

第二次 人口と開発 援助研究

—日本の経験を活かした人口援助の新たな展開—

2003年1月

国際協力事業団
国際協力総合研修所

総研

JR

02-56

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

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

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

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

発行：国際協力事業団 国際協力総合研修所 調査研究第二課

〒162-8433 東京都新宿区市谷本村町 10-5

FAX: 03-3269-2185

E-mail: jicaic2@jica.go.jp

序 文

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

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

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

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

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

平成 15 年 1 月

国際協力事業団
総裁 川上隆朗

座長緒言

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

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

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

国際的な人口援助戦略の新潮流としては、何と云っても1994年のカイロ会議(国際人口開発会議)で打ち出された「リプロダクティブ・ヘルス/ライツ(性と生殖に関する健康と権利)アプローチ」の登場がある。

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

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

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

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

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

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

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

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

平成 15 年 1 月

第二次人口と開発分野別援助研究会
座長 阿藤 誠

主査緒言

なぜいま人口問題か - 21世紀の危機管理のために -

I. はじめに

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

しかし、人々は20世紀に付けられるべきもう一つの名称を忘れがちである。

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

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

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

60億 + 30億人の重し

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

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

地球の人間扶養能力については、人間の生存レベルに拠るところが大きいので、研究者の推測の域を出ないものが多い。しかし、現在の「宇宙船地球号」の乗組員60億人に新たに30億人が加わることでほぼ確実とすれば、資源、環境、食糧など人間活動の基本的な生存条件に大きな負担をかけることになるこ

とはいかなる楽観論者も否定できないだろう。「20世紀後半と21世紀前半の100年間の爆発的な人口増加にどう取り組むかが、今後の人類生存のカギである(黒田俊夫・日大人口研究所名誉所長)」という言葉を重ね受け止めたい。

ヨーロッパとアフリカの大逆転

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

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

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

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

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

未知の世界(高齢化の波)

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

先進国では65才以上の高齢人口は1950年には8%に過ぎなかったが、2000年には14%と2倍近くになった。2050年には総人口の4分の1を越えて26%に達するだろうと予測されている。これに伴って、高齢者1人を扶養する生産年齢人口(15才~64才)は1950年にはほぼ9人に近かったが、2000年には5人未満に、さらに2050年にはわずか2人余に落ち込む見通しである。

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

このように人類の長い歴史の中で、子どもと青年人口を中心とするピラミッド型、成長型人口構造は不変の基礎構造のごとく考えられ、全ての社会制度がその前提の上に組み立てられてきた。しかし、逆

ピラミット型の高齢期人口が基軸となる人口構造になると、これまでの全ての政治・経済・社会のシステムは再検討を迫られ、根本的な転換を余儀なくされることになる。

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

II. 新たな援助潮流の中で

貧困と人口

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

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

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

21世紀初頭の2001年9月11日、米国を襲った同時多発テロは、テロの背景にある膨大な貧困の存在に人々の目を引き付け、MDGsの促進や世界銀行・IMFなどが主導してきた「貧困削減」戦略にアクセル役を果たした。2002年3月、メキシコのモンテレイで開かれた国連開発資金国際会議は、米国における同時多発テロを背景に各国がテロと貧困を関連づけて開発の重要性を強調、米国はODAの増額を、またEUはODAの対GNP比の引き上げを図るとのコミットメントを表明した。東西冷戦の終焉とともに「援助疲れ」に陥っていた先進国諸国の中で、米国とEUが「貧困削減」を合言葉に再び対外援助資金強化の意向を表明したことは、世界的な援助動向に大きな刺激を与える新たな潮流としてきわめて注目される。

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

に飢餓と水の欠乏、エイズ、環境悪化が深刻な事態に陥っている」と警告、カイロ会議で各国が誓約した資金の拠出を訴えた。

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

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

人間の安全保障と人口問題

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

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

III. 日本の経験を活かす

ODAの重点化と日本の比較優位性

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

しかし、国際紛争を解決する手段としての軍事力の行使に自ら歯止めをかけ、しかも資源に恵まれない国情からして、わが国にとってODAはほとんど唯一の外交手段であることは動かしがたい事実である。

外交の主要手段としてのODAの役割については粘り強く国民の理解を求める努力が必要であることはもちろんだが、現状の中で私たちがとりうる選択肢はそう多くはない。すでに多くの識者や関係者が指摘しているように、これまでのODAの使途や援助方法を再点検し、限られたリソースを被援助国の真のニーズに応えるべく有効で効率的な援助に洗練していくことが至上命題となっている。その意味で重要なことは援助分野を他のドナー国に対してわが国が比較優位性を有する分野に重点化していくことであろう。

中絶から避妊へ

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

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

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

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

欧米の学者を驚かした戦後日本の「人口転換」

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

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

わが国が現在、世界最低の乳児死亡率と世界一の長寿を実現した歴史的背景には、国家による人口政

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

「人口ボーナス」

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

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

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

国連への貢献

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

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

る趨勢の中で、ODAの一律カットではなく、日本の実績を活かした援助の重点化が「顔の見える援助」としてのプレゼンスにつながることになる。

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

ラファエル・サラス氏の想い

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

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

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

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

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

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

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

IV. JICA と人口問題

縦割りから総合的対応へ

技術協力を通じて、開発途上国の社会経済開発を支援することを主たる業務としている国際協力事業団（JICA）にとって、従来「人口問題」という枠組みでプロジェクトが形成されることはまれであった。確かに人口教育に関わるIEC（Information Education Communication）活動や母子保健などの協力案件は実施されてきた。しかし、その主力はハードな無償資金協力や機材供与中心であり、総合的な視点で人口問題

が意識されたのは、1994年のカイロ会議を反映して日米間で打ち上げられた「人口とエイズに関する地球規模問題イニシアティブ」(GII・Global Issues Initiatives)関連プロジェクト以降である。担当部署は医療協力部であり、医療技術を主体とする縦割りの域に止まることが多かった。

しかし今、人口問題がカイロ会議以後、人口コントロールというマクロ的、国家的政策から個々人、特に女性の健康向上(リプロダクティブ・ヘルス)や地位向上(エンパワーメント)をめざすミクロ的視点に「パラダイム・シフト」が行われたことによって、医療協力部といった単独部署の枠組みを越え、社会開発、農村開発部門などとも連携した総合的対応が必要となっている。

プロジェクトからプログラム・アプローチへ

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

NGO との連携

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

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

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

用語・略語解説

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

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

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

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

第二次人口と開発援助研究報告書

目次

序文	
座長緒言	
主査緒言	
用語・略語解説	
目次	
研究会委員・関係者一覧	i
報告書要旨	vi
第1章 21世紀の人口問題(総論)	1
1-1 世界の人口動向：人口問題のホット・スポット	3
1-1-1 世界人口の動向 - 人口爆発のゆくえ	3
1-1-2 途上地域の人口動向：サハラ以南のアフリカと南・西アジアが焦点	4
1-2 十億人の地球 - 人口増加と持続可能な開発 -	7
1-2-1 人口増加と経済開発、そして持続可能な開発	8
1-2-2 人口増加と再生可能資源の供給	9
1-2-3 人口と環境 - 地球温暖化問題 -	11
1-2-4 人類は「大破局」を免れるか	12
1-3 人権アプローチへのパラダイム転換：カイロ会議の「行動計画」	13
1-3-1 ブカレスト会議からメキシコ会議へ	13
1-3-2 カイロ行動計画の意義 - 人口戦略の転換 -	13
1-3-3 カイロ行動計画の評価	17
1-4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題	17
1-4-1 家族計画の普及と課題	17
1-4-2 家族計画以外の主要な個別課題	19
1-5 グローバル・エイジング	20
1-5-1 世界ならびに先進・途上地域の高齢化	20
1-5-2 世界の主要地域別高齢化	20
1-5-3 先進諸国の高齢化	22
1-5-4 途上地域における高齢化の諸問題	23
1-6 HIV/エイズ	24
1-6-1 人口問題としてのHIV/エイズ	24
1-6-2 世界のHIV/エイズ流行状況	26
1-7 国際人口移動と都市化の勢い	30
1-7-1 国際人口移動の動向	30
1-7-2 国際人口移動の課題	32
1-7-3 都市化の勢い	33
1-7-4 都市化の要因	36
1-7-5 都市化の課題と政策	37

< 補足記名論文 >

日本の人口変動と経済発展

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

リプロダクティブ・ヘルス/ライツと人口問題

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

中東イスラーム世界の人口・家族・経済

【相模女子大学 藤田 純子】.....	67
---------------------	----

第2章 日本の人口経験 71

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

< 補 論 >

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

【(財)ジョイセフ 鈴木 良一】.....	93
ジョイセフのインテグレーション・プロジェクト(IP).....	93
なぜ寄生虫なのか	93
女性のエンパワーメント・ジェンダーの視点	94

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

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

< 補 論 >

思春期の若者

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

高齢化が進むアジア諸国における健康状態別余命研究の実態と援助の必要性

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

リプロダクティブ・ヘルス必需品の確保と避妊法を取り巻く問題

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

資 料 編

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

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

第二次人口と開発分野別援助研究会 委員一覧

座 長

あ とう まこと
阿 藤 誠 国立社会保障・人口問題研究所 所長

アドバイザー

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

委 員

あん どう ひろ ふみ
安 藤 博 文 日本大学 国際関係学部 教授

お がわ なお ひろ
小 川 直 宏 日本大学 人口研究所 次長

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

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

主査兼委員

お ざき みち お
尾 崎 美千生 国際協力事業団 客員国際協力専門員

委 員

みず た かよ こ
水 田 加代子 国際協力事業団 専門技術嘱託

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

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

第二次人口と開発分野別援助研究会 関係者一覧

タスクフォース

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

オブザーバー

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

事務局

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

た なか あき ひさ
田 中 章 久

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

いそ へ りょう すけ
磯 辺 良 介

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

きく ち しのぶ
菊 地 忍

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

コンサルタント

こま さわ まき こ
駒 澤 牧 子

株式会社アースアンドヒューマンコーポレーション

第二次人口と開発分野別援助研究会 リソースパーソン一覧

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

はや 早	せ 瀬	やす 保	こ 子	日本貿易振興会アジア経済研究所 経済協力研究部 研究主幹
ふじ 藤	た 田	じゅん 純	こ 子	相模女子大学 講師
め 目	ぐる 黒	より 依	こ 子	上智大学 文学部 教授
よし 吉	だ 田	あき 昭	ひこ 彦	株式会社ワールドグリーンクラブ 代表取締役
Dirk J. van de Kaa				アムステルダム大学 名誉教授
Gayl. D Ness				ミシガン大学 名誉教授
Jay Satia				International Council on Management of Population Programmes (ICOMP) 事務局長
John Bongaarts				Population Council 副総裁
Joseph Chamie				国連経済社会局 人口部 部長
Nafis Sadik				前国連人口基金(UNFPA) 事務局長
Peter Donaldson				Population Reference Bureau(PRB) 所長

(五十音順、アルファベット順)

報告書要旨

第1章 21世紀の人口問題(総論)

1-1 世界の人口動向：人口問題のホットスポット

20世紀後半の世界人口はまさに“爆発”と呼ぶに値する増加を続けた。年平均人口増加率は1965年 - 1970年にはおそらく人類史上最大の2.04%に達し、1987年には50億人を突破、1999年には60億人に達した。しかし1990年代に入って、世界人口の増加率は予想外に低下した。その主な理由として挙げられるのが、途上地域の出生率の急激かつ全面的低下である。しかし、年々分母となる人口が大きくなっているため、年間の人口増加規模は、今後2025年頃まで7,000万人台が続くとみられており、地球規模での人口爆発は依然として続いている。

他方で途上地域の出生率(以下、合計特殊出生率(TFR)の意味で用いる)の地域格差は依然大きい。アジア、ラテン・アメリカの出生率は1995年 - 2000年にはともに2.7となり、全体として出生力転換の最終段階に達したとみられる。ただし、アジア内の地域差は大きく、中国を含む東アジアはすでに出生力転換を終え(TFR = 1.8)、東南アジアは最終段階(TFR = 2.8)に近づいているのに対し、南アジアと西アジアはなお転換の中間段階にある(TFR = 3.6と3.9)。他方アフリカでは、北・南アフリカはすでに転換の中間段階にあるのに対し、サハラ以南のアフリカの出生率はなお高水準にある(TFR = 5.8)。このように出生率と人口増加率の高さからみた人口問題のホットスポットは、第1にサハラ以南のアフリカであり、第2に南・西アジアである。

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

1-2 百億人の地球 人口増加と持続可能な開発

ところで、21世紀末に訪れるであろう100億人に近い地球人口の生活を維持するための資源は十分に供給されうるのだろうか。人間の生活を維持するための最も基礎的な資源は水と食糧である。水においては取水効率を高め、農業ならびに工業を使用効率の高いものに転換することによって、総量としては扶養可能であろうが、地域格差の問題は残されている。食糧については、現在の世界の穀物作付面積(およそ7億ha)において西ヨーロッパ並の単位面積あたりの穀物収量が可能であれば、100億人の人口を扶養することは少なくとも理論的には可能であるものの、水と同様、地域格差が問題である。また、地球環境の悪化、とりわけ地球温暖化は、対応を誤れば、人類と現代文明を“大破局(catastrophe)”に陥れるかもしれない。

1-3 人権アプローチへのパラダイム転換：カイロ会議の「行動計画」

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

リプロダクティブ・ヘルスの概念は、人間の再生産過程に関わる保健ニーズを総合的に把握するため

に生み出された概念である。リプロダクティブ・ヘルスの下で取り扱われる分野には、(1)出生調節 (fertility regulation) (2)不妊、(3)性に関する保健 (sexual health) (4)母性保護 (safe motherhood) (5)乳幼児の生存、成長、発達がある。

一方、リプロダクティブ・ライツの方は、女性が出産の有無、タイミング、子ども数についての決定権をもつことを意味しており、その権利の行使に必要な手段についての情報、教育、質の高いサービスが十分に与えられることが条件となる。また男女の性的関係は平等、相互の尊敬、責任の原則に基づくべきであり、女性は性的関係を強要されないという意味で「性に関する権利 (sexual rights)」をもつことも合わせて主張される。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツが中心概念となったことによって、人口政策の焦点がマクロ(国レベル)からミクロ(個人レベル)へ、人口政策の主体が政府から個人、とりわけ女性に大きくシフトした。

1 - 4 リプロダクティブ・ヘルス/ライツ：その動向と課題

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

1 - 5 グローバル・エイジング(途上国の高齢化)

途上地域全体の人口構造は現在もなお年少人口割合が32.8%を占める「若い人口」である。その高齢化率は2000年でも5.1%にとどまってきたが、21世紀には途上地域の高齢化率は上昇を続け、2050年には現在の先進地域並の14.0%に達するであろう。

ヨーロッパの先進諸国は少なくとも50年かけて出生力転換を達成したため、高齢化のスピードも緩やかであった。しかるに先進国のなかでも日本は、戦後の出生力転換をわずか10年足らずで達成したため、先進国中もっとも速い高齢化が運命づけられた。同様に、近年、速いスピードで出生力転換を達成した東・東南アジア諸国(韓国、香港、台湾、中国、シンガポール、タイ)も高齢化のスピードが速いことが予想される。高齢化のスピードが速いと、それだけ高齢化への対応(高齢者の扶養・介護のための社会システムづくり)が困難になると考えられる。しかも、途上国では、経済が十分に発展していないうちに高齢化が進行する可能性が高く、経済発展と高齢化対策という二重の政策課題を抱え込むことになり、それだけ困難な政策選択を迫られることになる。

1 - 6 HIV/エイズ

2001年末の推計によれば世界のHIV感染者数は合計で4,000万人であり、この年に新たに感染した数は500万人で、累計で3,000万人が死亡したと考えられている。またHIV感染者の95%が途上国に集中している。現在、HIV/エイズが人口問題としてきわめて重要となっている理由は、HIV感染者のほとんどが生産年齢人口(15~49才)に集中しており、長い潜伏期間の後にこれらの感染者がエイズを発症し、ほとんどが死亡することによって、生産年齢人口が減少し、人口ピラミッドがきわめていびつに変化するからである。例えば、生産年齢人口(15~64才)の3~4人に1人がHIVに感染している国においては、近い将来、この年齢層が激減することが予測されている。生産年齢人口の激減により、一国の経済においてもまた家計においても大きな損失を引き起こすこととなり、社会的影響がきわめて大きい。またHIV感染者の問題は、人口の量的問題のみならず、生活の質を確保する上からも、つまり人口の質の上からも重大な課題となる。

1 - 7 国際人口移動と都市化の勢い

国際連合人口部の試算によると、世界全体でみた在留外国人の総数は、1965年には7,500万人であったが、1990年には1億2,000万人に達した。今世紀初頭には、約1億5,000万人が、外国人として自分の出生国以外の国で生活しているとの推計もある。国際人口移動は、いわゆるグローバル化によって生じた必然の結果であり、どの程度どのような人間を受け入れるのかといった問題に関しては、国家の主権と個人の権利が複雑に絡み合っているため、容易に回答はでない。まずは、国際人口移動の実態の把握を優先し、その上で、送出国、受入国双方にとってどのような影響があり何が問題なのかを議論する必要がある。また、ヨーロッパは高齢化と少子化が進んでおり、経済活動を維持するために一定の移民を受け入れざるを得ないという実状があるが、わが国においても近い将来同様の状況となることは避けられない。そのような状況では、例えば高齢者介護のための人材を海外から受け入れるなどの相互協力が考えられる。

世界の都市化率¹は1950年の30%から2000年には44%に上昇した。今や世界の人口の半数近くが都市に居住していることになる。加えて途上国の都市化は激しく、2030年には世界の都市人口の8割が途上国に集中する。一般に考えられているように、途上国の都市化の最大の要因は必ずしも農村から都市への人口流入によるものではなく、1980年代のアジアを除いては都市での自然増加である。特に経済成長率の低い国においてその傾向が強い。これまで都市化を制限するような政策がことごとく失敗してきたこと、そして大都市が一国の経済・社会・文化に果たす役割の重要性に対する認識の浸透から、現在、都市化に対する政策の方向は、都市における自然増加に対応する政策へと、あるいは移動者の都市への適応を援助するというような包括的な都市問題への対策へと転換しつつある。

第2章 日本の人口経験

2 - 1 人口転換プロセスと人口ボーナス

日本はいま世界一低い乳幼児死亡率と世界一の長寿を享受している。わが国の人口転換の歴史を大まかに時代区分すると、多産多死の時代(- 1870年)、多産少死の時代(1870年 - 1960年)、少産少死の時代(1960年 - 現在)の3つに分けられる。1870年頃(明治時代初期)までは出生率も死亡率も相当に高い「多産多死」の状態であった。その後、まず死亡率の低下が始まり、その後出生率が緩やかに低下してきた。戦前の死亡率低下の要因は、政府主導による近代医薬・公衆衛生の発達・普及、経済成長に基づく生活水準・栄養水準の改善、義務教育の普及による衛生観念の浸透などが複合的に作用した結果と分析されている。

そして、第二次大戦後の1947年 - 1949年の3年間には「ベビーブーム(baby boom: 赤ちゃん好況)」が起こり、年間出生数は270万人を超えた。ところが、1949年を境にして出生率はいきよに低下し「ベビーバスタ(baby bust: 赤ちゃん不況)」と呼ばれるほどの急激な低下をみせた。また、この時期死亡率も大きく低下した。これは、抗生物質、DDTの普及などにより感染性疾患が激減したことによる。日本は、この時期に「人口転換」を達成したといえる。1949年以降の出生率の急激な低下の要因はいくつか分析されているが、まずは1948年(昭和23年)に制定され3回にわたって改正された優生保護法がある。これによって人工妊娠中絶が比較的容易に受けられるようになり、1960年頃まで結婚した夫婦の産児制限の主な手段として一時的に用いられた。しかしその後、官民をあげての家族計画の普及によって、出生抑制の主たる手段は中絶から避妊へと置き換わった。

¹ 都市に居住する人口が総人口に占める割合。

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

2 - 2 戦後の人口転換に貢献したもの

日本政府は、戦後の人口激増期においても、出生抑制のための明確な人口政策は打ち出さなかった。したがって戦後の人口転換は、連合軍総司令部(GHQ)の強力な民主化政策の下、保健行政の改革、保健婦や助産婦による家族計画指導、民間団体や企業の家族計画運動、農村における生活改善運動などが多層的・多角的に繰り広げられた結果達成したといえる。

(1) 政府の対応

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

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

(2) 保健婦・助産婦の活躍

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

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

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

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

(3) 民間団体の活躍

戦後、20を下らない数の家族計画関連の民間団体が設立され、群雄割拠の状態であったため、それらの団体を束ねる組織として、1954年に「日本家族計画連盟」が発足し、翌年に国際家族計画連盟の第5回世界大会を東京に誘致し、家族計画に関する国内世論に大きな影響を与えた。同年、「日本家族計画普及会(現・日本家族計画協会)」が発足し、中絶を少なくするための啓発活動・避妊用器具・薬品の販売、教育用機材の開発・普及、関連分野の指導員の養成に力を入れてきた。同会は、政府・専門家(学識者)・民間団体の関係者で構成される「家族計画研究委員会」を設置し、毎月1回定例会を開催し、日本の家族計画の流れを決定する重要な役割を担った。毎日新聞社は人口問題に関する調査組織を作り、隔年に家族計画に関する知識、態度、実行に関する調査(いわゆるKAP調査)を実施し、貴重な統計資料を提供して

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

(4) 企業による家族計画運動

政府の家族計画事業と並行する形で、さまざまな企業で新生活運動が盛んになった。新生活運動は家族計画の普及を通じて、家計を安定させ、健康を増進し、子どもの教育に力を入れること、さらに教養を高めて文化的な生活を送ることを目指した。その一方で、企業にとっては福利厚生費の軽減というメリットもあり、ピーク時には55企業・団体、124万人が参加した。

(5) 農村における生活改善運動

GHQの強力な指導のもとで展開された「農村の民主化」政策は、これまで意思決定への参加が抑えられてきた女性のニーズを掘り起こし、女性たち自らが解決していくという農民主体の問題解決手法(今でいうPRA)を取り入れ、女性のエンパワーメントと農村の生活向上に大きく貢献した。その中心的役割を担ったのが生活改良普及員という女性たちである。ニーズに基づくPRAの手法を採ったことによって、生活改良普及員の運動は結果的に保健・教育・生計向上などのマルチセクター的展開となった。加えて、住民、特に女性の行動変容を促すさまざまな方法を生活改良普及員が実践的に体得していったことも特筆すべき点である。

(6) まとめ

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

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

第3章 人口と開発を巡る潮流と日本の協力実績

3 - 1 1980年代まで

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

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

技術協力案件の内容も、1980年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という、裨益国の人口抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材などの資機材供与が中心であったが、1980年代後半から1990年代初めにかけては家族計画・母子保健が統合されたプロジェクトが主流となる。他方、人口統計・基礎調査に関するプロジェクト実績は少なく、「スリ・ランカ人口情報」、「メキシコ人口活動促進」、「アルゼンティン人口統計」の3件のみとなっている。

3 - 2 1990年代以降

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

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

GIIの達成目標は1994年 - 2000年度の7年間でODA総額30億ドル(有償・無償含む)を目途に援助(無償・有償を含む)を推進することであったが、5年間で当初目標を上回る約37億ドルを達成した。GIIでは、1)人口直接分野(家族計画、母子保健、人口統計等)、2)人口間接分野(基礎的保健医療、初等教育、女性を対象とした職業訓練等)、3)エイズ分野の3つを対象分野とし、セクターを越えて包括的なアプローチを目指した。また、12の重点国(フィリピン、インドネシア、インド、パキスタン、バングラデシュ、タイ、ケニア、ガーナ、タンザニア、セネガル、エジプト、メキシコ)を設定し戦略的な取組みとなっている。各分野の案件形成も活発で、2000年度までにプロジェクト形成調査団をのべ18回派遣し、このうち4回は日米合同調査団である。

JICAとしてもGIIの達成に前向きに取組み、1994年 - 2000年度までのGII関連分野の協力実績は1,000億円となった。その内訳は、人口直接分野²が17%、人口間接分野³が80%、エイズ分野が3%と、人口間接の比重が高いが、その中でも特に基礎的保健医療分野が全体の約6割と大きな割合を占めている。また、援助形態別でみると、プロジェクト方式技術協力(以下、プロ技)が圧倒的に多く全体の42%を占めている。また、人口直接分野でプロ技が多いのも特徴である。さらに、研修員受入数がGII期間に急激に伸びているのは、現地国内研修の増加による。エイズ分野で研修員受入が比較的多いのも特徴で、わが国における専門家数が少ない分野であり現地に日本人長期専門家を派遣することの難しさがある原因の一端にあると考えられる。GIIの成果として、ODA戦略のプレゼンスの強化、包括的アプローチの推進、ODAにおけるNGOとの連携強化とNGOのキャパシティ・ビルディングにつながった点などが挙げられる。

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

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

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

第4章 現地調査報告(バングラデシュ・タイ)

4 - 1 現地調査の目的

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

4 - 2 バングラデシュの調査結果概要

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

バングラデシュ政府は、国家政策としてリプロダクティブ・ヘルスの推進に力を入れており、その実現のために包括的なセクターワイド・アプローチといえる「保健人口セクタープログラム(HPSP)」を展開している。これは、1997年まで各ドナーが個々に実施していた130以上のプロジェクトを、TFR、乳児死亡率、妊産婦死亡率の減少などを目標に掲げ、1つのプログラムに統合したもので、1998年からの5年間の計画で実施されている。各ドナーは、ローカル・コンサルタティブ・グループ(LCG)を形成し、LCGを通じて政府との調整を図っているが、コモン・ファンドを通じた援助を実施している「世界銀行コンソーシアム」、それ以外(日本、ADB、米国、イスラム開発銀行、OPEC、フランス、デンマーク等)国連機関に分類される。このようなセクター・ワイドの援助協調が着実に進展する中で、わが国のODAが財政支援方式の援助実施に制度的制約があることによるプレゼンスの低下を懸念する声が聞かれる。

わが国はバングラデシュにおける最大の2国間援助ドナー国であり、人口分野においてもさまざまな援助形態を駆使して多彩な援助を実施してきた。現在も、プロ技、草の根技術協力事業(開発福祉支援事業、開発パートナー事業を平成14年度に統合)、青年海外協力隊、草の根無償を実施している。また、これらの個々の活動は、現場において有機的な連携への取組みを図る動きがある。JICAとしては、今後は個々のプロジェクトを計画段階からプログラム化(パッケージ化)し、協力効果をさらに高めると同時にわが国の協力の比較優位性を集約し、プレゼンスを高めようとする構想がある。バングラデシュにおいては行政サービスが末端まで張り巡らされておらず、一番末端の行政単位(ユニオン)と住民をつなぐ橋渡しとしてNGOの存在は非常に重要であり、その中核的役割を担っているNGO「バングラデシュ家族計画協会」との連携をいかに戦略的に取り込んでいくことが重要な鍵となっている。

4 - 3 タイの調査結果概要

タイは「エイズ先進国」といわれる。タイにおいてエイズが初めて確認されたのは1984年であり、当初は同性愛者や性産業従事者等ハイリスクグループにおけるHIV/エイズの感染が中心であったが、最近では夫婦間や恋人間、母子感染へと移行している。こうした動きに対応してタイのエイズ対策は、第1フェーズ(1984年 - 1990年)・第2フェーズ(1990年 - 1996年)はハイリスクグループを対象としたアプローチ、第3フェーズは社会的弱者やコミュニティを対象とした包括的アプローチへと移行してきている。

JICAは、タイの中でもHIV/エイズのもっとも深刻な県の一つであるパヤオ県を対象として、プロ技「エイズ予防・地域ケアネットワーク・プロジェクト」を1998年に開始した。本プロジェクトはミクロ(地

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

4 - 4 考 察

- ・ 被援助国側の国家計画など長期戦略との同調が必須
- ・ 他の2国間ドナー・国際機関・国際的NGOとの援助協調による相乗効果を狙う
- ・ JICAの保健・人口分野の援助の連携を強化する
- ・ 被援助国側のリプロダクティブ・ヘルス政策に関する行政機構の改善への政策対話を強化
- ・ 保健人口関係の統計の整備と関係するプログラムのモニタリング力の強化を支援
- ・ リプロダクティブ・ヘルスの達成のために家族計画の重要性を再確認(家族計画は女性の健康向上とエンパワーメントにも重要な役割を担っている)
- ・ 女性の行動変容につながらないのは、知識やインセンティブが低いためだという誤解への対策(女性を取り巻く環境やサービス提供者の質の改善が必要)
- ・ リプロダクティブ・ヘルスやエイズ対策には、女性の雇用機会創出や教育機会の拡大など包括的な取り組みが必要
- ・ 現地の住民組織の取り込みや、実績のあるNGOとのパートナーシップが鍵
- ・ 全ての援助案件は、支援終了後の自立発展を念頭において実施すべき

第5章 21世紀の人口戦略(提言)

- 地球規模で考え、個人からのアプローチ -

5 - 1 人口分野の諸課題に関する提言

(1) 21世紀の人口問題

21世紀、世界人口は落ち着きつつあるが、増加率のベースとなる分母が大きくなっているため人口増加の問題は依然として続く。21世紀末には100億人に近くなるとも予想される地球人口を維持するための資源、特に食糧・水については現在の技術力をもってすると総量としては供給可能とされているが、地域間格差が大きく、必要な地域に必要な量をどうやって分配していくかが大きな課題となっている。また、エイズの問題もこれからは地球規模的な問題としてマクロの視点で考えなければならない。1994年のカイロ会議以降、世界の援助の潮流はリプロダクティブ・ヘルス/ライツという「人権アプローチ」に大きくパラダイム転換している。本研究では、21世紀に地球が直面する人口分野の課題を考える時、今一度、マクロで問題をとらえる重要性を強調しつつ、ミクロのアプローチで対応するという立場をとり、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」を提案する。

(2) 日本の経験：「人口と開発」の3つのフェーズ

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

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

(3) 人口分野の諸課題に関する提言

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

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

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

途上国における高齢化及び高齢者対策の必要性については、まず日本のこれまでの経緯を、失敗も含めて取りまとめ、情報発信していくことが第一歩である。それから、現在はまだ「人口ボーナス活用フェーズ」や「人口安定化フェーズ」にある途上国に対して、「高齢化フェーズ」が必ずやってくることを強調し、そのための基盤作りを今からでも始めるよう説明していくことが重要である。

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

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

HIV/エイズへの取組みについては、予防が一番の優先課題であり、またそのためにはHIV感染をできるだけ早期に発見するためカウンセリングとセットになった自発的 HIV 検査(VCT: Voluntary Counseling and Testing)の普及が最重要課題である。さらに、エイズ発症を遅らせるための抗レトロウイルス剤によるケアについても、途上国の感染者であっても使用できるような調達・供給・投与体制の確立は世界的な課題である。このようなHIV/エイズに対する予防・ケアに加えて、成人の1割以上がHIVに感染しているようなサハラ以南アフリカなどの諸国においてはエイズ発症者に対するサポートも重要となっている。これらの国では、コミュニティ単位で住民参加による取組みが重要である。また、日本はHIV/エイズにおいて技術的な比較優位性はさほど高くはなく人材も限られていることから、日本における体系的・組織的なノウハウを蓄積する場として、さらに人材確保と育成を行う場として国内に拠点施設を設けることが望まれる。

バングラデシュの現地調査の考察から、リプロダクティブ・ヘルス分野における女性の行動変容のためのコミュニケーション(BCC)を高めるためには、さまざまな改善が必要であることが導き出された。例えば、行動変容のためには女性のみならず周囲の意識や行動を変容させるアプローチが必要であること、知識から行動にかえる(避妊する)ために必要な適切な避妊具へのアクセスへの支援が不足していること、継続的支援と見守りを続け、問題(障害)があればいつでも対応できる体制作りの必要性、が挙げられる。人口分野の援助は個人の生活に立ち入る非常にセンシティブな分野であるだけに、サービス受益者と提供者との間に確固たる信頼関係がなければならず、その意味で現場のサービス提供者等の態度や意識改革が必要である。

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現のためには、避妊具(薬)やその処置に必要な機材、妊産婦に必要な検査薬や栄養補助剤等のリプロダクティブ・ヘルス必需品(Reproductive Health Commodity)が必要とされる人々に適切に供給されることが必要である。とりわけ、必要不可欠な避妊具(薬)及びHIV/エイズ予防用のコンドームについては、今後の必要量増加に対する資金不足が大きな問題となっている。これら避妊具(薬)の確保(Contraceptive Security)について、日本としても協力の拡充の可能性や方向性について積極的に検討を進めるべきであろう。具体的には、1) 関連する国際会議に継続的に出席し、援助協調に積極的に参加すること、2) 避妊具(薬)確保のための需要予測や管理・配布などのためのロジスティックス強化への支援、3) 途上国で普及している避妊法が日本では認可されていないものなどがあり、日本としてそれらに関わる協力をどのように行うかの検討等、が必要である。

人口統計は人口分野協力の礎といっても過言ではない。途上国の人口統計の整備は必須であり重要な支援分野である。特に開発途上国においては、利用できる統計が不十分であったり、統計が利用できてもその精度に問題があったりする場合が多く、各種指標の算出についても不完全なデータから推計するなど特別な工夫が必要とされ、また各国の文化・歴史・社会・経済的背景の違いも大きく、それらの点を踏まえた基礎研究への支援も必要である。さらに、高齢化の問題や国際人口移

動などグローバルな課題に対応するためには、開発途上国の人口問題を主に研究している国際的人口研究団体(例えば国際人口学会(IUSSP))への支援や、多国間での広域比較調査の実施を含めた広域的研究への支援も有用であると考えられる。いずれせよ人口統計の整備と人口関連の基礎研究については長期的な視野に立った支援が望まれる。

5 - 4 JICAの援助に関する提言

(1) わが国としての統一方針の明確化

日本政府として人口分野において統一した取組み方針が明確にされておらず、各省庁がそれぞれプロジェクトを実施する形になっているため、省庁間、援助実施機関間においてプロジェクトの重複などがあり、効果的・効率的に人口分野のプロジェクトが実施されているとは言い難い。まず、わが国政府として人口分野における対途上国援助をどうするかの一貫した方針を示し、その中長期開発支援の一環として人口に関する支援の戦略と目的を明文化していくことが求められる。

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

(2) JICA人口分野協力に対する提案と具体的方策

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

人口援助分野は社会変革や行動変容を期待する分野であり、効果の発現には長い時間を要することから、通常の単一プロジェクトでは達成することが難しい。まずJICAの人口分野取組み計画を作成し、さらに、国・地域ごとに長期的スパンを持った総合的デザインを作成する必要がある。平成14年度から「人口・保健医療」分野・課題別ネットワークが本格導入されているが、人口はマルチセクターに関わる問題であることに鑑みれば、「人口」の分野・課題別ネットワークを独立させ、開発経済や農業、環境、教育、都市計画等の専門性を持つ職員も含むネットワークとするべきである。

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

今日途上国の協力現場、特に保健・人口分野においてはドナー間の援助協調が急速に進展しつつある。

この背景の1つに、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDG)達成や、貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper: PRSP)やセクター・ワイド・アプローチ(SWAP)に代表される国別、セクター別戦略の策定や実施が進められていることがあり、JICAとしてもこれらへの十分な配慮と貢献が不可欠な状況となっている。

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

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