

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。

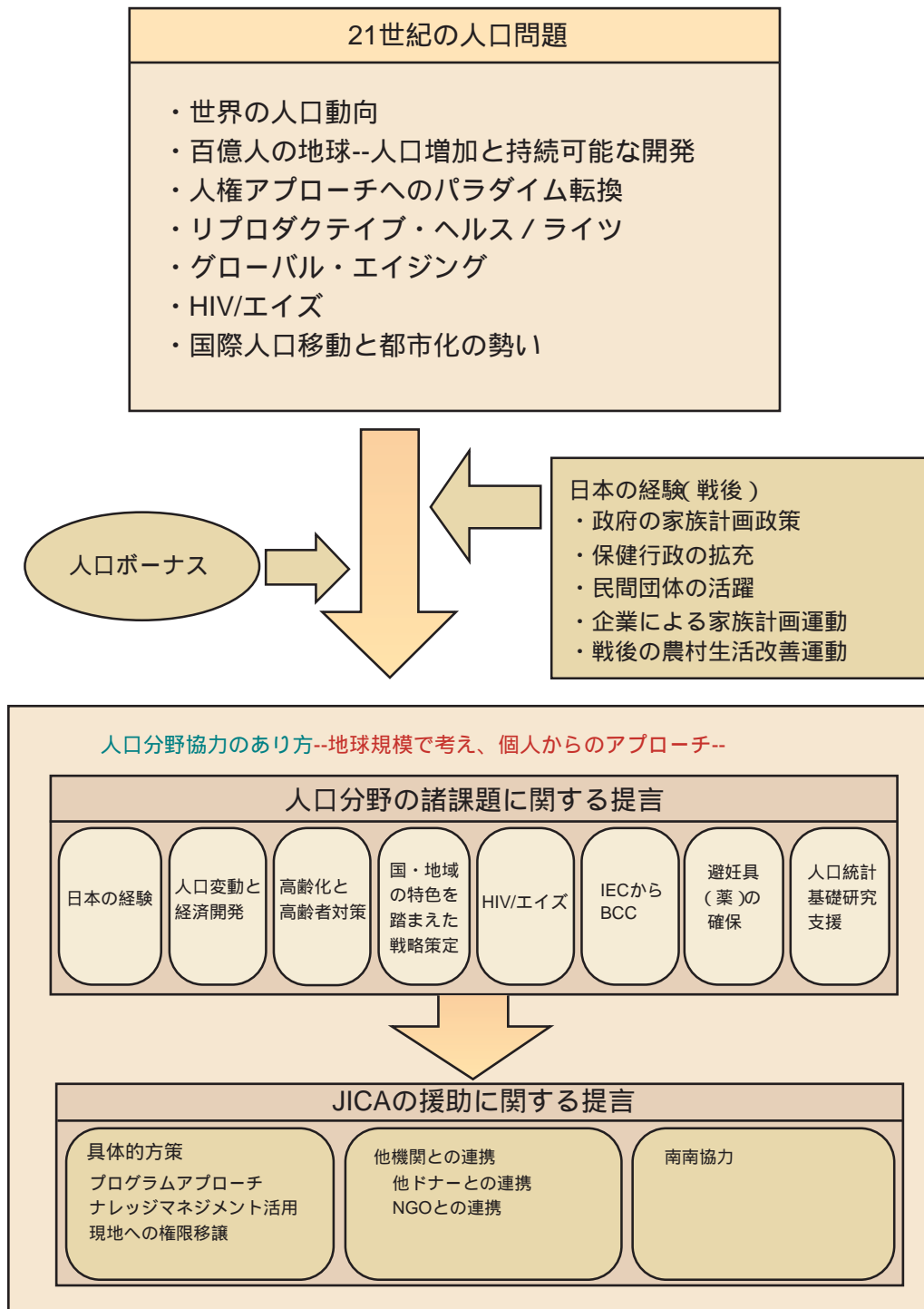
このような観点から、本章では、「地球規模で考え、個人からのアプローチ」という考え方をベースに、まず「人口の諸課題に関する提言」として、ミクロの課題であるリプロダクティブ・ヘルス協力のあり方から、マクロの課題である経済開発を実現するための方策まで幅広く検討したうえで、それら協力を効果的・効率的に実施するための援助実施体制面での提言を「JICAの援助に対する提言」としてまとめた。報告書全体の中での提言の位置付けと、提言それぞれの関係は図5-1のとおりである。

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

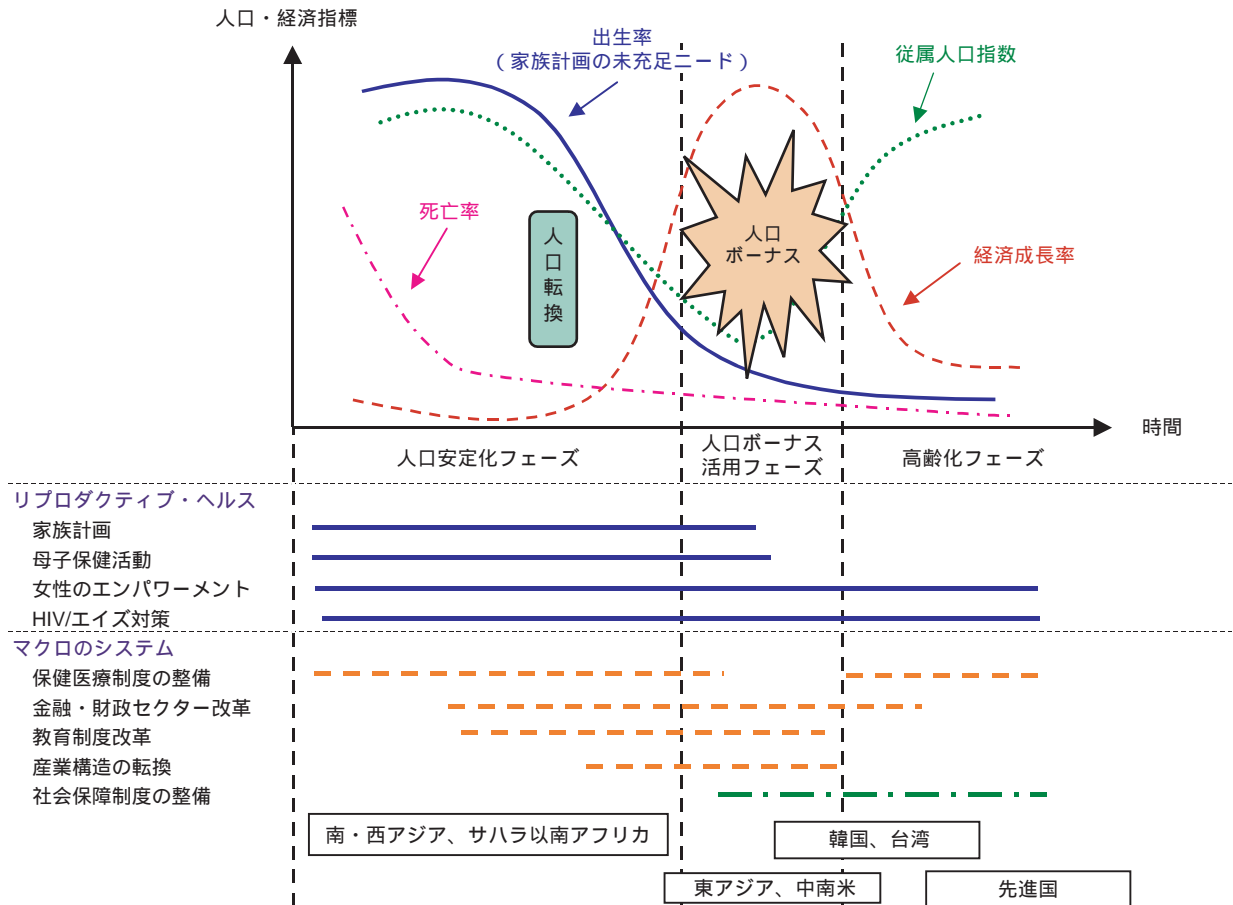
図5-1 提言の位置付け



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系統を確立させると同時に、地方分権化を進め地方保健行政の強化が行われた。また、医療機関の少ない地方へのサービス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うにも「数量中心」で政府主導型、人口増加抑制型、そして男性主導型の人口政策・家族計画が実施されてきた実態がある。このような「パラダイム転換」は、こうした人口増加抑制型の家族計画が、女性の人権を侵害してまで進められたことに対する反動であった。「量」から「質」への転換は国際社会の過去30年にわたる人口活動の経験に基づいた反省でもあった。

リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチは、人口問題を解決していく上では有意義であり、かつ必要である。特に個人のニーズ・人権に焦点を置くことによって個人個人の自立意識と責任感が明確になるからである。これなくして子どもを産むか産まないか、そして産む場合には「何時」、「何人」産むのかを自発的に決定する権利を定着させることは不可能である。このためには、これまで広く行われてきた、縦割りの、単一機能的(unifunctional)な家族計画でなく、女性の地位向上、教育の普及などを含めた、より包括的な社会開発プログラムが必要となってくる。さらにリプロダク

ティブ・ヘルス中心のアプローチは、今までの人口・家族計画・母子保健活動で犠牲にされがちだった「産む性としての女性」に、以前よりももっと注意を払うことになった。女性の健康、教育、社会的地位の向上は、それ自体が開発の重要な一面であると同時に、リプロダクティブ・ヘルスの向上にとって不可欠な条件である。言い換えるとこの画期的なアプローチには、長期的で総合的で統合された開発プログラムが必要である。

(2) リプロダクティブ・ヘルス・アプローチの問題点

他方、リプロダクティブ・ヘルス路線への方向転換は、各国における実際の運用にあたっては様々な混乱をもたらしたことは否定できない。ここではリプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチを、1994年のカイロ会議以降の途上国での経験をもとに、主として実施面での問題点について考察してみたい。

第一の問題は、リプロダクティブ・ヘルスそのものが新しい概念であったために、その定義や内容についての理解が大きな問題となった。実際に途上国でリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを実行する場合に、リプロダクティブ・ヘルスは具体的に何を含むのかといういわゆる実施上の定義(operational definition)が問題になった。家族計画だけでなく、高価な医療器材と高度な医療技術が必要とするもの、例えば乳ガン、子宮ガンの検査及び治療まで含まれるのか、果して家族計画そのものも含まれるのかどうかに至るまで議論が及んだ。UNFPAでもリプロダクティブ・ヘルス援助の実施にあたり、カイロ会議直後から本部と各地域において、政府関係者をも含めた専門家会議を何度も開催し、リプロダクティブ・ヘルスに何を入れるかを討議した。その結果、カイロ会議からほぼ2年を経てようやく、リプロダクティブ・ヘルスはやはり家族計画を中心としたプライマリー・ヘルスのレベルで提供できるサービスであるとの結論に達した。このリプロダクティブ・ヘルスの実施過程での不明確さが、一時的にせよカイロ会議以降の人口・家族計画活動の不活性化の要因の一つとなったことは否めないであろう。

またこれに関連した第二の問題は、今まで家族計画を専門に行ってきた政府の担当部局が、家族計画だけでも十分な成果が上がっていなかったところに、突然、他のサービスも提供しなくなることである。しかも新たな人材、機材も提供されず、特別の研修もなしに行われたところが多く、リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチへの転換が遅れた国も少なくなかった。これまで、活動の分業・専門化により組織の能率は増加するという考えに基づいて、単一機能で「縦系」的な家族計画を推進する仕組みが強化されてきた。しかしながら、分業化・専門化が過度に進行すれば、横の連携が失われて組織全体の機能が低下するおそれがある。そこで組織全体としては、「横系」的な形態が必要となってくる。リプロダクティブ・ヘルス中心のアプローチは、ちょうどこの「横系」的な形態であるといえよう。今後、家族計画を含んだ形でのリプロダクティブ・ヘルス・プログラムを推進するためには、活動の専門化(specialization of function)と活動の統合化(integration of functions)という二つの機能のバランスをどうとるかが大きな課題である。

第三の問題は、専門性と統合性の問題にも関連するが、1994年頃までは人口問題が緊急性を帯びていたために、多くの途上国が保健省から独立した家族計画を専門に扱う「国家家族計画委員会」などの行政機構・事務所を設立してきたことである。しかもこの様な機関は政治的にも脚光を浴びる立場にあり、財源もかなり豊富であった。そのため、保健省とこうした専門行政機関の間には、政治的対立も生じがちであった。カイロ会議以降、家族計画を犠牲にせずに、いかにしてその活動を行政機構上、また政治的に能率よく統合していくかが制度上の大きな問題となった。

第四の問題は、家族計画がリプロダクティブ・ヘルス・サービスの一環として提供されることになり、所轄官庁が保健省あるいは厚生省に移行したことである。カイロ会議までは、人口プログラムが、一般的に強力な権力を有する経済企画庁あるいは大蔵・財務省の管轄下にあったことからすると、途上国内でも人口活動が政治的に強力な支持層あるいは地盤(constituencies)を失ったことを意味

している。これによって起こってくる影響の一つは、国内的には、人口・家族計画活動に対する政治的コミットメントの減少と財政支援の後退である。またもう一つの影響は、援助国並びに援助社会に対しての人口・家族計画の持つ重要性が大きくな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を

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、最近では「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、まず最初の一歩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ーズを測定して、一番ニーズの高い国、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いがたい。BCCの手法の視点から、日本の戦後の経験をもう一度分析し直し、方法論を確立し、JICAの人口・家族計画分野の支援に役立てることが求められよう。

最後に、人口分野の援助は個人の生活に立ち入る非常にセンシティブな分野であるだけに、サービス受益者と提供者との間に確固たる信頼関係がなければ、成果は期待できない。現状のBCCの環境的制約の大きな要因の一つに、サービス提供者スタッフ等の態度・姿勢があることを、再度、強調しておきたい。

5 - 1 - 8 Contraceptive Security(避妊具(薬)の確保)に対する協力

リプロダクティブ・ヘルス/ライツの実現のためには、避妊具(薬)やその処置に必要な機材、妊娠婦に必要な検査薬や栄養補助剤等のリプロダクティブ・ヘルス必需品(Reproductive Health Commodity)が必要とされる人々に適切に供給されることが必要である。とりわけ、必要不可欠な避妊具(薬)及びHIV/エイズ予防用のコンドームについては、今後の必要量に対する資金不足が大きな問題となっている。これら避妊具(薬)類の確保(Contraceptive Security)は、UNFPAやUNAIDSを中心に関係者による対策が協議され、各国の一層の支援が求められている。今後、日本としてもこの分野の協力の拡充の可能性や方向性について具体的な検討を進めるべきであろう。

(1) 関連会議への出席

何よりもまず、この分野については経験も情報も少ないため、関連する国際会議に継続的に出席し、世界的な潮流を常に把握しておくと共に、各国レベルでも避妊具(薬)確保やロジスティクス関連のドナー会議に参加する必要がある。この種の会議は、援助額や供与内容や量のコミットを求められることが多いため、援助スキームに制約のある日本側関係者も出席をためらいがちであるが、直接的な物品供与以外にも協力すべきことは数多くある。また、中央レベルで避妊具(薬)供給の口

ジスティックス管理を行っている担当者は、現場の状況を十分に把握していないことも多いが、少なくとも人口・リプロダクティブ・ヘルス分野の協力を行っている国については、関連する会議には積極的に参加し、現場の活動から把握されるリプロダクティブ・ヘルス・サービス供給上の問題点や最終受益者である女性達のニーズについてフィードバックすることが大切である。

(2) ロジスティックス、民間との連携に係る協力

避妊具(薬)確保については、ロジスティックス面のキャパシティ・ビルディングについての協力も重要である。需給量のより正確な算出、適切な保管やタイムリーな配布に必要な体制の確立や人材の育成、必要機材の供与が考えられる。また、民間との連携や役割分担も重要であり、民間市場に委ねる部分と政府ベースで無償ないしは廉価で供給すべき部分の範囲やそれぞれの適正な価格の検討、また品質の確保等について、関係者の連携強化や必要な調整能力の向上についての支援も必要である。民間との連携については、中小企業振興の分野で良質な避妊具(薬)の現地生産を促進したり、品質管理技術の協力を行うことも検討すべきである。

(3) 避妊法に対する協力方針の整理

途上国で使用されている避妊法や家族計画の手段については、ホルモン薬を中心に国内で未認可のものが多く、日本としてそれらに関わる協力をどのように行うかの方針の整理が必要である。国内で認可されていないのは安全性がまだ確認できないからなので、日本として積極的な協力はできないとするのか、途上国におけるニーズを優先するのかの基準を明確にすべきである。ただし、仮に前者の判断がなされたとしても、リプロダクティブ・ヘルスの観点からは、途上国の現場で使用されている各種避妊法に対する予後の管理や副作用への対処についての協力を行うべきであると思われる。しかしながら、この分野の専門知識や技術を有する人材は国内に少ないため、人材育成とともに第三国専門家の活用も考える必要がある。

なお、避妊具(薬)に関連して、使用後のコンドーム

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、時間的にも形態別にも実施されている。そのため、異なる形態の援助を政策・方針策定の段階で総合的に調整することが難しく、多くのプロジェクトが個別に実施されている。

こうした現状を踏まえ、現在JICAでは、外務省策定の「国別援助計画」に基づき「国別事業実施計画」を策定し、異なった部署が行う事業が現地で効果的・効率的に連携されるよう取り組んでいる。また、同計画を受けて、地域部においては、スキームやプロジェクトの柔軟な組み合わせによる「プログラム・アプローチ」も積極的に推進している。予算に関しては、2002年度から「プロジェクト方式技術協力事業費」を廃止し、「海外技術協力事業費」に一本化することによりスキーム間の垣根を低くする等の改善をしている。今後は、このような新しい取組みをさらに推し進め、プログラム・アプローチに係る職員の意識改革とともに、関係機関・関係者・裨益国側への理解・周知徹底の推進が、具体的な成果につなげるために重要であろう。

JICAにおいてもこれまで、人口問題に関わる分野では、人口家族計画及び公衆衛生概念の普及のみならず、食糧供給、安全な水供給、環境保全等の直接的・間接的な協力により、母子の死亡率の低下等に関する豊富な経験を蓄積してきた。今後はこうした経験をふまえ、農業、環境、医療セクターを超えて地球規模の問題に対処していくことが必要である。また、マクロとミクロのバランスという観点からは、家族計画プログラム・母子保健衛生等のいわゆるリプロダクティブ・ヘルスと経済開発にかかる政策的援助のブレンド化(統合的支援)も同時に進めていく必要がある。

さらに、人口に関する開発において効果的な支援を実施するためには、分野横断的な視点が重要であり、プロジェクトの案件策定の際に、貧困、エイズ、農村開発計画における栄養改善等を複合的に捉える必要がある。そのような計画作りを支援するためにも、多様なバックグラウンドを持つ支援委員会の設置が必要となる。あわせて、現在は

プロジェクトごとに国内委員会が設置されており、過去の類似プロジェクトの成功や失敗例が十分共有されていない等、組織的な知識と経験の蓄積が必ずしもなされてこなかったが、今後は「人口分野」という枠組みでナレッジ・マネジメントを進めていく必要がある。人口分野においては、国内の専門家も少ないことから、JICA内でナレッジの集積を行うことは有益である。今後は、このようなデータベースをいかに有効活用するかが、成功への鍵となるであろう。

加えて、人口分野のみならず、東京サイドの連携(各省庁間、JICA事業部間等)を進めると同時に、現地への権限委譲を強化し、JICAの方針に基づいた事業を現地レベルで調査、計画、実施できる仕組みを予算のあり方も含め検討する必要がある。人口に関する援助は社会変化や人々の行動変容を伴う分野であるだけに、地域のニーズに根ざした視点が重要である。また、国際機関、他ドナー、NGOとの援助協調や連携を効果的に実施するためにも、現地主導のプロジェクト立案、実施の枠組みが必要である。これにより、現地ですでに起こっている良い活動を見つけだし、支援するといった草の根レベルの協力がより早い段階で可能となるであろう。もちろん、関係国政府との十分な政策対話が必要であることは言うまでもない。あわせて、現地のNGO、研究機関、住民組織、キーパーソン等と連携するための総合的な支援体制を形成することによって、息の長い自立発展につなげることができるであろう。

他方、現地主導の案件形成促進の制約となっているのは、援助のリソース、とりわけ人材の確保の問題であり、日本国内の人材や技術が不足している分野については、現地のニーズが高くても協力が困難になることが実際には多い。そうした分野に対しては、今後、日本からの協力にとらわれず、第三国専門家などの南南協力や経験豊富な国際的なNGOとの連携など、さまざまな協力形態を工夫する必要がある。南南協力は日本の「顔」が見え難くなると懸念されることがあるが、プログラム・アプローチの中で、他の日本からの投入と組み合わせる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プロセスに関係する政府機関及びNGOのキャパシティの強化
ADB	TASF(技術援助特別基金)	4,771千万ドル	~1999総額	財務省	技術協力資金
	JSF(日本特別基金)	37億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、調査研究、人材育成、技術援助
	JFPR(貧困削減日本基金)	100億円	2000	財務省	経済危機の影響を受けた途上国における貧困対策の支援
AfDB, AfDF	ジャパンファンド	1.23億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、人材育成
IDB	ジャパンファンド	9.6億円	2000	財務省	案件形成、政策助言、人材育成
EBRD	日本・欧州特別基金	約10億円	2000	財務省	EBRDが行う技術協力の活動支援等
UNDP	人づくり基金	910万ドル	2001	外務省	人的資源開発
	WID基金	200万ドル	2001	外務省	女性支援
	日本・パレスチナ開発基金	785万ドル	2001	外務省	中東和平プロセス支援
世界銀行 UNDP UNEP	GEF	4億1,260万ドル (GEF2)	1998年から 4年間分	外務省	地球環境問題への取組み支援
UNESCO	文化遺産保存日本信託基金	累計 3,799.8万 ドル	1989-2000	外務省	文化遺産の保存・修復
	無形文化財保存振興日本信託基金	累計 237.2万 ドル	1993-2000	外務省	無形文化財の保存・振興
	青年交流信託基金	12億円	2000	文部科学省	学生・教員の相互交流推進、国際理解の深化
	人的資源開発信託基金	13億円	2000	外務省	人づくり支援事業
UNIDO	工業開発基金	2億66百万円	2000	外務省	途上国への投資促進
	信託基金	83万ドル	2000	外務省	工業開発に関するプロジェクト実施
WFP	緊急対応口座	70万ドル	2001	外務省	緊急事態発生時の食料援助の迅速な対応
UNICEF	女子教育のためのサブリメンタリー・ファンド	100万ドル	平成7年度 より	外務省	女子教育分野における活動支援(就学率向上、教材開発、教員訓練等)
FAO	FAO信託基金	900万ドル	2000	農水省	フィールド事業支援、準専門家の派遣
IFAD	日・IFAD・WID基金	累計 495万ドル	2000	外務省	WID関連の調査、技術訓練

出所：我が国の政府開発援助の実施状況(1999年度)に関する年次報告、外務省ホームページ他

5 - 2 - 3 他機関との連携

(1) 他ドナーとの連携・協調

1) JICA にとっての援助協調の意義

本節では、現在途上国において特に保健・人口分野の協力現場で急速に進展しつつある、ドナー間の援助協調の動きに対するわが国援助のあり方

について考察することとしたい。

一般に他ドナーとの援助協調はドナーにとって、援助メカニズム、言語の違い等から一定の労力がかかるものである。しかしながら、今日、ミレニアム開発目標(Millennium Development Goals: MDG)達成の必要性が声高に叫ばれ、現場においては貧困削減戦略ペーパー(Poverty Reduction Strategy Paper = PRSP)や後述するセクター・プログラムに

代表される国別、セクター別戦略の策定や実施が進められている。こういった過程は途上国政府自身のオーナーシップの下に関係ドナー全てが加わって行われていることから、JICAの協力もこれらの戦略の中に然るべく位置付けられる必要が生じている。他方、事業の一層の重点化、成果重視、効果と効率の一層の向上に基づく発信力の強化が厳しく求められている。

このような状況に対応していくために、

- 世界の開発援助の潮流を把握し、その結果をJICA内にフィードバックすること
- 国際機関と他ドナーとの関係を強化し、開発専門機関として世界的なネットワークを広げていくこと
- これらを通じJICA事業の向上に資することにより国際場裡における発信力の向上を図ること

が大変重要な援助協調上の課題となっている。

2) 保健セクター・ワイド・アプローチ(SWAP)と人口・リプロダクティブ・ヘルス協力

元々セクター・ワイド・アプローチ(Sector Wide Approach:以下BOX 5 - 1参照)はセクター投資計画(Sector Investment Program:以下SIP)としてサブ・サハラ・アフリカにおいて1990年代半ばより開始された。SIPとして開始されたもっとも古いものはタンザニアにおける道路セクターで1995年に政府とドナー間の合意が為されている。その後、SIPはセクター・プログラムもしくはSWAPと名前を変え、主に保健・人口分野や教育セクターにおいてアフリカ各国を中心に発展してきた。近年では、ネパール、カンボディアといったアジアの国々においても教育や保健セクターのSWAPが開始されている。石井他によれば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・意欲を結集することができれば、他のどのような資源にも勝ることも事実である。しかし、同時に、若い層はリプロダクティブ・ヘルス関連の情報やサービスが届きにくい年齢層であることも事実である。具体的なデータを見てみよう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、ポルノ・セックスツアー、性に関して相談できる場所がない、高年齢出産・若年出産、性交の低年齢化、思春期やせ症など。

途上国の状況への関心が薄れがちである。しかし、地球規模の問題としては、人口問題は開発にとって、常に基本的な課題であることを踏まえて、国際協力における人口・リプロダクティブ・ヘルス分野への優先度を高めていくこと、さらに、人口・リプロダクティブ・ヘルスに関する援助政策の策定が急がれる。特に若い人に対するケア、HIV/エイズ、情報やサービスの質の向上はその中心的な課題であろう。

- ・若い人へのリプロダクティブ・ヘルス関連の情報とサービス提供は、国際的には認知されたとはいえ、まだ国によって文化的・社会的な制約が存在する場合がある。このような制約をなくすような活動(アドボカシー活動)を通して、若い人が必要な情報とサービスにアクセスしやすい環境をつくる協力にも日本が関わることを望まれる。途上国の保健省がやりにくい分野であればあるほど、マスコミ、大学、NGOなどローカルな民間組織との連携を考え、そのための新しい援助方針を打ち出す姿勢が必要であろう。若い人へのプログラムは必ず、若い人が計画段階から関与することが保障されていないと効果が少ない。つまり、「ハードからソフトへ」というシフトのみならず、ソフトへの資金供与の割合を増やすことを始めるべきであろう。
- ・情報とサービスを提供するローカルキャパシティを強化すること、特に性教育を実施する人材を養成することとユース・クリニックのような医療施設の拡充がセットとなるような協力が重要である。さらに保健医療分野への援助だけではなく、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)

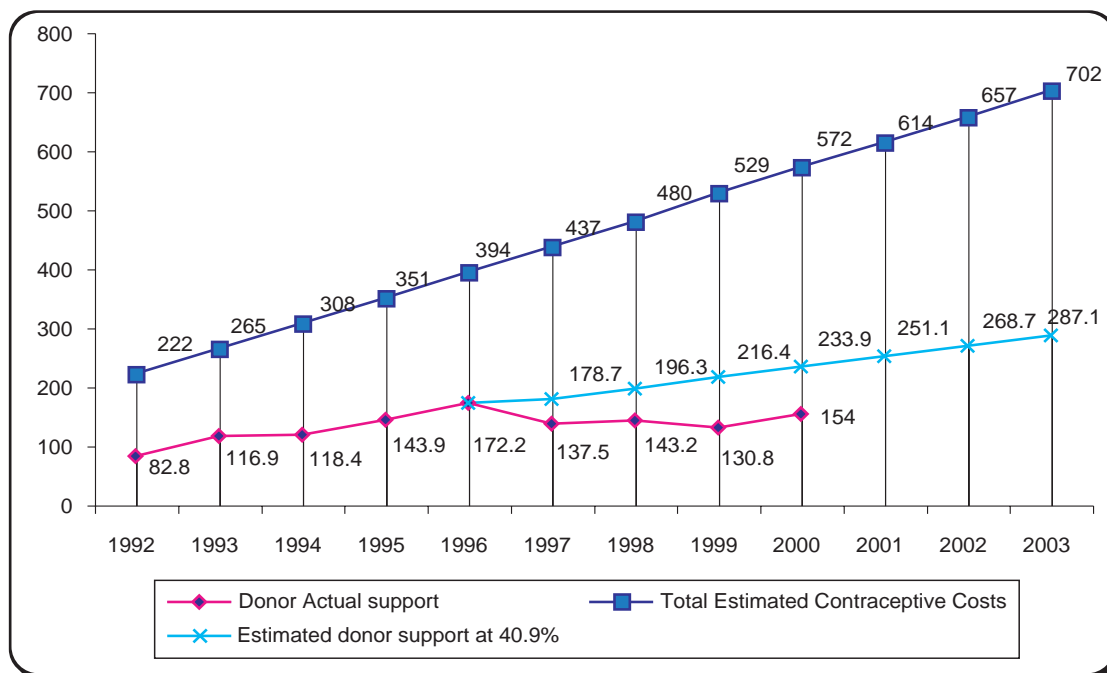
いる。

- * 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、装着脱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