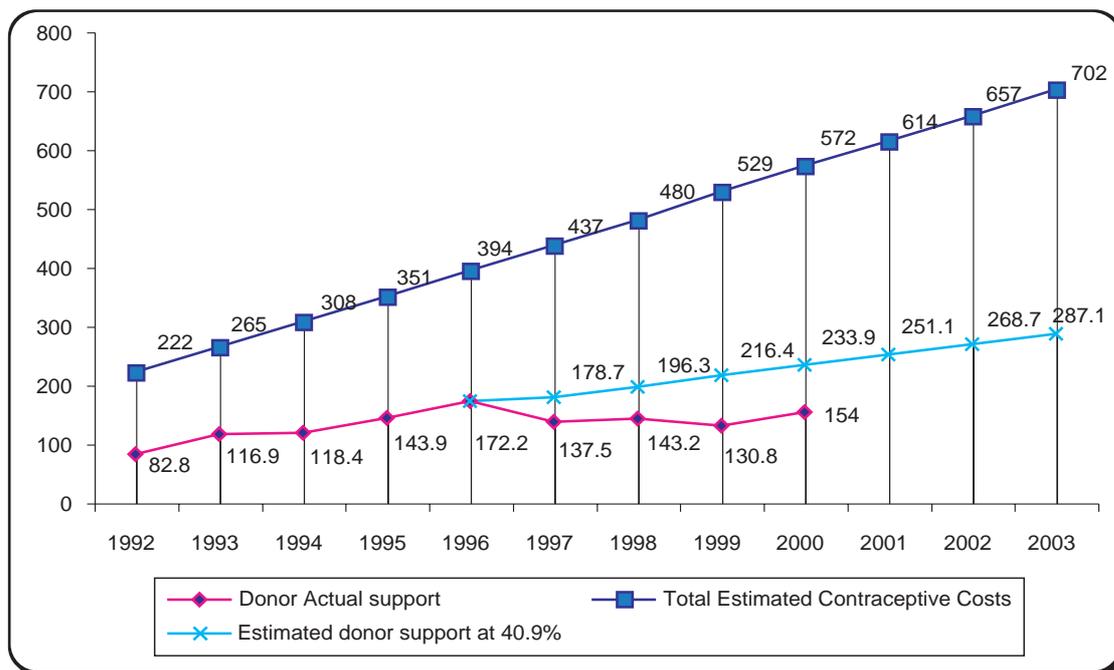
いる。

- * 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 ¹			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 ²	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。

¹ Others include Marie Stopes International(MSI), Pathfinder, SIDA and UNAIDS.

² 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つた場合、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、患者が時期を忘れて、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 ^a	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 ^c	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 (%) ^d	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^e	現出生率 に対する 政府見解 ^f	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 ^{a)}	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 ^{c)}	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 (%) ^{d)}	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^{e)}	現出生率 に対する 政府見解 ^{f)}	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 ^a	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 ^c	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 (%) ^d	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^e	現出生率 に対する 政府見解 ^f	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 ^{b)}	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 ^{c)}	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 (%) ^{d)}	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^{e)}	現出生率 に対する 政府見解 ^{f)}	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
アジア	3,766	20	7	1.3	41	4,741	5,297	53	2.6	30	6	67	66	69		38	0.4	64	59		4,280
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
南・中央アジア	1,521	26	9	1.8	63	2,047	2,474	69	3.3	37	4	63	62	63		30	0.6	49	42		2,370
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 ^a	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 ^c	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 (%) ^d	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^e	現出生率 に対する 政府見解 ^f	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 ^g	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 ^g	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 2050年 (百万人)	乳児人口 死亡率 (出生 千対)	合計特殊 出生率 ^{b)}	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 ^{c)}	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 (%) ^{d)}	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 (%) ^{e)}	現出生率 に対する 政府見解 ^{f)}	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) ^a	合計特殊 出生率 ^b	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 ^c	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 ^d (%)	成人女性 避妊実行 率近代的 方法 ^e (%)	現出生率 に対する 政府見解 ^f	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 ¹	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	
オセアニア	32	18	7	1.0	47	40	46	30	2.5	25	10	75	73	77		69	0.2	59	56		18,770
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。

^a 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。

^b 一人の女性が生涯に産むとされる平均子ども数。

^c A=完全なデータ～D=データがほとんどまたは全くない

^d H=高すぎる、S=満足できる、L=低すぎる

^e 特別行政区

^f 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 ^a					一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000 (6)	水ストレス ^g 1990s (7)	森林カバ ー率 ^h (%) 1990-2000 (8)	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998 (9)	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998 (10)	貧困率 ^k (%) 1990s (11)	一人当たり GDP ^l (PPP ^m {Int'l\$}) 1998 (12)	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997 (13)	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s (14)	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997 (15)
	総数 ^c (1000人) 2001 (1)	人口密度 ^b (人口/km ²) 2001 (2)	年平均増加率 (%) 2000-2005												
	総数 ^c			都市 ^d (4)	農村 ^e (5)										
世界全体	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
アフリカ	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 ^q	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
中央アフリカ	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 ^a					一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバ 率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP ^m Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 ^b (人口/km ²) 2001	年平均増加率												
			総数 ^c (%) 2000-2005	都市 ^d	農村 ^e										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
サントメ・プリンシペ	140	145	1.8	3.3	0.5	..	..	0.0	0.30	..	..	1,470	..	26 ^q	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 ^q	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 ^q	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 ^a		年平均増加率			一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバー 率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP) [Int'l\$] 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ^m (kg) 1997	自動車保有量 ⁿ (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数 ^c (1000人) 2001	人口密度 ^b (人口/km ²) 2001	総数 ^c	都市 ^d	農村 ^e										
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)										
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 ^r	6,961	6,661	1.2	1.1	0.0	..	..	..	..	..	..	20,763	..	77	3.5
マカオ ^s	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 ^a					一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバー 率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP ^m Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数	人口密度 ^b	年平均増加率												
	(1000人)	(人/km ²)	総数 ^c	都市 ^d	農村 ^e										
	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 ¹	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 ²	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 ^a					一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバー 率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP ^m Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 ^b (人口/km ²) 2001	年平均増加率												
			総数 ^c (%) 2000-2005	都市 ^d	農村 ^e										
(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
中南米・カリブ海	526,533	26	1.4	1.9	0.0	27,354	..	-0.5	0.32	12	..	6,572	1,180	92	2.7
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
中米	137,480	55	1.6	2.0	0.9	8,306	..	-1.2	0.28	9	..	6,626	1,267	120	3.1
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 ^a		年平均増加率			一人当たり 水資源 ^f (年平均 m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバ 率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP ^m Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数	人口密度 ^b	総数 ^c												
	(1000人) 2001	(人口/km ²) 2001	(%) 2000-2005	都市 ^d	農村 ^e										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
グアテマラ	11,687	107	2.6	3.4	2.0	11,805	LOW	-1.7	0.18	24	39.8 ^q	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 ^q	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 ^a					一人当たり 水資源 ^f (年平均m ³) 2000	水ストレス ^g 1990s	森林カバ ー率 ^h (%) 1990-2000	一人当たり 可耕地 ⁱ (ha) 1996-1998	栄養不良 人口 ^j (%) 1996-1998	貧困率 ^k (%) 1990s	一人当たり GDP ^l (PPP ^m Int'l\$) 1998	1人当たり エネルギー 消費量 ⁿ (kg) 1997	自動車保有量 ^o (人口1000人 当たり) 1990s	一人当たり CO2排出量 ^p (トン) 1997
	総数 (1000人) 2001	人口密度 ^b (人口/km ²) 2001	年平均増加率												
			総数 ^c (%) 2000-2005	都市 ^d	農村 ^e										
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
ソモモン諸島	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yna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。

^a 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)>

^b 人口密度：1km²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)>

^c 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)>

^d 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)>

^e 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)>

^f 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)>

^g 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)>

- ^h 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> >
- ⁱ 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/> >
- ^j 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) >
- ^k 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) >
- ^l 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 >
- ^m 購買力平価
- ⁿ 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) >
- ^o 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) >
- ^p 一人当たりCO₂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> >
- ^q 1980年代
- ^r 中国の香港特別行政区
- ^s 中国のマカオ特別行政区
- ^t 原典では、Holy See と表記
- ^u 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 ^a (1000人) 2000 (1)	外国人人口 ^b		難民数 ^d (1000人) 2000 (4)	年間純移動者 ^c		労働移民の送金額 ^e		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ			
		数 (1000人) 2000 (2)	総人口 に占める 割合 ^c (3)		数 ^e (1000人) 1995-2000 (5)	純移動率 ^f (人口1000 対) (6)	総額 ^g (100万米ドル) 2000 (7)	GDPに 占める 割合 ^h (8)	2001		2001		1951C (13)	1967P	1990C	2000P ^o
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ^l	政策 ^m				
		(9)	(10)		(11)	(12)										
世界全体	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	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
アフリカ	793,627	16,277	2.1	3,627	-447	-0.6	8,755	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-
東アフリカ	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 ^p	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 ^q	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		
中央アフリカ	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 ^q	..	Too high	Lower	Too high	Lower	1964	1973		

地域・国	外国人人口 ^o			難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^o		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ				
	総人口 ^a (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占め る割合 ^c		数 ^e (1000人) 1995-2000	純移動率 ^f (人口1000 対)	総額 ^g (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 ^h	移民受入レベル		移民送出レベル		1951C	1967P	1990C	2000P ^o	
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ^j	政策 ^m					
																	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 ^q	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 ^q	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 ^q	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 ^q	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 ^q	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 ^q	5.0	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	No intervention	1967	1968			2001
セント・ヘレナ・アセンション ^r	6	1 B	15.2	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-	-
セネガル	9,421	284 B	3.0	21	-10	-1.1	130 ^q	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 ^q	0.3	Satisfactory	No intervention	Satisfactory	No intervention	1962	1969			
アジア	3,672,342	49,781	1.4	9,121	-1,311	-0.4	24,505	0.3	-	-	-	-	-	-	-	-	-

地域・国	総人口 ^a (1000人) 2000	外国人人口 ^b		難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^e		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ				
		数 (1000人) 2000	総人口 に占める 割合 ^c 2000		数 ^e (1000人) 1995-2000	純移動率 ^f (人口1000 対) 2000	総額 ^g (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 ^h	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P ^o	
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ^j	政策 ^m					
		(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 ^s	1,275,133	513	I	0.0	294	-381	-0.3	556	0.1	Satisfactory	Maintain	Satisfactory	Maintain	1982	1982		
香港 ^t	6,860	2,701	B	39.4	1	99	15.1	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
マカオ ^u	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 ^q	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 ^o			難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^g		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ				
	総人口 ^a (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占める割合 ^c (%)		数 ^e (1000人) 1995-2000	純移動率 ^f (人口1000 対) (%)	総額 ^h (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 ⁱ (%)	移民受入レベル		移民送出レベル		1951C	1967P	1990C	2000P ^o	
									政府見解 ^j	政策 ^k	政府見解 ^l	政策 ^m					
																	2001
(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 ^q	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 ^q	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 ^a (1000人) 2000	外国人人口 ^b		難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^e		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ				
		数 (1000人)	総人口 に占める 割合 ^c		数 ^o (1000人)	純移動率 ^f (人口1000 対)	総額 ^g (100万米ドル)	GDPに 占める 割合 ^h	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P ^o	
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ^l	政策 ^m					
		(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 ^v	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 ^w	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 ^o			難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^g		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ			
	総人口 ^a (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占める 割合 ^c (%)		数 ^e (1000人) 1995-2000	純移動率 ^f (人口1000 対) (%)	総額 ^h (100万米ドル) 2000	GDPに 占める 割合 ⁱ (%)	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P ^o
									政府見解 ^j	政策 ^k	政府見解 ^l	政策 ^m				
									(9)	(10)	(11)	(12)				
(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		
中南米・カリブ海	518,809	5,944	1.1	38	-494	-1.0	17,131	0.8	-	-	-	-	-	-	-	-
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			
トリニダッド・トバゴ	1,294	41 B	3.2	..	-4	-3.1	45 ^q	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	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
中米	135,129	1,070	0.8	28	-347	-2.7	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
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 ^q	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 ^a (1000人) 2000	外国人人口 ^b		難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^e		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ			
		数 (1000人)	総人口 に占める 割合 ^c		数 ^o (1000人)	純移動率 ^f (人口1000 対)	総額 ^g (100万米ドル)	GDPに 占める 割合 ^h	2001		2001		1951C	1967P	1990C	2000P ^o
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ^l	政策 ^m				
		(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	-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	-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 ^a			難民数 ^d (1000人) 2000	年間純移動者		労働移民の送金額 ^e		移民受入レベル		移民送出レベル		国連組織への参加 ⁿ			
	総人口 ^a (1000人) 2000	数 (1000人) 2000	総人口 に占める 割合 ^c		数 ^e (1000人) 1995-2000	純移動率 ^f (人口1000 対) 2000	総額 ^g (100万ドル) 2000	GDPに 占める 割合 ^h	移民受入レベル		移民送出レベル		1951C	1967P	1990C	2000P ^o
									政府見解 ⁱ	政策 ^k	政府見解 ⁱ	政策 ^m				
(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 ^q	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 ^y	..	.. I	8.8	..	..	..	..	..	-	-	-	-	-	-	-	-
サモア	159	8 B	5.0	..	-4	-22.8	45 ^q	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・ジールランド、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。

^a 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> >

^b 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としている。(imputed)データがなく、モデルにより推定したことを示す。

^c 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> >

- ^d 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> >
- ^e 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。
- ^f 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> >
- ^g 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。
- ^h 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。
- ⁱ 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。>
- ^j 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> >
- ^k 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> >
- ^l 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> >
- ^m 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> >
- ⁿ 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/> >
- ^o 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。
- ^p アガレガ諸島、ロドリゲス島、セント・ブランドン島を含む。
- ^q 1998年または1999年のデータ。
- ^r アセンション島、トリスタン・ダ・クーニャ島を含む。
- ^s 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。
- ^t 中国の香港特別行政区
- ^u 中国のマカオ特別行政区
- ^v 原典では、Holy See と表記
- ^w ユーゴスラヴィア共和国
- ^x 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
- ^y 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 ¹⁾	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 ²⁾	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 ³⁾	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 ¹⁾	32.3	27.3	19.7	18.6	15.4	12.7	1.21	0.16	-0.19
発展途上地域 ²⁾	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 ³⁾	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 ¹⁾	222,489	526,965	64,120	217,944	803,155	170,330
発展途上地域 ²⁾	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 ¹⁾	183,034	776,147	259,653	183,487	681,124	316,497
発展途上地域 ²⁾	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 ¹⁾	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 ¹⁾	22.4	11.2	10.3	10.3	10.2	13.7	12.1	1.0	-3.4
発展途上地域 ²⁾	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%	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%			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%	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%	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 49%	1,989,918 13%	238,129 2%	23,178 0%	399,526 3%	0 0%	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%	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 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 41%	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	1,699,084 9%	687,935 4%	1,462,317 8%	13,656,184 74%	494,477 3%	120,876 1%	41,174 0%	300,362 2%	116,298 1%	621 0%	18,579,328 100%
	人口間接	18,450,207 21%	5,162,532 11%	10,115,486 11%	31,187,693 35%	19,814,243 22%	1,599,676 2%	160,186 0%	1,918,321 2%	403,152 0%	158,229 0%	88,969,725 100%
	エイズ	518,332 19%	189,511 7%	367,885 14%	1,309,152 49%	4,485 0%	0 0%	2,480 0%	181,391 7%	101,269 4%	0 0%	2,674,505 100%
	小計	20,667,623 19%	6,039,978 5%	11,945,688 11%	46,153,029 42%	20,313,205 18%	1,720,552 2%	203,840 0%	2,400,074 2%	620,719 1%	158,850 0%	110,223,558 100%

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	512
	人口間接	3,318	144	68	38	621	8	5	61	18	4,283
	エイズ	67	8	1	3	1	0	1	7	5	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	1,714
	人口間接	14,001	653	413	239	3,637	19	29	300	35	19,328
	エイズ	514	18	19	10	1	0	2	23	7	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	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	4,667,729	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	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	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	チュニジア・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	チュニジア・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)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 - 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	1997年7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	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	160.97
		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	
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(2/2)	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	91.88	
		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			17.99
2000年度	平成12年度	初等教育施設整備計画(2/3)	8.30				
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	379.21
	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		

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	
	ボリヴィア	1998年度	平成10年度	小学校建設計画(1/3)	7.55	22.54	90.05
		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						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		
	フィリピン	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	26.20	
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	ヴィエトナム	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	ソン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	国立メディアカル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.
- McNicol, 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/

< 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」