

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、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。

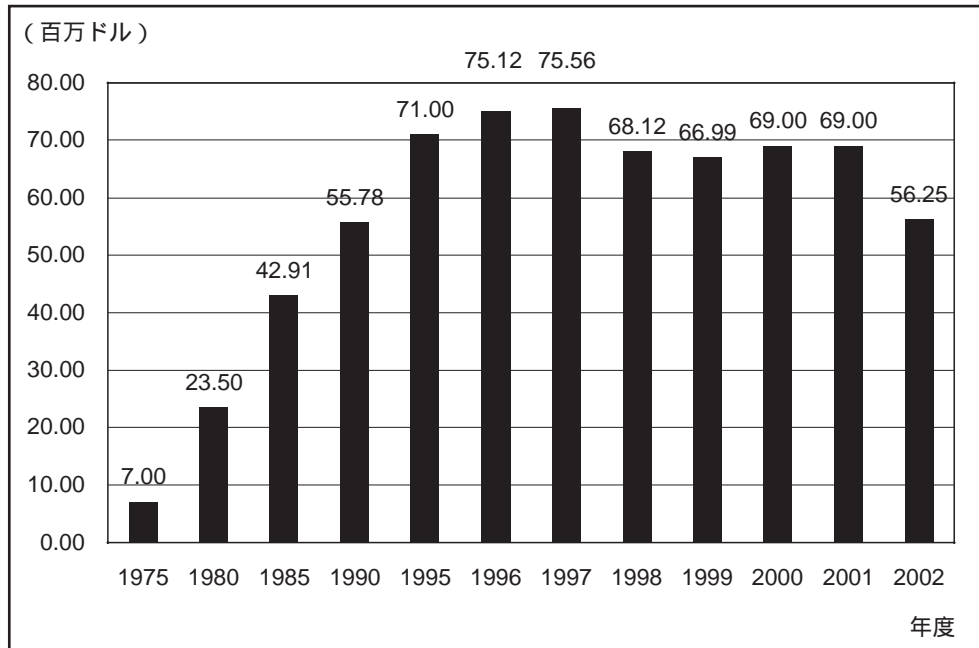
また、より効果的・効率的な援助の促進を目指すもう一方の動きとして、援助評価の強化がある。DACでは、1991年にDAC評価方針を発表し、その中で、援助事業の評価を行う視点として「評価5項目(妥当性、有効性、効率性、インパクト、自立発展性)」を提唱した⁹。これを受けてJICAでも、

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、日本から分娩助産技術の向上や助産婦養成のための専門家が派遣され、日本でも研修が行われている。

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

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

< 青年期のリプロダクティブ・ヘルス >

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

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

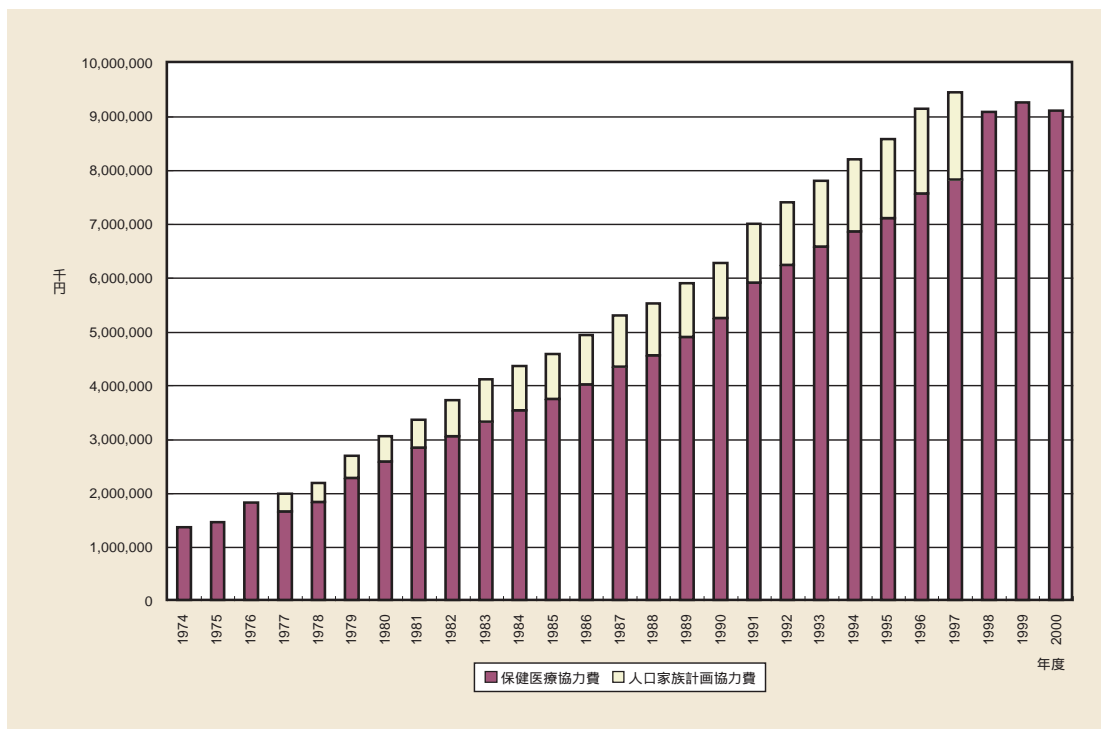
年	月	国	形態
1994	11	インドネシア、 フィリピン	調査団派遣(第1フェーズ)
	12	エジプト ^{*1}	調査団派遣
	12	ケニア	在外で調査(～1995年2月)
1995	6	バングラデシュ	調査団派遣
	7	インドネシア、 フィリピン	調査団派遣(第2フェーズ)
	10	インド	調査団派遣
1996	1	ガーナ	調査団派遣
	3	パキスタン	調査団派遣
	6	タンザニア 、 ケニア	調査団派遣(ケニアにはNGO参加なし)
	10	タイ ^{*2}	調査団派遣
1997	1	メキシコ	在外で調査(～3月)
	3	セネガル	調査団派遣(GII重点国への調査団派遣終了)
	7	ヴ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

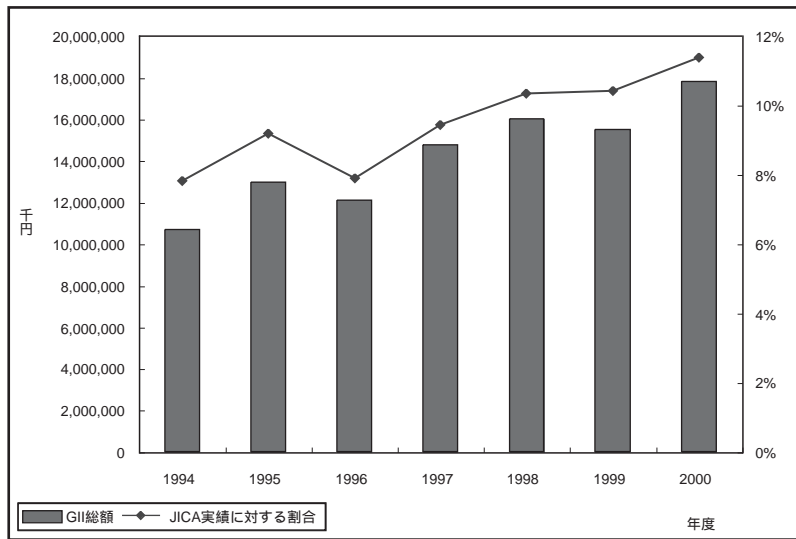
出所：海外医療協力委員会議事録(第1～34回)。「人口家族計画協力費」が計上されはじめたのは1980年からであるが、1977年度 - 1979年度に関しては「海外医療協力委員会議事録第13回」のデータによる。

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

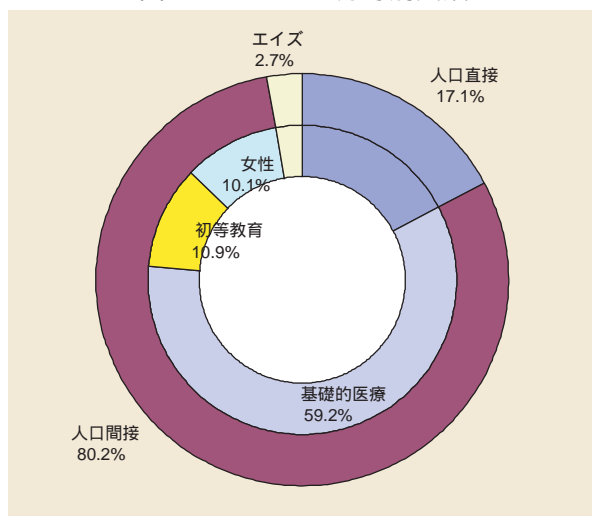
ローチ」をとることを基本理念としている(表3 - 2)。これは人口問題の解決には、家族計画等の人口分野に直接的な協力だけでなく、基礎保健、基礎教育、女性の地位向上といった人口問題に間接的に影響を与える分野への援助も並行して行うことが必要であるとの考えによるものである。

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

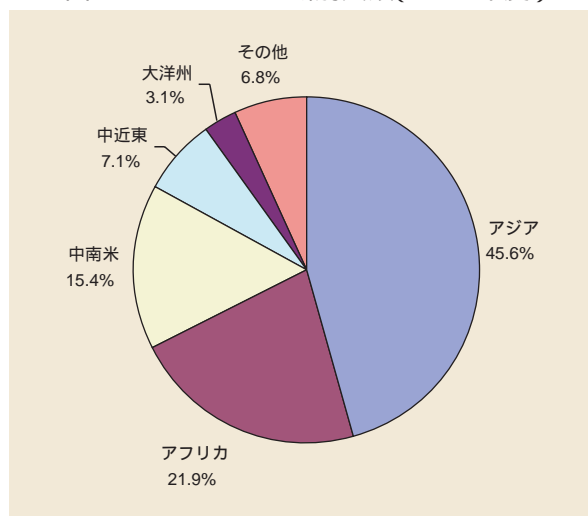
¹¹ 後に、ヴェトナム、ジンバブエ、ザンビア、カンボディアが加わり16カ国となった。

図3-4 GIIの分野別実績



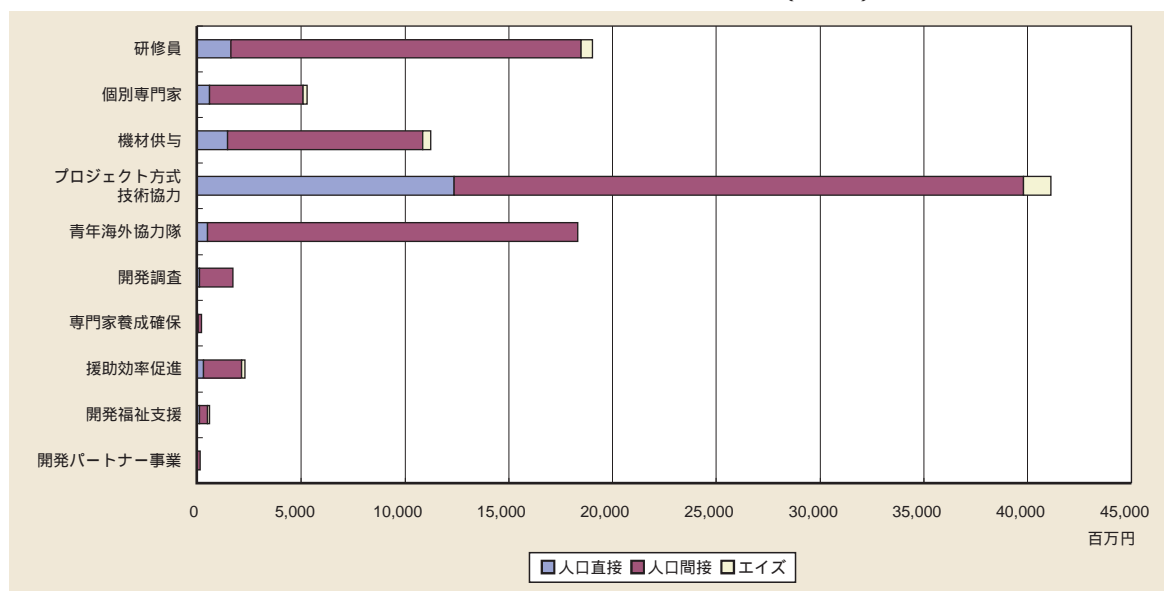
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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。

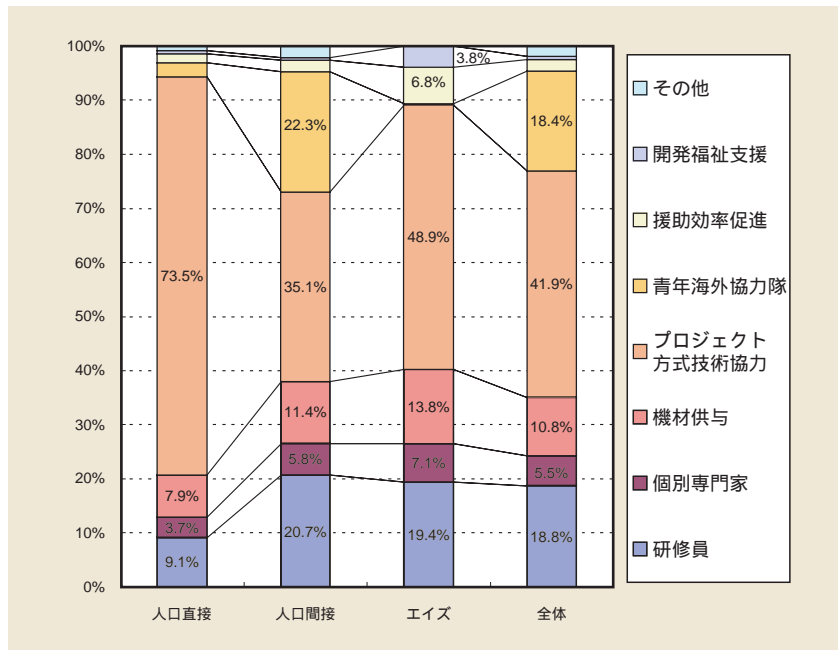
17.1%、人口間接分野が80.2%、エイズ分野が2.7%である。さらに人口間接分野の詳細をみると、基礎的な保健医療分野が59.2%、初等教育分野が10.9%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野が10.1%となっている。また、2000年度の地域別実績をみると(図3-5)、アジアへの協力が45.6%と半分近くを占めており、以下アフリカ(21.9%)、中南米(15.4%)、中近東(7.1%)、大洋州(3.1%)等となっている。

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。

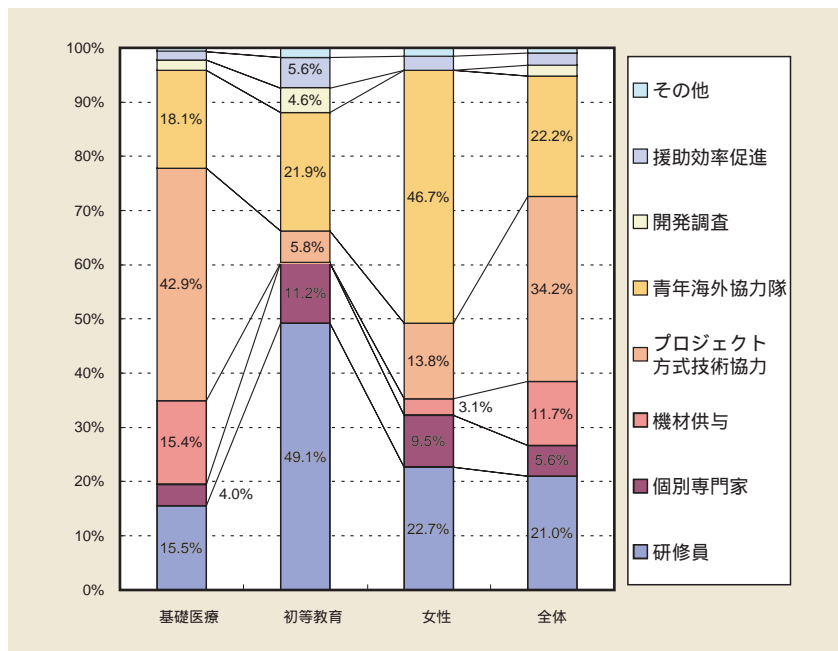
次に各協力分野における援助形態別の内訳を示す(表3-7)。全体ではプロジェクト方式技術協力が41.9%であるが、人口直接分野では73.5%とかなりの割合を示しているが、人口間接分野では35.1%、エイズ分野では48.9%である。人口間接分野で割合の高いのは、青年海外協力隊(22.3%)、研修員

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



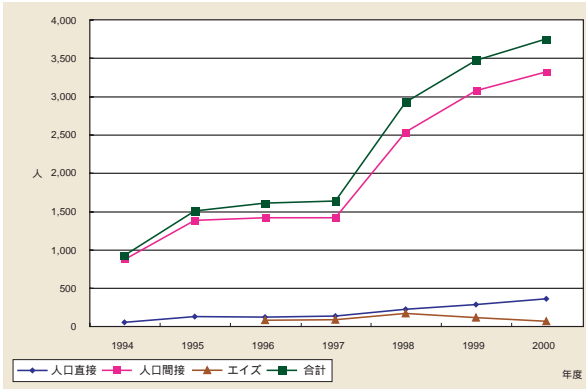
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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

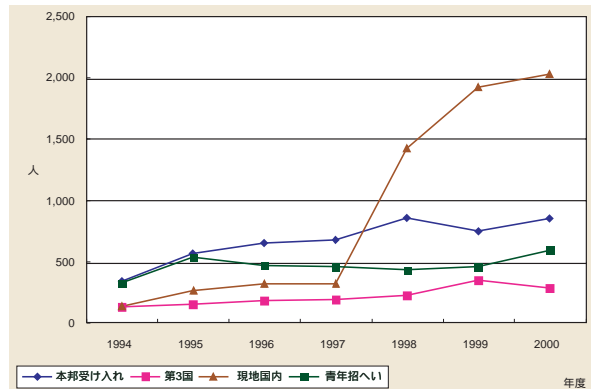
いてはプロジェクト方式技術協力が42.9%、初等教育分野においては研修員受入が49.1%、女性を対象とした職業訓練及び女子教育分野においては青年海外協力隊が46.7%を占めるなど、分野によって主な援助形態が異なっている。

図3 - 9 GIIにおける研修員受入の
研修員数の推移



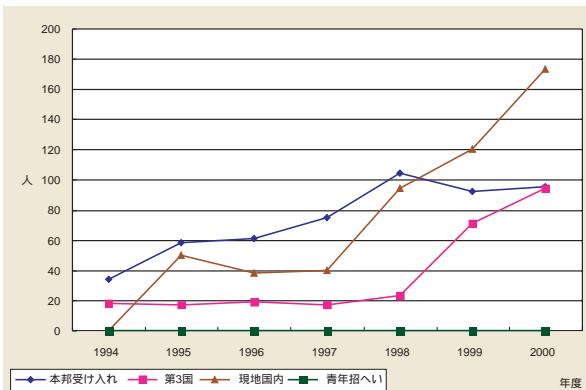
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

図3 - 10 GIIにおける研修員受入の
形態別研修員数推移



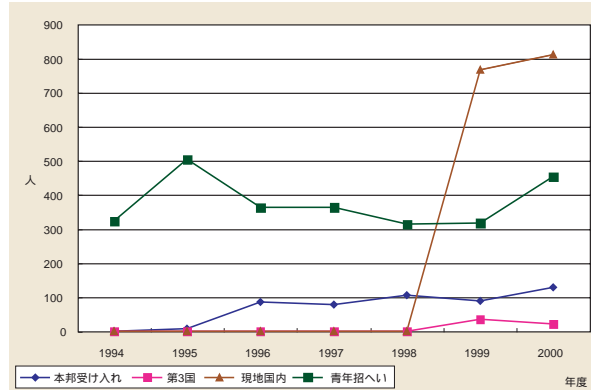
出所：JICA 環境・女性課資料より作成。

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

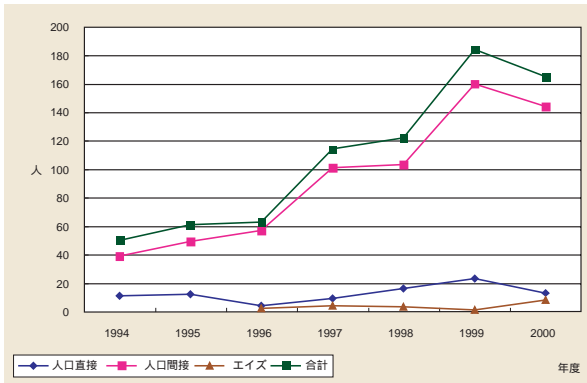
が急増しているのは全体的傾向と同じであるが、第三国研修が1999年度より急増しているのが特徴的である。他に特徴的なものとしては、初等教育分野において青年招へいが多く活用されている点などが挙げられる(図3 - 12)。

(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。

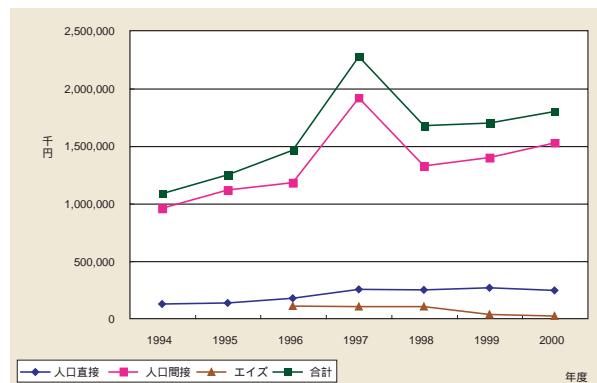
¹² 急増の主な原因は、インドネシアにおいて1案件で1999年に767名、2000年に812名を受け入れた結果。

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

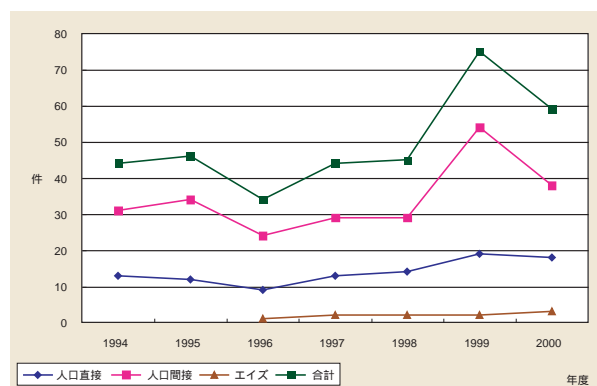
GIIにおける機材供与額の推移をみると(図3 - 14) 人口間接分野は増加傾向にある。また人口直接分野も緩やかではあるが増加傾向にある。

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。

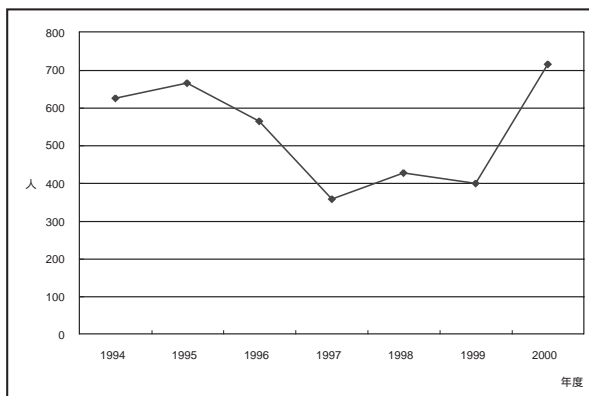
案件の内容も、1980年代半ばまでは家族計画、人口情報、人口教育促進という、裨益国の人口抑制を支援するものが多く、その教材作成用の視聴覚機材などの資機材供与が中心であった。つづく1980年代後半から1990年代初めにかけては家族計画・母子保健が統合されたプロジェクトが主流と

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。